

氏名()		クリニックID										研究用ID																				
別紙2																																
()月												研究用ID																				
外来・ ・ 訪診	外来診療 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	訪問診療 または往診 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
看護・ ・ 相談	訪問看護 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	面談(看護) 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	面談(心理) 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	面談(PSW) 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	面談(他) 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	電話相談 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
会議	院内 ミーティング 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	地域ケア会 議等 所用時間 (分)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
デイ 入 所	デイケア	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	ナイトケア	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	入院	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	ショートステイ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
福 利 社 用 サ イ ト 状 況 ビ ス	ホームヘルプ	法人内 外部		今月から利用開始		利用中		利用中止 (中止理由)																								
	就労移行支援	法人内 外部		今月から利用開始		利用中		利用中止 (中止理由)																								
	就労継続支援A	法人内 外部		今月から利用開始		利用中		利用中止 (中止理由)																								
	就労継続支援B	法人内 外部		今月から利用開始		利用中		利用中止 (中止理由)																								
	グループホーム	法人内 外部		今月から利用開始		利用中		利用中止 (中止理由)																								
	その他()	法人内 外部		今月から利用開始		利用中		利用中止 (中止理由)																								
そ の 診 断 指 示	自立支援医療診断書	月 日 作成		その他特記事項																												
	障害年金診断書	月 日 作成																														
	精神障害者保健福祉手帳診断書	月 日 作成																														
	外部デイケア	月 日 指示																														
	外部訪問看護	月 日 指示																														
	その他	月 日																														

研究用 ID

氏名 _____

研究用 ID

現在の診断

住所

同居家族： あり（ ） なし

結婚歴： 配偶者あり 死別 離別 結婚歴なし

教育年数：（ ）年

年数がわからない場合はこちら： 中学 高校 専門学校 大学以上 卒業・中退・（ ）年在学中

職歴：あり（正社員 非正規社員 アルバ 障害者枠）勤務中・休職中・退職 職歴なし

精神科入院歴： あり（ 回 計 カ月） なし

自立支援受給者証： あり なし 申請予定

精神障害者保健福祉手帳：（ ）級 申請予定 該当なし

障害年金：（ ）級 申請予定 該当なし

要介護状態区分： 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 該当なし

その他 併存障害： あり（身体 知的 ） なし

GAF：（ ）点

以下は主治医の判断で当てはまる項目に印（☑）をつけてください。

- 精神科外来への通院を中断したことがある
- 引きこもりの生活に陥りやすい
- 病識が不十分である
- 幻聴や被害関係妄想等の陽性症状が続いている
- 服薬の不規則、拒否がときどきある
- 金銭の自己管理が不十分である
- 時に暴言、暴力、性的問題行動、自傷行為、自殺未遂等がある
- （身体的理由または精神的理由により）ひとりでは外来受診ができない
- 糖尿病等の慢性身体疾患を有し、医学的管理を要する

別紙 4

研究用 ID

診療所 ID

.....キ リ ト リ.....

研究用 ID

主診断

GAF : () 点

以下は主治医の判断で当てはまる項目に印 (☑) をつけてください。

- 精神科外来への通院を中断したことがある
- 引きこもりの生活に陥りやすい
- 病識が不十分である
- 幻聴や被害関係妄想等の陽性症状が続いている
- 服薬の不規則、拒否がときどきある
- 金銭の自己管理が不十分である
- 時に暴言、暴力、性的問題行動、自傷行為、自殺未遂等がある
- (身体的理由または精神的理由により) ひとりでは外来受診ができない
- 糖尿病等の慢性身体疾患を有し、医学的管理を要する

研究用 ID 診療所 ID
.....キ リ ト リ.....

