

学 位 論 文

就労継続支援 B 型を利用する  
精神障害者の生活の質に関する研究

旭川医科大学大学院医学系研究科  
修士課程看護学専攻

長谷川 美登

## 目 次

緒言	1
方法	4
結果	9
考察	12
本研究の限界と展望	17
結論	18
謝辞	19
引用文献	20
表・図・資料	巻末

## 緒 言

本邦の精神疾患を有する患者（以下、精神障害者）は、年々増加しており、2017年には348.1万人に達した（政府の統計窓口，2017a）。そのうち、入院患者数は25.2万人（政府の統計窓口，2017b）で、平均在院日数は277.1日と、すべての疾患の中で最も長い（厚生労働省，2017）。精神疾患は、かつては一度診断されれば、「一生入院しなければならない」と考えられていた時代もあったが、現在では軽症化が進み、外来通院での内服治療で社会生活を送っている場合も多く、身近な慢性疾患の一つである。しかし、寛解することはあっても完治することは少なく、多くの精神障害者は、その後の人生において、予防的な側面も含めて長期間に渡り服薬を継続することが一般的である（武井，2015）。厚生労働省は、このような状況に対し、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指しており、その取り組みの一つに、精神障害者の就労支援がある（厚生労働省，2016）。

我が国では、「すべて国民は勤労の権利を有し、義務を負う」（日本国憲法 第27条）と就労の義務が定められている。この条文は、すべての国民がこの権利を行使でき、障害者を含むすべての国民が働けるようにしなければならないと解釈できる（角谷，2017）。世界的な障害者の雇用に対する取り組みは、1955年の国際労働機関（International Labour Organization：ILO）の「職業リハビリテーション（障害者）勧告第99号」の採択により始まっている（倉知，2018）。この採択では、職業リハビリテーションの対象者を「身体的、精神的、もしくは心理的障害のために、職業に就き、それを持続し、進歩する能力の減退している人」とし、精神障害者も対象であることが明記された。しかし、我が国では近年にいたるまで、精神障害者は「障害者」に含まれず、雇用の対象から外されていた。その一因となったのが、1900年に治安立法として制定された「精神病者監護法」と1950年に改正された「精神衛生法」（古屋，2019）である。いずれの法律も、精神障害者を「社会に弊害を流すもの」と規定したため、精神障害者に対しては、精神病院への入院を中心とする医療のみが施され、国家的な社会福祉や就労への施策が行われなかった（藤井，1986）。精神障害者が初めて雇用対策の対象となったのは、1988年、身体障害者雇用促進法の改変により制定された「障害者雇用促進法」からである。その後も身体障害者、知的障害者との法的格差は続いたが、2018年に障害者雇用促進法で「障害者雇用率」が、3障害全て2.2%となったことで、雇用対策における障害者間の差は全てなくなった。現在一般就労している障害者数は、身体障害者33.3万人、知的障害者11.2万人、精神障害者5万人であり、全体的に増加傾向である。また、就職してから1年後の職場定着率は、身体障害者

60.8%、知的障害者 68.0%、精神障害者 49.3%であり、精神障害者の定着率は最も低い(吉田, 2018)。

福祉施策としての就労支援では、「身体障害者福祉法」「知的障害者福祉法」「精神保健福祉法」に基づいた、授産施設や共同作業所の存在がある。それぞれの福祉法に基づき、1970年頃より障害別に設置されてきた。授産施設や共同作業所での就労を「福祉的就労」と呼び、その活動は「労働」ではなく「訓練」として位置づけられてきた(中尾, 2017)。授産施設や共同作業所は、2006年に制定された障害者自立支援法(現障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、以下障害者総合支援法)により、「就労移行支援」と「就労継続支援 A 型」「就労継続支援 B 型」事業に移行し、身体・知的・精神障害者の3障害者が同じ事業所に通うことが可能になった(中尾, 2016)。「就労移行支援」は、一般企業への就労を希望する人に、一定期間就労に必要な知識及び能力向上のために必要な訓練を行う。「就労継続支援 A 型」は、一般企業での就労が困難な人に、雇用契約を締結して就労の機会を提供するとともに能力等の向上のために必要な訓練を行い、月極の賃金を支払う。「就労継続支援 B 型」は、一般企業での就労が困難な人に対し、雇用契約を締結せずに、就労する機会と能力等の向上のために必要な訓練を提供し、行なった作業に対する工賃を支払う。2018年には、新たに「就労定着支援」が設けられた。これは一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行うものである。これら4事業を「就労系障害福祉サービス」という。このサービスの中で最も利用者が多いのが就労継続支援 B 型である(前沢, 2020)。

就労継続支援 B 型は、利用者にとって、「就労の場所」ではあるが、雇用契約は結ばれず、安価な「工賃」と呼ばれる賃金を作業の対価とするという「労働」面での問題はある。しかし現在、障害者全体における一般企業への就労率は11.7%(前沢, 2020)と低く、就労が困難であっても就労を希望する障害者にとっては、就労継続支援 B 型の事業所は大切な居場所となっている。ただ実際の就労継続支援 B 型においては、本人の希望に合わせた「個別支援計画に基づいた支援」が行われているものの、求められる支援が「働いて工賃を得るための支援(経済活動)」と「生きがいの達成や発達の側面の支援(福祉的支援にも含まれる)」の両者であり、それらが整理されていないがゆえに支援の内容が明確にならず、支援現場に戸惑いがあるとされている(中尾, 2017)。

このように就労継続支援 B 型の確立された支援方法がない状況下で、中尾(2017)の労働生活の質(以下、Quality of working life: QWL)と生活の質(以下、Quality of life: QOL)の関連性についての研究報告は、支援方法に一つの方向性を与える可能性がある。QWLとは、障害者の自己実現を最大の目標に置きながら、安心安全な環

境で柔軟に働くことができ、働くことを通して他者の役に立っている、自己実現ができていて本人が働きがいや働く喜びを実感できること、実態に応じた保険等が適用されることと定義され、就労継続支援 B 型事業所において、QWL の向上が重要であるとした。また、すべての福祉支援の目標である QOL と QWL の関係性として、QWL は QOL に内包されるものであり、両者は相互補完的であるとした(中尾, 2017)。また、鴨野 (2020) は、就労継続支援 B 型事業所における職員へのインタビューを質的に分析し、就労支援を受ける精神障害者の QOL の向上は QWL の向上に密接な関係性があり、QOL の向上を目指すことが QWL の向上へとつながると示している。従って、就労継続支援 B 型利用者の QOL 向上を目指す支援によって、QOL に内包される QWL が向上し、一般就労率が増加する可能性がある。

精神障害者の QOL を決定する要因は、多次元的で、複合的であり、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るという(鄭, 2011)。これは、就労自体が QOL に影響を与えるもので、まずは就労がありその先に QOL 向上があるという考えでもあるが、QOL を決定する要因が多次元であるからこそ、その逆の方向性として、支援の段階から QOL 向上に視点を置くことによって、多次元的な影響により就労能力が高まると考えることもできる。このアプローチが実際に可能で有効なのかを探るためには、まず就労継続支援 B 型利用者の QOL の実態を把握する必要がある。さらに、その具体的な支援方法を考案するためには、QOL という総合的な指標を分解して解析する必要がある。ところが、就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL の実態を調査した先行研究は見当たらなかった。

そこで本研究では、就労継続支援 B 型を利用する精神障害者について、対象者の QOL の特徴を明らかにすることを目的とした。

# 方 法

## 1. 用語の操作的定義

・QOL: 個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準又は関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識 (田崎ら, 2007)。

## 2. 研究デザイン: 量的記述的研究 (調査・観察研究)

## 3. 調査期間: 2020年7月

## 4. 研究対象

対象は、A市にある精神病院が運営する多機能事業所(A事業所)で就労継続支援B型サービスを受ける精神障害者とした。事前に施設管理者に研究の内容と実施方法を説明し、対象者の選定と紹介を依頼した。除外基準は、原疾患・認知症などでコミュニケーションが困難な者とした。

## 5. 調査項目

研究対象者に対し、以下の項目について調査を行った。

### 1) 属性

年齢、性別、病名、発病時期、精神科入院歴、居住形態、精神保健福祉手帳等級、障害年金受給の有無、生活保護受給の有無、身体疾患の有無、就職歴、ソーシャルサポートの利用(相談支援室・訪問看護・デイケア)、内服する抗精神病薬のクロルプロマジン換算値(稲垣ら, 2006)を、個人記録より収集した。活動状況として、事業所通所年数、作業の種類、調査開始前1か月間の通所日数、利用時間、勤務時間、工賃について、個人記録より情報を収集した。

### 2) 作業評価

対象施設においては、就労継続支援B型利用者の生活状況、作業能力などをアセスメントする目的で、「就労支援のための訓練生用チェックリスト(以下、チェックリスト)」が使用されている(資料1)。チェックリストは、障害者の一般就労へ向けた支援を円滑に行うためのツールの1つであり、日常生活、対人関係、作業力、作業への態度の4領域28項目で構成され、各項目4段階で評価するものである。このチェックリストは、一つの構成概念を特定する尺度ではなく、「対象者の特性、特徴、全体の状態や見落としがちな項目を短時間で客観的に把握することが可能となる汎用性のある基本的なもの」で、現場で使用する際に障害にあった項目を追加して独自のチェッ

クリストにして使用することが推奨されている（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター，2009）。A 事業所では、4 領域目の「作業への態度」のなかに「作業意欲」の項目を加え、全 29 項目について評価するチェックリストに改変して使用している。本研究ではこの 29 項目を解析データとして用いた。評価は、少なくとも 6 ヶ月に 1 回以上行われ、スタッフによる評価（以下、チェックリスト客観的評価）に加え、利用者自身による評価（以下、チェックリスト主観的評価）も行われる。チェックリスト客観的評価は、対象者を担当するスタッフ 4 名の合議により評価スコアが決定される。これら評価結果で最新のものを、個人記録より収集した。チェックリストの作成期間は、2019 年 8 月～2020 年 6 月で、QOL 評価との時間差は、平均 4.6 ヶ月であった。

### 3) QOL 評価

QOL は、WHOQOL26(資料 2)を用いて評価した。WHOQOL26 は、デイケアや作業所などの通所施設を利用している精神障害者を対象に実施された研究（田崎ら，2007）において、QOL 測定尺度として使用されている。調査項目は、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の 4 領域の 24 項目と全体を問う 2 項目を加えた 26 項目から構成されている。調査票は自己評価式で、質問項目はあくまでも主観的な判断を問うものであり、「まったくくない（まったく不満、まったく悪い）」を 1 点、「非常にある（非常に満足、非常に良い）」を 5 点とする 5 件法にて評価した。ただし、26 項目のうち Q3、Q4、Q26 の 3 項目は逆転項目で、上記配点順列を逆にして評価した。

## 6. 調査方法

### 1) 対象施設に対する協力依頼の手順

A 事業所の施設管理者に対し、研究者が直接、研究の趣旨、内容、計画について、研究協力依頼書、研究説明書、研究参加者用の研究説明書と質問紙のサンプルを提示した上、口頭で説明し、研究協力を依頼し、研究協力同意書の署名をもって、同意を得たこととした。

