

さらに、基本属性や交絡要因を調整した多変量解析の結果では、就労状態や就労日数の長さに関係するのは、「個別就労支援」の時間の長さのみであった。就労アウトカムの向上のためには、生活支援や集団プログラムという従来の支援の枠を超えて、個別の就労支援により多くの時間を費やすことを念頭にしたサービス供給システムを展開させる必要があると示唆された。これは、地域精神科モデルを形成するうえで、重要な所見になると予想される。なぜなら、本研究で認められた、医療機関型や連携型における比較的少ない 1 対 1 換算のサービス提供時間は、就労支援担当者 (ES) の不在や人員不足、あるいは在宅・リハビリテーション部門の絶対的なマンパワー不足に関連しているかもしれないからである。今後、各就労支援員やケースマネージャーが担当する利用者数に上限を設けるなど、個別に対応できる時間を確保するための構造的変化が必要かもしれない。

### 3) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を費用対効果から見ても有用か

介入群におけるコストの積み上げの特徴として、対照群と比較し、所得保障費が高かったことが挙げられる。年金や生活保護は当事者の生活の安定にとって大きな意味を持つ。対照群と比べ、介入群では就労者数が多かったが、年金や生活保護の受給者数も多かった。対象者が安定して就職活動をできた理由の 1 つは、年金や生活保護の受給により生活の日々の生活が経済的に追い込まれていなかったからかもしれない。本研究においては、研究開始時期から、対照群より介入群で所得保障を利用している対象者数が多かったが、それ以外にも介入群の所得保障費の積み上げコストが多くなった理由としては、各サイトのケースマネージャーや就労支援員が対象者の就労後も所得保障の減額がないように調整した結果、あるいは対象者が所得保障を不要とするだけの収入を得られなかった可能性、そ

して対照群が家族からの援助をより多く受けて生活していた可能性などが推測された。

また、介入群における福祉・公的サービス費およびデイケア費の特徴は、研究開始から就職支援が活発な中盤までに多くのコストが費やされた点である。特に 4 ヶ月目までは、認知リハが行われている期間であったことが影響していると示唆される。

赤字 (持ち出し) 部分については、対象者の多くが就労した中盤以降に増加する傾向にあった。これは就労前後にアウトリーチの機会が増えるにもかかわらず、現行の診療報酬制度ではデイケアスタッフのアウトリーチ活動に対して報酬がないことや、利用期限がある就労移行支援事業所は対象者が就労した場合に契約を打ち切り、その後のサービスは持ち出しになっている現状が反映されたものと推察される。

一方、対照群におけるコストの特徴は、総合福祉法下のサービス費およびそれ以外の福祉・就労・公的サービス費が多かったことである。これに関しては、各サイトの対照群のケアマネージャーによる調整先が、トレーニング型あるいは継続的な通所を前提とした生活や就労支援機関などであったため、対象者の一部が長期間にわたって高頻度で支援機関を利用したことが影響していると推測される。対照群のコストとしての特徴として最も顕著だったのは、入院医療費であった。対照群の入院した対象者は 8 名であったが、一人当たりの合計コストでは、全体の 4 分の 1 を占める。就労という挑戦をする場合には、対象者が心理的に揺らぐ場面がある。仲介型の支援では、その揺れを支援しきれず、入院に至ると最終的にコストの側面でも負担が大きくなると示唆された。

Cost effectiveness plane における ICER の座標は、臨床的効果はあるが、コストが高い領域に位置した。この領域に ICER が位置する場合、ICER の値をどのように考えるかが重要になる。本研究における ICER は、就労

が1日増える分のコストの平均的な増加額を指している。そこで、本研究の結果から得たICER (1,015 円) に 365 (1年の日数) を掛け、就労期間が1年伸びた場合のICERを仮定すると、37万475円となる。英国<sup>11,13)</sup>やWHO<sup>14)</sup>の基準を参考にすれば、本研究における認知リハと援助付き雇用は十分に費用対効果が高い実践と考えられた。

### 3. 地域精神科モデル医療のこれから

本研究で焦点をあてた、多職種アウトリーチチームによるケアマネジメントと、認知リハと援助付き雇用が、従来の医療的関与と最も異なるところは、それが精神症状の安定や治癒といった病理的要素の改善を目標としたものではなく、人としての生活機能の向上を目指そうとしたものであるという点である。当然、その過程には、疾病の安定や再発の予防も視野に入れられるが、それが第一の目的ではない。「地域社会の中で暮らし続けたい」「障害をもっていても、仕事をしたい」という、本人の希望があって、その希望の実現のために、何をしていくことが必要なのか、どのように環境を整えることが求められているのかという観点から、支援は実施された。本報告書の中では、いまだ十分に言及されていないが、薬物療法の選択も各支援チームのチーム精神科医によって、このような文脈にそってなされている。本研究の眼目は、これらのプログラムを医療機関を中心に多職種チームで実施することで、現存する我が国の精神科医療機関を中心とした支援モデルを、利用者の地域生活を重んじる支援にどの程度変えていくことができるかにあった。

そして、すでに詳述したように、多職種アウトリーチチームによるケアマネジメントでは、支援プロセスの履行状況が高い群、また、利用者の重症度が重い群を中心に、QOLを中心とした介入効果をもたらすこと認められた。認知リハと援助付き雇用を組み合わせた就労支援では、全体として、認知機能の改善が見

られ、また、就労についても成果をあげたが、個別就労支援の密度が、就労の有無や就労日数に大きく影響を与えていることが明らかになった。そして、重要なこととして、多職種アウトリーチ、認知機能リハ+援助付き雇用の両者とも、医療経済的には、対照群に比して有意なコスト上昇はなく、ほぼ同等のコストの範囲で収まっており、QOLや就労日数といった指標についての費用対効果は良好と判断された。すなわち、二つの支援プログラムは、施策の中に位置づけられやすく、今後の普及の実現可能性が高いと言える。

ただし、現行の診療報酬等の制度のもとでは、両プログラムとも、支援の実施に十分な報酬の保障がされているとは言えない。一般の精神科医療機関が、これらを本格的に実施するにあたっては、今後の制度上のインセンティブをつけることが求められる。同時に、実施にあたって臨床スタッフの支援姿勢の変化、支援技術の習熟が重要であり、研修の必要性が強調される。

研修の重要性については、本研究でも十分に意識して、多施設共同研究の研究分担者、研究協力者には、各医療機関において、患者が、自分自身の生活を取りもどすこと(リカバリー)の支援をする姿勢をスタッフに浸透するように努めていただいたし、科学的根拠に基づく支援の重要性も伝えていただいたと思う。具体的には、3年間で計7回の合同研修、事例検討、各サイトの見学などを行ってきた。これらは、スタッフの支援行動に対する意識の変化に反映された。

モデルを導入していない全国11の精神科医療機関のアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群(n=89)として、本研究に関与したスタッフの臨床姿勢を比較したところ、本研究に関与したスタッフ(介入群)はリカバリー態度尺度において2年後得点が、EBPへの態度尺度において1年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。そ

の他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示していた。利用者からの評価も調査したが、介入群ではその多くがスタッフの自己評価と同等であることが確認され、有用な支援が適切に行われていたことが示唆された。

