

## 全国の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<sup>1)</sup>

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

- 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卵
- 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に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も利用できることになること、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<sup>1)</sup>。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ったとした 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。

#### 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）

#### 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）

#### 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か月までであり、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
<b>【初発から今回の入院までの経過】</b> 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りに働いていた。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。
<b>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</b> 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。自立した単身生活を送ることは難しいため、毎日デ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"> <li>・ 6 か月間、週 6 日デナイトケア(送迎あり)利用。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 6 か月間状態変化なし、サービス提供量は一定。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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)でデナイトケアを利用。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 訪問時以外はデナイトケアで過ごす。訪問ではデ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。</li> </ul> <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、「やくざがおいにかけてきている」、「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><b>【支援開始初期】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p><b>【支援期間中】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p><b>【支援終了時】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・多職種会議が開催できなかったため、算定終了となった。</li> </ul>
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"> <li>・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)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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。</li> <li>・最初の2週間は訪問ができ、内服確認もできていた。</li> </ul> <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <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"> <li>・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。</li> </ul>
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
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>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しばしば難しい状態で、家はごみ屋敷、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。</p> <p>【今回の入院後から退院に到るまでの経緯】</p> <p>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。</p>
退院時のGAFスコア
25点
算定の経緯
<p>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。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・往診にて、ゼプリオンの筋肉注射を行っていた。</li> </ul> <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・デイサービスの導入を検討し、調整して導入した。</li> </ul> <p>【支援後期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・本人が一人で家の外に出て行ってしまっって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。</li> </ul>
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
30代 女性 配偶者（精神疾患あり）と自宅（賃貸）にて2人暮らし 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
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
主診断：F3気分障害 副診断：F7精神遅滞 主診断の発症年齢・発症から初診までの期間： 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
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
初発から今回の入院までの経過： 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。  今回の入院後から退院に到るまでの経緯 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。
退院時のGAFスコア
30点
算定の経緯
・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ができ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。

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・夫婦喧嘩があり、予定外の往診にも行っていた。</li> </ul> <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> </ul> <p>【支援後期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・患者の状態が穏やかになり、地域生活を継続している</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>【支援後期（2ヶ月で算定終了となった）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
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
<p>30代、男性</p> <p>世帯状況：独身、家族と同居（退院後に独居）</p> <p>経済状況：障害年金</p>
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
<p>主診断：統合失調症、副診断：パーソナリティ障害</p> <p>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</p>
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条件で退院に同意が得られたケースである。</p>

支援経過
<p><b>【支援初期】</b></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><b>【支援期間中～支援後期】</b></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、病院の自動車で行くことができなかった。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><b>【支援初期】</b></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><b>【支援期間中～支援後期】</b></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った。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><b>【支援初期】</b></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><b>【支援期間中～支援後期】</b></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
【初発から今回の入院までの経過】 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。
【今回の入院後から退院に到るまでの経緯】 隣家にピストルを持っているやくざがいる、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。
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"> <li>・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。</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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。</li> </ul> <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 回で継続した（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
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。

支援経過
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 医師による月に 1 回の往診を行った。</li> <li>・ 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。</li> </ul> <p>【支援開始初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul> <p>【支援終了時】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
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。‘○○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しめていたため、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回した他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。

### 3) 対象患者

#### **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**

##### <意見>

- 1年以上の要件、又は退院を繰り返す者という要件では該当者が少ない(3施設)

この要件ではケースの選定が困難という意見が3施設からあった。そのうち2施設は、現在支援を行っている施設であった。理由は、病院では3か月あるいは1年以内の退院を目指しているため、対象としたいケースが該当しないということであった。入退院を繰り返す者という要件では、3か月以内では急性期病棟の患者が対象にならないので該当者が少ないという意見があった。

