

精神症状や生活技能が精神障害者の就労に与える影響についての研究

—簡易精神症状評価尺度 (BPRS) と精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI) による調査から—

大山 勉
OYAMA, Tsutomu

Abstract

A Study on How Psychiatric Symptoms and Social Skills Affect Employment of Persons with Psychiatric Disabilities — From the Analysis of the Questionnaire Survey using “Brief Psychiatric Rating Scale” and “Life Assessment Scale for the Mentally Ill” —

Key Words : People with Psychiatric Disabilities, Employment, Psychiatric Symptoms, Social Skill, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Life Assessment Scale for the Mentally Ill (LASMI)

The purpose of this study is to analyze the relationships of psychiatric symptoms and social skills to employment of persons with psychiatric disabilities.

A questionnaire survey was conducted on persons with psychiatric disabilities who mostly live in A prefecture. Adopted scales in questionnaire were; 1) Brief Psychiatric Rating Scale and 2) Life Assessment Scale for the Mentally Ill, and questionnaire items were answered by psychiatric social workers and other staff as well as people with psychiatric disorders. There were 194 participants (133 male, 60 female and 1 unknown) divided into 2 groups, “Employed (75)” and “unemployed (119)” and analyzed with the “t-test”. And correlation between psychiatric symptoms and social skills was analyzed with “Pearson’s r”.

The distribution of participants based on disorders is: Schizophrenia 161 (85.2%), Depression 11 (5.8%), Bipolar 3 (1.6%) and Others 14 (7.4%).

The results of the study show :

- 1) Psychiatric symptoms measured by BPRS were not correlated with a person’s employment.
- 2) Some kinds of social skills were strongly correlated with a person’s employment.
- 3) A strong correlation did not exist between a person’s psychiatric symptoms and social skills.

要 約

精神障害者の就労促進は身体・知的障害の領域と比べ大きく遅れており、今後新しい就労支援システムを構築していく必要がある。このためには、日本では遅れている実証的な研究を積み重ね、今後の就労支援の基本的理念や方法論を共有し作り上げていくことが必要となる。本論では、精神障害のある当事者とその支援者に行った194名（就労者75名、非就労者119名）のアンケート調査から、精神症状や生活技能が精神障害者の就労に与える影響等についての分析を行った。結果として、精神障害者の就労には、精神症状の軽いこと（BPRSによる評価）が就労を促進するのではなく、いくつかの生活技能の高いこと（LASMIによる評価）が就労促進の要因となることが示唆された。また、精神症状と日常生活や労

働や課題の遂行など具体的レベルの生活技能の間には、ほとんど相関関係は見られないという結果であった。

キーワード：精神障害、就労、精神症状、生活技能、簡易精神症状評価尺度（BPRS）、精神障害者社会生活評価尺度（LASMI）

1 はじめに

精神障害者の就労促進については、「就労したい」という当事者の希望が高いにもかかわらず、知的障害や身体障害の領域と比べ大きく遅れていた。その理由として、①施策の遅れ（精神障害者が雇用率にカウントされていなかったことや、有効な就労支援プログラムが不足していることなど）、②雇用する側の差別・偏見・不安が根深いことや、支援する側の問題など本人を取り巻く環境

の要因、③疾病と障害を併せ持つ障害者本人の要因、などが考えられる。

平成18年より施行された障害者自立支援法や同年改正された障害者雇用促進法では、精神障害者の就労促進が重点課題として取り上げられたが、上記にあげた就労促進の遅れている理由の内、障害者の雇用率へのカウントについては実現したものの、未だ支援者の中で具体的にどのような考え方や方法で精神障害者の就労を促進していくか等については共有されておらず、今後の大きな課題となっている。

支援をする側の課題として、病気の治療を優先し再発を防止するという「医療モデル」の考え方が根強いことが挙げられる。「統合失調症等で重度の精神障害者は働くことは困難」、「症状が残っているので就労することは困難」、「再発のリスクがあるので就労はまだ無理」と考え、本人が就労を希望しても積極的に支援することなく現状を維持することを勧めることも多いという現状がある。しかしこうした中でも、日本でも先駆的な実践をしている支援機関では、「援助付き雇用（Supported Employment）」等に見られる考え方や方法で、就労前・仕事に就く・定着支援までの一連の支援を積極的に行い、重度の精神障害者が一般の事業所で雇用され成果をあげている報告も見られる。

