

に紹介を行い日本におけるフィデリティ開発・検証研究の進展の一助とすることを目的とする。

概要：本論文はレビュー論文のスタイルをとり、健康や教育領域における論文から実例を引き、フィデリティ基準の開発、測定、および妥当化における道筋の要点を述べている。
結果：フィデリティ開発における3つの主要なステップは、①プログラムにおける有効な支援の構成要素を特定するフィデリティ尺度の開発、②指標を測定するための定量的なデータの収集・フィデリティの測定、③妥当性と信頼性フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認、である。③については(1)評価者間信頼性・再テスト信頼性、(2)確認的因子分析・内的一貫性、(3)他のプログラムとの比較、(4)収束的妥当性、(5)予測妥当性の検証などのアプローチを単一・または複数もちいて検証される。

考察：プログラムを対象としたフィデリティ尺度の開発には多くの時間がかかるため、1つの研究・論文でこの3ステップすべてを記述することは容易ではないが、その開発過程を①確立されたプログラムの有効な要素を忠実にフィデリティ尺度が反映しているか、②尺度が有効な要素を信頼性・妥当性をもって測定できているか、③その得点がアウトカムを予測できるか、という3つに分け検証するなど、研究を整理して記述するうえでは重要であろう。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 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

文献

- 1) Mowbray, K, Holter, M. C., Teague G. B. & Bybee, D.(2003). Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation”, American Journal of Evaluation 24(3), 315-340.
- 2) Orwin, R. G. (2000). Assessing program fidelity in substance abuse health services research. *Addiction*, 95(Suppl.3), S309-S327.
- 3) Drake, R., Goldman, H., Leff, H., Lehman, A., Dixon, L., Mueser, K., & Torrey, W. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*, 52, 179-182.
- 4) Hohmann, A. A., & Shear, M. K. (2002). Community-based intervention research: Coping with the “noise” of real life in study design. *American Journal of Psychiatry*, 159, 201-207.
- 5) Chen, H. (1990). *Theory-driven evaluations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 6) Banks, S., McHugo, G. J., Williams, V., Drake, R. E., & Shinn, M. (2001). A prospective meta-analytic approach in a multi-site study of homelessness prevention. In J. M. Herrell & R. B. Straw (Eds.),
- 7) Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., Williams, J., & Kim, H. W. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2(2), 75-87.
- 8) Blakely, C. H., Mayer, J. P., Gottschalk, R. G., et al. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychology*, 15, 253-268.
- 9) Paulson, R. I., Post, R. L., Herinckx, H. A., & Risser, P. (2002). Beyond components:

- Using fidelity scales to measure and assure choice in program implementation and quality assurance. *Community Mental Health Journal*, 38, 119-128.
- 10) McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 670-678.
 - 11) Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998). Program fidelity and Assertive Community Treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.
 - 12) Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., et al. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265-284.
 - 13) Moncher, F. J., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
 - 14) Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J., & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatments to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 155-167.
 - 15) Weisman, A., Tompson, M. C., Okazaki, S., Gregory, J., et al. (2002). Clinicians' fidelity to a manual-based family treatment as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Family Process*, 41, 123-131.
 - 16) Clarke, G. (1998). Intervention fidelity in the psychosocial prevention and treatment of adolescent depression. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17, 19-33.
 - 17) Lucca, A. M. (2000). A Clubhouse fidelity index: Preliminary reliability and validity results. *Mental Health Services Research*, 2, 89-94.
 - 18) Hernandez, M., Gomez, A., Lipien, L., Greenbaum, P. E., et al. (2001). Use of the system-of-care practice review in the national evaluation: Evaluating the fidelity of practice to system-of-care principles. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 43-52.
 - 19) Teague, G. B., Drake, R. E., & Ackerson, T. H. (1995). Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services*, 46, 689-695.
 - 20) Rog, D. J., & Randolph, F. L. (2002). A multi-site evaluation of supported housing: Lessons learned from cross-site collaboration. In J. M. Herrell & R. B. Straw (Eds.), *Conducting multiple site evaluations in real-world settings*. *New Directions for Evaluation*, no. 94 (pp. 61-72). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
 - 21) Macias, C., Propst, R., Rodican, C., & Boyd, J. (2001). Strategic planning for ICCD clubhouse implementation: Development of the Clubhouse Research and Evaluation Screening Survey (CRESS). *Mental Health Services Research*, 3, 155-167.
 - 22) Becker, D. R., Smith, J., Tanzman, B., Drake, R. E., & Tremblay, T. (2001). Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatric Services*, 52, 834-836.
 - 23) McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999). The relationship between model fidelity and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*, 50, 818-824.
 - 24) Friesen, B. J., Green, B. L., Kruzich, J. M.,

Simpson, J., et al. (2002). Guidance for program design: Addressing the mental health needs of young children and their families in early childhood education settings. Retrieved May 23, 2002, from Portland State University, Reseach & Training Center on Family Support and Children's Mental Health Web site:
[http://www.rtc.pdx.edu/pgProjGuidance.p
hp](http://www.rtc.pdx.edu/pgProjGuidance.php).

- 25) Weisman, A., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Snyder, K. S. (2000). Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: A within-family comparison of relatives with high and low expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 167-171.

日本版 IPS 型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究

研究分担者：○下平美智代¹⁾

研究協力者：山口創生¹⁾、吉田光爾¹⁾、佐藤さやか¹⁾、市川健¹⁾、古家美穂¹⁾
種田綾乃¹⁾、片山優美子²⁾、小川友季³⁾、伊藤順一郎¹⁾

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

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

本研究では、日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールを開発し、ツールの信頼性と妥当性の検証を行うことを第一の目的とした。さらに、日本の IPS 型支援実施機関の特徴を記述することを副次的目的とした。

10 項目の GOI、25 項目の JIPS-25 を作成した。この評価ツールを用いて、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している 17 機関を対象にフィデリティ調査を行った。結果として、1 機関を除く 16 機関の JIPS-25 評価点が 74 点以上であった（IPS-25 では、73 点以下について「援助付雇用とはいえない」と判定する）。

