

## 精神科外来機能強化に関する研究

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：岩上洋一（特定非営利活動法人じりつ）、上島雅彦（竹田総合病院）、岡部正文（一般社団法人ソラティオ）、香山明美（みやぎ心のケアセンター）、菊入恵一（田宮病院）、齋藤研一（社会福祉法人会津療育会）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、鈴木孝典（高知県立大学社会福祉学部）、田村綾子（聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科）、長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）、三澤孝夫（駒澤大学）、村井千賀（石川県立高松病院）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

### 要旨

包括的支援マネジメントの実装による効果を検証するため、石川県立高松病院において精神科救急病棟に入院した者に対して「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援を継続している。ICMを実施するための体制構築とICMの実践を通じて病院内外の連携が強化され、スタッフのモチベーション向上に効果があることが示唆されており、来年度以降にICM導入の効果につき検証する予定である。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点からは、ひきこもり等の地域課題に対応するため、精神科医による往診・訪問診療の充実が期待されている。現在積極的に往診・訪問診療を実施している医療機関へのインタビューおよびアンケート調査、サービス利用者の特徴と支援プロセス調査より、現行制度における往診・訪問診療の課題を検討した。また、医療と福祉の連携強化に関して、医療から福祉への情報提供のあり方を検討するため、障害福祉サービス事業所において精神障害者支援に従事している精神保健福祉士を対象としたインタビューを実施し、福祉関係者が必要としている医療からの情報提供のあり方を示した。今年度の結果を踏まえて、来年度は医療—福祉連携促進のための情報提供シートを作成する。

### A.研究の背景と目的

現在構築が進められつつある「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムであり、地域共生社会の実現のためには欠かせないものとされている<sup>1)</sup>。「にも包括」の構成要素としては、「地域精神保健及び障害福祉」「精神医療の提供体

制」「住まいの確保と居住支援」「社会参加」「当事者・ピアサポーター」「精神障害を有する方等の家族」「人材育成」が挙げられている。このうち精神医療については、メンタルヘルス上の課題を抱える地域住民の支援や普及啓発から、中重度の精神障害をもつ人への治療に至るまで、「にも包括」のあらゆる側面で重要な役割を担うことが期待される。

これまでに我々は、包括的支援マネジメントを実践している医療機関の協力を得て、包括的支援マネジメントの対象者の特徴や、包括的支援マネジメントで提供されるサービス

内容やサービス量の見える化を行うとともに、その効果についても示してきた。ここでいう包括的支援マネジメントとは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメント（intensive case management; ICM）を指す。また、医療機関からのアウトリーチの必要性とそのあり方についても検討を重ねてきた。

今年度は、昨年度から実施している石川県立高松病院における ICM の取り組みの経過を記述的に報告するとともに、昨年度までに収集したデータの二次分析により、ICM 導入基準の見直しを行った。さらに、精神医療と障害福祉サービスの連携の方法について検討した。また、自ら医療機関を受診することが困難な精神障害者への支援や、ひきこもり等メンタルヘルス上の課題が関係することが多いと考えられる地域住民の「困りごと」への対応のあり方を検討するため、アウトリーチ支援の実践を積極的に実施している医療機関に対し、特に医師の往診、訪問診療の実態についてのインタビュー調査、アンケート調査、支援プロセス調査等に加え、診療報酬改定に関する意識調査についても実施した。

## B.方法

### 1) ICM 実施医療機関調査

本研究は、「包括的支援マネジメント実践ガイド」<sup>2)</sup>に基づき、新たに ICM を実装した医療機関の入院患者を対象とした縦断的な観察研究である。研究対象者は、2019年7月1日から2020年10月31日までに、調査対象機関の急性期病棟に入院した患者である。導入基準は、①2019年7月から9月に当該病棟に入院となった者、②精神科の主診断を有する者、③同意撤回のない者とした。除外基準は、

①20歳未満の者、②65歳以上の者、③認知症が主診断の者、④てんかんが主診断の者、⑤入院中に転院する可能性の高い者、⑥高松病院で外来治療を受けない者とした。調査時期は、初回調査を実施する入院（index admission）の入院時（T1.0）、index admission の退院時（T2.0）、index admission 退院後から1年経過時（T3.0）とし、予後調査は、T2.0からT3.0の間で、ケースマネジメントが不要となった場合においても実施する（表1）。高松病院では入院時に BPRS を測定し、本人同意に基づいて生活の質を測る Euro-QOL 5D-L<sup>3)</sup>、および日常生活上の活動量/範囲を表す（Frenchay Activities Index ; FAI）<sup>4)</sup>のアンケートを実施している。データは「包括的支援マネジメント実践ガイド」に示された様式から転帰することにより収集した。

調査の実施に先立ち、石川県立高松病院倫理委員会の承認を得た。

### 2) 入院患者における ICMSS の利用方法の検討

現在診療報酬の算定基準としても活用されている ICM 導入基準（intensive case management screening sheet; ICMSS）は、もともと外来において ICM 導入を検討することを前提として作成されたものである。外来ケースマネジメントでは14項目（措置に関する項目を除く）のうち、1つでも「有」と判断された項目があった場合に ICM の必要性を考慮する尺度となっている<sup>5)</sup>。しかしながら、入院患者において ICM 導入の必要性を検討する場合に ICMSS のカットオフ値を直接用いた場合には、大多数の患者に当てはまる可能性もある。そこで、退院後に ICM を必要とする入院患者、特に集中的なかかわりを要すると予想される患者を判別するためには、異なるカットオフポイントの作成や運用を提案することが望ましいと考えられる。

本研究では、2016年10月1日～7日に国

保旭中央病院精神科外来または救命救急センター外来で同科医師の診察を受けたか、デイケアまたは多職種アウトリーチ支援を利用した者及び2016年12月10日～16日に医療法人社団ほっとステーションの外来で医師の診察を受けたか、デイケア等の治療活動または訪問支援を受けた者1064名のうち、ICMが提供されていなかった687名と、ICMが提供され、2カ月間のサービス提供時間が120分を超えていた者を分析対象とした。

分析にはICMSS(表2)の各項目を用いた。ただし、ICMの必要性の判断に強く関連する要因<sup>6)</sup>で、かつ客観的な情報が比較的容易に入手可能な4項目については、1つでも「有」となる場合はICMの必要性を検討すべきであると考えられるため、下記の4項目(コア項目)を除いた11項目を用いてカットオフポイントの分析を実施した。

**【コア項目】**

(過去1年以内)
#03 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
#06 家族への暴力、暴言、拒絶がある
#07 その他の警察・保健所介入歴がある
#11 直近の入院は措置入院である

本研究の実施にあたっては、国保旭中央病院倫理委員会及び医療法人社団ほっとステーション倫理委員会の承認を得ている。

**3) 医師の往診・訪問診療に関する調査**

**①往診・訪問診療に関するインタビュー調査**

機縁法により選定した、精神科医師による往診・訪問診療(以下、「アウトリーチ支援」)を積極的に実施している精神科医療機関(岡崎クリニック、錦糸町クボタクリニック、しっぽふぁーれ、ちはやクリニック、西川病院、虹クリニック、御荘診療所、三家クリニック、大和診療所)の精神科医に対し、2020年6月、zoomにより1グループ3名、計3回のグループインタビューを実施した。

**②往診・訪問診療に係る診療報酬の算定状況と診療報酬改定についての意識調査**

日本精神神経科診療所協会の会員医療機関およびACT全国ネットワークの会員医療機関に対し調査票を配布し、回答を求めた。2020年6月30日までの回答のあった633医療機関を対象として集計を行った。

**③精神科における往診、訪問診療、訪問支援に関する実態調査**

機縁法により選定した医療機関12施設において、以下の基準をすべて満たす患者を対象として調査を実施した。

- i. 2018年6月1日以降に調査協力機関において新規に医師による訪問系支援(精在管、在医総管、往診他)に導入された者
  - ii. 20歳以上の者
  - iii. オプトアウトの手続きにより自身に関連する情報の収集を拒否しなかった者
- 調査項目は以下の通り(別紙1参照)。

➤ 支援対象者について

- ・基本属性：生年月日、性別、診断名
- ・研究協力機関および他医療機関での過去の外来受診歴、入院回数、精神科訪問看護、障害福祉、介護福祉等のサービス利用状況

➤ 支援プロセスについて

- ・訪問系支援開始時の導入経緯
- ・訪問系支援で算定した診療報酬の種別
- ・調査期間中の毎月の医師およびコメディカルスタッフの訪問回数、ケア会議の回数、外来受診回数、予約があるにも関わらず外来受診をしなかった事象(mis-appointment)の有無とあった場合の回数
- ・ICMSS各項目

本研究の実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得ている。

#### 4) 精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査

2021年1月、障害福祉サービス事業所に勤務する精神保健福祉士6名に対し、zoomを用いて、障害福祉サービス利用者について精神科医療機関からの情報提供があると望ましいと考えられる情報について意見交換を行った。

### C.結果/進捗

#### 1) ICM 実施医療機関調査

##### ①包括的支援マネジメント実装前の体制整備

(図1)

実装にあたって、ICTを活用しながら、必須項目の評価の実施と多職種による多角的な評価・検討を通して、潜在的なニーズの見落としや職種間での目標の相違による不利益を軽減し、より適切な連携支援体制を図った。

〈入院医療体制構築〉

- i. 定型的な評価や記録様式を定めた(評価・記録の標準化、職種間の共通視点の設定)。
- ii. 電子カルテ内に定められた様式での記録を行えるよう調整(情報共有の効率化)。
- iii. 退院時ケースマネジメント導入基準評価と対象者のニーズアセスメントの実施(適切な時期の支援開始、治療過程で得られた関係性や情報の活用)。
- iv. 退院に向けた支援開始前に定型的な会議を設け、多職種間での情報と目標の共有を図る(多角的評価と職種間での支援の統一)。
- v. 多職種間で支援の役割分担やスケジュールの明確化と共有(支援開始後の効率化)。
- vi. 精神科救急から退院支援される患者全てに対する同一の方法での支援(チーム医療としての支援の標準化)。

