

開始、デイケアスタッフがケースマネージャ、アイリススタッフが就労支援担当者となり、支援チームを形成する。両担当者は異なる事業所に所属するが、同法人内事業所であるため、密接な連携が可能であると考えられる。

対照群は、引き続き外来 PSW による面談を継続し、圏域の支援機関（アイリス以外）を利用しながら求職活動を続ける予定である（図 1 参照）。

E. 今後の課題と考察

研究参加者のリクルート方法が今後の課題である。外来通院中の患者で、安定して就労意欲の高い者は、すでにアイリスなどの就労支援につながっているケースが多い。そのために、就労意欲はあるものの不安定、もしくは研究参加への動機づけが低い患者が参加者となり、ドロップアウトにつながったと考えられる。

したがって今後は、リクルート期間を長くし、できるだけ新規の患者から研究参加者を募る、ま

た、参加決定は何度も話をしながら就労意欲を見極めてからおこなう、参加が決定した後も研究開始までこまめに連絡をとる、などといった、より丁寧な対応が必要であると考えられる。

F. 結論

今年度は臨床実施体制の構築をおこない、研究を開始したが、参加者のリクルートに苦勞した。第 2 クールでは今回の反省をいかしたリクルートをおこないたい。

現在実施中の認知機能リハビリテーションでは、自分の認知機能の特徴に気付いたり、取り組み方に工夫をする様子が見られている。その後の就労支援においても、これらの様子を就労支援担当者に伝えることで、求職活動時に役立てることができると考えられる。

就労支援研究フロー

研究参加呼びかけ（外来でのポスター掲示，外来主治医・スタッフ推薦）
 医師およびスタッフへの協力依頼：
 ケース導入に関する責任者：角谷Dr 問い合わせ対応：臼井CP

研究導入基準確認，研究概要説明：角谷Dr・臼井CP

説明会：角谷Dr・臼井CP

同意取得：角谷Dr・臼井CP

BACSによるスクリーニング：臼井CP

※可能な限り同日に実施

【研究対象外】

- ・導入基準に合わない
- ・文書同意とれない
- 1については研究班での支援アレンジは無
- 2(説明会参加後に不同意)は通常のデイケア利用(※1)による支援を提供(※2)
- ※1: 精リハ専門外来の受診予約必要
- ※2: 一部プログラムが利用不可な場合あり
- 3は下記を参照

BACSの採点：臼井CP 認知機能障害ありの人たちの振り分け：佐藤(中央)
 介入群および対照群への連絡：臼井CP 研究対象外群への連絡：臼井CP

認知機能障害・あり→研究対象者

認知機能障害・なし

参加群

対照群

研究対象外だが就労支援実施群

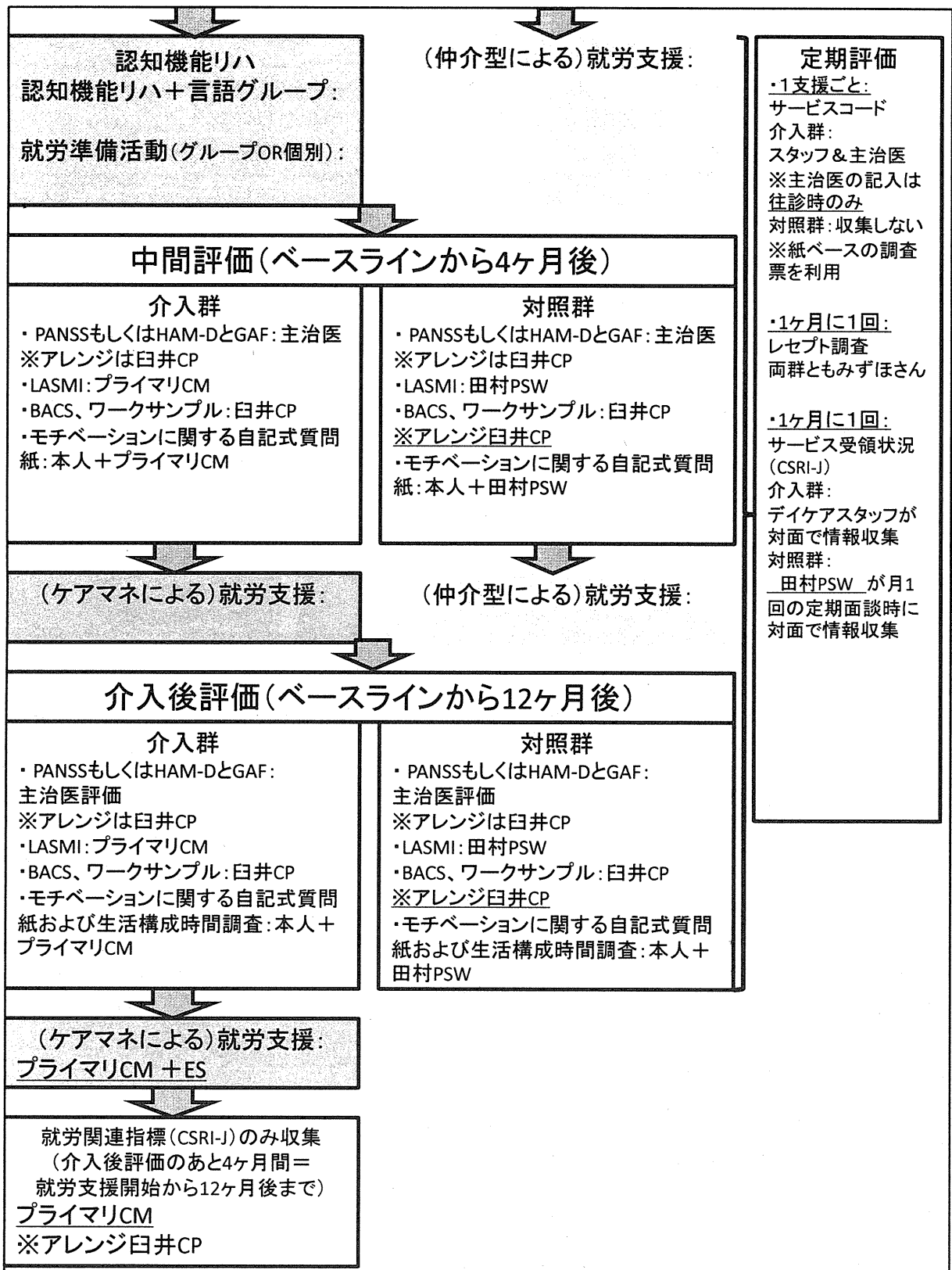
ベースライン調査/インテーク面接

- ・ PANSSもしくはHAM-DとGAF:
- 主治医
- 外来主治医に評価依頼
- ※アレンジ 臼井CP
- ・LASMI:プライマリCM
- ・患者属性、希望する就労条件(インテークシートによる):プライマリCM
- ・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査:本人+プライマリCM
- ・過去の就労経験:プライマリCM
- ・BACS、ワークサンプル、JART:臼井CP
- ・レセプト(薬物療法含):みずほ調査員

ベースライン調査/インテーク面接

- ・ PANSSもしくはHAM-DとGAF:
- 主治医
- 外来主治医に評価依頼
- ※アレンジ 臼井CP
- ・LASMI: 田村PSW
- ・患者属性、希望する就労条件(インテークシートによる): 田村PSW
- ・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査: 本人+
- ・過去の就労経験: 田村PSW
- ・BACS、ワークサンプル、JART: 臼井CP
- ※アレンジは臼井CP
- ・レセプト(薬物療法含):みずほ調査員

