

の面談を重ねていくうちに、険しかった表情に少しずつ明るさが出ていった。診察日を変えなかったことや、車に乗りながらの対応で気分転換を図るなど、本人の希望を尊重したことが支援の効果に繋がったといえる。

d. 再入院防止のための積極的な訪問支援

本人の状態が悪化したときに、すぐに支援チーム内で検討して主治医に連絡し、状態の確認と薬の変更をしてもらった。そして至急、支援者が増量となった薬を本人宅へ届ける対応を行った。支援者の迅速な行動や対応が、本人の状態の改善、支援の継続にも大きく結びつく要因になったといえる。支援チームができる以前ではできなかったことである。また、本人が自宅での自分の役割である風呂の準備を継続できたのも、今回怠薬をしなかったことが関係していると考えられる。自宅や小規模作業所に訪問し、生活の場で支援することで本人の状態を直接知ることができた。入院時の恐怖を記憶している為、診察は予定日までしたくないという本人の気持ちに沿った支援を行うことで、信頼関係が作られ再入院を防止することができた。この事は支援者のこれからの自信となり、対象者への関わりに大きな影響を与えるものとなった。

e. 肯定的評価の重要性

本人は、以前の入院中とは異なり、状態が悪化してからも服薬を継続できた。訪問や面談の際には、「以前はできていなかった服薬の継続を、今はきちんと行えていることに自信を持ってください」と必ず伝え、家族にもできているところを評価してほしい旨伝える。その後、支援者と落ち着いて話ができるようになり、以前できなかった

ことが今回できていたため、幻聴などの症状もなかったことを伝えると、本人も納得する。それからは自信を取り戻したように、母の内職の手伝いや、家でのパソコンの練習、車の運転練習と意欲的に動くようになる。今回、できている部分を、状態悪化時から回復後を通じて肯定的に評価することで、本人が自信を持ちその後の生活にも前向きさが出るという重要性を、支援を通し確認できた。できている部分を肯定的に評価することは、本人の意欲とともに能力の向上にも繋がると考える。

D. 考察

1. ACT/IPS との違い

ACT プログラムの展開で就労支援に焦点を当てて開発されてきた IPS は、訪問による相談・面接、実際の事業所を活用した個別の就労準備訓練～就職へと移行させる、徹底した個別支援である。また、就労支援と生活支援、さらに医療までも一体的に提供するシステムである。その意味で、就労準備支援を、授産施設、小規模作業所、職業能力開発施設、障害者雇用支援センター及び地域障害者職業センターなどで行なってから、ジョブコーチによる職場での集中的支援などの訪問による支援方法を始めるわが国のシステムと異なる部分が多い。

IPS プログラムの基準では、①就労支援の専門家は、特定の精神保健チームに所属しているのではなく、複数の治療チームに加わっていること、②20～25名のクライアントを担当し、1名の職業リハビリテーションに関するスーパーヴァイザー（IPS コーディネーター）と2名以上の就労支援専門家が配置され、就労支援専門家は、援助

チームのすべての会合に参加し、意思決定に関与する対等なメンバーとして加わること、③就労支援専門家は就労に関連するサービスのみを提供し、ケースマネジメントやデイケアに携わるスタッフの役割を果たすことはないが、IPS コーディネーターは、就労支援専門家へのスーパーバイズと IPS を実施できる環境を整えることなどが条件とされる。

今回の実践研究における宇和島地域もしくは都市部ではない地域で展開してきた「訪問型個別就労支援」チームは、①医療面の支援は精神保健チームとして構成されない担当医（主治医）が担当していること、②「訪問型個別就労支援」チームは、IPS で意味する精神保健チームではないこと、③IPS コーディネーターと就労支援専門家の明確な役割分担が構成されていないことなどの点で、ACT や IPS プログラムのフィデリティ（モデル適合度）尺度に十分に適合するとはいえない。

だが、アメリカやカナダの地域医療・保健・福祉の事情とは異なるわが国において、また、都市部での精神障害者に対する社会資源とは異なる現状にある地方において、地域特性を反映した固有の「訪問型個別就労支援」チームの在り方を模索している本研究では、ACT や IPS プログラムの特徴を取り込みつつ、支援チームの構成やチームのメンバー育成に固有の実践を行なっていることに、研究の意義を見出したい。

2. 「訪問型個別就労支援」チームの育成

IPS プログラムにおける就労支援専門家の資格・資質としては、①職業の発掘、求職活動、職業の確保に総合的な知識と成功体験を持っていること、②地域の事業主と

良好な関係を築ける能力を示せること、③広範囲にわたる職業に関する知識を活用できること、④クライアントの興味、長所、技能、能力、対処法、本人固有の努力目標を認識し、それらを仕事と合致させる能力を有すること、⑤クライアントが仕事を維持できるよう支援するための長期にわたるサポート体制と就労環境を認識し、手配する能力を有していること、⑥診断、治療、処方および職務遂行に与える影響などの重い精神疾患に関する知識を有していること、⑦障害者給付など社会保障に関する知識を有していること、⑧他のチームメンバー、事業主、家族に対しクライアントを効果的に支持・代弁する能力を有していること、⑨有能な就労支援スペシャリストは、成熟しており、活発で、物事を前向きに考え、情熱的で、状況の良い面を見て目的を貫こうとする人、などが指摘されている。

本研究で構成された「訪問型個別就労支援」チームは、地域生活支援センターから精神保健福祉士 3 名及び看護師 1 名、精神科病院から看護師 1 名（兼任）、生活訓練施設から精神保健福祉士 1 名、訪問看護ステーションから看護師 1 名（兼任）の 7 名である。いずれも、就労支援の経験はないことから、就労支援チームの育成それ自体が、実践研究の課題となった。

だが、結果の事例を見るとわかるように、実際には、外部の就労支援専門家をスーパーバイザーとしてチームに加え、月 2 日程度の参加によって、就労支援の担当者としての育成が可能であることを示した。特に、精神保健福祉領域で医療と地域生活に関する実戦経験を蓄積してきたチームメンバーは、前述の⑥や⑦や⑧に関しては、十分に

就労支援専門家としての資格・資質を有しており、就労支援に直接的に関わる①から⑤の技能や資格に関する訓練を蓄積することで、十分に就労支援のできる体制が整う事を示した。

このことは、わが国の精神障害分野における人材を、就労支援の担当者として育成できる可能性を示すものである。また、そのための方法として、外部の就労支援専門家をスーパーバイザーとしてチームに加えることで可能なことを示唆する。

3. 訪問型個別就労支援プログラムに固有の効果

1) 事業所を活用することの利点

訪問型個別就労支援プログラムの特徴は、アセスメント及び就労準備の場として事業所を最大限に活用することにある。その効果として、次のことが指摘された。

第1に、実践場面でのアセスメントは、多様な情報をもたらす。事例2では、本人との面談では就労は困難と判断していたが、事業所での評価では、できること／できないこと、どのような配慮で継続可能かといった、具体的な評価ができることで本人と支援者の評価が一致し、スムーズに雇用に至ることができた。事例3では、職場実習を通して、本人は、仕事の内容と自分がその仕事ができるかの確認、職場の雰囲気を知り、事業所は、本人の態度や作業能力を見ることができた。また、支援者も本人の様子、事業所の考えを知ることができ、就職後も対応がしやすかった。事例4では、自分で判断できる即戦力が欲しいという事業所と本人の能力のズレが認識され、本人は職場での穏やかな対人関係を築けたことが自信となり、求人積極的に開始し始め

