

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¹⁾

研究協力者：○福島鏡¹⁾，小高恵実²⁾，渡邊碧²⁾，廣川聖子³⁾，木戸芳史⁴⁾，角田秋¹⁾

大橋明子¹⁾，中嶋秀明¹⁾，村方多鶴子⁵⁾，高妻美樹⁶⁾

- 1) 聖路加国際大学
- 2) 上智大学
- 3) 首都大学東京
- 4) 三重県立看護大学
- 5) 訪問看護ステーション卵サテライト
- 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 3 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、本制度を算定する必然性についての示唆を得ること、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】本管理料の届出をしている施設は、28 年 10 月の時点で全国 21 施設であった。そのうち 28 年 12 月までに支援が終了したケースは 4 施設 7 事例であった。1 年以上の入院患者が 4 事例であり、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証のために、活用されていた。本制度の導入により、往診を活用したチームでの支援が促進され、医療の機会が保障されることで患者の家族や地域のスタッフの安心感につながり、重症患者の退院が促進されていた。

【考察】本制度の算定対象となる患者は、社会機能の低下や、家族・地域スタッフの拒否があることが多いため、病院・地域を問わず多職種によるケアが必要なケースであった。本管理料はそのような対象者へ、手厚い支援の提供と共に、往診等の医療の機会を保障することで家族や地域スタッフの安心感・退院の説得に活用されていた。また、本管理料で行う地域スタッフとのカンファレンスの実施により、地域全体でケアをする体制づくりに繋がっていた。今後は、本制度活用による支援と共に、散見されている自治体独自のアウトリーチに関する制度も含めた本制度の活用方法について検討していくことが必要である。

A. 研究の背景と目的

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 3 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用されているのか、本制度を算定する必然性について示唆を与え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. 調査方法

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 28 年 10 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 21 施設のうち、28 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、21 医療機関が該当した。全施設に電話で問い合わせをし、28 年 12 月までに支援が終了したケースがあった 4 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

制度の活用について

- ・カンファレンスを実施することでの対象者及びチームへの効果
- ・同時期に訪問に行っていた管理料対象外ケースとの違い
- ・制度の要件に該当せず適応を見送ったケースの概要

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 28 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（今年度新規調査対象 10 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 28 年 8 月～29 年 2 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 10 医療機関が該当し、調査対象となった。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

新規調査対象のうち、同意の得られた施設へ、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) 倫理的配慮

カルテ調査およびインタビュー調査について、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、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。(聖路加国際大学研究倫理審査委員会 承認番号 15-A034)。

C. 研究結果

1) 届出機関の概要と算定ケース数

平成 28 年 10 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は 21 施設であり、昨年度の調査から 10 施設増加していた。年次ごとの施設数変化について、図 1 に示す。

2) 支援対象者の状況

本算定料による支援を提供し、カルテ調査の対象となった施設を表 1 に、支援が終了した支援対象者の概要を表 2 に要約した。対象者の年代は 30 代から 50 代と幅広く、男性 6 名、女性 1 名であった。診断名は、全員が統合失調症で、精神遅滞を併発している者が 2 名であった。1 年以上の入院者が 4 名、入退院を繰り返す者が 3 名であった。入退院歴は 2 回から 30 回と幅広く分布していた。支援期間は 1 か月から期限の 6 カ月までであり、支援終了後にも地域生活を続けている対象が 3 名、入院が 4 名であった。

3) カルテ調査結果

「精神科重症患者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。

ID:1

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：20代 類型：入退院を繰り返す者 GAF:(算定開始時)30
算定導入の経緯
X-1年の内に、4回の入退院を繰り返し、すべて医療保護入院であった。また、10代に発症後、治療中断や支援やサービス受け入れを拒否する傾向にあり、症状の改善も見られなかった。そのため、入院中にクロザリル(200mg)が開始され、看護師とPSWによる退院前訪問を行いながら、本人と家族へ当該管理料による支援をすすめたところ、同意が得られたため退院後から導入に至った。
支援経過
退院後は週2回の訪問支援を行い、服薬と身体状態の確認、1時間以上をかけて妄想についての話を傾聴して関係作りを行った。また、外来受診ができないときに合わせて往診し、本人が落ち着かない、つらいと訴えた時に、訪問の頻度を上げて支援をした。
退院1ヶ月後、被害的妄想により自閉的であったが、外出や仕事などに関心が向くようになり、症状や副作用への対処についても話し合えるようになった。そのため、週2回の看護師またはPSWの訪問支援を行っていた。
退院5ヵ月後ごろより、運動や外出したいとの希望があり、その目標に向けた取り組みを一緒に行うために、週2回の訪問から週3回の訪問に増やして、運動や外出の計画や練習を行った。
支援期間中に、デイケアなどのサービスにつながるよう勧めたがつながらなかった。しかし、家族の協力により外来受診を行い、精神科訪問看護による支援への移行に同意する状態となって当該管理料による算定終了となった。
算定料に期待したこと・メリット
治療中断することに不安を感じる家族が、医師の往診があることで安心して支援導入を受け入れた。家族からの情報提供や相談も増え、支援に協力的であった。また、本人の状態やニーズに合わせて、支援の頻度や量を変えることができた。
多職種によるケア会議の中で、様々なサービスを拒否する人への支援やこれまで試みたサービス以外のものについて検討することができた。
支援の転帰
GAF:(算定終了時)30 移行したサービス等：精神科訪問看護 精神科訪問看護に移行後も、継続的に支援を受けて地域生活を維持している。そのほかのサービスにはつながらなかった。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				

