

## 訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究

研究分担者：萱間真美（聖路加国際大学）

研究協力者：上野桂子（一般社団法人 全国訪問看護事業協会）、江原良貴（財団法人江原積善会 積善病院）、寺田悦子（株式会社 円グループ）、仲野栄（一般社団法人 日本精神科看護協会）、三家英明（医療法人 三家クリニック）、廣川聖子（首都大学東京）、木戸 芳史（三重県立看護大学）、小高恵実（上智大学）、原田尚子（上智大学）、渡邊碧（上智大学）、村方多鶴子（静岡県立大学）、角田秋（聖路加国際大学）、福島鏡（聖路加国際大学）、中嶋秀明（聖路加国際大学）、青木裕見（聖路加国際大学）、高妻美樹（聖路加国際大学）、生田深香（聖路加国際大学）、瀬戸屋希（聖路加国際大学）

### 要旨

【目的】本研究は、精神科重症患者早期集中支援管理料（以下、管理料）の運用実態と、制度改定に関するニーズの把握、および自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態を把握するために、以下を目的とした。

1.管理料算定の実施状況やサービス提供体制、算定にあたってのニーズを明らかにすること。2. 都道府県や市区町村で独自に実施されているアウトリーチ支援の実態を明らかにすること。

【方法】管理料の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。また、算定している医療機関に対し、算定までの経緯、対象者の状況、支援内容等についてカルテ調査を行い、制度の活用状況を把握した。さらに、精神科医療機関を対象に管理料を知っているかどうか、届出の有無、現在の算定要件のうち緩和されれば算定したいと思う項目等について自記式アンケート調査を行なった。自治体独自のアウトリーチ支援に関する調査では、自治体独自にアウトリーチ支援を実施している4自治体にインタビュー調査を依頼し、制度の名称や期間、利用期限、利用者数、サービス内容、事業を実施した評価等を調査した。

【結果】精神科重症患者早期集中支援管理料の届出状況は、全国で26施設であり、算定ケース数は5ケースであった。また、管理料算定要件のうち、緩和されれば算定したいと思う項目としては、「入退院を繰り返す者の入院期間の要件」「1年以上入院して退院した者の入院期間の要件」が挙げられていた。

【考察】本管理料は平成30年度の診療報酬改定で「精神科在宅患者支援管理料」に改定され、算定要件が変更となった。届出機関数推移や実施状況のモニタリングを継続し、制度の活用方法について検討する必要がある。また、自治体独自のアウトリーチ事業についても、新たな事業のもとで、支援がどのように継続、発展していくのか、引き続き調査を行う予定である。

## A.研究の背景と目的

精神科医療は「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が示される中、地域移行が進展しつつある。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」（以下、管理料）として一般制度化された。

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

そこで本研究は、管理料運用実態と、制度改定に関するニーズの把握、および自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態を把握するために、以下を目的とした。

【1.】管理料算定の実施状況やサービス提供体制、算定にあたってのニーズを明らかにすること。

【2.】都道府県や市区町村で独自に実施されているアウトリーチ支援の実態を明らか

にすること。

## B.方法

本研究は、研究目的に沿って下記の4つの調査を実施した。

【1-1】管理料の実施体制に関するインタビュー調査

【1-2】管理料算定患者のカルテ調査

【1-3】管理料に関するニーズ調査

【2】自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態調査

1-1)管理料の実施体制に関するインタビュー調査

(1)調査対象

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(平成29年7月現在)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6医療機関が該当し、各施設のサービス提供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29年8月～30年3月にかけて実施した。

(2)調査方法

新規届出施設のうち、同意の得られた施設の対象者へ、インタビューガイドを用いた半構造的面接法により、インタビューを行った。「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ついてインタビューを行い、結果は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。

調査 1-2)管理料算定患者のカルテ調査

(1)調査対象

管理料による支援が終了したケースのうち、もともと支援を要した1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。

(2)調査内容・基本属性:性別、年齢、婚姻状況、世帯状況、経済状況等

・状況:対象者の類型、診断名、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、等

・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)

・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

#### 調査 1-3) 管理料に関するニーズ調査

##### (1) 調査対象

私立精神科病院、自治体病院、多機能型診療所を対象に、自記式質問紙にて、平成 29 年 8 月に下記の内容を調査した。

##### (2)調査方法

精神科重症患者早期集中支援管理料を知っているか、届出の有無、届出をしていない理由、今後の届出の意向、現在の算定要件のうち緩和されれば算定したいと思う項目、現在の算定要件の他に算定しやすくなる条件や加算の項目、往診および精神科訪問看護・指導料の実施の有無、等について郵送調査(自記式アンケート)を行なった。

#### 調査 2) 自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態調査

##### (1) 調査対象

平成 26 年度地域保健総合推進事業 改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究 報告書(分担事業者 中原 由美(福岡県嘉穂・鞍手保健所)の報告書より、自治体独自にアウトリーチ支援を行った実績のある自治体

##### (2)調査方法

現在のアウトリーチ支援の実施の有無をインタビュー調査した。そのうち、今年度も継続

して実施している 4 自治体に詳細なインタビュー調査を依頼した。なお、インタビューでは下記の内容を調査した。

調査内容:制度の名称、期間、利用期限、利用者数、サービス内容、サービス提供者、事業を実施した評価等

調査 1-1、1-2、2 は、担当者へ書面による同意を得たのち実施した。調査 1-3 は、質問紙の返送をもって同意とみなした。

なお、本研究における調査は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

承認番号:16-A057, 15-A034, 17-A039

## C 結果

### 調査 1-1 管理料の実施体制に関するインタビュー調査

#### 1) 届出機関の概要と算定ケース数

平成 29 年 7 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 26 施設であり、今年度新規に届け出た医療機関は 6 施設であった。今年度、算定を取りやめていた施設が 1 施設あったため、算定施設は昨年度の調査

から 5 施設増加し、合計 26 施設であった。年次ごとの施設数変化について、図1に示す。

#### 2) 管理料実施体制の状況

今年度新規に管理料を届け出た 6 医療機関へ行った実施体制に関するインタビュー結果を下記に示す。

## 「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

「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。意見のあった項目について、□内に意見の要約、( )内に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。

- 地域移行の受け皿として機能していくため
- ケアの質の担保
- 精神保健福祉士の診療所からの訪問が認められなくなったため
- 精神保健福祉士単独訪問に必要なため
- 以前からアウトリーチを実施していたため

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以前から実施していたため、という施設が1施設あった。また、地域移行の受け皿として機能していくためが1施設、ケアの質の担保のためという施設が1施設、精神保健福祉士が訪問するためが2施設あった。運用のしやすさや費用面から本管理料ではなく在宅時医学総合管理料で算定しているが、精神保健福祉士が単独訪問できるように本管理料の届出を行った診療所があった。

### 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

- 同法人の訪問看護ステーション(3施設)
- 特別な関係ではない訪問看護ステーション(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、他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 回以上の精神科訪問看護の実施状況

- 月 1 回以上の往診と週 2 回以上の訪問を必要とする方は多いが、本管理料ではなく在総管で算定している
- 悪くなると来てくれるため、2 週間に 1 回の訪問看護で間に合ったケースがある
- 月 1 回以上の訪問診療と週 2 回以上の訪問看護は実施可能
- 週 1 回以上の訪問が必要。退院から 1 年以上とするのが望ましい

全ての施設で、月 1 回以上の訪問診療、週 2 回以上の訪問看護について、実施する準備が整っていたものの、在総管での算定をしている、対象ケースがない、等の理由で、本管理料の算定ケースはいない状況であった。

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>

- 入院期間の短縮化が進み手厚いケアが必要であるが、入院期間の基準を満たせない
- 1 年以内で退院する方が多ので、3 ヶ月以上とすることが望ましい

1 年以上精神病床に入院して退院した者という対象者の枠組みについて、入院期間の短縮化により、1 年以上入院しているという基準を満たせないという施設や、3 ヶ月以上を基準とすることが望ましいという意見が報告された。

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 (2 名)・看護師 (6 名)・精神保健福祉士 (2 名)・作業療法士 (3 名)(診療所と訪問看護を合わせて)
- 精神保健福祉士 (専従)・医師・看護師・保健師
- 精神保健福祉士 (専従)・医師 (1 名)・看護師 (1 名)・精神保健福祉士 (1 名)・作業療法士 (1 名)・心理士 (1 名)
- 主治医・看護師・精神保健福祉士
- 医師 (1 名)・看護師 (1 名)・精神保健福祉士 (1 名)・作業療法士 (0.2)

