

表3 日常生活支援に関する支援強度×職種

支援領域	平均値±S.D.			全体の群間差 Kruskall-Wallis ( $\rho$ )	多重比較 有意差があった職種
	NS(n=247)	OT(n=155)	PSW(n=116)		
食生活に関する支援	1.0±0.9	0.9±1.0	1.1±0.9	n.s	
活動性・生活リズム	1.2±0.9	1.2±1.0	1.3±0.9	n.s	
生活環境の整備	0.9±0.9	0.9±1.0	1.1±1.1	n.s	
整容に関する支援(※図2)	0.9±0.9	0.8±1.0	0.7±0.8	$\rho < .01$	NS>OT*
金銭管理に関する支援	1.0±1.1	0.8±1.0	0.8±1.0	n.s	
安全確保に関する支援	0.4±0.6	0.4±0.6	0.3±0.5	n.s	
家庭内の役割に関する支援	0.3±0.5	0.3±0.6	0.3±0.5	n.s	
趣味・余暇に関する支援	1.0±1.0	1.2±1.1	1.2±1.1	n.s	
買い物に関する支援	1.1±1.2	1.0±1.2	1.3±1.2	n.s	

Bonferroni の多重比較: \*\* $\rho < .01$  で有意差, \* $\rho < .05$  で有意差

図2 整容に関する援助の支援強度×職種

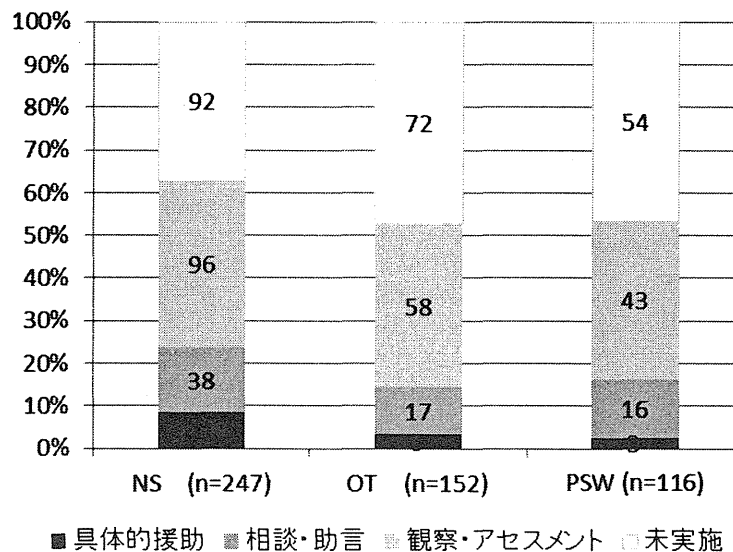


表4 コミュニケーションに関する支援強度×職種

支援領域	平均値±S.D.			全体の群間差 Kruskall-Wallis ( $\rho$ )	多重比較 有意差があった職種
	NS(n=247)	OT(n=155)	PSW(n=116)		
スタッフとの関係性の構築(※図3)	1.3±1.2	1.3±1.2	1.7±1.1	$\rho < .001$	PSW>NS**, PSW>OT*
コミュニケーション能力の向上(※図4)	1.0±1.1	1.2±1.1	1.3±1.1	$\rho < .01$	PSW>NS*
他者との関わりに関する支援	0.7±0.8	0.8±0.9	0.9±0.9	n.s	
他の医療福祉スタッフとの関わり	0.5±0.8	0.6±0.9	0.6±0.9	n.s	
家族との関係に対する本人への支援	0.5±0.7	0.5±0.9	0.3±0.7	n.s	
近隣住民との関係に関する支援(※図5)	0.4±0.6	0.3±0.7	0.2±0.5	$\rho < .001$	NS > PSW**, NS > OT*
本人とのつきあいに関する家族支援(※図6)	0.3±0.8	0.5±1.0	0.5±1.0	$\rho < .05$	OT > NS*
家族自身の困難に関する支援(※図7)	0.2±0.6	0.3±0.7	0.5±1.0	$\rho < .01$	PSW > NS**
家族へのエンパワメント(※図8) ※ $\chi^2$ 検定, 残差分析	0.1±0.3	0.3±0.4	0.2±0.4	$\rho < .01$	OT > NS*, PSW > NS*