研究用 ID 初診年月日 年 月 日

年齢 歳 性別 男 女

住所（町名までまたは郵便番号のみ）：

同居家族：あり（ ） なし

居住形態：自宅 グループホーム その他（ ）

結婚歴：配偶者あり 死別 離別 結婚歴なし

教育年数：（ ）年
年数がわからない場合はこちら： 中学 高校 専門学校 大学以上 卒業・中退・（ ）年在学中

職歴：あり（正社員 非正規社員 アルバイト 障害者枠）勤務中・休職中・退職 職歴なし

精神科入院歴： あり（ 回 計 カ月） なし

自立支援受給者証： あり なし
精神障害者保健福祉手帳： （ ）級 該当なし
障害年金： （ ）級 該当なし
要介護状態区分： 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 該当なし
併存障害： あり（身体 知的 ） なし
身体合併症： あり（ ） なし

外来受診以外に利用中のサービス

デイケア・ショート・ナイト：当院 他院 医療機関以外（週平均 回利用、登録のみ）

訪問看護：同一法人 他法人（週平均 回利用）

カウンセリング・心理相談：同一法人 他法人（週平均 回利用）

その他利用中の障害福祉サービス等

次回外来受診予定

日後 週後 カ月後 今回で終診 他院紹介 入院

全国が多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究

研究分担者：○萱間真美¹⁾

研究協力者：角田 秋¹⁾，小高恵実²⁾，廣川聖子³⁾，大橋明子¹⁾，佐藤 鏡¹⁾，木戸芳史⁴⁾，
渡邊 碧²⁾，村方多鶴子⁵⁾，関本朋子⁶⁾

- 1) 聖路加国際大学
- 2) 上智大学
- 3) 首都大学東京
- 4) 東京大学大学院
- 5) 訪問看護ステーション卯
- 6) 聖路加国際大学大学院

要旨

【目的】我が国では、既存の精神保健・医療・福祉サービス提供体制で支援が行き届かない対象に対し、多職種がチームで包括的サービスを提供するアウトリーチ支援の確立が急務である。平成 23 年開始の「精神障害者アウトリーチ推進事業」を踏まえ、平成 26 年度には「精神科重症患者早期集中支援管理料」が新設された。本研究は、この制度の実施状況や実施にあたる課題を明らかにすることを目的としている。研究 2 年度目である本年は、「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において、その実施体制や、サービス利用者の特性、ケア内容を具体的に明らかにし、本制度の活用モデルを示し、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、および、制度を届出している施設に昨年引き続きインタビューを行い、体制及び対象者の状況を把握した。

【方法】「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定をしている医療機関に対し、算定までの経緯、対象者の状況、支援内容について、カルテ調査を行い、制度の活用状況を把握した。また、届出医療機関に対し、実施状況やサービス提供体制、困難や課題について半構造的インタビューを実施した。

【結果】26 年度新設の「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は、27 年 8 月の時点で、全国で 11 施設であった。そのうち 27 年 12 月までに支援が終了したケースは 6 施設 13 事例であった。多くは 1 年以上入院の患者であり、カンファレンスの開催、家族や周囲への退院後の手厚い支援の保障、手厚い支援の実施、服薬継続支援のために、活用されていた。支援対象者の多くはその後地域生活を継続していた。本制度に関するインタビューでは、患者の算定要件、および施設基準の厳しさが報告された。

【考察】本制度は、28 年度診療報酬改定で障害福祉サービスの利用者が利用できるようになること、24 時間往診が必須要件でなくなることから、今後さらなる普及が見込まれ、引き続き制度の利用状況の調査を行うとともに、他サービスとどのように関連させ活用されていくのかについても、継続的に調査することが重要となる。加えて、利用者への客観的・主観的なサービス評価の実施、および、スタッフやチームへの本制度の波及効果（多職種カンファレンスによる効果等）についても評価を行っていく必要がある。

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¹⁾。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。

本研究は 3 年度計画の 2 年度目として、「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で、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引き続き明らかにすることと、実際の支援例から本制度がどのような支援対象に適応されているのか、これまでの診療報酬と組み合わせどのように使用されているのか、本制度導入で新たに可能になった支援とその効果について明らかにすることを目的として調査を実施した。