た。事例5では、職業能力の評価を目的とした就労体験をさせて、障害を受容し目標とする正職員に求められる能力とに隔たりがあることを確認させた。また、体力的に問題はなく継続性もあることがわかり、本人の不安の軽減につながった。事例6では、就労体験を行うことで、本人は仕事内容と無理なく続けられる仕事量を知り、事業所は本人の作業能力や性格などを見て今後の対応策や可能性を見つけ出すことができ、支援者は本人が実際どれだけ働けるかを知って事業所との連携の内容を学ぶことができた。こうした、職場実習を通して行なわれる就労体験は、本人、事業所、支援者のいずれにも、具体的で個別的な対応についての情報を提供する。

第2に、本人自身について言えば、特に、現実検討を促すのに有効である。事例3では、本人は自分で考えることと現実を混同し、それから導かれた結果から現状に対する不満を持つ傾向があった。そのため、職場での現実の職場に慣れてもらい、慣れてきた所で、現状と将来についての話しを行い、現実的な不安に対して対処していくことができた。これによって、本人が主体的に臨むことで自分の能力を活かすことができ、それは同時に、スタッフ自身が過剰な支援を行うことでの燃え尽きを防ぐことにもつながる（事例1）。

第3に、事業所のニーズにも有用な対応ができる。事例1では、事業所が何を考え、何を求めているのかを把握することに努めたことが、就労に結びついた。話し合いの場面を多くしたことで、事業所のニーズ把握とお互いの理解を深め、特に、人事決定者である社長との交渉が結果的に本人の就

労につながるようになった。事例4では、当方の活動や本人のセールスポイントを伝え、事業所の考えを知ることが出来た。事例6では、事業所との緊密な情報交換を行うことで、地域内での関係がより深まり、他の事業所への啓発のきっかけにもなった。こうした、事業所のニーズの把握、経営責任者への説明、事業所との事前面談や関係づくりが有効だった。

第4に、事業所との情報交換によって緻密な支援が可能となる。事例1では、毎月の事業所訪問で、本人の様子や今後の業務内容など現場責任者と情報交換を行うことで、職場での本人の様子、本人の考えの代弁などの理解が進んだ。事例5では、訪問を重ねて得意・不得意な部分を確認し、本人の希望などゆっくり時間をかけて聞いていくことで、不安の軽減を図ることができ、本人との信頼が深まった。

2) 他機関との円滑な連携

精神障害者への就労支援を円滑に進めるには、生活支援や疾病管理に対する支援も併行して行わねばならない。

たとえば、事例2では、母親の入院費の支払いに関わる生活支援を、病院のデイケア・医事課・地域リハビリテーション科と連携して行った。各部署が情報を持ち寄ることで本人に適した関わりが検討されて、短期間で解決が可能となった。情報を共有することでお互いの支援が重複することなく行えた。その他にも、主治医との情報交換で再発への不安に対処したり、再入院を防ぐための対応を行うといった、医療機関との連携によって就労支援を円滑に進める事ができた。さらに、事例4のように、ハローワーク担当者に対して、就労支援の

内容と先に支援者が事業所に面談することのメリット等を説明することによって、ハローワークとの協働作業を円滑に進める事が出来た。

このように、医療機関及び労働機関など他機関と連携するために、訪問して行うことが原則になっている。訪問型個別就労支援チームは訪問して支援することが日常化していたので、連携がスムーズにいったと考えられる。

3) 担当性の効用とチームアプローチ

事業所との関わりは、職場開拓から就業体験、雇用調整、フォローアップに至るまで継続して同じ担当スタッフが行っている。経過を把握できているスタッフが関わることで信頼関係が築け、情報交換もスムーズに行えるようになる。事業所との良好な関係が新たな雇用の受け入れにつながった。また、同じ担当スタッフによる事業所訪問によって、本人の職場での働きぶりや状態の把握がしやすくなる。さらに事業所との情報交換により事業所が疑問に感じることがあれば、正しい情報を伝えることで、本人にとって働き易い職場環境が作られることにつながる。

たとえば、事例2では、企業に本人の症状の悪化の兆しを伝えることで、体調に配慮した対応を意識してもらっている。事例3では、毎日ミーティングの中で情報の共有が出来ていたからこそ、機会を逃さずに支援できる。担当のスタッフが不在の時でも、他のスタッフが事業所や本人と話ができるため、今後、急を要することがあっても、素早い対応が可能であった。こうした担当性の効用やチームアプローチによる柔軟な支援が、有用である事を示した。

4) 訪問相談

訪問型個別就労支援チームは、初回相談から、自宅など精神障害者本人が生活する場に訪問して支援を行ってきた。これは、精神障害者本人との信頼関係を醸成することに効果があったといえよう。就職後のフォローアップでも自宅を訪問したが、これも効果的であったといえる。

たとえば、事例7では、対人緊張はあるが症状再悪化時でも支援者と会うことが出来たことは、退院前より訪問・面談を繰り返して、信頼関係や安心感が築かれたことを示している。支援者の介入もあり服薬は継続できていた。本人の希望を尊重したことが支援の効果に繋がったと言える。こうした訪問・面談によって、信頼関係が醸成された。

5) 家族支援

精神障害者本人の自宅に訪問、相談することによって、家族とスタッフとの関係が深まった。それにより、家族と連携して精神障害者本人を支援したり、逆にスタッフが精神障害者本人だけでなく、家族も支援したことが、雇用支援に効果的であったと事例から推測された。

たとえば、事例5では、家族の障害認識を変えるために就労体験の結果を話して、支援の必要性を理解してもらえた。また、事例7では、状態悪化時に、家族が以前の入院前の状態を知っているため、本人の変化について積極的に支援者に連絡をしてきたことで、支援者側も動きやすく家族との良い連携がとれ、本人に接しながら不安の軽減へと移行できた。こうした家族への支援や連携の効果によって、再入院を防止することも可能である。

4. プログラムのその他の効果

訪問型個別就労支援のプログラムに付随して実施されているその他の支援においても、精神障害者の就労を含む地域生活の展開に有効であることが示唆される。そうした要因として、次のことが指摘される。

1) 就労グループの効果

就労を目指す精神障害者と、現に就労している精神障害者のメンバーが一緒になって話し合い、SST等のグループワークを行うことで、メンバー同士の相互作用が起こり、自己の障害及び職業能力の受容、精神的な支え合い、対人関係能力を含む職業準備性の向上などの効果があった。また、安心できる・くつろげる場の提供にもなった。これらは、訪問型個別就労支援では不可能なことであり、このような場を作ることも必要と考えられた。

