

デイケア型就労支援モデル立ち上げの経緯と今後について

○関谷 俊幸（医療法人社団欣助会 吉祥寺病院 作業療法士）

石橋 亜希子・小野沢 貴子・清澤 康伸（医療法人社団欣助会 吉祥寺病院）

1 はじめに

医療法人社団欣助会 吉祥寺病院は1954年に開設した、東京都の調布市と三鷹市の境目にある精神科単科の病院である。医療的治療のみならず、社会的治療として「家族会」の導入や社会復帰センター（リハビリテーション）の設置など早くから行ってきた。また、入院治療では、精神科救急病棟（スーパー救急病棟）と精神科急性期治療棟を備え早期治療・早期介入を行っている。

デイケアでは、以前から就労を希望するメンバーに対しハローワーク（以下「HW」という。）同行や就労支援事業所への移行支援という形で就労支援を実施してきた。しかし、デイケア⇒就労支援事業所への流れの中で新たな人間関係の構築や評価など就労までに時間がかかり、モチベーションが低下するケースが多くみられた。また、就労移行事業所から就労するも、中々定着せず医療機関との連携もタイムリーに行えずデイケアを再利用するケースも少なくない。

その中で今回医療機関の強みを活かした『デイケア型ワンストップ就労支援プログラム』を立ち上げたので報告する。

2 立ち上げの経緯

厚生労働省が提言する『福祉、教育、医療から雇用への移行推進事業』の中において医療から雇用への流れが推進されている。

内閣府、厚生労働省が、『福祉から雇用へ推進5か年計画』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、

- ・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り組み・連携を促進するモデル構築（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）
- ・福祉、教育、医療等から雇用への一層の推進のために、HWや地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターを始めとする地域の関係機関が密接に連携して職場実習の推進や雇用前の雇入れ支援から雇用後の職場定着支援までの一貫した支援を実施する。

（平成30年3月 障害者基本計画 4-8-（1）-1）
の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。

また、平成27年度より「一部HWが、精神科医療機関とチームを組み、当該医療機関を利用する精神障害者の就労を支援するモデル事業を実施して、就労率70%の成果を上げている（全国厚生労働関係部局長会議 平成30年1月厚生労働省職業安定局より）」。

さらに、平成31年4月に日本医師会総合政策研究機構より発表された『日本の医療のグランドデザイン2030』の中で、「就労支援強化デイケアの確立が急務であり、デイケアにジョブコーチやEmployment Specialist（以下「ES」という。）を配置し、プログラムの開発、実施、精神障害者の可能性と希望の優先、就労企業確保、HW等関係機関との調整等により、就労強化の実現が可能であるとうたわれている（4-(6)-⑦-オより）。」

そして何よりも、当院デイケアを利用されている多くのメンバーが就労を希望している。

上記の流れを踏まえ、医療から雇用そして定着までを行う『デイケア型ワンストップ就労支援プログラム』を立ち上げることにした。

3 デイケア型ワンストップ就労支援プログラムの概要

(1) 本人への支援体制について

今回の立ち上げにあたり、今まで行ってきた『個別担当制』を見直し、主にプログラムの運営や職場開拓、就労後の企業調整などを行う『就労支援担当（ES）』を新たに配置した。また、生活基盤の調整や症状コントロールのためのストレスマネジメントを行う『生活支援担当のCase Manager（以下「CM」という。）』とチームを組み支援していく体制を構築した。

そして、このチームと精神科医師・看護師・公認心理師・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を汲み取り、支援計画の作成、進捗状況の確認、本人の症状をモニタリングしながら働き続けるための支援の強化を図った。

(2) 就労プログラムについて

就労プログラムでは、今までの居場所的な要素をなくし、意図的に負荷をかけ就労後に必要となるストレス対処スキル（職場・プライベート）・セルフケアやセルフモニタリングなどの自己管理能力・理解や働くことの意味・ポジティブな社交性など『就労ができる』ではなく本人の自己

実現のために『就労して働き続けることができる』ための就労準備性を意識したものとした。このメインプログラムと合わせ論理的思考を養う『ロジカルシンキング』、プレゼンテーション力・調べる力・協力して作業する力を養う『企業研究』の三つの柱で構成している。

表1 就労プログラム概略

・週1回木曜日の午前中のみ ・3ヶ月1クールのクローズプログラム ・ワークブックを用いた講義＋ワーク 内容：雇用を継続していくためのスキルを育てる 参加することでストレス負荷がかかる 意図：技術よりも働き続けていくための気持ちを育てる 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） *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

