

医療機関における精神障害者の
就労支援の実態についての調査研究

2012年 4 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

医療機関における精神障害者の 就労支援の実態についての調査研究

2012年4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

まえがき

障害者職業総合センターは、「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の推進とサービスの質的な向上に貢献することをめざして、職業リハビリテーションに関する調査・研究、効果的な職業リハビリテーション技法の開発、職業リハビリテーション施設の運営・指導、職業リハビリテーションに関する人材の育成などの業務を行っており、調査研究の成果は、調査研究報告書等の形で取りまとめ、関係者に提供しております。

本資料シリーズは、当センター研究部門における特別研究 15「就労支援機関等における就職困難性の高い障害者に対する就労支援の現状と課題に関する調査研究（平成 23 年度～25 年度）」の 1 年目の研究として実施した「医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究」の成果を取りまとめたものです。

疾病性と障害性をあわせもつ精神障害の特性を踏まえ、精神障害のある人たちが就職し就業を継続するために、従来の福祉と労働の連携の枠を超えた、医療と労働のより直接的で密接な連携のあり方について、わが国の精神科医療機関等の実態調査の結果、及び、精神科医療機関等において先駆的に取り組まれてきた就労支援事例と有識者の議論を踏まえて明らかにしました。

本書が、精神障害のある人の就労支援に取り組む地域の就労支援関係機関と、職業生活と疾患管理の両立の支援に取り組む医療機関の双方の共通認識の形成、及び、今後の医療と就労支援の統合的な支援に向けた取組に向けて、お役に立てれば幸いです。

2012年4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 上村 俊一

本調査研究の企画・運営にあたって専門的助言を得るため「医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究委員会」を設置し、調査の企画等と実施、結果の分析と考察、及び、第5章における提言についての審議を実施した。

「医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究委員会」

【座長】

松為 信雄 神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科 教授

【委員】（敬称略 五十音順）

秋場 美紀子 厚生労働省障害者雇用対策課地域就労支援室 室長補佐

五十嵐 良雄 メディカルケア虎ノ門 院長

池淵 恵美 帝京大学医学部精神神経科 教授

久保田 英幹 国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター 診療部長

倉知 延章 九州産業大学 国際文化学部 臨床心理学科 教授

中原 さとみ 桜ヶ丘記念病院 医療相談室・地域連携室 就労支援担当

那須 利久 障害者職業総合センター職業リハビリテーション部指導課 課長補佐

根本 真理子 障害者就業・生活支援センター アイ・キャリア 所長

（肩書きは、平成23年度のもの）

執筆担当

春名 由一郎 （障害者職業総合センター 社会的支援部門 主任研究員）

東明 貴久子 （障害者職業総合センター 社会的支援部門 研究協力員）

第2章（共著）

清水 和代 （障害者職業総合センター 社会的支援部門 研究協力員）

第3章（共著）

研究担当

- 春名 由一郎 障害者職業総合センター 社会的支援部門 主任研究員
- 亀田 敦志 障害者職業総合センター 社会的支援部門 統括研究員
- 鶴田 陽子 障害者職業総合センター 社会的支援部門 主任研究員
- 東明 貴久子 障害者職業総合センター 社会的支援部門 研究協力員
- 清水 和代 障害者職業総合センター 社会的支援部門 研究協力員

目 次

概要	1
第1章 目的と方法	7
第1節 問題意識	7
第2節 精神障害の特性と医療・生活・就労支援の連携の必要性	7
第3節 医療機関における「就労支援」の位置づけ	11
第4節 本研究の目的	14
第5節 研究方法の概要	14
第2章 精神障害者の就労支援における保健医療との統合の重要性（海外文献レビュー）	15
第1節 はじめに	15
第2節 目的	15
第3節 方法	15
第4節 結果	19
第5節 考察	33
第6節 文献	38
第3章 精神科医療機関等における就労支援についての国内文献レビュー	39
第1節 はじめに	39
第2節 目的	39
第3節 方法	39
第4節 結果	40
第5節 考察	46
第6節 文献	48
第4章 わが国の精神科等医療機関における就労支援の実態	49
第1節 はじめに	49
第2節 方法	49
第3節 調査回収状況と日常的な就労支援実施による機関の群分け	52
第4節 職業上の課題状況と就労支援の関係	58
第5節 回答者の就労支援への関わりの状況とその効果	62

第6節	就職・復職希望者への対応状況とその効果	68
第7節	医療機関における局面別の就労支援の取組状況とその効果	73
第8節	疾患管理、生活支援、家族支援への取組状況とその効果	87
第9節	医療・生活支援と就労支援の連携の状況とその効果	96
第10節	自由記載の内容	114
第11節	考察	122
第5章	研究委員会における議論・提言	127
第1節	医療・生活支援と就労支援の「連携」の現状と課題	127
第2節	医療機関における医療・生活・就労支援ネットワークの拠点整備の意義と課題	132
第3節	医療・生活支援と雇用支援制度の統合的な活用の可能性	136
第4節	提言	139
卷末資料		141
資料1	精神疾患等のある人の職業生活を支えるために医療機関等で実施されている取組の状況に関する調査票	141
資料2	精神障害者の就労支援の4類型の具体的内容	149
資料3	精神障害者への雇用支援制度について	155
資料4	医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究委員会設置要綱	169
資料5	調査研究委員会 議事内容	170

概 要

固定した障害ではなく「疾病性」をもつ精神障害者の就労支援のあり方について、国内外の先行研究等の文献から「医療・生活・就労支援の統合」という医療機関と労働機関の共通目標を明確にするとともに、わが国の医療機関に対するアンケート調査によりその取組や課題の状況を明らかにし、今後、労働機関側の取組と合わせ、精神障害者の疾患管理と職業生活の両立を地域全体で支えるために必要な体制整備について、有識者による議論と提言をまとめた。

第1章 目的と方法

精神障害は固定した障害ではなく、「疾病性」と「障害性」の両面が複雑に相互作用する。そのため、精神障害の就労支援においては、労働機関を中心とした取組と医療機関を中心とした取組を、それぞれの専門性を活かしつつ効果的に連携させることが重要課題となっている。

本研究においては、精神障害者の「就労支援」について、労働機関による狭義の就労支援の範囲として排他的に限定するのではなく、むしろ、医療機関による疾患管理や生活支援、家族支援と一体不可分な、就労と疾患管理の両立を支える統合的な支援として捉えた。

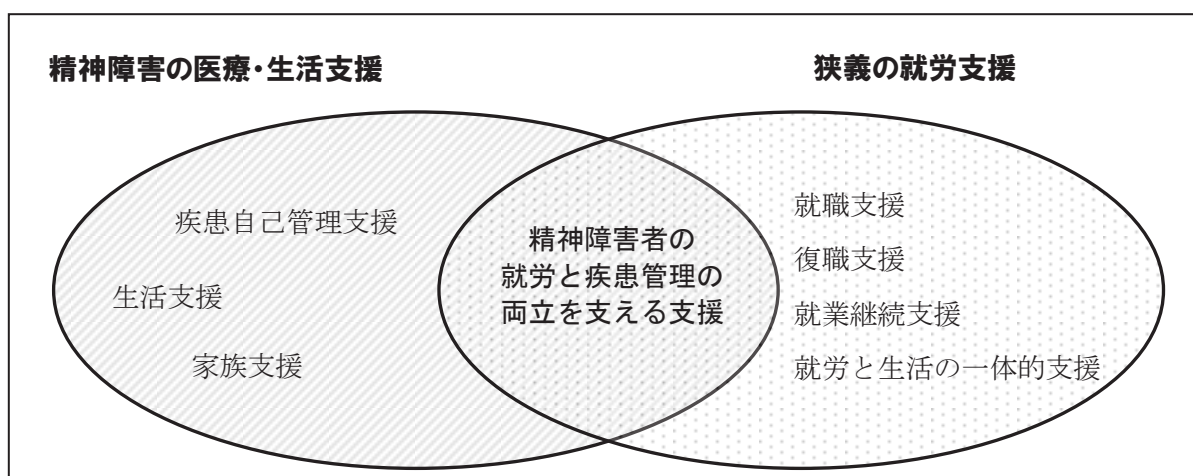


図1 精神障害者の就労と疾患管理の両立を支える支援

精神障害のある人の就労と生活、疾患管理等を、社会全体でより効果的に支えるためのあり方を検討するため、近年、医療機関において活発に実施されている精神障害者の医療・生活・就労支援の取組の実態を明らかにすることを本研究の目的とした。

そのために、医療機関による就労支援に関する国内外の文献調査、また、わが国の精神科医療機関等を対象とした全国アンケート調査を実施した。それらの結果を踏まえて精神障害のある人の就労支援における医療機関等の役割や労働関係機関との連携等について、調査研究委員会における有識者の議論と提言をまとめた。

第2章 精神障害者の就労支援における保健医療との統合の重要性（海外文献レビュー）

米国では 1990 年代からの様々な研究の積み重ねに基づき、米国連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）が、就労支援に限らず、精神障害のある人への様々な支援について Evidence-Based Practices（科学的根拠に基づく実践：以下「EBP」という。）を明らかにしている。第2章では、米国を中心とした近年の EBP のあり方を確立する基盤となった様々な実証研究を精査し、精神障害者の就労支援として効果が実証されている就労支援と医療・生活支援の壁を超えた取組とその就労成果について明らかにした。

各文献で取り上げられている就労支援の内容を、その名称にかかわらず、「援助付き雇用モデルー職業準備性モデル」、「医療支援・統合強ー医療支援・統合弱」の2軸によって機能的に4類型化し（図2）、就労支援成果を類型にしたがって系統的に比較した。

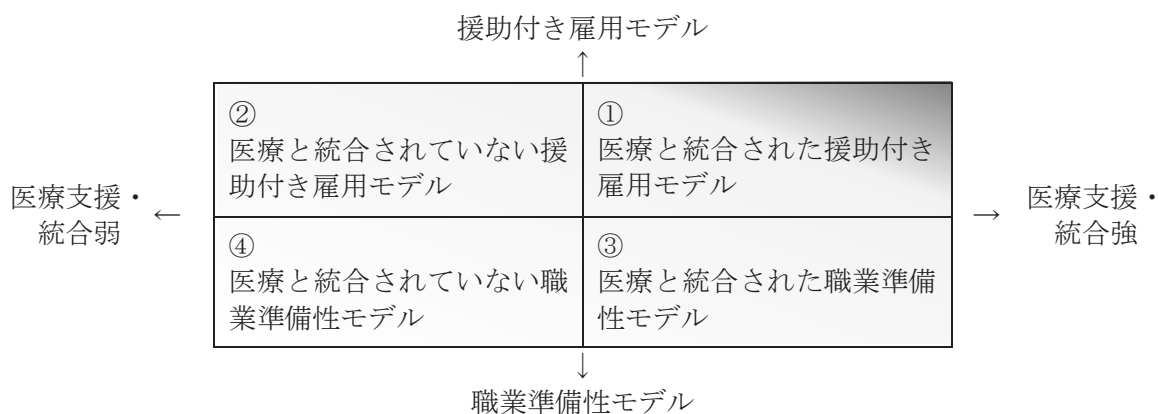


図2 精神障害者への就労支援のタイプの分類

その結果、収集した海外の実証的研究における、様々なタイプの精神障害者の就労支援の成果の比較を総合すると、「医療と統合された援助付き雇用モデル」の類型の就労支援の取組が、他の3類型と比較して一貫して最も高い就業成果を示しており、さらに、統合される医療側の様々な取組により、より高い就業成果が認められていることが明らかになった。

第3章 精神科医療機関等における就労支援についての国内文献レビュー

近年、わが国においても、精神障害の就労支援への、医療機関等による取組が多く報告されている。そのような取組には、EBP への準拠を謳うものだけでなく、わが国の医療や生活支援の現場から発展してきたものもある。そこで、わが国の精神科医療機関から文献等で報告されている就労支援と医療／生活支援の具体的内容を、EBP 適合性尺度項目を活用して、網羅的に分類した。

その結果、わが国の医療機関から精神障害のある人の就労支援として報告されている具体的内容は、デイケアや作業療法等の医療機関としての取組の枠組にありながら、国際的に EBP とされる取組の要素と一致点がみられた。援助付き雇用モデル適合性尺度に合致する就職前から就職後にわたる就職支援への取組が多く

報告されるようになっており、また、職場適応や就業継続への医療の重要性を示す支援内容の報告も多いことが明らかとなった。ただし、医療機関として実施可能な範囲が中心であり、外部の就労支援者との密接な連携、復職支援での産業医との連携の例もみられ、これは、歴史的、制度的背景等から、医療機関に専任の就労支援者を置くことが困難な現状における、わが国での EBP への取組の特徴と考えられた。

第4章 わが国の精神科等医療機関における就労支援の実態

1 アンケート調査の目的

全国の精神科医療機関等における、就職・復職等のニーズへの対応として、狭義の就労支援だけでなく、職業生活を支えることに効果のある疾患管理や生活支援等を含む取組の現状、その成果や課題、及び、今後のあり方の意向についてのアンケート調査を実施した。

2 調査方法

多様な医療機関の状況を把握するため、特に就労支援の実施の有無にかかわらず、幅広い精神科医療機関等を対象として、精神病院、精神科クリニック、てんかん専門医、保健医療関連センター等とし、各機関において、精神疾患等のある人の、就職・復職に向けた相談や支援・治療への主担当者、就職・復職相談等が特にならない場合には、より一般的に生活面の相談や支援の担当者への調査を実施した。

医療機関の「就労支援」についての調査内容は、各機関における就労支援や復職支援等の標榜の有無にかかわらず、第3章で明らかとなった、精神障害のある人の就職や就業継続に効果があると考えられる様々な取組を網羅するものとした。

3 結果

わが国の精神科医療機関においては、診断治療を中心とした機関だけでなく、医療・生活支援を統合した取組を実施している機関も多くあり、後者の機関では、さらに、医療・生活・就労支援の一体的取組も広がっている状況が明らかになった。そのような「就労支援」は、必ずしも特別な「就職・復職支援プログラム」の形態ではなく、精神障害者の就職前から就職後までの様々な局面における職業上の課題の解決につながる様々な取組であり、疾患自己管理、生活支援、家族支援等との関係も強かった。そのような取組は、医療機関が自ら実施する場合だけでなく、地域の就労支援機関との協力や雇用支援制度の活用によりさらに効果的となる可能性も示された。

(1) 調査の回答状況と、日常的な就労支援の有無別の分析

本調査は、757 機関から 872 通の回答を得た。機関の回収率は 19.5%であり、デイケア等を実施している機関やリワーク支援を実施している機関からの回収率が比較的高く、一般の精神科診療所では比較的低かった。多様な医療機関の状況を把握するため、日常的に就労支援を実施している 386 機関と、それ以外の 473 機関を分けて分析した。

(2) 精神障害者の就職前から就職後の様々な職業生活上の課題状況への各機関の認識

医療機関においては、就労支援への日常的取組のない機関では、精神障害者の職業問題の認識自体必ずしも十分ではなく、逆に、日常的に就労支援に取り組んでいる機関ほど課題認識が多かった。ただし、具体的な取組によって、単に課題認識が多くなっているだけでなく、その問題の解決にもつながっていることも明らかとなった。

(3) 医療機関における就労支援担当者

医療機関等における就労支援は、医師、精神保健福祉士、作業療法士等が医療・生活支援との兼務で実施している場合が多かった。これらの医療・生活支援職による就労支援への取組のための専門的情報源としては、図書・論文等や学会・研究会等が主となっていた。医療・生活支援と兼任で就労支援を実施し、また、就労支援に関する専門的知識等を図書・論文、学会・研究会等から得ている場合が、最も職業上の課題の解決につながっていた。

(4) 特別な「就職・復職支援プログラム」等の実施状況

医療機関等における就職・復職プログラムは、具体的には気分障害の復職支援リワーク、継続的デイケア、就職ミーティング等であり、利用者は年間10～30名が多く、主要な運営資金はデイケア等の診療報酬であった。日常的な就労支援を実施している機関であっても、自機関の特別な就職・復職プログラムによるだけでなく、地域の就労支援機関等との連携により就労支援の成果をあげている機関も多かった。

(5) 精神障害者の職業生活の諸局面の支援ニーズに対応する「就労支援」の取組

精神障害者の職業生活の諸局面の支援ニーズに対応する様々な取組という意味での「就労支援」の取組状況については、日常的な就労支援がある医療機関等では、個々の取組には医療機関と外部機関の役割分担の特徴があるものの、就職前から就職後までの様々な就労支援が提供されていることが明らかになった。一方、日常的な就労支援の取組のない機関では取組は少ないが、それでもほとんどの取組を「患者のためには必要であるが実施なし」と考えており、「必要なし」とされた取組はほとんどなかった。

また、それらの就労支援への効果としては、就職活動支援が就職活動の問題解決につながるというような直接的な関係だけでなく、就職前の取組と就職後の疾患管理や職場理解との関係のような様々な関係が認められた。また、医療機関が自らあるいは外部機関と協力して行う場合に効果の高い取組等も明らかになった。

(6) 疾患自己管理支援、生活支援、家族支援への取組状況

直接の「就労支援」と考えられることは少ないものの、精神障害者の職業生活の支援として重要と考えられる、医療機関における疾患自己管理支援、生活支援、家族支援について、日常的に就労支援を実施している医療機関等では、全般的にこれらへの取組も多く、一方、日常的に就労支援を実施していない機関では、これらの取組が全般的に少ないことが明らかとなった。

特に、「疾患自己管理支援」全般、「ケースマネジメントや多職種チームでの支援」「地域生活での危機的状況への対応体制」「家族向けのセミナー等」は、日常的な就労支援を実施している機関において、就職前から就職後の様々な職業的課題の問題解決と関係していた。さらに、日常的な就労支援を実施していない機関においても、「疾患自己管理支援」「生活支援」「家族支援」の取組は、多くの職業生活上の課題の解決と関係していた。

(7) 精神科医療機関における医療・生活支援と就労支援の連携に向けての取組

現在のわが国における、精神科医療機関における医療・生活支援と就労支援の連携に向けての取組は、就労支援を自機関が主に取り組む機関から、特に就労支援への取組のない機関まで、また、医療・生活・就労支援の連携促進が機能し、就労支援機関との日常的な職業評価や支援のケースワークが実施されている機関から、診断治療専門の機関まで多様であった。現在、これらの連携については、取組は少なく課題も多い状況が確認された一方で、連携の取組が実施され機能している機関ほど、精神障害者の職業生活上の課題解決にもつながっていた。

第5章 研究委員会における議論・提言

生活支援や就労支援と、医療的な疾患管理が密接に相互関係をもつことは、精神障害の大きな特徴である。これまで、精神科医療と福祉や就労との連携の重要性については、実践現場からも行政からも強調され、様々な取組が行われてきたところである。その一方で、医療機関における医療や生活支援の成功のために、就労支援が重要であるという認識も広がっている。

しかし、これまで、わが国においては、精神障害のある人への統合された医療・生活・就労支援を効果的に実施するための地域ネットワークの体制は未整備であり、各地の医療、生活支援、就労支援の関係者による好事例はインフォーマルな取組による場合が多い。

そのような精神障害者の特徴、及び、地域における医療機関と労働機関の連携のための課題を踏まえ、医療・生活・就労支援の地域ネットワークに向けた単なる「連携」の掛け声を超えて、具体的に実施可能な医療機関と雇用支援制度を連動させた共同事業の可能性、及び、その実施のための医療機関側の拠点整備の必要性について、研究委員会の議論と提言をまとめた。

1 医療・生活支援と就労支援の「連携」の現状と課題

精神障害者の支援のために、従来から、地域において医療、福祉、就労支援等の連携の重要性が唱えられてきたにもかかわらず、「疾病」と「障害」が共存している精神障害への医療・生活・就労支援ニーズに一体的に応える効果的な支援の実現は、現状では一部の機関での制度上の限界を超えたインフォーマルな支援による場合が多い。

2 医療機関における医療・生活・就労支援ネットワークの拠点整備の意義と課題

従来の、障害者雇用支援の地域連携体制においては、就労支援機関は福祉機関や教育機関からの移行や連携が主に想定されてきた。現在、わが国の地域においては、医療機関側の就労支援と、雇用支援制度や労働機関側の就労支援の間の担当者同士の交流は限られている。しかし、精神障害者の就労支援ニーズに的確に対応するためには、医療機関と就労支援機関がより密接に連携することにより、両者の専門性の相乗効果を生むことが不可欠である。

このような精神障害者の地域連携へのニーズは、精神障害が固定した障害ではなく疾病性をもっているこ

概要

とによるものであり、そのような特徴が、地域連携や医療等の制度において十分に反映されていないため、現在、十分な成果をもたらす地域ネットワークが確立できていない。その意味で、精神障害者の就労支援には、地域連携体制の新たな課題が存在する。

研究委員会では、そのような現状の地域連携の課題と、今回の調査で明らかとなった、地域における精神科医療機関の状況や、実際にインフォーマルで実施されている様々な地域連携の好事例を踏まえ、精神障害者の医療・生活・就労を地域で支えるネットワークの中心となる医療機関と支援者の意義と、それを機能させるための具体的な課題について議論した。

3 医療・生活支援と雇用支援制度の統合的な活用の可能性

今回の調査結果では、医療機関等において、様々な就労支援の取組の必要性については広く認識されていることが明らかになった一方で、実際の実施については「患者にとって必要だができない」とする機関が多かった。実際の就労支援の様々な取組については、医療・生活支援の意義があるとしても、支援の専門性や利用できる社会資源の点から、必ずしも医療機関で実施すべきとは考えられないものも多く、実際の調査結果でも、個々の取組によっては、自機関を主とした取組が少なく、外部機関との協力や外部機関が主になった取組が多いものもあった。また、今回の調査結果によると、医療機関において、精神障害者が活用できる雇用支援制度の認知や活用意向は多い一方で、実際の活用経験が少なかった。

これらの結果を踏まえ、特に医療機関等が自機関では実施しにくい就労支援の取組、あるいは、積極的に就労支援の専門支援者との協力で実施することが効果的な取組について、具体的な雇用支援制度の効果的活用のあり方を明確化し、積極的に雇用支援制度の活用を促進することが重要である。

4 提言

統合失調症、気分障害、てんかん等の疾患種類・程度にかかわらず、精神障害のある人たちが地域でその人らしく生活・人生を送れるようにするためには、精神障害の疾患管理と職業生活の両立に向けた社会的支援が不可欠である。しかし、精神障害のある人の医療・生活・就労支援ニーズに対応できる、地域における支援体制が未整備である。

その問題解決のため、医療機関と労働機関が今後共同で実施することが可能であり効果が見込まれる具体的な事業内容を明確化しその確実な実施を促進すること、及び、その実施のための、医療機関側の就労支援担当者の整備を提言した。

これは、今後の就労支援の成果向上が期待でき、医療機関でも必要性の共通認識やニーズが高い事項への支援のための、労働行政のあり方に絞ったものであり、就労支援機関側から、医療機関に積極的に働きかけることにより、精神障害のある人の疾患管理と職業生活の両立ができる社会体制の整備を進めることを目指すものである。

第1章 目的と方法

第1節 問題意識

近年、精神疾患の患者数が増加しており、かつ地域移行が進む中で、就労意欲のある精神障害者が増加している。実際、ハローワークにおいても、精神障害者の求職者は年々増加しており、また、平成18年度から企業の雇用率に特例的に算定されるようになったことを受け、企業の精神障害者の雇用も進みつつあり、平成22年度は約1万人の者が従業員56人以上の規模の企業に雇用されている（平成22年度障害者雇用状況報告）。

精神障害は就職後も治療状況、生活場面や職業場面での環境的状况等により症状変化の可能性があるため、職業リハビリテーションでは特に医療機関との連携が重要である。従来から労働行政において「医療機関等との連携によるジョブガイダンス事業」を実施するなど医療機関との連携に努めてきたところである。

その一方で、精神障害のある人の生きがいや生活の質の支援のためには就労支援の意義が大きく、医療機関においても就労支援に力を入れている機関が増えてきているものの、その実態は明らかになっていない。

労働機関を中心とした取組と医療機関を中心とした取組を、それぞれの専門性を活かしつつ効果的に連携させることが、精神障害のある人への就労支援における重要な課題となっている。

第2節 精神障害の特性と医療・生活・就労支援の連携の必要性

精神障害の就労支援において医療機関との関わりが重要となる根本的な原因は、精神障害が固定した障害ではなく、「疾病性」と「障害性」の両面が複雑に相互作用する特性があるからである。

1 精神障害の障害構造の特徴

精神障害は、統合失調症、気分障害、てんかん等の疾患種類にかかわらず、程度の差はあれ、慢性疾患としての特徴がある。そのため、一面では医学的治療を要する「疾病性」があり、別の面では生活や人生の問題への支援を要する「障害性」を有している。

（1）慢性疾患としての精神障害

予防医学の予防の概念では、カプランのいう第1次予防（疾病の予防。健康への啓発、健康増進、特殊予防、例えば教育、予防接種など）、第2次予防（重症化の防止や疾病の早期発見と早期措置、適切な医療と合併症対策、例えば健康診断や治療など）、第3次予防（疾病の再発防止、例えばリハビリテーションなど）に分けられる。このような概念の元、医療機関で行われる通常の治療は第2次予防、そして医学的リハビリテーションは第3次予防に位置づけられる。医療機関が精神障害者に対して生活支援や就労支援を行う場合、精神科リハビリテーションという第3次予防と位置づけられてきた（図1-1）。

ただし、第1次予防、第2次予防、第3次予防の概念は急性疾患の自然史を背景にしたものであり、疾患が完治しにくかったり、再発・再燃の可能性が残存する精神疾患のような慢性疾患ではそれらが段階的に推移することはなく、むしろ並行的に実施されることが特徴となる。

精神科リハビリテーションも当初は、陰性症状等症状が固定した場合が対象となることが多かった。しかし、近年の精神科医療の進歩により、疾病性が固定していない状況において疾患管理を継続しながら、生活面の支援を並行することが可能となってきた。このような状況は、従来の急性疾患の自然史とは異なる、慢性疾患の特徴を踏まえた支援のあり方が必要であることを意味する。

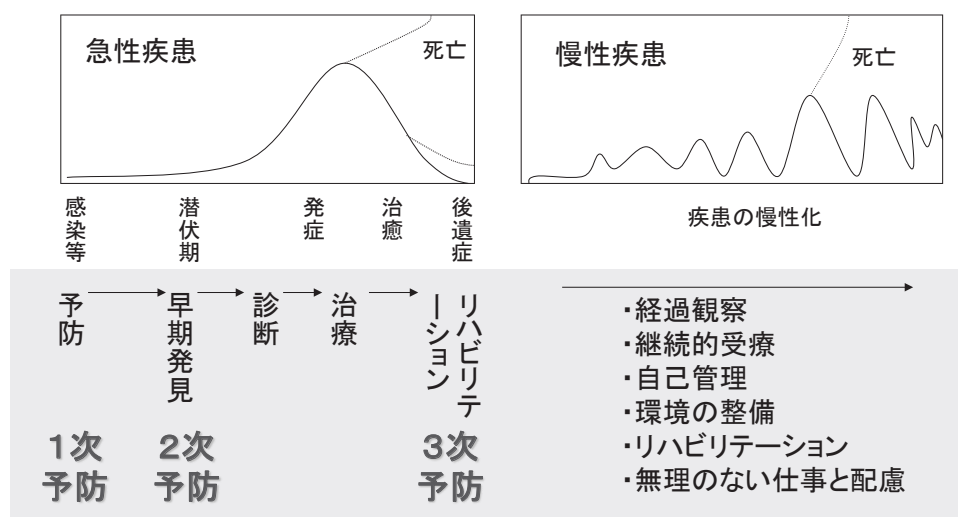


図 1-1 急性疾患と慢性疾患の自然史と医療・リハビリテーションの関係の模式図

(2) 精神障害の「疾病性」と「障害性」の障害構造論

統合失調症、気分障害、てんかん等は、医学的な診断や治療の対象となる「疾患」である一方で、生活や人生に影響し支援を必要とする「障害」でもある。

世界保健機関 WHO が 2001 年に提唱した ICF 国際生活機能分類において、健康に関しては、病因論的な「疾病」の視点と、健康状態による生命・生活・人生への影響としての「生活機能／障害」の視点の両面から捉えることの重要性が示されている。「疾患」は医学的な診断や治療の観点、「障害」は生活や人生の影響に対する支援の観点からの捉え方である (図 1-2)。精神障害のように、疾患治療が継続していたり、症状が変動したり、あるいは、再発防止のための自己管理や配慮が必要であったり等、健康状態による生活や人生への大きな影響のある状態についても、障害に含まれる。

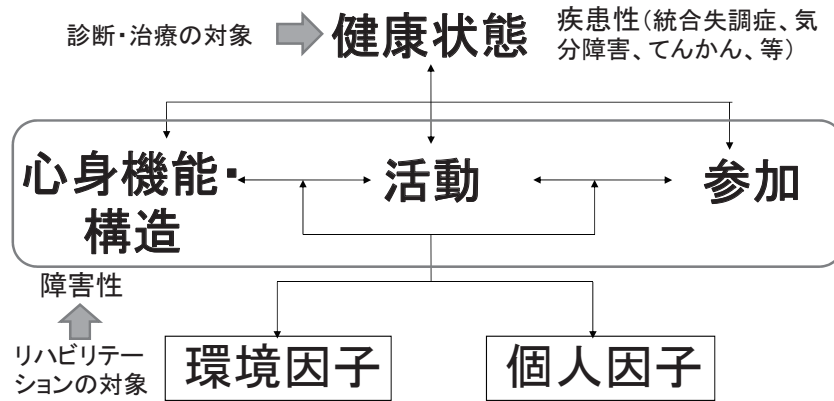


図 1-2 ICF 国際生活機能分類の概念枠組による精神障害の「疾病性」と「障害性」の整理

2 精神障害における医学的治療、生活支援、就労支援の密接な関係

精神障害の場合、精神病状が必ずしも固定していないため、就労支援の成果が精神症状の再燃により崩れ去ることが起こりうる。職業生活上の身体的・精神的負荷、人間関係、生活上の問題等は、精神疾患を悪化させるリスク要因となる一方で、適切な仕事内容や職場配慮の検討は、精神症状の安定や疾患管理の成績に大きく影響する。したがって、精神障害においては、その「疾病性」と「障害性」に対する医学的治療、生活支援、就労支援が密接に関わることが大きな特徴となっている。

(1) 治療と就労支援の密接な関係

ア 疾患管理と職業生活の両立の課題がある

身体障害や知的障害の就労支援と比べて、精神障害では疾患治療や症状管理と一体的に支援する必要があることが特徴である。わが国の精神障害者には、気分障害による休職者や、てんかんで薬を飲んでいれば状態が良くて普通に勤務できている人等、そこまで重い生活障害を伴わない場合もある。しかし、疾病性が非常に強く、医療との関わりが就労支援において重要である点では共通している。統合失調症でも気分障害でも、疾患の治療や本人の疾患の理解が就業継続に不可欠であるという意味で同様である。

精神障害の場合、医学的治療で症状が改善されても就職・復職後に病状が悪化する可能性がある。また、精神障害者の就労支援を進め業務成績の向上を目指してもそれが精神的ストレスとなるリスクについての考慮も必要である。その意味で、精神障害者においては、職業生活と疾患管理はどちらか一方を目標とすることには限界があり、その両立を目指すことが必要となる。

イ 医療的支援が就労支援の一体的実施

以上の特性から、精神障害のある人の場合、ここまでは医療的な準備でここから先が就労支援といった区別が難しい。職場における理解や配慮によって精神障害の疾患管理が大きく影響される一方で、医療的な疾患管理や生活支援によって症状を安定させることで職場の理解や配慮も進みやすくなるという一面もあり、非常に密接な関係がある。

てんかんにおいても、心理社会的治療は疾患の自己管理に有効で、発作の減少にもつながる。てんかん患者の医学的リハビリテーションとして心理社会的治療は就労支援有効である。

(2) 生活支援と就労支援の一体性

ア 医療・生活支援のための就労支援、就労支援のための医療・生活支援

精神障害では、医療・生活・就労の問題が複合している例が多く、就職後の就業継続には疾患管理や生活管理が重要となる。そのため、職業リハビリテーションのために医療・生活支援が重要な役割があるだけでなく、医療や生活支援を目的とする医療機関にとっても、職業場面において心理社会的視点による「就労支援」を行うことには重要な意義がある。

イ 錯綜した医療、生活支援、就労支援のニーズを切り分けていく支援の重要性

精神障害においては、医療、生活、就労等の問題状況が錯綜するケースが多いが、多職種のケースワークにより、問題の切り分けが適正に行えないと、連携もネットワークも機能しない。例えば、強い抑うつ状態で自殺の一手手前までいった事例で、精神科の訪問看護師が自宅での生活状況を把握し情報共有したことで、治療や就労支援の問題が一気に解決した例がある。

医療、生活、就労、家族支援等の複合的ニーズに対して、医学リハビリテーションと職業リハビリテーションがかなり早い段階からつながってワンストップで提供できることが重要で理想的な体制である。

精神障害のある人の家族は「保護者」として当人の面倒を全面的に看ることが当たり前のように言われ、それをしないと悪い親、精神障害の原因になっている親という偏見に苦しんでいる方々がたくさんいる。そのような意味で、家族への支援も重要である。

(3) 就職前から就職後までの一体的支援の重要性

ア 就労支援と医療面の一体的支援の必要性

新規の就職支援の場合、就職はできても、就職後に体調悪化や休職が続けば、退職につながる場合がある。したがって、職業生活でのリハビリや自己実現、職業発達という側面を最大限に尊重するためには、その一方で、職業場面での疾患管理のリスクや支援ニーズの増加への対応も必要になる。

また、職業生活への対処能力を本人が身につけるためには、予防的なリスク管理だけでなく、一定の失敗を許容し、また、失敗の経験を活かしていくフォローによって、職業生活における失敗の経験を通して学ぶ機会とする支援も重要であるが、そのためには、失業等の精神的なショックによる病状悪化や自殺等のリスクへの医療的なサポートが重要になる。

職業生活への挑戦によるメリットと失敗のリスクの適正なバランスは、就職の失敗に対する本人や企業の抵抗感や、専門的な支援の有無によっても大きく異なる。米国と日本では労働市場の柔軟性が大きく異なり、米国においては就職の失敗のダメージが少なく、経験が得られるメリットが大きい面がある一方、わが国では、仕事を辞めて再就職ということが、本人にも企業にもダメージが大きく、抵抗感も強い場合がある。

イ 就職だけに焦点を合わせた支援の限界

知的障害や発達障害の分野における就労支援の発展として、就職前の訓練を重視する(Train-Place)やり方よりも、就職後の実際の職場における訓練を重視する(Place-Train)ことが成果を生むことが明らかになっている。わが国においてもジョブコーチ支援事業でその取組は進められている。

精神障害の場合も、医療機関におけるデイケア等で就職前の職業準備性だけを支援の焦点としても、就労

支援の成果に結びつきにくいことが多い。しかし、その一方で、精神障害者については、就職後の体調管理には医療的支援が不可欠であるため、単純に医療機関から就労支援機関に支援の中心を移行させ、まず就職して職場で訓練をする就労支援モデルには限界がある。

ウ 職場定着支援と復職支援の共通性

医療機関において行われている就労支援としては、気分障害の復職支援と統合失調症の就職支援の違い等、一見して大きく異なる取組がある。統合失調症者の患者は20歳前後が多いため新規就職の支援の課題が大きい。一方、気分障害では就職している人の中途発病が多いため、復職支援の課題が中心となる。この両者は大きく異なるように見えるが、就職後の就業継続の課題として実際の職業場面における疾患管理との統合が重要である点では共通している。

就職支援は、就職前の職業準備と新たな職探しから始まり、就職後には職場定着・就業継続のための密接な医療と職場との協力が重要である。一方、復職支援は、その前半が不必要ではあるが、復職後の事業所内の仕事や環境の調整などに焦点が置かれる支援であると考えることができる。

第3節 医療機関における「就労支援」の位置づけ

精神障害者の「就労支援」とは、疾患管理や生活支援、家族支援と切り離されたものではなく、むしろ、それらと一体的な、就労と疾患管理の両立を支える統合的な支援として理解する必要がある。本研究においては、従来から就労支援を担ってきた労働機関だけでなく、精神障害者の医療・生活支援を担ってきた医療機関等も含めた「就労支援」については、そのような広い意味でとらえた（図1-3）。

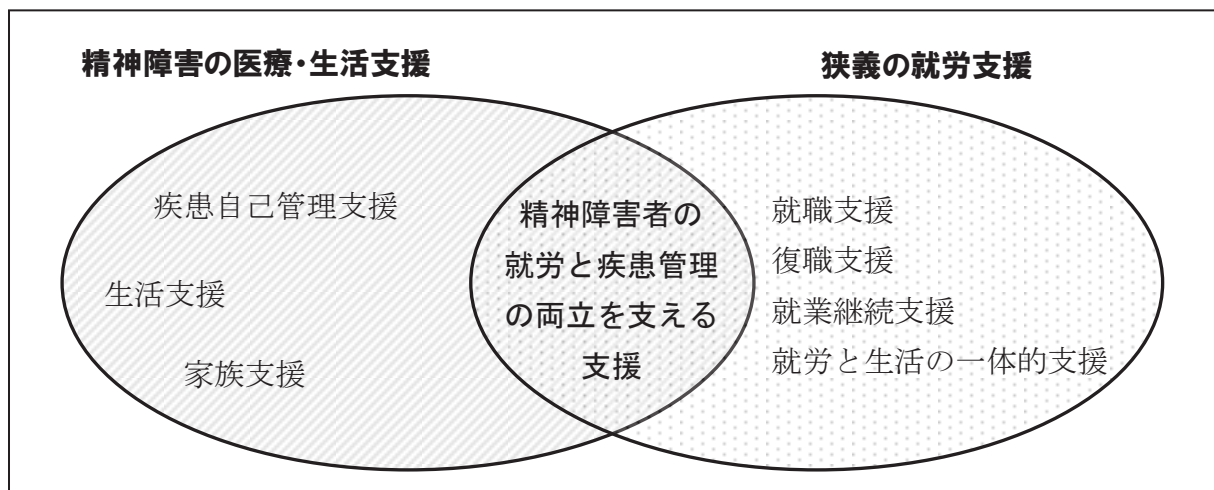


図1-3 精神障害者の就労と疾患管理の両立を支える支援

このような精神障害の特徴を踏まえることにより、精神科医療機関で実施されている「就労支援」の目的が、労働機関による就労支援と決して重複したり排他的なものではなく、相補的であり今後一層の連携を必要とするものであることが理解できる。

1 職業生活を前提とした疾患治療等

精神障害者は、就職や復職ができて、就職後に体調悪化や休職が続くことにより、退職につながる危険

性がある。そのような精神障害の性質を踏まえ、疾患治療は職業生活の安定を目指している。

(1) 職業生活を前提とした評価や治療の必要性

精神障害の治療は、職業生活を前提としなければ、就職・復職後に症状の再燃、悪化につながってしまいやすい。復職支援は、例えば、社会人として活躍していた人が気分障害の発病により何回も休職・復職を繰り返して退職寸前という状況で実施される場合が多い。復職しても再休職とならないようにする必要があり、そのためには、疾患の治療状況や本人の自己管理能力等の見極めが重要である。これまで職業生活を制約して治療や生活支援に取り組むこともあったが、職業生活への参入や復帰例が増加し、また、その支援が求められる中、疾患管理や生活支援は職業生活を前提として実施するニーズが高まっている。ただし、そのような方針については、精神科の医学教育の中でも十分に引き上げられておらず、全ての精神科医が一致しているわけではないという現状もある。

(2) 復職や職場定着の成果を上げるための疾患管理

医療機関におけるリワーク・プログラムは、デイケアという医療的枠組みの中で、仕事をしても再発し再休職しないための医学リハビリテーションである。それは、薬物療法を含む通院治療の延長線上の、病院や診療所におけるデイケアでの心理社会的技法による支援や評価の場である。プログラムの構成は、疾病に焦点をあて、養生回復させることを目的としている。デイケアスタッフ以外に、主治医が関与した精神疾患の治療や、本人の疾患の理解がないと、リハビリの結果が出ず、復帰しても再休職してしまう。例えば、気分障害でも、メランコリー親和型と他罰的な型では異なる治療や支援が必要である。

また、IPSにおける復職支援では、新聞記事要約のパソコンでの作成、簡単な事務作業、認知機能アセスメント等は、心理社会的技法として実施され、その一方で、薬物療法の服薬時間の調整、単剤化や総投与量の適正化を図り、副作用を最小限にしたり、認知機能の改善に効くものとする等についても、カルテを共有して、医師と方針を一致させて取り組んでいる。

(3) 治療成果を上げるための職場への働きかけ

復職支援において、企業の人事担当者や産業医が、診察へ本人と一緒に来て、主治医と話をする場がつけられることが多い。それにより、職場での配慮や留意事項等について、本人、職場、主治医で意思疎通を図ることができる。

復職支援では、本人の長所や特技を活かした仕事への変更や調整や、試行的な就労を事業主に提案する場合もある。また、職場の同僚や上司に温かく迎えられる雰囲気づくりに、本人と一緒に取り組むソーシャルワークも実施される。

2 生活・リハビリ支援の一環として

精神障害者においては、医学的な疾患治療だけではなく、生活・人生といった生活機能の総合的な支援が重要である。本人が、精神障害を持ちながらも自分らしく生きることができるようにする生活支援、「リハビリ」支援においては、就労支援はその不可欠な一部である。最近、わが国の精神保健福祉士の国家試験でも取り上げられ、一般的な認識も高まってきている。

(1) 錯綜した医療・生活・就労支援ニーズの切り分けと一体的支援の必要性

精神障害者では、単に治療と日常生活支援だけでは、退院後に、生活面での問題から疾患の悪化につながり、再入院という事例も多い。また、長期入院による社会生活能力低下等の「施設病」を防止し、社会復帰を促進する必要もある。

職業生活までを想定した医療・生活・就労の総合的な支援を実施することにより、疾患治療や生活・人生の再構築の成果を上げる必要がある。医療、生活、就労、家族支援等の複合的ニーズに対して、医学リハビリテーションと職業リハビリテーションがかなり早い段階からつながってワンストップで提供できることが重要で理想的な体制である。

(2) リカバリー支援／ストレングスモデル

疾患治療だけでなく、精神障害のある人が自分らしく生きることができるように支援するためには、本人の興味や強みを重視するストレングスモデルの視点が不可欠である。これは、障害や病気、できないことに焦点を当てる医学モデルを補完するものである。

個人の興味や強み、一人ひとりの職業発達や職業生活を通じた自己実現、キャリア支援等の就労支援は、ストレングスモデルでの生活・リカバリー支援の一環としての意義が大きい。

医療場面において、疾患や障害だけでなく、本人の興味や強みについても早期に評価し関係者で共通認識をもつことで、治療や生活支援、就労支援を最も効果的に連携させることができる。それにより、職業生活と疾患管理の両立を可能とし、疾患治療の成果にも寄与すると考えられる。

第4節 本研究の目的

精神障害のある人の就労支援のためには、医療・生活支援との密接な連携により就労と疾患管理の両立を支えることが必要である。精神障害のある人の就労と生活、疾患管理等を、社会全体でより効果的に支えるためのあり方を検討するため、近年、医療機関において活発に実施されている精神障害者の医療・生活・就労支援の取組の実態を明らかにすることを本研究の目的とした。

第5節 研究方法の概要

そのために、医療機関による就労支援に関する国内外の文献調査、また、わが国の精神科医療機関等を対象とした全国アンケート調査を実施した。それらの結果を踏まえて精神障害のある人の就労支援における医療機関等の役割や労働関係機関との連携等について、有識者の議論をまとめた。

その詳細は、当該の各章において述べる。

1 文献調査（第2章：海外、第3章：国内）

精神障害者の就労支援への医療機関等の取組についての国内外の文献により、精神障害者の就労支援における医療機関における取組の内容やその意義を整理した。

2 アンケート調査（第4章）

全国の医療機関（病院、診療所、精神保健福祉センター等）を対象とするアンケート調査により、就労支援の状況（行っているか否か、デイケア等のプログラムを持っているか等支援内容、医師以外のスタッフの状況等）や就職実績等について調査を行った。

3 調査研究委員会（第5章）

医療機関における精神障害者に対する就労支援に知見を有する専門家、支援機関、行政機関等から構成する調査研究委員会を設置し（委員名簿は巻頭、要綱は巻末資料）、今後のあり方の検討を行った。

- 精神科医療の進歩による、精神障害者の就労可能性の拡大の最新の状況及び医療機関が実施している就労に向けた支援の現状認識
- 医療機関等における精神障害者の就労支援の実態の調査結果の意義と活用
- 企業の産業医との連携
- 精神障害者の就労支援のための、医療機関や労働機関等の役割の明確化及び効果的な連携やチーム支援のあり方

第2章 精神障害者の就労支援における保健医療との統合の重要性（海外文献レビュー）

第1節 はじめに

米国において 1990 年代からの様々な研究の積み重ねに基づき、米国連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）は、就労支援に限らず、精神障害のある人への様々な支援について Evidence-Based Practices（科学的根拠に基づく実践：以下「EBP」という。）を明らかにし、1995年に EPB ツールキットを出版し、その普及を進めている。そのうち、精神障害者の就労支援の EBP は「援助付き雇用」とされている。その内容は、歴史的には「IPS（Individual Placement and Support）」として精神障害リハビリテーション領域で発展してきたものが基盤である。

わが国においても、IPS は従来から紹介されてきたが、医療機関を中心とした就労支援の一形態として捉えられることが多く、より普遍的な精神障害者への効果的な就労支援のあり方としては必ずしも理解されていない。そのため、わが国の精神障害者への雇用支援施策、ハローワークや障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター等の労働関係機関による精神障害者への支援との関係や、わが国への適用可能性も明らかでない。また、SAMHSA がいう「援助付き雇用」は、本来、米国で知的障害者や発達障害者に対して、従来の就職前の職業準備性の評価や訓練を重視する就労支援モデルへのアンチテーゼとして発展してきたものである。その意味での「援助付き雇用」ならば、わが国では既にジョブコーチ支援事業として導入され、知的障害者への就労支援として大きな効果を上げてきた。しかし、精神障害者に対しては、わが国においても同様な就労支援では限界があることから、単に同じであるとは考えにくい。

したがって、「援助付き雇用」あるいは「IPS」という名称や概略的な理解ではなく、米国等を中心として EBP として位置付けられるにあたって、具体的にどのような支援モデルが比較対照され、それにより、精神障害のある人が疾患管理と職業生活を両立して仕事に就く前から就いた後までに直面する様々な課題に対して、どのような効果の違いがあったのかについて、様々な実証研究の成果に立ち戻ることによって理解し直す必要がある。

第2節 目的

本章では、米国を中心とした近年の EBP のあり方を確立する基盤となった様々な実証研究を精査し、精神障害者の就労支援として効果が実証されている就労支援と医療・生活支援の壁を超えた取組とその就労成果について明らかにすることを目的とした。

第3節 方法

精神障害者の就労支援は、歴史的背景や、実施主体等により、様々な取組がある。就労支援のあり方の研究論文においては、従来からある就労支援の取組に対して、新たな就労支援の取組の成果を比較しているも

のが多い。ただし、それらの就労支援について、文献中では「援助付き雇用」「IPS」「従来型の職業リハビリテーション」等、様々な名称で示され、そのような名称が就労支援の機能的特徴を必ずしも示していない。

そこで、本研究では、各文献で取り上げられている就労支援の内容を、その名称にかかわらず、「援助付き雇用モデルー職業準備性モデル」、「医療支援強ー医療支援弱」の2軸によって機能的に4類型化し、就労支援成果を類型にしたがって系統的に比較することとした。

1 Evidence-Based Practices (EBP) を扱った文献の収集

EBPに関する実証研究の精査にあたり、精神障害のある人のための就労支援に関する90年代後半から現在までの最新資料を対象として収集した。

(1) 主要な EBP

EBPは無作為化比較試験(RCT: Randomized Controlled Trial)等の厳密な科学的手続きによって、治療や生活、就労への効果が検証された支援プログラムなどを指す。精神障害者のある人たちの就労支援に関する実証研究の収集に際し、アメリカ連邦保健省SAMHSAが推進している4つのEBPに着目した。援助付き雇用以外にも、就労支援との関係や就労成果を扱う研究についても収集し検討した。なお、SAMHSAのツールキットにおいて「援助付き雇用」と呼ばれている内容は、それ以前はIPSと呼ばれてきたものであり、多くの研究論文においてもIPSとして示されているものである。

- 援助付き雇用 (SE: Supported Employment) = IPS (Individual Placement and Support)
- 包括型地域生活支援 (ACT: Assertive Community Treatment)
- 疾患管理とリカバリー (IMR: Illness Management and Recovery)
- 家族心理教育 (FPE: Family Psycho-Education)

(2) 収集方法

PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) と Science Direct (<http://www.sciencedirect.com/>) を主に使用し、「supported employment」「mental illness」「IPS」「ACT」「Illness Management and Recovery」「Family Psycho-Education」「competitive work」などのキーワードにより資料を検索した。また、それら資料が引用している論文や書籍で重要と思われるものを入手した。

(3) 疾患種類・程度

EBPにおいては、精神疾患の種類にかかわらず、重度の精神疾患 (Severe Mental Illness) を対象としているため、今回の検討においても、統合失調症や気分障害を中心として、特に区別された研究を除き、疾患種類にかかわらないものとした。

2 精神障害者への就労支援の4類型化

職業リハビリテーション分野においては、就労支援モデルは大きく分けて、「職業準備性モデル」と「援助付き雇用モデル」があり、1990年代以降、米国でもわが国でも「援助付き雇用モデル」の有効性は広く確認されてきている。歴史的経緯もあり、援助付き雇用モデルに対して、疾患の治療や機能障害の回復訓練等を

重視する取組は「職業準備性モデル」として対立的に捉えられやすい。しかし、精神障害のある人の就労支援においては、この両者を対立的にではなく、両立できるようにすることがポイントであることが明らかになっている。したがって、精神障害のある人に対して効果的な就労支援のあり方の検討においては、「援助付き雇用モデル」「職業準備性モデル」「医療支援」等の関係をより厳密に位置付けておくことが、問題の構造的な理解のために不可欠である。

(1) 援助付き雇用モデル

援助付き雇用モデルの本質は、本人側の条件として疾患や障害の治療や機能訓練に焦点を置き就職前の評価や訓練を重視する医学モデルによるアプローチに対する、現実場面の就職前から就職後の様々な職業生活上の局面における複合的問題解決を重視する社会心理モデルによるアプローチにある。歴史的にも、障害のある人の就職前の評価と訓練に固執することにより、かえって多くの重度障害のある人の就労支援のハードルを作り出してきた、職業準備性モデルへのアンチテーゼとして登場した。わが国においても、1990年代以降の、ジョブコーチ支援の導入だけでなく、障害のある人の就職前から就職後の職業生活上の様々な課題に対して、本人を中心として様々な専門分野が連携して個別的継続的に支援する様々な新たな雇用支援は、基本的に援助付き雇用モデルに沿ったものである。

精神障害のある人への援助付き雇用として発展してきた IPS の特徴は、「IPS の原則」として端的に示されている。表 2-3-1 に、一般的な援助付き雇用の特徴と比較して示すとおり、IPS の基本的な特徴は一般的な援助付き雇用と共通している。

表 2-3-1. 援助付き雇用の特徴と「IPS の原則」の比較

	援助付き雇用の特徴	「IPS の原則」
援助付き雇用モデルの基本的要素	重度障害のある人を支援対象とする	就労希望のある全ての人を対象
	一般就業が目標	一般就業が目標
	統合された職場環境(*)	本人ニーズに基づく決定 迅速な職探し
	継続的支援	継続的支援
IPS の特徴的要素	(継続的支援)	職業サービスと精神保健サービスの統合
		給付カウンセリングの実施

(*援助付き雇用の特徴である「統合された職場環境」という特徴は、IPS の原則では「本人ニーズに基づく決定」及び「迅速な職探し」とより詳細化されているが、これは、統合された職場環境の実現のために、本人の就労希望や自己決定に基づく職探しや就職活動の支援の重要性を明確にしたものである。これは、最近の援助付き雇用の取組では、より一般的に他の障害においても重視されるようになっており、必ずしも精神障害に特徴的な要素ではない。)

(2) 就労支援と医療との統合

その一方で、IPS は一般的な援助付き雇用とは異なり、特徴的には「職業サービスと精神保健サービスの統合」「給付カウンセリングの実施」として医療・生活支援分野との密接な関わりが必要であることを明確にしている。これは、援助付き雇用の「継続的支援」について、精神障害の特性として、長期に治療を必要と

する慢性疾患であることや、仕事内容や職場等の環境状況によって疾患の状態が影響されるストレス脆弱性という性質があることから、実際に職業生活を送るに当たって直面する課題として、疾患管理や医療の側面、また、再発による失業のリスクに対する経済的セーフティネットの検討は切り離すことができないことを反映したものであると考えることができる。これは、心理社会モデルによるアプローチにおいても、医療・生活支援との関係が不可欠であることを意味するものであり、疾患の治療にのみ固執して本人の生活面の個別具体的な課題を軽視するという意味でのいわゆる「医学モデル」と同一視される「職業準備性モデル」とは異なるものである。

(3) 「援助付き雇用モデル」と「医療支援」の2軸による4類型化

医療や生活支援の取組を「職業準備性モデル」と混同し、「援助付き雇用モデル」と対立的に捉えることを避けるために、本研究においては、精神障害のある人の就労支援の内容について、「援助付き雇用モデル vs. 職業準備性モデル」という対立軸と、「医療支援・統合の強弱」という軸の2軸で捉え、図2-3-1に示す4類型に分類することとした。

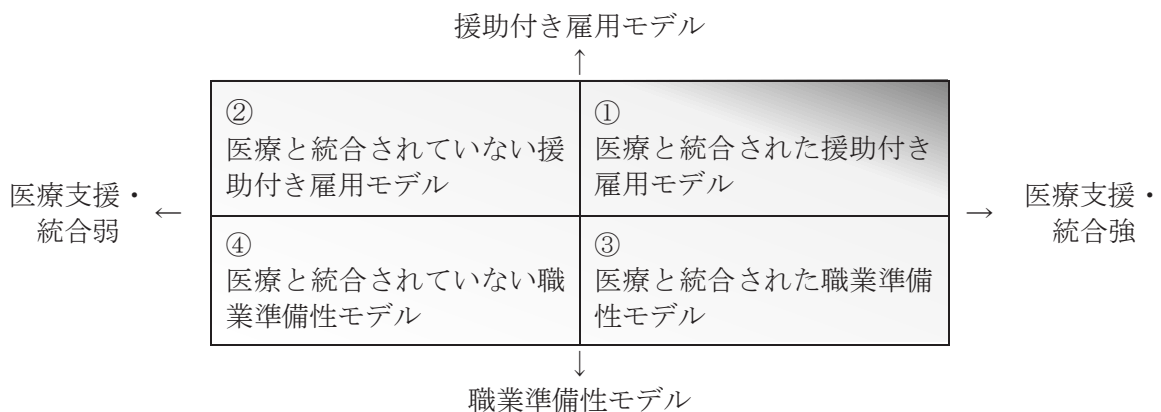


図2-3-1 精神障害者への就労支援のタイプの分類

3 就労支援の成果の評価

精神障害者の就労成果については、就職できたとしても継続できないことが大きな就労問題であるため、単に就職率ではなく、就労継続を反映した成果による評価が必要である。そのため、就労支援としての成果については、フォローアップ期間の一般就業率、労働時間、労働日数、就労継続期間、所得、最初の仕事に就くまでの期間などを判断基準とした。

ここでの一般就業の定義は、以下を満たす仕事とした。

- ・最低賃金以上の支払いがある
- ・障害者枠の雇用ではなく、誰もが応募できる
- ・地域に統合されている

第4節 結果

収集した海外の実証的研究においては、今回想定した4類型に該当する精神障害者の様々なタイプの就労支援の成果が比較されていた。その中で、他の3類型と比較して、一貫して最も高い就業成果を示していたのは「医療と統合された援助付き雇用モデル」の類型の就労支援の取組であり、さらに、統合される医療側の様々な取組により、より高い就業成果が示されていた。

1 精神障害者の就労支援の機能別4類型による分類

様々な実証研究において、介入群あるいは比較対照群となっている、様々な精神障害者の就労支援プログラムは、援助付き雇用への取組の強弱、及び、医療との統合の強弱で特徴づけ、次の4タイプに分類できた。ただし、同一タイプに分類できた就労支援プログラムであっても、その中で、援助付き雇用への取組や医療との統合の強弱によって、就労支援成果が比較され、就労支援プログラムとして詳細に区別されている場合もあった。また、研究によっては、比較対象がこれら4つに区別されず①と③、②と④が混合して比較されている場合もあった。なお、4類型に分類された具体的な就労支援の取組は、巻末資料2に掲載した。

- ① 医療と統合された援助付き雇用モデル
- ② 医療と統合されていない援助付き雇用モデル
- ③ 医療と統合された職業準備性モデル
- ④ 医療と統合されていない職業準備性モデル

(1) 医療と統合された援助付き雇用モデル(①)

医療と統合された援助付き雇用モデルに該当する就労支援タイプは、1990年代から「IPSプログラム」として新たに提案され、比較研究では、新たな就労支援プログラムとして評価対象となっているものが大部分であった。ただし、その具体的内容には、援助付き雇用モデルの取組と、医療との統合への取組について、様々な違い・変異が認められた。

ア SAMHSAの援助付き雇用適合性尺度又はIPS適合性尺度を基準とした定義

「IPSプログラム」の内容は、プログラム評価のための適合性尺度により具体的に定義されている場合が多かった。多くの文献では、IPS適合性(フィデリティ)尺度として示されているが、より近年の文献では、米国連邦保健省薬物依存精神保健サービス部(SAMHSA)の提唱している呼び名に従って、援助付き雇用適合性尺度として示されていたが、その内容は同一である。

適合性尺度は、「スタッフ」3項目、「組織」3項目、「サービス」9項目の計15項目で構成されており、1項目5点の合計75点で評価するものである。その内容は、表に示すように、援助付き雇用への取組状況と、医療との統合状況の両面を網羅しているものである、適合性が十分に高い就労支援プログラムについて、医療と統合された援助付き雇用モデルであると見なすことができる。

適合性尺度得点が66~75点であれば「適切に実施されている」とし、56~65点で「まずまず実施されている」、55点以下は「実施されていない」とされており、本研究でもその基準にしたがった。

EBP ツールキットにおける援助付き雇用の適合性尺度(要約)

A スタッフ

- A-1 就労支援者一人あたりの支援当事者数は 25 名以下
- A-2 専任の就労支援者(医療や生活支援と兼任でない)
- A-3 就労支援者はアウトリーチ、アセスメント、就職、フォローアップの全てを担当

B 組織

- B-1 精神保健のケースマネジメントと就労支援者のチーム
- B-2 就労支援者のグループ(情報共有、スーパービジョン等)
- B-3 就労希望者全員に就労支援を提供(除外基準なし)

C サービス

- C-1 実際の職場や仕事内容での職業アセスメント
- C-2 一般就業に向けた就職活動への迅速な取組
- C-3 本人の興味、経験、能力、ニーズに基づく個別的な就職活動支援
- C-4 多様な職業の選択肢の提供
- C-5 常勤の仕事の選択肢の提供
- C-6 退職が適当な場合の退職時の支援と再就職支援
- C-7 就職後も継続する事業主と本人への支援(危機介入、ジョブコーチ、相談、ミーティング、交通、服薬、友人・家族等)
- C-8 施設内でなく地域の中で全ての就労支援を行う
- C-9 全ての患者への就労への働きかけ、関係作り、励まし

出典：城田晴夫（訳）援助付き雇用フィデリティ尺度：評価表、「松為信雄、西尾雅明（監訳・編）：アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 4-I 第4巻 I IPS・援助付き雇用ツールキット：本編」、p.44-54, 日本精神障害者リハビリテーション学会（2009）

この適合性尺度によって具体的に就労支援プログラムの内容が定義されていたものには、次があった。

- IPS プログラム
- ACT（包括型地域生活支援）を強化した IPS プログラム
- 認知訓練を強化した IPS プログラム
- 社会技能訓練を強化した IPS プログラム

イ 適合性尺度や基準による定義のない統合モデル

適合性尺度による評価が実施されていない就労支援であっても、具体的な支援内容の記述に従って、以下の就労支援プログラムについては、医療と統合された援助付き雇用プログラムと見なした。

- 職業リハビリテーションと地域精神保健センターの密接な連携
- 職業リハビリテーションと地域精神保健センターの密接な連携+給付カウンセリング
- ACT を強化した独自の援助付き雇用プログラム

(2) 医療と統合されていない援助付き雇用モデル(②)

医療と統合されていない援助付き雇用モデルでの支援は、精神障害以外の知的障害や発達障害を対象とした一般的なジョブコーチ支援や、医療機関との密接なつながりがない形で地域の職業リハビリテーションサービスに照会/移行させるという場合が多かった。実証研究においては、IPS プログラムとの比較対照群として位置付けられていたものが多かった。また、IPS を意図しながら、十分に就労支援と医療サービスの

統合が達成されなかったために、結果的に医療と統合されていない援助付き雇用となっている場合もあった。

- 精神保健サービスは地域保健センター等が実施、就労支援サービスは職業リハビリテーション機関（援助付き雇用モデルが中心）がそれぞれ役割分担して実施（ミーティングは週2～4回以下）
- IPS を目指し援助付き雇用全般の適合性は高かったが、「精神保健のケースマネジメントと就労支援のチーム」についての組織の適合性が低かったプログラム

（3）医療と統合された職業準備性モデル③

医療と統合されていても、本人の症状の改善や生活自立に焦点を当て、その結果就労成果を期待するという意味で「職業準備性モデル」に該当する支援としては、医療的デイケアや、IPS と統合されていない ACT、FPE、薬物治療等があった。これらは、医療と統合された援助付き雇用の新しい就労支援プログラムを評価するための比較対照群として位置付けられている場合が多かった。

- 地域精神保健福祉センターでのケースマネジメントサービス
- 地域精神保健福祉センターでのデイケアプログラム
- 精神科リハビリテーション機関での ACT プログラム
- 作業療法科における職業準備訓練中心の train-place アプローチ、本人の自発的職探しを推奨
- 医療機関内での心理社会的リハビリテーションやデイケアプログラム（面接スキル、IT スキル、自信／動機の構築の支援等）
- 家族心理教育

（4）医療と統合されていない職業準備性モデル④

従来型の職業リハビリテーションや就労支援の中でも、ジョブコーチ支援等の援助付き雇用モデルを導入していない就労支援プログラムは限られていたが、比較対照群としての例があった。

- 地域の一般的な精神障害者向けのサービスの利用
- クラブハウスモデル（施設内で、支援スタッフと本人が地域と同等の仕事に取り組む）

（5）4 類型に分類ができない就労支援

文献に報告されている就労支援について、研究デザイン上、上記の4 類型に分類できない場合があった。

ア 医療との統合は高い、援助付き雇用又は職業準備性モデルの就労支援（①又は③）

Cook ら（2005）は、就業支援実証事業に参加した7地域の就労支援プログラムの介入群と比較対照群について、その具体的な医療サービスと就労サービスの統合の程度を独自の評価尺度により評価し、50%以上の適合性のある就労支援と、そうでない就労支援とで区別し比較していた。

就業支援実証事業評価尺度

(Employment Intervention Demonstration Program Measure)

1. 精神保健サービスと就労サービスは、両スタッフが週に最低3回以上、直接顔を合わせて一緒に取り組む、多領域チームによって提供された
2. 精神保健サービスと就労サービスの両スタッフは、同一建物内で勤務していた
3. 両サービスは、同一の機関によって提供された
4. 個人のすべての情報（職業評価、治療計画等）を1冊のファイルに集約して使用していた

したがって、この研究の介入プログラムは医療と就労支援の統合については確認できるが、その就労支援の内容について、それが援助付き雇用モデルによるものか、職業準備性モデルによるものかの確認ができなかった。IPS を実施している地域もあったが、その支援内容について具体的に確認できず、また、他の地域の介入プログラムについても同様であった。具体的には、次のような就労支援が実施されていた。

- IPS プログラム
- ACT 職業モデルプログラム
- 独自の援助付き雇用プログラム
- 家族支援による ACT プログラム
- 統合された治療チームによる就労支援プログラム

イ 医療との統合が低い、援助付き雇用又は職業準備性モデルの就労支援（②又は④）

一方、Bond ら（2008）の研究では、介入群については医療と統合された援助付き雇用モデルであることが確認できるが、比較対照群については、医療との統合が低いことに焦点があてられ、それが援助付き雇用モデルによるものか、職業準備性モデルによるものかの確認ができなかった。

- 大学病院での、一般就業を目的としない授産施設、当事者運営の店舗、園芸プログラム等、地域の就労支援機関への照会
- 生活支援、職業評価・職業準備訓練、授産施設。職業準備性が高まった人への職業サービスへの紹介
- 職業準備性の評価、支援機関が運営する事業や契約している雇用主等への幅広い職業選択のある就職支援
- 個別ケースマネジメント、外部就労支援機関への照会

2 就労支援の機能別4類型の就労成果の比較

様々な精神障害者の就労支援について、上述の①～④の機能別に4類型に分類することによって、就労成果への効果を構造的に評価した。様々な実証研究における、プログラムによる成果の比較の構造は次の5種類に整理することができた。

- 援助付き雇用モデルの就労支援における医療との統合の有無の比較 (①vs.②)
- 医療と統合した就労支援における就労支援モデル (援助付き雇用モデル、職業準備性モデル) の比較 (①vs.③)
- 医療と統合された援助付き雇用モデルにおける、医療との統合の具体的内容の比較 (①の強化モデル vs.①)
- 医療と統合された援助付き雇用モデル以外の就労支援モデル (②、③、④) 間の比較
- 医療と統合された援助付き雇用モデル (①) の就業成果を示すその他の研究

以下に示す通り、援助付き雇用モデルに医療・生活支援を統合した就労支援プログラムは、医療と統合されていない援助付き雇用プログラムや、医療と統合されてはいても援助付き雇用モデルではない就労支援プログラムに比べて、多くの実証研究により一貫して一般就業率に最も高い成果が示されていた。一方、医療と統合された援助付き雇用モデルではない、様々な就労支援あるいは医療・生活支援プログラムは、一般就業率への効果は総じて低かった。

(1) 援助付き雇用モデルの就労支援における医療との統合の有無の比較 (①vs.②)

「援助付き雇用」モデルとして共通点のある①と②を比較した研究は2つあった (表 2-4-1)。「医療と統合された援助付き雇用モデル」は、医療・生活支援との統合において、家族心理教育 (FPE)、あるいは、包括型地域支援 (ACT) との統合を特徴としていた。いずれの場合も、医療と統合された援助付き雇用モデルでの就労支援は、医療との統合のない援助付き雇用モデルでの就労支援よりも、一般就業率が高く、就業継続の高さも示されていた。

表 2-4-1 「援助付き雇用モデル」での医療との統合の有無による成果比較

著者、研究年	研究方法	就業成果	検証対象プログラム		比較対照プログラム		統計的検定		比較結果
McFarlaneら、2000	RCT		①+FPE		②				①強化の一般就業率と平均所得が高い
		一般就業率 1	45.9%		18.8%		$P<.01$		
		全期間における平均一般就業率	27.8%		9.8%		$P<.01$		
		一般就業率 2	12ヶ月時	18ヶ月時	12ヶ月時	18ヶ月時	12ヶ月時	18ヶ月時	
			37.1%	26.5%	7.7%	8%	$P<.01$	$P<.05$	
		平均総所得	一般就業	全就業	一般就業	全就業	一般就業	全就業	
1,448ドル	755ドル		320ドル	214ドル	$P<.038$	$P<.019$			
平均時給	6.34ドル		3.64ドル		N.S.				