届け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名が専従であることがほとんどであった。診療所と訪問看護を合わせてチームを構成していた施設が1施設あった。

### 多職種会議の実施状況

現状

- 実施なし（2施設）
- 以前から実施していた
- 多職種連携会議を定期的実施
- 退院前カンファレンスや自宅訪問の実施

多職種会議を実施していない施設は2施設であった。以前から多職種会議を実施していた施設、定期的実施している施設、退院前カンファレンスや自宅訪問を実施している施設がそれぞれ1施設ずつであった。

### 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>

- ACTの基準を満たす訪問看護ステーションのため、以前から実施
- クリニックは24時間体制をしておらず、訪問看護ステーションのオンコール体制
- 往診はやっていないが、訪問看護は24時間体制
- 往診および訪問看護の24時間対応

この要件については、以前から実施していた施設が1施設、訪問看護のオンコール体制が1施設、訪問看護の24時間体制が1施設、往診および訪問看護の24時間体制が1施設あった。

## 地域の精神科救急医療体制の確保への協力等

### < 意見 >

- 県から「精神科救急医療体制協力会員」として認定を受けている
- 近隣の医療機関への入院依頼や、退院後のフォローを依頼される
- 常勤医師が精神科救急システムのオンコール当番、措置診察を行っている

地域の精神科救急医療体制の確保では、県からの認定を受けている施設が 1 施設、近隣の医療機関との連携が 1 施設、常勤医による精神科救急システムのオンコール当番が 1 施設あった。

## 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 >

- 同一日複数回訪問を算定できるようにしてほしい
- ACT の併用の許可
- コストパフォーマンスが低い
- クリニックから行きたいがしぼりがある
- 複数名訪問において、看護師が一人いなければならない制限が厳しい
- 専従スタッフの確保が難しい
- 24 時間体制が難しい
- グループホームに入ると本管理料は対象外となるので、在宅でのケースが少ない
- 6 ヶ月という期間が短い

各施設から聞かれた要望や提案として、同 1 日複数回訪問の算定、ACT の併用の許可、コストパフォーマンスが低い、クリニックからの訪問をしたいという意見があった。チーム体制の維持について、専従要件や 24 時間体制が厳しいという意見が報告された。また、対象者が少ないという意見や、算定期間については、対象者は濃厚なケアが必要であり 6 ヶ月は短いという意見が報告された。

## 調査 1-2: 管理料算定患者のカルテ調査

### 1) 管理料算定患者の状況

今年度、本管理料による支援が提供されていたのは、3 施設 5 ケースであり、それぞれの施設で最も支援を要したケースについて調査を実施した。調査の対象となった対象者 3 名の概要を表 1 に要約した。

対象者の年代は 20 代から 50 代と幅広く、全て男性であった。診断名は、全員が統合失調症で、糖尿病を合併している者が 1 名であった。1

年以上の入院者が 1 名、入退院を繰り返す者が 2 名であった。入退院歴は 2 回から 9 回で、2 ケースで期限の 6 カ月まで支援が提供され、全てのケースで支援終了後も地域生活を続けていた。

### 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。

ID:1

基本情報
<p>診断名:統合失調症 性別:男性 年齢:50代          類型:入退院を繰り返す者 GAF:(算定開始時)35</p>
算定導入の経緯
<p>20代に発症し、暴力行為による3回の措置入院の既往がある。現在は、月に1度、m-ECTの治療のため1泊の任意入院を2年ほど継続しているが、治療中断するリスクがある。浪費が見られ直近の入院中に自己破産し生活保護を申請した。新居に引っ越しをした経緯もあり、退院後も継続した支援が必要であった。退院時、易怒性は改善されず、精神科訪問看護や往診が必要な病状であった。本患者が算定要件に当てはまり算定するに至った。</p>
支援経過
<p>支援者は、X-8年前より関わりを開始していた。本人のプライドが傷ついたり、医療者側が指導的に関わったりすることにより、易怒性が高まるため、訪問支援では本人の話を聞き尊重した関わりをした。本人へ指導的な関わりが必要な場合、スタッフ間で連携をとり関わった。退院時から現在まで、病状の改善は見られなかった。患者には働きたいという希望があり、病状と相談しながら本人が納得できる関わりを行い、今後について話し合いをするときには、本人を含めたカンファレンスも実施した。入院時からクライシスプランにも取り組み、退院後も訪問で継続して紙面を用いて本人と話し合いを行っていた。</p> <p>訪問支援のみでなく、易怒性が出現すると、スタッフに1時間以上電話をすることがあった。信頼しているスタッフと話しをすることで、その都度症状は落ち着いた。</p> <p>m-ECTの継続した治療が必要であるが、治療中断のリスクがあるため、訪問時に自宅から病院へ同行することがあった。</p> <p>両親への暴力行為があり、両親は本人との関わりを拒否している。そのため、連絡が必要な場合は仲介役となることがあった。両親と医療者は、電話や面会を行っている。</p> <p>継続した訪問支援や往診が必要な病状であり、限度の6ヶ月間算定する予定であったが、医師の往診の日程調整が困難となり4ヶ月目で算定終了となった。</p>
算定料に期待したこと・メリット
<p>往診により、医師に生活環境をみてもらえることで、チームが共通認識をもつことに役に立った。また、措置入院の既往があることから保健所が関わっていたが、算定することで保健所の職員が積極的に関わりを持つことができた。</p> <p>本患者は、地域生活を送るにあたり手厚い支援が必要であるため、労力の一部が診療報酬となるのであれば報われる。</p>
支援の転帰
<p>GAF:(算定終了時)35 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。多職種カンファレンスは算定終了後も継続している。</p>

○ : Ns    : PSW    : OT □ : Dr ■ : 他						
<b>1ヶ月目</b>						
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)						
<b>2ヶ月目</b>						
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				
○						

<b>3ヶ月目</b>						
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				
○						

<b>4ヶ月目</b>						
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				
○						

往診と職種会議はその都度調整して実施した。

<b>基本情報</b>
<p>診断名:統合失調症 性別:男性 年齢:20代          類型:1年以上精神病床に入院して退院した者 GAF:(算定開始時)35</p>
<b>算定導入の経緯</b>
<p>地域でトラブルを起こし入院となった後、家族が同居を拒否したことで、本人の希望があったため独居で退院の方針となった。独居での退院を支援するに当たり、手厚い支援体制が必要となったため、管理料を導入して支援体制を整えることになった。</p>
<b>支援経過</b>
<p>【退院前】</p> <p>障害福祉課や保護司、主治医、病院のスタッフでの話し合いを、退院前に2回実施し、情報共有を行った。退院後の障害福祉サービス導入をスタッフから本人に勧めたが、本人の「いない」という希望が強く、本管理料による訪問のみで退院となった。</p> <p>【支援開始後】</p> <p>訪問のペースは週3回で開始となった。訪問時は、本人の希望で金銭管理(1週間に1回決まった時間にお金を渡す)を実施した。また、極度の節約から食生活に偏りがあったため、食生活のバランスについても話し合ったが、状況は変わらなかった。</p> <p>昼間の過ごし方は、本人なりのペースがあったため、話を聞いて見守っていた。「疲れてくると身体が重くなる」「上下階の住人の物音が気になる」という話は聞かれたが、頻回に聞かれることはなかったため様子を見ていた。目立った精神症状はなかったが、突発的に過量服薬をすることが1度みられたため、精神症状や本人の様子は注意して観察していた。</p> <p>【支援終了時】</p> <p>6ヶ月間管理料による支援を提供し、地域生活を継続することができた。管理料による支援が終了になるに当たり、訪問看護を週2に減らす話が出た際、アパートの家主より、以前に住民トラブルがあったため、週3回の訪問支援は実施してほしいと希望があった。本人と話し合い、週2回の訪問看護、週1回のホームヘルプ(主に部屋の掃除)を導入することでご本人も納得され、管理料による支援が終了となった。</p>
<b>算定料に期待したこと・メリット</b>
<p>受療中断が予想されるケースだったので、頻回な訪問や月1回の往診が管理料に含まれていることで、家族や外部機関の安心に繋がった。何かあったときに医師が家に来てくれることが保障されている点は大きい。</p>
<b>支援の転帰</b>
<p>GAF:(算定終了時)40 移行したサービス等:ホームヘルプ</p> <p>訪問看護を週2回に減らした分、ホームヘルプを週1回利用し、支援者が自宅に来る日数は管理料算定時と変わらない体制で支援している。管理料算定終了後も地域生活を継続している。</p>

