

精神科デイケアと障害福祉サービスの連携による ワンストップ型就労支援

- 清澤 康伸 (医療法人社団宙麦会 ひだクリニック Employment Specialist)
- 新井 紀邦 (株式会社MARS 就労支援事業所co opus)
- 中田 健士 (株式会社MARS)
- 肥田 裕久 (医療法人社団宙麦会ひだクリニック)

1 はじめに

医療法人社団宙麦会は 2005 年にそれまで精神科の医療機関がなかった流山市にひだクリニックを開設し、地域密着型の医療サービスを提供している (2008 年法人化)。

流山市には精神がい害者の福祉施設が少なかったため、2009 年に株式会社 MARS を設立し、就労移行支援事業所、就労継続 A 型事業所、就労継続 B 型事業所、グループホームなどの障害福祉サービスを展開する。

2018 年 4 月より、それまでグループ個々で行っていた就労支援を一本化すべく医療サービスと福祉サービスを統合し、職場開拓から職場定着までを一本化して行う就労支援のサービス ROC CET を開始。

内閣府、厚生労働省が、『「福祉から雇用へ」推進 5 年計画』を平成 19 年に提言。その流れを汲み現在、内閣府、厚生労働省は、

- ・医療から雇用への流れを一層促進する (平成25年 9 月 27 日閣議決定、障害者基本計画 III-4-(3)-2)
- ・生活支援と就労支援、医療の支援の一体したモデル (平成26年 3 月 31 日厚生労働省告示第137号、障害者雇用対策基本方針第 2-4-2、第 4-5-2)
- ・医療機関における就労支援の取組・連携を促進するモデルの構築 (平成26年 3 月 31 日厚生労働省告示第137号、障害者雇用対策基本方針 第 4-5-4)

などといった一連の法律群により精神障害者の就労支援について医療機関によるその重要性が指摘されている。

平成 28 年 4 月障害者雇用促進法の改正の中では障害の医学モデルと社会モデルの統合が明記されており、平成 30 年障害者雇用対策基本方針では医療機関と公共職業安定所の連携による職場定着を含めた就労支援の取組を全国で実施し、企業に対する支援等のノウハウを蓄積するとともに、地域の他の医療機関においても取組を実施できるよう普及を図るとあり、これまでの「就労 (雇用)」から、「雇用継続」に重きを置いたものへと政策の検討が始まっており、医療機関における就労支援、職場定着支援への期待は大きなものとなっている。

2 ROC CET の概略

ROC CET とは Recovery Oriented Community Combined

Economy and Treatment の略であり、治療と経済活動を一体的に捉えたりカバリー思考型の就労支援のモデルである。



図 ROC CET の概略

ROC CET は宙麦会グループのサービスをフル活用し、第 1 段階ではひだクリニックデイケアにて自身の症状を理解するためにはえか式心理教育や J-CORES を用いた認知機能リハを 3 ヶ月間実施する。第 2 段階は就労を踏まえた基本的日常生活習慣を整えるため就労移行支援事業所や就労継続 A 型、B 型事業所を利用する (3 ヶ月から 6 ヶ月程度)。第 3 段階はデイケアにて就労してから必要となってくるセルフケア、セルフモニタリング、症状管理などの働くための土台作りである就労準備性の習得を目指す。第 3 段階途中から本人のニーズを踏まえた個別職場開拓を実施する。就労後は職場定着、キャリア支援、離職支援だけでなく企業が支援者なしでも将来的に雇用ができるよう企業支援なども行っていく。

従来のデイケア→移行→就労ではなく、デイケア→移行→デイケア→就労の流れの支援を行う理由としては、①就労を踏まえた基本的日常生活習慣の獲得はデイケアではなかなか難しいことから就労移行支援事業所にて獲得を目指す、②清澤の過去の経験より第 3 段階は基本的日常生活習慣を獲得した上で参加することで効果が高いこと、③精神障害は疾病と障害が併存しており就労後も症状のモニタリングや服薬調整など医療的支援が必要であり就労に向けた最終的な仕上げは医療のほうが良いのではないかと、④精神

障がい者の就労後のリスクは症状の揺れや悪化が大部分を締めており、そこにたいして早期に介入、対応できるのは医療の強みであると考えたからである。

スタッフは、主に就労系のプログラムの運営や職場開拓、就業後の企業調整などを行う就労支援チーム（訪問型職場適応援助者の資格や精神保健福祉士の資格を持つ）と認知機能リハを含めた治療的プログラムを行い、就業前後の生活支援をメインで行う定着支援（生活支援）チーム（作業療法士、心理士、看護師）の2チームを配置する。ROCET参加時よりこの2チームと精神科医師・看護師・心理療法士・作業療法士・精神保健福祉士の5職種から構成される専門的多職種チーム（Multi Disciplinary Team：以下「MDT」という。）が定期的に本人のニーズの汲み取り、支援計画の作成、進捗状況の確認をしていく。基本的には就業後の企業訪問は就労支援チームで行うが、場合により生活支援チームのスタッフが職場に赴いて支援を行うこともある。

3 ROCETの就労支援の概要

医療機関の強みを活かしたデイケア独自の就労支援のトレーニングや支援方法について検討、実行し『就労ができる』だけではなく本人が自己実現のために『働き続けることができる』土壌である就労準備性を作っていく。

ROCETでは就労後に必要とされるセルフケアやセルフモニタリング、働くことの意味など就労するためではなく就労してから必要となってくる事柄についてプログラム化し提供する。

