

・ 関連研究報告

プログラム評価におけるフィデリティ尺度の開発と妥当性の検証に関する 海外文献紹介

研究分担者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：片山優美子²⁾，下平美智代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

要旨

目的: EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行いプログラムの実施・普及をはかることが重要である。フィデリティ尺度は、このプログラムの普及を円滑にするために、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(範囲)を評価する尺度である。こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では Mowbray らの“Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation(2003)”に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略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、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、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、フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認、である。 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 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、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、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重要であろう。

A. 研究の背景

近年世界的にEBPに基づく医療・社会福祉実践に関する重要性が指摘されている。EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行い、それをもとにプログラムの実施・普及をは

かることが重要である。モデルが明確に定式化・標準化されることで、そのプログラムの複製・普及が可能になるからである。モデルの定式化・標準化のためには、個別プログラムへのプロセス評価を実施して、効果的なプログラム援助要素を抽出・指定することが必要となる。そのうえで検討された効果的なプログラム援

助要素が、効果的普及モデルの実施マニュアルに記述されるわけである。

次に必要なのは、そうしたマニュアル等によって実施されたプログラムが、どの程度の質を保って実施されているかを評価することである。この評価にはフィデリティ尺度 (fidelity scales) が用いられる。フィデリティ尺度は、あるプログラムが、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 (範囲) を評価する尺度である。その評価項目は上記で抽出された効果的なプログラムの援助要素によって構成されており、この尺度を用いることで、各々の実践が定められた基準通りに実施・導入されているかという「度合い」を系統的に評価できるのである。フィデリティ尺度を用いることは以下の意義をもつ。まず各々の活動状況が明らかになると同時に、現場への具体的な改善や指針に関するフィードバックを通じて実践の質を改善する。また、行政機関に対してプロジェクトがどの程度目標を達成しているかという状況を報告することが可能になり、情報を公共に公開することも可能になる。またプログラムの効果は、プログラムの実施状況に大きく影響されるため、フィデリティ尺度による評価による履行状況のモニタリングをすることは、サービスの質の担保の面でも重要である。

しかし、こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では 2003 年に発表された Mowbray らの “Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation”¹⁾ に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略に紹介を行い、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。

B . 概要

1) 本論文の概要について

本論文はレビュー論文のスタイルをとり、1995 年から発表当時までにおいて、Psych

Abstracts、ERIC、Social Science Index、Social Work Abstracts、MedSearch から検索された、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。本報告ではフィデリティ開発の立場から、その概要について紹介する。

C . 結果

1) フィデリティとは何か?

フィデリティは「オリジナルに開発されたプロトコールに対する実際の治療実施の順守」として定義される(Orwin, 2000, p.S310)²⁾。典型的には、尺度はフィデリティ (実施されるプログラム化された臨床的介入が、そのベースとなる実証的に検証されたモデルに匹敵すること) を定量化するために開発される (Drake et al. 2001)³⁾。

2) なぜフィデリティを評価するのか?

フィデリティを評価する理由のとしてよくあげられるものは、ネガティブもしくは不明瞭な知見について説明する必要性からである (Hohmann & Shear, 2002)⁴⁾。すなわちあるプログラムが成功しなかった場合、意図したモデルに対するプログラムの順守の度合いを測定せねば、その原因がプログラムモデルそのものの失敗を反映したものなのか、意図したようにモデルを実践することに対して失敗したことによるのか、判定できない (Chen, 1990)⁵⁾。フィデリティ基準を確立することで、元のプログラムに対するアドヒアランスを測定可能にすることは、治療をより標準化し、プログラムを厳密に複製することを可能にする。またメタ分析のために、フィデリティ尺度を手にするには、各々の治療の意義ある比較を生み出す上で助けとなる (Banks, McHugo, Williams, Drake, & Shinn, 2001; Bond, Williams, Evans, et al. 2000)^{6),7)}。さらに、ある確立された支援モデルが、妥当な基準を用いて余所に複製されるときには、フィデリティ尺度で測定される

点数は、アウトカムを予測することができる (Blackly et al, 1987; Paulson et al, 2002) 8),9)。

3) フィデリティ開発におけるステップ

研究者たち (McGrew et al, 1994; Teague, Bond, & Drake, 1998) 10),11)は、フィデリティ開発における3つの主要なステップについて記述している。すなわち **フィデリティ尺度の開発、フィデリティの測定、フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認**である。

フィデリティ尺度の開発

第一に、フィデリティ尺度を開発しようとするプログラムにおける、有効な支援の構成要素を特定することが必要である。そして、それらが客観的で測定可能なように、それぞれの指標についてのデータの由来を記述し、評価尺度における特定のアンカーポイントを含め、指標もしくは候補となる構成要素のための操作的定義を設定する。

一般的に、これらを行うために、以下のような方法がとられている。

- (1) 効能、有効性が証明されているか、または少なくとも受容をとまなう特定のプログラムモデルからの描出
- (2) 専門家の意見を集める—専門家の調査、および文献レビュー
- (3) 質的調査—何が有効に働くかに関してのユーザーと支持者達の意見を収集する、さまざまなプログラムへのサイト訪問など

(ただし、基盤となるプログラムがしばしば RCT 等によって有効性が確認されているわけではないという問題がある)

フィデリティ尺度の測定

第二のステップは、指標を測定するためにデータを集めることが必要である。

フィデリティのための定量的データを収集するもっとも一般的な方法は：

- (1) プロジェクト記録やクライアント記録、

サイト観察、あるいは録画されたセッションに基づく専門家による評定、

- (2) サービスを提供する個人や受け取る個人による調査またはインタビュー、である。

ただし、これらには評価バイアスの問題がある。スタッフからの情報に関しては社会的望ましさのバイアスの問題、サービス利用者から評価してもらうことは自発的な参加者が多くなるというバイアスがあるため、これらのバイアスに対しては、各尺度ポイントを行動に基づく固定された基準(アンカーポイント)にするなどの対応が考えられる。

また、プログラムの評価には **構造基準**と **プロセス基準**が存在する。プログラム構造の評価は職員水準や特徴、ケースロードの大きさ、予算、訴訟法、コンタクトの頻度や集中度などの測定を網羅する (Orwin, 2000) 2)が、これらの情報は、主観的判断を要求されることが少なく、多くの場合既存の記録物を通して取得することができる。一方 <プロセス基準>は、プログラムの様式、スタッフ—クライアント関係、クライアント—クライアント関係、治療の個別化、あるいは情緒的雰囲気を含む。これらの基準と関連するプログラム業績の評定は、多くの場合、観察やインタビューや他のデータ源に基づくより主観的な判断を要求する。従って、より多くの時間と労力を必要とし、よりコストが高く、たとえ回答基準がうまく固定化されていたとしても信頼性はより低くなる傾向がある (Bond et al, 1997) 12)。これらの両側面の指標を用いることで、重要な特徴を測ることを可能にする。

フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の検証

第三のステップは、妥当性(予測妥当性、判別妥当性、構成概念妥当性)と信頼性の観点から指標を検証することである (Moncher & Prinz, 1991) 13)。これまでの研究ではフィデリティ尺度の開発研究では以下のうち1つまたは複数のアプローチを採用しているこ

とが多い。

(1) 評価者間信頼性や再テスト信頼性の確認：

Henggeler et al. (2002)¹⁴⁾は、セラピストに関する家族の複数回答による評価の再テスト信頼性を算出し、またセラピストとそのスーパーバイザーの間のレイティングの相関係数を算出している。Weisman et al. (2002)¹⁵⁾はセラピストのビデオをみた場合の三人の評価者の級内相関係数を算出している。Clarke (1998)¹⁶⁾は思春期の抑うつのための14の治療セッションに関してフィデリティアセスメントを行い、カッパ係数を算出している。

(2) データの内部構造について検証的な確認・期待される結果との関連の分析：

確認的因子分析や、クロンバックの α 係数を算出した内的一貫性の分析、またはクラスタ分析による検証である。Bond et al. (1997)¹²⁾、Clarke (1998)¹⁶⁾、Lucca (2000)¹⁷⁾、and McGrew et al. (1994)¹⁰⁾らは内的一貫性を報告しており、他方で Henggeler et al. (2002)¹⁴⁾は確認的因子分析と内的一貫性の分析を行っている。

(3) 他のプログラムとの比較：

他の異なるプログラム間でフィデリティを評価してその差を検証する方法である。模範的な最上のプログラムと、通常のプログラムを比較したり(Hernandez et al, 2001)¹⁸⁾、ACTプログラムと通常のケースマネジメントを比較したり (Teague et al, 1995, 1998)^{19),11)}、様々な援助付き雇用を比較したり (Bond et al, 1997)¹²⁾、クラブハウスと通常の職業リハビリテーションモデルを比較したり (Lucca,2000)¹⁷⁾、援助付住居と比較プログラムを対比させたり(Rog & Randolph, 2002)²⁰⁾、複合的なプログラムの状況と単一の介入を比較したり、あるいは濃淡のあるグループの参加者を比較したり (Orwin, 2000)²⁾するものである。

(4) 収束的妥当性の検証：

プログラムに関する異なる2つのソースからの情報に関する一致を検証する方法でプログラムの収束的妥当性を検証する。例えば Blakely et al. (1987)⁸⁾は、サイトにおける観察と、記録や文書からの情報を比較した。Macias et al. (2001)²¹⁾は CRESS (Clubhouse research and Evaluation Screening Survey) 上の、クラブハウスの基準順守に関する自己評価と、実地の認証手続きの結果を、CRESSが認証した機関とそうでない機関について比較している。Lucca (2000)¹⁷⁾はクラブハウスのフィデリティスコアと Principles of Psychosocial Rehabilitation scaleのスコアをつきあわせることで、収束的妥当性を検証している。

(5) 予測妥当性の検証：

フィデリティ測定結果が、期待されるアウトカムと関連しているかどうかを検証してフィデリティの予測妥当性を確かめるものである。アプローチの例としては、援助付き雇用のフィデリティスコアが利用者のアウトカムと関連していることを明らかにした (Becker et al, 2001)²²⁾。またACTのフィデリティモデルは明らかに入院の減少率と関連していた (McGrew et al, 1994)¹⁰⁾。薬物と精神障害の併発に関するチームにおいては、レートが高いほど治療への残存率がよく、アルコールと薬物の使用現象に繋がり、寛解率も高かった (McHugo, Drake, Teague, & Xie, 1999)²³⁾。また、メンタルヘルスに関する問題でリファーされた子供たちの割合とメンタルヘルスの支援を受けた高さが報告されている (Friesen et al., 2002)²⁴⁾。さらに家族に焦点化したセラピーのフィデリティスコアと患者の寛解との関係が調べられている (Weisman et al., 2000)²⁵⁾。

