

精神障害者の個別的就労支援方式（IPS）の導入 をめぐる課題（二）

—高齢・障害者雇用支援機構のモデル事業を手がかりに—

宇野木 康子

目次

はじめに

1 ACT（Assertive Community Treatment）とは

1) 脱施設化政策対応プログラム

- (1) 沿革
- (2) ACTの前身
- (3) ACTとNAMI組織の関係

2) ACTの特徴

- (1) 継続ケアを達成するための4つの機能と主担当者の責務
- (2) チームサイズとケースロードに関する重要な要因
- (3) サービス提供の体制
- (4) ACTの運営費

3) ACTの対象者と加入基準、ゲートキーピング機能

- (1) 対象者と加入基準
- (2) ゲートキーピング機能

4) 適合度評価尺度（フィデリティ尺度）を活用したACTの評価

5) ACTの中のIPSの役割 以上は前号（第14巻第2号）掲載

2 IPS（Individual Placement and Support）とは

1) 障害者就労支援政策としての援助付き雇用

- (1) 援助付き雇用プログラムの中の個別的就労支援モデル
- (2) 援助付き雇用プログラムの費用

- 2) 精神保健機関でのIPSの実施方法
 - (1) 対象者の資格要件
 - (2) 契約と援助のための関係づくり
- 3) IPSの「就労」と「就労支援」の考え方
 - (1) IPSの「就労」の考え方
 - (2) IPSの「就労支援」の考え方
- 4) IPSユニットと援助チームとの協働
 - (1) IPSユニットとスタッフ
 - (2) スタッフ育成のガイドライン
 - (3) 援助チームとの協働
- 5) IPSにおける原則と雇用に良好な成果をもたらす援助手法
 - (1) IPSにおける原則
 - (2) 雇用に良好な成果をもたらす援助手法
 - (3) 職業サービスの効果的な原則と「援助付き雇用フィデリティ尺度」の関係 以上、本号掲載。
- 3 「訪問型個別就労支援」のモデル事業に見る有用的効果と日本で実現するための課題への検討
 - 1) 事例からみる「訪問個別型就労支援」の有用的効果とは
 - 2) 日本で実現するための課題への検討
 - (1) 「train then place」から「place then train」への体制転換および最低賃金の保証された労働契約と多様な就労形態の必要性の問題
 - (2) 日本のジョブコーチ制度のもとでのIPSプログラムの特性を踏まえた援助付き雇用の展開と雇用支援専門家の育成・確保の問題
 - (3) 現在の医療保健福祉体制での多職種チームによるIPSプログラムによる就労支援展開の課題

おわりに

要 旨

第1章（宇野木、2009）⁴³⁾では、アメリカにおける精神障害者の「包括型地域生活支援」（Assertive Community Treatment: ACT）を紹介した。本章ではアメリカの「個別的就労支援」（Individual Placement and Support: IPS）を紹介する。

わが国では、精神障害者の地域移行（社会的入院患者の退院）と就労（一般就労）を促進している。特に、就労支援に関しては試行的なモデル事業が行われ、地域における就労支援が模索されている。就労支援を考える際に、アメリカで先進的に行われているIPSの検討は重要だと思われる。したがって、本論文ではIPSについて論説するとともに、就労支援を行う際の科学的根拠に基づいたサービスの質の評価の程度を示すフィデリティ尺度についても述べる。

2 IPS（Individual Placement and Support）とは

1）障害者就労支援政策としての援助付き雇用

(1) 援助付き雇用プログラムの中の個別的就労支援モデル

① 援助付き雇用とは

アメリカの障害者雇用支援プログラムには、①雇用継続、②援助付き雇用モデル（**個別的就労モデル**：ジョブコーチがマンツーマンで指導するが、利用者の自立度が高まるに伴い支援時間を減少する、**少数集団での仕事**（enclave jobs）：1人のジョブコーチが障害をもつ人複数を援助するもので、利用者の自立度が高まっても支援時間を減少することは行わない、**移動作業班・モービルクルー**：雇用継続プログラム対象者よりも重い障害をもつ人が利用者となる。車にひとりのジョブ・コーチと複数の障害者が同乗し、清掃などの仕事に出向き、ジョブコーチは常に利用者と一緒にいて断続的なサポートを行う。）、③保護雇用などがあり、障害者を労働力に統合する際には競争的雇用を示唆したうえで援助を付加するという方法を用いている⁴⁴⁾。なお、保護雇用は他の雇用に比べると相対的には比重を小さくおさえるように

意図されており、連邦政府が行う障害者の就労促進のための業務は競争的セクターに向けたものである。

アメリカでは1986年に米国リハビリテーション法が改正され、1987年から「援助付き雇用」が制度化された。「援助付き雇用」は、①重度障害のある人が対象、②一般就労（仕事はフルタイムかパートタイムであっても週20時間以上の仕事で最低賃金が支払わなければならない）、③統合された職場環境（職場は障害のある人となない一般従業員が日常的に接することができる）、④継続的支援（就職後の雇用期間中、職場で少なくとも月2回の継続的・定期的な支援サービスを提供）の4要素をみたすものとされている⁴⁵⁾。そして援助付き雇用がゴールとしているものは重い精神障害等をもつ人たちが一般の職に付き仕事を継続できることであり、障害を持ちながらも努力する当事者をサポートしリカバリーさせることにある。Bond et.al (2001)⁴⁶⁾らは、この援助つき雇用を「障害者をできるだけ一般労働市場に参加させ、彼らが希望する仕事に就かせ、彼らが必要とする専門的援助を提供するアプローチ」と定義しており、筆者もBond et.al (2001)らの定義を用い、IPSを「障害者を一般労働に参加させ、希望する仕事に就かせ、彼らが必要とする専門的援助を提供するアプローチ」と定義づける。アメリカでは、このような制度により重度精神障害者の就労支援が行われていることが、IPSを可能としている要因の1つではないかと考える。

② 援助付き雇用のIPSとは

援助付き雇用プログラムであるIPS (Individual Placement and Support—個別的な就労支援) では「就労」は治療的なものであり、かつノーマライゼーションをもたらすものと考えられ、仕事を得る最適なアセスメントと職業訓練は「仕事に就いてしまうこと」と考えられている。その考えのもと、「就労支援」は契約下での「place then train」(就労してから訓練)方式がとられており、個々に合った仕事を探し、クライアント自身が自らの選択で一般就労ができるようになっている。

また、IPSの目標はクライアントが仕事を始められる手助けをすることで

あり、求職活動や面接の過程を就労の障壁としないようにすることである。その為にクライアントと就労支援スペシャリストは互いに協力的な役割を果たすことを確認する。そこで一般雇用に興味を示すクライアントは、就職活動の全過程を就労支援スペシャリストとマンツーマンで取り組めるように割り当てられ、就労支援スペシャリストとの信頼・協力関係を築くことから始められる。

IPSはアメリカにおいて1980年代後半に開発された、精神保健機関における臨床と職業サービスを統合した就労支援で、アメリカの障害者雇用支援施策の中に位置づけられた就労支援サービスであり、精神リハビリテーション分野で注目されている。この個別的就労支援モデルは、障害をもつ1人の利用者にジョブコーチがマンツーマンで支援し、利用者の自立度が高まってくるに伴い支援時間を減少する方式である⁴⁷⁾。

