

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問はほぼ毎日（週 5～6 回）行っていた。訪問のない日や訪問時不在の日は電話で対応していた。 ・夫婦喧嘩や友人（精神疾患がある）とのトラブルが絶えず、訪問時は人間関係の調整をすることが多かった。 ・夫婦喧嘩をすると窓ガラスを割ったり包丁を持ち出したりと、警察沙汰になることが多かった。そのため、子供は児童相談所に預けられていた。 ・本人には「子供を引き取りたい」という希望があったため、そのためにはどのような行動が望ましいか、望ましくないかを説明し、少しずつ本人の行動が改善していった。 ・夫婦喧嘩があり、予定外の往診にも行っていた。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスは、本人が難しい要望をした際に「一度持ち帰り皆で検討する」と説明できる点で有効であった。 ・上記のように激しい行動化をし、近隣住民や他機関、多職種から苦情が来るケースだと、カンファレンスを開くことで皆を巻き込むことができ、地域との意見のすり合わせに有効であった ・関係機関の職種も重症事例には不安を抱いており、カンファレンスは有効であった（6か月の算定終了時、「もう終わっちゃうんですか」という声があった） <p>【支援後期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルプが導入となった（子供の食事を作ったりするため） ・患者の状態が穏やかになり、地域生活を継続している
支援の転帰
<p>地域生活を継続</p> <p>精神科訪問看護の算定から、転居を理由に都道府県のアウトリーチ事業の適応となった。</p>
算定終了時の GAF スコア
45 点
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（都道府県アウトリーチ事業）

ID7

基本情報
30代 男性 自宅にて独居 障害年金、母の貯金 自立支援医療申請済み 障害者手帳2級
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
主診断：F2 統合失調症
精神病床への入院歴
10代前半で発症。精神科初診は20代前半。 入院回数は不明
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： 不明 今回の入院後から退院に到るまでの経緯： ・作業療法や心理教育、薬剤指導は入院中に導入となっていたが、入院中は隔離処遇が多く、参加できることは少なかった ・退院前訪問看護も導入されていた ・支援センターや母親の後見人、市役所、金銭管理のための社協スタッフで、退院前のカンファレンスも行っていった。 ・ホームヘルプと社協による金銭管理を入院前と同様に導入して退院の方針となった。 ・服薬コンプライアンスが不良で、退院後はゼプリオンによる治療を行っている
退院時のGAFスコア
35点
算定の経緯
家のごみ屋敷となることや、器物破損を行うこともあり、近隣住民から苦情が寄せられていた。地域の受け入れが悪いケースであり、地域を巻き込んで支援をしていく必要があったため、カンファレンスの開催できる当該制度算定の対象となった。

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家のごみ屋敷であり、ほぼ毎日訪問して掃除をしていた。作業療法士がメインで訪問していたが、チームの各職種が行っていた。 ・ピアスタッフが長く密接に関わっていたケースだったので、都道府県のアウトリーチ支援事業を併用して、ピアスタッフの訪問は都道府県の事業で、その他のスタッフの訪問は当該管理料で算定をしていた。 ・都道府県アウトリーチ支援事業を利用し、薬剤師も訪問して薬剤指導を行っていた。 ・病状というより、社会のルールを守れるようなしつけ直しの必要があり、訪問や往診時にはそういった支援をしていた。 <p>【支援後期（2ヶ月で算定終了となった）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診同行を1度行ったが、2度目の前に入院してしまった。
支援の転帰
入院
算定終了時の GAF スコア
35 点
算定中に利用したその他のサービス
なし（都道府県アウトリーチ事業、金銭管理のための保佐人）
算定終了後に利用したその他のサービス
なし

