

## 精神科外来機能強化に関する研究

### —精神科在宅患者支援管理料を算定した患者のカルテ調査—

研究分担者：川副泰成（総合病院 国保旭中央病院）

研究協力者：萱間真美，瀬戸屋希（聖路加国際大学大学院 看護学研究科 精神看護学）

#### 要旨

都内の単科精神科病院 1 施設において、2019 年 4 月時点で精神科在宅患者支援管理料を算定している全ケースの診療録調査を実施した。ケース数は 43 ケースで、全てのケースが患者要件の「ハ」によって算定されていた。居住形態は、介護付き有料高齢者施設に居住している者が最も多く、主診断名は、FO「症状性を含む器質性精神障害」が最多であった。81.4%が合併症を有していた。近年の、認知症の増加、精神障害者の高齢化に伴い、精神症状を有する高齢者の精神科在宅診療のニーズが高まりつつある実態を反映しているものと推察された。このようなケースには、精神科在宅患者支援管理料「ハ」による訪問診療を提供することで、医療保護入院を回避できる可能性もあると考えられ、今後さらなる検証をしていく必要性が示唆された。

#### A.研究の背景と目的

平成 30 年度の診療報酬の改定では、患者の状況に応じた評価を充実させるべく、「精神科重症患者早期集中支援管理料」は廃止され、新たに「精神科在宅患者支援管理料」

（以下、本管理料）が創設された。本管理料は、従来の精神科重症患者早期集中支援管理料の要件に近い「イ」「ロ」の他に、24 時間連絡体制の確保や、月に 1 回以上の保健所または精神保健福祉センター等と共同して会議を実施することを求められない「ハ」が設定され、これにより精神科における訪問診療の普及が期待されていた。本管理料は、新設されて間もないことから、どのような患者にどのような目的で適用されるのかについての調査が行われていない。本調査は、本管理料を算定した患者の概要および管理料算定に至る経緯を明らかにすることを目的として実施するパイロット調査であり、本管理料を積極的

に算定している単科精神科病院を対象としてその算定状況を調査した。

#### B.方法

##### 対象：

2019 年 5 月に、調査に同意の得られた都内の単科精神科病院 1 施設にて調査を行った。2019 年 4 月時点で、管理料を算定して支援をしている全てのケースについて、診療録から患者情報の記載を行った。

##### 調査内容：

性別、年齢、婚姻状況、世帯状況、経済状況等、算定した管理料の類型、対象者の診断名、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、対象者の状況及び支援提供に至る経緯、機能の全体的評価尺度（GAF：Global Assessment

of Functioning)

## C.結果／進捗

### 1) 管理料算定患者の概要

#### ①患者の基本情報

ケース数は43ケースで、全てのケースが患者要件の「ハ」によって算定されていた。性別は、男性が15名、女性が28名であった。患者の年齢は80代以上が最も多く28名であった(図1)。婚姻状況は既婚が12名で、未婚・離婚・死別が30名であった(図2)。GAFの値は全ての患者で測定されていなかった。

居住形態は、介護付き有料高齢者施設に居住している者が最も多く32名であり、賃貸住宅が6名、自宅が5名であった(図3)。

経済状況は、老齢年金を受給している者が最も多く31名で、生活保護および障害者年金が4名、家族の収入で生活している者が3名、無収入が1名であった(図4)。

#### ②患者の疾患

患者の主診断名は、F0「症状性を含む器質性精神障害」が最も多く24名だった。次いでF2「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」F3「気分(感情)障害」F4「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が多く、いずれも6名であった(図5)。主診断発症の年代は、80代が最も多く13名であった(図6)。

特に主診断がF0「症状性を含む器質性精神障害」だった者の副診断については、F2「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多く9名であった。次いでF0「症状性を含む器質性精神障害」F3「気分(感情)障害」が5名、F4「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が2名、F1「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」F7「知的障害(精神遅滞)」が1名、その他が4名であった(図7)。