#### 4. 本研究の限界

##### 1) 全体

最後に、本研究の限界について述べる。

まず、2つのプログラムの研究に共通する問題として、本研究のマスクキングは、レセプト・データだけに限定されていた。アウトカムに関する情報収集や CSRI-J を利用した情報収集は、各対象者のケアマネージャーによって行われた。よって一定の観察者バイアスは否定できない。また、プロセス研究で用いたサービスコードの分析は、それぞれの支援に費やされた時間を提示できるが、支援の質は評価できなかった。また、サービスコード調査は現場スタッフの記載に頼る調査手法である。実際にはサービスを提供したにもかかわらず、何らかの理由により、スタッフがそのサービスを記載しなかった場合、そのようなサービスはデータには反映されていない。

##### 2) 多職種アウトリーチチームに関する研究

多職種アウトリーチチームの研究においてはみられる限界は、以下の様である。第1には、介入群・対照群の対象者の偏りである。地域による割り付けを行った際にいくつかの基礎属性に有意差が見られた。統計的には調整したうえで分析を行ったが、対象層が異なる可能性は否定できない。第2には介入効果が現れた変数の範囲である。本研究では、プログラムの目標の一つである精神科医療の利用の低減、すなわち入院日数や入院回数などの精神科医療の利用状況には、大きな効果が見られなかった。過去の先行研究においても、多職種アウトリーチ支援ではこれらの変数に有意な影響があることが知られているが<sup>15)</sup>、

本研究では影響を認めなかった。この原因としてはフォローアップ期間が1年と短く、初回入院による症状のスタビライズの方が介入の有無より強く影響している可能性、対象層が従来の ACT の基準より広く取られているため状態像が軽い可能性、などが考えられる。第3には実施地域により介入の支援量を完全に統一することができなかった。それぞれの地域で可能な多職種アウトリーチチーム支援を行ったことにより、介入に頻度・量にはかなりのばらつきが出ている。支援プロセスの履行状況別の効果評価によって、こうした問題をコントロールし新たな知見も得たが、より統一的な支援を行うことで研究の精度を向上させられた可能性は否定できない。

##### 3) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用に関する研究

認知リハと援助付き雇用の研究では、以下のような限界がある。第1に、プロセス調査における研究デザインは、一定期間のクロスセクショナル調査である。よって、変数間の因果関係を明確にすることはできない。第2に、本研究では、支援タイプあるいはサイト別の臨床的不均一性を認めたが、サイト間の就労者の極端な偏りなどから、多変量解析の際にクラスタリング・エフェクト (clustering effect) を調整した分析ができなかった。第3に、医療経済研究は社会の視点に立ったが、家族の損失などについてのデータは、収集していない。たとえば、対象者が入院をして、その家族が仕事を休む場合には、社会的な損失があったかもしれない。第4には、比較的短い追跡期間があげられる。対照群の対象者においてはトレーニング型あるいは継続的な通所を前提とした支援機関を利用した者が少なからずいる。そのような対象者にとって、12 ヶ月で就労をするのは難しかったかもしれない。また、介入群の所得保障の問題についても、追跡期間が長ければ、所得保障の減額に到達する対象者が現れたかもしれない。

これらの限界は、今後のさらなる厳密な研究に向けた課題でもある。

## E. まとめ

本研究は地域精神科医療モデルを構築しその効果を検証する多施設共同研究を中心に据えた。3年間の結果として平成25年度集約した結果を下記にまとめる。

### 1. 多職種アウトリーチチームの効果

1) 多職種アウトリーチチームの研究では、介入群 67 名・対照群 74 名が研究に同意し、1 年後フォロー時点では介入群 53 名・対照群 62 名が調査継続状態にあった。平均年齢、GAF、診断などで有意差はなかったが、割り付けのスクリーニング合計得点( $p = .015$ )・SBS 総合得点 ( $p = .005$ ) で介入群が有意に高く、WHO-QOL26 で介入群が有意に低かった ( $p = .027$ )。

2) 介入群に行われた 8536 回のコンタクト中 29.2%が報酬有の実コンタクト、30.6%が報酬無の実コンタクト、40.2%が電話コンタクトとであった。また対象者に対して月平均  $5.9 \pm 5.2$  回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で  $301.8 \pm 236.8$  分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない最も多い理由は『入院中の病棟訪問』(28.5%)、次に『契約前の関わり(入院中)』(23.0%)であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また初回入院中に月当たり 8.8 回、月に 297 分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月あたり 4 回前後の有報酬コンタクト、1 回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約 300 分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

3) 介入の効果としては、i) 全体での結果として、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった。(p

=.007)。ii) 支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、①月 180 分以上(介入群の上位 70%)に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意 ( $p = .008$ )、②月 240 分以上(介入群の上位 50%)に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』( $p = .028$ ) および WHO-QOL26 総合得点 ( $p = .016$ )・『心理的領域』( $p = .027$ )・『全般的満足度』( $p = .028$ )にて交互作用が有意・有意傾向であった。iii) 対象層別の効果評価をみると、旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層(A層)と、本研究における軽症層(B層)に分けたところ、A層では、WHO-QOL26 総合得点 ( $p = .016$ )・『環境領域』( $p = .045$ )・で交互作用が有意であった。B層では SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった ( $p = .005$ )。

4) 医療経済評価では、介入群・対照群のあいだに、医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。WHO-QOL26 上昇における費用対効果(CER)を分析すると、CERが高い順に介入群(月240分以上コンタクト)>介入群A層>介入群全体>介入群B層>対照群B層>対照群全体>対照群A層とならんだ。対比する支援に対して増分費用効果費(ICER)が低い=通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群A層への支援、次に介入群月240分以上コンタクト層への支援であった。

### 2. 認知機能リハビリテーションとの効果

1) 認知リハと援助付き雇用の研究については、無作為割付によって認知リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援を受ける群(CR+SE群)と仲介型就労支援のみをうける群(仲介型群)の2群に振り分けられた。分析対象者はCR+SE群47名、

仲介型群 47 名、合計 94 名となった。この 2 群においてベースライン時の患者属性や臨床的評価には GAF 得点 (仲介群 > CR+SE 群) を除いて有意差はなく、割付は概ね成功した。

- 2) 臨床関連指標についてみると、GAF 得点、BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点について交互作用に有意差がみられた。これらの変数について単純主効果の検討を行った結果、群ごとにみると CR+SE 群では認知リハ (CR) を受けた前後で、仲介型群と比べて有意に得点が改善しており、12 ヶ月後でもその改善が維持されているかさらに得点が改善していた。また時点ごとの比較では、GAF 得点はベースライン時と 4 ヶ月時で仲介型群が CR+SE 群と比べて有意に得点が高かったが、12 ヶ月後時点では CR+SE 群の得点の上昇によって両群の有意差がなくなった。BACS の各下位領域の得点については 4 ヶ月後時点では言語性記憶、作業記憶、符号課題および総合得点で、また 12 ヶ月後点では BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点で CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に得点が高かった。
- 3) 就労関連指標では、群間に大きな差が見られ、就労率について CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に多い対象者が就労した (63.8%)。加えて、就労したものの就労回数、雇用契約を結んでいた期間である合計就労期間、実際に働いた日数である合計就労日数のいずれも CR+SE 群は仲介型群と比べて多く、また長かった。就労したものの離職回数を検討すると、両群間に有意差はなかった。また、本研究を遂行する過程で 6 つの研究協力機関はその支援体制から 3 つの支援タイプに分類することが出来、副次的に支援タイプ別にも就労関連