本論では、精神障害者の就労を促進するための実証

的研究として、就労している精神障害者と就労していない者との比較を行うことにより、精神症状や生活技能が就労に与える影響についての分析と考察を行うこととする。

2 研究の背景と本研究における仮説

W.アンソニーとM.A.ヤンセン(1984)は、職業能力を予測する指標として、①症状や診断類型、知能・適性・性格検査などの心理検査などはあまり役に立たない、②個人の精神症状と生活技能の間には、ほとんど全く相関がみられない、③最も良い臨床上の指標は、作業所や保護的職場での職場適応能力である、④最も良い生活史における指標は過去の職業歴である、としている。続いてW.アンソニー(1995)は、大きな指標となるものは従来の医学的診断(病名や陽性症状などの程度)によるのではなく、病前の職歴や、入院回数・延べ入院期間、結婚状況などとしている。しかしながら、その他の研究では別の結果となっているものもあり、現在ではまだ一定の知見を見いだすに至っていない状況にある。

日本においては、渡嘉敷ら(1994, 1995)は、精神科デイケアを利用し、就労に至った群とその他の群との比較による研究を行っている。デイケア利用後の就労群とその他の群を比べ、精神障害者社会生活評価尺度(以下L A S M I と略記)による日常生活上の機能レベルで

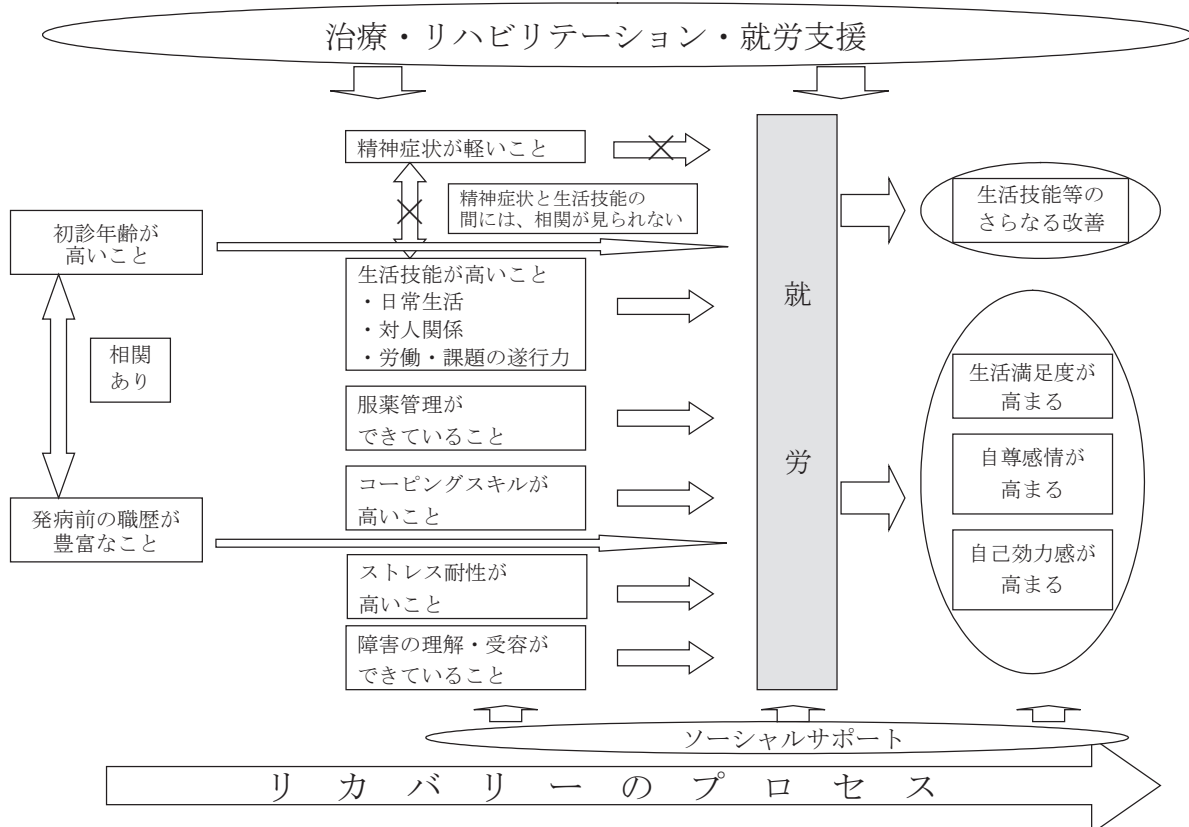


図1 就労に影響を与える要因と就労による回復仮説モデル全体図

有意差の見られたものとして、交通機関の利用、自由時間の過ごし方、自主的な付き合い、他人との距離、友人との付き合い、持続性・安定性、現在の社会適応度の項目が就労群の方が有意に高いとしている。また、岩崎ら(1998)は、LASMIによる評価を用いて、デイケア・作業所の利用群、入院群と比較することにより就業群の特性についての分析を行っており、生活リズム、役割の自覚、援助者とのつきあい、障害理解、友人とのつきあい、ストレス耐性など多くのスキルに通所群と有意差がみられたことを報告している。同じ研究の中で、保護的就労群については、多くの項目で就労群とデイケア・作業所群との中間に位置しており、項目によってはデイケア・通所群よりも障害が重くなっているとしている。また大山(2002)は、保護的就労者の職場定着に影響を及ぼす要因について、「ストレス耐性」の高いことや「援助者との関係」が良好であることなどを抽出している。