Goldら, 2006	RCT	①+ACT		②				①強化の一般就業率が高く、最初の仕事に就くまでの期間が短い	
		就業率	一般就業1	全就業	一般就業1	全就業	一般就業		全就業
				63.6%	66.2%	26.0%	72.7%		$P<.001$
		最初の仕事までの期間 (Mdn)	19 週	19 週	46 週	4.4 週	ともに $P=.005$		
一般就業率2	6,12,18,24ヶ月		6,12,18ヶ月	24ヶ月					
	33~38%		10%未満	20%近く					

(プログラム欄は、①医療と統合された援助付き雇用モデル、②医療と統合されていない援助付き雇用モデル、③医療と統合された職業準備性モデル、④医療と統合されていない職業準備性モデルを示す。)

一般就業率1=研究期間中に一度でも一般就業に就いた割合、一般就業率2=当該時期に一般就業していた人の割合

McFarlaneら(2000)の研究では、研究期間18ヶ月の一般就業率が継続的に評価されており、医療と統合された援助付き雇用モデルの方が一貫して高い就業率を示していた。公式な研究期間の終了後の30ヶ月時では、①の一般就業率は29.4%で維持されていたのに対して、②では一般就業者が0になっていたことも報告されていた(図2-4-1)。

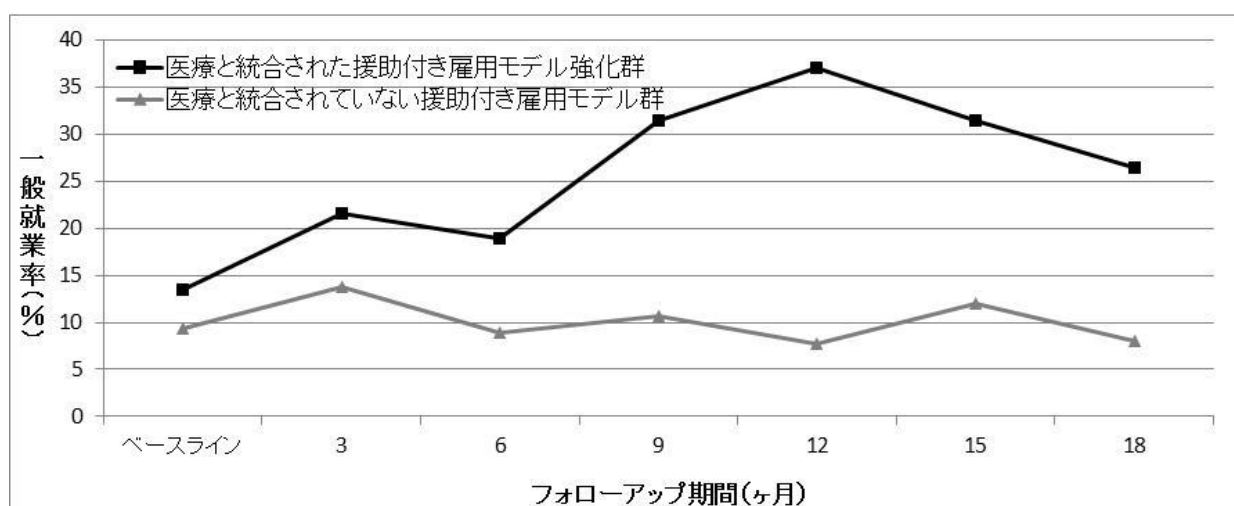


図2-4-1 各フォローアップ期間における医療と統合された援助付き雇用モデル強化群と医療と統合されていない援助付き雇用モデル群の一般就業率 (McFarlane et al., 2000より作図)

また、Goldら(2006)の研究においても、研究期間終了時に一般就業に就いていた人数は、①で12名(18.2%)、②で1名(1%)であったことが報告されていた。

(2) 医療と統合した就労支援における就労支援モデル(援助付き雇用モデル、職業準備性モデル)の比較(①vs.③)

医療と統合された就労支援モデルにおいて、援助付き雇用モデルを採用している場合①と、採用していない場合③を比較した研究は4つあった。いずれの研究でも、援助付き雇用モデルでの就労支援は、職業準備性モデルのものよりも、一般就業率が高くなっていた。

表 2-4-2 「医療との統合」モデルでの援助付き雇用モデルの採用の有無の成果比較

著者、研究年	研究方法	就労成果	検証対象プログラム		比較対照プログラム	統計的検定	比較結果
Bailey ら, 1998	非ランダム化比較試験		①		③		①の一般就業率が高い
		一般就業率 時期間わらず ベースライン時 12ヶ月後	74.2% 12.9% 64.5%	成長率 $P<.001$	25.8% 16.1~ 19.4%	$P<.001$ 成長率 N.S.	
		労働時間数	有意に増加 (データなし)	成長率 $P=.001$	データなし		
		総所得	有意に増加 (データなし)	成長率 $P=.001$	データなし		
		就業以外の成果	自尊心、疾患状態、就業以外の活動数、生活の満足度に変化なし		データなし		
		その他	緊急用住宅(crisis housing)の利用、入院日数、外来患者用精神保健サービスの利用、サービス費用について変化なし		データなし		
Becker ら, 2001	準実験研究		①		③		①の一般就業率が高く、総労働時間、週の平均労働時間が長い。平均総所得、就業以外の成果は2群に差がない。
		一般就業率 各月	15~35%の間		約5%		
		研究期間全体 就業歴あり なし	プログラム A: 44.2% 80% 33%	プログラム B: 56.7% 55% 56%	19.5% 38% 8%	$p<.01$	
		平均総労働時間 就業歴あり なし	965.4 時間 101.6 時間	194.9 時間 97.2 時間	152.9 時間 11.8 時間	$p<.01$	
		平均総所得 就業歴あり なし	3674.5ドル 519.7ドル	1552.5ドル 518.3ドル	1228.1ドル 61.0ドル	N.S.	
		平均労働週間 就業歴あり なし	44.5 週 9.0 週	24.2 週 14.7 週	8.1 週 0.6 週	$p<.01$	
		症状の変化、自尊心、入院率、満足度	有意差なし				
Furlong ら, 2002	比較臨床試験		①+ACT		③		①強化の就業率、一般就業率、総収入、平均時給が高く、昇格数、総就業日数も多い。週の平均労働時間、通院日数、入院回数については2群に差はない。
		就業率 研究開始時 研究終了時 時期間わらず	4% 12% 23.8%		3% 4% 12.6%	N.S. $P=.01$ $P<.01$	
		一般就業率	10.1%		4.9%		
		昇格数	17 回		0 回	$P<.01$	
		就業者全体の 総所得	138,247ドル		46,814ドル	$P<.01$	
		平均時給	5.05ドル		4.56ドル	$P<.05$	
		各群の 総就業日数	7039 日		3760 日	$P=.01$	

		週の平均労働時間	20.6 時間	22.3 時間	N.S.	①の一般就業率が高く、一般就業獲得数、平均日給、総所得が多く、平均就業継続期間も長い。疾患状態およびQOLに対する自己認識について2群間に差はない。
		平均通院日数	10.27 日	12.90 日	N.S.	
		平均入院回数	0.55 回	0.64 回	N.S.	
Wong ら, 2008	RCT		①	③		
		一般就業率				
		時期間わず	70%	29%	$P<.001$	
		6ヶ月時	63%	24%	$P<.001$	
		12ヶ月時	54%	27%	$P=.007$	
		18ヶ月時	43%	22%	$P=.031$	
		最初の仕事までの平均日数	72 日	118 日	N.S.	
		一般就業獲得数	1.33	0.58	$P<.001$	
		平均総就業日数	136 日	74 日	$P=.002$	
		平均日給	12.8ドル	9.4ドル	N.S.	
		平均総所得	2,300ドル	1,100ドル	$P=.001$	
平均就業継続期間	133 日	75 日	$P=.002$			
疾患状態	2群ともにベースライン時からの変化なし、2群間に有意差なし					
生活の質に対する自己認識	2群ともにベースライン時からの変化なし、2群間に有意差なし					

(プログラム欄は、①医療と統合された援助付き雇用モデル、②医療と統合されていない援助付き雇用モデル、③医療と統合された職業準備性モデル、④医療と統合されていない職業準備性モデルを示す。)

Bailey ら (1998) の研究では、一般就業率の4半期ごとの比較が示されており、医療と統合された援助付き雇用モデルの就労支援では一般就業率が向上したのに対して、医療と統合された職業準備性モデルでは一般就業率が20%を超えることはなかった (図2-4-2)。

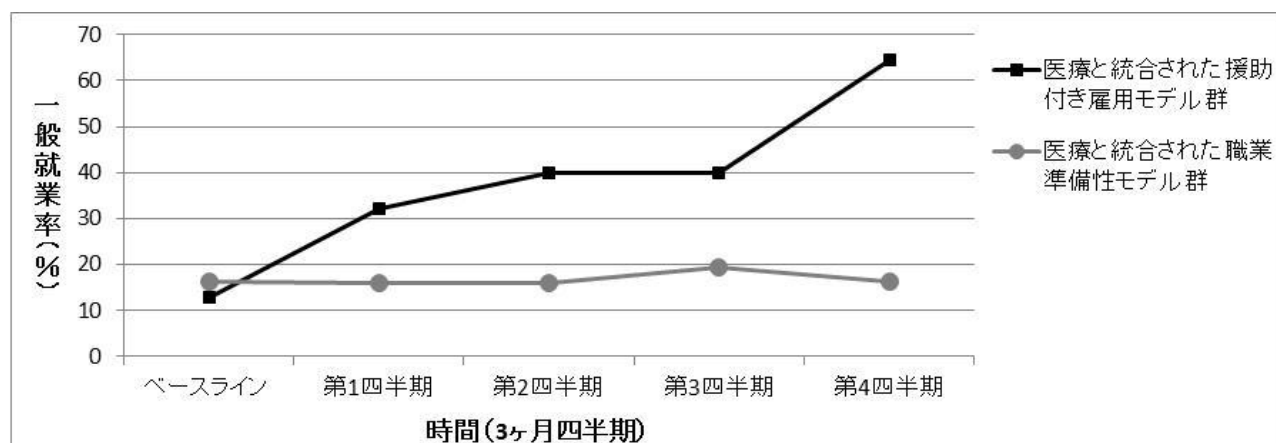


図2-4-2 医療と統合された援助付き雇用モデル群と医療と統合された職業準備性モデル群における四半期ごとの対象者の一般就業率 (Bailey et al., 1998 より作図)

一方、Wong ら (2008) の、18ヶ月のフォローアップ期間での一般就業率を追跡では、医療と統合された援助付き雇用モデルでは6か月時点で非常に高い一般就業率を示したが、その後の1年間では低下したこと、また、30%の対象者は研究期間中に一度も就業できなかったことが報告されていた。それでも、職業準備性

モデルでの就労支援よりは一貫して高い一般就業率を示した（図 2-4-3）。

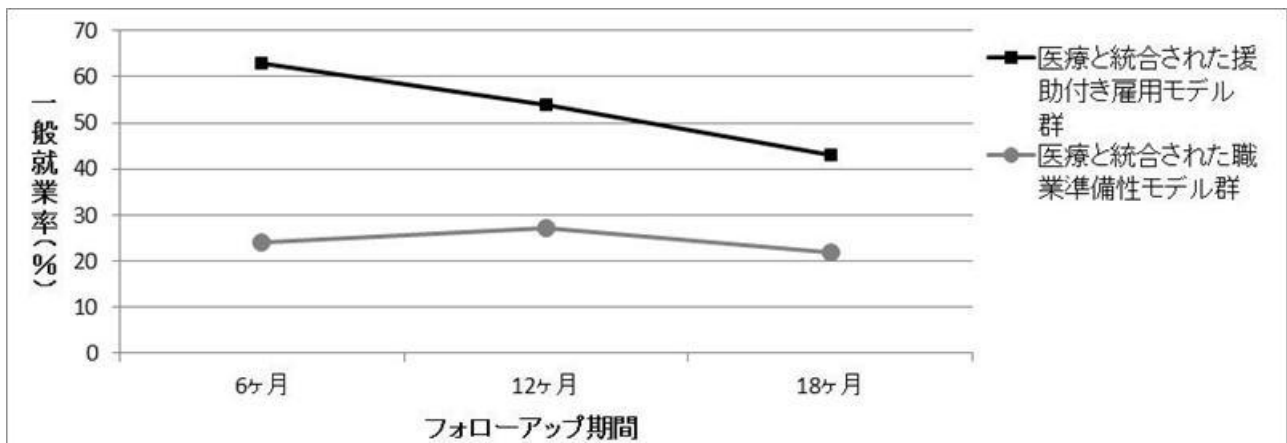


図 2-4-3 医療と統合された援助付き雇用モデル群と医療と統合された職業準備性モデル群における一般就業率（Wong et al., 2008より作図）

（3）医療と統合された援助付き雇用モデルにおける、医療との統合の具体的内容の比較（①の強化モデル vs .①）

「医療と統合された援助付き雇用モデル」の中で、さらに、医療との統合の具体的内容を調べた研究が3つあった（表 2-4-3）。その結果、「医療と統合された援助付き雇用モデル」でも特に、社会技能訓練や認知訓練が強化された支援では、単純に IPS 適合性尺度を満たす就労支援モデルよりも、一般就業率が高くなっていた。一方、給付カウンセリングの追加による一般就業率の変化のデータは示されていないが、年間所得の向上に効果が認められていた。

表 2-4-3 「医療と統合した援助付き雇用」モデルにおける医療との統合の内容による成果比較

著者、研究年	研究方法	就業成果	検証対象プログラム	比較対照プログラム	統計的検定	比較結果
Tremblayら, 2006	準実験研究		①+ 給付カウンセリング	①		①強化の年間所得が高い
		カウンセリング前後 2年間の四半期ごとの平均所得	カウンセリング前 464~612 ドル	カウンセリング後 765~928 ドル	P<.001	
McGurkら, 2007	RCT		①+認知訓練	①		①強化の一般就業率と総所得が高く、総獲得仕事数も多く、総労働週間と総労働時間が長い
		一般就業率	69.6%	14.3%	P<.001	
		平均総獲得 仕事数	1.35 個	0.14 個	P<.001	
		平均総就業週間	27.01 週	5.38 週	P<.001	
		平均総所得	5320.19ドル	530.18ドル	P<.001	
平均総就業時間	848.58 時間	94.64 時間	P<.001			
Tsangら, 2008	RCT		①+社会技能訓練	①		①強化の一般就業率が高く、平均就業
		累積一般就業率	82.8%	61.5%		

	平均就業継続 期間(21ヶ月時)	約 30 週	約 17 週	$P<.011$	継続期間も長く、対人問題による離職率が低い
	各群の総所得	全期間において有意差なし			
	平均退職回数(回)	約	約		
	7ヶ月時	0.3	0.8	$P=.031$	
	11ヶ月時	0.25	1.3	$P=.004$	
	15ヶ月時	0.2	1.35	$P=.001$	
	対人問題による 離職率	8.7%	24.2%	$P=.001$	
	仕事への満足度	全期間において有意差なし			
	就業以外の成果	就業ストレスへの対処、個人の幸福感、自尊心に関して、全期間において有意差なし			

(プログラム欄は、①医療と統合された援助付き雇用モデル、②医療と統合されていない援助付き雇用モデル、③医療と統合された職業準備性モデル、④医療と統合されていない職業準備性モデルを示す。)

McGurk ら (2007) の 2～3 年のフォローアップ期間における一般就業率は①で認知訓練を強化した支援の方が有意に高く、平均総獲得仕事数、平均総就業週間、平均総所得、平均総就業時間についても①強化の方が有意に多かった (図 2-4-4)。

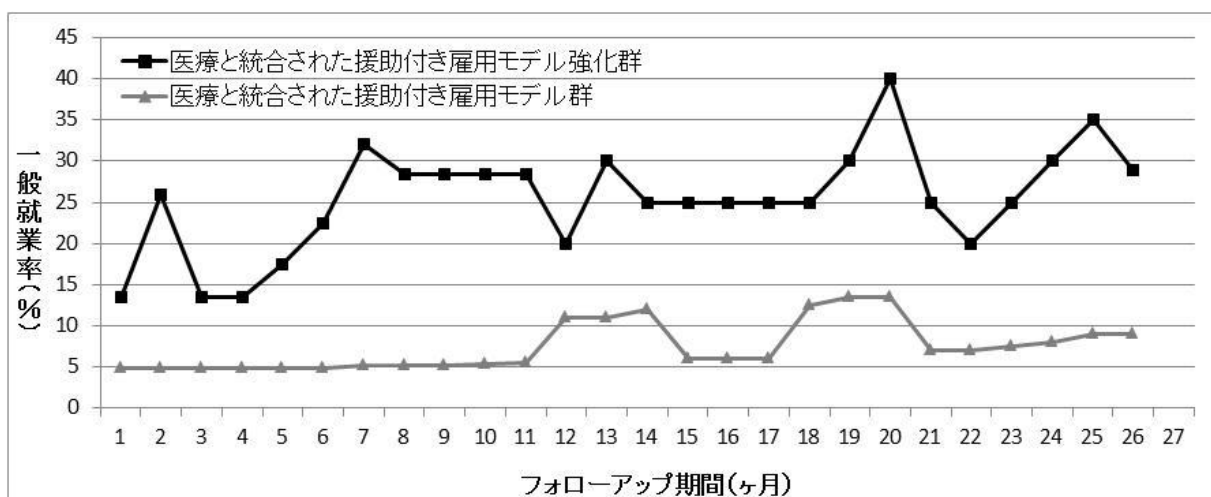
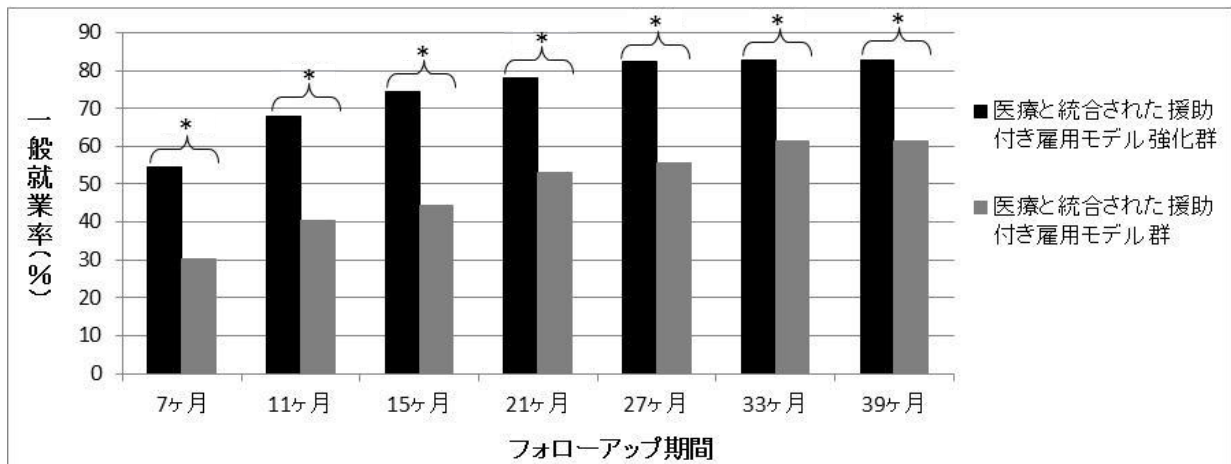


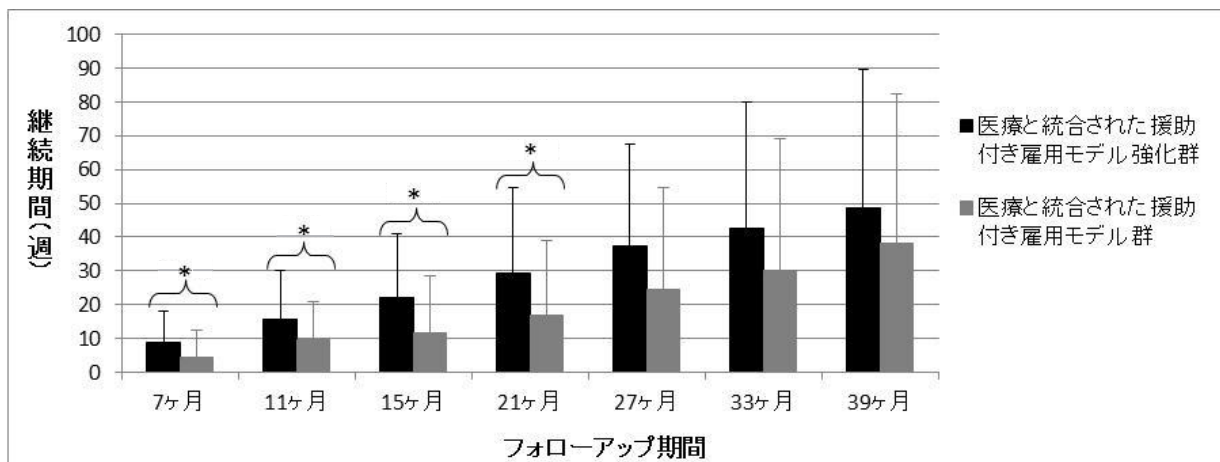
図 2-4-4 各フォローアップ期間における医療と統合された援助付き雇用モデルでの認知訓練強化群と医療と統合された援助付き雇用モデル群の一般就業率 (McGurk et al., 2007 より作図)

Tsang ら (2008) の研究では、一般就業率は 39 ヶ月間に一度でも就業した人数を累積した数字で、フォローアップ 7、11、15、21、27、33、39 ヶ月時点で就業成果を比較し、社会技能訓練を強化した場合の方が、早期に高い一般就業率を達成できたことを示していた (図 2-4-5)。また、就業継続期間 (研究期間中に対象者が同じ仕事においてもっとも長く就業した期間 (週)) が、社会技能訓練を強化した方が 21 ヶ月時まで有意に長く、それ以降も①強化の方が長い傾向が示されていた (図 2-4-6)。さらに、望まない退職の回数についても、7、11、15 ヶ月時で①強化の方が有意に少なかった。それ以降については有意差はないが、一貫して①の方が少ない傾向にあった (図 2-4-7)。



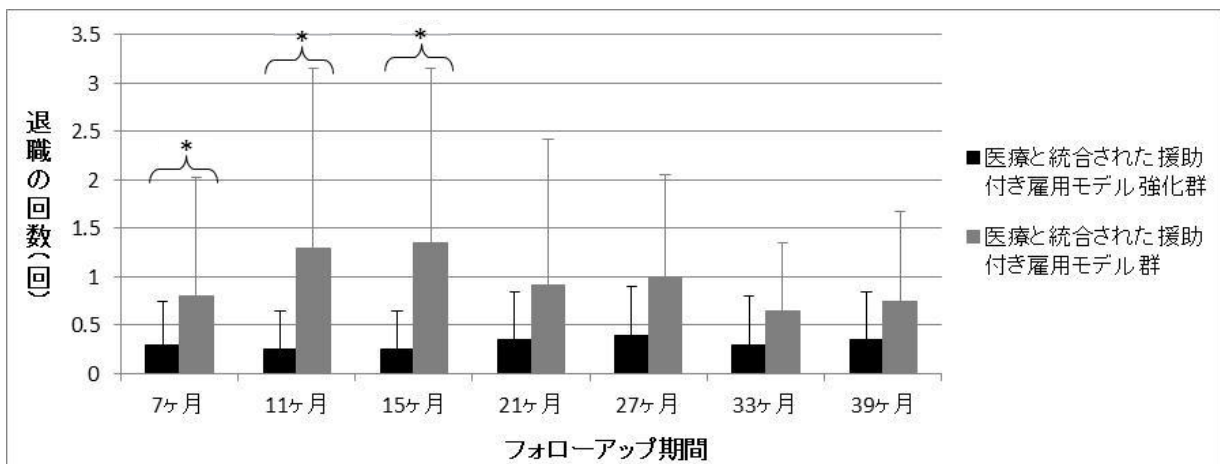
* 有意差あり

図 2-4-5 各フォローアップ期間における医療と統合された援助付き雇用モデル強化群と医療と統合された援助付き雇用モデル群の一般就業率 (Tsang et al., 2009 より作成)



* 有意差あり

図 2-4-6 各フォローアップ期間における医療と統合された援助付き雇用モデル強化群と医療と統合された援助付き雇用モデル群の就業継続 (Tsang et al., 2009 より作成)



* 有意差あり

図 2-4-7 各フォローアップ期間における医療と統合された援助付き雇用モデル強化群と医療と統合された援助付き雇用モデル群の退職回数 (Tsang et al., 2009 より作成)

(4) 「医療と統合した援助付き雇用」以外の就労支援モデルの比較

医療と統合されていない援助付き雇用モデル②と、医療と統合されているが援助付き雇用モデルを採用していない就労支援③では、就労成果に差が認められなかった。また、③において、家族支援を強化した場合には再発率の低下は認められたが就業率には差が認められなかった (表 2-4-4)。

表 2-4-4 「医療と統合した援助付き雇用」以外の就労支援プログラムの成果比較

著者、研究年	研究方法	就業成果	検証対象プログラム	比較対照プログラム	統計的検定	比較結果
Ranら, 2003	クラスターランダム化比較試験		③+FPE	③		③強化による就業成果はないが、再発率は低下
		再発率	16.3%	37.8%	$P<.05$	
		就業能力 フルタイム パートタイム 能力なし	57.9% 32.6% 9.5%	63.1% 29.1% 7.8%	N.S.	
		症状改善	有意差なし			
Howardら, 2010	RCT		②	③		一般就業率、就業者における週の労働時間、就労継続期間、所得に差なし
		一般就業率 3	13%	7%	N.S.	
		週の労働時間 (Mdn)	32.5 時間	8 時間	N.S.	
		就業継続期間 (Mdn)	13 週間	18 週間	N.S.	
		所得 (Mdn)	7.73 ポンド	6.00 ポンド	N.S.	
		自尊心、QOL、職業満足度、症状、機能の全体的評定尺度	有意差なし			

(プログラム欄は、①医療と統合された援助付き雇用モデル、②医療と統合されていない援助付き雇用モデル、③医療と統合された職業準備性モデル、④医療と統合されていない職業準備性モデルを示す。)

一般就業率 3 = 研究期間中に 30 日以上継続して一般就業に就いた割合

(5) 「医療と統合した援助付き雇用」の就業成果を示すその他の研究結果

その他の研究 (表 2-4-5) において、医療と統合された就労支援 (援助付き雇用モデルかどうかを問わない) は医療と統合されていない職業準備性モデルに比べて一般就業率が高い (Cook ら, 2005)、医療と統合された援助付き雇用モデルは医療と統合されていない就労支援 (援助付き雇用モデルかどうかを問わない) に比べて一般就業率が高い (Bond ら, 2008)、一般統計と比べて、医療と統合された援助付き雇用モデルは一般就業率が高い (Sherring ら, 2010)、という結果が示されていた。これらの結果は、「医療との統合」と「援助付き雇用」の2軸の効果を分離して比較するものではないが、「医療と統合された援助付き雇用モデル」の効果を示す他の研究と矛盾しない結果である。

表 2-4-5 「医療と統合した援助付き雇用」プログラムのその他の成果比較

著者、研究年	研究方法	就業成果	検証対象プログラム	比較対照プログラム	統計的検定	比較結果
Cookら, 2005	RCT		①と③の混合	④		医療との統合が強い方が、一般就業率が高く、月の就業時間も長い。
		一般就業率 1	58%	21%	$P<.001$	
		月 40 時間以上 就業	53%	31%	$P<.001$	
Bondら, 2008	RCT		①	②と④の混合		①の一般就業率が11地域で一貫して高い
		平均一般 就業率 1	61% (Mdn:64%)	23% (Mdn:27%)		
		週 20 時間以上 就業率(平均)	43.6%	14.2%		
		最初の仕事に 就くまでの期間	138 日	206 日		
		就業者における 年間の週の 就業時間(平均)	顕著な差はなし			
		就業継続期間	顕著な差はなし			
Sherringら, 2010	一般統計との比較		①	なし		一般就業率が高く、平均就業継続期間が長い
		一般就業率 1	76.7%			
		研究期間終了時の 就業継続率	46.5%			
		平均 就業継続期間	34.1 週間			
		週の 平均就業時間	24.7 時間			
		平均時給	17.5ドル (オーストラリア)			
		就職活動期間	26.8 週間			

(プログラム欄は、①医療と統合された援助付き雇用モデル、②医療と統合されていない援助付き雇用モデル、③医療と統合された職業準備性モデル、④医療と統合されていない職業準備性モデルを示す。) 一般就業率1=研究期間中に一度でも一般就業に就いた割合

Cookら(2005)の研究では、2年間のフォローアップ時における各月の一般就業率、そのうち月40時間以上の仕事の割合を比較している。その結果、医療と統合されている就労支援(援助付き雇用モデルまたは職業準備性モデル)は、医療と統合されていない職業準備性モデルによる就労支援より、一般就業に就く人も、月40時間以上の仕事に就く人の割合も一貫して高かった。

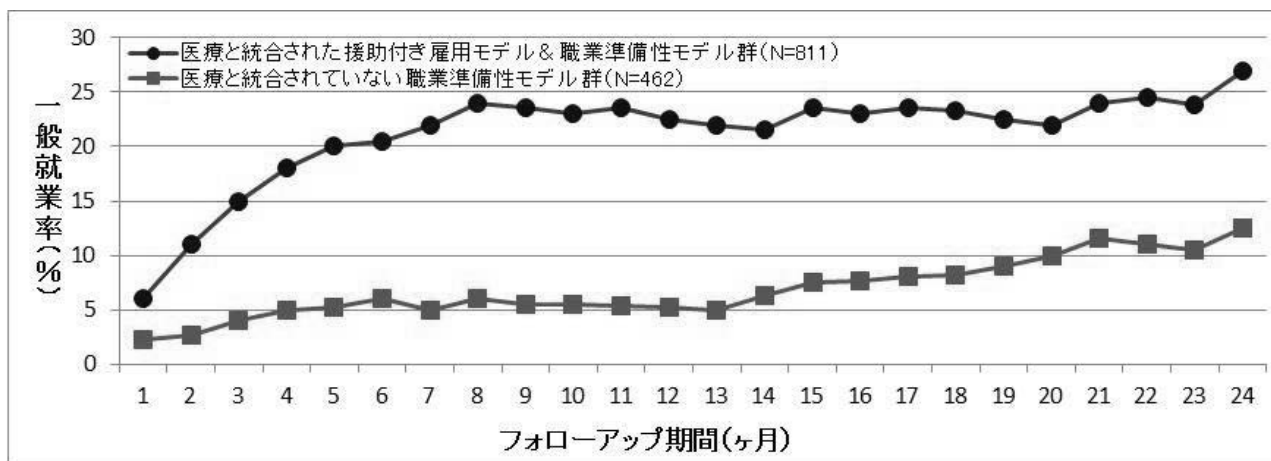


図 医療と就労サービスの統合による重度精神障害のある外来患者の各月の一般就業率
(Cook et al., 2005 より作図)

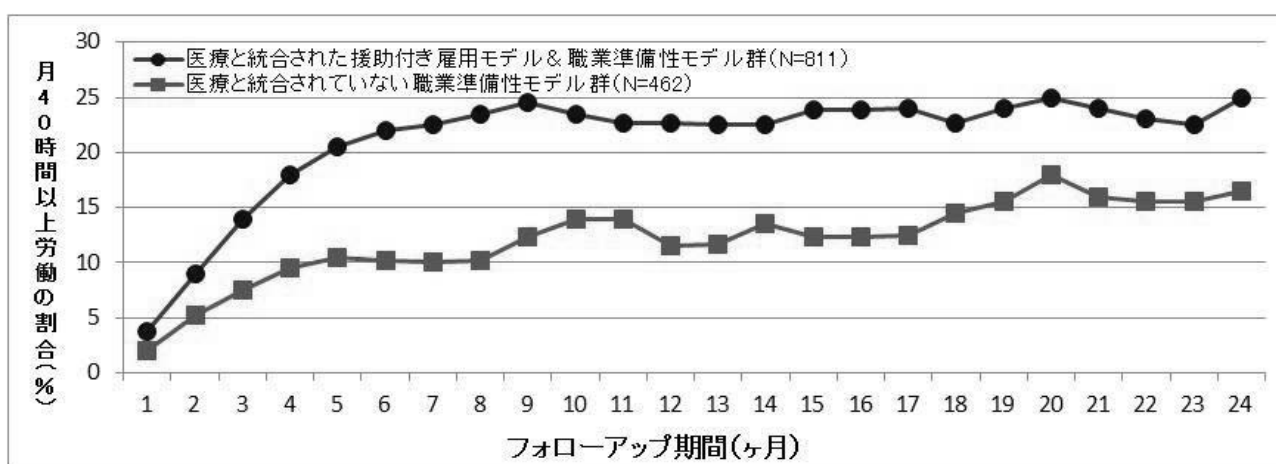


図 2-4-8 医療と就労サービスの統合による重度精神障害のある外来患者の月 40 時間以上労働の割合
(Cook et al., 2005 より作図)

3 精神障害者の就労支援の4類型別の一般就業率の成果比較

以上の結果のうち、多くの研究で就労支援成果指標となっていた、一般就業率（研究機関中に一般就業に就けた人の割合）について、一覧して図 2-4-9 に示す。

多くの実証研究において一貫して、一般就業率に最も高い成果が認められていたのは、「①医療と統合された援助付き雇用モデル」による就労支援プログラムであり、一般就業率は 50～70%であり、「②医療と統合されない援助付き雇用モデル」や「③医療と統合された職業準備性モデル」を含むその他の就労支援モデルによる一般就業率の成果が 10～30%であることと比較すると顕著な差であった。さらに、それに医療・生活支援の EBP である ACT 等が加わることにより成果が高くなっていた。

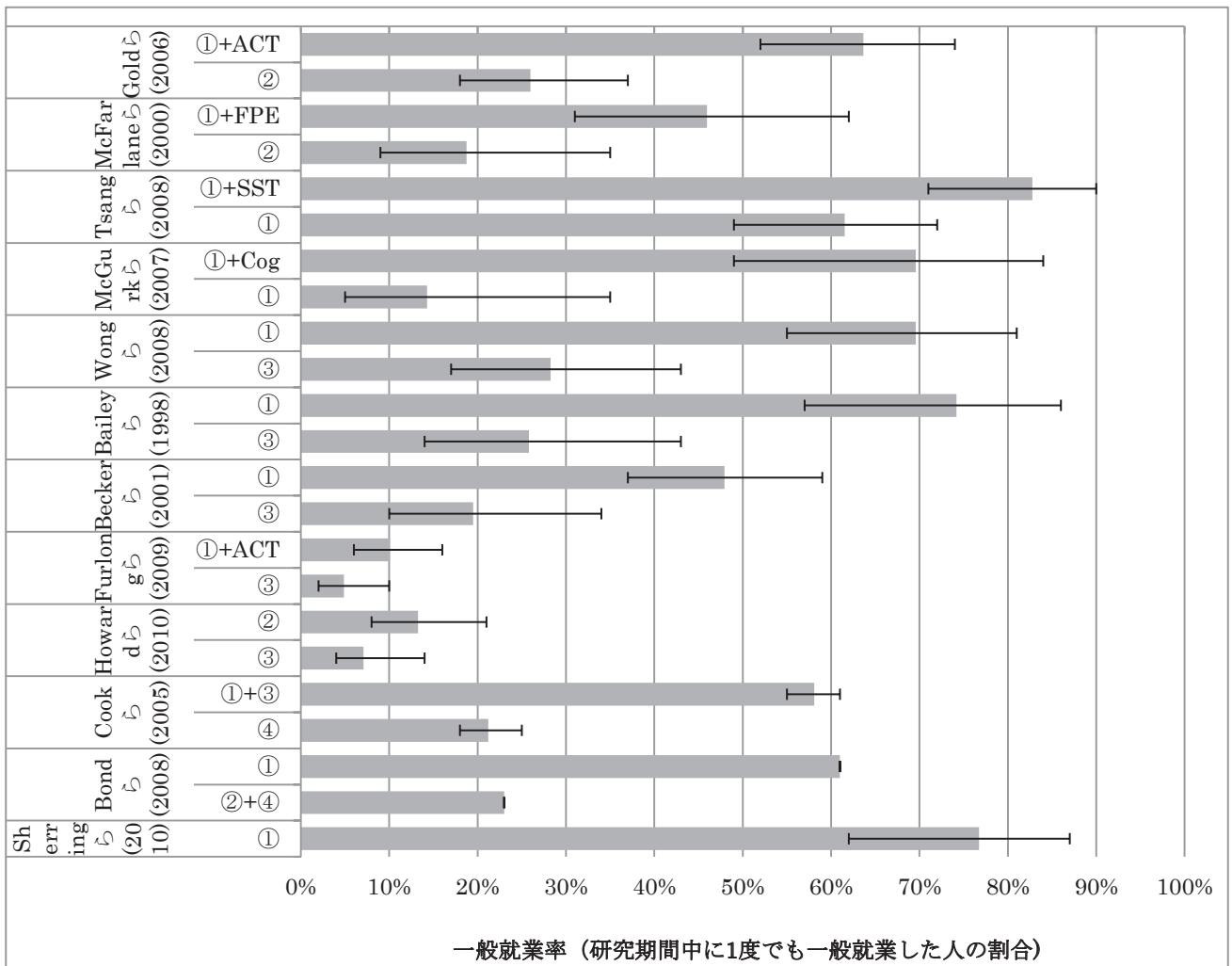


図 2-4-9 精神障害者のための様々な就労支援プログラムにおける一般就業者率の成果比較

- ① 医療と統合された援助付き雇用モデル
- ② 医療と統合されていない援助付き雇用モデル
- ③ 医療と統合された職業準備性モデル
- ④ 医療と統合されていない職業準備性モデル

- +ACT : 包括型地域生活支援と統合
- +FPE : 家族心理教育と統合
- +SST : 社会技能訓練と統合
- +Cog : 認知訓練と統合

(エラーバーはベイズ推計による 95%確信区間)

第5節 考察

米国を中心として「科学的根拠に基づく実践 (EBP)」とされる、精神障害者の就労支援の内容について、その根拠となる実証的研究を詳細に検討することにより、その具体的内容が、わが国の状況とも共通点のある、精神障害者の医療・生活支援と就労支援の密接な連携のあり方に関する貴重な情報とすることができた。重度精神障害者に対して、医療機関側だけの取組だけでなく、また、医療との連携が不十分な就労支援の取組でもなく、両者が密接な関係をもつチームとして医療・生活・就労支援を統合的に実施する取組が、一般就業者や職場定着の成果のためのポイントとなることが一貫して示されており、これらの研究成果をわが国においても有効活用していくことが重要であろう。

1 EBPの対象者＝重度精神障害者（SMI）

多くの文献では、支援対象としての精神障害者は、重度精神障害者（SMI：Severe Mental Illness）となっていた。本研究で紹介した様々な研究において、従来型の就労支援による一般就業率（研究期間中に一度でも一般就業できた人の割合）は30%未満で、10%未満となっている研究もあり、就業上の困難性も高い人たちであると言える。

SMIは特定の診断名ではなく、精神疾患の診断基準となる様々な精神的な機能障害とそれによる生活面の障害の程度によって定義されている。米国における代表的なSMIの定義は次の3つの条件を満たすことである（大統領精神保健新自由委員会 NFCMH, 2003）。

- (1)精神的、行動的、あるいは、感情的な失調がある。
- (2)現行のDMS（精神障害の診断と統計の手引き）で特定されている診断基準を満たす状態が十分な期間継続している。
- (3)それにより機能障害があり、1つ以上の主要な生活活動を妨げたり制限したりしている。

2 重度精神障害者の一般就業の成果をうむ就労支援のあり方

精神障害者の就労支援の効果的あり方についての海外の実証研究では、支援内容の点でも、就労成果の点でも、様々な観点からの比較対照が行われてきたことを確認できた。

就労成果の評価は必ずしも一定の基準によるものではないが、多くの研究では比較対照群と同一基準で比較し、異なる就労支援モデルの成果を比較していた。その結果、一貫した結果として、重度精神障害者の一般就業や職場定着に対して最も効果のある就労支援モデルが「医療と統合された援助付き雇用」モデルであった。その具体的内容は、就職前から就職後までの個別的で継続的な支援を重視する「援助付き雇用モデル」による支援が効果的であることだけでなく、ジョブコーチ支援等の一般的な就労支援だけでなく、医療・生活支援と就労支援とが統合された取組を不可欠とするものであった。

就業成果について、多くの研究では、一般就業率として「研究期間中に1度でも一般就業した人の割合」が示されており、これについては他の就労支援モデルでは10～30%であるのに対して、「医療と統合された援助付き雇用」モデルでは50～70%と顕著に高くなっていた。一方で、特定時点での一般就業率はより低く、「医療と統合された援助付き雇用」モデルでも30～60%、その他のモデルでは10～20%であった。このような結果は、重度精神障害者の就業継続の困難性を示していると考えられ、いまだ一般就業率も職場定着率も十分な成果とは言えないかもしれない。しかし、他のモデルでは研究期間終了後の一般就業率がほとんど0になっていたのに対して、「医療と統合された援助付き雇用」モデルでは20～30%の一般就業率が維持されていたという2つの研究もあり、この就労支援モデルが、他の就労支援モデルに比較して顕著に成果の大きなものであることは一貫して示されていた。

3 効果的な就労支援の具体的内容

「医療と統合された援助付き雇用」モデルは、重度精神障害者に対する効果的な就労支援の条件を明確化する中で、比較対照となる他の就労支援モデルとの違いを明確にするために、適合性尺度が開発され実施基準となっていた。したがって、実証研究において比較対照となってきた様々な就労支援モデルとの対比によって、「医療と統合された援助付き雇用」モデルの特徴を明確にすることが適当である。なお、各就労支援モデルに該当する具体的取組は巻末資料2に示す。

(1) 医療と統合された援助付き雇用モデルの具体的内容

本章で検証した「医療と統合された援助付き雇用」モデルの実施にあたっては、多くの支援機関が、SAMHSAのEBPツールキットの「援助付き雇用」適合性尺度（あるいは、同内容のIPS適合性尺度）を実施基準としていた。適合性尺度の項目には「職業準備性モデル」と「援助付き雇用モデル」を区別する項目と、「医療との統合」の具体的内容についての項目として整理でき、この両面に適合性がないと、就業成果が達成されていなかった。

ア 援助付き雇用モデルを特徴づける項目

次のような内容は、職業準備性モデルと区別される、援助付き雇用モデルの特徴を明確にしたものと考えられる。これらは、わが国の知的障害者等のジョブコーチ支援でも重視される項目である。例えば、「就労支援の職業準備性による除外なし(B-3)」や「一般就業への具体的取組の重視(C-2)」も、従来、就労を希望しながらも就労支援を受けられないことが多かった精神障害者も就労支援の対象とすることを意味している。

- 就労支援担当者による、就職前から就職後の包括的な就労支援(A-2,A-3)
- 就労支援者のグループ（情報共有、スーパービジョン等）(B-2)
- 就労支援の職業準備性による除外なし(B-3)
- 実際の職業場面でのアセスメント(C-1)
- 一般就業への具体的取組の重視(C-2)
- 本人の興味・強み・ニーズに基づく就職活動支援(C-3)
- 多様な一般就業の選択肢の提供(C-4,C-5)
- 職場における支援と事業主支援(C-7)、地域での就労支援(C-8)、等

イ 就労支援と医療との統合を特徴づける項目

EBPの実証研究では、特に、医療関係者と就労支援関係者のコミュニケーションやチームによる支援体制の有無や支援局面としての非就労者へのアウトリーチや就職後の継続的支援が「医療との統合」の具体的な指標となっていた。具体的には、次のような内容が、医療と統合された就労支援と、そうでない、就労支援あるいは医療・生活支援それぞれの取組、あるいは、段階的・並行的な連携の取組を区別するための項目と考えられる。

- 精神保健のケースマネジメントと就労支援者のチーム (B-1)
- 就職後も継続する事業主と本人への支援 (C-6)
- 全ての患者への就労への働きかけ、関係づくり、励まし(C-8)

さらに、近年の研究では、「医療と統合された援助付き雇用」モデルでも、単純にこれらの組織面や支援局面の適合性尺度を満たす支援よりも、より具体的な、包括型地域生活支援（ACT）や家族心理教育（FPE）、あるいは、認知訓練、社会生活技能訓練等の医療・生活支援との統合による成果の向上が示されていた。

（2）比較対照となっている様々な就労支援モデル

「医療と統合された援助付き雇用」モデル以外の就労支援モデルとしては、具体的に次のようなものがあった。これらは、わが国においても、様々な類似した取組がみられる。

ア 医療と統合された職業準備性モデル

重度精神障害者が最も接点をもっているのが精神科医療機関であり、歴史的に地域の職業リハビリテーション機関との接点も少ない中で、治療と生活支援を中心として職業準備性を高め、本人が自ら就職活動ができる段階にまで支援をしていくという就労支援モデルである。職業準備性を高めるために動機づけ支援、社会技能訓練、家族支援等を実施している場合や、包括型地域生活支援の対象となっている場合もあった。実際には、就職前から就職後までの継続的就労支援の対象となりにくく、授産施設やデイケア等の福祉的就労の段階が多かったり、就労支援よりも生活支援が主要な支援課題となっている場合が多い。

イ 医療と統合されていない援助付き雇用モデル

米国における重度障害者への職業リハビリテーションは基本的に「援助付き雇用」モデルによることから、就職前から就職後までの個別的で継続的な支援が提供される。また、重度精神障害者にとって医療との関係は不可欠であるため、常に医療的支援は受けることになる。しかし、そのような支援を担当する医療機関側と、就労支援側の間に十分なコミュニケーションがない場合が、この就労支援モデルに該当する。したがって、「医療と統合されていない援助付き雇用」モデルは、実際には、医療機関側の治療や生活支援と、地域の職業リハビリテーションサービスが十分な連携なしに、段階的あるいは並行的に支援するタイプの就労支援である。実証研究においては、週2～4日の共同ミーティングや情報共有では、医療と就労支援の統合は低いと見なされていた。

ウ 医療と統合されていない職業準備性モデル

重度精神障害者にとって医療との関係は不可欠であるため、実証研究において、比較対照としても「医療と統合されていない職業準備性モデル」での就労支援は少ない。しかし、近年の精神科医療や生活支援の進歩を十分に反映していない、一般的な地域の福祉的就労プログラム、地域の福祉サービス等しか、重度精神障害者に対して提供されていない場合について、比較対照の従来型の就労支援モデルとしている研究もあった。

4 わが国における検討課題

精神障害者の就労支援について、わが国においても従来から、労働機関側からは医療や生活支援との連携の重要性が明らかであったし、一方、医療機関側での就労支援への取組も活発になっていた。重度精神障害者に対して、医療と統合された援助付き雇用モデルでの取組が重要であることは、わが国においても、労働機関側と医療機関側の共通認識として明確にされるべきものであろうが、わが国の状況を踏まえた検討課題もある。

(1) 労働機関側への EBP の理解の促進（医療との統合的支援の重要性）

わが国では、EBP としての IPS は医療機関側で先に取り組み、主に医療機関を中心とした取組としての紹介であったため、医療機関における疾患管理や生活支援等の職業準備性モデルによる就労支援に対して「職業準備性モデル vs. 援助付き雇用モデル」という軸での強調が多い。しかし、IPS について「迅速な職探し」等の援助付き雇用の軸が強調されるだけでは、就職できたとしても体調を崩したり人間関係を悪化させて退職させることは、本人へのダメージ、企業への負担、さらに、支援者の信頼性の低下につながる。米国などでは、退職を前向きな選択としてとらえ、すぐに次の仕事を探して就職する傾向があるが、わが国では就業継続がより重視される。労働機関側では、従来型の援助付き雇用モデルでの限界の中で、疾患管理や生活支援等の重要性が意識されるため共通認識が困難になりやすかったと考えられる。

その意味でも、わが国においては、職場定着の効果も高める、医療との統合の軸を含めて総合的に紹介することが必要である。特に、既に援助付き雇用モデルでの就労支援が一般的である労働機関向けには、IPS は「医療的支援との統合の強 vs. 弱」という軸を強調し、医療的支援と統合された援助付き雇用としてその内容を明確にすることが重要である。

(2) 労働と医療の連携のより一層密接な連携の必要性

重度精神障害者への就労支援においては、就労支援と医療・生活支援の統合が成功の重要なポイントであることが一貫して示されているが、その「統合」の要件は具体的には、就労支援者と医療・生活支援者が同一のチームして密接なコミュニケーションによって支援することが求められている。これは、重度精神障害者においては、医療・生活・就労支援の課題が複合的であり統合的な支援が不可欠なことを反映している。わが国においても、労働機関と医療機関の統合的な支援を可能とする体制や、医療・生活支援との具体的な役割分担のあり方についても、今後検討が必要である。

必要とされる統合的な支援体制のためには、米国においては、医療チームが雇用専門家を雇う形が歴史的に多く、わが国における IPS も医療機関に就労支援者を置く形での取組が多い。しかし、米国でもカスタマイズ就業（障害者職業総合センター 調査研究報告書 No.80 参照）の取組では、ワンストップセンター（わが国のハローワークに相当）を中核として医療機関との密接なケースワークにより、効果的な精神障害者への就労支援を実現している例もある。わが国においても、チーム支援等のケースワーク方式で個別的継続的に多職種が連携する等、様々な連携の形態が検討される必要があろう。

また、EBP として、就労支援との統合の効果が確認されている医療・生活支援は、疾患管理については、服薬・ストレス対処を含む本人の自己管理や目標設定を重視した個別的・継続的な支援となっている。また、生活支援は、当事者が地域で生活することを前提とした他職種チームによる包括的支援であり、給付に関する相談も福祉支援だけで実施されるのではなく就労支援と一体的に実施することで高い就業成果に結びついている。家族支援では家族も重要な治療パートナーとして取り組むための教育やグループセッションを重視している。これらは「医療との連携」における医療側の取組の重要性を示している。

第6節 文献

デイケアとの比較

- Becker, DR, Bond, GR, McCarthy, D, Thompson, D, Xie, H, McHugo, GJ, and Drake, RE (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*, 52(3), 351-357.
- Baily, EL, Ricketts, SK, Becker, DR, Xie, H, and Drake, RE (2004). Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehab J*, 22(1), 24-29.

従来型支援との比較

- Bond, GR, Drake, RE, and Becker, DR (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehab J*, 31(4), 280-290.
- Wong, KK, Chiu, R, Tang, B, Mak, D, Liu, J, and Chiu, SN (2008). A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 59(1), 84-90.
- Howard, LM, Heslin, M, Leese, M, McCrone, P, Rice, C, Jarrett, M, Spokes, T, Huxley, P, and Thornicroft, G (2010). Supported employment: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 404-411.

医療サービスと就労サービスの統合

- Cook, JA, Lehman, AF, Drake, RE, McFarlane, WR, Gold, PB, Leff, HJ, Blyler, C, Toprac, M G, Razzano, LA, Burke-Miller, JK, Laura Blankertz, L, Shafer, M, Pickett-Schenk, SA, and Grey, DD (2005). Integration of Psychiatric and Vocational Services: A Multisite Randomized, Controlled Trial of Supported Employment. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1948-1956.

給付カウンセリングと就労支援の統合

- Tremblay, T, Smith, J, Xie, H, and Drake, RE (2006). Effect of benefits counseling services on employment outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 816-821.

ACTと就労支援の統合

- Furlong, M, McCoy, ML, Dincin, J, Clay, R, McClory, K, and Pavick, D (2002). Jobs for people with the most severe psychiatric disorders: Thresholds bridge north pilot. *Psychiatric Rehab J*, 26(1), 13-22.
- Gold, PB, Meisler, N, Santos, AB, Carnemolla, MA, Williams, OH, and Keleher, J (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 378-395.

SSTと就労支援の統合

- Tsang, HWH, Chan, A, Wong, A, and Liberman, RP (2009). Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 292-305.

認知訓練と就労支援の統合

- McGurk, SR, Mueser, KT, Feldman, K, Wolfe, R, and Pascaris, A (2007). Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 164(3), 437-441.

家族心理教育と就労支援の統合

- McFarlane, WR, Dushay, RA, Deakins, SM, Stastny, P, Lukens, EP, Toran, J, and Link, B (2000). Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Psychiatry*, 70(2), 203-214.
- Ran, MS, Xiang, MZ, Chan, CLW, Leff, J, Simpson, P, Huang, MS, Shan, YH, and Li, SG (2000). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 69-75.

第3章 精神科医療機関等における就労支援についての 国内文献レビュー

第1節 はじめに

第2章で概観したとおり、海外の実証研究の集積により、重度精神障害のある人に対して、医療と統合されていない援助付き雇用モデル、あるいは、医療と統合されていても職業準備性モデルでの就労支援では、十分な就労支援成果が上げられないのに対して、精神科医療と統合された援助付き雇用モデルは、一貫して高い一般就業と職場定着の成果を示していることが明らかとなった。また、その具体的な内容について、適合性尺度によって、医療関係者と就労支援者の連携、チームとしてのコミュニケーション体制の要件、また、具体的な支援場面や支援内容等が明確にされている。このような医療との統合や、援助付き雇用モデルで示される就職前から就職後までの個別的継続的支援の重要性は、精神障害の疾患や障害の特性からも合理的に理解できるものである。

これまでわが国では、これに対応するような実証研究は十分に実施されていないが、その一方で、精神障害のある人が仕事に就き継続するために就職前から就職後までの継続的な就労支援と医療との密接な連携が重要であることは、わが国の精神障害者の雇用支援制度においても十分認識されてきた。また、雇用支援側だけでなく、医療機関等においても、精神障害者への就労支援の取組が多く報告されている。そのような取組には、EBPへの準拠を謳うものだけでなく、わが国の医療や生活支援の現場から発展してきたものも多くある。

EBPについて、特定の支援プログラムとしてではなく、精神障害のある人の職業生活と疾患管理の両立を支えるための基本的な就労支援モデルを機能的に明らかにしたものとして捉えれば、わが国の成功している就労支援の内容と、EBPの要素には当然関連性が期待できる。逆に、わが国の医療機関における様々な就労支援の取組について、EBPとして網羅的に整理されてきた項目によって整理することによって、わが国の医療機関における精神障害者への就労支援の特徴を明らかにすることも期待できる。

第2節 目的

本章では、わが国の医療機関等において精神障害のある人の就労支援として効果が報告されている具体的な内容を把握し、国際的にEBPと認められている内容との関連を明らかにし、わが国の医療機関における精神障害者への就労支援の特徴を明らかにすることを目的とした。

第3節 方法

わが国の精神科医療機関から文献等で報告されている就労支援と医療／生活支援の具体的な内容を、EBP適合性尺度項目を活用して、網羅的に分類した。

1 「精神障害者の就労支援」の範囲

本研究では、精神障害者（統合失調症と気分障害など）の就労支援の内容として、幅広く、就職前の準備から就職までの支援、さらに、就業継続の支援、あるいは、気分障害等の場合に多い復職支援や就業中の再発防止の支援を含めた。

2 就労支援に関連する医療・生活支援の範囲

就業成果に関連する主要な EBP としては、「援助付き雇用（SE 又は IPS）」だけでなく、「包括型地域支援（ACT）」「疾患管理とリハビリ（IMR）」「家族心理教育（FPE）」を含めた。

ただし、これらの EBP の全体への取組や、報告における EBP への言及にはかかわらず、それぞれの EBP の適合性尺度に含まれる個々の取組に対応する支援内容を把握した。適合性尺度は、米国連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）の EBP ツールキットによった。

3 文献検索

文献検索データベース（NDL-OPAC：国立国会図書館蔵書検索システム）により、2005 年以降のわが国の医療機関等による就労支援の文献を検索した。検索語は、「就労支援」「医療機関」「リワーク」「デイケア」「EBP」「家族療法」「認知行動療法」などの複合とし、得られた文献から該当文献を選択した。

第4節 結果

1 抽出文献の概要

医療機関等における就労支援を報告している 28 文献（章末にリスト掲載）を抽出し、言及されている支援内容について、援助付き雇用の適合性尺度項目の「スタッフ」に該当するものが 18 文献、「組織」が 19 文献、「サービス」が 22 文献あった。また、包括的地域生活支援（ACT）の適合性尺度項目に該当する言及は 9 文献、疾患自己管理支援（IMR）は 10 文献、家族心理教育（FPE）が 7 文献であった。

2 医療機関等での「援助付き雇用」への取組

表 3-4-1、表 3-4-2 に、援助付き雇用の適合性尺度の項目に従い、わが国の医療機関等で実施されている取組内容を整理したものを示す。

表 3-4-1 に示すように、医療機関において専任の就労支援スタッフを置いているのは、IPS を実施している機関がほとんどであった。保健医療と就労支援スタッフのチームの形態としては、IPS での病院内でのチームや情報共有以外に、地域でのハローワークスタッフ等との密接な連携があった。ただし、医療機関中での就労支援者のスーパービジョン等のユニットとしての体制の報告はわずかであり、外部就労専門家のスーパーバイズを受けている例もあった。また、就労支援対象者の除外基準がないと報告していたのは IPS 実施機関以外ではなかった。

表 3-4-1 「援助付き雇用」の適合性尺度項目に該当するわが国の精神科医療機関の取組（1）

A スタッフ

A-1 専任の就労支援者

- ・就労支援専門家は、全就労過程のジェネラリストであり、就労サービスのみを提供¹⁾
- ・院内調整(スタッフ増員、従来業務の縮小・簡素化など)によって、就労支援担当者がハローワーク、事業所を訪問できる体制を整え、個別面接、訪問活動の重視を実現^{2), 3)}
- ・作業療法士の「ジョブアドバイザー」が訓練場面から就労に至るまで一貫した支援を行う⁴⁾

A-2 包括的な就労支援（アウトリーチ、アセスメント、就職支援、フォローアップ）

- ・職業カウンセリング、職場開拓、求職活動、継続・同行支援、関係者・資源への広報とネットワーク構築などを行う¹⁾
2), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 14), 15), 16), 17), 18)

B 組織

B-1 精神保健援助とリハビリテーションの統合

- 同一機関内の多領域チームによる精神保健サービスと就労サービス
 - ・本人が体調を崩したり精神症状に変化が見られたときに、ケースマネージャーが保健医療サービスの量を迅速に増やすなど臨機応変に対応できたことで、1年を超える週20時間雇用の継続に貢献した¹⁾
 - ・就労支援担当者に加え、多職種チームによるサポート(作業療法士:運動、ケアマネ:グループダイナミクス、看護師:委託訓練、医療観察法、健康、心理教育、臨床心理技術者:WRAP、精神保健福祉士:家族支援)のケースマネージャー機能を強化し、デイケアで、個別就労支援を行っている³⁾
- 同一機関内における、就労支援と医療の共通（電子）カルテ、密接なコミュニケーション
 - ・就労支援と医療の共通カルテ(データベース上の日々の臨床記録、シフトマネージャーノート、リハビリプラン、職業関連のアセスメントプロフィール¹⁾、就労支援情報が全て記載されている電子カルテ^{2), 14)}など)
 - ・就労支援担当者が、チームメンバー(主治医、デイケアスタッフ、精神保健福祉士など)と就労ミーティングやケース会議、日常的コミュニケーション、カルテ記載で、情報共有をスムーズにすることにより、就労状況に合わせたよりよい薬物療法が可能となる^{2), 14)}
- 医療機関と外部機関（労働機関等）との密接な連携
 - ・ハローワークの担当職員と医療機関のスタッフ間の密接な連携:毎年行われる精神障害者ジョブガイダンス事業、ハローワーク専門援助部門との連携・情報のやり取り(個々の患者のハローワーク利用状況を含む)、企業の情報提供、企業のクリニック見学(訓練中の患者の様子等)。⁵⁾
 - ・労働機関と医療機関の合同のケース会議¹⁶⁾
 - ・ハローワーク、職業センター、当事者、支援者での調整会議などによる連携(職業的課題の確認、個別の職場開拓、心理サポートによる後方支援)¹⁷⁾
 - ・地域の関係機関とのネットワークの構築・維持:福祉施設、企業、障害者就労支援センター、ハローワーク、特別支援学校、当事者などによるネットワーク、研究会、メーリングリスト等^{10), 12), 14)}。
- 同一機関内において提供される精神保健サービスと就労サービス（詳細不明）
 - ・精神保健と就労支援の両サービスを、同一の機関内で提供^{5), 7), 8), 9), 10), 12), 14), 17), 18)}
 - ・通院患者の就労支援や復職支援、作業所や他機関との連携などに関しては、臨床心理士が心理検査や心理療法といった中心となる業務と連続した支援として位置づけ取組んでいる。¹⁶⁾

B-2 就労支援者のグループ（情報共有、スーパービジョン等）

- ・就労支援は、自機関のスタッフが主に担当する^{1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 14), 14), 16), 17), 18)}
- ・就労専門家同士が週1回のミーティングで職場開拓の情報を共有する等して連携を確保¹⁾
- ・外部の職業リハ専門家が毎月、利用者全員の個別支援の進捗状況のスーパーバイズを実施¹⁹⁾

B-3 就労支援対象者の除外基準なし

- ・就労支援には希望者全員が参加可能で、職業準備性、職歴、入院歴、症状等での除外はない²⁾

(下線番号のある文献は EBP としての取組が明示されているもの。)

表 3-4-2 「援助付き雇用」の適合性尺度項目に該当するわが国の精神科医療機関の取組（2）

C サービス

C-1 実際の職場や仕事内容での職業アセスメント

- ・ジョブコーチ付の就労前実習で、職場・担当者・現場の問題把握と修正²⁾、³⁾、⁴⁾、⁷⁾、⁹⁾、¹⁰⁾、¹⁴⁾、¹⁵⁾、¹⁸⁾
- ・リワークデイケアの場において、模擬的な就労場面での職業評価⁴⁾、²⁰⁾、²¹⁾
- ・「うつ病リターンワークコース」：復職支援において事業所支援と一体的に本人の状況を評価²²⁾

C-2 一般就業に向けた就職活動への迅速な取組

- ・迅速な職探し¹³⁾：本人のモチベーション維持・向上、支援者との信頼関係の構築に有益²⁾
- ・雇用主とできるだけ早くコンタクトをとり、職場見学で具体的な仕事内容を知り、通勤方法、仕事内容などについても具体的に交渉/支援を開始²⁾
- ・履歴書作成や就職面接等、就労活動中の様々な課題に対するきめ細かな支援²⁾、¹²⁾、¹³⁾、¹⁸⁾

C-3 本人の興味、経験、能力、ニーズに基づく個別的な就職活動支援

- ・本人の夢、大切にしていること、職業上の目標などを丁寧にすくいあげ²⁾、⁶⁾、職場実習において色々な職種への適性を明確化⁷⁾し、希望の仕事内容や働くイメージをより具体化⁶⁾、⁷⁾
- ・関係作りも兼ね、本人と自宅付近で昼食をとるなど共通の時間を過ごす中で、友人も多く、明るく朗らかで健康的な本人に触れ、開拓する職場のイメージかどんどん膨らんでいった。⁶⁾
- ・オープン・クローズにかかわらず、仕事内容・労働環境を本人に合わせる¹⁴⁾
- ・本人、支援者、ハローワーク、職業センターでの調整会議によって職歴と退職理由を検討し、本人に適合し定着を視野に入れた職場条件を検討し職場開拓¹⁷⁾

C-4 多様な職業、常勤の仕事の選択肢の提供

- ・多様な選択肢を示すにあたり、ハローワーク、求人広告、フリーペーパー、インターネット、縁故(友人、家族、他就労支援者など)、街の張り紙等を活用¹³⁾
- ・支援者が「当事者ができそうな仕事は何か？」と常に意識をしながら、日常的に求人検索¹²⁾
- ・支援スタッフが職場開拓により就職に結び付ける⁷⁾。人事担当者と顔見知りになり募集の連絡を入れてもらう¹⁰⁾。企業(企業を核とした支援ネットワーク)から企業を紹介してもらうことで就職率が上がる¹⁴⁾

C-5 退職が適当な場合の退職時の支援と再就職支援

- ・退職時の話し合いや退職のあいさつの際に職場に同行して心理的にサポート¹³⁾
- ・退職(自己都合含む)の気持ちの共有・整理・振り返り、失敗と捉えず次に活かす姿勢で支援⁶⁾、¹³⁾、¹⁴⁾
- ・産業医-主治医の連携が円滑であれば、失業という喪失体験からの再燃や自殺へのリスクマネジメント、本人が失業という困難な現実を受容する上でより適切にサポート可²³⁾

C-6 就職後も継続する事業主と本人への支援

- ・就労の妨げとなる副作用の少ない、就労形態に合わせた服薬しやすい、処方内容²⁾、¹⁴⁾
- ・職場担当者に対して、順調な職場適応を進めるための情報提供や支援⁵⁾、¹²⁾、¹⁵⁾、¹⁶⁾、¹⁸⁾
- ・定期的・随時に患者の職場での不安・課題や体調の相談にのる¹⁴⁾
- ・ナイトケア併設のため、平日夜8時まで就労支援部で就労面談ができる。就職間もない人は毎日のように仕事帰りに相談したり、仲間たちと語り合いリフレッシュして翌日の仕事に向かう人が多い⁵⁾
- ・就職/復職後の体調悪化への準備として、職場・本人・家族・関係機関等から連絡が入る体制⁶⁾、¹⁰⁾や迅速に対応できる連携体制の構築⁶⁾、¹²⁾
- ・就労している患者が集まれる場として、ナイトケア、日曜日のデイケア⁵⁾、「定着支援グループ」¹⁷⁾
- ・産業医と主治医の連携：復職・休職の判断、治療中の転職や辞職の回避、人事労務担当者の負担軽減、産業医が病気や服薬状況による仕事上のミスや職務制限等への配慮の検討に資する²³⁾
- ・就職先の企業とも緊密な連携を行っている。¹²⁾
- ・EAP機関と看護師、人事労務担当と管理職が連携、積極的に予防・職場ストレスに対処²⁴⁾

C-7 施設内でなく地域をベースに就労支援を行う

- ・訪問型個別就労支援は、インテーク、アセスメント、支援計画作成まで施設外での実施が原則¹⁴⁾
- ・自機関内は相談室のみのため、企業数社と契約し企業内でアセスメントや模擬就労、体験実習¹⁵⁾

C-8 全ての患者への就労への働きかけ、関係作り、励まし

- ・就労セミナー等を実施^{15)、18)}し、就労している先輩の体験談¹⁴⁾から見通しを得て、グループワークでの挫折体験の修復、メンバーからの職場選択のアドバイスなどから、就労がより身近なものとなる⁸⁾
- ・仕事について相談したり、気軽に話したりできる人間関係の構築¹⁴⁾
- ・医療機関への就労支援機関からのアウトリーチ受入^{5)、15)}は、就労希望者だけでなく、「就労は無理」としていた方々にも、就労を目指すきっかけや、治療や社会復帰の過程に対してプラスの影響¹⁵⁾
- ・就労することに伴う生活の変化、生活保護や障害年金等の経済的問題について本人と検討^{11)、14)}、就労支援担当者は、障害年金・生活保護担当者とチームになりながら経済的相談を提供²⁾

(下線番号のある文献は EBP としての取組が明示されているもの。)

