

精神障害者の訪問型個別就労支援における職業評価の効果

立石 宏 昭

The impact of vocational evaluation on visiting work site for individuals with psychiatric disabilities

Hiroaki Tateishi

キーワード：職業評価 (vocational evaluation), 就労支援¹ (work support), 訪問型個別就労支援 (visiting work site for individuals)

要約：本研究は、精神障害者地域活動支援センターを中心とした既存の地域活動に、IPS プログラムを効果的に展開させるための示唆を得た実証的研究である。ここでは、利用者が仕事を探すとき、地域障害者職業センターによる職業評価を受けることで職業経験を肯定的に評価され、支援者は客観的な指標を得ることができた事例を用いる。そして、社会資源の少ない地方小都市で IPS プログラムの考え方を導入した訪問型個別就労支援の可能性を模索する。

1. はじめに

わが国の精神障害者の就労支援は、多様な方法で実践されているとは言い難い。就労支援の方法について先行する米国では、実証的な研究と実践の積み重ねから、重症の精神障害者を対象に「個別斡旋と計画 (IPS: Individual Placement and Support)」による就労支援プログラムが展開されている。これは、重い精神障害のある人に対する精神保健プログラムである「包括型地域生活支援プログラム (ACT: Assertive Community Treatment)」を踏まえながら援助付き雇用の方法を取り込み、利用者の就労へのニーズに応えるべく開発させたものである。そのため、重い症状の人、就労経験の乏しい人など、職業準備性が未確立の人を排除することなく、一般就労に関心を示す利用者が対象となる。その特徴は、「Place then Train」モデルを基本とした援助付き雇用の手法の延長上に位置づけられ、利用者の職業準備性を高めてから訓練を行うのではなく、現在のスキルや興味、そして固有の才能に適した仕事を探索する。もう

一つは、就労支援の専門家が医療保健分野の多職種によるチームアプローチのもと定期的なミーティングに参加し、利用者 と臨床チームとともに支援計画のなかで一般就労に到達するように支援することである。その IPS プログラムは次の 8 つの原則に依拠する。①リハビリテーションは、分離されたサービスというよりは、精神保健の治療・援助の統合された一つの構成要素と考えられる。② IPS の目標は、職業前訓練や福祉的就労、もしくは隔離された環境下での職業経験を 得ることではなく、統合された職場環境での一般雇用の実現である。③重い精神障害をもつ人たちは、職業準備訓練を受けることなしに、直接的に一般雇用に就き、そこで成功することができる。④職業的アセスメントは、人為的もしくは福祉的環境ではなく、一般雇用の場において継続して行われる、就労に基づいたアセスメントである。⑤継続・同行支援は、仕事に就いた後に設定されたある時点で終了するものではなく、個々人に 応じた期間、継続して行われる。⑥求職活動や障害の開示、職場での支援は、サービス提供者の判断ではなく、ク

ライエントの好みや選択に基づく。⑦IPS サービスは、精神保健治療・援助やリハビリテーションの環境において提供されるものではなく、地域の中で提供される。⑧分離された機関や援助システムにおいて平行して行われる介入ではなく、(IPSにおける)他職種チームが、職業サービスと臨床的サービス、支援サービスの統合を促進する(Beckerら2003:39-40)。

このようなIPSプログラムは、明確で簡潔な訓練マニュアル、フィデリティ(モデル適合度)尺度、そして訓練手続きを備えており、雇用支援の専門家が医療保健福祉分野の多職種チームに加わって活動することの利点については参考となる方策である。一方、IPSプログラムの導入は、既存の精神障害者を対象とする就労支援の体制を補完する要素が強く費用が多くかかる。Beckerら(2003:56)は、職業リハビリテーションサービスの少ない地域で、IPSプログラムを投入することは確かに費用の増大を招くものの、他方で、デイケアや福祉の作業所のプログラムに投入している膨大な経費をIPSプログラムに転換することにより、相対的な経費は削減するという。また、ClarkやLatimerによるとIPSプログラムの効果は、短期間の調査研究では明確な証拠を見出していないもののサービス費用の低下に結びつくものという。それゆえ、IPSプログラムの支援方法の効果を鑑みたとき、わが国の既存の制度やアプローチと並存させた多様な就労支援のメニューの一つとして検討する意義は高いと考えられる。

2. 研究目的

わが国における精神障害者の医療・福祉施設・機関の社会資源は、地域間格差が著しく一部の都市部で行われているIPSプログラムを地方小都市で導入することは困難と考えられる。そこで本研究では、IPSプログラムの考え方を導入しながら、社会資源の少ない地方小都市で実践可能な訪問型個別就労支援のあり方を見出す。また、訪問型個別就労支援における求職準

備段階、求職活動中、フォローアップの各ステージで、健康関連QOL(HRQOL:Health Related Quality of Life)の測定・評価を行い、利用者のQOLの変化も明らかにする。