### 2) 対象者に対する質問紙配布、説明と同意及び回収の手順

(1) 紹介された研究対象者に対し、事業所内のプライバシーが確保できる場所で、一名ずつ、研究の目的、参加・不参加は自由意思に基づき、いつでも辞退可能であること、不参加や中途辞退により、事業所の利用に影響を与えることはないこと、調査項目の 1) 属性、2) 作業評価に含まれる要配慮個人情報を収集すること、研究で得られた個人情報は、得られたデータから個人が特定されないよう、厳重に管理し、外部に漏れることのないよう匿名性を守るなどについて、研究説明文を用いて説明し、口頭と文書にて研究参加の承諾を得た。

(2) 同意が得られた場合、WHOQOL26 質問紙への回答を依頼した（回答所要時間 20～30 分程度）。

(3) 研究対象者に、回答後は質問紙を封筒に入れ、鍵のかかる回答箱に投函を依頼し、研究者が解析まで保存した。

(4) 調査項目のうち 1) 属性、2) 作業評価については、事業所内の既存書類より情報収集した。

## 7. データ分析方法

以下の統計学的検討には、SPSS ver. 26.0 (IBM) を用い、有意水準は 5%未満とした。

### 1) 就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL

#### (1) WHOQOL26 による対象者の補正 QOL インデックス

WHOQOL26 付属の手引(田崎ら, 2007)に従って、各領域(身体的領域、心理的領域、人間関係、環境、全体)別に該当質問項目の合計点を項目数で除した領域別 QOL 平均値、および全質問項目の合計点を全項目数(26)で除した総合 QOL 平均値を算出し、それらを年齢層別・性別一般人口の QOL 平均値(田崎ら, 2007)で除した値を、それぞれ補正領域別 QOL インデックス、補正総合 QOL インデックスとし、これらを各対象者の QOL の指標とした。各 QOL 平均値が同年齢層・同性一般人口の QOL 平均値と同等であれば、補正 QOL インデックスが 1 となる。さらに、補正領域別 QOL インデックスについてデータの正規性を確認し、領域間の母平均の差について、反復測定分散分析と Bonferroni の方法による多重比較を行った。

#### (2) WHOQOL26 身体的・心理的領域質問項目を用いた主成分分析

上記(1)で、他領域に比して補正領域別 QOL インデックスの平均が低い傾向を示した身体的領域、心理的領域について、さらに詳細な特徴を見出すため、それら 2 領域の質問項目について、分散共分散行列による主成分分析を行った。

#### (3) 主成分得点によるクラスター分析

上記(2)で抽出された主成分と各対象者の主成分得点を用い、Ward 法による階層クラスター分析を行った。また生成されたデンドログラムにより妥当なクラスター数を決定した。

#### (4) 各クラスターの補正総合 QOL インデックスの比較

分類された全クラスター間の補正総合 QOL インデックス平均の差について、1 元配置分散分析と Bonferroni の方法による多重比較を行った。

#### (5) クラスター分類と WHOQOL26 身体的・心理的領域スコアの特徴



各クラスターの WHOQOL26 身体的・心理的領域スコアについて、質問項目ごとに kruskal-Wallis の検定を行い、有意差の有無について検討した。

2) 就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL と関連因子の探索および QOL の予測

(1) 属性と補正総合 QOL インデックス

属性のうち、名義変数については、属性項目により層別化し、補正総合 QOL インデックス平均値の有意差について、2 群間の場合は独立したサンプルの t 検定により、3 群以上の場合は 1 元配置の分散分析を行って検討した。また、連続変数の場合は、補正総合 QOL インデックスとの間で、Pearson の相関分析を行った。

(2) チェックリスト主観的評価および客観的評価と補正総合 QOL インデックスとの相関分析

補正総合 QOL インデックスと、チェックリスト主観的評価および客観的評価について、Pearson の相関分析を行った。

(3) 補正総合 QOL インデックスのチェックリスト評価による予測

チェックリスト客観的評価から、対象者のおおまかな QOL の状態を把握するため、各対象者のクラスターと、相関分析で補正総合 QOL インデックスに有意な相関のみられたチェックリスト客観的評価の項目についてコレスポンデンス分析を行った。

## 8. 倫理的配慮

本研究は、旭川医科大学倫理委員会の承認（承認番号 19220）を得て行った。

1) 研究対象者への協力依頼は、協力施設管理者の同意を得て研究者から 1 名ずつ個別に行い、参加・不参加は自由意思に基づき、いつでも辞退可能であることを説明し、口頭と文書をもって同意を得た。

2) 質問紙の回答には 20～30 分程時間を要すること、回答に際し心身の負担が大きいと感じた場合は、いつでも中止しても構わないこと、それにより不利益は生じないことを説明した。また、研究者が、対象者が精神障害者であることに配慮し、調査可能かどうか、病状などを勘案して、慎重に判断した。

3) 同意が得られた対象者の都合に合わせ事業所内のプライバシーが確保できる場所で調査を行った。回答後、回答用紙は封筒に入れ、鍵のかかる回答箱に投函するよう依頼した。

4) 研究で得られた個人情報、得られたデータから特定の個人を識別することができないよう、対象者に研究用の符号もしくは番号を付与し、対応表を作成した。対応表は協力施設内の研究者のみのアクセス制限がある PC で、データにはパスワードを

設定し、紙媒体は鍵のかかる引き出しで厳重に管理した。それらデータは、研究発表後5年間は保管し、その後破棄する事を説明した。

5) 研究成果は、本修士論文で公表すること、希望があれば、個人情報の保護及び本研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、研究計画及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧することができることを、対象者及び協力機関に説明した。

## 結 果

### 1. 属性

本研究の対象者は、調査時の A 事業所利用者で就労継続支援 B 型 20 名のうち同意の得られた利用者 19 名であった。

属性のうち、特徴的なものとしては、精神科入院歴は「あり」が 13 名 (68.4%) であった。精神保健福祉手帳 2 級所持者が、9 名 (47.4%)、障害年金受給者は、11 名 (57.9%) であった。生活保護受給者は 9 名 (47.4%)、就労歴がある者は 17 名 (89.5%) であった。1 ヶ月間の通所状況として、平均通所日数は 10.9 日、平均作業時間は 24.8 時間で、平均工賃は 6397.4 円であった(表 1)。

### 2. 就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL

#### (1) WHOQOL26 による対象者の補正 QOL インデックス

対象者の補正総合 QOL インデックスは、0.45~1.13 で、その平均は  $0.85 \pm 0.18$  であった。就労継続支援 B 型利用者 19 名のうち 15 名 (79.0%) が、補正総合 QOL インデックス 1 未満であった(表 2)。また補正領域別 QOL インデックスの平均は、身体的領域  $0.78 \pm 0.18$ 、心理的領域  $0.74 \pm 0.22$ 、社会的関係  $0.97 \pm 0.23$ 、環境領域  $0.98 \pm 0.25$  で、4 領域の中では、身体的・心理的領域のインデックス平均が低く、いずれも社会的関係と環境領域との間に統計学的有意差を認めた(図 1)。

#### (2) WHOQOL26 身体的・心理的領域質問項目を用いた主成分分析

補正領域別 QOL インデックスの平均値が低値を示した身体的領域 7 項目と心理的領域 6 項目に注目し、分散共分散行列による主成分分析を行った。2 つの主成分が抽出され、寄与率は、第 1 主成分が 38.3%、第 2 主成分が 15.4% であった(表 3)。第 1 主成分では心理的領域の質問項目である Q5 (肯定的感情)、Q11 (ボディ・イメージ)、Q19 (自己評価) の主成分負荷量が 0.8 以上と上位 3 項目となり、次いで Q17 (日常生活動作の満足度)、Q18 (仕事の能力の満足度)、Q26 (否定的感情) の 3 項目が 0.7 以上であった(表 3)。これらはいずれも正の主成分負荷量を有しており、自分自身に対する肯定的な評価や満足感の高さを統合する成分と考え、第 1 主成分を「自己肯定感」と名付けた。第 2 主成分では、身体的領域の Q3 (痛みや不快) の主成分負荷量が 0.782 と、唯一顕著な正の負荷量で、Q15 (移動能力) が  $-0.702$  と最低の負荷量を示した。従って、痛みや不快が少ない特性を示す成分と考え、第 2 主成分を「身体の快適さ」と名付けた。

#### (3) 主成分得点によるクラスター分析

主成分分析により抽出された2つの主成分を用いて、対象者の階層クラスター分析を行った。デンドログラムにおいて、再調整された距離クラスター結合の値が5のレベルを基準とし、5個のクラスターに分類することとした(図2(a))。対象者の主成分得点の散布図(図2(b))で、各対象者間およびクラスター間距離を確認し、この分類が妥当であると判断した。

クラスター1は4名で、第2主成分(身体の快適さ)の得点が最も高いグループで、クラスター2は8名と、最も人数の多いクラスターで、第1・第2主成分いずれも0に近い得点を有していた。クラスター3は2名と人数は少ないものの、第1主成分(自己肯定感)が最も高いクラスターであった。クラスター4は3名で、第1主成分(自己肯定感)がクラスター中最低であった。クラスター5は2名で、第1主成分(自己肯定感)得点が0付近、第2主成分(身体の快適さ)得点がクラスター中最低であった。

図3に各クラスターの補正総合QOLインデックスの平均値を示す。クラスター中補正総合QOLインデックスの平均が最高を示したのがクラスター3で、最低がクラスター4であった。特にクラスター4のインデックスは、クラスター2および3と比較し有意に低値であった(図3)。各クラスターのWHOQOL26 身体的・心理的領域のスコアをみると、主成分負荷量の高い質問項目である、心理的領域の肯定的感情、ボディ・イメージ、自己評価の項目で、クラスター3の中央値が最も高く、それと対照的にクラスター4のスコアが最低値を示していた(表4)。

### 3. 就労継続支援B型を利用する精神障害者のQOL関連因子探索の試みとQOL予測

#### (1) 属性と補正総合QOLインデックス

属性項目のうち名義変数の場合は、項目ごとに層別化して補正総合QOLインデックス平均値を比較したが、いずれの項目間にも有意差は認められなかった(表5)。また、属性項目のうち数値データについては、補正総合QOLインデックスと相関分析を施行したが、これらも全て有意な相関は認められなかった(表6)。

#### (2) チェックリスト評価と補正総合QOLインデックス

表7にチェックリスト評価と補正総合QOLインデックスの相関係数を示す。チェックリストの主観的評価については、カテゴリー日常生活の「身だしなみ」( $r=.499$ )、カテゴリー作業への態度の「積極性」( $r=.509$ )、「作業意欲」( $r=.587$ )に有意な相関がみられた。一方、チェックリスト客観的評価においては、カテゴリー日常生活の「規則の遵守」( $r=.663$ )、カテゴリー作業力の中の「作業変化への対応」( $r=.636$ )、カテゴリー作業への態度の中の「時間の遵守」( $r=.619$ )、「責任感」( $r=.718$ )、「整理整頓」( $r=.542$ )に対する評価が、補正総合QOLインデックスに有意な正の相関を認めた。

主観的評価に比べ客観的評価において、有意な相関を示した項目が多く、相関係数も高い傾向が認められた。

### (3) チェックリスト評価を用いた QOL 予測

チェックリスト客観的評価項目のうち、補正総合 QOL インデックスと有意に相関のみられた「規則の遵守」、「作業変化への対応」、「時間の遵守」、「責任感」、「整理整頓」の5項目について、クラスター分類とのコレスポンデンス分析を行った。そのうち「作業変化への対応」、「時間の遵守」、「責任感」、「整理整頓」については、2次元展開が可能であった。各項目とクラスター分類の次元得点の散布図を図4に示す。4項目いずれにおいても、「あまりできない」という評価に最も近いのが、補正 QOL インデックスの最も低いクラスター4であった。「規則の遵守」においては、15名が「できる」との評価で、「だいたいできる」が1名であった。そのため、2次元での展開が不可能で、散布図は描出できなかったが、「だいたいできる」と評価された対象者は、クラスター4に属していた。