Bonferroni の多重比較: \*\* $\rho < .01$  で有意差, \* $\rho < .05$  で有意差

図3 スタッフとの関係性の構築に関する支援強度×職種

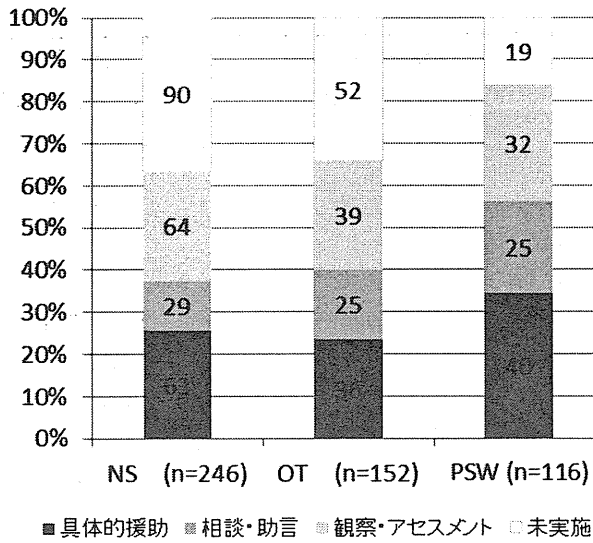


図4 コミュニケーション能力の向上に関する支援強度×職種

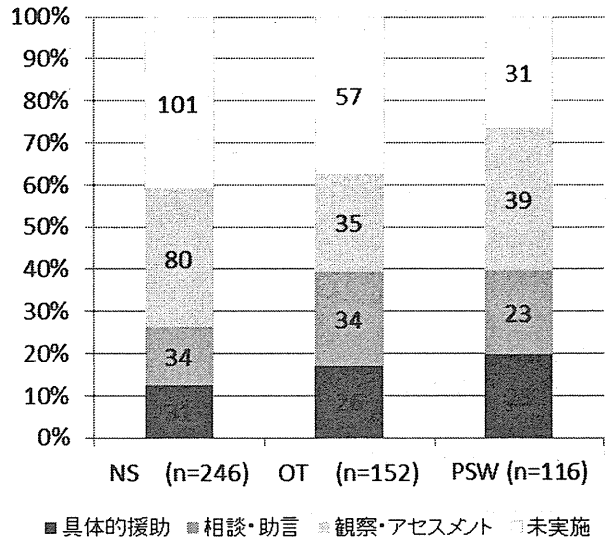


図5 近隣住民との関係に関する支援強度×職種

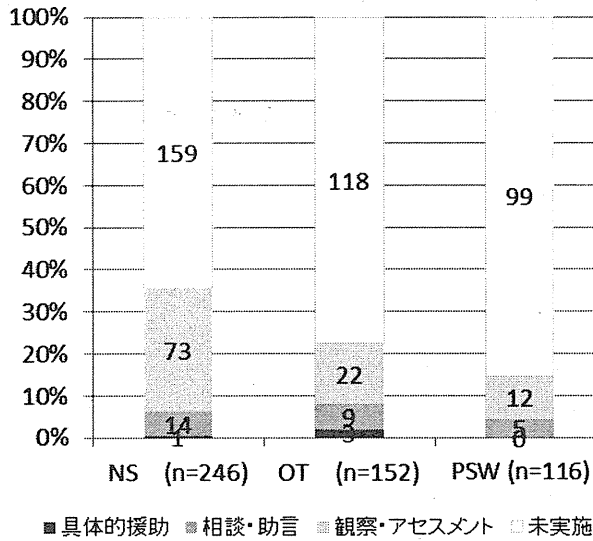


図6 本人との付き合い方に対する家族への援助

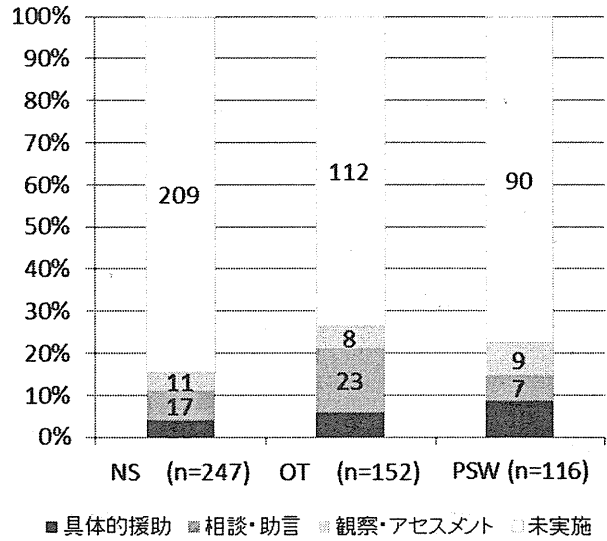


図7 家族自身の困難や生活設計に関する支援強度×職種

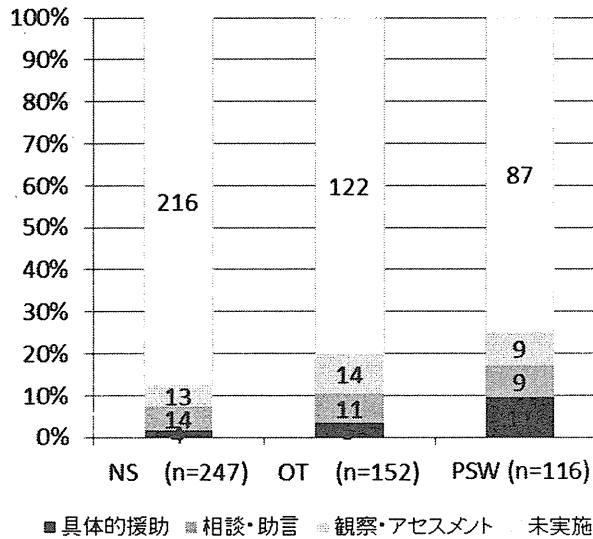


図8 家族へのエンパワメントに関する支援強度×職種

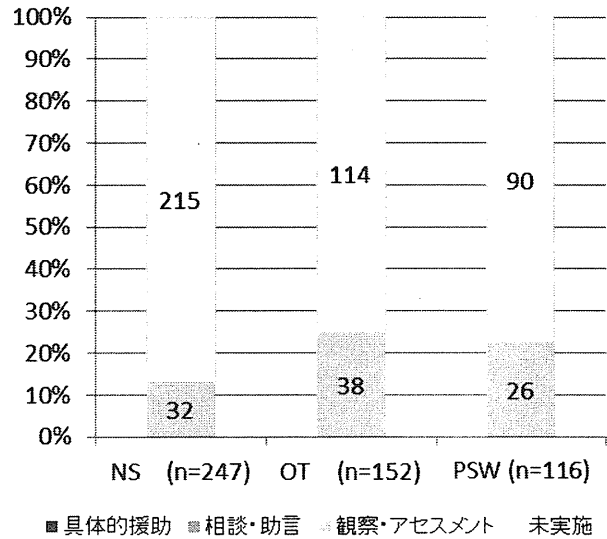


表 5 症状の支援に関する支援強度×職種

支援領域	平均値±S.D.			全体の群間差 Kruskall-Wallis ( $\rho$ )	多重比較 有意差があった職種
	NS(n=247)	OT(n=155)	PSW(n=116)		
精神症状に関する支援(※図9)	1.4±0.9	1.2±0.9	1.6±0.9	$\rho < .001$	NS>OT**, PSW>OT**
睡眠に関する支援(※図10)	1.1±0.9	0.9±0.8	0.9±0.7	$\rho < .05$	NS>PSW*
服薬行動に関する支援	1.6±1.1	1.5±1.1	1.6±1.1	n.s	
通院行動の支援(※図11)	0.5±0.8	0.4±0.8	0.3±0.8	$\rho < .05$	NS>PSW*
危機介入(※図12)	0.5±0.8	0.2±0.6	0.5±0.8	$\rho < .001$	NS>OT**, PSW>OT*
副作用の観察と対処(※図13)	0.6±0.6	0.5±0.7	0.7±0.7	$\rho < .05$	NS>OT**
身体症状の観察と対処(※図14)	0.9±1.0	0.5±0.9	0.7±0.9	$\rho < .001$	NS>OT**, NS>PSW*
身体合併症の観察と対処(※図15)	0.6±0.8	0.3±0.6	0.3±0.5	$\rho < .001$	NS>OT**, NS>PSW**
生活習慣に関する援助(※図16)	0.9±1.0	0.7±0.9	0.7±0.8	$\rho < .01$	NS>OT*
排泄の援助(※図17)	0.6±0.7	0.6±0.3	0.6±0.8	$\rho < .001$	NS>OT**, PSW>OT*

