

表 4 認知機能検査の下位因子同士および下位因子と総合得点との相関関係

(n=169)	BACS-J					
	言語性記憶	数字配列	流暢性	トークン運動	符号検査	ロンドン塔課題
BACS-J						
言語性記憶	-					
数字配列	.44 **	-				
流暢性	.33 **	.29 **	-			
トークン運動	.13	.17 *	.16 *	-		
符号検査	.36 **	.50 **	.38 **	.43 **	-	
ロンドン塔課題	.21 **	.30 **	.13	.22 **	.36 **	-
総合得点	.60 **	.63 **	.79 **	.47 **	.73 **	.48 **

** p<.01 *p<.05

表 5 認知機能（BACS-J）と NAB 迷路課題，作業課題得点との相関関係

(n=164)	NAB 迷路課題	ワークサンプル幕張版			
		数値チェック		ナプキン折り	
		平均正答数	平均時間	平均正答数1)	平均時間2)
BACS-J					
言語性記憶	.20 *	.18 *	-.12	.36 **	-.07
数字配列	.32 **	.25 **	-.17 *	.41 **	-.15
流暢性	.19 *	.16 *	-.27 **	.29 **	-.19 *
トークン運動	.34 **	.15	-.20 *	.26 **	-.21 **
符号検査	.38 **	.30 **	-.30 **	.49 **	-.26 **
ロンドン塔課題	.32 **	.25 **	-.44 **	.44 **	-.28 **
総合得点	.40 **	.32 **	-.39 **	.54 **	-.30 **

** p<.01 *p<.05

1) n=169

2) n=165

表 6 群別にみる研究班全体のベースラインデータの平均値, 標準偏差および t 値 (研究 1)

(n=60)	対照群 (n = 31)		参加群 (n = 29)		t値
年齢	34.48	(6.73)	34.17	(7.11)	0.174
罹病期間	144.55	(83.10)	140.86	(96.80)	0.159
服薬量(クロルプロマジン換算) 1)	696.45	(405.16)	672.57	(618.40)	0.173
PANSS					
陽性症状評価	12.77	(4.40)	12.93	(4.95)	-0.130
陰性症状評価	16.55	(5.03)	14.83	(4.80)	1.354
総合精神病理評価	31.13	(8.44)	29.48	(8.83)	0.738
合計得点	60.45	(14.80)	57.24	(16.54)	0.793
LASMI					
対人関係	14.52	(7.38)	14.14	(5.47)	0.224
労働	14.87	(6.10)	12.93	(5.17)	1.324
JART	97.16	(10.21)	98.72	(9.59)	-0.610

1)参加群30名, 対照群28名

表 7 群別にみる研究班全体の介入前後の平均値, 標準偏差および F 値 (研究 1)

(n=56)		対照群 (n = 28)		参加群 (n = 28)		F値		
						時期	群	交互作用
PANSS								
陽性症状評価	プレテスト	12.96	(4.49)	13.29	(4.65)	3.545 †	0.287	7.274 **
	ポストテスト	13.25	(4.51)	11.68	(4.58)			
陰性症状評価	プレテスト	16.96	(4.85)	15.07	(4.71)	9.940 **	4.605 *	2.485
	ポストテスト	16.21	(5.62)	12.82	(4.51)			
総合精神病理評価	プレテスト	31.75	(8.56)	29.89	(8.71)	4.876 *	2.216	7.284 **
	ポストテスト	32.04	(9.17)	27.04	(9.11)			
合計得点	プレテスト	61.68	(14.60)	58.25	(15.91)	8.464 **	2.569	7.609 **
	ポストテスト	61.50	(17.53)	51.54	(16.81)			
LASMI								
対人関係	プレテスト	15.21	(6.93)	14.21	(5.55)	11.643 **	4.377 *	9.665 **
	ポストテスト	15.00	(7.04)	9.61	(5.49)			
労働	プレテスト	15.61	(5.60)	13.00	(5.25)	15.001 **	8.110 **	4.275 *
	ポストテスト	14.50	(5.85)	9.36	(5.62)			

** p<.01, * p<.05, † p<.10

表 8 群別にみる研究班全体の介入前後の平均値, 標準偏差および F 値 (研究 1) (Cont.)

(n=56)		対照群 (n = 28)		参加群 (n = 28)		F値		
						時期	群	交互作用
BACS-J								
言語性記憶	プレテスト	-0.24	(1.15)	0.17	(0.83)	13.790 **	4.159 *	1.072
	ポストテスト	0.02	(1.12)	0.63	(0.84)			
数字配列	プレテスト	-0.17	(0.96)	0.08	(1.00)	10.362 **	1.765	0.907
	ポストテスト	0.06	(1.12)	0.49	(1.03)			
流暢性	プレテスト	-0.23	(1.06)	0.13	(0.74)	12.258 **	4.744 *	2.493
	ポストテスト	-0.02	(1.18)	0.69	(0.98)			
トークン運動	プレテスト	-0.17	(0.95)	0.16	(1.02)	2.526	4.794 *	2.588
	ポストテスト	-0.17	(0.85)	0.50	(0.95)			
符号検査	プレテスト	-0.24	(0.87)	0.21	(1.09)	7.376 **	3.969 †	0.683
	ポストテスト	-0.09	(1.03)	0.51	(1.14)			
ロンドン塔課題	プレテスト	-0.10	(0.96)	0.06	(1.10)	3.091 †	1.256	1.739
	ポストテスト	-0.07	(0.91)	0.30	(0.75)			
総合得点	プレテスト	-0.20	(0.66)	0.14	(0.49)	28.324 ***	8.920 **	5.608 *
	ポストテスト	-0.04	(0.66)	0.56	(0.65)			
NAB迷路課題 ¹⁾	プレテスト	13.58	(6.89)	16.19	(5.53)	0.652	1.397	0.986
	ポストテスト	14.65	(7.40)	16.07	(6.36)			
数値チェック ¹⁾	プレテスト	20.23	(2.83)	19.93	(3.53)	9.381 **	0.054	0.110
	ポストテスト	21.42	(2.59)	21.41	(2.85)			
ワークサンプル幕張版 「ナブキン折り」	プレテスト	3.07	(1.80)	3.21	(1.47)	7.497 **	0.598	0.972
	ポストテスト	3.36	(1.52)	3.82	(1.54)			

