

**特集** 新しい就労支援の取り組み

**第2章** 就労支援におけるプログラムの紹介・考察

# 失敗から学ぶ精神障害者の就労支援

鶴見隆彦, 久保田清子

抄録 就労支援の「失敗」経験を軸に、その経験も含め、就労支援上の重要なポイントや臨床上の工夫を述べた。就労支援の基本姿勢として、就労支援は当事者の「生きる」方向性を投影した支援でなくてはならない。具体的には临床上、就労支援にかかわるスタッフは、組織での日頃のスタッフミーティングの中で、対象者個々への支援の方向性を報告（自己開示）し、スタッフ自身の価値が優先される支援になっていないか他者評価を受け、支援の客観性を担保していることが原則である。就労支援においては、①就労の準備性支援、②マッチング支援、③継続性支援、④離職・転職支援など各段階の支援が必要であり、そのために失敗を防ぐ臨床上の工夫として、就労前の本人向け心理教育、就労支援マッチング時の提供職場と評価技術、就労継続のフォローアップ支援の必要性、離職及び転職時の支援の必要性がある。最後に、失敗事例を紹介し重要な支援上のポイントを提示した。

精神科臨床サービス 16: 388-393, 2016

キーワード 就労支援, 基本姿勢, 心理教育, アセスメント

## I. はじめに

筆者（鶴見）は昨年度から教育界に身を置くようになった。しかし、それまでは、川崎市リハビリテーション医療センター、いわゆる重装備型（医療から福祉・就労までの機能）の精神保健福祉センターでの臨床経験と、医療観察制度の中のケアマネージャーである社会復帰調整官としての横浜保護観察所・東京保護観察所での臨床経験を積み重ねてきた。

筆者の臨床を概観すると、公的機関での若年層から壮年期の統合失調症を中心とした地域でのリハビリテーション全般の臨床である。この臨床経験の中で、いくつかの就労支援の事例を重ねてきた。恥ずかしながら自己を振り返って吐露すると、

筆者の能力不足や未熟さから多くの支援上の失敗を重ねてきた。それは当事者の方に多大な迷惑をかけてきた歴史でもある。

本稿においては、その経緯の中で、自己の就労支援での「失敗」経験を自己開示し、その経験も含め筆者が学んだ重要なポイントや臨床上の工夫にふれたい。また事例を展開し、本稿が読者の方々の参考となり適切な支援につながっていくことを願い、筆をとった次第である。

## II. 就労支援の基本姿勢

現在の精神障害者の職業リハビリテーションは対象者の多様な働き方を支援する方向性で構築されようとしていると言えるであろう<sup>5)</sup>。また、その対象者への就労支援は当事者の「生きる」方向性を投影した支援でなくてはならない<sup>2)</sup>。本人の就労へのニーズがあっても、「あの人は具合悪くなると大変な人だから、この福祉的就労の場では

つるみ たかひこ, くぼた きよこ  
 湘南医療大学保健医療学部  
 [〒244-0806 神奈川県横浜市戸塚区上品濃 16-48]

いよ」など支援者の価値が優先され投影されるものであってはならないはずである。

これを現場レベルで考えると、就労支援を行うスタッフの支援の原則として、上記の本人の生き方を反映した多様性のある働き方が優先されるべき支援であること、また就労支援が本人のニーズや生き方を反映するものであり、支援者側の価値が優先されていないことが支援の原則であることを確認しておきたい。それは、具体的には臨床上、就労支援にかかわるスタッフは、組織での日頃のスタッフミーティングの中で、対象者個々への支援の方向性を報告（自己開示）し、スタッフ自身の価値が優先される支援になっていないか他者評価を受け、支援の客観性を担保していることが原則である。あるいは、スタッフ自身で、今行っている支援が対象者の生き方を投影したものであるかを自分自身で日々点検する姿勢があることが原則である。