## 考 察

### 1. 就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL の実態

通院治療中の精神障害者の QOL について、健常者と比較した先行研究はいくつか存在し、その中で WHOQOL26 を尺度として使用した報告において、一般人口健常者水準に対する総合 QOL の比 (%) は、デイケア通所中の統合失調症患者を対象とした研究で 98% (國方ら, 2008) と健常者と同水準のものもあるが、多くは、82~94% で、健常者に比べ低かった (中根, 2001、茅原ら, 2009、木村, 2014、大場ら, 2014)。本研究において、A 事業所で就労継続支援 B 型を受ける利用者の総合的 QOL は、一般人口健常者水準の 85% 程度と、低い傾向がみられ、それら先行研究と同様の結果が得られた。

この対象者の総合的な QOL 低下をもたらしているのは何なのかを探索するために、WHOQOL26 の領域別スコアについて分析してみたところ、社会的関係および環境領域については一般人口と同等の得点であったが、心理的領域、身体的領域でスコアの低さが認められた。社会的関係は、人間関係、社会的支え、性的活動などで構成される項目で、環境領域は、均整関係、自由・安全と治安、居住環境、生活圏の環境、交通手段などで構成される。いずれも係わりを持つために行動の必要な自己の外側、外界の部分にある要素であり、これらについては、一般健常者と同じくらい満たされていたといえるだろう。一方、心身に関わるより内面的な要素である身体的・心理的領域については、外界に関わる要素に比べ有意に低く、これが QOL の低下をもたらしていると考えられた。

さらに、身体的・心理的領域 13 項目の主成分分析の結果から、「ボディ・イメージ」、「自己評価」、「肯定的感情」など、自己に対する肯定的な評価が低いほど、QOL が低い傾向にあることが示唆された。また、主成分分析に基づくクラスター分類では、本研究の対象者は 5 個のクラスターに分類可能で、決して均一な集団ではなく、中には総合的な QOL が健常人レベルの良好な集団や、健常人の 60% 程度という QOL レベルの低い集団が観察され、特に QOL 平均値が最低値で、心理的領域に属する負荷量の高い項目で最低スコアを示したクラスター 4 は、より慎重な支援が必要な注目すべき集団であると考えられる。

就労支援において、人間関係や環境の調整を外的な支援、心のケアなどを内的な支援とすれば、精神障害者に対してはより内的な支援が重要なものかもしれない。本研究は限られた施設における少数の精神障害者を対象にした研究であり、さらなる検証が必要ではあるが、今回得られた結果は、精神障害者の就労支援の方向性として、自己肯定感の向上という視点を与えるものであると考える。精神障害者の QOL とセルフエ

スティームあるいは自尊感情が相関する（鎌田 2007, 國方 2006）という報告は、本研究の結果の妥当性を支持するものであると考える。

なぜ自己肯定感が低下するのかについては、今後の検討が必要だが、羽山（1992）は、「病気であることの自覚が自己評価の低下をもたらす」としていることから、一つの推論として、精神疾患の自覚が、自己肯定感に影響を与えている可能性があげられる。しかしながら、診療上疾患を自覚すること、すなわち病識を持つことは重要であり、これを抑制することは良い影響を与えないだろう。それでは、自己肯定感を向上させるためには、どのように対応すればよいのだろうか。

余傳ら（2020）は、地域で生活する精神障害者が自己有用感を回復するプロセスを明らかにし、「自己有用感」の獲得が、自尊感情を高めることを明らかにした。「自己有用感」とは、「他者や集団から役に立った、喜んでもらった、必要とされたと感じる感情であり、相手の存在なしには生まれない感情」（文部科学省国立教育政策研究所, 2015）または、「社会において自分が何らかの役割を担っていると感じられるとともに、社会から自分が肯定的に捉えられていると実感できている状態」のことである（青木, 2013）。余傳らはまた、他者から（支援者から）肯定的な評価を受けることによって高められる「自己有用感」の獲得が、自尊感情の獲得につながるとしている。これを就労継続支援 B 型に適用した場合、支援者の利用者に対する具体的な支援が浮かびあがる。支援者は、利用者の自己肯定感を向上させることを常に意識して、利用者が作業の完遂には必要であったこと、肯定的な評価、素直な喜びを利用者に伝え、利用者自身が支援の場という社会の中で、何らかの役割を担っているということを認識させるという支援である。これによって、利用者の自己肯定感が高まり、やがては就労促進につながると考えられる。

## 2. 就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL 関連因子探索の試みと QOL の予測

### （1）属性と QOL との関係

一般人口の QOL スコアは、年齢と相関があったことが明らかにされているため（中根ら, 1999）、本研究では、それらのデータを外部標準として用い、対象者の QOL 得点を性別・年齢階層によって補正して解析した。年齢の他、精神障害者の QOL に影響を与える因子として、収入、就労状況（角谷, 1995）、総入院期間（片山ら, 2003）、入院経験、同居者の有無、罹患する精神疾患（半田ら, 2004）、作業所通所年数（鎌田ら, 2007）、勤務時間（佐藤ら, 2018）などが先行研究で明らかにされている。しかしながら、本研究においては対象者の QOL と属性の間に、有意に関連のある項目は見いだせなかった。國方ら（2003）の総説によると、統合失調症患者の個人の特徴と QOL の関連性につい

ては、過去の先行研究において一致した見解が得られていないという。今後症例を重ね、さらなる検討が必要である。

ソーシャルサポートについては、有意に関連があるとする先行研究があるが(片山ら, 2003)、本研究では関連は見られなかった。今回は、質問項目とせず、A 事業所の記録物からの情報収集であり、ソーシャルサポートの種類を「相談室・訪問看護・デイケア」と限定したため、有意差を認めなかった可能性がある。今後は、情緒的サポート、道具的サポート、情動的サポート、評価的サポートについての質問項目の追加が望ましいと考える。

## (2) チェックリスト評価と QOL との関係

就労継続支援 B 型では、障害者総合支援法の施行により、利用者が適切な就労支援サービスを受けることができるよう、個別支援計画の作成が求められるようになった。支援計画の立案には、利用者の生活状況を含む就労能力の的確な把握が必要である。このような背景から、開発されたのがチェックリスト(独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター, 2009)であり、これは、労働関係機関と福祉関係機関の連携においても、利用者の就労能力を共有するためのツールとして利用されている。

チェックリストの項目には、日常生活、対人関係、作業力、作業態度の 4 つのカテゴリーがある。このチェックリスト各評価スコアと QOL との関係について、相関分析、クラスター分類に基づいたコレスポンデンス分析を施行したところ、カテゴリー日常生活の「規則の遵守」、カテゴリー作業力の「作業変化への対応」、カテゴリー作業への態度のうち「時間の遵守」、「責任感」、「整理整頓」に対するスタッフによる客観的評価が、対象者の QOL と有意に関連し、これらのうち「作業変化への対応」、「時間の遵守」、「責任感」、「整理整頓」の 4 項目に対する客観的評価スコアによって、おおまかな QOL レベルを推測できることが明らかになった。特にその 4 項目で「あまりできない」と評価された場合、クラスター 4 に属する可能性があり、QOL が健常人より顕著に低いことが推察される。そういう場合、チェックリストに加え、例えば本研究で使用した WHOQOL26 全項目や、全項目でなくとも主成分負荷量の高い心理的領域の質問項目のみを使用して、QOL をアセスメントすれば、通常より慎重な支援が必要な QOL が標準に満たない利用者を判別できる可能性がある。今後の検討は必要なものの、通常通りのスタッフによるチェックリスト評価が、利用者の QOL 推測につながることは、チェックリストの新たな有用性を示唆するものであると考える。

一方、チェックリストの主観的評価については、カテゴリー日常生活の「身だしなみ」、カテゴリー作業への態度の「積極性」、「作業意欲」で有意な相関が認められたが、客観的評価に比して弱い相関で、有意確率も高かった。さらに、客観的評価で有



意な相関が見られた項目においては、主観的評価では有意な相関はみられず、相関係数が客観的評価とは逆の負の値になっている項目もみられた。この主観的評価と客観的評価の解離は、対象者が、自分の能力や状態を消極的に評価していたとも解釈でき、「作業」という行動を客観的に自己評価することの難しさを示していると考えられる。A 事業所における、実際の現場では、客観的評価を基準として、場合によっては自己評価との差を利用者に認識させつつ、利用者の肯定的、積極的な認識を促す指導の際に、チェックリスト評価が用いられている。

チェックリストは、本来尺度としての使用は想定されていないが、本研究においては、対象者の一つの特性を示すデータとして扱った。また、対象者数も少なく、QOL 評価とチェックリスト評価が同時に行われていないため、今回得られた結果は、あくまでもチェックリストの有用性を示す端緒となる結果である。今後は、QOL 評価とチェックリスト評価の時間差のない調査と症例を重ねた検討が必要であると考えられる。

### 3. 看護学的視点からみた精神障害者就労支援への示唆

精神障害者の地域生活支援に必要なサービスとして、精神疾患によりもたらされた障害に対してリハビリテーションが確保された上で必要なサービスは、生活の質の向上のための機会であり、それは仲間づくり、社会参加、就労などの機会であるとしている(江畑, 2006)。就労継続支援 B 型を利用する精神障害者は、就労を目指して地域で生活している。医療とは違って、自由意志のもと自ら希望して選択し、契約して就労のための支援を受けている。デイケア利用者や外来通院中の精神障害者と比べると、より「自立」した生活、いわば「普通の暮らし」を手に入れているように見え、病状や生活が落ち着き、自分自身に満足していると考えていた。しかし実際は、外来通院患者・デイケア利用者らと同じように QOL が低く、それは自己肯定感低下という心理的要素の低下に起因することがわかった。したがって精神障害者に対する就労支援においては、心理的な支援に重きを置くことが必要と考えられた。

精神障害者の就労支援における看護師の役割として、定期的な面談を通して精神障害者の意欲を理解し、希望を踏まえた前向きな助言を行うことで精神障害者の内面に変化を及ぼし、効果的な就労支援につなげているという報告がある(鈴木ら, 2015)。また、利用者の看護師への相談希望の回数は、月に 1 回程度定期的に希望していることが明らかにされているが、就労継続支援 B 型を利用する精神障害者は、基本的にセルフケアレベルが維持できていることから、なにか変調があったときに看護師に相談したいという意味ではないか、とされている(庄司ら, 2018)。

