

精神障害者の就労に関する現状と課題

「大分県内の精神障害者を対象に実施した就労を中心とした生活に関する2次調査」を基に

三 城 大 介

問題の所在

精神障害者が、その人なりの生活を自己選択し決定するのは当たり前のことである。そもそも、「精神障害者が」といった精神障害者の生活に限定した表現で、そのことを問題の切り口にもってくることは自体がもはや問題であるといえる。障害の有無に関わらず自立した社会参加を、自己選択し決定するのは当然だからだ。しかし、「精神障害者が」といった限定的な表現で、そのことを問題にしななければならないほどに、精神障害者の社会参加が、その人なりの生活を自己選択し決定できていない状況にあることも現実であろう。

そして、精神障害者が自立した社会参加を継続するには、その人なりの社会的役割や生活の原資を得るためにも、就労することが重要である。

その精神障害者の就労支援に関係する制度に、ここ数年で大きな変化が起こっている。2006年の障害者自立支援法施行により他障害のそれと乗り入れが可能¹⁾になったことに加えて、同年から精神障害者雇用が法定雇用率²⁾に算入された。また、この年度から制度化された精神障害者退院促進事業により、精神障害者の地域移行が基礎自治体を中心に各地で取り組まれている。退院促進事業の中心的課題として就労支援があることは、言うまでもない。

そこで、精神障害者の就労支援の現状を調査・分析し、基礎自治体ごとに取り組まれている精神障害者の就労支援に関する課題を探ることとする。具体的には、大分精神障害者就労推進ネットワーク³⁾が、2007年に「大分県内の精神障害者を対象に実施した就労を中心とした生活に関する2次調査」(以下『2次調査』と表記)の結果を基に、大分県内で暮らす精神障害者の現状を分析し、就労支援に関する課題を明らかにしてゆく。なお、2次調査の詳細な報告は、2008年3月に大分精神障害者就労推進ネットワークが福祉医療機構の助成を受けて発行した「ささえあいマニュアル 支援があれば働ける⁴⁾」に掲載している。

方 法

2次調査の結果から就労支援に関する調査結果を抽出し、分析と考察を行う。

1 2次調査の概要

対象者は、精神疾患により精神科等で自立支援医療を受けている大分県内在住者。調査期間は2007年9月1日から30日までの間で実施した。

調査方法は個別面接調査法による。調査協力団体として、大分県精神障害者社会復帰施設連絡協議会、大分県精神病院協会・同精神保健福祉部会、大分県精神障害者施設協議会、大分県精神保健福祉士協会、大分県中小企業家同友会、大分障害者職業センター、大分労働局、大分県総合

雇用推進協会障害対策部、大分県福祉保健部、別府大学地域社会研究センターに調査協力をいただいた。個別面接は、大分精神病院協会（所属する40病院のうち27病院で実施）、大分県精神障害者福祉会連合会（加盟する14地域福祉会で実施）、大分県精神障害者社会復帰施設連絡協議会（加盟する17施設のうち11施設で実施）で実施した。

2 2次調査の手続き

調査対象者のサンプル抽出の方法については、県内の精神科等で自立支援医療を利用者から無作為抽出すれば最も信頼性が高くなるが、個人情報保護法によりそれを行うことは不可能なため、調査に協力してくれた病院・施設の中で最も利用者（入所、通所、入院、通院等の利用）が少ない病院・施設のサンプル数を3とし、それぞれの調査実施病院・施設の利用者数の利用者比率により算定した。なお、小数点以下は全て繰り上げた。

また、調査対象者が施設と病院で重複する可能性があるため、面接時に他の機関で面接調査を受けたかどうか確認してから面接を開始した。

面接に当たる調査員には事前研修として、1回に2時間のセッションを3回実施し、その中で事前に準備した面接マニュアルの点検、ロールプレイなどを取り入れた。また、面接調査時に面接マニュアルと面接票を調査対象者に開示して実施するなど、調査内容の等質化を図る工夫も行った。

また、面接票には通し番号を付けずに配布し、プライバシーの確保にも配慮するとともに、面接時に調査の趣旨を書面にて説明し、同意を得てから面接調査を開始した。病院・施設で聞き取りを実施したサンプル数の内訳を表1に示す。

