

200501013A

厚生労働科学研究費補助金 労働安全衛生総合研究事業

精神障害者の一般就労と職場適応を支援するための
モデルプログラム開発に関する研究

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 西尾雅明

国立精神・神経センター 精神保健研究所

平成 18(2006)年 4 月

目 次

I. 総括研究報告

精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究	西尾 雅明	3
---	-------	---

II. 分担研究報告

1. ACT と IPS を組み合わせた統合プログラムの効果とプロセスに関する研究	伊藤 順一郎・堀 宏隆	13
2. 精神障害者および知的障害者に対する就労支援アプローチの現状と課題に関する実証的研究	大島 巖	27
3. 小都市における既存地域社会資源統合型IPSモデルの導入とその効果	松為 信雄	41
4. 重い精神障害をもつ人への就労支援 ～ACT-Jにおける個別職業紹介とサポートモデル(IPS)の予備的研究～	西尾 雅明	73

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
平成 17 年度 総括研究報告書

精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に
関する研究

主任研究者 西尾雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所 室長）

研究要旨

目的：障害者自立支援法施行、障害者雇用促進法改正の流れの中、精神障害者就労支援のための技術とシステムの開発は重要な課題である。本研究は3ヶ年計画で、欧米で有効性が実証されている『個別職業斡旋とサポートによる援助付き雇用プログラム（Individual Placement and Support Employment Program:IPS）』を国内で初めて実践し、その評価を踏まえて、医療・保健・福祉と就労支援が一体となり、かつ我が国に適合可能な精神障害者職場適応支援に関するモデルプログラムを開発しようとするものである。

方法：A)包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment:ACT）とIPSの統合モデル（無作為化比較試験）、B)中都市での地域生活支援センターとIPSの統合モデル（ウェイトングリスト法）、C)小都市での既存社会資源（地域生活支援センター、訪問看護ステーションなど）とIPSの統合モデル（事例分析中心）を実施し、医療・生活・職業面での援助効果に加え、支援活動のプロセスを評価し、各プログラムの比較検討を通じて我が国における就労支援の在り方について提言を行う。17年度(3年計画初年度)は、A)B)C)いずれも臨床・研究体制の整備と予備的調査（A)では無作為化比較試験前の、B)ではフィールド地区の既存の就労支援サービスの現状調査を、C)では既に支援を受けている利用者の事例評価）を中心に行った。

結果と考察：初年度の研究成果から、精神障害者就労支援プログラムにおける、①障害特性に合わせたプログラムの重要性(Bより)、②職業前訓練の課題(B)、③職業リハビリテーション的アセスメントを保護的環境下より事業所で実際に行うことの有用性(C)、④生活支援を含めた包括的支援の意義(A,C)、⑤ACTのようなインテンシブな包括的支援との統合により、重度障害者でも一般就労とその継続が可能であること(A)、⑥訪問型・同行支援の必要性(A,C)、などが明らかにされつつある。

結論：各 IPS 統合モデルの臨床・研究体制も順調に整備され、IPS の利点を国内実施でも得られる可能性が示唆されている。今後 2 年間の継続実施によってより多くのデータを収集し、また企業・事業所側に必要な関わりを詳細に分析することで、最終年度には、精神障害をもつ労働者の安全と健康の確保と、彼らにとって快適な職場環境の形成を促進する就労支援の実践モデルを提言することが可能となる。

分担研究者

伊藤順一郎：国立精神・神経センター
精神保健研究所・部長

大嶋 巖：東京大学大学院
医学系研究科・助教授

堀 宏隆：福島障害者職業センター・
障害者職業カウンセラー

松為 信雄：東京福祉大学社会福祉学部・
教授

A. 研究目的

1. 背景

精神障害者の地域ケアが目指されている我が国においても、地域で暮らす多くの精神障害者が一般就労を望んでいる。しかし、実際に提供される就労支援はそのほとんどが「訓練」「福祉的就労」モデルであり、一般就労には結びついていない現状がある。

一方、『個別職業斡旋とサポートによる援助付き雇用プログラム (Individual Placement and Support Employment Program)』(以下IPSと略記)は、米国を中心に13にも及ぶ無作為比較試験が行われており、一般就労率の向上などの有効性が実証されている。

IPSは、我が国の精神障害者職業リハビリテーション領域でこれまで行われてきた、「訓練」モデルや「福祉的就労」モデルとは異なる。どんなに重い障害をもっていても、障害者本人に希望があれば一般就労は可能であるという強い信念に基づいており、①医療・保健・福祉・就労が一体となった多職種チームによる包括的な支援の提供、②ケアマネジメントの手法を用いた専門家による就労前後の継続的・同伴的な支援、③訓練後の就職ではなく、積極的な職場開拓による就職後の訓練の重視、をその主な特徴とする。

2. 目的

本研究は、精神医療・福祉の脱施設化、障害者自立支援法の施行、障害者雇用促進法の改正などの流れの中で、精神障害者の一般就労・職場適応支援のための技術とシステムの開発が重要な課題となっている我が国において初めてIPSモデルの就労支援を実践し、その評価を踏まえて、医療・保健・福祉と就労支援が一体となり、かつ我が国に適合可能な精神障害者職場適応支援に関するモデルプログラムを開発しようとするものである。

また、IPSにより一般就労した障害者の職場適応を支援していく過程を詳細に分析し、企業・事業所側に必要な関わりも検討していくことにより、労働安全衛生の観点から、職場において一定の割合を占める、精神障害をもつ労働者の安全と健康の確保と、彼らにとって快適な職場環境の形成を促進することに寄与することを目的としている。

B. 研究方法

1. 研究計画の概要

本研究の最終ゴールは、3年間にわたる研究結果を総括し、実証的根拠に基づいた、我が国の実情にふさわしい新たな精神障害者職場適応システムのモデルを提唱することにある。しかし、実際にあるモデルが現場で普及することを可能にするためには、利用できる社会資源やシステムの違いなど、地域によって異なる事情に配慮しなければならない。

そのため、本研究では、今後幾つかのモデルを提示するために、A) 重度精神障害者のための包括型地域生活支援プログラムとして現在注目を集めている、Assertive Community Treatment (重症精神障害者の地域生活支援を可能とするために、保健・医療・