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	リカバリー①
第 5回	社会資源・社会制度について
第 6回	リカバリー②
第 7回	就労までにやっておくとよいこと①
第 8回	リカバリー③
第 9回	リカバリー④
第 10回	就労までにやっておくとよいこと②
第 11回	リカバリー⑤
第 12回	企業見学
第 13回	まとめ

(3) 職場開拓とマッチング

一般的にHWなどで公開されている求人の多くは個別化されたものではなく一般化されたもののため、障害者本人が求人に合わせてことになる。その結果、無理をして働くことも少なくなく勤務継続が難しくなることもある。

当院ではこれらを踏まえ、ESがHWと連携を取り職場

開拓から個別の求人を使い非公開求人にて支援を行っている。

(4) 企業支援について

会社の現状・障害者雇用のこれまでの取り組み・困ったこと・今後の方向性を伺い、過去の成功事例を含め企業が独自に雇用できるシステム・キャリア支援の提供やリスクマネジメント・リスクヘッジの説明と運用の提案を行う。

また、医療の強みである症状悪化時の早期対応支援について説明を行う。

4 まとめ

平成30年4月より精神障害者の雇用に関して法定雇用率の基礎対象となり、精神障害者の雇用はますます促進するとともに、医療から就労の流れもより一層求められてくる。

そんな中当院では今回新たにESを雇用し、7月よりデイケア型ワンストップ就労プログラムを立ち上げた。

今回本人への支援体制を見直しESとCMのチームにしたことで、支援の役割が明確になりまた、MDTを行うことで多面的な視点で本人の支援を行えたと考える。そして、CMの支援では障害でなく、ストレングスの視点へ目を向け本人の可能性を広げる関わりにシフトチェンジしていった。今回支援者が今までの行ってきた支援との変化に戸惑う一面もあり、支援者のパラダイムシフトが必要と感じている。そして、当院における就労支援の発展に向け、ESの人材育成が急務でありOJTを通じ企業のスピード感や企業の視点を意識した就労支援を学んでいく必要がある。

今後について、入院治療から就労を意識したかわりを病院全体で持ち、入院から退院・就労から定着まで切れ目のない支援の体制を構築していきたいと考えている。

【連絡先】

関谷 俊幸
医療法人社団欣慰会
吉祥寺病院
デイケア・ナイトケア室
〒182-0011
東京都調布市深大寺北町4-17-1
TEL: 042-452-8170 (直通)
e-mail: kichijo.jidcnc@gmail.com

医療機関における就労支援システムの構築 ～医療から社会参加へシームレスな支援を目指して～

○垂下 直樹（浜松市リハビリテーション病院 リハビリテーション部 作業療法士）

1 はじめに

当院で行っている就労支援の課題は、標準化かつ統一された支援体制が整っていないことである。そのため、入院リハビリから外来リハビリ、ボランティアや障害者雇用など資源はあるものの、各領域での連携は不十分であり担当スタッフの判断に委ねて解決することが多かった。

そこで今回は、新しく検討している当院独自の取り組みについて、事例を含めて紹介すると共に、今後の展望に関して報告する。

2 就労支援に対する当院での取り組み

当院では、就労・復職希望者に対して入院リハビリ・外来リハビリ・ボランティア制度・障害者雇用の取り組みがある。各領域における役割は以下の通りである。

(1) 入院リハビリ

- ・障害像の明確化
- ・日常生活活動（以下「ADL」という。）、手段的日常生活動作（以下「IADL」という。）の評価・訓練

(2) 外来リハビリ

- ・職業準備性の向上
- ・地域（相談支援事業所、障害者就業・生活支援センター等）との連携、企業との面談
- ・運転再開やバス利用等の通勤支援

(3) ボランティア

ア 目的

社会参加の場（外出する習慣づけや他者とのコミュニケーションを促進）

イ 枠組み

午前9:30～11:30、午後13:30～15:30までの2時間。土日祝日は除く平日5日間。曜日や参加日数は本人と相談。

ウ 作業内容

入院患者に渡す家屋情報用紙の折り込み（写真1）や、病棟から依頼されたテープカット（写真2）等があり、可能な範囲でその人の能力を確認しながら提供している。



写真1
家屋情報用紙の折り込み作業



写真2
テープカット

対象者は、リハビリ事務、清掃、通所リハビリ等に配属され、本人の適性にあった内容を業務として提供している。

3 事例1

前述の内の一人の経過を以下に紹介する。

【事例】50歳代女性

【診断名】脳梗塞、高次脳機能障害（失語、記憶障害）

【職業】ヨガのインストラクター

【経過】当院退院後、就労・運転再開を目的に外来リハビリを開始した。元の職場であるヨガ教室は閉じる方向であったため新たな社会参加の場が必要であった。そこで当院での雇用の話が浮上した。しかし、支援の中心となる部門が決まっておらず、OTと総務との連携に時間を要した。また、連携が上手く進まないことで、業務のマッチング前に部署が決まっている状態となり、対応は後手にまわる状況であった。半年程度調整の期間を必要とした後に、ジョブコーチの支援も受けて、現在は通所リハビリ部門の業務を行っている。

