

Ⅱ. 分担研究報告書

4. 認知機能リハビリテーションと 個別援助付き雇用モデル サイト報告

小平地区における重症精神障害者への 認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する報告

研究分担者：○坂田増弘¹⁾

研究協力者：大迫充江¹⁾、大島真弓¹⁾、山口創生²⁾、市川健²⁾、佐藤さやか²⁾、
伊藤順一郎²⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院

2) 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

国立精神・神経医療研究センター病院の精神科デイケアにおける、本研究3年間の就労支援への取り組みと成果について述べた。本研究開始後、就労支援専門員を含むスタッフの増員と、多職種チーム面接を含む個別面接・アウトリーチの増加により、デイケアのアクティビティは向上し、就労者数も増加している。しかしながら、疾患や障害において多様な利用者に対して、就労前後にわたって継続的に、望まれる個別支援を行うためには、スタッフのケースロードやプログラム運営に関わる負担を軽減する必要性が高まっている。集団療法の場合、ピアサポートの場としてのデイケアの機能と、個別支援の両立は、今後の我が国の医療デイケアに共通する課題になると予想される。

A. 研究地区の背景

平成22年4月に独立行政法人となった国立精神・神経医療研究センター（以下 NCNP）は、精神・神経・筋・発達障害の4分野に取り組む病院と2つの研究所（精神保健研究所・神経研究所）が併設された、国内でも類を見ない臨床・研究施設である。こうした施設の特徴を最大限に生かし、診療科横断的かつ研究所との協力体制にバックアップされた高度専門的診療を行うため、センター内における専門疾病センターの設置が進められている。NCNPは、ナショナルセンターとして国民全体の健康増進に寄与することを目指しているが、当然のことながら、小平地区を中心とする周辺の地域医療にも、中核となる施設としての積極的な関与が求められている。そこで、上述の専門疾病センターの一つとして、「地域精神科モデル医療センター」（以下地域モデルセンター）が平成22年9月にNCNP

理事会に承認された。地域モデルセンターの活動においては、NCNP 病院第一精神診療部・リハビリテーション部・医療福祉相談室・在宅支援室の各部門と精神保健研究所社会復帰研究部とが密接に連携しており、そのミッションは、重症精神障害患者を対象に「地域生活中心の精神科医療」を展開し、東京都小平市を中心とする圏域において、これからの我が国の地域精神科医療のモデルを形成・実践していこうとするものである。

一方、NCNP 病院は、以前の療養所的な病院からより高機能な病院への変革を遂げようとする近年の努力の中で、外来診療における重点を新来や難治・重症患者にシフトし、治療方針の定まった患者については、連携する地域の医療機関に治療を引継ぐ方針を強めてきている。それに伴い、30年以上の歴史をもつ精神科デイケアも、当初の生活臨床の場としての治療共同体という姿から、有期限かつ

より高機能のリハビリテーション施設へと変わっていく必要が生じている。

そこで、地域モデルセンターは、多職種アウトリーチチームと対をなす臨床活動の担い手として、このデイケアを機能強化、発展させていく方針をとることとなった。旧来の入院・外来作業療法部門と一体化して、精神リハビリテーション科として運用することで、多職種チームによる個別のケアマネジメントを容易なものとし、デイケアの機能的な重点を、利用者の就労支援におく事とした。そして、本研究における介入群のマネジメントの場も、デイケアに設定されることとなった。

B. 現在構築されている臨床体制

地域モデルセンターにおけるデイケアの位置づけを図 1 に、デイケアの体制を図 2 に示した。現在の新規通所者の受け入れ条件は、原則的に「2 年以内を目処に、就労あるいはそれに準じる目標を達成して、デイケアを卒業することを、利用者本人が希望している」ことと、「週 2 回以上の通所が可能である」こととなっており、疾患や障害によって制限はされない。実際に利用者の主診断は統合失調症や気分障害だけではなく、最近の傾向として発達障害や高次脳機能障害を有する方が増えている。月平均の新規通所開始者数は 8 名程度となるようコントロールされている。日々の実利用者数はデイケア・ショートケアとも平均 40 名程度である。現在実施されているプログラムを図 3 に示す。リクリエーション活動やスポーツ・生活支援・心理疾病教育・就労支援の 4 つの軸でプログラムの構成を検討し、3 ヶ月ごとに変更する機会を設けている。

すべての利用者は、2 つの多職種チーム（図 2）のどちらかに振り分けられ、さらにチームの中から一人のケアマネージャー（CM）がつく、個別担当制をとっている。CM は主に利用者の生活支援を担当し、就労支援専門員（ES）は、本人および CM の依頼により、両方のチームの利用者の就労支援にあたる。

C. 研究対象者が受けている支援内容

研究対象者（介入群）が受ける支援は、認知機能リハなど一部のプログラムへの優先的な組み入れとプロトコル上の参加義務以外に、デイケアの他の一般の通所者の受ける支援と本質的な差はない。また通常はデイケア通所開始にあたり、外来主治医の変更はないが、研究対象者（介入群）においては、デイケア担当医（チーム精神科医）に主治医交代することを原則とした。

基本的なケアマネジメントのツールとしては、クライシスプランを重視した CPA-J に、リカバリー志向のストレングスモデルを導入して、デイケア型 CPA-J として利用している（表 1）。さらに、デイケアの卒業を意識したリハビリテーション計画のために、デイケアパス（図 4）を導入している。

就労支援の実際としては、認知機能リハの段階から、ES が対象者の個別のアセスメントを開始し、認知機能リハ終了後より、本格的な個別の就労支援が始まる。その際、デイケアの CM は主に生活支援を中心とした環境調整と、ES による支援の補助を行う。就労前後のアウトリーチ支援については、状況に応じて上記 2 人の支援者が分担あるいは共同して行う。就労支援の期間を通じて、様々なデイケアプログラムの利用は、対象者の希望に応じて、CM が調整を行う。

D. 結果

本稿では、研究参加者に関する結果ではなく、本研究への取り組みを通じて得られた、デイケアのサービス全体および就労支援にかかる成果について報告する。

1 日平均利用者数について、研究参加 3 年間での変化は微増に留まった（平成 23 年度：81.2 名⇒平成 25 年度 84.7 名）。一方、平成 23 年度から本格的に導入された、個別の利用者に対する多職種チーム面接は急増しており（平成 24 年度 34.1 回/月⇒平成 25 年度 71.5 回/月）、全在籍者の 8 割に対して施行されている。新規通所開始者の 3 ヶ月以上デイケア

定着率は 80%程度で推移している。

就労支援に関して、企業就労者数の推移を図 5 に示す。研究開始後急増しているのがわかる。また、就労支援のためのスタッフのアウトリーチ数も、ES と CM 合わせて平成 25 年度は 485 回を数えた。就労先も、カラオケ店、クリーニング店、福祉施設や飲食店清掃、会社一般事務、衣料品店バックヤード、図書館、ゴルフ場キャディなど、多岐にわたっている。

E. 考察

デイケアのスタッフは本研究開始後に 3 名増員され、とくに ES の導入は、デイケアスタッフのみでは困難な職場開拓の分野で大きな成果を上げている。実際に、就労先が一カ所に偏ることなく多様であるのは、利用者のニーズ・希望に応じた支援が行われている傍証であろうと考える。就労者の 3 分の 1 程度はデイケア通所 1 年以内の就労であるが、今年度は通所歴 10 年を超える利用者の就労も経験された。これは集団療法・ピアサポートの場としてのデイケアの機能が有効に働いた結果でもあろう。一方、平成 24 年度と平成 25 年度の就労者数に大きな増加がなかったのは、ES 一人での支援の上限に近付いている可能性が示唆される。