調査で取得したデータから、GOI、JIPS-25 共に評価者間信頼性が確認された。妥当性については、IPS 標榜群 (n=12) はそうでない群 (n=5) よりも GOI および JIPS-25 の得点が高い傾向にあったことから、弁別的妥当性が確認できた。また、IPS を標榜する機関はそうでない機関と比較して、新規登録者数は少ない傾向にあり、就職率および離職率は高い傾向にあった。また、JIPS-25 と就職率および離職率とは有意な正の相関が示された。ただし、JIPS-25 の下位項目「地域ベースのサービス」の評価の高い機関ほど離職率は低いという結果も示された。

A. 研究の背景

重度精神障害者の個別援助付雇用システムとしてアメリカで開発された IPS (Individual Placement and Support) 型就労支援は、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¹⁾。そのため、IPS 型就労支援プログラムは EBP (Evidence based practice: 根拠に基づく実践) であることが国際的に知られている。我が国では、2005 年前後から IPS 実践が複数の実践機関もしくは実践家に支援技法として取り入れられてきたが、必ずしも

オリジナルモデルに忠実なプログラムとして提供されてきたわけではなかった⁴⁾。そのため、IPS 型就労支援をよく理解し、効果的支援を提供していた実践家とその機関を去ると、後には継承されていないという状況もみられた。

その機関でオリジナルモデルに忠実な支援プログラムが提供されているかどうかについては、フィデリティ評価によって確認することができるが、本研究発足当時 (2011 年 4 月)、日本版のフィデリティ尺度は存在していなかった。フィデリティとは、「ある介入がそ

のプログラム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」³⁾と定義される。

本研究班では、平成 23 年度（2011 年度）に、オリジナルモデルの確認として、アメリカバーモント州におけるオリジナルモデルの視察と研修を実施した。さらに、IPS-25²⁾を参照し、平成 24 年度（2012 年度）に研究者、有識者、および実践家から成るワーキンググループを結成して「日本版 IPS 型就労支援標準モデル」を作成した⁵⁾。

本研究では、この標準モデルと IPS-25 を基に、日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールを開発し、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している機関を対象に実地試用を行い、ツールの信頼性と妥当性の検証を行うことを第一の目的とした。さらに、日本の IPS 実施機関の特徴を記述することを副次的目的とした。

B. 方法

1. 日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールの開発

日本版 IPS 型就労支援標準モデル（別添）と IPS-25 を基に、まずはフィデリティ評価項目のたたき台を作成し、標準モデルのワーキンググループに入っていた研究者らが、フィデリティ評価ツール開発メンバーとなり、項目を一つずつ確認し、文章を修正する作業を行った。また、開発メンバーからは、フィデリティ評価を補うものとして、全般的な組織体制が評価できる指標の作成が提案され、GOI（General Organization Index：一般組織構造指標）も同時期に作成された。

2. ツールの試用および信頼性と妥当性の検証

①対象

2012 年 8 月に当研究班によるアンケート調査⁴⁾対象となった、IPS を標榜もしくは要素を取り入れているとする 21 機関、その後、リ

ストに加えられた 3 機関、および IPS を標榜していないが、個別ニーズベースの就労支援に取り組む 2 機関の合計 26 機関を対象とした。その内、訪問調査を承諾した 17 機関にフィデリティ調査を実施した。

17 機関の基礎属性を表 1 に示した。就労移行支援事業所が最も多く 11 機関（65%）、次いで医療機関 4 機関（24%）、生活訓練 1 機関（6%）、ACT を専門に行っている訪問看護ステーション 1 機関（6%）であった。これら 17 機関の内、IPS を標榜している機関が 12 機関、部分的に IPS を取り入れているとする機関が 3 機関、IPS ではないが個別就労支援を行っている機関が 2 機関であった。

②手続き

2 名の調査員が各機関に訪問し、本研究で開発された評価票（後述）に沿って調査を実施した。調査所用時間は 1 機関あたりおよそ 6 時間であった。評価方法は、当該機関の管理者および就労支援スタッフ（ES）へのインタビュー、およびスタッフが日々つけている利用者別の記録の調査であった。その他参考として実際の支援に調査員が同伴して支援の様子を観察した。調査実施期間は 2013 年 9 月 20 日から 2014 年 2 月 4 日までだった。

③分析

ツールの評価者間信頼性の分析には Pearson の積率相関係数の算出を行った。また、弁別的妥当性の検証のために、IPS を標榜する群とそうでない群（部分的に IPS を取り入れているもしくは IPS ではないと言明している群）とに分け、フィデリティ得点を Student の t 検定および Mann-Whitney の U 検定で比較した。また、JIPS-25 と利用者の就職率および離職率の関連を Pearson の積率相関係数を算出することで検討した。

④倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理審査委員会にて審議にかけられ、認可を受けて実施した。

C. 結果

1. 評価ツールの開発

ツール開発作業に要した期間は、2013年4月1日～8月31日までの5ヵ月間で、その内、開発メンバーが議論したのは、1回3時間の合計5回であった。この間、評価ツールの調査票としての形成および評価の際の計算シートの作成が行われた。

前述のように、開発メンバーからは、フィデリティ評価を補うものとして、全般的な組織体制が評価できる指標の作成が提案され、GOI (General Organization Index : 一般組織構造指標) も同時期に作成された。

結果として、10項目のGOIと25項目のフィデリティ評価ツールが開発され、この25項目版のツールはJIPS-25と名付けられた。完成したJIPS-25第1版を付録1に、GOI第1版を付録2に収録している。

GOIは10項目の各項目について、「いる」「いない」もしくは「ある」「ない」の2者択一で評価するようになっている。「いる」もしくは「ある」の回答で1点ずつ加算し、0点から10点までで評価する。点数が高いほど一般組織構造がIPS型就労支援プログラムを実施する体制として評価が高いと判断される。

JIPS-25は、各項目について、5段階で評定するようになっており、各段階には明確なアンカーポイントが付されている。また、IPS-25に合わせて、「スタッフ配置」3項目、「組織」8項目、「サービス」14項目から成っている。なお、「サービス」には日本版標準モデルに合わせた2項目が配点評価しない参考項目として掲載されている。JIPS-25は全ての項目の点数を合算して合計点を出す場合は、最低25点、最高で125点となる。下位尺度

ごとに合計点を出す場合は、「スタッフ配置」3点から15点、「組織」8点から40点、「サービス」14点から70点の範囲となる。

JIPS-25も点数が高いほどフィデリティが高いと判定される。

なお、フィデリティ評価ツールは、内的一貫性を重要視する心理測定的尺度とは異なり、そのプログラムが本来目指すものに近いかどうかを評価するため、3つの下位尺度は因子分析等統計学的分析によって分類されたものではなく、エキスパートコンセンサスにより作成され分類された項目となっている。