網掛：多職種会議 支援回数：×（回数）						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

5ヶ月目						
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				

6ヶ月目						
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				

ID:2

基本情報
診断名：統合失調症、精神遅滞（中等度） 性別：男性 年齢：30歳代 類型：1年以上入院 GAF：(算定開始時) 30点 処方：C P換算 858.9 mg (入院中に導入されたりスパダールコンスタ筋肉注射を含む)
算定導入の経緯
性的な衝動で問題行動、暴力行為を起し、通院以外は利用不可となっていた患者であった。しかし、今回の入院中に、刺激には弱いものの、手厚くフォローをすることで在宅生活を継続できる患者であり、在宅治療を中心に提供しようと判断され、本制度利用に至った。
支援経過
【支援開始時】 訪問診療：2週間に1回、初期30分、後期15-20分程度/回 主治医である院長が訪問 13時頃 訪問看護：週4-5回、30~60分/回、15時前後 月・火 P S W 2名 (病院と地域活動支援センター) 水 ステーションの看護師と病院O T 木 医師の往診または ステーション看護師と病院P S W 金 ステーションの看護師2人 (全スタッフ共通の役割：体調チェックシート記入、服薬確認、残金確認、P S W：書類支援、役所や買い物同行、O T：部屋の使い方や生活費の運用相談、看護師：体調管理、下剤調整 と分担) 町に出かけやすい時間に訪問することで、町に行って危険なことにならないようにした(入院前は一日中町を徘徊し、小学生に声をかけ警察に通報され補導されそうになったこともあったため) 往診：生活場面での療養状況の把握、不眠や便秘等の訴えに対して生活実態に即した薬剤調整を実施 【支援中のエピソード】 支援開始後、自宅アパートの鍵穴にボンドを詰められるという被害に遭い、警察に届け出た。PSWが中心となり支援し、チームでの定例会で検討、転居を支援した。 【支援後期】 支援の頻度・量は一定で、継続的に生活の見守りを続けた。
算定料に期待したこと・メリット
診療報酬改定により原則訪問看護は1箇所のみとなったこともあり、管理料支援を行うことで病状管理の困難さと生活能力低下の両方の障害がみられる患者に対し、医療面と生活面の双方を在宅で手厚く支援することができた。その結果、これまでは生活破綻から地域への迷惑行為を繰り返していた患者が、6か月間安定して在宅生活を送ることができた。
支援の転帰
GAF：(算定終了時) 25点 処方：C P換算 1042.8 mg 移行したサービス等：外来通院なし、訪問診療と訪問看護利用、福祉事務所による訪問 訪問看護 ステーション看護師 2-3回/週、病院スタッフ2-3回 週4,5日は誰かが必ず入るようにし家庭での活動の様子の見守りをしている。不眠や「誰かが入ってくる」と言った被害関係妄想は変わらずある。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
			退院		○2人	2人
22	23	24	25	26	27	28
	2人	2人	○			
					○2人	
29	30	31				
	2人	会議				

網掛：多職種会議 支援回数：×（回数）						
2ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
○		○2人			2人	2人
8	9	10	11	12	13	14
○		○2人			1人	2人
15	16	17	18	19	20	21
○		○1人			1人	2人
22	23	24	25	26	27	28
○		○1人			会議	2人
29	30	31				
○		(なし)				

3ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
				2人	○	
8	9	10	11	12	13	14
2人			2人	2人	○	
15	16	17	18	19	20	21
			(なし)	2人	会議	
22	23	24	25	26	27	28
2人			2人	2人	○	
29	30	31				
○						

4ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
	2人	○		○		
8	9	10	11	12	13	14
2人	2人	○		○		
15	16	17	18	19	20	21
(なし)	1人	○		○2人		
22	23	24	25	26	27	28
	会議	○		○		
29	30	31				
2人		○				

5ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
	○			2人	2人	○
8	9	10	11	12	13	14
	○2人			2人	2人	○
15	16	17	18	19	20	21
	○			(なし)	会議	○
22	23	24	25	26	27	28
	○2人			2人	2人	○
29	30	31				
	○2人					

6ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
		2人	2人	○		○2人
8	9	10	11	12	13	14
		(なし)	2人		2人	○2人
15	16	17	18	19	20	21
			2人	○		○2人
22	23	24	25	26	27	28
			会議	○		○
29	30	31				
		2人				