ID8

基本情報
30代、男性 世帯状況：独身、家族と同居（→退院後に独居） 経済状況：障害年金
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
主診断：統合失調症、副診断：パーソナリティ障害 主診断の発症年齢：20代前半、発症から初診までの期間：6年
精神病床への入院歴
2回（2回とも1年以上の医療保護入院）
身体合併症
脂質異常
生育歴・現病歴
<p>家族への暴力行為をきっかけに入院、入院後もスタッフに対する粗暴行為は継続していた。また、一貫して「自分は病気ではない」と治療の必要性を理解することができず、スタッフとの治療的関係の構築も非常に困難であった。そのため治療がなかなか進まず、入院が長期化していた。それでも次第に暴力行為が収まり始め、入院から1年が経過し退院に向けて準備を始めた。</p> <p>入院中はデイケア（退院後はデイケアに通所する予定であった）、服薬指導、栄養指導を実施。他の地域精神科サービスをすべて拒否していたが保健所だけは関与できていたため、入院中から地域連携カンファレンスを行った。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>入院前に近隣住民とトラブルになっており、また家族も事例8氏に対して恐怖感を抱いていたため、当初は新居を借りる方針で退院調整していた。しかし、事例8氏は「新居探しは退院後に自分でやる」と支援を頑なに拒否するため、新居探しが落ち着くまでは本算定料による集中的なサービスを提供することを条件に家族から退院へ同意をもらい、いったん自宅に退院することになった。家族、保健所ともに退院には否定的であったが、本算定料によるサービスを提供するというで退院に同意が得られたケースである。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <p>本算定料によるサービス提供を開始後、往診を週 1 回、訪問看護は週 2 回ペースで実施していた（それ以上の訪問は拒否していた）。暴力行為の可能性があるため、常に男性スタッフと女性スタッフの 2 人での訪問を行った。また、事例 8 氏はスタッフに対する好き嫌いが非常に大きく、唯一関係性が構築できていたスタッフを中心に関わっていた。</p> <p>処方内容は睡眠薬が主体であり、退院前からサービス終了まで不変。内服は自己管理していた。</p> <p>【支援期間中～支援後期】</p> <p>当初より病院のスタッフが自宅に訪問してすることに拒否感があったため、病院の自動車での訪問ができなかった。徐々に強く「来てくれるな」と訪問を拒否するようになっていった。また、次第に「自分は病気ではないから、精神病院とは縁を切りたい」と精神科サービスそのものに対しても強い希望を訴えるようになった。事例 8 氏と家族と相談のうえ、近医（クリニック）への紹介を行い、本算定料によるサービスを終了した（通算サービス期間：4 ヶ月）</p> <p>本算定料によるサービス終了後、他の地域精神科サービスにつながっているかどうかは不明であるが、少なくとも調査時点まで入院には至っていない。</p>
支援の転帰
地域生活を継続
算定終了時の GAF スコア
40
算定中に利用したその他のサービス
保健師による訪問
算定終了後に利用したその他のサービス
不明

ID9

基本情報
60代、女性 独身、家族と自宅にて同居 経済状況：障害年金
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
主診断：統合失調症、副診断：なし 主診断の発症年齢：20代後半、発症から初診までの期間：約10年
精神病床への入院歴
10回
身体合併症
なし
生育歴・現病歴
<p>近所にある事業所の職員に対して恋愛妄想を抱き、オフィスに押しかけるなどの迷惑行為を繰り返すため、短期間に連続して警察沙汰になっている。その度に医療保護入院になり治療後は退院するものの、これまでの経緯から対象となっている事業所が困り果てており、退院に対しては否定的であった。そのような状況に加え、同居家族が精神科医療に対して否定的であり、訪問看護というかたちで病院スタッフの訪問を受けることに対しても拒否的であった。</p> <p>処方持効性注射薬と眠前薬である。入院中から対象となっている事業所の職員（恋愛妄想の対象ではない方）との調整カンファレンスを実施した。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>近隣の事業者は退院することに対して、家族は自宅に訪問が来ることに対して、否定的であり退院調整が困難なケースであった。事業者には本算定料による集中的なサービスで地域と連携して支援すること、家族には生活が安定するまでの6ヶ月間限定で、という内容で説明を行い退院に結びつけることができた。本算定料による集中的なサービスを条件に退院に結びつけたケースである。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <p>同居家族は自宅に訪問してくることに拒否的であったため、サービス開始から終了までの6ヶ月間、訪問看護を週2回、往診を週1回のペースで訪問を続けていた。訪問職種は、看護師と作業療法士のパターンが多く、初期に業務妨害を受けていた事業所の事務職の方と一緒に自宅を訪問し、事例9氏を交えて懇談したこともあった。事例9氏の訪問には作業療法士など様々な職種が関わっており、妄想対象のことから興味を分散させ、他に目を向けることができるような関わりを多くしていた。</p> <p>【支援期間中～支援後期】</p> <p>同居家族は医療に対して「事例9氏の病気がよくなるのは医療者の腕が悪いからだ」のような発言を繰り返していたが、訪問を繰り返すうちにそのような話は少なくなっていた。最後のほうでは、家族とスタッフの関係はいくぶん改善されていた。</p> <p>家族との約束であった6ヶ月間は、症状再燃も迷惑行為もなく穏やかに経過した。6ヶ月後、本算定料の対象ではなくなるため、往診と訪問看護が無くなる代わりに、本人が自らの意思で外来受診の頻度を増やした。</p> <p>その後、現在まで1年以上入院することなく地域生活を継続している。心配された恋愛妄想による事業所への迷惑行為もみられていない。</p>
支援の転帰
地域生活を継続
算定終了時のGAFスコア
40
算定中に利用したその他のサービス
保健師による訪問
算定終了後に利用したその他のサービス
カルチャースクール（民間）