2. ツールの信頼性と妥当性

①評価者間信頼性

フィデリティ調査には2名の調査員が出向き、それぞれがフィデリティ評価ツールに沿って評価点をつけた。GOI、JIPS-25共に、項目ごとに二者の評価点について相関係数を算出した。GOIについては、完全に二者間が一致しており、相関係数を算出するまでもなかった。JIPS-25についての結果を表2に示した。結果として1項目を除きすべての項目について有意な高い正の相関が示された。「サービス」の項目1のみ、相関係数も低めで有意ではなかった。これは、「社会保障に関する個別相談を提供する」という項目であった。この項目については、二者の評価点を精査したところ、一方が4点もしくは5点としている場合にもう一方が5点もしくは4点と評価しているという不一致が起きており、3点以下の評点のときには不一致がなかった。このため、5段階評定のアンカーポイントの4点と5点の文章について確認を行ったところ、「仕事を始める前に利用者が、社会保障に関する専門知識のあるスタッフまたは外部の専門家により、包括的で個別化された社会保障に関するカウンセリングを受けられるよう、就労支援スペシャリストもしくはケアマネジャーはコーディネートする。」という文章ま

では両者は同じで、評点 5 では、「彼らは利用者が勤務時間や給与の変化に関して意思決定をする必要がある際にも社会保障に関するカウンセリングを受けられるようコーディネートする。」という文章が追加されている。この項目は記録からではなく、管理者と ES にそれぞれインタビューを行い評価する項目であった。

② 弁別的妥当性

弁別的妥当性の検討のために、IPS を標榜する機関 (n=12) とそうでない機関および部分的に IPS を取り入れているとした機関

(n=5) のフィデリティ得点を比較した。表 3 に示したとおり、フィデリティ得点および下位尺度得点全てにおいて、IPS 群の方がそうでない群より高かった。統計学的な有意差を Student の t 検定および Mann-Whitney の U 検定で確認したところ、合計点および「組織」点で有意傾向のある差がみられた。

3. 対象機関のフィデリティと利用者登録数および利用者の就職実績

17 機関のフィデリティ評価の結果を表 4 に示した。GOI の平均は 6.8 点 (sd=1.4, 範囲 3-9) で、JIPS-25 の平均は 91.3 点 (sd=10.2, 範囲 68-104) であった。JIPS-25 の下位尺度「スタッフ配置」の平均は 9.1 点 (sd=3.0, 範囲 4-13)、「組織」の平均は 23.3 点 (sd=5.5, 範囲 16-33)、「サービス」の平均は 54.2 点 (sd=5.2, 範囲 44-61) であった。

17 機関中、前年度 (2012 年度) の実績のあった 16 機関の利用者数の平均および就職実績を表 5 に示した (1 機関は新規だった)。

登録者数は 10 名から 126 名と幅があり、平均 44.1 (sd=29.2) であった。男性 (平均 28.8 人, sd=16.8) の方が女性 (平均 15.4, sd=13.1) よりも全体的に登録者数が多かった。本研究の定義する一般雇用とその他を含めた全体の就職率は 44.4% (sd=20.1, 範囲

8.8-77.7) であり、一般雇用の就職率が 35.5% (sd=18.9, 範囲 7.4-65.5) であった。なお、「一般雇用」の定義は、「一般求人および障害者求人による一般企業等における雇用である。ただし、障害者だけを一つのセクションに集めたような職場は含めない。」というものであった。

筆者らは、IPS 支援では、本人の表明があつてからの「迅速な求職活動」が原則なため、就職しても長続きしないのではないかと、という批判的な疑問の声をよくきいた。そのため、本研究では暫定的な離職率を、前年度就職した者で翌年の 8 月現在退職している者の数を各機関にたずね、その数値を使って算出した。結果として、離職率の平均は 20.2%、標準偏差 17.2 で、全く離職者のなかった機関もあれば最大値で 66.7%の機関まであり、機関によって大きなばらつきがあつた。

4. フィデリティと就職率および離職率

JIPS-25 と就職率について積率相関係数を算出したところ、有意な正の相関が示された (r=0.56, p<.05)。下位尺度項目については、「スタッフ配置」の項目 3:「就労支援スペシャリストの提供するサービス」は一般雇用での就職率と有意な正の相関が示された

(r=0.59, p<.05)。「組織」の項目 3:「就労支援スペシャリストと職業リハビリテーションにおける支援スタッフとの連携」は就職率と有意傾向のある正の相関が示された

(r=0.49, p<.1)。「サービス」の項目 3:「職業的アセスメント」は就職率 (r=0.84, p<.05) および一般雇用での就職率 (r=0.65, p<.05) とそれぞれ有意な正の相関が示された。同じく「サービス」の項目 5:「個別化された求職活動」は一般雇用での就職率と有意傾向のある正の相関が示された (r=0.50, p<.1)。一方、「サービス」の項目 8:「職場開拓の多様性」は一般雇用での就職率と有意傾向のある負の相関が示された (r=-0.52, p<.1)。

JIPS-25 は離職率とも有意な正の相関が示された ($0.58, p < .05$)。下位尺度項目では、「組織」の「就労支援ユニット」($r=0.71, p < .01$)、「除外基準なし (1 ヶ月以内の求職活動)」($r=0.68, p < .05$)、「機関が一丸となって利用者の一般雇用実現に取り組む」($r=0.61, p < .05$) が離職率と有意な正の相関が示された。「サービス」の項目 3:「職業的アセスメント」($r=0.50, p < .1$)、項目 4「一般雇用のための迅速な求職活動」($r=0.48, p < .1$) とは有意傾向のある正の相関が示された。一方、「サービス」の項目 13:「地域ベースのサービス」と離職率は有意な負の相関($r=-0.66, p < .05$) が示された。

