

## 多職種アウトリーチサービスと医療経済

## ——診療報酬上の課題と今後——

吉田 光爾, 伊藤 順一郎

国内において ACT をはじめとする重症精神障害者への多職種アウトリーチチームの活動が萌芽し始めている。しかし現行の診療報酬制度は十分にそれらをカバーしておらず、今後の普及の上で大きな障害となっている。本報告では今後の多職種アウトリーチ活動のための妥当な診療報酬制度の検討のために、現在の活動の財政上の状態についての実態報告を行った。

<索引用語：Assertive Community Treatment, 医療経済, 診療報酬, 精神科訪問看護>

## はじめに

近年、「入院医療中心から地域生活中心へ」というわが国の精神保健医療福祉施策のもとで精神障害者への支援の舞台が地域へと移行しつつあるなか、医療と生活支援が密接に結びついて提供できる効果的なサービスモデルの確立・普及が求められている。重症精神障害者に対する医療・生活支援として、多職種チームによる医療を含む包括的支援をアウトリーチで提供するサービスである Assertive Community Treatment (ACT) は、利用者の満足度・入院期間の短縮・居住の安定などでの成果をあげており、欧米では中心的な支援になってきている<sup>3,4)</sup>。国内でも RCT 研究が行われ、ACT 介入群における高い患者満足度や入院日数の低減などの効果が示されており<sup>1,2)</sup>、普及に期待が寄せられている。

わが国で ACT を実施している事業所の多くは、医療機関・訪問看護ステーションなどを基盤に精神科訪問看護の診療報酬で運営を行っている<sup>5)</sup>。しかし精神科訪問看護と ACT は性格を異にする支援であり<sup>6)</sup>、ACT の臨床活動を経営上カバーできないことが ACT の普及の上で阻害要因

となっている。本報告ではこうした診療報酬上の実態を2つの研究の報告により浮き彫りにし、今後の方向性について検討を行った。

## I. 研究報告1：Assertive Community Treatment における診療報酬の観点からみた医療経済実態調査研究

全国の Assertive Community Treatment の診療報酬上の実態に関する報告の概要を紹介する。本調査は全国の ACT 活動のうち全国 ACT ネットワークに参加し、診療報酬をベースにした活動を行っている7事業所に協力を依頼した調査である。なお、詳細な結果は文献7)を参照されたい。

## 1. 調査方法

すでに医療上契約の成立している全利用者のうち15%を無作為に抽出した(51ケース)。当該機関の日常記録から、当該利用者・利用者の関係者に対する個別の対面コンタクト・電話コンタクトにおける診療報酬上の位置付けなどに関する情報を収集した。調査期間は、平成23年の11～12月にかけての1ヵ月間であり、対面コンタクト

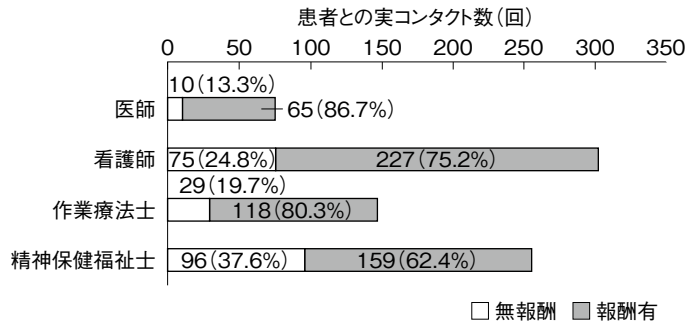


図1 ACTにおける各職種のコンタクトの報酬状況 (1ヵ月間51ケースに対する文献7)の集計結果より再作成

857回, 電話コンタクト407回が集計された。

## 2. 結果

### 1) 対面コンタクトを行っている職種

対面コンタクトの実施職種については医師が8.9% (n=75), 看護職 (NS) によるコンタクトが36.0% (n=302), 作業療法士 (OT) によるコンタクトが17.5% (n=147), 精神保健福祉士 (PSW) によるコンタクトが30.5% (n=256), その他7.3% (n=68)であった。以降, 主にACTにおける代表的な職種として医師・NS・OT・PSWについて分析を行った。