サービス内容(表 3-4-2)については、「実際の職場での職業アセスメント」はジョブコーチ支援と連携した取組の他、復職支援の取組がみられた。「就職活動への迅速な取組」としては迅速に職場とコンタクトすることによる本人のモチベーションや職場の状況の情報収集の意義が報告されていた他、履歴書作成や面接練習の支援、就職活動中の課題解決支援があった。「本人の興味等に基づく個別就職活動支援」では、医療場面での疾患だけでなく本人の夢や希望等の把握や、本人に合った仕事内容の検討がハローワーク等の共同会議で検討される例があった。「一般就業への多様な選択肢の提供」では医療場面において労働市場の状況を広く把握し選択肢を広げる取組がみられた。「退職時の支援」も心理的に支える取組や失敗体験による危機的状況を主治医と産業医の連携で支える例が報告されていた。また、「就職後の継続的な支援」では、就職後の体調悪化を想定し、事前準備、連絡体制、継続的相談等が実施され、また、就労している人の医療機関や相談の利用をしやすい取組が報告されていた。さらに、職場への助言等に取り組んだり、産業医と連携した職場での支援の例も報告されていた。医療機関での支援は施設中心が多いが「地域の中での就労支援」への取組も IPS 実施機関ではみられた。さらに、患者に対して医療機関としての「就労への働きかけ、関係づくり、励まし」につながる就労セミナーや就職した OB との交流の実施や、労働機関のアウトリーチを受け入れている例もみられた。

わが国の医療機関での就労支援として報告されているが、EBP に該当しないものとしては、職業準備性モデルによる取組が見られた。

2 その他の EBP への取組状況

表 3-4-3~5 に、包括型地域生活支援、疾患管理とリハビリ、家族心理教育の適合性尺度の項目に従い、わが国の医療機関等で実施されている取組内容を整理したものを示す。

これらの報告は、EBP を踏まえて取り組まれているものが多かったが、それ以外のものがあった。その中には、就労支援と関係した実施の報告も見られた。

表 3-4-3 に示すように、包括型地域生活支援 (ACT) は、多職種チームにより医療・生活の課題に統合的に対応でき、また、本人だけでなく職場や家族等への働きかけやネットワークを重視していることから、就

労している人の症状悪化等の危機的状況に総合的対応が可能であることや、リスクの高い人の就労を支えることにもつながるとの報告があった。

表 3-4-3 「包括型地域生活支援（ACT）」の適合性尺度項目に該当するわが国の精神科医療機関の取組

D 包括型地域生活支援（ACT）

● **精神科医療でのチームアプローチ、チームミーティング**

- 一つのチームに多職種の専門家が集まって、一人の利用者のアセスメントを多角的な視点でできるので、利用者の地域生活に関わっていく上で非常に有効であると実感。¹⁹⁾
- 医療的な情報(疾患・薬・対処方法)が豊富にあり、医師との連携が容易で、リスクが高い状況でも地域生活の中で手厚いサポートが可能²⁾
- 早期発見・介入、継続的アセスメント、訪問サービス、双方向的心理教育、非定型中心の薬物療法、ストレスマネジメント、認知行動療法、就労支援・社会参加支援の多職種チームによる支援⁴⁾

● **患者の地域生活での危機的状況への対応体制**

- 不調時に迅速に対応できる体制作りなどの整備¹²⁾
- 地域生活支援センターと訪問看護ステーションが 24 時間体制で必要に応じて駆けつけることが、メンバーや家族にとっても何よりの安心材料である⁴⁾
- 365 日 24 時間体制の当直医が、少しでも病状が悪くなった方に迅速に対応することも継続支援につながっている思う¹⁴⁾
- 1 週間に 1～2 回の訪問により、急性期の初期状態がよくわかり、またそれに家族が刺激されて反応していることもわかり、そこへ直接介入することが、急性期の回避に役立っている。¹⁹⁾

● **家族、家主、雇用主等の支援ネットワークとの協力**

- 職業生活を維持するためには、労働条件や医療面、家族の問題など、本人を取り巻く環境の調整が必要なことも多く、事業所やハローワーク、医療機関と連携し改善点を検討することが大切¹⁴⁾
- 就労支援担当者が、本人、家族、企業スタッフに対し、他のスタッフとの協力で、精神的サポート、対人関係、症状や薬の自己管理、生活習慣、ストレス対処、元気回復行動プラン、認知機能障害への対処に関する支援を面接、訪問、電話対応により行う²⁾

● **精神科医療チームへの当事者スタッフの関与**

- 常勤のケースマネージャー11名とドクター1名、非常勤で家族支援専門1名とコンシューマー1名、就労支援2名と事務2名で対応している。¹⁹⁾

(下線番号のある文献は EBP としての取組が明記。数字の網掛けは就労支援との関係が明記)

表 3-4-4 に示すように、「疾患管理とリカバリー（IMR）」は、就職活動や就職後の職業生活を送るために不可欠な疾患自己管理や再発防止、生活スキルや対処スキルを身につける専門的支援であり、それにより就労支援とも関係していることが報告されていた。

表 3-4-4 「疾患管理とリカバリー（IMR）」の適合性尺度項目に該当するわが国の精神科医療機関の取組

E 疾患管理とリカバリー（IMR）

● **患者本人による目標設定とそのモニタリング・修正**

- 就労前検査により、当事者自身の能力の客観的把握、適切な進路選択を支援。¹²⁾
- 「私の注意サイン・警告サインと対処法」「夢・大切にしていること」「私の目標とそのためにやらなけ

- ればならないこと」「堂々とやってよいこと」などを毎月、本人に直筆で書いてもらう。¹⁴⁾
- ・「気分チャート・症状管理シート」－毎日記入したものを主治医、家族、産業医など関係者で情報共有することで治療や復職の方向性を決める判断材料になる²⁵⁾
 - ・「エネルギーの家計簿」(双極性障害)－1日の行動をポイント化して収支バランスを気分スコアの変化と合わせて分析すれば大きな躁転を避けることができる²⁵⁾
 - **支援戦略にあたって本人の動機付けとの関係を意識する**
 - ・リワークプログラム参加の本人のモチベーションを維持しつつ、復職を果たすことが目標。²⁰⁾
 - **認知行動的技法**
 - ・認知行動療法による、生活スキル・症状自己管理スキルの獲得(強化、shaping、モデリング、ロールプレイ、認知再構築、リラクゼーション訓練)^{12)、20)}
 - **対処技能訓練**
 - ・職業場面を想定したロールプレイ^{5)、14)、20)、21)、25)}
 - ・職場での対人技能や対処技能訓練(対処技能の振返・修正、技能拡大、リハーサル)^{14)、17)、21)}
 - **再発防止訓練**
 - ・再発防止訓練(トリガーの特定、早期の注意サインの特定、ストレスマネジメント、継続的モニタリング、即座の介入)、注意サインの特定、ストレスマネジメント^{17)、21)}
 - ・デイケア中に再発状況を特定し、就労後の再発予防の働きかけが可能になる。¹²⁾
 - **薬物療法のための行動調整**
 - ・自分に合った薬の選び方、正しい服薬ができるための行動的支援²⁾

(下線番号のある文献は EBP としての取組が明記。数字の網掛けは就労支援との関係が明記)

表 3-4-5 には、「家族心理教育 (FPE)」の適合性尺度項目に該当するわが国の精神科医療機関の取組をまとめた。精神疾患のある人と日常的に接している家族による理解や対処スキルを向上させることで、家族の負担を軽減するとともに、本人の症状の悪化を予防したり支援環境を整えることにつながることを示されていた。

表 3-4-5 「家族心理教育 (FPE)」の適合性尺度項目に該当するわが国の精神科医療機関の取組

F 家族心理教育 (FPE)

- **カリキュラム、構造化されたグループセッションや問題解決技法**
- ・「患者への接し方についての学習と理解」、「患者と接している家族が抱える悩みや疑問を軽減」などについてのセッションやワークショップの開催^{2)、21)、26)}
- ・家族教室後半に、正しい知識を得たうえで、家族同士が問題を共有・情報交換²¹⁾
- **家族の反応の詳細化、悪化要因、前駆サイン**
- ・家族と、就労プロセスや就労活動中に調子をくずした際の対応を話し合う¹²⁾。
- ・家族が就労への期待が高すぎる場合には「回復には時間がかかること、せかさなないことが必要」であることを理解してもらう¹⁸⁾
- **積極的な関係作りとアウトリーチ**
- ・受診者とその扶養家族に対する、電話相談と主要都市での面接相談の実施²⁴⁾、家族向けメンタルヘルスガイドブックの作成、ファミリーホットライン(24 時間相談可能)²⁸⁾、従業員家族への電話相談のリーフレットの送付²⁸⁾

(下線番号のある文献は EBP としての取組が明記。数字の網掛けは就労支援との関係が明記)

第5節 考察

わが国の医療機関等において精神障害のある人の就労支援として効果が報告されている具体的な内容をEBPの具体的項目で整理することにより、わが国の医療機関における精神障害者への就労支援の内容をより総合的かつ機能的に把握し、EBPの適合性尺度をよりわが国の状況を踏まえて具体的に理解することができた。

1 EBP 適合性尺度項目のわが国での意義と限界

EBPの適合性尺度の各項目は、わが国の医療機関において実施されている内容や報告されている成果と対応させることによって、その意義が確認しやすくなった。これらの結果を踏まえ、EBPがわが国において具体的にどのような形で実施されるのかを考察した。

(1) 就労支援と医療・生活支援の統合

精神障害者に対する就労支援と医療・生活支援の統合の意義としては、精神障害者は体調悪化や精神症状の変化による就労上の課題のリスクが継続し、それらが生活上の課題や家族の課題等と相互作用するため、問題発生時に迅速に医療・生活支援を含めて総合的に対応できる体制があることにより、リスクの高い人も含めて就業継続の可能性が高まり、一般就業の対象となる人の範囲を広げられることがある。

そのような支援体制は、医療機関内において、多職種のカースマネジメント機能の強化、カース会議、日常的コミュニケーション、医療・生活支援と就労支援の共通カルテ等により実現されていた。また、近年では、労働機関側でのカースワーク方式の関係機関と連携したチーム支援等の取組があることから、医療機関とハローワークの担当職員の密接な連携、合同のカース会議に基づく役割を分担した支援展開（職業的課題の確認、個別の職場開拓、心理サポート等）も実施されていた。

(2) 就労支援者の配置

わが国では、医療機関に専任の就労支援者を配置している例はほとんど報告がないが、医療関係者が生活支援の一環でありながら就職前から就職後まで幅広い就労支援を実施している報告がみられた。また、医療機関内に就労支援者が複数でユニットを形成している例もほとんどなく、就労支援担当者はいても1名のことが多かった。そのような状況で、EBPで求められているようなスーパービジョンや情報共有は困難であることが予想されるが、外部の就労支援機関の就労支援者のスーパービジョンの事例が報告されていた。

(3) 就労支援対象者

従来、医療機関を利用している多くの精神障害者は就労支援につながりにくかったが、医療機関において積極的に、就労支援に関する情報提供や就労への働きかけを実施する取組が多く報告されていた。具体的には、医療機関において就職セミナーやOBの体験談を聞く機会を設けたり、就労に関するグループワークを行ったりという取組であり、雇用支援制度の精神障害者ジョブガイダンス事業によりハローワークと協力した取組も報告されていた。

就労支援の対象者として除外基準がないということも、このような医療機関における非就労者への情報提供や就労への働きかけの取組の意義を踏まえて理解することができる。

(4) 一般就業に向けた職場との接触や就職活動の支援

医療機関において単に職業準備性の訓練を続けるのではなく、実際の職場との接触に積極的に取り組む意義としては、職場見学や職場実習を通して、具体的な仕事内容や職場の状況を踏まえて問題把握と支援に取り組める意義が報告されていた。就職活動の支援についても、実際の就職活動での様々な課題にきめ細かく支援を提供するためであった。また、うつ病の復職支援では職場と一体的に支援を提供することの重要性もあった。

キャリア支援や職探し、職場開拓等、本来はハローワーク等の労働機関の支援が適当であると考えられる支援内容については、そのような取組によって医療機関側で就職できる仕事のイメージを支援者がつかみやすくなったり、本人に選択肢を示しやすくなるという意義が報告されていた。また、医療や生活支援の目的であっても本人中心の支援を実施する際に、就労希望の理解が重要であることも、これらの取組の理由と考えられる。また、これらの取組を、ハローワーク、障害者職業センター等と調整会議を含めた連携で実施している例も報告されていた。

(5) 就職後の継続的支援

医療機関が就職後に継続的支援を実施する意義は、職業生活と疾患管理を両立させるための、就職後の服薬の調整、職場状況の調整、就職後の本人の不安等への対応、危機管理、休職や退職の回避等の目的があった。そのために、受診時や、ナイトケア等で就職者のフォローアップの取組が報告されていた。また、退職時の喪失体験からの病状の悪化や自殺のリスクマネジメントや、その経験を前向きに捉えられるような心理的サポートの重要性も報告されていた。

(6) 生活支援、疾患自己管理支援、家族支援の意義

重度精神障害者の場合、医療・生活・就労支援の課題が密接に相互作用するため、包括的地域生活支援の多職種チームでの迅速な対応、生活場面での支援、環境要因への働きかけによって、就労におけるリスクマネジメントが向上し就労可能性を高めることにつながると考えられる。このような包括的生活支援は、ケースマネジメントとしての取組が多いが、24時間対応や訪問型の地域支援はACTを実施している機関以外では十分な実施はわが国では少なかった。

疾患自己管理支援も、本人の目標との関連で、職業生活を前提とした再発予防や処方調整、具体的な職業場面を想定しての対処技能訓練、また、認知行動的技法の活用によって、就労支援との関係が強いと考えられる。

さらに、家族支援は、家族心理教育のプログラムとしての実施は少ないが、家族教室、家族会の交流、家族への電話相談等の形での実施の報告がみられた。これらは、患者の家族の悩みの相談への対応以外に、患者の身近な環境要因として、症状の悪化を防止し、むしろよき理解者、支援者となってもらおうという意義もあった。

2 本研究の限界

本研究は、近年、わが国の医療機関から報告されている就労支援の事例を分類整理し、就労支援としての

成果が期待される具体的取組の内容を網羅的に把握したものである。しかし、そのような報告を行っている医療機関は、わが国の一般的状況を代表するものではない。本研究で把握した、わが国における医療機関の就労支援の具体的内容にしたがって、実際的なわが国の医療機関における就労支援の状況については、次章の調査で明らかにした。

文献

- 1) 西尾：ACTにおけるIPS、「精神科臨床サービス vol.9」、p.272-275 (2009)
- 2) 中原、飯野/編：『IPSハンドブック精神疾患があっても「働きたい!」「社会で役割を持ちたい!』』、p.25-27, 63-68, 92-99 クリエイツかもがわ (2010)
- 3) 池田:IPS～個別職業紹介とサポートモデルへの導入、「デイケア実践研究 vol.13(2)」、p.14-20, (2009)
- 4) 佐久間:あさかホスピタルにおけるリハビリテーションの展開と地域統合への試み、「精リハ誌 vol.14(1)」、p. 58-64, (2010)
- 5) 石井：ひだクリニックにおける就労支援の取組「第18回職リ研究発表会」、p.280-283,障害者職業センター (2010)
- 6) 津田：「働きたい」をかなえるために--IPSモデルでの就労支援(特集「働きたい」を支えるOT就労支援の実際)、「臨床作業療法 vol.5(5)」、p.386-391, (2008)
- 7) 田川：通院者就労調査アンケートとNPO法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク(JSN)「精神神経学雑誌 vol.111(9)」、p.1076-1081, (2009)
- 8) 三家：精神科クリニックにおける就労支援、「精神神経学雑誌 vol.111(9)」、p.1087-1091, (2009)
- 9) 田川：就労支援1：精神科診療所から「企業・支援機関との連携」、 「精神科臨床サービス vol.11」、p.84-87, (2011)
- 10) 伊藤、大場：だんだんの就業支援の歩み：10年を振り返る、「精リハ誌 vol.14(1)」、p.51-57, (2010)
- 11) 立石：「地域精神医療におけるソーシャルワーク実践 IPSを参考にした訪問型個別就労支援」ミネルヴァ書房/京都 (2010)
- 12) 山崎、浅井：精神科デイケア、「精神科臨床サービス vol.9(2)」、p.248-252, (2009)
- 13) 池田：就労支援2：デイケア、「精神科臨床サービス vol.11」、p.88-92, (2011)
- 14) 相澤他：ワークショップ(要旨)地域で支える精神障害者の職業リハビリテーション(特集第16回職業リハビリテーション研究発表会)、「職リハネットワーク vol.64」、p.55-64,障害者職業センター (2009)
- 15) 根本：就労支援におけるアウトリーチ支援、「精神科臨床サービス vol.11」、p.132-135, (2011)
- 16) 谷口他：臨床心理士による就労支援の利点と課題—総合病院精神科外来における実践を通じて—、「精リハ誌 vol.14」、p.181-186, (2010)
- 17) 大野、寺村：精神科デイケア(医療機関)における就業支援の取り組み、「精リハ誌 vol.9(2)」、p.178-182, (2005)
- 18) 大山：精神障害者リハビリテーションにおける回復過程と支援のあり方--精神科デイケアを利用し就労した2事例を通しての考察、「職業リハビリテーション vol.20(1)」、p.23-31, (2006)
- 19) 伊藤他：【座談会】日本におけるACT導入の課題と展望、「精リハ誌 vol.9(2)」、p.108-125, (2005)
- 20) うつ病リワーク研究会：「うつ病リワークプログラムのはじめ方」、弘文堂 (2009)
- 21) うつ病リワーク研究会：「うつ病リワークプログラムの続け方 スタッフのために」、弘文堂 (2011)
- 22) 菅原：うつ病休職者・離職者へのリハビリテーション「こころの臨床 a・l a・c a r t e vol.29(4)」、p.527-532, (2010)
- 23) 産業医科大学精神医学教室/編：「産業医のための精神科医との連携ハンドブック改訂新版」、昭和堂 (2009)
- 24) 井田：伊藤ハムグループにおけるメンタルヘルス対策--EAP機関との連携による効果的推進、「安全と健康 vol.60(9)」、p.859-862, (2009)
- 25) 「職場のうつ新版、復職のための実践ガイド本人・家族・会社の成功体験」アエラムック AERA LIFE」、p.20-21, 朝日新聞出版 (2009)
- 26) 香月：うつ病の複合グループ家族心理教育の紹介-名古屋市立大学病院こころの医療センターでの実践-「こころの臨床 a・l a・c a r t e vol.29(4)」、p.517-521, (2010)
- 27) 中込 他：認知リハビリテーション「こころの臨床 a・l a・c a r t e vol.29(4)」、p.505-510, (2010)
- 28) 労務行政研究所/編：「人事担当者のための実践メンタルヘルス・マネジメント新版」、p.196, 223 労務行政 (2010)

第4章 わが国の精神科等医療機関における 就労支援の実態

第1節 はじめに

精神障害者の就労支援とは、就職・復職と就業継続を実質的に支える医療・生活・就労の一体的支援として捉える必要がある。精神障害のある人の場合、就職・復職前の社会との接点としては医療機関が多い。また、医療・生活・就労支援の課題が複合していることが多い。したがって、医療機関における具体的な「就労支援」の取組としては、第3章でみたように、医療機関における就労希望者への情報提供や相談支援、生活支援や疾患管理支援の一環としての仕事内容や職業生活での支援の検討、さらに、職場適応や就業継続のための服薬・疾患管理への当事者支援、包括的生活支援や家族教育を継続させる取組が含まれる。今後、医療・生活支援と就労支援の効果的統合に向けて、わが国の雇用支援制度やハローワーク、障害者職業センター等の労働関係機関の取組のあり方を検討するためには、このような医療機関における医療・生活・就労支援への取組状況を踏まえる必要がある。

しかし、その一方で、第3章にみたような、論文や書籍等で報告されている就労支援は全国的に進んだ取組であり、必ずしもわが国の精神科医療機関の状況を代表するものではない。

そこで、本章では、全国の精神・神経科の医療機関等における、就職・復職等のニーズへの対応として、狭義の就労支援だけでなく、職業生活を支えることに効果のある疾患管理や生活支援等を含む取組の現状、その成果や課題、及び、今後のあり方の意向について、アンケート調査により把握することを目的とした。

第2節 方法

1 調査対象

(1) 精神障害の範囲

統合失調症、気分障害、てんかん、その他の精神疾患とした。

(2) 調査対象機関

特に、就労支援や復職支援に取り組んでいる機関に限定せず、精神障害を対象として治療・医療・生活支援に取り組んでいる精神病院、精神科クリニック、保健医療関連センター等とした。公開されている医療機関等のリストに基づき、該当する 3,875 機関全数を対象とした。具体的な機関は、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会、精神・神経科のある大学病院・国立病院、うつ病リワーク研究会の登録機関、上記以外の WAM-NET の精神障害・精神疾患医療機関（入院、デイケア等、作業療法等実施）の精神・神経科、てんかん専門医、精神保健福祉センター、メンタルヘルス対策支援センターとした。

(3) 回答者

回答者は、各機関において、精神疾患等のある人の、就職・復職に向けた相談や支援・治療への主担当者、

就職・復職相談等が特にならぬ場合には、より一般的に生活面の相談や支援の担当者とした。同一機関に担当部署が複数ある場合を想定し、各機関には2通ずつ調査票を送付し、必要な場合、最大2部署からの回答を得るものとした。

(4) 調査機関

平成23年9月～10月とした。

2 調査内容

医療機関の「就労支援」についての調査内容は、各機関における就労支援や復職支援等の標榜の有無にかかわらず、第3章で明らかとなった、精神障害のある人の就職や就業継続に効果があると考えられる様々な取組を網羅するものとした。具体的には、科学的根拠に基づく実践（EBP）の適合性尺度の項目に沿って、援助付き雇用（SE）、疾患自己管理（IMR）、生活支援（ACT）、家族支援（FPE）等の取組も含めた幅広い取組内容を明らかにするものとし、関連内容を含め、以下の内容を把握できる調査票を作成した（調査票は、巻末資料1のとおり）。

(1) 各機関の就労支援の取組の特徴

デイケア等での統合失調症の就職支援を中心とした機関、気分障害の復職支援・リワークを中心とした機関、その他、高齢入院患者を中心とした機関等、機関の特徴を把握できる調査項目を設けた。

(2) 特別な就職・復職支援プログラムの有無と運営状況

各機関において、特に就職・復職のためのプログラムの有無、及び、ある場合の運営状況についてきた。

(3) 精神疾患等のある人の職業生活を支えることに効果のある取組の実施状況

特別な就職・復職支援プログラムの有無にかかわらず、わが国の医療機関で実施が報告されている精神障害者の就職や職場定着に効果のある様々な取組を、EBPの適合性尺度の項目に沿ってリストアップし、その取組状況を聞いた。

①援助付き雇用（SE）の取組

専任の就職・復職支援スタッフ、包括的な就職・復職支援の実施、非就労者へのアウトリーチ、本人と仕事の個別的なマッチングの支援、職業生活の現場での随時のアセスメント、職場適応・就業継続・退職時の支援、就職・復職支援スタッフのユニット、就職・復職支援と医療スタッフの密接な関係

②本人の疾患管理への支援（IMR）の取組

目標設定／モニタリング／修正、認知行動療法・ロールプレイ、対人技能や対処技能の習得・訓練、再発防止訓練、服薬への行動調整、等

③包括的な地域生活支援（ACT）の取組

ケースマネジメントや多職種チームでの支援、医療面と生活面の一体的な相談・支援、患者の地域生活での危機的状況への対応体制の整備、患者の治療からのドロップアウト防止のための関係づくり、本人を取り巻く家族、家主、雇用主等との協力

④家族心理教育（FPE）の取組

患者の家族への精神疾患や対処法の説明、家族が患者本人への接し方やストレス軽減の方法等を学ぶことができるセミナーやセッション、複数家族のグループセッションやワークショップ、家族が困った時にいつでも相談しやすい体制をつくること

(4) 就職・復職支援の成果と課題

①就職・復職支援プログラムの成果：利用条件や利用者数に対する、就職・復職者数、②広義の職業生活を支える支援の生活と課題：職探し、疾患管理と職業生活の両立、就職活動、仕事の継続、職務遂行や危険対処、職場の理解や人間関係、仕事上の処遇

(5) 精神障害のある人を支える労働施策の活用の現状と今後の意向について

精神障害者雇用トータルサポーター、精神障害者ステップアップ雇用、ジョブガイダンス事業、チーム支援、ジョブコーチ、トライアル雇用、リワーク支援等の利用状況や今後の利用の意向。

3 分析

医療機関等における就労支援は、現状では実施機関と実施していない機関が大きく分けられるため、回答全体の平均ではなく、就労支援の実施が活発な機関とそれ以外の機関に分けて集計することにより、それぞれの特徴を明確にし、それによって、わが国の精神科医療機関等における就労支援の現状についての総合的な理解を得られるようにした。

また、本調査における、就労支援の内容については、文献等から就労成果が期待される取組を網羅したものであるが、その実際の効果の本調査結果からも確認するための分析を行った。

(1) 就労支援の実施状況による差の検討

機関による就労支援の実施状況の差については、調査票の問7「就職・復職に向けた支援・治療内容」の回答により、「①新規就職支援」「②退職者への再就職支援」「③休職者の復職支援」「④就業継続と病状安定の支援」のいずれかを「日常的に実施」している機関と、それ以外の機関（就労支援を「日常的に実施」はないが、「時々実施」している機関を含む）に分けて、それぞれの具体的な就労支援の状況の集計値を比較した。

日常的な就労支援の有無による機関の比較についての統計的検定は、クロス集計については、回答機関全体の集計値により求めた期待値により、それぞれの集計値についてカイ二乗検定を行った調整残差により有意確率5%水準で行った。また、就職率等の数値の差の検定については、t検定を行った。

(2) 就労支援状況と職業上の課題の関係

就労支援成果については、問10「患者の職業生活上の課題の解決状況」における7領域（①「本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと」、②「就職活動（応募、面接等）をスムーズに行うこと」、③「仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立」、④「職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処」、⑤「遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業」、⑥「職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること」、⑦「就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足」）の課題の未解決率によって判断した。すなわち、問10の回答により、未解決率＝「未解決の課題が多くある」／（「課題があるが解決可能な場合が

多い」＋「未解決の課題が多くある」)として、求めた。

本調査による様々な就労支援の取組と就労支援成果の関係については、それぞれの取組の有無別に未解決率を計算し、リスク比の95%信頼区間を求め評価した。リスク比(=取組のある時の未解決率/取組のない時の未解決率)が統計的はばらつきを考慮しても、1未満である場合には、当該取組がある場合に統計的に有意に課題の未解決率が低い、すなわち、就労支援効果を示唆する関連があるとみなした。

さらに、就労支援の実施状況については、実施の有無を見るだけでなく、主に自機関、主に外部機関、自機関と外部機関の協力といった、実施機関の状況別にも集計する等、実施状況の違いによる関係性の差も確認できるようにした。その詳細は、第4節において具体例で示す。

(3) 疾患種類の差の検討

就労支援の実施内容等における、疾患種類による差を検討するため、問4「各部署における疾患種類別の対応状況」において、統合失調症、気分障害、てんかんのそれぞれについて、「日常的に対応」している機関をそれぞれ集計し、集計値を3疾患で比較した。結果については、有意な差があった場合のみ示した。

第3節 調査回収状況と日常的な就労支援実施による機関の群分け

本調査では、多様な医療機関の状況を把握するため、特に就労支援の実施の有無にかかわらず、幅広い精神科医療機関等を対象として調査を実施した。実際の調査回収では、就労支援の取組状況により回収率の差が生じている可能性があるため、本研究の以下の分析では、日常的に就労支援を実施している386機関と、それ以外の473機関を分けて分析することとした。

1 回収率

本調査は、757機関から872通の回答を得た。機関の回収率は19.5%であり、デイケア等を実施している機関やリワーク支援を実施している機関からの回収率が比較的高く、一般の精神科診療所では比較的低かった。一方、地域別にみるとほぼ全国から偏りなく回答が得られた。

(1) 機関リスト別の回収状況

3,874機関に対して各2通の調査票を発送し、757機関(19.5%)から872通の回答を得た。1機関あたり2通の調査票の発送の理由は、各機関において就労支援担当部署が2か所以上ある場合に最大2通の回答が得られるようにするためであった。調査対象機関は、様々な公開リストによって選んだものであり、それぞれのリスト別の回収状況を表4-3-1に示す。

デイケア・ナイトケア・デイナイトケア・作業療法ショートケアの実施機関、精神保健福祉センター、リワーク研究会からの回収率が比較的高く、診療所協会リストの機関では比較的低かった。

表 4-3-1 発送時の機関リスト別の回収状況

機関リスト種類		発送先機関数	回収機関数	回収率(機関)	調整残差
WAM-NET	デイケア・ナイトケア・デイナイトケア・作業療法ショートケア	1,530	384	25.1%	4.47
	入院	1,475	300	20.3%	-0.71
	就労支援実施	92	20	21.7%	0.17
病院協会リスト		1,165	227	19.5%	-1.40
診療所協会リスト		1,486	240	16.2%	-5.21
てんかん専門医		399	84	21.1%	0.02
大学病院		115	21	18.3%	-0.73
国立病院		57	8	14.0%	-1.30
保健福祉福祉センター		68	34	50.0%	5.90
メンタルヘルス推進センター		47	9	19.1%	-0.31
リワーク研究会		104	42	40.4%	4.89

(2) 地域別回収状況 (表 4-3-2)

都道府県別の機関回収率では、群馬県と愛媛県が比較的高く、兵庫県が比較的低かったが、その他は5%水準で誤差の範囲にあった。

表 4-3-2 都道府県別の回収状況

都道府県	発送先機関数	回収機関数	回収率(機関)	調整残差
北海道	211	32	15.2%	-1.65
青森県	41	7	17.1%	-0.40
岩手県	37	7	18.9%	-0.10
宮城県	85	20	23.5%	0.94
秋田県	36	8	22.2%	0.41
山形県	32	4	12.5%	-1.01
福島県	78	16	20.5%	0.22
東京都	358	62	17.3%	-1.11
神奈川県	244	44	18.0%	-0.61
埼玉県	150	34	22.7%	0.98
千葉県	129	31	24.0%	1.31
茨城県	65	10	15.4%	-0.85
栃木県	50	11	22.0%	0.44
群馬県	52	18	34.6%	2.76
山梨県	29	8	27.6%	1.10
新潟県	53	8	15.1%	-0.82
長野県	52	13	25.0%	1.00
富山県	38	11	28.9%	1.47
石川県	30	8	26.7%	0.99
福井県	19	4	21.1%	0.17
愛知県	164	30	18.3%	-0.41
岐阜県	32	9	28.1%	1.23
静岡県	115	23	20.0%	0.13
三重県	31	5	16.1%	-0.48
大阪府	313	59	18.8%	-0.32
兵庫県	207	23	11.1%	-3.14
京都府	71	11	15.5%	-0.87
滋賀県	42	13	31.0%	1.88
奈良県	32	9	28.1%	1.23
和歌山県	35	9	25.7%	0.93
鳥取県	19	5	26.3%	0.75
島根県	33	5	15.2%	-0.64
岡山県	65	14	21.5%	0.41
広島県	117	17	14.5%	-1.39
山口県	56	12	21.4%	0.36
徳島県	36	11	30.6%	1.67
香川県	41	6	14.6%	-0.80
愛媛県	44	14	31.8%	2.07
高知県	34	10	29.4%	1.46
福岡県	230	48	20.9%	0.52
佐賀県	31	6	19.4%	-0.03
長崎県	70	9	12.9%	-1.42
熊本県	64	10	15.6%	-0.80
大分県	41	12	29.3%	1.58
宮崎県	46	8	17.4%	-0.37
鹿児島県	73	14	19.2%	-0.08
沖縄県	43	9	20.9%	0.23

2 就労支援の実施状況による群分け

本調査で回答の得られた機関には、日常的に何らかの就職・復職支援を実施している 386 機関と、日常的な実施はなく時々実施あるいはほとんど実施していない 473 機関があった。

(1) 就労支援の実施状況 (問7)

回答全体では、日常的に実施している就職・復職支援の内容として、復職支援や就業継続支援が比較的多く、新規就職支援や再就職支援は日常的な実施は少なく時々実施や実施なしが比較的多かった (図 4-3-1)。日常的な支援場所としては外来の診察場面が比較的多く、日常的に施設外で実施することは少なかった。支援対象としては日常的には患者が多く、時々実施する支援としては企業の担当者や外部の就労支援機関も比較的多かった。

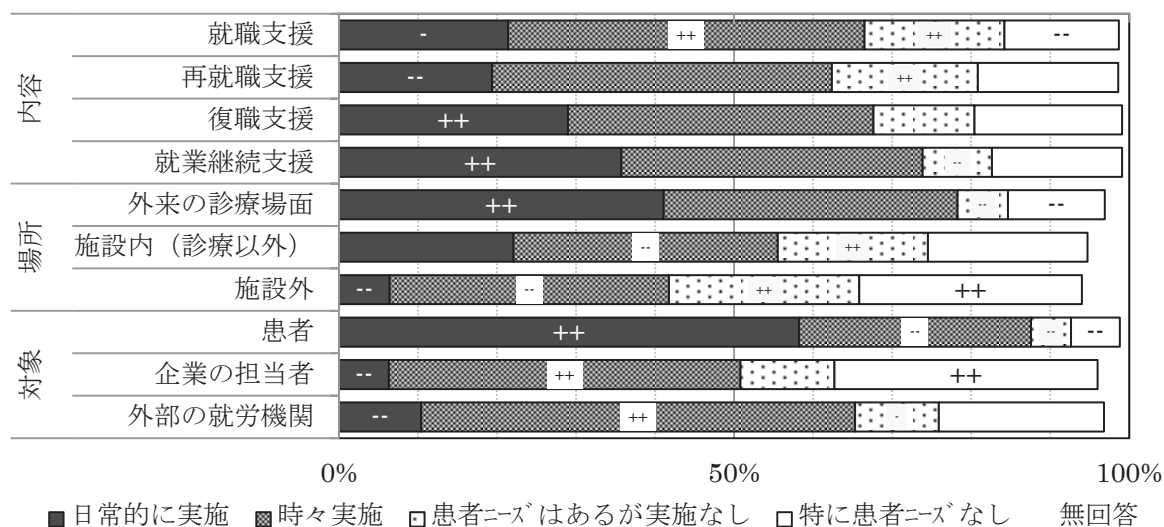


図 4-3-1 回答全体における就労支援の実施状況 (問7) (n=780)

(他の項目と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: 同少ない。)

(2) 日常的な就労支援実施の有無による各群の就労支援の取組状況

回答全体での傾向では多様な医療機関の実態を把握できない可能性がある。そのため以下の分析では、「就職支援」「再就職支援」「復職支援」「就業継続支援」のいずれかを日常的に実施している 386 機関と、それ以外の 473 機関に分けて集計を行った結果を示す。

就労支援を日常的に実施している 386 機関では、そうでない機関と比べると、全ての内容、場所、対象について日常的な実施が有意に多く、また、企業担当者に対して時々実施する支援も多かった (図 4-3-2)。

一方、日常的な就労支援の実施のない機関では、全般的に、特に患者ニーズなし、あるいは、患者ニーズはあるが実施なしが多かった (図 4-3-3)。その他、新規就職支援、復職支援、就業継続支援への時々取組が比較的多く、また、支援場所としては、外来の診療場面や施設内での時々支援が比較的多かった。対象については、患者に対しての時々支援が比較的多かったが、企業の担当者に対しては実施なしが多く、時々取組すら少なかった。

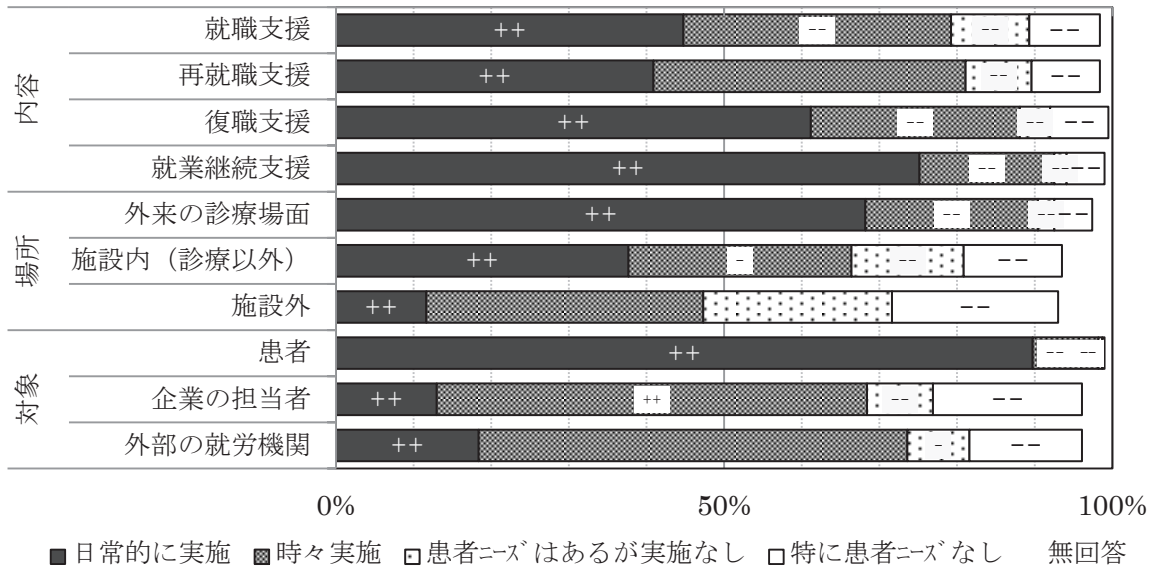


図 4-3-2 就労支援を「日常的に実施」している機関における就労支援の実施状況

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: 同少ない。)

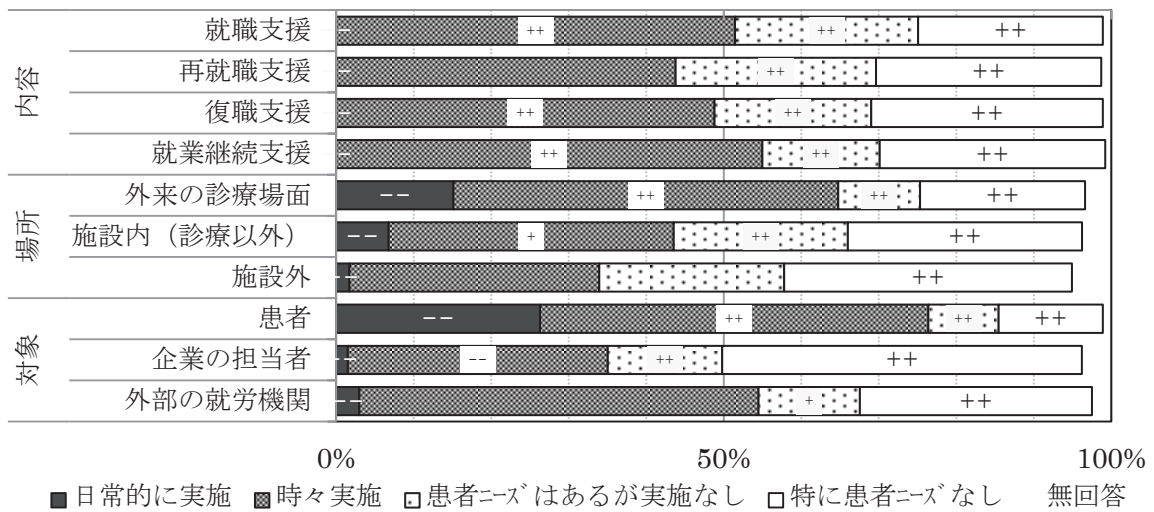


図 4-3-3 就労支援を「日常的に実施」していない機関における就労支援の実施状況

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: 同少ない。)

3 日常的就労支援の有無別の、対象患者の疾患と生活・就労状況

日常的就労支援の実施機関では、多くの種類の疾患に日常的に対応していた。対象患者の生活状況では、入院患者は比較的少なく、無職・在宅、福祉的就労・デイケア利用者が多かった。気分障害では、休職中や短時間勤務、フルタイム就業中の人と比較的多い等の疾患による差もあった。

(1) 対応している疾患種類 (問4)

回答部署で日常的に対応している疾患は、統合失調症と気分障害が 75%強で多く、不安障害等も半数強で

日常的に対応していた（図 4-3-4）。逆に日常的対応が少ないのは、脳損傷による精神障害、認知症、発達障害、てんかんで 30%程度であったが、時々対応は多かった。日常的な就労支援のない機関では、気分障害、不安障害、人格障害、発達障害、脳損傷による精神障害への「日常的対応」がやや少なく「時々対応」が増えていた（図 4-3-5）。

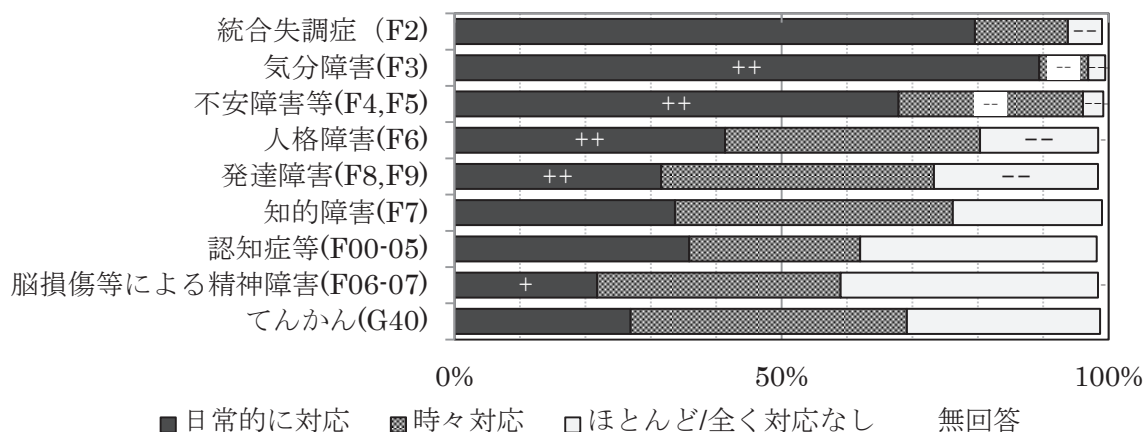


図 4-3-4 各疾患への対応状況（就労支援に日常的に対応している機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。）

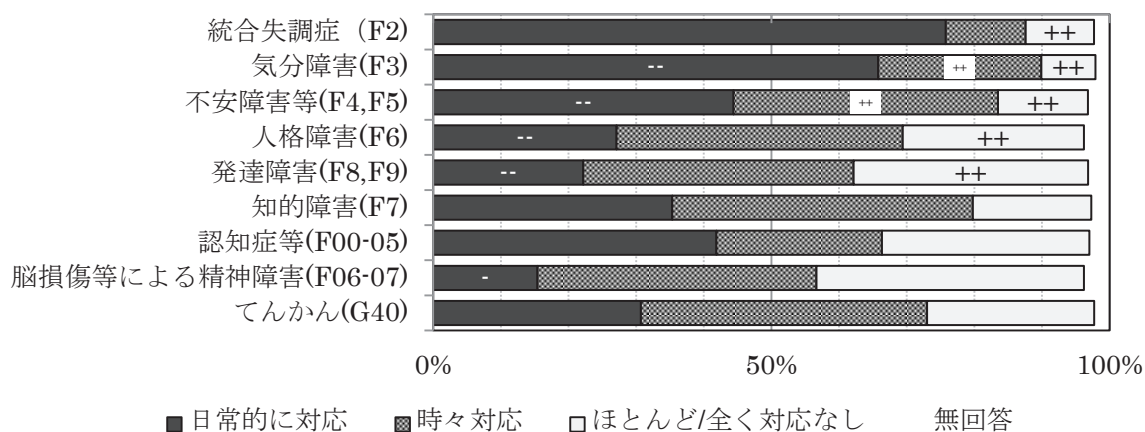


図 4-3-5 各疾患への対応状況（就労支援に日常的に対応していない機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。）

なお、統合失調症、気分障害、てんかんでも、それぞれの疾患に日常的に対応している機関は、他の疾患にも日常的に対応している場合が多かった。ただし、気分障害とてんかんでは日常的対応機関がそれぞれ異なる場合が比較的多かった。また、てんかんへの日常的対応の多い機関では、知的障害や発達障害への日常的対応が多かった。

（2）患者の生活・就労状況（問5）

支援対象者の状況は、無職の在宅生活が最も多く、福祉的就労が続いた。日常的就労支援を実施している

機関では、休職中、短時間、フルタイム、障害者雇用での仕事をしている人への対応も比較的多かった（図4-3-6、図4-3-7）。

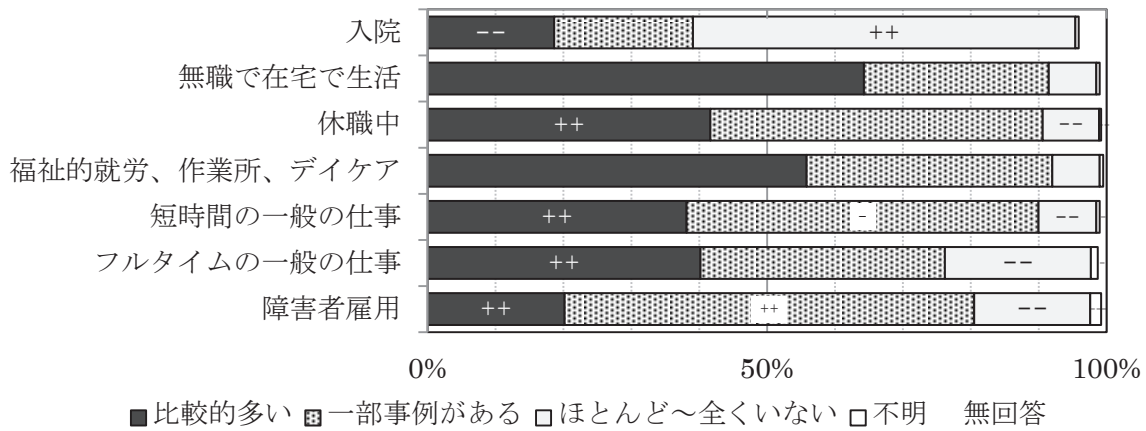


図 4-3-6 支援・治療対象の患者の状態（就労支援に日常的に対応している機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。）

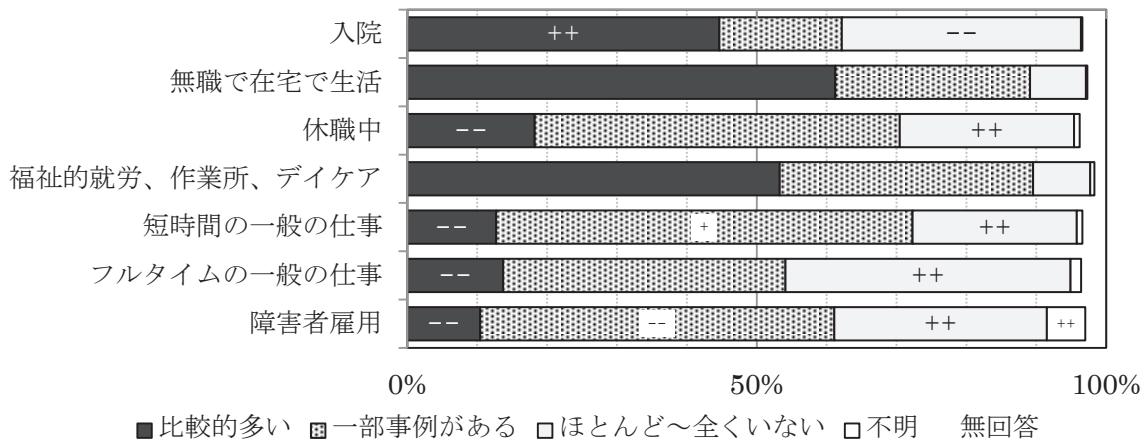


図 4-3-7 支援・治療対象の患者の状態（就労支援に日常的に対応していない機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。）

なお、日常的就労支援がある機関のうち、統合失調症への対応が多い機関では、無職在宅、デイケアや福祉的就労、短時間勤務が比較的多かった。一方、気分障害に日常的に対応している機関では、休職中、短時間勤務、フルタイム就業が比較的多かった。また、てんかんでは、福祉的就労等や障害者雇用が比較的多く、休職中への対処は比較的少なかった。

第4節 職業上の課題状況と就労支援の関係

問10で精神障害者の就職前から就職後の様々な職業生活上の課題状況への各機関の認識をきいた。医療機関においては、就労支援への日常的取組のない機関では、精神障害者の職業問題の認識自体必ずしも十分ではなく、逆に、日常的に就労支援に取り組んでいる機関ほど課題認識が多かった。ただし、具体的な取組によって、単に課題認識が多くなっているだけでなく、その問題の解決にもつながっていることも明らかとなった。

様々な精神障害者の職業生活上の様々な課題状況と、医療機関における様々な就労支援等の取組の関係の分析結果は次節以降で示すが、本節ではそのような関係性の分析例を示す。

1 患者の職業生活上の課題の状況

日常的な就労支援の実施状況にかかわらず、患者の職業生活上の課題については、「未解決の課題が多くある」とする機関が多かったが、日常的な就労支援を実施している機関では、実施していない機関に比べて、「課題はあるが解決可能」とする割合が高くなっていった（図4-4-1）。一方、日常的に就労支援を実施していない機関では、職業生活上の課題について「不明」とする割合も多かった（図4-4-2）。

「本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと」や「遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業」「職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること」等、未解決課題が多い項目がある一方で、「仕事上のストレス対処や疾患管理との両立」や「職務遂行上の個別課題への対処」等の課題では、「課題はあるが解決可能」とした機関が比較的多かった。

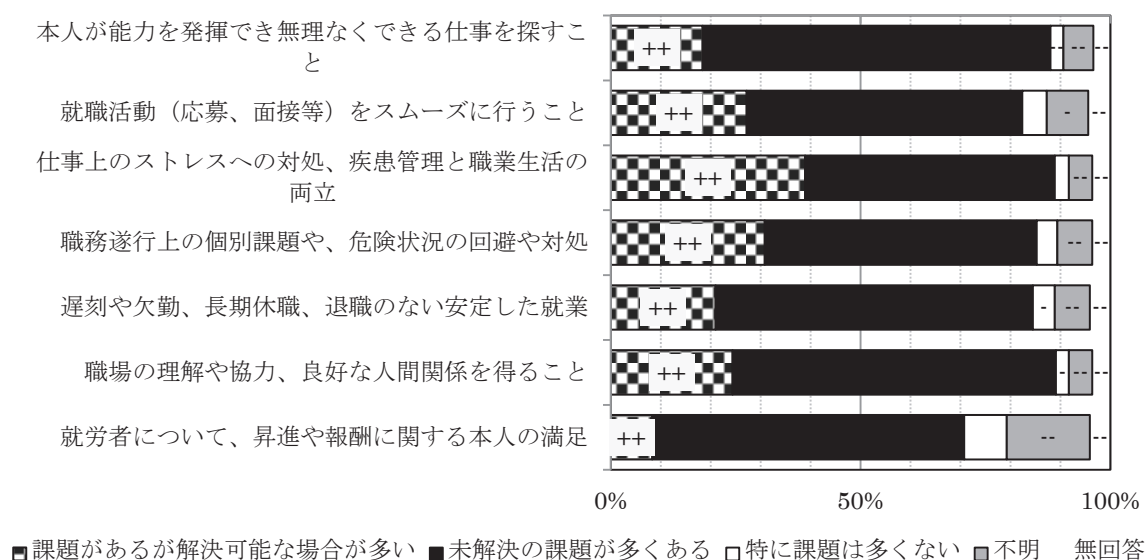


図4-4-1 部署における患者の職業生活上の課題の解決状況
(就労支援に日常的に対応している機関)

(回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-,-:同少ない。)

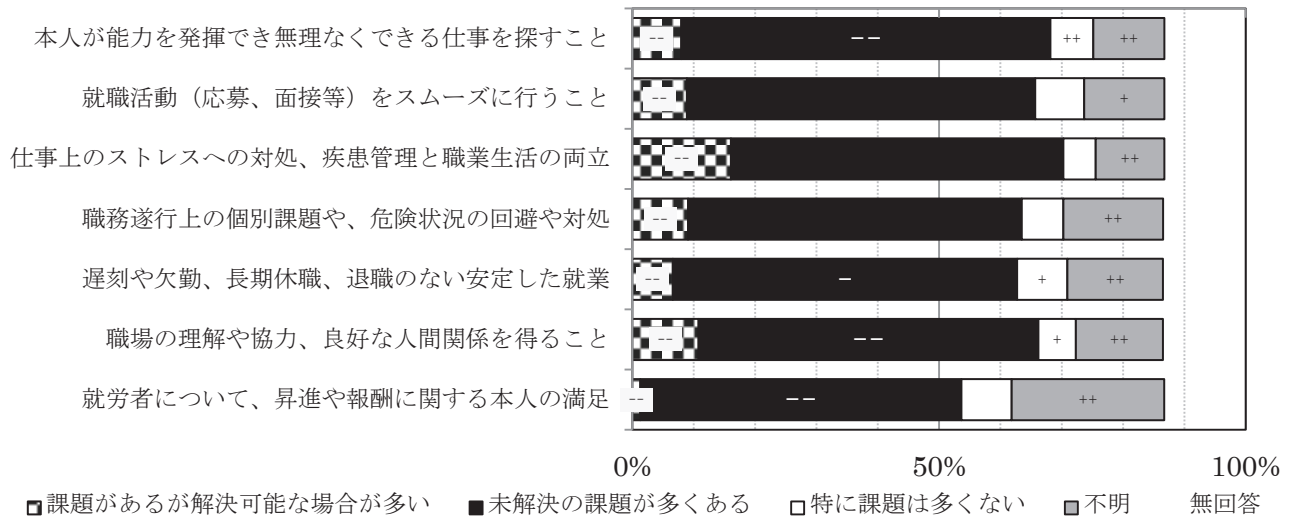


図 4-4-2 部署における患者の職業生活上の課題の解決状況
(就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、就職後の課題である、「職務遂行上の個別課題や危険状況の回避や対処」、「就業継続」、「就労上の処遇への満足」について、未解決の課題が多くあるとする機関が比較的多かった。てんかんの場合は、「疾患管理と職業生活の両立」について課題解決な場合があるとする機関が、他の疾患と比べて少なかった。

自由記載部分から代表的な意見を以下に抜粋する。

【課題があるが解決可能な場合が多い】「支援を始めて6年で徐々に支援体制が整ってきた」「オープンでの就労では、雇用者側の理解があり、連携体制がほぼできている」「本人の希望、生活上の安定、対人スキルなど障害と就職を両立できるようサポートしている」

【未解決の課題が多くある】「再発ということを考えると、その頻度は少ないものではない」「クローズの場合は、問題あり。ストレス対応が図りづらい。地域的に職場、職種、職域に限られる」「職場の事情など、調整が困難なことも多い」「PSW等を雇用しない限り、内部の連携、外部との連携も不十分にならざるを得ない」「実際に働いている方や休職中の方に対応できておらず、その部分で問題が多く発生する」「支援の必要性は感じているが課題の抽出にとどまっている」「現在の医療現場にここまで求められるのは無理がある」「就業との連携がもっとうまくできれば未然に防止できることは多い」

【特に課題は多くない】「治療、生活状況の相談が主であり、患者より就労の相談があることが少ない」

【不明】「院内で就労に向けた取り組みを行ってはいるが、それが課題解決となっているかどうかは不明である」「復職後うまく解決できているかについては、アセスメントできていない」「現場を想定した対処、本人の病状管理などは、デイケアでは、十分確認できない」

2 就労支援の取組と職業上の課題との関係の分析例

前項の職業的課題の状況については、各医療機関等における様々な取組の状況との関係が認められた。今回の調査によっては、単に特定の取組の有無による違いだけでなく、より詳細な取組主体（自機関、外部機関、あるいは自機関と外部機関の協力）等による違いについても分析可能である。次節以降で結果を示す分析の概要を例によって示す。

(1) 就労課題（問10）の未解決率と、就労支援の取組状況との関係の例

先に示した図 4-4-1 のデータによると、問 10 の就労課題の「就職活動（応募、面接等）をスムーズに行うこと」は、日常的就労支援がある機関では、「課題はあるが解決可能」27.2%、「未解決課題が多い」55.2%であった。これにより、課題ある場合のその課題の未解決率（「未解決」／（「課題はあるが解決可能」＋「未解決」））は 67.0%である。

ただし、これは、表 4-4-1 に示すように、問 8-2 「就職活動への個別支援」の個々の取組の有無別に集計すると、全ての取組についてその有無で統計的に有意な差が認められた。これらの取組がない場合では、ある場合よりも未解決率が有意に高かった。

表 4-4-1 就労課題「就職活動（応募、面接等）をスムーズに行うこと」の未解決率と就労支援の実施の有無との関係（日常的就労支援がある機関）

就労支援の取組		就労支援の取組の有無による 職業的課題の未解決率		リスク比 (95%信頼 区間)	有意確 率
		取組有の場合	取組無の場合		
就職活動 への個別 支援	本人の生きがいにつながるよう、本人の興味や強みを明確にし、それを活かせる職探しを支援する	64.7%	80.0%	0.68-0.96	0.03
	体調の悪化や危険を防止できる仕事内容や職場の条件を明確にし、条件に合った職探しを支援する	64.8%	81.0%	0.68-0.95	0.03
	履歴書や就職面接で、病状や必要な配慮の説明がうまくできるように助言や支援をする	63.9%	82.0%	0.67-0.91	0.01
	就職や復職の前に実際の仕事内容や職場の状況について確認して対策を検討する	62.7%	85.5%	0.64-0.85	0.00
	精神疾患にマッチする仕事の情報を増やしたり、仕事のマッチングの検討のための職場実習等を支援する	62.1%	77.1%	0.69-0.94	0.01
	本人に合った仕事を探すため、様々な手段を使い求人情報や会社情報を収集する(作業所等は含まない)	62.3%	77.1%	0.70-0.94	0.01

その一方で、これらの問 8-2 の取組は、問 10 の就労課題「仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立」とは、有意な関係は少なく、唯一、「就職や復職の前に実際の仕事内容や職場の状況について確認して対策を検討する」取組だけが、その取組がある場合に、未解決率が低くなっていた（表 4-4-2）。

※「95%信頼区間」：統計的に 95%の確からしさで推定できる値の範囲。例えば、表 4-4-1 の最上行では、リスク比は $64.7\%/80.0\%=0.81$ だが、それぞれのデータ数を考慮すると、その 95%信頼区間は 0.68-0.96 となる。その上限が 1 未満のため、リスク比は統計的に有意に 1 未満である、すなわち、統計的に有意に、取組有の方が取組無よりも未解決率が低いといえる。

表 4-4-2 就労課題「仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立」の未解決率と就労支援の実施の有無との関係（日常的就労支援がある機関）

就労支援の取組		就労支援の取組の有無による職業的課題の未解決率		リスク比 (95%信頼区間)	有意確率
		取組有の場合	取組無の場合		
就職活動への個別支援	本人の生きがいにつながるよう、本人の興味や強みを明確にし、それを活かせる職探しを支援する	55.1%	60.4%	0.72-1.16	0.29
	体調の悪化や危険を防止できる仕事内容や職場の条件を明確にし、条件に合った職探しを支援する	55.7%	60.0%	0.72-1.19	0.34
	履歴書や就職面接で、病状や必要な配慮の説明がうまくできるように助言や支援をする	55.4%	60.0%	0.73-1.16	0.30
	就職や復職の前に実際の仕事内容や職場の状況について確認して対策を検討する	52.9%	71.2%	0.61-0.90	0.01
	精神疾患にマッチする仕事の情報を増やしたり、仕事のマッチングの検討のための職場実習等を支援する	55.6%	57.4%	0.79-1.18	0.42
	本人に合った仕事を探すため、様々な手段を使い求人情報や会社情報を収集する(作業所等は含まない)	55.6%	57.4%	0.79-1.18	0.42

（2）就労支援の実施方法の違い（実施機関、実施頻度、連携方法等）による影響

また、上述の（1）では取組の有無で比較したが、本研究の調査の間8の調査項目では、「取組有」の実施状況が3通り（「自機関が主に実施」、「自機関と外部機関の協力による実施」、「外部機関が主に実施」）ある。図 4-4-3 に示すように、取組有の場合で、さらにその取組状況別に、職業上の課題「本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと」の未解決率をみると、「就職・復職セミナー等」は「自機関が主」と「自機関と外部機関の協力」には差がなく、いずれも「外部機関が主」よりも未解決率が低かった。それに対して、「就職や復職前の仕事内容や職場の確認や対策の検討」は、「自機関が主」が最も未解決率が低くなっていた。また、「OB 交流等」は「自機関が主」の方が「外部機関が主」よりも未解決率が低くなっていた。

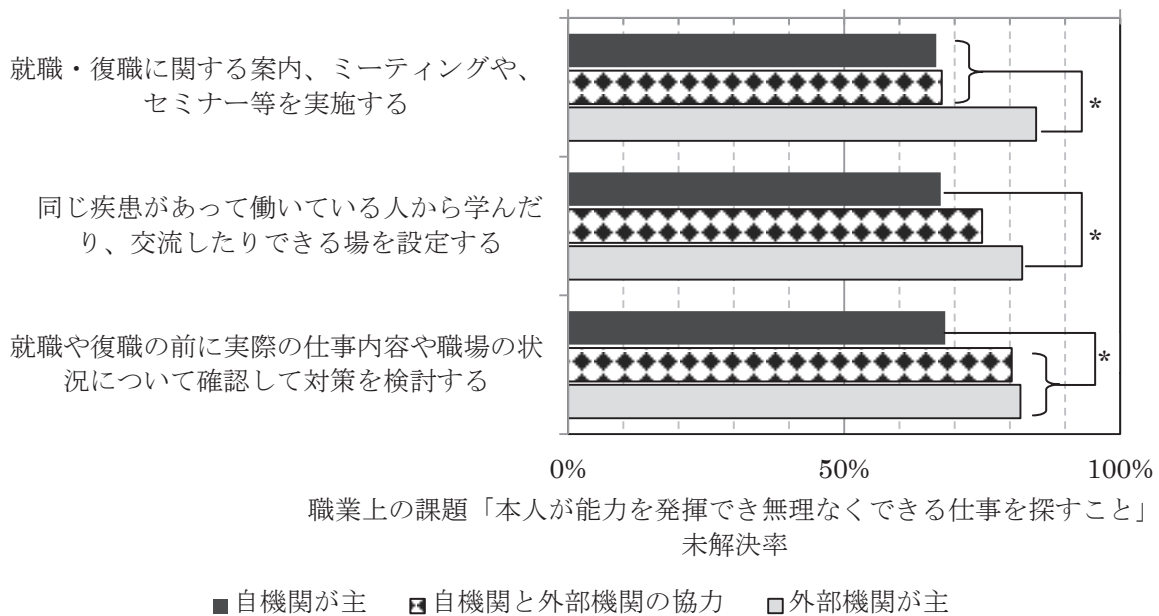


図 4-4-3 部署における患者の職業生活上の課題の解決状況

第5節 回答者の就労支援への関わりの状況とその効果

医療機関等における就労支援は、医師、精神保健福祉士、作業療法士等が、医療・生活支援との兼務で実施されている場合が多かった。これらの医療・生活支援職による就労支援への取組のための専門的情報源としては、図書・論文等や学会・研究会等が主となっていた。

また、これらの就労支援担当者の状況と職業上の課題状況（問10）との関係を前節と同様に分析したところ、医療・生活支援と兼任で就労支援を実施し、また、就労支援に関する専門的知識等を図書・論文等、学会・研究会等から得ている場合が、最も問題解決率が高かった。

1 回答者の職種（問2）別の就労支援への関わり

各機関において就労支援（ない場合は生活支援）に主に担当している回答者全体では、その半数は精神保健福祉士の資格があり、30%が医師、12%が社会福祉士であった。その他の、保健師、看護師、作業療法士、心理療法士等、医療ソーシャルワーカー、ケースワーカー、ジョブコーチは10%未満であり、ピア支援員からの回答はなかった（図4-5-1）。

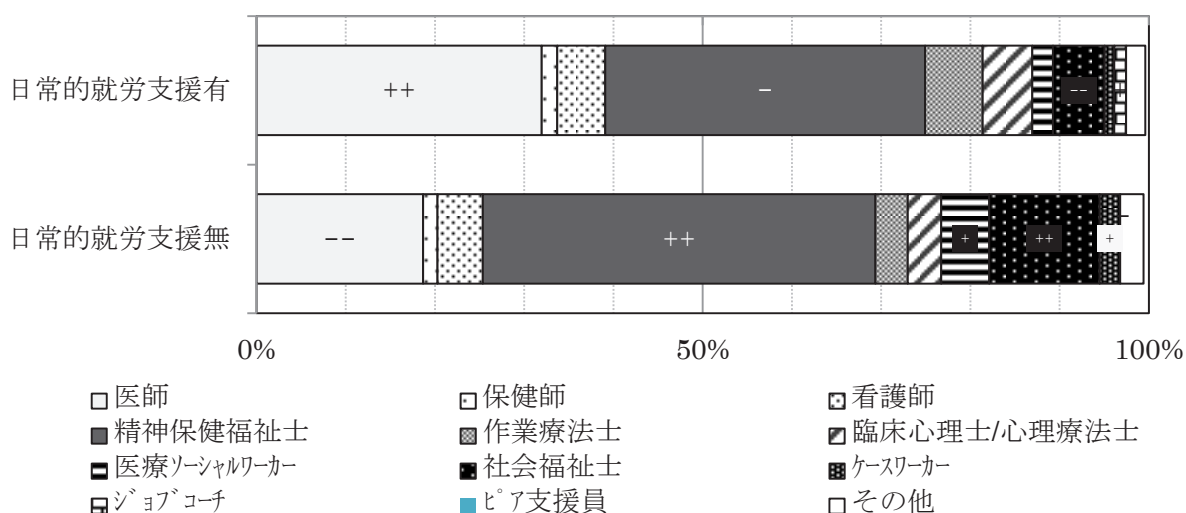


図4-5-1 回答者の資格等

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、--,: 同少ない。）

なお、統合失調症と気分障害では、日常的就労支援のある機関では医師の関わりが多く、日常的就労支援のない機関では精神保健福祉士からの回答が多かった。また、てんかんでは日常的就労支援の有無にかかわらず医師の関わりが比較的多くなっていた。

特に、回答者が多かった医師（図4-5-2）と精神福祉福祉士（図4-5-3）について、その就労支援への取組内容を比較すると、医師は外来の診療場面での復職支援や就業継続支援への取組や企業の担当者を対象とした支援が比較的多く、精神保健福祉士では診療以外の施設内支援が比較的多い他、就労支援全般を「時々実施」している割合が高いという特徴が認められた。

