

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

**就労支援を受ける生活困窮者の就労意欲に  
影響を与える健康特性の構造の明確化**

平成 29 年度

保健医療学専攻 看護学分野 公衆衛生看護学領域

谷山 牧

## 抄録

本研究の目的は、就労支援を受ける生活保護受給者、生活困窮者自立支援法対象者(以下、受給者) 31 名へのインタビュー調査を通じ、就労意欲に影響を与える健康特性の構造を明確化し、介入のあり方を検討することである。結果、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】、【精神的防御力の低さ】、【社会的適応力の低さ】、【自己流の健康管理】のカテゴリーを抽出した。また、健康や就労意欲への影響要因として、【就労に対する抵抗感の低さ】、【生活保護廃止への不安と葛藤】、【社会から排除されているという認知】のカテゴリーが抽出された。これらの要因が関連しあい、『複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎ』を引き起こしていた。今回抽出した健康特性からみると、受給者の就労支援に医療や心理の専門職が参加することにより、より効果的な就労支援につながる可能性が示唆された。

Key Words: 生活保護受給者, 健康特性, 就労支援, 就労意欲, 福祉から就労プログラム, 社会的排除

## **Abstract**

**Title:** Structure of health characteristics that affect welfare recipients' willingness to participate in welfare-to-work programs.

Welfare-to-work (WTW) programs, which have become prevalent worldwide, have emerged in Japan, where governments are providing employment assistance for welfare recipients who are considered capable of working. The recipients of these services may have complex, long-term issues as well as health concerns, all of which could be barriers to finding employment. However, there is a lack of research on this matter in Japan. The aim of this study is to clarify the structure of health characteristics that affect the willingness of welfare recipients to work via the WTW program and to find more effective methods to implement the program. We conducted interviews with 31 welfare recipients in the WTW program in Japan and extracted 【persistent agony, which is hard for others to understand】, 【weak mental strength】, 【weak social adaptation】, and 【health management via their own style】 as health characteristics. Additionally, we extracted 【little resistance to work】, 【worrying and mental conflict about ending welfare assistance】, and 【perception of social exclusion】 as factors that affect their health and willingness to work. These categories relate to each other and cause 『fracturing of the willingness to work due to the perceived advantages of working with complicated health problems versus the benefit of being a welfare recipient』. The welfare recipients in this study who had physical, mental, and social health problems tended to be isolated; they did not have someone to advise them regarding health problems. Presently, health professionals are not involved in the WTW program in Japan. Their support is needed to alleviate recipients' health problems and provide more effective encouragement to strengthen their willingness to work.

**Key Words:** Welfare recipient, Health characteristics, Support for job seekers, Will to work, Welfare to work, Barriers to work, Social exclusion.

## 目次

第1章 緒言	1
第2章 研究目的	2
第3章 研究背景	2
3-1 生活困窮者の増加と生活保護	2
3-2 生活保護法の歴史的背景	3
3-3 生活困窮者の社会的背景	4
3-4 生活困窮と健康	5
3-5 Workfare 政策	6
3-5-1 諸外国における Workfare	7
3-5-2 日本における Workfare	9
3-5-3 Workfare と健康	11
3-5-4 Workfare における医療従事者の関わり	13
第4章 研究方法	
4-1 研究デザイン	15
4-1-1 研究協力者	15
4-1-2 研究方法	15
4-1-3 倫理的配慮	17
第5章 結果	
5-1 研究協力者の概要	19
5-2 抽出されたカテゴリーと理論的飽和	23
5-3 就労意欲に影響を与える健康特性	30
5-3-1 他者から理解されがたい持続的な苦痛	30
5-3-2 精神的防御力の低さ	36
5-3-3 社会的適応力の低さ	43
5-3-4 自己流の健康管理	51
5-4 就労意欲に影響を与える関連要因	57
5-4-1 生活保護廃止への不安と葛藤	57
5-4-2 社会から排除されているという感覚	61
5-4-3 就労に対する抵抗感の低さ	67
5-5 就労意欲に影響を与える健康特性と関連要因のコアカテゴリー	73
5-6 就労意欲に影響を与える健康特性と関連要因の関係性	77

第6章	考察	
6-1	研究協力者の背景	82
6-2	本研究で得られた知見	83
6-2-1	就労意欲に影響を与える健康特性の状況	83
6-2-1-1	他者から理解されがたい持続的な苦痛と背景	84
6-2-1-2	精神的防御力の低さと背景	86
6-2-1-3	社会的適応力の低さと背景	88
6-2-1-4	自己流の健康管理と背景	91
6-2-2	複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、 生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎと影響要因	93
6-2-3	一般的な再就職や復職と就労支援を受ける生活困窮者の再就職との差異	97
6-2-4	現行の生活保護受給者への自立支援プログラムの課題	100
6-3	就労支援を受ける経済的困窮者の健康課題への介入に向けた示唆	102
6-3-1	健康課題の障壁を緩和し、自立に結びつける効果的な支援に向けて	102
6-3-2	健康課題を抱えながら就労支援を受ける経済的困窮者の健康管理支援	106
6-3-3	健康課題のアセスメント	106
6-3-4	健康課題を抱えながら就労支援を受ける経済的困窮者への教育プログラム	108
6-4	研究限界と今後の課題	112
第7章	結語	114
	謝辞	114
	引用文献	115
	資料	124

## 第1章 緒言

グローバル化を背景とする雇用形態の変化に伴い、我が国における経済的格差は拡大し、その格差は固定化している。さらに近年、核家族化も進んでおり、失職などにより経済的に厳しい状況に陥った際の支えを失いやすい状況にあり、経済的に困窮した際に家族の力を借りながら自力で状況を立て直すことが困難なケースが増加している。経済的困窮者に対する社会保障である生活保護受給者数(以後、受給者)も年々増加しており、2017年3月の受給者数は約215万人にのぼる<sup>1)</sup>。従来、受給者は就労が困難な高齢者が中心であったが、近年では稼働年齢世代の受給者が増加している。これは世界的な傾向でもあり、先進諸国では能力のある受給者に就労を求める政策、Workfare が進められており、仕事に就くことにより公的扶助から自立した生活に移行するものを増加させようという取り組みが行われている<sup>2)</sup>。我が国でも稼働年齢世代の受給者を対象とした就労支援事業が2005年より開始され、2013年に改正生活保護法と、生活困窮者自立支援法が成立し、就労自立支援や就労準備支援プログラムが提供されるようになったが、地域によりプログラムの実施状況に大きな差がある<sup>3)</sup>。

経済的な困窮と健康問題については、国内外で多くの研究が行われており、経済的な困窮状態にあるものは、そうでない者と比べて主観的健康観は低く、うつ傾向にあり、不眠の割合が高く、好ましくない健康習慣を持つ者が多いことが報告されている<sup>4)</sup>。また、糖尿病や高血圧の有病率や相対的死亡率の高さ<sup>5)6)</sup>、受診を控え、慢性疾患を悪化させる可能性の高さ<sup>7)</sup>、依存症を持つものの割合や自殺率の高さも指摘されている<sup>8)9)</sup>。このような状況の中、受給者を対象とした健康管理支援事業が2005年度から開始された<sup>10)</sup>。この事業は保健師、管理栄養士、精神保健福祉士等により、日常生活の健康管理が困難な者に重点的に保健指導を行い、自立阻害要因の解消を図ることを目的としているが、実施自治体は限られている<sup>11)</sup>。さらに、2013年度より、福祉事務所における健康に関する支援体制の強化を目的とした体制づくりが行われており、今後拡大が期待されているが、実施している自治体の割合は17%に過ぎないのが実情である<sup>11)</sup>。

米国において行われた福祉から就労への移行の阻害要因調査の結果、阻害要因として身体的・精神的健康問題、学歴・職歴、学習障害、物質依存、子どもの健康問題や発達障害が挙げられており、長期的な保護を受けている受給者はこれらの要因を複数抱えており、抱えている要因数と就労の困難さには有意な関連性がみられることが指摘されている<sup>12)</sup>。受給者は、もともと一般人口と比較して、健康課題を持つもの

の割合が高い経済的困窮者であり、就労にも健康課題に関連した影響があると考えるが、日本においては受給者の健康問題が就労へ及ぼす影響について十分な調査が行われていない。今後、さらに労働人口が減少することが予測されている今日、日本において生活保護を受ける稼働世帯の受給者へ就労を求める動きが加速し、より細やかな支援が必要になると考えられるが、就労支援を受ける生活困窮者が就労することに対する障壁となる健康特性や健康課題、効果的な介入を検討した当事者研究は国内ではほとんど存在しないのが実情である。

## 第2章 研究目的

本研究では、就労支援を受ける生活保護受給者、または生活困窮者自立支援法の対象者の就労意欲に影響を与える健康特性の構造を明確化し、介入の在り方を検討することを目的とする。

## 第3章 研究背景

### 3-1 生活困窮者の増加と生活保護

生活保護受給者数は年々増加しており、2017年3月現在の受給者数は約215万人にのぼる<sup>1)</sup>。生活保護は、「利用し得る資産、稼働能力、他法他施策などを活用してもなお最低限度の生活を維持できないものに対し、その困窮の程度に応じて保護を行い、最低限度の生活を保障するとともに、その自立の助長を目的とする」制度である<sup>13)</sup>。保護の可否や程度は、原則として当該世帯につき認定された最低生活費と、判定を行う日までの3か月間の平均収入の対比により決定される<sup>13)</sup>。生活保護制度においては、要保護者の保護措置は、生活、教育、住宅、医療、介護、出産、生業、葬祭の8種類の扶助に分けて基準が定められている<sup>13)</sup>。生活保護費総額は年々増加しており、2018年度予算は3.8兆円にのぼる<sup>14)</sup>。

従来、受給者は就労が困難な高齢者が中心であったが、近年では稼働年齢世代で生活保護を受給するものも増加している。2003年に全体の9%であった稼働年齢世代の割合が、2017年3月現在では16%まで上昇している<sup>1)</sup>。日本では、長らく稼働世代に対して生活保護の申請があっても受け入れを

厳しく抑制してきた歴史がある<sup>2)15)</sup>。しかしながら、長期的な不況やリストラ、グローバル化の影響で失業者が増え、2008年の年末に厚生労働省に隣接した日比谷公園においてNPOが開設した「年越し派遣村」もきっかけとなり<sup>15)</sup>、稼働世代の生活保護の申請の受け入れをすることを基本とすることが国の指示として示され<sup>16)</sup>、その後、稼働年齢世代にある生活保護受給者数が増加した。

### 3-2 生活保護法の歴史的背景

旧生活保護法は、GHQの指導のもと、1946年に制定された法律である。無差別平等という崇高な理念をうたっているものの、現実的には「勤労の意思のない者、勤労を怠る者、生計維持に努めない者」「素行不良な者」には保護は認めないという欠格事項が設けられている法律であった<sup>2)</sup>。この背景として、日本には、明治、大正、昭和前期から続いていた「惰民養成排除」、つまり、貧困の原因をその者自身の怠惰心に求め、それを排除しようという傾向があり、生活保護法の欠格事項は、それに影響されたものと考えられている<sup>4)</sup>。1950年に制定された新生活保護法においては、先述の欠格事項は削除されたが、それと入れ替わりに受給者の自立助長に向けた取り組みが規定された<sup>2)</sup>。

1950年代初頭、生活保護の受給家族は経済問題以外にも問題を持っているものであるとして、すべての被保護者にケースワーク・サービスを提供すべきだという本来のソーシャルワークの必要性が指摘されるが<sup>17)</sup>、惰民養成排除という考えと本来のソーシャルワークの考え方が対立し、最終的には惰民養成排除のための消極的自立助長論によるケースワークへ転化していった<sup>2)</sup>。その後も、日本においては本来のケースワークという概念は定着せず、不正受給防止を主眼として、収入申告の審査や検査命令、就労指導の徹底などにより、稼働年齢層の受給排除の手段としてのケースワークが行われるようになった<sup>2)</sup>。藤澤によると、日本において、生活保護が必要な者に対して保護が提供される捕捉率は13%程度であると推定されており、諸外国と比較して非常に低い水準にある<sup>18)</sup>。さらに、捕捉率は戦後から微減傾向にあることが示されている<sup>18)</sup>。その後の社会経済環境の変化に伴い、生活困窮者や生活保護受給者が増大し、幅広い観点からの制度の見直し、国民生活を重層的に支えるセーフティネットの構築が必要となった。こうした中で、2012年に「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」が社会保障審議会に設置され、制度の見直しについての議論が行われ、2013年に改正生活保護法と生活困窮者自立支援法が成立し、2014年に施行された<sup>19)</sup>。その趣旨と目的は、



「必要な人には確実に保護を実施するという基本的な考え方を維持しつつ、今後とも生活保護制度が国民の信頼にこたえられるよう、就労による自立の促進、不正受給対策の強化、医療扶助の適正化等を行うため所要の措置を講じる」ことである<sup>19)</sup>。改正生活保護法において、受給者の健康管理を支援する取り組みを実施することがうたわれており、福祉事務所における健康診査結果に基づく保健指導や、受給者の健康や受診に関する相談など、必要な対応を行う専門の職員の配置など、健康面に関して専門的に対応できる体制を強化するとされているが、自治体によってその体制には大きな差があるのが実情である<sup>10)</sup>。

### 3-3 生活困窮者の社会的背景

日本においては、大規模な調査の結果が示されているわけではないが、受給者の学歴は、そうでない者と比較して低いことが指摘されている<sup>20)・22)</sup>。これは我が国のみの傾向ではなく、欧米においても同様の傾向が認められる<sup>23)・24)</sup>。また、貧困家庭に育った子どもは、成人後に貧困に陥るという貧困の世代間連鎖が生じやすいことについても、多くの研究者が指摘している<sup>20)・22)・25)</sup>。日本で行われた生活保護受給母子世帯を対象とした調査の結果、対象者の3分の1が20歳未満の結婚であり、第1子を20歳未満で出産したものは約4割であった<sup>21)</sup>。イギリスの調査でも、10代の妊娠は貧困と高い相関を持ち、さらに学業成績の低さとも関連していることが報告されている<sup>26)</sup>。この状況について高間<sup>2)</sup>は、「貧困家庭での生育・中卒もしくは高校中退・就職・20歳前後の結婚・間もなくの妊娠と出産・離婚といった圧縮されたライフサイクル、シングルマザーとしての親族の援助も得られない未熟な子育て、貧困（慢性ストレス）と子供にとっての親の離婚に伴う喪失体験（急性ストレス）は、さらに次世代の子どもに学業不振、進学意欲の低下、中卒、高校中退などを招く。そしてまさに親と似たライフサイクルを引き継いでいくことになる」と考察している。

これとは別に、米国の National Longitudinal Survey of Youth データの二次分析の結果、過去に失職して生活保護を受けていたシングルマザーの失職の理由として、本人の健康問題とともに家族の健康問題の存在が指摘されている<sup>27)</sup>。日本ではこのような調査はほとんど行われていないが、特に一人親世帯の場合、本人の健康問題だけではなく、家族の健康問題も失職の原因となる可能性は欧米と同様に高いと考えられる。

米国において、18 歳以下の子どもを持つ家庭を対象とした就労支援を含めた公的扶助制度として、Temporary Assistance for Needy Families (以下、TANF) がある。TANF プログラム参加者を対象とした調査の結果、対象者の約 4 割が幼少時に虐待、ネグレクト、機能不全家族に育っていたことが明らかになった<sup>28)</sup>。さらに、対象者の約 15%は成人の矯正施設へ入所した経験があり、約半数は対象者が幼少時に父親が服役していた<sup>28)</sup>。さらに、Coburn らにより、収入格差はただ収入が低いというだけではなく、健康に関連する様々な要因の格差によって収入格差が生じている可能性があることが指摘されている<sup>29),30)</sup>。

### 3-4 生活困窮と健康

経済的な困窮と健康問題については、国内外で多くの研究が行われており、経済状態は健康状態と関連することが数多くの研究において指摘されている。日本における国民健康・栄養調査の結果、低所得者ほど喫煙率が高く、飲酒習慣者の割合が高く、野菜摂取量が少ない傾向があることが報告されている<sup>31)</sup>。また、低所得者層の主観的健康観は低く、うつ傾向にあり、不眠の割合が高く、好ましくない健康習慣を持つ者が多いとの報告もある<sup>4)</sup>。欧米での調査では、低所得者は高所得者と比較して糖尿病や高血圧の有病率が高く<sup>5)</sup>、相対的死亡率が高く<sup>6)</sup>、受診を控え、慢性疾患を悪化させる可能性が高いことも指摘されている<sup>7)</sup>。

また、受給者の健康状態や健康行動に関する先行研究によると、受給者はそうでないものに比べ主観的健康感が低く、喫煙率が高いことが報告されている<sup>32)</sup>。さらに、受給者のアルコール、薬物、ギャンブルの依存の問題を持つものの割合は、一般人口の発生率と比較してきわめて高率であることも報告されている<sup>8)</sup>。さらに、受給者の自殺率は受給者 10 万対 55.7 と高い水準が続いており、これは全国の自殺率よりも明らかに高い<sup>9)</sup>。原因として、一般的に自殺の大きな要因である、うつ病、統合失調症、依存症を有する者の割合が全国平均よりも受給者に高く、これが自殺率の高さに影響していると考えられている<sup>9)</sup>。

欧米における公的扶助受給者を対象とした調査の結果をみると、カナダでは公的扶助を受けているものはそうでないものと比較して、全般的な健康状態、身体機能が悪く、うつ状態にあり、ストレスを抱え、ソーシャルサポートが少ないと報告されている<sup>33)</sup>。また、米国で行われた調査の結果、公

的扶助受給者の 1/4 に全般的な精神健康の課題の存在が指摘されており、この割合は非受給者や比較可能な一般的な集団と比較して高率であったと報告されている<sup>34),35)</sup>。さらに、公的扶助受給者の PTSD や鬱の有病率は一般的な集団の 4 倍であり、不安障害の有病率は一般的な集団の 2 倍であったとの指摘や<sup>36),37)</sup>、薬物依存者の割合の高さも指摘されている<sup>34),38),39)</sup>。

Benzeval と Judge<sup>40)</sup> は、長期的な収入や、収入動態が健康に与える影響について検討した。結果、近年の収入よりも、長期的な収入が健康に与える影響が大きいこと、収入水準と収入の変化は、どちらも健康へ影響を与えるが、収入水準の影響がより大きい事、長期的な貧困は一時的な貧困状態よりも健康に有害であること、収入の低下は、収入の増加よりも健康状態に影響を与えることが明らかにされ、低収入と不健康との因果関係があることが示されたと結論付けている<sup>40)</sup>。

### 3-5 Workfare 政策

欧米諸国において 1990 年以降、Workfare という政策理念が採用されている<sup>41)</sup>。Workfare とは受給者に就労を求めるプログラムのことであり、福祉への依存をできるだけ減らし、就労による自助・自立を促進することを目的としたものである<sup>2)</sup>。この政策理念が登場した背景は、特にヨーロッパ先進諸国における長期失業者、ホームレス、高齢者の増加、家族類型の多様化、ライフスタイルの変化、グローバル化の進展により、それまで社会保障を通じて国民の生活リスクに対応してきた福祉国家体制が大きく揺らぎ始めたことにある<sup>2)</sup>。この新たな貧困や社会的不平等が顕在化し、ヨーロッパではこれを「社会的排除」という言葉で捉えるようになった<sup>2)</sup>。

社会的排除とは、物質的・金銭的欠如のみならず、居住、教育、保健、社会サービス、就労などの多次元の領域において個人が排除され、社会的交流や社会参加さえも阻まれ、徐々に社会の周縁に追いやられていくことを指す<sup>42)</sup>。この社会的排除に対する対応として OECD は、能動的社会政策を提唱した<sup>42)</sup>。能動的社会政策においては、個人の就労への積極的な参加促進を目的としており、これまでの個人の生活リスクの保証という消極的な社会政策ではなく、積極的に個人の能力そのものに投資し、その個人が経済・社会生活の中で潜在可能性を実現していくことに焦点を当てる。この目的の一つに、「壮年期の個人が社会の主流から疎外されないように『福祉から労働へ』就労支援すること」があり<sup>42)</sup>、Workfare の政策に大きな影響を与えている。

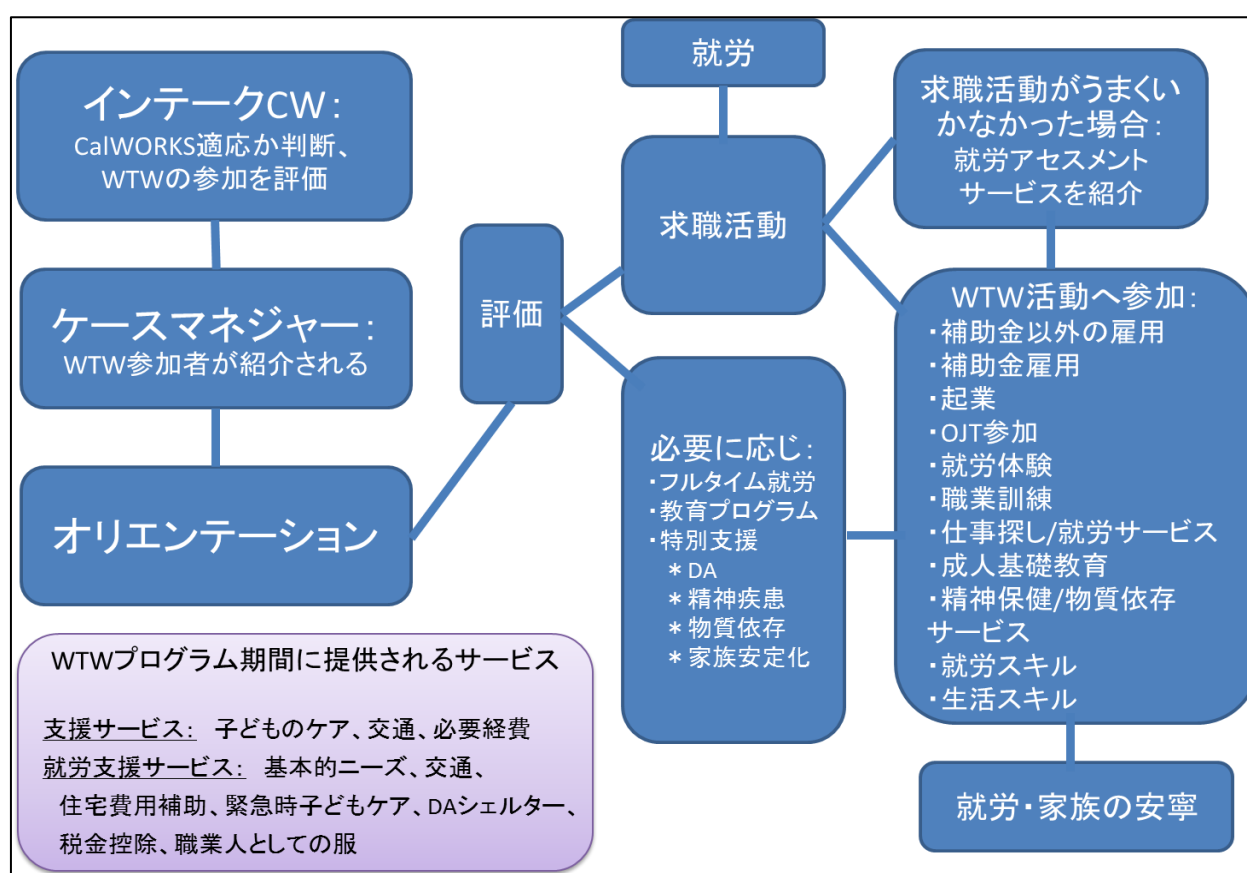
### 3-5-1 諸外国における Workfare

ヨーロッパ先進諸国では、長期失業者に対する生活保障をどう図るかが大きな課題となっており、就労可能な人と就労不可能な人を区別して制度対応し、就労可能な人には給付要件として、多様な就労支援策をセット化して対応している<sup>42)</sup>。ヨーロッパ諸国では、先に述べた能動的社会政策が展開されているが、アメリカにおいては別の形で Workfare 政策が行われている。アメリカでは 1935 年以降、要扶養児童家庭扶助により、18 歳未満の子を持つ家庭への福祉政策が行われていたが、未婚の母の増大、受給期間の長期化、連邦政府の税負担の増大、福祉依存に対する批判などがあり、1996 年に TANF に移行した<sup>43)・45)</sup>。TANF の目的は、子どもの貧困を減らし、家庭での子供の養育が可能になるように貧困家庭に支援を提供し、貧困状態にある親の就労準備や就労を促進することにより、福祉からの脱却を図る事である<sup>43)</sup>。