〈外来医療体制構築〉

- i. 外来通院者における包括的支援マネジメント対象者の確定後、担当看護師を決め、対象患者用のファイルを作成した。
- ii. 担当看護師が拡大ケア会議(院外支援者を含めた会議)に参加し、本人、家族、地域の支援者等に自己紹介をする。
- iii. 外来スタッフルーム内のICM対象患者用のスケジュールボードにて、受診とケア会議のスケジュールを管理した。
- iv. 定期的なケア会議参加と計画書準備を業務化した。
- v. 週1回の外来カンファレンスを開催し、多職種での支援状況、対象者の経過を共有の場を設けた。

##### ②ケースマネジメント対象者

調査期間中に当該病棟に入院をした患者は201名であった。現時点では、このうち45名について診療録調査を完了した。この45名の入院時の主要な結果を、速報値として表3に示した。男性19名(42.2%)、女性26名(57.8%)、平均年齢は42.0±13.2歳であった。診断名はF2(統合失調症)が最も多く、次いでF3(気分障害)が多かった。7割以上が医療保護入院者で、53.3%に入院時の行政介入があった。

入院時のICMSSで半数以上の患者が該当した項目は、多い順に「A1\_6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心に担う)を遂行することに重大な問題がある」「B2\_自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」「D10\_自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」「C6\_家族への暴力、暴言、拒絶がある」「D8\_定期的な服薬ができていなかった」「C7\_警察・保健所介入歴がある」であった(図2)。入院時に家族と同居をしていた者は41名

(78.6%)、単身者は4名(8.9%)、就業は6名(13.3%)であった。外来医療サービスの利用者数は、デイケアが3名(6.7%)、訪問が9名(20.0%)、その他が2名(4.4%)、障害福祉サービス利用者数は11名(24.4%)であった。過去に入院については、31名(68.9%)に入院経験があり、総入院日数の中央値は299.4日(最小値30,最大値1900)であった。

## 2) 入院患者における ICMSS の利用方法の検討

コア項目を除く ICMSS の11項目のロジスティック回帰分析の結果を表4に示す。重みづけ案パターン1(OR $\geq$ 5=3点、OR $\geq$ 2=2点、それ以外1点)とパターン2(有意差が出た項目を一律に2点)の2案それぞれの感度、特異度、カットオフ、および受信者動作特性曲線を表5-6、図3-4に示す。これらの分析に基づき、各項目について重みづけを行い、ICMSSを表7-8のように改編した。

## 3) 医師の往診・訪問診療に関する調査

### ①往診・訪問診療に関するインタビュー調査

インタビュー調査で得られた情報より、未治療・治療中断(ひきこもりを含む)ケースの相談・受診経路、未治療・治療中断ケースに訪問による医療の提供を行う場合の課題を図5-6に示した。

未治療・治療中断ケース以外に精神科医による往診・訪問診療が必要なケースとしては、

- ・ 精神症状の悪化等の危機介入
- ・ 自力で通院していたが、高齢化、身体合併症等により通院が困難となった場合
- ・ 服薬管理や受診同行をしていた家族が高齢化や施設入所、死亡等により援助できなくなった場合
- ・ 身体科に入院中の患者の対診

が挙げられた。

往診・訪問診療に関しては、その他に以下のような意見もあった。

- ・ 長期入院になるようなケースでも、訪問

診療で支えつつ、訪問看護や障害福祉サービスにもつないでだんだん医療が引いていくことを目指すことは可能。しかしそのためには長期間を要する。

- ・ 医師が地域で支えるイメージを持つうえでも、往診・訪問診療は医師への教育的な意義もある。特に初期教育の中で地域精神科医療に触れることが重要。
- ・ 医師が地域に出ていくことを促進するためには、在医総管の施設要件を満たすことが困難な診療所でも訪問診療が可能となるような制度を検討してほしい。
- ・ ひきこもりケース等を保健所、市町村だけで継続的にかかわることは、マンパワーの面から困難であり、医療機関からの訪問が必要。
- ・ 入院が必要な人もいるが、最初から入院ありきではなく、地域で支えることを前提とした制度とすべき。
- ・ オンライン診察では治療的なかかわりが難しいケースは多い。オンラインのニーズはあり、適応を選べば支援方法のひとつとなりうるが、対面の重要性は不変。
- ・ 保健所は、ハイリスク妊産婦加算等の母子保健領域では熱心だが、精神科への協力(精在管「イ」「ロ」の合同カンファ等)は得られにくい。
- ・ 行政からの要請による訪問は、診療報酬を算定できない活動が多い。
- ・ 高齢化等による訪問ニーズも増えているが、ニーズにすべて応えようとすると、地域システムが育たない可能性もあり、注意が必要。
- ・ 認知症初期集中支援チームのように、行政に医師がかかわる仕組みをつくるべき。保健所よりも、基礎自治体と動くシステムが望ましい。

### ②往診・訪問診療に係る診療報酬の算定状況と診療報酬改定についての意識調査

日本精神神経科診療所協会および ACT 全

国ネットワーク所属の医療機関 1586 施設に調査票を郵送した。633 施設から回答が得られ（回答率 39.9%）、うち有効回答は 628 であった（有効回答率 99.2%）。

精神科在宅患者支援管理料（以下、「精在管」）を算定している医療機関は 46 施設（7%）であり、在宅療養支援診療所の届出をしている医療機関は 43 施設（7%）であった。在宅療養支援診療所の届出をしていない理由としては、「医師が 24 時間往診する体制が作れない」が 46%と最多であり、次いで「24 時間連絡がとれる体制が作れない」（58.6%）、「病院との連携体制が作れない」（13.3%）、「自院内の他部署の協力が得られない」（6.5%）であった。

職員配置、診療報酬算定状況、令和 2 年度診療報酬改定に関する意見については、精在管の算定または在宅療養支援診療所の届出をしている医療機関 63 施設に回答を求め、61 施設から回答を得た。

61 施設において、訪問を行っている医師の人数は、常勤医師は平均 1.2（±0.6）名、非常勤医師は 0.4（±0.9）名であった。訪問を行っている医師の週あたり平均勤務時間は 32.3 時間であり、在籍している医師以外の専門職の 1 施設当たりの平均人数は、看護師 3.9 名、ソーシャルワーカー 2.4 名、作業療法士 0.9 名、心理職 2.2 名、その他 1.5 名であった。

2019 年 10 月から 12 月までの精在管、在宅時医学総合管理料、往診の算定人数を表 9 に示す。「往診のみ」の利用者に関して、精在管も在宅時医学総合管理料も算定しなかった理由としては、「初回訪問であったため」が 56%で最多であり、次いで「定期的な訪問診療にする必要がなかった」（50%）、「定期的な訪問診療が望ましいと思われたが、何らかの理由で訪問診療とすることができなかった」（21%）であった。

令和 2 年度診療報酬改定で、精在管「ハ」が廃止によって生じる問題は、表 10 の通りである。

精在管「ハ」廃止後の対応策は、表 11 に示

す通りである。訪問診療・往診を行うにあたり、現在の診療報酬で対応が困難な点については表 12 に示した。

### ③精神科における往診、訪問診療、訪問支援に関する実態調査

調査対象者は 64 名であった。性別は、男性 30 名（46.9%）であり、支援状況は、支援中（24 カ月未満）が 29 名（45.3%）、支援中（24 カ月以上）が 28 名（43.8%）、支援終了が 7 名（10.9%）であった。罹病期間は、223.4 ±184.5 カ月（最短 23 カ月、最長 731 カ月）であった。年齢分布および主診断を図 7-8 に示す。

重複診断は、20 名（31.3%）に認められた（人格障害 5 名、知的障害 6 名、発達障害 2 名、認知症 7 名）。身体合併症ありは 19 名（30.0%）、精神保健福祉手帳は 24 名（37.5%）、療育手帳は 3 名（4.7%）が取得していた。要支援/要介護の認定を受けている者は 7 名（10.9%）であり、居住形態としては、単身 19 名（29.7%）、家族同居 44 名（68.6%）、施設入所 1 名（1.6%）であった。

入院に関しては、初診以降の入院歴は平均 1.67 ±2.45 回（最小 0 回、最大 12 回）であった。当該医療機関における訪問診療開始以前の入院歴については、支援開始前 1 年間に精神科への入院歴がある者は 10 名（15.6%）、身体科への入院歴がある者は 6 名（9.4%）であった。当該医療機関における訪問開始以前のサービス利用歴については、表 13 に示す。

当該医療機関における訪問開始の理由については、図 9 に示す通りであり、ひきこもりが 35 名（54.7%）と最多であった。

厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成 25 年度～27 年度 総合研究報告書<sup>7)</sup> に示された「重度かつ慢性」の基準案に則り、問題行動評価表の 1-27 の項目のいずれかが「月に 1-2 回程度」以上に評価された者を「行動障害あり」、能力障害評価で 4 以上に評価され

た者を「能力障害あり」と定義し、訪問支援開始時点と訪問支援終了時の状態につき評価した。結果は表 14 に示す通りであった。医療サービス以外のサービス利用状況については表 15 に示す。

訪問開始から 24 カ月経過時点までの支援プロセスが確認できた 28 名について、職種別の 1 カ月ごとの訪問回数の変化を図 10、診療報酬別の医師の 1 カ月ごとの訪問回数を図 11 に示す。24 カ月の支援期間において、精神科入院を経験した者は 3 名（10.7%）、身体科入院を経験した者は 3 名（10.7%）であった。

#### 4) 精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査

障害福祉サービスにおいて実際に精神障害者に支援提供している精神保健福祉士 6 名へのインタビュー調査から、医療から福祉への情報提供が望まれる事項として挙げられた項目は以下の通りである。

##### 身体機能・身体疾患等の情報

- ・ 視力、聴力、認知機能、筋力等のコミュニケーションや日常生活に必須の身体機能情報
- ・ 悪性腫瘍など、生命にかかわる疾患に関する情報
- ・ 糖尿病や高血圧など、身体管理や服薬管理が必要な疾患の情報
- ・ 感染症（白癬等も含む）情報
- ・ 身体疾患治療のための通院頻度や通院方法