2008年に実施したアンケート調査全体の仮説について図式化したものが図1であるが、これらの中から本論における仮説や仮説間の関連については、以下のとおりである。

- ①「精神医学上の症状が軽いこと」は、就労促進要因とはいえない。
- ②「生活技能が高い」ことは、就労促進要因となる。
- ③精神症状と生活技能の間には、ほとんどか全く相関がみられない。

3 研究の方法

この研究では、2008年に実施したアンケート調査のデータから、精神症状や生活技能が精神障害者の就労に与える影響についての研究を行うこととする。

(1) 調査の対象と内容

調査全体の概要は以下のとおりであった。調査の対象者は、主にA市およびその近隣に居住する精神障害者であり、①就労中の者、②授産施設や作業所等に通所中の者、③精神科デイケア利用中の者、④通所等の利用がない者について、当事者とその支援者双方に質問紙による調査を実施した。使用した調査票は以下の通りである。

本人用

- ・生活満足度(角谷, 1995)
- ・自尊感情(ローゼンバーグ, 1965)
- ・一般性セルフ・エフィカシー尺度(坂野, 1986)
- ・ストレス耐性度チェックリスト(桂, 1988)
- ・コーピング尺度(尾関, 1993)
- ・地域住民用ソーシャル・サポート尺度(堤, 2000)

支援者用

- ・簡易精神症状評価尺度(BPRS, 1972)
- ・精神障害者社会生活評価尺度(LASMI:障害者労働医療研究会精神障害者部会, 1994)
- ・機能の全体的評定尺度(GAF, 2004)

本研究で、簡易精神症状評価尺度(以下BPRSと略記)と精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)の評価尺度を用いる理由として、①プログラムの評価測定などに多く用いられている、②精神症状と社会生活技能について、網羅的に評価することできかつ支援者が評価しやすい、などがあげられる。BPRSは、簡易に精神症状全般についての評価が得られるものであり、LASMIは、評価する5領域のうち「持続性・安定性」と「自己認識」を除くと、社会生活技能の評価に関するもので構成されていることから、この研究における精神症状と生活技能の評価ツールとして適切であると考えられた。

(2) 分析の方法

実施した調査の中から、BPRSとLASMIから得られた結果をもとに、就労者(雇用契約のある就労)と非就労者の2群に分けて平均値の差のt検定とPearsonの相関分析を用い、精神症状や生活技能が就労に与える影響および精神症状と生活技能との関連についての検討を行う。統計処理にはSPSS 16.0J for Windowsを用い、統計的な有意水準は1%未満とした。

(3) 倫理的配慮

対象者には調査の趣旨や内容について書面を配布し口頭でも説明して、同意を得た上で実施した。また、統計処理においてはデータをデジタル化して、個人が特定できないように配慮した。なお本調査研究は、首都大学東京研究安全倫理委員会において承認を受けて実施したものである。

4 結果と考察

質問紙を回収できた人数は194名(本人と支援者のセット)であった。

(1) 基本属性等

- ・性別:男性133名(68.9%)、女性60名(31.1%)
 - ・年齢:20歳代13名(7.3%)、30歳代58名(32.6%)、40歳代50名(27.0%)、50歳代40名(19.4%)、60歳以上19名(10.7%)
 - ・学歴:中学卒20名、高校中退11名、高校卒54名、専門学校卒64名
 - ・診断:統合失調症161名(85.2%)、うつ病11名(5.8%)、躁うつ病3名(1.6%)、その他14名
- 社会参加の状況(重複回答あり)は、
- ・雇用契約のある就労者75名、