福祉にわたる包括的なケアを、多職種スタッフのチームアプローチで、主に訪問の形で提供するプログラム。以下、ACTと略記)の多職種チームとIPSを組み合わせた統合プログラム、B)中都市で既存の社会資源(地域生活支援センター)とIPSを組み合わせたプログラム、C)小都市で既存の社会資源(地域生活支援センター、訪問看護ステーションなど)とIPSを組み合わせたプログラムを実施し、医療・生活面と職業面でのアウトカム(成果)だけでなく、支援活動のプロセスを評価し、それぞれのプログラムの比較検討を通じて、我が国における就労支援の在り方について提言を行う。

平成17年度から19年度まで、相互に連携をとりつつ、以下の拠点において異なるセッティング(A)B)C)でのIPSプログラムの臨床・研究体制を確立することとそのプロセスを記述していくこと、追跡調査を実施していくことに主眼をおき、最終的・総合的な研究総括は平成19年度末に行う予定である。

以下に、A)B)C)それぞれの研究計画を示す。

2. ACTとIPSを組み合わせた統合プログラムの効果とプロセスに関する研究(A)

1) RCT研究

国立精神・神経センター国府台病院で実践されているACT(以下、ACT-Jと略記)にIPSを統合したプログラムを実施する介入群と、通常の治療・リハビリテーションのみを提供する対照群を設けた無作為化比較試験(Randomized Control Trial:以下RCTと略記)による介入研究が本研究の基幹をなす。

平成18年度以降も、IPSの臨床スタッフがACT統合プログラムの就労支援を実

践し、RCTの枠組みで援助効果を評価する取り組みを続けていくが、平成17年度はRCT研究のプロトコルや評価尺度の検討、研究・臨床実施体制などの整備を中心に行った。そのため、月1~2回の頻度で分担研究者会議ないしワーキンググループを開催し、詳細な検討を継続して行った。

2) ACT-JにおけるIPSモデルによる就労支援の予備的研究

今年度行った調査活動としては、ACT-Jでの就労支援における、RCT開始以降の取り組みとそれ以前の取り組みを比較するために行った基礎的予備研究がある。これは、ACT-JでIPSモデルによる就労支援を導入した平成16年10月からの1年間に就労支援サービスの対象となった33名のデータ分析と聞き取り調査から、就労成功の要因を探り、利用者による満足度評価を行おうとするものである。

3) フィデリティ尺度とサービスコードからみた、ACT-JにおけるIPSプログラムのプロセスに関する研究

IPSモデルの定式化・標準化を行うために、プログラムのプロセス評価を適切に行い、効果的な援助要素(critical components)をフィデリティ尺度(fidelity scales: 実践忠実度尺度)として抽出する必要がある。研究初年度に当たる今年度は、アメリカで開発されたIPSのフィデリティ尺度の日本語版を作成し、その尺度を用いて3ヶ月おきに、ACT-JにおけるIPSプログラムの実施状況を明らかにした。同時に、日々の記録を電子記録によって体系的に整理する試みとしてサービスコードを作成し、就労支援に関わる状況を把握した。

3. 中都市で既存の社会資源(地域生活支援センター)とIPSを組み合わせたプログラムの効果とプロセスに関する研究(B)

国内で唯一、本格的なACTを試行しているACT-Jのある市川市においてIP

Sユニットを形成し、そこからスタッフを派遣する形で地域生活支援センターにおけるIPSモデルを実施・評価するために、平成18年度以降には以下のような計画で臨む予定である。

すなわち、市川地区の公設地域生活支援センターにIPSユニットのスタッフを派遣し、プログラムの評価を行う。そのため、IPS対象者をエントリーするための準備作業として、地域生活支援センターが援助対象として登録する約500人の利用者のセンター利用状況と就労支援の実施状況、およびそれらと基礎情報との関係を明らかにするための資料整理を完成させた後、ACT利用者と同等の基準を満たした利用者にIPS参加の呼びかけ調査を実施する。就労支援に関心を示した対象者に対して説明会を開催して、参加意思を表明した人たちの対象者リストを作成する。そのうえで、IPSへの登録者を毎月5名以内とし、エントリー時期をずらして追跡調査を実施する。ウェイティングリスト法による比較検討を行い、援助効果を明らかにする。

上記の比較研究の予備的研究として、平成17年度には、これまで地域の既存の障害者就労支援機関が行ってきたサービスの現状調査を施行した。

精神障害者群21名、知的障害者群26名およびそれぞれの支援スタッフを対象として、面接形式にて質問紙による調査を行った。調査内容は、支援に対する満足度(CSQ-8)、支援についての評価を問うものであり、量的に記述された。その得点を障害群間で比較し、障害の種類と就労の成否を独立変数にとった二元配置分散分析を行なった。また、障害者本人の同意を得たうえで、支援を行ったスタッフには配布形式にて各対象者に提供した支援に関する質問紙調査を行った。

4. 小都市で既存の社会資源（地域生活支援センター、訪問看護ステーションなど）とIPSを組み合わせたプログラムの効果とプロセスに関する研究(C)

IPSプログラムにみられる相談からフォローアップまでの「訪問型個別就労支援」の方法を、社会資源の少ない地方の中小都市において効果的に展開させるためのシステムを検討することを目的として、愛媛県宇和島地域を実践的研究調査の対象地域とし、精神病院を中核とする医療法人の傘下の職員で訪問型個別就労支援チームを編成して、実践活動を通じた事例収集と支援内容などに関する調査を実施する。また、支援者の育成過程についても、支援チームの構成員に対する個別的な構造化面接によって検証し、医療・福祉の専門職が就労支援の知識と技術を獲得する過程を明らかにする予定である。

平成17年度は、2004年7月から2006年12月までに支援を提供した32名の調査を実施した。2006年12月時点での就職者は6名、復職者は1名で、訪問支援件数は530件だった。雇用に結びついた4事例、雇用には至らなかったが職業準備性が高まった2事例、医療を含めた包括的な支援で再入院を防止した1事例の計7名の事例分析を、①本人に関すること：属性、主訴、生活歴（病歴、学歴、職歴）、職業能力、治療経過、支援計画、②支援の経過：相談内容、アセスメント、プランニング、職場開拓、フォローアップ、③まとめ、④支援履歴、以上の項目に沿ってまとめた。