図 9 精神症状に関する支援強度×職種

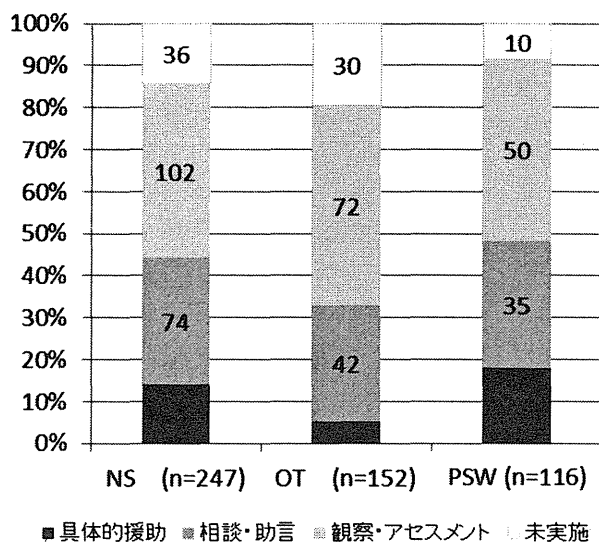


図 10 睡眠に関する支援強度×職種

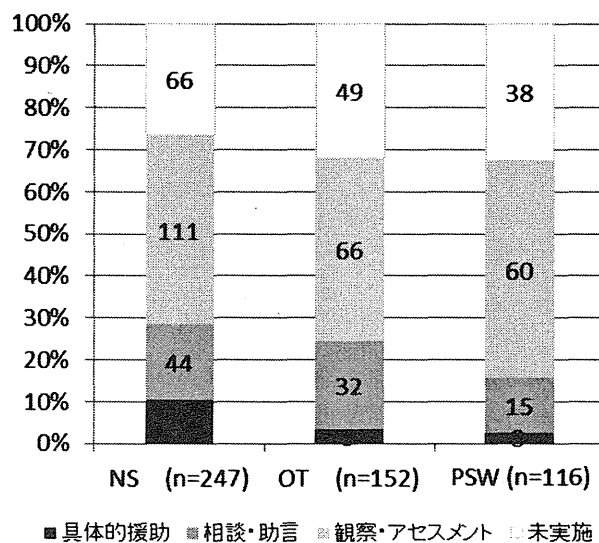


図 11 通院行動に関する支援強度×職種

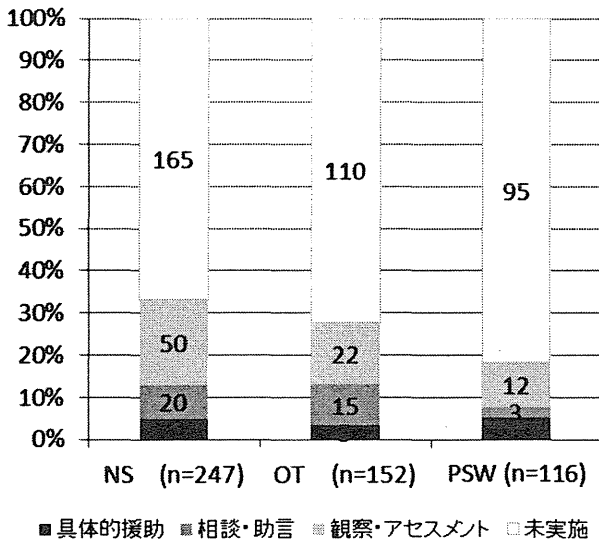


図 12 危機介入に関する支援強度×職種

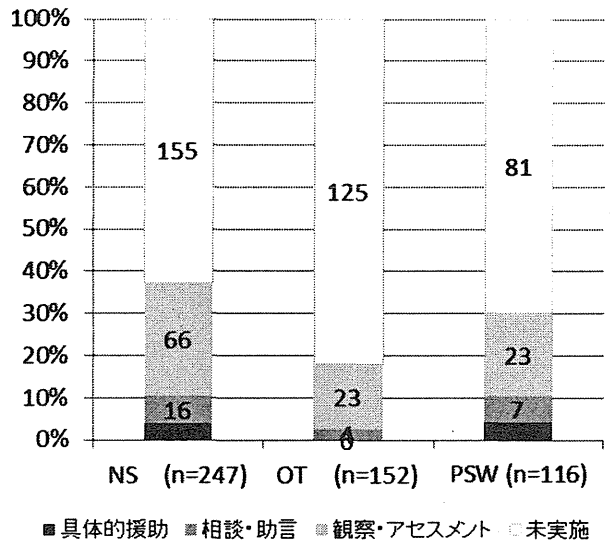


図 13 副作用の観察と対処に関する支援強度×職種

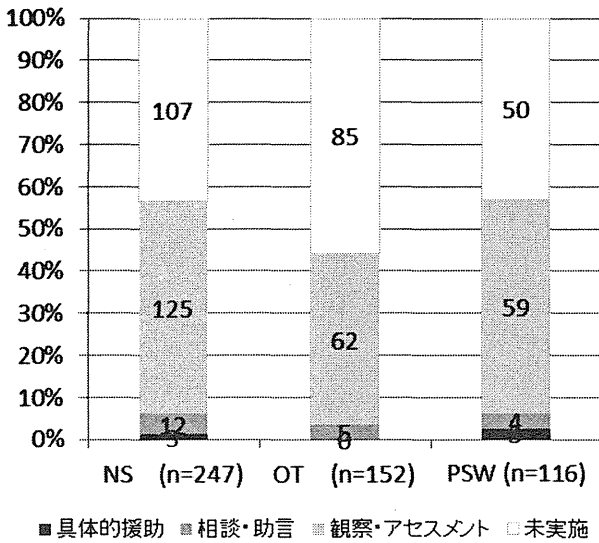


図 14 身体症状の観察と対処

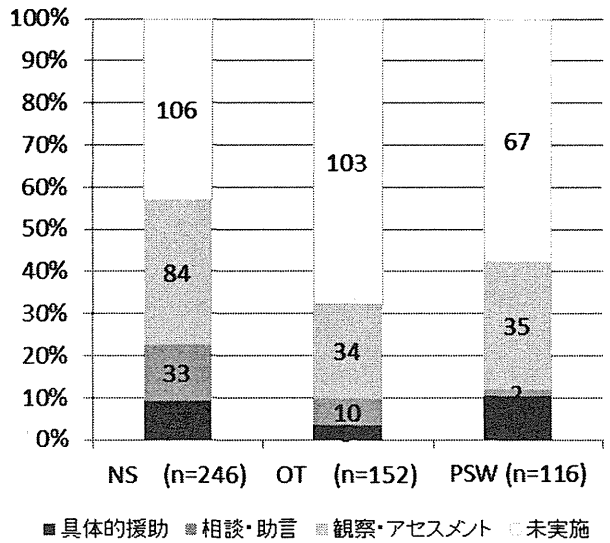


図 15 身体合併症の観察と対処に関する支援強度×職種

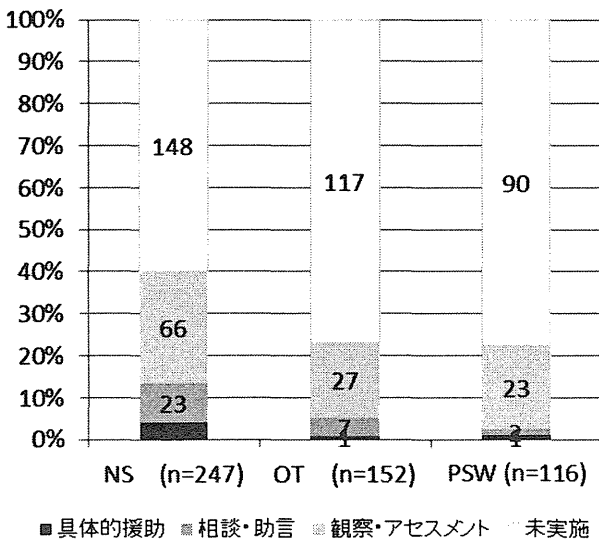


図 16 生活習慣に関する援助

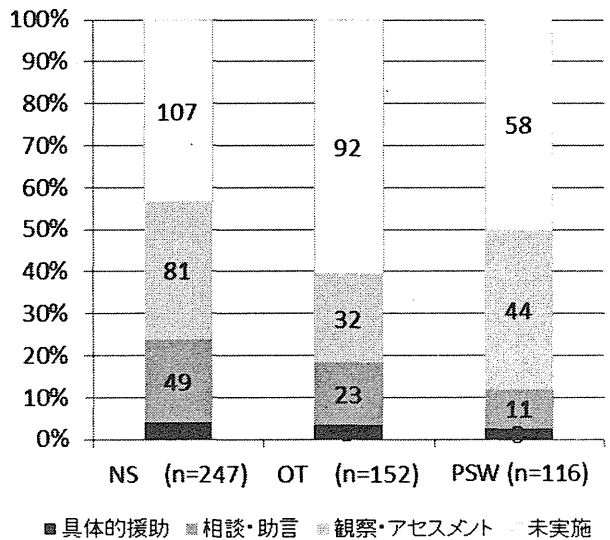


図 17 排泄に関する援助×職種

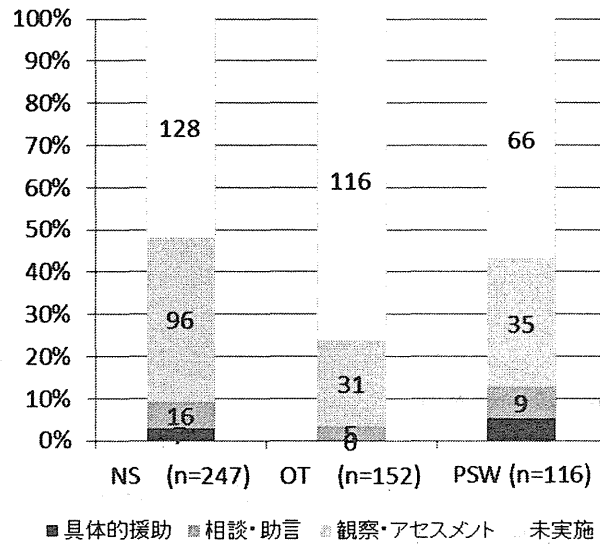


表 6 社会生活支援に関する支援強度×職種

支援領域	平均値±S.D.			全体の群間差 Kruskall - Wallis ( $p$ )	多重比較 有意差があった職種
	NS(n=247)	OT(n=155)	PSW(n=116)		
交通機関の利用等に関する援助	0.5±0.8	0.4±0.9	0.4±0.9	n.s	
銀行・郵便局・役所等の利用の援助	0.4±0.7	0.5±1.0	0.3±0.7	n.s	
住居確保に関する援助	0.2±0.5	0.2±0.7	0.2±0.6	n.s	
住環境を保つための援助(※図18)	0.3±0.6	0.2±0.6	0.2±0.6	$p < .01$	NS>OT**
求職・就労開始の援助	0.1±0.4	0.1±0.4	0.1±0.3	n.s	
就労継続に関する援助	0.1±0.2	0.1±0.5	0.1±0.2	n.s	
教育・修学に関する援助	0.1±0.2	0.1±0.3	0.1±0.2	n.s	