##### 処方されている薬剤についての情報

- ・ 身体疾患に対する薬剤を含む、本人が使用中の薬剤情報
- ・ 処方薬名を並べるのではなく、何に対する薬か、飲み忘れてはいけない薬か、多少飲み忘れがあっても気にしなくてもよい薬か、薬に関する声掛けの要否、本人に薬についてどのように説明されている

かなど、支援の際に役立つ情報があるとよい

##### 治療目標、医療・支援上の着眼点

- ・ 受けている医療の情報（通院頻度、デイケア、訪問看護、身体合併症等）
- ・ 1 年後にはデイケアから就労支援事業所に移行したい等、具体的な治療目標
- ・ 本人の医療への信頼度、治療へのモチベーション（しぶしぶ通院しているのか、積極的に治療参加しているのか、等）、本人が精神障害についてどのように受け止めているのか
- ・ 医療機関が把握している本人の障害福祉サービス利用に関するモチベーション
- ・ 関わり方のコツ・留意点
- ・ クライシスプランがあれば共有
- ・ 再入院リスク
- ・ 看護サマリーの写し

##### その他

- ・ 訪問看護ステーションへの情報提供と同等の内容だけでもあると助かる
- ・ 医療機関と連絡をとる際の窓口となる担当者氏名、連絡方法
- ・ 重複障害の有無

情報提供の時期としては、以下のような意見があった。

- ・ サービスの更新時期
- ・ 入院中の方に関しては、サービス利用を検討しはじめる時期など（短期の入院で退院される方については、福祉側で情報を集めるゆとりがないことが多く、本人との信頼関係を構築する時間も限られているため、病院からの早めの情報提供が必要)
- ・ 大きく病状や処方等が変わったとき

また、情報提供書を記載する職種としては、精神科医（主治医）は必須であり、精神保健福

社士等、医師以外の専門職も記載できることが望ましいとされた。

#### D. 考察

石川県立高松病院における ICM の実践については、COVID-19 の感染拡大に伴いケア会議の実施等に困難が生じたものの、順調にデータ収集が進んでいる。令和 3 年度の前半までに、退院後 1 年時点のデータを収集できる予定であり、患者の転帰について ICM 導入前と導入後の比較を行う予定である。高松病院においては ICM を実施するための体制構築と ICM の実践を通じて病院内外の連携が強化され、スタッフのモチベーション向上に効果があったとの意見が高松病院からの研究協力者から出されている。令和 3 年度には、ICM 実施による入院関連アウトカムや院外資源との連携状況の変化につき検討するとともに、ICM 利用者の主観的評価や、地域援助事業者等からの病院との連携に関する評価などを実施し、ICM の効果について多角的に検討を行う予定である。

現在、精神科退院時共同指導料を算定するにあたっては、ICMSS のいずれかの項目に該当することが必要とされている。しかし前述のように、ICMSS は元来外来患者を対象とした導入基準として開発されたことから、入院患者に適用する場合には各項目の重みづけを行い、より基準を明確にする必要があると考えられた。今回、コア項目を除く 11 項目について、ロジスティック回帰分析の結果から 2 パターンの重みづけの方法を検討し、いずれの場合でも ICM 導入にあたってのカットオフ値は妥当であると考えられた。今後入院ケースを追加し、より妥当な重みづけの方法を検討することが望ましい。また、ICMSS は ICM 導入を検討するうえで有用ではあるが、最終的な判断は、当事者や地域における支援者も交えた多職種による話し合いで決定するものである。実臨床においては、ICMSS を評価するのみの表面的なアセスメントとならな

いよう留意することが重要である。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書<sup>1)</sup>においては、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らすすべての人が、精神医療を含め必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要がある、とされている。今後、住民にとって最も身近な自治体である市町村が「にも包括」の中心的役割を担うことも考慮すると、市町村や保健所における精神保健相談や訪問支援への精神科医療機関の協力が強く期待されていると考えられる。実際、本研究班の別の分担研究班（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究）で実施した市町村を対象とした調査においては、市町村が精神科医療の充実として最も望むことは精神科医による往診・訪問診療であることが示されている<sup>8)</sup>。

今回の研究で医師の往診・訪問診療に関するインタビューに協力いただいた医療機関は、いずれも自治体からの往診等の要請に積極的に応じてきた医療機関であるが、インタビューからは、現行の診療報酬の枠組みで精神科医が往診・訪問診療を実施することの難しさが浮き彫りにされた。

平成 30 年診療報酬改定においては、これまで算定要件や施設要件の厳しさから算定が困難であることが指摘されていた「精神科重症患者早期集中支援管理料」に代わって「精神科在宅患者支援管理料」（精在管）が新設され、「ハ」については「イ」「ロ」に相当しない場合でも算定が可能となった。令和 2 年診療報酬改定においては「ハ」が廃止され、「イ」または「ロ」を 6 か月間算定してもなお、訪問診療が必要な場合に算定可能な「管理料 3」が新設されることとなった。また精在管を算定できるのは通算で最長 2 年までとの期限も設けられた。

本研究の調査結果からは、精在管「ハ」は「受診経験のないひきこもり状態の人」や「精神病圏の疾患だが入院経験のない人」など入



院を経てはいないが、地域生活において困難を抱えるケースの支援に算定されていたことが示されていた。ひきこもり等の今日的な地域課題への対応では、精神科医療が適切に関与することが必要な状況も多いことは市町村調査からも明らかであり<sup>8)</sup>、「にも包括」構築推進のためには、精神科医療機関が積極的に地域課題への対応に協力できるようにするための仕組みを検討することが求められる。また本研究の調査結果からは、往診・訪問診療の対象者の7割以上が「重度かつ慢性」の基準に該当していることが示された。相当に重度の障害を有する者を対象としているにもかかわらず、24カ月転帰において精神科入院を経験した者は約1割にとどまっており、適切な訪問支援により重度の障害がある場合でも地域生活を維持しうることが示唆された。一方で、障害の改善の程度は限定的であることも示され、障害がありながらも地域生活を継続させるために継続した訪問支援が必要とされる一群が存在するものと考えられる。そのような群に対しては、最長2年間とされる現行の精在管では対応が困難であるものと推察され、地域のニーズに対応するための新たな仕組みが必要であると思われる。しかしながら、その検討のためにはさらなるエビデンスが必要と考えられるため、来年度以降、訪問診療を2年以上の長期間継続的に利用している者について、その特性や転帰等を調査する予定である。

訪問支援の支援プロセスについては、特に医師の訪問回数の推移に注目したい。24カ月間を通じて医師の訪問は1.5回程度で推移している。留意すべきは、診療報酬が「不算定」である医師の訪問が全期間を通じて一定割合認められることである。ひきこもり等のケースでは、自宅に訪問しても本人が診療を拒否し、診療報酬が算定できない場合もある。精神科医療機関と自治体との連携体制を強化していくうえでは、現行制度においては地域のニーズに対応しようとした場合に医療機関が

不採算となる状況も少なからず生じていることを認識したうえでシステム構築をしていく必要があると思われる。

医療と福祉の連携については、従前からの課題としてしばしば指摘されるところであるが、未だ十分な連携ができていないと言いが難い。ICMにより、医療と福祉の連携が一定程度促進されることは期待できるものの、今の段階では多くの精神障害者にICMを提供することは困難である。理想的にはいわゆる「顔の見える連携」を構築することが望ましいことは論をまたないが、現状では医療と福祉の情報連携も十分ではないことを考慮すると、まずは情報連携を円滑に行うための仕組みを整備することも重要であろう。今年度実施したインタビューからは、地域援助事業者側は医療からの情報提供があることが望ましいと認識していることが示され、特に福祉側がアセスメントをすることが困難な医療情報を求める意見が多く出された。来年度は、今年度のインタビュー結果を踏まえて医療から福祉への情報提供シート案を作成し、その実行可能性につき検討する予定である。

#### **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

#### **文献**

- 1) 厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書—誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現を目指して—。令和3年3月18日
- 2) 川副泰成：平成30年度研究分担報告書 多職種連携による包括的支援マネジメント

- トに関する研究. 平成 30 年度厚生労働省  
科学研究費補助金 精神障害者の地域生  
活支援を推進する政策研究 研究報告書  
(代表 藤井千代), 2019.
- 3) 池田俊也, 白岩健, 五十嵐中, 他: 日本語  
版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の  
開発. 保健医療科学 64:47-55, 2015.
  - 4) 末永英文ら: 改訂版 Frenchay  
Activities Index 自己評価表の再現性と  
妥当性. 日本職業災害医学会会誌 48:  
55-60, 2000.
  - 5) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y,  
Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii  
C: Development and evaluation of  
Intensive Case Management Screening  
Sheet in the Japanese population. Int J  
Ment Health Syst 5:13:22, 2019.
  - 6) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, 青木勉,  
藤井千代: 精神科医療機関におけるケー  
スマネジメントサービス利用者と非利用  
者の特性の比較: 探索的外来患者調査.  
精神医学 61(1):81-91, 2019.
  - 7) 安西信雄: 平成 25~27 年度 厚生労働  
科学研究費補助金 障害者対策総合研究  
事業「精神障害者の重症度判定及び重症  
患者の治療体制等に関する研究」(代  
表: 安西信雄) 総合研究報告書, 2016.
  - 8) 野口正行: 令和 2 年度研究分担報告書 精  
神障害にも対応した地域包括ケアシステ  
ム構築に関する研究. 令和 2 年度厚生労  
働省科学研究費補助金 地域精神保健医  
療福祉体制の機能強化を推進する政策研  
究 研究報告書 (代表 藤井千代), 2021.