C. 結果

1. 研究全体の進捗状況

国内で初めてIPSを取り入れたACT-Jとの統合プログラムのRCT介入評価研究を行うだけでなく、IPSを既存の社会資源と組み合わせたプログラムを実施し、

ACT統合モデルとの比較を行いつつ、日本の障害者職場適応支援システムと地域精神保健福祉システムに適合した実践モデルの開発と導入について検討する本研究は、平成17年度が、3ヶ年計画の初年度であり、いずれも臨床・研究体制の整備と予備的調査・研究の報告が中心となるが、概ね順調に進んでいると言える。

2. ACTとIPSを組み合わせた統合プログラムの効果とプロセスに関する研究 (A)

1) RCT研究

a. 研究実施体制の整備

ACTとIPSの統合プログラムの有効性を検証する方法として、疫学研究の倫理指針に沿ったRCTを採用し、研究プロトコルや評価尺度、研究実施体制について分担研究者会議などで詳細な検討を行った。その結果、以下のようなデザインでの実施が確定した。

平成17～18年度にかけて12ヶ月間のエントリー期間中に国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院した者の中で、一定の加入基準を満たし、かつ研究参加への同意を示した重症精神障害者(統合失調症および感情障害が中心)に対し、介入群と通常地域リハビリテーション援助を受ける対照群とに無作為割付を行い、各群50名前後のエントリーを目標とする設定とした。援助効果の指標としては、地域滞在日数、入院日数・回数、一般就労の週当たり就労時間数・賃金、抗精神病薬投与量などの情報と、精神症状評価尺度(BPRS)、機能の全般評価(GAF)、生活の質(QOLI)などの臨床評価、および対象者本人および家族に対する自記式質問紙調査の結果から、IPSの援助効果を明らかにするデザインとした。対象者本人に対する質問紙調査では、地域生活自己効力感尺度、援助サービス参加準備性尺度、サービス満足度、服薬治療態度

尺度などを用いることとし、調査用具類の整備を行った。臨床評価・質問紙調査の実施時期は、加入の指標となった入院から退院して2週後、6ヶ月後、12ヶ月後とした。これに合わせ、病棟で提示する加入基準調査協力依頼のポスターや利用者・家族への説明文書・同意文書・同意撤回文書などを作成し、病院医局との連携体制を確認した。

平成17年10月14日に国立精神・神経センターの倫理審査で承認を受け、平成17年11月1日より、RCT研究のエントリーとエントリー直後の包括的な評価が順調に開始されている。

b. 臨床チームの編成

臨床面では、国内で唯一、本格的なACTプログラムの試行モデルを展開しているACT-Jのある市川市で、スーパーヴァイザー役となるIPSコーディネーターと3名の就労支援スペシャリスト(Employment Specialist:以下、ESと略記)から構成されるIPSユニットを形成し、そのうち2名のESを、IPSユニットからACT-Jに派遣する形で臨床体制を整えた。週1回、ユニット内のミーティングを開き、事例や職場開拓についての検討を行っている。また、近隣の事業主の理解を得て職場開拓を進めていくためのツールとして、各種のパンフレットやニューズレターの作成、印刷を行った。同時に、地域の障害者就労支援専門機関との情報交換、就労支援に関する研修会への協力などを通じて、地域の関係機関とのネットワーク形成を進め、今後の臨床活動に必要な基盤整備を推し進めてきた。

2) ACT-JにおけるIPSモデルによる就労支援の予備的研究

a. ACT-IPS利用者の基本属性は、平均年齢が34歳で男女比は半々程度、7割近くが家族と同居し、学歴は高卒が中心で主診断名は統合失調症圏が70%を占めた。初発の

平均年齢は23.7歳、罹病期間の平均は10.5年である。過去に働いた経験をもつ者が80%を占めた。

b. 2004年10月1日から2005年9月30日の間で、33名のうち13名が事務補助、給食の配膳、スーパーレジ、配達などの一般就労をしていた。就労継続日数の平均は57 (SD:49.8) 日、平均時給は914.5 (SD:212.6) 円であり、経験した一般就労の平均回数は1.7 (SD:0.75) 回であった。

c. 就労群と非就労群では精神症状 (BPRS)、社会生活機能 (GAF) とともに有意差があり、就労群の方がGAFのスコアが高く、BPRSの総点は低かった。

d. 利用者属性と就労有無の関連で有意差が得られた項目は、「性別」、「結婚の有無」、「ACT加入時の入院日数」、「退院2週間後のGAF」、「退院2週間後のBPRS」、「就労支援サービスがACTで提供された全臨床サービスに占める割合」の6項目であった。精神疾患の重症度が低く、社会性の高い意欲的な女性に就労支援サービスを集中的に提供すると就職しやすいと解釈された。

e. サービス満足度と就労有無との関連は認められなかったが、聞き取り調査の結果、利用者ごとに支援ニーズが異なるため、支援を進める際は利用者とは十分時間をかけた話し合いを行い、個別のニーズに応え、必要があれば積極的な同行支援サービスを提供する必要があると考えられた。社会経験の乏しい利用者の場合は、時間をかけた教育的な関わりが必要であること、キャリア発達の過程では、仕事以外にも地域の資源の中で本人の興味のあることにつなげていくことの大切さなどが考察されている。

3) フィデリティ尺度とサービスコードからみた、ACT-JにおけるIPSプログラムのプロセスに関する研究

a. IPSフィデリティ尺度の変化については、IPSをACTに導入する前は70%程

度のIPS実施度であり、導入後は90%以上の実施度だったが、ESの担当利用者数増加等の影響で最近はその値が低下している。

b. 2005年1-5月までの5ヶ月間、ACT-Jにおいて就労支援に関する援助サービスがどのように行われたのかをコンタクト件数でみると、就労支援全体のコンタクト数は329件であり、電話を除くACT臨床活動の全コンタクト数2232件の14.7%を占めていた。この割合は、2003年5-9月の3.1%、2004年4-6月の8.3%という値と比較すると、IPSの導入により順調に増加してきていると言える。