表1 BPRS各項目の群間比較結果

	全体(n=188)		就労群		非就労群		t値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
1 身体の病気が気になって仕方ない	1.867	1.693	2.542	1.644	1.448	1.590	-4.524 **
2 不安や恐怖感がある	2.638	1.692	3.056	1.609	2.379	1.697	-2.709 **
3 自閉的で人にかかわりたくないと感じる	1.824	1.420	1.944	1.403	1.750	1.432	-0.916
4 考えがまとまらずバラバラになる	1.846	1.566	1.847	1.469	1.845	1.629	-0.010
5 自分がしたことに罪悪感を感じている	1.590	1.480	1.958	1.505	1.362	1.423	-2.732 **
6 身体的緊張が強い	1.947	1.584	2.528	1.463	1.590	1.554	-4.119 **
7 不自然な表情・姿勢・仕草を繰り返す	1.085	1.456	1.458	1.695	0.855	1.241	-2.621 **
8 自分には並はずれた能力や富や使命があると感じる	0.995	1.424	1.444	1.600	0.716	1.229	-3.307 **
9 落ち込んだり憂うつな気分になる	2.399	1.666	2.958	1.560	2.052	1.641	-3.752 **
10 人に怒りや敵意を持つ	1.750	1.714	2.153	1.733	1.500	1.660	-2.577 **
11 他人が自分に悪意を持っていると感じる	1.968	1.730	2.319	1.694	1.750	1.724	-2.216 *
12 いるはずのない人の声が聞こえたり、姿が見えたりする	1.431	1.731	1.667	1.792	1.284	1.683	-1.477
13 身体の動きが鈍くなったり、動かしにくかったりする	1.697	1.651	2.014	1.669	1.504	1.617	-2.071 *
14 診察室に敵意や反感を持つ	0.840	1.289	1.171	1.444	0.641	1.148	-2.617 **
15 奇妙でおかしな考えが浮かぶ	1.497	1.699	1.718	1.725	1.362	1.675	-1.395
16 感情が鈍っていたり、感情が表に出なくなったりしている	1.984	1.554	2.296	1.660	1.793	1.460	-2.168 *
17 気分が高揚したり、強い苛立ちを感じたり、反応が過剰になったりする	1.807	1.718	2.282	1.692	1.517	1.676	-3.016 **
18 時や場所や人がわからなくなったり、混乱したりする	0.640	1.192	0.814	1.407	0.534	1.034	-1.557
BPRS合計点	29.658	19.064	36.377	20.503	25.626	16.999	-3.665 **

* $p < .05$, ** $p < .01$

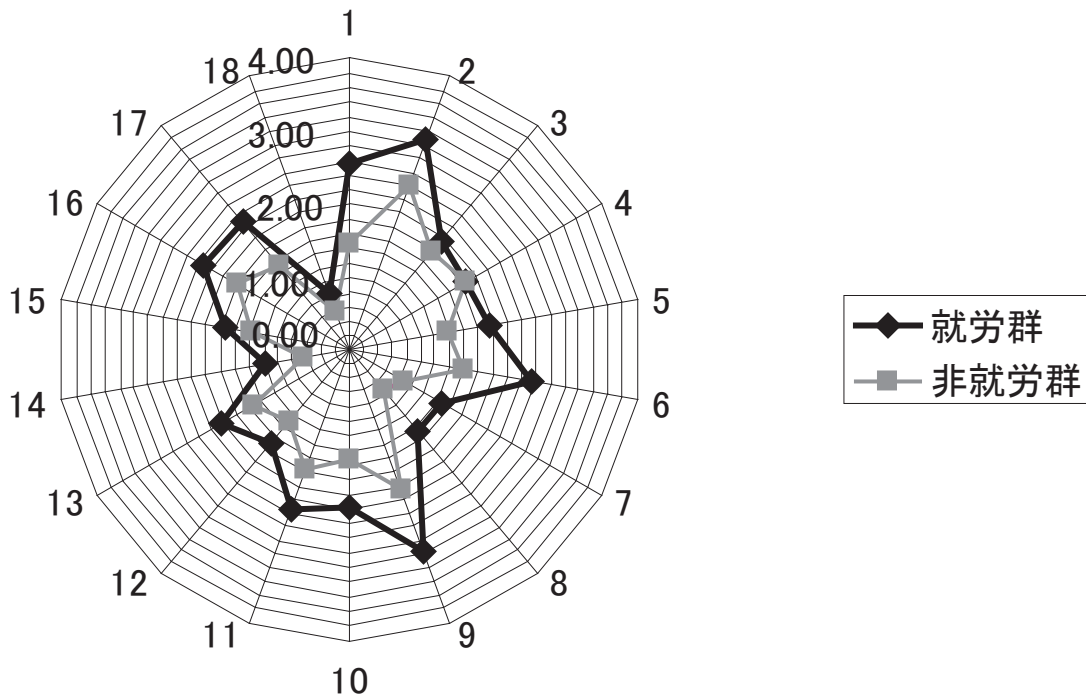


図2 BPRS各項目の群間比較結果レーダーチャート
(円の内側に位置する方が点数が低く、症状が軽いことを示している)

- ・精神科デイケアや作業所などへ通所している者97名、
- ・就労も通所もしていない者22名、となっていた。
(分析を行う際には、雇用契約のある就労者75名を就労群とし、それ以外のものを非就労群とした。)

(2) 精神症状と就労の関係

BPRSによる精神症状と就労の関係については、就

労群と非就労群の2群の平均値の差の検定において、表1、図2に見られるように18項目のうち「身体の病気が気になって仕方ない」「不安や恐怖感がある」「自分がしたことに罪悪感を感じている」「身体的緊張が強い」「不自然な表情・姿勢・仕草を繰り返す」「自分には並はずれた能力や富や使命があると感じる」「落ち込んだり

