

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）
大学院医療福祉学研究科博士課程

就労移行支援事業所 A を利用し就労定着した
精神障害者の後方視的研究

—一般就労開始時の精神症状および社会生活技能の関係性—

2021 年度

保健医療学専攻・作業療法学分野・作業分析学領域
野崎智仁

就労移行支援事業所 A を利用し就労定着した精神障害者の後方視的研究
—一般就労開始時の精神症状および社会生活技能の関係性—

野崎智仁

【要旨】

本研究は、就労移行支援事業所 A を利用した精神障害者の就労定着に、一般就労開始時の精神症状と社会生活技能が与える影響と関係性を明らかにした。精神症状は簡易精神症状評価尺度（以下、BPRS）、社会生活技能は精神障害者社会生活評価尺度（以下、LASMI）を指標とした。就労定着期間を従属変数、BPRS 合計と LASMI 大項目を独立変数として重回帰分析を、また対象者を就労定着群と離職群に分け群間差と相関の分析を行なった。重回帰分析では、就労定着期間に影響する因子は認められなかった。群間差比較では、就労定着群は BPRS14 項目と合計で精神症状が重度、LASMI 大項目で社会生活技能が高かった。LASMI と BPRS では負の相関を認めた。就労定着群と離職群で比較して、精神症状が重度と認められた精神障害者は、一般就労開始までに社会生活技能を高めることにより、1 年以上にわたる就労定着を果たせる可能性があることが示唆された。

【キーワード】

精神障害 就労定着 精神症状 社会生活技能 就労支援

A retrospective study of mental disorders
who used the employment transition support center A and retained job
— Relationship between psychiatric symptoms and social skills at the start of job —

Tomohito Nozaki

【summary】

This study clarified the effects of psychiatric symptoms and social skills at the start of employment on the job retention of mental disorders who used the employment transition support center A. And the relationship between job retention for more than one year and psychiatric symptoms and social skills was clarified. Psychiatric symptoms were assessed by the Brief Psychiatric Symptom Rating Scale (BPRS), and social skills were assessed by the Life Assessment Scale for the Mentally Ill (LASMI). Multiple regression analysis was conducted using the duration of employment as the dependent variable and the BPRS total and LASMI major items as independent variables. The study subjects were divided into two groups: those who were retained in the workforce and those who left the workforce, and group differences and correlational analyses were conducted. In multiple regression analysis, no factors were found to affect the duration of job retention. A comparison of the differences between the groups showed that those in the job retention group had more severe psychiatric symptoms in the 14 BPRS items and the total, and higher social skills in the major LASMI items. Negative correlation was observed between LASMI and BPRS. The results suggest that mental disorders who have severe psychiatric symptoms may be able to remain in the workforce for more than one year by improving their social skills before they start job.

【Key word】

Mental disability Job retention Psychological symptom Social skill Job support

目次

第1章	序論	1
1-1	研究背景	1
1-1-1	精神障害者の一般就労の状況	1
1-2	精神障害者の就労定着および離職に関する国内外の研究の動向	2
1-2-1	精神障害者の離職に関する要因	2
1-2-2	精神障害者の就労定着に関する要因	3
1-2-3	精神障害者の就労定着に向けた介入方法	3
1-3	就労移行支援事業による社会生活技能を高める支援の必要性	4
1-4	就労移行支援事業所 A の特徴と選定理由	5
1-5	研究目的	7
1-6	研究意義	7
第2章	方法	8
2-1	研究対象者	8
2-2	研究方法	9
2-2-1	調査方法	9
2-2-2	調査内容	9
2-2-3	精神症状の評価方法	9
2-2-4	社会生活技能の評価方法	9
2-3	分析方法	10
2-3-1	就労定着期間に影響を与える精神症状および社会生活技能の因子分析	10
2-3-2	一般就労開始時の精神症状と社会生活技能	10
2-3-2-1	精神症状に関する就労定着群と離職群の群間比較	10
2-3-2-2	社会生活技能に関する就労定着群と離職群の群間比較	10
2-3-3	精神症状と社会生活技能の相関	10
2-4	倫理的配慮	11
第3章	結果	12
3-1	研究対象者の概要	12
3-1-1	研究対象者の基本属性	12
3-1-2	研究対象者の就業状況（一般就労）	14
3-2	就労定着期間に影響を与える精神症状および社会生活技能の因子	16

3-3	一般就労開始時の精神症状と社会生活技能	17
3-3-1	精神症状の特性	17
3-3-2	社会生活技能の特性	19
3-4	精神症状と社会生活技能の相関	22
第4章	考察	26
4-1	精神症状の特性と就労定着との関係	26
4-2	社会生活技能の特性と就労定着との関係	26
4-3	一般就労した精神障害者の精神症状と社会生活技能の関係	28
第5章	総括	30
5-1	結論	30
5-2	本研究の限界と今後の展望	30
	謝辞	31
	文献一覧	32

第1章 序論

1-1 研究背景

1-1-1 精神障害者の一般就労の状況

2020年度の障害者の雇用者数は、民間企業で578,292.0人（対前年度比3.2%増加，17,683.5人増加）であり，障害者の法定雇用率でみると2.15%（対前年度比0.04%増加），法定雇用率達成企業の割合は48.6%（前年比0.6%増加）であった．障害者の雇用者数のうち，身体障害者は356,069.0人（対前年度比0.5%増加），知的障害者は134,207.0人（対前年度比4.5%増加），精神障害者は88,016.0人（対前年度比12.7%増加）であり，精神障害者は他の障害種と比較しても，大きく増加傾向にある¹⁾．この背景には，障害者雇用促進法改定により，2010年4月より精神障害者が雇用率の算定対象になり²⁾，2018年4月より精神障害者の雇用義務化が法定化された³⁾ことが要因として考えられる．また，昨今の精神医療の動向としての，精神疾患への早期治療，早期社会参加などに向けた治療効果⁴⁾も大きい．精神障害者への保健医療福祉施策は，「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」で謳われるように，入院医療中心から地域生活中心のケアへの流れがある⁵⁾．これらは，精神障害者の円滑な地域生活への移行やその先の一般就労に対して，大きく影響を与えている．

精神障害者の一般就労を可能とする要因について報告されている．馬場らは，一般就労を予測する要因として，就労移行支援事業所利用者の就労群・非就労群の比較から，クロルプロマジン換算値（抗精神病薬投与量）の影響はなく，訓練出席率，作業の正確性があるとしている⁶⁾．大山らは，一般就労の促進の要因として，精神障害者の就労者と非就労者の精神症状や生活技能が就労に与えた影響について，精神症状の軽いことが一般就労を促進するのではなく，生活技能の全般的な高さが影響したと報告している⁷⁾．また，Bondらは，精神障害者が診断名や精神症状といった疾病性の要因に影響されず，職場適応への支援を受けることにより，一般就労することができたということを報告している⁸⁾．Bellらは，依存症患者が薬物依存やアルコール依存による精神症状による影響を受けずに，社会生活技能を高めることにより，一般就労をすることが可能であったと報告している⁹⁾．これらの報告から，精神障害者が一般就労するには，疾病性による影響よりも，社会生活技能の高さが重要であると示唆されている．

また，精神障害者の離職率の高さについても報告されている．厚生労働省は，障害者の平均勤続年数は，身体障害者10年2か月，知的障害者7年5か月，精神障害者3年2か月と，他の障害者と比べて精神障害者は低いと報告している¹⁰⁾．福井らは，10年間の離職率の平均では，身体障害者では12%，知的障害者では9%，精神障害者では44%であったと報告している¹¹⁾．大阪府における障害種別の9年間の離職率では，身体障害者16%，知的障害者13%，精神障害者75%，入職率では，身体障害者15%，知的障害者15%，精神障害者88%であり，精神障害者は入職率と離職率ともに高かったと報告している¹²⁾．障害者職業総合センターは，一般企業への一般就労後の就労定着状況について，精神障害者が一般就労し，1年が経過した時点での就労定着率は49.3%であり，他の障害と比較して最も低い結果であったと報告している¹³⁾．就労定着

を高める要因では、障害者求人、職場への障害開示、公共職業安定所や障害者就業・生活支援センターなど複数支援機関によるチーム支援により、就労定着率が70.1%であったと報告している。一方で、先に述べた条件が全ての条件が整っていない対象では、就労定着率が22.9%であったことも報告している¹⁴⁾。これらの報告から、精神障害者は、他の障害と比べて離職率が高く、一般就労をして1年経過すると半数以上が離職していることが示唆されている。

1-2 精神障害者の就労定着および離職に関する国内外の研究の動向

精神障害者の一般就労について、離職や就労定着について課題とされて以来、実態調査や介入の検証などについての研究が様々に実施されてきた。これら先行研究の動向を概観し、離職の要因や介入方法を整理することが、精神障害者への就労定着支援への一助を得ることになると考え、国内外の文献検索を行った¹⁵⁾。得られた結果の概要を、以下に示す。

1-2-1 精神障害者の離職に関する要因

精神障害者の離職に関する要因として、基本属性では、加藤らは、休職した精神障害者の転機を調査し、復職者では男性95名、女性19名、離職者では男性128名、女性50名と、男女とも復職者数より離職者数が多かったと報告している。年代別では、40代では復職者が、50代および60代では離職者が多かった。病状別では、精神症状が軽度または中等度では離職者が多く、重度では復職者が多かった¹⁶⁾。他に病状による要因では、Lernerらは、うつ病の従業員は、他の疾病より合併して生じる二次的なうつ病と比べて、職務遂行能力と生産性が低く、離職者が多いことを報告している¹⁷⁾。Dongらは、睡眠障害があると健康状態に悪影響を与え、離職率が約2倍になったと報告している¹⁸⁾。Pattenらは、うつ病者の26～45歳の年代では、それ以外の年代と比較すると離職率が2倍になることを報告している¹⁹⁾。

精神障害者の状態による要因として、片山らは、対人過緊張、就労意欲の低下、精神症状の増悪があり、その中でも、対人過緊張と精神症状の増悪は、高率に離職する傾向にあると報告している²⁰⁾。中村らは、年齢（若年層）や罹病期間（長期罹病）、注意障害、社会認知障害が、離職回数を多くする要因であると報告している²¹⁾。

就労状況や支援内容による要因として、山本らは、業務内容への支援、適切な休養、職場従業員の障害理解、職場内での人間関係が不十分であることが、離職要因であると報告している²²⁾。福井らは、早期離職では、採用形態（正社員）、仕事上の相談者がいないことが、早期離職に影響を及ぼす要因と報告している²³⁾。企業に対して障害を非開示としている精神障害者は、一日の就業時間が長く、就業定着期間が短いといった課題があり、また職場環境や仕事自体にやりがいを感じておらず、離職につながることを報告している²⁴⁾。

1-2-2 精神障害者の就労定着に関する要因

精神障害者の就労定着に関する要因として、就業時間では、中川は、一般就労した重度精神障害者の週 15 時間未満の「短時間労働者」群は、週 15 時間以上群と比較して、就労後 3 年間は就労定着率が高いが、その後急速に減少する特徴があったと報告している²⁵⁾。

支援内容による要因として、片山らは、企業側が就労定着に必要なこととして、企業内支援者と精神障害者の信頼関係構築、精神障害者のストレングス強化、従業員による支援や障害理解の啓発など企業内環境の調整、企業ニーズとのマッチング、外部就労支援者と企業内支援者の信頼関係構築、外部就労支援者の活用、援助を求める方法やビジネスマナー獲得への支援があったと報告している²⁶⁾。また、Leff らは、精神障害者の業務内容について、支援者が職務分析して、精神障害者に合わせた職務再設計の支援をした場合に、一般就労となる可能性が高かったが、労働時間の増加にはつながらず、就労定着との関連は精査できなかったと報告している²⁷⁾。

精神障害者が一般就労に求めることとして、田中らは、「普通のところで働きたい」「高い給料が欲しい」「生活を豊かにしたい」という結果を示し、これらの実現が就労定着には重要であると報告している²⁸⁾。

1-2-3 精神障害者の就労定着に向けた介入方法

精神障害者の就労定着に向けた介入方法として、個別援助付き雇用（Individual Placement and Support. 以下、IPS とする。）に関する報告が多くみられた。IPS とは、1990 年代前半にアメリカで開発された支援モデルである。IPS の目標は、重い精神障害のある人々が、生活の自立度を高め、精神保健が提供するサービスへの依存を減らしていくことであり、リカバリーを果たすことである。支援は、従来型モデルとされている訓練後に一般就労をする（Train-then-place モデル）方法ではなく、早期に一般就労をして訓練をする（Place-then-train モデル）方法を行うとしている²⁹⁾。

精神障害者の就労定着に対する IPS の効果として、Paul らは、重度の精神障害者へ IPS を行うことにより、就労支援施設へ通所する就労支援と比べて、一般就労および就労定着に効果があったと報告している³⁰⁾。Gates らは、ニューヨーク州の精神障害者へ IPS を実施した結果、63%が一般就労をし、他の精神保健福祉サービスへの登録が増加し、就労定着にも効果があったと報告している³¹⁾。Lehman らは、都市部在住の重度の精神障害者に対して IPS を実施した結果、心理社会的リハビリテーションを実施することに比べて、一般就労には効果があったが、就労定着には影響はなかったと報告している³²⁾。