身体合併症を有する患者は35名であった

(図8)。身体合併症の種類は、循環器疾患が最も多く15名、神経系疾患が11名、内分泌・代謝疾患が10名であった。次いで消化器疾患と筋骨格系疾患が8名、呼吸器系疾患が2名、新生物と皮膚疾患が1名であった(図9)。

#### 2) その他

精神科への入院経験のある患者は16名であった(図10)。患者の服薬管理状況は、スタッフ管理が最も多く21名であり、次いで自己管理が9名であった(図11)。精神障害者保健福祉手帳を有する患者は6名であった。また、自立支援医療費(精神通院)は38名が申請済みであった。なお、訪問時の交通手段は全ての患者が車であり、費用負担者は訪問施設(病院)であった。

#### 3) 管理料算定の経緯

本管理料を活用しているケースとして、高齢者施設で認知症の周辺症状のあるケースや、介護抵抗のある方へ精神科医が本制度を算定して往診し、薬剤調整をするケースが最も多く見られた。その他、定期的な通院が困難なケースへの往診や、近隣の訪問看護ステーションから精神症状があるが治療につながないとして相談があったケース、身体合併症があり退院が困難であるが、地域での単身生活を強く希望しているケースにも活用されていた。

## D.考察

今回の調査では、調査対象となった全ての患者に本管理料の「ハ」が算定されていた。多くは認知症の高齢者であり、身体合併症を有する割合が高いことが特徴であった。従来精神科アウトリーチ支援は、統合失調症をはじめとする重症精神障害者への支援提供のあり方が検討されることが多かった。しかし近年では、認知症の増加、精神障害者の高齢化に伴い、精神症状を有する高齢者の精神科在

宅診療のニーズが高まってきているものと推察される。施設に入所中あるいは在宅療養中の高齢者が認知症の周辺症状を呈したり、著しい介護抵抗、精神運動興奮等が認められる場合、精神科外来への受診は困難であり、訪問による精神医療の提供が望まれる。往診や訪問診療が受けられない場合、精神科病院に医療保護入院とならざるを得ない場合も多いものと考えられ、このような事例は、本管理料の「ハ」のよい適応であるといえる。本管理料「ハ」を適切に活用することにより、従来であればやむを得ず医療保護入院となっていたケースであっても、在宅や施設での精神症状への対応ができるようになることも期待できると思われた。しかしながら、本管理料「ハ」は、その運用実態や効果の検証をされ

ることなく、令和2年度の診療報酬改定により、新設から2年で廃止が決定された。来年度以降は、本管理料「ハ」の廃止による影響も含め、精神障害にも対応した地域包括ケアを推進するうえで重要な検討課題である精神科在宅医療のあり方につき、実態調査を基に検討していく。

