

精神障害者の就労と生活に関する実態
— 労働世代の気分障害と神経症性障害を中心とした後方視的調査 —

畑田 惣一郎^{1, 2} 前田 直樹³ 吉牟田 直孝¹

A survey on actual conditions of employment and daily life in patients
with mental disorder
— Retrospective study focusing on mood and neurotic disorders of
labor generations —

Soichiro HATADA, Naoki MAEDA, Naotaka YOSHIMUTA

要 旨

気分障害や神経症性障害により、就労能力のある多くの患者が休職や退職に至ることは、深刻な社会問題である。本研究の目的は、(1)気分障害と神経症性障害に罹患した労働世代の就労状況および生活実態を把握すること、(2)対象者の就学期の体験および家族歴を分析し、就学者と無職者間の心理社会的問題の違いを検討することである。精神科病院の患者133名のカルテより後方視的調査を行った結果、「無職」が3割であり、低収入層もおよそ3割と推測された。また、睡眠障害や消化器症状といった身体症状は、就労に関わらず多くの者が抱えていた。就労実態の違いが生じる要因分析では、無職において転校・不登校経験、未婚・離婚歴がそれぞれ有意に多かった。このような労働世代の精神障害者に対する支援を行う際は、治療と並行して就労支援を行い、就学期から継続する心理的問題や、家族環境も視野に入れた心理・社会的アプローチが重要である。

Abstract

It is a serious social problem that many patients in labor generations with mood and neurotic disorders tend to leave or retire from their work. The aim of the present study was to examine: (1) the actual situation of employment and living conditions of patients with mood and neurotic disorders in labor generations and (2) differences in psychosocial problems between patients in and out of employment. In the retrospective study, 133 subjects were extracted, and fundamental factors related to problems were examined. The results were as follows: approximately 30 % of patients were unemployed with low income; a number of patients suffered from physical symptoms such as sleeping disorders and gastrointestinal symptoms regardless of their employment; and unemployed patients significantly more experienced school transfer, school refusal, unmarried, and divorce than employed patients. When practitioners support these patients, it is important to provide not only the individual treatment

2018年8月31日受付／2019年2月1日受理

1 医療法人仁心会 松下病院

2 九州保健福祉大学大学院(通信制)連合社会福祉学研究所博士(後期)課程

3 九州保健福祉大学 社会福祉学部

session but also employment support. Furthermore, psychosocial approach considered patients' school and family problems in the past should be provided to address the problem.

キーワード: 気分障害, 神経症性障害, 就労, 無職

Keywords: mood disorders, neurotic disorders, employment, unemployed

はじめに

精神障害に関する問題が社会的に取り扱われるようになって久しい。厚生労働省(2014)の調査によると「精神及び行動の障害」で入院している患者は265.5千人(うち気分障害28.8千人), 外来患者は257.7千人(うち気分障害83.4千人)と報告されている。特に、「精神及び行動の障害」で入院している人数に関しては、その他全ての疾患と比較して第1位という数である。また、佐渡(2011)による調査では、うつ病性障害(気分障害)の疾病費用は3兆円以上、神経症性障害でよく見られる不安障害では2兆円以上の疾病費用を試算している。したがって、精神障害に関連する問題が大きくなれば、障害者だけでなく、国民全体も安定した生活を送ることが難しくなると推察されるため、精神障害の問題は障害者個人の問題としてではなく、社会問題として捉える視点が必要である。

そういった背景の中で、2004年に厚生労働省は「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を作成し、リワークプログラムを通して、精神障害による休職者への対応の充実を図っている。さらに、2015年からはストレスチェック制度も始まり、労働者における精神障害の予防も図ろうとしている。しかし、公益財団法人日本生産性本部(2017)の報告では、労働者の「心の病」は横ばいが続いており、踊り場状態にあることが指摘されている。そのため、これらの治療方法や施策を検討していくことは、重要な分野の一つと考えられる。

特に、労働世代における気分障害や神経症性障害を中心とした精神障害については、一般就労の能力があるにも関わらず「休職」や「無職」にまでいたることがあり、個人や国の経済的な打撃は大きいものになる。さらに「無職」となった場合、「無職」の自殺リスクが高いという指摘もあり(Schneider et al., 2011), 「無職」ということ自体も精神障害の遷延化要因になっている可能性が考えられる。したがって、これらの