指標について整理した結果、CR+SE 群の就労率がもっともよかった支援タイプは、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプ (地域事業者型) であり、次いで「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプ (医療機関型) であった。

- 4) プロセスデータの分析では、支援タイプにおける臨床的不均一性 (clinical heterogeneity) が確認されたが、就労アウトカムとサービス内容の分析では、就労者は就労前と就労中に 1 ヶ月当たり平均で 6 時間の個別就労支援に関連するサービスと、1 ヶ月当たり 1.5 時間の個別生活支援に関連するサービスを受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16 ヶ月間の就労の有無 (OR=1.04 [95% CIs=1.01 to 1.07], p=0.035) や就労日数の長さ (Coefficient=0.31 [95% CIs=0.08 to 0.55], p=0.010) と関係していた。
- 5) 医療経済評価としては、医療・社会的コストは、介入群の 12 ヶ月間の合計コストが、対照群と比較し、ごくわずかに上回る結果となった。他方、介入群と対照群における積み上げコストの特徴は異なり、介入群では所得保障費が高かった。また、福祉・公的サービス費やデイケア費は、認知リハや就労支援が活発化する中盤までに多くのコストが費やされ、終盤には減少する傾向があった。対照群においては、福祉・公的サービス費が 12 ヶ月継続して一定の割合占めたほか、入院医療費が全体のコストを押し上げる形となった。費用対効果 (CER) としては、介入群における就労期間 (日) の CER は 2 万 972 円であった。他方、対照群の CER は 5 万 3,024 円であった。就労が 1 日伸びた分の増加コストである増分費用効果比 (ICER) は、本研究の場合 1,015 円 (365 日分を仮定すると、約 37

万円)であった。

### 3. スタッフ意識

- 1) モデルを導入していない全国 11 の精神科医療機関のアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群 (n= 89) として、スタッフの臨床姿勢を比較したところ、本研究に参与したスタッフ (介入群) はリカバリー態度尺度において 2 年後得点が、EBP への態度尺度において 1 年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示していた。
- 2) 利用者からの評価も調査したが、介入群ではその多くがスタッフの自己評価と同等であることが確認され、有用な支援が適切に行われていたことが示唆された。

### 文献

- 1) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Census Statement on Mental Health Recovery. National Mental Health Information Center, US Government, 2006
- 2) Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 2006.
- 3) 平成 19 年度 (こころの健康科学) 「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」総合研究報告書 (主任: 伊藤順一郎)
- 4) 平成 19 年度 (労働安全衛生総合研究) 「精神障害者の職業生活における再発予防と就労継続支援のための新たなアプローチの開発研究」総合研究報告書 (主任: 西尾雅明)
- 5) 平成 22 年度 (障害者対策総合) 「精神障害者の認知機能障害を向上させるための「認知機能リハビリテーション」に用いるコンピュータソフト「Cogpack」の開発とこれを用いた「認知機能リハビリテーション」効果検討に関する研究」総合研究報告書(主任: 池淵恵美)
- 6) J. Ito, I. Oshima, M. Nishio, et al: The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123: 398-401
- 7) Cook JA, Lehman AF, Drake R, et al: Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry*, 162(10):1948-56, 2005.
- 8) Bond GR, Becker DR, Drake RE, et al: A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 40:265-284, 1997.
- 9) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, et al: Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatr Serv* 63:758-763, 2012.
- 10) Howard LM, Heslin M, Leese M, et al: Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196(5):404-411, 2010.
- 11) McCabe C, Claxton K, Culyer AJ: The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. *Pharmacoeconomics* 26:733-744, 2008.
- 12) Appleby J, Devlin N, Parkin D: NICE's cost effectiveness threshold. *BMJ* 335(7616):358-359, 2007.
- 13) National Institute for Health and Care Excellence (NICE): The guidelines manual: Process and methods guides, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London, 2012.

14) World Health Organization: Cost-effectiveness thresholds: results for 14 WHO regions. CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE), World Health Organization, Geneva, 2005.

15) Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2, 1998

平成 23-25 年度 総合研究報告書

図 1 : 多施設共同研究の構成

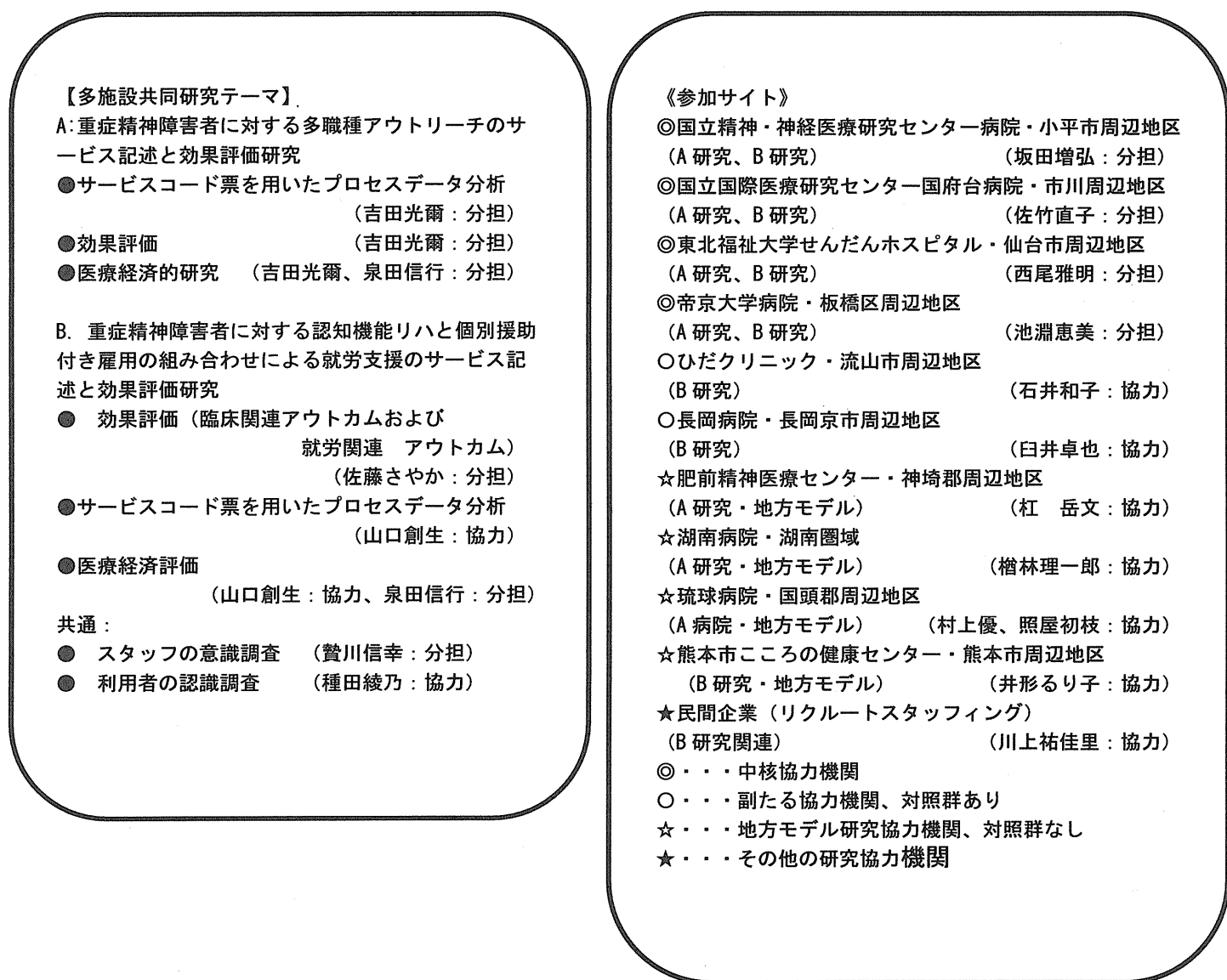


図 2: 多施設共同研究の進め方

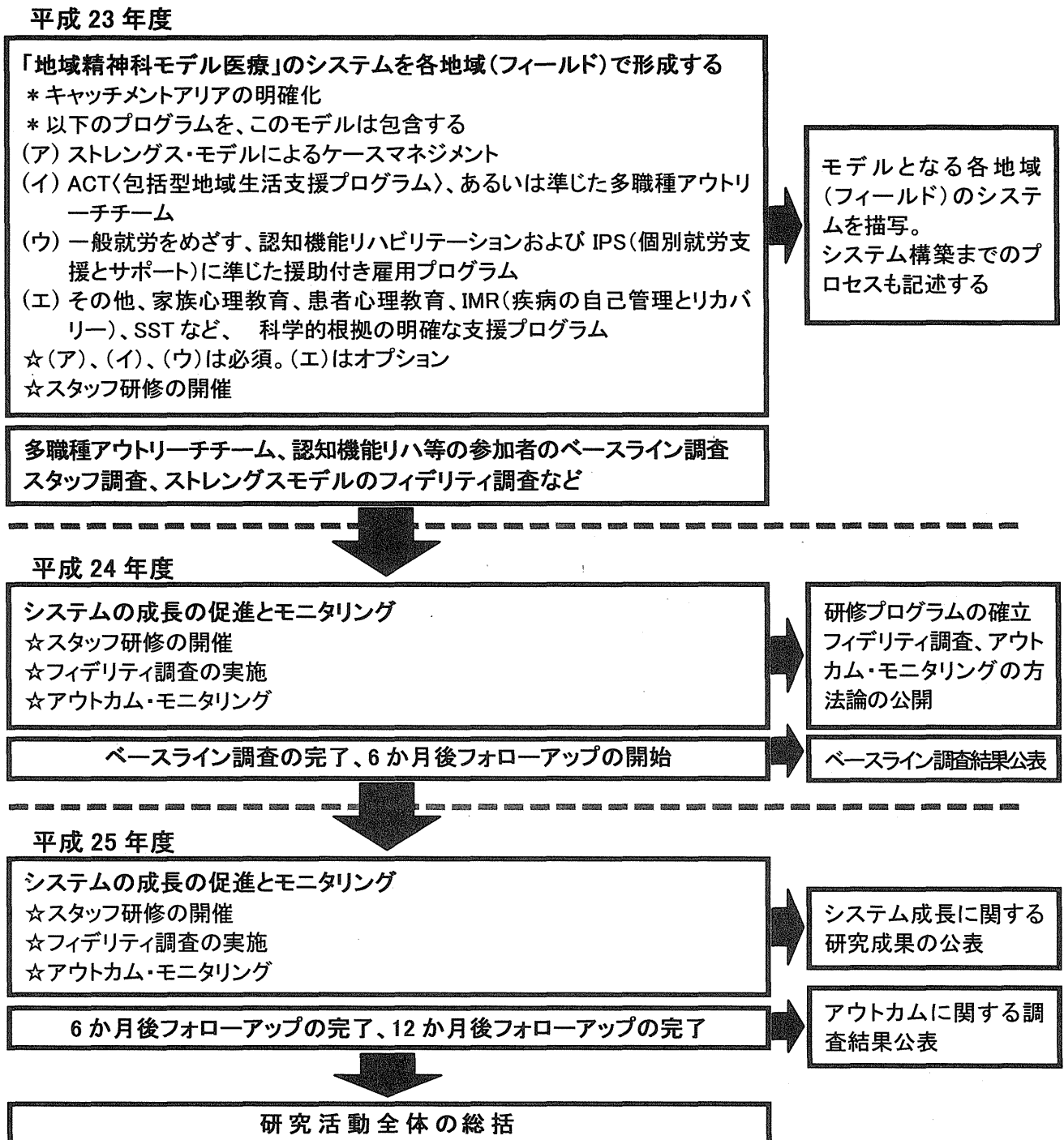




図3：多職種アウトリーチ研究における対象者のリクルートからフォローアップまでのフロー

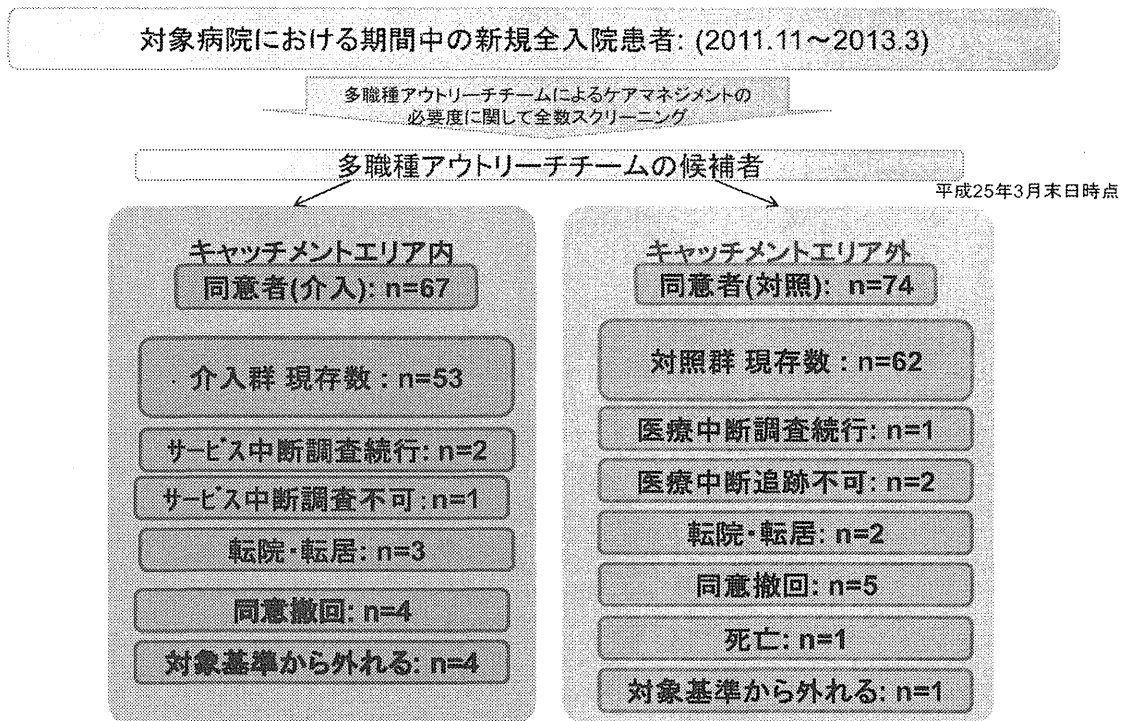
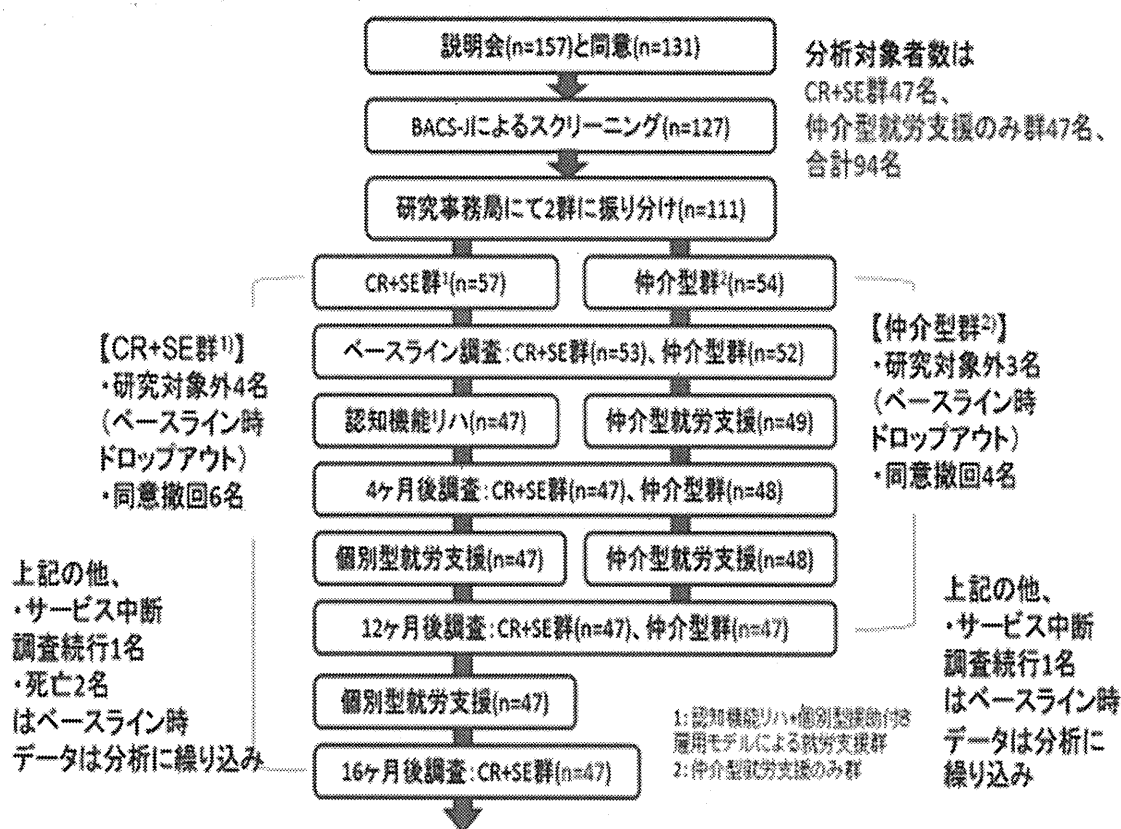


図4：認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデル研究の対象者の  
リクルートとフォローアップのフロー



## 総合研究報告 その2

### 関連研究について

以下は、本研究班において、各年度に実施した「関連研究」の成果の一覧である。年度ごとに集約して述べる。

#### A. 平成23年度関連研究について

##### 1. 全国ACT事業所による診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究

(研究分担者 吉田光爾)

###### 1) 方法：

現在の Assertive Community Treatment (ACT:包括型地域生活支援プログラム) の臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのか/いないのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種

アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的に実施した。全国のACT活動のうち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、全利用者のうち15%を無作為に抽出した(51ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容について、平成23年11月半ば～12月半ばの1ヵ月間に渡り、日常のサービス記録からサービスコード票に転記して調査を行った。

###### 2) 結果：

ACTの臨床活動をサービスコード票への記載から分析した結果、全利用者のうち15%を無作為に抽出した(51ケース)に対する1ヵ月間のコンタクトは、実対面コンタクト857回、電話コンタクト407回であった。職種は医師が8.9%(n=75)、看護職を中心とし

たコンタクトが 36.0% (n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが 17.5% (n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが 30.5% (n=256) であった。また、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であった。