CM についても、専任のコメディカル 7 名が担っているが、一人あたりのケースロードは 30~40 名とこちらも限界といえる。このケースロードを軽減するためには、スタッフを増員するか、インテンシブなケアマネジメントが当面不要な利用者を、地域のリソースに誘導するなどの方策が考えられるが、後者の方法をとるためのケースワークに必要なマンパワーの確保も困難な状況が続いている。

さらに、外部講師も活用しながら複数のプログラムの選択肢を用意して利用者のニーズに応えている反面、プログラムの運営にスタッフの労力の多くが費やされてしまっている

現実がある。現状でも、毎日 3~4 人程度の利用者に対して多職種チーム面接が行われ、ケアマネージャと利用者による個別面談はそれ以上の頻度で行われているが、それでも、利用者家族との支援方針の共有が不十分であったり、利用者の希望が十分に表現されないまま就労に至ったりしたために、就労後の職場定着支援がうまくいかなかった事例を経験している。また、積極的なアウトリーチ支援ができる環境を整える努力もしているが、これについても理想とされるレベルには達していない。こういった問題の改善のために、プログラムの合理化と、利用者の自主的なプログラム運営への参加、ピアスタッフの雇用などの対策を検討しており、最後のものは今年度中に実現することとなった。

以上、NCNP のデイケアは、利用目的を就労に特化していくことで、本研究開始後その機能を高めてきている。施設内でのプログラム提供中心の支援から、アウトリーチも含むより個別的な就労支援に転換していくことで、一定の成果を上げてきているが、医療デイケアで就労支援することの利点を維持しつつ、さらなる支援の質を向上させるためには、ES やピアスタッフの増員といったマンパワーの補充とともに、施設内で提供するサービスとしてのプログラムとその運営法の見直しが必要である。

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 なし

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

図1. 地域精神科モデル医療センターの組織

活動全般の統括，研究・研修部門統括責任者：伊藤順一郎

【研究/企画チーム】

センター病院：副院長，リハビリ部長・医長，在宅支援室師長・PSW，
急性期・開放病棟担当者（病棟医長・師長・担当PSW）

| センター病院 臨床部門 | | 精研 社会復帰研究部 |
|--|--|---|
| 【病棟】 ・入院時からの心理社会的ニーズを踏まえた治療・ケアの向上 ・アウトリーチ，デイケアなどリハビリ部門へのオフアースムーブな連携のためのシステム作り | 【多職種アウトリーチチーム】 ・医療からのアウトリーチ体制の確立 ・地域ケアチーム、ACT、早期介入チームの段階的実現。 ・地域ネットワークづくり（地域ケア） 【リハビリテーション（DC/OT）】 ・デイケア、作業療法における医療リハ、就労支援の提供 | 【研究/研修担当】 ・入院時からの心理社会的ニーズを踏まえた治療・ケアの向上 ・アウトリーチ，デイケアなどリハビリ部門へのオフアースムーブな連携のためのシステム作り |

図2・デイケア体制

- ・ デイケア利用登録者数：250名前後
- ・ 職員：13名（うち3名非常勤）

| | | |
|------------------------|---------|-------------|
| Dr 3名 併任2名、専従1名 | 統括DR 1名 | 1名 DR 1名 |
| Ns 3名 専従、常勤3名 | | Ns 2名 |
| OT 2名 専従、常勤2名 | | OT 1名 |
| CP 4名 専従、常勤2名、非常勤2名 | | CP 1名 |
| PSW3名 専従、非常勤1名、併任2名 | 就労支援専門員 | |

1月から3月のデイケアプログラム

図3・
デイケア
プログラム

あなたの希望について担当職員および担当 MDT と一緒に話し合いましょう。

お名前

①あなたはデイケアに通うことでどうなりたいですか、あなたの希望を教えてください。

あなたの希望

【記載日 平成 年 月 日】

②あなたが参加したいプログラムに○をつけて、担当職員にこの紙を渡してください。あなたの希望が実現するための方法を担当職員および担当 MDT があなたと一緒に考えていきます。

【プログラムスケジュール】

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|----------------------------|------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 午前 (9:45 ~ 11:15) | 活動 | 合唱 | 園芸 | ストレッチ | ゆったりスポーツ | 絵画・革細工・七宝焼 |
| | | ゆったり体操 | スポーツ | 体育 | 空手 | |
| | 個別活動 | 個別活動 | 個別活動 | 個別活動 | 個別活動 | 個別活動 |
| | | 織み物、刺し子、絵画、ぬり絵、パズル、ボランティア、フィットネスジムなど | 織み物、刺し子、絵画、ぬり絵、パズル、ボランティア、フィットネスジムなど | 織み物、刺し子、絵画、ぬり絵、パズル、ボランティア、フィットネスジムなど | 織み物、刺し子、絵画、ぬり絵、パズル、ボランティア、フィットネスジムなど | 織み物、刺し子、絵画、ぬり絵、パズル、ボランティア、フィットネスジムなど |
| | | | | | ◎お薬/健康教室 | |
| | | | | | ★CBT | |
| 生活 | 心理教育 | | | | | |
| | ◎パソコン教室 | | ★SST | | | |
| 就労 | ★ロジカルシンキング | ★就労プログラム | | | | ◎★企業研究 |
| 昼休み | | ～卓球、ビリヤード、麻雀、カードゲーム、ジム、楽器演奏、休憩など自由に活動しましょう～ 火曜日のお昼は女子限定で女子会をやっています | | | | |
| 午後 (1:30 ~ 3:00) | 活動 | 華道(2・4)/茶道(1・3) | リズム | 器楽 | ダンス | 自主活動 |
| | | スポーツ | | 書道 | 音楽 | オープンレクチャー(月1回) |
| | 個別活動 | ★ラップ:基礎編 | | ★病気の勉強 | ★うつ集団療法 | |
| | | ★ラップ:中級編 | | | | |
| | | ◎パソコン教室 | ★私の健康法 | ★一人暮らし:料理 | ★一人暮らし:くらし | |
| | | | ★上手な生き方:就労編 | | 就労調査 | |
| 就労 | | | パソコン自習 | パソコン自習 | パソコン自習 | パソコン自習 |