パーシィは、基礎科学としての看護の本質は、統一体(部分の総和とは異なる)としての人間観に根ざしており、最高の QOL に焦点を当てており、医学とは別の根源と焦

点を持っているとし、看護師が患者と「真に共にある」実践が QOL の向上に帰結するとした(ローズマリー・リゾ・パースィ, 2004)。田中らの概念分析によると「真に共にある」看護とは、医学診断によって規定された取り組みではなく、あくまでも主体は患者や家族であり、主体の価値に基づいた QOL の向上が果たされるよう理解し支援するもので、その具体的な実践方法として、「意味を照らし出す」「リズムに同調する」「超越を結集する」の過程をあげている。「意味を照らし出す」とは、看護師が患者や家族とともに「健康状態の変化に意味付け」をし、人生の目的や希望、夢などを言語化することで、看護師の関わりにより変化し続け、患者や家族が新たな希望を見出すことを可能にすることである。「リズムに同調する」とは、患者や家族の人生における浮き沈み、感情の移り変わりなど人生の流れの中で、看護師がそのリズムに合わせ、患者や家族が自ら人生に新たな意味付けができるようにともにあることを示す。「超越を結集する」とは、患者や家族が予期せぬ健康状態の変化などの状況において、新たな人生の可能性を見出し生きていく力を得ることを示している。これらの過程は全て「真に共にある」看護が導き出すものであり、「真に共にある」看護師の存在は欠かせないものである。また、田中ら(2012)は、パースィの「真に共にある」看護を、対象のために看護師が必要と考える看護行為を提供するというよりは、彼らの傍らに「静かに身を置き、対話し、永く共にある」ことにより導かれるものであると解釈している。就労継続支援 B 型には、看護師の配置義務はない。これは、医療は病院で、福祉は地域でといった医療と福祉が分断化されている日本の現状によるところが大きいとされている(野田, 2006)。しかし、就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL を高めるという視点からみると、看護師ではなくても、「真に共にある」看護実践という考え方は、就労継続支援 B 型支援者にとって有用であると考ええる。

また、精神障害者の地域支援において、精神科医療と福祉が融合する必要性があるとされているが、精神科医療者から就労継続支援 B 型支援者への情報提供が医療的な視点に偏り難解であり、また、地域サービスの利用開始に際し相談支援員が仲介することにより医療者の地域サービスの理解不足が起きているとされている(時岡ら, 2015)。この課題を克服する上で、特に精神障害者と「真に共にある」看護実践を目指している看護師は、医療と福祉の理解に努め、両者を繋ぐ重要な役割を担う可能性があると考ええる。

## 本研究の限界と展望

本研究は、就労継続支援B型を利用する精神障害者のQOLに関する探索的・予備的研究であり、将来的に、精神障害者のQOL向上のための支援を行うための、契機となる貴重な報告と考える。しかしながら、1施設のみ研究であり、対象数が少ない横断研究であることから、得られた結果を一般化することは困難である。今後は、精神障害者のQOLの実態をさらに調査し、その向上に寄与するため、より大規模で長期間にわたる観察研究が必要と考える。

## 結 論

1. WHOQOL26 を用いて調査した A 事業所で就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の総合的な QOL は低く、年齢層別・性別一般人口の QOL 平均値の 85%であった。
2. WHOQOL26 を構成する領域別に対象者のスコアを分析してみると、社会的関係と環境領域の外界に関わる領域のスコアは、一般健常人と同レベルであったが、身体的領域および心理的領域の内面的な領域のスコアは、健常人に比べ低く、さらに主成分分析によって、対象者の「自己肯定感」が低いことが明らかになった。
3. クラスタ分析とコレスポンデンス分析によって、チェックリストの「作業変化への対応」、「時間の遵守」、「責任感」、「整理整頓」の 4 項目に対する客観的評価で「あまりできない」と評価された場合、対象者が健常人より QOL の低いクラスターに属することが明らかとなり、チェックリストが、より慎重な支援の必要な対象者を判別する指標として利用できることが示唆された。
4. 就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL を向上させる支援において、パースィの「真に共にある」看護実践を適用することが必要で、その中で、特に看護師は、医療と福祉の理解に努め、両者を繋ぐ重要な役割を担う可能性があると考えられた。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました事業所利用者様、事業所の職員の皆様に深く感謝いたします。また、研究の全過程を通じ丁寧な指導を賜りました旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程生体防御学の及川賢輔教授に心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- ・ 政府統計の総合窓口(e-Stat) (2017a):平成 29 年患者調査. 総患者数, 性・年齢階級×傷病小分類別. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003318621>(アクセス日 2021 年 1 月 16 日)
- ・ 政府統計の総合窓口(e-Stat) (2017b):平成 29 年患者調査. 推計入院患者数, 性・年齢階級×傷病小分類別. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003303280>(アクセス日 2021 年 1 月 16 日)
- ・ 厚生労働省(2016):精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>(アクセス日 2021 年 1 月 16 日)
- ・ 厚生労働省(2017):平成 29 年(2017)病院報告
- ・ 青木 聖久(2013):精神障害者の生活支援. 法律文化社.
- ・ 稲垣 中、稲田俊也.(2006): 向精神薬の等価換算 2006 年版向精神薬等価換算. 臨床精神薬理 9 (7) :1443-1447
- ・ 江畑 敬介(2006):障害者自立支援法時代の精神障害者退院促進と地域ケアの考え方. 精神障害とリハビリテーション, 10(2):99-106
- ・ 大場 禮子, 米山 奈奈子(2014):地域で生活している精神障害者の居場所感と主観的 Quality of Life との関連. 厚生指標, 61(12):20-27
- ・ 片山 聡子, 叶谷 由佳, 日下 和代, 佐藤 千史(2003):精神障害者小規模作業所通所者の Quality of Life に関する研究 生活満足度に焦点をあてて. 日本看護研究学会雑誌, 26(1):147-161
- ・ 角谷 勝巳(2017):障害者就労支援の現状と課題. 生涯発達研究. 10:25-37
- ・ 角谷 慶子 (1995) :精神障害者の QOL の特徴とリハビリテーションプログラムによる治療介入後の変化. 京都府立医科大学雑誌 104(12) : 1425-1434
- ・ 鴨野 直敏(2020):精神障害者の「労働生活の質(Quality of Working life)」向上に関する質的内容分析. 人間福祉学会誌, 19(2):79-86
- ・ 茅原 路代, 國方 弘子, 岡本 亜紀, 渡邊 久美, 折山 早苗(2009):デイケアに通所する統合失調症患者の居場所感と Quality of Life との関連. 日本看護研究学会雑誌, 32(1):91-97
- ・ 鎌田 澄子, 松下 年子(2007):精神障害者小規模作業所利用者の生活満足感とセルフエスティーム. 日本社会精神医学会雑誌, 15(3):209-217
- ・ 木村 洋子, 長谷川 雅美(2014):在宅精神障害者の生活上の気付きと QOL に関する研究. 看護実践学会誌, 27(1): 35-41

- ・國方 弘子, 三野 善央(2003):統合失調症患者の生活の質(QOL)に関する文献的考察(総説). 日本公衆衛生雑誌, 50(5): 377-388
- ・國方 弘子, 三野 善央, 中嶋 和夫(2006):在宅生活をしている統合失調症患者のWHOQOL-26 尺度に影響を与える要因の検討. 日本公衆衛生雑誌, 53(4):301-309
- ・國方 弘子, 中嶋 和夫, 沼本 健二(2008):統合失調症者、精神障害者家族会会員、一般住民の Quality of life の比較. 日本保健科学学会誌, 10(4):249-255
- ・倉知 延章(2018):精神障がい者の雇用・就労の実態と支援制度. コミュニティア, 20(11):23-27
- ・佐藤 さやか, 久保寺一男, 金子鮎子, 鈴木浩太, 小塩靖崇, 小川 亮, 安間尚徳(2018):医療機関における就労支援に関する研究:就労継続支援 A 型事業所における精神障害者の就労状況に関わる要因の探索. 厚生労働行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究.
- ・庄司 寛子, 児玉 豊彦(2018):就労継続支援 B 型施設を利用する精神障がい者が希望する看護ケア. 日本保健看護学会誌, 27(2):29-37
- ・鈴木 雪乃, 佐橋 文仁, 久米 和興(2015):精神障害者の就労支援における看護師の役割に関する文献検討. 中部大学生命健康科学研究所紀要, 12:62-64
- ・障害者総合支援法事業者ハンドブック報酬編(2020):中央法規
- ・武井 麻子, 江口重幸, 末安民生ら(2015):精神看護の基礎. 医学書院
- ・田崎 美弥子, 中根允文(2007): WHOQOL26 手引 改訂版. 金子書房.
- ・田中 純子, 勝野 とわ子, 高橋 照子(2012):パースィ看護理論における TruePresence(真に共にある)の概念分析. 日本保健科学学会誌, 15(3):141-151
- ・鄭 敏基(2011): 就労と精神障害者の QOL に関する一考察. 社会事業研究, 50:160-164
- ・時岡 李衣, 山根 俊恵, 矢田 浩紀, 大達 亮(2015):精神障がい者の地域生活支援のあり方 就労継続支援 B 型事業所から見た地域連携の実態. 日本精神科看護学術集会誌, 58(3):54-58
- ・独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター(2009): 就労支援のためのチェックリスト活用の手引.
- ・中尾 文香(2016):就労継続支援 B 型事業所における障害者のための QWL(Quality of Working Life)の構造. 社会福祉学評論, 16:43-56
- ・中尾 文香(2017): 障害者の就労支援のあり方についての研究. 風間書房.
- ・中根 允文, 田崎 美弥子, 宮岡 悦良(1999):一般人口における QOL スコアの分布 WHOQOL を利用して. 医療と社会, 9(1):123-131

- ・中根 允文(2001): 精神障害者における QOL 評価の研究. 平成 11・12 年度科学研究費補助金研究成果報告書.
- ・野田 文隆(2006): 精神医療と精神保健福祉の現状と問題 おもに教育の視点から医療の見方, 福祉の見方. 精神神経学雑誌, 108(8):828-831
- ・羽山 由美子(1992): 看護における QOL の研究 精神障害者の社会適応モデル 生活の満足と自己価値に関するパス解析(第 2 部). 看護研究, 25(3):212-233.
- ・半田 美織, 日下 和代, 叶谷 由佳, 佐藤 千史(2004): デイケアに通所する精神障害者の生活満足感に関する研究. 日本看護科学会誌, 23(4):20-30
- ・藤井 克典(1986): 精神障害者を主対象とした共同作業所づくり運動の現状と今後の課題. 病院・地域精神医学, 83:84-92
- ・古屋龍太(2019): 精神医療の歴史に照らして考える精神障害者監禁事件. 病院・地域精神医学 61(2):125-129
- ・前沢 孝通(2020): 障害者総合福祉法における就労系サービスについて. 日本精神科病院協会雑誌, 39(9):879-888
- ・文部科学省国立教育政策研究所(2015), 生徒指導リーフ「自尊感情」?それとも「自己有用感」?. <https://www.nier.go.jp/shido/leaf/leaf18.pdf> (検索日 2020 年 12 月 25 日)
- ・吉田 直美(2018): 精神障害者・発達障害者の雇用の現状と課題. 産業精神保健, 26(3):190-197
- ・余傳 節子, 國方 弘子(2020): 地域で生活する精神障害者が「自己有用感」を回復するプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 43(1):99-108
- ・ローズマリー・リゾ・パーシィ(2004). 高橋照子(訳): パーシィ看護理論人間生成の現象学的探求. 医学書院