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。これまでの支援体制と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. 方法

1. 研究デザイン

カルテ調査およびインタビュー調査（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) 対象患者カルテ調査

(1) 調査対象施設および対象者

平成 27 年 8 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出がある全 11 施設のうち、平成 27 年 12 月までに本管理料による支援が終了したケースを対象とした。

(2) リクルート方法

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ところ、11 医療機関が該当した。全施設に電話で問い合わせをし、27 年 12 月までに支援が終了したケースがあるとした 6 施設に対し、支援が終了した全ケースについて、調査を依頼した。

(3) 方法

担当者へ書面による同意を得たのち実施した。調査票を郵送し、支援が終了した全ケー

スについて、支援担当者に、以下についてカルテからの記載を依頼した。

① 算定開始時（退院時）

- ・基本属性：性別、年齢、婚姻状況、世帯状況、居住形態、経済状況
- ・状況：対象者の類型、精神科診断名、身体合併症、主診断の発症年齢、精神科病床への入院歴、服薬管理状況、処方内容、精神障害者保険福祉手帳の有無、自立支援医療費（精神通院）申請の有無、退院直後から導入したその他のサービス、対象者の状況及び支援提供に至る経緯
- ・精神症状及び社会機能：機能の全体的評価尺度（GAF：Global Assessment of Functioning）

② 算定終了時

- ・基本属性：世帯状況、居住形態、経済状況
- ・状況：支援の転帰、服薬管理状況、処方内容、精神障害者保険福祉手帳の有無、自立支援医療費（精神通院）申請の有無、算定終了後から導入したサービス、対象者の状況及び支援提供に至る経緯
- ・精神症状及び社会機能：機能の全体的評価尺度（GAF）

③ 支援経過

- ・支援内容：実施日及び時間、ケア内容、診療報酬算定上の位置付け、担当職種、加算

2) 制度に関するインタビュー調査

(1) 調査対象施設および対象者

平成 27 年 8 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（11 カ所、うち昨年度調査対象 6 カ所、今年度新規調査対象 5 カ所）について、サービスを提供する部署の責任者あるいは担当者を対象とした。

インタビューは平成 27 年 8 月～28 年 1 月

にかけて実施した。

(2) リクルート方法

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、今年度新たに 5 医療機関が該当し、計 11 施設が対象となった。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

新規調査対象（5 施設）については、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。昨年度インタビュー実施機関（6 施設）については、電話で同様のインタビューを行い、支援対象者の有無等、チームの状況を確認した。

3. 倫理面への配慮

カルテ調査およびインタビュー調査について、聖路加国際大学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に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、インタビューの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。

C. 結果

1. 届出機関の概要

平成 27 年 8 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 11 カ所の医療機関から回答を得た（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 3 施設、受託していなかった機関が 8 施設であった。

届出機関における訪問看護の提供体制の区分は、「院内から訪問看護を実施」（管理料 1）が 9 施設、訪問看護ステーションと連携しているのは 2 施設であった。また、インタビュー時点での算定終了ケース数は、0 件が 5 施設、1 件が 3 施設、2 件が 2 施設、6 件が 1 施設であった。

表 1 インタビュー・カルテ調査実施機関の概要

ID	届出状況	支援終了 ケース	支援中 ケース	インタビュー対象 括弧内は人数
A	院内完結型	0	0	精神保健福祉士
B	院内完結型	6	2	医師、精神保健福祉士
C	院内完結型	0	0	医師
D	院内完結型	2	0	医師、看護師、 作業療法士、精神保健福祉士
E	院内完結型	0	0	看護師
F	院内完結型	2	0	作業療法士
G	院内完結型	1	0	作業療法士、事務職員
H	訪問看護ステーション と連携	0	0	精神保健福祉士
I	院内完結型	1	0	精神保健福祉士 (2)
J	訪問看護ステーション と連携	0	0	看護師
K	院内完結型	1	0	精神保健福祉士