TANF は連邦政府が州へ補助金を交付し、各州が独自にサービスの適応となる基準やルールを設定する。連邦政府は、このサービスは 1 家族につき最長 5 年間を期限とすることを定めているが、州によってその期間を変更することが可能である<sup>43)</sup>。現金扶助を受けるための必要条件は、就労支援に関わる活動に参加することであり、就労により十分な収入が確保されるようになれば、このサービスの適応からは除外される<sup>43)</sup>。各州には、就労活動へ参加を行わなかった場合、現金扶助の減額等の罰則が定められている。また、州が対象者の就労参加割合の基準を満たさなかった場合には、州への補助金の減額などの罰則が科せられる<sup>43)</sup>。TANF プログラム対象者の中には、特に支援を必要とせずに求職活動を行うことが可能なものも多いが、これまでは就労を促されることがなかったために求職活動も行っていなかった。現在は就労や求職活動をすることを促され、支援されるようになったことから、短期間で成果を上げている<sup>43)45)46)</sup>。

筆者らは、2017 年 1 月、米国カリフォルニア州オレンジカウンティで行われている TANF プログラムを視察した。TANF プログラムは州の特性に合わせた形で運用されており、カリフォルニア州では California Work Opportunity and Responsibility to Kids: 以下、CalWORKs という名称で運用されている。図 1 に、CalWORKs で提供されているプログラムの概要を示す<sup>47)</sup>。プログラムは 18 歳以下の子どもを持つ家族が対象となっており、対象者の就労を阻害する課題を明らかにし、その課題を除去するために心理カウンセラーによる行動療法や、就労に活用できるスキルを獲得するた

めにコミュニティカレッジで学習する、語学学校に通うなど、様々な支援策が講じられている<sup>47)</sup>。また、すぐに就労に就くことが困難な対象者には、補助金による雇用、就労体験、On the Job Trainingへの参加など、対象者の課題に応じた就労スタイルを選択し、就労活動を継続できるように支援していた<sup>47)</sup>。また、このプログラムに参加している期間は、子どものケアや交通費、必要経費などのサポートを受けることができ、さらに現金扶助、以前はフードスタンプと呼ばれていた補助的栄養支援サービス、Medicareによる医療サービスを受けることもできる<sup>47)</sup>。



注) CW: ケースワーカー, DA: 薬物依存, OJT: 日常業務を通じた従業員教育

図1. 米国 TANF カリフォルニア州における TANF プログラムの概要

米国における Workfare は期限があり課題も多いことが指摘されているが<sup>2)46)48)</sup>、就労の阻害要因を丁寧に分析し、その要因による影響を最小にして就労に結びつけるための、様々なプログラムやサービスが提供されており、我が国の自立支援プログラムとは大きな違いがある。

### 3-5-2 日本における Workfare

日本における生活保護制度は、長らく徹底的に就労可能な貧困者を制度適応から排除し、欧米諸国のように長期失業者に対する生活保障、多様な就労支援策をセットして提供することなどは行われてこなかった<sup>2)</sup>。

受給者には、求職努力をしても就労の機会を得ることができない者や、適切な求職活動を行えない者もあり、こういった受給者に対する就労支援事業が 2005 年より「生活保護受給者等就労支援事業」として開始され、2013 年以降は生活保護受給者等就労自立促進事業（以後、自立促進事業）として継続されている<sup>49)</sup>。高齢者、母子、傷病・障害者に属さない「その他の世帯」に該当する受給者は、年齢、生活状況、健康面からの制約が少ないため、本来、就労等で収入を得ることのできる受給者であると捉えられており、就労支援の対象となっていることが多い。現行の自立促進事業は、受給者を含め生活困窮者を広く対象とし、ハローワークと地方自治体の協定などによる連携を基盤としたチーム支援方式により支援対象者の就労による自立を促進するものであり、2015 年度の実績は、受給者約 7 万人を支援対象とし 4 万 4 千人程度の就職を実現している<sup>50)</sup>。しかしながら、就労による収入増を理由として保護が廃止となった世帯数はわずか 1326 世帯に留まっている<sup>51)</sup>。生活保護法は 2013 年に改正され(以後、改正生活保護法)、同年、生活困窮者自立支援法が成立した<sup>51)</sup>。改正生活保護法の主な改正内容にも、受給者の就労による自立の促進が含まれている<sup>13)52)</sup>。

また、生活に困窮する人に対しては、生活保護に至る前の段階で自立に向けた支援を行うことが求められ、これを強化することを目的とし、2013 年に生活困窮者自立支援法が公布され、2015 年 4 月 1 日より施行された<sup>52)</sup>。生活困窮者自立支援法では、福祉事業所設置自治体の必須事業として、「自立相談支援事業」、「住宅確保給付金」の 2 事業、任意事業として「就労準備支援事業」、「一時生活支援事業」、「家計相談支援事業」、「家計相談支援事業」、「学習支援事業」の 4 事業が定められている。「一時生活支援事業」などは、ホームレス対策事業として実施されてきた事業を移行して

実施されるものである<sup>52)</sup>。生活保護における自立促進事業と、生活困窮者自立支援法における就労支援事業はほぼ同一の事業であり、両者を一体的に運用できるとされている<sup>13)52)</sup>。

日本においても、2015 年より施行された生活困窮者自立支援法において、一般就労に向けた訓練が必要な生活困窮者を対象として就労準備支援事業が開始され、生活保護法においても、2015 年より被保護者就労支援事業が開始された<sup>52)</sup>。

さまざまな自治体でモデル事業として、就労準備支援事業が提供されており、①生活習慣形成のための日常生活自立、②社会的能力の習得のための社会生活自立、③就職活動に向けた技法や知識の取得のための経済的自立、と、3段階の自立を目指し、ボランティア体験や短時間の就労体験等の支援事業プログラムを開発して提供している<sup>53)</sup>。具体的には、就労に向けた生活、社会、実技講座や、店舗や倉庫、清掃業、農業、酪農、高齢者福祉施設などでの就労体験など、地域に応じたプログラムが提供されている<sup>52)</sup>。これらのプログラムは、地域の実情に応じて、それぞれの地域で生活困窮者に直接かかわっているケースワーカーや NPO が開発、提供しており、プログラム参加者も年々増加しており、参加者からポジティブな評価がなされている<sup>54)</sup>。行動変容の研究者である Glanz は、公衆衛生プログラムや健康増進介入を行う場合、行動科学理論を基礎とした介入のほうが、そうでない介入よりも効果的であること、さらに複数の理論を組み合わせた戦略の方がより強い効果があることを指摘している<sup>55)</sup>。しかしながら、現行プログラムの多くは、理論を基盤としたものではなく、これまでの経済困窮者支援経験や担当者や地域の人々の熱意や能力を基盤として作成されているものが多いように見受けられる。また、生活習慣、社会的能力、就職活動に向けた技法や知識の取得には身体的、精神的、社会的な健康状態が影響する可能性が高いと考えられるが、健康状態の把握、健康管理方法の助言、精神的なストレングスを高めるための取り組み方法への助言などについては含まれていない<sup>56)</sup>。長期的に就労支援を受けていても就職に至らない受給者については、健康上の課題を把握し、就労準備支援に準じ健康課題の改善を目指したインテンシブな介入を行う必要があると考えるが、現時点ではこのような介入やプログラムが提供されているとの報告はみあたらない。また、日本では、受給者の健康状態を明らかにすることを目的とした大規模な調査はされておらず、介入効果を評価するための研究も行われてこなかった。受給者に支給される保護の給付水準は OECD 諸国と比較して低いとは言えないが<sup>41)</sup>、自立に向けたプログラムの種別は限られており、特に当事

者の認識や意向を調査し、それを基盤としたプログラム開発などの報告はみられない。

さらに、被保護者就労準備支援事業の実施率は自治体毎に大きな差異があり、2016 年度の実施率を都道府県ごとにみると、実施率が最も低いのは茨城県の 6%、最も高いのは熊本県の 100%であり、全国平均は 39%であった<sup>57)</sup>。就労準備支援事業に対して深く長期的に関わることが可能な人材を確保することが重要であると考えられるが、生活保護担当ケースワーカーは通常の市役所職員であることが多く、同部署に長くいることが困難な場合も多い。さらに、当事者の苦痛を理解し、その立場に立って、問題を改善するために支援をするという役割を果たせる職種が配置されていないことも大きな課題である。

### 3-5-3 Workfare と健康

Workfare と健康との関連性について検討されている論文には、Welfare to Work（福祉から就労、以下 WTW）プログラムの参加前後における健康状態の変化を比較したものや<sup>58)59)</sup>、Workfare 対象者の就労への健康上の阻害要因を明らかにすることを目的とした調査などが行われているが<sup>60)62)</sup>、WTW と健康との関連性について明らかにした調査は十分に行われているとは言い難い。

WTW プログラムの参加前後における健康状態の変化に着目した調査の一つに、Workfare プログラムが身体、精神的な健康状態と健康行動に与える影響を検討した研究がある。スペインで行われたこの調査の結果、WTW 活動を行っている者は、WTW 開始後に、身体面、精神面、健康行動についてポジティブな変化が見られたと報告している<sup>58)</sup>。ドイツでも同様の研究がなされており、WTW 前に健康状態が悪かった男性において就職後に精神健康の改善が認められたが、WTW プログラム自体の参加前後での明らかな健康状態の変化はみられなかったと報告されている<sup>59)</sup>。

Workfare 対象者の就労への健康上の阻害要因を明らかにすることを目的とした調査<sup>60)</sup>をみると、アメリカで実施された調査では、身体障害または健康上の制限、精神健康上の問題、子供の健康や行動の問題、物質依存、ドメスティックバイオレンス、不安定な住居、低い基本的スキル、学習障害が就労への阻害要因となっていることが示されている。さらに米国で行われた、3 年以上公的扶助を受けている 284 名を対象としたインタビュー調査<sup>61)</sup>によると、就労の障害要因として、【精神保健】、【学習障害】、【学歴】、【職歴】、【身体的健康問題】、【子供の身体的・精神的健康問題】、【DV】、



【薬物依存】，【アルコール依存】，【子供の深刻な行動障害】，【児童相談所の介入】が挙げられ、長期的な保護を受けている対象者はこれらの要因を複数抱えており、抱えている要因数と就労には有意な関連性がみられることが報告されている。また、WTW 開始時の受給者の精神健康が就労に与える影響を検討した調査の結果、受給者のうち、ベースラインにおいて鬱症状を訴えたものは、積極的に求職活動をしない傾向があり、敵意、対人感受性の高さ、精神疾患の存在、薬物への強い依存は就労による自立に影響を与えていたと報告された<sup>62)</sup>。

Workfare に期限を設けている米国では、WTW に関連して多くの課題があることが指摘されている。Earle ら<sup>63)</sup> は、TANF を受けるシングルマザーの多くは、本人が健康問題を持ち、さらに子供も健康問題を有しており、生計を成り立たせるために WTW を通じて一旦は就労するものの、彼らや子供の健康問題は継続するため、今後も失職するリスクは高いと推測している。また、Cook<sup>64)</sup> は WTW について、以下の見解を示している。「就労はシングルパレンツの収入とウェルビーイングを高めると指摘する政府や、シングルパレンツが就労することはさほど困難ではなく、プラスの影響があると捉えている研究者もいる。また、社会経済的な効果を指摘する研究者もいるが、WTW プログラムが彼らの健康に与える影響については十分に検討されていない。身体面、精神面の健康と経済の問題をともに有するシングルマザーは、福祉から就労への移行が困難であった。米国の場合は福祉から低賃金の就労に移行することにより、医療サービスを失い、それにより健康問題が悪化することが多いことが示されていた。子供が就学する前に就労を行う必要がある国においては、特に健康問題を持つ子どものケアを十分に提供できず、健康問題が悪化することも報告されている」<sup>64)</sup>。

我が国においては、受給者の就労支援についての先行研究は限定されているが、生活保護廃止台帳の分析から、就労による自立を果たした受給者に共通する特性を明らかにすることを目的とした調査報告がある。中村ら<sup>65)</sup>は、福岡県田上地区の生活保護福岡県において、生活保護廃止台帳 502 ケースを分析し、世帯主の就労により生活保護が廃止となったグループでは、自立できなかったグループに比較して、開始時が母子世帯または父子世帯であること、世帯主の年齢が若いこと、生活保護歴が短いこと、学歴が比較的高い（高校卒以上）、何らかの免許、資格を有している傾向があったことを報告している。

しかしながら、WTW プログラムや、福祉の受給者の就労と健康との関連性を検討した研究は限定

されており、WTW が健康に与える影響や、健康問題が WTW プログラム参加や就労へ与える影響について一致した見解はみられていないのが現状である。

#### 3-5-4 Workfare における医療従事者の関わり

Workfare における医療従事者の関わりについて言及している研究は国内外ともかなり限られているが、TANF における保健師の関わりとその効果について検討した論文がいくつか存在する。そのうちの一つとして、TANF プログラムの参加者のうち、慢性疾患、うつ、不安、PTSD を有する女性を対象とした調査がある。対象者のうち、かかりつけ医を持たない者については、早急にかかりつけ医を紹介し、介入群に対して、保健師は診療予約を取る手伝い、慢性疾患のコントロールについての学習、利用者に必要な健康上のニーズに対応するという介入を行った<sup>66)</sup>。結果、9 か月後のアウトカムを見ると、介入群での、かかりつけ医への受診を続けているものの割合が、対照群よりも有意に高く、保健師の介入は、今後の健康状態向上にも影響を与える可能性があることが示された<sup>66)</sup>。

筆者らが訪問した、米国カリフォルニア州オレンジカウンティで行われている TANF プログラムでは、福祉事務所に保健師が所属しており、対象者の健康問題が生じた際にケースワーカーからの相談への対応や、就労可否の判定などを保健師の業務として行っていた。また、薬物やアルコール依存などにより行動療法が必要な対象者には、心理カウンセラーがカウンセリングを行い、身体機能障害や発達障害のある対象者に対しては、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションが提供されるなど、様々な医療の専門職者が Workfare に関わっていた。また米国では、福祉現場で活躍するケアコーディネーターという職種があり、対象者が医療目標に達成できるよう、スタッフや患者を支援することを役割としている<sup>67)</sup>。その多くは看護師であるが、行動科学や公衆衛生、カウンセリング、そのほか関連する学問領域の学士や修士を有するものも就くことが可能な職種である。ケアコーディネーターが対象者の問題を特定し、適切な治療をつなぐことにより、ケースワーカーの負担が軽減し、対象者の薬物使用量が減少し、就労の促進にもつながったとの報告もあるが<sup>68)</sup>、日本では生活保護の領域において同様の役割を果たす職種は存在しない。

日本では、セーフティネット支援対策等事業における健康管理支援として、2005 年度から健康管理支援事業が開始された<sup>10)</sup>。この事業は保健師、管理栄養士、精神保健福祉士等により、日常生活の

健康管理が困難な者に重点的に保健指導を行い、自立阻害要因の解消を図ることを目的としているが、実施自治体数は全国 1247 自治体のうち、91 自治体のみであった<sup>11)</sup>。さらに、2013 年度より、福祉事務所における健康に関する支援体制の強化を目的とした体制づくりが行われているが、2014 年 5 月末時点において、保健師等専門職員を福祉事務所に配置する自治体は、調査対象 899 自治体のうち約 17%に限られていた<sup>11)</sup>。

2014 年、厚生労働省において、受給者の健康保持増進上の課題及びそれらの課題を軽減・解消するための方策について検討し、各地方自治体の取組を促す方策への提言をとりまとめることを目的とし、「生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会」が開催され、受給者の健康管理支援についての具体的なあり方が検討された<sup>69)</sup>。最終的な提言には、「福祉事務所では、個々の受給者の自立に向けた援助方針を策定することとされているため、その援助方針の策定にあたっては、健康管理支援の視点を織り込むことが有効である」との方向性も示されており<sup>69)</sup>、今後、多くの自治体において、健康管理支援の視点を持った自立支援が行われていく可能性が高いと考えられ、その役割の担い手として保健師に多くの期待が寄せられている<sup>70)</sup>。今後、さらに稼働人口が減少することが予測されている今日、日本において生活保護を受ける稼働世代の受給者へ就労を求める動きが加速し、より細やかな支援が必要になると考えられる。稼働世帯にある受給者は、年齢、生活状況、健康面からの制約が少ないため、本来、就労等で収入を得ることが可能であると捉えられているが、健康面についての調査が十分に実施されているとは言い難い。欧米の調査からは、Workfare の障壁として健康問題や家族の問題などがあることが指摘されており、稼働世帯にありながら就労に至らない受給者には何らかの健康課題が存在する可能性が高いと考える。彼らの就労に対する障壁となる健康課題についての調査は国内ではほとんど存在しないが、健康課題を明らかにすることで、より効果的なプログラムの開発が可能になると考えられる。

本研究は、就労支援を受ける生活保護受給者、または生活困窮者自立支援法の対象者へのインタビュー調査を通じ、彼らの就労意欲に影響を与える健康特性の構造の明確化を行い、介入のあり方を検討することを目的とする。

## 第4章 研究方法

### 4-1 研究デザイン

本研究は、就労支援を受けている生活保護受給者、または就労準備支援事業対象者へのインタビューを通じた、質的帰納的研究である。

#### 4-1-1 研究協力者

関東圏にあるA市において調査を実施した。A市は人口約20万人であり、高齢化率が約3割の都市である。就労状況をみると、労働人口の約25%が第2次産業に従事し、約70%が第3次産業に従事している。本研究では、A市において就労支援を受けている40歳から65歳までの受給者や生活困窮者就労支援事業対象者のうち、調査協力の得られたものを対象とした。生活保護制度における稼働年齢は中学卒業から65歳未満であるが、40歳未満で就労準備を行うものに対しては、地域若者サポートステーションにおいてキャリアコンサルタントなどによる専門的な相談、コミュニケーション訓練などによるステップアップ、協力企業への就労体験などにより、就労に向けた支援を受けることが可能であるため<sup>71)</sup>、本調査の対象からは除外した。

#### 4-1-2 研究方法

A市の福祉課で就労支援を受けている受給者、生活困窮者自立支援法対象者を対象とし、就労支援員を通じてリクルートを行った。就労支援員が参加者募集用のリーフレット（資料1）を用いて対象者へ調査について説明をし、調査協力の意思を示した対象者には研究者が調査説明書（資料2）を用いて説明を行い、書面（資料3）による同意が得られたものに対して面接を実施した。福祉を継続して受けるために、自身の健康状態を実際よりも悪く伝える「正当化バイアス」<sup>59)</sup>を避けるため、インタビュアーは大学教員であり生活保護の審査などとは関連がないこと、インタビューで語られた内容を直接的に福祉事務所の生活保護担当者に伝えることはないことを十分に説明した後に面接を実施した。面接は市役所内にあるプライバシーの確保が可能な面接室において行った。

インタビューガイド（表1）を基に、1名あたり約1時間の半構造化面接を実施した。インタビュ

一では主に「就労に対する考え」，「現在の身体的，精神的，社会的健康状態」，「健康を保つために気を付けていること」，「就労準備を行うにあたり，感じている困難」，「就労準備に関して希望するサポート」について質問を行った．また，就労意欲に影響を与える健康問題について幅広く聞き取ることができるように，探りと促しを促進する挿入質問を行った．

録音したインタビュー内容について逐語録を作成し，Strauss と Corbin<sup>72)</sup>の Grounded Theory Approach を参考として質的分析を行った<sup>73)-75)</sup>．個々の逐語録を熟読して十分に理解した後，生活困窮者の就労意欲に影響を与える健康特性を明らかにすることをテーマとし，逐語録から定義可能なすべての要素を抽出して切片化し，コーディングを行った．切片化したセグメントに含まれる要素を捉えてラベル付けを行い，類似したラベルをまとめてサブカテゴリーとし，さらに類似したサブカテゴリーをまとめて，上位概念となるカテゴリーの把握と命名を行った．次に，カテゴリー同士の関連性を検討し，抽象度の高い現象を検討した．コーディングの全過程において，事例同士の比較，継続的比較を実施した．一般的に，質的研究では情報を数値で表示することが少ないが，看護分野における質的研究の第一人者である Sandelowski<sup>74)</sup>は，質的データセットの情報を数値で表示することで，パターンがより明瞭に浮かび上がる利点を指摘している．そのため，本論文では結果の一部にカテゴリー抽出の源となった発言を行った協力者の人数をしめした．

本調査では，調査過程において厳密な理論的サンプリングを実施することができなかったが，様々な背景や課題を持つ受給者の協力を得られるよう，就労支援員へ協力を求めた．コーディングは著者 1 名で実施し，分析の妥当性を確保するために，初期の分析段階からスーパーバイザーの指導を受け，オープンコーディングから分析結果のとりまとめまで質的研究の専門家 2 名によるスーパービジョンを受けた．また，現役の生活保護ケースワーカーからもカテゴリーや相互の関連性についての意見を求めた．