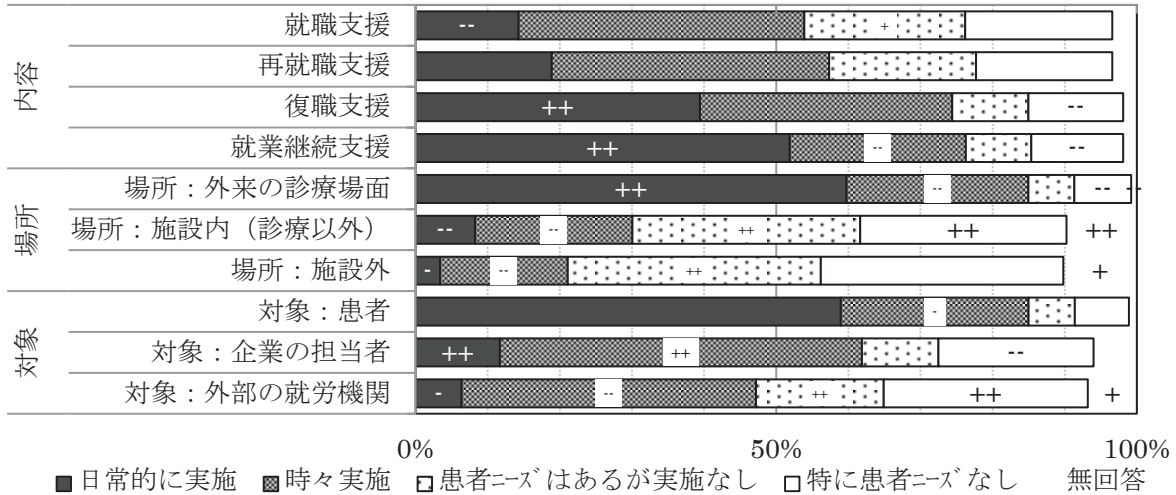


図 4-5-2 医師による就労支援の状況

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

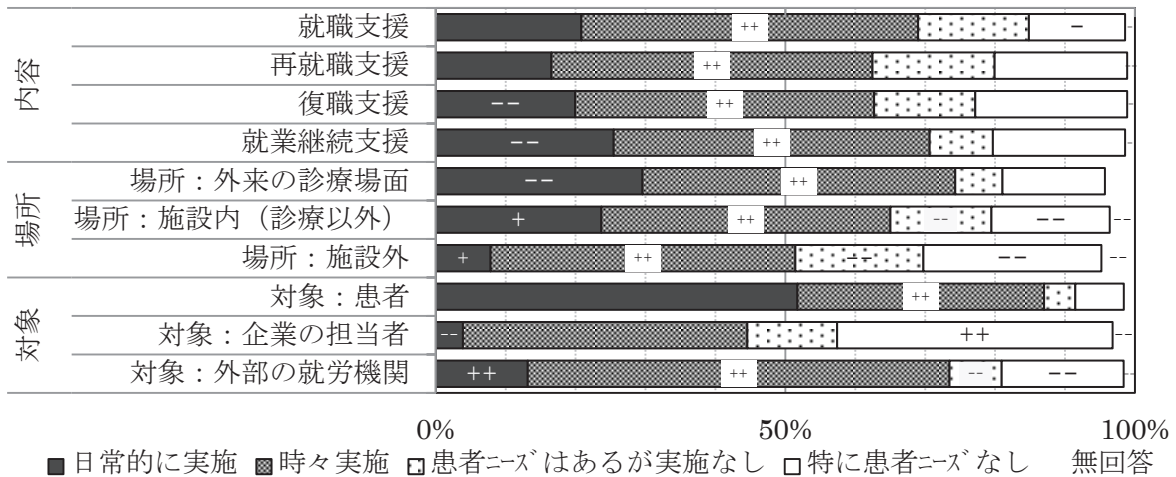


図 4-5-3 精神保健福祉士による就労支援の状況

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

2 就労支援と医療・生活支援の専任／兼務の状況（問3）とその効果

本調査の回答者は、精神保健福祉士や医師等が、医療・生活支援との兼務で就労支援に取り組んでいる場合が大半であった。しかし、兼任でも職業上の課題の解決には一定の効果が認められ、就職後のストレス・疾患管理、職務遂行、危険対処等の課題に対しては、兼務の方が効果が高かった。

(1) 就労支援と医療・生活支援の専任／兼務の状況（問3）

回答者は、医療・生活支援を主として就労支援も実施している人が 55%で最も多く、就労支援を実施していない医療・生活支援担当者が 30%強と次いで多かった。就労支援専任は 3%弱、就労支援を主として医療・生活支援も実施している回答者は 8%と少なかった(図 4-5-4)。日常的な就労支援を実施している部署では、医療・生活支援を主として就労支援も実施している回答者が 60%以上と最も多く、就労支援を主として医療・生活支援を兼務している人も 20~30%と比較的多く、一方、医療・生活支援の専任者からの回答は 20%未

満であった。就労支援を日常的に実施していない部署からの回答では、就労支援を主に担当している人はほとんどおらず、医療・生活支援を主としている人が多かった。

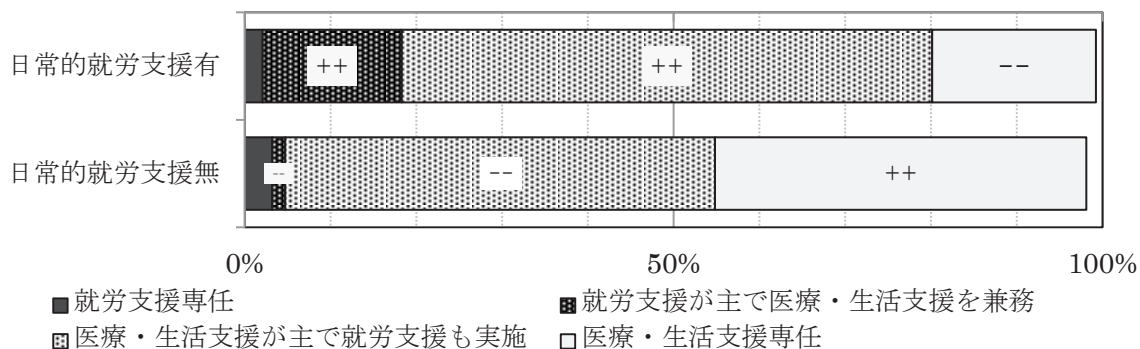


図 4-5-4 回答者の就労支援と医療・生活支援の専任/兼務の状況

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: 同少ない。)

なお、これを回答者の職種別にみると (図 4-5-5)、ジョブコーチで就労支援が主となっている他は、保健師と看護師が就労支援を主として医療・生活支援と兼務している場合が比較的多かった。医師は医療・生活支援専任が多く、また、精神保健福祉士や社会福祉士は医療・生活支援を主としながら兼務として就労支援を実施している場合が多かった。

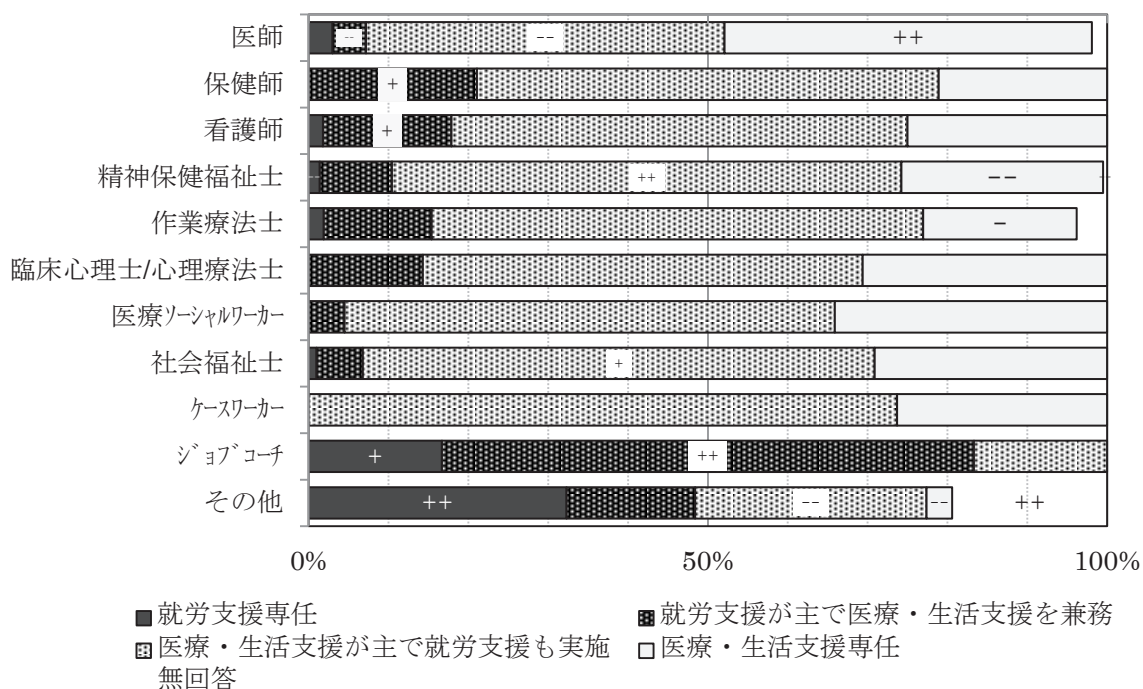


図 4-5-5 回答者の職種別、就労支援と医療・生活支援の専任/兼務の状況

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: 同少ない。)

(2) 専任/兼務の状況 (問3) と職業上の課題 (問10) の関係

就労支援を医療・生活支援と兼任で実施している場合 (就労支援が主であるか、医療・生活支援が主であ

るかにかかわらない) と、医療・生活支援専任の場合の比較で、職業上の課題状況に最も大きな差が認められた(表4-5-1)。日常的就労支援の有無にかかわらず、前者では、様々な職業上の課題の未解決率が有意に低かった。その他、日常的就労支援のある機関では、兼任であっても就労支援を主に実施している場合の方が、兼任で医療・生活支援を主としている場合よりも、「仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立」「職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処」について問題未解決率が低かった。

なお、日常的就労支援のない機関において、就労支援専任の場合や、兼任でも就労支援が主の場合の方が問題解決率が低いという結果となったが、精査すると、メンタルヘルス推進センターの事務部門等限られた例であり、事務職が就労相談を担当している場合等であった。

表4-5-1 就労支援の専任/兼務による職業生活上の課題状況へのリスク比(95%信頼区間)

就労支援への専任/兼任	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
【就労専任 vs 兼任】	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無				1.17-1.34	1.10-1.24		1.00-1.06
【就労専任 vs 医療・生活専任】	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無				1.00-1.09			
【兼任 vs 医療・生活専任】	日常的就労支援有	0.74-0.89	0.61-0.78	0.63-0.94	0.70-0.99		0.66-0.81	
	日常的就労支援無	0.84-0.97	0.79-0.92	0.75-0.93	0.77-0.90	0.82-0.94	0.83-1.00	
【兼任で就労主 vs 医療・生活主】	日常的就労支援有			0.42-0.89	0.53-0.96			
	日常的就労支援無							1.00-1.06

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載(ただし斜体は逆).**は1%水準で有意)

3 就職・復職支援についての情報源(問14)の状況とその効果

医療機関等において、精神保健福祉士や医師等が就職・復職支援に取り組むための専門的知識等の情報源としては図書・論文等と学会・セミナー等が多く、日常的就労支援のある機関において、回答者がこれらから情報を得ている場合には、就職活動や就職後の職業上の問題状況の解決率が高かった。

(1) 就職・復職支援についての情報源(問14)の状況

就労支援の情報源としては「図書・論文等」と「学会・セミナー等」が多く、一方、「専門教育や研修」は今後利用したいとする場合が多かった(図4-5-6、図4-5-7)。日常的就労支援のない機関では、日常的就労支援のある機関よりも、全ての主要な情報源の活用が少なかったが、「図書・論文等」と「学会・セミナー等」

については今後利用したいという回答が25%近くと比較的多く、情報の必要性を感じないとする回答は10%未満であった。

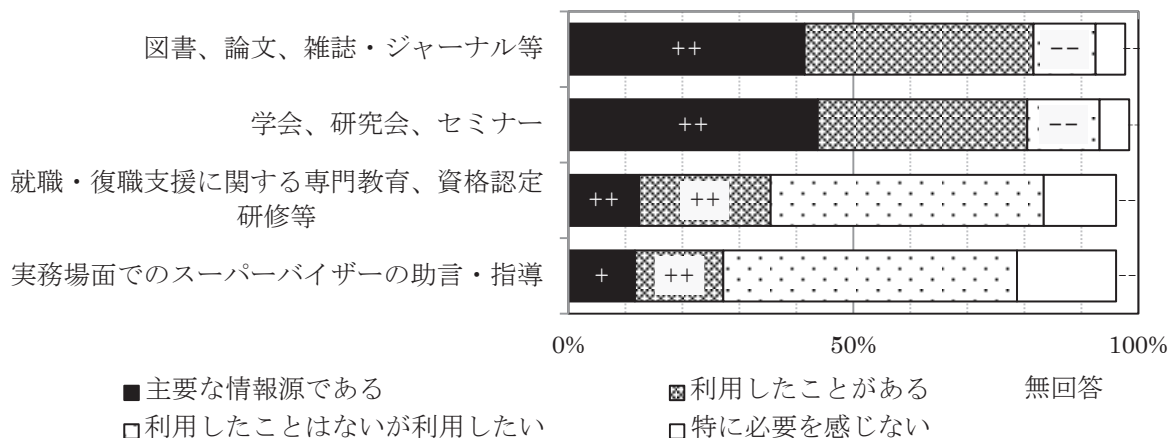


図 4-5-6 回答者の就職・復職支援に関する専門的知識やスキル向上のための情報源（就労支援に日常的に対応している機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。）

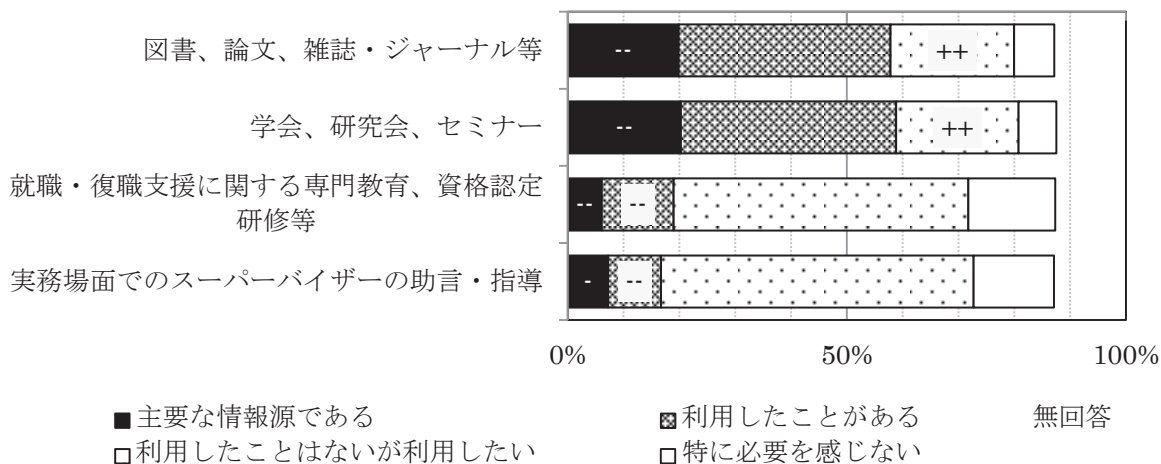


図 4-7-7 回答者の就職・復職支援に関する専門的知識やスキル向上のための情報源（就労支援に日常的に対応していない機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。）

なお、対象疾患別の違いとしては、日常的に就労支援を実施している機関でも、てんかんを支援対象としている場合には、統合失調症や気分障害に比べると、「図書等」や「学会等」を主要な情報源としている回答者が少なく、今後利用したいとする人が比較的多かった。また、気分障害を対象としている機関では「スーパーバイザーの助言」はなくその必要も感じない人が15%強と比較的多くなっていった。

（2）就職・復職支援についての情報源（問 14）と職業上の課題（問 10）の関係

日常的な就労支援を実施している機関では、「図書・論文等」により就職・復職支援に関する専門的知識を得ている場合には、「就職活動」「就職後のストレス管理・疾患管理と職業生活の両立」「職務遂行上の個別課題

や危険状況の回避や対処」「職場の理解、人間関係」の未解決課題が少なかった。また、「学会、研究会等」を情報源としている場合も、就職後の「就業継続」「職場の理解、人間関係」の未解決課題が少なかった。いずれの情報源についても、「利用したことがある」だけでなく「主要な情報源である」とされている場合の方が、より問題解決と関連していた（表 4-5-2）。

一方、日常的に就労支援を実施していない機関では、「就職・復職支援に関する専門教育、資格認定研修等」「実務場面でのスーパーバイザーの助言・指導」「学会、研究会、セミナー」を情報源にしている場合に「本人に合った職探し」の問題解決が多くなっていた。「就職・復職支援に関する専門教育、資格認定研修等」では就職活動の問題解決とも関係していた。

表 4-5-2 就労支援の情報源の利用状況による職業生活上の課題状況へのリスク比（95%信頼区間）

就労支援の情報源の利用状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
図書、論文、雑誌・ジャーナル等	日常的就労支援有		0.66-0.91**	0.60-0.90** (主要情報源 vs 利用あり:0.79)	0.67-0.96 (主要情報源 vs 利用あり:0.81)		0.72-0.94 (主要情報源 vs 利用あり:0.86)	
	日常的就労支援無							
学会、研究会、セミナー	日常的就労支援有					0.76-0.99 (主要情報源 vs 利用あり:0.84)	0.73-0.96 (主要情報源 vs 利用あり:0.84)	
	日常的就労支援無	0.84-0.96**						
就職・復職支援に関する専門教育、資格認定研修等	日常的就労支援有	0.77-0.98						
	日常的就労支援無	0.74-0.96**	0.74-0.97**			0.79-1.00		
実務場面でのスーパーバイザーの助言・指導	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無	0.75-0.99**					0.68-0.95**	

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

第6節 就職・復職希望者への対応状況とその効果

今回の調査で回答のあった日常的な就労支援を実施している機関であっても、自機関の特別な就職・復職プログラムによるだけでなく、地域の就労支援機関等との連携により、就労支援の成果をあげている機関も多かった。医療機関等における就職・復職プログラムは、具体的には気分障害の復職支援リワーク、継続的デイケア、就職ミーティング等であり、利用者は年間10～30名が多く、主要な運営資金はデイケア等の診療報酬であった。

1 就職・復職希望者への対応状況（問6）とその効果

日常的に就労支援を実施している機関であっても、就労希望者への対応として、自機関の就労支援プログラムを勧める場合だけでなく、外部就労支援機関に紹介・連絡する場合や、外部の就労相談機関を案内する場合に3分されていた。ただし、日常的就労支援のある機関では、自機関の就労支援プログラムを勧める機関が「就職活動」や「就職後の職場適応」の効果が最も高かった。また、他機関を単に案内する機関より同行・紹介する機関の方が就職の問題は解決していた。一方、日常的な就労支援のない機関では自機関で治療を優先させようとする機関よりも他機関を案内・紹介する機関の方が職業上の問題の解決は多かった。

（1）就職・復職希望者への対応状況（問6）

無職や休職中の患者が「働きたい」と言った場合には、就労支援を日常的に実施している部署では、就労希望者に対して、自機関の就労支援プログラムの利用を勧める、地域関係機関の紹介、就労相談先の案内に対応が3分されていた（図4-6-1）。日常的な就労支援のない機関では、自機関での対応が減り外部の就労の相談先の案内が増えていた。

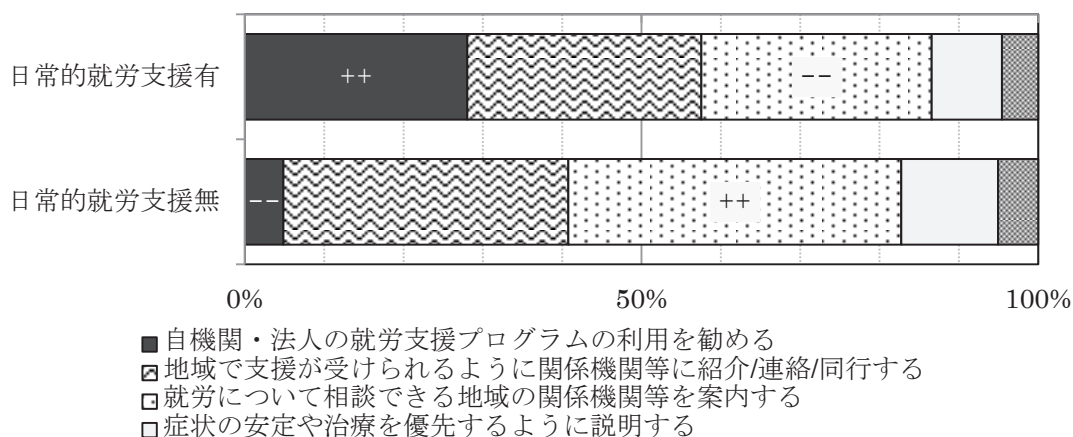


図4-6-1 無職や休職中の患者の「働きたい」への対応

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-,: 同少ない。）

なお、統合失調症と気分障害に日常的に対応し、日常的な就労支援のある機関では、自機関・法人の就労支援プログラムを勧める割合が高く、外部就労相談機関の案内が少なかった。

(2) 就職・復職希望者への対応状況(問6)と職業上の課題(問10)の関係

就職・復職希望者に対して、自機関の就労支援プログラムを勧めるか、関係機関に紹介するか、治療を優先させるようにするかの違いについては、当該機関の日常的就労支援の有無により、職業上の課題状況との関係が異なっていた(表4-6-1)。

日常的就労支援のある機関では、就職・復職希望者に対して他機関への紹介や案内をする機関よりも自機関の就労支援プログラムを勧める機関の方が、「就職活動」「仕事上のストレスへの対処/疾患管理と職業生活の両立」「職務遂行上の個別課題/危険状況の回避や対処」の未解決率は低かった。ただし、その場合、他機関との関わりで、他支援機関に紹介・同行する場合の方が、単に他機関の就労支援を案内するよりも、「本人に合った職探し」「就職活動」「職場の理解や協力、良好な人間関係」の未解決課題は少なかった。

一方、日常的就労支援のない機関については、治療を優先するようにしているよりは、他機関への紹介や案内がある場合に、「就職活動」「疾患管理と職業生活の両立」「職務遂行上の課題対応等」「就業継続の課題」「満足度」について解決可能とする割合が大きかった。また、自機関の就労支援プログラムの利用を勧めるよりも、他機関に紹介・案内した方が「疾患管理と職業生活の両立」「満足度」の解決につながっていた。

表4-6-1 就職・復職希望者への対応による職業生活上の課題状況へのリスク比(95%信頼区間)

就職・復職希望者への対応	日常的就労支援の有無	本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
【自機関就労支援利用 vs 他機関利用】	日常的就労支援有		0.65-0.96**	0.54-0.87**	0.61-0.93**			
	日常的就労支援無			1.12-1.43				1.01-1.05
【他機関利用 vs 治療優先】	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無		0.81-0.96	0.74-0.99	0.80-0.96	0.84-0.99		0.95-0.99
【他機関同行 vs 他機関案内】	日常的就労支援有	0.74-0.96**	0.68-0.97				0.73-1.00	
	日常的就労支援無							

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載(ただし斜体は逆).**は1%水準で有意)

2 就職・復職支援プログラムの内容

自機関で実施している就職・復職支援プログラムの具体的内容としては、復職支援ダイケアやリワーク、就労継続支援的なダイケアが最も多く、その他様々な就労支援の形態があった。

- 復職支援ダイケア・リワーク 42 機関
- 模範的職場、継続的ダイケア 26 機関
- 就労ミーティング、就労セミナー 12 機関
- ダイケア 10 機関

- デイケアの後に外部機関を紹介 7 機関
- ショートケア 2 機関
- IPS 2 機関
- ソーシャルワーカー、MSW による就労相談 2 機関
- その他の就労支援プログラム 3 機関

3 機関独自の就職・復職支援プログラムの内容

問6において、「自機関・法人の就労支援プログラムの利用を勧める」とした135機関について集計した。リワークプログラムやデイケア等の特別な就職・復職支援プログラムは、診療報酬を主な資金源としつつ、それ以外の機関予算を加えて一部の医療機関で実施されていた。休職中の気分障害の復職支援を、デイケア等の診療報酬の枠内で実施しているプログラムが比較的多かった。年間10～30名を対象とし、就職・復職率は15～60%であった。

(1) プログラムの運営資金源

機関独自の就職・復職支援プログラムは、デイケア等の診療報酬が主な資金源であり、診療報酬外の機関予算も一部使われていた(図4-6-2、図4-6-3)。日常的に対応している疾患種類によって、顕著な差はなかった。

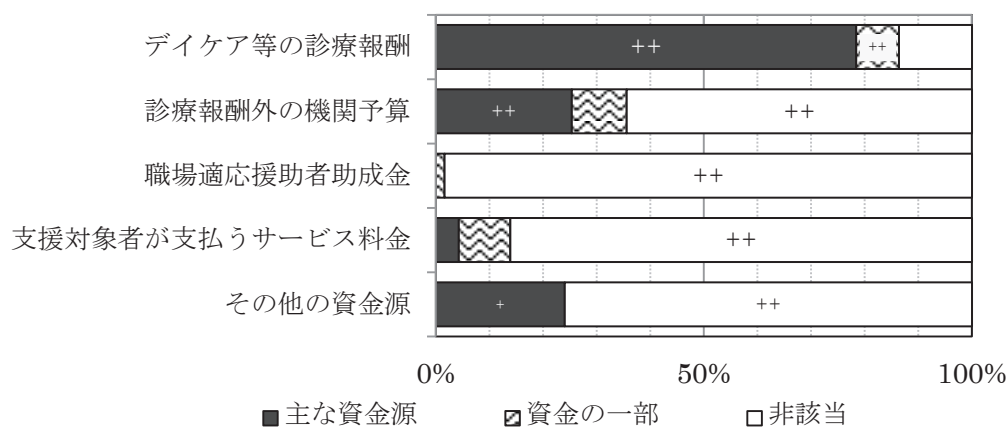


図4-6-2 就労支援プログラムの運営の資金源
(就労支援に日常的に対応している機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-、.:同少ない。)

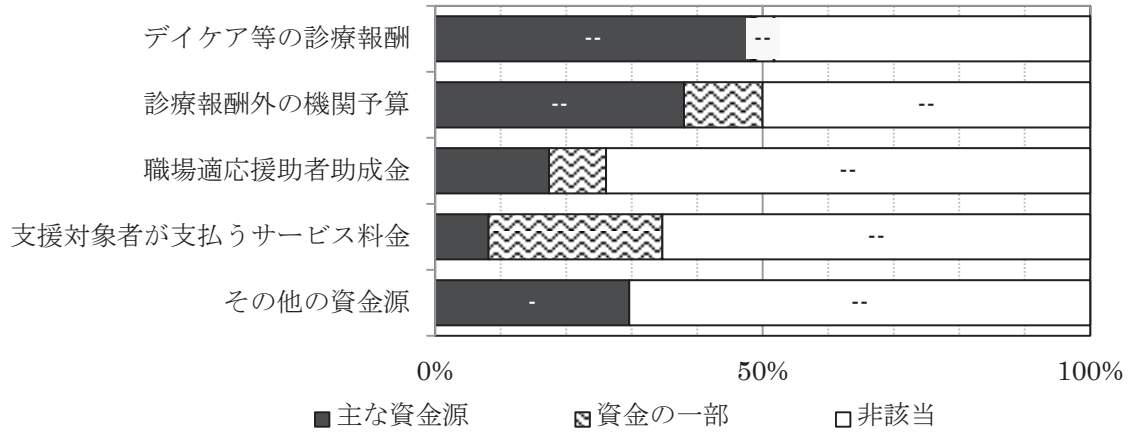


図 4-6-3 就労支援プログラムの運営の資金源 (就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して ; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

(2) 利用条件

日常的就労支援のある機関では、プログラムの利用条件として、気分障害であること、休職中であること、本人の就労への意思があること等の利用条件がある場合がやや多かった。

ア 就労支援プログラムの患者側の利用条件の有無

就労支援の利用条件は、ある場合とない場合がほぼ半数ずつであったが、統合失調症や気分障害に日常的に対応している機関で、日常的就労支援を実施している機関では、利用条件があるプログラムがやや多い傾向があった (図 4-6-4)。

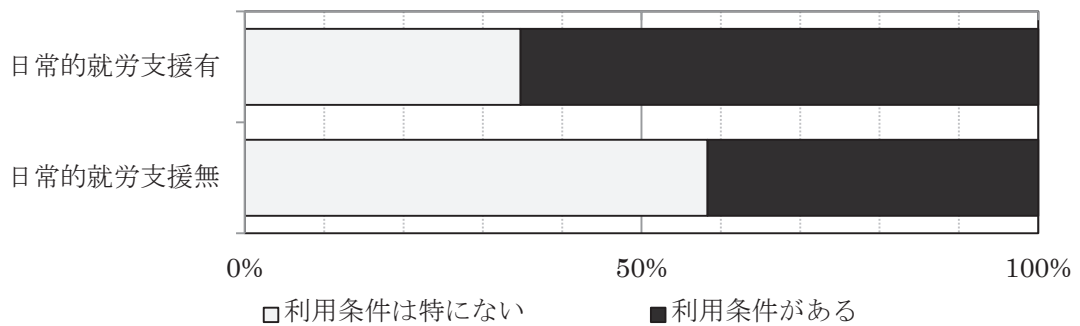


図 4-6-4 就労支援プログラムの患者側の利用条件の有無

(回答全体と比較して ; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

イ 具体的な利用条件

就職・復職プログラムに利用条件がある場合の具体的な利用条件としては、気分障害に限定していたり、休職中で会社で籍があること等の、気分障害の復職支援に関する条件が比較的多く、その他、本人の就労への意思・意欲、等の様々な条件が挙げられていた。

- 気分障害圏であること 30 機関
- 休職中で会社に籍があること 23 機関
- 本人の就労への意思・意欲があること 22 機関

- プログラムに通所して参加できること 16 機関
- 主治医の許可があること 16 機関
- 症状が安定していること 13 機関
- 事前に同機関のデイケア等を利用していたこと 9 機関

その他、疾病理解・服薬管理ができていないこと 5 機関、同一機関で通院治療を受けていること 5 機関、集団でトラブルを起こさないこと 5 機関、就労可能年齢であること 4 機関、障害認定のあること 4 機関、等があった。

(3) 利用者と就職率

就労支援プログラムの年間利用者数は、10～30 名程度であり、ほとんどが利用開始時には無職あるいは休職中であった。日常的に就労支援を実施している機関では就職・復職率は 15～60%、実施していない機関では 0～50%であった。

ア 利用者数 (表 4-6-2)

日常的な就労支援のない機関では利用者数が非常に多い場合があり平均値を高くしていたが、中央値等で見ると年間利用者数は、日常的な就労支援を実施している機関でも 10～30 名程度が大半であった。そのうち、利用開始時に仕事に就いていた人は 6 名未満が大半であった。

表 4-6-2 日常的な就労支援状況別の就労支援プログラムの利用者数

	年間利用者数			
	利用開始時に無職/休職中		利用開始時に仕事に就いていた	
	平均値±標準偏差	25%タイル-中央値-75%タイル	平均値±標準偏差	25%タイル-中央値-75%タイル
日常的な就労支援有	25.7±26.9	10-16.5-30	14.7±56.0	0-1-6
日常的な就労支援無	101.5±501.3	2-5-12	1.8±4.1	0-0-1

イ 就職率 (表 4-6-3)

利用者のうち、就職・復職できた人は、日常的な就労支援を実施している機関では年間 2～10 名程度で、就職・復職率は 15%～60%が大半であった。一方、日常的な就労支援を実施していない機関での就職・復職率は 0～50%が大半であった。

表 4-6-3 日常的な就労支援状況別の就労支援プログラムの就職者数と就職率

	就職・復職者数		就職・復職率	
	平均値±標準偏差	25%タイル-中央値-75%タイル	平均値±標準偏差	25%タイル-中央値-75%タイル
日常的な就労支援有	11.4±15.4	2-5-15	24%±29%	17%-33%-59%
日常的な就労支援無	3.3±5.9	0-1-3	10%±32%	0%-18%-50%

第7節 医療機関における局面別の就労支援の取組状況とその効果

問8においては、精神障害者の職業生活の諸局面の支援ニーズに対応する様々な取組（非就労者への情報提供等、就職・復職支援、職業アセスメント、就労者への継続的支援、等）という意味での「就労支援」の取組状況を聞いた。これには、特に就職・復職支援プログラム等と位置づけられていない場合も含む。また、医療機関が自機関で実施している取組だけでなく、利用者に対して外部機関で実施されている取組、自機関と外部機関が協力して実施している取組も含めた。

その結果、日常的な就労支援がある医療機関等では、個々の取組には医療機関と外部機関の役割分担の特徴があるものの、就職前から就職後までの様々な就労支援が提供されていることが明らかになった。一方、日常的な就労支援の取組のない機関では取組は少ないが、それでもほとんどの取組を「患者のためには必要であるが実施なし」と考えており、「必要なし」とされた取組はほとんどなかった。

また、それらの就労支援への取組と問10の就職前から就職後の課題の問題解決との関係を調べた結果、就職活動支援が就職活動の問題解決につながるというような直接的な関係だけでなく、就職前の取組と就職後の疾患管理や職場理解との関係のような様々な関係が認められた。また、医療機関が自らあるいは外部機関と協力して行う場合に効果の高い取組等も明らかになった。

1 非就労者への情報提供や働きかけ（問8-1）の状況とその効果

医療機関等における非就労者への情報提供や働きかけの取組としては、「就労希望を表明しやすくするように働きかけること」「就職・復職に伴う生活や経済的問題の検討」が比較的多く、「就職セミナー」「OB（同病で就職している人）交流」は比較的少なかった。日常的な就労支援のある機関では、ない機関と比べていずれも取組が多かった。日常的な就労支援のない機関を含め、これらの取組のない場合は「患者のために必要だが実施なし」とされていることが多かった。さらに、これらの取組が就職前の職探しの課題や就職活動の課題だけでなく、就職後の職場適応や職場理解・人間関係の問題解決につながっていることも確認できた。

（1）非就労者への情報提供や働きかけ（問8-1）の状況

非就労者への情報提供や働きかけについては、自機関では「就労意欲の確認」「就労と生活の一体的相談」が多く、「就職セミナー」「OB交流」は、特に日常的な就労支援のある機関では外部機関との連携による場合が多かった（図4-7-1）。日常的に就労支援を実施していない機関は、実施している機関と比べると、全ての取組について自機関あるいは外部機関との連携による取組が少なかったが、「患者のために必要だが実施なし」が多く、就労支援が不要であるとの回答は少なかった（図4-7-2）。

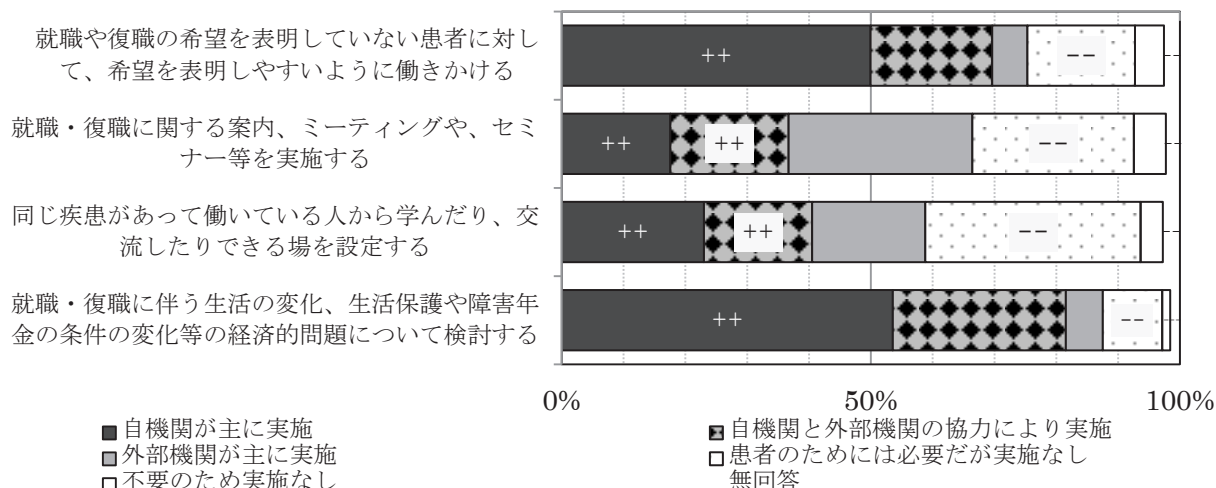


図 4-7-1 無職／休職中の患者に対する情報提供等の実施状況 (就労支援に日常的に対応している機関)

(回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。)

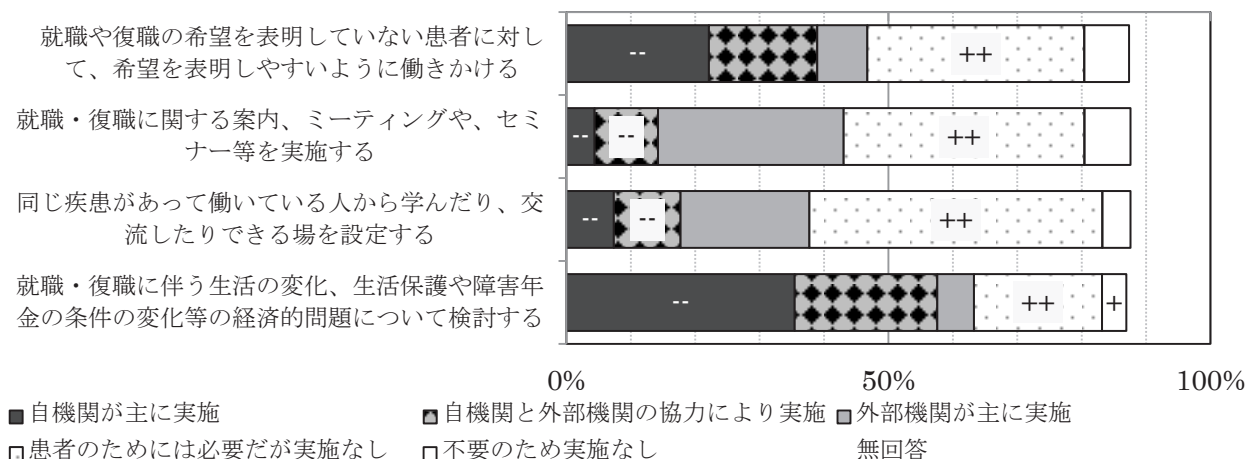


図 4-7-2 無職／休職中の患者に対する情報提供等の実施状況 (就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。)

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、就労希望表明の支援、就職セミナー、OB との交流を、自機関と外部機関の協力で実施している機関が比較的多かった。てんかんの場合は、OB との交流は外部機関が実施している機関が比較的多かった。

(2) 非就労者への情報提供や働きかけ (問 8-1) の状況と職業上の課題 (問 10) の関係

非就労者への就労支援である「就職・復職希望の表明への働きかけ」「就職・復職セミナー等」「OB との交流」に取り組んでいる機関は、当該機関の日常的な就労支援の有無にかかわらず、職業上の課題のうち「本人に合った職探し」「就職活動」の未解決課題が少なかった (表 4-7-1)。また、「就労と生活・経済的問題の一体的検討」の取組のある機関では「就職活動」未解決問題が少なかった。さらに、「就職セミナー」や「OB 交流」がある場合、就職後の「ストレス対処、疾患理と職業生活の両立」「職場の理解、人間関係」等の未解

決課題も少なくなっていた。ただし、非就労者への支援は「安定した就業継続」の解決にはつながっていないかった。

また、「就職セミナー等」は、外部機関が主に実施する場合よりも、自機関が主に、あるいは、自機関と外部機関が協力して実施する場合の方が、「職探し」や「就職活動等の解決」につながっている場合が多かった。

表 4-7-2 非就労者への支援状況による職業生活上の課題状況へのリスク比（95%信頼区間）

非就労者への支援状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
就職や復職の希望を表明していない患者に対して、希望を表明しやすいように働きかける	日常的就労支援有	0.75-0.92**	0.71-0.99 (自機関 vs 外部機関:0.67)				0.72-0.93**	
	日常的就労支援無	0.85-0.99	0.84-1.00	0.75-0.94** (自機関 v 協力:0.79)(自機関 vs 外部機関:0.75)			0.80-0.96**	
就職・復職に関する案内、ミーティングや、セミナー等を実施する	日常的就労支援有	0.76-0.93** (自機関 vs 外部機関:0.79)(協力 vs 外部機関:0.80)	0.63-0.84** (自機関 vs 外部機関:0.67)(協力 vs 外部機関:0.69)	0.68-0.99 (自機関 vs 外部機関:0.64)(協力 vs 外部機関:0.66)			0.75-0.98 (自機関 vs 外部機関:0.73)	0.85-0.99
	日常的就労支援無	0.83-0.97**	0.84-1.00	0.79-0.99				
同じ疾患があつて働いている人から学んだり、交流したりできる場を設定する	日常的就労支援有	0.76-0.94** (自機関 vs 外部機関:0.82)	0.63-0.85**	0.62-0.89** (自機関 vs 外部機関:0.61)	0.69-0.94** (自機関 vs 協力:0.71)(自機関 vs 外部機関:0.66)		0.74-0.95** (自機関 vs 外部機関:0.74)	
	日常的就労支援無	0.83-0.98 (協力 vs 外部機関:0.82)	0.83-1.00 (自機関 vs 外部機関:0.75)(協力 vs 外部機関:0.80)					
就職・復職に伴う生活の変化、生活保護や障害年金の条件の変化等の経済的問題について検討する	日常的就労支援有		0.66-0.93 (自機関 vs 外部機関:0.72)					0.82-0.91 (自機関 vs 外部機関:0.84)(協力 vs 外部機関:0.89)
	日常的就労支援無		0.83-0.98	0.75-0.94** (自機関 vs 協力:0.84)	0.83-0.99			

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

2 一般就業に向けた就職・復職支援（問8-2）の状況とその効果

一般就業に向けた就職・復職支援では、本人に適した仕事の検討、就職活動（履歴書や面接での説明の支援）支援、仕事内容や職場状況の確認と検討については、医療機関の自機関を主とした取組が比較的多かった。一方、職場実習や求人情報の収集等については、外部機関との協力による実施が多くなっていた。また、自機関でも外部機関でも実施されていない場合については、日常的就労支援の有無にかかわらず「患者のためには必要だが実施なし」とされている場合が多かった。

これらの取組は、主に「就職活動」の問題解決との関係が認められたが、「仕事内容や職場状況の確認と検討」「職場実習」は「就職後の職場適応」や「職場の理解・協力・人間関係」の問題解決との関係も認められた。

(1) 一般就業に向けた就職・復職支援(問8-2)の状況

日常的就労支援がある機関では、一般就業に向けた就職支援のどの項目も自機関での取組と外部機関との連携による取組が全般的に多く、「本人に合った職探し」「体調に合わせた職探し」「履歴書や面接での説明の支援」「仕事内容や職場状況の事前確認」については自機関で25~30%、自機関と外部機関の協力を含めると60%前後であった。一方、「職場実習」「仕事探しの情報収集等」は自機関で5~10%、外部機関との連携を含めても30%未満の実施であった(図4-7-3)。

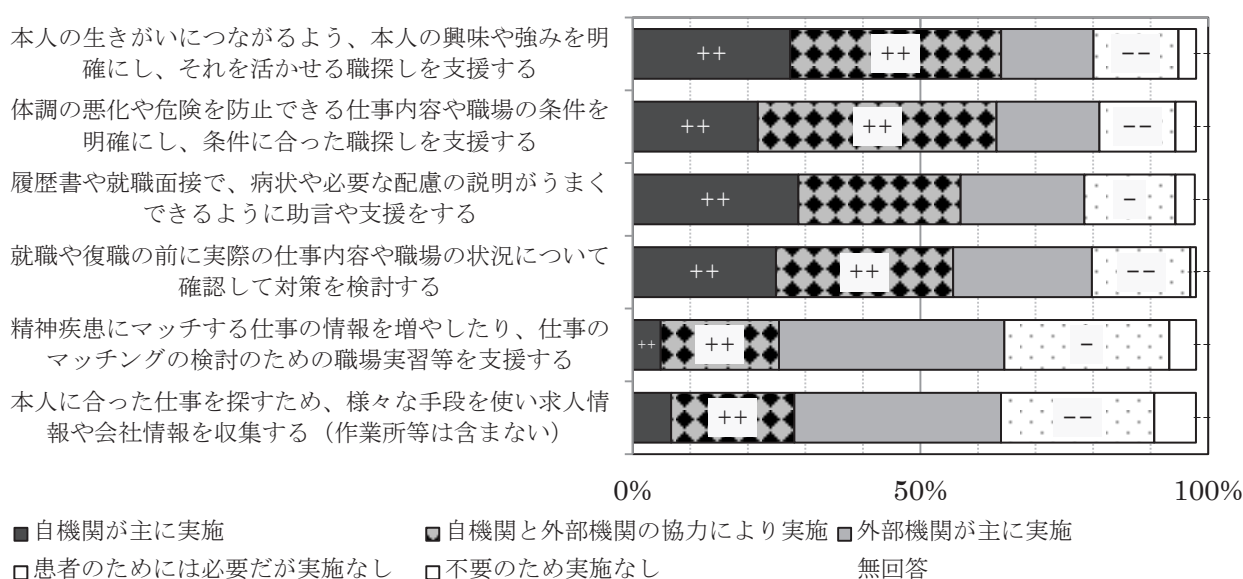


図4-7-3 一般就業に向けた就職支援の実施状況
(就労支援に日常的に対応している機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、--:同少ない。)

日常的就労支援のない機関では、これら一般就業に向けた就職・復職支援の自機関が関わる取組は全般的に少なく、「患者のためには必要だが実施なし」とされていることが多かった(図4-7-3)

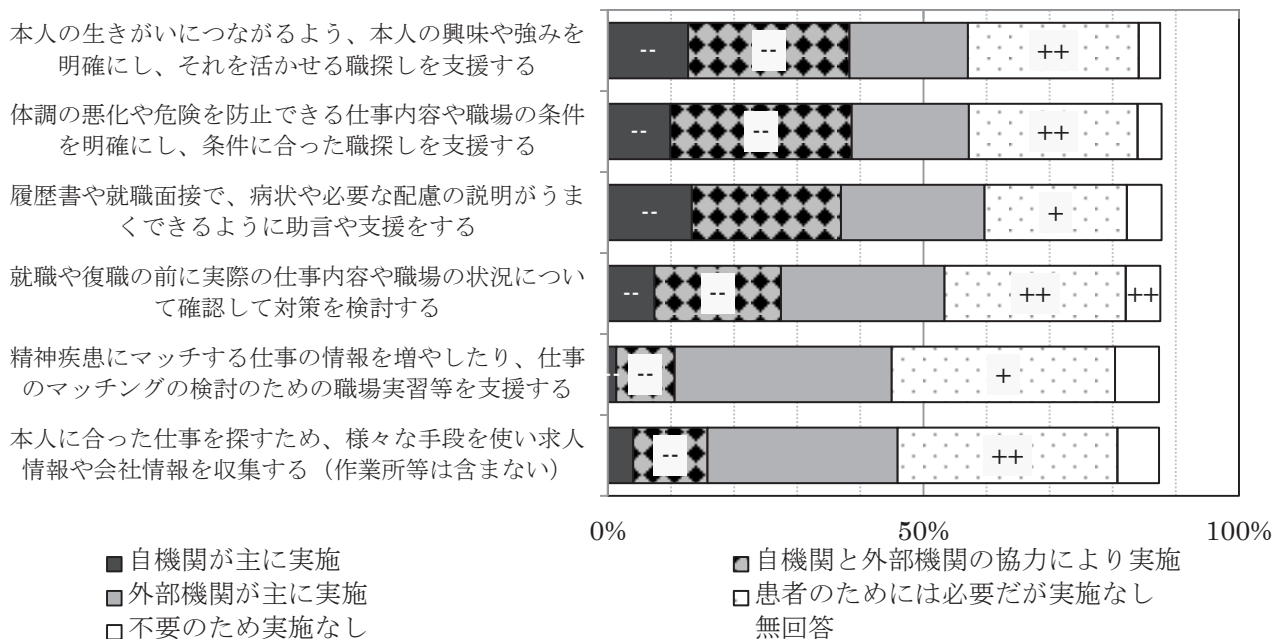


図 4-7-4 一般就業に向けた就職支援の実施状況
(就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--,: 同少ない。)

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、自機関と外部機関との協力による就職に向けた支援の実施が比較的多いという特徴がみられた。また、休職者への復職支援では仕事内容や職場の確認や支援について、医療機関が自機関で実施する例が比較的多くなっていた。

(2) 一般就業に向けた就職・復職支援(問8-2)の状況と職業上の課題(問10)の関係

一般就業に向けた就職・復職支援の様々な取組がある機関は、日常的就労支援の有無にかかわらず、「就職活動」の未解決課題が少なかった(表4-7-2)。それらは、外部機関が主に実施する場合よりも、自機関が主、あるいは、自機関と外部機関が協力して実施する場合の方が効果が大きかった。さらに、その中で「就職・復職前の仕事内容や職場状況の確認と対策検討」については、その他にも「本人に合った職探し」「就職後のストレス・疾患管理」「職場の理解、人間関係」の問題解決とも関係していた。また、「就職後のストレス・疾患管理」「職場の理解、人間関係」については、自機関を主とした取組が最も効果をあげていた。

表 4-7-2 一般就業に向けた就職支援状況による職業生活上の課題状況へのリスク比 (95%信頼区間)

一般就業に向けた就職・復職支援状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
本人の生きがいにつながるよう、本人の興味や強みを明確にし、それを活かせる職探しを支援する	日常的就労支援有		0.68-0.96 (自機関 vs 外部機関:0.69)(協力 vs 外部機関:0.75)					
	日常的就労支援無		0.81-0.94** (自機関 vs 外部機関:0.76)				0.82-1.00	

表 4-7-2 (続き)

一般就業に向けた就職・復職支援状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
体調の悪化や危険を防止できる仕事内容や職場の条件を明確にし、条件に合った職探しを支援する	日常的就労支援有		0.68-0.95 (自機関 vs 外部機関:0.71)(協力 vs 外部機関:0.81)					
	日常的就労支援無		0.81-0.94** (自機関 vs 外部機関:0.73)					
履歴書や就職面接で、病状や必要な配慮の説明がうまくできるように助言や支援をする	日常的就労支援有		0.67-0.91** (自機関 vs 外部機関:0.71)(協力 vs 外部機関:0.76)					
	日常的就労支援無		0.83-0.98 (自機関 vs 外部機関:0.80)(協力 vs 外部機関:0.86)					
就職や復職の前に実際の仕事内容や職場の状況について確認して対策を検討する	日常的就労支援有	0.77-0.95 (自機関 vs 外部機関:0.83)	0.64-0.85** (自機関 vs 外部機関:0.74)	0.61-0.90** (自機関 vs 協力:0.65)(自機関 vs 外部機関:0.58)			0.73-0.95 (自機関 vs 協力:0.79)(自機関 vs 外部機関:0.75)	0.83-0.97 (自機関 vs 協力:0.84)
	日常的就労支援無		0.83-0.98	0.77-0.97	0.83-0.99			
精神疾患にマッチする仕事の情報を増やしたり、仕事のマッチングの検討のための職場実習等を支援する	日常的就労支援有		0.69-0.94**				0.77-0.99 (自機関 vs 外部機関:0.49)(協力 vs 外部機関:0.79)	
	日常的就労支援無							
本人に合った仕事を探すため、様々な手段を使い求人情報や会社情報を収集する(作業所等は含まない)	日常的就労支援有		0.70-0.94** (協力 vs 外部機関:0.66)					
	日常的就労支援無		0.83-0.98					

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

3 様々な職業アセスメント(問8-3)の状況とその効果

医療機関等で実施されている職業アセスメントとしては、自機関での「治療場面での症状等を踏まえた評価」「本人との課題や支援ニーズの相談場面での検討」が多かった。日常的就労支援のある機関ではこれらに加え、「模擬的職場」「職場実習やリハビリ出勤」「実際の職場での継続的評価」の外部機関との協力による実施が比較的多かった。

日常的就労支援のある機関では、「本人との課題や支援ニーズの相談場面での検討」「集団場面での評価」「模擬的職場」「実際の職場での継続的評価」等が就職前から就職後までの様々な職業上の課題の解決と関連していた。

(1) 様々な職業アセスメント(問8-3)の状況

医療機関等で実施されている職業アセスメントとしては、自機関での「治療場面での症状等を踏まえた評価」「本人との課題や支援ニーズの相談場面での検討」が多く、「集団場面での評価」が続き、「模擬的職場」「職場実習やリハビリ出勤」「実際の職場での継続的評価」での職業評価は比較的少なかった(図4-7-5、図4-7-6) 日常的就労支援のある機関ではこれら全ての取組が多いが、特に、「模擬的職場」「職場実習やリハビリ出勤」「実際の職場での継続的評価」の外部機関との協力による実施が比較的多く、外部機関が主にこれら

を実施している場合も多かった。自機関でも外部機関でも実施されていない取組について、日常的就労支援の有無にかかわらず多くが「患者のためには必要だが実施なし」とされていた。

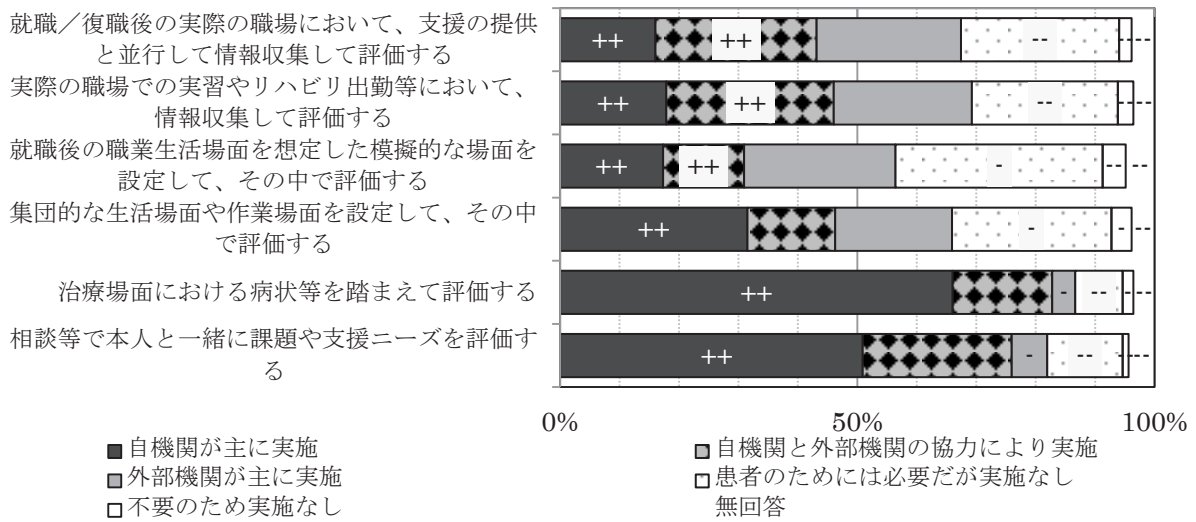


図 4-7-5 患者の就職や復職に向けた課題等の評価（アセスメント）の実施状況（就労支援に日常的に対応している機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-,:同少ない。）

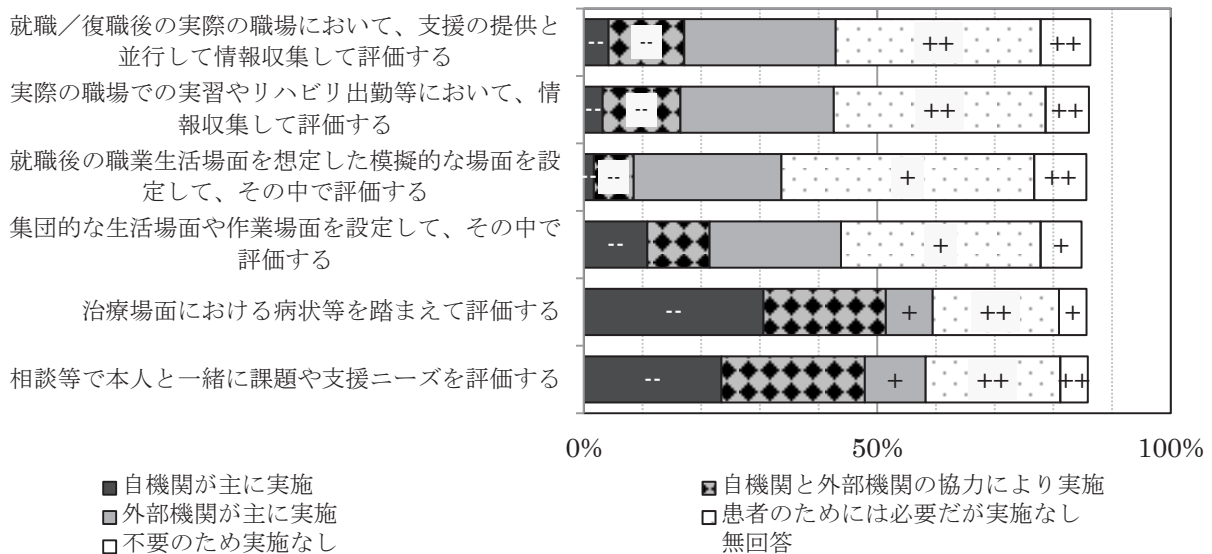


図 4-7-6 患者の就職や復職に向けた課題等の評価（アセスメント）の実施状況（就労支援に日常的に対応していない機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-,:同少ない。）

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、「職場実習」、「集団的作業場面」での職業評価は外部機関との協力による実施が比較的多かった。また、「実際の職場」あるいは「模擬的職場」での職業評価については外部機関が主に実施している場合も比較的多かった。一方、てんかんの場合は、「模擬的職場」あるいは「集団的作業場面」での職業評価の必要性を認識しつつ、実施ができていない場合が多かった。

また、デイケアや作業療法を実施している機関では、「模擬的職場」での評価の自機関での実施が多い一方

で「実際の職場」での評価は少なくなっていた。一方、診療所では「模擬的職場」での評価が自機関でできないが必要とする回答が比較的多かった。

(2) 様々な職業アセスメント(問8-3)の状況と職業上の課題(問10)の関係

日常的に就労支援を実施している機関では、「相談等での本人と一緒にやる課題や支援ニーズの評価」「集団的生活場面や作業場面での評価」「職業生活場面を想定した模擬的職業場面での評価」を実施している機関では、就職前から就職後の様々な未解決課題が少なかった(表4-7-3)。それらは外部機関によるよりも自機関が関わって実施している方が解決率は高かった。また、日常的に就労支援を実施している機関では、「職場実習での評価」や「実際の職場での評価」も就職活動から就職後の疾患管理や人間関係の未解決課題の低下と関連していた。ただし、就労者の処遇上の満足の問題の解決に関係する評価はなかった。

一方、日常的に就労支援を実施していない機関では、「相談で本人と一緒に課題や支援ニーズを評価」したり、「治療場面での病状を踏まえた評価」「集団的場面での評価」が、就職前、就職活動、また、就職後のストレス対処や疾患管理の問題の解決と関連していた。

表4-7-3 職業評価への取組状況による職業生活上の課題状況へのリスク比(95%信頼区間)

職業評価への取組状況	日常的な就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
就職/復職後の実際の職場において、支援の提供と並行して情報収集して評価する	日常的な就労支援有		0.70-0.96 (自機関 vs 協力:0.66)(自機関 vs 外部機関:0.67)	0.66-0.97 (自機関 vs 外部機関:0.62)			0.71-0.91** (自機関 vs 外部機関:0.67)	
	日常的な就労支援無				0.83-0.99			
実際の職場での実習やリハビリ出勤等において、情報収集して評価する	日常的な就労支援有		0.70-0.95	0.65-0.95 (自機関 vs 外部機関:0.62)(協力 vs 外部機関:0.63)			0.70-0.88**	
	日常的な就労支援無							
就職後の職業生活場面を想定した模擬的な場面を設定して、その中で評価する	日常的な就労支援有	0.77-0.95**	0.70-0.96** (自機関 vs 外部機関:0.63)	0.60-0.87** (自機関 vs 外部機関:0.64)	0.70-0.96 (自機関 vs 協力:0.62)(自機関 vs 外部機関:0.52)	0.75-0.96** (自機関 vs 協力:0.68)(自機関 vs 外部機関:0.64)		
	日常的な就労支援無							
集団的な生活場面や作業場面を設定して、その中で評価する	日常的な就労支援有	0.72-0.88** (自機関 vs 外部機関:0.82)(協力 vs 外部機関:0.79)	0.57-0.75** (自機関 vs 外部機関:0.65)	0.56-0.80**	0.66-0.90** (自機関 vs 協力:0.75)	0.74-0.94**	0.71-0.90** (自機関 vs 外部機関:0.81)	
	日常的な就労支援無	0.84-0.98 (自機関 vs 外部機関:0.84)(協力 vs 外部機関:0.82)	0.81-0.96** (自機関 vs 外部機関:0.69)(協力 vs 外部機関:0.82)	0.76-0.95** (自機関 vs 外部機関:0.71)				

表 4-7-3 (続き)

職業評価への取組状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
治療場における病状等を踏まえて評価する	日常的就労支援有		0.67-0.98				0.69-0.90	
	日常的就労支援無		0.84-0.99 (自機関 vs 外部機関:0.83)(協力 vs 外部機関:0.82)	0.73-0.90** (自機関 vs 協力:0.83)(自機関 vs 外部機関:0.78)				
相談等で本人と一緒に課題や支援ニーズを評価する	日常的就労支援有	0.76-0.95	0.60-0.79**	0.61-0.94 (自機関 vs 外部機関:0.68)	0.67-0.99 (自機関 vs 外部機関:0.74)	0.71-0.91** (自機関 vs 外部機関:0.76)	0.71-0.93 (自機関 vs 協力:0.84)	
	日常的就労支援無	0.83-0.95** (自機関 vs 外部機関:0.86)(協力 vs 外部機関:0.89)	0.82-0.95** (自機関 vs 外部機関:0.79)(協力 vs 外部機関:0.81)	0.76-0.96** (自機関 vs 外部機関:0.82)(協力 vs 外部機関:0.83)				

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

4 就労者への継続的支援(問8-4)の状況とその効果

精神障害者の就職後の疾患管理、生活支援、心理的サポート、就労者の受診・治療等への配慮等は、医療機関等が主体となって取り組んでいることが多かった。職場側への、職場改善のための働きかけ、職場担当者への情報提供や助言・支援は、それらに比べると少ないが、それでも、日常的就労支援のある機関では、外部機関との連携を含めると70%弱の取組があった。

これらのうち、日常的就労支援のある機関における「職場内外での症状悪化時の対応への本人支援」「体調悪化時の連絡体制」「服薬処方調整」、さらに、「職場支援の取組」は、「職場適応」や「職場の理解」だけでなく、「就職前の職探し検討」の課題解決とも関係していた。

(1) 就労者への継続的支援(問8-4)の状況

就労者への継続的支援については、「服薬処方調整」「診療時間の配慮」「体調や職業生活への相談」を医療機関が自機関で実施している場合が多かった。「就労している患者が集まれる場づくり」は少なかったが患者ニーズは認識されていた。また、「職場への支援」については外部機関を含めた実施が多かった(図4-7-7)。

日常的に就労支援を実施していない機関においては、実施している機関に比べ、就労している患者に関する本人支援、受診・治療等の配慮、職場支援の全ての項目で自機関による実施が少なく、職場支援については外部機関との協力による支援も少なく、ほとんどの項目で「患者のためには必要だが実施なし」が比較的多かった(図4-7-8)。

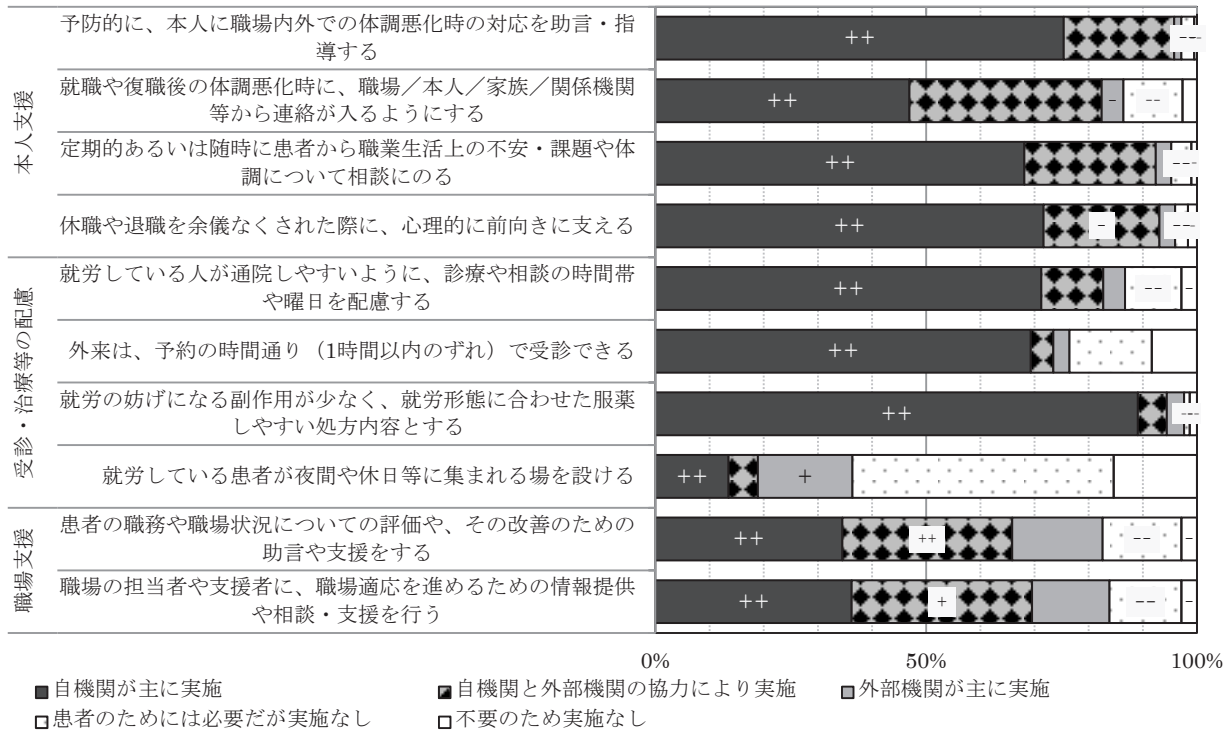


図 4-7-7 働いている患者への疾患管理の問題等への対応の実施状況 (就労支援に日常的に対応している機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, --: 同少ない。)