1) 支援対象者の状況

本算定料による支援が終了した支援対象者の概要を（表 2）にまとめた。

対象者の年代は 30 代から 80 代と幅広く、男性 5 名、女性 8 名であった。診断名は、統合失調症が 11 名、気分障害が 2 名であった。

1 年以上の入院者が 8 名、入退院を繰り返す者が 5 名であった。入退院歴は 1 回から 30 回と幅広く分布していた。支援期間は 2 か月から期限の 6 カ月までであり、支援終了後も地域生活を続けている対象が 9 名、入院が 3 名、施設入所が 1 名であった。

表 2 支援ケースの概要

ID	年代性別	診断名	類型	入院歴	支援導入の経緯	経過	算定期間	その後のサービス
1	40 代女性	統合失調症	長期	2 回	院内で退院促進の動きが活発化したため	地域生活継続	6 か月	訪問看護・デイナイトケア
2	60 代女性	統合失調症	長期	4 回	手厚い支援が必要	地域生活継続	5 か月	デイケア
3	40 代女性	統合失調症	繰り返し	10 回	内服継続支援が必要	入院	4 ヶ月	なし
4	40 代女性	気分障害（双極性障害）	繰り返し	4 回	手厚い支援が必要	地域生活継続	2 ヶ月	訪問看護
5	70 代女性	統合失調症、認知症	長期	30 回	多職種カンファレンスが必要	入院	3 ヶ月	なし
6	30 代女性	気分障害、精神遅滞	繰り返し	4 回	多職種カンファレンスが必要	地域生活継続	3 ヶ月 + 6 ヶ月	都道府県アウトリーチ事業
7	30 代男性	統合失調症	長期	不明	多職種カンファレンスが必要	入院	2 ヶ月	なし
8	30 代男性	統合失調症、パーソナリティ障害	長期	2 回	家族、保健所共に退院を反対したが本制度での支援を保障し説得	地域生活継続	4 ヶ月	不明
9	60 代女性	統合失調症	繰り返し	10 回	家族が退院を心配し反対したが本制度での支援を保障し説得	地域生活継続	6 ヶ月	カルチャー・スクール（民間）
10	80 代女性	統合失調症	長期	初回	多職種カンファレンスが必要	施設入所	5 ヶ月	グループホーム
11	40 代男性	統合失調症	長期	6 回	母親が退院を心配し反対したが本制度での支援を保障し説得	地域生活継続	6 ヶ月	訪問看護
12	40 代男性	統合失調症	長期	10 回	保証人の意向から万全の体制で退院する必要があったため	地域生活継続	6 ヶ月	訪問看護
13	30 代男性	統合失調症	繰り返し	10 回	内服継続支援が必要	地域生活継続	6 ヶ月	訪問看護

（類型）長期：1 年以上入院、繰り返し：入退院を繰り返す者

2) カルテ調査結果

「精神科重症患早期集中支援管理料」の算定が終了したケースについて、カルテ調査を

行ったケースごとに示した。

なお、太字で本管理料算定により実施可能となった支援を示す。

ID1

基本情報
40代 女性 独居 家族と別居 家族の扶養 精神障害者保健福祉手帳 2級
類型
1年以上の入院
精神科診断
統合失調症（入院前他院では BPD の診断）
精神病床への入院歴
2回
身体合併症
なし
生育歴・現病歴
【初発から今回の入院までの経過】 20代後半で精神科受診、BPD の診断。外資系企業、IT 関係の会社等で途切れ途切れに働いていた。30代前半の他院受診時にも情緒不安定が主訴で BPD の診断。薬物療法を受けてきた。内服に拒否的で、妄想的な言動や不安感があり、対象施設へは m-ECT 目的で転院してきたが、統合失調症の診断となる。m-ECT を外来で 9 回実施するが改善せず、家族の相談から医療保護入院となった。
【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】 入院中は不安、焦燥感から操作性があった。不安が強まることもあり、本人は退院を希望せず、入院期間が 1 年以上となっていた。妄想的な言動はおさまってきていたが、長期化した理由として、不安感の強さ、ストレス耐性の脆弱さ、環境変化の適応に時間がかかることが考えられた。また、両親が highEE であり、家に帰ると折り合いがつかなくなることが予想されていた。病院の近くに本人だけが引越し、退院と同時に独居生活開始となった。
退院時の GAF スコア
39
算定の経緯
退院のきっかけは「精神科重症患者早期集中支援管理料」によるわけではなかったが、行政の退院促進会議が活発化したこと、医療者も社会的入院を危惧していたことから、方法を探っていたところであった。