IPS と他の支援内容を組み合わせた効果として、McGurk らは、失業歴のある重度精神障害者に対して、認知機能訓練と IPS を組み合わせた結果、抑うつ状態の改善、思い込みなどが改善し、就労定着に影響があったと報告している³³⁾。Christensen らは、重度精神障害者に対して IPS と社会生活技能訓練を統合して実施した結果、IPS のみを実践するよりも就労定着に影響を与えたと報告している³⁴⁾。

他の支援方法として、Wangらは、一般就労したうつ病の対象者に、社会生活技能を高めるための相談支援とケアマネジメント等を行うことにより、労働時間が増え、就労定着に影響を与えたと報告している³⁵⁾。新藤らは、一般就労した後に、企業への支援と精神障害者への社会生活支援を、医療機関や福祉施設などのチームアプローチを行うことで、就労定着に影響があったと報告している³⁶⁾。

1-3 就労移行支援事業による社会生活技能を高める支援の必要性

前項のように、精神障害者への就労定着には、様々な介入内容が報告されているが、その中でもIPSの有用性に関する報告が多くみられる。しかしながら、わが国においてIPSを導入する困難さも報告されている。倉知は、わが国における就労支援において、施設通所を基本とした支援制度でなりたっているため、IPSの実施は難しいと述べている³⁷⁾。また、松為は、現行の精神科における診療報酬の制度では、IPSプログラムの全体を包括的に捉える構造にはなっていない。Place then Trainモデルの実践に不可欠な職場内での支援については、報酬上の規定はないため、従事する専門職に報酬手当てができないと述べている³⁸⁾。つまり、わが国においては、精神障害者への就労支援は、精神科作業療法や精神科デイケア、就労移行支援事業、就労継続支援A型・B型事業などへの通所による支援が一般的であり、早期に一般就労し、その後に支援を行うIPSを導入することは難しい。

精神障害者へIPSを実施した効果として、社会生活技能の向上がある。Robertらは、IPSの効果として、支援の量は時間の経過とともに徐々に減じていく傾向にあり、これは精神障害者の社会生活技能が向上するからであると報告している³⁹⁾。Liebermanは、精神障害者の社会生活技能が向上すれば、リカバリーは促進し、エンパワメントは自然にもたらされると述べている⁴⁰⁾。IPSの導入が困難であっても、通所支援においてIPSの効果として示されている社会生活技能の向上を図ることにより、就労定着を果たすことができるのではないかと考えた。

また、精神障害者への就労支援は、医療機関による治療と並行して支援を実践する必要がある。精神疾患ではない他の疾患であると、一般的には、症状の改善を優先してから、その後に就労支援を開始する。しかしながら、精神障害の場合には、治療期間が長期に及ぶため、精神症状の寛解を経てから就労支援へと移行する支援の流れであると、一般就労の機会を逃してしまう可能性がある。結果的に、精神障害者の社会参加を阻害してしまうこととなりかねない。精神障害者に就労支援が実践される病期は、維持期・生活期であることが一般的であり、この時期の精神症状は残遺している状態であることが考えられる。そのため、精神症状の寛解を待たずして、一般就労を目指す必要がある。

精神障害者が、一般就労を目指す上で利用できる就労支援サービスの一つとして、障害者総合支援法の就労系障害福祉サービスである就労移行支援事業がある。就労移行支援事業は「就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所（企業）に雇用されることが可能と見込まれる者」が対象であり、企業等への一般就労を目指すサービスである。厚生労働省は、就労移行支援

事業の障害種別による利用者の伸び率を、2008年と2015年の利用状況を比較して、精神障害者は4.86倍増加、身体障害者は1.6倍増加、知的障害者は1.39倍増加であったと報告している⁴¹⁾。東京都は、2020年4月における就労移行支援事業の利用者数として、精神障害者が2,164名、身体障害者が358名、知的障害者が817名と報告している⁴²⁾。就労移行支援事業における精神障害者の利用状況は、他の障害と比べても増加傾向にある。

就労移行支援事業を利用して、どの程度の期間、就労定着を目指す必要があるのか、様々に検討がされている。障害者職業総合センターの調査¹³⁾や厚生労働省の障害福祉サービス等報酬改定検討会議⁴³⁾においては、1年の就労定着率について検討がされている。一般就労をして1年が経過した時点での精神障害者の就労定着率は、他の障害と比較して最も低い結果であることから、まずは1年の就労定着を果たすことが重要とされている。精神障害者が一般就労を目指すためのサービスである就労移行支援事業においては、就労定着も見据えた一般就労への支援を実施することが求められる。

以上より、わが国において精神障害者が一般就労をし、1年の就労定着を果たすためには、就労移行支援事業において、精神症状の寛解を待たずして、社会生活技能を高める就労支援が有効ではないかと考えた。

1-4 就労移行支援事業所 A の特徴と選定理由

就労移行支援事業所 A の運営法人は、当該地域において20年以上にわたり、精神保健福祉に関する事業を行っている。法人内では、就労移行支援事業の他に、当該地域の委託相談支援事業、指定一般相談支援事業、指定特定相談支援事業、地域活動支援センター事業 I 型、職場適応援助者支援事業、都道府県および市町村の自立支援協議会事務局や委員などを担っている。なお、当該地域の都道府県において、就労系障害福祉サービス事業のうち就労移行支援事業単体を運営し、職場適応援助者支援事業の認可を受けているのは、就労移行支援事業所 A を運営する法人のみである。

就労移行支援事業所 A では、精神保健福祉士や作業療法士を配置しており、就労移行支援事業の認可を受けた2009年から2019年までの期間では、それぞれ2名ずつ、計4名が所属していた。そのうち、3名は訪問型職場適応援助者（ジョブコーチ）の有資格者であった。全国の就労移行支援事業に配置されている精神保健福祉士の数は、2016年において73,303名中、884名⁴⁴⁾、作業療法士の数は、2015年において52,154名中、35名⁴⁵⁾であった。就労移行支援事業では、専門性の高い支援が実施できるという観点から、国家資格を有した専門職を配置した場合に、その割合に応じて福祉専門職員配置等加算を事業所報酬に加えるという制度がある。2009年より精神保健福祉士、2018年度より作業療法士が対象となった。この福祉専門職員配置等加算は、利用者定員規模にもよるが、一般的には1名から2名の専門職を配置することで取得できるが、就労移行支援事業所 A では報酬算定以上に専門職を配置している。就労移行支援事業所 A は、精神保健福祉士と社会福祉士の資格を有した施設長がおり、就労移行支援事業の認可を受

けたときから、施設長の役職を続けていた。施設長の臨床、臨地経験は、2009年から2019年では15年目から25年目という経験年数であった。施設長の前職は、精神科病院に所属しており、精神科医師の指導のもと専門的な評価技法や支援内容について訓練を受けていた。就労移行支援事業所Aでは、施設長を中心として、支援方針の決定や、評価や支援を行っていた。

就労移行支援事業所Aの一般就労への移行率は、2009年4月から2019年3月までの期間において60.1%であった。厚生労働省は、2018年度における全国の就労系障害福祉サービス利用終了者に占める一般就労への移行者の割合を、就労系障害福祉サービス全体で平均27.6%、就労移行支援事業で52.9%と報告している⁴¹⁾。当該地域の都道府県における一般就労への移行率は公表されていないが、2018年度に公表された障害福祉計画においては、就労移行支援事業からの一般就労への移行率について、30%以上の事業所数を全体の5割以上とする目標値を設定している⁴⁰⁾。つまり、この公表時期において、就労移行支援事業のうち少なくとも5割以上の事業所は、一般就労への移行率が30%に達していないということが推察される。就労移行支援事業所Aは、地方地域において運営している。地方地域は、中小企業が多く、障害者雇用の対象となる大企業は少ない。そのため、一般就労への移行率を高めることは難しい背景がある。

就労移行支援事業所Aの就労定着率は、2009年4月から2019年3月において、一般就労した対象者のうち、6ヶ月以上の就労定着率は95.1%、1年以上の就労定着率は77.4%であった。厚生労働省は、2018年度における全国の就労移行支援事業の就労定着率では、6ヶ月以上の就労定着率が50%以上である事業所は、全体の15.3%であったと報告している⁴¹⁾。

就労移行支援事業所Aは、一般就労への移行率および就労定着率において、高い成果を上げている。この背景には、精神保健福祉士や作業療法士といった国家資格を有した専門職を配置していることや、地方行政と連携をして、様々な精神保健福祉に関する活動を担っていることなどから、高い専門性を有した事業所であると考えた。同様の就労移行支援事業所は、多くは存在せず、精神症状や社会生活技能の評価を実施していることや、評価結果が信頼性のあるものと判断できるよう、就労移行支援事業所Aを研究協力施設として選定し、調査を行うこととした。

1-5 研究目的

本研究の目的は、障害者総合支援法の障害福祉サービスである就労移行支援事業所 A を利用した精神障害者について、一般就労後の就労期間が 1 年を超えた就労定着群と、1 年未満の離職群を比較し、一般就労開始時の精神症状と社会生活技能の就労定着への影響と関係性を明らかにすることである。就労移行支援事業等の一般就労を目標としている支援事業所が、精神障害者の就労定着への支援内容を検討する際の基礎資料となることを目的とした。

1-6 研究意義

一般就労の開始時の状態を調査する理由は、通所支援が主としているわが国の制度のもとでは、一般就労を開始するまでに社会生活技能を高めておくことが効果的であると考えたからである。社会生活技能は、支援者の介入がありながらも、就労定着の期間が続くほど、職場内などにおける対処方法を獲得し続けることも想定されるため、一般就労開始時より高まっていくことも予想できる。したがって、一般就労開始時の社会生活技能の状態が重要であると考えた。精神障害者の一般就労と同様に、社会生活技能の高さが就労定着と関係することや、どの程度まで高めることで就労定着が果たせるのかが明らかとなれば、重要な支援の観点となり得る。また、本研究は、専門性の高い就労移行支援事業所 A の協力のもと実施ができることから、就労定着をしている対象者の情報や評価結果を得ることができる。このことも、研究実施の意義があるものと考ええる。

本研究の全体像を、図 1 に示した。

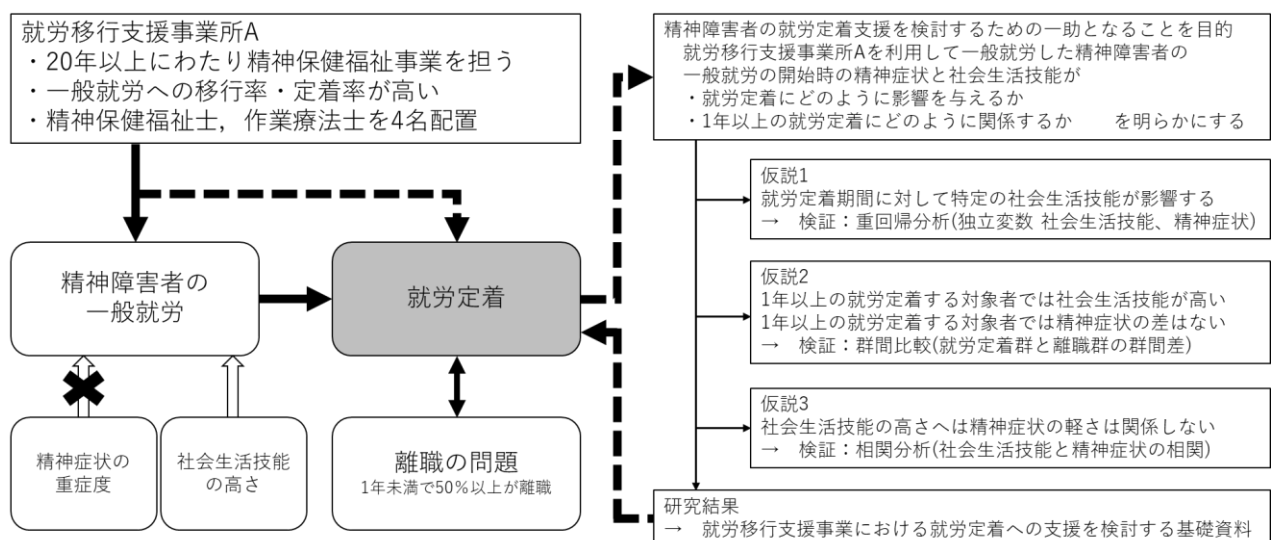


図 1 本研究の全体像

第2章 方法

2-1 研究対象者

本研究の対象者は、就労移行支援事業所 A の通所者とした。研究対象者の選定方法は、2009年4月から2019年3月までの10年間において、就労移行支援事業所 A を利用し、一般就労した精神障害者（ICD-10 分類の F10～69）とした。

上記期間に通所していた対象者数は 103 名であり、そこから一般就労に至らなかった対象者 41 名、主たる診断名が精神障害以外であった対象者 11 名を除き、本研究の対象者数は 51 名であった。

本研究対象者 51 名を、一般就労して 1 年以上経過した者（就労定着群）と一般就労して 1 年未満で離職した者（離職群）に分けた。就労定着群は 37 名、離職群は 14 名であった。研究対象者の選定の流れを、図 2 に示した。