C. 考察

ここまでフィデリティ尺度の開発に関して整理してきた。フィデリティ開発には3つのステップがあり フィデリティ尺度の開

発（有効な支援要素の特定）、フィデリティ尺度の測定、フィデリティ尺度の信頼性・妥当性の検証、という3つのステップからなることが説明された。しかしフィデリティ尺度の開発研究は、いわゆる伝統的な心理・精神医学的な尺度に比べて歴史が浅く、その尺度の開発に関しては十分な研究蓄積がない段階といえるだろう。特に信頼性・妥当性の検証については必ずしも十分に定式化されているわけではなく、予測妥当性・判別妥当性・構成概念妥当性・信頼性の観点から、研究によって1つまたは複数のアプローチを採用して尺度の検証をしていることが多いようである。

これらの理由については、フィデリティ尺度が、個人の内面等ではなく、社会プログラムを対象にしているものと関連しているのではないかと考える。社会プログラムが成熟し、一定の成果を上げ、その成果が認知されるようになるまでには、場合によっては多くの時間を要する場合が少なくない。さらに本論文で紹介された「成熟したプログラムの中から必要な構成要素を抽出する」には、さらに文献レビューや質的調査などの時間を要することになる。そのうえで上記のステップでデータを実測し、さらにのステップで信頼性・妥当性を検証する、とくにフィデリティ得点がアウトカムと関連するかという重要な観点である予測妥当性も含めた信頼性・妥当性を検証する場合には、プログラムが成果をあげるまでの時間をフォローする必要があり、それに要する時間は増大する。すなわちプログラムの成熟、フィデリティの作成、測定、検証（一時点・長期予後）のステップごとに時間を要するため、1つのフィデリティ尺度の開発全体にはかなり長期的な関わりが必要になってくる。多くの論文が信頼性・妥当性の検証として必ずしもすべての側面をカバーしていないのは、1論文では、この過程全体を記述しきれない、あるいは時間の経過を要するため、各論文が、その可能な範囲で信頼性・妥当性を検証してい

るともいえるだろう。

フィデリティ尺度は、まず有用性のあるプログラムが確立していることを前提にしている。そして確立されたプログラムを、フィデリティ尺度によって有効な要素に分解・構成することで複製を可能にすること、そのうえでそれを測定し、高い忠実度得点を維持することで元のプログラムと同等の高いアウトカムを達成することが期待されるわけである。そのように考えると、フィデリティ尺度の開発において重要な点は、：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（紹介論文のステップ）：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（紹介論文のステップ・）：その得点がアウトカムを予測できるか（紹介論文のステップ）という3つに整理したうえで、それを1つずつ検証していくなどの方法も、研究を整理して記述するうえでは重要であろう。

日本では現在、フィデリティ開発に関する研究が十分に蓄積されているとは言えないが、通常の尺度開発とは異なるこのような性格を踏まえ研究が重ねられることが重要であると考えられる。

D. まとめ

目的: EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行いプログラムの実施・普及をはかることが重要である。フィデリティ尺度は、このプログラムの普及を円滑にするために、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（範囲）を評価する尺度である。こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では Mowbray らの “Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation(2003)” に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略

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、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、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、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。 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 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、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、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, Research & Training Center on Family Support and Children's Mental Health Web site:
<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か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、本研究班発足当時 (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 Protokol 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」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。

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。

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 ではないと明示している群)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。

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

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ー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。

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った。

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ヵ月以内の求職活動)」($r=0.68, p < .05$)、「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う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¹⁾。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中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

	スタッフ配置	組織	サービス
項目番号	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 n=12		IPSではない / 部分的 n=5		Student's t test		Mann-Whitney's test
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	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)

	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				

	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
	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

・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 -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： -1）</p>	<p>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。 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。 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。 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。 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： -2）</p>	<p>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。 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。 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。 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。 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、<u>インテーク</u>、<u>アセスメント</u>（ストレングス、スキル、職歴等）<u>就職活動支援</u>に</p>	<p>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>

<p>おける <u>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、<u>職場開拓、<u>ジョブコーチ等の就職後の継続支援、<u>卒業(ステップダウン)に向けた支援</u></u></u>や他の支援機関の利用に向けた支援のサービスを行う。</u></p> <p><評価ガイド> <u>記録およびESインタビューより評価</u> 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 -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。</p>	<p>行う。</p> <p>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。</p> <p>3=就労支援スペシャリストは就労支援サービス ~ の内 4 つは行っている。</p> <p>4=就労支援スペシャリストは就労支援サービス ~ の内 5 つは行っている。</p> <p>5=就労支援スペシャリストは就労支援サービス ~ 全て行っている。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

・組織

<p>1. 精神保健支援と就労支援の統合 (組織構造) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。 <p><評価ガイド> <u>管理者インタビューによる評価</u></p>	<p>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行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>2. 精神保健支援と就労支援の統合 (連携の質) :</p> <p>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。</p> <p>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)</p> <p>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)</p>	<p>1=左記について全く該当しない。</p> <p>2=左記の内、1 つ該当する。</p> <p>3=左記の内、2 つ該当する。</p> <p>4=左記の内、3 つ該当する。</p> <p>5=左記の内、全て該当する。</p>

<p>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>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>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>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>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>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。</u>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/カンファレンスをもち、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。</p> <p><評価ガイド> <u>管理者・ESインタビュー</u></p>	<p>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>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>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>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>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>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>2=左記5項目の内、2項目該当する。</p> <p>3=左記5項目の内、3項目該当する。</p> <p>4=左記5項目の内、4項目該当する。</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●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。 ●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><評価ガイド> 記録より評価(1ヵ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ヵ月以内4ケース、6ヵ月以上3ケースの記録をピックアップする。</p> <p>計算シート2: -6に1か0を入力 計算結果 -6をみる。</p>	<p>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>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に行く、雇用担当窓口にあう)に到達する</p> <p>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に行く、雇用担当窓口にあう)に到達する</p> <p>4=登録後1ヶ月以内に、9人以上ぐらいが、求職活動(例:HWに行く、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>5=登録後1ヶ月以内に、9人以上ぐらいが、求職活動(例:HWに行く、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> <ul style="list-style-type: none"> ・機関は複数の方法を通して利用者の「一般雇用」(3-参照)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。 ・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)。 ・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。 ・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>1=左記 ~ の内、1つが行われているか、何も行われていない。</p> <p>2=左記 ~ の内、2つが行われている。</p> <p>3=左記 ~ の内、3つが行われている。</p> <p>4=左記 ~ の内、4つが行われている。</p> <p>5=左記 ~ 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>・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未達が5割, SMI,</p> <p>軸は 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>・科学的根拠に基づくIPS型支援への理解がある</p> <p>・フィデリティ調査を受ける</p> <p>・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>・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>・ 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 ~ の内、1つが行われている。</p> <p>2=左記 ~ の内、2つが行われている。</p> <p>3=左記 ~ の内、3つが行われている。</p> <p>4=左記 ~ の内、4つが行われている。</p> <p>5=左記 ~ の内、5つが行われている。</p>

・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> <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>・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>・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>・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>・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 ~ の内、何も行われていない。</p> <p>2=左記の ~ の内、1つが行われている。</p> <p>3=左記の ~ の内、2つが行われている。</p> <p>4=左記の ~ の内、3つが行われている。</p> <p>5=左記の ~ 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： -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>

<p>計算結果 -4 みる</p>	
<p>5. 個別化された求職活動：</p> <ul style="list-style-type: none"> ●就労支援スペシャリストは、求人(すなわち、すぐに利用できる仕事)を優先させるのではなく、利用者の好み(それぞれの個人が楽しむことや彼らの目標に関連する)やニーズ(経験、能力、症状、健康など)に基づき、仕事との良いマッチングを行うために、事業主や雇用担当窓口と交渉する。 ●個別の求職計画は、職業的アセスメント/職業プロフィールや新たな仕事/職業訓練などの経験からの情報とともに作られ、更新される。(* 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> <u>1年以内に立てられたケアプランの有無をみる：</u> 好み・ストレングス・症状・職歴の内3つが明文化して含まれている 計算シート2： -5に<input type="text"/>入力 計算結果をみる。</p>	<p>就労支援スペシャリストの雇用担当窓口との交渉の内、どれくらい労働市場(求人情報)よりはむしろ、利用者の個別性(症状、ストレングス、好み)を踏まえた職業選択であるか？</p> <p>1=25%未満 2=25～49% 3=50～74% 4=75～89% 5=90～100%</p>
<p>6. 職場開拓 頻繁な雇用担当窓口(ハローワークや企業担当者)との コンタクト：(インタビュー)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●それぞれの就労支援スペシャリストは、求職者たちのために、雇用担当窓口と、毎日のようにコンタクトを取る。 ●就労支援スペシャリストは、ハローワーク、企業や事業主とのコンタクトを記録するために、職場開拓の記録をする。 <p><評価ガイド> <u>ES・スーパーバイザーへのインタビューによる評価</u></p>	<p>就労支援スペシャリストは、特定の利用者に関連する雇用担当窓口との対面コンタクトを、</p> <p>1=週に累計2回以下行っている。 2=週に累計2回行うが、記録を行っていない。 3=週に累計4回行い、スーパーバイザーによって毎月モニタリングできるよう記録している。 4=週に累計5回行い、スーパーバイザーによって毎週モニタリングできるよう記録している。 5=週に累計6回以上行い(利用者1名について複数回のコンタクトもあり)、スーパーバイザーによって毎週モニタリングできるよう記録している。</p>
<p>7. 職場開拓 雇用主(企業担当者)とのコンタクトの質：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労支援スペシャリストは、雇用主のニーズを理解するようにつとめる。 ・IPS型就労支援は雇用主に対してもサービスを提供できることを伝える。 ・就労支援スペシャリストは、利用者のストレングスが雇用主のニ 	<p>1=就労支援スペシャリストは、利用者が仕事に応募するときに雇用主(企業担当者)と会うが、それ以外はめったに会わない。もしくはコンタクトをめったにとらない。あるいは左記の～の内、1つも行っていない。 2=左記の内1つは行っている。</p>

