

A. 研究目的

近年の我が国における精神保健医療福祉施策の基本的方策は「入院医療中心から地域生活中心へ」であり、これまで精神科病院からの地域移行と地域生活支援の拡充が推進されてきた。しかし、既存の保健・医療・福祉のサービス提供体制では支援が行き届かない対象者に対しては、多職種で構成されるスタッフが在宅を訪問し、包括的なサービス提供を行う新たなアウトリーチ体制の確立が急務である。

厚生労働省は平成 23 年度から 25 年度にわたって「精神障害者アウトリーチ推進事業」を展開し、24 道府県 37 機関に多職種アウトリーチチームを設置することで、未治療者・治療中断者・長期入院及び入退院を繰り返す対象者に対してアウトリーチサービスを提供したが、これにより入院（再入院）抑制や症状や社会機能の改善に対して一定の効果が示された。これを踏まえ、平成 26 年度の診療報酬改定では、精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の一層の推進を目指して、病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価である「精神科重症患者早期集中支援管理料」として一般制度化された。

この診療報酬制度は、長期入院患者、又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対して、退院後早期に、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであるが、実際の実施状況やサービス提供体制、対象者へのケア内容、実施にあたっての課題等については明らかになっていない。

そこで本研究では、初年度として、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関、および、届出を検討している

医療機関において、その実施状況やサービス提供体制、サービス利用者へのケア内容、実施にあたっての困難や課題について明らかにすることを目的に調査を実施することとした。2、3 年度目は、算定している対象のプロフィールやチームのケア実践内容の特徴を明らかにすることで、今後の体制整備を検討することを予定している。

本研究によって「精神科重症患者早期集中支援管理料」の基準に基づいたケアの実際が明らかになることで、サービス提供を検討している全国の施設に対して先行モデルを提示することができ、制度の普及に資することで地域生活支援の充実が図られると考えられる。また、本制度算定によるサービスの普及を妨げている要因や、効果的かつ安定的に提供し続けるための課題が抽出されることで、より充実した体制整備に向けた基礎資料となると考えられる。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

インタビュー調査（半構造的インタビュー、内容分析）

2. 調査方法および内容

1) 調査対象施設および対象者

平成 26 年 10 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関（6 カ所）、および届出を検討している医療機関（4 カ所）において、サービス提供を実施する部署の責任者あるいは担当者、計 15 名を対象とした。インタビューは平成 27 年 1 月～2 月にかけて実施した。

2) リクルート方法

(1) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関（届出機関）

各地方厚生局から公示されている「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出済の機関

から、サービスを提供しているチームを検索した。その結果 6 医療機関が該当し、責任者に対し、研究目的、研究方法と内容、データの使用目的について記載した依頼文書を研究者より送付し、本研究に関する説明とリクルートを行い、同意書の返送をもって同意を得た。

(2)「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出を検討している医療機関（未届出機関）

平成 25 年度に「精神障害者アウトリーチ推進事業」を受託していた全チームに電話でヒアリングをおこない、本管理料の届出予定の有無を尋ねた。そのうち、届出を検討しているチームの責任者に対し、研究目的、研究方法と内容、データの使用目的について記載した依頼文書を研究者より送付し、本研究に関する説明とリクルートを行い、同意書の返送をもって同意を得た。

3) 方法

半構造的面接法により、インタビューガイドを用い、インタビューを行った。録音されたインタビューデータから逐語録を作成し、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の実施状況やサービス提供体制、サービス利用者へのケア内容、実施にあたっての困難や課題に焦点を当て、コーディングしたのち、類似した内容を整理し、算定要件ごとに、現状と要望を整理した。

（倫理面への配慮）

インタビューは、研究者が所属する大学の研究倫理審査委員会の審査を受け、実施した。個人情報保護法およびその他関連諸法規を遵守し、研究者は研究協力者及びサービス利用者の個人情報は取得しないこととした。調査データは研究者及び共同研究者のみが取り扱い、テープおこしはプライバシーポリシーを明記している業者に委託した。対象となる機関の管理者に対して、研究の目的、方法、内容について説明し、承認を得てから行った。