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, † p<.10

1) 対照群26名, 参加群27名

表 9 経験ありグループのベースラインデータの平均値, 標準偏差および t 値 (研究 1)

(n=41)	対照群 (n = 21)		参加群 (n = 20)		t値
年齢	34.67	(6.64)	34.15	(6.67)	0.248
罹病期間	138.52	(77.37)	153.00	(96.62)	-0.531
服薬量(クロルプロマジン換算) ¹⁾	729.17	(452.43)	710.31	(688.26)	0.102
PANSS					
陽性症状評価	13.24	(4.52)	13.60	(4.72)	-0.251
陰性症状評価	16.43	(4.46)	15.80	(4.35)	0.457
総合精神病理評価	31.67	(8.39)	31.20	(9.05)	0.171
合計得点	61.33	(14.54)	60.60	(16.04)	0.154
LASMI					
対人関係	15.10	(7.36)	15.05	(4.90)	0.023
労働	16.33	(4.98)	13.25	(4.90)	1.997 †
JART	98.05	(11.01)	99.85	(9.41)	-0.562

† p<.10

1) 参加群20名, 対照群20名

表 10 群別にみる経験ありグループの介入前後の平均値，標準偏差および F 値（研究 1）

(n=40)		対照群 (n = 20)		参加群 (n = 20)		F値		
						時期	群	交互作用
PANSS ¹⁾								
陽性症状評価	プレテスト	13.20	(4.63)	13.60	(4.72)	0.052	0.260	6.731 *
	ポストテスト	13.45	(4.93)	11.90	(4.64)			
陰性症状評価	プレテスト	16.30	(4.53)	15.80	(4.35)	2.091	0.000	0.603
	ポストテスト	15.40	(5.27)	13.70	(4.88)			
総合精神病理評価	プレテスト	31.70	(8.60)	31.20	(9.05)	6.986 *	0.000	3.236 †
	ポストテスト	32.00	(8.89)	28.50	(9.40)			
合計得点	プレテスト	61.20	(14.90)	60.60	(16.04)	3.304 †	0.018	4.013 †
	ポストテスト	60.85	(17.69)	54.10	(17.67)			
LASMI								
対人関係 ¹⁾	プレテスト	14.90	(7.50)	15.05	(4.90)	0.206	0.055	7.157 *
	ポストテスト	15.65	(7.85)	10.85	(5.73)			
労働	プレテスト	16.35	(5.11)	13.25	(4.90)	11.741 **	7.590 **	2.484
	ポストテスト	15.00	(6.03)	9.60	(5.48)			

** p<.01, * p<.05, † p<.10

1)LASMI労働を共変量に投入

表 11 群別にみる経験ありグループの介入前後の平均値，標準偏差および F 値（研究 1）
(Cont.)

(n=40)		対照群 (n = 20)		参加群 (n = 20)		F値		
						時期	群	交互作用
BACS-J								
言語性記憶	プレテスト	-0.08	(1.14)	0.12	(0.88)	0.099	0.927	7.287 *
	ポストテスト	-0.06	(1.22)	0.64	(0.92)			
数字配列	プレテスト	-0.01	(0.96)	-0.05	(0.93)	5.695 *	0.081	4.382 *
	ポストテスト	0.12	(1.12)	0.50	(1.04)			
流暢性	プレテスト	-0.02	(1.05)	0.23	(0.74)	1.290	0.626	1.646
	ポストテスト	0.06	(1.03)	0.66	(0.74)			
トークン運動	プレテスト	-0.07	(0.98)	0.40	(1.05)	0.968	3.397 †	1.600
	ポストテスト	-0.12	(0.89)	0.77	(0.92)			
符号検査	プレテスト	-0.12	(0.86)	0.45	(1.00)	2.373	2.106	1.311
	ポストテスト	0.00	(1.04)	0.84	(1.11)			
ロンドン塔課題	プレテスト	-0.03	(0.69)	0.41	(0.55)	0.131	4.180 *	0.141
	ポストテスト	0.07	(0.55)	0.55	(0.42)			
総合得点	プレテスト	-0.05	(0.62)	0.25	(0.43)	2.702	3.276 †	6.096 *
	ポストテスト	0.02	(0.65)	0.66	(0.60)			
NAB迷路課題 ¹⁾	プレテスト	14.05	(6.00)	17.60	(4.72)	1.911	1.721	0.078
	ポストテスト	15.00	(6.67)	17.80	(5.12)			
数値チェック ¹⁾	プレテスト	20.15	(2.92)	21.05	(2.16)	0.993	0.057	1.086
	ポストテスト	21.55	(2.80)	21.55	(3.00)			
ワークサンプル幕張版 「ナブキン折り」	プレテスト	3.00	(1.75)	3.15	(1.50)	0.470	0.150	6.440 *
	ポストテスト	3.25	(1.48)	4.10	(1.29)			

** p<.01, * p<.05, † p<.10

※LASMI労働を共変量に投入

表 12 群別にみる研究班全体のベースラインデータの平均値，標準偏差および t 値（研究 2）

(n=109)	対照群 (n = 57)		参加群 (n = 52)		t値
年齢	35.84	(6.48)	33.13	(6.96)	2.103 *
罹病期間 ¹⁾	139.93	(73.41)	116.57	(74.44)	1.598
服薬量(クロルプロマジン換算) ²⁾	445.87	(376.79)	646.51	(1011.32)	-1.322
PANSS					
陽性症状評価	13.30	(5.59)	14.40	(5.25)	-1.062
陰性症状評価	16.18	(5.77)	18.33	(5.85)	-1.932 †
総合精神病理評価	29.53	(10.04)	34.83	(9.16)	-2.869 **
合計得点	59.00	(19.73)	67.56	(17.02)	-2.414 *
LASMI ³⁾					
対人関係	15.09	(7.64)	18.37	(8.85)	-2.070 *
労働	13.89	(6.55)	15.06	(6.92)	-0.898
JART	99.82	(10.93)	102.70	(9.37)	-1.470