#### 4-1-3 倫理的配慮

調査協力の任意性，回答の拒否が可能，匿名性の保持等を調査説明書に明記して口頭でも説明をし，署名による調査実施同意を得た上で調査を開始した．インタビュアーは福祉事務所の職員ではなく，本研究への協力や拒否は，今後の生活保護受給には全く影響を与えないことを強調して説明した．過去の衝撃的な体験，苦悩の語りについては追体験や PTSD をひき起こす可能性もあるため，就労に関連しない事項については掘り下げて質問することを避け，協力者が自由に語る範囲での事象を聞くに留めた．個人が特定できる情報はトランスクリプトからも除去し，個別のプロフィールについて詳細な記述は避けた．本研究は，国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 16-I o-103）．

表1 インタビューガイド

項目	内容
調査説明と同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調査説明書を用い、理解しやすい表現で説明する.</li> <li>・負担なく話していただける範囲でお話いただきたい点を強調.</li> <li>・インタビュアーは大学教員であり、生活保護受給審査には関連しないことを説明する.</li> </ul>
Q1  「就労に対するお考えをお聞かせください」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前行っておられたお仕事.</li> <li>・現状に至った経緯（お話いただける範囲で）.</li> <li>・就労準備をされるうえでの難しさ.</li> <li>・就労することに対してのお考え 等を含む</li> </ul>
Q2  「現在の健康状態について」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調子が悪いと感じるところはないか、受診状況</li> <li>・どのような気持ちでおられるか、夜間不眠などかどうか、お酒やたばこ、ギャンブルなどの状況はどうか</li> <li>・周囲の人との関係、家族との関係 等を含む</li> </ul>
Q3  「健康を保つために気を付けておられる事がら」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な健康管理の状況：睡眠、食事、運動、ストレス発散、気分を前向きに保つためにどういったことを行っているか等.</li> </ul>
Q4  「就労準備を行うにあたって難しいと考えること」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康面のみではなく、ご本人が難しいと感じていることを自由に語っていただく</li> </ul>
Closing	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お話しいただいた内容を要約する（ポジティブな面を強調）</li> <li>・同意撤回について再度説明し、終了</li> </ul>

## 第5章 結果

### 5-1 研究協力者の概要

2016年11月から12月にかけて面接調査を実施した。協力者は男性25名、女性6名、計31名であり、年代は40代から60代であった。調査説明後に調査参加を辞退したものが1名、録音についての同意が得られなかったものが1名いたが、30名は調査協力、録音について同意が得られた。録音の許可が得られなかった協力者については、発言内容を記述し分析に用いた。協力者の背景を表2に示した。

協力者のうち、生活保護受給者は28名、生活困窮者自立支援法の対象者は3名であった。婚姻関係をみると、未婚11名、離婚9名、既婚3名、死別2名、離婚後再婚1名、不明5名であった。協力者の22名は単身者であり、そのうち11名は無料低額宿泊所に居住していた。無料低額宿泊所とは社会福祉法で「生計困難者のために、無料または低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、または宿泊所その他の施設を利用させる事業」と規定されており<sup>76)</sup>、入居者の約9割が生活保護を受給している施設である<sup>77)78)</sup>。

協力者の職業について、日本標準職業分類<sup>79)</sup>を基に分類した結果、サービス業、製品製造、営業、建築、販売に従事した経験を持つものが多かった。

研究協力者が有する疾患をみると、生活習慣病13名、運動器系疾患12名、精神疾患10名、ストレス関連疾患5名、感覚器系疾患3名であった。また、調査時点における自覚症状としては、疼痛7名、嘔気・嘔吐3名、可動性障害4名、排尿障害1名、疲労感2名、耳鳴2名、呂律障害2名、自覚症状なし2名であった。なお、同一の協力者が複数職歴を有する場合、疾患や症状の重複が多いため、協力者数と職歴総数、疾患や症状を有するものの人数は一致していない。



表 1. インタビュー協力者の概要

ID	性別	年代	福祉種別	職歴	家族背景	健康上の課題
A 氏	女	50 代	生保	一般事務 販売	夫と死別 息子と同居	鬱のため長期的に服薬を続けている。難聴、耳鳴、耳の痛みが続いている。天気によって症状が変化する。
B 氏	男	60 代	生保	乗用自動車 運転	未婚 宿泊所 <sup>注</sup> 入所	年々疲れやすくなり、疲れがたまる。手足のしびれ、肩こりのため、一時期服薬していたが現在は落ち着いている。高血圧のため内服治療中。
C 氏	男	50 代	生保	自動車技術 営業職業 飲食店主 配達	既婚 妻、子と同居	飲食店で勤務していたころに糖尿病となる。糖尿病の合併症として網膜出血、感染症の重症化がある。
D 氏	男	50 代	生保	旅館従事 配達 倉庫作業	離婚 宿泊所入所	高血圧で服薬している。過去に覚せい剤使用等で服役したが、自分の人生の振り返りをし、過去の知人とのつながりを断っている。
E 氏	男	40 代	生保	営業職業	婚姻関係不明 宿泊所入所	就労に関連したストレスからアルコール依存状態に陥った経験があるが、現在は規則的な生活、散歩、食事に気を付けるなど健康に気を付けて生活している。
F 氏	男	50 代	自立	警備	未婚 母親と同居	アルコール問題を抱えているが、現在は経済的な理由からお酒を購入することができないため辛うじて断酒している。排尿回数の多さが気になっている。
G 氏	男	50 代	生保	測量技術 者	婚姻関係不明 宿泊所入所	20 年前より関節リウマチがあり増悪傾向にある。鎮痛剤、リウマチの治療薬を定期的に服用しているが、膝と足趾の疼痛が持続。天気によって症状の増悪がある。
H 氏	男	50 代	生保	飲食店主	未婚 独居	数年前に脳梗塞になり、近年手足のしびれ、呂律のまわりにくさが生じている。視野狭窄はないが、距離をつかみにくい。
I 氏	男	40 代	生保	自衛官 調理 食器洗浄	未婚 家族背景 / 居住形態不明	若いころより両肘、腰痛がある。糖尿病、高血圧も指摘されており内服薬により治療中。
J 氏	女	40 代	生保	一般事務 製品製造 介護職	離婚 子どもと同居	過去にDVを受けた経験があり、男性のどなり声、電話の音などを聞くと恐怖感が生じる。うつ、糖尿病があり、内服治療中。
K 氏	女	40 代	生保	販売 機械組立	未婚 母親と同居	人と対面するのが苦手で工場勤務をしていたが、不眠症のため離職。一時期精神科へ通院し服薬していたが、現在は受診していない。「こうしなくては」と考えても、億劫で体が動かない。
L 氏	男	50 代	生保	製品製造	婚姻関係不明 独居	高血圧を指摘されているが、治療はしていない。

注) 生保：生活保護、自立：生活困窮者自立支援法対象者、宿泊所：無料低額宿泊所

表 1. インタビュー協力者の概要（続き）

	性別	年代	福祉 種別	職歴	家族背景	健康上の課題
M 氏	女	60 代	自立	介護職	夫と死別 独居	交通事故後の後遺症で頭痛、嘔気が出現するようになった。うつ病もあり、服薬治療を続けている。膝、腰部の疼痛があり、長時間の立位により増悪する。疲れやすく、疲れも取れにくい。
N 氏	男	40 代	生保	調理 製造	未婚 宿泊所入 所	白内障、緑内障の手術を受けたが、年々視力が低下し、現在は片側は失明状態。同時期にギャンブル依存、借金問題を抱え、家族と疎遠になる。DM、椎間板ヘルニアもある。
O 氏	男	60 代	生保	製品検査	未婚 独居	過敏性腸症候群を指摘され、ストレスにより症状の悪化がみられる。高血圧に対し塩分制限をしているが、効果は見られず、腎機能も低下してきている。
P 氏	女	50 代	自立	介護職	離婚 独居	分娩時の合併症の影響で足のしびれが継続している。股関節の亜脱臼があり、下肢の痛みやこわばりが生じる。
Q 氏	男	50 代	生保	建築技術	離婚 独居	40 代で糖尿病を指摘され、50 代で足の怪我から壊疽を起こし、下腿を切断し義足を使っている。
R 氏	男	50 代	生保	製品製造 板金 娯楽場等 接客	離婚後 再婚 妻と同居	四十肩で上肢挙上が困難、勤務中にプレスで指を切断する。胃潰瘍、十二指腸潰瘍、前立腺肥大などのため、治療を継続している。頭痛、耳鳴り、首の痛み、上肢のしびれや痛み、こわばり、手の脱力感、排尿障害も続いている。
S 氏	男	60 代	生保	建設	妻と同居	数年前に狭心症とガンを指摘され、治療を受ける。治療中に糖尿病も判明し、現在インスリン治療を受けている。以前よりもかなり疲れやすくなったという自覚はあるが、その他の自覚症状はない。
T 氏	男	40 代	生保	販売	婚姻関係 不明 宿泊所入 所	健康上の問題と認識していることはないが、風邪をひきやすいため、風邪のひきはじめての対処を心がけている。相談相手はおらず、問題があっても自分で解決する
U 氏	男	60 代	生保	製品製造 建設躯体 工事 船内荷役	未婚 独居	30 代より高血圧を指摘されていたが放置。飲酒量も多く、歯牙欠損あり。数年前に狭心症のためステントを設置した。
V 氏	男	50 代	生保	貨物自動 車運転	離婚 独居	5 年ほど前より高血圧のため内服治療をしている。超過勤務が続いたところ、うつになり、現在も抗うつ剤、睡眠薬を服用している。睡眠薬を服用しないと、一睡もできない。腰椎ヘルニアのために時折腰痛が出現するが、適宜神経ブロックを受けて対応している。

表 1. インタビュー協力者の概要（続き）

	性別	年代	福祉 種別	職歴	家族背景	健康上の課題
W 氏	男	50 代	生保	金属溶接	未婚 宿泊所入所	ぜんそく、高血圧のため、内服治療をしている。体力が落ちていることを感じているが、自覚症状はない。
X 氏	男	40 代	生保	不動産営業 職業	婚姻関係不明 宿泊所入所	かなりのハードワークで、休みも取れない生活であったが、当時は喫煙 60 本/日、毎日飲酒、食事は 3 食外食で、健康を意識した生活は送っていなかった。自覚症状はない。
Y 氏	男	50 代	生保	建設 製品製造 配達 漁労	未婚 宿泊所入所	若いころより日本酒 5 合程度を毎日飲んでいた。40 代で肝機能障害を指摘され禁酒を勧められたが、自覚症状がなかったため飲酒を継続していた。2 年前に肝硬変との診断を受ける。現在はほぼ禁酒している。膝関節の痛みと疲れやすさがある。
Z 氏	女	40 代	生保	ビル・建物 清掃 販売 飲食物給仕 接客社交	離婚 子どもと 同居	不眠、うつのため内服治療を行っている。天気による精神的な健康状態の変動がある。数年前の交通事故の後遺症のため、首の痛みがあり、鎮痛剤を使用しないと首を動かすことも困難。
a 氏	男	50 代	生保	電気工事	離婚 独居	胃・食道がんになったことがきっかけで鬱となる。がんは外科的治療により完治したが、治療後に不眠と希死念慮が生じ、精神科での治療を開始し、現在も継続している。
b 氏	男	60 代	生保	営業職業	未婚 独居	母親の介護のため離職。ハローワークへ行くこと、就労の理由にはすべて女性との出会い、付き合いが関連している。飲酒、喫煙は一切せず、健康状態の維持を心がけている。
c 氏	男	60 代	生保	営業職業 販売	離婚 宿泊所入所	心筋梗塞、脳梗塞の既往があり、左下肢に麻痺が残る。脊柱管狭窄症のために上肢のしびれと握力の低下があり、書字も困難。電車への乗車により嘔気が強くなるため、移動にはバスを使っている。
d 氏	男	50 代	生保	建築躯体工 事 土木作業	妻と同居	30 代から高血圧を指摘されるが、自覚症状がないため放置していた。5 年ほど前より腰椎ヘルニアがあり、鎮痛剤を服用し対処している。10 年前より禁煙し、健康維持のために 2 時間程度歩行している。
e 氏	男	60 代	生保	貨物自動車 運転	離婚 宿泊所入所	40 代で糖尿病、高血圧を指摘され、内服治療を行っていた。10 年ほど服役し、服役中の規則的な生活、健康的な食事のためか改善した。白内障の手術を受けるが特に変化なし。

## 5-2 抽出されたカテゴリーと理論的飽和

インタビューの逐後録から、生活困窮者の就労意欲に影響を与える健康特性と関連する要因として、逐語録から 1285 セグメントを抽出し、そのうち、健康特性として 878 セグメント、40 ラベル、9 サブカテゴリー、4 カテゴリーを抽出した。また、カテゴリー化の過程において、健康や就労意欲に影響を与える要因の存在が確認されたため、影響要因として 407 セグメント、24 ラベル、7 サブカテゴリー、3 カテゴリーを抽出した。表 3 に健康特性カテゴリー、表 4 に影響要因カテゴリーの生成結果を示した。文中の【 】はコアカテゴリー、【 】はカテゴリー、[ ] はサブカテゴリー、〈 〉はラベルを表した。また、協力者の語りは斜体で表記し、( ) 内は語りの内容をより理解できるための補足として追加した内容である。

協力者毎のラベル、サブカテゴリー、カテゴリーの出現状況を表 5 に示した。新しいラベルが出現せず、理論的飽和に至ったと考えられたのは、28 件目 (b 氏) のインタビュー以降であった。

表 3 健康特性カテゴリーの生成結果

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル
他者から理解されが たい持続的な 苦痛	身体機能障害による 活動制限	疼痛や麻痺，身体の一部欠損による 身体可動性制限
		感覚器官の障害
		長時間同一姿勢でいることが困難
		排泄に関する機能障害
	客観的な評価が困難な症状	原因不明の症状
		自分自身で症状を把握することが困難
		強い疲労感
		日や時間帯，季節により変動する症状
精神的防御力の 低さ	ストレスに対する 反応の強さ	生きることへの意欲の低下
		意欲と身体状況の不一致
		同じ仕事の継続が困難
		精神的な健康問題
		ストレスにより変動する症状
	問題解決に至りにくい ストレス対処	ストレス解消への不対応
		偶然生じた出来事に対する負の意味づけ
		現実逃避的な問題への対処
		依存性のある物質使用や行動の選択
		健康価値の低さ

表3 健康特性カテゴリーの生成結果（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル
社会的適応力の 低さ	自ら支援を求めることが 困難	相談相手の不在
		自分で対処しなければならないという思考
		ケアを要する家族の存在
		頼ることが困難な家族
	他者との双方向的な 関係構築が困難	安定した関係維持が困難
		こだわりが強く、妥協が困難
		他者への過剰な適応
		他者への制限的な自己開示
		異性への一方的な思い入れ
		他者との協働が困難
		激しい感情の起伏
	変化への対応力の弱さ	就労に対する低い自己効力感
		過去へのとらわれ
		心身の負担となる職業を敬遠
		予想していない事象への対応困難
自己流の健康管理	苦痛の再燃予防を 目的とした健康行動	依存物質からの離脱
		苦悩した体験へのポジティブな意味づけ
		苦痛の再燃を予防
		他者との関係の維持
	現状維持のための 健康行動	定期的な運動の実施
		可能な範囲での食事の工夫
		自覚症状の観察

表 4 影響要因カテゴリーの生成結果

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル
生活保護廃止への不安と葛藤	健康問題を理由とした再就職への諦め	過去の就労で経験した心身への過負荷
		就労による健康問題再燃への恐れ
		医師による就労可との判断への戸惑い
	就労により生活状況が悪化するとの予見	生活保護と同等の収入を得ることが困難
		漠然とした将来への不安
社会から排除されているという感覚	再就職に至らないことによる挫折感	再チャレンジの機会のなさ
		度重なる不採用
		保有技能と求職の不適合
		バリアフリーでない職場環境
	生活保護受給に対する否定的な認識	生活保護受給を理由とした就労拒否
		生活保護受給に対する心理的抵抗感
	地域とのつながりが制限された生活環境	孤立した生活
		自由な生活の制限
就労に対する抵抗感の低さ	就労によりもたらされる利益の認知	経済状態の改善
		現状からの脱却への期待
		意味のある時間を過ごすことによる充実感
		将来への見通し
	就労への心理的バリアの低さ	過去と決別する覚悟
		健康状態の回復
		職種を問わず就労したいという意欲
		就労につながるスキルの保持
		人とのつながりの意義の再認識
		適切な自己コントロールの獲得
		守るべきものの存在

表5 サブカテゴリー、カテゴリーの出現状況

カテゴリー	他者から理解されがたい持続的な苦痛								精神的防御力の低さ									
サブカテゴリー	身体機能障害による活動制限				客観的な評価が困難な症状				ストレスに対する反応の強さ					問題解決に至りにくいストレス対処				
ID	疼痛や麻痺、身体の一部欠損による身体可動性制限	感覚器官の障害	長時間同一姿勢でいることが困難	排泄に関する機能障害	原因不明の症状	自分自身で症状を把握することが困難	強い疲労感	日や時間帯、季節により変動する症状	生きることへの意欲の低下	意欲と身体状況の不一致	同じ仕事の継続が困難	精神的な健康問題	ストレスにより変動する症状	ストレス解消への不対応	偶然生じた出来事に対する負の意味づけ	現実逃避的な問題への対処	依存性のある物質使用や行動の選択	健康価値の低さ
A		○	○					○	○			○		○		○		
B	○						○		○							○	○	
C	○	○							○		○			○		○	○	○
D											○					○	○	
E																○	○	
F	○			○					○							○	○	○
G	○		○					○			○					○	○	
H	○	○	○					○								○		○
I	○							○			○			○		○	○	
J		○							○	○		○	○			○		
K						○		○	○	○						○		○
L									○							○		
M	○		○				○	○	○			○						
N	○		○				○	○	○			○						
O			○	○					○				○			○		
P	○							○								○		
Q	○								○							○		○
R	○	○		○	○			○	○		○		○			○		○
S	○						○							○		○		
T																○		
U		○														○	○	○
V	○							○				○		○		○		
W													○			○		
X																	○	○
Y	○		○				○		○							○	○	○
Z	○							○		○		○	○			○		○
a	○								○			○		○	○		○	
b	○						○		○				○		○	○		
c	○				○			○			○					○		○
d								○			○					○	○	
e																	○	



表5 サブカテゴリー、カテゴリーの出現状況（続き）

カテゴリー	社会的適応力の低さ														自己流の健康管理							
サブカテゴリー	自ら支援を求めることが困難				他者との双方向的な関係構築が困難							変化への対応力の弱さ			苦痛の再燃予防を目的とした健康行動				現状維持のための健康行動			
ID	相談相手の不在	自分で対処しなければならないという思考	ケアを要する家族の存在	頼ることが困難な家族	安定した関係維持が困難	こだわりが強く、妥協が困難	他者への過剰な適応	他者への制限的な自己開示	異性への一方的な思い入れ	他者との協働が困難	激しい感情の起伏	就労に対する低い自己効力感	過去へのとらわれ	心身の負担となる職業を敬遠	予想していない事象への対応困難	依存物質からの離脱	苦悩した体験へのポジティブな意味づけ	苦痛の再燃を予防	他者との関係の維持	定期的な運動の実施	可能な範囲での食事の工夫	自覚症状の観察
A	○	○	○	○				○						○	○							
B	○	○												○								
C														○	○							
D	○				○									○						○	○	
E																				○		
F	○			○								○		○								
G						○								○						○	○	
H			○	○								○		○	○					○		
I																				○	○	
J	○	○	○	○								○			○				○			
K				○		○	○			○	○				○							
L	○																					
M	○	○				○		○				○		○								
N	○													○							○	
O	○			○		○															○	
P		○		○													○		○		○	
Q	○	○	○			○							○						○		○	
R	○		○		○									○					○			
S	○													○						○		
T	○	○												○								○
U			○									○		○						○	○	
V	○				○	○						○				○		○		○		
W												○		○						○		
X													○									
Y	○	○												○								
Z	○		○	○	○	○		○			○									○		
a	○	○						○				○				○				○		
b		○							○	○							○		○		○	
c					○								○	○		○						○
d	○													○						○		
e	○				○							○		○						○		

表5. サブカテゴリー、カテゴリーの出現状況（続き）

カテゴリー	生活保護廃止への不安と葛藤					社会から排除されているという感覚							就労に対する抵抗感の低さ												
サブカテゴリー	健康問題を理由とした再就職への諦め			就労により生活状況が悪化するとの予見		再就職に至らないことによる 挫折感				生活保護受給に対する否定的な認識		地域とのつながりが制限された生活環境		就労によりもたらされる利益の認知				就労への心理的バリアの低さ							
ID	過去の就労で経験した心身への過負荷	就労による健康問題再燃への恐れ	医師による就労可否の判断への戸惑い	生活保護と同等の収入を得ることが困難	漠然とした将来への不安	再チャレンジの機会のなさ	度重なる不採用	保有技能と求職の不適合	バリアフリーでない職場環境	生活保護受給を理由とした就労拒否	生活保護受給に対する心理的抵抗感	孤立した生活	自由な生活の制限	経済状態の改善	現状からの脱却への期待	意味のある時間を過ごすことによる充実感	将来への見通し	過去と決別する覚悟	健康状態の回復	職種を問わず就労したいという意欲	就労につながるスキルの保持	人とのつながりの意義の再認識	適切な自己コントロールの獲得	守るべきものの存在	
A				○			○				○												○		
B				○							○	○	○										○		
C	○	○		○																	○			○	
D				○		○				○		○	○		○			○		○			○		
E	○																		○						
F																									
G		○		○																○			○		
H				○													○				○		○		
I		○																			○		○		
J				○									○		○				○			○	○	○	
K		○			○											○				○					
L				○																					
M		○																							
N	○	○		○	○					○		○	○		○	○			○						
O				○				○														○			
P		○														○				○	○				
Q				○		○	○	○	○		○									○			○	○	
R			○								○					○			○	○		○	○	○	
S		○		○				○			○				○										
T				○																					
U				○						○			○	○							○	○	○		
V	○			○																	○	○	○		
W		○					○								○				○	○			○	○	
X	○			○										○						○			○		
Y		○		○									○			○			○				○		
Z		○					○									○					○	○	○	○	
a		○									○				○		○				○	○	○		
b				○												○						○		○	
c			○	○		○	○	○			○		○									○		○	
d	○			○		○	○			○					○								○		
e	○							○					○		○							○			

### 5-3 就労意欲に影響を与える健康特性

就労意欲に影響を与える健康特性のカテゴリーとして、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】、【精神的防御力の低さ】、【社会的適応力の低さ】、【自己流の健康管理】が抽出された。以下、カテゴリー毎に結果を述べる。