3. 研究組織

研究協力者

角田 秋（聖路加国際大学）
小高 恵実（上智大学）
木戸 芳史（聖路加国際大学）
大橋 明子（聖路加国際大学）
廣川 聖子（埼玉県立大学）
渡邊 碧（上智大学）
村方多鶴子（聖路加国際大学大学院）
関本 朋子（聖路加国際大学大学院）
花田 敦子（聖路加国際大学大学院）
佐藤 鏡（聖路加国際大学大学院）
松長 麻美（東京大学）

C. 研究結果

1) 届出機関の概要

平成 26 年 10 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている 6 カ所の医療機関（以下、届出機関：A,B,C,D,E,F）および 4 カ所の未届出機関（P,Q,R,S）から回答を得た（表 1）。「精神障害者アウトリーチ推進事業」を受託していた機関が 7 カ所、受託していなかった機関が 3 カ所であった。未届出機関はすべて「精神障害者アウトリーチ

推進事業」を受託していた機関であったが、事業終了後もチームが存続しているのは 2 機関であった。

届出機関における訪問看護の提供体制の区分は、全機関が「院内から訪問看護を実施」（管理料 1）であり、チーム専従者の職種は、精神保健福祉士 3 人、看護師 2 人、作業療法士 1 人であった。また、インタビュー時点での算定ケース数は、0 件が 3 機関、1 件が 1 機関、2 件が 2 機関であった。

表 1 インタビュー実施機関の概要

ID	届出状況	「精神障害者アウトリーチ推進事業」の受託経緯	チーム専従者の職種	ケース数	インタビュー対象 括弧内は人数
A	届出済み 院内完結型	あり	精神保健福祉士	0	精神保健福祉士(2)
B	届出済み 院内完結型	あり	精神保健福祉士	2	医師・精神保健福祉士
C	届出済み 院内完結型	なし	作業療法士	0	医師
D	届出済み 院内完結型	あり	看護師	1	医師
E	届出済み 院内完結型	なし	精神保健福祉士	0	看護師
F	届出済み 院内完結型	なし	看護師	2	作業療法士
P	未届出	あり チーム存続：なし	—	—	医師・精神保健福祉士(2)
Q	未届出	あり チーム存続：あり	精神保健福祉士	—	精神保健福祉士、事務職
R	未届出	あり チーム存続：あり	看護師 精神保健福祉士	—	看護師
S	未届出	あり チーム存続：なし	—	—	作業療法士

2) インタビュー結果

制度の運用状況に関する具体的なインタビュー結果を以下にまとめた。

□内は実際の意見、()内は回答のあった施設数、下線は語られた疑問や誤解を示す。

(1) 診療報酬点数

精神科重症患者早期集中支援管理料（6か月以内に限り、月1回を限定として算定）

1 精神科重症患者早期集中支援管理料1（医療機関単独実施）

- イ 同一建物居住者以外の場合 1,800 点
- 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 900 点
 - (2) (1)以外の場合 450 点

2 精神科重症患者早期集中支援管理料2（訪問看護ステーションと連携）

- イ 同一建物居住者以外の場合 1,480 点
- 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 740 点
 - (2) (1)以外の場合 370 点

【現状】

(届出機関)

- 民間病院にとって魅力的な点数ではなく、報いられるものがなければやめる (3 施設)
- 運用に見合わない点数
- 6か月以上継続の人に対しては（医師の往診も）持ち出しになる
- 1,800 点ではチーム単体で赤字だが、病院全体の経営として包括的に考えている (3 施設)
- 多職種への加算がついたことはよい
- 試算し採算が取れないことがわかった

(未届出機関)

- 対象がコンスタントにおらず、既存の支援を評価する点数と捉えている
- 点数が低い
- 医師を雇えない (2 施設)
- 不採算部門とみなされる
- 同じ法人内のサテライトクリニックの場合、病院本体が要件を満たしていればいいのか、クリニック単体になるのかがわからない

