

厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業  
(精神疾患関係研究分野)  
「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」

# 障害者就業・生活支援センターにおける 精神障害者への就労支援に関する全国実態調査 (最終報告)

研究責任者 佐藤さやか<sup>1)</sup>

研究協力者 市川健<sup>2)</sup>、山口創生<sup>1)</sup>、下平美智代<sup>1)</sup>、種田綾乃<sup>1)</sup>、吉田光爾<sup>3)</sup>、伊藤順一郎<sup>1)</sup>、  
高井敏子<sup>4)</sup>

- 1) 国立精神・神経医療研究センター神保健研究所社会復帰研究部
- 2) 北里大学東病院
- 3) 日本社会事業大学社会福祉学部福祉援助学科
- 4) 全国就業支援ネットワーク

## 【調査概要および結果要旨】

2013年に障害者の法定雇用率（民間企業）が1.8%から2.0%に引き上げられ、2018年に精神障害者の雇用義務化が予定されるなど、近年障害者を取り巻く就労環境が大きく変化しようとしています。こうした中、今後精神障害者への就労支援ニーズが高まることが予想され、主たる担当機関の1つである障害者就業・生活支援センターの役割はますます大きくなると思われます。そのような中、特に精神障害者への就労支援を考えた場合、医療的支援の必要性から、他障害とは異なる課題や困難が指摘されています。

しかし、その解決に資するような基礎的資料が不足しているのが現状です。そこで、今後さらに社会的要請が高まると予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、本研究を実施いたしました。

### ■目的

障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援実態を明らかにすること

■調査対象機関 全国の障害者就業・生活支援センター合計316カ所（回収率 62.97%）

### ■結果と考察

#### スタッフ数・登録者数の状況

- ◇ 機関ごとの平均スタッフ数 4.56±1.91人
- ◇ 精神障害者を対象とした平均支援経験年数 4.37±4.85年
- ◇ 1年間の平均新規登録者数 69.59±54.99人
- ◇ 平均全登録者 343.75±206.83人

少人数のスタッフで多くの登録者を支援しており、介護や教育など医療となじみが深いとは言えないバックグラウンドをもつスタッフが多いことが明らかとなり、精神障害の障害特性など医療に関連する研修のニーズが高いことが示唆されました。

#### 障害種別ごとの就労転帰

- ◇ 知的障害：求職中 52.1%、障害者求人による就労者 37.6%
- ◇ 精神障害：求職中 68.6%、障害者求人による就労者 19.1%

知的障害をもつ人は障害者求人による雇用に結びつきやすい一方、精神障害をもつ人は求職中状態から障害者求人による雇用状態に移行することが困難であることが推察されました。

### 精神障害者の支援開始にあたっての基準

- ◇ 回答した199機関のうちの多くが、登録や求職に関する支援開始に際して基準を設定
- ◇ 「就労の意欲があるか」、「病状が安定しているか」、「就労について主治医が賛成しているか」の3点を重視した基準を設けている機関が多かった

### 精神障害者の支援にあたっての困難感・負担感

- ◇ 「病識がない、もしくは障害受容が進んでいない」、「就労の意欲が不安定であること」、「病状が不安定であること」という障害特性に特に困難を感じている機関が多かった
- センターのマンパワー不足から、障害特性を考慮した支援提供に困難があることが考えられました。

### 精神障害をもつ個別ケースに対する支援のプロセス

- ◇ 7割弱のケースで、ほぼすべての要素（関係づくり・アセスメント、就労前訓練、生活支援、医療と関わりのある支援、求職に関する支援、その他）を網羅する支援がなされていた
- ◇ 4割程度のケースで、利用者にとって最もニーズが高い「求職に関する支援」が未実施、あるいは後回しになっていた

登録はしたものの、就労意欲や病状の不安定さによって、「求職に関する支援」まで行き着けていないケースが少なからずあることが示唆されました。

### 精神障害者の就労転帰

- ◇ 約半数が就労機会（過渡的雇用・委託訓練・実習・社会適応訓練等の訓練も含む）を得ていた
- ◇ 障害者求人によって同じ職場に勤めた者の割合が最も多かった
- ◇ 約6割が、障害者求人による雇用（特例子会社や雇用契約あり就労継続支援A型を含む）によって就労していた
- ◇ 2割弱が、一般求人による週20時間以上の雇用で就労していた
- ◇ 就労先別の平均就労期間は、いずれの就労先においても半年に満たなかった

精神障害や発達障害をもつ人が1つの職場で長く働き続けることの難しさが伺われました。

### 疾患別の整理（統合失調症、気分障害、発達障害）

発達障害を有する方は、以下の点で他2疾患と異なると思われました。

- ◇ 紹介元として、ジョブカフェなど都道府県独自の若者対象を支援機関が多かった
- ◇ 「求職に関する支援」未実施もしくは後回しの理由として「社会性の欠如」が多かった
- ◇ 「他機関での訓練」「家族支援」「実習」を実施している割合が多かった
- ◇ 3か月以内に中断した者の割合は多い一方、12か月以内に中断した者の割合は少なかった
- ◇ 障害者求人につながった者の割合は多かったが、平均就労期間は長くなかった

これより、発達障害をもつ方の支援は精神障害をもつ方の支援とは異なるプロセスを辿ることが推察され、3疾患の支援を並行して行なうには、センタースタッフに対して十分な支援が必要であると考えられました。

### 実際に就労した方のいる機関の割合

- ◇ その診断をもつ者はいるものの就労者数が0だった支援機関が、統合失調症では46%、感情障害では61%、発達障害では44%だった。

統合失調症、感情障害、発達障害など精神障害をもつ人を実際に就労するところまで支援できている機関に偏りがあることが示唆されました。

本調査により、これまで「経験談」として語られることが多かった障害者就業・生活支援センターのマンパワー不足の実態、精神障害者を支援するにあたっての負担感や困難感を、一定の量的データとして示すことができました。本調査の結果を基礎的資料として発信することにより、行政、医療機関、地域支援機関等の連携の一助となればと思っております。

## ■ 研究の背景

平成 25 年に支援障害者雇用分科会は「障害者雇用率等について(案)」において障害者の法定雇用率(民間企業)を現在の 1.8%から 2.0%へ引き上げる案を答申しました 1)。また平成 25 年 3 月 21 日には同分科会の答申を経て平成 30 年 4 月を目指し精神障害者を法定雇用率の算定基礎に加える(精神障害者の雇用義務化)ことが閣議決定されました 2)。これらの政策は、精神障害をもつ当事者の「就労したい」という希望をふまえたものであり、今後、精神障害者に対する雇用ニーズが高まることが予想されます。

こうした背景から、本研究班では生活支援・医療支援・就労支援が一体となった支援を、医療機関におけるリハビリテーション期から就労維持期まで、同一チームが一貫して担当する体制を提案し、その効果を検討してきました。

このような支援体制は過去に国でも検討されており、同様の理念で運営されている支援機関が存在します。それが障害者就労・生活支援センターです。

障害者就労・生活支援センターは、平成 14 年の障害者雇用促進法改正により創設された「障害者就業・生活支援センター事業」の一環として設置された機関です。それまで、機関間の連携不足によって不本意な結果に至るケースがあった反省をふまえ、利用者にとって身近な環境の中で、就業面の支援と生活面の支援を一体的に提供することを目的としており、その理念は評価に値します 3)。しかし、精神障害をもつ人への就労支援を行なう場合には課題が残っています。そのひとつが医療機関との連携です。

亀田・内木場(2010)は障害者就業・生活支援センター13機関を含む全国20カ所の就労支援機関で、聞き取り調査を行っています。この結果、複数の機関から精神障害者へ支援を実施する際の課題として「(医療機関との)連携が非常に難しい」「精神障害者の支援の場合、医療機関との関係が一番の課題だが機関同士の連携が進んでいない」「医療機関から具体的な就労相談の依頼はなく、主治医との関わりがあるだけ」「年金申請や成年後見に関する意見書についても、スムーズに応じてくれる精神科医療機関は限られている」等の意見が挙げられ、地域機関が医療機関と連携することの難しさが指摘されています 6)。

また、障害者就労・生活支援センターの中には知的障害をもつ人への支援を専門に設立された機関も少なくありません。知的障害者の場合、幼少期より家族などの周囲が障害やその対処について認識しており、特別支援学校から職業生活を意識した関わりがなされた上で、障害者就労・生活支援センターが支援を行う、というのが通常想定される支援プロセスです。一方、精神障害者の場合、発症の好発年齢は思春期後期以降であり、一種の中途障害とみることができます。このため、当事者や家族の障害受容の度合いもさまざまで、就労を視野に入れることが可能と考えられる一定の機能が保たれた当事者の中には、支援機関による支援を受けた経験がない方も多くいます。このような違いから、知的障害の支援を主に担ってきたセンターの場合、精神障害者の支援を実施することは負担が大きいと推察されます。しかし、負担の実態は明らかではありません。

冒頭で述べたように、精神障害者への就労支援ニーズが高まることが予想され、主たる支援機関の1つである障害者就業・生活支援センターの役割はますます大きくなると思われます。しかし、精神障害者への支援を考えた場合、上に挙げられるような課題の解決につながる基礎的資料が不足しているのが現状です。

そこで本研究では、今後さらに社会的要請が高まると予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援の実態を明らかにすることを目的とします。

## 方法

### 1) 調査対象

平成 24 年 5 月 1 日現在、厚生労働省「障害者就業・生活支援センター事業」によって設置されている全国のセンター、合計 316 カ所。なお、本研究は機関を対象とした調査であり、支援をうけている方の個人情報にはアクセスしません。

### 2) 調査方法

(1) 調査期間:平成 25 年 7 月から 8 月

(2) 調査手法: 郵送調査①調査説明文書、②調査公示文書、③質問紙、④返送用封筒を調査対象機関に一斉に郵送し、調査期間内に返送を求めました。返送を持って調査への同意としました。

また、返送いただいた質問紙への回答について、不明点や欠損値があった場合、個別に機関へ電話による問い合わせを行いました。

(3) 評価項目

①機関長の属性:性別、年齢

②事業所の属性

- ・法人の属性:法人の種別、法人が実施している他の事業の種別、センター事業開始年月、第1号職場適応援助者(ジョブコーチ:以下 JC)助成金認定の有無、平成 24 年 4 月時点の事業所の担当する圏域の人口規模、平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月の新規登録者数、同期間の新規登録者の障害内訳、同期間の新規登録者の調査時点での就労転帰、平成 25 年 3 月時点の全登録者数

- ・勤務スタッフの属性:年齢、性別、勤務形態、1週間の勤務時間、3障害支援経験年数、精神障害者支援経験年数、資格の有無と資格名、JC資格の有無

③精神障害者に対する支援実態: 精神障害者に関するセンター登録基準および求職支援開始基準の有無とその内容、医療に関する支援の実施の有無とその内容、精神障害者を支援する際に感じる困難感・負担感等

④平成 24 年 4 月以降の新規に登録した精神障害者最初の 5 名についての属性、支援の実際、就労の転帰: 障害種別の判別根拠、手帳種別、診断、機能の程度、紹介元、実施した支援のウエイト(優先順位)と実施内容、求職に関わる支援が未実施もしくは優先順位が低かった場合、その理由、2か月以上対面コンタクトなし状況の有無、就労転帰、就労期間

調査項目の詳細は別添をご参照ください。なお、質問紙への回答は機関長に依頼しました。

(4) 統計解析計画: 主としてクロス集計を実施しました。

(5) 公表方法: 研究班による報告書の作成、ウェブサイトにおける結果の公表

## 結果

調査対象 316 機関のうち、199 機関から回答を得ました。回収率は 62.97%でした。

### 1) 機関長の属性

機関長の性別内訳は、男性 121 名、女性 78 名でした。平均年齢は  $43.29 \pm 43.00$  歳であり、最年少は 25 歳、最年長は 69 歳でした。

### 2) 事業所の属性

#### (1) 法人について

199 機関中、社会福祉法人が 174 機関(87.4%)を占めました(表 1)。同法人に属する機関のうち、8 割以上で実施されている別事業は、就労移行支援事業(81.0%)、就労継続支援 B 型(84.6%)、ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム(80.0%)でした(表 2)。

JC 助成金認定を受けている機関は 96 機関(48.2%)でした。またセンターが担当する圏域の人口規模は  $43.04 \pm 55.24$  万人でした。

平成 24 年 4 月から平成 25 年 3 月の間の平均新規登録者数は  $69.59 \pm 54.99$  人であり、平成 25 年 3 月時点での平均全登録者数は  $343.75 \pm 206.83$  人でした。

#### (2) スタッフについて

スタッフについて回答のあった 197 機関の平均スタッフ数は  $4.56 \pm 1.91$  人であり、全スタッフ 898 人のうち、男性は 407 人(45.3%)でした。勤務形態は常勤者が 783 人(87.2%)でした。1 週間の平均勤務時間は  $38.29 \pm 6.28$  時間でした。スタッフの平均年齢は  $41.50 \pm 11.07$  歳であり、3 障害を対象とした支援経験年数の平均は  $4.84 \pm 4.95$  年、精神障害を対象とした支援経験年数の平均は  $4.37 \pm 4.85$  年でした。スタッフの資格について回答のあった 893 人のうち、548 人(61.4%)がなんらかの資格をもっていました。有する資格のうち、多かった資格はソーシャルワーカー、精神保健福祉士、介護福祉士などでした(表 3)。

#### (3) 平成 24 年度 1 年間の新規登録者数および同年度末の全登録者数(累積登録者数)

199 機関に平成 24 年度の 1 年間に登録された新規登録者数合計は 13848 人であり、平均新規登録者数は  $69.59 \pm 54.99$  人でした。さらに、平成 24 年度末(平成 25 年度 3 月末)までの全登録者(累積登録者)の平均は  $343.75 \pm 206.83$  人でした。

#### (4) 平成 24 年 4 月から平成 25 年 3 月までの新規登録者の調査時点における就労転帰(障害種別)

前項の平成 24 年度新規登録者 13848 人から①早期に支援を中断したために事業所が転帰を確認できなかった方、②登録時すでに就労先が決まっておき、JC 目的の利用だった方を除く 13326 名の就労の転帰を尋ねました(表 4)(当項目については平成 24 年度の新規登録者の「調査時点」での転帰であることに留意が必要です。調査時点は平成 25 年 7 月から 8 月でしたので、平成 24 年 4 月に登録された方の場合、登録から 1 年 4 か月後の転帰が反映されており、平成 25 年 3 月に登録された方の場合、登録から 4 か月後の転帰が反映されています)。

知的障害では求職中の方が 52.1%、障害者求人によって就労している方が 37.6%でした。一方、精神障害者では求職中の方が 68.6%、障害者求人によって就労している方が 19.1%でした。

### 3) 精神障害者に対する支援実態

#### (1) センター登録時の受入基準の有無と内容、受入不可時の紹介先

センターの登録時になんらかの受け入れ基準を設けているかという質問に対し、143 機関(71.9%)が「ある」と回答しました。具体的な内容としては、「本人に就労意欲があること」「病状が安定していること」「就労について主治医が賛成していること」を過半数の機関が挙げていました(表 5)。基準に該当せず、

登録されなかったケースの紹介先としては、「就労継続支援 B 型」、「地域活動支援センター」、「医療機関」を過半数の機関が挙げていました(表 6)。

### **(2) 求職に関する支援の開始基準の有無と内容**

センターに登録後、具体的に求職活動のための支援を行うにあたってなんらかの基準があるか尋ねたところ、184 機関 (92.5%) が「ある」と回答しました。開始基準の具体的な内容は、センターへの受け入れ基準とほぼ同じでした(表 7)。

### **(3) 医療に関する支援の実施の有無と内容**

医療に関する支援を実施しているかという質問に、188 機関 (94.5%) が「している」と回答しました。具体的な内容としては「診察への同席」と「ソーシャルワーカーへの連絡・相談」を過半数の機関が挙げていました。その一方で精神障害者への支援を行う際、当事者のニーズが高いと思われる「服薬支援」や「自立支援利用・手帳の取得支援等の実施」は 3 割前後にとどまっていた(表 8)。