** p<.01, * p<.05, † p<.10

- 1)参加群56名，対照群47名
2)参加群55名，対照群50名
3)参加群57名，対照群51名

表 13 群別にみる研究班全体の介入前後の平均値，標準偏差および F 値（研究 2）

(n=98)		対照群 (n = 49)		参加群 (n = 49)		F値		
						時期	群	交互作用
PANSS								
陽性症状評価 ¹⁾	プレテスト	12.76	(5.05)	14.37	(5.36)	0.259	2.631	0.891
	ポストテスト	12.61	(5.57)	13.43	(5.25)			
陰性症状評価 ¹⁾	プレテスト	15.51	(5.70)	18.49	(5.78)	0.122	0.069	0.828
	ポストテスト	14.94	(6.05)	17.18	(5.26)			
総合精神病理評価 ¹⁾	プレテスト	28.69	(9.90)	34.76	(9.27)	0.190	0.280	2.550
	ポストテスト	28.41	(10.70)	31.69	(9.29)			
合計得点 ²⁾	プレテスト	56.96	(18.87)	67.61	(17.08)	2.105	2.036	3.612 †
	ポストテスト	55.96	(20.90)	62.31	(17.19)			
LASMI ⁴⁾								
対人関係 ³⁾	プレテスト	14.99	(7.46)	18.61	(8.93)	0.614	0.066	11.496 **
	ポストテスト	14.71	(7.38)	14.53	(8.27)			
労働 ¹⁾	プレテスト	13.63	(6.35)	15.08	(7.06)	3.552 †	7.292 **	2.853 †
	ポストテスト	13.13	(5.17)	12.51	(5.48)			

** p<.01, † p<.10

- 1)年齢，PANSS合計得点，LASMI対人関係を共変量に投入
2)年齢，LASMI対人関係を共変量に投入
3)年齢，PANSS合計得点を共変量に投入
4)参加群48名，対照群48名

表 14 群別にみる研究班全体の介入前後の平均値，標準偏差および F 値（研究 2）（Cont.）

(n=98)		対照群 (n = 49)		参加群 (n = 49)		F値		
						時期	群	交互作用
BACS-J								
言語性記憶	プレテスト	0.05	(0.94)	0.04	(1.04)	1.121	1.799	9.093 **
	ポストテスト	0.15	(0.85)	0.51	(1.05)			
数字配列	プレテスト	0.04	(1.03)	0.02	(1.03)	2.192	2.495	6.378 *
	ポストテスト	-0.01	(1.03)	0.27	(1.04)			
流暢性	プレテスト	-0.06	(1.04)	0.06	(0.99)	5.215 *	3.517 †	1.665
	ポストテスト	0.13	(1.09)	0.46	(1.08)			
トークン運動	プレテスト	0.09	(0.99)	-0.11	(0.98)	6.502 *	0.847	6.931 *
	ポストテスト	0.20	(0.88)	0.44	(0.91)			
符号検査	プレテスト	0.01	(1.08)	-0.09	(0.90)	2.063	1.260	2.019
	ポストテスト	0.11	(1.08)	0.18	(0.96)			
ロンドン塔課題	プレテスト	-0.16	(1.00)	0.13	(1.06)	0.093	6.118 *	0.303
	ポストテスト	0.16	(0.86)	0.35	(0.86)			
総合得点	プレテスト	-0.02	(0.65)	0.02	(0.63)	9.956 **	5.970 *	8.838 **
	ポストテスト	0.12	(0.68)	0.37	(0.66)			
NAB迷路課題 ¹⁾	プレテスト	16.20	(6.51)	17.15	(6.27)	0.008	0.334	0.984
	ポストテスト	17.41	(6.40)	17.94	(6.40)			
数値チェック ²⁾	プレテスト	19.81	(3.06)	20.42	(2.51)	9.580 **	8.867 **	0.015
	ポストテスト	20.54	(2.46)	21.29	(1.99)			
ワークサンプル幕張版 「ナブキン折り」	プレテスト	3.57	(1.47)	3.88	(1.35)	0.284	2.531	0.632
	ポストテスト	3.90	(1.29)	4.06	(1.31)			

** p<.01, * p<.05, † p<.10

※年齢，PANSS合計得点，LASMI対人関係を共変量に投入

1)対照群49名，参加群48名

2)対照群48名，参加群48名

表 15 群別にみる就労支援半年後の就労状況（研究 2）

(n=72)	対照群 (n=37)		参加群 (n=35)		P値
	あり	なし	あり	なし	
一般就労	4	33	2	33	0.675
障害者雇用	3	34	8	27	0.107
制度利用	7	30	10	25	0.410
準備期間利用	32	5	25	10	0.151

※認知機能リハ＋就労支援群の支援開始から半年経っている施設のみを分析

※各群の平均年齢は就労支援のみ群が35.86±6.17，認知機能リハ＋就労支援群

が32.90±7.41歳で両群間に有意傾向あり

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業・精神障害分野）

分担研究報告書

（独）国立精神・神経センター医療研究センター病院における
コンピュータソフト「Cogpack」を用いた認知機能リハビリテーションの効果検討

分担研究者	氏名	安西 信雄	（独）国立精神・神経医療研究センター病院
研究協力者	氏名	大島 真弓	（独）国立精神・神経医療研究センター病院
研究協力者	氏名	高島 智昭	（独）国立精神・神経医療研究センター病院
研究協力者	氏名	石塚 裕大	（独）国立精神・神経医療研究センター病院
研究協力者	氏名	水野由紀子	（独）国立精神・神経医療研究センター病院
研究協力者	氏名	岩崎さやか	（独）国立精神・神経医療研究センター病院
研究協力者	氏名	菊池安希子	（独）国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部
研究協力者	氏名	佐藤さやか	（独）国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

研究要旨

本研究では（独）国立精神・神経医療研究センター病院で実施した2つの認知機能リハビリテーションに関する研究の対象者より得られたデータを合わせ、当センターにおける認知機能リハビリテーションの効果について報告を行った。対象者は研究導入基準を満たし、研究参加に同意した21名（男性16名、女性5名、平均年齢：33.62 ± 6.93歳）であった。群と時期を独立変数、各臨床評価得点を従属変数とする二元配置分散分析によって、認知機能リハビリテーションの効果検討を行った結果、PANSSの下位因子である陽性症状評価および合計得点、BACS-Jの下位因子であるトークン運動とBACS-J総合得点において参加群に改善がみられ、有意傾向であった。本研究では、リクルート方法の異なる2つの研究の対象者を合わせて分析を実施しており、結果の解釈には制約がある。しかし、一群10名程度の分析においても先述のような効果が示されたことから、認知機能リハビリテーションの実施は統合失調症をもつ人の認知機能障害の改善において一定の意義があることが考えられた。