表1 就労プログラム概略

<p>・週1回火曜日の午前中のみ</p> <p>・3ヶ月1クールのカール制</p> <p>・ワークブックを用いた講義+ワーク</p> <p>内容:雇用を継続していくためのスキルを育てる</p> <p>参加することでストレス負荷がかかる</p> <p>意図:技術よりも働き続けていくための気持ちを育てる</p> <p>ワークブックは企業(300社くらい)から聞き取った、精神障がい者が働くにあたって必要だと思う事を分析し、抽出された事象の中で般化できるものを内容に落とし込んだ(ワークブックは原則毎回更新)。</p> <p>*プログラムを修了してから就労支援が始まるわけではなく、プログラム開始と同時に個別支援開始</p>
--

表2 就労プログラムスケジュール

第1回	ガイダンス
第2回	自分を知る
第3回	精神疾患とは
第4回	リハビリ①
第5回	社会資源・社会制度について
第6回	リハビリ②
第7回	就労までにやっておくとよいこと①
第8回	リハビリ③
第9回	リハビリ④
第10回	就労までにやっておくとよいこと②
第11回	リハビリ⑤
第12回	企業見学
第13回	まとめ

4 定着支援の方法

(1) 本人支援

定期的なMDTとES、CMへの電話やメールでの定期報告。

(2) 企業支援

精神障がい者雇用についてのノウハウの提供とリスクマネジメント、リスクヘッジの説明と運用。キャリアアップについての調整など。

【連絡先】

清澤 康伸
 医療法人社団宙麦会
 ひだクリニック
 〒270-0163
 千葉県流山市南流山1-14-7
 TEL:04-7150-8145
 Mail : yasunobu.kiyosawa@gmail.com

精神症状の治療から定着支援までのサービスをワンストップで行う 就労支援システム「ROCCT」の実践報告

○新井 紀邦（株式会社MARS就労支援事業所co opus 管理者兼サービス管理責任者）
清澤 康伸（医療法人社団宙麦会 ひだクリニック）
中田 健士（株式会社MARS）
肥田 裕久（医療法人社団宙麦会 ひだクリニック）

1 はじめに

2005年、千葉県流山市に開設以来地域密着型の医療サービスを提供し続けているひだクリニックを中心とした医療法人社団宙麦会は、2018年4月より精神症状の治療から就労・定着支援までを法人内で行うという就労支援システム「ROCCT」をスタートさせた。このシステムの特徴は、①これまでは福祉事業所が主流であったが医療機関が就労支援を行うことで症状の対応がしやすくなること。②就労先は企業なので、企業のニーズをヒアリングした就労準備性を意識した就労サービスであること。③職場定着を前提とした段階的なキャリア構築を行うために職場開拓から求人を作っていくこと。以上3点であると考え、このシステムを実践していく中で、この3点が特徴であるからこそ、従来の支援のあり方を改めなくてはならないことに気がついた。「ROCCT」の実践報告をしていく中で、今後の精神障害者の就労支援のあり方を考えていきたい。

2 医療からの就労

精神障害者の就労というと、従来の支援では医療→福祉→ハローワーク利用→就労という流れであったが、このシステムでは医療→福祉→医療→就労という流れで支援を行っている。なぜデイケアからの就労なのか？ここが最初の疑問であった。

その答えは実際に「ROCCT」で企業支援と就労支援を行っている中であつた。精神障害者を雇用する企業にとって何が心配なのか。それは雇用した精神障害者が調子を崩した時にどう対処したらいいのかわからないという点であると考え。就労移行支援事業所などの福祉事業所でも対処についてのアドバイスなどは行っていたが、医学的な根拠ではなく、支援者の経験や過去の事例などによるものが多く、医学的な根拠に基づいたものは少なかったと考える。医学的な根拠に基づいて支援を行うことにより、企業との信頼関係は構築でき、安心して精神障害者を雇用できる環境が構築できるからである。職場定着においても、従来の支援では就労移行支援での定着支援が6か月、その後障害者就業・生活支援センターや障害者就労支援センターに引き継ぐか初めからこの機関で行うかであった。いずれにしても医療機関との連携は希薄であり、企業が支援者の

求めているものとのずれがあると考え。

また、表にあるように、国の方針として医療からの就労が望ましいと示されており、法的根拠もあることから今後精神障害者の就労支援に関しては医療からの就労が中心となってくると考えられる。

以上のことから医療から就労という形が利用者にとって、また企業にとって有効であることが言える。

表 法的根拠

・医療から雇用への流れを一層促進する (平成25年9月27日閣議決定、障害者基本計画 III-4-(3)-2)
・生活支援と就労支援、医療の支援の一体的なモデル (平成26年3月31日厚生労働省告示第137号、障害者雇用対策基本方針第2-4-2、第4-5-2)
・医療機関における就労支援の取組・連携を促進するモデルの構築 (平成26年3月31日厚生労働省告示第137号、障害者雇用対策基本方針 第4-5-4)

3 就労準備性を意識したサービス

精神障害者の就労支援において言われていることは、「自分のペースでやろう」「しっかり訓練できており、大丈夫です。」などの利用者もしくは支援者目線での支援ではないだろうか？支援者は、面接の場面などでは利用者の良い面、できている面を全面に出して企業にアピールしていることが多いが、果たして企業はそれを望んでいるのでしょうか？そこが二つ目の疑問であった。

