

ソーシャルファームの推進

—障害者の労働権を満たす社会の構築を目指して—

○吉崎 未希子 (有限会社人財教育社 統轄 取締役)
 森田 廣一 (有限会社人財教育社)

1 概要

障害者取分け精神障害者の就労は、どの社会でも解かなければならない人類的な課題である。Social firm—ソーシャルファームとは、この課題に30年取り組んできたヨーロッパが生み出した、障害者と非障害者が共に働く企業のことである。

この発表は、ドイツ及びヨーロッパのソーシャルファームの歴史・原則・実態についての視察調査内容を基にしている。更に日本において社会システムとしての構築推進の為に行うものである。

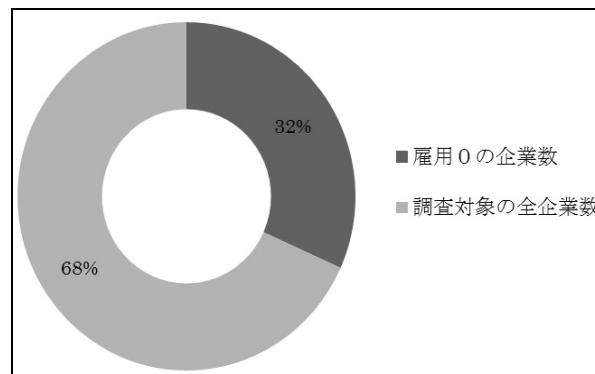


図2 障害者雇用の実態調査1
「雇用0企業の割合」(当社調査)

2 日本の精神障害者就労の実態

2006年に施行された障害者自立支援法により、精神障害者の就労の道が大きく拓かれた。その後、雇用率1.8%の適用対象企業の拡大、具体的・実践的な障害者雇用のノウハウ共有等様々な取り組みにより、従業員数51名以上の事業所における精神障害者の雇用は5年間で9,000人を超え、2006年以前に比べ前進したと言える(図1「障害者の雇用状況」参照)。

しかし、世界の水準、取り分け約20年先行しているヨーロッパの取り組みに比べると、未だ最初の一步と言わざるを得ないのが現状である。そのように述べる根拠は2つある。1つは、図2「障害者雇用の実態調査1「雇用0企業の割合」」に示すように、障害者雇用0の企業が、未だ30%以上を占めていること。もう1つは、図3「障害者雇用の実態調査2 都道府県別の平均雇用率」に示すように、地域格差が大きいことである。

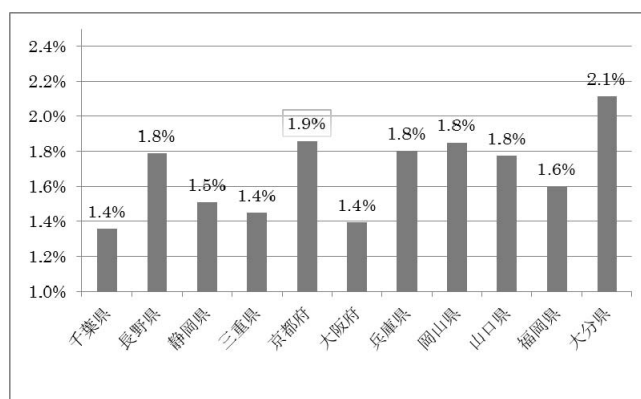


図3 障害者雇用の実態調査2
都道府県別の平均雇用率(当社調査)

これは、政府・厚生労働省が定めた国家の障害者雇用の基準に従い具体的・実践的に取り組んでいる主体が、自治体単位、かつ企業単位であることのためである。この状態が続くと、雇用者数は少しずつ増加するであろうが自治体・企業間の格差が拡がり、基本的・根源的な目標としてのノーマライゼーションは実現することが難しいと考える。

今後、障害者取分け精神障害者の就労を大きく伸ばし、社会のノーマライゼーションを推進するためには、新たな視点での取り組みが必要である。

3 提言「ソーシャルファームという社会システムの構築を」

そこで、新たな視点での取り組みとして、ソーシャルファーム(以下「SF」という。)という社会システムを構築

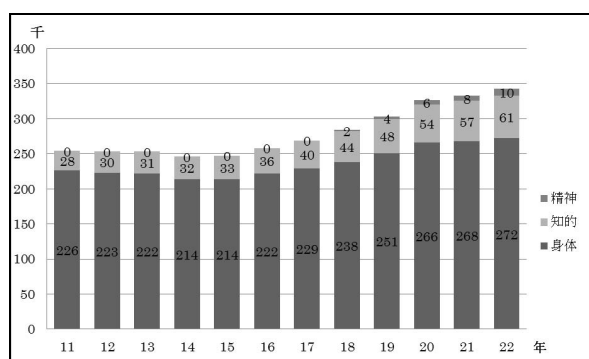


図1 障害者の雇用状況

することを提案する。4項で詳しく紹介するが、SFとは、障害者と非障害者が共に働き、市場原理に基づいた事業を行う企業体である。SFを中心として、リハビリ・職業教育・訓練・実習のそれぞれの機会とシステムを構築し、誰もがSFに取り組める支援体制を創るのである。現段階で考案し実践している具体的な方法については、5項で述べる。

4 ソーシャルファームとは何か

(1) 歴史

ヨーロッパで最初に障害者雇用企業を創設したのはイタリアである。コーポラティーバ(協同組合)による取り組みは、その後各国に影響を与え、ドイツでも1970年代の終わり頃からIntegrationprojekt(日本語では統合事業/企業と訳せる。統合には様々な意味が含まれる。)の取り組みが始まった。その中心となった人物を二人紹介する。

一人は、Prof.Dr.Dr.Döner氏である。Döner博士は、1980年代にGüterslohにある現LWL病院に院長として赴任し、精神障害者の生き方として、自分で暮らして生きていく自立生活の実現を目指し、一生を病院で送る人生からの転換を図り、453人の自立生活を実現することに成功した。しかし病院を出て自立生活を始めた人々が求めたのは生活だけではなく、誰かのために役立つことであった。「働きたい」と云う熱望に、Döner博士は驚愕したが、人間の本质としては当然と理解された。その後ドイツで最初のSF「Dalk」(ダルク)を創設し、ダルクによる精神障害者が働く機会を創るための活動は、現在も続けられている。

もう一人はP.Stadlerである。Stadlerはドイツの「FAF (Fachberatung für Arbeits und Firmenprojekte :仕事と会社設立へのコンサルティング協会)」の代表者で、Dalkに始まり地道に広がって行ったSFの推進に取り組んできた人物である。FAFは、主に福祉分野の事業や経営に疎い人達に、事業設立と運営のコンサルティングを行い、資金繰りから仕入れまでをも支援し、これまでに数百のSFを誕生させた。更にSFの連合を設立し、経営問題を解決する共同体として機能させている。又行政及び議会へのロビー活動を長年に亘って展開し、2000年7月に社会法典IXによるIntegrationsprojekte(統合事業)の設立と支援に関する法制化を実現した。

ドイツでの取り組みと実績はヨーロッパの他の国に大きく影響し、1990年代には、ヨーロッパで共同体としてSFに取り組むためCEFEC (Confederation of european social firms, employment initiatives and social co-operatives:精神障害者の企業と組合への雇用を促進する為のヨーロッパ法人連合 *略称 Social firm Europe)を結成し、年1回の国際会議でSFの報告とセミナーを実施している。このように、SFはヨーロッパの各国に広がっている。

(2) 原則

SFの原則は、以下の4点である。これはCEFECが提唱したSFの定義であり、現在EU指針となっている。

- 25%~50%の従業員が障害者であること
- 通常業務の契約がされること
- 標準的賃金であること
- ソーシャルファームの売上げの65%~90%が、一般市場からであること

現状においてヨーロッパのすべての国のSFがこの基準に適合しているわけではなく、それぞれの国の実態に応じた運用が為されている。ドイツではこの基準を満たすSFを、2009年現在で約700社設立している。

ドイツのSF運営システムは、簡易に示すと図4「ドイツのSF制度」のようになる。SFを設立したい法人・個人は、FAF又は同等のコンサルティング会社の設立セミナーと設立コンサルティングを受ける。実質的にはこのコンサルティングがSFとしての認可となる。事業を開始した後は、連合に属し、経営問題を共同解決する仕組みが用意されている。



Prof. Dr. Dr. Döner



P. Stadler

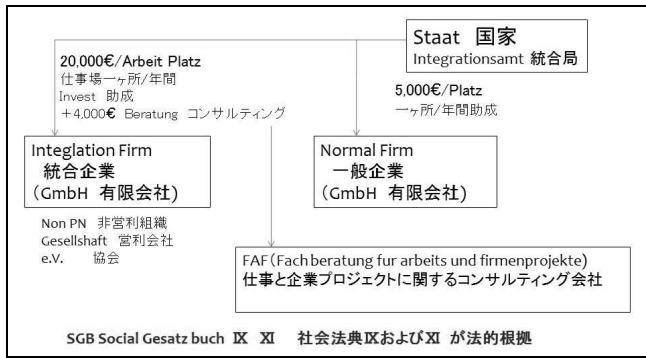


図4 ドイツのSF制度(当社まとめ)

この運営システムを支えているのが、国家の法的財政的支援と、社会の障害者就労への取り組みである。国家の支援とは、2000年7月のSozialgesetzbuch IX (社会法典IX)によるIntegrationsprojekte (統合事業)の設立と支援に関する法制化である。社会法典IXでは、SFについての定義が明確に為され、法に基づいた財政的支援を可能にしている。財政的支援とは、例えば税金の優遇や助成である。