表

対象者の属性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・表 1

WHOQOL26 による補正 QOL インデックス・・・・・・・・表 2

WHOQOL26 身体的・心理的領域質問項目得点を用いた主成分分析・・・・・・・・表 3

クラスター分類と WHOQOL26 身体的・心理的領域スコアの特徴・・・・・・・・表 4

属性と補正総合 QOL インデックス（層別化比較）・・・・・・・・表 5

属性と補正総合 QOL インデックスの相関分析・・・・・・・・表 6

チェックリスト評価と補正総合 QOL インデックスの相関分析・・・・・・・・表 7

表 1. 属性

		人数	割合 (%) **	
基本属性	性別	男	8	42.1
		女	11	57.9
年齢		22~54 歳 (43.6 歳*)		
疾患関連	疾患名	統合失調症	11	57.9
		気分障害	7	36.8
		高次脳障害	1	5.3
	精神科入院歴あり		13	68.4
	身体疾患あり		12	63.2
	発病年齢 26.9 歳*			
ケルプ°ロミン換算値		425.9*		
通所状況	作業の種類	調理	9	47.4
		製菓	9	47.4
		ホ°スイング°	1	5.3
	通所期間 2.8 年*			
	1ヶ月の通所日数 10.9 日*			
	1ヶ月の作業時間 24.8 時間*			
1ヶ月の工賃 6397.4 円*				
社会生活	居住形態	単身	3	15.8
		家族同居	12	63.2
		グループホーム	4	21.1
	精神障害者 保健福祉手帳	手帳なし	3	15.8
		精神 2 級	9	47.4
		精神 3 級	7	36.8
	障害年金受給あり		11	57.9
	生活保護受給あり		9	47.4
	ソーシャルサ°トあり		11	57.9
	就労歴あり		17	89.5

\*平均値

\*\*全対象者数 (n=19) を 100%としたときの割合

表 2. WHOQOL26 による補正 QOL インデックス

ID	補正 QOL インデックス (QOL 平均値 / 年齢階層・性別 QOL 平均値)				
	総合	身体的領域	心理的領域	社会的関係	環境領域
A	0.89	0.76	0.57	0.76	1.36
C	1.03	0.94	0.85	1.18	1.21
E	0.95	0.91	0.81	1.02	1.10
F	1.07	1.04	0.99	1.23	1.08
G	0.85	0.76	0.89	0.77	0.95
H	0.60	0.41	0.51	0.71	0.84
I	1.13	0.86	1.06	1.02	1.40
J	0.73	0.62	0.50	0.71	1.06
K	0.86	1.01	0.91	0.78	0.70
L	0.90	0.82	0.81	1.02	1.02
M	0.71	0.66	0.50	0.91	0.79
N	1.12	1.06	1.15	1.29	1.01
O	0.45	0.40	0.30	0.72	0.54
R	0.92	0.80	0.69	1.23	1.08
T	0.86	0.66	0.81	1.12	1.02
U	0.62	0.72	0.64	0.99	0.43
V	0.85	0.80	0.86	0.56	1.03
W	0.83	0.84	0.66	1.01	0.83
Y	0.85	0.68	0.59	1.34	1.08

各領域のインデックス平均値については図 1 参照

表 3. WHOQOL26 身体的・心理的領域質問項目得点を用いた主成分分析

領域	質問項目	主成分負荷量		
		第 1 主成分	第 2 主成分	
身体的領域	Q3 痛みと不快	体の痛みや不快感のせいで、しなければならないことがどのくらい制限されていますか	0.392	0.782
	Q4 医薬品と医療への依存	毎日の生活の中で治療（医薬）がどのくらい必要ですか	0.565	0.192
	Q10 活力と疲労	毎日の生活を送るための活力はありますか	0.570	-0.32
	Q15 移動能力	家の周囲を出まわることがよくありますか	0.529	-0.702
	Q16 睡眠と休養	睡眠は満足のいくものですか	0.389	-0.279
	Q17 日常生活動作（満足度）	毎日の生活をやり遂げる能力に満足していますか	0.745	0.318
	Q18 仕事の能力（満足度）	自分の仕事をする能力に満足していますか	0.717	0.266
	心理的領域	Q5 肯定的感情	毎日の生活をどれくらい楽しく過ごしていますか	0.805
Q6 精神性・宗教・信念		自分の生活をどのくらい意味のあるものと感じていますか	0.512	-0.151
Q7 思考・学習・記憶・集中力		物事にどのくらい集中することができますか	0.234	0.375
Q11 ボディ・イメージ		自分の容姿（外見）を受け入れることができますか	0.831	-0.17
Q19 自己評価		自分自身に満足していますか	0.822	0.152
Q26 否定的感情		気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといったいやな気分をどのくらいひんぱんに感じますか	0.711	0.128
		<b>寄与率 (%)</b>	38.3	15.4

Q3, Q4, Q26 は逆転項目。各主成分において主成分負荷量の絶対値が高い上位 3 項目を灰色網掛けで示す。

表 4. クラスタ分類と WHOQOL26 身体的・心理的領域スコアの特徴

領域	質問項目	クラスター					p 値
		1 (n=4)	2 (n=8)	3 (n=2)	4 (n=3)	5 (n=2)	
身体的領域	Q3 痛みと不快	4.5	4.0	4.5	2.0	1.5	0.016*
	Q4 医薬品と医療への依存	2.0	3.0	3.5	2.0	2.5	0.310
	Q10 活力と疲労	2.0	2.5	4.0	1.0	3.5	0.055
	Q15 移動能力	1.0	3.0	3.0	2.0	4.0	0.021*
	Q16 睡眠と休養	2.0	3.5	3.0	2.0	3.5	0.347
	Q17 日常生活動作（満足度）	2.5	3.0	4.0	1.0	1.5	0.010*
	Q18 仕事の能力（満足度）	2.5	2.5	4.0	1.0	1.5	0.026*
	Q5 肯定的感情	2.0	3.0	4.0	2.0	3.5	0.028
心理的領域	Q6 精神性・宗教・信念	2.0	2.5	3.0	2.0	2.0	0.468
	Q7 思考・学習・記憶・集中力	3.5	3.5	2.5	2.0	2.5	0.215
	Q11 ボディ・イメージ	1.0	2.5	4.0	1.0	2.5	0.021*
	Q19 自己評価	1.5	2.5	4.0	1.0	1.5	0.019*
	Q26 否定的感情	2.0	3.0	4.0	1.0	2.5	0.113

各クラスターの値は中央値で、5 群間の差について Kruskal-Wallis の検定を行なった。

\* p<0.05

表 5. 属性と補正総合 QOL インデックス (層別化比較)

属性項目		対象者数	補正総合 QOL インデックス平均値±SD	p 値	
基本属性	性別	男	8 (42.1)	0.88±0.15	0.57
		女	11 (57.9)	0.83±0.20	
疾患	疾患名	統合失調症	11 (57.9)	0.85±0.20	0.96
		気分障害	7 (36.8)	0.85±0.16	
		高次脳障害	1 (5.3)	0.92	
関連	精神科入院歴	あり	13 (68.4)	0.83±0.21	0.30
		なし	6 (32.6)	0.90±0.04	
	身体疾患	あり	12 (63.2)	0.86±0.21	0.74
		なし	7 (37.8)	0.84±0.11	
	居住形態	単身	3 (15.8)	0.90±0.20	0.48
		家族同居	12 (63.2)	0.87±0.14	
		グループホーム	4 (21.1)	0.76±0.28	
社会生活	精神障害者 保健福祉手帳	なし	3 (15.8)	0.98±0.13	0.43
		精神 2 級	9 (47.4)	0.82±0.19	
		精神 3 級	7 (37.8)	0.84±0.17	
	障害年金受給	あり	11 (57.9)	0.89±0.13	0.26
		なし	8 (42.1)	0.80±0.22	
	生活保護受給	あり	9 (47.4)	0.84±0.22	0.86
		なし	10 (53.6)	0.86±0.14	
	ソーシャルサポート	あり	11 (57.9)	0.88±0.21	0.50
		なし	8 (42.1)	0.82±0.11	
	就労歴	あり	17 (89.5)	0.85±0.19	0.89
		なし	2 (11.5)	0.87±0.03	
通所状況	作業または職業の種類	調理	9 (47.4)	0.85±0.16	0.96
		製菓	9 (47.4)	0.86±0.21	
		ホースティング	1 (5.3)	0.83	

平均値の有意差検定については、2 群間は独立したサンプルの t 検定、3 群以上では一元配置の分散分析を行った。SD: standard deviation (標準偏差)

表 6. 属性と補正総合 QOL インデックス (Pearson の相関係数)

	補正総合 QOL インデックス	年齢	発病年齢	CP 換算値	通所期間	1ヶ月の通所日数	1ヶ月の作業時間
年齢	-.139						
発病年齢	.174	.536*					
CP 換算値	-.121	.189	-.286				
通所期間	.056	.153	-.244	.062			
1ヶ月の通所日数	.275	.037	-.014	.119	-.108		
1ヶ月の作業時間	.256	.109	.054	.209	-.088	.964**	
1ヶ月の工賃	.227	-.038	-.081	.223	-.006	.891**	.911**

\*p<0.05 \*\*p<0.01

表7. チェックリスト評価と補正総合 QOL インデックスの相関分析 (Pearson の相関係数)

	チェック項目	主観的評価	客観的評価
日常生活	CL1-1. 生活のリズム	.074	.097
	CL1-2. 健康状態	.194	.162
	CL1-3. 身だしなみ	.499*	.240
	CL1-4. 金銭管理	-.248	-.273
	CL1-5. 交通機関の利用	-.243	-.233
	CL1-6. 規則の遵守	-.242	.663**
	CL1-7. 危険への対処	-.205	.017
	CL1-8. 出席 (出勤) 状況	.399	.382
対人関係	CL2-1. 挨拶・返事	-.085	-.151
	CL2-2. 会話	-.057	.053
	CL2-3. 意思表示	-.282	-.337
	CL2-4. 電話等の利用	-.351	
	CL2-5. 情緒の安定性	-.129	.202
	CL2-6. 協調性	-.035	.053
作業力	CL3-1. 体力	.239	-.085
	CL3-2. 指示内容の遵守	.342	-0.10
	CL3-3. 機器・道具の使用	.128	.238
	CL3-4. 正確性	.047	.384
	CL3-5. 器用さ	-.373	-.015
	CL3-6. 作業速度	-.119	.292
	CL3-7. 作業変化への対応	.076	.636**
作業への態度	CL4-1. 就労意欲	.297	.344
	CL4-2. 質問・報告・連絡	-.251	-.229
	CL4-3. 時間の遵守	-.127	.619*
	CL4-4. 積極性	.509*	.457
	CL4-5. 集中力	.061	.218
	CL4-6. 責任感	-.279	.718**
	CL4-7. 整理整頓	-.215	.542*
	CL4-8. 作業意欲	.587*	.406