### **(4) 精神障害者に対する支援を行う際の困難**

精神障害者に対する支援にまつわる困難を、障害特性に関する困難と、それ以外の困難に分けて質問しました。この結果、精神障害の障害特性に関連する困難としては、「病識がない、もしくは障害受容が進んでいないこと」「病状が不安定であること」「就労の意欲が不安定であること」を4割以上の機関が挙げていました(表 9)。障害特性以外に関連する困難としては「制度が想定しているマンパワーの不十分さ」「企業側の精神障害者の受け入れ経験の不足」「偏見」を過半数の機関が挙げていました(表 10)。

### **(5) 困難感・負担感および研修に対する要望についての自由記述**

#### **【困難感・負担感】**

上記の選択肢の他に、自由記述で精神障害者を支援する際の困難感・負担感について自由記述を求めたところ、「一言で病識がなかったり障害受容が進んでいない、また病状が不安定、と言っても個々のケースで対応は異なり、当事者特有の『こだわり』に振り回される」「『当事者と周囲のずれ』によって支援者の進めようとする支援に当事者が乗ってこない」「当事者の『セルフコントロール』不足で生活にも就職活動にも支障が出ていることがわかっていても、変化を促すためのノウハウも時間もない」など、センターは最大限対応しようとしても苦慮しており、「地域の支援・訓練機関の少なさ」によって、センターがすべてを丸抱えせざる得ない状況等が報告されました。こうした状況から「(就労準備性の整っていない利用者)を医療機関で止めるすべはないのだろうか？結局、医療機関につなぐしかないため、無駄な労力をついやす。それより、もっと支援してあげた方が良い方のさまたげになっている」「精神障害のみとりあげる(原文ママ)のは困難。発達障害の事も入れた想定作りが必要では？」といった率直な意見も聞かれました。

#### **【上記の困難感・負担感を軽減するための対応策】**

上記への対応として、どのような研修を望むか回答を求めたところ、すべての支援機関(企業、医療機関、センター等)に研修が必要との声が多く寄せられました。企業に対する研修内容として「(精神障害)の障害特性に関する研修」「企業間の情報共有に関する研修」「環境の整備、配慮に関する研修」、「職場のメンタルヘルスに関する研修」などが、また医療機関に対して「支援制度、資源に関する研修」「働く現実を知らせる研修」「就労支援における医療の役割に関する研修」「主治医意見書に関する研修」等が、支援機関に対しては「(精神障害者の)障害特性に関する研修」、「支援者の基礎的な研修」、「支援者のスキルアップに関する研修」「定着支援に関する研修」「企業に関する研修」等が要望されていました。また、一方的に知識について伝達する研修だけではなく、事例を通じた研修実施の要望が散見されました。その一方で「研修が開催されても、なかなか参加できる体制ではない」、「研修よりも、医療機関での経験

を積んだ精神保健福祉士を採用した方が早道だと思います」といった声も寄せられました。

#### **4) 平成 24 年 4 月以降の新規に登録した精神障害者最初の 5 ケースの属性、支援の実際、就労の転帰**

193 機関から 915 ケースの情報が寄せられました。このうち、①登録時すでに就労先が決まっており、JC 目的の利用者、②調査時点で登録からの経過日数が 1 年未満であり、1 年間の追跡不可能だった方を除く 778 名を分析対象としました。

##### **(1) ケースの属性**

###### **【手帳の種別、診断、機能の程度】**

手帳の種別は 2 級が最も多く、419 人 (53.9%) でした(表 11)。診断内訳は統合失調症が最も多く、387 人 (49.7%) でした(表 12)。

(※なお、疾患別の特徴について検討するため、これから先の分析では 778 人の全体データによる結果の他、代表的と思われる疾患別(統合失調症、気分障害(大うつ病、双極性障害等)、発達障害)の結果を提示しました)。

担当スタッフが振り返りで評価した 5 段階の機能の程度は、全体データでは中等度のものが最も多くほぼ正規分布していました。統合失調症と発達障害も同様の結果でした。一方気分障害では中等度の方が他疾患に比べて少なく、やや軽度が多く見られました。

###### **【紹介元】**

全体データでは、多い順に「ハローワーク」、次いで「その他」、「自分で探して来所」という結果となりました。疾患別にみると、統合失調症は紹介元の偏りが大きくなかったものの、他の 2 疾患に比べ、「就労継続支援 B 型」からの紹介が多く見られました。気分障害では、他の 2 疾患と比べ、ハローワークからの紹介が多く、発達障害では、他の 2 疾患と比べ、「その他(ジョブカフェなど都道府県独自の若者対象を支援機関が多く含まれる)」が多くみられました。

###### **【支援要素の実施状況】**

実施された支援内容を知るため、支援のプロセスを 6 つの要素(関係づくり・アセスメント、就労前訓練、生活支援、医療と関する支援、求職に関する支援、その他)に分け、各ケースにいくつの支援要素が提供されたか質問しました。この結果、ほぼすべての要素を網羅した支援が実施されていたと考えられるケース(5 つあるいは 6 つの支援要素が実施されていたケース)は全体データでは 65.9%であり、疾患別にみてもほぼ同様の結果でした(表 15)。

###### **【「求職に関する支援」が未実施もしくは優先順位が低かったケースの割合、その理由と該当する人数の割合】**

上記 6 つの支援要素について、その優先順位を尋ねました。この結果、支援要素のうち「求職に関する支援」の優先順位が低かった(※1)方と、「求職に関する支援」が未実施だった方の合計は全体では 41.3%で、疾患別にみてもほぼ同様の結果でした(表 16)。

(※1 優先順次の高低は、そのケースに対して実施された支援要素数と比べて「求職に関する支援」の優先順位が半分以下の順位だった場合、「優先順位が低い」と定義しました。例えば実施された支援要素が 6 つのケースで「求職に関する支援」の優先順位が 4 位以下だった場合に、これに該当すると判断しました)。「求職に関する支援」の優先順位が低かった理由としては、全体データでは「病状の不安定さ」が最も多く挙げられていました。統合失調症や気分障害では、同項目に該当するケースがより多く挙げられていました。発達障害では、「社会性の不足」が挙げられているケースが最も多くみられました(表 17)。

###### **【各支援要素に該当する具体的な支援の実施状況】**



支援要素をさらに細かく分類し、具体的にどのような支援が実施されているか質問しました。

「関係づくり・アセスメント」に該当する支援では、全体データ、疾患別のいずれにおいても「機関内での面接」が最も多く見られましたが、発達障害では、統合失調症や気分障害に比べて「自機関での評価」が少なく、「他機関での評価」が多い結果となりました(表 18)。

「就労前訓練」に該当する支援では、全体データ、疾患別のいずれにおいても、「自機関での訓練」を実施しているケースは1割前後であり、「他機関での訓練」を実施しているケースが4割前後でした(表 19)。

「生活支援」に該当する支援は、全体データでは「家族支援」が約1割のケースに、「自立生活支援」が3割弱のケースに実施されていました。統合失調症と気分障害は全体データとほぼ同じ傾向でした。発達障害では、自立生活支援を実施しているケースの割合が、他の2疾患の約半分である一方、家族支援を実施しているケースの割合が3割を超えていました(表 20)。

「医療に関する支援」に該当する支援は、全体データと統合失調症、気分障害において、ほぼ同様の実施状況でした。多く実施されていた支援は「病院ワーカーへの連絡・相談」「主治医への連絡」でした。一方、発達障害では他の2つの疾患と比べて「受診同行」(診察の同席は無)や「診察への同席」が実施されているケースが多く見られましたが、「服薬支援」を実施しているケース数は0であり、「主治医への連絡」「主治医への提案」「病院ワーカーへの連絡・相談」を実施しているケースは他の2つの疾患と比べて少ない結果となりました(表 21)。

「求職に関する支援」に該当する支援は、全体データをみると、他の支援要素と比べ、多くのケースで実施されていました。支援内容は多い順に「オフィス内での求職活動に関する相談・援助」「実習」「ハローワーク(HW)等他支援機関への同行」「その人にあった仕事の開拓」でした。疾患別にみると、統合失調症は全体データとほぼ同じ実施状況でした。一方、気分障害は「実習」の実施が全体データと比べて少なく、発達障害では「実習」の実施が多くみられました(表 22)。

#### 【支援の中断】

本研究では「2か月以上対面コンタクトが途切れた状態」を中断と定義し、中断の有無と登録から中断までの日数を質問しました。この結果、全体データでは、中断までの日数は多い順に、「12か月以内」「6か月以内」「3か月以内」でした。疾患別にみると、気分障害は3か月以内、12か月以内に中断していた方の割合が、他の2つの疾患に比べて多い結果となりました。発達障害では、3か月以内に中断した方は気分障害に次いで多く見られた一方、12か月以内に中断した割合は少ない結果となりました(表 23)。

#### 【登録から1年間の就労転帰、就労先、就労先別の平均就労期間】

##### 《就労転帰》

登録から1年間の就労転帰としては、全体データでは、多い順に「就労あり」(何らかの雇用に結び付いた方)、訓練機関(デイケアや就労継続支援B型など)にのみ結びついた方、「就労なし」(就労にも訓練機関にも定着しなかった方)が38.6%でした。疾患別にみると、統合失調症は全体データと同様の傾向でしたが、気分障害では「就労あり」が49.3%にのぼる一方、「就労なし」も42.7%と、全体データや統合失調症と比べて該当する人の割合が多い結果となりました。発達障害では他の2つの疾患と比べ、訓練機関のみに定着した方の割合が多い結果となりました(10.0%、表 24)。

##### 《「就労あり」の就労先》

「就労あり」だった方の就労先を、「一般求人での就労(勤務時間週20h以上)(以下、一般、20h以上)」「一般求人での就労(勤務時間週20h未満)(以下、一般、20h以下)」「障害者求人での就労(健常者と同じ職場)(以下、障害者求人、同職場)」「iv障害者求人での就労(特例子会社・就労継続支援A型(雇用

契約有) (以下、障害者求人,特例/A型)「トライアル雇用・ステップアップ雇用」「vi委託訓練・実習・社会適応訓練他」の6種類に分類し、それぞれの項目に該当する人数を尋ねたところ、全体データでは、障害者求人が全体の6割以上を占めていました。統合失調症では、全体データとほぼ同じ分布がみられました。気分障害は全体データと比べて「一般,20h以上」が多く「障害者求人,特例/A型」が少ない結果となりました。一方、発達障害は全体データと比べ「障害者求人,同職場」が多く、「一般,20h以上」が少ない結果となりました(表25)。

#### 《「就労あり」の平均就労期間》

就労先別の平均就労期間も尋ねた結果、全体データでは「一般,20h以上」「障害者求人,同職場」「障害者求人,特例/A型」で就労期間が100日を超えており、安定した雇用につながっていることが伺われました。3疾患とも、障害者求人では全体データと同様に100日を超えており、いったん就職すれば安定して勤務できていることが伺われる一方、「一般,20h以上」はいずれの疾患も100日を切っていました。特に発達障害では一般,20h以上の平均就労期間が $54.37 \pm 27.19$ 日でした。統合失調症の「一般,20h以下」における平均日数は、全体データに比べて長く、気分障害では「一般,20h以下」における平均日数は、全体データに比べて短い結果となりました(表26)。

#### 【実際に就労した方のいる機関の割合】

疾患別にその疾患をもつ方の中で1人でも就労した方のいる機関とそうでない機関の割合を調べた結果、就労者数が0だった支援機関が、統合失調症では46%、感情障害では61%、発達障害では44%でした(表27)。

## ■ 考察

以上の結果から下記のように考察されます。

### 1) 機関およびスタッフ

調査参加機関が所属する法人種別は、9割近くが社会福祉法人で、傘下に多様な事業を有することが明らかとなりました。就労支援の専門性を表すと考えられるJC助成金認定を受けている事業所は約半数でした。

機関長の平均年齢は40代半ばでしたが、最年少25歳、最年長69歳と、年齢層が幅広いことがわかりました。

スタッフ全体では、3障害いずれかの障害者支援経験年数、精神障害者の支援経験年数どちらもそれぞれ4-5年程度でした。またスタッフの4割は資格を有しておらず、有資格者の中でも介護関連の資格(介護福祉士やケアマネージャー、ヘルパー)、保育・教育関連の資格(保育士・幼稚園教諭、教育・養護教員)をもつ者が多いことが明らかとなりました。

全事業所の平均スタッフ数は $4.56 \pm 1.91$ 人であったことから、3-5名程度のスタッフで1年間の平均新規登録者数20-120名程度、さらに平均全登録者140-540名程度を支援している実態が明らかとなりました。

以上のことから、さまざまな年齢層の、必ずしも医療となじみが深いとは言えない非常に多様なバックグラウンドをもつスタッフが、比較的短い支援経験にも関わらず、少人数で多くの利用者を支援している実態が浮き彫りになりました。

### 2) 障害種別ごとの就労転帰

平成24年度の新規登録者13848名のうち、事業所が転帰を確認でき、調査対象基準を満たしていた方13326名について、障害種別ごとに就労の転帰についてまとめた結果、知的障害に比べ、精神障害で

は求職中の者の割合が高い一方、障害者求人によって就労している者の割合は低い結果となりました。これより、知的障害をもつ人は障害者求人による雇用に結びつきやすく、精神障害では求職中状態から障害者求人による雇用状態に移行することが困難であることが推察されました。

### **3) 精神障害者に対する支援実態**

調査参加機関のうちの多くが、登録や求職に関する支援開始にあたってなんらかの基準を設けており、「就労の意欲があるか」「病状が安定しているか」「就労について主治医が賛成しているか」の3点を重視している機関が多い結果となりました。また精神障害者の支援にあたって困難感・負担感を尋ねたところ、障害特性に関連する項目では「病識がない、もしくは障害受容が進んでいない」「就労の意欲が不安定であること」「病状が不安定であること」に特に困難を感じている機関が多い結果となりました。

上記の結果から、障害者就業・生活支援センターの多くが、支援の開始時や過程において病識や病状の安定、就労意欲の安定を重視しており、これらが満たされない場合には支援が難しいと考えていることが伺われました。また、主治医の判断も支援開始時の重要な判断材料となっていました。このほか、医療に関する支援として実施されているものは「診察への同席」と「ソーシャルワーカーへの連絡・相談」が多く、「主治医への連絡」や「カンファレンスやケア会議の提案」は前述の項目に比べると実施している機関は約半分でした。これらの結果から、医療に関する判断やその後の支援について、センターがやや受け身の支援になっていることが示唆され、医療に関する支援は、主治医や医療機関と分担したいと考えていることが伺われました。このような支援状況は、自由記述による困難感・負担感に関する回答では、より顕著に表れていました。

知的障害における知能の低さと同様に、精神障害における病状ないし意欲が不安定であることは、顕著な障害特性と言えます。支援を行う側はこうした特徴を考慮に入れた支援を実施する必要があると考えられます。しかし、センターの支援の実際として、これらの障害特性を考慮した支援が日常的に実施されているとは言い難い状況です。この状況は、センターのマンパワー不足に起因すると考えられます。平均4.56±1.91人のスタッフで、69.59±54.99人の平均新規登録者（つまり積極的な支援を必要とする方）、累積で平均343.75±206.83人の全登録者の支援を行うことはそもそも困難です。このような状況下で、病状ないし意欲が不安定な当事者に十分な支援を提供することは、非常に難しいと推察されます。

自由記述回答の中にも、「当事者の不安定さに合わせた支援が必要であることは十二分にわかっているし、できることならしたいが、どうしても余裕がなくできない」といった意見が多く寄せられていました。この状況に対しては、センターのスタッフ配置を多くする、あるいは各センターの担当ケース数になんらかの制限をかけ、精神障害の障害特性を考慮した上で、適切なケース数になるような配慮が必要だと思われる。なお、精神障害者の不安定さに付き合いながら、訓練よりも当事者の好みや希望を優先することを特徴とし、科学的根拠のある支援として確立しつつある Individual Placement and Support (IPS) モデルでは1スタッフの担当ケース数は10名程度とされています6)。

### **4) 精神障害をもつ個別ケースの支援内容、転帰**

平成24年4月以降に新規に登録された精神障害者778名の分析において、診断は統合失調症が約半数を占め、次いで気分障害、発達障害の順となりました。手帳の等級は2級が最も多く、スタッフが振り返りで評価した5段階の機能の程度は中程度が最も多かったことから、障害者就業・生活支援センターに登録する精神障害者の重症度、機能の程度は軽くはなく、一定期間はなんらかの支援が必要な方々だと考えられました。

778名の全体データの紹介元は、「ハローワーク」、「その他(ジョブカフェなど若者向けの県独自の事業が多く含まれる)」、「自分で来所」が多く、他に支援者がいない状況下で利用者がセンター来所に至っ

