

表5 群別にみる就労回数、合計就労期間および合計就労日数

(n=93)	CR+SE群(n=47)		仲介型のみ群(n=46)		t値
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	
就労回数	0.79	(0.86)	0.41	(0.91)	-2.042 *
合計就労期間	82.23	(88.28)	33.63	(82.87)	-2.738 **
合計就労日数	48.43	(52.98)	21.65	(55.05)	-2.389 *

表6 群別にみる離職回数

(n=17)	CR+SE群		仲介型のみ群		t値
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	
離職回数	1.40	(0.966)	2.00	(1.155)	1.164

表7 支援タイプ別にみるベースライン時データ

(n=94)	帝京・長岡		小平・ひだ		国府台・仙台		F検定/ χ ² 検定 p値
	(n = 27)		(n = 33)		(n = 34)		
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	
年齢	35.26	7.471	33.82	6.267	35.00	7.041	n.s.
罹病期間(年) ¹⁾	10.56	7.365	11.16	6.283	11.21	7.356	n.s.
累積入院期間(月) ¹⁾	5.70	10.222	3.92	9.506	4.66	9.349	n.s.
PANSS合計得点 ²⁾	58.91	14.960	65.60	17.653	55.19	15.087	0.043 ⁴⁾
GAF得点	49.26	9.293	52.70	11.414	53.74	8.757	n.s.
LASMI対人関係	15.44	8.050	14.36	9.134	14.47	6.698	n.s.
LASMI労働	14.19	6.115	13.52	6.325	13.76	5.135	n.s.
JART(病前知能)	102.37	9.747	103.77	9.922	101.79	10.412	n.s.
過去1年間の就労日数 ³⁾	32.07	66.742	80.75	127.270	50.21	93.422	n.s.
就労もしくは求職活動 に対する動機づけ	3.03	0.468	4.17	1.002	3.35	0.876	0.000 ⁵⁾
男性/女性	14/13		23/10		21/13		n.s.
統合失調症/大うつ病/双極性障害	22/2/3		30/2/1		29/3/2		n.s.

1) 帝京・長岡26名、小平・ひだ33名、国府台・仙台34名

2) 帝京・長岡22名、小平・ひだ30名、国府台・仙台31名(HAM-Dで評価したものを除いたため)

3) 帝京・長岡27名、小平・ひだ32名、国府台・仙台33名

4) 小平・ひだ>国府台・仙台

5) 小平・ひだ>帝京・長岡、国府台・仙台

表 8 支援タイプ別にみる就労者数および就労率

(n=93)	帝京・長岡(n=27)				小平・ひだ(n=33)				国府台・仙台(n=33)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=14)		(n=13)		(n=16)		(n=17)		(n=17)		(n=16)	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
就労あり	5	35.7	2	15.4	8	50.0	5	29.4	17	100.0	4	25.0
就労なし	9	64.3	11	84.6	8	50.0	12	70.6	0	0.0	12	75.0

表 9 支援タイプ別にみる離職者数および離職率

(n=41)	帝京・長岡(n=7)				小平・ひだ(n=13)				国府台・仙台(n=21)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=5)		(n=2)		(n=8)		(n=5)		(n=17)		(n=4)	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
離職あり	2	40.0	1	50.00	2	25.00	4	80.00	6	35.3	2	50.0
離職なし	3	60.0	1	50.00	6	75.00	1	20.00	11	64.7	2	50.0

表 10 支援タイプ別にみる就労回数、合計就労期間および合計就労日数

(n=93)	帝京・長岡(n=27)				小平・ひだ(n=33)				国府台・仙台(n=33)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=14)		(n=13)		(n=16)		(n=17)		(n=17)		(n=16)	
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)
就労回数	0.43	(0.65)	0.31	(0.63)	0.81	(1.28)	0.71	(1.31)	1.06	(0.24)	0.19	(0.40)
合計就労期間	44.64	(81.11)	27.85	(99.80)	92.75	(105.04)	42.41	(79.13)	103.29	(69.97)	29.00	(76.28)
合計就労日数	27.71	(50.81)	20.00	(71.21)	57.13	(62.68)	26.24	(50.38)	57.29	(41.90)	18.13	(47.83)

表 11 支援タイプ別にみる離職回数

(n=17)	帝京・長岡(n=3)				小平・ひだ(n=6)				国府台・仙台(n=8)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=2)		(n=1)		(n=2)		(n=4)		(n=6)		(n=2)	
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)
離職回数	1.00	(0.00)	2.00	-	2.50	(2.12)	2.50	(1.29)	1.17	(0.41)	1.00	(0.00)

重症精神障害者に対する認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用の 複合による就労支援研究：サービスコード票を用いたプロセス調査

研究分担者：佐藤さやか¹⁾

研究協力者：○山口創生¹⁾，下平美智代¹⁾，種田綾乃¹⁾，市川健¹⁾，吉田光爾¹⁾

研究協力機関：国立精神・神経医療研究センター病院，国立国際医療研究センター国府台病院，
東北福祉大学せんだんホスピタル，帝京大学医学部付属病院，ひだクリニック，
長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

1) 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

要旨

本研究は、日本版援助付き雇用における支援タイプ別（医療機関型、連携型、地域事業所型）のサービス内容やサービス提供時間を把握すること、および就労アウトカムに関連するサービス内容を検証することを目的に、サービスコード票を用いたプロセス調査を行った。サービス提供時間の検証には、1対1換算のサービス提供時間（実サービス提供時間÷利用者数×スタッフ数）を用いた。また、サービス内容は「認知機能リハビリテーション+ビジネスマナー」、「個別就労支援」、「個別生活支援」、「集団プログラム」、「その他」の5つのカテゴリーに分けて分析を行った。結果から、支援タイプにおける臨床的不均一性（clinical heterogeneity）が確認された（16ヵ月間の1人当りの1対1換算のサービス提供時間の合計：医療機関型=3,452分、連携型=6,509分、地域事業者型=10,887分）。最も就労率（88.2%）の高い地域事業所型のサービス内容から、重度の精神障害を持った人への就労支援には、個別性の高い支援の重要性が示唆された。また、就労支援の開始時期や就職時期の前後には集中的かつ濃密なサービスが必要であると推測された。就労アウトカムとサービス内容の分析では、就労者は就労前と就労中に1ヵ月当たり平均で6時間（就労前：約373分、就労前+就労中：約360分）の個別就労支援に関連するサービスと、1ヵ月当たり1.5時間の個別生活支援に関連するサービス（就労前：約90分、就労前+就労中：約87分）を受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16ヵ月間の就労の有無（OR=1.04 [95%CI=1.01 to 1.07], p=0.035）や就労日数の長さ（Coefficient=0.31 [95%CI=0.08 to 0.55], p=0.010）と関係していた。他方、集団プログラムについては、単変量解析と多変量解析の両方で就労アウトカムとの関係は見られなかった。効果的な就労支援を実施するためには、個別かつ時期によって集中的なサービスを供給できるシステムの展開が重要であり、それを可能にする制度改正へのアプローチが今後の課題となる。

A. 研究の背景

精神障害者の就労支援は国際的な課題である^{1,2)}。我が国では、障害者雇用促進法の改正とともに障害者雇用状況が改善されてきた。特に2005年の同法改正で精神障害者の雇用が雇用率に算定可能になって以来、精神障害者の就労者数は大幅に増加している。2012年度に公共職業安定所（以下、ハローワーク）を利用した精神障害者における就職件数は23,861件に達している³⁾。