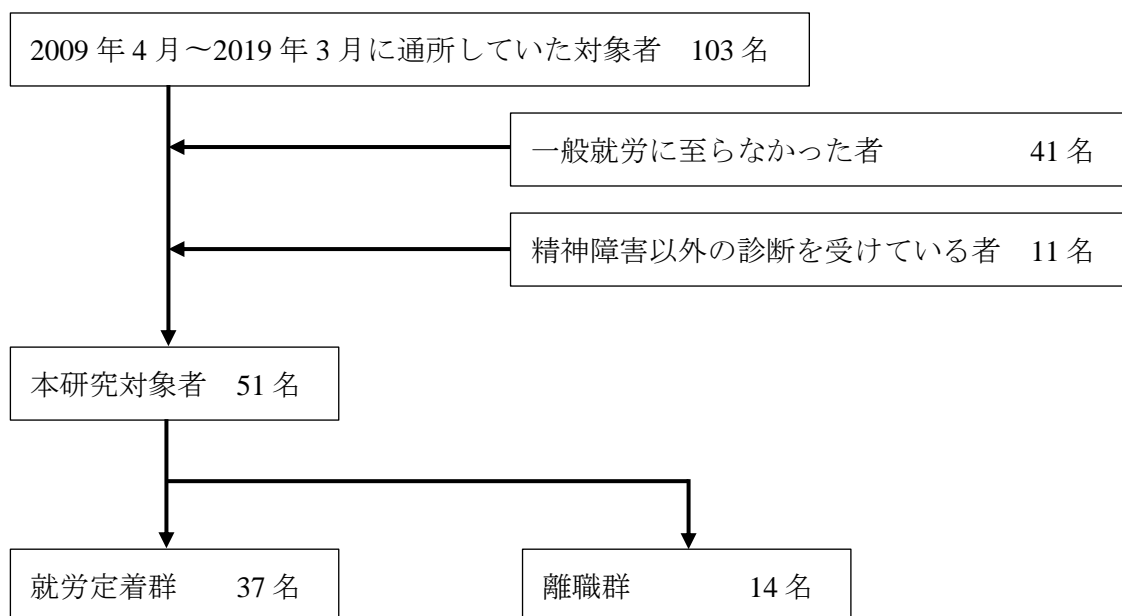


図 2 研究対象者の選定の流れ

2-2 研究方法

2-2-1 調査方法

2009年4月から2019年3月までの10年間において、就労移行支援事業所Aを利用し、一般就労した精神障害者の一般就労開始時の基本属性、就業状況、精神症状の評価結果、社会生活技能の評価結果を、就労移行支援事業所Aの支援記録に基づき調査した。

2-2-2 調査内容

調査内容としては、基本属性として年齢、性別、診断名、精神障害者保健福祉手帳の等級を調査した。就業状況としては、就労期間、離職理由（離職群のみ）、雇用形態、事業者業種、従事職業を調査した。精神症状は、簡易精神症状評価尺度（BPRS：Brief Psychiatric Rating Scale. 以下、BPRSとする。）の評価結果を調査した。社会生活技能は、精神障害者社会生活評価尺度（LASMI：Life Assessment Scale for the Mentally Ill. 以下、LASMIとする。）の評価結果を調査した。なお、就労移行支援事業所Aで行なっている評価は、前職の精神科病院において精神科医のもと専門的訓練を受けた施設長が中心となり実施し、結果は日常業務において支援者間で共有をしている。

2-2-3 精神症状の評価方法

精神症状の評価方法として用いられた簡易精神症状評価尺度（BPRS）は、1962年にOverallとGorhamが開発した18項目からなる評価尺度であり、簡便で包括的な精神症状を評価する目的で開発され、統合失調症をはじめ精神疾患の重症度を評価するために広く使用されている⁴⁷⁾。評価項目は、心気症、不安、情動的引きこもり、概念の統合障害、罪責感、緊張、衝動性、不自然な姿勢、誇大性、抑うつ気分、敵意、猜疑心、幻覚による行動、運動減退、非協調性、不自然な思考内容、情動の平板化、興奮、失見当識である。各評価項目とも定義に基づいて症状なし（1点）から最重度（7点）の7段階で評価する。点数が高いほど、その症状が重いということを表している。

2-2-4 社会生活技能の評価方法

社会生活技能の評価方法として用いられた精神障害者社会生活評価尺度（LASMI）は、1993年に岩崎らが開発した5つの大項目からなる評価尺度であり⁴⁸⁾、精神障害者の慢性期にある人の生活障害を包括的に捉えることを目的とした評価尺度である⁴⁹⁾。評価項目は、大項目としてD/日常生活、I/対人関係、W/労働または課題の遂行、E/持続性・安定性、R/自己認識である。小項目としては、D/日常生活では、生活リズムの確立、身だしなみへの配慮-整容、身だしなみへの配慮-服装、居室の掃除やかたづけ、バランスの良い食生活、交通機関、金融機関、買物、大切な物の管理、金銭管理、服薬管理、自由時間の過ごし方の12項目がある。I/対人関係では、発語の明瞭さ、自発性、状況判断、理解力、主張、断る、応答、協調性、マナー、自主的なつきあ

い、援助者とのつきあい、友人とのつきあい、異性とのつきあいの13項目がある。W/労働または課題の遂行では、役割の自覚、課題への挑戦、課題達成の見通し、手順の理解、手順の変更、課題遂行の自主性、持続性・安定性、ペースの変更、あいまいさに対する対処、ストレス耐性の10項目がある。E/持続性・安定性では、現在の社会適応度、持続性・安定性の傾向の2項目がある。R/自己認識では、障害の理解、過大な自己評価・過小な自己評価、現実離れの3項目がある。各項目とも0（問題なし）～4（大変問題がある）の5段階で評価する。各大項目における小項目の点数を合計し、小項目数で割った値が大項目の点数となる。点数が高いほど、その社会生活技能が低いということを表している。

2-3 分析方法

2-3-1 就労定着期間に影響を与える精神症状および社会生活技能の因子分析

研究対象者の就労期間を従属変数、BPRS 合計点数と LASMI 大項目（5項目）点数を独立変数として、重回帰分析を行なった。統計処理には、SPSS statics 27 を用い、統計的な有意水準は5%未満として分析を行った。

2-3-2 一般就労開始時の精神症状と社会生活技能

1) 精神症状に関する就労定着群と離職群の群間比較

研究対象者ごとの BPRS の各項目（全18項目）点数と合計点数の評価結果を、就労定着群と離職群のそれぞれにおいて中央値を算出し、就労定着群と離職群の差に対して、Mann-whitney U 検定を行った。統計処理には、SPSS statics 27 を用い、統計的な有意水準は1%未満、5%未満として分析を行った。

2) 社会生活技能に関する就労定着群と離職群の群間比較

研究対象者ごとの LASMI の大項目（全5項目）点数と小項目（全40項目）点数の評価結果を、就労定着群と離職群のそれぞれにおいて中央値を算出し、就労定着群と離職群の差に対して、Mann-whitney U 検定を行った。統計処理には、SPSS statics 27 を用い、統計的な有意水準は1%未満、5%未満として分析を行った。大項目に加えて、小項目を分析する理由は、就労定着群と離職群の状態として、どの項目の状態に違いがあるのか、より詳細に比較するために行った。

2-3-3 精神症状と社会生活技能の相関

研究対象者ごとの BPRS の合計点数と LASMI 大項目（全5項目）点数の中央値を算出し、Spearman の相関分析を行った。統計処理には、SPSS statics 27 を用い、統計的な有意水準は1%未満、5%未満として分析を行った。

2-4 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学研究倫理審査委員会より承認を受けた。（承認番号 19-10-98）

就労移行支援事業所 A に対しては、本研究倫理内容に基づき、研究計画書をもとに研究趣旨や調査内容を書面および口頭で、施設長へ説明した。本研究への同意については、研究同意書への署名により同意を得た。

研究データについては、匿名加工をして対象個人が特定されないように配慮を行った。

第3章 結果

3-1 研究対象者の概要

3-1-1 研究対象者の基本属性

本研究対象者の基本属性を表1に示した。

年齢は、研究対象者全体では、 31.8 ± 7.8 （平均±標準偏差）歳、最年長が54歳、最年少が19歳であった。就労定着群では、 31.5 ± 8.0 歳、最年長が54歳、最年少が19歳であった。離職群では、 32.7 ± 7.2 歳、最年長が44歳、最年少が24歳であった。

性別は、研究対象者全体では、男性23名（45.1%）、女性28名（54.9%）であった。就労定着群では、男性15名（40.5%）、女性22名（59.5%）であった。離職群では、男性8名（57.1%）、女性6名（42.9%）であった。

診断名は、研究対象者全体では、統合失調症29名（56.9%）、神経症性障害9名（17.6%）、うつ病8名（15.7%）、双極性障害5名（9.8%）であった。就労定着群では、統合失調症22名（59.5%）、うつ病8名（21.6%）、神経症性障害4名（13.5%）、双極性障害2名（5.4%）であった。離職群では、統合失調症7名（50.0%）、神経症性障害5名（28.6%）、双極性障害3名（21.4%）であった。

精神障害者保健福祉手帳等級は、研究対象者全体では、1級2名（3.9%）、2級38名（74.5%）、3級10名（19.6%）、無し1名（2.0%）であった。就労定着群では、1級2名（5.4%）、2級29名（78.4%）、3級5名（13.5%）であった。離職群では、2級9名（64.3%）、3級5名（35.7%）、無し1名（7.1%）であった。

表 1 研究対象者の基本属性

	全体 N=51	就労定着群 n=37	離職群 n=14
年齢 歳			
平均 (SD)	31.8 (7.8)	31.5 (8.0)	32.7 (7.2)
最大値	54	54	44
最小値	19	19	24
性別			
男性 (%)	23 (45.1)	15 (40.5)	8 (57.1)
女性 (%)	28 (54.9)	22 (59.5)	6 (42.9)
診断名			
統合失調症 (%)	29 (56.9)	22 (59.5)	7 (50.0)
神経症性障害 (%)	9 (17.6)	4 (13.5)	5 (28.6)
うつ病 (%)	8 (15.7)	8 (21.6)	0 (0.0)
双極性障害 (%)	5 (9.8)	2 (5.4)	3 (21.4)
精神障害者保健福祉手帳等級			
1 級 (%)	2 (3.9)	2 (5.4)	0 (0.0)
2 級 (%)	38 (74.5)	29 (78.4)	9 (64.3)
3 級 (%)	10 (19.6)	5 (13.5)	5 (35.7)
無し (%)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (7.1)

() 内は、年齢平均は SD. 性別, 診断名, 精神障害者保健福祉手帳等級は%.

3-1-2 研究対象者の就業状況（一般就労）

本研究対象者の就業状況（一般就労）を表2に示した。

就労期間は、研究対象者全体では、992.2±811.8（平均±標準偏差）日、最長期間3,767日、最小期間31日であった。就労定着群では、平均1,293.8±757.2日、最長期間3,767日、最小期間36日であった。離職群では、195.1±98.0日、最長期間364日、最小期間31日であった。

離職理由は、体調不良5名（35.7%）、解雇3名（21.4%）、人間関係2名（14.3%）、自己都合2名（14.3%）、転職2名（14.3%）であった。

雇用形態は、研究対象者全体では、障害者雇用41名（80.4%）、一般雇用10名（19.6%）であった。就労定着群では、障害者雇用35名（94.6%）、一般雇用2名（5.4%）であった。離職群では、一般雇用8名（57.1%）、障害者雇用6名（42.9%）であった。

事業者業種は、研究対象者全体では、卸売業、小売業17名（33.3%）、製造業14名（27.5%）、医療、福祉8名（15.7%）、生活関連サービス業、娯楽業4名（7.8%）、宿泊業、飲食サービス業3名（5.9%）、学術研究、専門・技術サービス業1名（2.0%）、公務1名（2.0%）、運輸業、郵便業1名（2.0%）、教育、学習支援業1名（2.0%）、建設業1名（2.0%）であった。就労定着群では、卸売業、小売業14名（37.8%）、製造業10名（27.0%）、医療、福祉7名（18.9%）、生活関連サービス業、娯楽業3名（8.1%）、宿泊業、飲食サービス業2名（5.4%）、学術研究、専門・技術サービス業1名（2.7%）であった。離職群では、製造業4名（28.6%）、卸売業、小売業3名（21.4%）、医療、福祉1名（7.1%）、生活関連サービス業、娯楽業1名（7.1%）、宿泊業、飲食サービス業1名（7.1%）、公務1名（7.1%）、運輸業、郵便業1名（7.1%）、教育、学習支援業1名（7.1%）、建設業1名（7.1%）であった。