もう一つの社会の障害者就労への取り組みとして、働くことに対する代表的な3つの支援体系を挙げたい。3つの支援とは以下である。

- ① 一般企業への障害者雇用率は5%(その根拠は人口に対する障害者の割合であり合理的な算定である)で、障害者の一般企業への就労。
- ② SFによる雇用の拡大。
- ③ 働く能力が現状では企業就労レベルでは難しい人には、Werkstatt(仕事と生活の為の施設) 公的福祉施設の活用。

3つの支援は、SFにSozial Gesetzbuch IXがあるように、それぞれ別個に根拠となる法と様々な国家支援制度が存在し、障害者の生存権と労働権を合理的に保障しようとしている。

(3) 実態

SFの起業には個人・法人等の資格はなく、市場原理に基づいた事業計画であることが最も重要視される。このためSFの業種業態に限定はなく、図5「SFの実態」に示すように多種多様である。また運営形態も様々で、地域系・企業系・協会系など、それぞれのSF特有の選択が可能である。一覧と写真は、当社の3年間の視察調査の実績である、ドイツ22ヶ所、オーストリア等6ヶ所、計28事業所の一部を紹介したものである。



図5 SFの実態

5 日本での推進

(1) 原則

日本では障害者雇用促進法によって一般企業への就労と特例子会社の設立と雇用の道が開かれ、委託訓練や障害者自立支援法により障害者の職業訓練の機会は増えたが、取り組みはまだ始まったばかりであり、現状では不十分である。また、制度と管轄がいわゆる縦割りであるがための不具合も多く、関係部署での連携は始まったものの、試行錯誤の段階と言える。

そこで日本でも、ヨーロッパCEFECに習いSF共同体としてのSFユニオンを創り、社会システムとして機能させる方向を原則に据えることを提言する(図6「ソーシャルファームユニオンによる推進」参照)。

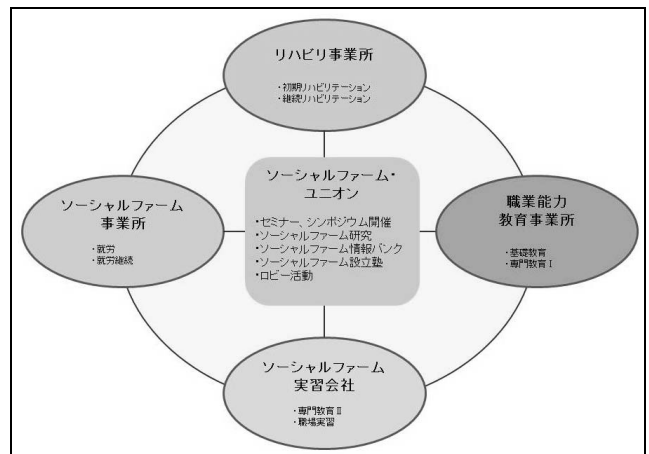


図6 ソーシャルファームユニオンによる推進

(2) 考え方の転換

この原則に基づいて障害者雇用を進めるには、障害者がどういった働き方ができるかについて、医療的な観点から把握することから、業務能力としてどのレベルにあるかを把握するという方向に、考え方を転換することが必要である。「障害によって失われた能力が何でどの程度であるか」ではなく、「現在から未来に向かって新たに得られる可能性のある能力は何か」で把

依存症専門クリニックにおける就労支援事例について

波多野 大介（安東医院 ソーシャルワーカー）

1 はじめに

アルコール依存症をはじめとする依存症治療専門クリニックでの日々の取り組みでは、当然のことであるが、アルコール依存症であれば「断酒」が第一義的なものであり、処方薬依存においても目指すべきは「断薬」が目的となる。実際、断酒会をはじめとする自助グループの目的は「断酒」であり、会員の語る言葉にも「酒さえ止めていけば何とかなる」「一日断酒」と、各々の体験に根差した含蓄のあるものばかりである。私見ではあるが、よって、いきおい「断酒」を前提とした支援が中心となり、とにかく断酒の長期継続を目指し、しかる後に職場復帰や就労を検討しよう…となりがちである。一方、支援者側のこういった態度とは逆に、依存症当事者は、生活不安や日中の時間の使い方が苦手だったりする中で、復職や就労を急ぐあまりに、断酒継続が短い内に就職活動を始めてしまい、再飲酒に陥ったりすることも少なくない。つまり、支援者側が断酒継続のみにこだわるように見える支援観と、依存症当事者の日々の生活のしづらさの実感が場合によると齟齬を来たしてしまうのである。

実のところ、アルコール依存症をはじめとする依存症治療を専門に行う治療機関は非常に少なく、世間一般の知識や理解も乏しく、医療分野においてもそのおかれている状況はまだまだ無理解と偏見が払拭されているとは言い難い。

医療や世間一般における認識不足は、依存症者の生活支援を展開する上で大きなデメリットとなっていて、様々な支援機関においても状況は同様であり、中には「アルコール依存症」「薬物依存症」の名前を出すだけで、「お門違い」的な対応をされる場合も少なくない。もしくは、「依存症専門の社会復帰施設」（おそらく、MACやDARCを想定されているのだろう）を勧められたりするのだが、依存症に特化した施設そのものの絶対数は圧倒的に数が少なく、そのほとんどが当事者スタッフによる当事者支援というセルフヘルプ活動を基盤に持ち、慢性的な人手不足と資金不足の中で、各々の独自の活動を展開しているのだが、そ

こにおいても「断酒継続」「断薬」を基本としながらの支援を手探りに行っているところである。

このように、依存症者支援における上記のような環境の中で、更に「就労支援」という領域については依存症者を受け入れてくれる社会資源の質・量とも絶対的に不足しているのが実情である。

本小論では、こういった諸事情の中で、日々の依存症者支援の実践で具体的にどのような形で支援者が就労支援を行っているのかをご紹介します、その中から見えてきた課題を検討することを目的としたい。

2 事例 1

(1) 概要

62歳男性。東海地方S県出身。地元の高卒卒業後は自衛隊に入隊し、その後は養鶏場や郵便局で勤務したが、仕事先での人付き合いが苦手で、飲酒で気持ちを紛らわせており、次第に酒が手放せなくなっていたとの事。職場が廃業になった50代半ばに自転車にてS県を出奔。近畿地方のK市にたどりつき、金も底を尽き、一時ホームレスとなるが、役所の相談につながり、生活保護を受給し、居宅を確保。生活保護担当者からの勧めで、飲酒の問題解決のために専門クリニックを受診し、デイケア通院を開始。当初は自助グループへの出席とデイケア通院にて断酒継続を維持していたが、就労して社会復帰しなくてはならない、というこだわりが強く、自身で中高年向けの就労相談窓口に出向いて、駐輪場での車両整理や、不法駐輪の撤去作業の職に就いたものの、持ち前の几帳面さと、駐輪場利用者とのトラブルや、撤去作業の折に自転車所有者とのやり取り等での、対人コミュニケーションの問題によって、過大なストレスがかかったことで、再飲酒し、職場放棄。このことをきっかけに、一人だけの就職活動・就労継続は困難であるとの認識に至ったとのことで、報告者が支援にあたることとなった。

(2) アセスメントのために

デイケア通院中の利用者の様子は担当者も何度

か散見していたが、関東訛りが強く、他利用者との言葉の違いが大きいことを気にし、また、デイケアという集団治療の場面での居心地の悪さ（意思疎通の問題のみならず、休憩時間の雑談や周囲の様々な音等も）もあって、気分の不調を訴えることもしばしばであった。主治医からは、アルコール依存症との診断のもと、標準的なアルコールからの回復プログラムの必要性を指示され、院内のデイケアプログラム参加と、自助グループとしてのAA（アルコールリックス・アノニマス）への参加を基本に、断酒継続の努力を行っていた。

そこに、(1)で述べたようなエピソードがあり、面談となった。面談を通じて見えてきたことは、先述したような利用者の特徴的な側面であった。他にも、日常生活での困りごとを問うと、自宅アパートの駐輪場に止めてある自分所有の自転車が連日のように移動させられていることや、向かいの部屋の住人の帰宅時の生活音で眠れないこと、道路を救急車や警察車両が通過すると自分が関わっているのではないか…という気持ちになって落ち着かなくなること、自助グループで自分の発言が元となって噂されているのではないかと疑念や、更には自室のカギがいつの間にか変更されていて開かなくなることもあったり、室内においてあったはずの私物が勝手にゴミ置き場に出されているのを発見したり…と、面談を続ければ続ける程際限なく話が拡大し、同心円状に不安が広がっていくこととなった。同時に身体疾患に対する不調も常時感じていて、その原因を医療機関を諸々受診することで明らかにしようとして、検査を繰り返して、更に不安となるという悪循環を経験していることが判明した。

一般的にはこのようなエピソードを聴取すると、被害的な妄想着想から、一概には言えないものの、統合失調症類似の判断をしがちではあるが、細かく聞いてみると彼の聴覚の特性が浮き上がってきた。常時のデイケアプログラムで周囲が静かな環境である折には、大変気分もリラックスしていて、好きな手作業（絵画や塗り絵、工作など）を黙々と行われ、逆に騒然とした昼食休憩時間等では落ち着きを失くしてしまう事があり、彼自身もヘッドホンで音楽を聴くなどして外部の音源を遮断する工夫などをしており、聴覚刺激に対する過敏さがうかがわれた。

利用者もデイケアや自助グループを中心とした生活の組み立てではなく、可能ならば就労という切り口で上記以外の場面で過ごすことができないか？との希望もあり、先に述べたような特性も勘案しながら就労に向けての支援を行うことを申し合わせた。

