
就労と精神障害者のQOLに関する一考察

日本社会事業大学大学院社会福祉研究科 博士後期課程2年

鄭

敏 基

1. はじめに

人間は誰もが幸せに生きることを望んでいる。その希望には個人差があるものの、性別、年齢、人種、障害の有無に関係なく同じである。そして、幸福追求は人間の基本的権利としても法的にも保障されている。しかし、社会状況は、心身の障害・不安、社会的排除や摩擦、社会的孤立や孤独といった問題が重複・複合化（「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書 2000）していて、安心・安全で幸せに生きることへの不安を募らせているのが実情である。

特に、精神障害を持っているが故に社会的排除の対象になったり、社会的に孤立され、生きづらさの中で日々を過ごしている精神障害者は少なくない。実際に退院した精神障害者の大多数が自己管理、対人関係、日常生活などに困難を訴えており、ストレスに対する脆弱、ストレス対処技術の貧弱、社会的孤立、家族の支持の欠如、経済的依存、余暇活動の不在、精神的退行などにより、社会適応が難しくなっている（Lieberman, R. P. 1994）。

地域で生活する精神障害者は、職場復帰を目指して、自分の生活のリズムを整えながら、職業技術を身につけようとしている人、人間関係が苦手で人に会うことに常に不安を持っているので、交流活動などに参加して少しずつ心を開きたいという人など、それぞれが様々なニーズや願いを持っている。しかし、地域としては、精神障害者が安心して暮らせる環境整備や支援体制が十分に整備されたとはいえない現実があることから、最近の精神保健福祉サービスは、自立支援や地域生活支

援などを掲げながら、従来の施設保護中心から地域を基盤としたリハビリテーション(CBR)へと移行しつつある。特に、最近の精神保健福祉の動向は、就労支援を中心とした自立支援や地域生活支援へ方向性を持っていると考えられる。

就労支援プログラムの新たな試みとして、ピアヘルパー養成プログラムがある。従来の就労支援は保護作業を称して、機能訓練や作業訓練が大多数をしめているのが現状である。しかし、精神障害者の社会参加のためには総合的なプログラムが求められる。ピアヘルパー養成プログラムは、職業技術の習得はもちろん、社会関係の構築を支援し、社会適応をよりしやすくする。また、資格を取得することは、自信回復や自尊心向上にもつながることで、精神障害者のQOL向上に寄与すると考えられる。

そこで、本研究では、ピアヘルパー養成講座の修了生を対象にして、就労している修了生と就労していない修了生とのQOLを調べることで、今後の精神障害者の就労支援のあり方を考察することを試みる。

2. 先行研究の検討

(1) 精神障害者におけるQOL

QOLは、都市型の高度消費社会へ移行する流れの中で、人々の関心が「量」から「質」の転化することに伴い注目されるようになった概念である。主に保健医療と社会福祉の分野で用いられ、社会福祉の分野においては最適の生活を示す概念として、保健医療の分野においては医療がもたらすアウトカムとしての重要な要素として定着し

ている（国方 2008、再引用）。WHOによると、QOLは「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に関わる認識」に基づく「身体的側面、心理的側面、自立のレベル、社会との関係、信念環境などという重要な側面との関わりといった複雑なあり方を取り入れた広範囲の概念」であるとしている（中根 2006）。

精神障害者のQOL向上に関する理論的考察を行った、Hwang（1998）の研究によると、職業リハビリテーションプログラムが慢性統合失調症患者の生活の質に及ぼす影響に関する研究の中で、職業リハビリテーションは精神障害者の就業を支援し、就労継続を可能にすることで、彼らの社会的役割を維持させるとともに個人の価値を高める支援であるとし、その結果雇用状態は精神障害者の再入院率を著しく減少させたとしている。強迫性障害者とパニック障害者のQOLを研究した、Son(2006)の研究では、心理的領域と学業、職業、家族関係などが影響要因としてあげられている。

精神障害者のQOLは、精神疾患による健康への不満、障害に対する社会的偏見からくるストレス、生活技能の低下による生活上の困難によるストレス、社会的役割の喪失による自尊感の減退など諸要因によって、健常者と比べ、顕著に低下している。その理由として、精神疾患による健康への不満、障害に対する社会的偏見からくるストレス、生活技能の低下による生活上の困難によるストレス、社会的役割の喪失による自尊感の減退などがあげられる（Lehman, A. F. 1983）。

精神障害者のQOLを決定する要因は、多次的で、複合的であるため、端的にいうことは難しいことが先行研究から分かる。精神障害者のQOLに関する研究結果を整理してみると、精神障害者のQOLに影響する要因としては、経済的状況、社会的支持、家族関係、就労などが重要な要因としてあげられていることが分かる。