たとえば、事例7では、不安を解消し、発言により自信を深めることができた。事例3では、同じ悩みを持った人がいるという安心感、参加者の様々な意見を聞くことによる現実感覚の広がりがあった。事例5では、これまでの経験や仕事に対する考えや不安は他の方も同じく感じていることを知った上で、他メンバーの経験的な助言で障害登録に前向きとなった。こうした仲間意識がお互いの支えになった。

2) 不安の軽減

就労グループのメンバー同士の相互作用に限らず、利用者は、訪問型個別就労支援プログラムの担当者に対しては、医療・保健・福祉の包括的な相談や支援を受けているという事で、さまざまな不安を訴える傾向にあった。担当者がそれに応えていく過程で、そうした不安が解消されていく傾向

にある。

たとえば、事例1では、本人に支援センターに来所してもらいその日の職場の様子などを聞くことで、不安に常時対処した。事例3では、経済的な不安が強くて現実的な検討ができなくなってしまうため、障害基礎年金で短時間労働による低賃金をカバーすることを提案して、障害年金の申請を行った。事例4では、本人の気持ちに寄り添って話しを聞くことに徹し、その意志を支持することで仕事への焦りや不安が軽減され、面接の際の緊張も少なくなっていた。事例6では、再発と失敗して怒られることへの不安の解消に向けて、不安があれば支援者も一緒に対処する声かけを行った。

また、就労場面でも、担当者がジョブコーチとして初日から同行して、上司や同僚との関係の取り方を指導したり、業務分析による作業の構造化などを行なうことで不安を解消した（事例4）。入院に対する恐怖感を本人が訴えたことで、チームで対応を検討したうえで主治医と協働で対処した（事例7）。

3) 就労と生活の包括的支援の提供

就労支援を開始することにより本人の生活状況が見えてくる。事例2では、就労支援と同時に、本人の経済的不安であった入院費の支払いに関わる生活支援を行った。生活不安を抱えたままでは就労に結びつき、維持することは難しい。今回の支援により、生活不安が解消され、生活の安定につながった（事例2）。

4) 制度の柔軟活用

社会適応訓練事業をそのままリハビリテーションという意味にとらず、給与の補填という柔軟な制度の活用は、事業所と障害

者の双方の利益となる（事例2）。社会適応訓練事業の柔軟な活用が現実的である。

5) フォローアップ

事例3では、職場、本人共に訪問や電話にて現在もフォローアップを継続中である。職場を直接見ることで、本人や事業所の話しを客観的に捉え直すことができ、職場の雰囲気を実際に掴むことができた。訪問することで、支援者は仕事の状況や家庭での様子を知ることができる。また、面接の場を本人の生活場面で行うことで、本人も支援者も現実と向き合いながら、共に考えることができる。こうした、継続的なフォローアップは、職場と本人の双方にとって有用である。

5. 医療福祉専門職による訪問型個別就労支援チームのポイント

今回の訪問型個別就労支援チームは、医療福祉専門職で構成されている。第3章で事例が報告されているが、そこから、医療福祉専門職が就労支援を行う時のポイントを整理する。

1) 外部の就労支援専門家の支援を受けること

医療福祉専門職が就労支援に取り組む時、どのような流れで支援するのか、具体的な支援の理論は何か、支援方法は何か、そしてそれらをどのように身につけるのが課題となる。本支援チームもこれが課題であった。そこで、外部の就労支援専門家をスーパーバイザーとして迎え入れ、支援を受けることでスタッフは自信をもって支援を行うことができた。このように、外部の就労支援専門家の支援を受けることが大切であろう。

2) 職場開拓に大きなエネルギーを注ぐこと

医療福祉専門職は、学校を卒業したあと、一般企業で働いた経験をもたずに現職に就く場合が多い。そのため、一般企業の文化・実状を十分に理解していないことから、職場開拓において、事業所に踏み込んでいくことに気後れしてしまうことが多い。今回のスタッフも職場開拓の精神的負担の大きさを感じていた。医療福祉専門職が行う就労支援過程の中で、職場開拓段階で支援が止まってしまい、先に進まないことが大いに懸念される。そのため、大きな決意をもって職場開拓に踏み込む勇気と実行力が求められる。

3) 精神障害者本人の長所に着目すること

医療福祉専門職、特に医療専門職は精神障害者本人の課題ばかりに目が行き、課題解決を優先させてしまうことに留意する必要がある。「まだ早い」「まだこの課題が残っている」ことばかりに目が行き、精神障害者本人がもっている長所、強さの部分を忘れてしまう。そうすると、全く課題のない完璧な精神障害者でなければ職場開拓に入れなくなる。このような精神障害者はもはや障害者とはいえ、障害をもたない人以上のレベルになってしまう。そうすると、多くの精神障害者は、そこにたどり着くまでに働くことをあきらめてしまうであろう。

今回の支援事例の中でも、事業所でアセスメントしたことで、初めて精神障害者本人の能力がわかった例があった。精神障害者本人の長所に着目し、事業所でやってみて判断する姿勢が大切であろう。

6. 今後の課題

1) 行政・医療機関・地域との関わり方

今回の研究は、実践期間が短いため、雇用に結びついた事例を蓄積するには至らず、効果的な支援方法について実証することができなかった。しかし、本研究を通して就労支援を図るための有用性と効率性を検証する方法の一端を見いだしたことは大きな成果である。今後は、支援経過に関する詳細な履歴による客観的な情報を収集・整理するとともに、雇用に結びついた事例を蓄積し、本人の主観的有用感などの効果についても検討していきたい。また、実践プログラムの成果についての証拠に基づいた実証的研究を進めるため、個々のニーズに応じた解決すべき問題に優先順位を付けて、「いつまでに、誰が、どこで、どのようにして、何をするのか」をカンファレンスのなかで検討し、長期的に支援経過を検証する予定である。

多くの研究課題を残しているが、支援を進めるにあたっては、制度の柔軟な活用などが必要であるにもかかわらず、制度活用の可否は行政機関が決定権を持っており、利用の仕方について就労支援チームが苦悩したこともあった。しかし、訪問型個別就労支援を行うことで、保健所（社会適応訓練事業）、ハローワーク（職場開拓）、福祉事務所（生活保護等）などに関わるが増えてきたことはまぎれもない事実である。つまり、就労支援チームと行政が硬直化した関係では、制度の柔軟な活用に対応してもらえないことが多くなるため、利用者に焦点をあてた直接的支援（あるいは援助）と環境に焦点をあてた間接的支援（あるいは援助）が確保されていることの

重要性を実践から感じることができた。

短い研究期間であったが、今回の訪問型個別就労支援は、利用者に対する支援に留まらず、家族と連携した支援、もしくは家族も支援したことが雇用支援に有効なことを示したのではないだろうか。この試みは、地域の医療機関や地域住民に対しても同様であろう。これからは、本研究成果を踏まえて、訪問型就労支援プログラムを利用者と家族への支援方法に限らず、行政・医療機関・地域住民との関わり方や、地域社会で就労支援に関わる職員の人間関係の構築に関する研究を図る予定である。