図 18 住環境を保つための援助×支援強度

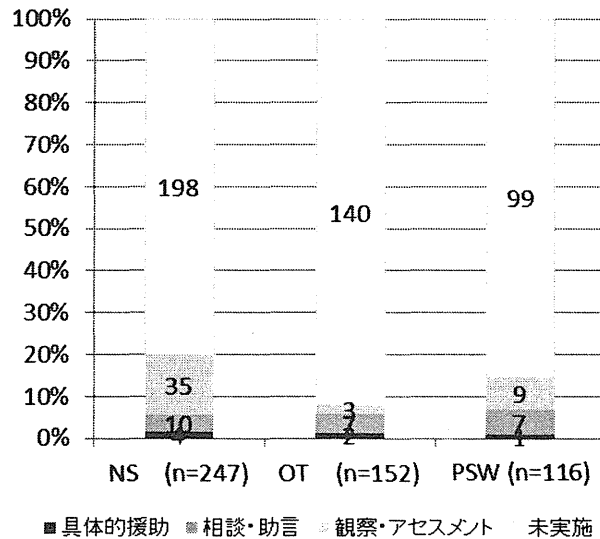


表 8 結果のまとめ 職種間の支援強度の大小の関係

	>NS	>OT	>PSW
NS>		<<日常生活支援>> ・整容* <<コミュニケーションに関する支援>> ・近隣住民との関係* <<症状に関する支援>> ・精神症状** ・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** ・生活習慣に関する支援* ・排泄に関する支援** <<社会生活に関する支援>> ・住環境の維持**	<<コミュニケーションに関する支援>> ・近隣住民との関係** <<症状に関する支援>> ・睡眠* ・身体症状の観察と対処* ・身体合併症の観察と対処** ・通院行動*
OT>	<<コミュニケーションに関する支援>> ・本人との関係の家族支援* ・家族のエンバロメント*		
PSW>	<<コミュニケーションに関する支援>> ・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* ・家族の困難に関する支援** ・家族のエンバロメント*	<<コミュニケーションに関する支援>> ・スタッフとの関係性の構築* ・精神症状** <<症状に関する支援>> ・危機介入* ・排泄に関する支援*	
職種間で有意差のない支援項目	<<ケアマネジメント>> ケアへの導入への本人への働きかけ、本人・家族との関係づくり、アセスメントの実施、ケア計画の作成、ケア会議の開催、サービスや社会資源の利用導入のための援助、サービスや社会資源の利用状況のモニタリング、関係機関・関係者との連絡・調整  <<日常生活支援>> 食生活に関する支援、活動性・生活リズム、生活環境の整備、金銭管理、安全確保、家庭内の役割、趣味・余暇、買い物  <<コミュニケーションに関する支援>> 他者との関わりに関する支援、他の医療福祉スタッフとの関わり、家族との関係に対する本人への支援  <<症状に関する支援>> 服薬行動に関する支援  <<社会生活に関する支援>> 交通機関の利用、社会資源の利用、住居確保、求職・就労開始、就労継続、教育・就学		

縦軸に示される各職種の支援強度が、横軸に示される各職種に対して、有意に高かった項目を列挙

※検定 Kruskal-Wallis 検定、Bonferroni の多重比較 \*： $p<0.5$ 、\*\*： $p<0.1$

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」

## 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<sup>1)</sup>

研究協力者 片山 (高原) 優美子<sup>2)</sup>、山口創生<sup>1)</sup>、小川友季<sup>3)</sup>

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 2) 長野大学

3) 独) 国立国際医療研究センター国府台病院

### 要旨

日本では 2005 年頃より IPS 型就労支援の導入が実践家と研究者双方で行われた。しかし、当研究班の開始当時 (2011 年 4 月現在)、日本ではどのくらいの数の IPS 実施機関が存在するのか、その実践内容はプログラムとしての IPS 型就労支援といえるのか、実態は把握されていなかった。本研究では、まずは日本において IPS 型就労支援を実施しているとする機関を雪だるま方式で 21 機関特定した。これら 21 機関を対象に、機関の特徴、フィデリティ (内容的忠実性)、および就労実績について郵送によるアンケート調査を行った。20 機関から回答を得た。これらの機関の実施主体は就労移行支援事業所、精神科デイケア、ACT (訪問看護) など多様であった。調査結果によると、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 に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。今後は IPS 型就労支援のプログラムとしての普及と、その支援プログラムをどう日本の制度と結び付けていけるかが課題である。

### A. 研究の背景

IPS 型就労支援は、アメリカのニューハンプシャー州で生まれた、重度の精神障害をもつ人を対象とした個別援助付雇用プログラムである。1980 年代には既に IPS とよく似た支援が、ニューハンプシャー州内のいくつかの地域精神保健センターで行われていた。また同時期のウィスコンシン州では ACT (Assertive Community Treatment) チームが既に重度精神障害をもつ人々の就労支援を行っていた。1990 年代の始めに、ドレイク (Drake RE)、ベッカー (Becker DR)、ボンド (Bond GR) といった研究者たちが中心となって、こうした既存の就労支援の方法や理念を一つの支援プログラムとしてまとめ体系化したのがこの IPS 型就労支援である<sup>7)</sup>。

アメリカでは、通常、明確なキャッチメントエリアをもつ地域精神保健センターがあり、そこではケアマネージャー (アメリカでは Case manager と呼ばれる) がメンタルヘルスチー

ムの中心となっている。そのチームに就労支援スペシャリスト (Employment Specialist: 以下 ES) が入り、チームで、クライアントの抱えている問題だけでなく、希望やストレングス等の情報を共有し、ES はケアマネージャーや精神科医と密な連携をとって就労支援を実施している。また、ES を支えるシステムとして、ES 同士のユニットがあり、専任のスーパーバイザーがそのユニットの管理、ES のサポートおよび教育を担っている。また、IPS には 8 つの原則<sup>8)</sup>があり、それがプログラムの基準となっている (表 1)。こうした基本構造と 8 原則が IPS 型就労支援プログラムを特徴づけており、フィデリティの構成要素となっている。フィデリティは、「ある介入がそのプロトコルもしくはオリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に実行されている程度」と定義される<sup>9)</sup>。そして、このフィデリティを評価するツールがフィデリティ尺度である。

こうした評価ツールで測定したフィデリテ

ィの高い実践に限った介入のみを介入群とした IPS 型就労支援プログラムの無作為化比較対照試験 (RCT) 11 研究のシステマティックレビューのメタアナリシスによると、IPS による競争的雇用の就職率は 61%であり、対照群 23%に対して有意に高いことが示されている<sup>3)</sup>。こうした研究実績から、IPS 型就労支援プログラムは EBP (根拠に基づく実践) として広く知られるようになり、アメリカ以外の国でも実践されている<sup>5)</sup>。

日本における IPS 実践の効果検証に関する研究は、大島ら<sup>10)</sup>による RCT デザインの介入研究があり、介入群 (n=18) は対照群 (n=19) よりも 6 か月後の就労率が有意に高いことが示されている (介入群 44.4%、対照群 10.5%)。また、研究事業によって IPS 型就労支援が導入されるより少し前の 2004 年の終わりに、IPS の入門書である『*Working Life*』<sup>2)</sup>の翻訳が出版され、以降、多くの実践家に新しいタイプの就労支援アプローチとして知られるようになり、IPS の理念に共鳴した人々の就労支援に、その支援のエッセンスが取り入れられるようになった。

以上のように、日本では研究事業としての IPS 型就労支援導入と実践家個々による導入とがあり、2005 年以降、少しずつ広がっていったように思われる。しかし、当研究班の開始当時 (2011 年 4 月現在)、実際、日本ではどのくらいの数の IPS 実施機関が存在するのか、その実践内容はプログラムとしての IPS 型就労支援といえるのか、実態は把握されていなかった。

以上のことから、本研究では、まずは日本において IPS 型就労支援を実施しているとする機関を特定した。その上で、それらの機関を対象に、機関の実施主体等の特徴や、どの程度 IPS の内容に忠実に支援を実施しているのか、そして就労実績はどの程度であるのかについて実態を把握することを目的に調査を行った。本稿では、その調査結果を報告する。

## B. 方法

**1. 対象**：IPS 実施機関を「雪だるま方式」(機関に実施機関をたずねていく方法) で特定し、最終的に 21 機関を特定し、全数を対象とした。

**2. 調査期間**：2012 年 8 月 1 日～8 月 31 日

**3. 調査内容**：調査内容は、実施主体、就労支援スタッフ数、就労支援員の就労支援に直接かける時間の割合の自己評価 (エフォート率)、フィデリティ (内容的忠実性)、雇用率であった。

**4. フィデリティ尺度**：日本版 IPS フィデリティ尺度は存在しないため、アメリカ版のフィデリティ尺度である Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25)<sup>4)</sup>の訳を日本の制度に合わせ、かつ自記式調査に使えるように修正したものを作成した。暫定的に作成した自己評価フィデリティ尺度は加点して合計点を出す項目が 35 項目あり、得点範囲は 35 点から 105 点までであった。この 35 項目の評価尺度は大きく分けて 3 つの構成要素からなり、それらは「組織」「スタッフ配置」「サービス内容」であった。

**5. 雇用率の算定方法**：下記のように算定した。

$$\text{障害者雇用率} = b \div a \times 100$$

$$\text{一般雇用率} = c \div a \times 100$$

a：平成 22 年 4 月 1 日～平成 24 年 7 月 31 日までの登録数

b：a と同時期の障害者雇用数 (常勤、非常勤、パート、アルバイトを含めた一般企業等の障害者雇用、特例子会社での雇用を指し、就労継続 A 型は含めない)

c：a と同時期の一般雇用数 (常勤、非常勤、パート、アルバイトを含めた一般企業等の雇用を指し、就労継続 A 型、障害者雇用や特例子会社での雇用は含めない)