【主な業務】プリント類の印刷、PCでの入力作業、対象者の体温計測、マニュアルを見ながらストレッチの指導等多岐にわたる（写真3、4）。

【課題】支援を主導する部門が不確定であり、雇用までの見通しが立てづらかった。評価も不十分であり、雇用時の作業選択や、雇用後もジョブコーチに任せきりになるなど全体的に場当たりの支援となっていた。



写真3 訓練補助場面



写真4 事務作業

4 当院における課題

事例も含め、現状の課題は以下の点が挙げられる。

<システム面の課題>

- ① 各時期で個々に動いており、統一された体制がない
- ② どのような対象者をいつ、どこに支援を繋げるかなど評価を含めて一定の基準がない
- ③ H30年度の診療報酬・介護報酬の同時改定により、入院から外来への移行が複雑になっている
- ④ 障害者雇用から、一般雇用へのステップアップの不明確さ

(4) 障害者雇用

厚生労働省が定める、障害者雇用制度の枠組みでの雇用。2019年の7月現在、当院での障害者雇者は6名で雇用率は1.95%である。

<支援者教育に関する課題>

- ① 支援経験が少ないことによるスタッフのスキル不足
- ② 作業療法士（以下「OT」という。）が50名を超える現場での就労支援に対する認識の差

5 これからの支援体制について

上記の課題を踏まえ、現在システムを構築中である。また、それぞれの課題に対して次の取り組みを行っている。

(1) システム面の課題に対して

OT部門内で、就労支援のワーキンググループ(以下WG)を立ち上げており、まずはOT内で就労支援システムの流れを周知するためにフローチャートを作成した。

また、WGのメンバーを各病棟に一人ずつ配置している。目的は、就労を希望する人の見落としをなくすこと、各病棟での相談窓口となることである。他職種への周知・連携は引き続き検討課題である。

ボランティア制度に関しては、就労に向けた模擬的な作業も体験できるように院内から作業の切り出しを検討している。現在はリハビリ部門・外来看護部門から作業依頼を受けているが、今後はその他の部署にも理解を得て、作業を切り出していく必要がある。切り出された作業に段階付けて、ステップを作ることで、対象者のキャリアアップにも繋がることも考えている。

障害者雇用に関しては、当院で完結するのではなく、一般雇用へのステップアップの場としても検討しているが、評価を含む基準や、地域連携等、課題は多く検討を重ねていく必要がある。

(2) 支援者教育に関する課題

まずは外来へ移行された対象者の帰結先を入院スタッフへのフィードバックする取り組みを行っている。目的は入院中に想定した生活イメージと退院後の生活の違いに関して認識を深め、臨床に活かすことである。また、評価方法を統一化するために、作業評価として今年度から導入されたワークサンプル幕張版（以下「MWS」という。）を利用することを検討している。入院中に簡易版を実施し、問題点などを対象者と共有した上で申し送りに利用し、次の外来リハビリへシームレスな支援となることを期待している。

さらに、システム面・支援者教育面の共通の対策として年内に院内での勉強会を予定している。そこでは、就労支援に対する基本的な流れ、前述のフローチャートに関する説明や当院の課題を院内全体で共有することを目的としている。

6 事例2

次に紹介する事例は、今後新しく障害者雇用を考えている方である。

【事例】50歳代女性

【診断名】くも膜下出血(両側側頭葉から後頭葉にかけての出血)、複視、高次脳機能障害(失語・注意障害)

【職業】自営業(パルーンアート)

【経過】X年にくも膜下出血を発症。その後急性期・回復期を経て外来リハビリでOTと言語療法(以下「ST」という。)を40分×週1-2回実施。自宅での家事動作や、公共交通機関の利用等、目標が達成されたため当院ボランティアへ移行。ボランティアを継続していく中で、入院時より聞かれていた、「将来的に

は働きたい」といった希望を再確認し、当院の障害者雇用の話を提案。今後は、再度外来リハビリを開始して、まずは就労に向けたインテーク面接や、MWSでの作業評価等を行う予定となっている。