- インテーク面接: 田村PSW
- 研究対象外の就労支援実施群は基本的には対象群と同じ支援を実施



厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業
(精神疾患関係研究分野)

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」

株式会社リクルートスタッフィングにおける精神障害者への就労支援の モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 佐藤さやか¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) ○川上祐佳里²⁾ 梶谷美和子²⁾ 加藤健太²⁾ 田端絵美²⁾

野口真理子²⁾ 森田健太郎²⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

2) 株式会社リクルートスタッフィング

要旨

株式会社リクルートスタッフィングは、精神障害者向け人材紹介事業として、有料職業紹介と紹介予定派遣の2つの仕組みを活用し、事務職および障害者雇用枠で働きたい精神障害者をサポートしている。

本研究の初年度にあたる平成23年度は、精神障害者の人材紹介事業の体制作りを行い、個別の就労支援と、専門家による就労後のフォローといった2つの体制を構築できた。

来年度は、企業への精神障害者雇用への理解促進と、医療機関や支援機関との連携モデルの構築を行っていく予定である。

A. 研究地区の背景

株式会社リクルートスタッフィングは、2010年より、精神障害者向け人材紹介事業（アビリティスタッフィング事業）を行っており、本研究には、アビリティスタッフィング事業に携わるメンバーが参加している。

リクルートスタッフィングで行っている精神障害者向け人材紹介事業は、精神障害者の「できること」に注目し、精神障害者雇用への正しい理解を企業に伝えながら、障害者雇用枠で働きたい精神障害者をサポートする事業である。

仕事紹介は、有料職業紹介と紹介予定派遣の2つの仕組みで行っている。紹介予定派遣は、企業にとっては、派遣期間中に派遣された者のスキルや適性が自社に適しているかを見極めることができ、求職者にとっては、派遣先が社員として働いていける企業であるか、職場環境などを見極め

ることができるため、精神障害者の雇用が進むドライバーになり得る。

次に、紹介先は、企業の障害者雇用枠である。ハローワークにおける調査（障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010）によると、一般求人です職した精神障害者の1年後の定着率が25.6%であるのに対し、障害者求人です職した精神障害者の1年後の定着率は56.7%と高いことが明らかになっており、障害者雇用枠へ紹介することにより、精神障害者にとって働きやすい環境を提供できることが明らかである。

また、紹介する職種は、事務職が中心である。ハローワークにおける調査（障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010）によると、「事務」を希望する精神障害者は求職者全体の22.5%と、「生産・労務」の39.5%に次いで高いが、実際の就職職種は、「生産・労務」が47.9%である

のに対し、「事務」は 15.6%と低く、事務職を希望する精神障害者が多い割に、事務職に就職できていないことが明らかになっている。一方、リクルートスタッフィングは、事務職を得意とする人材派遣会社であり、企業から事務職の求人を獲得しやすい環境にある。さらに、Drake, Beckerら(1996)は、精神障害者は本人が興味ある仕事に就くことにより、より大きな満足感と長期の職場定着につながるということを明らかにしており、自社の強みを活かして、精神障害者に事務職の仕事を紹介することは、精神障害者のリカバリーにつながると考えられる。

B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

精神障害者の人材紹介事業を行うにあたって、通常の人材紹介事業に加えて、障害特性の把握や、障害特性に合わせた面接への同行、および面接対策といった個別の就労支援と、専門家による就労後のフォローといった 2 つの体制を構築している。

まず、個別の就労支援だが、精神障害者が就労する上での障害特性の把握を行い、それに合わせた仕事の紹介および面接対策を行っている。我々リクルートグループは、総合人材サービスとして長年面接対策に携わってきたため、培ったノウハウを活用することができる。なお、アンケートによる実態調査(障害者職業総合センター調査研究報告書 No100,2011)の結果、精神障害者の就職において、面接・履歴書作成の練習、仕事を探す方法の説明、職業相談・カウンセリング・評価といった個別の就労支援が効果的であることが示唆されている。したがって、個別の就労支援は精神障害者の就労支援において、不可欠なものと考えられる。

次に、専門家による就労後のフォローについてだが、ハローワークにおける調査(障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010)によると、就労後に適応指導がある場合の 1 年後の定着率は 58.9%であり、適応指導がない場合の 34.5%と比べて高く、適応指導の有効性が示されている。

そこで、我々は、精神保健福祉士、臨床心理士、ジョブコーチなどの資格をもった専門家が、精神障害者本人および企業の双方に就労後のフォロー(適応指導)を行うという体制を構築している。

C. 現在構築されている臨床体制

前段で説明した体制の下、現時点で 10 名の精神障害者が我々の人材紹介事業を通じて、就労が決定した。内訳は、統合失調症 4 名、双極性障害 2 名、うつ病 2 名、その他 2 名である。また、仕事内容としては、人事部や総務部、経理部などにおけるアシスタント業務で、データ入力や資料の送付、郵便物の仕訳などを担当する業務が多い。一方、社内ヘルプデスク業務やサーバーの管理業務などを担当する者もいる(表 1)。

精神障害者の就労意欲の高さと、働くことで体調がよくなっていることを表情や面談内容などから実感している。

D. 今後のゴールとなる臨床体制

本研究でのリクルートスタッフィングの役割は、就労支援研究の外部リソースの一つとしての位置づけとなり、介入群・対象群とも同様の支援を行う。

対象者は、事務職を希望しており、障害者雇用枠で働くことを承諾している者で、各サイトのケースマネージャーもしくは就労支援員がサービスの利用有無を判断した上で、リクルートスタッフィング宛に連絡をし、外部リソースとして活用する。また、ケースマネージャーや就労支援員をはじめ、医療機関や支援機関などと連携を取りながら、職場開拓および就労先の紹介を進めていくこととなる(図 1)。

E. 今後の課題と考察

今後の課題は、企業への啓蒙活動と、医療機関や支援機関との連携のモデル作りの 2 点である。

一つ目の企業への啓蒙活動に関してだが、企業へのヒアリング調査(障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010)においても言及され

ているとおり、現状では精神障害者雇用に企業側の拒否感が強いのが実態である。したがって、企業に対して、精神障害者のストレングス（長所や強み）や適性など精神障害者に関する正しい理解を進めていく必要がある。

また、二つ目の医療機関や支援機関との連携のモデル作りに関してだが、次年度、本研究を進めていく中で、連携モデルを作っていくことが課題として挙げられる。

F. 結論

本研究の初年度にあたる平成 23 年度は、精神障害者の人材紹介事業の体制作りを行い、ほぼ体制を確立することができた。来年度は、企業への精神障害者雇用への理解促進と、医療機関や支援機関との連携モデルの構築を行っていく予定である。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表：なし

2. 学会発表：なし

I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

文 献

1) 相澤欽一,岩永可奈子,村山奈美子,川村博子：調査研究報告書 No.95 精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター，東京，pp1-106，2010.

2) Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, Bond GR: Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 47(11), 1223-1226, 1996.