表1 調査項目と調査時期

	入院時	退院時	退院後1年時
インテークに関わる項目（基礎情報）	○	○	○
インテークに関わる項目（家族関係・利用中のサービス・制度）	○	○	○
インテークに関わる項目（ケースマネジメント導入基準シート）	○	○	○
包括的支援マネジメント アセスメントに関わる項目	○	○	○
包括的マネジメント支援計画に関わる項目	○	○	○
転帰に関わる項目（ケースマネジメント継続・居住・就労等状況）			○

図1 包括的支援マネジメント実装前の体制整備

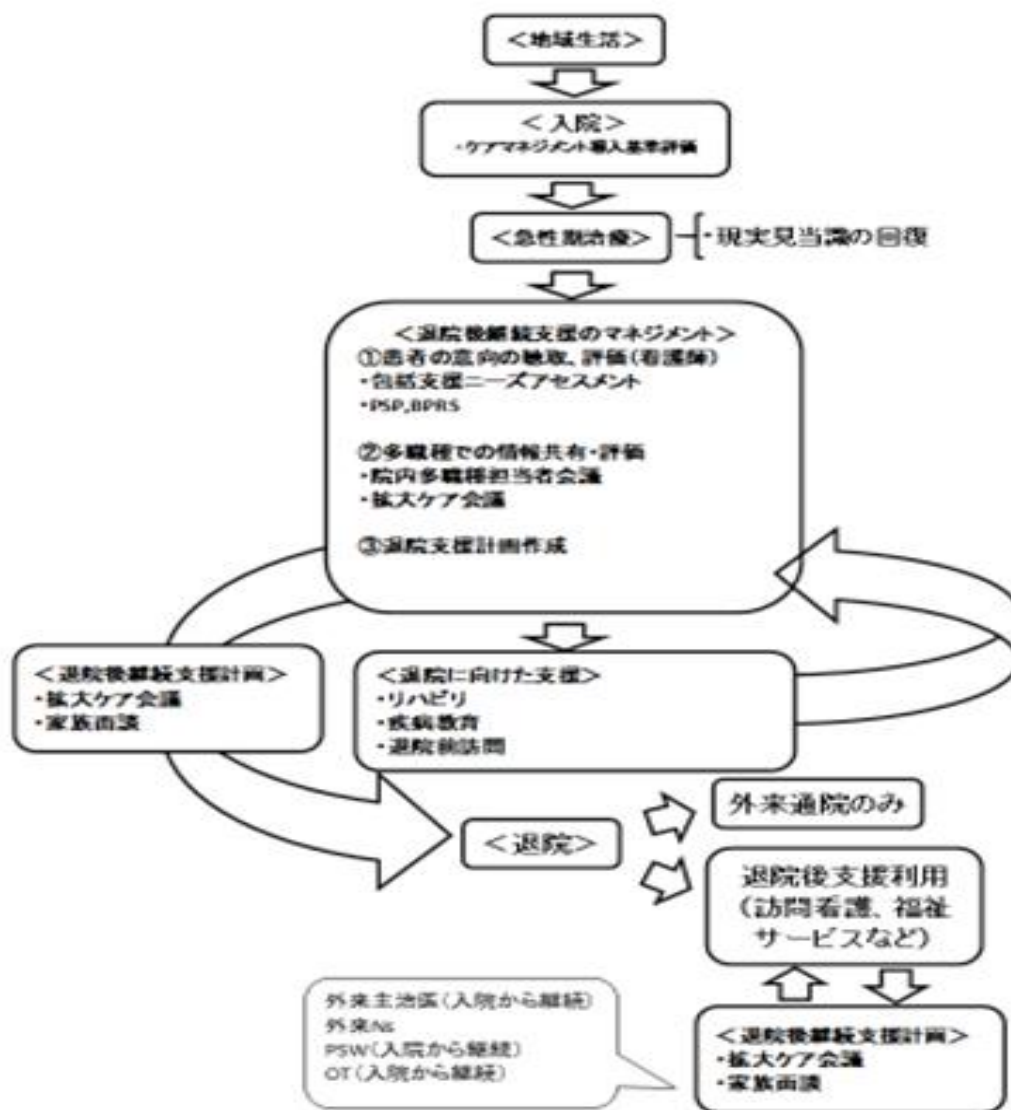


表2 Intensive Case Management Screening Sheet (ICMSS)  
包括的支援マネジメントスクリーニングシート

ID : _____ 記入日 : _____年____月____日 記入者 : _____				
ケースマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい				
#01	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#03	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#05	自傷や自殺を企てたことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#06	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#07	その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#09	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#11	直近の入院は措置入院である	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#14	支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

得点計算

各項目の点数：「不明」「無」= 0, 「有」= 1

合計点数：#11を除いた各項目の点数を足しあげる

図2 包括的支援マネジメント導入基準該当項目（入院時）n=45

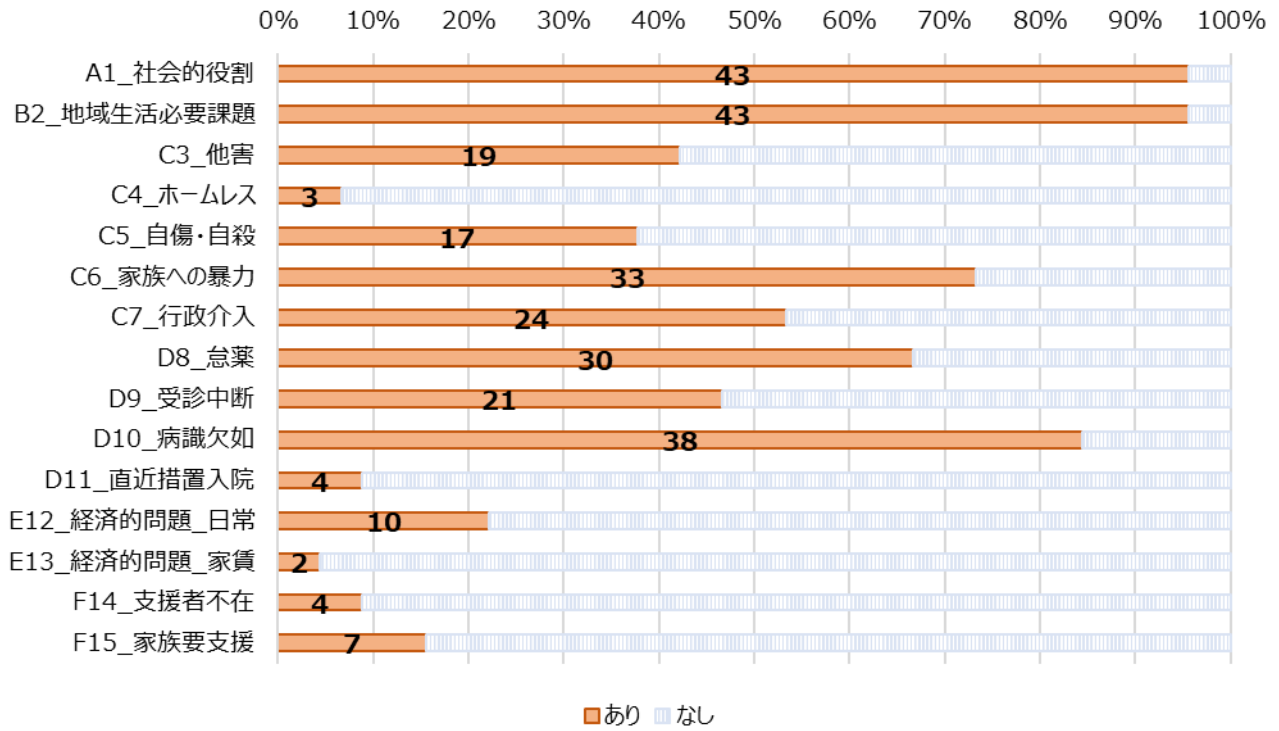


表3 入院時調査結果

項目	入院時調査：45名（100.0%）		
		n (mean)	% (SD)
性別	男性	19	42.2
	女性	26	57.8
年齢		42.0	13.2
診断（Fコード）	F2 統合失調症	20	44.4
	F3 気分障害	19	42.2
	F4 神経症	1	2.2
	F7 知的障害	2	4.4
	F8 発達障害	3	6.7
管理の必要な身体疾患	あり	13	28.9
	なし	32	71.1
入院形態	任意入院	8	17.8
	医療保護入院	32	71.1
	応急入院	1	2.2
	緊急措置・措置入院	4	8.9
入院時の行政介入	なし	21	46.7
	あり	24	53.3
過去の入院の有無	なし	14	31.1
	あり	31	68.9
入院合計日数（n=31）	中央値（最小値，最大値）	299.4	(30, 1900)
	3か月未満	8	25.8
	6か月未満	10	32.3
	1年未満	6	19.4
	1.5年未満	4	12.9
	2年未満	1	3.2
	3年未満	0	0.0
	3年以上	2	6.5
BPSD（n=44）	合計点数	41.1	10.5
	～20点	0	0.0
	21～30点	7	15.9
	31～40点	19	43.2
	41～50点	9	20.5
	51～点	9	20.5
PSP	総合得点	42.8	18.6
	0～20点	5	11.1
	21～40点	14	31.1
	41～60点	17	37.8
	61～80点	8	17.8
	81点以上	1	2.2
住居	家族同居	41	91.1
	1人暮らし	4	8.9
	グループホーム	0	0.0
仕事	なし	39	86.7
	あり	6	13.3
生活保護受給		1	2.2
マネジメント	相談支援	11	24.4
	介護保険	0	0.0
	医療観察法	0	0.0
医療サービス	デイケア	3	6.7
	訪問	9	20.0
	その他	2	4.4
障害福祉サービス（障害者総合支援法）	利用あり	11	24.4

表4 11項目のロジスティック回帰分析の結果

	n= 837	Odds Ratio	P>z	重みづけ案 パターン1 OR 使用	重みづけ案 パターン2 P 値使用
#01	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	0.8	0.336	1	1
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	5.6	0.000	3	2
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	15.3	0.001	3	2
#05	自傷や自殺を企てたことがある	4.2	0.000	2	2
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	2.7	0.049	2	2
#09	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	1.9	0.226	1	1
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	0.9	0.798	1	1
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	5.7	0.000	3	2
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	0.9	0.939	1	1
#14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	4.9	0.000	2	2
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	1.3	0.403	1	1
	_cons	0.0	0.000		
<b>合計得点</b>				<b>20</b>	<b>17</b>