IPSは重度の精神障害⁴⁸⁾を持つ人に対し、従来の「train then place（訓練してから就労する）」という、一般雇用の仕事に就く前の訓練・教育、保護的な環境における実習などの段階的な職業リハビリテーション——技能訓練、福祉的作業所、試行的就労支援プログラム、職場適応の仕事（work adjustment jobs）、一般社員とは異なる場所での仕事（enclave jobs）、精神保健事業団体運営の職業訓練など——を行うよりも、早く一般雇用に参加することにより雇用継続が成功し、総労働時間及び賃金も高くなることが先行研究^{49) 50) 51) 52)}で明らかになっている。

また、IPSで重要な就労支援スペシャリストの役割には、臨床チームとサービスを調整する仕事がある。臨床チームとの定期的なミーティングに参加したり、クライアント・臨床スタッフと就労支援の計画を作成したり、支援の責任を分担して連絡を取り合ったりして行なうのである⁵³⁾。

③ IPSの有効性

IPSは、一般の地域社会で精神疾患を持たない人たちと一緒に職場で共に働くことが、クライアントの生活の質を高め、健康を増進させ、スティグマを軽減するという考えを前提としており、クライアントとの信頼・協力

関係を築くことから始められる。先にも触れたようにIPSの根幹をなすのは「place then train」で、「就労」は治療的なものと考えられている。「就労支援」の基本的な援助方法は、個々のクライアントに合わせた求職活動を通じて、できるだけ早く自らの選択により一般就労ができるようクライアントを支援し、前向きな就労経験を得るために必要なサポートを提供することである。

このIPSの援助付き雇用は、従来から行われている段階的な職業リハビリテーションよりも雇用への有効性（Bond 他⁵⁴⁾）が示されており、それは大都市および都心（Becker 他⁵⁵⁾；Drake 他⁵⁶⁾）、中規模都市（Drake 他⁵⁷⁾）、郊外（Bond 他⁵⁸⁾）のそれぞれにおいて評価されている。

このBond et.al (2001)の研究報告によれば、2001年のアメリカでの116の援助つき雇用の調査ではIPSモデルの原則が用いられており、デイケア（day treatment）やそれまでの伝統的な職業リハビリテーションサービスに比べてIPSモデルは、①一般就職率が増加し危惧される入院や脱落率への増加がなかった、②費用節約につながった、③デイケア（day treatment）に残る患者よりもよい回復結果がみられたなどが報告されている。また、援助付き雇用プログラムは地域精神保健サービス、地域リハビリテーションプログラム、クラブハウス、精神リハビリテーションセンターなどで導入されており、実績データでは患者に一致したケアマネジメントを受けるときに有効であること（包括型地域生活支援のみに有効ということではない）が同時に報告されている。

また、ヨーロッパ（London (UK)、Germany、Italy、Switzerland、Netherlands、Bulbari）^{59) 60)}やカナダ⁶¹⁾でも研究報告がなされているが、それらの報告でもIPSモデルでの就労支援を行なうことで、①一般就労率が増加する、②費用効果につながる、③労働賃金が高い、④社会的機能の改善、⑤病状の軽減、⑥高い自尊心をもてる、などの有効な成果が報告されている。

障害者は世界的にみても社会から排除されやすい傾向にある。だが、障害は疾病の固有の部分ではなく付与された状態であり、その多くは社会（個人と制度）が疾病を持つ人たちにどう対応するかによって作り出される二次的

な問題である。多くの人々は、精神障害者は一般の職場環境では働くことができないと思っていることが多い。しかし、障害を持つ人も隔離や施設化された環境から、ノーマライズされた地域環境に焦点を移すことによりリカバリーを促進できる。それは上記に紹介した研究の検証においてその成果が証明されている。日本においても今までのマイナスの見識を変え、ACTによる包括的支援とIPSによる個別的就労支援をモデルにした、日本版の地域生活・就労支援モデルを構築することで、障害者への明るい兆しが見えてくるのではなかと考える。

（2）援助付き雇用プログラムの費用

2000年前後の研究報告からすれば、アメリカでIPSにかかる費用は年間1人当たり2000～4000ドルで、この数字は伝統的な職業リハビリテーションとほぼ同額であるとの報告⁶²⁾や、「就労支援スペシャリスト1人当たりのケースロードを18と仮定した際の援助付き雇用サービスの費用は、一般的に1年間で当事者1人当たり2000～3000ドルの範囲に及ぶ」⁶³⁾との記述がある。

アメリカでは、精神保健サービスと職業サービスに関する組織と財政は分離している。それはリハビリテーション当局がリハビリテーション機関への資金提供に際して使用する通常のガイドラインをIPSに適用することが簡単にはできないからである。適用させる為には州の精神保健当局、リハビリテーション当局、財政支出担当者、地域のプログラム提供者らがIPSアプローチを実施できるような財政機構にする必要があることを示唆している⁶⁴⁾。

なお、援助付き雇用の資金に当てられる財源は種々あるが、州はリハビリテーション法に基づく職業リハビリテーションプログラムの財源から拠出している。援助付き雇用プログラムの費用はさまざまで、費用は、就労支援スペシャリストの地域ごとの賃金により、また、間接費用や臨床サービスの含み度合いにより異なってくる。

アメリカの援助付き雇用は、州の行政がジョブコーチによる支援を実施す

る民間のNPOと委託契約を結び、支援に必要な財源をNPOに支給するシステムである。委託支援費は、①事業対応支援費（事業区分に基づく支払い）、②実績対応支援費（支援の成果に基づく支払い）である。多くの州では、雇用支援サービスに対する支払いは、さまざまな州精神保健機関が費用を提供する。そこでの資金源の一案としては、①デイケアプログラムと福祉的作業所での資源を援助付き雇用に移行させる、②一部の州では、精神保健と職業リハビリテーションおよびメディケイドの各責任者が協力して援助付き雇用プログラムへの資金を保証するシステムを構築する、援助付き雇用の費用の一部がメディケイドで支払われるように規定を定める、などで対応がなされている。

2) 精神保健機関でのIPSの実施方法

(1) 対象者の資格要件⁶⁵⁾

IPSでは、対象者の資格要件基準のガイドラインは明確でなければならないとしている。それはIPSが働くことを希望するすべてのクライアントに就労の機会を創設させることを目標としているからである。そして、重い障害を持つ人、薬物使用障害を合併する人、就労経験の乏しい人、法的問題を抱える人などの排除もしてはならないとしている。

ここで最低限度の資格要件基準に含まれる人は、①精神保健機関における地域支援プログラムサービスの対象となる重い精神障害（精神病性の障害、気分障害、重度人格障害）をもつ人で、②一般雇用に興味を示す人、である。ただし、職業プログラムの中には、薬物使用障害をもつ人や暴力の既往歴をもつ人や就労への準備が整っていないと思われる人を排除することもあるとしている。

(2) 契約と援助のための関係づくり

契約を結ぶプロセスは個別に行われる。就労支援スペシャリストは数回の会合を行うが、その方法はクライアントに合わせた方法で行われ、面接方式

が苦手なクライアントには面接なしで職が得られるような援助を行うこともある。また、クライアントとの関係作りや情報を得る作業は重要である。就労支援スペシャリストは話を傾聴するとともに、必要に応じてはクライアントの承諾のもと自宅を訪問したり、家族や友人から話を聞くこともある。

