

第 112 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

統合失調症の人が働くことを支援する ——精神科医にできること——

池淵 恵美 (帝京大学医学部精神神経科学講座)

社会制度の変化により統合失調症の人の就労は近年改善したが、医療側の支援技術が追いつかず、雇用側・福祉側から医療への不満がある。重い精神障害の人に対しては、まず就職してそのうえで援助を受けながら仕事を続けていく「援助付き雇用」が一般就労には有用であることが、多くの研究報告によって明確になっている。これまでのエビデンスで効果があると推定されている支援方法には、就労支援を行うものと医療やリハビリテーションを行うものと同一のチームで援助する方法などがある。診察室の中で精神科医にできる就労支援として、①本人の育った過程や価値意識を知り、どのような働き方(生き方)をしたいと思っているかを踏まえて支援する、②精神障害についての心理教育、③働く力を知るために実際の活動を共体験している専門家をはじめ、雇用側・福祉側との緩やかなチームを形成する、④症状の悪化を仕事や生活の変化と結び付けるための現場の情報収集などについて述べた。

<索引用語：統合失調症，就労支援，援助つき雇用，デイケア，就労支援機関>

はじめに

就労は、統合失調症の人の社会参加の中で近年最も大きく向上した領域である。それには社会制度の変化による影響が大きい。障害者雇用促進法の改正により、精神障害者が雇用率に算定されるようになった影響で、精神障害者の一般企業への就職は右肩上がりに増加しているし、以前では考えられなかった有名企業でも統合失調症の人たちが働くことが可能となった。また、総合支援法など福祉的就労を助成する制度によって、就労移行支援事業が飛躍的に増え、一般企業もこの事業に参入するようになった。就労移行支援 A 型事業所

では、法定の最低賃金を保障するようになり、かつての作業所のイメージ(わずかな工賃しか支給されない)ではなくなった。もちろん、課題はたくさんある。医療側の就労支援技術が追いついておらず、雇用側・福祉側から、医療への不満が大きくなっているし、支援技術の未熟さからいったん就職しても離職が多くなっている実態がある。また障害者雇用が増えているといっても、若い人の人生との葛藤がある。最低賃金を保障するとはいえ、「今の給料では結婚できない」という悩みがあり、また特例子会社などの環境では「普通の人と同じ仕事ではない」不満がある。

第 112 回日本精神神経学会学術総会=会期：2016 年 6 月 2~4 日、会場=幕張メッセ、アパホテル&リゾート東京ベイ幕張
総会基本テーマ：まっすぐ・ところに届く・精神医学

教育講演：統合失調症の人が働くことを支援する——精神科医にできること—— 座長：安西 信雄(帝京平成大学大学院臨床心理学研究科)

グローバルにも、社会のありようと精神障害者の就労とは関連している。例えばイスラエル全体で登録されている精神科病院入院患者の調査⁹⁾によれば、初回入院の統合失調症の場合、最低賃金以上の仕事に就いている人の割合は10.6%（双極性障害では24.2%）、2回以上の入院の場合、統合失調症5.8%（双極性障害19.9%）と厳しい数値となっている。おしなべて先進国では、通常の就労を維持できる割合は1割程度であるとする報告が多い。生活障害がある人に対して多様な「働き方」を提供できるかどうか、その社会の成熟度にかかわるといえるかもしれない。一方、第1次産業主体の農・漁村や家族との同居が一般的な社会ではこの割合がもっと高くなるなど、文化依存的である。

統合失調症の人たちだけでなく多くの精神障害者が、社会の中で働くことを望み、それによって回復を果たしていく。しかし、疾病に伴う生活障害（disability）がその桎梏となり、通院などの負担や社会的偏見もそれに重畳する。私たちはそれに対してどのようなことができるだろうか。本論では、精神科医が診察室の中でもできる、もしくは多くの就労支援の専門家が果たしてほしいと願っている精神科医の役割に的を絞って論じてみたい。なお、本論は重度の持続的な精神障害をもつ人を主な対象としている。生活障害が軽度である不安障害やうつ病におけるリワーク支援などは、また異なる支援が必要であることを付記したい。

I. 統合失調症をはじめとする重い精神障害の人への就労支援のエビデンス

1. まず就職して、そのうえで援助を受けながら仕事を続けていく「援助付き雇用」が一般就労（障害者向けではなく一般の人も働けるポストに雇用されること）には有用である