表2 LASMI 平均群間比較結果

	n	全体		就労群		非就労群		t値	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
LASMI(日常生活)	n=137	0.942	0.668	0.669	0.573	1.075	0.673	3.479	**
LASMI(対人関係)	n=129	1.083	0.710	0.929	0.658	1.178	0.729	1.950	*
LASMI(労働・課題遂行)	n=178	1.329	0.749	1.062	0.633	1.518	0.769	4.189	**
LASMI(持続性・安定性)	n=190	2.313	1.279	1.493	0.901	2.836	1.210	8.203	**
LASMI(自己認識)	n=181	1.182	0.784	1.153	0.640	1.202	0.869	0.437	

*p<.05, **p<.01

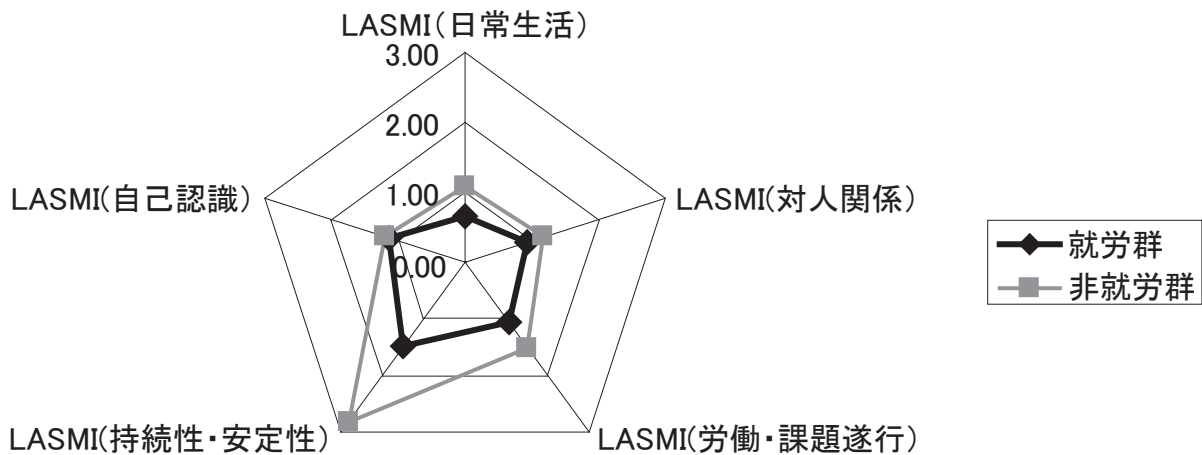


図3 LASMI 平均点群間比較結果レーダーチャート
(内側に位置する方が点数が低く、問題が少ないことを示している)

憂うつな気分になる」「人に怒りや敵意を持つ」「診察室に敵意や反感を持つ」「気分が高揚したり、強い苛立ちを感じたり、反応が過剰になったりする」の10項目が、1%水準で就労群のほうが精神症状は有意に重いという結果であった。有意差の見られなかったその他の5項目についても、就労群の得点が高く症状が重いという結果となっていた。

この結果は、就労者の精神医学上の症状が軽いことは就労を促進する要因となっていないことを示唆している。欧米では先駆的実践の調査研究等により共有されつつあるが、日本においてはまだこうした事実が浸透しておらず、「症状のあるうちは就労するのは無理」との考えが根深く残っているが、必要以上に症状に目を向けすぎて支援を行うことには問題があると考えられる。

就労者の方が症状が重いという分析の結果については、この研究だけでその理由の結論を出すことは困難であるが、雇用契約を行い労働への対価として賃金を得ることには、非就労者のように保護された状況ではないためストレスも大きく、このような状況が症状にも影響を与えているのではないかと推測される。

(3) 生活技能と就労の関係

LASMIの各調査項目の就労群と非就労群の間で得点の平均値の差の検定を行うと、表2図3と表3に見られるように、「生活リズムの確立」、「身だしなみへの配慮・服装」、「交通機関」、「服薬管理」、「自由時間の過ごし方」の項目で、「労働または課題の遂行」においては、10項目全てにおいて、1%水準での有意差で就労者の方が良好となっており、こうした生活技能の高い人が就労しているという結果であった。

一般的に就労者の生活技能が有意に高いことが、この調査を通じて明らかになった。対人関係を中心とする生活技能では、「応答が良好なこと」のみが就労に対して影響を及ぼしているだけであるが、労働や課題の遂行に関する10項目については、全てが就労している人の方が良好という結果であり、これらの生活技能が高いことは就労を促進している要因であることが伺えた。