#### **E.健康危険情報**

なし

#### **F.研究発表**

なし

#### **G.知的財産権の出願・登録状況**

なし

図1 患者の年齢

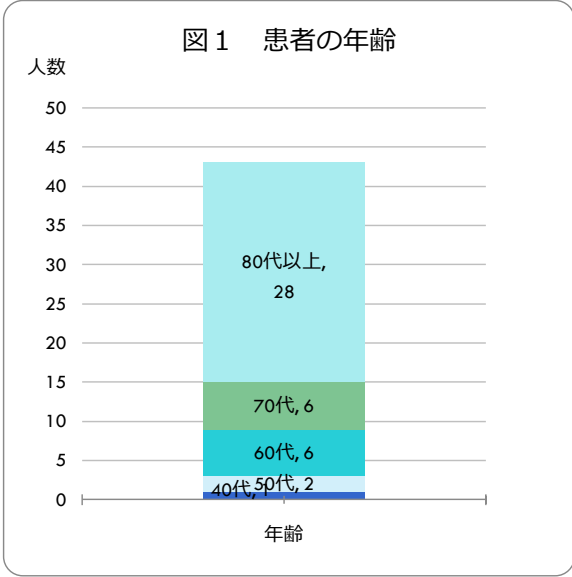


図2 婚姻状況

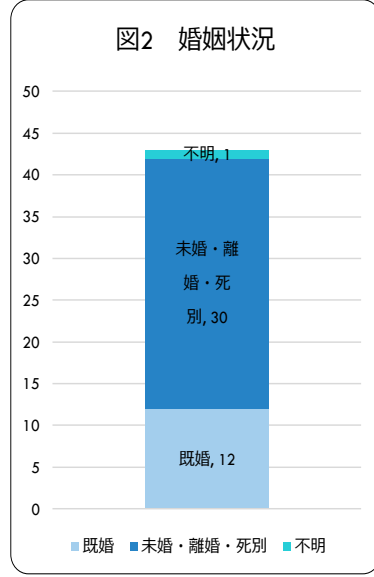


図3 患者の世帯状況

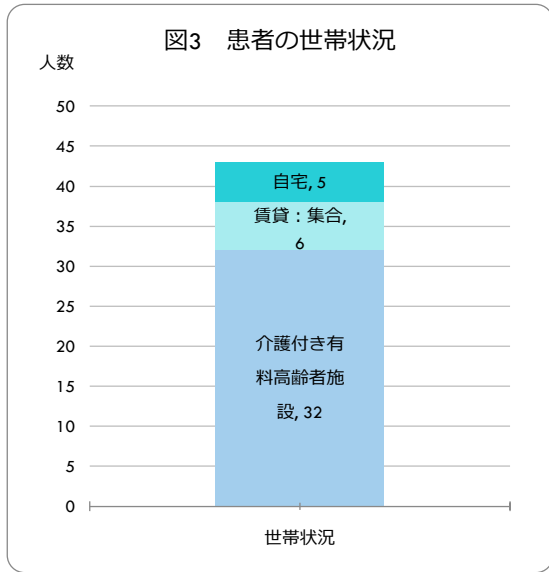