<p>ーズに見合うことを説明する。</p> <p>・就労支援スペシャリストは、複数回の訪問を通して、雇用主との関係を構築する。</p> <p><評価ガイド></p> <p><u>ES へのインタビューによる評価</u></p>	<p>3=左記の内 2 つは行っている。</p> <p>4=左記の内 3 つは行っている。</p> <p>5=左記の内全て行っている。</p>
<p>8・職場開拓の多様性:(事前調査票)</p> <p>就労支援スペシャリストは、利用者たちが異なる種類の仕事に就けるよう支援する。</p> <p><評価ガイド></p> <p><u>事前調査票「調査票 3 利用者一覧 M」から評価</u></p> <p>事前調査票から異なる会社名の数をカウントし計算シート 1 :「入力事項(事前調査票・利用者用)の -8 に入力</p> <p>計算結果 -8 をみる</p>	<p>1=本調査から過去 6 ヶ月の間に就職した利用者のうち、異なる種類の仕事に就いているのは 50%未満である。</p> <p>2=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは 50～59%である。</p> <p>3=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは 60～69%である。</p> <p>4=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは 70～84%である。</p> <p>5=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは 85～100%である。</p>
<p>9・雇用主の多様性:(事前調査票)</p> <p>就労支援スペシャリストは、利用者たちが多様な企業や雇用主からの仕事に就けるよう支援する。</p> <p><評価ガイド></p> <p><u>事前調査票「調査票 3 利用者一覧 N」から評価</u></p> <p>事前調査票から職種数をカウントし計算シート 1 :「入力事項(事前調査票・利用者用)の -9 に入力</p> <p>計算結果 -9 をみる</p>	<p>1=本調査から過去 6 ヶ月の間に就職した利用者のうち、異なる企業で仕事に就いているのは 50%未満である。</p> <p>2=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは 50～59%である。</p> <p>3=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは 60～69%である。</p> <p>4=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは 70～84%である。</p> <p>5=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは 85～100%である。</p>
<p>10. 一般雇用:(事前調査票)</p> <p>●一般雇用とは、ハローワーク等で紹介される最低賃金以上の一般求人と障害者求人を指す。</p> <p>派遣や季節労働も一般雇用に含める。</p> <p>●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の立場のスタッフが管理するような職場は目標としない。</p>	<p>1=本調査から過去 6 ヶ月の間に就職した利用者のうち、一般雇用の仕事に就いているのは 50%未満である。</p> <p>2=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは 50～59%である。</p> <p>3=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは 60～69%である。</p>

<p>●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。</p> <p><評価ガイド></p> <p><u>事前調査票「調査票3利用者一覧I」から評価</u></p> <p>事前調査票から就職者数をカウントし計算シート1：「入力事項（事前調査票・利用者用）の -10 に入力</p> <p>計算結果 -10 をみる</p>	<p>4=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは70～84%である。</p> <p>5=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは85～100%である。</p>
<p>11. 個別ニーズと個別支援：（記録・インタビュー）</p> <p>a.利用者は、仕事、利用者の好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受ける。異なる種類の支援とは、精神保健福祉支援（例：薬の変更、社会技能訓練、励まし）に関わるチームメンバー、家族、友人、同僚、就労支援スペシャリストを含む、さまざまな人々によって提供される。</p> <p>b.就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主にも支援を提供する（例：教育的な情報、仕事上の便宜）。</p> <p>c.就労支援スペシャリストは、キャリア開発、すなわち教育の支援、より魅力的な仕事、またはより望ましい職務に関しても、支援を提供する。</p> <p><評価ガイド></p> <p><u>ESへのインタビューによる評価（記録参照）</u></p> <p>利用者一覧（事前調査票の）をみながら具体例についてたずねる。</p> <p>質問例：一度就職された方がキャリアアップしたいというときにどういう支援をしていますか？</p> <p>a/b/cに分けて評価していく</p> <p>就職した人のサンプルで7割以上ついているかしていますか？</p>	<p>1=就職したほとんどの利用者が就職以降、就労支援スペシャリストの支援を受けない。</p> <p>2=就労している約半分の利用者が、就労支援スペシャリストの限られた支援を受けている。</p> <p>3=就労しているほとんどの利用者が、就労支援スペシャリストから限られた支援を受けている。</p> <p>4=ほとんどの利用者は、仕事、好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受けている。就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主（企業担当者）に支援を提供する。</p> <p>5=ほとんどの利用者は、仕事、好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受けている。就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主（企業担当者）に支援を提供する。就労支援スペシャリストは、キャリア開発、すなわち教育の支援、より魅力的な仕事、またはより望ましい職務に関しても、支援を提供する。</p> <p>*「限られた支援」とはステップアップがないこと</p>

<p>12. 期限のない継続支援 :(インタビュー)</p> <p>・就労支援スペシャリストは、利用者が仕事を始める 1 週間前以内、仕事を始めて 3 日以内、仕事を始めて最初の 1 ヶ月は毎週利用者と対面でコンタクトを取る。</p> <p>・また、利用者が安定して仕事を継続している場合も、希望があれば、平均で 1 年間以上は毎月利用者と会う。利用者が安定して仕事を継続している場合は、就労継続に関する支援を減らしていく。</p> <p>・就労支援スペシャリストは、利用者が失業したことを知ったら 3 日以内に、コンタクトを取る。</p> <p>・就労支援スペシャリストは、利用者の雇用継続のためだけでなく、退職のための支援や転職に関する支援も行う。休職・復職の支援も行う。</p> <p><評価ガイド></p> <p><u>ES・スーパーバイザーへのインタビューにて評価</u></p> <p>は記録からチェックできるので計算シート使用：</p> <p>計算シート 2： -12 に 1・0 で入力 計算結果をみる。</p> <p>あとは具体例についてどのような対応をしたかきく。</p>	<p>1=就労支援スペシャリストは、左記 ~ の支援をしえていない。</p> <p>2=左記 ~ について 1 つだけ実施している。</p> <p>3=左記 ~ について 2 つ実施している。</p> <p>4=左記 ~ について 3 つ実施している。</p> <p>5=左記 ~ について全て実施している。</p>
<p>番外 2 退職支援：</p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用者が退職の意志を表明したら、面談等で詳細に事情を聴く。 ●利用者と企業、双方が納得する形で退社するための支援を行う（例：どのように企業側に話をするか、最終日をいつに設定するかなどの話し合いを利用者で行う）。 ●就労支援スペシャリストは出勤最終日に利用者と一緒に職場にあいさつに行くなどの支援を行う。 ●失業に伴う手続きについての支援を行う。 	<p>評価点に加えない</p>
<p>13. 地域ベースのサービス :(事前調査票)</p> <p>関係づくり、求職活動、フォローアップ支援などの職業サービスは、すべての就労支援スペシャリストによってオフィスの中ではなく、普通の地域の中で提供される。</p> <p>* 精神障害者を対象とした支援の時間の内であるが、動きとしては障害者間に差はないとみなす。</p>	<p>1=就労支援スペシャリストがオフィス以外の場所で働くのは勤務時間の 30%未満である。</p> <p>2=同じく、30～39%である。</p> <p>3=同じく、40～49%である。</p>

<p>* 出先の屋内でもオフィス外に入る。</p> <p><評価ガイド> 事前調査票より評価 計算シート1：「入力欄(事前調査票・スタッフ)：H」に数値を入力。 計算結果 -13 をみる。</p>	<p>4=同じく、50～64%である。 5=同じく、65%以上である。</p>
<p>14. コンタクトが取れなくなった利用者へのアプローチ～積極的關係づくりとアウトリーチ～:(インタビュー)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一定期間の経過や利用者が約束どおりの時間や場所に現れないことを理由に就労支援サービスを終了しない。 ・利用者が精神症状の影響で外に出られなくなったり、外部との交流を持ちにくくなったりすることもあるので、支援チームのメンバーは自宅や利用者の住む地域に複数回訪問する。 ・就労支援スペシャリストによる就労に関するアウトリーチを終了する場合には、利用者がもはや仕事をする意欲がない、あるいはIPS型就労支援を継続するつもりがないことを明確にする。 ・利用者との関係づくりと上記のようなアウトリーチは、チームのメンバーによって行われ、これらのアウトリーチ支援は確実に記録に残される。 ・必要がある場合は、家族ともかかわりをもつ。 <p><評価ガイド> スーパーバイザー(管理者)・ESへのインタビューより評価</p>	<p>1=左記のうち しかしていない。もしくは何もしていない。 2=左記のうち と を行っている。 3=左記のうち 、 、 を行っている。 4=左記のうち 、 、 に加えて か のいずれかを行っている。 5=左記のうち、5つ全てを行っている。</p>

付録2 日本版IPS 型就労支援 プログラム評価 General Organization Index (一般組織構造指標) 第1版

G1	IPS 型就労支援 8 つの原則の周知 機関の責任者は全職員にIPS 型就労支援の 8 つの原則について、資料等を手渡しつつ周知している。	いる	いない
G2	そこで提供される支援が、リカバリー志向、ストレングス志向であることを含んだ明文化された理念がある。	ある	ない
G3	IPS を必要としている対象にサービスが行われている 個別就労支援を受けている人の 70% 以上は精神障害を持つ人々である。	ある	ない
G4	ES の就労支援業務への専従性 精神障害者の個別の就労支援の業務に従事する常勤かつ専従の職員が 2 名以上いる。 常勤 = 週 32 時間以上勤務/専従 = 勤務時間の 70% 以上を就労支援に関する業務に充てている (就労支援に関連するミーティングは含まれる)	している	していない
G5	ケア・マネジャーの生活支援業務への専従性 精神障害者の個別の生活支援の業務に従事する常勤かつ専従の職員が 1 名以上いる。 常勤 = 週 32 時間以上勤務/専従 = 勤務時間の 70% 以上を生活支援に関する業務に充てている (就労支援に関連するミーティングは含まれる)	いる	いない
G6	全ての利用者について個別の日々の支援記録をつけている (職業プロフィールを含んだ個別の支援記録があるか)	いる	いない
G7	アウトカムモニタリングの実施 6 カ月に 1 回以上アウトカムモニタリングが実施されており、結果がチームおよび機関のなかで共有されている。	いる	いない
G8	フィデリティ調査の実施 1 年に 1 回以上、外部の評価者によるフィデリティ調査が実施されており、結果がチームおよび機関のなかで共有されている。	いる	いない
G9	研修を受ける体制が整っている 1 年に 1 回以上、80% 以上のスタッフが外部あるいは外部講師を招いての就労支援に関する研修に参加している。	いる	いない
G10	個別就労支援のプログラムアシスタント 就労支援部門に直接利用者の支援に携わらない事務員などのアシスタントが常勤換算で 1 名いる。 (常勤換算: 1 人 = 週 40 時間)	いる	いない

調査年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

機関名: _____

調査者名: _____

<評価ガイド>

G1~G3: 管理者・ES へのインタビュ
G4,G5: 事前調査票より計算シート1
「入力欄(事前調査票・スタッフ用)
計算結果 G4,G5 を見る
G6: 記録を見せてもらう
G7,G9,G10: 管理者・ES へのインタビュ

GOI: _____ / 10

障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：市川健¹⁾，山口創生¹⁾，下平美智代¹⁾，種田綾乃¹⁾，吉田光爾¹⁾，
伊藤順一郎¹⁾，高井敏子²⁾