【要望】

(届出機関)

- 患者要件を緩和して、対象が挙げやすくなるとチーム経営としても成り立ちやすい(2施設)
- 介入行為の内容や、訪問回数などの手厚さに対して加算が欲しい(2施設)
- 複数回訪問に対しても加算があるとよい
- 入院期間の短縮とアウトリーチ算定料をセットにし入院料に加算してはどうか
- 家族に支援した場合も、算定できるものにしてほしい

(未届出機関)

- 医師が毎日交代する体制にも報酬をつけることが必要
- 喫茶店や映画への同行など本人に合った支援に報酬があるとよい
- 点数の算出根拠を出して欲しい
- 入院しないなどの実績に基づきインセンティブをつける方がやる気が出る

実施施設では、現行の診療報酬点数では採算が取れていないとした機関が多くあり(5施設)、点数の加算の要望があった。しかし、部門単体では赤字であっても、病院の経営全体として包括的に見て届出に至った施設が3施設あった。

未届出機関では医師が雇えないとした施設が2施設、常勤1名の配置でも厳しいとした施設が1施設あった。また、法人内のサテライトクリニックの場合、算定要件は病院本体が算定基準を満たしていればよいのか、クリニック単体になるのかとの疑問の声があった。

アウトリーチ支援事業を受託していた施設では、これまでも実施していた先駆的な取り組みに対する評価であると受け止めていた。

(2) 算定要件

(現行の算定要件)

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から6か月以内の期間に限り算定

【現状】

(届出機関)

- アウトリーチ推進事業を経て、訪問できる医師がいる
- 退院後数か月経過した頃に中断することが多く、6ヶ月以内では厳しい(2施設)
- 通院困難な対象者はおり往診に行くが、6ヶ月後に通院できることが期待できない
- ステーションに移行した後もチームが1年間は月1回フォローする予定
- 週2回の訪問に抵抗感があり、週1回の訪問となったため算定終了した事例があった
- 訪問時に会えないことが増えたため、算定を終了した事例があった

(未届出機関)

- 状態が不安定な時に複数回訪問することはある(2施設)
- 訪問診療に医師が行くこと自体が難しい(2施設)
- 志のある病院や院長や意志の強い医師が「やる」と言わないとできない
- 頻回訪問は拒否の強い患者では逆効果であり、週に1回の訪問頻度の対象がたくさんいる
- 複数回訪問の時間は30分以上を複数回という理解でいいのかわからない

【要望】

- 延長要件を付けて欲しい(2施設)
- 6ヶ月以降の対応について知りたい

届出機関の多くは、訪問できる医師がいる、またこれまで訪問診療を実施していたため、算定要件に示されていることが実施できていた。また、退院から6ヶ月以内の期間に算定できるが、それまでに治療が継続できる状態にすることは厳しく、算定期間の延長を求めている。支援期間6か月経過後については、訪問看護ステーションに引き継ぎ、その後もフォローしていけるよう計画している施設があった。また、対象者の要望により、週2回の訪問が維持できず、期間内に算定を終了した施設もあった。

一方、未届出機関では、訪問診療を実施する病院の体制が整っていない現状があったほか、複数回訪問の解釈がわからないという意見があった。また6か月の支援期間の延長の要望が2施設からあった。

(3) 対象患者

①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者

【実施機関の現状】

(届出機関)

- 直近の入院が措置入院か医療保護入院以外の患者に適用できず除外される (3施設)
- 入退院を繰り返す者の直近の入院形態も指定されると、対象が限定されてしまう
- 1年未満の入院期間の患者は適用できず除外される (2施設)
- 入院歴のない外来受診中断者は適用できず除外される
- 統合失調症の重症で支援したい人が対象にならず、双極性障害ですぐ躁転して入退院を繰り返す人があてはまる
- 長期在院者は条件に当てはまりやすい
- 入退院を繰り返すが、入院の間隔3ヶ月以上のため該当しない人がいる (2施設)