図4 経済状況（複数回答）

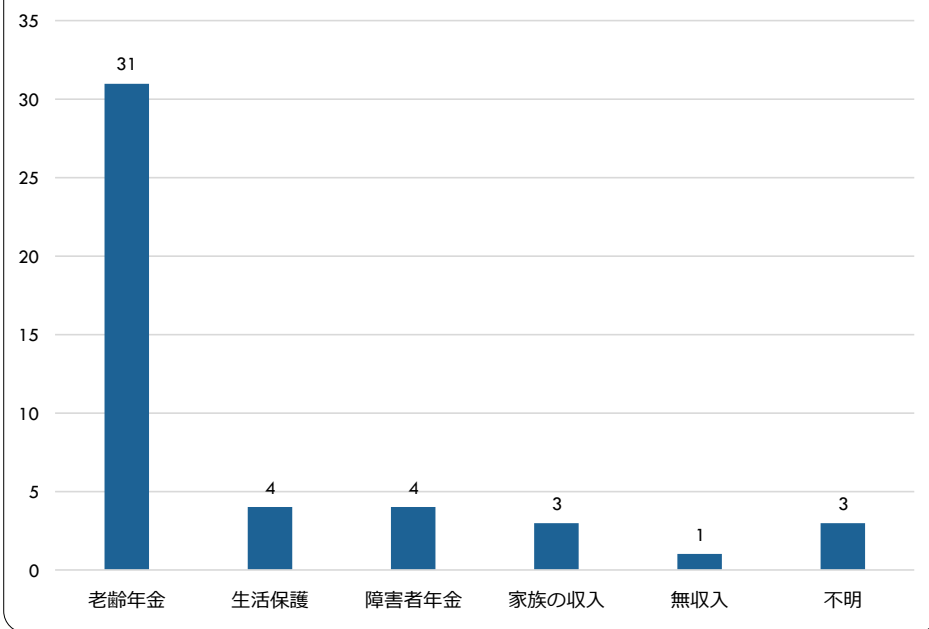


図5 主診断

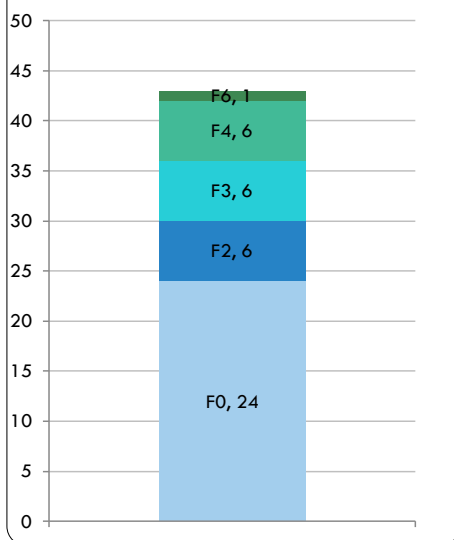


図6 主診断の発症年代

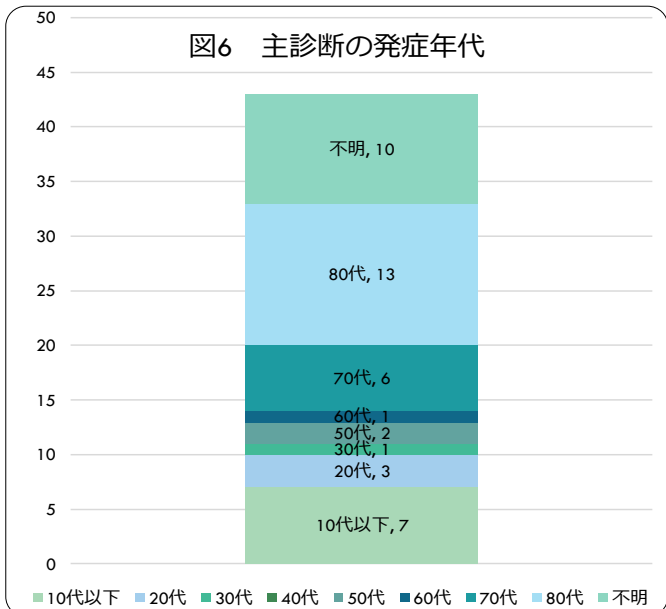


図7 主診断がF0だった者の副診断