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) 全国就業支援ネットワーク

要旨

障害者の法定雇用率(民間企業)の現在の1.8%から2.0%への引き上げや精神障害者の雇用義務化など、近年障害者を取り巻く就労環境が大きく変化しようとしている。こうした中、今後精神障害者への就労支援ニーズが高まることが予想され、その主たる担当機関の1つである障害者就業・生活支援センターの役割はますます大きくなると思われる。しかし特に精神障害者への支援を考えた場合、医療に関連する課題や困難が指摘されており、なおかつその解決に資するような基礎的資料が不足しているのが現状である。

そこで本研究では、今後さらに社会的要請が高まるであろうと予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援の実態を明らかにすることを目的とし、調査を実施することとした。

調査対象は平成24年5月1日現在、厚生労働省「障害者就業・生活支援センター事業」によって設置されている全国のセンター合計316カ所で回収率は62.97%であった。

本調査の結果から、全事業所の平均スタッフ数は4.56±1.91人であり、少人数で1年間の平均新規登録者数69.59±54.99人、さらに平均全登録者343.75±206.83人を支援している実態が明らかとなった。スタッフは介護や教育など医療となじみが深いとは言えないバックグラウンドをもつ者が多く、精神障害を対象とした平均支援経験年数は4.37±4.85年で精神障害の障害特性など医療に関連する研修のニーズが高いことも明らかとなった。

障害種別ごとの就労転帰では知的障害では求職中の者52.1%、障害者求人によって就労している者37.6%であった一方、精神障害では求職中の者68.6%、障害者求人によって就労している者が19.1%であった。このことから知的障害をもつ人は障害者求人による雇用に結びつきやすく、精神障害をもつ人は求職中状態から障害者求人による雇用状態に移行することが困難であることが推察され、障害種別によって転帰が異なることが示唆された。

精神障害をもつ個別ケースについて支援のプロセスを6つの支援要素(関係づくり・アセスメント、就労前訓練、生活支援、医療と関わりのある支援、求職に関する支援、その他)に分け、その実施数について尋ねたところ、7割弱のケースでほぼすべての要素を網羅する支援がなされている一方、利用者にとってもっともニーズが高い「求職に関する支援」が未実施ないしは後回しになっているケースが4割程度みられた。登録をしてみたものの就労意欲や病状の不安定さによって求職のための支援まで行き着けていない場合が少なからずあることが示唆された。

就労転帰については、過渡的雇用や委託訓練・実習・社会適応訓練などの訓練も含めて何らかの就労機会があったものが約半数であった。何らかの就労機会があったものについて就労先をみると障害者求人によって同じ職場に勤めたものの割合がもっとも多く、特例子会社や雇用契約の有る就労継続支援A型を合わせると全体の6割が障害者求人による雇用によって就労していた。これに加えて2割弱のものが一般求人による週20時間以上の雇用で就労していた。ただ、就労先別の平均就労期間をみるといずれの就労先においても半年に満たない平均就労期間となっており、精神障害や発達障害をもつ人が1つの職場で長く働き続けることの難しさが伺われた。

全体データと並行して統合失調症、気分障害、発達障害の3つの疾患について疾患別の整理も行ったところ、特に発達障害は紹介元としてジョブカフェなど都道府県独自の若者を対象とした支援機関が多かったこと、「求職に関する支援」が未実施もしくは後回しだった場合の理由として「社会性の欠如」が多かったこと、「他機関での訓練」、「家族支援」、「実習」を実施している割合が多かったこと、3ヶ月以内に中断した者の割合は多いが12か月以内に中断したものの割合は少なかったこと、障害者求人につながった者の割合は多かったが、平均就労期間は長くなかったこと、などの点で他の2つの疾患と異なると思われた。発達障害の支援は精神障害の支援とはまったく異なるプロセスをたどることが推察され、これらの支援を同時に行うにあたっては、センタースタッフに対して相当の支援が必要であると考えられた。

本調査によってこれまで「経験談」として語られることが多かった障害者就業・生活支援センターのマンパワー不足や精神障害者を支援するにあたっての負担感や困難感について一定の量的データとして示すことができた。本調査の結果を基礎的資料として発信することによって、行政、医療機関、地域支援機関等の連携の一助としたい。

A. 研究の背景

平成23年5月23日、厚生労働省労働政策審議会障害者雇用分科会は「障害者雇用率等について(案)」において障害者の法定雇用率(民間企業)を現在の1.8%から2.0%へ引き上げる案を答申した¹⁾。また平成25年3月21日には同分科会の答申を経て平成30年4月を目指し精神障害者を法定雇用率の算定基礎に加える(精神障害者の雇用義務化)ことが閣議決定された²⁾。これらの政策提言は、従来からある精神障害をもつ当事者の「就労したい」という希望をふまえたものでもあり、今後、精神障害者に対する雇用ニーズが高まることが予想される。

こうした背景から本研究班では生活支援・医療支援・就労支援が一体となった支援を医療機関におけるリハビリテーション期から就労維持期まで一貫して同じチームが担当する

体制を提案し、その効果検討を行ってきた。

しかしこうした着想はすでに過去に国でも検討されており、同様の理念で運営されている支援機関が存在する。それが障害者就業・生活支援センターである。

障害者就業・生活支援センターは平成14年の障害者雇用促進法改正により創設された「障害者就業・生活支援センター事業」により設置されることとなった機関で、かつて機関間の連携不足によってネガティブな結果を招くケースがあった反省をふまえ、利用者にとって身近な環境の中で就業面の支援と生活面の支援をワンストップで提供することを目的としており、その理念は評価に値する³⁾。しかし、精神障害をもつ人への就労支援という側面から見た場合、なお課題も残っている。そのひとつが医療機関との連携である⁴⁾。

亀田・内木場(2010)は障害者就業・生活

支援センター13 機関を含む全国 20 力所の就労支援機関で聞き取り調査を行っている⁵⁾。この結果、複数の機関から精神障害者へ支援を実施する際の課題として「(医療機関との)連携が非常に難しい」「精神障害者の支援の場合、医療機関との関係が一番の課題だが機関同士の連携が進んでいない」「医療機関から具体的な就労相談の依頼はなく、主治医との関わりがあるだけ」「年金申請や成年後見に関する意見書についても、スムーズに応じてくれる精神科医療機関は限られている」などの意見が挙げられ、地域の機関が医療機関と連携することの難しさが指摘されている⁶⁾。

また、障害者就労・生活支援センターの中には設立当初に知的障害をもつ人の支援を専門にしてきた機関も少なくない。知的障害者の場合、幼少期より家族など周囲が障害やその対処について認識しており、最初の支援機関ともいえる特別支援学校で早くから職業生活を意識した関わりがなされた上で、障害者就労・生活支援センターが支援を行う、というのが通常想定される支援プロセスであると思われる。一方、精神障害者の場合、発症の好発年齢は思春期後期以降であり、一種の中途障害とみることができる。このため、当事者や家族の障害受容の度合いもさまざまで、特に就労を視野に入れることが可能な一定の機能が保たれた当事者の中には支援機関によるサポートを受けた経験のないものが多い。上述のような知的障害の支援を主に担ってきたセンターにとって知的障害とは違う障害特性をもつ精神障害者の支援を実施することは負担が大きいと推察されるが実態については明らかでない。

冒頭でも述べたように、今後精神障害者への就労支援ニーズが高まることが予想され、その主たる担当機関の 1 つである障害者就業・生活支援センターの役割はますます大きくなると思われる。しかし特に精神障害者への支援を考えた場合、上記のような課題が挙げられ、なおかつその解決に資するような基礎的資料が不足しているのが現状である。

そこで本研究では、今後さらに社会的要請が高まるであろうと予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援の実態を明らかにすることを目的とする。

B. 方法

1) 調査対象

平成 24 年 5 月 1 日現在、厚生労働省「障害者就業・生活支援センター事業」によって設置されている全国のセンター、合計 316 力所。なお、本研究は機関を対象とした調査であり、支援機関から支援を受けているものに関する個人情報にはアクセスしない。

2) 調査方法

(1)調査期間：平成 25 年 7 月から 8 月

(2)調査手法：郵送調査 調査説明文書、調査公示文書、質問紙、返送用封筒を調査対象機関に一斉に郵送し、調査期間内に返送を求める。返送を持って調査への同意とした。

また、返送された質問紙への回答について、不明点や欠損値があった場合、個別に機関に電話による問い合わせを行った。

(3)評価項目：

機関長の属性：性別、年齢

事業所の属性：

- ・法人の属性：法人の種別、法人が実施している他の事業の種別、センター事業開始年月、第 1 号職場適応援助者(ジョブコーチ：以下 JC)助成金認定の有無、平成 24 年 4 月時点の事業所の担当する圏域の人口規模、平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月の新規登録者数、同期間の新規登録者の障害内訳、同期間の新規登録者の調査時点での就労転帰、平成 25 年 3 月時点の全登録者数
- ・勤務スタッフの属性：年齢、性別、勤務形態、1 週間の勤務時間、3 障害支援経験年数、精神障害者支援経験年数、

資格の有無と資格名、JC 資格の有無
精神障害者に対する支援実態：精神障
害者に関するセンター登録基準および
求職支援開始基準の有無とその内容、
医療に関する支援の実施の有無とその
内容、精神障害者を支援する際に感じ
る困難感・負担感等

平成 24 年 4 月以降の新規に登録した
精神障害者最初の 5 名についての属性、
支援の実際、就労の転帰：障害種別の
判別根拠、手帳種別、診断、機能の程
度、紹介元、実施した支援のウエイト
（優先順位）と実施内容、求職に関わ
る支援が未実施もしくは優先順位が低
かった場合、その理由、2 ヶ月以上対
面コンタクトなし状況の有無、就労転
帰、就労期間

調査項目の詳細は別添を参照のこと。なお
質問紙への回答は機関長に依頼した。

(4)統計解析計画：主としてクロス集計を実施
する。

(5)公表方法：研究班による報告書の作成、HP
における結果の公表

C. 結果

調査の結果、調査対象 316 機関のうち、199
機関から回答を得た。回収率は 62.97%であ
った。

1) 機関長の属性

機関長の性別の内訳は男性 121 名、女性 78
名であった。平均年齢は 43.29±43.00 歳であ
り、最年少は 25 歳、最年長は 69 歳であった。

2) 事業所の属性

(1)法人について

社会福祉法人が 199 機関中、174 機関
（87.4%）を占めた（表 1）。また同法人で実
施している別事業としては就労移行支援事業
（158 機関、81.0%）、就労継続支援 B 型（165
機関、84.6%）、ケアホーム・グループホーム・
福祉ホーム（156 機関、80.0%）などの事業
について 8 割を超える機関が実施していた
（表 2）。

