調査研究報告書
No.146

効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究

2019年3月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

調査研究報告書
No.146

効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究

2019 年 3 月
独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター
NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

まえがき

障害者職業総合センターでは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、我が国における職業リハビリテーション・サービス機関の中核として、職業リハビリテーションに関する調査・研究を始めとする、さまざまな業務に取り組んでいます。

この調査研究報告書は、当センターの研究部門が実施した「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」の結果を取りまとめたものです。

本研究では、就労支援機関と医療機関の情報共有に資する視点や方法を普及するための取組を複数の地域で実施（実地調査）することで就労支援機関と医療機関の情報共有や連携を促すことができるかどうかについて検証しました。また、精神障害（発達障害を含む）のある本人が、自らの日々の状態・状況を共有したいと考える相手（支援機関や医療機関、企業など）と共有することで、働き続けるために必要なセルフケア・ラインケア等を引き出すためのツールを開発しました。さらに、ハローワークにおいて職業相談等に資するため必要に応じ取得している「主治医の意見書」について、先行研究で把握された問題点を改善するよう修正した書式を作成し、一部のハローワークで試用してもらった結果も分析しています。

実地調査にご協力頂いた方々をはじめ、本研究にご協力頂きました皆様に心よりお礼申し上げます。

本報告書が職業リハビリテーションに携わる多くの関係者の方々に活用され、我が国における職業リハビリテーションをさらに前進させるための一助になれば幸いです。

2019 年 3 月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター
研究主幹　木原　亜紀生

執筆担当（執筆順）		
相澤　欽一	障害者職業総合センター主任研究員	概要、第Ⅰ部、第Ⅱ部（第1章8（1）～（3）（7）、9、10（2）、第2章2、3、7、8以外）、第Ⅲ部
武澤　友広	障害者職業総合センター研究員	第Ⅱ部（第1章8（1）～（3）（7）、9、10（2）、第2章2、3、7、8）、補論

研究担当者

本研究は平成29年度から平成30年度にかけて障害者職業総合センター障害者支援部門で担当した。研究担当者は下記のとおりである。

相澤　欽一	主任研究員
武澤　友広	研究員

目　次

本報告書の構成及び略称の使用等について……1

概要……2

第Ⅰ部　目的と方法

第１章　目的……11

第２章　方法……12

１　研究委員会等の設置……12

２　実地調査……13

３　その他……18

第Ⅱ部　実地調査の取組に関する結果と考察

第１章　実地調査の取組に関する結果……21

１　実地調査の各取組の参加者と研究協力者……21

２　質問紙の回収状況……22

３　パネルディスカッションの実施状況……22

４　グループワークの実施状況……23

５　フォローアップの実施状況……24

６　助言者の活用状況……30

７　情報を共有するためのツールの活用状況……31

８　実地調査等の取組に関する主観的な評価……33

９　取組による情報共有行動の変化……43

１０　本研究の取組以外で情報共有・連携を促すことが期待できる取組……80

１１　人事異動等が情報共有行動に与える影響に関する検討……81

第２章　実地調査の取組に関する考察……87

１　実地調査の取組に対する研究協力者の主観的な評価……87

２　取組への参加が情報共有行動に与えた影響……88

３　情報共有行動の実行可能性・有効性に影響する要因……90

４　連絡文とメモ帳の各実地調査地域の取組から考えられること……92

5　助言者について 93
6　各実地調査地域の取組から考えられること 93
7　人事異動等が情報共有行動に与えた影響とその対処・予防策 95
8　実地調査による成果の総括 96
9　今後の展望 97

第Ⅲ部　情報共有に係るツールの開発等に関する結果と考察

第１章　情報共有シートの開発 99
1　情報共有シート開発の背景 99
2　情報共有シート開発の経過 101
3　情報共有シートの利用状況 104
4　情報共有ツールの統合に関する議論と運用の重要性 116
5　情報共有シートの開発に関する考察 118

第２章　「主治医の意見書」に関する検討 121
1　「主治医の意見書」に係る検討の経緯 121
2　2017 年度に実施したハローワーク職員に対するヒアリングの結果 121
3　2018 年度に実施したハローワーク職員に対するヒアリングの結果 122
4　医療従事者に対するヒアリングの結果 124
5　フォローアップで出た意見書に対するコメントや議論 125
6　研究版「主治医等の意見書」の記載状況 125
7　主治医の意見書に関する考察 126

補論　介入研究の在り方に関する検討
1　プログラム理論 129
2　準実験デザイン 131
3　サンプルサイズ設計 133
4　アウトカム指標 134
5　アクションリサーチ 135

引用文献 137

巻末資料 139
資料１　研究委員会 141
資料２　ツール検討部会 143
資料３　支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文 145
資料４　主治医等の意見書（研究版） 147
資料５　主治医等の意見書（研究版）修正版 148
資料６　主治医等の意見書の説明文 149
資料７　研究版「主治医等の意見書」活用の手引 151
資料８　主治医の意見書（現行様式） 161
資料９　研修講座用スライド 162
資料１０　研修講座・パネルディスカッション・グループワークに関するアンケート用紙 183
資料１１　実地調査で使用した質問紙 185
資料１２　情報共有シートの利用事例の把握のために使用した質問紙 204
資料１３　実地調査以外の研修で使用した質問紙 207
資料１４　最初期に提示した情報共有シートの例 211
資料１５　情報共有シート活用の手引 212

本報告書の構成及び略称の使用等について

１　構成について

本報告書は、研究全体を要約した概要、研究の目的と方法の概略を示した第Ⅰ部、支援機関と医療機関の情報共有の普及方法を検討した第Ⅱ部、情報共有シートの開発と主治医の意見書について検討した第Ⅲ部、及び第Ⅱ部に関連した取組の効果を適切に測定･評価するためにどのような点を改善しうるかを内外の先行研究の知見を参考にしながら考察した補論から構成した。

２　「就労支援機関等」について

本研究では「就労支援機関」を、障害者雇用促進法に規定されているハローワーク、地域障害者職業センター、障害者就業･生活支援センター及び障害者総合支援法で規定されている就労支援サービスの就労移行支援事業所や就労継続支援事業所、自治体設置の障害者就労支援センターなどを想定しているが、ごく少数ではあるが本研究の実地調査に参加を希望した地域活動支援センターなどの生活支援機関や特別支援学校などの教育機関があったため、本報告書ではそれらを含めて、「就労支援機関等」（略称：支援機関）と記載した。

３　略称について

本報告書では全編をとおして下表に示した略称を使用する。

表．略称一覧

正式名称	略称
精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業	モデル事業
就労支援機関等	支援機関
精神科医療機関	医療機関
就労支援従事者	支援従事者
障害者就業・生活支援センター	就業・生活支援センター
地域障害者職業センター	職業センター
就労移行支援事業所	移行支援事業所
就労継続支援事業所	継続支援事業所
自治体設置の障害者就労支援センター	就労支援センター
精神保健福祉士	PSW

４　脚注・引用文献について

本報告書では各部ごとに脚注を「1、2、3…」で、引用文献を「1)、2)、3)…」で表示し、引用文献は巻末に一括して掲載している。

概要

支援機関は医療機関が行う治療等と無関係に支援を行うのではなく、医療機関との情報共有・連携を意識して支援することが求められる。そこで、障害者職業総合センターでは支援機関と医療機関の情報共有に資する視点や方法を収集・整理したマニュアル[1)]を 2017 年に作成した。しかし、このようなマニュアルを作成し関係機関に配布するだけでは、支援機関と医療機関の情報共有・連携が円滑に実施されるか定かではないため、本研究では、マニュアルで提示した視点や方法を普及するための取組を複数の地域で実施することで支援機関と医療機関の情報共有や連携を促すことができるか検証した。

また、これと並行して、障害のある本人が自分の状況を見える化し、その情報を関係者と共有することで、障害のある人と関係者のコミュニケーションを円滑にすると共に、適切なセルフケアやラインケア、外部の専門的なケアにつなげて、安定した職業生活の継続に資するための情報共有シートを開発した。さらに、先行研究[2)]で複数の精神科医から、ハローワークから記載の依頼がある「主治医の意見」について、就労に関し詳細な記載を求められる項目等は医師の専門領域から考えて記載しにくいとの指摘があったため、現行の「主治医の意見書」の一部を変更した書式（研究版「主治医等の意見書」）を作成し、一部のハローワークで試用してもらいその結果を分析した。

１　目的

本研究の目的は下記の 2 点である。

・支援機関と医療機関等の情報共有の視点やスキルの効果的な普及方法を明らかにする。

・情報共有により職場定着に資するための情報共有シートをはじめとした情報を共有するためのツール[1]の開発や「主治医の意見書」の検討を行う。

２　方法

（１）専門家による協議

ア　研究委員会

情報共有を進める視点やスキルを効果的に普及するための方法の在り方及び情報共有シートの開発と「主治医の意見書」について協議するため、精神障害のある当事者、既存の情報共有ツールの普及に関わった大学教員、医療機関と支援機関の両方に所属する臨床心理士、精神障害者の雇用に積極的な企業の人事担当者及び精神科医 3 人から構成される委員会を設置した。委員会は年 2 回、2 年間で計 4 回実施した。

イ　ツール検討部会

情報共有シートの開発に資する情報を収集するとともに、情報共有ツールの利用・普及の在り方を協議するため、既存の情報共有ツールである SPIS 及び K-STEP の開発者及び情報共有ツールの利用経験がある企業の人事担当者等から構成される部会を設置した。部会は 1 年間で計 2 回実施した。

（２）実地調査

情報共有を進める視点やスキルを効果的に普及する方法及び情報共有ツールの開発等を検討するために、全国４か所のハローワーク管轄区域で研修講座などの取組を行い、取組の参加者のうち研究への協力に同意した研究協力者の情報共有行動の変化やツールの使用状況などを把握した。

---

[1] 情報共有シートを開発する際に、SPIS や K-STEP（本書 99-100 頁参照）などの既存のツールを参考とした。これらのツールも、障害のある本人が自分の状況を見える化し、その情報を関係者と共有することで、職場定着に資することを目的としており、このようなツールを「情報共有ツール」と記載した。また、支援機関が医療機関に問い合わせる際の連絡文などの職場定着を主目的としないツールも含めて、情報共有を進めるツール全般を指すときには「情報を共有するためのツール」などと記載した。

（３）実地調査の構成

実地調査は、研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、助言者の配置、フォローアップ、質問紙調査（3 回実施）、ヒアリング調査から構成した。また、実地調査地域のハローワークでは、研究委員会で検討した研究版の「主治医等の意見書」[2]を使用してもらった。

ア　研修講座

研究担当者が先行研究で得られた知見及び情報を共有するためのツールに関する説明を約 90 分で実施した。実施時期は 2017 年 7 月～9 月で、多くの者が参加しやすいよう、原則として同一日の午後と夜間の 2 回実施した。

研修講座の概要は次のとおりである。

〇就労支援と精神科医療の情報共有・連携の必要性

医療機関は就労支援の前後を通じて精神障害者と関わっている。このため、支援機関は医療機関が行う治療と無関係に就労支援を行うより、支援機関が医療機関の見立てや対応方法などを知ることで、より適切な就労支援の可能性が高まる。また、医療機関が生活や職場の様子を知ることで、具体的な環境要因を踏まえたより適切な治療の可能性が高まる。支援機関と医療機関の役割分担による包括的な支援の可能性が高まる。

〇情報共有・連携の前提

医療機関や支援機関が自らの専門領域に求められることを適切に実施することが、支援機関と医療機関の効果的な情報共有・連携の前提になる。また、本人の頭越しに関係機関同士が情報共有を行うのではなく、本人が主体的・能動的に情報共有に関われるよう支援する。

〇情報共有・連携の課題

先行研究では、症状をどう考え、どのような治療をするかは医師の専門領域だが、就労可能性や職業能力の詳細を医師に判断させるのは無理があるとの指摘を多くの精神科医から指摘された。しかし、支援従事者には、そのような医師の専門領域を十分理解しないまま就労支援の進め方について医師に判断を委ねる傾向が見られ、医療機関と情報共有しながら今後の方向性について検討する姿勢が不十分な者も多い。また、支援従事者は、医療職と異なり、専門的な資格取得を前提としていないため、精神障害などの専門知識が人によりばらつきがみられ、短期間で担当者が異動する機関もある。さらに、医療機関の敷居を高く感じ、医療機関にどのようにアプローチしていいか困っている支援従事者も少なくない。一方、現在の診療報酬制度では、PSW 等を配置して支援機関との連携を行いたくても、その多くが無償のサービスになる。また、一般的に医師は時間的な制約がある中で診察を行っているため、病状の確認が中心になりがちである。

〇効果的な情報共有・連携を行うために支援機関が留意すべきこと

医療機関に問合せをする前に、本人のニーズと現状、利用している医療機関に関する情報を把握する。医療機関に問い合わせるときは、自機関での相談経過や医療機関に確認したい事項などを文書にまとめ、本人が受診する際にその文書を主治医に渡してもらい、確認したい事項の回答方法は医療機関に負担のない方法をとる。医療機関から情報提供されたら、提供された情報を本人と一緒に確認→就労支援の立場でアセスメント→見立てや支援方針案を本人とすりあわせる→見立てや支援方針案を医療機関と協議・共有する→見立てや支援方針案を共有した後も、支援の各段階で情報提供する。なお、医療機関と適切な情報共有を行うためには、共有すべき情報を的確にア

---

[2] 現行の「主治医の意見書」からの主な変更点は①「就労の可能性の有無」（「有」「無」の 2 択）の欄を「就労に関する主治医の意見」に変更し「病状等の観点から、現時点においてハローワークで求職活動を行うことについて」どう考えるか 3 つの選択肢から選ぶようにしたこと、②「就労に関する事項」（労働習慣の確立の程度及び今後の見込み、作業の内容、環境、時間等の制限、就労可能な具体的就労場所・条件等を記載する欄）を「就労支援や就職を考える際の留意点」（本人が力を発揮しやすい場面や周囲の人の望ましい関わり方、苦手な場面や調子を崩すきっかけ、調子を崩すときの注意サインや調子が悪化したときのサイン、調子を崩しそうなときの対処方法等）に変更したこと、③「就労支援や就職を考える際の留意点」の欄を PSW 等医師以外の専門職も記載できるようにしたこと、④新たに「ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点（窓口となる担当者、連絡方法、都合の良い時間帯等）」を加えたことである。詳細は巻末資料 5 を参照。

セスメントする必要がある。その際、就労支援では本人の主体性・能動性が前提になるため、就労支援のアセスメントでは支援者が本人の現状を一方的に把握するのではなく、本人が自分自身のニーズや現状を吟味し、働くためには何が必要か整理できるよう支援することが望まれる。また、プランニングでは支援者が目標と目標達成の道筋を一方的に示すのではなく、それらを本人が自ら考え選択できるよう支援することが求められる。

〇効果的な情報共有・連携を行うために医療機関が留意すべきこと

医療従事者は精神障害者に対する雇用施策の概略と雇用の現状を把握することが望まれる。また、医療機関は、支援機関と情報共有することで、患者の生活・就労の状況をより具体的に把握でき、適切な治療に繋がる可能性が高まるという認識を持つことや、「医療機関の敷居が高い」と感じる支援機関も多いので、医療機関側が一方的に話さず、相手の話をよく聞き、コミュニケーションが取れるよう留意することが望まれる。

〇情報を共有するためのツールの有効活用等

支援機関も医療機関も忙しいので、効果的・効率的な情報共有・連携をするためのツールの活用も重要である。

・医療機関への問合せ用連絡文：医療機関に問合せする際の連絡文の雛形で、関係性が乏しい医療機関に対する挨拶のみの連絡文と、関係がある程度できている医療機関に対する情報提供の依頼を含めた連絡文の 2 種類がある。

・メモ帳：情報共有する際には、障害のある本人の頭越しに関係者間で情報共有するのではなく、障害のある本人を介して関係者が情報共有することが望ましい。しかし、耳から入る情報の処理が苦手な人などの場合、本人を介した情報共有が適切に機能しない可能性もある。そこで、支援機関で話し合った内容や医療機関に伝えるべき内容を本人が箇条書きする→記載内容を支援者が確認する→事実と異なることが記載されていたら再度相談して本人が修正する→本人が医療機関を受診する際にメモを見せる→必要に応じ医療機関でも同様のやりとりをする→本人が支援機関にメモを見せる、という手順で情報交換を行うと効果的な場合がある。

・情報共有シート：体調の変化に気づきにくく、体調が悪化し仕事に影響が出る人などが、自分の状況を「見える化」し、支援機関や医療機関、企業の関係者などと情報共有することで、早期のセルフケアや企業のラインケア、支援機関での支援、医療機関での治療につなげるようにするツールである。

・研究版「主治医等の意見書」：実地調査地域のハローワークに限定して、現行の意見書とは異なる研究版「主治医等の意見書」を使用する。

イ　パネルディスカッション

実際の現場で情報共有・連携を進めるためには、研修講座で示されたような原則論だけではうまくいかず、地域事情を踏まえて、具体的な情報共有や連携を行う必要がある。このため、実地調査地の支援機関や医療機関などから情報共有の現状や課題を指摘してもらい、参加者が地域事情を共有できるようにパネルディスカッションを実施した（60～70 分）。パネルディスカッションは研修講座の概ね 1 週間以内に実施した。

各実地調査地域の発言者数は 3～5 人であった。発言者は、支援従事者と医療従事者の他に一部の地域では企業関係者が登壇した。司会進行は研究担当者が行った。

発言者は 1 人当たり 10～15 分で発言者の視点から見た支援機関と医療機関との情報共有・連携の現状、情報共有・連携で工夫していることなどについて発表を行った。発言者の発表終了後に、発言者間及びフロアと発言者間で 10～15 分程度の質疑応答を行った。

ウ　グループワーク

5～6 人のグループで、①地域の現状や課題、②課題改善の方策などについて討議した。医療機関の敷居を高く感じる支援従事者が多いことを踏まえ、グループ分けの際には支援従事者と医療従事者から構成されるよう配慮した。また、グループで討議した内容を参加者全員で共有するため、グループ討議の後に全体討議を行った。全体討議の進行は研究担当者が行った。グループワークは、パネルディスカッション終了後の同一日に実施した（100～110 分）。

エ　フォローアップ

グループワークが終了した約3か月後と約1年後に、各地域における情報共有・連携の状況や変化、グループワークで話し合われた取組の実施状況、取組が十分に実施（実現）されていない場合は実施（実現）されるための対策、研修講座で紹介した各種ツール（研究版「主治医等の意見書」を含む）の利用状況などについて確認した。また、2回目のフォローアップでは人事異動の影響などについても確認した。フォローアップは120分で実施し、進行は研究担当者が行った。

オ　助言者の設置

支援従事者は医療機関の仕組みや事情がよく分からず、医療従事者は支援機関の仕組みや事情がよく分からないなど、特定の領域の関係者であれば常識であることが他の領域の者にとっては分かりにくいことも多い。このことが情報共有・連携の阻害要因の一つになっている可能性があるため、支援機関と医療機関との連携を進める際に不明なことがあった場合などに相談・助言する者（以下「助言者」という。）を実地調査地域内の支援機関と医療機関の双方から選び、実地調査への協力に同意した者（以下「研究協力者」という。）が相談できるようにした。

支援機関に対し助言する医療従事者はPSW3名、看護師1名の計4名であり、各実地調査地域に1名配置した。医療機関に対し助言する支援従事者はハローワーク職員4名、職業センター職員2名の計6名であり、各実地調査地域に1名もしくは2名配置した。助言者は1名を除き全て研究協力者だった。なお、研究協力者ではない助言者もフォローアップに2回とも参加した。

カ　質問紙調査

研究協力者を対象に実施した。質問紙調査は、パネルディスカッションとグループワークの実施直後に第1回調査を、第1回調査の実施から約半年後に第2回調査を、第1回調査を実施した翌年の9月に第3回調査をそれぞれ実施した。質問紙は研究協力者の希望に基づき郵便または電子メールで送付及び回収を行った。また、質問紙は支援従事者と医療従事者で別のものを使用した。

質問紙では、実地調査における各取組に対する評価、情報共有に関する行動（以下「情報共有行動」という。）の実施頻度、実施しにくい又は実行しても効果が上がらなかった情報共有行動とその背景、研修講座で紹介した情報を共有するための各種ツールの利用経験、人事異動が情報共有・連携に与える影響とその対策・予防策などを尋ねた。

キ　ヒアリング調査

質問紙調査の回答の詳細を確認したり、各種ツールの具体的な使用状況、実地調査に対する意見等を把握するため訪問によるヒアリング調査を支援機関10か所、医療機関7か所に実施した。

なお、ハローワークでは、研究協力者以外の職員からも、実地調査で使用した研究版「主治医等の意見書」と現行版「主治医の意見」の比較など意見書に対する意見を把握した。

（4）実地調査以外の質問紙調査・ヒアリング調査

ア　情報共有シートの利用状況の把握

精神障害者担当の職員を配置している全国の就業・生活支援センター60 所を対象に厚生労働省が情報共有シートの試行実施に関する希望を募ったところ、31 所が試行実施を希望した。この試行結果を把握するため、試行実施した就業・生活支援センターを対象に質問紙調査を実施した。

また、障害者職業総合センターで実施したジョブコーチ養成研修の受講者のうち、情報共有シートのデジタル情報を希望し、その使用状況を研究担当者が確認することに同意した者42名（企業関係者30名、支援従事者11名、医療従事者1名）に対し、同様の調査を実施した。

さらに、質問紙に回答した就業・生活支援センター等の中から同意が得られた就業・生活支援センター9所、シートを利用した精神障害（発達障害を含む）のある当事者6人、及びその当事者を雇用している企業3社に対し、

情報共有シートの具体的な使い勝手などについてヒアリング調査を実施した。

イ　研修講座の受講による情報共有行動の実施しにくさに関する印象の変化の把握

実地調査では研修講座を受講することにより情報共有行動の実施しにくさに関する印象が変化するかどうかについて検討できていなかったため、実地調査以外で同様の研修講座を行う機会を利用し、受講前後で質問紙調査を実施した。受講前の調査においては実施しにくい情報共有行動を選択してもらった上でその理由を尋ね、受講後の調査においては受講前に選択した情報共有行動の実施しにくさが軽減したかどうかとその理由を尋ねた。

３　結果及び考察

（１）実地調査の取組に関する結果及び考察

ア　各取組の参加者及び研究協力者

各取組の参加者数と研究協力者数を表 1 に示した。「その他」は企業関係者や障害者団体の関係者等である。研究協力者の内、支援従事者の所属は移行支援事業所が最も多く（26 人）、他はハローワーク、就業・生活支援センター、職業センター、継続支援事業所、就労支援センター、地域活動支援センター、特別支援学校であった。また、医療従事者の職種は PSW が最も多く（8 人）、他は医師、看護師、相談員、作業療法士、臨床心理士であった。

表 1. 実地調査の各取組の参加者数及び研究協力者数

機関種	研修講座	パネルディスカッションとグループワーク	フォローアップ（第 1 回）	フォローアップ（第 2 回）	研究協力者
支援機関	113（88）	67（55）	30（24）	27（23）	57（45）
医療機関	33（23）	18（16）	9（8）	8（8）	17（16）
その他	18（10）	12（8）	1（1）	0（0）	—
計	164（121）	97（79）	40（33）	35（31）	74（61）

（　）内は機関数

イ　実地調査の質問紙の回収率

質問紙の回収率は、第 1 回調査は 77%、第 2 回調査は 67%、第 3 回調査は 59%だった。

ウ　実地調査の取組に対する研究協力者の主観的な評価

質問紙調査によって実地調査の取組が情報共有・連携の促進にどのくらい有効だったか尋ねたところ、「非常に有効であった」または「多少有効であった」を選択した回答者の割合は、研修講座 98%（うち非常に有効 45%。以下、同様）、パネルディスカッション 91%（34%）、グループワーク 88%（41%）、フォローアップ 73%（51%）だった。また、実地調査に参加することで情報共有・連携に「何らかの変化があった」と回答した者は、支援従事者で 72%、医療従事者で 67%だった。さらに、研修講座により情報共有行動の実施しにくさが軽減したかどうかを調べた調査では「研修後に実行しにくさが少なくなった」と回答した者が全回答者に占める割合は 78%だった。

一方、「各パネラーの報告に終始しており積極的な掛け合いにまで至っていなかった」（パネルディスカッション）、「グループワークで提示された質問の解釈の相違により焦点が定まらない意見が多くなり、収拾がつかなくなった」（グループワーク）などの感想もあり、取組の実施の仕方について改善点も把握できた。

エ　取組が情報共有行動に与えた影響

質問紙調査により研修受講前の期間と受講後の期間における情報共有行動の実施頻度を把握したところ、受講後において支援従事者が「本人からの同意取得」「文書による事前連絡」「問題発生時の協議」といった情報共有行動を受講前よりも頻回に行っていた。それ以外の情報共有行動についても、受講前の時点において情報共有を行う相

手との関係性が密接でなかった場合、受講後に情報共有行動が受講前よりも頻回に行われた可能性も示唆された。これらの結果は、取組が情報共有・連携に与える影響は意識だけではなく、行動にまで及んだ可能性を示している。一方で医療従事者は標本数の少なさもあり、統計的に有意な変化は認められなかった。

取組前後の実施頻度の変化が一部の情報共有行動に留まった背景には「情報共有行動を実施したくても実施しにくい」「実施したとしても効果が期待できないので実施しない」といった事情があるのかもしれない。そこで、質問紙において、実行しにくい情報共有行動や実行しても効果があがらなかった情報共有行動を挙げてもらいその背景を尋ねたところ、次の情報共有行動の実行可能性に関わる 3 つの阻害要因を抽出できた。①お互いが相手機関に情報共有のニーズがあるかどうかわからないことが情報共有行動の実行を躊躇させている。②情報共有に割くことができる自機関の人員、時間等の不足が情報共有行動の実行可能性を低くしている。③一般的に医療機関は支援機関からの要請がない限り情報共有をすることは難しく、仮に情報共有行動を実施しようとしても職場からの理解が得にくいといった“支援機関と医療機関の情報共有におけるスタンスの違い”がある。このうち①については、研修講座において支援従事者と医療従事者がそれぞれの専門性を活かし、本人の健康及び社会参加を共同して支えるという包括的支援の理念を説明したものの、いくら本研究の参加者がそのような理念を持っていたとしても、相手機関にその理念が共有されていなければ情報共有行動は実行されにくいことを意味している。したがって、研修講座に参加していない機関にも包括的支援の理念が普及することが必要である。また、②については研修講座で説明した医療機関への問合せ用連絡文などの本人を介した情報共有が実行されることで、情報共有にかける負担を抑えることが期待できる。そして、③については医療機関による就労支援も診療報酬の対象にする等の就労支援に対する医療機関のインセンティブを高める仕組みも必要であることを示唆している。

一方、情報共有行動の有効性に関わる要因は、①自機関が提供した情報に相手機関が関心を示さない、②相手機関の見立て・支援方針に疑問・不信感をもつ、の 2 点に集約できた。このうち①については、上記の包括的支援の理念を普及する取組の必要性を示している。一方の②については、実地調査で設置した助言者のような仕組みの必要性を示している。また、連携先の機関から不信感を抱かれないよう、自らが行っている支援の意味を見直し、自機関の見立てや方針を相手機関に丁寧に説明する必要性が示されたとも言える。

オ　助言者の利用状況

助言者の利用実績は 1 件だけであった。しかし、フォローアップで「主治医の意見や治療方針などに疑問を持った時に助言してもらえる仕組みがあると良い」といったニーズが支援従事者から表明されたことから、職業センターの医療情報助言者制度などを参考にした仕組みを検討する必要があることが示された。

カ　各実地調査地域の取組

グループワークでは全ての実地調査地域で、「情報共有に関する指針の不在」と「（医療機関の情報が支援機関に／支援機関の情報が医療機関に）伝わらない、伝わってこない、（相互に）相手の顔が見えない」ことが課題とされ、「研修講座で示された視点やノウハウをベースにする」ことと「情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り」を行うことが対応策として検討された。その対応策に基づき、ある実地調査地域では、精神科医会の総会でハローワークの職員が医師に対し就労支援の現状の説明や支援機関との連携の依頼を行い、ハローワーク等が作成した移行支援事業所のパンフレットを配布するなどの取組が実施された。ただし、全ての実地調査地域で医療従事者の参加が少なく、当初想定した医療従事者と支援従事者との話し合いが十分できなかった。このため、「支援従事者が医療機関の研修会に参加する（参加可能な研修会について医療機関の研究協力者が情報提供する）」などの必要性が指摘された実地調査地域が多かった。また、フォローアップで、医療機関の職員が就労支援の意義を理解する必要性を指摘した医師もいた。医療機関に対する研修を設定する、地域就労支援ネットワークに積極的に関与してもらえそうな医療機関を自立支援協議会の就労支援部会に招き入れるなど地域事情に応じて最も効果的と思われる取組を検討することも必要であろう。

なお、本来、地域の支援ネットワークは、障害者職業総合センターの研究担当者が普段関係を持たない地域に出向いてトップダウン方式で形成できるようなものではない。本研究の取組を参考に、地域事情に精通した関係者や就業・生活支援センターや職業センターなど地域のネットワーク作りが期待される機関を中心としてボトムアップ方式で就労支援と精神科医療の支援ネットワークを形成していくことが期待される。

キ　人事異動等が情報共有行動に与えた影響とその対処・予防策

人事異動等による情報共有・連携への支障を経験した回答者は全回答者の約 33%であり、人事異動等が情報共有・連携に与える影響は決して少なくないといえる。このような人事異動等による支障に対処あるいは予防するためには、「機関間のつながりの維持」や支援経過を共有するなどの「自機関内での情報共有」といった取組が重要になる可能性が示唆された。また、異動の気配があったら本人に事前に伝えておく等、支援担当者の変更が本人に与える不安を軽減することの重要性も確認できた。

（２）情報共有に係るツールの開発等に関する結果と考察

情報共有シートを開発する過程で、職場定着に資するための各種ツールの統合化が検討議題になった。ツール検討部会等で既存の情報共有ツールの開発者と協議した結果、下記（ア）の様々な情報共有ツールの共通点と利用上の留意点及び（イ）の情報共有ツールを普及する際の留意点を明らかにすることができた。また、この結果を踏まえ、情報共有シートでは、シートを使う障害のある人、企業、関係者の状況に合わせてカスタマイズすることを強調した。

ア　情報共有ツールの統合化に関する議論

（ア）様々な情報共有ツールの共通点と利用上の留意点

各ツールに共通しているのは、精神障害のある人の安定した職業生活の継続のために「障害のある本人が自身の状況を日々見える化し、その情報を企業や支援者と共有することにより関係者間の円滑なコミュニケーションを図ると共に、早期に適切なセルフケア、ラインケア、専門機関の支援につなげることを目的としたツールを発想する視点」である。

また、障害のある人と企業や支援者などの状況によって情報共有すべき項目は変化するため、重要なのは、既存のどのツールが優れているか検討することではなく、「どのような場合に、どのような情報を、どのような方法で情報共有すべきか」を個別に検討することである。

（イ）情報共有ツールを普及する際の留意点

運用上の留意点、特に失敗事例などから注意すべき点を明示すべきであろう。その際には、「ツールを使用する際は、何のために情報共有するのか、障害のある本人と情報共有する関係者間で目的を共有し、その上で目的を達成するために適切な方法を採用する。」「障害のある人と企業や支援者などの状況によって情報共有する項目は変化するため、どのような場合に、どのような情報を、どのような方法で情報共有すべきか検討し、人や状況にツールを合わせる。」「何らかの方法を採用した後も、その方法が適切に機能しているかモニタリングし、状況が変われば必要に応じて情報共有の方法を変更する。」といった留意すべきことや工夫すべきことを説明することが望まれる。また、ツールを使用する際の基本的な視点や留意点などは、各ツールに共通する点も多いことから、必要に応じて研修内容を統合化することも考えられる。

イ　情報共有シート

（ア）情報共有シートの利用効果に関する調査

情報共有シートの利用効果に関する調査を実施した。調査では、例えば「貴機関が本人のセルフケアに関連することを意識して支援するようになった」などが「当てはまる」「ある程度当てはまる」「当てはまらない」「不明」のいずれに該当するか確認したが、「当てはまる」「ある程度当てはまる」に該当した事例が 80%以上だった項目は 13 項目中 4 項目、70%以上は 9 項目あった。さらに、シートを使用した支援従事者、障害のある本人、企業関

係者に対するヒアリング調査でも、シート利用の効果が把握された。情報共有シートを使用することによる効果はある程度見込めると思われる。なお、本調査結果は、上記アに関する情報共有ツールの考え方が十分に整理できていない段階の手引を基に情報共有シートを使用した結果であり、本研究終了時点で整理された手引に基づく利用効果は把握できていないことに留意する必要がある。

（イ）開発結果と課題

本研究では、実地調査や就業・生活支援センターでの利用状況を踏まえ、情報共有シートの基本的な考え方（導入編）と運用の仕方の概略（解説編）を手引にまとめた。しかし、情報共有シートは、人や状況をツールに合わせるのではなく、人や状況にツールを合わせるようにしているため、ツールを運用する際のスキルが強く求められる。しかし、開発したばかりの情報共有シートは、運用上の留意点がほとんど蓄積されていない。このため、情報共有シートが有効に利用されるためには、情報共有シートの使用事例と運用上の留意点や工夫などを収集・蓄積し、手引や研修に反映させることが望まれる。

ウ　主治医等の意見書

研究版「主治医等の意見書」を実地調査で試行した結果、ヒアリング調査に協力したハローワーク職員 15 人中 8 人が「意見書が記載された背景がわかる」「本人の具体的な状況がわかる」「意見書に不明な点などがあった際に、医療機関に連絡しやすい」などの理由から、明確に「研究版が望ましい」との意見であった。残りの 7 人中 3 人も「研究版を基に現行版の要素を入れる」など研究版を基本にするとの意見だった。他の 4 人中 3 人は「どちらでもよい」、1 人は「現行版が良いが、現行版に研究版の要素を入れる」ことを希望した。現行版が良いと答えた者の理由は、「現行版では労働時間など就労の条件に関することを中心に記載を求めており、意見書に記載されている労働時間などを参考に相談がしやすいから」ということだった。

一方、医療従事者 6 人に対するヒアリング調査では、全員が研究版の方が望ましいと回答した。この結果から、実地調査で使用した研究版の効果やハローワークでの使用可能性は十分あることがうかがえる。

先行研究での精神科医の指摘を踏まえれば、今後の「主治医の意見書」は研究版を基に改訂する方向で検討することが必要であると考える。その際、発達障害などすべての障害について記載しやすい質問項目にする、記載する医師の負担軽減を考慮する、労働局のホームページからデジタル様式をダウンロードして紙媒体以外の様式も活用できるようにすることなどの検討も望まれる。

４　介入研究のあり方に関する検討

本研究のうち情報共有行動に関する視点やスキルの普及に関する検討部分は一種のプログラム評価研究に該当する。報告書の最終部では、プログラム評価研究や臨床研究、実践研究の分野での知見を参考にしながら、本研究における取組の効果を適切に測定・評価するためにどのような点を改善しうるかを考察することをとおして、同様の介入研究を計画・実施する際の参考に資する情報を提供した。具体的には「プログラム理論」（プログラムの各要素がアウトカムへ及ぼすとされる影響のプロセス、そしてどのような状況においてこのようなプロセスが起こるのかということについての理論）「準実験デザイン」（プログラム評価上の問題点がアウトカムに与える影響を最小限に抑え、評価者による統制が及ばない要因を適切に統制するための手法のひとつ）「サンプルサイズ設計」（評価者が検討したい効果を検出しうる最小の標本数を導出する方法）「アウトカム指標の信頼性・妥当性の検討」「アクションリサーチ」（研究者がある集合体や社会の改善に直結した研究活動を自覚的に行うこと）について論じた。

５　今後の展望

本研究において実施した取組は情報共有行動や連携の実行可能性を向上させることを示唆する結果が得られた。しかし、本研究では実行可能性が高まった情報共有行動や連携が「効果的な就労支援」にまで繋がったかどうかに

ついては確認できていない。したがって、「効果的な就労支援」の指標を決め、情報共有行動や連携が「効果的な就労支援」に繋がるかを検証する必要がある。その際、情報共有行動が就職や職場定着に影響する仕組みには「職場の要因」「本人の能力・特性」「本人と職場の適合度」「支援機関で受けた支援の内容」など多様な媒介要因が想定されため、情報共有行動の測定と共に就職や職場定着に関する変数を取得し、その関連性を検討する必要がある。とはいえ、測定する指標が多ければ多い程、研究協力者にかける負担も大きくなるため、このような研究が現場の実践にどの程度求められているのかは十分吟味する必要がある。

また、「効果的な就労支援」のために職場定着に資するための情報共有シートを開発したが、情報共有シートの運用上のスキルは蓄積されていない。シートが有効に利用されるために、シートの使用事例と運用上の工夫などを収集・蓄積し、手引や研修に反映させ、「効果的な就労支援」につなげることが望まれる。

なお、研究委員会の一部の委員から、精神障害（発達障害を含む）のある人たちの就職件数の急増と職場定着の課題を踏まえ、職場定着を支援するための情報共有ツールの活用を企業に積極的に勧めるべきとの提案がなされた。しかし、採用された障害者が企業側からツールの利用を勧められると、本人が主体的にツールを使用しないリスクも想定される。このため、まず障害のある本人が支援機関でツール利用に慣れた後で、就職後に企業との情報共有に使用する方法を取ることが望まれるが、ハローワークから就職する精神障害者にはハローワーク以外の支援機関を利用していない者も多い。そこで、①ハローワークの職員に対し職場定着を支援するためのツールに関する研修を実施、②ハローワークでツールの活用が必要と考えられる求職者にツールの説明を行う、③就職後にツールの活用を希望する求職者については職業紹介時に企業に対しツールを活用した雇用管理を勧める、④採用後のツールによる企業と従業員とのコミュニケーションについてハローワークの職員が支援する、などの取組を検討する必要もあろう。

第Ⅰ部

目的と方法

第１章　目的

医療機関は、支援機関が行う支援の前後を通じ精神障害のある人と関わっているため、支援機関は医療機関が行う治療等と無関係に支援を行うのではなく、医療機関との連携を意識して支援することが望まれる。

しかし、双方の情報交換の仕方に焦点を当てた文献が乏しいため、障害者職業総合センターでは支援機関と医療機関の円滑な情報交換に資する視点や方法を収集・整理する[1)]と共に、支援機関と医療機関の情報交換に関するマニュアル[2)]を作成した。

一方、このようなマニュアルを作成して配布するだけでは、支援機関と医療機関の情報共有・連携が円滑に実施されるのか定かではないため[1]、マニュアルに示したことの実行可能性を高めるための取組を検討する必要がある。また、支援機関も医療機関も多忙であるため、情報共有・連携の実行可能性を高めるためには、効果的・効率的に情報共有を進めるためのツールの開発が望まれる。その際、情報共有・連携の中心は精神障害のある当事者であることと、精神障害者の職場定着が大きな問題になっている現状を踏まえると、効果的な就労支援を行うためには、支援機関と医療機関の情報共有に留まらず、精神障害のある当事者や企業を含めた情報を共有するためのツールの開発が望まれる。さらに、先行研究[1)]で複数の精神科医から、ハローワークから記載の依頼がある「主治医の意見」について、就労に関し詳細な記載を求められる項目等は医師の専門領域から考えて記載しにくいとの指摘があった。このため、現行の「主治医の意見書」について、医師の専門領域から見て記載可能でかつハローワークでの職業相談に資するための「主治医の意見書」を検討する必要がある。

以上のような問題意識を踏まえ、支援機関と医療機関等（「等」には精神障害のある当事者や企業を含む）の情報共有の視点やスキルの普及方法の検討及び情報を共有するためのツールの開発等を目的として本研究を実施する。

---

1 読んでもらえなかったり必要な人の手元に届かなかったりする場合がある、支援機関と医療機関の心理的な障壁を低くする工夫が求められる、情報共有は地域事情に影響されるため地域事情を踏まえた情報共有の在り方を検討する必要があるなど様々な理由が考えられる。

第２章　方法

本研究は以下のような方法により実施した。

１　研究委員会等の設置

（１）研究委員会での検討

支援機関と医療機関等の情報共有の視点やスキルの普及方法の検討及び情報を共有するためのツールの開発などについて検討するため、研究委員会（巻末資料 1）を設置した。

研究委員会は 4 回開催し、主として以下のようなことを検討した。

・第 1 回　研究計画、実地調査、質問紙調査、情報共有に係る各種ツールなど。

・第 2 回　実地調査の進捗状況及び各種ツールの使用状況を踏まえた今後の研究の進め方など。

・第 3 回　質問紙調査の集計結果、情報共有シート、研究版「主治医等の意見書」など。

・第 4 回　本研究のとりまとめ（結果や考察のまとめ方の検討）。

なお、第 1 回研究委員会では、支援機関から医療機関に問い合わせる際の定型的な連絡文（巻末資料 3）、情報共有シート、研究版「主治医等の意見書」（巻末資料 4）及び意見書に添付する主治医向けの連絡文（巻末資料 6）を作成し、実地調査で使用することを決めた。

また、研究委員会開催時以外にも研究版「主治医等の意見書」の活用の手引（資料 7）の作成などについて、随時メールにより検討した。

（２）ツール検討部会

精神障害のある当事者、支援機関、医療機関、企業が情報を共有することで精神障害のある当事者の安定した職業生活の継続を図るためのツールについては SPIS や K-STEP など類似するツールが開発されている。そこで、情報共有シートの開発に資するため、SPIS や K-STEP の開発者などを対象に SPIS や K-STEP の具体的な特徴や課題点などについてヒアリング調査を実施した。この際、ツール毎に個別にヒアリングを行うよりも、関係者が一堂に会し各ツールの共通点や相違点を整理し、本研究で開発すべきツールの特徴を明確にする方が効果的であるため、専門家ヒアリングの対象者などから構成されるツール検討部会（巻末資料 2）を設置した。ツール検討部会は 2 回開催し、主として以下のようなことを検討し、ツール検討部会での議論を研究委員会での検討に反映させるようにした。

・第 1 回　各種ツールの概要、各種ツールの共通点と各種ツールの特徴と対象者像、課題点及び改善点など。

・第 2 回　ツールの有効活用に資する支援プログラム、ツールの普及・研修、ツール自体の統合化や普及研修の統合化の可能性など。

なお、ツール検討部会開催時以外にも、第 46 回日本職業リハビリテーション学会において「精神障害のある従業員と企業等が情報を共有し職場定着を図るためのツール」というテーマで自主ワークショップを開催し、ツール検討部会及び研究委員会の一部の委員が報告と討論を行った。また、自主ワークショップに参加した研究委員会の委員からツールや普及・研修の統合化の可能性などについて指摘を受けたため、自主ワークショップに参加したツール検討部会の委員が集まり、ツールの統合化などについて検討を行った。さらに、それらの議論についてメールや電話によりこの議論に参加しなかった他の委員とも協議した。また、情報共有シートの手引の修正などについて随時メールや電話で検討した。

２　実地調査

情報共有を進める視点やスキルを普及する方法や情報共有の各種ツールの開発を検討するために、特定のハローワーク管轄区域で研修講座などの取組を行い、研修講座などに参加した研究協力者の情報共有行動の変化やツールの使用状況などを把握する実地調査を以下のように実施した。

（１）実地調査地域の選定

実地調査地域の選定に際しては、研究協力が得られる可能性の高い医療機関のある地域を国立精神・神経医療研究センターから情報収集した上で、厚生労働省と協議し 4 か所のハローワーク管轄区域を選定した。選定されたハローワーク管轄区域は、関西 1 か所、関東 2 か所、東北 1 か所であった。4 か所中 2 か所のハローワークが政令指定都市内に、1 か所が特別区内に設置され、2 か所のハローワークが筆頭所であった。また、2 か所のハローワークが厚生労働省のモデル事業の対象ハローワークであった。

なお、実地調査地域選定後は、実地調査地域のハローワークや支援機関を訪問し協力を依頼する、関係機関が集まる会議で実地調査の周知をする、国立精神・神経医療研究センターと一緒に医療機関を訪問し協力を依頼する、関係自治体から医療機関に文書で周知してもらう、障害者職業総合センターの HP で周知するなどして実地調査の参加者募集を行った。

（２）実地調査の概要

実地調査は、研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、助言者の配置、フォローアップ、質問紙調査、ヒアリング調査から構成した。各取組の実施日を表Ⅰ-1 に示す。なお、研修講座は多くの者が参加しやすいよう同一日に午後と夜間の 2 回実施した（B 地域のみ 7 月 5 日夜間、7 月 10 日午後実施）。

表Ⅰ-1. 実地調査の各取組の実施日

地域	研修講座	パネルディスカッションとグループワーク	フォローアップ（第 1 回）	フォローアップ（第 2 回）
A	2017 年 9 月 6 日	2017 年 9 月 11 日	2017 年 12 月 5 日	2018 年 6 月 4 日
B	2017 年 7 月 5・10 日	2017 年 7 月 14 日	2017 年 10 月 5 日	2018 年 6 月 28 日
C	2017 年 9 月 19 日	2017 年 9 月 26 日	2018 年 1 月 11 日	2018 年 6 月 6 日
D	2017 年 8 月 21 日	2017 年 8 月 28 日	2017 年 12 月 15 日	2018 年 6 月 15 日

ア　研修講座

研修講座は、先行研究で得られた知見及び情報を共有するためのツールに関する説明を約 90 分で実施した。また、研修講座と併せて本研究の趣旨や本研究への参加の手続きなどの説明も約 30 分実施した。

研修講座はマニュアルに記載した内容に情報を共有するためのツールの説明を加え実施した。以下に研修講座の概略を示す（巻末資料 9）。

〇就労支援と精神科医療の情報共有・連携の必要性

医療機関は就労支援の前後を通じて精神障害者と関わっているため、支援機関は医療機関が行う治療と無関係に就労支援を行うよりも、医療機関と情報共有・連携して支援を行うことで次のような効果が期待できる。

・支援機関が医療機関の見立てや対応方法などを知ることで、より適切な就労支援の可能性が高まる。
・医療機関が生活や職場の様子を知ることで、具体的な環境要因を踏まえたより適切な治療の可能性が高まる。
・支援機関と医療機関の役割分担による包括的な支援の可能性が高まる。

・診察時に本人から職場の悩み事が話されたとき、支援機関の定期的なフォローアップが終了しても、医療機関から支援機関で相談するよう助言することで、再び就労支援につながる可能性が高まる。

〇情報共有・連携の前提

仮に、医療機関が本人と疾病管理について適切に相談できない、支援機関が本人の特徴と企業の条件を踏まえたマッチングや職場環境の調整ができないとすれば、情報共有・連携以前の問題である。自らの専門領域に求められることを適切に実施することが、支援機関と医療機関の効果的な情報共有・連携の前提になる。

また、本人の頭越しに関係機関同士が情報共有を行うのではなく、本人が主体的・能動的に情報共有に関われるよう支援する。このため、本人の相談する力を損なわないよう留意し、本人から医療機関や支援機関に伝えること、支援者から他機関に伝えること、本人から医療機関や支援機関に伝えられるようにするために必要な支援などを本人と一緒に整理する。

〇情報共有・連携の課題

先行研究では、症状をどう考え、どのような治療をするかは医師の専門領域だが、就労可能性や職業能力の詳細を医師に判断させるのは無理があると多くの精神科医から指摘された。しかし、支援従事者には、そのような医師の専門領域を十分理解しないまま就労支援の進め方について医師に判断を委ねる傾向が見られ（例：「主治医の意見書」を記載した医師の背景や意見書の妥当性を検討しないまま、意見書に記載された内容からハローワークでの求職登録や職業紹介の方向性を決める）、医療機関と情報共有しながら今後の方向性について一緒に検討する姿勢が不十分な面もある。また、支援従事者は、医療職と異なり、専門的な資格取得を前提としていないため、精神障害などの専門知識に人によるばらつきがみられ、短期間で担当者が異動する機関もある。さらに、医療機関の敷居を高く感じ、医療機関にどのようにアプローチしていいか困っている支援従事者も少なくない。

一方、現在の診療報酬制度では、PSW 等を配置して支援機関との連携を行いたくても、その多くが無償のサービスになる。また、一般的に医師は時間的な制約がある中で診察を行っている（例えば、午前中に 20 人診察すると、カルテや処方箋を書く時間を除き本人と話す時間は 5～6 分程度、症状が悪化している人がいればその人に時間が割かれる）ため、病状の確認が中心になりがちである。

〇効果的な情報共有・連携を行うために支援機関が留意すべきこと

医療機関に問合せをする前に、本人のニーズと現状、利用している医療機関に関する情報（現在の主治医になってからの期間、通常の診察時間や診察の頻度、就労に関する主治医との相談状況、相談しているコメディカルスタッフ、デイケアや訪問看護の利用状況など）を把握する。医療機関に問い合わせるときは、自機関での相談経過や医療機関に確認したい事項などを文書にまとめ、本人が受診する際にその文書を主治医に渡してもらい、確認したい事項の回答方法は本人に伝えてもらうなど、医療機関に負担のない方法をとる。医療機関から情報提供されたら、提供された情報を本人と一緒に確認→就労支援の立場でアセスメント→見立てや支援方針案を本人とすりあわせる→見立てや支援方針案を医療機関と協議・共有する→見立てや支援方針案を共有した後も、支援の各段階で情報提供する（提供する情報は文書で簡潔にまとめ、本人が受診の際に医療機関に持って行くなどし、困ったときだけ、突然「どうしたらよいでしょう」と医療機関に問い合わせるようなことは避ける）。

なお、医療機関と適切な情報共有を行うためには、共有すべき情報を的確にアセスメントする必要があるが、その際、次の点に留意する必要がある。

働くのは本人であり、支援者ではない。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、いずれも本人が決めることになる。情報共有・連携に限らず、就労支援では本人の主体性・能動性が前提になる。このため、就労支援のアセスメントでは支援者が本人の現状を一方的に把握するのではなく、本人が自分自身のニーズや現状を吟味し、働くためには何が必要か（自分自身が努力や工夫すべきこと、企業に求める配慮、支援機関に求め

る支援など）整理できるよう支援することが望まれる。また、プランニングでは支援者が目標と目標達成の道筋を一方的に示すのではなく、それらを本人が自ら考え選択できるよう支援することが求められる。

〇効果的な情報共有・連携を行うために医療機関が留意すべきこと

医療従事者は精神障害者に対する雇用施策の概略と雇用の状況[2]を把握することが望まれる。また、医療機関は、支援機関と情報共有することで、患者の生活・就労の状況をより具体的に把握でき、適切な治療に繋がる可能性が高まるという認識を持つことや、「医療機関の敷居が高い」と感じる支援機関も多いので、医療機関側が一方的に話さず、相手の話をよく聞き、コミュニケーションが取れるよう留意することが望まれる。

〇情報を共有するためのツールの有効活用

支援機関も医療機関も忙しいので、効果的・効率的な情報共有・連携をするために、以下のようなツールの活用も重要である。

・医療機関への連絡文：医療機関に問合せをする際の連絡文作成に苦慮する支援機関の支援者もいるため、本研究では、支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文（以下、「連絡文」という。）を作成した。

連絡文は、関係性が乏しい医療機関に対する挨拶のみの連絡文（巻末資料 3-1）と、関係性がある程度できている医療機関に対する情報提供の依頼を含めた連絡文（巻末資料 3-2）の 2 種類を作成した。

なお、研究担当者は当初、情報提供の依頼を含めた連絡文のみを作成したが、研究委員会で複数の医師の委員から、以下のような理由で、面識のない医療機関の場合は、まずは患者が自機関を利用し始めたことと自機関の紹介にとどめることが望ましいとの意見がでたため、関係性が乏しい医療機関に対する挨拶のみの連絡文も作成した。

「いくら患者が持ってきた文書でも、面識がない外部機関から突然患者に関する情報提供を依頼されると、この外部機関は本当に信用できるのか、書いた文書がどのような理解のされ方をするのか、書いた文書がどのように使われるのかなど様々なことが心配になる。このため、具体的な情報提供の依頼は、本人が自機関を利用後に何度か受診し、自機関の様子を診察場面で主治医に話してもらってからした方が良い。」

・メモ帳：関係機関が連携して就職が決まった精神障害のある人たちに対するヒアリング調査[1)]では、「最初は、医療機関からハローワークに自分のどのような情報が伝わるのか、どのような伝え方をされるのか不安を感じた。」「どのような情報交換がなされているのか、自分はよく理解できずに困った。」などの話が出ている。

関係機関が情報共有する際には、障害のある本人の頭越しに関係者間で情報共有するのではなく、支援機関での相談状況や支援機関からの問合せ事項を本人が医療機関に説明・報告し、医療機関の相談状況や問合せに対する回答を本人が支援機関に説明・報告するなど障害のある本人を介して関係者が情報共有することが望ましい。このような方法を取れば、障害のある本人が情報共有の必要性とその内容を理解した上で、情報共有に主体的に関わることができる。

しかし、耳から入る情報の処理が苦手な人、体調が悪い人、不安が強く被害的に受け止める人などの場合、本人を介した情報共有が適切に機能しない可能性もある。

このような可能性が想定される場合には、①支援機関で話し合った内容や医療機関に伝えるべき内容を本人が箇条書きする、②記載内容を支援者が確認する、③事実と異なることが記載されていたら再度相談して本人が修正する、④本人が医療機関を受診する際にメモを見せる、⑤必要に応じ医療機関でも同様のやりとりをする、⑥本人が支援機関にメモを見せるなどの手順で情報共有する方法が考えられる。このような取組を行う際

---

2 障害者雇用の支援制度が精神障害者に適用されるようになったことを背景に、精神障害者の就職件数は急激に増大している（2002 年度のハローワーク障害者窓での紹介就職件数 1,890 件から 2016 年度は 41,367 件になり、身体障害者の就職件数 26,940 件、知的障害者の就職件数 20,342 件を大幅に上回っている）が、その一方で、就職者の 1 年定着率が 4〜5 割という調査結果もあり、職場定着には多くの課題がある。

には、本人やチェックする側の負担を軽減するため、書き込む内容はなるべく絞りポイントを書き込むようにする、必要に応じて情報共有の相手に企業や家族を加えるなどの工夫をするとよい。

このような取組により、関係者間での正確な情報共有の可能性が高まる。また、本人が自分で記載した内容について支援者からフィードバックを受けることで相談や支援の状況をより正確に理解することや支援者が本人の記載内容を確認することで本人の特徴をより正確に把握することも期待できる。

なお、このような情報共有を円滑にするためのメモ帳は本研究で開発したものではなく、研究担当者なども昔から実践現場で使用しており、先行研究[1)]の中でも紹介している。また、「情報共有を円滑にするためのメモ帳」は、上記の様な取組を指し、特定のメモ帳の様式があるわけではないため、ツールと言うよりノウハウの部類に入る。

・情報共有シート：体調の変化に気づきにくく、体調が悪化し、仕事に影響が出る人などが、自分の状況を「見える化」し、本人だけでなく、支援機関や医療機関、企業の関係者などが情報共有することにより、早期のセルフケアや企業のラインケア、支援機関での支援、医療機関での治療につなげるようにする。

イ　パネルディスカッション

実際の現場で情報共有・連携を進めるためには、研修講座で示されたような原則論だけではうまくいかず、地域事情を踏まえて、具体的な情報共有や連携を行う必要がある。このため、実地調査地域の支援機関や医療機関などから情報共有の現状や課題を指摘してもらい、参加者が地域事情を共有できるようにパネルディスカッションを実施した。

パネルディスカッションの発言者は研究担当者が下記エで述べる各実地調査地域の助言者等と協議し決定した。発言者は、支援従事者、医療従事者、企業関係者、精神障害のある当事者から構成する予定だったが、調整開始からパネルディスカッション開始までの期間が短かったため、精神障害のある当事者の発言は設定できず、企業関係者が発言した実地調査地域は 2 か所に留まった。

各実地調査地域の発言者数は 3～5 人であった。発言者の内訳は、支援従事者 10 人（うちハローワーク 4 人、移行支援事業所 2 人、就業・生活支援センター2 人、職業センター1 人、就労支援センター1 人）、医療従事者 6 人（うち医師 2 人、PSW3 人、看護師 1 人）、企業関係者 2 人だった。司会進行は研究担当者が行った。

パネルディスカッションは 60～70 分で実施し（発言者数が多いところは約 70 分、少ないところは約 60 分）、発言者は 1 人 10～15 分で発言者の視点から見た支援機関と医療機関との情報共有・連携の現状、情報共有・連携で工夫していることなどについて発表した。

発言者の発表終了後に、発言者間及びフロアと発言者間で 10～15 分程度の質疑応答を行った。

ウ　グループワーク

パネルディスカッションでは限られた人しか発言できない、パネルディスカッションの発言者は情報共有・連携の経験が豊富な人が多いため必ずしも地域の一般的な情報共有・連携の状況を反映させた話をするとは限らないなどから、5～6 人の小グループに分かれて地域の現状や課題改善のための方策などについて討議するグループワークを実施した。医療機関の敷居を高く感じる支援従事者が多いことを踏まえ、グループ分けの際には支援従事者と医療従事者から構成されるよう配慮した。

グループワークはパネルディスカッションと同一日に設定し（全体で 100～110 分間）、以下のように進行した。全体討議の進行は研究担当者が行った。

①　グループ討議 1（15～20 分）

・自己紹介→グループ内の司会・記録係・発表係を決める。

・情報共有・連携における現状と課題を出し合う。

② 全体討議 1（15～20 分）

・グループで話し合われた内容を発表（1 グループ約 1 分）

・発表内容を整理（5 分）

③グループ討議 2（30～40 分）

・課題に対する具体的な対応策・取組を検討する。

④全体討議 2（30 分)

・グループで話し合われたことを発表（1 グループ 1～2 分）

・他グループへの質問等（5 分）

・取組を明確にする「すぐすべきこと／すぐできること」「実施に向けて調整が必要なこと」（15 分）

エ　フォローアップ

グループワークが終了した約 3 か月後と約 1 年後に、情報共有・連携の状況や変化、グループワークで話し合われた取組の実施状況、取組が十分に実施（実現）されていない場合は実施（実現）されるための対策、研修講座で紹介した各種ツールの利用状況などについて確認した。また、グループワークの 1 年後のフォローアップでは人事異動の影響などについても確認した。フォローアップの進行は研究担当者が行った。

オ　助言者の設置

支援従事者は医療機関の仕組みや地域事情がよく分からず、医療従事者は支援機関の仕組みや地域事情がよく分からないなど特定の領域の関係者であれば常識になっていることが、他の領域の者にとっては分かりにくいことも多い。このことが支援機関と医療機関の情報共有・連携の阻害要因の一つになっている可能性がある。このため、支援機関と医療機関との連携を進める際に不明なことがあった場合などに相談・助言する者（以下「助言者」という。）を実地調査地域内の支援機関と医療機関の双方から選び、実地調査への協力に同意した者（以下「研究協力者」という。）が相談できるようにした。

支援機関に対し助言する医療従事者は PSW が 3 人、看護師が 1 人の計 4 人で、各実地調査地域に 1 人配置した。医療機関に対し助言する支援従事者は、ハローワーク職員 4 人、職業センター職員 2 人の計 6 人で、各実地調査地域に 1 人もしくは 2 人配置した。助言者は 1 人を除きすべて研究協力者だった。なお、フォローアップを欠席した助言者はいるが、研究協力者以外の助言者はフォローアップに 2 回とも参加した。

カ　質問紙調査

研究協力者[3]を対象に質問紙調査を実施した。質問紙調査は、①パネルディスカッションとグループワークの実施直後、②上記①の実施から約半年後、③上記①を実施した翌年度 9 月の計 3 回実施した。各調査における質問紙の送付日及び提出期限を表 I -2 に示す。なお、提出期限までに返送されなかった回答は少なくなかったため、実際には提出期限の延長を行った。

なお、研修講座、パネルディスカッション、グループワークの主観的評価については研究協力者だけでなく、参加者全員に質問紙を配布し、データを取得した（巻末資料 10）。

質問紙は研究協力者の希望に基づき郵便または電子メールで送付及び回収を行った。質問紙は支援従事者と医療従事者で別のものを使用した。第 1 回の質問紙では支援従事者のうち、移行支援事業所及び継続支援事業所に所属する者とそれ以外の者で一部異なる設定をした。第 3 回の質問紙では、医療従事者の質問を医師と医師以外の職種

[3] 実地調査の参加者募集の説明文には本研究の趣旨や概要を示したが、実地調査の周知から実地調査開始までの期間が限られていたこと、研究担当者が在籍する障害者職業総合センターから遠方の実地調査地域もあり頻繁に説明会を行うことができなかったことなどから、実地調査の前に参加希望者に対して実地調査の詳細を説明し同意書を提出してもらう手続きを取ることが困難だった。このため、研修講座、パネルディスカッション・グループワークに参加した者に対し、それらのプログラム終了後に本研究の趣旨、概要及び倫理的配慮に関する説明と研究協力の呼びかけを行い、同意書を提出した者を研究協力者とした。

表Ⅰ-2. 質問紙調査の送付日～提出期限

地域	第 1 回調査	第 2 回調査	第 3 回調査
A	2017/ 9/12～2017/ 9/29	2018/ 2/ 2～2018/ 2/16	2018/ 9/13～2018/ 9/25
B	2017/ 7/10～2017/ 7/24	2018/ 1/17～2018/ 1/31	
C	2017/ 9/27～2017/10/16	2018/ 2/ 5～2018/ 2/20	
D	2017/ 9/ 4～2017/ 9/22	2018/ 2/ 1～2018/ 2/16	

で分けて設定した。なお、第 2 回の調査では、第 1 回の調査で回答がなかった者に対し、調査項目を「実地調査の取組の有効性に関する主観的評価」「実地調査で実施した取組以外に有効であると考える取組」「研修講座で紹介したツールの利用状況」に関する質問に絞った質問紙を送付した。

質問紙では、実地調査における研修講座などの取組が情報共有に関する意識や行動に与える影響等を調べるため、以下のような質問をした。第 1 回～第 3 回の質問紙を巻末資料 11 に示した。

・支援機関と医療機関との情報共有に関する行動（以下「情報共有行動」という。）の実施頻度（第 1 回、第 2 回）
・研究協力者及び所属機関が参加する定期的な会議や集会への参加状況（第 1 回、第 2 回）
・実施したが効果的な支援につながらなかった情報共有行動（第 1 回、第 2 回）
・実行すれば効果的な支援につながる可能性が高いが実行しにくい情報共有行動（第 1 回）
・情報共有する際に意識していること（第 1 回）
・実地調査の取組の有効性に関する主観的評価（第 2 回）
・実地調査で実施した取組以外に有効であると考える取組（第 2 回）
・実地調査の取組に参加することで厚生労働省のモデル事業における連携や情報共有に起きた変化の有無（第 2 回）
・研修講座で紹介したツールの利用状況（第 2 回）
・人事異動が情報共有に与えた影響（第 3 回）
・情報共有シートの利用状況の詳細（第 3 回）
・「主治医等の意見書」の利用状況（第 3 回）

キ　ヒアリング調査

質問紙調査の内容確認、各種ツールの具体的な使用状況、実地調査に対する意見等を把握するため訪問によるヒアリング調査を支援機関 10 か所、医療機関 7 か所に実施した。

なお、質問紙調査の回答に不備や不明な点があった場合には、随時電話により確認した。

３　その他

（１）就業・生活支援センター等での情報共有シートの使用状況の把握

本研究では、当初、情報共有ツールの使用状況などは実地調査地域のみで把握することを考えていたが、情報共有シートについては、厚生労働省が開発途中の段階から広く試行実施を行うことを希望したため、精神障害者担当の職員を配置している全国の就業・生活支援センターを対象に、厚生労働省が 2017 年 12 月（30 所）と 2018 年 3 月（30 所）の 2 回に分けて、情報共有シートの試行実施に関する希望を募ったところ、31 所（12 月分 11 所、3 月分 20 所）が試行実施を希望した。これらの就業・生活支援センターの情報共有シートの利用状況を把握するため、12 月分 11 所に対しては 2018 年 6 月に、3 月分 20 所に対しては 2018 年 8 月に質問紙を電子メールで送付及び回収した。

また、障害者職業総合センターで2018年4月と6月に実施したジョブコーチ養成研修の受講者であって、研究担当者が講義で使用した情報共有シートのデジタル情報を希望した者のうち、情報共有シートの使用状況をメールで確認することに同意した者42人（企業関係者30人、支援従事者11人、医療従事者1人）に対し、2018年8月に電子メールで送付及び回収を行った。

情報共有シートの使用状況等を把握した質問紙を巻末資料12に示した。

質問紙に回答した就業・生活支援センター等の中から、同意を得られた就業・生活支援センター、シートを利用した精神障害のある当事者、精神障害のある当事者を雇用している企業等に対し、情報共有シートの具体的な使い勝手などについてヒアリング調査を実施した。

（２）実地調査以外の研修会を利用した質問紙調査

上記２（２）カで述べたように、研修講座などを実施した後に、本研究の説明と研究協力の呼びかけを行ったため、具体的な実地調査の取組を行う前に、研修受講者に質問を行うことが難しく、研修講座を実施することで実行しにくいと感じる情報共有行動に変化があるかどうか把握できなかった。

そこで、実地調査以外の研修会の機会を利用し、研修受講前に、情報共有行動のリスト（支援従事者のリストは19項目、医療従事者のリストは8項目から構成）を提示した上で、実行すれば効果的な支援につながる可能性が高いが、実行しにくい項目があれば最大5つまで選択することを研修受講予定者に求め、実施しにくい項目を選択した場合はその理由を自由記述で回答してもらった。次に、研修受講後に、実施しにくい項目を選択した者に対し、その項目の実行しにくさが主観的に少なくなったか否かを「はい」か「いいえ」のいずれかで回答してもらった。さらに、変化した（変化しなかった）理由についても自由記述で説明を求めた。なお、実行しにくい情報共有行動を具体的にイメージしてもらうために、情報共有行動の主観的な実施状況を答えてもらった上で、実施しにくい情報共有行動を答えてもらった。また、研修に対する感想なども併せて把握した。

研修受講の前後の調査で用いた質問紙を巻末資料13に示した。

この研修及び研修に係る質問紙調査は2018年6月にE地域で、2018年9月にF地域で1回ずつ実施した[4]。

質問紙調査は、事前に研修会の事務局から研修受講者に送付してもらい、受講者が回答した上で研修受講時に持参し、研修後に「研修受講後に記載する質問項目」に回答した上で研修会の事務局に提出する方法を取った。研究担当者は研修会の事務局を通じて質問紙を把握した。

[4] 2018年度に一部の地域で就労支援と精神科医療との情報共有・連携に関する研修会が企画され、研究担当者に研修講師の依頼が13回あった。研修内容は、実地調査の研修講座と基本的に同様だが、研修時間は実地調査のときよりも15～30分程度長い研修や情報共有シートの説明と演習を別途設定した研修もあった。この際、本報告書の執筆に間に合うタイミングでデータの把握及び集計分析が可能であった2つの研修会において、研修受講者を対象に研修受講前と研修受講後に質問紙調査を実施した。

第Ⅱ部

実地調査の取組に関する結果と考察

第１章　実地調査の取組に関する結果

１　実地調査の各取組の参加者と研究協力者

（１）各取組の参加者数と研究協力者数

各取組の参加者数と研究協力者数を表Ⅱ-1 に示した。その他は企業関係者や障害者団体の関係者等であった。

研修講座の参加人数とパネルディスカッションとグループワークの参加人数がかなり異なるが、研修講座では実施調査地域以外の支援機関が多数参加したことや、夜間の研修講座に情報収集を目的に参加した医療機関があったことなどが影響していた。

また、フォローアップの開催は研究協力者のみに通知したが、研究協力者が参加できず代理で出席した者など研究協力者から情報を得て出席した者を表Ⅱ-1 に含めた。フォローアップに参加した研究協力者以外の人数は、第 1 回が支援機関 3 人、医療機関 2 人、第 2 回が支援機関 9 人、医療機関 1 人だった。第 2 回の支援機関の研究協力者以外の参加が多いのは研究協力者が異動し代理の出席者が多かったためである。

表Ⅱ-1. 各取組の参加者数及び研究協力者数

機関種	研修講座	パネルディスカッションとグループワーク	フォローアップ（第 1 回）	フォローアップ（第 2 回）	研究協力者
支援機関	113（88）	67（55）	30（24）	27（23）	57（45）
医療機関	33（23）	18（16）	9（8）	8（8）	17（16）
その他	18（10）	12（8）	1（1）	0（0）	—
計	164（121）	97（79）	40（33）	35（31）	74（61）

（　）内は機関数

（２）研究協力者の所属先や属性

研究協力者である支援従事者の所属先と医療従事者の職種を表Ⅱ-2 に示した。

表Ⅱ-2. 研究協力者の所属先や職種

所属先や職種	人数
支援機関	57
ハローワーク	8
就業・生活支援センター	8
職業センター	2
移行支援事業所	26
継続支援事業所	6
就労支援センター	3
地域活動支援センター	3
特別支援学校	1
医療機関	17
医師	2
看護師	2
PSW	8
相談員	1
臨床心理士	2
作業療法士	2

２　質問紙の回収状況

第 1 回調査は支援従事者 42 人、医療従事者 15 人からの回答があった（回収率：77%）。

第 2 回調査は支援従事者 36 人、医療従事者 12 人からの回答があった（回収率：67%）。

第 3 回調査は支援従事者 28 人、医療従事者 12 人からの回答があった（回収率：59%）。

回答者の所属もしくは職種の内訳は表Ⅱ-3 のとおりである。なお、質問項目によって有効回答数が異なるため質問項目ごとに分析対象者数は異なる。

表Ⅱ−3. 回答者の所属機関・職種

	第 1 回調査	第 2 回調査	第 3 回調査
支援従事者	42	36	28
ハローワーク	5	6	5
就業・生活支援センター	6	5	4
職業センター	1	1	1
移行支援事業所	22	16	12
継続支援事業所	2	3	2
就労支援センター	3	3	2
地域活動支援センター	2	1	1
特別支援学校	1	1	1
医療従事者	15	12	12
医師	2	2	1
看護師	2	2	2
PSW	6	4	5
作業療法士	2	2	2
臨床心理士	2	2	2
相談員	1	0	0

３　パネルディスカッションの実施状況

パネリストの主な報告内容を以下に示す。

〇支援従事者の報告（現状と課題→医療機関への要望や課題解決の工夫）

・医療機関の敷居を高く感じる。特に、医師とは連携を取りにくい面がある。

→医師も支援機関の職員も同じ専門職。自信とプライドと責任をもってどんどん話す。

→支援機関のことを知ってもらうと連携しやすくなるので、まず自機関のことを理解してもらえるよう努める。

・ハローワークと医療機関との情報共有・連携は「主治医の意見書」に限られることが多かった。

→モデル事業により医療機関に出向く機会が増えた。

・支援機関の機能を十分理解しないで医療機関が支援機関を紹介してくる。

→特に移行支援事業所は利用期間が限られていることを医療機関にきちんと説明する。

・受診同行すると別途料金が発生する場合がある。

→手紙などにより医療機関と情報共有した。

・PSW と連携を取って今後の方向性を検討していたのに、医師の判断だけで物事が進められることがある。

・モデル事業の対象者でも就職したら外来診療だけになり医師以外のスタッフの支えが弱くなる。

→医療機関内の情報共有やケースの引き継ぎをしっかりして欲しい。

○医療従事者の報告（現状と課題→支援機関への要望や課題解決の工夫）

・一般の医療機関は外部に出向いて支援することが難しい。

→他の用務（例えば訪問看護など）と併せて外部に出向く。

・支援機関からの情報提供が少ない（例：移行支援事業所を途中で辞めても移行支援事業所から連絡がない）。

→医療機関から連絡する。

→面識のない支援機関に医師の方から連絡することは非常にまれなので支援機関から連絡を取って欲しい。

・支援機関が困ったとき突然どうしたらよいか問い合わせてくる。

→普段から支援の節目や環境の変化などがあれば情報提供して欲しい。

→問題の具体的状況だけでなく、支援環境や職場環境、支援機関の見立てなども整理して情報提供して欲しい。

→医師は就労能力に関する専門的なことはよく分かっていない。一緒に相談しながら決めるようにして欲しい。

・支援機関のプログラムに適合しないとその人に「問題」があるとする考え方や利用者をどう変えるかアプローチするだけの支援機関とは連携がうまくいかない。

→障害特性を踏まえどのような支援や工夫をするか検討し、企業を含めた環境への働きかけを強めて欲しい。

・民間病院の現状は、医療観察や措置入院、緊急患者の対応、退院促進、認知症や高齢化に伴う身体合併症対策、院内感染対策等が大きな課題になっており、就労支援に興味を持つ医療機関は限られる。

→支援機関の研修会とは別に医療機関でリカバリー等の研修を行っている。テーマによっては一緒に実施してもよいのではないか。

上記以外にも、複数の支援従事者から、医療機関との連携事例やモデル事業の実施状況などが報告された。また、複数の医療従事者から、支援機関からの情報提供の少なさ、一般的な医療機関は就労支援や支援機関のことはほとんど分かっていないこと、新たな移行支援事業所が次々にでき医療機関に利用者確保の営業をかけてくることへの違和感等が報告された。さらに、一部の医療従事者からは、外部に出向いての支援や医療機関が中心になって地域の支援ネットワークを形成した事例などについて報告された。

精神障害者雇用を長年続けている企業の経営者からは、企業からの医療機関の取組の見えにくさや支援機関が企業に医療機関の情報を提供することが稀であることなどが報告された。また、ハローワークの紹介で精神障害者を雇用した医療機関の管理者（看護職）からは、精神障害者の雇用管理で苦労した経験から、自分たち（医療機関）が現在行っている治療や支援の視点を変えていく必要を感じていることなどが報告された。

パネルディスカッションの質疑応答（10～15 分程度）では、「医療機関への質問を手紙にして本人に持って行ってもらっても回答が得られなかったが、どうすればよいか。」との質問に対し、医師が「医師には読み切れないほどの書類が来る。チェックできない場合も発生する可能性がある。手紙は端的に分かりやすく書き、回答がない場合は、再度、問い合わせるようにして欲しい。」と回答したり、「医師以外の専門職との連携の重要性が指摘されているが、支援機関では外来診療だけで医師以外の関わりがない利用者が増加している」といった支援機関の発言に関し、「利用者の障害理解の確認や理解促進の支援が必要」「ハローワークだけで相談するのではなく支援機関につなぐことが必要」といったやりとりなどがあった。

４　グループワークの実施状況

グループワークでは、支援機関と医療機関の情報共有・連携に関する現状や課題、課題解決に向けた取組についてさまざまな意見が出た。ここでは全ての実地調査地域で共通に指摘された課題と課題解決に向けた取組を２点にまとめて示す。

○情報共有に関する指針の不在→研修講座で示された視点やノウハウをベースにする

「どのような事例について、どの段階で医療機関と連携すればよいかの指針がないので対応が後手になる。」「病気の中身はプライバシーがあるので聞いてもいいものか迷う。」「医療機関（特に医師）は忙しそうで、支援機関から連絡して情報共有・連携を図るときにどのようにすればよいか迷う。」「医療機関によって就労支援に関する考え方や興味関心が異なることに加え、敷居が高い印象があるため、どのように連絡・連携を取っていけばよいか分からない。」など「情報共有・連携に関する基本的な指針が分からないため、困っている」という現状が全ての地域で指摘された。

これらの対策としては、「研修講座で説明があった支援機関から医療機関への地道なアプローチを重ねることで、個別事例ごとの連携を深め、支援機関と医療機関との連携関係を構築していく。」「関係性ができていない医療機関との情報共有・連携の際には、研修講座で説明があったような基本的な対応方法に留意する。」「研修講座で説明された情報共有のツールを使用してみる。」など研修講座で示された視点やノウハウをベースに個別事例で情報共有・連携を進める取組を行うことが話し合われた。

○情報が伝わらない、伝わってこない、相手の顔が見えない→情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

「顔の見える関係づくりの機会が乏しい。」「支援従事者が集まる会議で医療機関とのネットワーク作りについて議論しているが、医療機関がメンバーに入っていない。」「研修会などの情報もその分野に限定されて周知されることが多く、支援機関だけ、医療機関だけで情報が止まることが多い。」「就労支援の研修会を開催しても医療機関の参加は少ない。」「就労支援にある程度関わってきた医療従事者でも、新しい移行支援事業所が増えてきて、個々の支援機関の状況を把握するのは難しい状況にある。」「医師に就労支援のことを知ってもらう機会をどのように作るかが問題である。」など「相互に知り合う機会が乏しい、相手の情報が伝わってこない、こちらの情報を伝える機会が乏しい」ことが指摘された。

これらの対策としては、「支援従事者が医療機関の研修会に参加する（参加可能な研修会について医療機関の研究協力者が情報提供する）」「既存の支援ネットワークに積極的に参加する」「社会資源マップを作成する」「医師に対する情報提供の機会を作る」などの取組を行うことが話し合われた。ただし、実行に移す担当者を決めるなど具体的な議論ができた地域は一部に留まり「実行が難しいのではないか」との意見が出た対策もあった。

５　フォローアップの実施状況

研究協力者のうち、フォローアップに参加した者は、1 回目（グループワークの約 3 か月後に実施）が支援従事者 30 人（参加率：53%）、医療従事者 9 人（参加率：53%）、2 回目（グループワークの約 1 年後に実施）が、支援従事者 18 人（参加率：32%）、医療従事者 8 人（参加率：47%）だった。

以下、フォローアップの実施状況を実地調査地域別に示す。

なお、フォローアップでは助言者の活用状況、各種ツールの使用状況、人事異動等の影響などについても把握したが、助言者の活用状況については下記 6 で、各種ツールの使用状況については下記 7 と第Ⅲ部で、人事異動等の影響については下記 11 で取り上げる。

○A 地域

A 地域のハローワーク管轄区域内には精神科の医療機関（精神科を設置している総合病院を含む。以下、同じ。）14 か所、就業・生活支援センター2 か所、移行支援事業所 16 か所があった。また、ハローワーク管轄区域内に 3 つの自治体があり、そのうちの 2 か所は、基本的に医療機関から外部に出向いて支援することが困難な状況にあるなど一般的な地域と同様の悩みを抱えていたが、他の 1 か所（N 市）では医療機関と支援機関が中心になって支援ネットワークを形成し、一部の医療機関の PSW は積極的に外部に出向いて支援をしていた。また、ハローワーク

はモデル事業を実施していた。

グループワークでは、「情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り」に関して、「就労支援に理解のある精神科診療所協会の医師と相談し、医師に就労支援のことを知ってもらう機会を作る。」「パネルディスカッションで発言があったN市のネットワークモデルをハローワーク管轄区域全体に拡げる。」などの意見が出たが、医師に就労支援の情報を知ってもらう機会を作ることについては「興味を示す医師は一部に限られその実現性は疑問」との指摘があった。また、N市のネットワークモデルを周知することについては、N市の医療機関から「N市や当クリニックの実践はいろいろなところで発表しているが、拡がらないのが現状である。」との指摘があり、グループワークの時点でも実行することに疑問符がついた。

＜第1回フォローアップ＞

支援従事者9人（ハローワーク2人、就業・生活支援センター4人、移行支援事業所2人、継続支援事業所1人）、医療機関2人（PSW2人）、その他研究協力者以外（支援従事者）1人が参加し、以下のようなことが確認された。