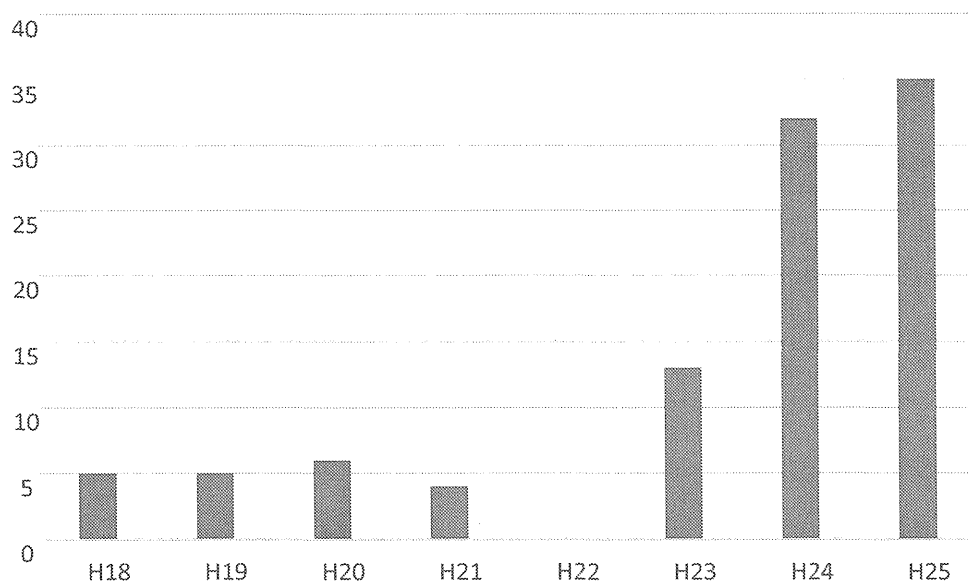
★のプログラムは、1クール3ヶ月間で、1月、4月、7月、10月から開始します。途中からの参加や繰り返し参加することも可能です。
◎のプログラムは、1クール3ヶ月間の登録制で、1月、4月、7月、10月から開始します。実施期間中の途中からの参加はできません。

デイケアを利用することは、あなたの治療のひとつです。デイケア職員は、あなたの治療が効果的に行われ、あなたの希望が実現することをサポートします。

図4・卒業できるデイケアパス

| 経過目安 | | I 導入期 1～3ヶ月目(3ヶ月間) | II 継続期 4～12ヶ月目(9ヶ月間) | III 卒業準備期 13～18ヶ月目(6ヶ月間) | IV 就労準備期 19～24ヶ月目(6ヶ月間) |
|------------|-------|--|---|---|---|
| デイケアでの達成目標 | 活動 | <input type="checkbox"/> 定期的にDCに通える <input type="checkbox"/> DCに慣れたといえる <input type="checkbox"/> みんなに挨拶ができる <input type="checkbox"/> 配膳当番に協力できる | <input type="checkbox"/> 目的にあったプログラムに参加できる <input type="checkbox"/> DCでの役割がとれる <input type="checkbox"/> お茶当番 <input type="checkbox"/> 運営委員 <input type="checkbox"/> 新メンバーや実習生にDC案内ができる <input type="checkbox"/> 安定して過ごせるコツがわかる <input type="checkbox"/> 病気とのつきあい方がわかる <input type="checkbox"/> DC卒業後の自分がイメージできる | <input type="checkbox"/> 新メンバーのサポートができる <input type="checkbox"/> プログラム運営のサポートができる <input type="checkbox"/> プログラム準備 <input type="checkbox"/> 参加出席確認 | <input type="checkbox"/> 自分にあった仕事ができる <input type="checkbox"/> 就職するかしないか選択できる <input type="checkbox"/> 就職面接をうける |
| | 病気の勉強 | <input type="checkbox"/> お薬/健康教室 <input type="checkbox"/> 病気の勉強 <input type="checkbox"/> うつ集団療法 | <input type="checkbox"/> CBT <input type="checkbox"/> ラップ <input type="checkbox"/> 上手な生き方 | <input type="checkbox"/> 自分のストレス源がわかる <input type="checkbox"/> ストレス対処法が複数ある <input type="checkbox"/> ストレス対処法を実践できる | |
| | 生活 | <input type="checkbox"/> すてきなコミュニケーション <input type="checkbox"/> 一人暮らし:くらし | <input type="checkbox"/> 一人暮らし:料理 <input type="checkbox"/> 一人暮らし:健康 | <input type="checkbox"/> SST <input type="checkbox"/> パソコン教室 | |
| | 就労 | <input type="checkbox"/> 空手 <input type="checkbox"/> 就労園芸 | <input type="checkbox"/> 就労のためのロジカルシンキング | <input type="checkbox"/> 就労プログラム <input type="checkbox"/> 企業研究 | <input type="checkbox"/> 実践(就労面接等) |
| あなたの経過計画 | | ～ 月 日(月 日) | ～ 月 日(月 日) | ～ 月 日(月 日) | ～ 月 日(月 日) |
| あなたの目標 | | | | | |
| 目的別プログラム | 活動 | <input type="checkbox"/> ゆったりスポーツ <input type="checkbox"/> ゆったり体操 <input type="checkbox"/> ストレッチ | <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> リズム体操 <input type="checkbox"/> ダンス | <input type="checkbox"/> 合唱 <input type="checkbox"/> 器楽 <input type="checkbox"/> 音楽 | <input type="checkbox"/> 工芸活動(絵画・革・七宝焼) <input type="checkbox"/> 書道 <input type="checkbox"/> 個別活動 |
| | 病気の勉強 | <input type="checkbox"/> お薬/健康教室 <input type="checkbox"/> 病気の勉強 <input type="checkbox"/> うつ集団療法 | <input type="checkbox"/> CBT <input type="checkbox"/> ラップ <input type="checkbox"/> 上手な生き方 | | |
| | 生活 | <input type="checkbox"/> すてきなコミュニケーション <input type="checkbox"/> 一人暮らし:くらし | <input type="checkbox"/> 一人暮らし:料理 <input type="checkbox"/> 一人暮らし:健康 | <input type="checkbox"/> SST <input type="checkbox"/> パソコン教室 | |
| | 就労 | <input type="checkbox"/> 空手 <input type="checkbox"/> 就労園芸 | <input type="checkbox"/> 就労のためのロジカルシンキング | <input type="checkbox"/> 就労プログラム <input type="checkbox"/> 企業研究 | <input type="checkbox"/> 実践(就労面接等) |

図5・企業就労者数の年度別変化



※平成22年度はデータなし

表1・デイケアのケアマネジメント

▶医療観察法病棟で導入されているCPA-J（Care Programme Approach - Japan）にストレングスモデルを導入

- 個別のケアプランに基づく、医療サービスと社会（福祉）サービスの包括的な利用計画
- ケアマネージャの設置と、多職種チームによる支援
- 疾病の再燃予防に重点をおくクライシスプランから、リカバリーに重点をおくリカバリープランへ
- MDT（Multidisciplinary Team）からTDT（Transdisciplinary Team）へ

国立国際医療研究センター国府台病院・市川市周辺地区における
重症精神障害者への認知機能リハビリテーションと
個別援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者：佐竹直子¹⁾

研究協力者：○下平美智代²⁾，○梅田典子¹⁾，小川友季¹⁾，真行寺伸江¹⁾，古家美穂²⁾
池田尚彌²⁾，吉田光爾²⁾

研究協力機関：独) 国立国際医療研究センター 国府台病院
NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンター ビルド
社会福祉法人サンワーク パル
特定非営利活動法人いちされん 市川市障害者就労支援センター “アクセス”

- 1) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院
2) 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

本サイトでは、介入群支援のために、すでに IPS 型就労支援の土台のあったビルドに精神保健福祉士のライセンスをもつケースマネージャーを配置し、さらに認知機能リハビリテーションの体制を整えて、重度精神障害をもつ人々がこうした支援により就職が可能となるようなシステムの補強を行った。

結果として、介入群 9 名、対照群 11 名が研究期間最後まで支援を受け調査を完了した。介入群は認知機能リハビリテーション終了後の半年間に全参加者が就職した。一方、対照群では 11 名中 3 名が就職した。本サイトで整備されたモデルは、地域支援機関における重度精神障害者に対する有効な就労支援の在り方を提示したと考えられる。