2) 実証的研究への試み

実証的研究という視点でみると、利用者への支援の段階をステージ1（求職準備段階）、ステージ2（求職活動中）、ステージ3（就職後アフターフォロー）、ステージ4（3か月後以降）に分け、ステージが上がるたびに MOS36-Item Short-Form Health Survey（以下 SF-36 と略す）を用いて評価することが考えられる。

この SF-36 は、健康関連 QOL を測定するための、科学的な信頼性・妥当性を持つ尺度として米国で作成され、概念構造の段階から心理計量学的な検定に至るまで十分な検討を経て作成されたものである。現在 50 カ国以上に翻訳されその有用性は世界でも広く認められている。SF-36 を選んだ理由は、包括的健康関連 QOL の尺度として「健康」という万人に共通した概念で構成され、疾患特異的尺度とは異なり多様な状況に対応する要素をもつからである。その特徴は、主観的な健康度を測定するため、①身体機能、②日常役割機能（身体）、③日常役割機能（精神）、④全体的健康感、

⑤社会生活機能、⑥体の痛み、⑦活力、⑧心の健康、の視点をもつ。この 8 領域は、身体的健康と精神的健康のサマリースコアに要約することができ、全部で 36 項目の設問から構成されている。

評価方法については、一時的な評価ではなく振り返り期間を設け、2名のスタッフが評価時点の1か月間を測定することにより他己記入式による客観的評価を行うことが望ましい。就労支援の有用性や効率性を客観的な視点で捉えるため SF-36 を用いた評価を継続していき、利用者に限らず家族への評価を行うなどソーシャルサポーターの効果も評価していきたいと考えている。

3) 人材育成を図ること

本研究では、外部の就労支援専門家が、月2日程度の頻度で就労支援チームへのスーパービジョンを図りつつ、チームメンバーの育成も同時に行った貴重な研究であった。その結果、精神保健福祉領域で地域生活支援に関する実践経験を蓄積してきたチームメンバーは、十分に就労支援専門家としての資質を有することになり、就労支援に直接的に関わる「技能」や「訓練」を蓄積することになった。

この関わりは、わが国の精神保健福祉分野における人材を、就労支援の担当者として育成できる可能性を示すものであり、初期段階での組織体制を整えることの重要性を示唆するものである。また、これはスタッフ自身が過剰な支援を行うことによるバーンアウト（燃えつき症候群）を防ぐことにもつながり、担当制の効用やチームアプローチによる柔軟な支援が有効であることを示したものと考えられる。

本研究では、利用者の就労支援に焦点が集まっているが、一連の研究を通してスタッフの家族への関心・社会への主体的な支援意識が高められることになったように思える。他のメンバーが行った支援方法を通して、メンバーひとり一人がチーム全体として問題に向かい、支援の意義を自覚するといった相乗効果が現れてきた。就労支援から得られる経験を就労支援担当者に求められる知識や技術にどのように結びつけていくのかという点は、重要な視点である。今後は利用者に対する就労支援に加え、就労支援担当者としての専門職性を図るための育成方法のあり方についても検討していきたい。

E. 結論

以上の結果と考察から、以下のことが結論される。

第1に、宇和島地域で展開してきた「訪問型個別就労支援」チームの実践は、ACTやIPSプログラムのフィデリティ（モデル適合度）尺度に十分に適合するとはいえない。だが、アメリカやカナダの地域医療・保健・福祉の事情とは異なるわが国において、また、都市部での精神障害者に対する社会資源とは異なる現状にある地方において、地域特性を反映した固有の「訪問型個別就労支援」チームは有用であるとみなされる。

第2に、同チームの構成員は、いずれも就労支援の経験はないものの、外部の就労支援専門家をスーパーバイザーとしてチームに加え、月2日程度の参加によって、就労支援の担当者としての育成が可能であることを示した。このことは、わが国の精神

障害分野における人材を、就労支援の担当者として育成できる可能性を示すものといえる。また、そのための方法として、外部の就労支援専門家をスーパーバイザーとしてチームに加えることの有用性を示すものである。

第3に、訪問型個別就労支援プログラムに固有の効果としては、以下があげられる。①事業所をアセスメント及び就労準備の場に活用することで、実践場面での多様な情報の獲得、本人の現実検討の促進、事業所ニーズへの有用な対応などが可能となる、②他機関との円滑な連携の確立には訪問支援を日常化すること、③事業所との信頼関係の構築には同じ担当スタッフが継続すること、④対象者自身の生活の場を訪問して支援することが信頼関係の醸成に不可欠なこと、⑤家族との関係を深めて連携することが対象者本人の支援に不可欠なことがある。

第4に、プログラムのその他の効果として、①就労グループワークは、自己の障害と職業能力の受容、精神的な支え合い、対人関係能力を含む職業準備性の向上に効果があること、②担当者の対応は本人の不安解消に有用なこと、③就労と生活の包括的な支援が本人の全体状況の把握に不可欠なこと、④社会適応訓練事業の柔軟な活用が有用なこと、⑤訪問による支援は、仕事の状況や家庭での様子を知りフォローアップ対策に有効であることが示された。

第5に、医療福祉専門職による訪問型個別就労支援チームのポイントとして、①就労支援専門家のスーパーバイズが、チームの就労支援技術の習熟に有用なこと、②職場開拓が最も重要であり、大きな決意をも

って踏み込む勇気と実行力が求められること、③対象者本人の長所に着目し、実際の作業現場で判断する姿勢が重要なことが示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表など

・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

・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 I P S モデルの導入とその効果-. A C T / I P S 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

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

重い精神障害をもつ人への就労支援
～ACT-Jにおける個別職業斡旋とサポートモデル（IPS）の予備的研究～

分担研究者 西尾雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所 室長）

小川ひかる*1、西尾雅明*1、香田真希子*1、深澤舞子*2、園環樹*2、大島巖*2

*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

研究要旨

本研究は「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」の一環として、非介入群を対照群としておく評価研究開始前のIPSに関するパイロット研究である。

目的：ACT-Jで実践しているIPS導入直後1年間の評価とともに、就労支援対象者像・就労成功例を分析し、就労成功の要因を探り、利用者による満足度評価を行うことである。

結果：①ACT-IPSの利用者の基本属性は、平均年齢が34歳で男女の比は半々程度、7割近くが家族と同居し、学歴は高校卒が中心で主診断名は統合失調症が70%を占めていた。初発の平均年齢は23.7歳、罹病年数の平均は10.5年であった。過去に働いた経験がある人が80%を占めていた。平成16年10月から平成17年9月の間に、33名のうち13名が一般就労していた。就労継続日数の平均は57日で、平均時給は914.5円であり、経験した一般就労の平均回数は1.7回であった。②就労群と非就労群ではBPRS、GAFともに有意な差があり、就労群の方がGAFが高く、BPRSは低かった。③就労の有無と有意に関連する項目を探したところ、有意差のあった項目は、性別、結婚の有無、ACT加入時の入院日数、退院2週間後のGAFとBPRS、就労支援サービスの全体に占める割合の6項目であった。④サービス満足度は就労の有無とは関連がなかったが、利用者ごとに希望する支援ニーズが異なるので、支援を進める際は十分に利用者と話し、個別のニーズに応えることが必要である。