有意な相関係数を灰色網掛けにした。\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$



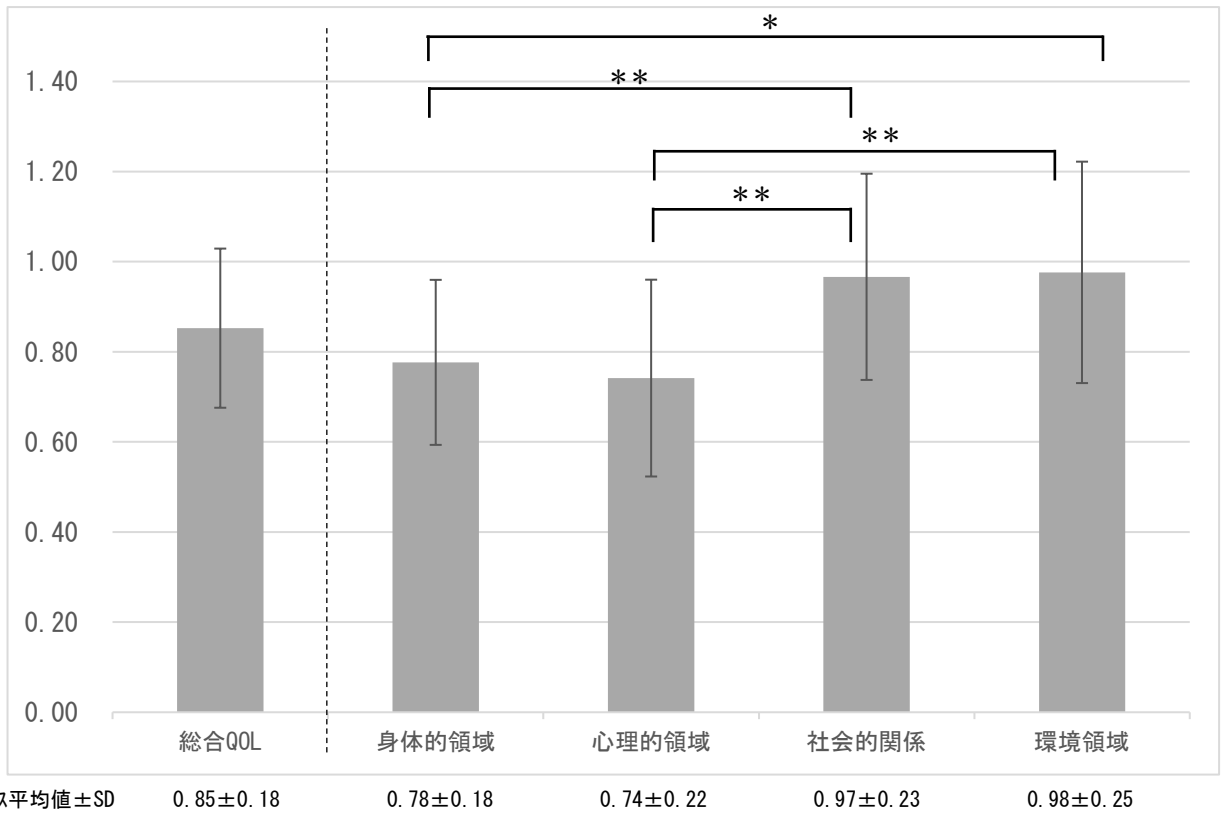
図

補正総合 QOL インデックスと補正領域別 QOL インデックス・・・・・・・・・・図 1

主成分得点によるクラスター分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・図 2

各クラスターの補正総合 QOL インデックスの比較・・・・・・・・・・図 3

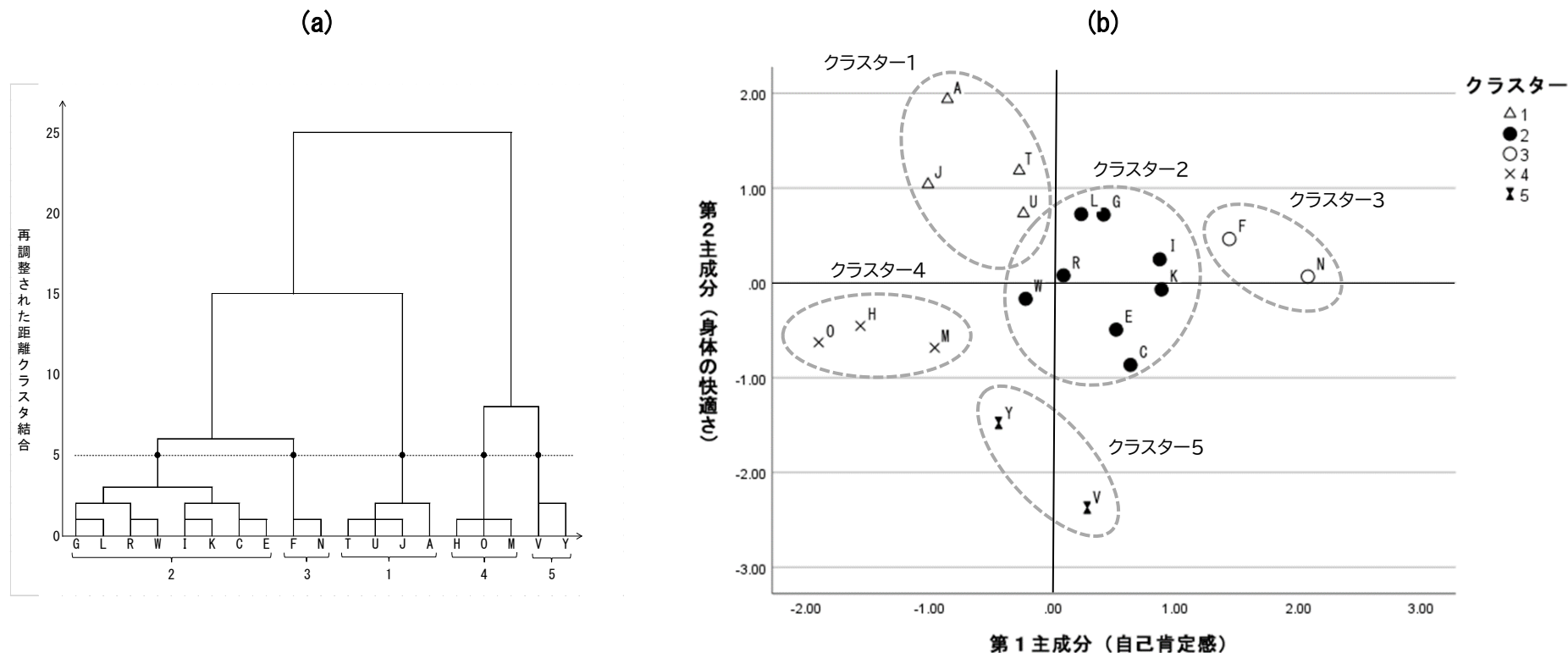
チェックリスト客観的評価とクラスター分類のコレスポネンス分析・・・・・・・・・・図 4



**図 1. 補正総合 QOL インデックスと補正領域別 QOL インデックス (n=19)**

値は補正総合 QOL インデックスと補正領域別 QOL インデックスの平均値±標準偏差で、領域間の母平均の差について、反復測定分散分析と Bonferroni の方法による多重比較を行った。

\* p<0.05 \*\* p<0.01



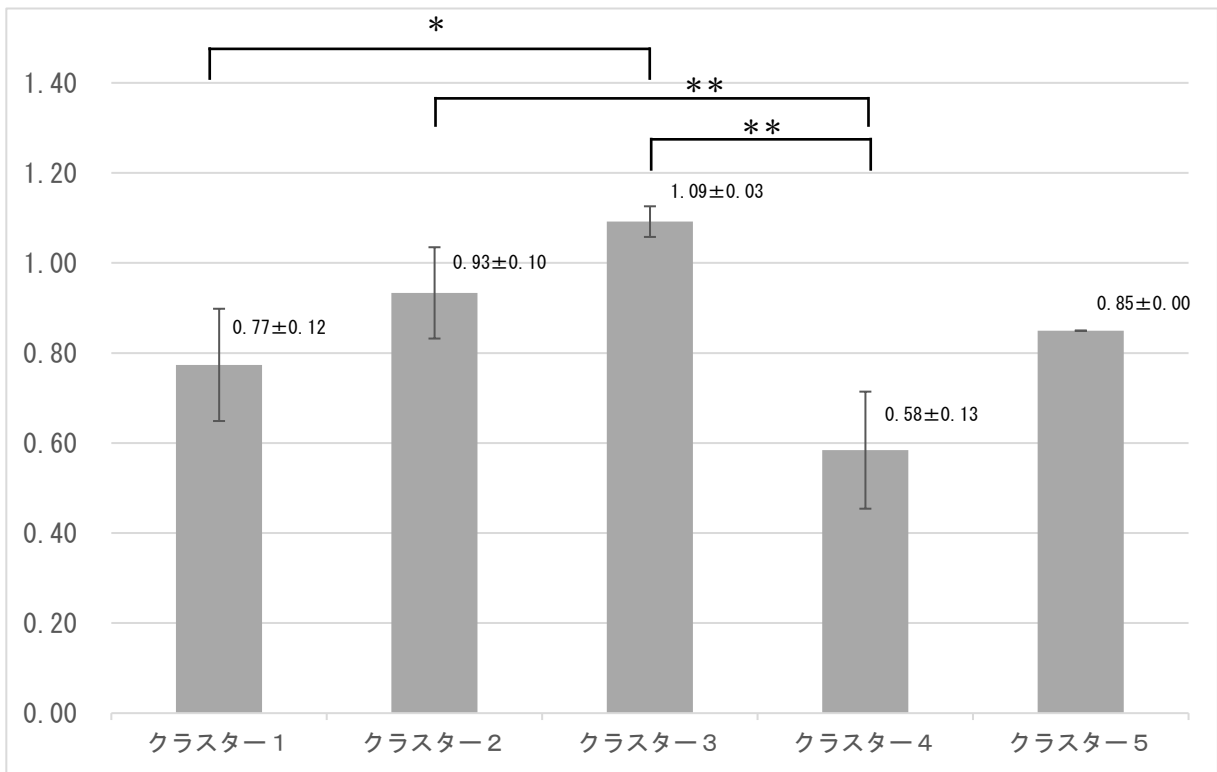
## 図2. 主成分得点によるクラスター分析

(a) Ward 法による階層クラスタ分析デンドログラム

各対象者の第1および第2主成分得点を変数として、Ward 法による階層クラスタ分析を行った。再調整された距離クラスタ結合の値が5をクラスタ分類の基準とした。5つのクラスタに分類できた。X軸上のアルファベットは、対象者のIDで、その下にはクラスタ番号を付記した。

(b) クラスタと主成分得点のプロット

第1主成分 (自己肯定感) をX軸、第2主成分 (身体の快適さ) をY軸として、各対象者の主成分得点をもとに散布図を作成した。各点には対象者IDを示し、楕円により各クラスタを示す。



**図3. クラスター間の補正総合 QOL インデックスの比較**

値は各クラスターの補正総合 QOL インデックス平均値±標準偏差で、5 群間の母平均の差について 1 元配置の分散分析と Bonferroni の方法による多重比較を行った。 \*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