このことを理解するきっかけになったたとえ話がある。ある家電量販店に買い物に行ったとしよう。目的の家電の前に立ち商品を眺めているとすかさず店員がやってきてあれやこれや商品の説明、他のメーカーとの比較など山ほどの情報を与えてくれる。しかし、ここで考えたい。その山ほどの情報の中で必要な情報はどのくらいあったのだろうか？時間をかけて聞くだけの価値があったのだろうか？

このことが就労支援にも当てはまるのではないだろうか？企業はたとえ話でいうとお客さんである。支援者はお客さんである企業が欲しい情報を提供できればよいとこのたとえ話は示してくれている。利用者の立場から見れば、雇うのは企業であり、雇用される人材は企業が欲しい人材

ということになる。ならば利用者は企業が欲しい人材にならないければ就労ができないことになる。つまり、利用者が自分のペースでなら仕事ができるではなく、企業のペースでも仕事ができる、でなければ就労することは難しいということである。企業のペースで働くということは、多大なストレスを抱えるということであり、そのストレスからくる症状の対処を行うことで大きく調子を崩すことなく働き続けることができる。このことが就労準備性である。就労準備性とは、就労してから必要となってくる自分の障害特性の把握、セルフモニタリング、セルフケア、症状管理などの土台作りのことをいう。この就労準備性を整えていることこそが、企業が求めている人材となる大きい要素であると考えられる。この二つ目の疑問こそが支援者が支援のあり方、利用者が就労に臨む姿勢を変革させていく上での大きな障壁なのではないだろうか？しかし、この障壁を乗り越えた先に就労という大きな目的の達成があると考えられる。

4 職場開拓から求人を作る。

求人は企業が作るものというのは当たり前のことである。これを支援者側が作るとはどういうことなのか。そんなことが可能なのか？これが三つ目の疑問であった。

その答えは、ES (Employment Specialist) と共に職場開拓の現場を経験したことで明らかとなった。職場開拓とは、新規に働く場を作るということであるが、ただ仕事を作って利用者をそこに当て込むということではない。利用者個々に合わせた働き方や、就労後のステップアップも提案して企業及びハローワークと一緒に運用していくということであり、就労して終わりではなく就労後の雇用定着も併せて考えていくことも含めての職場開拓であるということであった。従来の就労支援ではハローワークの公開求人を使い利用者が応募する形式であるが、それだと利用者が求人に合わせていかなくてはならず、無理をして働き続けるということが起き、職場定着が難しくなってしまうこと、就労後のキャリアアップが難しく、それが離職の原因になってしまっていたことがあげられる。「ROCCET」が公開求人を使わずに職場開拓からの求人を使っての就労支援を行う理由はそれだけではない。

上記のリスクをクリアできる他に三つある。一つは手間と時間が節約できること、二つ目は情報が拡散せずに効率的にかつ集約的に対応できること。最後はリスクを早期発見早期対応ができることである。特に三つめが企業が支援機関に求めるものである。それが可能となるのもこのシステムがワンストップつまり一元的な支援であることに他ならない。利用者にとっては将来のステップアップも考えられるからこそ希望をもって就労活動にポジティブに臨んでいけると考える。

5 まとめ

この4月から「ROCCET」がスタートし、私もそこに就労担当として参加することになったが、今までの支援とは大きく違った支援のあり方であったために自分が今までやってきたやり方が否定されてしまった感覚に陥り、もしかすると自分はもう必要ではないのでは？とさえ考えるようになったこともあった。しかし、このシステムは国立精神・神経医療研究センターのデイケアでは成果を上げている。であるならきっと有効なものであるに違いない。自分のやりたかったことは精神障害者の就労支援であり、自分のやり方を貫くことではないと自分の考え方を切り替えた。ゼロからこの新しい就労支援システムを理解しようとするところから始まったのである。ESと共にこの新しいシステムを実践していく中で労務のことであったり、法律的根拠のことであったり、今まで自分がおざなりにしていたことがとても重要であることに気づかされた。何よりも自分自身が変わらなければならないことが一番重要かつ急務であった。

障害者雇用の算定基礎に精神障害者が加えられたことで法定雇用率が引き上げられたが、これを達成するには精神障害者を雇用しなければならないという状況の中で、より一層精神障害者の就労支援の充実が求められると考える。それには、この「ROCCET」を実践していく中で私が直面した疑問をどう理解していったかということが一つのヒントになるのではないかと。つまり、支援者が今までの支援のあり方を見直し変革していかなければならない、いわゆるパラダイムシフトをしていかなければこの先にさらに引き上げられる法定雇用率の達成が望めないと考えられる。過去は変えられないが未来と自分を変えられる、つまり支援者が変わることによって精神障害者の就労の未来が変わると考える。

【連絡先】

新井 紀邦
医療法人社団宙表会
株式会社MARS
就労支援事業所 co opus
〒270-0163
千葉県流山市南流山1-1-6 原ビルII 401
TEL:04-7157-4922
Mail : t-arai@soramugi.com

ハローワークによる精神科医療機関における 就労支援セミナー実施の取り組みについて

○藤井 克典（春日井公共職業安定所 専門援助部門 就職支援ナビゲーター）
泉 陽介（春日井公共職業安定所 専門援助部門）
須藤 将章（すどうストレスケアクリニック）

1 はじめに

ハローワーク春日井では、障がい者の就労支援のため、各関係機関とのチーム支援を積極的に行っている。近年では連携する機関が多岐に渡るようになったが、精神障がいや発達障がいの診断を受ける求職者が増加していることから、特に医療機関との連携の必要性が増してきている。