JC 助成金認定を受けている機関は 96
（48.2%）であった。またセンターが担する
圏域の人口規模は 43.04±55.24 万人であった。

平成 24 年 4 月から平成 25 年 3 月の間の平
均新規登録者数は 69.59±54.99 人であり、平
成 25 年 3 月時点での平均全登録者数は
343.75±206.83 人であった。

(2)スタッフについて

スタッフについて回答のあった 197 機関の
平均スタッフ数は 4.56±1.91 人であり、全ス
タッフ 898 人のうち、男性は 407 人で 45.3%
であった。勤務形態は常勤者が 783 人で
87.2%を占めた。1 週間の平均勤務時間は
38.29±6.28 時間であった。スタッフの平均年
齢は 41.50±11.07 歳であり、3 障害を対象と
した支援経験年数の平均は 4.84±4.95 年、精
神障害を対象とした支援経験年数の平均は
4.37±4.85 年であった。スタッフのうち、な
んらかの資格をもつものは 893 人のうち 548
人（61.4%）となっており、有している資格
として挙げられたものうち、多かった資格は
ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、介護
福祉士などであった（表 3）。

(3)平成 24 年度 1 年間の新規登録者数および 同年度末の全登録者数（累積登録者数）

199 機関に平成 24 年度の 1 年間に登録され
た新規登録者数合計は 13,848 人であり、平均
新規登録者数は 69.59±54.99 人であった。さ
らに、平成 24 年度末（平成 25 年度 3 月末）
までの全登録者（累積登録者）の平均は
343.75±206.83 人であった。

(4)障害種別ごとの平成 24 年 4 月から平成 25 年 3 月までの新規登録者の調査時点におけ る就労転帰

前項の平成 24 年度新規登録者 13,848 人か
ら 早期に支援をドロップアウトしたために
事業所が転帰を確認できなかったもの、登
録時すでに就労先が決まっており、JC 目的の
利用だったものを除く 13,326 人について障
害種別ごとに就労の転帰を尋ねた。結果を表
4 に示す。

(当項目については平成 24 年度の新規登録者の「調査時点」での転帰であることに留意が必要である。調査時点は平成 25 年 7 月から 8 月であったので、平成 24 年 4 月に登録されたものあれば登録から 1 年 4 ヶ月後の転帰が反映されており、平成 25 年 3 月に登録されたものあれば登録から 4 ヶ月後の転帰が反映されている)。

全体を見渡すと知的障害では求職中のものが 52.1%で障害者求人によって就労しているものが 37.6%であったのに対し、精神障害では求職中のものが 68.6%で障害者求人によって就労しているものが 19.1%であり、障害種別によって転帰に違いがあることが推察された。

3) 精神障害者に対する支援実態

(1) センター登録時の受入基準の有無と内容、受入不可時の紹介先

センターの登録時になんらかの受け入れ基準を設けているかという質問に対して 199 機関中 143 機関が「ある」と回答した。具体的な内容としては本人に就労意欲があること、病状が安定していること、就労について主治医が賛成していること、を過半数の機関が挙げていた(表 5)。基準に照らして登録されなかったケースへの紹介先として就労継続支援 B 型、地域活動支援センター、医療機関を過半数の機関が挙げていた(表 6)。

(2) 求職に関する支援の開始基準の有無と内容

センターに登録後、具体的に求職活動のための支援を行うにあたってなんらかの基準があるかについても尋ねたところ、196 機関中 184 機関が「ある」と回答した。開始基準の具体的な内容は上記のセンターへの受け入れ基準とほぼ同じ結果であった(表 7)。

(3) 医療に関する支援の実施の有無と内容

医療に関する支援を実施しているかという質問については 199 機関中 188 機関が「している」と回答した。具体的な内容としては診察への同席とソーシャルワーカーへの連絡・相談を過半数の機関が挙げていた。その一方

で精神障害者への支援を行う際、当事者のニーズが高いと思われる服薬支援や自立支援利用・手帳の取得支援等の実施は 3 割前後にとどまっていた(表 8)。

(4) 精神障害者に対する支援を行う際の困難

精神障害者に対する支援にまつわる困難について障害特性に関するものと、それ以外のものに分けて質問を行った。この結果、精神障害の障害特性に関連する困難としては病識がないもしくは障害受容が進んでいないこと、病状が不安定であること、就労の意欲が不安定であることを 4 割以上の機関が挙げていた(表 9)。障害特性以外に関連する困難としては制度が想定しているマンパワーの不十分さと企業側の精神障害者の受け入れ経験の不足、偏見を過半数の機関が挙げていた(表 10)。

(5) 困難感・負担感および研修に対する要望についての自由記述

困難感・負担感

上記の選択肢の他に自由記述にて精神障害者を支援する際の困難感・負担感について回答を求めたところ、一言で病識がなかったり障害受容が進んでいない、また病状が不安定、と言っても個々のケースで対応は異なり、当事者特有の「こだわり」に振り回される、「当事者と周囲のずれ」によって支援者の進めようとする支援に当事者が乗ってこない、当事者の「セルフコントロール」不足で生活にも就職活動にも支障が出ていることがわかっていても変化を促すためのノウハウも時間も無い、など、最大限対応しようとしつつも苦慮していること、「地域の支援・訓練機関の少なさ」によってマンパワー不足の中でセンターがすべてを丸抱えしなくてはならない実態などが報告された。こうした状況から「(就労準備性の整っていない利用者を)医療機関で止めるすべはないのだろうか?結局、医療機関につなぐしかないため、無駄な労力をついやす。それより、もっと支援してあげた方が良い方のさまたげになっている」「精神障害のみとりあげる(原文ママ)のは困難。発達障害の事も入れた想定作りが必要では?」といった率

直な意見も聞かれた。

上記の困難感・負担感を軽減するための対応策としてどのような研修を望むか回答を求めたところ企業、医療機関、センターをはじめとする支援機関のすべてに研修が必要との声が多く寄せられた。企業に対する研修としては「(精神障害)の障害特性に関する研修」、「企業間の情報共有に関する研修」、「環境の整備、配慮に関する研修」、「職場のメンタルヘルスに関する研修」などが、また医療機関に対しては「支援制度、資源に関する研修」、「働く現実を知らせる研修」、「就労支援における医療の役割に関する研修」、「主治医意見書に関する研修」などが、支援期間に対しては「(精神障害者の)障害特性に関する研修」、「支援者の基礎的な研修」、「支援者のスキルアップに関する研修」、「定着支援に関する研修」、「企業に関する研修」などが要望されていた。また一方的に知識について伝達する研修だけではなく、事例を通じた研修の希望が散見された。その一方で「研修が開催されても、なかなか参加できる体制ではない」、「研修よりも、医療機関での経験を積んだ精神保健福祉士を採用した方が早道だと思います」といった現実的な声も寄せられた。

4) 平成 24 年 4 月以降の新規に登録した精神障害者最初の 5 ケースについての属性、支援の実際、就労の転帰

193 機関から 915 ケースの情報が寄せられた。このうち、登録時すでに就労先が決まっており、JC 目的の利用だったもの、調査時点で登録から 1 年経っておらず 1 年間の追跡不可能だったものを除く 778 名を分析対象とした。

(1) ケースの属性

手帳の種別、診断、機能の程度

手帳の種別では 2 級がもっとも多く(419 人)全体の 53.9%を占めた(表 11)。診断では統合失調症がもっとも多く(387 人)全体の 49.7%を占めた(表 12)。

(なお、疾患別の特徴について検討するため、これから先の分析では 778 人の全ケース

データによる分析と合わせて代表的な疾患と思われる統合失調症、気分障害(大うつ病、双極性障害等)、発達障害については疾患別の結果を提示する)。

担当スタッフが振り返りで評価した 5 段階の機能の程度について、全体では中等度のものももっとも多くほぼ正規分布しており、統合失調症と発達障害も同様の結果であった。気分障害については中等度のものが他疾患を比べて若干少なく、その分の人数が軽症側に分散している印象であった。

紹介元

全体データではハローワークからの紹介がもっとも多く 21.1%を占め、ついでその他 19.9%、自分で来所 15.3%という順番となっていた。疾患別にみると統合失調症はすべての選択肢についてあまり偏りが無いが、他の 2 つの疾患に比べると就労継続支援 B 型からの紹介が多かった(9.8%)。気分障害では他の 2 つの疾患と比べてハローワークからの障害が多く(26.1%)、発達障害では他の 2 つの疾患と比べてその他(ジョブカフェなど都道府県独自の若者対象を支援機関が多く含まれる)が多かった(35.6%)。

支援要素の実施状況

質問紙では実施された支援内容を知るため、支援のプロセスを 6 つの支援要素(関係づくり・アセスメント、就労前訓練、生活支援、医療と関わりのある支援、求職に関する支援、その他))に分割し、各ケースについてこれらの支援がいくつ行われていたか質問した。この結果、ほぼすべての要素が網羅された支援が実施されていたと考えられる 5 つないしは 6 つの支援要素が実施されていたケースは全体では 65.9%であり、疾患別にみてもほぼ同様の結果であった(表 15)。

「求職に関する支援」が未実施もしくは優先順位が低かったケースの割合、その理由と該当する人数の割合

上記 6 つの支援要素についてはその優先順位も尋ねた。この結果、支援要素のうち「求職に関する支援」の優先順位が低かった(1)

ものと、「求職に関する支援」が未実施だったものの合計は全体では41.3%で疾患別にみてもほぼ同様の結果であった(表16)。

(1 優先順次の高低については、そのケースに対して実施された支援要素数と比べて「求職に関する支援」の優先順位が半分以下の順位であった場合、「優先順位が低い」と定義した。例えば実施された支援要素が6つのケースで「求職に関する支援」の優先順位が4位以下だった場合に、これに該当すると判断した)。「求職に関する支援」の優先順位が低かった理由としては、全体では「病状の不安定さ」がもっとも多く挙げられており23.1%のケースが該当していた。統合失調症や気分障害では同項目についてさらに多くのケースが挙げられていた(統合失調症32.5%、気分障害32.8%)。発達障害では社会性の不足が挙げられているケースがもっとも多く18.2%であった(表17)。

各支援要素に回答する具体的な支援の実施状況

支援要素についてさらに細かく分類し、具体的にどのような支援が実施されているかについても質問した。

「関係づくり・アセスメント」に該当する支援では全体データでも疾患別でも「機関内での面接」がもっとも多かったが、発達障害については統合失調症や気分障害を比べて「自機関での評価」が少なく、「他機関での評価」が多かった(表18)。

「就労前訓練」に該当する支援では、全体データをみても疾患別にみても自機関での訓練を実施しているケースは1割前後であり、他機関での訓練を実施しているケースが4割前後にのぼった(表19)。