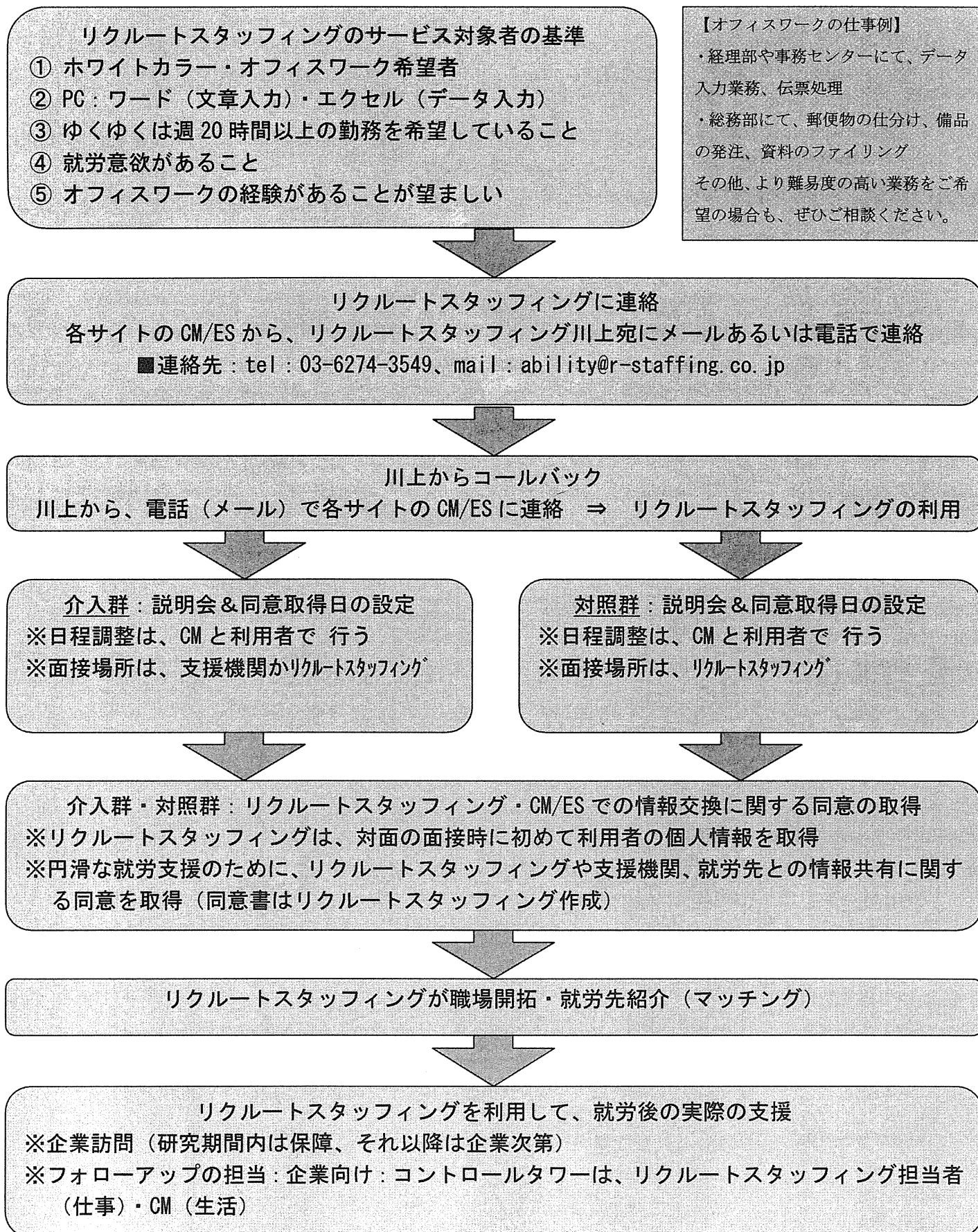
3) 亀田敦志,春名由一郎,田村みつよ：調査研究報告書 No100 障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター，東京，pp1-314，2011.

表 1：就労者の仕事内容例

	就労者の病名	勤務時間	仕事内容
1	統合失調症	週 4 日、8H/日	エクセルでのリスト作成（入力業務）・資料の各部署への送付・郵便物の仕分け など
2	統合失調症	週 5 日、6H/日	伝票入力・書類整理・備品発注 など
3	統合失調症	週 3 日、7H/日	郵便物の仕分け など
4	うつ病	週 4 日、8H/日	電話一次応対・人事データ入力・ファイリング など
5	うつ病	週 4 日、8H/日	社内ヘルプデスク（PC 操作指導・PC 運搬・設定 など）
6	その他	週 4 日、8H/日	サーバー管理・HP 作成補助・ネットワーク運用・保守 など

図1：リクルートスタッフィング利用に関するフロー

*CM = ケースマネージャ、ES : 就労支援員



Ⅲ. 関連研究

厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業
(精神疾患関係研究分野)

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」

全国 ACT 事業所による診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究

研究分担者 吉田光爾¹⁾

研究協力者 前田恵子²⁾

研究協力機関：

ACT-H (北海道立緑ヶ丘病院附属音更リハビリテーションセンター)

S-ACT (東北福祉大学せんだんホスピタル)

ACT-J (NPO 法人リカバリーサポートセンターACTIPS)

ぴあクリニック (医療法人社団互啓会ぴあクリニック・株式会社ぽっけ訪問看護ステーション不動平)

ACT-K (たかぎクリニック・ねこのて訪問看護ステーション・NPO 法人京都メンタルケア・アクション)

ACT-Zero (大和診療所・訪問看護ステーション宙)

NACT (こころクリニックせいわ・訪問看護ステーション浜田「こころ」)

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部 2) 日本学術振興会

本研究では、現在の ACT の臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのかいないのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。全国の ACT 活動のうち ACT ネットワークに参加し診療報酬をベースにした活動を行っている 7 事業所に協力を依頼し、全利用者のうち 15% を無作為に抽出した(51 ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容について、平成 23 年 11 月半ば～12 月半ばの 1 ヶ月間に渡り、日常のサービス記録からサービスコード票に転記して調査を行った。

結果、1 か月間のコンタクトは、実対面コンタクト 857 回、電話コンタクト 407 回であった。職種は医師が 8.9%(n=75)、看護職を中心としたコンタクトが 36.0%(n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが 17.5%(n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが 30.5%(n=256)であった。また、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であった。

診療報酬の状況については無報酬のコンタクトの割合が、医師が 13.3%(n=10)、看護師が 24.8%(n=75)、作業療法士が 19.7%(n=29)、精神保健福祉士が 38.0%(n=97)であった。また全職種の 1 か月間・51 ケースに支援した合計の総臨床時間に対して、全体の 40.9%である 602 時間 21 分が無報酬となっていた。

今後本研究で得られた調査結果を利用し、①理想的な多職種アウトリーチチームの運営の在り方の提示と、②提示された多職種アウトリーチチームのモデル像に今回得られたデータを代入し診療報酬上の過不足を分析する、ことを通じ、具体的な診療報酬改定の提言を行っていく予定である。

A. 研究の背景

近年、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策の元で精神障害者への支援の舞台が地域へと移行しつつある。このような状況で必要なことは、重い精神障害を持っていても可能な限り入院を抑止し、早期退院を可能にする在宅医療の充実が進むことと、「あたりまえの生活」が可能になる、ニーズに応じた生活の場での支援が実現することである。そのためには、医療と生活支援が密接に結びついて提供できる効果的なサービスモデルの確立およびその普及は急務である。精神障害者は、障害性と疾病性を併せ持ち、症状の変動性を持つ障害であるため、生活支援だけでなく医療をともに提供することが必要なのである。

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方が提供されるサービスとして、多職種チームによる医療を含む包括的な支援を提供するサービスである包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)が、利用者の満足度、入院期間の短縮、住居の安定、QOL、症状、服薬コンプライアンス等の点で、大きな成果をあげることも明らかになっており、欧米では中心的となってきた。

わが国では全国にACTを実施している事業所は、全国ACTネットワーク²⁾に加盟しているものとして、十数か所が知られており、その多くは医療機関・訪問看護ステーションなどの事業所形態をとりながら、主として精神科訪問看護に関する診療報酬制度を利用しながら運営を行っている³⁾。しかし精神科訪問看護とACTは性格を異にする支援であり⁴⁾、多職種アウトリーチチームであるACTの臨床活動を十分にカバーしうるものではないと指摘されている。各事業所はACTを実施するに際してかなりの経済的な自己負担をせねばならず、これがACTの実践普及のうえでネックとなっている。