精神障害に関して、早期の対応が重要であるが、その方法を検討していく上で実態を把握する必要があると考えられる。川上(2016)は精神障害の有病率等に関する大規模疫学調査を行っており、気分障害や不安障害(神経症性障害)に関しては、休職中や就業不能な者に罹患者が多いことを報告している。このような示唆は得られているものの、気分障害や神経症性障害者の就労や生活状況、生活歴といった心理・社会的な調査を行った研究は未だ少ない。

そこで本研究では、気分障害および神経症性障害を中心とした労働世代の精神障害者における就労実態、収入、生活習慣と身体症状を調査し、生活の現状を分析する。さらに、対象者の就学期の体験および家族歴を分析し、「就労」者と「無職」者との心理社会的問題の違いを検討することを目的とする。

分析1

1-1. 研究方法

対象者:A市精神科病院の臨床心理室により、個人カウンセリングを行った精神障害者のうち、ICD-10(World Health Organization = 2005)分類で認知症(F0)・統合失調症(F2)・知的障害(F7)以外であり、就学中の者、受診歴が長く基礎情報が少ない者を除いた初診時に労働世代(15歳~64歳)であった133名。なお、対象となった精神科病院は、精神科、心療内科、老年精神科を標榜しており、精神障害の領域を広く対応している。

対象期間:平成22年度~平成26年度の5年間。

調査方法:対象者のカルテを分析した後方視的調査であり、調査項目は、①基礎情報(性別、初診時年齢、主病名、初診時の就労状況、健康保険)、②生活習慣・身体状況(飲酒、喫煙、睡眠状況(複数回答可)、食欲、便通)であった。なお本研究では就労実態の違いにより支援内容の工夫が必要かを検討するために、生活習慣・身体状況に関しては、就労実態との関連をFisherの正確確率検定により分析した。調査に関して

は、当該医療機関及び九州保健福祉大学の倫理委員会の承認を得ている。

1-2. 結果

(1) 基本属性

対象者の基本情報(人数, 平均初診年齢)を Table1. に示した. 平均初診年齢は34.25±10.32歳であり, 年齢の幅は18歳から64歳であった. また, 主病名別患者数を Table2. に示した. なお, 主病名はICD-10(World Health Organization = 2005) の分類を採用し, 「F1」精神作用物質使用による精神および行動の障害, 「F3」気分(感情)障害, 「F4」神経症性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害, 「F5」生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群, 「F6」成人のパーソナリティおよび行動の障害, 「F8」心理的発達の障害である. 「F3」「F4」で89%を占めていた.

(2) 初診時の就労

初診時の就労状況を Table3. に示した. その結果,

「無職」が44名であり, 全体の33%と最も高い割合を占めていた. なお, 「就労中」「バイト・パート」「休職中」「専業主婦等」においては業務がある, もしくは復職する場があるため, 分析においては「社会的役割有り」群とした.

(3) 健康保険の状況

収入状況の手がかりとして健康保険の種別と扶養状況を Table4. に示した. 保険種別は「協会けんぽ」が最も多く, 次いで「共済・組合」であり, 給与所得者の家庭が過半数を占めていた. 扶養状況は「被保険者」が最も多い群であったが, 「被扶養者」と「生活保護受給者」を合わせると, 約半数が自身で健康保険に加入できないほどの収入であった. 給与所得のない「専業主婦等」の27名を除くと, 自身で生計を立てる必要のある約3割が, 自身で健康保険に加入できないほどの収入状況であると言える.