3. 中都市で既存の社会資源 (地域生活支援センター) とIPSを組み合わせたプログラムの効果とプロセスに関する研究 (B)

平成17年度には、これまで地域の既存の障害者就労支援機関が行ってきたサービスの現状調査を施行した。

1) 利用者に支援プログラムの内容を問う項目では、サービス満足度と職業前訓練に対する評価において、精神障害群が知的障害群よりも有意に評価が低かった。

2) 利用者のサービス満足度において就労の成否で差があった項目は半数のみであり、利用者が支援に対して求めることには、就労以外の何らかの要素が関連していると考えられた。

3) 支援スタッフによる評価では、すべての項目において障害の種類による差はみられなかった。

4) 次いで障害群別に利用者と支援スタッフの回答を比較したところ、支援スタッフの回答は精神障害者群とより近似していた。しかし、職業前訓練に対する評価では支援スタッフの認識よりも精神障害者自身の評価が低く、職業前訓練が精神障害者群に適した形では提供されていないことが示唆さ

れた。

5) 以上より、同じ施設で同じアプローチの就労支援を受けても、障害の種類により利用者の満足度や評価に差がみられることが示された。この差は、障害特性に合わせて柔軟に対応できる支援プログラムを構成することで改善可能であると考えられる。今後は障害によらず共通化できる支援と障害特性に対応すべき支援とを見極めることが急務である。少なくとも精神障害者に対しては狭義の就労支援のみに特化せず、その土台となる生活圏まで踏み込んだより包括的で密度の高い支援アプローチを模索していくことが望まれる。

4. 小都市で既存の社会資源（地域生活支援センター、訪問看護ステーションなど）とIPSを組み合わせたプログラムの効果とプロセスに関する研究（C）

精神障害者地域生活支援センターを中心とした既存の地域活動にIPSモデルを導入するに際して、相談からフォローアップまでを支援する「訪問型個別就労支援チーム」を、社会資源の少ない地方小都市で効果的に展開させる可能性を探るため、愛媛県宇和島地域で精神病院を中核とする法人の職員で編成された訪問型個別就労支援チームの実践活動を調査した。

1) 支援対象者は、2004年7月から2006年12月までの期間で32名おり、2006年12月時点での就職者は6名、復職者は1名で、訪問支援件数は530件だった。7名の事例分析から、以下のことが明らかになった。

2) 訪問型個別就労支援チームは、社会資源の少ない小都市でも、地域特性を反映しながら実践することが可能であること。

3) スタッフが就労支援の未経験者であっても、外部専門家のスーパーバイズによって就労支援担当者として育成が可能であること。

4) 訪問型個別就労支援チームの実践から、「事業所をアセスメントと就労準備の場に活用することの有用性」、「日常的訪問支援の重要性」、「事業所との信頼関係構築の方策の重要性」、「家族との関係を深めることの重要性」、「ピアグループの有用性」、「就労と生活を包括的に支援することの重要性」が指摘された。

D. 考察

1. 初年度の研究成果について

精神障害者就労支援プログラムにおける、①障害特性に合わせた就労支援プログラムの重要性(Bより)、②職業前訓練の課題(Bより)、③職業リハビリテーション的アセスメントを保護的な環境下より実際の事業所で行うことの有用性(Cより)、④生活支援を含めた包括的な支援の意義(A,Cより)、⑤特にACTのようなインテンシブな包括的支援と統合することによって、重度障害者でも一般就労とその継続が可能であること(A)、⑥訪問型の同行支援の必要性(A,Cより)、などが明らかにされつつある。これは、まさに、既存の就労支援サービスにはないIPSプログラムの利点を、国内の実施でも得られる可能性を示唆している。

2. ツールキット開発について

IPSモデル定着のためのツールキット開発に関しては、アメリカの連邦保健省薬物依存精神保健サービス部(SAMHSA)が進める連邦「科学的証拠に基づく実践(EBP)」ツールキットプロジェクトの用具類をプロジェクトチームの了解を得て翻訳し、研修テキスト、臨床・評価マニュアルとして活用する予定である。平成17年度の時点ではアメリカのツールキットの最終版が発行されなかったため、翻訳作業に着手できなかったが、学会などとの連携により、翻訳体制は整っている。

平成18年度から19年度にかけて、翻訳準備・作業を進める。また、効果評価研究、プロセス研究の成果をもとに、我が国の社会・文化に適合したツールキットを、ガイドラインやフィデリティ尺度などを含めて開発する予定である。

E. 結論

各 IPS 統合モデルの臨床・研究体制も順調に整備され、IPS の利点を国内実施でも得られる可能性が示唆されている。今後 2 年間の継続実施によってより多くのデータを収集し、また企業・事業所側に必要な関わりを詳細に分析することで、最終年度には、精神障害をもつ労働者の安全と健康の確保と、彼らにとって快適な職場環境の形成を促進する就労支援の実践モデルを提言することが可能となる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表など

・小嶋ひかる, 香田真希子, 西尾雅明, 伊藤順一郎: ACT-J における就労支援活動の取り組み. 職リハネットワーク 57:24-26, 2005.

・大島巖, 香田真希子: IPS モデルを用いた個別就労支援—ACT-J プロジェクトの取り組みから. 精神認知と OT, 2:289-293, 2005.

・山内洋治, 長岡大文, 野口睦月, 小川泉, 増本志保, 梶山朋恵, 内山和志, 大山哲, 立石宏昭, 松為信雄, 倉知延章: 訪問型個別就労支援の実践とその効果—1. 日本精神障害者リハビリテーション学会第 13 回大会論文集, 2005.

・梶山朋恵, 増本志保, 山内洋治, 長岡大文, 野口睦月, 小川泉, 内山和志, 大山哲, 立石宏昭, 松為信雄, 倉知延章: 訪問型個別就労支

援の実践とその効果—2. 日本精神障害者リハビリテーション学会第 13 回大会論文集, 2005.