(3) 具体的な支援として

まずは、彼の特性も含めて、就労に向けての資料を得るために、K市の障害者職業センターにおいて、職業評価を受けた上で、利用者が自身の特性をしっかりと認識し、次の段階に進むことが重要だと考えた。最初の相談時に担当者も同行し、各種検査を施行してもらうこととなった。

結果、境界域の知的発達の問題と、視覚優位の特性及び、手指の巧緻性が高いことが指摘された。

具体的な支援としては、一人作業も可能な標準化された作業内容で、段階を踏んでのリズム形成を目的とした通所利用が提案され、就労継続支援B型事業所への通所から開始することとなった。

(4) 事例1の支援を通じての考察と課題

①アルコール依存症の背景にあるもの

事例1の利用者の場合にうかがわれるのは、職業評価からも判明した、日々の生活のしづらさを生み出す要因の一つである独特の特性の存在である。

特に聴覚刺激に対する敏感さと、その意味づけの現実感覚のなさとのギャップという認知機能の特性が彼の日々の暮らしの安定を折に触れて失わせることが指摘される。アルコール使用についても、そういった意味で自己治療的な彼なりの対処方法であったということが了解される。また、こうした認知機能の特性の理解に立てば、集団的な治療の場を提供することで、依存症からの回復を支援するという従来の標準化された治療の枠組みのみでは支援が難しいこととなる。

いったんアルコール依存症と診断されると、自助グループや集団療法といったルーチン的な回復プログラムに乗せることが最優先されるという対応方法の弊害が生まれる可能性をはらみかねない。

②特性の理解とアセスメントの重要性

①で見たように、診断名にとらわれずに、一人一人の特性の理解に立った総合的なアセスメント

と、それに基づいた支援計画の策定が必要であると思われる。ともすると、医療機関の場合は特に「診断名」に拘泥する余り、眼前にいるその人の人となりの理解＝特性の理解という視点が不足しがちであり、利用者の声を聞く時にもこの特性理解の視点を怠らないことが肝要ではないかと思われる。

③他機関との連携

②で述べたことを可能ならしめるためには、単独の支援機関のみでは当然のことながらすべての役割を果たすには力不足であり、専門性の面においても欠けている部分は大きい。事例1の場合では職業評価という側面で、適性検査等を障害者職業センターの機能を活用することで、利用者の特性理解に大きな成果を挙げたと共に、今後の進路についても区切りをつけつつ、次の事業所への橋渡しとしての役割を果たしていただいた。逆に、就労へのプロセスの一つとして連携を行うことで、支援の形が利用者を受け止められやすかったのではないかと考えている。

3 事例2

(1) 概要

30代男性。パチスロ依存から借金を作り、実家を飛び出し、路上生活を短期間経験するが、区役所の相談に繋がり、緊急一時保護され、ギャンブル問題を指摘されて受診。初診時から吃音が顕著で、対人面での緊張が高い様子がうかがわれた。現在に至るまでのエピソードを聴取すると、中学校時代にいじめに会い不登校となり、一旦は普通高校に進学するものの学業についていけなくなって退学、通信制単位高校へ編入するも、そこでも学業が追いつかず4年半で過程を修了したとの事であった。当該高校在学中に知り合った女性と結婚し、彼女の両親が経営する介護事業所に勤め、長男が生まれるも、介護事業所での対人関係に混乱し、気晴らしにパチンコ・パチスロをするようになる中、終日パチスロに耽溺するようになり、すぐに資金が底をつき、借金を繰り返すようになって妻の両親の知るところとなった。一旦は借金を全て埋め合わせてもらい、もう一度やり直すと約束したものの、すぐに再び同様の状況となって離婚に至り、実家に戻る事となった。雇用訓練制度を利用して短期のビジネス訓練コースを受

講し、清掃業者に再就職し、ギャンブルも一旦は止まり安定したが、しばらくした後に職場の配置転換があつて、上司や同僚といった人的環境が激変し、勤務スケジュールも大幅な変更があり、再びパチスロに耽溺するようになり、出勤を怠り、退職を余儀なくされる。更にもう1度離職者支援の短期訓練プログラムに参加し、同コースを修了し、次の就職先も確定し、就職一時金を手にしたとたんに将来の不安にかられてそのまま実家を出奔してしまったとのことであった。

(2) アセスメント

初診時に上記の様子を聴取し、主治医の診察となったが、診断はギャンブル依存症ということで、指示としては近隣地域で実施されているGA（ギャンブラーズアノニマス：ギャンブル依存からの回復を目指す当事者による自助グループ）への出席であった。担当者は彼と当夜GAのミーティングに同行・出席したが、初めてのグループに参加した際の緊張は強く、発言を求められたものの吃音とチック様の顔面のけいれんが強度で、しどろもどろとなって自己紹介するのがやっとという状態であった。

このような事実と、数回の面接を繰り返す中で、彼の知的および情緒面の発達の課題が浮上した。例えば、幼少時のエピソードとしては、いつも一人遊び（ミニカーを並べる）を好み、凶鑑をずっと眺めていたこと（記憶によると昆虫凶鑑であったそうだが、その配列が気にいらしい）。学齢に達してからは、授業で話されている言葉や指示の理解が不得手で、例えば「教科書〇ページを開けるように」という教師の指示が理解できず、隣の机の学友がその都度対応してページを開けたりするのを目視して行動していたこと等が挙げられる。

(3) 支援について

そこで、まずは毎週曜日と時間を決めて、通院時に面談を実施すると共に、生活保護などの手続きについても極力支援担当者が同行して、利用者のサポート・助言を行うこととした。それによって短期間で一時保護施設を退所して居宅設定されることとなった。しかし、生活保護担当者からはまだ若いこともあったことと、訓練制度等を利用

して再就職をと強く指示されたこともあって、混乱をきたすこともあったので、支援者からは自身の適性や状態がどのようなものかをしっかりと把握した上で再就職の道を検討することを提案し、障害者職業センターでの相談及び職業評価を受けることとなった。結果的には軽度の知的発達遅れと、注意欠如多動性障害とそれに伴う適切な対処のなさからくるパニック様の行動が指摘され、標準化された環境下での職業訓練の必要性等が提案された。

評価の過程で指摘された、知的障害に関しては、療育手帳申請を行い、障害福祉窓口への同行相談及び知的障害者更生相談所との情報共有を行い、結果的には療育手帳の交付に至った。平行して職業準備支援3ヶ月実施継続のバックアップと当該支援終了後の就労継続支援B型事業所利用へと支援を行い、利用者も様々なプロセスを段階を踏みながら進んでいくこととなった。

(4) 事例2を通じての考察と課題

①ギャンブル依存症の背景にあるもの

幼少期から現在に至るまでの過程を詳細に概観すれば、知的及び情緒的な発達の偏りがあることは想像に難くないが、事例の場合は気づかれることなく、専門相談機関の支援を得ることもなかった。利用者にとってはその理由が自身でもわからないままに、数多くの失敗体験と共に人生を歩んできたという後悔の念だけが残る結果となってきた。彼の心の傷は大変大きなものである。

ギャンブル依存症の背景に、知的障害を含めて発達障害の存在が近年多く指摘されるところとなっており、筆者も本事例のみならず、数少ないギャンブル依存症の相談事例の中に複数経験しているところである。アルコールやその他の薬物使用と同様にストレスやパニックに対する自己治療的な側面が強くあるように思われる。彼の場合についても、金銭的な射幸心というよりは、パチンコ台を前にした時の安心感・やすらぎを口にしていく。一方で、現在の彼にはパチスロに対するこだわりは全くなく、作業所収入で得たお金でアニメキャラクターをクレーンゲームで獲得することが楽しみ…というように、こだわる対象が変化している。見通しのなさや作業時の不確定な指示といった標準化されていない環境に対するストレス

が現在可能な限りにおいて減らされている為、落ち着きを見せていると思われる。

②標準的な依存症治療プログラムの限界

事例2のような場合、これをギャンブル依存症であるとのみ判断し、自助グループへの参加だけを提案するだけでは、決して生きづらさへの具体的支援とはならない。精神症状の訴えがなければ特別に服薬の必要もないわけで、狭い意味での医療では対応不能ということとなりかねない。標準的な依存症治療プログラムの限界を認識した上で、利用者の問題とひとくくりせず、この場合は「特性理解」を一つのキーワードとして、支援に当たるといふ複眼的視点が重要であると言えよう。

4 おわりに

アルコール依存症とギャンブル依存症の2つの就労支援事例を通じ、依存症専門クリニックにおける就労支援の一旦を紹介してきた。

ちなみに、アルコール依存症の場合、現職を継続しながら時には入院という選択も取りつつ、通院しながら治療プログラムを継続するというのは、家族や職場の余程の理解がなければ困難である。未だ「アル中」＝「人格欠格者」といった偏見もあって、病名の開示や、通院や自助グループへの参加の配慮を始めとする社会的なハードルは高い。よって、職も地位も家族も何もかも失い、身体的な健康も失い、ゼロというよりマイナスからのスタートとなる場合が少なくない。更に、一般医療機関や支援機関においても依存症についての知識や理解に乏しく、連携を模索する中で担当者も困難を覚えることも少なくない。こうした中で、依存症という診断名やその病名が持つ固定観念から自由になって、当事者の生きづらさがどこから発信され、そういったことの根本の一つに各々の特性があるのでないか…という着眼が重要である。

従来の「知・情・意」に加えて、その背景にある認知や対人関係、関心の持ち方の強弱や濃淡の特長を捉える努力によって、例えば、障害者の職業リハビリテーションという地平において、依存症者支援の新しい場面を展開できるのではないかと考えている。