ID:3

基本情報
診断名：統合失調症、精神遅滞（中等度） 性別：男性 年齢：30歳代 類型：入退院を繰り返す者 GAF：(算定開始時) 28点 母親・祖母と同居 CP換算 1262.5mg
算定導入の経緯
10代で発症、母と祖母と同居。祖母が支えていたが、認知症進行に伴い、外来通院が難しくなった。15年間利用している訪問看護ステーションが持ち出しで受診を促しに訪問し、タクシーに乗ってもらい、外来受診につなげていた。外来に来なくなってしまう恐れがあり、アウトリーチ支援の対象となり、きちんと治療の軌道に乗せることが本管理料導入のきっかけだった。 主な症状は、幻覚妄想、興奮、会話が支離滅裂になる、水中毒、金銭の浪費。
支援経過
【支援開始時】 訪問診療：2週間に1回、20分以上/回 主治医である院長が訪問 診察と薬の指導 訪問看護：週2回、訪問看護ステーションの看護師が主に訪問 月2回はPSWが訪問、金銭管理について支援（月10万円以上の支出をしていた） 訪問看護では、訪問時に母親が玄関先で待っており、母親の話を玄関先で20分聞く。これで母親が落ち着き、家の中に入って40分の訪問看護、計1時間の訪問であった。母のストレスは医師が訪問することで軽減していた。本人も1か月間は安定していた。
【支援開始44日目】 退院後は服薬できていたが、金銭の浪費は変わらず月10万程洋服代に使っていた。入院の頃には水中毒の再燃と怠薬のため、金銭欲求が高くなり、家族への暴力行為を認め、入院に至った。
算定料に期待したこと・メリット
訪問看護一点で支えてきて、「外来に来るか来ないかわからない」という訪問看護ステーションスタッフのストレスは減った。母は主治医が行くことの安心感があった。スタッフとしては、ずっと同じ医師が通して見てくれることが大きなメリットだと感じている。従来の支援体制では通院中断の可能性が高く、自分の都合で来院していたため常に主治医診察を受けることができていなかった。
支援の転帰
GAF：(算定終了時) 21点 移行したサービス等：医療保護入院 CP換算 1412.5mg

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
退院						
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
会議						

網掛 : 多職種会議 支援回数 : × (回数)						
2ヶ月目						
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						

3ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
入院						
2人						
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

ID : 4

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：30代 類型：入退院を繰り返す者 GAF：35（算定開始時）
算定導入の経緯
未成年で発症し、30回以上の入退院を繰り返している。退院後に服薬継続ができないことが症状再燃の要因であった。「自宅に退院したい」「施設やグループホームとかは絶対嫌だ」という希望があったが、地域住民との関係性が非常に悪く、生活能力が十分ではないが精神疾患を抱えた父親や施設に入っている高齢の母親からの支援は期待できないといった地域生活をするうえでの問題を抱えていた。「自宅に退院したい」という希望を叶え、症状再燃と再入院を防ぐためには、継続的で集中的なアウトリーチ支援と地域に関連する人との調整が必要とされ、本算定料の対象とし、支援導入となった。
支援経過
訪問支援は、算定した6カ月間ほぼ一定のスケジュールで提供されていた。訪問看護は週4回、チーム医による往診が月1回組まれており、訪問看護の設定がない曜日にはホームヘルパーが入った。可能な限り1日1回は誰かが本人と会い、見守る環境があるように体制を構築していたが、状態が悪い時など1日に複数回の訪問を実施することもあった。今回も服薬の自己管理をすることができず、訪問すると飲み忘れていることがほとんどであった。そこで、訪問看護は夕方にするのを本人と決め、訪問の際には飲み忘れている薬の服用を支援した。 初期は、近隣住民からの苦情や「なぜ入院させないのか」という声がきかれたが、行政等の力を借りながら近隣住民に説明を繰り返すことで、次第に苦情は減っていった。チームは、本人と近隣住民との関係づくりにも支援した。また、本人と警察とも連携し、近隣住民とのトラブルを予防していた。 チームカンファレンスは毎日実施し、地域カンファレンスは月1回実施していた。地域カンファレンスへは、チームスタッフ、保健所、市役所、社会福祉協議会、ヘルパー事業所、生活介護事業所、支援センターのスタッフに加え、母の保佐人も出席した。カンファレンスでは、本人の病状と生活に関するを中心に、初期は服薬支援と近隣苦情への対応について話し合われた。出席した行政や事業所の間でサービス体制と役割分担について話し合い、それに基づき支援を提供した。 このような体制で訪問を続けるうちに、毎日来院して作業療法に参加するようになり、午前はOT、夕方は訪問という安定したパターンが出来上がっていった。
算定料に期待したこと・メリット
毎日訪問が可能であり、往診があることは、本人の症状コントロールに非常に有用であったと同時に、退院にあたって近隣住民や他事業所スタッフに安心感をもたらした。また、地域カンファレンスによって関係機関や事業者と調整ができ、「地域全体でケアをする」という考えが醸成され、「病院だけで対象者を支援している」といった認識にならなかった。
支援の転帰
GAF：40（算定終了時） 移行したサービス等：往診（月1回）、訪問看護、作業療法、ホームヘルパー、地域活動支援センター、保健師、社協、保佐人 その後も同程度の支援を継続して地域生活を続けている。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				