日常的な臨床活動の一部として、他のプログラムとも連動させながら認知機能リハビリテーションを行っていくことは今後の課題である。

A. 研究目的

認知機能リハビリテーションは、統合失調症の中核的な障害として注目される認知

機能障害やそこから派生する社会的機能障害に対して有効とのエビデンスがあり（Kurtz, et al., 2001; Krabbendam and

Aleman, 2003; Twamley, et al., 2003;

Mcgurk, et al., 2007), 今後我が国の精神科リハビリテーションにおいてより注目されることが予想される。当センターは本研究班において唯一、「コンピュータソフトを用いた認知機能リハビリテーションが精神障害者の認知機能障害に与える影響に関する研究（研究1）」と「認知機能リハビリテーションと援助つき雇用等を用いたモデル的就労支援の組み合わせが精神障害者の雇用関連指標に与える影響に関する研究（研究2）」の両方の研究に参加し、合わせて21名の対象者が研究に参加した。そこで本稿では、これら2つの研究に参加した対象者のデータを合わせ、認知機能リハビリテーションの効果検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

1) 対象者

国立精神・神経センター病院に外来通院中で主診断が統合失調症又は統合失調感情障害であり、文書による同意の得られた者21名（男性16名、女性5名、平均年齢：33.62 ± 6.93歳）。

2) 評価ツール

①精神症状評価：PANSS（positive and negative syndrome scale:陽性・陰性症状評価尺度）認知機能評価

②社会機能評価：LASMI I 及び W（Life Assessment Scale for Mentally Ill Interpersonal relations and Work: 精神障害者社会生活評価尺度対人関係及び労働下位尺度）

③認知機能：BACS-J（Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese Version）および NAB Maze Test

④作業能力：ワークサンプル幕張版下位検

査「数値チェック」および「ナブキン折り」

⑤患者背景：カルテおよび本人面接により収集

3) 手続き

①対象者の群分け：「研究1」では対象者を年齢と性別で層別化した上で無作為割付を行い、群分けを行った。また研究2は、RCTではなく、非ランダム化による Experimental Study として実施した。参加群（認知機能リハと就労支援の両方に参加する群）および対照群（就労支援のみに参加する群）はそれぞれの介入が開始される直前に別々に対象者のリクルートを行った。

（これらの手続きはすべて研究班全体のプロトコルに則ったものである。詳細は主任研究者による総括報告書を参照のこと）。②介入方法：参加群への介入として「Cogpack」を用いたトレーニングを1回45-60分、週2回、全24回実施し、概ね3か月（12週間）で終了した。セッションの進め方および言語グループの方法についても班全体のプロトコルに従い、実施した。なお、対象群は同期間にデイケアもしくは外来作業療法による通常のリハビリテーションに参加した。

C. 結果

1) 群の等質性の検討

群を独立変数、介入前の各評価ツールの得点を従属変数として t 検定を行った。この結果、PANSS の下位因子である陰性症状評価、総合精神病理評価、および PANSS 合計得点において参加群が対照群と比べて有意に平均点が高かった（PANSS 陰性症状： t 値=-2.975, $p<.01$; PANSS 総合精神

病理： t 値=-2.728, $p<.05$ ；PANSS 合計得点： t 値=-2.774, $p<.05$ ）。その他の評価では両群に有意差はなかった（表 1）。

2) 群別にみる介入前後の各評価尺度得点および検査得点の検討

群と時期を独立変数、各評価ツールの得点を従属変数として二元配置分散分析を行った。なお、認知機能リハビリテーションの実施中に 1 名がドロップアウトしたため、この対象者のデータはケースごと削除した上で分析を行った。この結果、PANSS の陽性症状評価、および合計得点について両群間の得点の交互作用に有意差もしくは有意傾向が見られた（陽性症状評価： F 値=4.074, $p<.10$ ；合計得点： F 値=5.240, $p<.05$ ）。また、BACS-J の下位項目であるトークン運動および BACS-J 総合得点について両群間の得点の交互作用に差がみられ、有意傾向であった（トークン運動： F 値=3.723, $p<.10$ ；総合得点： F 値=3.408, $p<.10$ ）。（表 2, 3）。

D. 考察

本分析の結果から、認知機能リハビリテーションは当センターの対象者の陽性症状や処理速度、全般的な認知機能の向上に良い影響を与えていることが示された。

本稿では介入内容や介入前後の評価、評価間のインターバルは同一であったものの、リクルート方法の異なる 2 つの研究の対象者を合わせて分析した。得られた結果の解釈についてはこの点に留意すべきであろう。しかし、こうした研究の限界を踏まえても 1 つの群が 10 名程度という非常に少ないサンプルサイズで、上記のような効果が示されたことは一定の意義があることと思わ

れる。特に全般的な認知機能の指標となる BACS-J 総合得点について、参加群の改善が対照群と比較して有意傾向であったことは、認知機能リハビリテーションが統合失調症をもつ人の認知機能障害に対して効果をもっていることの根拠となると考えられた。

E. 結論

以上の検討の結果から「Cogpack」を用いた認知機能リハビリテーションは、当センターの対象者に対して一定の良い影響をもたらす可能性が示された。

本研究で実施した認知機能リハビリテーションは PC を使って実施する点や、コンピュータセッションが 1 週間に 2 回、グループセッションが 1 週間に 1 回など、我が国の通常のリハビリテーション活動と比べて実施頻度が多いことなどから、実施手順に慣れるまでは担当するスタッフが戸惑うことも多かった。しかし、実施回数を重ね、言語グループの運営やセッションごとの宿題設定の可否および内容などについて経験が積み重なっていく中で、最後には他のプログラムと同様に落ち着いて運営することができるようになったと感じている。また、この過程で参加者の良い変化が実感できたことで、支援する側もやりがいをもってサポートすることができたように思われる。

今後は利用者のリハビリテーションプラン全体の中で、他のプログラムとも連携させながら日常の臨床活動として認知機能リハビリテーションを実施していくことが課題になると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