A. 研究地区の背景

市川市は千葉県の北西部に位置し、東京都江戸川区や葛飾区と隣接した首都圏のベッドタウンである。人口はおよそ 47 万人³⁾であり、障害者手帳を有する精神障害者は平成 25 年 4 月 1 日現在で 2502 人と報告されている⁴⁾。

本サイトにおいて参加者のリクルートと医療的サポートを担った国府台病院の精神科は、外来、訪問看護、デイケア、およびスーパー救急と急性期入院病棟を備えており、市川市および松戸市など近隣の地域精神保健の一翼を担っている。ただし、国府台病院における

精神科リハビリテーションの役割は、「就労等の社会参加に至るまでの短期間の集中的な治療プログラムの提供であるとし、就労支援は地域の福祉サービスに任せ、それらと連携する体制を強化してきた」⁵⁾。

市川市は県内でも比較的早くから精神障害者の就労支援の取り組みを始めた地域であり、1982 年（昭和 57 年）には、市川市事業として、精神障害者を対象とした授産施設「南八幡ワークス」が設立されている⁴⁾。また、一般就労に向けた支援については、2000 年に市川市事業として、就労支援センターが設立さ

れている⁶⁾。そして、2005 年からは、県のモデル事業や厚生労働科学研究費の研究事業を通じて IPS (Individual Placement and Support) 型就労支援が導入され実施されるようになった⁴⁾。

現在では市川市には、障害者就業・生活支援センターが 1 か所、就労移行支援事業所が 12 か所、市の委託する就労支援センターが 1 か所あり、この中の複数の機関が精神障害者の一般就労に向けた支援を積極的に担っている。これらの機関の就労支援員は、自立支援協議会の就労支援部会の下位会議である「就労支援担当者会議」、市内の就労移行支援機関が一同に会する「就労移行支援事業所合同説明会」、NPO 法人 NECST が主催する「IPS 勉強会」などで情報交換し、互いに学び合い、協働関係を築いている⁴⁾。

以上のように、本サイトの特徴として、本研究が開始した 2011 年 4 月よりも前から、精神障害者の就労支援について比較的活発な地域であったということがいえる。そして、地域の支援機関のなかでも、本研究の介入群支援に抜擢された NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド（以下ビルド）は、精神障害者の就職支援に明らかな実績のある機関であった。ただ、当時は比較的障害が軽度で働くモチベーションの高い人々が就労支援を受けて雇用され、本来的に IPS 型支援の対象となる重度精神障害者は支援に乗っていないのではないかという研究者側の見方もあった。このため、重度精神障害者をビルドのような就労移行支援事業所で支援し、就職までもっていくことは本来的には難しいのではないのかという仮説があった。幸い、本研究の Protokol では、認知機能検査による対象者のスクリーニングがあること、介入群と対照群の群分けには無作為化割り付けを行うことから、この仮説については本研究を通じて確認できることになった。

市川サイトでは、まず、介入群の就労支援

を担うビルドの IPS 型就労支援の体制をよりオリジナルモデルに近づけるべく補強を行った。さらにこの地区では初の試みとなる認知機能リハビリテーションと IPS 型就労支援を組み合わせるための支援の流れの組み立てと運営していく中での調整を行った。このため、本サイトでは、新たな支援システムを一から作ったというよりは、すでにある土台に新たな要素を付加したと言えるだろう。

本稿では、こうした新たな要素を付加した市川サイトでの就労支援システムが、重度精神障害をもつ人々への就労支援のプロセスとアウトカムにどのように作用したか、対照群との比較も含めて記述する。

B. 構築された臨床体制

1. 参加者のリクルート

臨床体制についての説明の前に、まずは参加者のリクルートについて記述する。

市川サイトでは、国府台病院精神科に通院する患者で本研究の基準に合う人が対象となった。その基準は、「主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病であること」「年齢が 20 歳から 45 歳であること」「研究開始時に就労を希望していること」「一定の認知機能障害が認められるもの (BACS-J でスクリーニング)」であった。

研究参加者募集に際し、精神科外来、精神科デイケア、医療福祉相談室の待合スペースの 3 か所に研究参加者募集のポスターを掲示した。募集は 3 回に渡り実施した。第 1 クールは 2011 年 9 月 14 日に募集を開始し、10 月 21 日に募集を締め切った。第 2 クールは、2012 年 2 月 22 日から 3 月 19 日まで募集を行った。第 3 クールは、2012 年 5 月 14 日から 6 月 25 日まで募集を行った。

2. IPS 型就労支援の体制

介入群の就労支援を担った機関、ビルドは 2009 年 12 月に設立された。ビルドでは、開

始当時から IPS 型就労支援を実施しており、定期的な勉強会も設けられていた。このため、就労支援スタッフ（以下、ES）の提供するサービス内容は IPS モデルの理念に裏打ちされたものであり、それがビルドの利用者の就労実績の高さとして反映されていると思われた。ただし、ビルドの法的形態として、就労移行支援事業でサービスを実施していたことから、組織体制（図 1_b）としてはオリジナルモデル（図 1_a）から逸脱していた。つまり ES チームは充実しているが、ES がメンタルヘルスチームに含まれていないという所がオリジナルモデルの組織体制と異なっていたのである。欧米における先行研究の知見^{1),2)}からは、職業リハビリテーションとメンタルヘルスの統合的アプローチが重度精神障害者の一般就労に寄与することが示されており、IPS モデルが ES をメンタルヘルスチームに含めるモデルを採用しているのもそうした知見による。このことから、図 2 のように、本サイトでは、ビルドに精神保健福祉士のライセンスをもつケースマネージャー（以下、CM）を 1 名新たに入れることとした。本研究において、CM は参加者の認知機能リハビリテーションから就職活動中および就労後も一貫して関与し、積極的に参加者の主治医等の医療関係者と連携し、直接支援および仲介的な支援を含む包括的な支援を提供する担当者として位置付けられた。

3. 認知機能リハビリテーションの導入と運営のための整備

認知機能リハビリテーション（以下、認知機能リハ）を研究参加者に適用するために、担当となる臨床心理士（以下、CP）を 1 名雇用した。本 CP は認知機能リハの研修を受け、その後、ビルドで利用者支援の研修を受けた。

第 1 クール目は、中央から認知機能リハの経験のある CP が、運営のサポートに入った。開始当初認知機能リハは国府台病院デイクア

内の一室で行われていたが、参加者の就労へのモチベーションを刺激するため、第 1 クール目の途中からビルドに場所を移して実施した。また、週 1 回の言語グループには毎回ビルドの ES が 1 名参加し、参加者の職業イメージの構築と就労支援のスムーズな導入に努めた。期間中は毎週 1 回認知機能リハにかかわるスタッフでミーティングを実施し、参加者の現状把握と運営に関する話し合いを行った。期間終了時に担当 CP と CM が各参加者と個別面談を実施し、認知機能リハに関するフィードバックと就職活動への導入を図った。

第 1 クール目では、参加者の就労モチベーションの向上と日常生活への活用という点において認知機能リハが果たした役割が十分とは言えなかったという反省をもとに、第 2 クール目に入る前に認知機能リハ担当 CP と CM の 2 名で他地区（仙台、小平）における認知機能リハの実施状況を見学し、第 2 クール目の運営計画を検討、作成した。