**6. 調査手続き**：郵便にて調査票を対象機関の代表者に送った。調査回答は機関の代表もしくは IPS 部門の責任者に依頼した。

**7. 結果の分析方法**：カテゴリカルデータは度数分布を、連続量は記述統計量を算出した。雇



用率と各独立変数との関連については、Spearman の相関分析を行った。なお、全ての統計解析は SPSS ver.17.0 を用いた。

## C. 結果

### 1. 調査対象機関の基礎属性

21 機関中、20 機関より回答を得た。対象機関の実施主体は表 2 の通りである。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。

表 3 には対象機関の特徴を示している。就労支援員数の平均は 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 には ES が勤務時間のなかで就労支援に直接割く時間の割合を「ES のエフォート率」として自己評価してもらっている。各機関でその平均を出し、さらに有効回答の 19 機関の平均を出している。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。

### 2. 対象機関のフィデリティ

次に自己評定のフィデリティであるが、欠損なくフィデリティの合計得点が算出できたのは 16 機関のみであった。平均値は 83 点 (SD=6.0, range 72-91) であった。さらに、

フィデリティからみた対象機関の特徴を、下位尺度ごとにカテゴリカルデータで記述的に示した。

#### ① スタッフ配置

まず ES のケースロードであるが、IPS 型支援では、ES1 人につき利用者 25 人以下が望ましいとされている。結果として「ケースロード 25 人以下」の機関は 20 機関中 15 機関 (75%) であった。また、IPS モデルでは、ES が職業サービス (就労支援) に専心できる状況が望ましいとされる。日本の IPS 実施機関では、「ES の非職業サービスにかかる時間の割合」では、「職業サービスのみを提供する」と回答した機関は皆無であった。「生活支援などの非職業サービスの割合 20%程度」という機関は 10 機関 (50%) であり、「非職業サービスの割合 40%程度」が 6 機関 (30%)、「60%程度」が 0、「80%程度」という機関が 4 機関 (20%) であった。

#### ② 組織

IPS 型就労支援では、ES が生活支援スタッフと利用者のために定期的に対面コンタクトをしてチームで支援していることが求められるが、こうした対面コンタクトを「週 3 回以上」している機関は 9 機関 (45%) であった。次いで「週 1~2 回」が 2 機関 (10%) で、「月 2~3 回」は 1 機関 (5%)、「定期的なし」が 3 機関 (15%)、ES が生活支援スタッフを兼任している機関が 5 機関 (25%) であった。また、組織構造として ES のユニット (ES 同士のチーム) があることが不可欠とされているが、「ユニットあり」4 機関 (20%)、「情報交換の場あり」11 機関 (55%)、「ES だけではないが情報交換の場あり」4 機関 (20%)、「連携の場がない」1 機関 (5%) であった。さらに、ES のスーパーバイザー (管理、教育、サポートを総合的に行う専任者) も必須とされているが、「スーパーバイザーが機関内にいる」と回答したのは 8 機関 (40%)、「いない」12 機関 (60%) であった。また、機関として、利用者の除外基準 (特に障害が重いことによる) を設けていな

いことは8つの原則に掲げている基準である。日本のIPS実施機関では、「全ての希望者が支援を受けられる」と回答したのは14機関(70%)で、何らかの「基準あり」と回答したのは6機関(30%)であった。

### ③ サービス内容

IPS型就労支援では、ESは「利用者の特徴やストレングス、希望についてのアセスメントを行う」ことがサービス内容として必須であるが、日本のIPS実施機関でそれらを「行う」と回答した機関は20機関中20機関(100%)であった。また、社会保障に関するカウンセリングも本人の希望に応じて通常サービスとして専門スタッフが行うが、そうした「社会保障に関するカウンセリングを行えるスタッフ」が「機関内にいる」と回答したのは16機関(80%)であり、「外部にいて相談できる」3機関(15%)、「近くにおらず、課題となっている」1機関(5%)であった。さらに、「迅速な求職活動」がIPS型就労支援の8つの原則に掲げられているが、「利用者が企業における見学や面接を行うのは」「利用開始後1ヵ月未満」と回答したのは7機関(35%)、「利用開始後1ヵ月～3ヵ月未満」が5機関(25%)、「3ヵ月以上」8機関(40%)であった。ESの利用者のための「職場開拓」もIPS型就労支援では重要なサービス内容であるが、「利用者の希望にそって職場開拓を行う」との回答が16機関(80%)、「独自には職場開拓を行わない」4機関(20%)であった。さらに、継続支援もIPS型就労支援の原則に入っているサービス内容であるが、「ほとんどの利用者に対して行っている」とした機関が18機関(90%)、「半分くらいの利用者に対して行っている」1機関(5%)、「行っていない」が0、無回答が1機関(5%)であった。

### 3. 対象機関の実績

就労支援の実績については、結果を表4に示した。平成22年4月1日から24年7月31日までの利用者合計の回答があり、適切に雇用

率を算出できたのは13機関のみであった。13機関の内訳は、就労移行支援事業所が9機関(内株式会社1機関)、障害者就労・生活支援センターが1機関、ACT(訪問看護ステーション)1機関、精神科デイケア1機関であった。雇用率を算出できなかった機関の内、4機関は2012年4月からの開所だった。2機関は利用者合計の報告が欠損していた。あとの1機関は平成22年4月1日から24年7月31日までの「就労支援」利用者が3人のみでそれに対して1人が雇用されており、雇用率が高く見積もられてしまうため除外した。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。

### 4. 雇用率とフィデリティ、ES数、ESエフォート率との相関分析の結果

雇用率の明らかな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( $\rho=-0.041$ ,  $p=0.893$ )、ES数とは有意傾向のある正の相関が示され( $\rho=0.515$ ,  $p=0.072$ )、ESエフォート率とは有意な正の相関が示された( $\rho=0.591$ ,  $p=0.033$ )。前述のとおり、フィデリティ尺度には「スタッフ配置」「組織」「サービス内容」の3つの構成要素があるため、各要素とも相関分析を行ってみたところ、雇用率は「スタッフ配置」とは有意ではないが比較的高い相関係数( $\rho=0.414$ ,  $p=0.159$ )が示されていたため、各項目について分析を行った。その結果「ESの専従性(ESの非職業サービスにかかる時間の割合の低さ)」と雇用率とは有意な正の相関が示された( $\rho=0.675$ ,  $p=0.011$ )。

## D. 考察

### 1. 調査対象機関の特徴

本調査の結果、日本で IPS 型就労支援を実施しているとする機関は少なくとも 21 か所あることが判明した。今回の郵送調査では 21 機関中 20 機関から回答が寄せられ、それらの実施主体をみると、就労移行支援事業所が全体の 45% で最も多く、次いで精神科病院デイケア 25% であった。また、市区町村が公費負担している事業が 2 機関 (10%)、ACT (訪問看護) 2 機関 (10%)、障害者就業・生活支援センターは 1 機関 (5%) でも実施されており、日本の制度のなかで IPS 型就労支援は多様な機関で実施されていることが判明した。

### 2. フィデリティからみた日本の IPS 実施機関の特徴

アメリカ版のフィデリティ尺度は、25 項目で 25 点から 125 点の範囲であるが、100 点から 114 点を“Good Fidelity”としており、115 点から 125 点を“Exemplary Fidelity”としている。このことから 100 点以上をフィデリティ良好とみなすと、満点のおよそ 80% 以上がフィデリティ良好ということになる。日本の IPS 実施機関 16 機関 (欠損地のなかった機関のみ) の平均値は 83 点 (SD=6.0, range 72-91) であり、自己評定ではあるが、まずまずの忠実度であったといえる。

フィデリティの構成要素別にみた特徴としては「スタッフ配置」では、ES のケースロードは 25 名以下と回答した機関が 75% で、集中度の高い支援に適したケースロードであるところが多数であったが、ES が職業サービスのみを提供する機関は皆無であり、ES が関わっている仕事内容が就労支援に特化されていない機関が少なくないことがわかった。

次に「組織」であるが、IPS モデルでは ES と生活支援スタッフ (ケアマネージャーとしての役割を取る者) とがチームで支援していくことを前提としているが、15% が定期的なコンタ

クトがなく、25% は ES が生活支援スタッフを兼任していた。前述の ES が就労支援に専心できない理由の一端が生活支援スタッフとの兼任ではないかと思われる。また、ES ユニットがあるのは 4 機関 (20%) にとどまった。さらに、ES のスーパーバイザーがいない機関も 12 機関 (60%) あり、IPS 型就労支援の特徴であるチームアプローチや ES をサポートするシステムを持たない機関が半数以上であることが明らかとなった。