重みづけ案 パターン1: OR>=5 = 3点、OR>=2 = 2点、それ以外 1点  
 重みづけ案 パターン2: 有意差が出た項目を一律に 2点

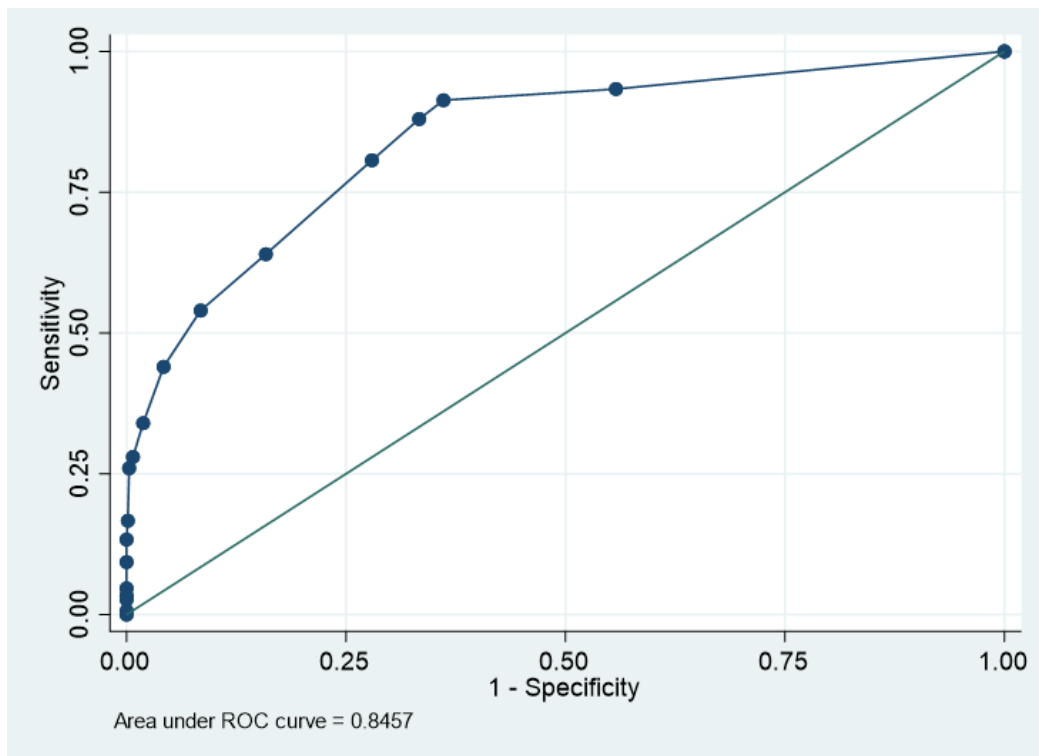
表5 感度と特異度とカットオフ

Cutpoint	感度	特異度	Correctly		
			Classified	LR+	LR-
( >= 0 )	100.0%	0.0%	17.9%	1.000	
( >= 1 )	93.3%	44.3%	53.1%	1.674	0.151
( >= 2 )	91.3%	63.9%	68.8%	2.530	0.136
( >= 3 )	<b>88.0%</b>	<b>66.7%</b>	<b>70.5%</b>	<b>2.640</b>	<b>0.180</b>
( >= 4 )	<b>80.7%</b>	<b>72.1%</b>	<b>73.6%</b>	<b>2.886</b>	<b>0.268</b>
( >= 5 )	64.0%	84.1%	80.5%	4.034	0.428
( >= 6 )	54.0%	91.6%	84.8%	6.396	0.502
( >= 7 )	44.0%	95.8%	86.5%	10.423	0.585
( >= 8 )	34.0%	98.1%	86.6%	17.968	0.673
( >= 9 )	28.0%	99.3%	86.5%	38.472	0.725

n = 837, AUC = 0.846, Distance = 0.340

カットオフ値 = 3/4 (4点以上を「要CM」)

図3 Receiver Operatorating Characteristic curve (ROC) : 受信者動作特性曲線



AUC = 0.7 - 0.8 : acceptable

0.8 - 0.9 : excellent

more than 0.9 : outstanding

(Mandrekar, Journal of Thoracic Oncology, 2010)



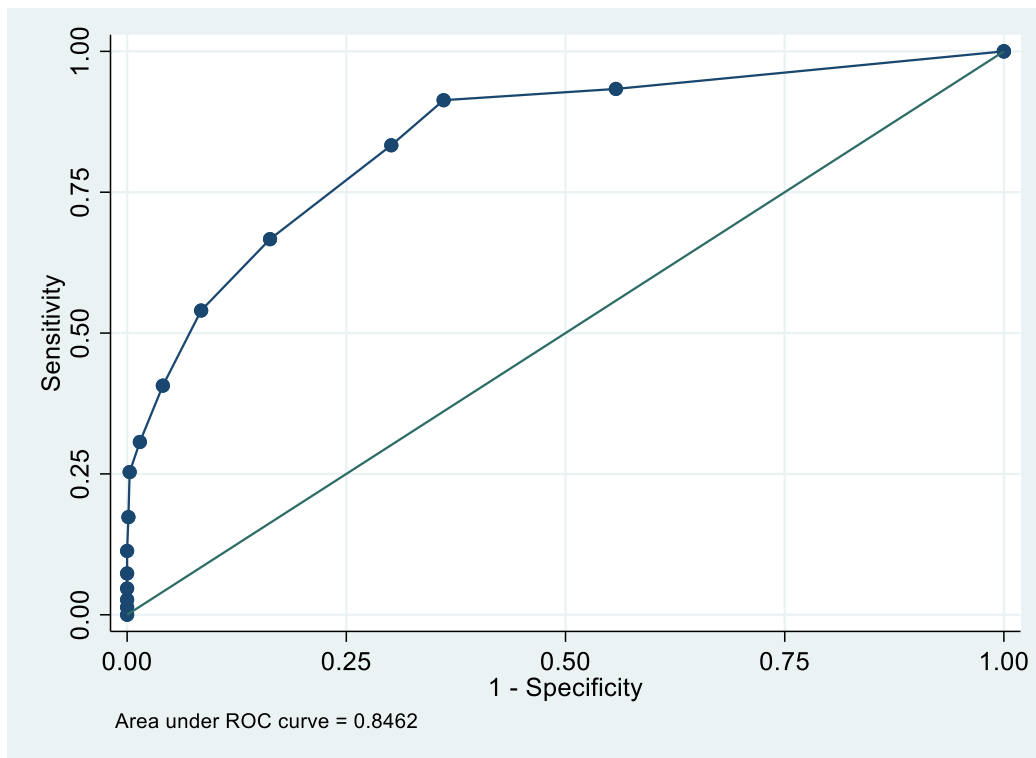
表 6 感度と特異度とカットオフ

Cutpoint	感度	特異度	Correctly		
			Classified	LR+	LR-
( >= 0 )	100.0%	0.0%	17.9%	1.000	
( >= 1 )	93.3%	44.3%	53.1%	1.674	0.151
( >= 2 )	<b>91.3%</b>	<b>63.9%</b>	<b>68.8%</b>	<b>2.530</b>	<b>0.136</b>
( >= 3 )	<b>83.3%</b>	<b>69.9%</b>	<b>72.3%</b>	<b>2.766</b>	<b>0.239</b>
( >= 4 )	66.7%	83.7%	80.7%	4.089	0.398
( >= 5 )	54.0%	91.6%	84.8%	6.396	0.502
( >= 6 )	40.7%	95.9%	86.0%	9.978	0.619
( >= 7 )	30.7%	98.5%	86.4%	21.068	0.704
( >= 8 )	25.3%	99.7%	86.4%	87.020	0.749
( >= 9 )	17.3%	99.9%	85.1%	119.079	0.828

n = 837, AUC = 0.846, Distance = 0.344

カットオフ値 = 2/3 (3点以上を「要CM」)

図 4 Receiver Operatorating Characteristic curve (ROC) : 受信者動作特性曲線



AUC = 0.7 - 0.8 : acceptable

0.8 - 0.9 : excellent

more than 0.9 : outstanding

(Mandrekar, Journal of Thoracic Oncology, 2010)

表7 重みづけ案 パターン1の結果を利用した調査票

ID : _____ 記入日 : _____年____月____日 記入者 : _____				
ケースマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい				
<b>コア項目</b>				
#03	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#06	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#07	その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#11	直近の入院は措置入院である	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
<b>3点項目</b>				
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
<b>2点項目</b>				
#05	自傷や自殺を企てたことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
<b>1点項目</b>				
#01	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#09	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

コア項目以外は地域生活を知る者やその他の客観情報を踏まえて評価することを推奨。

表8 重みづけ案 パターン2の結果を利用した調査票

ID : _____ 記入日 : _____年____月____日 記入者 : _____				
ケースマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい				
<b>コア項目</b>				
#03	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#06	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#07	その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#11	直近の入院は措置入院である	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
<b>2点項目</b>				
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#05	自傷や自殺を企てたことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
<b>1点項目</b>				
#01	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#09	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