自己認識については生活技能とはいえない項目であり、3項目とも有意差は見られなかった。「障害の理解」については、これまで「障害受容」としてリハビリテーションを進めるにあたり重要な事項としてきた経過があり、障害を受容することの意味や必要性をあらためて再考

表3 LASMI全項目群間比較結果

		全体		就労群		非就労群		t値	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
1 日常生活									
	生活リズムの確立	n=191	0.906	1.006	0.603	0.812	1.093	1.070	3.362 **
	身だしなみへの配慮・整容	n=192	0.755	0.855	0.608	0.791	0.847	0.883	1.902 *
	身だしなみへの配慮・服装	n=192	0.750	0.844	0.554	0.685	0.873	0.911	2.586 **
	居室の掃除やかたづけ	n=144	1.132	1.046	0.913	0.890	1.235	1.101	1.732
	バランスの良い食生活	n=186	1.188	1.056	1.041	0.992	1.283	1.089	1.532
	交通機関	n=190	0.874	0.973	0.486	0.646	1.121	1.064	4.609 **
	金融機関	n=181	0.945	0.987	0.789	0.860	1.045	1.053	1.717
	買物	n=185	0.865	0.859	0.726	0.731	0.955	0.924	1.786
	大切な物の管理	n=185	0.708	0.885	0.586	0.752	0.783	0.953	1.558
	金銭管理	n=186	1.054	1.104	0.904	0.945	1.150	1.189	1.566
	服薬管理	n=189	0.608	0.914	0.297	0.613	0.809	1.016	4.312 **
	自由時間の過ごし方	n=188	0.878	0.992	0.671	0.867	1.009	1.047	2.298 *
2 対人関係									
	発語の明瞭さ	n=186	0.875	0.895	0.811	0.805	0.915	0.948	0.786
	自発性	n=183	1.229	0.949	1.122	0.891	1.297	0.981	1.246
	状況判断	n=182	1.135	0.967	0.986	0.785	1.229	1.057	1.699
	理解力	n=185	1.089	0.908	0.959	0.784	1.169	0.972	1.566
	主張	n=183	1.224	0.896	1.243	0.904	1.212	0.895	-0.236
	断る	n=186	1.284	0.999	1.257	1.111	1.302	0.925	0.302
	応答	n=184	0.859	0.866	1.302	0.925	0.966	0.896	2.178 *
	協調性	n=192	0.911	0.953	0.784	0.832	0.992	1.017	1.474
	マナー	n=192	0.771	0.792	0.757	0.755	0.780	0.818	0.194
	自主的なつきあい	n=192	1.276	0.944	1.243	0.888	1.297	0.981	0.380
	援助者とのつきあい	n=191	1.178	0.912	1.027	0.906	1.274	0.906	1.831
	友人とのつきあい	n=188	1.324	1.006	1.208	0.948	1.397	1.037	1.249
	異性とのつきあい	n=130	1.462	1.149	1.245	1.071	1.593	1.181	1.684
3 労働または課題の遂行									
	役割の自覚	n=186	0.780	0.947	0.365	0.674	1.054	1.003	5.601 **
	課題への挑戦	n=183	1.459	0.875	1.270	0.782	1.587	0.915	2.436 **
	課題達成の見通し	n=182	1.522	0.909	1.324	0.813	1.657	0.949	2.463 **
	手順の理解	n=185	1.092	0.942	0.892	0.837	1.225	0.988	2.387 **
	手順の変更	n=183	1.279	0.957	1.014	0.785	1.459	1.023	3.163 **
	課題遂行の自主性	n=186	1.258	1.049	0.892	0.869	1.500	1.090	4.214 **
	持続性・安定性	n=184	1.158	1.020	0.838	0.966	1.373	1.003	3.600 **
	ペースの変更	n=182	1.346	1.038	1.054	0.842	1.546	1.114	3.391 **
	あいまいさに対する対処	n=184	1.489	0.887	1.338	0.799	1.591	0.932	1.911 *
	ストレス耐性	n=181	1.796	0.905	1.635	0.786	1.907	0.967	2.000 *
4 持続性・安定性									
	現在の社会適応度	n=190	2.216	1.160	1.446	0.665	2.707	1.142	9.608 **
	持続性・安定性の傾向	n=191	2.414	1.529	1.541	1.241	2.966	1.438	7.029 **
5 自己認識									
	障害の理解	n=189	1.196	1.061	1.219	0.932	1.181	1.139	-0.251
	過大(小)な自己評価	n=185	1.486	0.945	1.521	0.818	1.464	1.022	-0.414
	現実離れ	n=186	0.855	0.886	0.722	0.736	0.939	0.962	1.630

