

単一の精神科診療所における 「療養生活継続支援加算」に関連する支援の実態調査

研究分担者：藤井千代¹⁾

研究協力者：○佐藤さやか¹⁾，石塚公太¹⁾，岩永麻衣¹⁾，小池純子¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

要旨

【背景と目的】本研究の目的は単一の精神科診療所における「療養生活継続支援加算」に関連する支援の実態について、個別ケースに焦点を当てて情報収集することにより、今後の国の施策推進の基礎的資料とすることであった。

【方法】本研究は単一の精神科クリニックを対象とした過去を起点とする縦断的観察研究で対象者は2022年4月以降に「療養生活継続支援加算」を1度でも算定されたもの全員であった。データ収集について属性および支援プロセスは本調査用に作成した独自の調査票（別添）を作成し、臨床像はGlobal assessment of function(GAF)およびLife assessment scale for the mentally ill (LASMI)の「社会適応度」、「持続性/安定性」項目を用いて、過去の診療記録をもとに評価を依頼した。

【結果と考察】診断では統合失調症圏に加え、気分障害圏、神経症圏、発達障害圏の対象者が多く、過去の入院経験のないものが多かった。また臨床像では、GAF50前後、LASMIでは「地域生活において相当の支援が必要」な対象者が多かった。さらには連携先としては行政がもっとも多かった。これらの点から、当初制度が支援対象としていた重症精神障害をもつ長期入院患者のその後の地域ケアだけでなく、従来の支援システムでは拾いきれない人を対象とした入院を起点としない地域支援が期待されている可能性が示唆された。

また支援プロセスを見ると、面接の目的としては受療受診援助や服薬管理のような医療的支援よりも、日常生活支援、社会復帰/参加支援等の心理社会的なサポートが多く提供されていた。またケア会議は算定直後に行われているケースが多く、参加者としては障害福祉サービス事業所のスタッフが多かった。また実施場所は院内や患家に加えて障害福祉サービス事業所など他機関でも実施されていた。以上のことから療養生活継続支援加算の理念の1つである医療と福祉の緊密な連携が実現していることが推察された。

本調査の限界点として、速報値であるため今後若干の数値変動が見込まれる点、単一の診療所データであるため、一般化に留意が必要ある点が挙げられる。特に連携先については地域特性が色濃く反映されることが想定されるため、データ解釈においては考慮が必要と思われる。今後は精神科病院、総合病院精神科など種別の異なる医療機関でも調査を実施し、その異同について検討していく予定である。

A. 研究の背景と目的

精神科におけるケースマネジメント (Case management: CM) とは、重い精神障害をもつ人を地域で支えることを目的とした個人や環境の評価、ケアプランの作成、ケアやサービスの調整を含む包括的支援システムである。海外で精神科医療の脱施設化および患者の地域移行が進められた 1960 年代後半以降、いくつかの形態が提案されそれぞれに効果が検証されてきた 1)。集中的ケースマネジメント (Intensive case management: ICM) や包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) など濃密で個別性の高い CM は入院や再入院日数の減少に効果が認められており 2)、国内の検討では当事者の抑うつ感や QOL に良い影響があったことが示されている 3)。より支援の密度や頻度が緩やかな非集中的 CM についても精神症状の軽減や QOL の向上について効果が示唆されている 4)。

このように国内外の検討でエビデンスが蓄積されている CM であるが、精神科医療における入院治療の比重が高い日本国内では十分普及しているとは言いがたい。これまで国内で実施されてきた外来での CM は支援上、必要に迫られた臨床家や医療機関が「持ち出し」で提供してきた経緯があり、医療経済的側面での担保に乏しいことから、多くの医療機関が当たり前前に提供できる環境になかった。

こうした状況を改善するため診療報酬の整備が始まっている。令和 2 年度には入院患者の地域移行支援を想定した精神科退院時共同指導料 1・2 および療養生活環境整備指導加算が、また令和 4 年度には外来患者かつ重点的な支援を要する患者に対する地域での包括的支援を想定した療養生活継続支援加算が新設されている。これらの診療報酬の中でも「療養生活継続支援加算」はもっとも新しい加算のため、算定に関連する支援についての調査はこれまで行われておらず、その実態を明ら

かにすることは国が施策として推進する「質の高い精神科医療」の実現にも有用である。そこで本研究では単一の精神科診療所における「療養生活継続支援加算」に関連する支援の実態について、個別ケースに焦点を当てて情報収集することにより、今後の国の施策推進の基礎的資料とすることを目的とする。