コア項目以外は地域生活を知る者やその他の客観情報を踏まえて評価することを推奨。

図5 未治療・治療中断（ひきこもりを含む）ケースの相談・受診経路

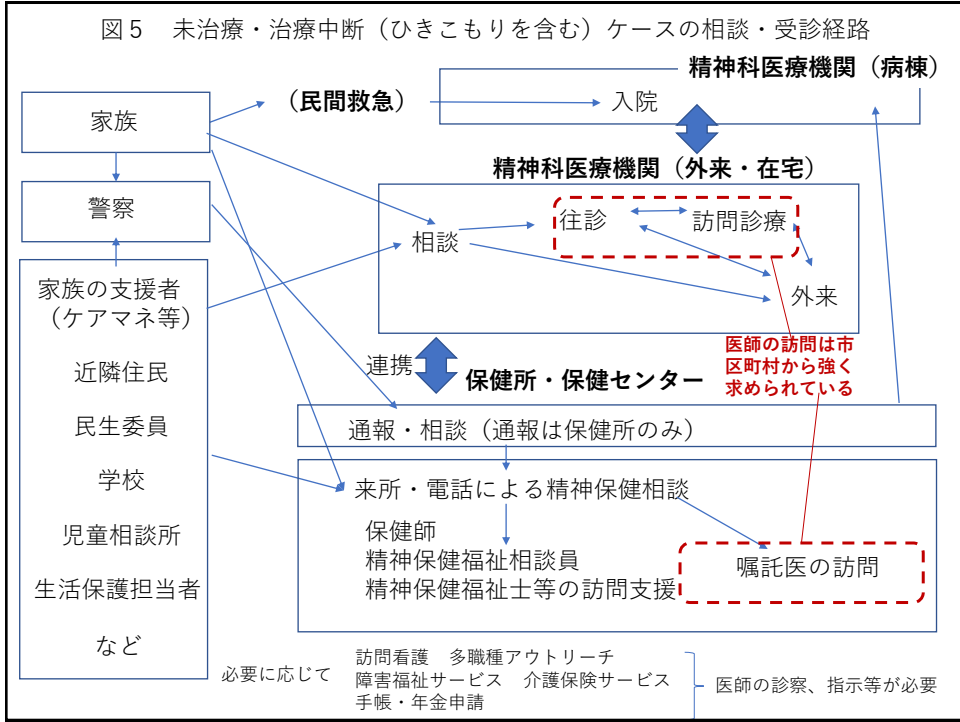


図6 訪問による医療の提供に関する課題等

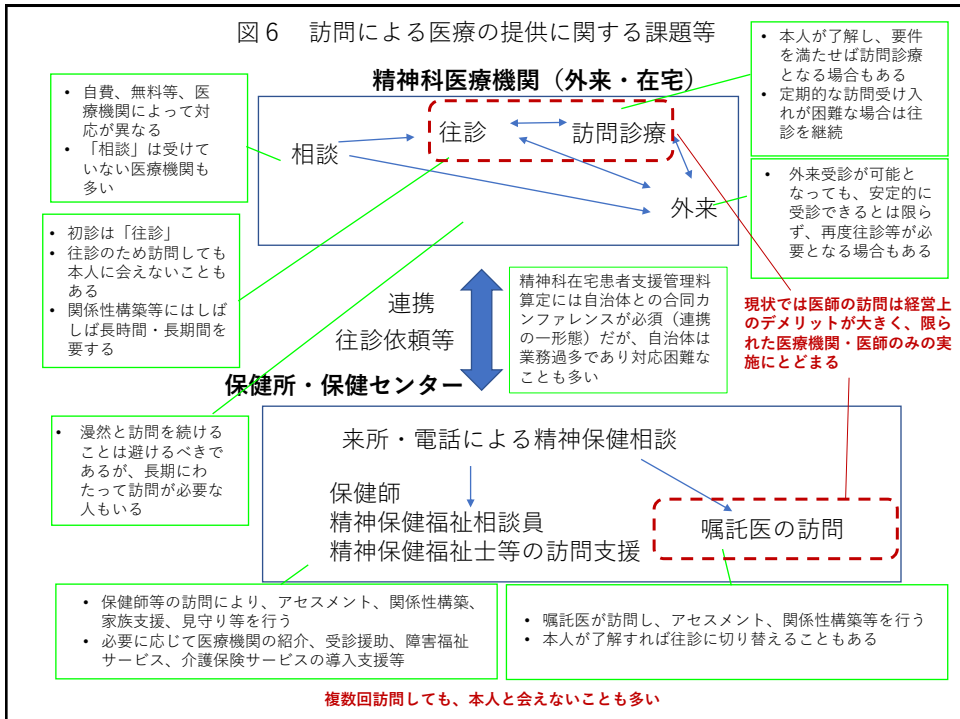


表9 診療報酬算定状況 n=61

	n	算定機関数	算定した実人数		延べ訪問回数	
① 精在管「イ」の算定人数	60	1	12.00	-	24.00	-
② 精在管「ロ」の算定人数	61	7	2.14	0.40	32.86	13.97
③ 精在管「ハ」の算定人数	61	39	28.95	5.72	85.08	17.09
④ 在宅時医学総合管理料の算定人数	61	30	73.70	17.55	198.77	42.51
⑤ 往診の算定人数	61	39	14.72	5.80	27.72	15.57

表10 精在管「ハ」の廃止によって生じる問題 n=61

	あてはまる	
	n	%
① 精在管「イ」「ロ」は施設基準が厳しいため算定が困難であり、訪問診療を継続できなくなる	24	39.3%
② 精在管「イ」「ロ」は行政との連携が難しいため算定が困難であり、訪問診療を継続できなくなる	23	37.7%
③ 精在管「イ」「ロ」は患者の状態や背景事情により算定が困難であり、訪問診療を継続できなくなる	19	31.1%
④ 未受診、治療中断の患者に必要な精神医療を提供することが難しくなる	30	49.2%
⑤ 高齢、身体疾患により受診困難な精神障害者に必要な精神医療を提供することが難しくなる	24	39.3%
⑥ COVID-19等の感染症が疑われる精神障害者に訪問診療を提供することが難しくなる	7	11.5%
⑦ 地域精神医療への貢献に対する精神科医療機関のモチベーションが低下する	32	52.5%
⑧ その他	7	11.5%

表 1 1 精在管「ハ」廃止後の対応策 n=61

	あてはまる	
	n	%
① 往診で対応する	27	44.3%
② 精在管「ロ」を算定できるようにする	10	16.4%
③ 在医総管を算定できるようにする	23	37.7%
④ 家族の代理受診で対応する	9	14.8%
⑤ オンライン診療で対応する	3	4.9%
⑥ 訪問看護や行政職員による受診同行を依頼する	9	14.8%
⑦ 有効な対応策はない	12	19.7%
⑧ その他	3	4.9%

表 1 2 訪問診療・往診を行うにあたり、現在の診療報酬で対応が困難な点 n=61

	あてはまる	
	n	%
① 精在管「イ」「ロ」または在医総管が算定できない場合、往診では経営が成り立たない	29	47.5%
② 精在管「イ」「ロ」は算定要件が厳しすぎる	39	63.9%
② 精在管は2年までしか算定できないため、長期の訪問診療が必要な患者に対応できない	43	70.5%
③ 月2回以上の訪問診療を行った場合の加算がないため、病状の不安定な患者に対応できない	21	34.4%
④ 急性期における週2回以上の訪問に対して、在宅精神療法が評価されていない	24	39.3%
⑤ 精神科医とコメディカルスタッフの合同の訪問が評価されていない	32	52.5%
⑦ 特に対応困難な点はない	3	4.9%
⑧ その他	0	0.0%

図7 年齢分布 n=64

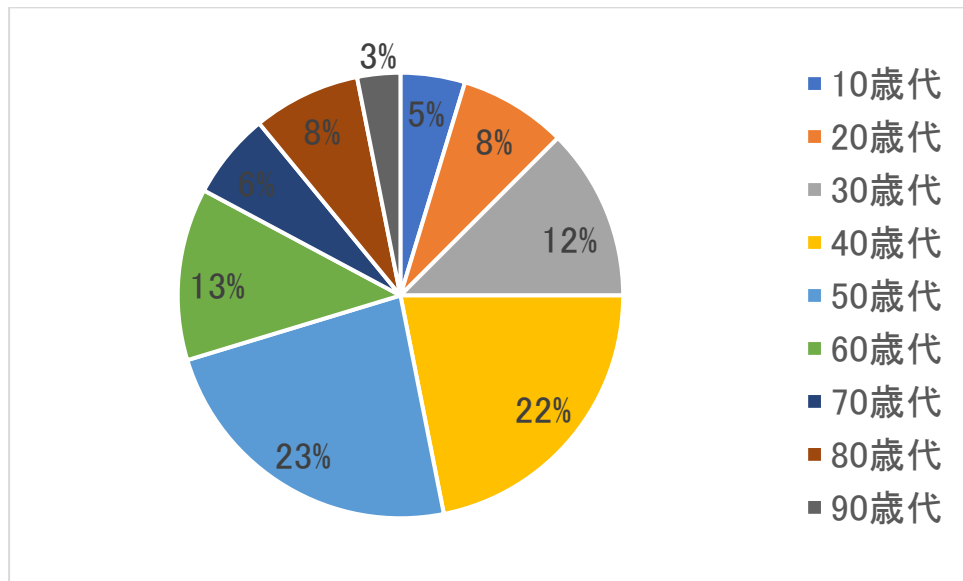


図8 主診断 n=64

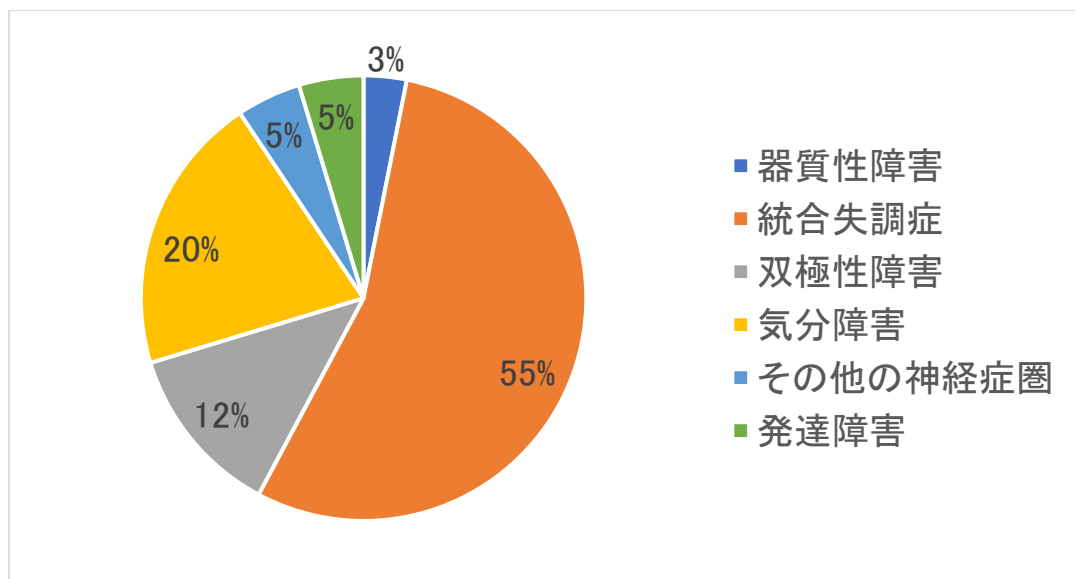


表13 当該医療機関における訪問開始以前のサービス利用歴 n=64

	通所による支援						訪問支援					
	本人の通所（通院）			家族相談			本人への訪問			家族相談		
	なし	あり	不明	なし	あり	不明	なし	あり	不明	なし	あり	不明
行政・保健	50	7	7	36	14	14	46	13	5	47	10	7
	78%	11%	11%	56%	22%	22%	72%	20%	8%	73%	16%	11%
医療機関	28	35	1	25	29	10	48	16	0	50	10	4
	44%	55%	2%	39%	45%	16%	75%	25%	0%	78%	16%	6%