ハローワークに来所される精神障がいのある求職者は、少なからず対人関係に傷つき、疲れ、新しい仕事において対人要素を避ける傾向が強い。支援側はそれを、いま起きている障がい特性とみて、当面は人との関わりの少ない仕事を紹介することも多い。しかし社会で生きていく以上、人との関わりを永続的に避けることはできず、いつかは再び向き合わざるを得ない。

今回「すどうストレスケアクリニック」デイケアから職業講話の依頼を受けた際、セミナーを座学として受動的に聴講してもらうにとどまらず、「人との交流の楽しさ・温かさ」を少しでも感じて、その後の就職活動に活かしていただきたいと考え、エンカウンターグループ（以下「EG」という。）というグループワークの導入を試みた。その内容と成果を紹介する。

2 すどうストレスケアクリニックデイケアの取り組み

すどうストレスケアクリニックでは、就労支援専門のデイケアを併設しているのが特徴で、精神保健福祉士、臨床心理士、看護師、作業療法士などのスタッフにより、週5日午前と午後、各種プログラムが運営されている。利用者は約25名で、復職予定4割、就職予定6割である。プログラムの内容は、スポーツ、ヨガなどのリラクゼーション、コラージュなどの創作活動のほか、オフィスワーク、グループ討論、セミナーやSST（ソーシャルスキルトレーニング）など就労に直結するものが多く取り入れられている。

3 就労支援セミナーへのEGの導入について

EGとは、講師・デイケアスタッフ・対象者全員で円になって座り、温かく受容的な雰囲気の中で、お互いが同じ一人の人間として本音の交流を通じて、「他者の存在」と「自己の内面」に向き合い、そのありのままを受け容れていくプロセスである。その効果はグループの自発的で自然な動きの中で、「なすこと（発言・傾聴）」と「あること

（待つ・感じる）」などを通じて個々に体験される。

EGは通常、健常者を対象とするものであるため、デイケア利用者を対象とするには慎重な判断が必要だが、

- ・対象者は寛解が進んで社会復帰段階であること
- ・デイケアスタッフの了承とサポートが得られたこと
- ・講師がEGやファシリテーターの経験があること

から、一定の安全性は確保されており、実施可と判断した。

4 具体的な取り組み

セミナーは前半は講義、5分ほどの休憩を挟んで後半はEGという構成で、1か月に1回のペースで、3回にわたって実施した（表）。EG実施時には参加の自由を説明し、毎回ほぼ全員が参加した。対象者は23名ほどで、毎回概ね同じメンバー、デイケアスタッフと講師を合わせると、30名前後であった。講義時は教室形式、EG時は机を部屋の隅に片付けて、椅子だけを出して全員で円を作って実施した。円は第2回を除き全員でひとつの円とした。第2回は面接ロールプレイの関係から1グループ3名とした。

表 就労支援セミナー全3回（第1クール）の構成

	講義	EG
第1回 H29年10月	職務経歴書の書き方(30分)	自己紹介及び講師との自由な質疑応答が中心の「EG導入部」の実施(60分)
第2回 H29年11月	面接の受け方(10分)	3人1グループの面接ロールプレイと振り返りの「構成的EG」実施(45分)
第3回 H29年12月	職場におけるマナー(30分)	テーマ無しの「非構成的EG」の実施(60分)

EGの内容は表のとおりで、第1回では講師と参加者のやりとりが中心の「EG導入部」を実施、第2回では3人1グループでの面接ロールプレイ（課題）と、その振り返りという「構成的EG」を実施、第3回では課題も目的も、ファシリテーターからの指示もないロジャーズの「ベーシック（非構成的）EG」を実施し、徐々に内容を深めていった。ファシリテーターは講師が務め、事前に以下の3つのルールを設定した。

- ・一人が話しているときは、全員で最後まで聴くこと
- ・場を離れたくなったら、いつでも自由に離れてよい

- ・参加者個人に対する批判や非難は禁止

5 成果

(1) セミナー参加者にとっての効果

ア 一体感の共有

全員で円になっての双方向コミュニケーションのため、参加者同士の応答もあり、一体感を感じていただけた。

イ 場の空気を汲み取る練習

場の空気・雰囲気を感じて汲み取る練習ともなり、「ぜひまたやってみたい」と大変好評であった。

ウ 反響が大きかったEG

アンケートからは全体として「役に立った」が6割以上、「まあまあ役に立った」も含めると9割以上から支持された。「印象に残った内容は？」との問いには、EGとの答えが7割、講義が3割で、EGの方が反響が大きかった。

(2) ハローワークへの波及効果

同クリニック利用の精神障がい者（セミナー参加者やデイケア利用者に限らず）についてセミナー前後3か月間を調査した結果、下記のような広範な波及効果が確認できた。

ア ハローワークへの求職登録の促進

クリニック利用者全般のハローワークでの求職登録者数2.3倍増（3人→7人）で、利用の促進につながった。また医師やスタッフとの信頼関係が構築できた。

イ 就職活動の活性化

ハローワーク春日井を利用される精神障がい者の相談がセミナー前後で1.1倍に増加しているのに対し、同クリニック利用者では相談者数2.7倍増、相談件数3.3倍増、紹介件数3.4倍増、採用件数0→5件であった（図1～3）。