精神障害者の職業生活を支えるための医療機関等の取組

－①Evidence-Based Practices (EBP)の概要(文献レビュー)－

○東明 貴久子 (障害者職業総合センター 研究協力員)
春名 由一郎 (障害者職業総合センター)
清水 和代 (障害者職業総合センター)

1 はじめに

精神障害(統合失調症や気分障害)は就職後も治療状況、生活場面や職業場面での環境的状况等により症状変化の可能性があるため、職業リハビリテーションでは特に医療機関との連携が重要である。その一方で、精神障害のある人の生きがいや生活の質の支援のためには就労支援の意義が大きく、医療機関による就労支援の取組も多くなっている。精神障害のある人への就労支援において、今後わが国では、このような労働機関を中心とした取組と医療機関を中心とした取組を、それぞれの専門性を活かしつつ効果的に連携させることが重要な課題となっている。

一方、近年、米国を中心として、精神障害のある人が仕事に就き職業生活を維持するために効果的な支援の具体的内容が、就労支援と医療・生活支援の壁を超えた科学的手順による検討により明らかになりつつある。この様々な取組は、Evidence-Based Practices(科学的根拠に基づく実践:以下「EBP」という。)と呼ばれている。そのうち、特に就労支援の内容に関わるIPS(Individual Placement and Support)¹⁾は、わが国の職業リハビリテーション関係者にも早くから紹介されてきたが、医療機関を中心とした就労支援の一形態として捉えられることが多く、EBPとしての意義である労働分野と医療分野の連携のあり方としては必ずしも理解されていない。

本研究、及び続く連番研究②③においては、精神障害のある人の職業生活を支えるために、様々な実証研究によって明らかとなった効果的な取組、及び、わが国の現状を踏まえ、労働と医療の効果的な連携による就労支援のあり方を検討した。

2 目的

本研究は、精神障害のある人たちに対する就労支援について、医療機関等との関わりを含めた具体的な内容の特徴や、従来の就労支援の取組と比

較した効果について、近年の実証研究を精査して明らかにすることを目的とした。

3 方法

(1) 主要なEBP

EBPは無作為化比較試験(RCT)等の厳密な科学的手続きによって、治療や生活、就労への効果が検証された支援プログラム等である。本研究では、アメリカ連邦保健省SAMHSAが推進している次の4つのEBP²⁾を中心に検討した。

①包括型地域生活支援(ACT: Assertive Community Treatment)³⁾

施設ベースの治療や生活支援ではなく、当事者が生活する地域において、本人を中心として設定する個別の目標に応じた治療や生活支援を提供する。精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラー等の多職種で構成された支援チームが、全員で情報を共有し、ケースマネジメントによって24時間体制で支援する。

②家族心理教育(FPE: Family Psycho-Education)⁴⁾

家族は治療成果の大きな要因であり、治療計画とその提供の過程に携わるパートナーと位置づける。家族も疾患や本人の状況を理解するとともに不安や喪失感を払拭し、本人のリカバリーに向けて共に治療に取り組む姿勢を身につけるため、個別またはグループでの教育プログラムを実施する。

③援助付き雇用(SE: Supported Employment)¹⁾

就労希望者を職業準備性等によって支援から除外することなく、本人中心の一般就業に向けた迅速な個別の就職支援、就職後の職場適応と就業継続のための支援を重視する。EBPとしての援助付き雇用は、医療・生活支援との統合が特徴となっており、発達障害等に対するジョブコーチ支援モデルとは異なる。この意味でIPSと、EBPとしての援助付き雇用は同義である。

④疾患管理とリカバリー(IMR: Illness Management and Recovery)⁵⁾

このプログラムでは、治療者からみた疾患治療に固執することなく、当事者自らが疾患を管理し、本人が定めた生活・人生における生きがいや目標に向けた回復（リカバリー）を重視する。そのために、心理教育、服薬のための支援、再発防止訓練、慢性的な症状に対するコーピングスキル訓練の4つの具体的な要素がある。

(2) 就労支援としての効果の判断

本研究において、EBPの就労支援としての効果は、就職の成果、あるいは、就業継続を含めた就業率により判断した。両者に効果があるものだけでなく、いずれかに効果がある場合も含めた。

4 結果

(1) EBPとしての援助付き雇用による就業成果

EBPとしての援助付き雇用は、他の就労支援プログラムと比較して、一貫して高い就職支援の効果を示していた。

① デイケア（day treatment）からの移行

4つの研究において、計6箇所のデイケア利用者について、援助付き雇用に移行した地域と移行しなかった地域の就業成果を比較した結果によると、援助付き雇用に移行した地域ではフォローアップ期間中の就業率が平均38%であったのに対し、移行しなかった地域の就業率は同15%であった。⁶⁾

② 従来の就労支援との比較

援助付き雇用と様々な従来の就労支援（精神医療と雇用サービスが統合されていない援助付き雇用〔ジョブコーチ支援モデル等〕、シェルター・ワークショップ等）の成果を無作為化比較試験（RCT）で比較した研究では、EBPとしての援助付き雇用群の就業率が平均で56%であったのに対し、比較群では同19%であった⁶⁾。さらに近年の研究を含めた11の研究結果を比較したもの⁷⁾でも、EBPとしての援助付き雇用（=IPS）プログラムに参加した群の就業率は平均で61%であったのに対し、通常サービスを利用した群（ジョブコーチ支援等、州の職業プログラム等）では同23%であった（図1）。また、最初の一般就業に就くまでの平均期間はIPS群が比較群よりも50%短く、週の平均労働時間もIPS群では比較群の2倍以上長かった。

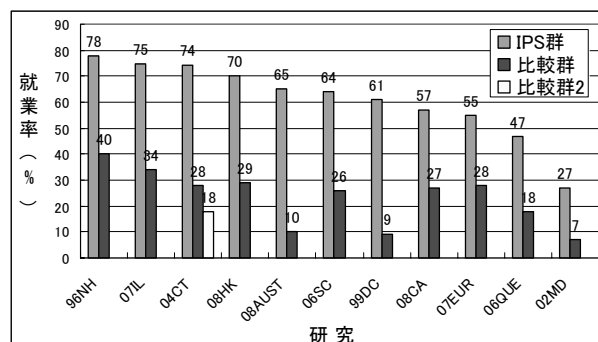


図1 IPS無作為化比較試験(11の研究)における一般就業率 (Bond et al., 2008)

(2) 援助付き雇用への適合性による成果の差

他の就労支援プログラムに比べて、援助付き雇用が高い就職成果を上げているといっても、約50%が一般就業に就けず、その他の25%は就労を維持できていない⁸⁾。ただし、EBPとしての援助付き雇用の内容は、次の適合性尺度⁹⁾に沿って実施されるほど就業成果が高くなっていった^{7) 10)}。

援助付き雇用の適合性尺度(要約)

A スタッフ

- A-1 就労支援者一人あたりの支援当事者数は25名以下
- A-2 専任の就労支援者(医療や生活支援と兼任でない)
- A-3 就労支援者はアウトリーチ、アセスメント、就職、フォローアップの全てを担当

B 組織

- B-1 精神保健のケースマネジメントと就労支援者のチーム
- B-2 就労支援者のグループ(情報共有、スーパービジョン等)
- B-3 就労希望者全員に就労支援を提供(除外基準なし)

C サービス

- C-1 実際の職場や仕事内容での職業アセスメント
- C-2 一般就業に向けた就職活動への迅速な取組
- C-3 本人の興味、経験、能力、ニーズに基づく個別的な就職活動支援
- C-4 多様な職業の選択肢の提供
- C-5 常勤の仕事の選択肢の提供
- C-6 退職が適当な場合の退職時の支援と再就職支援
- C-7 就職後も継続する事業主と本人への支援(危機介入、ジョブコーチ、相談、ミーティング、交通、服薬、友人・家族等)
- C-8 施設内でなく地域の中で全ての就労支援を行う
- C-9 全ての患者への就労への働きかけ、関係作り、励まし

出典: 城田晴夫(訳) 援助付き雇用フィデリティ尺度: 評価表、「松為信雄、西尾雅明(監訳・編): アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 4-I 第4巻 I IPS・援助付き雇用ツールキット: 本編」、p.44-54, 日本精神障害者リハビリテーション学会(2009)

その中でも、特にB-1やC-7に関する精神保健サービスとの統合は、従来の就労支援と比べて一貫して高い就労成果が示されていた^{11) 12) 13)}。Cookら¹²⁾のRCTによる比較研究によれば、医療・生活サービスと統合したプログラム参加群では、通常の利用した群（クラブハウスモデ

ル、地域の就業支援等)に比べて、一般就業率は2倍(図2)、月40時間以上働いていた割合は1.5倍(図3)であった。

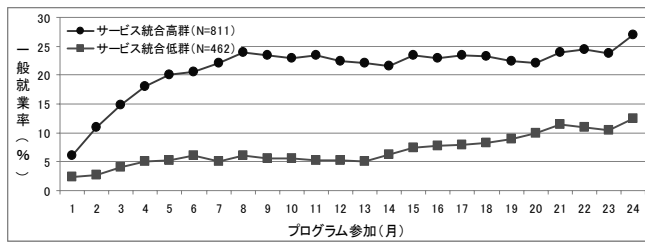


図2 精神保健と職業サービスの統合による各月の一般就業に就いている重度精神障害のある外来患者の割合 (Cook et al., 2005)