他方、ハローワーク利用者における障害の程度は不明であり、ハローワークを利用して就労した人は、自力でハローワークにいけるぐらい障害が軽い人であった可能性もある。また、ハローワークにおいて紹介される求人は、障害者を雇った際に、障害者雇用促進法の雇用率に算定される週20時間以上の労働を課す職務内容が多いことから、特に重度の精神障害を持つ者にとっては、専門家による支援なしに自身の好みやニーズに合う仕事を見つけることが容易でないかもしれない。

就労を希望する精神障害者が利用する障害者総合支援法の就労移行支援事業所は、利用者の一般就労（福祉施設内において最低賃金以下で雇われる等の保護的／福祉的就労ではなく、一般的事業所での雇用）への移行に向けた支援が機能していないことがめずらしくない。厚生労働省による調査では、2010年度に登録されていた全国972の就労移行支援事業所のうち、約半分の436施設において、1人の利用者も一般就労に移行できていないことが明らかになっている⁴⁾。また、近年、精神科デイケアでも就労支援への関心が高まっているが、厚生労働省による2011年度患者調査では、対象となった患者の84%（n=532）は、デイケアの利用期間が3年を超えており、デイケアの利用が地域移行や継続的な就労に結びついてない可能性を示唆している⁵⁾。換言すると、重度の精神障害を持った人への効果的な就労支援の普及が大きな課題といえる。

近年、欧米を中心に重度の精神障害者の就労に効果的な実践としてエビデンスを蓄積しているのは、援助付き雇用である。特に個別対応とアウトリーチをベースとした就労支援とケアマネジメントをベースにした生活・医療支援を統合したIndividual placement and support（以下IPS）は、多くの研究でその効果が実証されている^{5,6)}。日本でもIPSを志向する援助付き雇用のモデルが、従来型に比べ、より良い就労アウトカムをもたらすとする知見が報告されている⁷⁾。

欧米では、援助付き雇用に関するエビデンスの十分な蓄積から、研究の関心はすでに医療経済評価や普及のための研究、あるいはプロセス評価に移行している。プロセス調査に関して、McGuireらは、請求書のデータベースからIPS利用者におけるサービス利用回数（スタッフとのコンタクト回数）を把握し、濃密な（集中的な）サービスがより良い就労アウトカムと関係する可能性を指摘している⁸⁾。しかしながら、McGuireらの研究はコンタクト回数を指標として使用しており、サービス濃度という意味で、より重要なサービス提供時間については触れていない。さらに、2014年3月15日に学術データベースMEDLINE, PsychINFO, EMBASEで検索した結果、国際的に援助付き雇用におけるサービス提供時間を把握した研究はなかった。また、日本においては、援助付き雇用に関するプロセス調査自体が、現在まで取り込まれていない。

そこで、本研究は、日本版援助付き雇用におけるサービス内容を把握することを目的に、6サイトのスタッフが自身の提供したサービスについて、その内容と時間をサービスコード票に記録するプロセス調査を行った。本研究の具体的な目的を以下に整理する。

1. 日本版援助付き雇用におけるサービス内容やサービス提供時間を把握し、どのよう

なサービスに時間が費やされているかを検証すること

2. 月ごとのサービス内容とサービス提供時間の推移を把握し、追跡期間におけるサービスの濃度の変化を検証すること
3. 研究対象者を就労者と未就労者に分け、両者の就職前あるいは就労中のサービス提供時間を比較し、就労アウトカムに関係する要因を検証すること

B. 方法

1. 対象者

本研究の対象者は、認知機能リハビリテーション（以下、認知リハ）と日本版援助付き雇用の効果を測定する無作為化比較臨床研究（以下 RCT: Randomised controlled trial）における参加者のうち、介入群に振り分けられた 53 名であり、47 名が分析対象となった（脱落率：9.4%）。研究対象者の導入基準やスクリーニング、選定方法などは RCT に準ずる（佐藤らのアウトカム評価報告 参照）。

2. 支援タイプ

本研究では、6 つの研究協力機関を 3 つの支援タイプに分類した。第 1 の支援タイプは、「医療機関型」である。医療機関型では、精神科デイケアや精神科クリニックが主たる支援機関となって、就労支援モデルを構築した。この支援タイプの特徴は、就労支援を主に提供するスタッフ（以下 ES）と医療的支援のマネジメントを含めた生活支援を主に提供するスタッフ（以下 CMer）が、同一の機関に在籍していることであった。すなわち、医療機関型では、就労支援と生活および医療支援が 1 つの精神科医療機関内で行われた。

第 2 の支援タイプは「連携型」である。精神科デイケアと、日頃から良好な関係にある障害者就業・生活支援センター（以下、なかぼつ）との綿密な連携を通して、支援を展開するモデルである。具体的には、精神科デイ

ケアの CMer が参加者に生活および医療支援（場合によっては就労支援）を提供する一方で、なかぼつの職員が中心となって就労支援を行った。

第 3 は、「地域事業所型」である。地域事業所型では、障害者総合支援法下の就労移行支援事業所を軸に据えた就労支援モデルを展開した。この支援タイプの事業所では複数の ES が所属しており、研究対象者の担当となった ES が実際の就労支援を行っていた。また、医療機関の CMer が出向する形で就労移行支援事業所に滞在し、医療機関との密接な連携を通して、生活および医療支援を提供した。よって、地域事業所型では、就労支援と生活および医療支援が、1 つの地域就労支援事業所で行われた。

3. サービスコード票

サービスコード票には、日時、支援内容、支援時間、移動時間、移動に費やした金額、支援したスタッフの職種、研究参加者と同時に支援した他のサービス利用者の人数、診療報酬や障害者自立支援法の報酬枠組みでは請求できないサービスなどについての情報が含まれる（詳細は 23 年度・研究班報告書 参照）。

支援内容について、サービスコード票には、プロトコルで規定された「認知リハ」や「ビジネスマナー」のプログラムに関する 4 項目、「インテーク」や「プランニング」あるいは実際の「職場開拓」や「ジョブコーチ」など就労支援に関する 13 項目、「ケア会議」や個別の生活支援（「施設内支援」、「訪問支援」、電話などでの「非対面の支援」）に関する 4 項目など、計 22 項目が設けられた。デイケアや就労移行支援事業所などで行われる集団プログラムは、「その他」の項目に記録され、備考欄に「就労に関する集団プログラム」（キャリア・デザインやキャリア形成、PC プログラム、事務などの職業体験）、あるいは「その他の集団プログラム」（心理教育、レクリエーション

活動)に分けて記載された(各項目:付録表A参照)。

4. 手順

各サイトのスタッフは、研究期間において初めて研究対象者を支援した日から16ヵ月間、個別や集団で彼らを支援した際に、その支援内容に最も当てはまるサービスコード票の項目を選択し、支援時間などを記載した。地域ネットワークの向上を図る定期的な地域施設のミーティングや、利用者全般のための職場開拓などの支援は、特定の個人を対象としたサービスではないため、サービスコード票に記載されなかった。スタッフによるサービスコード票への記入方法については事前の研修会を行ったほか、電話やメールで質問に対応する担当窓口を設けた。

Box.1 1対1換算のサービス提供時間の計算

1対1換算のサービス提供時間＝

実サービス提供時間 ÷ 利用者人数 × スタッフ人数

例) デイケアで、2人のスタッフが、30人の利用者が参加する2時間のSSTプログラムを行った場合:

1対1換算のサービス提供時間 = 8(分)

計算: 120(分) ÷ 30(利用者) × 2(スタッフ) = 8(分)