診療報酬の状況については無報酬のコンタクトの割合が、医師が 13.3% (n=10)、看護師が 24.8% (n=75)、作業療法士が 19.7% (n=29)、精神保健福祉士が 38.0% (n=97) であった。また全職種の 1 ヶ月間・51 ケースに支援した合計の総臨床時間に対して、全体の 40.9%である 602 時間 21 分が無報酬となっていた。

## 2. 地域精神保健福祉医療における支援スタッフのストレングス志向の支援態度評価尺度の開発

(研究分担者 費川信幸)

### 1) 方法 :

多施設共同による、地域精神科医療モデルづくりとその効果検証のために、携わる支援スタッフの「ストレングス志向の支援態度」を測定する自記式評価尺度を開発した。アイテムプールから作成した 19 項目を用いて、3 精神科医療機関の臨床スタッフ 332 名を対象に予備調査を行った。

### 2) 結果 :

支援スタッフの「ストレングス志向の支援態度」を測定する自記式評価尺度を開発した。アイテムプールから作成した 19 項目を用いて、3 つの精神科医療機関の臨床スタッフ 332 名を対象に予備調査を行った。291 名から回答が得られ (回収率 87.7%)、構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果、11 項目の 3 下位尺度 (Person-Centered Approach, Shared Decision Making, Strength-Focused Approach) が一定程度の適合度で確認された。また、概ね良好な併存的妥当性 (リカバリー態度尺度との Pearson の積率相関係数[ r ] :

0.12~0.23,  $p < 0.05$ )、再検査信頼性 (ICC: 0.76~0.84)、および内的整合性 (Cronbach の  $\alpha$  係数: 0.65~0.87) が確認された。

## B. 平成 24 年度関連研究について

### 1. 医療経済研究: 精神障害者が利用する制度やサービスの利用状況に関する調査ツールの作成

(研究協力者 山口創生)

(研究分担者 泉田信行)

#### 1) 方法 :

個別の精神保健福祉サービスについての医療経済評価の結果がサービスの法制化に大きく影響を持つ英国で開発された、サービス・コストを調べる面接調査ツールである、クライアントサービス受給票 (Client Service Receipt Inventory: CSRI) を参考に、日本版の CSRI-J を作成した。

CSRI-J では、(1) 所得、(2) 生活保護、障害年金などの所得保障制度の利用額、(3) その他の社会保険制度、(4) 利用した福祉サービス、(5) 病気による損失や間接費、(6) カルテ/レセプト・データから得ることができない医療サービスを収集できるような項目を設定した。作成した項目について、臨床現場で働く職員、医療経済の専門家および行政職から助言とコンセンサスを得て、最終版とした。

#### 2) 結果 :

CSRI の原版を基本にしながら、日本の制度の現状に合わせ、項目を作成した。具体的な項目の例を下記にあげる。(1) 雇用と所得保障の把握について、対象者の雇用形態や時給、労働日数、欠勤日などの項目を設けた。また、精神障害者が利用可能な各種障害年金や生活保護、失業等給付金、福祉手当などの項目を設け、研究対象者が利用した所得保障の総額を把握できるようにした。(2) 福祉・医療サービスに関連する項目として、障害者