3. 研究方法

(1) 訪問型個別就労支援チーム

① 訪問型個別就労支援チームの構成

本研究のフィールドである医療法人は、精神科病院、病院附属デイケアセンター、訪問看護ステーション、地域活動支援センター、生活訓練施設、グループホームを運営している。そこで、訪問型個別就労支援を行うために、地域活動支援センター内に訪問型個別就労支援チーム(以下、「就労支援チーム」という。)を設置した。支援者は、地域活動支援センターの精神保健福祉士3名および看護師2名、生活訓練施設から精神保健福祉士1名、訪問看護ステーションから看護師1名(兼任)の7名体制である。しかし、就労支援の経験者はまったくおらず、生活支援の経験者(3名)も3年以内の経験であった。そのために、就労支援チームに外部の就労支援専門家(スーパーバイザー)を加え、IPSプログラムの方法を取り入れることになった。

② 訪問型個別就労支援チームの状況

就労支援は、すべてアウトリーチで行うことを原則とし、その人の生活の場での相談支援を共通認識とした。そのため、就労相談(インタビュー、アセスメント、支援計画作成のケア会議など)を自宅および日中に過ごす場(デイケア、外来診察、小規模作業所など)で実施することにした。また、支援記録の整理は、支援履歴表と支援内容の双方からまとめることにした。支援履歴表は、初発時以降の学歴・入院歴・就業歴、支援センター登録時までの経歴を可能な限り一覧表にして記録した。また、支援内容は、①利用者に関する履歴(支援センター利用開始時の主訴、職業能力)②支援経過の時系列的な

内容など、記録を共有できるように様式を統一した。支援内容によっては必ずしも肯定的な帰結に至るとは限らないが、支援者の働きかけの内容が利用者にとどのような変化をもたらしたかを知るため、主観を含めすべて記録することにした。

③ 訪問型個別就労支援チームの特徴

生活支援を行ったことがある経験者は3人（いずれも3年以上）いるが、就労支援の経験者はだれもいなかった。そのために、就労支援チームに外部の就労支援専門家を加え、支援技術の指導と個別スーパービジョンおよびグループカンファレンスを月に2回を基本として実施した。個別スーパービジョンは、一人あたり30分行き、支援の振り返りと新たな気づき、燃え尽きの防止と意識の向上を図った。グループカンファレンスでは、全員で意見を出し合うことと、それに対する助言などを得ることでチームアプローチによる柔軟な対応ができることを目指した。また、スーパーバイザーを除いた日々の就労支援チームは、毎日ミーティングを行い、個々が担当している支援状況の報告と検討を繰り返し、共通認識を持つことでお互いを支える支援を行うようにした。

(2) 分析方法

就労支援の状況をステージ1（求職準備段階）、ステージ2（求職活動中）、ステージ3（フォローアップ）、その後は3ヶ月ごとに、健康関連QOLを測定・評価するための指標としてSF-36v2日本語版⁽¹⁾を用いた。この指標は、8つの健康概念である①身体機能（Physical functioning）PF、②日常役割機能（身体）（Role physical）RP、③身体の痛み（Bodily pain）BP、④全体的健康感（General health perceptions）GH、⑤活力（Vitality）VT、⑥社会生活機能（Social functioning）SF、⑦日常役割機能（精神）（Role emotional）RE、⑧心の健康（Mental health）MHの36項目から成り立っている。スコ

アリング方法は、36項目それぞれを素点として0～100点のスケールに換算し、国民標準値（norm-based scoring：NBS）⁽²⁾との偏差得点で解釈する方法（norm-based interpretation guideline）を行った。質問紙は、スタンダード版（振り返り期間が過去1ヵ月）を利用し、2人の支援者による他者評価と利用者との面接を通して共同評価を行うことにした。

なお、SF-36v2日本語版はNPO健康医療評価研究機構（iHope International）が申請受理、配布に関する業務を独占的に行う著作権者であるため、SFツール（質問紙（調査票）、スコアリングアルゴリズム、国民標準値など）の使用契約を済ませて実施した。

(3) 研究における倫理的配慮

研究対象者のエントリーにあたっては、文書および口頭で利用者に研究内容について丁寧に説明し、同意を得られた者のみを対象者とした。また、臨床スタッフは、看護師、精神保健福祉士などの資格を有しており、それに伴う当然の守秘義務を遵守するとともに、「臨床研究に関する指針」（平成15年7月30日厚生労働省）の研究倫理について遵守すべき事項を周知徹底させた。また、調査票および面接シートは、研究で知り得た個人情報には研究以外の目的では使用せず、外部に漏洩しないように細心の注意を払って厳重に管理した。また、個人名などの記載は避け、統一した研究用IDを設け匿名化し、研究が終了したと同時にシュレッダーによる紙面断裁などの方法により破棄した。そして、事例報告の形式で公表する場合には、個人が特定されないよう配慮するとともに、対象者の承諾を得るようにした。

