

医療が精神障害者の‘働く’を支援する

# 就労支援・リワークを担う 精神科診療所

平成27年度医療機関に対する精神障害者の就労支援ノウハウの周知・普及等の実施事業



# CONTENTS

〈大阪府大阪市〉 医療法人遊心会 にじクリニック	3
対応者：西浦竹彦（副院長）・長谷高純一（相談室室長）	
〈大阪府大東市〉 医療法人楠朋会 くすの木クリニック	10
対応者：田川精二（院長）・平林 玄（PSW）・若林保江（PSW）・大畑早紀（PSW）	
〈大阪府寝屋川市〉 医療法人 三家クリニック	17
対応者：三家英明（院長）・浜中利保（医療福祉相談室室長 PSW）・ 溝上亮二（医療福祉相談室 PSW）	
〈福岡県飯塚市〉 医療法人陽山会 丸野クリニック	26
対応者：丸野陽一（院長）・福田大輔（PSW）	
〈北海道札幌市〉 医療法人社団 ほっとステーション大通公園メンタルクリニック	32
対応者：長谷川直実（院長）・山田秀世（理事長）・佐々木渉（PSW）	
〈東京都港区〉 医療法人社団雄仁会 メディカルケア虎ノ門	39
対応者：五十嵐良雄（院長）・飯島優子（デイケア主任）・林 俊秀（事務次長）	
〈山梨県甲斐市〉 医療法人啓夏会 響ストレスケア~こころとからだの診療所	50
対応者：大橋昌資（院長）・蔵條三紀（PSW）・山本智美（CP・音楽療法士）	
〈千葉県流山市〉 医療法人社団宙麦会 ひだクリニック	58
対応者：肥田裕久（院長）・木村尚美（副院長）・中田健士（PSW）	
〈北海道札幌市〉 医療法人社団新木会 木の花メンタルクリニック	64
対応者：新田活子（院長）	
〈千葉県千葉市／船橋市〉 医療法人社団爽風会 心の風クリニック	70
対応者：佐々木一（理事長）・荒木章太郎（PSW 主任）	

インタビュー：金塚たかし（NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク統括施設長）  
堀江良和（公益社団法人日本精神神経科診療所協会事務局）

## まえがき

全国のリワーク調査によると、精神障害者の就職件数は平成 25 年度に身体障害者を追いぬき、三障害で一番多くなりました。

しかし、精神障害者は「就職はするけれども、すぐやめてしまう」といわれています。またリワークの分野でも、何とか復職を実現しても、いかに休職を繰り返さず、失職に至らないようにするかに頭を悩ませています。就労支援においてもリワークにおいても、精神障害者の場合は「職業生活の継続」が大きな課題であるといえます。国はとくにこの部分での役割を、精神科医療機関に期待しています。

今回、公益社団法人日本精神神経科診療所協会が厚生労働省から受託した「医療機関に対する精神障害者の就労支援ノウハウの周知・普及等の実施事業」によるこの冊子は、金塚たかし（NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク統括施設長）、堀江良和（日精診事務局）の両氏がインタビュアーとなって、精神障害者の就労支援やリワークを独自の工夫で展開している 10 の精神科医療機関に伺い、「就労支援に取り組み始めた要因と時期、経過と実績」「就労支援の体制」「現状の課題」「地域の実情と課題」「今後の展望」、また精神科医療にとっても大きなテーマとなる「医療と福祉の連携」について就労支援という切り口から語っていただき、その内容をまとめたものです。

インタビューをとおして、各々の医療機関が時にとまどい悪戦苦闘をしながらも精神障害者の就労の道を切り開いてきた道筋のなかに、『患者さんの立場に立ってずっと寄り添い続けていく』という共通の思いが流れていることを感じとっていただけるのではないかと思います。

本冊子が、精神障害者の就労支援・リワーク活動のご参考になれば幸いです。

田川精二

公益社団法人日本精神神経科診療所協会 理事

大阪府 大阪市

医療法人遊心会

# にじくクリニック

対 応 者

西浦竹彦(副院長) 長谷高純一(相談室室長)

調査日/平成27年6月18日(木)

## 法人の理念

**西浦先生**：実はうちは理念を決めていません。医療法人のなかにクリニックが2つ、さらにグループホームと訪問看護ステーションがあります。法人全体としては、精神科を中心とした地域医療で地域のニーズに応えてきたということが今につながっているのだと思います。「にじくクリニック」では、精神科の地域医療のなかでもデイケアを中心とした患者さんの地域生活のサポートやリハビリを目指しています。

## 法人の概要（法人開始時期、主な疾患名、デイケアの有無、規模、スタッフ数、特徴、等）

### ①法人開始時期

**西浦先生**：1989年（平成元年）です。

### ②主な疾患名

**西浦先生**：統合失調症、気分障害、アルコール、薬物関連等、あらゆる疾患に対応しています。

法人全体では高齢者部門も手がけており、認知症の方も診ています。基本的には15歳以上の方が対象です。

### ③デイケアの有無、規模

**西浦先生**：50名の大規模デイケアが2ユニット。合計100名です。

### ④スタッフ数

**長谷高さん**：6月1日現在、デイケアのスタッフ数は20名。看護師が6名、作業療法士が3名、臨床心理士が3名、PSWが6名、事務職が2名です。クリニック全体のスタッフ数は41名です。

### ⑤特徴

**長谷高さん**：デイケア中心のクリニックとして発展してきました。私が入職したのは10年前なのですが、当時は多職種で関わるべき患者さんをデイケアで支えるという流れがありました。しかし、デイケアになかなかなじめない方もおられます。そういった方を外来でフォローするため、その後相談室ができました。現在はデイケアスタッフだけではなく、外来の多職種が絡んでいろいろなサポートをしています。外来には心理職や看護師、PSWがいます。場合によ

ては外来スタッフがデイケアに来て、プログラムを一緒に行うこともあります。現在の当院での支援は、職種にこだわらず各スタッフがいろいろなところに顔を出し、さまざまな患者さんのサポートを行っています。

## 法人所在の市区町村の人口、産業、特徴

**西浦先生：**オフィス街と住宅街が混在しており、人口密度の高い区です。当クリニックにはオフィスワーカーも来ますし、地域に住んでいる住民の方も来ます。新大阪駅に近く交通の便がよいので、新幹線を使って遠方から来られる方もいます。

## 就労支援を取り組み始めた要因、開始時期

**長谷高さん：**おそらく10年以上前から、何らかのかたちで就労支援を行っていたと思います。私が入職した10年前にはすでに、先輩PSWが個別支援を行っていました。

**西浦先生：**デイケアからスタートし、段階的に取り組んできたのだと思います。そのなかでも大きかったのは、やはりJSNさんとの出会い。本格的に就労支援に乗り出した大きなきっかけになっていると思います。

**長谷高さん：**デイケアは1996年（平成8年）にスタートしています。

**西浦先生：**私は2004年の1月からここで働き始めたんですが、デイケアの患者さんをたくさん担当することになった時、皆が卒業していきけるデイケアを作りたいと考えました。何を出口にするのかと考えたら、やはり就労や地域の資源につなげることが不可欠。その後いろいろと

試行錯誤を繰り返し、「就労支援は出口としての太いパイプになる」という意識が強まってきました。

## 就労支援の体制（スタッフ数、中心人物の略歴、職名等）、特徴

### ①スタッフ数

**西浦先生：**就労支援に関して中心的な役割をしてくれているのは、やはりPSWの方たちです。デイケアにいるPSW、相談室にいるPSWが核になって動いてくれています。

**インタビュアー：**デイケア全体でその就労支援に取り組んでおり、とくにPSWが中心となっているわけですね？

**西浦先生：**基本的にはデイケアと相談室の2部署が就労支援においての中心です。ただ最近では、PSWから作業療法士や心理士や看護師といった他の職種の人にも就労支援のやり方を伝え、広げる取り組みを進めています。

### ②中心人物の略歴、職名等

**インタビュアー：**その中心になっているのが長谷高さん？

**長谷高さん：**私ともう一人のスタッフが中心となって取り組んでいます。私は2002年に学校を卒業して、一度別の精神科病院で働いた経験があります。2005年にこちらに入職した直後からデイケアを担当しています。当時、うちの法人内で社適（精神障害者社会適応訓練事業）をしていたんです。今はもうありませんが…

**インタビュアー：**喫茶店ですよ。

**長谷高さん：**はい。そのなかで訓練を行い、外部機関との連携、調整をする役割を担っていました。社適の事業について調べていくうちに、おのずと就労についても詳しくなっていきましたので、そのまま就労の相談を受けるようになったんです。

## 就労支援の特徴

**長谷高さん：**基本的には個別相談に重点を置いています。個別担当制をとり、ワーカーを中心として、必要であれば看護師とOTも関わりながら、一人の患者さんをチームでみるようなかたちでサポートしています。

## 地域福祉サービスの実情

**長谷高さん：**淀川区内にはおそらく移行支援事業所が3カ所、A型事業所5カ所ほど、B型事業所も3～4カ所あります。基本的に、就労を考える患者さんには必ず見学に行ってもらおうようにしています。すぐに1カ所を選ばずに、できるだけいくつか見てもらおうようにしています。常に支援者も足を運ぶようにしており、担当者の方の名刺は必ずもらうようにして、連携できる体制をとっています。

**西浦先生：**あと、地域活動支援センターや地域就業・生活支援センターとね。

**長谷高さん：**電話での連絡はとるのですが、お忙しい様子でなかなかつかまらないですね。連携はとらせていただいています。

**インタビュアー：**福祉サービス以外で連携しているところはありますか？

**長谷高さん：**ハローワークですね。ハローワークのほうからうちのクリニックに、年に一度プログラムをしに来てくださっています。もともとはうちからお願いしていたんですが、今年はハローワークさんからお電話を頂き実現しました。あとは他のデイケアさんとのつながりも少しあります。利用者さんをご紹介することもありますし。

**インタビュアー：**反対に、ここの患者さんではない方をデイケアで受け入れているケース

はありますか？

**西浦先生：**登録者の1割弱ぐらいはあります。10名以内ですね。

**インタビュアー：**就労支援を始めてから今までの経過を教えてください。

**長谷高さん：**社適を利用されていた方が何人かおられたんですが、そこから外に出ていくということがなかなか難しかったのです。就労支援において一番転機になったのは、2009年にやっていただいたJSNの出前講座です。それまでうちでは、就労プログラムというのはありませんでした。

**西浦先生：**社適と、社適にならない就労研修というプログラムをデイケア内に立ち上げて、喫茶店の厨房の洗いものなどを研修として行っていました。当時手がけていた高齢者デイサービスの洗いものをやってもらったり。ちょうど2005年から2009年の間の4～5年間はそんな感じでした。出口になることを期待して取り組んでいたんですが、実はなかなか難しく、そこにとどまってしまった。社適の制度が終わったこともあり、その就労研修も終了しました。ほかに取り組んでいたことと言えば、外の作業所につなぐことぐらいです。

**長谷高さん：**職業センターの就労基礎講座を単発で行った際、たしか30～40名ぐらいの方が参加されていたんです。就労に対する熱意があるというのは感じていましたが、「自分たちだけでどう就労に取り組んでいけばいいのだろう」と考えていたところに、JSNさんから出前講座の案内を頂いたんです。

**インタビュアー：**現在の就労支援の体制はどんな感じですか？

**長谷高さん：**やはり移行支援事業所につなぐというかたちが多いですね。あと、A型事業所につなぐこともあります。

**西浦先生：**今は院内で「いきいき座談会」という取り組みを行っています。

医療法人遊心会  
にじくクリニック

〒 532-0011  
大阪府大阪市淀川区西中島  
6-11-31 レーベネックス2F



**長谷高さん：**職業生活のためのスキルを高めるプログラムです。

**西浦先生：**就労を考える患者さんのためのミーティングも、院内でほぼ定期的に行っています。

**就労支援開始から現在までの経過  
(過去の課題、どのように  
改善してきたか)**

**西浦先生：**JSN さんと関わるようになったことで、自分たちが全部やるのではなく、「JSN のように外にある資源を上手に使えるデイケアを作っていこう」というふうに意識が変わりました。最初は「自分でつくらなければ」とずっと思っていたんです。ただ、なかなかできないままでした。「自分たちのなかでいろいろな機関を

つくって運営するよりも、外部の資源をうまく使うような診療所になろう」と考えるようになりました。

**インタビュアー：**長谷高さんは、PSW として何か気持ちの変化などはありましたか？

**長谷高さん：**以前は自分のなかで、就労に関してすごく堅い定義のようなものがありました。西浦からは「そうではないよ、チャレンジすることが大切だよ」と言われていたのですが、就労の厳しさを知っている分、なかなか殻を破れずにいたんです。しかし、就職がうまくいったいろんな事例を通して、「そうではないんだ」ということがだんだんとわかってきました。

**西浦先生：**就労支援の勉強を始めたときに最初に目に飛び込んできたのは、三家クリニックの「就労ピラミッド」なんですね。すごく素晴らしいものなのですが、それにとらわれてしまうと



▲左から長谷高さん（PSW）、西浦先生（医師）

「ピラミッドができない＝就労できない」みたいになってしまう。実は、ピラミッドの途中の人がやめたりするケースもいっぱいあるんですが、スタッフは「ピラミッドに上らせることが大事」という考えに、やはり最初はなってしまうんです。私は、最初にその殻を破ってくれたのが長谷高君だったと思っています。あのピラミッドで言うと、かなりすそ野のほうだった方が頑張っていて、スタッフが本人の気持ちを後押ししたことで、就労までこぎつけたケースも生まれました。みんなにとってすごく良かったと思います。就労して当たり前の人が就労していくよりも、難しい人が就労したときの感動というか…意識の変化というのは、やはりすごいなと思います。

### 就労実績、疾患名

**長谷高さん：**現在までの就労実績ですが、2012年～2014年の3年間でデイケアを利用し、一般就労に就いた方（A型事業所や、その他福祉的就労に携わっている患者さんは入っていません）は、計32名おられます。疾患の内訳としましては、一番多いのがF3（気分障害圏）の方

が18名、続いてF2（統合失調症圏）の方が8名おられます。あとは、当院がアルコール・薬物系の疾患の方も受け入れているため、F0（器質性）とF1（アルコール・薬物関連）の方が2名ずつ、F7（知的障害）とF8（発達障害）の方が1名ずつおられました。就労実績ではありませんが、そのほかにも多数の方を就労移行支援事業所や就労継続支援A、B、地域就業支援センターなど、様々な就労支援施設につなげています。

### 現状の課題

**長谷高さん：**デイケアでも200名ぐらいの登録者数があります。そのため「働きたいと思っている方のニーズをちゃんと拾えているのか」という点についての課題は、ずっと感じています。講座を開くことによって潜在的なニーズがわかることもあるので、そういった取り組みもしたいと思っています。JSNさんに年1回お願いしている就労に対する勉強のプログラムも、もっと定期的にやっていただければと考えています。

**西浦先生：**実際そういう機会を設けることで、



普段は就労に関心がなさそうだった方が実は就労のことを考えていたという発見をすることもあります。

## 地域の課題

**西浦先生：**アクセスのいい都会であるという利点は、すごく生かしていると思います。

**長谷高さん：**個人的には、大阪府と大阪市で仕組みが異なる点が課題であると思っています。大阪府で言えば、例えば吹田、茨木などは市役所の中に障害福祉課というまた別の課があります。もちろん淀川区にもあるのですが、機能が少し異なるように感じます。淀川区は相談機能が保健センターに集約されているため、行政としてのそういう機能がちょっと弱いかと感じています。昔、私がいた枚方では、保健所や障害福祉課から受診依頼や就労ニーズの相談を受けることができました。淀川区はそれがあまりないので、患者さんを医療につなげるという取り組みがまだ弱いかという実感があります。あとはやはり事業所間の連携ですね。いま、とくにA型事業所がすごく増えていますが、正直中身がよくわからない。私たちも電話をかけたりはするのですが、なかなかうまくやりとりができないことがあります。しかし、お互いに障害を持った方を受け入るのであれば一緒に勉強し合いたいな、という気持ちはすごくあります。

**西浦先生：**ただ患者さんが「ここに行きたい」とA型の求人票などを持って来られた時に、「やめとけ」とはやはり言えないのですよね。「行ってみて本当に納得するかどうかやで」と言って送り出すんですが…最初はよくても、行っているうちにやはり何かズレが出てきたというケースもあります。私たちは治療者として患者さんを診ています。A型などの事業所は地域での生活を支えるところですよ。その考えがちゃん

とつながっていかない。例えば、JSNさんだったらつながっている感じがあるんですよね。この考えをちゃんとバトンとして受け取ってくれて、この人を見てくれているという感じがある。しかし、まだそこまでいってない事業所さんと出会ったときに「ネットワークを築くのはなかなか難しいな」と感じることもあります。

**長谷高さん：**本当にインターネットで調べてもよくわからないA型事業所がたくさんあるので、患者さんから事業所のことを聞かれても、情報がないため対応に困ることが多々あります。

## 今後の展望、目指すところ

**長谷高さん：**患者さんの相談に乗るために、もっと企業のことをよく知りたと思っています。とくに私は一般企業での経験がないので…直接企業のニーズを聞くなど、今後は企業と本人の間に入ってつなぐ役目も担っていきたいです。

**西浦先生：**患者さんを社会に送り出す、と言うとちょっと偉そうですが、社会のなかに患者さんの居場所をつくっていくことは、社会そのものを変えること。地域医療をそういう視点で見続けることが大事だと思っています。最初にデイケアを始めたころは、「地域にいる患者さんの面倒をみることが地域医療だ」と思っていました。でもそうではなくて、患者さんが地域で当たり前に住まうというか、当たり前で人生を送っていく社会をつくるのが地域医療だと、今は思っています。私の力で変えていこうというよりも、そうやって巣立っていった患者さんの力によって地域が変わっていくことが理想です。あと、良い地域をつくるために、良い事業所が生き残っていくようにしていかないと…とも考えています。

## 福祉と医療の連携について (福祉機関と連携するうえでの課題等)

**長谷高さん**：「医療だから」「福祉だから」と分けられるのが私はすごく嫌なんです。私たちPSWとしては病院で働いているのですが、医療をやっているという実感はないんです。生活相談に乗っているの、そういう意味では生活支援もやっています。しかし、その意識で福祉機関に行くと、医療だからみたいなことで煙たがられたりするんです。もっとお互いに固定観念をなくしていければと思います。就労支援機関のほうから「それは病状なので医療機関でよろしくお願いします」と言われることがあるんですが、一緒に考えてほしい。そこを分けられるとつらいな、と思うことがよくあります。

**西浦先生**：医療機関側も、福祉機関がどんな役割をして、どこに力を入れているかを学んでいないところがあるんです。だから、どっちもどっちとは思いませんよ。医療機関はもっと生活支援的には福祉について学ばないといけないし、支援機関はもっと治療的な視点を学ばないと。私たちがまだまだ、上手にやれていない面がたくさんあると思います。

## 医療機関が取り組む就労支援の意義

**長谷高さん**：「とくに診療所は、患者さんと関わっている期間がすごく長い。その分、患者さんにとっては安心して相談できる場所でもあると思うんです。就労して安定していても、グチをこ

ぼしに來たりしますし、ずっと関わり続けています。主治医はもちろん、コメディカルも一人の患者さんと付き合う時間がすごく長い。就労しても話し相手になったり、役割を変えながらも関わっていく。その意義はすごく大きいと思います。

**インタビュアー**：まさにその通りですね。

**西浦先生**：医療機関が就労支援に取り組む際には、やはり一貫した治療的な視点がまずあると思います。就労までいったから終わりというのではなく、むしろ就労した後のほうが、相談できる場所が必要です。医療機関が関わる意味は非常に大きいと思います。また、医療機関で働くスタッフにとってもすごく意義のあることだと私は思っています。たとえばデイケアでは、「病気がよくなればいい。再発しなければいい」という点がゴール。しかし就労支援はさらにその上、生活を発展させることが目標です。そこをスタッフが学べるという面でも、またとない機会なんです。「あの人は一生再発せずに、再入院しなくてすんだね」と患者さんを見送ると、「就職までできたね」というのでは、やはり手応えが全然違う。支援を通して患者さんの可能性や、スタッフが自分たち自身の可能性を感じられる機会があるんです。

最後に、就労支援そのものが治療的であるという点です。もし就労支援をせずに、デイケアでずっと再発さえしなければよいと思って関わっていたとしたら、絶対に元気になっていなかったという患者さんの例もあります。就労支援そのものが治療的な道具になっているのか、患者さんの大きな力になっているのかと思います。

## 医療法人楠朋会

## くすの木クリニック

## 対 応 者

田川精二(院長) 平林 玄(PSW) 若林保江(PSW) 大畑早紀(PSW)

調査日/平成27年6月19日(金)

## 法人の理念

田川先生：重度の精神障害の方が地域で暮らせるように、医療としてサポートしたい。その方の人生、生活を意識した支援を行うことです。

### 法人の概要（法人開始時期、 主な疾患名、デイケアの有無、規模、 スタッフ数、特徴、等）

## ①法人開始時期

田川先生：1989年10月1日。1999年2月に現在の大東市に移転しました。

## ②主な疾患名

田川先生：統合失調症が3割強・気分障害が2割強・神経症圏が4割弱・認知症の方が1割弱。その他、知的障害、てんかんの方などがごくわずかにおられます。

## ③デイケアの有無、規模

大畑さん：うちのデイケアは定員15名、週3日です。

## ④スタッフ数

田川先生：医師1名・PSW4名・正看護師2名・事務職3名の計10名です。PSWは全員が常勤の精神保健福祉士。看護師は1人が常勤、もう1人がパート。事務職3名はパートです。

## ⑤特徴

田川先生：PSWが4名在籍していることです。1人は事務長を兼任、1人はほぼデイケア専従です。あとの2人はいわゆる外来PSWです。

### 就労支援を取り組み始めた要因、 開始時期

田川先生：ちょうど開院5年目の1994年、患者さんにアンケートを取りました。満足度調査のようなアンケートでしたが、そのなかで「働きたい」という声がとても多かった。2000年から2004年ぐらいまでの間にいろいろなことがあり、「これは就労支援もやらなくちゃいけない」と考えるようになりました。個別には担当PSWが支援していましたが、動き始めたのは2007年JSNが設立されてからです。JSNがで

きて、仕事までの道筋が見えてきました。

### 就労支援の体制（スタッフ数、中心人物の略歴、職名等）、特徴

**田川先生：**就労支援の専任ワーカーというのはいません。スタッフがそれぞれ担当した患者さんに応じて動くというスタイルです。たとえばデイケアに来られた方が「仕事をしたい」と言った際には、デイケア担当スタッフである大畑 PSW が担当として付きます。仕事の相談は平林 PSW に来ることが多いので、人数的には平林 PSW が全体の3分の2くらいの方を担当しています。

**平林さん：**前任者から受け継いだケースも多く、もともと就労を目指している方が多かったと思います。他のワーカーから就労希望の方を引き継いだケースもあるので、必然的に就労希望者を担当する数は多くなっています。

**インタビュアー：**デイケアのなかに就労支援のプログラムはありますか。

**平林さん：**以前は就労準備のプログラムを月1回行っていましたが、ある程度固まった人数の方が出ていったので、今は就労した方のためのプログラムのみを行っています。JSN さんでされている「ハノレノ」のような内容です。就労準備のプログラムは休憩中で、就労したいという方には個別に対応して準備を行っています。

**インタビュアー：**ワーカーさんがそれぞれに動いて就労を支援するというのが特徴なんですね。

**田川先生：**デイケアをベースにした就労支援じゃないんですよ。デイケアを使うことは使うけれども、基本的には個別支援。外来 PSW を中心とした支援です。

**インタビュアー：**平林さんは大学を卒業されてすぐクリニックに入職されていますが、何か工夫された点はありますか？

**平林さん：**一般企業での経験がないため、「一般企業とはどういう考えの下に動いているのか」ということをあまり知りませんでした。就労支援をするうえで、相手のことを知らないというのはすごくデメリット。就労支援はどのような流れで行うのか、企業自体を知り、そこに集まってくる方を知りたいと思うようになり、ジョブコーチの資格を取りました。現在の役職は主任です。