3) IPSの「就労」と「就労支援」の考え方

先に少しふれたが、ここで再度IPSの「就労」と「就労支援」の考え方について述べることにする。

(1) IPSの「就労」の考え方⁶⁶⁾

IPSモデルは、メンタルヘルス（ACTなど）と職業サービスを統合した援助付き雇用の就労支援の1つである。また、IPSプログラムはACTプログラムから引き出されているが、IPSの雇用専門家は職業上のすべてを扱い、1つ以上の臨床チームにリンクし、一般雇用への関心を示すクライアントに集中的に援助する。

IPSでは就労は治療的かつノーマライゼーションをもたらすものであり、治療・援助プロセスの不可欠な一部と考えられている。働くことは精神障害をもつ人たちが弱い立場から脱し、地域社会で通常の成人の役割を獲得することを可能にする一つの方法であり、IPSの最終目標は、重度の精神障害を持つ人たちが生活の自立度を高め、精神保健機関が提供するサービスへの依存を減らしていくことにある。

アメリカでの「援助付き雇用」には「train then place」と「place then train」があるが、1986年の米国リハビリテーション法改正では「援助付き雇用」の「train then place」が制度化されており、重度障害をもつ人のための就労支援サービスとして機能している。「train then place」は「訓練」してから「就労」であり、「place then train」は援助付き雇用でのジョブコーチによる支援で、「就労」してから「訓練」「継続的援助」を意味する。IPS

は重度の精神障害をもつ人に対し、従来の「訓練してから就職する」という段階的なりハビリテーションよりも早く、一般雇用に参加することにより雇用継続が成功しており、総労働時間及び賃金も高くなることが先行研究で明らかになっている⁶⁷⁾。

IPSは地域社会で精神疾患を持たない人たちと一緒に職場で共に働くことがクライアントの生活の質を高め、健康を増進させ、スティグマを軽減するという考えを前提としており、クライアントとの信頼・協力関係を築くことから始められる。また“重い精神障害をもつ人であっても本人の興味、技能、経験に適合する職を得て働くことができる”という信念に基づいている。その為に、クライアントの好みに合った、就労時間も納得できる仕事を見つけるための支援が受けられる。仕事は大半の人がパートタイムの仕事から始め、週5～10時間の勤務時間の者もいれば、週5日で1日あたり4～5時間の就労を希望する者もいる。

クライアントの中には、就労により給付金の受給権を失うことへの不安を持つ者がいるが、重い精神障害をもつ人たちでも工夫をすることにより職に就き、かつ医療保険を維持することができるのである。その為に就労支援スペシャリストは、これら社会保障給付への知識・情報を持ち、クライアントの不安に対応し手助けしていく必要がある。この様な重い精神障害を持つ人たちが働く機会を得ることは、医療関係者の精神障害者の就労への考えを変える結果へと繋がってきている⁶⁸⁾。

(2) IPSの「就労支援」の考え方

IPSの目標は、クライアントが仕事を始められる手助けをすることであり、求職活動や面接の過程を就労の障壁としないようにすることである。その為にクライアントと就労支援スペシャリストは互いに協力的な役割を果たすことを認識する。

IPSでは、一般雇用に興味を示すクライアントは就職活動の全過程を就労支援スペシャリストとマンツーマンで取り組めるように割り当てられ、就労

支援スペシャリストとの信頼・協力関係を築くことから始められる。ここで就労支援スペシャリストは、クライアントの興味、能力、チャレンジ課題に見合う仕事を見つけるために使用できる情報の収集を行い、その情報に基づき仕事に就くのを助ける最善のプランを作成する。IPSでは、仕事を得る最適なアセスメントと職業訓練は「仕事に就いてしまうこと」と考えられている為、職業的アセスメントも地域社会で通常の仕事の経験を積むことに基いて行われるのである。

基本的な援助方法は、個々のクライアントに合わせた求職活動を通じてできるだけ早く自らの選択により一般就労ができるようクライアントを支援し、前向きな就労経験を得るために必要なサポートを提供することにある。

BeckerとDrakeの研究は、IPSの導入が重い精神障害を抱えた人々の就労率をあげ収入を増やすのに寄与し、再発率の増加や悪化には影響を与えないことを示したと伊藤⁶⁹⁾は紹介している。そしてIPSを可能にするためには、構造と機能を持つシステムを作ることが必要と述べている。構造とは多職種チームによるサポートの現実化で、医療・保健・福祉・就労の一体となったサービスシステムの形成である。また、機能とは「place then train」（今までの医療リハビリテーション、伝統的な職業リハビリテーションを超え、いきなり現場でのトレーニングの重視をわかりやすく示した概念）をその軸とするケース（ケア）マネジメントの推進であると述べている。

さらに伊藤は、多職種チームが「place then train」を現実的なものにする課題として次の2点を挙げている。①多職種については、教育に裏打ちされた各職種の特殊性と、対人サービスという面では同じ目標に向かうという共通性のバランスのとれたチームワーク作りが必要である。②遂行には各職種あるいは各人のものの見方の差異についての共通理解と、それぞれの専門分野の適用範囲についての共通理解の徹底が必要であり、その為には、医療・福祉・就労のスタッフらがヒエラルキー（階級性）を作らず相手の物の見方を理解し、それぞれの役割分担を見出すことが必要である。

この構造と機能のシステムの考えはACTのシステムに共通しており、各

職種がそれぞれの立場や物の考え方を尊重しながらも、1人のクライアントについての共通理解を持つことで、色々な問題への早期対応ができると考える。

4) IPSユニットと援助チームとの協働

(1) IPSユニットとスタッフ

IPSでは、さまざまな専門分野の多職種の援助チームが支援サービスを提供する。援助チーム⁷⁰⁾のスタッフには、ケアマネジャー、精神科医、就労支援スペシャリスト、クライアントに関わりのあるスタッフ、クライアント本人で構成され、家族と友人の参加はクライアントの選択に委ねられる。

IPSのユニットは、1名のIPSコーディネーター（職業リハビリテーションスーパーバイザー）と、それぞれ20～25名のクライアントを担当する就労スペシャリスト2名以上から構成されている。このケースロードのサイズは、今までのIPS研究で最適であると打ち出されている⁷¹⁾。以下にIPSコーディネーターと就労支援スペシャリストの役割を紹介する⁷²⁾。

① IPSコーディネーター（職業リハビリテーションスーパーバイザー）

IPSコーディネーターは、修士の学位と職業リハビリテーションの実務経験を持つ者を配置する。IPSの運営と全体目標を完全に理解していることが大事であり、役割としては就労支援スペシャリストの業務をスーパーバイズし、クライアントの紹介を扱うと共に、就労支援スペシャリストがIPSを実施できる環境を整え、年間評価を行う。また、援助付き雇用を希望するクライアントを観察し、就職希望者の数と就労支援スペシャリストのケースロードの空きに基づいて、クライアントに就労支援スペシャリストを割り当てる時期を判断する。クライアントが就労に興味を示したら、できるだけ早く就労支援スペシャリストと連携させる。