4. 結 果

(1) 利用者

① 属性

年齢：36歳 性別：男性 病名：非定型精神病 障害者手帳：精神障害者保健福祉手帳2級

療育手帳申請中 障害年金：障害基礎年金2級
医療保険：家族 家族構成：父・母・叔父と同居

② 治療歴

X-27年（9歳）頃からけいれん発作が現れる。服薬により発作は抑制されていたが、X-23年（13歳）、副鼻腔炎手術のための入院を機に再び発作が起こる。精神科病院で診察を受けた結果、非定型の疑似発作が多く混在するが、脳波異常もなく解離性けいれんとして外来通院をしていた。しかし、学力の遅れと発作のため、ほとんど保健室登校となり、中学校卒業後は家業のみかん農業を手伝っていた。X-20年（16歳）、てんかん発作による救急搬送を機に総合病院脳外科に転院し、抗てんかん薬（3種）を処方される。X-6年（30歳）からは家業の手伝いと郵便局の配達アルバイトに従事する。

X-2年（34歳）、父が脳内出血で倒れてからは家業の経営が困難となる。その後、情緒不安定となり、幻覚妄想状態、興奮を呈し、心因反応が確認され医療保護入院となる。一時は保護室を使用するほどに不穏が強かったが2ヵ月で退院する。X-1年（35歳）、奇異言動、滅裂思考のため2度目の医療保護入院となる。隔離室使用からの治療開始であったが、同年度末には退院する。退院後デイケアを再開し訪問看護も定期的に行うことになるが、親しい人間関係が作れず孤立しがちで、外来や訪問看護では怠薬（抗てんかん薬と抗精神病薬）を注意される状態である。X年（36歳）、入院中に申請していた障害年金（病名は精神遅滞+心因反応）の受給は開始されるが家業のみかん農業は廃業となる。

③ 主訴

みかん農業の廃業ともない家業を手伝うこともなく、自分の居場所が無いようである。経済的にも余裕がなくなり一般就労を希望している。仕事は、販売、発注、運転手、事務などに興味も持っているが、就労経験は家業の手伝い

と郵便局の配達のアパートのみで、職種の適性や就きたい業種がよく解らないという。

(2) 職業評価による支援計画

利用者の希望する職種と支援内容・方法などを含む職業リハビリテーション計画を策定するため、地域障害者職業センターで職業評価を受けた。

その結果、①「身体的側面」は、身体機能として基本的な身体動作に大きな支障はない。みかん農業の作業でキャリアを頻繁に運んでいた経験から30kgの重量物を抱えることができ、自然に腰を落とすことができる。

②「精神的側面」は、知能検査のIQ値は64で言語性IQと動作性IQに有意な差は見られないが知的障害の範疇である。漢字テスト（小学校漢字）では読み取りに問題はないが書き取りが苦手である。また、性格・行動傾向では、対人緊張は強く多人数で行動することが苦手である。

③「社会的側面」は、身近な事柄の記入や基本的な会話は可能で、考えながらきちんと会話をすることができる。移動は公共交通機関の利用が可能であり、自動車や小型バイクを使った単独移動に問題はない。日常生活では、家事は母親任せであるが家電製品や電話の利用など身辺処理は自立している。

④「職業的側面」は、一度の指示で内容が理解でき一般的な作業における問題はない。披検態度は、非常に真面目で集中して作業に取り組んでいる。しかし、緊張しやすく小さなミスでも動揺し悪循環になる傾向がある。作業能力については、GATB（紙筆）の問題を素早く処理することに難はあるが、一問ずつしっかり考えながら回答すれば誤答は少ない。

・総合評価

中学卒業後20年間、家業のみかん農業に従事していることから、作業に対する持続性はあると考えられる。地域障害者職業センターでの職業評価の結果を見ても、仕分け作業は9割以

上、組み立て作業は7～8割のスピードがあり、落ち着いて行えば能率も上がり間違いも少ない。ただ、仕分けする種類が増えると判断が難しくなり配慮が必要となってくる。また、職業準備性や社会性は高いためIQの低さはカバーできるが、精神障害者としてよりも、レベルの高い知的障害者ということで求職活動をした方が受け入れられやすいという見方もある。利用者が思っているよりも職業能力は低くなく、困難な課題にもきちんと取り組む姿勢や真面目で温かな人柄はセールスポイントになる。基本的に穏やかな人柄であり、一般事業所での就労も可能だと思われる。しかし、みかんの運搬で体力も備わっているものの、家族とだけ働いてきた環境や一般的な就労体験の少なさから人見知りをする面が見受けられる。

(3) 就労支援

① ステージ1（就労準備段階）

X年12月上旬、ハローワークに療育手帳を申請中であることを伝え障害者求職登録を行い、求人票にあった小売店の青果係を紹介してもらう。すぐに、履歴書が必要になるがこれまでに書いたことはなく、就職面接も初体験ということで、個別SSTを利用し履歴書の書き方と面接の受け方の練習を行う。それと同時に支援者は、小売店の店長に利用者の紹介を行い3日間の就労体験の許可を得た。就労体験の時に、支援者がジョブコーチとして入る許可を得よう依頼したが断られたため、電話で仕事の様子を確認することになった。仕事は、野菜を2つ袋に入れテープで縛る機械に通し口を締めるといった分包装である。1日目、2日目は、解らないことは店長に質問し黙々と仕事をしているということであった。3日目には、店長から真面目に作業に取り組み、申し分ないという評価を受ける。しかし、ハローワークから数日後不採用の連絡が入る。小売店の店長に今回の結果のことを尋ねると、仕事を丁寧に行っていたことは評価するが、①利用者を指導する人員に余裕がないこと、