### 地域福祉サービスの実情

**田川先生：**まず大東四条啜保健所。

**平林さん：**地域生活支援ですね。A型、B型、ここは就労になるのでしょうか。

**田川先生：**生活介護もありますね。

**平林さん：**就ポツ（障害者就労・生活支援センター）とか。

**若林さん：**ハローワークも門真と東大阪にあります。

**田川先生：**JSN 門真。それ以外でも大東市の生活保護や障害福祉課とはよく連絡をとり合います。

**大畑さん：**ヘルパー事業所とか。

**田川先生：**介護事業所もたくさんあります。私よりも PSW がつながりを持っています。

**インタビュアー：**就労支援に関しては、ハローワーク、A型、B型、就労移行支援事業所などと連携されるケースが多いかと思いますが。

**田川先生：**就ポツが一番多いと思います。

**平林さん：**そうですね。

**インタビュアー：**就ポツにはどんな相談で行かれますか？

**平林さん：**就労への道を歩み始めたばかりで、道筋がまだつきにくい方。例えば「デイケアは行きにくいけど、就ポツだったら行ってみようか」という方や、就労移行支援事業所にはまだちょっと行きにくい方。ハローワークにはレベ

医療法人楠朋会  
くすの木クリニック

〒574-0044  
大阪府大東市諸福  
6-3-20



ルがまだまだという方などが多いです。就ポツは「とりあえずいろいろなことを知るために行ってみよう」となることもありますし、オールマイティーに使えるというか、入りやすいんです。  
**インタビュアー：**その次に連携することが多い機関は？

**平林さん：**就労移行支援事業所です。最近はA型もちょっと増えてきているのですが、やはり数としてはこちらのほうが多いと思います。B型へ直接というのは少ないですね。明らかにB型からしか無理だなという方に関しては、B型へ先に行くこともあります。

**田川先生：**B型との付き合いよりも生活介護との付き合いのほうが多いよね。

**若林さん：**大東はA型自体がすごく少ないです。

**田川先生：**大東市は就労というよりほとんど生活介護ですね。

就労支援開始から現在までの経過  
(過去の課題、どのように改善してきたか)

**平林さん：**私は他のクリニックでの経験がなく、しかも就労支援を初めて担当したということもあり、最初はうまくいかないケースも多かったんです。しかし前任者が準備してくれてきたものがあり、なんとか取り組むことができました。力量不足をどうしたら補えるのか。自分の限界を知り、できないことや不得意なことはそれが得意な機関につないでいく。そのためにもまず、その機関のことを知る。知るためには、足を運んで顔を見せる。人と人との関係をつくるのが大切だと実感しました。これらの取り組みによって、当初の課題はクリアできてきているように感じます。



▲前列左から、田川先生（医師）、平林さん（PSW）、大畑さん（PSW）  
後列左から、園部さん（NS）、若林さん（PSW）、山根さん（PSW）、田中さん（NS）

## 就労実績、疾患名

**平林さん**：20～30人ぐらいかな。

**田川先生**：就ポツを通して10名ちょっと。統合失調症の方が約8割。障害をオープンにして就労するのは統合失調症の方が多いですね。

## 現状の課題

**田川先生**：デイケアでもそうですが、新しい方、とくに若い方があまり入ってこないこと。これは私の診察スタイルの問題とも思うのですが…。私をもっと意識して取り組む必要がありますね。自動的にいろいろな人が働きかけるという流れが不十分なのだと思います。

**平林さん**：最近感じているのは、就職してもなかなか続けるのが難しいという方に対してベストな支援が提供できていないのではということです。まだ模索中で答えが出ていないのですが、どうしたらその方が「働きたい」という思いを持ち続けられるのか、考えていく必要があると思っています。企業側もかなりの配慮と支援をしてくださっているのですが、それでもドロップアウトしてしまう方がおられます。その後の支援方法を今思い悩んでいます。アプローチの方法を変えるべきなのか、とか。

**若林さん**：田川先生がおっしゃったことに関連するのですが、若い患者さんも少ないわけではないです。「頑張ってアルバイトに行っている」とか「辞めたみたい」とかいう話を、本人や家族からちらちら聞くこともあります。「相談にも乗るよ」と声をかけるのですが、まだまだ相談

に乗るといところまでつながってこない。そうこうするうちに、若い方もどんだん年をとってしまう…そこが課題だと思います。

**大畑さん**：私もデイケアに関わっていて同じようなことを感じています。デイケアのなかで「仕事に一步踏み出してみよう」と思えるような支援ができていいのか？ どうしたら皆がそう思えるのか？ 常に考えている課題です。

## 地域の課題

**田川先生**：大東市のなかで企業に就職するという例があまりにも少ないのです。JSN につながれば就職するケースが多いですし、就ボツも頑張っているのに、大東市内でうまく終結するというかたちができない。

**平林さん**：ちょうどいい具合の施設という選択肢が、大東市には少ないのかなと思います。しかし最近では、いろいろ任せられる機関が増えてきたと感じています。

**インタビューア**：ちなみに、今大東市内に就労移行支援事業所は何カ所ありますか？

**平林さん**：ワークボックスだけです。

**若林さん**：JSN さんのある門真まで行くとなると、ちょっと遠いのですね。自転車では難しい。バイクも持っていないし電車代もない、という人は多いです。「じゃあ、どこに行く？」という問題はどうしても出てきますね。

## 今後の展望、目指すところ

**田川先生**：私も今 64 歳で、現役バリバリはあと 5 年ぐらいかと考えています。もし 10 年あれば、それこそ大東市に就労移行支援事業所を作ろうとかいろいろ考えられるのですが、あと 5 年と思うとなかなか出てこない。うちの息子が後を

継いで取り組んでくれたらどういう展開になるのかな、と考えることはありますが。

**インタビューア**：先生と共に働く皆さんは、就労支援の今後についてどのように考えておられますか。

**平林さん**：就労支援はその方の生活を支援していく 1 つのツールだと思っています。仕事があって、生活が良くなっていく。それは本人さんにとって大事なものですし、本人さんにとって「ちょうどいい場所」を提供し続けたい。今いろいろな施設ができてきているなかで、使える施設となかなか使えない施設というのがあると思います。もっと言えば、その方にとっては使えるけれどもこの方にはちょっと合わない施設というのも出てくると。きちんと自分のなかで整理して、その方にとってのちょうどいい支援というのを目指したい。働きたいと思う方に関しては、その思いを叶えていける支援を目指しています。

**田川先生**：就労って大きいと思います。たとえば一人の若い統合失調症の患者さんがいたとして、その方が将来仕事をしながら生活していくのと仕事をしない生活をしていくのでは、全然違ってくるのではないのでしょうか。働くうえでしんどいこともあって、きつく言われることもあるけれど、耐えてなんとか自分の生活を維持しておられる方は多い。自分で稼いで生きている方は、とても澁刺とされています。顔つきも変わってくるし、何より個人的になります。

## 福祉と医療の連携について (福祉機関と連携するうえでの課題等)

**若林さん**：「就職したらしいよ、A 型だって」のような話が最近はずごく多いです。いろんな形態の就労移行支援事業所が増えているなかで、本当に顔が見える関係というか、一緒に話をし

て考えて…そんな過程がすごく大事なのではと思います。それがない支援というのは難しいのではないのでしょうか。

**平林さん：**それぞれ違う機関ではあるので、スタンスや目的に向かうための経路が違ったりということは出てくるんです。そういうときに本人さんの最終的なゴールに向かって、どこでどう折り合いを付けていくか。すごく難しいところだと思います。しかし、それでもやらなくてはいけないことや、主張しなくてはいけないことがあります。相手の立場もある程度理解して、そのうえで相手も妥協できる点を探っていくのが連携の難しさですが、こちらが苦手なことを相手が得意としている場合も多いので、そういう意味ではうまく連携していきたいですね。

**大畑さん：**別々の機関が一緒に話をしながらやっていくなかでは、お互いの立ち位置がすごく大事なのかなと。踏み込みすぎず、でも踏み込むところもあったりなど、その辺のバランスがすごく大事なのではないかと。たとえば、JSNさんのスタッフはしっかりご本人のことを見てくれています。医療機関としてどこをフォローしていくべきか、自分の立ち位置を考えることが大事だと思っています。

**田川先生：**私は患者さんを、1年2年とかではなく長く診ていくタイプです。当院では今770枚くらいレセプトを切っていますが、うち2割の方は20年以上通院しておられます。長く患者さんの人生を見ていくなかでの「就労支援」なんです。いろいろな生き方を見てきたなかで、「違う生き方もしていける」可能性があるというのはすごく大きい。もし就労に失敗しても、その方が通院するかぎりはずっと診ていくというのがわれわれの使命です。患者さんとの長い関わりのなかで就労を支援するという視点が、私のなかにはあります。

アメリカに「ビレッジ」というリハビリテーションモデルがあります。デビッド・ピロンと

いう人が若手のバリバリの頃に「ビレッジ」を企画して、今はカリフォルニア州の幹部になっていますが、彼が来日したときの講演のなかで、日本とアメリカの違いについて少し触れています。アメリカは障害者が「社会のなかでたくましく力強く生きていくことを支援する」。一方で日本は「社会から傷つけられないように守っていく」、そんな支援だと。

就労支援は「社会のなかでたくましく力強く生きていく」ことへの支援です。しかし、日本の就労支援は「守っていく」という面が強すぎて、企業に無茶なことを要求したり、社会のなかでたくましく生きていくというイメージとは違ってしまっています。私はそこがすごく引っかかるんです。もちろん、医者としては守りたくなってしまうのですが、就労支援を考える時には「強くたくましく生きていってほしい」というふうに変えなくてはならない。

### 医療機関が取り組む就労支援の意義

**平林さん：**いきなり福祉機関へ行ける方は一部ではないのでしょうか。一番最初の窓口になりやすいのが医療機関。ここだけにしか通えない方というのも多いのかなと思っています。ある程度の道筋までを案内できるというのが、医療機関における就労支援の意義なのではないかと考えています。

**インタビュアー：**つなぎ役ということですね。

**平林さん：**そうですね。最初に就労したい方をピックアップするということと、「どうしても福祉機関に行きたくない。医療だったら何とかつながれる」という方のためのバックアップ機関という役割もあるのかなと感じています。

**大畑さん：**病気になってしんどくなったときには、まずは医療機関。そのなかで「ちょっと自分も仕事をしたいな」と思ったときに、まず話



が聞けるのも医療機関。そこで話ができて次につながる事ができれば、それはとてもよいことなのかなと。

**若林さん**：就労支援の意義ということでは、皆さんが元気になってくれたら何でもいいかなとは思いますが…仕事というのはすごく大きいですし、とくに若い方は仕事なしでは生活していけないですし。元気になってもらいたいということに尽きます。

**田川先生**：「自分は福祉にまで行かなあかんようになったのか…」みたいな感覚が患者さんにあると思うんですよ。だから、デイケアには来られるけれども、作業所は行かない。「傷つかないように守ってあげなきゃいけない対象なんだよ、あなた方は」みたいな感じで見られるのは嫌、自分は自分なりに社会人として力強く生きていきたいと考える人は、福祉へ入るのを嫌がると思うんです。逆にそういう人たちというのは結構中途半端で、病気も隠したい…と言って就職するのだけれども、結局うまくいかない。

医療機関は就労支援を意識することで、彼らに就労への道筋を付けていくことができるのではないかと思います。仕事に就いて、何とか仕事が続けられるように医療的な応援もすることもできて、うまくいなくてもまた継続してその人のことを診ていける…こういう存在ってとても大事なのではないかと。とくに精神障害の場合、医療機関が大きな役割を果たすのではないかなと思っています。ちょっとした簡単な工夫

で仕事を続けることができる場合も多い。辞めてしまわなくてすむ。

ただ、医療機関って結構独りよがりの思い込みみたいところってあるんですよ。守ってあげなきゃいけないという意識も結構あったりする。よく身体障害の人から、「医者は自分が俺のことを一番知っているような顔をしゃがって」というようなことを言われます。医者はその人のことをごく一部しか知らないのに、その人の人生を自分が一番よく知っているみたいなの、そういう独りよがりな面を持ってしまう。それはあかんやろうと。とくに就労支援とか人生を考えていくときはあかんやろうと思います。医療が全部仕切っていくみたいな考え方があるんです。私はそれは医療が抱え込んでしまうことにならないか、若干問題があると…。

医療機関が自前の就労支援機関をつくってうまくいっている事例なんか、ほとんどないんですよ。やれているところは、大変謙虚な気持ちを持って患者さんの人生を見、地域と連携ができていところ…という印象を私は持っています。私たちの診療所は非常に小規模なデイケアを持ってはいるけれども、基本は外来 PSW の個別支援です。いろいろな地域の機関といろいろなかたちの連携を組みながら、働きたい気持ちを持つ精神障害者が働けるように、そして地域で長くその人の人生を見ていくということ。医者も入れて総勢 10 人の診療所ですが、結構いろいろなことができますね。

## 医療法人

## 三家クリニック

## 対応者

三家英明(院長) 浜中利保(医療福祉相談室室長、PSW) 溝上亮二(医療福祉相談室、PSW)

調査日/平成27年6月23日(火)

## 法人の理念

浜中さん：行動指針は、スタッフが持ち歩く名札に書いてあります。「関わるすべての人の夢、希望、幸せを大切に、QOLの向上をサポートします。タイムリーかつ、丁寧で安心感の得られる医療の提供を心がけます。笑顔で明るく、温かで誠実な対応を心がけます。真摯に責任を果たし、自身の成長にやりがいと喜びを得られることに感謝します」です。先生がいつも言われているのは、「患者さんが夢や希望を育めるようになる、良質で丁寧な医療を提供する」ということです。

### 法人の概要(法人開始時期、 主な疾患名、デイケアの有無、規模、 スタッフ数、特徴、等)

## ①法人開始時期

浜中さん：1981年に三家クリニックが開院し、1995年に医療法人となりました。

## ②主な疾患名

浜中さん：主な疾患名は統合失調症、気分障害、神経症性障害、発達障害、認知症等です。昔はこの順番で間違いありませんでしたが、今はだんだん割合が変わってきていると思います。現在、窓口に来られるのは統合失調症の方よりも発達障害の方が多いと思います。

## ③外来体制

浜中さん：外来体制は、医師は6名(常勤4名、非常勤2名)、看護師は5名(常勤3名、非常勤2名) 医事課=事務方が5名(常勤3名、非常勤2名) 心理士が5名(常勤1名=カウンセリングとデイケアを兼任、非常勤4名)です。

インタビュー：医療福祉相談室とはPSWの方たちの職場ですよ。

浜中さん：PSWは8名(常勤6名、非常勤2名)です。面接、訪問等の個別担当制によるケースワーク、地域の会議などのコミュニティーワーク、デイケアのグループを担当、プレデイケア的な番外編のプログラムも実施中です。

溝上さん：既存のプログラム、例えば病気の勉強や就労の準備等だと、そこにつながるモチベーションがなかなか得られない方がいます。よっ

て、例えば私が行っているプログラムでは、アニメやゲームを切り口にして集まってもらいます。ひきこもりがちの方が多かったりするので、人と関わる安心感をそこで得ていただく。慣れてきたら既存のプログラムにつないでいくという流れを意図して始めました。まだスタートしたばかりで、実際に流れというのはつくれていませんが、今後はそのように考えています。

**インタビュアー：**三家クリニックは幅広いプログラムがありますよね。それでも、やはり合わない人がいるということですか。

**浜中さん：**そうですね。

**インタビュアー：**では、本当に数少ない人たちの興味、関心のためにスタートされたわけですね。例えばアニメに興味のない担当が入っていても、話として膨らませようもない感じかもしれませんが、どうでしょうか。

**溝上さん：**そういう場面では、スタッフはあまり役に立ちません。そのプログラムでは深夜アニメに詳しい人が集まります。そこで大切なのは、人と人がつながるような雰囲気をつくること。私たちは個別担当制でケースワークをしているので、その人が何のアニメを観ているかといった情報も持っています。ですから、個々のニーズをきちんと集めたうえでグループ化することができるのだと思います。

**インタビュアー：**本当に個々を知っていないとできないことですね。

**溝上さん：**だと思えます。

**浜中さん：**幅広いですよ。例えば子育て中の母親の会であったり、最近では親の介護をしている患者さんたちの会もできました。本当に診察だけしかつながっていない、様々な事情で診察さえもつながっていない人もいます。そういう人たちが何でもいから一番の関心事が共通の仲間と出会い、安心できるスタッフがそばにいてくれて、何か似たような人がいるらしいというデイケアに出てくる。

ある程度慣れてきたら、クリニックでは他にもいろいろなことをしているんだということがわかり、既存のプログラムにも関心が広がります。今年少人数のグループワークが増えてきました。

**インタビュアー：**1週間のうち、一人でものぐらいプログラムを持っているんですか？

**溝上さん：**人によって違いますが、多いときで3つです。

**浜中さん：**たくさん持つと、ケースワークをする時間がなくなりますしね。地域の会議、院内会議も多いですから。

#### ④ デイケア

**浜中さん：**大規模デイケア、ナイトケアのスタッフは全員で11名です。OTが5名（常勤4名、非常勤1名）、PSWが1名（非常勤1名）、Nsが4名（非常勤4名）心理士が1名（常勤1名＝外来部門と兼任）です。デイケアの定員は48名です。

**溝上さん：**ワーカーも応援に行きますので、同じ時間帯でも多いときは4つくらいの日ケアグループを行っています。

**浜中さん：**同時並行ですが、1つの部屋でわっとやっているのではなくて、いろいろな部屋で小グループの日ケアが行われているというかたちですね。

**インタビュアー：**こちらのPSWはデイケア専属のPSWということになりますか？

**浜中さん：**そうですね。

**インタビュアー：**個別担当制で目的別、通過型の日ケア。次へ次へと送り出していくということでしょうか？

**浜中さん：**はい。いろんなデイケアプログラムを利用してステップアップしていくことですね。

#### ④ 特徴

**浜中さん：**簡単に言うと、多職種チームでの支援ですね。

**溝上さん：**そうですね。浜中が言ったように必要ときに必要な関わりをしていくので、多職種チームで関わる多機能なものが果たせること

を目指しています。

### ⑤寝屋川市の概要

**インタビュー：**寝屋川市は、人口は24万人。大阪府下で人口密度第2位と伺っています。中小企業が多く、全国シェアナンバーワン企業が4社ほどありますね。

**溝上さん：**三家クリニックでは独自就労という、就労移行支援事業所ができる以前から職場実習に取り組んでいました。

**浜中さん：**まだ就労の体系が何もないときから、私たちも共に実習先に足を運んでいました。

### 就労支援を取り組み始めた要因、 開始時期

**浜中さん：**細々とは行っていました、クリニックのシステムとして大々的に取り組み始めたのが2002年です。就労準備ミーティングをしなければいけない、デイケアが丸10年になって沈滞している。出口を作って、入り口も手厚くしなければいけないという時期に差しかかっていたのだと思います。

**インタビュー：**最初の10年間ほどは、居場所が目的であったということですか？

**浜中さん：**出てくる場所ではあるけど、その後のシステムがうまくできていませんでした。デイケアを開始して丸10年、新しい人を入れたけれど、プログラムもマンネリ化していたり、新しい人が古い人のなかに入るのが少ししんどかったりという時期でした。その頃、2人の患者さんが障がい者職業センターの方と関わって、独自の就労支援を受けていました。センターの方はその患者さんに合った新たなプログラムをどんどん用意し、しかも休職している会社のなかでも活動されている姿を見て、「自分たちも勉強しなければいけない」と思ったことを覚えています。ちょうどデイケア改革の時期にきてい

たんですね。

そのなかで、デイケアから出られる人は出していくための就労支援、つまりデイケアの「出口」に対する取り組みと同時に、新しい人が入ってこられやすいような「入り口」についても、より丁寧にサポートすることを心がけました。地域にもいろいろな資源ができていたので、そこのお付き合いも上手にできるよう考えました。大改造の1～2年でしたね。

**インタビュー：**平成3年にデイケアが始まり、平成13年頃にデイケアの改革に着手されたと。

**浜中さん：**はい。平成13、14年の約2年間です。

**インタビュー：**その1つとして就労支援がスタートしたのですね。

**浜中さん：**はい。デイケアの役割、出口を考えたときに本格的に取り組み始めました。

**インタビュー：**デイケア利用に行き詰まった2人の患者さんが、障がい者職業センターの方たちに関わって就職をされたことがきっかけになったと。

**浜中さん：**そうですね。一人は当時大阪の障がい者職業センターにおられた相澤欽一氏の見事な就労支援を目の当たりにしたこと、もう一人はマンツーマンでの関わりで就労を果たしました。やはり医療機関は準備性を高める場所だということ、そこをしっかりとしようということになりました。

**インタビュー：**今でも準備性をしっかりとやろうという思いは変わりませんか？

**浜中さん：**はい。さらに幅広くなっているかもしれません。

**インタビュー：**JSN（NPO法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク）も三家クリニックから利用者の方を送り出していただいています、決してそれだけではなく、独自でいろいろな就労までの道筋を付けたりされています。われわれのような機関を通さずとも、就労準備性を十分に整えておられるようにも感じますが。

医療法人  
**三家クリニック**

〒 572-0838  
大阪府寝屋川市八坂町  
29-1



**浜中さん：**やはり就労移行支援事業、自立支援事業所等を使いつつ準備性を高めるほうがモチベーションを維持できる方もいらっしゃいます。必ずしも三家クリニックで準備を固めてからでないと外へ出さないというのではなく、早めに見学させてもらったり体験させてもらったりするなかで、本人の夢や希望をより具体的にイメージしてもらうことができます。事業所の方には柔軟な対応をお願いしている面があるかもしれません。

**溝上さん：**就労を希望していたり、就労で行き詰まった方がいると、主治医から担当のオーダーが入ります。ここから個別担当制のケースワークが始まります。その方の就労体験においてしんどかったことを聞いて、話の流れからオープン就労の情報を提供する。例えばデイケアを使って、または就労移行支援事業所を使って、その後このようなかたちでオープン就労ができるということ、アフターフォローを就労移行支援事業所がしてくれる、などといった流れをご紹介します。

そこにスムーズに乗られる方もいますが、やはりクローズドでいくとおっしゃる方もいます。クローズドで失敗を繰り返したとしても、私たちは横で寄り添っているんです。また、タイミングが来たときには「では、やはりオープンでいきますか？」とお話しし、手帳の申請であったり、年金の申請であったり、様々なサービスと結び付けていく。そのような準備が整った方が就労移行支援事業所に行かれたりしています。

**三家先生：**デイケアでの就労支援に取り組む以前、つまり大改革の前にも個別で就労支援をしていたよね。一般企業等の職場開拓を行い、グループ就労のようなかたちで。

平成17年に、滋賀県でチーム医療地域リハビリテーション研修会が開催された際、厚労省の方と就労支援のことで話をする機会がありました。田川先生や渡辺先生も一緒だったと思います。当時の厚労省企画官の北川氏から「診療所の医者がグループで就労支援を行ったらどうか」と提案されたんですが、それはもう当時の

われわれにとっては青天の霹靂でした。そのころは、自分のところで診ている患者を何とかして就労させたいとやっとなんかやっとなんかやっている段階だったので、診療所の仲間で集まってグループを組んで就労支援をするなんてとても無理、絵に描いた餅だという感じでした。それから何年かのちに JSN を立ち上げようという話が出てきましたが、その当時、就労支援をするクリニックは自分たちで職場開拓をして、全てを自前でやっていましたね。

**インタビュアー：**三家クリニックでは就労支援の担当は、そのときの担当ワーカーがしているということですか？

**三家先生：**そうです。

**インタビュアー：**三家先生は「この人は就労支援をしてあげたほうがいいな」と思った時には、担当ワーカーに託すのですか？ それとも相談室に引き継いで、室長である浜中さんが担当を決められるのですか？

**三家先生：**いろいろあります。まず診療所では、働きたいというレベルでない、引きこもっていた人たちも診ますが、そのときから担当は付けているんです。だんだんとその人が皆のなかに入っていけるようになり、「少し働けそうだな」となれば、そこから就労支援をしていきます。また、「もう少しきちんと働きたいけど、オープンがいいのかクローズがいいのか、制度的なことわからない」という人には、就労支援について詳しい溝上君に託します。まだその辺がもやもやしている状態の人は浜中さんに…となるし、それぞれの段階によって違いますね。