○ : Ns    : PSW    : OT □ : Dr ■ : 他						
網掛 : 多職種会議    支援回数 : × (回数)						
1 ~ 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				
○						

看護師と精神保健福祉士が輪番で週 3 回の訪問を実施し、訪問頻度や体制は、算定期間中変わらなかった。

多職種会議は月に 1 度 調整して実施した。

ID : 3

<b>基本情報</b>
診断名：統合失調症、糖尿病、骨折後 性別：男性 年齢：40 歳代 類型：入退院を繰り返す者（通算入院回数 9 回） GAF : (算定開始時) 35 点 独居 CP 換算 600 mg
<b>算定導入の経緯</b>
デイケアに通っており、30 歳ごろより就労継続支援 B 型利用。幻覚妄想の増悪を繰り返しており、自宅から飛び降り骨折し大学病院から転院してきた。入院中にクロザリルを導入。刺激や負担を避けて、安定した在宅生活を送ることが望ましいため導入した。
<b>支援経過</b>
<b>【支援開始時】</b> 訪問診療：2 週間に 1 回、20~30 分/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 1 回 45 分、訪問看護ステーションの看護師と病院 PSW が訪問。服薬支援、身体状況観察、皮膚疾患への軟膏処置、排便コントロール（クロザリル内服の影響）、過飲水、糖尿病への対応、趣味の話などもする。クロザリル内服中のため、午前訪問で採血し、医師の往診での診察後、午後に処方薬を届けるために再度訪問した。その他、行っていた支援は、調子が悪い時のサインと対処方法について、食事療法、運動療法、困りごとへの助言 など。 ホームヘルパー：40 分/回、ゴミ出し前日に分別、部屋掃除の段取りを支援  新聞が届かない、自転車のタイヤがパンクしたなど、日常生活で起こる出来事でパニックになるため、毎日支援者や家族が関われる体制を作った。
<b>算定料に期待したこと・メリット</b>
毎日誰かが関われる体制を作ることができた。
<b>支援の転帰</b>
GAF : (算定終了時) 43 点 移行したサービス等：ホームヘルプ クロザリル 300 200 mg に減量。 会話の疎通、思考力が回復し、安心して生活でき、再発せず、ゆっくり回復してきた。 6 ヶ月間の支援が終了したのちも、必要なサービスを残すこととし、2 週間に一度の往診、週 2 回の訪問看護、週 1 回のホームヘルプ、週 1 回の就労支援継続 B 型、週末は実家に帰省することで、毎日誰かが関われる体制を作っている。本人の希望することができるようになるための支援を継続している。

○:Ns, :PSW, :OT, :Dr, 他(ヘルパー)						
網掛：多職種会議 支援回数：×(回数)						
1~5ヶ月目						
月	火	水	木	金	土	日
■	○△	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	
■	○	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	
■	○△	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	
■	○	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	

6ヶ月目						
月	火	水	木	金	土	日
■	○△	就労B 型	○ ○		← 実家 →	
■	○	就労B 型	○ ○		← 実家 →	
■	○△	就労B 型	○ ○		← 実家 →	
■	○	就労B 型	○ ○		← 実家 →	

PSW は月 2 回の頻度で看護師と同行訪問実施。

カンファレンスは週 1 回定例実施、他部門との月 1 回の共同会議でも報告。

### 調査 1-3 管理料に関するニーズ調査

私立精神科病院 294 施設、自治体病院 16 施設、多機能型診療所 24 施設の計 334 施設より回答が得られた（有効回答率 25.8%）。調査を実施した結果、「精神科重症患者早期集中支援管理料」について知っている施設は 8 割以上であったが、施設基準の届出をしている施設は全体の 5.2%にとどまっていた。施設基準を届出していない理由としては、24 時間往診・24 時間精神科訪問看護の実施が難しいこと、チームの人材確保が難しいこと、24 時間連絡対応体制をとることが難しいこと、等への回答が多かった。特に診療所では、保健所・保健センターとの月 1 回以上の会議の実施が難しい、算定要件を満たす患者がいらない、等の回答も多かった。

今後の「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出の意向については、11.5%が施設内の状況が整えば届出したい、また 55.1%が施設基準要件・算定要件が緩和されれば届出

したいと回答しており、要件緩和によって届出施設が増える可能性が示唆された。

緩和されれば算定したい患者要件としては「入退院を繰り返す者の入院間隔、入院形態」「1 年以上入院して退院した者の入院期間」「通院が困難な者の要件」、また施設要件としては「24 時間往診・訪問看護の確保」「スタッフの専従」「24 時間連絡対応体制の確保」等への回答が多かった。診療所・自治体病院では患者要件に関する回答が多い傾向が見られ、また自治体病院では施設要件に関する回答も多い傾向が見られた。

算定しやすくなる条件・加算については「算定期間が延長できる要件の緩和」「訪問回数・頻度に応じた加算」「家族に対する支援への算定・加算」「訪問する職種の組み合わせによる加算」等への回答が多かった。項目ごとの詳細な調査結果を下記に示す。

#### 1) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の認知度

「精神科重症患者早期集中支援管理料」を知っているか尋ねたところ、275 施設(82.3%)が「知っていた」、59 施設(17.7%)が「知らなかった」と回答した。知っていた割合を施設種別にみると、私立精神科病院では 82.3%、多機能型診療所が 75.0%、自治体病院が 93.8%であった。(図 2)

#### 2) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準届出状況

「精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準の届出」をしていると回答した施設は、全体で 17 施設(5.2%)であった。届出している割合を施設種別にみると、私立精神科病院が 2.8%、多機能型診療所が 25.0%、自治体病院が 18.8%であった。(図 3)

#### 3) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出していない理由

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出していない施設に、その理由を尋ねたところ、最も多かったのは「24 時間往診または 24 時間精神科訪問看護の体制をとることが難しい」(280 施設, 89.2%)であった。次いで、「チームの人材確保(常勤の精神保健指定医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士)が難しい(65.3%)」、「24 時間連絡対応の体制をとることが難しい(49.0%)」、「月 1 回以上の保健所又は精神保健福祉センター等との会議を実施することが難しい(42.0%)」、「診療報酬が見合わない(37.3%)」、「週 1 回以上の多職種カンファレンスを実施することが難しい(36.3%)」、「算定要件を満たす患者が少ない(19.4%)」、「算定期限(6 ヶ月)以降の支援につなげることが難しい(13.4%)」、「地域の精神科救急医療体制整備事業に参加していない(10.8%)」であった(図 4)。また、「在宅時医学総合管理料(在総管)・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)を算定しており、必要性を感じない」と回答したのは 1.9%、「近隣の病院・診療所・自治体の実施しており、必要性を感じない」は 1.0%であった。

#### 4) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出意向

今後、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出したいと思いませんか、との問いに、「施設内の状況が整えば届出したい」と回答したのは 36 施設(11.5%)、「施設基準要件・算定要件が緩和されれば届出したい」と回答したのは 173 施設(55.1%)であり、「届出したいとは思わない」と回答したのは 102 施設(32.5%)であった。また、「施設内の状況が整えば届出したい」「施設基準要件・算定要件が緩和されれば届出したい」の両方に回答した施設が 3 施設(1.0%)あった。(図 5)

#### 5)緩和されれば算定したい要件

現在の算定要件のうち、どの項目の要件が緩和されれば算定したい、あるいは算定しやすいと思うか、患者要件および施設要件のそれぞれについて複数回答で尋ねた。

患者要件で回答が多かったのは入院に関する項目で、「入退院を繰り返す者の入院期間の要件」が 127 施設(48.7%)、「1年以上入院して退院した者の入院期間の要件」が 126 施設(48.3%)、「入退院を繰り返す者の入院形態の要件」が 114 施設(43.7%)であった。次いで、「通院が困難な者の要件」(43.7%)、「GAF 得点」(26.8%)、「診断名の要件」(19.2%)であった。(図 6-1)