5. IPS を標榜する機関とそうでない機関との実績の比較

IPS を標榜する機関の特徴を知るために、利用者の登録実績および就職率、離職率を比較した。結果を表 6 に示した。登録者数は、IPS 標榜群が平均 40.3 ($sd=23.3$)、非 IPS および部分的 IPS 群は平均 52.6 ($sd=41.4$) で、IPS 群の方が全体的に登録者数が少ない傾向が見られた。ただし、どちらの群も標準偏差が高く、統計学的検定の結果、有意ではなかった。就職率については、IPS 標榜群で平均 48.4% ($sd=19.2$)、非 IPS および部分的 IPS 群で 35.5% ($sd=21.3$) であり、やはり平均値では IPS 群の方が高いように見えるが、標準偏差が大きく統計学的検定の結果、有意差は示されなかった。離職率については、IPS 標榜群で 25.8% ($sd=17.5$)、非 IPS 群および部分的 IPS 群は 8.4% ($sd=2.1$) で、その差は統計学的に有意であった。

D. 考察

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールとして、10 項目の GOI、25 項目のフィデリティ評価ツール JIPS-25 を作成した。GOI、JIPS-25 共に評価者間信頼性が確認さ

れた。JIPS-25 の下位尺度「サービス」の項目 1 のみ、二者間の評価の一致度が低かった。このため、二者の評価点を精査したところ、4 点と 5 点で評価が分かれているケースが多く、3 点以下の評価点は一致が見られていた。この項目は管理者と ES にインタビューをし、その結果から評価する。4 点と 5 点の評価のための文章の差異について、インタビュー結果の解釈が評価者間で割れやすかったのであろう。この項目は、評価者が客観的評価をしやすいように修正する必要があると考えられる。

妥当性については、IPS 標榜群はそうでない群よりも GOI および JIPS-25 の得点が高い傾向にあったことから、弁別的妥当性が確認できたと考えられる。

調査対象機関によって、利用登録者数や就職者数にはばらつきがあったが、それは、機関が就労支援を専門に提供しているサービス機関 (就労移行支援事業所など) か、デイケアや ACT など就労支援をサービスの一部として実施しているかによって異なっていたと思われる。しかし、全体的に就職率および一般就労率は高いように考えられるが、このことについては、別途、準備訓練型の支援を行っている機関との比較が必要である。

対象機関 17 機関の JIPS-25 の平均点は 91 ($sd=10.2$) で、68 点から 104 点の幅があった。IPS-25 の評価では、73 点以下は「援助付雇用とはいえない」とされ、74 点から 99 点は「まずまずのフィデリティ」、100 点から 114 点は「良好なフィデリティ」、115 点から 125 点が「模範的フィデリティ」と判定される。73 点以下だったのは、68 点の 1 機関のみであるが、ここでは記録の不備により全体的に評価点が低かったということがある。またこの 1 機関は部分的に IPS を取り入れている機関の 1 つであった。IPS を標榜していない機関でも個別ニーズベースの就労支援に取り組んでいる機関が今回は調査対象となった

ため、全体的にフィデリティは高かったといえるだろう。

IPS のフィデリティの高さと利用者の高い就職率とは関連することが先行研究で示されている。本調査結果では、JIPS-25 の評価点は就職率とも離職率とも有意な正の相関を示した。今回は暫定的な就職率の計算方法であり、経時的なアウトカムではないため、断言はできないものの、可能性として IPS 型就労支援を採用すれば、利用者の就職はより達成されやすくなることが示唆された。一方で、フィデリティ得点と離職率についても有意な正の相関がみられたことから、IPS らしい支援をしていると、利用者は離職しやすいということが示唆されているようにも思われる。しかし、今回の離職率の計算は暫定的なものであるため、就労継続日数を追跡した調査結果をみて判断しなければならないだろう。一方で、「地域ベースのサービス」の評価の高かった機関は、離職率が低かったことから、利用者の就職後の支援機関外（地域や就職先）での支援の重要性が改めて強調されたといえるだろう。

IPS を標榜する機関はそうでない機関と比較して、登録者数が少ない傾向にあり、就職率および離職率は高い傾向にあった。IPS 型就労支援はその特徴として、少ないケースロード(ES1 に対してクライアント 20 人以下)、除外基準をもたない、本人の希望による迅速な求職活動がなされることを是としている。このため、IPS 標榜機関はたしかに IPS らしい支援に取り組んでいると考えられる。一方で、IPS 標榜機関の方が利用者の離職率が高いという結果も示された。これは、短期雇用を就職活動の一環として積極的に利用している可能性と、支援者ではなく利用者本人が主体的に選択している結果とも考えられる。保護的な機関では、利用者が就職したいという意志表明をしても、時期尚早であるとして引き留めたり、その意を削ぐようにわざと働き

かけたりする機関もあると聞く。本人の希望により就職し、その雇用が継続されるのが一番望ましいが、離職や転職は必ずしもマイナスの経験とはいえない。IPS 支援を利用する人にはチャレンジする権利が保障される一方でリスクをも自分で引き受けるということであり、ES はそのリスクを引き受けた利用者を集散的に後方で支援するというのが IPS のあり方ではないか。繰り返しになるが、今回の結果は、利用者の就労継続日数を追跡調査したのではないため、IPS 型就労支援と離職率あるいは就労継続日数との関係は別の調査で確認する必要がある。さらに、本研究では「地域ベースのサービス」の評価の高い機関ほど離職率が低いという結果も示された。

IPS 型就労支援プログラムでは、ES が支援機関の外に出て、地域あるいは利用者の勤務先で支援すること、特に利用者の就職直後の集散的な支援が展開されることが強調されている。本調査結果は、その重要性が改めて示唆される結果であったと考えられる。

E. 結論

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールの GOI と JIPS-25 を開発し、一定の信頼性と妥当性が確認された。JIPS-25 で評価者間信頼性の低かった 1 項目のみ、修正点として反映したい。IPS 標榜機関の特徴として、そうではない機関と比較して、新規登録者数が少ない傾向にあり、就職率や離職率が高い傾向にあった。ただし、「地域ベースのサービス」の評価点が高い機関ほど離職率は低いという結果が示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

・種田綾乃, 山口創生, 佐藤さやか, 片山優美子, 伊藤順一郎: 重度精神障害者に対す

る就労支援：individual placement and support を中心に．精神保健研究，27(60)73-79，2014.

2. 学会発表

- ・下平美智代，山口創生，片山（高原）優美 吉田光爾，佐藤さやか，伊藤順一郎：「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．日本精神障害者リハビリテーション学会 第 21 回沖縄大会．沖縄，2013.11.29.

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) 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.
- 2) 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.

3) Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D: Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *American Journal of Evaluation*, 24(3): 315-340, 2003.

4) 下平美智代，片山（高原）優美子，山口創生，小川友季：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．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（精神疾患関係研究分野）「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）. pp223-230, 2013.

5) 下平美智代，山口創生，片山（高原）優美子，吉田光爾，佐藤さやか，種田綾乃，市川健，伊藤順一郎，日本版 IPS 型就労支援スタンダード作成委員会：「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．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（精神疾患関係研究分野）「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）. pp231-244, 2013.

	就労移行	病院	生活訓練	ACT(訪看)
調査参加総数	11	4	1	1
割合(%)	65	24	6	6
IPS	7	3	1	1
部分IPS	2	1	0	0
IPSではない	2	0	0	0

項目番号	スタッフ配置	組織	サービス
	相関係数(r)		
1	1.00	0.99	0.45(ns)
2	1.00	0.78	0.94
3	0.81	0.85	0.86
4		0.97	1.00
5		0.93	0.82
6		0.81	0.99
7		0.79	0.93
8		0.84	1.00
9			1.00
10			1.00
11			0.77
12			0.80
13			1.00
14			0.92

Pearsonの積率相関分析 $p < 0.01$ (両側検定)

	IPS標榜		IPSではない/部分的		Student's t test		Mann-Whitney's test
	n=12		n=5		t値	有意確率	漸近有意確率
GOI	7.0	1.2	6.2	1.9	1.0	0.311	0.514
Fidelity	94.2	9.0	84.4	10.3	2.0	0.069	0.091
スタッフ配置	9.3	2.9	8.8	3.5	0.3	0.788	0.789
組織	24.8	5.4	19.6	3.9	1.9	0.071	0.080
サービス	55.1	5.3	52.0	4.6	1.1	0.277	0.245

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	(満点)
GOI	6.8	1.4	3	9	10項目(10)
Fidelity	91.3	10.2	68	104	25項目(125)
スタッフ配置	9.1	3.0	4	13	3項目(15)
組織	23.3	5.5	16	33	8項目(40)
サービス	54.2	5.2	44	61	14項目(70)

表5: 16機関の登録および就労実績

	平均	標準偏差	最小値	最大値
2012年度登録者数	44.1	29.2	10	126
男性(数)	28.8	16.8	5	70
女性(数)	15.4	13.1	2	56
就職者数	21.8	20.9	3	76
「一般雇用」就職数	17.8	18.7	1	67
2013年8月現在退職者数	4.6	5.9	0	24
就職率(%)	44.4	20.1	8.8	77.6
一般雇用への就職率(%)	35.5	18.9	7.4	65.5
離職率(%)	20.2	17.2	0	66.7
「一般雇用」の定義: 一般求人および障害者求人による一般企業等での雇用 (障害者だけを一つのセクションに集めた職場は含めない)				
就職率=就職者数/登録者数×100				
離職率=2013年8月現在退職者数/就職者数×100				

表6: IPS標榜機関とそうでない機関の実績の比較

	IPS標榜		IPSではない/部分的		<i>Student's t test</i>		<i>Mann-Whitney's test</i>
	n=12		n=5		t値	有意確率	漸近有意確率
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
2012年度登録者数	40.3	23.3	52.6	41.4	-0.8	0.453	0.610
就職率	48.4	19.2	35.5	21.3	1.2	0.248	0.193
一般雇用率	37.6	19.3	31.0	19.3	0.6	0.537	0.777
離職率	25.8	17.5	7.9	8.4	2.1	0.050	0.035

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価票 JIPS-25

第 1 版

I. スタッフ配置

<p>1. ケースロードの大きさ： 就労支援スペシャリストは個別のケースロードを持つ常勤換算*の就労支援スペシャリスト一人につき、最大 20 名までの利用者を担当する。</p> <p>*「常勤換算」40 時間=1 人で、精神のエフォート率を掛ける</p> <p><評価ガイド> 事前調査票より評価</p> <p>計算シート 1「入力事項（事前調査票・利用者用 I-1）へ 事前調査票からの転記 計算結果をみる（計算シート 1：I-1）」</p>	<p><input type="checkbox"/>1=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 41 人以上である。</p> <p><input type="checkbox"/>2=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 31～40 人である。</p> <p><input type="checkbox"/>3=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 26～30 人である。</p> <p><input type="checkbox"/>4=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 21～25 人である。</p> <p><input type="checkbox"/>5=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 20 人以下である。</p>
<p>2. 就労支援スペシャリスト： 精神障害者の就労や就労継続に関わるサービスのみを提供する。</p> <p><評価ガイド> 事前調査票より評価</p> <p>計算シート 1「入力欄（事前調査票・スタッフ用：EFG）へ 事前調査票からの転記 計算結果をみる（計算シート 1：I-2）」</p>	<p><input type="checkbox"/>1=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 60%未満である。</p> <p><input type="checkbox"/>2=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 60～74%である。</p> <p><input type="checkbox"/>3=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 75～89%である。</p> <p><input type="checkbox"/>4=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 90～95%である。</p> <p><input type="checkbox"/>5=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 96%以上である。</p>
<p>3. 就労支援スペシャリストの提供するサービス： それぞれの就労支援スペシャリストが、関係づくり、①インテーク、②アセスメント（ストレングス、スキル、職歴等）、就職活動支援に</p>	<p><input type="checkbox"/>1=就労支援スペシャリストは単にハローワークや職業センターへの紹介だけを</p>

おける③履歴書の書き方やビジネスマナー等の指導やハローワーク等への同行支援、④職場開拓、⑤ジョブコーチ等の就職後の継続支援、⑥卒業（ステップダウン）に向けた支援や他の支援機関の利用に向けた支援のサービスを行う。

<評価ガイド>

記録およびESインタビューより評価

10 ケースの記録から（就労前 3 ケース、後 6 ヶ月以内 4 ケース、6 ヶ月以上 3 ケース）

計算シート 2 I-3 に入力（1/0）

計算結果を見る。

1、2 はインタビューから判断。3~5 は計算結果をみる。

行う。

□2=就労支援スペシャリストは利用者を受け持っているものの、他の機関（例：障害者就労・生活支援センターやB型等）の就労支援サービスに紹介する。

□3=就労支援スペシャリストは就労支援サービス①~⑥の内 4 つは行っている。

□4=就労支援スペシャリストは就労支援サービス①~⑥の内 5 つは行っている。

□5=就労支援スペシャリストは就労支援サービス①~⑥全て行っている。

II. 組織

1. 精神保健支援と就労支援の統合（組織構造）:

●機関には一人の利用者を支援する就労支援スペシャリストと担当ケアマネージャーがいる。

●就労支援スペシャリストとケアマネージャーは同一機関に所属している。

●就労支援スペシャリストとケアマネージャーはチームとなり就労や就労継続に関する支援を行う。

*ケアマネージャーの定義は「標準モデル」p2(2)に記述があるとおり。

<評価ガイド>

管理者インタビューによる評価

□1=機関内にケアマネージャーがいない/就労支援スペシャリストが生活支援もやっている。

□2=同一機関内にケアマネージャーと就労支援スペシャリストがいるが定期的なミーティングの機会をもっていない。

□3=ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の就労支援に関連して対面で定期的にミーティングを行うがそれは月に 1 回程度である。

□4=ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の就労支援に関連して対面で定期的にミーティングを行うがそれは月に 2~3 回である。

□5=ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の就労支援に関連して対面で週に 1 回以上はミーティングを行う。

2. 精神保健支援と就労支援の統合（連携の質）:

i ケアマネージャーは、利用者が就労することの意義について理解しており、それを表明している。

ii 就労支援スペシャリストとケアマネージャーは利用者の就労や就労継続について話し合うため週 1 回以上は対面でミーティングを行っている。（利用者の 80%以上に対して実施）

iii ケアマネージャーは、利用者の就労や就労継続に貢献するため医療的側面を鑑みた生活支援を包括的に行う。（利用者の 80%以上に対して実施）

□1=左記について全く該当しない。

□2=左記の内、1 つ該当する。

□3=左記の内、2 つ該当する。

□4=左記の内、3 つ該当する。

□5=左記の内、全て該当する。

<p>iv. ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは、利用者の就労や就労継続に関わる調整のため、利用者の通院する精神科の医師やソーシャルワーカーと、利用者の通院同行やケア会議などを通して連携する。(利用者の80%以上に対して実施)</p> <p><評価ガイド> <u>管理者とスタッフへのインタビューによる評価</u></p>	
<p>3. 就労支援スペシャリストと職業リハビリテーションにおける支援スタッフとの連携：</p> <p>就労支援スペシャリストは、利用者の支援に関連した情報交換や新規の利用者の紹介を得るために、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センターなど、他の就労支援機関とも情報交換等、頻繁にコンタクト（電話、メール、対面）をとる。</p> <p><評価ガイド> <u>管理者インタビュー（記録参照）</u></p>	<p><input type="checkbox"/>1=就労支援スペシャリストが上記機関の担当者にコンタクトを取るのは3ヵ月に1回以下である。あるいは、全くコンタクトを取らない。</p> <p><input type="checkbox"/>2=就労支援スペシャリストは少なくとも3ヵ月に1回は上記機関の担当者にコンタクトをとる。</p> <p><input type="checkbox"/>3=就労支援スペシャリストは毎月上記機関の担当者にコンタクトをとる。</p> <p><input type="checkbox"/>4=就労支援スペシャリストは上記機関の担当者と少なくとも3ヵ月に1回は対面でミーティングを行う。もしくは毎週、電話やメールでコンタクトをとる。</p> <p><input type="checkbox"/>5=就労支援スペシャリストは上記機関の担当者と1ヵ月に1回は定期ミーティングを行っており、かつ、毎週、電話やメールでコンタクトをとる。</p>

<p>4.就労支援ユニット（就労支援スペシャリストのチーム）：</p> <p>同じ機関に所属する、2人以上の常勤の就労支援スペシャリストが、就労支援ユニットを形成している。<u>1つのユニットには1人のスーパーバイザーがいる。彼らは毎週、ケースに関するスーパービジョン的なミーティング／カンファレンスを持ち、支援方法を確認したり、求人情報を共有したりする。彼らは必要に応じてお互いのケースロードをカバーする。1機関に就労支援スペシャリストが1名だけの場合は、近隣の地域にある他機関の就労支援ユニットに入るか、他機関の就労支援スペシャリストとユニットを組む。この場合は、就労支援スペシャリスト間のケースロードのカバーはないが、グループスーパービジョンによる支援方法の振り返りや支援方法についてのアイデアの交換、および求人情報の共有が行われる。</u></p> <p><評価ガイド> <u>管理者・ESインタビュー</u></p>	<p><input type="checkbox"/>1=月に1回以上の、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングがない。</p> <p><input type="checkbox"/>2=月に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。</p> <p><input type="checkbox"/>3=月に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。そして、そこではIPSモデルに基づいたグループスーパービジョンが行われている。</p> <p><input type="checkbox"/>4=月に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。そこではIPSモデルに基づいたグループスーパービジョンが行われている。ユニットのESは必要に応じてお互いのケースロードをカバーし合う。</p> <p><input type="checkbox"/>5=週に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。そこではIPSモデルに基づいたグループスーパービジョンが行われている。ユニットのESは必要に応じてお互いのケースロードをカバーし合う。</p>
<p>5.就労支援ユニットのスーパーバイザーの役割：</p> <p>スーパーバイザーは就労支援ユニットを指揮する。就労支援スペシャリストのスキルは、成果に基づいたスーパービジョンを通して発展し、改善される。</p> <p>スーパーバイザーの役割としては、以下の5項目がある：</p> <p>i. 常勤のスーパーバイザーが1名おり、10人以下の就労支援スペシャリストについて管理・教育・サポートの責任を負っている。</p> <p>ii. スーパーバイザーは利用者の就職状況を毎週評価し、就労支援スペシャリストが支援の実績を改善するための目標を立てるのを助ける。</p> <p>iii. 少なくとも月1回以上の個別もしくはグループスーパービジョンを行い、就労支援スペシャリストとともに利用者の就職や就労継続の手助けとなる新たな方法やアイデアを確認する。</p> <p>iv. 新人もしくは支援に困難を感じている就労支援スペシャリストに同行し、実地で観察、モデリング、スキルに関するフィードバックを行う。</p>	<p><input type="checkbox"/>1=左記5項目の内、1項目該当もしくは全く該当する項目がない。</p> <p><input type="checkbox"/>2=左記5項目の内、2項目該当する。</p> <p><input type="checkbox"/>3=左記5項目の内、3項目該当する。</p> <p><input type="checkbox"/>4=左記5項目の内、4項目該当する。</p> <p><input type="checkbox"/>5=左記5項目の内、5項目該当する。</p>