ID10

基本情報
80代、女性 独身、家族と同居 経済状況：老齢年金
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
主診断：統合失調症、副診断：なし 主診断の発症年齢：不明、発症から初診までの期間：不明（初診は40代）
精神病床への入院歴
初回（医療保護入院）
身体合併症
高血圧
生育歴・現病歴
<p>4～5年前から被害妄想などが出現した。「居宅の上階の住人が物音を立て、嫌がらせをする」「ヤクザがいる」など、被害妄想が次第に激しくなり、医療保護入院となった。なお、家族2人も統合失調症にて治療を受けている。</p> <p>入院中は、退院前訪問看護、地域連携会議（担当ケアマネージャー、保健所、以前利用していた訪問看護師）を実施した。処方薬は持効性注射薬と眠前薬であり、退院後も変更はない。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>事例10氏が退院するにあたり、担当ケアマネージャーに対して近隣住民より強い懸念や不安が寄せられていたため、別の集合住宅へ退院することになった。</p> <p>新しい環境に、同じ疾患を抱える家族へのケアを含んだかたちで移行させていく必要があり、環境に慣れるまでの本算定料による集中的なサービス提供が必要であった。また、高齢であるため介護を含めた多くのサービス調整を必要とし、さらに家族へのケアとの調整も必要であり、本算定料に基づく多職種かつ地域を巻き込んだ連携カンファレンスが重要であった。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <p>訪問看護を週 2 回、往診を週 1 回。それに加えて介護保険のヘルパーが週 2 回、同居家族に対する訪問看護（別事業者）も入っていたため、ほぼ毎日誰かが訪問してケア提供できる体制が組まれていた。</p> <p>【支援期間中～支援後期】</p> <p>精神症状は最初から最後まで不変で安定して経過していた。しかし、夏場に差し掛かり脱水などが心配になると、事例 10 氏は救急車を呼んで近くの総合病院に行ってしまうということを繰り返していた。事例 10 氏の身体的・体力的な衰えが顕著なことから、同居する家族も疲れてきてしまったため、サービス提供開始から約 5 ヶ月でグループホームに入所となった。</p> <p>サービスの終盤では転居先のグループホームとの調整やケア内容の引継を行い、スムーズに移行することができた。その後は現在までグループホームにおいて安定して過ごしている。</p> <p>地域連携カンファレンスでは、ケアマネージャー、保健センターに加え、紹介先の主治医の出席もあったため、サービス提供中の連携や、サービス移行時の連携は非常にスムーズであった。</p>
支援の転帰
施設入所（施設形態：グループホーム）
算定終了時の GAF スコア
40
算定中に利用したその他のサービス
ヘルパー（介護保険）、保健師による訪問
算定終了後に利用したその他のサービス
グループホーム