この一連のことは、基本的なことで簡単そうに聞こえるかもしれないが、この日頃のスタッフミーティングの中で、対象者個々へのかかわり、かかわりの根拠となるスタッフ自身の考え、そして対象者の反応を、「日々正確に」、「報告や情報提供（自己開示型報告や情報提供）」を行い、「他者評価による支援の点検」がなされることは難しい。スタッフ自身の価値観との葛藤などから、正確に報告されず、支援者側の価値が優先される場面を、筆者はしばしば経験してきた。支援者はこの基本姿勢が構築されるよう日々真摯に自己と向き合う姿勢が要求されている。

### Ⅲ. 就労支援の失敗を概観

就労支援のスタッフは上記の基本姿勢を保持しながら、就労支援での方法論的には、「place - then - train モデル<sup>1)</sup>」を基本に、①就労の準備性支援、②マッチング支援、③継続性支援、④離職・転職支援など各段階の支援がある。

①準備性支援においては医療側も主体的に実施している場もあり、支援者側の職種も多様でありマンパワーも多いであろう。しかし②マッチング性支援、③継続性支援、④離職・転職支援と段階

が進むにつれ、支援者側のマンパワーが限られる傾向、あるいは支援機関の連携が複雑化することなどから、支援の即応性や多様な支援が実施しにくい構造があるのが現状であろう。またそれは、段階が進むにつれ、支援者1人にかかってくる役割や責任の重さが増大し、支援の困難性が増してくるのが現状である。ましてや、対象者が障害者就労を希望せず、一般就労（障害の非開示）を希望する場合には、より支援の継続性や困難性が増してくる構造がある。

これら就労支援においては、前述の①～④の各段階で支援の失敗は起こっているわけであるが、段階が進むにつれ支援の困難性や連携の困難性が増し、また、マンパワーの少なさから支援の即応性に欠けるなどのために当事者の病気の再発につながるケースが多いと筆者は感じている。リハビリテーション、本人のリカバリーの過程は、小さな失敗の積み重ねからの学習過程ともいえるが、再発を含む大きな失敗につながらないよう支援していくことが原則である。これらを概観すると、就労支援上の失敗は、②マッチング支援～④離職・転職支援の段階でより起こりやすいと筆者は考えている。

## Ⅳ. 失敗を防ぐ臨床上の工夫

前述のように、就労支援の段階が進むにつれ支援者側の支援の困難性が増し、そのことによって対象者本人の病気の再発を含む大きな失敗のリスクが増すという認識を示した。就労支援を行っていく上で、その失敗のリスクを減ずる手立てを支援者側が実施しておく必要がある。就労支援を実施していく上での前提ともいえるのであろう。以下の点は特に重要な要素と考えている。

### 1. 就労前の本人向け心理教育

就労する本人に向け、「①障害を抱えながら働くという意味、②就労と疾病との関係、③治療と就労との関係、④就労に関連する対処行動（具体的行動）、⑤離職時の対処行動、⑥就労時の再発予防」など、就労支援を行う側と本人が就労についての情報を共有し、その上で就労するための当

面の目標や対処行動について共通する考えに達しておく必要がある。

そのためには、前述の①～⑥のテーマ毎に、約60～90分程度のセッションで実施される構造化された就労に関する心理教育プログラムを実施する必要がある<sup>6)</sup>。その上で、就労に向けた心理教育プログラムを実施して終わりではなく、個別性に合わせた本人のニーズ・目標や、日々の対処行動、問題時等にとる対処行動が支援するスタッフと対象者間で具体的にイメージされ、両者で共有されていることが重要である<sup>4)</sup>。

特に、「就労する本人の動機・ニーズが就労する場と合致しているのか」、また「就労後の離職及び転職時の対処行動」については両者が共有化し、具体的に確認し合う必要がある。いわゆる、就労支援上での入口段階と出口段階での具体的なイメージや行動、その行動を起こすタイミング(時期や環境の変化)について共通の概念を持つことが重要である。

この段階は就労する上での準備性を高めるかわりであるが、デイケアや事業所においても実施しやすい支援プログラムであるので必ず実施すべきと考えている。

## 2. 就労支援マッチング時の提供職場と評価技術

就労支援を実施する上で、一つの課題はこの段階である。個々の対象者の準備性を高めたとしても、実際、対象者個々が望む職種や職場を個々に提供することは現実的に困難である。通常、支援者側がマッチング段階で実際に提供できる就労場面は、サービス業や製造業など、ある一つの職種形態になることが多い。