② 就労支援スペシャリスト

就労支援スペシャリストは、クライアントの就労目的に合致する仕事の取得および維持を支援することによってIPSによる援助付き雇用プログラムを

提供し、あくまで就労に関わる責任を負う。また、精神保健援助チームと協働しIPSプログラムを実施するとともに、他機関と連携していく。就労スペシャリストは、さまざまな学歴や職歴を有している者であるが、人柄が重要となる。なぜならば、就労支援スペシャリストは地域の中でクライアントや事業主、そして精神保健実践家と楽しく仕事ができる楽天的な人物でなくてはならないからである。候補者としては、企業や事業主と親密に働いていた職業リハビリテーションプログラムからの出身者が多い。

また、IPSは重い症状をもつ人や就労経験が乏しい人、一般雇用への職業準備性が未確立の人をIPSプログラムの対象から排除はしない。そして就労支援スペシャリストは、一般雇用に関心を示すすべてのクライアントを支援する。それはIPSがもっとも重視している価値はクライアントの自己決定だからである。

就労支援スペシャリストは家族や事業主から情報を収集し、その情報をアセスメントしプラン作成し就労へと繋げる。大きな特徴と考えられるのは、失敗を失敗として取らず、就労経験から何らかの情報を得ることで次の仕事に向けた計画づくりに寄与するという考え方なのである。

アメリカでは、就労支援スペシャリストの採用にあたってはリハビリテーションカウンセリングの課程を経ている者が良いとされており、望まれる資格・資質には以下のような事が挙げられている。

- 「①職業開拓、マーケティング（求職）活動、職業の確保に総合的な知識と成功体験を持っていること。
- ②地域の事業主との良好な関係を築ける能力を示せること。
- ③広範囲にわたる職業に関する知識と実務経験を持つ。
- ④クライアントの興味、長所（strengths）、技能、能力、人の行動を学習する方法、本人固有のチャレンジ課題を認識し、それらを仕事と合致させる能力を有すること。
- ⑤クライアントが仕事を維持できるよう支援するための長期にわたるサポート体制と就労環境を認識し、手配する能力を有していること。

⑥診断、治療、処方および職務遂行に与える影響などの、重い精神疾患に関する知識を有していること。

⑦障害者給付など社会保障に関する知識を有していること。

⑧他のチームメンバー、事業主、家族に対しクライアントを効果的に支持・代弁する能力を有していること。』⁷³⁾

更に、統合失調症および分裂感情障害といった精神障害、再発性大うつ病および双極性障害といった気分障害、境界性人格障害などの重い人格障害、脅迫神経症やPTSD（外傷後ストレス障害）といった不安障害、アルコール依存・物質乱用に関わる障害、についての知識を持っていることが要求されている。これらの内容からすれば、就労支援スペシャリストは医学的・福祉的知識があり、職業斡旋やその後のフォローのできる人材ということになる。

(2) スタッフ育成のガイドライン⁷⁴⁾

IPS方式の援助付き雇用は新しい方法であり、既存の職業リハビリテーションとは大きく違いがある。前述したように、IPSは就労訓練等を行うことなく、本人の希望に応じた職業に就けるように援助しプラン作成を行う。だが、職業リハビリテーションは職業準備訓練や職域開発援助事業等の訓練を前提としたもので、訓練ありきの考えである。ここには大きな差があるために、スタッフへの教育や研修は重要となる。この研修は、特定の地域精神保健機関の全部門とチームに関するプログラムの全体像に適合するように作成することが必要となる。そこには、実践的なガイドラインとして①精神保健援助と就労支援サービスを統合する、②クライアントが地域においてできるだけ早く、最低限、最低賃金を得られる、自分の好みと技能にあった職業を探すことができるように援助する、③長期的なサポートを提供する、これらの3点を考え同じ目的での取り組みが必要となる。

（3）援助チームとの協働

アメリカの就労支援スペシャリストでは、「クライアントを手助けする有効な方法はチームで取り組むこと」といわれている。アメリカでは援助付き雇用は精神保健援助と統合して提供されており、そこにはケアマネジャー、看護師、精神科医、居住サービス担当者等が、就労に向けて努力しているクライアントに対して同一の方針・姿勢で支援している。これら多職種チームで支援サービスが提供されることは、包括的かつ個々に適合するプログラムとなり一貫したサービスにつながる。IPSでは、ケアマネジャーや他のチームメンバーが提供する協働での支援サービスは、就労に取り組めるようにするための不可欠な要件なのである。

5）IPSにおける原則と雇用に良好な成果をもたらす援助手法

（1）IPSにおける原則

IPSは、重い精神障害により長期間にわたる機能障害を有するクライアントに援助付き雇用を提供する標準化されたアプローチであり、以下の原則に依拠しているといわれている⁷⁵⁾。

- ①リハビリテーションは分離されたサービスというよりは、精神保健の治療・援助の統合された一つの構成要素と考える。
- ②IPSの目標は、職業前訓練や保護施設での訓練もしくは隔離された環境下での職経験を得ることではなく、統合された職場環境での一般雇用の実現である。
- ③重い精神障害をもつ人たちは職業準備訓練を受けることなしに、直接的に一般雇用に就き、そこで成功することができる。
- ④職業的アセスメントは人為的もしくは福祉的環境ではなく、一般雇用の場において継続して行われる、就労に基づいたアセスメントである。
- ⑤継続・同行支援は仕事に就いた後に設定されたある時点で終了するものではなく、個々人に応じた期間継続して行われる。
- ⑥求職活動や障害の開示、職場での支援はサービス提供者の判断ではな

く、クライアントの好みや選択に基づく。

- ⑦IPSサービスは精神保健治療・援助やリハビリテーションの環境において提供されるものではなく、地域の中で提供される。
- ⑧分離された期間や援助システムにおいて並行して行われる介入ではなく、IPSにおける多職種チームアプローチが職業サービスと臨床サービス、支援サービスの統合を促進する。

(2) 雇用に良好な成果をもたらす援助手法⁷⁶⁾

IPSは、援助付き雇用の中でも雇用での良好な成果をもたらす手法であることがこれまでの研究^{77) 78)}から示唆されており、以下に示すような手法にて就労への援助を行う。

- ①IPSでは、精神保健プログラムの援助チームに就労支援スペシャリストが加わり、その援助者たちと直に協力し合いながら、働くことに興味を示すクライアントに対して一般雇用に達するように支援していく。
- ②IPSは、定期的なミーティングにより精神保健の援助者と就労支援スペシャリストを同じプログラムの中で結びつけることで、統合されたサービスの欠如、チームアプローチの分散化などの問題を克服する。
- ③IPSの専門家は、職業サービスと臨床サービスの統合、最小限の事前アセスメント、迅速な求職活動、一般雇用への参入、自主選択した仕事のマッチング、継続的な支援、などを強調する。
- ④IPSによる援助付き雇用プログラムは、多くの種類の援助機関やプログラムで実施することができるが、その鍵となるのは職業領域の実践家と臨床領域の実践家が同じチームと一緒にクライアントに関わっていることにある。
- ⑤IPSは特定のタイプの精神保健チームには依拠してはいないが、就労支援スペシャリストは、通常、複数の臨床チームに関わっている。しかし、就労支援スペシャリストは、臨床的なサービスそのものには携わらないために、長期的な目標の達成を阻むような一時的な危機が生じた場合で

も関与しない。それは、危機介入の活動に関わって役割が不明瞭になることを避けるためである。

（3）職業サービスの効果的な原則と「援助付き雇用フィデリティ尺度」の関係

① 職業サービスの効果的な原則

IPSによる援助付き雇用プログラムは、伝統的な職業リハビリテーションサービスよりも高い雇用成果を挙げているといわれている。IPSの場合、一般雇用では働けない、また働く能力がないと見なされ何年もしリハビリテーションプログラムや福祉の作業所に囲われていたクライアントが、一般雇用の環境で働けることが明らかになっている⁷⁹⁾。