Table1. 対象者の基本情報

| | 人数(N) | 平均初診年齢(M) | 標準偏差(SD) | 最小値(MIN) | 最大値(MAX) |
|----|-------|-----------|----------|----------|----------|
| 男性 | 43 | 34.63 | 11.15 | 18 | 64 |
| 女性 | 90 | 34.07 | 9.97 | 18 | 62 |
| 合計 | 133 | 34.25 | 10.32 | 18 | 64 |

Table2. 主病名別患者数

| | F1 (精神作用物質) | F3 (気分障害) | F4 (神経症性障害等) | F5 (生理的障害等) | F6 (パーソナリティ障害) | F8 (心理的発達障害) |
|----|----------------|--------------|-----------------|----------------|-------------------|-----------------|
| 男性 | 0 | 27 | 15 | 0 | 0 | 1 |
| 女性 | 1 | 47 | 29 | 10 | 3 | 0 |
| 合計 | 1(1%) | 74(56%) | 44(33%) | 10(7%) | 3(2%) | 1(1%) |

Table3. 初診時の就労状況

| | 無職 | 就労中 | バイト・パート | 休職中 | 専業主婦等 |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 男性 | 12 | 13 | 4 | 14 | 0 |
| 女性 | 32 | 22 | 4 | 5 | 27 |
| 合計 | 44(33%) | 35(26%) | 8(6%) | 19(14%) | 27(20%) |
| 無職:社会的役割有り | 44 | | | 89 | |

Table4. 初診時の健康保険状況

| | 国保 | 協会けんぽ | 共済・組合 | 生活保護 | 合計 |
|------|---------|---------|---------|--------|-----------|
| 被保険者 | 12 | 37 | 16 | | 65(49%) |
| 被扶養者 | 18 | 22 | 18 | | 58(44%) |
| 生活保護 | | | | 10 | 10(7%) |
| 合計 | 30(23%) | 59(44%) | 34(26%) | 10(7%) | 133(100%) |

(4)生活習慣・身体症状と初診時就労との関連

生活習慣・身体症状について就労実態とのクロス表を作成した。それぞれにFisherの直接確率検定により両側検定を行い、その結果をTable5. に示した。その結果、全ての群において関連はみられなかった。

1-3. 考察

対象者のうち「無職」は33%と全体で最も多い群であり、川上(2016)の気分障害や不安障害(神経症性障害)に関しては、休職中や就業不能な者に罹患者が多いという報告を支持する結果と言える。「休職」であれば、リワークプログラムなども選択肢として挙げられ、目標設定も復職場所を意識することや、職場との連携を図りながら支援することが可能である。しかし「無職」では、目標設定が難しく、経済的問題など、複雑化した生活問題になってしまう。さらに「無職」は、連携する職場もないため、病状の変化に気づくこ

とや、環境調整を行う支援者が少なくなってしまうと考えられる。そのため「無職」の群において、支援スタッフはプログラム化された支援のみ行うのではなく、個別的で柔軟なアプローチをしなければならぬ者が多く存在しているという認識が必要である。実際に、労働政策研究・研修機構(2004)の無業・フリーターの若者に対する調査では、学校を離れてどこにも所属しない状態になると、ソーシャル・ネットワークが縮小・孤立化し、求職活動を困難にさせていくことを指摘している。これは、若者でのデータではあるが、所属を持っていない者の活動パターンに対しても示唆を与えるものと捉えられる。さらに、亀山ら(2012)は「無職」であった自殺既遂者の類型を検討しており、①自立困難型、②自立失敗型、③中高年中途退職型、④定年退職型の4群があることを指摘している。このように、「無職」により自殺既遂するほどの背