・長岡大文, 小川泉, 野口睦月, 山内洋治, 増本志保, 梶山朋恵, 内山和志, 大山哲, 立石宏昭, 松為信雄, 倉知延章: 訪問型個別就労支援の実践とその効果—3. 日本精神障害者リハビリテーション学会第 13 回大会論文集, 2005.

2. 学会発表など

・小嶋ひかる, 香田真希子, 西尾雅明: 精神障害者に対する新しい就労支援のアプローチ. 職業リハビリテーション研究発表会, 幕張, 平成 17 年 11 月 30 日.

・小嶋ひかる: 精神障害を抱える人への就労支援—アメリカにおける IPS (個別職業紹介とサポート) の実践と ACT-J での導入. 日本精神障害者リハビリテーション学会, 大阪, 平成 17 年 12 月 4 日.

・小嶋ひかる: ACT-J における IPS の実践—ACT-J 臨床チーム Employment Specialist (ES) -. 国立精神・神経センター精神保健研究所平成 17 年度医学課程研修, 市川, 平成 18 年 2 月 15 日.

・松為信雄, 倉知延章, 立石宏昭, 渡辺三郎: 精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究—小都市における既存地域社会資源統合型 IPS モデルの導入とその効果—. ACT/IPS 研究班合同研究報告会, 東京, 2006.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

II. 分担研究報告書

厚生労働科学研究補助金（労働安全衛生総合研究事業）

精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究
分担研究報告書

ACTとIPSを組み合わせた統合プログラムの効果とプロセスに関する研究

分担研究者 伊藤順一郎(国立精神・神経センター精神保健研究所 部長)
堀 宏隆 (福島障害者職業センター 障害者職業カウンセラー)

西尾雅明*1、伊藤順一郎*1、大島巖*2、堀宏隆*3、久永文恵*1、鈴木友理子*1、
堀内健太郎*1、香田真希子*1、小川ひかる*1

- *1 国立精神・神経センター精神保健研究所
- *2 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
- *3 福島障害者職業センター

研究要旨

国立精神・神経センター国府台病院で実践されているACT（ACT-J）にIPSを統合したプログラムを実施する介入群と、通常の治療・リハビリテーションのみを提供する対照群を設けた無作為化比較試験(Randomized Control Trial：RCT)による介入研究を行い、ACT+IPS統合プログラムの援助効果とプロセスを評価することが、本研究の目的である。

本研究は3ヶ年計画であり、平成18年度以降もRCTの枠組みで研究活動を続けていく予定であるが、平成17年度はRCT研究のプロトコルや評価尺度の検討、研究・臨床実施体制整備などの活動が中心となった。そのために、月1～2回の頻度で分担研究者会議・ワーキンググループを開催し、上記課題について詳細な検討を継続して行った。その結果、以下のようなデザインでの実施が確定した。

平成17～18年度にかけて12ヶ月間のエントリー期間中に国府台病院精神科に入院した者の中で、一定の加入基準を満たし、かつ研究参加への同意を示した重症精神障害者に対し、介入群と通常の地域リハビリテーション援助を受ける対照群とに無作為割付を行い、各群50名前後のエントリーを目標とする設定とした。援助効果の指標としては、精神科サービスの利用状況、臨床評価、心理社会的評価、就労関連結果、家族の心理的結果などからIPSの援助効果を明らかにするデザインとし、調査用具類の整備を行った。評価実施時期は、加入の指標となった入院から退院して2週後、6ヶ月後、12ヶ月後とした。平成17年10月14日に国立精神・神経センターの倫理審査で承認を受け、平成17年11月1日より、RCT研

究のエントリーとエントリー直後の包括的な評価が順調に開始されている。

臨床面では、ACT-Jのある市川市でIPSコーディネーターと就労支援スペシャリスト（ES）から構成されるIPSユニットを形成し、ユニットのESをACT-Jに派遣する形で体制を整え、ユニット・ミーティングの開催や各種パンフレット、ニューズレターを作成を行った。また、地域の関係機関とのネットワーク形成を進め、今後の臨床活動に必要な基盤整備を推し進めてきた。

ACT-JにおけるIPSプログラムの実施状況を明らかにするために、アメリカで開発されたIPSのフィデリティ尺度の日本語版を作成し、その尺度を用いて3ヶ月おきに、同時に、日々の記録を電子記録によって体系的に整理する試みとしてサービスコードを作成し、就労支援に関わる状況を把握した。

IPSフィデリティ尺度の変化については、ESの担当利用者数増加等の影響を受けるが、IPSをACTに導入する前は70%程度のIPS実施度が導入後は90%以上の実施度を示した。また、電話を除くACT臨床活動の全コンタクト数のうち就労支援に関するコンタクト数の割合は、IPSの導入により順調に増加してきている。

国府台におけるACTとIPS統合モデルの臨床・研究体制は順調に整備されている。今後2年間の継続実施によってより多くのデータを収集し、最終年度には、精神障害をもつ労働者の安全と健康の確保と、彼らにとって快適な職場環境の形成を促進する就労支援の実践モデルを提言する予定である。

A. 研究目的

1. 背景

我が国の精神保健福祉施策が「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性を推進しているなか、重い精神障害をもつ人々への地域生活支援システムやプログラムの更なる発展が望まれており、とりわけ彼らの「地域で働きたい」という希望に対して、適切な支援を提供することは重要な課題である。精神障害をもつ人たちの多くは「働きたい」と考えているが、これまで彼らのニーズに応える支援が十分には提供されてこなかったのが実情である。

「個別職業斡旋とサポートによる援助付き雇用プログラム (Individual Placement and Support)」(以下IPSと略記)は、我が国の精神障害をもつ人々に対する職業リハビリテーション領域においてこれまで行

われていた、「訓練」モデルや「福祉的就労」モデルとは異なるものである。IPSはどんなに重い障害をもっている、障害をもつ本人に希望があれば一般就労は可能であるという強い信念に基づいており、①医療・保健・福祉・就労支援が一体となった多職種チームによる包括的な支援の提供、②ケアマネジメントの手法を用いた専門家による就労前後の継続的・同伴的な支援、③訓練後の就職ではなく、積極的な職場開拓による就職後の訓練の重視をその主な特徴とする。IPSの基礎となる6原則は次の通りである：①一般就労に焦点化すること、②プログラムへの加入資格はクライアントの選択に基づくこと、③迅速な求職活動、④職業リハビリテーションと精神保健の統合、⑤クライアントの好みに注目すること、⑥期限のない個別化された支援を提供すること。