### 2) 対面コンタクトにかかっている時間

対面コンタクトにかかる時間を, 実際の接触時間・移動時間・記録や臨床のための準備時間の3区分にわけて集計し, 合算した。医師においては, 比較的時間の短い通常の外来診療も含まれるためコンタクト時間が短めであるが (39.7±28.1分/回), 他の職種は1対面コンタクトにつき1時間20~30分の時間を割いていた (NS: 93.1±79.5分/回, OT: 89.9±50.6分/回, PSW: 76.1±59.3分/回)。なお, 内訳は1時間程度のコンタクト時間, 20分程度の移動 (往路のみ集計), 10分程度の準備時間であった。

### 3) 対面コンタクトの報酬状況

全51ケース・1ヵ月間の対面コンタクトのうち医師では13.3% (10回), NSでは24.8% (75回), OTでは19.7% (29回), PSWでは37.6% (96回)

が無報酬のコンタクトになっていた (図1)。

### 4) 診療報酬が請求できない理由

診療報酬が請求できない理由を分類すると, 最も多いのは「入院中のコンタクト」(26.4%)であり, 次いで「事業所内でのコンタクト」(20.2%: 訪問看護制度を利用しているため事業所でコンタクトしている場合は請求対象外となる), 「短期間での頻回なコンタクト」(19.8%), 「利用者以外とのコンタクト」(10.3%), 「職種が資格外」(5.8%)であった。

### 5) 全職種の合計総臨床時間に対する報酬区分

全51ケース・1ヵ月間のコンタクトを全て時間に換算し, 総臨床時間に対する報酬区分を集計した (図2)。報酬が付いた時間の合計は, 870時間57分であり全体の59.1%であった。逆に無報酬の時間の合計は602時間21分であり全体の40.9%であった。なお, 電話を除いた場合は499時間51分であり全体の33.9%にあたる。

## II. 研究報告2: 入院時からの多職種アウトリーチ支援活動の実態と医療経済的評価

次に, 現在発表者らが行っている入院時からの多職種アウトリーチ支援に関する診療報酬上の実態調査について報告した。本報告は厚生労働科学研究費補助金 難病・がんなどの疾患分野の医療の実用化研究事業「『地域生活中心』を推進する, 地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」のものであり, 多職種アウトリーチ支援

を要すると判断された入院患者に対し、入院中から支援を行っている。詳細は文献8)を参照されたい。

1. 調査方法

1) 協力機関・対象者

研究協力機関として国立精神・神経医療研究センター病院，国立国際医療研究センター国府台病院，東北福祉大学せんだんホスピタルの3地区を選定した。

エントリー期間内(平成23年11月～平成25年3月)の当該機関の全入院患者に対し、アウトリーチサービスの必要度をスクリーニングし、対象者を選定した。同意取得の後に、キャッチメントエリア内の同意者に対しては介入群として入院中からアウトリーチ支援が行われ、対照群には通常の支援が行われる。エントリー開始後から1年間をフォロー期間とし、利用者の経過・予後・介入の状態を把握する。介入群では57ケース同意のうち現在53ケースに介入中，対照群では67名同意のうち現在62名追跡中である。

2) 介入方法

各地区において実情による差はあるが、①複数職種によるアウトリーチチームを構成，②ストレングス志向のケアマネジメント，③入院時からの一貫したスクリーニングとケアマネジメント，④各地区におけるチーム構成と研修が，構成要素として介入群で実施されることを目標とした。