#### 5-3-1 他者から理解されがたい持続的な苦痛

【他者から理解されがたい持続的な苦痛】カテゴリーは、[身体機能障害による活動制限]、[客観的な評価が困難な症状]の二つのサブカテゴリーから成り立っていた。本カテゴリーは、疾患や障害に由来する機能障害や苦痛を伴う自覚症状による活動の制限、また、客観的な評価が困難な状態であり、本人は苦痛を感じているものの、他者からはその苦痛を理解され難い状況を表していた。

[身体機能障害による活動制限]は、〈疼痛や麻痺、身体の一部欠損による身体可動性制限〉、〈感覚器官の障害〉、〈長時間同一姿勢でいることが困難〉、〈排泄に関する機能障害〉ラベルから成り、疾患や障害に由来する機能障害や症状による就労に関連する活動の制限を意味していた。

調査協力者の約半数が〈疼痛や麻痺、身体の一部欠損による身体可動性制限〉という課題を有していた。原疾患はヘルニアや脱臼などの運動器系の疾患、脳梗塞後遺症が主であるが、うつや糖尿病を有する協力者もいた。また、就労に由来する傷害や原疾患の合併症から、身体の一部欠損が生じていた者もいた。

就労時に指を切断し、その後、頸部から上肢にかけての原因不明の疼痛を有するR氏は、離職に至った状況を以下のように語った。

(指を切断した後) 1週間休ませていただいて、後はもう治療しながらもう、そのまんま(仕事を)やってたんです。そしたらやっぱり案の定、どれぐらいかな。1カ月、うん？ 1・2、3カ月ぐらいか。そしたらこっち。肩が、パンク。腕がパンクしちゃって。ちょっと休んでてあれ(様子を見るなど)したんだけど、そんなに休めないからってこうやってて、そしたらもう、半年したらもう完全に駄目で、それで1カ月ぐらいもう完全に休みもらった。ほんで休ませてもらって、ほいでそれからまた戻って、大体半年ぐらいして、そしたらもう全然もう。四十肩・五十肩、こんなんよりも、物を持てない。箸も持てなくなっちゃって(結局離職せざるを得なかった)(R氏)。

前職は惣菜屋であった H 氏は、脳梗塞の後遺症により片麻痺が生じ、握力の低下をきたしたことから、以前の職業に戻る事が困難になってしまった。

前職はお総菜をやっていた。お弁当屋だったんで、ちょこっとしたもんなら作れるんだけど。だけど、もっと手の込んだもんってなるとちょっと作れないし、もう今は包丁も、握るのもちょっと、細かいのがちょっとできなくなってきた (H 氏)。

糖尿病性壊疽により片側の下腿を切断し、義足となった Q 氏は、障害者枠の求人に応募したが、迅速に移動することが不可能であることを理由として、面接を断られた経験を述べた。

(障害者枠の求人) ナイトフロントみたいな。それと B 旅館で、まあヒットしたんですけど、結局障害者なんで、救急時に避難誘導を迅速にできないっていうことで。障害者枠であるんですよ、求人が。障害者枠で求人があるんですけども、緊急時に左足が義足なために、迅速な行動が取れないんじゃないかっていうことで、面接を断られました (Q 氏)。

〈感覚器官の障害〉は、協力者のうち 7 名が有している課題であった。感覚器官の障害には、難聴、耳鳴、視力障害、距離感がつかめないなどが含まれる。脳梗塞による後遺症を有する H 氏は、視力の低下、距離感をつかむことができないという障害を有しており、この障害が就労に関連するスキルに及ぼす影響を述べた。

距離感はやっぱりつかめないですね。自転車とかは平気なんですけど、車とか、まあ同乗してる分にはいいんだけど、車で大体、この辺で (ブレーキを) 踏むだろうなっていう感覚が、助手席に乗ってて、あ、違う。ずれてるっていうのは、ちょっと見受けられたんで、やっぱり車の免許は取れないだろうな (H 氏)。

調理や製造業の職歴のある N 氏は、白内障や緑内障の手術を受けたが、徐々に視力が低下し、現在では片側は失明状態であり、細かい字を読むことが困難であった。N 氏の職歴やこれまでの経験から、就労できる可能性が高い職種ではあっても、視力障害により就くことが可能な業種が限られていることが述べられていた。

清掃ぐらいであれば、そんなに細かい字を読むとか、そういったあれ（業務）がないじゃないですか。だから、ほかのことだとその、ねえ、何、パソコンをやったりしなきゃいけないじゃないですか、今の世の中は。ウェイターやるにしたって、例えばね、字を見たり、機械みたいのを今は操作したり、ねえ。そういったものもできないので。だから、必然的に、業種的にはもう絞られていくんです（N氏）。

〈長時間同一姿勢でいることが困難〉については、関節リウマチ、脳梗塞後遺症、交通事故後遺症、過敏性腸症候群、肝硬変を有する協力者の語りから抽出した。立位や座位の保持のどちらも困難であり、同一姿勢を続けることで、その後、立ち上がりや歩行に支障がでることが述べられていた。

アルコール性肝硬変を有し、さらに膝関節の軟骨減少による、膝の痛みを抱えるY氏は、その状況を以下のように語った。

座りっぱなしもできないでしょう。できないですけどね。座りっぱなしは、今度腰が痛くなる。座りっぱなしの仕事もあったんですけど、もうとてもじゃない。立ちっぱなしのほうがまだ逆に（いい）。座りっぱなしだと結局もう、足動かさないし、もう駄目です（Y氏）。

過敏性腸症候群を持つO氏は、長時間の歩行や立位の保持、しゃがむ姿勢が困難な状況と、就労への影響を述べた。

遠距離に行けないんですよ。大体30分ぐらい徒歩で歩くと、足がつっちゃうんです。（長時間の立位も）駄目です。あと、しゃがむのができないし。掃除の仕事が一切駄目なんですよ。しゃがまないでいい清掃っていうのは、まずないですからね（O氏）。

〈排泄に関する機能障害〉は、過敏性腸症候群、アルコール依存、前立腺肥大を有する協力者により語られた。過敏性腸症候群に悩まされているO氏は、頻繁にトイレに行く必要があること、さらにガスが多いという問題のため、接客業に就くことは困難だと認識していた。

頻繁にトイレに行くことがあるんで。ひどいと5分ぐらいで（トイレに行く）。体調に合わせた仕事っていうと、ないんですね。ガスが結構出るんですけど、この病気は。そのこともやっぱりあるから。接客業が、駄目ですよ（O氏）。

傷病名は不明であるが、排尿困難を抱える F 氏は、自身が就ける可能性のある仕事として、道路の警備業を挙げているが、頻繁にトイレに行きたくなるために、その職に就くことは難しいと捉えていた。

道路の警備員はトイレがなくて困っちゃうよね。本当はああいう警備なんか好きだけど、トイレが近いもので（警備の職につくことは難しい）（F 氏）。

【客観的な評価が困難な症状】は、〈日や時間帯、季節により変動する症状〉、〈強い疲労感〉、〈原因不明の症状〉、〈自分自身で症状を把握することが困難〉のラベルからなり、苦痛を伴う自覚症状があるが、他者による客観的な評価が困難な状態を示す。また、症状の原因が不明である場合もあり、さらに症状が変動し、自身の状態を予測することが困難な状況も含んでいた。

〈日や時間帯、季節により変動する症状〉を述べた協力者のうち、約半数はうつや不眠などの精神的な課題を抱えており、他の協力者は脳梗塞後遺症や関節リウマチなどの身体的な疾患を有していた。天気や気温、季節などの影響を受け、症状の変動があると捉えている協力者もいたが、環境の要因によらず、体調に変動があると述べていた協力者もいた。

不眠とうつの治療を受けつつ、就労を継続している Z 氏は、不眠により生じる精神的な不安定さ、さらに症状の変動のために欠勤や早退が続いており、ここ 1 年ほどその状態が継続していた。

夜眠れたり眠れなかったりの波が激しくて情緒不安定になってしまって、何か思うように、いま現在仕事してても、出れなかったり（出勤できなかったり）、途中で帰ったりとか、そういうことはありますね。基本（仕事は）月曜日から金曜日なんですけど、病気になってからも、週 3 回とか、もう、あとケガしたら丸々 1 カ月お休みとかしてる。もうバラバラですね。今年になってもう全然出れないんで（出勤できていないので）（Z 氏）。

M 氏は、もともとうつ病があり、心療内科での治療を受けていた。交通事故にあったことから、うつ状態も悪化し、不安が増強した。交通事故後、徐々に頭痛、嘔気が増悪し、仕事を休むことが増えた。通勤中に症状が増強して急遽休むこともあった。この症状の予測は自身でも困難であり、急な欠勤や早退が増え、最終的に雇止めに至った。

仕事へ向かってても、途中でもう、頭痛がすごかったりと。で、電話して仕方なく戻ってくるとか。そういうことがあったら、もう休み多いから、その契約の少し前だったんですね。で、〇日にもう契約しないって言われて、雇い止め（M氏）。

〈強い疲労感〉は、徐々に疲労が蓄積されていくような感覚や、就労後の耐え難い疲労感があり、通常の疲労感とは異なる〈強い疲労感〉であった。

前述のM氏は、仕事後の疲労感が非常に強く、その疲労感が取れないという状態が続いていた。

もう仕事終わりはすごく疲れちゃって、昨日も娘から電話があったんですけど、全然気がつかなくて、ピンポンって鳴らされても、出るまでに時間掛かっちゃって、出たらもう誰もいなかった（M氏）。

がんの治療を受けた経験があり、糖尿病や腎機能低下という健康上の問題も抱えながら求職活動を行っているS氏は、疲労感が強いため、短時間勤務が可能な仕事を探していた。

いま仕事を探してるんだけど、1日仕事はちょっと難しいんで、パートで探してるんですけど、心配事、別にないんだけど、疲れがすごい激しいんですよね。もしかすると腎臓の機能がちょっと衰えてるのと、あと糖尿病のほうのあれで疲れが（でているのかもしれない）（S氏）。

〈原因不明の症状〉は、我慢することが困難なしびれや疼痛、電車に乗ると必ず嘔気が生じるが、受診しても明確な診断が得られないことを示した。

R氏は、常々就労を希望しているが、原因不明の首から上肢のしびれや疼痛、こわばりが続いていることから、就労をためらっていた。通院している病院の事情により担当医師が頻繁に変更となり、複数の医師の診察を受けたが、医師の診断に一貫性は見られず、明確な原因は明らかにされていなかった。

骨のほうは、Rさん、何とも異常はないよって。で、その先生によっては、これはそうやって、ほかの先生があれだけんども、たぶんこの首の痛風じゃないのかって。この筋膜炎っていうそういう、早く言えば、病名はないよって、言われたんです（R氏）。

c氏は心筋梗塞、脳梗塞の既往があり、後遺症として片麻痺がある。最近、電車に乗る際に必ず嘔気が生じ、求職活動を行うための移動が困難であることを述べていた。

本当はもうちょっと体力使うあれだったらね。色々な場所へ行ったりとか、そういうことをすればね、もっといいじゃないですか。ただ電車に乗れないんですよ。電車に乗ると何だか知らないけど、吐き気しちゃうんですよね、これで。めまいもするし。（電車に乗車して）5分か10分、満員じゃなくてもね。バラバラでも必ず、吐く。だからもう最近は一切、バスだけで（移動をしている）。バスは大丈夫なんですね（c氏）。

〈自分自身で症状を把握することが困難〉は、不眠症に悩むK氏の語りから抽出されたラベルであった。K氏は工場勤務をしていたが、不眠症をきっかけに離職した。現在は通院も服薬も行っていないが不眠は改善されている。感情の起伏が大きく、必要性を認識していても体が動かないという状況が現在も続いており、日によって調子が異なり、その症状を自身で把握することも困難であった。

沈んでるときは、自分ではわからないんですよ。ただ、機嫌が悪いねみたいなことを言われたりとか、だから、おいっ子たちに怖いみたいなことを言われたりとかって。（中略）そのときに自分が気分が落ち込んでるとか、あれとか、態度が悪いとかってというのは、わからないんです。よくなかったんだみたいなのを、2〜3日後に気がつく感じですね、今は（K氏）。

このように、本人が感じている持続的で予測不可能な苦痛が就労活動に負の影響を与えているが、当事者にしか理解できない苦痛でもあるため、他者からの理解が得られず、適切な支援も受けられていないという状況が多く語られていた。



### 5-3-2 精神的防御力の低さ

【精神的防御力の低さ】は、[ストレスに対する反応の強さ]と[問題解決に至りにくいストレス対処]の2つのサブカテゴリーから成り立っていた。ストレスに対する反応として、生きること、活動することなど、すべてのことに対する意欲が低下しており、ストレスによる症状の悪化や、就労に対する意欲や就労継続に対する意欲がそがれる状態であった。さらに、ストレスに対し、問題を根本的に解決する方策をとるよりも、問題から気持ちをそらすための対応をとる傾向がみられた。

[ストレスに対する反応の強さ]は、〈生きることへの意欲の低下〉、〈意欲と身体状況の不一致〉、〈同じ仕事の継続が困難〉、〈環境変化への適応が困難〉、〈ストレスにより変動する症状〉、〈精神的な健康問題〉の6つのラベルから成り立ち、ストレスに対する反応として、生きること、活動することなど、すべてのことに対する意欲が低下し、さらにストレスによる症状の悪化や、就労に対する意欲、継続意欲がそがれる状態を示すものであった。

〈生きることへの意欲の低下〉は、仕事や日常生活に対する意欲が湧かないことや、希死念慮や自殺未遂を含んでいた。この意欲の低下により、離職に至った協力者も複数いた。また、就労に対する見通しがつかず、そのために〈生きることへの意欲の低下〉が生じた協力者もいた。

過敏性腸症候群を抱えるO氏は、過去の就職活動時に生じた状況を以下のように述べた。

この病気をしてからですけど、いや、これは、何て言うんだろうな。このまま寝て、明日目が覚めないといいなって、結構思っていましたよ。本当つらかったですね。医者に行ってなかったですからね。でもこのままじゃあ、どうやって就職するんだろうって。ラインに入っても、これじゃあすぐ駄目になっちゃうし、こんな体の人を雇ってくれる経営者はいないだろうって、そういうふうに思っていましたね(O氏)。

がんの治療後に鬱を発症したA氏は、現在も就労を続けているが、最も状態が悪かった頃、他者との関わりを絶ち、自殺を複数回試みた経験があった。

ほんで、もう本当に自分は生きててもしょうがないな。で、もうドンドン落ち込んで。  
(中略) もう病気にもなったし、で、もう変な話、屋上にも行きましたし、河原に行っ  
てナイフ持って行ったりもしました。何回もしましたね。うだうだやってたのは(1年  
くらい)。人と話すのもいやだし、うーん。どっちかっていうと、そのこと(死ぬこと)  
しか考えてないです(a氏)

糖尿病による合併症のため、下肢を切断したQ氏は、時に頭をよぎる希死念慮を以下のように述  
べていた。

本当にたまにね、もう本当自分で自分を終わりにしちゃうかな、なんて思うときもあ  
るし、で、そういうふうに思っちゃう自分もいやだ(Q氏)。

L氏は寡黙な人物であり、すべての質問に対して短い言葉で答えた。何を楽しみにしているかを尋  
ねたところ、一言で以下のように答えた。

(楽しみにすることは) 何もない(L氏)

〈意欲と身体状況の不一致〉は、精神的な課題を有する協力者の語りから抽出した。行動の必要性を  
認識しているのに、身体が動かず、もどかしさを感じているという内容が語られていた。

不眠、うつを有するZ氏は、自分でも体をコントロールできない状況を以下のように述べた。

(体がいうことを) 聞かないっていうのと、もう本当に、できなくて。どうしちゃった  
んだ、この体とか思いながら(Z氏)。

また、不眠症を抱えるK氏は、意欲と身体状況の不一致の状況を「気持ちと体が、何か別々にな  
っちゃう感じ。」と説明した。

気持ちと体が、何か別々になっちゃう感じですね。頭ではこれしなきゃとか、もう今  
日はこれやろうとか思ってるんですけど、まだ8時だから、朝8時だからいいやとか、10

時ごろからでもいいやとかってなっちゃって、もうそのままズルズルズルと（時間が過ぎてしまう）（K氏）。

〈同じ仕事の継続が困難〉は、就職はしても、不景気に伴う会社都合の解雇や、体調不良を理由とした解雇や離職などにより、長期間同じ仕事に就くことの困難さについての語りから抽出された。

調理師資格を有するものの、資格とは関連しない仕事に就いているI氏は、自身の転職の状況を述べていた。

（数年前に）解雇になって、その後いろいろ転々として、あのA地域から始まって、B地域へ行って、で、C地域にも行って、Dにも行って、で、今は、E地域の結婚式場、そこなんですけど、そこで今は働いています（I氏）。

過去に飲食店店主をした経験を持つC氏は、糖尿病を有し、合併症による網膜出血も有していた。飲食店閉店後は、営業や配送など、様々な仕事をしてきたが、体調不良のため離職していた。

いろんなことをやってきたな。続かないですね、結局、一つの仕事に。もうする気力もないですね。金もないし気力もないしもう、何もやる気ないから。（中略）身体の調子悪いと、もう向こう（会社）から休めってズーッと行ってたんですよ。結局来られて事故起こされちゃうと。だから、ちゃんと治るまで出てこなくていいからって言われて、結局それで辞めるような判断したってということで（C氏）。

〈ストレスにより変動する症状〉は、ストレスが大きい状況下で、血糖コントロール不良や、過敏性腸症候群の症状悪化、胃潰瘍の悪化、動悸の出現など、身体的な症状の悪化や、思考停止、恐怖感などの精神的な症状の変動についての語りから導き出された。

過去にDVを受け、PTSDと推察される症状を有するJ氏は、自己の症状を以下のように説明した。

物音も怖かったですし、男の人の怒鳴り声も駄目だったんですね。作業服も、もちろん（駄目）。（DVの加害者である）主人が作業服着てたんで、作業服も全然、そういう人たちいるともう固まっちゃったり、っていうような状態だったとか、心臓がバクバクしたりとか。で、強烈だったの。何か過呼吸になったりとかしちゃうんで、これはまだ（今でも）あるんですけど。（中略）事務は、やったことがないんで。電話すらもちょっと駄目だったりするんで。何ででしょうね。何か、電話も恐怖があったりとかあった

んで。(中略)一度はデイサービスで働いたけど、でも、やっぱり男の人の声とか、ケンカする声とか、大きな声っていうのは、ちょっと精神的に、かなりきつかったりとかして(J氏)。

〈精神的な健康問題〉は、過去、または現在、うつ状態であると診断された協力者の語りから抽出された。協力者の中には、睡眠障害を抱え、睡眠薬を服用することで睡眠は確保できているが、睡眠薬がないと全く眠れない状況であると述べていたものもいた。

A氏は若年時からの難聴とうつに長期的に悩まされていた。

気持ちの不安を押さえる薬を飲んでます。(若年より)耳のせいでね、精神的にうつ(A氏)。

過剰な業務をきっかけにうつ状態となったV氏は、最も辛かった時期の就労と精神状態について、以下のように語っていた。

(うつが発症したころは)昼間は仕事やって夜もあったり、そんでまた朝もあったりとか、結構きつかったんだよね。(中略)だって昼夜やって、また昼やって、また夜とか、そんなときもあったし、4日ぐらい続いたとかさ。最後は全然記憶はないんだけどね。うん。救急車に乗ったね。病院へ行ったんだけど、何だかわかんなくて。もう全然記憶にないんだ。救急車を呼んだのも覚えてないんだよね。自分で(救急車を)呼んだのに、朝起きたら病院のベッドに寝てて、あれ、どうしたんだべと思ってさ。ほんで、別に内臓とか、何でもないつって。で、その病院、精神科に行ったら、完全なうつだつって。1年ぐらいはもう、でも、駄目だったね、本当にな、全然。(V氏)。

[問題解決に至りにくいストレス対処]は、〈ストレス解消への不対応〉、〈偶然生じた出来事に対する負の意味づけ〉、〈現実逃避的な問題への対処〉、〈依存性のある物質使用や行動の選択〉、〈健康価値の低さ〉から成り、ストレスに対し、問題を根本的に解決する方策をとるよりも、問題から気持ちをそらすための対応をとる傾向を表していた。

〈ストレス解消への不対応〉は、ストレスを感じていても、それを緩和させるために意図的に何かをすることはなく、昔はゴルフや釣りなどの趣味などをしてストレス解消をしていたが、現在はその

ような趣味もしなくなった, といった語りから抽出された.

ストレスがたまった際に, 普段どのように対処しているかについて尋ねたところ, I 氏やV氏は以下のように答えた.

休みのときはもう. 体, 休めるぐらいしかないですからね (I 氏)

(精神的に不調なときは) 何もしてなかったな (V氏)

糖尿病による眼底出血のあるC氏は, 以前は趣味を楽しんでいた時期があったが, 現在は身体的な課題や経済的な状況から, 趣味を楽しむことはないという状況を語った.

(趣味は) 今は特にないな. 昔はカラオケへ行ったりね, 若いころは. ゴルフとか, 昔は好きでやってたもんで. 今は何か, ほら, もうこんな状態だから, 体もついていかれないです, お金もついていかないのでから (C 氏) .

〈偶然生じた出来事に対する負の意味づけ〉は, 近親者が死去した年や月日と, 不幸な出来事が生じた年や月日が偶然同じであった際, 無意識に負の意味づけをし, その出来事は運命的に意味づけられたものであり, 自分では対処ができないと思い込んでしまう状況の語りから抽出された.

a 氏は, 母親が亡くなった年齢と, 自身ががんになった年齢を重ね合わせて捉えたことをきっかけに, うつ状態に陥った.

昔, がんをやって. 自分の母親ももうそのぐらいの年で亡くなっちゃったんで, で, まあ, ぶっちゃけた話, 落ち込んで何もする気がなくて. で, どうしたんだろう. ああ, そうだな. もう家にいても考えることが全部一緒なんで, もう全部カーテン二重に閉めて, 上にタオル置きちゃって明かりが入ないように. その年齢になったら俺もがんになるんじゃないかって思って, その前からズーッと定期検査はしてたんですね. で, やっぱりその年で出ちゃったんで, やっぱり俺もそうなんだって, もうそこから落ち込んだって, ったんですね (a 氏) .

〈現実逃避的な問題への対処〉は, 数多くの協力者が語っていたストレス対処方法であった. ストレス源となる問題を解決するというよりも, ストレス源となる問題から気をそらすという, ストレス対処について多く述べられていた.