ID11

基本情報
40代・男性 未婚・母親(80歳代)と同居、賃貸住宅 障害者年金、生活保護
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 統合失調症 主診断の発症年齢 18歳
精神病床への入院歴
6回
身体合併症
肥満(体重 106 kg)
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>中学生後半から不登校。18歳、支離滅裂、意味不明の言動で受診、統合失調症の診断。以降、5回の入院（任意または医療保護）。毎回、妄想の悪化が入院理由である。自営業の稼業を手伝っており、それ以外は自宅で過ごしていた。料理や掃除が好きで、自分で食べるものは自分で作っている。</p> <p>【今回の入院後から退院に到るまでの経緯】</p> <p>隣家にピストルを持っているやぐざがいる、と本人が警察に通報した。母親が警察に事情を話し、母親と警察とともに受診し、入院となった。入院後精神症状が落ち着いたのちも、母親がもう退院させないでほしいと言っており、退院できなかった。入院後すぐに、父親死去。</p>
退院時の GAF スコア
29点
算定の経緯
もう退院させてほしくないという母親の希望があったが、この制度があることを主治医が説明し、母親が退院に同意した。

支援経過
<p>【支援開始初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最初の1か月は1週間に2日の訪問と外来受診、内服確認ができていた。 ・週に1度多職種によるカンファレンスを実施（医師、看護師、OT、PSW各1名） ・月に1回多施設会議を実施（医師、看護師、OT、PSW各1名、行政保健師1名） ・デイケアや通院をしており、自分のバイクをきれいに磨いて来院していた。 <p>【支援期間中】（2、3か月目）</p> <p>外来もデイケアも来院しなくなったため、往診時にゼプリオン（150 mg）筋肉注射を実施（月1回を2か月）。</p> <p>（通院中はリスパダールコンスタを2週に1回外来で筋肉注射で投与していたが受診できないため変更）。</p> <p>拒否はなかった。訪問看護は週2回で続した（看護師+PSW、看護師+OT各1回）。この期間に訪問していたスタッフによると、訪問中は妄想に関する発言がほとんどを占めた。内服支援はしていたが、主治医によると内服できていなかった様子であった。外来通院中断中は、自宅にこもり出かけることもなく、料理を作って食べるなどして過ごしていた。多職種会議では、早めの入院を勧めたほうがよいのではないかということも検討された。</p> <p>【支援期間後期】（6ヶ月目まで）</p> <p>4か月目、多施設会議に本人が出席した。この席で、本人はいま困っていることを話した。外来通院も再開した。デイケアは本人の拒否が強いため、勧めることはせず、今後も訪問看護と通院を続けていくこととなった。</p> <p>支援期間終了頃も妄想は変わらずあった。状態は支援開始時よりやや悪化しているが、外来通院はできている。6か月経過し算定を終了した。</p>
支援の転帰
地域生活を継続
算定終了時の GAF スコア
29 点
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
訪問看護 週 2 回

ID12

基本情報
40代 男性 独居（賃貸） 障害者年金
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
統合失調症
精神病床への入院歴
10回
身体合併症
無し
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>20代後半で発症。発症から初診までの期間は2ヶ月。意欲低下や、幻聴による両親への暴力がみられ、11回の入退院を繰り返している。退院すると通院を中断し、父親が代理受診をして内服のフォローをすることもあったが、内服が不規則（内服中断、不眠を理由に2回分をまとめて内服等）となって病状が悪化することを繰り返していた。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>今回は1年2ヶ月にわたる入院で、薬剤師に夜服薬指導を48回行うなど、継続した服薬の必要性を本人に伝えたが、これまで受診や内服のフォローを行っていた父親が死去されたことにより、服薬の継続とそれを支える地域での体制が課題となっていた。多職種カンファも計10回開催し、退院後、本人をどのように支えるかについて話し合いが行われた。過去の経過から通院・服薬中断の可能性が十分に考えられること、保証人の意向（次に迷惑行為があれば家主から退去を命じられている）として、万全の体制での退院を希望していた。主治医より本制度を導入し、精神症状の悪化や粗暴行為などが出現した際には手厚い体制により訪問支援をすることを確認し、チームでの意見も一致。独居での退院となった。なお、障害福祉サービスについては「自分でできる」と本人が導入に対し否定的で、退院時の導入は見送られた。</p>
退院時の GAF スコア
30
算定の経緯
<p>保証人からの意向もあり、万全の体制で退院する必要があった。病状悪化の際に、24時間駆けつける体制になっていること、地域のスタッフも含めた密な連携が取れることから、本制度の算定対象となった。</p>