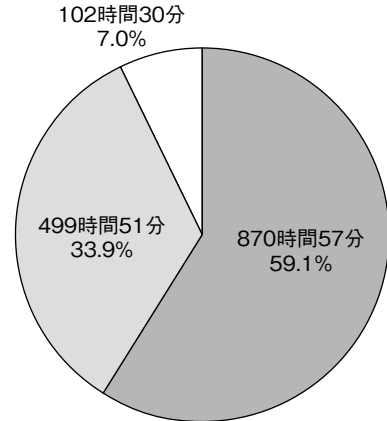
3) 医療経済的評価

医療経済的な評価のため、①利用者の診療報酬情報(レセプト)，および②多職種アウトリーチチームの人的コストをカウントするための利用者およびその関係者への個別的なコンタクトを集計するサービスコードを用いてコストを集計している。

2. 結果

1) 介入群におけるエントリーからの総コンタクト時間の推移(患者1名あたり)

介入群における患者1名あたりに対する、エン



■ 有報酬コンタクト時間 □ 無報酬コンタクト時間  
□ 電話コンタクト時間

図2 全職種の合計総臨床時間に対する報酬区分(1ヵ月間,全51ケースに対して)文献7)の集計結果をもとに再作成

トリーからの月毎の多職種アウトリーチチームによる総コンタクト時間の推移(6ヵ月)を示したものが図3である。総コンタクト時間のうち、電話コンタクトが8.1%、非報酬コンタクトが33.2%、有報酬コンタクトが58.7%存在していた。また退院まで(=入院中)のコンタクトにおいて非報酬コンタクトの割合が高いことがわかる。入院中の支援の総時間量は、平均入院期間75.2日に対して電話59.5分、非報酬コンタクト826.7分、有報酬コンタクト205.5分であり、総時間を月あたりで除すると平均435.5分(月)となっていた。

なお頻度で集計した場合、入院中では平均21.2回の実コンタクトをしていた。エントリー時の平均在院日数が75.2日であることを考慮すると、週あたり約2回の実コンタクトを行っており、退院後には月あたり4~5回程度の有報酬コンタクトに加え、1回程度の非報酬コンタクトを行っており、6ヵ月間その頻度は大きく減じずに推移していた。

2) ケアにかかる医療コストの推移

患者1名に対する医療費の月額合計の平均値の推移(6ヵ月間)を図4に示す。介入群では入院中に合計平均147,593円(うち約14万円が無報酬

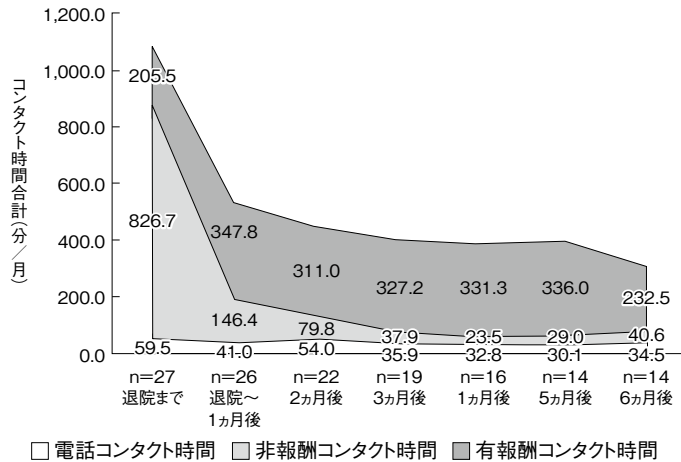


図3 介入群におけるエントリーからの総コンタクト時間の推移  
 ※1: エントリー時の入院の退院までの平均在院日数は75.2日  
 ※2: 総コンタクト時間のうち、電話コンタクトが8.1%、非報酬コンタクトが33.2%、有報酬コンタクトが58.7%  
 ※3: 複数職種関わった場合でも時間の積算などはしていない  
 文献8)より引用

ケア)、退院後、報酬対応分・非報酬対応分を合算して平均42,745±8,895円(月)のアウトリーチサービス費用がかかっていることがわかったが、入院費は平均9,914±10,302円(月)に抑制されていた。他方で、対照群では初回の退院後、平均41,293±23,126円(月)の入院費がかかっていた。現時点ではアウトカム評価は中途であるため正確な結論は出せないが、今後継続してフォローしていく予定である。