表1 サンプル数の内訳

	病院	施設
サンプル数	325	187

作成した調査票の内容は、各項目別に以下のように設定した。

基本属性：性別、年齢、手帳等級、診断名の各項目

生活の場に関すること：現在の生活の場の状況、日常生活動作についての自己評価、生活する上での身近な相談相手、運転免許証の所持、資格の所持、経済状況に関する各項目

就労支援・地域生活支援の制度利用状況：福祉サービスなどの社会資源の利用状況、権利擁護制度の利用状況の各項目

医療の状況：過去の通院・入院歴や現在の受診状況、初診、直近の入院期間、入院者に対して退院に関する意向についての各項目

就労状況：就労経験の有無、目的、最も長く続いた期間、長く続いた理由（ご本人の印象評価）、長く続かなかった理由（ご本人の印象評価）、就労時に使った社会資源、求職時の情報開示（精神障害）、ここ1年間の就業状況、求職する上で必要だと思う社会資源についての各項目
 今後の生活（意向）について：生きる張り合い、将来の暮らしに対する希望、将来に対する不安、現在の生活にとって利用できれば役に立つと思われる社会資源、障害を持つ人が地域や社会に積極的に参加できるようにするために特に大切なこと、障害を持たない人への期待の各項目

自由記述：就労に関すること、生活全般に関すること、将来の生活の不安についての各項目

3 分析手続き

小稿では、2次調査の分析結果から精神障害者と生活状況（医療、地域、家族、就業状況）について抽出し、精神障害者の地域における就労を中心とした生活状況を明らかにすることにより、今後の精神障害者就労支援の課題を明らかにするものである。よって、2次調査で明らかになった全ての結果を報告するものではない。

2 次調査の結果

1 基本属性

年齢構成と精神保健福祉手帳の所持状況

各年齢層での、精神保健福祉手帳の所持状況を図1で確認すると、各年齢層で2級所持者が多いことがわかるが、手帳の非所持者も多くを占めている。そこで表2に各年齢層の手帳所持者、非所持者の合計と割合を示す。働き盛りである20代のみ手帳所持者より非所持者のほうが多くなっている。このことから、20代の精神障害者にとっての手帳取得は何らかのマイナス要因と捉えられていると推測できる。それは、例えば精神疾患の多くが思春期に発症しやすいために、障害の受容が未熟であるといった医療的な要因も考えられるが、そのことよりむしろ社会人として職業選択を行う時期に当たるために、そのためには手帳取得がマイナスに作用していると判断する当事者が多いという予測が成り立つのではないだろうか。

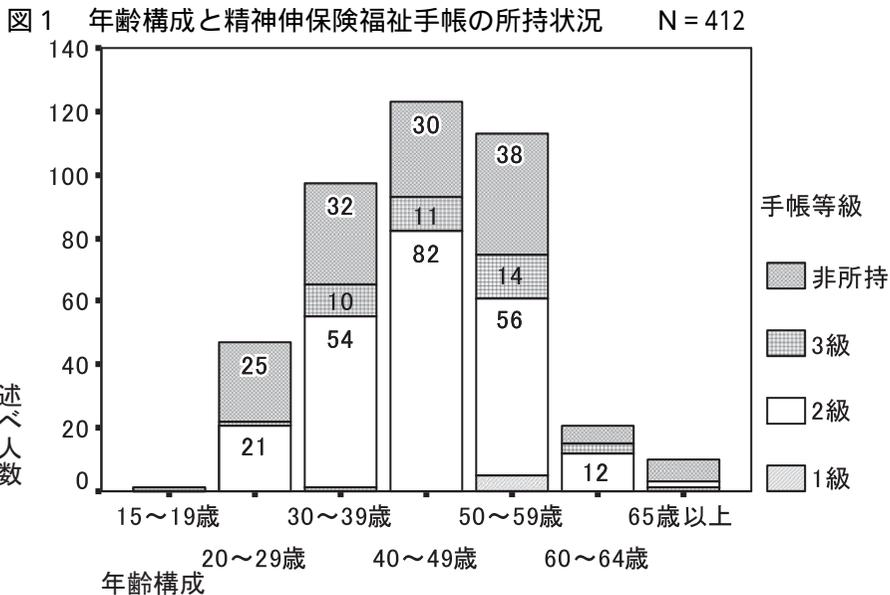
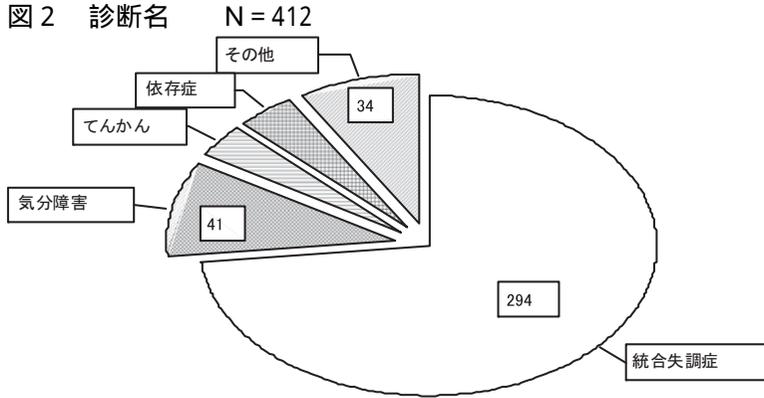