	通所による支援			訪問支援		
	なし	あり	不明	なし	あり	不明
障害福祉サービス	57	6	1	57	5	2
	89%	9%	2%	89%	8%	3%
介護保険サービス	59	4	1	57	6	1
	92%	6%	2%	89%	9%	2%

図9 当該医療機関における訪問開始の理由(複数回答可) n=64

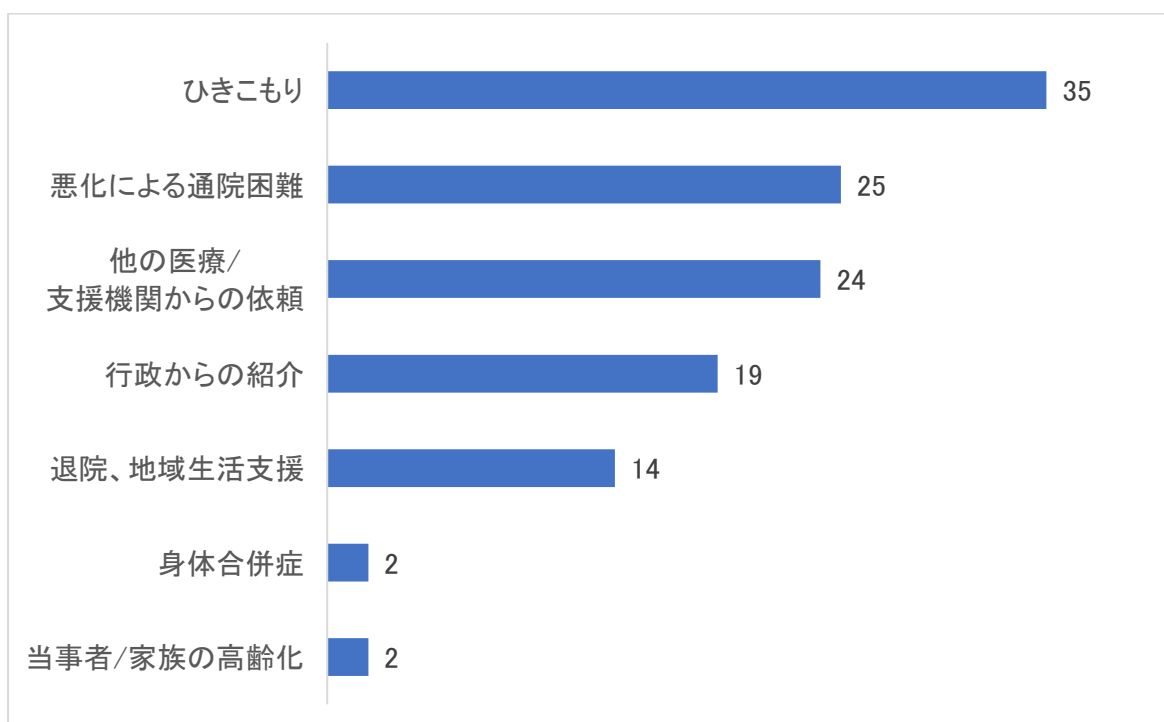




表 1 4 問題行動・能力障害の変化 n=64

	訪問開始時点		訪問終了時点	
	n	%	n	%
行動障害あり	47	73.4	42	65.6
能力障害あり	47	73.4	42	65.6

表 1 5 医療以外のサービス利用状況 n=64

	訪問開始時点		訪問終了時点	
	n	%	n	%
障害福祉サービス	8	12.5	9	14.1
社会福祉協議会の利用	0	0.0	1	1.6
生活保護	13	20.3	14	21.9
成年後見制度の利用	1	1.6	1	1.6
介護保険	7	10.9	9	14.1
ホームヘルプサービス	8	12.5	13	20.3
精神保健福祉手帳	20	31.3	26	40.6
障害年金受給	17	26.6	27	42.2

図10 職種別の1カ月ごとの訪問回数 n=28

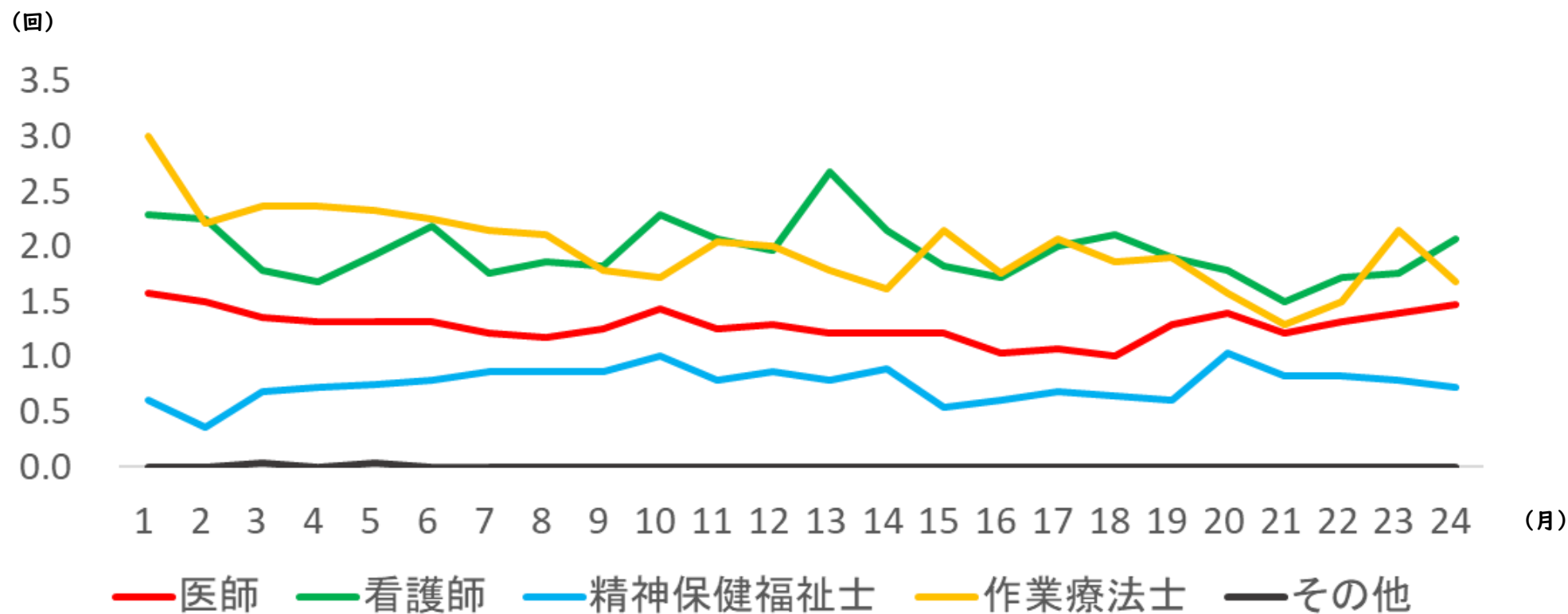
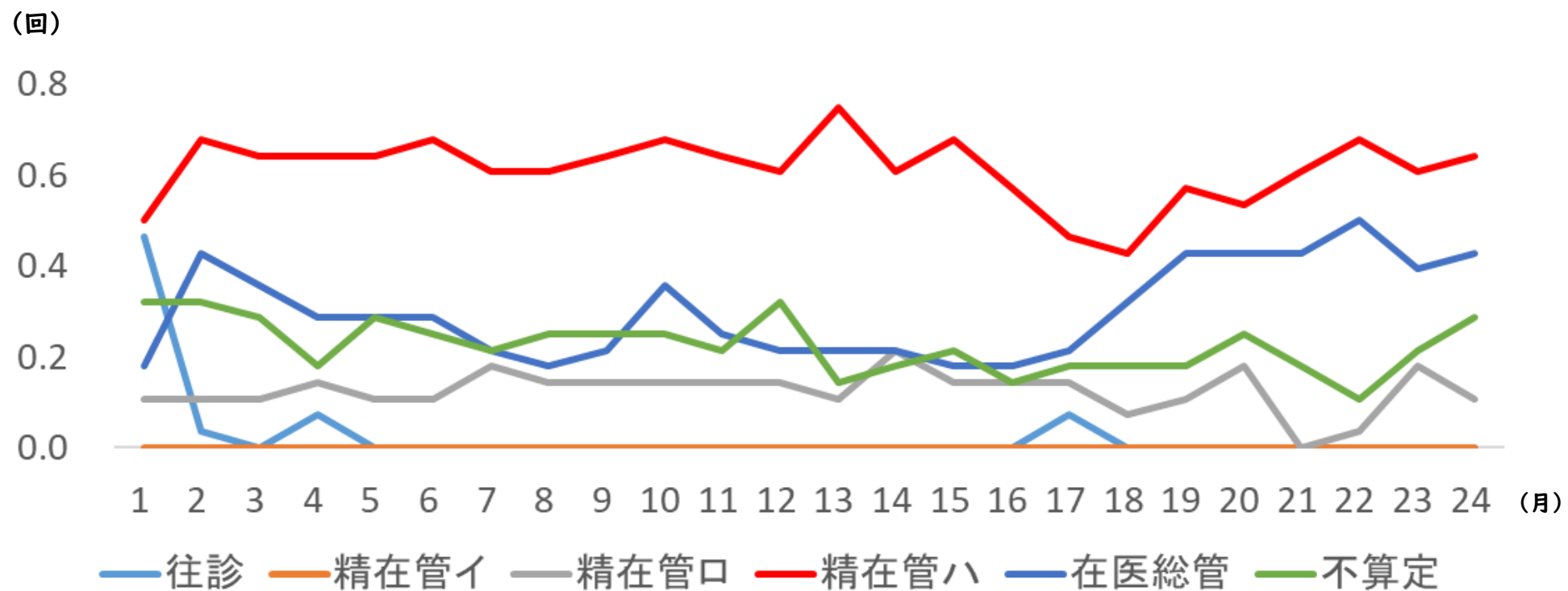