過去に会社経営をしていたが、下肢切断がきっかけとなり失職した Q 氏は、ストレス対処について以下のように語った。

ストレスがあったから、あんまり考えないで、駄目だったことを、覚えてないように、もともと人間は忘れる動物だと思ってるんで。だからときたま、おかしくなるときあるんですよ。でも、それを突き詰めちゃうと、もっとおかしくなっちゃうと思う (Q 氏)。

妻と同居している d 氏は、自宅でストレスを感じた場合の対処法について述べた。

外に出ちゃうで。私のほうでね、ほとんど出て、図書館とか、そういうところへ行って。家にはほとんどいないです。いればもう何かしらもうケンカになっちゃうから (d 氏)。

〈依存性のある物質使用や行動の選択〉は、ストレス対処の方法としての、飲酒、喫煙、ギャンブル、過去の覚せい剤の使用経験などの語りから導き出された。また、飲酒やギャンブルをきっかけとした離職や、家族との関係が疎遠になった経験についても語られていた。

アルコールの問題を抱えていた協力者は多く、そのうちの Y 氏は若いころからの飲酒歴と、アルコール性肝硬変の発症と対処、食道静脈瘤が破裂するまでの経験を以下のように述べていた。

15 (歳) から飲んでっから、もう 40 年ぐらい飲んじゃってるから。もう半端じゃないですね。だから、それが蓄積されて、ドンドンドンドン悪くなって、最後には吐血して。あんまり、飲むなって言われてっから、一応やっぱり制御は、(飲酒量は) 少なくはしたんですけどね。やっぱりどうしても飲み過ぎちゃうっていうことが、たまにあっちゃったりして (Y 氏)

生活困窮者自立支援法による就労支援を受けている F 氏は、現在母親と同居し、母親の年金で生活をしていて、経済的に厳しい状況下でもアルコールに依存する F 氏に対し、母親は年金を渡さないことを決断した。F 氏は現在、アルコールを購入するための「お金がない」ことを理由とし、飲酒をしていないと語っていた。

ちょっとアルコール依存症なんでね。去年の秋ぐらいかな。そのあたりが一番つらかった。ほとんど今は飲まないですね。母親がお金をくれないって言った。働いてないからお金もらえない。飲みたくはなるよね。人と話してるときとか何かしてるときは飲み

たくならないけど、1人で布団に入ってるときに飲みたくなるね。（中略）お酒っていうのは、国で認められた麻薬だね。（中略）1週間に1回ぐらい飲んじゃうな。ちびつとぐらいいは。（今は）お金もらえないんで、（お酒を）買えないんでね。

D氏は以前、仕事上のトラブルから離職し、その後、仲間と覚醒剤を使用したり、アルコールやギャンブルをしてストレス発散をしていた経験を述べた。

30（才）過ぎころから、生活に困って。生活に困ったっていうより、ちょっと仕事にトラブルあって辞めたんですよね。そのころからちょっと、仲間っていうか、自分の意志も弱いんですけど、仲間とこうやって、覚醒剤とかね（使っていた）。（中略）（詐欺などの）悪いことしてるのは、楽だからじゃないですか。ええ。だって、悪いことして金が入って、飲んで、酒飲んでギャンブルしたりね。（D氏）。

U氏は本人が認識するギャンブルの意義を以下のように語っていた。

別に楽しみのためにやるんじゃないんだ、ああいうとこいうのはね。勝つか負けるか。やっぱりもともと職人だから。みんなそうだったんだ、職人なんていうのは（U氏）。

〈健康価値の低さ〉は、糖尿病やアルコール性肝炎で受診して、血液検査の異常を指摘されるなどしても、特に自覚症状がないことから、意識的な健康管理をしない事などの語りから抽出された。糖尿病や視力障害のあるN氏は、病院において実施する血糖測定について、以下のように語っていた。

血糖値を測ってあれしたのだって、前の晩から飯食わないで行けば、そりゃあ血糖値も下がってるじゃないですか。食事をした後に、1時間2時間たって、それで血糖値測って、数値が高いかなって言われれば、まだわかるじゃないですか。本当に当てにならないですよ。食わなきゃ血糖なんて上がるわけないんだから（N氏）。

アルコール性肝硬変を抱えるY氏は、10年前の血液検査の結果で肝機能低下を指摘されていたが、その後も飲酒を継続していた状況について、次のように述べた。

そのお医者に、内視鏡検査、胃カメラ飲まされて、それで、そのときは肝炎、アルコール性肝炎だけだったんですね。B型肝炎・C型肝炎じゃないから、ああ、よかったね。アルコールやめりゃあ、もうよくなるよって言われたんだけど、そのまま飲み続け。もう

アルコールは飲まないでって言われたんだけど、まあ調子が全然、なんたって自覚症状がないから。駄目ですね。どっか痛いとか何かなればあれなんですけど（Y氏）。

【精神的防御力の低さ】は、精神的な問題のみならず、それにより身体症状の増悪や、活動の抑制を引き起こし、それゆえ就労へ負の影響を与えていた。さらに、ストレス対処としても問題解決に至りにくい対処行動が多くみられ、ストレス源を取り除くための対処はほとんど行われていない状況であった。

### 5-3-3 社会的適応力の低さ

【社会的適応力の低さ】は、[自ら支援を求めることが困難]、[他者との双方向的な関係構築が困難]、[変化への対応力の弱さ]の3サブカテゴリーから成り立っていた。他者との穏やかで継続的な関係を維持することが困難で、問題が生じても他者の力を借りずに自分で対処しようとし、変化に対する適応が困難である傾向を示す。

[自ら支援を求めることが困難]は、〈相談相手の不在〉、〈自分で対処しなければならないという思考〉、〈ケアを要する家族の存在〉、〈頼ることが困難な家族〉により構成されており、頼ることができる他者の不在、または本人の信念により、問題が生じても他者の力を借りずに自己で対処する傾向を表していた。

〈相談相手の不在〉は、人とのつながりはあるものの、相談をするほどの間柄ではない、また、公的な機関で相談を拒否された経験などから抽出された。

無料低額宿泊所に入所しているT氏は、他の入所者とのやりとりについて、以下のように述べた。

（寮の人と話は）それはする。みんな老人ばかりだから。若いのは、いるけど（相談はしない）（T氏）。

B氏は、過去に仕事から離れて引きこもり状態になっていた時期、相談相手がおらず、孤立してい



た状況を述べた。

家庭持ってたらまた別なんでしょうけど、1人でしたんでね（B氏）。

D氏は、過去、経済的に困窮した際に市役所へ訪れたが、相談に応じてもらうことができなかった経験を次のように述べていた。

（以前は役所に相談しようとは）思わなかったですね。以前、A区にいたとき、（経済的な問題を役所に）相談したんですよ。10年以上前。そしたら、そういう方はいっぱい、そういう人はいっぱいいるって断られてたんですよ。ホームレスとか、そういうのはいっぱいいますからって言われて、ね。そうやって断られてたんですよ。ああ、なんだ、相談したって無理じゃんって思って（D氏）。

〈自分で対処しなければならないという思考〉は、もともと、問題があれば自分で解決しようという意思を有していること、また、そう思い込んでいたことなどの語りから抽出された。C氏は、問題が生じたときの対応を以下のように述べていた。

（困っても他者に）相談しないですね。自分でやっちゃう。面倒くさいんですよ（C氏）。

a氏は、うつ状態が最も重篤だった時期に、家族にも相談できずに自分で対処しなければと苦悩した経験を語った。

（娘達に自分の状態は）一切言わなかったです。俺がこうなってから（保護をうけてから）言いました。正直に言いました。それまでは言えなかったです、自分で。言わなかった俺も悪いんだろうけど、言えなかったですね（a氏）。

〈ケアを要する家族の存在〉は、心身の健康課題を有している親や、パートナー、子どもの状態などの語りから抽出された。

うつ病を抱えつつ就労支援を受け、さらに就労支援を受けている息子と同居するA氏は、その状

況を以下のように述べていた。

（子どもが）うつ病になっちゃって。（中略）（就労支援を受けている息子が）働かなかったら、病院通いも、具合悪い一方で、生活保護切れちゃうから。どうすんのよって言って。今悩んでいます。（息子は）死ぬしかないかなって、そう言うの。「お母さん、生活保護切られたら死ぬんだよね」って（A氏）。

J氏は、過去にDV被害を受け、糖尿病を持ち、さらに発達障害の子どもの養育をしつつ仕事をしていた。その当時の、自身のみでは対応しきれなかった状況を語った。

（子どもたちは）グレーゾーンなんです。診断的には発達障害、自閉症のアスペルガーと多動、2人とも。（中略）とてもじゃないけど（子どもだけで家には）おいていけないし、就いた仕事は5時までだったんで、どうしてももう子どもたち2人とも（学校から早い時間に）帰ってきてしまうんで、そのへんもズーッと母に頼んでおかなければならなかったんで、大変でしたね（J氏）。

片足を切断し、義足を使用しているQ氏は、地方での就職が決まっていたが、家族の精神的な健康問題のため、就労のため転居することを断念せざるを得なかった。

別れた妻は適応障害なんで、すごいひどいときがあるみたいなんです。（中略）（地方での就職が決定し）行く予定だったんですけど、（移動の直前に）別れたその嫁が、2階から転落事故を起こしちゃって、本当瀕死の重症になって。（中略）で、自分だけそっちに行くっていうことがちょっとできなくて（Q氏）。

〈頼ることが困難な家族〉は、親、兄弟、子どもとの関係性や、家族が抱える問題のために頼ることが難しい状況についての語りから抽出された。

K氏は実家で母親とともに生活をしている。二人の妹がいるが、彼女たちとは長期間関係が築けていない状況にあった。

妹たちとは、接触が一切ないんです、もう10年以上。近くにはいるんですけど、一切関わらない。もう10代のころから仲悪かったんで。3人が3人とも仲が悪いんですね

(K氏) .

O氏には弟がいる。詳細は語られなかったが、弟が金銭的なトラブルを起こし、それが発端となりO氏自身も生活保護を受けるようになった。その後、弟との関係は疎遠となった。

弟が1人いたんですけど、弟と2人暮らしだったんですけど、その弟がちょっとトラブルを起こしまして。その弟も保護を受けてますよね。別のところで住んで(O氏)。

[他者との双方向的な関係構築が困難]は、〈安定した関係維持が困難〉、〈異性への一方的な思い入れ〉、〈こだわりが強く、妥協が困難〉、〈他者への過剰な適応〉、〈他者への制限的な自己開示〉、〈激しい感情の起伏〉から成り立っていた。自分が合わないと感じる他者を受け入れることが難しく、自己の思考や意向の表現を制限してしまうため、他者と穏やかで継続的な関係を維持することが困難である状況が示された。

〈安定した関係維持が困難〉は、婚姻関係の継続が困難であったことを表しており、離婚経験についての語りから抽出されたラベルであった。e氏は自身の婚姻関係を以下のように述べた。

妻に、ずいぶん、迷惑掛けた。離婚されたの。バツ3人。(子どもは)2人いたんですけど、だから、今んとこ連絡取ってないですね(e氏)。

現在、無料定額宿泊所に居住しているc氏も、離婚とその後の子どもとの関係を語った。

もう子どもとか、そういうのも、ね、一切もう会えないっていうか、会わないっていうか、そういうあれになってる。私の原因で離婚して、で、もう会いたくないって言われまして、すっきり別れて、なってますから、何の楽しみもないっていうか(c氏)。

〈異性への一方的な思い入れ〉は、b氏の語りから抽出された。b氏は女性の存在が就労のモチベーションになると考えており、求職活動について以下のように語っていた。

ハローワークって一般の人でも、きれいな人がいるんですよ。あ、この人きれいだねって。パートの人。うわー、きれいな人。これ、何とかならないかなって。だから、仕事

じゃないんだよ。仕事を探しに行くのにね、女性。女性がいるから、ついね、きれいな女性がいる。うら若い女性がかawaiiのいっぱいいる。そう言ったら支援員さんに怒られた。あなたはどっちに来てるんですかって。仕事探しに来てるんじゃない (b氏)

b氏は、就労の必要性についても、女性との関係に関連づけて考えていた。

今は1人なんで、できればそういう方、ねえ、女性の方。1人2人かいるんだけど、やっぱりそれなりに稼いでこないと。俺は、だから今ね、そういう女性は当然いるんですよ。(旦那が) いないなら俺がじゃあ (付き合おうかと言った)。その代わり息子も一緒なんですけどって。あ、別にいいよつった。と言ったけど、そう言ったんだけどね。やっぱりもう少し稼がないと駄目なんだよ (b氏)。

〈こだわりが強く、妥協が困難〉は、自身が受け入れられない事項があると、上司などに対してでも妥協せずに対決する経験などについての語りから導きだされた。O氏は自身のこだわりと、それに対する感情、実際に行った行動について以下のように語った。

自分にこう、何ですか。こういうふうになくちゃいけないんだよって、かせをはめんのは結構好きですけどね。そう。いかないと、自分を裏切るようで、いやなんですよ。それが逆目に出ても、やっぱりそれは守りたいです。それで結構会社辞めてますからね。自分の進み方とかとこれは違うから。それに妥協するのは、いやなんですよ。そのところが結構ありまして、それで結構上司とぶつかりましたんで。それで、だから辞めたことが1回。いけないとは思うんですけどね (O氏)。

〈他者への過剰な適応〉は、K氏の語りから抽出されたものであった。K氏は、それほど親しくない他者に対しても気を遣って、自身を合わせてしまう状況を以下のように述べた。

自分ではそんなつもりはないんですけど、でも考えてみると、言われるとそうなのかなって。例えば、外食するにしても、どこへ行きたいって言うと、どこでもいいよって言っちゃうんですよ。何か食べたい物ないのって聞かれても、答えられないんですよ。相手が、じゃあ何々が食べたいから、どこそこへ行こうかって言われて、そこへ行ってメニュー見て、始めて決めるみたいな、自主性が、たぶん少ないと思っているっていうか。(中略)(仕事を)手伝うにしても、あんまり親しい人じゃないしなとか、あんまり得意じゃないんだけどなとかっていうのはあるんだけど、でもまあ私それやり方、知ってるしなとか思うと、手伝っちゃったりとか、言われると断りづらかったりとか。何で

断らなかったのかなみたいな、後で思っちゃうんですけど。（中略）（手伝った）相手も一度やっちゃうと、もう言えば大丈夫みたいになっちゃうんで、ドンドンドンドン今度は周りが思っちゃうんで、断りづらくなっちゃって（K氏）。

〈他者への制限的な自己開示〉は、家族や同僚に対して、本音を言わない状況などの語りから抽出された。M氏は、交通事故の後遺症による身体的な苦痛と、うつによる精神的な苦痛を有していた。就労は継続しているが、仕事仲間に対して自己開示できない状況にあった..

具合が悪くなって、やっぱり外に出たくないとか、人に会いたくないとか、家のことができない。御飯作れないとかいうのは、まだあるんです。まだそれを引きずりながら、外へ出れば元気に振る舞っちゃうんで、疲れて（M氏）。

うつを有しながらも、自営業を継続しているa氏は、仕事における他者への自己開示の状況を述べていた。

全部は出せないですけど、いまだにやっぱり自営やってるんで、出せない部分と出せる部分っていうのは、まだありますけど、自営ってやっぱりこう、結構そういうの。さらけ出せる（かどうかは）相手によるじゃないですか（a氏）。

〈激しい感情の起伏〉は精神的な健康課題を有する協力者の語りから抽出された。うつを抱えながら就労を続けているZ氏は、職場での感情の起伏について、以下のように述べた。

やっぱり理不尽なこととか言われると、おかしいことはおかしいでしょうみたいな。もう徹底的に上の方が、リーダー・班長さんとか。とかでも、関係なくって、すごいこう、攻撃性だって言われる。悪くなり始めてから、そうですね。その前までは、もうグーッと我慢する時期があったんで、何を言われてもはいはいって、やればいいんでしょう的な感じだったんですけど。けど今は何か、このリズムがちょっといま崩れているんですよ。もうカチーンって入っちゃうんですよ（Z氏）。

〔変化への対応力の弱さ〕は、〈就労に対する低い自己効力感〉、〈過去へのとらわれ〉、〈心身の負担となる職業を敬遠〉、〈予想していない事象への対応困難〉から成り立っていた。過去の職業や経験

へのとらわれがあり、予想していない事柄への対応も困難であることから、いままでに経験したことのない職業に就くという変化へ対応することが難しい状態が示された。

〈就労に対する低い自己効力感〉は、年齢や職歴などを理由とし、就職面接を受けても不採用になることも多く、もともと高くはなかった就労に対する自己効力感が、ますます低下する状況などが述べられていた。

断られることも結構あって、条件が合わなかったのかわからないですけど。自分でもだんだん仕事ができるんだろうとか。自信がなくなって、本当に仕事に就けるのかなとかいうのは、すごく心配で。はい。で、うつもあるので、不安になっちゃう (M氏)。

同居していた友人の介護のため、長期間仕事を離れ、友人が死去した後に生活保護を受けるようになったU氏は、再度就労することへの自信のなさを述べていた。

もう仕事しなくてだいぶなるからね。15年ぐらい仕事してないから。心配なんだよね。大丈夫かな。できんだろうかねってね (U氏)。

〈過去へのとらわれ〉は、過去に高収入を得ていた協力者の発言内容から抽出された。現在と過去の状況のギャップについて、やや自虐的に語られていた。

(稼いだお金が) どういうところに行っちゃったんだか。いま考えてもわかりません。ただ、とてつもない暮らしはしてました。月70・100万の生活をしてやってたんです。それをしたいがために、すべてを犠牲にしてきたから。そう、1年間休まない日もあった。人と違う暮らしをしたかったら、やっぱり何かを犠牲にしなきゃいけないわけで、(中略) たぶん時間を犠牲にしてきたんで。(X氏)

大学を卒業し、親の介護のために40代で離職したb氏も就労で高収入を得ており、当時は経済的な苦労はなかった。

40代半ばぐらいまでは頑張ったんですよ、本当に。(中略) だから、それまでは給料

だって 40 万ぐらいあって、ボーナスは 100 万。(中略)まあ苦労はなかったんですね。四十幾つで辞めて、結局、会社は上乗せっていう形で出してくれたんですよ。約 2000 万ぐらい出してもらった (b 氏)。

〈心身の負担となる職業を敬遠〉は、新たに習得すべきスキルは求められず、他者とのかかわりも最小限で、力仕事ではない職業を希望し、心身の負担となり得る職業を敬遠する傾向を示している。

アルコール性肝硬変を持つ Y 氏が希望する仕事は、短時間の軽作業であった。

パートタイムで旅館の掃除でも、あと軽作業、倉庫とか、もう軽作業で、時間が短い時間、1 日 4~5 時間ぐらいの仕事だったら、できないことはない。まあ 1 週間にそれも 3 日か 4 日せいぜい働いて、それぐらい (Y 氏)。

過去に飲食店店主や運送の仕事を行ってきた C 氏であるが、糖尿病の治療に伴う副作用が出現していることもあり、責任のある仕事は避けたいと希望していた。

ちょっと調子が悪いときとか、そういうのは、もうあなたに任せますみたいな、責任を負わされると自信がないんで (C 氏)。

S 氏は長期的に建具職人として生計をたててきたが、がんへの罹患と治療をきっかけに廃業した。もともと車の運転が好きだったこともあり、運転の仕事を考えていたが、事故のリスクを考えて躊躇していた。

車の運転でもしようかと思ったんだけど、それも年取るとみんないま事故が多くて、よく支援員さんとも相談してんだけどね。それやめてっから、駐車場の整備とか、そういうので、4 時間か 5 時間ぐらいのパートで。駐車場のね、誘導何かあるから (S 氏)。

〈予想していない事象への対応困難〉は、普段の生活の中でも、自身で予想していた状況から逸脱することにより、その後の対応が困難となることなどの語りから抽出された。J 氏は日常生活においても、予定が変わることに対して強いストレスを感じ、さらに対応が困難になることを述べていた。

取りあえず夕食の支度の買い物をしようって、取りあえずそこだけだねって思って

出ても、そこにこう用事を幾つか組み込むと、（中略）あー、もう私行けない。例えば、あれをしなくちゃこれをしなくちゃって頭に描いていて、最終的にここに行かなきゃって思うと、どこかしらで予定が狂ったりすると、もうそこがストレスになる（J氏）。

K氏は、過去に品出しの仕事をしたものの、急きょ他の仕事も依頼されて戸惑った経験について語った。

メインの仕事は、そういう品だしとかなんだけど、相手先へ届けてほしいとか、取りに行ってもらいたいとか、そういうのもあるから、そっちもやってほしい。こっちも一緒にやってほしいみたいなのがあって（困ってしまった）（K氏）。

【社会的適応力の低さ】を概観すると、多くの協力者が他者からの助けを得るよりも、自身での対応を心がけており、〈他者への制限的な自己開示〉をする傾向が語られていた。変化への対応力も弱く、協力者のほとんどが〈心身の負担となる職業を敬遠〉するなど、就労へも負の影響を与えていた。

#### 5-3-4 自己流の健康管理

【自己流の健康管理】は、[苦痛の再燃予防を目的とした健康行動]、[現状維持のための健康行動]サブカテゴリーからなる。自己の健康状態の維持、または過去の苦痛を伴う体験の再燃を避けるために自分自身で考案し、継続している健康行動を示す。苦痛の再燃を防ぐために依存物質の制限、食事、運動、休養、精神的・社会的な健康を保つための取組や、現状維持のために意識して取り組んでいる定期的な運動、食事の工夫などの健康行動を表していた。

【苦痛の再燃予防を目的とした健康行動】は、〈依存物質からの離脱〉、〈苦悩した体験へのポジティブな意味づけ〉、〈苦痛の再燃を予防〉、〈他者との関係の維持〉ラベルより成り立ち、過去の苦痛を伴う体験の再燃を避けるために継続している健康行動を示したものであった。依存物質の制限、食事、運動、休養、精神的・社会的な健康を保つための取り組みも含まれた。



〈依存物質からの離脱〉は、禁煙と禁酒についての語りから導きだされた。

a 氏は、仕事場でのコミュニケーションツールとしても喫煙をしていたが、がんへの罹患をきっかけに禁煙した。

一番（たばこを）吸ってたのは、（1日に）二箱。休憩所があつて、そこで吸うから、1本自分が付けて消したばかりで、ほかの人が吸っていると、つい持って行っちゃうんですよ。はい、面白いもんで、タバコ吸いながら。自然に手がっちゃうんですね。しゃべってても、すぐにこっちが火付けると、ああ、俺もってなる。連鎖反応でみんな吸っちゃうんですね。もうそれでね、病気やってから、（たばこは）ぴったりやめたんですよ（a氏）。

肝機能障害を指摘され禁酒を勧められたが、自覚症状がなかったため飲酒を継続し、肝硬変から食道静脈瘤破裂を経験したY氏は、食道静脈瘤破裂による経験をきっかけとし、飲酒をやめた。

（以前は）あんまり、（お酒を）飲むなって言われてっから、一応やっぱり制御は、少なくはしたんですけどね。やっぱりどうしても飲む過ぎちゃうっていうことが、たまにあつちやつたりして。食道静脈瘤がパンクして吐血して、救急車で運ばれて、そして、1週間で退院してきたのかな。（中略）もうそこからは、もう2年ぐらい飲んでなかった。今、もう（飲酒は）やめた（Y氏）。