なお、分類には、総務省日本標準産業分類を参照した。

従事職業は、研究対象者全体では、運搬、加工、組立などの簡易技能（身体作業、機械操作、加工、組立など）26名（50.9%）、販売、サービス（販売、理美容など）15名（29.4%）、事務関係（簡易事務、事務機器操作など）5名（9.8%）、社会福祉（介護、養護、看護、保健医療、相談助言など）2名（3.9%）、教育関係（教育、訓練、指導など）1名（2.0%）、コミュニケーション（デザイン・写真、通信、著述など）1名（2.0%）、運転、操縦（建築機械の運転、車両等の運転など）1名（2.0%）であった。就労定着群では、運搬、加工、組立などの簡易技能（身体作業、機械操作、加工、組立など）20名（55.1%）、販売、サービス（販売、理美容など）13名（35.1%）、事務関係（簡易事務、事務機器操作など）1名（2.7%）、社会福祉（介護、養護、看護、保健医療、相談助言など）1名（2.7%）、教育関係（教育、訓練、指導など）1名（2.7%）、コミュニケーション（デザイン・写真、通信、著述など）1名（2.7%）であった。離職群では、運搬、加工、組立などの簡易技能（身体作業、機械操作、加工、組立など）6名（42.9%）、事務関係（簡易事務、事務機器操作など）4名（28.6%）、販売、サービス（販売、理美容など）2名（14.3%）、社会福祉（介護、養護、看護、保健医療、相談助言など）1名（7.1%）、運転、操縦（建築機械の運転、車両等の運転など）1名（7.1%）であった。

なお、分類には、厚生労働省編一般職業適性検査分類を参照した。

表2 研究対象者の就業状況（一般就労）

	全体 N=51	就労定着群 n=37	離職群 n=14
就労期間 日			
平均 (SD)	992.2 (811.8)	1293.8 (757.2)	195.1 (98.0)
最大値	3767	3767	364
最小値	31	366	31
離職理由			
体調不良 (%)	—	—	5 (35.7)
解雇 (%)	—	—	3 (21.4)
人間関係 (%)	—	—	2 (14.3)
自己都合 (%)	—	—	2 (14.3)
転職 (%)	—	—	2 (14.3)
雇用形態			
障害者雇用 (%)	41 (80.4)	35 (94.6)	6 (42.9)
一般雇用 (%)	10 (19.6)	2 (5.4)	8 (57.1)
事業者業種（総務省 日本標準産業分類）			
卸売業，小売業 (%)	17 (33.3)	14 (37.8)	3 (21.4)
製造業 (%)	14 (27.5)	10 (27.0)	4 (28.6)
医療，福祉 (%)	8 (15.7)	7 (18.9)	1 (7.1)
生活関連サービス業，娯楽業 (%)	4 (7.8)	3 (8.1)	1 (7.1)
宿泊業，飲食サービス業 (%)	3 (5.9)	2 (5.4)	1 (7.1)
学術研究，専門・技術サービス業 (%)	1 (2.0)	1 (2.7)	0 (0.0)
公務 (%)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (7.1)
運輸業，郵便業 (%)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (7.1)
教育，学習支援業 (%)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (7.1)
建設業 (%)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (7.1)
従事職業（厚生労働省編一般職業適性検査分類）			
運搬，加工，組立などの簡易技能 (%)	26 (50.9)	20 (55.1)	6 (42.9)
販売，サービス（販売，理美容など） (%)	15 (29.4)	13 (35.1)	2 (14.3)
事務関係（簡易事務，事務機器操作など） (%)	5 (9.8)	1 (2.7)	4 (28.6)
社会福祉（介護，養護，看護，保健医療など） (%)	2 (3.9)	1 (2.7)	1 (7.1)
教育関係（教育，訓練，指導など） (%)	1 (2.0)	1 (2.7)	0 (0.0)
コミュニケーション（デザイン，著述など） (%)	1 (2.0)	1 (2.7)	0 (0.0)
運転，操縦（建築機械運転，車両等運転など） (%)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (7.1)

() 内は、就労期間平均はSD。離職理由，雇用形態，事業者業種，従事職業は%。

3-2 就労定着期間に影響を与える精神症状および社会生活技能の因子

就労定着期間に影響を与える精神症状と社会生活技能の因子分析の結果を表3に示した。

研究対象者の就労期間を従属変数、BPRS 合計点数と LASMI 大項目（5項目）点数を独立変数として、重回帰分析を行なった。

結果は、全ての項目において有意確率が 0.05 以上となり、就労定着期間に与える因子は認められなかった。

表3 就労定着期間に影響を与える精神症状と社会生活技能の因子

	非標準化係数 B	標準化係数 β	p 値	共線性の統計量 VIF
BPRS 合計	20.863	0.307	0.081	1.978
D/日常生活	-125.247	-0.107	0.794	11.100
I/対人関係	96.853	0.082	0.830	9.780
W/労働または課題の遂行	-302.927	-0.285	0.515	12.628
E/持続性・安定性	27.131	0.019	0.935	3.734
R/自己認識	-62.884	-0.084	0.786	6.268

p<0.05

3-3 一般就労開始時の精神症状と社会生活技能

3-3-1 精神症状の特性

○ 就労定着群と離職群における精神症状（BPRS）の結果

就労定着群と離職群の BPRS の結果を表 4 に示した。

BPRS 各項目の点数の平均は、就労定着群では 2 点台（症状が軽微または疑わしい）、3 点台（症状は確実に存在するが顕著ではない）、4 点台（症状は極端でない程度で日常的に出現）であった。2 点台は、心気症、概念の統合障害、罪責感、衒奇症と不自然な姿勢、誇大性、抑うつ気分、敵意、幻覚による行動、非協調性であった。3 点台は、情動的引きこもり、緊張、猜疑心、運動減退、不自然な思考内容、情動の平板化、興奮、失見当識であった。4 点台は、不安であった。BPRS 合計点数は 54.8 ± 8.1 （平均±標準偏差）点であった。

離職群では 1 点台（症状なし）、2 点台（症状が軽微または疑わしい）であった。1 点台は、心気症、罪責感、衒奇症と不自然な姿勢、幻覚による行動、非協調性、情動の平板化、興奮、失見当識であった。2 点台は、不安、情動的引きこもり、概念の統合障害、緊張、誇大性、抑うつ気分、敵意、猜疑心、運動減退、不自然な思考内容であった。BPRS 合計点数は 35.3 ± 8.3 （平均±標準偏差）点であった。

○ 就労定着群と離職群における精神症状（BPRS）の有意差

就労定着群と離職群の BPRS の群間差を表 4 に示した。

就労定着群と離職群の BPRS 各項目（全 18 項目）の群間差の分析では、1%有意水準において 11 項目に、5%有意水準において 3 項目に有意差が認められ、離職群に比べ、就労定着群の方が精神症状が重度であった。また、BPRS 合計の群間差の分析でも、1%有意水準において有意差が認められ、離職群に比べ、就労定着群の方が精神症状が重度であった。

1%有意水準において有意差があった項目は、心気症（ $p=0.005$ ）、不安（ $p=0.000$ ）、情動的引きこもり（ $p=0.000$ ）、猜疑心（ $p=0.000$ ）、幻覚による行動（ $p=0.006$ ）、運動減退（ $p=0.000$ ）、非協調性（ $p=0.000$ ）、不自然な思考内容（ $p=0.000$ ）、情動の平板化（ $p=0.000$ ）、興奮（ $p=0.000$ ）、失見当識（ $p=0.000$ ）の 11 項目および合計（ $p=0.000$ ）であった。

5%有意水準において有意差が認められた項目は、罪悪感（ $p=0.027$ ）、緊張（ $p=0.034$ ）、衒奇症と不自然な姿勢（ $p=0.024$ ）の 3 項目であった。

有意差が認められなかった項目は、概念の統合障害（ $p=0.185$ ）、誇大性（ $p=0.649$ ）、抑うつ気分（ $p=0.124$ ）、敵意（ $p=0.051$ ）の 4 項目であった。

表4 就労定着群と離職群の精神症状（BPRS）の群間差

	就労定着群				離職群				mann- whitney U	標準化された 検定統計量	p 値	
	n=37				n=14							
	median	IQR	mean	SD	median	IQR	mean	SD				
1.心気症	3	1-4	2.7	1.4	1	1-2	1.5	0.7	130.000	-2.837	0.005	**
2.不安	4	3-5	4.1	1.1	2	1-3	2.2	1.3	79.500	-3.884	0.000	**
3.情動的引きこもり	4	3-4	3.7	1.1	2	1-2	2.1	1.0	75.000	-3.985	0.000	**
4.概念の統合障害	2	2-3	2.4	0.8	2	1-3	2.0	0.9	199.500	-1.325	0.185	
5.罪責感	2	2-3	2.4	0.9	2	1-2	1.8	0.8	159.500	-2.215	0.027	*
6.緊張	3	3-4	3.3	1.0	2	1-4	2.4	1.2	162.000	-2.122	0.034	*
7.衝動性と不思議な姿勢	2	2-2	2.1	0.6	2	1-2	1.6	0.5	170.000	-2.255	0.024	*
8.誇大性	3	2-3	2.7	0.8	3	2-4	2.9	1.3	279.500	0.455	0.649	
9.抑うつ気分	3	2-3	2.5	0.7	2	1-3	2.1	0.9	191.500	-1.538	0.124	
10.敵意	3	2-3	2.6	0.8	2	1-3	2.1	0.8	173.500	-1.950	0.051	
11.猜疑心	4	3-4	3.6	0.6	2	2-2	2.1	0.5	32.000	-5.006	0.000	**
12.幻覚による行動	3	1-4	2.7	1.4	1	1-2	1.5	0.6	136.000	-2.732	0.006	**
13.運動減退	4	3-4	3.4	0.7	2	2-2	2.1	0.8	65.500	-4.315	0.000	**
14.非協調性	3	2-3	2.6	0.5	2	1-2	1.8	0.7	99.000	-3.717	0.000	**
15.不自然な思考内容	4	3-4	3.8	0.7	2	2-3	2.3	0.7	42.000	-4.873	0.000	**
16.情動の平板化	3	3-4	3.2	0.9	2	1-2	1.6	0.8	65.500	-4.260	0.000	**
17.興奮	4	3-4	3.6	0.7	2	1-2	1.5	0.5	3.500	-5.605	0.000	**
18.失見当識	4	3-4	3.5	0.7	2	1-2	1.6	0.7	28.500	-5.073	0.000	**
合計	55	47-63	54.8	8.1	38	31-43	35.3	8.3	20.500	-5.038	0.000	**

*p<0.05 , **p<0.01

3-3-2 社会生活技能の特性

○ 就労定着群と離職群における LASMI 大項目（全 5 項目）の結果

就労定着群と離職群における LASMI 大項目（全 5 項目）の結果を表 5 に示した。

LASMI 各項目の点数の平均は、就労定着群では 0 点台（問題なし）、2 点台（時々問題あり、助言が必要）であった。0 点台は、D/日常生活、I/対人関係、W/労働または課題遂行、R/自己認識であった。2 点台は、E/持続性・安定性であった。

離職群では 1 点台（若干問題あり、援助は不要）、2 点台（時々問題あり、助言が必要）、3 点台（たびたび問題あり、強い助言が必要）であった。1 点台は、D/日常生活であった。2 点台は、I/対人関係、W/労働または課題遂行、R/自己認識であった。3 点台は、E/持続性・安定性であった。

○ 就労定着群と離職群における LASMI 大項目（全 5 項目）の有意差

就労定着群と離職群の LASMI 大項目（全 5 項目）の群間差を表 5 に示した。

就労定着群と離職群の LASMI 大項目（全 5 項目）の群間差の分析では、1%有意水準において 5 項目の全てに有意差が認められ、離職群に比べ、就労定着群の方が社会生活技能が高かった。

1%有意水準において有意差が認められた項目は、D/日常生活（ $p=0.000$ ）、I/対人関係（ $p=0.000$ ）、W/労働または課題遂行（ $p=0.000$ ）、E/持続性・安定性（ $p=0.000$ ）、R/自己認識（ $p=0.000$ ）であった。

表 5 LASMI 大項目（全 5 項目）の群間差

	就労定着群 n=37				離職群 n=14				mann- whitney U	標準化された 検定統計量	p 値	
	median	IQR	mean	SD	median	IQR	mean	SD				
D/日常生活	0.2	0.1-0.3	0.3	0.2	1.7	1.4-2.0	1.7	0.5	512.500	5.382	0.000	**
I/対人関係	0.7	0.5-0.8	0.7	0.3	2.1	1.8-2.4	2.1	0.4	518.000	5.483	0.000	**
W/労働または課題遂行	0.7	0.5-0.8	0.7	0.3	2.1	1.8-2.3	2.2	0.5	512.000	5.360	0.000	**
E/持続性・安定性	2.0	2-2.5	2.1	0.3	3.0	3.0-3.5	3.2	0.2	518.000	5.746	0.000	**
R/自己認識	0.7	0.3-0.7	0.6	0.5	3.0	2.3-3.0	2.7	0.4	518.000	5.546	0.000	**

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

○ LASMI 小項目（全 40 項目）の有意差

就労定着群と離職群における LASMI I 小項目（全 40 項目）の群間差を表 6 に示した。

就労定着群と離職群の LASMI 小項目（全 40 項目）の群間差の分析では、1%有意水準において 37 項目に、5%有意水準において 1 項目に有意差が認められ、離職群に比べ、就労定着群の方が 38 項目において社会生活技能が高かった。

