

統合失調症者における福祉的就労の関連要因の検討

A study of work support for patients with Schizophrenia.

関西国際大学 豊田志保

Kansai University of International Studies

Shiho TOYOTA

[要旨]

本研究は、在宅生活を送る精神障害者の就労支援に関する指針を得ることをねらいとして、就労が困難とされている統合失調症患者を対象に、障害の概念整理を行うとともに、彼らの就労状況に関する現状を明らかにしその関連要因に関する検討を行うことを目的とした。本研究における調査対象は、中・四国圏内(5 県)における 84 ヶ所（精神科医療機関 12、保健所 6、精神障害者社会復帰施設 66）の利用者のうち調査協力の得られた統合失調症者 291 名とした。調査内容は対象者の基本的属性、精神科医療機関への総入院期間及び入院回数、罹病期間、精神症状、就労形態、就労意欲、ワークパーソナリティ障害、就労支援で構成した。本研究の成果は、精神障害者個々人の職業的な予後の予測にとって有益な情報をもたらすものと推察される。

1. はじめに

精神保健法制定（1987）、さらには精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）の制定（1995）以降、精神障害者の社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進が目的とされてきた¹⁾。また、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004.9、厚生労働省）においても、精神保健医療福祉体系の再編と基盤作りを基礎に、精神障害者の雇用促進、継続的就労を含めた就労支援体制の強化がうたわれている²⁾。精神障害者が働く場を得、生きがいを見出して精神的・経済的に自立することは、彼らにとって、またノーマライゼーションの観点から社会においても必要なことであり、働く意欲を持つ彼らが一般就労・福祉的就労の両面から幅広く就労機会を得られることは今後重要な課題である³⁾。

しかし、在宅精神障害者のうち就労している者の数は少なくたとえ就労していたとしても、それを継続することは困難を伴う場合が多い。例えば授産施設からの退所者約 20%のうち就労移行者は約 20%、さらに常用雇用者は全体の約 6%に過ぎないとされる。また、従来の授産施設や小規模作業所における一般就労ニーズの潜在化や就労意欲の低下といった、評価・訓練から一般就労への段階プロセスを主とする、保護的

な環境が特徴の授産モデルが抱える問題も指摘されている⁴⁾。このような状況の関連要因として先行研究においては、支援制度や法的保護の不備といった制度的要因、地域格差や事業所の雇用・就労形態の変化、ソーシャルサポートの不足などの社会的要因、また社会的生活技能、職業適応技術の低下などの個人的要因が報告されているものの、これらを包括的・実証的に扱った研究はほとんど見当たらない⁵⁾。

本研究は、在宅生活を送る精神障害者の就労支援のための指針を得ることをねらいとして、統合失調症者を対象に、彼らの福祉的就労に関連する要因について検討することを目的とした。その際、国際生活機能分類（ICF）の「生活機能と障害の過程モデル」を基礎に、統合失調症患者の福祉的就労を「社会参加」の指標として捉え、その関連要因として「機能」として精神症状、「活動」として職業能力、「環境因子」として就労支援、「個人因子」として就労意欲を取り上げる。なお、福祉的就労は、法定施設（福祉工場、入所・通所授産施設）、法外施設（精神障害者地域共同作業所）、精神障害者社会適応訓練事業、ジョブコーチ事業、職場適応訓練事業利用による就労と規定する⁶⁾。