・情報共有・連携の状況や変化

「支援機関に同行してくれる医療機関が、以前は特定の医療機関だったが、最近はそれ以外の医療機関でも同行してくれるところが出てきた。」（支援従事者）、「支援機関を利用する際に、医療機関の方から挨拶した。その後の具体的な動きはまだないので何とも言えないが、今後のやりとりは円滑にできそう。」（医療従事者）などの発言があった。その一方で、「実習で受け入れた精神障害者についてケース会議を設定しようとしたが、医療機関との調整に手間取り、必要なタイミングで必要なケース会議を設定できなかった。」（支援従事者）などの発言もあった。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

支援従事者からは「医療機関に対して移行支援事業所の周知活動を行っている。」「まず同一法人内の医療機関に対し就労支援に関する周知活動を行っている。」「モデル事業の提携先医療機関に移行支援事業所の説明会を周知したところ参加があった。」などが報告された。

一方、医師に対する就労支援の周知活動やN市のネットワークモデルを他の地域に拡げる取組については、「そもそも理解が乏しい医師はそのような場に参加しない。」「周辺の医療機関7～8か所に就労支援のことを理解してもらう場を設定したことがあるが、興味を示すのは一部の医師に留まった。」などこれまでにも既にさまざまな取組を行っているが、状況に変化はなかったため実現されていないとの報告があった。

なお、N市に隣接するH市の支援従事者が「H市では支援機関の担当者会議で医療機関とのネットワーク作りについて議論しているが、医療機関がメンバーに入っていない。また、この会議は、自立支援協議会とは別にインフォーマルな会議として実施されている。」と報告したことに対し、N市の医療従事者からは「N市では医療機関が自立支援協議会の精神部会だけでなく就労支援部会にも参加しネットワークについて議論している。ただし、以前はH市と同様、インフォーマルな場で議論していた。」ことが紹介された。

＜第2回フォローアップ＞

支援従事者6人（ハローワーク1人、就業・生活支援センター2人、移行支援事業所2人、継続支援事業所1人）、医療従事者3人（PSW3人）、その他研究協力者以外の支援従事者5人（異動した研究協力者の後任等）が参加し、以下のようなことが確認された。

・情報共有・連携の状況や変化

「問合せ用の連絡文を使用した。医師も何かあれば文書で本人から伝えてもらうことに同意してくれた。本人と事前にやりとりし、情報共有の同意を得て、継続して文書で医療機関と情報共有ができていることがよかった。」「月に1～2回、保健所と連携してセミナーを行い、医師に講師を務めてもらっている。」「医療機関に対して移行支援事業所の見学ツアーを実施し、『勉強になりました』という反響があった。今後は、モデル事業参加医療機関

以外の医療機関にも周知をしていけたらと思っている。」「通院同行で医師から直接意見を聞く機会ができた。」「PSW と支援計画作成のためのケース会議を行うようになった。」「医療機関から連絡をもらう機会が増えた。」（以上、支援従事者）、「医療機関の方から移行支援事業所に連絡したら、移行支援事業所から定期的な情報提供、ケース会議の要望、支援のポイントごとの医療機関への相談などが発生している。」（医療従事者）などの変化が報告された。その一方、「前から地域での情報共有・連携を進めているので大きな変化はない。」（医療従事者）との指摘もあった。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

「自立支援協議会の就労支援部会のワーキンググループに個人的に参加するようになった。」（医療機関）などの取組が確認された。また、N 市の医療従事者から「N 市のネットワークモデルの発信は続けているが、どのくらいの医療機関にキャッチしてもらえるかにかかっている。」との発言に対し、N 市に隣接する H 市の医療従事者から「医療機関の横のつながりがない。医療機関のつながりがケースをとおしてできるとよい。」との意見も出た。

〇B 地域

B 地域のハローワーク管轄区域内には精神科の医療機関 28 か所、就労支援センター2 か所、移行支援事業所 9 か所があった。また、ハローワーク管轄区域内には 2 つの自治体があり、そのうちの 1 か所では医療機関が中心となって精神保健連絡協議会（以下、「協議会」という。）が 30 年以上活動しており、この協議会には移行支援事業所なども参加していた。

グループワークでは、「情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り」に関して、「協議会を積極的に活用する。」「協議会には医師が参加することはほとんどないので、年 2 回開催される精神科医の会などを利用して就労支援を知ってもらう機会を作る。」「協議会で、各機関の特徴・セールスポイントなどが分かるような社会資源マップ作りを提案する。」「資源マップ作りでは、なるべく医療機関にも参加してもらうようにする。」などが検討された。また、医療機関と支援機関の両方が参加する既存の連絡会議がない地域では、「現在開催されている支援機関で構成されているネットワーク会議に医療機関が参加できるような仕組みを検討する。」ことが検討された。

＜第 1 回フォローアップ＞

支援従事者 7 人（ハローワーク 2 人、就労支援センター1 人、移行支援事業所 2 人、継続支援事業所 1 人、地域活動支援センター1 人）、医療従事者 1 人（PSW1 人）、研究協力者以外 2 人（支援従事者の代理 1 人、医療従事者の助言者 1 人）が参加し、以下のようなことが話し合われた。

・情報共有・連携の状況や変化

「研修で紹介のあったノウハウを活用することで主治医からの意見を取得できた。」「医療機関への問合せ用連絡文を参考にしたので、医療機関に対する文書がスムーズに作成できた。ただし、医師が本人の状況をきちんと把握できていなかったため返事はなかった。」（以上、支援従事者）などの状況が確認された。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

協議会のある地域では、移行支援事業所の研究協力者が協議会に参加し、パンフレット作りなどを提案したが、協議会の構成員から、既存の資源マップがあるので必要性に乏しいといった意見が出たため、進展はしていない。既存の資源マップには新規参入した移行支援事業所などが掲載されておらず更新が必要であるため、今後は、移行支援事業所が集まって新たに開催している定期的な勉強会の場などを活用し、支援機関側で資源マップを作成し、協議会に配布する方向性に切り替えたことが把握された。

一方、精神科医の会に対するアプローチはまだしていないため、実地調査の助言者が所属している医療機関の院長に打診して実現可能性について検討することになった。

また、医療機関と支援機関の両方が参加する既存の連絡会議がない地域では、「ネットワーク会議への医療機関

への参加の呼びかけは行っていない。」とのことだったが、「ネットワーク会議が主に身体障害者と知的障害者の利用者が多い施設が中心になって構成されているため、まずは精神障害を含めた３障害一緒のネットワーク会議を行うところから始める。」ことが把握された。

・その他

個別支援の事例について、複数の参加者から、支援計画策定時などに保健師が絡む事例の紹介があり、保健師の取組状況は、個々の保健師によってかなり個人差があるが、この地域では医療機関との連携の際にも保健師を絡めていく必要があることが指摘された。

＜第 2 回フォローアップ＞

支援従事者 5 人（ハローワーク 1 人、移行支援事業所 2 人、継続支援事業所 1 人、地域活動支援センター1 人）、医療従事者 1 人（PSW1 人）、研究協力者以外 1 人（医療機関の助言者）が参加し、以下のようなことが話し合われた。

・情報共有・連携の状況や変化

医療従事者から「患者が退院する際、企業と就労支援センターでケア会議を行い退院後の調整を行った。」などの連携事例の発言があった。その一方、「頻繁にいろいろな就労支援事業所が来るようになった（利用者確保のための来院も含む）が、アポなしでの来院も結構ある。」（医療従事者）などの課題も指摘された。

また、「労働時間の見立てが当所と医療機関で異なったケースがある。医療機関から『労働時間を減らした方がいい』と言われ、本人は労働時間を減らした。当所は労働時間を増やせると思っているが、付き合いの長い医師の意見を本人も気にして葛藤している。そこで、診察の前は事前に本人と打ち合わせをし、労働時間を伸ばしたい意向を本人の口から伝えることができるようにした。」など医師とのやりとりで工夫している支援従事者からの事例報告もあった。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

これまでネットワーク会議に医療機関が参加していなかった地区において医療機関が参加する場合がでてきたことが報告された。一方、精神科医の会において就労支援に関する情報提供をする試みについては、実地調査の助言者が所属している医療機関の院長と具体的には詰めることはできていないとの報告があった。

〇C 地域

C 地域のハローワーク管轄区域内には精神科の医療機関 56 か所、就業・生活支援センター1 か所、移行支援事業所 42 か所があった。なお、C 地域のハローワークと他のハローワークが同一自治体を分割する形で管轄しているが、複数の研究協力者の勤務先が他のハローワーク管轄区域内にあるなど実質上支援区域として分割することが適当ではないため、ここでは、この同一自治体で他のハローワーク管轄とされている区域も含め上記支援機関等の数を計上した。

グループワークでは、「情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り」に関して、「医療機関が支援機関で開催する会議や研修会に積極的に参加することは現状ではあまり期待できないため、医療機関が中心になって開催する研修会に支援機関が積極的に参加し顔の見える関係作りを行う。」「ハローワークと支援センターが作成した移行支援事業所紹介パンフレットを医療機関に周知する。」「精神科医師会で就労支援に関する話をさせてもらう機会を設定する。」などが検討された。

＜第 1 回フォローアップ＞

支援従事者 4 人（ハローワーク 1 人、就業・生活支援センター1 人、職業センター1 人、移行支援事業所 1 人）、医療従事者 2 人（医師 1 人、看護師 1 人）が参加し、以下のようなことが話し合われた。

・情報共有・連携の状況や変化

「移行支援事業所などからの情報提供が増えた。」（医療従事者）、「研修講座後に医療機関 8 か所にあいさつに行った。」（支援従事者）との報告があった。その一方、「大きな変化はない。支援がうまくいかない人の場合にはやり取りは増えるが、最近そのようなケースは多くない。」（医療従事者）、「企業での定着支援のニーズが増えており、医療機関との連携に割ける時間はとれていない。研修講座後の受診同行は 2 回だけ。」「（グループワーク実施時から経過した）期間がそれほどあるわけではないので、大きな変化はない。受診同行の際に研修で学んだことを意識はしている。」（以上、支援従事者）など参加者の中では変化がないとの報告が多かった。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

「研修を主催している製薬会社には移行支援事業所に個別に周知用の資料を送るようにお願いしている。一部の医療機関からは個別に移行支援事業所に情報提供されている。」「医療機関で行っている SST の研修会への移行支援事業所の参加は増えている。」など医療機関で行う研修の周知や支援機関の参加は実行されていた。

精神科医会の総会でハローワークから就労支援の現状の説明や支援機関との連携のお願いなどを行ったことが確認された。ただし、総会の場で移行支援事業所のパンフレットが配布されなかったため、「パンフレットが欲しいという医師の声がある。就労移行って何、儲かるから利用者の勧誘に来てるんじゃないのという医師もいる。事業所毎にばらばらにパンフレットを配るより、ハローワークが関わっているパンフレットの方が信頼度は高い。」（医療従事者）との発言に対し、ハローワークから「ハローワークが訪問した医療機関 8 所には配ったが、それ以外の医療機関にも配布する。」との回答があった。

＜第 2 回フォローアップ＞

支援従事者 1 人（ハローワーク 1 人）、医療従事者 2 人（医師 1 人、看護師 2 人）が参加し、以下のようなことが話し合われた。

・情報共有・連携の状況や変化

「医療機関に挨拶する頻度は維持するようにしている。その際、どのような医療機関を訪問したらよいか研究協力者の医師に相談し医療機関のリストを作成してもらった。」（支援従事者）、「医療機関が実施している就労準備プログラムの最終日にハローワークツアーを実施してもらい、求職登録をしてもらったケースが 2 人あった。」（医療従事者）などの報告があった。その一方、「支援機関が集まる定期的な意見交流会に参加した。そこで知り合った移行支援事業所を当院の利用者に勧め、利用を始めたが移行支援事業所からは連絡がなかった。」（医療従事者 ; 医師）との発言に対し、「意見交流会に精神科医が参加したことは支援従事者にはインパクトがあったと思う。」（支援従事者）との発言もあった。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

「第 1 回のフォローアップで話題になった移行支援事業所を紹介するパンフレットをハローワークから送ってもらい医療機関に配布したところ、お礼の連絡をくれた医師もいる。ばらばらに情報があるよりも 1 か所に情報が集まっているのは助かると医療機関のスタッフからも好評だ。」（医療従事者）に対し、「今年度も移行支援事業所のパンフレットを改訂し、医師会の集まりに持参する予定である。」（支援従事者）との回答があった。

〇D 地域

D 地域のハローワーク管轄区域内には精神科の医療機関 70 か所、就業・生活支援センター1 か所、就労支援センター1 か所、移行支援事業所 42 か所があった。ハローワークはモデル事業を実施していた。

グループワークでは、「情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り」に関して、「就労支援の研修や会議に医療機関が出てくることが難しい場合も多いので、支援機関が医療機関の研修会に参加する、医療機関の研修会で就労支援の話題も取り上げてもらうことなどを検討する。」などの検討が行われた。また、「この県の実雇用率は、全国最下位レベルにある。精神障害者に限らず、障害者全般の就労支援を強化する必要がある。」が、「就労支援に関連

するものに限定しても、さまざまところでさまざまな研修や会議が行われ、場合によっては重複するようなこともある。しかし、相互の関連性があまりなく、就労支援の課題を地域全体で検討し、課題解決に取り組むという場に乏しい。」「県レベルでも地域レベルでも自立支援協議会に就労支援部会がない。」などの課題が指摘され、「自立支援協議会に就労支援部会をつくることを自治体に働きかける。」ことの必要性が検討された。

＜第 1 回フォローアップ＞

支援従事者 7 人（ハローワーク 1 人、就業・生活支援センター1 人、職業センター1 人、移行支援事業所 4 人）、医療従事者 2 人（医師 1 人、PSW1 人）、研究協力者以外 3 人（支援従事者 1 人、医療従事者 1 人、その他 1 人）が参加し、以下のようなことが話し合われた。

・情報共有・連携の状況や変化

「研修で紹介された情報共有シートを使用し受診同行やケース会議で活用するようになった。」「研修で示された医療機関への連絡文を活用し連携がスムーズになった」（支援従事者）、「医療機関の方から支援機関に連絡をした。」（医療従事者）などの報告があった。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

医療機関が参加する研修会に支援機関も参加することについては、「医療機関の研修会には参加していない。情報が入ってこない。」「高次脳機能障害関連の研修は、事務局がどこであれ情報が入ってくるが、精神科関連の研修会の情報は入ってこない。」（支援従事者）、「製薬会社が主催する研修会については、どのように周知するかは難しい面がある。自分が関わっているものなら周知できるかもしれないが、参加しても、意見交換会が行われないし、名刺交換の機会なども限られる。」（医療従事者）などの発言があり具体的には実践されていなかった。ただし、「自立支援協議会の精神障害部会の企画で、利用者を精神障害関係に特化していない施設の人を対象に、精神障害への対応の仕方を知ってもらう研修会を、医療機関が地域に出向き実施している。」（医療従事者）との報告もあった。

自立支援協議会に就労支援部会を設置するよう自治体に働きかけることについては、「実地調査地域の自治体は、就労支援全般の問題は自治体が設置する就労支援センターが行うこととされており、自立支援協議会の中に就労部会を設定するのは難しいようだ。」（自立支援協議会に出席している医療従事者）との報告があった。また、「就労支援部会を作ることだけを目的にしても、成果はあがらないのではないか。」「これまでも、課題を出しても継続的に審議されていない現状がある。」「行政の担当者も変わるし、就労支援部会をどう運営するか、部会のメンバーをどうするかまで十分検討しないと、部会を作っても機能しないのではないか。」「支援ネットワークをどうするか、少ない予算と人員の中で、どのような研修を実施するのか（現状では似たような研修や会議が相互の関連性もなく実施されている）、地域の中でそれぞれの機関がどのような役割分担をしていくのか（現状ではそれぞれの機関が適切に役割分担を行えていない面もある）、その際、○○の機関は○○の役割があると整理しても、職員の量と質の問題もあり、建前どおりに機能しないと思う。このため、何を優先順位の上位に位置づけどう取り組むのかなどをインフォーマルな場で十分議論しておく下地も必要だが、現場では愚痴のレベルで終わっている現状もある。」「支援センターや就労支援センターなどが地域課題を分析し、イニシアチブを発揮して欲しいが、現状ではマンパワーの問題もあり十分機能していないのではないか。」「他の地域の例を見ると、強力なリーダーシップがとれる支援者がいないと地域のネットワーク作りは難しいのではないか。」（以上、支援従事者）などの発言もあった。

＜第 2 回フォローアップ＞

支援従事者 6 人（ハローワーク 1 人、就業・生活支援センター1 人、職業センター1 人、就労支援センター1 人、移行支援事業所 2 人）、医療機関 1 人（PSW1 人）、研究協力者以外 4 人（支援従事者）が参加し、以下のようなことが話し合われた。

・情報共有・連携の状況や変化

「最近は主治医との連携を意識するようになり、受診同行もこまめに行うようにしている。」「体調が悪化した利用者の支援に際して医療機関と連絡を取るようになった。そうなる前に関係性を築いておけるとよかった。」「てんかん患者に関する医療機関との連携支援を医療機関主導で5人ほど始めている。医療機関の方が情報共有シートの導入に積極的なようだ。」（以上、支援従事者）などの発言があった。一方、「外来で受診する人に関し、ワーカーを通じて就労支援機関に連絡をしたが、就労支援機関で抱え込んでいる事例もあるように思う。」（医療従事者）といった報告もあった。

・情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り

医療機関が参加する研修会に支援機関も参加することについては、第1回フォローアップから変化はなかった。

一方、自立支援協議会に就労支援部会を設置するよう自治体に働きかけることについては、第1回フォローアップで「就労支援全般の問題は自治体が設置する就労支援センターが行うこと」とされているため、「自立支援協議会の中に就労部会を設定するのは難しい」とされていたが、その就労支援センターの職員から、これまで年3回実施してきた移行支援事業所との連絡会議を研修形式からグループワーク形式に切り替えること、具体的にはメンバーを固定したワーキンググループにより現状と課題の共有及び対応策の検討を行うこと、ワーキンググループは『医療連携』以外にも『定着支援』と『人材育成』の計3テーマを考えていること、テーマによって企業や医療関係者などを交えることなどの報告があった。これに対して、「相談支援事業所の連絡会議で、途中から医療機関も誘われたのだが、入りづらかったことがある。既存の枠組みに入る場合、温度差を感じるので、できれば最初からメンバーに入りたかった。」（医療従事者）との発言を受けて、『医療連携』をテーマとするワーキンググループでは、初めから医療機関を含めたメンバー構成とする方向で検討することになった。

６　助言者の活用状況

助言者の具体的な活用は下記の１件のみであった。

○立ち上げたばかりの移行支援事業所に対し、地域の医療機関の状況や具体的な連携の取り方などについて医療機関の助言者が情報提供した。併せて、その施設の支援者、利用者、利用者の家族に対する医療機関の利用の仕方・連携の仕方に関する研修会を行った。

助言者の活用が少ない理由をどう考えるか、助言者を引き受けた研究協力者に尋ねたところ、いずれの助言者も、研究協力者として参加した者の多くがある程度医療機関の状況が分かっていたので、わざわざ「助言者」に対して医療機関（もしくは支援機関）との情報共有・連携に関する助言を求める必要が少なかったのではないか、助言者が必要なのは実地調査に参加していない支援機関や医療機関ではないかとの意見であった。この助言者の見解に対する意見を上記５の第2回フォローアップに参加した支援従事者と医療従事者に確認したが、特に反対意見は出なかった。

一方、第2回フォローアップに参加した支援従事者からは、服薬や今後の支援方針に関し、医師の治療や支援方針に関する考え方に疑問がある事例があったとしても、支援従事者は医療の専門家ではないため、医療に関する疑問を持ちつつ、医療のことは棚上げにして就労支援を進めざるを得ない場合もある。このため、支援従事者が主治医の治療や支援方針に対する考え方に疑問を持ったときに助言してくれるような精神科医がいると助かるとの意見が多数出た。しかし、医療従事者からは、このようなニーズに対応できる精神科医が少ないこと、また、仮にいたとしても、他の精神科医が行っている治療等に対し第三者が何らかの助言をすることは立場的にも難しいのではないかといった意見が出た。

7　情報を共有するためのツールの活用状況

ここでは情報を共有するためのツールのうち「支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文」及び「情報共有を円滑にするためのメモ帳」について、質問紙調査及びフォローアップで把握できた活用状況について報告する。なお、「情報共有シート」及び研究版「主治医等の意見書」についての活用状況は第Ⅲ部で報告する。

（1）支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文

ア　質問紙調査の結果

実地調査の第2回質問紙調査において、支援従事者に対して連絡文の使用状況を尋ねたところ、7人（20%）が利用したと回答した。利用した結果は、「情報共有の趣旨が相手に伝わりやすかった」4人（57%）、「情報共有を依頼する際にあまり手間を取らずにすんだ」3人（43%）、「医療機関から有効な情報が得られた」3人（43%）であった。

また、利用しなかった者に使用しなかった理由を尋ねたところ、「本ツールを利用しなくても他の方法で情報共有依頼を行っているため」17人（59%）、「研修等で本ツールの利用方法を十分に理解できなかったため」4人（14%）、「その他」10人（28%／内訳：使う場面がなかった8人、ツールの存在を忘れていた1人、日頃の業務が手一杯で新しいことを試す余裕がない1人）であった。

さらに、医療従事者に対して支援機関が連絡文を利用して情報提供を求めてきた事例の有無を尋ねたが、そのような事例はなかった。

イ　フォローアップで把握された使用状況

「医療機関に対して自機関のパンフレットとともに連絡文を渡したところ、誤解がなくなり、相談しやすくなった。利用の際は、自機関を利用することになった経緯、自機関による見立ての説明を独自に記載した。」「連絡文を活用した。雛形があるので作成するのが楽だった。」「研修後に使用するようになった。事前に当所がどのような機関か理解してもらえているので、受診同行のときに話がスムーズにできる、医師が直接電話に出てくれるようになったなどの効果がある。」などの報告があった。

また、使用していない支援従事者からは、「この書式は使ったことはないが、口頭だけでは主治医にうまく伝えられない方については、メモ書きで医師に趣旨を伝えるようにしている。本人がうまく伝えられないときには文書を添えるのは効果的だと思う。」など必要に応じて連絡文と同じ考え方で連絡をとっているとの報告があった。

しかし、一部の支援機関からは、「体調が悪くなった時に状況をまとめて所見を書いたものを医師に本人から渡してもらっている。本人に何かあった場合は状況報告の文書を医師に渡してもらっている。」など、支援機関の利用開始時点で連絡を入れるという趣旨が十分伝わっていないと思われる報告もあった。

また、面識のない医療機関に対して情報収集のための様式を添付した連絡文を本人に持って行ってもらったが、情報収集の様式に記載してもらえず、医師からは「医療機関に来て欲しい。そのときに話をしたい。」との返答があったとの報告があった。研修講座では、面識のない医療機関の場合は、まずは患者が自機関を利用し始めたことと自機関の紹介に止めることが望ましいこと、支援機関からの問合せ事項に対する回答は、医療機関の都合の良い方法（医療機関の回答は本人に伝える、支援機関から後日電話を入れてもらったときに話す、受診同行してもらったときに話す等）で行うことを推奨したが、そのことが十分に伝わっていなかった可能性がある。これに関連し、「知らないところから知らないものが来た時に、理解ができないときがある。怪しいところからの文書ではないことを明示するようなもの、例えば、役所などが定めた様式であることが分かるようなものにすると、医者としては抵抗感を持たずに情報提供できるのではないか。」との指摘が医療従事者（医師）からあった。

なお、フォローアップに参加した医療従事者からは、研修講座で示したような連絡文の使用事例の報告はなかっ

た。

（２）情報共有を円滑にするためのメモ帳

ア　質問紙調査の結果

実地調査の第 2 回質問紙調査において、支援従事者に対してメモ帳の使用状況を尋ねたところ、6 人（17%）が利用したと回答した。利用した結果は、「本人が相談内容をより正確に理解するようになった」4 人、「本人がメモの作成に慣れてくると、関係者との情報共有が効率的にできるようになった」3 人、「メモの記載内容を確認することで、本人の特徴を把握できた」2 人、「本人が適切にメモを作成できるようになるまで時間がかかり、効率的な情報共有につながらなかった」1 人などであった。

また、メモ帳を利用しなかった就労支援従事者にその理由を尋ねたところ、「本ツールを利用するのに適した事例がなかったため」19 人(63%)、「本ツールを利用しなくても、他の方法で情報共有ができているため」8 人(27%)、「研修等で本ツールの利用方法を十分に理解できなかったため」4 人(13%)などであった。

さらに、医療従事者には支援機関がメモ帳を利用して医療機関に情報提供した事例の有無を尋ねたところ 3 人（25%）で事例経験があった。メモ帳を利用した事例を経験した結果は、「本人が相談内容をより正確に理解するようになった」3 人、「就労支援機関と正確な情報共有ができるようになった」2 人、「メモの記載内容を確認することで、本人の特徴を把握できた」2 人、「メモの記載内容を理解するのに時間が掛かり、効率的な情報共有につながらなかった」1 人、その他 1 人（支援方針の確認や本人が自分の行動を客観視できるようになり、有効な介入の方向性を明確にできた）であった。

イ　フォローアップで把握された使用状況

「本人が積極的に動く人は、本人のとらえ方が違ったまま情報が他機関に伝わり、周囲が振り回されるため、本人にメモ帳を持ってもらって情報を共有する手段として利用した。メモ帳をなくした場合に備えてコピーをもらっている。」「医療機関、相談支援事業所やグループホームとの情報共有に使った。伝える内容のポイントを伝えることで受診を効果的にできる。」など研修講座後にメモ帳の取組を始めた報告が複数あった。また、「以前からこのようなものは必要に応じて使用している。」「医師に確認してほしいことをハローワーク職員が文字化し、本人から医師に渡すことはしている。このような記録を残していることも重要で、その後の相談で、あのときこんな話をしましたねといった確認もしやすくなる。はじめのうち、抵抗を示す人もいるが、本人も利用していくうちに、その効果を実感するようだ。」など以前からこのような発想で対応していることが複数の支援従事者から報告された。

さらに、「話し合った結果や医療機関に聞くべきことを文章化しなかったために、本人から医療機関に聞いてきてほしかったことを聞けなかったことがある。」などの失敗談や、「ポイントを絞れない、メモがうまくいかない場合は、支援者がメモを作成して伝達している。本人がやりやすい書式がいい。」などの工夫も報告された。

一方、フォローアップに参加した医療従事者のうち支援機関とメモを介して情報共有した者は 1 人で、「就労移行事業所とのやりとりで使用している」とのことだった。なお、「本人から『書いて』と言われないと、記載することを忘れる時もある。支援者と直接やり取りをした方が早いケースの場合は、本人に了承を得て支援者と直接やりとりした方がいい場合もある。」との指摘が医療従事者（医師）からあった。

８　実地調査等の取組に関する主観的な評価

（１）研修講座及びパネルディスカッションとグループワークに参加した者に対するアンケート結果

研修講座及びパネルディスカッションとグループワークの直後に、参加者に対して各取組が「非常に参考になった」「多少参考になった」「あまり参考にならなかった」「全く参考にならなかった」の 4 件法で尋ねたところ、図Ⅱ-1 の結果を得た。「非常に参考になった」が研修講座で 88%、パネルディスカッションで 78%、グループワークで 82%と多数を占めた。

また、それぞれの取組の時間設定について「適当」「短い」「長い」の３件法で尋ねたところ、図Ⅱ-2 の結果を得た。「適当」が研修講座で 90%、パネルディスカッションで 76%、グループワークで 64%と多数を占めた。ただし、グループワークでは「短い」と回答した者も 35%あった。

アンケートの回収率は、研修講座が 89%、パネルディスカッションとグループワークは 78%だった。

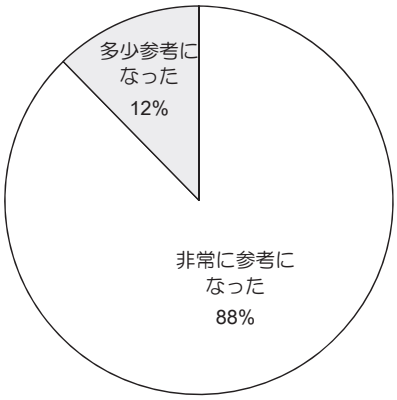
（２）各取組の有効性に関する主観的評価

実地調査の第 2 回質問紙調査（質問項目Ⅷ）において、実地調査の各取組（研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、フォローアップ、助言者の設置）が、「医療機関（もしくは支援機関）との情報共有・連携の促進にどのくらい有効」だったかを、「非常に有効であった」「多少有効であった」「あまり有効でなかった」「全く有効でなかった」「参加していない」（助言者については「利用していない」）の 5 件法で尋ねた。また、実地調査の参加者全員に先行研究で作成した「就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル」（以下、「マニュアル」という。）を配布したため、マニュアルに対する主観的評価も併せて把握した。

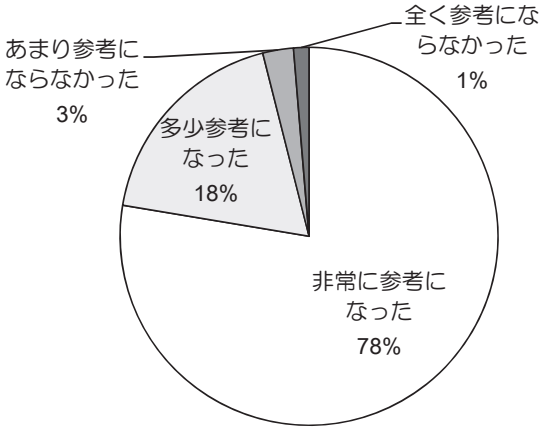
各選択肢の選択率を算出した結果を図Ⅱ-3 に示した。選択率の算出に際しては「参加していない」を選択した者を除いた数を母数（n）とした。「非常に有効であった」と「多少有効であった」の合計は、研修講座で 98%、パネルディスカッションで 91%、グループワークで 88%、フォローアップで 73%、助言者の設置で 63%、マニュアルで 89%だった。

なお、助言者を利用した研究協力者は 1 人のみだったが、「利用していない」以外の回答を選択した者が 16 人いた。

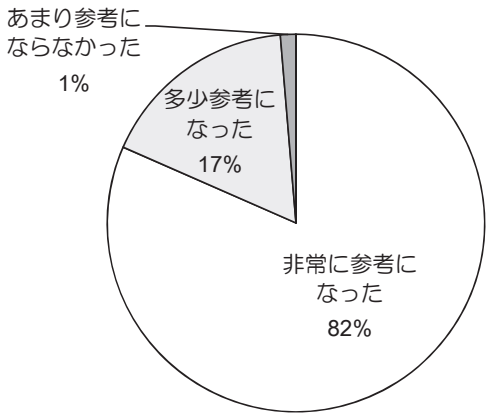
＜研修講座＞　n=146



＜パネルディスカッション＞　n=76

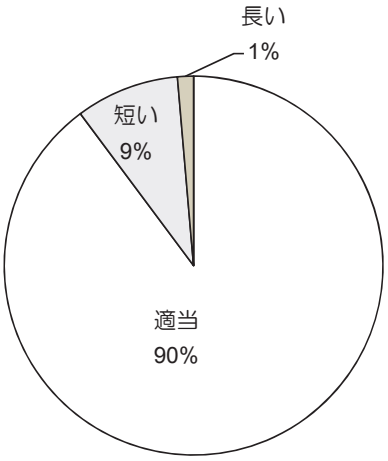


＜グループワーク＞　n=76

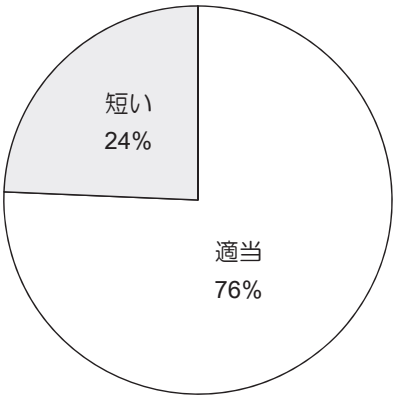


図Ⅱ-1.　取組の参考度に関する評価

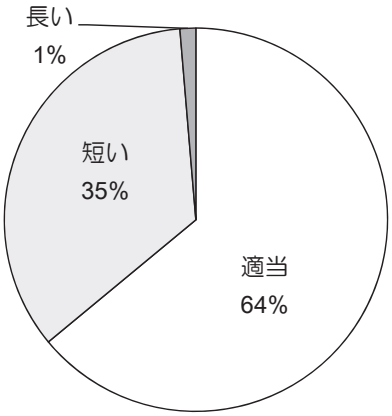
＜研修講座＞　n=148



＜パネルディスカッション＞　n=74

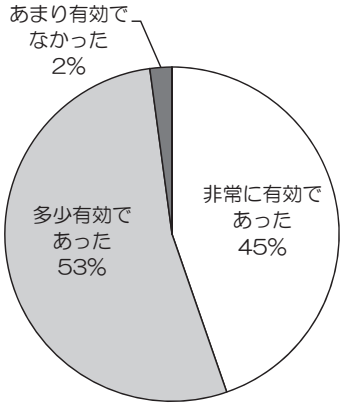


＜グループワーク＞　n=75

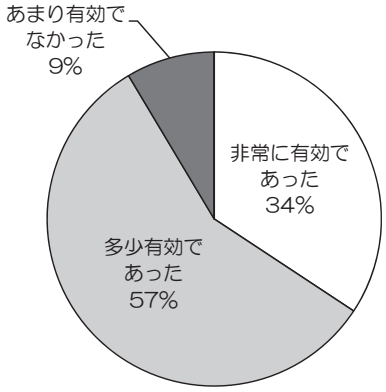


図Ⅱ-2.　取組の時間に関する評価

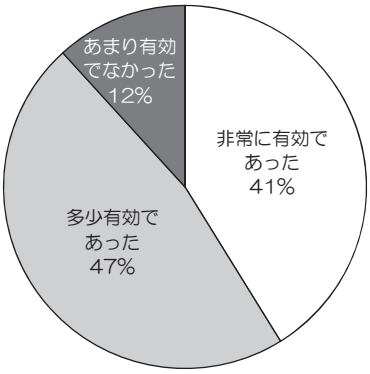
＜研修講座＞　n=47



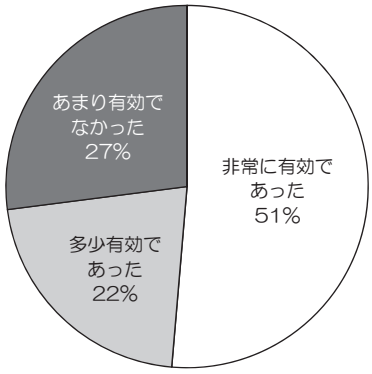
＜パネルディスカッション＞　n=35



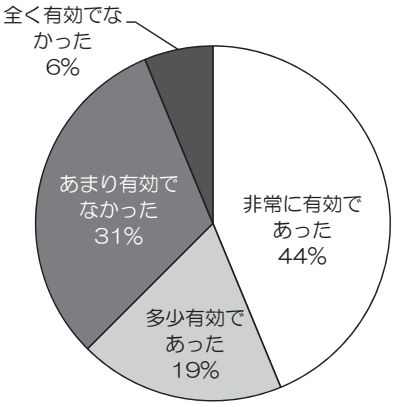
＜グループワーク＞　n=34



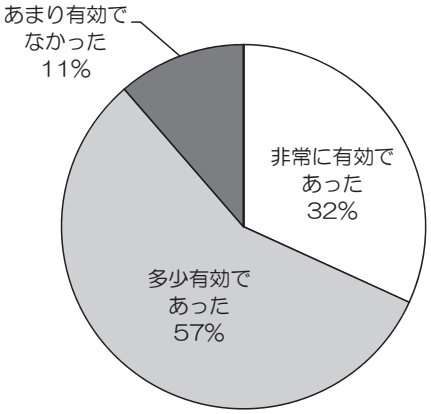
＜フォローアップ＞　n=37



＜助言者＞　n=16



＜マニュアル＞　n=44



図Ⅱ-3.　取組の有効性に関する評価

（３）各取組に対する感想

各取組の有効性に関する主観的評価と併せて各取組に対する感想を自由記述で求めた。各取組についての感想（自由記述式）を表Ⅱ-4 に示した。ただし、研究担当者が「質問内容に対応していない回答である」と判断した場合は掲載の対象から除外したり、類似した回答内容は統合したり、文言を統一したりするなど、意味が変わらない範囲で編集したものを掲載した。以降の自由記述式の回答の掲載に際しても同様の方針を採った。

自由記述では、各取組に対して有効であったと回答した者の自由記述では、「連携の重要性が分かった。」「医療機関へのアプローチのハードルが下がり連携しやすくなった。」（以上、研修講座）、「各機関のそれぞれの立場から情報共有に関する課題を聞くことで、視野が広がり、一方的な関わりにならないよう意識できた。」（パネルディスカッション）、「他機関と情報交換ができたことはとても有意義であった。知り合える機会となった。」「支援機関の悩みや考えを実感し共有できた。このような場に参加しなければできなかったことなので重要で貴重な体験だった。」（以上、グループワーク）、「具体的な行動課題について意識できた。」「利用者が多く受診している医療機関との職員と顔合わせができ、その後の連携がスムーズになった。」（以上、フォローアップ）、「支援者の力量や経験によらず一定の質の支援を提供することにつながりやすいと思う。」「困ったときの参考にさせてもらっている。」「レジュメより（研修内容が）他のスタッフと共有しやすい。」（以上、マニュアル）などがあった。

一方、有効性でなかったと回答した者の自由記述では、「各パネラーの報告に終始しておりディスカッションという積極的な掛け合いにまで至っていなかった」（パネルディスカッション）、「グループワークで提示された質問の解釈の相違により焦点が定まらない意見が多くなり、収拾がつかなくなった」「医療機関の参加が少なく、支援機関の困り感を共有するのみで、医療側からの視点に乏しかったのが残念だった」（以上、グループワーク）、「『支援機関と医療機関が合同で連携のための会合を開催する』というアクションプランはとてもハードルの高いものだと感じた」（フォローアップ）、「字や量が多すぎる」（マニュアル）があった。研修講座については有効でないと回答した者の自由記述はなかった。

なお、助言者に関しては、助言者を利用した研究協力者は１人のみだったにもかかわらず、「利用していない」以外の回答を選択した者が 16 人いたことは上記（２）で述べたが、自由記述では「利用する機会はなかったが『何かあれば相談できる』という安心感はあった。」「助言をいただける方がいるというところはとても心強いが、何をどう聞いていいのか分からず、問い合わせをする勇気はでなかった。」などの記載が見られ、助言者を利用していない場合でも主観的な有効性が感じられた（もしくは感じられなかった）者が、「利用していない」以外の回答を選択した可能性が考えられた。

表Ⅱ-4. 取組の感想（1/3）

取組	回答者の所属 または職種	感想
研修講座	地域活動支援センター	医療機関との連携の重要性が分かった。
	移行支援事業所	具体例を織り交ぜながら説明があったので、マニュアルだけを読むよりも理解しやすかった。
	ハローワーク	医療機関との情報共有・連携の重要性に関する理解を自機関において深める際に活用したい。
	就業・生活支援センター	医療機関へのアプローチへのハードルが下がり連携しやすくなった。
	移行支援事業所	研修の受講後においても、ケースワーカーのいない医療機関との連携の実践までには至っていない。
	臨床心理士	医療側、就労支援側の互いの悩みや意見を知ることができ、連携の在り方や必要性について改めて考える機会となった。
	医師	当事者中心でなければならないことをうやむやにしがちな毎日の姿勢を反省し改める意識を持てた。
	PSW	既に活用しているツールの点検に有効だった。
	医師	各参加者の実践までにはつながっていない印象がある。
	PSW	地域によって支援体制にも多少違いがあるように感じた。
ﾊﾟﾈﾙﾃﾞｨｽｶｯｼｮﾝ	就業・生活支援センター	各機関の担当者の視点や連携に関する難しさや必要性に関する思いを共有でき、医療機関と連携する動機づけになった。
	移行支援事業所	医療従事者の「就職を目指されている人のハローワーク等の同行をしたいができないのが現状」という話を聞いて、現状の診療報酬では難しいことを改めて実感した。 医療機関と支援機関の連携の密度で地域格差ができてしまうのは本人の不利益につながる恐れがあると感じた。 各パネラーの報告に終始しており、ディスカッションという積極的な掛け合いにまで至っていなかった。
	医師	支援機関の実状・意欲・問題意識などがしっかり伝わってきた。もっと積極的に連携の関わりを持って行くべきと確信できた。
	臨床心理士	各機関のそれぞれの立場から情報共有に関する課題を聞くことで、視野が広がり、一方的な関わりにならないよう意識できた。
	PSW	雇用する側の話も聞けて、現状が伝わってきた。しかし、精神障害者を雇うのに戸惑う現状は以前からあまり変わっていない印象を受けた。

表Ⅱ-4. 取組の感想（2/3）

取組	回答者の所属または職種	感想
ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ	ハローワーク	他機関と情報交換ができたことはとても有意義であった。知り合える機会となった。
	移行支援事業所	自事業所の連携の状況や地域性を捉えなおす良い機会になった。
		議題の趣旨を理解していないと難しい。グループワークで提示された質問の解釈の相違により焦点が定まらない意見が多くなり、収集がつかなくなった。
	医師・看護師・臨床心理士	支援機関の悩みや考えを実感し共有できた。このような場に参加しなければできなかったことなので重要で貴重な経験だった。
	医師	地域の連携における課題をある程度出し合えたが、合議のうえ練られたアクションプランを出すまでは至らなかった。1日かけるか、2～3回集まらないとプランとしてまとめるのは難しい。
	臨床心理士	医療機関の参加が少なく、支援機関の困り感を共有するのみで、医療側からの視点に乏しかったのが残念だった。
ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ	ハローワーク	地域の関係機関と直接、意見交換し知り合える機会となった。利用者が多く受診している医療機関の職員と顔合わせでき、その後の連携がスムーズになった。
		医師が参加していなかったため（※）「本当に意見交換したい相手は医師なのに」と改めて思った。　※ 医師が参加しなかった実地調査地域もあった。
	移行支援事業所	アクションプラン立案からフォローアップまでの期間が短かく、検討材料を持ち込めなかった。
	就労支援センター	「支援機関と医療機関が合同で連携のための会合を開催する」というアクションプランはとてもハードルの高いものだと感じた。
	PSW	地域による就労への取り組み方の違いについて意見交換ができたため、連携の現状の理解が促された。
		目指す支援は『その方の就労』だが、いろんな角度からの視点が一つになる過程が難しくもあり、必要なのだと思った。
	臨床心理士	具体的な行動課題について意識できた。
	医師	就労援助機関の気持ちを意識できた。
		情報共有をする文化がまだ十分に成熟していない。その文化を創るためには、有意義なネットワークを作る必要があるのだが、残念ながら今回のグループワークとフォローアップではそこまでいかなかった。
助言者	移行支援事業所・就労支援センター	利用する機会はなかったが「何かあれば相談できる」という安心感はあった。
	就労支援センター	助言を頂ける方がいるというところはとても心強いが、何をどう聞いていいのか分からず、問い合わせをする勇気はでなかった。
	PSW	話題の修正や問題提起等、個々が発言できるような助言であった。
	医師	利用する機会がなかった。

表Ⅱ-4. 取組の感想（3/3）

取組	回答者の所属または職種	感想
ﾏﾆｭｱﾙ	移行支援事業所・ハローワーク	これまで手探りで行ってきた医療機関との連携に関し、共通ツールとして確立することで連携の強化を期待したい。
	移行支援事業所	後で見返せるのでありがたい。
		レジュメより（研修内容が）他のスタッフと共有しやすい。
		日々の業務に追われ、読む時間の確保ができなかった。
	ハローワーク	「医療機関が密な連携に応じてくれるか否かは医師の考えに委ねられている現状はあるのかな」と少し悲観的な印象も変わらずある。
	就労支援センター	字や量が多すぎるので、もう少し読みやすくして欲しい。
	作業療法士	内容がまとまっており分かりやすかった。
	PSW	困ったときの参考にさせてもらっている。
	臨床心理士	支援者の力量や経験によらず一定の質の支援を提供することにつながりやすいと思う。

（4）マニュアルを読むことによる情報共有に対する意識の変化（第1回調査の質問項目Ⅵ、Ⅷ）

本研究で取組を行ったことの背景には「マニュアルを配布しただけでは情報共有に関する実態は変化しないのでは」という懸念があったが、マニュアルを読むことで情報共有行動に関する意識や行動がどのように変化するかを事前に把握していたわけではなかった。そこで研究協力者に対してマニュアルを読む前後で情報共有行動に対する意識が変化したかどうかを尋ねた。

「研修講座に参加する前にマニュアルを読んだことがある」と回答した支援従事者は12人、医療従事者は4人であった。これらの回答者に「マニュアルを読むことで積極的に取り組むようになった行動」を支援従事者については表Ⅱ-5、医療従事者については表Ⅱ-6 で示した行動の中から挙げてもらった。同表において、回答者が当該行動を選択した度数及び全回答者に占める割合を示した。

次に、情報共有に関する意識を表す4項目について「マニュアルを読む前の意識」または「調査票に回答した時点の意識」として最も当てはまるものを「かなり意識していた」「多少意識していた」「あまり意識していなかった」「全く意識していなかった」の4件法で尋ねた。「かなり意識していた」を4点、「多少意識していた」を3点、「あまり意識していなかった」を2点、「全く意識していなかった」を1点として得点化（以下「情報共有に関する意識得点」という。）し、項目別に回答者平均を算出した結果を表Ⅱ-7（支援従事者）及び表Ⅱ-8（医療従事者）に示した。

マニュアルを読む前の時点と調査票に回答した時点の得点差について対応のある t 検定を実施した。その結果、就労支援従事者の得点については全ての項目で統計的に有意な差は確認できなかった。なお、医療従事者は回答者数が少なかったため検定は実施しなかった。

表Ⅱ-5. マニュアルを読むことで積極的に取り組むようになった行動（支援従事者）n=12

項目	度数	選択率（%）
医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得る。 見立て（アセスメント）や当面の支援計画案について本人と協議する。 貴機関内の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議する。	5	42
本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握する。 本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握する。	4	33
支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供する。	3	25
本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをする。 医療機関に問合せをする際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝える。 医療機関に問合せをする際、医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握する（問い合わせをしていなくても把握している場合を含む）。 医療機関から提供された情報を本人と確認する。 医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認する。 貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する。 見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談する。 貴機関内の就労支援中に問題が発生した際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝える。 受診同行を行う。 日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する。	2	17
貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供する。 本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催する。 ケース会議や受診同行の後で、本人と振り返りを行い、結果の受け止め方を確認する。	1	8

表Ⅱ-6. マニュアルを読むことで積極的に取り組むようになった行動（医療従事者）n=4

項目	度数	選択率（%）
就労支援機関に情報提供する際、事前に情報提供の内容を本人に説明し、同意を得る。 本人が利用している就労支援機関がどのようなところか、本人から情報収集する。 日常的に貴院と就労支援機関の双方で情報交換・情報共有する。	2	50
就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行う。 見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議する。	1	25
本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をする。 本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行する。 見立てや支援計画案について協議するために、本人及び就労支援機関が参加するケース会議に出席する。	0	0

表Ⅱ-7. マニュアルを読む前後における支援従事者の情報共有に関する意識得点（括弧内の数字は標準誤差） n=12

項目	マニュアル読む前	回答時点
本人のニーズと現状を踏まえずに情報交換を行うとピント外れな支援に陥るため、情報交換の際には、アセスメントをきちんと行う。	3.3 (0.2)	3.7 (0.1)
医療機関に情報提供する際は、事実と意見を分け、事実は具体的に、情報は簡潔にまとめ分量は抑える。	3.3 (0.3)	3.5 (0.2)
本人自らが医療機関と情報交換できるよう支援し、本人の「伝える／相談する」力をなるべく損なわないようにする。	3.2 (0.3)	3.3 (0.2)
就労支援のことに関しては、医療機関の意見を絶対視することなく、本人のためにどのような方法が考えられるのか、医療機関と一緒に検討する。	3.3 (0.3)	3.5 (0.2)

表Ⅱ-8. マニュアルを読む前後における医療従事者の情報共有に関する意識得点（括弧内の数字は標準誤差） n=4

項目	マニュアル読む前	回答時点
貴院での治療や支援に際し、就労支援機関から提供された情報を参考にする。	3.8 (0.3)	4.0 (0)
本人自らが就労支援機関と情報交換できるよう支援し、本人の「伝える／相談する」力をなるべく損なわないようにする。	3.0 (0.4)	3.3 (0.3)
医療機関は「敷居が高い」と感じている就労支援機関もあるので、医療機関側が一方的に話さず、相手の話をよく聞き、コミュニケーションが取れるようにする。	3.0 (0.6)	3.3 (0.5)
医療職と異なり、就労支援機関には専門的な資格をもたない職員もいるため、病気や障害の状況は、分かりやすく説明する。	3.0 (0.6)	3.0 (0.4)

（５）取組による情報共有の変化に関する主観的評価

実地調査の第 2 回質問紙調査に回答した研究協力者に対し、研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、フォローアップに参加することで機関間連携や情報共有に何らかの変化があったかどうかを尋ねた。

その結果、「何らかの変化があった」と回答した者の数は支援従事者 25 人中 18 人（72%）、医療従事者 12 人中 8 人（67%）であった。

表Ⅱ-9 に変化の内容を簡潔に記述してもらった結果を示す。

表Ⅱ-9. 取組による情報共有の変化に関する主観的評価

回答者の所属または職種	変化の内容
移行支援事業所	「医療機関の連携は敷居が高く難しい。一事業所が関与していいものだろうか。」といった認識から「積極的に連携を図ってもよいのだ」という認識へと変わりスムーズに連携できるようになった。
	医療側の情報共有にかかる負担感を理解し、自機関のスタッフにも共有した。その結果、目的と質問数を絞った上で通院同行を実施したり、事前連絡を心掛けるようになった。「どのタイミングで、どれだけの情報を共有するか」を意識できるようになった。
	資料が役立った。特に新しい主治医の意見書の様式を活用することで、配慮事項が伝わりやすい文書を作成できるようになった。
就労支援センター	グループワークに参加した移行支援事業所と共に医療との連携のためのツール作成や連携体制の構築のための会議を月に一度設けて実施し始めた。
ハローワーク	調査でご縁をいただいた医療機関からの情報により、医療機関の集いに参加し自機関の業務について周知できた。また、当該医療機関の協力を得て、移行支援事業所紹介冊子の周知を進めている。
PSW	支援機関が医師に直接問い合わせることにためらいがあることが理解できたため、医師に「支援機関から直接問い合わせてもらっていいか」の確認を取り、了解が得られた場合はその旨を支援機関に伝えるようにした。
医師	担当する患者の就労支援においては、再来時に状況把握に努めたり、PSWも巻き込んで診察以外にも面接をお願いしたり、必要性と患者の希望に応じて支援機関に当院から情報共有の依頼を行った。
臨床心理士・看護師	調査に参加していない職員と職場内でマニュアルやツールを共有することで、連携しようとする意識・態度が前より高まった。
作業療法士	デイケアの立ち位置をより考えて連携や情報共有するようになった。
看護師	顔が見える関係となったことで連絡や相談をしやすくなった。
	移行支援事業所やハローワークから紹介された人に医療機関を利用してもらってこそ役立てると感じた。

９　取組による情報共有行動の変化

ここでは取組が研究協力者の「情報共有に関する行動」に与えた影響を検討した調査結果を報告する。

（１）取組による情報共有行動の変化（第１回調査及び第２回調査の質問項目Ⅰ、Ⅱ）

上記のとおり取組により研究協力者の情報共有行動に関する意識は概ね積極的なものに変容した。ここでは取組への参加により情報共有行動を積極的に実施するようになったかについて定量的に評価した結果を報告する。

ア　情報共有行動の測定方法及び実施率の算出方法

回答者が支援従事者の場合と医療従事者の場合とで測定内容が一部異なるため、場合別に説明する。

回答者が支援従事者の場合、第１回調査では2017年５月31日以前から遡って半年間の間に回答者が支援を実施し、おおまかな見立て（アセスメント）と今後の方向性を検討した者で、かつ医療機関を利用している者（以下「支援対象者」という。）のうち、質問紙に示した情報共有行動（表Ⅱ-10）を実施した者の数を回答するよう求めた。ただし、回答に際しては密接な連携をしている[1]医療機関の利用者数とそれ以外の医療機関の利用者数を分けて計上するよう求めた。さらに、職業センターのリワーク支援対象者は除くよう指示した[2]。具体的には、表Ⅱ-11に示した「支援対象者の選定対象期間」の範囲で上記の条件に該当する支援対象者を2017年５月31日から順に遡って特定していき、最大８人までを回答対象とした。なお、同一の機関に複数の回答者が存在する場合は、代表１人が当該機関に所属する回答者の回答を集計して報告するよう求めた。第２回調査では、次の①～③以外は第１回調査と同様に情報共有行動を実施した支援対象者数を尋ねた。①質問紙を研修実施日から約4-6か月後に送付した。②支援対象者の選定対象期間を研修実施後から約3-5か月間に変更し、共有行動を実施したかどうかを確認する期間を指定した上で情報共有行動を実施した者の数を回答してもらった。③情報共有行動を実施した支援対象者数の報告では、密接な連携をしている医療機関の利用者とそうでない医療機関の利用者を区別した上で、それぞれについて実地調査に参加している医療機関の利用者と参加していない医療機関の利用者を区別して計上するよう求めた。

回答者が医療従事者の場合、第１回調査では2017年５月31日以前から遡って半年間の間に回答者が支援を実施し、かつ支援機関を利用している者のうち、質問紙に示した情報共有行動を実施した者の数を回答するよう求めた。ただし、第１回調査の回答に際しては「① 密接に連携している支援機関（ハローワークとの並行利用も可）の利用者」「② ①以外の支援機関を利用している利用者」を区別して計上するよう求めた[3]。また、第２回調査の回答に際しては「① 密接に連携している支援機関の利用者」「② ①のうち実地調査に参加している支援機関の利用者」「③ ①以外の支援機関の利用者」「④ ③のうち実地調査に参加している支援機関の利用者」を区別して計上するよう求めた。それ以外の手続きについては、支援従事者の場合と同様であった。

分析では、情報共有行動の実施率を（項目で示した情報共有行動を実施した支援対象者数）／（支援対象者の総数）×100で算出した。ただし、回答者が支援従事者の質問紙の項目８、９、11、12、15、18、21、22、医療従事者の質問紙の項目２、７、８、10、12、13、15、16、19は当該項目よりも前の項目で示した情報共有行動を実施した者の内数を尋ねたため、指定した情報共有行動を実施した支援対象者数を母数とした割合を算出した。例えば、回答者が支援従事者の場合の項目９の実施率は、（項目９で示された情報共有行動を実施した支援対象者数）／（項目８で示した情報共有行動を実施した支援対象者数）×100とした。

---

[1] 密接な連携をしているかどうかは回答者が判断するよう求めた。

[2] 職業センターのリワーク支援対象者は主治医との連携が業務実施上必須とされているため除外した。また回答者の所属する病院と同一法人の支援機関の利用者についても同一法人内での連携は一般的な連携と異なるため除外した。

[3] 実際の第１回調査の質問紙では密接な連携の有無に加えハローワークとそれ以外の支援機関にも分けて４つの区分としているが、第２回調査の質問紙ではハローワークとそれ以外の支援機関を分けておらず、下記ウのとおり、第１回調査と第２回調査との比較も密接な連携の有無で行っているため、ここでは２つの区分で記述している。

表Ⅱ-10. 質問紙で提示した情報共有行動一覧（1/2）

［支援従事者］

No	質問項目
医療機関からの情報提供	
1	受付時点で、医療機関に問い合わせる前に、医療機関から支援対象者（以下、本人）に関する情報提供があった。
2	本人が貴機関を利用する際、医療機関の職員が同行してきた。
3	貴機関から問合せしない場合でも、医療機関から貴機関に問合せや情報提供等があった（上記 1 の場合を除く）。
本人からの情報収集	
4	本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握した。
5	本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握した。
6	医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得た。
医療機関への問い合わせ	
7	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。
8	上記 7 の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝えた。
9	上記 8 で医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握した（問い合わせをしていなくても把握している場合を含む）。
医療機関から情報把握したあとの対応	
10	医療機関から提供された情報を本人と確認した。
11	上記 10 のうち、医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった。
12	上記 11 のうち、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認した。
13	見立て（アセスメント）や当面の支援計画案について本人と協議した。
見立てや支援計画に関する医療機関との情報共有や協議	
14	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供した。
15	上記 14 の際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。
16	見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談した。
17	本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催した。
18	上記 17 のケース会議に医療機関が参加した。
19	ケース会議や受診同行の後で本人と振り返りを行い、ケース会議や受診同行に関する本人の受け止め方を確認した。
問題が発生した場合の医療機関との協議	
20	貴機関の就労支援中に問題が発生した。
21	上記 20 の際、医療機関と協議した。
22	上記 21 の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝えた。
その他	
23	受診同行を行った。
24	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供した。
25	日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有した。

表Ⅱ-10. 質問紙で提示した情報共有行動一覧（2/2）

［医療従事者］

No	質問項目
医療機関から就労支援機関への情報提供等	
1	支援対象者（以下、本人）が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をした。
2	上記 1 の際、事前に情報提供の内容を本人に説明し、同意を得た。
3	本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行した。
4	就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行った（上記 1 の場合を除く）。
5	本人が利用している就労支援機関がどのようなところか、本人から情報収集した。
就労支援機関からの問合せ	
6	本人の障害状況等について就労支援機関から問合せがあった。
7	上記 6 の際、就労支援機関は就労支援機関での相談状況や貴院に確認したい事項などを文書により事前に情報提供した。
8	上記 6 の際、就労支援機関は事前に貴院の都合のよい方法や時間、担当窓口などを確認した。
就労支援に係る支援計画等に関する就労支援機関との協議や情報共有	
9	就労支援機関の見立て（アセスメント）や支援計画案に関する情報を就労支援機関が貴院に提供した。
10	上記 9 の際、就労支援機関から文書で情報提供があった。
11	見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議した。
12	上記 11 の際、就労支援機関が受診同行をした。
13	上記 11 の際、本人及び就労支援機関が参加するケース会議に出席した。
就労支援期間中に問題が発生した場合の就労支援機関との協議	
14	就労支援期間中に問題が発生した。
15	上記 14 の際、就労支援機関と協議した。
16	上記 15 の際、就労支援機関から協議に必要と思われる情報（支援経過、職場環境、就労支援機関の見立てや対応策等）が事前に提供された。
その他	
17	就労支援機関が受診同行をした。
18	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは、就労支援機関から何らかの手段（文書・電話・受診同行等）で情報提供があった。
19	上記 18 の際、事実と意見を分け、事実は具体的に、情報は簡潔にまとめ分量は抑えて、情報提供があった。
20	日常的に貴院と就労支援機関の双方で情報交換・情報共有した。

表Ⅱ-11. 情報共有行動の支援対象者の同定期間及び共有行動の確認期間

地域	第1回調査		第2回調査	
	支援対象者の選定対象期間	共有行動の確認期間	支援対象者の選定対象期間	共有行動の確認期間
A	2016/12/1-2017/5/31※	指定なし	2017/9/6-12/19	2017/9/6-2018/2/2
B			2017/ 7/10-12/3	2017/7/10-2018/1/17
C			2017/9/19-12/22	2017/9/19-2018/2/5
D			2017/8/21-12/18	2017/8/21-2018/2/1

※　移行支援事業所または継続支援事業所の場合は2016/6/1-2017/5/31とした。

イ　支援従事者の情報共有行動の実施率

第1回調査と第2回調査ともに支援対象者数が1以上であり実施率を算出できたのは21の支援機関であった。このうち、3機関は「2回目の調査における支援対象者について1回目の支援対象者を重複して計上していた」（2機関）または「情報共有行動の確認時期よりも前の時点において受診同行等の情報共有を実施していた利用者を支援対象者として計上した一方で支援行動には計上しなかった」（1機関）といった理由から分析対象から除外した。また、情報共有行動の実施率は支援対象者数を分母、情報共有行動を実施した支援対象者数を分子とした確率変数であるが、このような確率変数は分母を大きくすることで真の値に収束することが知られている（大数の法則）。また、支援対象者数が「1」の場合、ある情報共有行動を実施した場合の実施率は「100%」、実施しなかった場合は「0%」になり、偶然レベルで情報共有行動を実施した場合の実施率である「50%」は観測されないことになる。本研究の目的である「取組が情報共有行動の実施の程度に与える影響を検証する」上では、「たまたま情報共有行動が実施された場合」と「意図的に情報共有行動が実施された場合」を区別して分析することが望ましい。上記の理由から、いずれかの調査において支援対象者数が「1」の回答機関（計3機関）を分析から除外した。その結果、本分析に使用できた支援機関の数は最大で15であった[4]。

実施率を項目別に算出した上で、機関全体の平均値を算出した。図Ⅱ-4に第1回調査と第2回調査における平均値と標準誤差を項目別に示す。なお、調査項目によって支援対象者数が0になる場合があるため、調査項目によって回答機関の数は異なる。

実施率の変化が統計的に有意かどうかを調べるため、分析対象データ[5]にShapiro-Wilk検定を実施し、正規性が認められた場合は項目別に対応のあるt検定を、正規性が認められなかった場合はWilcoxon符号付順位和検定を実施した。その結果、下記の4項目について2回目調査における実施率が1回目調査における実施率を有意に上回っていた。

項目6：医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得た。(Z=2.04, p<.05,r=0.53)

項目8：本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝えた。(Z=2.04, p<.05,r=0.59)

項目11：医療機関から提供された情報を本人と確認した際、医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった。(t(12)=2.32, p<.05,d=0.63)

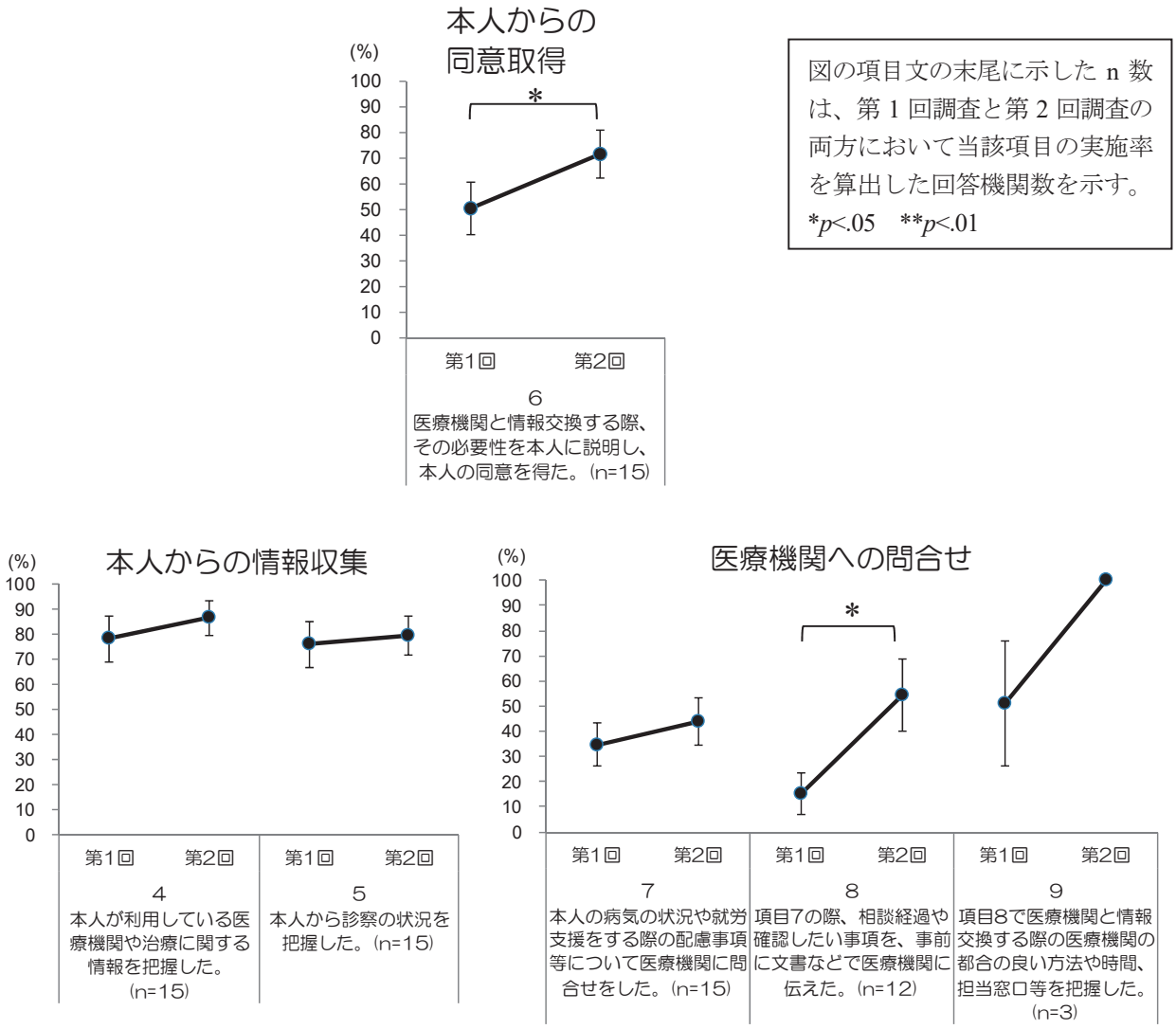
項目21：貴機関の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議した。(t(5)=5.90, p<.01,d=2.41)

---

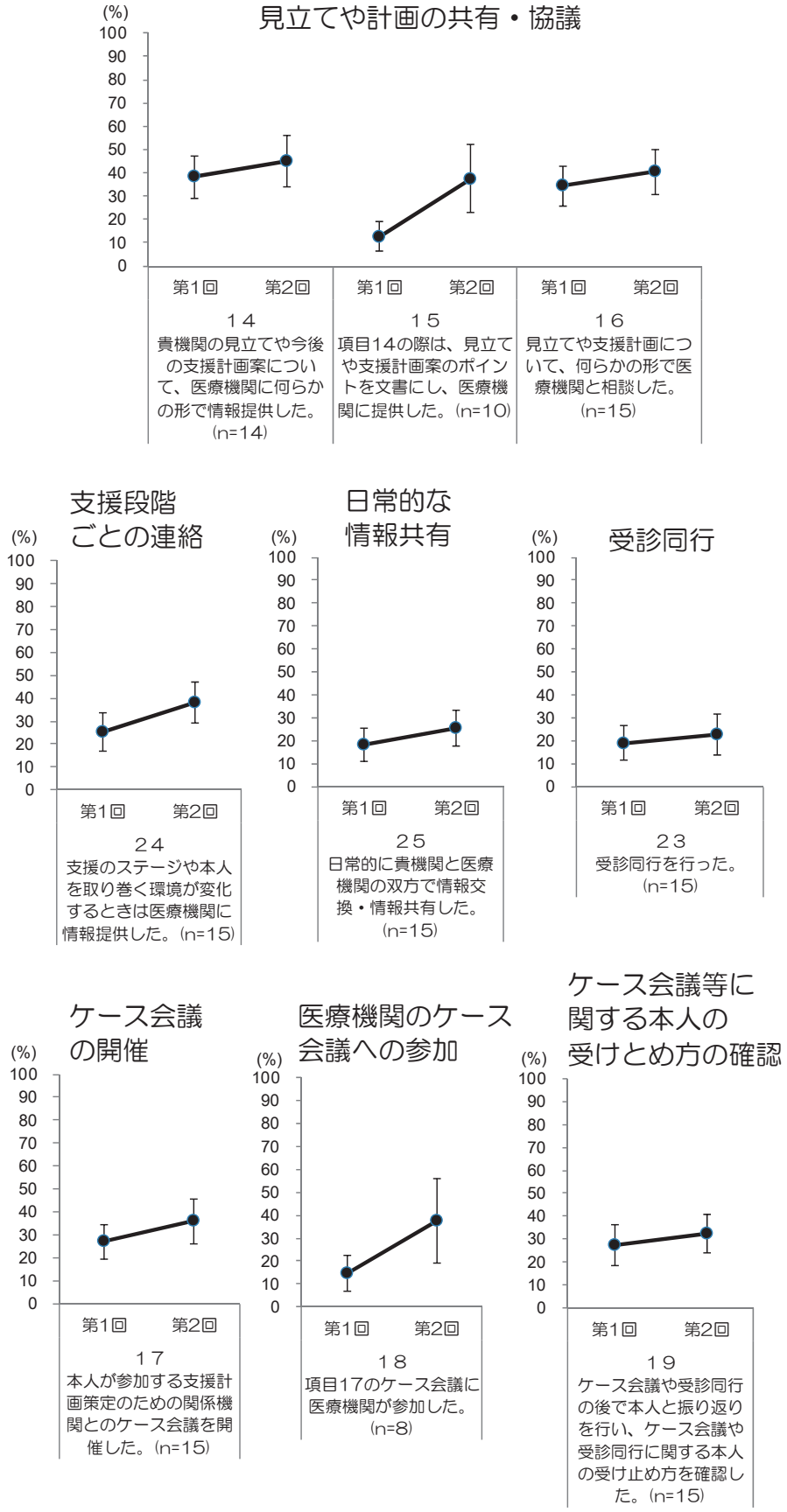
4 鈴川ら[1)]によると、本研究で実施する「対応のあるt検定」によって「大きな効果量」（Cohen[2)]）を検出（検定力0.8、有意水準5%）するのに必要な標本数は15である。

5 実施率を統計的検定に使用する際には角変換[3)]を行った。

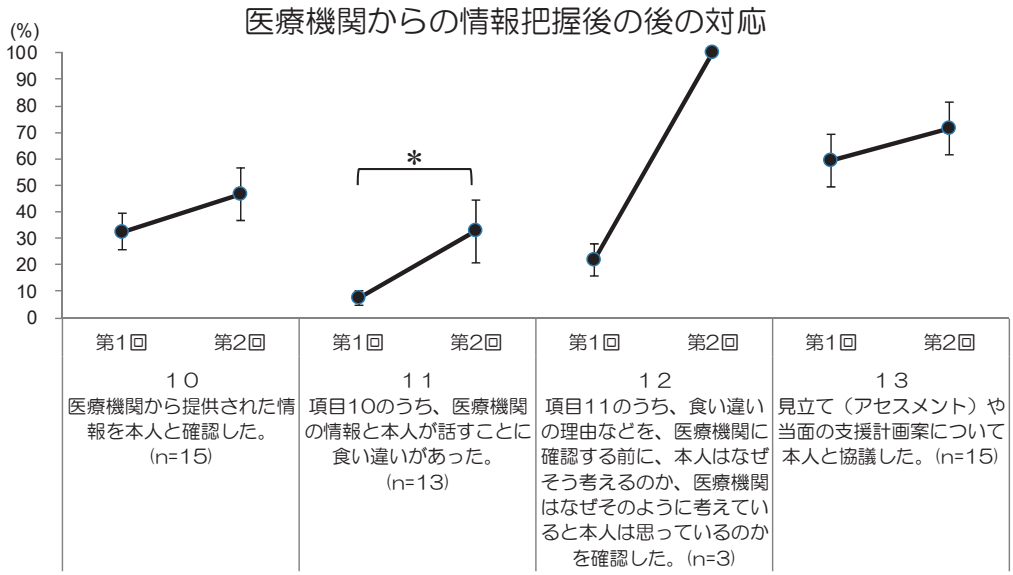
なお、本調査では回答者が「密接な連携をしている」と判断した医療機関とそうでない医療機関を区別して、情報共有行動を実施した支援対象者の数の回答を求めていた。第 1 回調査と第 2 回調査の別に、密接な連携をしていると判断した医療機関を利用している支援対象者の割合を求め、回答機関間平均（標準誤差）を算出したところ、第 1 回調査が 41（±33）%、第 2 回調査が 34（±38）%であった。この割合の差について実施率と同様の統計分析を実施したが有意差は認められなかった。

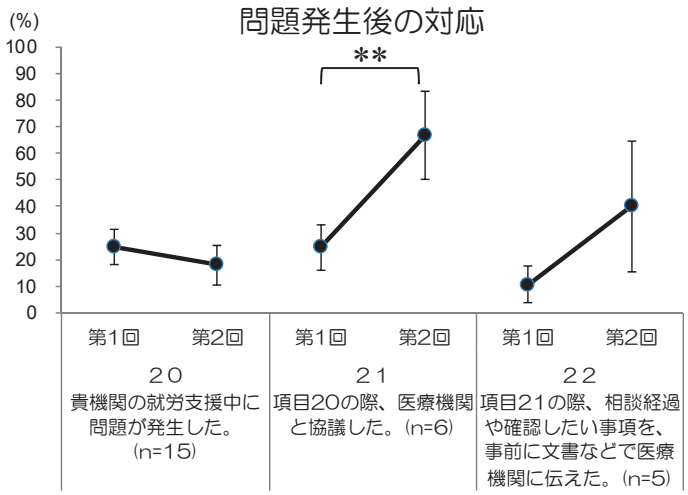


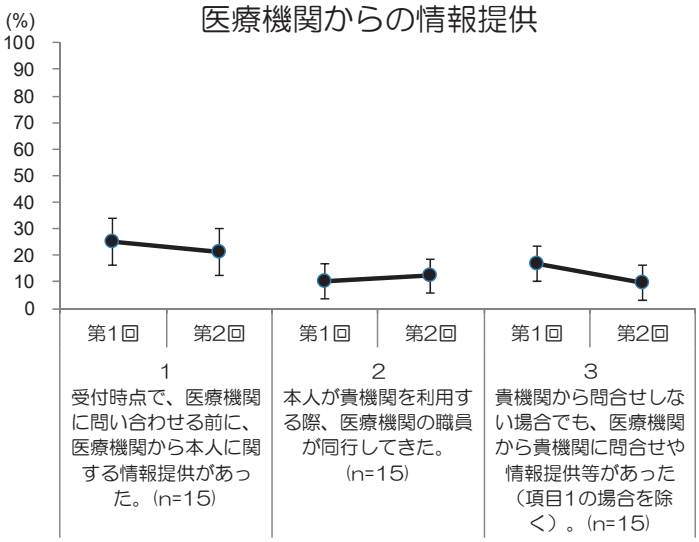
図Ⅱ-4. 支援機関における情報共有行動の実施率（1/3）



図Ⅱ-4. 支援機関における情報共有行動の実施率（2/3）







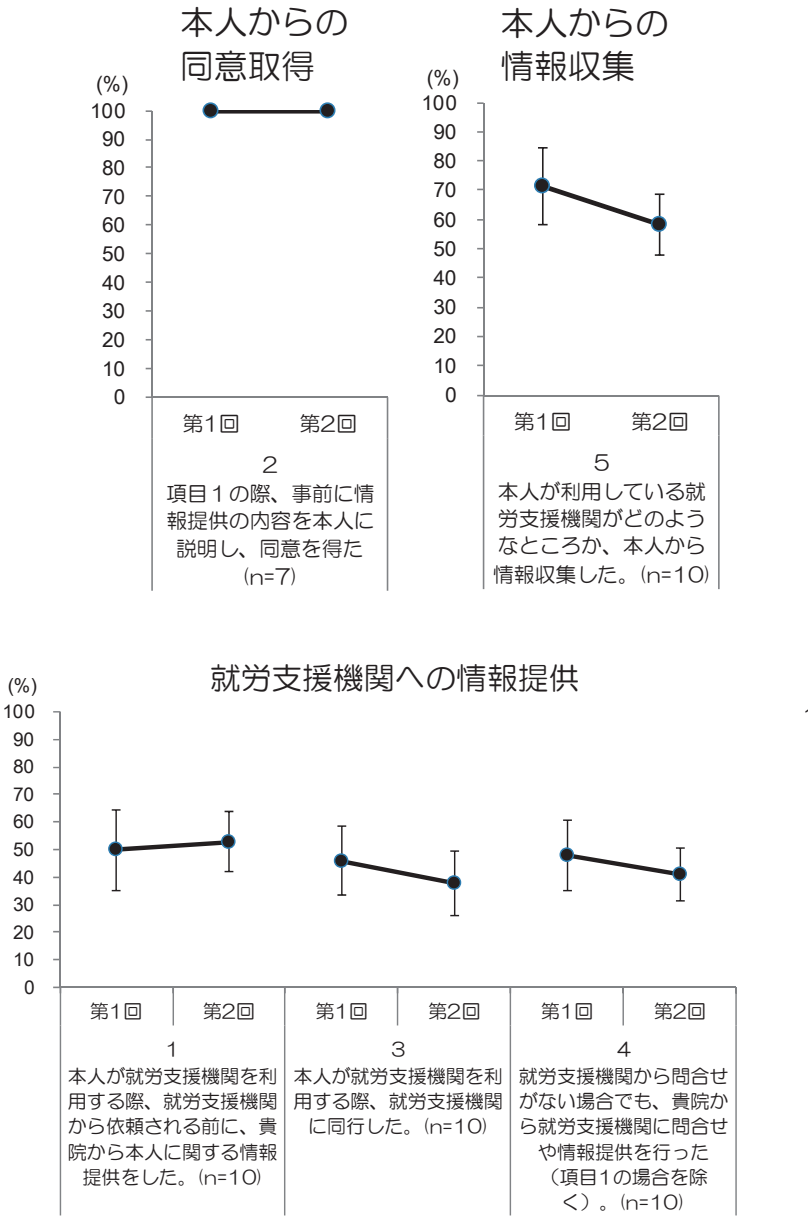
図Ⅱ-4. 支援機関における情報共有行動の実施率（3/3）

ウ　医療従事者の情報共有行動の実施率

支援機関と同様に、第 1 回調査と第 2 回調査における回答に基づき医療機関の実施率を項目別に算出した上で、機関間の平均値を算出した[6]。なお、当分析に使用した医療機関の数は 10 であり、支援対象者数が「1」の回答機関はなかった。図Ⅱ-5 に第 1 回調査と第 2 回調査における回答者間平均と標準誤差を項目別に示す。