5. 分析

1) 計算式とサービスの 카테고리

本研究では、分析対象者47名の16ヵ月間のサービスコード・データから、各サイトのスタッフが対象者に提供したサービス提供時間(分)を提示した。サービス提供時間については、スタッフ1人が参加者1人に費やした時間を把握するために、「1対1換算のサービス提供時間」を算出した(Box.1)。この計算式では、プロトコルで実施回数が規定された認知リハやビジネスマナーのプログラムで

あっても、サイトによって対象者数やスタッフ数が異なる場合は、1対1換算のサービス提供時間が微妙に変化する。具体的には、より利用者数が少なく、かつスタッフ数が多い支援やプログラムにおいて、1対1換算のサービス提供時間が大きくなる。

また実際の分析の際には、サービスコードの項目を5つのカテゴリ(11の下位カテゴリ)に分けた;「認知リハとビジネスマナー」、「個別就労支援」、「個別生活支援」、「集団プログラム」、「その他」(Box.2)。

Box.2 サービスコードのカテゴリ

カテゴリ0: 認知リハ+ビジネスマナー
(プロトコル規定)

- a) 認知リハ
- b) ビジネスマナー

カテゴリ1: 個別就労支援

- a) 就労対面アウトリーチ
- b) 就労対面
- c) 就労非対面

カテゴリ2: 個別生活支援

- a) 生活対面アウトリーチ
- b) 生活対面
- c) 生活非対面

カテゴリ3: 集団プログラム

- a) 就労系プログラム
- b) その他のプログラム

※要因分析のみで使用

カテゴリ4: その他

2) 支援タイプ別の支援状況の把握

各支援タイプにおける支援状況を把握するために、支援タイプごとに16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の合計を算出した。また、サービスコードの各カテゴリ(Box.2)が1対1換算の総サービス提供時間に占める割合を算出した。次に、各支援タイプにおける16ヵ月間のサービス量の推移を把握するために、月毎の1対1換算のサービス提供時

間を算出し、支援内容の変化を図示した。

Box.3 就労前の1ヵ月当りのサービス提供時間の計算

就労前の1ヵ月当りのサービス提供時間
就労前までの1対1換算のサービス提供時間
÷就労までに要した月数

例1) 就労支援開始から9月目に就職した人が、合計200分の支援を受けていた場合：

計算：200(分)÷8(就労までに要した月)
=25

就職前の1ヵ月あたりのサービス提供時間
=25分

例2) 16ヵ月間、一度も就職していない人が、合計160分の支援を受けていた場合：

計算：120(分)÷16(就労までに要した月)
=10

就職前の1ヵ月あたりのサービス提供時間
=10分

3) 就労アウトカムとサービス内容との関係

就労アウトカムとサービス内容の検証について、分析対象者は死亡ケースを抜いた45名とした。また、就労アウトカムを計算する際の就労の定義は、「最低賃金を保障し、保護的就労(就労継続A型や特例子会社)ではない企業での就職」とした。よって、佐藤らのアウトカム評価の結果とは異なる。サービスコード分析において、就労継続A型や特例子会社での就職をアウトカムとして扱わない理由は、保護的就労の場では、各サイトのサービス量と関係なく、利用者が長期間働ける環境にあるからである。

本研究では3つの就労アウトカムについてのサービス提供時間との関係を検証した。暴露となるサービス量については、1対1換算のサービス提供時間を用いて、個々の研究対象者に提供したサービス時間を算出した。認知リハとビジネスマナーは、プロトコルに規

定されており、各サイトで必ず実施される部分であるため、この分析の変数として扱ってはいない。

就労状態(16ヵ月間における就労の有無)とサービス内容の関連については、それぞれの対象者が研究期間における最初の就職前に受けたサービス提供時間を、就職までに要した月数で割り、1ヵ月あたりの1対1換算のサービス提供時間を算出した。16ヵ月間で一度も就労していない人については、16ヵ月間は常に就労前の状況にあると捉え、16ヵ月間のサービス提供時間を16で割った(Box.3)。16ヵ月間に、就職した人(就労群)と就職していない人(未就労群)の各カテゴリーと下位カテゴリーにおける1ヵ月あたりのサービス提供時間の平均値と中央値を算出し、Mann-Whitney検定を用いて、平均値の比較を実施した。また、就労群と未就労群の間で基本属性の差を χ^2 検定およびt検定を用いて分析した。さらに、Global assessment of functioning(以下GAF)、動機付け尺度、Brief assessment of cognition in schizophrenia Japanese version(以下BACS-J)とサービス提供時間についてspearmanの相関分析を実施することにより、機能が高い人やモチベーションの高い人とサービス量との関係を検証した。最後に、就労状態に関連する要因を検証するため、3つのサービスカテゴリー(「個別就労支援」、「個別生活支援」、「集団プログラム」)を独立変数とし、交絡要因となりうる性別、年齢、GAF、動機付け、BACS-Jを調整したロジスティック回帰分析を実施した^{8・11)}。カテゴリー「その他」の項目は記録されている対象者が極端に少ないため、独立変数として分析に投入しなかった。

次に、就労期間と就労日数とサービス提供時間の関係については、就労前と就労中の1対1換算のサービス提供時間を、就職前と就労中の月数で割り、1ヵ月あたりの1対1換

算のサービス提供時間を算出した。16ヵ月の間に1度も就職していない対象者における1対1換算のサービス提供時間の計算、単変量解析の方法は、就労状態の分析と同様であるため省力する。就労期間や就労日数に関連する要因を検証するための分析については、就労期間や就労日数が非正規分布であるため、中央値を用いた分位点回帰分析を行った。投入した独立変数や交絡要因となりうる変数はロジスティック回帰分析と同様であった。

分析の際の統計的有意水準は5%（両側）に設定した。すべての分析には、Microsoft Excel 2010 および Stata version 12 を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究の参加者には、各サイトの担当者が書面および口頭で研究の趣旨やデータの使用方法などを説明し、調査への参加の同意を得た。すべての参加者には、調査への参加に対する拒否権と途中棄権の権利が確保された。また、すべての研究参加者から署名付きの同意書を得た。本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けている（No. A2011-024）。

C. 結果

1. 16ヵ月間のサービス提供時間

1) 全体

分析対象となった47名の基本属性は、佐藤らのアウトカム評価報告で紹介されているため省力する。16ヵ月間の間に少なくとも1度は就労した参加者は、27名であった（就職率：57.5%）であった。図1および表1は、支援タイプ別に16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の合計とカテゴリごとの割合を示している（実サービス提供時間：付録図A、表B参照）。6サイト全体では、16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の合計は7,173分であり、プロトコルで規定された「認知リハ」（18.8%）と「ビジネスマナー」

（5.5%）で約4分の1を占めた。また「個別就労支援」は合計の約半であった（「就労対面アウトリーチ」[13.7%]、就労対面[16.0%]、就労非対面[17.9%]）。「個別生活支援」と「集団プログラム」は、それぞれ約15%弱であった。

2) 医療機関型

医療機関型における1対1換算のサービス提供時間の合計は、支援タイプ別では最も少なく3,452分であった。各サービスのカテゴリの割合は、全体結果と似ているが、「個別就労支援」が4割弱となっていた（「就労対面アウトリーチ」[5.2%]、就労対面[17.2%]、就労非対面[19.3%]）。また、医療機関型における就労者は16名中7名（43.8%）であった。