今までの課題も踏まえて、今後の支援は以下のように検討している。

- ① 院内へのシステムの周知活動(各部署との連携改善を目的に行う。)
- ② MWSでの作業評価(業務選択の参考基準に)
- ③ 業務とのマッチング(作業評価の結果を基にOTが中心となり検討)
- ④ ジョブコーチとの事例検討会(医療現場と雇用現場の視点の擦り合わせ)

7 今後の展望

今後は、入院から外来リハビリ、ボランティア、障害者雇用とスムーズに継続した支援が行えるシステムとなるために、今回挙げた以外にも下記の課題を検討する必要がある。

(1) 短期【全ての職種に就労支援を周知】

現在考えているシステムを運用していくために、総務や他の医療技術職等全ての職種に周知していくことが必要と考える。院内の研修会等を通してOT部門が就労支援に対しての中心的部門となることを目指したい。

(2) 中長期【院内の他職種連携】

就労支援への理解が進んだ際に、どの部署がどのような役割を果たすのかを明確にしていく。情報共有の仕組み等、まずは院内でスムーズな支援へと繋げていきたい。

(3) 長期【地域連携】

最終的には、当院独自のシステムと地域の支援機関がどのように関わっていくかが重要であると考えている。小川は、就労支援においては、関係機関が機能的に連携し、インテーク、アセスメント、職業紹介、マッチング、職場適応支援、職場定着支援の各プロセスが、一体的に進められることが理想である¹⁾。また、峯尾は、われわれ医療機関スタッフは、対象者に関する医学的情報を伝える際、対象者、企業、支援機関の通訳者であるという意識をもつ必要がある²⁾。と述べている。現在、医療機関で就労支援の取り組みを組織的に行っている報告も少なく、高次脳機能障害をはじめとして対象者の支援に難渋することも予測される。そのため、今後当院独自のシステムが地域と連携していくことで、医療と福祉の橋渡し役として機能していくことが望ましいと考える。

【参考文献】

- 1) 小川浩：制度と現状。総合リハ・43巻9号・867～872。2015年9月
- 2) 峯尾舞：医療機関における高次脳機能障害者および難病患者に対する雇用に向けた支援。OTジャーナルVol. 50 No. 5 2016年5月

【連絡先】

垂下 直樹

社会福祉法人聖隷福祉事業団

浜松市リハビリテーション病院 リハビリテーション部

e-mail : n-tareshita@sis.seirei.or.jp

障害者雇用の定着支援におけるダイアロジカルプラクティス

～聞くを大切に定着支援～

○後藤 智行（日本精神保健福祉士協会 発達障害プロジェクトチーム）

越智 勇次（障がい者就業・生活支援センターアイリス）

1 はじめに

発達障害支援において、重要なことは本人（発達障害を有している被支援者）のことをどれだけしっかりと知ることが出来るかということである。発達障害を理解するにあたり注意欠如多動性障害（以下「ADHD」という。）、自閉症スペクトラム症（以下「ASD」という。）、学習障害（以下「LD」という。）などの個別的な知識が一般的になっている。しかし、臨床においてADHDとASDの併発している状態が多く確認されるものの、一般的には個別的な症状や対応法しか広まっていない。

その為、一般的な知識においての対応で支援を行っていくと、対応が困難な場面が出てくる。いわゆる「困難ケース」と言われるものである。「困難ケース」を定義すれば、支援者が困難を感じているのであって、被支援者が困難な人間ではないということである。発達障害支援には、このような困難ケースと呼ばれるものが多く存在している。

就労支援においても同様に就職まではいくが、就労継続が困難なケースが少なくない。何故、そのようなことが起きるかという支援者を始め周囲の人間が、本人を知ろうとしないということである。

2 ダイアログとは

フィンランドで行われている対話的アプローチで、早期ダイアログ、アンテシペーションダイアログ（未来語りのダイアログ）、オープンダイアログという三つの有名なものがある。対話により様々なものを好転させていくという試みである。

3 ダイアログ実践を取り入れた理由

ダイアログ実践において重要なことは、「聞く」と「話す」を分けるということである。通常のコミュニケーションにおいては人の話を聞きながら、聞き手側は回答や次の質問を考えたり、自分の話す番になる時の為の言葉集めを行っている。このようなことを行っていると話し手の言葉を集中して「聞く」ということが出来なくなる。また、専門職教育におけるコミュニケーション技術も邪魔なものになってくることがある。意味のないオウム返しや相槌、話し手の意図にない言い換えなどが行われている。そして、共感をしようと一生懸命になり、支援者自身の価値観や経験に近づけ、個人的な解釈になってしまうことがある。発