（2）就労と精神障害者の QOL

精神障害者のQOLに影響する要因として、就

労はQOLを向上させるための生活の条件であり、QOLに影響を与える重要な要因の一つ（Lehman 他、1982）である。また、精神障害者のQOLと影響要因に関する、Banfalvy（1994）の研究では、就労が重要な影響要因として取り上げられている。

就労は、収入によって自らの生活を支える経済的側面だけでなく、働くことによって個性を伸ばし自己実現を図るという側面、社会とつながりを持ちながら役割を果たすといった社会的側面がある（井神；2000）。精神障害者にとって仕事をすることは、他人に価値ある人間として認識されるし、地域住民の一人、支えあうまちづくりに責任を分かち持つ社会の構成員として認められること（寺谷隆子、2006）になり、経済的な自立の基盤、社会適応、病状の改善に寄与（Munetz他、1993）し、自分の役割を認識し、自分の価値を確認することでQOLの向上につながる（Seo、2000、再引用）。

精神障害者が地域で希望を持ちながら充実した生活を送るためには、社会的役割を持つことと、経済的自立は必須不可欠な要素である。特に、就労による社会的役割の獲得や経済的自立は、社会的自立や自信にも繋がるし、自尊心の向上や自己肯定感をもたせることになる。

4. 研究の方法

（1）調査対象

調査対象は、A市のB特定非営利活動法人が行っているピアヘルパー養成プログラムの修了生の内、精神障害者64人を対象にした。本研究が対象にする、B特定非営利活動法人は2001年設立され、2002年10月に第1回ピアヘルパー養成プログラムを実施してから、2009年3月の第4期ピアヘルパー養成プログラムの修了にいたるまで、延べ80名（内、精神障害者64名）の修了生を輩出してきた。最初のきっかけは、地域にある授産施設から仕事ができる能力は十分あるにもかかわらず、なかなか就労に結びつかない現実を打破したいとの声があったことから始まった。民間の力で始まった事業としては、日本で初めての試みであり、最初は

試行錯誤の連続で手探りの状況が続いたが、いつの間にか4期の修了までに至っている。本研究では、週に1日以上、定期的に仕事をしている修了生を就労群、まだ仕事についてない修了生を就労準備群に分けることにする。

(2) 調査方法

調査は、修了生の内、精神障害を持つ64人の修了生を対象に、自己記入式の方法で、2010年8月から9月までの間に郵送法による調査を行った。調査票はWHOが開発したWHOQOL-26を用いり、測定する。WHOQOL-26は5点尺度の26の設問からなり、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境の4つの領域にて構成されている。

(3) 分析方法

解析ソフトSPSSを用いて、t検定と回帰分析を行う。t検定では二つの群の平均QOL値を領域別に比較する。回帰分析では、他の変数（性別、年齢、学歴）をコントロールしても、就労とQOLとの関連が表れるかを調べるために、重回帰分析を行う。有意水準は95%信頼水準（ $p<0.05$ ）にて設定する。

(4) 倫理的配慮

全てのメンバーに研究の目的を説明し、調査結果は目的以外に使うことは絶対ないし、プライバシーや秘密は堅く守ることを約束した。また、調査途中で気分が悪くなったり、気持ちが変わったら、すぐ中止してもよいことを伝えた。そして、研究内容に同意し、同意書を提出した人を対象者とした。

5. 研究の結果

(1) 調査対象者の属性

調査対象の64名の内、同意を得られた計36名から回答があり、回収率は56.3%であった。調査対象者の属性を見ると、性別は、男性が女性の2倍以上多く、年齢は30代と40代が大多数を占めた。学歴においては、1名が未記入であった。

(2) 就労群と就労準備群とのQOL値の比較

t検定の結果は表2の通りである。統計上の有意差が示されなかったが、全ての領域で就労群のQOL値が就労準備群のQOL値より高いことが分かる。

＜表1＞ 調査対象者の属性（n=36） 単位：人（％）

属性	就労群	就労準備群	計	χ^2 (自由度)	有意確率
性別	女性	6(33.3)	5(27.8)	11(35.7)	$\chi^2(1)=0.131$ p=0.717
	男性	12(66.7)	13(72.2)	25(64.3)	
年齢	20代	3(16.7)	2(11.1)	5(13.9)	$\chi^2(3)=0.600$ p=0.896
	30代	8(44.4)	7(38.9)	15(41.7)	
	40代	5(27.8)	7(38.9)	12(33.3)	
	50代以上	2(11.1)	2(11.1)	4(11.1)	
学歴	高卒以下	7(41.2)	9(52.9)	16(47.1)	$\chi^2(2)=0.750$ p=0.687
	専門、短大	5(29.4)	5(29.4)	10(29.4)	
	大卒以上	5(29.4)	3(17.6)	8(23.5)	
計	18(50.0)	18(50.0)	36(100)		