Table5. 生活習慣・身体症状と初診時就労との関連

| | | 無職 | | 社会的役割有り | | ρ値 |
|-------------|------|----|---------|---------|---------|-------|
| 嗜癖 | | | | | | |
| アルコール | 飲む | 14 | (35.9%) | 33 | (41.3%) | 0.690 |
| | 飲まない | 25 | (64.1%) | 47 | (58.8%) | |
| | 合計 | 39 | | 80 | | |
| タバコ | 吸う | 13 | (32.5%) | 16 | (20.0%) | 0.175 |
| | 吸わない | 27 | (67.5%) | 64 | (80.0%) | |
| | 合計 | 40 | | 80 | | |
| 睡眠 | | | | | | |
| よく眠れる | 眠れる | 8 | (20.5%) | 14 | (17.5%) | 0.802 |
| | 眠れない | 31 | (79.5%) | 66 | (82.5%) | |
| | 合計 | 39 | | 80 | | |
| 途中で目が覚める | 覚める | 20 | (51.3%) | 51 | (63.8%) | 0.234 |
| | 覚めない | 19 | (48.7%) | 29 | (36.3%) | |
| | 合計 | 39 | | 80 | | |
| 寝つきが悪い | 悪い | 18 | (46.2%) | 33 | (41.3%) | 0.694 |
| | 悪くない | 21 | (53.8%) | 47 | (58.8%) | |
| | 合計 | 39 | | 80 | | |
| その他 | 有り | 5 | (12.8%) | 9 | (11.3%) | 0.771 |
| | 無し | 34 | (87.2%) | 71 | (88.8%) | |
| | 合計 | 39 | | 80 | | |
| 身体症状 | | | | | | |
| 食欲 | 有り | 26 | (66.7%) | 47 | (63.5%) | 0.837 |
| | 無し | 13 | (33.3%) | 27 | (36.5%) | |
| | 合計 | 39 | | 74 | | |
| 便秘 | 有り | 24 | (61.5%) | 46 | (60.5%) | 1.000 |
| | 無し | 15 | (38.5%) | 30 | (39.5%) | |
| | 合計 | 39 | | 76 | | |

ρ<.10† ρ<.05* ρ<.01**

景には、様々な心理・社会的問題があり、「無職」自体はさらなる障害を引き起こす可能性がある。「無職」のこのような多岐に渡る課題に対応するためには、医師や心理カウンセラーといった個人療法の対応にとどまらず、経過の中で就労へと移行していきけるような連携を行うことができるソーシャルワーカーの活躍など、状況に合わせた多職種連携が重要である。

収入という視点からみると、半数が「被扶養者」「生活保護受給者」であった。被扶養者になるためには、18歳以上60歳未満であった場合、年収130万円未満が条件の1つである。そのため、半数が130万円未満の収入であると予想され、この中から専業主婦等を除いても、「無職」と同程度の3割程が低収入の状態である家族や行政の支援を受けていると予想される。したがって、「無職」「低収入」という状態の多さが窺える。堤ら(2015)によると、低収入がメンタルヘルス不調と関連していることを明らかにし、特に職の不安定性が影響しているため、その安定がメンタルヘルス支援に重要であることを指摘している。そのため、完治した後に社会的な自立を支援するという展開ではなく、症状の治療効果を促進するために、できるだけ早期に生活基盤を整えていくことが重要と考えられる。その際に、一時的に家族支援や社会保障を活用したとしても、就労や自立の支援も行うような“治療と支援”の両輪のアプローチを展開していくことが望ましい。

「無職」以外の就労実態は、「就労中」27%、「休職中」14%であり、さらに、「専業主婦等」や「アルバイト・パート」もこの群に合わせると約7割は、何らかの社会活動を行っている。これらの群は、職場や家庭内といった場所での適応を主とした目標設定をしやすい、リワークプログラムも有効ではないかと考えられる。しかしながら、社会活動が一時的に行われているという状況を軽く見るのではなく、「無職」群に移行し、問題が複雑化することを予防していくために、目標を設定しやすいこの段階で、早期に支援していくことが重要である。

嗜癮行動や身体症状と就労状況に関しては両者に関連は見られず、初診時においては就労状況の違いが生活習慣や身体に影響を与える可能性は示唆されなかった。内閣府男女共同参画局(2017)の嗜癮調査によると、平成27年度の飲酒率では男性33.8%、女性

7.7%、喫煙率では男性30.1%、女性7.9%と報告されており、本研究の結果もこの範囲内であった。このことから、気分障害や神経症性障害においても、初診時では、平均的な嗜癮行動を取っていると考えられる。しかし、アルコール関連問題は気分障害と合併しやすいことが報告されており(Kessler et al., 1996; 赤澤ら, 2010)、問題が複雑化しない段階で的確に支援していく必要がある。また、どの群であっても睡眠に関しては、睡眠の質や途中覚醒などの何らかの問題を抱えている者が5割~7割であった。食欲、便秘といった消化器関連に関しては、問題を抱えている者が3割程度といった共通点がみられた。このことから、どの群であっても生活リズムや身体的健康を整えていくことは重要なポイントである。井原(2013)は気分障害の治療に際して、まず睡眠に関する療養指導が重要と指摘している。また、多くのリワークプログラムでも、生活リズムを整える段階や運動が取り入れられており(岡崎ら, 2005; 岡崎ら, 2006; 北川ら, 2009; 中村, 2017)、就労の有無に関わらず、生活リズムも考慮した介入が重要である。