考察：IPS導入後1年が経過したが、アメリカで実証されているIPSの導入によってより多くの重症精神障害者が就労できたと証明するにはまだ至っていない。就労専門家ごとの就労率を見ると、就労群のうち12名(92%)がACT-Jの実践を開始した2003年当初から勤務しているESの担当ケースであることから、ESとの時間をかけた関わりの中で就労率が上がっていくと考えられる。就労専門家が職場開拓に慣れていく時間が必要であることも含め、長期的かつ継続的な評価研究が必要であるといえる。

A. 研究目的

国立精神・神経センター国府台地区では平成15年度より、日本でのACT導入と定着を目的として、厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）を受け、Assertive Community Treatment-Japan（以下：ACT-Jと略す）として臨床活動を実践している。ACT-Jでは、既存の地域精神保健サービスでは、頻回入院・長期入院・医療中断のために安定した地域生活を送ることが困難な重い精神障害をもつ人が、地域で質の高い自立した生活を維持できるように支援することを目的としている。

ACT-Jの提供するサービスの特徴は、①医療・保健・福祉の包括的なサービスを専門家が直接提供する、②利用者の自宅や生活の場への訪問が主体である、③精神科医・看護師・精神保健福祉士・作業療法士等によるチームアプローチで利用者のニーズに合ったさまざまなサービスを提供する、④24時間体制で週7日、危機介入にも対応する、の主に4点である。

ACT-Jでは、働くことを「治療的効果があり、その人なりの回復（リカバリー）につながる」と位置付け、就労支援に重点をおいている。そのアプローチとして、個別の希望に合った仕事への迅速な就職活動と継続的な支援を行うIPSという新しい就労支援のアプローチを平成16年度10月より導入、実践している。

従来の就労支援では、まずは就職活動を始める前に職業前訓練を行い、準備が整ってから就労するという「訓練-就労モデル：train-then-place」が主流であった（Rubin & Roessler, 2001）。このモデルは具体的に言うなら、退院後は“デイケア”に通うところか

らスタートし、“作業所”で生活のリズムを整え、“職業前訓練”で準備し、自信がついたら初めて“就職活動”を始めるという段階的なアプローチである。この方法は従来の職業リハビリテーションでは一般的だが、実際に就職するまでには非常に時間がかかる上、職業前訓練が実際に効果的かどうかは定かではない。

ACTで導入しているIPSは1990年代初めにアメリカで開発された、臨床と職業サービスを統合したチームアプローチによる重い精神障害をもつ人のために効果をあげている就労支援の方法である（Latimer et al., 2004）。科学的根拠に基づく実践の代表的なプログラムの1つであり、就労率や就労継続期間が増加することが実証されている（Becker & Drake, 2004）。

援助理念としてのIPSの特徴は、第一に重い障害を抱えていても、本人に就労の意思があれば実現可能と考え、就労意欲のある人は誰も排除しないことである（SAMHSA, 2003）。従来は精神症状が安定し、生活リズムが安定し、「職業準備性」ができていることが就労する前提と考えられていた。この基準にあてはまらない人は就労支援の対象とはされていなかった。これに対しIPSでは、働くこと自体が生活リズムを整え、症状の安定につながるという意味で治療的効果があると考えられる。

第二の特徴は、本人が仕事に就く前に職業前訓練や評価によるアセスメントを行うのではなく、まず就職させ週に2、3時間の短時間就労や単発の仕事でもチャレンジし、職場で仕事の遂行に必要な訓練を行う「就労-訓練モデル：place-then-train」である。

第三の特徴は、就労専門家（Employment Specialist：以下ESと略す）の役割は利用者

の取り組みを支援することで、利用者が働けるかどうか、あるいは働くべきかどうかについては本人の自己決定を尊重するというものである(Becker& Drake, 2004)。

IPS では迅速に仕事に就くのを支援するので、①個人の興味と関心に合った仕事を ES が積極的に職場開拓すること、②職業準備性を問わず、従来まで就労支援の対象外とされた症状が不安定な人も就労支援の対象にする等、従来の職業サービスとは異なっているのが大きな特徴といえる。

重い精神障害をもつ人に対する IPS を取り入れた ACT での就労支援 (以下 ACT-IPS と略す) の有効性に関する我が国の実践を評価しようとした先行研究はまだ存在しない。本研究は厚生労働科学研究費補助金を受けて実施する「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」の一環であり、非介入群を対照群としておく評価研究が開始される前の IPS に関するパイロット研究となる。

コーディネーターと ES で構成される“IPS ユニット”を形成し、ACT や地域生活支援センターなどのケースマネジメントチームと連携することで就労支援を行っていくというサービス提供構造の中で、ACT-J における IPS の実践は実施されている。

本研究では、ACT-IPS のサービス対象者像・サービス内容・効果・一般就労成功の要因などを探ることで、ACT-J で実践されている ACT-IPS の実践を評価する。なお、研究 1 を ACT-IPS 対象者の基本属性調査とし、研究 2 を ACT-IPS のサービス満足度調査とする。

B. 研究方法

1. 研究 1 : ACT-IPS 対象者の基本属性調査

1) 対象者

ACT-J の介入対象者で、IPS を導入した平成 16 年 10 月の時点で就労への意欲を表明し、ACT のケースマネージャー (以下 CM と略す) を通じて ES とコンタクトを持ち、就労支援サービス提供の対象になっていた 33 名を対象とした。

2) 調査方法

IPS 導入後の平成 16 年 10 月 1 日から平成 17 年 9 月 30 日までの 1 年間の就労支援の成果と対象者の属性を調べるために、ACT-J のデータベースから提供した援助別のサービスコードを、カルテから転載した利用者に関する記録から診断名などのデータを収集した。

3) 調査期間

平成 17 年 10 月 1 日から 12 月 28 日

4) 調査内容

対象者の基本属性として、性別、年齢、最終学歴、家族との同居の有無、生活保護の有無、過去の職歴、発病年齢、罹病年数、Global Assessment of Functioning (全般的な生活機能 : 以下 GAF と略す)、Brief Psychiatric Rating Scale (簡易精神科評価尺度 : 以下 BPRS と略す) 主診断名、副診断の有無、ACT 加入 1 年前の入院日数、ACT エントリー時の入院日数、参加後の一般就労回数、就労継続日数、ACT のサービス提供総時間数、総コンタクト件数、就労サービス総時間数、就労サービス件数、サービス提供時間中の就労支援の割合を、ACT-J 臨床チームで利用しているデータベースから収集した。

研究 2 の聞き取り調査に関しては、自由回答部分は内容を録音する許可を得た上で行ったが、21 名のうち 3 名は録音を拒否したので、調査時にとったメモを参考にした。

5) 解析方法

データの分析ソフトには「SPSS13.0J for Windows」を用い、まず、就労の有無と上記の属性などを χ^2 検定または t 検定で分析し、就労の有無と有意に関連する項目を探した。次に、就労の有無を数量化したものを従属変数とし、残りの基本属性項目全てを独立変数とした重回帰分析を行った。そのうち、就労につながる要因として妥当と思われるものを選定し、強制投入法による重回帰モデル式を探した。有意水準は5%レベルとした。