(未届出機関)

- 急性期の医療機関では、入院3ヶ月時点で残る3割の中に適応者がいる可能性がある
- 再入院や長期入院の人がすでにいない

【要望】

(届出機関)

- 症状が増悪時でも、任意入院が可能なため、頻回な入院を措置入院や医療保護入院に限定しないでほしい
- 直近の入院の形態に、応急入院を含めてほしい

統合失調症の長期入院患者や、入退院を繰り返す者としては病相を頻繁に繰り返す双極性障害の患者を対象患者としていた。医療施設では、入院はないが通院治療を中断している患者、初回入院の患者、入院期間が1年未満あるいは複数回の入院があり入院間隔が3ヶ月以上ある患者、これらの現状にある重症な統合失調症患者にアウトリーチ支援が必要であると考えていたが、対象者の要件に当てはまらず、適用できていなかった。

入退院を繰り返す者については、入院形態によって除外されやすいため、入院形態の限定をしないでほしいという要望が2施設からあった。

②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者

【現状】

(届出機関)

- ACTの対象になるようなケースか、それより軽度の方が対象になる
- 気分障害や統合失調感情障害のケースが該当している

(未届出機関)

- 再入院した人は年間30人ぐらい訪問看護に移っているが、重症者はいない
- GAF40以下になるとグループホームは受け手も厳しく、救護施設やケアホームに入る
- GAFは平均が40台
- 気分障害は病院に来ることが多い
- ボーダーの人が地域で問題になっていることの方が多い
- 重度認知症患者デイケアや認知症治療病棟もあり対象は存在する
- GAF40以下について常時40を超えない人なのか、その瞬間なのか解釈がわからない

【要望】

(届出機関)

- 統合失調症や気分障害以外のケースにも対応できるようにしてほしい

(未届出機関)

- 退院後困難でGAF40以下が予測される人ならイメージがつく
- 行政と連携が取れるのであれば、ひきこもり等も対象になるとよい

届出機関、未届出機関の両方から、統合失調症や気分障害以外のケースにも対応できるようにしてほしいという意見があった。

未届出機関では、統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者はいる現状であった。1機関では、GAF40以下を経時的あるいは時点で捉えるかの解釈が難しいと認識していた。また、他の対象者の要件と合わせてみた場合に、気分障害をもつ者は通院できる者が多い(1機関)、長期在院でGAF40以下の者は精神発達遅滞の者が多い(1機関)、再入院をした者の中にGAF40以下の者は少ない(1機関)、という現状があった。

③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者

【現状】

(届出機関)

- 通院はできるが、入院を繰り返してしまうケースに適用できない
- 通院しているものの中断するリスクが高く、濃厚な支援が必要なケースに適用できない
- 通院できるようになると適用できなくなる (2施設)
- 家族が代理受診をしているケースに適用できない
- 通院中断の人が連れてこられると算定できない (2施設)
- これまでの支援で、受診援助をすると外来に連れてくることが出来ていた
- 通院の中断が、通院が困難なものに当たるとすれば、該当者は多くいる

(未届出機関)

- 通院が困難な人こそ通院だけは確保しようと通院同行などの支援をしており医療とつながりがある (4施設)
- 退院後に通院しない患者は年間3人いるかどうか
- 通院困難が判明していれば退院も踏み切りがたい
- 医療への交通の便がないために通院困難になる地域はある
- 通院困難の判定方法がわからない

患者が通院出来るようになる、家族の代理受診、通院中断の人が連れてこられる、支援によって受診できた場合、対象要件に該当しなくなるとして、支援対象外にしていた。

未届出機関では、4機関全てにおいて、通院が困難な者に対しては手厚く支援を提供することで既に医療とつながっており、1機関では、通院困難な者は退院に踏み切り難いと認識されていた。

また未届出機関では、通院困難の判定方法がわからないとの意見があった。

④障害福祉サービスを利用していない者

【現状】

(届出機関)