施設要件で最も回答が多かったのは「24 時間往診・24 時間精神科訪問看護・指導の確保」(83.4%)であった。次いで、「スタッフのいずれか 1 名以上が専従であること」(56.1%)、「24 時間連絡対応の体制の確保」(49.7%)、「月 1 回以上、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること」(43.2%)、「常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤 PSW 及び OT の各 1 名以上からなる専任のチームを設置すること」(42.6%)、「週 1 回以上の多職種カンファレンス」(39.9%)、「月 1 回以上の訪問診療」(34.8%)、「週 2 回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導」(22.0%)、「地域の精神科救急医療体制整備事業への参加」(9.1%)であった。(図 6-2)

#### 6)算定しやすくなる条件および加算

現在の算定要件の他に、どのような条件や加算があれば算定したい、あるいはより算定しやすいと思うかを尋ねたところ、最も回答が多かったのは「算定期間(現行 6 か月)が延長できる要件の追加」(63.4%)であった。次いで「訪問回数・頻度に応じた加算」(61.9%)、「家族に対する支援への算定または加算」(53.5%)、「訪問する職種の組み合わせによる加算」(44.3%)、「以下の職種がスタッフに含まれること」(22.7%)で、挙げられたスタッフの職種の内訳は、臨床心理技術者(公認心理師)67.2%、薬剤師 60.3%、ピアスタッフ 39.7%であった。(図 7)

#### 7)往診・精神科訪問看護実施の状況

往診を実施している施設は対象施設全体の 41.8%、精神科訪問看護を実施している施設の割合は 89.2%であった。(図 8-1, 図 8-2)

## 調査2：自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態調査

調査協力が得られた4自治体へインタビューを実施した。調査結果を表2に示す。

サービスの対象者は、未受診・治療中断者としていた自治体が2ヶ所、地域で対応困難となっているケースとしていた自治体が1ヶ所、服薬・通院は可能だが家にこもりがちで社会性が低い者としていた自治体が1ヶ所であった。サービス提供主体は、保健所が2ヶ所、県の施設が市の保健所をバックアップしてサービスを提供していた自治体が1ヶ所、自治体内数箇所にある地域リハビリテーションセンターからのサービス提供が1ヶ所であった。

利用期限は、1ヶ所の自治体で6ヶ月の期限を設けていたが、ほとんどの自治体で利用期限は定めていなかった。

また、会議頻度はチームによって様々であり、3ヶ所の自治体で定期的なチーム内での会議を実施していた。対象者に関わる外部機関との会議は、2ヶ所の自治体で定期的に会議を実施していた。

制度や支援に対する効果の指標は、全ての自治体で「なし」と回答されていた。

### D 考察

#### 1. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出・算定

##### 1) 精神科重症患者早期集中支援管理料の算定状況

精神科重症患者早期集中支援管理料の届出状況は、全国で26施設であり、算定ケース数も平成29年度は5ケースと、依然として少ない状態であった。本管理料を活用していた施設では、地域でトラブルを起こし退院後独居への移行に困難があるケースや、退院後の治療中断が高いことが予想されるケースで活用されており、頻回な訪問や往診が支援に含まれることにより、利用者や地域の支援

者・家族の安心感に繋がって、退院や地域生活の継続を可能にしていた。治療継続が困難で家族が不安を抱えやすいケースや、病院外の機関との密な連携が必要なケースで、本制度が活用できることが示唆された。

##### 2) 次年度以降の活用に向けて

今年度実施した精神科重症患者早期集中支援管理料ニーズ調査から、本管理料を算定しやすくなる条件・加算として「算定期間が延長できる要件の緩和」が挙げられた。本管理料は平成30年度の診療報酬改定で「精神科在宅患者支援管理料」に改定され、算定期間に関する記述が削除されたほか、対象者として「自治体で作成する退院後支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者」が追加となった。この改定にともない、届出機関数が増加することが予想され、届出機関数推移や実施状況のモニタリングを継続し、制度の活用方法について検討する必要がある。

##### 2.自治体独自のアウトリーチ支援

自治体独自のアウトリーチ支援は、自治体の状況に合わせ、様々な対象者へ、自治体に合った方法で展開されていた。情報共有の方法も様々であったが、多くの自治体で定期的な会議の機会を持ち、外部機関との会議を実施している自治体も半数あった。平成30年度より、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」が開始予定であり、アウトリーチ事業もこの制度の中で展開されることになる。事業を実施する自治体では、どのような枠組みの中で、どのような対象者に支援を実施しているのか、引き続き調査が必要である。また、今回調査を実施した全ての自治体で、アウトリーチ事業の効果指標は設定されていなかった。今後、事業を評価するためにも、事業利用によって、本人や家族、周囲、自治体にどのような効果があっ

たのかを把握していくことは重要であり、新しい制度についても、効果指標の検討は重要な検討事項といえる。新しい制度のもとで、自治体独自のアウトリーチ事業がどのように継続、発展していくのか、引き続き調査を行う予定である。

#### **E.健康危険情報**

特に報告されていない

#### **F.研究発表**

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

なし

#### **G. 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

#### 引用文献

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】 管理料 届出施設数の推移

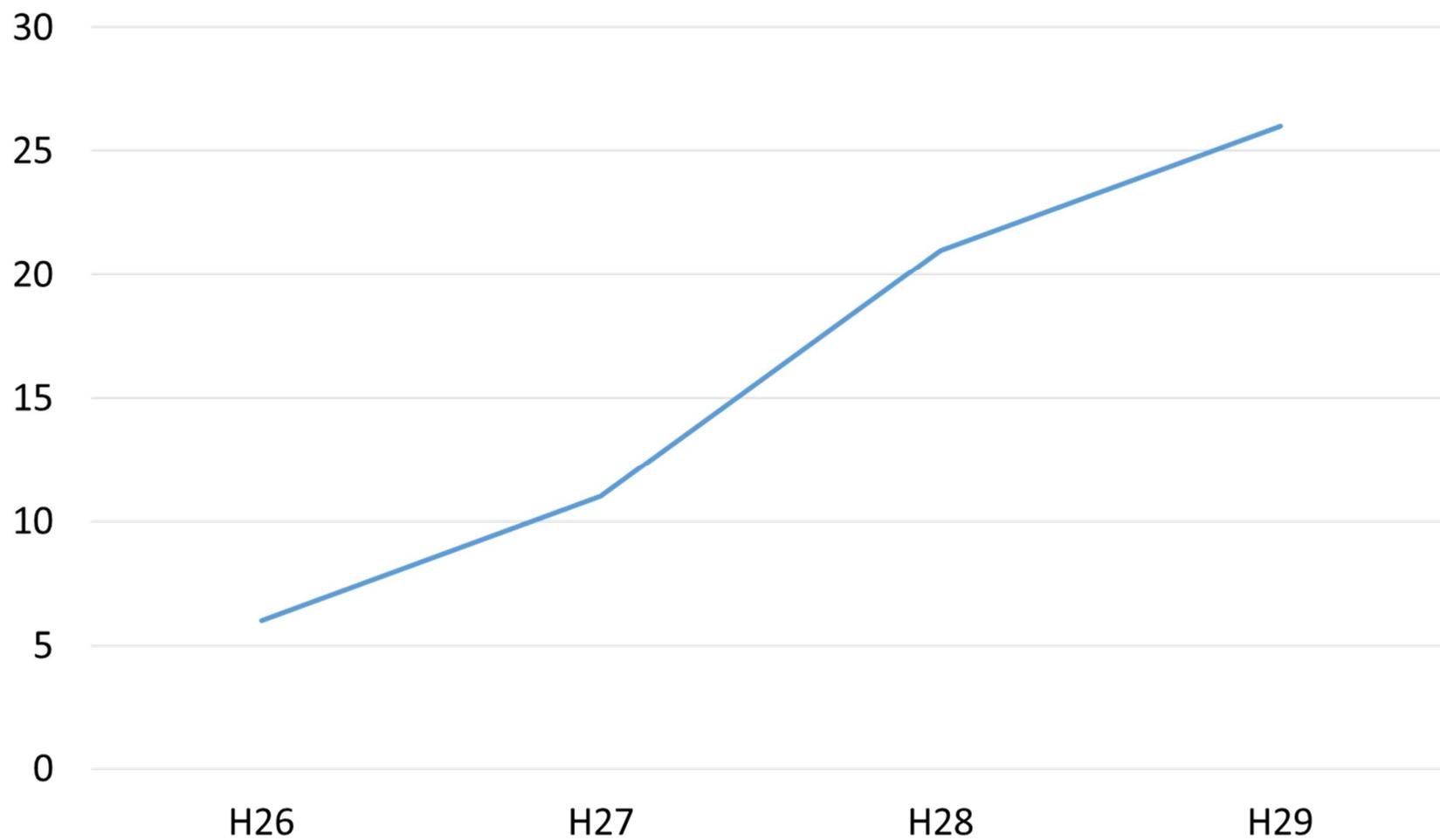


表1 支援終了ケースの概要 (N=3)