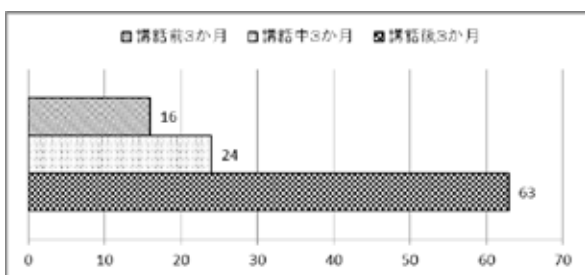


図1 当該病院利用の相談件数の変化

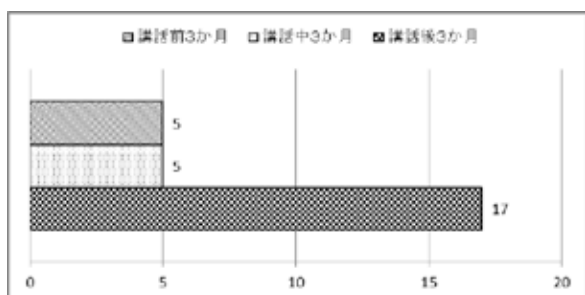


図2 当該病院利用の紹介件数の変化

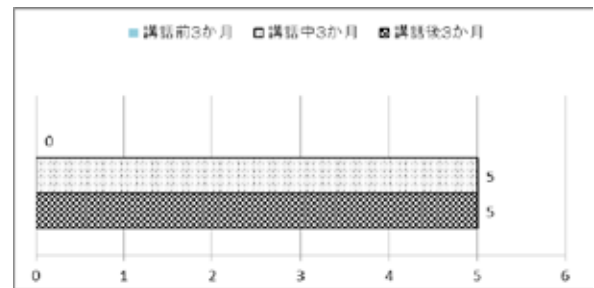


図3 当該病院利用の採用件数の変化

3回にわたるEGの展開では、第1回で講師と参加者のラポール形成ができ、第2回で参加者同士のリレーションが発展し、第3回の非構成的EGでは、長い沈黙の後にグループ全体が自発的にコミュニケーションの場として機能しようと動くまでになった。また、参加者の何人かに（共感や受容などによると思われる）涙を伴う癒しも起きた。

6 おわりに

今回のセミナーは、ハローワークの紹介就職実績という成果もあるが、一番の収穫は人間同士のこころの触れ合いやつながりを、個人同士のやりとりや参加者全員の一体感を感じるなどを通して、直接体感していただいたことだと思う。このことは参加者の表情や声、アンケート結果などからも推察できる。今回の体験は、参加者の今後の就職活動や採用後の定着に、特に対人面において何らかの形でプラスに働くことが期待される。このような試みに協力していただいたクリニック院長、デイケア関係者、そしてデイケア利用者の皆様に、この場を借りて心から感謝を申し上げます。

同クリニックでのハローワークの就労支援セミナーは、その後もEGを必要に応じて柔軟に組み入れる形で継続しており、平成30年8月現在において第3クールを迎えていることを申し添えて、結びとさせていただきます。

【参考文献】

- 1) H. カーシェンバウム/V. L. ヘンダーソン編：「ロジャーズ選集（下）」p.106-149, 誠信書房（2001）
- 2) 國分康孝・國分久子総編：「構成的グループエンカウンター事典」p.14-44, 図書文化社（2004）

効果的な就労支援のための 就労支援機関と精神科医療機関等との情報共有に関する研究①

～研究概要及び情報共有に資するツール～

○相澤 欽一（障害者職業総合センター 主任研究員）
武澤 友広（障害者職業総合センター）

本稿及び次稿は、「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等との情報共有に関する研究」（2017～2018年度）の中間報告である。本稿では、研究概要の説明と研究で開発中の情報共有に資するツール（以下「ツール」という。）の紹介を行う。

1 研究の背景と目的

医療機関は、就労支援機関（以下「支援機関」という。）が行う支援の前後を通じ精神障害のある人と関わっているため、支援機関は医療機関が行う治療等と無関係に支援を行うのではなく、医療機関との連携を意識して支援することが望まれる。しかし、双方の情報交換の仕方に焦点を当てた文献が乏しいため、障害者職業総合センターでは支援機関と医療機関の円滑な情報交換に資する視点や方法を収集・整理し¹⁾、双方が利用するマニュアル²⁾を作成した。

同研究で実施した調査では、収集された視点や方法は有用との評価を得たが、その一方、それらの普及やツールの開発が今後の課題であるとの指摘もあった。そこで、情報共有*の視点やスキルの普及方法の検討とツールの開発を目的として本研究を実施することとした。

*本研究では、安定した職業生活の継続に資するために本人・企業・関係者が情報共有するツールの開発と普及も検討することから、「情報交換」ではなく「情報共有」とした。

2 研究の方法

(1) 方法の概要

本研究は、①就労支援や医療の専門家、企業や精神障害のある当事者から構成する研究委員会における情報共有を進める視点やスキルを普及するための方法及びツールの検討→②情報共有を進める視点やスキルを普及するための介入（ツールの紹介含む。）を特定の地域（以下「実地調査地」という。）で実施し、介入の参加者から、介入に対する評価、介入前後の情報共有に関する行動の変化等を把握→③把握されたデータの検討やそれに基づくツールの修正等を行っている。

(2) 実地調査地での介入

先行研究¹⁾で、医療機関の敷居を高く感じる支援機関の職員が多いこと、個別事例で情報共有を円滑に行うためには組織同士の連携状況や地域の支援ネットワークの状況が影響してくることなどが把握されているため、情報共有