分析2

2-1. 研究方法

調査対象者は分析1で対象となった患者133名であり、カルテの後方視的調査による分析を行った。調査項目は予診票に記載されている情報から、就学期の体験(転校・不登校・中退・いじめ)、家族歴(配偶者・同居・同胞・離婚歴・親の離婚)とした。就学期の体験と家族歴に関しては、就労実態との関連をFisherの正確確率検定により分析した。

2-2. 結果

(1) 就学期の体験と初診時就労との関連

就学期の体験として「転校」「不登校」「中退」「いじめ」について記載のあったものを「有り」群、なかったものを「無し」群とし、就労実態とのクロス表を作成した。それぞれにFisherの直接確率検定により両側検定を行い、その結果をTable 6. に示した。「転校」において $p=0.025$ ($p<.05$)、「不登校」において $p=0.011$ ($p<.05$)で有意差がみられた。「中退」は $p=0.062$ ($p<.10$)で有意傾向がみられ、「いじめ」では関連がみられなかった。

(2) 初診時の家族歴と初診時就労との関連

初診時に多世代の家族構成の聞き取りができていた者のうち「配偶者」「同居」「同胞」「離婚歴」「親の離婚歴」に関してそれぞれの有無と、就労実態とのクロス表を作成した。それぞれにFisherの直接確率検定により両側検定を行い、その結果をTable7. に示す。なお、「離婚歴」に関しては、婚姻歴があった者のみを対象とした。結果は、「配偶者」 $p=0.001(p<.01)$ 、「離婚歴」 $p<0.001(p<.01)$ において有意差がみられ、「親の離婚歴」は $p=0.09(p<.10)$ で有意傾向がみられた。「同居」「同胞」では関連がみられなかった。

2-3. 考察

「転校」「不登校」で就労間に有意な差があり、「中退」で有意傾向がみられた。このことから、その後の就労を始めとした社会生活に影響を与えてしまうような情緒や行動(不安やそれに伴う回避等)、対人スキル、疾病や障害に関するサインが、就学期に「不登校」等といった形で既に現れていたことが示唆される。文部科学省(2015)の調査でも、「不登校」のきっかけとして、「不安など情緒的混乱」「無気力」「いじめを除く友人関係をめぐる問題」が上位3つまでに入っている。また、曾山ら(2004)は、不登校群は登校群と比べて友人との関係づくりスキルが低いことを明らかにしている。このことから、「不登校」の背景に情緒と対人関係の課題が大きいと言える。

Table6. 就学期の体験と初診時就労との関連

| | | 無職(N=44) | | 社会的役割有り(N=89) | | p 値 |
|-----|----|----------|---------|---------------|---------|--------|
| 転校 | 有り | 12 | (27.3%) | 10 | (11.2%) | 0.025* |
| | 無し | 32 | (72.7%) | 79 | (88.8%) | |
| 不登校 | 有り | 10 | (29.4%) | 6 | (6.7%) | 0.011* |
| | 無し | 34 | (77.3%) | 83 | (93.3%) | |
| 中退 | 有り | 13 | (29.5%) | 13 | (14.6%) | 0.062† |
| | 無し | 31 | (70.5%) | 76 | (85.4%) | |
| いじめ | 有り | 11 | (25.0%) | 20 | (22.5%) | 0.828 |
| | 無し | 33 | (75.0%) | 69 | (77.5%) | |