B. 方法

1. 研究デザイン

本研究は単一の精神科診療所 (三家クリニック;大阪府寝屋川市) を対象とした過去を起点とする縦断的観察研究であった。

2. 対象者

三家クリニックに通院し 2022 年 4 月以降に「療養生活継続支援加算」を 1 度でも算定されたもの全員 (算定実態を知るための悉皆調査であるため、診断等の除外基準は設定せず)

3. データ収集

-属性および支援プロセス、転帰

本調査用に作成した独自の調査票 (別添) を作成した。

-臨床像

Global assessment of function (GAF) および Life assessment scale for the mentally ill (LASMI) の「社会適応度」、「持続性/安定性」項目について過去の診療記録をもとに評価を依頼した。

NCNP より三家クリニックに調査票を郵送し、同クリニックで「療養生活継続支援加算」の算定対象となったものを担当するメンタルヘルスソーシャルワーカー (MHSW) に回答を依頼した。患者に回答を依頼した項目はなかった。

4. 分析

本研究は実態把握を目的としている。このため、記述統計によるデータ整理を実施した。

5. 倫理的配慮

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けて実施した (A2022-070)。

C. 結果

1. 属性

対象者は男性 70 名、女性 62 名合計 132 名であり、平均年齢は 42.27 ± 11.26 歳、平均罹病期間は 17.09 ± 10.66 年であった。単一の診断圏では統合失調症圏が 39 名でもっとも多かったが、うつ病圏と双極性の気分障害圏を合計すると、43 名と最多であった。発達障害圏(24 名)、神経症圏(14 名)がこれらに続いて多かった。副診断では発達障害圏がもっとも多かった。また身体合併症がある人は 32 名(24.2%)であった(表 1)。制度利用の状況では、生活保護を受給している人が 30%程度、精神保健福祉手帳を取得している人が 80%程度、年金を受給をしている人が 70%弱であった(表 2)。

2. 臨床像

過去の治療歴を見ると、初診から調査時点までの期間に精神科医療機関に入院経験のない人が 70%程度おり、療養生活継続支援加算算定時から過去 1 年間では 93%が入院していなかった(表 3)。診療記録をもとに評価した GAF の平均得点は 48.42 ± 8.60 であった。また LASMI の「社会適応度」評価では「B 過度的・移行的段階あるいは施設適応」がもっとも多く 45%が該当していた。さらに「持続性/安定性」評価では「おおむね B であった」が最多で 52%が該当していた(表 4)。

3. 支援プロセス

療養生活継続支援加算の算定開始理由については「障害福祉サービスとの連携が必要」が最多で 80%弱が該当していた。次いで「行政との連携が必要」が 35%弱であった(表 5)。算定開始後の連絡先としてもっとも多く挙げられていたのは「市町村担当課」(45%)であった。その他では「訪問看護ステーション」(28%)、「計画相談(相談支援事業)」(26%)、「就労継続支援 B 型」(23%)が多かった(表 6)。

電話や対面での他機関との連携によるカンファレンスの平均実施回数は 6.67 ± 7.28 回であった。最大で 30 回開催されているケースが 1 名いる一方、26 名は開催が 0 回であった。

支援の転帰としては、算定継続中が 90%であった。

面接ごとの支援量をみると、面接ごとの支援量をみると、面接相手は本人であることが多く、面接場所について最初の 7 回程度までは院内での面接が 7-8 割、患家が 2 割程度であり、大多数の面接はクリニック内で実施されていた。面接時間はどの回数でも 30-40 分程度で安定していた。支援内容は受診受療援助や服薬管理のような医療的支援より、社会復帰/参加支援、就労支援、心理社会的サポートのような社会的交流や日常生活を支援する内容が多かった。(表 7)

ケア会議における参加者、場所、目的では、ケア会議は、参加者として本人や家族以外では障害福祉サービス事業所の職員が多く、実施場所も院内とともに他機関での実施が多かった。さらに算定開始初期の実施が多く、導入のための繋ぎ支援や支援方針の検討、決定のために開かれていることが多かった(表 8)。

D. 考察

本調査の結果から、診断では統合失調症圏に加え、気分障害圏、神経症圏、発達障害圏の対象者が多く、過去の入院経験のないものが多かった。また臨床像では、GAF50 前後、LASMI では「地域生活において相当の支援が必要」な対象者が多かった。さらには連携先としては行政がもっとも多かった。これらの点から、当初制度が支援対象としていた重症精神障害をもつ長期入院患者のその後の地域ケアだけでなく、従来の支援システムでは拾いきれない人を対象とした入院を起点としない地域支援が期待されている可能性が示唆された。