網掛：多職種会議 支援回数：×（回数）						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

5ヶ月目						
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				

6ヶ月目						
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				

ID : 5

基本情報
診断名：統合失調症 性別：女性 年齢：50代 類型：1年以上精神病床に入院して退院した者 GAF：32（算定開始時）
算定導入の経緯
本算定料導入までに3回の入院歴があるが、自身の疾患や治療に対しては受け入れることができないまま推移していた。また、直近の入院は2年近くに及んでおり、以前よりも全般的に機能低下が認められ退院を難しくしていた。また、「退院して働きたい」という希望があり、そのためには症状の安定と生活の支援と併行して就労支援事業所や訪問支援に対して拒否的な家族への調整が必要であった。地域生活を支援する方々と協力して包括的に支援を展開する必要があり、本算定料の地域カンファレンスの枠組みが有効であると判断し、算定料を用いた支援を提供することになった。
支援経過
対象者は疾患や治療を受け入れておらず、家族もスタッフによる自宅への訪問支援に対しては積極的ではなかった。そのような本人と家族の希望もあり、チームによる支援は週2回の訪問看護、それに加えて連携先の訪問支援ステーションからも週に1回の訪問を行っており、これらを合わせて週に3回の訪問看護体制と月1回の往診という体制で支援を続けた。さらに、何か困ったことがあったときはいつでも家族からの電話を受けられる体制を整えた。 また、これらの訪問支援に加え病院の作業療法に週1回通っていた。さらに、支援開始後に本人の希望に合わせて就労支援事業所への見学を調整したが、1回説明を聞きに行っただけで継続的に進めていくことはできなかった。 本人は持効性注射剤に加え抗精神病薬の内服薬を併用していたが、訪問の際に本人の生活空間に入ることができない事情もあり、正確な服薬状況をスタッフが訪問時に確認することが難しい状態であった。いつ頃からは不明であるが、処方されていた通りには服薬できていなかったようである。 支援4ヶ月目に、階段の踊り場に座り込んで独語をしており、住民から家族に対して苦情が発生した。家族が外来に連れて来たが、陽性症状が活発に現れており「病気じゃない、健常だ、治療は何にも必要もない」と大声で叫び続けるような興奮状態であった。診察後に医療保護入院が決定し、支援は4ヶ月弱で終了した。
算定料に期待したこと・メリット
毎日のチームカンファレンスでは違う曜日に訪問している訪問スタッフからの情報や、病棟で担当していたスタッフからの情報など情報共有がしやすく、支援方法を検討するにあたり大いに役に立った。地域カンファレンスでは、家族も出席したため、ケアについて家族に理解を求めることができた。 また支援当初は、本人が入居している住居からの退居を求められており、その対応に関しても調整していく予定であった。このような調整は通常の訪問看護のサービス枠組みでは困難であり、本算定料の枠組みで支援するメリットの一つであった。
支援の転帰
GAF：32（算定終了時） 移行したサービス等：医療保護入院 自身の疾患と治療に対して受け入れておらず、医師から処方されていた通りの服薬はできていなかったため、徐々に症状が再燃し始め、支援開始から4ヶ月目に入院となった。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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
退院						
29	30	31				

網掛 多職種会議 支援回数 × (回数)						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

5ヶ月目						
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				

ID : 6

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：30代 類型：1年以上精神病床に入院して退院した者 GAF：40 (算定開始時)
算定導入の経緯
<p>サービスが導入されていない状況で退院し、すぐに受診を中断して症状が悪化し入院することを繰り返していたので、今回の退院時に、管理料を導入して退院をすることになった。</p> <p>ご本人は施設以外の退院先を希望していたが、家族も受け入れを拒否し、単身生活にも反対したため、往診のある当該管理料を導入の提案をした。</p>
支援経過
<p>退院後、訪問では昼間の過ごし方を共に考え、体を動かすために図書館や散歩に出かけていた。往診ではデボ剤を筋肉注射していた。金銭管理も本人には難しかったため、家族の意向もあり訪問時に定額を渡していた。多職種カンファレンスでは、ご本人に病気であるという認識が薄いこと、現在の様子などを情報共有し、緊急時の対応について確認する場としていた。支援開始から数ヶ月は、この体制で安定して暮らすことができていた。</p> <p>退院後4ヶ月したころ、注射の拒否が見られるようになった。また、病院に対し、金銭管理に関するクレームの電話をかけてくるようになった。調子が悪くなると、支援を拒否し、就労することが対象者のパターンであったが、今回も、警備会社で勤務していたようだった。往診でも訪問でも本人には会えなくなった。規定の訪問や往診が行えなくなったため、算定終了となった。</p> <p>その後、勤務にも無断欠勤するようになり、本人と父親で話し合いを行った。本人から「辛いから入院したい」と希望があり、入院となった。</p>
算定料に期待したこと・メリット
往診があることで、家族には安心感があり、患者の退院に対する拒否の緩和に繋がった。院外の多職種と定期的にカンファレンスをもつことで、緊急時の対応を密に共有することができた。
支援の転帰
GAF：(算定終了時) 25 移行したサービス等：なし