ている実態が明らかとなりました。支援要素の実施数では、7割弱のケースではほぼすべての支援要素を網羅する支援がなされている一方、利用者にとって最もニーズが高いと考えられる「求職に関する支援」が未実施ないしは後回しになっているケースが4割程度みられました。これは上述のように、登録をしてみたものの、就労意欲や病状の不安定さによって「求職に関する支援」に行き着けない場合が少なからずあることを示唆しています。

支援のプロセスをみると、8割以上のケースで機関内での面接を通じた関係づくりやアセスメントが実施されており、3割以上のケースでその後の支援である「地域での見学・面接」、「他機関での訓練」、「オフィス内での求職活動に関する相談・援助」、「実習」、「HW 等他支援機関への同行」、「その人にあった仕事の開拓」について実施されていました。生活や医療に関する支援のうち、全体の3割以上で実施されていた支援はありませんでした。これより、ほぼすべての支援要素が実施されていた約7割のケースでは「求職に関する支援」が他の支援に優先して実施されていたことが推察されます。

本研究では対面でのコンタクトが2か月以上無い状態を「中断」として定義し、3か月以内に中断した方が16.5%、6か月以内が25.6%、同12か月以内が40.2%と整理されました。しかし、回答をみると「2か月以上対面でのコンタクトはないが電話やメール等で支援はしている」というケースが散見されました。また、いったん来なくなった方の中には、その後支援を再開した（さらには中断と支援再開を繰り返した）というケースもありました。このため、今回の調査での「中断」には①支援から完全にドロップアウトしたケース（本来の意味での「中断」）、②対面以外の方法で支援を継続しているケース、③しっかりと「卒業」を確認したわけではないが、なんらかの理由で（就労が達成された、支援ニーズが低くなった等）連絡が途切れたケースの3パターンが混在していると思われます。おそらく3か月以内にコンタクトがなくなったケースは上記の①が多くを占めると思われますが、6か月以内、12か月以内には②や③が混在している可能性があります。ただし、疾患別に見た場合、気分障害はすべての時期について「中断」した方の割合が多く、後述するように就労しなかった方の割合も他の疾患と比べて多い結果となりました。このため、2か月以上コンタクトがないことと就労の転帰には一定の関連があることが伺われ、②や③が大多数を占めるわけではないと推察されます。調査では①を意図した設問でしたが、①～③を明確に区別するためには、ケースごとの支援プロセスをより詳細に調べる必要があります。しかし、今回の調査では多数の項目について質問を依頼したため、これ以上詳細な情報について回答を求めることはできませんでした。中断の詳細に関する調査は今後の課題と言えます。

就労の転帰については、過渡的雇用や委託訓練・実習・社会適応訓練などの訓練も含めて、何らかの就労機会があった方が約半数で、残りはまったく就労しなかった方、デイケアや就労継続支援B型等、リハビリテーション色の強い訓練機関につながった方でした。何らかの就労機会があった方について就労先をみてみると、障害者求人によって同じ職場に勤めた方の割合が最も多く、全体の6割が障害者求人による雇用（特例子会社や雇用契約の有る就労継続支援A型を含む）によって就労していました。2割弱の方は、一般求人による週20時間以上の雇用で就労していました。ただし、いずれの就労先においても半年に満たない平均就労期間となっており、精神障害や発達障害をもつ人が1つの職場で長く働き続けることの難しさが伺われました。

センター利用者の就労率や就労日数について検討した資料は、これまであまり公表されておらず、現時点で本研究の結果を他データと比べることができません。本研究のデータが、今後の制度改革等の基礎的資料として貢献することを期待しています。

最後に、疾患別（統合失調症、気分障害、発達障害）の整理を行いました。統合失調症は、データ全体の半数を占めていることもあり、各項目において全体データとほぼ同じ結果でした。気分障害は「中断」

が2疾患と比べて多かったこと、就労の転帰が若干悪かったことが特徴的でした。発達障害は、2疾患と比べ、紹介元として「その他(ジョブカフェなど都道府県独自の若者対象を支援機関が多く含まれる)」が多かったこと、「求職に関する支援」が未実施もしくは後回しだった場合の理由として「社会性の欠如」が多かったこと、「他機関での訓練」、「家族支援」、「実習」を実施している割合が多かったこと、3か月以内に中断した方の割合は多いが12か月以内に中断した方の割合は少ない結果となったこと、障害者求人につながった方の割合は多く見られたものの、平均就労期間は長くなかったことなどが特徴的でした。これより、発達障害をもつ方の場合、支援者のない状態でセンターに登録にくるものの、センターへの適応が難しく、初期に中断してしまうものが多い一方、初期期間を乗り越えて信頼関係を築ければ、他機関による訓練や実習を経て障害者求人による就労にいったんは結びつけられること、しかし長く働くことが難しいこと、その背景には社会性の欠如があること等が示唆されました。

総じて発達障害は、統合失調症や気分障害等の一般的な精神障害とは違う障害特性を持っており、その支援も異なるプロセスをたどることが推察されます。発達障害を有する利用者も支援するにあたり、センタースタッフに対して十分な支援が必要であると考えられます。

また、全国のセンター全体を見た場合に、統合失調症、感情障害、発達障害など精神障害をもつ人を実際に就労するところまで支援できている機関に偏りがあることが示唆されました。

最後に本研究の限界について述べます。

本研究は障害者就業・生活支援センターに対するほぼ初めての全国悉皆調査でした。これより、類似の先行資料を手に入れることは出来ず、仮説を前提とした分析は行えませんでした。このため、統計的な分析を行っておらず、本稿における「多い」「少ない」という表現は度数、割合、平均値等の比較にとどまっています。今後の課題としては、就労した方としなかった方の属性や支援プロセスに差があるか等、統計的手法を用いて、データを精査していくことが考えられます。

## 結論

障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査について報告しました。

本研究によってこれまで「経験談」として語られることが多かった障害者就業・生活支援センターのマンパワー不足の実態、精神障害者を支援するにあたっての負担感や困難感を量的データとして示すことができたのは一定の成果と言えます。

本研究班の就労支援研究班では、重症の精神障害をもつ人に対する就労支援に関する効果検討を実施しています。この検討過程で、生活支援、就労支援、医療に関する支援の密接な連携が、就労支援において重要であることが明らかになりつつあります。本研究班の活動が終了後、就労支援研究の成果を普及していく際には、医療機関に対する就労支援に関する啓蒙活動等を展開すると同時に、すでに生活支援と就労支援の一体的な運用を行っている就業・生活支援センターへの医療に関する情報提供や医療とのより良い協働が可能となるシステム運用の提示等も必要と思われます。本研究がこうした活動の第一歩となるよう、現状でセンターが抱える困難を行政、医療機関、地域支援機関等の関係者にデータを発信し、改善策の実行につなげていくことが急務だと考えられます。

## 文献

- 1) 厚生労働省 民間企業の障害者雇用率を2.0%とすることなどの方針を了承  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002b4qy.html> 2012年8月7日
- 2) 厚生労働省 「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案要綱」の諮問及び答申  
について <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xwnr.html> 2013年3月21日
- 3) 佐藤さやか 障害者就労・生活支援センター 樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信他 編:今日の精神疾患治療指針. 医学書院, 東京, pp703, 2012.
- 4) 厚生労働省 障害者雇用対策の概要 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisa02/> 2011年  
2月20日
- 5) 亀田敦志・内木場雅子 就労支援機関が就労支援を行うに当たっての課題等に関する研究 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業センター, 千葉, 2010
- 6) 西尾雅明・久永文恵・池田真砂子他(著), 伊藤順一郎・香田真希子(監) リカバリーを応援する個別就労支援プログラム IPS入門 NPO法人地域精神保健福祉機構, 千葉, 2010.

表1 法人の種別

	度数	%
1 社会福祉法人	174	87.4
2 NPO法人	15	7.5
3 医療法人	5	2.5
4 財団法人	2	1
5 その他	3	1.5
合計	199	100

表2 法人で実施している別事業の有無(複数回答可)

	n	度数	%
就労移行支援事業	195	158	81.0
就労継続支援A型	195	37	19.0
就労継続支援B型	195	165	84.6
障害者委託訓練事業	195	21	10.8
相談支援事業	194	62	32.0
生活訓練	194	11	5.7
生活介護	194	59	30.4
ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム	195	156	80.0
4.以外の入所施設	194	39	20.1
児童入所施設	194	7	3.6
医療機関	195	20	10.3

表3 スタッフ職種内訳(複数回答可)

n=548	度数	%
ソーシャルワーカー	196	35.77
精神保健福祉士	136	24.82
介護福祉士	60	10.95
社会福祉主事	34	6.20
ヘルパー	29	5.29
保育士・幼稚園教諭	21	3.83
教員・養護教員	20	3.65
介護支援専門員(ケアマネ)	15	2.74
産業カウンセラー・臨床心理士	6	1.09
作業療法士	5	0.91
看護師・准看護師	3	0.55
その他	17	3.10

表4 平成24年4月から平成25年3月までの新規登録者の調査時点における就労転帰

	n	求職中の 新規登録者数		一般求人 による就労		障害者求人 による就労		過渡的就労 (トライアル雇用もしくは ステップアップ雇用)	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
身体障がいのみ	173	1000	59.74	104	6.21	380	22.70	17	1.02
知的障がいのみ	173	2292	52.06	204	4.63	1655	37.59	79	1.79
精神障がいのみ	173	2690	68.57	243	6.19	750	19.12	67	1.71
発達障がいのみ	172	451	54.08	52	6.24	152	18.23	7	0.84
身体と知的の合併	173	66	24.18	2	0.73	32	11.72	0	0.00
身体と精神の合併	173	59	23.23	3	1.18	18	7.09	1	0.39
身体と発達の合併	173	7	3.89	0	0.00	0	0.00	0	0.00
知的と精神の合併	173	69	24.56	4	1.42	31	11.03	4	1.42
知的と発達の合併	173	185	39.78	7	1.51	97	20.86	3	0.65
精神の発達の合併	173	284	55.04	6	1.16	49	9.50	4	0.78
その他	173	279	53.35	42	8.03	29	5.54	0	0.00



表5 センターへの登録基準(重要度の高いもの3つを選択)

n=143	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	32.87
本人に就労の意欲があること	110	76.92
病状が安定していること	77	53.85
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	33	23.08
生活リズムが整っていること	33	23.08
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	5.59
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	9	6.29
就労について主治医が賛成していること	84	58.74
就労について家族が賛成していること	5	3.50
デイケアや就労継続B型など 就労準備のための機関で通所実績があること	12	8.39
その他	5	3.50

表6 利用者の紹介先

n=143	度数	%
就労移行支援事業所	55	38.46
就労継続支援B型	75	52.45
障害者職業センター	13	9.09
地域活動支援センター	81	56.64
行政による若年者就労支援機関(ジョブカフェ等)	9	6.29
医療機関(デイケアや外来ワーカーなど)	80	55.94
その他	34	23.78

表 7 求職支援開始基準(重要度の高いもの3つを選択)

n=183	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	25.68
本人に就労の意欲があること	114	62.30
病状が安定していること	97	53.01
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	36	19.67
生活リズムが整っていること	48	26.23
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	4.37
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	11	6.01
就労について主治医が賛成していること	108	59.02
就労について家族が賛成していること	4	2.19
自機関が定める、 もしくは他機関の求める職業アセスメントを終えていること	25	13.66
自機関が定める、 もしくは他機関の求める就労訓練機関への通所を終えていること	3	1.64
職業生活に必要な作業能力が一定程度認められること	14	7.65
職業生活に必要な社会性が一定程度認められること	25	13.66
その他	7	3.83

表 8 医療に該当する支援の実施内容(頻度の高いもの3つ)

n=188	度数	%
服薬支援	48	25.53
自立支援医療・手帳の取得支援	69	36.70
受診同行	20	10.64
診察への同席	116	61.70
主治医への連絡	74	39.36
主治医への提案	7	3.72
ソーシャルワーカーへの連絡・相談	142	75.53
カンファレンスやケア会議の提案	59	31.38
セカンドオピニオンのための支援	2	1.06
その他	1	0.53

表 9 精神障害の障害特性に関する困難(最も強く感じるもの3つ)

n=199	度数	%
病識がない、もしくは障がい受容が進んでいない	121	60.80
就労の意欲が不安定であること	86	43.22
病状が不安定であること	129	64.82
来所が不安定であること	14	7.04
障がいの開示に積極的でない場合があること	25	12.56
障がいの状態がわかりづらいこと	51	25.63
本人の希望と家族の希望もしくは支援者の支援方針が食い違っていること	58	29.15
社会経験が不足していること	5	2.51
就労経験が不足していること	15	7.54
社会的スキルが不足していること	57	28.64
その他	18	9.05

表 10 精神障害の障害特性以外に関する困難(最も強く感じるもの3つ)

n=199	度数	%
制度が想定しているマンパワーの不十分さ	120	60.30
事業所の支援スタッフの離職率の高さ	20	10.05
事業所の支援スタッフの給与水準の不十分さ	36	18.09
支援する際にトライアル雇用が使いづらいこと	28	14.07
短時間雇用が企業から受け入れられづらいこと	71	35.68
(現時点では)精神障がい者が みなし雇用扱いとなっていること	21	10.55
企業側に精神障がいをもつ人を受け入れた経験が少ない、 もしくは偏見があること	150	75.38
制度上は医療との連携が想定されているにも関わらず 医療側に周知されていないこと	65	32.66
その他	36	18.09

※表 11 以降についてはすべて平成 24 年 4 月以降に支援を開始した精神障害者、最初の 5 ケースに関するものです。

表 11 手帳種別内訳

	度数	%
1級	16	2.1
2級	419	53.9
3級	216	27.8
非所持	127	16.3
合計	778	100

表 12 診断内訳

n=778	度数	%
統合失調症	387	49.7
気分障害	199	25.6
不安障害等	36	4.6
パーソナリティ障害	23	3
発達障害	60	7.7
てんかん	27	3.5
その他	46	5.9

表 13 機能の程度

	n	軽度		やや軽度		中等度		やや重度		重度	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	776	66	8.50	171	22.00	305	39.20	179	23.00	55	7.10
統合失調症	387	30	7.75	82	21.19	168	43.41	85	21.96	22	5.68
感情障害	199	20	10.05	50	25.13	72	36.18	42	21.11	15	7.54
発達障害	60	7	11.67	10	16.67	26	43.33	11	18.33	6	10.00

表 14 紹介元

	n	特に無し (自分で探し て来所)		就労移行 支援 事業所		就労継続 支援 B型		地域活動 支援 センター		医療機関		保健所		役所		ハローワーク		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	777	119	15.30	79	10.20	53	6.80	38	4.90	104	13.40	14	1.80	51	6.60	164	21.10	155	19.90
統合失調症	387	64	16.54	41	10.59	38	9.82	25	6.46	58	14.99	7	1.81	30	7.75	59	15.25	65	16.80
感情障害	199	31	15.58	22	11.06	8	4.02	8	4.02	26	13.07	3	1.51	10	5.03	52	26.13	39	19.60
発達障害	59	11	18.64	4	6.78	1	1.69	3	5.08	7	11.86	0	0.00	2	3.39	10	16.95	21	35.59

表 15 支援要素(①関係づくり・アセスメント、②就労前訓練、③生活支援、④医療と関する支援、⑤求職に関する支援、⑥その他)の実施数

	n	0		1つ		2つ		3つ		4つ		5つ		6つ	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	13	1.67	17	2.19	68	8.74	97	12.47	70	9.00	464	59.64	49	6.30
統合失調症	387	5	1.29	11	2.84	32	8.27	47	12.14	29	7.49	241	62.27	22	5.68
感情障害	199	5	2.51	3	1.51	20	10.05	27	13.57	22	11.06	106	53.27	16	8.04
発達障害	60	2	3.33	1	1.67	8	13.33	6	10.00	8	13.33	33	55.00	2	3.33

表 16 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かった疾患

	n	度数	%
全体	778	324	41.60
統合失調症	387	160	41.34
感情障害	199	91	45.73
発達障害	60	22	36.67

表 17 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かった疾患の理由

	n	病識		意欲		病状		服薬・通院		不規則な生活		住居・家族		通勤・通所	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
	229	27	8.30	26	8.00	75	23.10	6	1.90	14	4.30	10	3.10	7	2.20
統合失調症	114	12	10.53	12	10.53	37	32.46	4	3.51	9	7.89	4	3.51	4	3.51
感情障害	61	10	16.39	9	14.75	20	32.79	0	0.00	2	3.28	5	8.20	2	3.28
発達障害	11	1	9.09	1	9.09	3	27.27	0	0.00	1	9.09	0	0.00	0	0.00