**浜中さん：**主治医が三家先生以外のケースでは、私のほうで勝手にマッチングをしていました。いろいろなことをやってみたいというワーカーには、就労も母子問題も何でも回していましたね。

**インタビュアー：**多機能型診療所の特性を活かし、必要なスタッフがステータスに応じて必要なサービスを展開するために、ケースワークや

グループワーク、他機関へのつなぎフォロー、アフターフォローを行う。つまり、チームアプローチを実践しているということですね。そのほかに補足があればお聞かせ下さい。

**三家先生：**垂直統合型というのは、要するに一法人が全て行うスタイルですね。やはり背骨がしっかりしていないときちんとした支援はできないということで、垂直統合型がよいのではないかという声があります。「それは囲い込みになるのではないか」という批判がありますが、うまく地域と連携していけば囲い込みにはならないのではないのでしょうか。

**インタビュアー：**そういう点をふまえて言うならば、三家クリニックは多機能型ですか？

**三家先生：**福祉施設に関しては社会福祉法人みつわ会がありますが、別法人になっているのでいわゆる垂直統合型ではありません。そこは違いますね。スタート時は一緒でしたが、だんだん意図的に分けていきました。しかし、それにはよかった点とよくなかった点があります。

例えば医療も福祉もすべて1つで行うほうが今の時代、経営的には楽そうです。福祉と医療では単価が違います。福祉系は成功報酬も付きますしね。

**インタビュアー：**そうですね。就労移行支援事業所等はとても単価が高いですからね。多機能型診療所について説明していただけますか？

**溝上さん：**先ほど先生が言われていましたが、三家クリニックは就労を目指すだけでなく、守備範囲が広いので、多彩な関わり方が求められます。なおかつ関わる期間も長いので、引きこもっている方にはドクターが往診に行き、そこから訪問看護のスタッフにつなげるほうがいいという場合もあります。

ゆくゆく就労をされるであろうという方のところにはワーカーが行きますし、まずはデイケアから就労を考えていくような方のところにはデイケアスタッフがいきます。その方に応じた

サービスを提供するというかたちで、いろいろな人が関わっていけるところがメリットです。患者さんのステータスがだんだん変わってくるので、デイケアメインだった人がやはり就労へという話になると、今度は関係機関へつなぐ役割が必要になってきます。そういった役割は医療福祉相談室のワーカーが担っています。

就職されると、今度は関係機関との連携が出てきたり、仕事の話だけではなく「やはり息抜きの場もあるよね」といった話もします。もしくは就労された後に調子を崩してデイケアに戻ってくるケースもあります。その方のステータスは一定ではなく、どんどん変化していきますし、今はそれに対応できるような体制になっていると思います。

**三家先生：**かたちとしては外来診療があって、PSW がいる医療福祉相談室があり、デイケアがあって、訪問看護ステーションがある。外来の医師、看護師を含め、相談室、デイケアからもアウトリーチを積極的に行っている、そして各部署が相互乗り入的に緊密に連携しているといったところでしょうか。

**インタビューア：**そのようなものを併せて多機能型というのですね。福祉のほうも、就労継続支援A型や就労継続支援B型、就労移行支援事業所を複数行っているところを多機能という言葉をしていますね。

**三家先生：**医療のほうから就労を含む支援を行うようになれば、垂直統合ということになりますね。

## 福祉サービスの実情

**浜中さん：**就労や高齢者に対するサービスを含め、ありとあらゆるニーズに応じたお付き合いをしています。

## 就労支援開始から現在までの経過

**溝上さん：**1つ目は先ほど先生が言われていた、個別で対応していた時代です。作業所が多くて一般就労をする機会が少なかった頃、理解ある企業と連携して、就労の機会を提供していた時代がありました。私は平成19年に入職しているので、ちょうどその頃です。援助付き期間限定雇用で、一般企業の就労体験機関になっていました。

この時は、企業の雇用枠に空きをつくらないようにしないとこの取り組みが続けられなくなるというプレッシャーがありました。院内のデイケア利用者や外来で希望する方を募り、何とかして人を探さなければならぬ。運営と維持がとても大変でした。

2つ目は自立支援法が施行され、就労移行支援事業所ができてきた頃。一般就労の機会が他機関で提供されるようにシフトしていきました。実際にクリニックのスタッフが職場に行ってもジョブコーチ的な役割をするというよりも、就労移行支援事業所につなぐ役割が変わっていったように思います。

期間限定雇用は、寝屋川の就労移行事業所としばらく共同運営した後、運営を完全にそちらにシフトし、今は就労移行支援事業所の実習の機会になっています。現在では、就労支援機関につなぎ、アフターフォローするというかたちになっています。

**浜中さん：**最初はそれこそ職場開拓から行っていました。障害者職業センターの前身となった施設が十三（じゅうそう）にありました。社会生活適応訓練事業の事業所を保健所を通して使わせていただき、マクドナルドやカタギ食品も出てきました。マクドナルドは大阪府内のとある診療所が先にされていて、こういうものもありますよと教えていただいたんです。京阪沿線でもしてくれるオーナーはいないかということ



▲左から溝上さん（PSW）、三家先生（医師）、浜中さん（PSW）

になり、大阪の中心のマクドナルドに問い合わせたところ、京阪だったら寝屋川のここだよと教えてもらいました。

このような独自の取り組みから、どんどん制度、サービスができてきました。就労専門のサービス制度ができたことで、障害者・就業生活支援センター、就労移行支援事業所ができ、クリニックでしてきたことと役割が逆になってきました。分散してきたんですね。では外部がしていないところを守備範囲にしよう。以前は相談室が主体となって、ここの掃除を訓練として患者さんにやってもらっていました。しかし今は、寝屋川市内の就労移行支援事業所のほうで行っています。

**溝上さん：**先ほどの続きで3つ目ですが、一昨年、就労支援がうまくいかなかったケースについての研究「うま研」をJSNさんと共に行うまでは、何かお互いズレを感じていたんです。就労支援機関と目指すところは同じなのですが…この研究を通して役割の違いを確認することができ、とてもためになりました。今後はそれをどうにかたちで地域にフィードバックしてい

くか。JSNさんとは今後も一緒にやっていけたらいいなと思っています。

**インタビュアー：**ケース事例ですが、たくさんありますね。

**溝上さん：**数字だけ見ると、途中利用中断の方が27%いるのは大きいなと思いました。JSN門真の割合がわりと大きいですが、設立されたばかりでどういう方が適切なのか、ワーカーも理解できていなかった。

**インタビュアー：**就労支援におけるケースワークの有用性等についてはいかがでしょうか。

**溝上さん：**これはあくまで就職した人の数です。就職がどれだけ続いたかは、数字として出せていません。本当はそこが現在の就労支援の課題になっているところ。そこに三家クリニックがどれだけ貢献できているのか？取り組みのエビデンスのようなものをどこかにかたちにしたいと思っています。また、いろいろな就労支援機関に協力をお願いしたいですね。

医療機関でケースワークを専門でされているところは少ないと思いますし、やり方にもよると思います。うちもスタイルが様々なので、どんな



やり方が就労の継続につながるのか、継続期間だけでは測れない面もあると思うので、いろいろな切り口で情報を頂きたいと思っています。

**三家先生：**個別支援・デイケア利用・関係機関へつなぐ。その3つの支援を就労支援として行っています。2年前の相談室の調査で、3つとも経験した人は108人いました。就労継続の経過を見たらクローズドで行った人は1年目、2年目、3年目とだんだん減っているのですが、それと比較して、オープンで行った人は就労を続けている人が多かったですね。

**浜中さん：**例えば、就労移行支援事業所を使わせてもらって、診療所や医療機関とどれだけアフターフォローの協力ができているかによって就労継続度に違いはあるのか、あるとしたら、そこがやはり就労継続のポイントとなるのかどうか。

**溝上さん：**辞めてしまうケースは、気が付いたら辞めているということが多くて、そういう意味ではモニタリングがどれだけできているかが重要です。役割分担も必要だろうと思います。JSNが導入しているシステム「エスピス」は、職場がモニタリングをしてくれるというアプリケーションなので、非常によいと思います。

## 現状の課題、地域の課題

**溝上さん：**就労におけるケースワークでは、定期的なモニタリングの実施でフォローを必要とする場合が多いので、終結が設定できずマンパワーが不足してしまう。就労支援機関との連携のイメージと具体的な方法の共有。これは相談室のワーカーの課題です。さっきも言ったように定期的なモニタリングを実施しているので、なかなか終結する方がいない。したがってケースがどんどん増えていき、最終的にも許容量を超えてしまう。その辺のフォローを地域でシェアする連携のイメージをつくらないといけませ

ん。もっと言うと、就労支援機関もアフターフォローではマンパワー不足ですね。そうすると理想的なのはナチュラルサポートです。企業が責任を持って障害のある方を雇い、モニタリングをして、必要があれば支援機関に発信をするという役割を担ってくれたらいいんでしょうけど、実際には難しい。現状ではどこかが抱えなくてはいけない部分なんですよ。

あとは、ストレスマネジメントに必要な情報の提示について。就労支援機関におつなぎする際に、その方がどんなことでストレスを抱え、病状が悪化しやすいのかという点を整理したうえでお伝えできたらベスト。これは口頭で伝えるよりも、一定の形式があれば便利です。連携もしやすいかなと思いました。それに環境は“生もの”なので、人に依存しないシステムを企業を含めて皆でつくり、それぞれが意識して維持しようとする必要があるのかなと思います。

**浜中さん：**私はいつも一人一人の個性をどう見極めて、どうやったら伸ばしていけるお付き合いができるかということを考えています。やはり個別のスキルアップというのは、関わるスタッフ全員の課題ではないでしょうか。うちのスタッフが「よく知っている他機関の方とははっきり本音で話せるけど、新しい人とは話しにくい」と言うんですね。それじゃああかんやろと。本音で話せない限り、それ以上の支援を積み重ねていけないと思うんです。支援者がその人を嫌いになってしまったらもう終わってしまうから、困った方でもその人なりのいいところがあって、その人なりに表現して一生懸命なので、そこをあきらめないでほしい。その患者さん、メンバーさんが悪いんじゃないくて、こちらのスキル不足ということもあるかもしれない。こちらがスキルアップしていくために頑張らなあかんというのが、底辺の底辺にあるのかなと思います。

**三家先生：**その人の個性をしっかり把握してき

ちんと伝えていくということは、当初から心がけていたことです。もう一つはやはり継続できるように、就労支援機関と連携しながら継続支援のためのフォローをしていってあげること。

それから診療所では、まだ全然就労が考えられていないようなひきこもりの人やニートの人に、しっかりと個別で関わっていく役割があります。時機を見てデイケアにつないでいく、デイケアの仲間や先輩とつながっていくと、自然と見晴らしがよくなって、就労が見えてきて、就労を目指していけるようになるものです。じっくりと関わって、見晴らしのいい場所に案内していく、そういう役割もあると思っています。

## 地域の課題

**溝上さん：**医療機関・就労支援機関・生活支援機関など、どこの所属であっても、ケアマネジメントの包括的な視点というものを持っているほうがよいのではないかと思います。そうすれば、大きな揺れにならないよう本人のストレスを把握し、症状を軽減かつ就労の継続を支援するための連携をとっていけるのではないのでしょうか。

あとは、障害特性に関する認識の共有。どういったことが苦手で、どういった制限を受けているのかを把握して、共有しておく必要があると思います。

**浜中さん：**要するに「しんどいところはどこか」というのがわかっていて、それに対してどう役割分担していけるのかという点が重要です。

## 今後の展望、目指すところ

**溝上さん：**基本理念に立ち返り、夢や希望を大切にするというのが目指すところです。そのなかに就労支援というカタチがある。以前ジョブ

コーチ研修で、ある企業を訪問して感じたのですが、障害のある人だけに優しい社会を目指すのではなく、誰もが生きやすくて温かい社会を目指したい。就労支援を通して自分に何ができるのかを考えると、そういうところなのかなと感じています。

## 福祉と医療の連携について

**溝上さん：**包括的なケアマネジメントで、ストレスマネジメントを実施するというのは、共通する役割だろうと思います。

あとは、所属機関だからこそできる環境調整。うちの場合であれば、ドクターにつないで薬の調整を行うといったことですね。就労支援事業所さんだったら会社にアプローチをして、そこで環境調整をしていく。専門性というのは最後の役割が違うだけだと思っています。同じ意識を持って、そういう仕組みを一緒につくっていったらと思います。

## 医療機関が取り組む就労支援の意義

**溝上さん：**対人援助をする社会的な役割ということでは、すごく大きな意味合いがあると思いますね。あとすごく細かい部分で言うと、やはり医療機関というのは通い続けるところなので、何かしらの予兆をキャッチしやすいところですし、継続した関係を持つことができる。モニタリングという面においては、すごく大きな役割を果たせるところだと思っています。

## 医療法人陽山会

## 丸野クリニック

## 対応者

丸野陽一(院長) 福田大輔 (PSW)

調査日/平成27年7月10日(金)

## 法人の理念

**丸野先生**：「生きとし生けるものすべてのものに存在する意味がある」という考えのもと、年齢・性別・病気・障害等、属性の違いはあれど「お互い支え合っの世の中である」と考えています。人の老いや病をあるがままに受け入れて、その力を活かして誰もがより快適に生きていけるよう、力を合わせて医療、保健、福祉面から貢献するという理念を持っています。

## 法人の概要（法人開始時期、主な疾患名、デイケアの有無、規模、スタッフ数、特徴、等）

## ①法人開始時期

**丸野先生**：昭和62年12月に丸野クリニックを開設。平成5年4月に今の場所に移り、平成5年8月には小規模デイケアの認可を受けました。医療法人陽山会となったのは平成11年です。平成12年1月に、妻の里である筑後市に老健

を開設しました。

## ②主な疾患名

**丸野先生**：統合失調症圏が約1割～1.5割、うつ病を中心とした感情病圏4割、神経症圏内が3割です。最近では認知症の方が増えてきて、約12～13%おられます。その他の疾患で通院される方も若干名。1日当たりの患者数が約70名、デイケアは約10名です。

## ③デイケアの有無、規模

**丸野先生**：定員は20名。単位としては小規模ですね。

## ④スタッフ数

**丸野先生**：看護師2（非常勤1名）、准看護師1名、心理士が2名（非常勤1名）、PSWが1人で46名。

## ⑤特徴

**丸野先生**：デイケアは訪問とセットです。家庭に訪問し、生活支援をしながらデイケアを利用するというかたちです。だいたい週3日ですね。短大のスポーツの先生や習字、絵画、お茶を教える外部講師が5名いますが、生活支援をしながら社会生活での人間関係やソーシャルスキルを向上するプログラムを行っています。スペース的なこともあってワンフロアで行っています。

## 就労支援を取り組み始めた要因、 開始時期

**丸野先生：**就労支援を本格的に開始したのは、自立支援法が制定された平成 18 年です。それまでも知的障害者や身体障害者を対象とした授産施設等はありませんでしたが、精神障害者を対象とした作業所は 1 カ所しかありませんでした。そこはわれわれが家族会と共に立ち上げ、嘱託を受けて運営を行っていたところです。「もっと精神障害者の方たちが活動できる場を増やそう」という思いで NPO 法人を設立し、相談支援センターや地域活動センター、グループホームと一緒に就労継続支援 B 型等を立ち上げました。

## 法人所在の市区町村の人口、 産業、特徴

**丸野先生：**飯塚市の人口は約 12 万 9,000 人です。2 市 1 町で飯塚医療圏、2 次医療圏が現在は約 19 万人です。主な産業は農業、製造業でしょうか。沢井製薬の工場があったり、全国的にスープ等を販売している一番食品があったり。自動車産業は北九州から筑豊の宮若に集中していて、飯塚の 2 次医療圏のほうまでは入ってきていないですね。そのなかで飯塚市は比較的都市化しており、生活保護率や病床数も筑豊全体のなかでは少ないほうです。

## 就労支援の体制（スタッフ数、 中心人物の略歴、職名等）、特徴

**丸野先生：**診療所のなかで就労支援に携わっているスタッフは福田君 1 名です。彼の特徴としては、社会人経験のなかでコンビニ店長職に就

いていたことがあり、経営の感覚を持ち合わせているところ。ビジネスの分野を理解しているので、就労に当たって何が必要かを把握しており、エネルギーがある人物です。

### ・特徴

**丸野先生：**昨年（平成 26 年）の日精診の厚労省委託事業をきっかけに、クリニックでも直接就労支援に取り組んでいます。今まではつなげていくこと、サポートすることが主でした。しかし今はデイケア以外の人たちも含め、就労を希望する人を対象に講座を行ったり、就労の準備等、支援の幅を広げています。取り組んでみた結果、興味深いことがありました。デイケアは統合失調症の人が主なので、そこに馴染めない引きこもりの方たちがおられます。彼らに「就労支援のショートケアに来ませんか？」と声をかけたところ、関心があるという方がぼつぼつと出てきたんです。引きこもりで発達障害がベースにあり、デイケアには入れない。しかし就労には少し関心がある。これはクリニックで就労支援を行う意味があるな、と感じました。

**インタビュアー：**就労支援のショートケアとは？

**丸野先生：**木曜日と土曜日の半日行っています。

**福田さん：**座学やグループワークを行っています。個人的なセルフプランを作っているのも特徴です。日精診 NSS のサービスシートを利用しています。スタッフがプランを作るのではなく、自分自身で作ったプランで課題をクリアしていきます。自分で作っているのでも、実践して失敗しても、「またもう 1 回作り直せばいいや」と思えるので続きますね。スタッフが作るよりいいなと思いました。

## 地域福祉サービスの実情

**丸野先生：**就労継続支援 B 型が私のところで 4 カ所、地域では全部合わせると約 20 カ所あり

医療法人陽山会  
**丸野クリニック**

〒 820-0003  
福岡県飯塚市立岩  
1308-12



ます。就労移行が10カ所、そのうち半分は知的と併設で、精神も受け入れているという状況です。10カ所のうち、障害者・就業生活支援センターとも連携をとっているところが半分。あとは独自で知的施設等で行っています。したがって、精神等も受け入れて、就労などそれなりに関わりのあるところが5カ所ですね。社会資源がずいぶん増え、利用者側からすれば選択肢はとても増えたと思います。

**福田さん：**精神を多く受け入れている就労継続支援B型は5カ所、就労移行支援事業所は3カ所です。就労継続支援A型のほとんどが、知的障害の方たちを多く受け入れているところですね。

**就労支援開始から現在までの経過  
(過去の課題、どのように  
改善してきたか)**

**丸野先生：**一つ目は、本人の希望に沿うような仕事の開拓が十分ではないことです。例えば、

事務系を希望する人たちのトレーニングや企業の開拓です。実際こちらでは、障害者全体の事務系の求人枠は数件しかありません。また、企業に対する啓蒙もまだまだ不十分ではないかと思えます。

二つ目は、仕事のほとんどが就労継続支援B型等の下請けの内職だという点。実際に自分たちで仕事をつくり、収入源をつくる必要があるなど感じています。

三つ目は、結構統合失調症の方たちを中心に、栄養状態があまりよくないこと。とくに一人暮らしの方は、当院デイケアでは給食がないため、パン1個、のり弁あるいはカップラーメンといったものを食べていました。こういった食生活をなんとか改善したいと思っていて、事業として食事の提供をしようと考え、現在は就労継続支援B型で弁当作りを行っています。まずは法人のなかで、各事業所を利用している人たちに安く提供することから始め、今は少し外販もするようになりました。すると、工賃も上がってきます。通常は1食350円で販売していますが、

デイケアでは100円で提供し、1日1食でもちゃんとした食事をとれるよう工夫しています。

今後は可能であれば、ピアスタッフが育ち、事業が広がっていければと考えています。今はお昼だけですが、個人的にはいずれ夕食も宅配できるようにと願っています。が、なかなかそこまでメンバーが育っていないようですので、それも今後の課題です。

## 就労実績、疾患名

**丸野先生**：今年の4月にBASARAの各事業所を利用している方については調べたことがあります。丸野クリニックに通院しながら利用している人と他の医療機関から来て利用している人たちについても調べています（表1）。

## 現状の課題

**福田さん**：オープン就労の場合は、就労SCで準備を行ったうえでほかの事業所でも勉強や訓練をする期間があるので、就労や支援方法を考えやすい。しかし、クローズを目指す方への就労支援を卒業後どうしていくかが問題です。

また、オープンとクローズを目指す方が両方ともグループワークに入った場合に、目指すところが違うため、内容をどうするのかという課題があります。オープン就労の方はグループワークに来やすくなるのですが、クローズの方は「もういいです、自分でやります」と支援から離れてしまうことが多いです。

**丸野先生**：理想を言えば、人数もいてスタッフもいてスペースもあれば、同じ方向性の方をグループ化していきたい。もう福祉就労でいいという人、そこからさらにステップアップしたい人、とりあえず一般就労はとて無理だという人がそれぞれいます。それはデイケアのほうで実現できたらいいかなとも考えています。

**福田さん**：土曜日が主にグループワークで、木曜日が個人課題というかたち行っていて、木曜日は自分たちが考えた課題に対して取り組むようにしています。セルフプランも大まかに2カ月に1回ほど自分で変更していただきます。面談は大体2カ月に1回行っています。

ただ、ベースに発達障害がある方はやはりグループに入るとなかなか馴染めない傾向が強く、そういう方は就労のショートケアの面談というかたちではなく個別で面談をすると定着していくようで、そのように対応しています。

**丸野先生**：訪問も兼ねて面談をする場合もある

表1

事業者名	登録者	精がい者	丸クリから	被紹介患者	利用医療機関	就労者	就労者
SADAMARU	14	12	6	0	6	2	開設して3年 障がい者雇用1、一般1(オープン)
SORA	14	9	0	1	6	6	オープン2、クローズ:ピアスタッフ1
若菜	20	10	3	0	5	9	直近5年:オープン4、クローズ3、不明2
庄内	16	14	1	0	6	2	障がい者雇用2
就労移行	6	3	1	0	3	17	全員障がい者雇用
就業支援センター	282	128	19	4	27	71	受診先不明者15、受診無し4名
地域活動センター	37	31	2	1	14	5	クローズ3件だが挫折、オープン2は現在も継続
草の根	6	1	0	0	2	0	非該当
樋渡	5	4	1	0	4	0	非該当
GHわたぼうし	4	4	0	0	2	1	オープン1
計	404	216	33	6	—	113	

ね。一緒に訪問して、釣りに誘い出したりしてね。

## 地域の課題

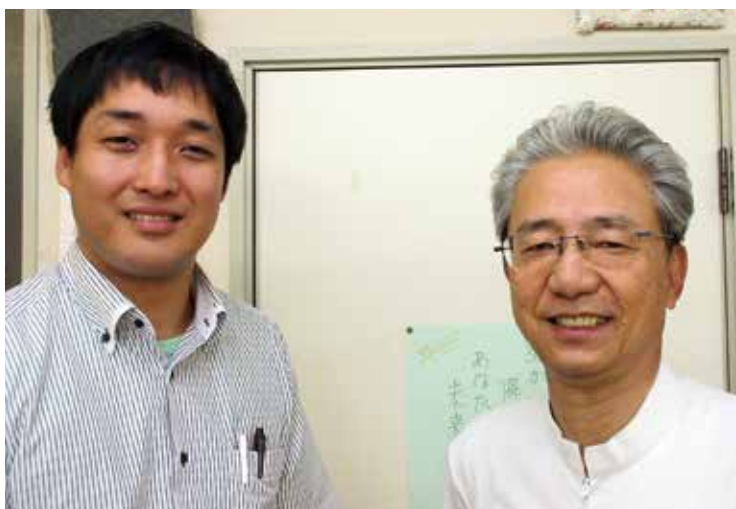
**福田さん：**新たに設立された事業所とは、連携自体がまだ密ではないことがあります。とくに、私たちのような職種の方がいない事業所の場合は、どのような支援をしているかという話が伝わりにくいですね。