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				
○						

網掛 : 多職種会議 支援回数 : × (回数)						
2ヶ月目						
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				
○						

3ヶ月目						
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				
○						

4ヶ月目						
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				
○						

ID : 7

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：30代 類型：入退院を繰り返す者 GAF：(算定開始時) 40
算定導入の経緯
生活保護を受給されている方で、退薬を繰り返していた。訪問での内服確認もなかなかさせてもらえず、退薬して症状悪化を繰り返していたため、グループホームの入居をすすめるが、本人は拒否された。このような状態では保護費は出せないと生保担当者に言われたが、病院スタッフより、往診もあり手厚い訪問支援が入られることで医療の機会が保障されている本制度の導入を提案し、ご本人もこれを使って頑張ってみたいとのことだったので、管理料を導入して退院することになった。
支援経過
4週ごとに毎月2回火曜日に1回の往診、ヘルパーを週2回導入していた。怠薬しやすい方だったため、内服継続のための支援を行おうとしたが、ご本人はプライドの高い方であったため、支援者が確認等のために薬に触れることが困難であった。そのため、生活全般のことを聞きながら内服のことについても触れていた。近隣に住んでいる母とのやり取りについても聞き、家族との関係性と本人の精神状態をモニタリングした。 ご本人の日中の過ごし方は特に決まっていないが、作業所などを紹介してもすぐに通所を中断してしまうため、既存のサービスには繋がらなかった。自身で繁華街に行き、コーヒーを飲みながらぼんやり過ごしているようだったので、ご本人のペースに任せ、訪問とヘルパーは受けてもらうという形で見守っていた。往診では、診察と共にリスパダールコンスタを導入していた。また、副作用で手が震えることがあり、往診で医師から説明を受ける場面もあった。 支援開始5ヶ月目に入った辺りから、神に関する話が多くなり、本人と連絡が取れなくなった。インターホンを鳴らしても出ず、合鍵で母と共に中に入ったところ、布団に包まって震えていた。「しんどくてどうしようもない、限界」と話され、入院となった。
算定料に期待したこと・メリット
往診があること、短期集中で手厚い支援を提供できること、仕組みとして説得材料になること デメリット 医師の往診に対する考えがまちまち
支援の転帰
入院となった GAF：(算定終了時) 50 移行したサービス等：なし

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				

網掛 : 多職種会議 支援回数 : × (回数)						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

4) ケースの総括

当該管理料を算定したケースについて、「管理料の導入目的」「実際に活用された制度の内容とアウトカム」「カンファレンスの実施によるチーム・対象者への効果」「要件に該当せず、算定を見送ったケースの特徴」の4つの視点から説明する。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

- 地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要(2 ケース)
- 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(2 ケース)
- 外来通院の継続が困難な人なのでフォローが必要(1 ケース)
- 他のサービスが事情により使えず、病院からの手厚いフォローが必要(1 ケース)

本制度を算定する目的として、2 ケースから「地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要」と報告されていた。「多職種カンファレンスを開催することにより、行政や他事業所間でサービスをどのように組み立てるか役割分担がされていった。(ID4)」といったケースが報告されており、多方面からの支援を必要とする本算定量の対象患者への支援が、カンファレンスの開催により、有機的に組み立てられていた。困難な状況にある本制度の算定患者を支援するに当たり、支援チームを構築する目的で本制度が活用されていた。

また、2 ケースより「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」と報告されていた。「往診により医療の機会が提供されることが、家族の説得に繋がった。(ID6)」といったケースが報告されており、本制度による手厚い支援の中でも往診が支援に組み込まれていることにより、家族や地域スタッフに安心感をもたらし、患者の退院に当たっての説得に活用されていた。本制度の往診や 24 時間対応といった手厚い支援は、医療の機会の保障という目的で活用されていた。

2. 実際に活用された制度の内容とアウトカム

- 制度を利用することでの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)
- 往診がしやすくなった(2 ケース)
- 家族やスタッフに安心感が生まれた(1 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。「毎日訪問が可能であること、また往診が最初から組み込まれていることは、本人の症状コントロールに非常に有用であったと同時に、退院にあたって近隣住民や他事業者を安心させることができ、本算定料のメリットであった。(ID4)」と報告されており、算定の目的と同様に、訪問頻度や往診によって患者の周囲の人々に安心感をもたらし、退院というアウトカムに繋がっていた。

また、本制度を活用することで往診がしやすくなったというケースが2 ケースあった。「制度に往診がセットになっていることにより、医師に往診を依頼しやすくなった。(ID7)」と報告されており、往診が制度に組み込まれていることで、往診という形での医療の提供を医師に依頼しやすくなり、支援の幅が広がったと報告された。

3. カンファレンスの実施によるチーム・対象者への効果

- 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(5 ケース)
- 顔を合わせて話し合うことで、地域全体でケアをする意識が生まれた(2 ケース)
- 関係事業所間での役割調整がスムーズにできた(2 ケース)
- 対象者に拒否的であった家族の理解に繋がった(2 ケース)
- 保健センター相談員との情報共有により緊急時対応時の協力体制ができた(2 ケース)
- ご本人・ご家族の相談先が増えた(1 ケース)