支援経過
<p>【支援開始初期】</p> <p>退院翌日より早朝送迎でデイナイトケア利用開始。環境変化に過敏で常に不調を訴える。集団に入ることが困難で刺激の少ない環境に移動し常にスタッフの近くにいる。音や人にストレスを感じ、頓服薬を内服する回数が多い。自立した单身生活を送ることは難しいため、毎日デイナイトケアか訪問看護のサービスが入り支援している。地区担当保健師も退院時から対象者を把握。何かあったら、という立場で関わってきた。</p> <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6カ月間、週6日デイナイトケア(送迎あり)利用。 ・訪問看護は週2回20分ずつ(日曜と平日)、往診は2週に1回15分。 ・6か月間状態変化なし、サービス提供量は一定。 ・訪問看護での支援内容は「生活の観察」「症状観察」「服薬確認」であり、ほとんどの訪問をOTが担当。 ・往診や訪問看護があった日もそれ以外の時間を一人で過ごせず、報酬外(病院の持ち出し)でデイナイトケアを利用。 ・退院当初は対象者の親から週に1,2回、15分程度の相談電話があった。 ・訪問時以外はデイナイトケアで過ごす。訪問ではデイナイトケアでの愚痴を言い発散でき、多角的なサポートができた。訪問では掃除などの変化で症状がわかる。生活の場では、生活の話がしやすかった。 <p>【支援終了時】</p> <p>6か月間の変化として、徐々に環境に慣れ、集団の中で過ごせるようになった。不安・不調の訴えは続いているが減少し、頓服服用回数も減少傾向。環境刺激などのストレスの対処法をスタッフに相談することで少しずつ獲得している(認知行動療法として)。病院周辺を散歩するなどの気分転換できるようになったが買い物など一人では難しく家族の協力(日曜日に訪問あり)で在宅生活を維持。訪問看護時に外出訓練を行う。予期不安の強さは以前からあるが経験を重ね徐々に対処できることが増えている。</p> <p>支援6か月終了前に、地区担当保健師が代わったが、顔合わせをして引継ぎをし、後は何かあったら連携していくこととなった。</p>
支援の転帰
地域生活を継続している状態
算定終了時のGAFスコア
43
算定中に利用したその他のサービス
往診、訪問看護、デイナイトケア
算定終了後に利用したその他のサービス
往診、訪問看護、デイナイトケア。障害福祉サービスの利用はない。