その要因としては、IPSは他の実践や実証研究の成果を総合化した職業サービスの効果的な原則を明確に組み込んでいるからだと述べられている。その原則とは、①最終目標を一般雇用に置くこと、②迅速な求職活動すること、③リハビリテーションと臨床的な精神保健サービスを統合すること、④クライアントの興味に注意を払うこと、一般雇用への参入に際してアセスメントを継続すること、⑤必要な限り継続・同行支援を続けること、などである⁸⁰⁾。

② 「援助付き雇用フィデリティ尺度」とは

Bondら⁸¹⁾は援助付き雇用導入の質の指数とIPSのフィデリティ尺度の相関関係の研究結果から、地方、州、国家レベルの援助付き雇用では、援助付き雇用導入の質の指数を用いることを推奨している。

フィデリティとは、科学的根拠に基づく実践を実施している程度を示す、実践におけるサービスの質を保証するもので、ACTやIPSの評価に用いられる。これを測定する用具がフィデリティ尺度⁸²⁾である。

援助付き雇用フィデリティ尺度を測定する目的は、援助付き雇用の実践をフィデリティ尺度でモニターすることで、IPSプログラムの構成要素の基準に対する適合度や、調整の必要な点に関する情報を得ることである。

援助付き雇用フィデリティ尺度は、図表12に紹介しているように、3つの大きな項目（スタッフ配置、組織、サービス）から構成されており、IPSの原則を含む15の評価内容が示されている。評価方法は、1（実施されていない）から5（完全に実施されている）までの5段階評価で、総得点（66～75：援助付き雇用が実施されている、56～65：援助付き雇用がまずまず実施されている、55以下：援助付き雇用ではない）により評価される。

評価に用いる情報は、精神保健機関の記録、クライアントの記録、各スタッフ（就労支援スペシャリスト、ケアマネジャー、スーパーバイザー、実践者など）やクライアントなどから客観的な情報を集める。その際には、できるだけ正確な情報を得る必要があり、質問は回答を引き出すような誘導は避け、個別面接での自然な対話式会話から情報を得るのが望ましい。項目評価は行動的指標で確定されるが、その際は実践に対する測定可能な具体的要素を特定して行われる。フィデリティの調査には1～2日かかり、評価は4半期ごとに行われる。だが高い点数評価に達すれば半年ごとの評価となる。

スーパーバイザーは、フィデリティ調査からの情報を活用して実践水準を高めるようにし、評価点数をグラフにすることで取り組み状況をみていく必要がある。それは高水準のフィデリティを示すプログラムは、フィデリティが低いプログラムに比べ、一般雇用の達成に関してより効果的であることを示しているからである。

スタッフ配置		
基準	データ源	選択肢
1. ケースロードの大きさ： 就労支援スペシャリストは、職業に関するケースロードを25名まで担当する。	V L MIS DOC INT	1＝クライアントと就労支援スペシャリストの割合が81：1以上。または該当しないために評価不能。 2＝クライアントと就労支援スペシャリストの割合が61～80：1。 3＝クライアントと就労支援スペシャリストの割合が41～60：1。 4＝クライアントと就労支援スペシャリストの割合が26～40：1。 5＝クライアントと就労支援スペシャリストの割合が25：1以下。
2. サービススタッフ： 就労支援スペシャリストは、職業サービスのみを提供する。	MIS DOC INT	1＝就労支援スペシャリストは、ケースマネジメントのような非職業サービスを80%以上の時間提供する。または該当しないために評価不能。 2＝就労支援スペシャリストは、ケースマネジメントのような非職業サービスを約60%の時間提供する。 3＝就労支援スペシャリストは、ケースマネジメントのような非職業サービスを約40%の時間提供する。 4＝就労支援スペシャリストは、ケースマネジメントのような非職業サービスを約20%の時間提供する。 5＝就労支援スペシャリストは、職業サービスのみを提供する。

3. 職業ジェネラリスト： それぞれの就労支援 スペシャリストが、以 下のすべての側面の 職業サービスを実施 する。すなわち、関係 作り、アセスメント、 職場開拓、職業紹介、 ジョブコーチ、継続・ 同行支援である。	V L MIS DOC INT	1＝就労支援スペシャリストは、事業主やその他のプログラムに対して 職業紹介サービスのみを提供する。または該当しないため評価不能。 2＝就労支援スペシャリストは、ケース担当を継続するが、他の職業サ ービスプログラムへクライアントを紹介する。 3＝就労支援スペシャリストは、職業サービスの1側面（関係作り、ア セスメント、職場開拓、職業紹介、ジョブコーチ、継続・同行支援） を提供する。 4＝就労支援スペシャリストは、2側面以上の職業サービスを提供する が、すべての職業サービスは提供していない。 5＝就労支援スペシャリストは、職業サービスの前面を提供する（関係 作り、アセスメント、職場開拓、職業紹介、ジョブコーチ、継続・ 同行支援）。
組織		
基準	データ源	選択肢
1. 精神保健援助とリ ハビリテーションの 統合： 就労支援スペシャリ ストは、決定権を共 有する精神保健援助 チームの一員である。 定期的な援助チーム 会議（運営会議は除 く）に参加し、援助 チームメンバーと頻 繁に接触する。	V L MIS DOC INT	1＝就労支援スペシャリストは、精神保健援助とは独立した職業プロ グラムの一部になっている。精神保健スタッフとの定期的な直接の接 触はなく、電話か、付きに1回の対面のコンタクトのみである。ま たは該当しないため評価不能。 2＝就労支援スペシャリストは、月に1回の援助チーム会議に参加する。 3＝就労支援スペシャリストは援助チームメンバーと毎月数回の接触を 持ち、月に1回の援助チーム会議に参加する。 4＝就労支援スペシャリストは、決定権を共有する一つ以上のケースマ ネジメントの援助チームと関わっている。毎週、援助チーム会議に 参加する。 5＝就労支援スペシャリストは、決定権を共有する一つ以上のケースマ ネジメントの援助チームと関わっている。毎週、一つ以上の援助チ ーム会議に参加し、毎週3回以上、クライアントに関わるケースマネ ジャーとの接触がある。
2. 職業ユニット（職 業チーム）： 就労支援スペシャリ ストは、実践家のグ ループとしてよりは、 ユニットチームとし て機能する。そこ では、集団スーパー ビジョンを行い、情 報を共有し、クライ エントについて相互 協力をする。	MIS INT	1＝就労支援スペシャリストは、職業ユニットの一部ではない。または 該当しないため評価不能。 2＝就労支援スペシャリストは、同じスーパーバイザーを持つグル ープで顔を合わせることはない。 3＝就労支援スペシャリストは、同じスーパーバイザーを持ち、ケ ースについて相互に話し合う。各自のケースについてサービスを提供 し合うことはない。 4＝就労支援スペシャリストは、職業ユニットを構成しケースにつ いても相互に話し合う。各自のケースについてもサービスを提供し 合う。 5＝就労支援スペシャリストは、少なくとも週1回のグループス ーパービジョンを行う職業ユニットを構成する。各自のケースに対 してサービスを提供し合い、お互いに補い、支援し合う。
3. 除外基準なし： 仕事の準備性や物質 乱用がないこと、暴 力的行動の履歴がな いこと、最低限の知 的機能を持つこと、 症状が軽度である などといった、適 格性の必要条件が ない。	DOC INT	1＝クライアントは、仕事の準備性、物質乱用、暴力の履歴、機能レ ベルの低さなどでスクリーニングして除外される。紹介ケースは、 まずケースマネジャーによってスクリーニングされる。または該 当しないため評価不能。 2＝何らかの適格性基準がある。クライアントは職業スタッフによ ってスクリーニングされて、他の職業プログラムに紹介される。 3＝何らかの適格性基準がある。このプログラムの職業スタッフによ ってスクリーニングされ、職業サービスが提供される。 4＝物質乱用と精神障害の重複障害をもつ人々を含めて、重い精神 障害をもつすべての成人に資格がある。サービス提供は任意である。 5＝すべてのクライアントがプログラムに参加することを奨励される。 複数の照会先から紹介がある。（直接本人から、家族員から、セルフ ヘルプ・グループからなど）。
サービス		
基準	データ源	選択肢
1. 進行中の仕事に基 づく職業的アセス メント： 職業的アセスメント は、一般就労の就 労経験に基づいて行 われる継続的なプロ セスである。	DOC INT	1＝職業評価は職業紹介に先立って行われ、機関内でのアセスメントに よって、標準化された検査や知能検査、ワークサンプルに焦点を 当てて行われる。または該当しないため評価不能。 2＝クライアントは、このプログラムが行われている場（デ ィプログラムの就労部門など）の就労前アセスメントに参加する。 3＝クライアントが賃金を得て働く保護的な環境において、ア セスメントが実施される。 4＝大部分のアセスメントは、事業主と共にスタートさせた、地域内の 短く、暫定的な職業経験に基づいて行われる。 5＝職業的アセスメントは進行中の仕事と共に行われる。検査用具を用 いるよりも、地域での仕事に基づいて行う。最小限の検査は事前 に行われるかもしれないが、求職活動の必要条件とはならない。環 境のアセスメントを行って、適切な環境調整を行うことで問題解決 を図ることを目的とする。