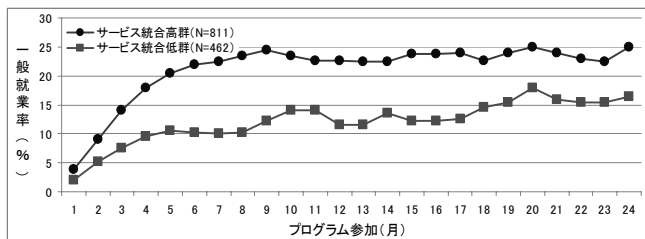


図3 精神保健と職業サービスの統合による各月の40時間以上働いている重度精神障害のある外来患者の割合 (Cook et al., 2005)

また、適合性尺度のうち、生活支援分野との関係が強いC-7については、特に生活保護や障害年金についての相談を就労支援と統合して行うことは所得レベルの向上に結び付くこと¹⁴⁾、就労継続に役立つ支援であること¹⁵⁾ ¹⁶⁾が研究でも示されていた。

(3) 援助付き雇用とその他のEBPを組み合わせた効果

援助付き雇用とその他のEBPの統合により、援助付き雇用のEBPとしての適合性を向上させ、就職および就労継続にいつそう効果的であることが示されていた。

①包括型地域生活支援 (ACT) + 援助付き雇用

援助付き雇用と地域ベースのケースマネジメントサービスとの統合の効果を検証した4つの研究では、そのすべての研究において、統合したサービスの就労成果は、統合されていない寄せ集めのサービスよりも向上した。また、統合したサービスでは、経時的な一般就業率の増加にも成果があった。¹⁰⁾

②疾患管理とリカバリー (IMR) + 援助付き雇用

約10年の長期フォローアップを追跡した研究では、就労を促進する要素の1つとして服薬管理があった。また、疾患管理とコーピングスキルの適

切な実施は、仕事を獲得維持する上で重要な役割を果たしていた。¹⁵⁾

さらに、認知訓練プログラムと援助付き雇用プログラムを組み合わせた場合、援助付き雇用を単独で実施するよりも一般就業率が有意に向上することが示されていた¹⁷⁾ ¹⁸⁾。また、心理社会的技能訓練と援助付き雇用を組み合わせた場合、就労継続や所得等の就労成果が示されていた¹⁹⁾ ²⁰⁾。

③家族心理教育 (FPE) + 援助付き雇用

McFarlaneら²¹⁾が開発した家族介入と援助付き雇用の要素を統合したアプローチFACT (family-aided assertive community treatment) では、本人が問題を解決し、仕事を獲得維持できるよう支援するための教育プログラムが家族に対して実施され、職業計画のプロセスに家族が参加する。無作為化試験では、FACTによる就業率は、標準的な職業リハビリテーションの参加者よりも高かった。

5 考察

米国を中心とした多くの実証的研究において、就労支援の「職業準備性モデル」に対して、迅速な就職支援の取組や個別の職場適応や就業継続支援を行う「援助付き雇用モデル」による支援が効果的であることが示されていた。その一方で、精神障害の人に対する援助付き雇用は、知的障害や発達障害に対するジョブコーチ支援モデルではなく、より医療的な継続支援と就労支援が統合された取組によって、就労支援の成果が大きくなることも一貫して示されていた。

精神障害のある人に対する「援助付き雇用」として、迅速に就職支援を行う「Place-Train」としてジョブコーチ支援を行うだけでは、就業継続を含めた就業成果の点では、職業準備を重視する「Train-Place」型の就労支援と大きく変わらないという結果は重要である。その意味で、精神障害のある人へのEBPとしての援助付き雇用を、「Place-Train」という特徴で強調すると誤解されやすいだろう。むしろ、EBPとしての特徴は、迅速な就職に向けた支援を重視する一方で、医療的な継続支援を重視する取組であるといえる。

また、「労働支援と医療支援の連携」もわが国の現状からイメージされやすいもの(主治医の意見書、デイケアからの就労移行等)とは、内容が

全く異なっている。EBPとして認められている医療・生活支援は、当事者が地域で生活することを前提とした、本人の意思や希望に基づく多職種チームによる包括的なケースマネジメントによる24時間支援（ACT）である。疾患管理も、服薬・疾患管理を含めた本人の自己管理や目標設定を重視した個別的で継続的な支援（IMR）となっている。さらに、家族支援では家族への教育やグループセッションが重視されている（FPE）。また、給付金に関する相談も、福祉支援だけで実施されるのではなく、就労支援と一体的に実施されることによって、高い就業成果に結びついている。

従来、IPSモデルは医療機関を主体とする就労支援と捉えられることも多いが、EBPで示される医療や生活支援を担う医療機関等の具体的な治療や支援内容を踏まえることにより、地域の労働機関と医療機関等が密接なチームによる支援を行う取組の検討にも資すると考える。

6 結論

近年の研究によれば、精神障害のある人の就労支援は、医療面を含めた就職前の準備の重視、あるいは、知的障害等と同様なジョブコーチ支援よりも、就労希望者に対して迅速に就職支援を進めるとともに、就労支援と医療を統合的に実施し、職場適応や就業継続のために服薬・疾患管理への当事者支援、包括的生活支援や家族教育を継続させる取組の方が高い支援成果がある。

【引用文献】

- 1) Becker, DR., and Drake, RE (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford University Press.
- 2) 大島巖(監訳・編)アメリカ連邦政府EBP実施・普及ツールキットシリーズ1 第1巻 EBPツールキット総論、日本精神障害者リハビリテーション学会(2009)
- 3) Stein, LI, and Santos, AB (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: Norton.
- 4) Anderson, CM, Reiss., DJ., & Hogarty, GE (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.
- 5) Gingerich, S. and Mueser, KT (2005). Illness management and recovery. In RE Drake, MR Merrens, and DW Lynde (Eds.), *Evidence-based mental health practice: A text book* (pp.395-424). New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- 6) Bond, GR (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehab J*, 27(4), 345-359.
- 7) Bond, GR., Drake, RE., and Becker, DR. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehab J*, 31(4), 280-290.
- 8) Loveland, D., Driscoll, H., and Boyle, M. (2007). Enhancing supported employment services for individuals with a serious mental illness: A review of the literature. *J Vocational Rehab*, 27, 177-189.
- 9) 城田晴夫(訳)援助付き雇用フィデリティ尺度:評価表、「松為信雄、西尾雅明(監訳・編):アメリカ連邦政府EBP実施・普及ツールキットシリーズ4- I 第4巻 I IPS・援助付き雇用ツールキット:本編」、p.44-54, 日本精神障害者リハビリテーション学会(2009)
- 10) Gowdy, EL, Carlson, LS, and Rapp, CA (2003). Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs. *Psychiatric Rehab J*, 26, 232-238.
- 11) Beutel, ME, Zwerenz, R, Bleichner, F, Vorndran, A, Gustson, D, and Knickenberg, RJ (2005). Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation – short and long-term results from a controlled study. *Disability and Rehabilitation*, 27(15), 891-900.
- 12) Cook, JA, Lehman, AF, Drake, RE, McFarlane, WR, Gold, PB., Leff, HJ, Blyler, C, Toprac, M G, Razzano, LA, Burke-Miller, JK, Laura Blankertz, L, Shafer, M, Pickett-Schenk, SA, and Grey, DD (2005). Integration of Psychiatric and Vocational Services: A Multisite Randomized, Controlled Trial of Supported Employment. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1948-1956
- 13) Killackey, E, Jackson, HJ, and McGorry, PD (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British J Psychiatry*, 93(2), 114-120.
- 14) Trembray, T, Smith, J, Xie, H, and Drake, RE (2006). Effect of benefits counseling services on employment outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 816-821.
- 15) Becker, DR, Whitley, R, Bailey, EL, and Drake, RE (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 58(7), 922-928.
- 16) Salyers, MP, Becker, DR, Drake, RE., Torrey, W C, and Wyzik, PF (2004). A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatric Services*, 55(3), 302-308.
- 17) McGurk, SR, Mueser, KT, and Pascaris, A (2005). Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: One-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 898-909.
- 18) Wexler, BE, and Bell, MD (2005). Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 931-941.
- 19) Mueser, KT, Aalto, S, Becker, DR, Ogden, JS, Wolfe, RS., Schiavo, D, Wallace, CJ., and Xie, H (2005). The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services*, 56, 1254-1260.
- 20) Wallace, CJ, and Tauber, R (2004). Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatric Services*, 55, 513-515.
- 21) McFarlane, WR, Dushay, RA, Deakins, SM, Stastny, P, Lukens, EP, Toran, J, and Link, B (2000). Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry*, 70, 203-214.