第 2 クール目以降は、本サイトの認知機能リハ担当 CP と CM の 2 名が運営を担い、ビルドの ES が週 1 回の言語グループに参加する形で実施された。第 1 クール目との変更点は次の二点であった。一点目は記録シートの記入項目で、参加者の自己理解の深化とアセスメントの多面化を目的に自由記述欄の項目に変更を加えた。もう一点は実施期間の中間地点で参加者と担当 CP および CM による個別面談を実施した点で、それまでの取り組みについてのフィードバックと後半への目標設定を行い、参加者のモチベーションの向上を促した。

第 3 クール目は内容自体に手を加えたものの担当スタッフやツール、枠組みに変更した点はない。

C. 対象者が受けた支援内容

1. 対照群

対照群が受けた支援は、国府台病院に通院

する患者が通常受けると考えられる仲介型の支援である。この場合、仲介の役割をとるのは病院ソーシャルワーカー（以下 SW）である。本研究では、研究参加者のために、専用の担当 SW を置いた。担当 SW は、他の SW 同様に病院の医療福祉相談室に常駐し、研究参加者以外の患者への対応も受け持ち、病院 SW としての通常の業務にも就きながら、他の SW と連携しつつ研究参加者の支援を受け持った。

支援の流れとしては、月に 1 回、担当 SW は対照群参加者と個人面談を行い、本人の希望に応じて、市内や近隣の就労移行支援事業所等を紹介し、通常の病院 SW が行うように、本人の希望があれば見学に同行した。対照群は、ビルドの利用ができなかったため、他の支援機関で、研究参加者がつながるかもしれない就労支援機関（サンワーク就労支援センター、市川市障害者就労支援センター‘アクセス’、アビリティスタッフィング）とは、予め研究側がネットワークを作っていた。ただし、実際の運用では、参加者個々の事情により、必ずしも利用に至るとは限らなかった。

2. 介入群

介入群参加者は、認知機能リハを 3 ヶ月受けた後にビルドの就労支援専門家（Employment Specialist:以下 ES）と CM がチームで提供する就労支援を受けた。就労に向けての生活支援や受診同行や症状自己管理等に向けた保健医療的支援を CM が包括的にを行い、ES は参加者の就職活動の支援を専門的かつ集中的に行った。

認知機能リハ終了後の就労支援の流れとしては、まず初めに参加者それぞれに担当の ES をつけ CM とのチームを作った。その後は個々の参加者によって、あるいはチームによって差はあるものの、およそ週 1～2 回程度の個別面談を重ねて本人の希望を具体化しつつ、ES と CM が連携を取りながら役割を分担し

て支援にあたった。

ES は参加者の希望を中心に、適性とのマッチングも考慮に入れて職場開拓を行った。具体的にはハローワークや会社見学への同行、応募に際しての履歴書等書類作成の支援、面接練習や実際の面接への同席などアウトリーチを中心とした実際の場における支援がスピーディーに行われた。

就職活動と並行して、職場体験への継続的な取り組みや、事業所内での短期間の実習への取り組みも取り入れられた。

就職後には職場訪問の他、勤務前後の面談やメールでの相談を行い参加者の職場定着を支援した。特に就職直後は高頻度で支援に入り参加者自身の不安解消や職場の環境調整に努めた。さらに現場での手厚い支援が必要な場合には、障害者職業センターと連携し、ジョブコーチ支援も導入した。

CM は参加者の就職活動がスムーズに進むための環境調整を中心に支援を行った。具体的には、社会保障制度に基づいた経済面の環境調整や家族との関係調整、不安や精神的疲労に対するセルフマネジメントのサポート、体調を整え維持するための服薬や受診の支援などがあげられる。関係各機関とアウトリーチによる対面での連携を中心にタイムリーな支援が実施された。

就職後には月 1 回の面談を基本に、参加者の体調や精神面のサポートに加え、経済的環境の変化に応じた生活支援を行った。

第 3 クール目の参加者の中で、病状のため外出が困難で、支援開始後すぐにはビルドへの通所がかなわなかった 1 名に対しては、CM より月に 2～3 回電話でコンタクトを続けた。自宅近くで面談できるようになり、その後ビルドへの来所が実現したのは支援開始から 4 ヶ月後であった。その後も不安定な状態が続いていたが、CM との関係は継続し、支援開始から 7 ヶ月後にはビルドに通所できるようになった。

D. 結果

1. エントリー状況

本サイトでは研究参加者を第3クールまで募集した。応募者数とエントリー状況を表1に示している。

第1クール参加者は、応募者数12名、内スクリーニングで除外された人が1名、応募を辞退した人が1名で10名がエントリーした。無作為割り付けでグループが決まり、支援が開始してから同意撤回した人が介入群と対照群で各1名あり、最後まで研究参加を果たしたのは合計8名であった。

第2クールは、応募者数が8名、スクリーニングによる除外1名、応募後辞退1名で6名がエントリーした。しかし、群分けして支援開始となった後に介入群で2名の脱落、対照群で1名の脱落があり、研究参加を完遂したのは3名であった。第2クールは介入群が1名となってしまったため、認知機能リハに研究参加以外のメンバーを3名入れて実施した。

第3クールは、12名の応募があり、スクリーニングは全てが通ったが、1名が辞退し、11名がエントリーした。割り付けでは、介入群5名、対照群6名となり、支援開始後に各1名が脱落し、研究参加を完遂したのは介入群4名、対照群5名であった。第3クール介入群では1名が病状からすぐにビルドに通所ができず、ビルドへの通所ができるようになったのは、2013年2月13日からであり、他の参加者と一緒には認知機能リハを受けられていない。しかし、2013年5月20日から3ヵ月間、研究参加者以外のメンバーとのグループで認知機能リハを受けた。

結果として、介入群はエントリー13名中、支援開始後同意撤回をした人が4名、対照群ではエントリー者14名中、支援開始後の同意撤回者が3名であった。

2. 研究参加者の特徴

本サイトにおける研究参加者（最後まで調査を終了した人）は第1クールから第3クールまでを合わせて、介入群9名、対照群11名20名だった。参加者の人口動態的および臨床的特徴は表2に示した。エントリー者は研究中央により、層化無作為割り付けにて2群に分けられたが、層化で優先されたのがBACSの点数と年齢だったことから、男女比については、対照群ではほぼ同数であったが、介入群で男性7名、女性2名と偏りが見られた。診断については、対照群では全てが統合失調症であったが、介入群には躁うつ病およびうつ病との診断をもつ人が1名ずつ入っていた。入院回数については、介入群の方で頻回入院の経験者があったため平均値に違いがあるように見えるが、t検定の結果、有意差は示されていない。その他、ベースライン(BL)時年齢、教育年数、発症年齢については両群に大きな違いはみられなかった。

3. 介入群支援の密度

介入群ではサービスコード票を用いて、支援時間を測定した。対照群も、一部支援機関に記録を依頼したが、その他の機関を用いた参加者が多かったため、ここでは、集計結果を示さない。介入群における支援密度のみ結果を集計した。表3に、ごく大まかに、各月における個別就労支援、個別生活支援、集団プログラムにおける支援時間量をスタッフ1名が利用者1名を支援した時間に換算して示している。集団プログラムよりも生活支援、および就労関連支援に大きな時間が割かれているのがわかる。また、図3には個別就労支援、個別生活支援および集団プログラムの月ごとの推移を示している。最初は生活支援に多く時間をかけており、その後も継続されるものの、認知機能リハ終了後の第4月から、個別就労支援および集団プログラムの時間が多く提供されていることがわかる。第5月か