最後に「サービス内容」であるが、「迅速な求職活動」については、「利用後 1 ヶ月未満」35%、「利用開始後 1~3 ヶ月未満」25%、「利用開始後 3 ヶ月以上」40% と機関によってばらつきがあったが半数は 3 ヶ月未満であり、これは、就労移行支援事業所の利用期間が 2 年間あることを考えれば、早期に就職活動に入っていると考えることができるのではないだろうか。また、「利用者の特徴やストレングス、希望についてのアセスメント」や「社会保障に関するカウンセリングを行えるスタッフがいる」、「職場開拓」、「継続支援」などは、多くの機関で実践されており、フィデリティの構成要素の「スタッフ配置」や「組織」に比べると「サービス内容」では、IPS 型就労支援の基準にそった形で実践されていると考えられる。日本の実践家に認識されている IPS 型就労支援は、支援者個々が提供するサービス内容が主で、組織構造的な面は比較的認識されていないか、あるいは認識されていたとしても経済上の問題で棚上げされている可能性も考えられる。

### 3. 雇用実績

前述のように、雇用率を適切に算出できたのは 13 機関のみであった。最低賃金が保証されている一般企業や事業体の障害者雇用枠での雇用率平均は 19.8% (SD=9.4) で、障害者雇用でない一般雇用率平均は 6.1% (SD=5.0) であった。全体の就職率 25.9% として、約 5 分の 1 が障害者雇用枠を用いない就職であったこと

がわかる。細かい情報はとっていないが、このうちのいくらかは障害をオープンにした上で、の小規模事業主のところにおける雇用で、いくらかは障害クローズでの一般企業への就職であると思われる。精神障害者が障害者雇用率の算定対象になったのは2006年であり、それ以降、障害者雇用枠を使った精神障害者の雇用は増加しているといわれる<sup>7)</sup>。しかしながら、就労移行など公的資金で支援されている精神障害者の実際の雇用率(支援機関利用契約をして実際に一般雇用に就いた率)というものが調査されていないのか公表されていないため、残念なことにIPS実施機関13機関の実績との比較ができない。ただ、厚生労働省障害福祉課の調査<sup>8)</sup>によると、就労移行支援事業による一般就労への移行が全くできていない機関が、平成22年度実績で972機関中436機関(45%)もあったことが示されている。こうした事実をふまえると、IPS実施機関(13機関)は、地道に利用者が一般就労するための支援を実施しており、着実に結果を出していると言えるのではないだろうか。一方、全般的に熱心に就労支援に取り組んでいるこれら13機関の間でも雇用率には幅があった。このため、雇用率とフィデリティ、ES数、ESエフォート率との相関分析を行ってみたところ、ESエフォート率と有意な正の相関が示された。フィデリティのなかでもESの専従性の項目では、やはり有意で比較的高い相関が示されたことから、ESが直接的な就労支援に専念できている機関ほど、雇用率が高い傾向にあることが示唆された。

#### E. 今後の課題

本調査は、日本のIPS実施機関の特徴や就労実績を把握することを目的とした。今回、用いたフィデリティ尺度は暫定的な自己評定尺度であり、対象機関のおおざっぱな特徴を知る上では役立ったが、正確なフィデリティとはいえないことには留意が必要である。こうした限

界を踏まえた上で、課題としては次の事柄を挙げられよう。

- (1) 日本でもプログラムとしてのIPS型就労支援を普及していくためには標準モデルの明文化とフィデリティ尺度の開発が必要である。
- (2) IPS型就労支援は集中度の高い支援を必要としている重度の精神障害を持つ人を対象としている。このため、実践機関にとっては大きな経済的負担となる可能性がある。IPSをどう制度と結び付けていけるか、工夫を要する。

#### F. 結論

日本のIPS実施機関は、就労移行支援事業所、障害者就労・生活支援センター、訪問型生活訓練、精神科デイケア、ACTに特化した訪問看護ステーションなど多様であった。フィデリティ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くなかった。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に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。今後はIPS型就労支援のプログラムとしての普及と、その支援プログラムをどう日本の制度と結び付けていけるかが課題である。

#### G. 健康危険情報

なし

## H. 研究発表

- 1) 高原由美子, 下平美智代, 山口創生, 小川友季, 中里章子: 我が国の IPS 実践機関における IPS 実態調査: 日本版 IPS 基準およびフィデリティ尺度作成の試み【第1報】. 第2回 IPS 全国研修会, 東京, 2012.12.22.
- 2) 下平美智代, 梅田典子, 山口創生: 精神障害をもつ人を対象とした個別援助付雇用プログラム: IPS (Individual Placement and Support) 型就労支援の紹介. KK ねっとわーく勉強会, 神奈川, 2013.3.19
- 3) 下平美智代, 片山 (高原) 優美子, 山口創生, 小川友季, 伊藤順一郎: 日本における IPS (Individual Placement and Support) 型の就労支援: 質問紙による実施機関調査結果の報告. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 平成 24 年度 研究報告会 (第 24 回), 東京, 2013.3.11

## I. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む) なし

## 謝辞

本調査にご回答くださいました IPS 実施機関の代表者の皆様に心より謝意を表します。

## 文献

- 1) 相澤欽一: 精神障害者就労支援の現状と課題. 精神科臨床サービス 12 : 449-453.
- 2) Becker DR, Drake RE: A working life for people with severe mental illness. Oxford University Press. New York. 2003. (大島巖, 松為信雄, 伊藤順一郎 (監訳). 堀宏隆 (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付き雇用ガイド. 金剛出版. 東京. 2004.
- 3) Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence based supported employment. Psychiatric Rehabilitation Journal 31(4): 280-290, 2008.
- 4) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE: Validation of the revised individual placement and support fidelity scale (IPS-25). Psychiatric Service 63(8): 758-763, 2012.
- 5) Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generability of the individual placement and support (IPS) model of supported employment outside the US. World Psychiatry, 11: 32-39, 2012.
- 6) Dartmouth IPS Supported Employment Center (<http://sites.dartmouth.edu/ips/about-ips/ips-practice-principles>)
- 7) Drake RE. A brief history of the individual placement and support model. Psychiatric Rehabilitation Journal 22(1): 3-7, 1998.
- 8) 厚生労働省傷害保健福祉部障害福祉課: 障害者就業・生活支援センターおよび就労移行支援事業所等に求められる役割と課題関連資料. 厚生労働省. 2012. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000027qid-att/2r98520000027qn1.pdf>)
- 9) Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D: Fidelity criteria: development, measurement, and validation. American Journal of Evaluation, 24(3): 315-340, 2003.
- 10) 大島巖, 梅原芳江, 久米和代, 他: 公設地域活動支援センターにおける IPS 援助付き雇用 (個別職業紹介とサポートプログラム) 導入とその評価(2). 平成 19 年度厚生労働科学研究補助金「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) 分担研究報告書, 2000.

表1: IPS型就労支援 8つの原則 (Dartmouth IPS Supported Employment Center<sup>6)</sup>より引用)

Practice Principles of IPS Supported Employment	
1	<b>Focus on Competitive Employment:</b> Agencies providing IPS services are committed to competitive employment as an attainable goal for clients with serious mental illness seeking employment.
2	<b>Eligibility Based on Client Choice:</b> Clients are not excluded on the basis of readiness, diagnoses, symptoms, substance use history, psychiatric hospitalizations, level of disability, or legal system involvement.
3	<b>Integration of Rehabilitation and Mental Health Services:</b> IPS programs are closely integrated with mental health treatment teams.
4	<b>Attention to Client Preferences:</b> Services are based on clients' preferences and choices, rather than providers' judgments.
5	<b>Personalized Benefits Counseling:</b> Employment specialists help clients obtain personalized, understandable, and accurate information about their Social Security, Medicaid, and other government entitlements.
6	<b>Rapid Job Search:</b> IPS programs use a rapid job search approach to help clients obtain jobs directly, rather than providing lengthy pre-employment assessment, training, and counseling.
7	<b>Systematic Job Development:</b> Employment specialists build an employer network based on clients' interests, developing relationships with local employers by making systematic contacts.
8	<b>Time-Unlimited and Individualized Support:</b> Follow-along supports are individualized and continued for as long as the client wants and needs the support.