②一人で判断しなければならないときに自分でできないと困るという理由であった。

X+1年1月上旬、職場開拓のためにハローワークに同行し宿泊施設の紹介を受ける。すぐに、人事担当者の面接を受けた。利用者は、前ほど緊張しなかったというが、支援者から見ると表情も硬く、かなり緊張していたように見えた。その後、宿泊施設より不採用の連絡が入った。前回と同様に不採用の結果を尋ねると人柄に問題は無いが、接客業のスタッフとしては適性に欠けるという理由であった。

② ステージ2（求職活動中）

X+1年1月下旬、ハローワークへ同行し清掃会社の紹介を受ける。職務内容はショッピングセンターの駐車場清掃であった。面接には支援者も同行し、支援チームの体制やジョブコーチの役割について説明を行った。話し合いの結果、7:00から9:30まで勤務することになった。支援者は人事担当者の同意のもと、ジョブコーチとして利用者の不安の軽減と作業能力を確認するため、窓の拭き方やモップがけの指導を行った。また、職業評価で懸念されていた一人では難しいと思われた対人関係も、支援者がクッション役となることで上司や同僚に対し安心できる就労環境を整えることを心がけた。その後、週に1回の電話連絡に加え、月に一度のペースで職場と自宅の訪問を続けた。

③ ステージ3（フォローアップ）

X+1年12月上旬、利用者から調子が悪く軽い発作があったと訴えがある。職場を訪ねると、挨拶をしても返事が無く表情も普段と違い、座り込んでガクガクとした震えが見られた。すぐに主治医に連絡し病院で診察を受けると、発作の原因は疲労によるのではないかとの診断であり、てんかん発作を抑えるために薬の量を増やすことになった。少なくとも一週間は休む必要があるという診断であった。この件を職場の人事担当者に伝えたところ、今の仕事の負担が

大きいようであれば、続けるのは難しいのではないかということ被告知られる。しかし、支援者が定期的に訪問するということと職場で変化があればすぐに対応することを約束する。このような就労環境の中いまま仕事を続けている。

(4) SF-36v2

SF-36v2の評価尺度⁽³⁾で得られたデータを健康概念別で見ると次の通りであった。

- ①身体機能 (PF) は、ステージ1から18ヶ月後まですべて95.0と変化はなく、NBS (87.7)と比較しても高値が保たれている。つまり、激しい活動を含むあらゆるタイプの運動を安定して行うことが可能であることがわかる。
- ②日常役割機能：身体 (RP) は、ステージ1 (81.3) でNBS (88.6) の値を下回っているが比較的至高値を示している。しかし、ステージ2から3ヶ月後では86.6と低値となる。とはいえ、6ヶ月後からは18ヶ月後まで75.0と上昇し安定している。つまり、求職活動中から仕事が決まったところはQOLが低下していたものの、慣れてくるに従い安定してきたことがわかる。
- ③身体の痛み (BP) は、ステージ1から18ヶ月後まで74.0とNBS (74.2) を若干下回っているものの、過去1ヵ月間に体の痛みを感じることなく、仕事への影響がまったくないことがわかる。
- ④全体的健康感 (GH) は、ステージ1、ステージ2では72.0とNBS (64.0) を上回り健康状態は非常に良好であるが、仕事を始めたステージ3 (52.0) では急低下する。3ヶ月、6ヶ月が過ぎ62.0と一端上向きになるものの、体調不良で仕事を休むことになる9ヶ月後、12ヶ月のあたりでは再度47.0と低値を示し健康感NBSと比べかなり低い数値を示している。とはいえ、職場復帰する15ヶ月後 (62.0)、18ヶ月後 (67.0) では数値は再度上がり、全体的健康感NBSと比べるとかなり低い数値に戻っている。
- ⑤活力 (VT) は、ステージ1 (68.8)、ステージ2 (62.5) とNBS (62.0) より高値を示している。しかし、ステージ3 (56.3)、3ヶ月後から9ヶ月後 (43.8) にかけてと徐々に低下し、体調不良となった12ヶ月後には37.5まで下がっている。仕事と活力の関係性から職場復帰する15ヶ月後は56.3に戻り、18ヶ月後には75.0とNBSを上回るほど高い数値を示している。
- ⑥社会生活機能 (SF) は、ステージ1、ステージ2 (75.0) とNBS (86.5) と比べ低値を示しているが、仕事を始めたステージ3、3ヶ月後では37.5となり、家族、友人、近所の人など、ふだんのつきあいがさまたげられている。しかし、6ヶ月後から12ヶ月後までは50.0と徐々に数値が上がり、職場復帰後の従業員との関係が影響しているのか15ヶ月後、18ヶ月後では87.5とNBSを上回り、社会生活機能が就労支援を始めたころより向上している。
- ⑦日常役割機能：精神 (RE) は、ステージ1 (75.0) とNBS (87.1) を下回り、ステージ2 (66.7)、ステージ3、3ヶ月後 (58.3)、6ヶ月後、9ヶ月後 (50.0) と徐々に低下し、体調不良となった12ヶ月後では33.3まで下がっている。職場復帰後の15ヶ月後、18ヶ月後には50.0に戻っているが、ステージ1から18ヶ月後の平均 (54.6) とNBSと比べるとかなりの差があることがわかる。
- ⑧心の健康 (MH) は、ステージ1、ステージ2では75.0とNBS (71.7) を上回っている。しかし、ステージ3では60.0と低下し、3ヶ月後には50.0となっている。6ヶ月後、9ヶ月後は60.0に向上しているが、体調不良となった12ヶ月後では40.0まで下がり、神経質でゆううつな気分であったことがわかる。職場復帰後の15ヶ月後は65.0、18ヶ月後60.0と落ち着きを取り戻しているが、ステージ1、ステージ2の状態に回復するほどではない。