2. 目的

精神障害をもつ人たちの一般就労と職場適応を支援することは、障害保健福祉施策における課題であるばかりでなく、事業所における労働安全衛生推進の観点からも極めて重要である。国外でその有効性が実証されているプログラムの利点を取り入れつつ、我が国のこれまでの障害者就労支援の在り方を見直すことが求められているといえる。

本研究は、欧米でその有効性が実証されている IPS を国内で初めて実践し、その援助効果とプロセスを評価する。その結果を踏まえて、医療・保健・福祉・就労支援が一体となり、かつ我が国の精神保健システムに適合可能な、精神障害をもつ人たちの職場適応支援に関するプログラムモデルを開発しようとするものである。

B. 研究方法

1. 3年計画の概要

本研究の実施手順（3年計画）の概略を以下に記す。

1) 重い精神障害をもつ人たちのための包括型地域生活支援プログラムとして注目を集めている、Assertive Community Treatment（以下、ACTと略記）の多職種チームとIPSを組み合わせた統合プログラムを実施する。

2) そのため国内で唯一、本格的なACTプログラムの試行モデル（ACT-J）を展開している国立精神・神経センター国府台地区のある市川市で、IPSユニットを形成する。

3) ACTとIPSの統合プログラムの有効性を検証する方法として、疫学研究の倫理指針に沿った無作為化比較試験(Randomized

Control Trial:以下RCTと略記)を採用し、以下の通り実施する。

4) 平成17～18年度にかけて12ヶ月間のエントリー期間を設け、国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院して一定の加入基準を満たし、かつ研究参加への同意を示した重い精神障害をもつ人たちを無作為に、介入群と通常の地域リハビリテーション援助を受ける対照群に振り分け、各群50名前後のエントリーを目指す。

5) 介入群には、平成19年度まで統合プログラムによる継続的な援助を提供する。この間、両群に対し、指標となった入院からの退院後12ヶ月間に及ぶ追跡調査を行い、医療・生活面と職業面での成果を比較することで統合プログラムの援助効果を実証的に明らかにするとともに、支援活動のプロセス評価も行う。

2. 初年度について

本研究は、国内で初めての臨床サービスを新たに立ち上げ、さらにそれをRCTのデザインで評価しようとするものであり、研究・臨床実施体制の整備にある程度の時間を要する。そのため、初年度にあたる平成17年度は、RCT研究のプロトコルや評価尺度の検討、研究・臨床実施体制などの整備を中心に行った。そのため、月1～2回の頻度で分担研究者会議ないしワーキンググループを開催し、詳細な検討を継続して行った。

C. 結果

1. RCT研究プロトコル

以下のような研究プロトコルを作成した。

1) 研究目的

前述した IPS+ACT の効果に関して、職業的な成果（一般就労率、一般就労の日数、一般就労についての時間、賃金など）を指標として評価する。また臨床的な状況や QOL（生活の質）などの職業以外の成果と、職業的な成果がどのように関連するかについても同時に評価する。なお、本研究でいう一般就労とは、以下の全ての基準を満たすものとする。

- a. 最低賃金以上
- b. 少なくとも週に 5 時間以上の勤務
- c. 一般の地域住民に開かれた職場であること
- d. 一般就労には、作業所、過渡的雇用、ボランティアは含まれない

2) 研究仮説

- a. IPS+ACT 参加群は、対照群に比べて、一般就労率が高くなる
- b. IPS+ACT 参加群は、対照群に比べて、一般就労にかかわる時間・日数（就労期間）が増加する
- c. IPS+ACT 参加群は、対照群に比べて、より高い賃金を得る
- d. IPS+ACT 参加群は、対照群に比べて、症状が軽減する
- e. IPS+ACT 参加群は、対照群に比べて、金銭面やレジャーに対する高い満足感、自尊心の向上を得る

3) 研究デザイン

Randomized controlled trial（無作為化比較試験）の形で IPS+ACT 統合プログラムの援助効果を検討する。介入群は「IPS を ACT に統合したプログラムに参加しているもの」とし、50 名前後のエントリーを目標とする。また、非介入群は「通常の治療・

リハビリテーションを受けているもの」とし、同じく 50 名前後のエントリーを目指す。

4) 対象者

a. エントリークライテリア（加入基準）

国府台病院精神科に入院した者のうち、以下の項目に該当する者。

- (1) 年齢：18 歳以上、60 歳未満
- (2) 居住地：市川市、船橋市、松戸市
- (3) 主診断（持続的に障害をもたらしている診断名）：脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害（F06-F07）、統合失調症・妄想性障害（F2x）、感情障害（F3x）、神経症性障害（F4x）、生理的障害（F5x）のもの。痴呆性疾患（認知症）（F00-05）、物質による精神障害（F1x）、人格障害（F6x）、精神遅滞（F7x）が主診断である者は除外。
- (4) 過去 2 年間の精神医療の利用（いずれか 1 つ）：①入院回数：2 回以上、②入院日数：100 日以上、③精神科救急の利用：3 回以上（緊急対応を要しない時間外受診は除く）、④医療中断：3 ヶ月以上
- (5) 日常生活機能：過去 1 年で最高の GAF を主治医聞き取りにより評価し 50 点以下のもの
- (6) ただし、主診断が統合失調症・妄想性障害（F20, 21, 22, 25）、感情障害（F30, 31, 33）の場合は、「過去 2 年間の精神医療の利用、もしくは日常生活機能のいずれかの項目を満たす者」とし、主診断が脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害（F06-07）、統合失調症・妄想性障害（F23, 24, 28, 29）、感情障害（F32, 34, 38, 39）、神経症性障害（F4x）、生理的障害（F5x）などの場合は、「過去 2 年間の精神医療の利用、かつ日常生活機能のそれぞれの