支援経過
<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援期間中、主に精神保健福祉士、作業療法士による週 3 回の訪問により、内服確認を行った。 ・ 内服薬は訪問者が次回訪問までの分を持参し、残りは病院で管理していた。 ・ 医師による月に 1 回の往診を行った。 ・ 週に 1 回、多職種によるカンファレンスを実施し、患者の状態（主に内服の状況）をチーム間で共有していた。 <p>【支援開始初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬確認を行っていた。また、居宅介護サービスなど、障害福祉サービスの情報提供や利用の提案をするが、断られていた <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 支援開始から約 3 ヶ月後、気分転換として外出を提案し、訪問時の外出支援を開始した。 ・ 薬を多めに服用されることが多かったため、訪問日毎の服薬セットに変更したところ、服薬が規則的になった。 <p>【支援終了時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬は訪問日毎のセットを継続することで規則的な状態を維持することができた。 ・ 生活に必要なものの購入や、体重増加に関して本人と問題を共有し、取り組んだ。
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
40
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
訪問看護

ID13

基本情報
30代 男性・家族と同居・精神障害者手帳1級
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
無し
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>10代後半で発症。発症から初診までの期間は1年。両親と同居しており、父親が主に本人のサポートを行っている。在宅に戻ると内服が不規則になり、半年以上地域生活を継続することが難しく、入院を10回以上繰り返していた。</p> <p>症状としては被害的で命令様の幻聴が聞かれ、本人は「自分の考えが他者に伝わってしまうことがつらい」と自宅に引きこもりがちであった。切迫すると病院に自ら入院を求め、通算の入院回数は10回である。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>今回の入院では、「しんどいから家に火をつける」との表出があった後、「助けてほしい」と警察に電話をして入院となった。‘ooに行け’、‘女を押し倒せ’といった命令様の幻聴に左右され、無断離院や院内でのトラブルが続いた。治療抵抗性と判断され、クロザピンの導入目的でB病院に転院となった。</p> <p>転院後も、‘暴れる’という幻聴によって壁を蹴ったり物を壊したりすることは続いた。衝動性にもムラがありベッドに頭を打ちつけるような自傷行為などがあったため、m-ECTを5回行った。その後、疎通をとれるようになり、具体的な退院調整を行い、外泊訓練などが始まった。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>本人の家から病院までは距離が離れており、車での移動を要することから定期的な通院が難しい状況にあった。また、これまでの経過からは、内服が不規則になることによる症状再燃を繰り返しており、半年以上家で過ごすことが難しい方でもあった。クロザピンの確実な内服の確認、副作用の確認、サポートしている家族への支援を当該制度によって行うという病院の意向があったため、算定に至った。</p>

支援経過
<p>・支援期間中、訪問看護師による週2回の訪問により、内服確認を行った。</p> <p>・医師による2週間に1回の往診により、精神症状の把握、内服薬の副作用の確認や採血などを行った。</p> <p>・精神保健福祉士と市保健師による2週間に1回の訪問により、地域の社会資源の情報提供などを行った。</p> <p>・週に1回、訪問看護班の打ち合わせに合わせて多職種によるカンファレンスを実施した。参加者はチームの医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士各1名ずつであった。内容は、訪問時の様子を訪問スタッフとともに共有した。また、月に1回、上記のメンバーに加えて市保健師・市保健所ソーシャルワーカーも参加した多職種カンファレンスを行った。</p> <p>【支援開始初期】</p> <p>支援者は本人との関係性の構築に努め、本人のニーズを把握することを主とした。</p> <p>本人はもともと、自閉的で家にひきこもりがちな方であったため、寂しさを表出することもあった。また、特に副作用である眠気や集中力低下を苦にしていたため、辛さを受け止める関わりを行った。支援者は話を傾聴する中で生活リズムや病状を把握した。</p> <p>【支援期間中】</p> <p>医師による服薬調整により、本人が感じる副作用が軽減し、活動性が上がった。</p> <p>「体力をつけたい」という本人の訴えがあり、訪問看護師は散歩に誘うようになった。徐々に、図書館に行ったり、外食をしたりするようになり、余暇活動や生活能力の獲得を意図した関わりをもった。</p> <p>【支援終了時】</p> <p>看護師との外出時には、精神保健福祉士と市の保健師から紹介された地域活動支援センターや就労継続支援（A型・B型）の事業所を見学した。本人から「次の訪問では〇〇に行きたい」という言動が聞かれるようになり、訪問看護のたびに外出するようになった。</p> <p>退院後6か月経過したことから、算定を終了することとなった。</p> <p>支援導入前には半年以上地域生活を継続することが出来なかった対象者だが、支援終了後1年あまりの間、1週間の休息入院を1回したほかは地域生活を継続することができている。</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
50
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
訪問看護