支援中のケースでは、10回以上の入退院を繰り返しており、在宅に戻ると内服が不規則になってしまい、半年以上過ごすことができない者が挙げられていた。

#### **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**

##### <意見>

- 要件をクリアできる(4施設)
- GAF40以下で退院する者は稀

5施設中4施設はこの要件をクリアできると回答していた。しかし、GAF40点以下では入院治療が必要と判断して退院する者は稀という意見が1施設からあった。

### 精神科を標榜する保険医療機関へ通院が困難な者

#### <意見>

- 医療中断や未治療の人が多いためクリアできる
- この要件に合致する対象者はそう多くない
- この要件の判断が難しく、基準がほしい

#### <特徴>

- 病院から遠い所に住んでいて、親との折り合いが悪く送迎のサポートが受けづらくなった
- 病院のそばに引っ越してきてもらうことも多い

この要件がクリアできると回答した施設は1施設のみであった。この条件（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）も含めたこの要件に合致する患者は多くないと捉えている施設が1施設であった。この要件の解釈が困難なため、基準が明確にしてほしいと捉えている施設が1施設であった。

支援を行っているケースでは、病院から遠い所に住んでいて、親の送迎サポートが受けづらくなり、通院が困難になった者が対象となっていた。通院が困難なケースに対しては、サービスが継続できるように病院の近くに引っ越しをしてもらうなど、工夫していた。

### 障害福祉サービスを利用していない者

#### <意見>

- 少ないが一定数はいる
- 障害福祉サービスの利用なし
- グループホームを利用あるいは利用を考えている者はこの要件では算定できない
- 対象者はいない。この要件が当てはまると、医療のみとなるため、重症でも福祉サービスを検討している
- 当該算定量では利用不可なので、対象者が減る

本来であれば、重症で障害福祉サービスを必要としている人が支援の対象となると考えられるが、3施設において、「障害福祉サービスを利用していない者」という要件では対象者が限定されるという問題が挙げられていた。対象数が限定されるにもかかわらず、この要件を満たし現在支援を行っている施設が3施設あった。

**～ のすべてを満たす者**

現行の算定基準に相当する担当患者が、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。

昨年同様、「～ のすべてを満たす」対象患者はほとんどいなかった。

**表3-1 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**

**【今年度調査分】**

	G	H	I	J	K
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		×	×	×	○
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	○	○	○		○
精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者		○	×	×	
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 )

**表3-2 【昨年度調査結果の再掲】(26年度報告書 p.49)**

( ○ : 一定数いる、 ◯ : あまりいない、 × : ほとんどいない )

	A	B	C	D	E	F
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		×		×		
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						
精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者	×		×			
障害福祉サービスを利用していない者	×	×	×	×	×	×

#### (4) 施設基準

**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>

- 医師・看護師・精神保健福祉士いずれか1名が専従(3施設)
- チームの全員が専従(2施設)

##### <意見>

- 専従の体制維持が困難

多職種チームは、医師・看護師・精神保健福祉士いずれか1名が専従である施設が3施設あった。チームの全員が専従と答えた施設が2施設ある一方、専従の体制維持が困難と答える施設も1施設あった。

#### 多職種会議の実施状況

##### <意見>

- 普段から多職種ミーティングなどで情報の共有を行っていたので週1回実施している(3施設)
- 市保健所の社会福祉士・保健師・チーム医師・看護師・精神保健福祉士・家族などで月1回実施(2施設)
- 多職種会議があるため、情報交換がこまめにできる
- 多くのスタッフで集まらなければいけないのでスケジュール調整が厳しい(2施設)

すべての施設が既にアウトリーチを実践していたため、多職種ミーティングにおける情報交換を有効と認識し、週1回多職種ミーティングを行っている施設が3施設、更にメンバーを拡大した多職種ミーティングを月1回実施している施設が2施設あった。しかし、支援を未実施の1施設だけでなく、既に支援を実施している1施設からも、スケジュール調整が困難という意見が挙げられていた。