「生活支援」に該当する支援では、全体データでは自立生活支援を実施しているケースは10.4%で家族支援を実施しているケースが26.7%であった。統合失調症と気分障害は全体データとほぼ同じ割合であったが、発達障害では自立生活支援を実施しているケース割合がほぼ半分であり(5.0%)、家族支援を实

施しているケースは3割を超えていた(35.0%、表20)。

「医療と関わりのある支援」に該当する支援では全体データと統合失調症、気分障害の場合では実施状況はほぼ同じであり、多く実施されていた支援は「病院ワーカーへの連絡・相談」(全体データ27.9%、統合失調症28.9%、気分障害27.6%)や「主治医への連絡」であった(全体データ17.2%、統合失調症17.8%、気分障害18.1%)。発達障害については他の2つの疾患と比べて受診同行(診察の同席は無)や診察への同席について実施されているケースが多かったが、「服薬支援」を実施しているケースは0であり、「主治医への連絡」、「主治医への提案」、「病院ワーカーへの連絡・相談」を実施しているケースは他の2つの疾患と比べて少なかった(表21)。

「求職に関する支援」に該当する支援では、全体データをみると他の支援要素に該当する支援と比べて多くのケースで実施されており「オフィス内での求職活動に関する相談・援助」33.1%、「実習」33.1%、「HW 等他支援期間への同行」46.8%、「その人にあった仕事の開拓」37.2%という結果であった。疾患別にみると統合失調症は全体データとほぼ同じ実施状況であったが「実習」について全体データと比べて気分障害での実施された割合は少なく(28.6%)、発達障害では多かった(45.0%、表22)。

支援の中断

本調査では「2ヶ月以上対面コンタクトが途切れた状態」=中断、と定義し中断の有無や登録から中断までの日数について質問を行った。この結果、全体データでは3ヶ月以内に中断したものが16.5%、同6ヶ月以内が25.6%、同12ヶ月以内が40.2%となっていた。疾患別にみると気分障害は他の2つの疾患と比べて3ヶ月以内に中断したものの割合が多く(20.6%)、12ヶ月に中断していたものの割合も多かった(49.3%)。これに対して発達障害は3ヶ月以内に中断したものは気分障害に次いで多かったが(18.3%)、12ヶ月以内に

中断したものの割合は少なかった（31.7%、表 23）

登録から 1 年間の就労転帰、就労先、就労先ごとの平均就労期間

登録から 1 年間の就労転帰としては、全体データでは何らかの雇用に結び付いたもの（「就労あり」）が 51.7%、デイケア等や就労継続支援 B 型などの訓練機関にのみ結び付いたもの 9.8%、就労にも訓練機関にも定着しなかったもの（「就労なし」）38.6%であった。疾患別にみると統合失調症は全体データと同様の傾向であったが、気分障害では「就労あり」が 49.3%にのぼる一方で「就労なし」も 42.7%と全体データや統合失調症と比べて該当する人の割合が多かった。発達障害では他の 2 つの疾患と比べて訓練機関のみに定着したものの割合が多かった（10.0%、表 24）。

「就労あり」だったものの就労先を一般求人での就労（勤務時間週 20h 以上）、一般求人での就労（勤務時間週 20h 未満）、障害者求人での就労（健常者と同じ職場）、障害者求人での就労（特例子会社・就労継続支援 A 型（雇用契約有））、トライアル雇用・ステップアップ雇用、委託訓練・実習・社会適応訓練他の 6 種類に分類し、それぞれの項目に該当する人数を尋ねたところ、全体データでは障害者求人による雇用である が 39.5%、 が 22.3%で全体の 6 割以上を占めた。疾患別にみると統合失調症は全体データと比べてほぼ同じ分布であり、気分障害は全体データと比べて が多く が少なかった。その一方で発達障害は全体データと比べて が多く、 が少なかった（表 25）。

就労先ごとの平均就労期間も尋ねた結果、全体データでは一般求人による雇用であると障害者求人による雇用である および で就労期間が 100 日を超えており、安定した雇用につながっていることが伺われた。疾患別では 3 つの疾患とも と は全体データと同様に 100 日を超えており、いったん就職すれば安定して勤務できていることが伺われる一方、 はいずれの疾患も 100 日を切っていた。

特に発達障害は の平均就労期間が 54.37 ± 27.19 日であった。統合失調症では について全体データよりも平均日数が長く（ 122.11 ± 78.86 日）気分障害では について全体データよりも平均日数が短かった（ 48.14 ± 42.89 日、表 26）。

D. 考察

以上の結果から下記のように考察される。

1) 機関およびスタッフ

機関について、所属する法人の種別は 9 割近くが社会福祉法人で傘下にさまざまな事業をもっていることが明らかとなった。就労支援の専門性を表すと考えられる JC 助成金認定を受けている事業所は約半数であった。

機関長の平均年齢は 40 代半ばであったが、最年少は 25 歳、最年長は 69 歳で、年齢層の分散が大きいこともわかった。

スタッフ全体では 3 障害をまとめた障害者支援経験年数も精神障害者の支援経験年数もそれぞれ 4~5 年程度であった。またスタッフ全体の 4 割は資格を有しておらず、有資格者の中でも介護関連の資格（介護福祉士やケアマネージャー、ヘルパー）、保育・教育関連の資格（保育士・幼稚園教諭、教育・養護教員）をもつものが多くいることが明らかとなった。

全事業所の平均スタッフ数は 4.56 ± 1.91 人であり、3~5 名程度のスタッフで 1 年間の平均新規登録者数 20~120 名程度、さらに平均全登録者 140~540 名程度を支援している実態がわかった。

以上のことからさまざまな年齢層の必ずしも医療となじみが深いとは言えない非常に多様なバックグラウンドをもつスタッフが比較的短い支援経験にも関わらず少人数で多くの利用者を支援している実態が浮き彫りになった。

2) 障害種別ごとの就労転帰

平成 24 年度新規登録者 13848 人から事業所が転帰を確認でき、調査対象基準を満たしていたもの 13,326 人について障害種別ごとに就労の転帰についてまとめた結果、知的障害では求職中のもの 52.1%、障害者求人によ

って就労しているもの 37.6%であった一方、精神障害では求職中のもの 68.6%、障害者求人によって就労しているものが 19.1%であった。このことから知的障害をもつ人は障害者求人による雇用に結びつきやすく、精神障害をもつ人は求職中状態から障害者求人による雇用状態に移行することが困難であることが推察され、障害種別によって転帰が異なることが示唆された。

3) 精神障害者に対する支援実態

調査に回答した 199 機関のうち、多くの機関が登録や求職に関する支援開始にあたってなんらかの基準を設けており、いずれも「就労の意欲があるか」、「病状が安定しているか」、「就労について主治医が賛成しているか」の 3 点を重視している機関が多かった。また精神障害者の支援にあたって困難感・負担感を尋ねた結果、障害特性に関連する項目では「病識がない、もしくは障害受容が進んでいない」、「就労の意欲が不安定であること」、「病状が不安定であること」に特に困難を感じている機関が多かった。

上記の検討から障害者就業・生活支援センターの多くが支援の開始時や過程において病識や病状の安定、就労意欲の安定を重視しており、これらが満たされない場合には支援が難しいを考えていることが伺われた。また主治医の先生も支援開始時の重要な判断材料となっていた。このほか、医療に関する支援として実施されているものは「診察への同席」と「ソーシャルワーカーへの連絡・相談」が多く、「主治医への連絡」や「カンファレンスやケア会議の提案」は前述の項目に比べると実施している機関は約半分であった。これらのことから医療に関する判断やその後の支援についてやや受け身の支援になっていることが示唆され、これらの支援は主治医や医療機関と分担したいと強く考えていることも伺われた。これらの意見は自由記述による困難感・負担感に関する回答ではより顕著であった。

知的障害における知能の低さと同様に病状

や意欲が不安定であることは精神障害において非常に顕著な障害特性と言える。このため支援を行う側はこうした特徴を織り込みながら支援を実施する必要があるだろう。しかしセンターの支援の実際として精神障害の障害特性を織り込んだ支援が日常的に実施されているとは言い難いと言わざるを得ない。これは一義的にセンターのマンパワー不足に起因する問題と考えられる。平均 4.56±1.91 人のスタッフで 69.59±54.99 人の平均新規登録者（つまりアクティブな支援が必要なもの）を、ましてや累積で平均 343.75±206.83 人の全登録者の支援を行うことはそもそも困難であり、このような状況下で意欲や病状がゆれる当事者にじっくりと付き合っていくことは非常に難しいことであると推察される。

自由記述回答の中にも、当事者の不安定さに合わせた支援が必要であることは十二分にわかっているし、できることならしたいが、どうしても余裕がなくできない、といった悲痛な意見が多く寄せられていた。センターのスタッフ配置を多くするか、これが難しいのであれば各センターが担当するケースロードになんらかの制限をかけ、精神障害の障害特性を考慮した上で適切なケースロードになるような配慮が必要であると思われた。なお、精神障害者の不安定さに付き合いながらトレーニングよりも当事者の好みや希望を優先して支援を行うことを特徴とし、科学的根拠のある支援として確立しつつある Individual Placement and Support (IPS) モデルでは 1 スタッフのケースロードは 20 名以下とされている⁶⁾。

4) 精神障害をもつ個別ケースの支援内容、転帰

各事業所に平成 24 年 4 月以降の新規に登録した精神障害者 778 名の分析では、診断としては統合失調症が約半数を占め、次いで気分障害、発達障害の順となっていた。手帳の等級としては 2 級がもっとも多く、スタッフが振り返りで評価した 5 段階の機能の程度としては中程度がもっとも多かったことから、障

害者就業・生活支援センターに登録する精神障害者の重症度、機能の程度は決して軽くはなく、少なくとも一定期間はなんらかの支援が必要な人たちであると考えられた。

778人の全体データについて、紹介元をみると多くのケースで「ハローワーク」、「その他（ジョブカフェなど若者向けの県独自の事業が多く含まれる）」、「自分で来所」が挙げられており、他に支援者がいない状況で利用者が紹介されている実態が明らかとなった。支援要素の実施数では7割弱のケースでほぼすべての要素を網羅する支援がなされている一方、利用者にとってもっともニーズが高い（来所や登録の動機となっていると考えられる）「求職に関する支援」が未実施ないしは後回しになっているケースが4割程度みられた。これは上述のように、登録を試みたものの就労意欲や病状の不安定さによって求職のための支援まで行き着けていない場合が少なからずあることを示唆している。