＜表2＞ 就労群と就労準備群の領域別QOL値

	就労群	就労準備群	t値(自由度)	有意確率
全体の平均QOL値	3.224	2.930	t(34)=1.691	0.100
身体的領域の平均QOL値	3.341	2.996	t(34)=1.551	0.130
心理的領域の平均QOL値	3.046	2.741	t(34)=1.522	0.137
社会的関係の平均QOL値	3.120	2.815	t(34)=1.493	0.145
環境の平均QOL値	3.326	3.139	t(34)=0.890	0.380

＜表3＞ 就労群と就労準備群の領域別QOL値

	常勤	非常勤	t値(自由度)	有意確率
全体の平均 QOL 値	3.789	3.063	t(16)=2.931	0.010
身体的領域の平均 QOL 値	3.929	3.174	t(16)=2.256	0.038
心理的領域の平均 QOL 値	3.708	2.857	t(16)=2.827	0.012
社会的関係の平均 QOL 値	3.667	2.964	t(9.497)=3.688	0.005
環境の平均 QOL 値	3.781	3.196	t(16)=1.675	0.088

(3) 就労群の就労形態による QOL 値の比較

就労群の18名を対象に就労形態によるQOL値を比較した結果は表3の通りである。就労形態は常勤が4名、非常勤が14名であった。全ての領域で常勤のQOLが高く、統計上の有意差が見られた。

6. 終わりに

本研究は、就労と精神障害者のQOLとの関連を調べることで、就労が精神障害者のQOLの向上に影響していることを明らかにすることを目的として行ったものである。しかし、就労が精神障害者のQOLに影響を与えているとする統計上の有意差は示されなかった。したがって、就労していることがQOLに影響しているとは断定できないという結果になった。

しかしながら、就労形態によるQOLは、全ての領域において大きい差が見られた。それは、仕事には就いたものの、仕事上の技術不足や対人関係の困難などで、途中で失敗する可能性があることが推察される。つまり、不安定な雇用状態がQOLに影響することと考えられる。最近、障害者の雇用率の向上だけでなく、質の高い雇用をも目指すべきだという声があがっている。そのためには、ジョブコーチなどを活用した就労支援や職場の環境改善が求められる。また、仕事でのストレスや人間関係などによるQOLの低下を防ぐための相談援助などの支援体制も求められる。

本研究は、対象者数が少ないことが限界としてあげられる。また、横断的研究であることから、就労する前と就労した後の事前事後の比較が行われなかったため、就労とQOLとの関連を導き出せなかったとも考えられる。そのため、今後は実

験設計のもとで、QOL以外にも多様な評価尺度を使用して、精神障害者の生活を多面的に評価する研究が求められる。

参考文献

- Banfalvy, C.(1994) Quality of Life and Unemployment: An Empirical study about the Effects of Unemployment on People with Disabilities in Hungary, Cambridge Brookline Books.
- Hwang, tae-yeon 他(1998) 職業リハビリプログラムが慢性統合失調症患者の生活の質に及ぼす影響, 精神神経医学 第37巻 第6号.
- 国方弘子 他(2008) 統合失調症者, 精神障害者家族会会員, 一般住民のQOLの比較, 日保学誌 第10巻4号
- Lehman, A. F.(1982) Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue, American Journal of Psychiatry
- Lehman, A. F.(1983)The well-being of chronic mental health patients, Arch of General Psychiatry, 40(4).
- Liberman, R. P.(1994) Psychosocial treatment for schizophrenia, Psychiatry, 57(2), 1994.
- Munetz MR, Birnbaum A, Wyzik PF(1993) An integrative ideology to guide community-based multidisciplinary care of severely mentally ill patients, Hosp Comm Psychiatry 44(6).
- 中根允文(2006) 精神障害におけるQOL、長崎国際大学論叢第6巻.
- Seo, jin-hwan(2000) 統合失調症患者の職業リハビリプログラムの効果性研究, 神経精神医学 39 (1) .
- Son, sang-jun 他(2006) Quality of life for Patients

with Obsessive-compulsive Disorder and Panic Disorder, 韓国神経精神学会Vol.45 No.5.
寺谷隆子(2003) わが国のクラブハウス,『最新精神医学』第8巻第4号.

寺谷隆子(2006) 精神障害者の「参加・協働型地域生活支援システムモデル」の開発研究；－JHC板橋の活動展開から－.