*p<.05, **p<.01

する必要がある。

(4) 精神症状と生活技能の関連

LASMIとBPRSの相関(表4)では、「対人関係」と「自己認識」について有意に相関が高かったが、その他の項目では関連がみられなかった。

「対人関係」については心理的な要因も強いことから相関が見られたものと思われ、「自己認識」の各項目の内容は生活技能とはいえないので、概ね「精神症状と生活技能の間には、ほとんどか全く相関がみられない」という仮説が支持される結果であった。日常生活や労働・課題の遂行といった、具体的レベルにおける生活技能

表 4 L A S M I 平均点と B P R S 平均点の相関表

		LASMI (日常生活)	LASMI (対人関係)	LASMI (労働・ 課題遂行)	LASMI (持続性・ 安定性)	LASMI (自己認識)	BPRS
LASMI(日常生活)	Pearson の相関係数	—	0.789 **	0.813 **	0.386 **	0.638 **	0.123
	有意確率(両側)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.159
	N	137	101	128	136	132	132
LASMI(対人関係)	Pearson の相関係数	0.789 **	—	0.806 **	0.343 **	0.665 **	0.238 **
	有意確率(両側)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.008
	N	101	129	126	129	126	123
LASMI(労働課題遂行)	Pearson の相関係数	0.813 **	0.806 **	—	0.452 **	0.622 **	0.138
	有意確率(両側)	0.000	0.000		0.000	0.000	0.073
	N	128	126	178	177	173	170
LASMI(持続性安定性)	Pearson の相関係数	0.386 **	0.343 **	0.452 **	—	0.258 **	0.143
	有意確率(両側)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.054
	N	136	129	177	190	180	182
LASMI(自己認識)	Pearson の相関係数	0.638 **	0.665 **	0.622 **	0.258 **	—	0.382 **
	有意確率(両側)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
	N	132	126	173	180	181	173
BPRS	Pearson の相関係数	0.123	0.238 **	0.138	0.143	0.382 **	—
	有意確率(両側)	0.159	0.008	0.073	0.054	0.000	
	N	132	123	170	182	173	184

** 相関係数は 1% 水準で有意(両側)

は、精神症状との間に相関はみられず、これまで考えられていたような、「精神症状と生活技能は、相互に大きく影響を受けている」ということはない、ということを示しており、このことも精神疾患が生活技能の低下を招き、さらに社会的不利を生じさせるという、これまでのICIDH(国際障害分類)による障害構造モデルでは説明が出来ないものとなっており、ICF(国際生活機能分類)の双方向モデルに改変する必要があったことを裏付けるような結果となっていた。

一般的に、精神症状が軽いことは就労を促進する要因ではなく、生活技能とりわけ労働や課題の遂行、服薬の管理などといった、具体的レベルでのスキルが高いことが就労を促進する要因となっていた。また、欧米での研究と同様、精神症状と生活技能の間には、ほとんど相関がみられず、概ねこの研究における仮説を支持する結果となった。ただし、一言で精神症状といっても問題行動を引き起こすような陽性症状から意欲の低下などの陰性症状まで幅広く、生活技能についても多様な側面がある。今後は、BPRSによる症状評価やLASMIによる生活技能評価以外の尺度でも評価して、これらの関連についてさらなる検討をしていく必要がある。

この研究だけで多くのことを結論づけることは出来ないが、精神症状が重くても就労できていること、就労している人は具体的なレベルでの生活技能が高いこと、精神症状と生活技能には関連が低いなどの結論を得ることができた。これまでの「精神症状が重いと生活技能も低く、就労することが出来ない」という「医療モデル」や「ステップアップ・モデル」ではなく、新しい職業リハビリテーションの理念やシステムの構築のための、エビデンスの一つとなり得るものと考えられる。

5 おわりに

本研究では、就労者のデータは先駆的な実践を行う就労支援機関で支援を受けており、正社員でなくパートタイムや契約社員として保護的な就労をしている人が多い。今後は、フルタイムで正社員として勤務する精神障害者の同様のデータで検討することも必要である。また、精神症状の評価はBPRS、生活技能の評価についてはLASMIにより行ったが、これらの評価尺度のもつ限界や特徴があることや、先にあげた対象者の偏り等もあることから、研究結果をすぐに一般化してしまうことには慎重であるべきと考えられる。さらに、この研究は調査時点における就労者と非就労者を比較するという横断的研究であり、今後は欧米の多くの研究モデルとして取り上げられているような、当事者の経過を追った縦断的研究の取り組みが求められている。精神障害者の就労に関して、支援職員と研究者が協働して、これらを証明するエビデンスを積み重ねていく必要がある。この研究もこうした中の一つとして位置づけ、今後も研究を進めていきたい。

野中(2003)が精神科医療従事者に、「せめて5%の心理社会的視点を」と呼びかけているように、日本の精神障害者への支援は「医療モデル」中心になりすぎてきた経過がある。今後については、医療も含めた「心理社会的モデル」や「生活モデル」、すなわち「生物-心理-社会モデル:Bio-Psycho-Social Model」の視点に立ち、リハビリテーションを進めていく必要がある。今回の研究結果から、症状が重い人も支援を受けながら、一般企業等で雇用契約をして就労することが出来ているのであり、今後の精神障害者の就労支援システム構築に当たっては、さらにさまざまなエビデンスを積み重ね、「良質