実施率の変化が統計的に有意かどうかを調べるため、支援従事者の実施率と同様の統計分析を実施したところ、全ての項目について有意な差は認められなかった。

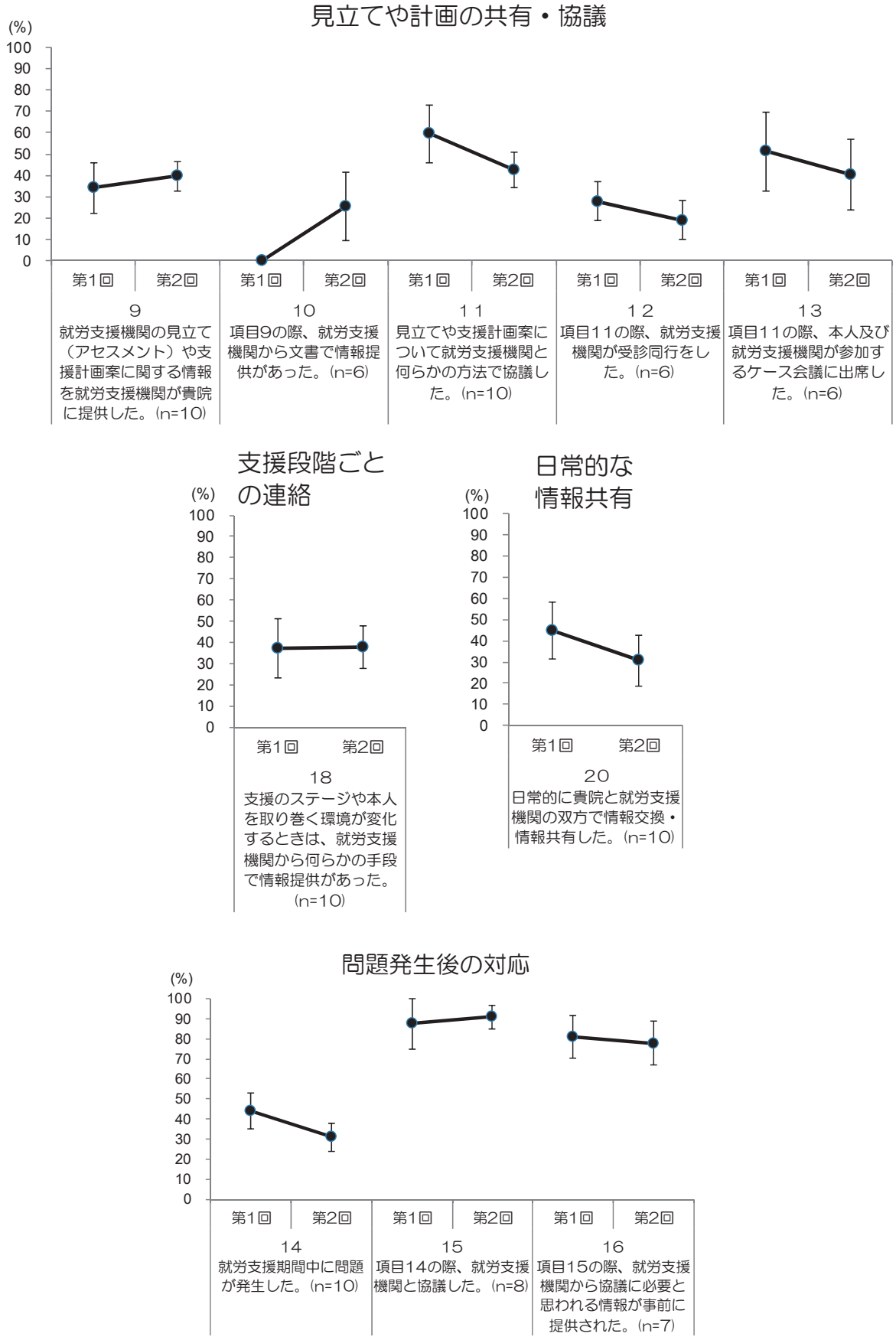
なお、第 1 回調査と第 2 回調査の別に、密接な連携をしていると判断した支援機関を利用している支援対象者の割合を求め、回答機関間平均（標準誤差）を算出したところ、第 1 回調査が 52（±12）%、第 2 回調査が 37（±13）%であった。この割合の差についても実施率と同様の統計分析を実施したが、有意差は認められなかった。



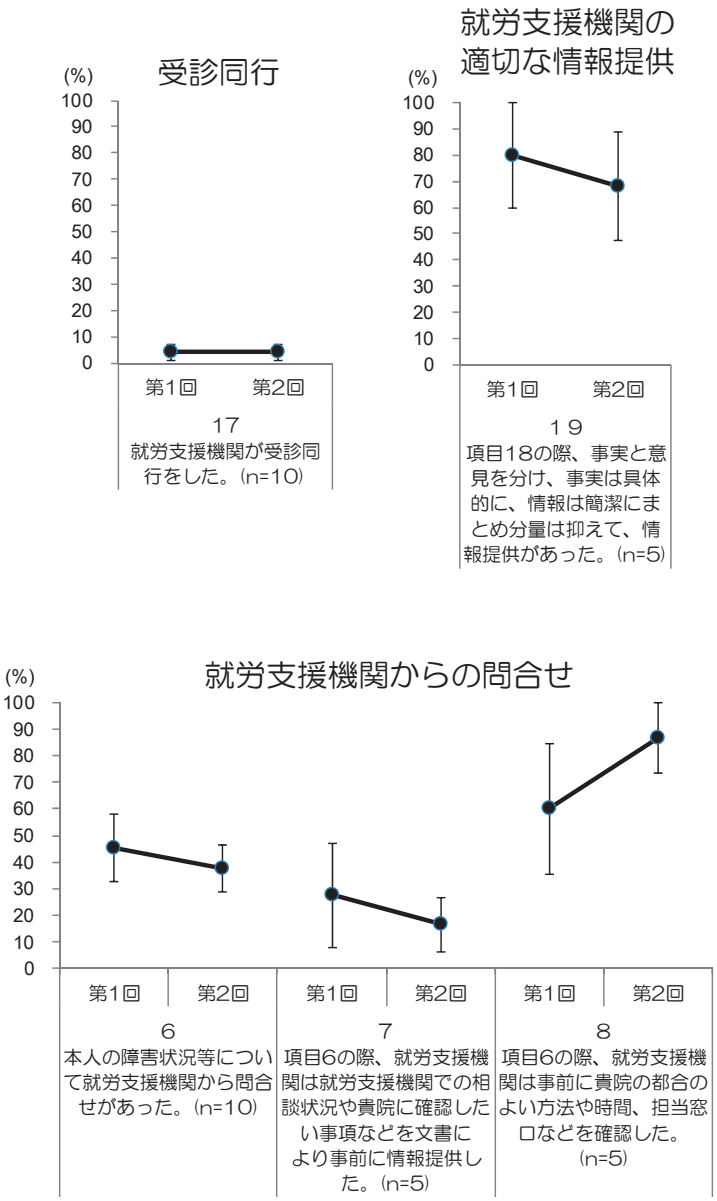
図Ⅱ-5. 医療機関における情報共有行動の実施率（1/3）

---

6 実施率を算出できた回答機関の数が十分に多い場合は、支援機関と同様に「支援対象者数が少ない機関」を分析から除外することが望ましいが、実施率を算出できた医療機関の数自体が少なかったため、医療機関の分析においては実施率を算出できた全ての機関を分析対象とした。



図Ⅱ-5. 医療機関における情報共有行動の実施率（2/3）



図Ⅱ-5. 医療機関における情報共有行動の実施率（3/3）

（２）主観的連携度による情報共有行動の実施率の違い

情報共有の相手が既に自機関と連携体制が構築されている場合とそうでない場合とでは、前者の場合の方が情報共有行動は実施しやすいことが予想できる。また、取組が情報共有行動の実施頻度に与える影響も予想できる。なぜなら、連携体制が構築されている場合は取組に参加する以前から既に情報共有行動が実施されており、取組が情報共有行動に与える効果が表れにくいと考えられるためである。

上記の可能性を検討するため、支援従事者の情報共有行動の実施率について、取組に参加する前の時点において密接な連携をしている（と回答者が判断した）医療機関の利用者とそうでない医療機関の利用者とを区別して実施頻度（実施率）を算出し比較した。なお、前者の場合を「連携度高条件」とし、後者の場合を「連携度低条件」とする。また、医療機関については条件別に実施率を算出できた機関数が最も多い項目でも 3 機関であり、検定力が明らかに不足していることから本分析は実施しなかった。ちなみに支援機関についても本分析に使用できたのは最も多い項目でも 7 機関のデータであり、検定力が不足していることに留意する必要がある[7]。

支援従事者の情報共有行動の実施率について、連携度（高、低）×調査時期（第 1 回、第 2 回）の 2 要因の分散分析を項目別に実施した。ただし、下記の 7 項目については分析可能な標本数を確保できなかった。

項目 8：本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝えた。

項目 9：項目 8 の際、医療機関と情報交換するにあたっての医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握した。

項目 12：医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認した。

項目 15：貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に情報提供する際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。

項目 18：本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議に医療機関が参加した。

項目 21：貴機関の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議した。

項目 22：項目 21 の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝えた。

分散分析の結果、以下の結果が示された。

［連携度の主効果が認められた項目］

下記の 7 項目については有意な主効果[8]が認められ、全ての項目について連携度高条件の実施率が連携度低条件よりも高かった（表Ⅱ-12）。

項目 2：本人が貴機関を利用する際、医療機関の職員が同行してきた。

項目 10：医療機関から提供された情報を本人と確認した。

項目 14：貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供した。

項目 19：ケース会議や受診同行の後で本人と振り返りを行い、ケース会議や受診同行に関する本人の受け止め方を確認した。

項目 20：貴機関の就労支援中に問題が発生した。

---

7 検定力を計算するフリーソフトである G*Power を使って本分析によって「大きな効果量」を検出するために必要な標本数を計算したところ「24」であった。

8 独立変数（本分析の場合は「連携度」または「調査時期」）がとる値によって従属変数（本分析の場合は「実施率」）に統計的に有意な差が認められることを主効果という。例えば、連携度高条件の方が連携度低条件よりも実施率が有意に高い（あるいは低い）場合に「連携度の主効果」が認められたという。

項目 23：受診同行を行った。

項目 25：日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有した。

表Ⅱ-12. 連携度の主効果が認められた項目の実施率と統計値（n=7, * p<.05, ** p<.01）

項目番号		実施率（平均±SD） 連携度高	実施率（平均±SD） 連携度低	F値 連携度	F値 時期	F値 交互作用	η^2 連携度	η^2 時期	η^2 交互作用
2	第1回	15 ± 20	0 ± 0	37.38**	1.46	0.02	.86	.2	.00
	第2回	29 ± 39	0 ± 0						
10	第1回	72 ± 37	20 ± 28	42.03**	0.58	0.13	.88	.09	.02
	第2回	73 ± 47	31 ± 47						
14	第1回	71 ± 40	18 ± 24	22.65**	0.02	0.92	.82	.0	.15
	第2回	58 ± 49	34 ± 51						
19	第1回	56 ± 45	10 ± 20	8.98*	0.03	4.83	.6	.01	.45
	第2回	32 ± 47	20 ± 37						
20	第1回	56 ± 44	19 ± 20	7.54*	0.32	0.83	.56	.05	.12
	第2回	21 ± 39	18 ± 37						
23	第1回	29 ± 41	3 ± 7	9.40*	0.30	0.91	.61	.05	.13
	第2回	30 ± 48	16 ± 37						
25	第1回	40 ± 37	0 ± 0	22.05**	0.15	4.09	.79	.02	.41
	第2回	32 ± 43	8 ± 19						

［連携度の主効果及び連携度×調査時期の交互作用が認められた項目］

下記の 5 項目について有意な主効果及び交互作用[9]が認められた（表Ⅱ-13）。

項目 1：受付時点で、医療機関に問い合わせる前に、医療機関から本人に関する情報提供があった。

項目 3：貴機関から問合せしない場合でも、医療機関から貴機関に問合せや情報提供等があった。

項目 7：本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。

項目 16：見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談した。

項目 24：支援のステージや本人を取り巻く環境が変化するときは医療機関に情報提供した。

表Ⅱ-13. 連携度の主効果及び連携度と時期の交互作用が認められた項目の実施率と統計値

（n=7, * p<.05, ** p<.01）

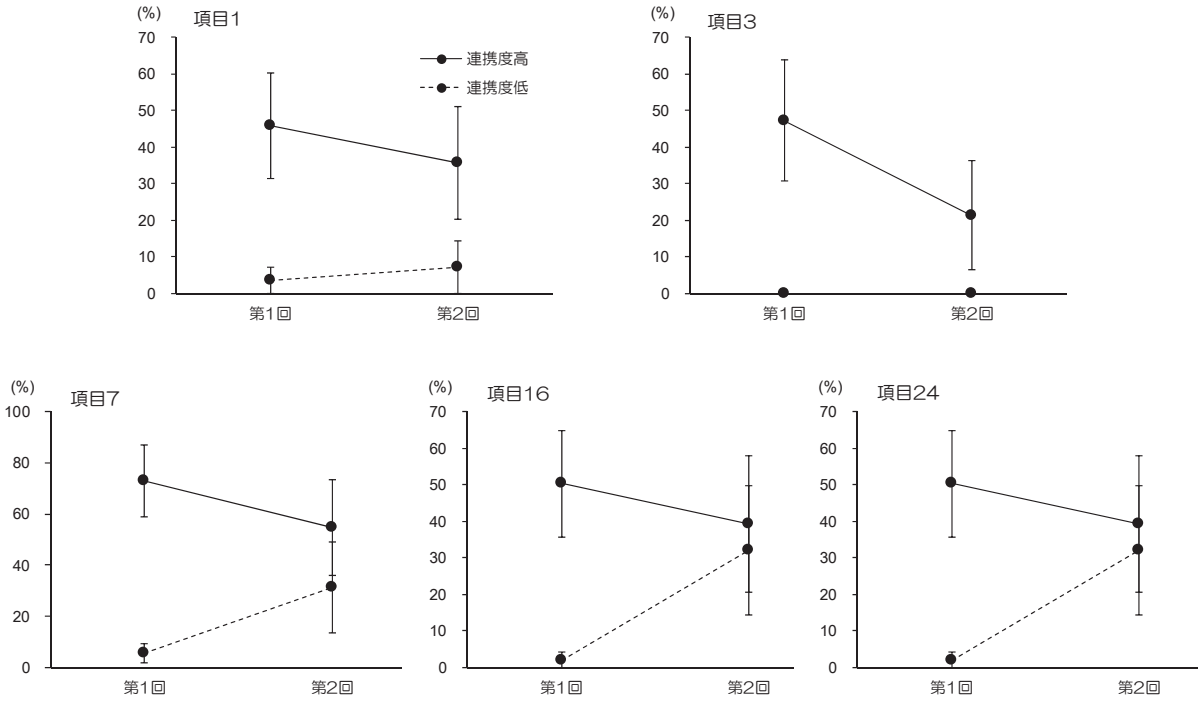
項目番号		実施率（平均±SD） 連携度高	実施率（平均±SD） 連携度低	F値 連携度	F値 時期	F値 交互作用	η^2 連携度	η^2 時期	η^2 交互作用	単純主効果に関する多重比較
1	第1回	46 ± 38	4 ± 9	34.18**	0.01	9.77*	.85	.0	.62	第1回、第2回ともに
	第2回	36 ± 40	7 ± 19							連携度高＞低
3	第1回	47 ± 44	0 ± 0	9.59*	1.05	13.34*	.62	.15	.69	第1回のみ
	第2回	21 ± 39	0 ± 0							連携度高＞低
7	第1回	73 ± 37	5 ± 10	49.59**	0.34	10.69*	.89	.05	.64	第1回のみ
	第2回	55 ± 50	31 ± 47							連携度高＞低
16	第1回	83 ± 30	7 ± 15	58.96**	0.02	16.35**	.91	.00	.73	第1回、第2回ともに
	第2回	48 ± 45	22 ± 39							連携度高＞低
24	第1回	50 ± 39	2 ± 5	29.65**	0.22	9.09*	.83	.04	.6	第1回のみ
	第2回	39 ± 50	32 ± 47							連携度高＞低

[9] 2 つの独立変数（本分析の場合「連携度」と「調査時期」）と従属変数（本分析の場合「実施率」）があった場合、一方の独立変数によって他方の独立変数が従属変数に与える効果が変化することを交互作用という。例えば、第 1 回調査において連携度高条件の実施率が連携度低条件よりも高かったが、第 2 回調査においては連携度の高低によって実施率に差が認められなかった場合、一方の独立変数である「調査時期」によって他方の独立変数である「連携度」が従属変数である「実施率」に与える効果が異なるため「交互作用がある」と表現する。

交互作用が有意であった 5 項目について（図Ⅱ-6）、単純主効果の検定[10]を行った結果、下記の傾向が有意に認められた。

・全ての項目について、第 1 回調査において連携度高条件の実施率が連携度低条件より有意に高かった。

・項目 1 及び 16 について、第 2 回調査においても連携度高条件の実施率が連携度低条件より有意に高かった。一方、他の 3 項目については第 2 回調査における実施率の差は認められなかった。



図Ⅱ-6. 連携度と時期の交互作用が認められた項目についての実施率（誤差棒は標準誤差）

（３）情報共有の相手の取組参加の有無による情報共有行動の実施率の違い

情報共有の相手が本研究で実施した取組に参加している場合とそうでない場合とでは、前者の場合の方が情報共有行動の実施主体が情報共有の相手に対して「情報共有の意義を理解しており、情報共有に協力的であろう」と期待しやすいため、情報共有行動は実施されやすいことが予想できる。

上記の可能性を検討するため、第 2 回調査で支援従事者の情報共有行動の実施率について、取組に参加した医療機関の利用者とそうでない医療機関の利用者とを区別して実施率を算出し比較した。なお、前者の場合を「参加条件」とし、後者の場合を「不参加条件」とする。

各項目の参加条件による実施率の差が統計的に有意かどうかを調べるため、Shapiro-Wilk 検定を実施し、正規性が認められた場合は項目別に対応のある *t* 検定を、正規性が認められなかった場合は Wilcoxon 符号付順位和検定を実施した。ただし、下記の 1 項目については分析可能な標本数を確保できなかった。

---

10 交互作用が有意に認められたとしても、独立変数がとる値によって他方の独立変数が従属変数に与える影響が「どのように」異なるかまではわからない。そこで、一方の独立変数がとる値の場合別に他方の独立変数が従属変数に与える影響を調べるのが「単純主効果の検定」である。本分析の場合、第 1 回調査と第 2 回調査の場合別に、連携度高条件と連携度低条件の実施率の差が有意かどうかを検定している。また、連携度高条件と連携度低条件の場合別に、第 1 回調査と第 2 回調査の実施率の差が有意かどうかを検定している。

項目 12：医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認した。

Wilcoxon 符号付順位和検定の結果、「項目 17：本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催した。」（n=8）において参加条件の方（実施率の平均±SD：19±37%）が不参加条件（8±14 %）よりも実施率が有意に高いことが示された（Z=2.20, p<.05, r=.78）。その他の項目については有意差が認められなかった。

同様の分析を医療機関の実施率についても実施したところ、「項目 1：支援対象者が支援機関を利用する際、支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をした。」（n=8）において参加条件の方（実施率の平均±SD：56±44 %）が不参加条件（32±35 %）よりも実施率が有意に高いことが示された（Z=2.03, p<.05, r=.72）。その他の項目については有意差が認められなかった。

（4）実行しにくい情報共有行動の背景（第 1 回調査の質問項目Ⅳ）

上記のとおり一部の情報共有行動については取組の実施前後で実施率に向上が認められたが、質問紙で提示した全ての行動に統計的に有意な変化が認められたわけではなかった。そもそも取組によって情報共有に関するノウハウを知ることで実行可能性が向上しやすい行動もあれば、ノウハウを知っただけでは実行可能性が変わらない行動があるかもしれない。取組に参加した上でもなお「実行しにくい情報共有行動」があるとすれば、その背景には何があるのであろうか。ここではこの疑問に関する調査結果を報告する。

調査では、質問紙で提示した情報共有行動のうち「実行しにくいもの」があれば最大 5 つまで挙げた上で、その理由について自由記述で回答するよう求めた。選択された項目とその理由に関する自由記述の回答を表Ⅱ-14（支援従事者）及び表Ⅱ-15（医療従事者）に示した。なお、研究担当者が選択理由を読んで「質問に適切に回答していない」と判断した回答については掲載の対象から除外するか、回答内容に照らして適切な項目番号に関連づけをし直した[11]。

その結果、支援従事者から「実行しにくいもの」として選択された行動は 12 項目（29 人が選択）、一方の医療従事者から選択された行動は 5 項目（11 人が選択）あり、選択された項目のほとんどは複数の回答者から選択されていた。

支援従事者が挙げた「実行しにくい理由」は以下のように整理できた。

〈支援機関の多忙さ〉

例「見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。」を実行しにくい理由：文書作成の時間を確保することが難しい。

〈医療機関の多忙さ〉

例「相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝える際、医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握した。」を実行しにくい理由：医師しかいない小さな診療所となると、診察等で忙しく、どのタイミングに電話をしたら良いのか、連携をしてもいいものか分からず躊躇してしまう。

例「本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催した。」を実行しにくい理由：病院の医師やケースワーカーの方々との定期的なケア会議が必要。しかし医師は忙しいためなかなか日程調整が難しい。

〈医療機関の情報共有・連携に対するニーズの見えなさ〉

---

11 支援従事者の項目 6「医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得た。」の選択理由として「主治医の先生もお忙しい中で、時間をとっていただくことも中々難しいと思います。支援者の時間調整も難しい中、ご本人の診察時間にすぐに合わせることも出来ない場合もあり、情報共有の仕方は工夫が必要だと思います。」など

例「見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。」を実行しにくい理由：医療機関が、就労移行機関の見立てや、支援計画を必要としているのかの判断が出来ないため。

〈本人による情報共有・連携の拒否〉

例「受診同行を行った。」を実行しにくい理由：本人が医師に依存的であり、受診同行に対して拒否的であるため。

一方、医療従事者が挙げた「実行しにくい理由」は以下のように整理できた。

〈マンパワー確保の難しさ〉

例「本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行した。」を実行しにくい理由：関われるマンパワーの確保が難しい。

〈支援機関側の情報共有・連携に対するニーズの見えなさ〉

例「日常的に貴院と就労支援機関の双方で情報交換・情報共有した。」を実行しにくい理由：デイケアとしては、就労支援機関と定期的に情報共有したいと考えているが、（中略）就労支援機関では、デイケアにおけるどのような情報を求めているか分からないこと、またそもそもデイケアとの情報共有を求めているか分からない点で、日常的なやり取りをしにくい。

〈医療機関の就労支援に関する理解不足〉

例「本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行した。」を実行しにくい理由：そこまで必要か、という意識があり、職場に共通理解できるか不明なため。

〈支援機関のアプローチ不足〉

例「就労支援期間中に問題が発生した際、就労支援機関と協議した。」を実行しにくい理由：就労支援機関におけるトラブルについて、支援機関からの情報提供がない場合には、こちらで把握できないことがあるため。

表Ⅱ-14. 実行しにくい情報共有行動の背景（支援従事者）（1/4）

項目No.		上段：項目文、下段：理由	回答者の所属
6	項目文	医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得た。	移行支援事業所
	理由	医療機関に問い合わせる前に本人の口から状況や考えを聞き把握したうえで連携の同意を得る必要があるが、現在利用者の来所が滞っており、本人と話す機会が取れない状況にある。	
		本人の同意を得た上で症状等の情報共有を行いたかったのだが、本人が病院との連携を強く拒否していたため、医師と障害の症状や状況について共有できなかった。病院側も本人が拒否した場合、伝えられないこともあるため、適切な支援をするあたりどのように病院と連携をとったら良いか迷うことがあった。	

表Ⅱ-14. 実行しにくい情報共有行動の背景（支援従事者）(2/4)

項目No.		上段：項目文、下段：理由	回答者の所属
7	項目文	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。	
	理由	電話やメールでの問合せは個人情報保護の関係で､やってはいけないものと思っている。	移行支援事業所
		職業評価を実施するに当たって、医療情報を本人や支援機関から聴き取り把握するが、主治医の意見書は取得に時間や経費がかかることもあり、職業評価時点では必要と判断した場合に限り意見書取得を依頼することにしている。	職業センター
		個人情報につき安易な情報提供が不可である。また、双方が多忙のため時間をとって訪問して聴くことも困難である。	就業・生活支援センター
		主治医の先生は忙しく、時間をとってもらうことが難しい。支援者の時間調整も難しく、本人の診察時間に合わせることもできない場合もあり、情報共有の仕方は工夫が必要である。	地域活動支援センター
8	項目文	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝えた。	
	理由	文書でのやり取りは有効だと考えているが、現在の職場では勤務時間内での文書作成の時間的確保がなかなか難しい。またメールの使用についてはセキュリティの観点から推奨されておらず、文書ファイル等の添付も禁止されている。メールができる端末も一人一台の確保がなく複数で共有している状況であり、時間的制約からも現実的でない。	ハローワーク
		事前に内容の共有ができれば良いと思うが、実際には、多忙な医師が事前に確認するか疑問もあり、受診同行の当日にその場で話をすることにとどまってしまっている。	移行支援事業所
9	項目文	相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝える際、医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握した（問い合わせをしていなくても把握している場合を含む）。	
	理由	医師しかいない小さな診療所となると、診察等で忙しく、どのタイミングに電話をしたら良いのか、連携をしてもいいものか分からず躊躇してしまう。	就業・生活支援センター
		ワーカーのいない病院が多く、先生の連絡の取れる時間自体が把握しずらい。	
		通院同行にこちらの時間をあまり割けられない。職場のスタッフ人員不足の日程が多く、行けないことが多い（特に土曜日の午前中）。そのため、医療機関との情報交換にタイムラグが出てくることがある。本人の支援の方向性の転換が迅速にはやりづらい。	移行支援事業所
15	項目文	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。	
	理由	文書作成の時間を確保することが難しい。	継続支援事業所
		医療機関が情報提供を望んでいるのか不明なため。	移行支援事業所
		医療機関が、就労移行機関の見立てや、支援計画を必要としているのかの判断が出来ないため。	

表Ⅱ-14. 実行しにくい情報共有行動の背景（支援従事者）(3/4)

項目No.	上段：項目文、下段：理由		回答者の所属
16	項目文	見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談した。	
	理由	医療機関と連携して支援計画をたてることは大切だと感じるが、物理的に困難である。	就業・生活支援センター
17	項目文	本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催した。	
	理由	病院の医師やケースワーカーの方々との定期的なケア会議が必要。しかし医師は忙しいためなかなか日程調整が難しい。	移行支援事業所
		会議の開催日程の調整が難航してしまう。	地域活動支援センター
		ケース会議で医師や医療機関の意見をその場で確認できると、支援方針も立てやすいと思われる。熱心にかかわってくれている医療機関であれば声をかけやすいが、そうでない場合は声をかけることもない。	就労支援センター
		就労に関する支援計画策定に医療の立場の方が参加するのは難しいと思える。	
18	項目文	本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議に医療機関が参加した。	
		内部のケース会議はあるが、関連機関を集めたケース会議を行わないことが多い。また、個人のクリニックも多く「医師が時間を取れないのではないか」との先読みがある。	移行支援事業所
		支援機関や行政のワーカーを交えてケース会議を開くことはあるが、医療機関の参加はほとんどない。ソーシャルワーカーやデイケアスタッフが関わっていれば参加の機会もあると思うが、医師以外の関係者がいないときも多い。「医療関係者を交えるのは重篤な場合」という意識があり「利用者の状態がそこまでではない」と思ってしまうことと、特に医師の場合は「患者一人に対してそこまで時間を割けるか」という疑問がある。	
21	項目文	貴機関の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議した。	
	理由	ケース会議が必要であり、医療機関からの参加が望ましいと考えられる際に、ケース会議の日時を合わせにくかったり、医療機関のスタッフの参加が難しかったりするため。	ハローワーク
		就労前に医療機関との関係性ができていれば良いのかもしれないが、就労後は自機関からもある程度関係が離れているので、体調を崩したときに支援者から医療機関に連絡を取ってよいのか分からない。当事者がどこまでの相談を望むのかにもよる。医師が就労も含めた生活面にどの程度関心を持ってもらえるか不安。	移行支援事業所
		問題が発生した場合に、体調面であれば本人から医療機関に状況を伝えてもらい、対処を医療に任せてしまうことが多い。また生活面等では、本人自身と生活に関わる機関に相談し、医療とは別に考えてしまうため。	

表Ⅱ-14. 実行しにくい情報共有行動の背景（支援従事者）(4/4)

項目No.		上段：項目文、下段：理由	回答者の所属
23	項目文	受診同行を行った。	
	理由	本人が医師に依存的かつ支配されている部分もある場合、介入が難しく、本人の気持ちを代弁することが困難であるため。	移行支援事業所
		本人が医師に依存的であり、受診同行に対して拒否的であるため。	
		支援のステージに応じて情報提供等行ったほうが良いと思うが、通院のタイミング（月に1度程度）に合わせる形で行うことが多いので、タイミングを逃すことも多い。	
		対応するケース数と時間的な問題。初回相談後、職業相談や職業評価を2回、その後結果のフィードバックを行うまでを1ヶ月以内を目安に進めており、その間に受診同行までは現実的には難しい。	職業センター
24	項目文	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供した。	
	理由	支援のステージに応じて情報提供等行ったほうが良いと思うが、通院のタイミング（月に1度程度）に合わせる形で行うことが多いので、タイミングを逃すことも多い。	移行支援事業所
25	項目文	日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有した。	
	理由	他機関なので相談内容の取扱い（個人情報、秘密保持に関して）が難しい。電話でのやり取りがメインになり緊急性が高くないと不在時にわざわざ折り返してもらうのも悪いので、日常的にとまでは難しい。	移行支援事業所
		日常的に双方で連絡をとり情報交換、共有することは同法人内の事業所等でない限り、難しいように感じる。先方の医療機関にも負担になるように感じる。	
		日常的な連絡手段を確立できていない。どのような手段で日常的（頻度高く）に連絡を行うのかがわからない。また相手がどの位情報を欲しいのかが、わからないことも原因である。	
		訪問看護の利用について相談をしたかったが、一方的に決定されてきた。「文書で」と言われ、タイムリーな相談ができなかった。	
		日常的な情報共有は行政や支援機関とは行えるが、医療機関との共有は頻繁には行えない印象がある。デイケアやソーシャルワーカーが関わっていれば関係性も作れるが、関係者が医師のみだと日常的な情報共有は行えない。	
		「診療時間外なので話せない」と言われたことがある。また、報告のタイミングは変化のある時に限りがちになっている。	
		移行支援事業所の見立てや支援計画を医療機関と共有することで効果的な支援につながると感じるが、現実的にはケースワーカーがいない医療機関との連携に苦慮している(就労に対して理解がある医師ばかりではない)。そのため、本人が自分の状況や気持ちを主治医に適切に伝えるためのサポートも大切にしたい。	
		医療機関に連携担当の担当ワーカーがいれば、意見交換やケース会議などを行いやすい。	ハローワーク
		医療機関側が多忙ということもあり、日常的に情報交換をするのは難しいと思える。	就労支援センター

表Ⅱ-15. 実行しにくい情報共有行動の背景（医療従事者）

項目No.		上段：項目文、下段：理由	回答者の職種
1	項目文	本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をした。	
	理由	本人がハローワークや支援機関を利用する時に、必ずしも医療機関に確認や打診をしないため。デイケアやＡＣＴの利用者であれば、就労意思を事前に確認できるので、医療機関からの情報提供はありえるが、担当医の再診だけの患者の場合は、かなり難しい。	医師
3	項目文	本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行した。	
	理由	そこまで必要か、という意識があり職場に共通理解できるか不明なため。	相談員
		関われるマンパワーの確保が難しい。（特にPSW）	医師
		医療機関側が同行する事で、支援機関側が抱いている『ハードルの高さ』も下がると考えているが、治療（医療業務）に直接関わるという認識が薄い為、実行しにくいと思われる。	PSW
		同行支援に時間が作れない。診療報酬につながりにくいため、上層部の理解を得にくい。	
13	項目文	見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議した際、本人及び就労支援機関が参加するケース会議に出席した。	
	理由	ケース会議への参加を要請されるが、デイケアスタッフとしての業務との兼ね合いで時間的に難しいことがある。特に移動に時間がかかる事業所で行われる場合。	作業療法士
		会議出席のための時間調整が難しい。診療報酬につながりにくく、理解を得るのが難しい。	PSW
		就労に特化したケア会議の実施がない（デイケアから生活全体のケア会議は実施経験あり）	作業療法士
		時間が取りにくい	看護師
15	項目文	就労支援期間中に問題が発生した際、就労支援機関と協議した。	
	理由	就労支援機関におけるトラブルについて、支援機関からの情報提供がない場合には、こちらで把握できないことがあるため。	臨床心理士
		時間調整のため、出来れば事前連絡が欲しい	看護師
20	項目文	日常的に貴院と就労支援機関の双方で情報交換・情報共有した。	
	理由	利用当初から小まめに連絡を取り連携したいが、問題が生じた時、確認が必要な時だけになってしまいやすい。	臨床心理士
		デイケアとしては、支援機関と定期的に情報共有したいと考えているが、どの程度の変化があった際に、あるいはどれ程の期間が経った際にやりとりをすれば良いか明確でなく、連絡を取りにくい。就労支援機関では、デイケアにおけるどのような情報を求めているか分からないこと、またそもそもデイケアとの情報共有を求めているか分からない点で、日常的なやり取りをしにくい。	
		日常的に連絡を取り合う機会がない。	作業療法士

（５）研修講座による情報共有行動の実行しにくさに対する印象の変化

上記（４）の「情報共有行動の実行しにくさ」に関する印象評価は研修講座を受けた研究協力者に対して回答を求めており、研修講座を受ける前の印象については把握できていない。そのため、研修講座を受講し、情報共有行動のノウハウについて知ることで情報共有行動の実行しにくさに対する印象がどのように変化するかまでは評価していない。

そこで、研修講座を受講することにより情報共有行動の実行しにくさに関する印象が変化するか否かを、実地調査地域以外の就労支援と精神科医療との連携に関する研修会を利用して把握した。

質問紙調査は別々の地域で 2 回行った。研修を 2018 年 6 月に実施した E 地域と 2018 年 9 月に実施した F 地域であるが、F 地域では同一日に就労支援と精神科医療の情報共有・連携に関連する他の研修も一緒に行っているため、E 地域と F 地域の結果を分けて示す。

ア　E 地域の研修会参加者における情報共有行動の実行しにくさに関する印象の変化

研修前後の調査に回答した支援従事者は 37 人だった。また、医療従事者 1 人が研修前の調査に回答した。

表Ⅱ-16 に支援従事者が選択した「実施しにくい情報共有行動」とその理由、研修受講後における「実施しにくさ」の減少の有無とその理由を示した。

研修前の調査で「実施しにくい」と 1 人でも選択した情報共有行動は 19 項目中 14 項目あった。最も多くの者に選択された項目は「S : 日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する」で回答者 37 人中 18 人（49%）だった。次に、「L : 見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談する」の 10 人（27 %）、「E : 上記 D（本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せる）の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝える」の 9 人（24 %）の順で選択した者が多かった。

研修前に「実施しにくい」項目を選択した者が延べ 86 人いたが、研修後に「実行しにくさが少なくなった」に「はい」と回答した者が 55 人（74 %）、「いいえ」が 15 人（20%）、「その他（「はい」と「いいえ」のいずれも選択しなかったが自由記述欄に記載があった者を「その他」とした）」が 4 人（5 %）だった（割合の算出から無回答の 12 人を除く。以下、同様。）。

研修前に最も多くの者に「実行しにくい」とされた項目 S で「実行しにくさが少なくなった」と回答した者の割合は 75%、次いで多くの者に「実行しにくい」とされた項目 L で 60%、項目 E で 89%だった。

実行しにくさが少なくなった理由として「医療機関にとって都合の良い連絡手段で情報共有を行う基本的な流れを学ぶことができたため」（項目 S）、「個別支援計画の共有方法を簡潔にし、本人に持って行ってもらう方法を取ればよい」（項目 L）、「具体的に項目が分かった」（項目 E）などがあげられた。一方、実行しにくさが軽減しなかった理由として、「一方通行になりやすい」（項目 S）、「互いの都合等を考えると相談することは実行しにくい」（項目 L）、理由の記述なし（項目 E）などであった。その他の理由としては「支援機関側の力量と医療機関側のスタンスによるため」（項目 S 及び L）があった。

実行しにくさが少なくなったとの回答が 50%未満の項目は「H : 医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認する。」だった（3 人中 3 人が「いいえ」を選択）。実行しにくさが軽減しなかった理由としては「時間が割けない」などであった。

なお、研修講座に参加した医療従事者は 1 人のみだったが、この 1 人は「実施しにくい情報共有行動」として「支援機関から問合せがない場合でも、貴院から支援機関に問合せや情報提供を行う。」を選択し、その理由として「移

行支援事業所が増えているので把握しきれていない。」と回答した。ただし、研修受講後の変化を尋ねた質問については回答がなかった。

イ　F 地域の研修会参加者における情報共有行動の実行しにくさに関する印象の変化

研修前の調査に回答した支援従事者は 23 人だった。（医療従事者は研修対象になっていなかった。）

表Ⅱ-17 に支援従事者が選択した「実施しにくい情報共有行動」とその理由、研修受講後における「実施しにくさ」の減少の有無とその理由を示した。

「実施しにくい」と 1 人でも選択した情報共有行動は 19 項目中 16 項目あった。最も多くの者に選択された項目は「S：日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する」で回答者 23 人中 11 人（48%）だった。次に、選択者数が多かったのは「E：上記 D（本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せる）の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝える」「J：貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する」「R：支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供する」の 5 人（22 %）だった。

研修前に「実施しにくい」項目を選択した者が延べ 59 人いたが、研修後に実行しにくさが少なくなったに「はい」と回答した者が 44 人（83 %）、「いいえ」が 8 人（15%）、「その他」が 1 人（2 %）だった（無回答の者 6 人を除く）。

研修前に最も多くの者に「実行しにくい」とされた項目 S で「実行しにくさが少なくなった」と回答した者の割合は 80%、次いで多くの者に「実行しにくい」とされた項目 E で 100%、項目 J で 80%、項目 R で 100%だった。

実行しにくさが少なくなった理由は E 地域と大きく変わらないが、項目 J では「見立てや支援計画について情報提供するタイミングやテクニックについて教わったため」、項目 R では「『情報提供する際の留意点』等を教わり、実行しにくさが軽減したため」などがあげられた。一方、実行しにくさが軽減しなかった理由としては、「当センターの登録時より医療機関に挨拶状を渡すアイデアはすぐ実行できそうだが、連携が難しいところは難しいため、（メモを活用する等して）本人を介しても難しい場合にのみ直接連絡をとる必要があるように思った」（項目 S）、「自らが知識をつける必要を感じたため」（項目 J）があげられた。

実行しにくさが少なくなったとの回答が 50%未満の項目は「B:本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握する。」と「H：医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認する。」だった（いずれも 1 人中 1 人が「いいえ」を選択）。その理由としては「自らが知識をつける必要を感じたため」（項目 B）があげられ、項目 H は理由の記述がなかった。

なお、2 人の回答者については研修受講前の調査において「実施しにくい情報共有行動」を挙げていなかったが、研修後に実行しにくさが少なくなった項目を選択した。2 人中 1 人は「F：上記 E で医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握する」を選択し、その理由を「医療機関であっても文書や電話等アプローチできることがわかった」と回答した。もう 1 人は「O：就労支援中に問題が発生した際に医療機関と協議する。」「R：支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供する」「S：日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する」を選択し、その理由を「本人のニーズと現状を医師に負担感を与えない方法で伝える方法や、医療機関から情報を提供された後の対応の工夫など、具体的事例で教わることができたため」と回答した。

表Ⅱ-16. E 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(1/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
A 本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握する。	2 (5)	はい	1 (50)	利用者からの情報は得られるが、主治医から病状や治療方針について情報を得ることが難しい。	相手の事情に合わせた方法で情報を得ることは可能かもしれない。
		その他	1 (50)	医療機関側からの情報が得にくい。 支援機関を見下している医師もいる。	当事業所からのアプローチが必要であることが理解できた。
D 本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せる。	4 (11)	はい	3 (100)	本人や家族からの情報提供があるので、支援機関が直接問い合わせるタイミングが難しい。	本人を介し当方からの挨拶文を渡しておく方法があることを知った。
				医療機関は多忙なため。無料で回答してくれるのかわからない。また、個人情報の観点からしても実行しにくい。	どうしたらいいかを具体的に教えてもらった。
				医師が就労支援に理解がなかったり、受診同行にも拒否的な場合がある。また、意見書の診断名が異なっている場合がある。	情報共有のためのプロセスを丁寧に行う必要があると実感した。当機関の利用開始前（時）から連携準備をすると効果的だと思った。
		無回答	1	医療機関側からの情報が得にくい。 支援機関を見下している医師もいる。	無回答
E 上記Dの際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝える。	9 (24)	はい	8 (89)	必要に応じ通院同行し主治医に意見をもらっている。（他2人）	事前に文書で伺いを立てる方がスムーズにいくように思った。 具体的に項目がわかった。 事前に情報が伝えておくと、医療機関も就労支援との摺り合わせができることがわかった。思っていたより医療側にとっても連携が必要なことがわかった。
				これまでは電話等で直接質問していたので、事前に文書で伝えるという意識がなかった。	具体的な資料でどういったアプローチを行えばよいかが理解できた。
				事前に文書を送っても見てもらえるかわからない。また、文書を送ることが「邪魔になるのでは」と思ってしまう。	文書を書く際のポイントを学ぶことができたため。A4用紙の1/2でまとめ、見やすい文章を作成していきたい。
				アポイントを取っての対応よりもタイムリーな共有を要する場面が多く、その都度口頭で直接連絡したり助言を求めてしまう。	事前対応の意識づくりが大切だと感じた。A4用紙5行程度でまとめること等が有効と感じた。
				個人情報のため、文書（郵送、メール）でのやりとりに躊躇する。	本人が持参する方法をとればよい。
				医師が多忙な場合が多く、事前に相談・打合せを行うケースは少ない。	‘医師’と身構えている部分があった。お互いそれぞれの分野のプロであるので、はっきりと意見を伝えていきたい。
		いいえ	1 (11)	お互いの時間調整が難しく1人1人の状況に対応できない。	無回答

表Ⅱ-16. E 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(2/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
F 上記Eで医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握する。	3 (8)	はい	2 (67)	連携するにあたって、双方共に本業に支障が無い範囲の中で都合の良い時間や方法がわからないので対応が難しい。（他1人）	工夫次第でやり取りもできる。そもそも病院側へこちらから遠慮して伝えなかった部分もあったので、個々の状況に応じ対応策を考えてみたい。 「初期対応として手紙をつける」など情報共有のポイントをどう絞ったら良いかが少し明確になった。
		いいえ	1 (33)	お互いの時間調整が難しく１人１人の状況に対応できない。	
H 医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認する。	3 (8)	いいえ	3 (100)	本人の言っていることと医療機関の言っていることに差異がないかの確認が難しい。	日常的な情報共有を行えたら良いと思うが、そこまで時間が割けない。本人からの聞き取りは行っているが難しい。
				医師から提供された情報を本人と共有することで不信感につながってしまう可能性もある。	医療機関と本人が言うことのずれがあることがやはり少なくない
				医療機関が多忙である。	本当に多忙なのか、多忙を理由に断られたのかがわからない。
J 貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する。	8 (22)	はい	7 (100)	どのようにして情報提供すべきなのかわからない。	文書、電話、同行、ケース会議など様々なツールを使って情報提供や共有を行えことを知った。
				医療機関がそうした情報を必要としているとは考えていなかった。	意識が変わった。
				個人情報のため、文書（郵送、メール）でのやりとりに躊躇する。	本人が持参する方法をとればよい。
				就労支援機関からの一方通行的な形での発信となることが多い。	連携・情報共有・発信の強度の理解を深めることができた。
				必ずではなく、必要な時だけにしている。特に文書に関しては書式がないからか出すことが少ない。	書式の見本を頂いたので参考にできる。短い文で作ると知ることができて良かった。
				主治医の就労についての理解（企業の体制のこととかも）が深まらないと困難である（逆も然り）。	「医療機関にも個別の事情があるということ」「医療機関側にも就労に対するわからなさが存在している」ということが理解できた。
				何らかの問題が発生しない限り、医療機関に同行するケースが少ないため、医療機関と密接な関係が築けていない。担当の医師が情報を必要としているのかどうかわからない。	無回答
		無回答	1	医療機関側からの情報が得にくい。医師にもよるが、支援機関を見下している。	無回答
K 上記Jの際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供する。	6 (16)	はい	5 (100)	医療機関の多忙を過分に配慮してしまい、連携不足になっている。（他1人）	多忙な中でも支援機関との情報交換の必要性を重んじる医療機関が多いことを紹介してもらえたため。 文書が参考になった。
				必要ないと考えていた。	意識が変わった。
				医療機関の立場としてどのような視点が必要かがわからず、また余裕もないため、対応が難しい。	「初期対応として手紙をつける」など情報共有のポイントをどう絞ったら良いかが少し明確になった。
				事前に文書作成及び提出が実行しにくい。	具体的に項目がわかった。
		無回答	1	無回答	無回答

表Ⅱ-16. E 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(3/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
L 見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談する。	10 (27)	はい	6 (60)	就労支援機関からの一方通行的な形での発信となることが多い。	連携・情報共有・発信の強度の理解を深めることができた。
				医師が忙しそうなイメージがあり、相談しづらい。（他1人）	連絡文を使って、まず初めの信頼関係をつくりたい。多忙な中でも支援機関との情報交換の必要性を重んじる医療機関が多いことを紹介してもらえたため。
				物理的な時間の制約が大きい。メール等でのやり取りならできそうだが。また、主治医の就労についての理解（企業の体制のこととかも）が深まらないと困難である（逆も然り）。	「医療機関にも個別の事情があるということ」「医療機関側にも就労に対するわからなさが存在している」ということが理解できた。
				初期の同行など関係性構築がなされてないとタイミングに悩む。デイケア、医師など、どの人へのアプローチが必要なのか迷う。	個別支援計画の共有方法を簡潔にし、本人に持って行ってもらう方法を取ればよい。
				どのような情報共有・見立ての相談をすればよいかわからない。	通院同行前に整理しておく項目がわかった。自分の見立てを言っても良いと思えたので、伝えられるよう簡潔にまとめたい。
		いいえ	3 (30)	相手の都合等を考えると計画作成が遅れて期日に間に合わない可能性がある。また、就労支援側の「就労させたい」考えと医療側の考えが一致しなかった場合に就労に結びつかない可能性がある。	互いの都合等を考えると相談することは実行しにくい。
				スケジュールを組む前段階の調整が大変そう。	スケジュール調整においては医療機関を優先するとのことだったが、お互いの歩み寄りが行えたら良い。
				医療機関が多忙である。	本当に多忙なのか、多忙を理由に断られたのかがわからない。
		その他	1 (10)	本人の就労に向けて対等に話し合い、チーム支援に協力するスタンスを持った主治医が少ない。	支援機関側の力量と医療機関側のスタンスによるため。
M 本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催する。	7 (19)	はい	4 (67)	関係機関とのスケジュール調整が難しい。また、ケース会議をどのように行えば良いかわからないから。	やり方や方法論がわかったので、できることから関係性を深めていきたい。
				ケース会議に病院関係者が出席してくれないと思う。また、相談員がいる病院は声をかけやすいが、不在の病院・クリニックには声をかけづらい。	ケース会議への参加が難しいという前提がわかったため、それ以外の方法で連携を図っていきたい。
				双方の都合がつきにくいと感じることが多い。他機関とのケース会議でも難しさを感じる中、医療とはどのようにしていくのか。	こちらからアクションすることを検討したり、意識することが必要であると感じた。簡単な挨拶からでも始めていきたい。
				利用者が利用している医療機関とは常に連絡していることが多く、ケース会議を開催することはない。	医療機関のスタッフだけと共有するだけでなく、本人の意見をまとめた上で開催すべきだと思った。
		いいえ	2 (33)	主治医の同席が困難である。	実際問題としては困難かもしれない。
				医療機関が多忙である。	本当に多忙なのか、多忙を理由に断られたのかがわからない。
		無回答	1	問題や課題によっては関係機関と連携し会議を行う場合があるが、主治医も含めた会議を行うケースは少ない。	無回答

表Ⅱ-16. E 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(4/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
O 就労支援中に問題が発生した際に医療機関と協議する。	5 (14)	はい	1 (33)	精神保健福祉士や作業療法士といった支援者が関わっている場合は支援者間で連絡を取り合って相談しやすいが、街のクリニックに通院しているケースなどのように支援者がついていない場合は誰にどんな方法で相談をしたらよいかわからず、ためらわれるため。	医療機関にとって都合の良い連絡手段で、情報共有を行う基本的な流れを学ぶことができたため。
		いいえ	1 (33)	医療機関が多忙である。	本当に多忙なのか、多忙を理由に断られたのかがわからない。
		その他	1 (33)	本人の就労に向けて対等に話し合い、チーム支援に協力するスタンスを持った主治医が少ない。	支援機関の力量と医療機関のスタンスによるため。
		無回答	2	医師が就労支援に理解がなかったり、受診同行にも拒否的な場合がある。また、意見書の診断名が異なっている場合がある。	無回答
				医療機関側からの情報が得にくい。 支援機関を見下している医師もいる。	無回答
P 上記Oの際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝える。	4 (11)	はい	2 (100)	個人情報のため、文書（郵送、メール）でのやりとりに躊躇する。	本人が持参する方法をとればよい。
				事前に文書作成及び提出が実行しにくい。	具体的に項目がわかった。
		無回答	2	医師が多忙な場合が多く、事前に相談・打合せを行うケースは少ない。	無回答
				事前に了承を得た上で受診同行を行うが、文書で事前にお伝えすることはできていない。	無回答
Q 受診同行を行う。	4 (11)	はい	3 (75)	移行支援事業所の業態から考えると、同行することが難しい。外出することが現状難しいと感じている。	現状の事業所の問題の改善が必要だとは感じた。同行するためにどうするかということはわかった。
				同行しなくても本人で伝えられるよう支援することが優先ではないかと思う。	一緒にメモにまとめるだけでも必要な事だと思った。
				スケジュール調整（が難しい）。	医療機関にとって都合の良い連絡手段で、情報共有を行う基本的な流れを学ぶことができたため。
		無回答	1 (25)	ご本人が通院・治療に関して困り感がない場合（不調時の自覚がない等）同行の許可が得づらい（提案しづらい）。	「自分のコミュニケーションの取り方・目的の説明の仕方をもう少し工夫すべきなのか」と思ったが、具体的な改善点が思いつかなかった。
R 支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供する。	3 (8)	はい	1 (50)	医療機関の求める情報のレベル・密度がわからない。	医療機関側も就労支援経過を知ることでより適切な治療につながるという原則がわかったから。
		いいえ	1 (50)	変化とはどの程度のものをいうのか。本人から伝えてもらうようには話しているが、どの程度行えているか確認が難しい。	就労支援側の変化と医療側の変化の程度を知りたかった。
		無回答	1	医療機関側からの情報が得にくい。 支援機関を見下している医師もいる。	無回答

表Ⅱ-16. E 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(5/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
S 日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する。	18 (49)	はい	12 (75)	医療機関への必要性が伝わっていない。	医療機関側の立場や実情がわかった。どういった情報が必要なのか、またその伝え方を具体的に聞けた。
				医療機関とは日常的ではなく問題が生じたときのみ通院同行をして相談している。定期的に相談できる関係を築けていない。	「通所を開始したタイミングで、まずは挨拶と支援機関の説明を行い、関係を築く努力をする」といった、やるべきこと・道筋が見えた。
				関係性が浅い医療機関との情報交換や意見交換について様々な医療機関の都合等がわからず、また快く対応してもらえるか不安である。	初期対応として手紙等の接触をとっていきたい。
				忙しそうなイメージがあり、どのように情報交換・共有してよいかわからない。（他2人）	医療機関との連携方法がわかり、前進できそうな気持ちになった。 連絡文を使って、まず初めの信頼関係をつくりたい。 多忙な中でも支援機関との情報交換の必要性を重んじる医療機関が多いことを紹介してもらえたため。
				物理的な時間の制約が大きい。メール等でのやり取りならできそうだが。	「医療機関にも個別の事情があるということ」「医療機関側にも就労に対するわからなさが存在している」ということが理解できた。
				顔を合わせる機会が少ないため。	医療機関にとって都合の良い連絡手段で情報共有を行う基本的な流れを学ぶことができたため。
				何をどこまで伝えるといいのか、わからない。	服薬について利用者と話すことがあるが、本人の思うこと、どうなっていきたいかを聴き、整理して医師に伝えるためのアドバイスは行っている。
				問題が起こった等の場合以外は情報共有の必要はないと考えていた。	意識が変わった。
				医療機関の窓口がどこかわからない。また、相談して解決できるものか、見通しが立ちにくい。	手順さえわかれば実行できる。
				現時点で医療機関との情報共有は双方向でなく、事業所からの一方的なものとなってしまっている。	利用開始の時点から医療機関にアプローチしていくことで解消されると感じた。
		いいえ	3 (19)	医療機関によっては面倒に感じている部分があるように感じる。	本研修への医療機関の参加が少なかったことから、医療機関の意識が低い、あるいは医療機関に困り感がないと思った。
				医療機関にケースワーカーが配置されていないことも多く、情報共有が難しい。医師は忙しいので、特別問題があった時に無理を言って時間をとってもらうのが精一杯。	一方通行になりやすい。
				医療機関が多忙である。	本当に多忙なのか、多忙を理由に断られたのかがわからない。
		その他	1 (6)	直接主治医と電話やメールをやり取りできるのはごく一部（の医療機関）である。	支援機関側の力量と医療機関側のスタンスによるため。
		無回答	2	情報共有は行うが日常的ではなく、変化がある場合や見解を伺いたい場合に行っていることが多い。	無回答
				医師が就労支援に理解がなかったり、受診同行にも拒否的な場合がある。また、意見書の診断名が異なっている場合がある。	無回答

表Ⅱ-17. F 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(1/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
B 本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握する。	1 (4)	いいえ	1 (100)	本人及び保護者に確認しても具体的な説明ができない人が多い。	自らが知識をつける必要を感じたため。
C 医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得る。	2 (9)	はい	2 (100)	医療機関の考えが、本人、事業所の考えとずれていたり、医療機関の説明が複雑でよく分からないことがあり、情報交換が有益につながるか疑問である。	医療機関と関わることの大事さを学んだため。
				本人の同意を得らない場合がある。	本人に連携する意味を丁寧に説明すれば同意が得られる可能性があると考え直したため。
D 本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せる。	3 (13)	はい	3 (100)	問い合わせる必要性はあるが、即座にできないので時間経過が気になり実行に移せない。	アプローチするのみだと思った。
				医療機関がどこまで快く対応してくださるかわからないという不安や時間の制約などから。	自分が考えていたよりは、医療機関に情報提供を求められているかもしれないと思えた。
				情報共有しやすい医療機関と難しい医療機関がある。 特に医師しかいない医療機関の場合、時間が設定しにくい。 担当者窓口が不明だったり、担当者につながり難い。 本人が直接連絡をとることを拒否する。 連絡を取るタイミングがわからない。	当センターの登録時より医療機関へ挨拶の文書を渡すというアイディアがすぐに実行できそうだったため。
E 上記Dの際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝える。	5 (22)	はい	4 (100)	医師のご機嫌を伺うあまり、尋ねたいことを明確に文章化できなくなるため。	医療機関との連携を取る際の留意事項や書類のひな形が提供されたため。
				医師に負担がかかることを懸念するため。（他1件）	支援方針を共有することの重要性を理解できたため。 医師ではなく、コメディカルスタッフに相談すればよいと考え直したため。
				時間を確保できないため。	諦めずに文書で報告する大切さを感じたため。提供された資料も参考になった。
		無回答	1	時間的余裕がない。 障害者雇用の理念や連携の必要性が就労支援機関と医療機関双方で共有できていない。	無回答

表Ⅱ-17. F 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(2/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
F 上記Eで医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握する。	3 (13)	はい	3 (100)	医師に負担がかかることを懸念するため(他1件)。	医師ではなく、コメディカルスタッフに相談すればよいと考え直したため。
				本人を介して把握するようにしているが、本人が覚えていないことが多いため。	アセスメントの時点でこちらが把握したいことを明確にしておく必要があると感じたため。
G 医療機関から提供された情報を本人と確認する。	1 (4)	はい	1 (100)	長期に渡って受診している医療機関では、定期的な説明はしていないことがあるようだ。	受診同行をすることで、ある程度、解消されそうと考え直したため。
H 医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認する。	2 (9)	いいえ	1 (100)	医療機関と本人の関係性が良くない場合には、説明や連携が難しい。	本人は基本的に自分の望む結果しか受け入れたくないため。
		無回答	1	時間的余裕がない。 障害者雇用の理念や連携の必要性が就労支援機関と医療機関双方で共有できていない。	無回答
J 貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する。	5 (22)	はい	4 (80)	あらかじめ情報提供や相談ができていると、相談しやすく対応してもらいやすいと思うが、そのような情報提供が医療機関で慣例になっていないのではと懸念するため。 文書のみの情報提供は、先方の反応が見えにくく、回答も求めづらいため。	文書のひな形を提示してもらったことで、文書作成する手間が省けるため。 自分で作成すると「このようなもので良いのか？」という不安が生じるが、ひな形があることで安心して情報提供できる。
				支援計画を立案するには面談において本人の悩みや不安を把握する必要があるが、本人が自分の課題感を認識していないことが多いため。	自機関が障害の専門知識を詳細まで熟知しておく必要はないということが分かった。 医療機関に情報提供するときは、図表化するなど「見える化」することで、双方の理解を深めることで、本人の希望がどのような条件なのか等を情報提供できると感じた。
				情報提供を迷惑に思うのではないかと懸念するため。	自分の考えすぎだと理解したため。
				医療機関からの要請があった場合に対応しているのが現状である。	見立てや支援計画について情報提供するタイミングやテクニックについて教わったため。
		いいえ	1 (20)	支援計画に医療機関をからめるのが難しいため。	自らが知識をつける必要を感じたため。
K 上記Jの際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供する。	3 (13)	はい	3 (100)	あらかじめ情報提供や相談ができていると、相談しやすく対応してもらいやすいと思うが、そのような情報提供が医療機関で慣例になっていないのではと懸念するため。 文書のみの情報提供は、先方の反応が見えにくく、回答も求めづらいため。	文書のひな形を提示してもらったことで、文書作成する手間が省けるため。 自分で作成すると「このようなもので良いのか？」という不安が生じるが、ひな形があることで安心して情報提供できる。
				統一された書式がないため。	具体的な参考資料の提供があり、情報提供の際のポイントが学べたため。
				支援計画に医療機関をからめるのが難しいため。	自らが知識をつける必要を感じたため。

表Ⅱ-17. F 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(3/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
L 見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談する。	4 (17)	はい	3 (75)	あらかじめ情報提供や相談ができていると、相談しやすく対応してもらいやすいと思うが、そのような情報提供が医療機関で慣例になっていないのではと懸念するため。 文書のみの情報提供は、先方の反応が見えにくく、回答も求めづらいため。	文書のひな形を提示してもらったことで、文書作成する手間が省けるため。 自分で作成すると「このようなもので良いのか？」という不安が生じるが、ひな形があることで安心して情報提供できる。
				医療機関によっては連携を断られるため。 相談できても、長くは時間が取れず、目下本人が困っている症状に限られ、支援計画まで話が及びにくいため。（他1件） 本人がいる場で伝えづらい見立て（家族関係や診断名など）について、本人が同席しない場での相談の機会はなかなかないため。	受診同行だけでなく、事前の質問提出や文書での対応方法など、まだまだ工夫の余地があると感じたため。（他1件）
		いいえ	1 (25)	保護者が情報提供に同意しないことがあるため。	自らが知識をつける必要を感じたため。
M 本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催する。	4 (17)	はい	2 (50)	時間的余裕がない。	医療機関の現状や事情を知ることができ、アプローチ方法の再考の必要性を感じたため。
				就労に詳しくない医師もいるため。	困り事や今後のステップアップの共有を日頃から行うことでスムーズに行えると感じたため。
		いいえ	2 (50)	支援計画に医療機関をからめるのが難しいため。	自らが知識をつける必要を感じたため。
				クリニックだと主治医が忙しいことが多いため。	医師にケース会議に参加してもらうことは現実的でないので、別の方法（手紙や電話）で連携したい。
O 就労支援中に問題が発生した際に医療機関と協議する。	4 (17)	はい	2 (67)	咄嗟の対応が難しいため。 信用を得るまで時間がかかるため。	アプローチするのみだと思った。
				就労支援に積極的・前向きでない機関との協議・連携は難しい。	就労支援としての連携の重要性を担当者に伝えていく大切さを感じたため。
		その他	1 (33)	情報共有しやすい医療機関と難しい医療機関がある。 特に医師しかいない医療機関の場合、時間が設定しにくい。 担当者窓口が不明だったり、担当者につながり難い。 本人が直接連絡をとることを拒否する。 連絡を取るタイミングがわからない。	当センターの登録時より医療機関に挨拶状を渡すアイディアがすぐに実行できそうだが、連携が難しいところは難しいため、（メモを活用する等して）本人を介しても難しい場合にのみ直接連絡をとる必要があるように思った。
		無回答	1	時間的余裕がない。 障害者雇用の理念や連携の必要性が就労支援機関と医療機関双方で共有できていない。	無回答

表Ⅱ-17. F 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(4/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
P 上記Oの際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝える。	3 (13)	はい	2 (100)	医師に負担がかかることを懸念するため。	医師ではなく、コメディカルスタッフに相談すればよいと考え直したため。
				「利用状況報告書」を送ったとしても見てくれない医師がいるため。	医療機関とのつながりは大切だと感じたため。
		無回答	1	時間的余裕がない。 障害者雇用の理念や連携の必要性が就労支援機関と医療機関双方で共有できていない。	無回答
Q 受診同行を行う。	3 (13)	はい	3 (100)	通院同行を好まない医師がいるため。 診察時間が短く、全てを訊くことができなかった経験があるため。	事前に医療機関と連携をとっておくこと、関係性をつくっておくことでよりスムーズにいくと感じたため。
				本人や家族が同行を望まないことがあるため。	時間をかけて必要性を伝え、解決策を一緒に考える視点を学ぶことができたため。
				通院同行に割ける職員の確保が難しい。	医療機関との連絡の取り方などを教えて頂き、本人の意見のもと、丁寧に進めていくことが大切だと感じたため。
R 支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供する。	5 (22)	はい	4 (100)	医師に負担がかかることを懸念するため。	医師ではなく、コメディカルスタッフに相談すればよいと考え直したため。
				求める情報が医師によって異なるため。	「情報提供をする際の留意点」等を教わり、実行しにくさが軽減したため。
				医療機関は事業所の考えを重視しないように思うため。	疑問を感じたら、まず本人の話をよく聞いて、すり合わせを行い、それでも差異があれば遠慮せず聞いてみるべきと分かったから。
				基本的に本人にしてもらう。それが、自分のことを伝える（アウトプット）練習にもなると考えるから。	医療機関も情報が少ない中で判断・責任をとっていかなければならない中、こちら側の情報提供が手助けになるのであれば「していきたい」と思った。
		無回答	1	時間的余裕がない。 障害者雇用の理念や連携の必要性が就労支援機関と医療機関双方で共有できていない。	無回答

表Ⅱ-17. F 地域の研修参加者の「実行しにくい情報共有行動」及び「実行しにくさ」の変化（括弧内の数字は割合）(5/5)

項目	実行しにくいか?	実行しにくさが軽減されたか?		（研修前）実行しにくい理由	（研修後）実行しにくさの変化に関する理由
S 日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する。	11 (48)	はい	8 (80)	医療機関からの情報提供を受けたことはないため。	医療機関へもっと積極的に情報共有を図っても良いことが理解できたため。 医師の情報共有に関する要望についての調査報告の説明を受けたため。
				困ったときに相談する以外で定期的な連絡をどのような頻度で行うのがよいのか迷うため。	迷うくらいなら思いきって情報共有をしようと思ったため。
				多くの患者を見ている医師だと日常的に共有することが難しいと感じる。（他１件）	医療機関にも、連携の必要性を理解してもらうことで改善されると感じた。 医療機関側の事情を知ることができ、その事情を知った上で、どう動くべきか考える機会となった。
				何か変化があった際に連絡・連携をとることが多く、日常での報告・共有までに至らない。	まずは医療機関との関係性の構築（手紙の書き方など）を含め、報告のタイミング（実習・就職など）を踏まえてツールを利用し取り組んでみようと思った。
				求める情報が医師によって異なるため。	「情報提供をする際の留意点」等を教わり、実行しにくさが軽減したため。
				協力的でない医療機関もあるため。	協力的に連携できるよう事前準備など色々な必要事項があることが理解できたため。
				医師がどういったことを知りたいのかが不明なため、情報交換の書式などを作りにくい。	連携の方法や機関の役割の違いを理解することができたり、具体的な書式を提示してもらったため。
		いいえ	2 (20)	自機関が本人の十分な情報を得られていないことがあるため。	無回答
				情報共有しやすい医療機関と難しい医療機関がある。 特に医師しかいない医療機関の場合、時間が設定しにくい。 担当者窓口が不明だったり、担当者につながり難い。 本人が直接連絡をとることを拒否する。 連絡を取るタイミングがわからない。	当センターの登録時より医療機関に挨拶状を渡すアイデアはすぐに実行できそうだが、連携が難しいところは難しいため、（メモを活用する等して）本人を介しても難しい場合にのみ直接連絡をとる必要があるように思った。
		無回答	1	時間的余裕がない。 障害者雇用の理念や連携の必要性が就労支援機関と医療機関双方で共有できていない。	無回答

（6）情報共有行動が効果的な支援につながらなかった場合の背景（第1回調査及び第2回調査の質問項目Ⅲ）

情報共有行動を実施することは効果的な就労支援につながることを必ずしも保証しない。実施しても効果があがらない場合があるとすれば、その背景には何があるのであろうか。ここではこの疑問に関する調査結果を報告する。

調査では質問紙で提示した情報共有行動のうち「実行したが効果的な支援につながらなかったもの」があれば最大5つまで挙げた上で、そのときの状況や理由について自由記述で回答するよう求めた。なお、情報共有行動を実行しないと効果的な支援につながらない体験も発生しないため、取組によって新たに情報共有行動を実行した結果、効果的な支援につながらない体験をする場合があることも考慮し、第1回調査だけでなく、第2回調査でも同様の質問を行った。

選択された項目とそのときの状況や理由に関する自由記述の回答を表Ⅱ-18（支援従事者）及び表Ⅱ-19（医療従事者）に示した。なお、研究担当者が選択理由を読んで「質問に適切に回答していない」と判断した回答については掲載の対象から除外するか、回答内容に照らして適切な項目番号に関連づけをし直した[12]。

その結果、支援従事者から「効果的な支援につながらなかったもの」として選択された行動は第1回調査では9項目（11人が選択）、第2回調査では3項目（5人が選択）であった。一方の医療従事者については第1回調査では6項目（7人が選択）、第2回調査では5項目（6人が選択）が選択されていた。

支援従事者が挙げた「効果的な支援につながらなかった状況や理由」は以下のように整理できた。

〈支援機関が提供した情報に対する医療機関の関心のなさ〉

例「貴機関の見立てや当面の支援方針案について医療機関に何らかの形で情報提供した。」に関する背景・理由：主治医が退院後の生活にはある程度関心を持てるが、就労に関する情報にはあまり関心を持っていないことがあった。

〈医療機関との意見調整の難しさ〉

例「就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議した。」に関する背景・理由：支援方針の違いがあり、意見があまりかみ合わなかった。

〈医療機関の本人に関する状況把握の不足〉

例「医療機関から本人に関する情報提供があった。」に関する背景・理由：ワーカーより「うつ病」で紹介があった。主治医の意見書にこれまで本人に説明がなかった「発達障害」の記載があり、本人が改めて通院先に心理検査を依頼。検査中もハローワークでの相談は並行して進み、最終的に移行支援事業所へつながったが、心理検査結果が出たのが移行支援事業所につながった後で、結果は軽度知的障害であった。検査結果を踏まえていたら、違う移行支援事業所になった可能性は否定できない。

〈医師の見立てに対する本人の拒絶〉

例「本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。」に関する背景・理由：本人が「医者の言うことは嘘だ。そんなことは言われたことがない。」「そんなに症状は軽くない。辛いばかりだ」など医師の見立てを否定することが多々あり、医師の見立てを優先した支援に否定的な場合がある。

一方、医療従事者が挙げた「効果的な支援につながらなかった状況や理由」は以下のように整理できた。

〈支援機関の窓口が定まらない〉

例「本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行した。」に関する背景・理由：就労支援機関に見学

---

12 支援従事者が項目24「支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供した。」の選択理由として「病院と連携したことで、これまで本人が事業所での訓練の様子などを適切に医師に伝えられていないことが判明した。都合の良いように医師に話してしまう方もいるため、早い段階で医師と連携する必要があった。」と記載していた場合など

同行し、顔合わせをして連携できるようにと思ったが、別の方が担当につき、その後も密接な連携にはつながらなかった。

〈支援機関のアプローチ不足〉

例「就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行った。」に関する背景・理由：当デイケアより連絡し情報共有したが、その後、就労支援機関からの連絡はなく、密な連携となりにくかった。

〈支援機関が本人のニーズに沿った支援を行おうとしない〉

例「就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行った。」に関する背景・理由：本人が具体的に事務職につきたいとハローワーク意見書まで作成してハローワークに相談しているのに、「ゆっくりと段階を踏んで」とB型事業所がひきとめる。

表Ⅱ-18. 効果的な支援につながらなかった情報共有行動の背景（支援従事者）(1/2)

［第1回調査］

項目No.		上段：項目文、下段：状況や理由	回答者の所属
1	項目文	受付時点で、医療機関に問い合わせる前に、医療機関から本人に関する情報提供があった。	
	状況や理由	医療機関のワーカーより「うつ病」で紹介があった。主治医の意見書にこれまで本人に説明がなかった「発達障害」の記載があり、本人が改めて通院先に心理検査を依頼。検査中もハローワークでの相談は並行して進み、某移行支援事業所へつながったが、心理検査の結果が出たのが移行支援事業所につながった後で「軽度知的障害」であった。検査結果を踏まえてたら、違う移行支援事業所になった可能性は否定できない。	ハローワーク
7	項目文	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。	
	状況や理由	本人が「医者の言うことは嘘だ。そんなことは言われたことがない」「そんなに症状は軽くない。辛いばかりだ」など医者の見立てを否定することが多々あり、医者の見立てを優先した支援に否定的な場合がある。	移行支援事業所
8	項目文	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝えた。	
	状況や理由	本人が医師との診察時に会社での状況（仕事が覚えられず、パニックになる状況を繰り返していた）をうまく伝えられなかったため、会社の状況と体調不良時の対応についての質問を書いた手紙を通院時に本人から医師に渡してもらったが、返事を頂くことができなかった。	就業・生活支援センター
		文章で「フルタイム希望」という見立てを文書にして、意見書作成を依頼した。出来上がってきた意見書には全く反映されていなかったが、同行したらすぐに変わった。	移行支援事業所
13	項目文	見立て（アセスメント）や当面の支援計画案について本人と協議した。	
	状況や理由	本人が頑張りすぎてしまい体調を崩してしまった。	地域活動支援センター

表Ⅱ-18. 効果的な支援につながらなかった情報共有行動の背景（支援従事者）(2/2)

項目No.	上段：項目文、下段：状況や理由		回答者の所属
14	項目文	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供した。	
	状況や理由	主治医が退院後の生活にはある程度関心を持てるが、就労に関する情報にはあまり関心を持っていないことがあった。	移行支援事業所
15	項目文	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。	
	状況や理由	主治医が退院後の生活にはある程度関心を持てるが、就労に関する情報にはあまり関心を持っていないことがあった。	移行支援事業所
18	項目文	本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議に医療機関が参加した。	
	状況や理由	主治医が退院後の生活にはある程度関心を持てるが、就労に関する情報にはあまり関心を持っていないことがあった。	移行支援事業所
21	項目文	貴機関の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議した。	
	状況や理由	支援方針の違いがあり、意見があまりかみ合わなかった。	移行支援事業所
23	項目文	受診同行を行った。	
	状況や理由	就労よりも病状、調子を優先している主治医だったので、こちらから就労の話をするが取り合ってもらえなかった。	移行支援事業所

［第２回調査］

項目No.	上段：項目文、下段：状況や理由		回答者の所属
8	項目文	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む）などで医療機関に伝えた。	
	状況や理由	主治医あてに受診同行の依頼文書を作成し、受診する家族から医師に渡してもらったが、支援者の同行は断られてしまった。障害年金の診断書作成のために通院している知的障害のある利用者だったため、主治医がそれほど深く本人を把握していなかったことが原因と推測される。	就労支援センター
		利用状況を書面にてお伝えするも、見て頂けているか否か定かではなく反応が無い。	移行支援事業所
14	項目文	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供した。	
	状況や理由	当事業所においては服薬している様子だが、帰宅後の服薬が整わず体調に変調を来すことが多かったため、医療機関に相談したところ「受診時に相談・指導する」と言ってもらった。しかし、本人は「服薬している」と主張し、結局、処方量が増えた。当事業所ではその後も服薬していないことを把握したので、医療機関に連絡したが、医療機関での対応は変わらず、本人は体調を崩して入院した。	移行支援事業所
16	項目文	見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談した。	
	状況や理由	処方薬の多すぎる医師を変更したいと考え、支援者が受診同行し、本人から自宅近くの他院を受診したく紹介状をお願いするもいい顔をされず、結局、紹介状を書いていただけることなく継続通院中。処方されても量が多ければ飲まない原因につながり、症状が発現するため、現在も思案中。	移行支援事業所

表Ⅱ-19. 効果的な支援につながらなかった情報共有行動の背景（医療従事者）(1/2)

［第 1 回調査］

項目No.		上段：項目文、下段：状況や理由	回答者の職種
1	項目文	本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をした。	
	状況や理由	就業・生活支援センターに生活リズムを整えるための相談をしたかったのですが、「まだ働く気持ちになっていないのなら、別のところで」と言われた。	PSW
		ハローワークとの連携が不十分だった。情報のみ伝える一方方向になった。	
3	項目文	本人が就労支援機関を利用する際、支援機関に同行した。	
	状況や理由	ハローワークへご本人と一緒に相談に行ったが「探して見学にいくのも、ご本人」と今までと同じ対応をされたことがあった。	PSW
		支援機関に見学同行し、顔合わせをして連携できるようにと思ったが、別の方が担当につきその後も密接な連携にはつながらなかった。	臨床心理士
4	項目文	就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行った（上記1の場合を除く）。	
	状況や理由	支援ステージが変わる際も連絡は特になく、当デイケアより本人と面接時の状況報告の電話をしたことはあるが、事業所側からはなかった。	臨床心理士
		当デイケアより連絡し情報共有したが、その後、支援機関からの連絡はなく、密な連携となりにくかった。	
6	項目文	本人の障害状況等について就労支援機関から問合せがあった。	
	状況や理由	本人の障害特性や理解の特徴などを伝えたが、事業所側の担当が変更となり、支援計画に反映されていないように思われた。	臨床心理士
8	項目文	本人の障害状況等について支援機関から問合せがあった際、就労支援機関は事前に貴院の都合のよい方法や時間、担当窓口などを確認した。	
	状況や理由	窓口や連携について確認するもタイミングが合わなかった。	PSW
11	項目文	見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議した。	
	状況や理由	支援機関における主な担当が定まっていない場合、どの職員と情報共有すべきか分かりにくく、また伝えた先で情報共有されているのか不明瞭になることがあった。	臨床心理士
		事前のアポイントなしで来院する場合や支援機関側で協議すべき事項の内容の整理ができていない場合は効果的な支援につながらない。	看護師

表Ⅱ-19. 効果的な支援につながらなかった情報共有行動の背景（医療従事者）(2/2)

［第 2 回調査］

項目No.		上段：項目文、下段：状況や理由	回答者の職種
1	項目文	本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をした。	
	状況や理由	モデル事業の利用を進めていたが、途中で本人がクローズ就労を希望されたため支援つきの就労を勧められなかった。	PSW
		支援機関と話した方向性と内容が企業に話が伝わっていなかったため、当院でのフォローが出来なかった。	看護師
4	項目文	就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行った（上記1の場合を除く）。	
	状況や理由	本人が具体的に事務職につきたいとハローワーク意見書まで作成してハローワークに相談しているのに「ゆっくりと段階を踏んで」とＢ型事業所がひきとめる。その事例では、相談支援事業所や医療機関のデイケアも利用しているが、ケアマネジメントが十分できていない。相談支援事業所のかかわりは希薄で、本人に新たなニーズができても対応しない。医療機関には情報提供してこず、本人から詳細な話を診察の時に聞く感じ。同じ病院のデイケア・スタッフを通じてケア会議を提案したが、開催まで至らなかった。相談支援事業所は手がまわらず、就労継続事業所は抱え込み的である。結果として、ケア会議開催に至らなかった。同じ医療機関内でも就労支援に関するモチベーションの違いを感じる。同一機関内での情報共有も大事だと実感した。	医師
5	項目文	本人が利用している就労支援機関がどのようなところか、本人から情報収集した。	
	状況や理由	継続支援事業所に抱え込まれている状況を本人が診察時に不満として訴える。院内のＰＳＷにつなげて話を聞いて貰ったが、最終的には同じ法人の相談支援事業所に介入してもらうかという話になると、本人はそこまでは良い、とのこと。相談と就労継続が同じ事業所だというデメリットがあり、本心をかかりつけの事業所に話しづらい構造になっていた。	医師
11	項目文	見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議した。	
	状況や理由	ケア会議で、本人の考えや疲労度について事業所側と共有し、今後の方針を検討したが、実際に関わる支援員の方に伝わっていないのか、継続されなかった。	臨床心理士
		情報共有の際、お互いに口頭でのやりとりとなっていたため、正確な共通認識となってない可能性がある（情報を共有するためのツールを利用すべきであった）。	
15	項目文	就労支援期間中に問題が発生した際、就労支援機関と協議した。	
	状況や理由	協議した後、問題の経過について事業所より情報提供がなく、本人からの情報のみで全体像を把握しにくかったため、こちらより電話連絡を行った。	臨床心理士

（７）取組による定期的な情報共有の場への参加状況の変化（第 1 回調査の質問項目Ⅶ、第 2 回調査の質問項目Ⅴ）

第 1 回調査において「情報共有の対象機関との定期的な会議や集会に参加しているかどうか」を尋ねた質問項目に対する回答の集計結果を表Ⅱ-20 に示した。また、表Ⅱ-21 及び表Ⅱ-22 に第 1 回調査時点において回答者もしくは所属機関が参加していると回答した「定期的な情報共有の場の内容と開催頻度」を示した。

表Ⅱ-23 には第 2 回調査において「参加状況に変化があったかどうか」を尋ねた質問項目に対する回答の集計結果を示した。なお「参加状況に変化があった」と報告した回答者については変化の内容を尋ねたが、いずれも新たな情報共有の機会が増えたことを報告していた。具体的には、支援従事者から「医療観察制度[13]が適用された利用

[13] 心神喪失又は心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った人に対し、必要な医療を確保して病状の改善を図り、社会復帰を促進するための制度

者についての情報交換」や「地域医療連携センターへの訪問・ケース相談」を定期的に行うようになったとの報告が、医療従事者からは「地域の就労移行支援事業所が集まる会議」や「障害者就業・生活支援センターが主催する地域意見交換会」に新たに参加するようになったとの報告があった。

第 2 回調査において「(定期的な情報共有の場への参加状況に) 変化あり」と回答した者のうち「その変化は実地調査における研修に参加したことによる影響を受けていると思う」と回答した支援従事者の数は、所属機関については 2 人中 1 人 (50%)、回答者自身については 1 人中 0 人であった。一方、医療従事者の数は、所属機関については 2 人中 2 人 (100%) が「研修に参加したことによる影響を受けていると思う」と回答したが、回答者自身については「変化あり」と回答した者がいなかった。

