
研究から見えてきた、
医療機関と連携した
援助付き雇用の支援の
ガイドライン

伊藤順一郎 編・監修

はじめに

本ガイドラインで述べる、援助付き雇用とは、就労に関する様々な支援を、個別に、就職前・就職後を通じて継続的に行う支援形態です。援助付き雇用は、世界各国での研究で、精神障害をもつ人々が、一般企業の中で仕事をし続けることに貢献する支援であることが分かっています。企業や店舗という、社会の中で働く体験を積むことは、たとえ、精神障害をもっている、ふつうの市民として暮らし、その人自身の人生をとりもどしていく、すなわちリカバリーの過程において重要な課題のひとつと考えます。さまざまな合理的な配慮や個別の支援を受けながらも、保護的な環境ではなく、さまざまな人々と共に地域社会の中で生きていく体験は、人としての成長にもつながる、大切な機会となりえましょう。

本ガイドラインの基となる研究は、平成23年4月から3年間実施された、「『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」（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））です。本ガイドラインでは、この研究活動のうち、「認知機能リハビリテーションと就労支援研究」部分の成果を、研究者、臨床家の協働作業でまとめたものです。ガイドライン作成の過程では読者ニーズを踏まえ、統計的に処理されたデータよりも、研究活動の過程で実施された支援方法など実践に役立つ内容を多く盛り込みました。

医療機関が核となって、精神障害をもつ人々の就労支援に取り組んでいる地域は、まだまだ少ないのが現状です。このガイドラインがひとつのきっかけになり、精神科医療機関でも、就労を支援のひとつの目標とする体制が確立していくことを願ってやみません。

(研究代表者：伊藤順一郎)

研究から見えてきた、医療機関と連携した 援助付き雇用の支援のガイドライン

はじめに	3
------------	---

I 章 医療機関が積極的に関わる援助付き雇用の支援とはどのようなものか	9
--	---

1 節 どのようなミッションをもっているか	9
-----------------------------	---

コラム 1 リカバリーとは / 下平美智代 10

2 節 対象者はどのような人々か	12
------------------------	----

3 節 「医療機関と連携した」の意義	12
--------------------------	----

コラム 2 地域の支援者から主治医に望むこと / 武田裕美子 15

4 節 援助付き雇用の支援特徴にはどのようなことがあるか	17
------------------------------------	----

コラム 3 研究に参加して就労支援担当者として心掛けたこと / 清澤康伸 19

コラム 4 研究に参加して就労支援担当者として心掛けたこと / 小野彩香 21

コラム 5 研究に参加して生活支援担当者として心掛けたこと / 梅田典子 23

コラム 6 研究に参加して生活支援担当者として心掛けたこと / 田口雄太 24

コラム 7 同一機関内における、多職種によるケア会議（MDT）の大切さ / 大島真弓 26

コラム 8 就労支援と職場のメンタルヘルス—ラインケアの重要性— / 相澤欽一 28

コラム 9 ストレングスモデルによるケースマネジメントとは / 伊藤順一郎 30

コラム10 ハローワークとの連携について / 田口雄太 33

コラム11 「就労準備性」について / 山口創生 35

II 章 共通する支援のプロセス 38

1 節 関係づくり、ニーズの把握、アセスメント 38

2 節 プランニング 40

3 節 ニーズに合った職場開拓 42

コラム12 障害の開示・非開示についての話し合い / 小野彩香 43

4 節 就職までの支援 44

コラム13 仕事をするための生活支援とは / 武田裕美子 45

5 節 継続支援（定着のための・後のモニタリング） 46

6 節 企業支援 48

III 章 研究で実施された、3種類の就労支援のタイプ 55

はじめに 55

1 節 就労支援員がデイケアに常駐：就労支援と生活支援を一つの機関で行う 56

2 節 生活支援担当者があるデイケアが生活支援を実施し、就労支援担当者がある就労支援機関が就労支援を実施し、両者が強力な連携を行う 59

3 節 ケースマネジャー（CM）が地域の就労移行支援事業所に常駐：医療機関との連携のもと、就労支援と生活支援を就労移行支援事業所が中心に行う 63

コラム14 支援の流れの事例・地域施設 / 梅田典子 66

コラム15 支援の流れの事例・医療機関 / 清澤康伸・大島真弓 67

IV 章	本研究班研究のアウトカムから見えてきたこと	70
1 節	就労関連指標および臨床関連指標に関する変化	70
	コラム 16 仲介型就労支援の限界 / 山口創生 73	
	コラム 17 認知機能リハビリテーションの意義について / 佐藤さやか 74	
	コラム 18 認知機能リハビリテーションを就労に活かす / 佐藤さやか 76	
2 節	本研究班研究における支援内容の検討	78
V 章	医療経済学的検討	82
1 節	診療報酬制度と障害者総合支援法の報酬対価でカバーされないサービス提供額	82
VI 章	医療機関が取り組むときに利用できる枠組み	87
1 節	デイケアの発展の可能性	87
2 節	アウトリーチチームの可能性	90
VII 章	未来に向けての提言	92
1 節	デイケア、アウトリーチの診療報酬上の評価の再検討	92
2 節	デイケアと地域の資源との相互乗り入れにむけて	93
3 節	全ての人々が社会のリソースとなるような仕組みづくり	94

I 章

医療機関が積極的に関わる 援助付き雇用の支援とはどのようなものか

1 節 どのようなミッションをもっているか

1 一般企業の中で仕事をし続けられることを実現する

障害をもっている、健常な人々と同じ職場で、同じような条件で働くことは、大きくふたつの意義があります。ひとつは、障害をもった人々の社会貢献の機会を広げること。これはリカバリー、すなわち精神障害をもっている、自分の人生や生活をとりもどすというプロセスをその人が歩むうえで貴重な時間になるでしょう。もうひとつは、健常な人々と障害を抱えた人々が、同じ職場で働くことで、お互いの状況を理解することにも役に立つということ。このような体験は、社会からスティグマを減らすきっかけにもなりうるでしょう。

2 就職・就労継続のための支援ばかりではなく、就職前後の生活も支援する

人が仕事をするにあたっては、職場を探す、仕事との相性を吟味する、就職面接の準備をする、職場に慣れるなどの、職場を中心とした行動の支援だけが重要なわけではありません。

そもそも、「精神疾患をもっている仕事にチャレンジしても、大丈夫なんだ」という文化が、当事者が支援を受ける場所に浸透している必要があります。医療機関であっても、「仕事ができる」「市民としての普通の生活をする」ということが、治療や支援の目標としてあたりまえにある、そのような文化を医療者、利用者の両者が共有していることは、前

提として重要なことです。

さらに、職場に遅刻しないといけないかとか、適切な身だしなみや服装で職場に出かけられるかといったことはもとより、睡眠、食事などの日常生活が、仕事に取り組めることができるように整っているか、休日に息抜きができる余裕があるかなど、生活全般が安定していることも就労にあたっては大切であり、それらのことも支援者の視野にははいる事柄です。また、自分の持っている精神疾患や身体疾患のこともどれだけ理解しているか、たとえば、どのようなストレスは避けたほうがいいのか（たとえば、睡眠不足や過重労働など）、症状が不安定になるときのサインやそのときの対処なども、あらかじめわかっていると、職場に臨むにあたって、心強いです。その意味でも、医療的な対処の情報を本人が持ち続けられるように、医療的な支援があることも大事なことです。

さらに、就職をした後の、本人の悩みは、必ずしも職場でのことばかりではなく、家族との折り合いだったり、お金のやりくりだったり、恋愛や友人関係だったりもします。必要があれば、そういう相談にのることも、継続支援の一部とも言えましょう。つまり、働き続けることを支援するには、就労の支援と生活の支援、そして医療支援など包括的な支援が行える体制を準備しておくことが大切なのです。

コラム1

リカバリーとは

「リカバリー」は、医療用語にあるような客観的に観察される「回復」もしくは「回復過程」のことでなく、個人にとっての主観的体験を指しています。この概念は、歴史的には、アメリカのセルフヘルプグループや当事者運動の中で、アルコール依存症や精神障害をもつ当事者の側から提示されてきました。昨今の日本では、精神保健福祉領域のサービスユーザーだけでなく、専門家の間にも広く浸透してきているようですが、医療現場ではあまり知られていないように思われます。

リカバリーは、一人ひとりの主観的体験ですので、普遍的な定義はない、というのが共通認識としてあります。ここではまず、体験者の語る「リカバリーとは」何かについての共通点について紹介したいと思います。

10代で統合失調症との診断を受け、その後、臨床心理士となり、さらに心理学の博士号を取得したパトリシア・ディーガン¹という人がいます。ディーガンは、リカバリーとは「ただ単に安定すること、元に戻すことではない」とし、それは「変

化の過程」であり、「その過程の本質は、自分で方向性を決めていくこと」であると述べています。また、ピアスタッフとなったシェリー・ブレッドソー²は、「リカバリーとは、小さな一歩を踏み出し、可能性の印を感じ、そして道のでこぼこを乗り越えていくプロセス」とし、リカバリーという考え方によって「再び希望を、すなわち、自分で設計した将来に対する信じる希望をもつようになった」と述べています。

ディーガンとブレッドソーが共通して言っているのは、リカバリーはゴール（到達点）ではなくプロセス（過程）であるということです。そして、意思決定をする主体が自分自身であるという感覚をもつということです。日本における IPS 型就労支援のあるユーザーは、『リカバリーする』とは今の私の解釈でいうと、『豊かな人生を [実現する]』ことそのものではなく、『豊かな人生を [めざす] 冒険の舞台に上がる』こと、

つまり自分の人生に対する主体性を回復することなのです」と述べています³。

一方で、リカバリーは精神疾患の経験の有無に関わらず、誰もがその人生のなかで経験しうることであるともいえます。1993 年、初めて専門家向けの雑誌に「リカバリー」の特集を組んだ、ボストン大学精神科リハビリテーションのディレクターだったアンソニー⁴は、「リカバリーはその人の態度や価値観、感情、目標、技術、役割などを変えていく、きわめて個人的で独自のプロセスである」と述べています。

リカバリーは主観的な体験です。「私のリカバリー体験は……」と振り返ってみることで、誰もが「リカバリーとは」何かを、実感できる可能性があると思われます。

下平美智代

(独立行政法人 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)

¹ディーガン・パトリシア：自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー。ブラウン・カタナ（編）：リカバリー 希望をもたらすエンパワメントモデル。pp13-33, 金剛出版, 東京, 2012.

²ブレッドソー・シェリー：ユニークなまなざしとチャンスの数ターピアスタッフの視点から。自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー。カタナ・ブラウン（編）：リカバリー 希望をもたらすエンパワメントモデル。pp34-63, 金剛出版, 東京, 2012.

³岡本卓也：豊かな人生をめざす冒険の舞台に上がる：伊藤・香田（監修）：私のリカバリーストーリー リカバリーと働くこと。pp17-19, コンボ, 千葉, 2013.

⁴Anthony, W.: Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16: 11-23, 1993.

2節 対象者はどのような人々か

このガイドラインで想定している援助付き雇用支援の対象者は、主として、統合失調症、双極性障害、重症うつなどの精神障害をもっている人々です。その中でも、認知機能にある程度障害があるような人々の就職、就労継続にも、役に立ちます。

発達障害などで、対人関係や作業過程に困難がある人も対象になり得ます。

3節 「医療機関と連携した」の意義

1 治療やケアの目標の変更

今まで、「仕事に就く」ことは、精神科医療の中では、治療の目標のひとつとして挙げられることは少なかったのではないかと思います。

それは、疾患の治癒こそが治療の目標であるという考え方が、長い間、医療における発想の中心にあったことと関連があるように思われます。しかし、現代は、一般医療においても、慢性疾患が治療対象の中心になる時代です。「治癒」ということがなかなか望めない疾患を持つ人々に対しては、如何に上手に症状をコントロールして、質の高い生活を維持するかが、課題となっているわけです。重い精神障害を持った人々の治療やケアを考える場合にも、「障害を持ちながらも本人の望む生活を地域の中で行うことが出来るようにする」ことが治療やケアの目標として挙がるのは当然のことでしょう。その選択肢のひとつとして、「一般の人々に交じって働きたい」という本人の希望があれば、その希望を尊重するように計画が立てられるわけです。

この場合、精神医療の側に、次のような変化が求められています。

1) 「生活の質の向上」を、治療目標として、設定する

この場合、「生活の質」を保証するのには、さまざまな領域があります。身体的機能が良いことが生活の質に結びつくこともありますし、心理的安定が同じように結びつくこともあります。就職、結婚などの社会的機能も影響するでしょうし、居住環境などの環境の

要因もあります。支援者は、その人にとって重要な「生活の質」とは何かを対話の中で明らかにして、その実現のための計画を立てることになるでしょう。したがって、これらをすべて医療的関与が満たすわけではなく、他領域との協働の中で治療・支援計画は遂行されることになります。

2) 医療が他機能との結合の中で、包括的ケアの一翼を担う

以上のような形で、治療や支援を考える場合には、「病を治す」ということが、他の領域を犠牲にして突出してなされるべきものという考え方は取られません。生活を続けながら、そして、より良い生活が模索されながら、症状のコントロールも行われるということが期待されます。具体的には、医療スタッフが生活支援や就労支援のスタッフとチームを組んで、本人の希望を真ん中において、治療や支援が実践されます。「症状管理」や「再発予防」などの医療的な課題も「生活の質」を維持、向上するためという文脈で行われるわけです。症状への良い影響と副作用とのバランスを考えながら、たとえば、「仕事を維持するためには、どのような薬物療法が必要か」という考え方が医療者には求められるわけです。

2 なぜ医療機関との連携が必要か（医療機関が積極的に関わるのがなぜ必要か）

精神疾患は基本的には慢性疾患ですから、精神障害者のリカバリーの旅路において、最も長く継続的に利用されるサービスは医療であるといえるでしょう。そして、ある利用者にとって、就労がリカバリーの重要なステップとなっているとき、医療サービスの内容も、それを支援するために最適化される必要があります。医療サービスの中でも大きな位置を占める薬物療法を例に挙げれば、就労の前後を通じて、病状の再燃を予防しつつ、利用者の認知機能や身体的機能への悪影響を最小限に抑制できるように、薬剤の選択や処方量の調整がなされる必要があります。リハビリテーションの内容も、利用者の希望する職種や就労活動の進行に合わせて、想定される就労環境や必要とされるスキルについて、より具体的な場面を想定した内容に変えていかなければなりません。心理的なサポートについても、就労の前後で、内容や程度が様々に移り変わっていく利用者の不安やストレスに対応しなければなりません。さらには、家族や職場に対して、環境調整のための働きかけや心理教育を行うことも必要とされます。

ここで重要なのは、そういった医療サービスを最適化するにあたっての適時性です。就労は、利用者の生活・リカバリーにおけるインパクトが大きい分、病状の不安定さをもたらすことも少なくありません。そこへの対応が遅れると、病気の再燃に至り、結果としてリカバリーを阻害することになりかねません。適時的な対応を行うためには、医療機関が受身の姿勢で関与しているのでは不十分です。積極的に利用者の状況のモニタリングを行い、起こりうる変調を事前に見越して対策を検討し、起こってしまった事態に対しては迅速に対応する必要があります。さらに、現在の我が国の状況として、利用者が生活や就労に関する福祉サービスを受ける際に、医師の診断書や意見書が必要とされることが多いと

いう実情もあります。医療サービス以外の支援の調整に際しても、医療機関が適時的に関わる必要があります。

そしてなにより、医療機関が積極的に支援している態度を維持し表明することで、利用者や家族のみならず、雇用する側の不安の大きな軽減になることは紛れもない事実です。社会全体として精神障害者の雇用経験が不十分な我が国の現状では、必要時に直接医療機関とコンタクトが取れる支援体制は、企業にとって大きなメリットであり、ひいては、精神障害者の雇用を促進する大きな要素となりうるものと考えます。

3 就労支援の立場から医療機関に望むこと

精神障害のある人に対する一般的な雇用管理上の配慮としては、仕事を標準化し必要に応じてマニュアルを整備する、特定の指導者を配置する、分かりやすく・根気よく指導する、成功体験を積んで達成感を持たせる、叱責ではなく具体的な助言をする、定期的な相談の場を設ける、悩みごとには迅速に対応する、同じ職場の仲間として迎え入れる、等々があげられます。但し、このような対応は、実際に行われているかどうかは別にしても、新入社員など職場や仕事に馴染んでいない人にも求められるもので、精神障害のある人に対する特有の配慮とは言えません。

一方、健康管理面の留意点や体調が悪いときの対処法などは、疾患や障害状況により、一人一人異なることも多く、企業には個別の対応が求められます。精神障害のある人が自分自身の疾患や障害を理解し、健康を維持するための工夫や調子を崩しそうなどの対処法を身につけると共に、周囲に求めたい配慮事項などを説明できるようになれば、本人だけでなく、企業も大いに助かるでしょう。特に、合理的配慮の提供義務など、障害に対する企業側の配慮を個別に求める時代になろうとしている現在、疾病管理などに関連したセルフケアの向上は、就労支援においてもっとも重要な支援のひとつになっていると言っても過言ではありません。

ところが、就労支援の現場で相談していると、健康を維持するための工夫や調子を崩しそうなどの対処法、周囲に求めるべき配慮事項などが分からないと話す当事者が少なからずいます。中には、自分の病気がどのようなものかよく分からない、説明をうけたことがないと話す人さえいます。医療機関では、本人に対して病気に関する説明をしていると思われませんが、これから就職しようとしている精神障害のある人が、病気のことがよく分からないと言うのでは、説明の効果がほとんどなかったと言わざるをえません。

当たり前のことですが、「働くのは本人」です。支援者はいくら支援をしても、本人の代わりに働くことはできません。どのような仕事に就こうとするのか、どんな支援を受けるのか、仕事を続けるのかどうか、いずれも本人が決めることです。もちろん、障害があってもなくても、思いどおりの職業生活を送れることは稀で、与えられた条件と折衷をつけて選択するしかありませんが、選択した結果を背負うのもやはり本人です。就労支援では、本人の主体性や能動性が前提になるため、支援の際には、本人のニーズや現状

認識の把握が重要になります。

同様のことは疾病管理などに関しても言えるでしょう。もし、本人のニーズや現状認識を踏まえずに、病気に関する説明を行い、症状を消すことだけに焦点を当てて投薬しても、セルフケアの向上はあまり期待できません。本人の話に素直に耳を傾け、本人が現状をどう考えているのか、これからどうしたいと思っているのか十分把握しながら、病気が日常生活に影響を与える可能性、苦手な場面や体調を崩すきっかけ、体調を崩すときのサインや体調を崩しそうなときの対処法、体調を維持する工夫などを、本人と一緒に整理することが望まれます。

これらのことを整理するためには、病歴や症状以外にも、生活歴や職歴、日常生活の具体的な状況などを把握する必要があります。診察室での限られた時間で、それらのことを確認し、さらに対応方法などを検討するのは難しいかもしれません。そのような場合には、地域の支援機関と連携し、関連する情報を把握してもらい、疾病管理に活かすことをお勧めします。ただ、医療機関の敷居を高く感じている就労支援機関も少なくありません。このため、主治医にお伺いを立てて一方的に情報収集するだけで、医療機関と協同で支援に当たる姿勢が乏しい就労支援機関があるのも事実です。連携を図る際には、協同で支援する必要性を、医療機関からも積極的に就労支援機関に伝えることが望まれます。

コラム2

地域の支援者から主治医に望むこと

就労支援者が医療と連携するときの多くは、利用者の主治医との関わりですが、デイケアや医療相談室のスタッフとの連携も増えており、大切にしています。医療機関のワーカーは、利用者と主治医、利用者と家族、利用者と支援者、それぞれの間という立場で話をしてくださる重要な役割です。困ったときの相談役として頼りにしています。しかし、利用者にとって医療の主役は主治医なのです。そして、地域の支援機関で支援に従事する者は、主治医の患

者に対する方針や考えを正しく知りたいと思っています。支援方針や支援の方向性を共有したいのですが、出来ていないのが現状です。それらを確認するためには直接のやりとりが一番ですが、話し合う場や機会を持つ難しさを感じる場面が多く、苦慮しています。

利用者から聞く主治医の意見は彼らのフィルターがかかっている場合もあり、正しい情報とは限りません。しかし、「主治医の協力ナシでの支援は無理」な方も多く、そのよ

うな場合には唯一話せる場である「外来」に同行し、直接話すことで支援の方向がずれないようにしています。また、主治医に見せる顔が、彼らのごく一部でしかないことも支援の方向性にずれをもたらす一因となっています。患者と主治医の関係は不思議です。元気な姿を見せたり、具合の悪い姿を見せたり、何らかの理由があつての行動なのでしょうが、患者自身がほしい言葉を主治医から得たい気持ちのなせる業と感じています。就労支援に従事しているので、特に「出来る私」を主治医に見せている方を多く見受けます。それを踏まえて対応していただきたい、というのは切なる願いです。

そして、患者にとって主治医の意見・言葉は『最重要事項』だという事を意識していただきたいのです。特に、本人にとって都合のよいこと、望んでいた言葉を得たときは、鬼の首を取ったかのように行動する方もいらっしゃいます。これが支援方針と違う方向性だった場合、とても困りますし、修正困難な事態が起きます。一例ですが、ある利用者が「主治医が、君なら月30万の仕事があるよ、と言ってくれました。そういう仕事を探します」と言うのです。自信を持たせるための言葉だったのかもしれませんが、不用意な発言は、この後の就職活動に大きな影響を及ぼしてしまいました。また、「この仕事が合っていないのかな」も禁句です。働く覚悟ができていないことが、仕事に行かれなくなる原因だったとしたら、仕事の内容は関係

ありません。この言葉は、気持ちがくじけて仕事を辞めたいと思っている者にとって、最大の武器になってしまいます。

このように主治医の発言は、多大な影響力を持っています。医師は医療の専門家として、特に専門性を問われる重要な仕事に従事されています。ですが、地域には多種多様な専門家がいます。医療という守備範囲以外のことは、それぞれの専門家に任せて欲しいというのが率直な気持ちです。「仕事のことは、就労支援の人たちに相談しなさい」と答えてほしいですし、私たちが地域で支援の専門家としての自覚を持って仕事に従事していることを、知っていただきたいのです。

連携するというのは、相手を信頼し、自分の守備範囲以外のことは他の専門家に任せていくことだと思います。しかし、顔をあわせたことも無く、どのような考えを持って支援しているのかもわからない相手を信頼するのは無理です。信頼関係を築き、支援の方向性を共有し、違う立場から利用者の人生を応援していくためにも、顔をあわせて話す機会を持つことは重要です。医師が受け持っておられる患者数を考えれば、難しいであろうことは存じています。積極的に繋がりを持ってくださる医師が多くいらっしゃることも、知っています。が、残念ながら、連携を取れているのはまだ一部にすぎません。私たちも遠慮せずに、もっと積極的に医療との連携を築くよう努力いたしますが、医師の皆様にも

ご協力をいただきたいと願っています。

武田裕美子

(NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド)

4節 援助付き雇用の支援特徴には どのようなことがあるか

1 チームで関わることの重要性

個別援助付き雇用では、就労支援の専門家（ES：Employment Specialist）と生活支援担当者がチームを組んで一貫して個別支援にあたることで、必要な生活面の支援をしながら、本人の望む就職活動を同時に進めていくことができます。このようなチーム支援が行われると、長い時間をかけて生活を整え、その間に準備訓練をし、生活が整ったら就職活動する、という順序は必要なくなります。本人が「就職したい」「仕事がしたい」というタイミングを逃さずに、就職活動が始められるかどうかは、このような手厚いチーム支援があるかどうかにかかっています。そして、この本人の「仕事がしたい」という気持ちは、実際の就職および就労継続に影響します。「仕事がしたい」タイミングで就職活動が始まれば、支援者がいかに本気で取り組んでいるか、利用者本人に伝わります。一度も就職をしたことのない人や何年もブランクのある人は、就職活動が始まると恐れや不安で大きな心の揺れを体験するかもしれません。そのときに、不安や恐れのお気持ちを聴き、支えるのは生活支援担当者の役割となるでしょう。ESは、その様子をみながら、本人が自分の目標を見失わないように就職活動を支える役割を担います。こうしたチーム支援により、利用者は立ち止まったり、時には横道に逸れたりしながら、自分で決めた方向に進んでいきます。