G. 研究発表

なし

なし

表 1 群別にみるベースラインデータの平均値，標準偏差および t 値

(n=21)	対照群 (n = 10)		参加群 (n = 11)		t値
年齢	34.60	(7.50)	32.73	(6.60)	0.609
罹病期間	125.30	(76.05)	95.70	(57.97)	0.979
服薬量(クロルプロマジン換算) ¹⁾	438.76	(204.67)	443.59	(390.54)	-0.036
PANSS					
陽性症状評価	12.80	(4.54)	13.27	(2.69)	-0.287
陰性症状評価	14.40	(4.48)	19.82	(3.87)	-2.975 **
総合精神病理評価	26.10	(6.23)	34.09	(7.11)	-2.728 *
合計得点	53.30	(10.13)	67.18	(12.52)	-2.774 *
LASMI					
対人関係	13.20	(7.58)	11.36	(3.41)	0.727
労働	13.70	(5.76)	11.18	(5.10)	1.064
JART	107.30	(10.44)	102.09	(8.73)	1.245

** $p < .01$, * $p < .05$

1)参加群20名，対照群20名

表 2 群別にみる介入前後の平均値，標準偏差および F 値

(n=20)		対照群		参加群		F値		
		(n = 10)		(n = 10)		時期	群	交互作用
PANSS								
陽性症状評価 ¹⁾	プレテスト	12.80	(4.54)	13.00	(2.67)	0.078	5.738 *	4.074 †
	ポストテスト	15.20	(5.73)	11.80	(3.77)			
陰性症状評価 ¹⁾	プレテスト	14.40	(4.48)	19.70	(4.06)	0.012	0.530	0.574
	ポストテスト	12.90	(4.12)	15.70	(4.45)			
総合精神病理評価 ¹⁾	プレテスト	26.10	(6.23)	33.30	(6.96)	0.604	0.536	2.074
	ポストテスト	28.80	(7.76)	30.40	(7.81)			
合計得点	プレテスト	53.30	(10.13)	66.00	(12.53)	0.775	1.660	5.240 *
	ポストテスト	56.90	(14.59)	57.90	(14.94)			
LASMI ¹⁾								
対人関係	プレテスト	13.20	(7.58)	11.50	(3.57)	4.653 *	0.599	0.811
	ポストテスト	11.20	(5.39)	9.90	(5.55)			
労働	プレテスト	13.70	(5.76)	10.80	(5.20)	2.050	1.609	0.107
	ポストテスト	10.70	(5.19)	8.60	(6.74)			

* $p < .05$, † $p < .10$

1)PANSS合計得点を共変量に投入

表 3 群別にみる介入前後の平均値，標準偏差および F 値 (Cont.)

(n=40)		対照群 (n = 20)		参加群 (n = 20)		F 値		
						時期	群	交互作用
BACS-J								
言語性記憶	プレテスト	0.20	(0.84)	-0.08	(1.14)	0.034	0.000	0.409
	ポストテスト	0.21	(0.58)	0.16	(1.30)			
数字配列	プレテスト	0.10	(0.87)	-0.09	(1.20)	0.006	0.000	0.516
	ポストテスト	0.22	(0.83)	0.27	(1.10)			
流暢性	プレテスト	-0.20	(0.97)	0.24	(1.07)	5.085 *	0.235	0.469
	ポストテスト	0.28	(0.92)	0.58	(1.23)			
トークン運動	プレテスト	-0.09	(0.78)	0.05	(1.26)	5.576 *	2.010	3.723 †
	ポストテスト	0.11	(1.29)	0.86	(1.56)			
符号検査	プレテスト	0.04	(1.07)	-0.04	(1.04)	4.358 †	0.759	2.171
	ポストテスト	0.30	(1.20)	0.46	(1.12)			
ロンドン塔課題	プレテスト	-0.03	(0.42)	0.08	(1.41)	0.158	0.532	0.248
	ポストテスト	0.26	(0.59)	0.31	(0.52)			
総合得点	プレテスト	-0.03	(0.56)	0.07	(0.79)	9.545 **	0.481	3.408 †
	ポストテスト	0.24	(0.56)	0.47	(0.88)			
NAB 迷路課題 ¹⁾	プレテスト	16.50	(5.21)	16.40	(7.00)	9.468 **	0.397	1.268
	ポストテスト	18.10	(5.28)	17.50	(6.45)			
数値チェック ¹⁾	プレテスト	19.80	(3.46)	20.40	(2.46)	1.597	0.126	0.447
	ポストテスト	21.90	(1.73)	21.10	(2.47)			
ワークサンプル幕張版 「ナブキン折り」	プレテスト	3.60	(1.26)	3.60	(1.71)	1.743	0.339	1.328
	ポストテスト	3.60	(0.52)	3.90	(1.37)			

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, † $p < 0.10$

※PANSS合計得点を共変量に投入

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業・精神障害分野）

分担研究報告書

（独）国立精神・神経医療研究センター病院における就労支援の実践報告

分担研究者 氏名 伊藤順一郎 （独）国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会復帰研究

研究協力者 氏名 吉田 統子 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 坂田 増弘 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 市川 亮 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 岩脇真理子 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 伊藤 孝子 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 高橋 久美 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 稲森 晃一 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 岡 佑美 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 根岸 典子 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 上代 陽子 （独）国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者 氏名 山村 彰 小平市障害者就労・生活支援センターほっと

研究協力者 氏名 岩佐 純 （独）高齡・障害者雇用支援機構

東京障害者職業センター多摩支所

研究協力者 氏名 経澤 利子 ハローワーク立川

研究協力者 氏名 佐藤さやか （独）国立精神・神経医療研究センター
社会復帰研究部

研究要旨

（独）国立精神・神経医療研究センター病院における就労支援について報告を行った。これまで当センターでは就労支援のみ群 5 名（男性 3 名，女性 2 名，平均年齢：38.20 ± 5.72 歳）および認知機能リハ+就労支援群 5 名（男性 3 名，女性 2 名，31.60 ± 5.13 歳），合計 10 名の支援を実施した。支援の結果，就労支援のみ群は 2009 年 11 月から 1 年間の間に 5 名中 3 名が就職し，このうち 2011 年 3 月現在 2 名が就労を継続している。また認知機能リハ+就労支援群では 2010 年 10 月の就労支援開始後，2011 年 3 月までに 5 名中 1 名が就労し，他 4 名も委託訓練や面接，仕事探しなどを着実にやっている。本報告では，就労支援開始後 1 年間の追跡期間が終了した就労支援のみ群のうち，精神症状が安定しない中で当事者と支援者が二人三脚で就職を実現後，その後の就労の維持においても医療的なサポートを必要とした事例についてケース報告を行い，工夫した点と今後の課題などについて検討した。