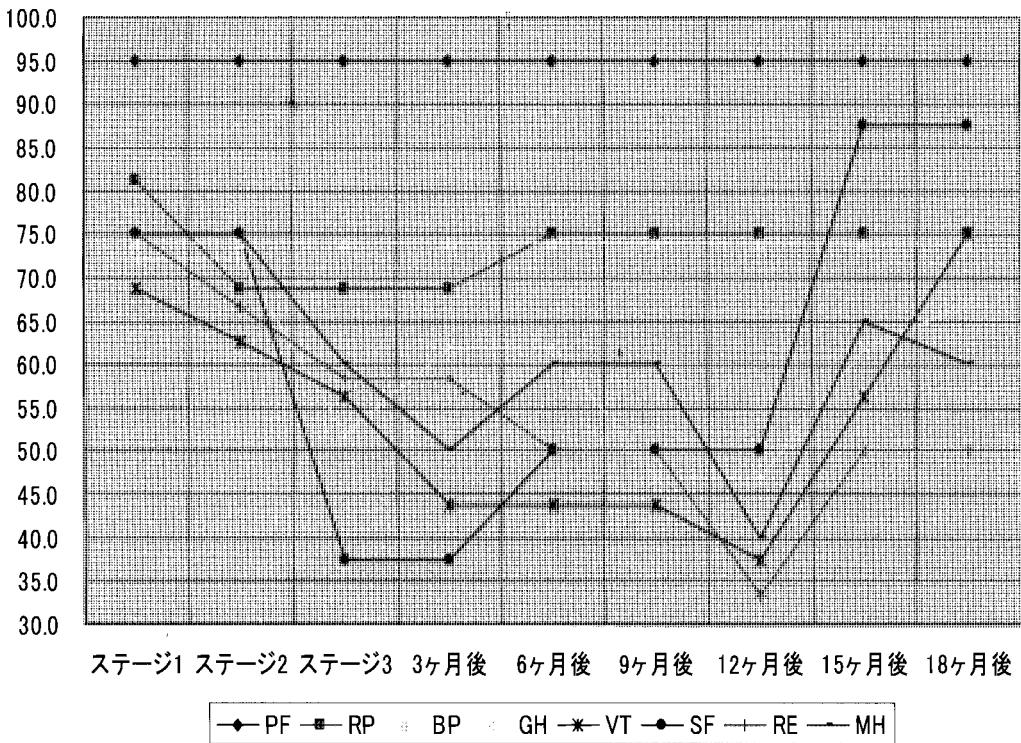


図1 SF-36v2の経緯

表1 SF-36v2の経緯

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
NBS	87.7	88.6	74.2	64.0	62.0	86.5	87.1	71.7
ステージ1	95.0	81.3	74.0	72.0	68.8	75.0	75.0	75.0
ステージ2	95.0	68.8	74.0	72.0	62.5	75.0	66.7	75.0
ステージ3	95.0	68.8	74.0	52.0	56.3	37.5	58.3	60.0
3ヶ月後	95.0	68.8	74.0	62.0	43.8	37.5	58.3	50.0
6ヶ月後	95.0	75.0	74.0	62.0	43.8	50.0	50.0	60.0
9ヶ月後	95.0	75.0	74.0	47.0	43.8	50.0	50.0	60.0
12ヶ月後	95.0	75.0	74.0	47.0	37.5	50.0	33.3	40.0
15ヶ月後	95.0	75.0	74.0	62.0	56.3	87.5	50.0	65.0
18ヶ月後	95.0	75.0	74.0	67.0	75.0	87.5	50.0	60.0
平均	95.0	73.6	74.0	60.3	54.2	61.1	54.6	60.6
標準偏差	0.0	3.9	0.0	9.1	12.1	19.0	11.2	10.4