参加状況の変化に研修が与えた影響の内容について簡潔に記述を求めた結果 (対象 : 支援従事者 1 人、医療従事者 2 人)、支援従事者からは「医療との連携をより意識するようになった。」と回答した。一方、医療従事者からは「支援機関の様子を実際に見てみたい。できれば連携を深めたいと思った。」「既存の会議に参加し関係構築をしたうえでネットワーク会議を設立できればと思っている。」とそれぞれ回答した。

表Ⅱ-20. 第 1 回調査時点の定期的な情報共有の場への参加状況 (括弧内の数字は割合、単位は%)

	支援従事者		医療従事者	
	参加	不参加	参加	不参加
所属機関	12	20	7	7
	(38)	(63)	(50)	(50)
回答者自身	7	35	2	13
	(17)	(83)	(13)	(87)

表Ⅱ-21. 支援従事者が参加していた定期的な情報共有の場 (第 1 回調査時点)

内容	開催頻度
＜所属機関が参加している情報交換の場＞	
ケース会議	3か月に1回
ケースを通じたデイケアの職員との意見交換会	隔月に1回
法人内の職員会議	月に1回
地域のネットワーク会議	月に1回
医療機関が運営する継続支援事業所における職員間の打合せ	週に1回
顧問医との面談	不明
自立支援協議会の就労支援部会	月に1回
就労に力を入れている医療機関や支援機関が集まる会議	月に1回
医療機関が主催する懇話会・勉強会	2-3か月に1回
＜個人が参加している情報交換の場＞	
勉強会 (学会・医療機関が主催するものも含む)	2-4か月に1回
認知行動療法に関する講座	3-4か月に1回
大学の医学部が実施する研究	月に1回
NPO法人※主催の定例会	隔月に1回

※ 精神障害のある人に対する科学的に根拠のあるサービスの普及を目的とした法人

表Ⅱ-22. 医療支援従事者が参加していた定期的な情報共有の場（第１回調査時点）

内容	開催頻度
＜所属機関が参加している情報交換の場＞	
自立支援協議会就労支援部会	1か月に1回
精神障害のある人が利用する地域の関係機関が集まる会議	隔月に1回
精神障害のある人・支援機関・医療機関の連絡会議	1か月に1回
就労支援事業所を有する社会福祉法人との情報交換会議・ケース会議	隔月に1回
勉強会	年3回
多機能型事業所の運営委員会	年4回
就労支援に関する地域の会議	1か月に1回
支援機関の来院による利用者に関する情報交換	数か月に1回
電話による利用者に関する情報交換	1か月に1回
ケース会議	2-3か月に1回
＜個人が参加している情報交換の場＞	
勉強会	隔月に1回
職業センター主催の会議	不明

表Ⅱ-23. 定期的な情報共有の場への参加状況の変化（括弧内の数字は割合、単位は%）

	支援従事者		医療従事者	
	変化あり	変化なし	変化あり	変化なし
所属機関	2	28	2	10
	(7)	(93)	(17)	(83)
回答者自身	1	29	0	12
	(3)	(97)	(0)	(100)

１０　本研究の取組以外で情報共有・連携を促すことが期待できる取組

実地調査の第２回質問紙調査（質問項目Ⅸ）において、実地調査で実施した取組以外で情報共有・連携を促進するために有効と考えられる取組があれば自由記述で回答するよう求めた結果を表Ⅱ-24 に示した。

表Ⅱ-24. 情報共有・連携を促進するために有効と考えられるその他の取組

回答者の所属または職種	取組の内容
移行支援事業所	医療機関と支援機関の双方が出席する研修・ケア会議・カンファレンス・事例検討会等があると、顔を知っている間柄になる機会が増え、連携を促進・維持できる。
	どの医療機関の医師が連携に協力的であるかのリスト
ハローワーク	親密な連携を図っている医療機関から他の医療機関の情報等を得て、それらに基づいて連携や接触を試みる。
	連携を期待されているトータルサポーターが管轄行政地域の関係機関連絡会などに参加する。
	就労部会の設置
就労支援センター	定期的なグループワークの実施
	職業センターとの連携
医師	就労移行支援に寄与するケアマネジメント（相談）支援体制の推進：相談支援や生活支援にかかわるスタッフが就労支援の意義を理解し、支援機関への適切なreferや連携を行う必要がある。
	連携の推進役を担うべき機関が機能すること。
PSW	支援機関と医師の間にコメディカルを挟んだ支援
臨床心理士・作業療法士	医療機関と支援機関が一堂に会する機会（研修会や懇親会）を設ける。互いに顔を知っているだけでも連携のしやすさは大きく変わる。
作業療法士	デイケアから就労関連施設につないだ場合の診療報酬上の加算

11　人事異動等が情報共有行動に与える影響に関する検討

情報共有が定期的に行われるような体制の構築に成功したとしても、支援ネットワークの構成員を変えてしまう「人事異動」（退職等を含む）は情報共有体制の維持を危うくするかもしれない。ここでは、人事異動等が情報共有行動に与えた影響を検討した調査結果を報告する。

なお、本研究の当初計画では、第3回調査においても情報共有行動の実施頻度を測定し、第2回調査における実施頻度と比較することで人事異動が情報共有行動に与える影響を定量的に検討する予定であった。しかし、第2回調査時点で実施率を測定できた標本数は第1回調査時点よりも減り、結果として統計的検定で差を検出するのに必要なぎりぎりの標本数しか確保できなかった。このような状況から、研究担当者は第3回調査で更に標本数が減り、統計的検定を実施するのに十分な標本数を集めることができない可能性が高いと考えた。

以上から、第3回調査では実施率を測定するのではなく、研究協力者に「過去に経験した人事異動等が情報共有・連携に与えた支障」と「支障を解消するために実施した・実施すべきであった対処・工夫」及び「人事異動による支障を予防するための対処・工夫」を尋ねた。この設問に対する回答は人事異動による影響を把握しその対処を検討するための材料となるであろう。

（1）フォローアップで把握した人事異動等が情報共有・連携に与える影響と対処・予防策

第2回フォローアップでは人事異動等が情報共有に与えた影響とその対処・予防策について参加者に報告を求めた。その結果をフォローアップの実施地域別に下記に示す。

○A 地域

「研究協力者が変わったので代わりにフォローアップに参加している。慣れるまでは、医療機関との連携だけでなく他の業務にも支障はでていると思う。連携に関して言うと、組織対組織のこれまでの関わりはあっても、実際に顔をあわせるまでは円滑に進みにくい面もある。」など複数の支援機関から異動があったことと、それにより何らかの支障が出ていることが把握された。

なお、モデル事業に関わっている医療従事者から「現在のモデル事業担当者だけでなく、デイケアの担当職員がハローワークとの窓口になるよう体制づくりを進めている。」など異動があった場合を見越した対応も報告された。また、「実地調査に参加している N 市のクリニックの研究協力者が異動したら影響は大きいと思う。」との支援従事者の指摘に対し「チームで支援していれば、チームの構成員が変わっても支援は維持できる。」「マニュアル化、システム化など組織内で工夫し、引き継げる体制づくりは心掛けている。」「自立支援協議会などで組織的につながっていることも重要である。」などの発言が N 市のクリニックに所属する研究協力者からあった。

○B 地域

「ハローワークで合計5人の異動・交代があったが、医療機関との連携に対する意識は維持できている。異動・交代の際にケースの概要の説明はあった。求職者を交えての引き継ぎはなかったが、やろうと思えば、求職者を交えての引き継ぎも可能だと思う。」「異動による困り感はあまりない。」（以上、支援従事者）、「就労支援の担当が変更されて困った事例はあまりない。」（医療従事者）などの発言があった。その一方で、「異動の時期になると連携のキーパーソンが異動にならないか利用者が不安になる場合もある。担当の保健師に依存していた利用者がいるが、その保健師が異動したら、その利用者からの相談の電話が増えた。」（支援従事者）、「キーパーソンとなる保健師が異動してしまうと地域の支援体制への影響は大である。保健師の場合、異動が決まってから実際に異動するまでの期間も短い。」（医療従事者）などの発言もあった。

○C 地域

「ハローワークの人事異動を機にハローワークを利用しなくなった利用者がいる。“チームで支える”という意

識づけのために複数の職員が本人にかかわり続けることが重要である。」（医療従事者）との発言に対して「異動の気配があったら、複数の職員で本人に事前に話しておくことはできるかもしれない。」（支援従事者）、「本人のニーズを中心にチームで支えることができる体制が維持できればいいと思う。」（医療従事者）などの発言があった。

また「これまで継続的に関わっている支援機関に電話をしたときに、人事異動で新しく来た人から『どなた様？』という感じで対応されるとがっかりすることがある。」（医療従事者）との発言もあった。

○D 地域

「人事異動があり、新人配置もあったので医療機関との情報共有に割ける時間が少なくなり、情報共有の回数が減少している。」「人事異動に加え、人員不足もあり、マンパワーの確保に苦慮している。」「連携に関する影響はないが、職員の異動があり、まずは内部の情報共有に取組む必要がある。」「連絡用の挨拶文を送った医療機関と連携を図っているが、主治医が変わった際に連絡をしようとしたらそれを望まない利用者がいた。どうも主治医がころころ変わることで、支援者に負担をおわせることの遠慮があるようだ。」（以上、支援従事者）など人事異動の影響があるとの発言が多かったが「大きな異動はなかったのでそんなに影響はない。相手側の医療機関も異動はない。」（支援従事者）、「異動による変化はない。」（医療従事者）との発言もあった。

（２）質問紙調査で把握した人事異動等が情報共有・連携に与える影響とその対処・予防策

（第３回調査の質問項目 1）

ここでは研究協力者が経験した「人事異動等が情報共有・連携に与えた支障」とその支障を解消するために実行した対処（自機関で実施したもの及び相手機関に依頼したもの）を把握した結果について報告する。

ア　人事異動等による情報共有・連携への支障を経験したことがある人の割合

「関係機関で人事異動や休職・退職があったことにより、情報共有や連携に支障がでたことはありましたか。」と尋ねた結果「はい」と答えた支援従事者は 28 人中 10 人（36 %）、医療従事者は 12 人中 3 人（25 %）であった。

イ　人事異動等による情報共有・連携への支障が出た際の相手機関の種類

上記アにおいて「はい」を選択した回答者に対して、経験した支障事例を最大 3 例まで記載するよう求めた。その際、「支障が出た際の情報共有・連携先の機関の種類」を尋ねたところ、支援従事者については職業センター、精神保健機関（保健所、精神保健福祉センター等）のそれぞれを選択した人数は 3 人で最も多く、移行支援事業所、就労支援センターのそれぞれが 2 人、ハローワーク、継続支援事業所、医療機関のそれぞれが 1 人という結果であった。また、医療従事者についてはハローワークを選択した人数が 2 人で最も多く、職業センター、継続支援事業所のそれぞれが 1 人という結果であった。

ウ　人事異動等による支障

回答者が報告した人事異動による支障について「自機関で実施した対処・工夫とその成果」及び「実施すべきであった対処・工夫」を自由記述で回答するよう求めた結果を表Ⅱ-25（支援従事者の回答）及び表Ⅱ-26（医療従事者の回答）に示す。

支援従事者が経験した支障については「担当者が変わり、イチからの情報共有になってしまった。」「連携していた相手機関の担当者が本人と関係ができていない支援者に変わったため、相手機関に対する本人の相談が極端に減り、自機関に相談が集中した。」等が挙げられた。

一方の医療従事者が経験した支障の内容は「相手機関に出向いて共有した配慮事項が、担当者が退職した際に十分に引き継がれていなかった。」「異動の連絡が事前になく、引き継ぎも十分でなかった。」等が挙げられた。

エ　自機関で実施した・すべきであった対処・工夫

支援従事者が実施した対処・工夫については「相手機関とのカンファレンスを設け、方針をすり合わせた。」「相手機関が担うべき役割を自機関で肩代わりした。」「自機関から頻繁に連絡をするようにした。」等が挙げられてい

た。また、実際は実施していないが実施すべきであった対処・工夫の内容としては「自機関内での情報共有」や「関係性が築かれるよう、本人と相手機関が定期的に接触できる機会を設ける。」等が挙げられていた。

一方の医療従事者が実施した対処の内容は「自機関でできることを相手機関に確認した。」「相手先機関の担当者にこれまでの経過を説明した。」等、支援経過の共有や役割分担に関するものが挙げられていた。また、実施すべきであった対処・工夫としては「異動が考えられる時期に相手機関における異動の有無の確認を行う。」等が挙げられていた。

オ　相手機関に依頼した・すべきであった対処・工夫

回答者が報告した人事異動による支障について「相手機関に依頼した対処・工夫とその成果」及び「依頼すべきであった対処・工夫」を自由記述で回答するよう求めた結果を表Ⅱ-27（支援従事者の回答）及び表Ⅱ-28（医療従事者の回答）に示す。

支援従事者が相手機関に依頼した対処・工夫の内容としては「相手の機関と問題の共有を行い、当センターの新担当者と合同での会社訪問を提案した。」等が挙げられた。実際は依頼しなかったが依頼すべきであった対処・工夫の内容としては「相手機関の担当が変わる際、相手機関内で引き継ぎをしてもらう」「相手機関に定着支援を協働する必要性を伝え、支援経過を報告するよう依頼する」等、引き継ぎと情報共有に関する事項が挙げられていた。

一方の医療従事者が依頼した内容は「相談支援と定着支援の継続、及び本人の希望を含む状況整理と可能な支援の説明」「配慮事項を伝え、対応してもらった」であった。また、依頼すべきであった対処・工夫の内容としては「相手機関の後任と挨拶する機会を作ってもらう」「異動が決まった時の連絡をお願いする」が挙げられた。

表Ⅱ-25. 支援従事者が経験した人事異動等が情報共有・連携に与えた支障と自機関で実施した対処と実施すべきであった対処の内容

情報共有・連携先の機関	支障の具体的内容	実施した対処・工夫と成果	実施すべきであった対処・工夫
ハローワーク	担当者が変わり、イチからの情報共有になってしまった。	丁寧に本人の情報を伝え、協力を依頼した。	情報共有できるツールなどを準備しておく。
職業センター	変更になった担当カウンセラーに本人がなじまなかった。	他機関につないだ。	通所している間に地域の支援者とも連携を取っておく。
	ジョブコーチ支援期間が終わった後、本人よりSOSの電話相談をもらったため事情を把握しようとしたところ、担当カウンセラーが異動していたため迅速な情報把握ができなかった。	無回答	無回答
	担当者が変わり、イチからの情報共有になってしまった。	丁寧に本人の情報を伝え、協力を依頼した。	情報共有できるツールなどを準備しておく。
移行支援事業所	担当者が異動し、自機関の担当者も退職したため、会社訪問の期間が空いてしまい、問題の把握が遅れた。	無回答	無回答
	連携していた担当者が異動し、その後の支援を自機関のみで行うことになり、本人が不安になった。	支援回数を増やし、本人との関係構築につとめた。	無回答
継続支援事業所	情報共有の頻度が減った。	自機関から頻繁に連絡をするようにした。	特になし
就労支援センター	担当者が頻繁に異動し、最終的に決まった担当者も本人との間でトラブルがあり、本人が担当者の連絡を拒否した。	ハローワークのサポーターによる定着支援を継続した。	会社との連絡は支援センターに依頼する。
	本人が後任と信頼関係を築けなかった。新しい管理者の対応も本人につらい体験となり、その機関自体を利用するのが辛いと拒否するようになった。	相手機関が担うべき役割を自機関で肩代わりした。	関係性が築かれるよう、本人と相手機関が定期的に接触できる機会を設ける。
医療機関	「体調を崩したら仕事を辞めたらよい」という方針に戻ってしまった。	通院同行を行い、自機関の意見を伝えた。	「仕事を辞めるのではなく、休んでから復帰する」という選択のメリットを就労支援の立場からより強く意見する。
精神保健機関	「本人の状態や経緯をあまり知らないので」という理由から関わってもらえなくなった。	相手機関とのカンファレンスを設定し情報を多く共有した。	「（手持ちの情報が少なかったとしても）専門家としての意見を聞きたい」という姿勢を前面に出す。
	連携していた相手機関の担当者が本人と関係ができていない支援者に変わったため、相手機関に対する本人の相談が極端に減り、自機関に相談が集中した	本人を担当する支援スタッフを増やすことで、主担当者で対応できなかった際に、副担当が対応できた。	自機関内での情報共有
	保健師により、支援の動きが違うため、こちらの想定と違う回答や動きになり、戸惑いを感じた。	具体的にどのような役割分担をするか、頻繁に確認した。	特になし

表Ⅱ-26. 医療従事者が経験した人事異動等が情報共有・連携に与えた支障と自機関で実施した対処と実施すべきであった対処の内容

情報共有・連携先の機関	支障の具体的内容	実施した対処・工夫と成果	実施すべきであった対処・工夫
ハローワーク	精神障害者雇用トータルサポーターの異動に伴い、相手機関の利用が中断されたことで連携が中断した。	本人に相手機関の利用継続を勧めたが、自習を継続するとのことで利用中断となった。	支援内容の魅力や必要性を伝える。同伴する。
	担当者異動と共にフォロー体制が中断となった。	自機関でできることを相手機関に確認した。本人にその内容を伝えた上で面談予約をした。	会社への説明と環境づくり
職業センター	異動の連絡が事前になく、引継ぎも十分でなかった。	相手先機関の担当者にこれまでの経過を説明した。	異動が考えられる時期に相手機関における異動の有無の確認を行う。
継続支援事業所	相手機関に出向いて共有した配慮事項が、担当者が退職した際に十分に引き継がれていなかった。	相手の機関に連絡を取った。本人からも配慮事項を伝えるよう促した。どう伝えたか、どう対応してもらえたか本人に聞いて、本人の受け取りも確認した。	情報共有

表Ⅱ-27. 支援従事者が経験した人事異動等が情報共有・連携に与えた支障と相手機関に依頼した対処と依頼すべきであった対処の内容

情報共有・連携先の機関	支障の具体的内容	依頼した対処・工夫と成果	依頼すべきであった対処・工夫
ハローワーク	担当者が変わり、イチからの情報共有になってしまった。	無回答	担当が変わる際、引継ぎをしてもらう。
職業センター	変更になった担当カウンセラーに本人がなじまなかった。	相談内容が多かったため、就労と生活相談を分けて対応してもらった。	無回答
	ジョブコーチ支援期間が終わった後、本人よりSOSの電話相談をもらったため事情を把握しようとしたところ、担当カウンセラーが異動していたため迅速な情報把握ができなかった。	無回答	相手機関に定着支援を協働する必要性を伝え、支援経過を報告するよう依頼する。
	担当者が変わり、イチからの情報共有になってしまった。	無回答	相手機関の担当が変わる際、相手機関内で引継ぎをしてもらう。
移行支援事業所	担当者が異動し、自機関の担当者も退職したため、会社訪問の期間が空いてしまい、問題の把握が遅れた。	相手の機関と問題の共有を行い、当センターの新担当者と合同での会社訪問を提案した。	無回答
	連携していた担当者が異動し、その後の支援を自機関のみで行うことになり、本人が不安になった。	なし	後任を立ててもらうよう依頼する。
継続支援事業所	情報共有の頻度が減った。	具体的にどんなことを伝えてほしいか知らせた。	特になし
就労支援センター	担当者が頻繁に異動し、最終的に決まった担当者も本人との間でトラブルがあり、本人が担当者の連絡を拒否した。	相手機関の担当者と本人の関係性が構築されるまでは、自機関が主導する。	本人の様子を見ながら関与してもらう。
	本人が後任と信頼関係を築けなかった。新しい管理者の対応も本人につらい体験となり、その機関自体を利用するのが辛いと拒否するようになった。		
医療機関	「体調を崩したら仕事を辞めたらよい」という方針に戻ってしまった。	相手機関とのカンファレンスを設け、方針をすり合わせた。	特になし
精神保健機関	「本人の状態や経緯をあまり知らないので」という理由から関わってもらえなくなった。	情報を保健師に集約するよう依頼した。	特になし
	連携していた相手機関の担当者が本人と関係ができていない支援者に変わったため、相手機関に対する本人の相談が極端に減り、自機関に相談が集中した	相手機関の新任者と元々の担当者に面談に一緒に入ってもらい、引継ぎを行うことで、徐々に本人と新任者の関係性を築けた。	異動の前に本人、新旧の支援者で引き継ぎ、顔合わせする機会を設ける。
	保健師により、支援の動きが違うため、こちらの想定と違う回答や動きになり、戸惑いを感じた。	特になし	特になし

表Ⅱ-28. 医療従事者が経験した人事異動等が情報共有・連携に与えた支障と相手機関に依頼した対処と依頼すべきであった対処の内容

情報共有・連携先の機関	支障の具体的内容	依頼した対処・工夫と成果	依頼すべきであった対処・工夫
ハローワーク	精神障害者雇用トータルサポーターの異動に伴い、相手機関の利用が中断されたことで連携が中断した。	特になし	相手機関の後任と挨拶する機会を作ってもらう
	担当者異動と共にフォロー体制が中断となった。	相談支援と定着支援の継続、及び本人の希望を含む状況整理と可能な支援の説明	特になし
職業センター	異動の連絡が事前になく、引継ぎも十分でなかった。	無回答	異動が決まった時の連絡をお願いする。
継続支援事業所	相手機関に出向いて共有した配慮事項が、担当者が退職した際に十分に引き継がれていなかった。	配慮事項を伝え、対応してもらった。	無回答

カ　人事異動等が情報共有・連携に与える支障の予防策

「関係機関で人事異動や休職・退職があった場合でも情報共有や連携に支障が出ないように、回答者または回答者が所属する機関が実施している対処・工夫があるか」について尋ねた結果「はい」と答えた支援従事者は 28 人中 24 人（86 %）、医療従事者は 12 人中 8 人（67 %）であった。

次に「はい」と答えた回答者に対して対処・工夫の内容を自由記述で回答するよう求めた結果を表Ⅱ-29（支援従事者の回答）及び表Ⅱ-30（医療従事者の回答）に示す。

表Ⅱ-29. 人事異動による支障に対して支援従事者または所属機関が実施している予防策

対処・工夫
文書等で支援記録を残し共有する。
（本人及び機関内外に対する）引き継ぎを徹底する。
継続的に相手機関への連絡や情報共有を行う。
(旧担当者が同席する)新担当者と本人との顔合わせの機会を設ける。
1人の利用者につき、担当を2人制（主担当、副担当）にする。
担当だけが利用者の状況を把握するのではなく、自機関の職員間で情報共有をする。
ケア会議を実施し、連携機関と新任者の顔合わせを行う。 （現在の状況、支援計画、役割分担の確認を併せて実施）
口頭での情報共有の時間を週に1時間以上は設けている。
本人との定期的な対話をとおして各支援機関の状況を把握する。
本人をなるべく多くの支援者と繋げておく。
休職者などには定期的にメール配信や面談を設ける。

表Ⅱ-30. 人事異動による支障に対して医療従事者または所属機関が実施している予防策

対処・工夫
引き継ぎを徹底する（会議を開催する等）。
継続的に相手機関への連絡や情報共有を行う。
本人の口から自分の状況等を新担当者に伝えられるよう、相談・確認を行う。
相手機関の新担当者を本人に確認し、連絡を取って顔つなぎをする。
就労支援担当者を増員する。
異動が生じる時期に相手機関に異動の有無を確認する。
新担当者と企業の支援担当者と顔合わせを行い、情報共有の継続を依頼する。

第２章　実地調査の取組に関する考察

情報共有・連携が進まない原因として「情報共有・連携の必要性を理解していない」「情報共有・連携の相手の役割や専門性などを十分に把握していない」「情報共有・連携の具体的な方法が分からない」などの情報共有・連携に関する知識不足、情報共有・連携の相手に対する心理的障壁（例えば、医療機関の敷居が高いなど）、地域の構造的な問題などさまざまなことがあげられる。

そこで、本研究の実地調査では、①基本的な知識の付与（研修講座）、②地域事情の共有（パネルディスカッション）、③地域課題改善のための方策の検討（グループワーク）、④地域課題の継続的な検討（フォローアップ）、⑤分からないことを質問できる仕組み（助言者の設置）といった取組により、支援機関と医療機関の情報共有・連携の視点やスキルの普及を試みた。

本章ではこれらの取組が研究協力者の情報共有･連携に関する意識や行動にどのような影響を与えたか考察する。また、実地調査で把握された人事異動などによる担当者の変更が与える情報共有・連携への影響とその対応方法等についても考察する。

１　実地調査の取組に対する研究協力者の主観的な評価

質問紙調査で実地調査の取組が情報共有・連携の促進にどのくらい有効だったか尋ねたところ、「非常に有効であった」と「多少有効であった」の合計が、研修講座 98%（うち非常に有効 45%。以下、同様）、パネルディスカッション 91%（34%）、グループワーク 88%（41%）、フォローアップ 73%（51%）との結果を得た。

また、それらの取組に対する感想として、「連携の重要性が分かった。」「医療機関へのアプローチのハードルが下がり連携しやすくなった。」（以上、研修講座）、「各機関のそれぞれの立場から情報共有に関する課題を聞くことで、視野が広がり、一方的な関わりにならないよう意識できた。」（パネルディスカッション）、「他機関と情報交換ができたことはとても有意義であった。知り合える機会となった。」（グループワーク）、「具体的な行動課題について意識できた。」（フォローアップ）など各取組で狙った効果に言及しているものが多かった。加えて、実地調査に参加することで情報共有・連携に「何らかの変化があった」と回答した者は、支援従事者で 72%、医療従事者で 67%だった。

さらに、実地調査地域以外の研修を利用して、研修前後で情報共有行動のしにくさが軽減するかどうか把握したところ、研修前に「実施しにくい」項目を選択した者のうち、研修後に「実行しにくさが少なくなった」と回答した者が 78%（E 地域と F 地域の平均値）あり、研修講座が主観的な情報共有行動のしにくさを軽減していたと言える。

以上の結果からは､実地調査の取組が支援機関と医療機関の情報共有･連携の促進に一定の効果があると考える。

その一方で､「各パネラーの報告に終始しており積極的な掛け合いにまで至っていなかった」（パネルディスカッション）､「グループワークで提示された質問の解釈の相違により焦点が定まらない意見が多くなり収拾がつかなくなった」（グループワーク）などの感想もあり、パネルディスカッションやグループワークの進行の仕方などはさらに工夫する余地はある。

また、フォローアップでは、「実習で受け入れた精神障害者についてケース会議を設定しようとしたが、医療機関との調整に手間取り、必要なタイミングで必要なケース会議を設定できなかった。」（支援従事者）、「支援機関が集まる定期的な意見交流会に参加した。そこで知り合った移行支援事業所を当院の利用者に勧め、利用を始めたが移行支援事業所からは連絡がなかった。」（医療従事者）などの報告もあった。

研修講座で学んだことを実践しても、実際に効果が現れるか否かは相手次第のところもある。情報共有・連携は

相手側の状況によって左右され、単純に「こうすれば、こうなる」とは言えず、相手の状況を把握し相手に合わせたアプローチが求められる。このため、研修講座やパネルディスカッションの内容を検討する際には、具体的な事例の提示などでケースバイケースの対応を示すことも必要と考える。

２　取組への参加が情報共有行動に与えた影響

取組が情報共有行動に与えた影響に関する結果は下記の 3 点に要約できる。

① 支援従事者については、第 2 回調査で測定した情報共有行動の実施頻度が、第 1 回調査で測定した実施頻度を統計的に有意に上回った行動が複数認められた。取組によって支援従事者の実施頻度が向上した可能性がある行動は「本人からの同意取得」「文書による事前連絡」「問題発生時の協議」の 3 種類であった。

② 支援従事者の情報共有行動の実施頻度は「相手機関との連携密度に関する主観的評価（主観的連携度）」や「相手機関が取組に参加していたか否か」の影響を受ける可能性が示唆された。

③ 取組前後において「定期的な情報共有の場」への参加状況に変化があり、かつ「取組が影響を与えた」と回答した者が回答者全体に占める割合は約 8%（40 人中 3 人）にとどまった。

以下では、要点ごとに得られた結果の背景について考察する。

（１）取組への参加が情報共有行動の実施頻度に与えた影響

上記①については、一部の情報共有行動が取組の実施により支援従事者によって実施されやすくなったという介入効果が現れた可能性を示している。介入効果が認められた原因を考える上で、まず、情報共有行動に対する支援者の認知を踏まえておく必要がある。ここでは第 1 回調査で実施した「実行しにくい情報共有行動の背景の把握」を試みた結果（第Ⅱ部第 1 章 9 （4））が参考になる。支援従事者の約 36%（28 人中 10 人）は情報共有行動が実行しにくい理由として「支援機関の業務の多忙さ」（例：文書作成の時間を確保することが難しい）もしくは「医療機関の多忙さに対する配慮」（例：医療機関側が多忙ということもあり、日常的に情報交換をするのは難しいと思える）を挙げていた。このことから情報共有行動は支援者から「負荷が高い行動」であると認識されている可能性がある。

それでは、なぜ、このような負荷の高い情報共有行動の実施を取組が促すことができたのであろうか。まず、「文書等による事前連絡」が実施されやすくなった背景には、取組で提供した「支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文」が活用されることで、医療機関への事前連絡に対する負荷が減った可能性を挙げることができる。「問題発生時の協議」については、「問題発生」という状況が医療機関との連携の必要性が高く、そのような状況に遭遇した際に、介入で具体的な連携のノウハウを学習していたことが、負荷の高い情報共有行動の実行を促した可能性がある。また、取組が情報共有に与えた変化を自由記述で回答してもらった結果「『医療機関の連携は敷居が高く難しい。一移行支援事業所が関与してもいいものだろうか』といった意識から『積極的に連携を図ってもよいのだ』という認識へと変わった。」といった認識の変化が報告されている（第Ⅱ部第 1 章 7）。このような認識の変化が上記の情報共有行動の変化に影響した可能性も考えられる。特に研修講座では、医療機関と支援機関の情報共有の「主体は本人」であることを強調した上で、本人からの同意が得られない場合の対応の仕方についても解説しており（巻末資料 9 のスライド番号 37-39）、そのことが「情報共有についての本人への説明及び同意取得」を促した可能性がある。なお、「医療機関から提供された情報を本人と確認した際、医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった。」という項目についても、取組の実施前後で発生頻度が統計的に有意に高くなっていた。その原因としては、研修講座等によって支援従事者が医療機関の言うことを鵜呑みにせず、本人の認識を丁寧に確認する態度が促され、結果として医療機関との認識の齟齬が確認されやすくなった可能性がある（巻末資料 9 のスライド番号 41-42）。

上記のように、取組の実施前後で実施頻度が統計的に有意に高くなった情報共有行動は質問紙で提示した行動の一部にとどまった。しかし、本研究には下記に示す問題点があるため、結果の解釈には慎重を期す必要がある。今後は下記の問題点を踏まえて、介入効果を正確に検出できる研究デザインを検討する必要がある。

〈検定力の低さ〉

介入の効果量が小さい場合は標本数を多く確保しないと効果を正しく評価できない。本研究の場合、標本数が最も少ない項目で 3、最も多くても 15 であり多いとはいえない。したがって、本研究で実施した介入の効果量が小さいものであったとすれば、十分な数の標本数を確保できなかったために介入効果を検出できなかった可能性がある。

〈第 1 回調査で情報共有行動の確認期間を指定していなかった〉

第 1 回調査では情報共有行動の確認期間を指定していなかったため、回答者が介入を受けた後から質問紙に回答するまでの間に情報共有行動を実施した場合でも、情報共有行動の実施数に計上することが可能であった。したがって、介入を受ける前の情報共有行動の実施頻度を測定しようとしていた第 1 回調査の測定結果に介入効果が混入したために、介入効果を検出できなかった可能性がある。

〈第 2 回調査における情報共有行動の確認期間が短かった〉

情報共有行動の確認期間[14]は第 1 回調査では 7-10 か月（就労移行支援事業所または就労継続支援事業所は 13-16 か月）であったのに対し第 2 回調査では 5-6 か月であり、第 2 回調査の方が短かった。第 2 回調査の確認期間を短くした理由は、確認期間が年度をまたぐと人事異動の影響を受ける可能性があったためである。確認期間が短いほど情報共有行動が発生する機会も減るため、介入後の情報共有行動の実施頻度が過小評価された可能性がある。

（２）情報共有の相手との関係性による取組の効果の違い

上記②については、結果を解釈する際の前提として「検定力の低さ」に留意する必要がある。そのため、得られた検定結果については「可能性の示唆」という程度に、あくまでも控えめに受けとめることが妥当であろう。本研究では、主観的連携度によっていくつかの情報共有行動の実施頻度は異なるという結果（連携度の主効果）が認められたが、この結果は「情報共有行動の実施頻度」という連携密度に関する行動面の評価と「主観的連携度」という連携密度に関する意識面の評価が整合することを意味しており、驚くような結果ではないかもしれない。

しかし、一部の情報共有行動については連携度と調査時期の交互作用が認められた。交互作用が認められた 5 項目中 3 項目については、第 1 回調査時点で認められた「主観的連携度による実施率の差」が第 2 回調査時点においては認められなくなっていた。これは関係性が密接な連携先の場合には取組実施後に実施率が低下する傾向があったためである。さらに、項目 7「本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。」及び 24「支援のステージや本人を取り巻く環境が変化するときは医療機関に情報提供した。」においては関係性が密接でない連携先の場合は、取組実施後に実施率が向上する傾向も認められた。

まず、「関係性が密接な連携先の場合には取組実施後に実施率が低下する傾向」を解釈する上で留意すべきは上記２（１）でも言及した「第 2 回調査における情報共有行動の確認期間が短かった」ことである。確認期間が短いほど情報共有行動が発生する機会も減るため、第 2 回調査は第 1 回調査と比べて介入後の情報共有行動の実施頻度が過小評価される可能性が高い。特に関係性が密接な連携先の場合、基本的に情報共有行動は実施されやすいため（だからこそ、そのような連携先は「密接に連携している」と評価されている）、確認期間の短さに基づく過小評価の影響が大きく現れた可能性がある。

次に、「関係性が密接でない連携先の場合は取組実施後に実施率が向上する傾向」が認められた原因について考えてみたい。関係性が密接でない連携先の場合、第 1 回調査において観測された情報共有行動の実施頻度は関係性

14 支援対象者の選定対象期間及び質問紙の回収期間から算出した。

が密接な連携先の場合よりも低い。しかし、実地調査における取組に参加することで医療機関との関係づくりに関するノウハウを知ったことで、関係性のなかった医療機関とも情報共有行動を実施しやすくなり、その結果が実施率の向上として観察された可能性がある。したがって、この結果からは、今後、情報共有を促す取組が情報共有行動に及ぼす影響を検討する際には、本研究のように相手機間との関係性の密度により情報共有行動の実施頻度を区別して測定する必要があることを示唆している。また、上述のとおり、十分な検定力を有する分析を実施できる程度の標本数を確保することも必要である。

（３）取組が定期的な情報共有の場への参加状況に与えた影響

上記③については取組が定期的な情報共有の場への参加状況に与えた影響はごくわずかであったと考えるのが妥当であろう。ただし、この結果を解釈する際に無視できないのは「診療報酬につながりにくいため、（ケア会議の出席に対する）自機関からの理解が得られにくい」という医療従事者からの意見である。たとえ就労支援に前向きな医療従事者がいたとしても「就労支援は診療報酬につながらない」という制度面の制約があることで、医療機関が支援機関との情報共有の場に参加することの優先順位が低くなりがちな状況が推察できる。支援機関と医療機関が情報共有できる機会を増やすためには「医療機関が就労支援に関わることによって本人の疾患の治療をも促せる」という理解を医療機関に浸透させる取組（本研究で実施したような医療機関と支援機関の双方を対象とした研修講座等もその一例である）だけでは不十分で、診療報酬制度の見直しなど制度面の整備も求められることが示唆されている。

３　情報共有行動の実行可能性・有効性に影響する要因

本研究では、情報共有行動の実行可能性や有効性に影響する要因を明らかにするため、質問紙調査によって「実行しにくい情報共有行動」及び「実行したが効果的な支援につながらなかった情報共有行動」を尋ねた上でその理由を回答してもらった。

（１）情報共有行動の実行可能性に影響する要因

まず、支援従事者が回答した「情報共有行動をしにくい理由」を整理すると次の４点に要約できる。

・医療機関の情報共有・連携に対するニーズの見えなさ（例：支援機関の見立てや支援計画を必要としているのかの判断ができない）
・支援機関の多忙さ（例：文書作成の時間を確保することが難しい）
・医療機関の多忙さ（例：医師は忙しいためなかなか日程調整が難しい）
・本人による情報共有・連携の拒否（例：本人が医師に依存的であり、同行に対して拒否的である）

次に、医療従事者が回答した「情報共有行動をしにくい理由」を整理すると次の４点に要約できる。

・支援機関の情報共有・連携に対するニーズの見えなさ（例：支援機関では、デイケアにおけるどのような情報を求めているか分からない、また、そもそもデイケアとの情報共有を求めているか分からない）
・医療機関の就労支援に関する理解不足（例：「そこまで必要か」という意識があり、職場に共通理解できるか不明）
・マンパワー確保の難しさ（例：関われるマンパワーの確保が難しい）
・支援機関からのアプローチ不足（例：支援機関におけるトラブルについて、支援機関からの情報提供がない場合はこちらで把握できない）

なお、上記の結果を解釈する前提として押さえておくべきことは、実行しにくい理由として「具体的な方法が分からないから」といった回答はたった１件（どのような手段で日常的に連絡を行うのかがわからない）のみであったことである。つまり、実行しにくい原因は方法に関する知識が不足しているからではない。実行しにくい背景に

は「そもそも実行しても効果があがるかどうか不確実性が高いので実行しにくい」「実行したくても実行できない」という理由に整理できる。

支援従事者が挙げた理由と医療従事者が挙げた理由を並べてみると、次の情報共有行動の実行可能性に関わる3つの阻害要因を抽出できる。①お互いが相手機関に情報共有のニーズがあるかどうかわからないことが情報共有行動の実行を躊躇させている。②情報共有に割くことができる自機関のリソース（人員、時間等）の不足が情報共有行動の実行可能性を低くしている。③医療機関は支援機関からの要請がない限り情報共有をすることは難しく、仮に情報共有行動を実施しようとしても職場からの理解が得にくいといった“支援機関と医療機関の情報共有におけるスタンスの違い”がある。

上記①は「そもそも実行しても効果があがるかどうか不確実性が高いので実行しにくい」という背景に該当する。研修講座では支援従事者と医療従事者がそれぞれの強みとそれぞれに足りないものを理解し合い、役割分担を意識しつつ、本人の健康及び社会参加を共同して支えるという包括的支援の理念を説明したが、いくら回答者がそのような理念を持っていたとしても、相手機関にその理念が共有されていなければ情報共有行動は実行されにくいと考えられる。研修講座に参加しなかった支援機関・医療機関にも包括的支援の理念が共有されるよう、本研究のような取組が普及することが望まれる。

一方、上記②及び③は「実行したくても実行できない」という背景に該当する。このうち、②については研修講座で説明したメモ帳などの本人を介した効果的・効率的な情報共有が実行されることで、支援機関と医療機関の双方が情報共有にかける負担を抑えることが期待できる。また、③については上記２（３）で述べたように医療機関による就労支援も診療報酬の対象にする等の就労支援に対する医療機関のインセンティブを高める仕組みが必要であろう。

（２）情報共有行動の有効性に影響する要因

支援従事者が回答した「情報共有行動を実行したが効果的な支援につながらなかった背景」を整理すると次の4点に要約できる。

・支援機関が提供した情報に対する医療機関の関心のなさ（例：主治医が退院後の生活にはある程度関心を持てるが、就労に関する情報にはあまり関心を持っていない）
・医療機関との意見調整の難しさ（例：支援方針の違いがあり、意見があまりかみ合わなかった）
・医療機関の本人に関する状況把握の不足（例：主治医の意見書にこれまで本人に説明がなかった「発達障害」の記載があり、本人が改めて通院先に心理検査を依頼。･･･結果は軽度知的障害であった。）
・医師の見立てに対する本人の拒絶（例：本人が「医者の言うことは嘘だ。そんなことは言われたことがない。」「そんなに症状は軽くない。辛いばかりだ」など医師の見立てを否定する）

医療従事者が回答した「情報共有行動をしにくい理由」を整理すると次の3点に要約できる。

・支援機関の窓口が定まらない（例：支援機関に見学同行し、顔合わせをして連携できるようにと思ったが、別の人が担当につき、その後も密接な連携にはつながらなかった）
・医療機関が提供した情報に対する支援機関の関心のなさ（例：デイケアより連絡し情報共有したが、その後、就労支援機関からの連絡はなく、密な連携となりにくかった）
・支援機関が本人のニーズに沿った支援を行おうとしない（本人が具体的に事務職につきたいとハローワークに相談しているのに「ゆっくりと段階を踏んで」とB型事業所がひきとめる）

これらの結果を解釈する前提として押さえておくべきことは、効果があがらなかった背景には「情報共有行動が適切に実行されていなかったために効果的に機能しなかった」場合と「情報共有行動は適切に実行されていたが相手機間や本人が適切に応答しなかったために効果的に機能しなかった」場合とがあることである。このうち前者に

ついては、回答内容から情報共有行動が適切に実施されなかったことを研究担当者が読みとれた場合を除いては、把握する術がない。実際には「情報共有行動が適切に実施されなかった」と判断できる回答がなかったが、そのような回答がなかったという事実をもって「適切に実施されていた」と判断することもできない。したがって、今回の分析では「情報共有行動が実行されていたが、相手機関や本人が適切に応答しなかったために効果的に機能しなかった」背景を解釈するに留まる。

情報共有行動が効果的な支援につながらなかった背景を概観すると、①自機関が提供した情報に相手機関が関心を示さない、②相手機関の見立て・支援方針に疑問・不信感をもつ、の 2 点に集約できる。このうち①については上記（1）で述べたように、研修講座に参加しなかった支援機関・医療機関にも包括的支援の理念が共有されるよう本研究のような取組が普及することが重要であろう。②については、支援機関や本人が医療機関の見立て・支援方針に疑問・不信感をもった場合は、本研究の取組として設置した助言者のような仕組みが対策として機能することが期待できる。また、支援機関は医療機関から「本人のニーズに沿った支援を行おうとしない」と不信感を抱かれないよう、就労支援の専門家として自らが行っている支援の意味を見直し、自機関の見立てや方針を相手機関に丁寧に説明する必要があることが示唆されている。

４　連絡文とメモ帳の各実地調査地域の取組から考えられること

実地調査で連絡文を利用した研究協力者は 20%、メモ帳は 17%だった。利用した感想は、連絡文は「情報共有の趣旨が相手に伝わりやすい」「情報共有を依頼する際にあまり手間を取らない」、メモ帳では「本人が相談内容を正確に理解するようになった」「情報共有が効率的にできるようになった」などであった。

連絡文を利用しなかった理由の 6 割が「本ツールを利用しなくても他の方法で情報共有依頼を行っているため」と回答したことから考えて、多くの支援機関で連絡文と同じようなものを使用している可能性が考えられる。また、メモ帳を利用しなかった理由の 6 割が「本ツールを利用するのに適した事例がなかったため」で、「本ツールを利用しなくても、他の方法で情報共有ができているため」は 3 割弱であった。メモ帳については、先行研究のマニュアルでも示しているが、メモ帳のような考え方はまだ一般的に普及している状態ではないことがうかがえる。

なお、連絡文やメモ帳を利用しなかった理由として「研修等で本ツールの利用方法を十分に理解できなかったため」がいずれも 1 割強あった。また、フォローアップでもその考え方や使用方法について十分理解できていないと思われる状況がいくつか把握された。第Ⅲ部で述べる情報共有シートと違い、連絡文やメモ帳の使用法や考え方は比較的単純なものであるが、割合は少ないとはいえ、研修講座だけでは理解できない者がいたことは留意すべき点であろう。

同一の研修内容であっても、受講者の知識や経験によって研修に必要な時間は変わるが、研修講座では 120 枚ほどのスライドを 90 分で説明している。研修参加者の 90%が研修時間は「適当」と回答し、「短い」と回答した者は 9%のみだったが、連絡文やメモ帳について十分理解していない者がいたことを考えると、研修時間はもう少し余裕を持たせる必要があると考える。

５　助言者について

助言者の具体的な活用は 1 件のみであった。助言者の活用が少ない理由について、フォローアップに参加した研究協力者からは、「研究協力者の多くがある程度医療や医療機関（もしくは就労支援や支援機関）に関する知識があるため、わざわざ『助言者』に対し医療機関（もしくは支援機関）との情報共有・連携に関する助言を求める必要が少なかった。」「実地調査で想定したような助言者が必要なのは実地調査に参加していない支援機関や医療機関ではないか。」などの意見が多かった。ただし、質問紙調査では、助言者について「何をどう聞いていいか分から

ず問い合わせをする勇気が出なかった。」「利用する機会はなかったが『何かあれば相談できる』という安心感はあった。」などの感想もあり、研究協力者にニーズがなかったとは言い切れない。

一方、フォローアップにおいて支援従事者から、主治医の意見や治療方針などに疑問を持ったときは、主治医や医療機関とよく相談することが望ましいが、そのような場合に時間を割いて相談に乗ってくれる主治医や医療機関ばかりではない。そうすると、主治医の意見や治療方針などに疑問を持ったまま就労支援を行うことになるが、そのような場合は効果的な就労支援を行うことは難しい。このため、医師などからの助言が得られる仕組みが欲しいとのことであった。このような意見に対し、医療従事者からは、そのようなニーズに対応できる医師が少ないこと、また、仮にいたとしても他の医師が行っている治療等に対し第三者が何らかの助言をすることは立場的に難しいのではないかなどその実現可能性を疑問視する意見が出た。

もっとも、実現可能性については、既に職業センターで医療情報助言者という制度があり、上記の様な問題に対し障害者職業カウンセラーが医師など医療従事者から助言を受けることができるようになっている。また、就業・生活支援センターにも同様の制度がある。このことから、ハローワークや移行支援事業所など他の支援機関でも同様の仕組みを作れる可能性はあると言える。

非医療職の支援従事者の場合、主治医の意見や医療機関が行っていることの背景が分からず、疑問を持つこともある。そのような場合、支援従事者に対して主治医や医療機関の意見を翻訳・解説・助言してくれる者がいることは効果的な就労支援を行うために必要であろう。また、このような者から助言を受けることで、医療情報に関する知識が深まり、支援従事者の力量も向上する可能性がある。

６　各実地調査地域の取組から考えられること

グループワークではすべての実地調査地域で、「情報共有に関する指針の不在」と「（医療機関の情報が支援機関に/支援機関の情報が医療機関に）伝わらない、伝わってこない、（相互に）相手の顔が見えない」が課題とされ、「研修講座で示された視点やノウハウをベースにする」ことと「情報提供の機会の創出や顔の見える関係作り」を行うことが対応策として検討された。前者は個別事例での情報共有の在り方に焦点が当たり、後者は地域における支援機関と医療機関の連携・支援ネットワークに焦点が当たるが、ここでは、各実地調査地域での連携・支援ネットワークに関する検討の経過に焦点を当てて考察する。

（１）各実地調査地域の検討過程の概要

A 地域の一部では、先駆的な実践を行っている地区（N 市）があるため N 市の実践を他の自治体にも周知し拡大する取組が検討されたが、実地調査の期間内には十分な取組が行われなかった。もっとも、A 地域のパネルディスカッションでは、支援従事者から「既に関係性のできている医療機関の場合、医療機関の方から出向いて情報提供をしてくれ、ケース会議にも参加してくれる」が「新たにやりとりをしなければいけない医療機関はそうではない」との報告がなされた。「関係性のできている医療機関の場合、医療機関の方から出向いて情報提供をしてくれケース会議にも参加してくれる」のが一般的であること自体、他地域の支援従事者からするとかなりうらやましい状況と言え、N 市で行われている実践を他の地区にも拡げるのはかなりハードルが高いものであったと思われる。

B 地域の一部では、医療機関が中心となり精神保健福祉連絡協議会を開催するなど長い歴史的蓄積があるため、このような既存のネットワークを積極的に活用することが検討されたが、地域の就労支援に新規参入する移行支援事業所と以前から協議会に参加しているメンバーとの間で十分な意思統一が図れず、協議会活動とは別に移行支援事業所が中心になり支援ネットワークを形成する試みが始まっている。新たな支援機関が次々に開設される現状を踏まえると、B 地域のように従来からあるネットワークに新規参入の支援機関がどのように入り込んでいくのかは、他の地域でも検討が必要なテーマとなる可能性もある。

C 地域では、医療従事者が参加する研修会の情報が支援従事者に提供され、それらの研修会への移行支援事業所の参加が増えた、精神科医会の総会でハローワークから就労支援の現状の説明や支援機関との連携の依頼を行った、ハローワークと就業・生活支援センターが作成した移行支援事業所パンフレットを医療機関に配布したなど、グループワークで話し合った対応策はすべて実行に移された。このような試みは、今後も継続されるようである。また、助言者が利用されたのも C 地域であった。さらに、研究協力者である医師が支援機関の意見交流会に参加するようになり、交流会に参加している支援従事者の意識に大きな影響を与える可能性もある。C 地域の取組を見ると、対応策を実行に移したハローワーク職員、医療機関の医師や看護師などの実行力に負うところが大きかったと言える。

D 地域では、支援機関と医療機関の連携以前に、障害者の就労支援全般を強化する必要があるが、就労支援の課題を地域全体で検討し、課題解決に取り組むという場に乏しいという現状が指摘された。そこで、地域の支援ネットワーク形成の役割が期待されていた就労支援センターが中心になり、メンバーを固定したワーキンググループによる現状と課題の共有及び対応策の検討を行うこと、ワーキンググループは『医療連携』以外にも『定着支援』と『人材育成』の 3 グループを作ること、グループによっては企業や医療関係者などを交えることなどの取組が始まった。また、この就労支援センターに対するヒアリング調査では、支援機関の支援力を向上させるためにケーススタディの研修会を継続的に行うことも検討されていた。D 地域の取組を見ると、就労支援センター職員の実行力に負うところが大きかったと言える。

（２）取組の運用の重要性

個別事例の情報共有の在り方は、本研究で行った研修講座のような取組により、どのような地域でもある程度普及できる可能性は高いと思われる。一方、支援機関と医療機関の地域連携・支援ネットワークの形成は、上記（１）で述べたように地域事情によって大きな影響を受けることが分かる。

本研究では、①基本的な知識の付与（研修講座）、②地域事情の共有（パネルディスカッション）、③地域課題改善のための方策の検討（グループワーク）、④地域課題の継続的な検討（フォローアップ）、⑤分からないことを質問できる仕組み（助言者の設置）の取組を行った。これらの取組を地域の連携・支援ネットワークの形成強化につなげるためには、②～⑤の運用の仕方が重要になるが、その中でも特に④は運用上の工夫が求められる。

この点に関し、D 地域のフォローアップでは「現状では似たような研修や会議が相互の関連性もなく実施されている。」「〇〇の機関は〇〇の役割があると整理しても、職員の量と質の問題もあり、建前どおりに機能しないと思う。」「就業・生活支援センターや就労支援センターなどが地域課題を分析し、イニシアチブを発揮して欲しいが、現状ではマンパワーの問題もあり十分機能していないのではないか。」など話し合う場の設置よりもそれをどう運用していくかの方が重要であるとの指摘があった。形式だけを整えても A 地域の N 市のような取組は難しいと言うことになる。そのような意味では、D 地域の取組は検討の場を設置した段階であり、今後この検討の場をどのように運用していくかが問われているともいえる。

（３）支援機関と医療機関が一緒に議論できる場をいかに創出するか

第 2 回の質問紙調査では、実地調査の取組に対する感想を把握した。その際、フォローアップに対し「利用者が多く受診している医療機関の職員と顔合わせができ、その後の連携がスムーズになった。」との回答があったように、個別事例の情報共有・連携を進める際に、顔の見える関係がいかに重要か分かる。

その一方で、質問紙調査では、グループワークについて「医療機関の参加が少なく支援機関の困り感を共有するのみで医療側からの視点に乏しかったのが残念だった」、フォローアップについて「医師が参加していなかった。本当に意見交換したいのは医師なのにと改めて思った」などの回答があった。この回答が示すように、実地調査への医療従事者の参加が少なく、当初想定していた医師を含めた医療従事者と支援従事者との話し合いが実地調査の

取組では十分できていない面があった。

現在の診療報酬制度の枠組みでは、多くの医療機関にとって、支援機関の会議に参加すること自体難しいのが現状である。このため、質問紙調査で尋ねた情報共有・連携を促進するために有効と考えられる実地調査以外の取組として「デイケアから就労支援機関につないだ場合の診療報酬上の加算」と回答した医療機関もあった。もっとも、このような制度上の改正が短期間で実現する可能性は低いと思われる。

グループワークでは、「支援従事者が医療機関の研修会に参加する（参加可能な研修会について医療機関の研究協力者が情報提供する）」などが対応策として話し合われた。このような支援機関側が医療機関の土俵に積極的に出向くことも検討する必要があろう。また、「スタッフが就労支援の意義を理解し、支援機関への適切な紹介や連携を行う」必要性を指摘した医療機関もある。医療機関に対する研修を設定する、地域就労支援ネットワークに積極的に関与してもらえそうな医療機関を自立支援協議会の就労支援部会に招き入れるなど、地域事情に応じて最も効果的と思われる取組を検討することも必要であろう。

（４）地域事情を踏まえたボトムアップ型の取組への期待

本来、地域の支援ネットワークは、障害者職業総合センターの研究担当者が普段関係を持たない地域に出向いてトップダウン方式で形成できるようなものではない。それでも、本研究で示したような一定の成果は上がっている。本研究の取組を参考に、地域事情に精通した関係者や就業・生活支援センターや職業センターなどの地域のネットワーク作りを期待される機関が中心となりボトムアップ方式で就労支援と精神科医療の支援ネットワークを形成していくことを期待したい。

７　人事異動等が情報共有行動に与えた影響とその対処・予防策

人事異動等による情報共有・連携への支障を経験した回答者は全回答者の約 33%（40 人中 13 人）であり、人事異動等が情報共有・連携に与える影響は決して少なくないといえる。

（１）人事異動等が情報共有行動に与えた支障の内容と自機関で実施した・すべきであった対処・工夫

質問紙調査において報告された支障の内容は主に情報共有の状態・連携体制のリセットに関するもので、その結果、自機関に相談が集中するといった影響が報告されていた。

このように人事異動等はせっかく築き上げた連携体制を崩しかねないが、支援従事者や医療従事者はどのように対処・工夫したのであろうか。質問紙調査において報告された対処・工夫（実施したものと実施すべきであったものの両方を含む）は相手機関とのカンファレンスを設けたり、自機関から頻繁に連絡したりするなどして連携体制を再構築しようとしたものが挙げられていた。このように支援従事者や医療従事者は、人事異動等によって生じた支障に対して連携体制を立て直すことで対処しようとしていることがうかがえる。

（２）人事異動等による支障に対し相手機関に依頼した・すべきであった対処・工夫

質問紙調査において報告された相手機関に依頼した対処・工夫（依頼したものと依頼すべきであったものの両方を含む）の内容は担当者間の引き継ぎや相手機関との連携の再開等であった。このように、人事異動等で生じた支障について自機関だけで対処するだけでなく、相手機関にも連携支援への協力を依頼していた。

（３）人事異動等による支障への予防

人事異動等による影響を予防できる措置を常日頃から講じておくことも、持続的な連携体制の構築には必要である。フォローアップでの「チームで支援していれば、チームの構成員が変わっても支援は維持できる。」「“チームで支える”という意識づけのために複数の職員が本人にかかわり続けることが重要である。」「自立支援協議会などで組織的につながっていることも重要である。」といった発言は、チームや組織といった機関間の「つながり」が維持されることが、人事異動等による影響を軽減するためには重要であることを示している。また、質問紙調査の

回答では、引き継ぎを徹底して行うのはもちろんのこと、支援経過に関する記録を自機関内で共有したり、1 人の利用者を複数の職員が担当したりするなど「自機関内での情報共有」に関する取組が予防策として挙げられていた。このことから、持続的な連携体制の構築には他機関とのつながりの維持はもちろんのこと、自機関での情報共有にも気を配る必要があるといえよう。また、新・旧の担当者と本人が同席する引き継ぎの場を設定したり、異動の気配があったら本人に事前に話しておいたりする等、人事異動等による支援担当者の変更が本人に与える不安を軽減する取組も必要である。

8　実地調査による成果の総括

実地調査による成果を総括すると以下の 5 点に要約できる。

・取組が支援機関と医療機関の情報共有・連携の実行可能性を向上させることを示唆する結果が得られた。

「標本数の少なさ」「情報共有行動の測定方法」など課題はあるものの、主観的評価では取組に参加することで情報共有行動の実行のしにくさが低減したことが確認され、一部の情報共有行動については取組前後で統計的に有意な実施頻度の向上が確認された。

・情報共有行動の実行可能性及び有効性に影響する要因を明らかにできた。

研修講座で伝達した「支援従事者と医療従事者がお互いの専門性を理解し合い、本人の健康及び社会参加を共同で支えるという包括的支援の理念」や「本人を媒介とした効果的・効率的な情報共有スキル」が普及し、就労支援に関する事柄については支援従事者が主導することで、情報共有行動の実行可能性及び有効性は高まる可能性が示唆された。

・主治医の見解に関する翻訳者についてのニーズを支援従事者から把握することができた。

「主治医の意見や治療方針などに疑問を持った時に助言してもらえる仕組みがあると良い」といったニーズが支援従事者から表明されたことから、医療情報助言者制度などを参考にした仕組みを検討する必要があることが示された。

・実地調査の取組によって連携や支援ネットワーク形成を促す地域独自の取組を誘発することができた。

支援ネットワークの形成が遅れている地域において実地調査の取組を実施することによって、独自に地域の就労支援と医療の連携を促すための取組が企画・実行されることになった。実地調査で実施したような取組が触媒となって、地域事情を勘案した取組が誘発される可能性が示された。

・人事異動等が情報共有・連携に与える支障に対する対策・予防策を収集できた。

チームや組織といった「機関間のつながりの維持」や支援経過に関する記録を自機関内で共有するなどの「自機関内での情報共有」といった取組が人事異動等による支障を予防する可能性が示唆された。また、異動の気配があったら本人に事前に伝えておく等、支援担当者の変更が本人に与える不安を軽減することの重要性も確認できた。

9　今後の展望

第Ⅱ部では、主に情報共有行動や連携の実行可能性などについて検討した。本研究で行った取組はそれらの実行可能性を向上させることを示唆する結果が得られたと考える。しかし、本研究では実行可能性が高まった情報共有行動や連携が「効果的な就労支援」にまで繋がったかどうかについては確認できていない。

本研究のテーマは「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」だが、「効果的な就労支援のための」という言葉は、精神障害のある人の職場定着に資するためのツールの開発（第Ⅲ部で記載）を目的としたことからつけており、支援機関と医療機関との情報共有の視点やスキルの普及方法の検討と

の関連性は考慮していない。

しかし、何のための情報共有・連携かといえば、精神障害のある人が安定した職業生活の継続の実現のためであることは間違いない。

そこで、今後の研究は、情報共有行動や連携が「効果的な就労支援」に繋がるか否かの検証が求められる。このため、「効果的な就労支援」の指標を決め、情報共有行動との関係を検討することが考えられる。その際、情報共有行動がどのような仕組みで「効果的な就労支援」につながるのかを説明できる理論（プログラム理論。詳しくは補論で解説）を構築した上で取得すべき指標を検討したり、本研究で得られた効果量に基づき介入効果を適切に抽出できる標本数を検討（サンプルサイズ設計。詳しくは補論で解説）した上で研究計画を立てる等、効果的かつ効率的な研究デザインを設計する必要があるだろう。また、本研究では「情報共有行動の実施頻度」という量的評価を実施したが、単に行動が生起したことを確認するだけでなく、行動の成否の確認も併せて実施し、どのような情報共有行動が実施されれば効果的な就労支援につながるのかを厳密に評価できるようにする必要もある。さらに、「情報共有行動」が「就職」や「職場定着」に影響する仕組みには「職場の要因」（上司の障害特性や必要な配慮に対する理解など）「本人の能力・特性」（情報共有においては特にコミュニケーションに関する能力・特性）「本人と職場の適合度」「支援機関で受けた支援の内容」など多様な媒介要因が想定される。したがって「情報共有・連携以外の」就職や職場定着に関する媒介要因を評価できる指標についても測定を行い、その関連性を検討することが、情報共有行動・連携と効果的な就労支援の関連の厳密な検討につながるであろう。とはいえ、測定する指標が多ければ多い程、研究協力者にかける負担も大きくなるため、このような研究が現場の実践にどの程度求められているのかは十分吟味する必要がある。

第Ⅲ部

情報共有に係るツールの開発等に関する結果と考察

第１章　情報共有シートの開発

１　情報共有シート開発の背景

（１）職場定着のための情報共有の必要性

精神障害者の就職件数は年々増加しているが、職場定着に課題があることが指摘されている[1) 2) 3)]。その背景には、本人のニーズや現状が整理されないまま就職する者がいること、企業が精神障害のある人を雇用する際に本人の特徴や企業に望まれる配慮について具体的な説明を受けていない場合があることなど様々な要因が考えられる。

このため、障害のある本人の特徴（障害特性、セールスポイント、課題点など）、働く際に本人が気をつけること・工夫すること、企業に望まれる配慮事項、支援機関が行う支援などを整理し、就職時に企業に伝える取り組みも行われている。このような自己紹介書、ナビゲーションブック、サポート体制共有シートなど様々な名称で呼ばれる取り組みが広く行われれば、働く際に必要な本人の自覚が促され、企業が本人の状況を把握できるため職場定着に資することが期待される。

しかし、就職前と就職後では環境が大きく異なること、就職前に作成した自己紹介書などは必ずしも就職先の環境を細かいところまで把握した上で作成したものではないこと、障害のある本人と職場の上司や同僚がお互いに関係性を築くには時間がかかり、自己紹介書などの情報があったとしても、その日の本人の状況が分からないと気軽なコミュニケーションがしにくい場合があること、体調に波がありその波に早期に気づけず仕事に影響が出る人や、悩んでいても周囲の人からは元気にやっていると思われがちでかつ自分の思いを伝えにくい人等は、就職後も様々な対応が求められるため、定期的に職場訪問して本人や企業の状況を確認する支援機関も多い。もっとも、このような定期的な職場訪問は、必ずしも本人が悩み始めたときや体調を崩しそうなとき、職場の上司や同僚が不安や困り感を持ち始めた頃など本当に相談・支援が必要なタイミングで行われる訳ではないため、問題が顕在化してから事後対処的な支援に追われる場合も少なくない。

このような事態を未然に防ぐため、障害のある本人が自身の状況を日々見える化し、その情報を企業や支援者と共有することによって企業内での円滑なコミュニケーションを図ると共に、早期に適切なセルフケア、ラインケア、専門機関の支援に繋げることを目的としたツールの活用が望まれるケースも多い。

（２）職場定着を図るための情報共有に関する各種ツール

上記（１）に述べたような問題意識に関連して開発・普及が進められているツールとして、SPIS[4)]、雇用管理のための対話シート[5)]、K-STEP[6)]などがある。

ア　SPIS

SPIS は有限会社奥進システムが開発したツールで、自社で雇用している精神障害のある従業員の調子の波を把握するために、従業員が自身の状況をパソコンに入力し、それを企業が確認・コメントすることでコミュニケーションを図るようにしたものである。

クラウド上で関係者が情報共有できるようにしており、本人の入力項目としては、「出勤・退勤時間」「服薬」「就寝・起床時間」「当事者評価（生活面、社会面、仕事面の各ジャンルに関して必要な項目を設定し、その日の状況を 4 段階で評価する）」「コメント」がある。企業の入力項目としては、「本人へのコメント」「担当者評価（必要と思われる評価項目を設定しその日の状況を 4 段階で評価する）」「担当者の意見・感想」があり、支援者も SPIS で情報共有する場合は、「（支援者から）本人へのコメント」「（支援者から）担当者へのコメント」がある。本人及び企業が 4 段階で評価する項目はグラフ化して経過が一目で把握できる。

なお、使用する際には、導入時の初期費用と毎月の運用費用が必要になる。

イ　雇用管理のための対話シート

雇用管理のための対話シート（以下、「対話シート」という。）は、SPIS を簡素化し、費用を不要にした大阪府が開発したツールである。

従業員からのコメント欄（100 字以内）と企業からのコメント欄（80 字以内）及び従業員がチェックする３つの項目から構成されている。従業員がチェックする 3 つの項目は「状態チェック編」「体調管理編」「目標管理編」のいずれかから選択する。「状態チェック編」は、体調面（睡眠・服薬管理等）、仕事面、対人関係面、コミュニケーションの領域から 3 項目を選択し、その日の状況を 4 段階で評価する。「体調管理編」は服薬、睡眠、気分の 3 項目についてその日の状況を 4 段階で評価する（服薬は服薬したかどうかの 2 択）。「目標管理編」は自身の目標を３つ設定しその日の達成状況を 3 段階で評価する。「状態チェック編」など以外に一般的な業務日誌も用意している。

使用時は、エクセルシートを職場の共有フォルダ内に保管し、本人と企業が相互に入力・確認する。チェックする項目はグラフ化し、経過が一目で把握できる。うつ病で休業した従業員が復職した際の使用なども想定している。

ウ　K-STEP

移行支援事業所働くしあわせ JINEN-DO と川崎市が共同開発したツールで、移行支援事業所などで本人がセルフケアのトレーニングツールとして使用し、それを就職後の企業との情報共有に活用している。

「睡眠」「食事」「ストレスの状況」「良好サイン」「注意サイン」「悪化サイン」「服薬」「リカバリープラン（対処方法）」「備考（服薬情報・引き金などに関するコメント）」の項目から構成され、すべて本人が記入する。備考以外はすべてチェック方式（主に○と△表記、項目によっては数値表現）になっている。紙に記載する方法を採り、1 日 2 行（午前・午後）もしくは 3 行（朝・昼・晩）で、A4・1 枚で半月分（A4・1 枚表裏で 1 か月分）の作りになっている。

支援者や企業が記載する項目はない。就職後の企業との簡潔なコミュニケーションに資するよう、短時間で本人が記録（2 分）・報告（2 分）できるよう移行支援事業所で訓練する。

（３）職場定着を図るための情報共有に関する各種ツール使用時の課題点

上記（２）で述べた各種ツールは精神障害のある人などの職場定着に様々な面で資することが多い。しかし、以下のようにいくつかの課題点もある。

ア　SPIS 及び雇用管理のための対話シートの場合

(ア)企業からツール使用を提案することによるリスク

SPIS や対話シートは基本的に企業が雇用管理を行うために企業側から本人にツールの活用を提案する形になっている。この際、業務日報のように業務命令としてツールの記載を指示されたと受け取れば、本人の主体的な取り組みは期待できず、逆に企業に対する不信感を抱く危険性もある。企業からツール使用の可否は本人が自由に決めて良いと言われても、会社側から提案されたことを従業員の立場で断ることは一般的にはかなり難しい。本人の同意を得てツールを使用する場合でも、実質的に本人が「やらされている」という感覚を持っていると、ツールを使用してコミュニケーションを図る際に企業が様々な配慮をしても、自身の状況を積極的に見える化し企業とコミュニケーションを図ろうとする姿勢に乏しくなる危険性がある。

(イ)ツールを使用してコミュニケーションを図ることに慣れていないことによるリスク

円滑なコミュニケーションを図るためにツールを導入したにもかかわらず、企業側のちょっとしたコメントを障害のある従業員が思いもよらぬ受け止め方をして関係性がぎくしゃくするなどの危険性も考えられる。また、障害のある従業員が上司の指導や同僚の態度について批判的なコメントを記載し、企業側がそのことをどのように受け止めたらよいか悩む、企業で相談すべき事項でないにもかかわらず様々な悩みごとや相談ごとを記載する人に対し企業が手を取られるなどのリスクも想定される。

なお、このような課題点は、ツールの運用の仕方でカバーできる面もある。例えば、SPIS や対話シートでは、企業側のカウンセリングマインドの重要性を強調するなど運用上で留意すべきことを研修などで強調している。また、SPIS では、企業と障害のある従業員の情報共有に支援者も加わることで、本人のコメントに支援者がコメントを打ち返し、そのコメントを企業が見る（支援者が本人との適切なコミュニケーションの仕方を企業の人にモデリングする）ことができるため、ツールの構造自体が課題を克服する要素を持っているといえる。

ただし、SPIS のツール使用に際し、すべて支援者が関わっているかと言えばそうではない。また、障害のある従業員が上司の指導や同僚の態度について批判的なコメントを記載し、企業側がそのことをどのように受け止めたらよいか悩むなどの問題については、企業側のコミュニケーションスキル向上だけでなく、精神障害のある従業員側のコミュニケーションスキルの向上も望まれる。

イ　K-STEP の場合（ツールの項目が限定されている問題）

一方、K-STEP は移行支援事業所在籍時にセルフケアのトレーニング用ツールとして使用し、就職する際に本人・支援者側から企業側に K-STEP の使用を提案する仕組みを取っているため、上記のような課題は発生しにくい。

しかし、K-STEP の場合、良好サインや注意サイン、リカバリープラン（対処方法）など心身の状態管理に関わる項目に重きが置かれ、仕事関連の項目がないため、心身の不調が職場定着上のポイントにならない対象者には使いにくい。職場定着のために情報共有すべき項目や望ましい情報共有の在り方は、障害のある人や雇用する企業によって異なるため、ツールの枠組み自体を人や状況に合わせることが望まれる。

なお、このような問題は、SPIS や対話シートでも発生する可能性はあるが、SPIS では生活面、社会面、作業面など網羅的に設定しており、煩雑な場合は一部の項目だけを使用する、対話シートではチェックする項目の枠組みを「状態チェック編」「体調管理編」「目標管理編」の 3 つから選択するなど、ケースに応じて使用方法を工夫する余地がある。

２　情報共有シート開発の経過

（１）情報共有シートの初期のイメージ

本研究では SPIS などの先行ツールの基本的な考え方（障害のある本人が自身の状況を日々見える化し、その情報を企業や支援者と共有することによって企業内での円滑なコミュニケーションを図ると共に、早期に適切なセルフケア、ラインケア、専門機関の支援に繋げる）を基に、上記１（３）の問題意識を踏まえ、ツールの利用はあくまでも本人の希望に基づくこと、就職後からツールを使用するよりも就職前から支援機関で活用する方が効果的であることを使用上の留意点とした。また、無料で利用でき、一目で見られる K-STEP をベースに、セルフケア関連の項目を簡素化し、仕事関係の項目を入れて、項目は必要に応じて加除できるものを作成することとした。

実地調査開始時は、「睡眠（起床・就寝）」「良好サイン」「注意サイン」「仕事上の目標」「仕事上のストレス」「特記事項」「職場・支援者からのコメント」の項目を例として示し（巻末資料 14）、本人や企業の状況に応じて項目を加除するように説明した。

（２）第１回フォローアップで把握した利用状況

第 1 回目のフォローアップでは、移行支援事業所の日報の中で、「体調」や「疲労感」などを自己チェックするものを使用しているなどの報告が複数あったが、その多くは本人のセルフモニタリングや支援者の本人把握として利用されており、就職後に企業を含めた関係者と本人で情報共有し、職場定着に資するために活用した事例は把握できなかった。

情報共有シートを使用していない支援従事者からは、「このシートだと細かすぎる印象がある。」「項目に対するチェックの仕方が、『1～3』、『○、レ』などばらばらなので統一した方がよいのでは。」などの発言があり、研修講

座で説明した「提示した項目などはあくまで例で、利用者が活用しやすいよう弾力的に運用することの重要性」が十分伝わっていないと思われる指摘があった。

フォローアップの状況から、情報共有シートは、セルフモニタリングや支援者の本人把握に留まらず、障害のある本人が自身の状況を日々見える化し、その情報を企業や支援者と共有することによって企業内での円滑なコミュニケーションを図り、早期に適切なセルフケア、ラインケア、専門機関の支援に繋げることを目的としたツールであること、項目の設定などは利用する本人とよく相談して弾力的に運用すること（カスタマイズ化が重要）などを強調すべきことが分かった。

また、「基本的な考え方を示されて、後は自分で考えてくださいと言われてもどのようにしてよいか分からない」といった感想も出たため、2017 年 12 月に研修講座のパワーポイント資料とは別に暫定的な手引を作成した。

（３）第２回質問紙の回答結果

実地調査の第 2 回質問紙調査で情報共有シートの使用状況を尋ねたところ、2 人（6%）の支援従事者が利用していた。利用した結果は、「本人のセルフケアに関連することを意識して支援できるようになった」1 人、「本人が適切に記載できるようになるまで時間がかかり、効率的な情報共有につながらなかった」1 人であった。医療従事者には、支援機関が情報共有シートを利用して医療機関に情報提供してきた事例の有無を尋ねたが、そのような事例はなかった。

また、情報共有シートを利用しなかった支援従事者にその理由を尋ねたところ、「本ツールを利用するのに適した事例がなかったため」24 人(71%)、「本ツールを利用しなくても、他の方法で情報共有ができているため」10 人(29%)、「研修等で本ツールの利用方法を十分に理解できなかったため」2 人(6%)、「利用してみる余裕がなかった」1 人(2%)であった。

（４）第２回実地調査回答者に対するヒアリング調査

情報共有シートを利用したが「本人が適切に記載できるようになるまで時間がかかり、効率的な情報共有につながらなかった」と回答した支援従事者に対し、ヒアリング調査を実施した。

支援従事者が所属する施設の利用者に情報共有シートを利用していた。情報共有シート利用時には、どのような主旨のツールなのかについての説明は一切なく、実地調査の研修講座のときに使用したパワポの情報共有シートの説明部分と研修講座で例示した情報共有シートをそのまま本人に渡しただけで、設定する項目や設定した項目の内容についても相談されていなかった。

ヒアリング時点で、2017 年 12 月に作成した手引は配布されていたが、このヒアリング結果からは、研修講座でシートについて短時間説明し、手引きを配布するだけではシートの基本的考え方や具体的な使い方が十分伝わらないため、より詳細な研修の実施や手引改訂の必要性もうかがわれた。このため、研究委員会及びツール検討部会の意見も踏まえ、心身の状況を把握する項目として「注意サイン」や「良好サイン」以外に「体調」などの一般的な用語も例示するなど手引の改訂を行い研究協力者に配布した（2018 年 6 月）。

（５）第２回フォローアップ

上記（２）～（４）の結果を踏まえ、第 2 回フォローアップでは再度情報共有シートの趣旨を参加者に説明し、情報共有シートの使用状況などを把握した。

ア　弾力的なツールの活用

「K-STEP の研修会に参加した後、K-STEP は少しマニアックなので独自にツールを作成し、企業でも使用できるかどうかを試している。今まで自分で言えなかったことを伝えることができるようになったという本人からの感想があった。」など状況に応じて弾力的にツールを使用している支援従事者や、「就労準備プログラムで心理教育を実施しており、セルフケアも扱っており、K-STEP を参考に独自に書式を作った。自分たちとしては移行支援事業

所やハローワークとつながっている事例に使いたいと考えている。」との医療従事者からの報告があった。

イ　デイケア等での情報共有シートの使用可能性

上記の医療従事者の報告は、医療機関での使用可能性を示唆しており、他の医療従事者からも「就労を検討できるケースでは利用可能性があるかもしれない。」との発言があった。しかし、それ以外の医療従事者からは「セルフケアの視点でかかわっていないのでピンとこない支援者もいるのではないか。」「注意サインを整理するプログラムはあるが、全員が参加するわけでもない。またそのようなプログラムの成果を他の機関と共有する仕組みはない。」「セルフケアの重要性については話しているが、悪くなって入院し退院したケースでその後悪化したことがないケースは悪化したことを覚えていないとふり返りが難しい。悪化の経験が少ない人は適用が難しいのでは。」「週一回でもふり返りができるかというと、できるとはいいきれない。プログラムを回すだけで精一杯の職員もいる。支援者の力量に依存する。」などデイケアでの利用は難しいとの発言があった。

ウ　今後の検討点

「（情報共有シートのようなツールの）ニーズはあるが、シートの内容を検討・整理する必要がある。利用開始から定着支援まで、支援段階ごとにどのようなタイミングでどのように使うか整理する必要がある。人によっては月単位で企業とやり取りしている人もいる。本人も企業も負担がなく、報告の際にわかりがいいものである必要がある。」「（研究版の）主治医の意見書とリンクできるといいのでは。また、主治医の意見書を書いてもらう際に参考にしてもらうといいのでは。」「グラフ化できるようにしてもらうと特徴をつかみやすいのでは。」「ツールはツールでいいと思うが、使う側のスキルが問われる。支援者の力量を伸ばす仕組みがマニュアルにあるとよいと思う。」などの今後の検討課題を指摘する意見もあった。

（６）第２回フォローアップ後の手引の改訂

上記（５）の経緯を踏まえ、2018 年 8 月に手引を改訂した。改訂版では、情報共有シートの利用者が状況に応じて弾力的に使用できるよう例示する項目を増やすと共に、読みやすくするために手引を導入編と解説編に分けた。

この時点で例示した項目は、生活面（睡眠、食事、服薬等）、心身の状況（体調や意欲、疲労、注意サイン等）、体調を維持するための対処や工夫の実施状況、仕事内容や日中活動の状況、仕事や活動の目標達成の状況、相談ごとや困りごとの有無、特記事項（本人のコメント欄）、情報共有した関係者のコメント欄などで、これらすべてを入れても A4 版 1 枚に 1～2 週間分をチェックできるようにした。また、実際に数種類のパターン（シートのテンプレート）を例示し、カスタマイズのイメージを持ちやすくした。

手引では、生活面がポイントになる人、体調が悪化する際の本人特有のサインがポイントになる人、仕事上の目標がポイントになる人、日々の具体的な様子など「見える化」すべき項目の重要度が人によって異なるため、本人と相談しながら、シートのチェック項目は個別に設定すること、状況が変われば情報共有すべきことも変化する可能性があるため、チェックすべき内容はその都度検討し必要に応じて変更すること、本人がシートの活用を希望していることが本シートを使用する際の前提になること、シートの使用を本人に強制しないようにすること、企業から本人にシート利用を勧める際は、本人に「業務命令」と受け取られないよう十分留意する必要があることなどを強調した。

主な利用対象者像としては、自身の体調変化に気づけず体調が悪化し仕事に影響が出る人、悩んでいても周囲の人からは元気にやっていると思われがちな自分の思いを伝えにくい人などを想定しているが、障害者雇用の経験が乏しく、どのような対応をしたらよいか悩んでいる企業の場合は、上記の状況があまり見られない人でも、シートを利用してコミュニケーションを図ることで、経験の乏しい企業の不安を軽減し、企業の適切な配慮を引き出すために使用することも考えられる。新たに精神障害（発達障害を含む）のある人を雇用する企業が増加する傾向があるため、支援機関では就職後の職場定着のことも考えて情報共有シートの利用を検討することが望ましいとした。

なお、2018 年 8 月に手引を改定した際に、障害者職業総合センターのホームページ上にシートの例をアップし無料でダウンロードできるようにした。これにより、本人や企業・支援者の状況に応じてカスタマイズすることが容易になった。また、印刷して紙ベースで記入・保管するだけでなく、エクセルシートを社内の共有フォルダで管理することにより、対話シートと同様に本人と企業はペーパーレスで即座に情報を共有できる、クラウド上でエクセルシートを管理することで本人や企業だけでなく支援者とも即座に情報を共有できるなど、使い方の選択肢も増えた。さらに、エクセルのグラフ機能を利用すれば心身の状況などをグラフ化して数か月分を一目で確認できるようになる。