精神障害者の職業生活を支えるための医療機関等の取組

－②わが国における精神科医療機関における「就労支援」(文献レビュー)－

○清水 和代 (障害者職業総合センター 研究協力員)

東明 貴久子 (障害者職業総合センター)

春名 由一郎 (障害者職業総合センター)

1 はじめに

連番の①で示したように、米国を中心とした科学的根拠に基づく実践(EBP)によれば、精神障害のある人の就労支援として、援助付き雇用を中心として、疾患の自己管理や生活面での包括的な支援や家族支援との密接な連携が重要である。ただし、当該成果の確認は米国を中心とした海外のものであり、わが国において実証されたものは少ない。さらに、EBPとしての医療や生活支援の内容も先進的であり、歴史的、制度的、文化的な背景から、わが国の医療機関等との連携により実施可能であるかも不明である。

一方、近年、わが国においても、精神障害の就労支援への、医療機関等による取組が多く報告されている。そのような取組には、EBPへの準拠を謳うものだけでなく、わが国の医療や生活支援の現場から発展してきたものもある。

2 目的

本研究は、今後のわが国における、労働機関と医療機関等の効果的な連携のあり方の検討のために、わが国の医療機関等において精神障害のある人の就労支援として効果が報告されている具体的な内容を把握し、国際的にEBPと認められている内容との関連を明らかにすることを目的とした。

3 方法

(1) 「精神障害者の就労支援」の範囲

本研究では、精神障害者(統合失調症と気分障害など)の就労支援の内容として、幅広く、就職前の準備から就職までの支援、さらに、就業継続の支援、あるいは、気分障害等の場合に多い復職支援や就業中の再発防止の支援を含めた。

(2) 就労支援に関連する医療・生活支援の範囲

就業成果に関連する主要なEBPとしては、「援助付き雇用(SE又はIPS)」だけでなく、「包括型地域支援(ACT)」「疾患管理とリカバリー(IMR)」「家族心理教育(FPE)」を含めた。

(3) 文献検索

文献検索データベース(NDL-OPAC:国立国会図書館蔵書検索システム)により、検索から得られた文献から該当文献を選択した。

(4) 取組内容の整理

各医療機関等の取組から、SE、ACT、IMR、FPEの各適合性尺度の項目に該当する取組をそれぞれ抽出した。また、就労支援として報告されていてこれらのEBPに該当しないものがあるかどうか、さらに、ACT、IMR、FPEについて就労支援との連携状況についても調べ、整理した。

4 結果

(1) 医療機関等での援助付き雇用への取組内容

表1、表2に、援助付き雇用の適合性尺度の項目に従い、わが国の医療機関等で実施されている取組内容を整理したものを示す。

医療機関において専任の就労支援スタッフを置いているのは、IPSを実施している機関がほとんどであった。保健医療と就労支援スタッフのチームの形態としては、IPSでの病院内でのチームや情報共有以外に、地域でのハローワークスタッフ等との密接な連携があった。ただし、医療機関中での就労支援者のスーパービジョン等のユニットとしての体制の報告はわずかであり、外部就労機関等のスーパーバイズを受けていた。また、就労支援への除外基準がないと報告していたのはIPS実施機関以外ではなかった。

サービス内容(表2)については、「実際の職場での職業アセスメント」は復職支援の取組の他、ジョブコーチ支援と連携しての取組がみられた。

「就職活動への迅速な取組」としては直接職探しに取組む場合だけでなく、履歴書作成や面接練習の支援、就職活動中の課題解決支援があった。

「本人の興味等に基づく個別就職活動支援」では、医療場面での疾患だけでなく本人の夢や希望等の把握や、本人に合った仕事内容の検討がハローワーク等の共同会議で検討される例があった。

「一般就業への多様な選択肢の提供」では医療場面において労働市場の状況を広く把握し選択肢を広げる取組がみられた。「退職時の支援」も心理的に支える取組がみられた。また、「就職後の継続的な支援」では、就職後の体調悪化を想定し、事前準備、連絡体制、継続的相談等が実施され、また、就労している人の医療機関や相談の利用をしやすい取組が報告されていた。さらに、職

表1 援助付き雇用のEBPに適合するわが国の精神科医療機関の取組の例(1)

A スタッフ

A-1 専任の就労支援者

- ・就労支援専門家は、就労過程のあらゆる面のジェネラリストであり、就労に関するサービスのみを提供¹⁾
- ・院内調整(スタッフ増員、従来業務の縮小・簡素化など)によって、徐々にIPSモデルへと支援方法を転換し、就労支援担当者がハローワーク、事業所を訪問できる体制を整え、個別面接、訪問活動の重視を実現^{2)、3)}
- ・作業療法士の「ジョブアドバイザー」が訓練場面から地域での実際の就労に至るまで一貫した支援を行う⁴⁾

A-2 包括的な就労支援(アウトリーチ、アセスメント、就職支援、フォローアップ)

- ・職業カウンセリング、職場開拓、求職活動、継続・同行支援、関係者・資源への広報とネットワーク構築などを行う^{1)、2)、4)、5)、6)、7)、8)、9)、10)、11)、12)、13)、14)、15)、16)、17)、18)}

B 組織

B-1 精神保健のケースマネジメントと就労支援者のチーム

- ・同一機関内での医療と就労支援のチーム^{1)、2)、3)、4)、5)、6)、7)、8)、9)、10)、12)、13)、14)、14)、16)、17)、18)}
- ・就労支援と医療の共通カルテ(データベース上の日々の臨床記録、シフトマネージャーノート、リハビリプラン、職業関連のアセスメントプロフィール¹⁾、就労支援情報が全て記載されている電子カルテ^{2)、14)}など)
- ・就労支援担当者が主治医やデイケアスタッフ、精神保健福祉士などのチームメンバーと就労ミーティングやケース会議以外でも小まめにコミュニケーションをとる^{2)、14)}
- ・ハローワークの担当職員と医療機関のスタッフ間の密接なコミュニケーション⁵⁾
- ・労働機関と医療機関の合同のケース会議¹⁶⁾:ハローワーク、職業センター、当事者、支援者での調整会議¹⁷⁾
- ・地域の関係機関とのネットワークの構築・維持:自機関を中心として、福祉施設・企業・障害者就労支援センター・ハローワーク・当事者などによるネットワーク^{10)、14)}、をベースにした研究会¹²⁾など

B-2 就労支援者のグループ(情報共有、スーパービジョン等)

- ・就労支援は、自機関のスタッフが主に担当する^{1)、2)、3)、4)、5)、6)、7)、8)、9)、10)、11)、12)、13)、14)、14)、16)、17)、18)}
- ・ユニット内でも、週1回のミーティングで職場開拓の情報を共有する等して、就労専門家同士の連携を確保¹⁾
- ・外部の職業リハ専門家が毎月、利用者全員の個別支援の進捗状況についてスーパーバイズを実施¹⁹⁾

B-3 就労支援対象者の除外基準なし

- ・就労支援サービスには働きたい方が参加可能で、準備ができていないから、もしくは職歴、入院歴、症状、その他の特性によって対象者が除外されることはない²⁾

(下線番号のある文献はEBPとしての取組が明示されているもの。)

場への助言等に取り組んだり、産業医と連携した職場での支援の例も報告されていた。医療機関での支援は施設中心が多いが「地域の中での就労支援」への取組もIPS実施機関ではみられた。さらに、患者に対して医療機関としての「就労への働きかけ、関係づくり、励まし」の実施や、労働機関のアウトリーチを受け入れている例もみられた。

なお、これらの取組は、IPSでは研究費等の独自の予算もあったが、多くは診療場面やデイケア、訪問看護等の枠組みで実施されていた。

わが国の医療機関での就労支援として報告されているが、EBPに該当しないものとしては、職業準備性モデルによる取組が見られた。

(2) その他のEBPへの取組状況(表3)

直接、EBPへの言及がない報告でも具体的な取組内容としてACT, IMR, FPEの適合性尺度に部分的に該当する取組の報告があった。また、その中には、就労支援(IPS、リワーク、EAP等)と関係した実施の報告も見られた。

5 考察

わが国の医療機関から精神障害のある人の就労支援として報告されている内容を具体的にみると、国際的にEBPとされる取組の要素と一致点がみられた。ただし、医療機関として実施可能な範囲が中心であり、外部の就労支援者との密接な連携、

復職支援での産業医との連携の例もみられ、これは、歴史的、制度的背景等から、医療機関に専任の就労支援者を置くことが困難な現状における、わが国でのEBPへの取組の特徴と考えられる。

ACT、IMR、FPEといった先進的な医療や生活支援の取組を部分的であっても実施している医療機関の報告や、それらの就労支援との連動の報告もあった。これらの取組は、援助付き雇用と連携することにより、より高い就業効果が示されていることから、今後の就労支援の連携への示唆となる。

一方、職業準備性モデルに基づく就労支援を効果のあるものとする報告もあった。このことは、EBPで示されているような、就職後にも再発防止や就業継続のために、医療支援が継続することについて、支援関係者の間で必ずしも十分に共通認識され取り組まれていない現状を反映していると考えられる。そのような現状では、就労希望者を準備なしで就職させることは、就職後の再発やそれによる退職のリスクが高くなるため、医療分野での就労支援の選択肢が限られるだろう。

6 結論

わが国においても、精神障害のある人への就労支援への医療機関等の取組内容は、国際的にEBPとされている内容と異なるものではない可能性が強い。わが国の精神科医療機関では、就職に至る

表2 援助付き雇用のEBPに適合するわが国の精神科医療機関の取組の例(2)

C サービス

C-1 実際の職場や仕事内容での職業アセスメント

- ・ジョブコーチ付の就労前実習で、企業・担当者や就職現場の問題把握と修正^{2)、3)、4)、7)、9)、10)、14)、15)、18)}
- ・リワークデイケアの場において、模擬的な就労場面での職業評価^{4)、20)、21)}
- ・「うつ病リターンワークコース」: 復職支援において事業所支援と一体的に本人の状況を評価²²⁾

C-2 一般就業に向けた就職活動への迅速な取組

- ・迅速な職探し¹³⁾は、本人のモチベーションの維持・向上を導くだけでなく、支援者との信頼関係も構築²⁾
- ・雇用主ともできるだけ早くコンタクトをとり、職場見学をして具体的に仕事内容を知る機会を作って、その際に、通勤方法、仕事内容などについても具体的に交渉/支援を開始²⁾
- ・履歴書作成や就職面接をはじめ、就労活動中の様々な課題に対する、きめ細かな支援^{2)、12)、13)、18)}