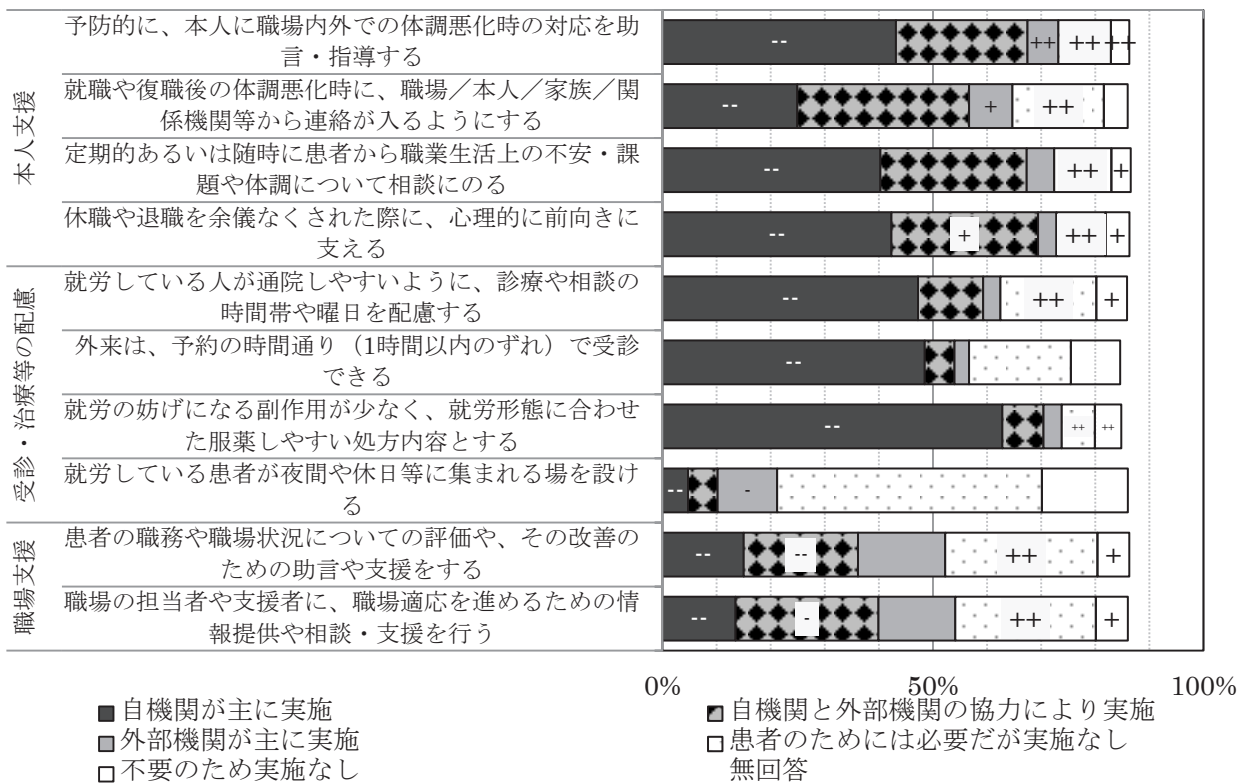


図 4-7-8 働いている患者への疾患管理の問題等への対応の実施状況 (就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, --: 同少ない。)

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、「予防的な本人の体調悪化時の助言等」「体調悪化時の連絡体制」「継続的相談体制」「職場担当者等への相談・支援」については外部機関との協力によるものが比較的多く、「職務や職場状況への職場への助言や支援」は外部機関によるものが比較的多かった。「職場への支援」については外部機関との協力によるものが多かったが、復職支援を実施する機関では、職場担当者や産業医等との連携で職場への支援も自機関で行う場合が多かった。

(2) 就労者への継続的支援(問8-4)の状況と職業上の課題(問10)の関係

日常的に就労支援を実施している医療機関において、「本人への職場内外での体調悪化時の対応の助言・指導」「就職・復職後の体調悪化時等の連絡体制」、さらに「職務や職場状況への職場への助言・支援」「職場担当者への情報提供や相談・支援」は、「職場の理解や協力、人間関係」等の問題解決と関係しており、特に「職場支援」は「本人の処遇上の満足や本人に合った仕事探し(職場配置)」の問題の解決とも関係していた(表4-7-4)。その一方で、「患者からの職業生活や体調の相談にのること」「休職・退職時の心理的サポート」「通院しやすい診療・相談時間の調整」は特に職業上の課題の解決との関連が認められなかった。また、「職業生活に合わせた服薬調整」は、「疾患管理と職業生活の両立」「本人の処遇上の満足」の問題解決と関連していた。

表4-7-4 就職後も継続する継続的支援状況による職業生活上の課題状況へのリスク比(95%信頼区間)

就職後の継続的支援状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
予防的に、本人に職場内外での体調悪化時の対応を助言・指導する	日常的就労支援有						0.67-0.77 (自機関 vs 外部機関:0.73) (協力 vs 外部機関:0.65)	
	日常的就労支援無			0.73-0.93 (自機関 vs 外部機関:0.80)				
就職や復職後の体調悪化時に、職場/本人/家族/関係機関等から連絡が入るようにする	日常的就労支援有			0.63-1.00			0.67-0.84**	
	日常的就労支援無	0.85-0.99			0.82-0.98			
定期的あるいは随時に患者から職業生活上の不安・課題や体調について相談にのる	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無						0.79-0.98	
休職や退職を余儀なくされた際に、心理的に前向きに支える	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無			0.73-0.91 (自機関 vs 協力:0.85)	0.80-0.94 (自機関 vs 外部機関:0.83) (協力 vs 外部機関:0.86)	0.85-0.99		
就労している人が通院しやすいように、診療や相談の時間帯や曜日を配慮する	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無	0.85-0.99						

表 4-7-4 (続き)

就職後の継続的支援状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
外来は、予約の時間通り(1時間以内のずれ)で受診できる	日常的就労支援有				0.70-1.00 (自機関 vs 協力:0.71)			
	日常的就労支援無							
就労の妨げになる副作用が少なく、就労形態に合わせた服薬しやすい処方内容とする	日常的就労支援有			0.48-0.84				0.84-0.92 (自機関 vs 外部機関:0.88)
	日常的就労支援無							
就労している患者が夜間や休日等に集まれる場を設ける	日常的就労支援有	0.75-0.97**	0.68-0.97** (自機関 vs 外部機関:0.65)					
	日常的就労支援無							
患者の職務や職場状況についての評価や、その改善のための助言や支援をする	日常的就労支援有	0.76-0.94**					0.70-0.90**	0.83-0.96
	日常的就労支援無		0.84-0.99	0.79-0.98				
職場の担当者や支援者に、職場適応を進めるための情報提供や相談・支援を行う	日常的就労支援有	0.75-0.92**		0.64-0.98 (自機関 vs 外部機関:0.75)			0.69-0.89**	0.83-0.96 (自機関 vs 協力:0.89)
	日常的就労支援無							

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

5 記述回答

問8における、支援内容の詳細、具体的な外部機関の記述回答には以下の内容があった。

(1) 支援内容の詳細

ア 非就労者への情報提供等

- ① 就労セミナー、ジョブガイダンス、講演会等(17 機関；以下同様)
- ② 診療場面や相談場面における就労相談と情報提供(15)
- ③ 定期的な就労相談を含む面談(12)
- ④ 自機関（連携も含む）で生活面の相談支援に対応(11)
- ⑤ 就労支援機関や行事の案内(8)
- ⑥ デイケアの中での相談支援(6)
- ⑦ 外部の生活支援機関に紹介(5)
- ⑧ 施設見学(4)

イ 一般就業に向けた支援

- ① ハローワークに紹介(6)
- ② ハローワーク以外の就労支援機関への紹介(5)
- ③ 就労支援機関の機能別紹介(4)
- ④ 自機関の就労支援担当者による職探し支援(4)
- ⑤ キャリア支援(4)

⑥ 復職支援のみ(2)

⑦ 職場見学(1)

ウ 職業能力の評価

① 支援場面でのシチュエーション・アセスメント(7)

② 作業所、自立支援法事業所との連携(7)

③ 職場でのシチュエーション・アセスメント(6)

④ 障害者職業センター等の就労支援機関の協力による職業評価(5)

⑤ 治療場面での医師による判断(4)

⑥ 就労移行チェックリスト(3)

⑦ 作業所等での作業による判断(1)

⑧ 模擬的職場(1)

⑨ 現在、職業評価に課題あり(5)

エ 就労者への継続的支援

(ア) 疾患管理

① 服薬の管理(8)

② 本人への疾患管理の支援(6)

③ 心理教育プログラム(3)

④ 心理療法(3)

⑤ SST、生活技能トレーニング(3)

⑥ 産業医等による疾患管理(1)

(イ) 本人支援、個別対応

① 診療場面で部分的には就労支援ニーズに対応できることもある(12)

② 個別のニーズに応じて対応(5)

(ウ) フォローアップ体制

① デイケア修了者が定期的に集まれる場づくり(8)

② 電話等での随時の相談対応(4)

③ 就職後の外来通院時にフォロー(3)

④ 職場訪問(1)

(エ) 診療時間の調整

① 就労者が受診しやすい時間(6)

② 本人の意向を聞いて診療時間を調整(3)

③ 予約制ではない(5)

(オ) 職場との調整・連携

① 職場からの相談への対応(10)

② 職場の理解・配慮への働きかけ(10)

③ 本人の了解の下で職場と連絡(6)

- ④ 産業医との連携(3)
- ⑤ 三者面談(2)
- ⑥ 障害者職業センターを介した連絡(2)
- ⑦ 職場との連携の課題(2)

(2) 外部機関・支援者の具体的内容

- ア 自治体窓口、福祉事務所、社会福祉協議会、ケースワーカー(24 機関；以下同様)
 - ① 福祉課、年金課、生活保護課等(10)
 - ② ケースワーカー(7)
 - ③ 社会福祉協議会(2)
 - ④ 自治体での就労支援窓口(1)
- イ 医療機関内の専門職や部門(22)
 - ① 精神保健福祉士(2)
 - ② 訪問看護ステーション(3)
- ウ 就労支援機関との共同のケースマネジメント
 - ① 日常的な情報交換(6)
 - ② 医療と就労の総合的な相談・評価(4)
 - ③ 関係機関の医療情報の共有(4)
 - ④ 地域関係機関のケース会議(3)
- エ 職場、職場担当者(15)
- オ 外部の作業所、授産施設、デイケア(14)
- カ 自立支援法サービス事業所（就労移行、継続、相談）(13)
- キ ハローワーク(12)
 - ① 精神障害者雇用トータルサポーター(2)
 - ② ジョブガイダンス事業(6)
- ク 若者就職支援（サポートセンター・ステーション、ジョブカフェ等）(12)
- ケ 地域活動支援センター(10)
- コ 職業訓練機関(9)
- サ 障害者職業センター(8)
 - ① ジョブコーチ事業(2)
 - ② リワーク事業(1)
- シ 産業医、産業保健師(7)
- ス 保健所(6)
- セ 患者・家族会(4)
- ソ 主治医(4)
- タ 障害者就業・生活支援センター(3)
- チ 就職した OB(2)

第8節 疾患管理、生活支援、家族支援への取組状況とその効果

直接の「就労支援」と考えられることは少ないものの、精神障害者の職業生活の支援として重要と考えられる、医療機関における疾患自己管理支援、生活支援、家族支援への取組状況について問9で聞いた。その結果、日常的に就労支援を実施している医療機関等では、全般的にこれらへの取組も多く、一方、日常的に就労支援を実施していない機関では、これらの取組が全般的に少ないことが明らかとなった。多くの機関では、「本人の目標設定やモニタリング」、「再発防止訓練やストレスマネジメント」、「服薬自己管理支援」、「医療と生活の一体的相談・支援」、「患者への疾患や対処法の説明」、「家族への相談体制」が自機関で実施されていた。その一方で、「認知行動療法やロールプレイ」、「SST」、「地域生活での危機的状況への対応体制」、「家族向けのセミナーやワークショップ等」は比較的实施が少なかった。

特に、「疾患自己管理支援全般」、「ケースマネジメントや多職種チームでの支援」、「地域生活での危機的状況への対応体制」、「家族向けのセミナー等」は、日常的に就労支援を実施している機関において、就職前から就職後の様々な職業的課題の問題解決と関係していた。さらに、日常的に就労支援を実施していない機関においても、「疾患自己管理支援」、「生活支援」、「家族支援」の取組は、多くの職業生活上の課題の解決と関係していた。

1 疾患自己管理支援（問9-1）の状況とその効果

必ずしも全ての医療機関等において様々な疾患自己管理支援が実施されているわけではなく、日常的に就労支援の実施のある機関では疾患自己管理支援の取組も多いという取組状況の違いが大きかった。最も多く実施されていたのは「服薬管理支援」であった一方で、「職業場面を想定したロールプレイ」「職場を想定したSST」「認知行動療法」の経常的な実施は少なかった。

日常的に就労支援の実施の有無にかかわらず、これらの疾患自己管理支援の実施は、就職前から就職後までの様々な職業上の課題の解決への影響が大きかった。

（1）疾患自己管理支援（問9-1）の状況

日常的に就労支援のある機関では、経常的に実施されている医療管理は、「服薬に関する自己管理支援」が最も多く、「本人による目標設定とモニタリング」「再発防止の教育・訓練」が続いた。一方、実施が少なかったのは、「職業場面を想定したロールプレイ」「職場を想定したSST」「認知行動療法」であった。なお、これらは、医師が直接実施するよりも、リワークプログラムやデイケアでの精神保健福祉士等による実施が多かった（図4-8-1）。

一方、日常的に就労支援のない機関では、疾患自己管理支援の全ての項目で、経常的な実施が少なかったが、「再発防止訓練、ストレス対処の支援」「服薬自己管理支援」については例外的な実施が比較的多かった（図4-8-2）。

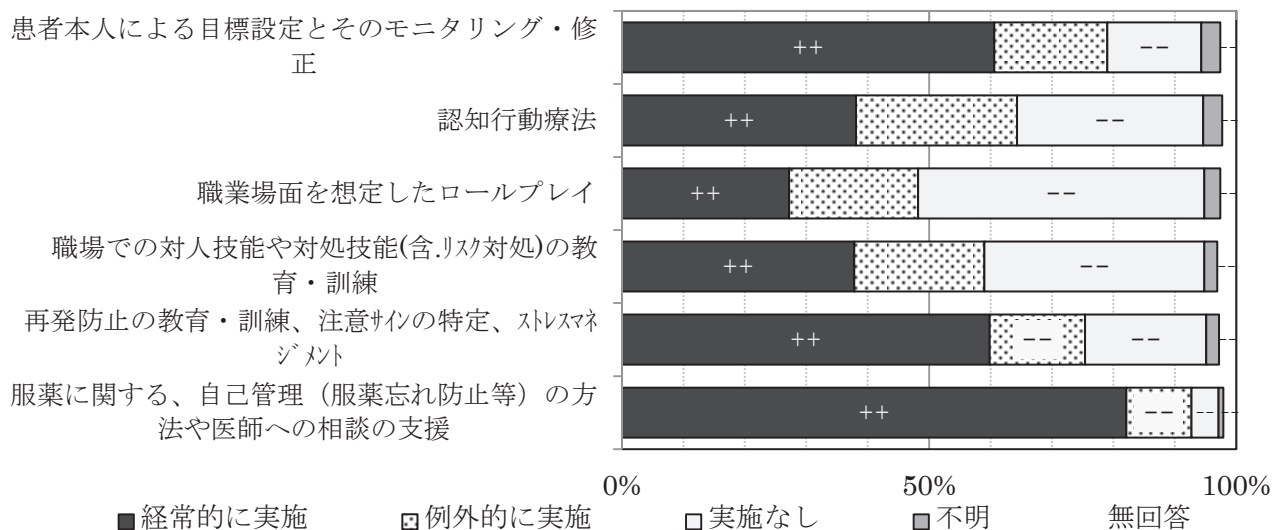


図 4-8-1 自己管理や社会生活能力の向上のための支援や治療の実施状況 (就労支援に日常的に対応している機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

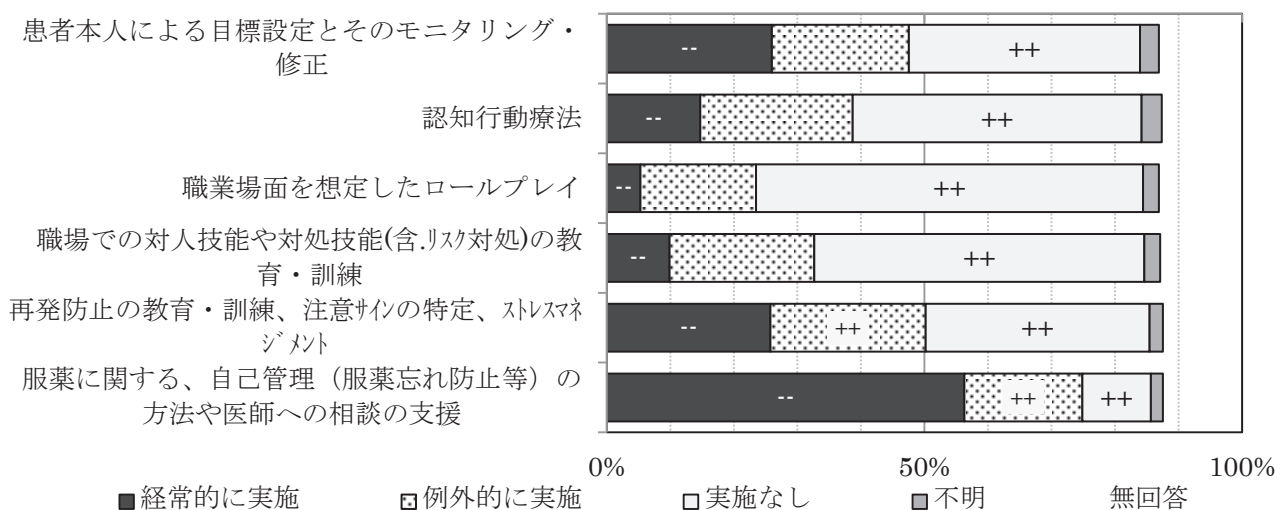


図 4-8-2 自己管理や社会生活能力の向上のための支援や治療の実施状況 (就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、「認知行動療法」「職業場面を想定したロールプレイ」「対処技能訓練」を経常的に実施している機関は比較的少なく、「服薬自己管理支援」を除いては例外的な実施が比較的多かった。一方、気分障害の場合は、「本人の目標設定・モニタリング」「再発防止訓練」「疾患管理・ストレス対処」は経常的な実施が比較的多かった。また、てんかんの場合は、「職業場面を想定したロールプレイ」「対処技能訓練」「再発防止訓練」「疾患管理・ストレス対処」は経常的な実施が比較的少なく、それらや「認知行動療法」については実施なしが比較的多かった。

(2) 疾患自己管理支援(問9-1)の状況と職業上の課題(問10)の関係

日常的な就労支援の有無にかかわらず、様々な疾患自己管理支援の取組がある機関の方が、就職前から就職後の様々な職業上の課題について未解決課題が少なくなっていた(表4-8-1)。さらに、それらの取組を時々実施している機関よりも、経常的に実施している機関の方が問題解決率が高い場合が多く認められた。

表4-8-1 疾患自己管理支援の取組状況による職業生活上の課題状況へのリスク比(95%信頼区間)

疾患自己管理支援の取組状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
患者本人による目標設定とそのモニタリング・修正	日常的就労支援有	0.76-0.94 (経常的 vs 時々:0.85)	0.61-0.81** (経常的 vs 時々:0.78)	0.53-0.74** (経常的 vs 時々:0.63)	0.58-0.78** (経常的 vs 時々:0.63)	0.72-0.93 (経常的 vs 時々:0.79)	0.70-0.91** (経常的 vs 時々:0.73)	0.82-0.95
	日常的就労支援無	0.85-0.99	0.74-0.87**	0.67-0.83** (経常的 vs 時々:0.77)	0.75-0.89**	0.81-0.93**	0.79-0.95**	
認知行動療法	日常的就労支援有	0.73-0.89** (経常的 vs 時々:0.79)	0.64-0.86**	0.58-0.84**	0.67-0.93** (経常的 vs 時々:0.75)	0.74-0.94** (経常的 vs 時々:0.79)	0.69-0.88** (経常的 vs 時々:0.74)	
	日常的就労支援無		0.81-0.97**	0.77-0.98 (経常的 vs 時々:0.58)				
職業場面を想定したロールプレイ	日常的就労支援有	0.66-0.83** (経常的 vs 時々:0.82)	0.51-0.71**	0.47-0.70**	0.61-0.86** (経常的 vs 時々:0.73)	0.71-0.91** (経常的 vs 時々:0.83)	0.65-0.84** (経常的 vs 時々:0.68)	0.79-0.94**
	日常的就労支援無	0.81-0.99	0.69-0.89**	0.72-0.96** (経常的 vs 時々:0.72)			0.78-1.00	
職場での対人技能や対処技能(含.リスク対処)の教育・訓練	日常的就労支援有	0.77-0.95** (経常的 vs 時々:0.83)	0.59-0.79**	0.53-0.76** (経常的 vs 時々:0.71)	0.61-0.84** (経常的 vs 時々:0.76)	0.76-0.96 (経常的 vs 時々:0.85)	0.68-0.87** (経常的 vs 時々:0.82)	0.80-0.93**
	日常的就労支援無	0.83-0.98	0.71-0.88**	0.73-0.94** (経常的 vs 時々:0.78)	0.77-0.95**	0.81-0.96**	0.81-1.00	
再発防止の教育・訓練、注意サインの特定、ストレスマネジメント	日常的就労支援有	0.77-0.95 (経常的 vs 時々:0.86)	0.61-0.79**	0.58-0.83**	0.63-0.87**	0.74-0.96	0.71-0.92**	0.82-0.93**
	日常的就労支援無	0.84-0.97 (経常的 vs 時々:0.92)	0.80-0.94**	0.74-0.93**	0.76-0.90**	0.83-0.96**	0.79-0.96**	
服薬に関する、自己管理(服薬忘れ防止等)の方法や医師への相談の支援	日常的就労支援有		0.60-0.87	0.53-0.99 (経常的 vs 時々:0.74)	0.58-0.96	0.67-1.00	0.65-0.94 (経常的 vs 時々:0.78)	0.84-0.92
	日常的就労支援無	0.83-0.91 (経常的 vs 時々:0.91)	0.82-0.90 (経常的 vs 時々:0.82)	0.72-0.92 (経常的 vs 時々:0.78)	0.80-0.97	0.85-0.92		0.95-0.99

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

2 生活支援と家族支援（問9-2）の状況とその効果

様々な生活支援や家族支援は、必ずしも医療機関等において実施されているわけではなかった。日常的就労支援の実施のない機関では、生活支援や家族支援の取組も少なかった。「患者家族への疾患や対処法の説明」「家族が相談しやすい体制づくり」の実施が最も多く、その他、日常的就労支援のある機関では「医療と生活の一体的な相談・支援」「患者の治療からの脱落防止のための関係づくり」「患者を取り巻く家族等との協力」の取組も比較的多かった。

比較的取組が少なかった「ケースマネジメントや多職種チームでの支援」「地域での危機的状況への対応体制」「家族向けのセミナーやグループセッション」等を含め、これらの取組の実施状況は、就職前から就職後までの様々な職業上の課題の解決と関連していた。

（1）生活支援と家族支援（問9-2）の状況

日常的就労支援のある機関では、実施のない機関と比べて、地域生活支援も家族支援も「経常的な実施」が多く、「実施なし」が比較的少なかった。特に、経常的な実施の多い生活支援は「医療と生活面の一体的な相談・支援」「治療からのドロップアウト防止」であり、次いで「ケースマネジメントや多職種チームの支援」「家族等との協力」も半数以上あった。最も経常的対応の少ない「地域生活での危機的状況への対応体制」も40%あった。（図4-8-3、図4-8-4）

家族支援としては、「家族への説明」「家族の相談」の経常的対応が多かったが、「家族へのセミナー」「グループセッションやワークショップ」は比較的少なかった。

なお、これらの地域生活支援や家族支援は、精神保健福祉士による実施が多く、回答者が医師の場合は実施が少なかった。

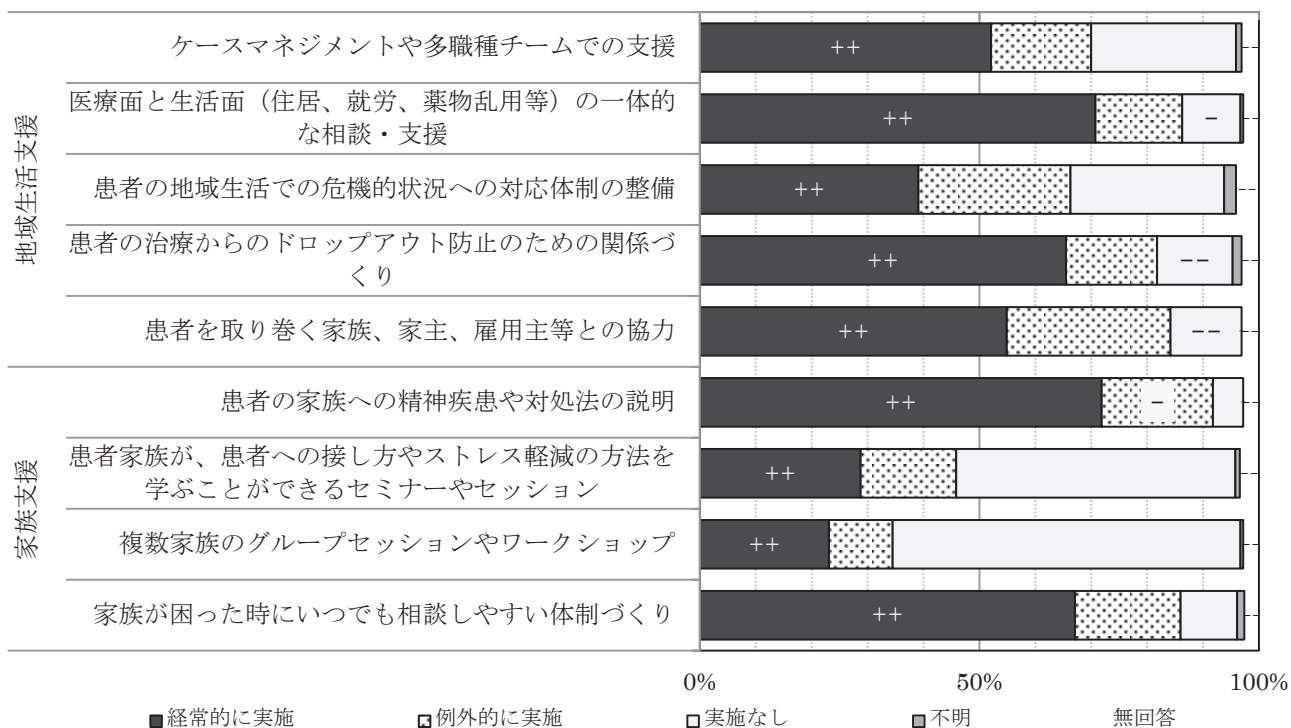


図4-8-3 患者の地域生活支援や家族支援の実施状況
（就労支援に日常的に対応している機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-,: 同少ない。）

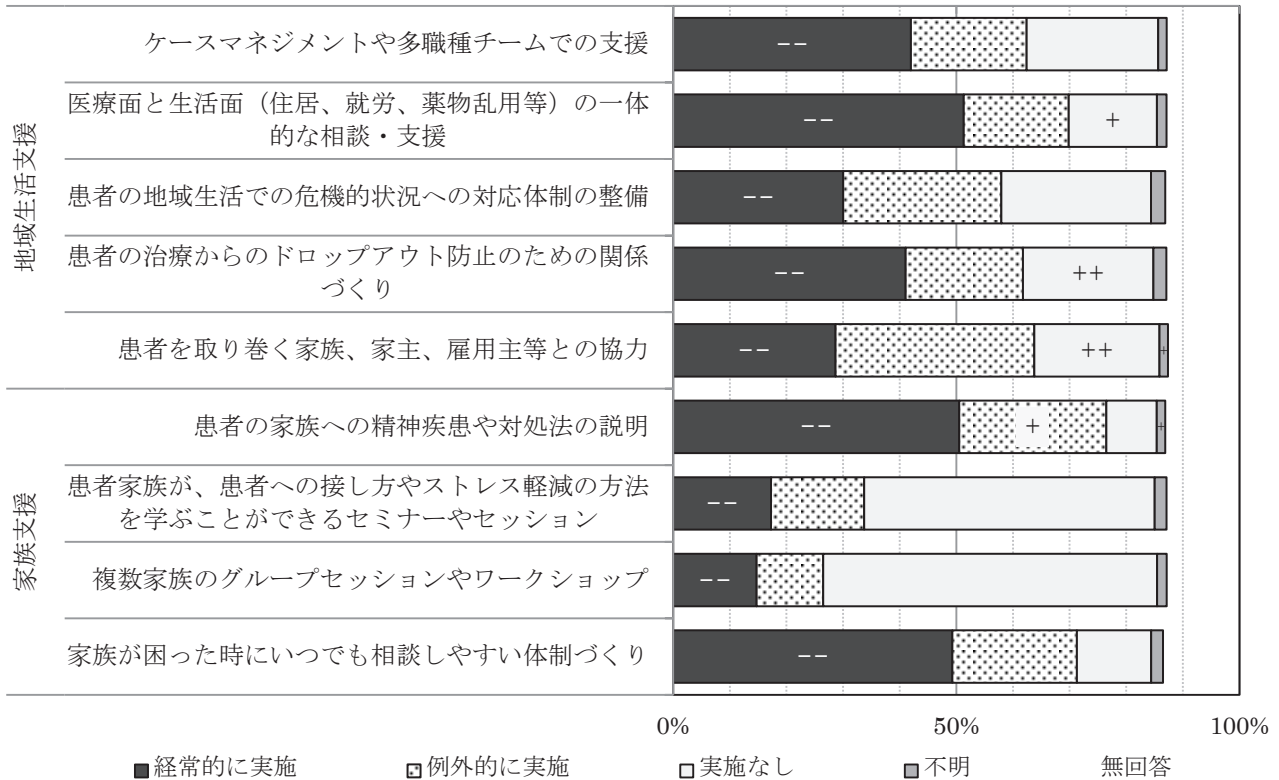


図 4-8-4 患者の地域生活支援や家族支援の実施状況
(就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、--:同少ない。)

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、地域生活支援や家族支援の経常的な取組が全般的に多かったが、「家族・家主・雇用主との協力」や「複数家族グループセッション等」は他の疾患と同様であった。気分障害の場合は、「地域生活での患者の危機的状況への対応体制の整備」については、経常的実施が比較的多かった。

(2) 生活支援と家族支援（問9-2）の状況と職業上の課題（問10）の関係

ア 生活支援

日常的な就労支援の取組のある機関では、「ケースマネジメントや多職種チーム」が就職前から就職後の様々な問題状況の解決に関連しており、特にこれが経常的に実施されている機関では効果が大きくなっていった（表 4-8-2）。また、「患者の地域での危機的状況への対応体制整備」「医療と生活の一体的支援」「家族、雇用主等との協力」も就職前と就職後の課題の解決との関係が認められた。

一方、日常的な就労支援の取組のない機関においても、「医療と生活の一体的支援」「患者の治療からのドロップアウト防止」「家族、雇用主等との協力」の取組のある機関では、就職前から就職後の課題の未解決率が低くなっていた。

表 4-8-2 生活支援の取組状況による職業生活上の課題状況へのリスク比 (95%信頼区間)

生活支援の取組状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
ケースマネジメントや多職種チームでの支援	日常的就労支援有	0.79-0.98	0.61-0.81** (経常的 vs 時々:0.82)	0.64-0.93**	0.69-0.97		0.70-0.90** (経常的 vs 時々:0.80)	0.81-0.94** (経常的 vs 時々:0.89)
	日常的就労支援無		0.82-0.96** (経常的 vs 時々:0.85)					
医療面と生活面(住居、就労、薬物乱用等)の一体的な相談・支援	日常的就労支援有	0.75-0.95		0.61-0.99				0.83-0.99 (経常的 vs 時々:0.89)
	日常的就労支援無	0.84-0.97	0.80-0.88**	0.75-0.95 (経常的 vs 時々:0.80)	0.81-0.95 (経常的 vs 時々:0.83)	0.84-0.96		0.95-0.99
患者の地域生活での危機的状況への対応体制の整備	日常的就労支援有	0.77-0.94**	0.65-0.86**	0.65-0.94			0.70-0.89**	0.82-0.95**
	日常的就労支援無	0.82-0.94**	0.82-0.96**					0.94-0.99
患者の治療からのドロップアウト防止のための関係づくり	日常的就労支援有						0.71-0.94 (経常的 vs 時々:0.78)	
	日常的就労支援無	0.84-0.98	0.84-0.99	0.75-0.94**	0.82-0.98			
患者を取り巻く家族、家主、雇用主等との協力	日常的就労支援有		0.65-0.90				0.73-1.00	0.82-0.91
	日常的就労支援無	0.81-0.92**	0.84-1.00 (経常的 vs 時々:0.91)	0.77-0.96	0.83-0.99 (経常的 vs 時々:0.91)		0.82-0.99	

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

イ 家族支援

日常的就労支援のある機関では、特に「患者家族向けのセミナー」「複数家族のグループセッション」が就職前、就職活動、就職後の職場の理解や人間関係の問題の解決と関係していた(表 4-8-3)。

一方、日常的就労支援のない機関では、「患者家族向けのセミナー」や「家族が相談しやすい体制づくり」が特に就職前から就職後までの様々な課題の解決と関係していた。

表 4-8-3 家族支援の取組状況による職業生活上の課題状況へのリスク比 (95%信頼区間)

家族支援の取組状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
患者の家族への精神疾患や対処法の説明	日常的就労支援有	0.73-0.98			0.60-0.99			0.84-0.92
	日常的就労支援無							

表 4-8-3 (続き)

家族支援の取組状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
患者家族が、患者への接し方やストレス軽減の方法を学ぶことができるセミナーやセッション	日常的就労支援有	0.66-0.83**	0.68-0.93**	0.66-0.98			0.69-0.91**	
	日常的就労支援無	0.80-0.95**	0.81-0.98	0.70-0.91** (経常的 vs 時々:0.77)	0.79-0.96**	0.83-0.98**	0.76-0.95**	
複数家族のグループセッションやワークショップ	日常的就労支援有	0.70-0.91** (経常的 vs 時々:0.84)	0.62-0.90**				0.67-0.92** (経常的 vs 時々:0.81)	
	日常的就労支援無		0.76-0.95**	0.74-0.98**				
家族が困った時にいつでも相談しやすい体制づくり	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無	0.82-0.90** (経常的 vs 時々:0.91)	0.81-0.89** (経常的 vs 時々:0.89)	0.71-0.87** (経常的 vs 時々:0.83)	0.82-0.98	0.86-0.98		0.95-0.99

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

3 記述回答

問9における、支援内容の詳細、具体的な外部機関の記述回答には以下の内容があった。これらの取組は、デイケア、復職支援、診療場面において実施されているとの記述が多かった。

(1) 疾患自己管理支援

ア 患者本人による目標設定とモニタリング・修正

- IPS 支援の基軸となる自記式リカバリーシート「私の目標と計画」を使用している。
- モニタリング・修正にケアプランを作成。
- 個人面談による目的の確認。

イ 認知行動療法

- 認知行動療法に近い形での S F A (解決志向セラピー) やアドラーの目的志向的アプローチ等を使っているが、体系的な形の実施は行っていない。
- 臨床心理士により C B G T (集団認知行動療法) を実施
- デイケア以外でも集団認知行動療法を定期的に行っている。
- 認知行動療法的なカウンセリングを行う。
- 週 1 回臨床心理士が認知行動療法講座を行い、対人スキルやストレス管理の指導を行っている。

ウ 職業場면을想定したロールプレイ、社会技能訓練 (SST)

- 就労支援プログラムにて期間を定め行っている
- 心理教育という形式で、集団で行うだけでなく個別にも対応する。
- デイケアプログラムで心理教育プログラムとして実施
- 場面指定のロールプレイ、対人コミュニケーション訓練はデイケアで日常的に実施

- 認知行動（SST）などで病気への気づきのチャンスをたくさん得たほうが良いと考えます。医師、薬剤師も参加します。
- デイケアプログラムにおいて症状、服薬の心理教育、SST、セルフコントロールの仕方の形成を行っている。
- 臨床心理士による SST を入院中から行っている。

エ 再発防止訓練

- 講習会、相談、ピアカウンセリングなどが設けられ、希望者に実施。
- 再発予防プログラムを入院の患者様対象に定期的実施
- 再発予防や自己管理についてプログラムや個々の関わりを通じて行っているが、ニーズやリスクの高いケースを中心に行っているというのが実状。

オ 服薬管理支援

- 朝食後、昼食後の服薬が可能か、本人の気持ちを確かめ、帰宅後の服薬、就寝時にまとめる等の配慮を積極的にしている
- 講習会、相談、ピアカウンセリングなどが設けられ、希望者に実施。
- 他部署薬剤師による薬剤指導などの導入
- 薬剤師による服薬指導を入院中から行っている
- 服薬管理支援は保健師が対応
- 服薬や医師への相談は看護師が間に入って調整している。
- 医師による薬の勉強会も開いている。

(2) 地域生活支援

ア ケースマネジメントや多職種チームでの支援

- ケアマネジメントを意識しなるべくケア会議を行っている
- 困難ケースには、関係者、当人含め集まり、ケースマネジメントを行う
- デイケアにおける多職種チーム
- 外来にて、医師、心理士、PSW、NS で常に検討している
- ニーズにもとづくアセスメントを OT、PSW、NS 等で作成
- ACT 等の対象者は重度精神障害者に限定。中等症では多職種でなくても対処可能
- 患者担当制により継続した支援を行っている
- 退院支援の際、定期的な合同カンファレンスを実施し、支援を行っている

イ 医療と生活の一体的支援

- 治療がメインであるが、社会生活にも注目し支援している
- 医療を受ける上、生活面での相談事は、当院内のケースワーカーが対応
- 地域生活はデイケアや主治医と連携
- デイケアなどへの精神保健福祉士の配置
- 医療連携室がなく、どうしても必要な患者のみ医師・看護師にて対応
- 地域支援センター、作業所、保健センター、精神保健福祉士との連携

ウ 地域生活での危機的状況への対応体制

- 体調管理シートがリスクマネジメントにつながっている
- 緊急時の相談、連絡ができる電話窓口（365日、24時間）を開設
- 24時間緊急対応が不十分

エ 患者の治療からの脱落防止のための関係づくり

- ケースにより訪問看護
- 自宅訪問

オ 患者をとりまく家族、家主、雇用主等との協力

- 本人の希望があった場合、例外的に家族、職場担当者と面談。
- 本人をとりまく環境（家族）への支援も視野にいれて対応している
- 地域ケア会議、職親会への出席

(3) 家族支援

ア 患者の家族への精神疾患や対処法の説明

- 家族の対応は主に主治医が行っている
- 主に臨床心理士が面接、家族支援 etc を行っている
- 家族支援は来院があれば行っている
- 疾患別の治療教育プログラム、講習会、研修会

イ 患者家族が対処方法やストレス軽減の方法等を学べるセミナー等、複数家族のグループセッションやワークショップ

- 院内に家族会があり、家族同士が話し合える状況にある（その他、家族会、家族教室等についての記載10件以上）
- 家族支援はリワークプログラム、心理教育プログラムに含めて実施
- 統合失調症には、家族心理教育を行っています
- 家族向けうつ病セミナーで対応 年4コース
- うつ病、アルコール依存症などの家族教室
- 発達障害児（AD/HD）の家族会を年3～4回程実施
- 一般デイケアにおいて月1回家族プログラム開催（疾患教育、CBT、話し合い）
- 自主事業として家族SST年間2クール開催（1クール5回）その後もフォロー
- 地域の保健センターでの家族教室あり

ウ 家族が困った時にいつでも相談しやすい体制づくり

- 家庭で困ったこと、気づいたことがあれば、いつでも連絡してほしいと伝えている
- 医療相談連携室にてPSWが家族ケア及び相談を受けている
- デイケア等の家族会の参加者は限られており、必要に応じてPSWの相談や訪問看護を用いて対応している。

第9節 医療・生活支援と就労支援の連携の状況とその効果

現在の我が国における、精神科医療機関における医療・生活支援の連携に向けての取組は、機関によって状況は様々であった。実際の医療機関の状況は、就労支援を自機関が主に担う機関から、特に就労支援への取組のない機関まで、また、医療・生活・就労支援の連携促進が機能し、就労支援機関との日常的な職業評価や支援のケースワークが実施されている機関から、診断治療専門の機関まで多様であった。現在、これらの連携の取組は少なく課題も多い状況が確認された一方で、連携の取組が実施され機能している機関ほど、精神障害者の職業生活上の課題解決にもつながっていることが今回の調査で確認された。

1 就労支援スタッフの確保についての機関方針（問11）とその効果

日常的な就労支援のある医療機関等における、就労支援担当の専門スタッフ確保の方針は、「自機関スタッフが主担当」、「外部就労支援機関が主担当」、「自機関スタッフと外部就労支援機関が同程度に連携」、「特に方針なし」がほぼ4分されていた。その中で、職業上の課題の解決が進んでいたのは、自機関スタッフ（医療・生活支援職が多い）が主となって就労支援を担当あるいは外部機関と同等の割合で連携していた場合であった。

（1）就労支援スタッフ確保の機関方針（問11）の状況

日常的に就労支援に取り組んでいる機関では、就労支援について「自機関スタッフの担当とする方針」、「外部機関と同程度の役割での自機関の担当とする方針」、「外部就労支援機関が主に担当とする方針」、「方針なし」がほぼ4分されていた（図4-9-1）。日常的な就労支援のない機関では、就労支援への方針なしと、外部就労支援機関が主に担当とする方針が多くなっていた。

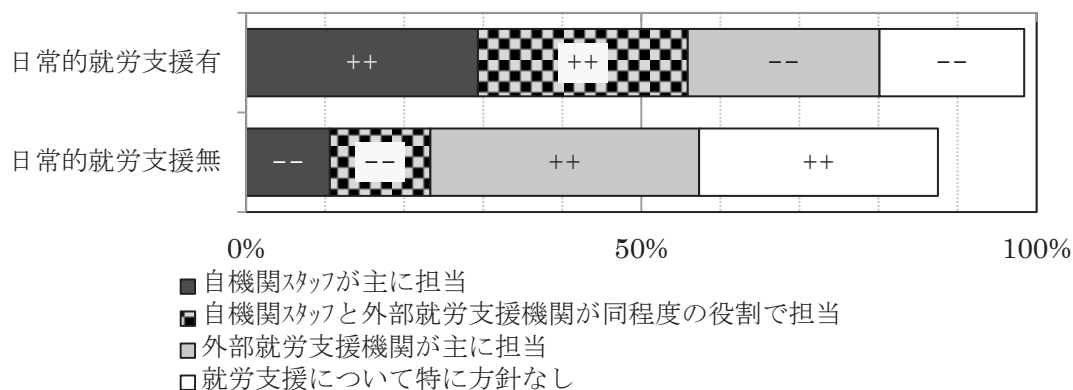


図4-9-1 就労支援を担当する専門スタッフの確保の機関方針

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-,:同少ない。）

それぞれの機関方針別に、問3の「就労支援の専任／兼任の状況」をあらためて見ると、自機関スタッフが就労支援を対応する方針の機関であっても、大部分は医療・生活支援との兼務によるものであった。外部機関が主に担当する方針の機関や方針のない機関では就労支援担当者が機関内にいない場合が多かった。なお、就労支援の兼務は精神保健福祉士が多かった（図4-9-2）。

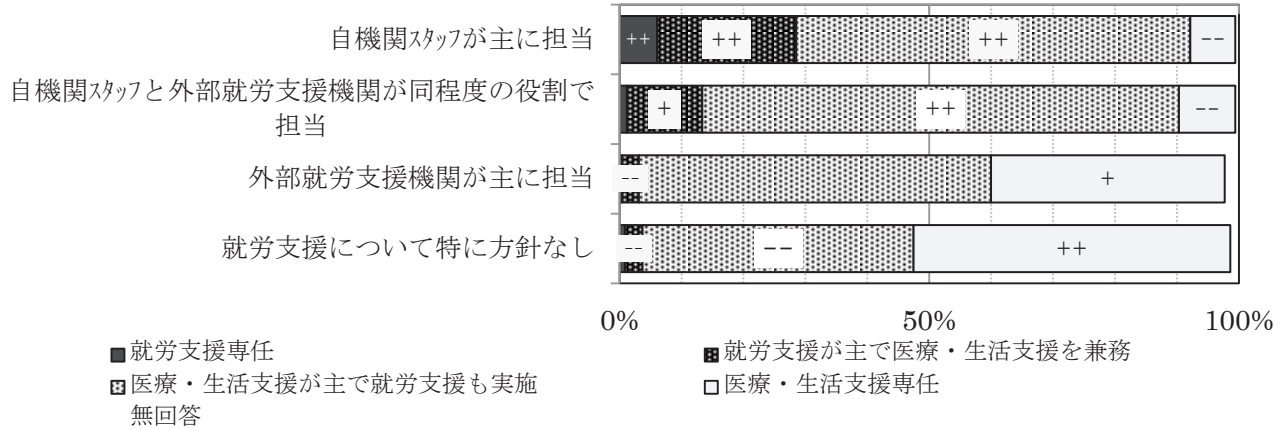


図 4-9-2 就労支援を担当する専門スタッフの確保の機関方針別（問 11）の、回答者の就労支援への専任/兼任の状況（問 3）

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、--:同少ない。）

（2）就労支援スタッフ確保の機関方針（問 11）の状況と職業上の課題（問 10）の関係

日常的就労支援を実施している機関においては、就労支援を外部機関が主に担当する方針が最も職業的課題の未解決率が高く、自機関スタッフが主に担当あるいは自機関と外部機関が連携する場合は、就職前から就職後の様々な職業上の課題の解決と関連していた（表 4-9-1）。

また、自機関独自あるいは外部機関との連携いずれにせよ、機関が就労支援スタッフの確保方針のある機関では、職探しや就職活動についての課題解決とする割合が高くなっていた。

表 4-9-1 就労支援スタッフ確保方針による職業生活上の課題状況へのリスク比（95%信頼区間）

就労支援スタッフ確保方針	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
【方針有 vs 無】	日常的就労支援有	0.77-0.97	0.67-0.92					
	日常的就労支援無	0.85-0.98	0.82-0.96**	0.75-0.93**				
【自機関主 vs 連携】	日常的就労支援有				0.60-0.96			
	日常的就労支援無			0.54-0.96				
【自機関(主又は連携)vs 外部機関】	日常的就労支援有	0.72-0.96		0.54-0.89**	0.55-0.86**	0.70-0.99	0.65-0.92**	
	日常的就労支援無	0.69-0.99**		0.57-1.00				
【連携 vs 外部機関】	日常的就労支援有	0.73-0.97					0.71-0.99	
	日常的就労支援無	0.73-0.99						

（取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載（ただし斜体は逆）。**は1%水準で有意）

2 医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組（問12）とその効果

医療機関等における医療・生活支援の担当者と就労支援担当者の連携促進のためには、「医療・生活支援職との兼任で自機関に就労支援担当者を置くこと」以外にも、「外部機関の就労支援担当者を含めた日常的コミュニケーション」や「共同のケース会議等」の取組が多かった。ただし、それらの連携は機能している場合だけでなく、課題も多い状況であった。

その一方で、これらの医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組がある機関では、精神障害者の職業上の課題の解決が多いことも確認できた。

（1）医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組（問12）

医療機関における医療・生活支援と就労支援の連携を促進する取組として、日常的就労支援のある機関では、「自機関の医療スタッフによる就労支援の兼任」が75%弱、「それぞれの担当者の日常的コミュニケーション」が70%弱と多く、連携が機能している機関がいずれも40%程度であった（図4-9-3）。「両担当者の合同のケース会議等」も半数で実施され、その半数で機能していた。「共通カルテ等の使用」は実施なしが多かったが、実施し機能している機関も20%弱あった。

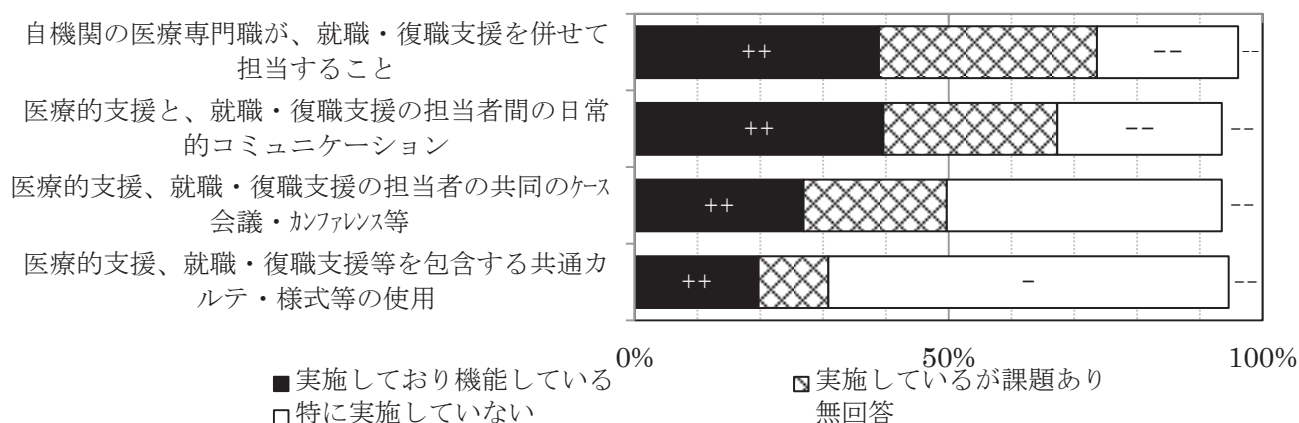


図4-9-3 医療的支援と就職・復職支援の連携促進のための取組の実施状況
(就労支援に日常的に対応している機関)

一方、日常的に就労支援を実施していない機関では、実施している機関と比べて、全ての取組について機能している機関が少なく、「医療職と就労支援者の兼任」や、「両担当者のコミュニケーション」、「共通カルテ」については実施なしも多かった（図4-9-4）。

なお、対応している疾患種類による取組の差はあまりなく、統合失調症への日常的対応の多い機関で、「共通カルテの使用」を特に実施していない機関が比較的多かったのみであった。

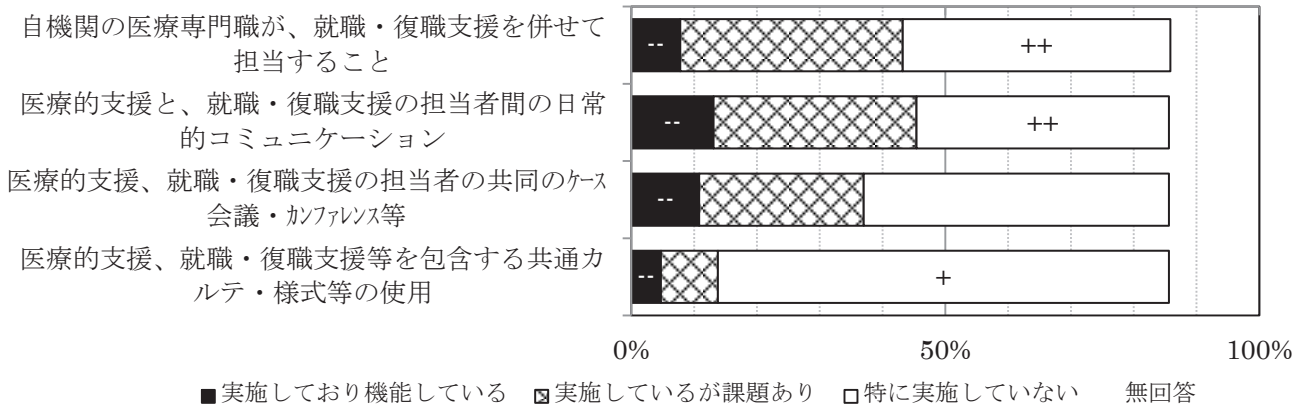


図 4-9-4 医療的支援と就職・復職支援の連携促進のための取組の実施状況
(就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

さらに、これを「就労支援スタッフの確保についての機関方針（問 11）」別にみると、「自機関スタッフが就労支援を主に担当する」機関方針がある場合に、医療・生活支援と就労支援の連携促進の様々な取組が機能しているとする割合が全般的に高くなっていた（図 4-9-5）。「自機関と外部就労支援機関が同程度の役割で担当する」場合も、「両分野の担当者間の日常的コミュニケーション」や「ケース会議等」を含めて、連携が機能している場合が多い一方で、連携に課題があるとする場合も多かった。一方、医療機関内に就労支援担当スタッフを確保せず、「外部就労支援機関が主に就労支援を実施する」方針の機関や、「就労支援者の確保の方針のない」機関では、医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組自体が実施されていない割合が高く、連携が機能している割合はいずれも非常に少なかった（図 4-9-6、図 4-9-7、図 4-9-8）。

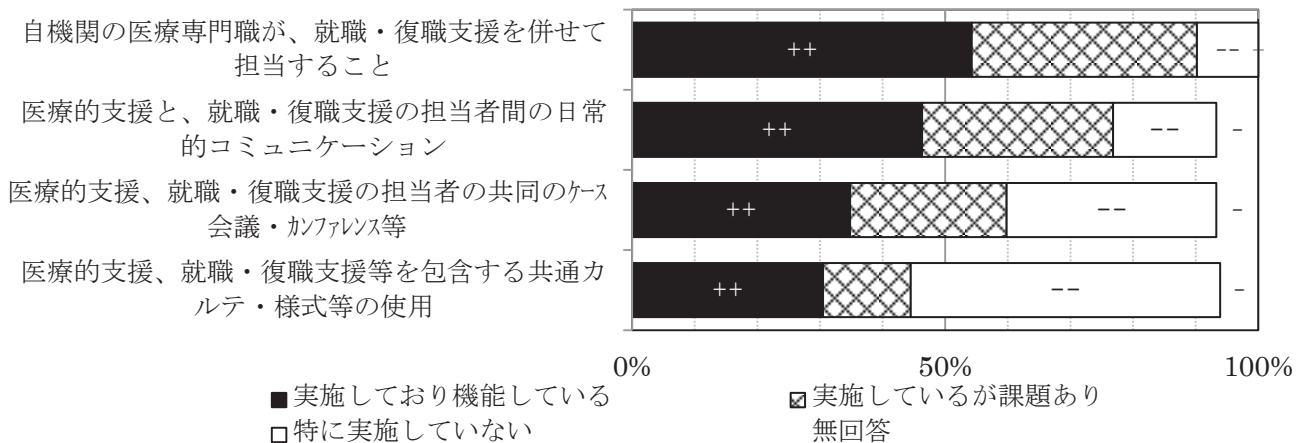


図 4-9-5 医療的支援と就職・復職支援の連携促進のための取組の実施状況
(就労支援は自機関スタッフが主に対応する医療機関等)

(回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

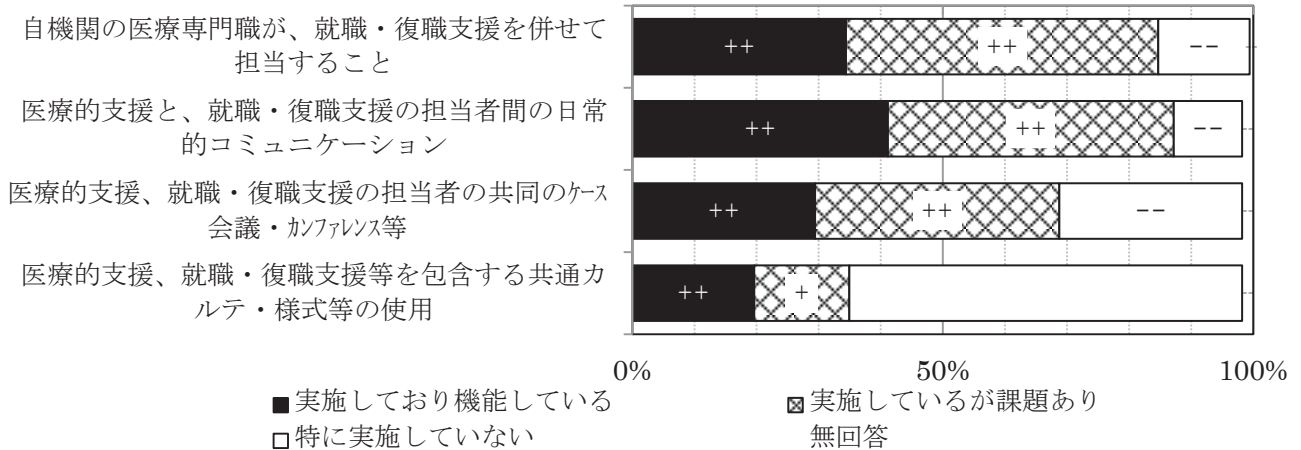


図 4-9-6 医療的支援と就職・復職支援の連携促進のための取組の実施状況 (就労支援は自機関と外部就労支援機関が同程度の役割で担当する医療機関等)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。)

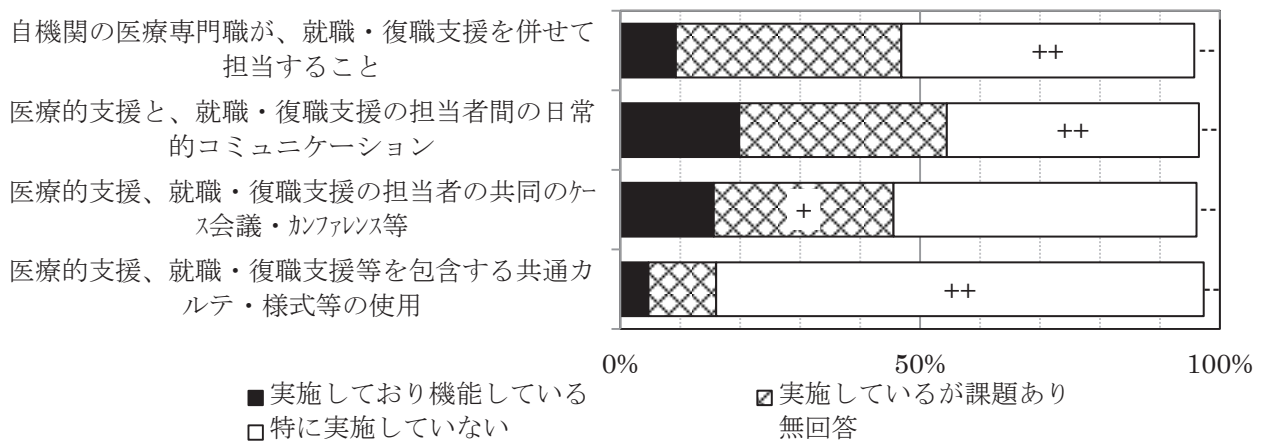


図 4-9-7 医療的支援と就職・復職支援の連携促進のための取組の実施状況 (就労支援は外部就労支援機関が主に対応する医療機関等)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。)

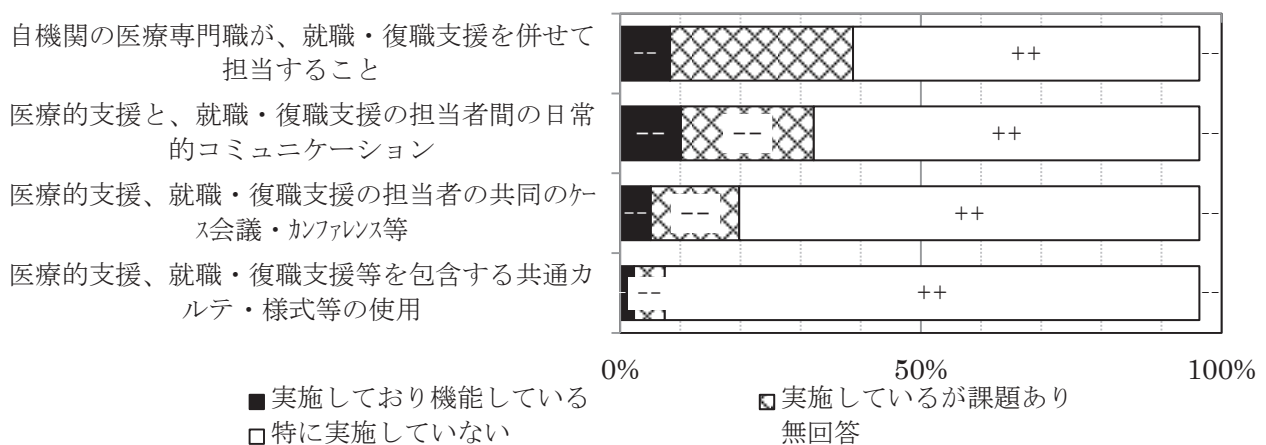


図 4-9-8 医療的支援と就職・復職支援の連携促進のための取組の実施状況 (就労支援のスタッフ確保に特に方針がない医療機関等)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、--: 同少ない。)

(2) 医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組（問12）と職業上の課題（問10）の関係

日常的就労支援のある機関では、医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組（「医療専門職の就労支援兼任」「両担当者の日常的コミュニケーション」「両担当者の共同のケース会議等」「共通カルテ等」）がある場合には、就職前から就職後の課題解決が多かった。回答者が連携が機能しているとした場合だけに限ると、より多くの問題解決と関係していた（表4-9-2）。

また、日常的就労支援のない機関についても、「両担当者の日常的コミュニケーション」「両担当者の共同のケース会議等」が実施されている機関では、就職前から就職後の多くの職業的課題の解決が多かった。

表4-9-2 医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組状況による職業生活上の課題状況へのリスク比（95%信頼区間）

医療・生活支援と就労支援の連携促進の取組状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動（応募、面接等）をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
自機関の医療専門職が、就職・復職支援を併せて担当すること	日常的就労支援有	0.69-0.89** (0.77-0.95)	0.64-0.91** (0.70-0.96)	0.56-0.85** (0.64-0.95)	0.61-0.88**	0.67-0.89**	0.62-0.84** (0.71-0.90**)	0.81-0.98
	日常的就労支援無		(0.82-0.97**)		0.53-0.94**			
医療的支援と、就職・復職支援の担当者間の日常的コミュニケーション	日常的就労支援有	0.70-0.90** (0.77-0.95)	0.55-0.79** (0.62-0.83**)	0.52-0.81** (0.59-0.84**)	0.59-0.86**	0.66-0.88** (0.77-1.00)	0.63-0.85** (0.70-0.88**)	0.80-0.98** (0.85-1.00)
	日常的就労支援無	(0.85-0.99)	0.72-1.00 (0.83-0.99)	0.54-0.88** (0.74-0.93**)	(0.81-0.96**)	(0.85-0.98)	(0.81-0.98)	
医療的支援、就職・復職支援の担当者の共同のケース会議・カンファレンス等	日常的就労支援有	0.64-0.88** (0.74-0.92**)	0.56-0.86** (0.69-0.94**)	0.46-0.78** (0.65-0.94**)	0.58-0.90**	0.66-0.93**	0.53-0.79** (0.67-0.87**)	0.71-0.92**
	日常的就労支援無	0.64-0.94**	0.59-0.91** (0.81-0.98**)	0.47-0.84** (0.73-0.93**)	0.61-0.95** (0.78-0.95**)		0.65-0.99** (0.80-0.98)	
医療的支援、就職・復職支援等を包含する共通カルテ・様式等の使用	日常的就労支援有	(0.76-0.99)	0.63-1.00	0.55-0.96** (0.61-0.95**)			0.64-0.96** (0.68-0.94**)	
	日常的就労支援無							

（上段は実施して機能しているという場合のみ、下段カッコ内は取組の課題が多い場合も含めた実施の有無での比較。取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載。**は1%水準で有意）

(3) 医療的支援と就労支援の連携促進の取組（実施の詳細や課題）

問12で記載されていたそれぞれの取組の詳細や実施上の課題は次のようであった。

ア 医療・生活支援と就労支援の担当の兼任

①実施の詳細

- 医療的支援と就職支援は対象者のデイケア担当が併せもち、多職種と情報共有していく。
- 医師が本人への働きかけ、関係機関の窓口となっている。

②実施上の課題あり

- スタッフが業務を兼務し、さらに外部機関と連携すると担当者があいまいになる。
- 努力はしているが、診療報酬で上がらず、担当スタッフが兼務でオーバーワーク。
- 日常業務の中に就職・復職支援も含まれるが、他の業務に時間を取られる事も多く、専門的かつ密接

に患者と関わり、全てのニーズに応えていくのが難しい状況である。

- 担当者の就職・復職支援におけるスキルアップが課題（保健師）

イ 医療・生活支援担当者と就労支援担当者の日常的コミュニケーション

①実施の詳細

- ハローワーク、障害者就業・生活支援センターとの顔の見える連携が不可欠
- 関連の福祉法人の就労支援プログラム担当者と緊密な連携
- 同一法人の就労移行支援事業所の利用者について、デイケアとの間で情報共有等の協力
- 小さな医療機関内では専門職の連携は機能している。

②実施上の課題あり

- 医師や病棟看護師などリハビリ部門から遠いスタッフとの連携には難しさを感じる。
- 診療にエネルギーをさかれ、支援チーム（外部もふくめ）間の十分な意見疎通が行いにくい。
- 地域連携の架け橋として動いていると、担当者間の情報交換が多く間接的情報が増える。
- 外部機関に協力、連携して行う時は、毎日連絡し合うところまでは手が回らない
- 他院に主治医を持つ利用者の場合、連絡がスムーズに行われているとは言い難い

ウ ケース会議等

①実施の詳細

- 定期連絡は電話が多いが、重要な内容については本人を含めたカンファを行っている。
- 週1回多職種によるカンファレンスを実施。定期的にケースカンファレンス実施
- リワーク担当者と他職種との情報共有する機会を不定期に実施
- ケースワーカーと、ケースカンファレンスを開き、相談する
- 医師と就労支援担当者の会議
- 就労希望、ニーズのある対象者がいる際など、就労移行支援事業所がケース会議へ出席。
- 地域の関係機関と月1回話し合いをもっている。

②実施上の課題

- ケース会議等は、即応性という意味での日程調整に難がある
- 医師が多忙のため、ケース会議やカンファレンスの時間を十分にはとりにくい
- ケース会議の報酬上の評価を望む
- 外部機関主催の会議としているが、参集者の地域的な隔りがある

エ 共通カルテ等

①実施の詳細

- 医療チームと共通の電子カルテにIPSの職業プロフィールを含め、ストレングス、同行時のアセスメント、職場・作業所訪問など実際の作業の様子を記録し、フィードバックしている。本人のリカバリー、エンパワメント、アドボケイトにつながっている。

②実施上の課題

- 共通のカルテ等はなく、双方が体系的に情報を把握することに課題がある
- 同じ法人内であっても就労移行施設などは記録が別になっている（医療と分けてある）

3 就職・復職支援における外部機関との連携状況（問13）とその効果

就労支援の具体的な連携先としては、就労支援機関だけでなく、他機関の主治医等や職場の産業医等、職場担当者があった。これらの機関との連携状況は機関によるばらつきがあり、日常的に就労支援のある機関でも、「個別のケースの評価・支援での比較的密な連携がある場合」、「定期連絡程度の連携がある場合」、「連携がほとんどない場合」に3分されていた。

そのような状況で、「本人に合った職探し」の課題の解決には、障害者就業・生活支援センターや就労移行支援事業所との連携が関係していた。また、障害者就業・生活支援センターとの連携、特に「個別ケースでの連携」が多い場合には、就職活動の未解決課題も低くなっていた。就職後の課題に対しては、「他医療機関の主治医等」や「職場担当者」との連携が関係していた。

（1）就職・復職支援における外部機関との連携状況（問13）

「多くの患者の個別の評価・支援での連携」に限らず定期連絡等を含めると、半数以上の機関では、ほとんどの外部機関との連携があった。しかし、日常的に就労支援のある機関では、ない機関と比べると「多くの患者の個別の評価・支援での連携」が全ての外部機関との間で多く、25～35%の機関はそのような密接な連携があった（ジョブコーチとの連携は少なく15%程度）（図4-9-9、図4-9-10）。ただし、各項目について半数近い機関では、外部機関との連携がほとんどなかった。