〈苦悩した体験へのポジティブな意味づけ〉は、b氏、P氏の語りから抽出したラベルであった。40代までは順風満帆な生活を送っていたb氏は、離職以降生活が困難となった状況の意義を以下のように語った。

やっぱり四十幾つかの、やっぱり20年近いから、あれが私にとっては無駄ではなかったんです。これからの六十幾つでステップアップ行く。なれば、そういうのがあるかもしれない。そういう何か例がないあれかもしれないです（b氏）。

生活困窮者自立支援法における就労支援を受けているP氏は、自身の経済的に厳しい状況についても、ポジティブに捉えるように意識していた。

いいほうにいいほうに、自分で考えるようにはしてますね（P氏）。

〈苦痛の再燃を予防〉は、過去の生活習慣などから生じた身体的苦痛を、もう二度と経験したくないという希望がモチベーションとなり、継続的に実施している健康行動を表す。長期的に運送の仕事をしてきたV氏は、ヘルニアも有していた。再度ヘルニアによる疼痛を感じたくないことをモチベーションとし、日々の健康管理を継続していた。

ヘルニアは3回ぐらい病院で。また注射が痛いんですよ。あれが痛くてさ。でもやっぱり歩けないからさ。1週間ぐらいで引いてきて、また1カ月後ぐらいに打ったりするんだ。腰痛もちは歩いたほうがいいっていうから。で、いま朝寒いけど、歩いてる。あの腰の痛さはもうだつてさ、いやだもん。腰のほうはこここのとこ（薬を飲んでいない）（V氏）。

〔現状維持のための健康行動〕は、〈他者との関係の維持〉、〈定期的な運動の実施〉、〈可能な範囲での食事の工夫〉からなり、個々が有している健康問題の改善には直接的に影響しないものの、現状維持のために意識して取り組んでいる健康行動が示された。継続的に行っていた健康行動が就労後の適応に影響を与えたとの語りもあった。

〈他者との関係の維持〉は、他者と意図的に実施しているコミュニケーションや関係構築についての語りから導きだされた。

自立支援法による就労支援を受けているP氏は、他者との関係の維持と健康のつながりについて語っていた。

やっぱりこれ（人とのつながり）がなくなったら、健康ではなくなっちゃう。（中略）だからやっぱり、いろんな人としゃべるっていうのも、健康の秘訣だと思ってるし。苦になる付き合いは疲れますよ。そうじゃなくて、自分がちょっと外へでて、ただすれ違うだけで、おはようございます、こんにちは、のね、あれでもいいんですよ。だから、それもやっぱり健康。だから、いろんな人と会うわけじゃないですか（P氏）。

首から上肢への原因不明の疼痛に悩まされているR氏であるが、普段から意識的に他者とのつながりを維持することを心がけており、その意義を認識していた。

年上だろうが年下だろうがなって付き合えるような、場所で飲んだり食べたりもあるし、運動したりするのもあれば、できればそういうところでコミュニケーションを取って、いろんなことも起きるけども、そうやっていろいろ、そういう場に自分が出て行かないと駄目だと思いますよ。つながっていかないと、生活も孤立しちゃうし、人間的にもう落ち込んじゃう。だから、引きこもりみたいになっちゃうから。何でもいいからとにかく、誰でもいいから会話を、できるときは会話をすればいいし(R氏)。

〈定期的な運動の実施〉は、意図的に実施している身体活動についての語りから抽出したものである。多くの協力者は時間の余裕があることから、長時間のウォーキングや、自転車に乗ること、また自分だけで行える運動を行っていた。筋力増強のためのトレーニングや、水泳、他者とともに行う運動などについての発言はなかった。就労に関連したストレスから、アルコール依存状態に陥った経験を持つE氏は、意識的に行っている健康行動について、以下のように述べた。

規則的な運動をする、食事をちゃんとする、散歩をして気分転換を図るなどを意識的にしています(E氏)

H氏は、インタビューの直前に就職がきまり、仕事を開始していた。新たな仕事は屋外の清掃業務であった。短時間の休憩時間はあるものの、4時間ほぼ歩き通しで仕事を行うことになった。就職前より、30分から1時間の散歩を行っていたが、この運動を行っていたからこそ、現在の職業に就くことができたと感じていた。

(健康のために行っていたのは)散歩。30分。長ければ1時間ですけど。動けないと動けなくなっちゃうかもしれないから、わざと動いてないといけなくなつて。(中略)散歩、もしくは、自転車に乗ってる。だけど、散歩とか自転車やっとなかったら(今の仕事は)どうなんだろうという。続かなかっただろうなって。

〈可能な範囲での食事の工夫〉は、9名が行っている健康行動であった。特に無料定額宿泊所に入所している協力者の多くは、宿泊所で提供される食事のバランスの悪さを認識しており、栄養バランスを改善するために自身で野菜を追加することを心がけていた。また、塩分制限、暴飲暴食を避ける、

カロリーの高い食品を避けるなどの工夫が述べられていた。リウマチのために、膝や足関節の疼痛のある G 氏は、無料定額宿泊所の食事と、自身が行っている工夫について述べていた。

本当の素人が作るんで、栄養バランスっていうのは、もう偏ってしまってるんですけども。できれば自分も、夕食は食べるんですけども、できる限り朝と昼は、生野菜を自分で買って、食べるようにしてるんです。（昨年から）急に太ってしまって、ほんで、足にも負担を掛けてしまうだろうって思って、ほんで（3 か月前）から、笑われてしまうかもしれないけど、ダイエットみたいなのをしてるんですね。ほんで、今まで朝昼晩3食食べてたんですけども、いま御飯は夕食のみの1杯でおかずと、ほんで朝はもう、朝昼は御飯食わずに、もうそれこそ朝は、昼は生野菜を食べて、そんで、夜は3食。おかげさまでこの3カ月で大体、9キロ近く痩せて（G氏）。

糖尿病の治療をしながら独居をしている Q 氏は、過去には暴飲暴食をしていた時期もあったが、現在は食事や飲酒を抑制できるようになっていることを語っていた。

昔はまあ、狂うように酒飲んだりとか、暴飲暴食したけど。今はもう、ほら、お酒ももう10年飲んでないし、別にあんまり暴飲暴食しちゃうと自分の体が、血糖値が上がってぎっくりぎっくりに（調子が悪く）なっちゃうんで。食事の管理だけでも、ある程度自分で抑制してそういうところで抜くところはないんですよ（Q氏）

一人暮らしを続けている O 氏は、以前より高血圧を指摘されており、腎機能も徐々に低下しているため、普段より減塩を心がけていた。

おみそ汁は、お湯で薄めて半分しか飲まない。物には醤油はほとんどかけない。だから、のりを醤油を付けて食ったことがない。海苔の佃煮とかも駄目です。魚にも醤油はかけないです。（中略）料理に塩を使うっていうよりは、ほとんどしてないですね。スパゲティーをゆでるときの塩とかは、入れてますけど、それ以外は（ほとんど塩を使わない）（O氏）。

〈自覚症状の観察〉として、血圧測定や、症状の原因を探るなどの行動について述べられていた。

高血圧のための内服薬を服用している B 氏は、自覚症状と血圧の数値が連動していると感じており、内服薬の効果も実感していた。

高血圧はちょっと（ある）。それも薬飲んでるんですけど。ただちょっと（薬を）飲まないで、やっぱり血圧 160 以上いっただりしますけど、（薬を）飲んでれば平均のあれ（正常範囲内）で、治まっていますけど。（中略）ちょっと（薬を）飲まないと、（血圧が）上がりますからね。それは自分でもわかりますから。時々（血圧を）自分で測っています（B氏）。

上肢のしびれと握力の低下のある c 氏は、長期的に整形外科を受診していたが、2 年経過しても症状が緩和しなかったため、症状を詳細にとらえ、その原因を自身で探った。結果、他院において症状の原因が特定された。

2 年たっても全然治らないんです。かえってひどくなってね、しびれが。インターネットでネット検索したらば、何か首からきてるような気がするなと思って、その病状を調べたらば、何か俺のやってるそのしびれとか、何かちょっとそれっぽいなと思って。それ（検査）をやったらば、中期、中期というか、骨の中に何か、血管とか、その脊柱管。そのあれが狭くなって、血圧のあれが、中期だって言われた（c 氏）。

自己流の健康管理ではあるが、中には過去に経験した苦痛の再燃予防を目的とした健康行動もあり、現在の健康状態の維持に大いに役立っていた。さらに、協力者の約半数が〈定期的な運動の実施〉をしており、就労にポジティブな影響を与えていた。しかしながら、協力者により語られた運動は、単独で行える「散歩」や「自転車に乗る」ことであり、他者と楽しむスポーツや活動を実施しているものは全くいなかった。

## 5-4 就労意欲に影響を与える関連要因

分析過程において、健康や就労意欲に影響を与える要因の存在が認められ、影響要因として抽出した。影響要因として、24 ラベル、7 サブカテゴリー、3 カテゴリーを抽出した。健康や就労意欲に影響を与える要因として、【就労に対する抵抗感の低さ】、【生活保護廃止への不安と葛藤】、【社会から排除されているという認知】の3 カテゴリーが抽出された。

### 5-4-1 生活保護廃止への不安と葛藤

【生活保護廃止への不安と葛藤】は、[健康問題を理由とした再就職への諦め]と、[就労により生活状況が悪化するとの予見]の2つのサブカテゴリーから成る。就労による自立と生活保護の継続を比較し、生活保護継続による利益が勝っていると感じ、生活保護廃止へ不安を感じている状態を示す。特に生活保護が長期化することで、強まる傾向があった。

[健康問題を理由とした再就職への諦め]は、〈過去の就労で経験した心身への過負荷〉、〈就労による健康問題再燃への恐れ〉、〈医師による就労可との判断への戸惑い〉のラベルから成りたっていた。〈過去の就労で経験した心身への過負荷〉は、生活保護に至った健康上の理由が、過去の就労に起因したものであることが語られていた。

C氏は、様々な職業を経験しているが、生活保護受給の直前には、配送の仕事を行っていた。多忙な業務の中、転倒により負傷し、それがきっかけで解雇となった経験を述べた。

やっぱり繁忙期だって、お歳暮・お中元の時期は、宅配はもうメチャクチャで。そしてもう仲間は、もうみんな車で、布団持ってきて寝る、冬の間はもう寝て。朝はもう6時ごろから荷物の仕分けとかしないと間に合わないし。最終で行ったんは、B社（宅配業者）で働いてたんですけど。ちょっとケガしちゃったんですよ。入って、入ってどのぐらいでケガした？ 2〜3カ月で、転んじやった。ある日、荷物持って階段で転んじやって、肘打って、こんなに腫んで水がたまっちゃって、で、労災で病院へ行ってたんだけど。そのときちょっとせきも出ちゃって。そういうのが重なって、ちょっと長期休暇しちゃって。でも、まあ一応、この間、最終的に復帰できるかなと思って聞いたけど。やっぱりちょっともう難しいって（解雇された）。B社へ行ってるときは、やっぱり時間に追われるから結局。やっぱり走り回って。で、雨の日にC町（海沿いにある町）で配達してたんで

すけど、多いんです苔が、あっち(C 町)っていうのは(そのため、転倒しやすい状況だった)(C 氏)。

土木関係の仕事を長期間行ってきた d 氏は、仕事の影響で腰を痛め、現在でも鎮痛剤を服用しつつ、リハビリテーションも続けていた。

土木関係をやってたんですけどね。道路とか、あと駐車場のそういうアスファルト何かいろいろ、土木でもいろいろ、一応そういうのを一通りやってきたんで。そういう仕事をして腰を痛めて、それでもうちよつとね、腰痛になってみんな、もう半分ヘルニアみたいなので、たまにちょっと病院へ行ってリハビリをやる。今もやっておりますけど。だから、重いもん持ったり、そういうのはなかなか。ちょっときつい仕事はね。荷物持ちながらこうやって運んだりするのは駄目(d 氏)。

〈医師による就労可との判断への戸惑い〉は、R 氏と c 氏の語りから抽出された。本人は健康問題から、その時点での就労は困難であると認識しているが、その状況が十分に把握されないまま、医師から就労可と判断されることに対する戸惑いや、憤りが語られていた。

R 氏は頸部から上肢への原因不明の疼痛に悩まされているが、就労に対する意欲は高い。しかしながら、身体的な苦痛があるため、現状は働くことが可能であるとは考えられずにいた。そのような中で、医師から就労可の判断が出されたことに対する憤りを述べていた。

役所の人が病院とかへたまに行かれて聞くじゃないですか。この人はどういう状況ですかと。働ける。そんな話(就労に関わる話)もしてないです。前にも言ったけど、きちんと。先生とそういう話してない。働けたら働くのは当たり前だよ。短時間でも。そういう状況にないでしょうって。そういう話もしてませんよって私は言ったんです。少しこう何か、CT のその画像にこう、よくわかんないけど、私がこうやって見たってわかんねえ。(中略)その前からまあ、メモはしてたんですけど、ノートにも先生がこう言ったって、こうメモ書いて、で、それで、あ、これじゃあ駄目だって言った機会にそれを見てもらって(R 氏)。

c 氏は脊柱管狭窄症による上肢のしびれと握力の低下、さらに脳梗塞後遺症のため下肢に麻痺があった。c 氏は現状では就労は無理だと思っていたが、医師は就労可能との判断を出した。しかしなが

ら、その後も症状が悪化し、判断を出された時点での状態と現状に乖離があった。

(症状自体は) ひどくなってるんですけど. かといって, 就職活動ができないわけじゃないんですね. だから, ちょっとびっこだけど歩けるし, 書けないけど, 一応できる仕事があるんじゃないかっていうふうなあれだから, お医者さんも, 本人がやるんなら. やる気があるならば (就労することは可能). ただ軽作業で, 時間短く, 体を冷やさない仕事だったら, 大丈夫じゃないかなっていうあれ (判断) だったんですけど, 何か最近変わってきて, こっちもしびれるようになってきて. で, 夜なんかは最悪ですよ(c氏).

[就労により生活状況が悪化するとの予見]は, 〈生活保護と同等の収入を得ることが困難〉, 〈漠然とした将来への不安〉のラベルから成りたっていた. 協力者の多くは就職活動を行っているが, 年齢や健康状態が障壁となり, 就労に至らない状況が続いていた. 就職活動先はパートタイムの清掃業, 旅館業, 警備などであり, フルタイムでの就職は困難だと捉えていた. 就職が決まり, 生活ができる程度の収入を確保できたとしても, 医療費や教育費の自己負担を考えると, 現在の状況よりも困難な状況になる可能性があり, さらに不安の対象が明確ではないが将来への不安を強く感じていた.

〈生活保護と同等の収入を得ることが困難〉は, 心身の健康上の問題, 年齢, スキルなどの課題により, 就労により生活保護と同様の収入は見込めないなどの語りから抽出された.

C氏は50代であり, 糖尿病を有する. 健康の課題を有する家族を抱えており, 就労に対する意欲も高かった. しかしながら, 就職活動は年齢と疾患のために容易ではないという状況を述べた.

これ難しさっていうのはね, やっぱ人それぞれだと思うんです. 私の場合はもうね, 病気と今はあと年齢. もう正社員で採ってくれるところでもうほとんどないんですよ. もう9割方ないんじゃないですかね. よっぽど何か手に職でも持っていない限りは(C氏).

現在50歳代のQ氏は, 下肢切断をしているため採用を検討する企業は限られていると感じている. さらに障害者年金も受給できていない状況であった.



左足の切断が関係ない業種っていうのも、だから自分的に、いま考えてはもちろんいることなんですけど、なかなかないんですよね、そういう（仕事）。障害者年金はだからね、やっぱり受給されてないんですよね。景気のよかったときに、ちゃんと申告してなかったのかっていうのがあるみたい。それもあるみたいなんですけど。前にいた会社は、だから厚生年金とか、社会保険だったんで、ちゃんとそういうのをやってくれてたんだけど、その年数だけだったらしくて、何か年数がたないとかって言われて（Q氏）。

H氏は就労支援を受けて、インタビューの直前に就職先が決まった。脳梗塞の後遺症があり、定期的に通院している。就労ができて、身体状況や本人を取り巻く環境が大きく変化するわけではなく、就労できたからすぐに保護を抜けることは困難であると捉えていた。

まだこれからね。就職できました。保護抜けてくださいってなっちゃうと、ちょっときついがある（H氏）。

〈漠然とした将来への不安〉は、K氏とN氏の語りから抽出された。就労はしなければと思いつつも、具体的な活動には結びつかず、不安を抱えていることが述べられていた。人と対面するのが苦手で、一時期、不眠症のために精神科通院をした経験を持つK氏は、漠然とした不安について以下のよう語った。

仕事しなきゃいけないんだけどなとか、あれやんなきゃいけないんだけどなとか、頭ではどうしようって思ってますね。漠然とした不安が、ズーッとありますね。ズーッとどうしようかな。でも、何も起こらないし、何がどうしようなのかっていう根本的なことは、自分でもわかってないんですよ。ただ、どうしようってズーッと思ってるだけで。何か仕事どうしようとか、これからどうしようとか、そういうのだと思うんですけど、何をすればいいやとか、どうすればいいやとかじゃなくて、漠然とした不安なんですよ。だから、説明できないんですよ、漠然としてるから。こうこうこうで不安なんですとかっていうんじゃないんですよ（K氏）。

このカテゴリーに該当したのは、生活保護を受給しているすべての協力者の発言であり、ほとんどの協力者が今後就労できるか不安を抱え、さらに就労できたとしても〈生活保護と同等の収入を得ることが困難〉であると捉えており、就労意欲に対してネガティブな影響を与えていた。

#### 5-4-2 社会から排除されているという感覚

【社会から排除されているという感覚】は、[再就職に至らないことによる挫折感]、[生活保護受給に対する否定的な認識]、[地域とのつながりが制限された生活環境]サブカテゴリーから成り立っていた。

[再就職に至らないことによる挫折感]は、〈再チャレンジの機会のなさ〉、〈度重なる不採用〉、〈保有技能と求職の不適合〉、〈バリアフリーでない職場環境〉から成りたっていた。これまでの生活歴や健康状態、保有しているスキルはあるものの、それを活かせる職場がないこと、生活保護を受給していることが影響して再就職に至らず、挫折感を抱いている状態を表していた。

〈再チャレンジの機会のなさ〉は、中途障害や、犯罪歴を理由とし、就労に至らない状況の語りから抽出された。

Q氏は下肢切断という障害を抱えながら就職活動が続けているが、再就職に至っていない。

僕なんかは、要するに障害者なんですけど、要するに結局、頭とか、そういうんでちょっと（重度の障害者は）、手厚く国とか、そういう施設とかで、そういう働くところのステージを与えられて、送り迎えもしてもらって、させてもらっているじゃないですか。でも、ねえ、結局、中途半端な障害者は、その中途半端な障害を理由に断られるのが多いのかなっていうのが、すごい自分で、それは本当に痛感しますよね（Q氏）。

過去に服役したものの、刑期を終え、心機一転新しい生活をすることを目指しているD氏は、保釈後、更生保護施設に居住しながら、就職活動を行っていた。更生保護施設とは、「懲役、禁錮又は拘留につき、刑の執行を終わり、その執行の免除を得、又はその執行を停止されている者などの改善更生に必要な保護を行う施設のうち、受給者を宿泊させることを目的とする建物及びそのための設備を有するもの」である<sup>80)</sup>。しかしながら、応募した会社から、更生保護施設に居住していることを理由として、就職面接すら断られた経験を持つ。

求人雑誌で、応募したんですよ。応募して、（中略）面接、待ってたんですよ。（中略）なかなか電話こなくて、で、また催促したら、担当者いないって1回目言われて、不在ですって言われて、次また掛けたら、「あなた、自分の住んでるところ、わかってるでしょう」

って言われたんですよ。自分の、ちょっとこれ見る人はわかるんだけど。ちょっとね、向こうでインターネットで調べると、すぐわかるそうですよ。住所がね、NPO 法人になってるんですよ。それ見て、「この A 寮とは、どういうところですか」って言われて。どういふところかって。「調べたらね、わかりますから」って。載ってますよって言われたですもんね (D 氏)。

生活保護の受給者には、親族との関係が疎遠な者も多く、就職やアパート居住の際、保証人を確保することが困難な場合も多い。宿泊所に居住する N 氏は、過去の金銭トラブルのため、家族とは疎遠になっており、家族に保証人を依頼することは難しい状況にあった。

清掃業でも最近保証人を取る会社は、多いんですね、非常に。だから自分の場合も、保証人がいないもので、だから、なかなか清掃、そういった会社も決まらず。近所の清掃業者みたいなのは、保証人いないよっていうところも行ったりはしてるんですけども、(中略) 保証人がいないよっていうところになかなか受からず (N 氏)

〈度重なる不採用〉は 5 名の語りから抽出された。身体構造や症状による不採用や、原因が分からないまま、不採用が続いているなどの経験が語られていた。片側の下腿が義足である Q 氏は、50 件以上の求人に応募したが、すべて不採用となっていた。就労支援員やケースワーカーから、求人があるのだから就職はできるだろうと言われることに対して憤りを感じ、さらに心理的な影響についても語った。

当事者になってみねえとわかんねえだろうっていう。まあ周りは、いや、そんなの広告幾らでも出てるじゃんって言われるんですけど、いや、確かに出てますよ。で、出てますけど、じゃあ実際問題、自分の身に代わってみて、電話して、こういう状況なんですけどって電話して、使っていただけますか。面接してもらえますかっていうのを、50 件電話してみろって言いたくなるんですよ。そういう部分ではやっぱりそういうふうになってみないと(不採用が続く状態にならないと)、わからないのかな。でも、だからって、あのう、ねえ、そんなんでも下向いてても、自分の先のことなんで、なるだけ下向かないように下向かないようにと思うんですけど、やっぱりこう、10 件も 20 件もね、電話してね、全く同じことを返されるとさすがにね (Q 氏)。

W氏は、喘息、高血圧のため内服治療しているが、自覚症状はない。長期的に製造業の仕事を続けてきたが、数年前にリストラにあい失職し、現在に至る。不採用が続いているが、不採用の理由が分からないため困惑していた。

ここ1年近く仕事を探しているんですけど、面接したり何だかんだしてるんですけど、なかなか受かんなくて。何ですかね。年齢的に駄目なんですよ。それがあれなのかとか、いろいろ考えちゃうんですよ（W氏）。

〈保有技能と求職の不適合〉は、5名の語りから抽出された。過去の職歴、免許、資格などを有しているものの、それに合致する求職がなく、就労に至らない状況が述べられていた。e氏の健康状態は良好で、10年間ブランクはあるものの過去に長距離トラックの運転手をしており、様々な資格を有している。しかしながら、自身の持つスキルを活かした求職は限られていた。