  

	n	主治医・家族		評価		訓練		作業能力		社会性		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
	229	5	1.50	4	1.20	11	3.40	8	2.50	13	4.00	23	7.10
統合失調症	114	3	2.63	4	3.51	6	5.26	2	1.75	7	6.14	10	8.77
感情障害	61	1	1.64	0	0.00	2	3.28	1	1.64	2	3.28	7	11.48
発達障害	11	1	9.09	0	0.00	0	0.00	1	9.09	2	18.18	1	9.09

表 18 「関係づくり・アセスメント」に該当する支援の実施(複数回答可)

	n	機関内での面接		地域での見学・面接		自機関での評価		他機関での評価	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	642	82.52	284	36.50	157	20.18	183	23.52
統合失調症	387	320	82.69	148	38.24	81	20.93	82	21.19
感情障害	199	160	80.40	73	36.68	44	22.11	42	21.11
発達障害	60	53	88.33	17	28.33	8	13.33	26	43.33

表 19 「就労前訓練」に該当する支援の実施(複数回答可)

	n	自機関での訓練		他機関での訓練	
		度数	%	度数	%
全体	778	57	7.33	295	37.92
統合失調症	387	23	5.94	163	42.12
感情障害	199	15	7.54	62	31.16
発達障害	60	7	11.67	20	33.33

表 20 「生活支援」に該当する支援の実施(複数回答可)

	n	自立生活支援		家族支援	
		度数	%	度数	%
全体	778	81	10.41	208	26.74
統合失調症	387	42	10.85	102	26.36
感情障害	199	21	10.55	45	22.61
発達障害	60	3	5.00	21	35.00

表 21 「医療に関する支援」に該当する支援の実施(複数回答可)

	n	服薬支援		受診同行		診察への同席		主治医への連絡		主治医への提案		病院ワーカーへ 連絡・相談		医療機関への ケア会議等提案	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	65	8.35	71	9.13	72	9.25	134	17.22	31	3.98	217	27.89	45	5.78
統合失調症	387	36	9.30	33	8.53	33	8.53	69	17.83	15	3.88	112	28.94	26	6.72
感情障害	199	20	10.05	17	8.54	18	9.05	36	18.09	11	5.53	55	27.64	12	6.03
発達障害	60	0	0.00	7	11.67	6	10.00	8	13.33	2	3.33	14	23.33	5	8.33

表 22 「求職に関する支援」に該当する支援の実施(複数回答可)

	n	オフィス内での 求職活動に関する 相談・援助		実習		HW等 他支援機関 への同行		その人に あった 仕事の開拓	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	257	33.03	257	33.03	364	46.79	289	37.15
統合失調症	387	137	35.40	137	35.40	189	48.84	152	39.28
感情障害	199	68	34.17	57	28.64	91	45.73	76	38.19
発達障害	60	18	30.00	27	45.00	29	48.33	22	36.67



表 23 2 か月以上の対面コンタクトがなくなるまでの期間、人数および割合

	n	3か月以内		6か月以内		12か月以内	
		度数	%	度数	%	度数	%
		全体	778	128	16.45	199	25.58
統合失調症	387	57	14.73	101	26.10	146	37.73
感情障害	199	41	20.60	55	27.64	98	49.25
発達障害	60	11	18.33	12	20.00	19	31.67

表 24 登録から1年間の就労転帰

	n	就労なし		訓練機関のみあり		就労あり	
		度数	%	度数	%	度数	%
		全体	778	300	38.56	76	9.77
統合失調症	387	144	37.21	37	9.56	206	53.23
感情障害	199	85	42.71	16	8.04	98	49.25
発達障害	60	19	31.67	6	10.00	35	58.33

表 25 登録から1年間の間に就労した方の就労先

n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練		
	勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健常者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他		
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	400	68	17.00	34	8.50	158	39.50	89	22.25	15	3.75	36	9.00
統合失調症	204	30	14.71	19	9.31	79	38.73	48	23.53	7	3.43	21	10.29
感情障害	98	23	23.47	7	7.14	37	37.76	18	18.37	6	6.12	7	7.14
発達障害	35	4	11.43	2	5.71	15	42.86	9	25.71	1	2.86	4	11.43

表 26 登録から1年間の間に就労した方の就労先別就労期間

n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練		
	勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健常者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
全体	398	132.51	94.45	91.97	74.13	138.17	92.96	154.49	100.55	80.87	66.41	52.83	62.39
統合失調症	203	98.51	17.99	122.11	78.86	134.74	85.19	156.65	101.15	54.86	40.07	38.62	38.58
感情障害	98	95.89	20.00	48.14	42.89	159.68	108.24	176.72	106.25	89.83	80.77	81.71	113.91
発達障害	35	54.37	27.19	47.50	60.10	141.07	89.90	145.89	100.84	90.00	-	43.00	32.27

表27 機関ごとに見る登録から1年間の就労者の有無と割合

n=194	該当者 <sup>1)</sup> あり/ 就労者あり (a)		該当者 <sup>1)</sup> あり/ 就労者なし (b)		該当者 <sup>1)</sup> なし		該当者いる機関のうち 就労者がいなかった 機関の割合(b/(a+b))
	度数	%	度数	%	度数	%	
	統合失調症	95	48.97	81	41.75	18	
感情障害	54	27.84	86	44.33	54	27.84	0.61
発達障害	29	14.95	23	11.86	142	73.2	0.44

1) その診断をもつもの

表 28. 困難感・負担感（自由記述）

■本人
症状・特性そのもの
求職活動時は順調でも、就職者の継続のむずかしさは常にある。（疲労感、対人関係等）
他者の意見・言動等に多分に影響され易い。
物事が進んで行くと不安になり、状態が悪くなる。
精神障害、特に人格障害の人の支援で行き詰ってしまうことが何回かありました。他のセンターと一緒に支援している人ですが、色々な良くない状況を全て人のせいにするという姿勢に、就職先の事業所、支援者である私達共に、支援しきれなくなり、結局は離職しました。
体調の波が大きいので、企業への紹介に躊躇する事がある。
就職後、何年たっても揺れたりされるので、支援の終結が難しい。
病状が不安定な方が多いように思います。特に幻聴がある人は職場でも「悪口」ととらえてしまい、定着が困難でした。
精神障がい者の中には発達障がい（アスペルガー）の方々も多い。能力的には高い物を持っているが、社会性や一般常識的な物事を理解するのが苦手である。
就労継続 A 型の利用者（統合失調症）で、失敗したことを教え方が悪いと言って他人のせいにしてしまい、注意すると、イライラした表情になってしまいます。
しんどい状態や症状が、周囲に共感してもらいにくい点（体調を整えるにもパワーを注いでいる、前はできていたのに、やる気を感じない、怠けている等）
精神障害者が自分の判断で服薬を止めてしまったりして体調を崩したり、特性かと思われるが短時間労働でも疲れがまして会社を休んでしまったり、企業側にも迷惑をかけてしまうことがある。
波があり、安定した就労が望めない
臨機応変が難しい
少し注意されたことを大げさにとらえてしまう
必要な時に SOS をできない方
こだわり
主張が多く、どうしても批判的な意見に偏る。
働き方（時間、職種）に柔軟性が無い。企業との連携が必要。
自己主張が多い
就職した後も会社のルールに納得いかず、トラブル、離職するケース
社会経験の乏しさ

---

適応できる職場環境の幅が狭い。

---

仕事環境への適応が難しい。

---

就労、社会経験が不足しており、適応が難しい。

---

#### 対人関係

---

人間関係等で行き詰まり、離職するケースが多い。

---

就職した後も、長く続かないケースが多く、原因として仕事のことよりも、人間関係でのことが多い。

---

特定の支援者でないと関係性が取れない為、一歩前進するまでにかなり時間を要している。

---

#### 異性にだらしのない人の支援

---

そのため対人関係や就職に対して自信をなくしてしまう。

---

支援者との関係作りが難しい。体調不良が重なるとさらに関係性の悪化が加速する。極力配慮しながら対応するが安定関係にならない。

---

受け入れの問題よりも雇用継続の問題の方が大きい。せっかく受け入れが決まっても、数か月で退職の結論を出す方が多い。病状悪化で辞めるというよりは、対人関係の困難さに直面した時点で辞めてしまう。

---

対人コミュニケーションが苦手。

---

人間関係が形成しづらい。

---

対人面において被害的な捉えをすることが多く、そのことが原因で離職につながり、定着率が低い。

---

#### 不安定による職場定着困難（退職欠勤を繰り返す）

---

完全に病状が安定する事がなく調子の悪い時の長期にわたる欠勤（出たり、休んだりの不安定）

---

失敗（離職）を顧みず、離転職をくりかえす。

---

障害開示で就業され、企業側も十分な配慮をしていますが、当事者の不安定さから結果、離職されてしまった。

---

就労継続が困難で退職してしまう。

---

仕事や漫然とした不安により、相談なくご本人様が就職活動を行うことが多い。実際に就職しても、今度は、就労への不安で、職場に行かなかったり、1日で辞めたりしてしまう。その失敗経験から、更に不安が大きくなり、先走った行動が増えたり、症状が悪化してしまうケースがある。こういった場合、ケアやフォローができなかったり、追いつかないので支援に困難を感じる。

---

#### 就業後のモチベーション低下（病状悪化以外で）

---

相談時には「就職したい」とあり、準備性を高めたいうえ就業に結び付けるが、特性も相まって、早ければ3日ほどで苦情を申し出る人が多くある。支援介入し、社の理解も促進している中でも自己の判断のみで就職してから連絡がある場合がある。

---

毎日会社に行くという働く中での1番基本となる事に不安定さを持つことへの支援に難しさを感じる事がある。

---

---

体調が悪くなり、急に休まれる。

---

職場定着に関して、困難さを感じます。新しい場面に不安が高いこともあると思いますが、「この作業は、無理だ」と思うと、あきらめが早かったり、もっと時給が高く長時間働ける場所があると思うと、転職をするのはいいですが、その後、「やはり長時間は厳しい」との理由で辞めてしまうことがあります。ご自分に合っていると思える内容、条件を探し、長く続けることが難しい方が多いのではないかと感じます。このような様々な特性を有している中、就労支援から生活支援の一連の流れに支援計画の変更等に悩まされています。特に就労先の環境等の変化に伴い、気分的な変動をきたし、不安感や自信欠如から十分な能力が発揮できないまま就労が中断することもあります。

---

当事者の方にとって、障害者わくでの就業の仕方という選択が、残された手段みたいな形で受け取られている印象を覚えます。なので、職に就くということは出来ても「やり続けることについて課題のある方々」への支援については困難さを覚えます。

---

気分や状態によって波があり、安定した出勤が難しい。

---

病状に波があるため、知的障害者のようにナチュラルサポートに移行していくことが難しい、フォローが永続的に必要な人も多い。

---

安定して働ける人が少ない。

---

関係性を築く、病状を把握・理解してから、就職支援をすすめたい方に対しての支援→短時間で離職してしまっている。

---

面談した際は笑顔もあり大変安定しているように思われていたが、その数時間後「辞めることにしました」とご本人から突然連絡があった。ご本人からも関係機関へ辞める旨の電話をしてしまった。ご本人の表情からご本人の真意を読み取ることができなかった。

---

ご本人が就労したと思っている時は大変良い状態かと思われるが、実際就労してその後がんばりすぎて短時間で状態が悪くなり、離職してしまうこともあった。

---

不安定や波で理解・把握が難しい

---

離職し、すぐに次の仕事を探し始める。結局次の職場でも同じ状況となる。次の職場では出来ると根拠のない自信、前職場での出来事をリセットしてしまう傾向がよく見られるが、支援がより困難。

---

一日一日で（本人の）対応が違う為、支援者が振り回されやすい。

---

本人の気持ちコロコロ変わり、準備が無駄になることが多いが、その都度受け止めるしかない状況。

---

関係機関を含めて、就職への準備をし、いざ就労となった時に本人が辞退（病状の悪化）

---

知的障がい者への支援と異なり、どのタイミング、ステージにおいても一定の支援が必要であり、ご本人の変化や事業所（会社）の変化にも対応が必要。

---

日によって言っていることが変わり、ご本人様が最終的にどうしたいのかビジョンが伝わらず、会話していく以外の支援方法が見つからない。

---

---

病気の波があり、数日で体調不良となることもあり、状況把握が難しい。

---

本人の状態の不安定さ

---

病状が安定されていない方に対する支援⇒訓練等の必要はないといわれる方が多い

---

主治医が変更になり、急激に不安定になった時

---

病状が安定していない状態であっても、就職活動を進めようとしている方の支援

---

症状の不安定なケース

---

病識・障害受容

---

一度、就労移行等の訓練を踏んで頂けると情報も取りやすいし、今後の支援の方向性も導き易いが、障害受容ができていないと施設利用に対する抵抗は強く、利用に至らず、企業へのミスマッチや本人の体調不良というようなことにもつながってしまう。

---

ご本人の障がい受容とプライド

---

病識がない場合

---

病気だと本人が思っていない（周りだけ困っている）。

---

（中途障害であるからか）障害受容に時間がかかる。

---

地域の中で少しずつ当センターの存在が認知されてきた中、「就職」というワードが出た段階で他機関（行政機関、医療機関、就労移行支援事業所等障害福祉サービス事業所）からつながるケースが増加している。その中には主治医の同意が得られていない場合や通院・服薬が安定していない場合、または障がい受容できていないケースもある。

---

障害受容が十分でない方で、家族の支援が十分受けられない方に対する支援も、とても難解です。

---

当事者の受診拒否があり、医療機関、保健所に相談しても対応してもらえず、本人、祖母と話をしていく中で医療保護入院につなげた。

---

社会復帰をすると、病気前の仕事ぶりと比較して大きなギャップを感じ、環境によってはそれを取り返そうとして、無理をしてしまうという事がある。

---

本人、病識に欠け、通院をしなくて、薬のコントロールができていない方が就労をしたいと相談に来られる場合もある。そのような時は医療機関につなごうと試みるが、本人医療機関には拒否し、行かないことも多い。そのような方への支援は平行線で進まないことが多い。

---

障がい特性を理解できていない。

---

病識がない方

---

当センターへの登録に対しても拒否反応がある。相談にみえる際、ハローワークや病院、行政などから紹介をされて来所されるが、障害者就業～の部分に引っ掛かり、それ以来、来所されなくなるケース。

---

障害受容

---

障害の受容ができていなく、一般就労で離転職される人達が多い。

---

---

病気（障害）を受容できてない、もしくは、今の自分の病状を把握できていない方の仕事のマッチングはむずかしい。

---

（障害者雇用率）2%の影響で採用のスピードが速くなっている、（病気に対する受容、理解を含む）職業準備性の高い求職者が少ない。

---

障害受容が全くできずただひたすら「働く・就職」と訴える方の相談

---

本人の障害（病気に対する）受容

---

当事者と周囲とのズレ

---

結局障害をオープンにする気持ちが備わらないままである方も多く、支援をしていくことが難しいケースも多い。

---

当事者の方の就職の希望、条件が高いこと。希望はあって当然であるが、選り好みをする傾向も強いと思う。まずは働くことから始めることも必要だと感じる。

---

現実理解ができていないこともあると思われる。

---

支援者の助言を本人が受け入れてくれない（例えば病状・体調等をしっかり整え就労する事を目標としても焦り等から、自力で就労を決めてしまい、結果離職してしまう等）。

---

自分で限界を決めてしまう。

---

病状が進行していても、ご本人が以前の業種にこだわっている場合。

---

支援対象者が事業所で感じることと、要求水準にズレがあり、生活を支える家族も含めて、意見がくい違うため、修正することが難しくなる。

---

自身の能力を過大評価しがち。

---

統合失調症の方→支援者の提案になかなかのれない

---

就業時間や勤務地等を相談して、無理のない範囲でスタートしましょうと結論を出しても、フルタイム、通勤片道1時間等の現実的には無理な条件でも活動してしまうケースが多い。