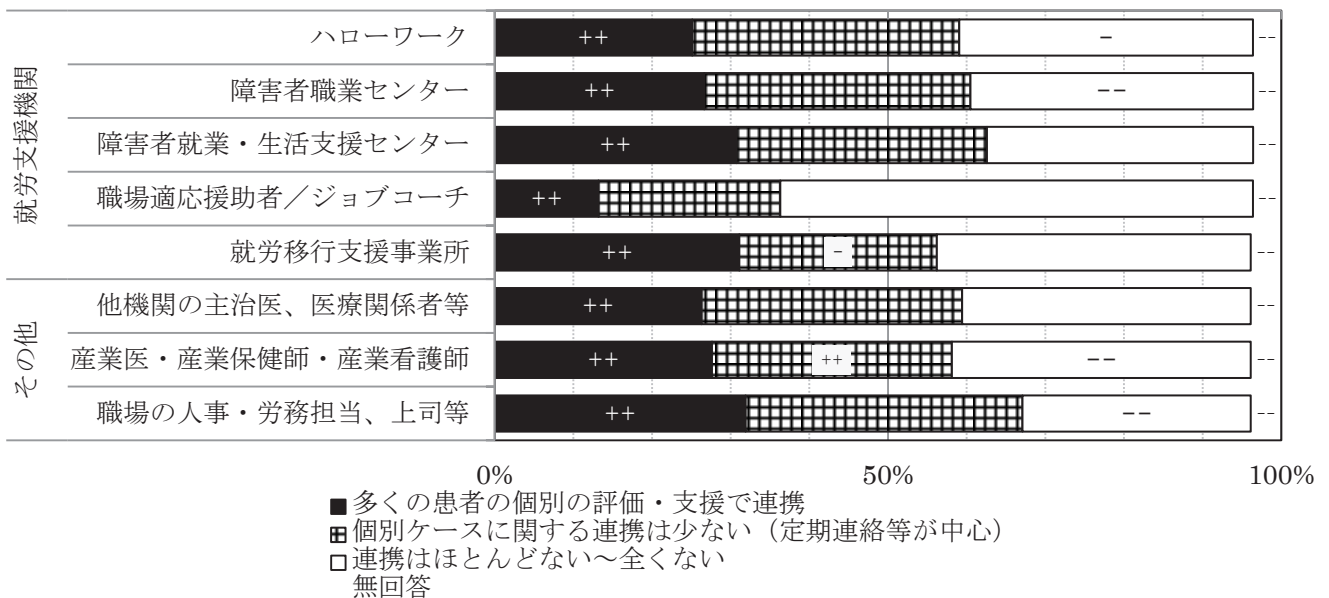


図 4-9-9 就職・復職の評価・支援における外部機関等との連携状況
（就労支援に日常的に対応している機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。）

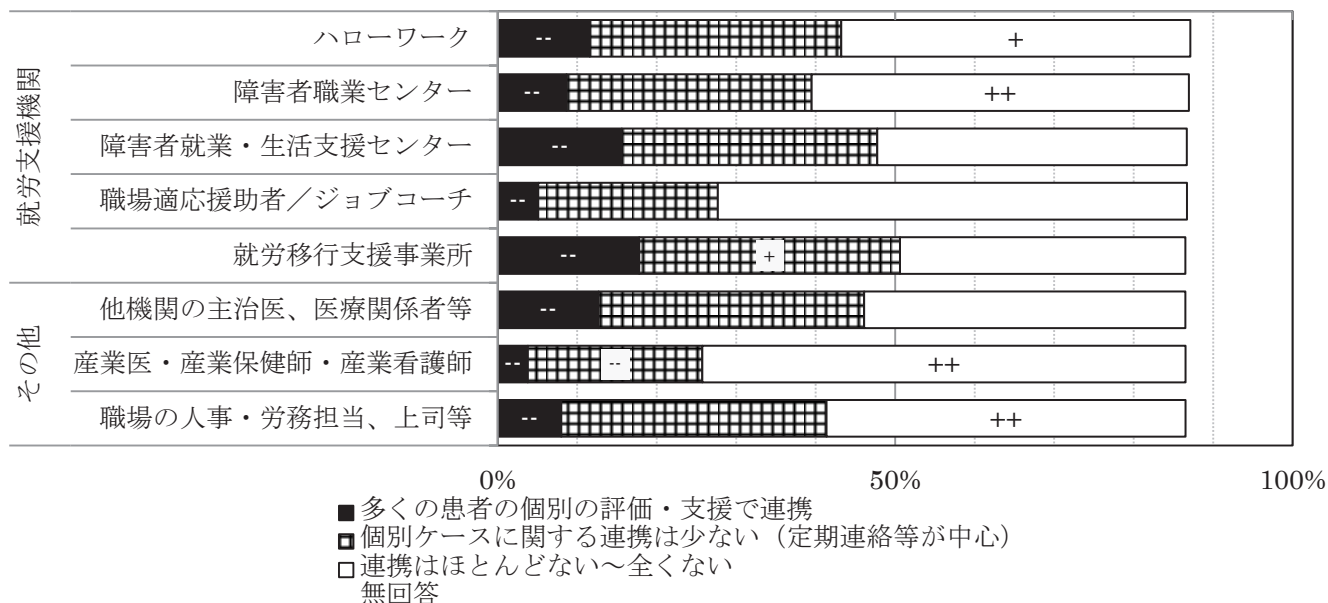


図 4-9-10 就職・復職の評価・支援における外部機関等との連携状況
(就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: 同少ない。)

なお、統合失調症に日常的に対応している機関では、就労支援機関との連携が多く、特に、「障害者就業・生活支援センター」と「就労移行支援事業所」との定期的連絡レベルの連携が比較的多かった。気分障害の場合は、「産業医等」や「職場担当者」との連携が比較的多く、「障害者就業・生活支援センター」や「産業医等」との定期的連絡レベルの連携も比較的多かった。

さらに、これを「就労支援スタッフの確保についての機関方針（問 11）」別にみると、「就労支援を自機関スタッフと外部就労支援機関の連携で実施する」機関において、全ての外部機関と「多くの患者の個別の評価・支援で連携」している場合が最も多かった（図 4-9-11）。「就労支援を自機関スタッフが主に実施する」機関ではハローワークや他の医療機関、職場担当者との「個別の評価・支援での連携」が比較的多かった（図 4-9-12）。また、「就労支援は外部就労支援機関が主に担当する方針」の機関では、就労移行支援事業所との「個別の評価・支援での連携」が比較的多い他、ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターとの「定期連絡等」を中心とした連携が比較的多かった（図 4-9-13）。

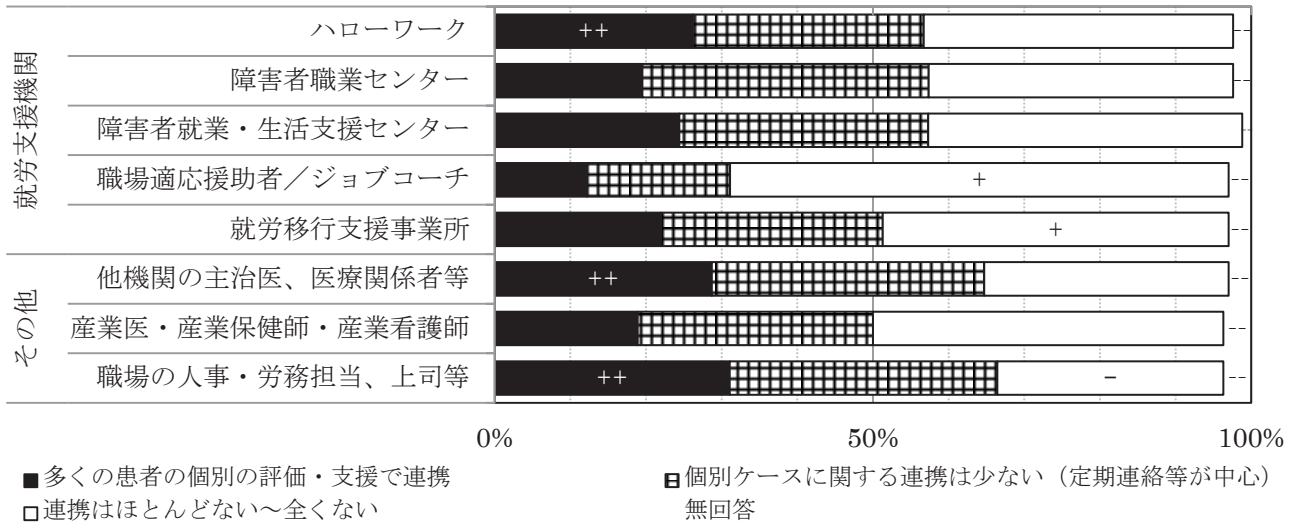


図 4-9-11 就職・復職の評価・支援における外部機関等との連携状況 (就労支援は自機関スタッフが主に対応する医療機関等)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: : 同少ない。)

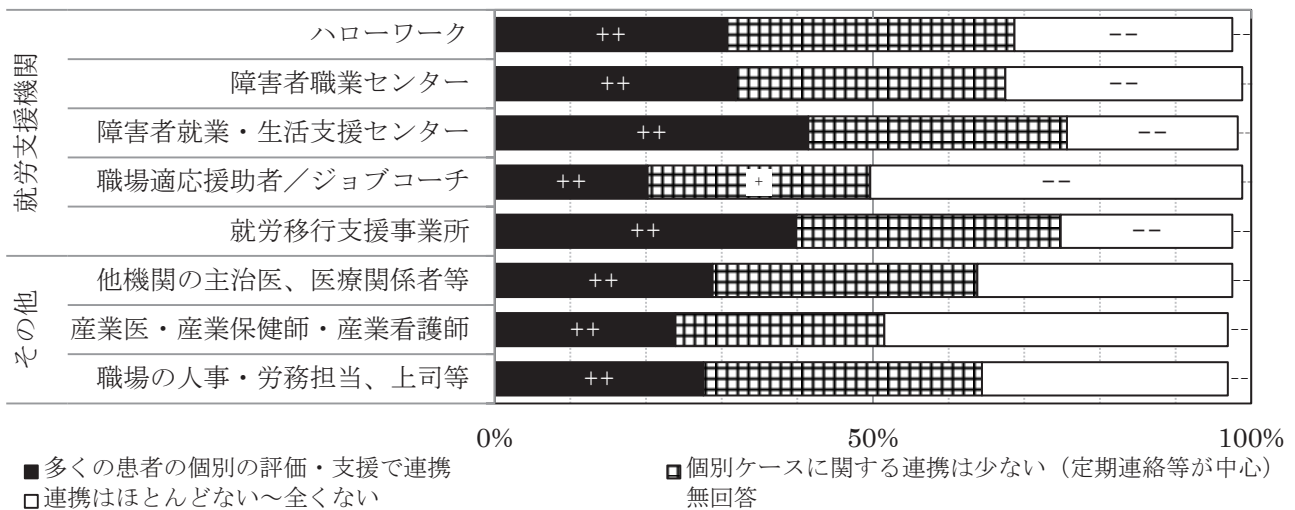


図 4-9-12 就職・復職の評価・支援における外部機関等との連携状況 (就労支援は自機関と外部就労支援機関が同程度の役割で担当する医療機関等)

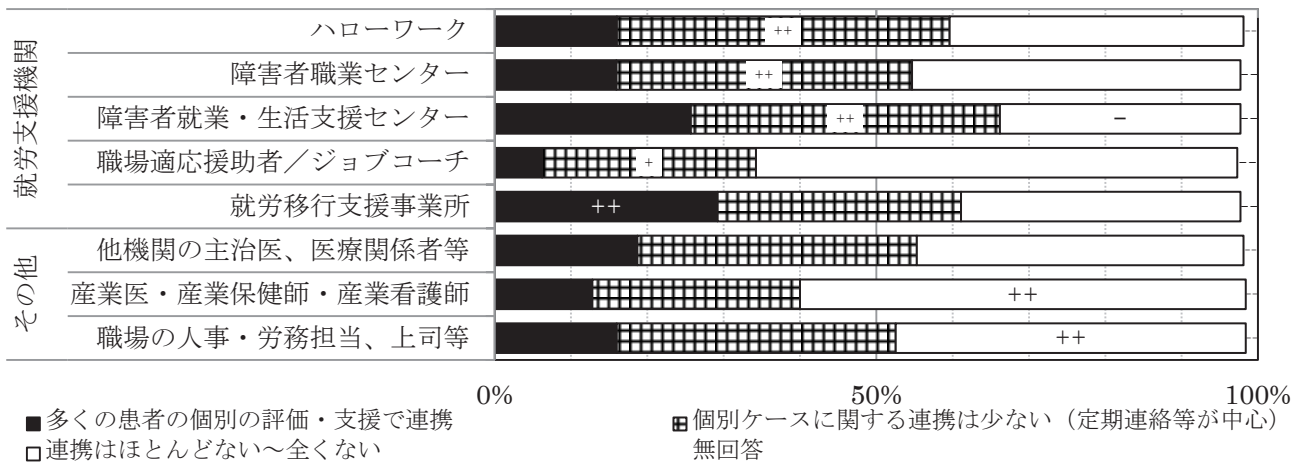


図 4-9-13 就職・復職の評価・支援における外部機関等との連携状況 (就労支援は外部就労支援機関が主に対応する医療機関等)

(2) 就職・復職支援における外部機関との連携状況(問13)と職業上の課題(問10)の関係

日常的就労支援のある機関では、障害者就業・生活支援センターや就労移行支援事業所との連携がある場合に就職前の課題解決と関連していた(表4-9-3)。特に、障害者就業・生活支援センターと「多くの患者の個別の評価・支援で連携」がある場合は、単に定期連絡等の連携よりも、就職活動の課題解決につながっていた。また、他機関の主治医等や職場担当者と連携している場合には、職場の理解や人間関係、職務遂行上の個別課題や危険状況の回避や対処の課題解決につながっていた。

一方、ハローワーク、障害者職業センター、ジョブコーチ、産業医・保健職との連携状況は、その連携の仕方(個別ケースでの支援、定期連絡)の違いも含め、各医療機関等の職業生活上の問題状況とは関係が認められなかった。

なお、統合失調症に日常的に対応している機関に限って分析した結果では、ハローワークとの連携(特に個別ケースでの連携)が職探しや就職活動の問題解決と関係していた。

表4-9-3 外部機関等との連携状況による職業生活上の課題状況へのリスク比(95%信頼区間)

外部機関等との連携状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
ハローワーク	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無							
障害者職業センター	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無							
障害者就業・生活支援センター	日常的就労支援有	0.75-0.92**	0.71-0.97 (ケースワーク vs 連絡:0.77)					
	日常的就労支援無				0.82-0.98		0.81-0.98	
職場適応援助者/ジョブコーチ	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無							
就労移行支援事業所	日常的就労支援有	0.80-0.99						
	日常的就労支援無				0.81-0.97			
他機関の主治医、医療関係者等	日常的就労支援有						0.74-0.95**	
	日常的就労支援無				0.82-0.98	0.86-1.00		
産業医・産業保健師・産業看護師	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無							
職場の人事・労務担当、上司等	日常的就労支援有				0.69-0.97		0.73-0.94**	
	日常的就労支援無							

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

4 雇用支援制度の認知・活用状況（問15）とその効果

精神障害者の雇用支援制度については、精神保健福祉士等を中心として、認知は半数を超えていたが、実際の利用経験はその半数に達していなかった。ただし、利用経験がなかったり、知らなかった場合でも、今後利用したいという意向が多かった。

日常的就労支援を実施している機関においては、これらの雇用支援制度を活用した場合、それぞれの支援制度の目的と対応する職業上の課題の解決につながっていることが多かった。

（1）雇用支援制度の認知・活用状況（問15）

日常的就労支援の有無にかかわらず、「ジョブコーチ事業」、「トライアル雇用」、「リワーク支援」は60%以上の機関で認知されており、他の雇用支援制度も半数以上で認知されていた（図4-9-14、図4-9-15）。日常的就労支援のある医療機関等では、ない機関に比べるとそれらの制度の実際の活用経験が全ての制度等で多かった。ただし、日常的に就労支援を実施している機関であっても、雇用支援制度の利用は、最も多い「リワーク支援」でも40%であり、「ジョブコーチ支援」、「トライアル雇用」、「精神障害者雇用トータルサポーター」、「精神障害者等ジョブガイダンス事業」も30%前後であった。「精神障害者ステップアップ雇用」、「チーム支援」は、日常的就労支援のある機関でも20%弱の利用経験であった。

また、利用経験のない雇用支援制度について、現在の日常的就労支援の有無にかかわらず、また、現在の制度の認知の有無にかかわらず、「今後活用したい」とする回答が多く、「必要ない」とする回答は少なかった。

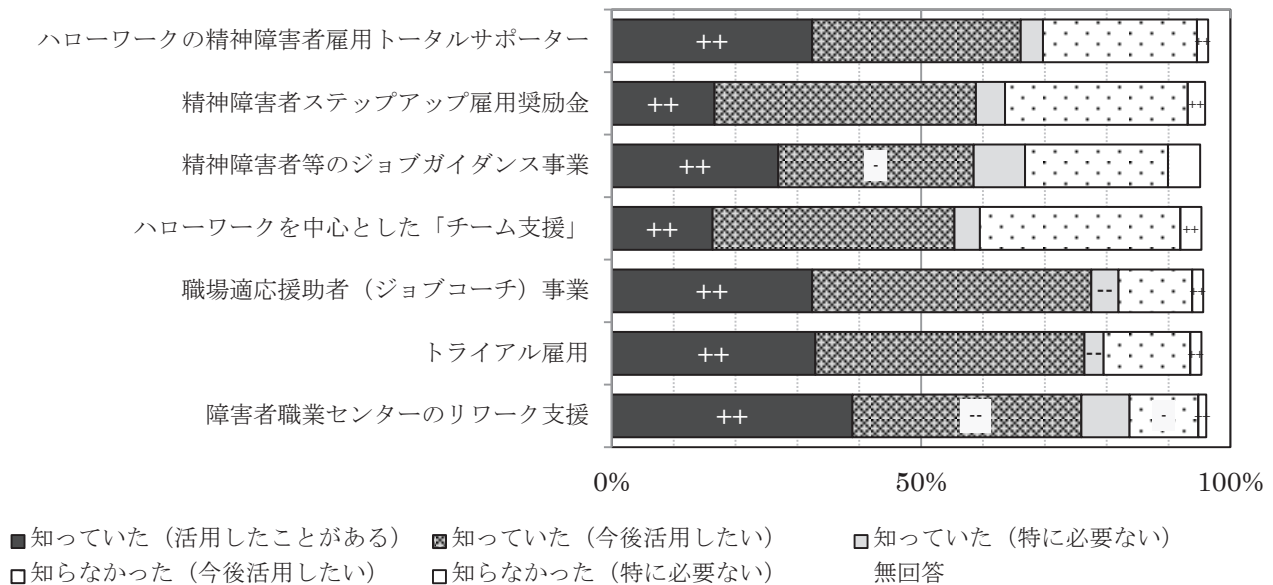


図4-9-14 雇用支援制度の認知・活用状況
（就労支援に日常的に対応している機関）

（回答全体と比較して；++:p<0.01で多い、+:p<0.05で多い、-,: 同少ない。）

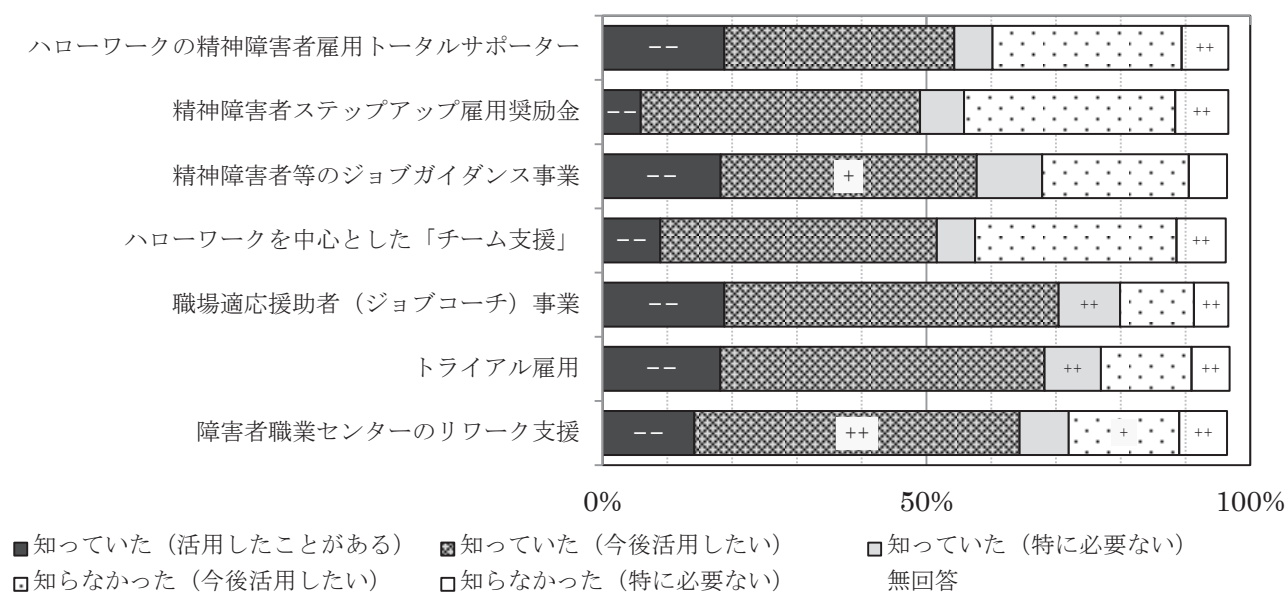


図 4-9-15 雇用支援制度の認知・活用状況
(就労支援に日常的に対応していない機関)

(回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い, +:p<0.05 で多い, -: 同少ない。)

なお、雇用支援制度の認知や利用についての回答者の職種別にみると、精神保健福祉士の認知が最も高かった。

また、統合失調症に日常的に対応している機関では、「精神障害者雇用トータルサポーター」、「精神障害者ステップアップ雇用奨励金」、「精神障害者等のジョブガイダンス事業」、「チーム支援」、「トライアル雇用」の活用経験が比較的多く、「障害者職業センターのリワーク支援」についての「知っていた (今後活用したい)」の回答も比較的多かった。気分障害の場合は、「障害者職業センターのリワーク支援」の活用経験が比較的多かった。てんかんの場合は、「チーム支援」の活用経験が比較的多かったが、「精神障害者雇用トータルサポーター」、「精神障害者ステップアップ雇用奨励金」、「トライアル雇用」については、「知っていた (今後活用したい)」の回答が比較적少なかった。また、てんかんの場合は、「精神障害者等のジョブガイダンス事業」に「知らなかった (今後活用したい)」の回答が比較的多かった。

さらに、これを「就労支援スタッフの確保についての機関方針 (問 11)」別にみると、全ての雇用支援制度について活用経験が最も多かったのは、「就労支援を自機関スタッフと外部就労支援機関が同程度の役割で実施する方針」をもつ機関であった (図 4-9-16)。「精神障害者ステップアップ雇用奨励金」についても今後活用したいとする回答が多かった。また、「就労支援を自機関スタッフが主に実施する」機関においても、「ハローワークの精神障害者雇用トータルサポーター」や「ステップアップ雇用奨励金」の利用経験が比較的多く、「チーム支援」についての今後の活用の意向が多かった (図 4-9-17)。

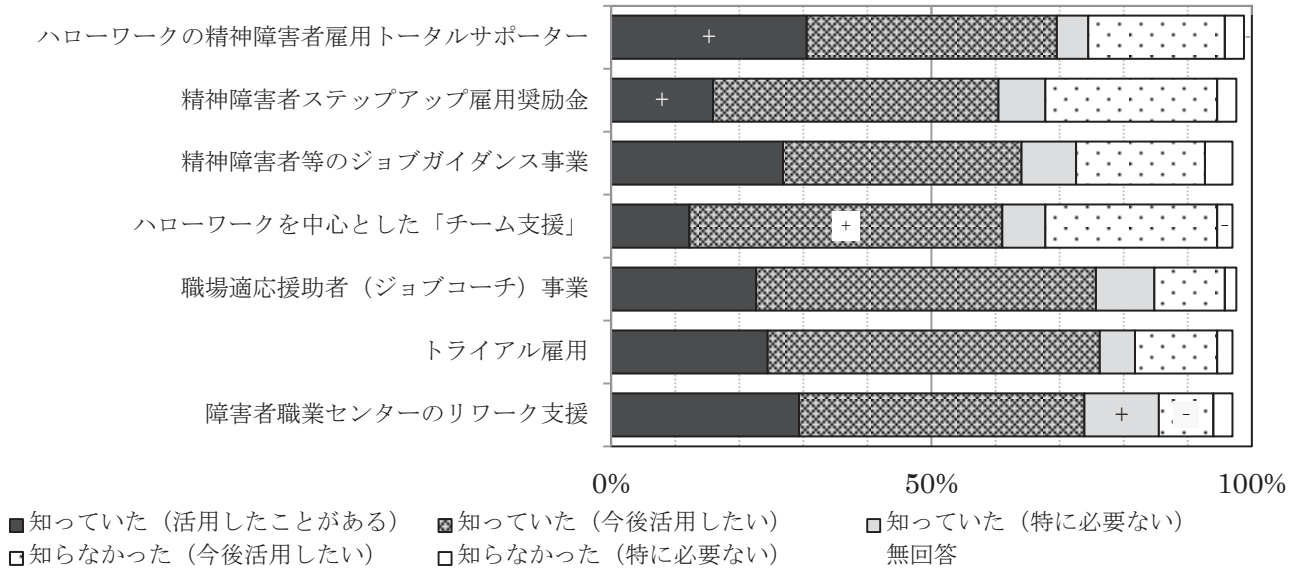


図 4-9-16 雇用支援制度の認知・活用状況
 (就労支援は自機関スタッフが主に対応する医療機関等)
 (回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

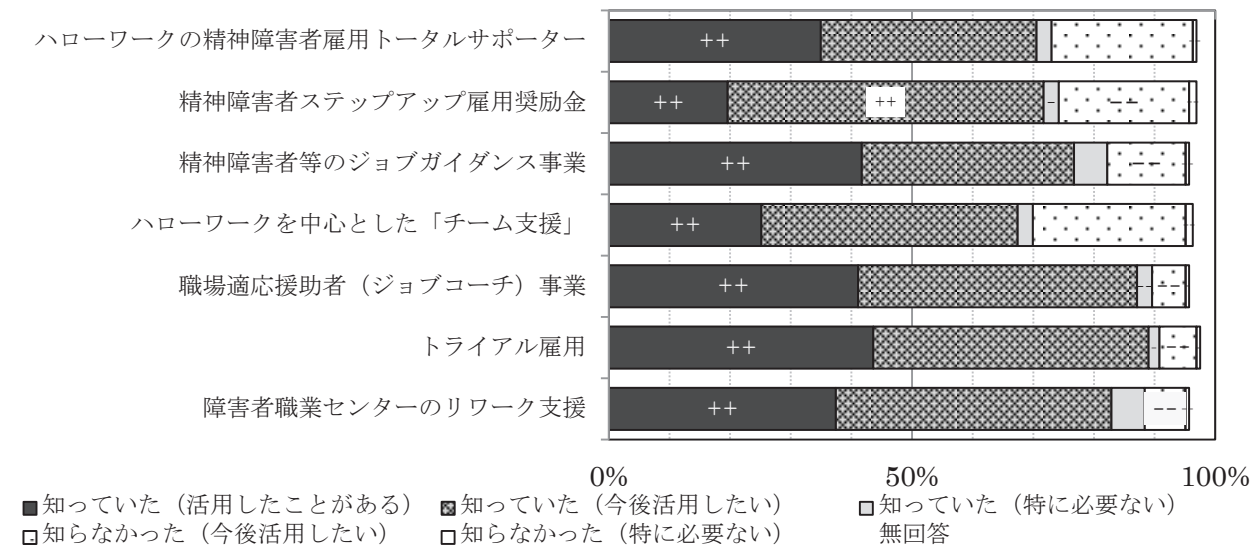


図 4-9-17 雇用支援制度の認知・活用状況
 (就労支援は自機関と外部就労支援機関が同程度の役割で担当する医療機関等)
 (回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

また、「就労支援は外部就労支援機関が主に担当する方針」の機関では、多くの雇用支援制度については認知はあっても利用がない状況で、今後利用したいとする回答が多かった (図 4-9-18)。一方、「就労支援の担当について特に方針のない」機関では、全ての制度について「知らなかった (今後活用したい)」が比較的多くなっていた (図 4-9-19)。

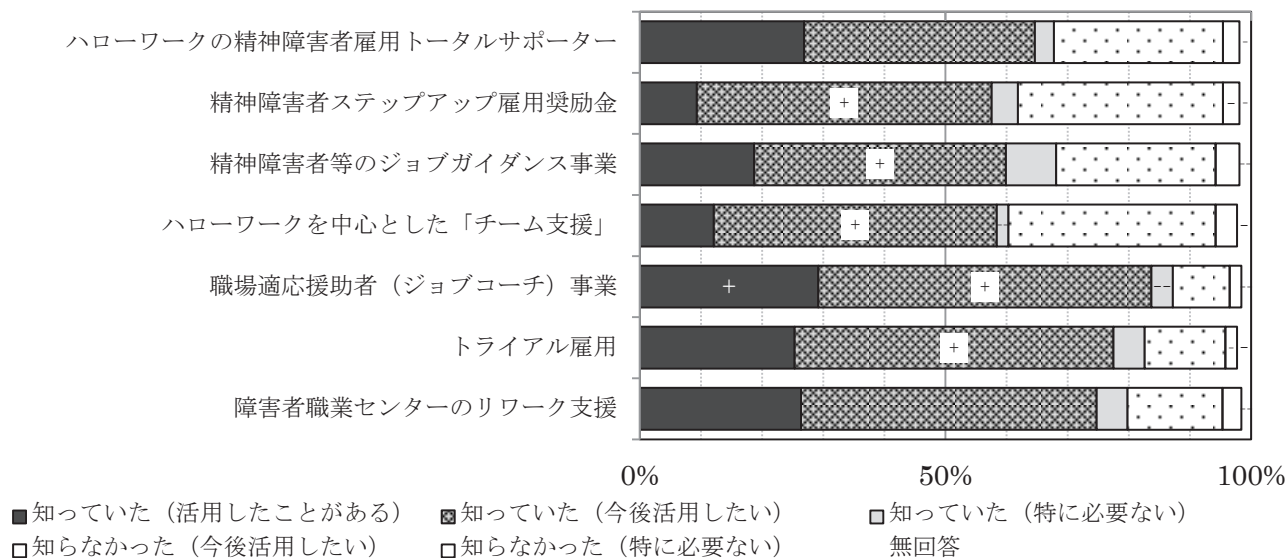


図 4-9-18 雇用支援制度の認知・活用状況
 (就労支援は外部就労支援機関が主に対応する医療機関等)
 (回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

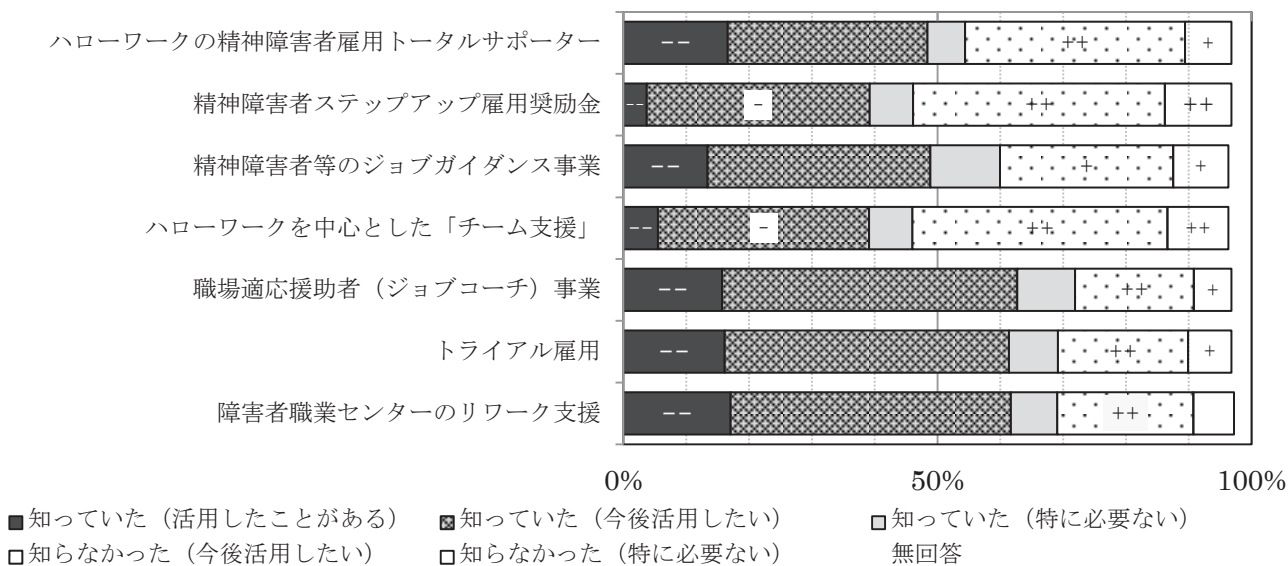


図 4-9-19 雇用支援制度の認知・活用状況
 (就労支援のスタッフ確保に特に方針がない医療機関等)
 (回答全体と比較して; ++:p<0.01 で多い、+:p<0.05 で多い、-,: 同少ない。)

(2) 雇用支援制度の認知・活用状況 (問 15) と職業上の課題 (問 10) の関係

日常的就労支援のある機関では、「本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと」の問題状況は、「精神障害者等のジョブガイダンス事業」「ハローワークを中心としたチーム支援」「ジョブコーチ事業」「トライアル雇用」の活用経験のある機関では問題解決が多かった (表 4-9-4)。同様に「就職活動」については「精神障害者等のジョブガイダンス事業」と「トライアル雇用」の活用経験がある場合に問題解決が多かった。また、就職後の「仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立」の課題解決には、「チーム支

援」「ジョブコーチ事業」「トライアル雇用」が関係していた。「チーム支援」の活用はさらに「職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること」の問題解決とも関係していた。一方、日常的就労支援のない機関では、雇用支援制度の活用状況と職業上の課題解決状況との関係はほとんど認められなかった。

「障害者雇用トータルサポーター」「ステップアップ雇用奨励金」「障害者職業センターのリワーク支援」の活用経験は職業上の課題の解決状況との関係は認められなかったが、特に統合失調症に日常的に対応している機関に限ると、「障害者雇用トータルサポーター」や「ステップアップ雇用奨励金」の活用経験は「就業継続」の問題解決と関係していた。

表 4-9-4 雇用支援制度の活用状況による職業生活上の課題状況へのリスク比（95%信頼区間）

雇用支援制度の活用状況	日常的就労支援の有無	本人が能力を發揮でき無理なくできる仕事を探すこと	就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足
ハローワークの精神障害者雇用トータルサポーター	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無							
精神障害者ステップアップ雇用奨励金	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無							
精神障害者等のジョブガイダンス事業	日常的就労支援有	0.74-0.98	0.62-0.93**					
	日常的就労支援無							
ハローワークを中心とした「チーム支援」	日常的就労支援有	0.61-0.92**		0.54-1.00			0.65-1.00	
	日常的就労支援無							
職場適応援助者(ジョブコーチ)事業	日常的就労支援有	0.76-0.99		0.63-0.99				
	日常的就労支援無							
トライアル雇用	日常的就労支援有	0.77-0.99	0.61-0.89**	0.61-0.95**				
	日常的就労支援無			0.70-0.98				
障害者職業センターのリワーク支援	日常的就労支援有							
	日常的就労支援無							

(取組有の場合に問題発生率が5%水準で低い場合を記載.**は1%水準で有意)

(3) 雇用支援制度の活用（活用の詳細や課題、要望）

雇用支援制度全般あるいは個別の活用状況や課題、要望の記載内容は次のようであった。

ア ハローワークの活用状況

A 活用の詳細

- ハローワーク障害者担当と連携があり、いろいろと教えてもらうことが多く制度がすぐに活用できた

- 精神障害雇用トータルサポーター、チーム支援を現在、活用中。場合によって、ジョブコーチの利用につながる可能性もある。
- 就労支援事業所経由でトライアル雇用を活用し、常用雇用に結びつけた例がある。
- ジョブガイダンスに参加し、メンバーの就労意識が少し高くなった。紹介のあった機関に興味を持ち、就職することができたメンバーがいます。
- ハローワークのジョブガイダンスは5年間程利用させていただきました／ジョブガイダンスは年度で2年続けて実施。対象者3～5名程度。
- 利用者が少ないので、ジョブガイダンスより、むしろハローワークに行きます。
- ハローワークを中心とした「チーム支援」はぜひ活用したい。

B 活用への要望、課題

- これまで障害者窓口で求人についてのやりとりはあったが、準備プログラム、カウンセリングがあることを知らなかった。とりあえず一言、言葉がけをしてほしい。
- ハローワークの窓口まで出かけるのが難しい患者も多い／病院から同行することはないので、ハローワークに自分の力で行くことのできる人は限られている。
- ハローワークの専門援助部門を土曜日も開けてほしい／精神障害者雇用トータルサポーターは非常勤のため、常勤だとありがたい。
- トライアル雇用、ステップアップ雇用の求人数が少ない／この数年、ハローワークの障害者雇用への支援が活発になっているが、実際は求人がなく、活用不十分。

イ 障害者職業センターの活用状況

A 活用の詳細

- 職業センターの準備支援後、ジョブコーチ、トライアル雇用の利用ケースがある
- 障害者職業センターのリワーク支援は大変有効で成功率が高いです。さらに充実させてほしいと希望しております。／リワーク支援は大事（再発、再休職を防ぐ）／障害者職業センターのリワークによって救われています。きめこまかい、優秀な経験豊富なスタッフがいますので安心です。
- セミナー講師として、障害者職業センター職員の協力を得て、毎年実施している。
- 障害者職業センターにはいつも大変お世話になっております。

B 活用の課題、要望

- 障害者職業センターが県内に一つしかなく利用者が通いきれない。距離的な問題で結びつかないケースがある／遠いので定期的に活用しにくい／電車代で断念される方が多い
- センターのリワーク支援は活用しやすいが、病名が限定されてしまうのが難。
- 障害者職業センターは比較的症状の軽い方が対象で、慢性期の方の受入は難しい
- 職場適応援助者の手続きが難しい。／ジョブコーチが身近になればよい。
- リワークプログラムの確立が必要と思われる。
- リワーク支援の待機期間が長いタイムリーにスムーズに活用できない。
- リワーク支援は、当院で復職デイケアとして支援を行っている。必要なケースがあれば、利用促進を行いたい。／当院自体にリワーク施設が併設されています。

ウ その他、雇用支援制度の活用の全般的状況

A 活用状況

①患者へのこれらの制度の案内に止まっている

- 支援制度は知っていても個別支援がないので情報提供のみとなっている。
- 就職活動は患者自身で行う。相談時に、関係機関や支援制度を紹介することもあるが、利用にまで至らない。／いつも紹介程度／相談支援において情報提供を行った。

②地域の関係機関を介して利用している

- 協力関係がある職業センター、障害者就業・生活支援センターを窓口にすることが多い。
- 地域生活支援センターなどを通じて利用するため、当方が直接関わることはない。

B 雇用支援制度の活用のための要望、課題

①雇用支援制度の具体的内容を分かりやすく示してほしい

- 当機関のみでの支援は難しいため、他機関や制度を積極的に活用したい。しかし、それぞれの特徴や対象者の条件等が分からず活用できない状況にある。
- 各機関の支援は承知しており、紹介もするが、具体的な内容を十分把握しておらず、対象者に合っているか、対象者のニーズに答えてもらえるかどうか分からない。
- 公的機関が医療機関に積極的に支援内容をアピールしてほしい。具体的な内容を知らないので活用するかどうか決められない。／医療機関、医師にもっと周知させて下さい／相談支援者向けのガイダンス、アナウンスが定期的にあるとよい
- 一般的に知られていないこともあり、活用にあたって患者が抵抗を示したり、利用を希望しないこともある。一般的に知られていれば、もっと活用しやすいように思います
- 就労担当者以外の方にとって、制度が複雑すぎてわかりづらい。

②利用をしやすくする仕組みの必要性

- 支援制度は情報としては知っているが、活用するためには、もっとハローワークと直接やりとりする機会が必要。利用実績を1つでも作れば活用しやすくなると思うが...
- 今後の活用に向け、雇用支援制度の活用事例などの勉強会があれば参加したい。
- 精神障害者雇用トータルサポーター、障害者職業センターのリワーク支援を利用した使いにくい。精神保健福祉士がいれば活用できるかもしれないが
- 職場実習がもっと簡単に使える制度があるとありがたい。

C 今後の活用の意向

- 復職支援利用中の退職者に使える支援があれば紹介したい。また、当院のリワークプログラムで困難な例は紹介したい。／あまり必要ありませんが、復職できなかった方のために制度をよく知り、御案内（活用）できればと考えています。
- 現在のところ対象者がいないため、一般就労を前提とした就労支援の制度は特に必要ありませんが、今後、対象者がいれば職業センター等、紹介しようと思います。

第10節 自由記載の内容

調査票の最後の「精神疾患等のある人の職業生活を支えるあり方等、ご意見等いただけますと幸いです」への記載内容は多岐にわたっていた。その内容により「医療機関が就労支援に取り組む意義、地域連携の課題」「精神障害者の就労支援の課題」「医療機関としての就労支援の取組」「医療機関としての就労支援の限界」に分け、内容別に分類し以下に示す。

1 医療機関が就労支援に取り組む意義、地域連携の課題

(1) 精神障害の疾患管理・生活支援・就労支援の一体性

- 精神障害者の就労支援は疾病の管理と生活支援、就労先との関係調整が三位一体となって進めていくことが不可欠です
- 個々の適性を把握し、職業アセスメントも他機関と協力して行えば、対処もでき就労継続につながる。専門家同士が連携をとって関われば、問題ないケースが多い
- 職場体験を通じた経験値や話し合いで、対人パターンや社会のルール（見えないルール）をしっかりと検討したうえでクローズで就職すれば長続き可能と考えています
- 医療機関に就労担当者を置くことで、様々なニーズ（クローズ就労、雇用率に入らない短時間就労、病状が不安定、入院中、認知症等）に迅速に応えることができる。また、医療と一体的な相談支援が可能となる。定着・転職支援の質の高いサービスが可能になる。リカバリー、エンパワメント、権利擁護の支援にもなる
- 就労と生活支援を合わせた包括的な支援が大切だと考えています。
- 医療スタッフと就労支援・生活支援スタッフがチームを組んで、クライアントのニーズに応じて柔軟に動くことのできる体制作りが必要
- ワンストップとして考えれば相談機関から定期的に病院に来てもらっても良い
- 本人が「仕事に就きたい」と思っているうちに、うまく本人の適性を引き出し就労の機会を得ることができるように、あらゆる関係機関が連携していけるとよい。
- 地域ワーカーやハローワーク等が中心で、病院はサポートという位置づけになるのかもしれない。主治医、病院ワーカーをどんどん使ってより良い支援につなげてほしい。
- ある程度の治療の効果があっても、その先の「生活」に結びつく過程で止まってしまう
- ケアプランを計画するコーディネーターの制度化を福祉の中で取り入れてほしい。
- 精神障害者の就労、定着には、本人、家族、様々な専門家が連携をしていくことが不可欠。障害者職業センターやハローワーク障害者窓口のスタッフと連携し、専門家チームが本人、家族、雇用主のサポートをすることが本当に大事だといつも痛感している
- 医療機関だけで支援するのは難しい。ハローワークや支援センター等の機関・制度の活用や連携が欠かせない。
- 病院からは、地域の就労移行・継続支援事業所等につなげることが多く、一度利用し始めると長期で続ける方が多い。その次につなげていく時に、どこが中心となって関わっていくかが地域の課題になっ

ているように思う。

- 病状の改善後の職場との連携が最も大変。不当な職場慣行があったり、その解釈に法律家の参加も必要な場合もある。逆に労組、法律家からの相談もある。職場そのもののかかえる問題への対処もお考え下さい。法律家、障害者団体、地域行政とも連携が必要

(2) 医療的側面からの、職場支援の必要性

- 就労前の準備期間も大切ですが、職場への移行・継続支援が特に重要／就労における準備支援も重要だが、定着支援についても特に必要性を感じる／精神疾患者の就労定着の難しさを感じています／就職先は見つかった後も継続して就労する事が難しい方が多い
- 就職後の定期フォローが安定した就労継続につながる
- 治療経過を含む患者情報の伝え方に工夫が必要。当院では非薬物療法（カウンセリング）を担当した心理士が就労支援を行い、必要なら障害者職業センターや企業にも行く
- 患者、企業双方に病気の理解を深める必要があると考える。／薬物や心理・社会治療をみっちり行っても、職場側との相互理解には数か月単位での時間が必要。
- 職場に障害を理解してもらうのに時間のかかるハンデだと思うので、ジョブコーチの導入がもっとできるようになると、変わってくるように感じています。
- 言葉にとらわれず、一般企業でもジョブコーチが気軽に利用できたりすると良いと感じる。医療機関が一般企業に出向いて指導・連携するシステム、報酬への反映がされるとよりスムーズな復職、就労が可能と感じる。
- 医療、福祉と企業等の連携を密にして、障害特性を理解してもらうことが何より大事であり、これを周知徹底することで就労への幅は大きく広がるのではないだろうか。
- 企業と病院の担当者との意見交換（会社が医療機関に望む事、医療機関が会社に望むこと）の場が定期的にあると、求職者がスムーズに復職でき退職者が少なくなると思う
- 医療機関におけるリワークプログラムは全国的に広がりつつあるが、今後は地域（職域、外部支援機関など）との連携が重要と考えている。
- 産業医が精神疾患をみることができなければ、主治医と連携してほしい。
- 就職先の担当者と医療機関の担当者が、今までよりも密接に情報交換をすべきだと感じています。疾病の特徴や個人の持つ疾病の傾向性などを詳しく伝え、相談しあえることで、担当者の理解と接し方が向上し、仕事もしやすくなることを感じています
- 就職・復職後に日常的に仕事場面でアドバイスする方（職場の同僚・上司等）が重要

(3) 地域の就労支援機関には精神科の専門性が足りない

- 精神障害者の雇用対策は病気や重症度を考慮しないと効果は上がらない。重症者は素人には簡単に対処できない／障害が重い方の就労支援ニーズには対応できていない。
- 就労支援者や機関に、精神科領域の対象者を支援する経験やノウハウが少ない
- 症状の把握もなく医療機関の意向も考慮せず、各支援施設が勝手に方向づけをしてしまうケースが多すぎる
- 「精神疾患」と一言で説明できない症状やパーソナリティがたくさんあり、支援者がそれを理解でき

ていないと当事者の職業生活は継続しにくい。

- 就労移行支援事業所に今まで5人つなげましたが、就労できた方は1人です。定着するまでの支援にはやはり専門機関が必要だと思います。

(4) 本人中心のケースマネジメントによる連携が必要

- 精神障害者の就労支援においては、ケースマネジメントの視点が必要／関係機関も多く、ケアマネジメントを含む相談支援がさらに必要になると考える／機関間の連携が上手くいかず、本人ニーズがこぼれてしまっているのが現状
- 近年、精神障害者の就労支援施策や相談窓口が混在し、本人はもちろん、援助者にとっても相談先も、利用できる制度も戸惑うことも多い。一番大事なのは障害のある方にとって、利便性の高く、分かりやすいシステムを構築すること／各機関の窓口を明確にし、本人同意のうえで連携ができたと思う／障害の有無で相談窓口が変わることも企業や支援者側の都合によるところが多い。求職者中心の支援体制が構築されるとよい
- 長期的にクライアントがライフスタイルに展望を持てるような情報を提供できるような体制づくりが今後できるようになれば良いなと個人的には考えます
- 雇用支援制度が充実してきたが活用にあふみきれない方も多(手帳の取得も含めて)。個々に寄りそい、利用できる支援について、患者と支援者共に学びを要す／各機関の具体的な支援内容や課題をまとめサービスの狭間のないようなくみ作りが必要

(5) 連携のためには関係機関の交流による相互理解が必要

- ハローワークなどの地域の支援とどうやって連携をとっていいかわからない
- 抱え込む傾向があり他の機関を使えていない。情報を集めることからはじめたい
- 病院、診療所と言葉は同じでも中身の体制は千差万別。就労支援機関も同様に個々で差があると思います。お互いの役割を明確にして連携しないと難しい
- 就労支援については医療や地域福祉が担う役割を整理する必要がある
- 企業－患者－支援者の交流の機会がなく、相互に「知らない」ことが多すぎる。気軽に交流できる場があれば、相互理解を深めることができ、患者の就労にも役立つ
- 外部機関との協力や雇用支援制度の利用時のイメージがわからず度々悩む。それぞれの機関での交流の場を作り、個々の強みを活かしてサポートしていける環境を整えたい／双方面の関係機関の情報交換ができる場がもてたらよい。つなぎ役の存在も必要

(6) 診療報酬の対象とならない就労支援活動の存在

- 患者の就労支援や生活支援の必要は多いが診療報酬に結びつきにくく業務が評価されにくい／診療報酬評価なくして継続発展はないと思います
- 報酬上の後ろ盾がないと、ニーズは高いのにマンパワー等の面でシステムとして広がらない。人材育成も難しさを感じている。例えば、現在、診療報酬等に評価されない事業主支援、ハローワーク支援、職業アセスメント、職探し、ジョブコーチ支援、定着支援、調整等を労働施策で補完してほしい
- 復帰などをサポートするための、教材や物品、人材を揃えるために費用がかかる／人材確保や、パソコン等物理的な資源の確保の助成があれば、より支援も行っていける

- 医療機関が一般企業に出向いて指導・連携するシステム、報酬への反映がされるとよりスムーズな復職、就労が可能と感じる
- 医療の支援が不可欠ならば当院が直面している医師不足等の問題の解消が必要と思います／行政は民間の精神科病院にまかせすぎている。地域で盛り上げていこうという事は良く言われるが、行政において、それを全く実感していない。理解に乏しい方が多い

2 精神障害者の就労支援の課題

(1) 本当に就労支援ニーズの高い人への支援が不十分

- 当院の患者は日雇労働、生活保護受給者が非常に多く、アルコール・ギャンブル、統合失調症の診断も多いが、パート／アルバイトでもいいから働きたいという意見が多い
- かなり意欲もあり、病状が安定し資格や経験のある方も就職・復職するのに厳しい状況。10代に精神疾患を発症した方の就職は本当に困難。非正規の雇用ばかり。
- 特に現在は国内の雇用情勢の悪化により、ハンデを持つ精神障害者なんて雇ってもらえないと活動する前から投げ出している
- 他の人と同じように働くことが難しくても、自分にできる範囲内で働きたい。人の役に立ちたい。賃金を小額でも得られると気持ちが全く違う、と患者さんよりよくうかがう
- まず日常生活をもう少し楽に過ごすことが課題なので、就労支援はもう少し先の問題だが、皆、「働きたい」という気持ちがあり、遠い道のりにゆっくりつきあう必要がある
- 就労よりも生活や症状の安定が必要な方でさえ、相談されることが多い

(2) 精神障害を想定した職場の不足

- 勤労の意欲は患者で多く見受けられますが、その受け手はまだ少ないように思われます
- 障害者枠の求人が少なすぎ、手帳を持っていることが必ずしも有利になっていない
- 最も大切なのは就労場所の確保と紹介です。求人待ちでなく歩いて就労企業の確保を！
- 障害者求人には身体障害を想定した募集が多く、精神障害に対する理解が遅れている印象。精神疾患に理解のある職場を増やしていく努力が必要
- 少ない障害者雇用でも精神でもよいという企業が少ない／精神障害では対応の困難さや、生活のしづらさがあり、企業の雇用での遅れがある
- 企業側の条件が厳しく、就労困難な患者様が多いと思います
- 当地方ではハローワークの障害者求人がほとんどないため、障害をオープンにしたい方がクローズにせざるをえなく長続きしない
- 精神障害の方は、不安からくる疲労感が強く、短時間労働からのスタートとなります。無理をせず、一步一步雇用の定着を図るためにも、就労時間について段階的な対応をしていただけたらと思います
- 週に20時間以下の就業時間の仕事も開拓が必要
- 統合失調症等の場合、既存の会社の勤務形態での就労は負担が大きく、難しい例が多いため、病気や障害にあった仕事を新たに創ることへの支援策が必要だと思います。

(3) 企業の精神障害への理解と配慮の必要性

- 医療と支援機関、企業の間で、目に見えない症状や対処について、いかに共通した理解をするかが非

常に重要

- 精神障害者の雇用をしても精神障害の理解のない事業所が見受けられます。
- 休職者の復職についても企業のハードルが高い。
- 復職後の対応の差が企業間でちがすぎる。
- 病状も落ち着き、条件の合う職場があれば働けそうな方は結構いらっしゃるのですが、一般企業の受け入れが柔軟になると助かるなという印象はあります。
- 会社や雇用主がその人（障がい者）に合わせるという考え方が広まれば、もう少し障がいを持った人が働ける場が増えると思うが・・・
- 偏見が強く、精神疾患を開示すると面接すら受けさせてもらえない現状がある
- 各会社に産業医がいることを知らない人が多すぎる。もっと産業保健分野を充実させるべく企業は費やすべきだと思う。
- 大量生産、大量消費、変化の早い社会から、日本も世界も方向転換しないといけないと思います。こんな中で適応に支障をきたす、就労先をなくす、というのは個人の努力、支援者の努力、というよりはこれからの社会はどうあったらよいのかという要素にも目を向ける必要があるでしょう。人間らしいスペース、障害に配慮できる内容の仕事を作り出すことに私たちはもっと力を注ぐ必要があるのではないのでしょうか。

3 医療機関としての就労支援の取組

(1) 本人の気持ちに沿って就労意欲を引き出す

- 作業所でも就労体験を得ると当事者もモチベーションもあがりよろこびとなると考えます。妄想があっても就労プログラムに入ると、現実的な考えができることも多い。
- 精神疾患の発症による人生の予定外の「転機」への支援が主眼であり、本人の意思決定が最大限に尊重されるべき。押し付けや可能性の否定はいけないと考えます。
- ご本人さんのストレングスやエンパワメントを支援者が信じることから始まると思います。本人の状態を把握し、タイミングを見て支援する必要性があると感じています。
- 「リカバリー」の考え方に沿って、SST等を中心に常に学びながら、やっています。
- 実際の支援は自己分析に始まり自己分析に終わる。当機関では自己開示と他者からのフィードバックを受け入れる事に支援のポイントを置いています。
- 利用者の意欲気力が出るまで待つ。手取り、足とりで歩かせても、長くは続かず。
- 希望に沿った機会を作りたい／興味のあることを探すように働きかけも必要

(2) 再発防止の医療的支援の重要性

- 本人の症状自己管理で、サインや対処法を把握できる前準備段階がとても大切／就職する前のストレスコーピング等が大切
- 復職後のグループサイコセラピーのサポートにて就業継続が成功している。このような支援がもっと充実できるよう日々励みたいと思っています／うつ病では自分のパターン、くせに気づかず、休職をくりかえしてしまう方が多い。様々なプログラムによって、復職をはたされた方が多い
- 医療機関のリワークプログラムは全国的に広がりつつあるが、今後はスタッフへの育成を通じてプロ

プログラムの充実をはかることが重要と考えている。／離職防止、復職推進について系統的・標準化されたプログラムの立案、実施が必要

- 自分で対処する力を高めつつ、困難時には早めに相談できる力をデイケアで備えることで、就職や職場定着を乗り越えていけると考えて支援をしている
- 就業継続には、困った時に相談できることや支援者を上手く使えることが重要であり、その為の関係性づくりが、就労支援として重要。

(3) 医療機関としては生活支援がメイン

- 医療機関としては、まずは、地域移行（住居確保がメイン）になっている。
- 就労は主に施設支援センター、当医療機関は就労まで至らない年金でヘルパー等のサービスを使いつつ生活する方が主なる対象という役割分担になっている
- 生活や服薬等の医療的な立場から支援していきたい／症状の改善、日常生活の立て直し、福祉サービス利用の支援が主／入院中における経済的、生活課題の支援を行っている
- デイケアの生活面のグループワークを通して就労の準備性が身につくと考えている

(4) 患者からのニーズに対して外部支援機関の紹介のみ

- 患者からのニーズは多いが、地域支援事業所へつなぐことしかできないのが現状
- 今のところ、外部支援機関の紹介をするにとどまっています
- 患者が特に希望があったり、その必要がある場合はP SWがいるクリニックへ転院してもらおうが、支援センターを勧めたりしている
- 就労については、情報提供（支援センターの紹介）等である
- 医師1名のみでのクリニックであり、就業に関しては必要時のみ他施設に依頼し、あるいは来てもらって個別相談をするのみ
- 作業所へ紹介するケースばかり。就業・生活支援センターに頼っております。
- 外部支援機関の紹介で、自治体の障がい福祉課の担当者が対応してくれて、非常に助かっています。就労支援への移行を手助けしてくれています。

(5) 個別の相談対応

- 私は小児科医であるため、患者や家族からの相談には医師として診療行為のひとつとして、外来診療中にご相談に乗るという形で協力しています。
- 通常の診療の中での相談や指導は必要を感じれば行っているが、限界を感じている
- システムとして機能させられるほど人員をさけない。

4 医療機関としての就労支援の限界

(1) 就労経験のない人等への職業準備支援

- 全く就労経験のない患者さんへ就労へ向けた支援を行う困難さを感じる人が多い
- 発病前から引きこもっていて、社会経験に乏しく、成長の機会があまり無かったという利用者がとても多い。そういう方が家から出て成長できる環境と、就労に向けて負荷をかけていく環境を同時に持つことが現状の私たちでは難しい。
- 当院では、不登校、ひきこもりの患者さんを多数かかえております。就労はもちろんですが、その前

段階の支援の充実がはかられれば大変よいと思います。

- 職業人、社会人の自覚を持って頂くための支援の難しさを感じております。

(2) 生活保護や障害年金との関係での就労意欲の低い人の増加

- 生活保護受給や障害年金受給を安易に希望したりすすめたりするケースが非常に多い
- 生活保護に逃げ込んで、就労の必要性を断ってしまおうという意図が強く見える患者も多い。そういう方は就労は苦痛なもの、というイメージが強固な方です。
- 実際には就労可能と思われるが、本人の働く意欲の欠如により、就労支援に至らないケースばかり。その根底には比較的簡単に受給できる生活保護、障害者年金の影響もある
- うつ病による休職を疾病利得と考える方（患者）もあり、支援を受ける側の病識やモラルについても、指導、助言を要する部分と考えます。
- お金を稼ぐと生活保護が受けられなくなるから働かないと言う人が多数いる。働き収入を得ること、社会に貢献することの喜びや自尊心を取り戻して欲しい／今年度から障害年金の診断書に会社名や月収を記入する欄が登場した。「働く」と年金の支給がストップする。」と思う患者も多く、今後の就労の考え方が消極的になるのではないかと心配
- 就職口を障害者枠にひろげるためだけに、わざわざ精神科を受診し障害者手帳を申請するケースもあると聞く。本当の支援が必要なのはどんな人なのか見極める必要がある

(3) 就労可能性の判断のための体制の限界

- どのタイミングで社会参加が可能かの判断がスタッフによってまちまちであり、また社会参加や就労への意識も温度差がある／スタッフ間で所属が異なるとなかなかミーティングがもてず、認識の温度差があるのが現実／医療機関という立場でいつも悩むのは、「何がどれくらいできるようになれば就労が可能なのか」ということです。
- 就労の可否や内容について医学的意見を求められることが多いが、質問の意図が不明で活用目的が分からない点がある。
- 何でも医師の診断書では主に疾患の治療管理に関わる身としてはやり切れぬ思い。本来は国の障害者対策に多くの人材（主にケースワーカー）を投入し、教育するのがよい
- 職場担当者が主治医との面接を希望するケースが多いが、具体的な相談が可能なのはPSWです。主治医から医療面の情報を書面等で得た上で、PSWとの面接の方が良い。

(4) 医療機関としての就労支援へのスタンスの迷い

- 医療機関として何ができるか、どこまで支援していいのか、いつも悩む／就労支援に医療機関がどこまで介入できるのか迷いがある／高校卒時の就活にも関わり、医療機関スタッフが関わるデメリット（相手に与える印象等）を感じ、とまどいます
- デイケアで“取り込む”と表現されることが多くありますが、行く場所をデイケアと選んでいる人も多くいます。その中で就労へ結びつけるか、ずっと課題です。
- 一般就労の方が気分障害等で休職し、診断書作成を希望するケースが殆どで、再就職などのサポートまで至っていません。
- 病院のケースワーカーとして今後就労分野は必要であるが、特化した部署がなく、実際は主治医と患

者という状態にある。入院中にかかわりのある方であれば介入や支援が行いやすいが、外来のみでは関係性もとぼしく取組や介入の在り方は今後の課題

- ストレスケア病棟の入院における復職プログラムを導入している。しかし、気分障害以外に対する就労・復職支援は十分に行えているとはいえない状況

(5) 外来診療だけの機関でワーカーがいない

- 外来業務のみでワーカーも少なく、就労支援の必要性の認識はあっても、現実的にマンパワー不足／なかなか治療以外に手がまわらないのが現状／医療機関が就労や復職に関して、もっと努力すべきなのは理解しているが、実際は患者の診療だけで精一杯であり現実と理想とのギャップを痛感している／就労支援の必要性は強く感じているが、小規模のクリニックで人員も足らず、PSWの採用も考えているが実現には至っていない
- クリニックだと対応できる範囲が決まってしまう／小さい医療機関ではできることは限られている／医師ひとりだけの診療所で、医療のできる範囲のことしかしていません
- 復職しても再休職することがあり、再休職前に何か対応ができることがなかったかと考えるが、2週に1度といった頻度の受診でできることはあまり多くない。
- クリニックでそれ以外の仕事が多く、どのような役割を果たせるのか悩んでいる／訪問看護と外来のインテークや相談業務に追われ就労支援にまで手が届いていないのが現状
- デイケアスタッフの人数等の関係上、なかなか就労支援を行うことが困難／デイケア業務の中で、就労にゆっくり時間を割けないのが現状

(6) 就労支援の専門性知識、社会資源情報の不足

- 本人さんが、能力、体力、病状の点で難しい職業を選択することがあります。病状ばかりに目がいき、本人さんのやりたいことに対応できず支援の仕方はいつも悩んでいます。
- スタッフ自身の産業領域におけるキャリアアップの必要性を感じます。
- 医師や医療業界全体への啓発と教育をぜひとりこんでいただきたい。デイケアの効果的活用の講師をしたときに「デイケアって卒業させていいということをはじめて知った」というスタッフも多くいる現状があります。
- 就業・生活支援センターの役割が大きく、職場実習など単独で受け入れ先を確保するのは困難な状況。ケースの状況に応じた連携が図れると利用者の希望に対応しやすくなる。

(7) 就労支援の対象外

各医療機関等の対象患者の特徴から就労支援が実施されていない場合は次のようであった。

- ア 認知症病棟や閉鎖病棟が主の機関で就労支援以前に地域生活の実現が課題
- イ デイケアで就労希望者が少ない
- ウ スーパー救急病棟で就労支援への関与はない
- エ 小児科のため
- オ 障害が重度のため就労支援の対象でない

第11節 考察

以上の調査結果によるわが国の精神科医療機関等の実態を踏まえ、わが国の状況に応じた、医療・生活・就労支援の統合に向けた取組について考察した。

1 調査結果の総括

本調査では、多様な医療機関の状況を把握するため、特に就労支援の実施の有無にかかわらず、幅広い精神科医療機関等を対象として調査を実施した。実際の調査回収では、就労支援の取組状況により回収率の差が生じている可能性があるため、本研究では、日常的に就労支援を実施している386機関と、それ以外の473機関を分けて分析した。

その結果、わが国の精神科医療機関においては、診断治療を中心とした機関だけでなく、医療・生活支援を統合した取組を実施している機関も多くあり、後者の機関では、さらに、医療・生活・就労支援の一体的取組も広がっている状況が明らかになった。そのような「就労支援」は、必ずしも特別な「就職・復職支援プログラム」の形態ではなく、精神障害者の就職前から就職後までの様々な局面における職業上の課題の解決につながる様々な取組であり、疾患自己管理、生活支援、家族支援等との関係も強かった。そのような取組は、医療機関が自ら実施する場合だけでなく、地域の就労支援機関との協力や雇用支援制度の活用によりさらに効果的となる可能性も示された。

(1) 精神障害者の就職前から就職後の様々な職業生活上の課題状況への各機関の認識

医療機関においては、就労支援への日常的取組のない機関では、精神障害者の職業問題の認識自体必ずしも十分ではなく、逆に、日常的に就労支援に取り組んでいる機関ほど課題認識が多かった。ただし、具体的な取組によって、単に課題認識が多くなっているだけでなく、その問題の解決にもつながっていることも明らかとなった。

(2) 医療機関における就労支援担当者

医療機関等における就労支援は、医師、精神保健福祉士、作業療法士等が、医療・生活支援との兼務で実施されている場合が多かった。これらの医療・生活支援職による就労支援への取組のための専門的情報源としては、図書・論文等や学会・研究会等が主となっていた。医療・生活支援と兼任で就労支援を実施し、また、就労支援に関する専門的知識等を図書・論文、学会・研究会等から得ている場合が、最も職業生活上の課題の解決につながっていた。

(3) 特別な「就職・復職支援プログラム」等の実施状況

医療機関等における就職・復職プログラムは、具体的には気分障害の復職支援リワーク、継続的デイケア、就職ミーティング等であり、利用者は年間10～30名が多く、主要な運営資金はデイケア等の診療報酬であった。日常的な就労支援を実施している機関であっても、自機関の特別な就職・復職プログラムによるだけでなく、地域の就労支援機関等との連携により就労支援の成果をあげている機関も多かった。

(4) 精神障害者の職業生活の諸局面の支援ニーズに対応する「就労支援」の取組

精神障害者の職業生活の諸局面の支援ニーズに対応する様々な取組という意味での「就労支援」の取組状

況については、日常的な就労支援がある医療機関等では、個々の取組には医療機関と外部機関の役割分担の特徴があるものの、就職前から就職後までの様々な就労支援が提供されていることが明らかになった。一方、日常的な就労支援の取組のない機関では取組は少ないが、それでもほとんどの取組を「患者のためには必要であるが実施なし」と考えており、「必要なし」とされた取組はほとんどなかった。

また、それらの就労支援への効果としては、就職活動支援が就職活動の問題解決につながるというような直接的な関係だけでなく、就職前の取組と就職後の疾患管理や職場理解との関係のような様々な関係が認められた。また、医療機関が自らあるいは外部機関と協力して行う場合に効果の高い取組等も明らかになった。

(5) 疾患自己管理支援、生活支援、家族支援への取組状況

直接の「就労支援」と考えられることは少ないものの、精神障害者の職業生活の支援として重要と考えられる、医療機関における疾患自己管理支援、生活支援、家族支援については、日常的に就労支援を実施している医療機関等では、全般的にこれらへの取組も多く、一方、日常的に就労支援を実施していない機関では、これらの取組が全般的に少ないことが明らかとなった。多くの機関が自機関で実施している取組がある一方で、「認知行動療法」「ロールプレイ」「SST」「地域生活での危機的状況への対応体制」「家族向けのセミナーやワークショップ等」は比較的实施が少なかった。

特に、「疾患自己管理支援」全般、「ケースマネジメントや多職種チームでの支援」「地域生活での危機的状況への対応体制」「家族向けのセミナー等」は、日常的に就労支援を実施している機関において、就職前から就職後の様々な職業的課題の問題解決と関係していた。さらに、日常的に就労支援を実施していない機関においても、「疾患自己管理支援」「生活支援」「家族支援」の取組は、多くの職業生活上の課題の解決と関係していた。