（大型車の運転は）難しいっていうか、車自体が新しくなってるじゃないですか。全然違うから、やっぱし。乗ってない時期が長いじゃないですか。10年。そうなるとやっぱり自分も考えちゃう。トラックに乗ることもできるし、免許証、免許証、（複数の免許証を見せ、）資格はいっぱい持ってるから。だからよく言われる。宝の持ち腐れって。そんだけ持ってたから、何とかしろよ何て。そんなこと言ったってね、ないんだもん。しょうがないですよ。今んとこ別にどうのこうのっていうのは、ないですけどね。自分が今持ってる資格の溶接とかじゃあ、そういうような類でも別にかまわないなと思ってるんだけど、もうそんなないじゃないですか。（近くに）工場がないんです（e氏）。

S氏は建具職人として50年以上の経験を持つが、狭心症発症後に廃業している。建具職人としてのスキルはあるが、建具を取り扱う仕事自体がほぼなくなってしまい、再度同じ仕事に就く可能性はないと捉えていた。

もともとの仕事はもう、ほとんどないんですよ。手で作る仕事ですからね。和室がなくなってる。いま新築建ってるのみんなユニットで、大工さんは枠から全部付けていっちゃうからね（S氏）。

〈バリアフリーでない職場環境〉は、過去に建築関係の会社を経営していたQ氏の発言から抽出された。経営者としての経験から身体障害者の雇用のバリアについて、以下のように述べた。

障害者を現場で雇うと余計お金が掛かっちゃうんですね。要するに、雇うなどとは言っていないけど、雇うんだったらこれだけの設備をして雇ってくださいねっていう指針らしいんです。1人のために、何百万何千万ってもし掛かるのであれば、雇わないほうが、現場の経費を、ほかの物につぎ込めるじゃないですか。だから、一応こういう指針はあるんだけど、裏を返せば、もう実現不可能みたいな。（中略）ケガされたらこうやって全部こっちのせいになっちゃうし。安全管理をちゃんとしてないおめえんところが悪いんだってなっちゃうし。ねえ、そんなもんなんだ。高いリスクを自分で背負う必要もないわけじゃないですか。そこらへんがたぶん、（中略）面接の担当官の方たちの考えなのかなって、自分では思いますね（Q氏）。

〔生活保護受給に対する否定的な認識〕は、〈生活保護受給を理由とした就労拒否〉、〈生活保護受給に対する心理的抵抗感〉から成り立っていた。生活保護受給者であることを受容しきれず、さらに生活保護を理由とした不採用を経験し、より否定的な認識を高めている状態であった。

〈生活保護受給を理由とした就労拒否〉は、3名の語りから抽出された。就労活動において、生活保護を受給していることを伝える必要はないが、無料低額宿泊所での居住は、生活保護受給を表しており、面接先が住所などを調べていると、面接で宿泊所のことを聞かれ、結局は不採用になるという状況が述べられていた。

相手側がもう、こいつはそのう、もう住所とか見るとわかるんですね。生活保護を受けてる施設の者だっていうのは。面接へ行って、ここの住所で。あれ、ここの住所ってあれなんじゃないのとか、まあ言われたこともあるんですね。そういったあれもあって、なかなか受からず（N氏）。

〈生活保護受給に対する心理的抵抗感〉は、6名の語りから抽出された。生活保護に対して、税金の無駄遣いであるといった発言や、同様に生活保護を受けて無料定額宿泊所で自堕落に過ごす住民に対する批判的な発言が聞かれた。

a氏は、生活保護を受給していることは「人には言えない」と話していた。

（生活保護を受けること）それもいやでしたね。もう恥ずかしい話だけど、（生活保護の）お世話になっちゃってるから、もうしょうがないんですよ。本当、人には言えないで

すよ、みっともなくで。こんな悲しいこと言えねえですよ、みっともなくで。でも、しょうがないんだよなって、我慢するしかないときもあるんで (a 氏)。

c 氏は無料定額宿泊所で、リーダー的な役割を果たしている。自堕落に過ごす入居者を批判的に捉えており、彼らは「自分とは違う」と捉えていた。

(パチンコなんて、楽しめるのは) 一瞬ですよ。そうすると、もう楽しみもない。今度は横になって、タバコも買えなくて、何も面白くないような生活のやつばかりなんですよ。でも、私は違う。(中略) 1 カ月 (使える金額は) これだけだよつたって、去年あたりからもう減らされたんですよ。もう本当に 2 万ぐらいしか残らないで。それなのに、1 日で競馬とかパチンコで、1 日で、なくなっちゃうんですよ。だから、(自堕落に過ごす無料定額宿泊所の入居者は) 落ちるべくして落ちた人なんだよね。落ちてきた人。たぶん、そういう人たちは年金も、たぶん (もらえない) そういうところに働いてないわけだね。ちゃんとした企業というかね。だから、日雇いでやっている人が、ほとんど。話を聞くとね、年金すら知らないって言う人が、結構いますからね。結局貧乏人は、上に上がれないっていうね。ズーッと下の底辺の生活 (c 氏)。

[地域とのつながりが制限された生活環境]は、〈孤立した生活〉〈自由な生活の制限〉からなり、経済面も含め、不自由で孤立した生活をせざるをえない生活環境を示す。

〈孤立した生活〉は、無料定額宿泊所に居住する 3 名の語りから抽出されたカテゴリーであった。集団で居住しているものの、ともに食事をとることはあっても、意図的なコミュニケーションをとっておらず、結果的に孤立した生活を送っていることが推察された。

D 氏は、生活の中で宿泊所の住人と会うこともほとんどなく、食事時のみに出会うが、会話はできないことを述べていた。

(宿泊所の住人との会話は) たまにですね。あんまり話はしませんね。会うのは、食事のときだけ。朝夕、夜か、そのときだけは会いますけど。食事のときは、一切 (話しては) 駄目 (D 氏)。

40 代の N 氏は、宿泊所での現在の生活状態を、時間が有り余っている状態と表現し、以下のように説明した。

今はただ、もう飯食ってテレビ見て寝るみたいな感じなんでね。ええ。もう時間が有り余ってるというような状態なもんで。（時間があると余計なことを）考えるときもある。あとはもう、あれですよ。携帯でゲームやるしかないなと（N氏）。

〈自由な生活の制限〉は、8名の語りから抽出された。ほとんどが無料低額宿泊所に入居している協力者が、自由に使うことが可能な金額が制限されており、就職活動にも影響があることを述べた。

無料定額宿泊所に入居しているe氏は、無料定額所の住居環境と、月々の利用料を説明した。

普通の6畳ぐらいのワンルームのところを2人で入ってるんですよ。約2畳半ぐらいのそこへね。普通の人には、ストレスものすごい感じますね。ただ私はそれほど、よほど変な人じゃなく。よほど暴れたりとか、酒飲みとか（でなければ大丈夫）。（中略）（月の利用料は）高いですよ。だって、9万6000円。だから、今回もやっぱり就労支援受けて、家賃とか払うじゃないですか。結局残る金が1万か2万ぐらいしかない。遊ぶ金はないです。別に遊びたいとは思わないけど（e氏）。

過去に無料定額宿泊所に入居し、現在は公営住宅で独居をしているU氏は、無料定額宿泊所を「人の住むところじゃない」と形容し、住居環境や食事について、以下のように語った。

住むところあったらみんな（無料低額宿泊所を）出たいんだよ。（中略）人間のいるところじゃない。（外出時などにノートに）書くのはどこでも書くと思うんだけど。だって、今どきエアコン付いてねえんだもんね。ストーブも時間になると切られちゃうし。食事は、Aスーパー（卸売のスーパー）って知ってる？ 私も行ってるけど。あそこでもう半月分ぐらい買うわけよ。そこに冷蔵庫あるから二つぐらい。そこへ詰め込んでね。（中略）11万幾らの（生活保護費が）出るのに、9万幾らも取られるんだから。お金もうけだから。あそこの会社はだって、こういうの（暴力団）が少し入ってるの。みんな言ってるよ。だから、お金もうけだよ。受給の日くるじゃん。みんな並ぶんだよ。お金、最初にみんな渡すんだから。封筒ごと渡すんだから。経営してる人に。ほんで向こうへ行ってからまたこう、領収書切って。ちょっとお小遣いみたいなのでくれる（U氏）。

【社会から排除されているという感覚】は、就労して自立することを希望しているが、それが叶わず、生活保護に頼らざるを得ないという状況により生じており、さらに住居を失い、無料低額宿泊所へ入所することで、就労への足かせとなり、就労に対する意欲の低下を生じさせていた。

### 5-4-3 就労に対する抵抗感の低さ

【就労に対する抵抗感の低さ】は、[就労によりもたらされる利益の認知]、[就労への心理的バリアの低さ]のサブカテゴリーから成りたっていた。

[就労によりもたらされる利益の認知]は、〈経済状態の改善〉、〈現状からの脱却への期待〉、〈意味のある時間を過ごすことによる充実感〉、〈将来への見通し〉ラベルより構築され、就労をすることにより、様々な利益があることを自覚している状態であった。

〈経済状態の改善〉は、就労は「お金を稼ぐ手段」であると捉えていた協力者の語りから抽出した。

U氏は、就労の目的をシンプルに捉えていた。

やっぱり少しでもあれじゃない。裕福になりたいんじゃないの (U氏)。

過去に高収入を得ていたX氏は、過去の仕事を振り返り、就労の目的を語っていた。

仕事イコールお金と。(それ以外の価値は)ない。うーん。だから、その仕事続けてた。(仕事イコールお金)うん。それしかないです。もう普通の生活したかったら、やってないし、その仕事は。だから、お金稼ぐ。もうお金が欲しいから、その仕事(をしていた) (X氏)。

〈現状からの脱却への期待〉は、無料低額宿泊所の不自由さからの脱却、自立した生活を行いたいという希望などから抽出した。

無料定額宿泊所で暮らすW氏は、就職によりもたらされると考えられる変化について語った。

今の生活から抜け出すとか、自立したいと思ってるんで、そのために、いま仕事を探して。自分もこういう生活から、まあこれ以上やっちゃうと、ダラダラしてるから、早く仕事を見つけて、そっちのほうに専念できたらなと思ってるんで(W氏)。

服役を経験したD氏は、就労を行うことにより、もう刑務所に戻らなくてよくなるという期待を語っていた。



第一は、もう 2 度と刑務所に戻りたくないって、そうですね。それが一番、刑務所の何か、何て言うかな。強制されるというか、何て言うかな。自分の自由がない。こういう自由、自由 (D 氏)。

〈意味のある時間を過ごすことによる充実感〉は、仕事をしているときとしていない時の心理的な差異についての語りから抽出された。

過去、5 年間ほど仕事を離れて引きこもりに近い生活を送っていた B 氏は、仕事の価値を以下のよう

に語っていた。

やっぱり 1 人でジーンとしているのと、やっぱり働きに出たほうが、やっぱり全然違いますよね。やっぱり働き行けば、仕事は 1 人でやる仕事なんですけど、やっぱり休み時間とかそういうときは、朝とかそういうときは、何ですか、仲間っていうか、人と口聞かっているのは、やっぱり違いますよね。他人と関わりをもっているか。（一人でいる時と比べて）気持ちがやっぱり、張りが違いますよね。何もしないでいるより、やっぱり、たとえ 1 日短くても、働いてたほうが、充実感っていうのは違うと思うんですけどね (B 氏)

漁師、ゲーム喫茶の店員、建築、製造業など、様々な仕事を経験されてきた Y 氏は、仕事をして

いたころと現状を比較し、仕事をしている時のほうが 1 日が経つのが早いと感じることを述べた。

仕事をしているときのほうがやっぱりそれはね、1 日たつのが早いから。遊んでると、毎日、今日はハローワークへ行こうか、今日はどこへ行こうかって、それしか考えないんで (Y 氏)。

〈将来への見通し〉は、就労することで、どの程度自立した生活が送れるか、送りたいかについての語りから抽出した。脳梗塞後遺症を持つ H 氏は、医療費が自分で支払えるレベルの生活を送りたいと考えていた。

取りあえずは働いて、で、医者通うにしても、要は、薬代は払える。要は、医者代も薬代も何とか払えるぐらいにはなりたいなとは思ってるんで、今の目標としては、レベ

ルは低いんだけど、体力的に考えて、今はそこまで何とかしようって思っているんで、何とかなっているのかな（H氏）。

現在も就労を続けている a 氏は、生活保護から脱却し、現在の仕事を続けることにより自立した生活を送りたいという希望を述べていた。

今の自分の仕事で食べていけるようにしたい。それがまず第 1 の目標ですね。取りあえずクリアしたい。ここを卒業したいってことですかね。今のこの自分の仕事で食べていきたいなって。じゃないと、たぶんよそへ行っても俺って、駄目かなと思うんで（a 氏）。

〔就労への心理的バリアの低さ〕は、〈過去と決別する覚悟〉、〈健康状態の回復〉、〈職種を問わず就労したいという意欲〉、〈就労につながるスキルの保持〉、〈人とのつながりの意義の再認識〉、〈適切な自己コントロールの獲得〉、〈守るべきものの存在〉からなる。健康的、精神的、社会的な健康状態が向上し、過去の就労経験や就労の意義の再確認することなどにより、就労に対する心理的な障壁が低くなっている状態を意味する。

〈過去と決別する覚悟〉は、過去に服役を経験した D 氏の語りから抽出したラベルである。2 度服役をしたが、2 回目の服役中に両親が死去し、それをきっかけとして過去と決別する覚悟を決めた。

もう古い友達とも縁切りたくて（中略）。断ち切ったんです。携帯も全部変えたんです。携帯も自分持ってるんですけど。刑務所、これ、獄死しちゃうな。（中略）このままだったら。前回刑務所へ入ったとき、両親が死んじゃったんです。それが一番強かった（D 氏）。

〈健康状態の回復〉は、6 名の語りから抽出された。身体的、精神的な健康状態の回復について述べられていた。DV の被害者であり、PTSD の症状が強く表れていた J 氏は、自身の状況が改善してきた様子を、以下のように説明した。

環境がちよっとずつ変わっていったことで、乗り越えたというより、乗り越えなくて

もすむようになったっていうんですかね。頑張らなくても、高かったハードルが、ハードル自体が少しずつ下がってきたっていうんですかね。乗り越えなくてもよくなった。そこをただ進んでみたい状態ですかね(J氏)。

アルコール性肝硬変で、食道静脈瘤の破裂を経験したY氏は、その後、禁酒を続けたことにより、身体的な健康状態が改善していることを自覚していた。

胃カメラで、もう食道静脈瘤はもう全然、全くないって。だから、吐血の心配は今度は、今のところはないですね。また飲み始めたら、またできてくる可能性がある。だから、もう健康状態は、すこぶるいいんです(Y氏)。

〈職種を問わず就労したいという意欲〉は、9名の発言に含まれていた。就職できるのであれば職種を問わないこと、また、その意欲について述べられていた。就労に関連したストレスから、一時アルコール依存に陥ったE氏は、就労について以下のように語った。

仕事を選ばなければ、何とか探せるかなと思っています(E氏)

ぜんそくや高血圧の治療を続けているW氏は、就職面接を数多く受けているが、ことごとく断られてしまっている。そのような状態でも、就労に対する意欲は維持されていた。

ここ1年近く仕事を探しているんですけど、面接したり何だかんだしてるんですけど、なかなか受かんなくて。仕事をやれば、ちょっとまじめにやる。まじめっていうか、やるし、オンオフを切り替えるっていうんですか。少しでも働けるんだったら、働かせてもらおうなとかって思ってる。仕事しないよりはいいよなと。バイトみたいな感じじゃないですけど(W氏)。

〈就労につながるスキルの保持〉は、過去に経験した職業、日常生活の中で獲得したスキル、コミュニケーションスキルなどについての発言から抽出された。介護職を続けているが収入が少ないため、転職を目標として生活困窮者自立支援法の就労支援を受けているP氏は、他者とのコミュニケーション

ョンを好み、それを自身の強みとして認識されており、就職活動にもポジティブな影響を与えていた。

苦手じゃないから、しゃべること自体が。何か知らないけど、初めてでも何でも、全然何かこう、しゃべれないことない。おばあちゃんたちが黙ってたらかっちから声をかけるようにしてる。今日も面接へ行って、履歴書はほとんど、ちょっと書き損じとかいうか、いっぱいあったのね。(中略)ほんで、言われて、「書き直して出しますか」って相手の方はおっしゃったから、「はい。せひとも」って(伝えた)。そしたら何か、ぜひとも来てくれるかってね。(中略)始めて会った人でも数回しか会ってない人でも、何かもう何十年前から知ってたよねっていう話。だから、そうなの。確かに私あんまり気取らないし、別に自分に格好付けるつもりもないし、得な性格なのか(P氏)。

U氏はもともと製品製造や建築関連の仕事をしていたが、同居していた友人が原因不明の歩行困難に陥り、それを機に仕事を離れ、その後10年間介護を行っていた。

友達と一緒に、A市から(引っ越して)来たんですけど、引っ越してこう荷物片付けてたら、その人足が不自由だったの。ちょっと杖付いて。で、ベランダの椅子に座らせといて、自分1人で片付けてたら、いきなり椅子からひっくり返って、それでもう歩けなくなった。病院もね、だいぶ行ったけどね、原因がわかんない。(友人の)おしめ替えたり。手続きも市役所へ行って全部やったの。そのうち、介護施設へ通いで行くようになった。10年くらい。介護の人に、車いす乗ってるときに、ほめられたもん。病院へ行っても看護師さんとか、ほめてるもんね。すごいねって言ってくれる(U氏)。

〈人とのつながりの意義の再認識〉は、R氏の語りから抽出された。R氏は原因不明の頭痛、首から上肢のしびれや疼痛に悩まされているが、意識的に人とのつながりを保持し、その意義を以下のようにつけていた。

自分が周りからそんだけ求められて、求められるっていうか、頼りにされるとか、ね。あとは自分がそれに応えていけるか。家庭であり、職場であったり、地域だったり、それは自分の居場所だと思います。その3点がなくなったら、だっていたって仕方ないんだから、そういうところへ入っちゃえばいいんだから。逆に言えば、もうね、それがないと、やっていけないと思う。(中略)周りにまだ、こうやって励ましてくれる人もい

るし、女房もいるから頑張るかってなるから、（仕事を始めて）早く安心して暮らせるようにしていかなきゃなんねえかって（R氏）。

〈適切な自己コントロールの獲得〉は、食事や服薬、情緒面のコントロール、規則的な日常生活が行われていることなどの発言から導きだされた。無料低額宿泊所に住む W 氏は、規則的な日常生活、飲酒に対する欲望が制限できていることについて語っていた。

1 週間ズーッとやるんで、食事の補助、お手伝いとか、そういうのがあるからまだいい。あとは、それ以外は朝、朝食食べてから、7 時半からみんなして手分けして、寮の中の掃除ですか。そういうのがあるんで、動けるんだったらいいなと思ってますけど。

（中略）この状態だったら、絶対酒とか飲んじやったら、はじけちゃって、暴れて、絶対駄目になると思いますから。それをいま我慢してるんですから（W氏）。

うつや糖尿病を持ちながら、子育てを行っている J 氏は、予定していた事柄が予定通りに遂行できなかった場合にストレスを感じていたため、この改善策として、目的を明確にし、気持ちを決めて取り組むという方策をとるようになった。

例えば、あれをしなくちゃこれをしなくちゃって頭に描いていて、最終的にここに行かなきゃって思うと、どこかしらで予定が狂ったりすると、もうそこがストレスになる。

（中略）その目的を持つときは目的って決めてる。今日はこれとこれと行くぞ。よしって感じですね、気持ち的の中で。だから自分で、そのときやりたいなって思ったことをする（J氏）

〈守るべきものの存在〉は、配偶者や子ども、恋人を「守るべきもの」と捉え、そのために生活保護から抜けて、自立した生活を送りたいという希望などの発言から抽出された。Q 氏は下肢に障害を抱えているが、50 件以上就労の面接を受けている。就職に至ってはならず、希死念慮が生じたこともあるが、それでも就労活動を継続していた。離婚した妻、子どもが近所に住んでおり、子どもと過ごすことも多い。子どもとの関係や、就労に与える影響を語った。

かわいい。みんな男の子ですからね。かわいいにはかわいいけど。なかなかね（ずっと一緒に過ごすことはできない）。まあそういうこともあって、何とかね、父親らしいところを見せたいし。子どものこと、そこらへんがあれだな。生きていくあれなのかな。やっぱりエネルギーっていうか、多少のあれ（就労活動への原動力）になってるとかもあるしね（Q氏）。

頸部から上肢にかけての原因不明の疼痛に悩むR氏は、妻と二人暮らしであった。疼痛はかなり強く、症状の強度の変動もあり、可動性障害もあるが、生活保護を抜けて、自立した生活を送りたい旨を述べた。

女房もいるし、家庭もって、早くこの生活保護をね、ぶち切って自分ちでやっていかないとって、あれがあるから、そうしちゃうとみんなズーッとお世話になってるわけだからね。このまま生きてるだけじゃあどうしようもないから、働けるようだったらもう働こうって（R氏）。

【就労に対する抵抗感の低さ】は、31名中26名の発言から抽出されたカテゴリーであり、協力者のほとんどが就労に対する強い抵抗感を有しているわけではないことが示されていた。【就労に対する抵抗感の低さ】は、就労意欲に対してポジティブな影響を与えていた。

#### 5-5 就労意欲に影響を与える健康特性と関連要因のコアカテゴリー

就労意欲に影響を与える健康特性の4カテゴリーと、関連要因3カテゴリーの関連性から、コアカテゴリーとして、『複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎ』を抽出した。このコアカテゴリーは、就労支援を受ける受給者らは、他者から理解されがたく、すぐに解決しない、複数の健康課題を抱えているが、就労を行うことで利点もあるが、課題を持ちながら就労することの負担は大きく、生活保護受給を継続することで生活は成り立つため、就労したい気持ちはあるが、したくない気持ちも大きく、就労意欲が揺らぐ状態を示す。

就労支援を受ける生活困窮者、特に生活保護を受給している者が有する健康特性カテゴリーは、それぞれが活動や参加に影響を与える大きな要因であるが、彼らはそれらの課題を複数有しており、相互に関連しあっていた。研究協力者31名のうち20名が〈生活保護と同等の収入を得ることが困難〉を理由として[就労により生活状況が悪化するとの予見]をし、さらに12名は〈就労による健康問題再燃への恐れ〉を抱き、7名は〈過去の就労で経験した心身への過負荷〉を思い出し、17名が[健康問題を理由とした再就職への諦め]の感情を有していた。その他のラベルも含めると、協力者31名中30名が【生活保護廃止への不安と葛藤】を有していた。複雑な、さらに重複した健康上の課題を持ちながら就労し、最低限の収入を得ることと、現在受給している生活保護のベネフィット、つまり生活扶助、住宅扶助や医療扶助を比較し、どちらを選択すべきかゆらぎが生じ、それ自体が就労意欲に影響を与えていた。