そのため実際の就労支援の場で何が起こってくるかという、就労支援者側は自己の手持ちの就労場面に対象者のニーズと合わなくとも、“当てはめていく”ことが起こりやすい構造が生まれてくるのである。就労支援者側も十分注意していることであるが、日常業務の繁忙さや習慣化から、対象者のニーズが優先されない現象が引き起こされる。前述の「Ⅱ. 就労支援の基本姿勢」でふれた、支援者が行ってはならないことが生じてしまうのである。

支援者側が確保している就労の場に当てはめられない努力をする必要がある。そのためには支援者側が提供できる就労場面は、試験的就労、過渡的雇用、継続的就労を含め、少しでも多くの就労形態や職種の就労の場を確保および提供する必要がある<sup>3)</sup>。就労支援スタッフは、新たな職種の就労場面を確保するためのいわゆる営業活動が日々の業務の範疇であるという認識を持って、日々の業務に取り組む姿勢が求められていると考えている。

またマッチング時の支援者側の評価技術、マッチングの技術力も求められている。端的に言えば、対象者個々の就労の能力を正確に評価・把握し、その対象者に合う職場、提供できる職場の中のどの役割の仕事が合うかをイメージできる支援技術が求められている。提供できる就労場面を順番に試すという方法ではなく、評価に基づく職場配置ができるかである。そのためには、作業能力を評価する技術や作業分析をする技術、当然、対象者個々のニーズを的確に把握する技術が前提として必要であると考えている。評価技術やマッチングの技術等の能力を上げていくのは、前述の「Ⅱ. 就労支援の基本姿勢」でふれた、日々のかかわりの自己開示と点検修正でしか、実践的能力は向上しない。

## 3. 就労継続のフォローアップ支援の必要性

就労の準備性を高め就労のマッチングも良好だった場合、福祉サービスである障害者総合支援制度での就労継続支援・就労移行支援での就労場面や、障害の非開示による一般就労時の就労場面において、ある一定期間就労継続することが予測される。その場合の就労継続に向けた継続的支援の必要性である。

特に一般就労の場合は、対象者への支援をするサービスや支援する制度がないため困難な環境がある。また福祉サービスでの就労場面においても、マッチング段階の両者に負荷のかかる状態からこの期は表面上の安定期に入るため、支援がおろそかになりがちである。一般就労も含め、可能な限り、定期的な接触による就労の微調整の支援が就労継続につながっていくことは言うまでもない。

一つの例として紹介するが、筆者が川崎市リハ

ピリテーション医療センター在籍時に学んだ「137方式」である。対象者が就労した場合（試験的・就労含め）の接触および支援の機会は、「1日目・3日目・7日目、1週間目・3週間目・7週間目、1ヵ月目・3ヵ月目・7ヵ月目、1年目・3年目・7年目」である。当然、時期はおおよそであるが、定期的・継続的な頻度での支援の必要性を明示している。また、支援内容も、なるべく本人の職場近くで、仕事帰りにファミレス等で、面接する。あるいは可能であれば、夜間電話連絡し、本人や家族からも状況を聞くなどし、支援を組み立てていく必要性を明示している。

#### 4. 離職および転職時の支援の必要性

前述までの支援を適切に行ったら、離職や転職はないというものではない。本人の能力不足やニーズに合わない職場、キャリアアップなど様々な理由で離職および転職を本人は迎える。筆者はこの段階はさらに支援が難しいと認識している。

一つは、支援側の問題である。この段階前の就労継続支援が先細り支援の傾向があるため、この段階での支援関係が希薄となっている構造がある。さらに転職となると、事業所が変わる可能性を含め、支援環境の変化が予測され、支援関係が切れたり、新たな関係性の構築時期であったり、支援が希薄である。

またもう一点として、本人側の問題として、離職および転職は誰にとっても大きなストレスであり、心理的に自己肯定感を失いやすい。多くの場合、本人は自分の能力が低いから、あるいは問題があるため離職・転職せざるを得ないという思いになりがちである。そのため、信頼できる支援者からの受容的な支持を含む心理的サポートが不可欠である。しかし支援関係が構造的に希薄な段階のため、本人を支える関係がないというミスマッチが起りやすく、そのため対象者は病気の再発のリスクが最も高い段階となっている。