図11 医師の1カ月ごとの訪問回数（診療報酬別）n=28



## 精神科における医師の往診、訪問診療に関する実態調査 調査票

### 【本研究の対象者】

2018年6月1日以降、新規に（※1）医師を含むスタッフの訪問系支援（※2）を開始した方、5名

※1：以前にも訪問系支援を行っていたが、3か月以上支援が中断し、再開された方を含みます。

※2：往診、精在管、在医総管等を指します（訪問看護のみの開始は含みません）。

-----

**I. 記入日：西暦 年 月 日**

**II. 利用者 ID：** \_\_\_\_\_（IDは任意のもので大丈夫です）。

### III. 利用者属性、背景情報

1. 性別：1) 男性 2) 女性

2. 年齢：\_\_\_\_\_歳代

3. 支援開始日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

4. 住居：1) 単身 2) 家族同居 3) 施設利用

5. ICDによる主診断（1つのみ回答）：

1) F0 器質性精神障害圏 2) F1 物質依存圏 3) F2 統合失調症圏

4) F31 気分障害圏（双極性） 5) F32 気分障害圏（うつ病圏）

6) F4 神経症圏 7) F5 身体関連性障害圏 8) F6 人格障害圏 9) F7 知的障害圏

10) F8 発達障害圏 11) F9 児童の行動障害圏 12) G10 てんかん圏

13) その他（\_\_\_\_\_）

6. 重複診断：1) なし 2) あり

6-1：重複診断が有の場合：

1) F6 人格障害圏 2) F7 知的障害圏 3) F8 発達障害圏 4) 認知症

5) その他（\_\_\_\_\_）

7. 身体合併症：1) なし 2) あり

7-1：身体合併症が有の場合：

1) 糖尿病 2) 高血圧 3) 水中毒 4) 腸閉塞 5) 反復性肺炎 6) 循環器/心疾患

7) 脳血管疾患 8) 糖尿病 9) 慢性肺/呼吸器疾患 10) 悪性腫瘍

11) 脊柱管狭窄症、骨折など整形疾患 12) 神経疾患 3) その他（\_\_\_\_\_）

8. 手帳：1) なし 2) 精神保健福祉手帳 3) 身体障害手帳 4) 療育手帳

7-1 精神保健福祉手帳が有の場合：\_\_\_\_\_級

9. 要介護度：1) なし 2) 要支援 3) 要介護

9-1 要支援もしくは要介護が有の場合、その程度：\_\_\_\_\_

#### IV. これまでの治療・支援歴

1. はじめて精神科医療機関の外来受診をした（初診）時期：おおむね西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

2. 精神科医療機関への入院歴：

2-1 初診以降、調査時点までのすべての入院回数\_\_\_\_\_回

2-2 支援開始時点から過去1年間の入院：1) なし 2) あり

2-3 支援開始時点から過去1年間の入院があった場合の入院期間：

1) 1回目：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

2) 2回目：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

3) 3回目：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

※3 過去1年間に3回以上入院があった場合には、個別にご相談ください。

3. 支援開始時点から過去1年間の身体科への入院歴：1) なし 2) あり

4. 貴院での支援開始以前のサービス利用歴（網掛け部分の選択肢のいずれかに○）

	通所による支援		訪問による支援	
	当事者本人	家族からの相談	当事者本人	家族からの相談
4-1 行政・保健 <sup>a)</sup> (精神保健相談等)	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明
4-2 医療機関	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明
4-3 障害福祉 サービス	当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明		当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明	
4-4 介護保険 サービス	当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明		当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明	

a) 精神保健相談での電話による支援は「通所による支援」に含めてください。

#### V. 訪問系支援開始時点から24カ月間の支援プロセス

1. 訪問系支援開始の経緯（複数回答可）：

1) 長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため

2) ひきこもりで外出が難しいため

3) 病状悪化等により通院が困難になったため

4) 行政からの紹介

4) -1 紹介元：①保健所 ②精神保健福祉センター ③役所の生活保護担当部署

④警察 ⑤児童相談所 ⑥学校 ⑦基幹相談支援センター

⑧地域包括支援センター ⑨その他（\_\_\_\_\_）

5) 他の医療機関、障害福祉サービス事業所等からの依頼

5) -1 紹介元：①他の医療機関（在宅支援診療所、精神科病院精神科、診療所他）

②訪問看護ステーション

③障害者総合支援法下の事業所等

※4 地域活動支援センター、就労継続支援 A 型、B 型、生活訓練事業所など、また、総合支援法の事業に移行しなかった作業所等も含まれます)

④その他 ( \_\_\_\_\_ )

6) 身体合併症のケアが必要であるため

7) 当事者や家族の高齢化によってこれまで可能だった通院が困難になったため

## 2. 支援開始時点および 24 か月後または支援終了時点の「重度かつ慢性」基準を用いた評価

	支援開始時点 b)	支援開始 24 か月後または支援終了 時点 c) ※「支援開始 24 か月後」か「支援終了」のどちらかに○
2-1 行動障害	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
2-2 能力障害	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
2-3 身体合併症	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり

b)および c)はその時点の情報についてご記入ください。

c)について、支援を終了した方は終了時点の情報についてご記入ください。

2-1 問題行動評価表の 1-27 の項目のいずれかが「月に 1-2 回程度」以上に評価された場合、「あり」に○

2-2 能力障害評価で 4 以上に評価された場合、「あり」に○

※5 「問題行動評価表」および「能力障害評価」は調査票と一緒に送付されている「2.支援プロセス調査票\_障害程度資料」

2-3 以下に示す精神症状に伴う身体症状もしくは管理が必要な身体疾患を入院治療が必要な程度に有する場合、「あり」に○

- ・水中毒 ・腸閉塞 ・反復性肺炎 ・循環器/心疾患 ・脳血管疾患 ・糖尿病
- ・慢性肺/呼吸器疾患 ・悪性腫瘍 ・脊柱管狭窄症、骨折など整形疾患
- ・神経疾患 など

## 3. 支援開始時点および 24 か月後時点のサービス、制度利用の変化

	支援開始時点 b)	支援開始 24 か月後 または支援終了 時点 c) ※「支援開始 24 か月後」か 「支援終了」のどちらかに○
3-1 障害福祉サービスの利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-2 社会福祉協議会の利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-3 生活保護の受給	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-4 成年後見制度の利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-5 介護保険サービスの利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-6 ホームヘルプサービスの利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり

3-7 精神保健福祉手帳交付の有無と等級	1)なし 2)あり (____級)	1)なし 2)あり (____級)
3-8 障害年金受給の有無と等級	1)なし 2)あり (____級)	1)なし 2)あり (____級)

b)およびc)はその時点の情報についてご記入ください。

c)について、支援を終了した方は終了時点の情報についてご記入ください。

4. 支援開始から24か月間の精神科入院歴（時点ではない点にご留意ください）

4-1 1回目：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月

4-2 2回目：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月

4-3 3回目：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月

4-4 4回目：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月

4-5 5回目：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月

4-6 6回目：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月～西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月

※6 24か月間に6回以上精神科医療機関への入院があった場合には、個別にご相談ください。

5. 支援開始から24か月間の身体科での入院：1) なし 2) あり

5-1 身体科への入院歴がある場合、その回数：（\_\_\_\_回）

6. 支援開始から24か月間の医療中断（※7）：1) なし 2) あり

※7 医療中断は「3か月間医療機関とコンタクトを取っていない状態」と定義します。

**VI. 支援開始24ヶ月後時点での転帰**：1) 支援継続（※8） 2) 終了（※9）

※8 外来、訪問診療、訪問看護等、自機関（法人）での支援を指します。

※9 終了に合意したわけでないが、3か月以上中断後に支援が再開していない場合を含みます。

1. 終了していた場合、その時期：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月（中断の場合には最後の支援日を記入）

2. 終了していた場合、その理由：

①転居 ②転医（他の在宅医療機関、訪問看護ステーション、他の外来医療機関）

③入院 ④施設入所 ⑤本人の拒否 ⑥家族の拒否 ⑦死亡

⑧その他（\_\_\_\_）

## Ⅶ. 訪問支援 開始から 24 カ月間（もしくは支援終了、支援中断まで）のひと月ごとの支援回数

1. 支援開始からの月数	医師の訪問							コメディカルスタッフの訪問				外来受診回数		15. 医療中断の有無	16. ケア会議回数 (※8)
	2. 訪問回数	診療報酬の算定回数						9. Ns	10. PSW	11. OT	12. その他	13. 家族	14. 当事者		
		3. 往診	精在管			7.在医 総管	8.算定 せず								
		4.イ	5.ロ	6.ハ											
1	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
2	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
3	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
4	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
5	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
6	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
7	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
8	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
9	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
10	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
11	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
12	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回

※8 ケア会議は「ご本人、他機関支援者を含む 3 名以上の会議」と定義します。

例：本人、訪問スタッフ、他機関のスタッフ 3 人でヘルパー利用について話し合う会議等

次ページもあります！



1. 支援開始からの月数	医師の訪問							コメディカルスタッフの訪問				外来受診回数		15. 医療中断の有無	16. ケア会議回数 (※8)
	2. 訪問回数	診療報酬の算定回数						9. Ns	10. PSW	11. OT	12. その他	13. 家族	14. 当事者		
		3. 往診	精在管			7.在医 総管	8.算定 せず								
		4.イ	5.ロ	6.ハ											
11	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
12	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
13	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
4	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
5	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
6	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
7	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
8	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
9	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
10	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
11	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
12	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回

※8 ケア会議は「ご本人、他機関支援者を含む3名以上の会議」と定義します。

例：本人、訪問スタッフ、他機関のスタッフ3人でヘルパー利用について話し合う会議等

ご協力ありがとうございました