A. 研究目的

現在我が国では地域精神科医療の発展が期待されている。これに伴い、精神障害をもつ人の地域における充実した生活をサポートするため、就労希望のある人に対する就労支援や就労準備のためのリハビリテーションの重要性が増している。たとえば、厚生労働行政は2004年以降「精神保健医療福祉の改革ビジョン」「改革のグランドデザイン」「障害者雇用促進法の一部改正」「障害者自立支援法施行」などによって精神障害をもつ人に対する就労支援の重要性を繰り返し訴えてきた。しかし、現状では精神障害を持つ人のリハビリテーションは主として医療機関で行われており、こうした機関で就労を念頭においた支援が標準的に行われているとはいえない状況がある。

また、近年は所属機関や専門領域を超えて、福祉、医療、地域、就労に関する専門機関（就労・生活支援センター、ハローワーク等）が連携・協同することによって効果的な就労支援を行おうとする動きもあるが、地域の特性などもあり、その活動内容は個別性が高く、標準的な連携・支援方法の普及が今後の課題となっている。

当センターは平成22年4月より独立行政法人となり、これまで以上に地域における精神科医療およびリハビリテーションの要となることが求められている。就労支援についてはこれまでも必要に応じてケースごとに実施されてきたが、主たる担当者であるソーシャルワーカーのマンパワーに限りがあることなどから、希望する人すべてに必ずしも提供できていない側面があった。そこで本研究への参加や独立行政法人化を契機として、就労支援を精神科リハビリテ

ーションの重要なミッションの1つと位置づけ、小平地区を中心とした外部機関とのネットワーク再構築や複数の機関によるスムーズな連携方法、効果的な就労支援方法について検討、実践を行った。本年度は班全体の研究計画に沿ってリクルートした合計10名の対象者の属性や支援の進捗状況についてサマリーを報告するとともに、追跡期間が終了した就労支援のみ群のうち、本研究ならではの支援によって就職を実現したケースについて検討を行った。

B. 研究方法

1) 対象者

国立精神・神経センター病院に外来通院中で主診断が統合失調症又は統合失調感情障害であり、文書による同意の得られた者、就労支援のみ群5名（男性3名、女性2名、平均年齢：38.20 ± 5.72歳）および認知能リハ+就労支援群5名（男性3名、女性2名、31.60 ± 5.13歳）、合計10名。

2) 評価ツール

①精神症状評価：PANSS（positive and negative syndrome scale:陽性・陰性症状評価尺度）

②社会機能評価：LASMI I 及び W（Life Assessment Scale for Mentally Ill Interpersonal relations and Work：精神障害者社会生活評価尺度対人関係及び労働）

③知的レベル：JART（Japanese Adult Reading Test：知的機能の簡易評価）

④認知機能：BACS-J（Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese Version）およびNAB Maze Test

⑤作業能力：ワークサンプル幕張版下位検査「数値チェック」および「ナプキン折り」

⑥患者背景：カルテおよび本人面接により収集

⑦就労に関する指標：就労支援開始から 1 年後の就労率，競争的就労に従事した率，就労時間，賃金

3) 手続き

①研究デザイン

就労支援のみ群および認知機能リハ＋就労支援群の両群について，群分けは介入開始前に別々に対象者のリクルートを行う，と定めた班全体の研究プロトコルに従い，就労支援のみ群は 2009 年 10 月から 11 月にかけて，認知機能リハ＋就労支援群は 2010 年 3 月から 4 月にかけてリクルートを実施した。

②介入方法

本研究班における就労支援の特徴は①ケアマネージャを中心とした担当チームが医療機関での就労準備から就労後の相談援助までを一貫して担当すること，②職種や就労のタイミングについて可能な限り支援を受ける人の希望を尊重し，希望する就労場所における職業訓練を原則すること，の 2 点である。これを踏まえ，当院では下記のような支援体制およびネットワークの構築を行った。

- ・就労支援を提供する場合には，対象者に必ずデイケア通所の手続きをとってもらい，デイケアの常勤スタッフ（看護師もしくは心理士）がケアマネージャ役となる。

- ・上記のケアマネージャの補佐役として，デイケア兼任の PSW も担当となる。

- ・地域の就労支援専門家として，小平市の就労・生活支援センター「ほっと」，立川市の障害者職業センター多摩支所の協力を得，これらの機関のスタッフがデイケア通所中

から支援チームに参加する。

→ケアマネージャ＋デイケア兼任 PSW＋地域の就労支援専門家（「ほっと」もしくは職業センタースタッフ）が最小の支援チームとなり，必要に応じて医師，作業療法士，心理士等がサポートを行う体制を構築。

- ・職場開拓の専門家としてハローワーク立川の協力を得，「小平地域就労支援ネットワーク」として，小平市の就労・生活支援センター「ほっと」，立川市の障害者職業センター多摩支所，ハローワーク立川，国立精神・神経医療研究センター病院の 4 機関によるネットワーク会議を 3 ヶ月に 1 度開催し，ケースカンファレンスを実施した。

- ・研究プロトコルで実施が定められている就労 SST の実施にあたっては，センター病院スタッフだけで運営するのではなく，ハローワーク立川や「ほっと」のスタッフを講師として招き，就労支援専門家ならではの視点から就労に必要な準備について講義を実施した。

C. 結果

1) 支援のまとめ

支援の結果，就労支援のみ群は 2009 年 11 月から 1 年間の間に 5 名中 3 名が就職し，このうち 2011 年 3 月現在 2 名が就労を継続している（1 名は就労後，離職。詳細は後述のケース報告を参照のこと）。

また，認知機能リハ＋就労支援群では 2010 年 10 月の就労支援開始後，2011 年 3 月までに 5 名中 1 名が就労中（アルバイト）である。また他 4 名も 1 名が面接を経て採用が決定，1 名が委託訓練中，2 名が仕事探しを着実にやっている。仕事探しを行っている 2 名のうち 1 名は，認知機能リハと就

労SSTを終了した後の就労グループにおいて、一時期「やはり自分には仕事は無理、就職活動をやめたい」と漏らした時期もあったが、ケアマネージャの定期的な面接や多職種チームによるサポートティブな関わりによって、2011年3月頃より、自身で折り込みチラシの内容を検討したり、ハローワークに出向くなど再び就職活動への前向きな姿勢が見られるようになっている。