就労を支援する側は、就労支援をする場合は離職と転職まで支援する責務があることを、就労支援開始時から念頭に入れておくべきである。仮に転職等で支援関係が変化する場合は、支援が引き継がれるまで責務があることを支援者は自覚すべ

きである。再発のリスクが高いこの段階は、支援の継続性が不可欠である。

## V. 失敗事例から学ぶ

### 1. 働く動機の確認・共有を怠った事例

20代の統合失調症のAさん。退院後デイケアに通い、順調に回復し、病状も安定傾向にあった。デイケアも安定的に通うことができ、本人および家族も回復を実感していた。当然この年代のライフワークや経済面からも就労が大きなテーマであるが、Aさんの目標も就労が目標と理解していた。また、デイケアの構造が訓練型デイケアのため、病状が安定してくれば就労の準備性を高めるプログラムやコースに進む流れがデイケア集団にはあった。またそういう訓練型デイケアから就労を目標にしていることを、本人・家族もデイケア導入期当初から表明していた。そういう意味で、支援者である筆者自身と本人は就労に向けて動いていくことを個別の面接等で共有していたつもりであった。

デイケア利用が約1年経過し、順調に就労ゼミなどの心理教育プログラムもこなし、短期（1～2日）の試験的・就労も経験し、それらの評価も良好であった。この順調な経過から過渡的雇用段階に移行した。本人・家族も喜んでいたが、就労初日から欠勤となり、自宅訪問し、本人・家族とニーズを確認し、デイケア利用を優先する方向となった。

この事例は、大卒であり知的レベルが高く、コミュニケーション能力も問題はなかった。筆者は本人の表現する「仕事をしたい」をそのまま信じ、精査しなかった点がニーズの共有ができなかった点につながった。初歩的な失敗である。内訳は、①大卒後の初就労での発病から、本人には「仕事＝発病」というトラウマがあった。②小学校から大学まで母親の願望をかなえる形で頑張ってきた経緯があり、デイケアのゆったりした時間と場で自己を取り戻していることを自覚し、デイケアで自分を取り戻し、主体的に生きていく方向を考えたいという希望であった。このまま働くことへの抵抗感、不安、母親に言い出せない関係、デイケ

アの仲間やスタッフにも当初から表明したことで言い出せなかったことが重なり、上記の経過となった。

デイケア導入期にスタッフミーティングにおいて、②のことは他スタッフから指摘されていた。「就労を少し後回しにして、自己の生きていく方向を主体的に考えることを支援すべき」という指摘であった。筆者の評価技術の低さと、対象者との信頼関係の構築能力の低さが要因とみている。働くという動機やニーズの確認を怠るという最も初歩的なミスである。しかし、筆者の私自身、その後も「働きたい」ことを強く表明した他の事例においても、本人の「働きたい」ことへの真のニーズの確認を怠る失敗を重ねた。意外に起こり得ることと思ひ紹介した。

## 2. 生活能力不足から就労継続が破綻した事例

30代の統合失調症、軽度の知的障害を持つBさん。退院後、母親との2人暮らしで、受動的であるが安定してデイケアに通っていた。生活は母親によって支えられていた。

デイケアで安定していることから、試験就労にトライし、さらに過渡的雇用も順調に推移した。そのため、継続的就労に移行した。継続的就労においても、定期的にフォローアップにおいて接触し、その中で「順調です」と表明していた。また会社側の評価も、「Bさんは、皆が嫌がる仕事にもまじめに取り組み、戦力になっている」と評価されていた。

その後も疾病開示による就労先であったことから、フォローアップを継続的に行っていた。経過から筆者自身が安心し、主に職場のことの変化を聞く程度になり、変化がなければBさんの好きなプロ野球のことなどの雑談をすることに終始していた。しかし、約1年半が経過した頃の面接で、汗臭く服も汚れている印象であったが、夏場だったこともあり気にならなかった。しかし次の週には職場から苦情が届き、あわてて職場訪問を行った。