達障害支援において、本人たちの感覚過敏やこだわりなどを上記のような状態で理解していくと、本人が意図しているものと支援者などが考えて理解しているつもりになっているものとの齟齬が大きくなってしまふ。

それらを防ぐために、「聞く」ということをしっかりと行っていく為、「（支援者が）話すために聞く」のではなく、「（支援者が）聞くために話す」というダイアログ実践を取り入れた。

4 ダイアログ実践の実際

今回、ダイアログ実践を取り入れたのは、ハローワークと行うモデル事業で行った。筆者が所属する医療機関とハローワーク、障害者就業・生活支援センターのスタッフとデイケア利用の患者が就職し、行った定着支援の場面である。対象の患者は、ADHDやASDの患者に行っている。

通常の定着支援の場面では、様々な人が無作為に今の課題や就労前に心配していた課題等について話し合いが行われていく。例えば、「遅刻はしていないか」「忘れ物はしていないか」「音などは気にならないか」などの、マイナス要素の話になることが多い。そして、支援者などが気にしている課題でミーティングが終始進み、本人が話をしたいことや気になっていることが話しづらくなったり、話すのを忘れてしまってミーティングが終わることが多かった。

ミーティング参加者は、本人、人事、現場の管理者、ハローワーク職員、障害者就業・生活支援センタースタッフ、筆者の6人であった。

ダイアログ実践を取り入れたミーティングの大きな流れは下記のようなになる

- ① 就業期間の中で良かったこと
- ② 心配していること
- ③ 本人が心配を軽くするためにできること
- ④ 誰がどのように助けると心配が軽くなるか

この流れを本人に聞き、他の参加者は黙って聞く。

その後、人事、現場の管理職に同様の質問をし、支援者側は聞くことに徹する。

次に支援者に、「一連の話を聞いてどの様に考えたか」を聞く。

そして最後に、本人に「今回の話をしてみてどうだったか」を聞いていく。

上記の様な流れで話を聞くことで、本人や職場のことをしっかりと聞くことが出来、知ることが出来る。

また、その後職場の方からの質問などは答える形を取っている。

5 考察

ダイアログ実践を取り入れたことで、本人が話しをしたいことを聞くことができ、支援者の解釈ではなく知ることができる。また、周囲の人間が、本人が何を感じ、何を考えているのかを知ることが出来る。知ることで、周囲の対応が取りやすくなり、本人や周りにとっての環境が安定する。また、本人も最後までしっかりと聞いてもらえるという安心を得ることで、考えて話をする事が出来、話し忘れが少なくなる。

定着支援において実践を通し考えたことは、リハビリテーションを行っている時と実際に働いている時では、本人の時間は動き、本人も変化している。まずは動いて変化している状態を知らなければならない。支援者の認識は、リハビリテーション場面で止まりそこからの話になるので、本人との認識に齟齬がうまれる。だからこそ、「聞く」ということを大切にする定着支援が求められる。

休職をきっかけに深まった本人と企業在籍型ジョブコーチとの信頼関係 ～本人・企業在籍型ジョブコーチ・同僚の変化～

○藤原 慎二（社会福祉法人阪神福祉事業団 企業在籍型職場適応援助者）
川津 孝行・中野 弘仁（社会福祉法人阪神福祉事業団）

1 社会福祉法人阪神福祉事業団

(1) 概要

阪神福祉事業団（以下「事業団」という。）は兵庫県の阪神間6市1町（尼崎市・西宮市・芦屋市・伊丹市・宝塚市・川西市・猪名川町）の地域住民の福祉の増進を図ることを目的として設立された社会福祉法人であり、障害者支援施設3ヵ所、障害児入所施設併設障害者支援施設1ヵ所、特別養護老人ホーム1ヵ所、救護施設1ヵ所、診療所、給食センターを運営している。

(2) 給食センター

セントラルキッチン方式で1回あたり約600食を一日12人の職員で調理し、刻み、荒刻み、ソフト食等利用者に合わせて加工し、食事を提供している。

2 採用時～休職前まで

(1) トライアル雇用期間

平成29年12月にA氏（精神障がい2級・男性・31歳）を給食センターでトライアル雇用にて受け入れをした。雇用前はグループホーム（以下「GH」という。）で生活をしながら、日中はGHを運営している法人の就労継続支援B型にて昼食調理の補助をしていたため、調理に慣れていた。トライアル雇用を始めて2週間ほど経過した時に、本人より「悪口が聞こえる」「あまり寝られない」等を話すことや、通勤時も眠気が強く、職場の最寄りバス停で降りられず乗り過ごすことがあった。