３　情報共有シートの利用状況

（１）実地調査における使用状況

第 3 回質問紙調査で情報共有シートの利用状況の詳細を尋ねた。シートを利用した者は第 3 回調査に回答した 40 人中 7 人（18%）で（支援従事者 6 人、医療従事者 1 人）、シートの利用事例は計 44 件あった。なお、44 件中 31 件は 1 人の支援従事者が回答した事例であったが、使用状況を確認したところ、利用者に一律シートを配布しただけで具体的な情報共有を行っていなかった。このため、利用事例におけるシートを使用した効果等に関する下記（３）の分析ではこの 31 事例を除外して分析した（ただし、質問紙調査では個別事例の詳細報告は 10 事例を上限としているため、実質的に分析から除外したのは 10 事例）。

（２）実地調査以外の質問紙調査に対する回答状況

就業・生活支援センターでの情報共有シート使用状況の把握に係る質問紙調査は 17 センターから回答があった（回収率 57%）。

また、ジョブコーチ研修の受講者に対する情報共有シート使用状況の把握に係る質問紙調査は、企業関係者 2 人、支援従事者 1 人（ただし継続支援 A 型事業所）、計 3 人から回答があった。（回収率 7%）

就業・生活支援センターで回答のあった 17 センター中、情報共有シートを実際に使用したセンターは 14 センターで、全部で 37 事例に使用されていた。

また、ジョブコーチ研修の受講者で回答があった 3 人中情報共有シートを使用した者は 2 人（企業関係者 1 人、継続支援 A 型事業所 1 人）で、全部で 2 事例に使用されていた。しかし、本人がシートを記載するのではなく企業が面談時に状況把握のための質問用チェックシートとして利用していたことなどから下記（３）の分析から除外した。ただし、回答した 3 人は、シートの利用事例がなかった 1 人を含め今後もシートを活用したいと回答した。

（３）情報共有シートの効果等について

実地調査の第 3 回質問紙調査で情報共有シートの使用事例を報告した者のデータと実地調査以外の就業・生活支援センターのデータを併せて集計・分析した。

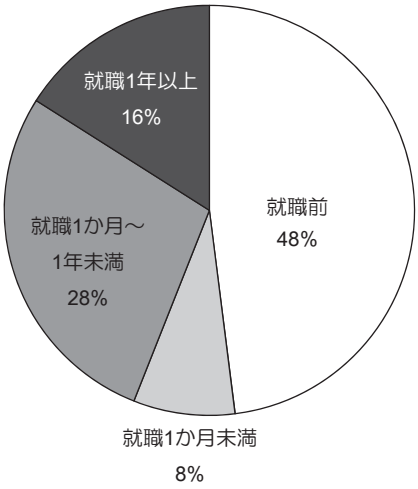
なお、各データは、上記２で述べた「情報共有シート開発の経過」の異なる時点で使用を開始している。このため、「研修だけ受けた支援者が研修資料を基に本人と相談し使用を開始した事例」「2017 年 12 月の暫定的な手引を作成した段階以降に使用を開始した事例（最も多いと思われる）」「2018 年 8 月の改訂版の手引を基に使用を開始した事例」など様々な事例が混在しており、情報共有シートの捉え方も利用者によってかなり異なっている可能性がある。

ア　情報共有シートの利用実態の分析対象

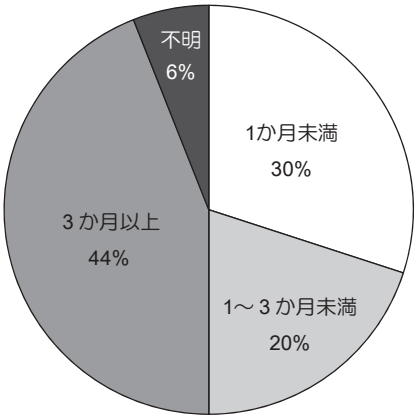
実地調査の第 3 回質問紙調査及び就業・生活支援センターに対する調査では、情報共有シートの利用事例の詳細を把握するため、情報共有シートを利用した事例について、回答者 1 人につき最大 10 事例（10 事例を超える場合は利用期間の長いもの）を選択してもらい、それらの事例について以下の利用実態を把握・分析した。なお、上記

（1）及び（2）で述べたように、シートが適切に利用されていなかったことを把握できた事例については分析から除外した。その結果、分析対象とした事例は支援従事者 19 人及び医療従事者 1 人から報告された 50 事例であった。このうち、39 事例（78%）は就業・生活支援センターに所属する回答者が報告し、移行支援事業所に所属する回答者が 7 事例、ハローワークまたは医療機関に所属する回答者がそれぞれ 2 事例ずつ報告した。

分析対象とした事例の利用開始時の状況を図Ⅲ-1、シートの利用期間を図Ⅲ-2、シートを活用して情報共有を行った相手を表Ⅲ-1 にそれぞれ示した。



図Ⅲ-1　シート利用開始時の状況（n=50）



図Ⅲ-2　シートの利用期間（n=50）

表Ⅲ-1　シートを活用して本人が情報共有を行った相手（n=50）

情報共有の相手	度数	割合
就業・生活支援センター	34	68%
医療機関	22	44%
移行・継続支援事業所	15	30%
企業	13	26%
職業センター	4	8%
家族	2	4%
ハローワーク	2	4%
精神保健機関	1	2%
その他	2	4%

イ　情報共有シートの利用者の特徴・利用結果

情報共有シート利用者の特徴や利用結果を図Ⅲ-3 に示した。

シート利用者のうち、「自身の状態（体調等）の変化に気づけず、体調が悪化し仕事に影響が出やすい人」に「当てはまる」が 22 人（44%）、「ある程度当てはまる」が 23 人（46%）、「悩んでいても周囲の人に自分の思いを伝えることができない人」に「当てはまる」が 10 人（20%）、「ある程度当てはまる」が 20 人（40%）、「周囲の人が困

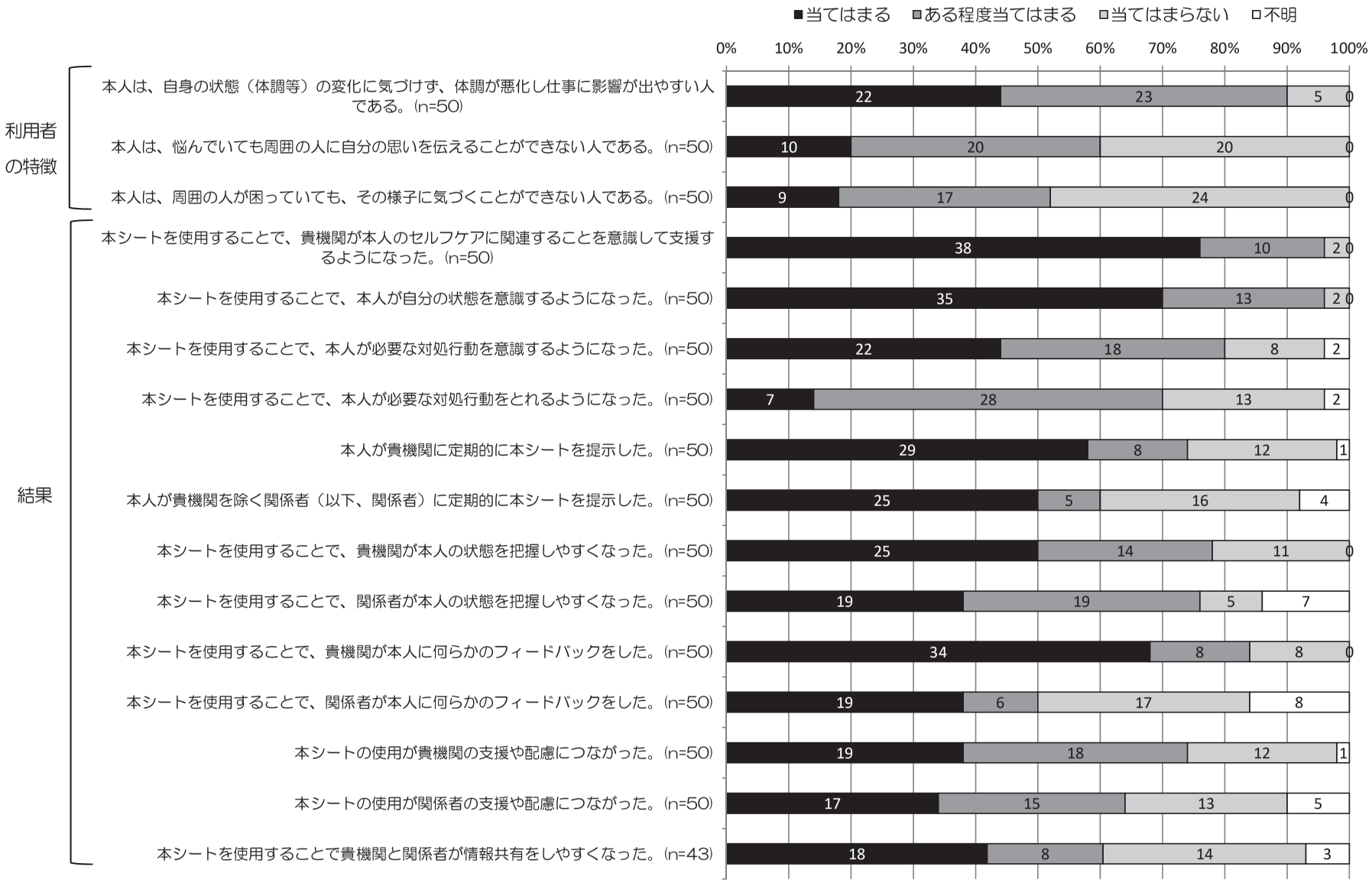
っていても、その様子に気づくことができない人」に「当てはまる」が 9 人（18%）、「ある程度当てはまる」が 17 人（34%）だった。

また、情報共有シートを利用した結果、「当てはまる」と「ある程度当てはまる」に該当した者が 80%以上だった項目は、「貴機関が本人のセルフケアに関連することを意識して支援するようになった」の 48 人（96%）を始め 13 項目中 4 項目あり、70%以上だと 9 項目あった。また、最も低い項目が「関係者が本人に何らかのフィードバックをした」の 50%だった。このことは、回答した機関以外がシートを活用してフィードバックすることが少ない、もしくは回答機関以外にシートを利用して本人が情報共有した機関が少ないことを表している。一方、「本シートを使用することで、貴機関が本人に何らかのフィードバックをした」は 84%であった。回答機関であれば 100%シートを利用して本人にフィードバックすると考えたくなるが、これらの事例に関して何人かの回答者に確認したところ、回答者が就業・生活支援センターの場合に、移行支援事業所や企業にシートを紹介し、就業・生活支援センターと本人が直接やりとりすることがない事例があることが分かった。

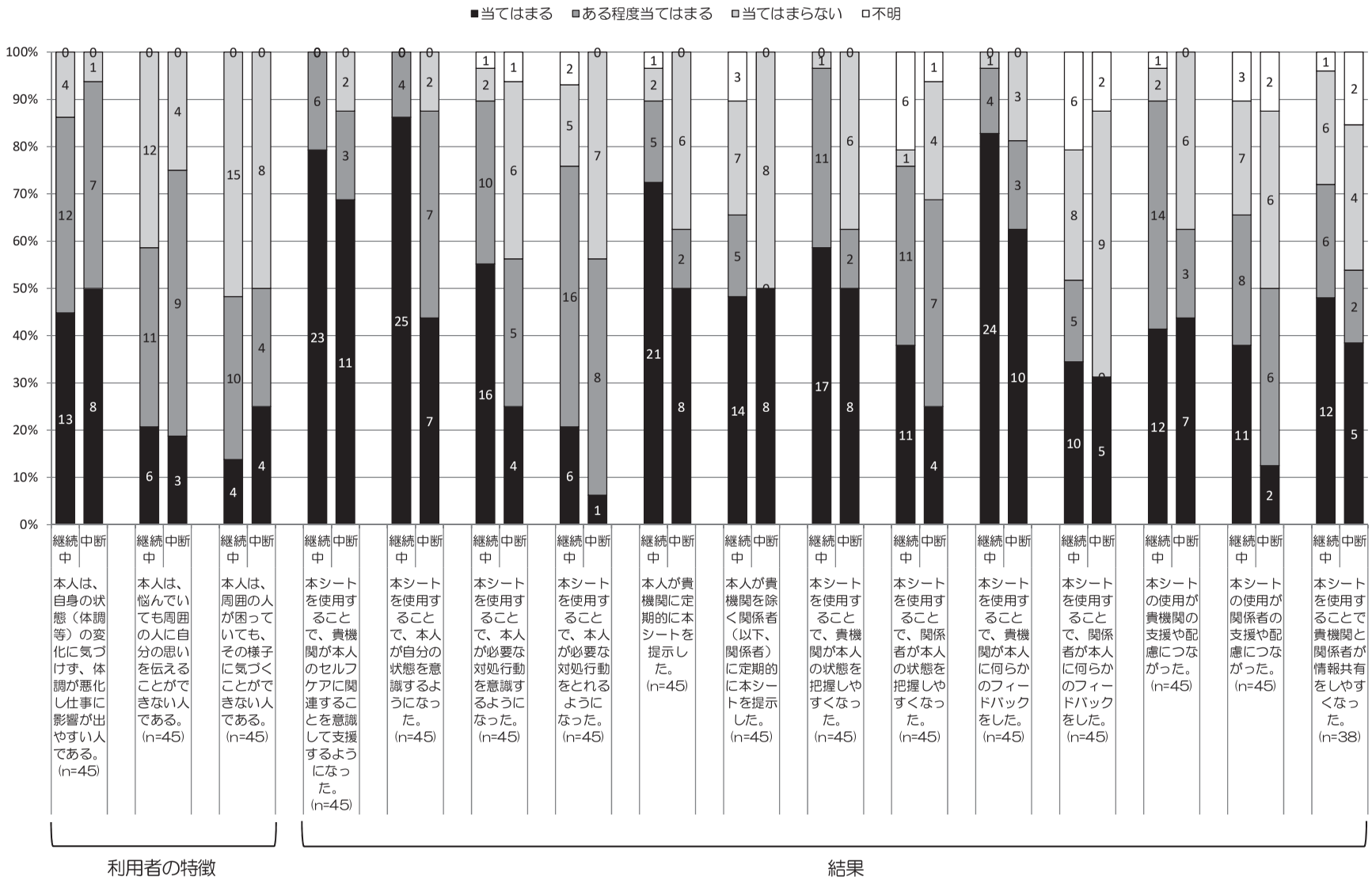
シートの利用を継続中かどうか尋ねたところ、29 事例（58%）が「継続中」、16 事例（29%）が「継続していない」、5 事例が「不明」と回答された。参考までにシートを利用した事例の特徴と、利用結果について継続中の事例と、中断した事例を分けて図Ⅲ-4 に示した。継続している事例の方がシートを利用した効果について「当てはまる」もしくは「ある程度当てはまる」と回答された割合が高い傾向にある。

また、利用期間 1 か月未満の事例と 1 か月以上の事例に分けてシートを利用した事例の利用結果を示した（図Ⅲ-5）。シートを利用した期間が 1 か月以上の事例の方が、シートを利用した効果について「当てはまる」もしくは「ある程度当てはまる」と回答された割合が高い傾向にある。

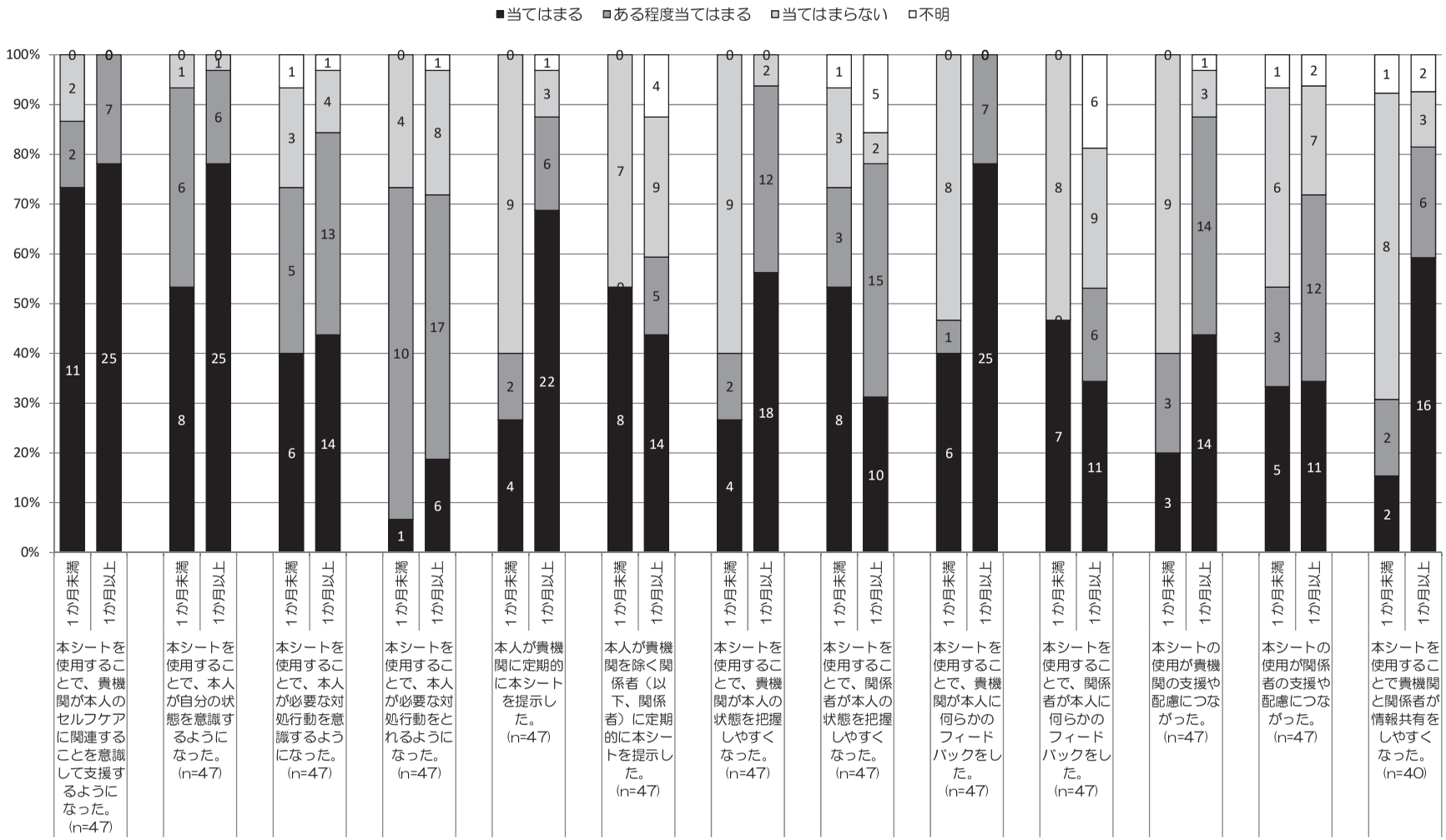
なお、本人がシートを利用して企業と情報共有した 13 事例の特徴と利用結果を図Ⅲ-6 に示した。「本シートの使用が関係者の配慮や支援につながった」は、「当てはまる」54%、「ある程度当てはまる」38%、計 92%で、全体（図Ⅲ-3）の「当てはまる」34%、「ある程度当てはまる」30%、計 64%より高くなっていた。また、「本シートを使用することで貴機関と関係者が情報共有をしやすくなった」は「当てはまる」58%、「ある程度当てはまる」17%、計 75%で、全体（図Ⅲ-3）の「当てはまる」36%、「ある程度当てはまる」16%、計 52%より高くなっていた。



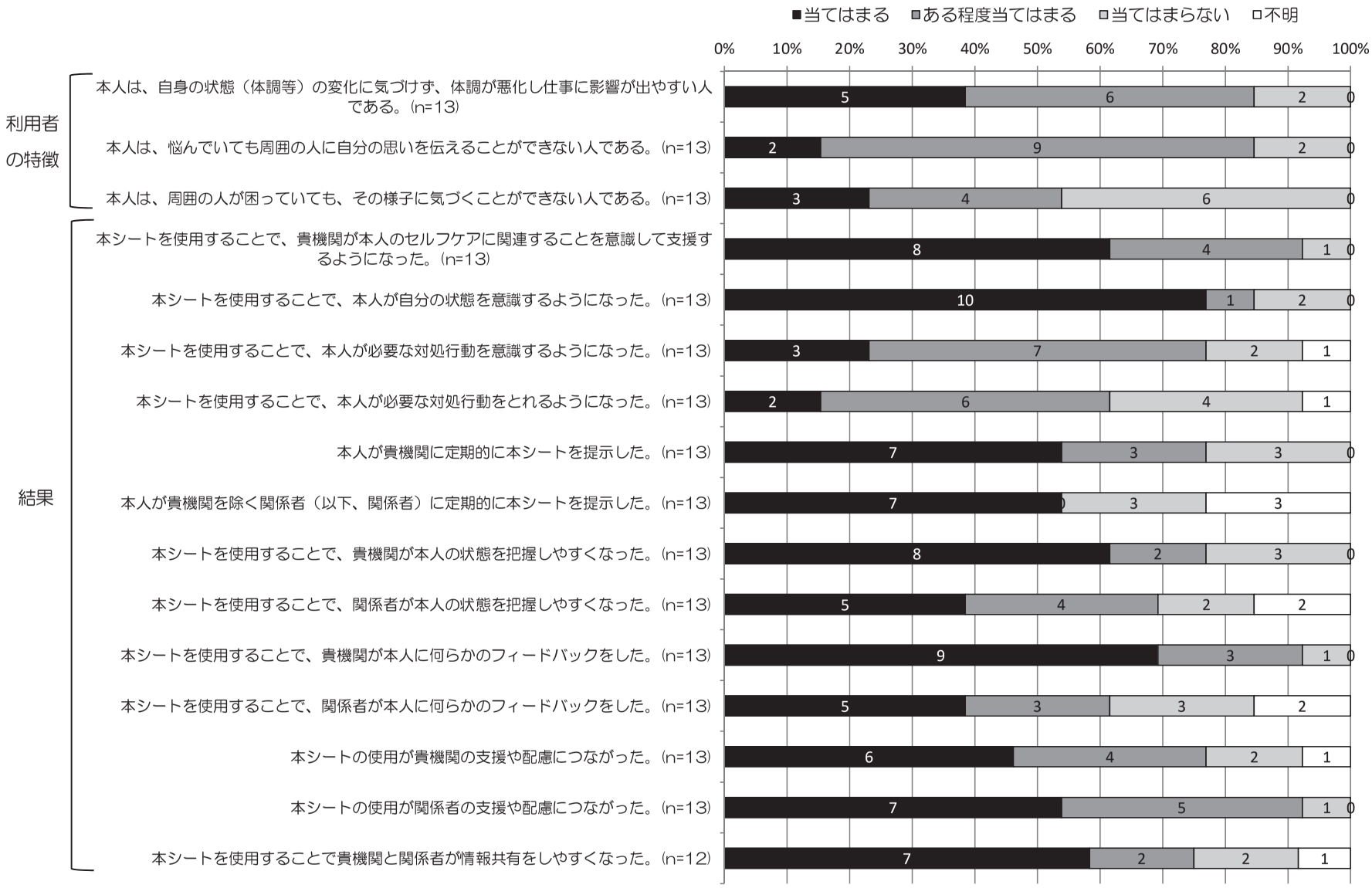
図Ⅲ-3. 情報共有シートの利用者の特徴・利用結果



図Ⅲ-4. シートの利用状態別の情報共有シートの利用者の特徴・利用結果



図Ⅲ-5. シートの利用期間別の情報共有シートの利用結果



図Ⅲ-6. 情報共有の相手に企業が含まれていた利用者の特徴・利用結果

ウ　シートの利用を継続しなかった理由

シートの利用を「継続していない」と報告された 16 事例の理由を表Ⅲ-2 に示す。

表Ⅲ-2　シートの利用を継続しなかった理由

理由	度数
シートの記載が本人の負担になったため。	5
シートを利用する目標（本人の状況把握や課題の改善など）を達成できたため。	4
本人が体調を崩したため。 他のツール（会社の日報など）を利用するようになったため。	3
本人が離職したり、転居によって支援が中断したため。	2

エ　シートを利用しなかった理由

シートの利用事例がないとした就業・生活支援センターの回答者に対し、理由を尋ねた。その結果を表Ⅲ-3 に示す。

表Ⅲ-3　シートを利用しなかった理由

理由	度数
本シートを利用するのに適した事例がなかったため。	2
手引きだけでは本シートの利用方法を十分に理解できなかったため。 シートを利用するための準備や時間的余裕が本人になかった。 利用者1人あたりにかけることができる時間が限られているため。 企業や関係機関への周知・啓発ができていないため。	1

（４）シートの利用意向

就業・生活支援センターに対する質問紙調査では、「今後、情報共有シートを利用したいと思いますか」と尋ねた。その結果、質問紙調査に回答した 17 所中 16 所（94%）が「利用したい」と回答し、残りの 1 所は「どちらともいえない」と回答した。「どちらともいえない」と回答した就業・生活支援センターは情報共有シートの使用事例がなかった。

また、表Ⅲ-4 に上記回答の理由を尋ねた結果を以下に示す。なお、回答の理由として解釈が難しかった回答については「感想」として表Ⅲ-5 にまとめた。

表Ⅲ-4　シートの利用意向に関する理由

「利用したい」理由	度数
本人が体調等の変化を意識するようになり、セルフケアの向上に有効であると感じたため。（特に病気の症状が出やすい傾向のある利用者やセルフコントロールが難しい利用者）	5
睡眠時間と調子の因果関係を客観的な事実として本人に提示できる等、本人が自己理解を深めることに役立つため。	4
本人の体調を（支援者が）確認できるため。 本人と企業や支援者の間で共通の認識を持つことができるため。	2
心理教育を受けた経験のある人は受け入れやすく、大変有効に感じた。 企業から「変化などが分かりやすい」というコメントがあった。 本シートの効果を引き続き検討したいため。 利用について前向きな利用者がいるため	1

表Ⅲ-5　シートに対する感想

感想	
企業と利用者間の情報共有としては、業務日報で支援している企業もある。	2
本シートを利用・活用するのに適した事例・対象者が少なかった。 当センターや地域性に応じた活用方法を模索していきたい。 合う人と合わない人（例：振り返りにのめり込み体調を崩す、逆に面倒に感じて着手できない） 継続しない理由として「自分には必要がないかもしれない」という判断に至ったことが挙げられた。 就労移行やデイケアなどで活用を開始し、就業・生活支援センターで引き継ぐ形なら有効かもしれない。 働きながらセルフケアに関心を向けていくには、シートの活用だけでなく他の働きかけも必要に思う。 利用について負担にならない説明が必要と感じた。 支援者から「（体調等の変化を）見て分かるので指摘しやすくなったが、調子を崩すことに変化はなかった。対処するまで至らなかった。」というコメントがあった。	1

（５）シートの手引についての感想

実地調査の第 3 回質問紙調査に回答した 40 人、実施調査以外の情報共有シートの使用状況に係る質問紙に回答した就業・生活支援センターの 17 人及びジョブコーチ研修受講者の計 60 人に対し、「（調査の依頼の際、配布した手引は）以前に配布した手引より分かりやすくなりましたか。」と尋ねたところ、46 人が「分かりやすくなった」と回答し、1 人は「分かりやすくなっていない」と回答した。また、残り 13 人は「新しい手引を読んでいない」と回答した。

表Ⅲ-6 に「手引をより分かりやすくするための意見」として回答された意見を示す。なお、寄せられた意見の中には感想が混じっており、その内容は「導入編と解説編に分かれて、実施する側は気持ちが楽になったと思う。」「導入編のシート活用手順の解説編の参照部分は以前に比べたらマニュアル式に変わり随分分かりやすくなった。」「解説編に情報共有シートのバリエーションごとに工夫の説明があり、『様々な使い方ができます』といわれるよりも分かりやすく、触れやすくなった。」であった。

表Ⅲ-6　シートの手引に対する意見

手引をより分かりやすくするための意見
段階や対象者、支援者別に手引を分ける。
分かりやすく簡潔に作成しようとされていると思うが、文字数が多い印象は拭えない。
文字以外の説明内容箇所を増やす。
利用を検討した企業からは『いつシートに記入を行うのか』といった記入のタイミングについての相談があった。
就業開始前に記入する場合、『心身の状況』等が悪いになっていれば仕事をさせて良いのか不安との意見が企業からあった。作成の段階で『出勤が出来る体調なのか』『出勤は可能だが、通常よりは業務効率が落ちてしまうのか』等、段階的に分け、詳細を口頭もしくは別紙書類で本人や企業等と共有していくなど配慮が必要な場合も考えられる。
服薬の記入については、寝る前などあると記入しやすい。
対象者の能力を可視化するレーダーチャートみたいなものがあればもっと分かりやすい。
事業所の負担に配慮してコメントが選択肢から選べるようになっているとよい。

（６）情報共有シートのヒアリング結果

就業・生活支援センターから報告された事例のうち、シートを利用した支援機関 9 所、企業 3 社、精神障害（発達障害を含む）のある本人 6 人に対してヒアリング調査を実施した。

以下にシートに関するヒアリング結果を示す。なお、特に記載がない場合は支援従事者からの回答である。

シートを提案する際、「企業と雇用されている本人にシートを渡して口頭で簡単な説明を行った。」など一部研究担当者が想定しなかった事例もあり、シートを提案する際の留意点などをより具体的に手引に記載する必要性や、手引に対する具体的な改訂の希望などが把握できた。

ア　シートの利用を支援者から障害のある人に提案した主な理由

・本人が自分を見つめ直す必要があると感じたとき（職歴などから環境や人間関係で揺れるかなという人や自分のことを分かっているように話はするが、支援者としては本当にそうかなと感じる場合など）。
・支援者が本人を理解する必要があると感じたとき。
・医療機関など関係者とも情報共有して支援に活かしたいと感じたとき。
・就職後を意識し、シートを利用した職場でのコミュニケーションを練習する必要があると感じたとき。
・就職後に本人・職場・関係者で情報共有することが望ましいと感じたとき。

イ　シートの提案の仕方

・支援従事者が手引を読み、その後、本人と一緒に手引を読んで項目を設定した。
・就職している本人にシートの利用を提案し、利用開始後に、企業に対し情報共有の提案をした。
・支援従事者が手引を読み、その後、シートを見ながら本人にシートの使い方を説明した。
・就業・生活支援センターの職員が移行支援事業所の職員に手引を渡してシートの説明をし、移行支援事業所の職員から本人にシートの説明をしてもらった。
・就業・生活支援センターの職員が、企業と本人にシートを渡して口頭で簡単な説明を行った。

ウ　シートを使用する際の注意点

・書くことが苦手な人は、項目設定を絞り込む必要がある。項目を絞り込むときには手引が参考になる。
・シートをつけることにのめり込んで疲れてしまうケースやシートの記載を面倒くさがる事例もあった。相談を通じてこのような状況にならないよう工夫する必要がある。
・シートで職場と情報共有するかどうか検討する際は、「本人の状況」（自分の情報を開示することへの不安や抵抗など）と「会社の状況」（適切なフードバックをしてくれるかなど）を踏まえる必要がある。

エ　手引の改正などの要望

・研究担当者が指摘しているように、シートは毎日顔を合わせる移行支援事業所で活用するとより効果が上がると思うが、セルフケアに対する知識が不十分な移行支援事業所の職員も多いので、手引をより分かりやすいものにする必要があるのではないか。
・使用上の留意点や工夫は手引（2018 年 6 月版）にも記載されているが、文字が多いのでイラストや漫画で伝える等工夫してもらえると良い。
・このシートを使ってよかったという利用者（企業担当者や障害のある当事者）のコメントを手引に記載しておくと、本人や企業に利用を勧めやすい。
・支援者はどうしても「支援者が本人の状況を把握する」「本人が自分のことを理解する」機能だけに関心がいってしまいがちになる。研究担当者が指摘するような、「医療機関を含めた関係者間での情報共有」「シートを活用した職場でのコミュニケーションの練習」「シートを活用することで、企業の安心感や本人に対する配慮を引き出す」ことの重要性について事例を含めて手引に記載すると良い。

オ　シートの改善に対する意見

・シートがグラフ化され一目で見られるようになればさらに便利である。（企業）

・紙だと持ち歩くのに不便だし、どんどん溜まってくるので、シートをデジタル情報にしてスマホで管理できると良い。（本人）

・紙ベースの場合、A4 版の場合は携帯性に問題がある。B5 版のファイルに収まるようなものだと良い。

（５）事例の概略

支援者以外に本人や企業からヒアリング調査の協力を得た 3 事例のヒアリング調査の概略を示す。なお、支援者及び企業に対するヒアリングはすべて単独で実施し、本人に対するヒアリングは、事例 2 は単独で実施し、事例 1 と 3 は本人が希望したため支援者同席で実施した。

〇事例 1：就職して 2 か月後から利用開始

（支援者）これまで 2～3 か月で離転職し、生活リズムが把握できなかったため利用を勧めた。項目は本人が主体的に記載できた。企業からは「毎日見るのが面倒、見たら何か書かないといけないし・・・」と言われ定期的に本人が見せることはしていないが、本人がチェックしたことを基に企業に説明している。

（本人）6 か月位利用している。シートを利用して生活のリズムをチェックしたいと思い利用し始めた。シートで体調のチェックをして就業・生活支援センターと訪問看護の支援者と相談している。使い始めた頃は主治医にも見せていた。自分の生活状況が伝わりやすかった。最近は安定しているのでシートを見せる必要がない。会社の人には直接シートは見せていないが、口頭で説明し、体調が悪いときや頭痛がするときは休憩時間を早めにもらうなど配慮してもらっている。今後も継続して使っていきたい。

〇事例 2：就職後 1 か月未満で利用開始

（支援者）在職中に発症し、離職後、移行支援事業所や A 型事業所の利用経験有り。障害を開示しての就職は今回が初めて。自分の体調について説明が難しい方なのでシートを使ってコミュニケーションできるようシートの利用を提案した。シートを日々見ているのは企業の人で、支援者は定期的な企業訪問の時（1 月 1 回）に確認するだけである。企業の人にシートを見てもらい自分の様子を確認してもらえるだけで安心に繋がっているようだ。

（本人）日々の体調を職場の人に知っておいて欲しいが、自分から体調のことを話すのは難しかった。仕事上のやりとりが多いので、体調について話す時間はあまりない。シートを利用するようになり、体調のことを伝えられるようになった。自分の状況は見た目だけでは分かりにくいので、シートを見せるだけで「そうだったのか」と分かってもらえるので助かる。具体的に何かをしてくれなくても、分かってもらえるだけで安心感がある。どういうことがストレスになるのか、注意サインや良好サインを見てもらえるのもよい。体調だけでなく、「仕事上の目標」などもあるので、仕事上でも有効である。ただし、シートは退社時に見てもらうことになっているが、朝から体調が悪いときには、朝に伝えて、体調に配慮してもらえるとありがたい。→（研究担当）「対処・工夫」の欄を追加し、「調子の悪いときは朝シートを上司に見せる」などの項目を追加する方法もあるのでは。→（本人）頭痛や首が張ることがあるので、席を外してストレッチをすると違うかもしれない。新たに「対処・工夫」の項目を作り、その項目に「ストレッチ」などを入れると良いかもしれない。是非やってみたい。

（企業）少ない時間で、睡眠時間や日々の体調が把握できるので大変便利である。シートを確認してサインをするだけなので負担はない。指導担当になった際に、上司からは「障害者雇用の人」程度の説明しか受けなかったが、シートを毎日見せてもらうことによって比較的安心して本人とのやりとりができた。自分に人事異動があっても、シートがあると後任の指導者は助かると思う。

○事例 3：移行支援事業所で利用中

（支援者：移行支援事業所）去年から移行支援事業所を利用開始。週 3 日半日利用からスタートし、1 年後に週 4 日半日利用、その 1 か月後に週 5 日利用（うち 3 日全日利用）、その 5 か月後（現在）に週 5 日全日利用になっている。自傷行為があったが、シート利用後は自傷行為がない。先月、3 日間職場実習を行ったが、採用には至らなかった。採用されないことが分かった日は落ち込んでいたが、自傷もなく切り替えが早くなった。本人もそのように自覚している。

（本人）良好サイン、注意サイン、それに対する意識ができた、前向きになった。シートをつけることで振り返りができ、気持ちの整理ができる。シートをつけるのは好きである。体調面だけでなく、生活面と一緒に記録できるのがよいと思った。自分の課題が見えてきた。気分を改善するために取り組むべきことにも注意するようになった。医療機関でも、最近はこうでしたと見せている。先生に分かってもらえるというのが安心。先生は何も言わないが、先生から何か言われると、こだわってしまうので、何も言われない方がよい。見てもらえるのが安心につながる。実習の時の上司に見てもらい、自分の状態を分かってもらっているということで安心が得られた。緊張して朝吐くなどあったが、早めに自覚でき、その時はゆっくり休むようにした。記載の仕方の分かりやすい解説があるとよい。（本人はシートの説明を受ける際、手引を見せてもらわなかったようで、研究担当者が手引を見せたら、「このようなものを見ながら記載項目を考えたい。」と話した。）

4　情報共有ツールの統合に関する議論と運用の重要性

（1）ツール検討部会における情報を共有するためのツールの統合に関する議論

第 I 部で述べたように、SPIS や K-STEP など類似するツール（情報共有ツール）が開発されているため、SPIS や K-STEP の開発者などを対象にそれらのツールの具体的な特徴や課題点などについてヒアリング調査を実施した。その際、ツール別にヒアリングを行うよりも、関係者が一堂に会し各ツールの共通点や相違点を整理し、本研究で開発すべきツールの特徴を明確にする方が効果的であるため、専門家ヒアリングの対象者などから構成されるツール検討部会を設置した。

ツール検討部会の委員が中心となり、第 46 回日本職業リハビリテーション学会において「精神障害のある従業員と企業等が情報を共有し職場定着を図るためのツール」というテーマで自主ワークショップを開催した。その際、討論に参加した本研究の研究委員会委員から、ツールや普及・研修の統合化の可能性などについて検討すべきではないかと指摘を受け、自主ワークショップ終了後、ツール検討部会でツールの統合化などについて検討を行い、以下のように整理した。

ア　情報共有により円滑なコミュニケーションと早期に適切な対応につなげる視点の共通性

各ツールに共通しているのは、精神障害のある人の安定した職業生活の継続のために「障害のある本人が自身の状況を日々見える化し、その情報を企業や支援者と共有することにより関係者間の円滑なコミュニケーションを図ると共に、早期に適切なセルフケア、ラインケア、専門機関の支援につなげる視点を持っていること」である。

イ　「どのような場合に、どのような情報を、どのような方法で情報共有すべきか」を個別に検討

ツールの統合化を考える際に重要なのは、障害のある人と企業や支援者などの状況によって情報共有すべき項目は変化するため、既存のどのツールが優れているか検討することではなく、「どのような場合に、どのような情報を、どのような方法で情報共有すべきか」を個別に検討することである。

また、ツールを活用する際には、「①何のために情報共有するのか、障害のある本人と情報共有する関係者間で目的を共有する→②目的を達成するために適切な方法を採用する→③その方法が適切に機能しているか

モニタリングし、状況が変われば必要に応じて情報共有の方法を変更する」プロセスが必要である。このようなプロセスは、情報共有ツールに限らず、様々なツールやサービスを適用するときの基本であろう。

ウ　ツールに共通する視点の研修

現在行われている情報共有ツールに関する研修では、個々のツールの内容とその使い方（記載の仕方等）に焦点が当たっている。しかし、個々のツールの研修の際にも、上記アやイの各ツールに共通した基本的な視点を説明することにより、ツールに人や状況を合わせるのではなく、人や状況にツールを合わせることの重要性を理解してもらえれば、各ツールをより有効に使用してもらえる可能性が高まる。今後は、必要に応じて研修内容を一部統合化することも検討できるのではないか。

（２）ツールの運用に関する事例

上記（１）を踏まえると、どのような情報共有ツールであっても運用の仕方が重要になる。そこで、上記１（３）で述べた「企業からツール使用を提案することによるリスク」と「ツールを使用してコミュニケーションを図ることに慣れていないことによるリスク」を軽減する取組として、研究担当者が SPIS や対話シートの関係者に提案して行った取組について報告をする。

ア　支援機関利用時から SPIS を利用する試み

研究担当者が SPIS 開発者である有限会社奥進システムの奥脇学社長や SPIS の普及・研修を担当している全国精神障害者就労支援事業所連合会の関係者と話し合いを行った際に、就職してから SPIS の利用を開始するのではなく、移行支援事業所在籍時から SPIS を使用することで障害のある本人のコミュニケーションスキルを向上させ、就職後の円滑なコミュニケーションに繋げることが議論され、2018 年度から一部の移行支援事業所でこのような取組がスタートした。

移行支援事業所で利用者に対して SPIS を利用開始してから約半年後に、SPIS を利用している支援従事者にヒアリング調査を行い、以下のことを把握した。

移行支援事業所で SPIS を利用するに際し、SPIS の入力の仕方などはマニュアル化（項目を自分で設定する、自由記述は自分を見つめて記述する、記載内容を誰が見るかわからないと本人が不安になるので誰が見るのかを明確にする、体験実習では企業の人は見ない等）している。しかし、移行支援事業所利用中から SPIS を使用することの目的については、「いままでの訓練で分かったサインを早期発見できるように」等の説明はしているが、利用者に目的をどう説明するかは十分に支援者間で共有していないとのことであった。

イ　大阪府と大阪労働局が連携して対話シートの活用に取り組んだ事例

2017 年度に研究担当者と大阪労働局及び対話シートを開発した大阪府が協議し、次のような対話シートの試行的な取組をすることとした。まず、求職者と求人者のマッチングを行うハローワークの職員が、就職後に対話シートを活用することで職場定着につながると思われる求職者に対話シートの利用を勧める。次に、求職者が対話シートの利用を希望した場合、ハローワークから当該求職者を雇用しようとする求人者に対して対話シートの利用を働きかける取組を実施する。この際、大阪労働局ではこの様なマッチングを行う職員を精神障害者雇用トータルサポーター及び発達障害者雇用トータルサポーターと想定し、これらの職員に対し大阪府が対話シートの研修を行った。

研修を実施した約 4 か月後の大阪労働局の全ハローワークの精神障害者雇用トータルサポーター及び発達障害者雇用トータルサポーターが取り扱った対話シート活用事例は 1 件だった。この事例を担当したトータルサポーターにヒアリング調査を実施し以下の状況が把握された。なお、ヒアリングの際に判明したことだが、当該事例は、ハローワークから紹介就職した者の定着支援で何度か職場訪問した際に、その職場で対話シートを使用していたもので、ハローワークが対話シートの活用について求職者と求人者をマッチングした

ケースではなかった。

当該活用事例では、本人が自分自身の体調などプライバシーに関わることを会社の上司に開示することについて十分納得できていなかった。さらに、対話シートに体調が悪いと記載すると「何故このような状況なのか」と企業から詰問されたように本人が受け取ってしまうなど、本人と企業のコミュニケーションがぎくしゃくした。本人の自主性・主体性に基づかずに対話シートを使用することの危険性や企業側がシートを使用したコミュニケーションスキルを持たないとかえってマイナスになることなど、事前の説明でシートの活用に対する理解を得る必要性が課題として出た。この事例を踏まえ、就職前に本人が自主的に対話シートの活用を希望し利用の仕方を習得できるよう、ハローワークの窓口で複数の求職者と対話シートを利用して相談するようになった。また、近々、対話シート利用者を企業に紹介するので、その際、企業に対して対話シートの活用について提案する予定である。

また、この職員に、研修を受けたトータルサポーターは多数いるが対話シートを活用したマッチング事例が少ない理由と今後マッチング事例を増やすための方策を質問したところ、以下の回答を得た。

マッチング事例が発生しない理由については、トータルサポーターの位置づけが所によって異なり、その多くがカウンセリングをする人のような位置づけになっていることが考えられる。マッチング事例を増やすためには、求職者との相談、求人者への説明と紹介、定着支援の一連の業務を一人の人間が継続して行わないと難しい。そのようなことができる職員を 1 所一人は研修等で育て、マッチング事例を数例だしたら他の職員にもそのノウハウを伝達する必要がある。

５　情報共有シートの開発に関する考察

本章では、本人が自身の状況を見える化し、その情報を関係者と共有することで円滑なコミュニケーションを図ると共に、必要に応じて早期に適切なセルフケア・ラインケアなどに繋げることにより安定した職業生活の継続に資する情報共有シートの開発経過を記述した。さらに、情報共有シートを含めた様々な情報共有ツールに共通する考え方や留意点を検討した。

本項では、まず安定した職業生活の継続に資するための情報共有ツールの考え方を整理した上で、情報共有シートの開発結果と今後の情報共有ツールの活用について考察する。

（１）情報共有ツールの考え方

情報共有シートを含め、安定した職業生活の継続に資するための情報共有ツールは、本人が自身の状況を日々見える化し、その情報を関係者と共有することにより円滑なコミュニケーションを図ると共に、必要に応じて早期に適切なセルフケア・ラインケア・専門機関の支援に繋げることという共通の視点を持っている。

また、情報共有ツールを有効活用するためには、以下の 3 点が重要になる。

①ツールを使用する際は、何のために情報共有するのか、障害のある本人と情報共有する関係者間で目的を共有し、その上で、目的を達成するために適切な方法を採用する。

②障害のある人と企業や支援者などの状況によって情報共有する項目は変化するため、どのような場合に、どのような情報を、どのような方法で情報共有すべきか検討し、人や状況にツールを合わせる。

③何らかの方法を採用した後も、その方法が適切に機能しているかモニタリングし、状況が変われば必要に応じて情報共有の方法を変更する。

以上のように、情報共有ツールを使用するときには、ツールの形式以前にツールの基本的な考え方を理解する必要がある。また、人や状況をツールに合わせるのではなく、人や状況にツールを合わせるためにツールを運用する際のスキルが求められる。

一方、上記４（２）でツールの運用に関わる 2 事例を紹介した。いずれの事例も、「企業からツール使用を提案することによるリスク」と「ツールを使用してコミュニケーションを図ることに慣れていないことによるリスク」を軽減する取組として行われたが、上記４（２）アの事例では目的の共有という基本的なことが実践されていないことが、上記４（２）イの事例では運用する際の実行可能性の問題が明らかになった。情報共有ツールを利用する支援者のスキルアップを含め、ツールを適切に運用できるための支援体制の整備が求められているといえる。

（２）情報共有ツールを普及する際の留意点

ツールを普及する際には、うまくいったデータや事例だけに焦点を当てるのではなく、運用上の留意点、特に失敗事例などから注意すべき点を明示すべきであろう。その際には、上記（１）の①～③のプロセスごとに留意すべきことや工夫すべきことを説明することが望まれる。

なお、ツールを使用する際の基本的な視点や留意点などは、各ツールに共通する点も多い。現在、ツールを普及する際の研修内容は、各ツールで異なるが、各ツールで共通する点を整理し、必要に応じて研修内容を統合化することも望まれる。

（３）情報共有シートの開発結果と課題

本研究では、実地調査や就業・生活支援センターでの利用状況を踏まえ、情報共有シートの基本的な考え方（導入編）と運用の仕方の概略（解説編）を手引にまとめた（巻末資料 15）。

また、情報共有シートを利用した実地調査の研究協力者や就業・生活支援センターの支援従事者から利用した効果などを質問紙調査により把握した。調査では、例えば「貴機関が本人のセルフケアに関連することを意識して支援するようになった」などが「当てはまる」「ある程度当てはまる」「当てはまらない」「不明」のいずれに該当するか確認したが、「当てはまる」「ある程度当てはまる」に該当した事例が 80%以上だった項目は 13 項目中 4 項目、70%以上は 9 項目あった。さらに、シートを使用した支援従事者、障害のある本人、企業関係者に対するヒアリング調査でも、シート利用の効果が把握された。開発の途上での調査ではあるが、情報共有シートを使用することによる効果はある程度見込めると思われる。

しかし、調査期間の関係でその多くは短期間利用した事例で占められていること、本調査が情報共有ツールの考え方が十分に整理できていない段階の手引を基に情報共有シートを使用した結果であり、本研究終了時点で整理された手引に基づく利用効果は把握できていないことなど、本研究での調査結果はあくまで参考値として考えるのが適当である。

また、情報共有シートは、人や状況をツールに合わせるのではなく、人や状況にツールを合わせるようにしているため、ツールを運用する際のスキルが強く求められる。しかし、開発したばかりの情報共有シートは、運用上の留意点がほとんど蓄積されていない。このため、情報共有シートが有効に利用されるためには、情報共有シートの使用事例と運用上の留意点や工夫などを収集・蓄積し、手引や研修に反映させることが望まれる。

（４）医療機関での情報共有シートの活用について

シート利用者に対するヒアリング調査では、支援従事者から、「セルフケアに対する知識が不十分な移行支援事業所の職員も多いので、手引をより分かりやすいものにする必要がある」といった意見が出た。一方、セルフケアに関することは医療従事者の専門領域であり、支援従事者よりも医療従事者の方がより適切に本人と相談できる可能性は高いと思われる。そこで、医療機関でシートを利用し、移行支援事業所などを利用する際にシートを引き継ぐようにするとシートの利用が円滑に行われる可能性があると考えた。

しかし、実地調査のフォローアップでは、「就労を検討できるケースでは利用可能性があるかもしれない。」などの発言もあったが、多くの医療従事者からは「医療従事者でもセルフケアの視点が弱いスタッフがいる」「プログラムを回すだけで精一杯のところもある」など医療機関での利用は難しいとの発言が多かった。また、ツール検討部会では、情報共有シートを利用するためには、本人の中に就労のニーズがないといけないが、一般的なデイケアではそのようなニーズを持つ者ばかりではないこと、就労ニーズが明確になっている移行支援事業所の方が利用効果を期待できること、移行支援事業所にノウハウがなければ医療機関と連携して医療従事者を外部講師として招く方法があることなどが議論された。

本研究の実地調査では、デイケアで情報共有シートを積極的に使用する意見は少数派だった。しかし、川崎市での K-STEP の利用状況に関する調査では、医療機関の利用事例もある。就労を意識したデイケアなどに対しては、引き続き各種情報共有ツールの普及を視野に入れておく必要があると考える。

（５）企業での情報共有ツールの活用について

研究委員会では一部の委員から、精神障害（発達障害を含む）のある人たちの就職件数の急増と職場定着の課題を踏まえ、情報共有シートを始め職場定着を支援するための各種ツールの活用を企業に積極的に勧めるべきとの提案がなされたが、同じ研究委員会の場で、企業側の委員から、障害のある従業員や受け入れ先の職場の状況を十分検討しないまま既存の情報共有ツールを導入しマイナスの影響があった事例が報告された。

企業側から採用した障害者にツールの利用を勧める場合、上記１（３）で述べたようなリスクに配慮し、まず支援機関や医療機関でツールの利用の仕方に慣れた上で、就職後に企業との情報共有に使用することが望まれる。

なお、ハローワークから紹介を受けて就職する精神障害者には、ハローワーク以外の支援機関を利用していない者も多い。このため、上記４（２）のイで述べたような、ハローワークが中心になってツールの活用を進める方法が考えられる。つまり、①情報共有シートを始めとした職場定着を支援するためのツールに関する研修をハローワークの職員に実施し、②ツールの活用が必要と考えられる求職者にツールの説明を行い、③就職後にツールの活用を希望する求職者については職業紹介時に企業に対して採用後にツールを活用した雇用管理を勧める、④採用後にハローワークの職員がツールによる従業員と企業とのコミュニケーションのモデリングを行うことなどである。

上記４（２）のイの事例では、ハローワークがマッチングさせる事例はほとんど発生していないが、当該ハローワーク職員のヒアリング結果を踏まえると、一人の職員が「求職者との相談→求人者への説明と紹介→定着支援」の一連の業務を継続して行えば、マッチング事例の発生率が高まる可能性はある。その際、この役割を担う者を精神障害者雇用トータルサポーターなど特定の者に限定せず、実質上このような業務を行えそうな職員をハローワークの所内から選抜することが重要であろう。

なお、情報を共有するためのツールを使用することでハローワークの職員が求職者の状況をより的確に把握でき、どのような職場が向いているか本人とよりよい相談ができる可能性が高まるなどの副次的な効果も期待できる。

第２章　「主治医の意見書」に関する検討

１　「主治医の意見書」に係る検討の経緯

ハローワークでは、職業相談等に資するため必要に応じ「主治医の意見書」（巻末資料 8）を取得しているが、先行研究 [4]で、就労支援に詳しい複数の精神科医から、就労に関し詳細な記載を求められる項目等は医師の専門領域から考えて記載しにくいなどの指摘があったため、現行の「主治医の意見書」の一部を変更した研究版の「主治医等の意見書」を作成して実地調査地域のハローワークで試用してもらい、研究版の「主治医等の意見書」をハローワークで使用することの可能性やその効果等を把握・分析することとした。

その主な変更点は、①現行の「主治医の意見書」にある「就労の可能性の有無」の欄（「有」か「無」の 2 択）を、「就労に関する主治医の意見」とし「病状等の観点から、現時点においてハローワークで求職活動を行うことについて」どう考えるか 3 つの選択肢の中から選ぶようにしたこと、②現行の意見書にある「就労に関する事項」（労働習慣の確立の程度及び今後の見込み、作業の内容、環境、時間等の制限、就労可能な具体的就労場所・条件等を記載する欄）を、「就労支援や就職を考える際の留意点」（本人が力を発揮しやすい場面や周囲の人の望ましい関わり方、苦手な場面や調子を崩すきっかけ、調子を崩すときの注意サインや調子が悪化したときのサイン、調子を崩しそうなときの対処方法等）に変更したこと、③「就労支援や就職を考える際の留意点」の欄は PSW 等医師以外の専門職も記載できるようにしたこと、④新たに「ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点（窓口となる担当者、連絡方法、都合の良い時間帯等）」を加えたことなどである（巻末資料 4）。

また、研究版の「主治医等の意見書」の記載依頼を主治医に行う際の説明文の例（巻末資料 6）を実地調査地域のハローワークに示した。

２　2017 年度に実施したハローワーク職員に対するヒアリングの結果

従来の「主治医の意見書」（以下、「現行版」という。）と研究で使用した「主治医等の意見書」（以下、「研究版」という。）の両方を使用した経験のあるハローワーク職員を対象に対面によるヒアリング調査を実施し、2018 年 3 月に全体的な使用状況や意見書に対する意見や感想について 8 人（うち研究協力者 5 人）にヒアリングを実施した。

現行版と研究版のどちらの意見書を使用するかはケースごとにハローワークで判断してもらうこととしていたが、ほぼ全てのケースで研究版が使用されていた。また、手帳の有無に関わらず求職登録する際に意見書の提出が前提となっていたのは 1 か所で、それ以外の所は必要に応じて意見書の提出を求めていた。

研究版を使用した研究協力者 5 人の感想は、研究版が使いやすいというものであったが、研究協力者以外の 3 人からは「現行版では労働時間や仕事内容が記載されており相談しやすかった」との意見が出た。研究担当者から「医師の専門領域から考えると、ある程度の情報を把握していないと労働時間等の記載は難しい」との医師側の意見を紹介すると、「医師の言い分も分かるが、医師が判断可能な場合には、記載して欲しい」との要望が出された。また、研究協力者の 1 人から、休職のまま離職し、再就職のために求職活動を行う者に対し、雇用保険では 20 時間以上就労可能かどうかが給付の判断基準になるため、意見書（もしくは雇用保険の就労可否証明書）で確認している現状が指摘された。このため、「判断できる場合」は可能な労働時間数などの記載を求めるなど、研究版を一部修正し、2018 年 6 月から実地調査地域のハローワークで使用してもらうこととした（巻末資料 5）。

さらに、①労働時間や仕事内容の記載を基に、「本人がフルタイムと言っても、先生は短時間と書いていますがどうですか。」「○○の仕事がしたいと本人が言っても、先生は○○と書いていますよ。」といったような（医師が記載していることの確からしさを吟味しないままやや機械的に）相談を進めている話が複数でたこと、②研究版の「６．就労支援や就職を考える際の留意点」をどのように相談に活かしたらよいか分からないとの意見が複数でたこと、③意見書を求職登録の判断だけに使い、相談のために活用していない職員がいるため意見書の有効活用を促す方法を検討する必要があるとの指摘があったこと（①と②は研究協力者以外の意見、③は研究協力者の意見）などから、研究委員会及び厚生労働省障害者雇用対策課と検討した上で、意見書活用のための手引を作成し 2018 年 6 月に実地調査地域のハローワークに配布した（巻末資料 7）。

３　2018 年度に実施したハローワーク職員に対するヒアリングの結果

2018 年 9～10 月に 15 人（うち研究協力者 5 人、正規職員 5 人、正規職員のうち研究協力者は 1 人）を対象に、今後窓口で意見書を使用する際、現行版と研究版のどちらがよいかについてヒアリングを実施した。

（１）現行版と研究版の比較に関する意見

今後、窓口相談で使用するとした場合、現行版と研究版のどちらが望ましいかとの質問に対し明確に「研究版が望ましい（良い）」と回答した者は 15 人中 8 人だった。

残りの 7 人中 3 人も「研究版を基に現行版の要素を入れる」など研究版を基本にするとの意見だった。他の 4 人中 3 人は「どちらでもよい」、1 人は「現行版が良いが、現行版に研究版の要素を入れる」ことを希望した。現行版が良いと答えた者の理由は、「現行版では労働時間の記載を明確に求めており、意見書に記載されている労働時間などを参考に相談がしやすいから」ということだった。ただし、このヒアリング対象者はそのような記載を医師に求めることは「医師の専門領域から考えると問題があると思う」とのコメントも付け加えた。

なお、2018 年度に手引を配布したが、手引を読んでいた者は 6 人（うち 5 人は研究協力者）だった。

○明確に今後の意見書は研究版が望ましいとした者の主な理由

・「３．医療機関等での支援状況」は意見書が記載された背景が分かる。
・「６．就労支援や就職を考える際の留意点」で本人の状況がわかる。本人の状況を医療者がどう捉えているか把握できる。
・「７．ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点」があると関係性がない医療機関にも連絡しやすい。
・現行版はほとんど相談の役にたたない。求職者の具体的な状況がイメージできない。
・現行版で「短時間雇用」と書かれると相談・紹介の足枷になる場合があるが、研究版はそのような葛藤は生じないので良い。

○それ以外の回答をした 7 人の回答内容

・昨年度よりは研究版の見方に慣れてきた。労働時間等に関して、「わかれば」「判断できる場合は」を前提に把握できるようであれば研究版でもよいと思う。
・使い始めたばかりなので、もう少し研究版を使用してみたい。
・研究版を基にして現行版の「就労可能な具体的な就労場所・条件等」を加えるとよい。
・求職登録するには現行版でも研究版でも対応できるのでどちらでもよい。
・求職登録する分にはどちらでもよい。
・離職者（特に体調を崩して休職→そのまま離職した者など）で雇用保険の給付の対象となる者の場合、20 時間以上就労可能かどうかが給付の判断基準になる。このため、現行版をベースにするにしても研究版をベースにするにしても、20 時間以上の就労が可能かどうかの記載を求めるようにして欲しい。

・現行版では労働時間など就労の条件に関することを中心に記載を求めており、意見書に記載されている労働時間などを参考に相談がしやすい。（ただ、労働時間などの記載を医師に求めることは医師の専門領域から考えると問題があるかもしれないとは思うが･･･。）また、研究版の「６」や「７」はあった方が良いので、現行版を基に研究版の一部を組み合わせたらよいのではないか。

（２）現行版と研究版の比較以外に関する意見等

現行版と研究版の比較に関する事項以外にも以下のような意見等も出た。

ア　意見書の取得の基準に関する疑問

・意見書の提出を依頼する際、たまに「何のために必要なのか」と言われて説明しきれないことがある。また、求職者に金銭的な負担をしてもらい意見書を提出してもらったのに、意見書の内容が乏しい時には申し訳ない気持ちになる。

・他県から来た求職者から、他県ではこのようなものを出す必要はなかったと言われたことがある。お金がかかることでもあり（ある事例では万単位のお金を請求されたという人もいる）、意見書の取り扱いは、どのハローワークでも同じでないとおかしいのではないか。

・以前は意見書を必ず取得することになっていた。求職者によっては、雇用保険の就労可否証明書が必要という時代もあった。最近は少し変わってきたが、意見書の位置づけを手引にも明確に書いておく必要があるのではないか。

・医師が意見書の位置づけを理解しているのか不明。意見書の位置づけを医師に伝える必要があると感じる。

・どのタイミングで再度もらうか、知的障害のある方で精神障害のある方の場合、必要であれば主治医の意見書をお願いした方がよいのか迷う場合がある。

・意見書の有効期限がわからない。職員によっても判断が異なる場合もあり難しい。

イ　意見書を有効活用するための課題

・一般的な職員は「意見書」を求職登録できるか否かだけのために使い、記載されている内容を踏まえて職業相談に使っていることはないように思う。

・移行支援で医療機関から情報収集することも多い。就労系の福祉サービス機関とハローワークの意見書を共通のものにした方がよいのではないか。本人の負担減、関係者が共通の視点を持つ等メリットはあると思う。

・ハローワークの現場レベルでは医療機関と連携をする意識やスキルがあまりない。意見書に連絡方法が記載されており、医療機関に問い合わせる必要があるケースであったとしても、現状ではどの程度連絡するかは疑問である。ハローワークでは医療機関との連携は個々の職員に任されている感じで、個別事例に関してどのような連携の取り方をするのか明確な指示や具体的な研修はない。業務で参考になるガイドブックやマニュアルなどの存在も教えられない。また、相談員は年度ごとの契約で、最長でも 3 年である。正規職員も含め、頻繁に人が変わる中で本当に連携が進むのか疑問もある。

・トータルサポーターを除くと、ケースワーク的に相談がされず、これまでの相談経過を踏まえた紹介や相談になっていないように感じる。相談の際に、意見書をどれくらい活用しているかも不明である。求職者は同じ事を何度も聞かれ、職員も効率的・効果的な相談が難しくなっている可能性がある。また、職員間で情報共有する時間がとれない。記録による引き継ぎが重要になるが、記載スペースが限られている上、相談記録が直近の情報から順に遡る形になっているので、以前の重要情報が確認しにくい。ケース情報がまとめて確認できるものが必要。

・「日々処理に追われる」というのが現状で、専門援助部門の体制が厚くならないと意見書を基に丁寧に相談

するような対応は難しい。また、担当制でないため、求職者にいろいろ尋ねると「前の相談で話しました」と言われることもある。専門援助部門に配置される際に労働局で 1 日だけ研修があるが、もう少し勉強できる機会があるとよい。

・例えば、体調を管理しないと仕事の継続は難しいということを知らないと、なぜ体調を崩すきっかけや対処法を聞くのか理解できない職員もいるのではないか。手引の 8 頁に相談の仕方を具体的に記載しているので、この記載を読めば理解できるようにも思うが、職業準備性の概念が分かっていないと理解できない職員もいるのではないか。

・手引はよくまとまっていると思う。意見書を見てそれを相談に活用できない職員は、手引をよく読んでもらう必要がある。研修で手引を活用してもらうと良い。個人的には、手引は厚くなっても良いから、より詳しく、具体的な事例なども記載してもらうとよいと思う。

・一人の相談員が継続的に特定の求職者の相談担当にはならないことなどから、意見書の記載事項を参考にしながら相談をしていない場合もある。意見書の記載を参考にしながら職業相談することをより徹底する必要がある。

4　医療従事者に対するヒアリングの結果

実地調査に関連してヒアリング調査を実施した際に、実地調査の研究協力者 5 人（医師 1 人、PSW3 人、看護師 1 人）と研究協力者が所属する医療機関の医師 1 人の計 6 人に対し、現行版と研究版のどちらが望ましいかとの質問をする機会があった。

その質問に対する回答は、全員が研究版の方が望ましいとのことだった。また、医師以外の医療従事者に対して所属する医療機関の医師が意見書に対してどのような意見を持っているか確認したところ、全員が医師は研究版の方が良いと言っていたと回答した。研究版が望ましいとする主な理由は、医師の専門性を踏まえると研究版の方が書きやすいというものであった。

なお、2 人の医師以外の医療従事者から「６．就労支援や就職を考える際の留意点」は、PSW やデイケア担当者の方が記載しやすいのではないかとの指摘があったが、ヒアリング対象となった 4 人の医師以外の医療従事者は、研究版の意見書の記載に際し医師から記載を指示されたことはないとのことであった。

なお、上記以外にも、ヒアリング調査に回答した医師からは以下のような要望等が出た。

・意見書はデジタル情報で入力できるようにすることが重要である。ケース管理ソフト（カルテや外部に出した診断書年金などの意見書などがケースごとに見られる）の中に、主治医の意見書を入れてもらうとありがたい。雇用保険の受給可否について確認する様式が、主治医の意見書の裏面に印刷したものについて記載を依頼されるが、手書き対応するしかないためやめて欲しい。

・診断名のその他の項目に発達障害の診断名を記載してもらうと記載（チェック）が簡単になる。

・「本人が力を発揮しやすい場面」と「苦手な場面」は同じ事を違う側面から指摘することになるので、一緒にした方が書きやすい。

・「周囲の人の望ましい関わり方」は独立させた方が書きやすい。

・「体調を崩すきっかけ」「体調を崩すときの注意サインや体調が悪化したときのサイン」「体調を崩しそうなときの対処方法」をひとまとまりにした方が記載しやすい。

・「６．就労支援や就職を考える際の留意点」については、選択肢を提示する方が医師の負担は少ないと思われるが、提示することで患者の個別性を十分検討しないままチェックされる可能性もでてくるので、どちらがよいとは一概に言えない。

５　フォローアップで出た意見書に対するコメントや議論

（１）意見書に対する医師の評価

・以前より書きやすくなったという話を医師から聞いている。（PSW）

・いろいろなところから記載を頼まれる。書くところ（対象）が少ないと楽だなあと思う。（医療・医師）

・これは書きにくい、ここまで把握していない、という医師もいる。（PSW）

→本人のセルフケアの状況が把握されていないということか。（研究担当者）

→書けないのではなく、負担が大きいというのが実情では。選択肢方式の方がいいのでは。（医療・PSW）

→電子カルテだと便利だがみんな同じ内容になってしまうという声もある。チェック項目式だと確かに楽だが、医者に考えて書くように促す狙いもあるのでは。（医師）

（２）意見書の内容や記入方式について

・「発達障害の場合、体調を崩すという表現から何を書けばいいか困る」と指摘した医師がいた。（ハローワーク）

→障害の特性が強く出る場合、「体調の悪化」などの表現がフィットしないということか。「体調」を「調子」にするなど様々な障害に対応できる表記の検討が必要かもしれない。（研究担当者）

・PC で入力できる様式があるとよい。チェック方式が望ましい場合もある。（医師）

（３）医師以外の記載について

・主要な変更点である「６．就労支援や就職を考える際の留意点」については、PSW など医師以外の医療職も記載できるようにしているが記載を求められたことはないか。（研究担当者）

→記載を求められたことはない。（PSW 複数）

→コメディカルの意見を求める医者がどれくらいいるかが問題になる。（看護）

６　研究版「主治医等の意見書」の記載状況

2018 年度のヒアリングに際し、実際に記載された研究版の意見書計 184 枚を確認し、以下のような状況を把握した。

① 意見書を提出した精神障害者は、様々な診断名がついている者から構成されていた。

→診断名が 1 か所のみに記載（チェック）されたものは 168 枚（91%）。内訳は、統合失調症 58 枚（35%）、そううつ病（そう病及びうつ病含む）59 枚（35%）、てんかん 2 枚(1%)、その他 49 枚（29%）。その他で発達障害者支援法上の発達障害に該当する診断名が記載されていたものが 21 枚、それ以外は、高次脳機能障害、アルコール依存、気分変調症、抑うつ神経症、不安障害、社交不安症、パニック障害、解離性障害、人格障害、軽度知的障害など様々な診断名が記載されていた。診断名が 2 か所に記載（チェック）されたものは 16 枚（9%）。うち、発達障害の診断を含むものが 10 枚、この 10 枚中 8 枚がそううつ病（そう病及びうつ病含む）との重複。

② 6 割近くの意見書（108 枚）に「ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点」が記載されていた。

→ヒアリングした複数のハローワーク職員からは、多くの意見書で医師がサインする欄に電話番号がゴム印で押されているため、わざわざ留意事項に記載しないのではないかとの意見が出ていた。留意点の記載がない場合でも、電話番号などが把握できる意見書が相当数あることがうかがえる。

③ 意見書を提出した者の 8 割近くが医師の診察治療以外は受けていなかった。デイケアや医師以外の専門職との継続的な相談を行っていたのは 1 割程度であった。

→主治医の診察治療以外の利用がないものは 143 枚（78%）。デイケアを利用していたのは 13 枚（7%）、医師以外の専門職との継続的な相談を行っていたのは 25 枚（14%）。なお、主治医の診察治療を行っていないものが 4 枚あった。その理由は、発達障害で診断書を以前作成していた（2 枚）、学習障害で以前相談していた（1 枚）、脳梗塞後遺症（高次脳機能障害）で以前入院していた（1 枚）であった。

④ 研究版の意見書では、「６．就労支援や就職を考える際の留意点」については、医師以外の専門職も記載できるようにしたが、医師以外の専門職が記載した割合は 184 枚中 2 枚（1%）だった。そもそも、8 割近くが医師の診察治療以外は受けていないため、医師以外の専門職が記載する余地はあまりないと言えるが、医師以外の専門職との継続的な相談を行っていたものに限定しても 25 枚中 2 枚に留まっていた。

→医師以外の専門職が記載したものは 2 枚（1%）。（PSW 記載が 1 枚、臨床心理士記載が 1 枚。）

⑤ 「判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載」に労働時間の記載があったものや「わかれば記載：左記の状態になって約　年　か月」に記載があったものは 25%程度だった。

→「判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載」などが入っている意見書に記載されていたのは 60 枚。このうち、「判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載」に労働時間の記載があったのは 16 枚（27%）、「わかれば記載：左記（注「求職活動を行ってよい」）の状態になって約　年　か月」に記載があったのは 15 枚（25%）。なお、確認した 60 枚はすべて「求職活動を行ってよいと考える」を選択していた。

⑥ 労働時間などは、デイケアを利用していた場合や医師以外の専門職との継続的な相談を行っていた場合に限ると記載有りの割合は高くなるが、デイケアを利用していたものや医師以外の専門職との継続的な相談を行っていたものはごくわずかしかない。

→デイケアを利用したものは 60 枚中 2 枚だった。この 2 枚中「判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載」に労働時間の記載があったものは 1 枚（50%）、「わかれば記載：左記の状態になって約　年　か月」に記載があったものも 1 枚（50%）。医師以外の専門職との継続的な相談を行っているものは 60 枚中 8 枚で、この 8 枚中、「判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載」に労働時間の記載があったものは 4 枚（50%）、「わかれば記載：左記の状態になって約　年　か月」に記載があったのは 2 枚（25%）。

7　主治医の意見書に関する考察

（1）今後の「主治医の意見書」の在り方

先行研究で、就労支援に詳しい複数の精神科医から、就労に関し詳細な記載を求められる項目等は医師の専門領域から考えて記載しにくいなどの指摘があったため、現行の「主治医の意見書」の一部を変更した研究版の「主治医等の意見書」を作成して実地調査地域のハローワークで試用してもらい、研究版の効果やハローワークで使用することの可能性等を分析した。

その結果、ヒアリング調査に協力したハローワーク職員 15 人中 8 人は、意見書が記載された背景がわかる、本人の状況がわかる、医療機関に連絡しやすいなどの理由から、明確に「研究版が望ましい」との意見だった。残りの 7 人中 3 人は「研究版が良い」（「使い始めたばかりなので研究版を継続して使用したい」「研究版を基に現行版の要素を入れる」など）と回答し、3 人は「どちらでもよい」で、「現行版が良い」は 1 人だった。なお、「現行版が良い」とした 1 人も、研究版の要素を入れることを希望した。また、医療従事者 6 人（医師 2 人、PSW3 人、看護師 1 人）に対するヒアリング調査では、全員が「研究版の方が望ましい」と回答した。

この結果からは、実地調査で使用した研究版の効果やハローワークでの使用可能性は十分あることがうか

がえる。先行研究での精神科医の指摘を踏まえれば、今後の「主治医の意見書」は研究版を基に改訂する方向で検討することが必要であると考える。その際、意見書には発達障害などさまざまな診断名が記載されていたことを踏まえ、研究版の意見書で用いた「体調」という用語を「調子」に変更するなど、すべての疾患・障害について記載する際にイメージしやすい質問項目にすることが望まれる。また、ヒアリング調査の結果を踏まえ、より記載しやすい質問項目にする工夫も望まれる。

なお、離職者で雇用保険の給付の対象となる者の場合、20 時間以上就労可能かどうかが給付の判断基準になるため、現行版をベースにするにしても研究版をベースにするにしても、「20 時間以上の就労が可能かどうかの記載を求めるようにして欲しい。」との意見があった。また、「現行版が良い」と回答した者も、現行版では労働時間など就労の条件に関することを中心に記載を求めていることを指摘していた。しかし、「判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載」とした意見書で労働時間の記載があったものが 25%程度であったことを踏まえると、職場環境や職務内容などが分からない状況で「可能な労働時間」の判断を主治医に求めることはかなり慎重にすべきであろう。

（２）意見書を活用するためのハローワーク職員に対する研修

「主治医の意見書」は支援機関が医療機関から情報提供を依頼する際に最も多く使用されているツールで、求職者が雇用促進法上の精神障害者であるか否かを判断するための参考資料の役割がある。雇用促進法上の精神障害者であることを判断するには、「診断名」（手帳を所持していない場合、確認は必須）と「症状が安定し就労可能な状態にあるか否か」の 2 点の確認が必要である。この際、「就労可能な状態にあるか否か」に関しては、現行の意見書の場合、「就労可能性の有無」の欄を参考にする職員が多い。ハローワークの「精神障害者相談窓口ガイドブック」に、「この場合の『就労の可能性』とは、働いたり、就職に向けた取り組みを行うことが、病状等から考えて適当なのか、病状の悪化を招かないか等、医学的観点から判断しているものであり、基本的労働習慣や作業遂行能力の有無について判断しているものではありません。これは、内部障害のある人の就労可能性を内科医に問うときと、同様と考えればよいでしょう。」と記載されているとおり、「就労の可能性」の有無とはあくまで医師の専門領域を踏まえて、医学的な観点から判断してもらうことになる。しかし、ハローワークの職員の中には、基本的な労働習慣を含めた労働能力の判断を医師が行うと考えている者も少なくない。また、就労可能な具体的な就労場所・条件等に記載がある場合、求職者から把握した情報などとのすりあわせをしないで、意見書の記載事項だけで判断する職員が少なからずいることは本研究のヒアリング調査からも把握できた。また、ヒアリング調査の結果からは、「主治医の意見書」の趣旨や「主治医の意見書」の取得基準が不明確な職員や、「主治医の意見書」を有効に活用するための知見やノウハウが不十分な職員がいることも把握できた。意見書様式の変更の有無にかかわらず、ハローワーク窓口で意見書を適切に活用できるよう職員の研修を強化すべきであろう。

（３）医療機関から情報収集する負担を軽減する

実地調査のフォローアップでは、研究版に対し記載項目が増えた等の印象を持つ医師がいることが把握された。また、様々な機関から様々な様式で同一人物に関する情報提供の依頼が来ると指摘した医師もいた。さらに、ヒアリング調査では、デジタルフォーマットによる手書きによる負担の軽減を求める医師もいた。

このため、複数様式を記載する医師の負担軽減と文書料などの本人の経済的負担を軽減するための何らかの方策（例えば、取得した医療情報は本人が保管し、必要に応じて本人が各支援機関にコピーを提出するなど）を障害のある本人と地域の関係者で検討することも望まれる。また、労働局のホームページからデジタル様式をダウンロードできるようにするなど、紙媒体以外の様式も活用できるようにすることの検討も望まれる。

なお、研究版の意見書では、「就労支援や就職を考える際の留意点」を医師以外の職種も記載できるようにした。医師以外の専門職が記載できるようにすれば、医師以外の専門職の専門性を活かすということ以外に、医師の負担を軽減する側面も期待できる。確認された研究版の意見書の記載状況では、医師以外の専門職が継続的に相談している場合でも、医師以外の専門職が記載した割合は 1 割未満であった。意見書の記載を依頼する際には、医師以外の職種が記載できる項目があることをよりはっきりと伝える工夫が必要になろう。

補論

介入研究の在り方に関する検討

本研究のうち情報共有行動に関する視点やスキルの普及に関する検討部分（第Ⅱ部）は一種の介入研究に該当する。具体的には、本研究で実施した研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、助言者の設置、フォローアップ、情報共有ツールの提供といった一連の取組がプログラムに該当し、その効果を取組前後の情報共有行動の実施率の変化というアウトカム（取組によって生じた参加者の行動、態度、スキル、能力などの変化）で評価する試みであった。しかし、医療機関と支援機関等との情報共有・連携に関する先行研究を概観してもこのような介入研究は前例がなく、その実施については試行錯誤的とならざるを得なかった。そのため、評価の実施後に見えてきた限界や改善点もある。ここでは、プログラム評価研究や臨床研究、実践研究の分野での知見を参考にしながら、本研究における取組の効果を適切に測定・評価するためにどのような点を改善しうるかを考察することをとおして、同様の介入研究を計画・実施する際の参考に資する情報を提供したい。

1　プログラム理論

プログラム評価研究の分野では、取組を実施する前にプログラム理論を生成しておくことが推奨されている。プログラム理論とは、プログラムの各要素がアウトカムへ及ぼすとされる影響のプロセス、そしてどのような状況においてこのようなプロセスが起こるのかということについての理論のことである。プログラム理論を生成することの意義は、①取組を行うことで「期待できる効果」と「期待していなかった効果」を区別して提示できること、②取組のアウトカムとその媒介要因を区別して提示できること、③取組の効果が実証されなかった場合に「理論どおり取組を実施できなかったせいで効果が見出されなかったのか」と「取組の設計の背景にある理論自体が誤っていたのか」を区別できること等がある。以下、例を挙げながら、これらの意義について具体的に説明する。

プログラム理論の例として、カリフォルニア州で実施された就労支援プログラム「Winning New Jobs プロジェクト」（以下、「WNJ プロジェクト」という）に関する Donaldson のプログラム理論 [1)]を取り上げる。この理論によると、WNJ プロジェクトは「就職活動に関する自信」「就職活動に関する技能」「問題解決能力」を改善し「再雇用」及び「精神的健康」を促す取組である。上記①のとおり、プログラム理論により期待する効果を明示することで、評価者は取組の効果を評価するに当たって測定すべき指標を検討することが可能になる。WNJ プロジェクトの例でいえば、効果の評価に当たっては少なくとも「就職活動に関する自信」「就職活動に関する技能」「問題解決能力」「雇用状況」「精神的健康」という 5 種類の指標を測定する必要があることをプロジェクト理論は示している。