3) 連携型

連携型における1対1換算のサービス提供時間の合計は6,509分であった。「個別就労支援」が3割弱であった（「就労対面アウトリーチ」[6.6%]、就労対面[10.4%]、就労非対面[9.8%]）。また、「集団プログラム」が合計の約35%を占めているのが特徴であった。連携型における就労者は14名中5名（35.7%）であった。

4) 地域事業所型

地域事業所型における1対1換算のサービス提供時間の合計は10,887分であり、3つの支援タイプの中で、最も多かった。特に「個別就労支援」の割合が多いのが特徴であり、合計の約6割を占めた（「就労対面アウトリーチ」[18.8%]、就労対面[18.9%]、就労非対面[21.5%]）。地域事業所型の就労率は88.2%（17名中15名）であった。

2. 16ヵ月間のサービス提供時間の推移

1) 全体

それぞれのカテゴリにおける1対1換算のサービス提供時間は、月日の経過とともに変化した（月毎のサービス内容・時間の推移の詳細な数字：付録表C-F参照）。全体的な傾向として3ヵ月目までは「認知リハ」が全体の半分を占め、4ヵ月から「ビジネスマナー」や「個別就労支援」、「集団プログラム」が増加する傾向にあった。他方、生活支援は16ヵ月間の中で大きく割合を変えずに推移していた。就労者が徐々に増え始める8、9ヵ月目以降は、1対1換算のサービス提供時間が減少する傾向にあった（図2）。

2) 医療機関型

医療機関型における16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の推移は全体の結果と似ているが、全体結果と比較して、サービス提供時間の絶対量が少ない。そして、就労者が研究期間の比較的早い時期にできることから、「個別就労支援」が6ヵ月目に増加することが特徴であった（図3）。

3) 連携型

連携型における16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の推移の特徴は、「認知リハ」の終了後、「個別生活支援」と「集団プログラム」の時間が、研究期間終了までの間、一定の割合を占めることであった。また「個別就労支援」に関しては、11ヵ月目に増加していた（図4）。

4) 地域事業所型

地域事業所型においては、16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の推移についての特徴がいくつかある。まず、研究開始時期から「認知リハ」と平行して、「個別就労支援」（特に「就労非対面」）と「個別生活支援」に関するサービスが一定の割合で提供されていた。4

ヵ月目から10ヵ月目までは「個別就労支援」の割合が非常に多く、特に下位カテゴリ「就労対面アウトリーチ」が4分の1ほどを占めていた。そして、11ヵ月目以降は1対1換算のサービス提供時間が急激に減少していた（図5）。

3. 就労アウトカムと関連するサービス

1) 基本属性

分析対象者45名のうち、男性は27名（60.0%）であり、女性18名（40.0%）であった。診断は統合失調症が最も多く、38名（84.44%）であった。平均年齢は34.84歳（sd=7.07）であった。GAF、動機付け、BACS-Jの平均値は、それぞれ49.73（sd=8.12）、3.37（sd=0.89）、-1.12（sd=0.61）であった（表2）。就労者と未就労者の間で有意な差が観測された基本属性はなかった。

2) 就労アウトカム

表3は分析対象者45名の就労アウトカムを示している。就労継続A型や特例子会社を除くと、45名のうち27名（60.0%）が16ヵ月間で最低1回は就労を経験していた。平均就労期間は123.31日（sd=132.28）であり、平均就労日数は75.44日（sd=84.82）であった。

3) 機能とサービス提供時間

GAFやBACS-J、動機付け尺度の得点と16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間との相関分析の結果、GAFと「集団プログラム」（ $\rho=0.3020$, $p<0.05$ ）、その下位尺度「その他の集団プログラム」（ $\rho=0.3109$, $p<0.05$ ）で有意な相関があった。しかし、他の変数間に有意な相関はなかった。

4) 就労状態と就労前のサービス提供時間

16ヵ月間における最初の就労前の1ヵ月当りの1対1換算のサービス提供時間を就労群（n=27）と未就労群（n=18）に分けて検証し

たところ、就労群の「個別就労支援」は 372.56 分 (sd=279.82) であり、未就労群 (76.72 分 [sd=66.98]) より有意に多かった ($z=4.425$, $p<0.0001$)。「個別就労支援」の下位カテゴリー (「就労対面アウトリーチ」、「就労対面」、「週路非対面」) においても、未就労群と比べ、就労群は有意に 1 対 1 換算のサービス提供時間が多かった (表 4)。「個別生活支援」において就労群 (89.93 分 [sd=72.84]) は、未就労群 (49.39 分 [sd=76.14]) より 1 対 1 換算のサービス提供時間が有意に多かった ($z=2.190$, $p=0.0285$)。他方、下位カテゴリーにおいては、「生活対面」のみで有意な差が観測された (就労群: 67.81 分 [55.85]、未就労群: 39.72 分 [68.31], $z=2.283$, $p=0.0224$)。また、「集団プログラム」に関しては有意な差は見られなかったが、下位カテゴリーの「就労プログラム」については、就労群 (24.91 分 [36.44]) が、未就労群 (1.79 分 [4.18]) より有意に多かった ($z=2.630$, $p=0.0085$)。一方で、「その他のプログラム」については有意な差はないが、未就労群のほうが 1 対 1 換算のサービス提供時間が長かった (表 4)。

ロジスティック回帰分析の結果、就労状態 (就労の有無) と関連する要因として、有意な関係にあった変数は「個別就労支援」 (OR=1.04 [95%CI=1.01 to 1.07], $p=0.035$) のみであった (表 6)。

5) 就労期間・就労日数と就労前・就労中のサービス提供時間

就労群と未就労群で、就労前と就労中の 1 対 1 換算のサービス提供時間を比較した結果、1 対 1 換算のサービス提供時間に若干の違いがあるが、有意な差があったカテゴリーは上述の就労前の 1 対 1 換算のサービス提供時間の分析結果と全く同一であった (表 5)。

分位点回帰分析の結果、就労期間と関係する変数は抽出されなかったが、「個別就労支援」 (Coefficient=0.38 [95%CI=-0.01 to 0.77],

$p=0.55$) は有意傾向であった (表 7)。就労日数については、「個別就労支援」 (Coefficient=0.31 [95%CI=0.08 to 0.55], $p=0.010$) のみが、就労日数に関係する変数として観測された (表 8)。

D. 考察

本研究は、認知リハと日本版援助付き雇用を実施する 6 つのサイトを 3 つの支援タイプに分け、サービスコードのデータから 1 対 1 換算のサービス提供時間を算出したうえで、各支援タイプにおける 16 ヶ月間の支援内容やサービス提供時間の特徴を検証した。さらに、個別のサービスコードのデータから、就労状態や就労期間、就労日数に関連する要因を分析した。

1. 支援タイプとサービス内容

16 ヶ月間の 1 対 1 換算のサービス提供時間の合計や月毎の推移から、支援タイプによって、合計のサービス提供時間、時間を費やすサービスの種類、月毎のサービス内容については大きな違いがあった。1 対 1 換算のサービス提供時間の長かった地域事業所型の高い就労率 (88.2%) を考慮すると、重い障害を持った人に対する就労支援には、集中的な個別サービスを提供する必要があると考えられる。実際、地域事業所型は「認知機能リハ」や「集団プログラム」の割合が他の支援タイプより少なく、「個別就労支援」が非常に多い。

他方、連携型における 1 対 1 換算のサービス提供時間の合計は、医療機関型と比べ長い反面、就労率は低い。これには 3 つの要因が考えられる。第 1 に、連携型では「認知リハ」や「集団プログラム」の割合が多く、「個別支援時間」は医療機関型と大差がないことがあげられる。第 2 に、医療機関型において、ES と CMer が同一機関に在籍していることから、両者の連携が容易であり、効率的な就労支援ができたかもしれない。第 3 に、本研究にお