ID2

基本情報
60 歳代 女性 夫と子供と同居 老齢年金受給 精神障害者保健福祉手帳なし 自立支援医療費
類型
1 年以上の入院 入退院を繰り返す者
精神科診断
統合失調症
精神病床への入院歴
4 回
身体合併症
高血圧
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>4 人同胞の第 3 子として出生した。高校卒業後、就職した。その後、現在の夫と結婚し、2 子をもうけた。X-10 年前までは、夫の仕事の手伝いやパートをしていた。</p> <p>40 歳代後半頃より独語が出現したが、家族はそういうものと思っていた。X-13 年には妄想的な言動が見られるようになった。X-11 年、人間関係で悩みパートを辞めた。X-10 年、独語が顕著となり、奇異な行為も出現するようになった。次第に、「やくざがおいかけてきている」、「ここは怖くて眠れない」と警察に相談するようになったため、約 2 か月間医療保護入院となった。退院約 3 か月後に治療を中断し、被害妄想による言動があり、警察に訴えるようになっていった。X-9 年に、再度医療保護入院となり、3 か月間入院した。退院後は通院を中断しなかったが、被害妄想が顕著となり、X-8 年に医療保護入院となり、約 1 年間入院していた。その後も、通院の中断や顕著な妄想言動、警察への相談や電話が頻回となり、3 ヶ月以上の入院が 4 回あった。妄想は依然続いている。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>症状の軽快までは 2 年を要し、服薬や通院継続に手厚い支援が必要であるため退院は困難と考えられていた。夫が仕事を調整し、介護をするとの希望が出されたのをきっかけに、夫と協力して自宅での支援を継続し、退院することとなった。</p>
退院時の GAF スコア
37
算定の経緯
<p>症状の軽快に 2 年以上を要し、なお妄想が継続し、それに基づいた頻回な電話があった。開放病棟での生活は可能であったが、服薬や通院継続に手厚い支援が必要であるため退院は困難と考えていた。夫が仕事を調整し、介護をするとの希望が出されたのをきっかけに、夫と協力して自宅での支援を継続していくために算定料を導入した。</p>

支援経過
<p>【支援開始初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援医療費の申請はしていたが、支給決定がされていなく、経済的なことや高血圧で身体的面での不安もあったため、それらについて相談や支援から開始し、関係づくりを行った。 ・看護師と精神保健福祉士の2名で、週2回の訪問を行い、主に身体状態のアセスメント（血圧）、服薬確認、日常生活状況についての情報収集と相談を行った。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・服薬忘れや夫が服薬を十分にサポートできていなかったことがあったため、支援2か月目頃より、外来受診し処方を受けたその日に薬のセットをするために訪問を増やした。 ・ご本人が好きな趣味活動があり、デイケアでも実施できるため、デイケア参加を進めた。初めは、疲労が強くなり休むことがあったが、体調を整える支援を行い、夫が通所のサポートに協力が出来たため、次第に安定してデイケアに通所できるようになった。 ・高血圧予防のために食事内容の相談や多職種会議に栄養士が参加する機会があった。 <p>【支援終了時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫のサポートにより、服薬のセットや確認、デイケアや外来への通院が安定してできるようになった。一人で趣味活動に参加し、地域の人と安心してかかわることもできるようになった。 ・多職種会議が開催できなかったため、算定終了となった。
支援の転帰
訪問看護とデイケアを利用しながら地域生活を継続している。デイケアと外来通院には、夫がサポートのより安定してできるようになった。
算定終了時のGAFスコア
53
算定中に利用したその他のサービス
デイケア
算定終了後に利用したその他のサービス
デイケア 訪問看護