・ D/日常生活

1%有意水準において有意差が認められた項目は、生活リズムの確立 ($p=0.000$)、身だしなみへの配慮・整容 ($p=0.001$)、身だしなみへの配慮・服装 ($p=0.000$)、居室の掃除やかたづけ ($p=0.000$)、バランスの良い食生活 ($p=0.000$)、交通機関 ($p=0.000$)、金融機関 ($p=0.000$)、買物 ($p=0.000$)、大切な物の管理 ($p=0.000$)、金銭管理 ($p=0.000$)、服薬管理 ($p=0.000$)、自由時間の過ごし方 ($p=0.000$) の 12 項目であった。

・ I/対人関係

1%有意水準において有意差が認められた項目は、発語の明瞭さ ($p=0.000$)、自発性 ($p=0.000$)、状況判断 ($p=0.005$)、主張 ($p=0.000$)、断る ($p=0.002$)、応答 ($p=0.000$)、協調性 ($p=0.000$)、マナー ($p=0.000$)、自主的なつきあい ($p=0.000$)、援助者とのつきあい ($p=0.000$)、友人とのつきあい ($p=0.000$)、異性とのつきあい ($p=0.000$) の 12 項目であった。有意差が認められなかった項目は、理解力 ($p=0.088$) であった。

・ W/労働または課題の遂行

1%有意水準において有意差が認められた項目は、役割の自覚 ($p=0.000$)、課題への挑戦 ($p=0.000$)、課題達成の見通し ($p=0.000$)、手順の変更 ($p=0.000$)、課題遂行の自主性 ($p=0.000$)、持続性・安定性 ($p=0.000$)、ペースの変更 ($p=0.000$)、ストレス耐性 ($p=0.000$) の 8 項目であった。

5%有意水準において有意差が認められた項目は、手順の理解 ($p=0.042$) であった。

有意差が認められなかった項目は、曖昧さに対する対処 ($p=0.096$) であった。

・ E/持続性・安定性

1%有意水準において有意差が認められた項目は、現在の社会適応度 ($p=0.000$)、持続性・安定性の傾向 ($p=0.000$) であった。

・ R/自己認識

1%有意水準において有意差が認められた項目は、障害の理解 ($p=0.000$)、過大(小)な自己評価 ($p=0.000$)、現実離れ ($p=0.000$) の 3 項目であった。

表6 LASMI小項目（全40項目）の群間差

	就労定着群 n=37				離職群 n=14				mann- whitney U	標準化された 検定統計量	p 値	
	median	IQR	mean	SD	median	IQR	mean	SD				
D/日常生活												
生活リズムの確立	0.0	0.0-0.0	0.2	0.4	3.0	2.0-3.0	2.3	1.0	475.000	5.360	0.000	**
身だしなみ・整容	0.0	0.0-0.0	0.1	0.5	0.5	0.0-1.0	0.7	0.9	364.500	3.218	0.001	**
身だしなみ・服装	0.0	0.0-0.0	0.1	0.3	0.5	0.0-1.0	0.6	0.6	378.500	3.993	0.000	**
居室の掃除	0.0	0.0-0.0	0.1	0.3	2.0	2.0-3.0	2.4	0.6	516.500	6.499	0.000	**
食生活	0.0	0.0-0.0	0.0	0.2	1.0	1.0-1.0	1.1	0.8	457.000	5.648	0.000	**
交通機関	0.0	0.0-0.0	0.2	0.5	1.0	1.0-2.0	1.1	0.7	420.000	4.014	0.000	**
金融機関	0.0	0.0-1.0	0.3	0.4	2.0	1.0-3.0	1.9	1.1	456.000	4.653	0.000	**
買物	0.0	0.0-0.0	0.2	0.5	2.0	1.0-2.8	1.8	0.9	475.500	5.373	0.000	**
大切な物の管理	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0	1.0	0.3-2.0	1.1	0.9	444.000	5.641	0.000	**
金銭管理	0.0	0.0-1.0	0.4	0.7	2.0	1.3-3.0	2.1	0.8	476.000	4.930	0.000	**
服薬管理	1.0	0.0-1.0	0.8	0.8	3.0	2.3-3.0	2.6	0.8	478.500	4.810	0.000	**
自由時間の過ごし方	1.0	0.0-1.0	0.7	0.8	2.0	2.0-3.0	2.3	0.7	471.000	4.671	0.000	**
I/対人関係												
発語の明瞭さ	0.0	0.0-0.0	0.1	0.3	1.0	0.0-1.8	0.9	0.8	410.500	4.317	0.000	**
自発性	0.0	0.0-1.0	0.4	0.6	3.0	2.0-3.0	2.6	0.6	504.000	5.519	0.000	**
状況判断	1.0	0.0-1.0	0.9	0.8	2.0	1.0-2.8	1.8	1.0	385.500	2.791	0.005	**
理解力	2.0	1.0-2.0	1.7	1.0	3.0	1.3-3.0	2.1	1.1	336.000	1.707	0.088	
主張	1.0	0.0-1.0	0.8	0.7	2.0	1.3-2.0	1.9	0.6	428.000	3.784	0.000	**
断る	0.0	0.0-1.0	0.6	0.8	1.0	1.0-2.0	1.4	0.7	397.500	3.134	0.002	**
応答	0.0	0.0-0.0	0.3	0.5	2.0	1.0-2.0	1.5	0.6	466.000	4.902	0.000	**
協調性	0.0	0.0-0.0	0.2	0.5	2.0	2.0-2.0	1.9	0.8	485.500	5.539	0.000	**
マナー	0.0	0.0-0.0	0.0	0.2	1.0	1.0-1.8	1.1	0.8	457.500	5.655	0.000	**
自主的なつきあい	1.0	0.0-1.0	0.9	0.7	3.0	2.0-3.0	2.5	0.7	473.500	4.803	0.000	**
援助者とのつきあい	0.0	0.0-0.0	0.1	0.3	3.0	3.0-4.0	3.4	0.6	518.000	6.536	0.000	**
友人とのつきあい	1.0	1.0-2.0	1.4	0.8	3.0	2.0-3.0	2.6	0.8	440.500	4.018	0.000	**
異性とのつきあい	2.0	2.0-2.0	1.8	0.6	3.0	2.3-3.0	2.8	1.0	423.000	3.856	0.000	**
W/労働または課題遂行												
役割の自覚	0.0	0.0-0.0	0.1	0.4	1.5	1.0-2.0	1.4	0.9	447.000	5.063	0.000	**
課題への挑戦	0.0	0.0-0.0	0.3	0.6	3.0	2.3-3.0	2.7	0.5	514.000	5.933	0.000	**
課題達成の見通し	0.0	0.0-1.0	0.4	0.6	2.0	1.0-3.0	1.8	1.1	437.500	4.163	0.000	**
手順の理解	2.0	0.0-2.0	1.4	1.0	2.0	1.3-3.0	2.1	1.2	351.000	2.031	0.042	*
手順の変更	1.0	0.0-1.0	0.8	0.8	2.5	2.0-3.0	2.6	0.6	486.500	4.990	0.000	**
課題遂行の自主性	0.0	0.0-0.0	0.3	0.6	2.5	1.0-3.0	2.0	1.1	456.000	4.747	0.000	**
持続性・安定性	0.0	0.0-0.0	0.2	0.4	1.0	1.0-2.0	1.4	1.1	438.500	4.550	0.000	**
ペースの変更	0.0	0.0-1.0	0.6	0.7	2.5	2.0-3.0	2.6	0.6	497.000	5.245	0.000	**
曖昧さに対する対処	2.0	1.0-2.0	1.6	0.9	2.0	2.0-3.0	2.2	1.1	332.000	1.664	0.096	
ストレス耐性	1.0	1.0-2.0	1.3	0.7	3.0	2.3-3.0	2.8	0.6	484.000	5.010	0.000	**
E/持続性・安定性												
現在の社会適応度	1.0	1.0-2.0	1.3	0.5	3.0	3.0-3.0	3.0	0.0	518.000	5.975	0.000	**
持続性・安定性傾向	3.0	3.0-3.0	2.8	0.4	3.0	3.0-4.0	3.4	0.5	378.500	3.514	0.000	**
R/自己認識												
障害の理解	0.0	0.0-0.0	0.3	0.6	3.5	3.0-4.0	3.4	0.7	515.000	6.072	0.000	**
過大(小)な自己評価	1.0	1.0-2.0	1.1	0.8	3.0	3.0-4.0	3.4	0.5	518.000	5.617	0.000	**
現実離れ	0.0	0.0-1.0	0.3	0.5	1.5	1.0-2.0	1.6	0.8	455.500	4.582	0.000	**

*p<0.05, **p<0.01

3-4 精神症状と社会生活技能の相関

精神症状（BPRS）と社会生活技能（LASMI）の相関を表7に示した。また、BPRS合計とLASMIの大項目（5項目）の散布図を、図3、図4、図5、図6に示した。

BPRS合計とLASMIの大項目（5項目）間の相関は、全ての項目間において負の相関を認めた。つまり、精神症状が重度であるほど、社会生活技能の全ての項目において技能が高いという結果を示した。それぞれの相関係数と有意確率は、BPRS合計とD/日常生活（ $r=-0.330$, $p=0.018$ ）、BPRS合計とI/対人関係（ $r=-0.482$, $p=0.000$ ）、BPRS合計とW/労働または課題の遂行（ $r=-0.308$, $p=0.028$ ）、BPRS合計とE/持続性・安定性（ $r=-0.610$, $p=0.000$ ）、BPRS合計とR/自己理解（ $r=-0.342$, $p=0.014$ ）であった。

LASMIの大項目（5項目）間の相関は、全てにおいて正の相関を認めた。それぞれの相関係数と有意確率では、D/日常生活とI/対人関係（ $r=0.829$, $p=0.000$ ）、W/労働または課題の遂行（ $r=0.806$, $p=0.000$ ）、E/持続性・安定性（ $r=0.669$, $p=0.000$ ）、R/自己理解（ $r=0.779$, $p=0.000$ ）、I/対人関係とW/労働または課題の遂行（ $r=0.818$, $p=0.000$ ）、E/持続性・安定性（ $r=0.735$, $p=0.000$ ）、R/自己理解（ $r=0.735$, $p=0.000$ ）、W/労働または課題の遂行とE/持続性・安定性（ $r=0.679$, $p=0.000$ ）、R/自己理解（ $r=0.793$, $p=0.000$ ）、E/持続性・安定性とR/自己理解（ $r=0.589$, $p=0.000$ ）であった。

表7 精神症状（BPRS）と社会生活技能（LASMI）の相関

		LASMI D/日常生活	LASMI I/対人関係	LASMI W/労働	LASMI E/持続性	LASMI R/自己理解	BPRS 合計
LASMI	相関係数	1	0.829**	0.806**	0.669**	0.779**	-0.330**
D/日常生活	有意確率 (両側)		0	0	0	0	0.018
LASMI	相関係数	0.829**	1	0.818**	0.735**	0.735**	-0.482**
I/対人関係	有意確率 (両側)	0		0	0	0	0
LASMI	相関係数	0.806**	0.818**	1	0.679**	0.793**	-0.308**
W/労働	有意確率 (両側)	0	0		0	0	0.028
LASMI	相関係数	0.669**	0.735**	0.679**	1	0.589**	-0.610**
E/持続性	有意確率 (両側)	0	0	0		0	0
LASMI	相関係数	0.779**	0.735**	0.793**	0.589**	1	-0.342**
R/自己理解	有意確率 (両側)	0	0	0	0		0.014
BPRS 合計	相関係数	-0.330**	-0.482**	-0.308**	-0.610**	-0.342**	1
	有意確率 (両側)	0.018	0	0.028	0	0.014	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