表2 年齢構成別の精神保健福祉手帳の所持・非所持の構成

	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65歳～
手帳所持	0人	22人	65人	93人	75人	15人	3人
		46.8%	67.0%	75.6%	66.4%	71.4%	30.0%
非所持	1人	25人	32人	30人	38人	6人	7人
	100%	53.2%	33.0%	24.4%	33.6%	28.6%	70.0%

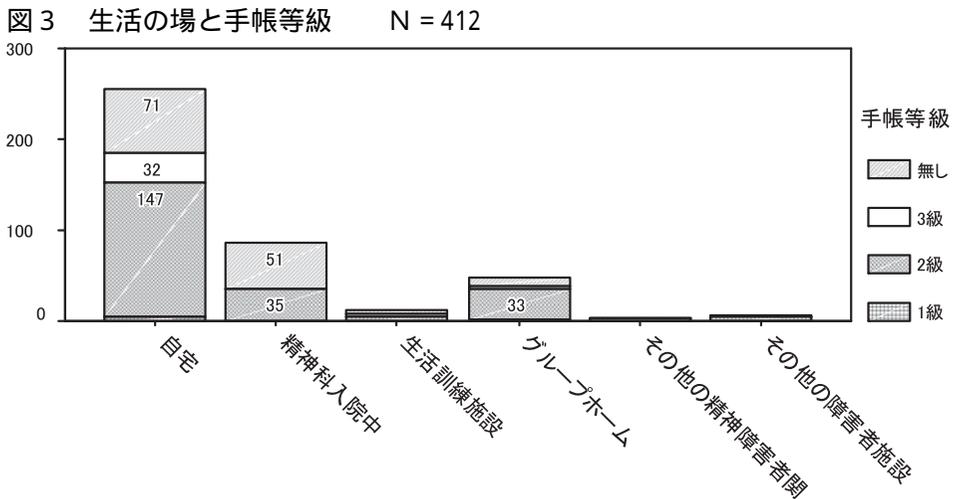
診断名による分類

統合失調症が最も多く294名で全体の71.4%であった。その他には心因反応、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害、非定型精神病、アスペルガー障害、高次脳機能障害、感情性パニック障害などが見られ、何れもサンプル数は3名以下の少数であった。