- 障害福祉サービスを利用しているケースに適用できない (4 施設)
- 介護保険サービスを利用しているケースに適用できない (2 施設)
- 福祉サービスを導入しても拒否する人はいる
- 施設がある地域には、障害福祉サービスが充実しているため、対象者となるようなサービスを利用していない人が少ない
- 福祉サービスは、何が当てはまるのかわからない

(未届出機関)

- 障害福祉サービスを利用していない人はいる (2 施設)
- ケアマネジメントを行い GAF40 以下の人には退院時に何らかの障害福祉サービスを組み込んでいる (3 施設)
- ケースごとにソフトランディングでサービスを徐々に入れ、手が切れるようやっている

【要望】

(届出機関)

- 長期入院から退院するケースは、グループホームにつながる事が多く、その中にもアウトリーチ支援が必要だと考えられるケースがいるため、グループホームへのアウトリーチも含めてほしい

(未届出機関)

- 「サービスを受けていない人」と書かれると病院の丸抱えになり地域づくりを阻害する

「障害福祉サービスを利用していない者」という要件があることで、障害福祉サービスを利用しているケースに適用できないこと (4 施設)、介護保険サービスを利用しているケースに適用できないこと (2 施設) が現状の問題として挙げられていた。

届出機関(算定ケースはない)で、あてはまる福祉サービスがわからないとした機関があった。また、グループホームへのアウトリーチ支援を望む声があった。

未届出機関では、障害福祉サービスを利用していない対象がいるという意見があった一方、GAF 得点 40 点以下の対象や長期入院者は、退院時にケアマネジメントをおこない、何らかの障害福祉サービスを組み込んでいるとした機関が届出機関と未届機関を合わせて 4 施設あった。

①～④のすべてを満たす者

【現状】

(届出機関)

- 4つの条件すべてを満たすという基準があまりにも厳しく、対象者が挙がらない (5施設)
- 対象者の枠が狭いので、支援を必要としてもはじかれる人が出る
- 6ヶ月以降も支援が必要になると考え、対象者がいない
- 外来未来院や中断のケース、代理受診のケースを外来看護と一緒にピックアップしている

(未届出機関)

- 対象者の要件をすべて満たす人はいない (3施設)
- 患者像のイメージがつかない
- 未治療や受診中断は違うため、アウトリーチ推進事業とは対象が違う感じがしている

【要望】

(届出機関)

- 4つの条件すべてではなく、いくつかにしてほしい (2施設)

(未届出機関)

- 「対象者の要件を全て満たす者」は撤廃すべき

すべての要件を満たす対象者が挙げられず、支援が必要な人が除かれてしまうため、すべてを満たすのではなく、いくつかにしてほしいという要望があった。4つの要件に当てはまる対象者をピックアップする体制を作った実施機関もあった。

一方、未届出機関では、患者像のイメージがつかず、アウトリーチ支援事業とは対象が異なると認識している施設があった。

算定基準に相当する対象患者が、届出機関の自機関あるいは関連機関にどの程度存在するかについて、インタビュー内容から判断し、患者要件の4つにカテゴリー化を行った。

表 2. 算定基準に相当する対象患者が、自機関または関連機関にどの程度存在するか

	A	B	C	D	E	F
① 1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者	△	×	△	×	○	△
② 統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時の GAF40 以下の者	○	△	○	△	○	○
③ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者	×	△	×	△	△	○
④ 障害福祉サービスを利用していない者	×	×	×	×	×	×

(○：一定数いる、△：あまりいない、×：ほとんどいない、－：言及なし)

現行の算定基準として定められている「①～④のすべてを満たす」対象患者を挙げるができないのが現状である。

全国統計によると、1年以上入院している患者は全国の病床のうち 49.2%（救急病棟 4.2%、急性期治療病棟 6%、精神療養病棟 76.7%）を占めているものの³⁾、今回のインタビューからは①に該当する患者をあまり挙げるができないという、相反する結果が得られた。この結果は、今回のインタビュー先に救急・急性期治療を推進している医療機関が多く含まれていたため、①に該当するケースは全国平均（49.2%）よりも、救急病棟・急性期治療病棟における割合（4.2%、6%）が反映されたものと考えられる。