ACT⁵⁾のサービス実態を記述する調査としては、吉田らが訪問看護とサービス内容の比較を実証的に行っているが⁶⁾、医療経済的な視点からの分

析は行っていない。また深谷らがACTにかかる総医療費の試算と費用対効果を検討しているが⁵⁾現行の診療報酬制度の運用との関係の中で「どの部分の活動に報酬が充てられていないのか」という疑問に答える調査ではない。

そこで、本研究では、現在のACTに臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのか/いないのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。

B. 方法

全国のACT活動のうち全国ACTネットワークに参加し、診療報酬をベースにした活動を行っている7事業所に協力を依頼した。

全利用者をリストアップしたのちに15%を無作為に抽出した(51ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容を、日常のサービス記録からサービスコード票に転記した。調査期間は、平成23年の11月半ば～12月半ばにかけての1ヶ月間である。

サービスコード票には以下の情報が含まれる(コンタクト日時、コンタクト時間、移動時間、記録等の準備時間、支援したスタッフの職種、支援の提供場所、コンタクトした対象、支援の状況、診療報酬上の位置づけ、診療報酬が請求できない場合の理由、支援内容)。またコンタクトは訪問等対面で行った実コンタクトと、電話での電話コンタクトに2分した。

なお診療報酬制度を主たる経済基盤としているACT事業所の運営形態としてタイプA:医療機関単独で運営している事業所、タイプB:訪問看護ステーション単独で運営している事業者、タイプC:訪問看護ステーションと医療機関の複合による運営を行っている事業所が存在するが、今回の調査ではタイプA:2ヶ所、タイプB:1ヶ所、タイプC:4ヶ所となっている。

事業所に本調査に関する趣旨を説明したポス

ターを掲示し、調査の拒否権を確保した。本研究は国立精神・神経医療研究センターにおける倫理委員会の承認を受けている。

C. 結果

1)コンタクトの概要

今回集計されたコンタクトの概要を表 1 に示す。実コンタクト 857 回、電話コンタクト 407 回であった。

2)実コンタクトを行っている職種構成

実コンタクト中の、コンタクトしている職種について図 1 に示す。医師が 8.9%(n=75)、看護職を中心としたコンタクトが 36.0%(n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが 17.5%(n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが 30.5%(n=256)であった。また、臨床心理技術者(1.0%, n=8)、薬剤師(1.7%, n=14)、その他のピアスタッフ等(4.4%,n=37)による支援が行われていた。以降、職種ごとに各種の数値を示すが、ACT における専門職として代表的な職種である医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士について分析を行った。

3)コンタクトにかかっている時間

実コンタクトについてかかっている時間を、実際のコンタクト時間、移動時間、記録や臨床のための準備時間の 3 つにわけ分単位で記録、平均を算出した。結果を表 2 に示す。医師コンタクトは外来によって行われることもあるためコンタクト時間が短めであるが、他の職種はおおむね 1 時間程度のコンタクト時間、20 分程度の移動時間(往路のみの算出)、10 分程度の準備時間となっており、1 利用者の 1 コンタクトにつき、1 時間 20~30 分の時間を割いていることがわかる。

4)事業所種別の実コンタクト

事業所の種別(訪問看護ステーション/医療機関)ごとの、実コンタクトの報酬状況について示す。訪問看護ステーションでは 16.4%の実コンタクトによる支援が、医療機関では 40.0%の実コン

タクトによる支援が報酬外のコンタクトとなっていることがわかる。

5)コンタクトがされている状況

実コンタクトおよび電話コンタクトの支援状況について集計した結果を図 2 に示す。

今回の調査では週 4 回以上のコンタクトを要している状況を「緊急時」として、その状況も「病変」によるものか、「生活課題」によるものかを別にして集計した。結果「緊急時・病変」にあてはまるものは実コンタクトの 5.6%(n=45)、電話コンタクトの 6.8%(n=25)を占め、また「緊急時・生活課題」にあてはまるものは実コンタクトの 8.6%(n=69)、電話コンタクトの 8.2%(n=30)を占めることがわかった。すなわち、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であることがわかる。

6)コンタクトの時間帯

コンタクトの時間帯について分析した結果を図 3 に示す。コンタクトの多くは日中帯に行われているが、電話によるコンタクトではまた、夜間帯 11.8%、深夜帯 4.3%、早朝帯 10.3%と通常の 9:00~18:00 までの勤務時間帯外のコンタクトが 1/4 程度存在する。24 時間の勤務体制と、事業所運営上それに対するスタッフの勤務手当が必要な状況がうかがえる。

7)医師によるコンタクトの報酬状況

医師による実コンタクトの報酬状況について図 4 に示す。通院・在宅精神療法や在宅患者訪問診療料を中心とした診療報酬項目で対応されているが、無報酬のコンタクトも 13.3%(n=10)存在した。

この実コンタクトの非報酬理由について示したのが図 5 である。他の医療機関に入院中・あるいは入院当日の利用者にコンタクトをとり支援した場合は、事業所の医師は報酬が得られないことが理由となっている。

なお、今回の全 51 ケース・1 か月間に費やさ

れた医師の総臨床時間のうち、7.7%(230分=3時間 50分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった。

8)看護師によるコンタクトの報酬状況

看護師による実コンタクトの報酬状況について図7に示す。看護師は医療機関では精神科訪問看護指導料I、訪問看護ステーションでは訪問看護管理療養費や訪問看護基本療養費を中心として報酬対応し、場合によって訪問看護情報提供療養費24時間対応体制加算を得ていることが分かった。しかし、無報酬のコンタクトが24.8%(n=75)存在した。

この実コンタクトについて報酬を得られない理由について示したのが図8である。ACTとしての訪問活動に診療報酬がつかない理由としては、入院中の訪問(22.1%)、本人以外との実コンタクト(家族・関係者など,13.2%)、期間内における回数制限以上の訪問(14.7%)、同日内の2回目以上の訪問(10.3%)などの理由であった。(※なお、今回の7事業所のうち、看護師を中心として利用者のグループ・居場所活動を行っている事業所が1か所あり、これに関して非報酬となっているコンタクトが21回存在した。グループ活動は、アウトリーチ活動としてのACTにおいては追加的な要素と考えられる為、図表の解釈には留意が必要である)

なお、今回の全51ケース・1か月に費やされた看護師の総臨床時間のうち、23.3%(実コンタクト5864分=97時間44分、電話コンタクト974分=16時間14分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった(図9)。

9)作業療法士によるコンタクトの報酬状況

作業療法士による実コンタクトの報酬状況について図10に示す。作業療法士は医療機関では精神科訪問看護指導料I、訪問看護ステーションでは訪問看護管理療養費や訪問看護基本療養費を中心として報酬対応し、場合によって訪問看護情報提供療養費24時間対応体制加算を得ている

ことが分かった。しかし、無報酬のコンタクトが19.7%(n=29)存在した。

この実コンタクトについて報酬を得られない理由について示したのが図11である。ACTとしての訪問活動に診療報酬がつかない理由としては、入院中の訪問(39.3%)、期間内における回数制限以上の訪問(39.3%)、本人以外との実コンタクト(家族・関係者など,14.3%)、同日内の2回目以上の訪問(10.7%)などの理由であった。

なお、今回の全51ケース・1か月に費やされた作業療法士の総臨床時間のうち、17.9%(実コンタクト2040分=34時間00分、電話コンタクト443分=7時間23分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった(図12)。