$p<.10†$ $p<.05*$ $p<.01**$

Table7. 家族状況と初診時就労との関連

| | | 無職 | | 社会的役割有り | | p 値 |
|-------|----|----|---------|---------|---------|----------|
| 配偶者 | 有り | 5 | (11.4%) | 35 | (39.3%) | 0.001** |
| | 無し | 39 | (88.6%) | 54 | (60.7%) | |
| | 合計 | 44 | | 89 | | |
| 同居家族 | 有り | 41 | (93.2%) | 74 | (83.1%) | 0.177 |
| | 無し | 3 | (6.8%) | 15 | (16.9%) | |
| | 合計 | 44 | | 89 | | |
| 同胞 | 有り | 41 | (93.2%) | 81 | (95.3%) | 0.690 |
| | 無し | 3 | (6.8%) | 4 | (4.7%) | |
| | 合計 | 44 | | 85 | | |
| 離婚歴 | 有り | 13 | (76.5%) | 14 | (23.7%) | <0.001** |
| | 無し | 4 | (23.5%) | 45 | (76.3%) | |
| | 合計 | 17 | | 59 | | |
| 親の離婚歴 | 有り | 12 | (27.9%) | 13 | (14.8%) | 0.097† |
| | 無し | 31 | (72.1%) | 75 | (85.2%) | |
| | 合計 | 43 | | 88 | | |

$p<.10†$ $p<.05*$ $p<.01**$

加えて、「不登校」になった後の対応として、「転校」という方法もある(不登校に関する調査研究協力者会議, 2016)。さらに、清水ら(2013)の調査では、慢性うつ病群において中退者が多く、非就労期間も長いことを明らかにしている。したがって「転校」や「中退」といった方法により、学校場面でのサインや課題が改善されないままになっている者も多いことが考えられる。近年の職場においては、仕事の量が増え、チーム力を発揮しなければならなくなっている状況である(公益財団法人日本生産性本部, 2017)。そのことを考慮すると、情緒や対人関係の課題が残存した状態では、職場での適応に困難が生じやすい。実際、「不登校」を取り上げたデータではあるが、文部科学省(2014)の追跡調査では、「不登校」経験者の20歳現在で非就学・非就労の割合がH5年度は22.8%、H18年度は18.1%と報告している。高校進学率が高まり、減少傾向ではあるとされているものの、「不登校」経験者のやはり2割程度は非就学・非就労が継続している。「無職」自体が症状を悪化させてしまう可能性を考えると、就学期からサインを見逃さず、効果的な介入を行うことは重要な課題である。

学校に加えてもう一つの集団と言える家庭内の経験と「無職」との関連を見てみると、「親の離婚歴」と「無職」との間に有意傾向があった。原田ら(2011)は、不登校の要因として、小学校からの家庭要因が、中学校や高校の不登校にも影響する可能性を指摘している。実際、前田ら(2012)の不登校児支援でも、保護者への心理教育と父親の介入により奏功したという報告があり、家族に働きかけることの重要性が示されている。また、高坂・柏木(2017)によると、親の離婚を経験した子供のプロセスとして、「悲しみ」や「怒り」「抑うつ」に陥るが、他者の存在に支えられ、離婚経験を開示することにより、「安堵」「受容」を経て、未来に向けて「希望」を抱くことができるようになることを明らかにしている。このことから、「不登校」を見守るだけでなく、子供が家庭内の問題を抱えていても、学校とつながることで子供たち同士や先生に支えられる機会を得られるようにしていくことも重要である。学外からスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーとして教育領域に携わる際にも、学校関連問題はその後生活にも影響を与えるものという視点を持ち、生徒本人だけでなく、家庭環境も視

野に入れたアセスメントと介入が重要と言える。

また本研究では、精神障害者本人が築く家族と就労実態との関連も調査し、「無職」と「配偶者」や「離婚歴」の有無に関連がみられた。結婚に関しては、様々な価値観があるため、未婚ということが問題というわけではない。しかし、「無職」との関連がみられていることは、就学期から続く情緒や対人スキルの問題が引き続き対人関係の困難さに影響し、「無職」となり結婚することにも影響を与えていることも否定できない。小杉(2004)によると、15~34歳代において、一般の同年代層よりも無職の方が、子供として親と同居している比率が非常に高く、非婚・晩婚につながることを指摘している。さらに「離婚歴」に関しては、佐藤(2014)によると、1~2年前の夫の失業経験が離婚確率を上昇させており、離婚理由は所得の変化ではなく、失業ということ自体がスティグマとして認識されている可能性があることを指摘している。つまり、結婚するまでの対人関係の維持ができて、「無職」ということ自体が「離婚」に影響してしまうことがあるということである。