2 就労支援担当者の役割

援助付き雇用の支援においては、就労支援を専門に担うスタッフが不可欠です。就労支援の専門家を Employment Specialist の頭文字をとって「ES」と呼びます。ESは役割の名称であり、専門資格の名称ではありません。精神保健医療福祉領域の知識と経験があれば、前提となる専門資格はさほど重要ではありません。前例として医療機関では、精神保

健福祉士、作業療法士、看護師の有資格者がESとして活躍しています。ただ、専門資格よりも、むしろ就労支援の経験もしくは、一般企業等での就労経験のある人が望ましいでしょう。しかし、ESを雇用する機関にしかるべきトレーニング体制があれば、未経験者でもESになることは可能です。

1) 企業との関係性の構築ができる人

ESの仕事として重要な位置を占めているのが、企業等の職場開拓およびその職場の雇用主あるいは人事担当者との関係性の構築です。一般的に、雇用主も人事担当者も精神疾患の特徴や経過についてほとんど知識をもっていません。知識や経験がないために、精神障害者雇用に不安を持っている場合も多々あります。精神障害の一般的な障害特性について伝えることよりも、精神疾患の経過や予後には個人差が非常に大きいこと、個々人に合った支援を行うために、ESがいるということを企業側に伝える必要があります。そして、ESの一番の腕の見せ所は、利用者個々のニーズや状態に合わせた職場を開拓すること、あるいは既にある求人とのマッチングを行うことです。そして、利用者が自分自身で自分のストレングスやスキル、その他職場に知っておいてもらいたいことを、企業の採用担当者に伝えられるようにサポートします。また、ESは利用者が就職した後も継続的に支援に入ることを企業側に伝えます。そして実際に、利用者本人が望めば、利用者の職場定着が安定するまで、企業側の相談にも乗るなどして、企業側への支援も行います。

2) 「仕事をする」ことに、ハイサポートで挑戦できる人

ESにとってアセスメントはたいへん重要ですが、「判断」(ジャジメント)はなるべく保留にします。アセスメントと「判断」は行為としてはよく混同されていると思われます。たとえば、1年以上昼夜逆転の生活をしており、午後3時にならないと起床できないという利用者が「すぐにでも仕事がしたい」と言ったとします。そのときのアセスメントは、単に、「昼夜逆転の生活が1年以上続いている。就寝時間が不定、起床は午後3時。詳細な生活状況をさらにヒアリングする必要あり。すぐに就職したい理由は何か? さらに聴いてみよう」となります。一方で、「1年以上も昼夜逆転の生活をしており、これを変えるのは時間がかかりそう。すぐに就職は難しいのでは? 就職活動よりもまずは生活リズムを整える必要がある」は、アセスメントではなく、「判断」です。ESの行うアセスメントはより適切で有効な支援のためになされるものであって、ESが利用者に代わって就職活動をするかしないか判断するためになされるものではありません。特に情報が少ない中で判断すると、ESは自分の支援の幅を狭めてしまうことになります。

利用者の「仕事をしたい」という意志に焦点をあててアセスメントを進めていくと、困難に見えることはチャレンジ(挑戦)だとわかります。そのチャレンジが成功するように、就労支援の専門家であるESが存在しているのです。ESのハイサポートな支援は、本人のチャレンジを支える支援であり、これはESの支援者としてのチャレンジでもあります。何が「ハイサポート」なのかというと、ESの支援にかける「時間的な集中度が高

い」ということが一番に挙げられます。就職活動中と就職直後、そして就職後3ヶ月くらいまでは、ESが利用者と行動を共にする時間は多く、それに伴い、ESの一人の利用者にかかる労力は大きくなります。その労力のなかには、利用者と共に考え、行動しながらの利用者の目標に近づくための創意工夫が含まれています。

3) ラインケアに理解がある人

「ラインケア」とは「職場のメンタルヘルス」では、管理職が実施する社員へのケアのことを指します。雇用主は、社員が業務を遂行する際に、疲労や心理的負荷が過度にかかることによって心身の健康を損なうことがないように配慮しなければなりません。ESは、利用者が就職した後も、継続的に利用者本人をフォローしていくなかで、職場のラインケアについてもアセスメントします。そして、必要なときには、人事担当者や管理者に要望を出します。あるいは、企業の側から、ラインケアについて相談された場合には、コンサルテーションを行います。このように、ESはラインケアについての、一定の理解が必要となります。

コラム3

研究に参加して就労支援担当者として心掛けたこと

第一に心がけたことは、企業のことを知るということです。医療福祉の世界は非営利の機関が多いと思います。しかし、企業はそうではありません。営利を追求します。そのギャップを埋めることが就労支援では必要なのではないかと考えました。実際に①もっと企業（営利団体）のことや企業の流れを学んでから就労支援をしてもらいたい、②支援する方たちに企業のことをきちんと伝えてほしい、とハローワークのスタッフや企業の人事担当者の方からもアドバイスを頂きました。企業のことをもっと知るためにダイケアチーム

のスタッフにお願いをして所属機関にいる時間を最小限にしてもらい、それ以外の時間は外に出て企業の担当者やハローワークのスタッフとコミュニケーションをとるように心がけました。また、時間があるときには異業種間交流会にも参加しました。そして、そこで得た情報や私が感じたことをダイケアのプログラムや個別支援の中でメンバーさんに伝えたり、スタッフミーティングの中でスタッフに伝えたりしました（このことをダイケアでは社会の風を運ぶと言っています）。

企業のことを知ることでより企業

の立ち位置に近い形での就労支援を意識するようになりましたし、企業を知るために外に出たことで今の企業が考えている障害者雇用の考えや取り組み、それぞれの企業が抱えている障害者雇用の課題をタイムリーに知ることができました。それが第二に心がけたことにもつながります。

第二に心がけたことが、就労は所属機関の中でなく外の社会で行うことなので就労支援担当者も所属機関の中で就労支援を行うのではなく、もっと外に出て行く方がよいということです。就労を希望しているメンバーさんに対して外の社会抜きで就労支援を行うことは本当に就労支援なのかと思ったので上記に書いたように業務時間の多くを外に出る時間に費やしました。外に出て求人のあるなしにかかわらずいろいろな企業の方から話を聞き、それを就労支援に盛り込むようにしました。

例えば、事務の仕事我希望しているメンバーさんに具体的な事務の種類（営業事務、人事事務、経理事務）やそれぞれの事務ではどのようなスキルが求められ、それはどのような資格があるのかなどを伝えたり、事務の求人を出している企業が求めている人材がどのような人材なのかも実際に企業の担当者から話を聞いていたので本人へ伝えることができます。外に出ることでそのような人事

担当者の生の声を本人やデイケアのスタッフに届けることができるのではないかと思います。そのような役割が就労支援者には必要だと考え、実践するように心がけています。

最後に、精神障害を持った方の就労支援において支援の対象はふたつあるということを中心に心がけて実践しています。ふたつというのは就労を希望する方とその方を受け入れる企業です。就労支援は、就労希望者のみを支援するだけではありません。その方を雇用する企業の支援も必要になってきます。具体的にはリスク時の対応や雇用管理などで支援を必要としています。私は就労支援の中でこの企業支援をとっても大切にしています。それは、企業支援を行う中で企業に精神障害者の雇用のノウハウを構築してもらい、支援者はあくまでも障害についてのフォローを行うという流れをとった方が雇用定着に結びやすいと考えているからです。そのため、デイケアのチームは本人の就労後のフォローをメインに支援をしていますが、私は就労支援担当者として企業側のフォローをメインに支援をするように心がけています。

清澤康伸

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

コラム4**研究に参加して就労支援担当者として心掛けたこと**

就労支援担当者からみて、成功事例の大きな要素は、利用者への「即時性」「精度」、チームとの「共有」です。そして、この3つの要素が成功因子になるために欠かせないものが、「戦略」です。目の前の利用者の希望を場当たりのかなえていくのは支援とは言えず、いかにその即時性、精度を戦略的に考え、進めるかが鍵になると思います。戦略を練るうえで大切なのが、共有から生まれるチームです。

就労支援担当者として、心掛けた「即時性」と「精度」について説明します。

「即時性」とは、ずばり、タイミングです。利用者の方が、こうしたいと欲した時には、すぐにその情報を調べ、提示していく。次に会う時までには必ず情報をいくつか調べました。ずっと就職活動をしていくのはとても負担の大きいことです。週何日か会う中で、月単位で環境の変化を実感できるような提案を心がけました。最初は、就活をする場所に来て仲間と一緒にいること。次は、就労支援の事業所から外に出て歩いて、様々なものを観察すること。そして、事業所の外で就活につながる企業実習などをすること。事業所を戻ると同時にしながらも、「やってみたい！ 動きたい！」に答えられるような行動を提案し、一緒に進めました。

タイミングよく動くことは、信頼関係づくりにもとても大きく作用します。この就労支援のベースとなる信頼関係ができると、利用者の持っている回復力ともいえるレジリエンスが高まり、就活における大きな決断や、負荷に対しても、乗り切れていく力がついてくるように感じます。

次に「精度」とは何か。それは、きちんと応募活動に向き合うことです。書類、面接、身なり、そういった、就活に必要なスキルを妥協しないことです。実際の「型」をしりつつ、目の前の方の「今回の場合」に合わせてアレンジする。これが最も重要なスキルであり、精度になると考えます。型を利用者が知ることは、大事です。そのうえで、アレンジをすることで、初めてアレンジに対して安心が持てます。そして、「今回の場合」のアレンジの中で、最大限その方が素敵な第一印象になるように努力します。身だしなみについては、言いづらいことも伝え、本人と修正していきます。履歴書選びや服装選び、面接での返答での深さ等も同じです。そういった一つ一つに自信がない利用者に対し、一緒に取り組んでいくことが求められます。

今回の研究では、就労支援担当は、生活支援担当者となつがれている状況下で、就労支援に徹して利用者に関わられたことも、大きな成果に

つながったと思います。本研究のように生活支援担当と就労支援担当の共有度が高い環境下で支援を行えることが理想であると思います。チームを組むうえで、互いの役割は言葉ではなく、活動をともにすることで分かり合える面は多く、分かり合えることで利用者へのより良いかわりを想像できることにつながりま

す。その想像の広がり、戦略を立てるうえでとても大事な判断要素になります。今回の研究で確認できた点を今後の支援にも活かしていきたいと思います。

小野彩香

(特定非営利活動法人 Switch スイッチ・センダイ)

3 生活支援担当者の役割

援助付き雇用の支援には、就労支援の専門家である ES だけでなく、生活支援を専門に受け持つ担当者も不可欠です。

1) セルフケアの支援ができる人

自分で自分の面倒をみる、自分が暮らしやすいように工夫する、それがセルフケアです。そのなかには、身だしなみ、保清、食事、睡眠、服薬管理、通院、洗濯や掃除などの家事、お金の管理、公共料金や税金の支払い等々が含まれます。薬物治療の副作用や病状により認知機能障害があったり、陰性症状があると、こうしたセルフケアができなくなったり、しにくくなったりします。生活支援担当者は、就労を目指す利用者本人が自分で自分の面倒を見られるように支援します。利用者本人にとって何がしにくいことで、その理由は何なのか、どうしたらそれを行いやすくなるのか、一緒に考えて、時には利用者ができそうな方法を提案し、モデリング、つまり、「こうやってみるといい」と、支援者がやってみせてから、利用者と同じようにやってみるように促します。そして既にできていることは、そのまま続けられるように支持的なフィードバック（肯定する・ほめる・ねぎらうなど）を行います。

2) ケースマネジメントのスキルが必要

ここでいう、ケースマネジメントは、ストレングスモデルのケースマネジメントを念頭においています。利用者の生活上のニーズをくみ取り、本人の希望から行動計画の策定を行い、支援を実施します。介護保険における仲介型のケアマネジメントとは異なり、プランを立てた支援者が直接支援を実施します。その支援内容には、先に挙げたセルフケアの支援、支持的カウンセリング、通院同行、福祉に関する手続きを一緒に行うこと、役所へ

の同行、買い物同行など多岐に渡ります。このため、ストレングスアセスメントのスキル、パーソン・センタードな個人面接のスキル、コミュニケーションスキル、精神保健医療福祉における知識、関連機関（例えば本人の通院する病院）の専門家と連携するための柔軟かつ共働的態度が求められます。

コラム5

研究に参加して生活支援担当者として心掛けたこと

本研究における利用者の生活支援担当者として私が心掛けたことは、就労支援担当者（以下 ES）と強力なチームを組むこと、そのチームが有効に機能するために多方面と連携を図ること、そしてそれらの支援が全体として利用者本人のリカバリーにつながるものであることです。

ES とのチーム作りは就労支援の核となる最も大切なことです。就労移行の利用者にとっての希望は「就職」です。働きたい理由は人それぞれですが、みなさん「働きたい」という思いで支援機関を利用します。そして利用者にとって自分の希望を実現するもっとも強力なサポーターが ES の存在です。生活支援担当者としては ES と「利用者の希望を尊重する」という同じ価値観をもとに、それぞれの視点から意見を出し合い、方向性を共有しつつ役割を分担するということを一番に心掛けました。

就職活動中、利用者には様々な負荷がかかります。体力面はもちろんのこと、精神面にも大きな負荷がかかります。選考に伴う不安や緊張、

不採用による落胆や自信喪失などの就職活動そのものからくるストレスだけでなく、人生の選択の一場面に際して利用者に関わる周囲の人たちの思いや考えが本人のストレスとなることもあります。それらを乗り越えられるように ES とチームで支援を行うのですが、利用者は「自分のセールスマンである ES にはいいところを見せたい」という気持ちから、不安や迷いといった弱みを ES には見せられないと感じることもあります。そういうときには生活支援担当者が、本人の不安な気持ちに寄り添い、前向きに就職活動に取り組めるようにサポートする役割を担います。また就職してからも、新しい人間関係、生活リズムや環境の変化など利用者が生活面での支援を必要とする場面はたくさんあります。働く生活に必要なセルフケアのサポートはとても重要です。

しかし、生活支援担当者だけでは手が届かないこともたくさんあるため、他機関との協力体制が不可欠です。働く体を支えるためには医療の

協力が欠かせません。経済的な安心が生活の安心につながるため、社会保障制度の活用が必要なこともあります。安定した暮らしのために住宅環境の調整が必要なこともあります。そんな時には行政や他の福祉サービスと連携して支援を行います。このように、利用者の状況に応じ必要な支援を提供するためには、他機関との密な協力体制の構築が重要です。支援者同士が顔の見える連携をとることが役に立ったと思います。可能な限り足を運び、顔を合わせて話し合うことが、利用者が安心して地域生活を送るための大きなサポートチームの形成につながると考えます。

このように、就労支援における生

活支援担当者の役割は、利用者の生活の土台となる職業生活をサポートすることです。それぞれの利用者の生活を時間的にも空間的にも広い視野で見ることが必要となってきます。「就職」という一つのライフイベントの持つ意味を10年20年という長いスパンで考えること、利用者本人だけでなく家族などを含めた生活設計を視野に入れること、職場と家庭に地域を含めた生活の場を考えること、これらの視点が生活支援担当者には常に必要な視点だと思います。

梅田典子

(独立行政法人 国立国際医療研究センター
国府台病院)

コラム6

研究に参加して生活支援担当者として心掛けたこと

本研究で、私が生活支援担当者として心がけたことは、“安心感”の確保です。

利用者が、就労に向けて動く為に必要な要素として、利用者自身の安心感、利用者家族の安心感、地域（関係機関）の安心感が欠かせないと思います。

その“安心感”を確保できるよう、生活支援担当者としてどのような事

ができるかを意識しながら支援にあたりました。

その中で安心感を確保するために留意して活動したことが大きく分けて三つあります。

一つは、医療機関、就労支援員を含めた、家族、地域（関係機関）との密な連携です。

利用者が、就職に向けて活動する中で起きる調子の変化等をスムーズ

に主治医と共有できる様に、定期的な情報共有の機会の確保と、主治医との連絡体制の構築を行いました。その事を本人や、就労支援員と共有することにより、利用者本人、就労支援員が安心して就労に向き合う事ができたように思います。

また、グループホーム等の地域の他機関が関わっている方もおり、ケア会議等でご本人の希望の共有と、それに向けた支援の方向性の共有、各機関の役割の確認を行いました。

そして、家族との連絡も、必要に応じ積極的に行う事で、就労に対しての家族の不安感を軽減すると同時に、利用者の可能性を感じて頂けるよう情報提供を行いました。

医療を含めた、家族、各関係機関との連携を密に行う事で、利用者を中心としたチームを構成し、一丸となって就労に向う事ができたように思います。

二つ目は、一人ひとりのニーズの把握と、それを共有する事です。

就労に向けて活動していく中で、できる事が増えたり、新たな課題が見つかる等、細かいニーズの変動が短時間に起き、不安感が強くなる場合があります。そのような際に、何のために今活動していて、どこを目指していくのかを共に悩みながら共有、確認し、ストレングス志向のフィードバックを行う事で、利用者自身が、現在の位置確認を行いながら自信を持ってニーズに優先順位を

付けて活動できるような支援を心がけました。

利用者は就職活動、就職に伴う様々な刺激がありながらも、その刺激と向き合い、安心感を持って活動する事ができたのではないかと思います。

三つ目は、利用者の力を信じ、伴走する事です。

利用者の希望に向かって行く力、可能性を信じる事で、対象者が今まで周囲の事を気にして行う事ができなかったいろいろな可能性へ、一緒に挑戦する事ができました。

利用者に寄り添い、ストレングスに注目した支援を行う事で、利用者の自信の獲得と共に、行動力が強化され、就労へ向けた活動の活発化につながったのではないかと感じました。

以上の事を念頭に生活支援をしていく事で、利用者一人ひとりに合った、チームを形成し、利用者、利用者家族、医療を含めた支援者共に安心して、同じ方向を向いて活動する事ができ、また就職後の支援も利用者のニーズに合わせ、主となる機関は変わってもチームとして連携しながら、利用者をフォローして行く体制を作る事ができたのではないかと思います。

田口雄太

(特定非営利活動法人 Switch スイッチ・センダイ)

4 ES と生活支援担当者との見解の違いをどうするか

ES と生活支援担当者は、チーム形成の当初、しばしば見解が異なるかもしれません。前述のように、就職活動が始まると、利用者は不安や恐れが強くなり、しばしば活動そのものを休止したいという希望を表明することがあります。そんなとき、ES にしてみれば、それは多くの求職者が経験することであることを知っているため、就職活動の継続をいかに支えるかという視点で、利用者に関わる場合が多いでしょう。一方、生活支援担当者は、利用者が地域生活を安定的に送れることを重視し、病状悪化の懸念から、就職活動をやめる方向で話を進めようとして、ES と見解が食い違うかもしれません。

そんなときに、「本人の人生を尊重する」という軸で、いかにチームとしてのまとまりを持てるかがポイントとなります。生活支援担当者は、就労がリカバリーに貢献する可能性が大きいこと、一方で、病状を悪化させるというエビデンスはないことを知っておく必要があります⁵。また ES は、たしかに就職活動を補助するのが役割ですが、もっとも重要なのは本人が自分で方向性を決めていくこと、それがリカバリーの本質であるということをお忘れなくです⁶。ES も生活支援担当者も自分の考えを利用者に伝えることはできます。ただし、最終的に決定するのは本人です。そこは共通認識として押さえておきたいところです。

コラム7

同一機関内における、多職種による ケア会議 (MDT) の大切さ

「こんなにみんなで考えてもらって、応援してもらえてありがたいです」。初めて多職種ケア会議を実施して利用者の多くの方が口にする言葉です。多職種ケア会議は支援チームと利用者ご本人や場合によっては

ご家族を含む参加者で構成されます。会議の中心となる課題は利用者ご本人の『希望』です。その『希望』『夢』を叶えるために「何をしていくか?」「何に取り組んでいくのか?」をチームで知恵を絞ります。

⁵Drake RE, Bond GR, Becker DR: Individual Placement and Support: an evidence-based approach to supported employment. Oxford University Press, New York, 2012.

⁶ディーガン・パトリシア：自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー。ブラウン・カタナ（編）：リカバリー 希望をもたらすエンパワメントモデル。pp13-33, 金剛出版, 東京, 2012.

す。そして、利用者本人の選択と行動が尊重されます。一見無理と思われるようなテーマでも実現の可能性についてチームで前向きに議論します。その過程で利用者ご本人が現実的な目標にたどり着いていき、積極的にその課題に取り組む姿勢を見せてくれることが多いです。

ケア会議には、作業療法士・臨床心理士・看護師・医師・精神保健福祉士の2職種以上が参加します。時には就労支援担当者や薬剤師・栄養士に参加して貰うこともあります。できるだけ多くの職種が関わることで、多面的なケア会議ができます。参加するスタッフはその専門性に基づいたアイデアを提供するだけでなく、スタッフ個人の経験に基づいた意見も積極的に提供することで、「利用者の希望をチームで叶えるプロジェクト」が進んでいきます。ここで大切なのは、利用者が望んでいる『夢』や『希望』は「もしかしたら叶うかもしれない」とスタッフが信じることです。MDTは決して支援者側が安易に達成できる目標を利用者に納得させるための会議ではありません。『夢』や『希望』に近づくために乗り越えなければならない障壁や課題が目標となります。その目標を共有し、達成のためにチームで役割分担をします。役割は専門性のみによらず、利用者スタッフの関係性やスタッフの職業以外の特性などをもとに分担します。ここでは利用者本人の取り組む課題を具体的に絞り、それを達成するためにチームのスタッフがどんなサポートをす

るのかも具体的に挙げていきます。スタッフの専門職としての経験だけでなく、社会人としての経験なども生かされることとなります。そして、課題を達成していく喜びを得るには、支援チームスタッフ同士の関係性・チームワークがとても大切です。利用者のリカバリーが進んでいくのに伴って、支援チームも成長していくように思います。

MDTではホワイトボードを使って、話し合いの過程を可視化しながら共有しています。グラフィック・ファシリテーションというのですが、この手法を用いることで、言葉の意味合いで誤解が生じることが少なくできます。話し合っていることのテーマを見失わずに会議を進めることができます。利用者自身が今の課題に気づくこともあります。「前進しているな」と確認できることもあります。この記録のコピーは要約したりまとめたりせずにそのまま利用者にお渡しすることにしていきます。皆さん大事に持ち帰ります。チームで真剣に話し合った過程は、その方の『応援団』がいることを確認できる証拠として認識されるようです。

この様に、支援チームは課題を共有しているために、利用者はケースマネジャー以外からも支援を受けることができ、いつでも安心して相談することができます。励ましや賞賛も多く貰うことができます。一方、スタッフは、MDTによってケースマネジャーが一人で抱え込むことがなくなり、安定した支援が提供でき

ます。複数のスタッフが的確な支援のメッセージをその都度、利用者に送ることができています。小さな一言ですが、利用者にとっての大きな安心感であり前進するための力に

なっているようです。

大島真弓

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

コラム8

就労支援と職場のメンタルヘルス ーラインケアの重要性ー

就労支援というと、専門家が提供する障害のある本人への支援に注意が集まりがちです。しかし、職業生活継続の視点から考えると、職場の上司や同僚の本人に対する態度や対応の方が、専門家が提供する支援より重要になることが多々あります。就労支援では、企業が精神障害のある人に対して適切な雇用管理を行えるよう支援することが望まれます。

企業に対する支援は、障害者雇用に関するノウハウなどの情報提供、ジョブコーチ支援のように職場に入り込んでの支援など様々なものがありますが、どのような支援をするにしても、障害のある本人を支援するときと同様、企業のニーズと実態の把握が欠かせません。その点をおろそかにして、一方的に企業にアプローチするとピントはずれの支援に陥る危険があるので注意しましょう。

また、ひとくちに企業のニーズと言っても、経営者、人事担当、現場のトップ、直属の上司、職場の同僚など、立場によって異なる場合があります。企業全体の状況やニーズを把握するためには、一人の支援者、一つの支援機関だけで取り組むのは困難な場合も多く、企業の障害者雇用を指導する立場にあるハローワークをはじめ、さまざまな関係機関と連携しながら対応することが望まれます。

ところで、職場のメンタルヘルスでは、セルフケア（社員自身のストレスへの気づきとストレスへの対処）、ラインケア（管理職や上司などの対応）、産業医や保健師など産業保健スタッフ等によるケア、職場外の専門機関のケア、という4つのケアで考えます。

このうち、ラインケアでは、管理職などに対し、人間関係などを含め

た職場環境の把握と改善、メンタルヘルス不調者の発見と対処を求めています。土田は、不調者の発見と対処について、日頃から部下をよく見て→いつもと違う様子があれば→声をかけ→よく話を聞き（批判はしない・結論は急がない）→必要に応じて社内の担当者や社外の専門家への相談・受診を促すことを指摘していますが⁷、新規雇用した精神障害者の場合にもあてはまる対応といえます。

また、職場のメンタルヘルスでは、一次予防（社員のメンタル不調を未然に防止）、二次予防（メンタル不調者の早期発見と適切な対処）、三次予防（休職者の職場復帰支援）ということも言われます。心の健康問題を抱える社員が増加している現状を考えると、メンタル不調を未然に防止する一次予防は特に重要でしょう。一次予防の柱としては、仕事の進め方や人間関係までを含む広い意味での「職場環境の改善」があげられます。例えば、仕事量や責任

が過重でない、仕事の指示や目標が明確である、いじめや対人葛藤がない、仕事のやり方やペースに意見を言える、上司や同僚の支援がある、といったような職場とそうでない職場では、社員のメンタルヘルスに与える影響が大きく異なるのは容易に推測されますし、新たに採用される精神障害のある人も、このような職場に同じ働く仲間として迎え入れてもらえれば、安心して働けるでしょう。

「そんな職場があるのか」という声も聞こえてきそうですが、職場ストレスにより社員が心身の不調で長期欠勤すれば、企業の損失も増大します。就労支援に従事する人は、障害のある人の就職や職場定着を支援することを通じ、障害があってもなくても、ともに働きやすい職場作りに寄与するという視点を持って支援することが期待されます。

相澤欽一
（福島障害者職業センター）

5 本人の希望をベースにストレングスを生かした支援をすること

1) ストレングスモデルに習熟すること

就職活動を成功させるためには、本人の希望をベースに、ストレングスを生かした支援をすることです。そのためには、ES と生活支援担当者双方が、ストレングスモデルに習熟することが役立つでしょう。

⁷土田悦子：4つのメンタルヘルスケアの推進。事業所内メンタルヘルス推進担当者テキスト編集委員会：事業所内メンタルヘルス推進担当者テキスト。pp29-45, 中央労働災害防止協会, 東京, 2010.