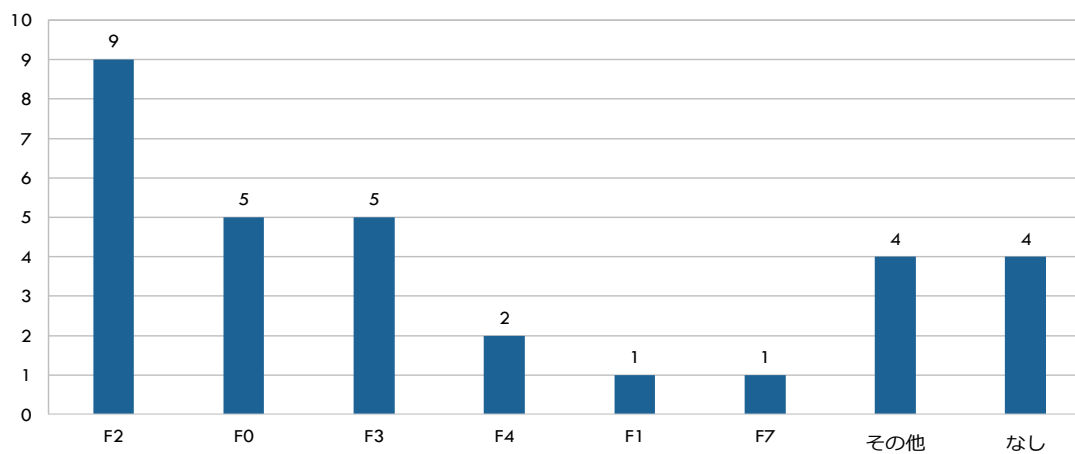


図8 身体合併症の有無

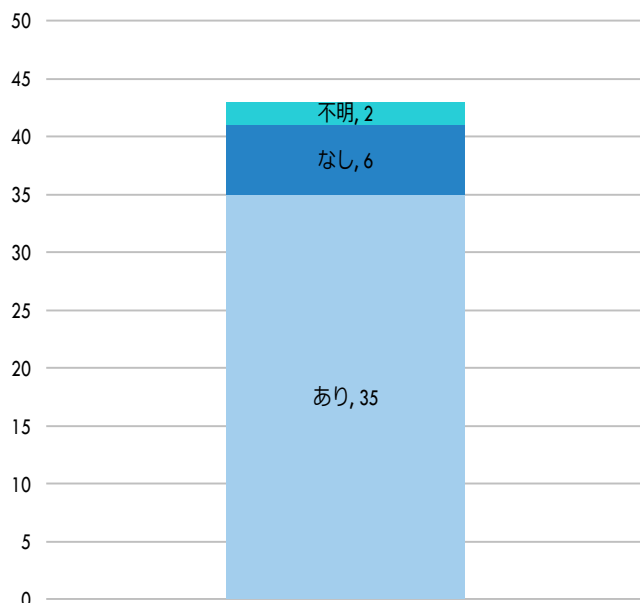


図9 身体合併症の種類

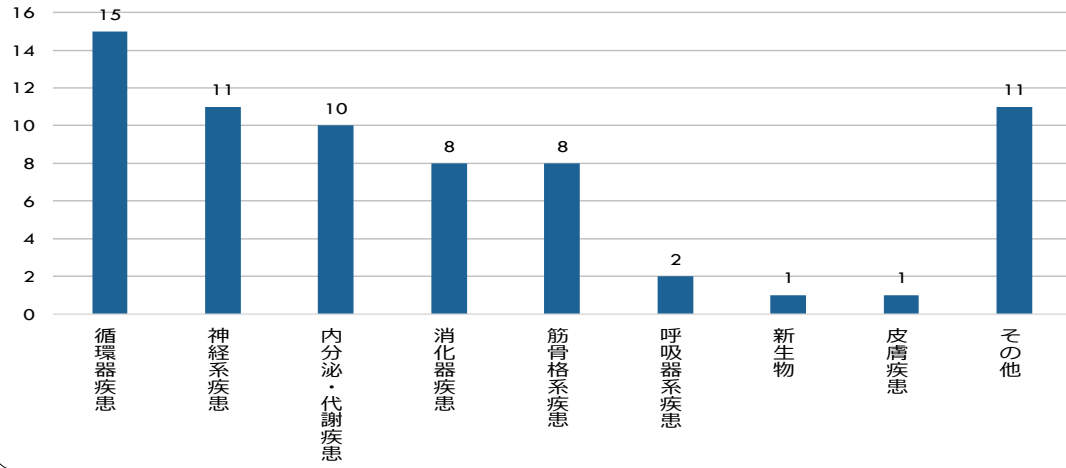


図10 精神科の入院の有無

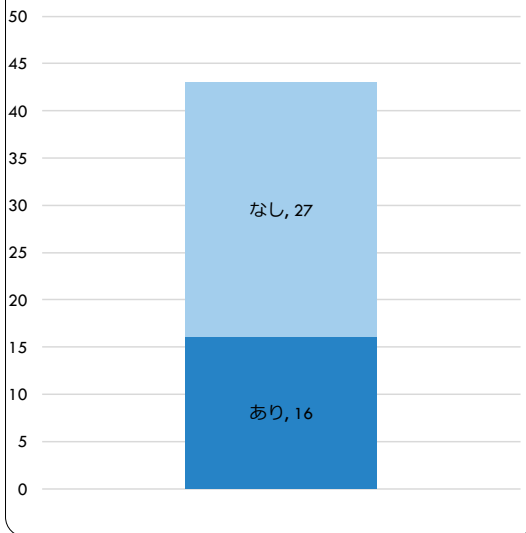


図11 服薬管理状況