上記②の媒介要因とは、原因と結果の間にあって双方の関係を仲介する要因のことである。WNJ プロジェクトの例でいえば、この取組は「再雇用や精神的健康を促す」という結果を目的とした取組であるが、その結果を引き寄せるために「就職活動に関する自信」「就職活動に関する技能」「問題解決能力」という媒介要因に働きかけるよう取組が設計されている。したがって、ここでのアウトカムは「再雇用」及び「精神的健康」であり、媒介要因として「就職活動に関する自信」「就職活動に関する技能」「問題解決能力」を想定しているということになる。

このようなアウトカムと媒介要因の区別は上記③にとって重要な意味を持つ。まず、取組の評価の結果、効果が認められなかったとする。その場合、「取組が適切に実施されなかったために、効果が認められなかったのか」「取組は適切に実施されたにもかかわらず、効果が認められなかったのか」どちらが正しいのか区別ができない。この区別ができないということは、プログラムの妥当性を判断できないということである。ところが、上記のようにアウトカムと媒介要因を明確に区別した上でそれぞれを測定しておけば、この区別が

可能になる。WNJ プロジェクトの例でいえば、取組の実施前後でアウトカムである「雇用状況」及び「精神的健康」に変化が認められなかった場合、媒介要因である「就職活動に関する自信」「就職活動に関する技能」「問題解決能力」のそれぞれが取組の実施前後で変化しているかどうかを確認する。その結果、媒介要因が変化していなければ「取組が適切に実施されなかったために効果が認められなかった」可能性を推測できる。一方、媒介要因が変化しているのであれば「取組は適切に実施されたにもかかわらず効果が認められなかった」可能性を推測できる。前者の場合は媒介要因に働きかけるには取組が不適切であったことを意味しているため、実施内容や実施方法等の見直しが必要であろう。後者の場合は取組の背景にある効果のメカニズムに関する仮説、つまりプロジェクト理論が誤っていることを意味しているため、理論の見直しが必要になる。このようにプロジェクト理論においてアウトカムと媒介要因を明確に区別することで、取組の効果を厳密に評価することが可能になる。

また、アウトカムと媒介要因を明確に区別しそれぞれを評価することは、取組の改善点を検討することに役立つ。WNJ プロジェクトの例でいえば、媒介要因のうち「就職活動に関する自信」「就職活動に関する技能」について取組による向上が認められたが、「問題解決能力」は向上が認められなかったとしよう。この場合、実施した取組は「就職活動に関する自信」「就職活動に関する技能」を向上させるには十分であったが、「問題解決能力」を向上させるには不十分であり、「問題解決能力」に対する働きかけを改善することで、取組の効果をより高いものにできる可能性を示唆している。

本研究では、取組がどのような媒介要因（例：研修受講者の情報共有に関するスキル・知識、動機づけ、連携先に対する心理的障壁）に働きかけた結果、どのような結果（例：情報共有行動の実施頻度の増加）が期待できるかという仕組みを説明するプログラム理論を取組実施前に作成していなかった。そのため、取組の効果が発生する仕組みを明確に示すことができる研究デザインの吟味を事前に十分に検討することはできなかった。例えば、取組の参加者の情報共有行動の実施頻度が増加した原因は「取組によって情報共有行動に関するノウハウを知ることで情報共有行動の実行可能性が上がったから」なのか、それとも「取組に参加する前から情報共有行動に関するノウハウは知ってはいたが、取組に参加することで情報共有行動に対する動機づけが上がったから」なのか、または他の原因なのか、といったことは厳密に検討できていない。しかし、取組を実施する前にプログラム理論を作成していれば「取組を受ける前後における参加者の情報共有行動に関する知識や動機づけ、連携先に対する心理的障壁の程度を測定することが必要」といった介入効果を厳密に評価するための要件を事前に洗い出すことができるだろう。このようにプログラム理論は取組の効果の測定及び取組の改善について有効な枠組みを与えてくれるため、今後同様の介入研究を実施する際は介入計画を立てる際に作成することが望ましい。しかし、プログラム理論の作成はある程度時間を要するため、プログラム理論に基づき研究デザイン（例：取得すべき指標の選択）を検討するためには、研究スケジュールにプログラム理論の作成期間をあらかじめ組み込んでおく必要があるだろう。

なお、プログラム理論を用いた評価については安田・渡辺[2)]やキャロル・H・ワイス[3)]に詳しい。

２　準実験デザイン

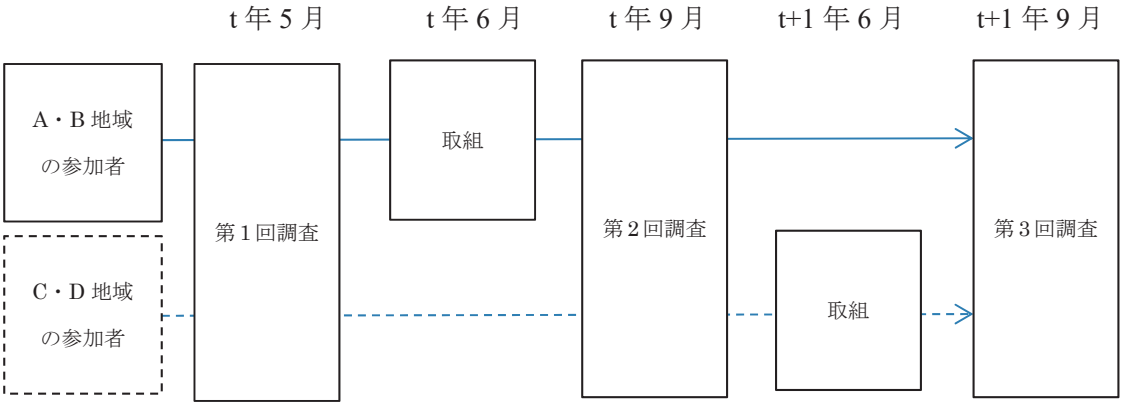
プログラム評価研究や臨床研究の分野では、介入の効果を厳密に評価するため、実験的手法が用いられることが多い。これまでに「デザイン効果」を最小限に抑え、「外生要因」を適切に統制するために様々な手法が考案されている。ここでの「デザイン効果」とはプログラム評価上の問題点がアウトカムに与える影響のことを指し、具体的には統計的効果、指標の信頼性といった要因が含まれる。統計的効果については下記の「３．サンプルサイズ設計」で、指標の信頼性は「４．アウトカム指標」で触れる。一方の「外生要因」とは、評価者による統制が及ばない要因の総称であり、「プログラムの実施中に起きた何らかの事件、社会状況の変化」や「プログラムの実施中における参加者の成長や成熟」といった要因を含む。

実験的手法は、研究の参加者を統制群（取組を実施しない群）と介入群（取組を実施する群）に無作為に割り当てる（以下「無作為配置」という）「実験デザイン」と無作為配置を行わない「準実験デザイン」の 2 種類に大別される。前者の実験デザインは外生要因を群間で等確率またはランダム変動により起きると仮定できるため、介入効果を厳密に評価することができる [2)]。しかし、統制群に割り当てられた参加者は取組に対するニーズがあるにもかかわらず取組に参加できないばかりか、データ提供を求められるという倫理的問題がある。また、統制群と介入群という複数の参加者集団を設定し、統計的検定の検定力を確保するために両群に相当数の参加者をそろえる必要があることから実施にかかるコストも高い。このような理由から実験デザインの実施のハードルは極めて高い。実際、臨床試験の分野でも、まずは準実験デザインで効果を確かめ、効果が認められた場合にのみ実験デザインで有効性を検証するというプロセスを経る [4)]。

一方の準実験デザインは実験デザインよりも厳密性は劣るが、その欠点をできるだけ軽減しようと様々なデザインが考案されている。安田・渡辺 [2)]はプログラム評価に役立つ 23 の研究デザインを紹介しているが、その中から本研究で実施した取組との相性がよい 2 つの研究デザインを引用する。後述するように本研究が使用した「情報共有行動の実施率」というアウトカム指標の信頼性を高めるためには測定期間をある程度確保する必要がある等を考慮すると、本研究でこのような評価デザインを採用し得たかどうか、また、採用したとしても有効に機能したかどうかは判断が難しい面もあるが、今後同様の研究を実施する上では参考に資すると考える。

（１）交代介入による不等価統制群事前事後テストデザイン

このデザインでは図Ⅳ-1 のように介入群を 2 つに分け、取組を実施する時期を群間でずらす。本研究の枠組みで例示すると、取組を実施する 4 つの地域のうち 2 つの地域（例：A 地域と B 地域の参加者）に取組を実施した翌年に残り 2 つの地域（例：C 地域と D 地域の参加者）で同じ取組を実施する。したがって、取組に参加できない研究参加者はいないため、倫理的問題に配慮できる。また、先行して取組を実施した地域の参加者における第 1 回調査と第 2 回調査のアウトカムを「取組を実施していない」地域の参加者と比較することで介入効果を厳密に評価することができる。更に、第 2 回調査と第 3 回調査のアウトカムを比較することで取組が情報共有行動に与える影響の持続性を評価できる（例：A 地域と B 地域の参加者の情報共有行動の実施率が第 2 回調査時と同水準かどうか）。また、結果の再現性の検討にもつながるという利点もある（例：A 地域と B 地域において取組の効果が認められていた場合、C 地域と D 地域においても同様の効果が認められるかどうか）。さらに、第 1 回目の取組を行った結果、介入効果が認められなくとも、取組内容を修正した上で第 2 回の取組を実施し、再度効果の検証を行うというデザインも可能である。ただし、取組にすぐに参加できない参加者がいるという点で倫理的問題が全くないわけではない。

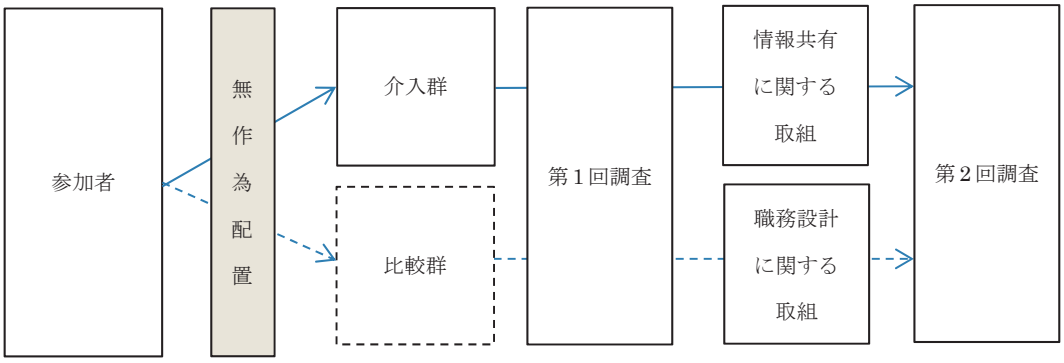


図Ⅳ-1. 交代介入による不等価統制群事前事後テストデザインの例

（2）無作為化比較群事前事後テストデザイン

このデザインでは図Ⅳ-2 のように無作為配置を実施する。ただし、介入群の比較対象となる群（以下「比較群」という）もある種の取組に参加できる。例えば、「情報共有」に関する取組を介入群に実施し、「職務設計」に関する取組を比較群に実施する。第 2 回調査においてアウトカム指標である「情報共有行動の実施率」が介入群においてのみ向上したかどうかをもって介入効果を評価する。このとき、比較群に実施する取組はアウトカム指標に影響を与えない、与えたとしても統制群よりも少ない内容を選ぶ必要がある。統制群を設置できるため厳密に介入効果を評価できるが、受ける取組の内容を参加者が選択できないという点で倫理的問題が全くないわけではない。

なお、このデザインは取組を改善した場合の効果検証にも使用できる。例えば、評価者が本研究で実施した取組を改善し、その取組の効果を検証したいとする。その場合、介入群には改善した新規の取組を、統制群には本研究で実施した従来の取組をそれぞれ実施し、実施率の変化を比較することで、取組が改善されたかどうかを評価することができる。



図Ⅳ-2. 無作為化比較群事前事後テストデザインの例

本研究では研究参加者を研修講座受講者から募集したため、取組に参加しない「統制群」を設けることができなかった。そのため、介入効果を厳密に評価することはできていない。加えて、研修講座を受講する前の参加者の情報共有行動に関する知識、モチベーションなど効果の媒介要因についても測定することができていない。したがって、今後、介入効果を厳密に評価することができ、かつ倫理的問題を極力抑える研究デザインを計画する際は、上記に挙げたような準実験デザインを参考にし、統制群または比較群を設定でき、

かつ、取組に参加する前の参加者の評価を行うことができる研究デザインを検討することが必要であろう。

例えば、障害者職業総合センターが実施する「障害者就業・生活支援センター 就業支援担当者研修」は必修講座と選択講座（半日・希望者のみ）から構成されている（平成 30 年度時点）。このうち、後者の講座について、本研究で実施した「情報共有・連携に関する講座」と「その他の就労支援に関する講座」の 2 種類を用意し、受講者を無作為に割り振ることで上述の無作為化比較群事前事後テストデザインを実施できるかもしれない。この場合、研修講座の実施前後で各受講者の情報共有・連携に関する知識やスキルを確認する質問項目を含めた質問紙調査を実施する必要もある。このような調査は受講者の利益を損ねることになるかというと必ずしもそうはならない。なぜなら、講座を受ける前に質問項目に答えることは自分の知識やスキルの現状を確認することにつながり、自分に不足している知識やスキルを踏まえた上で講座を受講することで学習効果を高めることが期待できるためである。また、講座の受講後に自分の知識やスキルにどのような変化があったかを回答してもらうことは、講座の学習内容を振り返ることにつながり、学習内容の定着が期待できる。このように研修講座の実施前後に調査に協力することは一種の教材として機能するため、一概に受講者の利益を損なうとは言えない。

３　サンプルサイズ設計

本研究において取組の効果を評価する上での問題のひとつは、統計的仮説検定に使用できた標本数の少なさであった。標本数が少ない程、検定力が低下し、効果の検出が難しく、推定精度が落ちるという問題も指摘されている[5)]。なお、検定力とは、帰無仮説が偽であるときに正しく帰無仮説を棄却する確率を指す[6)]。今回、一部の情報共有行動に介入効果が認められているが、標本数がもっと確保できていれば他にも効果を抽出できていた行動があった可能性は否定できない。したがって、本研究では実質的に「効果が大きく現れやすい情報共有行動」についてしか効果の評価ができていないということもできるだろう。

それでは、標本数は多ければ多い程良いのかというとそうではない。標本数が多くなるほど検定力は上がるが、上がりすぎるとわずかな差でも検出されてしまい、ほとんど無意味といっても小さな差が検出されてしまうからである[6)]。また、標本が大きいということは、研究参加という形で負担をかけている人々の数が多いということであり[5)]、倫理的観点からも問題がある。

このような問題を解決するための方法が「サンプルサイズ設計」である。サンプルサイズ設計とは、評価者が検討したい効果を検出しうる最小の標本数を導出することである。具体的な方法については村井・橋本[7)]に詳しい。本研究における実施率による評価を例にすると「対応のある t 検定」によって「大きな効果量」を検出（検定力 0.8、有意水準 5%）するのに必要な標本数は 15 である[8)]。ちなみに本研究で第 1 回と第 2 回調査ともに実施率の算出に寄与した医療機関の数は 10 であり、必要な標本数に満たないことがわかる。このように評価研究を実施する前にサンプルサイズ設計を実施しておけば、研究参加者を何人集めればよいのかの目安になり、倫理的観点・経済的観点からも問題が少なく、妥当性の高い効果の評価につながるであろう。

ただし、研究参加者の募集人数を検討する上では脱落率等、研究を遂行する中で減少する標本数を加味することが重要である。本研究を例にとると、第 1 回調査に回答した就労支援従事者は 42 人であったが、第 2 回調査では 36 人に減少している（約 14%減）。また、第 1 回と第 2 回調査ともに実施率の算出に寄与した機関数は 21 であったが、項目によっては分析に使用できた標本数が一桁台のものもあった。したがって、それらの項目については十分な標本数を集めることができなかったと言える。このように、統計的仮説検定に必要な標本数を確認した上で、どのような要因によりどのくらい標本数が減る恐れがあるかを加味しながらサンプルサイズ設計を行う必要がある。

なお、サンプルサイズ設計には類似する先行研究の情報が参考になる。今後、本研究と同様の評価研究（例：情報共有行動をアウトカム指標とした研究）を実施する場合には本研究の結果を参考にすることが望ましい。

４　アウトカム指標

新しく作成した指標は、事前にフィールドテストされることがよいが、それができない場合には信頼性と妥当性の高さは保証されない [2)]。本研究でアウトカム指標として使用した「情報共有行動の実施率」は信頼性・妥当性の検証は行っていないため、効果の評価結果については注意が必要である。ただし、本研究を実施することで本指標を測定する際の検討点を洗い出すことができた。以下、検討点ごとに説明する。

（１）測定期間

支援対象者が、特定の就労支援機関または医療機関の利用を開始してから就労支援従事者または医療従事者が情報共有行動を実施するまでに必要な時間枠を測定期間として設定できていたかどうかが不明である。測定期間が短すぎると、情報共有行動の発生を検出できない（つまり、実施率を過小評価する）リスクが高くなる。しかし、本研究では情報共有行動を実施するために必要な期間に関するデータを取得していない。今後、実施率を評価指標として用いる場合は測定期間の妥当性を検討するためのデータを合わせて取得する、または事前に取得しておき適切な測定期間を検討することが結果の妥当性を判断する上で必要である。

（２）情報共有行動の種類による負荷の違い

本研究で提示した情報共有行動の中には、実行に要する時間が多い行動と少ない行動、または心理的負荷が高い行動と低い行動が混在している可能性があるため、項目間で取組の効果の検出のしやすさに違いがあるかもしれない。

（３）支援対象者によって必要な情報共有行動が異なる可能性

例えば「受付時点で、医療機関に問い合わせる前に、医療機関から支援対象者に関する情報提供があった」（情報共有行動リストの項目 1）支援対象者については「本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした」（項目 7）という情報共有行動を実施する必要性が低くなるであろう。また、症状の変化が比較的安定している事例については「日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有」（項目 25）する必要性は比較的低いかもしれない。このように支援対象者の状態・状況によって情報共有行動の必要性には違いがある可能性がある。今後、実施率をアウトカム指標として用いる際には、項目ごとにその情報共有行動が有効に機能することが期待される事例のうち、いくつの事例に情報共有行動を実施したのかを測定する等の工夫が必要であろう。また、本研究のような量的研究ではなく、事例研究によってどのような状況においてどのような情報共有行動を実施すべきかといった情報共有行動の実施の在り方に関する質的な検討も重要である。

５　アクションリサーチ

研究者がある集合体や社会のベターメント（改善、改革）に直結した研究活動を自覚的に行っている場合、その研究は「アクションリサーチ（実践研究）」と呼ばれる[9]。本研究は支援機関と医療機関の連携状況の改善を目的とした研究であり、一種のアクションリサーチと見なすことができるかもしれない。

杉万[9]はアクションリサーチによって現場のベターメントが実現する仕組みを「1 次モードと 2 次モードの連続的交替運動」という概念で説明する。1 次モードとは、現場の過去・現在を把握し、将来のシミュレーションをも行った上で、ベターメントのための計画を立て実行する局面を指す。一方の 2 次モードとは、1 次モードにおける実践が基づいている「気づかざる前提」に気づく瞬間のことを指し、「そうか、自分たちはそう思い込んでいた（事実認識）」「これが大事だと思い込んでいた（価値認識）」と過去形で気づくことであり、その気づきは新しい 1 次モードへと進展する道（新しい把握・計画・実行）を開くという。つまり、現場における問題の中には、現場の当事者（例えば、支援従事者や医療従事者）が自らの所属する集団に適応し定住する過程で、気づかないうちに身体に染みついた「気づかざる前提」の範囲内で思考や行動をするために、外の集団の人間（例えば、研究者）から見れば「効果的な実践ができていない」（例えば情報共有行動）として映っているものがある。その場合、その「気づかざる前提」の存在を（例えば、存在を裏付ける客観的なデータを示すことで）当事者が認識できるようにすれば、よりよき実践への道が開けるかもしれない。

上記の視点から本研究の実践を振り返ると、本研究はパネルディスカッション、グループディスカッション、フォローアップを開催することで、各実地調査地域の当事者間で自らを取り巻く現状やベターメントについて研究者を交え議論する機会を提供した。その結果、研究協力者が企画した情報共有に関する研修会やワーキンググループに研究者が講師として呼ばれる、といった新たな共同実践が展開されるに至った。

しかし、本研究では杉万が指摘する「気づかざる前提を言語の水準にまで引き上げること」そして「新しい 1 次モードへと進展する道を開くこと」は一部の地域について十分に達成できなかった。具体的には C、D 地域においては独自に現場を改善するための実践が展開されるに至ったが、A、B 地域についてはそのような新たな進展は認められなかった。その原因として考えられるのは、後者の地域において新たな進展が生まれるには「現場の状況把握・計画・実行という一連のプロセス」にもっと時間をかける必要があった可能性である。本研究においては当事者と研究者が議論する機会は、パネルディスカッション、グループディスカッション、フォローアップ（一部の協力者についてはヒアリング）と 2 年間の研究期間で数えても 4 回程度しかなく、また、フォローアップに参加した協力者は一部に限られていた。A、B 地域において実践の改善をもたらすような進展が計画されるためには、現場の当事者たちと議論を尽くし、「気づかざる前提」を言葉にするための時間が必要だったのかもしれない。その際、研究者は研究で測定した客観的データを紹介することで、現場の当事者に「気づかざる前提」への気づきを促すような「自己の考え・価値観を相対化するための機会」を提供したり、研究者自身も自らが抱えている「気づかざる前提」に意識的になった上で、現場の当事者の言葉を丁寧に拾い解釈したりする中で当事者の「気づかざる前提」を明らかにする作業が必要になるだろう。ただし、このような取組は成果が上がるまでの期間の見積が困難であるため、一定期間内に研究成果を挙げる必要があるプロジェクトで実施するにはリスクが高いかもしれない。

引用文献

概要

1) 障害者職業総合センター編：就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル，2017
2) 障害者職業総合センター編 : 就労支援機関と精神科医療機関の効果的な情報交換のあり方に関する研究，資料シリーズ No.96，2017

第Ⅰ部

1) 障害者職業総合センター編 : 就労支援機関と精神科医療機関の効果的な情報交換のあり方に関する研究，資料シリーズ No.96，2017
2) 障害者職業総合センター編：就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル，2017

第Ⅱ部

1) 鈴川由美・豊田秀樹 : “心理学研究” における効果量・検定力・必要標本数の展望的事例分析．心理学研究, 83(1), 51-63. 2012
2) Cohen, J. ：*Statistical power analysis of for the behavioral science*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
3) 森敏昭・吉田寿夫：心理学のためのデータ解析テクニカルブック，北大路書房，1990
4) 障害者職業総合センター編 : 就労支援機関と精神科医療機関の効果的な情報交換のあり方に関する研究，資料シリーズ No.96，2017

第Ⅲ部

1) 障害者職業総合センター編：精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究，調査研究報告書 No.95，2010
2) 障害者職業総合センター編：精神障害者の職場定着及び支援の状況に関する研究，調査研究報告書 No.117，2014
3) 障害者職業総合センター編：障害者の就業状況等に関する調査研究，調査研究報告書 No.137，2017
4) 就労定着支援システム SPIS：https://www.spis.jp/
5) 状態がわかる！見える！！「雇用管理のための対話シート」のご紹介：http://www.pref.osaka.lg.jp/koyotaisaku/management/taiwa_sheets.html
6) 障害のある方の「働くしあわせ」の実現を目指す K-STEP プロジェクト：http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000065084.html

補論

1) Donaldson, S. I. : Theory-driven program evaluation in the new millennium. In S. I. Donaldson & M. Scriven (Eds.),

Evaluating social programs and problems: Visions for the new millennium (pp. 109-141). Mahwah, NJ: Erlbaum. 2003
2) 安田節之・渡辺直登：プログラム評価研究の方法. 新曜社, 2008
3) キャロル・H・ワイス：入門評価学：政策・プログラム研究の方法. 日本評論社, 2014
4) 竹林由武：しなやかな臨床試験デザイン：適応型デザインによる効率化. 心理学評論, 61(1), 86-100. 2018
5) 村井潤一郎・橋本貴充：統計的仮説検定を用いる心理学研究におけるサンプルサイズ設計. 心理学評論, 61(1), 116-136. 2018
6) 大久保街亜・岡田謙介：伝えるための心理統計. 勁草書房, 2012
7) 村井潤一郎・橋本貴充：心理学のためのサンプルサイズ設計入門. 講談社, 2017
8) 鈴川由美・豊田秀樹：“心理学研究” における効果量・検定力・必要標本数の展望的事例分析. 心理学研究, 83(1), 51-63. 2012
9) 杉万俊夫：質的方法の先鋭化とアクションリサーチ. 心理学評論, 49(3), 551-561. 2006

巻末資料

資料１　研究委員会

資料２　ツール検討部会

資料３　支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文

資料４　主治医等の意見書（研究版）

資料５　主治医等の意見書（研究版）修正版

資料６　主治医等の意見書の説明文

資料７　研究版「主治医等の意見書」活用の手引

資料８　主治医の意見書（現行様式）

資料９　研修講座用スライド

資料１０　研修講座・パネルディスカッション・グループワークに関するアンケート用紙

資料１１　実地調査で使用した質問紙

資料１２　情報共有シートの利用事例の把握のために使用した質問紙

資料１３　実地調査以外の研修で使用した質問紙

資料１４　最初期に提示した情報共有シートの例

資料１５　情報共有シート活用の手引

資料１

「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」
に係る研究委員会設置要綱

平成２９年４月２０日制定

（目的）

第１条　「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」に係る情報共有ツールの開発及び情報共有を進める視点やスキルを効果的に普及するための方法などについて検討するために委員会を設置する。

（活動内容）

第２条　委員会は、以下の事項に関する検討を行う。

（１）　精神障害のある人が企業で働く際に、精神障害のある本人、企業、就労支援機関、医療機関で簡便に情報共有するためのツールの作成に関すること。

（２）　就労支援機関と医療機関が連携をスタートする際に効果的な情報共有が行われるためのツールの作成に関すること。

（３）　情報共有を進める視点やスキルを効果的に普及するための方法などに関すること。

（４）　その他、「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」に関すること。

（設置期間）

第３条　委員会の設置期間は、平成 29 年度から平成 30 年度とする。

（委員の委嘱）

第４条 委員の委嘱は、以下のとおりとする。

（１）　委員は、研究主幹が委嘱する。

（２）　委嘱期間は、原則として、委嘱の日から平成 31 年３月 31 日までとする。

（運営）

第５条 委員会の運営は、以下のとおりとする。

（１）　委員会は年２回程度開催する。

（２）　委員会の庶務は、障害者職業総合センター障害者支援部門が行う。

（その他）

第６条　その他、必要な事項が発生した場合は別に定める。

附則　本要綱は、平成２９年４月２０日から実施する。

研究委員会委員（五十音順）

池淵　恵美	帝京大学医学部（教授）
宇田川　健	特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構（共同代表理事）
楜澤　直美	湘南医療大学保健医療部（准教授）
田川　精二	くすの木クリニック（院長） NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク（理事長）
千田　若菜	わかくさ福祉会（理事長） ながやまメンタルクリニック（就労支援担当・臨床心理士）
中川　正俊	田園調布学園大学人間福祉学部（教授）
成澤　岐代子	株式会社良品計画（総務人事担当）

資料２

「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」
に係るツール検討部会設置要綱

平成３０年４月２５日制定

（目的）

第１条　「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」に係る情報共有ツール（精神障害のある人が企業で働く際に、精神障害のある本人、企業、就労支援機関、医療機関等で簡便に情報共有するためのツール）の開発について検討するためにツール検討部会を設置する。

（活動内容）

第２条　ツール検討部会は、以下の事項に関する検討を行う。

（１）　情報共有ツールの作成に関すること。

（２）　作成した情報共有ツールを効果的に普及するための研修方法に関すること。

（３）　その他､就労支援機関と精神科医療機関等が効果的に情報共有するためのさまざまなツールの活用に関すること。

（設置期間）

第３条　ツール検討部会の設置期間は、平成 30 年度の１年間とする。

（委員の委嘱）

第４条 委員の委嘱は、以下のとおりとする。

（１）　委員は、研究主幹が委嘱する。

（２）　委嘱期間は、原則として、委嘱の日から平成 31 年３月 31 日までとする。

（運営）

第５条 ツール検討部会の運営は、以下のとおりとする。

（１）　委員会は年２回程度開催する。

（２）　委員会の庶務は、障害者職業総合センター障害者支援部門が行う。

（その他）

第６条　その他、必要な事項が発生した場合は別に定める。

附則　本要綱は、平成３０年４月２５日から実施する。

ツール検討部会委員（五十音順：敬称略）

奥脇　学	有限会社奥進システム（代表取締役）
北村　尚弘	一般社団法人働く幸せプロジェクト（理事）
黒川　常治	社会福祉法人巣立ち会（ピアスタッフ）
古我知 加奈子	NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク（ジョブコーチ）
境　浩	株式会社 島津製作所（人事部マネージャー）
坂田　増弘	国立精神・神経医療研究センター病院（精神リハビリテーション部医長）

資料３－１

○年○月○日

○○病院
　○○先生

○○（就労支援機関名）

○○さんの当所利用に係るごあいさつ

　時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
　当所は○○（就労移行支援や就労継続支援などを記載）を実施している、○○（機関名を記載）と申します。
　○月○日、○○さんが当所（機関名を記載）に相談にいらっしゃいました。当所では、○○さんに対する相談・支援を進める際に、今後、先生と情報交換・連携を図れればと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。
　なお、情報交換を行う際に、担当窓口になる方など当方が留意すべき点がございましたら、○○さんにお伝えいただくか、下記連絡先にご連絡いただくと幸いです。
　また、当所の業務内容等につきましては、同封のパンフレットを御覧ください。

（連絡先）
担当　　○○（支援機関名）　　○○（担当者名）
TEL　　○○○○○○

資料３－２

○年○月○日

○○病院　○○先生

○○（就労支援機関名）

○○さんの就労支援に係る情報提供について（依頼）

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

当所の業務につきましては、平素より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、現在、貴院を利用している○○さんが就職を希望され、当所（就労支援機関名）で相談・支援を受けていらっしゃいます。

当所での相談・支援状況は、下記１のとおりですが、今後、当所での就労支援を進める際の参考として、下記２に記載したようなことについて貴院より情報を提供していただきますようお願い申し上げます。

なお、貴院から当所に対して情報提供していただける場合、どのような方法だと都合がよいか（例えば、「本人が受診するときに当所職員が同行してお話をお聞きする」「貴院のＰＳＷから連絡をいただく」など）、ご本人を介してお知らせいただくと幸いです。

また、本件につきましては、ご本人から同意を得ており、貴院から提供された情報はご本人と共有することを前提としております。

記

１．当所での相談・支援等の状況

(1) ご本人の希望：当面、週○日（○-○時）当所を利用し、２年後の就職を目指す。

(2) 相談・支援状況：貴院からの情報提供内容を踏まえ、支援方針などを検討する予定。

２．医療機関にお聞きしたいこと

・病気や治療に関すること（診断名、発病の時期、貴院の初診日、主な症状や症状の安定度、デイケア等の利用状況、病気に対する本人の受け止め方、就労に対する貴院の意見等）

・就労支援を行う際に把握しておいた方がよいこと（例：本人が力を発揮しやすい場面、周囲の望ましい関わり方、苦手な場面や体調を崩すきっかけ、体調を崩しかけたときのサイン、体調を崩しそうなときの対処法、体調を維持する工夫等）

・貴院に問い合わせる場合の都合の良い方法・時間帯・担当者の方等

（連絡先）○○（支援機関名）　　○○（担当者名）　℡○○○○○○

資料４

（参考様式）

主治医等の意見書

１．氏名等	氏名　　（男・女）　生年月日　　年　　月　　日
	住所　　TEL
２．病名等	病名（該当するものア～エを○で囲む） ア 統合失調症、イ そううつ病（そう病、うつ病を含む）、ウ てんかん エ その他（具体的な病名：　　）
	病の発生時期　　年　　月頃
３．医療機関等での支援状況	当該意見書の記載者が主治医になった時期（　　年　　月から）
	医療機関での関わり（該当するものア～オをすべて○で囲む） ア 主治医の診察治療（　　週に１回）　　イ 医師以外の医療職との相談 ウ 自院のデイケア利用（週　日）　　エ 他院のデイケア利用（週　日） オ　その他（　　）
４．現在の精神症状（具体的な症状と安定の程度）	
５．就労に関する主治医の意見（１～３いずれかに○）	病状等の観点から、現時点においてハローワークで求職活動を行うことについて、 １．求職活動を行ってよいと考える。 ２．求職活動はもう少し回復してからが望ましいと考える。 ３．その他（具体的に：　　）
６．就労支援や就職を考える際の留意点	本人が力を発揮しやすい場面や周囲の人の望ましい関わり方 苦手な場面や体調を崩すきっかけ 体調を崩すときの注意サインや体調が悪化したときのサイン 体調を崩しそうなときの対処方法 その他、就労支援機関が把握しておくべきこと
７．ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点（窓口となる担当者、連絡方法、都合の良い時間帯等）	

以上の通り意見を述べる。　　平成　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所在地　　医師氏名　　㊞

（職種名：　　，氏名　　）

資料５

（参考様式）

主治医等の意見書

１．氏名等	氏名　（男・女）　生年月日　年　月　日
	住所　TEL
２．病名等	病名（該当するものア～エを○で囲む） ア 統合失調症、イ そううつ病（そう病、うつ病を含む）、ウ てんかん エ その他（具体的な病名：　）
	病の発生時期　年　月頃　｜　直近の入院　年　月～　年　月 ・ 入院歴無
３．医療機関等での支援状況	当該意見書の記載者が主治医になった時期（　年　月から）
	医療機関での関わり（該当するものア～エをすべて○で囲む） ア 主治医の診察治療（　週に　回）　イ デイケア利用（自院／他院：　週　日） ウ 医師以外の専門職（職種：　）との継続的な相談 エ その他（　）
４．現在の精神症状 ※ 具体的な症状と生活への影響の程度	
５．就労に関する主治医の意見 ※１～３いずれかに○	病状等の観点から、現時点においてハローワークで求職活動を行うことについて、 １．求職活動を行ってよいと考える。（わかれば記載：左記の状態になって約　年　か月） ２．求職活動はもう少し回復してからが望ましいと考える。 ３．その他（具体的に：　）
６．就労支援や就職を考える際の留意点 ＊この項目は、主治医以外の専門職が記載してもよい。その際は、主治医以外の専門職の署名も必要。	本人が力を発揮しやすい場面や周囲の人の望ましい関わり方 苦手な場面や体調を崩すきっかけ 体調を崩すときの注意サインや体調が悪化したときのサイン 体調を崩しそうなときの対処方法 その他、ハローワークが把握すべきこと（判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載）
７．ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点（窓口となる担当者、連絡方法、都合の良い時間帯等）	

以上の通り意見を述べる。　年　月　日

病院又は診療所の名称　診療担当科名

所在地　医師氏名　㊞

（職種名：　，氏名　）

資料６

平成○年○月○日

○○病院
　○○先生

○○公共職業安定所

主治医等の意見書の記載について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、当公共職業安定所（以下「ハローワーク」という。）の業務につきまして、平素より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、○月○日に、貴院に通院している○○　△△さんが当ハローワークに来所されました。ご本人は、○○の仕事を週○日、１日○時間程度での就職を希望されております。

今後、ハローワークで職業相談等を進めるに当たり、主治医の先生などのご意見を参考にさせていただきたいため、別添「主治医等の意見書」（以下「意見書」という。）を主治医の先生に記入してもらうようご本人に説明し、同意を得ております。

つきましては、下記「記載時の留意事項」などをご確認いただき、意見書に必要事項をご記入の上、ご本人にお渡しいただきますようお願い申し上げます。

なお、記載いただいた意見書はご本人に開示します。

ご不明な点がございましたら、ハローワーク○○（担当：○○；℡　○○○○○）までお問合せいただけると幸いです。

記

◎記載時の留意事項

「２　病名等」: 該当する病名に○を付け、その他の場合は（　）に診断名を記載します。その他の者で手帳がない場合、障害者雇用促進法に定める精神障害者に該当しませんが（精神障害者の定義は裏面に記載）、該当しない場合でも、職業生活に相当の制限を受けている者は、「その他の障害者」として、ハローワークなどでの相談・支援の対象になります。なお、様式記載の病名が、ＩＣＤのどの小分類までを含むかは規定されていません。

「４　現在の精神症状」: 概ね直近３か月の症状について記載します。双極性障害など症状の特徴によってはもう少し長い期間で記載してください。

「５　就労に対する主治医の意見」:「２」と判断される場合は、本人とよく相談した上で、現時点では、ハローワークへの意見書の提出を見送るという選択も有り得ます。

「６　就労支援や就職を考える際の留意点」: 精神保健福祉士など主治医以外の方で、本人の状況を十分把握している方がいる場合は、その方に記載していただくことも可能です。なお、その際は、様式の最後（医師氏名の下）にその方の署名も必要となります。

（参考）

１．意見書の位置づけ

意見書は、ハローワークが主治医から情報収集するときに使われる様式で、求職者が障害者雇用促進法上の精神障害者に該当するか否かを判断するための参考資料としての役割があります。

障害者雇用促進法上の精神障害者であると判断するためには、「診断名」と「症状が安定し就労可能な状態にあるか否か」の２点を確認する必要があります。

障害者雇用促進法では、精神障害者を①精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、②統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）又はてんかんにかかっている者（①に該当する者を除く。）のどちらかのうち、症状が安定し、就労が可能な状況にあるものと定義しています。このため、同手帳を所持していない者の場合は、上記②の精神障害者に該当するか否かを判断するため、診断名を確認する必要があります。（①の精神障害者は障害者雇用率制度や各種助成金の対象となり、②の精神障害者は各種助成金の対象になりますが、障害者雇用率制度の対象にはなりません。）

なお、「症状が安定し就労可能な状態にあるか否か」は、本意見書の全体を参考にしながらハローワークで職業相談を進めるとともに、必要に応じて主治医の先生をはじめ医療機関の方々と情報交換をしながら検討することになります。

また、この「主治医等の意見書」は、ハローワーク○○で試行的に使用しているもので、他のハローワークから記載依頼される様式とは異なっておりますが、従来の様式同様、障害者雇用促進法上の精神障害者に該当するか否かを判断するための参考資料として使用します。

２．障害者雇用施策の概要

障害者雇用促進法では、全ての事業主に対し、従業員数の一定割合以上の障害者雇用を義務付けており、この一定割合を法定雇用率といいます。現在、民間企業の法定雇用率は 2.2%であり、常時雇用している労働者数が 100 人を超える企業が、同労働者に占める障害者の割合が法定雇用率を下回っている場合は、不足する障害者に応じて障害者雇用納付金が徴収されます。また、徴収された障害者雇用納付金を財源として、常時雇用している労働者数が 100 人を超える企業が法定雇用率を超えて障害者を雇用している場合は、その超えて雇用している障害者数に応じて障害者雇用調整金を支給するほか、障害者雇用に伴う施設整備や人的支援を行う企業に各種助成金を支給しています。また、職業リハビリテーションの実施機関として、ハローワークや障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターの役割なども規定しています。さらに、2016 年度からは、障害者であることを理由にした差別を禁止し、障害者と障害者でない人との均等な機会の確保の支障となっている事情を改善するための措置などの提供を義務づけた、差別禁止と合理的配慮の提供義務が施行されています。

なお、障害者雇用促進法に規定された制度以外にも、障害者をハローワーク等の紹介により、常用雇用労働者として雇用した企業に対して助成する特定求職者雇用開発助成金や、短期間の試行雇用を行う場合に奨励金を支給し、企業と障害者が相互に適性を判断し、両者が合意すれば常用雇用に移行するトライアル雇用助成金など様々な制度があります。

研究版「主治医等の意見書」活用の手引

1 研究版「主治医等の意見書」を作成した経緯

障害者職業総合センターが実施した調査では、ハローワーク様式である「主治医の意見書」に対して、就労支援に詳しい多くの医師から「就労可能性や職業能力の詳細を医師に判断させるのは、医師の専門領域から考え無理がある。」といった指摘がなされています。

医師の専門領域は、主として病気の診断と治療です。医師は、専門領域をマスターするために下記の教育を受けています。

医学部の教育課程

- 生理学や解剖学などの基礎医学の学習
- 内科や外科など各科の系統講義と臨床実習

医師の国家資格取得後の研修

- 指導医につき各診療科の研修：２年
  （精神科の専門医を目指す場合）
- 主として精神科の診察室や病棟で指導医につき診断治療の技術習得：３～４年

この内容を見れば分かるように、精神科医になる教育・研修過程では生活や就労に関連した知見を得る機会はほとんどありません。

そこで、障害者職業総合センターでは、厚生労働省障害者雇用対策課及び複数の精神科医を含む研究委員会で検討し、医師の専門領域に照らして回答可能で、ハローワークの職業相談などに資する意見書の研究版を作成しました。

研究版は、障害者職業総合センターの「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」の実地調査対象ハローワーク（４か所）で平成 29 年度～30 年度に試行活用してもらうことになり、その試行結果を踏まえ、今後の意見書の内容を検討することとしています[1]。

[1] 平成 29 年度の試行結果を踏まえ、平成 30 年度の研究版に若干の修正を加えていますが、基本的な構成に違いはありません。

2 意見書を職業相談・職業紹介に活かす

意見書を取得するために３～５千円程度の文書料が発生することが多いようです。保険診療の対象にはならず、求職者が金銭的負担をして提出した意見書ですから、取得したら終わりではなく、よりよい職業相談・紹介のために活用することが望まれます。

また、「症状が安定し就労可能な状態にある者か否か」を判断するための参考資料として意見書を取得する場合、意見書はあくまで参考の位置づけであることに留意が必要です。「意見書の書きぶりだけで判断せずに、どのような支援や配慮があれば本人が働けるか、働きやすくなるかを考えて欲しい。」と指摘する医師もいます。医療機関の情報だけで職業相談を進めるのではなく、求職者と十分相談しながら「ハローワークの立場から」職業相談の進め方を検討します。ハローワークだけで検討するのが難しい場合は、地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターなどを活用します。

意見書を職業相談などに活かすためには、職業相談・職業紹介の基本（求職者の現状の把握と希望の確認、担当制の相談、計画の策定、関係機関との連携、事業主指導などによる職業指導、職業紹介、職場定着指導の一貫した支援）と、医療機関と連携するための視点や方法（医師や医療機関の専門領域を知る、意見書などの医療機関からの情報をファイナルアンサーと受け止めない、ハローワークの立場からアセスメントする、必要に応じて医療機関と情報交換・協議するなど）を踏まえる必要があります。

なお、職業相談の進め方や医療機関との連携については、「精神障害者相談窓口ガイドブック」や「就労支援機関と精神科医療機関の情報交換マニュアル」に示しています。本手引と共に必要に応じて参照してください。

3 研究版「主治医等の意見書」の質問項目の設定主旨

（1）病名等

「病名」や「病の発生時期」は現行様式と同様です。また、「直近の入院」を含めました。

（2）医療機関等での支援状況

医師に対するヒアリング調査では、「医師にも経験年数や経験した職場の種類、就労に関する考え方・見識の違いなどが大きいことも想定していた方がよい。」「主治医を務めている期間、デイケア実施の有無など意見書がどれだけ妥当性が確保されたものか推察する必要がある。」などの意見が出ました。ハローワーク職員は、医師が意見書を書く際の背景を踏まえて意見書を読むべきであるとの指摘です。

資料７

そこで、研究版では「当該意見書の記載者が主治医になった時期」、「デイケア」や「主治医以外の専門職との継続的な相談」が行われているかなどの欄を設けました。

（3）現在の精神症状

現行の意見書では、「３　障害の状況」として「現在の精神状態（具体的な症状と程度）」、「症状の安定度（安定の程度、安定した時期等）、「日常生活能力の程度」を尋ねています。

しかし、医師に対するヒアリング調査では、「現在の精神症状の『現在』とは遡っていつまでのことか？　ここ１か月か半年か１年か５年位か曖昧である。」「『症状の安定度』では、幻聴はあるが日常生活がある程度できている場合などはどう書くのかなど迷う。」「幻覚・妄想の症状と働くこととはあまり関係しないし、働くことで安定する人もいる。『安定』の概念が曖昧で、書く人によって受け取り方が違ってくる可能性もある。」など「質問項目が曖昧である」との指摘が多数ありました。

「日常生活能力の程度」についても、複数の医師から「手帳のとき、年金のとき、働くときで、どのように考えればよいか迷う。」との指摘がありましたが、この項目については、下記などにより判断が異なる可能性があります。

- 精神障害があり、ハローワークの障害者相談窓口で相談している人[2]を前提としている中で、例えば、「（１）社会生活は普通にできる」のレベルをどう判断するか。
- 社会生活や日常生活の困難性は、家庭や地域社会、友人関係など環境要因が関連しているがその要因をどのように反映させるか。
- 病状が悪化したときとそうでないときとをどう評価するか。
- 本人のために年金や手帳を取得する場合と仕事をする場合で記載の仕方をどうするか。

以上を踏まえ、研究版では「現在の精神状態（具体的な症状と程度）」と「症状の安定度（安定の程度、安定した時期等）」を併せ、「現在の精神症状　＊具体的な症状と生活への影響の程度」という項目にすると共に、「日常生活能力の程度」を削除しました。

また、「現在」の期間を明確にするため、研究版の説明書きに「『４．現在の精神症状』：概ね直近３か月の症状について記載します。双極性障害など症状の特徴によってはもう少し長い期間で記載してください。場面により安定度が変化する場合は、そのことも記載してください。」を入れました。

（4）就労に関する主治医の意見

現行の意見書では、「４　就労に関する事項」の「労働能力の程度」に「就労可能性の有無」の欄があります。この「就労可能性の有無」については、「精神障害者相談窓口相談ガイドブック」の中で次のように説明しています。

[2] 障害者雇用促進法上は精神障害があるため「長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者」であることが想定される。

意見書の中に、『就労の可能性の有無』の欄がありますが、この場合の『就労の可能性』とは、働いたり、就職に向けた取り組みを行うことが、病状等から考えて適当なのか、病状の悪化を招かないか等、医学的観点から判断しているものであり、基本的労働習慣や作業遂行能力の有無について判断しているものではありません。これは、内部障害のある人の就労可能性を内科医に問うときと、同様と考えればよいでしょう。

また、医師へのヒアリング調査では「就労の可能性の有無を『無』とすると将来的な可能性も否定することになるのでは」などの指摘がなされています。

以上の点を踏まえ、研究版ではこのような「就労の可能性」の基本的な考え方を明確にするため、「５．就労に関する主治医の意見　＊１～３いずれかに○」とし、「病状等の観点から、現時点においてハローワークで求職活動を行うことについて」「１．求職活動を行ってよいと考える。２．求職活動はもう少し回復してからが望ましいと考える。３．その他（具体的に：　　）」の中から選択してもらうことにしました。

なお、平成29年度の研究版を使用したハローワーク職員から「いつ頃から今の状態になったか把握したい」との要望が出たため、平成30年度版では「求職活動を行ってよいと考える」ようになった時期を記載してもらうことにしました。

ただし、本人から「仕事をしたい」と言われ初めて求職活動を行ってよいか検討する場合、発病後も離転職を繰り返している場合など記載しにくい事例も多く、環境要因により変動しやすい面をどのように捉えるかまで考えると記載が難しいことも想定されます。そこで、「わかる場合は」との注釈を付け、研究版の活用事例のうちどの程度の割合でこの項目に記載されるか確認することにしました。

（5）就労支援や就職を考える際の留意点

上記１で述べたとおり、労働習慣や労働能力の程度、労働時間などを尋ねる現行の意見書の「４．就労に関する事項」は、就労支援に詳しい多くの精神科医から「医師の専門領域から考えて記載できる項目ではない」と指摘されています。このため、研究版では苦手な場面や体調を崩すきっかけ、体調を崩しそうなときの対処方法などのセルフケアに関連することを尋ねることにしました。

また、これらの項目は、デイケアなどを担当している専門職の方が求職者の状況をより詳細に把握している場合も多いため、医師以外の専門職も記載できるようにしました。

（6）ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点

意見書の記載内容などについて医療機関に問合せしたい場合「どのような方法で問い合わせたらよいか悩む」というハローワークの要望を踏まえ、ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点について記載してもらうようにしました。

4 研究版「主治医等の意見書」の見方や活用の仕方

（1）意見書を取得した際の相談の基本

意見書を取得したら、意見書の記載内容を求職者と一緒に確認します。その際、「よりよい職業相談・紹介を行うためにいくつか質問をさせてもらうこと」「求職者が話したくないことは無理に話さなくてもよいこと」などを求職者に伝えます。

意見書の記載内容と求職者が話すことに食い違いがある場合

すぐに医療機関に問い合わせるのではなく「求職者はなぜそう考えるのか」「主治医が意見書にそのように記載した理由について求職者はどう考えるか」などについて求職者に確認します。そして、「ハローワークの立場」から求職者の状況を整理した上で、下記の手順で、医療機関に問い合わせます。就労支援機関を活用している場合は、本人の同意を得て支援機関の意見も把握します。

求職者が話す診断名と意見書の診断名が異なる場合

主治医と求職者が十分に相談できていない可能性があります。必要に応じ、精神障害者雇用トータルサポーターなどとも連携しながら職業相談の進め方や医療機関への問合せの仕方を検討します。

医療機関へ問い合わせる手順

＜「7．ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点」に記載がある場合＞

医療機関に確認・連絡する内容を整理する
↓
医療機関に確認・連絡したい内容と理由を求職者に説明し、同意を得る
↓
「7．ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点」に記載された方法で連絡

＜「7．ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点」に記載がない場合＞

医療機関に確認・連絡したい事項を簡潔に文書にまとめる
↓
求職者が受診する際にその文書を主治医に渡してもらう
↓
確認したい事項の回答方法※を医療機関から本人に伝えてもらう

※例：医療機関からハローワークに電話する、ハローワークから医療機関に電話する、医療機関からハローワークに文書で回答する、医療機関から求職者に口頭で伝える等

（2）病名等

病名だけで分かることは限られますので、診断名だけで何らかの判断やイメージを持つことは避ける必要があります。ただし、以下の記載からも分かるように、疾患の基本的な特徴を踏まえておくことは必要です。

- 「そううつ病（そう病、うつ病を含む）」の場合、うつ病（うつだけの単極性障害）と、「そう」と「うつ」を繰り返す双極性障害では服薬内容も異なる違う病気である。
- 双極性障害の場合、「そう状態」の初期では本人が快調に感じ自分の病状変化に気づかないことも多く、職場の上司や同僚がその変化を察知することもまれではないため、本人のプライバシーに配慮しながら、早めの受診や職場の産業保健スタッフへつなぐことが望まれる。

病気の特徴や配慮事項については、「精神障害者雇用管理ガイドブック」（41-61 頁）に記載されていますので参照してください。

なお、平成 30 年度の研究版に「直近の入院」を含めました。この欄を見る際は以下の点に留意が必要です。

- 「入院」と言っても短期間の休憩の意味合いで入院することもある。
- 入院歴のある人は、きちんとした病名告知や病気に対する教育の機会が得られ、疾病に対する認知や受容がより進展している場合もある。
- 「最近入院をしているから仕事は難しい」「長期間入院しているから仕事は難しい」など短絡的に「入院＝仕事が難しい・障害が重い」と捉えない。

その上で、「入院した時に学んだこと」や「入院してどうなったか」などを整理できているか把握し、求職者が「どのように病気と向き合っているか」確認します。ただし、入院が求職者にとって辛い体験である場合も少なくありませんので、質問をしても求職者があまり話したがらない場合は、無理に聞くことは控えます。

（3）医療機関等での支援状況

上記３で記載したように、この項目は「医療機関が求職者の状態を的確に把握できる可能性がどの程度あるか」を知るための項目です。

この項目の記載を踏まえ、求職者に以下のような質問を行い、意見書の妥当性や今後の医療機関との連携の可能性を検討します。

- 通常の診察時間は何分程度か
- 診察のときに話はよく聞いてもらえるか
- 主治医に伝えるべきことを伝えられているか
- 就労に関して主治医とどのような相談をしているのか
- 主治医や主治医以外の専門職に対する求職者から見た印象

（4）現在の精神症状

医療機関からは、「幻聴があるというだけで『就労は無理』と考えるハローワークの職員や、薬物依存や人格障害などの診断名を伝えただけで利用者としての受け入れを嫌がる支援者もいる。今は落ち着いていること、医療機関がバックアップすることなどを伝えると受け入れてくれるところもあるが、症状や診断名の伝え方についても慎重にならざるを得ない。」といった意見も出ています。診断名や症状だけで、誤ったイメージを持ち、それに基づき不適切な対応をしないよう注意します。

記載されている精神症状の具体的な内容がよく分からないときは、求職者に具体的にどのような状況であるか確認します。また、必要に応じ、記載されている精神症状について、精神障害者雇用トータルサポーターや就労支援機関を利用していればその担当者の意見も聞いて具体的な理解を深めましょう。

（5）就労に関する主治医の意見

「2．求職活動はもう少し回復してからが望ましいと考える。」に記載されている場合、すぐに紹介することは控えるのが一般的な対応でしょう。ただし、そのような場合でも、意見書の記載内容だけで紹介の方針を決定しないようにしましょう。求職者に対して、「（主治医が「2」を選択したことについて）主治医と相談しているのか」「この意見をどう思うのか」「なぜ主治医はここに記載したと思うか」などを尋ねることで、求職者の視点から主治医が「2」を選択した理由を把握します。さらに、就労支援機関を利用している場合は支援機関にも問い合わせ、ハローワークの立場から検討します。

（6）就労支援や就職を考える際の留意点

「どのような職場を紹介すべきか」「紹介先の企業にどのような説明をすべきか」などを検討する際に参考となる項目です。

他の項目と同様、主治医の記載について求職者がどう思うかを尋ねます。その結果、「そのとおりである」と回答した場合でも、以下のような方法で尋ねることにより、求職者が「自分自身の状況をどの程度理解できているか」確認すると共に「どのような仕事や職場環境が望ましいか」「職場定着のためにはどのような配慮が必要か」などを把握します。

また、意見書の記載に求職者が違和感を持っている場合は「なぜ求職者は違和感を持つのか」「医療機関はなぜこのような記載をしたと思うか」などを尋ねます。求職者側の意見を把握した上で、必要に応じ上記4の（1）に示した方法で医療機関に問合せをします。

以下、項目毎に記載内容の確認の仕方を解説します。

本人が力を発揮しやすい場面や周囲の人の望ましい関わり方

「具体的な指示を出してもらう」などの記載がある場合、「具体的な指示を出してもらえなくて困ったこと」があるかどうか、「どのようなときに、どのような指示を出してもらえたので、助かった」という具体的なエピソードがないかなどを確認します。「具体的な指示を出してもらう」ことが必要な求職者の場合、上記のような質問に具体的に答えられない可能性もありますが、どのように答えるかを把握することで、求職者の自己理解や説明能力の状況も把握することができます。

苦手な場面や体調を崩すきっかけ

- 「人間関係でストレスを感じやすい。」などの記載がある場合、具体的に「どのような場面でストレスを感じやすいのか」「ストレスを感じている時とは、どのような状況の時か」などを確認します。
- 「過活動を避けることが望ましい」などの記載がある場合、「 過活動 とはどのような状態を言うのか」「過活動のせいで、どのような困ったことがあったか」「最近、過活動になったのはいつころか」などを把握し、「過活動を避けることが望ましい」とは具体的にどのようなことなのかイメージできるようにします。

体調を崩すときの注意サインや体調が悪化したときのサイン

「不眠」「抑うつ感」「吐き気」「めまい」などの記載がある場合、「それらのサインの具体的な状況」や「どのようなときにそれが起こりやすいか」「最近はどの程度の頻度で起きているのか」確認します。また、記載されているサインが出た後の具体的なエピソードを把握し、記載されているサインが「のどが痛いので風邪気味であることを知る程度のサインか」「熱が 39 度近くあるような重症のサインなのか」を把握します。

体調を崩しそうなときの対処方法

- 「負荷を減らす」などの記載がある場合、「どのような場面で、どのように負荷を減らしたので、大崩れしなくて済んだ」などのエピソードがあるかどうか確認し、就職後に同様の状況になった場合の具体的な対処法を検討します。
- 「孤立させない、孤立感をやわらげる」などの記載がある場合、「具体的にどのような関わりをしてもらえるとよいのか」「これまでそのような対応をしてもらってよかったことはあるか」などを確認します。
- 「休養」などの記載がある場合、「どんなときにどんな休養をしたか」エピソードを確認し、「休養が必要になる状況」や「どのような状況になったら、どれくらいの休養が必要なのか」など具体的な状況を把握します。

- 「早期の受診」などの記載がある場合、「最近で早期の受診をする必要があったのはいつ頃か。それはどのような場面であったか」「早期の受診をしてどうなったか」「早期の受診が必要なときに、実際に早期の受診ができているか」などを確認します。また、このような記載の場合、「早期の受診とはどのような状況のときに必要になるのか」など、医療機関に問い合わせておくことが望まれます。

その他、ハローワークが把握すべきこと（判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載）

- 「不調の際に病院に連絡が取れる体制」などの記載がある場合、「これまで不調の際に病院と家庭や支援機関などが連絡体制を取ることはあったのか。あったとすれば、どのような体制だったのか」などを確認します。また、医療機関側が望む連絡体制などについてより詳細に把握する必要があるので、具体的な連絡体制の在り方などについて医療機関と協議しておくことが望まれます。
- 労働時間が記載されている場合は、意見書に記載されている時間を鵜呑みにするのではなく、求職者に「記載されている労働時間についてどう思うのか」確認します。記載内容と求職者の意見が異なる場合、求職者の意見は「どのような根拠に基づいているのか」把握します。就労支援機関を利用している場合は、支援機関による支援も確認した上で、ハローワークの立場から検討します。

（7）ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点

平成 29 年度の試行結果では、この項目に６～９割の医療機関が何らかの記載をしていました。この項目に何らかの記載がある場合、医療機関に確認（問合せ）・連絡したい事項が発生した場合は、この項目に記載されている方法で連絡します。

（8）具体例

以下、右記の架空事例を基に、研究版の見方や相談の進め方の具体例を示します。

病名　統合失調症の特徴や一般的な留意事項を知りたいときは、「精神障害者雇用管理ガイドブック」を参照してください（「直近の入院」については本手引の５頁を参照）。

医療機関等での支援状況　「デイケア利用」に〇がついていますので、デイケアでの様子やデイケアで主に相談している支援者などについて確認します。

現在の精神症状　「幻聴」の具体的状況、症状との関連で日常生活において気をつけていることがあるか、あるとすればどのようなことかなどを把握します。

就労支援や就職を考える際の留意点

- 困ったときにすぐ相談にのってもらえる：「このような対応をされて助かった」エピソードなどを把握し、「困ったときにすぐに相談にのってもらえることで求職者がどのようになるのか」ハローワークでも具体的にイメージを持てるようにします。
- 軽微な不安から調子を崩しやすい：「軽微な不安から調子を崩した」エピソードを把握し、「軽微な不安から調子を崩しやすい」とはどのような状況か、具体的にイメージできるようにします。また、「最近このような状態になったのはいつ頃か」「このようになる頻度はどれくらいか」なども把握します。
- 吐き気やめまい：吐き気やめまいがでたときのエピソード、「どのような場面でこれらが起こりやすいか」「最近このような状態になったのはいつ頃か」「このようになる頻度はどれくらいか」などを把握し、具体的な状況を確認します。
- 頓服：「どのような症状の時にどのような薬を飲んでいるのか」「服薬するとどうなるのか」「最近、頓服を服用したのはいつか」「最近はどれくらいの頻度で頓服が必要になるか」などを確認します。なお、頓服（とんぷく）とは「食後など決まった時間ではなく，発作時や症状のひどいときなどに薬を飲むこと」を言いますが、意見書の中に意味がよく分からない単語が出てきた場合、求職者や精神障害者雇用トータルサポーターなどに確認するようにします。
- 休養：「どんなときにどんな休養をしたか」エピソードを確認し、「休養が必要になる状況」や「どのような状況になったらどれくらいの休養が必要なのか」など具体的な様子を把握します。

ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点

右記のような記載であれば、緊急の場合は医療機関への連絡は電話で、それ以外の場合は、連絡・確認事項を文書に簡潔にまとめ、求職者が受診するときに持参してもらうのが一般的です。

（参考様式）

主治医等の意見書

１．氏名等	氏名　●●　（男）女）　生年月日　Ｈ２年５月１日
	住所　●●　TEL　●●
２．病名等	病名（該当するものア～エを○で囲む） （ア）統合失調症、イ そううつ病（そう病、うつ病を含む）、ウ てんかん エ その他（具体的な病名：　　）
	病の発生時期　*Ｈ２５年１月頃*　｜　直近の入院　*Ｈ２５年６月～　２５年１０月*　・　入院歴無
３．医療機関等での支援状況	当該意見書の記載者が主治医になった時期（　*Ｈ２５年５月から*）
	医療機関での関わり（該当するものア～エをすべて○で囲む） （ア）主治医の診察治療（*２週に１回*）　（イ）デイケア利用（（自院）／他院：　*週３日*） ウ 医師以外の専門職（職種：　　）との継続的な相談 エ その他（　　）
４．現在の精神症状 ※ 具体的な症状と生活への影響の程度	*幻聴はあるが日常生活には特に影響は出ていない。*
５．就労に関する主治医の意見 ※１～３いずれかに○	病状等の観点から、現時点においてハローワークで求職活動を行うことについて、 （１）．求職活動を行ってよいと考える。（わかれば記載：左記の状態になって約*１*年　か月） ２．求職活動はもう少し回復してからが望ましいと考える。 ３．その他（具体的に：　　）
６．就労支援や就職を考える際の留意点 ＊この項目は、主治医以外の専門職が記載してもよい。その際は、主治医以外の専門職の署名も必要。	本人が力を発揮しやすい場面や周囲の人の望ましい関わり方 *困ったときにすぐに相談にのってもらえる。* 苦手な場面や体調を崩すきっかけ *伝達や臨機応変な対応。軽微な不安から調子を崩しやすい。* 体調を崩すときの注意サインや体調が悪化したときのサイン *吐き気やめまい。* 体調を崩しそうなときの対処方法 *頓服や休養。* その他、ハローワークが把握すべきこと（判断できる場合は、可能な労働時間数なども記載）
７．ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点（窓口となる担当者、連絡方法、都合の良い時間帯等） *基本的には文書で。緊急の場合は電話●●●●（デイケアの●●に要件を伝えてもらいたい）。*	

以上の通り意見を述べる。　　平成●●年●●月●●日

病院又は診療所の名称●●　　診療担当科名

所在地●●　　医師氏名　●●　　㊞

（職種名：　　，氏名　　）

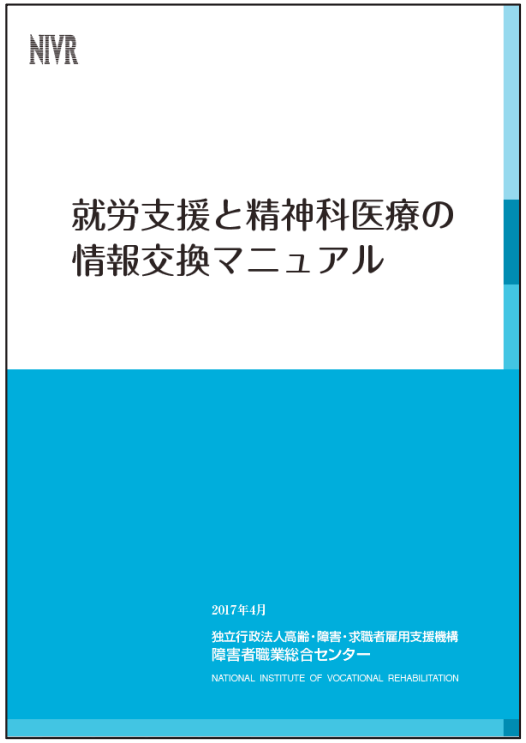
11

参考資料

「就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル」（55－60 頁）

このマニュアルは、就労支援と精神科医療との効果的な情報交換・共有・連携に資するための視点、就労支援機関から医療機関への具体的な問合せの方法、就労支援機関と医療機関とが協議する際の留意点などを具体的に紹介しているものである。

本資料は、現行の「主治医の意見書」の位置づけや書き方、意見書を作成するための相談の仕方などについて、医療機関向けに記載した部分を抜粋したものである。



２．「主治医の意見書」の位置づけと書き方

意見書の位置づけ

「主治医の意見書」（以下、意見書）は、ハローワークが医療機関から情報収集するときによく使われる様式です。

ハローワークの要領を読むと、意見書には、求職者が雇用促進法上の精神障害者であるか否かを判断するための参考資料の役割があることが分かります。雇用促進法上の精神障害者であることの判断のためには、「診断名」と「症状が安定し就労可能な状態にあるか否か」の２点を確認することが必要となります。また、多くのハローワークの職員は、意見書に対して「今後の就労支援のための参考資料」としての役割も期待しています。

（ハローワークの障害者職業紹介業務取扱要領より）

精神障害者であることの判断の参考とする医師の診断書、意見書等については、「主治医の意見書」（様式４）によるものとするが、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者であっても、症状が安定し、就労が可能な状況にあるか否かの判断に必要となる場合があるので留意されたい。

特に、症状の安定性や就労の可能性については、医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーションの実施等に伴い、変化するものであるので、一度の判断により決定するのではなく、必要に応じて、主治医等に再確認を行うこととされたい。

さらに、これら精神障害者保健福祉手帳、医師の診断書、意見書等については、精神障害者の人権上の問題を引き起こすことがないよう十分留意し、当該求職者から提出されるようにし、その提出を強要しないよう十分留意されたいこと。

＜診断名の確認＞

雇用促進法における精神障害者の定義は、①精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、②統合失調症、そううつ病（そう病、うつ病を含む）又はてんかんにかかっている者（①に該当する者を除く）のうち、症状が安定し、就労が可能な状況にあるものとされています。

このため、手帳を所持していない者の場合、上記②の精神障害者に該当するか否かを確認するため、意見書などで診断名を確認する必要があります。②の精神障害者であることが確認されると、雇用率の対象にはなりませんが、各種助成金等の対象となります。

＜症状が安定し就労可能な状況にあるか否かの確認＞

雇用促進法における精神障害者の定義では、「症状が安定し、就労が可能な状況にあるもの」とされており、ハローワークで相談する際にも、それを確認する必要があります。

ただし、就労の可能性は、障害者の個人条件だけでなく、労働条件や職場環境、就労支援の実施状況など環境条件によって大きく変化しますので、医師の立場で、環境条件も踏まえ、労働能力の観点から判断するのは困難です。

このため、意見書で確認を求めている「症状が安定し、就労が可能な状況」とは、病状等から考え、現時点で、ハローワークでの求職活動を行える状況にあるのか、求職活動より治療を優先して考えることが適当な状態にあるのか、という医学的な観点からの判断になります。

＜今後の就労支援のための参考資料＞

意見書ではさまざまな観点からの記載が求められています。ハローワークでは、これらの記載を参考にして、職業相談や職業紹介を進めています。

意見書が必要になる場合

手帳がない者については、各種助成金を活用する際に、精神障害者に該当することの確認として、診断名が記載された文書が必要になるため、基本的には意見書が必要になります。

手帳所持者については、医療機関等からの情報提供により、ハローワークの職員が、症状が安定し、就労可能な状況にあるか否か把握でき、今後の職業相談や職業紹介の見通しが立てば、必ずしも医療機関に対し意見書の提出を求めるわけではないと思われますが、何をもって必要な情報が把握できたと考えるかは、ハローワークの判断となります。

文書で確認をしないと、「症状が安定し、就労が可能な状況」にあるとの判断が難しい、就労可の意見書があった方が企業も安心するので職業紹介しやすいなど、意見書を求めるハローワーク側の背景にはさまざまな理由が考えられます。

もっとも、医師の専門領域とは異なることについて尋ねられ大変書きにくいなどの意見が、意見書を書く側の医師から出されたり（28 頁）、ハローワークに出向き、主治医の意見やデイケアでの状況を説明したにもかかわらず、意見書の提出を求められたという医療機関の不満を聞くこともあります。意見書の位置づけをどうするか、基本的なところから再検討する必要があるかもしれませんが、現状では、不明な点があれば、意見書を介した情報交換の必要性についてハローワークと協議するなどにより合意形成を図る必要があるといえます。

なお、ハローワーク要領にもあるように、ハローワークでは、意見書を一度取得したとしても、求職活動や職業紹介、職場定着などの支援過程で、必要に応じて医療機関と情報交換を行うことが求められています。医療機関でも、意見書提出後もハローワークとの連携を意識することが望まれます。

意見書を記載する際の留意点

主な項目（A～H）の記載上の留意点は以下のとおりです。また、記載内容が重複する場合は、〇欄と同様などとします。

A：該当する病名に〇をつけ、その他の場合は（　）に診断名を記載します。なお、その他の者で手帳がない場合、雇用促進法上の精神障害者に該当しません。また、様式に記載された病名がＩＣＤのどの小分類までを含むかは規定されていません。

B：概ねここ３か月程度の症状について記載します。双極性障害など症状の特徴によってはもう少し長い期間で記載します。

C:場面により安定度が変化する場合、そのことも記載します。

D・E・G：デイケアからの情報や直近の職歴など、記載時の参考情報がない場合、医療機関には記載が難しい項目でしょう。60 頁の「意見書を記載するための相談上の留意点」を参考に記述可能な範囲で、できていることも含め記載します。それでもはっきりしない場合は、「不明」などと記載して構いません。

F：病状等から考え、現時点で、ハローワークで求職活動を行える状況にあるか、求職活動より治療を優先して考えることが適当な状態にあるか、医学的な観点から判断し、労働能力に関してはD・E・Gで記載してください。なお、「無」と判断される場合、患者さんとよく相談し、現時点では、ハローワークへの意見書提出を見送ることもありえます。

H：本人が力を発揮しやすい場面、周囲の人の望ましい関わり方、苦手な場面や体調を崩すきっかけ、体調を崩しかけたときのサイン、体調を崩しそうなときの対処方法、体調を維持する工夫など、本人の特徴や病気・障害の対処法という視点から把握している範囲で記載します。また、デイケアなどの利用状況、今後、ハローワークが医療機関に連絡を取る場合の窓口や望ましい連絡方法などの留意事項があれば記載します。

（様式４）

主治医の意見書

1 氏名等	氏名		性別	男 女	生年月日	年　月　日
	住所	TEL				
2 病名等	病名	（該当するものを〇で囲む） 統合失調症・そううつ病（そう病、うつ病を含む）・てんかん・その他（　A　）				
	病の発生時期	年　月　頃				
3 障害の状態	現在の精神状態（具体的な症状と程度）	B				
	症状の安定度（安定の程度、安定した時期等）	C				
	日常生活能力の程度（該当するものを〇で囲む）	(1) 社会生活は普通にできる。 (2) 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。 (3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である。 (4) 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である。 (5) 身のまわりのことは全くできない。				
4 就労に関する事項	労働習慣（規則正しい勤務とその継続、危険への対応等）の確立の程度及び今後の見込み	D				
	就労に際しての留意事項	作業の内容、環境、時間（作業可能な１日当たりの時間数、１週間当たりの日数）等の制限、配慮事項その他予想される問題点	E			
		必要な通院日数	１ヶ月当たり　　回程度			
	労働能力の程度	就労の可能性の有無	有　・　無　F			
		就労可能な具体的な就労場所・条件等（①一般企業での通常勤務、②短時間勤務、③福祉施設での軽作業等）	G			
5 その他参考となる意見 症状をくずす誘因となるもの、てんかん発作に対する対策（発作の起こりやすい時間帯・状況、発作の始まり方等）等		H				

以上の通り意見を述べる。　　平成　年　月　日

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所在地　　医師氏名　　㊞

意見書を記載するための相談上の留意点

就労についてこれまで相談したことがなく、意見書の記載事項も把握できていない患者さん（以下、本人）が、「意見書を書いて欲しい」と申し出てきた場合の相談上の留意点を示します。

まず、以下の点について、本人から話を聞いてください。

①ハローワークでの相談状況、②就労に関する希望（職種、労働時間、賃金、通勤範囲など）とそのような希望を持つに至った理由、③働く際に自分が注意すべきことは何だと思うか、④職場に求めたい配慮事項はあるか、⑤就職がゴールではなく、就職してから安定して働き続けることが重要になるが、安定して働き続けるために注意すべきことはあるか。

次に、本人の話したことに対する主治医の見解とその理由を説明し、本人の見立てと主治医の見立てをすり合わせます。

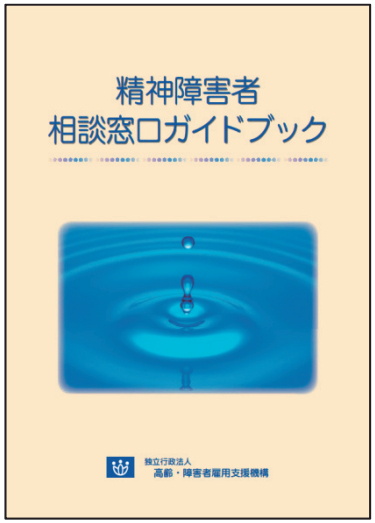
また、本人と関わりのあるＰＳＷなどがいる場合は、それらのスタッフの意見を聞くことも重要です。

上記①～⑤の質問に対して、本人がきちんと答えらない場合や主治医の見立てと本人の見立てのすり合わせに時間がかかる場合は、１回の診察では終わらず、複数回に分けて相談する必要があるかもしれません。

複数回に分けて相談することが難しく、ある程度症状が安定していれば、早く求職活動したいという本人の希望を優先し、症状以外のことは不明と記載することも考えられますが、少なくとも上記②～⑤について、ＰＳＷやハローワークで十分相談するよう助言することは必要です。

また、ハローワーク以外にも就労支援機関はありますので、より詳細な就労に関する相談･評価･支援を受けるよう助言し、ハローワーク以外の就労支援機関につなげることも望まれます。

その他の参考資料



このガイドブックは、平成 11 年度に旧労働省が作成したハローワークの「精神障害者相談窓口ハンドブック」を全面改訂し、精神障害の障害特性や支援制度を説明した「基礎編」、ハローワークでの窓口相談を進める際の留意点や参考事例、関係機関との連携の仕方等を説明した「相談実務編」から構成されている。

主としてハローワークの職員向けに作成されたものだが、医療・保健・福祉領域の支援者にも参考となるよう、就労支援を行う際の基本的なスキルやハローワークとの連携の仕方等が記載されている。

主治医の意見書については 25-27 頁に記載

精神障害者に対する雇用管理上のノウハウなどをまとめた事業主向けのガイドブックである。

新規雇用における工夫や留意点、精神疾患の特徴と留意すべきポイント、企業の雇用事例、企業で働く精神障害のある従業員の事例、職場復帰における配慮と工夫など、精神障害者雇用に取り組む企業にとって必要な情報を整理している。

精神疾患の特徴と留意点は 41-61 頁に記載

資料８

（様式４）

主治医の意見書

１ 氏名等	氏名		性別	男 女	生年月日	年　月　日
	住所	TEL				
２ 病名等	病名	（該当するものを○で囲む） 統合失調症・そううつ病（そう病、うつ病を含む）・てんかん・その他（　　）				
	病の発生時期	年　月　頃				
３ 障害の状態	現在の精神状態 （具体的な症状と程度）					
	症状の安定度 （安定の程度、安定した時期等）					
	日常生活能力の程度 （該当するものを○で囲む）	(1) 社会生活は普通にできる。 (2) 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。 (3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である。 (4) 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である。 (5) 身のまわりのことは全くできない。				
４ 就労に関する事項	労働習慣（規則正しい勤務とその継続、危険への対応等）の確立の程度及び今後の見込み					
	就労に際しての留意事項	作業の内容、環境、時間（作業可能な１日当たりの時間数、１週間当たりの日数）等の制限、配慮事項その他予想される問題点				
		必要な通院日数	１ヶ月当たり　　回程度			
	労働能力の程度	就労の可能性の有無	有　・　無			
		就労可能な具体的な就労場所・条件等 （①一般企業での通常勤務、②短時間勤務、③福祉施設での軽作業等）				
５ その他参考となる意見 症状をくずす誘因となるもの、てんかん発作に対する対策（発作の起こりやすい時間帯・状況、発作の始まり方等）等						

以上の通り意見を述べる。　　平成　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所在地　　医師氏名　　㊞

資料９

講義内容

1. 情報共有・連携はなぜ必要か？
2. 情報共有・連携の前提
3. 情報共有・連携の課題
4. 効果的な情報共有・連携を行うために
   ～支援機関に望まれる対応～
5. 医療機関に望まれる対応
6. 本人の主体性・能動性を前提にしたアセスメント
7. 情報共有のためのツールの活用
8. 情報共有・連携はケースバイケースで

1

1. 情報共有・連携はなぜ必要か？

2

精神障害のある人の場合①

はじめまして

医療機関を利用して8年
デイケアを利用して3年

3

精神障害のある人の場合②

ある程度の期間
で支援は終了

医療機関の利用は続く

4

医療機関が行う治療と
無関係に支援を行って
効果的な支援ができるか？

5

可能性アップ

就労支援機関が
医療機関の見立てや対応方法
を知る

就労支援機関での適切な支援

医療機関が
就労支援の経過を知る

医療機関の助言で
再び就労支援につながる

患者の生活・就労の状況を
より具体的に把握

より適切な治療

6

情報交換というと・・・・

①関係機関につなぐための情報提供

②自機関の支援に資するための情報収集

情報を「提供する」「受け取る」だけでよいか

7

バトンを一緒に持ちながら支援する

複数の領域にまたがり多様なニーズのある人

↓

関係機関と一緒にバトンを持ちながら
役割分担による包括的な支援を

個別支援を円滑に行うための組織間の情報共有

8

2. 情報共有・連携の前提

9

連携する際の留意点

- 相互の違いを知る
- 相手の得意技を知る
- 相手の苦手な領域を知る
- 制度や相手機関の限界を知る
- 相手の勤務行動を知る
- 連絡の仕方や会合の依頼の仕方を知る
- 形式よりも実質的な有効性を考慮する
- 個人的な要素も考慮する（機関名や職種だけで相手の機能や能力を判断しない）
- こちらの宣伝を十分行う（自機関の機能と限界を伝える）
- 相互の変化を信頼する（関係に不満があっても、状況変化や対応の工夫で変化する可能性を信頼する）。

己を知り、相手を知り、相互に信頼する

10

野中猛：ケアマネジメント実践のコツ，筒井書房，2001

己を知る→自分の専門領域の強みを発揮

就労支援機関

●就労に関する要因を把握・検討
（作業内容、労働条件、職場環境、雇用管理や就労支援の体制など）
●職場開拓、職場のラインケアの調整
●ジョブコーチなどによる職場内支援

医療機関

●病気や障害の経過を踏まえた知見
（認知機能、考え方、コミュニケーションなどの特徴、力を発揮しやすい場面、調子を崩しやすい場面、調整を崩した時のサインや望ましい対処法）
●適切な疾病管理やセルフケアの方法