10)精神保健福祉士によるコンタクトの報酬状況

精神保健福祉士による実コンタクトの報酬状況について図13に示す。精神保健福祉士は訪問看護ステーションからの単独訪問に診療報酬がつかないため、診療報酬を得ている場合は医療機関における精神訪問看護指導料Iによる報酬を得ているが4割弱にあたる38.0%(n=97)のコンタクトが無報酬の活動となっている。

この実コンタクトの非報酬理由について示したのが図14である。ACTとしての訪問活動に診療報酬がつかない理由としては、入院中の訪問(28.4%)、期間内における回数制限以上の訪問(16.8%)、職員の資格が該当外(14.7%)、本人以外との実コンタクト(家族・関係者など,11.6%)、同日内の2回目以上の訪問(6.3%)などの理由であった。

なお、今回の全51ケース・1か月に費やされた精神保健福祉士の総臨床時間のうち、31.3%(実コンタクト5271分=87時間51分、電話コンタクト1323分=22時間03分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった(図15)。

11)職種による実コンタクトに対する報酬平均

各職種ごとに、実コンタクト1回に対する報酬

平均単価を算出したのが図 16 である。実際に報酬のとれているコンタクトのみで算出した場合(濃い棒グラフ)と、報酬がとれていないコンタクトも含めて報酬を平均化した結果を同時に示している(薄い棒グラフ)。

医師は元来、利用者との実コンタクト時間が他の職種と比べて半分以下と短く(表 2)、他の職種に比した時間単価は実際には高い状態である。他方で精神保健福祉士に関しては、看護師・作業療法士と同程度のコンタクト時間にも拘らず、報酬単価が明らかに低いことがわかる。

12)在宅時医学総合管理料に値する事例の割合

なお、今回の事例のうち、在宅時医学総合管理料(地方社会保険事務局長に届け出た診療所及び許可病床 200 床未満の病院の主治医が、患者の同意を得て在宅療養計画に基づき月 2 回以上訪問診療(往診を含む)を継続して行った場合に月 1 回算定)に該当する事例を、コンタクトの記録から算出すると 13 事例(25.5%)が当てはまることとなった。

13)全職種の合計総臨床時間に対する報酬区分

医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士およびその他の職種が、1 か月間、51 ケースに支援した合計の総臨床時間に対する報酬区分を図 18 に示す。

実コンタクトについて報酬が付いた時間(実コンタクト時間 552 時間 30 分、移動時間 216 時間 29 分、準備時間 101 時間 58 分)の合計は、870 時間 57 分であり全体の 59.1%であった。逆に無報酬の時間の合計(無報酬のコンタクト時間 383 時間 17 分、移動時間 79 時間 11 分、準備時間 37 時間 23 分、電話コンタクト時間 41 時間 35 分、電話準備時間 60 時間 55 分)は 602 時間 21 分であり全体の 40.9%であった。なお、電話に関する時間を除いた場合は 499 時間 51 分であり全体の 33.9%にあたる。

D. 考察

今回の調査で判明した点について以下の考察を加える。

1)多職種アウトリーチチームとしての基本構成

多職種アウトリーチチームによす支援が行われている ACT であるが、具体的に主たるコンタクトをしている職種は医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士であることがわかった。よって今後の診療報酬についても、こうした職種をベースにして考えることが妥当と思われる。

ただし事業所によっては薬剤師や臨床心理技術者、ピアスタッフ等をチーム構成に加えており、これらの職種の参加についても今後検討する余地がある。また、多くの事業所では、臨床心理スタッフだけでなく医療事務処理などを行うプログラムアシスタントを雇用する必要もあり、この人件費への報酬については、今回の調査では検討されていないので留意が必要である。

2)コンタクトにかかっている時間

今回の調査では、医師以外の職種の実コンタクトでは、コンタクト時間と移動時間、準備時間を含め概ね 1 件 1 時間 20 分～1 時間半程度の時間がかかることが明らかになった。1 日の勤務時間を 8 時間として、朝のミーティングに 1 時間、利用者宅から事業所への帰着移動時間を 20 分程度とすると、実質の訪問可能時間は 6 時間 40 分と算出される。よって、1 件 1 時間半程度の時間がかかるとすれば、1 日に可能な訪問は 1 人 4 件～5 件が限界であると考えられる。逆に言えば 4 件の訪問に対する報酬で、専門職 1 人の人件費を捻出できなければ事業所を実質運営できないと考えられ、この数値は、訪問の業務量およびそれに対する報酬に関する試算の基礎的な数字として意味のある数字であろう。

また今回は移動時間を全国で平均化したが、都市部ではない地方地区等でキャッチメントエリアを拡大した場合、移動により多くの時間を割かれるため、1 日に可能な訪問件数は減ると考えられる。よって、このような多職種アウトリーチを

モデル化・診療報酬制度化するにあたっては、地方モデル/都市型モデルを別に設計するべきであるかもしれない。

なお今回の調査では移動時間は往路しか記録していない。業務時間の計算上この点は留意が必要であるので付記するが、訪問の移動は事業所⇄各々の利用者宅を都度往復して行われるのではなく、実質的には事業所→(往路1)→利用者宅a¹→(往路2)→利用者宅a²→(往路3)→利用者宅a³→…→(往路x)→利用者宅a^x→(復路)→事業所(帰着)と円環的に行われている。このことを考えると復路分の時間は最後の移動のみ追加カウントすればよいと考えられる。

3)訪問の状況

訪問の状況に関して言えば、全コンタクトの15%弱は週4回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であったことが明らかになった。一般に、訪問看護では特別訪問看護指示書によって週4回以上の訪問が認められているが、基本的に一次的な運用で考えられていること、同日内の複数コンタクトが認められないこと、月12回目以降のコンタクトでは訪問看護管理療養費の加算が認められないこと等から、高頻度のコンタクトに関しては事業所に大きな負担となっていると考えられ、この点については留意が必要であろう。

また、電話コンタクトに関しては1月51ケースに対して本人コンタクトが292回存在した。また、夜間帯11.8%、深夜帯4.3%、早朝帯10.3%と通常の9:00~18:00までの勤務時間帯外のコンタクトが一定量存在した。電話コンタクトについては24時間対応体制加算によって報酬対応されていると考えることもできるが、このような夜間を含む頻回コンタクトに対して、1ケースあたり月540点の診療報酬が十分な報酬となっているか、今後さらなる分析を行う必要があるといえよう。

4)報酬のつかないコンタクトについて

各図表で示したように、ACTの臨床活動にはかなりの非報酬部分が含まれることが明らかになった。1か月間、全51ケースに対する全職種合計総臨床時間のうち、電話コンタクト時間を含めて602時間21分(全体の40.9%)、電話に関する時間を除いても499時間51分(全体の33.9%)が無報酬となっていた。全体の3~4割の臨床時間に報酬がついていないというのは、元来事業所の経営努力や運営努力で対応できるものではなく、多職種アウトリーチチームの運営が、現行の制度運用では、実質的には診療報酬上成立しないことを示している。今後、このような活動を医療施策にしていこうと考えた場合、この点を解決せねば、普及が不可能であろう。

こうした非報酬の理由としては、利用者が外部の医療機関に入院している場合の専門職の訪問について報酬がつかないこと、期間内・同日内における回数制限以上の訪問がなされていること(訪問看護指示書が出ていない場合なども含まれると考える)、本人以外の家族や関係者との実コンタクト、また訪問ではなく事業所においてコンタクトし支援を行った場合などがあることが本調査から判明し、これらへの対応を個別に考える必要がある。

