第105回日本精神神経学会総会

シンポジウム

指定発言

伊藤順一郎(国立精神・神経センター 精神保健研究所)

科学的根拠のある IPS(Individual Placement and Support:個別職場定着とサポート)の研究からわれわれが学ぶことができることは様々であるが,(1)「働きたい」という本人の希望に向き合うこと,(2)支援に当たっては,本人・家族と,就労支援の専門家,医療・生活支援のスタッフが,2人3脚状態でチームを組んで,職を得るプロセス,職を維持するプロセスを歩んでいくこと,の重要性は特に強調したいことである。

本シンポジウムの発表では、これらの重要性を踏まえた、就労支援の実際が提示された。特に精神 科クリニックが就労支援の専門家とチームを組んだ就労支援のあり方は今後の一モデルとなりうるも のである。そこでは、就労というチャレンジングなイベントに対して、医療、生活支援、就労支援の、 それぞれのハイサポートが実現できているからである。

指定発言者として,筆者は医療チーム,生活支援のチーム内に,就労支援スタッフを具体的に位置づけることを提案した。また,今後精神科医療者が検討すべきこととして,①精神科医はチームのメンバーとして,どのようにコミットできるか,②精神科医は,どれだけの時間をかけて,就労支援の一翼を担うことができるか,③ train then place から place then train $^{\wedge}$,実行可能なモデルはどのようなものか,④企業と医療者との関係のみなおしの 4 点について言及した。

演者の発表を聞きながら、指定発言者としてま とめた考えを、若干述べることにしたい。

まず,科学的根拠のある Supported Employment (援助つき雇用) とりわけ IPS (Individual Placement and Support:個別職場定着とサポート) の研究 $^{(1)}$ からわれわれが学ぶことができることは様々であるが,ここで強調しておきたいことは次の $^{(2)}$ 点である。

- ①「働きたい」という本人の希望に向き合うことが重要である.
- ②支援に当たっては、本人・家族と、就労支援 の専門家、医療・生活支援のスタッフが、2 人3脚状態でチームを組んで、職を得るプロ セス、職を維持するプロセスを歩んでいくこ とが重要である。

今回のシンポジウムのポイントは,田川先生, 三家先生といった,精神科クリニックでの臨床を 熱心にされている先生方が、当事者の「働きたい」に真摯に向き合われていることを提示したということである。それは、具体的には NPO 法人 JSN (job support network) を作られたり、デイケアを中心に就労支援のプログラムを作られたりしたという実践活動によって裏打ちされている。「働くストレス」に焦点を当てるのではなく、「働けないストレス」に焦点を当て、その解決のための仕組みを作られた、それが第一の重要点である。

もうひとつのポイントは、これらの実践活動が 医療者のみの工夫によって成し遂げられたのでは なく、北山先生や障害者職業総合センターの相澤 欣一氏といった、就労支援の専門家のバックアッ プがあって結実したという事実である。今までと もすれば医療と就労支援者のあいだには距離があ った。それがこの大阪の取り組みでは直接に結び ついている。「連携」ではなく、「チーム」として

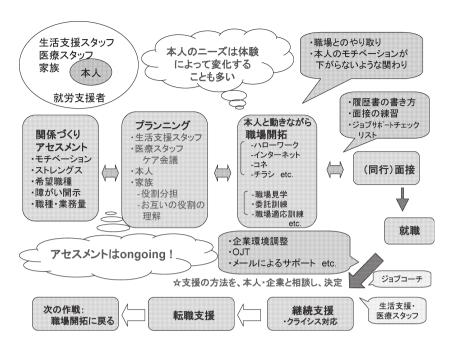


図1

両者が機能しているわけで,異なる立場の支援者 がコミュニケーションを持ち続けたことで,画期 的な支援の体制が作り上げられたといっても良い であろう.

さて、就労支援のプロセスを、試みに図1として提示してみた。繰り返しになるが、本シンポジウムで肝心なのは、このプロセスを、本人を中心に医療、生活支援、就労支援の担当スタッフが「チーム」として歩んでいることの重要性を提示したことである。

そもそも,就労支援は精神医学的に安定したから始まるのではない.「働きたい」という主体の意志があるから始まるのであって,精神医学的な安定はこのプロセスに取り組むうちに得られる産物の場合もあるのである.