長田・長谷川(2013)は、自殺企図を行ったうつ病(気分障害)者を対象に、自殺に至るまでの感情を分析し、「強い孤独感」が自殺企図の要因の1つになっていることを明らかにしている。したがって、精神障害者が公私に渡る対人関係の困難さや悩みを抱えている場合、親の病気や死別などにより孤独感を感じ、症状や行動化の重篤化を招くことも考えられる。「無職」であり「配偶者」もいない状態で、過去に学校関連問題があった場合、家庭内の環境変化にも留意しながら支援を検討する必要がある。また、SSTによる対人スキルの向上やデイケアの活用など、社会性の広がりや孤独化を予防する視点も重要である。

総合考察

本研究では、気分障害と神経症性障害を中心とした精神障害者の就労と生活実態の後方視的調査を行い、対象者の就労に関する状況を現在から過去に向けて把握することを試みた。

現在の視点から実態を見ると、病院を受診した段階で既に「無職」群が約3割おり、収入状況も低収入者が3割程度いることが推察された。同じ病状を抱えていても、「無職」か「社会的役割有り」かの違いで、目

標設定やリワークプログラムが活用できるか、また遷延化しやすいかなどに違いが出てくるため、この差は大きいものと言える。この「無職」か「社会的役割有り」かの違いが生じる背景には、就学期から「不登校」などの学校問題や、「親の離婚」といった養育環境の問題を過去に抱え、それが現在にも影響していることが示唆された。つまり、学校や養育環境の中にあつた問題が、病気を抱えながらも社会生活が送れるかどうかに影響を与えたと考えられた。

本邦では、労働者のメンタルヘルス、「無職」やフリーターなどの低賃金による収入格差、推定23.6万人と言われる「ひきこもり」の問題(内閣府, 2010)など、就労や精神障害に関わる問題が山積している。これらに対して、先述したようにストレスチェックの実施やリワークプログラムの開発が進められ、若者の就職サポートのためのジョブカフェによる支援、ひきこもり対策推進事業などの取り組みを国は推進している。しかし本研究の結果から、様々な問題が影響し合っていると考えられたため、個々の問題をそれぞれに対策するのではなく、横断的な対策が必要である。さらに、養育や教育の段階からのアプローチが重要であり、積極的な不登校対策など、過去、現在から未来に向けた縦断的な視点でのアプローチも重要である。

医療・福祉の臨床においても、治療と並行して、心理社会的なアプローチを横断的・縦断的に行うことで、治療自体も促進されることが期待できる。今後は、この実態も踏まえながら、個々の問題に対応できるようアプローチの精度を上げていく必要がある。

謝辞

本研究は、公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団研究助成金によるものであり、ここに深謝いたします。また、ご助言頂いた園田順一先生、野添新一先生、川池由佳先生、黒浜翔太先生にも心より感謝申し上げます。

文献

赤澤正人・松本俊彦・勝又陽太郎・ほか(2010)「アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』45(2), 104-118.

不登校に関する調査研究協力者会議(2016)「不登校児童生徒への支援に関する最終報告～一人一人の多様な課題に対応した切れ目のない組織的な支援の推進～」

(http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afeldfile/2016/08/01/1374856_2.pdf, 2018.11.26)

原田直樹・梶原由紀子・吉川未桜・ほか(2011)「不登校児童生徒の状況と対応に苦慮する点に関する調査研究-家庭支援へ向けての考察-」『福岡県立大学看護学研究紀要』8(1), 11-18.

井原裕(2013)『生活習慣病としてのうつ病』弘文堂.

亀山晶子・勝又陽太郎・松本俊彦・ほか(2012)「死亡時に無職であった自殺既遂者の類型分類 心理学的剖検による検討」『精神医学』54(8), 791-799.

川上憲人(2016)『精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究: 世界精神保健日本調査セカンド』厚生労働省厚生労働科学研究費補助金, 東京大学大学院医学系研究科. (<http://wmhj2.jp/WMHJ2-2016R.pdf>, 2018.8.28)

Kessler, R. C., Nelson, C. B. and McGonagle, K. A. et al.(1996)The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization, *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17-31.