C-3 本人の興味、経験、能力、ニーズに基づく個別的な就職活動支援

- ・本人の夢、大切にしていることや職業上の目標などを丁寧にすくいあげたり^{2)、6)}、職場実習を、何箇所か職種を変えて行い、色々な職種への適性を明確化⁷⁾し、希望の仕事内容や働くイメージをより具体化^{6)、7)}
- ・オープン・クローズにかかわらず、仕事内容・労働環境を本人に合わせる¹⁴⁾
- ・本人、支援者、ハローワーク、職業センターでの調整会議によって、職歴と退職理由から本人に合い、さらには定着を視野に入れた職場条件を検討し、職場開拓¹⁷⁾

C-4 多様な職業、常勤の仕事の選択肢の提供

- ・多様な選択肢を示すにあたり、ハローワーク、求人広告、フリーペーパー、インターネット、縁故(友人、家族、他就労支援者など)、街の張り紙等を活用¹³⁾
- ・支援者が「当事者ができそうな仕事は何か?」と常に意識をしながら、日常的に求人検索¹²⁾
- ・支援スタッフが諸機関と連携しながら一軒一軒企業を探し、就職に結び付ける⁷⁾、企業の人事担当者と顔見知りになり、職安へ出す前に、人材募集の連絡を入れてもらう¹⁰⁾、企業(企業を核とした支援ネットワーク)から企業を紹介してもらうことで就職率が上がる¹⁴⁾

C-5 退職が適当な場合の退職時の支援と再就職支援

- ・心理的サポートとして、職場での話し合いや退職のあいさつの際に同行¹³⁾
- ・退職(自己都合含む)にあたり、気持ちを共有・整理・振り返り、失敗と捉えず次に活かす姿勢で支援^{6)、13)、14)}
- ・産業医-主治医の連携が円滑であれば、失業という喪失体験からの再燃や自殺へのリスクマネジメント、本人が失業という困難な現実を受容する上でより適切にサポート可²³⁾

C-6 就職後も継続する事業主と本人への支援

- ・就労の妨げとなる副作用の少ない、就労形態に合わせた服薬しやすい、処方内容^{2)、14)}
- ・職場担当者に対して、順調な職場適応を進めるための情報提供や支援^{5)、12)、15)、16)、18)}
- ・定期的あるいは随時(平日20時までの就労支援部⁵⁾などに患者から職場での不安・課題や体調について相談にのる¹⁴⁾
- ・就職/復職後の体調悪化への準備として、職場・本人・家族・関係機関等から連絡が入る体制^{8)、10)}や迅速に対応できる連携体制の構築^{6)、12)}
- ・就労している患者が集まれる場として、ナイトケア、日曜日のデイケア⁵⁾、「定着支援グループ」¹⁷⁾
- ・産業医-主治医の連携(産業医面接の結果を主治医宛に郵送など)は、復職・休職の判断、治療中の転職や辞職などの大きな判断の回避、人事労務担当者の負担を軽減する、最も有効な方法であり、連携による情報共有は、産業医が、病気の性質や服薬の種類や量を知り、仕事上のミスや職務制限などについての配慮を考慮することができる²³⁾
- ・EAP機関と看護師、人事労務担当と管理職が連携、積極的に予防・職場ストレスに対処²⁴⁾

C-7 施設内でなく地域をベースに就労支援を行う

- ・訪問型個別就労支援チームの特徴として、支援はインテーク、アセスメント、支援計画の作成に至るまで、自宅、デイケア、外来診療、小規模作業所など施設外で行うことを原則¹¹⁾
- ・自機関内には、事務室と相談室のみで、職業準備訓練などの場はないため、企業数社との契約によって企業内に体験の場を設け、アセスメントや模擬就労、体験実習¹⁵⁾

C-8 全ての患者への就労への働きかけ、関係作り、励まし

- ・就労に関する案内、セミナー等を実施^{15)、18)}し、(オープン)就労している先輩の体験談¹⁴⁾から見通しを得て、グループワークでの挫折体験の修復、メンバーからの職場選択のアドバイスなどから、就労がより身近なものとなる⁸⁾
- ・仕事について相談したり、気軽に話したりできる人間関係の構築¹⁴⁾
- ・医療機関への就労支援機関からのアウトリーチ受け入れ^{5)、15)}は、就労希望者ばかりでなく、「就労は無理」としていた方々にも、就労を目指すきっかけや、さらには治療や社会復帰の過程に対してプラスの影響¹⁵⁾
- ・就労することに伴う生活の変化、生活保護や障害年金等の経済的問題について本人と検討^{11)、14)}、就労支援担当者は、障害年金・生活保護担当者とチームになりながら経済的相談を提供²⁾

(下線番号のある文献はEBPとしての取組が明示されているもの。)

表3 援助付き雇用以外の就労成果に関連するEBPIに適合するわが国の精神科医療機関の取組の例

D 包括型地域生活支援 (ACT)

- ・精神科医療でのチームアプローチ、チームミーティング¹、³、⁴、¹⁴、¹⁹
- ・医療面と生活面の一体的な相談・支援、カウンセリング²
- ・患者の地域生活での危機的状況への対応体制の整備⁴、⁵、¹²、¹⁴、¹⁹
- ・治療対象者と積極的に関係作り(アウトリーチ)を行う⁵
- ・家族、家主、雇用主等の支援ネットワークとの協力¹²、¹⁴
- ・精神科医療チームへの当事者スタッフの関与¹⁹

E 疾患管理とリカバリー (IMR)

- ・患者本人による目標設定とそのモニタリング・修正¹²、¹⁴、²⁵
- ・支援戦略にあたって本人の動機付けとの関係を意識する²⁰、²⁶
- ・認知行動療法による、生活スキル・症状自己管理スキルの獲得(強化、shaping、モデリング、ロールプレイ、認知再構築、リラクゼーション訓練)¹²、²⁰、²⁷
- ・職業場を想定したロールプレイ⁵、¹⁴、²⁰、²¹、²⁵
- ・職場での対人技能や対処技能訓練(対処技能の振返、技能拡大、リハーサル、効果の振返と修正)¹⁴、¹⁷、²¹
- ・再発防止訓練(トリガーの特定、早期の注意サインの特定、ストレスマネジメント、継続的モニタリング、即座の介入)、注意サインの特定、ストレスマネジメント¹²、¹⁷、²¹
- ・薬物療法のための行動調整(自分に合った薬の選び方、正しい服薬ができるための行動的支援)²

F 家族心理教育 (FPE)

- ・「患者への接し方についての学習と理解」、「患者と接している家族が抱える悩みや疑問を軽減」などについてのセッションやワークショップの開催²、²¹、²⁶
- ・家族教室後半に家族同士の交流会、正しい知識を得たうえで、家族同士が問題を共有・情報交換²¹
- ・家族にも就労支援者として協力してもらい(就労のプロセスについての情報提供や就労活動中に調子をくずした際の対応についての話し合いなど)¹²が、特に就労への期待が高い場合には、担当者による面接を繰り返して、「回復には時間がかかること、せかさなないことが必要」であることを理解してもらう¹⁸
- ・家族が困った時にいつでも相談しやすい体制作りとして、社外相談窓口の設置—受診者とその扶養家族に対する、電話相談と主要都市での面接相談の実施²⁴、家族向けメンタルヘルスガイドブックの作成、ファミリーホットライン(24時間相談可能)を設置²⁸、従業員家族への電話相談のリーフレットの送付²⁸

(下線番号のある文献はEBPとしての取組がされているもの。数字の網掛けは就労支援との関係が明記)

までの職業準備性モデルでの取組以外に、援助付き雇用モデルの就職支援への取組が多く報告されるようになっており、また、職場適応や就業継続への医療の重要性を示す支援内容の報告も多い。

【参考文献】

- 1). 西尾：ACTにおけるIPS、「精神科臨床サービスvol.9」、p.272-275 (2009)
- 2). 中原、飯野/編：『IPSハンドブック 精神疾患があっても「働きたい!」社会で役割をもちたい!』、p.25-27, 63-68, 92-99 クリエイツかもがわ (2010)
- 3). 池田：IPS～個別職業紹介とサポートモデルへの導入、「デイケア実践研究vol.13(2)」、p.14-20, (2009)
- 4). 佐久間：あさかホスピタルにおけるリハビリテーションの展開と地域統合への試み、「精リハ誌vol.14(1)」、p. 58-64, (2010)
- 5). 石井：ひだクリニックにおける就労支援の取組「第18回職リハ研究発表会」、p.280-283,障害者職業センター (2010)
- 6). 津田：「働きたい」をかなえるために—IPSモデルでの就労支援(特集「働きたい」を支えるOT-就労支援の実例)、「臨床作業療法vol.5(5)」、p.386-391, (2008)
- 7). 田川：通院者就労調査アンケートとNPO法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク(JSN)「精神神経学雑誌vol.111(9)」、p.1076-1081,(2009)
- 8). 三家：精神科クリニックにおける就労支援、「精神神経学雑誌vol.111(9)」、p.1087-1091,(2009)
- 9). 田川：就労支援1:精神科診療所から—企業・支援機関との連携—、「精神科臨床サービスvol.11」、p.84-87, (2011)
- 10). 伊藤、大場：だんだんの就業支援の歩み:10年を振り返る、「精リハ誌vol.14(1)」、p.51-57, (2010)
- 11). 立石：「地域精神医療におけるソーシャルワーク実践 IPSを参考にした訪問型個別就労支援」ミネルヴァ書房/京都 (2010)
- 12). 山崎、浅井：精神科デイケア、「精神科臨床サービスvol.9(2)」、p.248-252, (2009)
- 13). 池田：就労支援2:デイケア、「精神科臨床サービスvol.11」、p.88-92, (2011)