自立支援法における基本的な福祉・住宅サービス（介護給付と訓練等給付）を中心に、市町村や都道府県の相談事業に関する項目を設けた。また、自治体、精神保健福祉センター、ハローワークや社会福祉事務所などの公的サービスにおける相談窓口のほか、障害者就労支援センターなど地方自治体独自の取り組みを設けた。(3) 医療サービスに関しては、カルテやレセプト・データを入手できない精神科医療機関で受けた医療サービスについて、研究対象者が把握可能であると推測される範囲で、外来診療、訪問看護、デイケア等についての項目を設けた。

## 2. 多職種アウトリーチに関する研究： Assertive Community Treatmentにおける 各種の支援内容の比較に関する研究：サー ビスコードの分析から

(研究分担者 吉田光爾)

### 1) 方法:

本研究は、平成 20-22 年度厚生労働科学補助金障害保健福祉総合研究事業『精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究』（研究代表者 伊藤順一郎）におけるデータを再集計した。本調査では、対象施設として、全国各地で実施されている ACT プログラムのうち 5 ヶ所を選択、協力を得た。対象者は対象施設の利用者のうち、(1)調査開始時点の過去 1 年間に精神科病棟を退院した患者のうち、(2)診断が統合失調症あるいは双極性障害、かつ(3)文書及び口頭で同意を得た者とした。これらの者に対して、ACT プログラムとして提供されたケアの内容を把握するプロセス調査をサービスコード票を用いて、ベースライン時と、1 年後の 2 時点において各 1 ヶ月間行った、その資料を職種間による差異という観点から再集計、分析した。

### 2) 結果:

NS のコンタクト 244、OT のコンタクト

155、PSW のコンタクト 115 について分析を行った。各職種の平均コンタクト時間に有意差はなかった。「ケアマネジメントに関する実行率」に関しても多くの項目で有意差がなかったが、『本人・家族との関係作り』において職種間で実行率に有意差が見られ、NS>OT,PSW>OT であった。「日常生活支援に関する支援強度」でも多くの項目で有意差はなかったが、『整容に関する支援』において支援強度に有意差がみられ NS>OT であった。「コミュニケーションに関する支援強度」では、「スタッフとの関係性の構築」、「コミュニケーション能力の向上」、「近隣住民との関係」「本人との付き合いに関する家族支援」、「家族自身の困難に関する支援」、「家族へのエンパワメント」などの項目で職種間に有意差が見られた。「症状に関する支援強度」では「精神症状に関する支援」、「睡眠に関する支援」、「通院行動の支援」、「危機介入」、「副作用の観察と対処」、「身体症状の観察と対処」、「身体合併症の観察と対処」、「生活習慣に関する援助」、「排泄の援助」の項目で職種間に有意差が見られた。「社会生活支援に関する支援強度」では有意差のある項目は多くないが、「住環境を保つための援助」に関して、NS>OT となっていた。

### 3) 考察:

職種間で支援強度に有意差のない項目は 47 項目中 29 項目であり、具体的には「ケアマネジメント」は 9 項目中 8 項目、「日常生活支援」は 9 項目中 8 項目、「社会生活に関する支援」は 7 項目中 6 項目に有意差がなく、共通かつ基盤となる支援領域として ACT のスタッフが従事している領域と考えられた。他方、看護師では「症状に関する支援」で作業療法士や精神保健福祉士に対して支援強度が高くなっていた。また精神保健福祉士では「コミュニケーションに関する支援」で支援強度が高くなっていた。

各職種はケアマネジメントを基盤とした超

職種的な役割をとりつつも、各職種の特徴を生かした支援も同時に行われていることが明らかになった。現行の診療報酬制度では、訪問支援に関しては精神保健福祉士の評価は低くなっているが、本研究結果からは、ACTの支援では看護師や作業療法士が必ずしもPSWの上位互換的な存在ではない、という状況が明白であり、将来的に多職種アウトリーチチーム支援を制度化する場合には、こうした診療報酬上の問題については是正されるべきと考えられた。

### 3. 日本のIPS型就労支援実施機関を対象とした郵送調査結果の報告

(研究分担者 下平美智代)

#### 1) 方法:

本研究ではIPS型就労支援の日本版フィデリティ尺度を開発することを最終的な目標に据え、米国のオリジナルモデルの理念や基本構造を重視しつつ、日本の制度のなかでも実施可能な日本版IPS型就労支援スタンダード（標準モデル）を、実践家や有識者と共に作成した。スタンダード作成の方法として、エキスパートコンセンサスによる合意で内容を決定した。「エキスパート」は、研究者およびスタンダード作成委員会メンバー（実践家および有識者）で構成され、スタンダード原案から合計7回の修正を行った。

#### 2) 結果:

21機関中、20機関より回答を得た。対象機関の実施主体で最も多かったのは就労移行支援事業所の9機関（内1機関は株式会社）、次いで精神科病院デイケアが5機関、ACTに特化した訪問看護ステーションが2機関、市区町村から受託している地域の就労支援センターが2機関、訪問型生活訓練1機関、障害者就業・生活センター1機関であった。1機関の就労支援員（ES）数の平均は3.9人

(SD=2.8)で専任のESを持たない機関から10名のESを雇用している機関まで多様であ

った。各機関の各「ESのエフォート率」の自己評価の平均は58% (SD=26.5)であった。また、IPS型就労支援では、ケアマネージャーとなるべき生活支援スタッフが機関内にいることやESのスーパーバイザーがいることが組織構造的な特徴であるが、我が国のIPS実施機関では、生活支援を行うスタッフがいると回答した機関は20機関中14機関(70%)であり、スーパーバイザーについては機関内にいると回答した機関は20機関中8機関(40%)のみであった。

フィデリティ評価からみた特徴としては、ESが生活支援員を兼ねるなど、就労支援に専念できない状況があり、ケアマネージャー的役割をとる生活支援担当者とのチームアプローチで支援が実施されていない機関も少なかつた。ESを支えるシステムとしてのユニットやスーパーバイザーを持つ機関も半数に満たず、組織構造としてはIPS型就労支援の特徴を必ずしも備えていないことが分かった。一方で、ESが提供するサービス内容はIPS型就労支援の特徴に比較的忠実であった。このことから、日本では、組織構造も含めたプログラムとしてIPSを実施している機関は少ないが、サービス内容については高い率でIPSの特徴的な支援を実践しているという姿が浮き彫りになった。

就労支援の実績については、適切に雇用率を算出できたのは13機関のみであった。雇用率を算出できた機関の利用者合計平均は191.7人 (SD=195.4)であった。障害者雇用率の平均は19.8% (SD=9.4)、一般雇用率の平均は6.1% (SD=5.0)であり、雇用率全体では平均25.9% (SD=10.2)であった。この13機関の自己評価フィデリティ、ES数、ESエフォート率について雇用率との関連をSpearmanの相関分析で検定してみたところ、雇用率はフィデリティ得点とは有意な相関が示されず ( $\rho = -.041, p = .893$ )、ES数とは有意傾向のある正の相関が示され ( $\rho = .515, p = .072$ )、ESエフォート率とは有意な正の相関