5)職種間の報酬格差について

図16で示したように、精神保健福祉士は医師・看護師・作業療法士に対して支援に対する報酬が低くなっている。しかも精神保健福祉士は、訪問看護ステーションからの訪問については報酬がつかず、医療機関からの訪問に限定されるため、多職種アウトリーチチームを訪問看護ステーションで運営しようとした場合には、実質的に人件費が捻出できない。しかし、今回の調査では全コンタクト中、精神保健福祉士のコンタクトは看護師に次いで2番目に多く(30.5%)、その職務上の役割は極めて大きいことは数字からも明白である。特に多職種アウトリーチチームではスタッフはジェネラリストとして機能しており、職種による業務内容に明確な差がないとも言われ、看

看護師・作業療法士・精神保健福祉士について報酬差をつけることが難しいといわれる。この点で、精神保健福祉士の非報酬問題は何かの形で解決されなければならないと考える。

6)今後の診療報酬のモデル化と試算にむけて

今回の調査では、ACTの活動に対する診療報酬状況の基礎的なデータを得ることができた。今後はこの資料を活用して、多職種アウトリーチチームに対する適切な診療報酬とは何かを、具体的に提示していかなければならない。

この議論・分析を行うにあたり、2つの段階が必要となると考えられる。

第1段階は、①理想的な多職種アウトリーチチームの運営の在り方とは何か、という提示である。現在のACT活動は、現行の未整備な診療報酬制度を運用しながら行っているため、その事業所運営は「間に合わせ」としての形態をとっている。たとえば、訪問看護ステーションと診療所の連携による運営や、精神保健福祉士の人件費が拠出源を確保できないまま訪問看護ステーション単独で行っている場合もあり、その運営は制約と限界の中で行われており、今回の調査結果も「限界と制約の中での実情」を示しており、「理想的な姿」としてのACTの実態ではない。よって、重症精神障害者への多職種アウトリーチチームとしての理想的な形は何か、を本研究班全体で示す必要がある。

第2段階は②提示された多職種アウトリーチチームのモデル像に、今回得られたデータを代入し診療報酬上の過不足を算出し、現行の診療報酬制度の改定に具体的な提言を行う。この診療報酬改定への提言は「理想的なモデルとは何か」という第一段階の提示無しには進まないが、現段階でもいくつかの方向性を考えることができる。

1つ目の方向性は、現行の訪問看護に関する診療報酬の単価をあげる考え方である。つまり訪問看護の単価をあげることで、現在の非報酬部分＝赤字部分を補填する考え方である。これは、報酬制度の大枠そのものは変化させる必要はないが、

多職種アウトリーチチームを運営する事業所以外の一般の支援にも値上げが波及してしまうという欠点が存在する。

2つ目の方向性は、現行で十分に報酬化されていない支援を報酬化する考え方である。同日内の複数回訪問や、入院中の訪問、家族支援、訪問看護ステーションからの精神保健福祉士の訪問などについて、新しく診療報酬をつける考え方である。ただし、これについては項目の微細な調整や、関係各団体とのが必要であるという欠点が存在する。

3つ目の方向性は、在宅時医学総合管理料などと同じコンセプトをあてはめ、重症精神障害者に対する多職種アウトリーチとして一定の要件を満たす事業所・ケースに対して（事業所の職種構成、月の訪問頻度、患者の重症度等）、月1回「多職種アウトリーチチーム加算」を加算する考え方である。個別の単価の値上げや未報酬の訪問を報酬化する方向ではなく、重症度の高いケースに対する重点的なサービスについて、一括して報酬をつける考え方である。優良な事業所等に限定して報酬の充実化できるが、新しい診療報酬項目をたてることと、「優良な事業所」を選定するための要件をどのように設定するか、という課題を解決する必要がある。

上記のような方向性があるが、どの方向性で検討するのが妥当なのかを、前段としての「理想的な多職種アウトリーチチームとは何か」というモデルの提示と含めて、研究班および現行の事業者、関係各機関、国との連携の上協議し、進めていく必要があると考えられる。

E. 結論

本研究では、現在のACTに臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。全国のACT活動のうちACTネットワークに参加し診療報酬をベースにした活動を行っている7事業所に協力を依頼し、全利用者の

うち 15%を無作為に抽出した(51 ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容について、平成 23 年 11 月半ば～12 月半ばの 1 ヶ月間に渡り、日常のサービス記録からサービスコード票に転記して調査を行った。

結果、1 か月間のコンタクトは、実対面コンタクト 857 回、電話コンタクト 407 回であった。職種は医師が 8.9%(n=75)、看護職を中心としたコンタクトが 36.0%(n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが 17.5%(n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが 30.5%(n=256)であった。また、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であった。

診療報酬の状況については無報酬のコンタクトの割合が、医師が 13.3%(n=10)、看護師が 24.8%(n=75)、作業療法士が 19.7%(n=29)、精神保健福祉士が 38.0%(n=97)であった。また全職種の 1 か月間・51 ケースに支援した合計の総臨床時間に対して、全体の 40.9%である 602 時間 21 分が無報酬となっていた。

今後本研究で得られた調査結果を利用し、①理想的な多職種アウトリーチチームの運営の在り方の提示と、②提示された多職種アウトリーチチームのモデル像に今回得られたデータを代入し診療報酬上の過不足を分析する、ことを通じ、具体的な診療報酬改定の提言を行っていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

謝辞：

今回調査にご協力いただいた ACT-H (北海道立緑ヶ丘病院附属音更リハビリテーションセンター)、S-ACT (東北福祉大学せんだんホスピタル)、ACT-J (NPO 法人リカバリーサポートセンターACTIPS)、ぴあクリニック (医療法人社団 互啓会 ぴあクリニックおよび株式会社ぼっけ 訪問看護ステーション不動平)、ACT-K (たかぎクリニック・ねこのて訪問看護ステーション・NPO 法人京都メンタルケア・アクション)、ACT-ZERO (大和診療所、訪問看護ステーション宙)、NACT (こころクリニックせいわ・訪問看護ステーション浜田「こころ」) のスタッフ・利用者の皆様方に厚く御礼申し上げます。本調査は臨床スタッフの皆様方のご協力、日頃の地道な臨床活動なくしては成立しない研究でありました。この場を借りて重ねて感謝申し上げます。

文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 1998;24:37-74.
- 2) ACT 全国ネットワーク
<http://assertivecommunitytreatment.jp/>
- 3) 山田創:クリニックによる 24 時間サポート可能なシステムとは 現行診療報酬制度化における訪問型支援. 高木俊介, 藤田大輔編:実践アウトリーチ入門. 日本評論社, 東京, pp123-128, 2011.
- 4) 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋 希, 英 一也, 高原優美子, 角田 秋, 園 環樹, 萱間真美, 大島 巖, 伊藤順一郎:重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査より. 精神障害とリハビリテーション, 15(1): 54-63, 2011.6.
- 5) 深谷裕, 塚田和美, 伊藤順一郎:「包括型地域生活支援プログラムの費用対効果分析」こころの健康科学研究事業重度精神障害者に対する包括地域生活支援プログラムに関する研究平成 19 年度総括分担報告書, pp.45-53(2008).