(6) 精神科医療機関における医療・生活支援と就労支援の連携に向けての取組

現在のわが国における、精神科医療機関における医療・生活支援と就労支援の連携に向けての取組は、就労支援を自機関が主に取り組む機関から、特に就労支援への取組のない機関まで、また、医療・生活・就労支援の連携促進が機能し、就労支援機関との日常的な職業評価や支援のケースワークが実施されている機関から、診断治療専門の機関まで多様であった。現在、これらの連携については、取組は少なく課題も多い状況が確認された一方で、連携の取組が実施され機能している機関ほど、精神障害者の職業生活上の課題解決にもつながっていることが今回の調査で確認された。

2 研究の限界

本研究の調査では、回収率が低かったことや、医療機関に対するアンケート調査であることによる限界がある。結果の考察や活用においては、これらの限界を踏まえる必要がある。

(1) 回収率の低さ

本調査では、3,875の機関や専門医に対して調査票を送付し回収は19.5% (757機関) からにとどまった。医療機関において就労支援部門が明確でない状況で、調査票は機関の代表者に送付し、そこから該当部署に転送を依頼するという流れであったため、送付した調査票が想定する回答者に至りきらなかった可能性があ

る。また、就労支援を実施している医療機関は回答しやすいが、就労支援の実施のない機関では回答されにくかったという可能性がある。そこで、そのような回答の偏りの可能性を考慮して、本研究においては、調査回答を回答結果から、日常的就労支援のある機関と、そうでない機関に分けて、それぞれの分析結果をみることにより、その両方の傾向を踏まえた総合的理解となるように心がけた。したがって、本調査の回答では日常的就労支援のある機関は45%となっているが、それはわが国の医療機関全体での割合を示すものではない。

(2) 支援状況と職業的課題の解決可能性の自己評価の限界

本調査では、精神障害者の職業生活上の課題状況を、医療機関等の支援者が判断して回答している。就労支援の取組の成果指標としてそれを活用するにあたっては、それが支援者による自己評価であることからの限界が考えられる。つまり、就労支援の取組と職業生活上の課題解決との関係が支援者の「支援を実施しているのだから課題は解決できているはず」という主観的な関係づけを反映している可能性が考えられる。しかし、多くの支援については課題解決と関係が認められていない一方で、特に関係性が認められたものについては、一定の合理的説明が可能であることから、支援効果としての解釈には一定の妥当性があると考えた。

(3) 疾患と支援内容を対応させた調査ではない

医療機関においては様々な疾患を対象としている場合が多く、本研究において、対象疾患の違いについて言及している部分は、あくまでも各疾患への日常的対応の多少による機関の特徴の違いについて言及したものであることに注意が必要である。

3 わが国における医療・生活・就労支援の統合への取組の可能性

本調査により、わが国の精神科医療機関による医療、生活支援、就労支援への取組の実態の把握、海外でEBP（科学的根拠に基づく実践）とされてきた内容についての、わが国における妥当性や具体例の確認、効果的就労支援における医療機関自らの取組や、外部就労支援機関との協力の重要性の確認ができた。これらに基づき、わが国の状況に応じた、医療・生活・就労支援の統合に向けた取組について検討する必要がある。

(1) 精神科医療機関における医療・生活・就労支援への取組の多様性

精神障害者の就労支援モデルについて、第2章において海外の状況を調べた結果でも、様々な考え方や取組があることが示されていたが、わが国の医療機関においても、精神障害者への就労支援のあり方についての方針や具体的な取組は大きく分かれていた。わが国の精神科医療機関の就労支援への取組を検討する場合には、少なくとも次の3つの類型に大きく分かれることを想定することが必要である。

ア 診断治療に特化している医療機関（小規模診療所、専門医等）

多くの医療機関は小規模で医師中心で診断治療に特化しており、疾患自己管理支援や生活支援等の取組は少なく、患者の就労問題についても十分に把握されていない場合が多い。

イ 医療・生活支援に取り組んでいるが就労支援との統合に課題のある医療機関

医師以外のコメディカルスタッフを雇用し、退院支援やデイケア等の医療・生活支援への取組の一環として就労問題の認識が高まっているが、就労支援との統合が不十分であり未解決課題が多くなっている。

ウ 医療・生活・就労の統合的支援に取り組んでいる医療機関

医療・生活・就労支援の一体的実施の方針をもち、医療・生活支援と就労支援の担当者の連携を促進させる仕組みや、外部の就労支援機関や雇用支援制度を有効活用する医療機関においては、精神障害者の職業生活上の問題解決への成果が見られ始めている。

(2) EBP の普遍性、わが国における適用可能性

本調査では、EBP（根拠に基づく実践）の援助付き雇用、疾患自己管理支援、地域生活支援、家族支援の適合性尺度の項目を網羅して、わが国の医療機関における医療・生活・就労支援の幅広い取組を把握した。その結果、これら EBP を構成する様々な取組は、わが国の医療機関においても、実際の就労支援の取組の有無にかかわらず、精神障害者のために必要であると認識されており、さらに、それらの取組の実施は精神障害者の職業生活上の問題解決とも関連していることが明らかになった。EBP の各取組のわが国の意義については、既に第3章でも考察したが、本調査結果における様々な取組と様々な職業上の問題の関連から、EBP の各取組の合理的な意義がさらに明らかになった。

ア 就職前の職業準備支援

精神障害者において、能力を発揮でき無理なくできる仕事についての検討は職業準備支援の重要項目であるが、そのためには、非就労者への就職セミナーの実施や就労希望を表明していない人の就労希望の確認、OB 交流への取組、特に医療機関での実施が効果的な支援であった。また、仕事内容や職場状況の事前確認と対策、集団的場面での職業評価、また、疾患自己管理支援、生活支援、家族支援も効果的であった。

このようなことから、IPS の原則にある「就労希望のある全ての人を対象（就労支援への除外なし）」については、医療機関等で、これまで全く就労希望を確認されていなかったり、就労支援についての情報が不足している人を含めて、幅広く情報提供や働きかけをしていくことの重要性として理解できる。また、「一般就労が目標」「素早い職探し」という原則についても、実際の仕事内容や職場状況を踏まえて、医療的側面を含めて課題把握や支援を行うことの必要性として理解できる。

イ 就職活動支援

精神障害者の就職活動では、適職の検討、職探し、企業への自己アピールや必要な配慮等の適切な説明等が大きな課題となるが、そのためには、医療機関が自ら、あるいは、外部機関と協力して行う、就職セミナー、OB 交流、また、具体的な職探しや就職活動の様々な支援、職業場面を想定した職業アセスメント、患者同士が集まれる場づくり等だけでなく、疾患自己管理支援、生活支援、家族支援が効果的であった。

IPS の原則にある「一般就労が目標」「素早い職探し」「継続的支援」等は、就職活動の成功に必要なこれらの具体的な様々な取組の重要性として理解することができる。

ウ 職場適応や就業継続支援

精神障害者の職場適応や就業継続のためには、就職前の就職セミナーや OB 交流、仕事内容や職場状況の事前確認と対策、実際の職業生活あるいはそれに近い条件での職業アセスメント、本人との相談場面での課題や支援ニーズの確認、職場への助言等を、医療機関が自ら、あるいは、外部機関と協力して実施することが効果的であった。また、疾患自己管理支援が特に効果的であった。

IPS の原則にある、「職業サービスと精神保健サービスの統合」「本人ニーズに基づく決定」「継続的支援」も、精神障害者が就職・復職後も直面する疾患自己管理等の課題への支援の必要性として理解できる。

エ 医療・生活支援と就労支援の連携促進

また、上記全てに関連することとして、医療・生活支援と就労支援の連携を促進するための、就労支援者の位置づけ、両担当者の日常的コミュニケーション、ケース会議等の実施は、就職前から就職後までの課題に対して効果があった。

IPS の原則にある、「職業サービスと精神保健サービスの統合」については、このような具体的な連携促進の取組として理解することができる。

(3) 医療・生活支援の重要性

今回の調査で、医療機関における疾患自己管理支援が、精神障害者の就職前から就職後までの様々な職業的課題に効果があることが示された。その一方で、疾患自己管理支援は必ずしも全ての精神科医療機関において実施されていないことも示された。また上述のように医療機関自らの取組が効果的な就労支援もあった。

これらのことから、精神障害者が利用している医療機関が診断治療中心である場合等、効果的な就労支援を実施するためには、疾患自己管理支援への取組を含む、様々な医療・生活面の支援機能のある医療機関との連携も重要となることが考えられる。

(4) 医療機関のニーズへの雇用支援制度等の対応の可能性

精神障害者の就労支援として効果のある様々な取組について、医療機関において「患者にとっては必要だが実施なし」とされている場合が多い取組が多くあった。また、医療・生活支援と就労支援の協力や連携が効果的な取組について、医療機関だけ、あるいは、就労支援機関だけの取組となっていたり、連携への取組に課題があり十分に機能していない場合もあった。

一方、わが国の労働側の様々な雇用支援制度について、医療機関において精神保健福祉士等によりその存在は知られていても、実際の活用経験が非常に少ないことも判明した。また、それらの雇用支援制度について今後活用したいとの意向も強かった。

これらの雇用支援制度は、これまでの労働分野における医療分野等との連携促進の必要に対応したのもも多く、例えば、「精神障害者等のジョブガイダンス事業」は、まさに医療機関における就職セミナー等の非就労者への情報提供や働きかけのニーズに対応するものであるし、ハローワークを中心とした「チーム支援」も地域関係機関のケースワーク方式での就職前から就職後までの継続支援の取組である。医療機関側のニーズに対応できる雇用支援制度を明確にし、医療機関側の効果的活用や、効果的連携につなげていくことが重要であろう。

これらの雇用支援制度の効果的活用については、第5章でさらに議論をする。

第5章 研究委員会における議論・提言

生活支援や就労支援と、医療的な疾患管理が密接に相互関係をもつことは、精神障害の大きな特徴である。これまでも、精神科医療と福祉や就労との連携の重要性については、実践現場からも行政からも強調され、様々な取組が行われてきたところである。その一方で、医療機関における医療や生活支援の成功のために、就労支援が重要であるという認識も広がっている。

しかし、これまで、わが国においては、精神障害のある人への統合された医療・生活・就労支援を効果的に実施するための地域ネットワークの体制は未整備であり、各地の医療、生活支援、就労支援の関係者による好事例はインフォーマルな取組による場合が多い。

そのような精神障害者の特徴、及び、地域における医療機関と労働機関の連携のための課題を踏まえ、医療・生活・就労支援の地域ネットワークに向けた単なる「連携」の掛け声を超えて、具体的に実施可能な医療機関と雇用支援制度を連動させた共同事業の可能性、及び、その実施のための医療機関側の拠点整備の必要性について、研究委員会の議論と提言をまとめた。

第1節 医療・生活支援と就労支援の「連携」の現状と課題

精神障害者の支援のために、従来から、地域において医療、福祉、就労支援等の連携の重要性が唱えられてきたにもかかわらず、「疾病」と「障害」が共存している精神障害への医療・生活・就労支援ニーズに一体的に応える効果的な支援の実現は、現状では一部の機関での制度上の限界を超えたインフォーマルな支援による場合が多い。

1 精神障害者の疾患管理と職業生活の両立という本人ニーズへの対応

第2章の海外文献レビューで一貫して示されている、「医療と統合された援助付き雇用モデル」の有効性については、わが国においても、精神障害者の疾患管理と職業生活の両立を達成するための両分野の一体的支援の必要性として、その意義は明らかである。わが国においても、既に、労働分野、医療分野の双方において、そのような問題意識による多くの取組がある。

(1) 疾患管理と職業生活の両立支援の必要性

職業生活は精神障害に対して、職場での様々なストレスや生活変化によるストレス等による疾患悪化へのリスク要因となる一方で、職業生活の成功は自信や生活の質の向上の効果、さらには症状の改善にもつながるためチャレンジの意義は大きい。リスク管理と就労へのチャレンジの優先順位の矛盾を避けるためには、疾患管理や職業生活に関わる様々な支援者が、本人ニーズを中心として同じ方向を向いて取り組む必要がある。

現状では、主治医の意見書等により、症状の安定性や就労の可能性について確認が行われるが、チャレンジを優先するか、リスク回避を優先するかによって、実際には大きな判断の幅がある。また、医療側のリスク管理の想定と、雇用主側の想定に共通認識がないと、職場での問題状況の予測に大きな乖離が生じうる。

雇用しても職場定着や就業継続ができず、休職や退職に至ることによる企業側のリスクは大きい。精神障害のある人と雇用企業の両面の支援を視野に入れる職業リハビリテーション関係者は、雇用した人の職場での体調悪化や、職業場面での問題発生、あるいは職場の過大な負担等を避けるための様々な確認を必要とする。

主治医の意見書等がチャレンジを優先した場合、企業側のリスク管理が困難となり、長期的に見れば企業側が精神障害を雇用するリスクの見積もりを高くすることにつながる。一方、リスク回避を優先した場合、多くの精神障害者の就労は困難となる。いずれの場合も、精神障害者の雇用促進にマイナスの影響を及ぼす。疾患管理と就労支援を二律背反でなく、両立を可能にするためには、医療と就労支援における、職業評価や支援計画についてのより密接なすり合わせやケースワーク的な対応が不可欠である。

(2) 医療・生活支援と就労支援の統合的実施への取組の実際

精神障害のある人のために就労支援が重要であることは医療機関において広く認められており、就労支援機関との連携も少なくない。現在、医療機関で実施されている就労支援の多くは、精神障害のある人の支援ニーズに対応するために制度上の整備を待たず先駆的に実施されている、インフォーマルな支援である。医療・生活・就労支援の多職種の担当者間の共通理解や、チームとしての信頼関係の醸成や人材開発は、専門教育や制度では十分な取扱いのない状況で、このような実際の支援事例の積み重ねの中で行われていることが多い。

ア 就労支援機関側からの様々なアプローチ

就労支援機関としては、ジョブコーチ支援やトライアル雇用、ハローワークを中心とした「チーム支援」等の就職前から就職後まで継続的に支える就労支援のあり方は、様々な障害でその効果が示されており、精神障害者に対してもこれらは重要な支援となっている。

ただし、精神障害の場合は、職業生活による疾患への影響の検討や、就労可能性の見極めの困難さ、就職後の就業継続が課題になっており、そのような課題を踏まえた様々なアプローチがある。そのようなものには、「医療機関等の連携による精神障害者のジョブガイダンス事業」による労働機関側からの精神科医療機関等との積極的な関係づくりや就労希望者へのアウトリーチ、「精神障害者等ステップアップ雇用」による段階的な就労への移行によって職業能力や支援体制の見極めができる体制整備、また、ハローワークでの精神保健福祉士等の資格のある「精神障害者雇用トータルサポーター」の配置、等がある。

イ 医療機関側からの様々なアプローチ

医療機関自らが、就職によるリスク軽減、問題予防のため、就労支援に取り組んでいる事例もあり、本人と仕事や職場のマッチングの精度の向上、職業生活における自己管理能力の向上等の支援の実施例がある。就労セミナー、ソーシャルワークによる就労相談、疾患管理、家族・地域連携の支援、就業の意思確認等の、医療や生活支援としての意義だけでなく、就労支援としても重要な意義のあることは、医療機関において実施率は高い。しかし、必ずしも体系的に実施されているわけではなく、プログラムにもなっていないことが多い。

医療専門家と就労支援担当者との連携は、医療機関内に就労支援者がいる場合は機関内で連携する形態もあるが、外部の就労支援者と連携する場合も多い。

わが国のIPSに取り組んでいる機関においては、連携について、顔を合わせたり、情報共有するだけでなく、ケースごとに医療と福祉にまたがった複数機関が1つの援助チームを形成することの重要性が強調されている。このチームには、主治医ないしはその代理を果たすコメディカルが参加する。例えば、職場の人事異動に伴い急な職場訪問の必要性が生じたにもかかわらず、チームの福祉機関の就労支援担当者が行けない場合は、同じチームの医療機関職員が職場訪問するなど、チーム内では職種を超えて対応する場合がある。

ウ 医療機関における復職支援での職場との協力

気分障害等に罹患して休職した者への復職支援を実施している医療機関の多くは、復職後の職場定着を目指して治療や支援を展開しているが、その一環として、職場側とのコミュニケーションも実施されている場合がある。

精神科医療機関が行っている医療的管理とは、精神科医やコメディカルスタッフが行う病状の変化の確認とその変化に対する適切な対処（通院や入院の必要性の判断、薬物療法の見直し、環境の評価と環境変化に対する対応など）を行い、病状の安定化を図ることである。

気分障害においては場合によっては症状の変化が日単位あるいは時間単位で変化することも決して稀ではなく、医療的管理は重要であり、精神症状の管理の成否が生活支援や就労支援の成否に大きな影響がある。そういった疾病の違いと病状の変化の度合いによって医療機関の関与の度合いも異なってくる。

2 医療機関における「就労支援」実施の有無の規定要因

近年、医療機関において取り組まれている「就労支援」は、精神障害における医療・生活支援・就労の一体的支援ニーズを背景として、目的も資金源も医療や生活支援として実施されており、その範囲は広い。その一方で、医療や生活支援の一環としてどこまで就労支援に取り組むかについては、精神科医療の共通認識としては必ずしも確立されておらず、また、医療分野と労働分野等の役割分担も明確でなく、各医療機関の問題認識や戦略等、及び、地域の就労支援の状況によって大きく異なる。

(1) コメディカルチーム体制の有無

精神科医療機関は、そもそもの経営方針として、診断治療に特化した医療機関や専門医と、継続的な疾患管理や再発予防支援を目的としたコメディカルスタッフによるチーム医療体制をとる医療機関に分かれる。前者としては、地域の精神科の医療機関には、診断治療に特化し医師1名で、他のスタッフが少ない場合も多い。また、てんかん専門医が週1回の外来で患者を診ているという状況もある。そのような多くの医療機関においては、マンパワー上、外来診療以外の生活支援や就労支援は、実施困難である。

(2) 医療、生活、就労支援の一体的支援ニーズについての認識の有無

精神障害者に対する、医療・生活支援と就労の一体的な支援ニーズを認識している医療機関においては、治療ニーズが高い精神障害者に対応するため就労支援を実施している場合がある。

ア 入院中、治療の早期からの就労支援

入院中、治療中で病状が安定していない人に対しても、早期に就労意欲を確認し、就労に関する情報提供や治療・生活・就労の一体的相談を実施することは意義が高いが、これは、医療的な専門性の高い支援であ

り、地域の就労支援機関だけで実施することは困難である。

そこで、入院中から働く意欲のある人に地域連携支援室の担当者から面談をしに行くという取組例がある。また、初回エピソード時点で早期に就労支援を含む介入を行うことが、治療成果にもつながるというエビデンスに基づき、治療早期からの就労支援に取り組む例がある。

イ 地域就労支援の利用が困難な場合の就労支援ニーズへの対応

地域の就労支援機関の利用が困難な場合の就労支援ニーズに医療機関において対応するため、以下のよう
な取組例がある。

- 週1・2日でも社会と結びついて働きたいという就労意欲に対して、アルバイト等の職探し支援を実施
- 精神疾患を職場に開示しない場合に、無理のない仕事内容や就労条件のチェック、職場での対処スキルの習得、継続的な相談支援の実施
- 利用者が自身を「障害者」と考えたくないため、「障害者」を名称に含む支援機関を利用したくない場合の就労支援
- 復職希望者に対し、障害者職業センターのリワークプログラムの期間と本人の復帰希望時期に合わない場合、医療機関において個別支援計画を立て、定期的な診療や相談により復職支援を実施

ウ 就労支援の成果に関連する疾患自己管理支援、生活支援、家族支援等

労働機関に就労支援の主体が移行した後や、就職後においても、疾患の自己管理、生活面の課題への対処、家族との関係についての支援は、就労支援の成功に不可欠であるため、特にデイケア等の医療・生活支援を実施できる医療機関では実施されている場合がある。

(3) 診療報酬の対象となる就労支援

医療機関における就労支援は、医療や生活支援の一環として実施されている。多職種で生活支援を実施するコメディカルスタッフを雇用し、チームとして動けるようにする資金源として診療報酬を活用できる支援の形態としては、デイケアやリワークプログラム等がある。

ア デイケア

医療機関においてコメディカルスタッフを雇用して医療と生活の一体的支援が診療報酬の対象となるほとんど唯一のプログラムが「デイケア」であるため、就労支援はデイケアとして実施されていることが多いが、実際に就労支援として実施される内容は多様である。

「就労支援」が医療・生活支援として位置づけられるかどうかは、その支援によって、精神障害者の治療や生活の質の成果が確認できることが重要である。

就職や職場定着・就業継続自体を目的とした就労支援を医療機関で実施することについては、わが国では、精神障害の治療や再発予防の成果に対する、継続的な生活・就労支援の重要性が十分に認識されていないことや、就職や就労支援機関への移行で成果が確認しにくいことにより、医療として評価されにくいことがある。

職業準備性の向上を目的とした治療やデイケアは、就労支援機関への移行等により、成果が確認しやすい一方で、この成果が実際の就職や職場定着や就業継続の成果と必ずしも関係しないことが問題である。

イ リワークプログラム

気分障害等の復職支援は、疾患管理や生活支援の延長線上にあり、それが治療や生活の質の成果に結びつくことが確認しやすい。リワークプログラムは、医療であるという位置づけの下で、診療報酬を資金源としてデイケアとして運営されていることが多い。

(4) 診療報酬の対象外の就労支援ニーズへの対応可能性

求人情報の収集や職探し、職場での継続的支援等、地域の就労支援機関あるいは企業に出向いての支援には、個別給付である診療報酬は資金源として使えない。医療機関においては、総合的な支援のためにそのような就労支援を実施する必要がある場合には、診療報酬外の資金源により自ら行っている場合がある。ただし、これらを自機関で実施するかどうかは、地域における外部リソースの活用可能性も関係する。

ア 診療報酬外の資金源の活用

医療機関において、診療報酬には位置づけられない就労支援を行う際の資金源は以下のような例がある。

- リワーク支援において、復職後の再発防止のために行う事業と位置付け、職場や産業医等との連携や就労支援機関との連携を、医療機関の事業費として実施
- 診療報酬外の活動を含めた総合的就労支援による成果により、就労支援ニーズのある人の病院の利用が増える効果があると位置づけ、医療機関の事業費として実施
- 国等の研究費を活用し、研究事業の一環として実施
- 「ボランティア」により実施

イ 就労支援機関との連携等の外部リソースの活用

求人情報の収集や職探し、職場での継続的支援等、地域の就労支援機関あるいは企業に出向いての支援等外部に出向いて行う支援については、外部の就労支援機関と連携し、役割分担して支援を実施できている場合も多い。

例えば、主治医やコメディカルが企業に出向いて事業主支援を直接行うことは診療報酬上想定されていない。医療スタッフが職場との情報交換が必要であると感じても診療報酬外になり、人的余裕もない。企業側についても、医療機関のスタッフを社内に迎え入れるという土壌や経験も少ない。そのため、医療機関が自ら事業主支援を行うのではなく、産業医や、障害者職業センターと連携して対応している場合がある。

第2節 医療機関における医療・生活・就労支援ネットワークの拠点整備の意義と課題

従来の、障害者雇用支援の地域連携体制においては、就労支援機関は福祉機関や教育機関からの移行や連携が主に想定されてきた。現在、わが国の地域においては、医療機関側の就労支援と、雇用支援制度や労働機関側の就労支援の間の担当者同士の交流は限られている。しかし、精神障害者の就労支援ニーズに的確に対応するためには、医療機関と就労支援機関がより密接に連携することにより、両者の専門性の相乗効果を生むことが不可欠である。

このような精神障害者の地域連携へのニーズは、精神障害が固定した障害ではなく疾病性をもっていることによるものであり、そのような特徴が、地域連携や医療等の制度において十分に反映されていないため、現在、十分な成果をもたらす地域ネットワークが確立できていない。その意味で、精神障害者の就労支援には、地域連携体制の新たな課題が存在する。

研究委員会では、そのような現状の地域連携の課題と、今回の調査で明らかとなった、地域における精神科医療機関の状況や、実際にインフォーマルで実施されている様々な地域連携の好事例を踏まえ、精神障害者の医療・生活・就労を地域で支えるネットワークの中心となる医療機関と支援者の意義と、それを機能させるための具体的な課題について議論した。

1 精神障害者の就労支援に関する現在の地域連携体制の課題

現在、福祉や教育から就労への移行支援のための地域体制の整備は、就労移行支援事業、障害者就業・生活支援センター事業等、様々に進んでいる。また、精神保健分野では医療から地域生活支援等の福祉への移行も進められている。しかし、精神障害者の就職前から職場定着までを支えるためには、医療と就労支援の相乗効果を生む、より直接的な連携場面が必要である。

(1) 医療機関と就労支援機関との連携の課題

現在の地域における障害者の就労支援は、労働機関だけで行うものではなく、福祉や教育分野との連携により、就職前から就職後まで継続的に地域全体で支えていくものとなっている。

これまでの地域連携の体制づくりは、就労移行支援事業、障害者就業・生活支援センター事業等、これら福祉や教育機関との連携が基盤となっている。これは、これまで支援対象として多かった身体障害や知的障害等の障害特性や支援ニーズを反映したものである。

一方、精神障害の場合、生活支援や就労支援において、医療的な疾患管理が重要な役割をもつことが大きな特徴である。しかし、現在の地域の就労支援体制において、医療機関の役割は十分に位置付けられていない。

わが国においては、精神障害者の支援については、医療機関が治療してある程度症状が安定してきた段階で、就労継続支援B型等に移行するという流れがある。しかし、こういった福祉施設に支援の中心が移行した後は、福祉施設と医療機関の関わりは薄い。また、医療機関から、直接障害者職業センターやハローワークを紹介する例もあるが、その後の医療機関の就労支援への関わりは後方からサポートする等に限られる場

合が多い。

(2) 医療機関と生活支援機関との連携の課題

わが国の多くの医療機関にとっては、医療と就労支援の連携はおろか、医療と生活支援の連携についても、退院支援、地域生活支援等の枠組みで促進が図られるようになってきた段階である。また、地域の障害者自立支援協議会等への医療機関の参加は少なく、地域によっては医療機関から生活支援機関や就労支援機関に働きかけていくことすら困難な状況である。

(3) 医療機関と企業との連携の課題

気分障害等ストレス脆弱性がより強く、職場での疾患悪化のリスクが高い疾患では、就職・復職後の継続的支援体制の構築ができない場合、症状悪化による再休職のリスクが高い。しかし、主治医やコメディカルが企業に出向いて事業主支援を直接行うことは診療報酬上想定されていない。そのような支援ニーズに産業医や障害者職業センターと連携して対応している機関もあるが、医療機関だけで就労支援ニーズに対応することの難しさの理由の一つである。

2 医療・生活支援と就労支援の地域ネットワークと人材の必要性

精神障害者の疾患管理と職業生活の両立のための支援ニーズに対して、従来の地域ネットワークでは、労働機関側と医療機関側の交流や接点が少なく、それぞれ十分な効果があげられていない。労働機関側からは、地域の多くの精神科医療機関の中でも特に医療・生活・就労の一体的実施のために中心的な役割をもつ医療機関と医療機関内の就労支援担当者を明確化し、地域の就労支援ネットワークの中に位置づけることが必要である。

(1) 就労支援を積極的に実施する医療機関の位置付け

地域では、精神疾患の診断治療に特化した医療機関や専門医が多い。そのような状況で、就労支援機関が地域の医療機関全てと連携したり、医療機関全てで重度の精神障害者の就労支援に取り組める体制を整備することは現実的でない。そこで、医療・生活・就労支援を実施している医療機関を中心としたネットワーク整備の方が効果的で現実的であると考えられる。

ア デイケア等を実施している医療機関の中のモデル的機関

精神科デイケア施設や訪問看護を実施しているクリニックでは労働機関との協働は十分に可能性がある。また、入院から外来そして地域という一連の流れを作っている病院では、地域連携室、精神科デイケアや作業療法室などのリハビリ施設などを備えており、適切なスタッフ配置があれば労働機関との協働に大きな力が期待できる。

これらの取組を実施している全ての機関で就労支援が一体的に実施されているわけではないで、地域には一定数の、デイケア等やリワークプログラム等を実施するなど医療・生活・就労の一体的支援のためにコメディカルスタッフを配置している医療機関が存在する。

そこで、このように医療・生活・就労支援を一体的に実施している医療機関から他の機関へ、就労支援についての情報提供等を行うなど、地域のネットワーク形成の拠点となることが期待される。また、就労支援

機関から、地域の医療機関と連携をとる場合も、様々な医療機関に対するのではなく、拠点となる医療機関と連携することが効果的であると考えられる。

イ 診療中心の医療機関を利用している精神障害者の就労支援ニーズへの対応

多くの医療機関は診療を中心としており、コメディカルスタッフも少なく、就労支援のニーズは認識しても、実際の支援につなげられないことが多い。外来診療の診療時間内で就労支援や生活支援への相談を実施している場合もあるかもしれないが、それだけでは、特に重度の精神障害者の医療・生活・就労支援ニーズに対応することは困難である。そのような医療機関において、患者の就労支援ニーズに対応するためには、デイケア等で本人支援や生活支援ができ、さらに就労支援にもつながる医療機関との連携が必要である。

また、てんかんについては、精神科以外の専門医が診療を行っていることが多い一方で、デイケアではてんかん患者の支援に困難を感じている場合も少なくない。てんかん発作に関する治療を専門医が分担し、デイケアの医学的管理のもと生活・就労支援を行うという連携が必要である。

(2) 医療機関における就労支援担当者の明確化

医療機関が自ら就労支援を行う場合についても、自ら行わないが就労支援機関と連携する場合についても、本人、医療専門職、就労支援者の調整を行う医療機関側の担当者が必要である。

医療機関において、患者の就労支援ニーズに対応する担当者が明確であることは、医師や患者にとっても、外部の福祉機関や企業にとっても有効な仕組みとなり、精神障害のある人の職業上の様々な課題の解決につながりやすくなる。このような医療機関における就労支援担当者は、精神保健福祉士等の医療・生活支援との兼務でもよいだろう。

3 医療・生活・就労支援ネットワーク構築の課題

精神障害のある人に必要な医療・生活・就労支援ニーズに一体的に対応できる地域体制は、その機能や各機関の役割を明確にし、各地域の状況も踏まえつつ、制度的・財源的な裏付けをもって支えることが必要である。

(1) ネットワークの機能や各機関の役割の明確化の必要性

ネットワークの機能や各機関の役割については、「医療機関と就労支援機関の連携」といった漠然としたものではなく、地域の就労支援機関や医療機関等の状況も踏まえながら、専門性を反映した役割分野や支援内容を明確化していくことが求められる。

ア インフォーマル支援の制度化の検討

現在のわが国の地域の就労支援制度についても、制度が未整備であった時期から、関係者がインフォーマルに実施してきた取組が制度化されてきたものが多い。精神障害者に必要な医療・生活・就労支援の一体的支援については、インフォーマルなものが多いが、それらをより効果的に実施し、全国に普及するためには、それらを制度に位置付けていくための検討が必要である。

インフォーマルな取組は、精神障害のある人に必要な支援を地域で実現するという関係者の共通目標の確認の下、職種や専門性の枠を超えて柔軟に実施されていることが多い。しかし、職種や専門性の枠を超えた

支援の中には、本質的に専門性を超えたチームワークが必要な支援だけでなく、地域の制度上の整備不足や、各機関の人員不足等により、一人への負担が集中していることによるものもある。

医療機関と就労支援機関の連携のあり方の検討のためには、それぞれの分野での支援の目的、支援者の専門性、資金源の活用可能性等についての確認の上で、共通目標のすり合わせ等による相乗効果を発揮できる可能性について検討する必要がある。

イ 地域リソースや条件に応じた柔軟な体制構築

現状における、医療・生活支援と就労支援の連携の体制は、各地域で利用できる就労支援機関等の社会リソースの違いや、各医療機関の経営ポリシー等、また、都市か地方かによっても大きく異なる。

今後の制度構築においても、各地域の条件に柔軟に対応できる様々な選択肢に対応できるものであることが求められる。

(2) 財源的配慮

医療機関における就労支援担当者は、医療や生活支援との兼務でもよいが、就労支援の取組や医療機関内と地域の就労支援機関との連携に取り組むことができるだけの、人員配置と経済的基盤が必要である。

医療機関の就労支援担当者が、地域の就労支援機関の連携会議等に参加すること、地域関係機関とのケース会議や連絡調整の業務を行うこと、就労支援についてのセミナーや学会、書籍等による研修についての費用は、医療機関として診療報酬を財源とすることができない。これらを業務と位置付けるかどうかは各機関の方針により、必ずしも医療機関の業務として認められず経費が認められないこともある。

医療機関において就労支援を促進するためには、医療機関における就労支援、特に診療報酬外の支援や連携を行う際の何らかの財政的配慮が必要ではないか。

第3節 医療・生活支援と雇用支援制度の統合的な活用の可能性

今回の調査結果では、医療機関等において、様々な就労支援の取組の必要性については広く認識されていることが明らかになった一方で、実際の実施については「患者にとって必要だができない」とする機関が多かった。実際の就労支援の様々な取組については、医療・生活支援の意義があるとしても、支援の専門性や利用できる社会資源の点から、必ずしも医療機関で実施すべきとは考えられないものも多く、実際の調査結果でも、個々の取組によっては、自機関を主とした取組が少なく、外部機関との協力や外部機関が主になった取組が多いものもあった。また、今回の調査結果によると、医療機関において、精神障害者が活用できる雇用支援制度の認知や活用意向は多い一方で、実際の活用経験が少なかった。

これらの結果を踏まえ、特に医療機関等が自機関では実施しにくい就労支援の取組、あるいは、積極的に就労支援の専門支援者との協力で実施することが効果的な取組について、具体的な雇用支援制度の効果的活用のあり方を明確化し、積極的に雇用支援制度の活用を促進することが重要である。

なお、これらの雇用支援制度については「巻末資料3」で紹介している。

1 就労支援機関と医療機関の効果的な役割分担

今回の調査で明らかになった、医療機関による就職支援への取組状況（比較的自機関での実施の多い取組、外部機関との協力が多く取組、外部機関が主となることが多い取組）を踏まえると、就職支援のためにも、医療機関と労働機関が効果的に役割分担で取り組める可能性がある（表 5-3-1）。

このような機能的役割分担は、それぞれの専門職の専門性、それぞれの機関の有する社会資源や権限等の違いと関連している。

表 5-3-1. 医療機関における就労支援と、労働機関による就労支援の役割分担の例

	医療機関における就労支援	労働機関における就労支援
就職前の職業準備支援	本人の目標に応じた「リカバリー」支援 医療と生活の一体的相談・支援	職業相談 職場実習、職場体験 職業準備支援（自立支援カリキュラム） 職業訓練等の選択肢の提供 企業への精神障害者雇用への啓発
就職活動支援	疾患や機能障害による職業問題の切り分け 労働安全衛生についての医学的検討 仕事内容や職場状況の確認 心理的サポート	求人情報の提供 個別の職場開拓 履歴書作成や企業面接の練習 トライアル雇用等
職場適応支援	疾患自己管理の支援 生活状況の移行支援 職場の相談対応	事業主支援 助成金等の制度の活用 ジョブコーチ支援
就業継続支援	定期的通院での相談・支援 地域での危機対応体制	就職後のフォローアップ

2 ジョブガイダンス事業（医療機関への労働機関からのアウトリーチ）の有効活用

医療機関においては、就労希望者に対して、十分な就労支援の情報提供や就労支援のニーズが高いが、就職セミナー等については自機関での実施が比較的少ない。そのようなニーズに対応する雇用支援事業として

は、「医療機関等の連携による精神障害者等のジョブガイダンス事業」があり、全国のハローワークで実施されている。

従来、病状や生活状況の安定等の職業準備性の基準に達していない人たちが就労支援の対象とならないことが多かったが、就職セミナー等は、基本的に、精神障害のある人が就職について考えるときの疑問点や不安に答えるものなので、ジョブガイダンス事業は、全ての就労希望者を対象とできる。

デイケアや入院施設において、入院中、治療中で病状が安定していない状態であっても、基本的な就労支援についての情報提供や、就職希望者に対して求人情報、就職活動の進め方等の情報提供、また、精神障害をもちながら働いている人と交流できる機会づくりも、医療機関からのニーズは高い。

デイケア等のプログラムの利用を希望せず、外来診療を受けている人の中にも、就労についての情報を求めている人もいる。そのような幅広い対象者を想定して、就職セミナーの会場、時間、案内の仕方等を工夫する必要がある。また、てんかんについては、精神科だけでなく、脳外科や神経内科、小児科においても診療が行われていることに留意が必要である。

3 ハローワークを中心とした「チーム支援」の有効活用

本人に合った職探しや就職支援を効果的に行うためには、就職後の職場適応や就業継続も目指し、医療・生活支援だけでなく、地域の労働市場の情報、職業紹介、職場開拓等、現実の仕事とのマッチングの取組と連動することが不可欠である。また、精神障害者の医療、生活、就労の問題は相互に関連しあっているため、それぞれの分野だけでの問題認識や支援方針の決定、またその実施には限界がある。医療機関と就労支援機関の間で、就労可能性に与える様々な要因についての共通理解を深めることによって、精神障害者の就労可能性の判断の不一致を解消することが重要である。医療、生活支援、就労支援の錯綜した問題状況の切り分けを行い、適切な役割分担で統合的な支援を行うためには、多職種によるケースワーク方式の支援体制が必要である。

今後、労働機関と医療機関の担当者による個別のケースワークや効果的な役割分担による支援体制を構築するために、全国のハローワークが中心となって実施している「チーム支援」を有効活用することができる。

4 トライアル雇用等の試行的な就労場面の有効活用

医療機関においてはデイケア等での生活場面での職業評価から進んで、支援も含めた実際の職場状況、実際の職業生活における評価場面を作ることが困難である。それらのニーズに対して、全国のハローワーク等で利用できる、次のような様々な移行の段階に対応した、試行的な就労の制度がある。

- トライアル雇用
- ステップアップ雇用

また、これらの実際の職場での就労機会以前の模擬的な職業場面でのアセスメントについても、活用できる雇用支援制度もある。

- 障害者職業センターの職業準備支援

- 障害者職業センターのリワーク支援

精神障害者の職場定着のためには、医療機関による実際の職業場面での疾患管理等が不可欠である。しかし、トライアル雇用等の就労支援制度は、これまで、これらの医療的なニーズに対応できるものという理解は十分でない。

就労支援者側が、医療機関のニーズに対して積極的にサポートし、職場における支援や状況把握と医療機関へのフィードバック等に取り組むことが重要である。さらに、医療機関による職場への働きかけ、職業場面でのアセスメント、アセスメント結果の医療機関へのフィードバックも担当できるように、チーム支援等で多機関によるケースマネジメント体制を構築できるとよい。

5 労働関係機関の専門支援者の有効活用

医療機関から職場や地域での支援を実施することは困難とされる場合が多いが、就職前から就職後まで継続的に、職場や関係機関をつないで支援できる雇用支援制度による担当者としては、ジョブコーチ、精神障害者雇用トータルサポーター、障害者就業・生活支援センターの支援者等が活用できる。

- ジョブコーチ（職場適応援助者）
- 精神障害者雇用トータルサポーター
- 障害者就業・生活支援センター

このような労働側の制度による専門支援者は、上述の様々な連携の局面において支援を提供できる。

第4節 提言

統合失調症、気分障害、てんかん等の疾患種類・程度にかかわらず、精神障害のある人たちが地域でその人らしく生活・人生を送れるようにするためには、精神障害の疾患管理と職業生活の両立に向けた社会的支援が不可欠である。しかし、精神障害のある人の医療・生活・就労支援ニーズに対応できる、地域における支援体制が未整備である。

その問題解決のため、医療機関と労働機関が今後共同で実施することが可能であり効果が見込まれる具体的な事業内容を明確化しその確実な実施を促進すること、及び、その実施のための、医療機関側の就労支援担当者の整備を提言する。

これは、今後の就労支援の成果向上が期待でき、医療機関でも必要性の共通認識やニーズが高い事項への支援のための、労働行政のあり方に絞ったものであり、就労支援機関側から、医療機関に積極的に働きかけることにより、精神障害のある人の疾患管理と職業生活の両立ができる社会体制の整備を進めることを目指すものである。

1 既存の雇用支援制度を活用した医療機関と労働機関の協働

既に本章第3節で指摘したように、既にある雇用支援制度について、医療機関と共同で実施することによって、相乗効果が期待できる局面が多くある。ただし、現状では、多くの医療機関ではそれらの制度の存在は知っており、利用意向があっても、効果的な活用につながっていない。

「医療機関と就労支援機関の連携」といった漠然としたイニシアチブではなく、以下のような具体的な連携の局面と内容において、労働機関側から医療機関側に積極的に働きかけ、医療機関側の就労支援ニーズに対応できる既存の雇用支援制度の活用を促進する様々な共同事業を、地域において展開することが必要である。

(1) 幅広い就労希望者への就労支援の提供

「医療機関等の連携による精神障害者等のジョブガイダンス事業」と医療機関の医療・生活支援・相談を組み合わせた事業によって、従来、就労支援の対象となっていなかった多くの精神障害者に対して、就労支援の情報提供や、就職セミナー・見学会、OB交流、経済的相談等を総合的に実施する。

また、就労希望者に対して、ハローワークのチーム支援の枠組み等を活用して、関係者を集めた医療・生活・就労支援を一体的に検討するケース会議を実施する。

医療機関だけで就労移行支援事業所等への移行を決定するのではなく、このような医療・生活・就労支援のケース会議を踏まえて決定することで、より適切な支援を提供できる。

(2) 就職活動の支援のためのケースワーク

精神障害者の就職活動における、キャリア支援、仕事内容の検討、職探し、職場開拓、職場への説明、自己アピール、職場状況の確認と整備、事業主との交渉等は、それぞれが密接に関わっており、特に、医療機関と就労支援機関の密接なケースワークが必要な局面である。

医療機関は就職前まで、就職活動は労働機関にという役割分担は機能しない。チーム支援等により、職探

しから就職活動まで、医療機関と労働機関が密接に連携する体制が必要である。

(3) 職場定着・就業継続支援のための医療リハビリテーションの支援

精神障害は、就職後も疾患悪化や生活状況悪化のリスクが継続し、それが就業継続の大きなリスクとなる。実際の職業生活における継続的な疾患管理や生活支援が実施される必要があるが、現実には、就職後の支援への医療機関の関与は十分でない。

実際の職業生活場面での職業アセスメント結果を医療機関側にフィードバックし、継続的な医療管理ができるように支援することが必要である。

精神障害は体調悪化等のリスクは継続するために、就職後のフォローアップ期間は期限が定められない。職場、定期的通院先の主治医等との連絡体制を構築し、問題状況に素早く予防的に対応できるようにすることが必要である。

2 モデル的な医療機関における就労支援担当者の配置

1のような、精神障害のある人の、医療・生活・就労支援ニーズに一体的に対応する共同事業を効果的に実施するためには、積極的に就労支援を実施する医療機関が中心となって、地域の医療機関と就労支援機関のネットワークを構築していくことが必要である。その中心として機能できる機関における人材の確保と経済的基盤の整備が必要である。

こういったネットワークの構築により、診療中心の医療機関が、就労支援を実施する医療機関につながりやすくなり、また、就労支援を実施している医療機関と地域の就労支援機関との連携も実施しやすくなり、地域全体の医療・生活・就労支援のネットワークの活性化につなげる必要がある。

また、現在の地域においては、医療・保健・福祉のネットワーク整備が中心であるが、そのネットワークを相互補完するネットワークによって、地域全体のネットワークの発展も期待する。

これは、いわゆる箱ものではなく、機能を持たせるという意味で、現在、地域において医療・生活・就労支援の一体的取組を実施している医療機関であって、地域の医療－就労ネットワークの中核的な存在になる機関を選定して行うことが良いと考える。この医療機関における就労支援担当者は、医療・生活・就労支援の一体的コーディネートを担当するため、調査結果でも多かった精神保健福祉士、保健師、看護師、作業療法士等の医療従事者が適当であり、必要に応じて就労支援の専門研修等を実施する必要もあるだろう。診療報酬では専門職の兼職は認められないため、基準外の人員として配置し、その際の財政的支援は人的基準や支援の内容によって定めることとするのが良いだろう。

巻末資料

- 資料 1 精神疾患等のある人の職業生活を支えるために医療機関等で実施されている取組の状況に関する 調査票

- 資料 2 精神障害者の就労支援の 4 類型の具体的内容

- 資料 3 精神障害者への雇用支援制度について

- 資料 4 医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究委員会設置要綱

- 資料 5 調査研究委員会 議事



精神疾患等のある人の職業生活を支えるために 医療機関等で実施されている取組の状況に関する調査 についてのお願い

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構
障害者職業総合センター

●精神疾患等のある人の疾患管理と職業生活の両立を支える支援のあり方について、医療機関等の実態とご意見についてお聞かせ下さい。

★本調査の目的：精神疾患等（統合失調症、気分障害、てんかん、等）のある人の疾患管理と職業生活の両立を支える地域支援体制を構築するためには、医療機関における主治医や医療・生活支援スタッフのご協力が不可欠と考えております。本調査は、全国の精神・神経科の医療機関等における、精神疾患等のある人の就職・復職のニーズに対する、治療・医療・生活支援等の現状や、今後のあり方についてのお考えをお聞きするものです。

★実施主体：独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センターが実施します。

●調査結果は今後の厚生労働施策の検討の資料となります。

本調査の結果は、今後のわが国における、精神疾患等のある人の労働側の対策を中心とした厚生労働施策の検討のための重要な資料となるものです。また、調査結果は、個人や個別機関が特定されない形で報告書として公開されるとともに、論文や学会において発表することも検討しております。

●回答をお願いしたい方

貴機関において、精神疾患等のある人の、就職や復職に向けた相談や支援・治療を主に担当している方にご回答をお願いいたします。

※就職や復職についての相談等が特にない場合には、より一般的に生活面の相談や支援・治療を担当している方にご回答をお願いいたします。

※もし、該当しない部署に送付された場合は、大変お手数ですが、この調査の趣旨をお汲み取りの上、貴機関内の該当部署への転送のご配慮をお願い申し上げます。（同一法人であっても別機関には転送せず、貴機関内での主な担当者のご回答をお願いいたします。）

●調査データの管理

○障害者職業総合センターは「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき設置され、障害者の雇用に関する情報の収集・分析・提供、職業リハビリテーションに関する調査及び研究等の業務を行う機関です。調査データは、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」、当機構の規定等に基づき、障害者職業総合センター研究部門において厳重に管理します。

●ご理解とご協力をお願いいたします。

○調査の趣旨をご理解の上、ご協力をよろしくをお願いいたします。調査へのご協力は任意です。

○ご希望の方には調査結果を電子メールでお送りいたします。（最終ページにアドレスをご記入下さい。）

○勝手なお願いで申し訳ありませんが、ご回答いただいた調査票は、お早めに同封の封筒でご返送下さい。平成23年10月15日までを目安にご返送をお願いいたします。

※期限を多少過ぎても大丈夫です。

※全てご回答いただけなくても、ご回答いただけた部分だけのご返送で結構です。

○調査についてのご質問などありましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせ下さい。

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター社会的支援部門

〒261-0014 千葉市美浜区若葉3-1-3

担当：春名(はるな)、鴛田(ときた)

電話：043-297-9075(月～金 9:00～17:00)

FAX：043-297-9057

 独立行政法人
高齢・障害者雇用支援機構

Japan Organization for Employment of the Elderly and Persons with Disabilities (JEED)

電子メール：ssdiv@jeed.or.jp

ウェブサイト：<http://www.jeed.go.jp/>(機構)

<http://www.nivr.jeed.go.jp/>(センター)

(平成23年10月1日より組織改変により、機構名は「独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構」に変更します。)

匿名による機関属性
別集計用整理番号

本調査では、精神疾患等のある人の職業生活を支えるため取組の具体的内容や必要性は、ご回答者の部署に多い疾患(統合失調症/気分障害/てんかん等)、患者ニーズ(新規就職/休職者の復職等)等により異なることを想定しています。以下の質問では、ありのままの状況をお答え下さい。

I. 貴部署における主な対象疾患、支援・治療の概要について

問1. 回答者の部署名・職名

(本調査のご回答は、就職や復職に向けた相談や支援・治療を主に担当している方〔就職や復職の相談等がない場合には、一般的に生活面に関する相談や支援・治療を担当している方〕にお願いしています。)

部署(診療科)名	職名
----------	----

問2. 回答者の資格等(当てはまるもの全てに○)

1 医師	2 保健師	3 看護師	4 精神保健福祉士	5 作業療法士
6 臨床心理士/心理療法士	7 医療ソーシャルワーカー	8 社会福祉士	9 ケースワーカー	
10 職場適応援助者/ジョブコーチ	11 ピア支援員	12 その他()		

問3. 回答者の、貴機関における、就職や復職に向けた支援・治療は、専任と兼務のどちらに近いですか。

就職や復職に向けた支援・治療の専任/兼務の状況	最も近いもの一つに○
就職・復職支援を主に担当し、治療・医療・生活支援には直接関わらない	1
就職・復職支援を主に担当しているが、治療・医療・生活支援と兼務している	2
治療・医療・生活支援を主に担当しているが、就職・復職の支援も実施している	3
治療・医療・生活支援の担当であり、就職・復職の直接支援はほとんど実施しない	4

問4. 貴部署においては、次の疾患について、どの程度対応していますか。(重複する疾患はそれぞれ回答)

疾患名	日常的に対応	時々対応	ほとんど/全く対応なし
①統合失調症(F2)	1	2	3
②気分[感情]障害(F3)	1	2	3
③不安障害、強迫性障害等(F4, F5)	1	2	3
④成人の人格及び行動の障害(F6)	1	2	3
⑤心理的発達の障害、多動性障害等(F8, F9)	1	2	3
⑥知的障害(精神遅滞)(F7)	1	2	3
⑦認知症等(F00-F05)	1	2	3
⑧脳損傷等による精神障害等(F06-F07)	1	2	3
⑨てんかん(G40)	1	2	3

問5. 貴部署で支援・治療している患者の状態は、次の状況にどの程度当てはまりますか。

生活・就労状況	比較的 多い	一部事例 がある	ほとんど~ 全くいない	不明
①入院	1	2	3	4
②無職で在宅で生活している	1	2	3	4
③休職中	1	2	3	4
④日中は福祉的就労、作業所、デイケアを利用している	1	2	3	4
⑤短時間の一般の仕事(アルバイト、パート等)に就いている	1	2	3	4
⑥フルタイムの一般の仕事に就いている	1	2	3	4
⑦障害者手帳を所持し、障害を開示して働いている	1	2	3	4

問6. 貴部署では、無職や休職中の患者が「働きたい」と言った場合、どのように対応することが多いですか。

就職・復職希望者への対応の例	最も近いもの一つに○
自機関・法人の就職・復職支援プログラムの利用を勧める	1
地域で支援が受けられるように関係機関等に紹介／連絡／同行する	2
就労について相談できる地域の関係機関等を案内する	3
症状の安定や治療を優先するように説明する	4
その他()	5

問6で「1」にご回答の場合、就職・復職支援プログラム等の名称や簡単な内容説明をお書き下さい。
(パンフレットや配布資料等がありましたら一部同封いただけますと幸いです。)

⇒ その就職・復職支援プログラム等の最近の年間利用者はおよそ何名ですか。

利用開始時に: ①無職／休職中だった人: 約 名、②仕事に就いていた人: 約 名

⇒ そのプログラム等を利用するために、患者の側に何か条件はありますか。

利用条件は特にはない	1	患者側の利用条件がある場合、その具体的な条件:
利用条件がある	2	

⇒ その利用者のうち、新しく就職や復職ができた人はおよそ何名ですか。
(「就職」「復職」には正社員だけでなく、アルバイトやパート等の一般的な賃金による雇用を含みますが、作業所、デイケア等の福祉的就労は含みません。)

年間 約 名

⇒ プログラム等を運営する資金源は何ですか。

プログラム等の資金源	主な資金源	資金の一部	非該当
①デイケア等の診療報酬	1	2	3
②診療報酬外の機関予算	1	2	3
③職場適応援助者助成金	1	2	3
④支援対象者が支払うサービス料金	1	2	3
⑤その他()	1	2	3

問7. 貴部署における、患者の就職や復職に向けた支援・治療の全般的な実施状況はいかがですか。

就職・復職に向けた支援・治療内容		日常的に実施	時々実施	患者ニーズはあるが実施なし	特に患者ニーズなし
内容	①就職経験の少ない人への就職に向けた支援・治療	1	2	3	4
	②病気による退職者への再就職に向けた支援・治療	1	2	3	4
	③休職中の人への復職に向けた支援・治療	1	2	3	4
	④就職中の人の就業継続と病状安定の支援・治療	1	2	3	4
場所	⑤外来の診療場面(就職や復職の相談、助言、治療等)	1	2	3	4
	⑥診療以外の施設内(訓練や評価、精神・心理療法等)	1	2	3	4
	⑦施設外(求人や職場の確認、就職・就労継続支援等)	1	2	3	4
対象	⑧患者(相談、評価、治療、訓練、支援等)	1	2	3	4
	⑨企業の担当者・産業医等(情報提供や相談・支援等)	1	2	3	4
	⑩外部の就労支援機関(情報提供、連絡調整や会合等)	1	2	3	4

問7の①～⑩全てのご回答が「4」の場合: ⇒最終ページにお進み下さい。

※問7の①～⑩で、1つでも「1」「2」「3」のご回答があった場合: ⇒次ページの問8以降にもお答え下さい。

Ⅱ. 就職・復職等に向けた支援・治療の現状、及び、職業上の課題について

問8. 患者の就職・復職等に向けた支援・治療に関して、以下に示した取り組みは実施されていますか。外部機関(ハローワーク、産業医、職場担当者等:問13参照)の協力・実施状況も含めてご回答下さい。

- 貴部署で日常的に接している患者に関して、その就職や復職等に向けた支援・治療の状況について、貴部署を含む貴機関全体や、外部機関による実施を含め、回答者がお分かりになる範囲でご回答下さい。
- 現在特に支援がない場合や状況が不明な場合については、それが患者にとって必要かどうかを、貴機関での実施意向にかかわらず、労働関係機関等が実施すべき内容も含めて、回答者のお考えをお答え下さい。

本問に挙げた支援内容は、対象疾患(統合失調症、気分障害、てんかん等)、就職支援や復職支援の重点の置き方等により、貴機関での実施や必要性がないことも想定しています。ありのままをお答え下さい。

▶ 問8-1. 無職あるいは休職中の患者に対する情報提供等について

無職/休職者に対する情報提供等の内容	自機関が主に実施	自機関と外部機関の協力により実施	外部機関が主に実施	患者のためには必要だが、実施なし	不要のため実施なし
①就職や復職の希望を表明していない患者に対して、希望を表明しやすいように働きかける	1	2	3	4	5
②就職・復職に関する案内、ミーティングや、セミナー等を実施する	1	2	3	4	5
③同じ疾患があつて働いている人から学んだり、交流したりできる場を設定する	1	2	3	4	5
④就職・復職に伴う生活の変化、生活保護や障害年金の条件の変化等の経済的問題について検討する	1	2	3	4	5
上記の詳細、具体的な外部機関・支援者、その他					

▶ 問8-2. 仕事とのマッチングや個別のニーズに対する支援について

仕事とのマッチングや個別のニーズに対する支援の内容	自機関が主に実施	自機関と外部機関の協力により実施	外部機関が主に実施	患者のためには必要だが、実施なし	不要のため実施なし
①本人の生きがいにつながるよう、本人の興味や強みを明確にし、それを活かせる職探しを支援する	1	2	3	4	5
②体調の悪化や危険を防止できる仕事内容や職場の条件を明確にし、条件に合った職探しを支援する	1	2	3	4	5
③履歴書や就職面接で、病状や必要な配慮の説明がうまくできるように助言や支援をする	1	2	3	4	5
④就職や復職の前に実際の仕事内容や職場の状況について確認して対策を検討する	1	2	3	4	5
⑤精神疾患にマッチする仕事の情報を増やしたり、仕事のマッチングの検討のための職場実習等を支援する	1	2	3	4	5
⑥本人に合った仕事を探すため、様々な手段を使い求人情報や会社情報を収集する(作業所等は含まない)	1	2	3	4	5
上記の詳細、具体的な外部機関・支援者、その他					

▶ 問 8-3. 患者の就職や復職に向けた課題等の評価(アセスメント)について

就職や復職に向けた課題等の評価の方法	自機関が主に実施	自機関と外部機関の協力により実施	外部機関が主に実施	患者のためには必要だが、実施なし	不要のため実施なし
①就職／復職後の実際の職場において、支援の提供と並行して情報収集して評価する	1	2	3	4	5
②実際の職場での実習やリハビリ出勤等において、情報収集して評価する	1	2	3	4	5
③就職後の職業生活場면을想定した模擬的な場面を設定して、その中で評価する	1	2	3	4	5
④集団的な生活場面や作業場面を設定して、その中で評価する	1	2	3	4	5
⑤治療場面における病状等を踏まえて評価する	1	2	3	4	5
⑥相談等で本人と一緒に課題や支援ニーズを評価する	1	2	3	4	5
上記の詳細、具体的な外部機関・支援者、その他					
そもそも、就職や復職に向けた課題等の評価が困難・不明瞭である、とお考えの方⇒ <input type="checkbox"/> (チェック)					

▶ 問 8-4. 働いている患者への疾患管理の問題等への対応について

働いている患者の問題等への対応の内容	自機関が主に実施	自機関と外部機関の協力により実施	外部機関が主に実施	患者のためには必要だが、実施なし	不要のため実施なし	
本人支援	①予防的に、本人に職場内外での体調悪化時の対応を助言・指導する	1	2	3	4	5
	②就職や復職後の体調悪化時に、職場／本人／家族／関係機関等から連絡が入るようにする	1	2	3	4	5
	③定期的あるいは随時に患者から職業生活上の不安・課題や体調について相談にのる	1	2	3	4	5
	④休職や退職を余儀なくされた際に、心理的に前向きに支える	1	2	3	4	5
受診や治療等の配慮	⑤就労している人が通院しやすいように、診療や相談の時間帯や曜日を配慮する	1	2	3	4	5
	⑥外来は、予約の時間通り(1時間以内のずれ)で受診できる	1	2	3	4	5
	⑦就労の妨げになる副作用が少なく、就労形態に合わせた服薬しやすい処方内容とする	1	2	3	4	5
	⑧就労している患者が夜間や休日等に集まれる場を設ける	1	2	3	4	5
職場支援	⑨患者の職務や職場状況についての評価や、その改善のための助言や支援をする	1	2	3	4	5
	⑩職場の担当者や支援者に、職場適応を進めるための情報提供や相談・支援を行う	1	2	3	4	5
上記の詳細、具体的な外部機関・支援者、その他						

問9. 広い意味で患者の職業生活を支える可能性のある治療・医療・生活支援は、貴部署を含め、貴機関全体として、実施されていますか。

○ 回答者がお分かりになる範囲で、貴機関での実施状況をありのままにご回答下さい。

▶ 問9-1 患者の自己管理や社会生活能力の向上のための支援や治療について

自己管理や社会生活能力の向上の支援や治療の内容	経常的に実施	例外的に実施	実施なし	不明
①患者本人による目標設定とそのモニタリング・修正	1	2	3	4
②認知行動療法	1	2	3	4
③職業場面を想定したロールプレイ	1	2	3	4
④職場での対人技能や対処技能(含.リスク対処)の教育・訓練	1	2	3	4
⑤再発防止の教育・訓練、注意サインの特定、ストレスマネジメント	1	2	3	4
⑥服薬に関する、自己管理(服薬忘れ防止等)の方法や医師への相談の支援	1	2	3	4
上記の詳細、その他				

▶ 問9-2 患者の地域生活支援や家族支援について

地域生活支援や家族支援の内容	経常的に実施	例外的に実施	実施なし	不明
①ケースマネジメントや多職種チームでの支援	1	2	3	4
②医療面と生活面(住居、就労、薬物乱用等)の一体的な相談・支援	1	2	3	4
③患者の地域生活での危機的状況への対応体制の整備	1	2	3	4
④患者の治療からのドロップアウト防止のための関係づくり	1	2	3	4
⑤患者を取り巻く家族、家主、雇用主等との協力	1	2	3	4
⑥患者の家族への精神疾患や対処法の説明	1	2	3	4
⑦患者家族が、患者への接し方やストレス軽減の方法を学ぶことができるセミナーやセッション	1	2	3	4
⑧複数家族のグループセッションやワークショップ	1	2	3	4
⑨家族が困った時にいつでも相談しやすい体制づくり	1	2	3	4
上記の詳細、その他				

問10. 貴部署の患者が次のような職業生活上の課題を抱えている場合、解決できていますか。

貴部署の患者の職業生活上の課題の内容	課題があるが解決可能な場合が多い	未解決の課題が多くある	特に課題は多くない	不明
①本人が能力を発揮でき無理なくできる仕事を探すこと	1	2	3	4
②就職活動(応募、面接等)をスムーズに行うこと	1	2	3	4
③仕事上のストレスへの対処、疾患管理と職業生活の両立	1	2	3	4
④職務遂行上の個別課題や、危険状況の回避や対処	1	2	3	4
⑤遅刻や欠勤、長期休職、退職のない安定した就業	1	2	3	4
⑥職場の理解や協力、良好な人間関係を得ること	1	2	3	4
⑦就労者について、昇進や報酬に関する本人の満足	1	2	3	4
上記の詳細、その他				

Ⅲ. 治療・医療・生活支援と就職・復職支援の効果的な連携について

問11. 貴機関の、就職・復職支援を担当する専門スタッフの確保の方針について

就職・復職支援を担当する専門スタッフの確保	最も近いもの一つに○
自機関スタッフが主に担当する	1
自機関スタッフと外部就労支援機関が同程度の役割で担当する	2
外部就労支援機関が主に担当する	3
就職・復職支援について特に方針はない	4

問12. 貴機関の、治療・医療・生活支援(医療的支援)と、就職・復職支援の連携促進のための取組について

連携促進の取組 (就職・復職支援が外部機関の担当者による場合を含む)	実施しており、機能している	実施しているが、課題あり	特に実施していない
①自機関の医療専門職が、就職・復職支援を併せて担当すること	1	2	3
②医療的支援と、就職・復職支援の担当者間の日常的コミュニケーション	1	2	3
③医療的支援、就職・復職支援の担当者の共同のケース会議・カンファレンス等	1	2	3
④医療的支援、就職・復職支援等を包含する共通カルテ・様式等の使用	1	2	3
上記の詳細、具体的課題、その他			

問13. 貴機関の患者の就職・復職に関する評価・支援を行う際に、次の外部機関等とどの程度連携していますか。(それぞれの外部機関等について、最も近いもの1つずつに○。)

連携する外部機関等		多くの患者の個別の評価・支援で連携	個別ケースに関する連携は少ない(定期連絡等が中心)	連携はほとんどない～全くない
就労支援機関	①ハローワーク	1	2	3
	②障害者職業センター	1	2	3
	③障害者就業・生活支援センター	1	2	3
	④職場適応援助者／ジョブコーチ	1	2	3
	⑤就労移行支援事業所	1	2	3
その他	⑥他機関の主治医、医療関係者等	1	2	3
	⑦産業医・産業保健師・産業看護師	1	2	3
	⑧職場の人事・労務担当、上司等	1	2	3
上記の詳細、具体的な連携の内容、その他				

問14. 回答者の、就職・復職支援に関する専門的知識やスキル向上のための情報源は何ですか。

就職・復職支援の知識やスキルの情報源	主要な情報源である	利用したことがある	利用したことはないが利用したい	特に必要を感じない
①図書、論文、雑誌・ジャーナル等	1	2	3	4
②学会、研究会、セミナー	1	2	3	4
③就職・復職支援に関する専門教育、資格認定研修等	1	2	3	4
④実務場でのスーパーバイザーの助言・指導	1	2	3	4
上記の詳細、その他				

Ⅳ. 精神疾患等のある人を支える雇用支援制度の認知・活用状況について

問15. 貴機関における支援・治療において、次のような雇用支援制度の認知・活用状況はいかがですか。

雇用支援制度	知っていた			知らなかった	
	活用した ことがある	今後 活用 したい	特に 必要 ない	今後 活用 したい	特に 必要 ない
①ハローワークの精神障害者雇用トータルサポーター(カウンセリングや就職準備プログラム、企業への働きかけ等を実施)	1	2	3	4	5
②精神障害者ステップアップ雇用奨励金(精神障害者を試行的に雇用し、徐々に就業時間を伸ばしていく企業の奨励)	1	2	3	4	5
③精神障害者等のジョブガイダンス事業(ハローワークが医療機関等を訪問して利用者に就職活動等をガイダンス)	1	2	3	4	5
④ハローワークを中心とした「チーム支援」(関係機関の連携による就職から職場定着まで個別的で一貫した支援)	1	2	3	4	5
⑤職場適応援助者(ジョブコーチ)事業(職場に出向き、障害者への支援、企業側の上司や同僚等への助言等を実施)	1	2	3	4	5
⑥トライアル雇用(3ヶ月の試行的雇用により、本人と企業側の双方の不安の軽減につなげ常用雇用の移行を目指す企業の奨励)	1	2	3	4	5
⑦障害者職業センターのリワーク支援(うつ病等による休職者の職場復帰の支援)	1	2	3	4	5
上記の詳細、その他					

自由記述

精神疾患等のある人の職業生活を支えるあり方等、ご意見等いただけますと幸いです。

訪問調査の可否

(本欄にご記入された内容は、訪問調査についての問い合わせの目的のためだけに利用します。)

本調査結果を踏まえて、今後のあり方の検討に参考となる取組について、訪問調査をさせていただきたいと考えております。**訪問調査についてお問い合わせをしても差し支えない場合は**、下の欄に、ご連絡先をご記入下さい。

担当者のお名前
貴機関名
〒
電話番号:

調査結果のご送付

(本欄にご記入された内容は、調査結果の送付の目的のためだけに利用します。)

本結果の報告を必要とされる方には、電子メールにてお送りいたしますので、**ご希望の場合は**アドレスをお書き下さい。

本調査のために貴重なお時間をいただきまして、まことにありがとうございました。ご回答いただけましたら、本調査票は、同封の返信用封筒(切手を貼る必要はありません)でお早めにご返送下さい。

資料2

精神障害者の就労支援の4類型の具体的内容

第2章において比較検討した就労支援の4類型の具体的内容は次のようであった。

第1節 医療と統合された援助付き雇用モデル

医療と統合された援助付き雇用モデルに該当する就労支援タイプは、1990年代から「IPSプログラム」として新たに提案され、比較研究では、新たな就労支援プログラムとして評価対象となっているものが大部分であった。ただし、その具体的内容には、援助付き雇用モデルの取組と、医療との統合への取組について、様々な違い・変異が認められた。

表 A2-1 「①医療と統合された援助付き雇用モデル」(適合性尺度によるもの)