が示された ( $\rho = .591, p = .033$ )。

#### 4. 「日本版 IPS 型就労支援スタンダード（標準モデル）」作成に係る研究

（研究分担者 下平美智代）

##### 1) 方法：

本研究では IPS 型就労支援の日本版フィデリティ尺度を開発することを最終的な目標に据え、米国のオリジナルモデルの理念や基本構造を重視しつつ、日本の制度のなかでも実施可能な日本版 IPS 型就労支援スタンダード（標準モデル）を、実践家や有識者と共に作成した。スタンダード作成の方法として、エキスパートコンセンサスによる合意で内容を決定した。「エキスパート」は、研究者およびスタンダード作成委員会メンバー（実践家および有識者）で構成され、スタンダード原案から合計 7 回の修正を行った。

##### 2) 結果：

スタンダード原案から 7 回の修正で、日本版 IPS 型就労支援標準モデル第 1 版が完成した。スタンダードは 4 つのパートから構成された。まず、「I. 日本版 IPS 型就労支援標準モデルの趣旨」で、趣旨の説明をおこない、「II. IPS 型就労支援の 8 原則」で日本版としての 8 原則を記述した。オリジナル版の 8 原則からの修正として、「一般雇用」の定義については、「障害者雇用」を含めた。一般雇用については「最低賃金以上の一般求人と障害者求人」での雇用とした。また、補足説明として、「最低賃金が支払われていても、障害者だけを 1 つの会社やセクションに集めて指導員立場のスタッフが管理するような職場は目標としない。上記については、本人の選択として、またリカバリーの過程として否定するものではない。しかし、IPS 型支援では、ソーシャルインクルージョン（社会的包摂）を重要視し、一般市民と共に働く職場を一般雇用として目標とする」と記述した。また、日本では、IPS 実践に取り組んでいる機関で

も、専任の ES もしくはケアマネージャーがいない、あるいはスーパーバイザーのいない機関が少なくないということが、当研究班の調査により判明しているが、この支援プログラムで重要な機能を果たす専門職であることから、「III. IPS 型就労支援における主要な支援スタッフの機能的名称と定義」にこれらの支援スタッフの定義を記述することとした。

スタンダードの最終章は「IV. 標準モデル内容」とした。標準モデル内容は、(1)スタッフ配置、(2)組織、(3)サービスの大項目からなり、これはオリジナルプログラムのフィデリティ尺度 IPS-25 の下位尺度と合わせた。

IPS-25 では、「スタッフ配置」3 項目、「組織」8 項目、「サービス」14 項目である。「スタッフ配置」の日本版の項目は IPS-25 と内容は基本的に同じであるが、日本版標準モデルでは、ケースロードについての詳細な補足説明が加えた。「組織」は、項目数は同じであるが、アメリカでは、精神保健チームに就労支援スペシャリストが入る、という構造になっているが、日本版標準モデルでは、就労支援スペシャリストとケアマネージャーが同じ組織に所属していること、その 2 つの専門家が医療機関のスタッフ（例えば利用者の主治医やソーシャルワーカー）と対面でミーティングするなどして連携する、という内容に変更した。

「サービス」の項目もアメリカ版フィデリティの項目とほぼ同じであるが、「IPS 型就労支援サービスの開始の定義」と「退職支援」を追加した。

#### C. 平成 25 年度関連研究について

##### 1. 「地方モデル」の検討に関する研究

（研究分担者：吉田光爾）

##### 1) 方法：

平成 25 年度より、地方都市における地域精神科医療のモデルのありかたを検討すべく「地方モデル」の研究協力機関を選定した。これは、キャッチメントエリアの広さや社会

資源の密度の異なる地方都市において、基本プロトコルに準じたプログラムを実施し、その地方の特色に合わせて修正した点も含め、ケア内容、医療経済学的効果についてのデータ収集を行おうとしているものである。研究協力は4つの医療機関に依頼した。うち、3つの医療機関では、平成25年度前半の半年間に多職種アウトリーチチームによる支援のシステム構築を行い、対照群をおかずに6ヵ月の追跡調査で臨床的効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。残りの1つの医療機関では、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用のシステム構築を行い、やはり対照群をおかずに、1年間の追跡調査で臨床的効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。

## 2) 結果：

多職種アウトリーチチームに関しては、実施した3つのサイトのデータを統合して、地方モデルの全般的記述と短期アウトカムについて記述ができた。多施設共同研究同様のスクリーニングとインフォームドコンセントによって25名がエントリーした。対象者の臨床像は多施設共同研究を実施した、都市部の対象者とほぼ同様であった。サービスコード票の集計結果によると、コンタクト頻度や時間およびチーム構成はプロトコルに沿ったものが実施可能であった。しかし、全サービスの43%が診療報酬を請求できないサービスであり、必要な支援に報酬がつかない状況がみられた。これは本人を含むケア会議、その他の治療に関する職員同士の会議など所属先の異なる複数の専門職が一人の患者の支援を実施する際に費用の請求先がない、訪問看護ステーションの職員が入院中の患者の退院前支援に入る際にも請求できない状況が生まれる、などによるもので、日本の精神科医療(保健)がネットワークによるチーム支援を想定していないことによるものと思われた。

臨床的成果としては、6ヵ月後の対象者の社会機能や全般的機能、および生活時間の構

成における他者とのコミュニケーション時間には有意な改善がみられた。ただし、追跡期間6ヵ月間に再入院者は7人(28%)あり、この7人は、インデックス入院期間の長さ、退院時精神症状の重さや社会機能の低さ等に共通点はなかった。一方で、サイトによる入院率の違いが見られたことから、支援体制や環境の違いが再入院に関係している可能性が示唆された。

以上から、地方サイトにおける多職種アウトリーチは、都市部でのアウトリーチと同様の臨床像をもつ対象者にニーズがあることが示された。しかしながら、多機関によるネットワークの多職種チーム支援を実施するには、制度的に必要なサービスが無報酬となってしまうという問題が指摘できた。また、地域メンタルヘルスの観点からは、危機介入に対応できるキャッチメントエリアの設定が不可欠であることが示唆された。

一方、地方モデルの認知機能リハビリテーションと援助付き雇用は、診療所機能を持つ精神保健福祉センターで、他の医療機関に主治医を持つ統合失調症者を対象に実施した。80%以上出席した12名について、11名が機能の改善を示し、全員のGAF得点が改善した。終了後は10名が就労や家庭内の家事、2名が就労移行支援事業所への通所となった。一般就労できた2名については、就労継続が13ヵ月および8ヵ月であり、現在まで続いている。

認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせによる就労と就労継続には一定の効果がみられ、それらは6ヵ月以上持続したといえた。

## 2 日本版 IPS 型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究

(研究分担者：下平美智代)

### 1) 方法：

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールを開発し、ツールの信頼性と妥当性の検

証を行うことを第一の目的に、日本のIPS型支援実施機関の特徴を記述することを副次的目的として、調査研究を行った。

平成24年度研究では、前述のように10項目のGOI、25項目のJIPS-25を作成した。この評価ツールを用いて、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している17機関を対象にフィデリティ調査を行った。

## 2) 結果：

10項目のGOI、25項目のJIPS-25よりなる評価ツールを用いて、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している17機関を対象にフィデリティ調査を行ったところ、1機関を除く16機関のJIPS-25評価点が74点以上であった（IPS-25では、73点以下について「援助付雇用とはいえない」と判定する）。