## 24 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について

< 意見 >

- 既に体制が確立していたため特に問題はない（4 施設）
- 医師 3 名体制では、対象者が出た場合、体制の維持が困難

すでに体制が確立していたため特に問題はないと回答した施設が 4 施設であった。支援を実施していない 1 施設のみが、医師 3 名体制の維持は困難としていた。

## 地域の精神科救急医療体制の確保への協力等

< 意見 >

- 元々協力体制が確立しており問題はなかった（4 施設）
- 救急病棟を多数設置しているため、困難はない

この要件は、元々協力体制が確立していたこと、あるいは救急病棟を多数設置していることから、すべての施設が特に問題はないと回答していた。

### 3. 要望や提案

各施設から聞かれた当該制度に関する要望を以下にまとめる。

#### 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

ロ 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

ロ 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

##### <意見>

- 診療報酬としては低く、ACT チームでは、本制度を利用するよりも相談支援事業所として地域移行や地域定着に関わったほうがよい。
- 診療報酬が安いので、経済的裏付けがほしい(5施設)
- 診療報酬は低いが、全体的に地域で診る体制作りが必要で、その中でこのようなものを盛り込んでいくことが重要

まだ支援を行っていない施設からは、報酬として低いことを問題として挙げ、相談支援事業所として、地域定着や地域移行に関わったほうがよいという意見がありながらも、地域で診る体制作りが必要という意見も見られた。

#### 2) その他の意見

##### <意見>

- 会議の開催や訪問頻度の条件、職員の確保が困難(3施設)
- 現在の対象者の条件(入院期間、障害福祉サービス利用なし、支援期間)では枠が狭い(3施設)
- 内容をクリアするために不必要なサービスを提供してしまうリスクがある

現在の「訪問回数、精神病院への入院が1年以上、障害福祉サービスを利用していない者、支援期間が6か月以内」という算定要件では、対象となる人が限られるという意見が3施設から挙げられた。「会議の開催頻度や訪問頻度、職員の確保」が困難という意見も3施設から挙げられた。これらの意見のほとんどは、支援を行っている施設からであった。

## D. 考察

### (1) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出状況

2014年4月に新設された「精神科重症患者早期集中支援管理料」について、2015年8月時点で、各地方厚生局への届出機関は11施設のみであり、支援が終了したケースは2014年12月時点で6施設、計13名、1医療機関あたり0~2例であり、制度創設2年度目においても普及は十分進んでいなかった。

医療機関への本算定料に関するインタビューでは、昨年度に引き続き、制度の届出と運用に関する意見を収集した。昨年度に引き続き、「障害福祉サービスの利用」「1年以上入院または入退院を繰り返す者」の条件によって、対象者がいないという状況であった(表3-1.3-2)。平成28年度診療報酬改定では、算定要件の「障害福祉サービスを利用していない者」が削除され、必須であった24時間往診の体制確保が緩和された。本調査の結果と照らして、今後制度の普及が進むことが期待される。

### (2) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」のケースの特徴と算定に至る経緯

算定しているケースの特徴として、1年以上の入院となった対象が退院する際に利用することが多く(13例中8例)、本管理料算定に至った経緯として、「多職種カンファレンスが必要」(4例)、「退院後の手厚い支援を保障」(4例)や「手厚い支援」「内服継続支援」をするために導入されたケースが多かった。制度による手厚い支援の保障は、家族や地域の受け入れ先が、退院を心配し反対したが、本制度を活用し医療者が手厚い支援を行っていくことを保障し、退院に納得したというケースであった。本算定料は、患者の精神症状が重篤なために、手厚い支援を提供するために用いられるだけでなく、支援ネットワークを作ること、退院を受け入れる側のサポートとしても活用されていることが明らかになった。

本事例でも退院にあたって医療者が制度を家族や保健所に説明しており、有効活用に向け、制度の周知も必要であると考えられる。

### (3) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の活用の意味と制度に追加が必要な内容

本算定料によって、重症者が地域生活を継続できるようになったという利点が報告されていた。「服薬支援を継続的に手厚く実施」することと「往診でのデポ剤注射」が挙げられており、継続した服薬につながったケースも報告されている。

服薬支援については、「精神科訪問看護特別指示書」を用いて14日間連日訪問することが可能であるが、本算定料を活用することによって、患者の状態が一定程度安定するまでの期間、期限にとらわれず必要時に一日複数回訪問ができるため、利用者の状態に応じて継続的に濃厚な支援が可能となり、地域生活の継続に寄与できたと考えられる。