また、①と④の基準の関連では、1年以上の入院中に集中的かつ適切なケースマネジメントを実施し、対象患者の退院にとって必要不可欠な障害福祉サービスを導入して退院すると、本算定料を適用できなくなるということから、④に該当するケースはほとんどいないという結果が得られた。現状の基準では「入院中に障害福祉サービスを導入できなくても、可能な限り早期に退院し、本算定料による集中的なアウトリーチサービスを受けながら、地域でケアマネジメントを進めていく人」あるいは「1年以上入院し、必要な障害福祉サービスを導入してもなお、一定期間は集中的なアウトリーチサービスが必要な人」に適用することができないという状況であった。

(4) 施設基準

①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)

【現状】

(届出機関)

- 指定医1名、看護師1名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名が届出人員
- 指定医1名、看護師1名、作業療法士1名、精神保健福祉士2名が届出人員
- 精神保健指定医1名、看護師2名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名の体制
- 看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれか1名が専従(4施設)
- アウトリーチ推進事業の臨床心理士、薬剤師が基準から外れてしまった
- アウトリーチ推進事業で活躍した薬剤師、臨床心理士、ピアサポーターによる訪問が点数にならない(2施設)

(未届出機関)

- 指定医の確保が難しい(3施設)
- 医師や看護師、精神保健福祉士も不足しており対象者の条件に合う少数のために専従を置けない
- 非常勤は夜勤で集まるのが難しい
- アウトリーチ推進事業の時は10数名で兼務の体制を組んでいたので対応できた
- アウトリーチ推進事業の時のピアスタッフがスタッフとしての位置づけがない

【要望】

(届出機関)

- 薬剤師、臨床心理士、ピアサポーターによる訪問ができるようにしてほしい
- 職種の組み合わせによって診療報酬点数を加算してほしい
- 職種の縛りをつけると休みを取れないため、職種の縛りは大きくないほうがよい

(未届出機関)

- 指定医は常勤にこだわらずパートでは駄目なのか
- スタッフのメンタルケアを考えると、兼務で人数の枠を大きくする方がゆるやかで逃げ道もある
- 兼務職員とした方が病院としての立場を保ちながらアウトリーチできる意義がある
- 心理士を入れてほしい(2施設)
- 5人程度の常勤体制で責任をもってした方がよい

届出機関は、基準に従い、精神保健指定医 1 名、看護師 1 名、作業療法士 1 名、精神保健福祉士 1 名の計 4 名の体制をとっており、専従は、看護師、作業療法士、精神保健福祉士のいずれかであった。4 名での運用は、休みが取れないなど、勤務体制に課題を生んでいた。薬剤師や臨床心理士、ピアサポーターなど、アウトリーチ推進事業で活躍した他職種も、チーム構成員にしてほしいという要望がみられた。

未届出機関では、少数の対象者のために精神保健指定医を確保することや、看護師や精神保健福祉士の専従者を置くのも難しいのが現状である。また、4 職種が常勤であり、多人数兼務体制が認められないこと、ピアスタッフの位置づけがないことも現状の困難点として挙げられていた。

②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること

【現状】

(届出機関)

- 月1回以上の保健所等との会議は、忙しさから開催が難しく、行政の協力を求めている
- チームカンファレンスではケースだけでなくチーム運営についても話し合っている
- 医師も参加するチームミーティングを毎日時間外に実施
- 該当者がおらず保健所等との会議は開かれていない
- 保健所に担当者がいて参加協力が得られるため、算定ケースがいなくても会議を続けている
- 保健所の事情で当日欠席になることがあり、そのことで算定できなくなる可能性がある

(3施設)

(未届出機関)