ストレングスとは、その人の強みや長所を指します。ストレングスには特技や資格、学歴だけでなく、実に多様なものがストレングスとなりえます。例えば、住んでいる環境、家族や友人、本人の外見、財産、性格傾向、宗教観、哲学などもストレングスになりえます。「なりえます」というのは、一見、失敗だったと思われる経験も見方を変えればストレングスとなるからです。例えば、Aさんは前職を短期間で退職してしまい、会社に迷惑をかけてしまったと落ち込んでいたとします。しかし、Aさんがその経験を振り返ることができていて、次にはこうしたいという希望を明確に持つことができれば、その過去の経験は、Aさんにとって非常に大きな強みとなります。

コラム9

ストレングスモデルによるケースマネジメントとは

ケースマネジメントでは、まず、本人のニーズを聞くことから、支援が始まります。そこで、古典的なケースマネジメントでは、「あなたのお困りなことはどんなことですか」「どんな助けがあったら、生活がもっとよくなると思いますか」というところから会話が始まりました。そして、アセスメント、ケア計画づくりというプロセスは、「生活の中でどのような困難があるか」を知り、「どのように支援したら、その困難が軽くなっていくか」を考えるプロセスとなっていました。

それに対し、ストレングスモデルによるケースマネジメントでは、「その人の持っている強みを生かして、希望を実現するための方策を考える」という立ち位置をとります。そこで、会話は「あなたが私たちとの共同作業の中で、どんなことが実現出来たら、『一緒に頑張っ

よかったなあ』と思えると思いますか」というような、本人の希望に焦点を当てたところから始まります。その希望の実現のために、今まで工夫してきたこと、利用可能な本人の長所、環境のメリット、あるいは本人の好みや熱意をもって取り組める領域などを知るといふかたちでアセスメントのプロセスが進みます。そして、希望の実現のための協働作業は、どのように進めていくのがよいかという形で、ケア計画が立てられます。その中では、当然、障壁になっていることや、出来ないことも知るようになりますが、どのような助けがあれば障壁に取り組めるかとか、出来ないことを補うためには、どのような環境を用意したらよいかというようにそれへの対策もケア計画のなかに組み込まれます⁸⁾。

このように、ストレングスモデルのケースマネジメントは行われます

が、その前提としてあるのは、「私たちは、自分たちが好きなことや、上手くできること、自分たちにとって意味のあることをする傾向がある」という考え方です。就職に取り組む、何かの技能を身につける、一人暮らしにチャレンジする、など、自分たちの生活を変えたいと考えている人々の支援に、ストレングスモデルは有効です。

なお、ストレングスモデルを実施するにあたっては、支援チームの文化をそれに合うものに変えていく必要があります。「人の希望を大切に」、「どのような人や環境にも、強みがあり、それを見出すことがで

きる」、「選択肢は数多くあり、いろいろな可能性を試すことができる」「町は豊かな資源に満ちている」「小さな成功を喜び、樂觀性を鍛える」などは、チームの文化のなかに育っていることが期待されます。そのために、週1回程度、グループ・スーパービジョンとしてストレングスモデルによるケースカンファレンスをチームで行うなどの習慣をつけることも重要です。

伊藤順一郎

(独立行政法人 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)

6 企業や業種と、本人とのマッチングを重視すること

1) 利用者についてよく知ること

ESは利用者の希望やニーズを踏まえた上で、業種および企業とのマッチング作業を行います。マッチングを成功させるためには、利用者のことをよく理解することと同時に業種の特長や、その業種を営む企業についてもよく知る必要があります。利用者とは複数回の面談を重ね、希望、好み、ストレングス、苦手なこと、これまでうまくいったことやうまくいかなかったことなど、様々な情報を利用者本人や生活支援担当者から得ます。もし本人の許可があれば、家族や主治医あるいは他の支援者からも聴き取りをします。その上で、職種について、利用者本人と話を詰めていきます。

2) その人に合った仕事を探すためには、職種や企業の情報を良く知る必要がある

就職経験のない、もしくは少ない利用者は、職種についての具体的なアイデアが湧かなかったり、知識がないために一つの職種に固執してしまったりすることがあります。そのため、ESは利用者についての理解が深まったら、これは本人の気に入るかもしれない、

⁸Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services 3rd edition. Oxford University Press, Oxford, 2012. (田中英樹監訳：ストレングスモデル：リカバリー志向の精神保健福祉サービス 第3版. 金剛出版, 東京, 2014.)

という職種を一緒に見学に行ったり、そうした仕事についている人に話をしてもらうなどの機会をつくったりします。その上で、そうした実例の中からある職種を本人が希望したら、次は職場選びとなります。利用者本人の居住エリアや希望から、立地、環境、交通手段、職場の大きさなど、ある程度条件を絞って探します。いくつか職場の候補が絞られたら、その企業についてホームページで下調べをした後、実際に訪問するなどして理解を深めます。

7 企業や生活の場、ハローワークなどへのアウトリーチを積極的に行い、リアルな場での支援を心がけること

1) Train then place ではなく、Place then train を心がける

“Train then place” は、訓練してから就労するという準備訓練型の就労支援の方法を指しています。一方、個別援助付き雇用は“Place then train” といって、利用者が就労してからその職場で必要なスキルは身に付けられるように支援します。これは、マッチングが前提ですので、例えば、パソコンスキルのない人がそのスキルの必要な職場に入るとか、プログラミングできない人をプログラマーの仕事につけてそれから訓練するというものではありません。必要な基本的なスキルをその人は持っています。ただし、細かい作業内容やルールは職場に入ってからでないとトレーニングすることができません。これは、看護師やシステムエンジニアなど OJT (on the job-training) 制度を採用している業種の職場の考え方と同じです。ただ、援助付き雇用の対象者は、一般からみると決して高度なスキルが必要ではない職場でも、ES がその職場に入り、その人が職場の仕事を覚えてうまく定着できるまで支援を提供することがあります。障害者を多く受け入れている企業では、職場の担当者がその役を担う場合もあります。

職場定着のための支援を ES が担う必要がなくても、利用者の就職直後から3ヶ月くらいまでは、ES もしくは生活支援担当者は、職場あるいは職場の近く、自宅の近くで利用者と会って、対面で様子を聴き、相談に乗るといこともします。こうした密度の高い支援を提供する期間は、利用者のニーズによって、これより短い場合も長い場合もあります。

コラム10

ハローワークとの連携について

ハローワークには、障害者求人を扱う部門（以下、障害者専門窓口）があります。

障害者専門窓口には、利用者が登録することで、障害者専用求人と、一般求人の両方をその窓口で対応してもらう事ができ、且つ相談にも乗ってもらいながら障害を開示して応募する事、障害を非開示にして応募する事のどちらも利用者の意思で行うという前提のもと利用する事ができます。

私が、ハローワークと連携する際は利用者と障害者専門窓口へ行き、利用者だけでは得ることが難しい企業情報等を詳細に確認したり、ハローワーク職員に対し、利用者の現在の症状の説明を行い、利用者が円滑に応募活動を行えるよう、情報共有等を行っています。

また、障害者雇用を希望する企業から私達に雇用に対する相談があった際に、助成金等の説明や求人票作成までの流れなどの専門的な部分に対して、ハローワークの方にその企業に同行してもらい説明して頂くこともあります。

以上のように、就労支援の基本的な部分としては、ハローワークと連携し、円滑に利用者の希望に沿った、個別性に即した支援を行っていく事が重要になります。

今回の研究事業でハローワーク

との連携で難しさを感じたのは、その障害者専門窓口の利用に抵抗がある利用者に対する支援でした。障害を明かさずに一般の相談スペースのみの利用を希望され、且つご自身で適切な情報を引き出すことが難しかった場合に、どのように情報を聞き出すか、とても苦慮しました。

病院利用者ではあるが、福祉サービスの利用に抵抗があり、且つ障害者専用窓口の登録にも拒否感のある方に対して行う就労支援の場合、窓口同行等の支援が難しい上に、企業情報の確認をハローワーク窓口で行いながら、臨機応変に質問して、必要な情報を取得する事がしばしば困難になるのです。

私が行った支援では、苦肉の策としてご本人の過保護な親族（本人とは似ていなかった為、従兄弟）として、同行を行いました。検索スペースでは連番のパソコンを予約して、利用者と相談・提案しながら検索を行い、相談スペースでも同行し、担当者に企業に対するの質問等を行う事ができました。その際に、窓口の方に「最近、家族同伴いるんですねえ」と苦笑いされたことは、今でも覚えています。

一方、一般の窓口で病気を明かすと、障害者専門窓口に相談に行くように促されるケースもあります。その促しは、打ち明けられた相談員の

対応としては適切なのですが、利用者のハローワークへの信頼を損ねてしまう場合もあり、貴重な就職活動の為に機関を、自分の応援団に加えられないというデメリットが起きてしまう可能性があります。

障害者専門窓口を利用しないという事と、支援を必要としないという事はイコールではないと考えた際に、障害者専門窓口を利用する事であたりまえのようにできていた、ハローワークとの連携、またはそれと同等に近い効果をどのように引き出していかは柔軟に考えていく必要があります。

基本的には、全国のハローワークでのサービス内容に差はない事と

なっていますが、各地域に古くからある地域性等は特色として表れていることも少なくありません。地域のニーズにハローワークが応えていくことで、ハローワークのサービスに差が出ることも少なからずあると考えられます。

それらの事から、セオリー通りの連携を意識して活動していくことはもちろんの事、それ以外の連携方法を今後も模索していく必要があると感じています。

田口雄太

(特定非営利活動法人 Switch スイッチ・センダイ)

2) 家族支援

個別援助付き雇用では、家族支援も重要な課題といえます。利用者が両親等の家族と共に暮らしている場合は、利用者が就職活動をし、就職することに家族も影響を受けます。それは、例えば、利用者の不安などの気持ちの揺れを家族も感じて一緒に不安になる、ということから、利用者の就職活動のためのスーツやカバンを買うための出費、あるいは活動のための交通費などを家族が負担しなければならないということまで様々です。

主に生活支援担当者の役割になりますが、支援スタッフは、家族の不安や不満に耳を傾け、利用者本人の了解のもと、家族に現況を報告し、就職活動や就労継続のために、家族の理解と協力を得ることが必要となる場合もあります。

あるいは、利用者本人の支援に入ることで、家族が抱える複数の困難を知ることになる場合もあります。その場合は、本人や家族と話し合いを持ち、生活支援担当者が家族を他の支援機関や専門家につなぐということもあるかもしれません。

8 就職後の継続支援を行うこと

ES は、利用者が就職し職場に定着した後も、少なくとも1年間は定期的にフォローすることが望ましいでしょう。足しげく本人の職場に出向くことはなくなっても、本人の通

院の際に、病院もしくはその近くで面談の約束をすとか、あるいは仕事の終わった後に、職場や自宅の近くで会うなどします。対面でのコンタクトが難しい場合は、少なくとも電話で様子を訊ねるようにします。

また、ESは利用者の就職先の企業にも支援を提供します。それは、利用者のフォローのための面談も含まれますが、その他、企業からの相談を受けたり、一般的なメンタルヘルスについての情報を提供したりすることもあります。

継続支援には期限を設けませんが、利用者の状況によって、コンタクト頻度を下げ、やがて卒業もあり得ます。そのためには、利用者が職場におけるナチュラルサポートを受けられるように、働きかけることも必要です。ナチュラルサポートとは、本人の職場の上司や同僚からのサポートを指します。職場定着に必要なサポートを全てESやジョブコーチが行うよりも職場の上司や同僚が行うことで、本人と職場の人々とのコミュニケーションも進み、相互理解も深まることでしょう。このナチュラルサポートを促進するためには、ESの、利用者の職場への働きかけが必要になるでしょう。まずは本人の上司や同僚などで実質的に本人の仕事上の相談に乗ったり、助言をしたりしてくれるキーパーソンを見つけることです。そして、ESは利用者とそのキーパーソンとの間をつなぎます。ナチュラルサポートが軌道に乗れば、ESの関わりの密度は低くなっていくでしょう。

ただし、利用者が仕事を辞めたいと言い出したり、近く雇用が打ち切られたりするような状況が発生したら、すぐに連絡をとります。ESは雇用継続のためだけでなく、退職や転職、求職や復職のための支援も実施します。

コラム11

「就労準備性」について

「あなたは、朝からデイケアに来られない」「あなたは、作業所の職員にあいさつもできない」は、支援機関のスタッフが就労を目指す利用者に対してよく口にする言葉ではないでしょうか？ いくつかの文献や就労支援員の話をもとめると、就労（職業）準備性とは、「雇用主が求める、就職前に身につけておくべき生活態度や技術、就労に適した能力な

ど」を指すようです。実際、高齢・障害者雇用支援機構は、文頭の例を含める就労前に準備すべき事柄について「就労移行支援のためのチェックリスト」を作成しています⁹。障害の有無にかかわらず、誰もが希望する仕事に就けるわけではありませんし、希望する仕事に就くためには雇用主のニーズに近づく必要があります。その意味で、就労準備性を高

めることは就職に一定の成果があるかもしれません。しかしながら、精神障害者の就労準備性については、2つの留意点があります。

第1に、精神障害者の就労準備性とその影響について正確に測れる尺度はないことです。つまり、支援機関内における就労準備性の程度が、実際の仕事の際にどのように作用するかは不明です。また、就労準備性にこだわりすぎることは、障害を個人だけの問題として捉えていることにもつながります。国際生活分類（ICF）にもあるように、障害は個人因子だけではなく環境因子（ここでは職場環境）にも大きく左右されます⁹。言い換えると、どんなに就労準備性の高い人でも、職場に恵まれなければすぐに辞めてしまうでしょう。援助付き雇用を取り組み始めた機関の職員から、「すぐに就労できそうと思っていた人がなかなかできず、（就労は）無理と思っていた人が長く働いている」といった経験談はよく耳にするとこです。

第2の留意点は、精神障害の障害特性は症状や状態に波があることであり、症状を薬で抑えることはできても、重い精神障害を持つ方の慢性的な症状や機能を劇的に改善させる支援や治療は世界的にみてほとんどないことです。就労準備性にこだわりすぎると、この事実を忘れて、既存のトレーニングを継続することが

あたかも精神障害者の機能を十分に回復させるような錯覚に陥ることがあります。実際に、私が支援する利用者の中には、就労準備性の欠如を理由として、就職活動までに最低3年半のトレーニングを要する支援プランを提示された方や、そもそも就労支援機関の利用を断られた方がいます。これこそが、就労準備性の問題の本質なのだと思います。個別のニーズとして、実際に働く前に短期間でビジネスマナーを学ぶなどして就労準備性を高めることは有用だと思いますが、多くの場合、就労準備性は長期のトレーニングや求職活動阻止のための口実となりがちです。

就労準備性が整う時期は「本人が就労したい」と言った時という意見もあります。しかし、どんなに本人が望んでも、反社会的な攻撃性や非常に激しい陽性症状がある時に就労支援を行うことは現実的でないと思います。一方で、重大な自傷他害等のリスクがある場合を除けば、就労準備性にとらわれずに就労支援をすることが大切かもしれません。私が思う就労準備性とは、就労先や雇用形態の希望、雇用状況、雇用主、雇用先の体制など個別のニーズに基づく繰り返しのアセスメントの中で把握できる相対的なものだと思います。そして、アセスメントは、長期かつ固定化したトレーニングプログラムの履修や機能の回復を前提とし

⁹ 高齢・障害者雇用支援機構：20「就労移行支援のためのチェックリスト」。高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター，千葉，2006。

¹⁰ 春名由一郎：ICFの職業リハビリテーションネットワークへの意義。職リハネットワーク，52: 38-43, 2003。

て行われるのではなく、求職活動と並行して実施される個別面接等のなかで行われるものと考えています。精神障害者のリカバリーの過程は、右肩上がりの直線とはならないことが多いです。ある一人の利用者を見たときに、就労準備性が高い日もあれば、低い日もあります。絶対的な

基準から成る就労準備性を過信して、一喜一憂しては、就労支援は進まないかもしれません。

山口創生

(独立行政法人 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)

Ⅱ 章

共通する支援のプロセス

1 節 関係づくり、ニーズの把握、アセスメント

1 何をアセスメントするか

就労支援をするうえで、利用者の情報を収集するインテークを含めたアセスメントは非常に重要です。アセスメントで利用者の真のニーズを把握できるかが、支援の質と関わってくると言っても過言ではないでしょう。では、アセスメントはどのように行われるべきでしょうか？ 本節では、就労支援を行ううえでのアセスメントについて記します。

1) アセスメントで得るべき情報

アセスメントで得るべき情報は多岐にわたります。性別や年齢、最終学歴、職歴などの基本事項はもちろん、希望の職種や勤務地、給与、雇用形態を含む仕事の好みやニーズ、そしてストレングス（長所）、仕事に対する動機・理由などの情報は、まず、得ておくべきでしょう。これらの情報は仕事探しの際の大切な糧となります。他方、利用者個人の情報だけでは十分といえず、利用者を取り巻く状況についてのアセスメントも必要です。家族構成や家族の協力体制、他の支援機関の有無、主治医との関係、その他の利用している制度を聞く必要があるかもしれません。場合によっては、その他の環境のストレングスを見いだすことが重要な可能性もあります。

2) アセスメントをする時期・場所

とはいっても、前述の情報を初回の面接だけで、手に入れるのは至難の業です。例えば、仕事経験の乏しい方は仕事のイメージを持つことができず、仕事の好みやストレング

スといっても漠然と「働きたい」という表現をしたりするかもしれません。また、経済的に困っている人は「お金を得ることができれば、何でもいい」と言うことがあります。これは、彼らが仕事に対するモチベーションが低いわけではなく、往々にして本音であることが珍しくありません。こういった方々の半分ぐらいは「この仕事をしてみませんか？」と具体的な問いかけをすると、「はい、やります」と返答するかもしれません。なぜなら、彼の仕事をしたいというモチベーションは本物だからです。しかし、この「はい、やります」は彼／彼女のニーズでしょうか？ この答えを得るには、継続的なアセスメント以外の方法はありません。言い換えると、アセスメントは初回の面接だけではなく、支援初期を中心に繰り返し行われるべきものです。

また、自分自身のことを想像していただければわかりやすいですが、人は場面によって様々な顔を持っています。精神障害を持った個人も例外ではありません。アセスメントを支援施設内でする場合、そこで見えるのは、その利用者が持つ、支援機関内での顔と認識する必要があります。すなわち、支援機関内だけでなく、利用者の家、駅の側の喫茶店、実習先など様々な場面での情報収集が本当のアセスメントであるといえます。特に、仕事経験の乏しい人は、仕事の際にどのようなニーズを持つか自分自身でも想像できない人もいることから、就労（実習も含む）場面でのアセスメントは、その後の支援計画に重要な情報となります。また、先述したように家族の情報は重要なアセスメント項目の一つです。利用者の家庭にアウトリーチをして、家族から直接情報を得ることや利用者とは家族とのやりとりをみることは、就労に限らず、その人を知るうえで大切な情報となります。

3) ストレngths・希望と苦手な部分のアセスメントのバランス

ストレngthsを活かせる職場や希望の職場で働く利用者は、長く働くことができることから、就労支援において利用者のストレngthsや希望をアセスメントすることは最も大切な作業の一つです。しかし、就労支援員は利用者の苦手な点（短所）も知りたいかもしれません。なぜなら、就労という目標には、利用者側のニーズだけでなく、雇用主のニーズを満たす必要があるからです。職場で合理的配慮を得るために雇用主に利用者の得意なことや苦手な点を伝えたり、苦手な部分が強調されないように職場環境を整えたりするなどの必要性もあるでしょう。

しかしながら一般的にいえば、多くの場合、専門家は良いところを見つけるより、悪い点を見つける方が得意です。就労に限らず、支援の基本は希望とニーズに基づくものであり、それに近づく実践手法はストレngthsを強調したものである必要があることは、すでに多くの賛同を得ているところです¹¹。常にストレngthsの発見とそれを活かす支援を心掛けたアセスメントをしていないと、利用者が苦手とするところばかりに注意が向いてしまうことを日頃から意識する必要があります。

¹¹Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services: third edition, Oxford University Press, New York, 2012.