の視点やスキルを普及させるには、知識の付与に加え、地域事情を共有する場や支援機関と医療機関の双方で意見交換する場の設定が必要と考え、以下の介入をした。

- ① ツールの紹介を含む情報共有の視点や方法に関する研修講座→基本的な知識の付与。
- ② 実地調査地の支援機関・医療機関・企業などから情報共有の現状や課題を発言してもらうパネルディスカッション→参加者で地域事情を共有。
- ③ 参加者を小グループに分け、上記①②を踏まえた地域課題改善のための方策等を話し合うグループワーク→支援機関と医療機関の職員が同じグループで話し合うことによる（医療機関の敷居を高く感じるなどの）心理的抵抗の低減と地域ネットワークの構築に向けた検討。
- ④ 情報共有の実施状況や地域ネットワーク構築に向けた取組の確認や課題を検討するフォローアップ（上記③の約3か月後及び10か月後に実施）→継続的な地域での検討。また、上記①～③の参加者に対し、各介入の評価を把握すると共に、質問紙の受け取り等に同意した者に対し、本研究の介入に対する評価、介入前後の情報共有行動の変化、ツールの使用状況等を把握することとした。

(3) 実地調査地の選定

研究協力が得られる可能性の高い医療機関のある地域を国立精神保健研究所から情報収集し、厚生労働省と協議した上で4か所のハローワーク管轄地域を選定し、ハローワーク等に研究協力の依頼をした。医療機関には国立精神保健研究所の協力を得て依頼した。また、障害者職業総合センターのHPで研究を周知し、参加者の募集を行った。

3 中間結果

(1) 参加者数と介入の評価

上記2(2)の①～③すべてに参加した者は支援機関49名、医療機関14名、一部に参加した者は支援機関82名、医療機関23名だった。それ以外に、企業等の参加者が25名いた。

参加者に対し、上記①～③の終了後に各介入が参考になったか4件法で尋ねたところ、「非常に参考になった」が、①88%、②78%、③82%だった。

(2) 質問紙の受取りに同意した者及び質問紙の回収率

支援機関と医療機関に所属する者のうち質問紙の受取りに同意した者は支援機関57名、医療機関17名、質問紙は介

入の直後と介入の約5か月後の2回実施し、回収率はそれぞれ支援機関74%、63%、医療機関88%、71%だった。

(3) 研究の介入の有効性に関する主観的評価

第2回調査で上記2(2)①～④の各介入が就労支援と医療の情報共有・連携の促進にどのくらい有効だったか尋ね、「非常に有効であった」①45%、②34%、③41%、④51%、「多少有効であった」①53%、②22%、③47%、④22%、「あまり有効でなかった」①2%、②27%、③12%、④27%の結果を得た。

4 開発中のツール紹介

本研究では以下のツール開発を進めている。研修講座等でツールを周知し、現在、その使用状況を把握中である。

(1) 支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文

医療機関に問合せをする際の連絡文作成に苦慮する支援機関の支援者もいる。このため、関係性が乏しい医療機関用（挨拶のみ）と関係性がある程度できている医療機関用（情報提供を依頼する）の2種類を作成した。

(2) 本人を介した情報共有を円滑にするためのメモ帳

本人を介して関係者が情報共有するのが一般的であるが、耳から入る情報の処理が苦手な人、体調が悪い人、不安が強く被害的に受け止める人などの場合、情報が適切に伝わらない可能性もある。このような場合、①支援機関で話し合った内容や医療機関に伝えるべき内容を本人が記載する、②記載内容を支援者が確認する、③事実と異なることが記載されていたら再度相談して修正する、④本人が医療機関を受診する際にメモを見せる、⑤必要に応じ医療機関でも同様のやりとりをする、⑥本人が支援機関にメモを見せる等により円滑に情報共有を進めるもので、特定のメモ帳があるわけではない。

(3) 「主治医等の意見書」の検討

ハローワークでは、職業相談等に資するため必要に応じ「主治医の意見書」を取得しているが、先行研究¹⁾で、複数の精神科医から就労に関し詳細な記載を求められる項目等は記載しにくいなどの指摘があったため、現行の「主治医の意見書」の一部を変更し、実地調査地のハローワークで試用してもらっており、効果等を分析する。

その主な変更点は、①現行の意見書にある「就労に関する事項」（労働習慣の確立の程度及び今後の見込み、作業の内容、環境、時間等の制限、就労可能な具体的就労場所・条件等を記載する欄）を、「就労支援や就職を考える際の留意点」（本人が力を発揮しやすい場面や周囲の人の望ましい関わり方、苦手な場面や調子を崩すきっかけ、調子を崩すときの注意サインや調子が悪化したときのサイン、調子を崩しそうなどの対処方法等）に変更したこと、②「就労支援や就職を考える際の留意点」の欄はPSW等医師以外の専門職も記載できるようにしたこと、③新たに

「ハローワークから医療機関に連絡する際の留意点（窓口となる担当者、連絡方法、都合の良い時間帯等）」を加えたことなどである。

(4) 安定した職業生活の継続に資するために本人・企業・関係者間で情報を共有するシート

障害のある本人が自分の状況について自らチェック（見える化）し、支援者や職場の人と一緒に確認することで、コミュニケーションを円滑にすると共に、適切なセルフケアやラインケア、支援機関の対応につなげることを目的としたシートである。