支援のプロセスをみると、機関内での面接を通じた関係づくりやアセスメントが8割以上のケースで実施されており、その後は「地域での見学・面接」、「他機関での訓練」、「オフィス内での求職活動に関する相談・援助」、「実習」、「HW 等他支援機関への同行」、「その人にあった仕事の開拓」について3割以上のケースで実施されていた。生活や医療に関する支援で全体の3割以上で実施されていた支援はなかった。ほぼすべての支援要素が実施されていた7割ほどのケースには「求職に関する支援」が他の支援と比べて優先して実施されたことが推察される。

中断については、本調査では対面でのコンタクトが2ヶ月以上無い状態を「中断」として定義し、3ヶ月以内に中断したものが16.5%、同6ヶ月以内が25.6%、同12ヶ月以内が40.2%と整理した。しかし、回答をみると「2ヶ月以上対面でのコンタクトはないが電話やメール等で支援はしている」というケースが散見された。またいったん来なくなったが、その後支援を再開した（さらには中断と支援再開

を繰り返した）というケースもあった。このため、今回の調査での「中断」には支援から完全にドロップアウトしたケース（本来の意味での「中断」）、対面以外の方法で支援を継続しているケース、しっかりと「卒業」を確認したわけではないが、なんらかの理由で（例えば就労できて、支援ニーズが低くなった、など）その後なんとなく連絡が途切れているケース、が混在していると思われる。おそらく3ヶ月以内にコンタクトがなくなったケースは上記のが多くを占めていると思われるが、6ヶ月以内、12ヶ月以内にはや

が混在している可能性がある。ただ例えば疾患別に見た場合、気分障害はすべての時期について「中断」したものの割合が多く、後述するように就労しなかったものの割合も他の疾患と比べて多かった。このため、2ヶ月以上コンタクトがないことと就労の転帰には一定の関連があることが伺われ、やがそれほど多くないことも推察される。調査としてはを意図した設問であったが、からを明確に区別するためには、ケースごとの支援プロセスをより詳細に調べることが必要である。しかし、今回の調査では多数の項目について質問を依頼しており、これ以上詳細な情報について回答を求めることは難しかった。この点については今後の課題と言える。

就労の転帰については、過渡的雇用や委託訓練・実習・社会適応訓練などの訓練も含めて何らかの就労機会があったものが約半数で、残りはまったく就労しなかったが、デイケアや就労継続支援B型のようなよりリハビリテーション色に強い訓練機関にのみつながったものであった。何らかの就労機会があったものについて就労先をみると障害者求人によって同じ職場に勤めたものの割合がもっとも多く、特例子会社や雇用契約の有る就労継続支援A型を合わせると全体の6割が障害者求人による雇用によって就労していた。これに加えて2割弱のものが一般求人による週20時間以上の雇用で就労していた。ただ、就労先別の平均就労期間をみるといずれの就労先

においても半年に満たない平均就労期間となっており、精神障害や発達障害をもつ人が1つの職場で長く働き続けることの難しさが伺われた。

これらの数値（特に全体の就労率や就労先別の就労率）について検討を行うような資料がこれまであまり公表されておらず、現時点で本調査の結果が他データと比べて多いか少ないかについて議論することは難しい。今後本調査のデータが制度改革等の基礎的資料となればと考えている。

最後に全体データと並行して統合失調症、気分障害、発達障害の3つの疾患について疾患別の整理も行った。統合失調症についてはデータ全体の半数を占めていることもあり、全体データとほぼ同じ結果であった。感情障害も統合失調症にほぼ準じる結果であったが上述したように本調査における「中断」が他の2つの疾患と比べて多かったこと、就労の転帰が若干悪かったことは特徴的であったと言えよう。発達障害について他の2つの疾患と比べて紹介元としてその他（ジョブカフェなど都道府県独自の若者対象を支援機関が多く含まれる）が多かったこと、「求職に関する支援」が未実施もしくは後回しだった場合の理由として「社会性の欠如」が多かったこと、「他機関での訓練」、「家族支援」、「実習」を実施している割合が多かったこと、3ヶ月以内に中断したものの割合は多いが12ヶ月以内に中断したものの割合は少なかったこと、障害者求人につながったものの割合は多かったが、平均就労期間は長くなかったこと、などが特徴と思われた。これらのことから支援者のない状態でセンターに行政などから紹介されて登録にくるものの、ジョイニングが難しく初期にドロップアウトしてしまうものが多い、これを乗り越えて信頼関係を築くことができれば他機関による訓練や実習を経て障害者求人による就労にいったんは結びつけられること、しかし長く働くことが難しいこと、その背景には社会性の欠如などがあること、などが示唆された。

総じて発達障害は統合失調症や気分障害のようなポピュラーな精神障害とは違う障害特性を持っており、その支援もまったく異なるプロセスをたどることが推察される。精神障害に加えて発達障害も支援するにあたっては、センタースタッフに対して相当の支援が必要であると考えられる。

最後に本研究の限界について述べる。

本調査は障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査としてはほぼ初めての調査であり、これまで類似の資料が公表されることは少なかった。調査目的も実態把握が第一であり、なんらかの仮説をもって分析を行うことが難しかった。このため、統計的な分析を行っておらず、本稿における「多い」「少ない」という表現は度数、割合、平均値などの素点を比較しただけにとどまる。今後は就労したものとしなかったものでは属性や支援プロセスなどにどのような差があるかなど、統計解析を用いてデータを精査していくことが課題と言える。

E . 結論

障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査について報告した。

本調査によってこれまで「経験談」として語られることが多かった障害者就業・生活支援センターのマンパワー不足や精神障害者を支援するにあたっての負担感や困難感について量的データとして示すことができたのは一定の成果と言える。

本研究班における就労支援研究班では重症の精神障害をもつ人に対する就労支援に関する効果検討を実施している。この過程では、生活支援、就労支援、医療に関する支援の密接な連携が重要であることが明らかになりつつある。本研究班の活動が終了後、就労支援研究の成果を普及していく際には医療機関に対する就労支援に関する啓蒙活動等を展開すると同時に、すでに生活支援と就労支援の一体的な運用を行っている就業・生活支援センターへの医療に関する情報提供や医療とのよ

り良い協働が可能となるシステム運用の提示等も必要と思われる。本調査がこうした活動の第一歩となるよう、現状でセンターが抱える困難を行政、医療機関、地域支援機関等の関係者にデータを発信し、改善策の実行につなげていくことが急務と考えられる。

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
 - ・佐藤さやか, 市川健, 山口創生, 下平美智代, 池田尚彌, 小川友季, 古家美穂, 種田綾乃, 中里章子, 吉田光爾, 伊藤順一郎, 高井敏子: 就業・生活支援センター全国調査 中間報告～精神障がい者への支援、特に医療機関との連携に焦点をあてて～. 全国就業支援ネットワーク第 15 回定例研究・研修会, 沖縄, 2013.11.1.
 - ・佐藤さやか, 山口創生, 種田綾乃, 市川健, 下平美智代, 吉田光爾, 伊藤順一郎, 高井敏子: 障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者への就労支援に関する全国実態調査～医療機関との連携に焦点をあてて～. 日本精神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)厚生労働省 民間企業の障害者雇用率を 2.0 % とすることなどの方針を了承 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002b4qy.html> 2012年8月7日
- 2)厚生労働省 「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案要綱」の諮問及び答申について <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xwnr.html> 2013年3月21日
- 3) 佐藤さやか 障害者就労・生活支援センター 樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信他 編: 今日の精神疾患治療指針. 医学書院, 東京, pp703, 2012.
- 4)厚生労働省 障害者雇用対策の概要 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha02/> 2011年2月20日
- 5)亀田敦志・内木場雅子 就労支援機関が就労支援を行うに当たっての課題等に関する研究 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業センター, 千葉, 2010
- 6)西尾雅明・久永文恵・池田真砂子他(著), 伊藤順一郎・香田真希子(監) リカバリーを応援する個別就労支援プログラム IPS入門 NPO法人地域精神保健福祉機構, 千葉, 2010.

表1 法人の種別

	度数	%
1 社会福祉法人	174	87.4
2 NPO法人	15	7.5
3 医療法人	5	2.5
4 財団法人	2	1
5 その他	3	1.5
合計	199	100

表2 法人で実施している別事業の有無（複数回答可）

	n	度数	%
就労移行支援事業	195	158	81.0
就労継続支援A型	195	37	19.0
就労継続支援B型	195	165	84.6
障害者委託訓練事業	195	21	10.8
相談支援事業	194	62	32.0
生活訓練	194	11	5.7
生活介護	194	59	30.4
ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム	195	156	80.0
4.以外の入所施設	194	39	20.1
児童入所施設	194	7	3.6
医療機関	195	20	10.3

表3 スタッフ職種内訳（複数回答可）

n=548	度数	%
ソーシャルワーカー	196	35.77
精神保健福祉士	136	24.82
介護福祉士	60	10.95
社会福祉主事	34	6.20
ヘルパー	29	5.29
保育士・幼稚園教諭	21	3.83
教員・養護教員	20	3.65
介護支援専門員(ケアマネ)	15	2.74
産業カウンセラー・臨床心理士	6	1.09
作業療法士	5	0.91
看護師・准看護師	3	0.55
その他	17	3.10

表4 H24年4月からH25年3月までの新規登録者の調査時点における就労転帰

n	求職中の 新規登録者数		一般求人 による就労		障害者求人 による就労		過渡的就労 (トライアル雇用もしくは ステップアップ雇用)		
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
身体障がいのみ	173	1000	59.74	104	6.21	380	22.70	17	1.02
知的障がいのみ	173	2292	52.06	204	4.63	1655	37.59	79	1.79
精神障がいのみ	173	2690	68.57	243	6.19	750	19.12	67	1.71
発達障がいのみ	172	451	54.08	52	6.24	152	18.23	7	0.84
身体と知的の合併	173	66	24.18	2	0.73	32	11.72	0	0.00
身体と精神の合併	173	59	23.23	3	1.18	18	7.09	1	0.39
身体と発達の合併	173	7	3.89	0	0.00	0	0.00	0	0.00
知的と精神の合併	173	69	24.56	4	1.42	31	11.03	4	1.42
知的と発達の合併	173	185	39.78	7	1.51	97	20.86	3	0.65
精神の発達の合併	173	284	55.04	6	1.16	49	9.50	4	0.78
その他	173	279	53.35	42	8.03	29	5.54	0	0.00

表5 センターへの登録基準（重要度の高いもの3つを選択）

n=143	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	32.87
本人に就労の意欲があること	110	76.92
病状が安定していること	77	53.85
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	33	23.08
生活リズムが整っていること	33	23.08
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	5.59
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	9	6.29
就労について主治医が賛成していること	84	58.74
就労について家族が賛成していること	5	3.50
デイケアや就労継続B型など 就労準備のための機関で通所実績があること	12	8.39
その他	5	3.50