また、本算定料によってできるようになった支援として、多職種・多機関とカンファレンスで情報共有し協働できること、一日複数回訪問ができることが挙げられた。多職種・多機関のカンファレンスの効果として、今回の調査では支援の連携や引継ぎがうまくできた、重症事例に対する不安を地域スタッフと共有できたといった支援者側の利点が報告されたが、患者に対してどのような効果があるのかについても検証が必要である。手厚い訪問支援、および、多職種・多機関カンファレンスの継続的な実施と本人や家族の参加が、家族の介護負担感や孤立感を低減させている可能性があり、家族や利用者のサービス満足度など、利用者側の評価が必要である。

一方、「往診でのデポ剤注射」をした報告が3ケースであった。通院できなくなった患者についてカンファレンスで早期から主治医と情報共有しやすいこと、多職種アウトリーチ支援の一環として、一時的に状態が悪化した患者に対し医師が自宅で治療するという選択

肢が、チームや家族にも意識づけられたことが、この支援につながった理由として考えられる。医師からは、このような患者に訪問し同意のもとデポ剤注射を行うことで、その後また通院が再開できたこと、症状が安定したという効果を報告しており、地域生活でのクライシスを支える手段として、本管理料が活用できる可能性が示された。

制度への追加が必要な内容として、ピアサポーターや薬剤師といった、本制度で算定できる職種の追加が挙げられていた。一部の医療機関では、都道府県のアウトリーチ推進事業を併用することで、より多くの職種を含めたチームで支援していたが、本制度で算定できる職種が増加することにより、更なる制度の普及と支援の質の向上に繋がると考えられる。

#### (4)まとめ 本制度の今後の活用に向けて

今年度のカルテ調査では、本算定量を使用している医療機関では、主に1年以上の長期入院をしている患者に対して、退院後も手厚い支援をする、服薬継続支援をする、家族や周囲が退院に同意できるよう支援体制を整える支援を保障するために、活用されていた。また直接的に本制度によって実施できるようになったわけではないが、手厚い訪問での服薬支援をすることや、医師がアウトリーチ支援することの意識づけができていた。支援が終了した医療機関では、本算定量を使用した経験から、活用できる対象のイメージを持つことができていた。今年度は届出が11施設にとどまっていたが、28年度診療報酬改定では、下記が改訂される予定である。

##### 1.算定要件等について

- ・長期入院後の患者だけでなく、単独での通院が困難な患者も対象とするとともに、障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除する。
- ・同一建物居住者の場合について、これまで

で設けられていた特定施設等に居住しているかどうかによる評価の差を廃止し、評価を見直す。

##### 2.施設基準について

- ・作業療法士については常勤用件を設けないこととする。
- ・往診や訪問看護については、いずれか一方について24時間対応可能な体制を整備すればよいこととする。

この改訂によって、制度の利用がどのように進展するか、またどのように福祉と連携し活用されるかについて、引き続き状況を評価していくことが必要である。今後は、本サービスを利用した当事者や家族からの評価を分析するとともに、支援者が感じる多職種カンファレンスによる効果についても、検討していきたい。

#### E. 結論

「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出機関は制度創設2年度目である27年8月には11施設となり、27年12月までに計13名の支援が終了していた。主に入院が1年以上となった者に対して、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。また、本制度に関するインタビューでは、患者の算定要件の厳しさが報告されたが、28年度診療報酬改定で障害福祉サービスの利用者も利用できるようになること、24時間往診が必須でなくなることから、普及が見込まれ、引き続き制度の利用状況を調査するとともに、利用者への効果、および、スタッフやチームへの多職種カンファレンスによる波及効果についても評価を行っていく必要がある。

#### **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**

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

#### **引用・参考文献**

- 1) Kayama M, Kido Y, Setoya N, Tsunoda A, Matsunaga A, Kikkawa T, Fukuda T, Noguchi M, Mishina K, Nishio M, Ito J. Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. BMC psychiatry, 14(1): 311, 2014.