表1 コンタクトの概要と内訳

全コンタクト N = 1264	
n (%)	n (%)
実コンタクト	857 (67.8)
うち本人へのコンタクト	796 (62.3)
電話コンタクト	407 (32.2)
うち本人へのコンタクト	292 (23.1)

図1 コンタクトしている職種(実コンタクト中, n=857 ※欠損値除く)

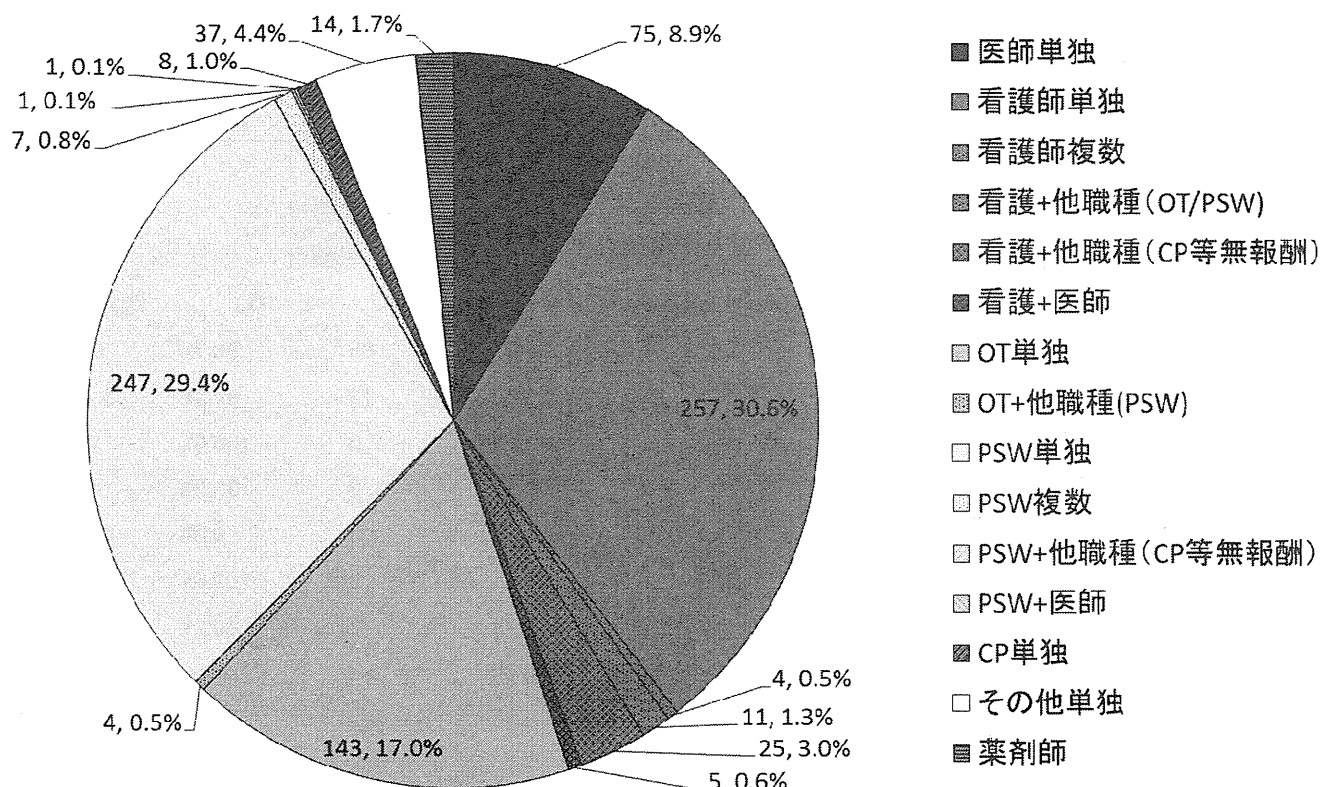


表2 コンタクトにかかっている時間(実コンタクト・職種別)

	コンタクト時間	移動時間(往路)	準備時間	合計
	平均(分)	平均(分)	平均(分)	平均(分)
医師 (n=75)	24.2	9.5	5.9	39.7
看護師 (n=302)	58.8	21.7	12.5	93.1
作業療法士 (n=147)	58.5	20.6	10.7	89.9
精神保健福祉士 (n=256)	50.9	18.1	7.1	76.1
その他 (n=59)	48.9	21.8	11.5	82.2

※データ上の欠損値は0分としてカウントした。

表 3 訪問看護ステーションで行われているコンタクトの報酬状況(コンタクト職種別)

コンタクト職種	報酬外		報酬付		合計	
	n	(%)	n	(%)		
看護職	看護師単独	34	14.6%	199	85.4%	233
	看護師複数	0	0.0%	2	100.0%	2
	看護+他職種(OT/PSW)	3	60.0%	2	40.0%	5
	看護+他職種(CP 等無報酬職種)	0	0.0%	2	100.0%	2
	看護+医師	0	0.0%	3	100.0%	3
OT 単独	7	9.0%	71	91.0%	78	
PSW 単独	12	100.0%	0	0.0%	12	
その他単独	0	0.0%	1	100.0%	1	
合計	55	16.4%	280	83.6%	335	

表 4 医療機関ステーションで行われているコンタクトの報酬状況(コンタクト職種別)

コンタクト職種	報酬外		報酬付		合計	
	n	(%)	n	(%)		
医師	10	13.3%	65	86.7%	75	
看護職	看護師単独	11	45.8%	13	54.2%	24
	看護師複数	0	0.0%	2	100.0%	2
	看護+他職種(OT/PSW)	4	66.7%	2	33.3%	6
	看護+他職種(CP 等無報酬)	23	100.0%	0	0.0%	23
	看護+医師	0	0.0%	2	100.0%	2
OT	OT 単独	22	33.8%	43	66.2%	65
	OT+他職種(PSW)	0	0.0%	4	100.0%	4
PSW	PSW 単独	79	33.6%	156	66.4%	235
	PSW 複数	4	57.1%	3	42.9%	7
	PSW+他職種(CP 等無報酬)	1	100.0%	0	0.0%	1
その他	CP 単独	8	100.0%	0	0.0%	8
	その他単独	24	66.7%	12	33.3%	36
	薬剤師	14	100.0%	0	0.0%	14
合計	201	40.0%	302	60.0%	503	

図2 コントクトの状況(実コンタクト n=806/電話コンタクト n=368 ※欠損値除く)

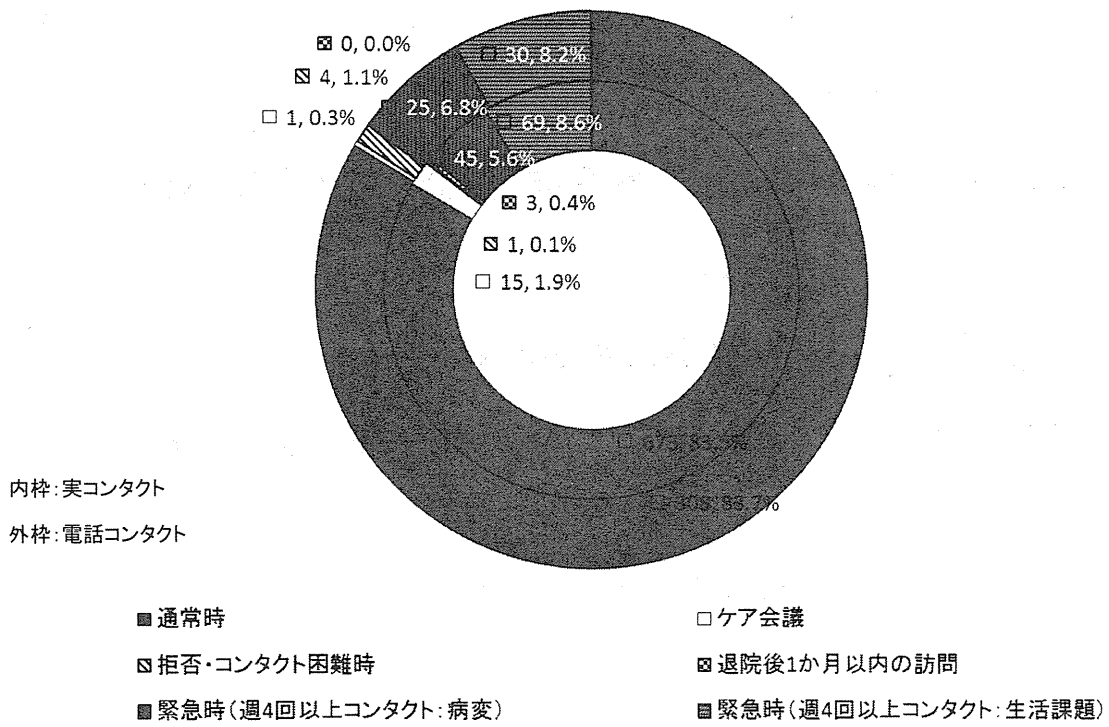


図3 コントクトの時間帯(実コンタクト n=848/電話コンタクト n=416 ※欠損値除く)