---

相談の際に、クローズとオープンのメリットとデメリットについて一緒に考えるが、どうしても、クローズの求人の方が給与もよい、応募できる求人がたくさんあるという理由からオープンで活動してしまい、問題が出てくると自分で職場に病気のことを伝えてしまうケースも多い。

---

仕事に慣れてくると、次の転職先を考えてしまうケース。ここでできたから、もっと他の仕事もできるであろうという自信につながって、結果として離転職を繰り返してしまう。

---

ご本人のスキル（社会面や職業）が一定レベルに達していないも希望が高くなかなか前に進めずにいる。

---

就労できる状況でない方が「就労」というキーワードだけで相談にくることが多い（福祉のサービスを利用していない方）。

---

その上職業上での自分の課題について理解していないため、同じ過ちを繰り返してしまう。

---

正就労、フルタイム、高賃金にこだわり、なかなか就業に至らないケースが多々ある。相当な時間をかけ

---

---

当事者に納得してもらわないとトラブルとなる。

---

精神障害者の就業支援に関して、作業能力の高さから支援の必要性を忘れがちとなってしまう、限界を超えた作業量が続いてしまうことや、本人の精神的な波による病状の悪化などで、離職にいたるケースが多く見られます。

---

支援者側が能力を評価しているにもかかわらず、本人に自信がない。反対に本人に自身があっても、支援者側が評価できない。支援者と本人にギャップがある。

---

精神障がいのある方の就労相談の際、その方がかかっている医療機関と連携を取りながら進めていくことが大切だと感じています。就労に対する本人、主観的な考えと周りから見た客観的な考えに違いがあることが多い。その場合、本人の意向を尊重しつつ、医療からのアドバイスを重く受け止め、支援していくことが多い。

---

自己評価が高い。実際、仕事について、できない事が多く、できない事で落ち込みがはげしい。

---

就労、社会経験があることで自分で壁をつくってしまう。

---

ご自身の能力の把握が薄い方が就労を考える際に能力より上の仕事を目指されることがあるため、まずは自己認知をしていただかなければならない事

---

働きたいという気持ちに対して職業準備性が低い方について、どのように方向づけていくか

---

「できます」の返事をされる。

---

ご本人に社会的未熟さから、制限(周囲は働けると考えているのに自分では難しいと考えてしまう)をしいてしまう場合もあり、(本人が自分の病気に対して行う)病状に対する配慮なのかどうかのご判断に困ることがあります。

---

自分の症状の把握がない方の対応(受容ができていない方)

---

自己評価が高いところ

---

自己理解・自己認知の部分が抜けてしまっている様な感じがする。

---

自己評価が実際とかい離しているケース。

---

ご自分の都合のみで支援を求められ、一緒に考えていくことや助言を聞き入れることが難しい方が多いです。その場合、就職されても定着しにくいです。

---

生活面(休日の過ごし方)を改善されない方は仕事面の支援をしても、生活面の影響で調子を崩され、離職するケースも少なくありません。生活面の改善をされない方は自分のやり方、意思を変えにくいいため、支援者の助言を聞こうとされず、就労定着しにくいです。

---

就労についての相談者の希望と、支援者側から見た本人状態との間に差があり、なかなか納得されない。

---

就職活動が待てない

---

障害者雇用求人への応募と言うことで一緒に就職活動として動くが、途中でなかなか決まらないことへの焦りなどが生じてしまい矢継ぎ早に応募をしてしまうことがあったり、待ち切れず、一般求人への応募を

---



---

するケースがある。

---

予約をとって来初していただき、初回面接→アセスメント、センター内での支援方法の検討等、職員全員で共通理解しながら、支援を展開させているが、精神障害の方は、待てずに、HW等とうし、勝手にどんどん勤めてしまい、面接同行もないまま就職される。

---

症状として、考えにまとまりがない状態になると、基礎訓練として、就労移行支援サービス等を利用開始されても、数か月で、訓練半ばでやめられてしまわれるケースがある。支援者も、粘り強く説明して下さっていたが、「やめる」選択をされ、ハローワークで就職活動を始められたり、「他の事業所」を希望されたりする。

---

「訓練」として理解して下さるかたは訓練を終えられ、一般就労につながるかたもおられるが、「工賃の安さ」を言われるかたは、「訓練」としてではなく、「収入」のためという捉え方をされて（途中から）、長く続かないケースが多い。

---

1～2回の求職活動で採用されないとクローズで応募する。本人は「生活がある」「待ってられない」と自ら相談なく動く。

---

手帳の取得に抵抗があるため、障害者雇用制度を利用できないケースが増えている。発達障害の方も同様。クローズで就職活動を行い、就職しても、短期間で離職されるケースが多く、充分支援に入れない状態にある。

---

相談なく求職活動を行い、気づいた時にはパワーがつかけてしまい調子を崩してしまう方

---

本人の思うように進まないで本人のみで無理のある求人に進めようとするため足並みを揃えることが難しい場面がある。

---

**福祉サービス、訓練をいやがる**

---

また、福祉的サービスにつなげようとしてもつながりにくい。

---

福祉制度（就労系事業）を利用したいと考える方が少ない。

---

福祉の訓練先を嫌がる方の対応（訓練先の斡旋）

---

無賃の実習、訓練を嫌がる方の対応

---

**服薬管理（セルフコントロール）**

---

服薬のコントロールが難しい場合

---

仕事につく上で通院、服薬等の管理が十分自己管理ができていない。

---

精神障害者が自分の判断で服薬を止めてしまったりして体調を崩したり、特性かと思われるが短時間労働でも疲れがまして会社を休んでしまったり、企業側にも迷惑をかけることがある。

---

**すぐに休む・欠勤する（セルフコントロール）**

---

ご本人の障がい受容が逆にありすぎて「体調（気分）が悪いのだから、休むのは仕方ない」という方も多いです。企業側としては戦力として考えるのが当然で、「ボランティアでは無い」と言われます。当然で

---

---

すが…。

---

シフト通りの出勤が本来は必要という事を、本人が就労を希望された時に、医療機関や支援機関からもつと理解を促しておく事の必要性を感じます。病院によっては「ダメだったら、辞めれば良い」と伝えられる所もあるようで、本人も軽く行動される方もいらっしゃいます。

---

無断欠勤される。

---

症状のコントロールや、そのコントロールが自身に必要なのだと自覚ができないと、休みを繰り返し、定着支援が進まない。

---

#### 体調・労働量の管理（セルフコントロール）

---

仕事上でストレスを感じ、体調等が悪くなった時の対処方法

---

就職が実現しても過重な働きとなり、体調を崩し、離職にもなる。

---

精神障がいの方が病状にはどうしても波があり、これといって原因がはっきりしなくても、調子を崩すことがあり、就労を進めていく間で、厳しいスケジュール管理は、スケジュール通り進めなかったことで、自己嫌悪となり、そこでも仕事の遅れを取り戻そうとして無理をしたりすると、それが体調悪化につながり、悪循環を引き起こしたり、この性質は、仕事を進めて行く上で大変であり、明日同じような調子で仕事ができる保証がないので、自分でもスケジュール管理が難しい。

---

メンタルが落ちている時に無理に仕事を続けて悪くなった後に連絡をされたり、仕事を探そうとする事  
精神障がいの方が、残業したり、環境の変化によっても、体調を壊してしまうことが多々あります。

---

#### 生活上の困難

---

生活基盤を欠いたり、貧弱な人が多く、生活管理が難しい。（本人の同意や主体性の尊重を前提）職場、家族、医療機関等の連絡・調整や情報共有を図る必要がある。反面、医療機関との人的、時間的調整は難しいことも現状として感じる。ネットワーク会議等の必要性を、行政等からもっと周知していくとよい。

---

#### 金銭管理ができない人の支援

---

生活リズムが整わない。

---

今日、今すぐにお金が必要という方が多く、マッチング等を検討する時間の少なさがある。障害年金がない（受給できない）などの理由で1日でも早く収入を得たい、得る必要のある方への就労支援に困難を感じる。

---

経済的にも困窮している方が非常に多く、家族とも疎遠になっているなどで、就職活動をじっくり進められる余裕がなかったり、活動の費用がない場合がある。

---

中途障害でご家族もお持ちの方などは一家の大黒柱でもあり、経済面での焦りもあり計画的に就労に向けて進めていくことに納得できず、クローズ就労を目指す方が多いように感じます。

---

仕事以外の生活面での様々なことがご本人の精神状態に直結してしまい、就労意欲の喪失につながってしまった。

---

## ■支援者・支援機関

### マンパワー不足

就職した後も、職場内での問題など、相談が多く、時間を取られる（これも仕事の範ちゆうであるが）知的の方と比較しても、定着に時間とコストがかかる傾向があるので、マンパワーの不足があります。

就労支援に関わるスタッフの研修が必要ということ。しかし職員数の関係で研修にも来られないことや、面談や電話相談のタイトな時間制限などがあり残念です。日々このようなことを思いながら仕事をしています。

年々登録者が増加していく中、日々の業務の中でマンパワーの不足を痛感している。

新卒者 30 名、年間 60 名の就労者がいるが、年間 60 名以上の離職者が出ている。毎年登録者数が増加しているため、その分定着支援が毎年薄くなってきてしまっているため離職者数の増加にもなっている状況  
精神障がい者への就労支援ニーズは高まる一方であり、必要とする支援内容を現状のスタッフ数によって提示する事が大きな負担となっている。

予算（人員）に関する①服薬など治療に関することに繰り返し支援が必要となり、一人にかかる支援が必要となる。支援の工夫や自事業所での来所相談での対応を心がけようとするが、マンパワー不足により、出払ってしまい予約制となるが、それでは本人たちも利用しづらさを感じている。

支援側のマンパワー不足→密に関わりたいと思うケースがあっても、新規相談や頻繁に連絡がある方の対応に追われ、そのほかの方に支援の手が回らず、結局対応が後手になってしまい、そこからの立て直しにさらに時間を要するという悪循環になってしまっている。支援対象者数に対して、圧倒的にマンパワーが不足している。

（就労支援の現場では「病状」よりも「働く」ことが重視されるので、自分でコントロールできる人でないと難しい、それができない人の）病気という医療の専門領域に介入するほど余裕がないと思われる。

全て就業・生活支援Cに任せられ、マンパワー不足から定着に限界がある

精神障害をもつ方の支援は個々の対応が必要なため、時間、マンパワー共に長期の支援を必要とすること  
継続的な支援の必要性にどこまで対応できるか。（物理的な面での人員）

### 精神障害に対する知識不足

専門分野である医療は、やはり専門家によって、対応してもらいべきと考える。各センターが対応できるだけの予算も知識も持ち合わせていない現状がある為。

今回、調査対象となっている精神障がい者の就労支援に関しては、精神保健福祉士である私たちは特性や医学的知識及び対応についてわかっているので、そう困難さを感じることはありません。しかし、精神障がいについて知識がないと、病状にふりまわされたりして大変かと思います。

支援機関にノウハウが少ないため、手探りの支援になっています。さらに研修などで理解を深める必要が

---

あります。

---

私たちはせっかく訪ねてくれたのだから何か来てよかったと思っていただける情報など提供したいと思っています。それには私達支援者が様々な情報・知識をもっていないといけないと痛感しています。

---

当センターは知的障がい施設から出発しており、精神障がいに対してのノウハウが蓄積されていないため、特に精神障がいの方のアセスメントに専門知識が不足しているように感じる。精神保健福祉士のような専門知識を持ったスタッフがいるのが理想。

---

支援者側としても精神障害者に対して的確な対応を要求されるが、正直、専門的な知見を有しておらず、状況に応じた適切な支援に困惑することに直面している状況です。

---

#### 疾患や症状の理解の難しさ

---

困った時の小さな異変への気付くことが難しい。気軽に、定期的に支援者が本人の様子を見れる機会が少ない。

---

精神障害というひとくくりでおさまらない多様さがある。

---

仕事・治療などを、やらないのか、できないのか、区別が難しい。自分の気持ちでやる気が起きていないのか、障がいにより不可能なのかの判断出来ず、訓練をすすめるべきか、休養をすすめるべきかを悩み、なかなか一定の支援が行うことができない。

---

精神の落ち込みの理由をきいても、なかなか理解できない。

---

病識の理解が難しい。一人ひとりと長く付き合うしかないか？

---

精神障害者の中に特に精神疾患の場合、職場での能力としては、第1に症状の安定、第2に人間関係、第3に精神的な忍耐力、第4にとっさの事態に対する判断力、第5には動作の機敏さ、第6に職務遂行効率が考えられますが、精神障がいと一口に言っても、統合失調も数多くあり、症状によって対応も異なるため、それぞれの症状や特性によって対応していくことが重要である。しかし、現状は非常に困難な状態である。

---

統合失調症やうつなど、従来の病気、障害以外の近年増加傾向にある。様々な精神的な疾患への対応が間に合わない。

---

発達・知的と精神疾患を合併している本人の症状理解の困難さ、どこまでが病気で、どこまでが特性なのか。

---

病名、障害が複雑で病像がとらえにくい、薬の効果が見込みにくい人がいる-難しさを感じる、

---

#### アセスメントの難しさ（支援技術）

---

就業・生活支援センターは「全障がい」を対象としているため、アセスメントすることから大変困難を感じることがあります。

---

支援側として、直近の就業状況やその他のアセスメントの不十分さが考えられるが、その度合いの難しさ、判断の難しさを感じた。

---

---

主治医のケースワーカーから直接相談はなく本人が活動しているため、一度会っただけでは生活リズム等分からないため判断に困っている。

---

事前の訪問や電話等の事業所とのやりとりでも「問題ない」との解答をいただいているケースが多く、こちらの認識がないところでの退職になってしまうことがある。支援者側の見立ての甘さや信頼関係の薄さもあると考えられ、スキルアップは常に求められている。

---

本来ならば、しっかりとアセスメントを行い、医療と連携を図り、企業（職種）のマッチングを図る必要（定着のため）があるにもかかわらず、しっかりできない場合がある。

---

他の支援機関等の情報のある方は、ある程度のアセスメントは可能であるが、ご本人からの聴き取りのみでのアセスメントがむずかしい。

---

職業準備性が必要な段階、OJTに進む段階、障害理解はどの程度必要か等に迷うことがあります。

---

#### 精神障害への対応の難しさ

---

体調の日々の変化が大きく、安定した就職活動が行えない相談者に対する支援

---

相談時に病識や自己の体調、その他職業準備性に関わることについて、虚偽もしくは誇張する方に対する対応方法

---

家族の意志（就労意欲）に押されている形で相談に来ている方、本人の就労意欲が低い方への対応方法

---

ご自身では何を相談して良いかわからなかったり、何を支援して欲しいかが不明瞭な方等への支援方法

---

医学的な疾患が固定されていない。疾病と障害が共存していて、環境からの影響を強く受けて症状が変化し、症状が固定でき難いので就労支援に関して困難を感じる。

---

#### 引くタイミング

---

支援ではなくて治療が必要な時の対処方法

---

体調の良し悪しで支援者の関わり方が全く違ってしまい、それを想定した、周囲との関係づくりが必要。

---

（連絡が全く取れない時の対応など）

---

身近な理解者であるキーパーソンの配置の必要度が、他の障害より高い。

---

病状、現状を本人に理解していただく支援力、支援者自身の未熟さも感じています。

---

当センターは精神の施設を持っていないため、関係施設と調整しながら支援していて、スタッフも精神の専門でないためスキル向上が求められている（登録者・就労者の大半が知的障害者です）。

---

ハローワークで就活困難な方がセンターを紹介されるが、日中活動にて就労・生活状況を確認したい時など多数あるが、本人が施設等を嫌がり、即就労を求めてくる時の対応が難しい。

---

ご本人やご家庭の障害受容について何の介入もできず、悪化につながっているケースによく出会います。

---

#### 調子を落とされた時の対応

---

症状が出ている時、出ていない時の支援者側のかかわり方。対応の仕方を変えなければならない場合

---

精神の方で感情・思考面ではなく、記憶や計算などの能力が著しく低くなった方への対応

---

---

#### 受入企業の方への理解を求める際の説明の仕方

---

企業の障害理解について精神疾患については一般的に難しい。センター職員の医療的スキルが問われる。closeでの就労をされる方への支援も増えている（精神の方、普通高校在籍の発達や知的の方）と感じます。