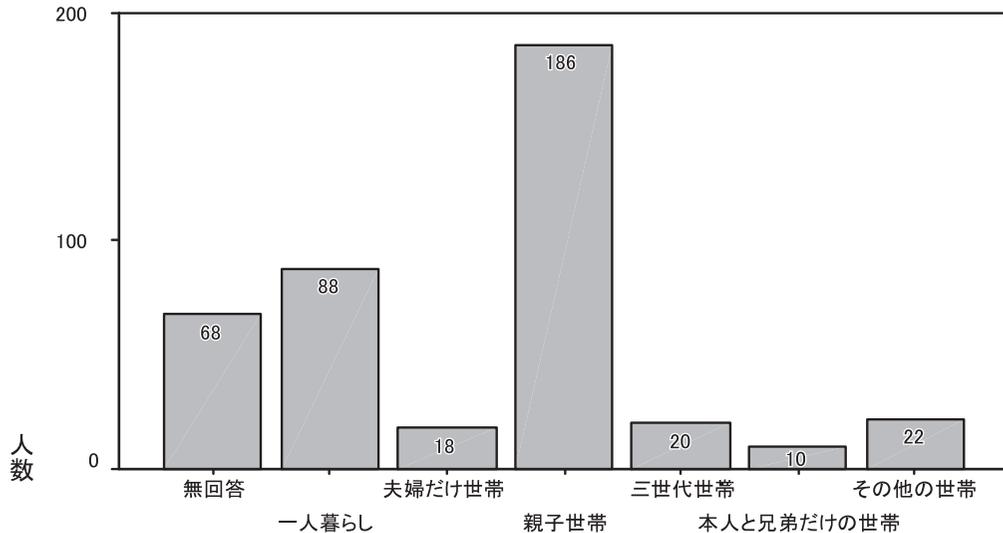
2 生活の場に関すること

生活の場を手帳等級ごとに積み上げて表記したのが図3である。自宅生活者が223名で全体の半数以上を占めていることから、地域生活の継続的な支援の必要性がうかがわれる。また、施設利用者が2%にとどまり、グループホーム利用者の8%を加えても全体の1割程度にしかならない。加えて、その他の障害者施設利用者は2名のみであった。このことから、自立支援施設後も自立支援施設への利用が進んでいないことがわかる。



自宅生活者の世帯状況は、親子世帯が最も多く186、ついで一人暮らし88、無回答68という結果になった。

図4 自宅生活者の家族構成 N = 412



3 運転免許証の所持について

運転免許証所持者を精神保健福祉手帳の等級ごとに積み上げたのが表3である。公共交通機関が充分でない地方都市において通勤手段の確保は重要であるし、運転免許証の所持が雇用条件に挙げられる場合も多いため、運転免許の所持状況も整理してみた。

また、免許証所持の内訳に関しても整理してみると、普通2種や大型、大型2種といった職業に直結しやすい資格を所持している当事者が、249名中48名(19.3%)いることもわかった。

表3 手帳等級と運転免許の所持状況

	免許所持 運転免許の有無		合 計
	1所持している	2所持していない	
手帳 1級	3	4	7
等級 2級	140	87	227
3級	32	7	39
非所持	74	65	139
合計	249	163	412

4 社会サービスの利用状況

現在利用している社会サービスの利用状況をまとめたのが表4である。これは、調査対象者に表中にある社会資源の中から、現在利用している社会サービスを複数回答してもらった結果をまとめたものである。社会サービスの中でも病院の医療相談室が80、デイケアの58といった医療系のサービスに比べて、就業・生活支援センターやハローワーク、障害者職業センターといった就労支援に関係するサービスの利用が低調であることがわかる。また、地域生活支援センター（就

業・生活支援センター)の利用も低調なことから、地域生活の継続のためのサービスもあまり利用されていないこともうかがえる。

表4 社会サービスの利用状況

病院の医療相談室	80	授産施設	39
市町村窓口	37	デイケア	58
当事者グループ	13	公営住宅	2
成年後見制度	1	社会適応訓練事業	1
ハローワーク	34	グループホーム	5
障害者職業センター	28	その他	19
地域生活支援センター (就業・生活支援センター)	34		