2. 一般雇用のための迅速な求職活動： 一般雇用を探すことが、プログラム参加後迅速に行われる。	ISP DOC INT	<p>1＝一般雇用の事業主との最初の接触は、たいていプログラム参加後1年以上たってから行われる。または、該当しないため評価不能。</p> <p>2＝一般雇用の事業主との最初の接触は、たいていプログラム参加後9ヶ月以上1年未満に行われる。</p> <p>3＝一般雇用の事業主との最初の接触は、たいていプログラム参加後6ヶ月以上9ヶ月未満に行われる。</p> <p>4＝一般雇用の事業主との最初の接触は、たいていプログラム参加後6ヶ月未満に行われる。</p> <p>5＝一般雇用の事業主との最初の接触は、たいていプログラム参加後1ヶ月未満に行われる。</p>
3. 個別化された求職活動： 事業主との接触は、求人市場（すなわち、どのような仕事か）よりも、クライアントの仕事の好み（何に楽しみを感じ、何がその人の個人的目標なのかに関連する）や、ニーズ（経験や能力、症状、健康状態などを含み、それらがどのように良い仕事や環境調整に影響するか）に基づいている。	DOC INT ISP	<p>1＝事業主との接触は、結局は就労支援スペシャリストによってなされた判断に基づいて行われる。これらの判断は通常求人市場の特徴に応じてなされる。または、該当しないため評価不能。</p> <p>2＝事業主との接触の25％は、求人市場というよりはクライアントの好みやストレングス、症状などを反映した職業選択に基づいて行われる。</p> <p>3＝事業主との接触の50％は、求人市場というよりはクライアントの好みやストレングス、症状などを反映した職業選択に基づいて行われる。</p> <p>4＝事業主との接触の75％は、求人市場というよりはクライアントの好みやストレングス、症状などを反映した職業選択に基づいて行われる。</p> <p>5＝事業主との接触のほとんどは、求人市場というよりはクライアントの好みやストレングス、症状などを反映した職業選択に基づいて行われる。</p>
4. 職場開拓の多様性： 就労支援スペシャリストは、さまざまな種類の、異なる職場の仕事の選択肢を提供する。	ISP DOC INT	<p>1＝就労支援スペシャリストは、ほとんどの場合に、たとえば用務員といった同じ種類の仕事か、同じ職場にある仕事という選択肢をクライアントに提供する。または該当しないため評価不能。</p> <p>2＝就労支援スペシャリストは75％の場合に、たとえば用務員といった同じ種類の仕事か、同じ職場にある仕事という選択肢をクライアントに提供する。</p> <p>3＝就労支援スペシャリストは、50％の場合に、たとえば用務員といった同じ種類の仕事か、同じ職場にある仕事という選択肢をクライアントに提供する。</p> <p>4＝就労支援スペシャリストは、25％の場合に、たとえば用務員といった同じ種類の仕事か、同じ職場にある仕事という選択肢をクライアントに提供する。</p> <p>5＝就労支援スペシャリストは、10％以下の場合に、たとえば用務員といった同じ種類の仕事か、同じ職場にある仕事という選択肢をクライアントに提供する。</p>
5. 開拓された仕事の永続性： 就労支援スペシャリストは、臨時または期限のある仕事よりは、永続性のある一般就労の選択肢を提供する。	ISP DOC INT	<p>1＝就労支援スペシャリストは、通常永続的な一般雇用の仕事を選択肢として提供しない。または該当しないため評価不能。</p> <p>2＝就労支援スペシャリストは25％の場合に、永続的な一般雇用の仕事を選択肢として提供する。</p> <p>3＝就労支援スペシャリストは、50％の場合に、永続的な一般雇用の仕事を選択肢として提供する。</p> <p>4＝就労支援スペシャリストは、75％の場合に、永続的な一般雇用の仕事を選択肢として提供する。</p> <p>5＝就労支援スペシャリストによって提供される、ほとんどすべての一般雇用の仕事は永続的なものである。</p>
6. 職場の変更： すべての仕事は職業的成長や発達過程におけるプラスの経験として位置づけられる。就労支援スペシャリストは、適切な場合はクライアントが仕事を終了させ、新しい仕事を探すのを援助する。	V L DOC INT ISP	<p>1＝就労支援スペシャリストは、一つの永続する仕事を用意し、もしそれが終了した場合は必ずしも代わりの仕事を探す援助はしない。または該当しないため評価不能。</p> <p>2＝就労支援スペシャリストは25％の場合に、クライアントが他の仕事を探す援助をする。</p> <p>3＝就労支援スペシャリストは、50％の場合に、クライアントが他の仕事を探す援助をする。</p> <p>4＝就労支援スペシャリストは、75％の場合に、クライアントが他の仕事を探す援助をする。</p> <p>5＝就労支援スペシャリストは、適切な場合にはクライアントが仕事をやめることを助け、他の仕事を探す援助をすべてのクライアントに提供する。</p>