ける医療機関型の ES は就労支援に顕著な経験を有しており、多くの時間をかけなくても対象者を就労に結びつけることができたかもしれない。

いずれにしても、3つの支援タイプ間で、臨床的不均一性（clinical heterogeneity）が確認された。この臨床的不均一性の発生については複数の理由があると思われる。まず、地域事業所型における2サイトはもともと就労支援を専門として行ってきた機関であることや、ES が複数名いること、CMer が常に同機関に滞在していることが、1対1換算のサービス提供時間の長さに関係しているかもしれない。

他方、医療機関型や連携型における比較的少ない1対1換算のサービス提供時間は、ES の不在や人員不足が関係しているかもしれない。あるいは医療機関における絶対的なマンパワー不足が関係しているかもしれない。たとえば、1対1換算のサービス提供時間の合計が最も少なかった医療機関型におけるサイトの1つは精神科デイケアを主機関としているが、1日平均来所者数は約65人であり、登録者数は300名を超える。つまり、各ESやCMerが担当するケースロード数が膨大になり、個別に対応できる時間の確保が難しいかもしれない。すなわち、現在の医療機関における利用者数に対する職員配置の限界が原因にあるかもしれない。また、現在の診療報酬制度では、デイケアスタッフが事業所外に行う支援は報酬の対象とならない。そのため、デイケアを主機関とするサイトのスタッフにとっては、日常業務を遂行するなかで、頻繁なアウトリーチ活動が求められる就労支援がしづらいというジレンマがあったかもしれない。

2. サービス密度（intensity）

16ヵ月の1対1換算のサービス提供時間の推移をみると、サービス密度の重要性が示唆

された。具体的には、認知リハ後の具体的な就労支援を始める時期と対象者が就労を開始する時期に集中的なサービスを提供する必要があったと推測される。就労支援初期と就職前後の濃密なサービスの重要性^{12,13}や就労期間との関係⁸は米国の先行研究でも指摘されており、日本の援助付き雇用でもその重要性が実証されたと考えられる。また、地域事業所型の例をみると、認知リハ時期に認知リハだけを行うのではなく、平行してアセスメントなどの個別就労支援および個別生活支援を行うことが、重要であると推察される。

3. 就労アウトカムと基本属性および関連するサービス

1) 就労アウトカムと基本属性

就労者と未就労者の基本属性を比較したところ、各基本属性の項目に有意な差は見られなかった。また、多変量解析の結果でも、基本属性は就労アウトカムに関係していなかった。過去の研究では、機能、認知機能、動機付けなどは、就労の可否や就労期間に関わる可能性を示していたが⁸⁻¹¹、本研究において就労アウトカムと基本属性との間に関係はなかった。認知機能に関しては、認知リハによる認知機能の向上が影響しているかもしれない¹⁴⁻¹⁶。あるいは適切な援助付き雇用のもとでは、機能や認知機能、動機付けなど程度に関係なく就労できる可能性を示しているのかもしれない。他方、研究プロトコルにおいて認知機能が低い人が対象となっているので、もともと認知機能に関して個々のばらつきが少なかった影響もあると推測される。

2) 機能とサービスの利用状況

次に、障害の重い人や動機付けの高い人が多くのサービスを受けた可能性について言及する。GAFやBACS-J、動機付け尺度と各カテゴリーおよび下位カテゴリーの1対1換算のサービス提供時間との関係について、

spearman の相関分析を行ったが、GAF と「集団プログラム」を除き、有意な関係がなかった。これは、サービスを受けやすい人だけが多くのサービスを受けて就労に結びついた可能性を否定する 1 つのエビエンスになると示唆される。前述したとおり、1 対 1 換算のサービス提供時間が多い地域事業所型のサイトでは、ほぼ全員が就労している（就労しなかった 2 名は就労継続 A 型と特例子会社を利用）。よって、サービス提供時間の個人間の格差は、特定の人だけが就労支援を多く受けたという可能性より、利用した機関による影響が大きいと考えられる。

3) 就労アウトカムと関係するサービス

16 ヶ月間の就労状態（就労の有無）や就労期間、就労日数とサービス内容の関連について、就労した利用者は、就労前あるいは就労中に受けた「個別就労支援」、「個別生活支援」のサービス量（1 対 1 換算のサービス提供時間）が有意に多かった。具体的には、就労者は「個別就労支援」については月当たり約 6 時間（就労前：約 373 分、就労前+就労中：約 360 分）、「個別生活支援」については、月当たり約 1.5 時間（就労前：約 90 分、就労前+就労中：約 87 分）のサービスを受けていた。この結果から、本研究の対象となった重度の精神障害を持った人の就労支援には、個別の手厚い支援が必要になると示唆された。他方、「集団プログラム」、特に就労に直接関係しない「その他のプログラム」については、就労していない人が多かったことから、デイケアなどで頻繁に行われる集団プログラムにおける就労アウトカムへの効果は疑問が残る。

また、基本属性や交絡要因を調整した多変量解析の結果では、就労状態や就労日数の長さに関係するのは、「個別就労支援」の時間の長さのみであった。就労アウトカムの向上のためには、生活支援や集団プログラムという従来の支援の枠を超えて、個別の就労支援に

より多くの時間を費やすことを念頭にしたサービス供給システムを展開させる必要性があると示唆された。

4. 研究の限界

本研究には、いくつかの限界がある。まず、サービスコードの分析は、それぞれの支援に費やされた時間を提示できるが、支援の質は評価できない。たとえば、あるスタッフが利用者のストレングスを意識したインテーク面接を 30 分しても、他のスタッフが過去の職業経験だけを聞く 30 分のインテーク面接をしても、サービスコード上の結果は同じ 30 分となる。また、サービスコード調査は現場スタッフの記載に頼る調査手法である。実際にはサービスを提供したにもかかわらず、何らかの理由により、スタッフがそのサービスを記載しなかった場合、そのようなサービスはデータには反映されない。

本研究は一定期間のクロスセクショナル調査である。よって、変数間の因果関係を明確にすることはできない。また、本研究では、支援タイプあるいはサイト別の臨床的不均一性を認めたが、サイト間の就労者の極端な偏りなどから、多変量解析の際にクラスターリング・エフェクト（clustering effect）を調整した分析ができなかった。

E. 結論

本研究の知見から、重度の精神障害を持った人への就労支援には、個別性の高い支援の重要性が示唆された。また、就労支援の開始時期や就職時期の前後には集中的かつ濃密なサービスが必要であると推測される。他方、支援タイプにおける臨床的不均一性が見られた。これには現在の診療報酬制度なども関係していると思われる。

就労者は就労前と就労中に 1 ヶ月当たり平均で約 6 時間の個別就労支援に関連するサービスと約 1.5 時間の個別生活支援に関連するサ

ービスを受けていた。特に個別の就労支援のサービス量は就労状態や就労日数などの就労アウトカムに大きく関係すると考えられる。他方、集団プログラムに関する効果は限定的であり、就労アウトカムとの関係は見られなかった。すなわち、効果的な就労支援を実施するためには、個別かつ時期によって集中的なサービスを供給できるシステムを展開することが重要になる。また、医療機関（特に精神科デイケア）における就労支援員の配置、個別支援やアウトリーチの実施を可能にする制度改正へのアプローチが今後の課題となる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

- ・山口創生, 佐藤さやか, 下平美智代, 他: 重症精神障がい者に対する援助付き雇用における利用者の被支援量: サービスコード票を用いたプロセスデータ分析の途中経過報告. 第21回日本精神障害者リハビリテーション学会, 沖縄, 2013.11.30.