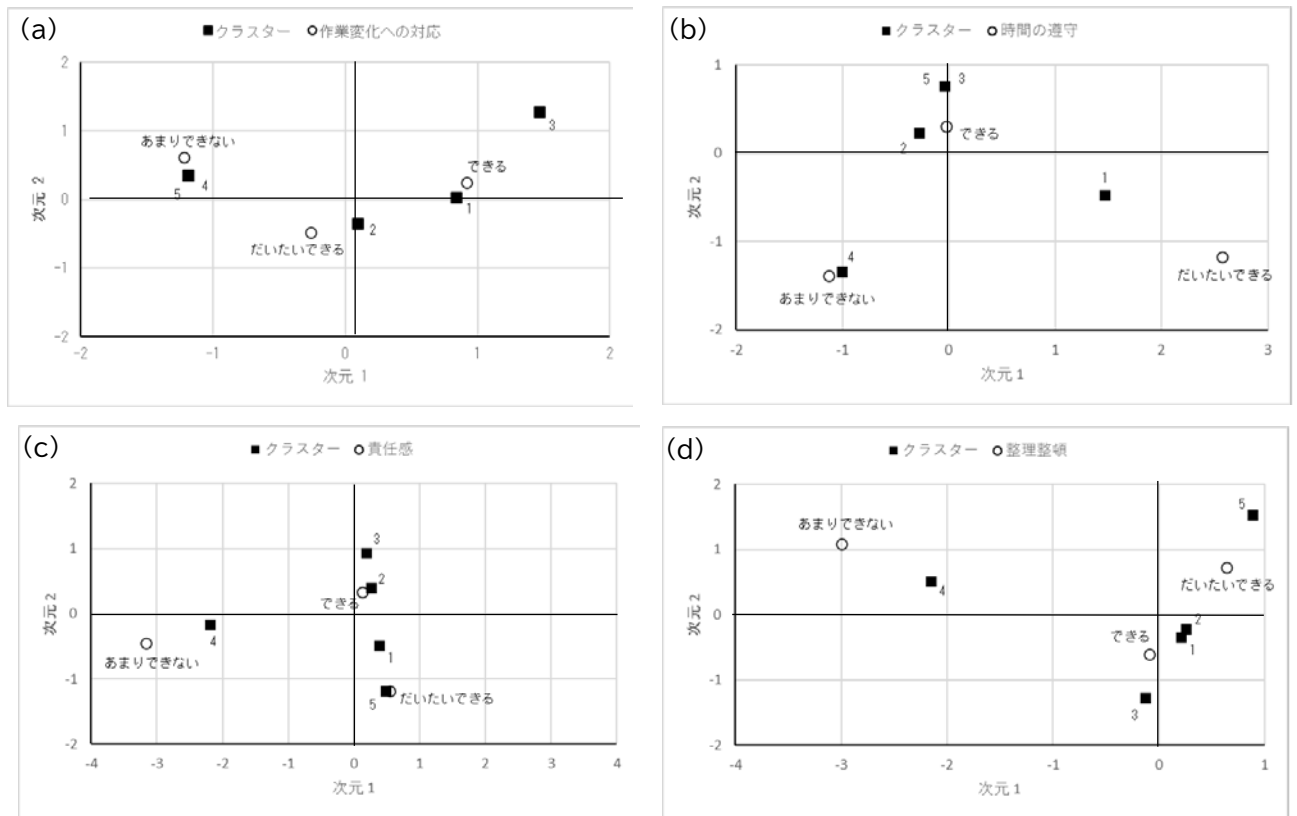


図4. チェックリスト客観的評価とクラスター分類のコレスポネンス分析

チェックリスト客観的評価項目のうち、補正総合QOLインデックスと有意に相関のみられた作業変化への対応(a)、時間の遵守(b)、責任感(c)、整理整頓(d)の4項目とクラスター分類とのコレスポネンス分析による次元得点の散布図を示す。

## 資 料

就労支援のための訓練生用チェックリスト	資料 1
WHOQOL26 質問項目	資料 2
研究協力施設管理者への依頼文	資料 3
研究協力施設管理者への説明文書	資料 4
研究協力施設管理者への同意書	資料 5
研究協力施設管理者への同意撤回書	資料 6
研究協力者への説明文書	資料 7
研究協力者への同意書	資料 8
研究協力者への同意撤回書	資料 9

(資料1 就労支援のための訓練生用チェックリスト)

		就労支援のための訓練生用チェックリスト					
領域	No.	チェック項目	内 容	評価段階			
				4 (できる・ある)	3 (だいたいできる・だいたいある)	2 (あまりできない・あまりない)	1 (できない・ない)
I 日常生活	1	生活のリズム	起床、食事、睡眠などの生活リズムは規則正しい。	生活リズムは規則正しい。	生活リズムはだいたい規則正しい。	生活リズムはあまり規則正しくない。	生活リズムは規則正しくない。
	2	健康状態	健康に気をつけ、自分で服薬管理し、良好な体調を保っている。	健康状態は良い。	健康状態はだいたい良い。	健康状態はあまり良くない。	健康状態は良くない。
	3	身だしなみ	場に合った服装をし、清潔であるなど身だしなみはきちんとしている。	身だしなみはきちんとしている。	身だしなみはだいたいきちんとしている。	身だしなみはあまり気にしないが、注意されれば改める。	身だしなみはきちんとしていない。
	4	金銭管理	小遣い等を計画的に使う、必要なものを買う、保管するなど金銭管理ができる。	小遣い等の金銭管理ができる。	小遣い等の金銭管理はだいたいできる。	小遣い等の金銭管理はあまりできない。	小遣い等の金銭管理はできない。
	5	交通機関の利用	通学(通所、通勤)に交通機関を一人	交通機関を一人で利用できる。	遅延等の事故がなければ交通機関を一人で利用できる。	交通機関の利用は迷いやすく、当分の間は付き添いが必要である。	交通機関を一人ででは利用できない。
	6	規則の遵守	規則や決められたことを守る。	規則を守る。	規則をだいたい守る。	規則をあまり守らない。	規則を守らない。
	7	危険への対処	危険と教えられたことをせず、自分の安全を考えて行動する。	危険への対処ができる。	危険への対処がだいたいできる。	危険への対処があまりできない。	危険への対処ができない。
	8	出席(出勤)状況	正当な理由(通院、病気、電車の遅れ等)のない遅刻・早退・欠席(欠勤)はない。	遅刻・早退・欠席は月1回までである。	遅刻・早退・欠席は月2～3回ある。	遅刻・早退・欠席は月4～5回ある。	遅刻・早退・欠席は月6回以上ある。
II 対人関係	1	挨拶・返事	相手に応じた挨拶・返事ができる。	相手に応じた挨拶・返事ができる。	きまった挨拶・返事はできる。	相手から挨拶されれば返すことはできる。	挨拶・返事ができない。
	2	会話	会話に参加し、話についていくことができる。	会話ができる。	会話がだいたいできる。	会話があまりできない。	会話ができない。
	3	意思表示	自分の意思(参加したい、トイレ休憩をとりたい、助けてほしい等)を相手に伝えることができる。	意思表示ができる。	意思表示がだいたいできる。	相手や内容によっては意思表示ができない。	意思表示ができない。
	4	電話等の利用	用件を伝えるのに電話、メール、FAXを利用できる。	電話等を利用できる。	簡単な内容であれば、電話等を利用できる。	電話等をあまり利用できない。	電話等を利用できない。
	5	情緒の安定性	感情のコントロールができ、安定している。	情緒は安定している。	情緒はだいたい安定している。	情緒はあまり安定していない。	情緒は安定していない。
	6	協調性	他人と力を合わせて助け合うことができる。	協調性はある。	協調性は普通である。	協調性はあまりない。	協調性はない。
III 作業力	1	体力	1日(7～8時間)を通して作業ができる体力がある。	1日(7～8時間)の作業ができる。	6時間程度の作業はできる。	半日(3～4時間)の作業はできる。	半日(3～4時間)の作業もできない。
	2	指示内容の遵守	指示通りに作業をする。	指示通りに作業をする。	だいたい指示通りに作業をする。	あまり指示通りに作業をしない。	指示通りに作業をしない。
	3	機器・道具の使用	作業機器や道具類を教えられた通りに正しく使える。	機器・道具を正しく使える。	機器・道具をだいたい正しく使える。	機器・道具をあまり正しく使えない。	機器・道具を正しく使えない。
	4	正確性	ミスなく正確に作業する。	正確に作業する。	だいたい正確に作業する。	あまり正確に作業しない。	正確に作業しない。
	5	器用さ	器用に作業する。	器用である。	器用さは普通である。	あまり器用ではない。	器用でない。
	6	作業速度	必要とされる作業速度(指導員の作業速度)がこなせる。	必要とされる作業速度の8割程度である。	必要とされる作業速度の6割程度である。	必要とされる作業速度の4割程度である。	必要とされる作業速度の2割程度である。
	7	作業変化への対応	作業の内容、手順等の変化に対応できる。	作業変化に対応できる。	作業変化にだいたい対応できる。	作業変化にあまり対応できない。	作業変化に対応できない。
IV 作業への態度	1	就労意欲	社会に出て働く意欲がある。	就労意欲がある。	就労意欲は普通である。	就労意欲はあまりない。	就労意欲はない。
	2	質問・報告・連絡	必要な時に適切な質問・報告(作業の終了、失敗等)・連絡ができる。	質問等ができる。	質問等がだいたいできる。	質問等があまりできない。	質問等ができない。
	3	時間の遵守	時間(作業開始時間、締め切り等)を守る。	時間を守る。	時間をだいたい守る。	時間をあまり守らない。	時間を守らない。
	4	積極性	作業に自分から積極的に取り組む。	作業に積極的に取り組む。	作業にだいたい積極的に取り組む。	作業にあまり積極的に取り組まない。	作業に積極的に取り組まない。
	5	集中力	作業への集中力はある。	集中力はある。	集中力は普通にある。	集中力はあまりない。	集中力はない。
	6	責任感	与えられた作業や当番などは最後までやる。	作業や当番などは最後までやる。	作業や当番などはだいたい最後までやる。	作業や当番などはあまり最後までやらない。	作業や当番などは最後までやらない。
	7	整理整頓	作業場の整理整頓ができる。	整理整頓ができる。	整理整頓がだいたいできる。	整理整頓があまりできない。	整理整頓ができない。
	8	作業意欲	作業に対する意欲がある	作業意欲がある	作業意欲がだいたいある	作業意欲があまりない	作業意欲はない

(資料2 WHO-QOL26 質問項目)

WHO-QOL26 質問項目			
項目番号	領域	下位項目	
Q1	全体的なQOL		自分の生活の質をどのように評価しますか
Q2	全体的な健康状態		自分の健康状態に満足していますか
Q3	身体的領域	痛みと不快	体の痛みや不快感のせいで、しなければならないことがどのくらい制限されていますか
Q4	身体的領域	医薬品と医療への依存	毎日の生活の中で治療（医療）がどのくらい必要ですか
Q5	心理的領域	肯定的感情	毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしていますか
Q6	心理的領域	精神性・宗教・信念	自分の生活をどのくらい意味あるものと感じていますか
Q7	心理的領域	思考・学習・記憶・集中力	物事にどのくらい集中することができますか
Q8	環境領域	自由・安全と治安	毎日の生活はどのくらい安全ですか
Q9	環境領域	生活圏の環境	あなたの生活環境はどのくらい健康的ですか
Q10	身体的領域	活力と疲労	毎日の生活を送るための活力はありますか
Q11	心理的領域	ボディイメージ	自分の容姿（外見）を受け入れることができますか
Q12	環境領域	金銭関係	必要なものを買えるだけのお金を持っていますか
Q13	環境領域	新しい情報・技術の獲得の機会	毎日の生活に必要な情報をどのくらい得ることができますか
Q14	環境領域	余暇活動への参加と機会	余暇を楽しむ機会はどのくらいありますか
Q15	身体的領域	移動能力	家の周囲を出回ることがよくありますか
Q16	身体的領域	睡眠と休養	睡眠は満足のものですか
Q17	身体的領域	日常生活動作	毎日の活動をやり遂げる能力に満足していますか
Q18	身体的領域	仕事の能力	自分の仕事をする能力に満足していますか
Q19	心理的領域	自己評価	自分自身に満足していますか
Q20	社会的関係	人間関係	人間関係に満足していますか
Q21	社会的関係	性的活動	性生活に満足していますか
Q22	社会的関係	社会的支え	友人たちの支えに満足していますか
Q23	環境領域	居住環境	家と家の周りの環境に満足していますか
Q24	環境領域	健康と社会的ケア; 利用しやすさと質	医療施設や福祉サービスの利用しやすさに満足していますか
Q25	環境領域	交通手段	周辺の交通の便に満足していますか
Q26	心理的領域	否定的感情	気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといったいやな気分をどのくらいひんぱんに感じますか



医療法人社団 ○○ 多機能事業所 ○○  
管理者 ○○ ○○ 様

研究責任者：旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程 長谷川 美登  
研究指導者：旭川医科大学医学部看護学講座生体防御学 教授 及川 賢輔