項目を満たす者、とする。

b. 各基準選択の理由

(1) 年齢

児童福祉法のいう児童をこえた年齢のものであり、若く地域での自律した生活の継続が期待される年齢層をターゲットとした。これは、New-Long-stay を作らず、ゆくゆくはこの群の病床削減と質の高い地域生活の維持に貢献するという IPS+ACT プログラムの目的にも合致した年齢層である。

(2) 住居

千葉県西部の3市であり、人口動態、医療・福祉サービスの資源や制度が共通している。また、これら3市は近接しているため、いずれの市の医療・福祉サービスの利用も可能である。また、スタッフが訪問するにも、最大1時間半程度で訪問可能な地理的距離にある。

(3) 診断

これまでの欧米での先行研究では、ACTは重い精神障害を持つ人々を対象にすることで費用効果が高くなると報告されており、IPSはそのような対象者を抱えるACTプログラムとの密接な連携のもとで展開される。重い精神障害の定義として、診断的に、いわゆる精神圏の診断（統合失調症・妄想性障害（F2x）のうち、統合失調症（F20）、分裂病型障害（F21）、持続性妄想性障害（F22）、分裂感情障害（F25）、そして感情障害（F3x）のうち躁病エピソード（F30）、双極性感情障害（F31）、反復性うつ病性障害（F33））を持つ者は、症状や社会機能に疾患の影響を持続的に受けながら生活していると考え、以下の精神医療の頻回利用、あるいは日常生活困難の項目で該当するものとした。

これらの診断以外にも、国府台病院精神科に入院した症状精神病の診断を持つ人々（F06-07）も、背景にある器質的疾患よりも精神症状やそれに伴う機能障害のほうが生活に影響をもたらしていることが考えられるため、本研究の対象とした。また、統合失調症圏のうち一過性に症状を呈する病態、つまり急性一過性精神病性障害（F23）、感応性精神障害（F24）の者、感情障害のうちうつ病性エピソード（F32）、持続気分障害（F34）の者、神経症性障害（F4x）、生理的障害（F5x）の者については、過去2年間の精神医療利用、かつ日常生活機能のそれぞれの項目を満たすものに限定することで、ACTの包括型生活支援により大きな利益を得ることができる層が抽出できると考え、前述のエントリークライテリアを設けた。

主診断が神経症性障害、生理的障害（摂食障害など）の者に関しては、いわゆる「重度精神障害」には入らないが、これら疾患が持続的にその人の生活に障害をもたらしている状態であれば、IPS+ACTプログラムによる支援によって得られる利益は大きいと考え、精神医療の頻回利用かつ日常生活機能（GAF）が50点以下という基準を設けた。

主診断が痴呆性疾患（認知症）、精神発達遅滞の者は、他の保健福祉サービス形態が整備されているので本研究の適応外とした。主診断が人格障害の者についても、治療構造のあり方がIPS+ACTプログラムで提供されるものと従来のものとでかけ離れており、またIPS+ACTプログラムの方法論が人格障害の治療に有効であるとする一貫した報告がないので、本研究の対象者から除外した。

(4) 頻回医療利用者

不要な精神科受療や入院を減らすことが

IPS+ACT プログラムの目的であるので、頻回医療の利用者は本研究の重要な標的となる対象者である。

(5) 日常生活困難

GAF は、精神症状、生活機能、自殺の恐れ の 3 つを軸に社会機能を測定する。また、10 のアンカーポイントがあることで、主治医による判断のばらつきも少ないことが期待される。GAF のマニュアルでも、GAF40 点以下がおおよそ入院適応とされている。過去 1 年間の最高の状態（2～3 ヶ月間持続した状態）が 50 点の者は、常時入院適応の境界線上で生活を維持していると思われ、「過去 1 年で最高の GAF が 50 点以下」という基準は、IPS+ACT プログラムにより利益を得る者のスクリーニングに有用と考えられる。

c. インフォームド・コンセント

研究の趣旨について研究スタッフが詳しく説明を行い、参加について自発的な同意が得られた者を研究登録者とする。また、介入群および非介入群の家族も調査対象となるので、研究登録時に家族の同意も原則として得る。

5) 研究期間

平成 17 年 4 月 1 日～平成 20 年 3 月 31 日の予定であるが、エントリー期間は平成 17 年 11 月 1 日～平成 18 年 10 月 31 日の 1 年間とする。

6) 研究の手順

a. リクルート

(1) 国府台病院精神科入院患者の調査

入院台帳から転記し、1 週間毎に入院患者リストを作成する。このうち、年齢、居住地でフィルターをかけ、このリストを基に、病棟のカルテから、エントリークライテリア 4) 精神科医療の利用状況、5) 日常生

活機能について研究チームが調査する。

(2) 研究参加の依頼

エントリークライテリアに合致する患者の本研究への参加承認を得る。エントリークライテリアに合致した患者へのコンタクトは、入院から 2 週間以内に行うことを原則とするが、研究チームが本人に直接コンタクトを取ってよい時期を主治医から確認するようにする（病状安定、初回外来日など）。主治医に患者を紹介してもらい、研究チームのスタッフが本研究参加への説明をし、同意を得る。

b. 無作為割付

エントリークライテリアに合致した入院患者を、エントリー順に、乱数表を用いて 2 群に振り分ける作業を行う。

c. 介入・非介入の手順

(1) 介入群の流れ

- ① ACT チームのチームリーダーが、対象者の研究参加への同意が得られた後 1 週間以内に、担当のケースマネジャーを決定する。
- ② 担当ケースマネジャーが利用者に最初のコンタクトをとり、関係作りを開始する。関わりの中で、対象者の就労へのモチベーションが高まるよう働きかける。
- ③ 就労に関心を示す対象者が、ACT チームのケースマネジャーより、IPS コーディネーターと就労支援スペシャリストから構成される IPS ユニットに紹介される。
- ④ IPS コーディネーターが、担当の就労支援スペシャリストを決定する。
- ⑤ 就労支援スペシャリストが利用者会い、関係作りを開始する。
- ⑥ 職業プロフィールの作成：利用者の職業上の特徴に関する情報を、本人や関係