米国ではそれまでの職業リハビリテーションの反省から、知的障害者などを対象にして訓練機関でのトレーニングを長く行うのではなく、実際の職場でサポートを受けながら定着を図る援助付き

雇用（supported employment）の手法が生まれて、1990年代には精神障害に対しても実施されるようになった。そしてその成果をレビューした論文が出されて、援助付き雇用の優位性が確定した³⁾。その後2001年にはCrowtherら⁷⁾が体系的なレビューを行ったが、重度の精神障害を対象とする援助付き雇用では、就労前のトレーニングや通常の地域ケアに比べると、一般就労に至る率が高かった（援助開始12ヵ月での時点でそれぞれ34%、12%）。コ克蘭データベースの体系的レビュー⁸⁾では、援助付き雇用は、就労前の職業リハビリテーションに比較して、一般就労率で有意な効果があること、しかし症状やQOLでは差がないことを示している。また、援助付き雇用の中でもIndividual Placement and Support (IPS) が重度の精神障害をもつ人にとって最も効果が明らかであるとしている。Lehmanら¹²⁾は219名の重い精神障害の人たちを無作為にIPSもしくはリハビリテーションプログラム（総合的な心理社会的プログラムの一部に就労支援があるが個別のアウトリーチなどの支援はしない）に割り付けて2年間追跡したところ、何らかの仕事に就いた人の割合は42%対11%と有意差があった。Hoffmanら¹⁰⁾は援助付き雇用で一般就労しても離職が多いのではないかというそれまでの懸念に対し、5年間の調査により援助付き雇用の効果は持続することを示した。

2. 医療・リハビリテーションと就労支援の統合モデルの有用性が高い

精神障害に対する援助付き雇用の代表的手法となったのがIPSモデルで、医療・リハビリテーションと就労支援を統合した支援を行うところがある。その大きな特長の1つである。Cookら^{5,6)}は福祉・就労・医療の統合の度合いによって就労の達成率が異なることを検証した。7施設で1,273名の重い持続的な精神障害をもち、就労の希望のある人を無作為に2群に振り分け、高い統合群と低い統合群とで比較したところ、高い統合群のほうが有意に一般就労を達成した率や月40時間以上働けた

率が高かった (達成率 58% 対 21%, 40 時間以上率 53% 対 31%)。

Mueser ら¹⁵⁾は 204 名の重度かつ持続的な精神障害をもつ人で、就労希望があるが職のない人を対象に、IPS 群 (精神保健センターで、医療、リハビリテーション、援助付き雇用を包括してサービス)、PSR 群 (心理社会的リハビリテーション、わが国でいえば過渡的雇用のプログラムがあるデイケア)、通常の治療群 (外来のほかに希望により、PSR に参加することも援助付き雇用のサービスを受けることも可能だが、それぞれ別の機関で実施される) を無作為割り付けで比較したが、24 ヶ月の追跡の結果、20 時間以上働くことができた人の割合 (IPS 群 33.8%, PSR 群 4.5%, 通常のサービス群 13.0%), 労働に伴う 2 年間の総収入 (IPS 群 2,078 ドル, PSR 群 239 ドル, 通常のサービス群 618 ドル) などいずれも、IPS 群が有意に優れていた。

3. 援助付き雇用を補完するプログラム

これまでの効果研究で明らかのように、IPS が一般就労率について優れた成績を上げている。しかし IPS 群においてさえ、障害者本人にとって「満足できる数字」であるのだろうか。例えば得られた収入は、まだまだ自立して生活するには不十分であることがわかる。重い生活障害を補うために、援助付き雇用は、人的環境を整えることで障害をもつ人でも働くことを可能にする。それに対して就労してからの社会生活技能訓練 (social skills training : SST) や認知機能リハビリテーションなどは、こうした障害を改善し代償するための支援である。

就労維持を目標とする SST として、Wallace ら¹⁶⁾は「職場での基本的なスキル」モジュールを開発している。仕事をする事でどのように生活が変わるか、職場で期待されること、自分の力を生かすのはどのような仕事か、ストレスや症状にどう対処するかなどを学習し、スキル練習する構成となっている。