---

#### 障害特性におけるアプローチ手法の習得

---

ご自分が経験を積みながら、合っている仕事を探していくことが必要ですが、時間はかかるものであり、その寄り添いの支援の難しさを感じます。

「自分はここまで」と制限しながら、お仕事する方に関しては、企業側が「もう少しできるのでは」と考えたときに、ご本人と企業側との調整については困難さを感じます。ご本人にとっては、これ以上に仕事にすると体調に支障をきたすという思いと、このまま制限したままだと周囲の人との関係に支障をきたすという思いの葛藤があり、企業側にとっては、もう少しできそうなのに力を発揮してもらえないのは残念という思いと、障害があるがゆえにどこまで無理を言ってもよいかわからないという思いの葛藤があり、支援者としてもどこまで調整したらよいか難しいと感じることもあります。

知的や発達などの重複障害の方は、両方の障害に対して、同時に支援・配慮することになるが、片方だけだと調子が崩れてしまうところに、対応するためのスキルを感じる。

雇用主が初めて精神障がい（発達障害も含む）の方を雇用する際、必要以上に気を使っているのがわかる。配慮は必要だが、どこまでどんな配慮が必要なのか伝えることが難しい。

---

#### 他機関（医療除く）との連携困難

---

保健所との連携、役割の分担が上手くいかない。

本圏域にはパーソナルサポートセンター、中核地域生活支援センター、市単独の支援窓口、及び隣接市に若者サポートステーションがあり、それぞれを上手く使い分けているケースがあり、またそれぞれが医療機関に連絡をしても、その事実がわからない事がある。連携のあり方に課題を感じる。

就労に向けての準備性について、統一された判断基準があれば、医療、福祉労働と関係機関において、情報共有を容易にし、連携支援がしやすくなると思います。

その都度、または地域で開催される連絡会議等の場で当センターの役割や支援内容についての周知に努めているが、他機関における担当者の異動や退職等もあり一進一退の状況である。

就労支援は企業側の視点でも、その方の状況を考えていく必要がある。そのためには他機関の客観的な意見を聞きながらサポートしていきたいと考えている。しかしながら、支援者によっては、うまく連携できず、とまどうことがある。医療機関をふくめた関係機関とスムーズに話ができる関係づくりを意識しているため、意志疎通がうまくいかない状況になると残念。

支援者、企業、医療、三位一体となった支援をしたいと思っているが、こちらの力量不足で、うまく体制作りのアプローチができていない。

---

---

日常生活の安定と就労場面の安定等「安定」に対する関係機関との理解の差

---

所属施設のある方：支援員の方とうまく足並みが揃わず連携が取りにくい時

---

#### 支援者側ケア

---

かかわる職員のストレスマネジメントも重要。

---

支援者との距離感が適度に保てない方も多く、疲労感が増す。

---

支援者の精神的負担が多い。そのため、支援者側のメンタルヘルスケアが必要だと考える。

---

#### ■医療

---

##### 医療機関とその他の機関との関係不足、困難

---

医療機関との連携に非常に困難を感じる。

---

医療機関との連携が欠かせないと思うが、ネットワークが不十分なので連絡会議等での情報共有や意見交換が必要と思われる。

---

生活基盤を欠いたり、貧弱な人が多く、生活管理が難しい。（本人の同意や主体性の尊重を前提）職場、家族、医療機関等の連絡・調整や情報共有を図る必要を感じる。反面、医療機関との人的、時間的調整は難しいことも現状として感じる。ネットワーク会議等の必要性を、行政等からもっと周知していくとよい。精神障がいのある方で医療とのコンタクトが取りにくいケースがあります。本人のみの定期受診により Dr への報告内容（本人から）と我々の支援上の見立てと異なるケースがあるかと思います。そうした際に病状の把握が困難となり、就業以外にも生活全般の乱れにつながるかと思います。（こうしたケースの対象者である場合、センター設置場所より遠いところでの医療機関を利用されているように思います）福祉、労働、医療との連携を密にしていきたいと思います。

---

他の障害は特別支援学校や発達障害者支援センターと連携した支援を行えるのですが、精神の人に対しては医療機関との連携の難しさを感じます。

---

退院・通院時に主治医から施設の説明およびケースワーカー等と連携がとれるネットワークを必要と思われるが、そこまでの取り組みには至っていないため精神障害者の就労支援の遅れは感じる。

---

医療と地域をつなぐ方法にも限界があり、個人の選択と言うことで終わっている場合に悩みます。

---

精神障害の登録者数が多いため、医療機関との連携を積極的に取るようにしているが、PSW がいる規模の大きな病院では連携が取りやすいが、小規模なクリニック等ではNsとDrとのやりとりでなかなか就労支援に理解を得られない場合もある。

---

就労支援センター側から見れば、就労の可能性が大いにあるという患者様も、Dr.からは「就労は厳しい」と言われてしまうことがあり、まだまだ「精神障害を持った患者様は働けない」という先入観を持った Dr.が多いように感じます。主治医からゴーサインが出れば、我々センターも自信を持って支援が出来ますので、ぜひ医療機関（特に Dr.）に障害者就労について周知する機会を多く作っていただきたいと思います。

---

---

本人支援だけでなく、医療（主治医）面、家族に対してもバランスよく支援・連携しないといけない。ケースバイケースであるが、主治医との関係性や信頼感が乏しいと適切な治療が受けられなくなってしまったり、年金申請などのトラブルに発展してしまう。等身大の本人像、障害像を医療機関に伝えていかないといけないプロセスが多い。

---

障害のある方々に限らず、働き続けることへ課題のある方々に対して、ナカポツだけではなく、医療・教育など他分野でも関わってもらふ必要性を感じます。

---

一度、就労可能の判断が出たとしても、定期的な診察で、体調に関する相談が必要と思われる。就職活動等、環境の変化は、体調に影響を及ぼす。就活中の体調管理にも配慮が必要である。また、就職後も、継続的に働くためには、体調管理の一部として、通院による体調の把握は重要な項目の1つである。それにあたり、医療機関との連携も取ることができれば、より円滑な支援に繋がるとと思われる。

---

必要な医療情報を収入するのが困難である場合がある。

---

個人病院やクリニックとの連携の難しさ

---

医療でPSW業務が認められておらず、就労支援との連携が出来ない課題

---

主治医の変更は本人にとって負担が大きい、できるだけ事前に新しい主治医と支援機関も含めた顔合わせや治療方針の確認ができるとうまく移行していきやすくなると感じる。

---

支援機関と医療機関の意見の違い

---

本人・支援機関の方向性が同じでも、医師が「医療的側面」から同意しかねる、となると先に進まない。

---

患者さんが企業で働くというイメージがないのか、いきなりは無理だと思われるフルタイムでも可能であると意見が出たり、就労の可能性があるのに今後もデイケアの通所で過ごしていく等の意見も出る。

---

医療機関とのかい離を感じてしまう。

---

患者側から「働きたい」という希望を出されれば、安易に“就労可”との判断を出してしまわれるケースが多い。Dr. に企業での就労経験のない場合が多いため（当然ですが、あるDr. からのご意見としてうかがいました）「働く」というイメージそのものと、患者側の「働きたい」がうまくマッチングできていないままに「就労可」という判断を出されるため、相談を受ける側としての就業生活支援センターに「Dr から働いてもいいと言われた」と来所相談を受けた際、企業就労までの道のりが、本人の生活リズムの構築度、就労出来得る状況とマッチングせずに、本人のモチベーションが続かないと言うハレーションを起こしてしまうという場面がみられています。職場実習も含めて、基礎訓練もできる気力、体力が追いつかない、けれども「主治医は働いてもいいと言っている」というケースが結構見られています。

---

シフト通りの出勤が本来は必要という事を、本人が就労を希望された時に、医療機関や支援機関からもっと理解を促しておく事の必要性を感じます。病院によっては「ダメだったら、辞めれば良い」と伝えられる所もあるようで、本人も軽く行動される方もいらっしゃいます。

---

就労準備性の考え方が就労支援機関と医療機関との間でギャップがある（ご本人が「働きたい」と思って

---



---

いても実際に準備性が乏しくて働ける状態ではないことが多い)。

---

医療機関と足並みがそろわない時

---

医療機関との支援のズレ(方向性など)。

---

#### 医師の意見書

---

医療機関の影響力について、自覚をして欲しいと感じる場面が多い。客観的には入院が必要と思われる人であっても、「就労可能」の意見書を持ってくるケースがある。

---

医師が意見書で就職可と判断しても、本人の訴えに対し、「無理しなくていいよ」等、保護的にみることが多く、離職に至るケースもある。

---

医師の診断名も様々で医師による意見書があまり当てにならない事が多い。

---

HWに提出する「主治医の意見書」について、Dr.の立場での記入である事は当然であるが、この意見書はあくまでも「就業」することを希望する人に対してのものである。内容によっては本人に期待ばかり持たせ、現実としては雇用に結び付く可能性が無い物が多々あるため、本人が脱力してしまう事が多い。(1日2~3時間で週1~2日の就労可能などと記入され、本人は喜んで来所するが、実際はその条件での雇用はほとんどないこと、また、この所見の状態で就業すると病状悪化も懸念される)。

---

就労支援においては、主治医の意見書は大きなウェイトを占めています。医療の就労支援に対する姿勢が大きな影響があることの医療側の理解は必要だと思っています。

---

#### 就労への知識不足

---

「ステップアップ雇用」「ジョブコーチ制度」「トライアル雇用」について、医療側への認知がまだ不十分と思う。

---

主治医、医療関係者の考える就労と企業の現場で受け入れられる就労に格差があるように感じます。

---

病院ワーカーも本人の就労適正まで意識せず紹介する事が多く、交通整理に時間がかかる。本人はたらい回しにされていると感じることがあり、センターに怒りをぶつけてくるケースも見られる。働くと言うのはどういうことなのか、働くための準備性について医療従事者にも広く理解していただきたい。

---

精神障がいのある方の基礎訓練の場としての福祉サービス事業所(就労移行、継続A,B)の知識が皆無であるDr. NSが散見される

---

医療機関に対する啓発、研修の実施は肝要と考えています。また、Dr.側が「手帳は統合失調症の重い方のみにしか出せないのでは」という認識をもった方もおられて、啓発が急がれると日々実感しております。

---

定着支援の問題、病状に揺れがあるので長期的なていねいな支援が必要、しかしそれを理解している医療関係者や(精神を主に支援している)支援機関が少ない。

---

#### S. ワーカー

---

就労に関する知識や意識のあるワーカーの配置が希望(精神科に)。

---

ケースワーカーとの連携は図れているが、Drとの連携が不十分であるDrを交えたネットワーク構築が必

---

---

## 要

---

関係機関との連携、病院によってケースワーカーとの連携がとりづらいところがある。

---

### ワーカーが関与していないケース

---

服薬もきちんとされ、医療機関のワーカーの方との関係も良好な方は就労しても安定していることが多いように思われます。しかし、医療機関のワーカーの方との関係が取れていなかったり、ワーカーがいないところに通院されている方は支援者との関わりをあまり持たない方が多いです。

---

## ■企業

### 企業の偏見

---

企業側の精神障害者に対するイメージが悪く、「精神病」言葉の独り歩きが今でも多く残っている印象を受けます。

---

企業側での受入れ体制がとれておらず、“精神障害”というだけで断られることがあります（知的でしたら・・・という言葉をいただきます）理解をいただけるところが少ない状況です。

---

求職活動するにあたって、「精神障害者は除く」とされることがある。事情を伺うと過去に受け入れた時に困難や失敗した企業であった。

---

症状への配慮は勿論だが、企業に対して啓発にいかなければならない。

---

精神障害者を雇用させるにあたり、企業側が精神障がいの特性の理解が少ないことや偏見があることなどで、精神障害者と聞くだけでお断りになってしまう。

---

会社に対する啓発不足、「精神の方は雇いたくない・・・」という企業が多い。

---

### 企業の理解

---

発達障がい者が精神保健福祉手帳を取得して、企業就労する事と、精神障がい者として企業に就労する事のギャップ。手帳ベースと診断ベースを明確に分けて支援（説明）していく事が急務だと感じています。

---

### 体調の安定につながる職場の理解や人間関係

---

理解ある企業とそうでない企業の差が大きい。

---

企業側の配慮も十分だったため、逆に障害者雇用（精神）への不安感が企業側に残る結果となった。

---

離職後も、精神障害者雇用の理解はあるものの、企業側としてはどのように対応すればよかったのかという疑問から、次の障害者雇用（特に精神）を検討していただくのに時間を要した。

---

てんかんのみの症状の方の支援で相手企業から理解が得られず、うまくいかない。

---

一般企業の多くは（殆ど…）ハードスキルの必要性は当然だが、ソフト面のコミュニケーションスキルの部分をとても重要視する。一人の方（アスペルガー）が働くことで社内の空気が大きく変化し、他の社員にも影響があると言われる。特に新たに障がい者を雇用したいと言う企業の多くは精神障がい者以外でと話す。

---

---

精神状態に波がある人の場合、服薬や周囲の環境設定ではどうにもならない場合があり、その時の企業側の理解をどう得るか、かなりむずかしい課題になります。

---

受け入れる側の事業主においても、精神障害者についての知識や雇用経験がないことが多い。

---

就労先として受け入れ事業所からとしても、精神の方でも安定して定着でき、就労できる方なら雇用してもよいと言って下さる所もあるが、精神の方でそこまでできる方がなかなかいないのが現状であります。

---

受入企業の障がいに対する理解

---

事業主支援において、管理職の方々には理解があっても、本人と実際に一緒に働く現場の方々はまだ理解が浸透せず離職に至った事例が散見されます。逆に、一緒に働く現場の方々の理解があると雇用がうまく継続する事例が多くみられます。

---

求職中の障害者の求める働き方や仕事と、企業が求める職業人としての障害者像にへだたりを感じる（せめて、制度の中でカバーできるものがあればと思う）。

---

会社に余裕のあるところが少なく、精神障害者の雇用に理解が足りない、ノウハウが積みあがらない。

---

企業側に障害の特性の理解が不足し、精神障害の方への何気ない言葉で精神的に不安定になり、仕事を長く続けられないケースがある。

---

症状の不安定さをどのように企業に伝えれば理解してもらえるか？

---

（残業したり、環境の変化によっても体調を壊し…そのデリケートな一面を…）企業側に更に周知していく必要があるのでは。

---

フォロー体制

---

症状が安定していても、崩れる可能性があることについて、企業側に受け止めるだけの余裕がないように感じます。休んでしまってもいいような仕事を与えるだけでは戦力として計算できない現状があると思います。

---

職場での合理的配慮について企業に対する周知

---

社内での対応の支援者への依頼心

---

受け入れ体制が不十分、マンツーマン対応ができない。

---

企業側に仕事をつくろうという意識が不足。

---

障がい特性を理解しても現場で活かしていない。

---

就職後のフォロー体制が不十分。1、2年はフォローあっても、それ以後フォローがなくなる。そこを企業に求めても希薄になっていく。

---

支援者のみならず一般企業や福祉的就労系事業所等についても、精神障害者への環境整備や体調管理等配慮していただく余裕が見当たらない状況です。

---

ご本人の希望に合った就労先に就職できたにもかかわらず、仕事が徐々に少なくなり、雇用主さんも仕事を探してくれたが、ご本人としては毎日「今日何をしますか？」と聞きづらくなり、辞めてしまった。→・

---

ご本人の希望する職場だったが、ある程度長期的に見通しのある仕事がないと長続きしないと思った。

企業が実習受け入れしてくれない

職場実習を行っていただける企業がほとんどない。

企業はもちろん、行政が実習等の受け入れを避けている現状

受入・開拓先企業の少なさ

企業数が少ない為、職場開拓がむずかしい

精神障害者受け入れ企業の増大（多種多様な企業からの求人、職場開拓要因の不足）

## ■制度

就業・生活支援センターについて

障害者就業・生活支援センターに、有資格者を常勤雇用出来る財源面での担保があると良い。営利企業では無い為、予算内での継続雇用、昇給等に困難さを感じる。せめて、委託費内により弾力的に活用出来る仕組みをつくって欲しい。

開設当初には知的障がい者への支援が主であったが、精神障がい者からの相談が年を経るごとに増加傾向にある。これは信頼関係の構築に時間を要するケースの増加につながっており、よりマンパワーの不足が浮き彫りとなってきている。

就業・生活支援センターは、就職件数等を厚生労働省でもうけて労働局管理しているが離職数等は報告件数にも上がらずにいるため、国も把握していただきたいと思う。

生活支援員が原則一人となっているが、人口的にも小規模であり、加配は望めない。しかしながら他機関の実支援員も少なく、特に就労者への支援機関がないため、カバーしきれない状況にある。これも支援の工夫が必要であるが量的な面も否めない状況がある。