2. 研究2：ACT-IPSのサービス満足度調査

1) データ収集方法

研究参加の同意が得られた33名を対象に、就労支援サービスの評価に関する半構造化面接を行い、Client Satisfaction Questionnaire（日本語版利用者満足度調査票；以下CSQ8-Jと略す）を利用したサービスに関する満足度調査を行った。質問内容は、全般的なサービスに対する満足度を測定するCSQ-8Jを参考とし、就労支援のサービス内容に関する8項目として新たに作成したものである。答えは4段階のリッカート式尺度で、数字が大きい場合は満足度が高いことを示す。得点の範囲は8～32点である（立森他, 1999）。

就労支援サービスの評価として、支援内容の良かった点だけではなく、プログラムに関して特に満足していない点を明らかにし（Redko et. al., 2004）、利用者のニーズにあった支援を行うため、①ACTでの就労支援サービスの一番良かった点、②ACTでの就労支援サービスの良くなかった点、③ACTでの就労支援サービスの変えてほしい点、④意見・感想について、の4つの質問をCSQ-8Jに加え、10～20分程度の聞き取りを行い、回答はICレコーダを使って録音した。面接はACTで

のサービス提供に直接関わっていない、ACT研究チームのメンバーが研究の説明・同意をとり面接を実施した。

2) 調査期間

平成17年11月21日から12月28日

3) データ分析方法

データの分析はICレコーダに録音した内容を逐語に書き起こし、内容分析を行い、カテゴリー抽出を試みた。

4) 研究の倫理申請

ACT-J研究チームの研究スタッフを通じて研究内容について説明し、研究不参加の場合でも不利益にならないことを説明した上で、研究同意書に署名してもらった。研究協力が強制的にならないように、ESが利用者に接触し影響を与えることがないように、研究スタッフが調査の窓口となった。

C. 結果

1. 研究1に関して

1) 対象者の基本属性（表1）

対象者の性別は、男性が15名（45.5%）、女性が18名（54.5%）であった。年齢は20歳～29歳が15名（45.5%）、30歳～39歳が7名（21.2%）、40歳～49歳が9名（27.2%）、50歳～59歳が2名（6.0%）であり、2/3が40歳未満であった。最高年齢は52歳、平均年齢は34歳（SD:8.8）であった。

現在の結婚の有無については、「結婚していない」が26名（78.8%）、「結婚している」が7名（20.6%）であった。

家族との同居に関しては、「非同居」が1名（30.3%）、「同居」が23名（69.7%）であった。

最終学歴については、「中学卒業」が3名（9.1%）、「高校卒業」が17名（51.5%）、「専門学校卒」が5名（15.2%）、「短大卒」1名（3%）、

「大学卒」6名(18.2%)、「大学院卒」1名(3.0%)であった。

過去の職歴の有無は33名のうち29名(87.9%)がアルバイトを含め、発病前や発病してから働いた経験があり、4名(12.1%)がアルバイトを含め「今までに働いた経験無し」であった。過去の職歴の数の平均は2.6(SD:2.2)回で、最大が8.0回であった。また、8名(24.2%)が生活保護を受給中であった。

2) 対象者の過去の医学的情報(表2)

主診断名は「統合失調症」が23名(69.7%)、「うつ病」などの気分障害が7名(20.6%)、「その他の精神障害」が3名(9.1%)であった。

初発年齢は、11~19歳が9名(27.3%)、20~29歳が15名(45.4%)、30~39歳が7名(21.2%)、40~49歳が2名(6%)であった。初発年齢の平均は23.7(SD:7.5)歳であった。罹病年数は「5年以下」が4名(12.1%)、「5~10年」が16名(48.5%)、「11~15年」が8名(24.3%)、「16~20年」が3名(9.1%)、「20年以上」は2名(6.1%)であり、平均は10.5(SD:4.8)年であった。

ACT加入前1年間の入院日数の平均は56.4(SD:64.5)日であった。同じくACT加入前1年間の入院回数の平均は0.76(SD:0.97)回であった。この情報には医療中断の期間が含まれていないため、入院回数が重症度を反映しているとは言えない。

退院2週間後のGAFの平均は48.8(SD:8.4)点、精神症状の重症度の評価であるBPRS総点の平均は15.0(SD:5.7)点であった。ACT加入時の入院日数の平均は75.9(SD:70.4)日であった。

3) 就労支援の成果(表3)

本研究では“一般就労”の定義を、IPSのテキストである「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ」(ベッカー他,2004)での指標にならい、「①最低賃金以上(千葉県は時給682円)、かつ、②障害者だけではなく誰でも応募できる職場であること、かつ、③5時間以上働いている週があること、かつ、④事業主による監督を受けていること」と定義した。

対象者33名のうち、13名(38.2%)が期間中に一般就労していた。13名が体験した一般就労の回数は平均1.7(SD:0.75)回で最大は1人3回であった。

就労日数を把握できた10名のうち、継続した日数の平均は56.6(SD:49.8)日で、最小は1日、最大は144日であった。一般就労した13名のうち、障害を雇用先に明らかにした者は5名、障害を明らかにしなかった者は7名、不明が1名であった。

13人が経験した職種は、事務補助、レストランの皿洗い、給食補助、スーパーマーケットのレジ、クリーニング配送、テレフォンアポインター、家電の修理受付、ホテルのベッドメイク、ビル清掃、飲食店調理補助、工場での組み立て作業などであった。

就職の経路はESが斡旋したものが3件(23%)、本人が求人雑誌等を使い自分で見つけてきたものが10件(77%)であった。

入院前に勤めていた職場に復職した者は1名で、平成18年3月現在も同じ職場で雇用継続中である。

就労群13名のうち、時給を把握できた11名の平均時給は、914.5(SD:212.6)円と、千葉県の最低賃金である682円を上回っていた。これについては、テレフォンアポインターのように労働時間が長く、時給1000円以上の仕

事に就いている者が2名いたことが全体の平均値を上げていると解釈された。この2名を除いた8名の時給の平均値は831 (SD:800) 円であった。

4) 就労群と非就労群の基本属性 (表4)

就労群13名の男女比は、女性が10名で男性は3名、非就労群は女性が8名で男性が12名であった。就労群の多くを女性が占め、逆に男性は非就労群が目立つ。就労群における年齢層と男女比の相関は、40代女性が4名(31%)、30代女性が3名(23%)、20代男性が3名(23%)、20代女性が2名(15%)、50代女性が1名(8%)となっていた。

就労群と非就労群の間に属性による有意差が見られるかを χ^2 検定と t 検定により分析したところ、有意差のあった項目は性別、結婚の有無、ACT加入時の入院日数、退院2週間後のGAFとBPRS、ACTが提供するサービス全体の中の就労支援の割合の6項目であった(表5、表6)。

5) ACTが提供したサービス (表7)