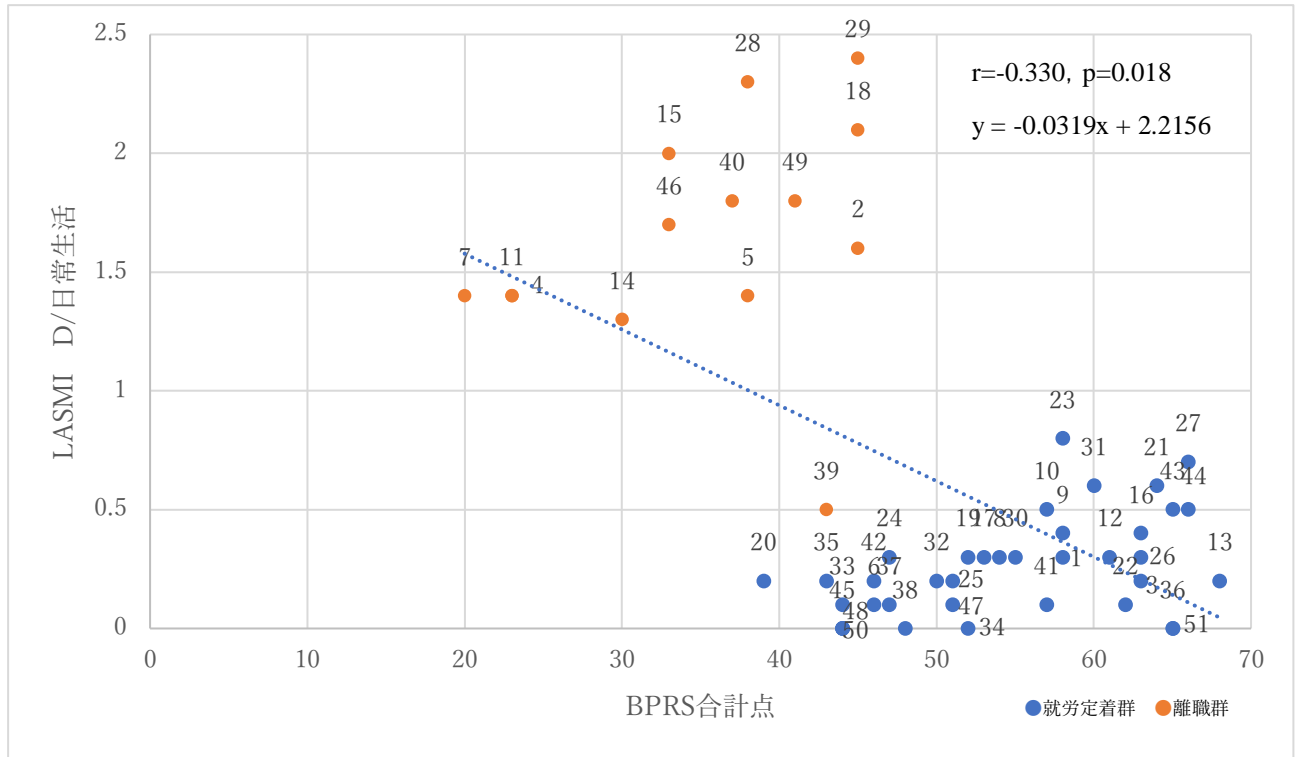


図 3 BPRS 合計と LASMI D/日常生活の相関分布

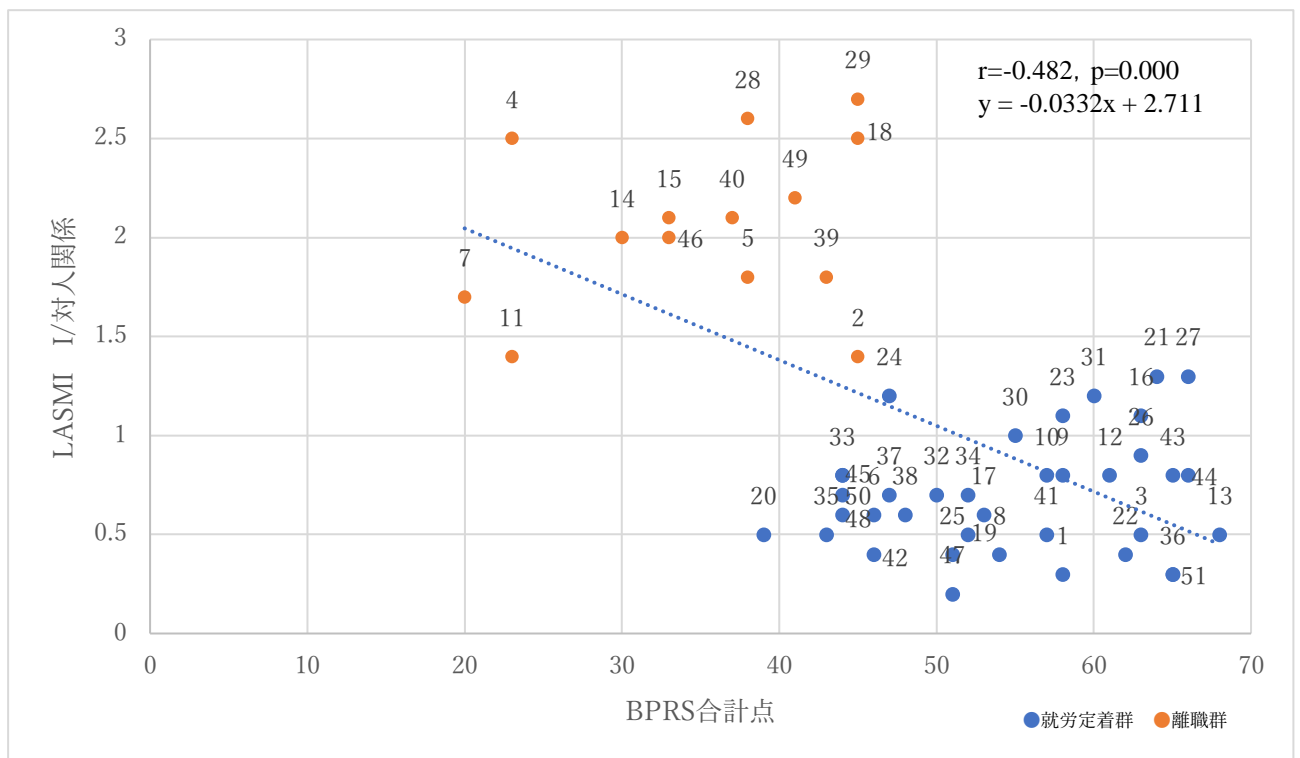


図 4 BPRS 合計と LASMI I/対人関係の相関分布

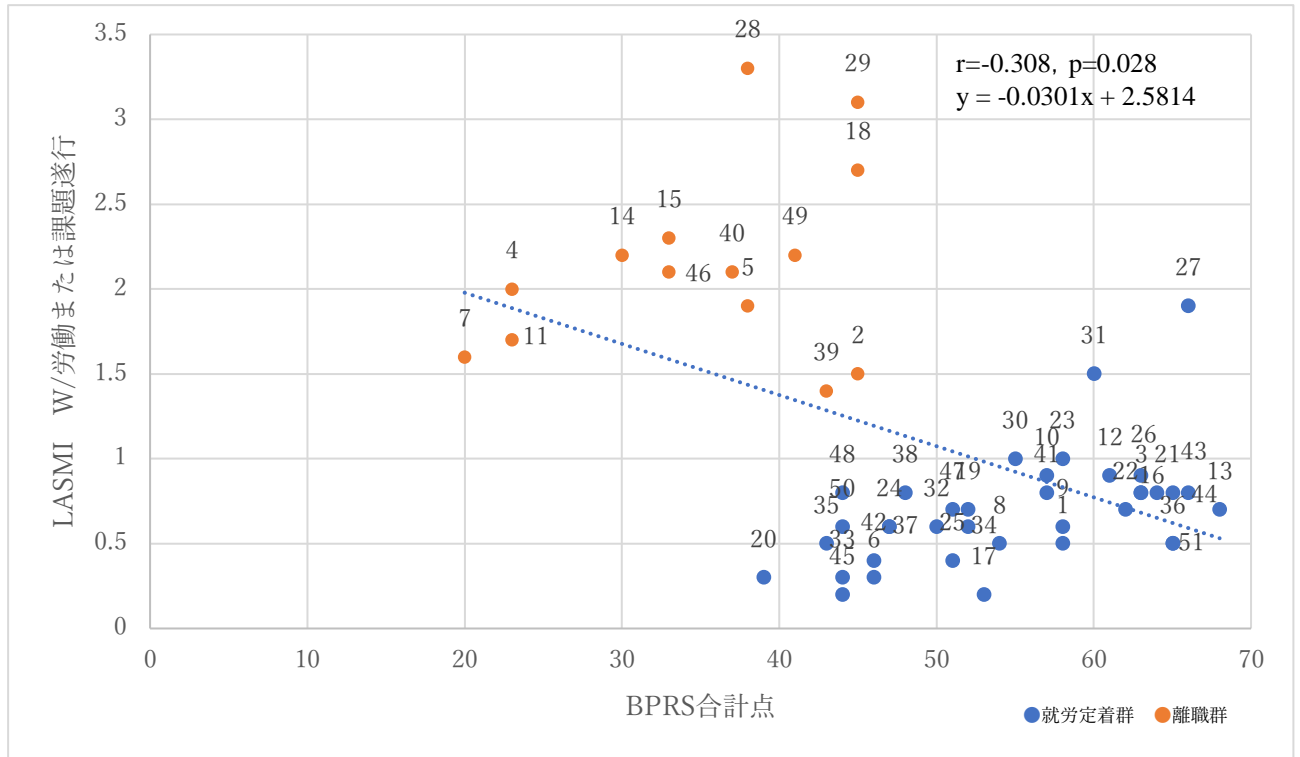


図5 BPRS 合計と LASMI W/労働または課題遂行の相関分布

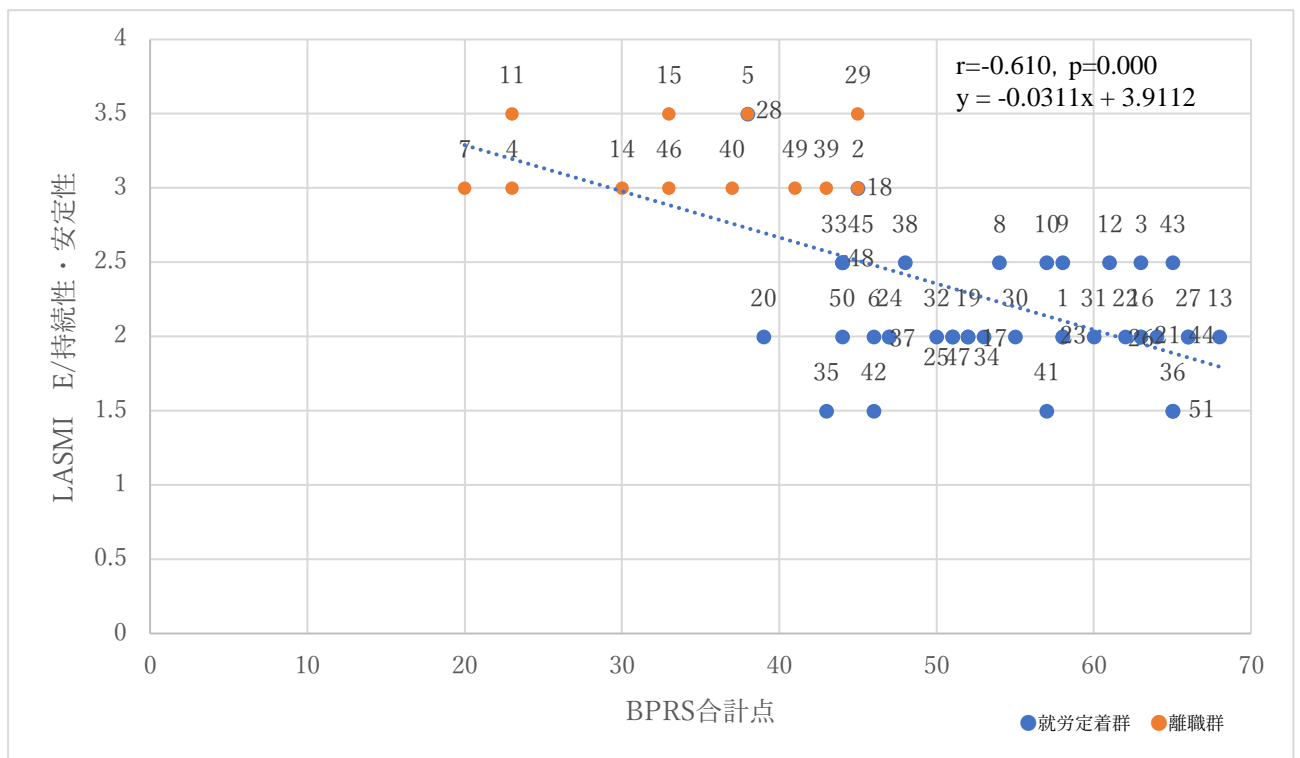


図6 BPRS 合計と LASMI E/持続性・安定性の相関分布

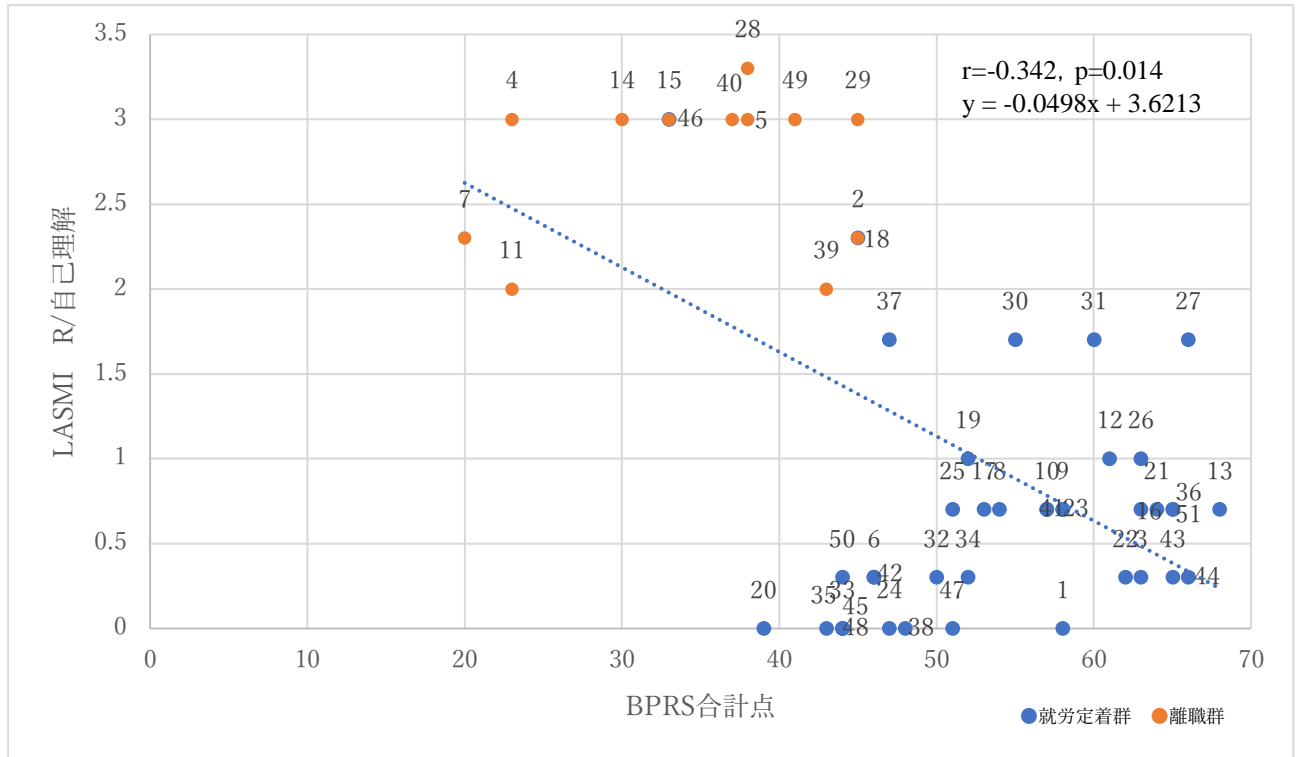


図7 BPRS 合計と LASMI R/自己理解の相関分布

第4章 考察

4-1 精神症状の特性と就労定着との関係

本研究対象者の精神症状の指標として用いた **BPRS** 合計点数は、就労定着群では 54.8 ± 8.1 (平均±標準偏差) 点、離職群では 35.3 ± 8.3 点となった。精神障害者の入院患者を対象とした安西らの研究では、**BPRS** 合計点数が 45 点以上で重度とする基準を設けた⁵⁰⁾。また、精神科訪問看護を利用している精神障害者を対象とした定村らの研究では、**BPRS** 合計点数が 45.5 ± 17.5 点であったと報告している⁵¹⁾。本研究の就労定着群の **BPRS** 合計点数からは、精神症状が重度であり、病状管理への支援が必要という状態像であることが考えられる。就労定着群の病状管理は、当該地域では精神科医による往診や、訪問看護、指定一般相談支援や委託相談支援による訪問支援などにより対応されており、就労移行支援事業所 A を運営する法人は、前述のように 20 年以上にわたり当該地域の精神保健福祉事業を行ってきたことから、他事業所との連携が図りやすい状況にもあったと考える。

次に、**BPRS** の各項目について、精神障害者の一般就労の先行研究より考察する。本研究において有意差が認められた項目は、心気症、不安、情動的引きこもり、罪悪感、緊張、衝動性、不自然な姿勢、猜疑心、幻覚による行動、運動減退、非協調性、不自然な思考内容、情動の平板化、興奮、失見当識の 14 項目であった。一般就労を対象とした先行研究では、有意差が認められた項目は、心気症、不安、罪悪感、緊張、衝動性、不自然な姿勢、誇大性、抑うつ気分、敵意、猜疑心、運動減退、非協調性、情動の平板化、興奮の 13 項目であった⁷⁾。有意差が認められた本研究の 14 項目と比較をすると、一般就労には影響しないが、就労定着に影響する項目としては、情動的引きこもり、幻覚による行動、失見当識があると考えられる。

精神症状の重症度が就労定着に及ぼす影響について、障害者職業総合センターは、精神障害者保健福祉手帳の等級別による就労定着の状況を調査し、精神症状の重症度が最も高い 1 級が、2 級や 3 級に比べて就労定着していると報告している¹³⁾。本研究の結果からも、就労定着群の方が、精神症状が重度と認められたことから、同様の傾向であったと考える。

4-2 社会生活技能の特性と就労定着との関係

本研究対象者の社会生活技能の指標として用いた **LASMI** 大項目の点数は、就労定着群では、D/日常生活 0.3 ± 0.2 (平均±標準偏差) 点、I/対人関係 0.7 ± 0.3 点、W/労働または課題遂行 0.7 ± 0.3 点、E/持続性・安定性 2.1 ± 0.3 点、R/自己認識 0.6 ± 0.5 点であった。離職群では、D/日常生活 1.7 ± 0.5 点、I/対人関係 2.1 ± 0.4 点、W/労働または課題遂行 2.2 ± 0.5 点、E/持続性・安定性 3.2 ± 0.2 点、R/自己認識 2.7 ± 0.4 点であった。精神科病院に入院している精神障害者を対象とした高坂らの研究では、D/日常生活 1.5 ± 0.2 点、I/対人関係 1.1 ± 0.5 点、W/労働または課題遂行 1.1 ± 0.4 点、E/持続性・安定性 5.5 ± 0.2 点、R/自己認識 2.3 ± 0.9 点であったと報告している⁵²⁾。また、精神科病院閉鎖病棟に入院している慢性精神障害者を対象とした下里らの研究では、D/日常生活 3.2 ± 0.9 点、I/対人関係 1.6 ± 0.9 点、W/労働または課題遂行 1.9 ± 0.9 点、R/自己認識 3.0

±0.9点であったと報告している。E/持続性・安定性は、閉鎖病棟入院中ということから除外していた⁵³⁾。本研究対象者の社会生活技能は、離職群ではE/持続性・安定性を除き、他の項目では入院患者より点数が高く、特にI/対人関係とW/労働または課題遂行について、社会生活技能が低いということが考えられる。E/持続性・安定性は、評価実施時の過去1ヶ月および過去1年の社会適応度を測定する。本研究対象者は、就労移行支援事業を利用していることから、該当する評価時期においては地域生活を送っていることが想定される。そのため、生活環境の違いが評価結果にも反映され、本研究対象者では社会生活技能が高い結果となったと考える。他の項目において、離職群が入院患者より社会生活技能が低い結果となったことについては、離職群の精神障害者は、離職には至ったものの、地域生活および一般就労をすることはできる状態であったとも考えられる。精神科病院においては、様々な事情により患者は入院をしているが、退院先の確保が困難な理由などから、社会的入院を余儀なくされている患者もいる。入院患者の社会生活技能の状態のみで考えた場合には、地域生活や一般就労をすることができる可能性も考えられる。

次に、LASMIの小項目について、精神障害者の一般就労の先行研究より考察する。本研究において有意差が認められた項目は、生活リズムの確立、身だしなみへの配慮・整容、身だしなみへの配慮・服装、居室の掃除やかたづけ、バランスの良い食生活、交通機関、金融機関、買物、大切な物の管理、金銭管理、服薬管理、自由時間の過ごし方、発語の明瞭さ、自発性、状況判断、主張、断る、応答、協調性、マナー、自主的なつきあい、援助者とのつきあい、友人とのつきあい、異性とのつきあい、役割の自覚、課題への挑戦、課題達成の見通し、手順の理解、手順の変更、課題遂行の自主性、持続性・安定性、ペースの変更、ストレス耐性、現在の社会適応度、持続性・安定性の傾向、障害の理解、過大(小)な自己評価、現実離れの38項目であった。一般就労を対象とした先行研究では、有意差が認められた項目は、19項目であった。特に、対人関係においては、13項目中、応答の1項目だけが一般就労に影響すると報告しており⁷⁾、本研究の結果との違いがみられた。精神障害者が一般就労をした後には、企業内でのナチュラルサポートの形成を目指すため、支援の介入は徐々に減弱させていくことが一般的である。精神障害者自身が、就労における課題解決を図るために、周囲に援助を求めることが重要である。