定期的に通院している精神科に企業在籍型ジョブコーチ（以下「JC」という。）も同行し通院すると、主治医から「本人の働く意欲が高く、働き続けながら調子を整えていくのが良い」との助言を受け、本人の状態を見ながら勤務時間の調整を行った。またGH世話人より本人の不調時のサイン（食欲がなくなる、睡眠時間が短くなる等）の情報を提供してもらい、本人の了承を得たJCと給食センターの役職者のみで共有した。

勤務前・勤務後の気分や、睡眠時間、服薬したかどうかを記入するチェックシートを作成し、出勤日にはJCとチェックシートを確認することを始める。

これらの支援を行うことで幻聴等もなくなり安定していき、トライアル雇用期間を延長し支援を継続していく。

(2) 本雇用期間

トライアル雇用を開始し6ヵ月が過ぎ、簡単な指示で完結することができ、わからない作業があれば、周りの職員に確認しながら作業ができるようになったことから、トラ

イアル雇用を終了し本雇用となる。

本雇用から4ヵ月を過ぎたある日のJCとの面談では、落ち着きがなくイライラとしていた。勤務が続き疲れのせいだと気に留めなかったが、翌週の面談でも同様であり、JCと職場の人間関係について話しをしていると目つきが鋭く、睨み、口調が荒くなり「（ケンカを）やるんか」と攻撃的になった。話題を変えて落ち着かせ帰宅させる。すぐにGHの世話人に連絡し報告をすると、世話人からは、GHの利用者間のトラブルから他の利用者にも、口調が荒く話すことがあったと報告を受けた。

JCに暴言を吐いた数週間後、本人を担当している相談員と電話をしていた際にも逆上し、その日は公休日にも関わらず、興奮した状態でわざわざ職場まで来て、暴言を繰り返してエスカレートしていった。その日のうちに相談員、JC、給食センターの上司とカンファレンスを開き、このままでは同僚への暴言等につながる恐れがあることから、GH世話人、主治医へ連絡を入れ、精神科へ通院するように本人を説得しJCも病院に向かう。主治医からは入院の指示が出たため、母親にも連絡し医療保護入院となった。

3 休職中

休職中は生活支援のサポートは相談員に任せ、相談員が本人の面会に行った後は、JCと給食センターの上司と情報共有を行った。この期間にこれまで支援の振り返りを行った。

(1) JCの振り返り

ア チェックシートを再確認

勤務前後に本人の状態を見るチェックシートをつけていたが、形式的になっており、本人の変化を見落としていることがわかった。入院前の2ヵ月程の平均睡眠時間が短時間になっていることや、ほとんど寝ずに出勤している日もあった（図）。

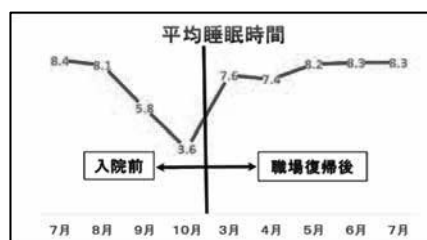


図 平均睡眠時間

また、本人よりコメントで「食欲がなくなっている」等の不調時のサインとも取れる記録があった。

イ 勤務時間・出勤日の変更

本人は入職時からフルタイムの働き方を望んでいたが、短時間（1日4時間）勤務から初め、職場・主治医と確認しながら、少しずつフルタイムへ近づくよう段階的に時間を延長したが、結果的に勤務時間が一定ではなくなり、本人への負担となった。

ウ 面談等支援全般について

面談時には精神面への影響を深く考えすぎ、言葉を選びながら話をし、気づいた事を伝えることが少なかった。

また、チェックリストに記載していることから、本人の変化を読み取ることができず、面談においても本音を聞き出すことができていなかった。本人にとって信頼できるJ Cではなかった。

(2) 職場の振り返り

本人の業務内容を見直し、業務中の集中力・作業スピード等が持続する時間はいつまでか。給食センターとして必要な時間帯は何時なのか。業務量は適切なのかをJ Cと共に検証した。

4 退院・職場復帰へ

入院し2ヵ月程経過すると、一定の生活リズムで過ごし、病院内での面談等を行うことで、攻撃的な言動は見られなくなり、病院からの外出・外泊も可能となった。相談員が本人に面会に行き、話をすると職場復帰を望んでいると報告を受けた。その後状態が安定したことで、約3ヵ月間の入院生活を終え退院となった。

退院後は復帰にあたりJ Cと本人とで面談を行う。入院前の暴言等を覚えており、「こう言っても大丈夫だろう」と自分なりに判断し、抑えながら発言をしたが、だんだん言動が抑えられなくなったと話す。もう給食センターに戻ることはできないと考えていると話していた。