表2: 回答機関の実施主体(N=20)

	機関数	%
就労移行支援事業所(内1機関は株式会社)	9	45
精神科病院デイケア	5	25
ACTに特化した訪問看護ステーション	2	10
市区町村からの受託の就労支援センター	2	10
訪問型生活訓練	1	5
障害者就業・生活支援センター	1	5

表3: 日本のIPS実施機関の特徴

	N	平均値	標準偏差	範囲
就労支援員数	20	3.9	2.8	0-10
ESのエフォート率(%)	19	58.0	26.5	12-100
	N	回答	該当機関数	割合
生活支援を行うスタッフがいる	20	いる	14	70%
		いない	6	30%
ESのスーパーバイザーが機関内にいる	20	いる	8	40%
		いない	12	60%

表4: 日本のIPS実施機関の実績(N=13)

	平均値	標準偏差	範囲
平成22年4月1日~24年7月末利用者合計	171.7	195.4	43-778
障害者雇用合計(人)	30.7	29.0	6-94
一般雇用合計(人)	8.3	7.5	1-21
雇用合計(人)	39.0	32.2	8.0-96.0
障害者雇用率(%)	19.8	9.4	4.2-37.3
一般雇用率(%)	6.1	5.0	0.8-15.2
全体の雇用率(%)	25.9	10.2	12.3-41.9

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」

## 「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<sup>1)</sup>

研究協力者 山口創生<sup>1)</sup>、片山 (高原) 優美子<sup>2)</sup>、吉田光爾<sup>1)</sup>、佐藤さやか<sup>1)</sup>、種田綾乃<sup>1)</sup>、  
市川健<sup>1)</sup>、伊藤順一郎<sup>1)</sup>、日本版 IPS 型就労支援スタンダード作成委員会★

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 2) 長野大学

### 要旨

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、まずはオリジナルモデルの理念や基本構造から逸脱することなく、それでいて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。原案から 7 回に渡る修正を経て、エキスパートコンセンサスにより第 1 版が完成した。このスタンダードは支援システムの洗練と共に改訂されるべきものである。本稿では、第 1 版の作成過程と全文を報告する。

### A. 背景

1990 年代にアメリカで開発された IPS 型就労支援プログラムは、重度の精神障害をもつ人が競争的雇用にくことをサポートする、システムティックな支援アプローチである<sup>4)</sup>。

IPS 型就労支援プログラムは、複数の無作為化比較対照試験 (RCT) により、準備訓練型の支援よりも有効であることが実証されている<sup>5)</sup>。また、プログラムの内容的忠実性を表すフィデリティが高いほどアウトカムも高いことが先行研究によって示されている<sup>6)</sup>。フィデリティとは、「ある介入がそのプロトコルもしくはオリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に行われている程度」<sup>10)</sup>と定義される。EBP プログラムの実践や普及には昨今ではこうしたフィデリティを一定の手続きで評価することが求められる。フィデリティ評価は、あるプログラムを実行した結果が芳しくなかったときに、それがモデル自体の失敗によるものなのか、それとも意図したモデルを実践できていなかったことによる失敗なのか評価する方法となる。ある介入について RCT で効果検討

し、介入群と対照群とで有意差がなかったと結論付けられたとしても、その介入群の実践のフィデリティが低ければ、それは真のプログラム評価になっていない可能性がある。またフィデリティ評価は、プログラムの別の場所での導入に際し、そこでの実践が、標準モデルから逸脱するのを防ぐ役割もある。

日本での IPS 型就労支援の導入は 2005 年頃のことである。しかし、2012 年に実施した本研究班の調査<sup>12)</sup>により、日本の IPS 実施機関 (n=20) では、サービス内容は IPS に特徴的な支援をほとんどの機関で実施できているものの、スタッフ配置や組織構造は IPS 型就労支援で必要とされている基準を満たしていない機関が多いことが明らかとなった。日本では日本版のフィデリティ基準もなく、日本の制度のなかでいかにして、IPS らしい組織構造を実現していくかというモデル提示がない。このため、それぞれの実践家がこの支援アプローチの一端を IPS モデルの支援として認識し、自らの実践に取り入れるだけにとどまり、機関で取り組むプログラムとしては普及していないと

考えられる。

以上のことから、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、まずはオリジナルモデルの理念や基本構造から逸脱することなく、それでいて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。本稿では、標準モデル作成のプロセスについて記述し、完成した内容全文を報告する。

## B. 方法

### 1. オリジナルプログラムの確認

#### < 8つの原則 >

複数の研究論文や IPS 型の個別援助付き雇用プログラムのホームページ等でこの 8 原則は微妙に異なる表現で記述されている。本稿では、Dartmouth IPS Supported Employment Center のウェブサイト<sup>6)</sup>に掲載されている記述を引用する。それらは、(1)競争的雇用にはフォーカスする、(2)利用者の選択に基づくプログラムの適用、(3)リハビリテーションとメンタルヘルスの統合、(4)利用者の好みに着目する、(5)個別の社会保障カウンセリングを実施する、(6)迅速な求職活動、(7)系統だった職場開拓の実施、(8)期限を定めない個別支援の提供、である。

(1)の「競争的雇用」は、IPS の EBP ツールキット付属の DVD での説明<sup>7)</sup>によると、「最低賃金以上で、地域で誰もが応募できる仕事」を指す。(2)は、プログラムの利用は本人の意思によるもので、過去の履歴や障害の重さ、さらに支援者からみた「準備性の低さ」で対象者を除外しない、という意味がある。(3)は、この支援が重度精神障害をもつ人を対象としているため、メンタルヘルsteam に就労支援を行う専門家がチームメンバーとして入り、対象者に支援を行うということである。(4)はこの支援が person centered approach（消費者中

心の支援）であることを強調するものである。選択や決定は当事者がするものであり、支援者はその手助けをする。(5)は、精神障害をもつ人に積極的に就職することを奨励していくために、就労することに利用者がデメリットを感じることによる就労意欲の低下や喪失を防止するために、社会保障に関するカウンセリングを個別にするということである。(6)は、職業前訓練に時間をかけるよりも、本人が就職したいという意志を表明したら直ちに求職活動を行う、ということである。(7)は、企業と良い関係をつくり、ネットワークをつくっておくこと、そしてそれを記録に残すことを意味している。(8)は、IPS は個別の支援であり、利用者個々のニーズベースで継続的に支援が行われるということである。

#### < 理念 >

IPS 型就労支援プログラムには前述の 8 原則に基づく支援を実施するための前提となるプログラムの理念があり、この理念を構成する概念は、リカバリー志向、ストレングスモデル、Place-then-Train モデルである<sup>8)</sup>。

「リカバリー」は、当事者のコンシューマ運動から台頭してきた概念であり、専門家もしくは支援者によって定義づけられるような概念ではない。リカバリーはそれを経験している個人個人によって異なるが、通底することとしては、個人が「自分自身の人生の主導権を持ち、ユニークさを認め、価値あるものとし、コミュニティに属し、参加し、希望と夢を創造し、実現していく過程」<sup>9)</sup>を指す。サービス提供者側が自らのサービスを「リカバリー志向」というとき、それは支援の目標を利用者個々のリカバリーとするということの意味する。

ストレングスモデルは、ケアマネジメントにおける支援モデルとして、伝統的な病理・欠陥モデルに対抗するモデルとして発展してきた<sup>10)</sup>。ストレングスモデルの支援では、支援者と利用者は、利用者本人の希望、技能や能力とい



った個人のストレングスや環境のストレングスをアセスメント過程で発見し、本人にとって重要で意味のあるゴールを明確化する<sup>7)</sup>。

Place-then-Train モデルは、訓練して職業準備性を高めた上で就労を目指そうという準備訓練型支援よりも、実際に就いた仕事のなかでその仕事に必要なことを身に着けていく方が効果的であるとする理論である。これは決して、特定のスキルの必要な仕事にそのスキルのない人を本人の希望だからと言って就職させ、就職してからその特定技能の訓練をするということの意味しない。支援の必要のない通常の就職とそれは同じである。マッチングの上で就職したのであれば、その人はその職に必要なスキルは既に持っているはずである。ただし、その職場でのやり方や細かいルールは知らない、それは、その職場に入ってから覚えていく。IPS 型就労支援では、就職後の支援（ジョブコーチ、定期的フォロー、退職・転職支援等）を個々のニーズベースで手厚く行うのが特徴である。