な支援とは何か?」「職業前訓練は何に焦点を当てるべきか?」など、どのようにすれば精神障害者の就労が促進されるのかについての具体的検討が求められている。

アンケート調査にご協力いただいた皆様、共同で調査を実施しご指導をいただいた中川正俊先生(田園調布学園大学)、木村真理子先生(日本女子大学)、石田賢哉先生(青森県立保健大学)に感謝申し上げます。

※この調査研究は、財団法人みずほ福祉助成財団の助成を受けて実施した。

※この調査研究は、首都大学東京研究安全倫理委員会において承認を受けて実施した。

※本論文は、2009年日本心理臨床学会第28回大会(東京)で発表したものに加筆修正を加えたものである。

引用文献・参考文献

Anthony,W.A. & Jansen,M.A.(1984):Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *American psychologist*, 39,537-544

Anthony,W.A.,Rogers,E.S.,Cohen,M.,etal(1995):Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*, 46(4), 353-358

Becker,D.R.,Drake,R.E.(2003):*A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford University Press.大島巖、松為信雄、伊藤順一郎監訳「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ」、金剛出版、2004

Blankertz,L. & Robinson,S.(1996):Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. *Psychiatric Services*,47(11),1216-1222

Bond,G.R.(1987):Supported Work as a Modification of the Transitional Employment Model for Clients with Psychiatric Disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*,11(2),55-72

Bond,G.R.,Resnick,S.G.,Drake,R.E. et al.(2001):Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69,489-501

Danley,K.S.& Anthony,W.A.(1987):The Choose-Get-Keep Model -Serving Severely Psychiatrically Disabled People-. *American Rehabilitation*,13(4),6-9

廣江仁(2003):精神障害者の一般就労支援:授産モデルからエンパワーメントモデルを。『精神障害とりハビリテーション』7(2)、164-169、日本精神障害者リハビリテーション学会

堀洋道監修:心理測定尺度集Ⅰ、Ⅲ、サイエンス社、2001

池淵恵美、岩崎晋也、宮内勝、他(1995):生活障害(disability)と精神症状との関連について—精神障害者生活評価尺度(LASMI)を用いた分析. *精神医学*, 37:1041-1048

岩崎晋也、宮内勝、大島巖、他(1994a):精神障害者社会生活評価尺度の開発—信頼性の検討(第1報). *精神医学*, 36:1139-1151

岩崎晋也、宮内勝、大島巖、他(1994b):精神障害者社会生活評価尺度の開発とその意義. *季刊精神科診断学*, 5:221-231

岩崎晋也、池淵恵美、宮内勝、他(1998):精神障害者就労群の障害特性—就業・保護的就労・デイケア・作業所・入院群のLASMIによる群間比較研究から—。 *精神障害とりハビリテーション*, 2(1):42-48

角谷慶子(1995):精神障害者におけるQOL測定の試み:生活満足度スケールの開発. *京都府立医科大学雑誌*, 104:1413-1424

角谷慶子(1997):精神障害者のQOLと社会生活技能. *精神障害とりハビリテーション*, 1(2):90-95

Mueser,K.,Becker,D.R.,Torrey,W.C. et al.(1997):Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*,185(7),410-425

野中猛(2003):心理社会的視点をせめて5%。 *精神医学*, 45(5), 458-459

折津政江、村上正人、桂戴作、他(1996):ストレス耐性度チェックリストの検討(第1報)、 *心身医学*, 36(6), 489-496

折津政江、横山英世、野崎貞彦、他(1999):ストレス耐性度チェックリストの検討(第2報)。 *心身医学*, 39(8), 595-602

大山勉(2002):精神障害者の就労定着に関する研究. 東京都立大学修士学位論文

大山勉、木村真理子、牧野田恵美子(2003):リカヴァリとは何か?—欧米におけるリカヴァリ研究から。第39回日本精神保健福祉士協会全国大会報告集

大山勉(2006):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。「職業リハビリテーション」20(1)、23-31、日本職業リハビリテーション学会

Rapp,C.A.(1998):*The Strength Model-Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness-*, Oxford University Press. 江畑敬介監訳「精神障害者のためのケースマネジメント」、金剛出版、1998

渡嘉敷暁(1994,1995):精神保健における就労援助に関する研究. 平成6,7年厚生科学研究

上里一郎監修:「心理アセスメントハンドブック第2版」、2001、西村書店

Wehman,P. & Moon,M.S.(1988):*Vocational rehabilitation and supported employment*. Paul H.Brooks Publishing