本研究結果において、有意差が認められなかった項目について考察をする。有意差が認められなかった項目は、理解力と、曖昧さに対する対処であった。これらは、就労場面においては、他の項目により対処することが可能である。例えば、障害の理解や、過大(小)な自己評価により、就労場面における問題を把握することができ、自主的なつきあい、援助者とのつきあいなどにより対処が可能である。これらから、理解力と、曖昧さに対する対処は、就労定着を阻害する要因にはならないと考える。

以上より、就労定着群の方が、社会生活技能が高いと認められたことから、特に対人関係に関する社会生活技能を一般就労開始時まで高めておくことが、1年以上の就労定着には有用であると考えられる。

4-3 一般就労した精神障害者の精神症状と社会生活技能の関係

本研究対象者の精神症状の指標として用いた **BPRS** 合計と、社会生活技能の指標として用いた **LASMI** 大項目との関連においては、全て負の相関が認められた。

本研究の協力施設である就労移行支援事業所 A では、精神症状が重度と認められた精神障害者に対して社会生活技能を高める支援を行っている。本研究結果は、精神障害者の精神症状が重度と認められた状態であったとしても、一般就労の開始までに社会生活技能を高めることにより、一般就労のみならず1年以上の就労定着を果たせる可能性を示唆している。

精神症状が重度であったとしても、社会生活技能を高めることができる理由としては、精神障害者の自己認識が影響していると考えられる。精神障害者の社会生活技能を高める方法として、生活技能訓練 (**Social Skills Training**、以下、**SST**) があるが、効果的に導入するために自己認識の重要性が説明されている。Lieberman らは、自己表現や対処がなせうまくいかないかを、精神障害者が理解することが大切であると述べている⁵⁴⁾。前田は、精神障害者が生活の中で希望と必要であると思える課題を見出すことが重要であると説明している⁵⁵⁾。南は、**SST** を経験した精神障害者には、対人交流が苦手としている自己認識からはじまり、自身の変化を受け止め、リカバリーを果たしていくプロセスがあったと報告している⁵⁶⁾。これらからも、精神障害者が社会生活技能を高めるためには、まずは自身の課題を認識することが重要である。精神症状が重度である精神障害者は、精神症状やそれに伴う生活への障害が顕著であることから、生活の中で生じる課題に直面しやすく、自己認識がしやすい状況にあるのではないかと考える。さらに、精神症状が重度である精神障害者は、訪問看護や障害福祉サービスなどの病状管理への支援が実施されていることも考えられ、身近な支援者の助言を受けながら、社会生活技能を高めている可能性がある。本研究の結果においても、就労定着群の方が、**LASMI** の R/自己認識が有意に高いという結果であったため、社会生活技能を高めるきっかけとして、自身の課題を認識しやすい傾向にあったものと考えられる。

就労移行支援事業所 A は、近隣に所在する企業と連携をしており、職場内の業務を就労支援として活用している。精神障害者は、職場内業務へ従事する経験を通して、支援者とともに自身の課題を見出し、課題解決の方法を獲得している。つまり、精神障害者は、職場内業務の経験を繰り返して、社会生活技能を高めている。就労移行支援事業所 A においても、精神障害者が社会生活技能を高めるきっかけとして、前述の **SST** と同様に、精神障害者自身が課題を認識することを重要視している。精神障害者へ就労支援を行う支援者が、1年以上の就労定着を見据えて就労支援を行う際には、精神障害者自身が、課題を認識することのできる支援と、課題解決の方法を獲得できる支援を行う必要があると考える。

離職群では、社会生活技能が低いという結果であっても、1年未満での離職には至ったものの、一般就労をすることはできた。この背景としては、調査対象期間の有効求人倍率や障害者雇用率制度に精神障害者が対象となった時期であったことが影響しているものと考えられる。公共職業安定所では、精神障害者が求職活動を行う際に、精神障害者本人が一般就労を望む場合には職業

紹介が行われるため、一般就労をすること自体は可能であったと考える。一般就労した後、就労場面や生活場面などにおいて生じる問題に対処することができず、離職に至ったものとする。

以上のことから、本研究結果より、就労定着群と離職群で比較して、精神症状が重度と認められた精神障害者は、一般就労開始までに社会生活技能を高めることにより、1年以上にわたる就労定着を果たせる可能性があることが示唆された。

第5章 総括

5-1 結論

本研究は、就労移行支援事業所 A を利用した精神障害者について、一般就労開始時の精神症状と社会生活技能について後方視的調査を行い、就労定着に与える影響と関係性を明らかにすること目的として、分析を行った。

一般就労後の就労期間が1年を超えた就労定着群と、1年未満の離職群の2群において群間比較を行った。指標としては、精神症状はBPRS、社会生活技能はLASMIを用いた。BPRSに関する群間比較を実施した結果は、就労定着群ではBPRS14項目と合計において点数が高く、精神症状が重度であるという結果であった。LASMIに関する群間比較を実施した結果は、就労定着群の方が大項目（5項目）の全項目、小項目（40項目）の38項目において社会生活技能が高いという結果であった。

研究結果により、一般就労開始時において、精神症状が重度と認められた精神障害者は、社会生活技能を高めることにより、1年以上にわたる就労定着を果たせる可能性があると考えられる。社会生活技能のうち、特に、対人関係に関する社会生活技能を高めることにより、1年以上の就労定着を促進する可能性が示唆された。