2) 事例報告

① 年齢・性別 40代 男性

② 現病歴、家族歴、生活歴など

自営業を営む両親のもとに次男として出生。受験勉強中に発症し、これまで8回の入院歴がある。症状としては妄想とこれに伴う不眠、不安、迷惑行為、自殺未遂などがある。現在は生活保護を受給し、単身生活。

③ 職歴

住宅の営業（接客・見積もり）に10ヶ月間従事。その後、医療事務（6ヶ月）、商事業務（約1年）、ビルメンテナンス業（10ヶ月）、娯楽機器販売業務（8ヶ月）、等に従事。これまでの就職はすべて病気を隠した状態でのフルタイム勤務で、職場の人への不信感・疎外感が原因でいずれも長くて1年程で辞職している。ただ、次の仕事に就くまでのブランクは短く、それぞれ自分で見つけている。

近年は当院や他院への入院を挟みながら、児童送迎のアルバイトや障害者介助に従事。その後、ヘルパーの資格を取得し、不定期にヘルパーの仕事を始める。子どもや老人の対応は良かったが、障害児の親対応には苦勞することもあった。「仕事自体は好きだ

った」が、入院を機に辞めている。

⑤ 今回の就労支援の経過

就労支援には「生活保護を切りたい」という理由で参加。ただ「仕事しようとする」と、ストーカーが邪魔してきて調子が悪くなる」「ストーカーの動向は幻聴で伝えられるが嘘も多い」と話された。そこで「幻聴に左右されないで就労活動をおこなうための協力を支援者がしていく」ことをケアマネージャからお伝えし、これまでの支援者、ご本人、ご家族を交えたケア会議で注意サインを共有、今後の指針を検討した。

就職活動は計14回に渡った。認知機能リハや就労SSTには熱心に参加していたが、同時期に就労支援を開始した参加者の採用の話が聞かれるたびに幻聴が活発化し、焦りからか病気を伏せた状態でフルタイム求人への頻回な応募がみられた。ケアマネージャは陽性症状をコントロールするための心理教育を行うとともに、就職活動チェックリストを作成し、就職には準備期間が必要であることを認識していただけるよう促した。また、障害をオープンにして応募することの損得分析を本人とケアマネージャで実施した。その後履歴書のチェック、模擬面接、求人の絞り込みに支援者が立ち会う、紹介状を添付するなどの支援を行うも不採用が続き、落胆の声が聞かれた。努力をたたえ、不採用から自信を喪失させないよう声かけし、その都度原因分析から次回の方策を練った。「できそうな」仕事より「やりたい」仕事に就きたい気持ちが強い点、また、面接場面や職場で病気を赤裸々に言ってしまう点など困難に対しては、委託訓練制度の利用を進めたり、自己開示についての心理教育を踏まえて面接の練習を繰り返す

返すなどの支援を行った。最終的には本人も同意して応募した老人ホームの清掃業に採用された。採用の知らせを受けた際には「ここで続けたい。事務は向いてなかったかもしれない。復習してもやり方がとんでしまう。他の所でも、女の人ばかり応募しているようだったし、女の人を採用したいのもあると思う。老人ホームの清掃をやっています」と晴れやかに言われた。

トライアル雇用を3ヶ月行ったのちに正式に採用され、勤務を開始した(週5日、1日4時間)。開始直後は、アカシジアや風邪などで欠勤することが多かったが、早めの受診や休養で立て直し、1回目の職場訪問では「いい人に来てもらえた」と評価される。2か月目には、次第に慣れてゆとりが生じてきた様子で、「働いている方が幻聴も気にならない。体調を崩さないようにやっていきたい」との話も聞かれたが、同僚から“一緒に働くのが辛い”との相談が寄せられ、仕事配置を考慮していただくことになった。以降は、ストレス、体調不良による欠勤が重なる。職場訪問では雇用継続は前向きに検討していただいたものの、本人の勤務態度について厳しい指摘も多く、勤め続けるためには本人にも行動面でできていないことを自覚していただく必要がありそうだった。本人に振り返りのための見学を打診中に、無断欠勤がある。「やりたい夢をかなえるための就労だったはず、できないこともやれるようになるため、支援者は支援を行っている」と伝えた結果、「多くのストレスからとても働けそうにないと投げやりになっていた」と話され、“今後はストレスから体調不良にならないよう相談、対応を考えて、働けそうにない感じは変わ

ってくるかもしれない。できないことも今後できるようになれるといい”に同意。仕事場に立ち会っての振り返りでは多くの改善点が認められた。

今後も職場訪問し、職場からの評価をうかがうと共に、本人が今やれないことも、やれるように変えていきたいという前向きな気持ちが維持できるよう、多方面での支援継続が必要である。

D. 考察

当院においてはこれまでもケースごとに就労支援を実施してきたが、研究を契機により一層の連携を図ることで、さまざまなメリットが得られた。就労支援を望む人に対して、医療的な視点からのサポートと就労支援の専門家からの助言を同時提供できるようになったこと、ケアマネージャを設定することで複数の支援を有機的にコーディネートできるようになったこと、などによってこれまでは満たしきれていなかったニーズに少しずつではあるが対応できるようになってきたのではないかと感じられた。特に仕事への意欲と不安感の間を短期間に揺れ動くような不安定さをもつケースにおいては、こうした障害特性に合わせて支援をコーディネートできる医療機関内のケアマネージャが一貫して関わることの重要性が改めて示された。

昨年度も指摘したように、我が国の就労支援においては身体障害や知的障害を持つ人に対するサポートが先行していることもあり「トレーニングモデルを使わない個別性を重視した支援(IPSモデル)」の導入がおこなわれている。今後は、本稿にて報告したような、精神障害をもつ人特有の不安定さ

を乗り越えて就労につながった事例について、引き続き社会に発信していくことは重要と思われる。

E. 結論

当院における就労支援は、院内の就労支援体制の構造化（ケースマネージャの導入、チーム支援）や地域の機関との連携の結果、就労支援のみ群は5名中3名が就職し、このうち2011年3月現在2名が就労を継続している。また認知機能リハ＋就労支援群

では同時期までに5名中1名が就労し、他4名も委託訓練や面接、仕事探しなどを着実にに行っている。今後もケース報告などを通じて医療と就労支援専門家が一体となった就労支援の有効性を発信して行くことが課題である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料1 自己開示のレベルに心理教育を行った際に使った資料