3) ケースの総括

当該管理料を算定したケースについて、「算定開始当初の導入目的」「実際に活用された制度の内容とアウトカム」「事例における制度活用の意味と今後制度に追加が必要な内容」の3つの視点から総括する。なお、□内は実際の意見、()内は回答のあった施設数を示す。

1. 算定開始当初の導入目的

- 退院に際して家族や地域スタッフを説得するために手厚い支援の保障が必要であった(4 ケース)
- 対象者には手厚い支援(服薬や通院継続、精神症状の安定)が必要であると考えたため(4 ケース)
- 地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要であったため(4 ケース)
- 院内で退院促進の動きが活発化したため(1 ケース)

本制度を算定する目的として、4 ケースから「退院に際して家族や地域スタッフを説得するために手厚い支援の保障が必要だったから」と報告されていた。「家族、保健所ともに退院には否定的であったが、本算定量によるサービスを提供するという事で同意が得られた(ID8)」といったケースが報告されており、本制度によるスタッフの連携や24時間支援ができる体制が手厚い支援の保障となるため、対象者の退院に不安を持つ家族や地域スタッフを説得するために活用されていた。

別の4 ケースから「対象者には手厚い支援(服薬や通院継続、精神症状の安定)が必要であると考えていたため」という本制度の導入目的が報告されていた。具体的には「内服が不規則になることによる症状再燃を繰り返しており、半年以上家で過ごすことが難しい方であった(ID13)」といった例であり、服薬や通院の継続に支援が必要である入院中から判断されたケースが地域生活を継続するために本制度の導入が検討されていた。

さらに異なる4 ケースでは「地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要だったから」という目的が報告されていた。「家がこみ屋敷となることや、器物破損を行うこともあり、近隣住民から苦情が寄せられていた。地域の受け入れが悪いケースであり、地域を巻き込んで支援していく必要があった(ID7)」といったケースが報告されており、退院や地域での支援を考えるにあたって、多くの職種と連携して支援に当たる必要があるケースへ、定期的に地域の職種を交えたカンファレンスを目的として本制度が導入されていた。

「院内で退院促進の動きが活発化したから」と報告されたケースが1 ケースあった。退院促進の動きが活発化したことを受け、社会的入院が危惧されており、算定要件が合致する対象者に対して算定し、支援を行っていた。

2. 実際に活用された制度の内容とアウトカム

- 制度の利用による手厚い支援を保障し、家族や地域スタッフを説得して退院に至った（4 ケース）
- 1 日複数回訪問を利用して朝と夕の服薬確認を行った（1 ケース）
- デポ剤を注射するために往診した（3 ケース）
- 地域の多職種と定期的にカンファレンスを行い、情報共有ができた（7 ケース）
- 定期的なカンファレンスによってスムーズな連携に繋がった（3 ケース）

制度を使った手厚い支援を保障することで、家族や地域スタッフを説得し、退院に至ったケースが 4 ケースあった。「激しい行動化をし、近隣住民や他機関、多職種から苦情が来るケースだと、カンファレンスを開くことで皆を巻き込むことができ、地域との意見のすり合わせに有効であった（ID6）」といった例が報告されており、過去の地域住民への迷惑行為によって地域の受け入れが困難なケースに活用されていた。

1 日複数回訪問を利用することで、朝と夕の内服確認を行い、定期的な服薬ができるよう支援していたケースが 1 ケース報告された。このケースでは対象者の家族が認知症を患っており、「服薬確認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（ID5）」と報告されていた。対象者を支える家族にも認知症等の疾患がある場合、服薬支援と環境調整のために複数回訪問が活用されていた。

服薬に関する制度の活用として、往診時のデポ剤の注射も異なる 3 ケースで報告されていた。「外来もデイケアも来院しなくなったため、往診時にゼプリオン筋肉注射を実施（ID11）」というケースのように、定期的な通院が難しくなった対象者に対して活用されていた。