5. 考 察

(1) SF-36v2 と NBS

① 本調査と NBS との相違

健康関連 QOL について福原ら (1998: 40-45) は、「個人が自己の視点で認識した自身の健康度およびこれに直接由来する日常生活において機能状態を第三者の解釈を得ないで報告したものの、そしてこれを尺度化して測定したもの」と定義している。SF-36 v2 の評価尺度で全体を見ると、身体機能 (PF) はすべてのステージで国民標準値 (NBS) を上回り、逆に、日常役割機能: 身体 (RP), 身体の痛み (BP), 日常役割機能: 精神 (RE) は下回っている。また、全体的健康度 (GH), 活力 (VT), 心の健康 (MH) もステージ2までは国民標準値 (NBS) を上回っているが、ステージ3になると低値となっている。本調査だけで精神疾患の特徴を特定できるものではないが、PF, BP は NBS と同等、それ以上の数値を示しており、身体機能としての課題は少ないのではないかと考えられる。一方、SF, RE は NBS より全体の数値が低く、いつも神経質でゆううつな気分が続き、社会生活機能に影響が出ていると考えられる。特に、就労を始めたタイミングで GH, VT, MH が NBS を下回り、全体的な心の健康や活力が減退し疲れが溜まっていることがうかがえる。

② ステージ別の特徴

ステージ別で SF-36 v2 の数値を見ると、ステージ1, ステージ2では、PF, GH, VT, MH が NBS を上回り、ステージ2, ステージ3では、全体的に心身の健康も安定し就労に向けて活力あることがうかがえる。しかし、ステージ3で仕事が始まると、GH, VT, MH は NBS を下回り、3ヶ月後から9ヶ月後までは、GH, VT, SF, RE, MH が徐々に下がり始め、12ヶ月後の体調不良のときには、GH, VT, SF, RE, MH は NBS よりかなり低い数値を示している。つまり、仕事と体調不良による健康関連 QOL

の低下には大きな関係があると考えられる。一方、15ヶ月後、18ヶ月後の職場復帰後は、GH, VT は、ステージ1, ステージ2の数値に戻り、SF は NBS よりも高値を示している。利用者の QOL を向上させる要因の一つとして、体調不良になったときに比べ、従業員の配慮がきめ細かくなっており、身体的、心理的にも職場環境の整備が充実したことがあげられる。また、RE, MH については、回復傾向は見受けられるが、支援当初の状態には数値は戻っておらず、心理的な部分での回復に時間が必要と考えられる。就労することがすべてではないが就労支援を図るとき、健康関連 QOL を意識した支援は大きな意味を持っているといえる。

(2) 職業評価の効果

本事例は、就労前の不安要素であった就きたい業種がよく解らないということに対して、職業評価を通して職業能力の確認、就労支援の要素などを客観的に見たことである。職業評価の効果として、職場開拓のとき履歴書の書き方や面接の受け方に対して、当初は消極的で練習を促しても乗り気ではなかったが、職業評価の結果を振り返ることにより、積極的に個別 SST を受け入れるようになった。また、就労体験においても指示された作業を遂行できたという自信が付き、その後の求職活動を積極性に取り組んでいった。職業評価を介することだけで意識の向上を図ったとは言えないが、自らの職業能力を把握できたという点で一定の効果はあったと考える。

(3) 事業所とのコミュニケーション

支援者と事業所の人事担当者は、業務のマッチングを図るため、障害特性や職業能力を鑑み、どのような仕事が適しているのか、どのような部署が向いているかなど、事前打ち合わせを行った。これにより、就労支援チームの活動内容や利用者のセールスポイントを伝えることができ、事業所の考えも知ることができた。また、

ジョブコーチとして支援者が作業の指導を行うことにより、上司や同僚との関係作りや不安が起こったときの気持ちの伝え方など、両者のコミュニケーションの架け橋となった。例えば、利用者に一人で作業を行う際に忘れがちな作業手順を細かく整理したシートを渡し、従業員には利用者の作業が滞っているときに用いるチェックリストで指導してもらうように依頼し、双方で作業確認ができるようなルールを作った。本支援を通して事業所とのコミュニケーションを図るためのポイントを整理すると、①問題発生時のすばやい対処を可能にすること、②障害に対する理解を深めること、③職業能力・職務内容をもとに配属部署を検討すること、④利用者への対応の仕方を伝えること、⑤定期訪問により支援体制を構築することの大切さがわかった。

(4) フォローアップの有効性

事業所へのフォローアップは、利用者のように見るだけではなく、事業所との関係調整・情報交換といった点で非常に重要となる。今回は、発作が現れ3週間仕事を休むことになり、仕事を辞めようか悩んだときがあったが、利用者と家族が持つ病気への不安を拭うとともに、就労への不安が強くないよう、支援者が休職中も週に1度職場へ出向き、同僚や現場責任者と関係を切らなかつたことが、復帰を容易にすることにつながったと考えられる。その理由は、支援当初から業務に関する指導は事業所の従業員が担当し、支援者は職場内の環境調整、利用者への対応の仕方、作業の構造化などを継続したことであろう。また、定期的に自宅、事業所、病院を訪問し、利用者、従業員、主治医の連絡が速やかに対応できるような関係を維持したことがフォローアップのポイントと考える。利用者の症状が悪化したときの対処や支援では、①利用者や家族への頻繁な訪問で再発や就労継続への不安を取り除くとともに、②職場の同僚や現場責任者には状況の説明を継続的に繰り返