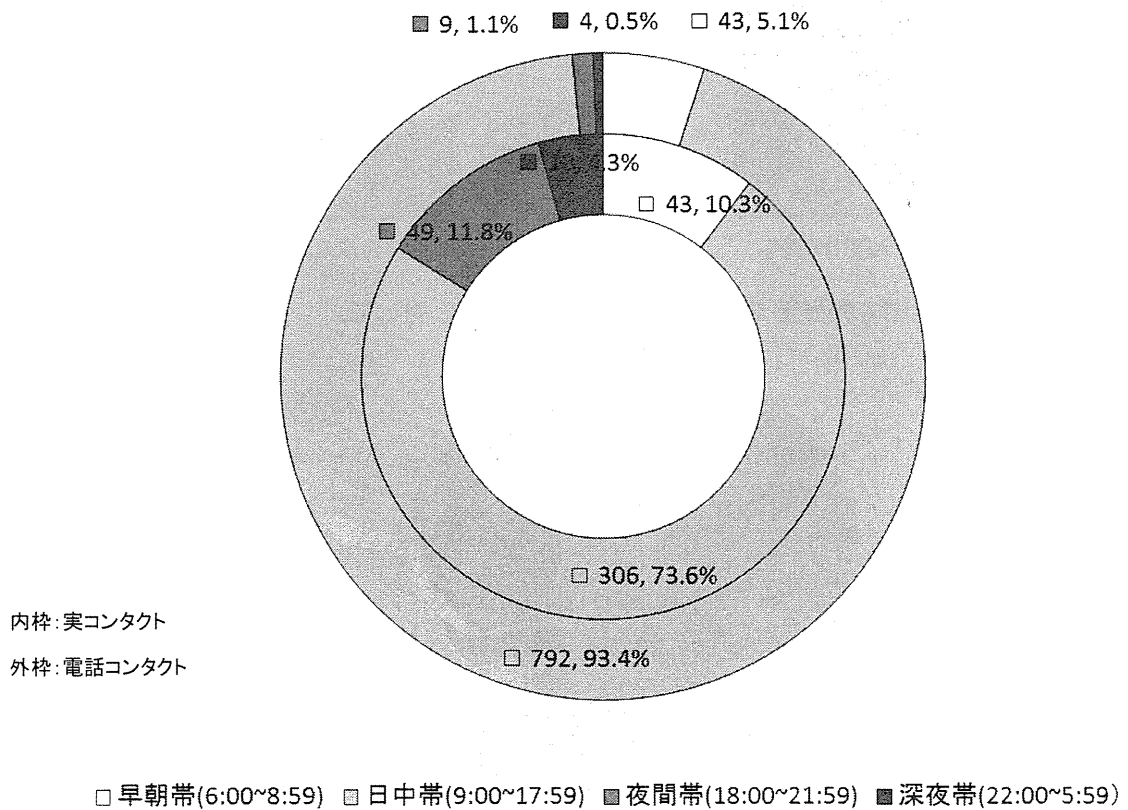


図4 医師による実コンタクトの報酬状況 (n=75 ※欠損値除く)

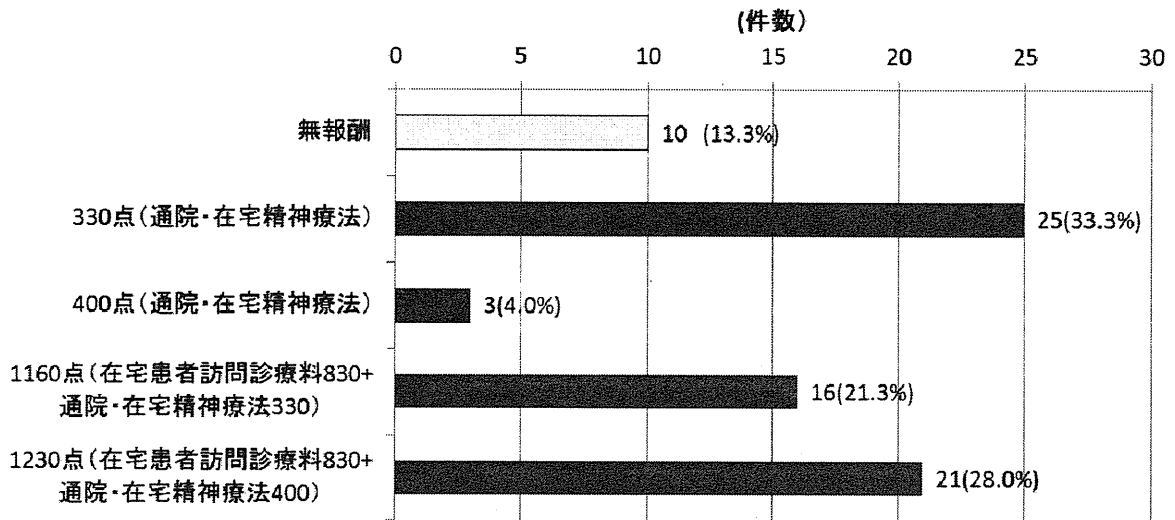


図5 医師による実コンタクトの非報酬理由 (n=10, 複数回答)

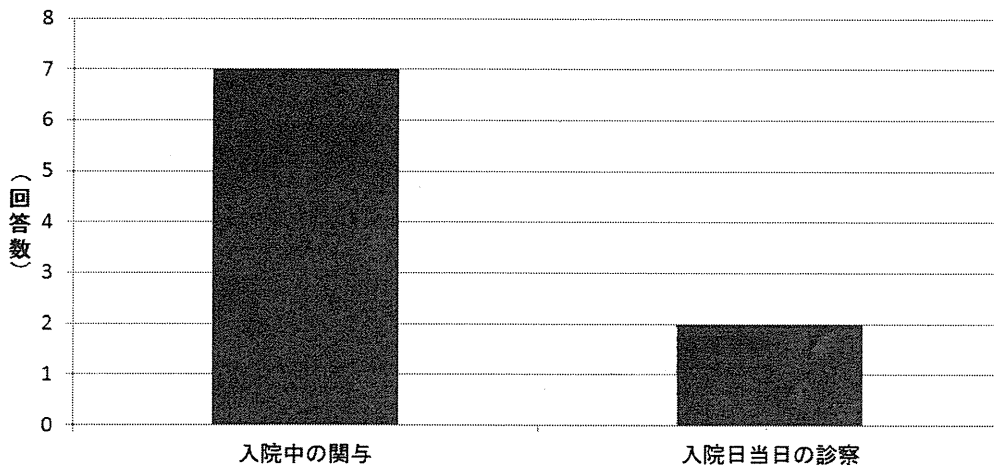


図6 医師による臨床時間の報酬区分 (1 か月間, 全 51 ケースに対して)