Wexler と Bell¹⁷⁾は認知機能リハビリテーシ

ョンと職業リハビリテーションとの包括的实施を以前より試みている。彼らの治験によれば、介入終了時点では認知機能リハビリテーションの有無による差は明確ではなく、その後の追跡期間において有意差が出現した。支援がなくなってからの就労の維持に対して認知機能リハビリテーションが有効であることになる。また、認知機能リハビリテーションで有意な認知機能の改善を示した個人は、就労率が高かった。McGurk ら¹³⁾も援助付き雇用で認知機能リハビリテーションを加えることで、就労転帰を改善する試みを行っている。認知機能リハビリテーションでは合計 24 時間、さまざまな認知機能を標的としてトレーニングを持続したが、認知機能技術者は就労カウンセラーとともに、就労相談や職場での援助などを行った。12 ヶ月間の結果は、さまざまな就労の転帰指標で援助付き雇用プラス認知機能リハビリテーション群が優れていた。さらに McGurk ら¹⁴⁾はこれまで援助付き雇用で就労に至らなかった人たちを対象に認知機能リハビリテーションを実施して、その就労転帰の改善を報告している。

II. 一般就労を目標とするときに効果のある 就労支援方法のエッセンス

これまでの就労支援のエビデンスに基づいて、効果があると推定される支援方法をまとめた。

- ① 就労支援と生活支援やリハビリテーションは、同一のチームで援助する²⁾。同一の専門家 (もしくは同一のチーム) がインタビュー、関係づくり、アセスメント、就労 (プレイスメント)、そして継続・同行支援などの就労支援サービスを一貫して行う。
- ② 職業能力の評価は、実際の職場かもしくは類似の環境で実際の労働を行ってもらい縦断的に観察することが、最も予測性が高い⁴⁾。精神症状の評価や、検査室で行われる適性検査などではその後の就業を十分予測できない。受け身の検査室での機能と、実世界での社会的状況のもとでの仕事や能動的な取り組みは、異なる脳機能が要請されるからである。

- ③一般就労を目標とするのであれば、対価を伴わない労働や福祉的就労を継続するよりも、はじめから収入の得られる場での労働を援助するほうがよい。長い就労前訓練はむしろ士気の低下を招く場合がある。しかし、障害者本人にまだ就労の希望がはっきりしない、体力や症状などが不安定で今後改善する可能性が大きいなどの場合、準備のための「働く練習の場」（例えばデイケアや就労移行機関）が役立つ。
- ④就労後の援助は継続して行われるべきである。精神障害者は、ストレスにもろいことや自身の能力や耐性を十分内省することが難しいことなどから、仕事を辞めやすい。これを防ぐために、就労前の必要な準備とともに、就労後も継続してサポートする体制が重要である。
- ⑤障害者本人の希望や志向を尊重して職業選択を考慮すべきである。例えばBeckerら¹⁾は重度の精神障害をもつ143名を調査して、希望した職業に就いた人のほうがそうでない人と比べて2倍も仕事を持続し、また満足度も高かったと報告している。しかし、障害者雇用枠では好むと好まざるとにかかわらず、一般的には未熟練者向けの入門レベルの仕事が多く、学歴はあっても、また専門的な仕事への希望があっても、事務補助程度の簡単な業務を任せられることがほとんどである。はじめは負担のかからない仕事から入って徐々にステップアップできるような、仕事の上でのキャリア育成の視点が、これからは障害者雇用にも求められるだろう。
- ⑥就労することに伴う生活の変化、ことに生活保護や障害年金などの経済的問題については、あらかじめ障害者本人と十分検討しておく必要がある。
- ⑦サービスを利用することに困難がある人に対して、こちらから出向いて（アウトリーチ）サービスを提供する。重い精神障害の人では、能動性・計画性にしばしば障害があるところから、専門家から出向いて継続的なサービスを行う支援が重要である。

Ⅲ. 診察室の中で精神科医にできること (してほしいこと)

1. 当事者がどのような働き方（生き方）をしたか、よく聞いているか、よく聞いてほしい
丁寧な生活歴や家族歴を聴取することは初診で行われるが、その中で意識的・無意識的な価値意識がみえてくる。なかでもクラブ活動や趣味など、好きだったこと・得意だったことや、対人交流の特徴が大切である。家族に共有されている価値意識も大きな影響がある。本人の気づいていない自己価値観に突き動かされて、初発の時点でめざしていた仕事や目標に、発病後も長く固執することがよくあるが、家族や生育背景から理解できず、そうした本人の価値意識をよく理解し、そのうえで現実に行えることとの折り合いをつけていくのが精神科医の腕の見せ所である。誰でも同じことだが、やりたくない仕事は続かない。しかし社会人として「自分にできること」を続けていき、経済的にも親から自立することは、社会の中の成熟であり、本人の成長をもたらす。
2. 精神障害についての知識（病名、症状、どのような治療が必要か、仕事への影響、症状との付き合い方）について、診察室での説明とともに、可能であれば仲間と心理教育を受ける経験を提供してほしい
自己についての直接的な情報とともに、客観的な情報を学ぶことによって、精神障害の自己への影響を知ることができるし、社会生活を設計する基礎知識の1つになる。
3. 当事者の力〔作業能力、対人能力、セルフモニターの力（症状、自分の感情、疲労度など）〕を知るための場を工夫してほしい
診察室の中だけでこうしたことを理解することは無理であり、専門家とともに社会生活を「共同体験」していく機会が必要である。具体的には、デイケアなどで集団での課題達成を一緒に経験したり、本人が生き生きと元気になる体験をすることで、本人の持ち味がわかり、本来の力をどうした