本制度のうち、算定の目的にも多く挙がっていたカンファレンスの実施によるチーム・対象者への効果は、「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」というケースが最も多く5 ケースで報告されていた。

また、「顔を合わせて話し合うことで、地域全体でケアをする意識が生まれた」という意見が2 ケースで語られていた。「地域で関連する方の中には『本人のことは、病院が責任をもって何とかして欲しい』と話される方々も多く、当初は『地域全体でケアをする』という考えに乏しいのが現状であった。(中略)地域でケアをするという認識が関連する人々のなかで醸成されたと感じる。(ID4)」と語られており、頻回な入院や長期入院によって病状が不安定なケースや障害の程度が強い患者に対し、地域の多職種が手を引いてしまう現状に対し、カンファレンスを活用することで支援者に地域全体でケアをする必要性とその当事者意識が生まれたと報告された。

4. 要件に該当せず、算定を見送ったケースの特徴

- 状態は良くないが、任意入院だった(3 ケース)
- 入院期間が1年未満だった(2 ケース)
- 居宅訪問を嫌がる(1 ケース)
- 算定できる期間、支援を継続することができなかった(状態悪化により入院した)(1 ケース)
- 週2回以上の訪問を必要としない、あるいは希望していない(1 ケース)

算定を見送ったケースとしては、「状態は良くないが任意入院だった」というケースが3ケースあり、重症患者でも状態によっては説得して任意入院になるケースもあるため、本制度の適応にならないことが報告されていた。また、「入院期間が1年未満だった」というケースも2ケースで報告されており、近年の制度の充実により、1年以上の入院患者が徐々に減少し、対象となるケースが少なくなっていることが報告された。

5) 「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」を今年度新規に届け出た施設に対し、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。その結果を以下に要約した。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のように要約される。

- 元々地域医療に熱心で、本算定料で求められるような地域医療を実施していた(3施設)
- 重症患者への支援に重点的に取り組む方針となった(2施設)
- 長期入院患者が安心して退院するため(1施設)
- 診療報酬改正により、条件を満たしたため:施設基準、医師の24時間対応(2施設)

届け出に至った理由は、地域医療に熱心に取り組んでおり、本算定料で求められている地域支援をもともと実施していたため、という施設が3施設あった。また、施設の方針で重症患者への支援に重点的に取り組む方針となったため、算定料を届け出た施設が2施設あった。本算定料は、地域医療の体制や実績があるチームや、これから重症患者の地域支援に取り組む準備をする施設で導入されている傾向にあった。また、診療報酬改定による施設基準の改定により、算定が可能となった施設も2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は以下のように要約される。

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(5施設)
- 同法人の訪問看護ステーションなどとの連携(3施設)

保険医療機関が単独で実施している施設は5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3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

【訪問診療】

- 院長またはアウトリーチのチーム医が往診している
- 何処の医師が訪問するかが検討課題

【訪問看護】

- 病院の精神保健福祉士、作業療法士、訪問看護ステーションの看護師
- 専従の看護師と PSW が毎日訪問、専従以外の OT

新規届出施設でインタビュー同意の得られた 8 施設のうち、すでに支援を行っているのは 2 施設であり、具体的な訪問診療の体制や訪問看護の体制について意見が得られた施設について要約した。訪問診療は、施設の院長やアウトリーチのチーム医が訪問するケースが報告されていた。また、訪問看護は、病院の精神保健福祉士や作業療法士、訪問看護ステーションの看護師で支援を提供しており、毎日訪問をしているケースでは、専従のスタッフが支援を担当していることが報告されていた。

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 >

- 休息入院の患者の退院後の支援等、対象者の枠がもう少し広がると良い
- 他院から退院支援を目的に転院してきた患者は、実質上 1 年以上の入院期間があるものの、算定することができない(当院入院時にあらためて入院期間がカウントされるため)

届出したが算定患者がいらないという施設では、「休息入院患者の退院後の支援など、対象者の枠がもう少し広がると良い」という報告があった。また、他院からの転院患者は、実質の入院期間と診療報酬算定上の入院期間が異なるため、本制度の対象にならず、活用できなかったというケースが報告されていた。

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 >

- 地域での受け入れが難しい発達障害の患者も当該管理料を活用したい
- GAF 40 点はやや厳しい

上記の患者要件については、複数施設で対象者がいるという意見があった一方、地域で手厚い支援が必要となる発達障害の患者も算定対象に含めてほしいというケースや、支援の必要性から考えて対象になる患者を考えた場合、GAF40 点という条件がやや厳しいという意見が報告されていた。

精神科を標榜する保険医療機関へ通院が困難な者

- 通院が困難な人へこの算定料を検討している
- 単独受診できるようになったからといって具合が良いわけではないので、対象の幅が広がると良い
- 「通院が困難」という解釈が難しい