<p>v. スーパーバイザーは地域の精神医療保健福祉機関とネットワークをつくり、各機関の就労に理解のあるスタッフと協力し、他のスタッフが、精神障害をもつ人々のリカバリーにとって就労が重要であることを理解できるよう啓発する活動を行う。</p> <p><評価ガイド> スーパーバイザー・ES インタビュー</p>	
<p>6. 除外基準なし：(記録・インタビュー)</p> <p>●意欲の強弱に関わらず働くことに興味があるすべての利用希望者は、職業準備性の要因、物質乱用、精神症状、暴力行為の履歴、認知機能障害、治療を遵守しないことなどに関係なく、サービスにアクセスできる。これらは、支援の過程においても同様である。</p> <p>●就労支援スペシャリストは、利用者の過去の退職の理由や職歴の数にかかわらず、ひとつの仕事が終了したら、次の仕事についても支援を提供する。</p> <p>●外部の職業リハビリテーションによる審査基準において、利用希望者が支援対象外と判断されたとしても、IPS 支援機関は、その支援結果によらず支援を提供する。利用希望者は、公式にあるいは非公式に排除されない。</p> <p><評価ガイド> 記録より評価 (1 ヶ月以内にハローワークに行っているか)</p> <p>就労前 3 ケース、後 6 ヶ月以内 4 ケース、6 ヶ月以上 3 ケースの記録をピックアップする。</p> <p>計算シート 2：Ⅱ-6 に 1 か 0 を入力→計算結果Ⅱ-6 をみる。</p>	<p><input type="checkbox"/>1=正式な施設利用基準により、職業準備性の欠如を理由に就労支援にアクセスできない人がいる</p> <p><input type="checkbox"/>2=支援者に認識される職業準備性の欠如により、登録後 1 ヶ月以内に、2,3 人以上ぐらいが、求職活動(例：HW にいく、雇用担当窓口にあう)に到達する</p> <p><input type="checkbox"/>3=支援者に認識される職業準備性の欠如により、登録後 1 ヶ月以内に、7 人以上ぐらいが、求職活動(例：HW にいく、雇用担当窓口にあう)に到達する</p> <p><input type="checkbox"/>4=登録後 1 ヶ月以内に、9 人以上ぐらいが、求職活動(例：HW にいく、雇用担当窓口にあう)に到達するが、多様な紹介もとからうけいれていない</p> <p><input type="checkbox"/>5=登録後 1 ヶ月以内に、9 人以上ぐらいが、求職活動(例：HW にいく、雇用担当窓口にあう)に到達する+多様な紹介もとからうけいれる</p>
<p>7.機関が一丸となって利用者の一般雇用実現に重点的に取り組む：</p> <p>i. 機関は複数の方法を通して利用者の「一般雇用」(3-⑩参照)を促進する。利用者とのインタークには「一般雇用」に興味があるかについての質問が含まれている。</p> <p>ii. 機関には、就労や IPS 型就労支援サービスに関する文書による掲示物がある(例：パンフレット、掲示板、ポスター)。</p> <p>iii. 機関は、特に重い精神疾患をもった人の支援に力をいれる。</p> <p>iv. 機関は、利用者が仕事についての話(いかに仕事を見つけ就職し</p>	<p><input type="checkbox"/>1=左記 i ~ v の内、1 つが行われているか、何も行われていない。</p> <p><input type="checkbox"/>2=左記 i ~ v の内、2 つが行われている。</p> <p><input type="checkbox"/>3=左記 i ~ v の内、3 つが行われている。</p> <p><input type="checkbox"/>4=左記 i ~ v の内、4 つが行われている。</p> <p><input type="checkbox"/>5=左記 i ~ v の内、5 つが行われている。</p>

<p>たか、今どのように働いているか、働き始めてからのことなど)を他の利用者やスタッフと共有できるよう支援する(例:雇用案内イベントやピアサポートグループでの発表や機関のニュースレター等の記事として掲載するなど)。</p> <p>v. 機関は、一般雇用率(年度の利用登録者に対する雇用率=「就労者数」÷「年度内に IPS 支援への登録している人(申込書あり)」)を測定し、その情報を機関や法人の上層部やスタッフと共有する。</p> <p><評価ガイド> <u>管理者・スタッフへのインタビューより評価</u></p>	<p>* 母数=登録者数(就労移行・なかぼつ)、就労支援の契約(デイケア)</p> <p>* 重い精神疾患の割合=GAF60 未満が 5 割, SMI,</p> <p>II 軸は I 軸との合併があれば入る</p>
<p>8. 経営陣が援助付き雇用を支援する:</p> <p>機関もしくは法人の経営陣チームメンバー(例:理事長、役員、理事、院長など)が、IPS 型就労支援の実施と継続に関して支援する。経営陣チームの 5 つの重要な要素のすべてが行われている。</p> <p>i. 科学的根拠に基づく IPS 型支援への理解がある</p> <p>ii. フィデリティ調査を受ける</p> <p>iii. フィデリティの結果と就労率実績の結果を照らし合わせて問題を明確にする</p> <p>iv. 高いフィデリティと就労率をあげるための改善・努力計画をたてる</p> <p>v. iv の計画を実行する</p> <p><評価ガイド> <u>管理者へのインタビュー より評価</u></p>	<p>□1=左記 i ~ v の内、1 つが行われている。</p> <p>□2=左記 i ~ v の内、2 つが行われている。</p> <p>□3=左記 i ~ v の内、3 つが行われている。</p> <p>□4=左記 i ~ v の内、4 つが行われている。</p> <p>□5=左記 i ~ v の内、5 つが行われている。</p>

III. サービス

<p>番外 1. IPS 型就労支援サービスの開始の定義:</p> <p>IPS 型就労支援サービスの開始は、利用希望者が IPS 型就労支援の申込書を記載し、機関がそれを受け付けた年月日とする。就労支援スペシャリストあるいはケースマネージャーは、IPS 型就労支援サービスの利用を希望する本人の意思とサービス開始日を明記した書類を作成する。</p>	<p>評価点には加えない</p>
---	------------------