し、③主治医との連携も密にして、状態の変化にすばやく対応できたことが早期復帰につながったものとする。

(5) 訪問型個別就労支援の特徴

支援者は、月曜日から金曜日の昼間の時間帯に支援することを原則とし、毎日、就労支援チームで支援状況、支援方法の検討を行い全員が相互に支え合うことを心がけた。このミーティングは、担当者以外の支援者も利用者の状態を知り、不在のときであってもだれでも対応できるという意図も含まれている。また、スーパーバイザーによる個別スーパービジョンおよびグループカンファレンスを定期的実施した。個別スーパービジョンは、支援者一人につき30分程度、支援方法の振り返りと新たな気づき、燃え尽きの防止など、援助技術および意識の向上を図った。さらに、グループカンファレンスでは、全員で意見を出し合うことと、それに対する助言等を得ることで、支援者集団に自信が生まれ支援者一人ひとりに、自分で考え行動する積極性が出てきたものとする。

(6) 一般化に関する制限

訪問型個別就労支援プログラムの実践には、①他機関との円滑な連携を日常化すること、②利用者の生活の場を訪問して支援すること、③家族との関係を深めて支援することなど、その効果を引き出すためにはかなりの人的資源の確保にともなう組織力を必要とする。そして、就労支援チームの構成のように外部の就労支援専門家をスーパーバイザーとしてチームに加え、支援者を育成する必要がある。一方で、精神障害者の就労支援を図る専門職チームを組織的に作ることができないとき、地域活動支援センター、障害者就業・生活支援センター、訪問看護ステーションなどの一部が共同して運営すれば、医療・生活・就業の支援を包括した就労支援チームを一般化できる可能性もある。いずれにせよ、訪問型個別就労支援は、どの組織でも

実施できるとは言い難いが、本事例の支援者のように、福祉専門職に限らず医療専門職を就労支援の担い手として育成することや、訪問看護の拡大業務として行うなど、新たな支援方法として検討する意義はあると考える。

6. 結 論

就労支援に焦点をあてて開発された IPS プログラムは、訪問による相談・面接、実際の事業所を活用した個別の就労準備訓練から就職へと移行させる徹底した個別支援であり、就労支援と生活支援、さらに医療までも一体的に提供するシステムである。その意味で、就労準備支援を、授産施設、小規模作業所、職業能力開発施設、障害者雇用支援センターおよび地域障害者職業センターなどで行い、ジョブコーチによる職場での集中的支援などの訪問による支援方法を始めるわが国のシステムと異なる部分が多い。

本事例は IPS プログラムの方法を参考にしながら訪問型個別就労支援として、「相談面接→アセスメント→ハローワーク障害登録→就労体験→ハローワークで求職→事業所訪問（障害や支援についての説明）→採用面接に同行→採用後のフォローアップ」という流れで実践した。その特徴は、利用者の就労支援と生活支援の包括的な支援とともに、職業評価における結果を振り返りながら就労環境の整備を併行して行った点である。運用にあたっては、利用者ごとに主担当・副担当制をとっており、他機関や部署とのチームアプローチによる柔軟に対応するなど、IPS プログラムとは異なる方法でありながら一定の効果はあったものと考えられる。しかし、訪問型個別就労支援は、IPS プログラムのフィデリティ（モデル適合度）尺度に十分に適合していないため、アウトカム評価と関連づけて不足している基準を見いだす課題が残っている。また、SF-36v2 を縦断的研究の位置づけで健康関連 QOL を得点化し、利用者の変化を測定することはできたが、NBS との比較に留まり支援方法を検討するまでには至っていない。今後は、

米国の地域医療・保健・福祉の事情とは異なるわが国において、IPS プログラムの特徴を取り込みつつ、職業評価を積極的に利用するとともに、健康関連 QOL を意識した訪問型個別就労支援の可能性について研究を進めていきたい。

本研究は、平成19年度文部科学研究費補助金（萌芽研究）：課題番号19653058の交付を受けて行った研究成果の一部である。

注

- (1) SF-36v2 は、健康関連 QOL を測定するための QOL として、個人の健康に由来する事項に限定した概念として定義され、科学的な信頼性・妥当性を持つ尺度である。本指標は、米国で作成され概念構築の段階から心理計量学的な検定に至るまで十分な検討を経て、50カ国以上で翻訳され国際的に広く使用されている。なお、日本語版 SF-36v2 は、京都大学の福原俊一氏が編集し再現性はすでに確立している。
- (2) NBS (norm-based scoring) とは、SF-36 v2 に設定された国民標準値であり、性、年齢、地域、都市規模等の分布と同じくするようにサンプリングして行った全国調査から得られた平均値のことである。この指標と比較することで調査対象者の健康状態を評価することができる。
- (3) SF-36v2 下位尺度の得点の解釈
 - 【身体機能 (Physical functioning) PF】
 - 低：健康上の理由で、入浴または着替えなどの活動を自力で行うことが、とてもむずかしい
 - 高：激しい活動を含むあらゆるタイプの活動を行うことが可能である
 - 【日常役割機能 (身体) (Role physical) RP】
 - 低：過去1ヵ月間に仕事やふだんの活動をした時に身体的な理由で問題があった
 - 高：過去1ヵ月間に仕事やふだんの活動をした時に、身体的な理由で問題がなかった
 - 【身体の痛み (Bodily pain) BP】
 - 低：過去1ヵ月間に非常に激しい体の痛みのためにいつもの仕事が非常にさまたげられた
 - 高：過去1ヵ月間に体の痛みはぜんぜんなく、体の痛みのためにいつもの仕事がさまたげられることはぜんぜんなかった
 - 【全体的健康感 (General health perceptions) GH】
 - 低：健康状態が良くなく、徐々に悪くなっていく