プログラムの種類	尺度得点	実施内容	地域	実施主体	研究
IPS プログラム	高得点 (詳細不明)	体制:デイケアコーディネーター、デイケア職員、新規の雇用専門家の計3名 内容:デイケア(day treatment)からIPSプログラムへの移行に伴い、デイケアコーディネーターがIPSコーディネーター、デイケア職員が雇用専門家へとそれぞれ役割を変え、雇用専門家を新たに一人雇用。このIPSユニットはIPS専門家による研修と監督を受け、IPSマニュアルと適合性尺度に従ってプログラムを実施。	ニューハンプシャー州	地域精神保健センター	Baileyら (1998) 検証対象
	実施12ヶ月以内に高い得点を獲得 (詳細不明)	体制:デイケアカウンセラー、スーパーヴァイザー(IPS研修済) 内容:対象となった3箇所のセンターのうち2センターがデイケアからIPSプログラムへ移行。デイケアカウンセラーが雇用専門家へと役割変更。	ロードアイランド州	地域精神保健センター	Beckerら (2001) 検証対象
	60と66	体制:雇用専門家 内容:認知機能訓練と組み合わせず単独実施	ニューヨーク市 (2箇所)	地域リハビリテーションセンター	McGurkら (2007) 比較対照
	69	体制:作業療法士 内容:精神障害者リハビリテーションの臨床経験が1年以上ある作業療法士が雇用専門家として機能し、参加者の医療チームに配属。	香港	Kwai Chung病院(援助付き雇用サービスの主要センター)	Wongら (2008) 検証対象
	高得点 (詳細不明)	内容:高い適合性尺度得点を示したIPSプログラムに関する11の研究のみレビューの対象。レビューに採用する研究を決定する際、除外基準は、IPSモデルの発展以前の援助付き雇用モデルを評価した研究、IPSと異なるモデルあるいはIPSの適合性尺度が不明瞭なモデルを評価した研究、強化されたIPSと強化なしのIPSモデルを比較した研究の3基準。	11地域	地域精神保健センター等	Bondら (2008) 検証対象
研究期間中7回測定した得点の範囲 66~68	体制:作業療法士3名、ソーシャルワーカー、精神科医、リハビリテーションマネージャー、ケースワーカー【ケースロード1:27】 内容:IPS専門家から1週間(1日8時間)の研修を受けた作業療法士免許所有者が雇用専門家として支援を実施し、ソーシャルワーカーがケースマネージャーとして就労支援以外の支	香港		Tsangら (2009) 比較対照	

		援を担当。精神科医、リハビリテーションマネージャー、ケースワーカー、ソーシャルワーカーが集合し、対象者の個別治療計画、職場で経験する問題、雇用専門家が提供する支援について話し合う、多領域ミーティングを定期的実施。			
	それぞれ 68、61、57	体制：作業療法士2名、主治医チーム 内容：専属スタッフを雇う代わりに、地域のリハビリテーションプログラムで雇用されている作業療法士が、各対象者の主治医チームと地域の3つの就労支援プログラムの仲介役となるセクター間連携(intersectoral link)を活用。	オーストラリア (3箇所)	ニューサウスウェールズ州保健サービス	Sherringら (2010) 検証対象
ACTを強化したIPSプログラム	4年の研究期間中1年ごとに測定した得点 64、69、72、72	体制：ACTサブチーム(精神科医1名、修士レベルの臨床家1名、学士レベルの正看護師2名、学士レベルのケースマネージャー2名)、IPSサブチーム(ACT-IPSプログラムを主導する修士レベルのソーシャルワーカー1名、学士レベルの雇用専門家2名) 【ケースロード1:10】 内容：ACTサブチームと、IPSサブチームが毎日接触。個別ニーズに基づく就業目標重視の治療計画の作成、個別の就業目標に合わせたサービスの組合せの選択、対象者ごとに統一した治療記録の更新を実施。IPSチームは就労支援を担当。ACTチームはそれ以外のサービスをすべて提供し、24時間体制で支援。	サウスカロライナ州	地域精神保健センター	Goldら (2006) 検証対象
認知訓練を強化したIPSプログラム	60と66	体制：雇用専門家、認知訓練専門家 内容：IPSプログラムに加えて、コンピュータソフト(Cogpack, version6.0)を用いた、注意、集中、心理運動速度、学習、記憶、実行機能等の認知機能訓練を12週に渡り計約24時間実施。	ニューヨーク市 (2箇所)	地域リハビリテーションセンター	McGurkら (2007) 検証対象
社会技能訓練を強化したIPSプログラム	研究期間中7回測定した得点の範囲 65~68	体制：多領域チーム 内容：IPSプログラムに加えて、対人関係の維持やトラブルへの対応等の仕事に関する社会技能訓練(WSST: Work-related, social skills training)を強化したISE(Integrated Supported Employment)プログラム。WSSTでは、就業継続や上司・同僚との良好な関係の維持などの個人スキルと、対人関係の問題を引き起こす職場の特定状況に対処する社会的スキルを教示。	香港		Tsangら (2009) 検証対象

表 A2-2 「①医療と統合された援助付き雇用モデル」(サービス統合尺度による)

プログラムの種類	基準値	実施内容	地域	実施主体	研究
IPSプログラム	50%以上	体制：多領域のプロバイダーチーム 内容：最小限の職業前評価、迅速な職探し、一般就業への就職、訓練、必要な限りの継続的フォローアップに関するサービスを提供。	メリーランド州、コネチカット州、サウスカロライナ州	Employment Intervention Demonstration Program	Cookら (2005) 検証対象
ACT職業モデルプログラム		体制：精神科医、看護師、ケースマネージャー、雇用専門家 内容：専門家による可動的チームが一般就業への就職、職業訓練の提供、継続的な就労支援を実施。	マサチューセッツ州		
独自の援助付き雇用プログラム		内容：「迅速に就職させる」援助付き雇用サービスと、就業生活を支える良好な対人関係の構築を支援する社会的ネットワークの促進を組み合わせた独自のプ	テキサス州		

	プログラムを実施。一方、社会的ネットワークを組み合わ せない同プログラムも実施。			
家族支援によ る ACT プログ ラム	体制: 就労支援担当者、事業主、家族 内容: 地域の主要事業の事業主協会と共に就業機 会、職場支援、合理的配慮の改善に取り組む、家族 支援による ACT プログラムを実施。一方、事業主協 会とのつながりのない同プログラムも実施。	メイン州		
統合された治 療チームによ る就労支援プ ログラム	体制: 精神科医、ケースマネージャー、リハビリテー ションカウンセラー、雇用専門家、職務開拓者、給付 専門家 内容: 迅速な就職、就労継続のための継続的支援、 キャリアアップを重視したチーム支援を実施。	アリゾナ州		

表 A2-3 「医療と統合された援助付き雇用モデル」(尺度による確認がないが内容に従って)

プログラムの種類	実施内容	地域	実施主体	研究
給付カウンセ リングを強化 した、医療と 就労サービス が統合された プログラム	体制: 給付カウンセラー11名、就労支援担当者 内容: 職業リハビリテーション局と地域精神保健センターに所属 する給付カウンセラーが、社会保障局から障害給付を受給して いる対象者が参加する職業リハビリテーションプログラムと援助 付き雇用サービスにおいて、各対象者につき平均約 8 時間の 給付カウンセリングを実施。職業リハビリテーションと地域精神 保健センターが非常に高いレベルで連携。	バーモント 州	職業リハビ リテーション 局	Tremblay ら (2006) 検証対象
医療と就労 サービスが統 合されたプロ グラム	体制: 就労支援担当者 内容: 社会保障局から障害給付を受給している対象者が参加 する職業リハビリテーションプログラムと援助付き雇用サービスに おいて給付カウンセリングが実施されていないプログラム。職業リ ハビリテーションと地域精神保健センターが非常に高いレベル で連携。	バーモント 州	職業リハビ リテーション 局	Tremblay ら (2006) 比較対照
ACT を強化 した援助付き 雇用プログラ ム	体制: 雇用専門家、ACT チーム【ケースロード 1:10】 内容: IPS の要素と心理社会的リハビリテーション機関が提供 する職業リハビリテーションの要素を組み合わせた独自の援助 付き雇用プログラムを開発。就業目標は、一般就業に限らず、 隔離的雇用を含むあらゆる就職を対象。雇用専門家が ACT チームの一員となり職業サービスの提供を調整。ACT チームは 雇用専門家に対して対象者に関する情報の提供や対象者の 紹介をバックアップし、同時に ACT のメンバーである対象者が 地域生活を維持できるよう支援。	イリノイ州	精神科ハ ビリテーシ ョン機関	Furlong ら (2002) 検証対象
家族心理教 育を強化した IPS プログラ ム	体制: FACT チーム(ソーシャルワーカー2名あるいは精神科看護師 2 名、雇用専門家1名の計 3名)、臨床チーム、精神科医【ケースロ ード 1:8】 内容: 家族支援による ACT (FACT: Family-aided Assertive Community Treatment) プログラム。1 箇所の雇用専門家は職業 リハビリテーションカウンセラー、もう一方は職業リハビリテーシ ョンに関して特別な訓練受け、経験を積んだソーシャルワーカーで あり、両者は IPS 専門家による研修を受講。臨床チームの主任と精 神科医と連携。家族に対するグループ家族心理教育では、職業 リハビリテーション、段階的機能改善、早期の危機介入、再発防 止を強調。本人を含む 7~8 家族が 1 グループとなり隔週 90 分 集合。家族は対象者の就業目標の達成に向けて協同。臨床家 の役割はグループ家族心理教育で示された、特に職探しや失業 防止に関する解決策の実行であり、職業リハビリテーションの取 組を補助するものとしてチームと統合的に実施。	ニューヨー ク州 (2 箇所)	地域精神 保健セン ター	McFarlane ら(2000) 検証対象

第2節 医療と統合されていない援助付き雇用モデル

医療と統合されていない援助付き雇用モデルでの支援は、精神障害以外の知的障害や発達障害を対象とした一般的なジョブコーチ支援や、医療機関との密接なつながりがない形で地域の職業リハビリテーションサービスに照会／移行させるという場合が多かった。実証研究においては、IPSプログラムとの比較対照群として位置付けられていたものが多かった。また、IPSを意図しながら、十分に就労支援と医療サービスの統合が達成されなかったために、結果的に医療と統合されていない援助付き雇用となっている場合もあった。

表 A2-4 「②医療と統合されていない援助付き雇用モデル」

プログラムの種類	実施内容	地域	実施主体	研究
就労と医療サービスが並行して提供されるプログラム	体制: 修士レベルの臨床家【ケースロード 1:13、1:23】 内容: FACT チームと同じ精神保健センターに勤める臨床家が支援を実施。就労支援に関しては州の職業リハビリテーション機関に照会するのみで医療側と就労側に密接な連携はなく、グループ家族心理教育も実施なし。	ニューヨーク州 (2箇所)	職業リハビリテーション機関、地域精神保健センター	McFarlaneら (2000) 比較対照
	体制: ケースマネジメントサービス(学士レベルのケースマネージャー2名【ケースロード 1:30 以下】)、就業サービス(高卒～博士レベルのフルタイムの雇用専門家 10名【ケースロード 1:10 以下】) 内容: 地域保健センターによる精神保健サービスと委託によるケースマネジメントサービスを、職業リハビリテーション機関による就業サービスと並行して提供。就業計画の作成、職業評価を実施。週 2～4 回のミーティングを開き、各対象者について情報共有。	サウスカロライナ州	NPO 法人の職業リハビリテーション機関、地域精神保健センター	Goldら (2006) 比較対照
	内容: 職業サービスと精神保健サービスを別々の機関が提供。就業前のスキルトレーニングを重視。 内容: 職業準備訓練から一般就業を目指す段階的な就労支援と心理社会的支援とを組み合わせたプログラムと、州の就労支援サービス(援助付き雇用、エンクレーブ)をすべて利用できる条件のプログラム。	ニューハンプシャー州 コネチカット州		Bondら (2008) 比較対照
結果的に医療との統合が弱かった IPS プログラム	体制: 民間の就労支援機関が提供する地域精神保健チーム、ベテランの雇用専門家 内容: 地域精神保健チームと雇用専門家が連携する形で統合された IPS プログラム。適合性尺度得点は 67 と 69 だったが、「リハビリテーションと精神科治療の統合」の組織に関する次元の得点が低く、実際には医療との統合弱。	英国・南ロンドン (2箇所)	民間就労支援機関 (NPO 法人)	Howardら (2010) 検証対象

第3節 医療と統合された職業準備性モデル

医療と統合されていても、本人の症状の改善や生活自立に焦点を当て、その結果就労成果を期待するという意味で「職業準備性モデル」に該当する支援としては、医療的デイケアや、IPS と統合されていない ACT、FPE、薬物治療等があった。これらは、医療と統合された援助付き雇用の新しい就労支援プログラムを評価するための比較対照群として位置付けられている場合が多かった。

表 A2-5 「③医療と統合された職業準備性モデル」

プログラムの種類	実施内容	地域	実施主体	研究
地域支援プログラム	内容: 地域支援プログラムにおけるケースマネジメントサービス。	ニューハンプシャー州	地域精神保健センター	Baileyら (1998) 比較対照
デイケアプログラム	内容: 週3日のデイケアプログラムを実施。援助付き雇用による支援、ボランティアやシェルタード・ワークショップの仕事の獲得を支援する等の就労支援を提供。	ロードアイランド州	地域精神保健センター	Beckerら (2001) 比較対照
ACTプログラム	体制:【ケースロード 1:10】 内容: ACTをIPSと統合させずに単独で実施。ACTチームの全スタッフが定期的に事務所内で連絡を取り合い、メンバーである対象者が地域生活を維持できるよう支援。	イリノイ州	精神科リハビリテーション機関	Furlongら (2002) 比較対照
家族支援によるACTプログラム	体制: 就労支援担当者、家族 内容: 家族支援によるACTプログラムを実施。	メイン州	Employment Intervention Demonstration Program	Cookら (2005) 検証対象
段階的職業リハビリテーションプログラム	体制: 病院の作業療法科 内容: 模擬環境での様々なグループ就労を使った職業準備訓練中心の地域における一般就業を目指した段階的train-placeアプローチ。参加者が自発的に一般就業で仕事を探すことも推奨。	香港	Kwai Chung 病院	Wongら (2008) 比較対照
通常治療プログラム	体制: 治療チーム、平均7名の就労支援スタッフ 内容: 研究対象の地域で利用可能な33のサービス。心理社会的リハビリテーションやデイケアプログラム等。79%のサービスは治療チームからの照会。サービスの多くは、面接スキルや履歴書の書き方等の就職準備支援、ITスキル、自信/動機の構築に関する支援を実施。	英国・南ロンドン		Howardら (2010) 比較対照
家族心理教育プログラム	体制: 精神科医、町医者 内容: 1ヶ月に1度1.5~3時間の訓練を受けた精神科医と町医者による家族教育が、対象者本人の参加も推奨する形で9ヶ月間実施。3ヶ月に1度の割合で複数の家族によるワークショップも実施し、本人ケアの経験を共有。必要があれば危機的介入を実施。介入群は家族心理教育+薬物治療、比較対照群は薬物治療のみ。	中国農村部		Ranら (2003)

第4節 医療と統合されていない職業準備性モデル

従来型の職業リハビリテーションや就労支援の中でも、ジョブコーチ支援等の援助付き雇用モデルを導入していない就労支援プログラムは限られていたが、比較対照群としての例があった。

表 A2-6 「④医療と統合されていない職業準備性モデル」

プログラムの種類	実施内容	地域	実施主体	研究
職業リハビリテーションセンターのプログラム	内容: 職業サービスとしてシェルタード・ワークショップ、クリエイティブ・ワークショップ、当事者運営の服飾店、園芸プログラム、デイケアセンターが実施する求職スキルトレーニングと心理社会的介入等。いずれのプログラムも一般就業を直接の目標とせず。民間の就労支援機関への照会による一般就業、障害者雇用も可能だが、医療サービスは統合されておらず、継続的支援も提供なし。	カナダ	大学付属病院の職業リハビリテーションセンター	Bondら (2008) 比較対照
心理社会的リハビリテーション	内容: 交通や住宅等の生活支援、職業評価や職業準備訓練、対人関係や仕事への耐久性等の職場関連のスキ	メリーランド州	地域精神保健センター	

資料 2 精神障害者の就労支援の 4 類型の具体的内容

ンプログラム	ルトレーニング、シェルタード・ワークショップ、エンクレーブプロジェクト等のプログラム。職業準備性が高まった対象者には、就職支援の提供や、市が実施している職業サービスプログラムへ照会。			
多角的な就職支援プログラム	体制: 学士レベル以上のスタッフ約 5 名のチーム【ケースロード 約 1:13】 内容: 職業準備性の評価等の一般就業への段階的アプローチを重視。支援機関が運営する事業や機関が地域の事業主と契約している事業等を含めた幅広い職業選択と迅速な就職を重視。	イリノイ州	精神保健サービスプロバイダー	
早期精神病予防・介入センターのプログラム	体制: 早期精神病予防・介入センターのケースマネージャー 内容: 個別ケースマネジメント、治療レビュー、外部の就労支援機関への照会等を実施。	オーストラリア	早期精神病予防・介入センター	
地域の一般的サービス	内容: 地域で利用できるあらゆるサービスを受けられる通常サービスを実施。	アリゾナ州、コネチカット州、メリーランド州、サウスカロライナ州	Employment Intervention Demonstration Program	Cookら (2005) 比較対照 Employment Intervention Demonstration Program Measure: 50%以下
クラブハウスモデル	内容: 地域における就職と同等のプログラム内の仕事をスタッフと対象者が一緒に取り組む等、施設ベースのサービスを実施。	マサチューセッツ州		

資料3

精神障害者への雇用支援制度について

第5章における研究委員会の議論は、現在の精神障害者の雇用支援制度を踏まえ、主に労働行政のあり方に絞った提言に向けた議論を中心にまとめたものである。これらの雇用支援制度については、今回のわが国の医療機関の実態調査結果で明らかになったように、医療機関における認知は高いが実際の利用経験は少なかった。また、医療機関における就労支援の取組を補完できる可能性が高い制度も多く、今後の医療機関での活用意向も大きなものであった。

そこで、本資料では、本書の読者の参考のため、医療・生活・就労の支援を統合的に実施する必要のある具体的な局面別に、現行の様々な雇用支援制度の概要をまとめた。

第1節 非就労者へのアウトリーチ（ジョブガイダンス事業）

「医療機関等の連携による精神障害者等のジョブガイダンス事業」は、医療機関等を利用している精神障害者及び発達障害者を対象に、ハローワークの職員が医療機関等を訪問して、就職活動に関する知識や方法についてガイダンスを行うことにより、職業準備性や就職意欲を高め、就職に向けた取組を的確に行えるよう援助を行うものであり、全国のハローワークで実施されている。（資料3-1）

具体的なジョブガイダンスの内容としては、オリエンテーション、職業講話（働く意義、労働市場の動向等）、求職活動の方法（求人情報の見方、履歴書の書き方、電話の対応方法、面接の受け方等）、職場におけるマナー、服薬管理の重要性等がある。就職意欲の高い「精神障害者」と「発達障害者」を対象とし、就職に向けた取組（求職活動、職業リハビリテーション等）への移行の支援でもある。

第2節 本人と仕事のマッチング／就職活動の支援（チーム支援等）

一般就業に向けた就職活動の支援は、特に労働分野の専門性が重要である。ただし、精神障害者の場合、本人と仕事のマッチング／就職活動の支援を、医療・生活支援と切り離して行うことには限界があり、労働機関と医療機関等との密接な連携が重要である。そのために活用できる雇用支援制度としては、ハローワークの「チーム支援」があり、それにより、労働分野の専門性の高い様々な就労支援の効果的活用も期待できる。

1 ハローワークと中心とした「チーム支援」（地域障害者就労支援事業）（資料3-2）

「チーム支援」（地域障害者就労支援事業）は、就職を希望する障害者一人ひとりに対してケースワーク方式で、ハローワーク職員（主担当）と地域関係機関の職員等がチームを結成し、就職から職場定着まで一貫した支援を実施するものであり、全国全てのハローワークで実施されており、専門援助（障害者）部門で登録する。

2 労働機関で利用できる一般的な就労支援内容

医療機関において就労支援ニーズが高いが、医療機関での実施が比較的困難な次のような支援については、ハローワーク等の就労支援機関による支援として提供されている。

(1) 求人情報の提供

本人に合う仕事の条件に合う求人情報について、障害者求人はもちろん、また、それに限らず、また、短時間勤務等であっても、幅広く職業検索機で探索できる。また、医療機関や本人に対して、FAXやメール等でタイムリーに情報を提供している場合もある。

(2) 職業相談

疾患管理等の側面だけでなく、本人の興味や強みを活かせる職業発達につながるキャリア支援の側面や具体的な仕事内容や利用できる制度等の情報提供を含めた職業相談が実施できる。

(3) 個別の職場開拓

本人に合う仕事について求人がない場合でも、個別に職場を訪問し、職務の切り出し等による求人開拓や雇用主との交渉等の支援手法がある。

(4) 職場実習、職場体験

職場実習や職場体験が実施できる職場の開拓についても、実施されている。

障害者職業センターの職業準備支援コースを受講することができる。

(5) 履歴書作成や企業面接の練習

病気の説明、必要な配慮についての説明、自己アピール、経歴の空白期間の説明等、就職活動において直面する具体的課題について、適切な助言や練習をするサービスも利用できる。

必要に応じて、支援者が同席して、職場側への説明の補助を行う場合もある。

(6) 職業訓練等の選択肢の提供

希望職種に合った職業訓練の選択肢を提供することができる。また、経済的理由で就職を焦っている場合でも、職業訓練給付金により生活を安定させて、職業訓練に取り組むという可能性についても検討することができる。

(7) 精神障害者雇用についての啓発

精神障害者雇用について企業啓発の取組、企業への障害者雇用率達成指導と連動した就職支援の取組もある。

第3節 職業場面における職業評価／職場定着支援

精神障害者の雇用支援制度には、一般就業に向けての段階的な就労移行を可能にしたり、職場適応を支えるためのものも多い。次のような雇用支援制度や支援者は、試行的な雇用や職場定着支援の機会を提供するとともに、実際の職業場面に近い条件での職業アセスメントの機会ともなるものである。

1 職業場面における職業評価／職場定着支援に活用できる雇用支援制度

全国のハローワーク等で利用できる、次のような様々な移行の段階に対応した、試行的な就労の制度がある。

(1) トライアル雇用（資料3-3）

「トライアル雇用」とは、ハローワークの職業紹介により3ヵ月を限度とした有期雇用契約を締結した雇用事業主へ奨励金（月40,000円）を支給し、事業主の障害者雇用のきっかけをつくり、一般雇用への雇いを促進するための制度である。

将来的な継続雇用を目指す実際の職場において、試行的に働き、最長3ヵ月の試行期間において、実際の職業生活への適応や、仕事とのマッチングの調整等も含め、集中的な職業アセスメントの機会とできるだけなく、職場側の状況確認や支援の機会としても活用できる。

(2) ステップアップ雇用（資料3-4）

「精神障害者等ステップアップ雇用」とは、1週間の労働時間が10時間以上から3ヶ月～12ヶ月の期間で段階的に週20時間の常用雇用に移行するまでの、雇用事業主への奨励金（月額25,000円）支給の制度である。

トライアル雇用の利用条件を満たさない状況であっても、より負荷の低い職業生活から長期的に、実際の職業場面での職業評価や支援を実施することも可能である。

(3) 障害者職業センターの職業準備支援（自立支援）（資料3-5）

地域障害者職業センター内での模擬的職場環境での作業体験（ワークトレーニング社等）、職業準備講習、社会生活技能訓練等を行うことにより、基本的な労働習慣の体得、作業遂行力の向上、コミュニケーション能力・対人対応力の向上を図り、ハローワークにおける職業紹介、ジョブコーチ支援等の次の段階に着実に移行させるための支援である。

2 医療機関の支援ニーズに対応可能な就労支援者

就職前から就職後まで継続的に、職場や関係機関をつないで支援できる担当者としては、ジョブコーチと精神障害者雇用トータルサポーターが地域に配置されている。

(1) ジョブコーチ（職場適応援助者）（資料 3-6）

職場への円滑な適応を図るため、職場にジョブコーチが出向いて、障害者及び事業主双方に対し、仕事の進め方やコミュニケーションなど職場で生じる様々な課題や職場の状況に応じて、課題の改善を図るための支援を実施する専門支援者が、地域障害者職業センター、地域の特定の社会福祉法人等、事業主に配置されている。

(2) 精神障害者雇用トータルサポーター（資料 3-7）

ハローワークの専門援助窓口に、精神保健福祉士等の資格をもつ「精神障害者雇用トータルサポーター」が配置され、本人への支援だけでなく、関係機関との連携、事業主への働きかけや職場開拓、フォローアップ等を含め総合的な支援担当者となっている。

3 障害者職業センターのリワーク支援（資料 3-8）

障害者職業センターで実施される「リワーク支援」は、雇用事業主・主治医と連携した、職場との連携を強く意識した職業リハビリテーションである。障害者職業センターにおいては、職場におけるストレス要因への個別的な対策として心理社会療法を用いて、一定の就業能力を確認し、職域との橋渡しをスタッフが実施している。

第 4 節 医療・生活支援と就労支援の地域連携拠点

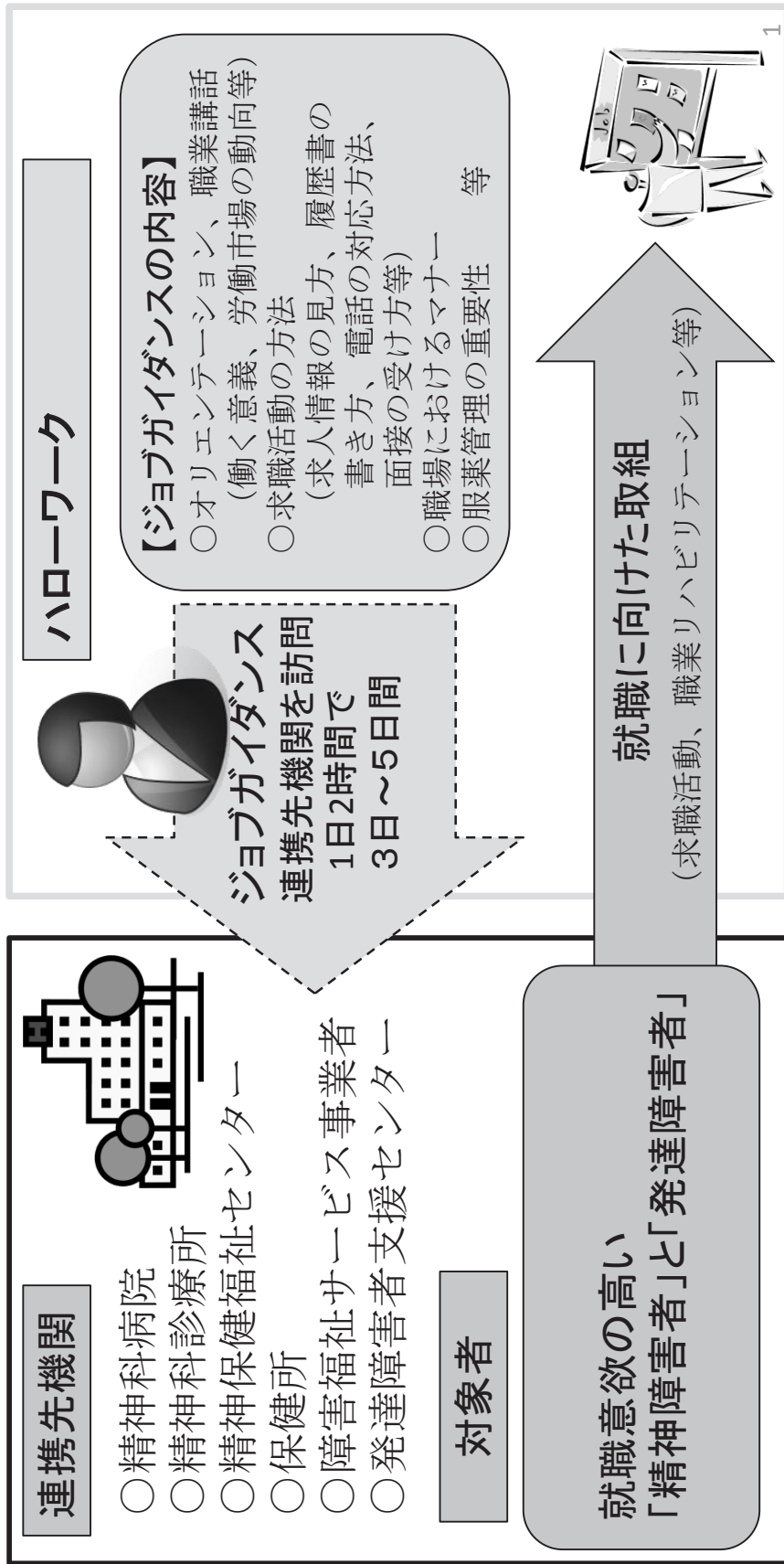
医療・生活・就労支援を一体的に実施するための様々な取組に対応できる雇用支援制度としては、障害者就業・生活センター事業がある。（資料 3-9）

これは本来、知的障害者等を支援している福祉機関が生活と就労を一体的に支えることができるようになる趣旨で始まった事業であるが、現在では、精神障害者の支援で医療機関との連携による支援も実施している。

医療機関等との連携による 精神障害者等のジョブガイダンス事業

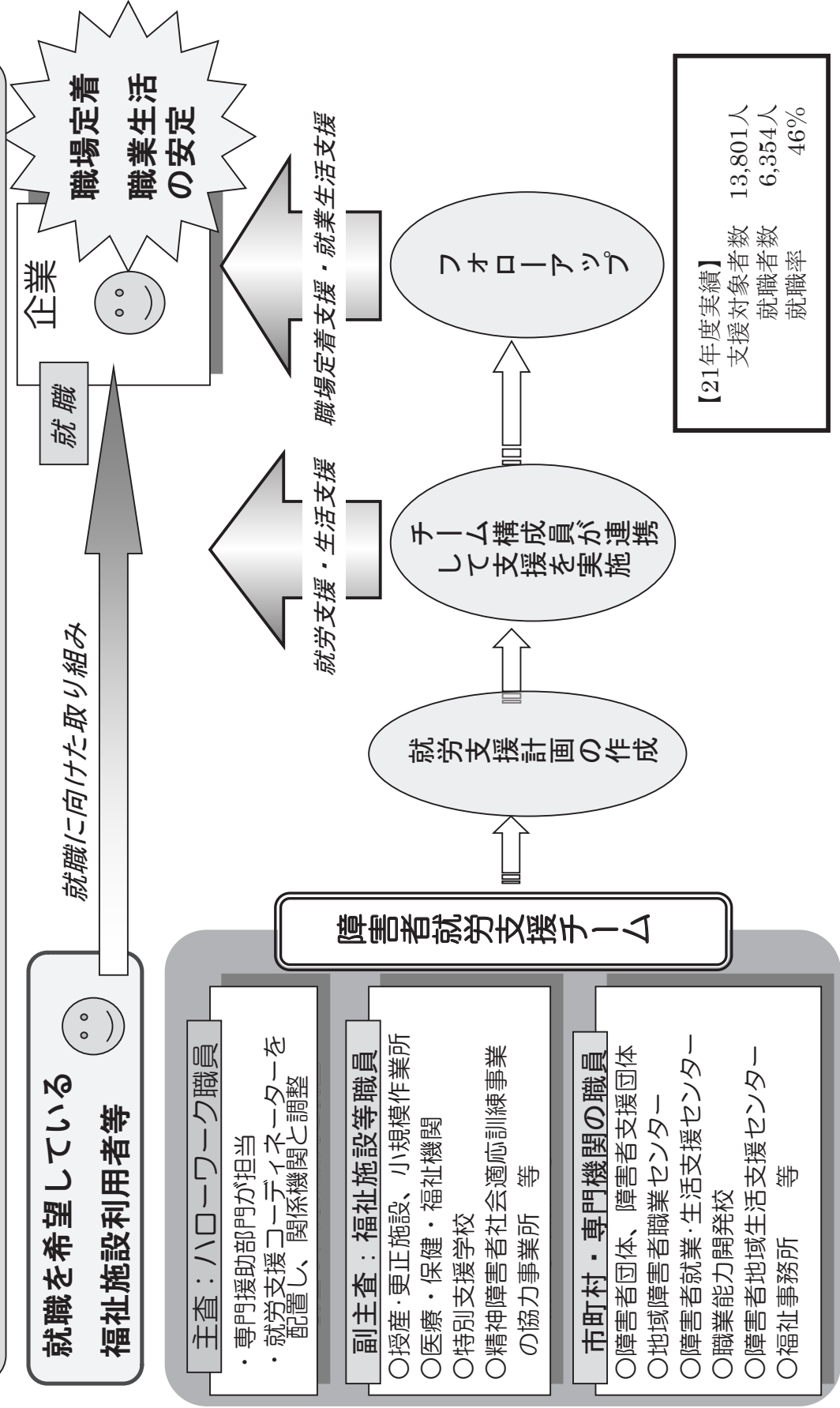
医療機関等を利用している精神障害者及び発達障害者を対象に、ハローワークの職員が医療機関等を訪問して、就職活動に関する知識や方法についてガイダンスを行うことにより、職業準備性や就職意欲を高め、就職に向けた取組を的確に行えるよう援助を行います。

平成21年度実績 ジョブガイダンス受講人数 1,552人(全国383カ所の医療機関等で実施)



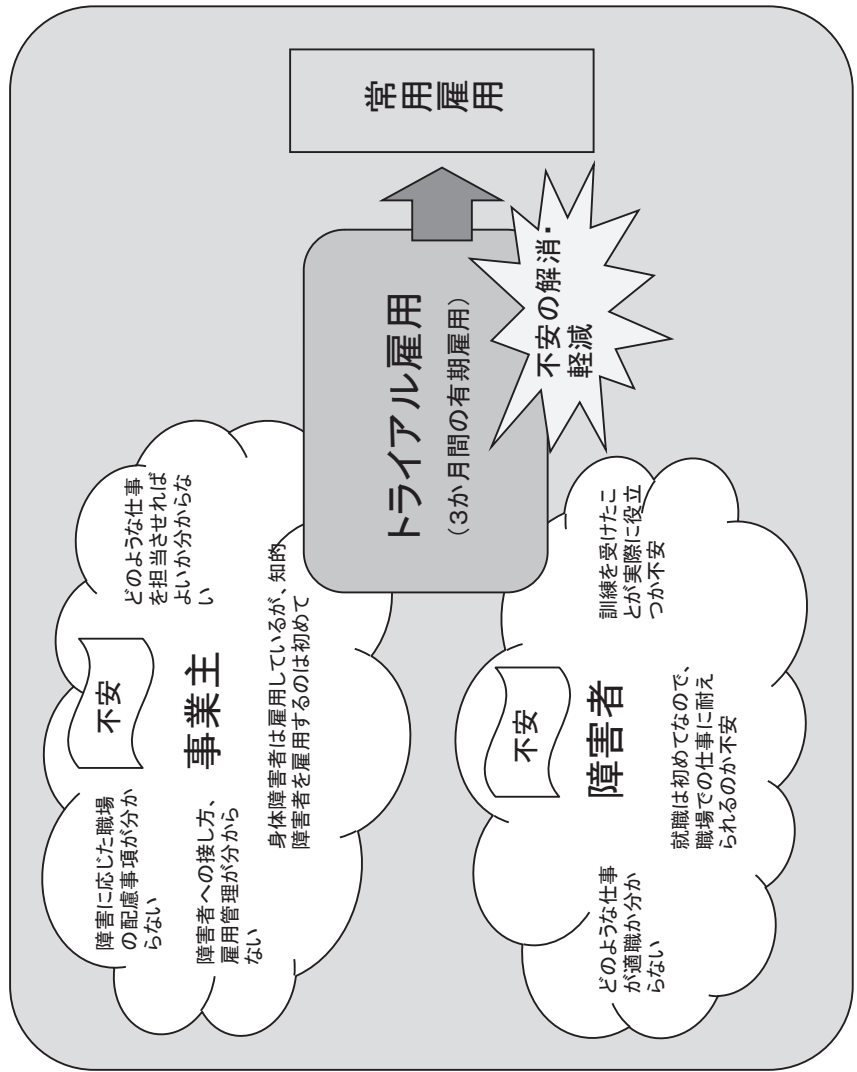
障害者就労に向けたハローワークを中心とした「チーム支援」

- 福祉施設等の利用者をはじめ、就職を希望する障害者一人ひとりに対して、ハローワーク職員（主担当）と福祉施設等の職員、市町村の職員等がチームを結成し、就職から職場定着まで一貫した支援を実施（平成18年度から実施）



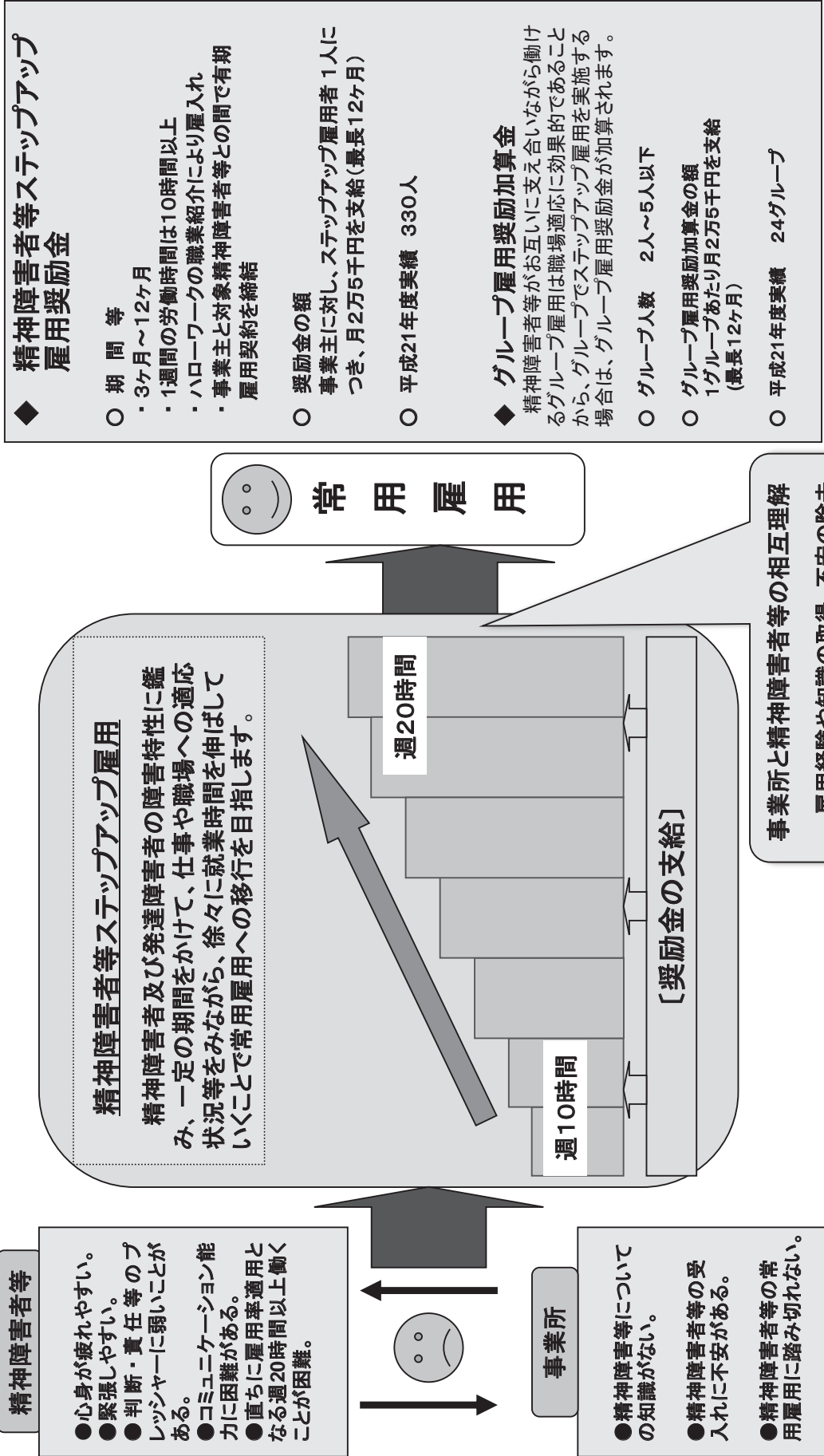
「トライアル雇用」による障害者雇用のきっかけづくり ～障害者試行雇用事業～

障害者雇用の取組が遅れている事業所では、障害者雇用の経験が乏しいために、障害者に合った職域開発、雇用管理等のノウハウがなく、障害者雇用に取り組み意欲があっても雇い入れることに躊躇する面もある。また、障害者の側でも、これまでの雇用就労経験が乏しいために、「どのような職種が向いているかが分からない」、「仕事に耐えられるだろうか」といった不安がある。このため、障害者を短期の試行雇用(トライアル雇用)の形で受け入れることにより、事業主の障害者雇用のきっかけをつくり、一般雇用への移行を促進することを目指す。



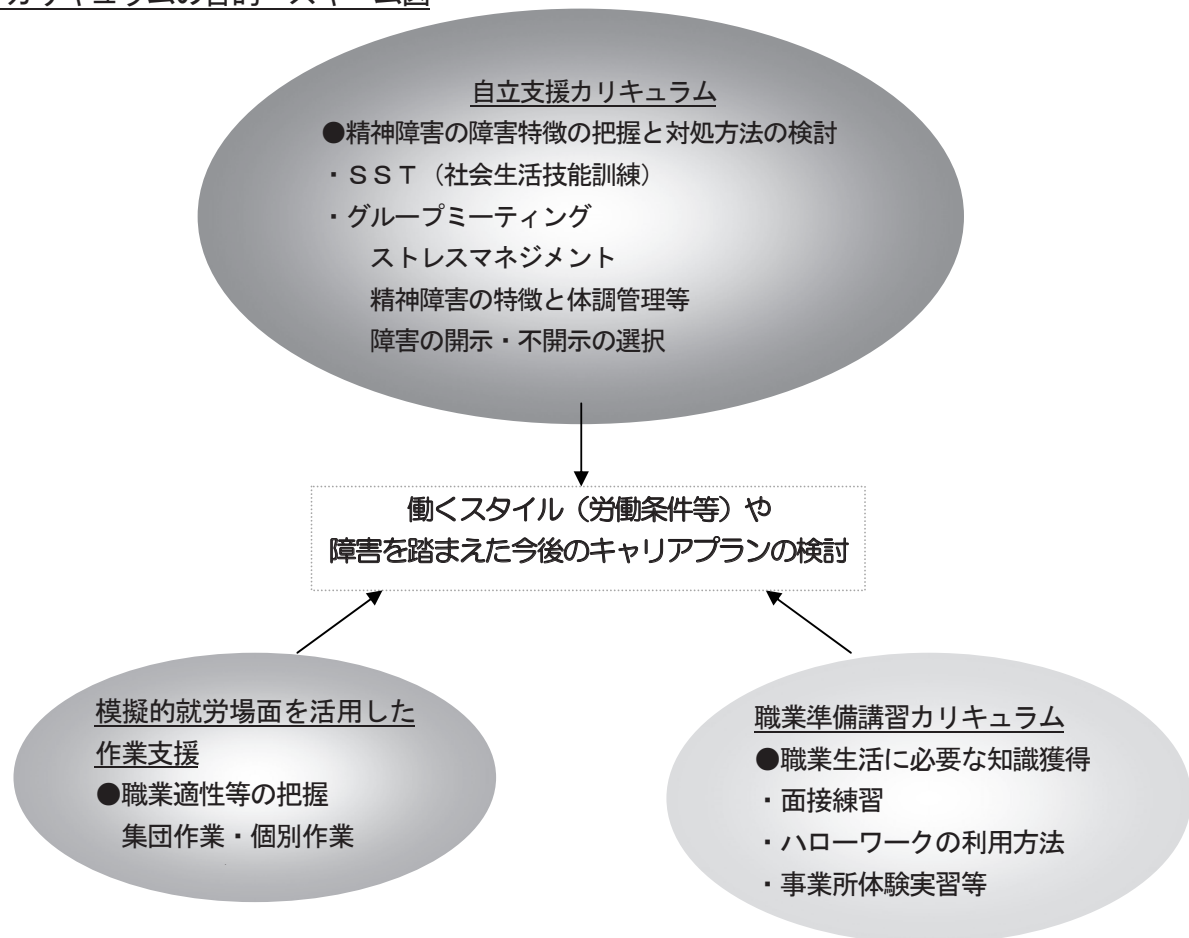
- 期間
3か月間を限度(ハローワークの職業紹介により、事業主と対象障害者との間で有期雇用契約を締結)
- 奨励金
事業主に対し、トライアル雇用者1人につき、月4万円を支給
- 対象者
9,500人(20年度)
9,500人(21年度)
9,000人(22年度)
- 実績(21年度)
開始者数 8,545人
常用雇用移行率 84.3%

「精神障害者等ステップアップ雇用」による常用雇用への移行の促進



職業準備支援（自立支援カリキュラム）について

1. カリキュラムの目的・スキーム図



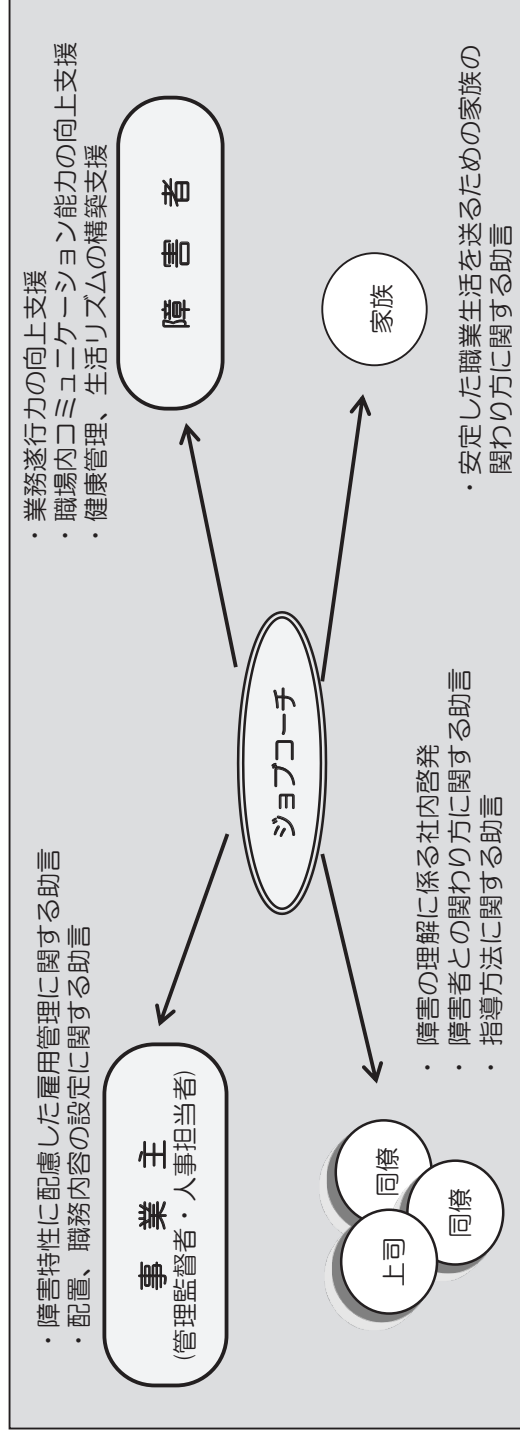
2. 具体的なテーマ設定

	職業準備講習カリキュラム	グループミーティング	S S T
1	事業主からの講話	自己紹介	相手をほめる・ほめ言葉を受け入れる
2	余暇の過ごし方	職業経験を話そう	勤務初日の挨拶をする
3	社会資源について	1か月の振り返り/カリキュラムを修了して	身体の不調を伝え休息や早退を申し出る
4	体調管理(精神科医の先生より)	悪化のサインとその要因	指示を受けて、分からないことを質問する
5	アロマセラピー	病気との上手な付き合い方	相手の頼みごとや誘いを断る
6	雇用制度・サービスについて	障害の開示/非開示での就労の長短	会話を始める
7	ビジネスマナー	ストレスマネジメント	会話を切り上げる・終わらせる
8	面接で予想される質問対応	息長く働くための求職条件	話したくない話題を避ける
9	面接の受け方と練習		人に頼みごとをする
10	履歴書の書き方について		報告する
11	模擬面接		注意や叱責に対応する
12	修了生からの話		フリーテーマ(利用者からの提案)
13	施設見学		
14	ハローワークの利用方法		
15	事業所体験実習		

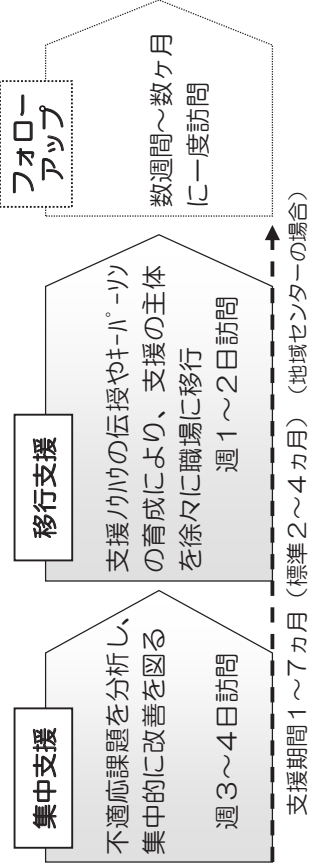
職場適応援助者(ジョブコーチ)による支援

- 障害者の職場適応を容易にするため、職場にジョブコーチを派遣し、
- ・ 障害者に対する業務遂行力やコミュニケーション能力の向上支援
 - ・ 事業主や同僚などに対する職務や職場環境の改善の助言を実施

◎支援内容



◎標準的な支援の流れ



◎ジョブコーチ配置数(23年3月末現在)

計1,142人

地域センターのジョブコーチ 306人
第1号ジョブコーチ (福祉施設型) 744人
第2号ジョブコーチ (事業所型) 92人

◎支援実績(22年度、地域センター)

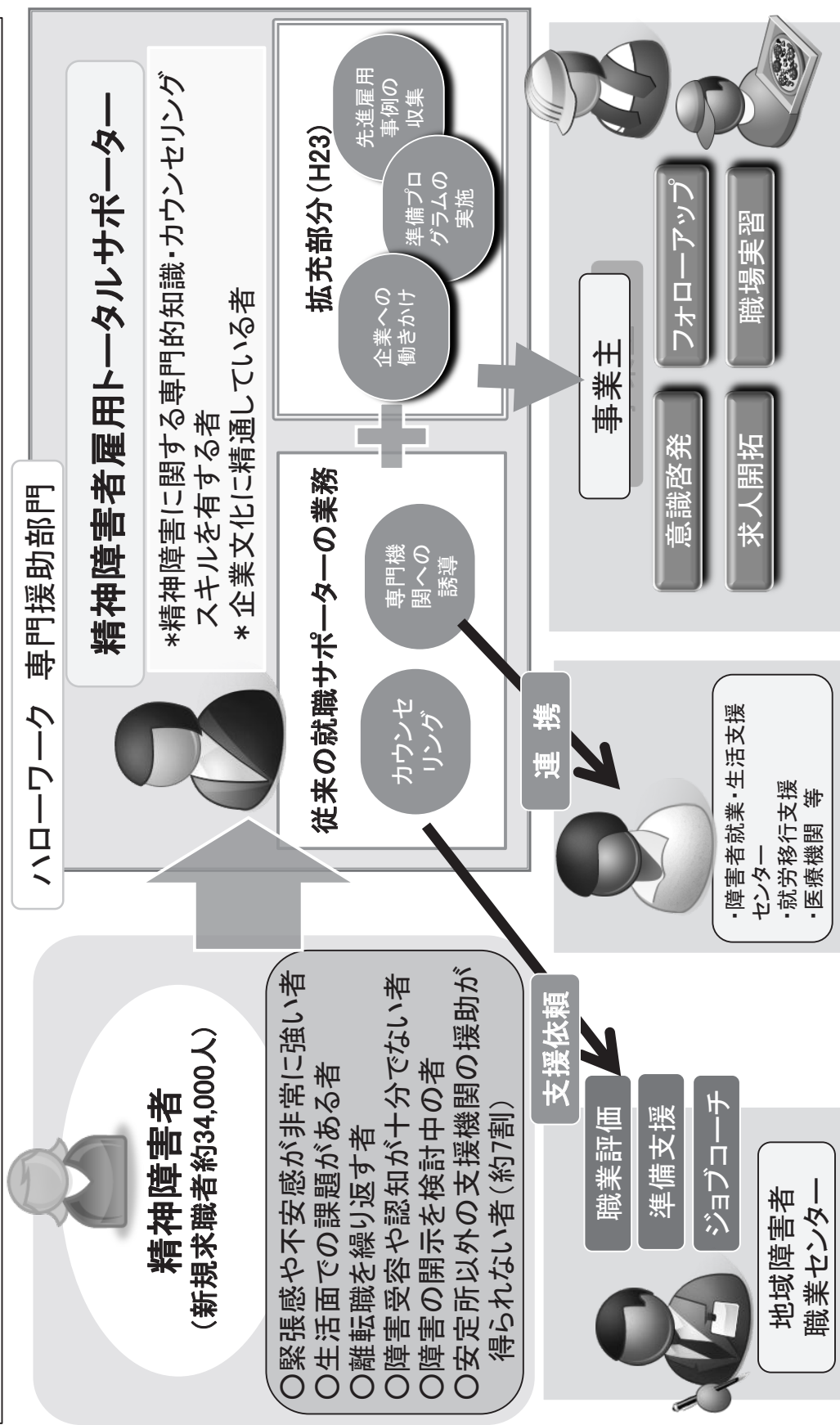
支援対象者数 3,302人
職場定着率(支援終了後6ヶ月) 87.6%

(支援終了後6ヵ月:21年10月～22年9月までの支援終了者の実績)

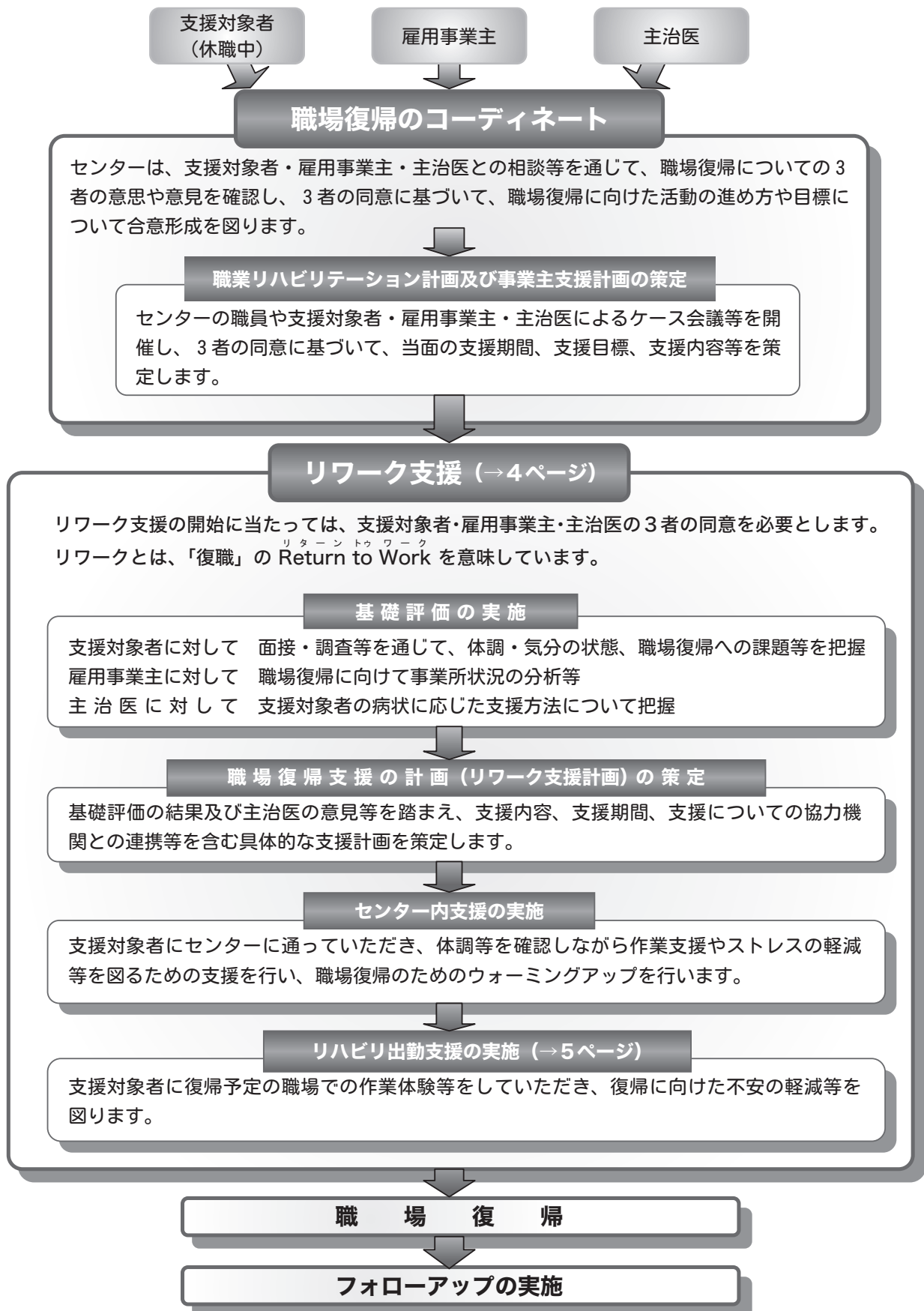
精神障害者雇用トータルサポーターの設置について

概要

精神障害者に対するカウンセリング等を行うため精神保健福祉士等の資格を有する精神障害者就職サポーターを配置してきたが、平成23年度から、従来のカウンセリング等の業務に加え精神障害者に関する企業の意識啓発、雇用事例の収集、職場の開拓、就職に向けた準備プログラムや職場実習の実施、就職後のフォローアップなどを行う精神障害者雇用トータルサポーターとしてハローワークに配置することにより、精神障害者に対する総合的かつ継続的な支援を行う。



職場復帰支援



リワーク支援

センターの専門の支援担当職員（障害者職業カウンセラーとリワークアシスタント）が雇用事業主・主治医と連携しながら、次の支援を行います。

支援の期間は対象者個々に設定しますが、標準的には12週～16週程度で、支援スケジュールを検討します。

雇用事業主に対して

- 職場復帰のための職務内容、労働条件等の設定に関する助言・援助
雇用事業主が設定する職務内容、業務量、当面の出勤ペース、就業時間等に関して、事業所状況の分析等を通じて助言・援助を行います。
- 職場復帰受け入れのための上司、同僚等の理解の促進に関する助言・援助
病気に関すること、職場復帰についての留意事項等の理解を促進するために、事業所内で講習会等を実施し、情報提供及び助言・援助を行います。
- 職場復帰後の支援対象者の状況把握や適切な対処方法に関する助言・援助
支援対象者の状況把握のポイント、状況に応じた指導方法等の雇用管理に関する事項について、リハビリ出勤支援等を通じて助言・援助を行います。
- 家族・主治医との連携に関する助言・援助
病気の再発防止、再発した場合の迅速な対応等を図るために、雇用事業主が定期的に、家族から家庭での状況、主治医から治療の状況等を把握するために必要な、家族及び主治医との連携方法について助言・援助を行います。

支援対象者に対して

- 生活リズムの構築及び通所等に必要な基礎的な体力の向上
計画的にセンターに通所し、作業課題、その他の講座を利用させていただくことによって、規則的な生活リズムの構築及び通所等に必要な基礎的な体力の向上を図ります。
- 作業遂行に必要な集中力、持続力等の向上
センター内での作業体験、リハビリ出勤支援における復帰予定の職場での作業体験等を行っていただくことによって、作業遂行に必要な持続力、集中力等の向上を図ります。
- ストレス場面での気分、体調の自己管理及び対人技能の習得
リラクゼーション、アサーショントレーニングの講習を利用させていただくことによって、職場等でのストレスによる心身の過緊張状態の軽減、場面に応じたコミュニケーション方法の習得等職場復帰に必要な対人対応力の向上を図ります。

リワーク支援を中止することがあります

病状の悪化等により支援を継続することが困難な場合には、センターの判断等で、リワーク支援を中止することがあります。

障害者就業・生活支援センター

業務の内容

就職を希望されている障害のある方、あるいは在職中の障害のある方が抱える課題に応じて、雇用及び福祉の関係機関との連携の下、就業支援担当者と生活支援担当者が協力して、就業面及び生活面の一体的な支援を実施します。

＜就業面での支援＞

- 就業に関する相談支援
- ・ 就職に向けた準備支援（職業準備訓練、職場実習のあっせん）
- ・ 就職活動の支援
- ・ 職場定着に向けた支援

- 障害のある方それぞれの障害特性を踏まえた雇用管理についての事業所に対する助言

- 関係機関との連絡調整

＜生活面での支援＞

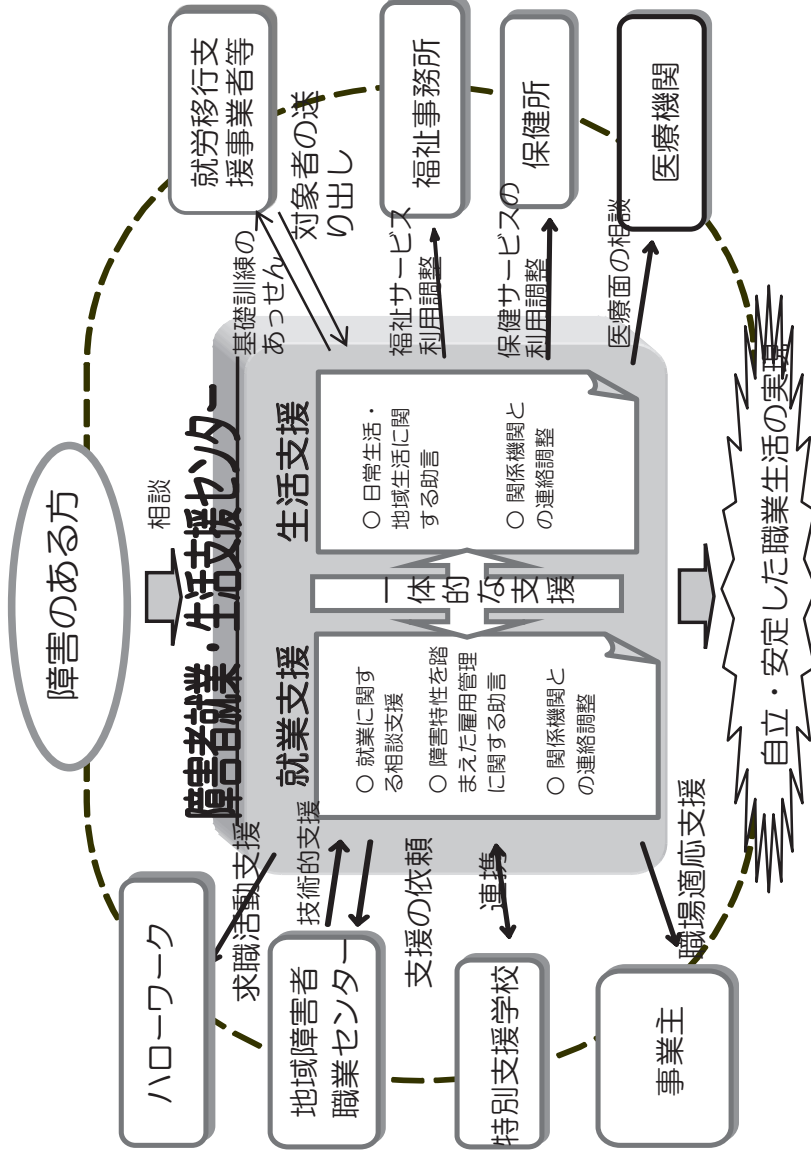
- 日常生活・地域生活に関する助言
- ・ 生活習慣の形成、健康管理、金銭管理等の日常生活の自己管理に関する助言
- ・ 住居、年金、余暇活動など地域生活、生活設計に関する助言
- 関係機関との連絡調整

設置箇所数

20年度 205センター
21年度 265センター

※平成21年4月現在で246センター

～就労支援機関の役割と連携～



医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての 調査研究委員会設置要綱

1 目的

近年、精神疾患の患者数が増加しており、かつ地域移行が進む中で、就労意欲のある精神障害者が増加している。医療機関に対しては、従来から労働行政において「医療機関等との連携によるジョブガイダンス事業」を実施するなど連携が推進されてきたところであり、昨今、就労支援に力を入れている医療機関が増えてきているものの、その実態は明らかになっていない。

このため、障害者職業総合センターでは、「医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究」（以下「本研究」という。）を実施し、医療機関における精神障害者の就労支援の実態を把握するとともに、今後のハローワークや地域障害者職業センター等との連携のあり方を検討していくこととしている。本研究の企画・運営に関し専門的な助言を得るため、「医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究委員会」（以下「研究委員会」という。）を設置するものとする。

2 内容

研究委員会は、次の事項について審議するものとする。

- イ 精神科医療の進歩による、精神障害者の就労可能性の拡大の最新の状況及び医療機関が実施している就労に向けた支援の現状認識に関すること。
- ロ 医療機関等における精神障害者の就労支援の実態の調査の企画と実施に関すること。
- ハ 医療機関等における精神障害者の就労支援の実態の調査結果の分析や考察に関すること。
- ニ 精神障害者の就労支援のための、医療機関や労働機関等の役割の明確化及び効果的な連携やチーム支援のあり方の提言に関すること。
- ホ その他、本研究の企画・運営に関し必要な事項に関すること。

3 運営

- (1) 研究委員会は、医療機関における精神障害者に対する就労支援に知見を有する専門家、支援機関、行政機関等から構成し、障害者職業総合センター研究主幹が委嘱するものとする。
- (2) 研究委員会の座長は、構成員の中から互選により選出する。
- (3) 研究委員会は、必要に応じて他の関係者の出席を求めることができる。
- (4) 研究委員会の事務局は、障害者職業総合センター社会的支援部門に置く。
- (5) 研究委員会の議事内容については、本研究の報告書に反映することとし、その成果は障害者職業総合センターに帰属するものとする。

4 設置期間等

委員会の設置期間は平成 23 年 6 月から平成 24 年 3 月 31 日までとする。委員の任期も同様とする。

資料 5

医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究委員会

議事

第1回研究委員会（平成23年6月17日（金） 15時30分～17時30分）

- (1) 研究委員会設置要綱について
- (2) 医療機関等における就労支援の現状認識について
- (3) 医療機関等での就労支援の実態の調査の枠組みについて
- (4) その他

第2回研究委員会（平成23年7月29日（金） 15時～17時30分）

- (1) アンケート調査要綱・調査票案について
- (2) 医療機関等のヒアリング調査について
- (3) その他

第3回研究委員会（平成24年1月27日（金） 15時～17時30分）

- (1) アンケート調査結果概要について
- (2) 報告書の内容について
- (3) ヒアリング調査について
- (4) 精神障害者の就労支援のための地域連携のあり方（提言）について

第4回研究委員会（平成24年3月23日（金） 14時～16時30分）

- (1) 報告書（案）について
 - ①第3回委員会での「報告書イメージ」からの修正・追加事項について
 - ②第5章「研究委員会における議論・提言」について
 - ③報告書の今後のとりまとめについて
- (2) その他

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ファイル等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/research/research.html>

著作権等について

視覚障害その他の理由で活字のままでは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」等を作成することを認めます。その際は下記までご連絡下さい。

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）を希望される時も、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

資料シリーズ No. 71

「医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究」


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
千葉県美浜区若葉 3-1-3
電話 043-297-9067
FAX 043-297-9057

発行日 2012年4月
印刷・製本 株式会社こくぼ

NIVR

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570

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。