生活面（睡眠、食事、服薬等）、心身の状況（体調や意欲、疲労、注意サイン等）、体調を維持するための対処や工夫の実施状況、仕事内容や日中活動の状況、仕事や活動の目標達成の状況、相談ごとや困りごとの有無等について、A4版1枚に1～2週間分チェックできるようにしている。

生活面がポイントになる人、本人特有のサインがポイントになる人など「見える化」すべき項目の重要度が人によって異なるため、本人と相談しながら、シートのチェック項目は個別に設定する。状況が変われば情報共有すべきことも変化する可能性があるため、チェックすべき内容はその都度検討し必要に応じて変更する。

自身の体調変化に気づけず体調が悪化し仕事に影響が出る人、悩んでいても周囲の人からは元気にやっていると思われがちな自分の思いを伝えにくい人、周囲の人が困っていてもその様子に気づきにくい人などが主な対象である。また、障害者雇用の経験が乏しく、どのような対応をしたらよいか悩んでいる企業の場合は、上記の状況があまり見られない人でも、シートを利用してコミュニケーションを図ることで、経験の乏しい企業の不安を軽減し、適切な配慮を引き出す効果も期待できる。

本シートについては、研究委員会に加え、本シートの素案作成時に参考にしたSPIS³⁾やK-STEP⁴⁾の開発者等で構成されるツール検討部会でも検討を行っている。また、厚生労働省を通じて一部の障害者就業・生活支援センター等で試行的に活用されているため、実地調査地以外のデータも取得する予定である。

なお、本シートの参考例や暫定版の手引等は障害者職業総合センター研究部門のHP⁵⁾から取得できる。

【参考文献】

- 1) 障害者職業総合センター：就労支援機関と精神科医療機関の効果的な情報交換のあり方に関する研究（2017）
- 2) 障害者職業総合センター：就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル（2017）
- 3) <https://www.spis.jp/>
- 4) <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000065084.html>
- 5) <http://www.nivr.jeed.go.jp/chousa/seishinkairyouto201808.html>

【連絡先】

相澤 欽一
障害者職業総合センター
e-mail : Aizawa.Kinichi@jeed.or.jp

効果的な就労支援のための 就労支援機関と精神科医療機関等との情報共有に関する研究②

～地域の情報共有を促す介入の効果検証～

○武澤 友広（障害者職業総合センター 研究員）
相澤 欽一（障害者職業総合センター）

1 目的

障害者職業総合センターが実施している「効果的な就労支援のための就労支援機関と精神科医療機関等との情報共有に関する研究」の目的のひとつは、医療機関と就労支援機関（以下「支援機関」という。）の情報共有に資する視点や方法を効果的に普及するための介入方法を明らかにすることである。この目的を達成するため、本研究では介入の参加者が情報共有に資する行動（以下「情報共有行動」という。）をどのくらいの頻度で実施したかを介入前後で測定し、その変化を確認することで介入方法の効果検証を行った。本発表では介入が支援機関の職員の情報共有行動の実施に及ぼした効果の検証に関する中間報告を行う。

2 方法

(1) 介入

前稿の2(2)に記載したとおり。グループワークの約10か月後に2回目のフォローアップを実施したが、本発表で報告する情報共有行動の実施頻度の測定はその前に実施した。研修講座、パネルディスカッション及びグループワークは2017年7月―9月に実施し、1回目のフォローアップは2017年10月―2018年1月に実施した。

(2) 調査協力者

4か所の地域で実施した研修講座、パネルディスカッション、グループワーク、フォローアップのいずれか（複数参加可）に参加した者のうち、研究担当者から研究に関する説明及び倫理的配慮に関する説明を受けた上で質問紙の受け取りに同意した者とした。同意書を提出した支援機関の職員は57人であった。

(3) 調査時期

グループワークの約1週間後に第1回調査の質問紙を、約4―5か月後に第2回調査の質問紙をそれぞれ発送した。

(4) 調査内容

第1回調査では2017年5月31日以前から遡って半年間（回答者の所属機関が就労移行支援事業所または就労継続支援事業所の場合は1年間）の間に調査協力者が支援を実施し、おおまかな見立て（アセスメント）と今後の方向性を検討した者で、かつ医療機関を利用している者（以下「支援対象者」という。）のうち、情報共有行動（全23項目）を支援機関あるいは医療機関が実施した者の数（最大8人まで）を項目別に回答するよう求めた。ただし、地域

障害者職業センターのリワーク支援対象者は計上の対象から除くよう教示した。なお、同一の機関に複数の調査協力者が存在する場合は、代表1人が当該機関に所属する調査協力者の回答を集計して報告するよう求めた。

第2回調査も第1回調査と同様に情報共有行動の頻度を測定した。ただし、年度変わりの人事異動の影響を考慮し、支援対象者の選定対象期間をグループワーク実施後から約3―5か月間に変更し、情報共有行動の確認期間を約4か月半―6か月に指定した。

情報共有行動の項目は大別して「医療機関からの情報提供」（例：本人が貴機関を利用する際、医療機関の職員が同行してきた）、「支援対象者が利用している医療機関に関する情報収集」（例：本人が利用している医療機関や治療に関する情報を把握した）、「医療機関への問合せ」（例：本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せをした）、「医療機関から情報把握したあとの対応」（例：医療機関から提供された情報を本人と確認した）、「見立てや支援計画に関する医療機関との情報共有」（例：見立てや支援計画について、何らかの形で医療機関と相談した）、「問題が発生した場合の医療機関との協議」（例：貴機関の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議した）、「その他」（例：受診同行を行った）で構成した。