調査で取得したデータから、GOI、JIPS-25共に評価者間信頼性が確認された。妥当性については、IPS標榜群（n=12）はそうでない群（n=5）よりもGOIおよびJIPS-25の得点が高い傾向にあったことから、弁別的妥当性が確認できた。また、IPSを標榜する機関はそうでない機関と比較して、新規登録者数は少ない傾向にあり、就職率および離職率は高い傾向にあった。また、JIPS-25と就職率および離職率とは有意な正の相関が示された。ただし、JIPS-25の下位項目「地域ベースのサービス」の評価の高い機関ほど離職率は低いという結果も示された。

## 3. 障害者就業・生活支援センター全国悉皆調査 （研究分担者：佐藤さやか）

### 1) 方法：

本研究では、今後さらに社会的要請が高まるであろうと予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援の実態を明らかにすることを目的とし、調査を実施した。調査対象は、

平成24年5月1日現在、厚生労働省「障害者就業・生活支援センター事業」によって設置されている全国のセンター、合計316カ所である。調査期間は平成25年6月初旬から2週間程度、調査手法は郵送調査である。

評価項目としては、事業所の属性（法人の種類別、事業実施年数など）、勤務スタッフの属性（年齢、性別、職種、経験年数など）、支援の実績（障害種別ごとの就労者数、就労率、制度利用実績など）、指定した一定期間に実施した精神障害者への就労支援の内容に対する回答、などとし、調査票を作成した。

### 2) 結果：

調査の回収率は62.97%であった。本調査の結果から、全事業所の平均スタッフ数は $4.56 \pm 1.91$ 人であり、少人数で1年間の平均新規登録者数 $69.59 \pm 54.99$ 人、さらに平均全登録者 $343.75 \pm 206.83$ 人を支援している実態が明らかとなった。スタッフは介護や教育など医療となじみが深いとは言えないバックグラウンドをもつもの多く、精神障害を対象とした平均支援経験年数は $4.37 \pm 4.85$ 年で精神障害の障害特性など医療に関連する研修のニーズが高いことも明らかとなった。

障害種別ごとの就労転帰では知的障害では求職中のもの52.1%、障害者求人によって就労しているもの37.6%であった一方、精神障害では求職中のもの68.6%、障害者求人によって就労しているものが19.1%であった。

精神障害者に対する支援実態では、調査に回答した199機関のうち、多くの機関が登録や求職に関する支援開始にあたってなんらかの基準を設けており、いずれも「就労の意欲があるか」、「病状が安定しているか」、「就労について主治医が賛成しているか」の3点を重視している機関が多かった。また精神障害者の支援にあたって困難感・負担感を尋ねた結果、障害特性に関連する項目では「病識がない、もしくは障害受容が進んでいない」、「就労の意欲が不安定であること」、「病状が不安



定であること」に特に困難を感じている機関が多かった。

精神障害をもつ個別ケースについて支援のプロセスを6つの支援要素：(1)関係づくり・アセスメント、(2)就労前訓練、(3)生活支援、(4)医療と関わりのある支援、(5)求職に関する支援、(6)その他に分け、その実施数について尋ねたところ、7割弱のケースでほぼすべての要素を網羅する支援がなされている一方、利用者にとってもっともニーズが高い「求職に関する支援」が未実施ないしは後回しになっているケースが4割程度みられた。登録を試みたものの就労意欲や病状の不安定さによって求職のための支援まで行き着けていない場合が少なからずあることが示唆された。

就労転帰については、過渡的雇用や委託訓練、実習、社会適応訓練などの訓練も含めて何らかの就労機会があったものが約半数であった。就労先をみると障害者求人によって同じ職場に勤めたものの割合がもっとも多く、特例子会社や雇用契約の有る就労継続支援A型を合わせると全体の6割が障害者求人による雇用によって就労していた。これに加えて2割弱のものが一般求人による週20時間以上の雇用で就労していた。ただ、就労先別の平均就労期間をみるといずれの就労先においても半年に満たない平均就労期間となっていた。



## 付録 リスト

### A 多職種アウトリーチ

1. サービスコード（コメディカル）
2. サービスコード（医師）
3. サービスコード（福祉事業所）
4. サービスコード（訪問看護ステーション）
5. スクリーニング票（①小平 ②国府台 ③仙台 ④地方）
6. CSRI-J（対照群用調査票）
7. カルテ調査票
8. 管理的時間調査票

### B 認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用モデル

1. サービスコード（就労移行）
2. サービスコード（デイケア）
3. 事業所調査票

### C 多職種アウトリーチ・個別援助付雇用モデル共通 生活時間調査票

### D スタッフ支援態度

1. スタッフ調査票
2. ストレングス志向（利用者評価）
3. ストレングス志向（スタッフ評価）

### E 関連研究

1. 障害者就業・生活支援センター調査票（利用者状況）
2. 上記 記述例
3. 障害者就業・生活支援センター調査票（事業所）
4. 日本版 IPS 型就労支援スタンダード

# サービスコード記録

医療機関  
コメディカル

I 実施状況		記入者	利用者 I D
1 月 日	平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
2 時 間	① 移 動	( ) 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)	
	② コンタ外時間	( ) : ( ) ~ ( ) : ( ) ※24 時間表記	
	③ 記録・準備	( ) 分	
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看護 師	名	③ P S W
	② 准看護 師	名	④ O T
			⑤ 医 師
			⑥ 心 理 職
			⑦ そ の 他
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅	04 病院・診療所 (外来等)	07 電話 (発信)
	02 グループホーム	05 入院中の病棟訪問	08 電話 (受信)
	03 事業所、訪問看護部門	06 地域 (役所、買い物、散歩等)	09 その他 ( )
5 コンタ外相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ (同機関他部署) 04 スタッフ (外部) 05 その他 ( )		
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル	} 以下7以降の記録は不要	
	02 訪問したが不在		
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録		
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時	03 拒否・コンタクト困難時	05 契約前の訪問
	02 ケア会議	04 退院後1カ月以内の訪問	
	【緊急時：週4日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】		
	06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)		
	07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)		

## II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェックしてください)

8 請求内容	<input type="checkbox"/> 精神科退院前訪問指導料 ⇒	<input type="checkbox"/> 共同指導加算
	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導料 (I) ⇒	<input type="checkbox"/> 複数訪問加算 <input type="checkbox"/> 急性増悪時の頻回算定
		<input type="checkbox"/> 長時間精神科訪問看護・指導加算
		<input type="checkbox"/> 夜間・早朝訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 深夜訪問看護加算
		<input type="checkbox"/> 精精神科緊急訪問看護加算
	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導料 (II) ⇒	<input type="checkbox"/> 3時間超加算
<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導料 (III) ⇒	<input type="checkbox"/> 複数訪問加算 <input type="checkbox"/> 急性増悪時の頻回算定	
	<input type="checkbox"/> 長時間精神科訪問看護・指導加算	
	<input type="checkbox"/> 夜間・早朝訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 深夜訪問看護加算	
	<input type="checkbox"/> 精精神科緊急訪問看護加算	

## III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

9 請求しない理由 【該当する全てに○】	01 職員の資格が該当外	05 退院日当日の訪問
	02 期間内における回数制限以上の訪問	06 同日内の2回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	07 事業所内での支援
	04 入院中の (病棟) 訪問	08 その他 ( )

## IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含まれます)

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ( )