2節 プランニング

アセスメントの情報はプランニングに活かされます。プランニングは就労支援を効果的かつ円滑に進めるためにとても重要です。プランニングでは、喫緊の課題や中期的な目標、将来の到達点（支援のゴール）など、いくつかの段階に分けて整理することができます。例えば、経済的に困窮している人であれば、就労前に、年金や生活保護の利用などの所得保障制度の利用が喫緊の課題となり、制度の利用援助から計画を立てるかもしれません。中期的な目標が、好みの仕事をしてみることであれば、利用者のニーズに合う職場開拓が計画されるかもしれません。そして長期的な目標（将来の到達点）は、一人暮らしができる収入を得ることや正規職員になることなどの雇用形態にかかわるものであれば、やはり最終目標に近づく長期的なプランを立てる必要があるでしょう。

プランニングで最も大切なことは、利用者とともに計画作りをすることです。なぜなら、多くの場合、どのようなペースで支援をすすめ、どの時期に就労をしたいか、あるいは障害者雇用を利用するのか、そもそもハローワークを利用するのかなどの具体的な支援内容は利用者との継続的な共同作業を通して把握できるものです。また、利用者とともにプランニングをする利点は、利用者も自分の進むべき道を理解できる点にあります。

日々の仕事で忙殺されていること、アセスメントで得た情報から時に場当たりの支援をしてしまうこと、プランニングのための特別なツールがないことなどの理由で、支援現場ではプランニングの記録がないことが珍しくありません。プランニングの内容を利用者に明示し、了解を得ることは、支援におけるインフォームド・コンセントの意味合いを持ちます。また、プランニングを記録に残すことで、支援の振り返りが可能となります。効率の良いプランニングの記録方法を模索することは機関としての重要な取り組みとなるでしょう。プランニングの記録ツールの例として、リカバリーゴール・プラン用紙を図1に載せますので、興味のある方は参照してください。

図1 リカバリーゴール・プラン用紙

For _____

<p>私の目標 (これは私のリカバリーにとって達成すべき意義があり重要なこと):</p> <p>なぜこれが私にとって大切なのか:</p>				
<p>今日我々は何をしますか? (測定可能な達成にむけた短期の行動ステップ)</p>	<p>責任者は?</p>	<p>達成予定日</p>	<p>達成日</p>	<p>コメント:</p>
<p>上記の目標は、私のリカバリーにとって達成すべき大切なことです。</p>		<p>私は上記の目標がこの個人にとって大切であることに同意します。我々が面会する際には、私はこの個人が目標に向かって前進することを支援したいと思います。</p>		
<p>_____</p> <p>署名</p>	<p>_____</p> <p>日付</p>	<p>_____</p> <p>サービス提供者の署名</p>		<p>_____</p> <p>日付</p>

3節 ニーズに合った職場開拓

1 障害を明らかにして求職するか、明かさずに求職するか

近年は障害者雇用の法定雇用率が民間会社で2.0%に引き上げになったこと、2018年から精神障害をもつ人々の雇用義務化が求められることから、障害者雇用による求人が増えてきました。本人が障害者手帳を取得し、週20時間以上の勤務を求めれば、障害者雇用枠はずいぶん活用しやすくなっています。

しかしながら、障害を明らかにして就職することに躊躇する利用者や、週20時間の勤務に困難を感じる人々も少なくありません。利用者が障害者雇用枠組みを利用したくない場合は、一般の雇用枠を利用することになります。障害を明かさか明かさないか、どちらのほうが、自分としてより納得できるかは、就労支援の担当者、生活支援の担当者が、それぞれの場合の利点と問題をあげるなどして、利用者が選択をしやすくすることが大切です。

2 どのように職場開拓をするか

基本的に、情報の窓口は、ハローワークになります。就労担当の支援者にとって、いかにハローワークから利用者のニーズにあった企業の情報をえられるかが、ひとつのポイントになります。そのために、窓口の職員や雇用指導官との良好な関係作りは欠かせません。また、合同面接会に利用者とともにいたり、直接企業を訪問し、企業のニーズを知ることが役に立つでしょう。

しかし、なかには週20時間以上の仕事を望まない利用者もおりますし、短期間の集中した仕事を望む人もいます。この場合は、情報誌や折り込み広告、口コミ、店舗の張り紙広告など、さまざまな方面からの情報収集が役に立つでしょう。また、就労支援の担当者は個人事業主をふくめ、近場の企業の人事担当者と情報交換のできる関係を築いておくことが、すぐに活用できる、情報の収集の鍵のように思います。したがって、地域社会の中に、職場情報を集められるネットワークを築く努力や工夫が、就労支援担当者には求められます。

コラム12**障害の開示・非開示についての話し合い**

病気の開示・非開示は、自分で決める。まずこれが、原則ではありません。しかし、医療機関を利用している人々は、就労を目指すまでに回復してきた過程で、本人の支援をしたり、身を案じている人々とたくさん出会います。すると、本人の気持ちや、周囲の助言や意見によって修飾され、「人の意見を取り入れてつくられた考え」に変わっていきます。そのこと自体は当たり前なこと、何においても人が情報を集め、判断するときには、起きうることです。「人の意見を取り入れてつくられた考え」と「本当の気持ち」は区別できないものかもしれません。

支援者が大事にすべきは、「人の意見を取り入れてつくられた考え」を、利用者ときちんと理解することだと考えます。利用者の率直な気持ち、迷う気持ち、周囲から得た情報の量などを知り、利用者の「自分は開示にしたい、非開示にしたい」を受けての、なぜそう思うのかの問いかけは、その方の総合的なアセスメントになります。

もし、開示か非開示かについて、その判断の根拠を自分の考えとしてしっかり述べる事が出来る人がいれば、その人は良い意味で自信が回復していると言えるでしょう。根拠が出てこない人には、多くの質問（例

えば、「一緒に暮らしているお母さんはそのことについて、何と言っているのですか?」、「障害者雇用では、あなたにとって、どんなよいことがあるのですか?」等）を投げかけることで、理解を深めていきます。

開示・非開示のどちらで就職したからといって、ハッピーな就労になるかどうかは、その時点ではわからないのです。実際に就職をしてからも、様々なことがあり、自分の決断がよかったのか迷うことも出てきます。だからこそ、自分がなぜ、今回の就労を開示にしたいのか、非開示にしたいのかを言葉であらわし、支援者と共有していることが大事になるのです。そして、できれば紙に書くなど、可視化したものにする方が、振り返る時によいでしょう。

そのためにも、どうするのがよいのかの話し合いには、充分時間をかけます。支援者は、不足している情報源や体験がないか、じっくりと聴き、知恵を振り絞り、話し合いを深めます。それが、本人との関係づくり、またチームの充実につながっていくのです。

小野彩香

(特定非営利活動法人 Switch スイッチ・センダイ)

4節 就職までの支援

1 生活支援担当の役割

就職活動中の生活支援担当者の役割は、利用者の話に耳を傾け、利用者をよく知るように努め、ストレングスについてのアセスメントやリカバリープランと一緒に立てることで。また、利用者の生活上の困りごとを把握して、利用者と一緒に解決策を見つけて実行することです。その困りごとの中には、経済的な問題、家族の問題、薬物治療による副作用の問題など様々なことが含まれます。そして、就職活動中の利用者の不安や恐れなどにもよく耳を傾け、その気持ちを受けとめ、ねぎらいます。

その利用者の不安のなかには、就労することにより、生活保護がどうなるのか、あるいは障害者年金がどうなるのかといった本人の生活を支える経済面での不安もあることでしょう。生活支援担当者は、こうした働くことによる経済面の変化に関する相談にも乗り、具体的な情報を伝えます。このため、もし、生活支援担当者がそうした知識に乏しい場合は、このことに関するカウンセリングのできるスタッフに対応を依頼します。

2 就労支援担当者の役割

就労支援担当者（ES）は、一人の利用者のニーズアセスメントから職場開拓までを一貫して行います。その間、生活支援担当者とも密にコンタクトを取り、利用者の就職活動を全面的にバックアップします。注意すべきは、ESが前に出過ぎないことです。就職活動をしているのはあくまでも利用者本人です。ハローワークでも企業での面接でも、ESが利用者に行き、ESは少し後ろに下がって利用者を見守ります。ESが利用者の代わりに企業の面接担当者の質問に答えたり、説明することは、その利用者がまるで自分では説明もアピールもできない人であるかのように、面接者に印象づけてしまうことになります。しかし、しばしば、実際の面接場面で、利用者は緊張で何も言えなくなってしまう場合もあります。このため、たいてい、ESは利用者と面接前に打ち合わせをし、面接の練習も行います。他のスタッフ、あるいは他の機関のスタッフ（ほとんど面識のない人）に面接者の役をやってもらい、模擬面接をすることもあります。こうした模擬面接により、利用者の本番での緊張はいくらか和らぎ、本来のその人らしさが発揮されやすくなります。

そして、就職が決まったら、契約が本人にとって不利とならないように、ESは利用者

と一緒に、契約内容を確認したり、スタート時の職場定着までの労働時間や休憩時間など、企業側との調整を行ったりします。

障害非開示での就職活動の場合は、ESは利用者の職場訪問や採用面接に立ち会うことはできません。しかし、求人内容を一緒に検討したり、採用面接の前後に利用者と一緒に様子を確認したり、利用者の相談に応じて、一緒に解決策を考えることができます。

コラム13

仕事をするための生活支援とは

就職活動というハードルを越え、いざ働き始めると、「以前の生活では良かったことや許されていたことでも、勤務の支障となる」という現実と直面する方がいます。その問題はさまざまですが、中でも、『金銭管理』『健康管理（精神面ではない）』『恋愛・異性』の重要性を痛感することが多くあります。そして、これら表面に現れてきた問題の根底にある、『職業人としての自覚・心構え・意識の不足』を考えないわけにはいきません。仕事をするための生活支援は、この『職業人としての自覚・心構え・意識・覚悟』を持ってもらうことを目的としていると思っています。

では、実際にどのようなことが起きてくるのか、就職による生活の変化を考えずにお金を使ってしまった場合を考えてみましょう。働いていない時には、次に収入があるまでの食費と通院・通所への影響が考えられます。「お金がないじゃ仕方ないね。家でおとなしくしていな

い。2～3日食べなくても大丈夫」という場合があったかもしれませんが、働き始めたらそうはいきません。まず、交通費がなければ職場に行けず、欠勤となり、職務の評価、収入に大きく響いてきます。障害者だから大目に見てもらえるなどということはありません。食事に関しても同じです。生きていくための食事は最低限の量を確保していれば良いですが、通勤と労働のできる身体を維持するには、それなりの食事が必要です。フラフラの身体で職場に行っても仕事はできません。『働ける身体で職場に行く』という最低限のルールを守れなければ、社会人とはいえないのです。

健康管理も同様です。今の自分の状態を正しく判断することが求められます。身体的に具合の悪いときでも、精神的な症状や薬の副作用に結び付けて考えてしまう利用者が多く見られます。きちんと原因をみつけ、専門の医師の治療を受けることで回避できるにもかかわらず、「体

調不良」という魔法の言葉を使って、繰り返し不調を訴えていたのでは職業人として失格です。また、毎日の職務によって起こる症状もあります。例えば、店舗のバックヤードで働いている方ですと、手首・肘・腰などに負担がかかってきます。動作・姿勢の工夫などは、支援機関やジョブコーチと一緒に対処できますが、自己判断で我慢をして状態を悪くしてしまい、働けなくなってしまうのでは困ります。清掃・厨房などで働いている方ですと、洗剤の影響があるかもしれません。手指のケアは、面倒で忘れがちですが、放っておくと仕事ができなくなってしまう。これらは一例ですが、それぞれの職務内容により、求められる健康管理があります。『今の状態が自分の職務にどんな影響を与えるのか』を意識して生活することが、求められます。

仕事をするための生活支援は、『仕事をするための生活なのだという自覚を持つこと』を支援することです。『職務に対する覚悟・責任感』への支

援は、ESが適役です。職務そのものをきちんと務めることを支援しています。CMはその土台ともいえる、『職業人としての自覚・心構え・意識・覚悟』を持ってもらうことを目的として支援をしています。

また、仕事をして結婚をすることが、社会人としてあるべき姿と考えている方は多く、それが病気からの回復を周囲に示す姿、周囲に比べて引け目を感じない姿だと感じていたりもします。そのため、仕事に慣れてくると「結婚」を意識しがちです。しかし、仕事も結婚も自身の人生のイベントの一つとして捉え、その時の気持ちに流されずに行動することが重要です。利用者が一時の感情ではなく、行動の優先順位を考え、自分自身で人生設計できることは、大きな目標です。それを共有し、ともに目標点を目指す支援をしていきたいと考えています。

武田裕美子

(NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド)

5節 継続支援（定着のための・後のモニタリング）

1 就労支援担当の役割

援助付き雇用における支援では、利用者が就労したら、そこからがまた新たな支援の始

まりとなります。利用者の就職直後からしばらくは、ESは利用者の職場を訪問し、ジョブコーチとして職場定着を支援する場合がありますし、職場定着支援は職場内の担当者に任せ、ESはときどき様子を見に行き、利用者や担当者から話を聴くという場合もあります。頻度は、利用者によって様々で、職場定着が進めば頻度も徐々に下げていきます。利用者によっては、支援頻度や時間が少ない状態で職場定着が進む場合もありますが、病状や職場での人間関係の問題等で、急に手厚い支援が必要になるときもあります。このため、期限を定めず継続的な支援を行うことが基本となります。利用者が職場に慣れてきて、勤務も安定してきたと本人とES双方が感じるようになって、それから少なくとも半年から1年は定期的にコンタクトをとります。様子をみて、コンタクト頻度を少なくしたり、必要に応じてまた増やしたりします。コンタクトの方法はなるべく対面が望ましいでしょう。ESにとっては、会うことで表情や顔色など健康状態を含め、電話よりも多くの情報が得られるからです。しかし、生活支援担当者が利用者に定期的に対面コンタクトをとっているようでしたら、ESの方は電話でのコンタクトとし、必要時に職場に訪問するというだけでもいいかもしれません。

2 生活支援担当の役割

利用者の就職後の生活支援担当の役割は、定期的にフォローして生活状況や体調を確認し、ストレスマネジメントや体調管理を利用者本人が行っていけるようサポートすることです。ESと生活支援担当者はチームで働いていますので、利用者の職場に交互に訪問したり、利用者の仕事の後に、一緒に面談を行ったりすることもあります。

また、本人の服薬管理や副作用による問題にも配慮し、必要があれば、通院の同行も行います。家族と同居している利用者の場合、利用者の就労により、家族も何らかの影響を受け気持ちが揺れる場合があります。このようなとき、生活支援担当者は家族の気持ちを聴くなどの関わりをして、さらに、本人が家族と離れて暮らすことを希望した場合は、一緒に住居を探し、本人が自活していくための支援も提供します。その他、利用者が仕事や職場にも慣れ、勤務時間を増やすことになったとき、収入が増えることによる、障害者年金や生活保護の変化についても相談に乗り、関係者（例えば生活保護のケースワーカー）と話し合いを持ったりします。

3 障害の非開示の場合の支援

非開示の場合、継続支援としてできることは、利用者とは会社以外の資源へのアプローチです。会社からの実際の情報がもらえないという中で進めていくしかないため、できる限りの情報を集めて、総合的に判断をしていく必要があります。利用者以外の、周囲の人々とも直接確認する機会があれば、さらに良いでしょう。

モニタリング内容として押さえておくべきことを3点あげます。

- ①本人の気持ちの負担度
- ②生活リズムの変化があるかどうか（食欲・睡眠・余暇・家庭環境）
- ③職場環境の変化（人・環境・仕事内容）

例えば、欠勤をして、相談があるという場面で、「先輩にあたる A さんの態度が4月に入って冷たいんです。少し前に、ミスをしたので、使えない奴と思われたんです」と言ってきた人がいるとしましょう。その時に、相手の言い分に共感するだけでは非開示の状態の支援としては不十分です。非開示の場合は、本人の訴えからしか進めないことから、特に多面的に理解できるようにすることが必要です。その時に、①②③を確認するのですが、「職場環境に変化はありませんか？」と質問するのではなく、「3月と4月では異動があったりするけど、どうですか？」など、本人が自分を取り巻く状況の変化を考えられるような質問をした方が正確な情報が出てくると思います。質問を投げかけていくことで、本人もその出来事を客観的に判断する準備ができるのです。①②③を確認していくことで、ネガティブな感情の囚われから、徐々に外から自分を眺めることができるようになることもあります。

非開示での支援は、利用者自身のセルフケア能力を最大限に高める必要があります。就活に至るまでの訓練を含めた過去には、必ず今に活かせるものがあります。継続支援では「過去に学んだこと」と「継続している今」をつなぎ、般化させていけるような支援者の関わりが重要であるといえるでしょう。

6節 企業支援

1 企業の多様な課題とニーズ

精神障害者の就労支援のプロセスにおける企業支援について、池田が臨床経験に基づいて丁寧にまとめています¹²。それを参考にしながら本稿ではまず、企業の多様な課題とニーズを「職場開拓」「利用者の選考」「採用後の定着・継続支援」「離職」のフェーズごとに整理することを試みました。表1にその概要をまとめてあります。

以下では、これらの課題とニーズに対して、私たち就労支援担当者（以下、ES）はどのような方法と姿勢で企業を支援しているのかを再確認し、整理することにしました。

¹² 池田真砂子：職場を支えていく技術。精神科臨床サービス，12：535-538, 2012.

表1 就労支援の各フェーズにおける企業の課題とニーズ

	課題	ニーズ
全フェーズ共通	精神障害のことがわからず、不安。	精神障害について知りたい。
	一般の雇用では想定されない、どのような配慮が必要なのかわからない。	障害に対する合理的な配慮について教えてほしい。
	どのような業務を任せていいのかわからない。	業務の切り出しや創出についてアドバイスがほしい。
	他社がどうなのか知らない。	他社の事例を知りたい。
	障害者雇用促進法や助成金、支援機関の種類や役割がよくわからない。	法律や助成金、支援機関について整理された情報がほしい。
職場開拓のフェーズ	過去の雇用経験や他社の事例でネガティブな印象を持ってしまった。	ネガティブな印象が強いままでは雇用を前向きに検討できない。
	うつで休職中の既存社員への対応に悩んでいる。	うつで休職中の既存社員への対応を優先したい。
	人事は雇用に関心だが、現場もしくは役員がネガティブ。	現場や役員の印象を改善するにはどうしたらいいかアイデアがほしい。
	どのような雇用条件が適切か悩む。	雇用条件に関するアドバイスや事例を教えてほしい。
利用者の選考のフェーズ	面接選考ではどのようなポイントを確認すべきか、どこまで踏み込んで聞いていいかわからない。	面接選考で確認すべきポイントや、質問していいこと、すべきでないことを教えてほしい。
	面接だけでは判断できない。評価方法がわからない。評価ツールがない。	面接以外の選考方法や評価方法のアイデアがほしい。評価ツールがほしい。
	不調になったときのことが心配。	不調時の対応を教えてほしい。
	採用後、支援機関に何をどこまで頼めるかわからない。	採用後の支援機関からのサポートについて内容や期限などを知りたい。
	雇用するつもりで募集しているのに、マッチする応募者が来ない。	どうしたら応募者が集まるのか教えてほしい。人材を紹介してほしい。

採用後の定着・継続支援のフェーズ	各種変更（業務内容や量、就業時間、キーパーソンの異動など）に伴い、本人が不安定にならないか心配。	本人の悩みを聞いて、サポートしてほしい。企業側の改善点を教えてほしい。主治医の意見を知りたい。
	本人の体調が悪い。勤怠が不安定になっている。	本人の調子を確認してほしい。対応についてアドバイスがほしい。主治医の意見を知りたい。
	本人が周囲になじめていない。どのようにコミュニケーションをとり、どのように指導すればいいのか悩む。	コミュニケーションや指導についてアドバイスがほしい。就業現場で直接サポートしてほしい。
	仕事の正確さやスピードが落ちてきている。新たな業務が覚えられない。	本人の調子を確認してほしい。就業現場で直接サポートしてほしい。
離職のフェーズ	本人が離職を希望してきたが、企業としては働き続けてほしいと考えている。	本人の悩みや不満を聞いて、サポートしてほしい。企業側の改善点を教えてほしい。
	唐突な離職希望の理由がわからない。	本人の真意を確認してほしい。
	検討の結果、企業側としては契約更新が難しいと判断した。	円滑な離職手続きをサポートしてほしい。離職後の本人を支えてあげてほしい。

2 企業を支援する方法と姿勢

1) 企業と出会う

ESの支援の、目下の目標は、利用者が就職することです。そのためには、マッチする企業と出会わなければなりません。ハローワークの雇用指導官を通じて企業と出会う場合は割愛し得るプロセスですが、ESが職場開拓する場合は「企業とESの出会い」のプロセスがあると考えます。

開口一番「うちの利用者を採用してください！」と言うのは、お互いを知らない異性にいきなり「付き合ってください！」と申し込むようなもの、よほど運命的な出会いでもない限り好印象ではないでしょう。米国バーモント州のメンタルヘルスセンターであるハワードセンターのESは、企業との関係づくりを「three cups of tea」という言葉で表現していました。ESは企業と出会う際に「一緒にゆっくりとお茶を3杯飲むような姿勢で

臨むとよい」というわけです。具体的には、

1回目（1杯目）：信頼を築く。「私は働きたい人の就職活動をサポートする仕事をしています。貴社はどのような事業内容か教えてください」

2回目（2杯目）：企業をより詳しく知る。「貴社では人材を募集していますか？ その場合はどのような業務内容ですか？」

3回目（3杯目）：自分の希望を伝える。「私がサポートしているのは事情があって仕事の経験がないか、しばらく仕事から離れている人たちです。彼らに貴社の見学や面接練習のチャンスをいただけませんか？」

米国には日本のハローワークと同等の機関が存在せず、日本の障害者雇用促進法ほど強制力を持つ法律もないそうですから、比較すると日本ではもっとダイレクトに本題に入りやすいと考えられます。しかし、この「three cups of tea」は技術というより、姿勢としてESにとって有益なものと思われれます。利用者に対する支援の前提に信頼関係の形成があるのと同様、まず企業のことを教えていただくという姿勢で企業との信頼関係を築いていく姿勢がESには求められているのです。

2) 理解されづらい支援機関を理解してもらうために

読者の多くは、利用者の就労支援の一環として、企業にサービス料を請求することなく企業に就職している利用者の支援にもあたっていることでしょう。しかし、企業の側に立ちますと、そうした支援機関の姿勢を企業はなかなか理解しづらいかもしれません。「企業は無償で社員への支援を受けられるのだからいいではないか、何が問題なのか」と思うかもしれませんが、企業は基本的に無償のサービスに慣れていません。慣れていないだけならまだしも、無償のサービスのクオリティや持続性に疑問を持っていることも少なくありません。あるいは、無償であるがゆえに遠慮してしまい、支援機関を十分に活用できないという心理が働くこともあり得ます。支援機関について詳しくない企業に信頼してもらうために、ESは自分が所属する機関のミッション（および限界）と、無償で企業を支援することが（公的機関ならまだしも、民間なのに）可能な経営的理由、なぜ必要かということ簡潔に説明できる準備をしておくといよいでしょう。

3) 企業と支援機関それぞれの領域と文化

ESは利用者のためにサービスを提供し、利用者の利益のために企業も支援します。しかし、企業は利用者や障害者雇用のために経営をしているわけではありません。「そんなの当然だ」と思うかもしれませんが、特に利用者がピンチのときほど、ESはこのことをうっかり失念しがちです。

たとえば、働いている利用者の言動が周囲を混乱させて、現場の業務全体に支障をきたしているとき、ESは「本人は一生懸命なだけなので、わかってあげてください」と企業を説得すべきでしょうか。現場の業務全体の支障を無視することは合理的な配慮の範囲を超えており、利用者が自身の言動を省みることができるような支援方針を取ることが必

要ではないでしょうか。また、利用者が体調を崩しやすい季節にESが「本人はこの時期いつも体調を崩すので、そうなる前に自発的に休むことを促しました」というのはどうでしょう。それがたとえESの良心による転ばぬ先の杖だったとしても、利用者はESの利用者である以上に、企業の社員です。企業の事情を顧みず、企業に事前に相談せずの支援は良策とは言えません。企業は労働の領域で、支援機関は生活や医療などの企業が踏み込みにくい領域で、それぞれ利用者を支えます。自身の領域には責任を持ち、お互いの領域を安易に侵害しないことが大切ではないでしょうか。

実際の臨床場面では上記2例よりもずっと微妙な判断を迫られることが多々あります。ESは利用者の利益を最大限に考慮することと、企業の文化を尊重してその領域を安易に侵害しないよう熟慮することのバランスを取る必要があります。ところで、企業の文化といっても、それは当然企業によって異なります。ある企業で通用したことが、他の企業で受け入れられないことなどは、日常茶飯と言ってよいでしょう。同一企業であっても、支社・店舗などによって現場の雰囲気は違うものです。ESがバランスを取って、良い支援を続けるためには、日ごろから企業とコミュニケーションを取って、その文化を学び尊重する土台が必要になるわけです。

4) 情報提供にもストレングス視点を

ESが企業を支援する方法の一つは情報提供です。たとえば「精神障害のことがわからないので教えてほしい」という企業のニーズがあります。ESはもちろん正しい情報を提供する必要がありますが、正確さを追及するあまり専門用語を多用した冗長な情報になってしまうと、企業のニーズにこたえたとは言えないでしょう。図表を用いたり、お勧めの書籍や映像作品を紹介したりして、わかりやすさを追求することは大切なポイントです。

また疾病や症状の詳細な記述ばかりでは、企業は「そんなに大変な人なのか」とネガティブな印象に終始してしまうかもしれません。情報提供の目的は、あくまでも企業が精神障害者の雇用にポジティブになれることです。偏った情報や価値観の押し付けはいけません。一般論と好事例とをうまく組み合わせ、利用者のストレングスを十分に伝えられるといいでしょう。会社見学に伺ったり、施設見学にお越しいただいたり、実際に利用者とお話することも有効な手段の一つです。