J Cより、職場は本人の復帰を待っていることを伝え、職員には「状態の変化に気づくことができれば良かった」と言った職員、反対に攻撃的な態度を取っていたことで悪い印象を持っている職員の両者がいることも伝える。

「これまで積み上げてきた実績がマイナスになるため、もう入院はしたくない。給食センターで長く働きたい」と、本人の強い意志を確認したことで、J C・給食センターの上司とで復帰プランを作成する。

1ヵ月間のプランとし、「与えられた業務を確実にやり、同僚の信頼を回復させること」を目標設定し、本人と共有した。

前半の2週間はJ Cによる集中支援の時期として、業務中はJ Cも現場に入り、本人の様子を見守り、毎日業務終了後に面談と振り返りを行った。後半2週間は休職前の勤務条件に戻し、週5日勤務のうち、週2日・6.5時間、週3日・4時間とし、給食センターの役職者が中心となり、作業の見守り、勤務後は面談を行った。盛り付け数の間違

い等があったが大きなミスがなく、また、体力面に不安があったが、一つひとつの作業を集中して確実に取り組み問題なく乗り切り、雇用継続となった。勤務時間については、週5日・5時間としたことで、体力面も精神的にも余裕が生まれ、安定的に勤めることができている。

5 休職を経て見えてきたこと

(1) J Cの変化

これまでの支援内容について反省し、本人の変化に気づいた際には、些細な事でも隠さず伝えることとし、本人からもどのような事でも話をしてもらいたいと伝えた。

また、本人の要望・状態を重視するあまり支援が左右され、調整に迫られたことから、雇用主として求める条件と、本人の現状を把握し、ブレない視点を持って、双方のバランスが取れるよう支援する事を強く意識するようになった。

(2) 本人の変化

職場復帰の際には不安があったが、J Cが現場におり安心できたと話している。以前のJ Cとの面談では「特にない」と良く言っていたが、「気が重たい」等本人の様子、細かな感情の変化等を話すようになった。また、J Cと給食センターの役職者までに限定していた、不調時のサインを全職員に開示し、多くの人の目で見守って欲しいと言い、同僚を信頼し、支えを求め、少しずつ自己開示をするよう変化が見られた。

(3) 同僚の変化

本人が休職していた間、他の職員が代わりに作業をし、業務全体が慌ただしくなったことから、本人の必要性を実感した同僚が多かった。不調時のサインを全職員が理解することで本人の状態がわかり、安心して関わりを持つようになり、「もう入院させない」と本人の様子を気に掛け、声をかける職員が増えている。

6 定着に向けて

本人の休職を機に、それぞれが必要な存在であり、三者のどれも欠くことができない存在であることを実感した。お互いが支え合い、それぞれの考えや気づき、感情を共有することで、少しずつではあるが信頼関係が深まってきている。

今後は、服薬の有無の確認や睡眠時間の変動、表情、言動等、少しの変化も見落とさず、J C・本人・同僚、本人を取り巻く全ての人と情報を共有し、「入院しない（させない）、給食センターで長く働きたい」ことを共通の目標に定め、日々の支援を続けていく。

【連絡先】

社会福祉法人阪神福祉事業団 078-903-1661

E-mail fujiwara@nanaksua.or.jp (担当：藤原)

解離性同一性障害を抱える方の就労支援の実事例

～医療・チーム支援の必要性～

○岡本 由紀子（ハローワーク大和高田 精神障害者雇用トータルサポーター）

1 はじめに

解離性同一性障害とは「多重人格と呼ばれていたがDSM－VIで解離性同一性障害という診断名が採用された。近年の報告では多数の人格の症例がみられる。人格の交代が突然起こり、言葉つきや態度まで変わる。幼い人格、敵対する人格など様々で主人格は他の人格の記憶を持ってないことが多い。そのため日常生活に記憶が欠如した時間を体験することになる。背景の一つに幼少期の虐待が指摘されている。」