H. 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

文献

- 1)山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 他: 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. 精リハ誌15:75-85, 2011.
- 2)Lloyd K, White J: Democratizing clinical research. Nature 474(7351):277-278, 2011.
- 3)厚生労働省: 平成24年度・障害者の職業紹介状況等. 厚生労働省, 東京, 2008.
- 4)厚生労働省: 障害者就業・生活支援センター及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, 東京, 2012.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000031ock-att/2r98520000031oga.pdf>
- 5)厚生労働省: 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)精神科入院医療における重度評価導入後の影響調査報告書. 厚生労働省, 東京, 2011.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000027qid-att/2r98520000027qn1.pdf#search='%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%B0%B1%E6%A5%AD%E3%83%BB%E7%94%9F%E6%B4%BB%E6%94%AF%E6%8F%B4%E3%82%BB%E3%83%B3%E3%82%BF%E3%83%BC%E5%8F%8A%E3%81%B3%E5%B0%B1%E5%8A%B4%E7%A7%BB'>
- 6)Bond GR, Drake RE, Becker DR: Generalizability of the individual placement and support model of supported employment outside the US. World Psychiatry, 11: 32-39, 2012.
- 7)Kinoshita Y, Furukawa Toshi A, Kinoshita K, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev., 9, 2013.
[doi: 10.1002/14651858.CD008297.pub2]
- 8)大島巖, 梅原芳江, 久米知代, 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). 西尾雅明(主任研究者): 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. 17-28.2008.

- 9)McGuire AB, Bond GR, Clendenning DR, et al: Service intensity as a predictor of competitive employee in an individual placement and support model. *Psychiatr Serv* 62:1066-1072, 2011.
- 10)Heslin M, Howard L, Leese M, et al: Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry* 10:132-137, 2011.
- 11)Howard LM, Heslin M, Leese M, et al: Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196(5):404-411, 2010.
- 12)Burns T, Catty J, Becker T, et al: The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370:1146-1152, 2007.
- 13)Bond GR, Becker DR, Drake RE, et al: A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 40:265-284, 1997.
- 14)Bond GR, Peterson AE, Becker DR, et al: Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatr Serv* 63:758-763, 2012.
- 15)McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, et al: Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 164(3):437-441, 2007.
- 16)Bell MD, Choi KH, Dyer C, et al: Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. *Psychiatr Serv* 65(4):469-475, 2014.
- 17)Sato S, Iwata K, Furukawa S, et al: The effects of the combination of cognitive training and supported employment on improving clinical and working outcomes for people with schizophrenia in Japan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 10:18-27, 2013.

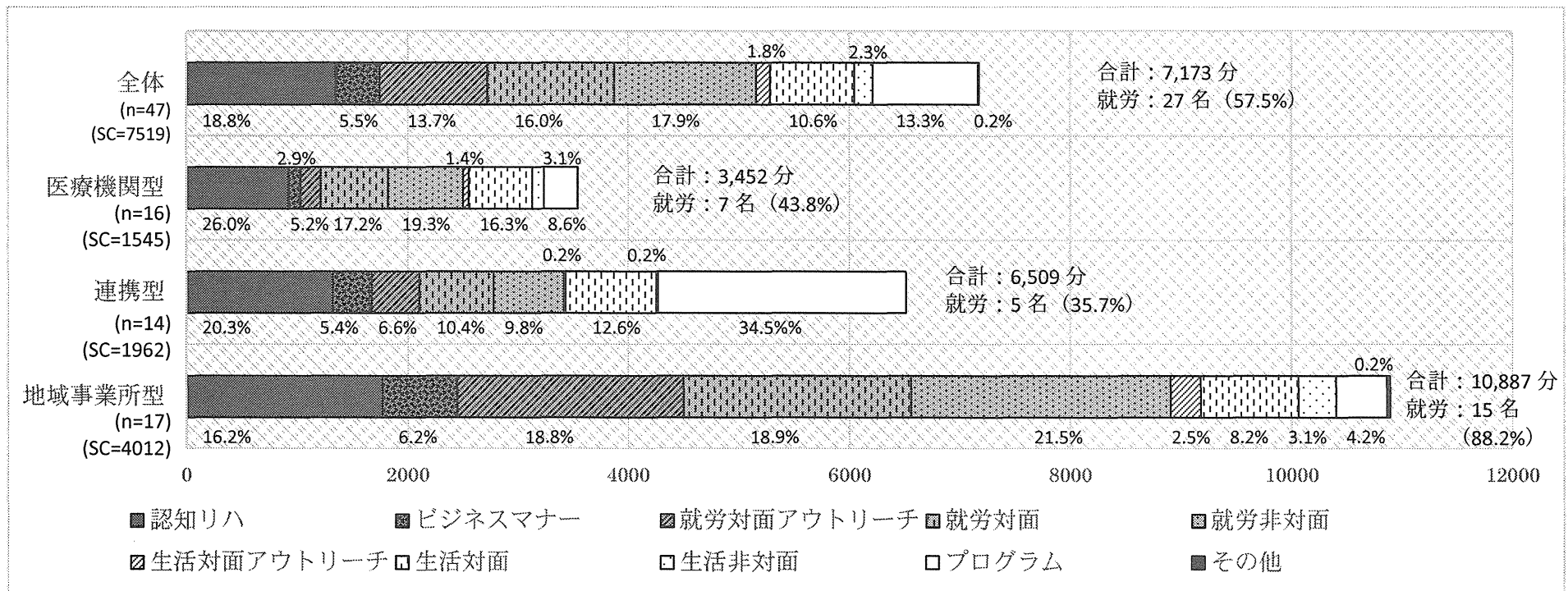


図1 サービス内容の割合（一人当たりの1対1換算サービス提供時間）

表1 サービス内容の割合（一人当たりの1対1換算サービス提供時間）

	認知リハ(プロトコル)		個別就労支援			個別生活支援			プログラム	その他
	認知リハ	ビジネスマナー	就労対面アウトリーチ	就労対面	就労非対面	生活対面アウトリーチ	生活対面	生活非対面		
全体	1348	395	979	1149	1282	126	762	166	955	11
医療機関型	922	104	184	609	682	50	576	108	305	2
連携型	1319	352	429	676	636	16	823	13	2245	0
地域事業所型	1766	680	2050	2057	2345	275	888	337	462	27