また、障害者雇用促進法の納付金・調整金や各種助成金などお金に関する情報については特に間違いがあってははいけません。概要を説明できる程度の準備は必要ですが、実際の金額や運用に関してはあいまいに答えず、ハローワークにボタンタッチして各企業の個別の事情に対応してもらいましょう。

5) サザエさんの三河屋さんのように

あるベンチャー企業の社長は、営業課の社員に対して「営業マンはサザエさんの三河屋さんのような御用聞きにならなければいけない」と教えるそうです。その要点は、何らかの要件でクライアントに会ったときに、「ついでに何かお困りでないですか？」と他の

ニーズを確認したり、特別用がなくても時折連絡をしては「お手伝いできることはありませんか？」と様子を伺ったりするということだそうです。この発想は、就労支援における企業支援にも大いに役立ちます。企業が困っているときには最優先でスケジュールを調整して足を運び、そうでなくても電話やメールを活用して細やかに対応するのです。困ったときにいつでもつながる感覚を持ってもらえるように努力することが、よい関係性につながると考えられます。企業も、安心出来る関係性を求めているのです。

ただし、以下のような点には注意が必要です。

①やり過ぎには注意。企業内でナチュラルサポートが形成されつつある段階でお節介を焼くような介入になってしまえば逆効果です。その点は、現場をよく見て企業の話をよく聞いて加減する必要があります。

②企業訪問にあたっては、貴重な時間とコストを割いていただくという意識を持ち、目的が不明瞭な訪問にならないように事前の準備をすること。

③個人の気持ちだけで突っ走らないように。ES自身の所属機関の状況や機能的な限界を考慮して、企業へ赴く時間のやりくりをすることが大切です。ES一人で対応不可能な事象にはチームで対応したり、他機関と連携したりすることも必要です。

6) コンプライアンスと「縁・恩・情」

都市部、とりわけ首都圏のような大都市では、障害者雇用促進法における雇用義務の対象となる企業がたくさんあり、障害者専用求人の方が少なく困ることはあまりありません。ESが関係づくりが出来るような企業は、多くの場合、法定雇用率すなわちコンプライアンスに対する意識が高く、達成に向けて協力体制を組める感覚が得られます。この点、地方都市で就労支援を行う場合と、企業の温度差はかなりあるものと思われる。しかし全般的に言って、ハローワークを通じた精神障害者の就職件数が右肩上がりが増えていること¹³、障害者雇用促進法が大きな役割の一端を担っていることは間違いのないでしょう。

ところで、雇用義務をきっかけに精神障害者を雇用した企業の人事担当者や、実際に現場で指導して下さる社員の方が、コンプライアンスの観点とは別に、本人たちを真剣に応援し、心配し、気遣って下さる場面に多く出くわすという話を、企業と長くお付き合いを続けているESたちから聴くことがあります。その背景にあるものは人それぞれでしょうが、ある人事担当者は、「同じ仕事をするにしたって、他の人にはない、外からは見えづらい苦勞を抱えてがんばっているのだから、どうしたって応援したくなりますよ。胸を打たれるんです」と、担当のESに語ってくださったそうです。体調が悪くなって休んでもどうにか復帰し、不器用でも繰り返し挑戦して徐々に仕事を覚えていく姿に、企業人を感動させる力があつたのかもしれません。また、ある利用者がさまざまな事情で離職

¹³ 厚生労働省：平成25年度・障害者の職業紹介状況等。厚生労働省，東京，2014。（URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000045834.html>）

することになったとき、その人事担当者は「本当に辛い。私たちの何がいけなかったのか。悔やまれます」という気持ちを、担当のESに吐露してくれたそうです。そのESは、人事担当者に離職も本人のリカバリーにとって重要なプロセスであることを伝え、本人が希望する以上、ESが継続してサポートし続けるが、同時に、企業にもぜひ、ここで立ち止まらずに、引き続き精神障害者を雇用して欲しいとお願いをしたそうです。また、あるセミナーで、登壇していた就労支援をしている株式会社の代表は、「縁・恩・情」という話をしていました¹⁴。働きたい若者のために、受け入れてくれる事業主との「ご縁」を最大限に活かして仕事をさせてもらい、若者はそんな事業主に「恩」を感じるようになり、事業主も多少不慣れなところがあってもがんばる若者たちに「情」を抱くようになる、そんな内容でした。

このような逸話からは、社会の側に、ダイバーシティ（多様性）やインクルージョン（社会的包摂）といった概念と体制が確立してきたので、企業が障害者を雇用できるようになったという方向のベクトルばかりではなく、障害者を雇用したことで企業のなかにダイバーシティやインクルージョンになじむ文化が醸成されていくという方向のベクトルがあることが示唆され、そこに可能性があることが感じられます。そのような企業がどんどん増えれば、自ずと社会が変わっていくのではないかと感じられます。大げさではありますが、ESの日常業務はコツコツとそのような流れを作り出すことに貢献できるのではないかと考えるのです。

¹⁴ 株式会社 シェアするココロ代表 石井正宏氏の講演から

Ⅲ 章

研究で実施された、3種類の 就労支援のタイプ

はじめに

1 研究の概要

認知機能リハと援助付き雇用モデルによる就労支援の組み合わせによる支援は、就労支援単独の支援と比べて、統合失調症などの精神障害をもつ人の就労に役立つという海外の報告をうけて、こうした支援が日本においても有効かを確かめることがこの研究の目的でした。そこで、6つの地区で、医療機関、就労支援機関の協力を得て、生活支援と就労支援が密接にチームを組めるようなモデルをつくり、支援を行いました。中核となる機関の特性や、チームの組み方によって、モデルチームは以下に述べる3つの個性をもつようになりました。対照群としては、いずれのモデルでも、一人のソーシャルワーカーが中心となり、月に1回程度、就労支援の相談にのり、その関わりの中で、地域にある就労支援機関につながりという支援の方法を行いました。そして、12ヶ月間の追跡調査を行いました。

2 3つの支援のタイプ

1) 医療機関モデル

医療機関モデルでは、精神科デイケアや精神科クリニックが主たる支援機関となって、就労支援モデルを構築しました。この支援モデルの特徴は、就労支援を主に提供する就労支援員と、医療的支援のマネジメントを含めた生活支援を主に提供するケースマネージャーが同一の医療機関に在籍していることです。

2) 強力連携モデル

強力連携モデルは、精神科デイケアと、日頃から良好な関係にある障害者就業・生活支援センター（以下、なかぼつ）との綿密な連携を通して就労支援を展開するモデルです。具体的には、精神科デイケアのケースマネジャーが利用者に生活および医療支援（場合には就労支援）を提供する一方で、なかぼつの就労支援員が中心となって就労支援を行いました。

3) 地域事業所モデル

地域事業所モデルは、障害者総合支援法下の就労移行支援事業所を軸に据えた就労支援モデルです。この支援モデルでは、事業所に複数の就労支援員が所属しており、医療機関のケースマネジャーが出向する形で就労移行支援事業所に滞在し、医療機関との密接な連携を通して、生活および医療支援を提供しました。地域事業所モデルでは、就労支援と生活および医療支援が、1つの地域就労支援事業所で行われていることが特徴です。

1 節 就労支援員がデイケアに常駐： 就労支援と生活支援を一つの機関で行う

1 医療機関モデル：病院デイケアに就労支援担当者をおく実践

1) 就労支援担当者の導入～就労の可能性に目を向ける

就労支援担当者を受け入れる際に、生活支援のケースマネジャーであるスタッフの意識はとても重要です。この研究を通じて、国立精神・神経医療研究センター病院デイケアでは、「就労の可能性」について改めて多職種ケア会議やスタッフ会議で話題にするとともに、利用者の就労の希望を確認するを行いました。利用者もケースマネジャーも以前は「就労はしたいけど、つける仕事はないだろう」と思っていました。支援者が限界を設定してしまうとその先の可能性はなくなります。チームリーダーは「支援者の知る社会はごく一部であること」を認識し、「知らない世界への可能性を信じて挑戦してみよう」という雰囲気を作っていくことを心がけました。就労支援担当者から障害者雇用の現状やハローワークとの連携スタイルを紹介してもらうとともに、企業の障害者雇用担当者から話を聞く機会を得るなど、企業のニーズについて情報を提供してもらいました。

2) プログラムの見直し

研究活動の中で、就労関連のプログラムを導入し、就労支援担当者は利用者が直接捉えられるようプログラムを担当しました。『論理的思考の練習』『就労に向かう気持ちの準備から仕事を継続していくことを学ぶプログラム』『協働作業とプレゼンテーションを学びつつ興味ある企業について調べるプログラム』『集中力と体力をつける空手のプログラム』などです。いずれも就労支援担当者からの提案を受け入れ、導入しました。また、これらのプログラムが、生活や病気の理解に役立つプログラムが重ならないように工夫しました。就労希望者には、まず就労関連のプログラムに参加していただく様に進めていきました。1つのプログラムではスーツ着用必須です。デイケアの中に違った空気が生まれました。

3) 就労支援担当者とケースマネジャーの連携

就労支援開始に当たって、就労支援担当者が提示したプロフィールシートにケースマネジャーが就労希望の利用者のこれまでの経過や背景を記入し情報提供をするようにしました。求人情報の展開はとても早く、アウトリーチ活動の多い就労支援担当者でケースマネジャーの情報共有はなかなか難しく、会社や家族からの求めにすぐに対応できない状況もありました。そこで、『就労支援専用の電話相談ノート』に記録するようにしました。求人や実習の情報は専用のファイルに保管し、共有しました。また、毎朝のスタッフミーティングで就労支援の情報や利用者の状況などを確認する時間を必ず持つようにしました。就労支援担当者にはなるべく多職種ケア会議に出席できるようにしてもらいました。就労の継続支援はケースマネジャーが利用者からの電話や受診時の多職種ケア会議や担当者の面接で主にフォローします。必要に応じて職場訪問もしました。

4) チームリーダーの役割

就労支援担当者の利用者への対応は時にケースマネジャーから見てかなり厳しく映ります。これにより、利用者が不安定になると、生活支援のケースマネジャーは就労支援担当者を責めがちとなります。「利用者でなく企業側にたっている」と感じることもあります。この時に、『職場で想定される様々なプレッシャーに対する反応の一部が観られている』ことを意識できると、ストレス対処や生活面での評価と支援の幅が広がります。チームリーダーはこの視点でのフィードバックを心がけました。就労支援担当者には企業側の状況を『社会の風』として運ぶ役割があります。ケースマネジャーは利用者に寄り添い、挑戦への決断を応援し、必要な装備に知恵を絞る役割があります。チームの目的は利用者の夢の実現であること、選択権は利用者にあることが意識されるよう、チームリーダーは多職種ケア会議の提案やスタッフのサポートを心がけました。

5) 効果と課題

病院のスタッフは医療業界以外の社会に疎いです。社会には様々な業種・業態があり、利用者の希望に添って就労支援が可能です。これまで、『安定していること』を目標にし

ていたデイケアの支援は、就労支援を積極的に進めることで『動揺することを前提としてこれに適切に対処できること』が目標になりました。結果的に利用者の適応能力を向上させることとなります。デイケア内でのプログラムや行事、日常的な利用者間での交流などを就労に繋げる視点が加わりました。今後は、就労して生活保護から脱却していく過程で経済的に安定した生活設計を建てる支援が重要になってくると思います。

就労支援担当者はアウトリーチ中心の業務です。現在の施設基準では病院の収入に直結していません。1名でプログラムと、アウトリーチをする形は限界があり、就労支援担当者の性別・興味や指向性によって得意な業界・企業もあると思います。複数名の就労支援担当者が必要です。そして容易に瞬時に情報共有できるツールもあるとよいと思います。

また、現在は企業の障害者雇用率に貢献する支援となっていますが、もっと小規模の、労働力が低下している町の商店や工場・農家など地元への貢献も進めると、障害をもったものの就労の可能性も広がると思います。

2 医療機関モデル：診療所に就労支援担当者をおく実践

千葉県流山市にあるひだクリニックでは、開院当初の2006年からクリニック内に就労支援部（当初は、デイケア内に就労支援室）を持っており、就労支援を専門に行うスタッフを置いてきました。当時から特別なシステムを作った意識はなく、体調についての相談はA看護師、デイケアのプログラムや人間関係の悩みについてはB作業療法士、年金や障害者手帳などの制度の相談はC精神保健福祉士、栄養・体重管理の相談はD栄養士という相談内容で担当を決めるシステムだったことから、就労の相談であれば就労支援に詳しいスタッフ（就労支援部）という流れになりました。

現在、クリニックには外来・デイケアを含め、2名の就労支援担当者がいます。相談内容は、これから働きたいけれどどうしたらいいかという相談から、現在働いている職場での問題の相談、休職から復帰するための相談など、就労に関する全般になります。本人が直接、就労支援担当者に相談予約を入れることもあれば、診察の時に主治医に就労相談を受けたい気持ちを伝え、主治医から就労相談のケア・オーダーが出る場合もあります。

担当スタッフは、「働くとは、労働力を提供して対価を得ること」を確認したうえで、本人のニーズを聞き出します。すぐに就職活動に入るケース、デイケアの就労プログラムに参加するケース、地域の就労支援機関につなげるケースなど、いろいろな方法を一緒に考えていきます。いずれも最終的には本人の「働きたい」につながる支援をしていきます。

働きたいと相談に来る人の中には、主治医がまだ働くのは無理だろうと考えている人もいます。その場合には、直接スタッフが、主治医がどうしてそう判断しているのかを確認し、どうしたら本人の希望をかなえられるのかを相談することもあります。

支援者が就職活動にどこまでかかわるかは人によって違います。就労支援を受ければ支援者が就職まですべてお膳立てをしてくれると期待してくる人もいますが、働くのはあく

までも本人です。自分で就職活動して困ったことを支援してもらうようにすることで、自分の力に気づくきっかけにもなります。

病気や障害を開示するかどうかは本人と決めていきます。障害を開示して働く場合には、「あなたがその企業の障害者のイメージをつける可能性もある」ことも伝えます。何がやりたいかわからない人には、あえて障害を開示しない就職活動を勧めることがあります。もし、仕事が合わなくて辞めた時、障害開示では「精神障害者は長続きしない」になってしまいますが、非開示であれば「今の人は長続きしない」で済むからです。いろいろな経験をしてやりたいことが見えて来た後で、障害者雇用で長く働くことを目指す人もいます。

企業の面接に同行する時には、支援者は応募者の紹介をするのではなく、自分たち医療機関が応募者を支援していることのメリットを企業に伝えるようにしています。

就職後も支援は続きます。クリニックは夜8時まで診療し、日曜日も診療しているので、平日の仕事が終わった後や仕事のない日曜日に相談することが出来ます。職場で起きた問題を一人で抱えることなく、出来るだけ早く解決して長く仕事を続けられるようにしています。また、日曜日のデイケアには、就職している人向けのプログラムもあり、病気や障害を持って働いている人同士が話せる場を提供しています。

クリニックに就労支援担当者があることで、患者さんも、主治医をはじめとするクリニックスタッフも、相談内容が就労とわかれば担当が誰か明確になります。企業もハローワークも地域の支援機関も窓口がはっきりするため連携が取りやすくなります。特に、企業とは採用後も対応の仕方など困ったことの相談を受ける体制をとっているため、信頼関係が構築されやすく、一度採用していただいた企業から、2人目、3人目が採用されることも増えてきました。

2節 生活支援担当者があるデイケアが生活支援を実施し、就労支援担当者がある就労支援機関が就労支援を実施し、両者が強力な連携を行う

1 強力連携モデル：同じ法人内での連携の実践

1) これまでの就労支援の形

長岡ヘルスケアセンターは、昭和10年に開設、病床数441床を有する単科の精神科病院です。同じ法人内には、多機能型事業所、自立訓練事業所、相談支援事業所などの施設

があります。就労を希望する人は、これらの施設やデイケアを利用しながら、ハローワークに相談に行き、という仲介型の支援が中心でした。

平成21年4月には、同法人内に、精神科病院を持つ法人によって運営されるものとしては京都府内での唯一の障害者就業・生活支援センターが開所され、就労支援の中核を担うようになっていました。

2) 研究にあたって構築された就労支援の形

対象者それぞれに対して、デイケアスタッフを生活支援担当のケースマネージャー、障害者就業・生活支援センター（以下、センター）のスタッフを就労支援担当者として支援チームを形成しました。これまでも連携を行うケースはありましたが、基本的にはセンタースタッフが就労面・生活面を包括的に支援していたのに対し、支援チームとしてデイケアスタッフとセンタースタッフの両者が密に連携を行いながら継続して支援を続けるという点が、これまでとの違いでした。

3) ポイントは“強力な連携”

研究で行われた、他の2種類のタイプの就労支援では、同じ施設内に就労支援担当者と生活支援担当者がいるのに対し、このタイプは支援者の所属施設が異なることが特徴です。そのため、他のタイプに比べて、連携を強く意識し、支援者同士でこまめに連絡を取り合って支援にあたるのが重要となります。その点、同じ法人内の施設であれば、支援者同士が顔を合わせる機会も多く、チームとして動きやすい利点があります。

精神障害を抱える人の支援は、医療的な支援から就労支援へと必ずしも段階をおってスムーズに進むものではなく、両者は同時に、時には行ったり来たりしながら進むものです。これまでの就労支援の形においては、就労を目指す利用者が精神症状の悪化などのために一時的に就労支援を中断してしまうと、そのまま途切れてしまうケースも少なくありませんでした。センタースタッフは面談だけでアセスメントせざるを得ない場合も多く、退院直後であったり、症状がまだ不安定という情報があると就労支援を始めること自体に慎重になってしまうこともあります。しかし、今回のように医療機関における担当者（デイケアスタッフ）もチームに入ると、利用者の病状やストレングスなど多くの客観的情報が得られるため、アセスメントにかかる時間を短くして具体的な就職活動に早く移行できたり、利用者の状態に関わらず継続した支援を行うことができたというのが大きなメリットです。

今回の研究対象者のなかには、まだまだ病状の安定していない人や認知機能障害のある人、就職したいとは言っている具体的なイメージがない人など、決して就職に近いとは言えない人も多くいました。これまでのような仲介型の就労支援では紹介した先の就労支援機関で「まだ就職は先」と言われ、支援につながらなかったかもしれません。しかし、チームで支援を行った利用者は、就職活動のペースは人それぞれであったものの、少なくとも途切れることなく支援は継続し、そしてほとんどの人が就職につながりました。

4) 課題

このような就労支援のタイプは、新たにデイケアに就労支援員を配置したり、就労支援機関に医療との連携係を配置する必要がなく、医療機関が行う就労支援として取り掛かりやすい形であるといえます。一方で、体制自体は従来と変わらないため、支援者それぞれの意識や質に大きく影響されてしまうということが課題となります。通常、デイケアスタッフは通所されている利用者に対する支援が業務の中心であり、さらに就職して退所となった利用者の支援にまで関わるとなれば負担は増えることになります。また、センタースタッフも多くの就労希望者を担当するなかで、例えば調子を崩して就職活動を一時中断している利用者についてデイケアスタッフとこまめに情報共有をするとすると、連絡を疎かにしてしまいがちです。今回の研究では、支援の中心がセンターに移った後も定期的（2週間～1ヶ月に1回）にデイケアで近況報告会を行ったり、就職決定後のケース会議にはデイケアスタッフも参加する、病状が不安定でセンターの利用が中断していてもセンタースタッフは2週間に一度はデイケアスタッフと連絡を取り、情報共有をするなどを心がけました。このように、支援者がチームで支援することを意識し、常に「ちょっとがんばる」という姿勢が維持できるかが、成功の鍵と言えましょう。

2 強力連携モデル：医療機関の中の生活支援担当者が就労支援も行い、かつ地域の就労支援機関とも連携する実践

1) これまでの就労支援の形

帝京大学医学部精神科デイケアでは、今回の研究に参加する以前からデイケアスタッフが就労支援の一部を担当し、地域の就労支援専門機関と連携しながら「働きたい」という利用者の希望をかなえてきました。

2) 研究により構築された就労支援の形

研究開始後は従来のデイケア利用者だけでなく、外来で就労を希望する方のためにショートケアを利用した就労支援を試みました。

3) 結果と課題

支援の結果、8人中2人の方が就労を実現することができ、就労しなかった方々も研究期間終了後に就職したり、職場実習などを経験されています。研究参加者の方それぞれの支援の経過については、本研究班の報告書に詳しく記述していますので、こちらも参照してください。

ところでこれまでの私たちの経験を踏まえると精神科デイケアでは、日常生活の困難を把握し、その改善を目指しつつ、一般社会での生活設計を一緒に立てていくことが行われていますが、医療機関であることから、次のメリットがあります。

- 1) 精神症状と日常生活の関係を把握し、薬物療法などの専門治療の工夫とともに、症状の日常生活への影響も把握することができる。
- 2) 上記を踏まえて、当事者の障害の理解と自己対処法の獲得を進めていくことができる。
- 3) 集団療法、作業療法、SSTなどの専門治療により、日常生活の障害を改善するとともに、仕事をしていくうえでの社会生活の力を把握することができる。
- 4) 個人支援のケアマネジャーが一貫してかかわる中で、就労や就学を目指して共同作業することで、社会に出てからの困難を一緒に乗り越えていくだけの関係性と方法論を構築することができる。

一方では、医療機関であることによる限界があります。

- 1) 診療報酬の規定が基本的に医療機関で行われるサービスを前提としており、ハローワークなど医療機関外での支援をする体制的な裏付けがない。具体的には、デイケアスタッフが外部に出向くことで、デイケアの診療報酬が請求できなくなる可能性があるし、外部での活動にほとんど診療報酬がつかない。
- 2) 複雑な就労支援制度について必ずしも熟知していない。
- 3) 企業文化やそこでの支援の経験に乏しい。
- 4) 実際の職場での就労能力の評価が十分にできない。

医療機関のメリットを生かしつつデメリットを補うためには、就労支援専門機関との緊密な連携が必要になります。連携が実際に有用でよい就労支援サービスとなるための工夫を下記にまとめました。今後就労支援に取り組もうとしている医療機関の参考になればと思います。

- 1) 双方のスタッフ同士が個人的につながりを持ち、信頼関係を築けるように、日常的に連絡を取り合ったり、相互の職場訪問を行っていく。立場の違いを乗り越えるためには、ちょっとした疑問もこまめに話し合う雰囲気が必要。
- 2) 前記のことはいくつかのケースと一緒に試みる中で成し遂げられていく。特に成功体験と一緒に共有することが役立つし、双方のスタッフがどのように貢献できているかを認識しあうことが大切。
- 3) 双方の機関の置かれている立場の違いへの理解が必要。デイケアでどのようにリハビリテーションを行っているかを体験する、デイケアスタッフが一緒に職場訪問し、職場ではどのような困難があるかを理解する、など。
- 4) 医療機関と就労支援専門機関で、誰が主たるケアマネジャーで全体のサービスを統合するかは個別に話し合っていく。特に就労維持の段階では、外来主治医、デイケアスタッフ、就労移行支援機関スタッフのいずれもケアマネジャー

になる可能性がある。生活支援は医療機関に、仕事の支援は就労支援専門機関に、という縦割りの分担は必ずしもうまくいかない。つなぎ目のないサービスを提供するには、個別にサービスの調整を図ることが重要。

3節 ケースマネジャー（CM）が地域の就労移行支援事業所に常駐：医療機関との連携のもと、就労支援と生活支援を就労移行支援事業所が中心に行う

1 地域事業所モデル：仙台モデル

1) これまでの就労支援の形

スイッチ・センダイ（以下スイッチ）は平成23年6月にIPSの理念を取り入れ、精神障害に特化した就労移行支援事業所として開所した為、23年12月からスタートした研究事業前後の違いは基本的にはありません。

2) 研究にあたって構築された就労支援の形

仙台モデルでは、第一クール5名、第二クール3名の利用者が介入群として参加しており、病院所属の生活支援担当者が就労移行支援事業所であるスイッチに常駐し、就労支援員と共に就労へ向けた活動をしていく中で、生活支援担当者が全体の環境調整を行いました。

スイッチは就労支援が中心の場であり、そのような場で生活支援が行われることで、利用者の希望する就労に対して必要となる主治医との円滑な連絡体制と環境調整を行った事が大きな特徴だと思います。