ら引き出せるかを、支援者がつかむことができる。また、やれたことを十分に共有することが、その後の職場での苦しい体験を乗り越える力となる。躓くときのパターンもわかる。そのために本人と共体験して、それを一緒に言葉にして共有する支援者（専門家）が必要である。

4. 仕事をする力を学ぶ場を提供してほしい

職場実習が役立つし、試行錯誤できる場がほしい。そのためには「共体験」した支援者と、就労支援の専門家や雇用側の人たちとがつながる緩やかなチームが必要になる。気心の知れた就労移行支援機関が1ヵ所あるだけでもよい。医療・福祉・労働というお互いの異なる立場をわかり合える関係性や、うまくいった事例の共有がチームを支える。

5. チームの中で、一緒に動いてくれる人が必要である——窓口での対応やあっせんだけではうまくいかない——

ハローワークを利用し、どのような勤務形態を選択するか、履歴書の書き方、職場面接など、言葉での説明だけでは成功しない。共同作業してくれる専門家が必要である。

6. 症状の悪化は職場や生活のストレスから起るので、仕事や生活の上での主観的・客観的变化を聞いてほしい

当事者が気づかないことも多いので、緩やかなチームからの情報が一番役立つ。

「幻聴が増えているので、主治医に相談しなさい」と職場で言われて臨時受診、というケースは多いが、薬物増量や職場を休ませる対応は必ずしも正しくない。ある女性はしばしば職場で幻聴が増悪するが、その誘因はいくつかあり、「間もなく契約更新がありそれが不安、仕事がうまくできていないと本人が気にしている」「ちょっとした失敗がきっかけで、スタッフがどう思っているか不安になっている」「自宅で母親に『お嫁に行くことも考えなさい』と言われた」などであり、それぞ

れへの対処をすることで、薬物増量しないで乗り切れる。その際に職場の情報など緩やかなチームの助けが必要である。また集団の中での行動パターンがあらかじめわかっていると、何がストレスになっているか予測しやすい。新しい仕事が増えたとわかり、張りきって将来の昇進をめざして仕事して、空回りして疲れてしまう、逆に新しい仕事の不安や負担感から、不眠や身体症状が出て、朝起きられなくなってしまうなどである。

7. いつも生活や仕事の様子を気にかけて、本人の頑張りをおねがひしてほしい 本人の価値観に沿った評価を心がける。

IV. 多様な働き方（生き方）のできる社会に

本論はすべての精神障害者が一般企業で働くことを目標とするものではない。さまざまな障害者への就労支援制度が整備されてきてはいるものの、実際に一般社会で働いている人はまだ少数派である。その背後には、働くことをあきらめてしまった人たちや、自信を失ってチャレンジしようとしなない人たちもたくさん存在する。仕事を続けていくことを選ばなかった人たちが、その人たちにとっての「満足できる生活」を見出していけるような社会でもある必要がある。20～40代ころまでは就労にチャレンジしても、その後は自分なりの生き方をもう一度模索するようになる例もみられる。一人暮らしや、結婚して自分の家族をもち、子育てすることへの期待や支援のニーズも大きい。

再発や再入院のみられる家族では、特に家族の高齢化に伴って一人暮らしや経済問題が課題となる。どう社会で支えていくのか、合意作りが必要である。

社会参加する人が増え、よりよい生活を求めていくうえで、身体的健康の問題はゆるがせにできない。医療による管理という視点ではなく、どのように当事者に身体的健康への関心をもってもらい、自己管理するスキルを身につけてもらえるかが課題であろう。