ID	年代・性別	診断名	類型	入退院回数	経過	算定期間	算定終了後に導入したサービス
1	50,M	統合失調症	繰り返し	3	地域生活継続	4ヶ月	精神科訪問看護
2	20,M	統合失調症	長期	2	地域生活継続	6ヶ月	ホームヘルプ
3	30,M	統合失調症 糖尿病	繰り返し	9	地域生活継続	6ヶ月	往診、 精神科訪問看護、 ホームヘルプ

表2 自治体独自のアウトリーチ事業の実施状況

	川崎市	静岡県	群馬県	兵庫県 但馬
開始年	H20～	H28～	H16～	H28～
対象	対応困難ケース	未受診 治療中断者	未受診 治療中断者	家にこもりがち 社会性が低い者
サービス提供主体	地域リハビリテーションセンター	保健所が連携医療機関と協働で訪問	群馬県こころの健康センターが市保健所をバックアップ	保健所
利用期限	なし	あり (6ヶ月)	なし	なし (検討中)
24時間対応	なし	なし	あり	なし
アウトリーチチーム内の会議頻度	2～3回/週	随時	不定期	2回/週
外部機関との会議頻度	1回/月	2回/年	不定期	なし
効果の指標	なし	なし	なし	なし

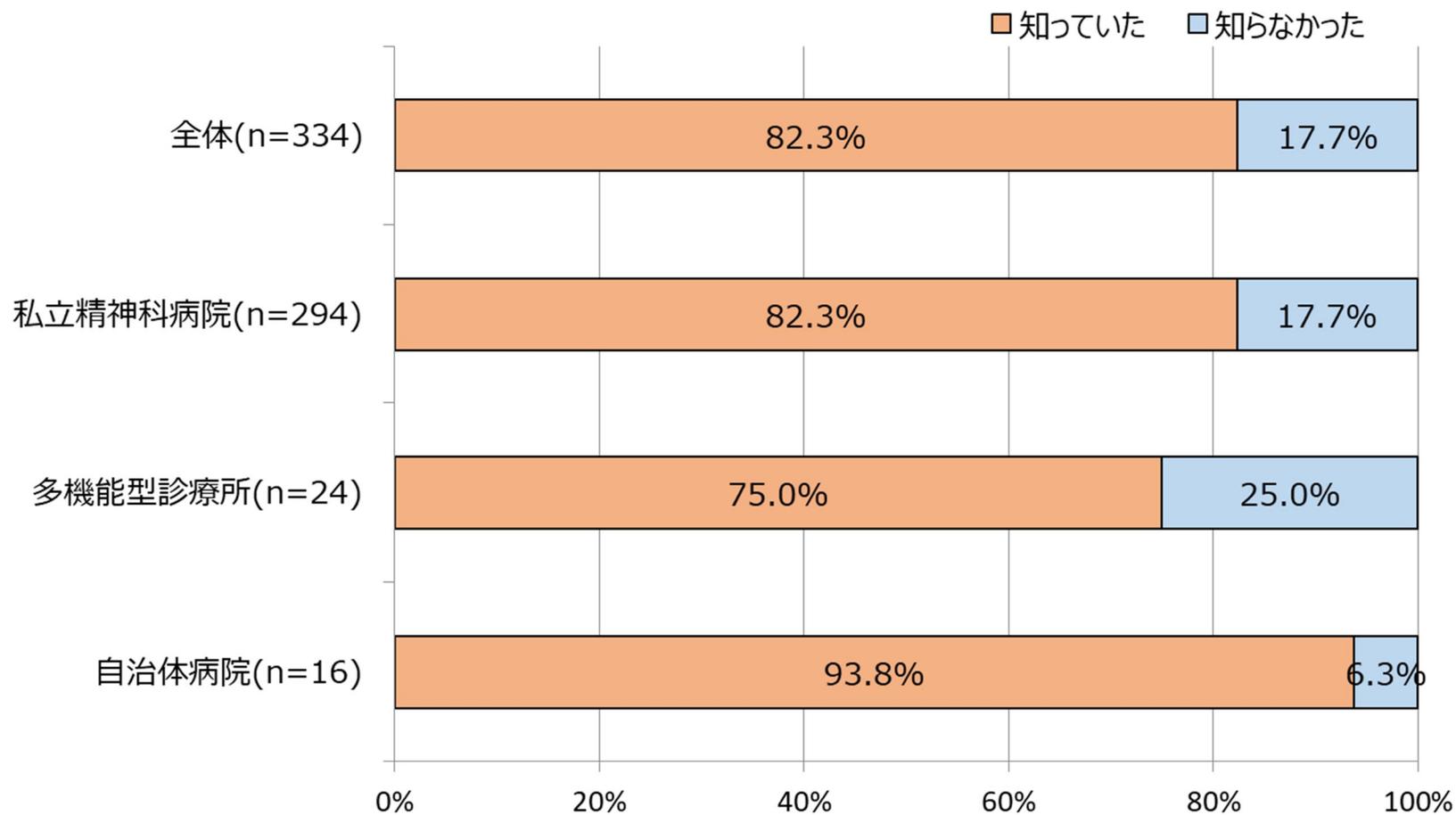


図2 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の認知度