就労支援の現場では、医療との連携がうまく行かず、就職活動中に生じる負荷での体調不良や、そこから来る就労不許可、勤務先からの体調面の相談に答えられない等の課題が多く見られますが、病院所属の生活支援員が常駐することで、主治医の意向確認や、危機的状況の早期発見、介入をスムーズに行い、就職とその継続をする事ができました。

3) ポイントは“連携ではなく、チームを意識”

スイッチの中で生活支援員を中心に主治医や、就労支援員、その他各々に合わせたりソースとチームを意識した支援体制を構築する事が大きなポイントだったと思います。

就労支援員が行った事としては

- (1) 生活支援担当者との緊密な連携（情報共有等）
- (2) 利用者の希望に沿った個別の対応
- (3) 企業との連絡調整

生活支援担当者が行った事としては

- (1) 主治医と週に一度の情報共有と危機介入時の直接連絡
- (2) 利用者の環境調整
- (3) 必要に応じて利用者宅や、利用者宅近くへのアウトリーチ

各支援員が役割を持ち活動しながら、積極的に医療機関や周囲のリソースとの方向性のすり合わせや、情報共有等を行いました。

詳細としては、週1回～月1回（利用者の活動状況に合わせて変化）の主治医と直接行う情報共有の機会を設けました。その事によって、受診時に利用者の状況に寄り添った診察ができる。利用者の状況を細かく共有する事で、医療、福祉等様々な視点からの調子の確認を行う事ができました。

また、異変があった際にスムーズに主治医に連絡ができたり、受診時に異変を感じた主治医が直接連絡をとれる体制を作る事で、各関係機関が同じ方向性を持ち、就職活動を行う事で変化が起きやすい利用者を一丸となってサポートしていく事ができたのではないかと思います。

4) 課題

障害福祉サービスを利用していく上で、相談支援事業所を中心としたケアマネジメントが進められていく中での、各々の機関の役割が今まで以上にはっきりしてくることになります。

スイッチでは、日頃から医療機関との連携や、他機関との情報共有等を心がけて支援にあたっていますが、本人が就労を希望していても、他の機関が難しいと感じていたり、異変があった場合に、医療機関との情報共有に時間がかかる等、もどかしい思いをすることがあります。

今後はどのように、“従来行われている連携”を“利用者を中心とした一つのチーム”として成熟させていく事ができるかが、利用者に寄り添い、利用者が安心して就業生活を送る上での課題になると考えています。

2 地域作業所モデル：市川モデル

1) これまでの就労支援の形

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド（以下ビルド）は、2009年12月の設立当初から、IPSモデルを利用者の就労支援体制に組み込んできました。ビルドは障害者総合支援法（設立当時は障害者自立支援法）下の就労移行支援事業として、精神障

害者の就労支援を実施しています。2011年4月、当研究班発足当時のビルドのスタッフ配置としては、就労支援専門家（Employment Specialist：以下ES）7名、事務担当者1名、およびサービス管理責任者1名でした。サービス管理責任者は生活支援担当も兼任していました。本研究事業で、市川モデルを整備する前に、ビルドではIPS型就労支援に取り組んできた経験という確かな基盤がありました。このため、研究事業で市川モデルを整備しようという当初、ビルドを大きく変える必要はありませんでした。ただし、ビルドには専任の生活支援担当者であるケースマネージャーがいませんでした。

2) 研究により構築された就労支援の形

IPSのオリジナルモデルの体制に近づけるべく、精神保健福祉士の資格をもつ生活支援担当者をケースマネージャー（CM）として1名配置しました。CMは、利用者との関係づくりから始まり、今回の研究事業で初めて導入された認知機能リハビリテーションの24回にわたるセッションを毎回ファシリテートし、リハビリテーションにおける支援も行うと共に、個別面談を繰り返し、必要な生活支援を提供しました。専任のCMが入ることで、サービス管理責任者は個々の利用者の生活支援ではなく、スタッフのスーパーバイザーとしての役割を担い、ESは就労支援に特化した動きができるようになりました。

3) 結果と課題

本研究事業で、市川モデルの支援を受けた9名は全て、就職活動開始から6ヶ月までに1度は就職を果たしました。ただし、1名だけは就職後1ヶ月ほどで退職しました。9名中7名は障害者雇用による一般企業への就職で、1名がA型事業所への就職、そしてもう1名は一般企業でのアルバイトにつきました。退職者1名は障害者雇用に就いた人でした。市川モデルでは、CMがESチームに入り、CMが生活支援と精神保健福祉的な支援を担うことで、ESは就労支援に集中することができます。そのため、重い精神障害があっても比較的早期に就職し、働きつづけることができる可能性が示されました。

現在の日本の制度では、就労移行支援事業所は、人員基準として、生活支援員を置くことが明記されています¹⁵。この生活支援員を精神保健領域の有資格者とするすることで、ケースマネジメントを担うスタッフを確保することができます。ただ、機関の規模により、スタッフが生活支援員として配置されていても生活支援員に特化した動きをしにくいということはあるかもしれません。このことは就労移行支援事業所でIPS型援助付き雇用モデルを採用する場合の1つの課題といえます。また、就労移行支援事業所のように有期限の支援機関で半永久的な継続支援を提供するのは経済的負担となり得ます。個別支援が必要な場合、ビルドでは無報酬でも相談に乗ることはあります。一方で、ビルドでは、就職した利用者が定期的に集まる会があり、仕事の悩みや工夫などを分かち合う場があります。

¹⁵ 中央法規：障害者総合支援法 事業者ハンドブック 指定基準編（2013年度版）：人員・設備・運営基準とその解釈。中央法規，東京，2013。

これも継続支援の一つの在り様として意義のある取組みと考えます。

コラム14

支援の流れの事例・地域施設

Aさん 30代男性。高校卒業後、専門学校で学びながら美容室に勤務していました。8年勤めましたが、事故での大怪我をきっかけに退職しました。その後、飲食店でのアルバイトを6年続け、社員に誘われるほどの働きぶりだったそうです。

私たちが出会った頃のAさんは統合失調症の影響で疲れやすく、DC（デイケア）に通って体調を整えていました。ゆくゆくは福祉関係の資格を取り福祉の仕事に就くのが希望で、資格取得のための学費を貯めることが就職の目的でした。また、二人暮らしの母親と折り合いが悪く、家を出て一人で暮らすことも望んでいました。しかし、生活保護を受給しているため学費の貯金はできません。要件を満たしていないため障害年金の受給もできないなど、経済的に厳しい状況を理解した上でAさんが希望したのは、夢の実現は長期的に考え、まずは居場所であるDCにできるだけ長く通いつつ、無理せず自分に合ったペースで働くことでした。

ESがAさんの希望に添う職場として開拓したのは『障害のある人たちが活躍する場所を作るという理念

で作られた飲食店』と『介護施設』。2ヶ所とも見学し、実習もしました。どちらにも好印象だったAさんですが、最終的にはAさんの人柄や周囲への心遣いを高く評価してくれた介護施設に就職を決めました。仕事内容はデイサービスルームや入居者の共有スペースの清掃です。ESは短時間から始めたいという希望を会社と交渉し、午後からの勤務で週20時間を目標とすることになりました。DCと連携し午前中にDCで気持ちを落ち着けてから出勤できる体制も整いました。（Aさんは疲れやすく、手順を組み立てたり覚えることが苦手でしたので）勤務開始直後にJC（ジョブコーチ）を導入し、業務内容を調整したり作業マニュアルを作成したりして働きやすい環境を整えたことで順調なスタートを切ることができました。

しかし、母親との折り合いはよくないままで、就職活動の経費を巡る衝突から途中で投げ出しそうになる場面もありました。就職後は衝突を避けるため、母親が寝入る夜中まで公園で過ごすこともあり、1ヶ月後には「このままでは仕事を続けられなくなるので家から避難できる場

所がほしい」と相談がありました。CMがDCに相談し、主治医より緊急避難のため1週間の内科病棟への入院を認めもらった上で、Aさんと一緒に相談支援機関に行き、GH（グループホーム）への入居とそれに伴う母親との世帯分離をサポートしてもらうことにしました。Aさん自身が経済的に自立できない状態で世帯分離は非常に困難で、病院や市役所におけるケア会議を何度も行い、DCや主治医からの医療的ニーズと相談支援機関や私たちからの経済的自立への必要性が認められ、AさんのGH入居が実現するには1年近くの時間を要しました。

GH入居後は、生活にも慣れ、予想されていた仕事への影響もほぼ無く、自立への一歩を踏む事が出来ました。その後も、業務の変更や上司の異動など大小の変化に応じて、会

社への本人特性の周知を中心に働きやすい環境調整の支援を行っています。

少しずつではありますが、自身から会社への思いや直接交渉を抵抗なく出来るようになってきました。彼の働きぶりにより、会社にとって必要不可欠な人材となってきています。

今後は更に、本人と会社が直接やり取り出来るための働きかけをメインの支援としつつ、本人の夢に近付けるよう、必要な情報提供や支援を多種他職種の支援者との連携を行っていき、自立へ向け本人と共に進めていきます。

梅田典子

(NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド)

コラム15

支援の流れの事例・医療機関

Aさんは30代の女性で、病名は全般性社会不安障害です。精神保健福祉手帳3級で過去の就労経験はありません。現在はアパレルのバックヤードで週30時間勤務をしています。

ESと対面してから就労までの期

間は半年になります。

デイケア開始時に担当ケースマネジャーがアセスメントや個別面接、MDT（多職種ケア会議）を実施しました。その経過の中で実際に就労活動をしていきたいと希望がありケースマネジャーからESが紹介さ

れました。ESはAさんと、希望の職種や働き方の聞き取りを実施しました。また、自身の病気のことやストレスや注意サイン、それぞれの対処法などの聞き取りも行いました。その中で、ストレスや注意サインのモニタリングが不十分とESは判断し、就労プログラムへの参加をAさんに提案しました。提案は受け入れられ、Aさんは、就労プログラムの中で注意サインやストレス対処を学びながら、就職に向けて、仕事内容や勤務時間、通勤場所などを具体的にESとつめていきました。

MDT（多職種ケア会議）は、Aさんの場合、本人、主治医、デイケアのケースマネジャー（看護師、作業療法士、心理士）、それにESで、構成されています。あるとき、MDTで本人が電車に乗るのが苦手だという話があり、電車に乗れるようになりたいと話をしていたので、対応策を一緒に考え、その中で本人ができそうなことを選択して、生活の中で練習をしてもらうことにしました。あるときは、Aさんがアパレル関係に興味があることがわかったので、ESはアパレル関係の企業が多い管轄のハローワークの担当者とAさんの面談の機会を作りました。その後、ハローワークの担当者よりAさんと会いたがっている企業がいるとの連絡があり面接の運びとなりました。面接にはESが同行し、Aさんの働き方について人事担当者へ話をしました。

面接の後、店舗にて採用実習になりました。この頃には、電車にも緊

張はするものの一人で乗れるようになっていました。実習中は、ESが業務・勤務時間の調整や店舗側への配慮事項などの調整を職場訪問をして行いました。ケースマネジャーである作業療法士も、職場へ訪問し、Aさんの業務分析をして、身体の使い方のアドバイスやストレッチなどを行いました。

それから毎日、実習終了後にはESもしくはケースマネジャーに電話にて報告をしてもらうようにしました（この電話は就業がきまったあとも定期的に継続中です）。Aさんは、実習中に不安や緊張で症状が揺れることが何回かありましたが、その都度MDTを実施し、本人の不安や緊張を共有したり対策について話し合ったりしました。

実習後は採用となり、実習した店舗よりも通勤のしやすい店舗へ配属となりました。勤務初日はESが同行し、職場環境や業務について把握したり店舗スタッフへ対応の仕方について話をしたりしました。診察日は、MDTを実施し、仕事の話だけでなく症状のモニタリングや日常生活での困ったことなどをみんなで考え解決策を話し合ったりもしました。

このほか、ESは定期的に人事担当者と連絡をとったり、Aさん、人事担当者、店長と定期的なミーティングを行い、勤務時間や業務内容の調整などを行いました。

Aさんは、勤務後も不安が強くなることもあり、2ヶ月に一度程度の割合で調子を大きく崩していま

す。その都度デイケアに来てもらい支援チームとMDTを実施し対処策や対応策について話し合いを継続的に行っています。ESは人事担当者と上記の内容を踏まえてどうしていくかについてその都度話をしています。

今では人事担当者や店舗スタッフも、定期的に調子を崩すことがあると考えてくださり、Aさんが大きく崩すことがないように会社としてどのようなことができるのか考えて

ESに相談したり、実践するようになりました。

Aさんが時に調子を崩しながらも自分のリハビリに向けて頑張っていけるように、Aさんと会社、医療チームと一緒に引き続き支援をしていきたいと強く思っています。

清澤康伸・大島真弓

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

IV 章

本研究班研究のアウトカムから 見えてきたこと

1 節 就労関連指標および臨床関連指標に関する変化

1 はじめに

本研究では全国6機関で研究参加者を募り、認知機能リハビリテーションと本ガイドラインで詳述している、援助付き雇用モデルの就労支援の組み合わせによる支援を受けたグループ（以下CR + SE 群）47人、ケースワーカーが地域の就労支援機関やハローワークを紹介し、そこでの就労支援に支援を委ねる、仲介型就労支援を受けたグループ（以下仲介型群）47人の方が研究の分析対象となりました。これらの方々の研究開始前後の変化について、群別の結果を報告します。

2 就労関連指標の変化

分析対象となった94名のうち、就労の有無が追跡できなかった1名を除いた93名について群別に研究開始から1年間の就労率を調査したところCR + SE 群は63.8%だったのに対し、仲介型群は23.9%に過ぎず、この差は統計的にも意味のあるものでした（ χ^2 検定： $\chi^2=15.027$, $p<.001$ ；表2）。

またいったん就労したとしても、仕事を頻繁にやめているようでは、良い成果とは言えなくなるため、就職した人（41名）の離職率についても調査を行いました。この結果、CR + SE 群は33.3%だったのに対し、仲介型群は63.6%であり、統計的には差がありませんでした。

同様に就労回数、合計就労期間、合計就労日数を調査した結果、すべての回数、期間、

表2 群別にみる就労した人の人数、就労回数、合計就労期間、合計就労日数

(n=93)	CR+SE群 (n=47)		仲介型のみ群(n=46)		χ^2 値
	n	%	n	%	
就労あり	30	63.8	11	23.9	15.027 ***
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	t値
就労回数	0.79	(0.86)	0.41	(0.91)	-2.042 *
合計就労期間	82.23	(88.28)	33.63	(82.87)	-2.738 **
合計就労日数	48.43	(52.98)	21.65	(55.05)	-2.389 *

日数についてCR + SE群のほうが仲介型群よりも多く、この差は統計的にも意味のあるものでした (t検定：就労回数：t=-2.042 p<.05、合計就労期間：t=-2.738 p<.01、合計就労日数：t=-2.389 p<.05；表2)。

以上の検討の結果から、CR + SE群は仲介型群と比べて、就労した人数が多く、より就労回数が多く、就労期間（雇用契約を結んでいた期間）や就労日数（実際に就労した日数）が長く、なおかつ離職した人数には差がなかったとすることができます。

3 臨床関連指標の変化

本研究では、就労支援だけでなく認知機能リハも実施しており、就労関連指標だけではなく、精神症状や社会的機能、認知機能などの臨床像の変化も気になるところです。これらの臨床像の変化については本研究の報告書等に詳述されていますので、関心のある方にはそちらもご参照頂くこととし、ここでは認知機能の変化のみ要約を紹介します。

認知機能はBACS-J (Brief Assessment for Cognition in Schizophrenia Japanese version) と呼ばれる尺度を用いて測定を行いました。BACS-Jの総合得点についてベースライン時、認知機能リハ終了後にあたる研究開始から4ヶ月時、さらに研究開始から12ヶ月時の3時点における群別の得点を調査したところ、時点間でみるとCR + SE群でも仲介型群でもベースライン時、4ヶ月時、12ヶ月時と右肩あがりに得点が上昇しており、この上昇は統計的にも意味のあるものでした。群間でみると、ベースライン時には両群間に差はありませんでしたが、4ヶ月時と12ヶ月時ではCR + SEのほうが仲介型群よりも得点が高く、この差は統計的にも意味のあるものでした (図2)。

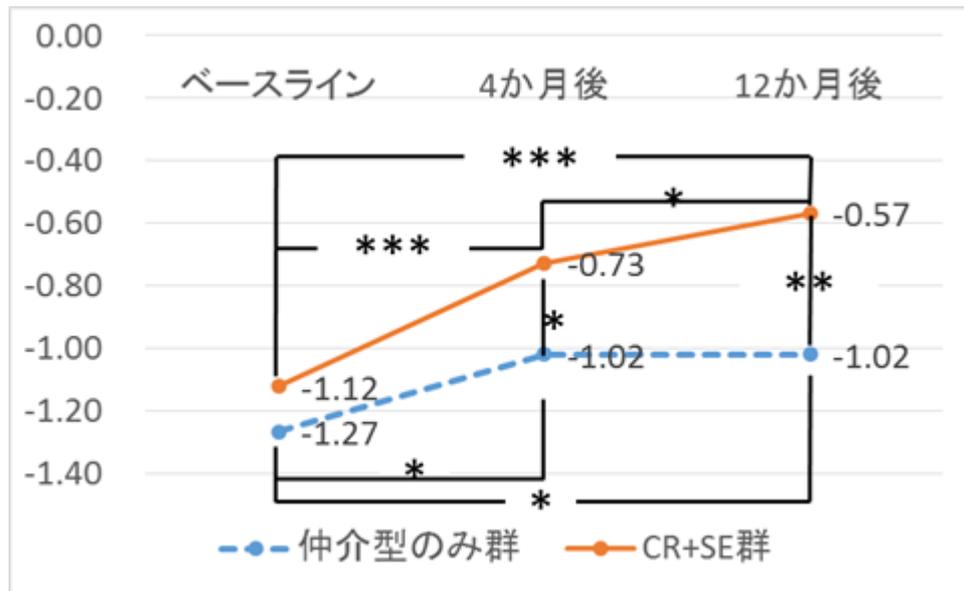


図2 群別にみるベースライン時、4ヶ月時、12ヶ月時のBACS-J総合得点

4 まとめと今後の課題

以上の検討の結果から、認知機能リハと援助付き雇用モデルによる就労支援の組み合わせによる支援は、従来の仲介型の就労支援と比べて、一定の認知機能障害のある、すなわち社会生活を送る上で一定の困難さを持つ精神障害者の就労支援について意味があることが示唆されました。また、一定の認知機能障害をもつ人の認知機能は認知機能リハを受けることによって、その実施直後に向上するだけでなく、認知機能リハが終了し、援助付き雇用モデルの就労支援のみを受けている時期にも維持または改善することが示唆されました。仲介型群にもベースライン時と比べると4ヶ月後や12ヶ月後に認知機能評価の得点の向上が見られましたが、CR + SE 群では大きな得点の向上が見られました。

これらのことから、重い精神障害をもつ人の就労支援では認知機能リハと援助付き雇用モデルによる就労支援の組み合わせが効果的であることが推察されます。

今回の検討では、認知機能リハ終了後の認知機能の向上や維持に関して、就労する事そのものが良い影響を及ぼしているのか、もしくは就労支援（しかも個別性の高い支援）を受けることが良い影響を及ぼしているのか、がはっきりしません。同様に薬物療法の影響についても検討がなされていません。これらの点を精査することが今後の課題と言えます。

コラム16

仲介型就労支援の限界

今回の研究で、仲介型のケアマネジメントによる就労支援（以下、仲介型）の就労率は、約25%でした。ここでは、私自身の経験を含め、仲介型における支援の結果を鑑みて、統計的な数字だけでは表現できない課題を整理します。

仲介型の支援内容は、各対象者に医療機関の担当ケースマネジャー（以下、CMer）がつきました。CMerは最低でも1ヶ月に1回の面接を軸として、対象者のニーズや状況に合ったサービスを紹介したり、社会資源の利用の援助をしたりしました。

研究対象者（47名）のうち、ハローワークを利用した人は約半分の23名でした。一般企業等での就職のためのサービスを提供する地域事業所である就労移行支援事業や障害者就業・生活支援センター（以下、なかぼつ）を利用した人は、それぞれ約30%と25%でした。また、就労継続B型や地域活動支援センター（以下、地活）の利用をしていた人が、それぞれ全体の2割以上いました。驚くことに仲介型の対象者においては、就労移行支援事業やなかぼつを利用した人より、利用していない人の就労率が高かったのです。

この結果をもたらした要因は3つあると考えられます。1つ目の問題は、就労支援の際にしばしば耳にす

る準備性の問題です。私自身が実際に支援をして気付いたことですが、対象者は3段階のアセスメントという名の「審査」をうけていました。まず、医療機関のCMerが対象者は就職活動を始められるか、あるいは就労サービスをすぐに利用しても良いかを審査し（1回目）、就労支援機関のスタッフが機関を利用できるかを審査し（2回目）、さらにすぐにあるいはトレーニング後に就労できるかを審査します（3回目）。精神障害者の就労支援においては、準備性の審査（アセスメント）という名の3つの難所を潜り抜けた「幸運な人」だけが、初めて直接的な就職活動を開始できるという状況にあります。実際、私が担当した対象者の中には、就労支援機関ではなく最初に生活支援を主とする機関を紹介した人もいますし、就労支援機関を紹介したにもかかわらず、先方から利用を断られた人がいました。また、「就職活動の開始前に、就労継続B型で最低半年間と就労移行事業所で最低1年間の『訓練』が必要である」という、「アセスメント」を受けた方もいます。

2つ目は、ダブル・ケースマネジメントの問題です。対象者が利用する就労支援機関の支援計画が就労に結び付かないと予想されても、対象者が頻繁に利用している機関のス

スタッフが支援における優位性を持つことが多く、医療機関のCMeは必ずしもその支援計画を作成した機関に対して再考を促せるわけではありません。私の場合、就労後の生活相談や憩いの場の提供のためと思って、対象者に地活の利用を勧めたところ、対象者が地活スタッフから「就労前に地活に半年は通う」という条件付けをされ、彼が就労へのモチベーションと自信を喪失してしまったという経験があります。

最後の問題は、現在の就労支援機関の多くが、継続的な通所と訓練を前提としている点です。今回の研究では、就労移行支援事業所やなかぼつ（多くが訓練型）を利用した人は、就労率が低いという矛盾した結果になりました。前述のアセスメントの問題とも関係しますが、利用者の準備性や就労能力について把握することは本当に可能なのでしょうか？

私自身、就労能力や準備性をしっかりとアセスメントできる構造的なツールや、長期の訓練が認知機能などを回復させるといったエビデンスを見たことがありません。また、就労には準備性という個人因子だけでなく、職場環境の調整といった環境因子も重要です。つまり、継続的な通所や訓練は、非科学的なアセスメントや根拠のない支援方針によって行われている可能性があります。ストレングスの視点からみるなら、準備性という概念を用いて一律的に訓練のサービスを提供するのではなく、個々の利用者が訓練をうけるニーズを持っているか否かをアセスメントすることが重要に思います。

山口創生

(独立行政法人 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)

コラム17

認知機能リハビリテーションの意義について

第IV章で記述された「認知機能リハビリテーション（以下認知機能リハ）」は英語ではCognitive Remediation Therapy, Cognitive Enhancement Therapy, Neurocognitive Enhancement Therapy、日本語でも「認知

リハ」「認知矯正療法」などいくつかの呼称がある支援技法です。

「認知」と聞くと「認知行動療法」を思い浮かべる方もいるのではないかと思います。「認知」という言葉にはさまざまな意味合いがあり、「認知

行動療法」における「認知」とは人の考え方や感じ方に関するある程度固定した反応パターンや反応スタイルのことを指しています¹⁶。例えばうつ病の人が何かにつけて「自分はだめな人間だ」と考えてしまうというような場合、支援者は「認知（スタイル）が歪んでいる」と考え、記録用紙などを使ってその考え方の癖にアプローチしていきます。これに対して「認知機能リハ」で扱う「認知」とは神経心理テストで測定され、主に事物処理を行う認知機能のことを指しています¹⁷。具体的には、ある環境下で求められている行動（もしくは自分が志向する行動）をとろうとする時に適切に事物に目を向ける力や集中しつづける力（注意機能）、物事を記憶し、一定の時間保持しておく力（記憶機能）、見通しを立ててそれを実行する力（実行機能もしくは遂行機能）などが挙げられます。「認知機能リハ」で扱う「認知」とはいわば脳の「筋力」のようなベーシックな力ということが出来ます。（本ガイドラインでは上記の2つの認知の混同をさけるため、「認知機能リハ」であつかう「認知」については「認知機能」と表記しています）。

1990年代後半、精神症状よりも

基礎的な認知機能が統合失調症をもつ人の地域生活や就労などの社会的機能を良く予測するとの報告などをふまえ¹⁸、統合失調症の認知機能の特徴や認知機能障害の改善に関する検討がさかんに行われるようになりました。こうした流れの中で発展してきた支援技法の1つが「認知機能リハ」であると言えます。

「認知機能リハ」にはさまざまな実施方法がありますが、主たる実施方法の1つに就労を目的としてコンピュータゲームを使った認知機能リハと就労支援を組み合わせて実施する方法があります。例えば McGurk らは Thinking Skills for Work Program と称する就労支援プログラムを開発し、その一部として認知機能リハを実施しています¹⁹。コンピュータトレーニングは精神障害をもつ人のための専用ソフトである「Cogpack」と呼ばれるソフトを用います。「Cogpack」は注意、集中、精神運動速度、学習、記憶、遂行機能の6つの領域をトレーニングするための短いゲーム課題のパッケージになっており、トレーニングは1回45-60分のセッションが1週間に2-3回、概ね12週間実施されました。こうした「認知機能リハ」の後に個別性を重視する援助付き雇用モデル

¹⁶ 坂野雄二：認知行動療法。日本評論社、東京、1995。

¹⁷ 池淵恵美、袖山明日香、渡邊由香子 他：認知機能リハビリテーション：統合失調症の治療にどう活用できるか。精神医学、52：6-16、2010。

¹⁸ Green MF, Nuechterlein KH: Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? Schizophrenia Bulletin, 25: 309-319, 1999.