数値は延べ人数

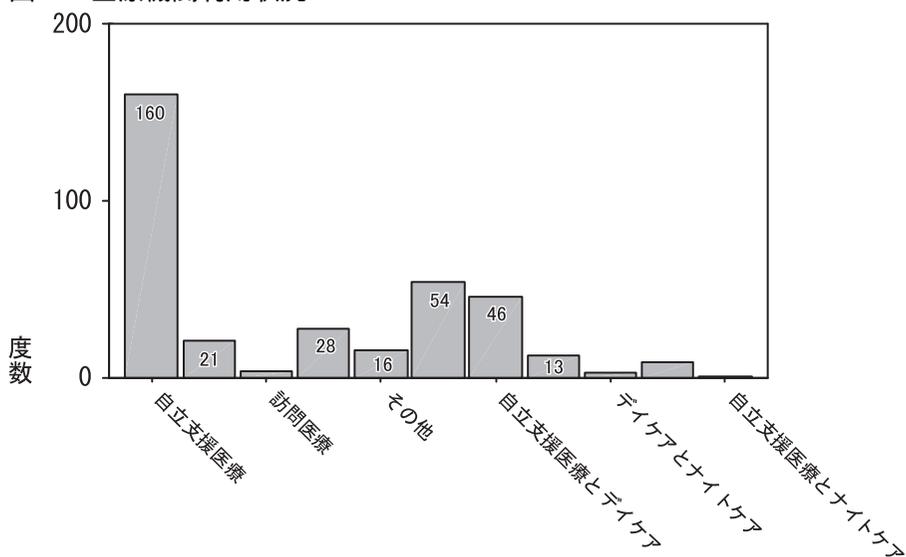
5 医療に関する調査結果

医療機関の利用状況について、入院中の97名を除く315名に聞いたところ、図5にあるように、自立支援医療を中心とした制度利用であることがわかった。

初診時の年齢に関しては、20代が最も多く、ついで10代後半が多いといった精神疾患の発症時期の特徴を裏付けるような結果になった。また、年代別の入院期間・入院回数に関しても、ともに20代が最も多く、就労を阻害する大きな要因だと思われる。

また、現在入院中の者97名に対して、退院について質問したところ、60名が「早く退院したい」と回答したが、「もう少し早く入院したい」が16名、「退院したいが現実的に無理」と答えた者が21名いた。そこで、「退院したいが現実的に無理」と回答した方にその理由を聞いたところ、「身のまわりの世話を受けないと生活できないが、介助者がいない」「長期間入院しており、自分の部屋がない」「家族(保護者)が高齢のため家に帰れない」といった医療以外の原因を選択した者が9名いた。入院中の精神障害者の半数近くが、退院を肯定的に捉えていないことがうかがえる。

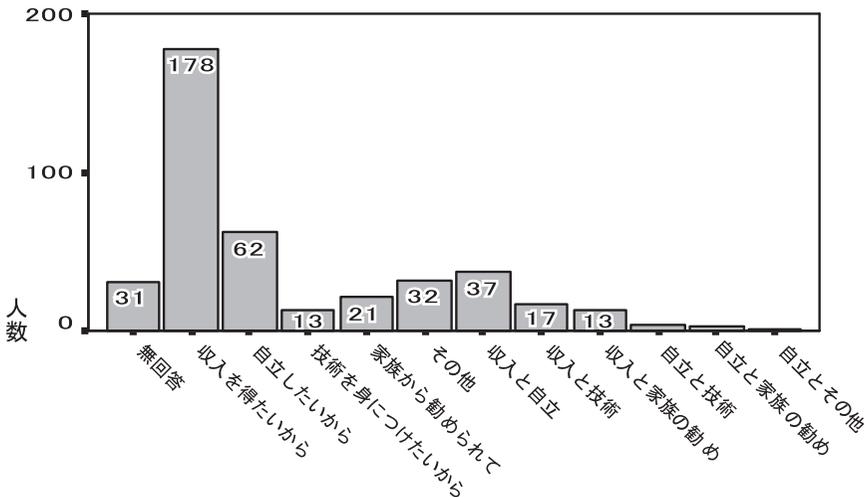
図5 医療機関利用状況 N = 315



6 就労に対する調査結果

就労経験の有無について質問したところ382名が就労経験があると回答した。そこで、就労経験があると回答した382名の者に対して、働くきっかけになったことを問うと、「収入を得たい」178名、「自立したい」62名、「収入を得たい」と「自立したい」37名と収入や自立に関する選択肢に集中し、「家族の勤め」のように主体的でない選択肢を選んだ回答は少数であった。このことから、調査対象者の就労についての意識の高さがうかがえる。