支援プロセスを見ると、面接の目的としては受療受診援助や服薬管理のような医療的支援よりも、日常生活支援、社会復帰/参加支援等の心理社会的なサポートが多く提供されていた。またケア会議は算定直後に行われているケースが多く、参加者としては障害福祉サービス事業所のスタッフが多かった。また実施場所は院内や患家に加えて障害福祉サービス事業所など他機関でも実施されていた。以上のことから療養生活継続支援加算の理念の1つである医療と福祉の緊密な連携が実現していることが推察された。

本調査の限界点として、速報値であるため今後若干の数値変動が見込まれる点、単一の診療所データであるため、一般化に留意が必要ある点が挙げられる。特に連携先については地域特性が色濃く反映されることが想定されるため、データ解釈においては考慮が必要と思われる。今後は精神科病院、総合病院精神科など種別の異なる医療機関でも調査を実施し、その異同について検討していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

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

3. その他

なし

文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):37-74.
- 2) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906.
- 3) Ito J, Oshima I, Nishio M, Sono T, Suzuki Y, Horiuchi K, Niekawa N, Ogawa M, Setoya Y, Hisanaga F, Kouda M, Tsukada K. The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 May;123(5):39
- 4) Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC. Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv.* 2022 Feb 1;73(2):180-187.
- 5) American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text-Revision)*. Washington, D. C. : American Psychiatric Association (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2002). *DSM-IV-TR 精神障害の診断・統計マニュアル* 医学書院)
- 6) 岩崎晋也、宮内勝、大島巖、村田信夫、野中猛、加藤春樹、上野洋子、藤井克徳：精神障害者社会生活評価尺度の開発。信頼性の検討(第一報)。精神医学, 36, 1139-1151, 1994.

表1 主診断および副診断

診断名	主診断 (単数回答)		副診断 (複数回答可)	
	n=132		n=45	
	n	%	n	%
器質性精神障害圏	1	0.76	0	0.00
物質依存圏	0	0	1	2.22
統合失調症圏	39	29.5	2	4.44
気分障害圏 (双極性)	7	5.3	0	0.00
気分障害圏 (うつ病圏)	36	27.3	2	4.44
神経症圏	14	10.6	11	24.44
身体関連性障害圏	0	0	0	0.00
人格障害圏	1	0.76	1	2.22
知的障害圏	7	5.3	9	20.00
発達障害圏	24	18.2	14	31.11
児童の行動障害圏	1	0.76	1	2.22
てんかん圏	2	1.52	2	4.44
その他	0	0	2	4.44

表2 制度利用状況

	n	%
生活保護	40	30.3
手帳		
精神保健福祉手帳	106	80.3
身体障害者手帳	1	0.8
療育手帳	10	7.6
年金	89	67.4
要介護/要支援	1	0.8

表3 過去の治療歴

	N	あり		なし	
		n	%	n	%
初診以降、調査時点までの精神科医療機関への入院	131	38	29.0	93	71.0
算定開始時点から過去1年間の精神科医療機関への入院	129	9	7.0	120	93.0
上記のうち、措置入院の有無	9	4	44.4	5	55.6
本クリニックでの支援開始前、過去1年間の身体科医療機関への入院	129	6	4.7	123	95.3

表4 LASMIによる社会適応度および持続性/安定性

社会適応度			過去1年間の持続性/安定性		
評価項目	n	%	評価項目	n	%
1. A 自立	1	0.8	1. Aであった	3	2.3
2. A 一応の自立	2	1.5	2. 基調はAだが短期間BやCであった	0	0.0
3. B 周囲の相当の支援があれば 一般の職場で働ける	44	33.6	3. AとBの間を揺れ動いていた	3	2.3
4. B 過度的・移行的段階 あるいは施設適応	59	45.0	4. おおむねBであった	67	52.3
5. C 在宅	25	19.1	5. AとBまたはBとCの間を 揺れ動いていた	22	17.2
6. C 入院	0	0.0	6. 基調はCにあるが、 短期間AやBに至る時もあった	10	7.8
			7. Cであった	23	18.0