ID3

基本情報
40代 女性 独居 精神障害者福祉手帳なし
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
統合失調症
精神病床への入院歴
10回
身体合併症
不明
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>20代前半で発症。発症から初診までの期間は11か月。通算入院回数は10回で、X-6年から毎年入院している。両親はすでに亡くなっており、実家に一人で住んでいる。</p> <p>生活行動は常に精神症状の影響を受けており、「家族が東京にいる」という妄想に影響され、東京へ出奔が頻回にみられ、都内で保護されることが多かった。他院にも入院したことがあるが、退院支援が困難と判断され、当該病院に転院したこともある。</p> <p>服薬コンプライアンスはかなり悪く、支援がないとすぐに薬を飲めなくなってしまう。服薬中断して精神症状が悪化し、出奔を繰り返すことが頻回にみられた。</p>
<p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>緩和困難な精神症状があることから、クロザリルを処方されることとなり、導入後に精神症状が多少軽快した。精神症状が軽快したところで退院となった。</p>
退院時の GAF スコア
35
算定の経緯
<p>これまでの経過の中で、服薬コンプライアンスが不良であり内服中断の危険が高かったこと、内服している薬がクロザピンであり確実な内服が必要であることを踏まえ、届け出もしているため、当該制度を使って頻回に訪問して支えてみよう、ということになった。*算定期間は X-1 年 6月～9月であった</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・週に1度多職種によるカンファレンスを実施していた。(医師、看護師2名、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士2名)内容は、出奔時の捜索方法など対象者に起こりうる事故のリスクとその対処に関する話し合いがほとんどであった。(対象者の生活に関してまで、話が及ばないことが多かった) ・服薬カレンダーを使用し、クロザピンの内服確認をしていた ・クロザピン処方の関係上2週に1度診察があるので、同行受診のために複数名で迎えに行っていた ・訪問に拒否傾向がある方だったので、食事がとれているか、薬を飲んでいるかを生活の状況から確認し、20分ほどの訪問で切り上げることが多かった。 ・最初の2週間は訪問ができ、内服確認もできていた。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・だんだん、訪問にいても不在や拒否されることが多く、往診時も不在・拒否が多くなってきた。 ・訪問回数は6月:11回、7月:17回、8月:15回、9月:10回であったが、後半の方は会えないことの方が多かった。 ・拒否がみられたので、訪問時間は開始時と変わらず、20~30分ほどとしていた。しかし、月1回の往診が有効か分からなくなってきた。 <p>【支援後期】</p> <p>往診や頻回な訪問が有効か分からなくなってきたこと、本人の拒否により、本人と会えないことが増えてきたことから、算定を終了することとなった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の精神症状や生活行動に明らかな変化は見られなかったが、支援開始後の2週間服薬が続けられていたことは、おそらくこの方の最長記録であり、その間には出奔もなかった。
支援の転帰
しばらくは訪問の頻度を調整して支援していたが、精神症状の増悪と出奔が頻回になったことから入院となり、抗精神病薬をゼプリオンに切り替えた。
算定終了時のGAFスコア
35
算定中に利用したその他のサービス
なし
算定終了後に利用したその他のサービス
なし

ID4

基本情報
40代 女性 独居 賃貸住宅 家賃収入
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
気分（感情）障害（双極性障害）
精神病床への入院歴
4回
身体合併症
不明
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>30歳代前半に発症。過去の精神科入院回数は4回あり、前回の退院後3か月経過せず再入院となった。直近の入院は、家族間のトラブルをきっかけに躁状態が悪化し警察介入にて医療保護入院となった。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>入院中は心理教育を中心に支援が提供され、3か月以内で退院となった。</p>
退院時のGAFスコア
35
算定の経緯
心理教育の継続や服薬支援、引っ越しに伴う環境調整など退院直後から多くの支援の必要性があり、管理料算定の要件をみたしていたため算定することとなった。

支援経過
<p>【支援開始初期～支援期間中】</p> <p>入院中から心理教育を実施しており、退院後も睡眠を中心とした生活リズムや気分の変化、日々の出来事などに関する相談・助言を実施していた。服薬カレンダーを導入し、内服確認や作用・有害作用に関する情報提供を実施していた。ケース自身が工夫できている点には肯定的にフィードバックしていた。月に1回程度納税や引っ越しの手続き等を手伝い、必要時には患家外への趣味活動や不調時の買い物代行を実施した。週に1回15分程度は不眠に関する内容を中心に電話対応をした。また、遠方に住む家族（キーパーソン）との調整のために、月に1回40分程度の家族への電話対応をした。</p> <p>【支援終了時】</p> <p>娘の結婚も動機づけとなってケース自身で対処できることが増え、頻回の訪問の必要性がなくなった。行きすぎると、本人のペースを乱すこと考え、訪問回数を減らした。医師が往診に行ったことで、関係づくりができた。</p>
支援の転帰
地域生活を継続している
算定終了時の GAF スコア
45
算定中に利用したその他のサービス
訪問看護、往診
算定終了後に利用したその他のサービス
訪問看護