2. 障害に関する概念整理

（国際障害分類（ICIDH）、カナダモデル、国際生活機能分類（ICF））

国際的な障害の概念としては国際障害分類（ICIDH、WHO、1980）があり、ここで示された障害は機能障害（impairment）、能力障害（disability）、社会的不利（handicap）の3分類であった。また、カナダモデル（国際障害分類に関するケベック委員会、1991）とされる障害構造モデル（ハンディキャップ発生プロセスモデル）では、機能障害、能力障害に加えて環境因子における障害物の相互作用によって社会的不利の発生要因を説明し得るものとされた。以降、WHOによる国際障害分類第2版（ICIDH-2）を経て国際生活機能分類（ICF、2001）が発表された⁷⁾。ICFモデルの特徴としては、社会環境要因をより重視した形で身体機能・構造、活動、参加という3次元が提案されていることがあげられる。環境因子、個人因子によって身体機能及び構造の機能障害や活動の制限、社会参加の制限が生じたりすることが示され、これまでの3次元の関係性だけで障害を捉えるモデルよりも相互作用を含む複雑なモデルとなっている⁸⁾。ICFが扱う範囲は人の健康の全ての側面と、安寧（well-being）のうち健康に関連する構成要素のいくつかを扱い、それらを健康領域及び健康関連領域とする。ICFには「生活機能と障害」、「背景因子」の2部門があり、それぞれは2つの構成要素からなる。

「生活機能と障害」の構成要素としては、（1）心身機能と身体構造、（2）活動と参加、「背景因子」は（1）環境因子、（2）個人因子である。ICFはある特定の領域における個人の生活機能は健康状態と背景因子（環境因子と個人因子）との間の相互作用又は複合的な関係とされる⁹⁾。これらの各要素間にはダイナミックな相互関係が存在するため、ある要素に介入するとその他の1つあるいは複数の要素を変化させる可能性がある。しかしこれらの相互関係は特定のものであり必ずしも常に予測可能な関

係ではなく、相互作用は双方向性とされ、今後これらの要素間の関連や因果関係に関する検証が必要とされる¹⁰⁾。

3. 調査方法

調査における対象施設は、中四国圏内（5 県）における精神科医療機関（通院治療）・精神障害者社会復帰施設等 62 ヶ所を選定した。対象は前記機関を利用している者のうち、調査協力の得られた統合失調症（精神分裂病）の医学的診断（DSM-IV 診断基準）を満たす 550 名とした。調査方法は質問紙を用いた半構造化面接に基づき、精神科医、看護師、精神保健福祉士により実施した（一部、対象者本人による記入）。調査内容は統合失調症者の性、年齢、罹病期間、総入院日数、精神症状、ワークパーソナリティ、就労意欲、就労支援で構成した。精神症状は「オックスフォード版 BPRS（The Brief Psychiatric Rating Scale）」（Kolakowska, 1976）、ワークパーソナリティについては「ワークパーソナリティ障害評価尺度」（野津、1995）を用いてそれぞれ測定した。BPRS は、北村らによって邦訳されており、その信頼性と妥当性に関する検討報告もいくつか見られる。またこの尺度は、探索的因子分析の結果、4 つの下位尺度（「陽性症状」「気分変調」「躁症状」「陰性症状」）で構成できることが明らかとなっている¹¹⁻¹⁴⁾。ワークパーソナリティ障害評価尺度は、野津及び別稿においてその尺度の構成概念妥当性が明らかとなっている¹⁵⁻¹⁶⁾。就労意欲は、「仕事をしたい（もしくは続けたい）と思っていますか」の一項目で尋ね、回答は「0 点：まったく思わない」から「4 点：強くそう思う」までの 5 件法で求めた。

統計解析についてはパス解析（M-plus2.14）を行い、仮説モデルとしては、著者が国際生活機能分類（ICF）の「生活機能と障害の過程モデル」（WHO, 2001）に基づいて、統合失調症者の福祉的就労を「社会参加」の指標として位置づけ、その関連要因として「機能」を精神症状、「活動」を職業能力、「環境因子」を就労支援、「個人因子」を就労意欲として配置したモデルとした。統計解析には、回収された 291 名（回収率 52.9%）のうち、対象者の属性、精神症状、ワークパーソナリティ障害、就労意欲、就労支援の各項目に欠損値のない 269 名のデータを使用した。