ら爆発的に個別就労支援時間量が多くなり、第10月まで個別就労支援にかかる時間量が多い。一方第9月頃から集団プログラムにかかる時間量がほとんどなくなり、個別生活支援については、一定量続いていた様子がみとれる。

4. 研究参加者の就職状況

研究参加者の就職状況を表4に示した。介入群は、9名全員が就職した。プロトコル上、介入群では認知機能リハ中は就職活動をしないうということになっていたため、表4における「第1月」は、対照群では支援開始後1月であり、介入群では認知機能リハ就労後1月である。介入群は第4月から就労者が出ており、第5月、第6月と就職者が出ており、ここまでで全員が一度は就職を果たしている。一方、退職者は1名のみであった。就職は、9名中8名が障害者雇用であったが、1名は一般のアルバイトであった。退職した1名は障害者雇用枠への就職者だった。

対照群は、11名中3名が就職した。1名が障害者雇用で2名は就労継続A型への就職であった。A型に就職した2名の内1名が退職した。

E. 考察

本サイトでは、介入群支援のために、すでにIPS型就労支援の土台のあったビルドに精神保健福祉士のライセンスをもつケースマネージャーを配置し、さらに認知機能リハの体制を整えて、重度精神障害をもつ人々がこうした支援により就職が可能となるようなシステムの補強を行った。対照群は、国府台病院に通院する患者が通常受けるサービスとほぼ同等のサービスを提供した。

支援内容には大きな違いがあったが、介入群と対照群の研究脱落状況はほとんど変わりがなく、どちらも同程度に同意撤回者が出た。

介入群と対照群のアウトカムについては、

介入群は全数が就職したのに対して、対照群は11名中3名の就職者数であった。群分けのための無作為化割り付けのときに、BACSのスクリーニング結果（得点）と年齢で層化しているため、この2変数については両群には差はなかったと考えられる。つまり、対照群の方が介入群よりも障害が重かったとか年齢が高かったということはない。しかし、男女比と診断には少し偏りが見られた。ただし、これが結果に影響したとは考えにくい。というのも、女性の多かった対照群で障害者雇用で一般の会社に就職したのは女性であった。一方、介入群で就職したものの短期間で退職に至ったのは女性であった。診断名については、対照群で全てが統合失調症であったが、介入群で就職し継続していたのはやはり統合失調症との診断のある参加者だった。以上のことから、ベースライン時の条件において、両群に何か違いがあったために結果に影響したとは考えにくく、介入群の参加者全てが就職でき9名中8名が研究フォローアップ期間中継続できたのは介入群の支援によると考えられる。また介入群支援が成功した直接の理由は支援密度が高かったことによると考えられる。その内容としては、最初に認知機能リハが入ることで、本人と支援スタッフが本人の得意不得意の状況をアセスメントすることができ、それを就職活動に活かすことができたこと、適宜、集団プログラムを実施しつつも、個別ニーズベースの支援が徹底して提供されたことによると考えられる。その個別支援も、ケースマネージャーによる生活支援がベースにあり、本人と支援者が相談しながら、集中度の高い就労支援が展開されたことが結果に大きく寄与していると考えられる。

以上のことから、本サイトで整備されたモデルは、地域支援機関における重度精神障害者に対する有効な就労支援の在り方を提示したと考えられる。

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 なし

3. 勉強会発表

- ・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 型就労支援の紹介: KK ねっとわーく勉強会. 神奈川, 2013.3.19.
- ・下平美智代, 山口創生, 梅田典子: IPS 型就労支援におけるケアマネジメントの重要性. 社会生活サポートセンターこみっと勉強会, 東京, 2013.7.30.

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

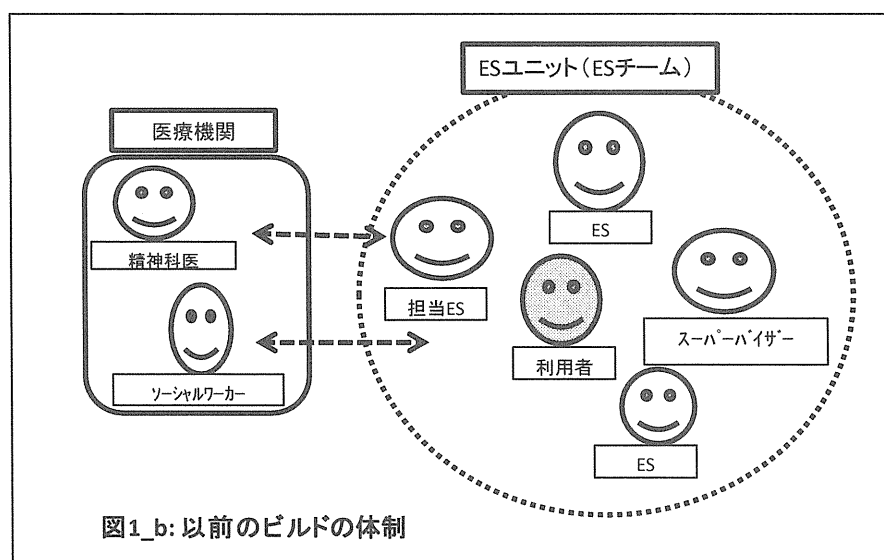
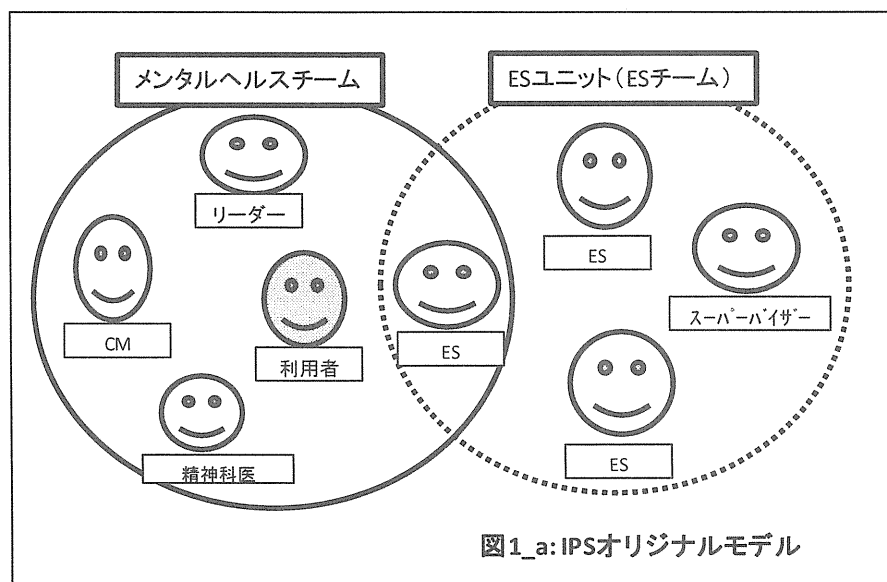
- 1) Cook JA, Leff S, Blyler CR, et al.: Results of a multisite randomized trial of supported employment intervention for individuals with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 62: 505-512, 2005.
- 2) Cook JA, Lehman AF, Drake R. et al.: Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized controlled trial of supported employment. Am J Psychiatry 162: 1948-1956, 2005.

3) 市川市: 市川市統計資料. 市川市の人口・世帯数. Retrieved April 15, 2014, from <http://www.city.ichikawa.lg.jp/gen01/1111000001.html>, 2013.