7. 継続・同行支援：事業主とクライアントに対する個別の継続・同行支援が無期限で提供される。事業主支援には、教育と指導が含まれる。クライアント支援には、危機介入、ジョブコーチ、職業カウンセリング、職業サポートグループ、通勤、治療（薬）の変更、ネットワークサポート（友人や家族）を含めることができる。	VL DOC INT	1＝継続・同行支援はない。または、該当しないため評価不能。 2＝継続・同行支援は期限付きで行われ、働いているクライアントの半数以下に提供される。 3＝継続・同行支援は期限付きで行われ、働いているクライアントのほとんどに提供される。 4＝継続・同行支援は就労している期間と同時に並行的に行われ、働いているクライアントの半数以下に提供される。 5＝働いているほとんどのクライアントは、個別化された同時並行的で、柔軟な継続・同行支援が提供される。事業主支援には、教育と指導が含まれる。クライアント支援には、危機介入、ジョブコーチ、職業カウンセリング、職業サポートグループ、通勤、治療（薬）の変更、ネットワークサポート（友人や家族）を含めることができる。
8. 地域ベースのサービス：関係作り、求職活動、継続・同行支援などといった職業サービスが、自然な地域環境の中で提供される。	VL MIS DOC INT	1＝就労支援スペシャリストが地域に出向く時間は10%以下である。または該当しないため評価不能。 2＝就労支援スペシャリストが地域に出向く時間は11～39%である。 3＝就労支援スペシャリスト地域に出向く時間は40～59%である。 4＝就労支援スペシャリスト地域に出向く時間は60～69%である。 5＝就労支援スペシャリス地域に出向く時間は70%以上である。
9. 積極的関係作りとアウトリーチ：積極的な関係作りとアウトリーチ（電話や手紙、訪問）が必要に応じて行われる。	VL MIS DOC INT	1＝就労支援スペシャリストは、最初の関係作りの一部として、または職業サービスへの出席を中止したクライアントに対してアウトリーチを行うことはない。または該当しないため評価不能。 2＝就労支援スペシャリストは、最初の関係作りの一部として、または職業サービスへの出席を中止したクライアントに対して、電話または手紙による接触を1回行う。 3＝就労支援スペシャリストは、最初の関係作りの一部として、または職業サービスへの出席を中止したクライアントに対して1ヵ月以内に、1～2回のアウトリーチ（電話や手紙、訪問）を試みる。 4＝就労支援スペシャリストは、最初の関係作りの一部として、または職業サービスへの出席を中止したときには少なくとも2ヶ月ごとに有期限で、アウトリーチ（電話や手紙、訪問）を試みる。 5＝就労支援スペシャリスは、最初の関係作りの一部として、そしてクライアントが職業サービスへの出席を中止時には少なくとも月1回無期限で、アウトリーチ（電話や手紙、訪問）を試みる。スタッフは、優しく激励しながら異なるレベルの準備性に寛容さを示す。

＊ ＊ 情報源：

VL＝職業記録（Vocational Logs）

MIS＝経営情報システム（Management Information System）

DOC＝記録レビュー（Document Review）

INT＝クライアント、就労支援スペシャリスト、精神保健スタッフとの面接（Interview With Clients, employment specialists, mental health staff）

ISP＝個別のサービス計画（Individualized Service Plan）

図表12：援助付き雇用フィデリティ尺度

出典：Deborah R. Becker and Robert E. Drake, *A Working Life For people With Server Mental Illness*. (2003) OXFORD UNIVERSITY PRESS. pp.187-195. (D・Rベッカー/R・Eドレイク（著）大島 巖他（監訳）堀 宏隆他（訳）「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ」金剛出版2004, pp.214-221.)

（以下は次号に掲載）

注

- 43) 宇野木康子「精神障害者の個別的就労支援方式（IPS）導入をめぐる課題（一）—高齢・障害者雇用支援機構のモデル事業を手がかりに—」熊本学園大学社会関係学会『社会関係研究』、2009年3月、第14巻第2号、pp.105 - 138.
- 44) Deborah R. Becker & Robert E. Drake. (2003). *A Working Life For People With Severe Mental Illness*. OXFORD UNIVERSITY PRESS. pp.15-16. (D・R ベッカー/R・E ドレイク (著) 大島 巖他 (監訳) 堀 宏隆他 (訳)『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ』金剛出版 2004年 pp.31~32およびp.31記載の訳注8を参考。)
- 45) Gary R. Bond, Robert E. Drake, Charles A. Rapp, Neil Meisler, Anthony F. Lehman, Morris D. Bell, Crystal R. Blyler. (2001). “*Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice, Psychiatric Services*”, PSYCHIATRIC SERVICES. Vol.52. No.3, pp.313-322.
- 46) 前掲注45) pp.313-322.
- 47) D・R ベッカー/R・E ドレイク (著) 大島 巖他 (監訳) 堀 宏隆他 (訳)『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ』金剛出版2004年 p.31記載の訳注9を参考。
- 48) 高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター「新たな地域精神保健福祉の動向—日本におけるACT（包括地域生活支援）プログラムでの取組み—」資料シリーズNo.31. 2005年3月p.54によれば、(重症(度)の精神障害者の定義は「統合失調症、感情障害などの診断があるもので、社会関係や日常生活における機能障害があり、頻回の入院歴、数カ月にわたる入院がある者」とされている。
- 49) Eric A. Latimer, Tania Lecomte, Deborah R. Becker, Robert E. Drake, Isabelle Duclos, Myra Piat, Nicole Lahaie, Marie-Sylvie St-Pierre, Claude Therrien and Haiyi Xie. (2006). *Generalisability of*

the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomized controlled trial, British Journal of Psychiatry.189. pp.65-73.

- 50) Robert E.Drake, Gregory J. McHugo, Richard R. Bebout, Deborah R. Becker, Maxine Harris, Gary R. Bond, Ernest Quimby. (1999). *A Randomised Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients With Severe Mental Disorders*, Arch Gen Psychiatry.56,pp. 627-633.
- 51) Tom Burns, Jocelyn Catty, Thomas Becker, Robert E Drake, Angelo Fioritti, Martin Knapp, Christoph Lauber, Wulf Rossler, Toma Tomow, Jooske van Busschbach, Sarah White, Durk Wiersma, for the EQOLISE Group. (2007). *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial*, www. thelancet. com Vol 370, September29. pp.1146-1152.
- 52) Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). *The New Hampshire Study of Supported Employment for People With Server Mental Illnes*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64 (2). pp.391-399.
- 53) 前掲注44) p.23. (p.41)
- 54) Bond, G. R ., Vogler, k. M., Resnick, S., Evans, L. J., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2001). *Dimensions of supported employment : Factor structure of the IPS Fidelity Scale*. Journal of Mental Health. 10. pp.383-393.
- 55) BeckeD. R, Bond, G. R., McCarthy, D., Thompson,D., Xie, H., Mchugo, G. J., et. (2001). *Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. Psychiatric services*. 52. pp.351-357.