しかし、それを成し遂げられるのは、様々な困惑や心配が生じるであろうこのプロセスのあいだ、一貫して様々な面からのサポートがあってこそである。リスクの生じやすい時期、すなわちチャレンジのときこそ、ハイサポートが必要なのである。

たとえば職場開拓に当たって、本人がどのような職場(少人数がいいのか、通勤にはどのくらいかけてよいのか、何を製品として生み出している企業かなど)で、どのような職種(事務系、手作業系、販売系、工事系など)を、どのくらいの労働時間で望んでいるのか、障害の開示は望んでいるのかなどの情報は、様々な支援者で共有しそれぞれのサポートのヒントにする必要がある。薬物療法でさえも、一日の服薬回数や許容される副作用などを、これらの情報を参考にして決めていくことができるわけである。

そこで、今回の発表を聞きながら、さらに意を強くしての筆者の提案は、医療チーム、生活支援のチーム内に、就労支援スタッフを具体的に位置づけることはいかがか、ということである。これは、個々の治療、あるいは支援の目標として、「働きたい」人にはその実現を掲げるということを意味する。

精神障害と呼ばれる,疾患・障害複合体³⁾をかかえた人々に対する治療や支援とは単に病いが安

定化し、再発が予防されることを目指すだけでは 不十分である。なぜなら、それは必ずしも地域社 会における充実した生活の実現を意味しないから。 リハビリテーション、さらには社会再参加を視野 に入れた場合は、治療や支援の目標は市民として の普通の生活課題の実現、つまり、結婚や子育て、 そして働くことの実現などが、あがってしかるべ きであろう。「就労支援は職業リハ領域であるか ら、医療の仕事ではない」という姿勢は、もはや 改めなくてはならないのではないかと、筆者は考 えるのである。そして、改め方の具体的な形とし て、就労支援の専門家をチームスタッフの一人と して迎え、医療的なサポート、生活支援のサポー トと共に取り組む、チーム医療を提案したいので ある。

さて、後半では、このように就労支援を考える ものとして、医療関係者に対する問題提起を4点 ほど挙げさせていただこう。

①精神科医はチームのメンバーとして, どのようにコミットできるであろうか?

たとえば、障害者就労を目指す場合に、精神科 医は意見書を書くことが求められる. 「形式だけ のもの」という意見もあるが、字義通りにとれば、 意見書では主治医が就労の可否について意見を述 べる, つまり, その人の就労可能性について専門 的見地から発言する権限を持っていることになる。 しかし現実的には、診察室の会話だけで、「ある 特定の職場における, ある特定の役割の遂行可能 性 | が適切に判断できるものではないのは明らか であろう、北山先生の発表などからわかるように, そもそもアセスメントの視点が医学的アセスメン トとは異なるのである。 言うまでもなく就労可能 性のアセスメントは就労支援の専門家や利用者の 生活の場を知っている生活支援のスタッフこそが 適任なのである。しかし一方で, 医学的な情報や 薬の効果, 副作用などに関しては、精神科医は必 要な情報を的確に発信する必要がある。リスクに ついても明確に伝える必要はある。 しかもチーム スタッフがわかる言葉で,である。

このように考えると、チームとして共同作業できる基盤づくりに精神科医もどれだけ取り組むことができるかが問われる。就労支援や生活支援とはことなる立場から、しかし権威に依拠せずチームの一員として参加する姿勢を、具体的にどのようにあらわすか。言葉としてさらに整理が必要なところである。

②精神科医は、どれだけの時間をかけて、就労 支援の一翼を担うことができるか?

チームの一員として利用者の就労支援にも関わるうとするとき、自らは詳しいアセスメントはしないとしても、その人が職に就くにあたって生かせる長所を知り、生活の状況をある程度把握することは精神科医にとっても必要なことであろう。「どのような生活を望んでいるのか」に耳を傾けたり、仕事をし続ける上での課題整理などに共に取り組むことも時には必要なことかもしれない。しかし、たとえば外来でそのような時にどれだけの時間を精神科医はかけることができるだろうか?