4) 大島みどり, 下平美智代: 市川市における就労支援の展開. 精神科臨床サービス 13(4): 490-494, 2013.

5) 佐竹直子, 下平美智代, 吉田光爾, 梅田典子, 真行寺伸江, 小川友季, 古家美穂, 池田尚彌, 伊藤順一郎: 国府台地区における重度精神障害者への認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による就労支援のモデル体制の整備に関する報告. 厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 (精神疾患関係分野) 「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」平成 24 年度総括・研究分担報告書 (研究代表者伊藤順一郎). pp97-104, 2013.

6) 下平美智代, 山口創生, 伊藤順一郎: 日本における精神障害者の地域生活支援—千葉県市川市の取り組み—. 海外社会保障研究 182: 4-15, 2013.



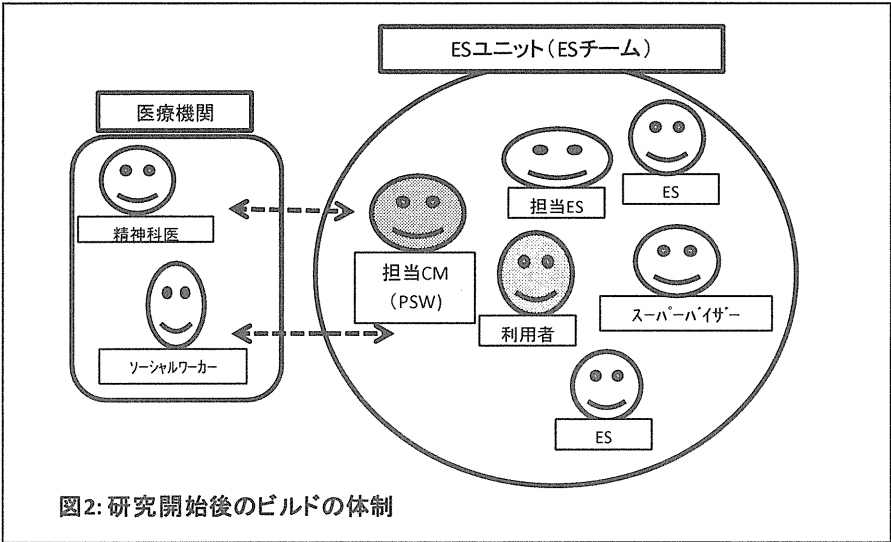


表1: 各クール応募エントリー状況

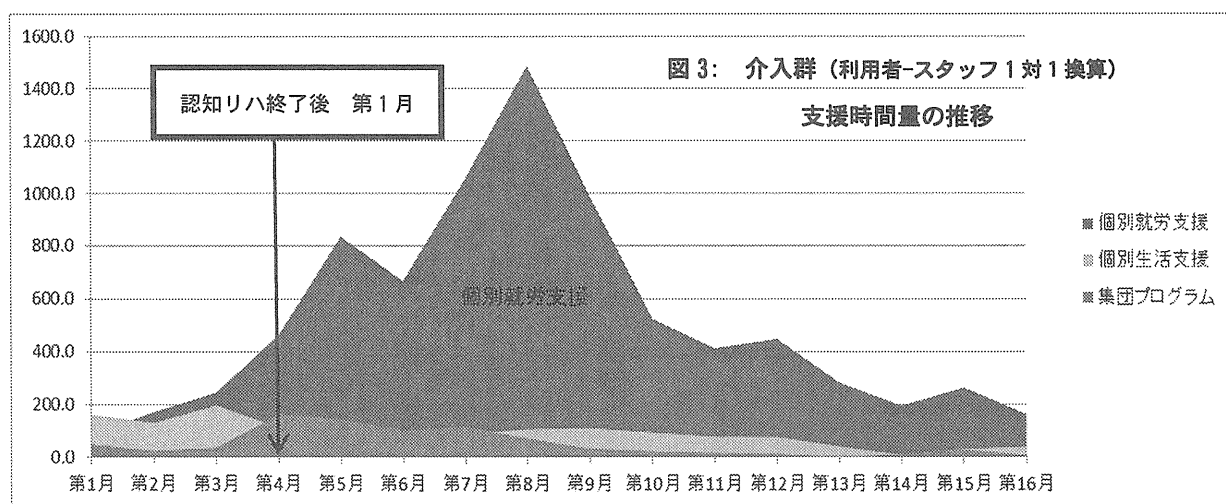
| | 応募者数 | スクリーニング除外 | 応募後 辞退 | エントリー 数 | 同意撤回 者数 | 研究参加者数 | | |
|-------|------|-----------|-----------|------------|------------|--------|-----|-----|
| | | | | | | 参加数 | 介入群 | 対照群 |
| 第1クール | 12 | 1 | 1 | 10 | 2 | 8 | 4 | 4 |
| 第2クール | 8 | 1 | 1 | 6 | 3 | 3 | 1 | 2 |
| 第3クール | 12 | 0 | 1 | 11 | 2 | 9 | 4 | 5 |

表2: 本サイト研究参加者の特徴

| | | 介入群 (n=9) | | | 対照群 (n=11) | | |
|-----|--------|-----------|-----|-------|------------|-----|-------|
| | | 平均値 | sd | 範囲 | 平均値 | sd | 範囲 |
| | BL年齢 | 35.7 | 6 | 25-42 | 36.8 | 6.9 | 25-44 |
| | 教育年数 | 12.9 | 3.4 | 9-19 | 14.2 | 2.3 | 12-18 |
| | 発症年齢 | 22.0 | 6.1 | 14-31 | 24.8 | 7 | 15-36 |
| | 延べ入院回数 | 2.3 | 2.5 | 0-7 | 1.3 | 1.2 | 0-3 |
| 性別 | | n | % | | n | % | |
| | 男 | 7 | 78 | | 6 | 55 | |
| | 女 | 2 | 22 | | 5 | 45 | |
| 主診断 | 統合失調症 | 7 | 78 | | 11 | 100 | |
| | 躁うつ病 | 1 | 11 | | 0 | | |
| | うつ病 | 1 | 11 | | 0 | | |

表3： 月別 スタッフ—利用者1対1換算 支援時間

| | 個別就労支援 | 個別生活支援 | 集団プログラム |
|------|--------|--------|---------|
| 第1月 | 87.7 | 160.9 | 48.8 |
| 第2月 | 171.1 | 131.3 | 23.7 |
| 第3月 | 245.9 | 197.6 | 36.8 |
| 第4月 | 462.2 | 112.7 | 162.1 |
| 第5月 | 834.6 | 132.3 | 142.5 |
| 第6月 | 665.6 | 86.3 | 101.3 |
| 第7月 | 1056.3 | 89.7 | 115.3 |
| 第8月 | 1487.1 | 106.3 | 71.0 |
| 第9月 | 989.9 | 110.4 | 31.1 |
| 第10月 | 523.6 | 93.8 | 22.6 |
| 第11月 | 412.1 | 77.8 | 16.2 |
| 第12月 | 447.7 | 76.4 | 12.2 |
| 第13月 | 283.1 | 40.7 | 0.0 |
| 第14月 | 194.3 | 8.9 | 10.5 |
| 第15月 | 263.3 | 30.7 | 28.3 |
| 第16月 | 160.9 | 39.6 | 7.0 |



| 表4：市川サイト研究参加者就職状況 | | | | |
|-------------------|------------|------|-------------|------|
| 就労支援開始後 | 介入群 n=9 | | 対照群 n=11 | |
| | 就職者数 | 退職者数 | 就職者数 | 退職者数 |
| 第1月 | | | | |
| 第2月 | | | | |
| 第3月 | | | | |
| 第4月 | 2 | | | |
| 第5月 | 4 | | 1 | |
| 第6月 | 3 | 1 | | |
| 第7月 | | | | |
| 第8月 | | | 1 | 1 |
| 第9月 | | | | |
| 第10月 | | | | |
| 第11月 | | | | |
| 第12月 | | | 1 | |
| 合計 | 9 | 1 | 3 | 1 |