図6 働くきっかけになったこと N = 412



しかし、就労に対する意識の高さとは裏腹に、実際の就労はあまり長続きしていないこともわかった。表5は、就労経験者にこれまでで最も長い就労期間を聞いた回答をまとめたものである。就労経験があると回答した382名のうち最も長く続いた就労期間が3年以上と回答したのはわずか4名という結果であった。また、最も続かなかった就労期間については、1名を除いて1年未満と回答しており、半年未満と3月未満で全体の79.6%を占める結果となった。精神障害者の就労支援において、継続支援の必要性が重要であるといえる。

表5 最も長く続いた・続かなかった就労期間

最も長く続いた就労期間		最も続かなかった就労期間
0	3月未満	187
141	半年未満	117
130	1年未満	77
107	3年未満	1
4	3年以上	0
382	計	382

次に、直近の就労期間についてまとめたのが表6である。直近の就労期間については309名から回答を得ることができた。これは、就労経験があると回答した者の中で精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（精神保健福祉法）が成立した1995年以降に就労経験があると回答した者の総数である。

求職時に障害についてオープンにしなかった者178名のうち、124名は半年未満の就労継続でしかなかった。これはオープンにしなかった者全体の約70%を占めることになる。逆にオープンにしても半年以内に仕事を辞めた者は、83名中の51名で全体の約61%を占める。就労期間の長短と求職時の障害の公開または非公開については、オープンにしない場合のほうが半年未満で辞める者の割合が高くなっているように感じる。そこで、オープンにした場合としない場合の二群間での相関分析を行った(表7)ところ、有意な相関は認められなかった。このことから、精神障害者の就労継続は、求職時の障害の公開もしくは非公開だけに強く影響されているのではなく、それ以外の要因が影響しているといえる。

表6 直近の就労期間と求職時の障害の公開または非公開

		求職時の公開または非公開			合 計
		オープンにした	オープンにしなかった	覚えていない	
直近の 就労期間	半年未満	51	124	26	201
	1年未満	11	19	11	41
	3年未満	13	17	5	35
	その他	8	18	6	32
合 計		83	178	48	309

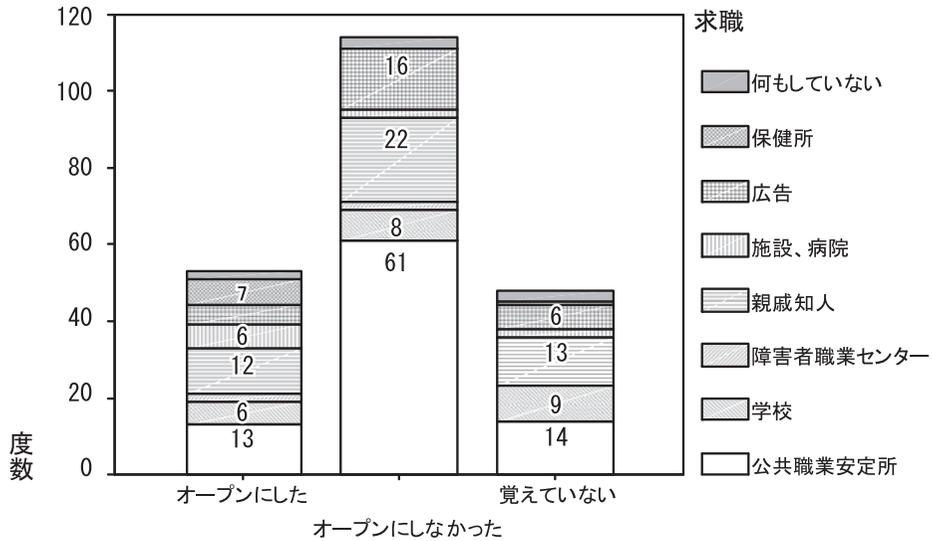
表7 求職時の障害の公開または非公開と直近の就労期間の相関係数

		求職状況公開 または非公開	直近雇用 直 近の就労期間
求職時の公開 または非公開	Pearson の相関係数	1	.007
	有意確率 (両側)	.	.902
	N	333	309
直近の 就労期間	Pearson の相関係数	.007	1
	有意確率 (両側)	.902	.
	N	309	352