精神疾患の疾患名を伝えたとこで理解されず「その特徴もわかりません」という話になると、全部説明しなければいけないのでこちらの負担が大きくなります。個別対応等をしていただけない場合はケース会議がととも増えますし…飯塚市は福岡県のなかでも精神保健福祉士のつながりがとても強い地域ですが、精神保健福祉士と福祉関係では明らかに違う方法で連携しなければいけません。フォーマットや方法を新たに提案するといった取り組みが必要で、つながりのある支援を行うには難しさが出てきます。

また、モニタリングが少なくなったことにより、支援内容に希薄さが出てきているように感じます。相談支援事業所が計画相談の計画のほうに手を取られて、モニタリング自体に全員を呼ぶ機会が少なくなっている。そうすると、全体的な計画やモニタリングの評価がお互いにわからないまま、別々の支援をするケースが多くなってしまいうように思います。

## 今後の展望、目指すところ

**丸野先生：**やはり1つ目は掘り起こしです。就



▲左から福田さん（PSW）、丸野先生（医師）

労を希望する潜在的なニーズの人たち、当事者を掘り起こしていくということですね。

2つ目は精神の就労支援を行っているところとのネットワークを強化することです。できれば、就労移行支援等を行っている企業には精神障害について知ってほしいですね。一度呼び掛けて研修会を行いました。皆さんあまり知らないということだったので、一昨年の夏、就労移行支援事業所や就労継続支援B型の方たちに統合失調症等についての話をしました。このようなかたちで、精神に少しでも関わるような人たちに対しては、もう少し障害特性を知ってもらうような研修が必要なのではないかと思えます。現在精神は3障害に含まれているので、医療機関として関連施設の研修やスタッフの強化も必要なのではないかと思っています。「本当は就労がしたい」というときに、「このような方法があるよ、実際に就職口もあるよ」というところまではまだ言えないけれど、就労希望がある方たちが希望を持てるような声掛けはしてはきているつもりです。実際には難しいですが…

本当は精神科受診が必要だけれども受診していない方たちもいると思えます。相談支援センターなどがそういう方たちと関わる場になり、

そこから医療機関に紹介されるのが一般的な流れですが、現在は相談のほうも手いっぱい、医療機関につなげていくケースのリストアップを行っている例はどれくらいあるのか、一度集計してみたいと思っています。

## 福祉と医療の連携について (福祉機関と連携するうえでの課題等)

**丸野先生：**福祉事業所には、もう少し医療に対する理解があってもいいのかなと思います。医療機関は二次医療圏で精神病院が3カ所とクリニックが3カ所です。しかし病院は、就労支援まで積極的にしていません。それを考えると、当院のように外来の患者さんたちの「本当はデイケアだけではなくて、就労したいのではないか」というニーズを見つけて就労支援を行ってもいいのではと思いますが、入院等で人手が取られているのかもしれませんが。

また、現在退院移行をする際に退院促進のところでケア会議を行っていますが、外部から来る診療所のスタッフや相談員スタッフには費用が出ません。ケア会議の報酬がないわけです。それに対して大阪では、自治体が支援をするよう要望を出すと言いました。全国的な問題ですが、スタッフが動く場合に報酬が限られているというのは困ります。

## 医療機関が取り組む就労支援の意義

**丸野先生：**精神疾患では常に医療と結び付いており、医療機関が一番信頼関係のあるところだと思います。そのため、就労へのモチベーショ

ンが高まっていったり、知識を得て本人たちが希望を抱いた際、まず医療機関で準備を整えていくというのはとてもよいことだと思います。

そういう意味でも、医療機関が就労支援の準備段階を手伝うことには大きな意味があるのではないのでしょうか。本格的に企業開拓をするという点については手当てもないですし、なかなか難しいところがありますが…医療機関では本人たちとの関係が深いため、そのような目処や道筋をつけてあげることができると思います。

「あなたは就労がしたいですか、ではこの事業所に行きなさい」とぼんと言うよりも、医療機関のなかはある程度安心できる場ですし、モチベーションも高まる。一定の知識も得られることができます。さらには、次のステップを案内をすることもできます。つまり、医療機関は就労をしたい人たちが入りやすい「入り口」なのではないのでしょうか。その後もサポートをしてもらえるため「安心感」があるのでは。医療機関が就労支援に取り組む意義はそこにあると思います。

**福田さん：**就労継続支援B型等の支援事業所から、医療機関でもう少し準備をしてほしいという要望がありました。事業所は就労を教えるけれども、お薬の飲み方や服薬の方法はある程度医療機関で教えてほしいと言われました。治療の場から社会に出て行くための橋渡し役として、医療機関にとってとても意義のあることではないかと考えています。

また院長も話しましたが、医療機関が一番下で土台になるというか、その後ずっと寄り添って一緒に走り続けていける期間も長いというのが特徴です。就労を目指す方にとって必要なところではないかと考え、支援を行っています。



医療法人社団

# ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック

対応者

長谷川直実(院長) 山田秀世(理事長) 佐々木涉(PSW)

調査日/平成27年7月17日(金)

## 法人の理念

長谷川先生：法人ができたときは、まだ札幌市の街中にメンタルクリニックなどはありませんでした。当時の精神病院は郊外にあることが普通でしたので、通勤・通学するような感覚で街中に来て、普通の生活のなかで診察を受けられる環境を意識してこの場所を選びました。

## 法人の概要（法人開始時期、 主な疾患名、デイケアの有無、規模、 スタッフ数、特徴、等）

### ①法人開始時期

長谷川先生：「ほっとステーション」の設立は平成11年8月。医療法人になったのは平成13年です。平成12年の末からは作業所の立ち上げを始めました。いくつかの作業所を、協力しながら立ち上げていきました。平成27年4月、ほっとステーションは「大通り公園メンタルクリニック」と統合しました。

### ②主な疾患名

長谷川先生：統合失調症が3割。うつ病圏が2～3割。発達障害が2割弱。あと、物質使用の方も15%ほどでしょうか。

### ③デイケアの有無、規模

長谷川先生：今は大規模3単位になります。それまでは2単位だったんですが、リワークが入ったので3単位になりました。

### ④スタッフ数

長谷川先生：計40名のスタッフがいます。職種としては、PSW、Ns、CP、OT、音楽療法士、生活指導員がおります。

### ⑤特徴

長谷川先生：院内に主治医を持つ方が半分ぐらい。あとの半分は外部からの方です。郊外の精神科に通うのが難しいので街中のデイケアに来られている方や、希望するプログラムがないので当院に来られている方が多いと思われます。ほかに特徴としては、ケア会議が多いこと。毎日何かしらの会議があります。PSWが出向くこともありますし、院内で行うこともあります。

## 法人所在の市区町村の人口、 産業、特徴

**長谷川先生：**札幌市は人口190万人の大都市です。通勤族も多い。

**山田先生：**都会の文化と自然が共存しており、人間らしい生活をしやすい場所だと思います。街中にキタキツネが来たり、クマが出てくることもあります。

**長谷川先生：**「大通駅」は東西線と南北線という地下鉄が交わる駅で、しかもここは地下鉄の1番出口直結のビルですから、冬も雪に当たらずに地下鉄の駅構内からビルの中まで入れます。

## 就労支援を取り組み始めた要因、 開始時期

**長谷川先生：**就労支援には開院当初から取り組んでいました。

**山田先生：**生きていくということは、働くということとほとんど同じだと考えています。

**長谷川先生：**ここを立ち上げる時に、働ける場所もあったらいいなというようなことを視野に入れていました。当時は拓銀が破綻したりした後で、ビルの中にもアパートにも空室がいっぱいあったんです。だから、アパートの空室をグループホームにしたり、空いていたテナントを作業所にしたりしました。

**山田先生：**「使わないともったいない」ということで、あるものを使っていったかたちです。

**長谷川先生：**開始時期は平成12年12月、「てくてく」というパソコンを使う作業所を開設したのが最初です。その次が「OVENT GARDEN」ですね。

**山田先生：**パソコンの技能を持った患者さんがいたので、そのリソースを活用していくという

流れからスタートした作業所です。

**長谷川先生：**「OVENT GARDEN」を開設した次の年、平成16年3月にフットマッサージの「Foot980」ですね。また、デイケアのなかで提供していた昼食を手がけるための有限会社を別に立ち上げました。「ろっける」という名です。その会社では、おにぎりなどを売る小さなお店を出しました。そこに就労で入る人がいて、もともとあった「OVENT GARDEN」がお弁当も出したりして、結構売り上げがあるんですよ。

## 就労支援の体制（スタッフ数、 中心人物の略歴、職名等）、特徴

**長谷川先生：**「ほっとステーション」のなかでは、やはり就労支援はPSWが中心です。

**インタビュアー：**何名おられるんですか？

**長谷川先生：**約12名です。主任が佐々木です。佐々木と笠井が精神障害者雇用トータルサポーターとして、月2回ずつハローワークの相談窓口に行っています。

## 地域福祉サービスの実情

**長谷川先生：**障害者就業・生活支援センターとかはちょっと使いづらいですね。アセスメントはしてくれるのですが、なかなか就業まではいかない。一般企業が入ってから作業所の数がすごく増えました。連携しやすいところもあればちょっと心配なところもあったり…私たちはどこが良くてどこが悪いとか、把握しきれていません。

医療法人社団  
**ほっとステーション**  
**大通公園メンタル**  
**クリニック**

〒060-0042  
北海道札幌市中央区  
大通西5 昭和ビル2階

大通公園メンタルクリニック▶



▼デイケアほっとステーション



**就労支援開始から現在までの経過**  
(過去の課題、どのように  
改善してきたか)

**長谷川先生：**過去に作業所の職員に関しての問題がありました。所長を任せた人の監督不行き届きや、経営上の問題が浮上してきたり…解任しづらくなったということも、何度かありましたね。

**山田先生：**外来の患者さんのなかで能力が高い方がいて、うつも改善されてきたので「もし所長になってくれたら、患者さんの気持ちも理解できてよいか」と思ってお願ひしたことがあるんです。ところが、就任後にだんだんと自分の帝国のようにしてしまっ…財政を管理している人をうまく取り込んで給料を前借りしたり

とかね。われわれの目が届かなくなると、ひどい人は勤務時間中に免許を取りに行ったりとか、そういうある意味での公私混同がありました。

**長谷川先生：**今は事業所でも合同で勉強会やカンファレンスを設けています。なるべくこちらでもワーカーが足を運んだり、風通しをよくするように心がけています。

**インタビュアー：**管理面での改善策を工夫されているんですね。

**山田先生：**“同病相哀れむ”ではなく、“同病相食む”と言うのでしょうか。病気を抱えた人は、かえって同じ病気の人に対して厳しかったりすることがあるのも事実なんです。

**長谷川先生：**今は専門職の人が入ったりしていますが、どうも診療所のスタッフが出向いても、うまくいかないことがあるんですよ。何か妙に孤立してしまう。

**山田先生**：自分が大将になった、思い通りに仕切れる、と思った途端に何か妙なことをやり始めるということはよくありますよね。その人の人柄じゃなくてやはり何かある。そういうシステムで動いてしまう何かがね…

**インタビュアー**：それ以外に何か課題はありましたか？

**長谷川先生**：作業がいつもマンネリになりやすいという点です。モチベーションが落ちてくる人もいるので、作業となる仕事をつくるための工夫や協力は欠かせません。例えばお中元品の作業では、毎回別の作業になるようお願いしています。

**佐々木さん**：札幌は、事業所も相談も障がい者就業・生活支援センターもそれなりの数があり、機能もしています。しかしそれぞれが専門分化しすぎていて、それぞれで動いているという印象があります。とくにほっとステーションでは、就労に限らず疾病や地域の暮らしを中心に包括的な支援を行っているので、分けられていることに疑問を感じてしまう。医療機関が発信することでうまくチームが機能するということが、最近感じています。

あと就労事業所では、とくに移行は就職率や定着率が報酬単価に反映されます。そのなかで就職率など数字的なものを追いついで、本来の支援になっていかないこともあるかと思います。いろいろなところと手を組んでやっていくべきなのではないかと常々感じています。

## 就労実績、疾患名

**長谷川先生**：日精診の学術研究会で昨年報告したときに佐々木がまとめたものもあります（図を参照）。

**山田先生**：リワークのほうも、疾患別の分類や通所した期間など最新のデータがあります（図

を参照）。

## 現状の課題

**長谷川先生**：課題とといいますか、今困っていることなのですが、作業所とデイケアが同じ日に来られないこと。というのは、就労支援で作業所につなげて、その後でナイトケアなどで相談に来る方がいるんですよ。ただ生活保護の方のケースでは、役所のほうから「同じ日にデイケアを利用してはいけません」と言われるんです。「作業所はたとえ2時間程度の勤務時間のB型であっても1日の給付金として出ているので、ショートケアでも利用できない」と。ナイトケアの利用も然りです。

**佐々木さん**：医療と福祉の連携です。一直線でスタンダードな支援を貫き通す、みたいなのところがあると、連携しづらいですよね。そういうところも多いんですよ。全部型にはめるのではなく、その人にあったカスタマイズが必要です。ところが、それを伝えてもなかなか理解されない。「こういうふうにやっていきましょうよ」という話をしても、「それは病院さんの仕事でしょう」みたいな話になったりします。

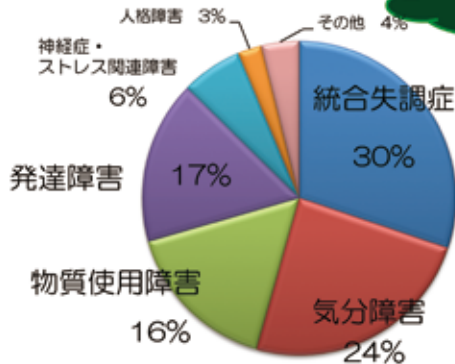
**インタビュアー**：連携を少しでもよくするために気を付けておられることはありますか？

**佐々木さん**：ケア会議のなかで気を付けていることがあります。もちろん本人を応援するための会議なのですが、本人にとってはリスクや課題、「嫌だな」と感じるテーマも扱っていかなくてはなりません。そのため、まずは本人の口から、自分ができるようになったことや取り組み始めたことを話してもらうようにしています。そこでいろいろな立場の人がフィードバックをするのですが、役割分担として、リスクを伝えるのが私たち医療機関の役目だと思っています。たとえば事業所の方たちが、「あなた、病状悪くなっ

一般精神科デイケア

デイケア  
ほっとステーション

1日平均100名前後(大規模×2)

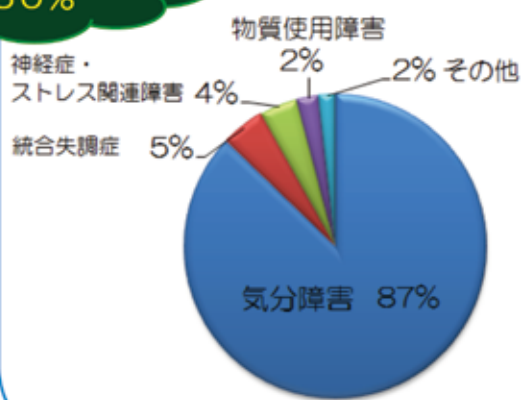


n=283 2015.9.1 ~ 2015.9.30

リワークデイケア

大通公園  
リワークオフィス

1日平均60~70名前後(大規模×1)



n=171 2015.9.1 ~ 2015.9.30

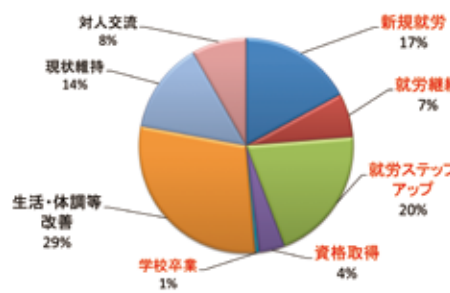
外部主治医割合  
約50%

たことがあったじゃない？先生に言いなさいよ、ここにいるんだから」みたいな話になると、負の雰囲気になってよくないと思うんです。リスクを伝えるのは私たちの役割でいいですよ。

地域の課題

**長谷川先生：**ほっとステーションは、クリニックのなかでは結構事業所に詳しいほうだと思っています。それでも本当にいろいろな事業所があるので、把握できていないところも多い。一般の診療所で、精神科の先生だけでソーシャルワーカーがいらないようなところであれば、なおさらよくわからないのではないのでしょうか。

デイケア 長期目標



約半数(49%)が就労等を目標に

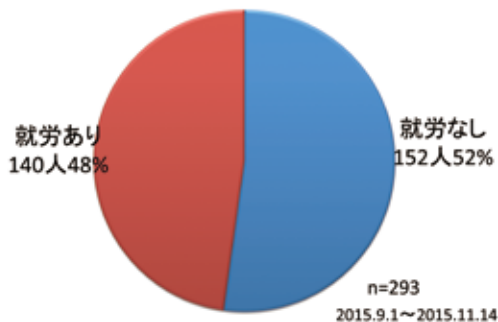
データ数 181名 重複なし  
ほっとステーション 疾患別治療評価より (H25.1~H25.8) 2013.8現在

今後の展望、目指すところ

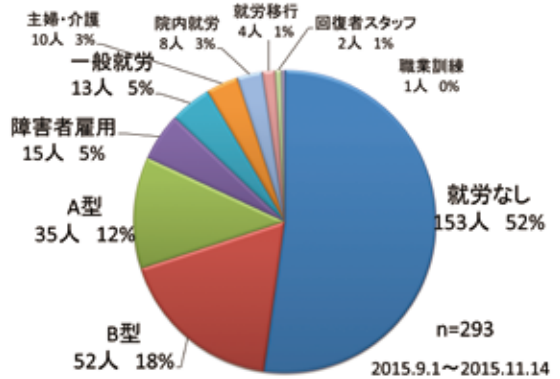
**長谷川先生：**さらに活発に多くの情報を集め、就労につなげていきたいと考えています。

**佐々木さん：**うちは連携して機能していくので、地域の事業所とのケース会議にも積極的に

デイケアほっとステーション利用者 就労の有無



デイケアほっとステーション利用者 就労状況



参加しています。ほかのクリニックではコメディカルがいなくてたくさんありますので、「ケータリング」といって、そうしたクリニックに出向いたりもしています。そこからのつながりで、事業所とつながることができます。有機的にうまく連携していけば、もっと就労支援が前向きになっていくような気がします。医療からも発信していけますし。

### 福祉と医療の連携について (福祉機関と連携するうえでの課題等)

**長谷川先生：**例えばこちらから「ケア会議をしましょう」と呼びかけても、事業所のほうから「職場では別に問題ありませんから」と言われることがあるんです。でも、同じ人なので全体で見なくてはいけないんですよ。「職場は職場で、それはそちらの問題、医療の問題でしょう」みたいになってしまう時もある…

**山田先生：**一人の患者さんが医療機関にいるときに見せる顔と、職場で見せる顔とは全然違いますからね。やはりそういうのを、風通しよく情報交換していくことが本当に大事です。

### 医療機関が取り組む就労支援の意義

**長谷川先生：**状態が悪くなったときに、危機関与やアセスメントがしやすいという点です。もともとかかっている医療機関ならば相談しやすいと思います。就労したいと思った時、別のところを新たに訪れるよりは、クリニックのなかにいつもいるスタッフが支援に入るほうがスムーズです。何かあったときに受け止めやすいですし。

**山田先生：**そうですね。医療というのは、そもそも病気を治すのが役割でしょう。だけどそれだけになってしまうと、病気が治ったからもういいでしょう、となる。しかし、その人が働いて元気にやっているところを見ると「ああ、これが本当のこの人の回復した元気な状態なんだな」と実感します。そうすることで、治療観というか、少し大げさに言うと、医療に携わっている者の人間観みたいなものが変わっていく。それがなければ医療機関はもう就労支援には取り組もうとしないと思います。そういう意義があるんだと思っています。

**長谷川先生：**そうですね。医療機関のモチベーションとして、そういういいところがあればやっ

福祉と医療の連携

てみようかなと思うところがありますね。

**佐々木さん：**北精診の先生方にもアンケートをとったことがあります。やはり、働きたいという話のスタートは主治医と1対1のときが結構多いんですよ。一番はじめに働きたいと相談した相手が、主治医であることが多かったんです。

うちのアンケート調査でも、主治医に相談するというのが多かった。やはり病状管理があるからですね。何か精神科医療の文化として、先生の許可がないと働けないというようなところがある。でも、許可と指示は違います。病状と長く向き合ってきた主治医だからこそ、その

回答を求める。医療のなかにマネジメントする機能があったほうが良いと思うんです。

と考えると、医療が動けるに越したことはないし、そのためのマンパワーもあればそれに越したことはない。ただ、今は診療報酬の制度がないのでなかなか動けない。もしそこが改善されれば、医療機関で就労支援が進んでいく。相談機関や障がい者就業・生活支援センターの機能が薄れていくかといったら、そういうわけではないと思います。支援は勝負ではない。お互いがうまく機能的に連携していればよいのではないのでしょうか。



◀山田先生（医師）



◀長谷川先生（医師）



佐々木さん（主任、PSW）▶

医療法人社団雄仁会

## メデイカルケア虎ノ門

対応者

五十嵐良雄(院長) 飯島優子(デイケア主任) 林 俊秀(事務次長)

調査日/平成27年7月24日(金)

## 法人の理念

**五十嵐先生：**虎ノ門という場所は非常に特殊な場所です。このクリニックに来る人たちは気分障害の人たちが中心ですが、働いている人が大多数で、子どもとお年寄り主婦はほとんどないクリニックです。ですから、役割はおのずと決まってきます。つまり、職場のメンタルヘルスが私たちの主要な命題で、病気の治癒を目指す医学的な治療をはじめ関連の領域で私たちのノウハウを生かした活動を行い、働く人たちのこころの健康を維持することを通して社会に貢献することが理念です。

法人の概要（法人開始時期、  
主な疾患名、デイケアの有無、規模、  
スタッフ数、特徴、等）

## ①法人開始時期

**五十嵐先生：**2003年8月です。

## ②主な疾患名

**五十嵐先生：**当院に通院する疾患は気分障害と不安障害です。デイケアを始めて、いろいろ詳細に疾患を見ていくと、気分障害でも双極性障害が半分ぐらいを占めますし、不安障害といっても、例えば強迫性障害の基礎に発達障害があり、デイケアでは利用者の3割がベースに発達障害があります。一方、統合失調症は1%ぐらいです。外来では男女比は50%ずつ程度ですが、デイケアになると女性が2割ぐらいとなります。年齢的には10代の後半から上が60代ですが、50代以上は少なく、とくに30代が一番多くを占めます。

## ③デイケアの有無、規模、スタッフ数

**林さん：**2単位。常勤が11名で、非常勤が4名で15名。

## ④特徴

**五十嵐先生：**特徴は、東京都23区内で働いている人が利用者のほぼ100%を占めることです。



## 法人所在の市区町村の人口、 産業、特徴

**五十嵐先生：**港区は昼間人口がとくに多く、実際に住んでいる人は24万人しかいません。産業としては、企業が多く、本社機能を備え事務部門が多いことです。そこで働いている方の住まいは関東一円に広がります。

## 就労支援を取り組み始めた要因、 開始時期

**五十嵐先生：**2003年8月にクリニックを始め、2004年の7月末までの1年間に1,000人の新患を診ました。そのうち、私が診断書を書いて休ませた患者が300人程度いました。会社に行けなくなる（行かなくなる？）ので診断書を発行したのですが、その背景疾患としては気分障害と不安障害でした。統合失調症はほとんどいませんでした。そこで休養をさせて薬物療法と生活指導をするようなごく普通の治療をしたのですが、それではうまくいかなかった。すなわち「復職しても大丈夫」という診断書を書いて職場に戻しても、再休職をする患者さんが多かったのです。

そのときに、診察室で見ている患者さんの姿と診察で語られることと、生活の実態が全然違うのではないかと考えました。診察室で見ている姿というのは、その患者さんのごく一部分ですので、昼間の間だけでもクリニックで見ていると、何かわかるだろうと考えました。その場がデイケアで、朝から夕方まで週5日来られるようになり、それが1カ月、2カ月、3カ月と続いていけば、とりあえず会社には行けるだろうと考えたわけです。しかし何もしないわけにいかないの、日中の時間でのプログラムを考