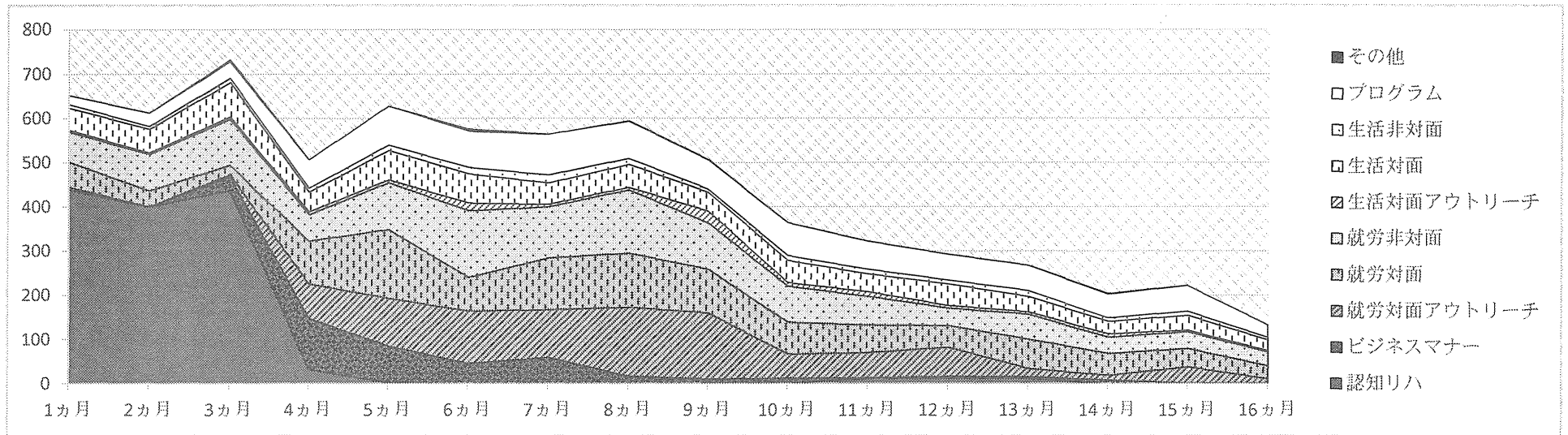


図2 16カ月間のサービス内容の推移：全体（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=47）

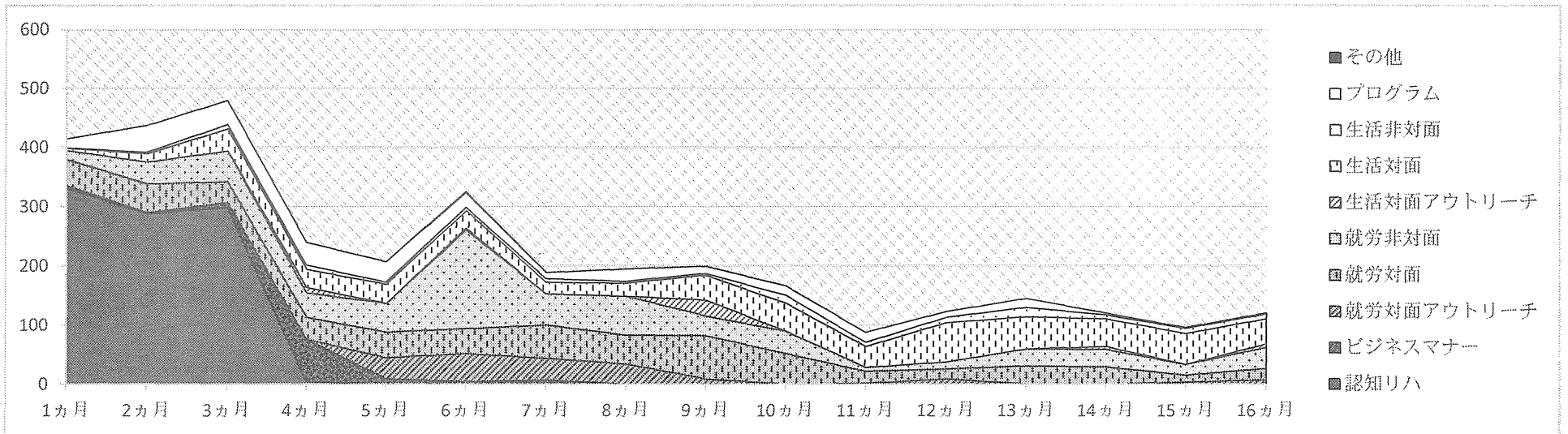


図3 16カ月間のサービス内容の推移：医療機関型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=16）

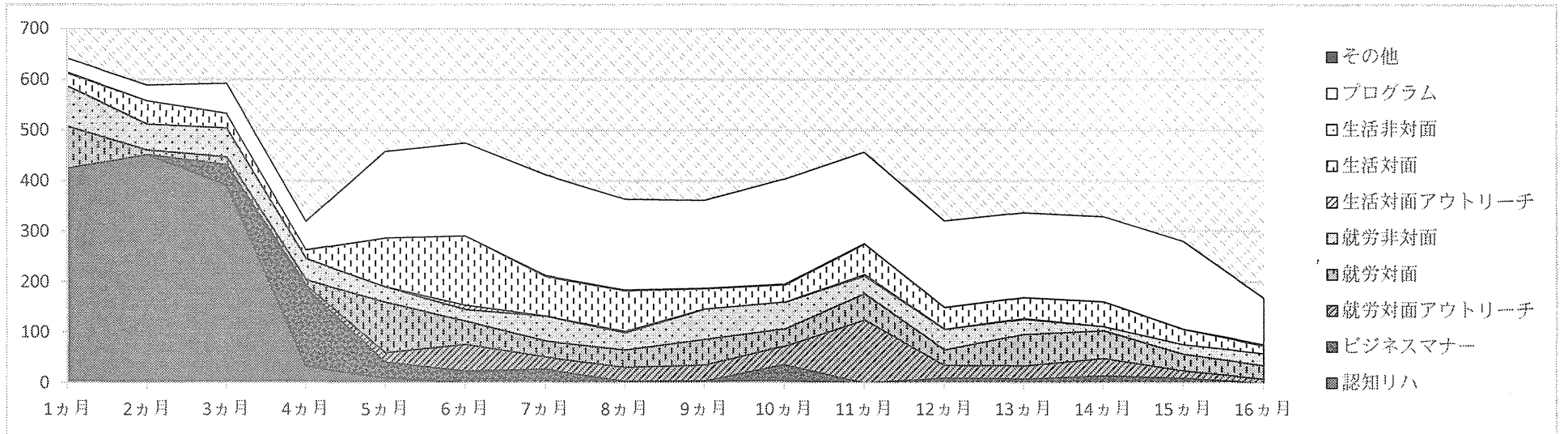


図4 16カ月間のサービス内容の推移：連携型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=14）

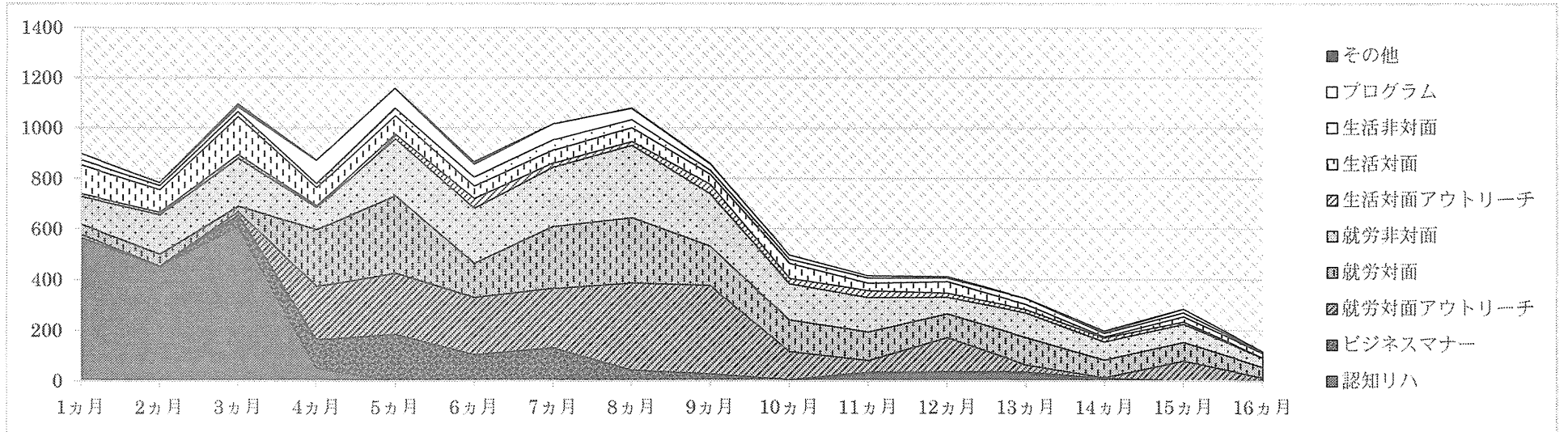


図5 16カ月間のサービス内容の推移：地域事業所型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=17）