### おわりに

調査1で示したように、ACTの臨床活動においては、コンタクト件数では13.3%から38.0%の非報酬部分が含まれることが明らかになった。また、1ヵ月間、全51ケースに対する全職種の総臨床時間のうち、電話コンタクト時間を含めて40.9%、電話に関する時間を除いても33.9%が無報酬となっていた。全体の3~4割の臨床時間が無報酬というのは、元来事業所の経営努力や運営努力で対応できるものではなく、現行の制度の中で、多職種アウトリーチチームの運営を成立させることは困難であることを示唆している。また1

件あたりのコンタクト時間(1.5時間)を考えると、1日に1スタッフが訪問可能な件数は4件程度であり、こうした件数も妥当な診療報酬を考える上で重要な点である。

非報酬の理由としては、外部機関に入院している利用者への訪問に報酬がつかないこと、期間内・同日内に回数制限以上の訪問がなされること、本人以外の関係者とのコンタクト(ただし平成24年度の診療報酬改正では家族支援は報酬化されている)、訪問ではなく事業所において支援を行う場合があることなどが本調査から判明し、これらへの対応を考える必要があるだろう。またPSWは、訪問看護ステーションからの訪問については報酬がつかず、医療機関からの訪問に限定されるため、多職種アウトリーチチームを訪問看護ステーションで運営しようとした場合には人件費が捻出できない。しかし、今回の調査では全コンタクト中PSWの割合は2番目に大きく(30.5%)、職務上の役割を鑑みるとPSWの非報酬問題を検討していく必要があるかもしれない。

また調査2では、特に入院中からの支援について非報酬部分が多いという問題が示された。アウ

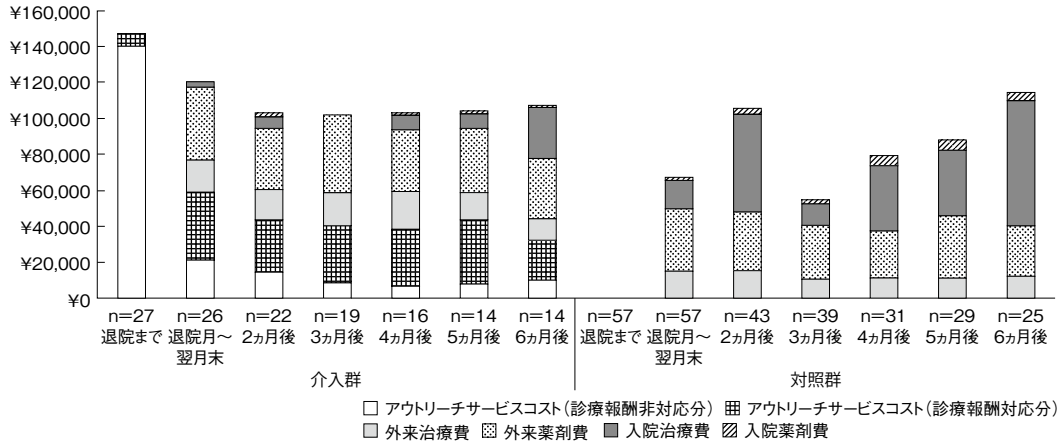


図4 患者1人あたりの総医療費コスト（平均）の推移（6ヵ月間）

※本集計は中間集計であり当該時点で追跡可能だったケースのみ集計した結果である（nが時期によって異なるのは、そのためである）。最終的な結果は今後変わる可能性がある。

※初回の入院コスト治療費・薬剤費ともに介入群のアウトリーチサービス費以外は集計していない。（文献8）より再作成

トリーチチームが入院中から退院に向け、患者1名あたり400分（月）を超える支援をしているにもかかわらず、ほとんどが無報酬となっていた。重症精神障害の地域ケアにおいては、利用者が必ずしも病識を伴わないことから関係作りが困難なこともあり、ラポールの構築に注ぐ労力・負担が無視できない。精神科医療のアウトリーチ支援におけるこうした不採算性は、普及の上での阻害要因となっているものと考えられる。