えました。それは後でお話ししますが、日中の生活を直接見て観察して、復職可能かどうかを見極めようと考えたのが、プログラムの最初の発想です。

**インタビュアー：**そうすると、法人設立が2003年ですが、デイケアをつくられたのは2年後ぐらいになるわけですか。

**五十嵐先生：**2005年の1月ですので、1年半後になります。当時は別のビルで診療をしていましたが、ほかのフロアが空かないとデイケアを開設できなかったの、申請も含めての準備期間がありました。

## プログラム構成、実施時間、 開始から終了までの流れ

**五十嵐先生：**NTT 関東病院で行われていたプログラムを見せてもらいましたが、卓球とオフィスワークをやっていました。その時に、プログラムに参加できれば復職させてよい時期を見極められる、というアイデアがひらめきました。しかしプログラムの理論は、プログラムでいろいろなことを試行錯誤的に行い、新たなプログラムを始めたりするような経験を積み重ねて作っていきました。

**インタビュアー：**今リワークをされている医療法人は、どれぐらいありますか。

**五十嵐先生：**今、われわれの研究会でプログラムを実施している医療機関が全国200カ所にあります。初期のプログラムから認知行動療法もやっていたけれども、手さぐりで試行錯誤を繰り返しながらプログラムを徐々に徐々に変えていって、それで今のかたちになったわけです。現在でもプログラムは必要に応じて変わっています。例えばプログラムをしていると、うつ病と考えていた人が双極性障害ではないかということがよくわかります。そうすると、双極

性障害を念頭に置いたプログラムや支援方法が必要になります。また現在では、発達障害の傾向を持つ利用者が3割程度いますので、この人たちを何とかしなくてはいけないわけです。利用者の実態に合わせてプログラムを工夫していくのが大事だと考えています。

また、プログラムが変化する要因としては、プログラムを始めて10年経つわけですけれども、その間に会社の求める復職のレベルが全然違ってきています。10年前は週3日の出勤でも復職として認める会社もありましたし、半日からでも復職と認める会社もありました。要するに復職というのは給料を払ってくれるということですので、減額はされるかもしれないけれども給与が出ますし、加えて休職の期間が終わります。でも今は違う。週5日8時間の定時勤務は常識です。試し勤務とかリハビリ出勤という制度が広まるなかで、出社は認められても、試し勤務とかリハビリ出勤の期間は休職中の状態であって、復職しているわけではありません。そのように、10年間に会社のハードルは相当高くなっています。

**インタビュアー：**そうすると、本当に8時間しっかり働ける力をこのなかでつけないといけないということですね。

**五十嵐先生：**そうです。そうすると、プログラムの内容も以前よりも広がってくるんです。私たちのプログラムでの最終段階は、週4日間1日10時間のデイナイトケアに、週1日金曜だけ6時間のプログラムです。

**インタビュアー：**具体的なプログラム、時間を教えてください。

**飯島さん：**大きな枠組みとしてはリワーク・スクールと、リワーク・カレッジ®というプログラムがあります。先ほども先生の方からお話がありましたけれども、最終段階がリワーク・カレッジ®になります。まずは、リワーク・スクールに参加をして、リワーク・カレッジに進むと

いう流れです。レベル制をとってまして、レベル1からレベル3がリワーク・スクール、週2日から週3日のプログラムですね。リワーク・カレッジに進むと週4日、週5日のプログラムになっていきます。最終段階では週4日デイナイトケアで、金曜日だけはデイケアとなります。プログラムの時間帯は、朝の8時半からデイケアは15時まで、デイナイトのときは18時半までになっています。

### 特徴あるプログラム

**飯島さん：**スクールの段階では、主に運動プログラムが多く入っています。「頭と身体のストレッチ」というプログラムでは、前半はヨガやストレッチなど軽い運動をしてリラクゼーションをはかり、後半は「集団で頭を使って楽しむ」という目的でゲームをするような内容ですね。木曜日には「卓球」のプログラムがあります。ダブルスを組んでトーナメント方式で試合を行います。勝ち負けというよりは、パートナーシップを養うとか、コミュニケーションをとることが目的となっています。木曜日の午後の「利用ガイダンス」というプログラムは、これから先のプログラムについて説明をしたり、リワークプログラムでは復職ではなく再休職予防が最終目標になりますよ、ということを確認していくものになります。レベルが進んで週3日になると、「生活習慣講座」や「セルフケア」などの教育的なプログラムが入ってくることになります。ここで生活リズムの整え方や、自己理解を深めるような内容の講義や個人ワーク、ディスカッションなどを行っていきます。この後、レベル3に進むと、同じく週3日の参加ですが、水曜日にナイトケアが入ってきます。ナイトケアは、「スキルアップタイム」というプログラムです。これは仕事に関連する課題や、脳を活性

医療法人社団雄仁会  
**メディカルケア  
虎ノ門**

〒105-0001  
東京都港区虎ノ門1-16-16  
虎ノ門1丁目 MGビル3F



化する脳トレのような課題に取り組んでいただけます。休憩時間は、疲労度や集中力の程度をモニタリングして、自分で調整していただくようになってきます。

リワーク・スクールでは、ある段階になると、主治医の先生から「自己分析レポート」の作成に関する指示が出ます。指示が出たら、「オフィスワーク」の時間を使って、「自己分析レポート」の作成を行っていただきます。主治医へ自己分析レポートを提出し、追加課題などのやり取りを行い、自己分析が完成すると、院長面談を経てリワーク・カレッジに進みます。

リワーク・カレッジ®に進むと、運動プログラムは全くなくなり、ワークシミュレーションプロジェクト（略称・WSP）が始まります。これはカレッジの場自体が「擬似職場」になっていて、すべてのメンバーがカレッジに進むと、「企画部」「システム部」「事務部」のいずれかの部署に所属していただきます。それぞれの部

に所属してワークシミュレーションをしていくというような仕組みが、リワーク・カレッジの1つの特徴です。ワークシミュレーションでは、社内報作成とルーティンワークという日常のワークがあります。それに加え、スタッフは人事部兼産業保健スタッフという位置付けで、様々なプロジェクトを指示して各部で協働してスケジュール作成から実行、評価までを行っていただくことになっています。自己分析で考えた再休職予防のための対策をワークシミュレーションのなかで試行錯誤し、実践をし、確立していく、ということが大きな目的になっています。あとはGM、マネジャー、チーフという役職を人事部、つまりスタッフ側で任命しますので、そういった少し上下関係のあるなかでの対人コミュニケーションについても経験をしていただいて、逆に上司の立場になってどう見えるのかというようなところをロールプレイのような感じでやっていただくということになっています。

あともう1つ特徴的なプログラムとしては、SSR というものです。先ほども発達障害のお話が出ましたが、成人の発達障害の傾向のある方のためのプログラムということで、火曜日の午前と木曜日午前に実施しています。リワーク・カレッジに所属しているメンバーで主治医から指示があった方が対象者となります。対象者は、火曜日午前と木曜日午前にはSSRのプログラムを受け、それ以外は、他のメンバーと一緒にリワーク・カレッジのプログラムを受けていただくという仕組みになっています。SSRでは、火曜日の午前に「グループワーク」、木曜日の午前に「文献講読」、もしくは「コミュニケーション」というプログラムを隔週で実施しています。「文献講読」では発達障害に関する書籍などを読み、それについてディスカッションをしていただいたり、障害特性の理解を深めていただくことをしています。「コミュニケーション」のプログラムでは、メンバー自身の事例についてロールプレイをしていただくというような内容です。コミュニケーションについて見つめ直していただくような時間になっているということです。

リワーク・カレッジでは、WSPとSSRの2つのプログラムが特徴的なものになるかと思えます。レベル5、6の段階で週5日プログラムに参加するようになると、木曜日のナイトケアの時間に認知行動療法が入ってきます。復職後、1人でも認知行動療法を実践できるようなトレーニングを、ということで意識してプログラムが作られています。ビギナーズクラスとアドバンスドクラスと2つのクラスに分かれていて、ビギナーズクラスは5回ほど認知行動療法の概論から各論まで講義を受けていただいた後に、理解度確認テストを実施して、合格したらアドバンスドクラスに入るというような流れになっています。アドバンスドクラスは、自分の課題で認知行動療法を実践的に行っていくという流れになっています。

プログラムの概要は以上となります。プログラムの運営は、外部講師でなく、専門職である保健師と看護師とPSWが3人と、作業療法士、心理が8名で、すべて回しています。

**インタビュー：**スクールを利用できる人に条件はありますか。

**五十嵐先生：**まず週1回の外来診察で、生活リズムが整っていることを確認します。睡眠覚醒リズムが確実に戻り、午前中は図書館に行け、午後は運動ができる程度の病状の回復レベルを確認します。現在は外来診療の段階で、プレ・スクールという1週間に1回1時間だけの集団精神療法で毎日の生活リズムをチェックします。これがプログラムを始める条件です。

プログラムを始めた時は1つのグループしかなく、リワーク・カレッジ®と名付けて始めましたが、だんだん人数が増えてきて、週2日・3日のプログラムを行うリワーク・スクールというグループを作り、カレッジのほうは週4日・5日のプログラムを行うことになりました。

そもそも論として、どうして会社に行けなくなったのか、その理由がはっきりわかっていないと再就職が多くなるのは当たり前です。会社で上司からのプレッシャーがあったり、仕事が大変だったりという外的な要因はありますが、その人の性格、ものの考え方や判断の仕方、対処の方法などの、その人としての内的要因すなわち課題があり、その相互関係のなかで休職することになったはずで、それを自己分析レポートと呼んでいます。プログラムを始めた初期のころはプログラムに入る前の外来診察でその課題を行っていましたが、2割ぐらいの人しかできませんでした。それでプログラム中に取り入れて、プログラムの一部としました。スクールができて、スクールからカレッジ®に上がるための条件として自己分析を完成させることを課したら、全員がきちんと分析できるようになりました。自己分析は自分の内面を振り返る内省

ですので、一人ではつらい作業です。プログラムのなかで、みんなが取り組むプログラムの一環とすることによってできることだとわかりました。

**インタビュアー：**ある程度自分の課題を自己理解できるようになったときに、こちらに行くというふうに考えてよろしいですか。

**五十嵐先生：**自己分析には3つの要素があります。1つは症状ですが、最初に出てきた症状を思い出し、休職に至るまでの経過を辿って症状の変化を書いてもらいます。自分の症状経過がわかるとセルフケアができるようになり、再発の早期発見につながります。2つ目は、自分にとって危険な環境要因を書いてもらいます。つまり症状が出る前に起こった環境の変化です。3つ目は先ほど述べた自分自身の課題です。環境の変化に伴って影響を受けた、自分のなかの要素とも言えます。A4サイズのべた打ちで、少なくとも10枚、多い人は100枚も書いてきます。自己分析レポートは主治医に提出されますので、読んでいくと双極性障害のエピソードとか、発達障害のエピソードが書いてあり、主治医にとっては診断が確実になります。本人の自己理解も進みます。

分析が終わるとカレッジ®に進みますが、会社のような仕組みとなっているワークシミュレーションのなかで、上下関係があり役割分担をして作業を進めるなかでうまくいかないことがあります。集団を利用した行動療法ですが、自己分析を行っているので自分ではわかっているはずなのですが、休職する前と同じような行動や思考が出てきます。再休職を予防するにはこれまでとは別の対処をしなければいけないのであって、そのような行動変容が必要です。これが再休職予防に役立ちます。

**インタビュアー：**このカレッジに来ると、大半はこのオフィスワーク、自主課題とありますが、これが先ほど言ったワークシミュレーションプ

ログラムということになるんですか。

**飯島さん：**ワークシミュレーションで担当するワークだけではなく、「セルフケアの予習、復習」をしたり、「自己課題」としてワークシミュレーションをしていくなかで自分の課題が見えてきたときには、関連した本を読んでまとめたり、認知行動療法の技法に取り組むというようなことをする時間となります。ワークシミュレーションにはまっている時期の人は、そこに割く時間が多くなります。あとは、「メンバー主体プログラム」という集団プログラムがあり、その作業を行う場合もあります。「メンバー主体プログラム」は、5週間かけて、再休職予防に関連するテーマに関してグループでディスカッションをして、最終週には、グループごとにプレゼンテーションを行うというプログラムです。プログラムの運営もメンバーが担当します。こういった役割を担う運営委員会の担当や、各グループのなかのリーダー、パワーポイント資料作成担当、議事録作成、発表などの担当があります。

### 就労支援の体制（スタッフ数、中心人物の略歴、職名等）、特徴

**飯島さん：**産業保健スタッフとして働いていました。病院で勤務してから産業保健に入って、精神科のクリニックを経てこちらに来ました。

**インタビュアー：**一般企業の仕組みを知っていたほうがいいのか、それとも、あまり知らなくてもリワークという枠組みのなかでは大丈夫なものでしょうか。

**飯島さん：**知っていたほうがいいですね。復職間近のメンバーから、人事部との面談や上司面談での対応に関する相談を受けることがあります。こういった場面では、リワークのスタッフは、会社の感覚、企業で働く人の感覚、価値観、一般企業の仕組みを知っておく必要があると感じ



▲左から五十嵐先生（医師）、飯島さん（デイケア主任、保健師）

まず。私も産業保健スタッフとしての勤務経験しかないのではわからないのですが、当院のスタッフには一般企業での勤務経験があるスタッフがおりますので、そういったスタッフの意見を聞きながら、企業で働く人のもつ感覚とズレていないかを確認しながら、対応しています。医療業界と一般企業の価値観、感覚は、かなり違うなどという印象があります。やはり知っていたほうが、メンバーさんたちの助けになると思います。

### 就労支援開始から現在までの経過 (過去の課題、どのように 改善してきたか)

**五十嵐先生：**プログラムの利用者は平均で2～3回の休職を経験した人です。そのような利用者がプログラムを終わり復職した後の就労継続を追跡すると、復職後1～2年の間に20～30%の方が仕事を辞めたり再休職したりします。このプログラムを終わって復職しても仕事

を辞める、あるいは再休職する人たちをどうするかというのが、1つのテーマだったのです。同じプログラムに入れるのは難しいと考えました。なぜなら心配したわけなので。いわば後輩のなかに戻らなければならないので本人にも抵抗があるだろうというのが、一つの理由でした。もう一つは、再休職した人の休職の要因をみているといろいろと複雑なケースが多いので、リワーク・カレッジで身につけたことが役立たなかった理由を考え、個別的な援助が必要だと思いました。

もう一つ別のグループをつくり、リワーク・ゼミと呼んでいます。再利用者対象の20人程度の小さいプログラムです。そこでのテーマは、カレッジ®やスクールとはちょっと違います。一度プログラムを利用していますから、自分のことはある程度はわかっているし、病気のことでもわかっている。それでも再休職するということは、もうちょっと別の個別的な要素がいろいろあるのです。例えば家族、とりわけ年代的に親や子どもなど家庭内の問題の場合があるし、軽度の発達障害が背景にある場合も少なからず

あります。また、ゼミは失職してもカレッジの利用経験があれば参加できるようにしていますので、復職ではなく再就労ということも目的になります。

**インタビュアー：**別プログラムというのは、具体的にどのようなプログラムになるんですか。

**飯島さん：**1回目のプログラムの内容をふまえて、認知行動療法では「アクションチェック」という行動面に力を入れたプログラムや、「ディスカッション」という体験的なワークを多く取り入れるプログラムを実施しています。あと、オフィスワークの時間は非常に多いのですが、オフィスワークでは主治医からの指示で心理士が1人ついて個別にロールプレイを行っています。メンバー自身が休職要因に関わるエピソードについて、自分の経験に基づいてシナリオをつくり、心理士と個別にロールプレイを行います。心理士や主治医とのやりとりを通して、さらに深めていきます。

**五十嵐先生：**もう一度自己分析をやってもらいます。とにかく何か再休職する理由があるわけです。スクールでやった自己分析の続きを書いてもらいます。そして、でき上がった自己分析から再休職のきっかけになったシーンを引きだしてシナリオにしてもらいます。例えば上司との間の問答であったり、お客さんとのトラブルであったり、奥さんとの会話であったりします。自分で経験した場面をシナリオとして心理士と1対1で再現してみます。それで、役割を替えて同じシナリオをやってみると、立場を変えて相手の立場になれます。ロールプレイという技法ですが、これが結構時間がかかりますが、もっとこう言えばよかったとか、こういうふうを受け取ればよかったとかいろいろな気づきができます。シナリオを4つか5つぐらい作ります。それで現実感を持って、もう1回復職して職場に戻っていきます。その後また再休職した時には、同じ集団に戻ってきます。

**インタビュアー：**再利用の方の別なプログラムが、同じようにこういうプログラム表としてあるんですか。

**五十嵐先生：**そうです。常時十数人程度います。再休職を繰り返す場合には何回でもゼミを利用してもらいますが、どこかの時点でゼミに戻ってこなくなります。5～6年はかかりますが、粘り強く外来でフォローしていると、薬がなくなり治癒と判定できる時期が来ます。何回も休職を繰り返す重症の方は、そういう治し方し方できないと思うんです。その間、会社が待ってくれるかどうかのカギです。

実はその間に、早期退職制度というリストラに乗ったり、休職期限が満了して退職となったりいろいろなことがあります。このような場合は、次の課題として再就労支援が出てくるのです。10年もこういうプログラムをやっていると、そういう人が外来にもリワーク・ゼミにもだんだんたまってきました。そこで、そういう人たちのために、このビルの5階に総合支援法の就労移行支援事業所をつくりました。平成14年9月に始めましたが、気分障害と発達障害がほとんどを占めます。それまではゼミでは復職支援だけでなく就労支援もしていましたが、目的が若干違うものだから双方を扱う大変さがあり、スタッフが疲弊していました。現在は生活リズムが形成されたら就労移行支援事業所に移ってもらうようにして、システムはだいたいぶすっきりしています。

### 地域との連携（企業、他院、福祉サービス、その他）課題と対応策

**五十嵐先生：**まず、われわれにとっての地域というのは何かと考えると、地域イコールほぼ企業です。この地域に住民はあまりいませんので、来院する人は働いている人です。地域との連携

はわれわれにとっても非常に重要ですが、キーパーソンは産業医や産業保健スタッフです。例えば、当院のリワークプログラムの利用者の半分ぐらいは、産業医が転院を説得して、われわれのところへ送って来てくれます。

主治医を変えるのが当院のプログラムに参加する必須条件ですが、その理由は最初からそうやっていただけです。プログラムに入って復職してと、一生面倒をみるつもりで転院してもらわねえ。ほかの医療機関では他院に主治医がいても受け入れているところがありますが、主治医のところでは患者さんは自分に都合のいい話ばかりして、プログラムを実施している場面ではもっと違う側面を見ている場合も多いので、主治医との認識のずれが出てきます。したがって、周囲のクリニックとあまり軋轢を生まずにプログラム参加者を増やすためには、主治医との連携がうまくいかないとならぬプログラムの結果もうまく出てきません。とくにプログラムを実施するスタッフと主治医との連携が重要だ。

**インタビュアー：**わかりました。福祉関係の方との連携はあたりするんですか。

**五十嵐先生：**福祉関係の方々との連携は、クリニックではあまりありませんが、就労移行支援事業所では頻繁にあります。

### 現状の課題（プログラム以外での課題）

**五十嵐先生：**医療機関にコーディネーターを置いて連携をとる厚労省プロジェクトを2年間やっていたましたが、職場との連携がすごくやりやすくなったという経験をしました。

**インタビュアー：**先ほど企業との連携ということでは、入り口というのかお客さんを迎える部分送り出す部分で、産業医というのが1つキーワードみたいな話がありましたけれども。

**五十嵐先生：**リワークプログラムを行っている

医療機関では、実際は産業医との連携といっても、スタッフが直接会社に行って連携をとる必要があってもスタッフには時間がないし、医療機関としては診療報酬ではカバーされないので費用は全て持ち出しです。また、企業も医療機関の人間を会社のなかに入れるというのはあまり経験がないのです。2年間厚労省のモデル事業としてコーディネーターの人件費を出していただいで行った事業は、よい経験になりました。連携の必要なケースはとくに発達障害が多く、会社でも事例化して問題になっている人たちをどうやって受け入れてもらうかという場合には、単に文書を出せばよいというのではなくて、人が動かなければうまくいきません。

**インタビュアー：**後でもう1つとても伺いたいことがあるんですが、今伺いたいの、障害者就労をしていると、オープン就労であれば私たちは企業の中まで入っていきけるんですね。彼にはこういう特徴があつてこういう苦手なことがあるということも全部説明しながら、こういう苦手なことに対してこのような配慮をということまで、ラインを動かすとはまでは言わないですけれども、企業に対してある一定のアプローチはしやすいという部分があります。企業も障害のある方を雇用するということを理解して、私たちのアドバイスに対応していただけるというところがあるのですが、このリワークという部分において、休んだときはうつという病気だったんだねと。でも会社に戻ってくるということは、もう病気が治ったんですよという感覚の会社が大半だと思うのですが、そこに対するアプローチは何かされていますか。

**五十嵐先生：**まず、リワークでプログラム中にいろいろな言動をみていると、診断が変わることがままあります。例えばうつ病だといっていたのがさうつ病だったとか、それまではわからなかったけれど発達障害だったという場合はかなりあります。復職を目指す場合には元の職



場に戻るわけで、雇用形態は変わってないわけです。一般職で雇われている人が発達障害だとわかったから、障害者枠で雇用されることは100%あり得ませんから、復職後は一般職で働くということになるわけです。会社の方のハードルは、原則変わらないわけです。そこでどういう配慮をしてもらえるかというのは、相当綿密な計画を立てたアプローチがないとなかなかうまくいかない。ここが非常に難しいところです。例えば発達障害だということがわかったら、こういう特徴がありますという文書を作って、本人が産業医に持って行って説明する程度が最低限は必要です。多くの発達障害の人はコミュニケーションをとるのが上手ではないですから、うまく説明できません。スタッフが付いて行って、復職のための会議に参加させてもらい、人事がいたり上司がいたりするなかで、サポートするわけです。このための人件費分を診療報酬で持ってもらえば、かなりいろいろな連携ができると考えています。

**インタビュアー：**そうですね。やはり手ごたえが違いますよね。ここにこんな配慮をしてもらえればと思うことを産業医に言っても、紙ではなかなか文書の行間が伝わらないのと一緒で、何かうまく伝わっていかない。行けるなら直接行って、企業にこうやって話したいというところってありますか。

**飯島さん：**そうですね、話に出てきた「厚労省プロジェクト」をやっていたときには、やはり実際に職場の上司の方からメールなどでスタッフに相談が入ったり、職場とのやり取りが結構頻繁にありました。ケースによっては、実際に職場の座席まで見せていただけたケースもあり、実際の職場環境をスタッフも目で見てメンバーや職場の方々と一緒に確認し、助言することができたようです。普段クリニックのなかだけで見ているよりはだいぶ違うかなと思います。

## スタッフおよび利用者に関する 運営上の悩み

**林さん：**スタッフの管理的なところでいきますと、先ほどから話が出ていましたように、プログラムがいろいろ変化したり、新しいものを利用者に応じてつくっていく。よし、つくろうとってすぐできるものではなくて、どういうことを始めるかということ、いろいろスタッフたちが相談しながらできていくなかで、スタッフが足りるとか足りないということができます。それは単に新しいプログラムができるだけではなくて、通常のリタイアなどもあったりするなかで、スムーズに新規プログラムを始めるところまでつなげていくということが、管理側からすると大変なところかなと思います。

**飯島さん：**非常にスタッフも充実させていただいているんですけども、やはり新しいプログラムを次々につくりだして動かしていくという環境では、どのように人を配置して全体を回していくのかということが、結構悩ましいところではありますね。

## 実績（利用者数、疾患名の内訳、 平均利用期間、復職率、6カ月後、 1年後の復職率）

**五十嵐先生：**当院の2011年までの結果ですが、プログラムを始めた2005年では休職回数が平均1.4回で休職期間の平均が8.4カ月であったのですが、2011年では平均で2.6回休職していて、平均20カ月間休職している利用者のアウトカムデータです。