支援対象者のいる施設では、通院がこんなものに算定を検討していると報告された一方、単独受診と症状の軽快は結びつかず、受診できても重症な対象者がいるため、制度における対象の幅が広がることを期待している報告があった。また、昨年度同様、「通院が困難」という解釈が難しく、退院の際に議論になるという報告もあった。

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又は常勤作業療法士の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

<意見>

- 専従要件が厳しい

新規届出施設の多職種チームは、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ほとんどであった。意見として、スタッフの人員的に専従要件が厳しく、体制の維持が難しいという意見が1施設で報告されていた。

多職種会議の実施状況

<現状>

- 週1回実施
- 多職種会議は算定者以外でも定期的実施
- 専任のチームカンファレンスは毎日

<意見>

- もともと、朝のミーティングを定期的に行っているため実施は可能
- チームスタッフ以外:保健師、家族、時には本人を交えて実施している
- 開催場所:本人宅。患者がリラックスして診察室ではみられない姿をみられる
- メンバー:ケースにより相談支援事業、地区担当保健師、地活の職員が参加

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、カンファレンスを定期的に行っていた。算定要件通り週1回のミーティング以外にも、算定者以外に関しても定期的にミーティングを実施している施設や、毎日ミーティングを行っている施設もあった。

カンファレンスに関する意見は、もともとミーティングを定期的に行っているため、実施に困難はないという報告があり、地域のスタッフを交えたカンファレンスでは本人や家族にも参加してもらい、実施場所も患者のリラックスを考え工夫しているという報告があった。

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 >

- 往診が「及び」になったことにより届出することができた
- チームの看護師 2 名は、24 時間携帯電話を携帯し、利用者の連絡を受けている
- 看護師、PSW の 4 名で担当し、月に 7～8 回の輪番体制を組んでいる
- もともと 24 時間対応体制を構築しており、算定外の患者にも適用しているため実施可能

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多く、往診に関する制度の緩和によって届出が可能になったという施設が 1 施設報告されていた。また、看護師または保健師の 24 時間体制は、元々体制を構築していたため実施に困難はないという施設もある一方、輪番体制の構築など、スタッフに負担のない体制を工夫して構築している施設の報告もあった。

地域の精神科救急医療体制の確保への協力等

< 意見 >

- 救急医療を実施している
- 24 時間救急指定・電話対応の訪問看護ステーションと組んでいる
- 身体合併症がある場合などは他病院に依頼している

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、特に問題はないと回答する施設が多かった。工夫している点として、身体合併症のある対象者の場合、受診を依頼できる他院へのルートを確保しているという報告もあった。

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。

< 意見 >

- 現在の算定要件では当てはまらない患者がいるため、もう少し枠が広がると良い
- 専従要件が厳しい
- 訪問に時間が割かれるため、会議のための書類作成の時間確保が難しい。
- 報酬体系改正の希望:24 時間人件費、段階的な報酬体系

上記でも述べたように、現在の算定要件では当てはまらないが濃厚な支援が必要な患者があり、疾患や重症度の面でももう少し枠が広がると良いという意見が報告されていた。

また、チームの体制維持について、専従要件が厳しいという報告や、昨年同様、チームの体制維持や、会議・書類作成の時間確保といった労力に見合った診療報酬体系への改正を求める希望がかけられていた。

D. 考察

1. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出状況

平成 26 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、平成 28 年 10 月時点で、各地方厚生局への届出機関は 21 施設であった。また、今年度新たに報告された算定による支援が終了したケースは同年 12 月時点で 4 施設 7 名、1 医療機関あたり 0 ~ 2 例であり、制度創設 3 年度目においても普及は十分に進んでいるとはいえなかった。

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、「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。地域医療体制の整備が進んできたことにより、今後、1 年以上の入院患者や強制入院による入退院を繰り返す患者は減少してくることが考えられ、対象患者の見直しが必要であると考えられる。

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

今年度支援が提供された 7 ケースのうち、多くのケースで、「多職種カンファレンスが必要」(2 例)、「退院後の手厚い支援を保証」(2 例)を目的として本算定料が導入されていた。また、本算定料により往診がしやすくなったケースが 2 例報告されており、手厚い支援と共に往診が医療の保障として活用されていた。本制度は、重症患者の中でも特に医療との接点が切れやすい患者に対して、医療の機会を保障することに繋がっていると考えられる。

3. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」におけるカンファレンスの活用

本算定料の枠組みにカンファレンスが含まれていることにより、地域のスタッフを支援に巻き込みやすくなったことが報告されていた。本制度の対象となる患者は、頻回な入院や重度の機能障害から、周囲への迷惑行為に及んでいるケースもあり、地域の支援者から「病院に任せたい」という意見が出ているケースもあるという報告がされていた。このような、支援者の手が薄くなってしまいうケースに、本制度のカンファレンスの枠組みを適応することで、退院直後あるいは退院前から地域の多職種を交えて支援の検討をすることができ、地域全体で支援するネットワークづくりに活用されていたと考えられる。

また、このネットワークは、患者・家族にとっても相談できる専門職の充実に繋がり、地域における患者・家族の孤立を防ぐことにもつながると考えられる。本算定料は、以上のような体制作りが必要な患者へ積極的に活用される傾向にあった。