レベル① 誰もが経験していて共感できる、当たり障りのない話。

→天気の話など。個別に仲が深まるわけではないが、嫌われることもない。最初の職場の対人関係はこれだけで十分。

レベル② その人が好きなことや、興味を持てていることを話題にする。共通の体験をしている場合は、それについての感想や情報交換も。

→仲が深まる。職場の対人関係ではこのレベルまでが殆ど。

レベル③ 同じ病気の人で似たような体験をしている人か、病気について理解があり、意見を聞けるような場合。

→就労支援話し合いのグループで話すこと。場合によっては休む理由として面接官にも言う可能性。主治医、就労支援チームでなく、あまり個人的に相談に乗ってもらっていない医療スタッフ。

レベル④ 殆どの人が経験が無く、個人的な体験。→悩みや症状を相談してきたことのある支援者、医療スタッフ、主治医に話す。スーカも殆どの人が経験しておらず、共感ができずに驚いてしまうのでここに含まれる。

レベル③、④を喋ってしまうと、相手の No Go Sign が曖昧だと、話し続け、理解してもらえている、関係の深い人と思ってしまうが、相手が突如として距離を取ってくる可能性があり、深く傷ついてしまう可能性がある。

資料 2 就職前、コーピングカードを用意してもらうために作った資料

調子の悪さに早めに気づいて対応できれば問題ない！

①調子の悪い時にはどんな症状がでやすいだろうか？症状に名前をつけておくと、慌てないですむ。

頻繁(ひんぱん)な幻聴。

脅威的(きょういてき)だったり、大変気になる内容の幻聴。

幻聴を真に受けて、自分を守ろうと行動しようとする。

「ひ」・「き」・「まもる」にはコーピングカード！

②症状が出やすい状況を特定し、まとめる。

ねむれないとき

ここどくなとき

ひろひろうしたとき

しんぱいごとが多いとき

(環境がかわるなど新しいことを始めるも「ひろ」OR「し」)

(他の人からネガティブな評価、悪口を言われたと感じるときも「こ」OR「し」)

③症状が出てきたら、「ね」・「こ」・「ひろ」・「し」の何が原因になっているか考える。

④原因の候補が見つかったら、対策を考えて実行する。

「ね」むれないとき → 早めに頓服を飲んで、休む。

「こ」どくなとき → 昼休みなどで、他愛のない(レベル1かレベル2ぐらいの)雑談をする。

家でのご飯でくつろぐ。

街探索、テレビ、音楽など1人で楽しめることをやってみる。

本当に1人だな・・・と感じて、孤独を楽しんでやれ！と強気になってみる。

明日はあの人と会えると思うなど、会いたい人と会うことを想像する。

話しあいや面接で報告したり、相談したいことをPCに書く。

「ひろ」うしたとき → 早めに頓服を飲んで、休む。

「し」んぱいごとが多いとき → 人がどう思っているかが分からないで困る時は、その時の役割で

一番無難なやり方をしてあげば、そんなに悪く思われないよ。

職場での人間関係はレベル1、レベル2の話と心得よう。

休む時には連絡を。Nさんには寝不足、他の人には風邪と言う。

病気を聞かれたら、不眠症ですと言う。

それでも迷うな～というときは、相談だ。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業・精神障害分野）

分担研究報告書

- 「COGPACK®」日本語版を用いた「認知機能リハビリテーション」とモデル的就労支援の組み合わせによる効果検討に関する研究 -

分担研究者 古川俊一（所属：東京大学医学部附属病院リハビリテーション部）

研究協力者 山崎修道 藤枝由美子 清水希実子 石橋綾（所属：東京大学医学部附属病院リハビリテーション部）永井真理子 村上安立（所属：東京大学医学部附属病院看護部）瀬川聖美 樋口勝（所属：銀杏企画）尾崎千恵子 工藤亜紀 堀米則行（所属：銀杏企画 II）竹内珠妃 芦沢あき 田中正（所属：銀杏企画 3 丁目）浅井久栄（所属：NPO 法人ホームいちょう）石澤清光 田中真澄 加藤美穂（所属：文京区障害者就労支援センター）肥田裕久 木村尚美 石井和子 大角浩平（所属：ひだクリニック）

研究要旨

今年度我々は、昨年度の分担研究として行ったモデル的な就労支援を継続しながら、新たに認知機能リハビリテーション（以下認知機能リハ）のためのパソコンソフト「COGPACK®」を用いた介入を行った。東大病院デイホスピタル利用中、またはひだクリニック（以下ひだ C1.）を利用中の 20 代から 40 代までの外来患者 10 名に施行し、精神症状や認知機能の変化を調べた。統計的な解析はすでに行っているため、本稿ではモデル的就労支援群（コントロール群：13 例）および認知機能リハ＋モデル的就労支援群（介入群：10 例）について個別のケースを挙げて、プライバシーに配慮した形で就労支援の実際について示した。モデル的な就労支援の詳細については別に報告があり、認知機能リハそのものについても施行のマニュアルが整備されているため、ここではモデル的就労支援に認知機能リハを組み合わせることでの利点を中心に報告した。

まとめとして、介入群での就労継続は現時点で参加 10 人中 6 人であり、内訳は 3 人/4 人（東大）3 人/6 人（ひだ C1.）であった。またコントロール群においても参加 13 人中 6 人（継続就労支援 A 型事業所 1 名含む）で就労が達成されており、内訳は 3 人/6 人（東大）3 人/7 人（ひだ C1.）であった。

就労支援においては、個別に能力やタイプをアセスメントすることが重要であり就労先にも必要な情報提示を行う必要がある。そして本人への働きかけでは、支援者主導で本人にあった仕事につけてしまう場合と支援者は情報提供に徹し本人に選ばせて決めていくしかないタイプに分けられる。個人の認知機能の得意不得意や課題への取り組み方、日々の安定性については認知機能リハでより見えやすく、本人との間で話題にしやすいうという利点がある。さらに就労後の定着支援においては、細かな情報共有と医療の側からの積極的なアウトリーチにより、個々人で異なる不適応要因、ストレス因を同定して働きかけていくことが必要であるがその際にも認知機能リハで見られた特徴は手がかりとして役立った。

また今回はデイケアと併用の参加者が多かった。デイケアと認知機能リハと就労支援の併用のメリットについては今後の検討が必要であろう。