7 求職方法について

就労経験者が求職時に利用した社会資源をまとめたのが、図7である。これは、就労経験者382名から回答を得ることができた。オープンにしたと回答した47人のうち、公共職業安定所(ハローワーク)や保健所や施設・病院といったフォーマル機関を利用した者が半数以上を占めるのに対し、障害をオープンにしなかったと回答した約半数が公共職業安定所を利用していた。また、公共職業安定所を利用したと回答した74人のうち、障害をオープンにした者は13人と少数であった。

図7 求職方法 N = 382



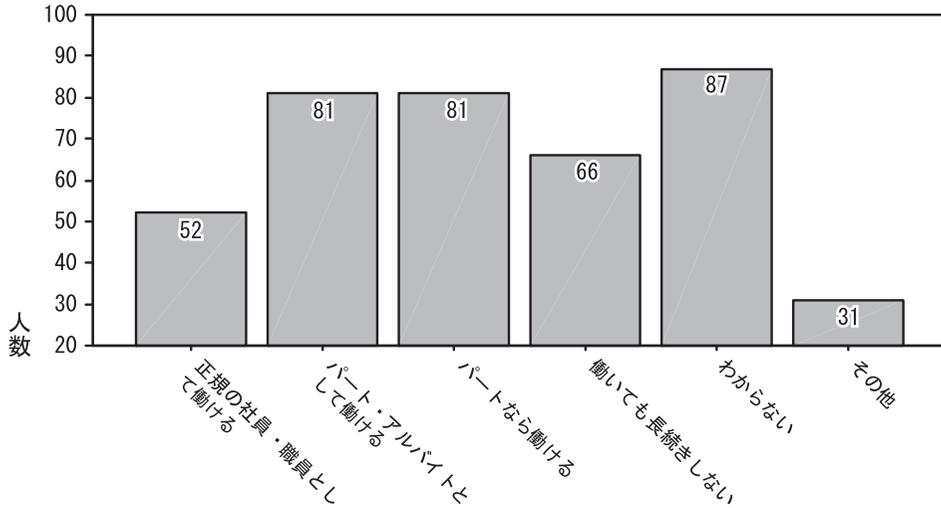
このことから、障害をオープンにしないで就職した場合、親戚知人の紹介を除くと、精神障害や精神障害者についての理解が得られない状況で就職していることが予想される。これは、当事者にとって負荷のかかる就労であろう。

また、「ここ半年の状態から考えて、働く環境を整えば、あなたは働けると思いますか?」という質問に対しては、約半数の214名が働けると回答している(図8)。しかし、働けると回答した者のうち、正規社員・職員として働けると回答した者は52人で、働けると回答した者の24%にとどまっている。このことから、当事者自身も正規就労にやや消極的であることがうかがわれる。それは、表5・表6で示したとおり精神障害者の就労が長続きしないことと、図7で示したとおり、オープンでの就労が少数であることなど、精神障害をオープンにしての正規雇用が難しく、長続きしないことを当事者が感じているから、今後の就労にややネガティブな希望をもってしているのではないだろうか。

表8 今後働ける条件と現在の生活状況のクロス表

		現在の生活状況								合計
		正規の社員・職員として勤めている	パート・アルバイトとして勤めている	家事・家業を中心にやっている	家事・家業を伝えている(内職を含む)	作業所・ケアセンターに通っている	家で過ごすことが多い	入院中	その他	
今後働ける条件	正規の社員・職員として働ける	6	3	3		20	2	9	9	52
	パート・アルバイトとして働ける	2	13	1	2	40	11	10	2	81
	パートなら働ける	1	6	4	7	44	5	12	1	80
	働いても長続きしない	1		1	2	38	8	10	6	66
	わからない		2	6	2	44	11	16	4	85
	その他		2	1	1	12	2	6	7	31
	合計	10	26	16	14	198	39	63	29	395

図8 働ける環境が整えば働けるか



そのことを、際立たせているのが表8である。就労に遠い位置の作業所やデイケアを利用している者は正規雇用より非正規雇用を志望するものが多いネガティブグループとなっている。

考 察

これまでの結果を整理すると、精神障害者の就労支援の現状は、ハローワークや障害者職業センターといったフォーマルな就労支援機関の利用が活発でないことが明らかになった。特にハローワークの利用に関しては、求職時に精神障害をオープンにして求職活動をしたと回答した人が少ないことから、精神障害者の就労支援に利便性の高い社会資源になりえていないことが明らかになったといえる。