【注】本表では、介入群は認知リハ終了後から第1月としている
第4月に就職した1名は認知機能リハが後になったケースで、ビルドに通所できるようになってからの月でカウント

東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区における 認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者：○西尾雅明^{1,2)}

研究協力者：石黒亨^{1,2)}、小野彩香³⁾、菊池陽子^{1,2)}、田口雄太³⁾、鏡せつ子²⁾

安倍知江⁴⁾、亀谷智美⁴⁾、二階堂彩香⁴⁾

- 1) 東北福祉大学
- 2) 東北福祉大学 せんだんホスピタル
- 3) 特定非営利活動法人 Switch
- 4) 東北福祉大学 大学院総合福祉学研究科

要旨

平成 23～25 年度において、認知リハビリテーションと個別就労支援を複合したモデルを実践するべく、フィールドである東北福祉大学せんだんホスピタルや就労移行支援事業を展開する NPO 法人の協力を得て、必要なスタッフを確保し、連携・支援体制を築いてきた。

研究へのリクルートは、第 1 クールと第 2 クールとに分け、認知機能スクリーニングを踏まえて計 15 名の対象者を確保し、RCT として対照群 7 名と介入群 8 名とに割付を行った。

対照群 7 名のうち 1 名は同意撤回をしたうえでの脱落例で、もう 1 名は PSW が初回面接をしたが、以後の就労支援は提供しておらず、実質上は脱落例である。他の対照群対象者 5 名のリンケージは概ね順調に進んだが、リンケージ先からの一般就労成功例はなかった。結果として 5 名全員がなんらかの就労に従事したが、その内訳は、家族が経営する会社の社員としての雇用 1 名、家族や友人が斡旋した不定期のバイト 3 名、ポスティング 1 名、にとどまった。一方で、介入群 8 名は脱落なく、特例子会社を入れると 7 名がフォローアップ期間中に一般就労を果たし、残りの 1 名もポスティングに従事することができた。

仙台で介入群の一般就労実績が良好であった因子としては、認知リハビリテーションの成果、その後の就労支援の理念や濃密度、医療機関と生活支援・就労支援の連携の度合い、などが考えられる。特に介入群の支援体制においては、医療機関と物理的に離れたところで ES や CM が主治医や就労支援担当医とどこまで密接に情報共有できるか、が大切なポイントになるものと思われる。そのため、何かあつての連絡だけでなく、定期的なレビューを行えるような仕組みを意識して作ってきたことが成果に反映されたものと考えられる。

A. 研究地区の背景

研究分担者が所属する東北福祉大学は、平成 20 年 6 月に新規に附属の単科精神科病院を開院した。これは一見、入院中心から地域生活中心の精神保健福祉施策の動きに反しているかのように見える。しかし、宮城県内では、

それまで多くの措置入院患者を県内の精神科病院に収容できず、患者は岩手県や山形県の病院に流れていた。一方、県内の病院協会が休日日中の輪番制をとっているものの実態は形骸化しており、救急患者の受け入れは県立精神医療センター一極集中になっているのが

実情である。そのような状況で急性期医療の充実や急性期ベッドの回転率を上げ重症精神障害者の地域定着を促進する ACT を採り入れた新しいタイプの精神科病院を新設することは決して意味のないことではないと思われる。同時に、東北地方ではこれまで児童・思春期専門病棟がなかった。以上述べてきたように、今回の就労支援プログラムのフィールドとなった東北福祉大学せんだんホスピタルは、これまで東北地方にはなかった新しい特徴をもった病院である（表 1）。

一方、自立支援法施行以後、仙台市内にも数多くの就労移行支援事業所などが設立されたが、その多くは伝統的な職業準備性を重視したプログラムをベースにしていた。今回の研究で介入群の就労支援を担当する NPO 法人スイッチ仙台は、仙台市内で初めて明確に IPS 志向の就労支援モデルを打ち出した専門機関であり、今回の研究班で協力を依頼することにした。

B. 構築された臨床体制

まず介入群に対する支援であるが、今回の就労支援モデルにおいて、主に利用者の生活支援にかかわるケースマネジャー（CM）と、就労支援に専門的にかかわるスタッフ（ES）を確保した。ES は原則として生活支援は担当しないが、CM は担当者の就労面での支援にも積極的に関与している。

仙台地区では、認知リハビリテーションは CM を中心とし、これを東北福祉大学の院生や東北学院大学の学生が補助する形にした。週 1 回実施される言語グループには、関係作りも兼ねて ES も参加するようにした。

介入群の臨床サービスに関しては、第 1 クールの認知リハビリテーションのみ、せんだんホスピタルのデイケア部門の一室を、会場として提供した。そのためスタッフの動きも平成 24 年 3 月までは、CM がせんだんホスピタルに常駐する形で、ES も必要に応じてホスピタルに来院する形で、介入群対象者の支援を行った。第 1 クールの認知リハビリテーシ

ョン以後の支援は、JR 仙台駅前でアクセスの良いスイッチ仙台を拠点として実施した。平成 24 年 11 月より開始された第 2 クールの認知リハビリテーションも、引き続きスイッチ仙台を会場に開催し、その後の生活支援・就労支援もスイッチ仙台を拠点に活動した。なお、第 1 クールのうちの 1 名がそうであったように、障害福祉サービスを本人・家族が拒否している場合は、スイッチに利用登録をしない形で就労支援サービスを提供した。

一方、対照群への臨床サービスは、研究デザインにあるように、就労支援に焦点をおいたリンケージ型のケアマネジメントを、せんだんホスピタル地域連携室の PSW が担うこととした。

介入群、対照群とも必要な心理検査の調整と実施は、せんだんホスピタル地域連携室のスタッフと臨床心理士が連携して、必要に応じて東北福祉大学大学院生の協力を得て行った。医師が評定する尺度については、最終的に主治医がチェックする体制とした。

対象者のリクルートに関しては、まず外来待合室でポスター掲示を行い、表 2 に示す用に段階的に説明会を行い（表 2 は第 1 クールでの例）、研究への参加に同意された者に対しては認知機能のスクリーニング検査（BACS-J）を実施し、最終的に、対象者が、第 1 クールでは 10 名に、第 2 クールでは 5 名に到達した時点で研究班事務局に連絡し、RCT のための割付を依頼した。その後は、図 1 で示したような流れで、2 群の心理検査、インテーク、就労支援が進められた（図 1 は、例として、第 1 クールの流れを示している）。

対照群、介入群に対する支援体制のイメージを、図 2、図 3 に現した。平成 24 年 4 月以降は、介入群において第 1 クールの認知リハが終了し、スイッチでの就労支援が始まるため、効率性を加味して、それまでせんだんホスピタルのリハビリテーション部に所属していた CM をスイッチ仙台に常駐させた。第 2 クールでは、認知リハビリテーションの段階からスイッチ仙台を拠点にしているが、基本