地域の多職種と定期的にカンファレンスを行うことで情報共有ができたと報告されていたのは 7 ケースであった。また、定期的なカンファレンスによってスムーズな連携に至ったケースが 3 ケース報告されており、制度の活用を通して「サービス提供中の連携やサービス移行時の連携は非常にスムーズであった（ID10）」といった意見が聞かれていた。

3. ケースにおける制度活用の意味と、今後制度に追加が必要な内容

〈制度活用の意味〉

- 重症患者の地域生活の継続

〈追加が必要な内容〉

- 本制度で算定できる職種の追加（ピアスタッフ、薬剤師）

本制度を活用することの意味として、重症患者の地域生活の継続が挙げられ、「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（ID3）」や、「支援導入前には半年以上地域生活を継続することができなかった対象者だが、休息入院を1回した後は地域生活を継続できている（ID13）」といったケースが報告されていた。制度を活用することによって重症患者がより長く地域生活を続けることができていた。

制度の内容に関し追加が必要な内容として、本制度で算定できる職種の追加が挙げられていた。「ピアスタッフが長く密接に関わっていたケースだったので、都道府県のアウトリーチ支援事業を併用して、ピアスタッフの訪問は都道府県の事業で、その他のスタッフの訪問は当該管理料で算定をしていた（ID7）」「薬剤師も訪問して薬剤指導を行っていた（ID7）」といった報告のように、都道府県の事業を併用しているケースもあった。

4) 「精神科重症患早期集中支援管理料」に関するインタビュー調査結果

昨年度に引き続き、「精神科重症患早期集中支援管理料」の届出までの経緯と、運用条件に関する具体的なインタビューを担当部門の担当者または責任者に行った。

その結果を以下にまとめた。なお、□内は実際の意見、()内は回答のあった施設数を示す。

1. 届出するに至った理由や経緯

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。

- 既にアウトリーチを積極的に実施し、実績があったため (5 施設)
- 手厚い支援が必要という意見が盛り上がったため
- 対象になりそうな人がいた/対象者を確保するための院内規定を作る工夫をした (2 施設)

届け出に至った理由は、5 施設すべてが既にアウトリーチを積極的に実施し、実績があったことを挙げていた。その内、院内で、地域滞在が短い人に手厚い支援が必要という意見が盛り上がり、目的と合しているために届け出た施設も 1 施設あった。届け出の経緯については、対象になりそうな人がいた施設、及び、対象者を確保するために院内の規定を作るなどして、対象者を確保する工夫をする施設がそれぞれ 1 施設あった。

2. 実施状況 (対象者の人数や特徴、チームの運営体制)

チームの運営体制や支援の実施状況、算定の対象者の状況を以下にまとめた。

- 1) 保険医療機関が単独で実施か、または訪問看護ステーション(特別の関係である・特別の関係でない)との連携

- 院内単独 (3 施設)
- 同法人の訪問看護ステーションなどとの連携 (2 施設)

保険医療機関が単独で実施している施設は 3 施設、同法人の訪問看護ステーションなどと連携している施設が 2 施設あった。

2) 月 1 回以上の訪問診療及び週 2 回以上精神科訪問看護の実施状況

- 訪問看護：1 週間に 2 回（2 施設）
- 訪問診療：2 週間に 1 回（2 施設）
- 時間外・緊急訪問・同日の複数回訪問はなし（2 施設）
- 作業療法士、精神保健福祉士が中心となって週 3 回の訪問を実施。内容は、話を聞く、薬の確認、生活リズムや金銭管理に関する介入
- 算定はしていないが、実施可能

すでに支援を行っている 3 施設のうち、週 2 回の訪問看護、2 週間に 1 回の訪問診療を実施している施設が 2 施設あった。残りの 1 施設は、作業療法士、精神保健福祉士が中心となり週 3 回の訪問看護を実施していた。訪問看護や訪問診療以外はすべてナイトケアに居たケースや、週 3 回訪問看護などの手厚い関わりを行っていたため、時間外・緊急訪問、同日の複数回訪問は行われていなかった。

まだ算定ケースはないが、実施可能と考えている施設が 1 施設あった。