4. 結果

本対象者における性別構成は、男性が 194 名（72.1%）、女性が 75 名（27.9%）となっていた。年齢は、平均 43.7 歳（標準偏差 12.30、範囲 21-80 歳）であった。統合失調症の罹病期間は平均 207.5 ヶ月（標準偏差 118.49、範囲 12-552 ヶ月）となっていた。現在の就労形態は、「一般就労」が 1 名（0.4%）、「パート・アルバイト」が 6 名（2.4%）、「自営業」が 1 名（0.4%）、「保護的就労」が 47 名（18.5%）、「作業所」が 38 名（15.0%）、「授産施設」が 23 名（9.1%）、「無職」が 138 名（54.3%）となっていた。統合失調症による精神病院への入院回数は、平均 3.62 回（標準偏差 2.86、範囲 0-15 回）であり、総入院期間は平均 56.55

ヶ月（標準偏差 82.65、範囲 0-480 ヶ月）であった。

BPRS に関する項目の回答分布は回答の「症状なし」に着目すると、最も多い順に「x18. 失見当識」203 名 (79.6%)、「x12. 幻覚」174 名 (68.2%)、「x17. 興奮」169 名 (66.3%) であった。

ワークパーソナリティに関する項目の回答分布は「x1. 作業に対する必要以上の緊張や恐れ」の項目に関する回答は「概ね冷静で落ち着いている」が最も多く 109 名 (40.5%)、「x2. 作業への集中の持続」に関する回答は、「概ね集中を持続できる」が最も多く 98 名 (36.2%)、「x3. 作業場面の習慣の習得」に関する回答は、「やや速やか (2~3 日) に習得する」が最も多く 104 名 (38.7%) となっていた。障害程度の軽い回答 (得点:0 点) に着目すると、その回答が最も多い順に「x4. 規則的な参加ができる」が 131 名 (48.7%)、「x11. 意思表示・質問をする」が 116 名 (43.1%)、「x3. 作業場面の習慣の習得をする」が 70 名 (26.0%) となっていた。障害程度の重い回答 (得点:4 点) に着目すると、その回答が最も多い順に「x15. 疲れやすさ」が 27 名 (10%)、「x4. 規則的な参加ができる」が 14 名 (5.2%)、「x3. 作業場面の習慣の習得をする」が 13 名 (4.8%) であった。

就労意欲に関する回答分布は、「強くそう思う」104 名 (41%) の回答が最も多く、順に「ややそう思う」78 名 (31%)、「あまりそう思わない」35 名 (14%)、「どちらでもない」23 名 (9%)、「全くそう思わない」15 名 (5.9%) となっていた。

就労支援に関する回答分布は、回答傾向の「はい」の回答に関して最も多い順に「専門家の支援」257 名 (88.3%)、「主治医の支援」250 名 (85.9%)、「友人・知人の支援」249 名 (85.6%)、「家族の支援」240 名 (82.5%) となっていた。

パス解析の結果、本研究の仮説モデルのデータに対する適合度は、統計学的許容水準を満たしており (CFI=1.000, TLI=1.000, RMSEA=0.000)、「福祉的就労の有無」に対する説明率は 28% であった。「福祉的就労の有無」に対する「ワークパーソナリティ障

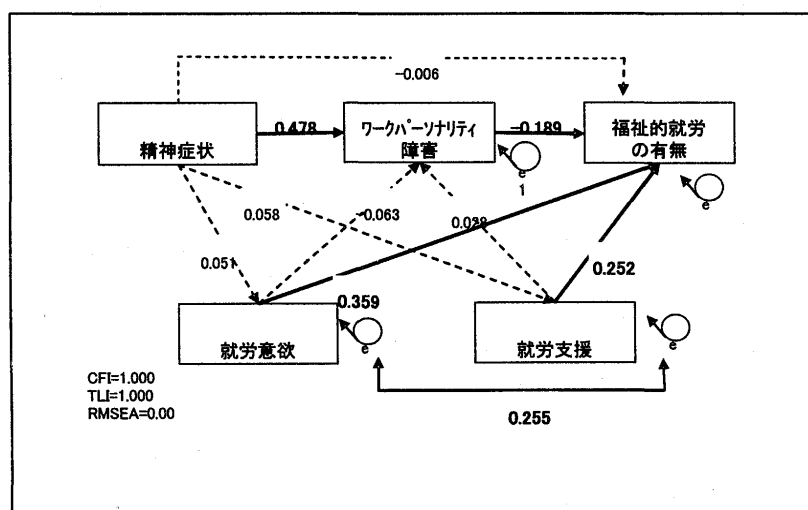


図 1. 仮説モデルパス解析結果

害」のパス係数は-0.189、「ワークパーソナリティ障害」に対する「精神症状」のパス係数は0.478と有意であった。「福祉的就労の有無」に対する「就労意欲」のパス係数は0.359、「就労支援」は0.252といずれも有意であった。