こうした問題を解決するために、現段階ではいくつかの診療報酬の改定案を検討することができよう。1つ目は、現在報酬に反映されていない支援を個別に報酬化する考え方で、例えば同日内の複数回訪問・入院中の訪問・訪問看護ステーションからの精神保健福祉士の訪問などについて、報酬化する方法である。これは現行の制度の調整で可能だが、多職種アウトリーチ支援に期待される医療中断・拒否事例への支援については、関与の初期時点では医療契約が結ばれていないことが多いために、個別の支援に対する有償化では対応できないという問題点がある。もう1つは重症精神障害者に対する多職種アウトリーチ支援として一定の要件（事業所の職種構成・月の訪問頻度・患

者の重症度等）を満たす事業所・ケースに対して、“多職種アウトリーチチーム加算”などとして包括型の報酬をつける考え方である。この場合、各種非報酬部分も「まるめ」で対処することが可能であるが、新規の制度を設計する必要があること、事業所の要件・期限の設定や従来の訪問看護との差別化が必要であり、また認定された事業所の訪問支援の質をどう高く保つのか、「要件の設定」と「モニタリング」が課題となる。

いずれにせよ多職種アウトリーチチームの診療報酬額の妥当性を検討するには、「理想的な多職種アウトリーチチームの在り方」を呈示していかねばならない。今回の調査結果で示される姿は「限界と制約の中での実像」にすぎず、「理想的な姿」としてのACTでは必ずしもない。単に欠損部分を埋め合わせていくだけではなく、大局的な観点からわが国における重症精神障害者への多職種アウトリーチチームの理想的な形とは何かについて、検討していく必要があろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。またいずれの研究も国立精神・神経医療研究センターにおける倫理委員会の承認を受けている。

## 文 献

- 1) 伊藤順一郎, 塚田和美, 大島 巖ほか: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 平成 17~19 年度総合研究報告書, 2008
- 2) Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., et al.: The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123 (5); 398-401, 2011
- 3) Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., et al.: Model of community care for severe mental illness: A Review of research on case management. *Schizophr Bull*, 24; 37-74, 1998
- 4) Marshall, M., Lockwood, A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*, 1998
- 5) 山田 創: クリニックによる 24 時間サポート可能なシステムとは 現行診療報酬制度化における訪問型支援, 実践アウトリーチ入門 (高木俊介, 藤田大輔編), 日本評論社, 東京, p.123-128, 2011
- 6) 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋 希ほか: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査より, *精神障害とリハビリテーション*, 15 (1); 54-63, 2011
- 7) 吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行ほか: Assertive Community Treatment における診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究, *臨床精神医学*, 41 (12); 1767-1781, 2012
- 8) 吉田光爾: 重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価支援研究~中間報告~, 厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 (精神疾患関係研究分野) 『「地域生活中心」を推進する, 地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』平成 24 年度総括・研究分担報告書, p.25-41, 2013

---

## Survey of Actual Condition of Outreach Activity of Multi-Disciplinary Team in Japan

Koji YOSHIDA, Junichiro ITO

*Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health,  
National Center of Psychiatric and Neuroscience*

In Japan, some agencies have begun to provide a multi-disciplinary outreach team for people with severe mental illnesses. A medical fee system specially designed for the outreach team has not been developed, so existing fees cannot cover all activities of the team. This undeveloped legal system for the outreach team and inadequate finances are the main obstacles to dissemination in Japan. In order to plan and realize a valid medical fee system for the multi-disciplinary outreach team, we described the financial conditions of such activities in Japan.

< Authors' abstract >

< **Keywords** : Assertive Community Treatment, health economics, medical fee, psychiatric home visit nurse >

---