11

連携支援で就職が決まった人たちの声①

- 最初は、どのような情報が伝わるのか、どのような伝え方をされるのか、不安を感じた。
- どのような情報交換がなされているのか、理解できず困った。
- どのような情報を出すのか、丁寧に相談・確認してほしい。
- 自分が理解できていない状況で、情報を出されると、勝手に情報を出されたと感じるので、やめて欲しい。

12

連携支援で就職が決まった人たちの声②

- 関係しているところが多くなると、自分がどこで何を話せばよいか迷ったり悩んだりすることがある。支援者が、本人の話をよく聞き、話すべきことを整理してもらえるとよい。
- 支援者は、次のような対応をして欲しい。
  - ①検討すべきポイントを分かりやすく説明する
  - ②ポイントを本人が理解できたら、そのことに関する本人の意見を聞く
  - ③本人が自分の意見を整理できるよう、本人の意見を文章化する
  - ④その文章を基に、本人とよく話し合って、適切な文章表現にする

13

情報共有・連携においては
本人の主体性・能動性を前提とした支援を

↓

本人自らが情報交換できるよう支援する

〔本人の「伝える／相談する」力を損なわないよう留意〕

14

3. 情報共有・連携の課題

15

医療機関との連携における留意点
～「主治医の意見書」に対する認識の解離～

- 就労支援機関　意見書に患者の希望を書く医師がいるが、意見書には医師の客観的な意見を書いて欲しい。
- 精神科医師　普段の診察でも本人の話を聞くことで本人の状況を把握している。すり合わせはするが、本人の話から完全に独立した医師の客観的判断を期待しているとすれば、それは難しい。

16

- 医師
  - 症状をどう考え、どんな治療をするかは検討できるが、就労可能性や職業能力の詳細を医師に判断させるのは、医師の専門領域から考えて無理がある。
  - 職業能力については、仕事内容や職場環境、支援制度や就労支援の内容を知っている人たちの方が、より適切な判断ができるのではないか。

17

精神科医の専門領域とは

- 診断、治療計画、薬物療法（医師以外はできない）
- 精神科専門医になるには
  - 医学部時代は、解剖学などの基礎医学、内科など各科の系統講義。精神科の講義も各疾患の診断と治療が中心。そして、各診療科目の臨床実習（院内の症状評価や治療）
  - 国家資格を経てようやく医師に・・・。指導医につき各診療科で医師として前期研修（2年）
  - 精神科専門医を希望する者は、精神科に籍を置き指導医につき3～4年の後期研修を行うが、診察室や病棟などで医師としての技術を習得する研修がほとんど。
- 地域で暮らし働く精神障害のある人の生の声を聴く機会は少ない。

18

医師が指摘する意見書を読む際の留意点

- 主治医を務めている期間、デイケア実施の有無など意見書がどれだけ妥当性が確保されたものか推察する。
- 就労支援の経験がある医師でも、外来診察での情報以外に材料がない中での労働能力の評価は無理であることを認識する。
- よく見られる型通りの記載（単純労働、半日程度、週3日間など）は、判断材料が無いため仕方なくそのように書いたか、患者の違いに関係なく定型文のようにいつもそのように書いていることが想像される。

19

ある精神科医の嘆き

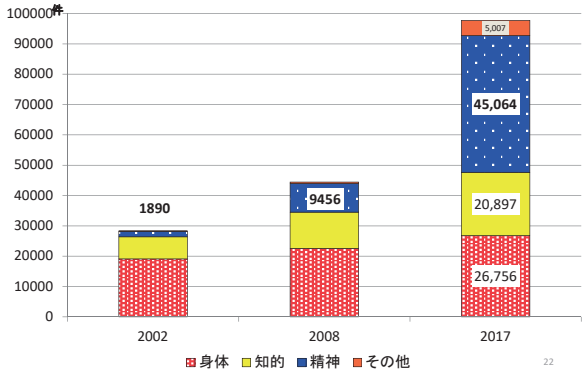
ハローワーク職員を研修対象とした事例検討会に講師に招かれたので、就労支援の専門家と一緒にケース検討しようと考えていたが、研修受講者（ハローワーク職員）から、「精神科医の先生がどう支援すべきか答えを教えてくれるものだと思っていたのに。」と言われた。

20

- 「精神障害のある人のことは、医師に聞けばわかる」という考えは、就労支援以外にも、さまざまな領域で見られる。
- その背景には、精神障害のある人のことを、生活面の支障や制約からではなく、医療管理の観点のみから捉える長い歴史が関係している。
  - 「精神障害者の場合は、これは医学的な保護のもとに置く必要があり、また、その医学的な保護の中から回復した場合は普通になって社会復帰ができるわけであります」（1984年参議院社会労働委員会での厚生大臣答弁）

21

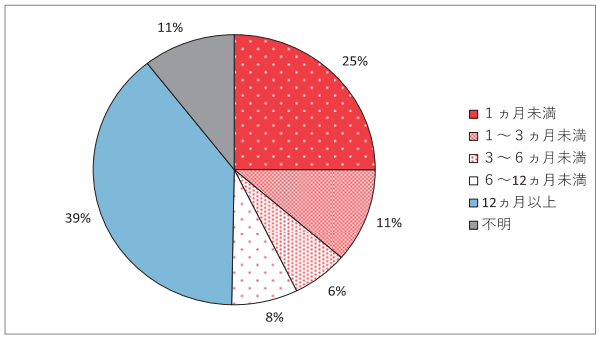
ハローワーク障害者窓口での紹介就職件数



22

就職者の在職期間（2008年調査）

障害者職業総合センター調査研究報告書No95（2010）



（n=871）

23

就職者の1年定着率（2015年調査）

障害者職業総合センター（障害者の就業状況等に関する調査研究：2017）のデータを基に相澤作成

	身体障害者	知的障害者	精神障害者	発達障害者
全体	60. 8%	68. 0%	49. 3%	71. 5%
障害者求人	70. 4% （52. 4%）	75. 1% （82. 3%）	64. 2% （51. 2%）	79. 5% （82. 6%）
一般求人 障害開示	52. 8% （36. 5%）	46. 2% （10. 5%）	45. 1% （16. 2%）	33. 3% （6. 2%）
一般求人 障害非開示	41. 5% （11. 1%）	19. 4% （7. 2%）	27. 7% （32. 6%）	33. 3% （11. 2%）

注1：（　）内は、その求人で就職した者の割合。
注2：同一人物は最初の就職のみ把握（離転職データ含まない。2008年データより定着率が良くなる可能性有り。
注3：発達障害者と確認されれば、雇用促進法上の精神障害者であっても発達障害者に計上。

24

2015年調査を見る際の留意点

〇短期離転職の就職件数が除外されている。（見かけの定着率が良くなっている可能性もある。）

〇全体の定着割合を見ると精神障害者（発達障害者を除く）の定着率が低くなっているが、すべての障害者が定着率が低くなっている「一般求人に障害非開示で就職する割合」が他の障害者の3倍になっている。

25

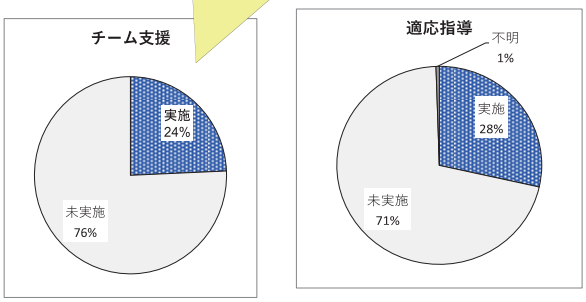
就職1年後の定着率の比較（2008年調査）

- **（チーム支援 and 適応指導）両方あり**
  障害者求人（障害開示）で就職　⇒定着率70%
  一般求人　（障害開示）で就職　⇒定着率64%
- **（チーム支援 or 適応指導）片方あり**
  障害者求人（障害開示）で就職　⇒定着率62%
  一般求人　（障害開示）で就職　⇒定着率59%
- **（チーム支援 and 適応指導）両方なし**
  障害者求人（障害開示）で就職　⇒定着率51%
  一般求人　（障害開示）で就職　⇒定着率28%
  一般求人（非障害開示）で就職　⇒定着率23%＊

＊ 不明の件数が多い。不明の件数は離職している可能性が高く、実際の定着率は更に低くなる可能性がある。

26

医療機関がチーム支援に入っているのは2%のみ



（N＝962件）

27

医療機関の側から見ても連携は不十分

- 医療機関に対し、就職・復職に関する評価・支援を行う際の就労支援機関との連携状況を尋ねたところ
  - 「連携はほとんどしていない」又は「個別ケースに関する連携は少ない」という回答が7割程度
  - 調査の回収率は19.5%

障害者職業総合センター，資料シリーズNo.71（2012）

もう少し医療機関にも連携に積極的になって欲しいという支援機関側の要望もあるが・・・・

28

しかし、診療報酬などの問題が・・・

- わが国では、どのような診療行為を行ったかで報酬額が支払われる仕組みになっており、診療報酬に反映される診療行為の多くは医師が行うもので占められ、PSW等を配置し生活面の支援や外部機関との連携を行いたくても、その多くが無償サービスに・・・。

29

診察の現状

- 医師は非常に忙しい。
- 午前中（約3時間）に20人の診察をすると、一人当たり約9分、カルテや処方箋を書く時間も必要、本人と話し合う時間は5～6分程度
- 症状が悪化している人がいれば、多くの時間が割かれ、他の診察に影響する場合も
- 時間的な制約がある場合は、どうしても病状の確認が中心になりがち・・・

構造的な問題を抱えながら、よりよい支援を行うためにどうするか？

30

4. 効果的な情報共有
・連携を行うために
～支援機関に望まれる工夫～

31

医師の専門領域に留意した情報交換

- 「主治医の意見書」をファイナルアンサーと受け止めない
- 就労支援機関からの情報提供の重要性を意識する
- 相互に情報交換をする中で今後の方向性を検討する
- 医師以外の職種との連携も意識する

32

医療機関からの要望①

- 受診時に患者さんから「支援機関を利用している」と聞き、そのうち連絡があると思っていたら、数か月後に患者さんから「支援機関をやめた」と聞いた。支援機関は、医療機関と連携をとる姿勢を持って欲しい。医療機関から出向くのは限界もあり、できれば支援機関からアプローチしてもらうとありがたい。
- 「主治医の意見書」を書いているが、その後の経過などフィードバックが欲しい。

33

医療機関からの要望②

- 困ったとき、突然「どうしたらよいでしょう」と連絡するのではなく、日頃から支援経過を報告して欲しい。
- 支援機関の見立てや対応策も示して欲しい。
- 突然の電話相談、連絡なしの受診同行などは、時間の確保ができず対応が困難。
- 文書で情報提供する場合は、できるだけ簡潔に要点のみ記載していただきたい。
- 受診同行は時間の制限もありポイントを絞って欲しい。

34

ところが

はじめまして

医療機関を利用し8年

そのため、ついつい・・・・

先生、
どうしたらいいですか？

相澤欽一：現場で使える精神障害者雇用支援ガイドブック（2007・金剛出版）より一部変更して引用

35

医療機関に問い合わせる前に

- 本人のニーズと現状を把握する。
- 本人が利用している医療機関に関する情報
  - 主治医の名前
  - 現在の主治医になってからの期間
  - 通常の診察時間や診察の頻度
  - 服薬の内容
  - 就労に関する主治医との相談状況
  - 本人から見た主治医の印象
  - 相談しているコメディカルスタッフ
  - デイケアや訪問看護の利用状況など
- 情報交換の必要性を検討し、本人の同意を得る。

36

情報交換・共有の基本

- 本人が同意しないものは外部に情報提供できない。
- 企業や家族との関係でも同様。
- この原則を関係者間で共有する。

37

情報共有に同意しない場合の対応①

- 情報を共有して欲しくないと言ったとしても、どのような根拠でそう主張しているか吟味する。
- 「伝えて欲しくない」という理由を整理し、なぜそのように言っているのか、その背景を探る。
- その上で、「どんな伝え方だったら（どの情報だったら）伝えてよいか」を話し合う。このこと自体、本人のことを理解し、適切な支援方策を見立てる上では重要な作業となる。

38

情報共有に同意しない場合の対応②

- このような支援をしていくと、多くの場合、伝えて欲しくないとは主張せず、むしろ連絡を取って欲しいとお願いされる場合がほとんどである。
- 「伝えて欲しくない」理由や背景が合理的な場合は、情報共有せずに、代替策を話し合う。

39

医療機関への連絡の仕方

～初めて連絡する医療機関の場合～

- 相談経過や医療機関に確認したい事項などを文書にまとめる。
- 本人が受診する際にその文書を主治医に渡してもらう。
- 確認したい事項の回答方法は本人に伝えてもらう。自機関のパンフレットを同封する。

40

医療機関から情報提供された後の対応

提供された情報を本人と一緒に確認

↓

就労支援の立場でアセスメント

↓

見立てや支援方針案を本人とすりあわせる

↓

見立てや支援方針案を医療機関と協議・共有

41

提供された情報が本人の意見と食い違う場合

× すぐに医療機関にお伺いをたて、医療機関の情報だけを参考に、就労支援を進める

○ 本人はなぜそう考えているか、医療機関はなぜそのように考えていると本人が思っているかなどを確認。
＊なお、診断名が食い違うなどの場合は、本人と主治医の間で、十分な話し合いが行われていない可能性も。

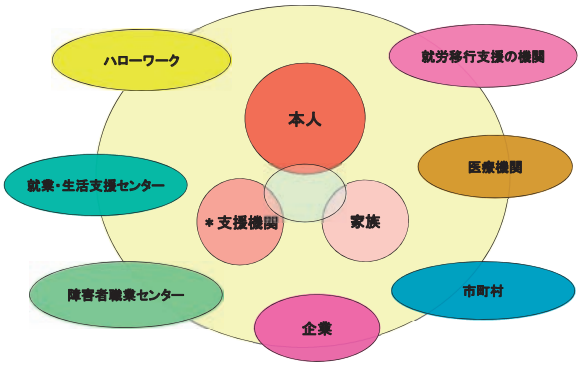
42

見立てと支援方針の協議・共有

- 本人参加のケース会議
- ケース会議以外での確認・共有
  - 文書による連絡・共有
  - 電話による連絡・共有
  - 受診同行時に共有

43

本人中心のケース会議



＊長期間、本人と関わっているところ。

44

ケース会議の進め方①

- ニーズの確認
  - 本人から希望を述べてもらう。
  - 家族や関係者からニーズの補足説明や意見があれば話してもらう。
  - 本人と家族や関係者間で食い違いが出たときは、本人のニーズをどう捉えるか協議する。

45

ケース会議の進め方②

- 現状の整理
  - 本人から希望を実現するために踏まえておくべき現状を話してもらう。
  - 生活歴や職歴、現在の生活状況など、ポイントになることをコンパクトに資料にまとめておくと参加者が理解しやすい。
  - 家族や関係者から補足説明があれば話してもらう。
  - 事実について異なる話が出たときは、具体的に確認する。
- 方針の検討
  - 整理された現状を踏まえ、どうすれば本人の希望が実現できるか、今後の方針（本人が取り組むこと、支援者の役割分担など）を参加者で検討する。

46

情報の整理と支援計画策定の実際

希望	現状	どうするか
・働きたい ・1日6時間 ・週5日間 ・給料月5万 ・障害を理解してもらって就職したい ・どんな仕事が向いているか知りたい	・デイケア通所（9時～4時） ・デイケアは楽勝 ・コンビニで4時間位のバイト経験有 ・通院のことは伏せてのバイト ・仕事がうまくできない、対人関係でつまく等で離職している。	

47

ケース会議：開催前の準備

★ケース会議の目的を明確にする（例：今後の大まかな方針や支援における役割分担を決める）。

★参集範囲を決める（支援機関と医療機関との見立てが異なっていることがわかっているケースや医療機関の役割が重要になるケースは、なるべく医療機関の参加を求める）。

- 日程を調整する。
- 会議の役割分担を決めておく（司会、板書係、記録係など）。

★会議資料を準備する。

（★印は本人と十分相談して決める。）

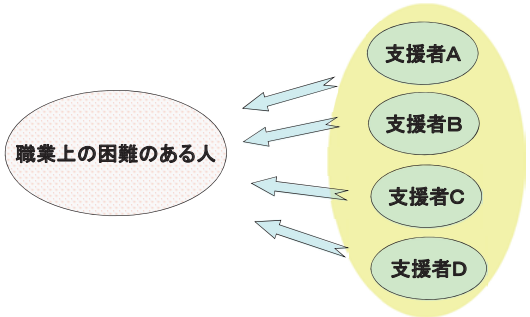
48

ケース会議の留意点

- 情報を整理・確認し、目標を定め、今後の方針を決めるためには
  - 会議の参加者が常日頃から積極的に連携していること
  - 司会者の経験・力量
  - そのような素地が乏しい場合は、会議の前に、本人とキーパーソンとなる支援者で、希望や現状だけでなく今後の方針について具体的な案を検討・整理
- 会議の前に主な関係者間で話し合っておくことも効果的だが、その際、事前に関係者間で調整した方針に本人を同意させるため、ケース会議で本人を「説得する」ようなアプローチはしないよう注意する。

49

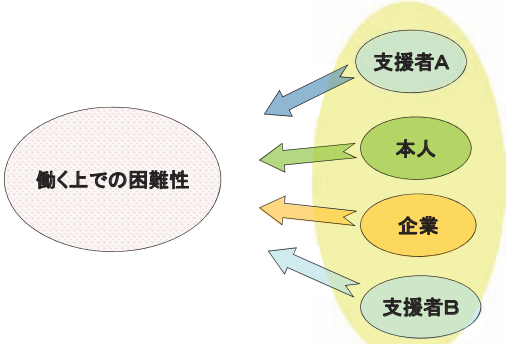
ネットワーキングによる支援
本人を支援「対象者」としてのみ把握してよいか



相澤欽一：支援計画の作成（職業リハビリテーションの基礎と実践2011・中央法規）より一部変更して引用

50

働くことの困難性に一緒に挑む
（ネットワーキングも本人の主体性が重要）



相澤欽一：支援計画の作成（職業リハビリテーションの基礎と実践2011・中央法規）より一部変更して引用

51

文書での見立てや支援方針の協議・確認

本人の希望と現状、今後の支援方針案を文書化

↓

受診時に医療機関の情報交換の窓口になる人（必ずしも主治医とは限らない）に本人から渡す

↓

医療機関の都合のよい方法（受診時に本人を介して伝える、受診同行時に協議する、後日電話で確認する等）により、医療機関の意見を確認する

52

電話での見立てや支援方針の協議・確認

電話のやりとりで支援方針の確認・共有を済ます

↓

○次のような場合に限る方が望ましい

・関係性ができている医療機関の場合
・就労支援における医療機関の役割があまり想定されない場合など

53

受診同行①

- 受診同行のメリット
  - 顔の見える関係作り
  - 就労支援機関の役割を理解してもらう
  - 就労支援機関から情報提供する
  - 医療機関から情報収集や助言を受ける
  - 見立てや支援方針を一緒に検討する

54

受診同行②

- 受診同行する際の手順

受診同行の目的、医療機関に伝えること、医療機関に確認することを、本人と一緒に検討・整理

↓

本人を介して医療機関と日程調整
（可能なら、診察時間の最後に設定してもらうなど時間を取れるよう依頼してみることも）

55

受診同行③

- 受診同行で医療機関から助言を受ける必要がある場合
  - 質問内容を事前に主治医に伝える
    - 質問したい事項（例：職場で発生した課題の対応策）
    - その背景（例：具体的な職場環境、課題が発生した経緯、課題に対する本人と職場の受け止め方、なぜそのような課題が発生したかについての見立て）
    - 就労支援機関が考える対応方針など
  - 主治医が事前に目を通せるよう工夫
    - 受診同行の前に医療機関に文書を送付する場合は、文書送付したことを電話で一報入れておく。

56

受診同行④

- 受診同行は受けない、別途料金が必要というところも

就労支援に対する無理解・無関心がベースにある場合

↓

簡潔に記載した文書により医療機関に情報提供する

↓

就労支援からの情報の重要性を感じてもらう

57

就労支援機関からの情報提供の重要性

- 支援の各段階で情報提供する
  - 支援機関の利用開始
  - 求職活動の開始
  - 職場実習
  - 就職　etc
- 支援経過だけでなく見立てや方針案も伝える
- 情報提供は簡潔に

58

情報提供する際の留意点

- 文章は簡潔にし、分量は抑える
  - 通常の報告はA4で最大5行、込入った案件もA4で1／2頁を超えないようにするという支援者も
- 事実と意見を分けて伝える
- 事実は具体的に伝える
  - 例えば、実習なら、企業名、場所、職務内容、期間、時間など
- 医療機関から助言を受けたいときは
  - 支援経過などの事実に加え、自機関の見立てや支援方針案を伝える（「どうしたらよいでしょう」といった質問の仕方はなるべく避ける。）

59

電話による情報交換①

- メリット
  - 文書よりも口頭で細かいニュアンスが伝わる
  - やりとりの中で補足説明や相手の説明内容を確認できる
  - 緊急時の連絡・問合せができる
  - 関係性ができている医療機関とは随時情報交換ができる

60

電話による情報交換②

- デメリット
  - 顔の見える関係性ができていないと、個人情報について安易に情報交換できない
  - 業務の繁忙など相手の状況が確認できない場合は、相手の都合をあまり考慮できない
  - 口頭でのやりとりのため誤解が生じる場合がある
- 留意点
  - 電話対応の窓口や都合の良い時間時間帯を確認しておく
  - 事前に話す内容を整理しておく

61

医師と意見が異なる場合

- ある精神科医の指摘

○生活面のことを見ないで、症状に対し治療（投薬）するだけの精神科医もいる。
○精神科医は生活や就労について、理解を深める必要がある。

- 就労支援に関しては

医療機関の意見を絶対視することなく、本人のためにどのような方法が考えられるのか、医療機関と一緒に検討する姿勢が求められる。

62

ある支援機関の医師と協議する際の対応方法

- 本人と話し合い、見立て・支援方針を明確にする。
- 医師の特徴に応じ、次のような点を考慮する。
  - 日程や場所は医師の都合に合わせる。
  - 医師と一対一で話し合うと、お伺いを立てるというスタンスになりやすいため、他の職種も一緒に話し合うようにする。
  - 就労支援機関側の意見を主張するというより、○○の場合は○○の対応がよいでしょうかといったような、質問スタイルのコミュニケーションをとる。
  - 医師の説明がよく分からないときには「もう少し詳しく教えてください」という言い方をする。
  - 相談後は「先生の助言が参考になりました」と言う。

63

本人と主治医が十分に話し合えるよう支援することも重要。

64

診察を有効活用するための支援①

- 本人から診察の様子を把握
  - 自分の言いたいことをきちんと主治医に伝えられているか、診察場面で困っていることはないか等
  - 「主治医に調子の悪いところを見せたがらない」「調子を悪く言いすぎる」などを把握したときは、現状を正しく主治医に伝えることの重要性について、本人と十分話し合う

65

診察を有効活用するための支援②

- 本人の困り感や要望を基に、次の3点を整理
  - 本人から医療機関に伝えること
  - 支援者から医療機関に伝えること
  - 本人から医療機関に伝えることができるようにするために必要な支援

就労支援機関に「言いたいことが言えない」「言っても理解してもらえない」という場合の本人に対する医療機関の支援も一緒

66

診察を有効活用するための支援例

- 受診のときに、本人が話すべきこと、主治医から聞くべきことを、本人と一緒に整理する。
- 主治医に伝えることをメモしたり、主治医から話されたことをメモする練習を行う。
- 受診前日に支援機関での相談を設定し、受診の仕方をロールプレイする。
- 支援者が医療機関に電話する際、本人に同席してもらい、医療機関とのやりとりの様子を見てもらい、医療機関とのコミュニケーションの仕方をモデリングする。

67

医療機関との情報交換の手順①

本人のニーズと医療機関の利用状況を確認

↓

問合せ
（支援機関での相談経過を自機関の紹介も）

↓

医療機関から情報提供されたら
「医療機関からの情報」と「本人の話」をすりあわせ

68

医療機関との情報交換の手順②

就労支援機関での見立てと支援方針案を検討

↓

就労支援機関の見立てと支援方針案を
医療機関と協議・共有（ケース会議・受診同行等）

↓

支援の各段階で医療機関に情報提供
（簡潔な文書にし、受診の際に本人が渡す）

69

本人が同席しないところでの情報交換

- 関係者間で情報共有することの本人同意が前提
  - 会議のときに支援者同士がケースに関する情報交換
  - 出張の際に、医療機関に立ち寄り近況報告　etc
- 本人同意をこまめに確認することが難しい場合
  - 関係者間で支援経過などの具体的な事実を情報共有することについて事前に了承しておいてもらう
- 会議で会った際に情報交換する場合の最低限の配慮
  - 周辺に第三者がいない場で話す
  - 個人が識別できるような単語は使わない
  - 小さな声で話す　　etc

70

企業から医療機関との連携について尋ねられたら

71

医療機関が企業に情報を提供する際の不安

会社を休みがち・・・・
病気の状況はどうなのか？
会社はどうすればよいのか？

企業に何か伝えたことで
本人が不利にならないか？
医療機関の説明をどう受け取るか？

72

企業と医療機関の情報交換①

- 医療機関には守秘義務がある。
- 医療機関としては、提供した医療情報のために本人が不利な取り扱いを受けることは避けたい。
- 会社は本人の職場定着を願っており、本人のためにどのような対応が望ましいか知りたいから情報収集するのであって、辞めさせることが目的ではないことを明確に伝える。
- 産業医などの医療職を介しての情報交換の方が、医療機関としては抵抗感は少ない。

73

企業と医療機関の情報交換②

- 診察同行する場合には、本人を介して設定してもらう。
- 会社側から普段の仕事ぶりや調子を崩してからの会社の状況などを分かりやすく伝える。
- 就労支援機関を活用する。

74

5. 医療機関に望まれる対応

75

就労支援機関からの要望

- 本人を取り巻く環境や状況をよく確認して、対応を考えて欲しい。
- 安定して働くためには、本人が自分の病気を知るステップが不可欠。まずセルフコントロールの意識づけをする機会を提供して欲しい。
- 治療計画（どのようなことを期待し、なぜこの治療をしているのかなど）を示して欲しい。
- 医療は権威的になりやすいことを分かって欲しい。

76

医療機関に望まれる対応①

- 医療機関は「敷居が高い」と感じている就労支援機関も多いので、医療機関側が一方的に話さず、相手の話をよく聞き、コミュニケーションが取れるよう留意する。
- 医師は周囲から最終判断を求められる立場になりやすいため、医師の一言で何かが決まらないよう、就労支援機関には、職場環境を踏まえ適切に判断することが望ましいことを助言する。

77

医療機関に望まれる対応②

- 障害者雇用の現状や支援制度についてある程度理解しておく
  （マニュアルp49－52，p76－81）
  - 精神障害のある人の雇用が進んでいる
  - 受け入れ企業も増えている
  - さまざまな支援制度もある
  - ただし、安定した職業生活の継続に課題がある

78

医療機関に望まれる対応③

- 医療職と異なり、就労支援機関には専門的な資格を持たない職員もいる。
- 異動が多い機関もある。
- 病気や障害状況は、分かりやすく説明する。
- 問題が発生しているケースに関し、就労支援機関へ説明する際は、発生している問題について、障害や症状との関連性が想定されるか否かなど、障害や症状との関連性の視点を入れ説明する。

79

医療機関に望まれる対応④

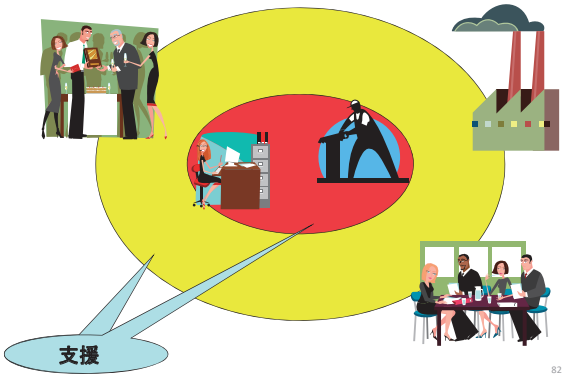
- 就労支援機関といっても様々
  - 支援機関や支援者の状況を、本人から情報収集する。
  - やりとりの中で相手の特徴を把握する
- 関係が乏しい支援機関には、医療機関側の情報共有・連携の方針を伝える（例：PSWの役割を説明し、気軽に連絡をとって欲しい旨伝える等）。
- 医療機関のニーズを明確に伝える。
- 就労支援機関の支援の進め方など、分からないことは遠慮せず質問する。
- やり取りの中で相手と食い違っていると思うことや連携していての困り感などを率直に伝える。

80

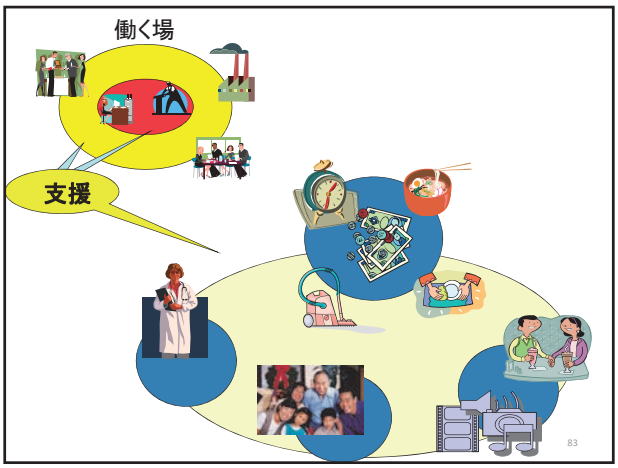
6. 本人の主体性・能動性を前提にしたアセスメント

81

「働く場」の構造



82



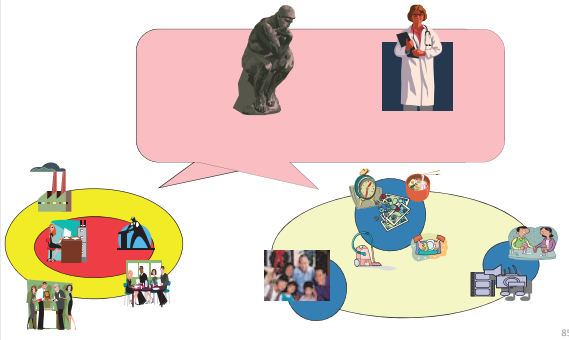
83

就労支援の基本的な視点

- 本人の主体性・能動性を前提とした支援
- 本人（個人）だけでなく環境の把握・環境への働きかけが重要（特に、企業支援の重要性）
- 支援ネットワークの形成
- キャリアの視点
  （人生全体から職業生活の支援を考える）
- 一喜一憂しない（支援経過全体を読む）
- 可能性への挑戦

84

慢性疾患を有する人の治療も同様では・・・



85

適切な情報共有は、具体的な事実をきちんと把握し、適切な見立てを行うところから始まる。

↓

アセスメントの重要性

86

その際・・・

就労支援ではアセスメントの過程も本人が主体的に関わることが前提

87

さらに企業からはこんな声も・・

- 特徴や望む配慮を説明できない人がいる。
- 特に配慮事項は必要ないという人もいるが、何故「障害者雇用」で応募したのかも説明しないので、かえって不安になる。
- 紹介したハローワークや支援機関からも適切な説明がなされない場合もある。
- 精神障害の一般的な説明しかされず、この求職者がどのような人か、個別性がきちんと説明されない場合が多い。

88

自分の特徴・求めたい配慮がよく分からない人

本人の認識と企業の評価が大きく食い違う可能性がある人

↓

自分の特徴を本人が整理・検討できるよう支援

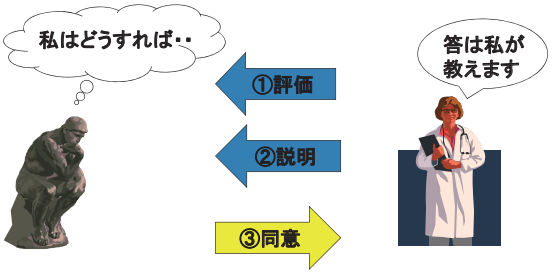
↓

自分の特徴を踏まえ、以下の点を明確にする

○自分がすべき努力や工夫（セルフケア）
○職場に求めるべき配慮（ラインケア）
○必要な専門的支援

89

インフォームドコンセント？

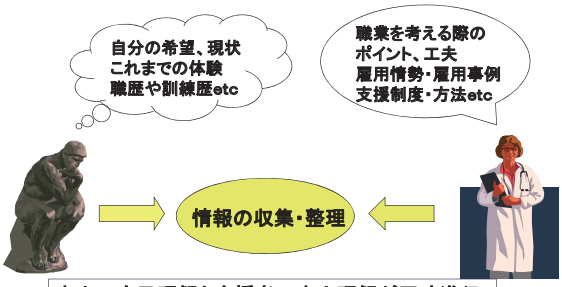


就労支援もこのようなモデルでいいの？

相澤欽一：現場で使える精神障害者雇用支援ガイドブック（2007・金剛出版）より一部変更して引用

90

自己理解を支援するアセスメント



本人の自己理解と支援者の本人理解が同時進行

相澤欽一：現場で使える精神障害者雇用支援ガイドブック（2007・金剛出版）より一部変更して引用

91

主なアセスメント項目①

- 精神障害のある本人の状況
  - 本人の希望（希望の内容、理由、現実検討の状況など）
  - 職業上のセールスポイントや配慮事項
    - 社会生活能力（対人技能、金銭管理、移動能力など）、基本的労働習慣や職務遂行能力、職業経験、資格や技能、性格面や行動面の特徴
  - 病気や障害について
    - 診断名や現在の精神症状等
    - 通院の頻度や服薬の状況
    - 認知機能面の障害や特徴
    - 本人が苦手とする場面や状況、調子を崩すときのきっかけ
    - 調子を崩したときのサイン
    - 調子を崩さないための工夫や調子を崩したときの対処方法
    - 就労に対する主治医の意見
    - 病気や障害に対する本人の受けとめ方など

相澤（精神障害者雇用支援ハンドブック：2007）より一部変更して引用

92

主なアセスメント項目②

- 精神障害のある本人を取り巻く環境
  - 居住環境や経済状態
  - 家族や友人などのインフォーマルな支援や関わり
  - 専門機関や行政などのフォーマルな支援や関わり
  - 職場の労働条件や物理的・人的な環境

相澤（精神障害者雇用支援ハンドブック：2007）より一部変更して引用

93

まず本人の希望を聞く

↓

すべてはここからはじまる

94

でも・・・　本人の話を聞くのは簡単ではない

- 無理な希望を言っている
- 本人の希望と現状（身なりや態度、これまでの経歴等）に落差がありすぎる

⇒　本人の話を素直に聞けない

95

本人の「イメージ」や「隠れた思い」を理解しようとする

- 「相手がいいたいことは分かっている」と決め込まない。例えば、営業をしたいといったときに、本人のイメージしている営業と支援者のイメージした営業は違うかもしれない。
- 「営業」という言葉で、本人は一人前の仕事がしたいと訴えているのかもしれない。

96

ニーズを明確にしていく

- ニーズが漠然としていることも多い。
  - 働きたい場合は、なぜ働きたいか、どんな仕事、１日何時間、週何日、賃金は、通勤可能範囲は、病気のこととは伝えるのか等、具体的に尋ねる。
  - 身近なモデルや雇用情報を提供することで、本人の希望が明確になったり、変化することもよくある。
  - 本人が表現しきれていないニーズ、気づいていないニーズ（働くこと以外も含め）があるかもしれないことに留意する。

97

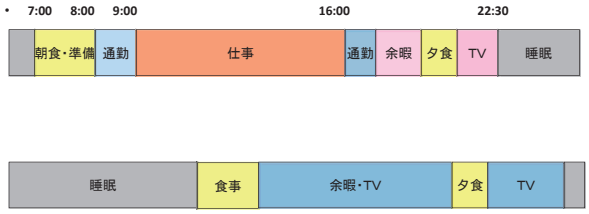
面接のコツ

- 把握すべき項目を一方的に聞いたのでは本人の自己理解が深まらない
- 本人の希望と関係づけて情報を整理する
- 出てきた情報を整理して「見える化」する

（図表化・文章化すると理解が深まる、誤解が防げる）

98

希望と関連付け図表活用した例



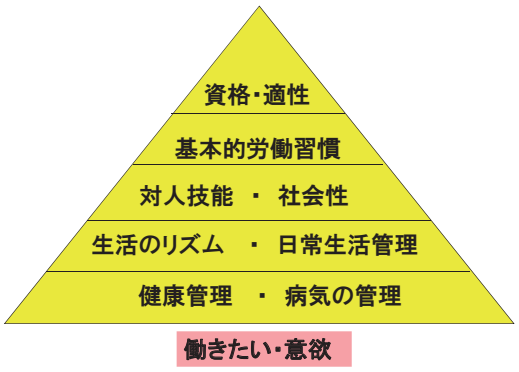
相澤（精神障害者雇用支援ハンドブック：2007）より一部変更して引用

99

情報収集する必要性を理解してもらう

100

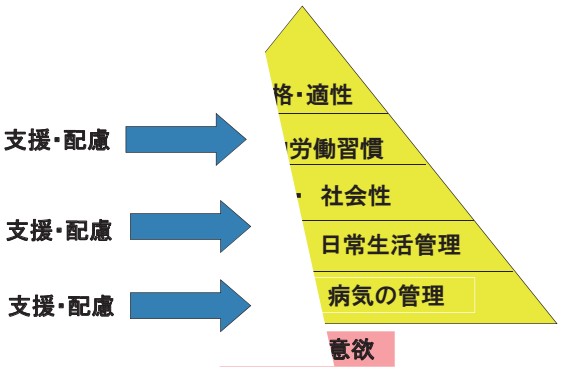
安定した職業生活のための準備性とは



相澤（精神障害者雇用支援ハンドブック：2007）より一部変更して引用

101

安定した職業生活のための準備性とは



相澤（精神障害者雇用支援ハンドブック：2007）より一部変更して引用

102

準備性をハードルと捉えない

- 「できる」「できない」の視点で本人を追い込まない
- 課題点はどのような配慮や支援が必要かという視点で捉えることが重要
- 本人と支援者が異なる現状認識の場合、支援者の意見を押しつけるのではなく一緒に具体的な事実を探る姿勢が必要

103

チェックリストなどで相談するコツ

①自分の病気や症状についてよく知っている
②病気に関することを医師に相談することができる
③調子が悪くなったときには適切に対処できる
④疲れたときには適当に休むことができる。
⑤余暇を楽しく過ごすことができる（気晴らしができる）
⑥自分の要求をきちんと伝えられる
⑦ありがとう、失礼します等、ちょっとした一言がいえる

1　できている；自信がある
2　どちらともいえない
3　できていない；自信がない

104

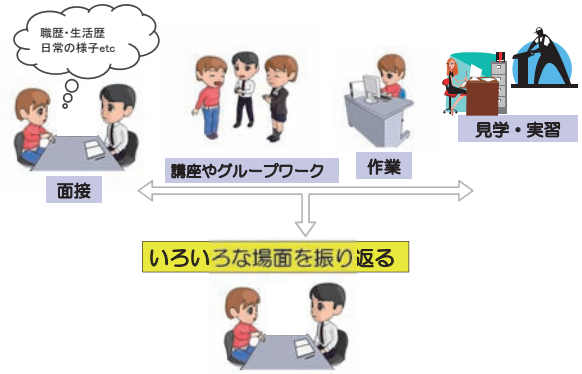
面接だけで自己理解が深まる人は少ない

様々な場面を活用し自己理解の支援を行う

○医療機関でのデイケア
○障害者就業・生活支援センターでの相談・評価
○就労系サービス事業所内での評価や訓練
○職場実習

105

支援者は本人の気づきを支援



106

（障害者職業総合センター職業センター作成を一部変更）

必要な情報を整理 ⇒ 働く際に活用

107

（障害者職業総合センター職業センター作成を一部変更）

7. 情報共有のためのツールの活用

108

情報交換をスムーズにするメモ帳①

支援ネットワークの中心は本人
本人を介した情報交換が一般的

↓

支援機関の問合せ事項を本人が医療機関に説明
→医療機関の回答を本人が就労支援機関に報告

↓

情報が適切に伝わらない可能性がある人も
・耳から入る情報の処理が不得意
・不安が強く被害的に受け止める
・体調を崩している人　　など

109

情報交換をスムーズにするメモ帳②

本人が話し合った内容をメモ帳に記載

↓

記入内容を支援者が確認

↓

事実と異なる記載があれば再度相談

↓

本人が修正

↓

本人が医療機関を受診する際に持参

↓

医療機関で内容を確認・必要に応じてメモ帳に回答

110

メモ帳を使うメリットと工夫

- 自分で記載した内容についてフィードバックを受けることで、本人の理解がより正確になる
- 支援者も記載内容を確認することで本人の特徴が把握できる
- 関係者間で正確な情報交換ができる
- 本人やチェックする側の負担を軽減するため、書き込む内容はなるべく絞りポイントを書き込むようにする
- 必要に応じ、情報共有の相手に企業や家族を加える

111

アセスメント・プランニング

↓

自己紹介書
ナビゲーションブック
サポート体制共有シートetc

↓

企業へ説明

関係機関（医療機関含む）の連携・情報共有

これだけで大丈夫？

112

- 就職による環境の変化が与える影響
- 本人も企業も慣れるまで時間が掛かる
- 相互に気軽なコミュニケーションが難しい
  - 自分の思いが伝わりにくい、相手の思いが見えにくい
  - 本人は悩んでいるが、職場は元気にやっていると思う
  - 職場は困っているが、本人は職場の困り感に気づけない
- 体調の変化
  - 本人も周囲の人も気づきにくい

就職後も何らかの対応が必要

113

- 「どうしてますか訪問」「問題発生時対応」型の定着支援だけでは
  - 本人が困る
  - 企業も大変
  - 支援機関は忙しくなるばかり（その割に効果は？）
  - 「転ばぬ先の杖」型の支援はできないか？

114

情報共有シートの導入

○本人が自分の状況を見える化
○周囲の人と情報共有
○円滑なコミュニケーションと早期の対応

115

シートの例

＊本人の状況や希望に合わせ「生活面」や「特記事項」等を削除したり、新たに「仕事上のストレス」等を付け加えたり、自由に設定する。

日にち		生活面			心身の状況		対処・工夫		仕事（活動）上の目標		相談こと・困りごと	仕事内容（日中活動）	特記事項（本人のコメント）	情報を共有した関係者からのコメント
		上段 就寝時間 下段 起床時間	食事	服薬	体調	意欲	ストレッチ	水分を補給する	分からないことは質問する	ミスがないかチェックする				
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													

116

シートの例

日にち		生活面			良好サイン		注意サイン		
		上段 就寝時間 下段 起床時間	食事	服薬	気持ちが穏やか	通勤が苦にならない	頭痛	些細なことでイライラする	人の話が頭に入らない
	出勤前								
	退社時								

＊使用目的、本人の状況、情報共有する人（医療機関、企業、その他の支援機関、家族等）の状況などに応じ、シートの枠組みを工夫する。

117

情報共有シートの活用手順①

支援機関や医療機関でセルフケア等の見立て

↓

本人へシートの活用を提案

↓

活用の手引を本人と一緒に読みながら
チェックする項目を設定

118

情報共有シートの活用手順②

本人がシートにチェックする

↓

なぜそのようにチェックしたか確認・相談し
適切にチェックできるよう支援する

↓

関係者（医療機関、家族、その他）に相談・受診するときに
本人が関係者と情報共有

↓

①本人の状況にシートがフィットしないときは内容等を見直す
②支援場面の作業や課題が変わる、職場実習に出るなど、
場面が変わるときに内容を見直す

119

情報共有シートの活用手順③

（就職する際）就職先の企業とシートによる
情報共有を望むかどうか本人と相談

↓

職場の上司や同僚のどの範囲までを情報共有の
範囲とするか、情報共有する項目を本人と検討

↓

職場の人にシートの使い方を説明

↓

職場の変更（作業や勤務時間の変更、上司や同僚の異動）や
本人の状況変化に応じシートの内容を見直す

120

情報共有シートの使用上の留意点

- 本人がシートの活用を希望していること。
- 本人所持。本人が希望する相手と情報共有。
- シート例はあくまでも例。状況に応じシートを設定。
- 使い勝手を確認しながらシートの内容を見直す。
- 場面が変わるとき、本人の状況が変化したとき等、随時シートの内容を見直す。
- 企業から本人にシートの活用を提案するときは、業務命令と受け取られないよう十分留意する。

121

8. 情報共有・連携は ケースバイケースで

122

自機関と相手の個別事情を踏まえる

- 就労支援機関
  - 精神医療に関する知識
  - 医療機関との情報交換の経験値
- 医療機関
  - 就労支援に関する制度や社会資源の理解度
  - 医師以外の専門職の配置状況
- 専門領域のスキル／連携に積極的or消極的
- 業務の繁忙／それまでの関係性
- 各支援機関が独自様式でばらばらに情報収集しようとするので煩雑・・・・・　etc

123

コラム：就労支援が上手くいかなかった事例研究①（マニュアルp26）

- 大阪精神科診療所協会の精神科医が中心になり就労支援の法人（JSN）を立ち上げ移行支援事業所を運営したが、その移行支援事業所とJSNの理事を院長が務めるクリニックとの間で連携がうまくいかず、双方の機関を利用した人たちが混乱するなどの事態が発生。
- 何故うまくいかなかったか定期的に話し合う。
- その結果、「就労支援」の認識に食い違いがある、互いの状況をよく理解していない、ネガティブなことを伝えることで関係がギクシャクするのではないかと躊躇するなど、さまざまなことが見えてきた。

124

コラム：就労支援が上手くいかなかった事例研究②（マニュアルp26）

- 課題点を踏まえて、医療機関と就労支援機関の職員及び本人の三者面談を実施する、お互いの仕事内容を理解しあう場を設けるなど、具体的な対策を実行。
- お互いに失敗から学ぶ姿勢を持つ、相手に改善してもらいたいことがあれば率直に改善を申し入れ、陰で相手の悪口を言うのではなく「組織」対「組織」で対応方法を検討するなど、この事例から学ぶことはたくさんある。

125

原則論だけではうまくいかない

↓

関係者間で地域事情を共有し
望ましい対応方法を考える

↓

パネルディスカッションや
グループワークで検討

126

資料 10

研修講座についてのアンケート

1 あなたの所属先にチェックをいれてください。

□ 就労支援機関　□ 医療機関　□ 企業　□ その他（具体的に：　　）

2 本研修講座は、就労支援機関と医療機関との情報共有や連携の仕方に関して参考になりましたか。最も当てはまるものにチェックをいれてください。

□ 非常に参考になった　□ 多少参考になった　□ あまり参考にならなかった　□ 全く参考にならなかった

3 本研修講座の講義時間に関する感想として、最も当てはまるものにチェックしてください。

□ 適当　□ 短い　□ 長い

4 就労支援機関と医療機関との情報共有や連携の仕方に関して、本研修講座でより詳しく説明して欲しかったことはありますか。

□ 特になし　□ ある →

（具体的に）

5 その他、本研修講座に対する意見・感想がございましたら、下の欄に記入して下さい。

――――――　ご協力ありがとうございました。　――――――

パネルディスカッションとグループワークについてのアンケート

1 あなたの所属先にチェックをいれてください。

☐ 就労支援機関　☐ 医療機関　☐ 企業　☐ その他（具体的に：　　）

2 パネルディスカッションは、地域の就労支援機関と医療機関との情報共有や連携の現状や課題を考える上で参考になりましたか。最も当てはまるものにチェックをいれてください。

☐ 非常に参考になった　☐ 多少参考になった　☐ あまり参考にならなかった　☐ 全く参考にならなかった

3 グループワークは、地域の就労支援機関と医療機関との情報共有や連携を進める上で参考になりましたか。最も当てはまるものにチェックをいれてください。

☐ 非常に参考になった　☐ 多少参考になった　☐ あまり参考にならなかった　☐ 全く参考にならなかった

4 パネルディスカッションとグループワーク、それぞれの時間に関する感想として、最も当てはまるものにチェックしてください。

パネルディスカッション：　☐ 適当　☐ 短い　☐ 長い

グループワーク　：　☐ 適当　☐ 短い　☐ 長い

5 パネルディスカッションとグループワーク、それぞれについて、より詳しく触れて欲しかったことはありますか。

パネルディスカッション：　☐ 特になし
☐ ある　具体的に：

グループワーク　：　☐ 特になし
☐ ある　具体的に：

6 その他、意見・感想がございましたら、下の欄に記入して下さい。

<パネルディスカッション>

<グループワーク>

7 「障害者職業総合センター」で開催した○月○日の研修講座に御参加頂きましたか。

☐ はい　☐ いいえ

ーーーーーー　ご協力ありがとうございました。　ーーーーーー

資料 11

第1回調査で使用した質問紙（支援従事者用）

氏名	回答者のお名前を記載してください。	

あなたの所属する機関（以下、貴機関）の職員があなたの他にもこの調査に参加している場合は、質問Ⅰ・Ⅱについては、あなたとあなた以外の職員とで相談の上、各質問項目に当てはまる医療機関の利用者数を合算して記載してください。この場合、どなたかお一人が代表して回答していただき、それ以外の方は質問Ⅲから回答を始めてください。

Ⅰ	1	下記 a. b. c. 全ての条件を満たす者の人数を記載してください。ただし、障害者職業センターのリワーク支援対象者、貴機関と同一法人の医療機関の利用者は除きます。なお、全ての条件に合致する者が8人以上いる場合は、2017年5月31日からさかのぼって8人目までを回答対象としてください。 a. ＜表Ⅱ-11に示した支援対象者の同定期間＞に貴機関に在籍し、かつ精神科医療機関を利用している者 b. おおまかな見立て（アセスメント）と今後の方向性を検討した者 c. あなたが支援の一部でも関わった者		人
	2	上記１のうち、密接な連携をしている医療機関（回答者の判断で構いません）の利用者の人数を記載してください。		人 → ①
	3	上記１のうち、上記2以外の医療機関の利用者の人数を記載してください。		人 → ②

Ⅱ 以下の各項目に該当する者は何人いますか。その人数を、上記①と②の別に記載してください。
なお、一度でもそのような対応をした（された）場合は、「該当する」として計上してください。

		①	②
	医療機関からの情報提供についてお尋ねします。		
1	受付時点で、医療機関に問い合わせる前に、医療機関から支援対象者（以下、本人）に関する情報提供があった。	人	人
2	本人が貴機関を利用する際、医療機関の職員が同行してきた。	人	人
3	貴機関から問合せしない場合でも、医療機関から貴機関に問合せや情報提供等があった（上記１の場合を除く）。	人	人
	本人が利用している医療機関に関する情報収集についてお尋ねします。		
4	本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握した。	人	人
5	本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握した。	人	人
6	医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得た。	人	人
	医療機関への問い合わせについてお尋ねします。		
7	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。	人	人
8	上記７の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝えた。	人	人
9	上記８で医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握した（問い合わせをしていなくても把握している場合を含む）。	人	人
	医療機関から情報把握したあとの対応についてお尋ねします。		
10	医療機関から提供された情報を本人と確認した。	人	人
11	上記10のうち、医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった。	人	人
12	上記11のうち、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認した。	人	人
13	見立て（アセスメント）や当面の支援計画案について本人と協議した。	人	人
	見立てや支援計画に関する医療機関との情報共有や協議についてお尋ねします。		
14	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供した。	人	人
15	上記14の際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。	人	人
16	見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談した。	人	人
17	本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催した。	人	人
18	上記17のケース会議に医療機関が参加した。	人	人
19	ケース会議や受診同行の後で本人と振り返りを行い、ケース会議や受診同行に関する本人の受け止め方を確認した。	人	人

	問題が発生した場合の医療機関との協議についてお尋ねします。	①		②	
20	貴機関の就労支援中に問題が発生した。		人		人
21	上記20の際、医療機関と協議した。		人		人
22	上記21の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝えた。		人		人

	その他	①		②	
23	受診同行を行った。		人		人
24	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供した。		人		人
25	日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有した。		人		人

Ⅲ　上記Ⅱのうち、実行したが効果的な支援（適切な見立てや支援計画、連携した支援など）につながらなかった項目があれば、最大５つまで、その項目番号を記載した上で、そのときの状況や主な理由を簡単に記載してください。
ない場合は、最初の「番号」の欄に「0」を記載してください。

番号	状況や理由

Ⅳ　上記Ⅱの各項目のうち、実行すれば効果的な支援につながる可能性が高いが、実行しにくい項目があれば、最大５つまで、その項目の番号を記載した上で、実行しにくい理由を記載してください。ない場合は、最初の「番号」の欄に「0」を記載してください。

番号	理由

Ⅴ 医療機関との情報交換・情報共有に関し、上記Ⅱの項目以外に、特に意識して実施していることがあれば記載してください。
特にない場合は、「ない」と記載してください。

Ⅵ 以下の項目について、あなたはどの程度意識していますか。最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. 本人のニーズと現状を踏まえずに情報交換を行うとピント外れな支援に陥るため、情報交換の際には、アセスメントをきちんと行う。
   ○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった
2. 医療機関に情報提供する際は、事実と意見を分け、事実は具体的に、情報は簡潔にまとめ分量は抑える。
   ○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった
3. 本人自らが医療機関と情報交換できるよう支援し、本人の「伝える／相談する」力をなるべく損なわないようにする。
   ○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった
4. 就労支援のことに関しては、医療機関の意見を絶対視することなく、本人のためにどのような方法が考えられるのか、医療機関と一緒に検討する。
   ○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

Ⅶ

1. 貴機関では、医療機関との定期的な会議や集会（情報交換、ケース検討等）に参加していますか。
   ○ はい
   → その会議の内容や開催の頻度を下の欄に簡潔に記載してください。
   ○ いいえ
2. 上記Ⅶ-1以外に、あなたが個人的に参加している医療機関の職員が参加する定期的な会議や集会はありますか。
   ○ はい
   → その会議の内容や開催の頻度を下の欄に簡潔に記載してください。
   ○ いいえ

Ⅷ

1. 先日ご参加いただいた「就労支援と精神科医療の情報共有・連携に関する研修会」よりも前に「就労支援と精神科医療機関の情報交換マニュアル」を読んだことはありますか。
   ○ はい　→　当マニュアルを初めて読んだ時期を右の欄に記載してください。　→　　月
   ○ いいえ

2

上記Ⅷ-１で「はい」と回答された方のみ、お答えください。

上記Ⅱで回答した下記の各項目について、「就労支援と精神科医療機関の情報交換マニュアル」を読むことで積極的に取り組むようになったものはありますか。積極的に取り組むようになったものにチェックしてください。

項目	チェック欄
本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握する。	□
本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握する。	□
医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得る。	□
本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをする。	□
医療機関に問合せをする際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝える。	□
医療機関に問合せをする際、医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握する（問い合わせをしていなくても把握している場合を含む）。	□
医療機関から提供された情報を本人と確認する。	□
医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認する。	□
見立て（アセスメント）や当面の支援計画案について本人と協議する。	□
貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する。	□
貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供する。	□
見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談する。	□
本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催する。	□
ケース会議や受診同行の後で、本人と振り返りを行い、結果の受け止め方を確認する。	□
貴機関内の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議する。	□
貴機関内の就労支援中に問題が発生した際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝える。	□
受診同行を行う。	□
支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供する。	□
日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する。	□

3

上記Ⅷ-１で「はい」と回答された方のみ、お答えください。

上記Ⅵで回答した下記の各項目について、「就労支援と精神科医療機関の情報交換マニュアル」を読む前の意識として最も当てはまるものにチェックしてください。

本人のニーズと現状を踏まえずに情報交換を行うとピント外れな支援に陥るため、情報交換の際には、アセスメントをきちんと行う。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

医療機関に情報提供する際は、事実と意見を分け、事実は具体的に、情報は簡潔にまとめ分量は抑える。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

本人自らが医療機関と情報交換できるよう支援し、本人の「伝える／相談する」力をなるべく損なわないようにする。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

就労支援のことに関しては、医療機関の意見を絶対視することなく、本人のためにどのような方法が考えられるのか、医療機関と一緒に検討する。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

回答し終えたら

パソコンでのご回答の場合、「黄色になっているところ」は未入力の欄を表しています。「黄色になっているところ」がないことを確認してから、ご返送いただくようお願い致します。ただし、貴機関に複数の回答者がいて、質問Ⅰ・Ⅱを、貴機関の他の職員が回答された場合は「黄色」のままでご返送ください。

筆記によるご回答の場合は、回答漏れがないかご確認の上ご返送ください。

第1回調査で使用した質問紙（医療従事者用）

氏名	回答者のお名前を記載してください。	

あなたの所属する医療機関（以下、貴院）の職員があなたの他にもこの調査に参加している場合は、質問Ⅰ・Ⅱについては、あなたとあなた以外の職員とで相談の上、各質問項目に当てはまる就労支援機関の利用者数を合算して記載してください。この場合、どなたかお一人が代表して回答していただき、それ以外の方は質問Ⅲから回答を始めてください。

Ⅰ				
	1	2017（平成29）年5月31日以前の半年間<表Ⅱ-11に示した支援対象者の同定期間>にあなたが支援をした者のうち、ハローワーク（以下、HW)や就労支援機関（注１）を利用していることを把握している者の人数を記載してください。なお、この条件に合致する者が8人以上いる場合は、2017年5月31日からさかのぼって8人目までを回答対象としてください。 注1：障害者職業センター、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、自治体設置の就労支援機関（就労支援センターなど）とする。また、これ以外の機関でも積極的に就労支援を行っていると思われる支援機関を利用している者がいればそれらも含める。ただし、障害者職業センターのリワーク支援対象者及び貴院と同一法人の就労支援機関の利用者は除く。		人
	2	上記１のうち、密接な連携をしているHW(回答者の判断で構いません)のみを利用している者の人数を記載してください。		人 → ①
	3	上記１のうち、上記2以外のHWのみを利用している者の人数を記載してください。		人 → ②
	4	上記１のうち、密接な連携をしている就労支援機関（回答者の判断で構いません）を利用している者（注２）の人数を記載してください。 注２：就労支援機関と併せてHWを利用した者を含む。		人 → ③
	5	上記１のうち、上記４以外の就労支援機関（注２）を利用している者の人数を記載してください。 注２：就労支援機関と併せてHWを利用した者を含む。		人 → ④

Ⅱ 以下の各項目に該当する者は何人いますか。その人数を、上記①～④の別に記載してください。
なお、以下では就労支援機関にはHWも含めてください。また、一度でもそのような対応をした（された）場合は「該当する」として計上してください。

	医療機関から就労支援機関への情報提供等についてお尋ねします。	①	②	③	④
1	支援対象者（以下、本人）が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をした。	人	人	人	人
2	上記１の際、事前に情報提供の内容を本人に説明し、同意を得た。	人	人	人	人
3	本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行した。	人	人	人	人
4	就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行った（上記１の場合を除く）。	人	人	人	人
5	本人が利用している就労支援機関がどのようなところか、本人から情報収集した。	人	人	人	人
	就労支援機関からの問合せについてお尋ねします。	①	②	③	④
6	本人の障害状況等について就労支援機関から問合せがあった。	人	人	人	人
7	上記６の際、就労支援機関は就労支援機関での相談状況や貴院に確認したい事項などを文書により事前に情報提供した。	人	人	人	人
8	上記６の際、就労支援機関は事前に貴院の都合のよい方法や時間、担当窓口などを確認した。	人	人	人	人
	就労支援に係る支援計画等に関する就労支援機関との協議や情報共有についてお尋ねします。	①	②	③	④
9	就労支援機関の見立て（アセスメント）や支援計画案に関する情報を就労支援機関が貴院に提供した。	人	人	人	人
10	上記９の際、就労支援機関から文書で情報提供があった。	人	人	人	人
11	見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議した。	人	人	人	人
12	上記11の際、就労支援機関が受診同行をした。	人	人	人	人
13	上記11の際、本人及び就労支援機関が参加するケース会議に出席した。	人	人	人	人
	就労支援期間中に問題が発生した場合の就労支援機関との協議についてお尋ねします。	①	②	③	④
14	就労支援期間中に問題が発生した。	人	人	人	人
15	上記14の際、就労支援機関と協議した。	人	人	人	人
16	上記15の際、就労支援機関から協議に必要と思われる情報（支援経過、職場環境、就労支援機関の見立てや対応策等）が事前に提供された。	人	人	人	人
	その他	①	②	③	④
17	就労支援機関が受診同行をした。	人	人	人	人
18	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは、就労支援機関から何らかの手段（文書・電話・受診同行等）で情報提供があった。	人	人	人	人
19	上記18の際、事実と意見を分け、事実は具体的に、情報は簡潔にまとめ分量は抑えて、情報提供があった。	人	人	人	人
20	日常的に貴院と就労支援機関の双方で情報交換・情報共有した。	人	人	人	人

Ⅲ 上記Ⅱのうち、貴院や就労支援機関が実行したが効果的な支援（適切な見立てや支援計画、連携した支援など）につながらなかった項目があれば、最大５つまで、その項目番号を記載した上で、そのときの状況や主な理由を簡単に記載してください。
ない場合は、最初の「番号」の欄に「0」を記載してください。

番号	状況や理由

Ⅳ 上記Ⅱの１～5、11、13、15、20のうち、実行すれば効果的な支援につながる可能性が高いが実行しにくい項目があれば、最大５つまで、その項目の番号を記載した上で、実行しにくい理由を記載してください。
ない場合は、最初の「番号」の欄に「0」を記載してください。

番号	理由

Ⅴ 就労支援機関との情報交換・情報共有に関し、上記Ⅱの項目以外に、特に意識して実施していることがあれば記載してください。
特にない場合は、「ない」と記載してください。

Ⅵ 以下の項目について、あなたはどの程度意識していますか。最も当てはまる項目をチェックしてください。

1 貴院での治療や支援に際し、就労支援機関から提供された情報を参考にする。
○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

2 本人自らが就労支援機関と情報交換できるよう支援し、本人の「伝える／相談する」力をなるべく損なわないようにする。
○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

3 医療機関は「敷居が高い」と感じている就労支援機関もあるので、医療機関側が一方的に話さず、相手の話をよく聞き、コミュニケーションが取れるようにする。
○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

4 医療職と異なり、就労支援機関には専門的な資格をもたない職員もいるため、病気や障害の状況は、分かりやすく説明する。
○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

Ⅶ

1

貴院では、就労支援機関との定期的な会議や集会（情報交換、ケース検討等）に参加していますか。

○ はい

→　その会議の内容や開催の頻度を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

2

上記Ⅶ-1以外に、あなたが個人的に参加している就労支援機関の職員が参加する定期的な会議や集会はありますか。

○ はい

→　その会議の内容や開催の頻度を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

Ⅷ

1

先日ご参加いただいた「就労支援と精神科医療の情報共有・連携に関する研修会」よりも前に「就労支援と精神科医療機関の情報交換マニュアル」を読んだことはありますか。

○ はい　→　当マニュアルを初めて読んだ時期を右の欄に記載してください。　→　　月

○ いいえ

2

上記Ⅷ-１で「はい」と回答された方のみ、お答えください。

上記Ⅱで回答した下記の各項目について、「就労支援と精神科医療機関の情報交換マニュアル」を読むことで積極的に取り組むようになったものはありますか。積極的に取り組むようになったものにチェックしてください。

項目	チェック欄
支援対象者（以下、本人）が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をする。	□
就労支援機関に情報提供する際、事前に情報提供の内容を本人に説明し、同意を得る。	□
本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行する。	□
就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行う。	□
本人が利用している就労支援機関がどのようなところか、本人から情報収集する。	□
見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議する。	□
見立てや支援計画案について協議するために、本人及び就労支援機関が参加するケース会議に出席する。	□
日常的に貴院と就労支援機関の双方で情報交換・情報共有する。	□

3

上記Ⅷ-１で「はい」と回答された方のみ、お答えください。

上記Ⅵで回答した下記の各項目について、「就労支援と精神科医療機関の情報交換マニュアル」を読む前の意識として最も当てはまるものにチェックしてください。

貴院での治療や支援に際し、就労支援機関から提供された情報を参考にする。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

本人自らが就労支援機関と情報交換できるよう支援し、本人の「伝える／相談する」力をなるべく損なわないようにする。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

医療機関は「敷居が高い」と感じている就労支援機関もあるので、医療機関側が一方的に話さず、相手の話をよく聞き、コミュニケーションが取れるようにする。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

医療職と異なり、就労支援機関には専門的な資格をもたない職員もいるため、病気や障害の状況は、分かりやすく説明する。

○ かなり意識していた　○ 多少意識していた　○ あまり意識していなかった　○ 全く意識していなかった

回答し終えたら

パソコンでのご回答の場合、「黄色になっているところ」は未入力の回答欄を表しています。「黄色になっているところ」がないことを確認してから、ご返送いただくようお願い致します。ただし、貴院に複数の回答者がいて、質問Ⅰ・Ⅱを、貴院の他の職員が回答された場合は「黄色」のままでご返送ください。

筆記によるご回答の場合は、回答漏れがないかご確認の上ご返送ください。

第２回調査で使用した質問紙（支援従事者用）

氏名	回答者のお名前を記載してください。	

あなたの所属する機関（以下、貴機関）の職員があなたの他にもこの調査に参加している場合は、質問Ⅰ・Ⅱについては、あなたとあなた以外の職員とで相談の上、各質問項目に当てはまる医療機関の利用者数を合算して記載してください。この場合、どなたかお一人が代表して回答していただき、それ以外の方は質問Ⅲから回答を始めてください。

Ⅰ				
	1	下記 a. b. c. 全ての条件を満たす者の人数を記載してください。ただし、障害者職業センターのリワーク支援対象者、貴機関と同一法人の医療機関の利用者は除きます。なお、全ての条件に合致する者が8人以上いる場合は**<表Ⅱ-11に示した支援対象者の同定期間の末日>**からさかのぼって8人目までを回答対象としてください。 a.貴施設の利用開始日が**<表Ⅱ-11に示した支援対象者の同定期間>**の期間の者で、かつ精神科医療機関を利用している者 b.**<表Ⅱ-11に示した支援対象者の同定期間の末日>**までにおおまかな見立て（アセスメント）と今後の方向性を検討した者 c. あなたが支援の一部でも関わった者		人
	2	上記１のうち、**「2017年5月31日時点において」（注１）**密接な連携をしていた医療機関(回答者の判断で構いません)を利用している者の人数を記載してください。 **注１：「現時点」ではなく、あくまでも「2017年5月31日時点」（実地調査前）において、密接な連携をしていたかどうかで判断してください。**		人 → ①
	2-2	上記２のうち、本実地調査に参加している医療機関（注２）を利用している者の人数**（上記２の内数）**を記載してください。 注２：別添の「実地調査協力機関リスト」を参照してください。		人 → ①-2
	3	上記１のうち、上記２以外の医療機関を利用している者の人数を記載してください。		人 → ②
	3-2	上記３のうち、本実地調査に参加している医療機関（注２）を利用している者の人数**（上記３の内数）**を記載してください。 注２：別添の「実地調査協力機関リスト」を参照してください。		人 → ②-2

Ⅱ **<表Ⅱ-11に示した共有行動の確認期間>**において、以下の各項目に該当する者は何人いますか。その人数を、上記①、①-2、②、②-2の別に記載してください。
なお、**<表Ⅱ-11に示した共有行動の確認期間>**の間に一度でもそのような対応をした（された）場合は「該当する」として計上してください。

		①	①-2	②	②-2
	医療機関からの情報提供についてお尋ねします。				
1	受付時点で、医療機関に問い合わせる前に、医療機関から支援対象者（以下、本人）に関する情報提供があった。	人	人	人	人
2	本人が貴機関を利用する際、医療機関の職員が同行してきた。	人	人	人	人
3	貴機関から問合せしない場合でも、医療機関から貴機関に問合せや情報提供等があった**（上記１の場合を除く）**。	人	人	人	人
	本人が利用している医療機関に関する情報収集についてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
4	本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握した。	人	人	人	人
5	本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握した。	人	人	人	人
6	医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得た。	人	人	人	人
	医療機関への問い合わせについてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
7	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした。	人	人	人	人
8	上記７の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝えた。	人	人	人	人
9	上記８で医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握した（問い合わせをしていなくても把握している場合を含む）。	人	人	人	人
	医療機関から情報把握したあとの対応についてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
10	医療機関から提供された情報を本人と確認した。	人	人	人	人
11	上記10のうち、医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった。	人	人	人	人
12	上記11のうち、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認した。	人	人	人	人
13	見立て（アセスメント）や当面の支援計画案について本人と協議した。	人	人	人	人
	見立てや支援計画に関する医療機関との情報共有や協議についてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
14	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供した。	人	人	人	人
15	上記14の際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供した。	人	人	人	人
16	見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談した。	人	人	人	人
17	本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催した。	人	人	人	人
18	上記17のケース会議に医療機関が参加した。	人	人	人	人
19	ケース会議や受診同行の後で本人と振り返りを行い、ケース会議や受診同行に関する本人の受け止め方を確認した。	人	人	人	人
	問題が発生した場合の医療機関との協議についてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
20	貴機関の就労支援中に問題が発生した。	人	人	人	人
21	上記20の際、医療機関と協議した。	人	人	人	人

	22	上記21の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝えた。		人		人		人		人
	その他		①		①-2		②		②-2
	23	受診同行を行った。		人		人		人		人
	24	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供した。		人		人		人		人
	25	日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有した。		人		人		人		人

Ⅲ 上記Ⅱのうち、貴機関や医療機関が実行したが効果的な支援（適切な見立てや支援計画、連携した支援など）につながらなかった項目があれば、最大５つまで、その項目番号を記載した上で、そのときの状況や主な理由を簡単に記載してください。
ない場合は、最初の「番号」の欄に「0」を記載してください。

番号	状況や理由

Ⅳ 医療機関との情報交換・情報共有に関し、上記Ⅱの項目以外に、特に意識して実施していることがあれば記載してください。
特にない場合は、「ない」と記載してください。

Ⅴ

1

（１）医療機関との定期的な会議や集会（情報交換、ケース検討等）への参加状況についてお尋ねします。
前回の調査における回答状況（質問項目Ⅶ-１）から変化がありましたか。

○ はい
→ その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

（２）上記Ⅴ-１（１）で「はい」と回答された方にお尋ねします。
前回の調査における回答状況からの変化には、今回の実地調査で実施した研修による影響があったと思いますか。

○ はい
→ 「影響があった」と思った理由を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

2

（１）上記Ⅴ-1以外の、医療機関の職員が参加する定期的な会議や集会へのあなたの参加状況についてお尋ねします。
前回の調査における回答状況（質問項目Ⅶ-２）から変化がありましたか。

○ はい
→ その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

（2）上記Ⅴ-2（1）で「はい」と回答された方にお尋ねします。
前回の調査における回答状況からの変化には、今回の実地調査で実施した研修による影響があったと思いますか。

○ はい
→ 「影響があった」と思った理由を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

Ⅵ

1 貴機関は、厚生労働省の「精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業」（以下、モデル事業）のチーム構成員ですか。

○ はい　○ いいえ

2 上記Ⅵ-1で「はい」と回答された方にお尋ねします。
今回の実地調査（研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、フォローアップ）に参加することで、モデル事業における連携や情報共有について何らかの変化はありましたか。

○ はい
→ その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

Ⅶ 情報共有に関するツールの利用について、下記の1～4をお尋ねします。

1 情報共有開始ツール（別添資料1を参照）を利用したことがありますか。

○ はい
→ 利用した結果として、下記に挙げた事例のうち、経験したことがあるもの全てにチェックしてください。

＜事例＞	チェック欄
情報共有を依頼する際にあまり手間を取らずにすんだ。	□
情報共有依頼の趣旨が相手に伝わりやすかった。	□
医療機関から有効な情報が得られた。	□
医療機関から有効な情報が得られなかった。	□
医療機関から情報交換・情報共有を拒否された。	□

＜上記以外の事例＞　下の欄に簡潔に記入してください。

○ いいえ
→ 利用しなかった理由として、下記に挙げた理由のうち、あてはまるもの全てにチェックしてください。

＜利用しなかった理由＞	チェック欄
研修等で本ツールの利用方法を十分に理解できなかったため。	□
本ツールを利用しなくても、他の方法で情報共有依頼を行っているため。	□

＜上記以外の理由＞　下の欄に簡潔に記入してください。

2 本人が記載するメモ帳（別添資料2を参照）を利用したことがありますか。

○ はい
→ 利用した結果として、下記に挙げた事例のうち、経験したことがあるもの全てにチェックしてください。

＜事例＞	チェック欄
医療機関と正確な情報共有ができるようになった。	□
本人が相談内容をより正確に理解するようになった。	□
メモの記載内容を確認することで、本人の特徴を把握できた。	□
本人がメモの作成に慣れてくると、関係者との情報共有が効率的にできるようになった。	□
本人が適切にメモを作成できるようになるまでに時間がかかり、効率的な情報共有につながらなかった。	□
本人がメモ帳を医療機関の関係者に見せていない。	□
本人がメモ帳を医療機関の関係者に見せても、フィードバックがなかった。	□

＜上記以外の事例＞　下の欄に簡潔に記入してください。

○ いいえ

→ 利用しなかった理由として、下記に挙げた理由のうち、あてはまるもの全てにチェックしてください。

＜利用しなかった理由＞	チェック欄
研修等で本ツールの利用方法を十分に理解できなかったため。	□
本ツールを利用するのに適した事例がなかったため。	□
本ツールを利用しなくても、他の方法で情報共有ができているため。	□

＜上記以外の理由＞　下の欄に簡潔に記入してください。

3 情報共有ツール（別添資料３を参照）を利用したことがありますか。

○ はい

→ 利用した結果として、下記に挙げた事例のうち、経験したことがあるもの全てにチェックしてください。

＜事例＞	チェック欄
本人のセルフケアに関連することを意識して支援できるようになった。	□
本人の状況を関係者で情報共有できるようになった。	□
本人が適切に記載できるようになるまでに時間がかかり、効率的な情報共有につながらなかった。	□
本人が本ツールを医療機関の関係者に見せていない。	□
本人が本ツールを医療機関の関係者に見せても、フィードバックがなかった。	□

＜上記以外の事例＞　下の欄に簡潔に記入してください。

○ いいえ

→ 利用しなかった理由として、下記に挙げた理由のうち、あてはまるもの全てにチェックしてください。

＜利用しなかった理由＞	チェック欄
研修等で本ツールの利用方法を十分に理解できなかったため。	□
本ツールを利用するのに適した事例がなかったため。	□
本ツールを利用しなくても、他の方法で情報共有ができているため。	□

＜上記以外の理由＞　下の欄に簡潔に記入してください。

4 上記Ⅶ-１～３のツール以外に、貴機関で本人や関係者と情報共有するために活用しているツールはありますか。

○ はい

→ ツールの概要を下の欄に簡潔に記載してください。
また、可能な範囲で結構ですので、ご回答をお送り頂く際にツールをＰＤＦファイル等で添付していただけると幸いで

○ いいえ

Ⅷ 今回の実地調査の各構成要素及びマニュアルは、貴機関と医療機関の情報共有・連携の促進にどのくらい有効でしたか。最も当てはまるものにチェックしてください。また、各構成要素やマニュアルに対し、ご意見やご感想があれば入力してください。

1 講義

○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない

ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。

2 パネルディスカッション

○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない

ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。

3 グループワーク

○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない

ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。

	4	フォローアップ（情報共有の課題点の共有とその改善に向けた話合い） ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。
	5	情報共有・連携に関し不明なことがあったときの助言者の設置 ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 利用していない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。
	6	マニュアル ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 読んでいない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。

Ⅸ	今回の実地調査の各構成要素及びマニュアル以外に、貴機関と医療機関の情報共有・連携を促進するために有効と考えられる取組があれば入力してください。 特にない場合は、「ない」と入力してください。

追加の質問	今回の実地調査（研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、フォローアップ）に参加することで、貴機関と医療機関の連携や情報共有について何らかの変化はありましたか。 ○ はい →　その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。 ○ いいえ

第２回調査で使用した質問紙（医療従事者用）

氏名	回答者のお名前を記載してください。	

あなたの所属する医療機関（以下、貴院）の職員があなたの他にもこの調査に参加している場合は、質問Ⅰ・Ⅱについては、あなたとあなた以外の職員とで相談の上、各質問項目に当てはまる就労支援機関の利用者数を合算して記載してください。この場合、どなたかお一人が代表して回答していただき、それ以外の方は質問Ⅲから回答を始めてください。

Ⅰ				
	1	**<表Ⅱ-11に示した支援対象者の同定期間>**にあなたが支援をした者のうち、ハローワーク（以下、HW）や就労支援機関（注１）を利用していることを把握している者の人数を記載してください。 なお、この条件に合致する者が８人以上いる場合は、**<表Ⅱ-11に示した支援対象者の同定期間の末日>**からさかのぼって8人目までを回答対象としてください。 注1：障害者職業センター、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、自治体設置の就労支援機関（就労支援センターなど）とする。また、これ以外の機関でも積極的に就労支援を行っていると思われる支援機関を利用している者がいればそれらも含める。ただし、障害者職業センターのリワーク支援対象者及び貴院と同一法人の就労支援機関の利用者は除く。		人
	2	上記１のうち、**「2017年5月31日時点において」**密接な連携をしていたHWや就労支援機関(回答者の判断で構いません)を利用している者の人数を記載してください。 **注１：「現時点」ではなく、あくまでも「2017年5月31日時点」（実地調査前）において、密接な連携をしていたかどうかで判断してください。**		人 → ①
	2-2	上記２のうち、本実地調査に参加しているHWや就労支援機関（注３）を利用している者の人数**（上記２の内数）**を記載してください。 注３：別添の「実地調査協力機関リスト」を参照してください。		人 → ①-2
	3	上記１のうち、上記２以外のＨＷや就労支援機関を利用している者の人数を記載してください。		人 → ②
	3-2	上記３のうち、本実地調査に参加しているＨＷや就労支援機関（注３）を利用している者の人数**（上記３の内数）**を記載してください。 注３：別添の「実地調査協力機関リスト」を参照してください。		人 → ②-2

Ⅱ **<表Ⅱ-11に示した共有行動の確認期間>**において、以下の各項目に該当する者は何人いますか。その人数を、上記①、①-2、②、②-2の別に記載してください。
なお、以下では就労支援機関にはHWも含めてください。また、**<表Ⅱ-11に示した共有行動の確認期間>**の間に一度でもそのような対応をした（された）場合は「該当する」として計上してください。