ID5

基本情報
70代 女性 配偶者（認知症、未診断）と自宅にて2人暮らし 老齢年金、精神障害者福祉手帳なし 自立支援医療申請済み 要介護認定（要介護5）
類型
1年以上精神病床に入院して退院した者
精神科診断
精神科診断名：F2 統合失調症 副診断F0 主診断の発症年齢：10代後半 発症から初診までの期間：1年
精神病床への入院歴
通算30回以上の入退院歴あり
身体合併症
糖尿病、高血圧あり
生育歴・現病歴
【初発から今回の入院までの経過】 本人の主診断は統合失調症となっているが、現在は認知症の方が主体となっている。本人とは疎通を取ることも厳しい状態で、家のごみ屋敷、排泄のセルフケアもできていない状態であった。本人の身の回りのこと、および服薬管理は配偶者がしていたが、配偶者もおそらく認知症であり（本人は薄々気づいているが受診を拒んでおり、診断はついていない）、内服が不規則的になる等、サポートの不足がみられるようになった。 【今回の入院後から退院に到るまでの経緯】 内服が規則的にできていなかったため、入院中にゼプリオンを導入して退院となった。
退院時のGAFスコア
25点
算定の経緯
地域で生活していくためには家族のサポートのみでは不足しており、多くの福祉サービス導入が必要であることが考えられるケースであった。今後のケア方針など、他の施設や多職種で話し合っていく必要があったため、定期的なカンファレンスが開催できる当該制度を利用した。

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問は最低でも中1日（週3～4日）で行い、1日複数回訪問も算定していた。複数回訪問は、朝と夕に行くことが多く、服薬や生活状況のモニタリング、環境調整・環境整備が主であった。 ・カンファレンスは、アウトリーチメンバーのカンファレンスが週に1回、約30分、関係者間の会議は月に1回行っていた。内容は、訪問状況の確認、日々のケアや様子の確認、今後の課題、サービスをどうしていくか、配偶者の支え方や配偶者の疾患（どのように受診につなげられるか）であった。 ・往診にて、ゼプリオンの筋肉注射を行っていた。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスの導入を検討し、調整して導入した。 <p>【支援後期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービス導入後まもなく本人の状態が悪化。興奮がみられるようになった。 ・本人が一人で家の外に出て行ってしまっで捜索する事態になり、配偶者より、もうみきれないと申告があり、入院となった。
支援の転帰
入院
算定終了時の GAF スコア
25 点
算定中に利用したその他のサービス
デイサービス
算定終了後に利用したその他のサービス
なし（自宅退院は厳しく、施設入所の方針）

ID6

基本情報
<p>30代 女性</p> <p>配偶者（精神疾患あり）と自宅（賃貸）にて2人暮らし</p> <p>生活保護、障害年金、療育手帳あり 自立支援医療申請済み 障害程度区分3</p>
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
<p>主診断：F3気分障害 副診断：F7精神遅滞</p> <p>主診断の発症年齢・発症から初診までの期間：</p> <p>20代前半で発症。発症後まもなく警察介入があったため入院</p>
精神病床への入院歴
通算4回の入退院歴あり
身体合併症
なし
生育歴・現病歴
<p>初発から今回の入院までの経過：</p> <p>20代前半で発症。発症後まもなく警察介入があったため入院。X-2年4月からX-2年6月、同年7月～8月初旬、同年8月中旬～X-1年8月まで入院している。</p> <p>今回の入院後から退院に到るまでの経緯</p> <p>入院中、作業療法を試みたが、継続には至らなかった。服薬コンプライアンスが不良で、入院中にゼプリオンによる治療を導入し、退院となった。</p>
退院時のGAFスコア
30点
算定の経緯
<ul style="list-style-type: none"> ・入院時～退院直後から、生保ケースワーカー、支援センター職員、児童相談所スタッフが関わっていた。退院直後より、保健師や福祉事務所による訪問が導入になっていた。 ・複数の支援の受容があり、多職種で関わることでカンファレンスを開くことができる当該制度を導入することとなった。