- 毎週1回の会議が有効であった
- 定期的に体制を整えさえすれば多職種会議はできる(2施設)
- 今は人数が少ないのでスタッフを集める日を作ること自体困難
- アウトリーチ推進事業時から月1回の保健所等とのカンファレンスを定例開催
- アウトリーチ推進事業時は週1回チームが集まるのが時間的に難しい時もあった
- アウトリーチ推進事業時は1週間で状況に変化のない対象もおり週1回定期的に組むのは困難だった

保健所等の理由によって多職種会議が開催できず、算定できない可能性を危惧する声が3施設からあげられた。これについては、「先方の都合等で、当月に共同で会議が開催できなかった場合、翌月に2回開催する等、月平均1回開催しているものに限り算定できる」と医療課事務連絡(平成26年3月31日)で通達されている。届出機関では、対象者がいない場合に、多職種会議を開催しない施設と継続し開催する施設があった。

未届出機関は、全てアウトリーチ推進事業を経験しているため、現在も会議を継続している施設もあった。週1回の体制を整えることに難しさを感じているものの、多職種会議および地域連携会議の有効性は認識しており、開催は可能であると認識していた。

③24 時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること

【現状】

(届出機関)

- 医師が協力的である (4 施設)
- アウトリーチチームを構成するスタッフ数が少なく、24 時間 365 日体制を組むことが困難 (4 施設)
- 医師の往診が可能な体制を維持することは、人員や業務の点で厳しい状況にはある
- 夜間は電話対応でほとんどのケースは対応可能 (2 施設)
- 医師以外の夜間の電話対応は診療報酬に算定できない
- 看護師、作業療法士、精神保健福祉士の輪番体制と、医師のオンコール対応で、24 時間対応可能な体制を確保している
- 往診や訪問が必要な場合は、チーム内で相談して対応者を決め、優先順位は医師と看護師で判断している
- 夜間の往診が必要なケースがわからない
- 24 時間連絡を受ける体制は、チームメンバー5 人で当番制を取っている

(未届出機関)

- 24 時間往診および訪問が可能な体制を維持している
- 24 時間の訪問看護は問題ない
- 24 時間対応は、昼間にしっかりと支援しておけば大変ではない
- 救急基幹病院であれば対応自体は 24 時間なんとかなる
- 当直医とは別に 1 人医師を確保する余裕がない (2 施設)
- 電話での連絡体制は取れるが、往診や訪問は夜中、休日には難しい
- 精神科救急をする中で、なんとか受診や電話で落ち着くことができおり、行く必要があることはない
- 往診は指定医がするのかわからない
- これまでほとんど行われていない夜間のサービスがなぜ書き込まれたのかわからない

【要望】

(届出機関)

- 医師だけではなくアウトリーチチームのメンバーが電話対応した場合も点数化してほしい

(未届出機関)

- 夜中に往診や訪問ができる体制を義務にしなければ実施できる

届出機関は、医師が協力的であり（4施設）、24時間の訪問対応ができていた。しかし、チームメンバー数が少なく、体制を維持していくことは難しいと考えていた（4施設）。夜間は、電話でほとんどのケースに対応できていた。往診や訪問に関する連絡は、医師以外のメンバーで受ける体制をとり、医師はオンコール対応である施設が2施設あった。24時間往診できる体制について、対応を含めすべての対応を医師が行わなければ算定できない、医師以外の夜間の電話対応は診療報酬に算定できないと解釈している施設があった。

未届出機関では、医師の24時間の往診体制は、アウトリーチ推進事業や精神科救急においてもほとんど実例がない上に、体制的にも電話対応以上は困難であると捉えられていた。一方で、看護師の24時間対応に関しては、現体制でも可能であると捉えていた。

④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること

【現状】

(届出機関)

- 精神科救急体制および時間外や休日の対応も行っている (3 施設)

(未届出機関)

- 基準上はクリアしている (3 施設)
- 救急で入院させる必要性があるかないかの問題があるので必要性を認めて多少仕方ないと考えている
- 救急がしっかり整っているところでないとできない (2 施設)
- 「地域の精神科救急医療体制の確保に協力」とは、何を示すのかわからない