3 結果

(1) 回収率

調査票を配布した支援機関の職員のうち、第1回調査に回答したのは42人（回収率：73.7%）、第2回調査の当該質問項目に回答したのは30人（回収率：52.6%）であった。

(2) 情報共有行動の実施頻度

第1回調査と第2回調査ともに支援対象者数が1人以上であった21の就労支援機関の情報共有行動の実施率を項目別に算出した上で、機関全体の平均値及び標準誤差を算出した。なお、実施率は（項目で示した情報共有行動を実施した支援対象者数）／（項目で示した情報共有行動を実施しうる支援対象者の総数）×100で算出した。なお、調査項目によって支援対象者数が0人になる場合があるため、調査項目によって回答機関の数は異なる。

介入前後における実施率の変化が統計的に有意かどうかを調べるため、Shapiro-Wilk検定を実施し、正規性が認め

られた場合は項目別に対応のあるt検定を、正規性が認められなかった場合はWilcoxon符号付順位と検定を実施した。その結果、「本人の病気の状況や就労支援をする際の配慮事項等について医療機関に問合せの際、相談経過や確認したい事項を、事前に文書などで医療機関に伝えた」（以下「文書等による事前連絡」という。）（ $Z=2.67, p<.01, r=.69$ ）及び「貴機関の就労支援中に問題が発生した際、医療機関と協議した」（以下「問題発生時の協議」という。）（ $Z=2.37, p<.05, r=.90$ ）という2種類の情報共有行動について第2回調査時点の方が第1回調査時点よりも有意に実施率が高いことが認められた（図）。

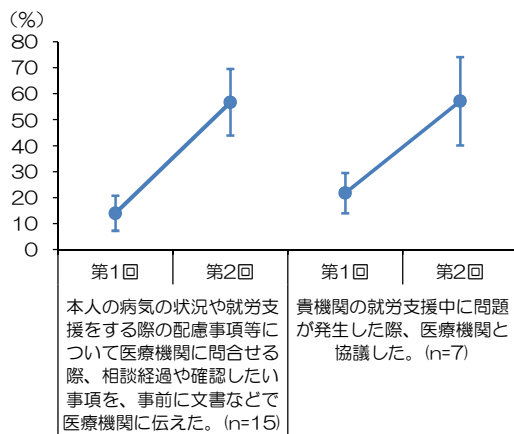


図 有意な実施率の変化が認められた情報共有行動の実施率の平均値及び標準偏差

4 考察

(1) 認められた介入効果

「文書等による事前連絡」と「問題発生時の協議」という情報共有行動の実施頻度が介入後に有意に高くなった。

介入効果が認められた原因を考える上で、まず、情報共有行動に対する支援者の認知を踏まえておく必要がある。第1回調査では情報共有行動の実施頻度とは別に、提示した情報共有行動の中で実行しにくいものがあれば挙げてもらった上でその理由を自由記述で回答してもらっていた。その結果、28名中10名が「支援機関の業務の多忙さ」（例：文書作成の時間を確保することが難しい）もしくは「医療機関の多忙さに対する配慮」（例：医療機関側が多忙ということもあり、日常的に情報交換をするのは難しいと思える）を「情報共有行動を実行しにくい理由」として挙げていた。このことから情報共有行動は支援者から「負荷が高い行動」とであると認識されている可能性がある。

次に、このような負荷の高い情報共有行動が介入により促された背景を考える。まず、「文書等による事前連絡」が実施されやすくなった背景には、本介入で提供した「支援機関から医療機関への問合せ用の連絡文」（前稿を参照）が活用されることで医療機関への事前連絡に対する負荷が減った可能性を挙げることができる。「問題発生時の

協議」については、「問題発生」という状況が医療機関との連携の必要性が高く、そのような状況に遭遇した際に、介入で具体的な連携のノウハウを学習していたことが負荷の高い情報共有行動の実行を促した可能性がある。

また、介入による情報共有に関する変化を自由記述で回答してもらった結果「『医療機関の連携は敷居が高く難しい。一就労移行支援事業所が関与してもいいものだろうか』といった意識から『積極的に連携を図ってもよいのだ』という認識へと変わった。」といった認識の変化が報告されている。このような認識の変化が上記の情報共有行動の変化に影響した可能性も考えられる。

(2) 介入効果の検証に関する問題点

介入効果が認められた情報共有行動は23項目中2項目にとどまった。ただし、本研究には下記に示す問題点があるため、結果の解釈には慎重を期す必要がある。

ア 検定力の低さ

介入の効果量が小さい場合は標本数を多く確保しないと効果を正しく評価できない。本研究の場合、標本数が最も少ない項目で4、最も多くても21であり多いとはいえない。したがって、本研究で実施した介入の効果量が小さいものであったとすれば、十分な数の標本数を確保できなかったために介入効果を正しく検出できなかった可能性がある。

イ 第1回調査で情報共有行動の確認期間を指定していなかった

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

ウ 第2回調査における情報共有行動の確認期間が短かった

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

※支援対象者の選定対象期間及び質問紙の回収期間から算出

今後は上記の問題点を踏まえて、介入効果を正確に検出できる研究デザインを検討する必要がある。

【参考文献】

- 1) 障害者職業総合センター：就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル、障害者職業総合センター（2017）