¹⁹ McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A: Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. Schizophrenia Bulletin, 31: 898-909, 2005.

による就労支援を実施したところ、「認知機能リハ」は実施せずに就労支援のみを受けた人と比べて、「認知機能リハ」と就労支援の両方を受けた人は、遂行機能や言語性記憶、また全般的な認知機能が向上しただけでなく、支援開始後1年間の就労数、就労時間、総賃金、1月あたりの時間、1月あたりの賃金がいずれも多いか長く、統計的にも意味のある差があったことが示されています。また支援開始後2-3年の追跡調査でも同様の傾向がみられ、支援の効果が維持されていたことも報告されていま

す²⁰。これらの研究の結果から、認知機能リハは脳の「筋力」である記憶力など押し上げる効果があり、就労支援に先がけて実施すると、認知機能の改善により仕事する力が向上すること、さらに自分に自信が持てたり生活上の機能が向上したりすることで、前向きに求職活動に取り組み、結果的に就労に結びつくのではないかと考えられます。

佐藤さやか

(独立行政法人 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)

コラム18

認知機能リハビリテーションを就労に活かす

本ガイドラインでは、個別性の高い援助付き雇用モデルによる就労支援のさまざまな実践とその効果について記述しています。仲介型の就労支援が主流である我が国の就労支援領域にとっては、このような就労支援のモデルチェンジ自体が画期的なことで、それだけで意義があり、「認知機能リハ」のような付随するプログラムまで検討する段階ではないという意見もあるかもしれません。また援助付き雇用モデルの1つである

Individual Placement and Supportでは「place then train」を原則の1つとしており、「training」の1つである認知機能リハを援助付き雇用モデルによる就労支援の前に実施することはこの原則に反するように感じる方もいるかもしれません。

しかし、コラム17で紹介したMcGurkらの報告以外にも援助付き雇用モデルによる就労支援を単独で実施するより認知機能リハを付加したほうが効果的であることを示唆し

²⁰McGurk SR, Mueser KT, Feldman K et al: Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry, 164: 437-441, 2007.

た研究は複数あります。例えば Bell らの研究グループによって実施された「Neurocognitive Enhancement Therapy (以下 NET)」に関する報告では^{21, 22}、1) 参加者の仕事ぶりから注意、記憶、遂行機能に関するフィードバックを行い、仕事についてのゴール設定を行う支援(2週間に1回)、2) Psychological Software Service 社の「CogReHab」というソフトを研究用に改訂したプログラムを用い、注意、記憶、遂行機能の改善をターゲットとするコンピュータレーニング(1週間に2-3回実施、合計26週間)、3) 仕事に関するテーマについて口頭発表を行い、お互いに意見しあう Social Information Processing というグループ活動(1週間に1回)で構成される NET と Individual Placement and Support (IPS: 個別就労支援プログラム)のエッセンスを取り入れた就労支援 (Vocational Program: VOP) を組み合わせて6ヶ月間実施しています。この結果、NET と VOC の両方に参加する群は VOC のみに参加する群に比べてプログラム終了1年後の就労率が高く、2つの群の差は統計的にも意味のあるものであったことが報告されています。

認知機能リハが仕事を得ることや

仕事を続けることになぜ有効なのかについてはさまざまな検討が行われている最中ですが、例えば統合失調症をもつ人はもともと各種の記憶力や物事を柔軟に考える力(流暢性)、また実行機能などについてこれらの機能を測定する神経心理検査の平均値が健康な人の平均値から1から1.5標準偏差下回っていることが指摘されています。加えて就労など社会的機能を良く予測する因子として言語性記憶が挙げられており、認知機能リハがもともと落ちていた就労などに関連する認知機能(特に記憶力)を向上させることが影響しているのではないかと考えられます。

私たち自身も本研究事業で、2つの支援法を組み合わせて実施することが就労につながることに手ごたえを得ています。さらに、認知機能改善に加えて、自分の認知機能の特徴(メタ認知—得意なことや苦手なこと)やそのほかの課題を実行するうえでの自信の特徴に気付いていけることが、仕事をする上で役立つように感じます。

佐藤さやか

(独立行政法人 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)

²¹Wexler BE, Bell MD: Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 31: 931-941, 2005.

²²Greig TC, Zito W, Wexler BE, et al: Improved cognitive function in schizophrenia after one year of cognitive training and vocational services. Schizophrenia Research. 96: 156-161, 2007.

2節 本研究班研究における支援内容の検討

アウトカム評価の結果でみてきたとおり、従来型の支援（仲介型のケアマネジメント）と比較して、援助付き雇用は就労率や就労期間、就労日数、賃金などの側面で効果的な支援です。では、援助付き雇用において、実際にどのようなサービスが利用者に提供されているのでしょうか？ また、重い精神障害を抱える方が就職するために、あるいは長期間働くためには、どのようなサービスを展開する必要があるのでしょうか？ 本節では、サービスコード票を用いたプロセス調査の結果から、有効なサービスを提案します。

1 サービスコード票および1対1換算のサービス提供時間

サービスコード票は、援助付き雇用を実践する機関のスタッフが、特定の利用者に対してサービスを提供した際に、サービス内容と時間を随時記録する調査票です。記録されたサービス内容と時間を集計し、一人当たりの「実サービス提供時間」を計算しました。次に一人のスタッフが一人の利用者にどのぐらい時間をかけているのか、つまり個別支援に費やす時間を知りたいという関心から、「1対1換算のサービス提供時間」を計算しました。1対1換算のサービス提供時間では個別のサービスなど利用者数が少なく、スタッフ数が多いサービスで大きな数字となる特徴があります。1対1換算のサービス提供時間は、下記の計算式で求められます（Box.1）。なお、本稿でいうサービス提供時間とは基本的に「1対1換算のサービス提供時間」を指します。

Box.1 1対1換算のサービス提供時間の計算式

1対1換算のサービス提供時間＝実サービス提供時間÷利用者数×スタッフ人数

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

計算：120（分）÷30（利用者）×2（スタッフ）＝8（分）

2 効果的なサービス内容

図3は、アウトカム評価の対象者の中で日本版援助付き雇用の支援を受けた方（n=45）

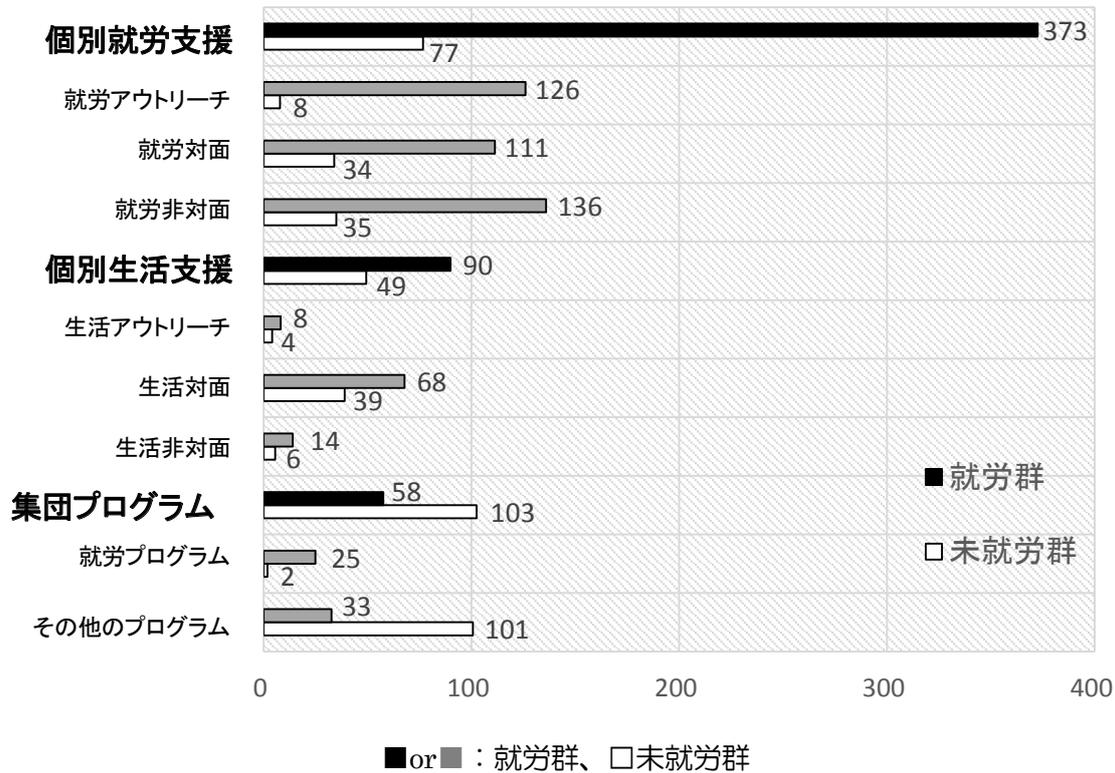


図3 就労前の1対1換算のサービス提供時間における就労者と未就労者の比較

を対象にした16ヶ月間のサービスコード票を用いた調査の結果です。利用者を16ヶ月間の間に就労継続A型や特例子会社ではない一般の会社（障害者雇用含む）に勤めた就労群（n=27）と未就労群（n=18）に分けて、一月当たりの1対1換算のサービス提供時間を比較すると、就労群の利用者は、就労前に一月当たり平均して373分の個別就労支援に関するサービスを提供されていました。下位項目に目を向けると、職場同行やジョブコーチなどを含む就労に関連するアウトリーチ・サービス（図内「就労アウトリーチ」）、機関内での就労インテーク・アセスメントや就労相談に関するサービス（図内「就労対面」）、電話やメールでの間接的な就労サービス（図内「就労非対面」）と、いずれも就労群の利用者が多くのサービスを受けています。また、より詳細な分析から、個別就労支援のサービス量の多寡は、就労日数に関係している可能性が指摘されています²³。

生活相談においても、就労群の利用者に多くのサービス（1ヶ月当たり：平均90分）が提供されており、就労支援と生活支援が一体となって進められる援助付き雇用の特徴が表れています。他方、集団プログラムについては、未就労群の利用者が多くのサービスを

²³ 山口創生, 下平美智代, 種田綾乃, 他: 重症精神障害者に対する認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究: サービスコード票を用いたプロセスデータ分析. 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平成25年度総括・分担研究報告書「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 (研究代表者: 伊藤順一郎). 国立精神・神経医療研究センター, 東京, 2014.

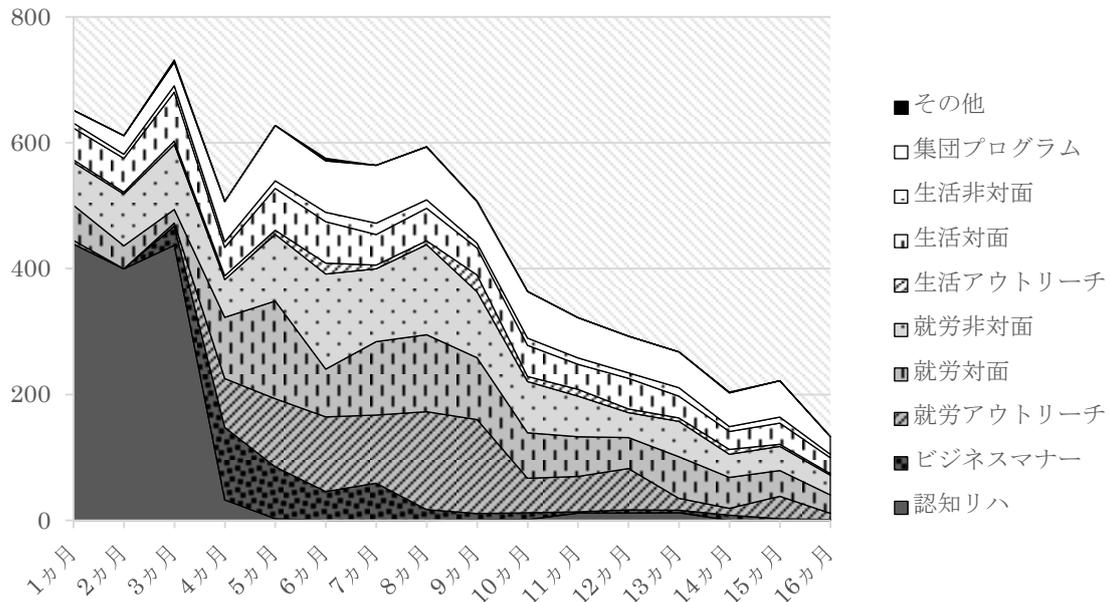


図4 月毎の1対1換算のサービス提供時間の推移 (n=47)

利用していました（1ヶ月当たり：平均101分）。特に、教育系やレクリエーション系の就労に関係のないプログラムにおいては顕著となっていました。すなわち、集団プログラムではない、個別の就労支援や生活支援に関するサービスを如何に提供できるかが、利用者の就労につながるカギとなりそうです。

3 サービスの濃度・集中度 (intensity)

次にサービス提供量の推移をみます。この研究では、研究計画の都合で開始から3、4ヶ月目までは、利用者は認知機能リハビリテーションと個別あるいは集団でのビジネスマナーを中心とした支援／プログラムを受けなくてはなりません。この間、一部のインテークや初期アセスメントなどの就労支援の準備を除き、直接的な就労支援（職場開拓など）はできませんでした（図4）。

認知機能リハビリテーションおよびビジネスマナーの支援／プログラム終了後、直接的な就労支援の開始時期（5ヶ月目）と就労者が多く出る時期（6ヶ月目～9ヶ月目）において、援助付き雇用を実践するスタッフは、毎月一人当たり約350分以上（1対1換算のサービス提供時間）の個別就労支援に関するサービス（図内：就労アウトリーチ、就労対面、就労非対面）を提供していました。個別生活支援に関するサービスや集団プログラムを含めると、毎月一人当たり約600分のサービスを提供していました。ちなみに、27名の就労者のうち24名が支援開始9ヶ月目までに就労しています。他方、個別生活支援に関するサービス（図内：生活アウトリーチ、生活対面、生活非対面）は16ヶ月を通して一定の割合を保っていました（毎月約50～100分）。このデータから、就労支援を行う場

合、職場訪問を行うジョブコーチ的なフォローアップのサービスは重要なサービスですが、特に集中的かつ濃密なサービスの多くは、就労前に提供されているとわかります。

4 まとめ

援助付き雇用を実践する機関におけるサービスコード調査からみえてきた、重い精神障害を持った人に対する就労支援における成功のポイントを最後に整理します。

- ・ 個別支援を重視し、実際に個別の就労支援に関するサービスを提供する
- ・ 就労支援開始時期や就職前後に、集中的に就労支援に関するサービスを提供する
- ・ 継続的な個別の生活支援に関するサービスを提供する
- ・ 集団プログラム（特に教育・レクリエーション系）の効果は、限定的であると認識する

V 章

医療経済学的検討

1 節 診療報酬制度と障害者総合支援法の報酬対価でカバーされないサービス提供額

今回の研究では、医療経済評価も行いました。結果を見てみますと、現在の診療報酬制度や障害者総合支援法において、利用者にサービスを提供したにもかかわらず、報酬を申請できないサービスがありました。そのような場合、各機関のスタッフは持ち出しでサービスを提供していました。本章の前半では、援助付き雇用を行う際に、持ち出し（赤字）部分がどの程度あるのかを検証しました。後半では、従来の支援（仲介型ケアマネジメントによる就労支援）と比較しながら、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用において効果を生み出すための合計コストを検証しました。

1 診療報酬制度における持ち出し（赤字）のサービス

援助付き雇用を医療機関で実施した場合、持ち出し（赤字）となるサービスの額を検証する前に、現在の精神科デイケアなどで、診療報酬制度で対価を申請できないサービスを明らかにする必要があります。現在の制度において、デイケアに対する診療報酬がカバーするサービスは、1日6時間を目安とした個別あるいは集団のサービスの提供です²⁴。ここには、時間内であれば、個別の面接やケア会議、集団で行うレクリエーション活動や心理教育などが含まれます。また、スタッフ同士のミーティングや記録の記載なども含まれます。言い換えると、デイケアの診療報酬は、個々のサービスについての報酬ではなく、

²⁴ 医学通信社：診療点数早見表。医学通信社，東京，2013。

デイケアの包括的な活動に対しての報酬（まるめの報酬）となっています。他方、現在のデイケアに対する診療報酬は、時間外の個別面接、デイケア（あるいはショートケア）を申請できないほど短い時間の個別面接（例：就労後に外来診療に来た際に就労支援員やケースマネジャーと打ち合わせ等を行う）、そして個別のアウトリーチ活動については、カバーしていません。デイケアスタッフが、これらの活動をした場合には、持ち出し（赤字）となります。

ここでは、研究協力サイトのうちの1つで、医療機関モデルとして、精神科デイケア単独で援助付き雇用を行った機関（n=10）におけるデータをもとに、持ち出し（赤字）のサービスの金額を把握したいと思います。なお、今回紹介する医療機関における対象者の就労率は40%でした。また、持ち出し（赤字）のサービスについてのコスト（費用）の計算方法は、Box.2を参照してください。

Box.2 持ち出し（赤字）のサービスのコストの計算方法

○サービスコード票からの情報：個別の利用者に対して行ったサービスを記録

- ・施設内の3時間以内のサービス ⇒ ショートケアのコスト
- ・施設内の3時間1分以上のサービス ⇒ デイケアのコスト
- ・施設外のサービス ⇒ 精神訪問看護のコスト

○職場開拓記録票：特定の利用者のためではないサービスを記録

- ・施設内の3時間以内のサービス ⇒ ショートケアのコスト÷就労支援登録者数
- ・施設内の3時間1分以上のサービス ⇒ デイケアのコスト÷就労支援登録者数
- ・施設外の3時間以内のサービス ⇒ 精神科訪問看護のコスト÷就労支援登録者数
- ・施設外の3時間1分以上のサービス ⇒ 精神科訪問看護のコスト×2÷就労支援登録者数

図5は、この研究で援助付き雇用を行った精神科デイケアにおいて、レセプトデータから換算したデイケア（あるいはショートケア）利用のコストと、サービスコード票（IV章2節参照）および職場開拓記録票から換算した持ち出し（赤字）となったサービスのコストを示しています。

月別のコストの推移をみると、1ヶ月目から4ヶ月目までは、診療報酬に算定できたサービスが多くなっています。これは、今回の研究の対象者は、研究計画の都合で最初の4ヶ月は認知機能リハビリテーションと個別・集団によるビジネスマナーのサービスをうけていましたが、そういった集団プログラムにはデイケアあるいはショートケアの診療報酬を申請できたことが影響しています。

5ヶ月目から10ヶ月目までは、持ち出し（赤字）のサービスが増えていることがわかります。この背景には、認知機能リハビリテーション後、就労支援が本格化し、職場開拓の同行（例：ハローワークや面接会への同行）や就労支援員の単独の職場開拓など、診療報酬を申請できないアウトリーチ型のサービスが増加したことがあります。また、もう一

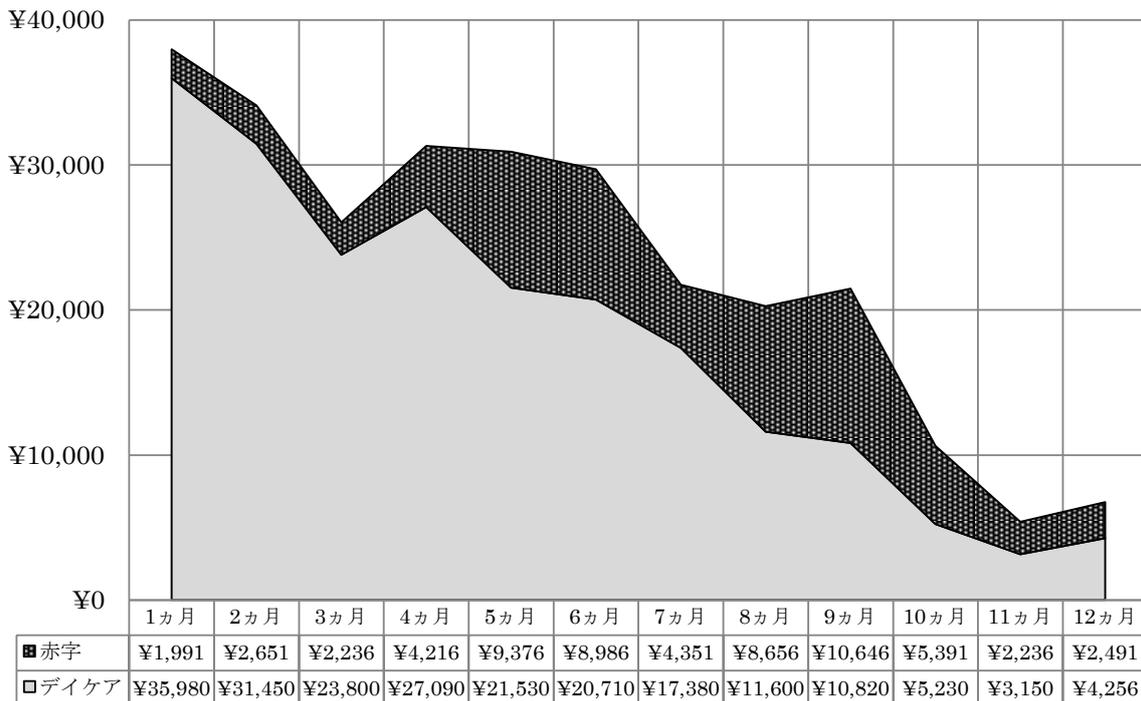


図5 精神科デイケアにおける援助付き雇用と持ち出し（赤字）のサービス

つの理由として、対象者が就労した後に、時間外の個別面接やケア会議、診察時の短い個別面接、そしてジョブコーチなどの職場訪問といったアウトリーチ型のサービスの増加することがあげられます。他方、11ヶ月目以降は、就労した対象者が職場や就労しながらの生活に慣れ始め、上記の持ち出しとなるサービスが減少する傾向があります。プロセス調査でも触れたように、就労支援には開始期と就職の前後に集中的なサービスが必要です。医療経済評価では、現在の診療報酬制度が、就労支援をするうえで集中的なサービスを行うべき時期に、必要なサービスについての全てをカバーできないことが明らかになりました。

12ヶ月間の中で、対象者1人当りのデイケア利用額は、21万2,996円でした。また、1人当りの持ち出し（赤字）のサービスの利用額は、6万3,223円であり、全サービスコストの約23%を占めました。