高：健康状態は非常に良い

【活力 (Vitality) VT】

低：過去1ヵ月間、いつでも疲れを感じ、疲れはてていた

高：過去1ヵ月間、いつでも活力にあふれていた

【社会生活機能 (Social functioning) SF】

低：過去1ヵ月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんにつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で非常にさまたげられた

高：過去1ヵ月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんにつきあいが、身体的あるいは心理的には理由でさまたげられることはぜんぜんなかった

【日常役割機能 (精神) (Role emotional) RE】

低：過去1ヵ月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題があった

高：過去1ヵ月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題がなかった

【心の健康 (Mental health) MH】

低：過去1ヵ月間、いつも神経質でゆううつな気分であった

高：過去1ヵ月間、おちついていて、楽しく、おだやかな気分であった

* 福原俊一、鈴鴨よしみ編著『SF-36v2™ 日本語版マニュアル』健康医療評価研究機構、8-9、2004より引用。

参 考 文 献

- 浅井邦彦 (1999) 「長期入院患者の医療とリハビリテーション」『日本精神病院協会雑誌』第18巻第4号、298-305.
- 内藤清 (1997) 「日常生活への援助と目標設定」『精神障害とリハビリテーション』vol.1 No.1、25-30.
- 大島巖 (1999) 「精神障害者ケアガイドラインの基本的な考え方と使用方法」『Review』No.30、17-21.
- 大島巖・伊藤順一郎・遊佐安一郎 (2000) 「アメリカの精神障害者ケースマネジメントシステム—東海岸・西海岸主要都市の取り組み概況から見えてきたこと—」『こころの臨床ア・ラ・カルト』19巻(2)、213-219.
- 大島巖 (2001) 「障害者の地域ケアにおける課題と展望—精神障害者領域の地域ケア改革の検討から—」『地域福祉研究』No.29、16-24.
- 川崎友嗣 (1994) 「米国におけるキャリア発達研究の動向」『日本労働研究雑誌』No.409、52-61.
- Clark, R.E (1998) Supported employment and man-

aged care: Can they coexist? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 62-68.

北野誠一 (1995) 「ヒューマンサービス, エンパワメントそして社会福祉援助の目的」『ソーシャルワーク研究』Vol.21 No.2、36-47.

久保美紀 (1995) 「ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討—Power との関連を中心に—」『ソーシャルワーク研究』Vol.21 No.2、21-27.

窪田暁子 (1995) 「アルコール依存者の回復をエンパワメントの視点からみる」『ソーシャルワーク研究』Vol.21 No.2、11-20.

小出進 (1997) 「利用者の思いにそった就労支援」『教育と医学』45巻12号、4-10.

小松源助 (1995) 「ソーシャルワーク実践におけるエンパワメント・アプローチの動向と課題」『ソーシャルワーク研究』Vol.21 No.2、4-10.

Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998) Program fidelity in assertive community Treatment, Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry*, 68; 216-232.

中村佐織 (1995) 「ソーシャルワークにおけるエンパワメントの意味—アセスメントとのかかわりから—」『ソーシャルワーク研究』Vol.21 No.2、48-53.

西尾雅明 (2000) 「英国バーミンガムにおける地域精神保健システム」『精神医学』42巻9号、991-998.

西尾雅明 (2003) 「脱施設化の理念とこれからの精神保健・医療・福祉機能分化の方向性」『病院・地域精神医学』45巻4号、375-381.

Becker, D.R., & Drake, R.E. (2003) *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. New York: Oxford press. (=2004, 大島巖・松為信雄・伊藤順一郎監訳『精神障害者をもつ人たちのワーキングライフ—IPS: チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド』金剛出版).

福原俊一、鈴鴨よしみ編著 (2004) 『健康関連 QOL 尺度 SF-36v2 日本語版マニュアル』健康医療評価研究機構.

福原俊一 (1999) 「MOS Short Form 36 items Health Survey —新しい健康アウトカム指標」『厚生指標』第46巻、40-45.

松為信雄 (1998) 「日本における障害者雇用の課題—雇用と福祉の連携のありかた」『労働時報』通巻第602号、16-19.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al (1998) Models of community care for severe mental illness: A view of research on case management. *Schizophr*

Bull, 24; 37-74.

八重田淳ほか (1998) 「アメリカにおけるリハビリテーション教育とソーシャルワーク教育の比較研究」『職業リハビリテーション』第11巻, 22-29.

Latimer, E.A (2001) Economic impacts of supported for persons with severe mental illness. Canadian

Journa of Psychiatry, 46(6), 496-505.

渡辺洋一 (1995) 「エンパワーメントを志向したソーシャルワークに関する一考察—社会福祉の固有性の視点から—」『ソーシャルワーク研究』Vol.21 No.2, 28-35.