対象者33名に対してACTが提供した支援サービスの総時間数は1年間で平均75.2 (SD:64.2) 時間であった。サービス提供時間は対象者によって差が大きく、最小は6時間、最大は330時間であった。サービス提供件数は平均168.3 (SD:195.0) 件であるが、最小は16件、最大は989件であった。

就労支援に関するサービス提供時間については、平均が15.5 (SD:17.9) 時間、就労件数の平均は27.8 (SD:17.9) 件、全体のサービスの中での就労支援が占める割合の平均は24.9 (SD:18.7) %であった。就労群は就労サービスの割合が他の支援サービスに比べると目だって大きい。これは生活支援はあまり必要とせず、就労支援のニーズだけが大きいこ

とと、ACTの就労支援サービスを積極的に利用していることを表していたと考えられる。

2. 研究2に関して

1) サービス満足度の結果

対象者33名のうち21名(回答率64%)の回答を得た。調査に協力できない理由は拒否が8名、1名は母国語が日本語ではないため実施が不可能であった。他の3名は入院中で状態が良くない、またはACTのサービスを最近受けていないので、本人と連絡をとることができなかったためであった。

研究協力者21名の内訳は男性8名、女性13名でCSQ-8Jの最小値が14.0、最大値が32.0で、平均は23.7であった。

2) 聞き取り調査の結果

a. “就労支援のサービスの中で良かったこと”
この質問に対しては共通した回答が多く、「一緒に(ある場所へ)行ってくれた」、「相談にのってくれた」、「情報提供してくれた」、「一緒に(何かの作業を)行う」、の4つの要因に分けることが出来た。『全般的に一緒に行動してくれたのが助けになった』というのが代表的な意見であった。CMの名前を挙げて、外出に連れ出したり、パソコンを教えたことが良かったと挙げた者は6名(29%)で、一人では行けない所にCMが同行し、連れて行ったことで行動範囲が広がったり新しい経験が出来たことを感謝する意見があった。

良かったことに対して、「特になし」と答えた者はおらず、多少質問にそぐわない内容であっても、ACTでのサービスを受けるようになってからの自分にとって良かった点について、全員が回答していた。

b. “就労支援サービスの中で良くなかったこと”

「合わなかった」が2名、11名(52%)が

「特になし」と回答した。具体的な内容としては、「職場でもうちょっと手助けが欲しかった」、「ES が提供してくれたものが合わなかった」、「ES の希望で仕事探しをさせるようなところがある」、「もっと仕事を提供して欲しかった」、「ES から聞いた情報が間違っていた」など、内容は人によりさまざまで、受けたい支援・必要な支援は個人によって異なることを表していた。

c. “就労支援サービスの中で変えてほしいと思う点”

「もっと（希望を）聞いて欲しい」、「求職活動の支援をもっとして欲しい」、「今のままでよい」などの回答があり、「特になし」と答えた者が 12 名（57%）いた。就労支援に求めるものが人によってさまざまであることを反映し、多様な意見が出た。

d. “意見・感想”

就労支援に関すること以外のさまざまな意見が表出された。「仕事をしながら一人暮らしをしたい」、「福祉系の仕事を進めてほしい」、「一人だと不安が強いが相談にのってくれる人がいることが良い」、「ACT の就労支援が日本中に広まって精神障害を抱えた人が働けるようになったら良い」、「良い情報を常に持ってきて欲しい」、「自分に必要な情報を集める手間が省けた」など、ES に対する要望や感謝などが挙がっていた。

D. 考察

1. 就労群と非就労群の比較について

本研究の結果、ACT-IPS で就労に有意に関連する属性は、女性であること、結婚していること、ACT 加入時の入院日数が少ないこと、退院 2 週間後の GAF が高く BPRS が低いこと（重症度が低いこと）、ACT の支援サービス全

体の中でも就労支援を受けている割合が高いことが明らかになった。

これは、疲れやすい特徴をもつ精神障害をもつ人が働く場合、週 20 時間未満の短時間労働から就労することが多いが、短時間勤務の場合はパートタイマーの主婦向け求人が多いので、この求人像に合っている女性の方が違和感なく採用に繋がりがやすいことが考えられた。逆に男性は、同じ求人に応募しても、事業所側が意図していた求人像と職務経験や経歴の上で合致しないことから採用されず、求職活動が長引く傾向がある。特に 40 歳以上の男性になると、短時間勤務の場合は警備員や清掃などの職種に限られ、IPS の理念にあるような本人の好みや興味を優先することが難しくなり、本人の就労の動機付けを下げる結果となった。

ACT の対象者は精神科医療の頻回利用者であり、病気のコントロールに時間を要するため、回復途上ではあっても“働く”というイメージがなかなか持てず、実際は働ける能力のある人でも就労への動機付けが低い場合が多い。男性の対象者はより興味の持てる仕事が可能になるように ES が積極的に職場開拓に取り組み、幅広い職種の選択ができるようにすることで就労への動機付けにもつながるものと推察された。

ACT 加入時の入院日数が少ないことは、入院時の症状は悪かったにせよ、すぐに回復して短期の入院ですみ、入院の原因となった精神症状が改善すると、特別な環境調整を要さずに自宅退院できていることが考えられた。

2. ACT-IPS 対象者の満足度調査について

今回行った調査の中では、対象者に対する質的な調査で、初めて就労支援に関する評価につながる言葉が利用者から聞けたと考えら

れる。

CM の名前を挙げて外出に連れ出してくれたことが「役に立った」と言っているのは、ACT-IPS が ES による仕事に関する関わりではなく、CM による生活の支援も含めた包括的なモデルであることを示している。

また「就労支援を受けて良かったこと」として、面接などで職場に同行したことだけでなく、市民ミュージカルやヤングジョブスポットなどの他の人と交流できる地域での活動の場に同行したことが挙げられているが、就労支援も対象者のニーズに合わせてアウトリーチで行なうことによって、結果的に人間関係や経験が広がる機会になっていると考えられる。ACT-IPS の対象者には 20 代で社会経験も職歴もない人が全体の約 50% を占めるので、ACT の CM と連携したキャリア発達の支援を行なっていくことは今後必要であると考えられる。

「良くなかったこと」、「変えて欲しいこと」を尋ねる質問は、サービスに関する不満を具体的に引き出すのに役立った。「もっと希望を聞いて欲しい」など、明確な指摘が出たのは、ACT のサービス提供に直接関わらない研究スタッフが中心となって調査を遂行したので、利用者の本音が引き出されやすかったためと考えられる。今後も一層、利用者の希望に耳を傾け、その人のニーズにあった個別支援内容を考えていくことが課題である。現実の社会状況を考えると、ACT-IPS の対象者で一般就労できる人を増やしていくためには、より多くの受け入れ企業を開拓することが肝要である。

女性で重症度の低い利用者に対して重点的な就労支援を行うことが成果につながりやすいということが本研究の結果の 1 つではある

が、そのような対象像は ACT-IPS の利用者の中でも人数的に決して多いわけではない。アメリカの先行研究では IPS の効果を、一般就労の伸び率と就労継続日数や時給が増えたことで測っているが、現在の社会状況では ACT-IPS の対象者への効果は、そのような就労の結果を使う指標では測りきれないと考える。ACT の就労支援が目指すものの一端が利用者のリカバリーであるとするれば、就労率や時給、就労継続日数のようなアウトカムのみで就労支援の成果を測ることはできない。