2 障害者総合支援法における報酬対価と持ち出し（赤字）のサービス

次に、地域事業所モデルにおいて、援助付き雇用を実践した場合の持ち出し（赤字）のサービスについて説明します。今回の研究における地域支援事業所は、障害者総合支援法における就労移行支援として登録している2つの協力機関（n=17）でした。就労移行事業所の持ち出し（赤字）となるサービスの内容は、医療機関とは異なります。就労移行支援事業所では、事業所の開所時間内であれば、施設内、施設外あるいは個別や集団サービ

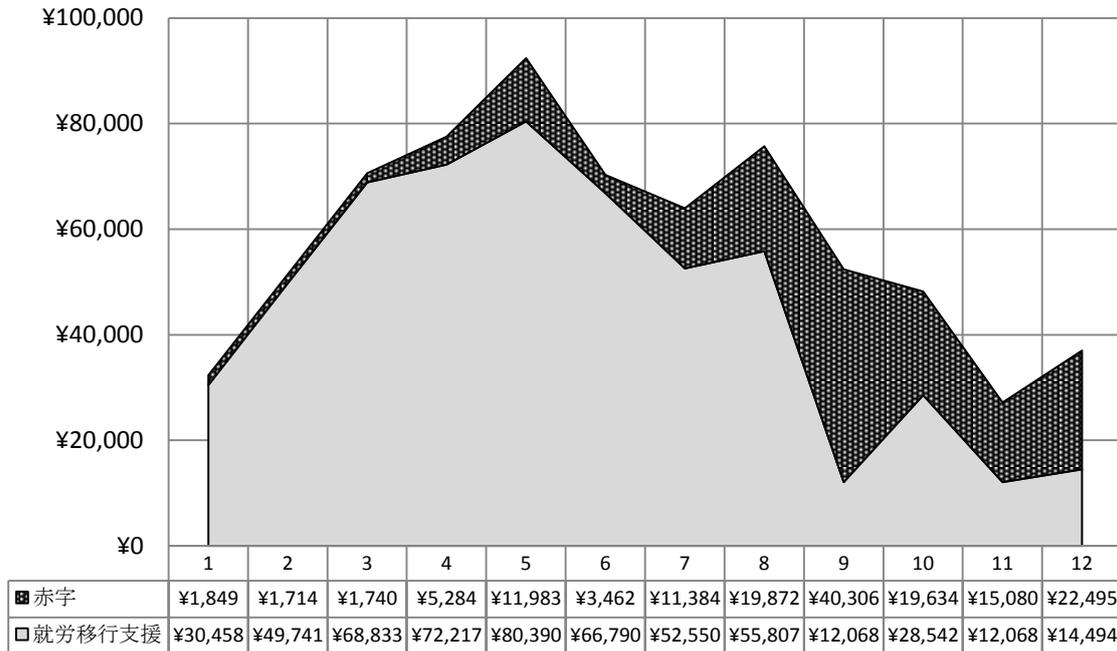


図6 就労移行支援事業所における援助付き雇用と持ち出し（赤字）のサービス

スにかかわらず、1回の利用につき報酬対価を申請できます。しかし、現在の障害者総合支援法は、就労移行支援の利用期限を2年と定めています。そのため、就労移行支援事業所のスタッフは、利用者が就労したにもかかわらず、仕事を辞めて再度事業所の利用を希望した場合に、1日でも長く事業所を利用できるようにするために、利用者が就職をした際に、契約を打ち切っています。すなわち、就労移行支援事業所における就労継続サービス（利用者が就労した後のサービス）は、基本的には全て持ち出し（赤字）のサービスとなっています。持ち出し（赤字）のサービスについてのコスト（費用）の計算方法は、Box.3を参照してください。なお、2つの就労移行支援事業所の就労率は88.2%であり、就労継続A型や特例子会社を含めると100%でした。

Box.3 持ち出し（赤字）のサービスのコストの計算方法

- サービスコード票からの情報：個別の利用者に対して行ったサービスを記録
 - ・事業所開所時間外の支援 ⇒ 就労移行支援事業所1回当りの報酬単価÷サービス利用時間
- 日本版クライアント・サービス受給票（CSRI-J）の情報：就労移行支援事業所の利用回数の記録
 - ・就労後のサービスの提供 ⇒ 就労移行支援事業所1回当りの報酬単価×利用回数

図6は、2つの就労移行支援事業所におけるクライアント・サービス受給票（以下CSRI-J：Client services receipt inventory- Japanese version）とサービスコードおよび

職場開拓記録票から算出した、就労移行支援事業所の利用コストと持ち出し（赤字）となったサービスのコストを示しています²⁵。

月別のコストの推移をみると、1ヶ月目から9ヶ月目までは、認知機能リハビリテーションも重なり、就労移行支援事業所の利用コストが多くなっています。また、5ヶ月目から徐々に持ち出し（赤字）のサービスのコストが増え始めます。特に9ヶ月、11ヶ月目そして12ヶ月目は、就労移行支援事業所の利用コストより、持ち出し（赤字）のサービスのコストが多くなっています。この理由はいたって簡単です。就労移行支援事業所では、対象者が4ヶ月目から次第に就職ははじめ、9ヶ月目までにほとんどの対象者が就職をはたしました。先述したとおり、就労移行支援を実践している事業所は、利用者が就労した場合に契約を打ち切るため、それからのサービスは持ち出し（赤字）となります。すなわち、5ヶ月目以降の持ち出し（赤字）サービスのコストの多くは、時間外のサービスではなく、継続支援についてのコストとなっています。

12ヶ月間の間で、対象者1人当りの就労移行支援事業所の利用額は、54万3,958円でした。また、1人当りの持ち出し（赤字）のサービスの利用額は、15万4,802円であり、全サービスコストの約22%を占めました。

3 医療機関と地域事業所における援助付き雇用の効果とコストの比較

ここまで、医療機関（精神科デイケア）と地域事業所（就労移行支援事業所）のコストを詳細にみてきました。ここで、医療機関と地域事業所の就労アウトカムとコストの比較をしてみます。医療機関における12ヶ月間のサービスのコスト（精神科デイケアの利用コスト+持ち出しのサービスのコスト）は27万6,218円でしたが、地域事業所におけるサービスのコスト（就労移行支援事業所の利用コスト+持ち出しのサービスのコスト）は69万8,760円でした。一見すると、就労移行支援事業所のほうが、コストが高いように見えます。しかし、就労アウトカムに目を向けると、例にだした医療機関（精神科デイケア）の就労率が40%であった一方で、地域事業所（就労移行支援事業所）では88.2%でした。また、就労継続A型や特例子会社を就職として扱うなら、後者の就労率は100%となります。ここで、就労率1%にかかるコスト（=就労率÷コスト）を見てみましょう。医療機関（精神科デイケア）では6,905円となり、地域事業所（就労移行支援事業所）では7,922円でした（就労継続A型・特例子会社を含めるなら、6,988円）。効果とコストの側面から考えると、両者の差は大きくないことがわかります。

²⁵ 山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, 他: 精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアント・サービス受給票の開発の試み. 精神医学, 54: 1225-1236, 2012.

Ⅵ 章

医療機関が取り組むときに利用できる枠組み

1 節 デイケアの発展の可能性

1 就職のできるデイケア

デイケアは、日本の精神科医療の中で、医療機関が担うリハビリテーション機能、居場所機能を持つ場所として、発展してきました。しかし、近年、地域にも総合福祉法などのもと、居場所機能、福祉的就労の場所などが、増えてきました。地域格差はあるものの、デイケアが、精神障害を持つ人々の唯一の居場所機能という状況は減りつつあるのではないかと考えます。そのようななか、デイケアは、今後、「一生通うことが、症状の安定にもつながり、有用な場」ではなくなり、「地域社会の中で、より生き生きと暮らすための、必要な情報と技能、ネットワークなどを得て、一定期間の通所の後、卒業していく場」となることが期待されます。

そして、その卒業のありかたの一つとして、「就職していく」ということが出来ることも、重要な課題でしょう。従来からある医療支援、生活支援に、就労支援の機能が加われれば、デイケアは質の高い生活を実現するための包括的なケアの実践の場となりえるのです。

一方、企業の側からすれば、就職する精神障害を持つ人々が、医療支援、生活支援も含めた支援の拠点をもっていて、必要なときには相談できるということは、雇用にあたって、大きな安心材料です。このような観点からも、デイケアは、今後就労支援の重要な拠点となることが期待されます。

2 職場・生活の場へのアウトリーチを支援の中に取り入れる

デイケアが、就労支援の拠点となるといっても、今の形態のままですぐ有効な就労支援が出来るわけではありません。

まず、従来からいる、精神保健の知識をもった生活支援のスタッフに加え、新たに、就労支援の専門スタッフを加えることが必要です。そして、この両者が密なコミュニケーションをもって、利用者の希望を尊重しながら、就労支援に取り組むことが成功の鍵になります。また、この場合、生活支援のスタッフ、就労支援のスタッフの両者が、デイケアという『通所の場』にとどまって、支援をしていたのでは、有効な支援にはなりません。生活支援のスタッフには、利用者がどのような場所で生活をしているのか、家族との関係はどうか、就職をささえる日常生活は現状のまま大丈夫かなどを、実際に利用者の生活の場に出向いて知り、必要な場合は支援のありかたを考えることが求められます。また、就労支援のスタッフにも、利用者が希望する条件にあう企業情報などを得るために、ハローワークや企業回りが必要ですし、実際の就職面接や実習などの場面では、利用者とともに企業に出向くことも求められます。また、就職した後の継続支援のために生活の場や企業に出向くことも必要でしょう。

したがって、生活支援のスタッフ、就労支援のスタッフの両者が、フットワーク良く、地域への訪問活動すなわちアウトリーチが出来ることを、デイケア活動の中に取り込んでいくことが重要になります。

3 ケースマネジメントを支援の根底におく

就労支援も含め、デイケアを地域の中で生き生きと暮らすすべを身につける場として捉えれば、デイケア利用者には、通所の目的を、通所を通して得た知恵や力、人間関係のネットワークなどを基に、デイケアの外の世界に、居場所を見つけ仲間を見つけ、自分らしい生活を始めることにおくことが求められます。

つまりデイケアを利用するにあたっては「ここに通い続けることによって、どんなことが生活で出来るようになる」と『通ってきてよかったな』と思えるようになると思えますか」という問いに始まり、「そのあなたの希望を叶えるためには、デイケアの中でどんなことが出来ると良いでしょう」「どのプログラムには興味がありますか」と続く一連の会話が必要になります。すなわち、デイケアにおいては、ここでの活動を地域での生活を充実させるための手段として活用するのだという姿勢が重要であり、その具体的な姿として、ケースマネジメントの発想に基づく支援が行われることが大切なのです。

ケースマネジメントにおいては、利用者本人と作りあげる支援の目標を、「デイケアの中で何が出来るか」におくのではなく、「デイケアへの通所を通じて、日々の暮らしの中でどんなことが出来るようになる」と良いのか」におきます。たとえば、デイケアに来ない

週末に、どのように過ごせるようになりたいのか、デイケアを卒業するときにはどのような生活をしていきたいのか、という目標をおき、そのために役に立ちそうなプログラムはなにか、デイケアの外ではどんなことが出来ると良いかという文脈で、ケア計画が立てられ、デイケアが、地域社会に開かれた活動として意識されます。こうすることで、デイケアの中だけで生活が完結してしまう危うさを、利用者もスタッフも回避することが出来るようになるのです。デイケアに通うことが目的化してしまうことを、ケースマネジメントの発想は防いでくれるのです。

4 デイケアにおいて認知機能リハを利用するメリット

従来、デイケアではさまざまなプログラムが実施されてきました。個人の好みに合わせて実施する趣味的な活動（書道や絵画）、体力づくりのためのスポーツやストレッチ、日常生活技能を高めるための料理、対人関係技能を高めるための Social Skills Training、自分の病気を知り、コントロールしていくための心理教育や認知行動療法、などプログラム内容は多岐にわたります。もちろん、これらのプログラムは精神科リハビリテーションとして有意義ですし、支援者もこれらの活動を通じて利用者をアセスメントする技術に習熟してきました。しかし、通常デイケアは治療構造が比較的緩やかであるため、利用者にとっては単なる趣味・遊びの場となってしまうたり、楽しめるかどうかはその人次第、といった難点も挙げられます。また、集団の中で好みの活動を通じて目標に近づいていく過程は、一般社会と類似点が多く、自然な環境や構造の中でリハビリテーションが実施できるメリットがある反面、対人状況が複雑であるために情緒的な負荷が大きくなり、達成しようとする事柄に対する能力の発揮が阻害されるといったデメリットも考えられます。

本ガイドラインで紹介した認知機能リハビリテーションは上記に挙げたような一般的なデイケアプログラムのデメリットを補完することが可能です。例えば、コンピュータソフトを使ったりリハビリテーションは個々人の能力や興味に合わせて、内容や時間を簡単に変更できますし、集団場面での社会生活能力が低く、従来のリハビリでは馴染みにくい人にも、その人の力にあった課題を設定することができます。デイケアプログラムと認知機能リハの対比を簡単にまとめると下記ようになります。

デイケアプログラム	認知機能リハビリテーション
<ul style="list-style-type: none"> ・趣味や遊びのイメージ ・達成への道筋は人それぞれで時間がかかる ・成功失敗は個人の価値観にもよるため達成感が得られにくい、失敗に気づきにくい 	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事のイメージもあり導入しやすい ・ゴールまでの道筋が明確で、展開が早い ・成功失敗がはっきりしていて直面しやすい

<ul style="list-style-type: none"> ・ 動機を維持する工夫が必要 ・ 準備をして意図的なレベルアップが必要 ・ 失敗への介入の難しさ ・ 特徴がみえるまでに時間がかかる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ すぐに成功が目に見えるため動機付けがしやすい ・ 失敗を受け入れやすい、自信を失うことは少ない ・ 課題に取り組む特徴が良く見える
---	---

上記のように認知機能リハは動機づけがしやすく、目標が達成されやすく、短期間にその人の特徴をつかみやすいメリットがあります。デイケアプログラムにはそれぞれに意味づけがあり、単純にコンピュータゲームに置き換えることはできない、という意見もあるでしょう。しかし、複数のプログラムに長期間参加することで得られる経験や情報を重視するあまり、その間にデイケアから地域へ押し出すための支援が横におかれて、いつしかプログラムに参加することが目的化し、長期間頻回にデイケアに通えることが良いこととされる、といった風潮が日本のデイケアにはなきにもあらずと言えます。

デイケアが就職などを視野にいれた通過型のデイケアに発展していくためには、ケースマネジメントやアウトリーチが必要であることを前項でも述べました。こうした活動を行っていくには、スタッフの時間的余裕を増やしていくことが重要であり、たくさんのプログラムを回してそこで利用者数を確保する、という運営の在り方を見直す必要があります。認知機能リハは短期間で成功体験を積むことができ、動機づけを高め、自分の作業パターンなど自分自身を知る経験をすることができます。支援者も同様に短期間で利用者のアセスメントをすることが可能です。例えば認知機能リハをショートケアで実施し、そこで利用者にとってのトレーニング、支援者にとってのアセスメントを最小限実施し、これを基にあとの半日は個別の面談やアウトリーチに時間を使う、といった運営ができれば、デイケアはより地域に開かれたものになり、利用者の社会参加にダイレクトに役立つ支援機関になることができると思われます。

2節 アウトリーチチームの可能性

昨今の ACT（包括型地域生活支援プログラム）やアウトリーチ推進事業の活動によって、我が国でも多職種アウトリーチチームによる支援が、徐々に活発になってきました。多職種アウトリーチというのは、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理療法技術者、など多様な立場の専門職がチームを組んで生活の場での支援活動（アウトリーチ）を

行うことで、利用者のニーズに応じた、包括的な支援を可能にした形態です。医療ニーズの高い人々のケアにあたっては、精神科医がチームの中に積極的に入りますし、最近では精神疾患を患い、精神医療を受けた経験を持つことで、利用者の苦労に一層寄り添えるピアスタッフが、スタッフメンバーになることも増えてきました。

もし、このような多職種アウトリーチチームに、就労支援の専門家を擁することができたら、利用者が生活を取り戻す支援に、一層の厚みが増します。多職種アウトリーチチームの最大の長所は、その活動場所が、地域社会の中であるということです。就労支援の専門家は、街の中の就職に関する情報に積極的に触れることが出来、また、利用者と企業との接点を作るにも、多くの機会を利用することが出来ます。また、生活支援のスタッフは、就労支援の専門家の存在によって、自分たちの支援の延長が、利用者の社会参加に結びつくことをより実感することが出来ます。

精神障害を持つ人々への包括的なケアの一端に就労支援が組み込まれる好例として、今後、多職種アウトリーチチームにおける就労支援が期待できます。

Ⅶ 章

未来に向けての提言

1 節 デイケア、アウトリーチの診療報酬上の評価の再検討

デイケアで就労支援を展開する場合、①ケースマネジメントを用いた支援、②アウトリーチによる支援、の重要性をお伝えしてきました。これは、言葉を変えると、デイケアにおける個別支援の比率を上げていくことの重要性を示してもいます。研究の成果でも、就職に役に立っているのはプログラムよりも個別就労支援に要した時間数であることは、第IV章に述べました。

しかし、就労支援の専門家が、デイケアの利用者と職場訪問などのアウトリーチ支援をしているとき、あるいは生活支援のスタッフが利用者の自宅などへの訪問支援に入っているとき、デイケアでは他のメンバーに対するグループ活動などが同時に行われているわけです。すなわち、これらの支援を充実するためには、診療報酬上のスタッフ定員を上回るスタッフを配置して、活動を維持することが求められます。このような質の高い活動をすることが、医療機関としても評価されるためには、デイケアにおける就労支援、アウトリーチ活動についての、診療報酬上の加算などの保証が必要になると思われます。

一方、多職種アウトリーチチームの訪問の場合、診療報酬上は精神科訪問看護で評価されますが、評価の条件は、基本「患者」を訪れた場合となっています。したがって、就労支援の専門家を配置して、利用者とともに企業を訪れたり、ハローワークに同行したりした場合は、かなりの長時間を要するものの、現行の診療報酬上は評価がされていません。

アウトリーチ活動の本来の意味は、精神障害を持った人々の、地域社会における生活を支援することにあるわけですから、支援の場は、利用者の自宅とは限らないわけです。この件についても、今後、診療報酬上、積極的に評価を検討されることが望まれます。

2節 デイケアと地域の資源との相互乗り入れにむけて

デイケアを「地域社会の生活を充実するための工夫の場」と位置付けた場合、デイケアと地域社会との敷居が低くなることは重要です。

就職という目的のためには、たとえばハローワークの職員や障害者職業センターの職員にデイケアに来てもらい、現在の障害者雇用の状況について話してもらうなどの交流は利用者の動機づけに役に立つでしょう。障害者雇用に関心のある企業の人事担当者をデイケアに迎えての説明会なども、デイケアメンバーに歓迎されたこともあります。逆に、メンバー数人と障害者雇用の合同面接会に出かけて、面接の練習をしたり、内定をもらえたこともあります。インターネットを活用して、企業情報を得る練習をしたり、ハローワークの求人情報を見る練習をするなどの活動も考えられます。

一方、すべてのデイケア利用者が、就職に関心があるわけではありません。しかし、他方、地域社会での暮らしを楽しむことには興味がある人々、デイケア以外の場で人とつながることに興味がある人もいるかもしれません。そういう人々にとっては、地域社会のなかにどのような楽しむスポットがあるのか、どのような居場所があるのかなど、様々な資源を知ることは、生活を続けるために役に立つでしょう。グループで地域の資源めぐりを企画したり、デイケアの行事に、地域の皆さんを招いたりなどの交流も、デイケアと地域社会の風通しを良くするのに役に立つでしょう。

また、ケースマネジメントの観点からは、利用者の地域社会での生活を充実させるために、相談支援事業も活用して、住まいについての支援や日常生活への支援が、地域の支援者の視点から行われやすくしておくことも一つのアイデアです。このようにすることで、利用者のケア会議を開く際に、地域の支援者にも入ってもらい、デイケア卒業後の具体的なイメージを、早くに共有するということもできるのです。

スタッフも利用者も、デイケアの中だけで完結するのではなく、自分たちの住んでいる街のなかに活動の場を求めていく姿勢が大切なのです。

3節 全ての人が社会のリソースとなるような 仕組みづくり

精神障害を持つ人々が地域で生活し、就労することは、その人のリカバリーという観点から非常に重要であることは論を待ちませんが、社会全体にとってどのような意義があるのでしょうか。

人は皆、社会の中で自己実現をしようと活動する過程で、社会を利用するとともに、何か社会に貢献あるいは還元をしながら生きています。働くということも、ボランティアをするということも、あるいはアパートのごみ出しのルールを守ったり、町会の募金にお金を払ったりすることなども、このような貢献・還元のひとつの形でしょう。社会の中で生きるということは、自分の人生を生きると同時に、他者にとっての人的資源として機能するということでもあります。そして、そのことがまた、自分の人生を豊かにすることにも役に立っているのです。

他者にとっての人的資源として機能する——このような機能を、多様な立場の人が、それぞれのできる範囲で果たすことによって、社会というシステムは、円滑に運用されるのです。与えるだけの人、受け取るだけの人にならず、持ちつ持たれつの関係でありつづける、このようなありかたが、社会というシステムそのものにとっても大切なありかたである、このことは、精神障害の有無に関わらず、社会を構成するすべての人にとってあてはまる真理でありましょう。

とすれば、ある個人が、精神障害を理由に、地域社会で生活することを阻まれる、あるいは持てる機能を社会で発揮することを制限されるとするならば、それはその人個人の不利益であるだけでなく、社会としての損失であるということになるのではないのでしょうか。社会に貢献できることは、その人のできる範囲でしていただく、そのことの積み重ねによって、社会での機能が維持されるわけですから。

高齢化に伴い、生産者人口の割合が減っていく一方の現在の日本においては、精神障害をもつ人々も社会のリソース（人的資源）として貴重な存在であるはずですが、彼ら、精神障害を持つ人々にも、十分に活躍してもらえよう、システムを整備するという視点は、社会一般には、まだまだ不十分と言わざるを得ません。一般的には、精神障害を持つ人々は、身体障害あるいは知的障害を持つ人々と比べて、ストレスに対する脆弱性や病状の不安定性が、例えば仕事をコンスタントにこなしてもらう場合に問題となりがちだと言われたりします。しかし、個々の人々を見れば、得意分野において、短時間であれば大いにある集中力を発揮する人、7分のちからであれば、健常人々に交じって十分に働

ける人など、大勢おられます。また、週に3時間であれば大丈夫という人も、また、自宅でのパソコン作業であれば頑張れるという人も、いるわけです。このような、多様な可能性をもつ人々に、うまく社会のリソースとして活躍してもらうためには、より一層の雇用形態の多様化や、雇用創出によるワークシェアリングの実践が不可欠であろうと思われま

す。

ワークシェアリングの功罪については諸説あるにせよ、精神障害を持つ人々が、個々の能力に応じて就労できる社会は、高齢者や女性、あるいは働きたいのに働けない若者などにも、同様に就労の機会が与えられる社会であることは間違いないでしょう。

これからの我が国には、このようにすべての人々が、リソースとなって、社会を支えていく仕組みづくりが求められているように思います。

監修・執筆者一覧

監修：

伊藤順一郎（独立行政法人 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）

執筆者（五十音順）：

相澤 欽一（福島障害者職業センター）

池淵 恵美（帝京大学医学部 精神神経科学講座）

臼井 卓也（財団法人 長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院））

梅田 典子（独立行政法人 国立国際医療研究センター 国府台病院）

伊藤順一郎（独立行政法人 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）

小野 彩香（特定非営利活動法人 Switch スイッチ・センダイ）

大島 真弓（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

大島みどり（特定非営利活動法人 NECST ユースキャリアセンターフラッグ）

清澤 康伸（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

坂田 増弘（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

佐藤さやか（独立行政法人 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）

下平美智代（独立行政法人 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）

田口 雄太（特定非営利活動法人 Switch スイッチ・センダイ）

武田裕美子（NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド）

山口 創生（独立行政法人 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）

（H26.3.31 現在）

研究から見えてきた、医療機関と連携した 援助付き雇用の支援のガイドライン

2015年3月31日発行

編集責任者 伊藤順一郎

発行者 独立行政法人

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

〒187-8553 小平市小川東町4-1-1

Tel : 042-346-2168

Fax : 042-346-2169

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/index.html>