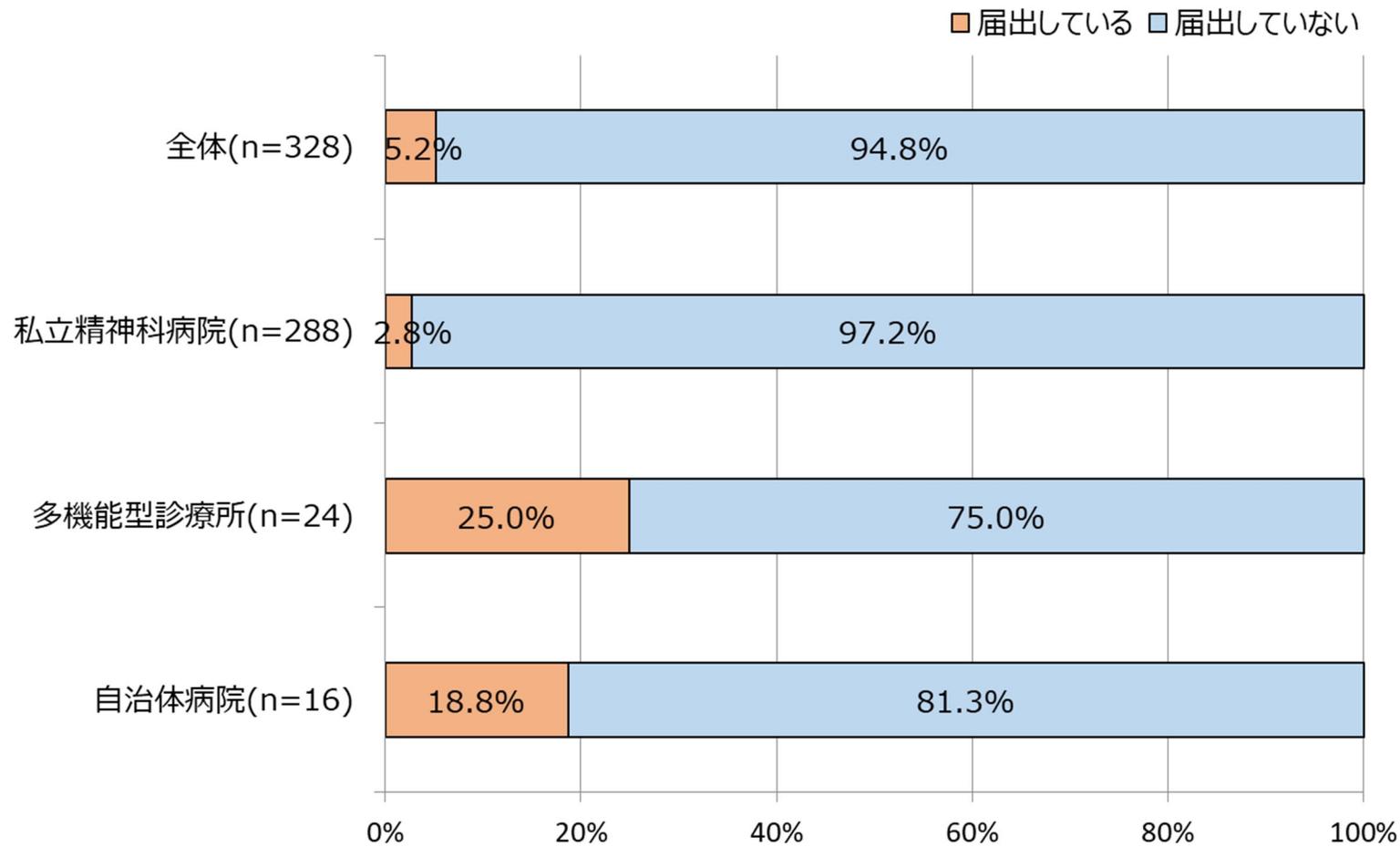


図3 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準届出状況

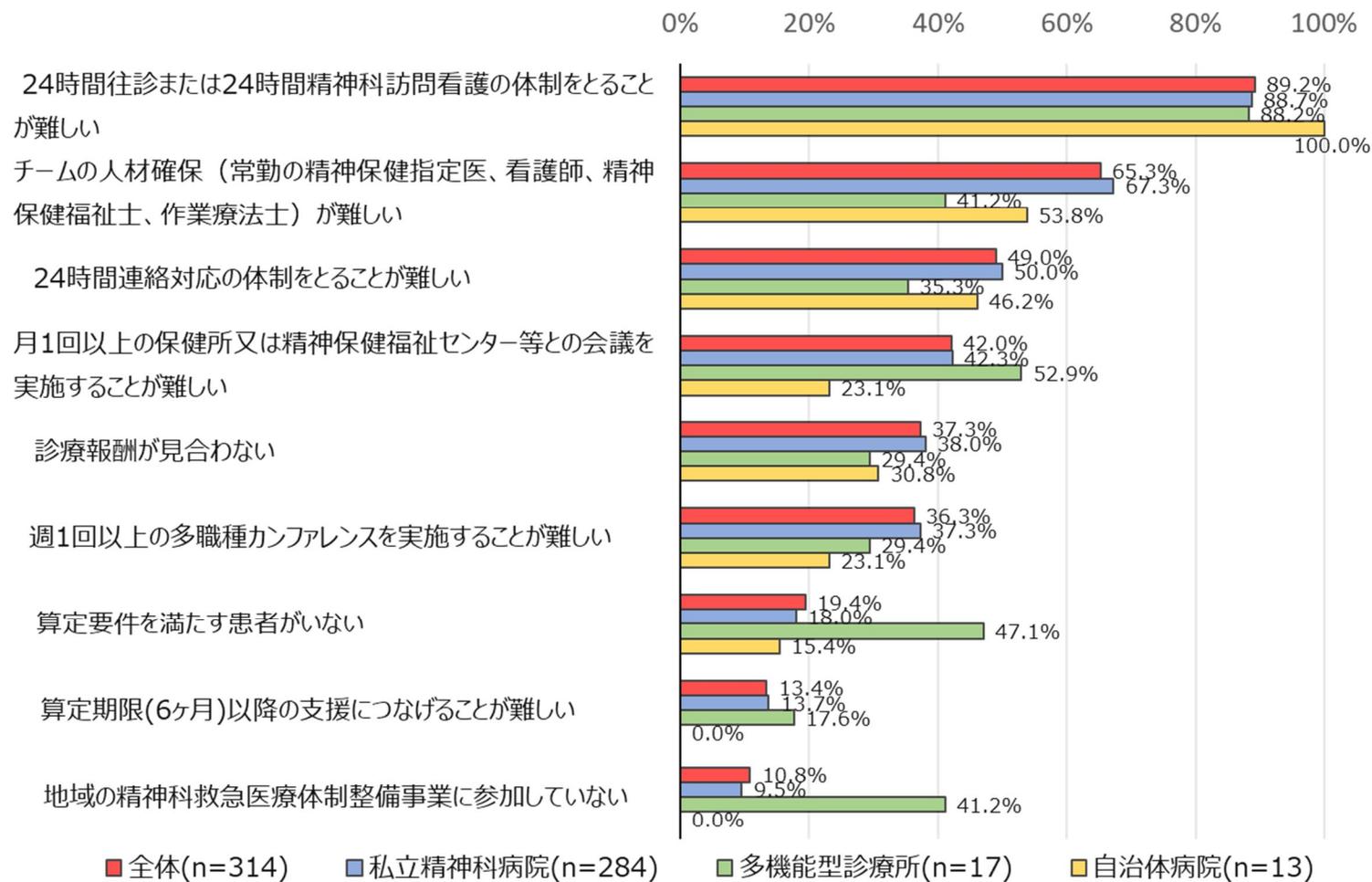


図4 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出していない理由

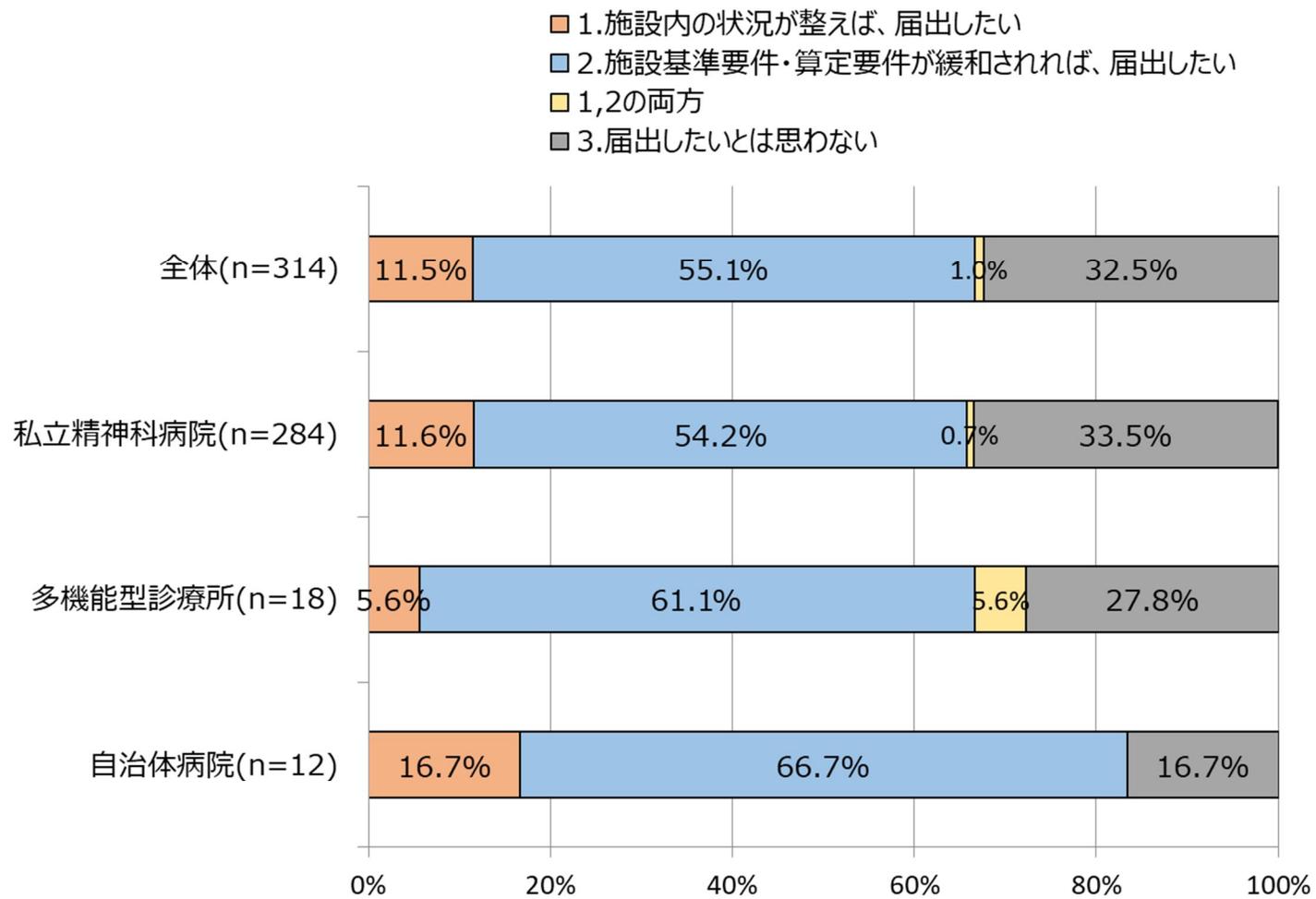


図5 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出意向