支援者が、精神障害者に対して、就労移行支援事業や精神科リハビリテーションにおいて、就労定着も念頭に置いた一般就労に向けた支援を行う際に、本研究内容は、支援の目標設定や支援内容を検討する際の基礎資料となると考える。

5-2 本研究の限界と今後の展望

本研究では、就労移行支援事業所 A のみでの調査であったこと、就労定着に影響する因子を特定することができなかったこと、個別事例の詳細な調査までには至っていないこと、就労定着期間を1年間に設定したことが、研究の限界としてある。

一つ目として、本研究は、就労移行支援事業所 A のみでの調査であったことがある。就労移行支援事業所 A は、一般就労への移行率と就労定着率が高い成果を上げていたことと、精神保健福祉士や作業療法士などの専門職を複数人配置していることから、他の就労移行支援事業所とは異なり、高い専門性を有しているものと考え、研究協力を得た。しかしながら、本研究結果を一般化することは現状では難しい。本研究により明らかとなった研究結果の重要性と取り組みを普及させるために、本研究結果の発表等を行っていく必要がある。

二つ目として、就労定着に影響する因子を特定することができなかったことがある。研究対象者数の影響もあるかと思うが、本研究の調査内容とした精神症状や社会生活技能ではない、異なる因子の影響も検討する必要がある。

三つ目として、本研究は、個別事例の詳細な調査には至っていないことがある。研究対象者が社会生活技能を高めるためにどのような支援を受けてきたのかということや、精神障害者自身かどのように社会生活技能を獲得していったのかなど、研究対象者一人一人の詳細な分析には至っ

ていない。本研究の結果から、精神症状が重度であることと、社会生活技能が高いことには相関が認められ、この関係性が1年以上の就労定着を果たす可能性があることを考察した。就労定着群と離職群における群間差の結果と合わせ、本研究結果から導いた考察である。社会生活技能のうち、特に対人関係については、就労定着に関する先行研究においても重要とされていることから、本研究の1年以上の就労定着にも関係しているものと考えた。しかしながら、相関を認めた精神症状と社会生活技能の関係性のみで、1年以上の就労定着を果たしたわけではないとも考えられる。一般就労開始時までの就労支援の経過においては、社会生活技能を高める要因が他にも存在したことが推察される。例えば、人的環境も要因の一つとして考えられる。就労支援が実施される病期としては、維持期・生活期であることが想定される。そのため、精神症状が重度である状態は、就労支援が開始されてから徐々に悪化したのではなく、就労支援が開始されるより以前から継続している残遺した精神症状であると考えられる。精神症状が重度であることにより、就労支援が開始された当初より、周囲にいる支援者や家族、知人などの関わり方にも影響が生じ、考察でも述べた自己認識を高めるきっかけが生じていたことも考えられる。これらも踏まえ、精神障害者が社会生活技能を高めるに至った背景として考えられる他の要因を検討するために、質的事例研究等により、個別事例の状況を分析していく必要がある。

四つ目として、本研究では、就労定着期間の設定を1年としたことがある。この背景には、先行研究により、一般就労して1年経過した後の就労定着率が、精神障害者は他の障害と比較して低い結果であった¹³⁾ことから、まずは1年の就労定着を実現するための基礎資料となることを目的とした。しかしながら、1年のみならず、数年にわたる就労定着についても重要であるため、就労定着期間を長期間に設定した更なる調査が必要である。

謝辞

研究者としてあるべき姿勢や考え方、また本研究の遂行と論文の執筆に際して、常に丁寧なご指導を賜りました国際医療福祉大学保健医療学部作業療法学科 谷口敬道教授、平野大輔講師に厚く御礼申し上げます。

本研究の遂行にあたり、対象者情報の提供や精神障害者への就労支援に関する情報の提供など、様々にご協力いただきました就労移行支援事業所 A に深く御礼申し上げます。

本研究結果を分析するにあたり、統計処理のご指導をいただきました国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻 斎藤恵一教授に深く御礼申し上げます。

文献一覧

- 1) 厚生労働省.2020.令和 2 年障害者雇用状況の集計結果.<https://www.mhlw.go.jp/content/11704000/000747732.pdf> 2021.6.8
- 2) 厚生労働省.2005.障害者雇用促進法の改定の概要.<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha01/pdf/kaisei01.pdf> 2019.10.1
- 3) 厚生労働省.2015.障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改定する法律の概要.<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000-Shokugyouanteikyoku/0000121387.pdf> 2019.7.1
- 4) 水野雅文.精神疾患の早期発見と早期治療.精神神経学 2008;110(6):501-506
- 5) 日本能率協会総合研究所.2021.精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き(2020 年度版).<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r02-cccsguideline-all.pdf> 2021.7.16
- 6) 馬場順子,長雄眞一郎,友利幸之介.精神障害者就労移行支援事業所の利用帰結に関する諸要因.作業療法 2015;34(2):160-168
- 7) 大山勉.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.東海学院大学紀要 2009;3:33-40
- 8) Gary R.Bond,Laura L.Dietzen,John H.Mc Grew,et al.Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities.Rehabilitation psychology 1995;40(2):75-94
- 9) Morris Bell,Tamasine Greg,Peter Gill,et al.Work rehabilitation and patterns of substance use among persons with schizophrenia.Psychiatric services 2002;53(1):63-69
- 10) 厚生労働省.2019.平成 30 年度障害者雇用実態調査結果. <https://www.mhlw.go.jp/content/11601000/000521376.pdf> 2019.7.1
- 11) 福井信佳,酒井ひとみ,橋本卓也.精神障がい者の離職率に関する研究 最近 10 年間の分析.保健医療学雑誌 2014;5(1): 15-21
- 12) 福井信佳,中山広宣,橋本卓也ら.大阪府における精神障害者の離職に関する研究.日本職業・災害医学会会誌 2012;60(1):32-37
- 13) 障害者職業総合センター.2017.障害者の就業状況等に関する調査研究.<https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/houkoku/p8ocur0000000nub-att/houkoku137.pdf> 2021.6.8
- 14) 障害者職業総合センター.2010.精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究.<https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/houkoku/p8ocur0000000qer-att/houkoku95.pdf> 2021.6.8
- 15) 野崎智仁, 谷口敬道.精神障害者の就労定着および離職に関する研究の動向.国際医療福祉大学学会誌 2021;26(1):89-98
- 16) 加藤正明,高橋徹,高橋宏ら.精神障害者の職場復帰ならびに離職に関連する諸要因について.精神衛生研究 1971;19:33-43
- 17) Lerner D,Adler DA,Chang H,et al.Unemployment, job retention,and productivity loss among employees with depression.Psychiatr Serv.2004;55(12):1371-1378

- 18) Dong L, Agnew J, Mojtabai R, et al. Insomnia as a predictor of job exit among middle aged and older adults. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(8):750-757
- 19) Patten SB, Wang JL, Williams JV, et al. Prospective Evaluation of the Effect of Major Depression on Working Status in a Population Sample. *Can J Psychiatry*. 2009;54(12):841-845
- 20) 片山成仁, 宮内勝, 安西信雄ら. 精神分裂病患者の離職要因, 予測, 予後. *精神医学* 1992;34(6):585-590
- 21) 中村泰久, 朝倉起己, 新宮尚人. 若年統合失調症者の離職予測因子に関する研究 離職回数と認知機能障害に着目して. *日本福祉大学健康科学論集* 2015;18:49-56
- 22) 山本智津子, 眞野祥子, 目良宣子. 早期離職した精神障害者における就労時の困りごとに関する一考察. *慢性期看護* 2018;48:271-274
- 23) 福井信佳, 高畑進一, 田川精二ら. 精神障がい者の早期離職に影響を及ぼす要因に関する研究. *総合リハビリテーション* 2013;41(5):461-469
- 24) 福井信佳, 高畑進一, 橋本卓也. 統合失調症者における障害の非開示者の就業特徴に関する研究. *日本職業・災害医学会会誌* 2014;62(4):247-252
- 25) 中川正俊. 統合失調症患者の就労継続能力に関する研究. *臨床精神医学* 2004;33(2):193-200
- 26) 片山優美子. 企業における精神障害者の就労定着支援に関する研究. *精神保健福祉* 2012;43(4):315-321
- 27) Leff HS, Cook JA, Gold PB, et al. Effects of job development and job support on competitive employment of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2005;56(10):1237-1244
- 28) 田中敦士, 朝日雅也, 星野泰啓ら. 福祉的就労障害者における雇用への移行と自立生活に向けた意識. *琉球大学教育学部障害児教育実践センター-紀要* 2004;6:27-40
- 29) 香田真希子, 松為信雄, 菊池恵美子ら. *ACT と IPS. 職業リハビリテーション学*. 東京: 協同医書出版社, 2008:264-270
- 30) Paul H. Wehman, W. Grant Revell, John Kregel, et al. Supported Employment: An Alternative Model for Vocational Rehabilitation of Persons with Severe Neurologic, Psychiatric, or Physical Disability. *Arch Phys Med Rehabil* 1991 ; 72 : 101-105
- 31) Gates LB, Klein SW, Akabas SH, et al. Outcomes-based funding for vocational services and employment of people with mental health conditions. *Psychiatr Serv* 2005;56(11):1429-1435
- 32) Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(2):165-172
- 33) McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A, et al. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2005;31(4):898-909
- 34) Christensen TN, Nielsen IG, Stenager E, et al. Individual Placement and Support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark. *Trials* 2015;16:280-289

- 35) Wang PS,Simon GE,Avorn J,et al.Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes.JAMA 2007;298(12):1401-1411
- 36) 新藤健太,大島巖,浦野由佳ら.障害者就労移行支援プログラムにおける効果モデルの実践への適応可能性と効果的援助要素の検討.社会福祉学 2017;58(1):50-70
- 37) 倉知延章.わが国で IPS を標榜している実践の概観,職業リハビリテーション 2012;26(1):25-28
- 38) 松為信雄.IPS のもたらしたもの,職業リハビリテーション 2012;26(1):52-55
- 39) Robert E.Drake,Charuty R.Appell,Morris D.Bell,et al. (松為信雄,西尾雅明他訳) . IPS ・ 援助付き雇用 I.本編,東京:地域精神保健福祉機構,2009:8-11
- 40) Robert Paul Liberman.Recovery from disability.manual of psychiatric rehabilitation.Washington DC:American psychiatric publishing,2008:196-197
- 41) 厚生労働省.2020.就労移行支援 ・ 就労定着支援に係る報酬 ・ 基準について.<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000674638.pdf> 2021.12.22
- 42) 東京都.2020.令和 2 年度就労移行等実態調査結果概要.https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/shougai/shougai_shisaku/syurou_kyougi/pressgijiroku.files/28siryou2.pdf 2021.12.22
- 43) 厚生労働省.2018.就労定着支援に係る報酬 ・ 基準について.<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000177372.pdf> 2021.12.22
- 44) 厚生労働省.2019.精神保健福祉士に求められる役割について.<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000488342.pdf> 2021.12.22
- 45) 日本作業療法士協会.作業療法白書 2015,東京:日本作業療法士協会,2017:28-33
- 46) 栃木県.栃木県障害福祉計画 (第 5 期計画) ・ 障害児福祉計画 (第 1 期計画) について. <https://www.pref.tochigi.lg.jp/e11/documents/005siryoukeikaku.pdf> 2021.12.22
- 47) 稲田俊也.精神症状評価尺度の使い方.精神医学テキスト 改訂第 4 版.東京:南江堂,2017:72
- 48) 沖嶋今日太.精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI) ,作業療法ジャーナル 2004;38(7):627-633
- 49) 障害者労働医療研究会精神障害部会.LASMI の特徴.LASMI 精神障害者社会生活評価尺度利用マニュアル 第 5 版.東京:きょうされん,2014:2-3
- 50) 安西信雄,岩上洋一,河崎健人ら.平成 27 年度障害者支援状況等調査研究事業報告書 精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000130379.pdf> 2021.10.11
- 51) 定村美紀子,奥野純子,山川百合子ら.地域で暮らす統合失調症患者に対する精神科訪問看護の役割,日本プライマリ ・ ケア連合学会誌 2011;34(1):6-13
- 52) 高坂駿, 今井忠則.統合失調症者に対する生活行為向上マネジメントによる個別的作業療法介入の効果,作業療法 2019;38(4):460-468
- 53) 下里誠二,森千鶴,伊藤憲治ら.閉鎖病棟入院中の慢性統合失調症者に対するコンピューターゲームを利用した認知訓練の効果,国立看護大学校研究 2005;4(1):28-36

- 54) Robert Paul Liberman, Larry W. King, William J. Derisi. et al. (安西信雄, 宮内勝他訳) .背景と方法.生活技能訓練基礎マニュアル,東京:創造出版,2000:6-11
- 55) 前田ケイ. SST とは.基本から学ぶ SST,東京:星和書店,2013:31-45
- 56) 南正一郎.精神科デイケアの対象者が SST を通して経験したリカバリーのプロセス,精神障害とリハビリテーション 2019;23(2):159-165