5. 考察

本研究の結果からは、統合失調症者の「福祉的就労の有無」をアウトカムとする、心身機能—活動—参加の一連の過程と、環境因子・個人因子から参加へと影響を受けることが明らかにされた。この結果は、就労支援における個人因子と環境因子に着目することの重要性を示唆していると考えられる。例えば、福祉的就労の場においては、統合失調症者の長期の疾病歴による就労能力や意欲の低下、または病状の不安定さなどから、就労能力を十分に発揮できない状態にある統合失調症者に対して場を提供し、個別のニーズに合わせた様々な支援を提供していることが考えられる。ただし福祉的就労に対する説明率はそれほど高いものではなかったことから、今回取り上げていない他の要因についてもその関連性について今後検討を重ねていくことが望まれる。

<参考文献>

- 1) 全国精神障害者家族会連合会：『日本の精神障害者と家族の生活実態白書』、1986。
- 2) 工藤正：「障害者の雇用変動と雇用構造」『障害者職業総合センター紀要』、1992、No6. p1-14。
- 3) 吉光清、木島伸彦、松井信雄：「精神障害者の就労継続に関わる事業所の条件」『障害者職業総合センター紀要』、1999、No8. p1-26。
- 4) 廣江仁：「精神障害者の一般就労支援」『精神障害とリハビリテーション』、2003、Vol.7. No.2. p164-169。
- 5) 松井信雄：「証拠に基づいた就労支援」『精神障害とリハビリテーション』、2003、Vol.7. No.2. p145-151。
- 6) 岡上和雄：「精神障害者の就労に関する機能の特性に基づく総合的なモデル化（精神障害者の就労に関する機能の特性の分析及び評価モデルの作成に関する調査研究）」厚生労働省・日本障害者雇用促進協会、1988、p10-47。
- 7) 小澤温：「障害論・障害の概念と視点」、『精神障害とリハビリテーション』2004、Vol.8.No2、p120-125。
- 8) 障害者福祉研究会：『ICF 国際生活機能分類（国際障害分類改訂版）』、2002、p3-10、中央法規出版。
- 9) 佐藤久夫：「第2章.障害の構造」『精神障害リハビリテーション学』、金剛出版、2000、p40-57。
- 10) (前述) 障害者福祉研究会：『ICF 国際生活機能分類（国際障害分類改訂版）』、中央法規出版 2002、p14-22。
- 11) Kolakowska,T: Brief Psychiatric Rating Scale. Glossaries and Rating Instructions. Oxford University. 1976.
- 12) 北村俊則、杠岳文、森田昌宏他：「オックスフォード大学版 BPRS の下位尺度の作成とその妥当性」『精神科診断学』、第1巻 第1号、1990、p101-107。
- 13) 住山孝寛、北村俊則：「BPRS 改訂版（下位尺度の信頼性と妥当性）」『精神科診断学』、第6巻第2号、1995、p203-218。
- 14) 北村俊則：『精神症状測定の理論と実際第2版』、海鳴社、2000、p60-64。
- 15) 豊田志保、矢嶋祐樹、中嶋和夫他：「統合失調症患者におけるワークパーソナリティ障害評価尺度の構成概念妥当性」『東京保健科学学会誌』、2005、p80-87。
- 16) 野津眞：「精神分裂病者におけるワークパーソナリティ障害の評価、医学的リハビリテーションにおける職業関連評価の試み」『精神神経学雑誌』、第97巻 第4号、1995、p217-238。