	医療機関から就労支援機関への情報提供等についてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
1	支援対象者（以下、本人）が就労支援機関を利用する際、就労支援機関から依頼される前に、貴院から本人に関する情報提供をした。	人	人	人	人
2	上記１の際、事前に情報提供の内容を本人に説明し、同意を得た。	人	人	人	人
3	本人が就労支援機関を利用する際、就労支援機関に同行した。	人	人	人	人
4	**就労支援機関から問合せがない場合でも、貴院から就労支援機関に問合せや情報提供を行った（上記１の場合を除く）。**	人	人	人	人
5	本人が利用している就労支援機関がどのようなところか、本人から情報収集した。	人	人	人	人
	就労支援機関からの問合せについてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
6	本人の障害状況等について就労支援機関から問合せがあった。	人	人	人	人
7	上記６の際、就労支援機関は就労支援機関での相談状況や貴院に確認したい事項などを文書により事前に情報提供した。	人	人	人	人
8	上記６の際、就労支援機関は事前に貴院の都合のよい方法や時間、担当窓口などを確認した。	人	人	人	人
	就労支援に係る支援計画等に関する就労支援機関との協議や情報共有についてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
9	就労支援機関の見立て（アセスメント）や支援計画案に関する情報を就労支援機関が貴院に提供した。	人	人	人	人
10	上記９の際、就労支援機関から文書で情報提供があった。	人	人	人	人
11	見立てや支援計画案について就労支援機関と何らかの方法（電話、受診同行、ケース会議など）で協議した。	人	人	人	人
12	上記11の際、就労支援機関が受診同行をした。	人	人	人	人
13	上記11の際、本人及び就労支援機関が参加するケース会議に出席した。	人	人	人	人
	就労支援期間中に問題が発生した場合の就労支援機関との協議についてお尋ねします。	①	①-2	②	②-2
14	就労支援期間中に問題が発生した。	人	人	人	人
15	上記14の際、就労支援機関と協議した。	人	人	人	人
16	上記15の際、就労支援機関から協議に必要と思われる情報（支援経過、職場環境、就労支援機関の見立てや対応策等）が事前に提供された。	人	人	人	人
	その他	①	①-2	②	②-2
17	**上記12以外で**、就労支援機関が受診同行をした。	人	人	人	人
18	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは、就労支援機関から何らかの手段（文書・電話・受診同行等）で情報提供があった。	人	人	人	人
19	上記18の際、事実と意見を分け、事実は具体的に、情報は簡潔にまとめ分量は抑えて、情報提供があった。	人	人	人	人
20	日常的に貴院と就労支援機関の双方で情報交換・情報共有した。	人	人	人	人

Ⅲ 上記Ⅱのうち、貴院や就労支援機関が実行したが効果的な支援（適切な見立てや支援計画、連携した支援など）につながらなかった項目があれば、最大５つまで、その項目番号を記載した上で、そのときの状況や主な理由を簡単に記載してください。
ない場合は、最初の「番号」の欄に「0」を記載してください。

番号	状況や理由

Ⅳ 就労支援機関との情報交換・情報共有に関し、上記Ⅱの項目以外に、特に意識して実施していることがあれば記載してください。
特にない場合は、「ない」と記載してください。

Ⅴ

1

（１）就労支援機関との定期的な会議や集会（情報交換、ケース検討等）への参加状況についてお尋ねします。
前回の調査における回答状況（質問項目Ⅶ-１）から変化がありましたか。

○ はい
→ その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

（２）上記Ⅴ-１（１）で「はい」と回答された方にお尋ねします。
前回の調査における回答状況からの変化には、今回の実地調査で実施した研修による影響があったと思いますか。

○ はい
→ 「影響があった」と思った理由を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

2

（１）上記Ⅴ-1以外の、就労支援機関の職員が参加する定期的な会議や集会へのあなたの参加状況についてお尋ねします。
前回の調査における回答状況（質問項目Ⅶ-２）から変化がありましたか。

○ はい
→ その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

（２）上記Ⅴ-2（１）で「はい」と回答された方にお尋ねします。
前回の調査における回答状況からの変化には、今回の実地調査で実施した研修による影響があったと思いますか。

○ はい
→ 「影響があった」と思った理由を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

Ⅵ

1

貴院は、厚生労働省の「精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業」（以下、モデル事業）の協定を締結していますか。

○ はい　○ いいえ

上記Ⅵ-１で「はい」と回答された方にお尋ねします。
今回の実地調査（研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、フォローアップ）に参加することで、モデル事業における連携や情報共有について何らかの変化はありましたか。

2

○ はい

→　その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。

○ いいえ

Ⅶ　情報共有に関するツールの利用について、下記の１～４をお尋ねします。

1

情報共有開始ツール（別添資料１を参照）を用いて就労支援機関が貴院に連絡してきたことがありますか。

○ はい

→　利用した結果として、下記に挙げた事例のうち、経験したことがあるもの全てにチェックしてください。

＜事例＞	チェック欄
情報提供依頼の趣旨を明確に理解できた。	□
情報共有開始ツールで連絡してきた就労支援機関とのやりとりを開始するようになった。	□

＜上記以外の事例＞　下の欄に簡潔に記入してください。

○ いいえ

2

本人が記載するメモ帳（別添資料２を参照）を用いて就労支援機関が本人を通じて情報共有をしてきたことがありますか。

○ はい

→　利用した結果として、下記に挙げた事例のうち、経験したことがあるもの全てにチェックしてください。

＜事例＞	チェック欄
就労支援機関と正確な情報共有ができるようになった。	□
本人が相談内容をより正確に理解するようになった。	□
メモの記載内容を確認することで、本人の特徴を把握できた。	□
メモの記載内容を理解するのに時間がかかり、効率的な情報共有につながらなかった。	□

＜上記以外の事例＞　下の欄に簡潔に記入してください。

○ いいえ

3

情報共有ツール（別添資料３を参照）を利用したことがありますか。

○ はい

→　利用した結果として、下記に挙げた事例のうち、経験したことがあるもの全てにチェックしてください。

＜事例＞	チェック欄
本人の状況を関係者で情報共有できるようになった。	□
本人の状況を関係者で効率的に情報共有することができなかった。	□

＜上記以外の事例＞　下の欄に簡潔に記入してください。

○ いいえ

4

上記Ⅶ-１～３のツール以外に、貴院で本人や関係者と情報共有するために活用しているツールはありますか。

○ はい

→　ツールの概要を下の欄に簡潔に記載してください。
また、可能な範囲で結構ですので、ご回答をお送り頂く際にツールをＰＤＦファイル等で添付していただけると

○ いいえ

Ⅷ	今回の実地調査の各構成要素及びマニュアルは、貴院と就労支援機関の情報共有・連携の促進にどのくらい有効でしたか。最も当てはまるものにチェックしてください。また、各構成要素やマニュアルに対し、ご意見やご感想があれば入力してください。
1	講義 ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。
2	パネルディスカッション ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。
3	グループワーク ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。
4	フォローアップ（情報共有の課題点の共有とその改善に向けた話合い） ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 参加していない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。
5	情報共有・連携に関し不明なことがあったときの助言者の設置 ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 利用していない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。
6	マニュアル ○ 非常に有効であった　○ 多少有効であった　○ あまり有効でなかった　○ 全く有効でなかった　○ 読んでいない ご意見やご感想があれば、下の欄に入力してください。特にない場合は、「ない」と入力してください。

Ⅸ	今回の実地調査の各構成要素及びマニュアル以外に、貴院と就労支援機関の情報共有・連携を促進するために有効と考えられる取組があれば入力してくださ 特にない場合は、「ない」と入力してください。

追加の質問	今回の実地調査（研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、フォローアップ）に参加することで、貴機関と就労支援機関の連携や情報共有について何らかの変化はありましたか。
	○ はい →　その変化の内容を下の欄に簡潔に記載してください。
	○ いいえ

第3回調査で使用した質問紙

1 人事異動が関係機関間の情報共有・連携に与える影響についてお伺いします。

(1)

あなたがこれまでに担当した利用者の支援について、関係機関で人事異動や休職・退職があったことにより、情報共有や連携に支障がでたことはありましたか。

○ある → (2) へ進んでください。

○ない → (3) へ進んでください。

(2)

① 上記 (1) で利用者の支援に支障が出た際の情報共有・連携先の機関の種類を下記の A～J の中から選んでください。

A: ハローワーク　B: 障害者就業・生活支援センター　C: 地域障害者職業センター　D: 就労移行支援事業所　E: 就労継続支援事業所
F: 自治体の就労支援センター　G: その他の就労支援機関　H: 医療機関　I: 精神保健機関　J: その他

なお、該当する機関が複数ある場合は、支障が特に大きかった事例における情報共有・連携先の機関を最大３つまで選択してください。

② 上記 ① で選択した機関との情報共有・連携について経験した「支障」の具体的な内容を記入してください。

③ 上記 ② で回答した「支障」が起きた際に自機関で実施した対処・工夫があれば記入してください。
対処・工夫を実施した場合、状況が改善されたかどうかについても記入してください。

④ 上記 ② で回答した「支障」が起きた際に「情報共有・連携先の機関」に対して依頼した対処・工夫があれば記入してください。
対処・工夫を依頼した場合、状況が改善されたかどうかについても記入してください。

⑤ 上記 ② で回答した「支障」が起きた状況を後から振り返って、自機関で実施していたら、より良い結果につながったと思われる対処・工夫があれば記入してください。

⑥ 上記 ② で回答した「支障」が起きた状況を後から振り返って、「情報共有・連携先の相手」に依頼していたら、よりよい結果につながったと思われる対処・工夫があれば記入してください。

(2) の回答欄

① 情報共有・連携先の機関	② 「支障」の具体的な内容	③ 自機関で実施した対処・工夫と成果	④ 他機関に依頼した対処・工夫と成果	⑤ 実施すべきであった自機関での対処・工夫	⑥ 依頼すべきであった他機関での対処・工夫
このセルをクリックして、右隅に表示される下向きの三角形をクリックすると、選択肢が出ます					
このセルをクリックして、右隅に表示される下向きの三角形をクリックすると、選択肢が出ます					
このセルをクリックして、右隅に表示される下向きの三角形をクリックすると、選択肢が出ます					

(3)

関係機関で人事異動や休職・退職があった場合でも情報共有や連携に支障が出ないように、あなたが実施している対処・工夫はありますか。

○ ない

○ ある（下の欄に対処・工夫の内容を入力してください。）

2 情報共有シートの活用状況についてお伺いします。

(1)

“2018年 9月 10日” までに 貴機関 において 情報共有シート を利用した事例はありますか。

○ある → (2) へ進んでください。

○ない → 3 へ進んでください。

(2)

情報共有シートを利用した事例の数を記入してください。

[　　] 人

(3)

上記（2）の各事例について、下記の ①～⑦ のそれぞれの質問にお答えください。
なお、10 事例を超える場合、利用期間の長い10事例についてお答えください。

① 利用開始時期：情報共有シートを利用した時期を選んでください。
② 利用開始時の状況：該当するセルをクリックすると表示される選択肢から当てはまるものを選んでください。
③ 本人が情報共有シートで情報共有した相手：該当する相手(右記参照)を全てチェックしてください。
④ 該当する事例：A～P（右記参照）で示した事例にその事例が当てはまる程度を、該当するセルをクリックすると表示される選択肢から選んでください。
⑤ 利用期間：該当するセルをクリックすると表示される選択肢から当てはまるものを選んでください。
⑥ "2018年 9月 10日"時点で利用継続中か否か：該当するセルをクリックすると表示される選択肢から当てはまるものを選んでください。
⑦ 継続しなかった理由：上記③において「継続していない」と回答した場合、継続を中止した理由として当てはまるもの全てにチェックしてください。
また、提示したもの以外に理由があれば、その他の欄に記入してください。

【③ 情報共有した相手 について】
・ナカポツセンター：障害者就業・生活支援センター
・就労移行・継続：就労移行支援事業所、就労継続支援事業所
・地域センター：地域障害者職業センター
・精神保健機関：保健所、精神保健福祉センター等

【④ 該当する事例 について】
右に選択肢があります。

【⑦ シートの利用を継続しなかった理由 について】
右に選択肢があります。

【④ 該当する事例 について】
A：本人は、自身の状態（体調等）の変化に気づけず、体調が悪化し仕事に影響が出やすい人である。
B：本人は、悩んでいても周囲の人に自分の思いを伝えることができない人である。
C：本人は、周囲の人が困っていても、その様子に気づくことができない人である。
D：本人シートを使用することで、貴機関が本人のセルフケアに関連することを意識して支援するようになった。
E：本人シートを使用することで、本人が自分の状態を意識するようになった。
F：本人シートを使用することで、本人が必要な対処行動を意識するようになった。
G：本人シートを使用することで、本人が必要な対処行動をとれるようになった。
H：本人が貴機関に定期的に本シートを提示した。
I：本人が貴機関を除く関係者（以下、関係者）に定期的に本シートを提示した。
J：本シートを使用することで、貴機関が本人の状態を把握しやすくなった。
K：本シートを使用することで、関係者が本人の状態を把握しやすくなった。
L：本シートを使用することで、貴機関が本人に何らかのフィードバックをした。
M：本シートを使用することで、関係者が本人に何らかのフィードバックをした。
N：本シートの使用が貴機関の支援や配慮につながった。
O：本シートの使用が関係者の支援や配慮につながった。
P：本シートを使用することで貴機関と関係者が情報共有をしやすくなった。

【⑦ シートの利用を継続しなかった理由 について】
Q：シートの記載が本人の負担になったため。
R：本人が体調を崩したため。
S：シートを利用する目標（本人の状況把握や課題の改善など）を達成できたため。
T：他のツール（会社の日報など）を利用するようになったため。
U：回答者または回答者の所属機関の支援者が忙しく、シートを利用する余裕がない。
その他：上記Q～U以外で継続しなかった理由があれば記入してください。

事例No.	① 利用開始時期	② 利用開始時の状況	③ 情報共有の相手											④ 該当する事例																⑤ 利用期間	⑥ 利用継続中か	⑦ 継続しなかった理由（当てはまるもの全てにチェックしてください。）					
			貴機関	ハローワーク	ナカポツセンター	就労移行・継続	地域センター	教育機関	医療機関	精神保健機関	企業	家族	その他	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P			Q	R	S	T	U	その他
1			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
2			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
3			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
4			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
5			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
6			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
7			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
8			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
9			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	
10			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			□	□	□	□	□	

3 主治医等の意見書についてお伺いします。　※ ハローワークにご所属の方は本質問に回答する必要はありません。

(1) 実地調査で使用している「主治医等の意見書」を業務上で利用したり、目にしたことはありましたか。

- ○ある　→　(2) へ進んでください。
- ○ない　→　4 へ進んでください。

(2) 上記 (1) の具体的な状況として当てはまるもの全てにチェックをしてください。
回答される方のお立場によりチェック対象の項目が異なりますので、ご注意ください。

【ご所属が就労支援機関の場合のチェック対象項目】

- □ 本人から「主治医等の意見書」を見せられたり、記載内容の説明を受けたりした。（意見書の原本またはコピーは保管しなかった）
- □ 本人から「主治医等の意見書」を提出された。（意見書の原本またはコピーを保管した）
- □ 本人に「主治医等の意見書」を医療機関で記載してもらうよう依頼した。
- □ ハローワークから「主治医等の意見書」を見せられたり、記載内容の説明を受けたりした。（意見書の原本またはコピーは保管しなかった）
- □ ハローワーク以外の就労支援機関から「主治医等の意見書」を見せられたり、記載内容の説明を受けたりした。（意見書の原本またはコピーは保管しなかった）
- □ ハローワークから「主治医等の意見書」を提出された。（意見書の原本またはコピーを保管した）
- □ ハローワーク以外の就労支援機関から「主治医等の意見書」を提出された。（意見書の原本またはコピーを保管した）
- □ 「主治医等の意見書」に関して医療機関に問合せをした。
- □ 「主治医等の意見書」に関して医療機関から問合せや説明があった。
- □ 「主治医等の意見書」の記載を踏まえて本人と相談をした。
- □ 「主治医等の意見書」の記載内容を支援の参考にした。
- □ その他（下の欄に具体的な状況を入力してください）

【医師の場合のチェック対象項目】

- □ 「主治医等の意見書」を記載した。
- □ 「主治医等の意見書」の記載内容について本人に説明した。
- □ 「主治医等の意見書」に関して就労支援機関に問合せや説明をした。
- □ 「主治医等の意見書」に関して就労支援機関から問合せや説明があった。
- □ その他（下の欄に具体的な状況を入力してください）

【医師以外で所属機関が医療機関の場合のチェック対象項目】

- □ 「主治医等の意見書」を記載した。
- □ 主治医が記載した「主治医等の意見書」を読んだ。
- □ 「主治医等の意見書」の記載を踏まえて本人と相談をした。
- □ 「主治医等の意見書」に関して就労支援機関に問合せや説明をした。
- □ 「主治医等の意見書」に関して就労支援機関から問合せや説明があった。
- □ 「主治医等の意見書」の記載内容を支援の参考にした。
- □ その他（下の欄に具体的な状況を入力してください）

(3) 実地調査で使用している「主治医等の意見書」に対する意見・感想がありましたら、下の欄に記入してください。

4 「情報共有シート（仮称）活用の手引き（2018.8.15試行版）」についてお伺いします。

(1) 昨年12月に配布された手引より分かりやすくなりましたか。

- ○分かりやすくなった
- ○分かりやすくなっていない
- ○今年の8月に配布された手引きをまだ読んでいない

(2) 本手引きをより分かりやすくするための意見があれば、下の欄に記入してください。

以上で質問は終了です。ご協力、誠にありがとうございました。
回答漏れがないかご確認の上、御返送をお願い致します。

情報共有シートの利用事例の把握に使用した質問紙

この質問紙は障害者職業総合センターが開発を進めている"情報共有ツール"（以下、情報共有シートと呼びます）についてお尋ねします。

問 1　年8月31日" までに 貴機関 において 情報共有シート を利用した事例はありますか。

- ○ ある
- ○ ない

問 2　（１）情報共有シートを利用した事例の数を記入してください。

□ 人

（２）上記（1）の各事例について、下記の ①～⑥ のそれぞれの質問にお答えください。
なお、10事例を超える場合、利用期間の長い10事例についてお答えください。

① 利用期間：該当するセルをクリックすると表示される選択肢から当てはまるものを選んでください。
② 利用開始時の状況：該当するセルをクリックすると表示される選択肢から当てはまるものを選んでください。
③ 本人が情報共有シートで情報共有した相手：該当する相手(右記参照)を全てチェックしてください。
④ 該当する事例：A～P（右記参照）で示した事例にその事例が当てはまる程度を、該当するセルをクリックすると表示される選択肢から選んでください。
⑤ "2018年8月31日"時点で利用継続中か否か：該当するセルをクリックすると表示される選択肢から当てはまるものを選んでください。
⑥ 継続しなかった理由：上記⑤において「継続していない」と回答した場合、継続を中止した理由として当てはまるもの全てにチェックしてください。
また、提示したもの以外に理由があれば、その他の欄に記入してください。

【③ 情報共有した相手 について】
・精神保健機関：保健所、精神保健福祉センター等
・就労移行・継続：就労移行支援事業所、就労継続支援事業所
・地域センター：地域障害者職業センター

【④ 該当する事例 について】
A：本人は、自身の状態（体調等）の変化に気づけず、体調が悪化し仕事に影響が出やすい人である。
B：本人は、悩んでいても周囲の人に自分の思いを伝えることができない人である。
C：本人は、周囲の人が困っていても、その様子に気づくことができない人である。
D：本シートを使用することで、貴機関が本人のセルフケアに関連することを意識して支援するようになった。
E：本シートを使用することで、本人が自分の状態を意識するようになった。
F：本シートを使用することで、本人が必要な対処行動を意識するようになった。
G：本シートを使用することで、本人が必要な対処行動をとれるようになった。
H：本人が貴機関に定期的に本シートを提示した。
I：本人が貴機関を除く関係者（以下、関係者）に定期的に本シートを提示した。
J：本シートを使用することで、貴機関が本人の状態を把握しやすくなった。
K：本シートを使用することで、関係者が本人の状態を把握しやすくなった。
L：本シートを使用することで、貴機関が本人に何らかのフィードバックをした。
M：本シートを使用することで、関係者が本人に何らかのフィードバックをした。
N：本シートの使用が貴機関の支援や配慮につながった。
O：本シートの使用が関係者の支援や配慮につながった。
P：本シートを使用することで貴機関と関係者が情報共有をしやすくなった。

【⑥ シートの利用を継続しなかった理由 について】
右に選択肢があります。

【⑥ シートの利用を継続しなかった理由 について】
Q：シートの記載が本人の負担になったため。
R：本人が体調を崩したため。
S：シートを利用する目標（本人の状況把握や課題の改善など）を達成できたため。
T：他のツール（会社の日報など）を利用するようになったため。
その他：上記Q～T以外で継続しなかった理由があれば記入してください。

事例No.	① 利用期間	② 利用開始時の状況	③ 情報共有の相手										④ 該当する事例																⑤ 利用継続中か	⑥ 継続しなかった理由（当てはまるもの全てにチェックをしてください）				
			貴機関	医療機関	精神保健機関	ハローワーク	就労移行・継続	地域センター	教育機関	企業	家族	その他	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P		Q	R	S	T	その他（欄に理由を記入してください）
1			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
2			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
3			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
4			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
5			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
6			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
7			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
8			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
9			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	
10			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																		□	□	□	□	

問２の（２）を答え終えたら、問４にお答えください。

問 3　（１）情報共有シートを利用しなかった理由として、下記にあげた理由のうち、当てはまるもの全てにチェックしてください。

- □ 今年3月に配布された手引きだけでは本シートの利用方法を十分に理解できなかったため。
- □ 本シートを利用するのに適した事例がなかったため。
- □ 本シートを利用しなくても他の方法で情報共有ができているため。

（２）上記以外の理由があれば、下の欄に簡潔に記入してください。

問 4　情報共有シートの今後の活用に関する意識についてお尋ねします。

（１）今後、情報共有シートを利用したいと思いますか。

- ○ 利用したい
- ○ 利用したいとは思わない
- ○ どちらともいえない

（２）上記（１）の理由を下の欄に記入してください。

今回配布した活用の手引を読んだ感想についてお答えください。

問5　（１）今年3月に配布された手引より分かりやすくなりましたか。

- ○ 分かりやすくなった
- ○ 分かりやすくなっていない
- ○ 今回配布された手引きをまだ読んでいない

（２）本手引きをより分かりやすくするための意見があれば、下の欄に記入してください。

就労支援機関用

研修講座を受ける“前”にお答え頂くアンケート

資料 13

1

精神科医療機関（同一法人の医療機関は除く）の利用者（以下、本人）に対し、下記の A～S の項目の行動をあなたはどのくらい実施していますか。下記の０～３の中から最も当てはまるものに〇をつけてください。

選択肢
０：全く実施していない　１：ほとんど実施していない　２：ときどき実施している　３：よく実施している

A	本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握する。	0	1	2	3	
B	本人から診察の状況（話したいことを伝えられているか等）を把握する。	0	1	2	3	
C	医療機関と情報交換する際、その必要性を本人に説明し、本人の同意を得る。	0	1	2	3	
D	本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せる。	0	1	2	3	
E	上記 D の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書（メールを含む、以下同じ）などで医療機関に伝える。	0	1	2	3	
F	上記 E で医療機関と情報交換する際の医療機関の都合の良い方法や時間、担当窓口等を把握する。	0	1	2	3	
G	医療機関から提供された情報を本人と確認する。	0	1	2	3	
H	医療機関の情報と本人が話すことに食い違いがあった場合、食い違いの理由などを、医療機関に確認する前に、本人はなぜそう考えるのか、医療機関はなぜそのように考えていると本人は思っているのかを確認する。 ※ 食い違いを経験したことがない場合、「－」に〇	0	1	2	3	－
I	見立て（アセスメント）や当面の支援計画案について本人と協議する。	0	1	2	3	
J	貴機関の見立てや今後の支援計画案について、医療機関に何らかの形で情報提供する。	0	1	2	3	
K	上記 J の際は、見立てや支援計画案のポイントを文書にし、医療機関に提供する。	0	1	2	3	
L	見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談する。	0	1	2	3	
M	本人が参加する支援計画策定のための関係機関とのケース会議を開催する。	0	1	2	3	
N	ケース会議や受診同行の後で本人と振り返りを行い、ケース会議や受診同行に関する本人の受け止め方を確認する。	0	1	2	3	
O	就労支援中に問題が発生した際に医療機関と協議する。※ 問題が発生したことがない場合、「－」に〇	0	1	2	3	－
P	上記 O の際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝える。 ※ 上記 O を実施したことがない場合、「－」に〇	0	1	2	3	－
Q	受診同行を行う。	0	1	2	3	
R	支援のステージ（求職活動に入る、実習を行う、就職した等）や本人を取り巻く環境（労働条件、上司や同僚の職場の人的体制、家庭環境等）が変化するときは医療機関に情報提供する。	0	1	2	3	
S	日常的に貴機関と医療機関の双方で情報交換・情報共有する。	0	1	2	3	

2

前ページの A～S の項目のうち、実行すれば効果的な支援につながる可能性が高いが、実行しにくい項目があれば、最大５つまで、その項目のアルファベットを記入した上で、実行しにくい理由を記入してください。

アルファベット	実行しにくい理由を記入

就労支援機関用

研修講座を受けた“後”にお答え頂くアンケート

1

左のページで選んだ「実行すれば効果的な支援につながる可能性が高いが、実行しにくい項目」について、研修講座に参加する前に感じていた「実行しにくさ」が研修講座に参加することで少なくなりましたか。

少なくなった場合は「はい」、「実行しにくさ」が変わらなかった場合は「いいえ」に〇をつけてください。

また、「はい」または「いいえ」を選んだ理由を記入してください。

「実行しにくさ」が少なくなったか	その理由
はい ・ いいえ	
はい ・ いいえ	
はい ・ いいえ	
はい ・ いいえ	
はい ・ いいえ	

2

本研修講座は、就労支援機関と医療機関との情報共有や連携の仕方に関して参考になりましたか。
最も当てはまるものにチェックをいれてください。

☐ 非常に参考になった　☐ 多少参考になった　☐ あまり参考にならなかった　☐ 全く参考にならなかった

3

本研修講座の講義時間に関する感想として、最も当てはまるものにチェックしてください。

☐ 適当　☐ 短い　☐ 長い

4

就労支援機関と医療機関との情報共有や連携の仕方に関して、本研修講座でより詳しく説明して欲しかったことはありますか。

□ 特になし　　□ ある →

（具体的に）

5

その他、本研修講座に対する意見・感想がございましたら、下の欄に記入して下さい。

6

本研修講座よりも前に「就労支援と精神科医療機関の情報交換マニュアル」を読んだことはありますか。

□ ない　　□ ある → マニュアルを初めて読んだ時期：＿＿＿＿＿年　＿＿＿＿月

7

あなたについて、下記①～④の質問にお答え下さい。

① 所属機関：

□ 就労移行支援　□ 就労継続支援、　□ 自治体の就労支援センター、
□ ハローワーク　□ 障害者職業センター　□ 障害者就業・生活支援センター、
□ その他（具体的に：　　）

② 職名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③ 障害のある人の就労支援に関わった年数：　およそ＿＿＿＿年

④ 精神障害のある人の就労支援に関わった年数：　およそ＿＿＿＿年

－－－－－－　ご協力ありがとうございました。　－－－－－－

資料14

情報共有シートの例（１週間版）

必要に応じ服薬チェックなどに変更する

特記事項がある場合に本人が記載する。

本人と情報共有した関係者が、特記事項がある場合に記載する。

	上段 起床時間 下段 就寝時間	仕事内容（日中活動）	良好サイン			注意サイン				仕事上の目標		仕事上のストレス		特記事項	職場・医療機関・支援機関・家族などからのコメント
			朝むりなく起きられる	友人などとの会話が楽しめる		何もする気がしない	些細なことでイライラする	人の話が頭に入らない		分からないことは質問する		疲労感			
月															
火															
水															
木															
金															
土															
日															
備考（この１週間の特記事項など）															

特記事項がある場合に本人が記載する。

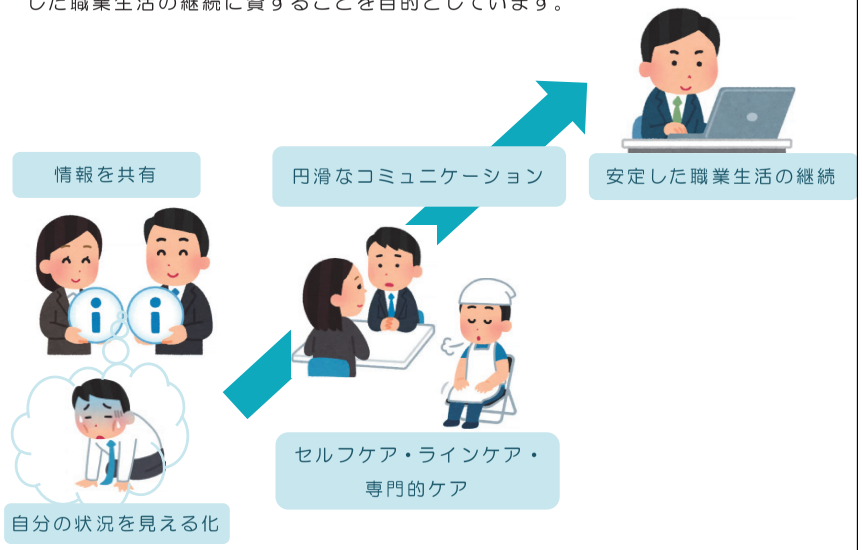
本人と情報共有した関係者が、１週間分まとめた特記事項などがある場合、記載する。

（記入例）良好サイン　：ある→○、　ない→無印
注意サイン　：ある→レ、　ない→無印
仕事上の目標：できている→３、どちらともいえない→２、できていない→１
仕事上のｽﾄﾚｽ：　　ない→３、どちらともいえない→２、　　ある→１

導入編

① 本シートの目的

本シートは、障害のある人が自分の状況を見える化し、その情報を関係者と共有することで、障害のある人と関係者のコミュニケーションを円滑にすると共に、適切なセルフケアやラインケア、外部の専門的なケアにつなげて、安定した職業生活の継続に資することを目的としています。



就職前から利用すれば

本シートを就職前から利用することで以下のような効果も期待できます。

就職前にこれらのことが適切にできるようになれば、そのこと自体が就職後の安定した職業生活の継続に役立ちます。

- 本人が自分の状況を理解しやすくなる
- 支援者が本人の状況を把握できる
- 医療機関を含めた関係者間で情報共有できる
- 就職前にシートを活用した職場でのコミュニケーションの練習ができる

② 本シートの主な対象

本シートは主として以下のような人を対象としています。

- 自身の体調変化に気づけず、体調が悪化し仕事に影響が出る人
- 悩んでいても周囲の人からは元気にやっていると思われがちな、自分の思いを伝えにくい人

なお、精神障害者などの雇用経験が乏しく、どのような対応をしたらよいか悩んでいる企業も少なくありません。上記の状況があまり見られない人でも、本シートを利用し自分の状況を職場の人に知ってもらうことにより、企業の不安を軽減したり、企業から適切な配慮を引き出す効果が期待できます。

③ 本シートの構成

以下のような項目を組み合わせて個別にシートを作成します。

- **生活面：** 睡眠、食事、服薬、その他の日常生活面をチェックする
- **心身の状況：** 体調や意欲、疲労などの心身の状況をチェックする
- **対処・工夫：** 体調を維持するための対処や工夫の状況をチェックする
- **仕事内容/日中活動：** どんな仕事（活動）をしたか記載する
- **仕事（活動）上の目標：** 仕事や活動の目標達成の状況をチェックする
- **相談ごと・困りごと：** 相談ごとや困りごとの有無をチェックする
- **特記事項・本人のコメント：** 特記事項があれば本人が記載する
- **情報を共有した関係者のコメント：** 特記事項があれば関係者が記載する

具体的なシートの例を 5-9 頁に提示していますが、生活面がポイントになる人、本人特有のサインがポイントになる人など「見える化」すべき項目は人によって異なります。例えば、「生活面」「心身の状況」「対処方法」のみのシートにするなど状況に応じてその人にあったシートを作成します。

どの項目を重視するか、各項目の内容をどうするかは、基本的に本人が決め、本人が決められない場合は支援者が助言します。初めから完璧なシート作りを目指す必要はありません。『解説編』を参考にしながら、設定する項目や項目内容が本人にフィットするまで随時変更するつもりで気軽に取り組みましょう。

また、場面が変われば「見える化」して情報共有すべき内容が変わることがあります。各項目やその内容はその都度検討し、必要に応じて随時変更します。

④ 使用する際の留意点

本シートの留意点は次のとおりです。

- 「本人がシートの活用を希望している」ことが本シートを使用する際の前提。シートの使用を本人に強制しない。
- 特に、企業から本人にシート利用を勧める際は、本人に「業務命令」と受け取られないよう留意する。
- シートは本人が所持し、本人が希望する相手と情報共有する。
- 上記「③ 本シートの構成」で示した項目はあくまでも例である。人や状況をシートの枠組みに合わせるのではなく、シートを人や状況に合わせるよう個別にシートを作成する。
- 基本的に本人の意見に基づきシートの項目を決める。支援者は適切なシート設定ができるよう助言する。
- 使い勝手を確認しながらシートの内容を見直す。
- シートの使用場面が変わるとき（例：施設内訓練から実習へ、新たに就職する等）や本人の状況が変化したときも随時シートの内容を見直す。
- 就職してから利用するより、就職前から利用するとより効果が期待できる。その際、障害者就業・生活支援センターなどの相談場面で１～２週間に１回確認する際にも利用できるが、本人の様子を毎日把握できる就労移行支援事業所やデイケア等で利用するとより効果が期待できる。

⑤ シートの活用手順

シートの活用を本人に提案する。 11 頁

シートの作成

- 「生活面」「心身の状況」等どのような項目を設定するか、設定した項目の内容をどうするか検討する。 12-21 頁
- 設定した項目のチェックの仕方を検討し、シートを作成する。 22-24 頁

就職前の利用

- 本人がシートに記入する。
- 本人がなぜそのように記入したか確認・相談する。必要に応じ、項目数や項目内容を本人に合うものに変更。 25-26 頁
- 本人が情報共有を希望する関係者にシートを提示し（例：受診時に本人が持参し主治医に見せる）、必要に応じ、コメントをもらう。 27 頁
- 「作業や課題が変わる」「職場実習に出る」など場面が変わるときや本人の状態が変化した時など随時、項目内容を見直す。 28 頁

就職後の利用

- 企業とシートによる情報共有を望むかどうか本人と相談する。
- 職場の上司や同僚のどの範囲までの人と情報共有するか、情報共有する項目は何にするかなどについて、本人と検討する。
- 職場の人にシートの使い方を説明する（併せて、「本人の特徴」「職場に望まれる配慮」「必要な支援機関の支援」を伝える）。
- 職場の環境変化（職務内容や勤務時間の変更、上司や同僚の異動）や本人の状況変化に応じシートの内容を見直す。

29 頁

すべての段階で本人と協議し、基本的に本人の希望に基づき決定する！

例1　全ての項目を設定した場合（A4用紙1枚で1週間分）

日にち		生活面			心身の状況		対処・工夫		仕事（活動）上の目標		相談ごと 困りごと	仕事内容（日中活動）	特記事項（本人のコメント）	情報を共有した関係者からのコメント
		上段 就寝時間 下段 起床時間	食事	服薬	体調	意欲	ストレッチ	ゆっくりお風呂に入る	分からないことは質問する	ミスがないかチェックする				
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
1週間の特記事項														

食事 ⇒ した場合：○　抜けた場合：レ
服薬 ⇒ した場合：○　忘れた場合：レ

心身の状況 ⇒　よい：○　悪い：レ
（非常に良好：5～非常に不良：1）
対処・工夫 ⇒　実施した：○　実施しなかった：レ
（非常に良くできた：5～全くできなかった：1）
仕事（活動）上の目標 ⇒　達成できた：○　達成できなかった：レ

仕事（活動）上の目標 ⇒　達成できた：○　達成できなかった：レ
（非常に良くできた：5～全くできなかった：1）
困りごと・相談ごと ⇒　ない：○　ある：レ

例1（解説）

生活面で重要なものを選択する。

体調を崩さないための対処・工夫を記載する。

就職前は就職に向けた目標や生活上の目標を記載する。

企業・支援機関・医療機関・家族などが必要に応じて記載する。

日にち		生活面			心身の状況		対処・工夫		仕事（活動）上の目標		相談ごと 困りごと	仕事内容（日中活動）	特記事項（本人のコメント）	情報を共有した関係者からのコメント
		上段 就寝時間 下段 起床時間	食事	服薬	体調	意欲	ストレッチ	ゆっくりお風呂に入る	分からないことは質問する	ミスがないかチェックする				
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
	AM													
	PM													
1週間の特記事項														

本人が意識しやすいもの・意識すべきことを選択して項目に入れる。

休日は日中したこと、就職前は日中活動を記載する。

必要に応じて記載する。

基本的に支援機関内でのツール利用開始時は設定する。職場実習時や就職時にこの項目を設定するかどうかは十分検討する。

特記事項がある場合、本人や関係者が記載する。

チェックの仕方（数字や“レ”等）は「本人がチェックしやすい」「関係者が見やすい」ものを選択する。Excelを使ってグラフ化したい場合は、5段階評価等の「数値」で評価してもらう方法もある。

食事 ⇒ した場合：○　抜けた場合：レ
服薬 ⇒ した場合：○　忘れた場合：レ

心身の状況 ⇒　よい：○　悪い：レ
（非常に良好：5～非常に不良：1）
対処・工夫 ⇒　実施した：○　実施しなかった：レ
（非常に良くできた：5～全くできなかった：1）
仕事（活動）上の目標 ⇒　達成できた：○　達成できなかった：レ
（非常に良くできた：5～全くできなかった：1）

仕事（活動）上の目標 ⇒　達成できた：○　達成できなかった：レ
（非常に良くできた：5～全くできなかった：1）
困りごと・相談ごと ⇒　ない：○　ある：レ

例2　全ての項目を設定し、「心身の状況」を「良好サイン」と「注意サイン」に分けて項目にした場合（A4用紙1枚で1週間分）

日にち		生活面			良好サイン		注意サイン			対処・工夫		仕事（活動）上の目標		困りごと相談ごと	仕事内容（日中活動）	特記事項（本人のコメント）	情報を共有した関係者からのコメント
		上段 就寝時間 下段 起床時間	食事	服薬	気持ちが穏やか	通勤が苦にならない	頭痛	些細なことでイライラする	人の話が頭に入らない	45分に1回ストレッチ	水分補給	作業を丁寧に行う	作業結果を報告する				
	AM																
	PM																
	AM																
	PM																
	AM																
	PM																
	AM																
	PM																
	AM																
	PM																
	AM																
	PM																
	AM																
	PM																
1週間の特記事項																	

食事・服薬 ⇒ した場合：○　抜けた(忘れた)場合：レ　　良好・注意サイン ⇒　あった場合：○　なかった場合：レ　　対処・工夫 ⇒　実施した：○　実施しなかった：レ

仕事（活動）上の目標 ⇒　達成できた：○　達成できなかった：レ　　困りごと・相談ごと ⇒　ない：○　ある：レ

例3　「生活面」「心身の状況」「対処・工夫」を簡素化し、A4用紙１枚で2週間分を確認できるようにした場合

日にち	生活面	心身の状況	対処・工夫	仕事（活動）上の目標		困りごと相談ごと	仕事内容（日中活動）	特記事項（本人のコメント）	情報を共有した関係者からのコメント
	左段 就寝時間 右段 起床時間	体調	早寝・早起き	分からない時質問する	ミスをしない				
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
2週間の特記事項									

心身の状況 ⇒　非常に良好：5～非常に不良：1　　対処・工夫 ⇒　非常に良くできた：5～全くできなかった：1　　仕事（活動）上の目標 ⇒　非常に良くできた：5～全くできなかった：1

困りごと・相談ごと ⇒　ない：○　ある：レ

例4　「生活面」「心身の状況」「対処・工夫」「相談ごと・困りごと」「確認者のサイン」だけ設定した場合

日にち	生活面			心身の状況		対処・工夫		相談ごと困りごと	確認者のサイン
	左段 就寝時間 右段 起床時間	食事	服薬	体調	意欲	ストレッチ	水分補給		
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								
	-								

食事・服薬 ⇒ した場合：○　抜けた（忘れた）場合：レ
心身の状況 ⇒　非常に良好：5～非常に不良：1
対処・工夫 ⇒　非常に良くできた：5～全くできなかった：1
相談ごと・困りごと ⇒　ない：○　ある：レ

例5　「体調」と「特記事項」だけにした場合

日にち	体調	特記事項

体調 ⇒　よい：○　普通：△　悪い：レ

【参考】　本シートを利用した支援者・障害のある人・企業担当者の声

情報共有シートを利用した支援者に対するアンケート調査の結果やシートを利用した障害のある人や企業担当者の声を紹介します。詳細は障害者職業総合センター調査研究報告書 No.146「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究」p 104-116 をご覧ください。

支援者に対するシート利用に関する調査結果

情報共有シートを利用した支援者に調査を実施し、支援者から見たシートの効果を把握しました。シートを１か月以上利用した 32 事例の結果を示します。

以下の状況に「当てはまる」もしくは「ある程度当てはまる」に該当した者の割合

- 支援機関が本人のセルフケアに関連することを意識して支援するようになった。：100%
- 本人が自分の状態を意識するようになった。：97%
- 本人が必要な対処行動を意識するようになった。：84%
- 本人が必要な対処行動をとれるようになった。：72%
- 支援機関が本人の状態を把握しやすくなった。：94%
- 支援機関の支援や配慮につながった。：88%
- 関係者の支援や配慮につながった。：72%

シートを利用した障害のある人の声

- 日々の体調を職場の人に知って欲しいが、自分から体調のことを話すのは難しかった。シートを利用するようになり、職場の人に「そうだったのか」と分かってもらえるので助かる。
- 良好サインや注意サインに対する意識ができ、前向きになった。シートをつけることで振り返ることができ、気持ちの整理ができる。体調面だけでなく、生活面と一緒に記録できるのがよい。自分の課題が見えてきた。気分を改善するために取り組むべきことにも注意するようになった。
- シートで体調のチェックをして支援機関や訪問看護の支援者と相談している。主治医にも見せていた。自分の生活状況が伝わりやすかった。会社の人には直接シートは見せていないが口頭で説明し、体調が悪いときや頭痛がするときは休憩時間を早めにもらうなど配慮してもらっている。

シートを利用した企業担当者の声

- 少ない時間で、睡眠時間や日々の体調が把握できるので大変便利である。シートを確認してサインをするだけなので負担はない。
- シートを毎日見せてもらうことによって安心して本人とのやりとりができた。自分に人事異動があっても、シートがあると後任の上司は助かると思う。

解説編

① シートの活用を本人に提案する

シートの活用を提案する前に、シートの活用が適当な人かどうか検討します。

本シートの主な対象者としては、「自身の体調変化に気づけず、体調が悪化し仕事に影響が出る人」や「悩んでいても周囲の人からは元気にやっていると思われがちな、自分の思いを伝えにくい人」を想定しています。

これまでの職歴や生活歴を振り返り、「体調の変化や気分の波に気づけず、仕事や日常生活に支障をきたすことがあった」「困っていることがあっても周囲の人に相談できず、さらに困るようなことがあった」場合は、シートの活用を検討します。

また、「周囲の人が困っていてもその様子に気づきにくい人」の場合も、本シートを就職前から利用することにより、職場定着上の課題に対する本人の気づきを促すことが期待できます。

ただし、「周囲の人が困っていてもその様子に気づきにくい人」の場合、そのようなエピソードを本人から把握することが難しい場合も多いため、本人と長く関わっている関係者からも状況を把握し、シートの活用が望ましいかどうか検討します。また、この様な傾向が強い人の場合は、本人の受け止め方と周囲の受け止め方に差異があるかどうか随時振り返りが行える就労移行支援事業所やデイケアなどでシートを活用すると効果的です。

シートの活用を提案するときは、シートの例を示しながら、シートの趣旨を説明し、必要に応じ本手引を本人に渡して、利用するかどうか検討してもらいます。

② シートに設定する項目の例

本人がシートの活用に同意したら、設定する項目とその内容を検討します。

どの項目を重視するか、各項目の具体的な内容をどうするかは、基本的に本人が決めるようにします。本人が決められない場合は、支援者から設定することが望ましいと思われる項目やその内容について助言・提案します。

また、本人が望めば、医療機関などの関係機関や家族などの意見も参考にします。関係機関の意見を確認する際は、情報共有シートの趣旨を簡単に説明した文書（次頁参照）とシート本体を本人が関係機関に持参し、主治医や担当者の意見を確認してもらうとよいでしょう。

いずれにしても、初めから完璧な項目設定を志向せず、項目内容が本人にフィットするまで随時変更するつもりで取り組みます。

なお、下記のような意見もあるので、優先順位の高い項目や内容を絞り込んで設定することが望まれます。

● 就労支援に詳しい精神科医の意見

細かなニュアンスの違いにこだわって本人固有のサインを細分化しても、見る側はそれらの細かい違いまで把握できないので、大まかに３～４項目でチェックしてもらった方が全体の傾向が把握しやすい。

診察が２週に１度の場合は、
２週間分が一目で分かると理解しやすい。

● 精神障害者雇用に積極的に取り組む企業の意見

本人や企業の負担感を考慮し、項目は最小限に抑えた方が継続利用につながりやすい。

（参考）関係機関に対するシートの説明及び問合せの例文

○年○月○日

○○（機関名）　○○様

○○（支援機関名）

情報共有シートの使用に係るご連絡とご助言の依頼について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

当所の業務につきましては、平素より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当所で就労に関する相談・支援を受けている○○○○さんが、別添の情報共有シートの使用を希望しております。当所ではご本人と相談しながら、本シートでチェックする項目内容を検討しておりますが、各項目の具体的な内容を設定する際の留意点や本シートを使用する際の留意点などがございましたら、教えていただけますと幸いです。

なお、このシートの目的や使用の仕方は下記のとおりです。

また、本件についてご不明な点がございましたら、下記連絡先までお問合せ下さい。

記

○このシートは、ご本人が自分の状況について自らチェックし、チェックしたものを情報共有したい（すべき）人と一緒に確認することにより、適切なセルフケアやラインケア、支援機関の対応につなげることを目的としています。

○このシートは、ご本人が所持し、ご本人が情報共有したい相手（就労支援機関や医療機関の支援者、職場の上司、家族など）に対し、自発的に確認してもらう（見せる）ようにするものです。

（連絡先）

○○（支援機関名）　○○（担当者名）

住所○○○○○　℡○○○○○○

以下の点に留意し、設定する項目とその内容を検討してください。

生活面

睡眠、食事、服薬、その他の日常生活に関連することをチェックし、生活状況を把握できるようにする項目です。

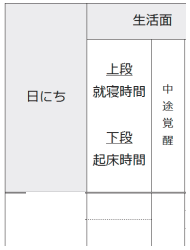
下記の例を参考に、本人の状況に合わせて項目の内容を考えます。

また、現時点で生活面の問題がなくても、「過去に服薬の関係で体調変化をきたしたことがある」「環境の変化により眠れなくなりそれが仕事に影響を及ぼしたことがある」などこれまでの経過も踏まえ、生活面の項目の要・不要を検討することが望まれます。

＜項目内容の例＞

● 「中途覚醒（夜中に目が覚める）」の確認が望ましい場合

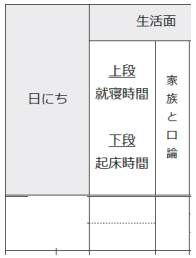
⇒　「中途覚醒」を設定する



ただし、「中途覚醒」が重要な注意サインになる場合は「注意サイン」として設定する。

● 家族や友人との関係が仕事に大きな影響を及ぼす場合

例：家族と口論した後に調子を崩す⇒家族や友人に関係する項目を新たに設定する。



心身の状況

本人の心身の状況を「見える化」するための項目です。

「体調」「意欲」「疲労感」「気分」「ストレス」「食欲」「睡眠の質」「眠気」など心身の状況を表す一般的な用語の中から、本人が意識しやすいもの・意識すべきものを選択します。

なお、「体調」が「良い」と感じる場合、具体的にどのようなことがあるから「体調」が「良い」と感じられるかを探っていくと、「朝無理なく起きられた」「友人との会話が楽しめた」「朝の通所がきつくなかった」「指示されたことがすぐに理解できた」などのより具体的な事柄（サイン）の結果である場合も少なくありません。この際、漠然と「体調」が「良い」とするより、本人特有のサインを見える化し、本人の状況を把握する方が、本人も自分の状況を明確に確認できる場合があります。

本シートでは、本人特有のサインとして、調子が良いと考えられる具体的なサイン（良好サイン）と、調子を崩し始めたことを知らせてくれるサイン（注意サイン）の２つを設定し、記載するようにしています。「良好サイン」と「注意サイン」の詳細は 19-20 頁に記載しています。

本人特有のサインがある程度わかる場合は、「良好サイン」や「注意サイン」を設定しますが、はっきりしない場合は、まずは心身の状況を表す一般的な用語を設定します。

なお、本人が「心身の状況」（一般的な用語）と「良好サイン」や「注意サイン」を一緒に入れた方がチェックしやすいという場合は、まずは本人の希望どおりに設定し、使い勝手を見てみましょう。

対処・工夫

体調を維持するために日常生活で気をつけること、ストレスや疲労が蓄積しない工夫などを実施したかどうか記載する項目です。

このような対処や工夫の項目を設定することで、就職後も本人が必要な対処や工夫を意識して行う、職場の人から本人に対してそのような対処や工夫の実行を奨励してもらうなどが期待されます。

対処や工夫の例を下記に示しました。これらを参考にして、本人にあった対処や工夫（例えば、「ストレッチをする」だけでなく、仕事の状況に応じて「〇分間に１回ストレッチをする」など）を検討します。

＜対処や工夫の例＞

● 体調を維持するための一般的な対処や工夫

「バランスの良い食事をする」「規則正しい睡眠時間を確保する」「飲酒を控える／避ける」「間食を控える」「運動する」「無理な予定を入れない」「寝る前にスマホを見ない」

● ストレスや疲労を蓄積しないための対処や工夫

「深呼吸をする」「ストレッチをする」「背伸びをする」「水分を補給する」「昼休みは〇〇する」「音楽を聴く」「シャワーを浴びる」「ゆっくりお風呂に入る」「趣味の〇〇をする」「友人や家族と会話をする」「蒸しタオルや温熱シートなどを使って目や首のつけ根を温める」

● 体調が悪くなりそうなときの対処や工夫

「医療機関を早めに受診する」「ＰＳＷに電話で相談する」「〇〇さんに連絡する」「頓服を飲む」

仕事（活動）上の目標

仕事や生活面での目標達成状況をチェックする項目です。

就職していない場合は、日常生活（〇時に起床、家庭内での役割や仕事、対人関係面での望ましい行動など）や就労移行支援事業所などでの目標を設定します。

就職している場合は、職場の人とも相談し、目標にすべきことを設定します。

なお、就職したばかりのときは、仕事や職場環境に慣れるのに精一杯の人も多いため、作業量や作業能率面を設定するよりも、「出勤時に挨拶する」「分からないことは質問する」などコミュニケーションに関連することや、本人が比

較的目標達成可能なことを設定し、ある程度仕事に慣れてきた頃に目標を見直すといった方法も考えられます。

相談ごと・困りごと

本人に相談ごとや困りごとがあるかどうかをチェックする項目です。

相談ごと・困りごとの欄にチェックがあった場合の相談の仕方は 26 頁を参照してください。

仕事内容／日中活動

就職している場合はどんな仕事をしたか記載し、就職していない場合は日中の活動内容を記載する項目です。

仕事をしていない人は、就労移行支援機関などでの取組やその日やったこと（ＴＶを見た、家事を〇時間、買い物、友人と外出、通院など）を簡潔に記載します。

特記事項・本人のコメント

特記事項があるときに本人が記載する項目です。特記事項が特にない場合は空欄で構いません。

一言しか記載できないスペースになっているため､「助言ありがとうございました」「今日は元気に取り組めました」「午後の仕事は疲れました」「明日の〇〇が少し不安です」「〇〇がよく分かりません」など簡潔に記載します。

詳細にいろいろ書きたいという人もいるかもしれませんが、コメントは必要最小限にするよう助言します。特記事項を効果的に記入するための相談は 26 頁を参照してください。

情報を共有した関係者のコメント

本人と情報共有した関係者（支援者、主治医、家族、企業など）が何かコメントがある場合に記載する項目です。誰が記載したか分かるよう、記載者の名前などを書いてもらうとよいでしょう。

特記事項が特にない場合は空欄で構いません。「何かコメントを書かないと、本人に申し訳ない」と感じる企業の担当者などに対しては、本人とも相談した

上で「押印やサインなどで読んだことを本人に伝えるだけでよい」旨を伝える方法もあります。

関係者と情報を共有する際の留意点は 27 頁を参照してください。

備考

１週間バージョンのシートであれば１週間分の特記事項を、２週間バージョンであれば２週間分の特記事項を、本人や関係者が記載する項目です。

また、上記「特記事項・本人のコメント」や「情報を共有した関係者のコメント」に入りきれない特記事項を記載しても構いません。

この項目は、本人と関係者の情報共有を密にし、特記事項を記載する必要がある場合（期間）などに設定するとよいでしょう。

良好サインと注意サイン

良好サイン

自分の調子が良いと思える状態を示すサインのことです。調子がよい状態を思い浮かべられない人の場合は、いつも通り・普段通りの比較的安定しているときの自分だと思えることを記載します。以下にサインの例を記述していますが、詳細は 21 頁の文献 1 や文献 2 を参照してください。

良好サインの例

- 朝すっきり起きられる
- 朝ご飯が食べられる
- 食事がおいしく食べられる
- おっくう感がない
- 頭がすっきり
- 食欲がある
- ぐっすり眠れる
- 寝る前にリラックスできる
- 匂いや音が気にならない
- 好きなテレビを楽しめる
- 軽い運動が心地よい
- 喫茶店などお気に入りの場所でゆったりできる
- 家族や友人との会話を楽しめる
- 相手に感謝できる
- 気持ちが穏やか
- プラス思考
- 相手の顔を見て話せる
- 冗談が言える
- 物事に意欲的に取り組める
- 通勤が苦にならない

なお、双極性障害がある人の場合、調子が良いと感じることが躁状態のサインのとき（例：「創造的なアイデアがでる」→「１つのことが終わらないうちに別のことを始める」→「支離滅裂な行動」、「いつもより自信が高まる・悲観的でなくなる」→「過度に楽観的」→「誇大感」など）もあるので、十分留意しましょう。

また、診断名が双極性障害以外の場合でも、調子が上向いたと思える状態の後に調子を崩すような経験をしている人は、良好サインを設定するときに注意が必要です。

注意サイン

調子を崩し始めたことを知らせてくれるサインのことです。

例えば、「のどが痛い、鼻水が出る、発熱、寒気や吐き気がする（注意サイン）」→（風邪かな？）→「早く寝る、水分をとる、薬を飲む（対処）」→「風邪を悪化させずにすむ（結果）」といったように、このサインを分かっていれば、大崩れする前に適切な対処をとることができます。

注意サインに気づくためには、調子を崩す数日から数週間前の自分の変化や周囲の自分に対する言動の変化などについて振り返ってみるとよいでしょう。

注意サインの例

- 食欲が落ちる／増進する
- 体重が増える／減る
- 眠れない／眠りすぎる
- 周囲の雑音が気になる
- 頭痛／背中が痛い／目が痛い
- 体がしびれる
- 何となく不安
- 孤独を感じる
- 心配事が増える
- 将来を悲観する
- 集中できない
- そわそわして落ち着かない
- 焦る
- 気分が変わりやすい
- イライラする
- 些細なことに腹をたてる
- 言い争う
- 言葉使いが乱暴になる
- 何もする気がなくなる
- 物事を決められない
- 視線が気になる
- 被害的になる（馬鹿にされている、誰かが自分を傷つけようとしている等と感じる）
- 眠らなくても平気になる
- 自信過剰になる
- 考えるスピードが早くなる
- 以前は平気だったところで恐怖を感じる
- 金遣いが荒くなる

なお、注意サインを設定する際には、以下のようなことにも留意する必要があります。このような傾向が見られたら、注意サインの表現を工夫する、注意サインの設定は控えるなどの対応も検討しましょう。

- 注意サインの項目間の差異などにこだわり、どのようにチェックしたらよいか考えすぎて疲れてしまう傾向のある人もいる。
- 本人が調子の悪いときに、設定した項目をチェックすることで、さらに調子を落とす傾向のある人もいる。

セルフケアを理解・整理するための文献やツール

良好サインや注意サインを検討する際には、セルフケア（自分で自分の健康や生活を管理すること）の視点を持つことが大切です。セルフケアを考える際は、以下のような点について具体的に把握することが望まれます。

- 得意なこと、力を発揮しやすい場面
- 苦手なこと、苦手な場面や調子を崩しやすい場面
- 調子を崩したときのサイン
- 元気になる工夫、調子を崩さないための工夫
- 調子を崩したときの対処方法

また、安定した職業生活を継続するためには、障害のある人が自分自身の特徴を把握すると共に、自身の特徴に合わせた「セルフケア」の方法と、「職場に求める配慮（望ましいラインケア）」や「支援機関に求める支援」の内容を整理することが重要です。

支援者はこのようなことを整理できるよう支援することが望まれますが、このような支援をする際は、ナビゲーションブックの考え方が参考になります。ナビゲーションブックは発達障害者向け支援プログラムの中で開発されたものですが、基本的な考え方は統合失調症のある人、うつ病や双極性障害のある人などにも適用できます。

精神障害のある人のセルフケアやナビゲーションブックについては、下記の文献が参考になります。

文献１：日本精神障害者リハビリテーション学会監訳「ＩＭＲ・疾病管理とリカバリー」特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構（2009）

文献２：メアリー･エレン･コープランド「元気回復行動プランＷＲＡＰ」道具箱

文献３：障害者職業総合センター職業センター編「発達障害者のワークシステム・サポートプログラム　ナビゲーションブックの作成と活用」（2016）
URL：http://www.nivr.jeed.or.jp/download/center/support13.pdf

文献４：幕張ストレス・疲労アセスメントシート MSFAS 活用のために
URL：http://www.nivr.jeed.or.jp/download/kyouzai/kyouzai33.pdf

なお、注意サインや良好サインが絞り込めない人の場合、欄を増やして項目を設定し、使用する中で項目を絞り込む方法も検討できますが、セルフケアに関する情報整理を主目的とする場合は、上記の文献１や文献４に掲載されているツールやＫ－ＳＴＥＰ（34 頁参照）などを使用することも考えられます。

③ チェックの仕方（チェックの段階）

「生活面」の睡眠時間及び「仕事内容・日中活動」「特記事項・本人のコメント」「情報を共有した関係者のコメント」「備考」以外は、すべてチェックするだけの項目です。

本シートは、本人と関係者との情報共有を目的としているので、チェック内容が一目で分かるよう、チェックの仕方を工夫する必要があります。基本的には、以下の２つの方法が考えられますが、本人のチェックのしやすさ、関係者の情報共有のしやすさなどを勘案して決めましょう。

「○」と「レ」に統一する場合

「生活面」の食事や服薬をした場合は「○」、抜けたり忘れた場合は「レ」
「相談ごと・困りごと」がある場合は「レ」
「心身の状況」が良い状態であれば「○」、良くない状態であれば「レ」
「良好サイン」があれば「○」、なければ「レ」
「注意サイン」がなければ「○」、あれば「レ」
「対処・工夫」をしたときは「○」、しなかったときは「レ」
「仕事上の目標」が達成できたら「○」、達成できなかったら「レ」
なお、「どちらとも言えない」などの場合に、「－」とする方法もあります。

「心身の状況／良好サイン／注意サイン」「対処・工夫」「仕事（活動）上の目標」を５段階や４段階でチェックする場合

「生活面」の食事や服薬と「相談ごと・困りごと」で「○」「レ」方式を採用
「心身の状況」が非常に良好であれば「５」、非常に不良であれば「１」
「良好サイン」が非常に明確であれば「５」、全くなければ「１」
「注意サイン」が全くなければ「５」、非常に明確であれば「１」
「対処・工夫」が非常に良くできた場合「５」、全くできなかった場合「１」
「仕事上の目標」が非常に良くできた場合「５」、全くできなかった場合「１」

なお、「レ」「○」と数字（１～５）が混在すると、本人の状況を一目で把握しにくいという場合は、「レ」を「１」、「空欄」又は「－」を「３」、「○」を「５」にするなど工夫しましょう。

また、５段階でチェックすると中央値の「３」ばかりになり、その日の傾向が把握しにくくなってしまう場合は、４段階でチェックする方法も考えられます。

④ シートのチェック欄の設定の仕方を工夫する

シートのスペースに応じ、例えば、以下のようにチェック欄の設定の仕方を工夫します。

● 「起床時間と就寝時間」を記載できるよう１日を上下に分けて２マス作る。

日にち	生活面	
	上段 就寝時間 下段 起床時間	

● 「食事」のチェック欄を３マス作る。

日にち	生活面	
	上段 就寝時間 下段 起床時間	食事

● 「心身の状況」や「対処・工夫」などを午前と午後に分けてチェックする。

日にち		生活面			心身の状況		対処・工夫	
		上段 就寝時間 下段 起床時間	食事	服薬	体調	ストレス	45分に1回ストレッチ	水分補給
	AM							
	PM							

● 「心身の状況」や「良好サイン」「注意サイン」などを「出勤前」と「退勤時」に分けてチェックする。

日にち		良好サイン		注意サイン		
		気持ちが穏やか	通勤が苦にならない	頭痛	些細なことでイライラする	人の話が頭に入らない
	出勤前					
	退社時					

● ２週間バージョンで起床と就寝のチェックが重要な場合は１マス内で左右に記載する。

日にち	生活面		
	左段 就寝時間 右段 起床時間	食事	服薬
	-		

● ２週間バージョンで「睡眠時間」を１マスに記載する。

日にち	生活面
	睡眠時間

⑤ シートを有効に活用するための相談

シートの項目や内容が決まったら、本人がシートにチェック・記入します。

本人と毎日会う機会がある支援者の場合は、シートの記入内容を毎日確認すると共に、記入のしやすさなど使い勝手がどうか本人の感想を把握しましょう。

本人と毎日会えない支援者の場合は、少なくともシート利用開始後１～２週間以内にシートの使い勝手について本人と相談することが望まれます。

使い勝手を確認する際には、本人の主観的な使いやすさと共に、以下のような点についても確認・相談しましょう。

事実を反映した記入になっているか確認する

「生活面」では、睡眠や食事などがチェックされたとおりに行われているか確認します。

また、「日中活動」については「記入された内容が情報共有すべきものか」「他に情報共有すべき重要な活動はないか」などを確認します。もし、「日中活動」の記入内容が情報共有すべきポイントからずれている場合は、適切な記載ができるよう相談します。

本人のチェック基準が適当か確認する

「心身の状況／良好サイン／注意サイン」「対処・工夫」「仕事（活動）上の目標」について、本人がどのような基準でチェックしているか把握します。

例えば、「『体調』が『４』の評価だが、どのような理由で（どのような状況だったので）『４』にチェックしたのか」「『注意サイン』が２日続けて『４』だがその前は『２』になっている、具体的にどのような違いがあるか」などについて質問します。

本人のチェック基準が曖昧だったり、本人が述べる状況と選択された評価が食い違ったりする場合は、本人が適切にチェックできるよう助言します。助言をしても、設定した項目に対する評価基準がはっきりしない場合は、本人が項目内容について具体的にイメージできていないことも考えられます。このような場合は、項目内容が本人にフィットしていない可能性もあるため、項目内容の変更も含めて検討します。

相談ごと・困りごとや特記事項の記入の仕方を相談する

就労とはあまり関係のない相談内容であっても、利用開始の初期段階では本人の話をよく聞き「どのようなときに相談をしたがるのか」「どのような内容の相談を望む人なのか」など本人の傾向を把握しましょう。また、支援者が対応できる相談内容でない場合は「どのようなところで相談すると良いか」適当な社会資源について本人と相談します。

ただし、就職後にシートの利用を開始し、企業ともシートを活用して情報共有を行う場合は、職場で行う相談とはどのようなものかなど以下に記載していることをシートの利用開始時点から行うようにします。

些細なことですぐに相談したがる人の場合は、就職先でも同様の行動を取って職場に負担を掛けることも考えられます。このような場合には「支援機関での相談と職場での相談は異なること」「一般的に職場で相談する案件とはどのようなものなのか」「もし相談するとすればどのような相談の仕方をすればよいのか」などについて本人と相談し、就職したときに職場で適切な相談ができるよう支援しましょう。

また、相談の仕方や特記事項の記載内容が他罰的な傾向がある人には、自身の他罰的な傾向やそのような傾向が職場でどのような影響を与える可能性があるか本人が気づけるように支援すると共に、自分の思いを周囲の人に受け止めてもらうためにはどのような言い方・記載の仕方をするとよいのか相談します。

⑥ シートによる情報共有の仕方

本人が記入したシートは、本人とシートの活用を勧めた支援者のみで情報共有するより、本人を支援する他の関係者とも情報共有する方が効果的な支援につながりやすくなります。関係者（企業との情報共有は 29 頁参照）との情報共有は次のように進めます。

情報共有する相手を決める

シートに記載した情報を誰と共有するか、本人が情報共有の相手を決められるよう支援しましょう。

情報共有する相手にシートの趣旨を説明できるよう本人を支援する

本人がシートの趣旨を情報共有しようとする相手に説明できるよう支援します。必要に応じてシートの趣旨を書いて情報共有する相手に渡します。シートの趣旨を記載する場合には 13 頁の例文を参考にするとよいでしょう。

本人・関係者間での効率的な情報共有の仕方

本シートを活用して本人・関係者間で情報共有する場合、本人が支援機関や医療機関にシートを持参し、情報共有する関係者に見てもらいます。その際、関係者に確認したいことがあれば、シートの「情報を共有した関係者のコメント」か「備考」に確認したいことを記載しておき、関係者に読んでもらうようにします。確認したいことに対する回答は、口頭で本人に直接コメントをしてもらうか、本シートの「情報を共有した関係者のコメント」か「備考」にコメントを記入してもらうとよいでしょう。

関係者と情報共有する際の留意点

本シートは、本人が所持し、本人が情報共有したいと思う人に見せるものですので、職場のコメントを主治医が見る、支援者のコメントを家族や職場の人が見る場合も出てきます。そこで、関係者が記載した内容について家族が心配するなど様々なことが発生する可能性があります。情報共有する関係者は、本人がこのシートを誰に見せているのか、その範囲を確認しておくことも必要です。

⑦ 状況に応じてチェック項目を見直す

各項目とその内容は、一度作成すればそれで終わりではありません。例えば、就労移行支援事業所内での訓練、職場実習、就職などその時々の状況によりチェックポイントが変わる可能性があります。

このため、次の点に留意しながら、状況に応じて項目の見直しを検討します。

- 本人と相談しながら、とりあえずシートを作成する。
- 作成したシートに記入してもらい、使い勝手を確認する。
- 本人が希望すれば、医療機関や他の支援機関、家族などとも情報共有して、使い勝手を確認してもらう。
- 情報共有する関係者が、本人の状態を把握するには違う項目の方がフィットすると感じた場合には、本人や関係者と相談しながら、よりフィットすると思われる項目を検討する。
- 新たに就労移行支援事業所を利用する、職場実習に出る、就職したなど、状況の変化に応じてチェック項目を検討し直す。
- 就労移行支援事業所の作業内容や訓練時間などの変更の際にも、チェック項目の変更が必要かどうか検討する。

⑧ 職場で情報共有シートを活用する場合の留意点

シートを利用して本人が職場と情報共有する際は、次の点に留意します。

- 職場実習や就職する際には、職場とシートを利用して情報共有するかどうか、本人の意向を確認する。
- 情報共有する際は、職場の上司、企業の人事担当者など、どの範囲までを情報共有の範囲とするか、情報共有する項目をどうするか本人と検討する。
- 本人が職場との情報共有を希望する場合、企業や配置先の職場のアセスメント（ニーズ、障害者雇用に対する考え方、人的・物理的環境等）結果を踏まえて、職場へのシート利用の提案の仕方を工夫する。なお、シート利用を提案する際には、望ましい職場の配慮や支援機関が行う支援などについても伝える（21 頁に記載した文献３参照）。
- 職場と情報共有するに当たり、「仕事上の目標」を設定する際には、本人だけでなく、職場の担当者とも相談して項目の内容を決める。
- 職場の担当者とシートにより情報を共有する頻度（毎日、週２～３回、週１回など）や時間帯なども、本人や職場の担当者と相談して決める。
- シートの利用には応じるが、シート利用にあまり積極的でない場合などは、職場からの記載欄を、確認チェックすればよいだけの欄に変更するなど、必要に応じて、職場の負担感を減らす対応も検討する。
- 職場担当者によっては、シートを見せられた際、どのように対応したらよいか、コメント欄に何を書けばよいかなど戸惑う場合もあるので、職場担当者の意向を十分聞き、はじめてシートを介してやりとりをするときには支援者も同席するなどの対応を検討する。
- 就職後も、勤務時間や職務の変更、上司や同僚の異動、本人の体調の変化など、職場や本人の状況に応じて、内容の変更を検討する。

Q&A

障害のある本人に本シートの利用を提案するときはどうすればよいですか？

支援者がシートを利用した方がよいと判断した理由を本人に説明し、そのことを理解してもらうことが基本です。

「本人の現状（例：これまでの職歴で体調を崩したことがある、自分の思いを企業に伝えられず配慮をえられなかった等々から何らかの対応が必要である）を考えると、本人のニーズ（安定した職業生活を送りたい）を満たすためには、シートを利用することが望ましい」と支援者が考えたプロセスを、具体的に分かりやすく本人に伝えます。

支援者が考える「本人の現状」と、本人が考える「本人の現状」が異なる場合は、支援者の考えが正しく、本人の考えが間違っていると決めつけず、本人の生活歴や職歴の具体的な事実や日々の具体的な行動を本人と支援者が一緒に整理し、本人と支援者の見方をすり合わせましょう。

「本人の現状」に関する見解が概ね一致したら、本人に手引を見てもらい、支援者が本シートの内容を説明します。

なお、3 頁に示しているように、「本人がシートの活用を希望している」ことが本シートを使用する際の前提になります。本人がシートの記載を面倒だと感じたり、シートの効果を疑ったりする場合は、シート利用を無理矢理勧めるのは控えましょう。

まず、支援者の考えを本人に分かりやすく伝えましょう。そうでないと、本人からすれば「この支援者は自分の考えを一方的に押しつけてくるけど、何を言おうとしているの？」となります。また、本人が支援者の主張している内容はある程度分かっても、支援者の主張の根拠が不明確であったり、支援者が本人の不安や疑問にきちんと答えてくれなかったりする場合、本人は「支援者が主張している根拠がわからない」とか「支援者の考えは間違っている」となります。いずれにしても、このような状況は、シート活用以前の状況（アセスメントとプランニングに関する見解が支援者と利用者とで一致していない）であることに支援者は留意する必要があります。

どのような項目を設定したらよいでしょうか？

まず、「安定した職業生活を継続するためには何を見える化すべきか」を考えましょう。極端な場合、「体調」だけ見える化し、今日の「体調」を関係者と情報共有するだけで、周囲の人が「今日はこんな体調なのね」と本人の状況を理解し、必要に応じてセルフケアやラインケア、専門的なケアが行われればそれでよいのです。

あまり難しく考えず、手引を読んで、本人と相談しながら、本人の意見に基づいて決めていきましょう。

就労移行支援事業所で日報を利用しています。日報と併せて情報共有シートも記載するとなると、負担が大きいのではないでしょうか？

シート利用に限らず、何かをしようとすると、何らかの負担が発生します。このようなときは、日報の記載を含め、支援の優先順位をどうするか一度整理・検討するとよいでしょう。

その際、今あるツールやプログラムを前提に検討するのではなく、「本人が就労移行支援事業所を利用している目的は何か」「その目標を達成するためにどのような方法をとるべきか」という視点で整理・検討することが望まれます。

日報を記載するにしても、シートを利用するにしても、〇〇の作業を行うにしても、それが本人の目的達成のためにどの程度効果的・効率的かという視点で本人と一緒に検討し、最終的にどうするか本人が決定できるように支援することが望まれます。

なお、本人が就労移行支援事業所を利用している目的から考え、シートは利用したいが、日報も事業所での利用者管理に必要だという場合があるかもしれません。そのような場合は、利用者管理を効率的に達成できるよう日報を簡素化することで、シート利用もできるようにしたり、シートの中に日報の要素を入れ込むなどの工夫も考えられます。

企業に本シートの提案をするときはどうすればよいですか？

まず、職場の人とシートを利用して情報共有するかどうか、本人の意向を確認します（29 頁参照）。

その際、事前に企業のアセスメント（企業のニーズや特徴、職場環境など）を行い、シート利用の可能性や必要性を把握した上で本人と相談すると、本人も職場でのシート利用をイメージしやすくなるでしょう。

本人が職場の人とシートを利用して情報共有することを望めば、シートの利用について企業担当者と相談します。

シート利用の相談をする際には、本人の現状（得意なこと、苦手なこと、障害の特徴）、働く上で本人が注意・工夫すること、職場に配慮して欲しいこと、支援機関が実施する支援などの説明を行いましょう。本人の現状や職場に配慮して欲しいことが企業側に伝われば、職場の人もなぜシートを利用する必要があるのか理解しやすくなるでしょう。

職場の人がシート利用に負担を感じる場合は、どのような方法なら負担が少ないか企業の人（シートを確認する職場の人、その人の上司、人事担当など）と一緒に検討します。

なお、シートを確認するなどの手間を惜しんだために、職場不適応などが発生し、職場にとっても雇用管理上のコストが高くつく可能性があると予想される場合は、企業がシートの確認にあまり前向きでなくても、支援者としてはそのような可能性を懸念していることを率直に人事担当者などに伝えることが望まれます。

その際、「シートを確認する・シートを確認して本人にコメントするなどの手間をかけた方が、職場不適応の可能性が軽減し、雇用管理のコストは安く済む」ことを企業に伝えてもよいでしょう。また、企業にうまく伝える自信がない場合には、ハローワークの職員と連携し、ハローワークの職員から企業の合理的配慮を求める視点から提案してもらう方法も考えられます。

心身の状況や注意サインなどに関する長期間の変動を一目で把握したいのですが、何か良い方法はありますか？

本シートは障害者職業総合センター研究部門のＨＰから無料でダウンロードできます。本シートはエクセルで作成していますので、エクセルに直接データを入力する場合、エクセルのグラフ機能を利用して、グラフ化したい項目のデータをグラフ化することができます。エクセルのマニュアルを参照しグラフ機能を取り入れてください。

なお、シートのグラフ化をすぐに適用したいが、操作方法がわからないという場合は、障害者職業総合センター研究部門のＨＰにその方法を示していますのでそちらを参照ください。

本人の状況をリアルタイムで把握するため、クラウド上にシートを保存し、本人が情報共有を希望する人のアクセスを可能にしてもよいでしょうか？

本シートは、原則、本人が所持し、情報共有したい相手（支援者、主治医、企業、家族など）に本人が見せることを想定しています。しかし、クラウド上にシートを保存し関係者がリアルタイムで情報を共有できれば、例えば注意サインが続いたときなどに、より迅速な対応が可能になるなど様々なメリットが期待できます。本人がそのような対応を望み、支援者や企業がセキュリティを確保してクラウドにシートを保存する技術を持っている場合は、クラウド上での情報共有も可能です。

ただし、クラウド上で情報共有する場合は、実質上、シートはアクセス可能な関係者の共有物になることを本人によく理解してもらうことが必要です。また、本人や関係者の属性がわかるような単語はシートに記載しないなど、万が一の事態も想定した対応が求められます。さらに、本人が情報共有をやめたい、一部の関係者を情報共有から外したいという場合の対応の仕方も事前に決めておく必要があります。

なお、クラウド上での情報共有は、対面による情報共有と異なり、打ち込まれた文字情報だけから判断することで誤解が生じる可能性や、本人が支援者はいつでも見ていてくれるという受け身の姿勢になって、本人の相談する力を弱めてしまう可能性もあることにも留意しましょう。

【参考】　本シート作成時に参考としたツール

本シートは、有限会社奥進システムが開発し全国精神障害者就労支援事業所連合会が運用するＳＰＩＳ[1]や川崎市のＫ－ＳＴＥＰ[2]を参考にしています。

ＳＰＩＳは、精神障害のある従業員と企業と支援者の３者が、パソコンやスマホで必要事項を入力し、クラウド上で情報を管理する、コミュニケーションを図るための日報システムです。本人は「コメント」「出勤・退勤」「睡眠」「服薬」「生活面・社会面・仕事面（必要と思われる項目を設定し４段階でチェック）」、企業は「本人へのコメント」「担当者評価（必要と思われる項目を設定し４段階でチェック）」「担当者の意見・感想」、支援者は「本人へのコメント」「支援者から担当者へのコメント」をそれぞれ入力します。クラウド上で情報管理するため、情報確認、伝達がリアルタイムでできるメリット（都合の良い時間に入力・情報確認できるため、雇用現場から離れた本社でも状況が把握できる、本人が悩んでいるときに比較的短時間で支援者から応答をもらえる、支援者は状況確認のためだけの企業訪問が減少でき支援が効率的になるなど）があります。一方、導入には設備や費用が発生します（パソコンやスマホの設備、初期費用10万円、運用費６千円～）。

また、ＳＰＩＳの内容をより簡易にし、クラウド上ではなく、企業内の共有フォルダ内に収納したExcelファイルで企業と従業員がコミュニケーションを図る大阪府の「雇用管理のための対話シート」[3]もあります。

Ｋ－ＳＴＥＰは、精神障害のある本人がセルフケアを学ぶためのトレーニングツールです。就職後も企業との情報共有に活用することで、少ない負担で企業の本人理解と相互信頼感を高めることも目指しています。A4 の紙に「睡眠」「食事」「ストレス」「服薬管理」などの生活情報に加え、自身の状態を「良好」「注意」「悪化」の３段階で表現し、回復するための「対処方法」などのチェックを通じて、セルフケア技術を磨くことを目的にしています。半月分をＡ４用紙１枚で記載するようになっており、設備や費用は不要です。また、就職後に企業がシートを活用して短時間（1，２分程度）で本人の状況を把握できるよう、就職前に支援機関でシートの報告練習を行います。

情報共有シートを含め、各ツールにはそれぞれの特徴があり、使用目的、障害のある本人、企業、支援者それぞれの状況に応じ、最も効果的だと思われるツールを使用することが望まれます。

1 https://www.spis.jp/
2 http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000065084.html
3 http://www.pref.osaka.lg.jp/koyotaisaku/management/taiwa_sheets.html

ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページからPDFファイルによりダウンロードできます。

【障害者職業総合センター研究部門ホームページ】

http://www.nivr.jeed.go.jp/

著作権等について

当研究成果物については、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究その他の引用の目的上正当な範囲内であれば、自由に引用することができます。（著作権法第３２条１項）

また、説明の材料として新聞紙、雑誌その他の刊行物に転載することが可能です。（著作権法第３２条２項）

その際には出所を明示するなどして、必ず引用及び転載元を明示するとともに、下記までご連絡ください。

また、視覚障害その他の理由で活字のままでこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することも認めております。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル（文章のみ）を希望されるときもご連絡ください。

【連絡先】

障害者職業総合センター研究企画部企画調整室

電話　０４３－２９７－９０６７

FAX　０４３－２９７－９０５７

調査研究報告書　No.146

効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等の情報共有に関する研究

編集・発行　独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター
〒261-0014
千葉市美浜区若葉3-1-3
電話 043-297-9067
FAX　043-297-9057

発　行　日　2019年3月

印刷・製本　情報印刷株式会社

©2019 障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 1340-5527

リサイクル適性Ⓐ
この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。