障害者就業・生活支援センターの支援範囲がはっきりここまで、というのがない（広範囲に渡る）ため、センターとしてどこまで関わるか（関われるか）の判断に迷うことが多々ある。

生活支援に係わる割合が多く、時間と労力を要する。しかし、制度的にも生活支援に対する重要度低いように思います。

マンパワーの強化を要望する。

センターが単年度の事業であることや会計上のしぼりが強く運営しにくい、力量のある（賃金の高い）支援者が雇いにくい。

就職者がどんどん増え、同時に定着支援が待たなしに来ている、手が回らない、マンパワーが足りない。

未登録相談という形で当事者やその家族、事業所などから相談が増えている、次につなげるためにも医療状況の把握をしたいが、未登録の状況では通院同行などが難しく、“つなぎ”の面で困難がある。

就業・生活支援センターの定員増

#### （当事者の）短時間勤務の扱いについて

精神障害者ステップアップ雇用制度を利用した短時間での就労を希望されていても、実際に短時間の求人は少なく、就労に結び付けることが難しい。

多くの精神障害の方は短時間の勤務を希望しているが、採用する企業は週 30 時間働ける人材を求める事が多く、短時間勤務の採用がなかなか広がらないこと（雇用率の問題もあるが、障害の有無にかかわらず、日本社会が柔軟な働き方がしにくい社会であることも影響していると思う）。

体調と求人枠のマッチングが難しい（障害者枠での短時間勤務が少ない）。

週 2 日で 4 時間働きたいという方への受け入れについてもニーズがある以上、就職カウントに入れてもらいたい。

短時間（週 20 時間未満）の就労形態では雇用率の算入にならないこと

#### 超短時間勤務の雇用率カウント

週 20 時間働ける状態まで体調を整えることが困難な方が多い

ステップアップで 1 年かけて週 20 時間をクリアする方もいるが、長期間 20 時間未満の就労であれば継続する方も多いのではないと思う、時間が長くなると体調を崩してしまうのが現状です。

精神障がいの方には、意外と短時間就労からであれば、能力を発揮できる方々もたくさんいると思います。求人によってはフルタイムのみもあるため、特に精神障がいの方に対しては、短い時間から、環境の変化を減らす方向で受け入れできる企業がたくさんあると良いと思います。

#### 障害者雇用制度等について

単身で会社で働く事より複数名で、同じ部署で働きたいと思っている方は多い。制度で複数雇用（堂部署で 2～3 人）に対しての新たな助成制度が必要と感じる。

障がい福祉サービスの利用に当たり、相談支援事業所が関わってくださることで、生活面の支援体制が作りやすくなったが、相談支援事業所の報酬の少なさが、事業所数の増加のさまたげになっており、サービス等利用計画の作成に時間がかかるケースがある。日中活動の場として、福祉サービス等につながる際、「タイミングをのがす」ことがある。

障害福祉サービス受給者証の「区分」と「雇用制度」「障がい年金」を制度上連動できないのかと考える。「手帳の有無で雇用率が決められるのではなく、「受給者証」で判断（重度該当など）できるようにならないだろうか…と考えます。

精神障害の方が希望する職種（事務、事務補助など）で実習させてもらえる現場が少なく、実習現場開拓に役立つ制度があればうれしい。

制度設計上は二次支援・三次支援を想定されていると思われる就業・生活支援センターが、一次支援を行わざるを得ないケースも多く、地域の中においていわゆる「何でも屋」的な存在になりつつあるように感じている。

---

現在のジョブコーチ（第1号職場適応援助者）は、施設職員との兼務で、現場との調整による活動で思うように動けていない状況。これは県内全域で言われている悩みである。ジョブコーチを雇用支援等事業の配置とし、常駐できるようになれば、現場支援の深まり、他の就業支援員の調整役等（職場開拓、雇用調整、ケース会議等及び地域支援力の向上に係る事）の深まりが得られるのではないかと感じています。

---

企業規模による障害者雇用報奨金の在り方について、当圏域のような小規模地域においては、企業も9割以上小規模零細企業で成り立っており、障害者雇用を検討しようにも効率を求められてしまいます。報奨金が規模に関係なく支給可能になれば、都会集中の雇用から全国的にさらに広まるのではないかと感じています。

---

チャレンジ雇用というか、失敗した時の再チャレンジシステムフォロー体制を使いやすく、すぐに利用できるものがない。

---

精神障がいがある方々の支援については各ナカポツセンターによって異なってくると思います。就労実績や実習件数など数字であらわれる部分で評価されることが多く、中身を問われることはあまりないと思います。定着支援と一言であらわしても、企業訪問による支援だけではなく家庭訪問や面談、通院の同行など幅広いサポートが必要となります。就労は生活の一部と考える我々にとっては、生活面の支援にも一定の評価が得られればと思っています。

---

JC（ジョブコーチ）の役割の重要性を感じます。

---

保健所なり、行政主導で、より中核的な地域での支援体制が必要と思われる。

---

企業が精神障害のある方を雇い入れるメリットをもう少し増やしていただきたい。（雇用率のカウントを週10~15時間程度も適用になる等）

※精神障がいのある方の病状の揺れ等への対応を考慮すると、企業が精神障がいのある方を雇用するメリットが低いため。

※精神障害者のある方の雇用について、敷居を下げることも必要と考えるため。

---

精神障がいのある方が休職した場合、リワーク支援を行う際に疾病手当をもらっている間、福祉サービス事業所は（就労系で工賃が発生する事業所）利用できないとのことで、休職中の生活リズムの整え方について（困難が生じている）。

---

障害年金が取得できない人の場合の就労について、収入額が限定された求人になり、無理した就職になりやすく離職につながりやすい。

---

働いたことにより年金の更新が停止、または難しくなり家族からの自立困難、生保取得に結びついている。

---

#### 手帳のない人の支援

---

手帳なしの方の就労支援

---

障害者雇用の企業があっても、障害者手帳未所持者が多く、案内できない。

---

## ■家族

複雑なケースは、本人の障害だけでなく、成育歴を含めた家族の問題がからんでいることが多く、どこまで家庭の中に入っていいのかわかり、四苦八苦している状況です。

また、障害受容が十分でない方で、家族の支援が十分受けられない方に対する支援も、とても難解です。

家族がご本人の障害に対して理解をしておらず、昔はできていたのだからとフルタイム勤務を勧めたり、中小企業ではなく、できるだけ大企業の応募を勧めたりするケースもある。

家族の協力が得にくい場合がある。例（休日に家の手伝い（農作業等）を依頼し、つかれて体調を崩し、仕事を休む事になる）。

家庭での生活が難しく、家族支援が必要。

家族に対しても障害を受容しきれていないことも多く、中には本人自身が障害をオープンにしていないケースもある。また、家族自身も被治療者であるため、家族病理全体を配慮しないといけないケースも少なくない。

家族理解

## ■地域・社会

地域の支援・訓練機関の少なさ

就職の相談に来られてもすぐには就業は難しいと判断した場合、次の支援機関（就業訓練）の場が少ない。

就労前の準備をする場所（社会資源）が少ない。

軽度発達障害者、高次脳機能障害者は、精神の手帳を取得することが多い。しかし、上記のケースが一般就労する前の訓練等給付の事業所が少なすぎる。支援者の育成と並行して施設の設置が急務である。

精神障がいの方が仕事に向け、訓練を検討しても、地域には知的障害の方が多く通う就労移行事業所が多く、本人さんもなかなか通いづらいところがある。

職業準備性（を高めることを）を機能にもつ就労移行（支援事業所）が少ない。

本人のニーズに合ったサロンや作業所の少なさ。

地域特性

地方では、公共の交通機関が発達していない為、免許がないと就職できないケースが多い。

沖縄県のさらに離島にある当圏域は、研修等に参加しようにもコストが大きく、自費でもなかなか行けずにあります。招致にしても同様です。圏域的な課題であり、様々な機関の試行錯誤はありますが、どうか行政との連携により、情報を得ようと取り組んでいたり、当圏域人材で研修が組めるよう人材育成にも力を入れております。

地域性から就労場所の確保が困難

社会への啓発

---

精神障がい者に対する社会的な偏見や無理解：センター含め職業センター、医療機関等、関係機関が、社会の精神障がいに対する理解を促進していく必要がある（行政もまじえる）。セミナーを活発に地域で行う他。

---

地域的に精神障がいのある方への偏見が依然として強くあり、開示して就労は難しい。支援に入れないことも多く、職場定着が困難。

---

先月も精神障害者の女子児童に対する暴行事件が起きてしまいました。暴行を起こす方は稀だとは思いますが、世間の偏見は簡単に払拭することはできません。マスコミの対応も今一つの様な気がします。

---

当センターは△△地域（事務局注：地域の特定を避けるため伏字としました）にあり、発達および高次脳機能障害の人の訓練機関が無い。他地域にはあるが、数は少なく、準備性向上の入口に立っている人が通うこと（1～2時間）が難しい。また、高次の場合、就労に特化した相談を受けられる医療に直結した機関も、◎◎市内で、待機期間も長い場合が多く、特にアスペルガーの人は待てない。

---

精神障がいの方は重度になってしまうと、社会に戻るためにすごく時間がかかってしまいます。早めに気軽に、医療機関に受診したり、相談機関に立ち寄れるような、そういったキャンペーンや制度を充実してほしいと望みます（ご家族が自宅から外へ出したいと望んでいるが（本当は仕事してほしい）、重度化して外へ出る機会をつくれないうる方が多くいます）。

---

#### ■意見

##### 精神障害者を支援することへのあきらめ

まだ医療レベルの方に多くみられるが、自分は働けると主張するも、医師はまだ早いと。ただ医師に強制力はないため、就労の準備性が整ってない方が多く相談にみえる。→医療機関で止めるすべはないのだろうか？結局、医療機関につなぐしかないため、無駄な労力をついやす。それより、もっと支援して挙げた方が良い方のさまたげになっている。

（就労準備性の整っていない利用者を）医療機関で止めるすべはないのだろうか？結局、医療機関につなぐしかないため、無駄な労力をついやす。それより、もっと支援して挙げた方が良い方のさまたげになっている。

精神障害のみとりあげる（原文ママ）のは困難。発達障害の事も入れた想定作りが必要では？

##### 期待・希望

体験実習を開拓する際、何らかの受け入れ先が受け入れやすいような、制度があればいいと思います。たとえば、社適の決裁択を保健所や総合保健福祉センターではなく、ナカポツに持たせることができれば、いいのではないのでしょうか。

精神障がい者の雇用義務化に期待しています。

要望・精神障がいのある方が働いている職場に PSW 等資格を持った方の配置、又、PSW 等の職場への巡回

---



---

## 相談の実施

---

精神障がいの方の支援は、季節の変わり目等の症状の変化等長く続く方が多い。精神障がい者の就職者が増えれば、定着支援も多くなる事が考えられる為、定着支援の担当者配置を希望する。

---

“精神障がいのある方”は難しいとよく耳にします。そういう声が聞こえなくなる小さくなる時代が来ることを期待したいです。

---

今後、就労支援ネットワークにおいては、精神障害者支援には欠かすことのできない医療機関の積極的な参加に絶大なる協力を望むものです。

---

主治医の言葉に絶対的な信頼をおく方が多い、その為、支援体制を組む際には医療機関の方とも連携を取りやすいようなアプローチを行っていきたい。

---

医療機関の方へ支援機関の役割などを知ってもらえるようにPRにも取り組みたい。

---

## 支援者哲学・考え

---

精神障害の方の認知を深めていくためには、やはり実際の職場での体験学習が大切だと思います。

---

根拠のない自信や自信のなさに対して、具体的に本人が気づいていけるアプローチが大切であり、そのような支援をシステム的にできたらいいのではないのでしょうか。

---

障害受容、通院、服薬については医療機関と連携し、就労移行やナカポツ登録の際は、これらの課題はクリアされている状況を、地域のネットワークでできていたら、よいのではないかと思います。

---

障害を持つ方ご自身の体力や、就労に向けて必要となることを、ご本人が体感できる仕組みづくりが必要だと思う。

---

厚生労働省の発表する統計などにおいても、「うつ病」の数は増加しており、社会的な問題になっているものと捉えています。支援者として、又は、ひとつの組織として「うつ病」にならない為の配慮はどんなことなのか？と考えております。

---

他の障害の方よりも長期スパンでの職場定着支援が必要だと感じます。

---

①企業や事業所の理解や環境改善、②就労支援、③医療面、④福祉サービス（相談支援等）

①～④だけでは、支えきれないことで離職につながることが多い。実際には1年以上続くケースは少なく、①～④以外の手立てが必要であると考えられる。

---

本人が早期就労を希望している場合も多いが、支援者、本人両方が障がいを理解し、それに基づいて適切な職場の選択・働き方の選択をすることが必要と思う。

---

ご本人とは日ごろからの信頼による面談の大切さについて感じています。

---

就労と医療機関のコーディネートを実施する体制が必要と考えられるが、精神保健福祉士がその役割を単に担当できるとは考えにくく、一定期間の就労支援の経験（1号JC、ナカポツの実務経験を必要とする）をふまえての実施でなければ、実際のネットワーキング支援に展開できないと考える。

---

本人と、どのように距離を取りながら支援していくかがポイントと考えている。

---

---

本人の見立てについては机上では見えない部分も多く、作業所などの訓練や職場実習などを経て見えてくる部分も多いと感じます。

---

圏内に精神障がい専門とする相談支援事業所が3事業所あるのは大きな強みであり、これらの事業所とは就労支援のネットワークも形成しており、精神障がいの方のケースについては連携して対応していきたい。

---

就労面においては病識への理解よりも“働く”ことが優先になる。一人ひとりが自己コントロールでき、自分で判断できる方であれば、雇う側も対応できるのだろうか（内容にもよるが・・・）。

---

継続することの大切さ、その先にある必要とされている存在意識をもってもらうこと、失敗経験の積み重ねでだけでなく、成功体験を得ることで病状についても、回復の一助になるのではないと思われる。

---

（回復の）長い道のりに寄り添う企業・付き合ってくれる企業、そして本人と企業の間に入っていき支援者側の粘りある姿勢が必要と思われます。

---

（当事者の）潜在能力をどう引き出せるか、支援のノウハウが問われていくのではないのでしょうか？

---

本人と事業主双方を支援する立場として、問題が大きくなる前に定期的な事業主と保護者との話し合う機会を確保しておく関係性が構築されていることで、ちょっとした行き違いや誤解が早く解決されることにつながると、実践を通じて強く感じます。

---

精神障害者支援の質と量の不足、いずれも向上が必要

---

精神障害者のつなぎ先や関係機関をPRし、ネットワーク構築を図る事で所属などがいない方も支援機関につながりやすくなりと思う。

---

行っている対応・工夫など

---

職場開拓状況の情報提供をし、施設で安定して施設からの紹介で就労支援に取り組み、施設と状況確認しながら短時間及び休日調整(5勤にならない)など取り組むようにしている。施設利用者は施設と病院で調整してもらっている。

---

医療機関とは密に連携をとり、支援対象者の方の安定を図るよう努めています。

---

まずは支援にあたり、多くの情報を共有するための面談(アセスメントや関係づくり)を重視している。あらかじめ苦手なことや不安に思っていること等把握できれば対応しやすく、企業などに具体的な関わり方や症状などの情報について伝えられ、企業側も安心して受け入れてくれる。

---

当センターでは平成23年度、13名の精神障がい者が就職し、12カ月後の定着率が76.7%、離職者が再就職された件数を加算すると92%が定着または再就職となっている。これは小規模である為、医療機関との連携がスムーズであるという点、〇〇障害者職業センター(事務局注:地域の特定を避けるため伏字としました)との連携が良好であるという点、を含め、細やかな支援を実施しての結果であると考えられる。

---

精神の方には限らないが、電話のやりとり等、顔の見えない支援は誤解を招く恐れがある。特にこみいった内容については面談を提案することもある。

---

---

精神障害者の就労支援の場合、支援対象者の体調を見ながら、支援を行っていく。落ち着いているようでも、些細なキッカケで調子を崩す事が多い。本人の体調を最低限、把握しておく必要がある。そのため、現在は主治医への相談や意見書を就労の可、不可を判断材料にしている。