就労に向けての活動を利用者とともに行なうことで、「就職はできなかったが活動の場が増えた」、「自立した活動が増えた」という、就労以外の領域での成長や進歩を測ることができる「リカバリーの視点」を含んだアウトカムの開発が重要と考えられる (Young & Bullock, 2003)。

3. 本研究の限界と今後の課題

1) サンプリングに関する制限について

千葉県市川市の国府台病院という特定の地域の特定の病院に入院し、ACT に加入した利用者が対象となっているので、重度の精神障害をもつ人への就労支援として、本研究の結果を一般化することには慎重でなければならない。

2) ES の経験について

ACT-J の 2 人の ES は経験してきた職種、臨床経験とも異なっているので、利用者に提供している就労支援サービスの内容にも違いがあると考えられた。実際には就労群の 9 割は ACT 開始当時より勤務している ES の担当する利用者であった。もう一人の ES である筆者は平成 16 年の 6 月から常勤として勤務しているので、入職してから 3 ヶ月間のまだ職務に慣れていない時期が調査対象期間と重なって

いる。ESの職務が職場開拓からジョブコーチまでの多岐にわたることを考えると、この3ヶ月間で十分な支援が出来たとは考えにくい。このことは、研修・スーパーヴィジョンの重要性につながると考えられる。

3) ACT-IPSの効果を測る新しい指標の必要性

ACT-IPSの対象者の半数を占める、20代の若く社会経験も少ない人達が一般就労するためには、ある程度の時間をかけた教育的な関わりが必要であると考えられる。一方で非就労群の中には、一般就労にはつながらなくとも、介入前とは明らかな生活・行動上の変化がみられた利用者も多い。地域でのさまざまな活動に関わる中での成長や変化を認識できる、リカバリーの概念を取り入れた新しい指標の開発が、ACT-IPSの効果を測定する上で必要と考えられた。

E. 結論

ACT-IPSの就労支援を受けている対象者像と、就労につながりやすい属性をもつ対象者が、本研究によって明らかになった。現状では、ACTによる支援をさほど必要としていない、症状的にも社会機能的にも比較的安定した女性のパート就労が、実際に就労に結びついたケースの多くを占めていた。

ACT-JにIPSをモデルとする就労支援が導入されて1年間が経過したが、現時点では、アメリカのようにIPSの導入によってより多くの重症精神障害者が就労できたと実証する(Drake et al., 1999)までには至っていない。これは、実際に提供されていた就労支援がどれくらい本来のIPSモデルに忠実であったかという視点で捉え直す必要性があろう。また、わが国では初の試みでまだモデルがな

いことから、IPS実践家としてのESの経験や研修体制によるところが大きいと考えられる。加えて、一般就労する利用者を増やしていくためには、ESが職場開拓などのスキルに習熟すること、CMと協力して利用者のモチベーションの向上に努めることが重要である。

また、先行研究ではIPSの効果を、一般就労の伸び率と就労継続日数や時給が増えたことで測っているが、ACT-IPSの対象者への効果は、就労関連アウトカムのみを使う指標だけでは測りきれない。就労の有無に限らず、就労支援によって個々の利用者の成長や変化を測ることができる、「リカバリーの視点」を含んだ指標の開発とプロセスの評価が必要であると考えられる。

ACT-IPSの援助効果は、先行研究でみられるように長期的かつ継続的な評価が必要である。来年度以降、対照群を設けた比較研究の中で、IPSフィデリティ尺度により実際に提供されている支援の内容を分析しながら、ACT-IPSの効果に関して詳細な検討を行う予定である。

【参考文献】

- 1) Ahrens CS, Frey JL, Senn Burke SC : An individualized job engagement approach for persons with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*, 17-23, 1999
- 2) デボラ・R・ベッカー, ロバート・E・ドレイク (大島巖, 松為信雄, 伊藤順一郎, 堀宏隆監訳): 精神障害をもつ人たちのワーキングライフ-IPS: チームアプローチに基づく援助つき雇用ガイド. 金剛出版, 2004
- 3) Bond G: Supported employment evidence for an evidence based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27(4), 345-359, 2004
- 4) Crowther RE, Marshall M, Bond G, Huxley

- P : Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review, *BMJ*, 322 (7280): 204-208, 2001
- 5) Drake RE, Becker DR, Clark RE, Mueser KT : Research on the IPS model of supported employment. *Psychiatric Quarterly* 70(4), 1999
- 6) Handler J, Doel K, Henry A, Lucca A : Implementing supported employment services in a real world setting. *Psychiatric Services* 54(7), 2003
- 7) 北村俊則, 杠岳文, 森田昌宏, 伊藤順一郎, 須賀良一, 中川泰彬: オックスフォード大学版 BPRS の下位尺度の作成とその妥当性. *精神科診断学*, 1, 101-107, 1990
- 8) 厚生労働省: 平成 14 年度患者調査, 2004
- 9) 厚生労働省: 報道発表資料, 平成 15 年度障害者雇用実態調査, 2005
- 10) Latimer E, Becker D, Drake R, Lecomte T, Duclos I, Piat M : Individual Placement and Support to help people with severe mental illness find and maintain competitive employment: Preliminary results of the first Canadian randomized trial. *CAHSPR / ACRSPS*. Montreal, Quebec, Canada, 2004
- 11) 西尾雅明: ACT 入門. 金剛出版, 2004
- 12) 西尾雅明, 久永文恵, 野口博文 : 新たな地域精神保健福祉の動向—日本における ACT(包括型地域生活支援)プログラムでの取り組み—. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター, 31, 23-33, 2001
- 13) 西尾雅明, 鎌田大輔, 伊藤順一郎, 久永文恵, 小泉智恵, 堀内健太郎, 深谷裕, 鈴木友理子, 塚田和美, 大島巖: パイロット・アウトカム研究, 厚生労働科学研究補助金(こころの健康科学研究事業) 重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究報告書. 平成 14 年度-平成 16 年度総合研究報告書 23-39, 2005
- 14) 日本障害者雇用促進協会 障害者職業総合センター: 精神障害者の雇用管理と就業支援. 調査研究報告書 No. 54, 13-30, 2003
- 15) Redko C, Durbin J, Wasylenki D, Krupa T : Participant perspectives on satisfaction with Assertive Community Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27(3): 283-286, 2004
- 16) Rubin SE, Roessler RT (Eds): *Foundations of the Vocational Rehabilitation Process*. PRO-ED, 2001
- 17) SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) : *Evidence-Based Practices Toolkits, Draft Version*, 2003
- 18) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目の信頼性及び妥当性の検討. *精神医学* 41(7), 711-717, 1999
- 19) Young SL, Bullock WA : *Measuring the promise of recovery: a compendium of recovery and recovery related instruments. The Evaluation Center: Part II*, 1-8, 2005
- 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.