表5 加算時算定の開始理由（複数回答可）

	n	%
障害福祉サービスとの連携が必要	104	78.8
他の医療サービスとの連携が必要	25	18.9
就労、就学支援との連携が必要	25	18.9
子育て支援・介護（本人要因ではない）との連携が必要	19	14.4
行政との連携が必要	46	34.8
その他	10	7.6

表6 加算等算定後の連携先

	n	%		n	%
訪問看護ステーション	37	28.0	委託相談 (障害相談支援事業)	5	3.8
他院の精神科デイケア	0	0.0	地域移行支援	1	0.8
他院の地域連携室・地域相談室・ 精神保健福祉相談室など	1	0.8	地域定着支援	0	0.0
地域活動支援センター	4	3.0	自立生活援助	0	0.0
就労継続支援A型	8	6.1	その他	15	11.4
就労継続支援B型	30	22.7	保健所	6	4.5
就労移行支援	12	9.1	市町村担当課	59	44.7
就労定着支援	16	12.1	生活保護課	24	18.2
生活訓練	3	2.3	障害福祉課	29	22.0
重度訪問介護	1	0.8	その他	21	15.9
居宅介護	22	16.7	社会福祉協議会	11	8.3
生活介護	9	6.8	学校	17	12.9
グループホーム	9	6.8	ハローワーク	5	3.8
計画相談(相談支援事業)	34	25.8	後見人・保佐人	5	3.8

表7 面接ごとの支援量（面接相手、面接場所、平均面接時間、支援内容）

回数	n	面接相手							平均 面接時間	支援内容									
		本人	家族	院内	自宅	他機関	職場	その他		受診受療 援助	経済問題 の解決	「衣・食・住」 の問題解決	社会復帰 /参加援助	就労支援	心理/社会的 サポート	計画書作成	服薬管理	危機介入	雑談
1	130	128	6	108	20	3	0	1	40.41	16	4	16	25	28	33	1	3	3	0
2	128	126	13	99	23	3	0	2	40.09	13	5	18	24	24	37	0	4	3	0
3	121	119	7	91	21	6	0	2	41.48	8	6	17	20	28	34	0	3	4	0
4	115	114	6	91	21	1	0	1	39.19	9	3	17	24	20	37	0	3	2	0
5	105	104	6	83	18	1	0	2	43.62	11	8	17	20	18	26	0	3	2	0
6	94	91	6	71	17	3	0	2	41.65	8	3	13	19	20	25	1	2	2	0
7	83	80	7	60	17	3	0	1	41.13	6	4	7	17	14	29	0	2	4	0
8	69	69	4	52	12	3	0	1	41.19	7	5	8	10	11	24	1	1	1	0
9	58	56	5	40	14	2	0	0	38.04	5	2	11	6	8	23	0	2	0	0
10	42	42	3	29	9	2	0	2	38.78	4	3	3	4	4	10	0	1	2	0
11	30	30	2	20	6	3	0	1	33.62	4	4	2	4	2	13	0	0	1	0
12	19	18	2	12	6	1	0	0	36.05	1	4	1	5	1	5	0	2	0	0
13	16	16	2	9	6	0	0	1	35.00	2	1	3	3	1	4	0	2	0	0
14	12	11	3	7	4	0	0	1	32.50	1	0	3	1	0	3	0	1	0	0
15	10	9	0	4	4	1	0	0	37.50	1	0	2	2	0	3	0	2	0	0
16	9	8	0	5	4	0	0	0	31.67	1	0	1	2	0	4	0	1	0	0
17	6	5	0	4	2	0	0	0	34.17	0	0	2	0	0	3	0	1	0	0
18	2	2	0	1	1	0	0	0	30.00	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

表 8 ケア会議における参加者、場所、目的

回数	n	参加者					場所								目的				
		本人	家族	他の 医療機関	障害福祉 S事業所	行政	教育	職場	その他	院内	自宅	他機関	職場	その他	導入の ための 繋ぎ支援	支援方針 の検討 と決定	支援方針 の見直し	関係調整	情報共有
1	34	34	5	1	18	8	1	0	12	7	13	11	0	2	14	15	2	3	0
2	19	19	6	1	14	2	0	0	4	2	9	6	0	2	10	4	4	1	0
3	8	8	2	0	5	1	0	0	2	1	4	3	0	0	3	1	3	1	0
4	6	6	2	0	5	0	0	0	1	1	3	2	0	0	1	2	3	0	0
5	3	3	1	0	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
6	2	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0
7	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
8	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
9	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
10	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
11	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0