#### <基本的組織構造>

IPS 型就労支援は、基本的にチームアプローチの支援である<sup>2)</sup>。重度精神障害をもつ人々を対象としていることから、精神保健チームのなかに就労支援サービスを直接提供する就労支援スペシャリスト（Employment Specialist: 以下 ES）が入り、チームで利用者の目標や希望などの情報を共有して支援する。アメリカの地域精神保健チームで特に重要な役割を果たすのはケアマネージャー（アメリカでは Case-manager）であり、精神保健チームに ES が入って支援するということは、すなわち、就労支援を受ける利用者には前提としてケアマネージャーがついているということの意味する。日本では精神保健領域のケアマネジメントはまだ一般的ではないため、これは制度上の違いのあるところである。

さらに、IPS 型就労支援プログラムでは ES

を支えるもう 1 つのチームが存在する。それは「ES ユニット」と呼ばれる。ES は通常はそれぞれ別のケアマネージャー等の精神保健スタッフとチームを組んで利用者の支援に携わっているが、定期的（例えば週に 1 度）に ES 同士のチームミーティングも行う。ここで各 ES の支援の振り返りを含めたグループスーパービジョンや求人情報の共有が行われる。ES ユニットは専任のスーパーバイザーによって指揮されており、スーパーバイザーは、管理業務だけでなく、ES の教育やサポートに携わっている。

#### 2. 作成過程

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ていくこととした。「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）<sup>\*</sup>で構成された。

スタンダード作成過程としては、研究グループ（筆者ら）がまず、オリジナルプログラムのフィデリティ IPS-25<sup>4)</sup>から原案を作成し、それをたたき台にして、委員会メンバーとディスカッションし、修正案を出し合い、合意していった。

第 1 回委員会開催前の 2012 年 11 月 4 日に、日本の IPS 型就労支援実施機関の実践家 15 名と有識者 3 名および研究者 4 名の合計 22 名で IPS 型就労支援の原則について確認し、「日本で IPS を普及するにあたり不可欠な要素は何か」ということを、1 つ 1 つの原則を振り返りながらディスカッションを行った。基本的に参加者のほとんどは、IPS を日本で実践する上で全ての原則は重要であるとの認識を示しつつ、日本の制度上議論となるのは、「障害者雇用」をどうとらえるかということ、および「リハビリテーションとメンタルヘルスの統合」であろうということが確認された。スタンダード作成委員会はこの議論を踏まえて、作成過程に入った。

委員会の会議の開催は、第1回が2012年12月7日14時～17時、第2回が2013年2月21日13時～17時に行われた。また2012年12月1日～2013年3月20日まで、E-mailもしくは電話等で、研究者と委員会メンバーとの間で意見交換を行い、スタンダード原案から合計7回の修正を行った。

### C. 結果と考察

本スタンダードの作成過程において、研究グループ(筆者ら)と委員会メンバーが確認し合ったこととしては、(1)オリジナルプログラムに忠実なスタンダードを作成すること、(2)フィデリティ評価システムを構築していくことは(消費者の利益にとって)重要であろうこと、(3)スタンダードは支援プログラムの洗練と共に改訂されるべきものであること、(4)IPS型就労支援は有効な支援プログラムの一つにすぎず、これが唯一絶対のものではないことである。

前述のとおり、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(付録1)が完成した。付録1に掲載したとおり、スタンダードの構成は、4つのパートからなる。

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「IV. 標準モデル内容」(3)①に詳述されているとおり、「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<sup>12)</sup>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なった。

スタンダードの最終章は「IV. 標準モデル内容」である。標準モデル内容は、(1)スタッフ配置、(2)組織、(3)サービスの3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の下位尺度と同じである。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、異なるのは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られているところである。

「組織」は、項目数は同じであるが、制度上の違いから、内容が異なるところがある。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、日本では、支援サービスを提供する機関が、就労移行支援事業所だったり、生活訓練事業所であったり、精神科デイケアであったりする。そのため、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ジャーが同じ組織に所属していること、その二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、という内容となっている(付録1.(2)①②参照)。

「サービス」の項目はアメリカ版フィデリティの項目とほぼ同じであるが、追加した項目が

2点ある。「①IPS型就労支援サービスの開始の定義」と「⑭退職支援」である。前者に関しては、精神科デイケアでは、就労支援以外の支援もしており、どこからが就労支援開始日であるのか把握されていない状況もあること、IPS以外の就労支援も行っている場合、定義が明確な方が把握しやすいといことから付け加えることとなった。後者については、(3)⑬の「期限のない継続支援」に入る内容であるが、手厚い支援が必要なところでもあるので、別項として入れることとなった。

以上、オリジナルモデルと日本の制度等の現況をふまえて、日本版IPS型就労支援スタンダード（標準モデル）を作成した。委員会での議論とEメールや電話等でのやりとりがあり、合計7回の修正を行い、エキスパートコンセンサスにより第1版が完成した。このスタンダードは、今後も実践家と研究者が共同で、支援システムの洗練と共に改訂していくべきものである。今後はこれを基に日本版のフィデリティ尺度を開発する予定である。

#### D. 結論

原案から7回の修正を経て、エキスパートコンセンサスにより、日本版IPSスタンダード（標準モデル）第1版を作成した。

#### E. 健康危険情報 なし

#### F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

#### ★日本版IPS型就労支援スタンダード

作成委員会メンバー（敬称略・五十音順）：  
池田克之（就労支援センターそらいろ）  
池田真砂子（社会生活サポートセンターこみっと）  
大島みどり（ユースキャリアセンターフラッグ）  
清澤康伸（国立精神・神経医療研究センター病院）  
香田真希子（目白大学）  
西尾雅明（東北福祉大学）  
本多俊紀（コンポステラ）

#### 謝辞

本研究にあたり、日本各地でIPS型就労支援の実践をされている皆様、有識者の皆様にご協力をいただきました。ありがとうございました。特に、ここにお名前をあげます実践家の皆様には貴重なご意見をいただきました。

心より御礼申し上げます。

阿部瞳様（多機能型事業所あすなろ）  
小野彩香様（スイッチ・センダイ）  
金川善衛様（就労支援センターオンワーク）  
北岡祐子様（創CAC）  
柴田泰臣様（ユースキャリアセンターフラッグ）  
津田祥子様（訪問看護ステーションQ-ACT）  
中島吾木香様（地域活動・相談支援センターかさい）  
中谷真樹様（住吉病院）  
中村智己様（宗近病院）  
芳賀大輔様（さわ病院）  
丸山次郎様（就労支援センターワークネクスト）  
安田正様（障害者就職サポートセンタービルド）  
山本俊爾様（社会生活サポートセンターこみっと）

#### 文献

- 1) アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編．日本精神障害者リハビリテーション学会監訳：アメリカ連邦政府EBP実施・普及ツールキットシリーズ4-I IPS・援助付き雇用 I．本編．日本精神障害者リハビリテーション学会，東京，2009．

- 2) Becker DR, Drake RE: *A Working Life for people with severe mental illness*. Oxford University Press, New York, 2003.  
(大島巖, 松為信雄, 伊藤順一郎 (監訳). 堀宏隆 (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付き雇用ガイド. 金剛出版, 東京, p65, 2004.)
- 3) Bond GR, Drake RE, Becker DR. An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence Based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(4): 280-290, 2008.
- 4) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE: Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatric Service* 63(8): 758-763, 2012.
- 5) Brown, C: *Recovery and Wellness*. Hawarth Press, New York and London, 2001. (カタナ・ブラウン(編). 坂本明子 (訳): リカバリー 希望をもたらすエンパワーメントモデル. 金剛出版, 東京, p3, 2012.)
- 6) Dartmouth IPS Supported Employment Center(<http://sites.dartmouth.edu/ips/about-ips/ips-practice-principles>)
- 7) 福井貞亮: 精神障害者地域生活支援の国際比較—アメリカ合衆国—. *海外保障研究* 182: 41-52, 2013.
- 8) 伊藤順一郎, 香田真希子: PS 入門—リカバリーを応援する個別就労支援プログラム. 地域精神保健福祉機構 (コンボ), 市川, 2011.
- 9) McGrew JH, Griss ME: Concurrent and predictive validity of two scales to assess the fidelity of implementation of supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1): 41-47, 2005.
- 10) Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D: Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *American Journal of Evaluation*, 24(3): 315-340, 2003.
- 11) Rapp C, Goscha, R: *The strength model: A recovery-oriented approach to mental health services*. Oxford University Press, New York, 2011.
- 12) 下平美智代, 片山 (高原) 優美子, 山口創生, 小川友季, 伊藤順一郎: 日本における IPS (Individual Placement and Support) 型の就労支援: 質問紙による実施機関調査結果の報告. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 平成 24 年度 研究報告会 (第 24 回), 東京, 2013.3.11.