- 56) 前掲注 50) pp.627-633.
- 57) 前掲注 52) pp.391-399
- 58) 前掲注 46) pp.313-322
- 59) 前掲注 51) pp.1146-1152
- 60) Tom Burns, Jocelyn Catty, Sarah White, Thomas Becker, Marsha Koletsi, Angelo Fioritti, Wulf Rossler, Toma Tomov, Joose van Busschbach, Durk Wiersma, Christoph Lauber for the EQOLISE Group. (2008). *The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support*, Schizophrenia Bulletin Advance Access published April. 21. pp.1-10.
- 61) 前掲注 49) pp.65-73
- 62) 前掲注 46) pp.313-322
- 63) アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAMHSA) 編/日本精神障害者リハビリテーション学会 監訳『IPS・援助付き雇用：Ⅱ。ワークブック編』日本リハビリテーション学会、2009年、p.7
- 64) 前掲注 44) pp.40-41 (p.58)
- 65) 前掲注 44) pp.80-81 (pp.103-104)
- 66) Robert E Drake, Gregory J. McHugo, Deborah R. Becker, William A. Anthony, Robin E. Clark. (1996). *The New Hampshire Study of Supported Employment for people with severe mental illness*, Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.64 (2). pp.391-399.
- 67) 前掲注 44) pp.9-11 (pp.25-26)
- 68) 前掲注 44) pp.46-47 (pp.64-66)
- 69) 前掲注 44) pp.234-237
- 70) ここでの「援助チーム」とは、最低限、精神の病から回復しつつあるクライアントに対して、援助やりハビリテーションを提供したり調整し

たりする、支援する人たちの中核となるグループのことである。

- 71) Gary R. Bond, Kikuko Campbell, Lisa J. Evans, Robert Gurvey, Alysia Pascaris, Shaleigh Tice, Donato Del Bene and Grant Revell. (2002). *Scale to measure quality of supported employment for persons with server mental illness*, Journal of Vocational Rehabilitation. 17. pp.239-250.
- 72) 前掲注 44) pp.45-75 (pp.63-98)
- 73) 前掲注 44) p.75 (pp.98-99)
- 74) 前掲注 44) p.68 (p.89)
- 75) 前掲注 44) p.22 (p.39)
- 76) 前掲注 44) pp.25-27 (pp.42-44)
- 77) 前掲注 52) pp.391-399
- 78) Leonard I. Stein&Alberto B. Santos. (1998). *Assertive Community Treatment of persons with server mental Illness*. pp.116-121.
- 79) 前掲注 44) pp.27-32 (pp.44-49)
- 80) 前掲注 44) p.34 (p.52)
- 81) 前掲注 71) pp.239-250
- 82) 内容詳細については、Deborah R. Becker and Robert E. Drake. (2003). *A Working Life For people With Server Mental Illness*. OXFORD UNIVERSITY PRESS.pp.183-195. (D・Rベッカー/R・Eドレイク (著) 大島 巖他 (監訳) 堀 宏隆他 (訳)「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ」金剛出版2004年, pp.214-222) を参照。

参考・引用文献

1. Bond, G. R., Vogler, k. M., Resnick, S., Evans, L. J., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2001). *Dimensions of supported employment : Factor structure of the IPS Fidelity Scale*. Journal of Mental Health, 10, pp.383-393.

2. BeckeD. R, Bond, G. R., McCarthy, D., Thompson, D., Xie, H., Mchugo, G. J., et. (2001). *Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island*. Psychiatric services, 52, pp.351-357.
3. Deborah R. Becker and Robert E. Drake. (2003). *A Working Life For People With Server Mental Illness*. OXFORD UNIVERSITY PRESS.
4. Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). *The New Hampshire Study of Supported Employment for People With Server Mental Illnes*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64 (2). pp.391-399.
5. Drake, R. E., Mchugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G., et al. (1999). *A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with server mental illness*. Archives of General Psychiatry. 56. pp.627-633.
6. Eric A. Latimer, Tania Lecomte, Deborah R. Becker, Robert E. Drake, Isabelle Duclos, Myra Piat, Nicole Lahaie, Marie-Sylvie St-Pierre, Claude Therrien and Haiyi Xie. (2006). *Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomized controlled trial*, British Journal of Psychiatry. 189. pp.65-73.
7. Gary R. Bond, Robert E Drake, Charles A. Rapp, Neil Meisler, Anthony F. Lehman, Morris D. Bell, Crytal R. Blyler. (2001). *"Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice, Psychiatric Services"*, PSYCHIATRIC SERVICES, Vol.52 No.3, pp. 313-322.
8. Gary R. Bond, Kikuko Campbell, Lisa J, Evans, Robert Gervy, Alysia Pascaris, Shaleigh Tice, Donato Del Bene and Grant Revell.

- (2001). *A scale to measure quality of supported employment for persons with severe mental illness*, Journal of Vocational Rehabilitation. 17. pp. 239-250.
9. Leonard I. Stein & Alberto B. Santos. (1998). *Assertive Community Treatment of persons with server mental Illness*. pp.116-121.
10. Robert E Drake, Gregory J. McHugo, Richard R. Bebout, Deborah R. Becker, Maxine Harris, Gary R. Bond, Ernest Quimby. (1999). *A Randomised Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients With Severe Mental Disorders*, Arch Gen Psychiatry. 56. pp.627-633.
11. Tom Burns, Jocelyn Catty, Thomas Becker, Robert E Drake, Angelo Fioritti, Martin Knapp, Christoph Lauber, Wulf Rossler, Toma Tomow, Jooske van Busschbach, Sarah White, Durk Wiersma, for the EQOLISE Group. (2007). *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial*, www.thelancet.com Vol 370. September. 29. pp.1146-1152.
12. Tom Burns, Jocelyn Catty, Sarah White, Thomas Becker, Marsha Koletsi, Angelo Fioritti, Wulf Rossler, Toma Tomov, Joose van Busschbach, Durk Wiersma, Christoph Lauber for the EQOLISE Group. (2008). *The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support*, Schizophrenia Bulletin Advance Access published April 21. pp.1-10.
13. D・Rベッカー/R・Eドレイク（著）大島 巖他（監訳）堀 宏隆 他（訳）『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ』金剛出版 2004年

14. アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編/日本精神障害者リハビリテーション学会 監訳『IPS・援助付き雇用：Ⅱ. ワークブック編』日本リハビリテーション学会、2009年
15. 宇野木康子「精神障害者の個別的就労支援方式（IPS）導入をめぐる課題（一）—高齢・障害者雇用支援機構のモデル事業を手がかりに—」、熊本学園大学社会関係学会『社会関係研究』、2009年3月、第14巻 第2号、pp.105—138

資料

1. 高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター「新たな地域精神保健福祉の動向—日本におけるACT（包括地域生活支援）プログラムでの取組み—」資料シリーズNo. 31. 2005年3月

**Issues over the introduction of Individual Placement and Support (IPS)
for people with mental illness (II)**

**— Hints from model of Japan Organization for Employment of the
Elderly and Persons with Disabilities —**

Yasuko Unoki

Abstract

In the first chapter (Unoki, 2009)¹, Assertive Community Treatment (ACT) for people with disabilities in the United States had been introduced. This paper introduces the Individual Placement and Support (IPS) in the United States.

In our country, community transition (discharge of social hospitalization patients) and employment (competitive employment) for people with mental illness is encouraged. Especially, experimental employment support models and community employment support have been caring out. In mentioning if employment support, it's necessary to review the advanced implementation of IPS in the United States. This paper describes IPS and evidence-based fidelity scales used to evaluate the service quality.

1 Yasuko Unoki, "Issues over the introduction of Individual Placement and Support (IPS) for people with mental illness (I) – hints from model of Japan Organization for Employment of the Elderly and Persons with Disabilities – " (in japanese), Kumamoto Gakuen University 's Association for the Study of Social Relations, The Study of Social Relations, March 2009, No. 14, Vol. 2, page 105-138