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、本制度を有効に活用しているケースと共に、算定対象外になった患者についても調査を行った。対象外となった患者の中には、任意入院であるために対象にならなかつたり、1 年未満の入院であるために対象とならなかつたケースがあるという意見が散見された。地域支援の充実により、長期入院患者が減少しつつあることや、地域で長期に生活し続ける中での休息入院にも対応していくことが必要であり、今後の調査において、支援の枠組みと対象者像の相違について確認していくことが必要である。

また、本制度を算定して支援をしたケースの中に、算定終了後も手厚い支援を必要としたため自治体独自のアウトリーチ支援事業を用いて支援を継続したケースがみられた。アウトリーチ支援事業¹⁾の後、本管理料である「重症患者早期集中支援管理料」の他、都道府県対象事業である「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」、そして、「自治体独自のアウトリーチ支援事業」の3つの形態で提供されている。そのうち、自治体独自のアウトリーチ支援事業については、その実態が明らかとなっていないが、本管理料と組み合わせで支援を提供しているケースが昨年度も報告されていることから、その実態や活用方法が明らかになることで、本制度およびアウトリーチ支援の充実につながると考えられる。

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3年度目である平成28年10月には21施設となり、28年1月までに計20名の支援が終了していた。支援導入の主な目的は、カンファレンスの活用による支援体制の構築や、患者の家族および地域スタッフに対する支援の保障であった。

本管理料の算定後、自治体独自のアウトリーチ支援に移行したケースも報告されているが、その詳細や実態は明らかになっておらず、本制度の活用およびアウトリーチ支援のために、今後の調査が必要であると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

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

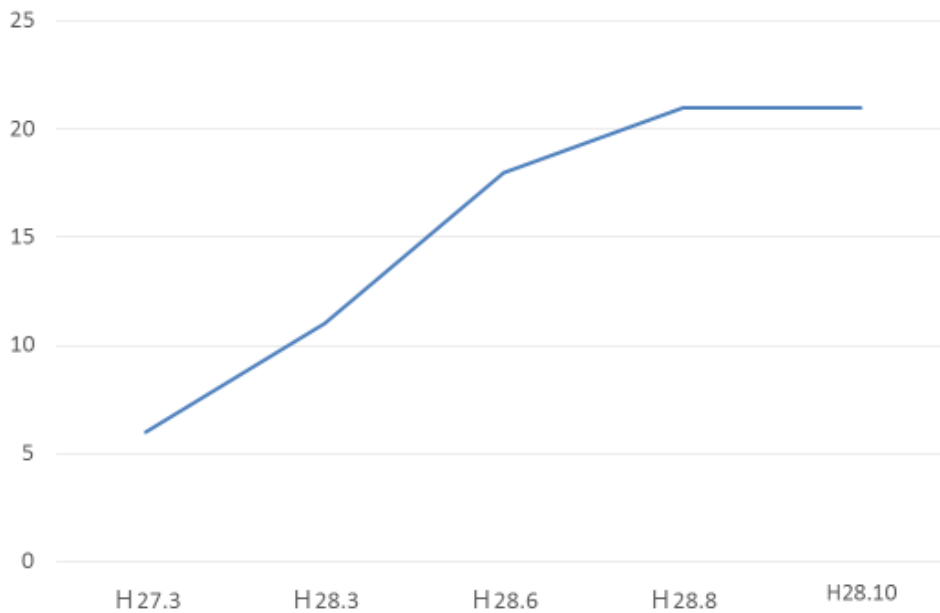
3. その他

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. (2014). 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.

図1 精神科重症患者早期集中支援管理料 届出施設数



5

表1 カルテ調査施設の概要

ID	届出状況	支援終了ケース	インタビュー対象 括弧内は人数
B	院内完結型	2	医師 精神保健福祉士
F	院内完結型	1	作業療法士
I	院内完結型	2	精神保健福祉士(2)
M	院内完結型	2	精神保健福祉士、看護師

表2 支援ケースの概要

ID	年代・ 性別	診断名	類型	入退院 回数	経過	算定期間	その後のサービス
1	20代・ 男性	統合失調症	繰り返し 返し	2	地域生活 継続	6ヶ月	訪問看護
2	30代・ 男性	統合失調症 精神遅滞	長期	8	地域生活 継続	6ヶ月	訪問診療、訪問看護、福祉事務所による訪問
3	30代・ 男性	統合失調症 精神遅滞	繰り返し 返し	3	入院	1ヶ月	なし
4	30代・ 男性	統合失調症	繰り返し 返し	30	地域生活 継続	6ヶ月	往診、訪問看護、作業療法、ホームヘルプ、地域活動支援センター、保健師による訪問、社協自治体アウトリーチ事業
5	50代・ 女性	統合失調症	長期	3	入院	4ヶ月	なし
6	30代・ 男性	統合失調症	長期	6	入院	4ヶ月	なし
7	30代・ 男性	統合失調症	繰り返し 返し	16	入院	4ヶ月	なし

(類型)長期:1年以上入院、繰り返し:入退院を繰り返す者