そのことをもう少し言及すると、「精神障害は認知の病である」といわれているように、その疾患や生活障害により社会関係を上手に結ぶことが難しい。そのために、就労することよりも就労を継続することのほうが難しく、そのことが重要な課題になっている。仮にハローワークで障害を伏せて(クローズド)一般就労したとして、当事者が手帳を提示したり病歴を申告しなければ、障害者であることは見た目では判断はつきにくい。条件が折り合う職場が見つければ、就職はそんなに難しいことではないが、継続は難しい課題となるだろう。今回の調査でも、対象者の大部分に就労経験があったが、3年以上就労を継続している者はごくわずかであった。

精神障害者にとって利便性の低い社会資源と、就労しても長く続かない現実が、表8で示したとおり、授産施設やデイケアを利用する当事者に、ネガティブな就労意識を持たせているのではないだろうか。多くの精神障害者にとって再発は、最も防ぐ必要のあることの一である。なぜなら、再発を繰り返すことによって、再発前のレベルまでのリハビリは難しくなるからである。

以上のことから、今後の精神障害者就労支援の課題として、精神障害者が就労し継続できるように効果的な社会資源の開発とそのリレーション、そして、当事者にとって効率的なコーディネートが挙げられる。

精神障害者の就労ニーズを充足するために、医療機関や施設から就業レディネスを経て、就労、就労継続支援といった流れが当事者から見て明らかになるように、当事者の利便性にそった

社会資源のコーディネートを行う仕組みを地域の中で創出し、それを実践してゆく必要があるといえる。

〔参考文献〕

- 安井秀作（2002）：障害者雇用・就業支援体制の拡充を目指して、近畿福祉大学紀要、vol(1) pp 58 - 62
- 大分精神障害者就労推進ネットワーク（2008）：ささえあいマニュアル 支援があれば働ける、大分精神障害者就労推進ネットワーク事務局発行
- 就労支援に関する省内検討会議（2004）：障害者の就労支援に関する今後の施策の方向性、厚生労働省
- 精神障害者の雇用の促進等に関する研究会（2004）：精神障害者の雇用を進めるために - 雇用支援策の充実と雇用率の適用 -、厚生労働省
- 田中敦士・朝日雅也・星野泰啓・鈴木清覚（2004）：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 - 身体・知的・精神障害者本人2543名に対する全国調査から -、琉球大学教育学部障害児教育実践センター紀要、No. 6、pp 27 - 40
- 高木美子（1989）：精神病院からコミュニティへ、こずえ
- 野中猛・松為信雄（1997）：精神障害者のための就労支援ガイドブック、金剛出版
- 松為信雄・菊池恵美子（2005）：地方公共団体における障害者雇用関連単独事業の現状と課題、日保学誌 vol. 7、4 pp 330 - 339

〔註〕

- （1）障害者の就労支援に関する省内検討会議：障害者の就労支援に関する今後の施策の方向性、厚生労働省、2004に示されている。
- （2）精神障害者の雇用の促進等に関する研究会：精神障害者の雇用を進めるために - 雇用支援策の充実と雇用率の適用 -、厚生労働省、2004にて検討が開始され、2006年4月より精神障害者は法定雇用率に参入されるようになった。
- （3）2006年に大分県内の当事者と当事者家族、援助者、医療福祉関係者、研究者、行政関係者等で組織された任意団体。2008年の会員数は200名以上で会員の会費（年間千円）を財源にして運営され、精神障害者の就労を中心とした生活支援に関する調査分析、情報の収集と伝達、生活支援に関するマニュアル作成や行政などへの提言、地域モデル作りを中心に活動を展開している。筆者は結成準備段階から加わり、現在副代表として参加。
- （4）大分精神障害者就労推進ネットワークが福祉医療助成機構の助成を受け作成した、大分県内に暮らす精神障害者の就労支援マニュアル。就労を中心に生活の利便性を高めるための情報や相談援助機関の紹介、ネットワークが行った調査や情報収集の報告が掲載されている。