北川信樹・賀古勇輝・渡邊紀子・ほか(2009)「うつ病患者の復職支援の取り組みとその有効性」『心身医学』49(2), 123-131.

公益財団法人日本生産性本部(2017)「第8回 『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果」

(<http://activity.jpc-net.jp/detail/mhr/activity001523/attached.pdf>, 2018.8.20)

厚生労働省(2004)「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」

(<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1014-1a.html>, 2018.8.23)

厚生労働省(2014)「平成26年(2014)患者調査の概況」

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/>, 2018.8.20)

小杉礼子(2004)「若年無業者無業者増加の実態と背景 学校から職業生活への移行の隘路としての無業

- の検討』『日本労働研究雑誌』46(12), 4-16.
- 前田直樹・高山巖・園田順一(2012)「学校現場における不登校児への行動論的アプローチ—保護者への心理教育及び父親の介入が効果的に作用した中学生の症例を通して—」『心身医学』52(2), 141-147.
- 文部科学省(2014)「不登校に関する実態調査—平成18年度不登校生徒に関する追跡調査報告書」(http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1349956.htm, 2018.8.20)
- 文部科学省(2015)「平成26年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について」(http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/27/09/_icsFiles/afieldfile/2015/10/07/1362012_1_1.pdf, 2018.8.20)
- 長田恭子・長谷川雅美(2013)「自殺企図後のうつ病者の企図前・後における感情および状況の分析—ナラティヴ・アプローチによる語りから—」『日本精神保健看護学会誌』22(1), 1-11.
- 内閣府(2010)「若者の意識に関する調査(ひきこもりに関する実態調査)」(http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_index.html, 2018.11.27)
- 内閣府男女共同参画局(2017)「男女共同参画白書平成29年版 第6章 生涯を通じた男女の健康と高齢者, ひとり親の状況 第1節 生涯を通じた男女の健康」(http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h29/zentai/html/honpen/b1_s06_01.html, 2018.8.20)
- 中村美奈子(2017)『復職支援ハンドブック 休職を成長につなげよう』金剛出版.
- 岡崎渉・音羽健司・秋山剛(2005)「職場復帰のメンタルヘルス;職場復帰プログラム」『臨床看護』31(1), 35-39.
- 岡崎渉・秋山剛・田島美幸(2006)「総合病院における復職に向けたリハビリテーション」『精神科臨床サービス』6(1), 60-64.
- 労働政策研究・研修機構(2004)「移行の危機にある若者の実像—無業・フリーターの若者へのインタビュー調査(中間報告)—」『労働政策研究報告書No.6』(<https://www.jil.go.jp/institute/reports/2004/documents/006.pdf>, 2018.11.26)
- 佐渡充洋(2011)『「精神疾患の社会的コストの推計」事業実績報告書』平成22年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金, 学校法人慶應義塾. (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyuu/dl/seikabutsu30-2.pdf>, 2018.8.20)
- 佐藤一磨(2014)「夫の失業が離婚に及ぼす影響」『経済分析』188, 119-141.
- Schneider B., Grebner, K. and Schnabel, A. et al. (2011) Impact of employment status and work related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study, *Psychiatry Research*, 190, 265-270.
- 清水勇人・高塩理・岡島由佳・ほか(2013)「うつ病性障害における, うつ病相期間の相違により分類した疾病群の病態の相違—慢性うつ病の定義と関連して—」『昭和学士会雑誌』73(4), 382-388.
- 曾山和彦・本間恵美子・谷口清(2004)「不登校中学生のセルフエスティーム, 社会的スキルがストレス反応に及ぼす影響」『特殊教育学研究』42(1), 23-33
- 高坂康雅・柏木舞(2017)「親の離婚を経験した子どもが立ち直るまでのプロセス」『和光大学現代人間学部紀要』10, 113-121.
- 堤明純・井上彰臣・島津明人・ほか(2015)「労働者の収入とメンタルヘルス—職の不安定性による媒介効果に注目して—」『厚生指針』62(11), 1-8.
- World Health Organization(1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, World health Organization. (=2005, 融道男・中根充文・小見山実・ほか監訳『ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—新訂版』医学書院.)