**インタビュアー：**1人当たり2.6回で、休職期間を合計すると2年近くしている。

**五十嵐先生：**2005年から2011年末までの6年

間に復職した 585 名の生存分析を行うと、1 年後の就労継続の推計値が 81%、2 年後が 70% でした。

## リワークプログラムの運営全体、 経営的メリットとデメリットについて

**五十嵐先生：**運営全体でいうと、一番大事なことはスタッフだと思います。スタッフが辞めるといときは、なかなか大変なわけです。いかに優秀なスタッフを確保し、教育していくかというのは大きな悩みです。また、利用者をどのように集めるかということも運営に関してもう一つ重要な課題です。これは地域に合った方法で地道にやっていくしかないことで、各医療機関で独自の方法が必要です。

経営的メリットがどういうところにあるかというと、デイケアの収益性は必ずしも高くありません。なぜなら、許認可の際の人員基準よりもスタッフ数を増やさないと、良いプログラムは提供できません。医療機関全体の収益として、経営的にはとんとんになるようにもっていくことが経営的努力です。プログラムを終わって復職した人は十分に教育を受けているので、フォローにはさほど手間がかかりません。すなわち、プログラムを終了してフォローしている患者数を外来診療で増やすことによる収益増で、クリ

ニックの全体の収益のバランスがとれるという具合だと考えています。ですから、他に主治医がいてプログラムだけ利用するという治療構造は、やはり収益性の点から見てもリスクがあると私は考えています。しかも、復職後は症状が不安定になる時期ですのでそこをしっかりとフォローする必要があります、患者さんのリスクも大きくなるわけですから、やはりリワークプログラムを実施する際には主治医を変えていただいたほうがよいのだらうと思います。

## 今後の展望、目指すところ

**五十嵐先生：**プログラムは現状に対応して日々変わっています。日本では少子高齢化が確実に進んでいて、今後はそれが軸になっていろいろなものが変わっていくのだらうと考えます。日本人の働き方も変わっていくかもしれない。労働人口が減っていくので、もっと高齢の人も働くかもしれないけれども、安全に働かなければならないということが大事だと思います。再休職予防を目指すこのプログラムは、ある意味で復職後の自分の働き方をもう一度考える機会ともなります。休職して間もない時期から利用してもらって、そのようなことも考えて復職することが大事だと思っています。

医療法人啓夏会

# 響ストレスケア

～ 心とからだの診療所 ～

対 応 者

大橋昌資(院長) 葦條三紀(PSW) 山本智美(CP・音楽療法士)

調査日/平成25年8月4日(火)

## 法人の概要 (法人開始時期、 主な疾患名、デイケアの有無、規模、 スタッフ数、特徴、等)

### ①法人開始時期

大橋先生：法人自体の開始時期は、昨年2014年の9月です。クリニックの開設自体は2008年の5月になります。2008年の5月に開設して、同年の9月からリワークのプログラムを始めています。一応理念というか、基本的にはここでしかできないことをやろうということで、対話型治療ということ掲げています。1時間4～5人しか診ないので、ちゃんと話ししてやっていく治療をするということ。あと、「心とからだの診療所」という名前になっていますけれども、基本的に私は昔から心身相関とか心身症が、非常にもう中学生のころからのテーマなので、それをやはりやっていきたい。そのような考えがベースとなり、法人、クリニックを運営しています。

### ②主な疾患名

大橋先生：うつ、不安の方が8割です。気分障害、

不安障害ですね。残り2割の方が、統合失調症、神経症、発達障害の方であったり認知症の方です。新患はやはりほとんど気分障害、不安障害です。

### ③デイケアの有無、規模 デイケアスタッフ数

大橋先生：デイケアの規模は小規模ショートケアです。定員10名です。スタッフは専従がCPとPSWで、ほかのスタッフは必要に応じて手伝うという感じです。

### ④特徴

大橋先生：心理療法と、あとその他の治療法の統合ということ、言語的、非言語的治療の統合、多職種による治療です。

## 地域の人口、産業、交通、特徴等

大橋先生：ここは甲府盆地で、山梨県内では、気分障害を専門としたということではうちが唯一になります。50万人くらいが主な対象となる医療圏です。甲府盆地のなかということですね。盆地の外から来られる方も若干はいらっしゃいます。甲府市が19万人、甲斐市が7万人、

# 響ストレスケア リワークプログラム 「響ワーク&ライフサポート」



	月	火	水	木	金	土
9:00	各自準備/職員ミーティング					
	受付					
9:35	音楽療法	心理教育 (隔週)	振り返り	セルフ (隔週)	体カリラク	Follow up (隔月)
11:00	セルフ					
12:00	昼の会					

南アルプス市が7万人、笛吹市が7万人、北杜市が5万人というあたりが通ってきますね。

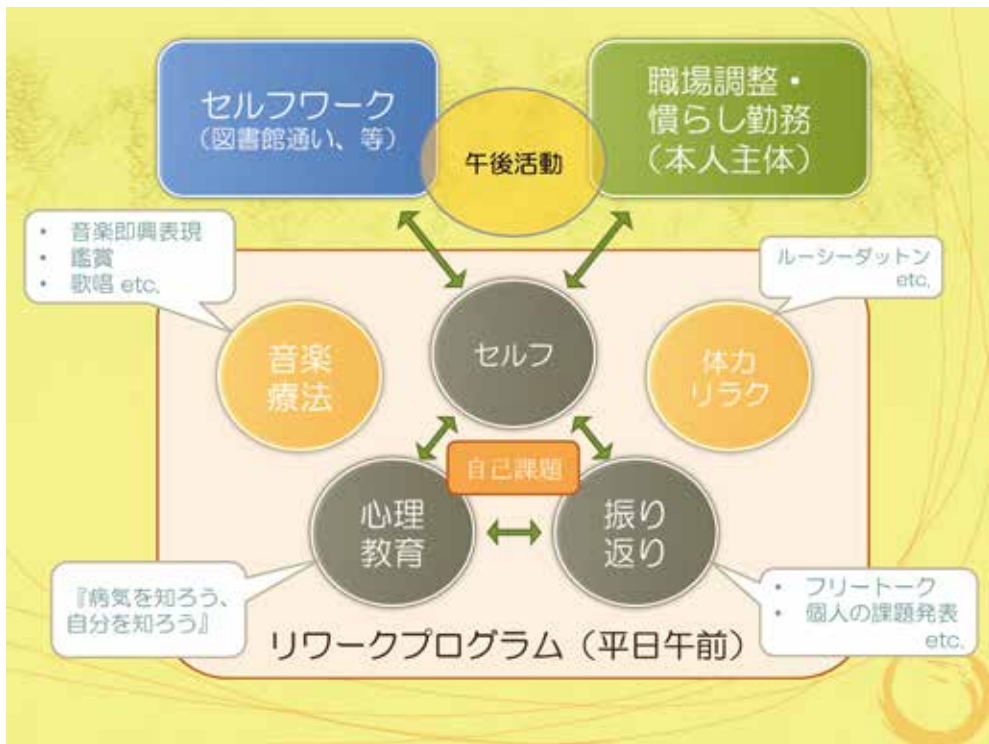
単科でちょっと部分的にやっているところとか、小規模多機能でやっているクリニックとか、障害者センターなどがぐっと地域の真ん中に集まっているのは、やはり地方都市の特徴なのかなと思います。

## 復職支援を取り組み始めた要因、 考え方、開始時期

**大橋先生：**時期的には2008年9月です。通常の外来診療で治らない方たち、復職できるはずなのになぜか復職できない、復職可能と診断書を書いてでもなぜか復職ができない方たちがたくさんいるんですよ。その方たちを何とかしたい。うつ病の方を診る機会も多かったと。集団療法がやはり時代の流れになるだろうということがあって始めたというところでしょうか。

## プログラム構成、実施時間、 開始から終了までの流れ

**大橋先生：**全体の流れとしましては、小規模ショート3時間で朝9時から12時です。一応9時半までには必ず来てください、それまでは各自来てくださいということで受付をして、プログラムは月曜日が音楽療法、火曜日が心理教育で、隔週です。やっていないときには、火曜の午前中に隔週で職員のミーティングを行っています。水曜日は振り返りという集団精神療法、木曜日がセルフという各自で取り組むプログラムで、金曜日が非言語的治療の1つの「体カリラク」というタイトルで、ヨガの先生を呼んでやっています。土曜日は、隔月に1回ですけど、フォローアップという終了者向けのプログラムを組んでいます。



## 特徴あるプログラム

**インタビュアー：**セルフというのは、具体的にどんなことをされているんですか。

**大橋先生：**まず全体でやるのがコアプログラムというのですが、音楽療法をみんなでやります。今日は心理療法の講義をします。その後に個別プログラムというのがあるのですが、セルフは個別プログラムの中の1つで、集団でやるプログラムが終了した後に、各自が各自の課題に取り組むというものです。プログラムの利用者には公務員の方もいれば、工場でオペレーターをやっている方、普通の事務員の方もいてそれぞれなので、同じプログラムを全員に提供していても役に立ちません。最低限のものをみんなでやって、あとはご本人たちそれぞれで課題に取り組んでいただくというかたちを考えています。そのなかで各自パソコンをやったり、そこにある運動器械をやったり、いろいろなことをやっ

てもらっています。そのほかにセルフワークということで時間をつくっています。結局、午後をどう過ごすとか休みの日をどう過ごすとか、そこら辺をその3時間のなかでご本人たちにちゃんとわかってもらうんです、うちに来て終わりではないので。やはり午後の時間をどうするかというところが問題になってくるので、セルフ、セルフワークという仕組みでやるようにしました。

**インタビュアー：**ここに来られている方は、どういう職種のどういう年代の方々でしょう。男性、女性も含めてどのような状況ですか。

**蔵條さん：**圧倒的に男性が多いです。割合としては、男性が87%です。

**大橋先生：**本当にとにかく中年の男性は、働けなくなるということが切実なんだなということを感じます。

**蔵條さん：**年代は30代、40代の中年期の方が比較的多いです。40代が5割、30代が3割、50代と20代が1割です。

大橋先生：しかも基本的にはうつ病圏ですね。

蔵條さん：職業としては、民間企業の会社員の方で約過半数です。3年くらい前までは公務員、教員の方で半数近くあり、割合がもっと多かったのですが、最近は民間の方が増えてきています。職種では製造業、システムエンジニア、あと金融関係が多いです。

## スタッフの略歴、職名、特徴等

蔵條さん：私は精神保健福祉士です。大学を出てから一般企業に勤務していたのですが、メンタルの仕事に携わりたいと思いまして、精神保健福祉士の資格を取ったのが10年ぐらい前です。その後は精神科の病院ですとか、福祉の作業所に勤務していました。主人の地元の山梨に来てから大橋先生とご縁がありまして、リワークのほうで働かせていただいて5年目になります。

山本さん：音楽系の短期大学を卒業後、10年間ほどは、音楽療法士として発達障害の子どもを対象にした個人音楽療法や、精神科病棟や認知症病棟などで集団音楽療法を担当していました。響ストレスケアでは、リワークの開設の際にお声をかけていただき、音楽療法プログラムを担当させていただくことになりました。リワークに携わるのも、大人の方を対象にした小集団の音楽療法も初めてのことでしたので、日本臨床心理研究所の松井紀和先生にご指導をいただきながら取り組んでいます。2年ほど前に臨床心理士の資格を取得しまして、現在は心理士としてリワークプログラムに参加しながら、週1回の音楽療法プログラムを担当させていただいております。

## 復職支援開始から現在までの経過 (過去の課題、どのように改善してきたか)

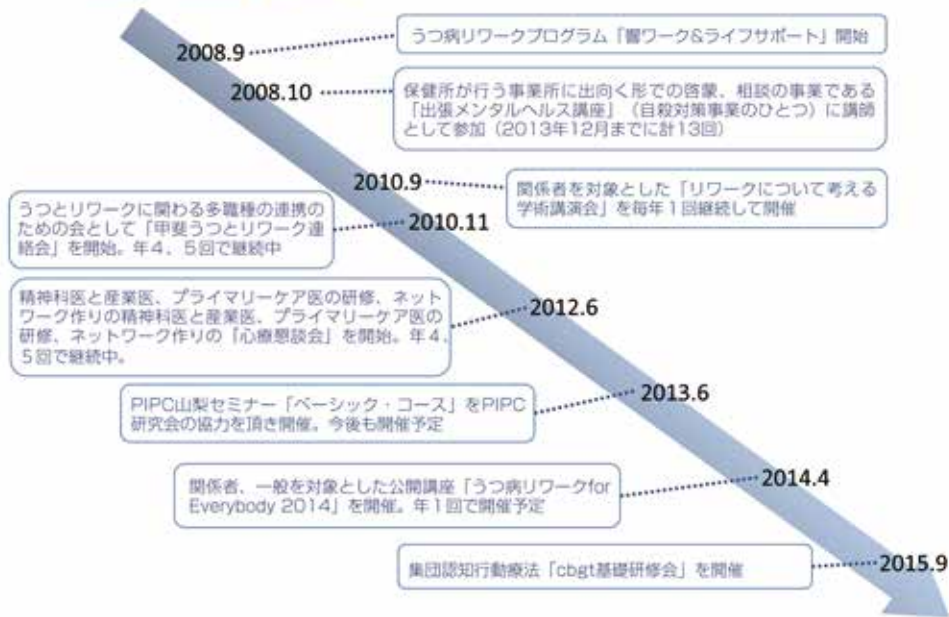
大橋先生：私はやはりリスクが大きいと思って小規模で始めたんです。前例がそんなにないということ。ショートケアをやっているところはいくつかあったのですが、地方でというのはなかなかなかったですし、私はもう小規模ショートがいいだろうと思っていたので、それで開始しています。課題としては、当初考えていたのはご本人たちにやはりセルフケアを確立してもらうということと、要は再休職予防です。あと、社会資源が少ないです。最初から連携して有効なところを使っていくしかないと思っていました。

インタビューー：再休職予防、復職した後いかに長く働き続けるかということについて、このリワークにおいてもやはり復職した後どれぐらいの期間働き続けられているのかとか、再休職とか、その辺の課題みたいなことで教えていただければ…

大橋先生：就労支援の定着支援みたいなところは、今のリワークでは復職、再休職予防という言葉にはほぼ置き換えられている感じなんだろうと思うのですが、やはり就労支援でもとにかく就労させるところから、いかに定着していただくかというのが今の課題になっていると思います。リワークでも、私はある程度予想されたことだったんだと思います。労働という共通のことですので、やはり出てくる問題なんだろうと思います。

最初の段階できちんと仕上げられていなかったために休職してしまうグループと、あとわかっちゃいるけどという感じで、やはりもともとのご本人の対人パターンであったり過労であったり過重労働であったり、そういうのにまたはまっていくというか、主にその2つを感じます。

## ● 連携の進展の過程



### 地域との連携（企業、他院、福祉サービス、その他）課題と対応策

**大橋先生**：まず企業との連携では、基本的に普段からのコミュニケーションということで、企業の保健師さんたちとの勉強会を定期的に行っていますし、産業医の先生たちとも定期的な会を行うようにはしています。連携は難しいですね。先ほどお話ししたように、最初からある程度は連携をしていかないといけないということは思っていたんです。

「甲斐うつとリワーク連絡会」という多職種の会があります。障害者職業センターに打診をして、ぜひ交流会をやってくださいと、いろいろやっている地域があるみたいですと。先行施設のまねできることをまねする。それでやったんだけど、やはり障害者のそれはちょっとできないと言われてしまったんです。結局今はやっていますけどね。当時はできないと言われて、

じゃあ自分たちでと。メンバーとしては参加するよと言ってくれたので。そんなところで、最初はまず会自体を立ち上げるのが大変だったということですかね。

やっていくなかで、企業の保健師さんが来る、障害者職業センターが来る、医療機関が来るということだったのですが、多職種の会だけではちょっとぼやけるので、医療機関の、基本的に精神科医と産業医、プライマリケア医に絞った勉強会をしていこうということで、心療懇談会という名前で年4～5回行っています。やはり中心となるというか、一番連携のうまくいってないところが結局精鋭連携という部分だと思うのですが、この精神科医と産業医のところは、あえてそのような勉強会をやらないといけなかったということでしょうか。それでもやはり不十分なので、今度はまた違う取り組みも考えているのですが、主催は医師会などではなく、甲斐うつとリワーク連絡会が行っているというかたちになります。

## スタッフおよび利用者に関する 運営上の悩み

**大橋先生：**運営上の悩みは、一番は利用者数の確保です。だいたい月80人ぐらい来ると運営がスムーズになるのですが、例えば公務員の方などは、4月に年度が替わると一斉に復職するとか…当然そうすると戻さないわけにもいかないので戻しますよね。あとどうしても、例えば5月病じゃないですけど、6月から9月ぐらいというのは、ちょうど異動などで具合が悪くなってという時期なんですよ。そういうときは患者さんが結構来るのです。

しかし日本というのはやはり年度がすごく重んじられているので、ある程度年度が落ち着いて後半になってくると、もう休まないで乗り切ろうというかたちになってくるんですよ。そうするとだんだんとそういう人数が減ってくる。

だから、何となくこういうウエーブをパターンとして描いていると思うのですが、利用者数の確保が問題ということはあるかと思います。

**インタビュアー：**ほかにプログラムをこなしていくなかでの課題はありますか。

**蔵條さん：**利用されている対象の方々が変化してきていて、以前はメランコリーの方の利用が大半を占めていたのですが、最近は20代前半の若い方ですとか、メランコリーではないうつの方が増えてきているなかで、スタッフがどう柔軟に対応していくかということが難しいです。リワークを利用されるなかで、やはり発達の問題や社会性、パーソナリティーの問題も見えてくるので、集団のなかで個別性にどう対応していくかというのが課題です。

▼前列左から山本さん(OT、音楽療法士)、大橋先生(医師)、蔵條さん(PSW)、後方列左から山宮さん(事務)、林さん(NS)





医療法人啓夏会  
響ストレスケア

〒400-0124  
山梨県甲斐市中下条  
1933-1-2F

実績（利用者数、疾患名の内訳、  
平均利用期間、復職率、6カ月後、  
1年後の復職率）

**蔵條さん**：平成27年8月の時点で、リワークを終了された延べ利用者数は74名、実利用者数は66名です。疾患の内訳は、うつ病あるいは反復性のうつ病の方が73%、双極性障害の方が15%、残りは適応障害などです。平均利用期間は7.1カ月で、年々長期化する傾向にあります。リワーク終了時点での復職率は90%以上です。その後の就労継続率ですが、復職後6カ月、1年の時点を断面的に切り取って計算しますと、6カ月後で90%、1年後で80%です。

リワークプログラムの運営全体、  
経営的メリットとデメリットについて

**大橋先生**：ボランティアではないですが、営利企業でもないのだから…人件費に関してはうちは普通といったところで、だいたい常勤だと20～30万円で、非常勤だと時給で1,500円ほどです。だいたい職員の2人がほぼ専従で働いて、ほかの人はちょっと手伝うぐらいで、あと経費はこんな感じ、備品はこんなものだと考えると、机上の計算ですが、さっき言ったように7割利用でほぼとんとんになります。だから外来で通院精神療法をただただと続けるというのに比べると、全然効率は悪いです。

ただ、本来ここに来ている人たちというのは外来だけだと戻れなかったりする方であったり、戻すのに非常に多くの努力を必要とする方とかであったりするわけですね、そう簡単な方たち

は来ないので。簡単な方たちは普通に1カ月家で休んで戻って、あとは何事もなかったようにやっていくわけですね。そういう方たちが結局後でまた再休職してしまったりしたときなどにこういうところを利用するのですが、そういう意味で通常外来ではカバーしきれない部分をカバーしているわけです。

とくに、通常なら基本は1対1なので、そこに多職種、多人数の患者さんという治療構造を持ち込むことによって、今まででは治せなかった人たちを治せているのかなということは感じます。そういうふうに行っていると治療がはつきり固まり、その人の外来自体が楽になって確認だけしていけばいいようになるので、その辺がメリット、デメリットでしょうか。

## 今後の展望、目指すところ

**大橋先生：**地方でやっている、基本的な展開というのは、やはり都会の少し後にいろいろな流れが来ます。疾患がだんだん変わってくる。あと、本来これは社内教育なり大学教育がやるべきことではないかという、若年者の問題であったり、労働規範の問題であったりということを、医療がクロスオーバーしてやっている部分もあります。

そういった疾患の問題、発達特性の問題、パーソナリティーの問題、労働規範の問題、若年者の労働の問題と、都会で出てくる問題がだんだんとこちらに出てきていますが、とくに今問題

となっているのが、やはり就労移行なんですよ。うちはとにかくこのリワークプログラムを開始し継続させるということが使命というか、外部からもそう言われています。

するとどうしても、発達障害があってもうつがメインの人というのがありますよね。そういった本来うつで発達障害のある人がこちらに来ますと、生活リズムを整え、お薬を整え、職場調整をすることで戻れるんです。その人のうつ、不安はなくなったし、薬も必要がなくなった。しかしながら、当たり前だけど発達特性の問題は残り続けていく。そういったところに山本さんなどが支援してくれているのですが、それはやはりあくまでも個別支援というかたちになってしまいます。ですので、今後定着支援ということをやっていくために、発達のプログラムをつくれなにかということで、外の山本さんの先生が声を掛けてくれて秋からどうかという話もあるのですが、秋からは無理でしょうね。準備は進めたいところですが。

そういったことをやっていく必要があるということ。あと、それこそ田川先生や金塚さんがやっていたらいいけど、リワークも定着支援ももちろんそうですが、ほかの疾患に関しても就労移行のようなことをやっていけないかということを考えて、一部は準備段階にあります。

うつ病のリワークということで始めて、その周辺領域を外機関にお願いしてしまっていたのですが、やはり就労移行、定着支援ということも、もう少し自分たちの施設で考えていければと考えています。

医療法人社団宙麦会

# ひだクリニック

対応者

肥田裕久(院長) 木村尚美(副院長) 中田健士(PSW)

調査日/平成25年8月4日(火)

**法人の概要 (法人開始時期、  
主な疾患名、デイケアの有無、規模、  
スタッフ数、特徴、等)**

**①法人開始時期**

**肥田先生：**医療機関としての開始は2005年の11月、法人化されたのは2007年です。宙麦会(そらむぎかい)というのが法人名ですが、「宙」は宇宙の宙なので、患者さんのリカバリーや回復が宇宙のように無限であるということが1つ、また「麦」は地域に根付くという意味をこめて、患者さんのリカバリーの無限さを信じて、患者さんの生活が地域に根付くようにという意味で、宙麦会というようにしました。

**②主な疾患名**

**肥田先生：**統合失調症圏の患者さんが約35%です。感情障害圏の患者さんが約30%、神経症系圏が約25%ぐらいです。そのほかは、発達障害と認知症の方ですね。統合失調症圏の患者さんは、クリニックにしては多いと思います。

**③デイケアの有無、規模、特徴、スタッフ数**

**肥田先生：**オープンデイケア方式なので、半分

ぐらいが他院の患者さんです。

**インタビュアー：**それも珍しいですね。

**肥田先生：**珍しいと思います。やはり多様性があるほうが、支援のアイデアが多く生まれて支援がしやすくなります。

**木村さん：**最近診療所協会で言っている多機能型ですよ、そのなかのデイケア部門、例えば当院では定型プログラムは月に100以上あります。このプログラムには講師もいればスタッフもいますが、メンバーたち自身がグループで行うというかたちも多いので、メンバー主体のプログラムも多いと思います。デイケアの1日平均人数(デイケア・ショートケア・デイナイトケア・ナイトケア全体 定員70名)が62~65名ぐらいです。スタッフ数は19名。講師も多いと思います。基本的にはスタッフのみが主導するのはプログラムの幅が狭くなると思っています。専門は専門の方ということで、スポーツだったらバスケ、バレー、フットサル、それから体操と、全部講師がいます。就労プログラムや、疑似就労グループの手作りのタオルケーキなどにも講師がいます。

**インタビュアー：**定員70名に対してスタッフ

が19名いるというのは、その基準からいうととても多い数字なんですよ。

**木村さん**：多いのではないのでしょうか。ただし、デイケアとデイナイトケアとナイトケア、ショートをやっているの、最低1日8人の専門職が必要になりますが、専門職だけではなく、その施設基準には関係のないスタッフもたくさんおられますので、このような人数になっています。