---

#### ■その他

在宅者の支援に関しては苦慮するケースが多い。

本人の能力、会社の理解、支援がある状態であっても働くことそのものが本人の苦しさとなっている場合、離職となることが多い。

このアンケートに回答するため、労力を使いました。作成されたほうも大変だったろうと思います。お疲れさまでした。

「就労」という言葉をキーワードに様々な方が来所されることを日々実感しています。話を聞いてもらいたい。家族が言うから、世間体が悪いから働かなくてはいけないのかな。本来ここに相談にすることではないと思われることで来所されます。

じっくり話を聞いてあげたい、主治医や医療機関に同行したいと思うことがよくあります。

支援機関につながるのが遅かったため、二次障害としての精神障がいがある方がおられる。親の受け入れ（親の障がい受容）ができていないことで、長年、自宅におられるかたが、社交不安障害なども発症されたりしている。

アンケートを送ってくるのは勝手ですが、相手の事を考慮して送付すべきではないですか？アンケートに答える為に、どれだけの時間が必要なのか、言葉や設問は理解出来るのかを考えてください。

一見働く力があるため早く就職が決まるが、その後体調を崩し離職というケースが目立つ。

現場まで障害特性等が伝わってない。

定期的な訪問支援によって本人へのサポートも実施したが、継続へつながらなかった。

新たな雇用で社員への影響が強くなった場合に次に雇い入れを考えている場合、障がい者自体を受け入れにくくなってしまうと言う。そうになると、なかぼつセンターとしても正直、精神障がい者の方々（特にアスペルガー）の企業就労に対してはとても慎重になりがちになってしまう所がある。

精神状態が安定している方は自力でハローワーク等で就活していて何かしら支援が必要な方が就業・生活支援センターにて相談等実施している。

精神の就労支援施設も重度化していて、半日就労・半日施設利用の方が増えている。

当センターは登録者増のため昨年より、働きたい人の相談は、一般相談窓口で受け付け、職場開拓・職場実習等、登録前に支援し就職した方・内定をもらった方のみ登録として職場定着支援をしている状況

会社の方からは「この方は戦力ですよ！」と言われると、とてもとてもうれしくなります。この一言を糧にがんばっている気がします。

---

---

家族がご本人の障害に対して理解をしておらず、昔はできていたのだからとフルタイム勤務を勧めたり、中小企業ではなく、できるだけ大企業の応募を勧めたりするケースもある。

---

精神や発達の方は周囲の環境に柔軟に関与することが求められます。雇用の場のみならず社会全体の課題とも言えます。柔軟性に求めると「私自身が無理を言っている」と言われ、お願いする立場ではあるが、対等にやりとりをする関係にもっていく難しさが特に精神の人の支援をして感じる。

---

地域が受け皿としてまだ整っていない、（住む所（保証人）、交通手段）。

---

昨年度より（今年度は特に）精神障がいの方の相談が増加しているが、就労に結び付いたケースは少なく（就労継続支援 A 型事業所は多い）、初回の面接で終わってしまうケースや、就労困難な方に就労移行支援事業所や就労継続支援 B 型事業所を紹介するが、利用まで進める事ができないことが多い。

---

精神科医療機関によって、得意分野はあり、医療機関によって、診断名が異なっているのではないかと思われることがあります。医療機関がどこなのかによって、スムーズに支援が行えるが、周りをしないとけなくなるか変わってしまいます。

---

精神障害者の実状としては寛解にありながらも、殆どの方が服薬を継続されております。中には独特な副作用の出現から作業中に一時的な中断をせざるを得ない場合や、独り言や空笑等が見られる等、周囲からの偏見が持たれることをも少なくないようです。

---

家族との連絡を拒否され、家庭での様子や家族の思いが正しく把握できない時

---

表 29. 困難感・負担感を軽減するための対応策（自由記述）

■企業

〈企業に対する〉障害特性に関する研修

企業に対する（啓発も含めた）精神障害の障害特性に関する研修

---

企業・医療機関の内面に研修を実施する事が必要と考えます。企業は、精神障がいの特性、服薬が症状の助けになるという認識をもっていただくための研修がとりわけて必要です。

---

精神障がいというイメージも偏っていること、“うつはなまけている”という感覚を持っていること、あるいは“何をするか分からない怖い人”というイメージが先行していることを感じます。正しい知識をもっていただくための研修の実施により、雇用出来る貴重な人材（人財）であるという認識をもてると思います。

---

（精神障害者の就労支援をするにあたり）企業に対しての特性の理解をどうすすめていくかの研修等

---

企業によってはまだまだ精神障害の方への偏見があり、採用どころか実習さえ難しいケースがある。企業に対しての精神障害者の戦力化の研修などがあればよいと思う。

---

障がい特性を受け入れる姿勢と理解しようとする姿勢

---

〈企業に対する〉支援制度に関する研修

---

---

就労支援制度に関する研修

---

将来的に精神障害も雇用義務化されるので、企業側に雇用にあたっての不安や負担が軽減されるような就労支援に関する社会資源

---

企業対象の精神障がいのある方に対する雇用制度（助成金）に関する研修

---

企業に対する研修（就労にあたってのさまざまな支援制度（ジョブコーチ、助成金、センターの支援等）についての研修）

---

〈企業に対する〉企業間の情報共有に関する研修

---

実際に精神障がい者を雇用している企業の見学会と意見交換ができるような研修を未達成企業に対して行うことも効果的かと感じます

---

障がい者雇用に先進的に取り組む優良企業から学ぶ研修

---

精神障がい者の雇用事例研修

---

〈企業に対する〉環境の整備、配慮に関する研修

---

現場の支援担当者に向けた実際の精神障害者の支援実践例等を学べる研修会

---

実際の就労の場面で困った時に企業の中での対応の仕方や外部の人間の関わり支援、フォロー体制の在り方

---

仕事の切り出し、勤務時間、作業環境等の特性を活かした受け入れについての研修

---

仕事をつくる、雇用の創出を企業側にも配慮してほしい

---

企業の雇用管理のノウハウに関する研修

---

企業に対する精神の作業所見学や実習の実施

---

就労した精神障害者を定着（雇用安定）させるための企業担当者に対する研修

---

就労支援、「働きたい」を支える仕組みを考える

---

〈企業に対する〉職場のメンタルヘルスに関する研修

---

（企業及び一般市民に対する）復職支援

---

企業及び一般市民に対するうつ病予防対策

---

（精神障がいの就労支援に関する研修の在り方）一般企業については、従業員数に対してのメンタルヘルス

---

精神障がい及び二次障害の予防

---

〈企業に対する〉その他の意見

---

企業に向けた研修の実施

---

過去もしくは現在進行形で対応に苦勞した企業は積極的にはならない為

---

精神障害者の増加や今後の雇用義務化を見据えて、企業向けの研修を増やすことは必要だと思います。

---

---

企業の方々にむけて、精神障がい者の～研修といってもなかなか参加しにくい様子もあります。

---

## ■医療

〈医療機関に対する〉支援制度、資源に関する研修

医療機関に対する精神障害のある方に対する就労支援制度・就労支援体制に関する研修

就労に関心のある医療機関も一般的に少なく、スタッフも就労系の社会資源も周知していない現状が見られる。

〈医療機関に対する〉働く現実を知らせる研修

医療機関（特に Dr）に対する就労実態等の研修

〈医療機関に対する〉就労支援における医療の役割に関する研修

医療機関によって、精神障がいのある方の地域生活支援の中の医療の役割位置づけについて

〈医療機関に対する〉働ける人とはどういう人かを知らせる研修

就労支援機関につなぐにあたって必要最低限な見立て（アセスメントのポイント）

〈医療機関に対する〉主治医意見書に関する研修

医療機関に対する～意見書の内容（記入）に関しての共通認識

〈医療機関に対する〉就労支援全般に関する研究

医療機関に対する就労支援（就労現場、企業との関わり等）に関する研修の実施

## ■支援機関

〈支援機関に対する〉障害特性に関する研修

医療従事者による精神障がいの特性や分類について等

就労訓練事業所に対する精神障がいに関する研修（事例検討）の実施

病気や薬についての医療機関の考え方、処方方法（判断）等の研修

就業・生活支援センターに対する精神障がい者の定着支援について病状不安定な時期の本人・企業との関わり

入院から回復していくまでの過程、時に過度な就労により再発し病状・障害が悪化し本人の人生に大きなダメージを残す事実がある事、さらにそういったリスクがあるから医療機関は就労支援に消極的になってしまう傾向がある事を知る事が医療機関と連携を取る上で大切と思います。

病気の正しい理解が必要かと思われるが、それは個々のケースで異なるため一概には言えないが、ケースワーク（グループワーク）等を通して勉強していく必要があると思われる。

---

精神障害者とは何ですか？どう捕えればよいのか？また、精神障がいのリハビリテーションや特異点について（知りたい）。

---

精神障害者のみを対象とした、就労支援員等の研修

---

精神障がいといっても、1人1人個性・性格が違うのと同じで、基礎的なことよりも、実際に雇用した経験のある事業主（所）の方からの実践的報告をしながら、どの部分が病気で、どの部分が性格（個性）なのかという勉強会をしていく。

---

〈支援機関に対する〉支援者の基礎的な研修

---

就労支援についての研修

---

就業・生活支援センターに対する研修を数多く企画していただきたいです

---

センターに対する精神障がいに関する研修（就労支援制度他）の実施

---

精神障がいのある方に対する就労支援に関する研修の実施

---

個別ケースワークの上達できるスキルアップ研修

---

波があるなかでの支援の進み方、ペース

---

ジョブマッチング、医療と統合された支援

---

精神障害者の障害特性を踏まえたインテークやアセスメントにおける技法

---

発達障がいに起因する精神障がい事例と対応に関する研修

---

就業・生活支援センターなどに対して精神障がいのある方への就労相談技法（ロールプレー）など

---

就業・生活支援センターに対する精神障害者との面接技法

---

精神障害の方たちがどのような経過をたどって勤務していたかなどを学ぶ研修（まだまだ働けないと思われるかたやデイケアでこんなにできているから働けると思われている方などいらっしゃるの、現実的なことを知っていただく

---

発達障がい者支援センターにおける「成人支援」をより強化するための研修（就労支援）を実施すべき。

---

アセスメント、計画、実施、モニタリングからのステップアップシステムの構築（具体的な方法、方策）

---

失敗したときや、途中で続かなくなった時の支援（対本人、対企業へのアプローチの方法方策）それに伴うマンパワーの充足

---

〈支援機関に対する〉支援者のスキルアップに関する研修

---

支援者に対するスキルアップの研修（例えば SST など）

---

ナカボツセンターに対する、精神障がいに関する研修において、着任5年毎、定期的な研修の開催により、その時のタイムリーな情報

---

就業・生活支援センターのスタッフのスキルアップにつながる研修

---

医療機関に対する、就労支援に関する研修において心理療法（CBT 等）の有効性

---

---

就労移行支援事業、就労継続 B 型に対して；作業訓練だけでなく、SST、JST など社会性スキルを強化しえるプログラムを主体的にできるように啓発する研修

---

本人のエンパワーメントが引き出されるような支援のやり方（に関する研修）

---

就労場面で想定されるストレスマネジメントの研修

---

高次脳機能障害者支援に関する研修

---

就労継続 A、B 型のスタッフ（ケアマネージャーも含む）における精神障がいについての専門性を強化出来る研修。※経験や日々の関わりで十分に理解出来るという意識

---

就業・生活支援センター職員を対象にした困難ケースの解決を考えるような研修会

---

離職率の軽減としての取り組み。就業・生活支援センターに対する精神障がい者の復職支援に関する技法関係機関での支援体制について、事例を用いた研修会が効果的と思われる。成功事例を用いる事で、良いイメージを共有する事を目的とする。

---

障害者就業・生活支援センターのみならず、支援機関スタッフを対象とした、リハビリテーション技法に関する研修

---

発達障がいの特性を伴う相談技術に関する研修

---

〈支援機関に対する〉事例を使用した研修

---

事例検討グループワーク、好事例紹介

---

〈支援機関に対する〉定着支援に関する研修

---

定着支援に関する研修

---

〈支援機関に対する〉企業に関する研修

---

企業に求められる役割についての研修

---

医療機関と支援機関でのつながり

---

就業・生活支援センターと医療機関との連携について

---

支援機関にむけてという感じではなく、医療の方々も一緒に意見交換できる研修があると良いなと思います。

---

医療機関と支援機関、企業など他機関によるネットワークづくり

---

企業、医療、ナカボツ、福祉の合同研修と、前述の分野別研修を組み立てた研修会があれば良いかもしれません。分野別の障がい者雇用の見方（現状）を相互に知ることからスタートするイメージです。

---

支援機関合同の研修会（勉強会）の実施

---

単一機関だけの関わりでなく、生活面、就労面、医療面などで当事者が困った時に、どこの支援機関を利

---



---

用していくのかを周知していく研修、情報交換の場を多く持つことだと思います。

---

無年金障害者の支援について（実態や行政との連携について）

---

当事者、ご家族へのサポートに関する研修

---

就労した精神障害者の保護者（家族）のストレスを発散させる場の提供

---

精神障害者本人に対する病気や障害理解の研修

---

本人、家族に対する障害者雇用の実情を知る研修

---

障害者自立支援医療制度に伴い、膨れ上がる福祉施設への利用増加、並びに多様化するニーズに対応可能なことから就労離れの傾向がみられる。⇒精神障害者を持たれている方を対象とした就労意欲を高めるための研修

---

就労している、または就労しようとしている精神障がいの方へ、いかに就労を続けて行くうえで安心して支援を受けてくれる体制を築けていけるかだと思います。

---

行政・公的機関に対する研修

---

民間の企業だけでなく公的機関に対しての研修があってもいいのではと思います。

---

その他の機関に対する研修

---

教育機関での研修

---

マスコミに対する研修

---

働く事の意義やすばらしさ等々、社会資源の周知と共に研修の場の必要性を感じる

---

その他の要望

---

研修よりも、医療機関での経験を積んだ精神保健福祉士を採用した方が早道だと思います。

---

昨今の精神障がいは従来の統合失調症の方だけでなく、発達障がいやパーソナリティ障がいの方もおられ、混迷していると感じます。

---

就業・生活支援センター事業は、行ける研修が決まっているため、就業支援に関係のない研修は、法人の予算で出ざるを得ない現状です。

---

少なくとも50名以上の企業は研修（必須）に参加する（義務として）ようにしなければならないのではと感じる。

---

コーディネーターの人員配置の義務化⇒精神障害者に対する理解度の普及、啓発

---

精神科デイケアセンター等の実施体制を見直し、就労支援員の配置を義務付け、就労移行に関する研修を

---

---

実施する

---

就労移行支援施設で精神障害の方の受け入れが拡大できるようにするための研修（経営面から含めたもの）

---

都道府県により発達障害を療育手帳で取得されている方、精神保健手帳で取得されている方がいらっしゃいますが、企業への説明の際、療育手帳所持されておられる方でなぜ発達障害なのか理由を求められるケースもあるので、支援者側も上手く説明できない。

---

研修が開催されても、なかなか参加できる体制ではない。

---

行政主催での福祉サービス事業所等を対象とした精神の方について学べる研修（対応から支援まで）

---

精神障がいのある方の地域生活支援の中の医療の役割、位置づけについて。またそれを可能にしやすくするためのMSWの社会的評価を高めてゆくことについて（制度的支えも含む）。

---

その他

企業の方々も精神障害のある方、メンタル不調をかかえる方への研修によく参加をしているときいたことがあります。悩んでいる所は我々支援機関も同じなのかもしれません。

---

就労のために医療と福祉移設の役割を明確にした研修が必要。

---

なぜ障害者が増加するのか、増加させない研修

---

企業、医療機関、支援機関に対し、病状の揺れと（時に大揺れとも）付き合いながら働き続けている事例（好事例だけでなく、苦労しながらも何とかやっている事例等）を多く知る機会

---

医療側には「状態を悪化させない医療」から「本人の人生を応援する医療」へ転換が求められている。

---

発達支援センター人員の中でも就労支援担当者を当方の研修企画に参画できるよう指示すべき（公に）

---

働く事がリカバリーに有効だと理解できるような内容の事例紹介

---

精神障がい向けの助成金や支援制度が充実してきているが、実際に、必要な方に、良いタイミングで利用できているのか疑問です。ハローワーク窓口も困っている状況があると思うので、制度に関する、事例を通した研修はどうでしょうか？

---