たとえば一日に 60 人も 70 人もの患者を診なければならないような状況では、精神科医にていねいなコミットを求めるのは現実には困難であろう。今後このような問題をクリアするために、外来診療に対して「量より質」を目指す、何らかのシステムチェンジが必要ではないだろうか。

③ train then place から place then train へ, 実行可能なモデルはどのようなものか

IPSをはじめとする科学的根拠に基づく研究は、「保護された環境で訓練してから職場定着」よりも「まず就労現場に赴いて、そこで必要な訓練をする」というあり方のほうが、精神障害をもつ人々の就職率が高いことを示している。わが国の場合も、福祉的作業所などでの仕事に適応の良い人が一般企業での就職に結びつくかといえば、それは否定的であり、可能な限り速やかに、本人の特性に適合した職種で企業に就職し、そこで就労支援スタッフの継続支援を得て、技術的にもその職場に見合う技術を身につけたほうが、就労継続

につながりやすいことは,実証されている²⁾。

しかし一方で、最近の障害者就労のための支援制度は、様々な就職準備のための機会を提供している。またその特徴は、企業内での訓練の機会を提供している。その中には、いささか保護的であったり、逆に処遇としては十分な手当てや保障がなかったりすることもあるが、とにかくも一般企業での就労体験を可能にするものではある。たとえば職場実習、トライアル雇用、特例子会社による就労、ステップアップ雇用などがそれにあたる。

就労支援のゴールとしては、理想的には、一般の労働者に入り混じって彼らと同じ条件で働くことを目指すべきであろうが、その実現に至るプロセスとしては、企業と障害を持つ人々をつなぐ制度活用も考えるべきではないかというのが筆者の考えである。

企業と本人との両者が互いにwin-winになるよう支援を行うことが、就労支援のポイントである。どちらかの犠牲や我慢の上に成り立つ就労支援は長続きしないであろう。したがってwin-winのための実行可能なモデルは今後いくつも提示される必要がある。今回の三先生の発表も、その一部と考えてよいであろう。

戒めなければならないのは,「医療の場においてあるいは福祉の場において,就労に必要なスキルはすべて身につく」といったような安易な発想である。医療や福祉の場から出て「現場」での練習を目指す姿勢は引き続き強調されねばならない。

④企業と医療者との関係のみなおし

地域生活中心の精神科医療を目指すのであれば、 私たちは、生活の場の事情にもっと詳しくなる必要がある。どんなところに利用者が住み、どのような人々と日々かかわりを持っているのかなどを知ることが、具体的な彼らの生活の支援につながるからである。利用者それぞれと環境のあいだで起きる相互関係を知り、そこでの工夫を積み重ねていくことが心理社会的な支援の要といっても良 いであろう。もっともこれはすべて精神科医一人の仕事というわけではない。多職種よりなるチームの中で、生活支援を担うスタッフが見聞きしてきたことを精神科医も共有する、そして利用者本人や家族等の希望に耳を傾けて支援の計画をたてるというスタンスのなかで実現するものといってよいだろう。

同様のことが、企業という集団と、医療者のチームの間においても、今後考慮されるべきである。精神科の医療サイドは、今まであまりにも企業という文化、あるいはそこで働く人々のありかたについて無知であったのではないかと思う。障害をもった人々が働く環境を具体的に知り、その場の人々の考え方や行動のありかたに触れる機会をほとんど持たずに、就労支援という言葉を安易に口にしていたのではないかと、自戒をこめて危惧している。これは地域生活支援において、地域社会という環境の具体的な姿を把握しないで支援をすることになぞらえられるだろう。

精神科医療者が今後、同じ地域社会に住むものとして企業人と出会い、会話を重ね、お互いの文化についていくばくかでも伝える努力と知る努力を続けていくこと、それが実のある就労支援の実現を生み出すであろう。

ここでも精神科医療者の「脱施設化」が求められているのである。

文 献

- 1) Becker, D.R., Drake, R.E.: A Working Life for People with Severe Mental Illness. Oxford University Press, New York, 2003 (大島 厳, 松為信雄, 伊藤順一郎監訳: ワーキングライフ, 金剛出版, 東京, 2004)
- 2) 厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究 事業;精神障害者の一般就労と職場適応を支援するための モデルプログラム開発に関する研究。平成17-19年度 総 合研究報告書(主任研究者 西尾雅明)。2007
- 3) 高木俊介 (2008): ACT-K の挑戦 ACT がひらく精神医療・福祉の未来. 批評社