表 2 基本属性

n=45		全体		就労者		未就労者	
		n	%	n	%	n	%
性別	男性	27	60.00	15	55.56	12	44.44
	女性	18	40.00	12	66.67	6	33.33
診断	統合失調症	38	84.44	23	85.19	15	83.33
	うつ病	4	8.89	1	3.70	3	16.67
	双極性障害	3	6.67	3	11.11	0	0
				平均値	SD	平均値	SD
	年齢	34.84	7.07	34.15	6.54	35.89	7.89
	GAF (機能)	49.73	8.12	50.37	7.29	48.78	9.36
	動機付け	3.37	0.89	3.43	0.91	3.28	0.87
	BACS-J (認知機能)	-1.12	0.61	-1.12	0.61	-1.14	0.63

表 3 就労アウトカム

n=45	n	%		
就労者	27	60.00		
未就労者	18	40.00		
	平均値	SD	中央値	IQR
就労期間	123.31	132.28	62	241
就労日数	75.44	84.82	26	164

表4 就労前の1ヵ月当たりのサービス提供時間(1対1換算)

	就労群(n=27)				未就労群(n=18)				検定	
	平均値	SD	中央値	IQR	平均値	SD	中央値	IQR	z	p
1. 個別就労支援	372.56	279.82	310	520	76.72	66.98	55	82	4.425	p<0.0001
就労対面アウトリーチ	125.41	132.84	61	230	7.89	17.31	0	8	4.198	p<0.0001
就労対面	111.30	96.19	65	127	34.00	37.16	25	34	4.055	p=0.0001
就労非対面	135.93	105.40	129	178	35.00	24.64	29	28	3.523	p=0.0004
2. 個別生活支援	89.93	72.84	85	105	49.39	76.14	24	45	2.190	p=0.0285
生活対面アウトリーチ	8.15	16.95	0	8	4.11	13.18	0	0	NS	NS
生活対面	67.81	55.85	66	76	39.72	68.31	21	46	2.283	p=0.0224
生活非対面	14.00	22.55	1	25	5.56	10.94	2	5	NS	NS
3. 集団プログラム	57.59	62.29	41	96	102.50	240.19	1	31	NS	NS
就労系プログラム	24.91	36.44	8	41	1.79	4.18	0	0	2.630	p=0.0085
その他のプログラム	32.68	47.16	11	49	101	241	0	20	NS	NS
4. その他	1.33	3.28	0	0	0.22	0.65	0	0	NS	NS

表5 就労前および就労中の1ヵ月当たりのサービス提供時間(1対1換算)

	就労群(n=27)				未就労群(n=18)				検定	
	平均値	SD	中央値	IQR	平均値	SD	中央値	IQR	z	p
1. 個別就労支援	360.33	292.81	239	464	77.06	66.82	55	82	4.391	p<0.0001
就労対面アウトリーチ	112.00	113.18	53	184	7.89	17.31	0	8	4.610	p<0.0001
就労対面	110.41	77.34	100	116	34.33	37.05	28	34	3.754	p=0.0002
就労非対面	137.89	137.35	89	137	35.00	24.64	29	28	3.568	p=0.0004
2. 個別生活支援	86.74	78.89	63	100	49.39	76.14	24	45	2.318	p=0.0205
生活対面アウトリーチ	10.44	17.90	0	17	4.11	13.18	0	0	NS	NS
生活対面	60.89	58.18	45	56	39.72	68.31	21	46	2.167	p=0.0302
生活非対面	15.56	28.37	2	20	5.56	10.94	2	5	NS	NS
3. 集団プログラム	35.89	54.82	18	56	102.50	240.19	1	31	NS	NS
就労系プログラム	13.57402	19.84297	5	22	1.79	4.18	0	0	2.596	p=0.0094
その他のプログラム	22.35929	50.93295	9	26	100.75	240.57	0	20	NS	NS
4. その他	1.15	2.46	0	2	0.22	0.65	0	0	NS	NS

表 6 研究期間内の就労状態と就労前のサービス提供時間の関係

LR chi2(8) = 34.29, p < 0.0001, Pseudo R² = 0.5661

n=45	OR	95%CIs	z	p
個別就労支援	1.04	[1.01 to 1.07]	2.11	0.035
個別生活支援	0.98	[0.95 to 1.01]	-1.23	0.217
集団プログラム	1.01	[0.99 to 1.02]	1.04	0.296
年齢	8.25	[0.33 to 209.04]	1.28	0.201
性別	0.83	[0.66 to 1.04]	-1.63	0.104
GAF (機能)	1.00	[0.87 to 1.15]	-0.01	0.993
動機付け	8.83	[0.86 to 90.81]	1.83	0.067
BACS-J (認知機能)	5.38	[0.57 to 51.07]	1.47	0.143

goodness-of-fit test: Pearson chi2(36) = 21.84, p = 0.9697

注) 1対1換算のサービス提供時間を使用

表 7 研究期間内の就労期間と就労前および就労中のサービス提供時間の関係

Raw sum of deviations = 5173(62), Min sum of deviations = 4169, Pseudo R² = 0.1941

n=45	Coefficient	95%CIs	t	p
個別就労支援	0.38	[-0.01 to 0.77]	1.99	0.055
個別生活支援	-0.75	[-2.13 to 0.63]	-1.1	0.277
集団プログラム	0.02	[-0.51 to 0.56]	0.08	0.934
年齢	-1.2	[-12.86 to 10.46]	-0.21	0.836
性別	-31.92	[-170.28 to 106.44]	-0.47	0.643
GAF (機能)	-2.14	[-12.67 to 8.39]	-0.41	0.682
動機付け	80.35	[-4.34 to 165.04]	1.92	0.062
BACS-J (認知機能)	26.05	[-85.72 to 137.82]	0.47	0.639

注) 1対1換算のサービス提供時間を使用

表 8 研究期間内の就労日数と就労前および就労中のサービス提供時間の関係

Raw sum of deviations = 3235(26), Min sum of deviations = 2580, Pseudo R² = 0.1941

n=45	Coefficient	95%CIs	t	p
個別就労支援	0.31	[0.08 to 0.55]	2.71	0.010
個別生活支援	-0.65	[-1.49 to 0.19]	-1.58	0.124
集団プログラム	0.15	[-0.17 to 0.48]	0.97	0.341
年齢	-9.25	[-93.17 to 74.66]	-0.22	0.824
性別	-0.29	[-7.36 to 6.78]	-0.08	0.934
GAF (機能)	-0.99	[-7.38 to 5.39]	-0.32	0.754
動機付け	36.82	[-14.54 to 88.19]	1.45	0.155
BACS-J (認知機能)	10.84	[-56.95 to 78.63]	0.32	0.748

注) 1対1換算のサービス提供時間を使用