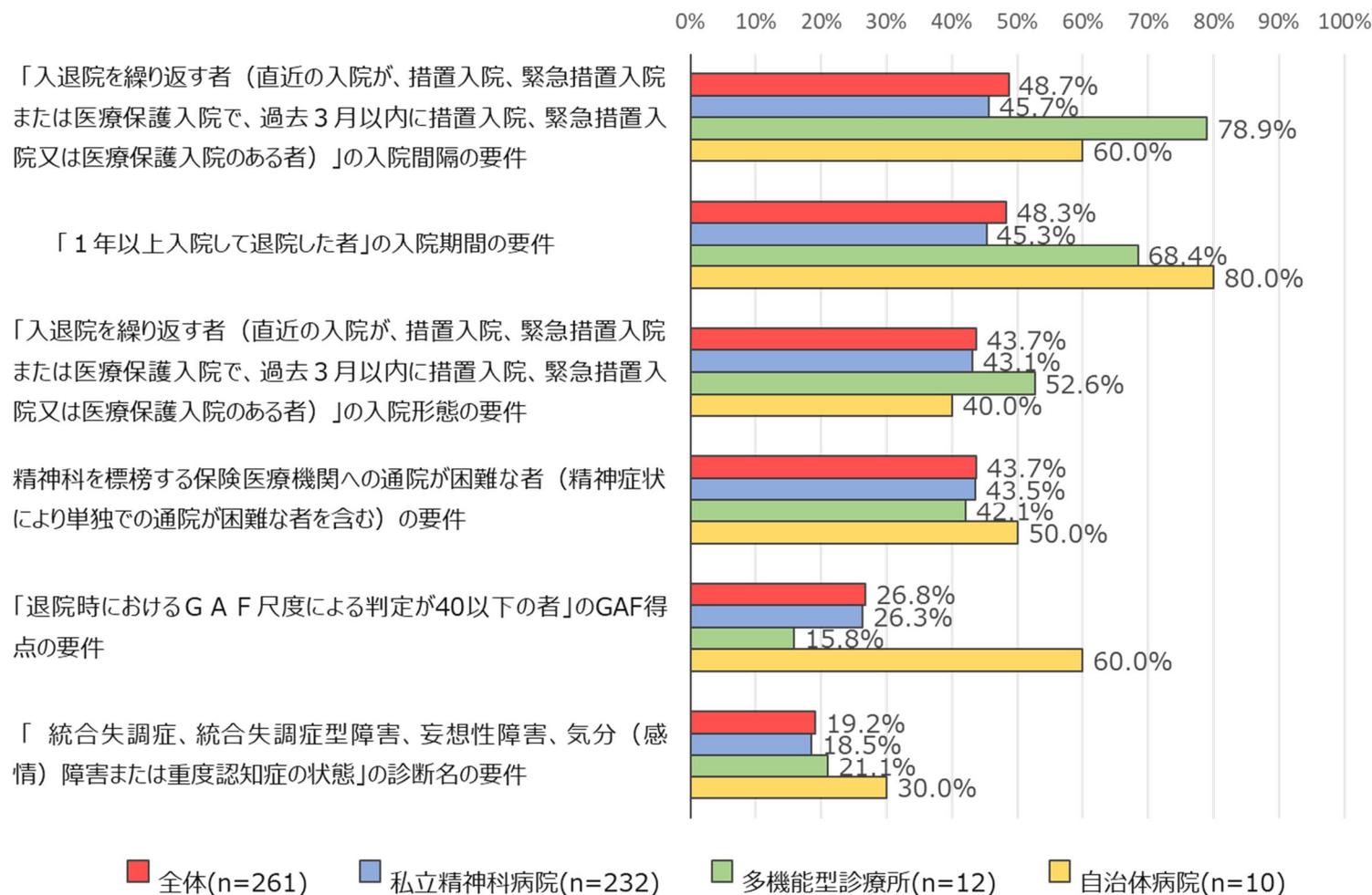


図6-1 緩和されれば算定したい要件（患者要件）

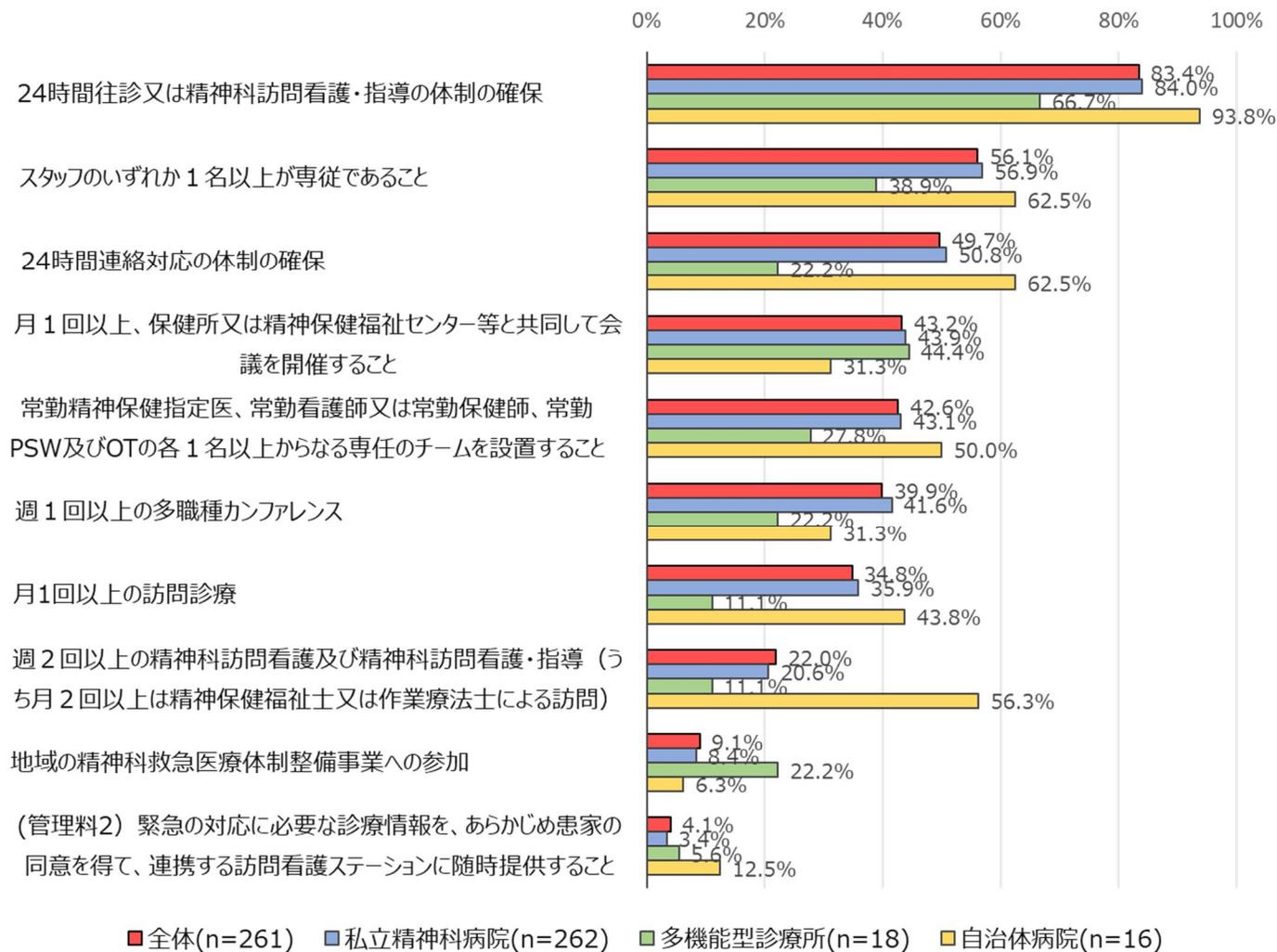


図6-2 緩和されれば算定したい要件（施設要件）

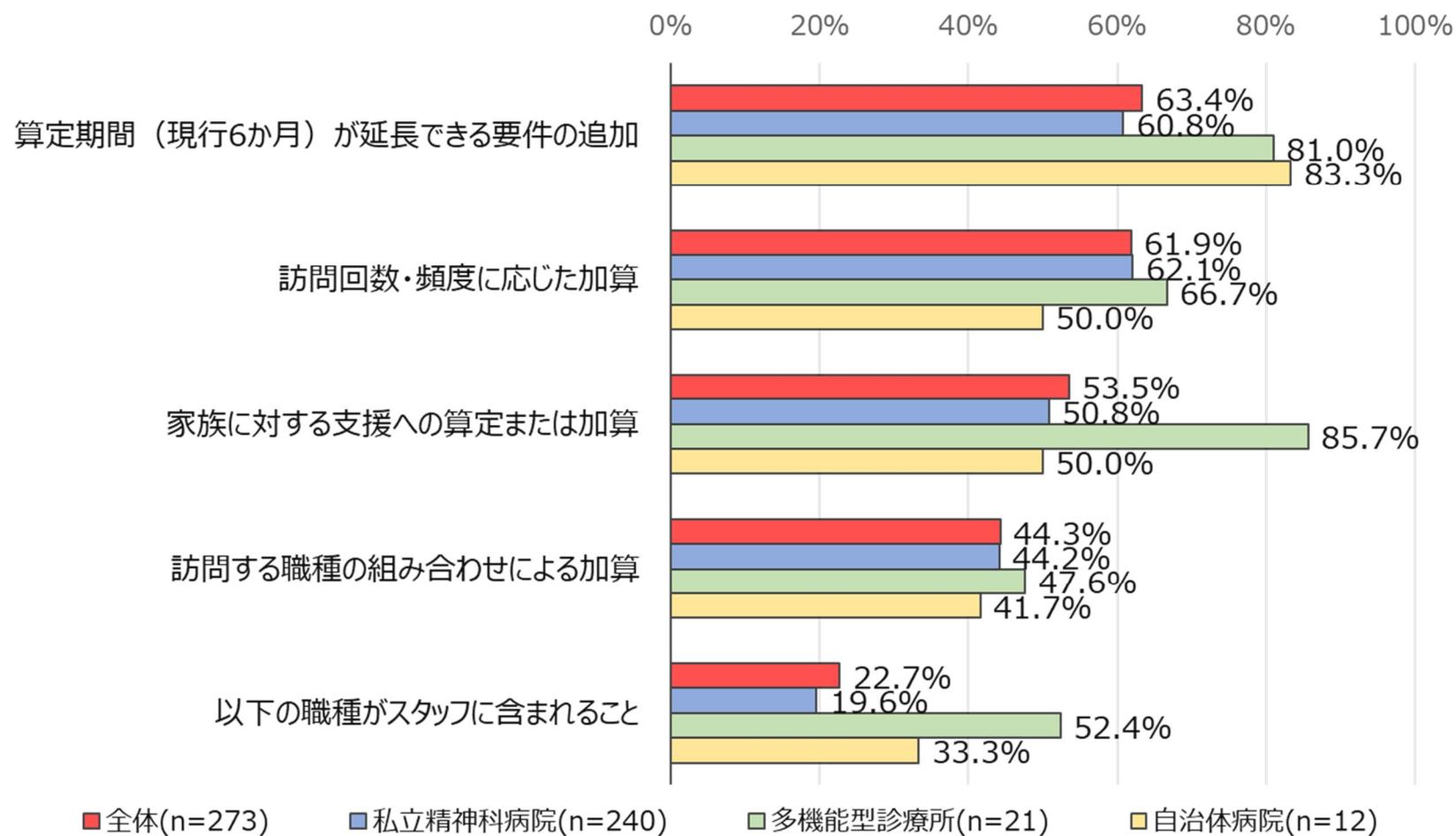


図7 算定しやすくなる要件および加算

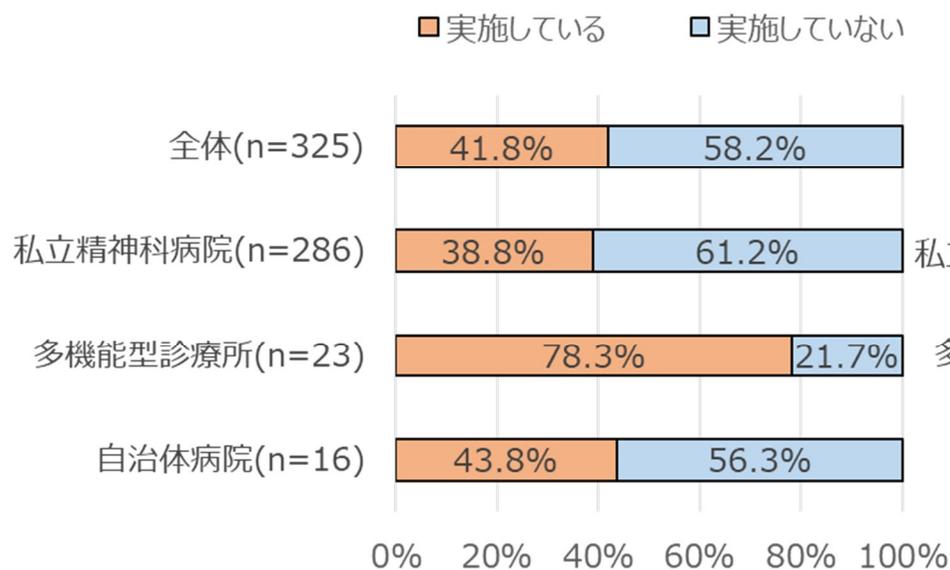


図8-1 往診の実施割合

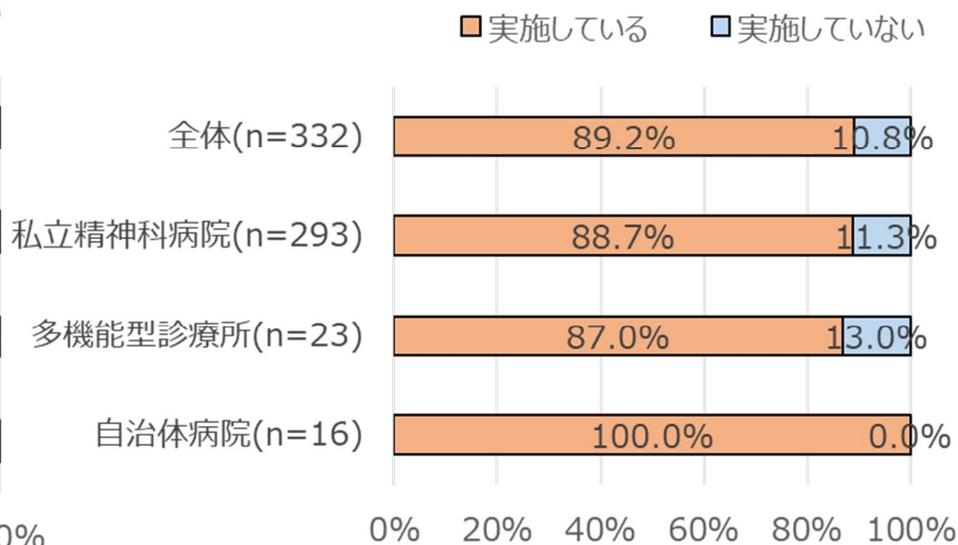


図8-2 精神科訪問看護の実施割合