### 法人所在の市区町村の人口、産業、特徴

**肥田先生**：千葉県流山市は、平成26年度人口17万3,000人の市なのですが、精神科病床は0です。私たちは10年前にクリニックを開院したのですが、それまでメンタルクリニックはありませんでした。内科の先生が眠剤を処方してくださるとかはあったのですが、いわゆる精神科を前面に出したクリニックは10年前のうちが初めてです。それから、人口17万人の都市なのですが保健所がありません。

**木村さん**：だから、保健センターが全部担っていますね。

**肥田先生**：流山市の謳い文句がありまして、「母になるなら流山、父になるなら流山」というものです。ところが、つくばエクスプレスというとても便利な路線がありますので、千葉都民が圧倒的に多くて、地縁血縁がなくても、都心に近くて比較的まだ土地の値段が安いところということで人口流入が多く、実は人口が増えています。平成26年では千葉県で人口増加率一番で、日本全国でも増加率は10番目ぐらいなのです。一番大きな産業としては、マンジョウ本みりんでしょうか。

### 就労支援を取り組み始めた要因、開始時期

**木村さん**：2005年の12月に取り組み始めたことを就労支援と言えるかはわかりませんが、患者さんが「働きたい」という気持ちを持っていることは、以前のデイケアから課題となっていましたから、その時代は本当に就職させるというよりも、仕事がしたいというメンバーたちの気持ちに応えることと、就労への期待を持たせることが目的だったと思います。たとえば、擬似就労グループのタオルケーキは趣味でもプログラムでもなくて、商品を作るということだと、相手が求めるものを作るのだということを繰り返し指導しました。

**肥田先生**：この2005年の時点ではノウハウがわからなかったのも事実なのです。最初からやはり理念として、就労や社会参加ということをやっていると書いていたのですが、モデルがなかった時代でもありましたので、試行錯誤の繰り返しでした。だから、本格的にやりたいなと思い始めたのは、実は2007年か2008年ぐらいになります。

### 就労支援の体制（スタッフ数、中心人物の略歴、職名等）、特徴

**木村さん**：就労支援には、就労支援専従のスタッフで関わり、他のスタッフは口を出さないということが原則です。ですから、当初は就労支援部としては1～2人でした。9月から新規体制となり今は3名（1名はピアサポーター）です。就労支援部はRANAと呼びます。オフィスRANAとワーキングRANAがあります。

オフィスRANAは6カ月を1クールとし、6カ月で就職させるための就労支援部は、今年か

医療法人社団宙妻会  
ひだクリニック

〒 270-0163  
千葉県流山市南流山  
1-14-7



らハローワーク松戸との連携の事業（\*1）となっています。ここでは、「本当に仕事をする」という目標で訓練をしています。登録者8名、9時から17時のタイムカード管理から、企業でするであろう作業は、ほとんどが練習できるシステムです。ほかの就労移行支援事業所との連携もしていますので、デイケアという医療機関での負荷をかける訓練です。職業準備性（決まった時間で安定・継続した作業ができること）の訓練をして、患者さんを実社会に出していく部門です。

ワーキングRANAは、擬似就労プログラムで、実際に働くことを体験できるプログラム（カレーハウス・50円モーニング・パン屋さん・掃除グループなど）です。ここでは、チームワークや、生産性と働くことの意義、楽しさを知ることなどを目的としています。

\*1 千葉労働局HP（ハローワークと医療機関の連携による就労支援モデル事業

### 地域福祉サービスの実情

中田さん：流山市は知的障害の方の施設が多く、精神障害の方を対象とした事業総数はそんなに多くありません。精神の事業所としては3年前、流山セントラルパークに多機能型事業所マーレをつくりました。そこは自立のための生活訓練と就労移行支援の多機能型で、流山市としては初めてでした。グループホームは初石の方に1カ所、大きな病院の周りにグループホームなどを運営している法人があるぐらいで、南流山の方にはまったくない状態です。新松戸も少ないこともあり、1年前にグループホームを3カ所つくりまして、1Kタイプの部屋ですけれども、今19部屋で展開している状態です。

流山市や松戸市では精神の方を対象とした事業所としては地域活動支援センターが多く、B型やA型は数が少ないですね。したがってたま



▲左から中田さん（PSW）、肥田先生（医師）、木村さん（NS、副院長）

り場のようなものはあったとしても、きちんと就労訓練を受ける福祉の場所や、自立訓練で生活訓練を受けたり、引きこもりの方に対応する訪問の生活訓練というような資源はやはり少ないのが現状です。

**インタビュー：**千葉全体としては結構いろいろ盛り上がりはありますよね。そのなかで、この地域には数がそんなにないという…

**中田さん：**そうですね。地域生活支援センターではパンやクッキーを作ったり軽作業などで、時給 100 円台とか月に 1 万円台ぐらいの場所が多いのではないのでしょうか。家族会等が中心となって運営している事業所が多い地域です。

### 就労支援開始から現在までの経過 (過去の課題、どのように 改善してきたか)

**肥田先生：**10 年前に私たちが開業をしたときには、入院歴があった患者さんがたくさんいらしたし、統合失調症の恐ろしさといったら失礼ですし、底付き体験といったらもっと失礼かもしれません、そのような経験もたくさんあっ

たけれど、今は軽症化してきたのではないのでしょうか。統合失調症の患者さんもほいほい気軽にアルバイトを決めてきたりして、でもすぐ決めても、すぐ辞めてしまうということがあったりします。

何だろう…病状が軽くなったからいいかもしれないのだけど、一方で、病気に対する向き合い方が非常に希薄

になっている気もします。病気の受容とかということよりも何よりも、病気との付き合い方が表層の方ですごく動いていて、本当に困っていると、本当になんとかなりたいとかいう願望が希薄なような感じがすごくするのです。

これが統合失調症の軽症化と同じだとすると、すごくありがたいことかもしれないのだけれど、違和感を感じますね。軽症化すること自体はよいことなのです。ですが、軽症化ゆえに底付き体験をしなくて、表層でうまくやれて流されるのだけど、気が付いたら数年たっていて、結果的に 5 年間なら 5 年間の蓄積は何も持っていなかったというような…。訓練をしたわけでもないし、アルバイトをしているときはデイケアには来ないけど、アルバイトをちょっとしたトラブルで辞めたときにだけまたデイケアに来て、またアルバイトに行くという…そういう、何とこののでしょうか、渡り鳥ではないのだけれど。薬物療法も本当によくなったと思うのですが、職に就く真摯さがなくなったというか。昔は例えば、「成人たるもの」というような大いなるモデル、規範的なモデルがあったとは思いませんか。それが今、希薄になっていませんか。多種多様な生き方が認められていて、それは社会的

にいいことかもしれませんが。

昔、統合失調症は「出立の病い」とされ、世間に出ていく時に起きやすい病気といわれていました。そこでの大きな挫折感で発病するということですね。出立ということばは、確固たる社会があって、それに入れなかったということの意味するのですが、確固たる社会というもの希薄な今、出立という要件は成立しないと思っています。そういう時代のなかで行う支援というのは、また違うのかなと考えたりもします。つまりロールモデルがないのですよ。

**木村さん**：うつが市民権を得たときから変わっていると思いますね。

### 就労実績、疾患名

**木村さん**：当院の就労訓練による一般就労の人数は145名以上います。ただ当院の特徴は、統合失調症の方が多いことと、複数回の入院歴がある人の就職率が高いということです。また、継続率が高いのも特徴です。

### 今後の展望、目指すところ、現状の課題、地域の課題

**木村さん**：先ほども言いましたが、やはり医療がどこまでの就労支援をするのかということです。これはまだ課題です。ただ1つ言えるのは、負荷をかけられるのは医療機関であるデイケアなのではないかということです。福祉事業所には医療支援者がいません。看護師や医者があるわけではないと考えると、ご本人にどこまでやらせるかといったアセスメントを医療のなかですることが、デイケアの就労支援かなと思っています。

そして、実際に企業に就職活動をするという時期になったら、地域の社会資源と連携し渡

していけるというかたちでやっていくのかなと思っています。また、企業に就職してから当然いろいろな事態が起きますので、その反応が起きたことに関してアフターフォローをする、これも大切なナイトケアでの就労支援かと思っています。症状が悪化した場合は私たちに戻してくださいという、そんな連携がとれたらいいなと思います。また、地域の就労移行业務所とも、訓練が必要であれば連携をしていくという体制づくりはこれからの計画です。

### 福祉と医療の連携について (福祉機関と連携するうえでの課題等)

**肥田先生**：以前、日本精神障害者リハビリテーション学会のシンポジウムで「就労支援やリカバリーに一番必要なことは何ですか？」と家族の方がたずねられたことがあったのですが、シンポジストの答えで一番納得できたのは「悲観的な医療者に会わないことです」ということでした。それは私は名言だと思うのですけれども。

そう考えると、私もそうかもしれないけど、やはり医師という壁が一番だと思います。例えばいまだに患者さんのことをよく「私の患者さんの〇〇さん」という医師がいます。でも、これもよくみんなで話をするのだけど、そういう何か所有的な印象があるときに患者さんの調子が悪くなると、その原因を医師に着せられるような感じがある。「先生の処方はずがかった」と言われるのを極端に恐れているので、チームでやるのが下手なのに、何か言われたら全部自分に文句を言われているという被害妄想を持っています(笑)。医師のリカバリーのイメージの不足が一番のネックだというふうに基本的に思っているのですね。

あと連携といったときに、情報交換のレベルから、一緒に動くこと、任せて動くとか、連携

にもいろいろな階層があります。しかし英語でいうと、オペレートなのかコーディネートなのかリンケージなのかという区別が全然なくて、ただ連携としか言わない。それらは全部必要なのですが、患者さんを紹介するときの情報交換レベルの連携か、一緒に働くための連携かという区別の区別が、医療機関には判断できないのです。医療機関側のアセスメントの機能もまだ弱いといえます。じゃあ福祉のほうがいいというつもりもないのだけれども、情報を出す側、つまり医療機関のアセスメント能力は低いもので、まだまだというところがあります。

**木村さん：**やはり、医療が担うことはたくさんあると思います。長期にわたって症状を診ていますから、症状と仕事の関係のアセスメントができるのではないのでしょうか。また問題と感じているのは、現在診療所が忙しいなかで、この福祉との連携をとることにまったくお金がつかないことです。地域移行も同じです。ボランティア活動では、院長はじめ経営者側が意欲的で問題意識を持っていないければ、それは難しいですね。

### 医療機関が取り組む就労支援の意義

**木村さん：**医療機関は、スタッフが病状や今後の目標について医師と一番対等に話せる場所です。そのなかで、本人の希望に添ってコミニカルスタッフが医者と闘える環境があると思います。患者さん自身も当然負荷をかけられるメリットもあるのですが、実際には福祉事業所において負荷をかけると言っても、医師となかなか折り合えないことも多いのではないのでしょうか。医療機関のなかでの就労訓練で患者さんがある程度育てることは、医師を育てるということにもなるのだと思います。患者さん、医師、スタッ

フが共に育つことが、これからの精神科医療に求められているのだと感じています。

福祉事業所と連携することも、医療者自身に患者さんの就職のイメージが付く、だから、医療機関で就労支援に取り組むことには意義が絶対であり、必要なことだと思います。

**肥田先生：**やはりこの10年間で薬物療法が変わって、認知機能があまり落ちていかないと思うのです。しかし、薬物療法はどんどん変わっていくのに、就労支援のやり方は福祉も医療機関も旧態依然だということがあって、患者さんの現状と支援のやり方のギャップがすごく起きていると思います。

そこでまず医療機関というのは、しっかり薬物療法を行って維持量にする。そのうえで、この患者さんの能力は何が強みかということのアセスメントできるのは、やはり医療機関なのです。医療機関は、就労に対するアセスメント機能を強化したほうがよいと思います。

さらに情報公開をどのようにするかということがあって、医療機関は情報公開を行っていかなければならないと思います。だからもう少しカンファレンスレベルではないタイプの情報ツールも必要です。介護の分野では、地域包括ケアやICT (Information Communication Technology) というものもありますよね。あれらの考え方を、やはり就労支援にも導入するべきだと思います。

医療機関が情報公開をちゃんとできる、アセスメントができる。そのアセスメントのなかに木村さんが言ったような負荷を掛けられるということが、私は医療機関の強みだと思います。そのほか、薬物療法の適切化をして就労に備えるということが、医療機関の行わなければならないのは、そういうことだと私は思っています。



医療法人社団新木会

# 木の花メンタルクリニック

対応者

新田 活子 (院長)

調査日 / 平成25年8月11日 (火)

## 法人の理念

**新田先生**：明文化しているものはありませんが、ここは街の中心部からは離れていることもあり、主にこの地域の方が通われています。それなので私の方で何かこれという特徴を持って患者さんを選ぶのではなく、この地域で求められているものに応えていくようにしています。福祉の事務所や障害福祉課などから問い合わせがあったら、うちでできる範囲のものはお受けして対処していくということを常に基本に置いています。地域と共にある医療ということですね。

## 法人の概要 (法人開始時期、主な疾患名、デイケアの有無、規模、スタッフ数、特徴、等)

### ①法人開始時期

**新田先生**：法人ではないクリニックとして、平成23年5月に開院しています。今回就労支援の事業所をつくるに当たって法人化が必須ということ

で、平成27年の3月に法人になっています。

### ②主な疾患名

**新田先生**：まずはうつ病、神経症系の方が圧倒的に多いです。それから私自身が、広汎性発達障害ですとか知的障害の方に対応しますというふうに言っていますので、そういった方の受診もかなりあります。

**インタビュアー**：うつ病、神経症系の方で何割ぐらいですか。

**新田先生**：6割以上ですね。発達障害が2割くらい。あとの2割ぐらいが、統合失調症ですとか夫のやっている認知症の関連の方などです。発達障害の方がかなり受診されているというのが特徴の1つだと思います。開業当時はまだ発達障害を診てくれるクリニックが少なかったの、周囲の求めに応じているうちに増えていったという感じです。

## 法人所在の市区町村の人口、産業、特徴

**インタビュアー**：私も今日地下鉄で来たのです

が、先ほど言われた通り、札幌の中心街から少し離れているわけですね。この豊平区というところは何か特徴的なところがありますか。

**新田先生：**豊平といいますかこの平岸という場所は、札幌でも比較的古くから人が住んでいた地域ようです。元はリンゴ農園が広がっていたそうで、その当時の地主さんもかなりいて、住民の方も親の代からここに住んでいるよという方が多いです。駅前には小さな商店がたくさんあり、地元に着した町と言えるのかと思います。

### 就労支援を取り組み始めた要因、 開始時期

**新田先生：**私はずっと病院勤務だったので、あまり就労支援に興味はなかったんです。病院に勤務していた時は、長期入院患者さんをいかに社会に出すかという取り組みはしていました。ヘルパーを入れて訪問看護を入れてグループホームに送り出してと。でも、退院後も病院のデイケアに来ることが大半で、そこから先に関わることがなかったんですね。

当時、こころのセンターから発達障害を診てほしいという依頼を受けることがありました。センターは医療機関ではないことから、診断はつけられるものの医療としての関わりができませんでした。そういった縁で、当時はまだ大人の発達障害というのはまだ珍しかったのですが、受け入れをしていくうちに少しずつ病態などをつかめるようになりました。

開業のときに、そういった方の受け入れ先がまだあまりなかったので受け入れることにしたところ、ハローワークから勧められたり、各相談室から就職が決まらないという相談で来た利用者に発達障害がありそうだから診てくれないかということで、来る方が増えてきました。

**インタビュアー：**相談室というのはどういう？

**新田先生：**相談支援事業所、福祉事業所ですね。札幌市の委託になると思うのですが、各区にだいたい2~3カ所あって。知的障害や精神障害の方の生活全般の支援をしています。就職をしたいができない、もしくは就職しても続かないといったことで、ハローワークで障害者雇用のことを知った、就労継続支援事業所を利用したい、そういったことで相談室に行かれる方がかなりいます。そこから私のところにも受診の依頼が入ることが何度となくありました。これだけ就労に取り組んでいる機関があって、いろいろな取り組みがなされているんだなということ、相談室とのやり取りのなかで私も少しずつ知っていきました。

平成23年の開業当時は、相談があればなるべく時間をとって話を聞くようにしていました。福祉の方いわく、なかなか医療機関につなげるのが難しい。福祉関係の職員の話まで聞いてくれる医療機関があまりないというんですね。私は開業間もなく時間があったこともありますし、患者さん自身だけでなく福祉の方からの見立てを聞くことはとても参考になるので、なるべく聞くようにしていました。結果的に、相談室など福祉事業所からの相談を受けることが増えていったように思います。

### 就労支援の体制（スタッフ数、 中心人物の略歴、職名等）、特徴

**新田先生：**夫が医師で、今現在一緒にやっています。それから精神保健福祉士が1名、心理士が1名と、社会福祉主事が2名、社会福祉士が1名、それから事務員が2.5名ですね。

**インタビュアー：**この診療所におけるPSWの方の仕事内容というのは、どういうものになるのでしょうか。

医療法人社団新木会  
**木の花メンタル  
クリニック**

〒062-0932  
北海道札幌市豊平区  
平岸二条 7-4-13  
平岸前田ビル 1F



**新田先生：**患者さんのインテイクをとること、患者さんへの医療サービス利用時の説明や、役所への連絡。福祉事業所との相談や連絡のパイプ役になってくれています。あと、たまに入院が必要になってくる患者さんについて、病院とのやり取りも全部やってもらっています。

スタッフの数や支援体制のこちらの特徴という、地域とのネットワークが1つの大きな特徴なのかなというふうに思います。私たちのところのマンパワーがないので、信頼できる医療機関、福祉事業所などは、なるべく協力体制を取っていけるようにしたいとは思っています。

**インタビューア：**具体的にはどういうところとつながっていますか。

**新田先生：**前出の相談室のスタッフです。あと就労移行事業所でも、熱心に取り組んでいるところは患者さんと一緒に付いてきてくれます。そのなかでどんな取り組みをしているのかといったことを聞いて、少しずつつながりを増や

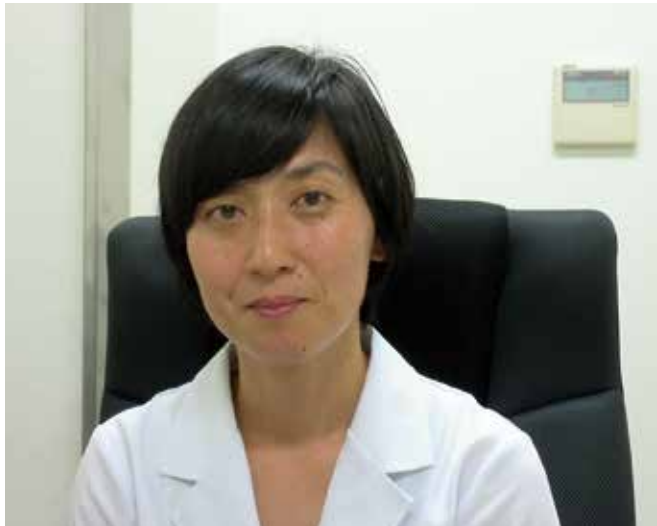
しています。

**インタビューア：**障害者就業生活支援センターなどとのつながりはありますか。

**新田先生：**あります。よくやり取りをしています。

**インタビューア：**あと、来月から始まるB型について少しお話を聞かせてもらっていいですか。どういう定員でどういう内容でどんなことをされるのか。

**新田先生：**20名定員のギャラリーカフェにする予定です。店の中は旭川家具の椅子やテーブルでまとめているのですが、旭川家具の数社とは少しだけ取引させてもらう約束もしていて、お店で椅子ですとかテーブルを購入することが可能になっています。ただ、ギャラリーだけだとなかなか人も来ないでしょうから、実際にその椅子で座ってご飯を食べていただけるように、カフェというかたちを採ろうということで。認可はもう下りていて、利用者の募集も開始しています。



▲新田先生（医師）

カフェとしてお客さんに提供できる状態になるのは、9月の第2週ぐらいになると思います。練習もしなくてははいけません。調理などの体験実習は8月の中旬以降から入れていく予定です。

### 地域福祉サービスの実情

**新田先生：**そうですね、先ほどのような熱心な関わりをしてくれる事業所がある一方で、何をしているのか全くわからない事業所もかなりあるように思います。内職作業と、パソコンでエクセルやワードを教えているというパターンが多いでしょうか。札幌市も積極的に内職作業をそういった事業所に回すことで、福祉をしているという感覚になっているような気がします。

内職作業が悪いとは思いませんし、単純作業が適している利用者さんもいると思います。ただ、単純に安い労働力確保になってしまっていないかと懸念もしています。

### 就労支援開始から現在までの経過 （過去の課題、どのように 改善してきたか）

**新田先生：**診療が忙しくなるにつれて、長い時間をかけて事業所の方と相談をすることが難しくなってきました。密な関わりが大切だとわかっているのにその時間がとれない。ただ、ぶつかるたびにそれはやはりだめだと、私のほうでなるべく時間をとるという方向に変えて、昼休みに来てもらうといったことでどうにか対応するようにしています。PSW がもっといれば密な連携がとれるのでしようけれども、コスト面を考えると今のクリニックの規模でこれ以上採用することは難しいですね。

あと、私は自分のやれることは知れていると思って小さくやってきたので、これまではそれほど大きな課題にぶつかることはありませんでした。就労支援施設を始めて規模が少しだけ大きくなったので、これから少し大きな課題にぶつかるのかなと思っています。

## 現状の課題

**新田先生：**どれだけ良質な福祉を提供できるのか、福祉事業所が乱立しつつあるなかで、実際経営が成り立たないでつぶれるところもあります。この乱立するなかでどれだけ質を上げていけるのかということと、質の良い事業所をちゃんと見極めて、いい連携を図っていけるかということが大事だと思っています。

## 地域の課題

**新田先生：**地域としては、ここはわりと地下鉄に近いので、高齢者と若者が混在している地域ではあるのですが、今回作業所を立ち上げるにあたって、地域の方たちに比較的友好的に受け入れてもらうことができました。そういったなかで知り合った商店の方々などにお話を聞くと、高齢者は多いのだけれども地域でのつながりが乏しいということです。だから、ちょっとのんびりできるようなカフェができるととてもよいのではないかということでした。ちょっと来て、お茶して地域の顔が見えるような場所があることはとても助かるというようなことを、何回かいわれました。

今後、うちの事業所がどう広がっていくかまだわかりませんが、地域に受け入れられるなかで、地元の高齢者の方々の相談場所になることもあるかもしれないと思っています。

## 今後の展望、目指すところ

**新田先生：**この地域に密着した事業所というかたちを成功させて、就労支援事業所の一つの見本になればと思います。ここで本当の就労体

験をして、ここを居場所に生きがいを感じる人、自信をつけてステップアップしていく人などが出ることを期待しています。あと、私が普段診察室で見ている顔と別の顔を見せてもらえることで、私も患者さんの状態をより一層知ることができし、状態が悪くなった時の対応も速やかにできることで、安心して利用してもらえるのではないかと思います。

知り合いの病院付属の就労支援事業所のスタッフと話をすることがあるのですが、今は病院でも就労支援事業所のニーズが高いと聞きます。私が勤務していた当時のようにデイケアにつなげるというだけでなく、その先が必要とされているようです。

**インタビュアー：**今B型をやられていて、たぶんやっているとしてそれこそいろいろなニーズがいっぱい出てくると思うのですが、今後移行をやったりA型をやったりという、そのような展開は考えられていますか。

**新田先生：**クリニックから通所予定になる患者さんは、半分近くは再就職の難しい40代後半、50代60代の方になります。こういう方は、今の事業所で自信をつけたとしてもすぐに次のステップにつなげることは難しいと思います。一方、発達障害の20代、30代の方であれば、事業所で練習をしていくことで、A型や障害者就労を目指していくことは十分可能なのではないかと思います。どれくらいの人数がそういったさらに上を目指していくことになるのか、今のB型のまましばらくやってみて、上を目指す人が多いようならそれ相応に職員を充実させて移行も考えたいと思います。