<p>1. 社会保障に関する個別相談を提供する：</p> <p>●IPS型就労支援では、すべての利用者が、新しい仕事を始める前に、個別の経済的な計画を得るための支援を受けることができる。また、利用者が勤務時間や給与の変化について意思決定をする必要がある際に、経済的計画の支援を受けることができる。</p> <p>●就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、就労に関連する福利厚生、生活保護、児童扶養手当、自立支援医療、障害年金、他の収入源等についての説明とそれらが、総収入にどの程度影響するか説明する。あるいは、説明できる担当者に確実につなぐ。</p> <p><評価ガイド></p> <p><u>管理者・ESインタビュー（記録参照）</u></p>	<p>□1=利用者のほとんどが社会保障に関する個別相談を受けられない。</p> <p>□2=就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、どこに行けば社会保障に関する情報を得られるか、連絡先を利用者に提供する。</p> <p>□3=就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、それぞれの利用者と仕事の状況に基づいて給付金の変化について話し合う。</p> <p>□4=仕事を始める前に利用者が、社会保障に関する専門知識のあるスタッフまたは外部の専門家により、包括的で個別化された社会保障に関するカウンセリングを受けられるよう、就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーはコーディネートする。</p> <p>□5=仕事を始める前に利用者が、社会保障に関する専門知識のあるスタッフまたは外部の専門家により、包括的で個別化された社会保障に関するカウンセリングを受けられるよう、就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーはコーディネートする。彼らは利用者が勤務時間や給与の変化に関して意思決定をする必要がある際にも社会保障に関するカウンセリングを受けられるようにコーディネートする。</p>
<p>2. 障害の開示：</p> <p>求職活動に際して、就労支援スペシャリストは障害があることの開示・非開示についての客観的な情報を利用者に提供し、利用者本人が決定できるよう支援する。</p> <p>i. 就労支援スペシャリストは、利用者に対して、職場での障害の開示を支援の条件として求めない。</p> <p>ii. 就労支援スペシャリストは、利用者が職場で障害を開示する前に、障害を開示することで起こりうる状況を利用者と個別に話し合う。就労支援スペシャリストは利用者が職場で障害を開示することにより、支援者が雇用主との交渉等で担える役割について説明する。</p> <p>iii. 就労支援スペシャリストは、開示する具体的な情報（例：精神保健福祉の支援を受けていること、精神障害があること、長期に渡って無職であったことなど）について個別に話し合い、雇用主にどのように伝えるのかの例を提供する。</p> <p>iv. 就労支援スペシャリストは、一度ならず障害の開示について話し合う（例：もし利用者が2ヵ月たっても就労していない場合、または利用者が仕事での困難を訴えたとき）。</p>	<p>□1=左記のi～ivの内、何も行われていない。</p> <p>□2=左記のi～ivの内、1つが行われている。</p> <p>□3=左記のi～ivの内、2つが行われている。</p> <p>□4=左記のi～ivの内、3つが行われている。</p> <p>□5=左記のi～ivの内、4つ全てが行われている。</p>

<p><評価ガイド> ES へのインタビューと記録の参照にて評価</p>	
<p>3. 職業的アセスメント：</p> <ul style="list-style-type: none"> ●初期の職業的アセスメントは、複数回に渡って行われ、一般就労における職業経験の情報とともに更新される。 ●利用者の好み、経験、特技、ストレンクス、個人的な交流、などの情報を含む職業プロフィールは、新たな仕事の経験とともに随時更新される。 ●職業的アセスメントを進めながら、利用者の住居等の環境的アセスメントも同時に行う。 ●情報源は、利用者自身、支援チーム、臨床記録、利用者の許可があれば家族や以前の雇用主からのものを含む。（* 実習について：明確な利用者の希望があれば別だが、基本的にはアセスメントのための実習を前提にしない。） <p><評価ガイド> ES へのインタビューによる評価（記録参照）</p>	<p>□1=就職活動の前に、標準化された検査、知能検査、ワークサンプルなどに基づく職業的評価のみを行う。または記録がない。</p> <p>□2=職業的アセスメントは就職前実習、ボランティア、作業所における作業などを通して段階的に行われる。（体験のなかで評価という意味）</p> <p>□3=就労支援スペシャリストは、直接、利用者が一般雇用に就けるように支援する。ただし、利用者の興味、経験やストレンクスの体系だったアセスメントをしておらず、また、これまでの教訓となるような失職についての分析もしていない。</p> <p>□4=初回の職業的アセスメントは興味やストレンクスを見つけるために 2~3 回のセッションを通して行う。就労支援スペシャリストは利用者がそれぞれの職業経験から学べるように、失業や仕事上の問題と成功について振り返るよう促す。ただし、支援チームはこれらの教訓を職業プロフィールに記録していない。または、職業プロフィールは定期的に更新されていない。</p> <p>□5=初回の職業的アセスメントは、2~3 回に渡り行われ、利用者の好み、経験、スキル、ストレンクスなどは職業プロフィールに記録されている。就労支援スペシャリストは、利用者がそれぞれの職業経験から学べるよう、失業や仕事上の問題や成功について振り返るよう促すし、こうした教訓も職業プロフィールに記録されている。この職業プロフィールは求職活動で活用されており、定期的に更新されている。</p>
<p>4. 一般雇用のための迅速な求職活動：（記録）</p> <p>利用者あるいは就労支援スペシャリストが一般雇用について雇用担当窓口（ハローワーク、企業、事業主など）と最初に直接接触するのは、IPS 型就労支援参加後 30 日以内である。</p> <p><評価ガイド> 記録より評価する</p> <p>支援を受けてから 1 カ月以上の利用者さんの記録を見る： （4 ケース就労後 6 カ月以内・3 ケース就労後 6 カ月以上）</p> <p>計算シート 2：Ⅲ-4 に数値入力</p>	<p>利用者が面接や見学などで、雇用担当窓口と最初に接する機会は、通常、支援開始から、</p> <p>□1=9 カ月以上後である。</p> <p>□2=5 カ月以上 9 カ月未満である。</p> <p>□3=2 カ月以上 5 カ月未満である。</p> <p>□4=1 カ月以上 2 カ月未満である。</p> <p>□5=1 カ月未満である。</p> <p>* ここでいう接触は個別的職場開拓や担当窓口への相談をいう</p>