おわりに

今の病態理解や治療技術では、残念ながら十分改善しない障害がある。神経認知機能障害、意欲・発動性の低下・社会的興味の消失、持続的な対人過敏・被害的傾向と引きこもり、病識欠如、ストレスへの脆弱性などである。そうした事態について理解し、当事者や家族とも共有することは、適度な医療への期待（過剰な薬物療法の期待の防止）と、当事者や家族自身の人生を求める自立の姿勢とのバランスを期待することができる。リカバリーのプロセスの中でその人なりに生きられるようになることで、一般就労できないことが問題点ではなくなることも起こる。治療者はリカバリープロセスに伴走する姿勢をもち、可能な限りそれを助けていく¹¹⁾。

生活障害に対する脳科学の発展や、社会で多様な働き方を支えるための制度の改善によって、重い持続的な精神障害をもつ人が「当たり前」に仕事ができることを可能にしてほしい。本論がそうしたことへの1つの階段となれば幸いである。

なお、本論文に関連して、開示すべき利益相反はない。

文 献

1) Becker, D., Drake, R., Farabaugh, A., et al. : Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatr Serv*, 47 ; 1223-1226, 1996

2) Becker, D. B., Drake, R. E. (大島 巖, 松為信雄, 伊藤順一郎監訳) : 精神障害を持つ人たちのワーキングライフ. 金剛出版, 東京, 2004

3) Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., et al. : An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 48 ; 335-346, 1997

4) Cook, J. A., Rosenberg, H. : Predicting community employment among persons with psychiatric disability : A logistic regression analysis. *J Rehab Admin*, 18 ; 6-22, 1994

5) Cook, J. A., Leff, S., Blyler, C. R., et al. : Results of a multisite randomized trial of supported employment intervention for individuals with severe mental illness.

Arch Gen Psychiatry, 62 ; 505-512, 2005

6) Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., et al. : Integration of psychiatric and vocational services : a multi-site randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry*, 162 ; 1948-1956, 2005

7) Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., et al. : Helping people with severe mental illness to obtain work : systematic review. *BMJ*, 322 ; 204-209, 2001

8) Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., et al. : Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, (2) ; CD003080, 2001

9) Davidson, M., Kapara, O., Goldberg, S., et al. : A nation-wide study on the percentage of schizophrenia and bipolar disorder patients who earn minimum wage or above. *Schizophr Bull*, 42 ; 443-447, 2016

10) Hoffman, H., Jackel, D., Glauser, S., et al. : A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand*, 125 ; 157-167, 2012

11) 池淵恵美 : Personal Support Specialist としての精神科医. *精神経誌*, 118 ; 242-248, 2016

12) Lehman, A. F., Goldberg, R., Dixon, L. B. : Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry*, 59 ; 165-172, 2002

13) McGurk, S. R., Mueser, K. T., Pascaris, A. : Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness : one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull*, 31 ; 898-909, 2005

14) McGurk, S., Mueser, K. T., Xie, H., et al. : Cognitive enhancement treatment for people with mental illness who do not respond to supported employment : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 172 ; 852-61, 2015

15) Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., et al. : The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consul Clin Psychol*, 72 ; 479-490, 2004

16) Wallace, C. J., Tauber, R., Wilde, J. : Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 50 ; 1147-1149, 1999

17) Wexler, B. E., Bell, M. D. : Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 31 ; 931-941, 2005

Supporting the Working Lives of Persons with Schizophrenia as a Psychiatrist

Emi IKEBUCHI

Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine

The working lives of persons with schizophrenia have been improved since the recent changes of labor policies and welfare systems. However, the dissatisfaction of professionals supporting working lives through labor or welfare systems with psychiatrists has been increasing because of a shortage of psychiatrists with supporting skills many studies have verified the efficacy of supported employment (place-then-train policy) for persons with schizophrenia and other severe mental illnesses to be competitively employed. Evidence-based practice of supported employment requires professionals supporting employment, rehabilitation, and medical services to be on the same team. A psychiatrist in an out-patient service can support the working life of a schizophrenia patient as follows : interviewing family and obtaining life history to know the value system and strength of the patient would be useful to understand their hopes and preferences regarding working life ; psychoeducation on mental disorder ; creating one team (a psychiatrist, a professional who can co-experience real-world life with the patient, a vocational service specialist, and employer), the members of which have contact with each other ; collecting information on the working life to understand the reason for the exacerbation of psychiatric symptoms.

< Author's abstract >

< **Keywords** : schizophrenia, vocational rehabilitation, supported employment, day treatment, agency for supporting employment >