## 福祉と医療の連携について (福祉機関と連携するうえでの課題等)

**新田先生：**自分が医者立場でいうと、医者っ

てあまり福祉に関心がないように思います。私も病院にいたときに、「福祉って何？」という感じで、せいぜい訪問看護とヘルパーまでしかわかりませんでした。たぶん病院にいる医師というのは、その先にはまったく興味のない人のほうが多いと思うんですね。もちろん入院をやっている以上、患者さんの治療に忙しいなかで福祉にまで目がいかないのは当然だとも思います。開業された先生も日々の診療に忙しく、福祉事業所の相談にまで乗っていただけないと、連携をとることに消極的な先生も多いと思います。でも、患者さんをよくしていくということのなかに、社会でのやりがいを見つけていくというこ

とも大切な要素としてあるので、ぜひ医者側の意識が変わって、もっと積極的に連携をとろうというふうになればいいのではないかと思います。

### 医療機関が取り組む就労支援の意義

**新田先生：**福祉は福祉だけで、医療は医療だけで独立してしまいがちですが、その間の連携を密にとることができることで、利用者さん（患者さん）の生活面、病状面の両方からアプローチができることが強みではないかと思います。

医療法人社団爽風会

# 心の風クリニック

対応者

佐々木一(理事長) 荒木章太郎(PSW主任)

調査日/平成27年8月17日(金)

**法人の概要 (法人開始時期、  
主な疾患名、デイケアの有無、規模、  
スタッフ数、特徴、等)**

## ①法人の理念、法人開始時期

**佐々木先生:**うちの医療機関は、精神科のクリニックを始めたのは1967年です。1968年に病院を始めて、病院のほうは2013年に閉鎖したのですが、大きな柱が3つあります。

まず、千葉で最初のコミュニティのクリニックだということです。1967年当時、千葉県では精神科の診療所、町なかのクリニックというのはどこにもありませんでした。千葉県で最初に、病院でないところで、あるいは総合病院ではないところで診療所をつかった、最初の先駆けのクリニックです。コミュニティケアが大事だということを提唱して、その当時は理解されなかったようなのですが、間もなく50年になります、それを実践しています。その間に2回移転していますが、いずれにしても船橋の駅の近辺だということです。それが1つの柱です。

もう1つは1968年に、駅から3キロほど離

れたところに佐々木病院という名前で開業したのですが、そちらの方は思春期、青年期の医療、児童精神科を終えてから、10代後半から30代前半までの医療をずっと行っています。そちらでは人格障害や摂食障害、それから社会的引きこもりの治療というのを始め、世界で初めての引きこもりデイケアというものをつくったのですが、それは今も継続して行っています。病院は閉じて外来だけですが、「あしたの風クリニック」というかたちで残っています。それが2つ目の柱です。

それから3つ目、ここはコミュニティのクリニックとして開業したのですが、2008年にこちらの方に移転したときから、それまでも駅のすぐ近くで勤労者のクリニックとしてやっていたのですが、リワークの治療を始めて、それを拡大させながら現在に至っています。それが3番目の柱です。勤労者の医療、そこを発展したかたちとしてのリワークです。

船橋だけではなくて2013年、病院を閉じるときにスタッフをそちらのほうに移すということで、千葉の駅前でもう1軒のクリニックを始めますが、それはこことほとんど同じかた

ちです。ですから、3本目の柱を少し拡大して千葉駅前でもやっているということになります。医療法人になったのは平成7年（1995年）で、最初は個人開業です。

## ②主な疾患名

**佐々木先生：**気分障害の方がだいたい6割ですね。それから、適応障害の方もたくさんいらっしゃって、適応障害の主症状はだいたいうつだったりしますので、身体的にオーバーラップするということもあって、何割、何割と出すことは難しいです。そういう方を含めてだいたい3割ぐらい。あとは不安障害。統合失調症の方もここは若干いらっしゃいます。再来で来ている古くからの方はやはり統合失調症の方が多いので、今言った比率は新患の比率だと思ってください。

**インタビュー：**全体で言うと統合失調症の方の割合が多くなっている？

**佐々木先生：**統合失調症もいるし、てんかんもいるし、いわゆる神経症という方、それこそ40年選手の方もいらっしゃって、毎回来て薬だけ同じように出して帰ってしまうので印象としては薄いんだけど、数としてはそういう方が結構いるんですね。だからそう考えると、気分障害の方、全体としてうつ病と双極にまたぐ方、少ないながら1型もいらっしゃるけれど、本当に印象でしかないんだけど、気分障害の人が全部引くくめて半分くらいかな。統合失調症の方が1割強で、いわゆる神経症の方が2割、あとはいろいろですね。不安障害、摂食障害、人格障害の人たちもいます。

## ③デイケアの有無、規模、スタッフ数

**佐々木先生：**デイケアは大規模デイケアです。ここは35名定員です。

**荒木さん：**スタッフは常勤PSW 1名、看護師2名、臨床心理士2名、非常勤作業療法士2名の合計7名です。

## ④法人の特徴

**佐々木先生：**できたときから外来中心だという

ことですね。外来医療をやるということ。なるべく入院させないということでやっていました。病院をつくりましたけれど、一番多いときで60床しかつくらなかった。その病院も回転が速くなり、どんどん入院させる人が少なくなって、結局最後は自然消滅に近いかたちでなくなりました。

とにかく外来のことを丁寧に行っていくということなのですが、もう1つは駅前ということでアクセスがいいということ。これは大事なことで、アクセスというのには2つの意味がある。1つは駅から近いという地理的なこと。もう1つは予約なしで新患を受け付けているということです。ですから、日によってもものすごく新患の数が多い日もあります。

運営している側としては非常に大変ですが、いつでも開いていて通院することができるというアクセスのよさは、とても大事です。ドクターも加配して、スタッフも加配して、経営的なところでは非常に不利ではあるのですが、新患をたくさん受けるクリニックだということです。

## 法人所在の市区町村の人口、産業、特徴

**佐々木先生：**人口は多いです。東京のいわゆるベッドタウンですから。船橋市でいうと人口60万人の中核市です。とくに若い人が多いのが特徴です。それから、就労年代の方が非常に多いということ。どこも高齢化とか人口減少とか、そういうことが話題になっていると思いますけれども、ここについては昭和の町といえます。人口がまだ増えている。流入人口が多い、非常に活発な町です。

大きな産業は、1次産業というのは少ないのですが、商業ですね。ららぽーととかIKEAとか、大きなショッピングセンターが次々にできてい



医療法人社団爽風会  
心の風クリニック

〈千葉〉

〒260-0015

千葉県千葉市中央区富士見

2-5-15 塚本千葉第3ビル9F

〈船橋〉

〒273-0005

千葉県船橋市本町

1-26-2 船橋 SFビル 3F



ます。それから、食品産業が多い町です。食品コンビナート、食品工業団地があって、実は東京のデパ地下で売っているものはほとんどそこで作っているという話があります。

病院に関しては船橋中央病院という大きな病院が今もあるけれど、総合病院、名門です。それが1つの柱で、医師会が強く、クリニック、開業医はすごく多いです。今は、その後に船橋市立医療センター、船橋総合病院ができて、津田沼にも総合病院がいくつかあります。

精神科では、市内に3つ大きな病院があります。千葉病院の前の院長は日精協の会長でした。総武病院という、厚生労働省のOBが勤めている名門の単科の病院もあります。非常に大きな病院です。それから船橋北病院、これはアルコールなどを扱っている、やはり大きな病院です。精神科の開業医も駅の前にたくさんあります。ですから人口も多いけれども、精神科の医療機関はそれに対して十分な数がある。それぞれ協

働してうまくやっています。

就労支援を取り組み始めた要因、  
開始時期

佐々木先生：開始時期は2008年です。取り組み始めた要因というか、うちはこのところでこういう人たちを相手にやっていたから、働く人たちも非常に多いと。実際、夕方までやっていて、1967年当時から夜7時までやっていたんです。仕事帰りに受診できるというのは、当時としては非常に斬新な考えだったと思います。ですから、サラリーマン、大学を卒業して働き始めて、うつになって、20代で通い始めて、今、60歳で定年を迎えるまでそのままずっと通っているという人もたくさんいるクリニックです。したがって、職場のメンタルヘルスのことについては50年近くずっとやっていますから、当然

そのなかで復職支援という課題も挙がってくるわけです。

それに加えて、私自身アメリカに留学したときに、アメリカの方でそういった復職のためのプロフェッショナルなプログラムを実際に見てきました。そういう方法が日本でもできるのではないかと。でも、日本の制度のなかでは保険制度が非常に点数も低いし、1日10万円もかけるあんなやり方は絶対不可能だと。そう思っていたら、五十嵐先生のところでデイケア、秋山先生のところはOTですが、そういう仕組みで始めたという話を伺って、日本でもできるんだということで、五十嵐先生に教わって始めたということです。

### プログラム構成、実施時間、 開始から終了までの流れ、 特徴あるプログラム

**荒木さん：**会社と同じような、プロジェクトチームという治療構造のなかで復職支援を行っています。復職準備性を高めるために休職に至る経緯を分析し、自分自身を振り返るために、集団のなかでセルフモニタリングやセルフケアを行い、再発防止策を構築するというのは、どこのリワークでもやっていると思います。

うちの場合は、もっと集団精神療法を活かした支援に特化しています。私たちは必ず会社集団、家族、その他なんらかの集団にメンバーとして所属し生きています。うつ病は環境と個人の相互作用で発症しているという考え方もありますので、集団の力を利用するために会社と同じような組織の状態に自分の身を置くことで、人の振り見て自分の行動を振り返る。あるいは、集団全体を鏡として、メンバー同士が協力しながら再発防止という共通の課題をこなしていくために「治療的コミュニティ」を作り上げてい

るのが大きな特徴です。この集団が形成されるプロセス自体が、メンバー個人の自分を振り返るための材料となります。これらの材料にはメンバー同士の関係、スタッフとメンバーの関係、個人と集団の関係等が含まれています。

このようなプログラムをこなしていくなかで、自分の休職に至るかたちの分析を行い、仮説を立て、対処法を身に付け、実際に行動してみるなかで再発防止策を構築し、最後は卒業でまとめあげる、こういった、いわゆる「当事者研究」と呼ばれるプロジェクトチームを形成して取り組んでいます。

**インタビュー：**自分を振り返るというのは、どういうプログラムのなかで具体的にどんなことをされているんですか。

**荒木さん：**具体的には、午前は個別プログラムや個別面談が行われ、午後は集団プログラムという構造でプログラムを実施しています。

個別プログラムでは、デスクワークを想定した自習課題の他に、休職に至る経緯の分析や活動記録票の作成、認知行動療法のホームワーク等、セルフコントロールを目標とした課題に取り組んでいます。個別面談では、認知行動療法や行動活性化療法の理念にある共同治療者という発想を生かして、セルフコントロールや再発予防策に向けた課題抽出を行い、個別支援計画を立てます。

集団プログラムでは、SST、軽スポーツ、アロマリラクゼーション、グループカウンセリング、集団認知行動療法等の日替わりの集団プログラム以外に、不定期に行われる共同作業を通じて対人関係を振り返ることを目的としたグループワークや行事幹事グループがあります。

部署活動も行われ、週に一度の運営会議を通じて、デイケアの運営にもメンバーが参画しています。個別面談も含めて、他の集団プログラムとの間で様々な相互作用から個人の課題抽出が行われますが、治療的コミュニティという視

点で考えると、金曜日の午前に行われる運営会議はビジネスミーティングの機能を果たし、木曜日の午後に行われるデイケア全体のグループカウンセリングがコミュニティミーティングの役割を果たしています。

復職の見極めは、だいたい大きく3段階。モニタリング段階、課題抽出段階、復職準備段階に分けています。症状が安定し、日常生活や生活習慣が確立されて自身を取り巻く環境が整備されないと、自己探求や疾病理解は困難です。そこで、最初の1～3カ月は自分の生活リズムを整えたり、うつになりやすそうな生活習慣がないかどうかとか、あるいは、認知行動療法を用いて自分の脆弱な部分や強み、対人関係のパターンを、モニタリング段階で振り返ります。まずは自分自身とスタッフとの二者関係のなかでのモニタリングを確立し、心理教育的なグループのように相互交流の少ない小集団でのプログラムに慣れていきながら疾病理解を深め、休職に至る経緯を分析します。

課題抽出段階になると、本格的なグループワークへと進んでいきます。ここで、自分の脆弱な部分や強み、対人関係のパターン等を振り返っていただき、復職後、休職に至る経緯と同じようなストレスに直面しても対処できるよう対処策を構築していきます。そういうリハビリテーションを受けていくなかで、デイケアの負荷程度なら、全く問題がない程度に皆さん自信がつくわけですね。簡単に言えば、野球で例えるなら、ここは二軍のトレーニングとなります。

そうになったら復職準備段階に進んでいただき、ここから会社の担当者との面談が始まり、通勤訓練、リハビリり入社など、デイケアから実際の会社に慣れていくためのプログラムにシフトします。野球に例えるなら、一軍のトレーニングになるわけで、ここでは本人が作成した卒業論文、デイケアが作成した参加状況報告書をもとに、戦力となって業務をこなすまでの支援計画

を立てて卒業となります。

医療の現場から会社の現場になっていくというように、シフトしていくなかで患者の役割から社会人、企業人へとその役割も変わっていくという感じです。平均利用期間はだいたい半年くらいです。

**インタビュアー：**復職した後、何かご本人や企業に対してのアプローチはされているのですか。

**荒木さん：**そこが実は今一番の弱点で、なかなかできていない状況です。今実際にあるのは、OBOGグループというかたちで卒業した人に集まっています。

### 就労支援の体制（スタッフ数、中心人物の略歴、職名等）、特徴

**荒木さん：**PSWの常勤が1名、私1名と看護スタッフが常勤1名、心理が1名。これがメインとなります。あとは掛け持ちで作業療法士が2名、看護スタッフが2名、臨床心理士1名というかたちです。

**インタビュアー：**その中心が荒木さんということですね。

**荒木さん：**そうです。

**インタビュアー：**荒木さんはもともと医療の方ですか。

**荒木さん：**医療ですが、もともとは身体障害者の社会福祉施設や地域の精神障害者の社会復帰施設といった福祉現場でソーシャルワーカーとして勤務したり、東京都や千葉市の精神保健センターのデイケアでグループワーカーをしていました。私がこれまで勤めてきた職場では、当事者主体で利用者が運営に施設参画したり、話し合いで問題を解決したりする文化だったところがほとんどで、そのせいもあって、集団についてずっと関心を持ってやってきました。集団精神療法学会に所属して集団精神療法の勉強や



▲荒木さん (PSW)

訓練も受けてきました。この間、グループワーカーとしてやっていたという感じです。2006年頃、佐々木病院にPSWとして病棟勤務して、うつ病リワークデイケアの立ち上げ当初から参加し、集団精神療法をずっとやっています。もともと当時の佐々木病院は、チーム医療と治療共同体という特徴を生かして思春期青年期の患者さんを支援していましたので、集団精神療法的な支援を深めていきたいという気持ちでここに勤めました。

### 就労支援開始から現在までの経過 (過去の課題、どのように 改善してきたか)

**佐々木先生：**2008年から7年かかっています。最初の2年、3年は全然採算にも乗らないし、今と比べてリワーク自体がそんなに世間に認識されていなかったということもあります。今は結構産業界の方もリワークのことを十分大事にしてくれるようになったけれども、最初の2年、3年は、患者さんもずっと一桁でした。

**インタビュアー：**それでもやり続けたのはなぜ

なのでしょう。

**佐々木先生：**それはこれが大事だと思うからですよ。採算なんか合うわけがないので。それから、こちらがテクニク的にも技術的にも今より未熟だったということもありますが、なかなか治らなかつたりとか、いろいろな行動上の問題を起こすような方に対してどうやって対処していくかという、そういうノウハウの蓄積が徐々にできていったわけで、それまで、5～7人の小さいグループであったにもかかわらずまとめきれないという大変な時期もありました。最初の2年3年はそんな感じです。

**インタビュアー：**それはどういうふうに改善をされてきたんですか。

**佐々木先生：**経験とともにだんだんうまくなっていった。ノウハウです。

**インタビュアー：**お客さんの、お客さんという言葉の方が合っているのかどうなのかわからないけれども、患者さんが最初は全然少なくてどんどん増えてきたというのは、時代もあるのかもしれないですけど、何かそういう営業的なこともされたわけですか。

**佐々木先生：**しました。パンフレットを配るみたいなことはね。それから、精神科のそういった

勉強会。勉強会といっても薬屋さんが講師を呼んで、誰かを講師にしてやるような勉強会です。

**荒木さん：**あと、先ほどのスタッフのスキル面で言えば、集団精神療法的支援がかたちとして成り立ってきて、メンバー同士がサポートし合うという文化が育ってきたことが結構大きいと思います。患者さんのほうでリーダーシップをとったり、当事者研究と相互学習を通じて学び助け合う文化が浸透するには時間がかかります。

最初の2年は専門家が教えるといった、垂直の対人関係が中心でした。メンバーもスタッフも専門的な支援が必要と考えているので、スタッフがグループの力を信じることがなかなか難しいのです。3年目以降はプログラム以外の対人関係も含めて、自分たちのグループという意識で、互いに支援し合う横のつながりができ始めてきました。スタッフもメンバーと共に集団力動というものを体験から学んでいきました。これら治療コミュニティが育つためには、スタッフのスキルや成熟度も大きく関係して、非常に時間がかかったと思います。

**佐々木先生：**グループの力を利用するかしないかというのは、デイケアにとっては実は肝だだと思います。とても大事なことだと。

**荒木さん：**復職支援にスタッフが完璧に答えようとする。失敗する不安もあり、時に人数が増えるときめの細かい支援ができないスタッフは、対応できないといって人数が増えることを嫌がったりします。しかしこれは、うつ病で休職している人たちの「完璧主義」「べき」思考といったうつ的な思考パターンでもあるわけです。だから、解決できない問題もある、失敗する、うまくいかなかったときも含めて、私たち集団全体がどのように問題を解決していくかというプロセスのなかで、メンバー個人が経験から学んでいくのだと思います。これがグループの力だと思います。

**佐々木先生：**もう1つ、うちのスタッフに共通

していえることは、思春期・青年期の病棟をやっていた病院からの発展ですので、思春期心性というものについて元から理解があると。精神リビドー的な理解も全員が共有していたということです。

グループというのは、大きくなるとだんだん集団のなかで退行していく、子ども返りしていくという、そういうメカニズムが働きますから、グループを壊そうとしたり、治療者に対して子どもっぽい要求をしてきたりするということが必ず出てきます。みんなサラリーマンとしてまともにやっていた人だから、一応大人のレベルまでいった人たちなんだけど、俗にいう新型うつ病とかそういう人たちは、どこか思春期の問題を引きずっていることが多いんです。だから、そういう思春期に抱えてきた問題がどこかで、また心のなかでぶり返されるということがあって、それに対する理解があるかないかというのは、グループを健全に、例えていうなら健全なぬか床で保つか、あるいはくさや汁にしてしまうかの非常に微妙なところをうまくマネジメントしていくためには、とても大事なことだと思います。

**荒木さん：**そういう意味では2年前ぐらいから、先ほど先生がおっしゃっていたような勉強会などで、こういうことが起こるんだというのをスタッフで共有したり、ちょっと学ぶ感じでしょうか。あとは、日々のメンバーとのやりとりとか当事者研究といったときに、こちらがもうちょっとどンドンとやっっていこうというので、だいぶ雰囲気が変わった感じはします。

### 現状の課題（プログラム以外での課題）

**荒木さん：**例えば、1年後2年後となった時に、デイケアできていたことが会社組織のなかで実際にできているのが問題で、本当は卒業後

のフォローアップにそこそこニーズはあると考えています。とくに主治医が他院で患者さんが元気だと連絡がとれなくなるので、後追い調査ができていないことが課題です。

### 実績（復職率、6カ月後、1年後の復職率）

**荒木さん：**うちは復職率だけ出して、昨年だと82.3%なのですが、それはここだけではなくて全部入っています。本当は追跡調査をしたいのですが…そういうことをしなくてはいけない時期には来ています。定着の部分が課題ですね。

### スタッフおよび利用者に関する運営上の悩み

**佐々木先生：**ずいぶん人手を失いました。優秀なスタッフを燃え尽きさせて辞めさせてしまったけれど、3セット目になってようやく安定してきた。

**荒木さん：**スタッフのモチベーションを保つとか、燃え尽きを防ぐためには、スタッフ個人のセルフケアだけではなく、集団全体で何が起きているのかを理解しようとする集団精神療法的な視点が必要な気がします。

私が今40代半ばなのですが、メンバー全体の平均年齢がだいたいそれぐらいなんです。利用者さんのライフサイクルがスタッフと重なることが大きい。同じ職業人であること、求められる役割やライフサイクルにおける危機のテーマが共通であったりすると、お互い投影しあったり、同調しすぎて疲弊することもあります。メンバーからすれば、自分たちの上司の悪いイメージをスタッフに投影する一方、スタッフ自身も毎日6時間メンバーに見られていると

いう構造も含めて、スタッフに集団の知識がないと疲れてしまいます。

あともう一つは、復職後のメンバーの様子がわからないので、自分たちのやっている援助が果たしてちゃんとできているのかどうか判断できないというところがあります。その辺のところ、どうモチベーションを保っていくかが課題です。

### リワークプログラムの運営全体、経営的メリットとデメリットについて

**佐々木先生：**先月、今月は結構たくさん来てくれたけれど、スタッフもその分数が増えていきますし、経営的には厳しいですね。ただ、クリニック全体としての整合性ですよ。つまり先ほどもお話したように、会社員の方のメンタルヘルスということをやっているクリニックですから、専門性を高めてクリニック全体の質を高めるという意味では、全部含めればメリットはあるんだと思います。

**インタビューー：**リワークということに関しては？

**佐々木先生：**単体だと経営的には厳しいと思います。非常に厳しいですね。うちみたいに30人くらい来ていても、これだけの場所とこれだけの人を預かっているとやっとこさですね。経営的には大変だと思います。

もう一つは、さっき言ったようにスタッフがすぐ燃え尽きてしまう。やみくもに鉄砲を撃っていてもだめなので、デイケアグループとしてちゃんとぬか床状態に持っていくという、そういうテクニックです。それを身に付けるというのは、大変難しい話ではあります。

## 今後の展望、目指すところ

**佐々木先生：**成績は決して悪くないと思いますけれど、もうちょっと成績を良くするということが、それから今問題になっているのは、先ほどのお話にもありましたように、発達障害です。双極性障害について言えば、最初はリワークプログラムはだめだといわれていましたが、今は双極性2型、1型の一部までちゃんとできるようになりました。テクニックが進んでよくなってきたのだと思います。守備範囲が広がってきました。次は発達障害の人です。発達障害だけの人はなかなか難しいと思いますが、例えば気分障害だけではなくADHDなどを重複する診断として持つ人をうまく治せるようになるまで、テクニックを磨くということです。それは大事な課題だと思います。

**荒木さん：**あと、これはちょっと私も悩んでいるところで、本来の医療の役割なのかなと疑問をもっているのですが、十分な養育環境がなかったり、不登校、引きこもりで、対人交流を含めて社会経験が乏しいという背景を持つ患者さんが増えてきました。十分に心の成長がしきれていない場合もあるし、ソーシャルスキルを身に付ける機会が持てず、社会に出て不適応を起こして、生きづらさを感じて精神科に通う患者さんが増えてきたような印象を持っています。

そういう人への支援として、デイケアというのは対人関係を通じて成長するような場を提供するという役割が求められているのではないかと考えています。本当は家庭や学校でやっていなければいけないことを医療でやらなければいけない時代がきたのかというのが、私自身の感想です。

医療が精神障害者の働くを支援する  
**就労支援・リワークを担う精神科診療所**

平成27年度医療機関に対する  
精神障害者の就労支援ノウハウの周知・普及等の実施事業

発行：2016年2月

公益社団法人日本精神神経科診療所協会

〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル7F  
tel.03-3320-1423 fax.03-3320-1426

編集制作：社会福祉法人新樹会創造出版 illustration / Mie Muneno

協力：NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク (JSN)