表6 利用者の紹介先

n=143	度数	%
就労移行支援事業所	55	38.46
就労継続支援B型	75	52.45
障害者職業センター	13	9.09
地域活動支援センター	81	56.64
行政による若年者就労支援機関(ジョブカフェ等)	9	6.29
医療機関(デイケアや外来ワーカーなど)	80	55.94
その他	34	23.78

表7 求職支援開始基準（重要度の高いもの3つを選択）

n=183	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	25.68
本人に就労の意欲があること	114	62.30
病状が安定していること	97	53.01
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	36	19.67
生活リズムが整っていること	48	26.23
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	4.37
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	11	6.01
就労について主治医が賛成していること	108	59.02
就労について家族が賛成していること	4	2.19
自機関が定める、 もしくは他機関の求める職業アセスメントを終えていること	25	13.66
自機関が定める、 もしくは他機関の求める就労訓練機関への通所を終えていること	3	1.64
職業生活に必要な作業能力が一定程度認められること	14	7.65
職業生活に必要な社会性が一定程度認められること	25	13.66
その他	7	3.83

表 8 医療に関する支援の実施内容（頻度の高いもの3つ）

n=188	度数	%
服薬支援	48	25.53
自立支援医療・手帳の取得支援	69	36.70
受診同行	20	10.64
診察への同席	116	61.70
主治医への連絡	74	39.36
主治医への提案	7	3.72
ソーシャルワーカーへの連絡・相談	142	75.53
カンファレンスやケア会議の提案	59	31.38
セカンドオピニオンのための支援	2	1.06
その他	1	0.53

表 9 精神障害の障害特性に関する困難（もっとも強く感じるもの3つ）

n=199	度数	%
病識がない、もしくは障がい受容が進んでいない	121	60.80
就労の意欲が不安定であること	86	43.22
病状が不安定であること	129	64.82
来所が不安定であること	14	7.04
障がいの開示に積極的でない場合があること	25	12.56
障がいの状態がわかりづらいこと	51	25.63
本人の希望と家族の希望もしくは支援者の支援方針が食い違っていること	58	29.15
社会経験が不足していること	5	2.51
就労経験が不足していること	15	7.54
社会的スキルが不足していること	57	28.64
その他	18	9.05

表 10 精神障害の障害特性以外に関する困難（もっとも強く感じるもの3つ）

n=199	度数	%
制度が想定しているマンパワーの不十分さ	120	60.30
事業所の支援スタッフの離職率の高さ	20	10.05
事業所の支援スタッフの給与水準の不十分さ	36	18.09
支援する際にトライアル雇用が使いづらいこと	28	14.07
短時間雇用が企業から受け入れられづらいこと	71	35.68
(現時点では)精神障がい者が みなし雇用扱いとなっていること	21	10.55
企業側に精神障がいをもつ人を受け入れた経験が少ない、 もしくは偏見があること	150	75.38
制度上は医療との連携が想定されているにも関わらず 医療側に周知されていないこと	65	32.66
その他	36	18.09

表 11 以降についてはすべて H24 年 4 月以降に支援を開始した精神障害者、最初の 5 ケースに関するものである。

表 11 手帳種別内訳

	度数	%
1級	16	2.1
2級	419	53.9
3級	216	27.8
非所持	127	16.3
合計	778	100

表 12 診断内訳

n=778	度数	%
統合失調症	387	49.7
感情障害	199	25.6
不安障害等	36	4.6
パーソナリティ障害	23	3
発達障害	60	7.7
てんかん	27	3.5
その他	46	5.9

表 13 機能の程度

	n	軽度		やや軽度		中等度		やや重度		重度	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	776	66	8.50	171	22.00	305	39.20	179	23.00	55	7.10
統合失調症	387	30	7.75	82	21.19	168	43.41	85	21.96	22	5.68
感情障害	199	20	10.05	50	25.13	72	36.18	42	21.11	15	7.54
発達障害	60	7	11.67	10	16.67	26	43.33	11	18.33	6	10.00

表 14 紹介元

n	特に無し (自分で探して来所)		就労移行 支援 事業所		就労継続 支援 B型		地域活動 支援 センター		医療機関		保健所		役所		ハローワーク		その他		
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	777	119	15.30	79	10.20	53	6.80	38	4.90	104	13.40	14	1.80	51	6.60	164	21.10	155	19.90
統合失調症	387	64	16.54	41	10.59	38	9.82	25	6.46	58	14.99	7	1.81	30	7.75	59	15.25	65	16.80
感情障害	199	31	15.58	22	11.06	8	4.02	8	4.02	26	13.07	3	1.51	10	5.03	52	26.13	39	19.60
発達障害	59	11	18.64	4	6.78	1	1.69	3	5.08	7	11.86	0	0.00	2	3.39	10	16.95	21	35.59

表 15 支援要素（関係づくり・アセスメント、就労前訓練、生活支援、医療と関わりのある支援、求職に関する支援、その他）の実施数

	n	0		1つ		2つ		3つ		4つ		5つ		6つ	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	13	1.67	17	2.19	68	8.74	97	12.47	70	9.00	464	59.64	49	6.30
統合失調症	387	5	1.29	11	2.84	32	8.27	47	12.14	29	7.49	241	62.27	22	5.68
感情障害	199	5	2.51	3	1.51	20	10.05	27	13.57	22	11.06	106	53.27	16	8.04
発達障害	60	2	3.33	1	1.67	8	13.33	6	10.00	8	13.33	33	55.00	2	3.33

表 16 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かったもの

	n	度数	%
全体	778	324	41.60
統合失調症	387	160	41.34
感情障害	199	91	45.73
発達障害	60	22	36.67

表 17 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かったもののその理由

	n	病識		意欲		病状		服薬・通院		不規則生活		住居・家族		通勤・通所	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
	229	27	8.30	26	8.00	75	23.10	6	1.90	14	4.30	10	3.10	7	2.20
統合失調症	114	12	10.53	12	10.53	37	32.46	4	3.51	9	7.89	4	3.51	4	3.51
感情障害	61	10	16.39	9	14.75	20	32.79	0	0.00	2	3.28	5	8.20	2	3.28
発達障害	11	1	9.09	1	9.09	3	27.27	0	0.00	1	9.09	0	0.00	0	0.00

	n	主治医・家族		評価		訓練		作業能力		社会性		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
	229	5	1.50	4	1.20	11	3.40	8	2.50	13	4.00	23	7.10
統合失調症	114	3	2.63	4	3.51	6	5.26	2	1.75	7	6.14	10	8.77
感情障害	61	1	1.64	0	0.00	2	3.28	1	1.64	2	3.28	7	11.48
発達障害	11	1	9.09	0	0.00	0	0.00	1	9.09	2	18.18	1	9.09

表 18 「関係づくり・アセスメント」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	機関内での面接		地域での見学・面接		自機関での評価		他機関での評価	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	642	82.52	284	36.50	157	20.18	183	23.52
統合失調症	387	320	82.69	148	38.24	81	20.93	82	21.19
感情障害	199	160	80.40	73	36.68	44	22.11	42	21.11
発達障害	60	53	88.33	17	28.33	8	13.33	26	43.33

表 19 「就労前訓練」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	自機関での訓練		他機関での訓練	
		度数	%	度数	%
全体	778	57	7.33	295	37.92
統合失調症	387	23	5.94	163	42.12
感情障害	199	15	7.54	62	31.16
発達障害	60	7	11.67	20	33.33

表 20 「生活支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	自立生活支援		家族支援	
		度数	%	度数	%
全体	778	81	10.41	208	26.74
統合失調症	387	42	10.85	102	26.36
感情障害	199	21	10.55	45	22.61
発達障害	60	3	5.00	21	35.00

表 21 「医療と関わりのある支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	服薬支援		受診同行		診察への同席		主治医への連絡		主治医への提案		病院ワーカーへ 連絡・相談		医療機関への ケア会議等提案	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	65	8.35	71	9.13	72	9.25	134	17.22	31	3.98	217	27.89	45	5.78
統合失調症	387	36	9.30	33	8.53	33	8.53	69	17.83	15	3.88	112	28.94	26	6.72
感情障害	199	20	10.05	17	8.54	18	9.05	36	18.09	11	5.53	55	27.64	12	6.03
発達障害	60	0	0.00	7	11.67	6	10.00	8	13.33	2	3.33	14	23.33	5	8.33

表 22 「求職に関わりのある支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	オフィス内での 求職活動に関する 相談・援助		実習		HW等 他支援機関 への同行		その人に あった 仕事の開拓	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	257	33.03	257	33.03	364	46.79	289	37.15
統合失調症	387	137	35.40	137	35.40	189	48.84	152	39.28
感情障害	199	68	34.17	57	28.64	91	45.73	76	38.19
発達障害	60	18	30.00	27	45.00	29	48.33	22	36.67

表 23 2ヶ月以上の対面コンタクトがなくなるまでの期間、人数および割合

	n	3か月以内		6か月以内		12か月以内	
		度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	128	16.45	199	25.58	313	40.23
統合失調症	387	57	14.73	101	26.10	146	37.73
感情障害	199	41	20.60	55	27.64	98	49.25
発達障害	60	11	18.33	12	20.00	19	31.67

表 24 登録から1年間の就労転帰

	n	就労なし		訓練機関のみあり		就労あり	
		度数	%	度数	%	度数	%
		全体	778	300	38.56	76	9.77
統合失調症	387	144	37.21	37	9.56	206	53.23
感情障害	199	85	42.71	16	8.04	98	49.25
発達障害	60	19	31.67	6	10.00	35	58.33

表 25 登録から1年間の間に就労したものの就労先

	n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練	
		勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健全者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	400	68	17.00	34	8.50	158	39.50	89	22.25	15	3.75	36	9.00
統合失調症	204	30	14.71	19	9.31	79	38.73	48	23.53	7	3.43	21	10.29
感情障害	98	23	23.47	7	7.14	37	37.76	18	18.37	6	6.12	7	7.14
発達障害	35	4	11.43	2	5.71	15	42.86	9	25.71	1	2.86	4	11.43

表 26 登録から1年間の間に就労したものの就労先別就労期間

	n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練	
		勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健全者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
全体	398	132.51	94.45	91.97	74.13	138.17	92.96	154.49	100.55	80.87	66.41	52.83	62.39
統合失調症	203	98.51	17.99	122.11	78.86	134.74	85.19	156.65	101.15	54.86	40.07	38.62	38.58
感情障害	98	95.89	20.00	48.14	42.89	159.68	108.24	176.72	106.25	89.83	80.77	81.71	113.91
発達障害	35	54.37	27.19	47.50	60.10	141.07	89.90	145.89	100.84	90.00	-	43.00	32.27