2 支援の実際

以下に実際の支援事例である2事例を報告したい。

表1 対象者の年代と支援期間

対象者	年代	支援期間
A子	20代	約6か月
B子	20代	約2年

表2 支援初期の病態

対象者	人格交代	人格数
A子	あり	主に3人の人格
B子	あり	主に5人の人格

表3 自傷行為と健忘の有無

対象者	健忘	自傷行為
A子	あり	あり
B子	あり	なし

表4 背景

対象者	かかりつけ	入院歴	家族
A子	あり	あり	なし
B子	なし	なし	祖父母兄弟

表5 当初の就労経験有無と経済状況

対象者	就労経験	経済状況
A子	あり	生活保護
B子	なし	祖父母の年金

表6 虐待の種類と相手

対象者	種類	相手
A子	主に性的	実父
B子	身体・心理	両親

表7 初期の相談：就労意欲と支援者の有無

対象者	就労意欲	支援者
A子	あり	行政・主治医
B子	不明	なし

表8 中盤の相談：就労意欲と支援者の有無

対象者	就労意欲	支援者
A子	あり	行政・主治医・デイケア・友人
B子	あり	主治医・心理・兄弟・ハローワーク

表9 支援結果（平成29年11月現在）

対象者	就労状況	医療	支援機関
A子	A型事業所	あり	あり
B子	A型事業所	あり	あり

表10 支援定着（令和元年8月現在）

対象者	就労状況	医療	支援機関
A子	B型事業所	あり	あり
B子	A型事業所	あり	あり

3 考察

A子は最初から病識があり、主治医と相談の上でハローワークに来所した。一人暮らしであり自傷行為もみられたが、支援機関等の相談者がいたことはA子にとって就労意欲を高めることができた要因と思われ就労経験があったこともその後の就労がスムーズに進んだ事例と言える。

結果的には一度目の就労後に入院したことで退職となったが、デイケアの相談員が支援者として増えたことは再チャレンジの要になったと思われる。

ハローワークの精神障害者雇用トータルサポーター（以下「サポーター」という。）もA型就労支援事業所の見学同行や面接同行、診察同席、生活保護のワーカーやデイケア相談員交えてのカンファレンスを適宜開催したことも医療を交えた就労チーム支援のポイントだと考える。A子の就労支援は「医療」を柱とした就職支援と言える。

一方B子においては、最初の面談時は就職が決まらないことへの不安が強いとハローワークの学卒部門からの紹介でサポーターに繋がり、B子自身も自身の病気に気づいてはいなかった。半年以上に及ぶ面談の中でB子から人格の相談を受けることになった。「実は、自分の中に人がいて」との発言だった。その後、慎重に就労の面談を重ねていく中でサポーター面談時に人格交代が起こるようになり、B子に対して医療の必要性を説明した。医療機関の情報提供の中でも心理のある医療機関情報を提供し、医療同行の運びとなった。

B子は自傷行為などではなく、解離性同一性障害の診断名はついたものの治療法は心理と月に一度の診察の方向になり、定期的に受診することが決まった。しかし、虐待発生の家庭で育っているB子が心の内を話せる相手が不在であり、数か月は家族に言えないままの通院となった。

この時点あたりから主治医から「就労により家族と過ごす時間が少なくなるならば」と福祉的就労の提案があり、再度医療同行を実施し、医師を交えて就労の方向性についてB子を交えて決定していった。

主治医からはいつでも家族への病状説明が可能であること、福祉的就労であれば問題ないという助言を受け、B子は妹に初めて病気の概要を自身で説明することができた。主治医より、心理への繋ぎの中でサポーター面談をいきなり切ってしまうことは心理的に負担になることから、病院の心理とのラポール形成ができるまで並行してサポーター面談を継続することはできないかと打診を受けた。終了前提であり、就労に必要な面談であれば問題ないことをB子と主治医に伝え、しばらくは医療の心理と並行する形での就労面談を継続した（連携を図りつつ）。現在は心理のみでサポーター面談は終了している。

一方、就労についてもB子自身から興味が示されA型就

労支援事業所へ見学・面接同行を実施、その後採用となり就労を開始した。現在は2か所目のA型就労支援事業所で定着できている。

事業所へも本人の定着支援と同様に定着支援を行い、解離性同一性障害の病気についての理解を促している。

最後に、B子のケースでは初期は医療に繋がっておらず、自身の中の違和感にとどまっていた所からの支援となったこと、同時に支援機関や相談者全くいなかったスタートから開始し、今では妹やA型就労支援事業所の指導員や主治医・心理という医療への相談ができる環境の整備ができたことは、就労という部分だけでなく、B子のこれからの人生にとって大きな転機となったことだろう。

今回のケースのようにハローワークには少なくとも幼少期に虐待を受け、解離性同一性障害という後天的な病を抱えた求職者が来所されるという現実が少なからずある。

以上のことから就労に対する強度の不安や何らかの背景がある場合は、対象者の就職支援という狭い視点にとどまらず、求職者の背景や全体像をしっかりと把握しながらの面談を行い、病気が潜む場合はしっかりと医療機関を軸にした支援機関とのチーム支援が重要であると考ええる。

【参考文献】

- 1) 田中信一：性的被害児の心理療法, 日本箱庭療法学会（学会発表2007）