## 研究に関するご協力のご依頼

皆様におかれましてはますますご健勝の事とお喜び申し上げます。

私は、旭川医科大学大学院医学系研究科の長谷川美登と申します。この度、「多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用する精神障害者の生活の質の実態」というテーマの研究をすすめております。そこで、貴事業所を利用されている利用者様を対象に質問紙調査を行うことと致しました。つきましては、別紙の研究説明書をご覧いただき、研究の協力についてご検討いただきたくお願い申し上げます。

また、この研究に関しまして、ご不明な点やご質問がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

ご多用とは存じますが、本研究の趣旨をご理解いただき、何卒ご高配賜りたくお願い申し上げます。

### 記

1. 研究説明書
2. 同意書
3. 同意撤回書

#### 【問い合わせ先】

研究指導者：及川 賢輔

所属：旭川医科大学医学部看護学講座生体防御学

住所：〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1-1

電話番号：○○○○

E-mail：○○○@asahikawa-med.ac.jp

# 研究説明書

## 1. 研究課題名

「多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用する精神障害者の生活の質の実態」

## 2. 研究の目的・意義

多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用している精神障害者の生活の質（以下、QOL）の実態を調査します。本研究に参加協力して頂くことで、多機能事業所で就労支援を利用する精神障害者のうち、就労継続支援 B 型利用者に焦点を当てた調査研究を行い、就労継続支援 B 型を利用する精神障害者の QOL の向上のための支援の検討のための資料を得ることができると考えます

## 3. 研究の方法

### 1) 対象者

精神障害者を主な対象とする就労系障害福祉サービスの多機能事業所を利用する精神障害者

### 2) 研究方法

- ① 札幌市にある多機能事業所に研究協力を依頼し、同意を得ます。
- ② 事業所管理者よりご選定・ご紹介頂いた対象者様に、お一人ずつ研究説明文を用いて説明し、口頭と文書にて承諾を得ます。承諾が得られた場合、事業所内の、プライバシーが確保できる場所をお借りし、対象者のご都合に合わせて、20～30 分程度のアンケート調査を行います。
- ③ 調査内容は別紙（資料）をご参照。
- ④ 既存資料より、対象者の同意を得た上で、以下の情報の提供をご依頼致します。
  - i) 基本属性：受ける支援の種類（就労継続支援B型・就労移行支援・就労定着支援）、年齢、性別、病名、発病時期、入院歴、同居形態、障害者手帳等級、障害年金の有無、生活保護の有無、身体疾患の有無、就職歴、ソーシャルサポートの利用（相談支援室、訪問看護、デイケア）、内服する抗精神病薬の強さ（CP換算値）
  - ii) 活動状況：事業所利用年数、作業の種類、調査開始前1か月間の利用日数、利用時間、勤務時間、工賃（就労定着支援利用者については、現在の職種、勤務時間、給料）
  - iii) 作業評価：就労に向けた課題を具体的に評価したアセスメント表である、就労支援のための訓練生用チェックリスト

## 4. 研究・調査期間

研究期間：倫理委員会承認後～令和 3 年 3 月 31 日

アンケート実施期間：令和 2 年 5 月～10 月（予定）

## 5. 研究を実施する者

研究責任者：旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程 長谷川 美登

研究指導者：旭川医科大学医学部看護学科生体防御学 教授 及川 賢輔

## 6. 研究への協力の自由意思

この研究への協力は、任意であり、拒否することもできます。拒否した場合でも、貴施設や貴施設の利用者が不利益を被ることは一切ありません。研究への協力は、自由意思で決めていただいて構いません。貴施設がこの研究への協力を同意した後でも、研究対象者にアンケート用紙を配布するまで同意を撤回することができます。

## 7. 個人情報の取扱いについて

この研究にご参加いただいた場合、調査結果などの研究に関するデータは、施設や個人を特定できない記号に置き換えて管理されますので、個人情報が外部に漏れることは一切ありません。また、回収したアンケート用紙や電子化されたデータは鍵付きロッカーに、研究発表後は5年間保存し、その後に消去・破棄します。他の目的で使用することは一切ありません。

## 8. 研究に参加することにより期待される利益

アンケート調査に参加することで対象者に直接の利益はありません。

## 9. 研究参加・協力することの不利益

アンケート回答に20～30分程度時間を要しますが、その他に発生する不利益はありません。

## 10. 研究結果の公表方法

この研究で得られた成果をまとめ、学会などに発表する可能性があります。発表する場合、個人のプライバシーに配慮し、個人を特定できる情報が公表されることはありません。

## 11. 研究担当者と連絡先

この研究に関する質問は、いつでも下記の連絡先にお問い合わせください。

### 【研究責任者】

長谷川 美登 旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程

### 【研究指導者】

及川 賢輔 旭川医科大学医学部看護学講座生体防御学 教授

### 【連絡先】

住所：〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1-1

電話番号：〇〇〇〇

E-mail：〇〇〇@asahikawa-med.ac.jp

## 同意書

旭川医科大学長 殿

私は、本研究「多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用する精神障害者の生活の質の実態」について、文書を用いて説明を受け、内容を十分に理解しましたので、研究協力を同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にチェックを付けてください。）

「チェック欄」

- 研究の目的・意義について
- 研究の方法について
- 研究調査期間について
- 研究を実施する者について
- 研究への協力の自由意思について
- 個人情報の取り扱いについて
- 研究に参加することにより期待される利益について
- 研究参加・協力することの不利益について
- 研究結果の公表方法
- 研究担当者と連絡先

私は、今回の研究に関して上記の事項について十分な説明を受け質問する機会を得ました。

同意日：令和                      年                      月                      日

施設名 \_\_\_\_\_

施設管理者氏名（署名） \_\_\_\_\_

私は本研究について十分に説明致しました。

説明日：令和                      年                      月                      日

説明者氏名（署名） \_\_\_\_\_

本同意書は二部用意し、研究協力施設と研究者が一部ずつ保管する。

## 同 意 撤 回 書

旭川医科大学長 殿

私は、「多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用する精神障害者の生活の質の実態」の研究に関する同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを旭川医科大学大学院医学系研究科の研究担当者 長谷川美登に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

(施設管理者署名または記名・押印)

施設名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

同意撤回年月日 令和 年 月 日 \_\_\_\_\_

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

(担当者署名または記名・押印)

担当者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

確認年月日 令和 年 月 日 \_\_\_\_\_

# 「多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用する精神障害者の生活の質の実態」についてのご説明

作成日：2020年4月1日 (第1.0版)

研究責任者：旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程 長谷川 美登

研究指導者：旭川医科大学医学部看護学講座生体防御学 教授 及川 賢輔

## はじめに

この度、私は、以下のような目的で研究を計画しました。以下の内容をお読みいただき、研究に参加・ご協力いただける場合は、同意文書にご署名をお願いいたします。

## 1.研究の目的・意義

就労系障害福祉サービス（以下、就労系サービス）は、就労支援の強化を目的としています。同時に、障害者総合支援法では、障害福祉サービス全体の目標として、利用する方の生活の質（以下、QOL）の向上を目的としています。しかし、就労系サービスを利用中で、こころの病気をもちの方のQOLについては、まだあまり調べられていません。そこで、その実態を調べることに致しました。

## 2. 研究方法

事業所内のプライバシーが確保できる場所で、研究に対する説明を行い、同意いただけた場合、アンケート用紙に記入して頂きます。記入に必要な時間は、20分～30分程度です。回答後は、回答用紙を封筒に入れ、鍵のかかる回答箱に投函ください。なお、受けている支援、年齢、性別、病名、発病時期、入院歴、同居形態、障害者手帳等級、障害年金の有無、生活保護の有無、身体疾患、就職歴、ソーシャルサポートの利用（相談支援室、訪問看護、デイケア）、内服するお薬の強さ、事業所通所年数、作業の種類（職種）、調査開始前1か月の利用日数・勤務時間・工賃（給料）、作業評価（就労支援のための訓練生用チェックリスト）について、事業所内の個人記録から調査させて頂きたいと思います。研究に当たり、旭川医科大学の倫理委員会の審査と承認を経て、旭川医科大学学長の許可を得ております。また、本研究は、旭川医科大学看護学講座（教員研究費）の研究資金で実施します。

## 3. 研究への参加予定期間

この研究は西暦2020年4月から西暦2021年3月にかけて行いますが、あなたにご協力いただく時間は20～30分程度です。

## 4. 研究協力の自由意思と拒否権について

この研究に参加されても、参加されなくても、これからの事業所利用に影響はありません。

せん。また、研究の参加・協力をいただいた後であっても、同意撤回書の署名と提出により、いつでも参加・協力を取りやめることができます。

## 5. 研究協力により生じる負担ならびに予想される利益と不利益

### (1) 予想される利益（効果）

直接あなたに利益をもたらすことはありませんが、就労系サービスを利用するところの病気をお持ちの方に、より良い支援を提供するための参考データとして役に立つ可能性と、将来の医療福祉の進歩に貢献できる可能性があります。

### (2) 予想される不利益

アンケートの所要時間は、20分～30分程度です。アンケートの記入に際し、心身の負担が大きいと感じた場合は、いつでも中止することができます。それにより不利益は生じません。回答に際し、援助を希望される場合は、事業所職員に援助を依頼できますので、お申し出ください。

## 6. この研究に関する情報提供

この研究に関する情報をお知りになりたい場合は、他の参加・協力者の個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。研究の成果につきましては、ご希望があればお知らせいたします。いずれの場合も、研究責任者にお申し出ください。

## 7. 個人情報の取り扱いについて

この研究で得られた個人情報については、得られたデータから個人が特定されないよう、また、外部に漏れることのないよう厳重に管理し、この研究の目的以外には使用しません。この研究から得られた成果は、学会や研究論文として公表することがあります。その場合にも、参加・ご協力いただいた方々の個人情報が漏れることのないよう、匿名性を守ります。研究発表後は、この研究に関するデータは、すべて研究者が5年間保存した後、廃棄または消去いたします。

## 8. 研究を担当する研究者と連絡先

この研究についてご質問がありましたらいつでも下記連絡先にお問い合わせください。

### 【連絡先】

研究責任者 長谷川 美登  
旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程  
〒0000  
〇〇市〇〇  
Email : 〇〇@asahikawa-med.ac.jp  
電話番号 : 〇〇

## 同 意 書

旭川医科大学長 殿

私は「多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用する精神障害者の生活の質の実態」の研究に参加・協力するにあたり、以下の事項について詳しく説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思によりこの研究に参加することに同意します。

1. 研究の目的・意義
2. 研究方法
3. 研究への参加予定期間
4. 研究協力の自由意思と拒否権について
5. 研究協力により生じる負担ならびに予想される利益と不利益
6. この研究に関する情報提供
7. 個人情報の取り扱いについて
8. 研究を担当する研究者と連絡先について

(利用者さん署名または記名・押印)

氏 名 \_\_\_\_\_  
同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

(研究担当者署名または記名・押印)

私は、上記の利用者さんにこの研究について十分に説明した上で同意を得ました。

説明者名 \_\_\_\_\_

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日



## 同意撤回書

旭川医科大学長 殿

私は、「多機能事業所で就労系障害福祉サービスを利用する精神障害者の生活の質の実態」に関する同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程の研究者 長谷川 美登 に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

(参加者署名または記名・押印)

氏 名 \_\_\_\_\_  
同意撤回年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

(研究担当者署名または記名・押印)

研究担当者名 \_\_\_\_\_  
確認年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日