- 14). 相澤他：ワークショップ(要旨) 地域で支える精神障害者の職業リハビリテーション(特集 第16回職業リハビリテーション研究発表会)、「職リハネットワークvol.64」、p.55-64,障害者職業センター(2009)
- 15). 根本：就労支援におけるアウトリーチ支援、「精神科臨床サービスvol.11」、p.132-135, (2011)
- 16). 谷口他：臨床心理士による就労支援の利点と課題—総合病院精神科外来における実践を通じて—、「精リハ誌vol.14」、p.181-186,(2010)
- 17). 大野、寺村：精神科デイケア(医療機関)における就業支援の取り組み、「精リハ誌vol.9(2)」、p.178-182,(2005)
- 18). 大山：精神障害者リハビリテーションにおける回復過程と支援のあり方—精神科デイケアを利用し就労した2事例を通しての考察、「職業リハビリテーションvol.20(1)」、p.23-31, (2006)
- 19). 伊藤他：【座談会】日本におけるACT導入の課題と展望、「精リハ誌vol.9(2)」、p.108-125, (2005)
- 20). うつ病リワーク研究会：「うつ病リワークプログラムのはじめ方」、弘文堂 (2009)
- 21). うつ病リワーク研究会：「うつ病リワークプログラムの続け方 スタッフのために」、弘文堂 (2011)
- 22). 菅原：うつ病休職者・離職者へのリハビリテーション「こころの臨床 a・la・carte vol.29(4)」、p.527-532, (2010)
- 23). 産業医科大学精神医学教室/編：「産業医のための精神科医との連携ハンドブック 改訂新版」、昭和堂 (2009)
- 24). 井田：伊藤ハムグループにおけるメンタルヘルス対策—EAP機関との連携による効果的推進、「安全と健康vol.60(9)」、p.859-862,(2009)
- 25). 「職場のうつ 新版、復職のための実践ガイド 本人・家族・会社の成功体験。アエラムック AERA LIFE」、p.20-21, 朝日新聞出版 (2009)
- 26). 香月：うつ病の複合グループ家族心理教育の紹介—名古屋市立大学病院こころの医療センターでの実践—「こころの臨床 a・la・carte vol.29(4)」、p.517-521, (2010)
- 27). 中込 他：認知リハビリテーション「こころの臨床 a・la・carte vol.29(4)」、p.505-510, (2010)
- 28). 労務行政研究所/編：「人事担当者のための実践メンタルヘルスマネジメント 新版」、p.196, 223 労務行政 (2010)

精神障害者の職業生活を支えるための医療機関等の取組

－③わが国の医療機関等で実施されている支援の実態の調査－

○春名 由一郎（障害者職業総合センター 研究員）
東明 貴久子（障害者職業総合センター）
清水 和代（障害者職業総合センター）

1 はじめに

連番発表の①¹⁾②²⁾で示したように、近年の研究によれば、精神障害のある人の就労支援は、医療面を含めた就職前の準備の重視、あるいは、知的障害等と同様なジョブコーチ支援よりも、就労希望者に対して迅速に就職支援を進めるとともに、就労支援と医療を統合的に実施し、職場適応や就業継続のために服薬・疾患管理への当事者支援、包括的生活支援や家族教育を継続させる取組の方が高い支援成果がある¹⁾。また、わが国の精神科医療機関では、就職に至るまでの職業準備性モデルでの取組以外に、援助付き雇用モデルの就職支援への取組が多く報告されるようになっており、また、職場適応や就業継続への医療の重要性を示す支援内容の報告も多い²⁾。そのような意味で、精神障害のある人の就労支援における医療機関の位置づけは、①今後援助付き雇用の取組を広げていくべき人たちを多く抱えている機関、及び、②今後の職場適応や就業継続のための支援への不可欠な協力機関、として二重に重要である。

しかし、論文や書籍等で報告されている就労支援は全国的に進んだ取組であり、必ずしもわが国の医療機関の状況を代表するものではない。今後、精神障害のある人の就労支援において、労働と医療が統合された効果的な取組を広げていくためには、わが国の一般的な精神科医療機関等による取組や課題認識の現状を把握する必要がある。

2 目的

本研究は、精神障害のある人の治療や生活支援に取り組む、全国の精神・神経科の医療機関等における、就職・復職等のニーズへの対応として、狭義の「就労支援」だけでなく、職業生活を支えることに効果のある疾患管理や生活支援等を含む取組の現状、その成果や課題、及び、今後のあり方の意向について、アンケート調査により把握することを目的とした。

3 方法

(1) 調査対象

- ①精神障害の範囲： 統合失調症、気分障害、てんかん、その他の精神疾患とした。
- ②調査対象機関： 特に、就労支援や復職支援に取り組んでいる機関に限定せず、精神障害を対象として治療・医療・生活支援に取り組んでいる精神病院、精神科クリニック、保健医療関連センター等とした。公開されている医療機関等のリストに基づき、該当する3,875機関全数を対象とした。具体的な機関は、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会、精神・神経科のある大学病院・国立病院、うつ病リワーク研究会の登録機関、上記以外のWAM-NETの精神障害・精神疾患医療機関（入院、デイケア等、作業療法等実施）の精神・神経科、てんかん専門医、精神保健福祉センター、メンタルヘルス対策支援センターとした。
- ③回答者： 回答者は、各機関において、精神疾患等のある人の、就職・復職に向けた相談や支援・治療への主担当者、就職・復職相談等がない場合には、より一般的に生活面の相談や支援の担当者とした。

(2) 調査内容

本調査では、医療機関への「就労支援」の内容を幅広く捉え、各機関における就労支援や復職支援等の標榜の有無にかかわらず、科学的根拠に基づく実践（EBP）¹⁾としての、援助付き雇用（SE）に適合性のある取組、精神障害のある人の職場適応や就業継続に効果があるとされる疾患管理（IMR）、生活支援（ACT）、家族支援（FPE）等の取組¹⁾も含めた状況を調査した。

- ア 統合失調症の就職支援、気分障害の復職支援等、各機関の取組の特徴
- イ 特別な就職・復職支援プログラムの有無と運営状況

ウ 精神疾患等のある人の職業生活を支えることに効果のある取組の実施状況： わが国の医療機関で実施が報告されているEBPとしての適合性が高い取組²⁾をリストアップし、その取組状況を聞いた。

①援助付き雇用（SE）の取組

- ・専任の就職・復職支援スタッフ
- ・包括的な就職・復職支援の実施
- ・非就労者へのアウトリーチ
- ・本人と仕事の個別的なマッチングの支援
- ・職業生活の現場での随時のアセスメント
- ・職場適応、就業継続、退職時の支援
- ・就職・復職支援スタッフのユニット
- ・就職・復職支援と医療スタッフの密接な関係

②本人の疾患管理への支援（IMR）の取組

目標設定／モニタリング／修正、認知行動療法・ロールプレイ、対人技能や対処技能の習得・訓練、再発防止訓練、服薬への行動調整、等

③包括的な地域生活支援（ACT）の取組

ケースマネジメントや多職種チームでの支援、医療面と生活面の一体的な相談・支援、患者の地域生活での危機的状況への対応体制の整備、患者の治療からのドロップアウト防止のための関係づくり、本人を取り巻く家族、家主、雇用主等との協力

④家族心理教育（FPE）の取組

患者の家族への精神疾患や対処法の説明、家族が患者本人への接し方やストレス軽減の方法等を学ぶことができるセミナーやセッション、複数家族のグループセッションやワークショップ、家族が困った時にいつでも相談しやすい体制をつくること

エ 就職・復職支援の成果と課題

①就職・復職支援プログラムの成果： 利用条件や利用者数に対する、就職・復職者数

②広義の職業生活を支える支援の生活と課題： 職探し、疾患管理と職業生活の両立、就職活動、仕事の継続、職務遂行や危険対処、職場の理解や人間関係、仕事上の処遇

オ 精神障害のある人を支える労働施策の活用の現状と今後の意向について

精神障害者雇用トータルサポーター、精神障

害者ステップアップ雇用、ジョブガイダンス事業、チーム支援、ジョブコーチ、トライアル雇用、リワーク支援等の利用状況や今後の利用の意向。

4 結果

調査は平成23年10月中旬が回収締め切りであり、発表会当日には、医療機関等が実施している、狭義の「就職・復職支援」だけでなく、精神障害のある人の職業生活を広く支える取組の具体的内容について、次のような結果のまとめを発表する予定である。

- 就職・復職支援プログラムの実施状況、成果
- 地域の労働関係機関との関係における、医療機関としての就労支援への取組
- 就職・復職支援と医療支援の専門性の役割分担や効果的な連携の取組例や、課題
- 医療機関等における、精神障害のある人の就職・復職の課題についての認識
- 統合失調症、気分障害、てんかん等の疾患種類による取組の差
- 就労経験の少ない人への就職支援と、休職者等への復職支援のそれぞれの特徴
- 医療機関での就労支援の人材育成等の状況
- 労働施策制度・サービスの活用状況やニーズ

【参考文献】

1. 東明、春名、清水：精神障害者の職業生活を支えるための医療機関等の取組－①Evidence-Based Practices (EBP)の概要(文献レビュー)－、職業リハビリテーション研究発表会、2011.
2. 清水、東明、春名：精神障害者の職業生活を支えるための医療機関等の取組－②わが国における精神科医療機関における「就労支援」(文献レビュー)－、職業リハビリテーション研究発表会、2011.