者との面接、文書化された情報などから収集する。対象者の人物像を構成する情報を収集し、その人にとって適切な職場環境についての構想を練り上げていく。

⑦個別就労計画の立案：職業プロフィールをもとに、就労支援スペシャリストは利用者と就労計画を作成する。就労計画の構成要素は、利用者自身の言葉による職業上の目標（短期／長期）、利用者が目標を達成する手順を記載した行動目標のリスト、利用者の目標達成を支援する人たちの名前やサービスと目標達成のタイムスケジュール、利用者・就労支援スペシャリスト・ケースマネジャー・精神科医の署名、などが含まれる。個別就労計画は、利用者が IPS ユニットに紹介されてから 1 ヶ月以内に作成し、3～6 ヶ月ごとに見直しを行う。

⑧求職活動：本人の志向や長所にマッチングした職場開拓を行い、利用者が IPS ユニットに紹介されて 1 ヶ月以内に、本人と就労支援スペシャリストが事業主に連絡を取る。アセスメントは、職場環境とそこでの本人の状況に基づき実施する。

⑨職場における集中的支援：情緒的支援、雇用主への教育、問題解決、家族支援、ACT チームとの連携、などの支援を行う。

⑩グループの活用：ピアサポート、SST などを適宜採り入れる。

⑪長期にわたるフォローアップと支援：必要があれば、転職の支援も行うようにする。

⑫月間経過記録：就労支援スペシャリストは、前月の就労日数、賃金、起こった職業上の事柄や活動を要約して記載する。就労計画に記載された目標に関する記述

も含む。これらは、臨床活動のモニタリングとして活用される。

(2) 非介入群の流れ

通常のケアでは、主治医と入院時の担当看護師によって作成された退院計画に基づき、サービスが提供される。提供サービスは、国府台病院精神科外来を中心に、デイケア、作業療法、心理教育、作業所、訪問看護（入院時のみ）、ホームヘルプサービス、ケアマネジメント、既存の障害者職業リハビリテーションサービス提供機関などの資源を適宜利用する。これらのサービスの利用密度は、本人の症状や社会的・経済的条件に応じて主に主治医の裁量で決められる。また、必要に応じて病院の精神保健福祉士がケアマネジメントを行う。

7) 変数の選択と定義

a. 独立変数

(1) 介入群は、無作為割付で IPS+ACT プログラムへの参加が割り付けられ、プログラムに登録される。いったん介入群に割り付けられた者は、全て IPS+ACT プログラムへの参加者とみなし、途中でドロップアウトした者も介入群に含めて分析する。

(2) 非介入群は、無作為割付で外来+従来の伝統的なリハビリテーションに割り付けられ、プログラムに登録される。途中でドロップアウトした者も非介入群に含めて分析する。

b. 従属変数：アウトカム指標

(1) 精神科サービスの利用

①地域滞在期間：入院の定義は、精神症状悪化あるいは身体症状の悪化などの理由を問わず、対象者本来の居住地以外での生活（精神科入院、一般科での入院、施設入所など）すべてを広義の入院と定義し、研究

期間中の総入院日数に基づき、地域滞在期間を算出する。

②再入院回数など：研究期間中の再入院回数をサンプル数で割る。精神科救急利用に関しても、実際に緊急事態で国府台病院の時間外救急を利用した回数をカウントする。

(2) 臨床的結果

①精神症状：簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)で測定する。これは18項目の下位尺度から構成されており、精神病症状を含む精神疾患の症状評価に用いられている。症状評価は、0) 症状なし、から6) 非常に高度、という7段階評価の順序尺度であり、18項目における合計得点を集計して評価する。また、陰性症状、陽性症状、心気・抑うつ症状、躁症状の下位尺度に分けることが可能であり、各症状の変化を把握することも可能である(オックスフォード版、北村、1985)。

②全般的機能：Global Assessment of Functioning(GAF)で測定する。DSM-IVの第V軸、社会的機能診断をするために開発された評価尺度である。0から100点のインターバル尺度で評価し、高得点ほど社会機能が良好であることを示す(DSM-IV)。

(3) 心理・社会的結果

①生活の質：Lehmanが開発したQuality of Life Interview (QOLI)短縮版を用いて測定する。これは重い精神障害をもつ人の生活環境を、客観的、主観的両面から評価する面接評価票である。下位項目として、生活全般、住まい、日常の活動と機能、家族、対人関係、経済状況、仕事と学校、法律および安全問題、健康、そして全般的評価について調査する。客観的評価としては、各領域で該当するものをカテゴリーで回答を

得る。生活満足度は主観的な全般的評価で測定される7点評価の順序尺度で、点数が高いほど、一般的に良質な生活環境であることを示す。社会的な結果に関して、広範な領域を包括的に扱い、主観的、客観的両面で捉える点で優れている(Lehman 1983)。

②薬物療法に対する態度：Hoganらが開発し、日本語版は宮田らが内的整合性と信頼性について検討した自記式評価尺度であるDrug Attitude Inventory-10 (DAI-10)を用いて評価する。抗精神病薬や薬物療法に対する印象や態度・体験について、肯定的な回答はプラス1点、否定的な回答はマイナス1点がつけられ、これらを合計した最終得点がプラスの場合は肯定的主観、マイナスの場合は否定的主観として表現される。DAI 総得点が高いと、薬や服薬経験を通じての患者の印象は良好であり、薬物療法における主観的QOLは高いことを示唆していると考えられる(Hogan;1983, 宮田;1996)。

③参加準備性(Readiness for psychoeducation)：障害をもつ本人のサービス必要性の自覚と参加意思がなければ、適切なサービスを提供しても効果は期待できなかつたり、援助サービスの中断が起こりうる。本研究で用いる参加準備性尺度は、知識獲得に関する認識、障害者同士の関わり、援助サービスの活用、障害の受容、症状対処行動への意欲の5領域を12の質問項目で問い、1)とても大切、から、4)大切でない、の4段階で評価する順序尺度である(Cronbach's $\alpha=0.94$)。

④ソーシャル・サポート：1983年にSarasonが開発し、信頼性、妥当性が確認されている尺度であるSocial Support Questionnaire-6を用いる。心理的サポー