病院の救急体制の整備状況によって、本基準をクリアできるかどうかには差がみられた。未届出機関では、救急が整っている施設でなくてはできないと答えていた。また、「地域の精神科救急医療体制の確保に協力」が何を示すのかわからないという意見がみられた。

(5) その他の意見

(届出機関)

- 依頼があっても周囲 20~30 km程度の範囲でないと難しい
- 他チームの現状を知りたい (2 施設)
- 精神科重症患者早期集中支援管理料の名称を、利用者に説明しづらい

(未届出機関)

- 医療でまる抱えしたら点数がつく仕組みであり、患者の既存の能力を奪ってしまい、地域が育たない
 - 良心的な施設への動機づけになるよう、もう少しハードルを低くしたらいい
 - この管理料の抱えている問題は世の中全体に精神科医療の在り方を投げかけているものだと思うので難しい
 - 精神科医療の格差や地域特性によって必要な制度が違うので、格差や特性を整理することも大事
 - 未受診者に対して別の枠組みで考えていく必要がある
 - 管理料だけではなく全体的なランドデザインを描き直してもらわないといい形にならない
 - 同じ法人内のサテライトクリニックの場合、病院本体が要件を満たしていればいいのか、クリニック単体になるのかわからない
 - 本人支払いだが算定している病院は本人との契約で行なっているのかわからない
- (2 施設)

その他の意見として、施設基準は同じ法人内の病院本体が満たせばよいのかという疑問や、支払いや契約に関する疑問があり、また管理料の名称が、利用者に説明しづらい名称であるとの意見がみられた。そのほか、本制度の目的や位置づけについて問う意見が複数あげられた。

(6) 届出の経緯

届出を検討するに至った理由や議論について、以下にまとめた。

① (届出を検討した理由) 病院の方針を検討・方針に合致するため

(届出機関)

- 民間病院は将来的に難しいという見通しをもっていた
- 救急と在宅支援を両輪で考えることになった (2 施設)
- 指定通院医療と並んで課題の解決を地域であることを見越した (2 施設)
- 病床が減るため入院を受けることが厳しい状況にある
- 不採算部門のため、加算がつくのであれば出してみようと思った
- 好むと好まざるに係らず、自分たちがやらないと他もやれないから、やるしかない

(未届出機関)

- 病院として地域を見守る体制を作っている (2 施設)
- 高齢化に対する支援の在り方を検討している
- 入院から外来型に、地域医療を重点的にする方向へシフト予定

高齢化社会や地域医療の推進を念頭に置いて、将来に向けたそれぞれの施設の方向性を様々な角度から検討しており、その一環として本算定料の届出を検討していた。その方針は、過去にはアウトリーチ推進事業への参画にもつながっていた。また、該当機関が指定通院医療機関となるタイミングで、同時に申請が検討された機関が 2 施設あった。さらに、不採算部門解消のために、加算をとることが検討された機関があった。また、自分達なら少し無理をすればできるかもしれないという思いのもと、先陣を切って届出に至った機関もあった。

② (届出を検討した理由) アウトリーチ推進事業の効果として

(届出機関)

- アウトリーチ推進事業で有効な事業だと認識し継続したいと思っていた
- アウトリーチ推進事業で手出しできなかつたところに関わり安定していく様を見た
- 病院内の多職種が関わり、実践が目に見えるなどいい影響がある
- アウトリーチ推進事業が急になくなり都道府県が激変緩和措置として届出を条件に予算をつけた

アウトリーチ推進事業に参加したチームでは、利用者への支援の効果が認識され、また院内の職員へも、多職種で関われるようになるなど良い影響があったという意見があり、これらを理由に、届出に至っている医療機関があった。また、アウトリーチ推進事業が終了した後、都道府県が期限付きで予算をつけることになり、本事業にチームが引き継がれた機関もあった。