結果的に、食事と服薬の乱れから症状が活発化し、その後入院となった。悪化の原因は、母親が夏風邪を拗らせ、約3週間前から食事と薬が自己

管理になっていた。本人は母親には「外食し薬は飲んでいる」と表明していたので、母親も気にかけていなかった。筆者自身は、本人の生活が母親の支えによって成り立っていることも評価し理解していたが、経過が順調だったことや母親が健康的だったこともあり母親の体調に注意が向けられていなかった。評価を総合すると、母親によって生活が成り立っていることを考えれば、母親の状況を定期的に把握するか、就労前にBさんの生活自己管理能力を向上させておく必要性があった。そういう意味で、生活ができて就労という基本的なことの生活把握ができていなかった。

## 3. 適切に離職・転職できなかったために悪化した事例

20代の統合失調症のCさん。発達障害の診断はついていなかったが、デイケアスタッフ間では固着傾向など発達的特徴を有するCさんだという評価があった。中学校時代から不登校があり、高校卒業後から自閉的な生活が続き、未就労であった。保健所の紹介でデイケア利用となったが、利用当初から「早く就労したい」という就労への焦りともとれる強い希望があった。家族側も経済的不安からか、「無理はしてほしくないが、本人が少しでも働いてくれば……」という考えであった。暗に本人に対する就労への圧力があった。

そのため、本人向け心理教育、家族向け心理教育を受講し、疾病と就労、再発予防等の考え方を共有した。

Cさんの就労への強い意欲に押される形で、試験的就労を経て、病気を開示しての製造業への就労を行った。3ヵ月ほど順調であったが、従業員から仕事のやり方について注意を受けてから、幻聴が出るようになり、食事や睡眠にも影響が出るようになった。

休息を取る間に、会社側（従業員）との調整など介入を図ったが、病状は改善されなかった。本人にはいったん退職し、体調を整えて新たな職場へのトライを勧めたが、「この職場しか、僕にはありません」と就労継続に固着した。結果的には同伴の受診時に休息入院となり、退職となった。

経過と結果から判断すれば、仕事が不適應の場

合の離職方法,あるいは転職方法,悪化時の対処行動,家族の対処行動など,前述した個別での具体的な行動の共有が十分できていなかった。特に引き返すタイミングと離職・転職への橋渡しのイメージの共有が,本人および家族も含めてできていなかった。筆者が就労開始前に基本的確認と共有を怠ったこと,また柔軟で適切な介入ができなかったことが大きく影響した。最終的に本人が不利益をこうむることとなった。

## VI. おわりに

本稿において,筆者の実践の中から,主に就労支援上の重要と思われるポイントや臨床上の工夫を展開した。また,恥ずかしながら,筆者の失敗事例を提示した。

振り返れば,なんと基本的なケアが筆者自身はできていなかったか,情けない限りである。当事者の方々にご迷惑を度々おかけしたことをお詫びしなければならない。失敗をその後の臨床に生かすことがスタッフの使命であるが,「この失敗を

臨床上十分生かしたか」も自信がないのが本音である。しかし本稿によって,また読者によって失敗が生かされることを切に願って筆をおさめたい。

## 文 献

- 1) Corrigan, P.W. : Place-then-train : An alternative service paradigm for persons with psychiatric disabilities. *Science and Practice*, 8 ; 334-339, 2001.
- 2) 香山明美 : Occupation を支援した事例 : A さんが生きることを支援する. *作業療法ジャーナル*, 43 ; 843-846, 2009.
- 3) 榎澤直美 : 就労支援の実際 : 試験的 就労・継続的 就労支援. *臨床作業療法*, 4 ; 486-492, 2008.
- 4) 榎澤直美 : 就労支援における作業療法の技術 : 障害特性を踏まえた就労計画の立て方 *精神障害について*. *作業療法ジャーナル*, 43 ; 776-780, 2009.
- 5) 松為信雄 : 職業リハビリテーションと多様な働き方. *作業療法ジャーナル*, 43 ; 670-681, 2009.
- 6) 鶴見隆彦 : 職業リハビリテーションにおける集団の活用. *精神科臨床サービス*, 3 ; 181-184, 2003.