現在50歳代のH氏は、脳梗塞の後遺症により、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】を有している。父親は死去し、唯一の相談相手である妹も介護を要する家族を抱えており、[自ら支援を求めることが困難]な状況であった。

父が亡くなって、10年たってからぐらいだったから、さあ何かやるぞって。父の病院とかのために、お金が掛かっちゃって、要は、蓄え全部もっていかれちゃってるもんだから。さあ自分の蓄えにするぞ、で、働くぞっていうときにやっちゃった（脳梗塞になった）もんだから。今回保護を受けたのも脳梗塞を受けて、しびれが出ちゃって働けないんで、すいませんがっていうことで。（脳梗塞に）なったのはもう5年前なんですけど。もうひどくなったのが、ここ2〜3年なんで。だから、この冬場とかになるともう寒さで余計に（ひどくなる）。薬で何とかなってる程度なんで、大丈夫なんですけど。やっぱりその分（医療費の自己負担の）値段が上がっちゃうから、働けないで金がないから、要はお金払えないから、保護に頼るしかないと思って、で、保護を受けちゃったっていう感じ。

（中略）困ったときは、同居してないんだけど、妹には連絡して、こういう感じで困ってるんだけどっていう感じで聞いてもらう。妹のほうも、結婚した旦那さんが交通事故を起こしちゃって。（中略）今は車も乗れないのかな。

そのような中で、[現状維持のための健康行動]を続け、就労をすることにより得られる給料により、医療費を自分で負担できるようになるとの[就労によりもたらされる利益の認知]を通じて、【就労

に対する抵抗感の低さ】を有していた。調査直前にパートタイムではあるが就労を開始し、その業務について朗らかに話されていたが、それでも【生活保護廃止への不安と葛藤】があった。

（普段から気分転換のために）散歩、もしくは、自転車に乗ってる。散歩は30分。長ければ1時間ですけど。動けないと動けなくなっちゃうかもしれないから、わざと動いてないといけないなって。今はちょうど（調査の半月程前に仕事が）決まったんで。（仕事は）まだ2日間しか出てないんですけど（外の）掃除。まあ1時間、あるときは2時間。1時間単位（で掃除をする）。（中略）散歩とか自転車やってなかったらどうなんだろうという。（仕事は）続かなかっただろうなって。

（中略）取りあえずは働いて、で、医者通うにしても、要は、薬代は払える。要は、医者代も薬代も何とか払えるぐらいにはなりたいなとは思ってるんで、今の目標としては、レベルは低いんだけど、体力的に考えて、今はそこまで何とかしようって思っているんで、何とかなっているのかな。どうなのかはまだわかんないですけど。それぐらいですね。（中略）（ただし）まだこれからね。就職できました。保護抜けてくださいってなっちゃうと、ちょっときついのがある（H氏）

糖尿病による壊疽のために下腿を切断したQ氏も50代である。[身体機能障害による活動障害]による【他者から理解されがたい持続的な苦痛】を持ち、〈生きることへの意欲の低下〉や〈現実逃避的な問題への対処〉という【精神的防御力の低さ】が見受けられ、さらに〈ケアを要する家族の存在〉や〈相談相手の不在〉ゆえ[自ら支援を求めることが困難な状況]にあった。

糖尿病の気があるってズーッと言われて、（中略）結局、左足の膝から下を切断することになって。（中略）左足にハンディがあっても、できる仕事って何なのかなって言ったときに、いろいろ限られちゃっていて。

（中略）本当にたまにね、もう本当自分で自分を終わりにしちゃうかななんて思うときもあるし、で、そういうふうには思っちゃう自分もいやだ。でも、そういうことを一回考え出しちゃうと、もう堂々巡りっていうか、もう本当無限ループに入っちゃう。

（中略）別れた妻はいま適応障害なんで、すごいひどいときがあるみたいなんです。そのときに子どもからSOSがきて、で、自分がそっちに行って、ちょっといろんな回りの、身の回りのことをやったりとか、そのときに子どもとね、遊んだりとか。（重い相談をすることは）ないですね（Q氏）。

元妻や子どもたちを〈守るべきものの存在〉と捉えており、【就労に対する抵抗感の低さ】が認められる。それでも[再就職に至らないことによる挫折感]から【社会から排除されているという感覚】



を持ち、〈生活保護と同等の収入を得ることが困難との予測〉のために、【生活保護廃止への不安と葛藤】を有していた。

（子どもたちは）かわいいにはかわいいけど。なかなかね。（中略）父親らしいところを見せたいし。子どものこと、そこらへんがあれだな。生きていくあれなのかな。やっぱりエネルギーっていうか、多少のあれになってるとかもあるしね、

こういう状況になって、社会復帰をズーッと目指してきて、もう何年、3年ぐらいになるんですかね。（中略）1年ぐらい前に真剣についていうかも、本腰を入れて、求職活動、動いてたんですけど、一言で言うと、左足の膝から下の足がなくて義足だっていることが、ほとんどの場面でネックになって、面接の手前で、応募はするんですけど、その旨を伝えて面接しようとする、もうその面接の手前で断られるのは、今まですべてでした。

もう3年か4年になるんですよ、保護受けて。左足の切断が関係ない業種っていうのもだから自分的に、いま考えてはもちろんいることなんですけど。なかなかないんですよ、そういう（仕事）（Q氏）。

本研究でコアカテゴリーとして抽出された『複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎ』は、個々に強弱はあるものの、インタビュー時間が限られていたF氏1名を除き、その他のすべての協力者に該当した。

## 5-6 就労意欲に影響を与える健康特性と関連要因の関係性

本研究で抽出した、就労意欲に影響を与える健康特性と関連要因カテゴリー相互の関連性について、図2に示す。

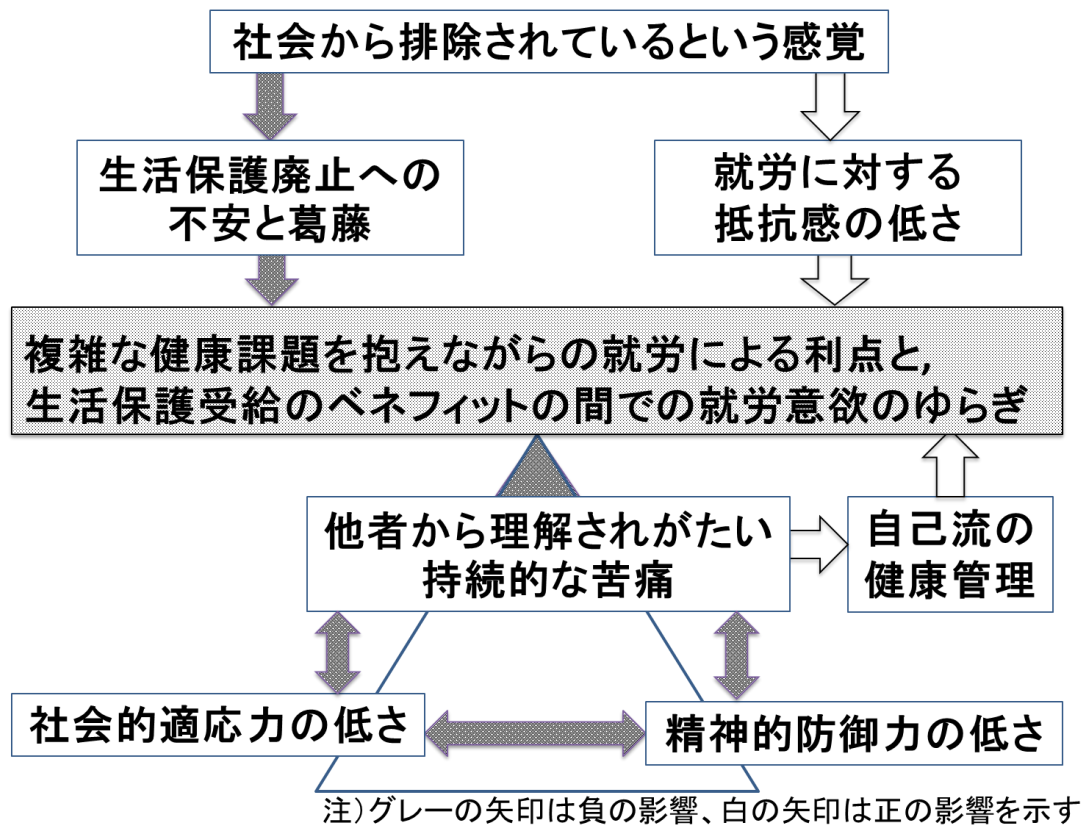


図2. 就労意欲に影響を与える健康特性と関連要因カテゴリーの関連性

【精神的防御力の低さ】と、【社会的適応力の低さ】は、就労支援を受ける生活困窮者に共通してみられる特性であり、相互に関連していた。疾患や障害、過去の就労により生じた健康障害のため、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】を抱え、それらの苦痛は【社会的適応力の低さ】、【精神的防御力の低さ】と相互に関連しあっており、ストレスやコミュニケーションの困難さに伴い症状の増強が見られ、または症状の増強がみられることで、ストレスやコミュニケーションの困難さに負の影響を与えていた。就職活動や就労に伴い、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】やストレスの増強が予測されるが、【精神的防御力の低さ】ゆえ、ストレスへの対応力は低く、【社会的適応力

の低さ】から、家族による支援やソーシャルサポートを受けにくい状況が生じるなど、それぞれの要因が円環的に関わり合い、ゆらぎに影響している

50 歳代の C 氏は、中学卒業後、飲食業、営業、配達など、様々な職業に就いていた。過去の就労の影響から糖尿病になり、網膜症も併発していた。糖尿病の治療に伴う嘔気と食欲不振、倦怠感が続いているが、就職活動を継続していた。視力に障害のある妻子と同居しており、就労による自立を目指しているが、それによる健康状態の悪化も懸念していた。【精神的防御力の低さ】として、〈ストレスに対する反応の強さ〉と〈問題解決に至りにくいストレス対処〉がみられた。また、【社会的適応力の低さ】では、〈ケアを要する家族の存在〉や〈頼ることが困難な家族〉、〈自分で対処しなければならないという思考〉から、[自ら支援を求めることが困難]な状況が述べられていた。【他者から理解されがたい持続的な苦痛】として、糖尿病の治療に伴う嘔気、倦怠感と、頭痛や網膜症について述べていた。

(中略) 学歴がね、僕は中卒なんです。最初のその(某メーカー)の営業と、あと、タクシーの整備工場で働いてました。いろんなことをやってきたな。続かないですね、結局、一つの仕事に。

(血糖降下する) 飲み薬ももらってたんだけど、結局食べちゃうんです。やっぱりほら、糖尿病になる人っていうのは、ねえ、食べちゃうからなっちゃうじゃないですか。そこでちょっと糖尿病にかかっちゃって。遅い時間まで仕事もしなきゃいけないし、味見もしなきゃいけないし。タバコ、吸います。もうイライラしちゃうんです、吸わないと。もう無理ですね。やめようやめようと思ったけど。禁煙外来へでも行かない限り。それもどうかわかんないです。昔は1箱2箱、二箱ぐらい吸ってたかな。

(中略) 実の親じゃないもんで、だから(糖尿病が遺伝によるものか)わからないんですよ。(育ての母親は)夜中に窓から飛び降りちゃって。まあ大変でしたよ。警察は来るはさ。で、借金もあったもんで。今は、子ども2人ね、はい。(家族の仲は)全然いいですね。でも、(子どもが)片目失明しちゃってるんですよ。(困ったときに誰かに)相談しないですね。自分でやっちゃう。面倒くさいんですよ。

偏頭痛も多くてね。今もここも痛いんです。目も、もう老眼になっちゃって。糖尿のあれで、網膜に出血もあるんですよ。今回(直前に就いていた仕事)の場合はケガで退職になっちゃったんだけど、結構糖尿(が原因)で辞めるの。トラックへ乗ってたSの社のときも、やっぱり糖尿のせいだかどうかわかんないんですけど1回、やっぱりちょっと追突事故をやっちゃったり。前方不注意(C氏)。

以前、ダンプの運転手をしていたV氏も、現在50代の男性であった。過去の就労が引き金となり生じた腰椎ヘルニア、うつ、不眠を有しており、調査時点においても精神科に通院していた。【精神的防御力の低さ】として、うつ、不眠という〈精神的な問題〉と、〈問題解決に至りにくいストレス対処〉をする傾向があった。【社会的適応力の低さ】は、[他者との双方向的な関係構築が困難]や[自ら支援を求めることが困難]に由来していた。【他者から理解されがたい持続的な苦痛】としては、腰椎ヘルニアによる疼痛のために生じている[身体機能障害による活動障害]と、精神面において〈日や時間帯、季節により変動する症状〉を有していた。

最近は調子いいんだけどね。そのときは、やっぱりうつがあったんで。精神病院に、今もまだ通ってるんですけど、夜が寝れないんですよ。今も全然寝れなくて、睡眠薬。薬を飲まないと、ズーッと目がさえてちゃってますから。1年ぐらいはもう、でも、駄目だったね、本当にな、全然。薬を飲み始めてから、だいぶ落ち着いてきて。今はもうだいぶいいんですよ。でもやっぱり、薬（抗うつ剤、睡眠薬）は飲んでますけど。（中略）（精神的に不調なときは）何もしてなかったな。（市役所に相談しようとか自身で考えたのか？）いや、これは息子だね。もう、結局仕事できなかったんで。（ダンプの運転は）長かったですね。30年ぐらいかな。社長が代が代わって息子になって、息子と合わなくて、ケンカしちゃって辞めちゃったんだけど。（中略）女房と離婚しちゃって。（家族以外の人と話をするのは）あんまりしないね。コンビニが5分ぐらいのところにあって、そこへ買いに行くあれをして、あとは……。しゃべんない。（中略）ヘルニアは3回ぐらい病院で（治療をうけた）。また注射が痛いんですよ。あれが痛くてさ。でもやっぱり歩けないからさ。1週間ぐらいで、引いてきて、また1カ月後ぐらいに打ったりするんだ。今もやっぱりこういう天気（雨が降りそうな曇）だとね、駄目なんだよね。イライラしちゃうっていうか。晴れてる日は、別にそのあれじゃあ、やっぱり曇ってたり雨降ったりすると、いまだにまだちょっと。落ち着かないっていうか何か、それはあります。（落ち着かないときに何かするか）いや、別にない。（過ぎ去るのを待つ？）そうそうそう。もうしょうがないっていう感じで（V氏）。

さらに、就労意欲は【生活保護廃止への不安と葛藤】により低下し、【就労に対する抵抗感の低さ】を有することにより上昇する傾向がみられた。【社会から排除されているという感覚】は、[再就職に至らないことによる挫折感]、[生活保護受給に対する否定的な認識]、[地域とのつながりが制限された生活環境]からなるが、このうち[再就職に至らないことによる挫折感]は、【複雑な健康課

題を抱えながらの就労と、生活保護受給のベネフィットの間でのゆらぎ』に負の影響を与えるが、[生活保護受給に対する否定的な認識]、[地域とのつながりが制限された生活環境]から抜け出したという認識は、ゆらぎに対して正の影響を与えていた。また、【自己流の健康管理】を継続することは、身体状態の維持、向上につながり、【複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎ』に対して正の影響を与え、就労後の身体的な適応を促進していた。

C氏は、正社員としての採用がほぼ見込めない状況、生活保護の長期化から【生活保護廃止への不安と葛藤】を抱えているが、守るべき存在としての子どもたちがおり、様々な就労をしていたことから【就労に対する抵抗感の低さ】を有していた。

やっぱり形上は（求職活動を）やんなきゃ駄目だって。ハローワークへ行くとか、週1回でいいから。それもきついんですよ、正直言って。ハローワークでもきついんだもん。もう正社員で採ってくれとこってもうほとんどないんですよ。もう9割方ないんじゃないですかね。よっぽど何か手に職でも持ってない限りは。この保護も、もう3年目かな。ここ。これ難しさっていうのはね。やっぱり人それぞれだと思うんですよ。私の場合もうね、病気と今はあと年齢。その前も1回、受けてたことあって、私。もうする気力もないですね。金もないし気力もないしもう、何もやる気ないから、今。結局このまままた仕事へ行っても、また調子悪くなって辞めちゃって。ただ、（何とか元気を保っていられるのは）子どもがいるからでしょう、やっぱり今は（C氏）。

V氏は、〈過去の就労で経験した心身への過負荷〉から、[健康問題を理由とした再就職への諦め]を有し、【生活保護廃止への不安と葛藤】を抱えていた。しかしながら、[人とのつながりの意義の再認識]などから【就労に対する抵抗感の低さ】をも有していた。さらに、継続して実施している【自己流の健康管理】が、【就労に対する抵抗感の低さ】を後押しし、【複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎ』に対して正の影響を与えていた。

（うつが発症したころは）昼間は仕事やって夜もあったり、そんでまた朝もあったりとか、結構きつかったんだよね。寝不足とかもあつたし。たぶん労働基準局か何かに言えば、訴えられちゃうんじゃない。だって昼夜やって、また昼やって、また夜とか、そ

んなときもあったし、4 日ぐらい続いたとかさ。（中略）だんだん、何かおかしくなった。（中略）ヘルニアなんですよ。腰痛持ちでもう、運転手はもう駄目なんですよ。

（夕食は）娘と息子と孫と。毎日 30 分から 40 分ぐらい、飯食ってからさ、（孫が）遊んでくれ遊んでくれって言う。（孫と遊ぶのは）疲れるけど、まあ気分転換にはなってるかもしれないです。今度（就職面接に）行くところがほら、やっぱり知り合いのところなんで、まあリラックスできるっていうか、しゃべったり、ふだんしゃべらないんで、あんまり、そうすると、そういうのもあるかなと思って。冗談も言えるし、そういうのも全くないからね。（中略）酒も全然飲みたいと思わないんだよね。前は飲んでたんですけどね。今はもう全然（飲まない）。朝 30 分ぐらい、歩いてるんだけど。腰痛もちは歩いたほうがいいっていうから。で、いま朝寒いけど、歩いてる。あの腰の痛さはもうだつてさ、いやだもん。腰のほうは今んとこ（薬を飲んでいない）（V 氏）。

協力者毎に抽出された健康特性と関連要因カテゴリーは、図 3 で示したカテゴリー間の関連性での説明が可能であり、健康特性と関連要因は相互に関連しながら、就労意欲に強い影響を与えている状況が示された。

## 第7章 考察

### 6-1 研究協力者の背景

今回の研究協力者は男性が 8 割、女性が 2 割であった。生活保護受給者の世帯類型のうち、就労が可能であると見込まれる稼働世帯は「その他の世帯」に含まれている<sup>71)</sup>。2011 年に実施された被保護者全国一斉調査個別調査の結果、「その他の世帯」の 40 歳から 65 歳までの受給者の性別割合を見ると、男性が約 6 割、女性が約 4 割であった<sup>72)</sup>。今回の調査においては、全国の「その他の世代」に該当する受給者の性別割合と比べ、男性協力者の割合が高かった。同様に年齢構成をみると、全国の「その他の世代」に該当する受給者では、40 歳代 27%、50 歳代 39%、60 歳から 65 歳 33%であるが<sup>73)</sup>、今回の調査では 40 歳代 29%、50 歳代 45%、60 歳から 65 歳 26%であり、全国の状況と比べて 50 歳代の協力者の割合が高い傾向がみられた。

婚姻関係をみると、未婚が 11 名（男性 10 名 40%、女性 1 名 16%）、離婚経験者が 10 名（男性 7 名 28%、女性 3 名 50%）であった。2015 年の国勢調査の結果、生涯未婚率は男性 23.3%、女性 14.1%とされており<sup>74)</sup>、この割合と比較して、特に調査協力者男性における未婚率が高かった。また、2016 年の人口動態統計をみると、離婚率は人口千対 1.73 であるため<sup>75)</sup>、今回の協力者の離婚率の高さが伺える。

居住場所を見ると、協力者のうち 11 名（35.5%）が無料低額宿泊所に入所していた。無料定額宿泊所は生計困難者のための簡易住宅であり、利用者の約半数は施設入所前に路上生活をしていたとの報告がある<sup>80)</sup>。我が国では、ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法において、路上生活者を「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所として日常生活を営んでいる者」と定義しているが、欧米においては住居の不安定な者、つまり、シェルターや簡易宿泊所、レストランなどで就寝しているものも広義の路上生活者と捉えている<sup>81)</sup>。今回の調査では、無料低額宿泊所入所前の生活について確認してはいないが、中には狭義の路上生活経験者、また、ネットカフェやファストフードレストランなどで夜を過ごす、広義のホームレス状態にあった者も含まれていた可能性が高いと考えられる。

すべての調査協力者は過去に就労を行っていたが、職歴をみると、サービス業、製品製造、営業、建築、販売など、特殊な技術や資格を必要としない職業が多い傾向がみられた。貨物自動車運転や、測量技術、自動車技術などの資格や技術を有して勤務していた者もいるが、協力者は、それらの保有資格や技術を活かして再度就職することは、現在の年齢や居住地域では困難であると認識していた。

健康問題として、高血圧、糖尿病、脳梗塞などの生活習慣病を有する協力者が多く、若いころから生活習慣病を指摘されていたが、積極的な治療を行っていなかった者も散見された。運動器系疾患は、トラックやタクシーなどの長時間の自動車運転や重量物の移送、不自然な姿勢での作業、製品製造工程での事故などに起因しているケースが多かった。また、協力者の約半数はうつや不眠症、依存症などの精神疾患や、ストレスにより生じる身体症状を有していた。過去の就労が影響して精神的な問題が生じたケースや、精神的な課題を持ちつつ就労を行っていたというケースもあった。

以上より、今回抽出されたカテゴリーは、様々な背景を持ち、多様な就労経験を持つものの、複合的な健康課題を抽出できたが、過去に特殊な技術や資格を要しない職業についていた中高年男性で、健康上の課題を持ち生活保護を受給しながら、就労支援を受けている対象者の健康特性をより強く反映している可能性があると考えられる。

## 6-2 本研究で得られた知見

### 6-2-1 就労意欲に影響を与える健康特性の状況

本研究において、生活困窮者の就労意欲に影響を与える健康特性として、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】、【精神的防御力の低さ】、【社会的適応力の低さ】、【自己流の健康管理】が抽出された。就労支援を受ける受給者のほとんどが、身体的、精神的、社会的な健康課題を抱えているが、これらは客観的に評価することが困難で、他者からの理解を得ることは難しく、さらに生来の社会的適応力の低さや精神的防御力の低さから、孤立しやすく、他者からの支援を受けようとしにくい状況があることが明らかになった。彼らが有する健康課題は単一ではなく、ほぼすべての協力者は様々な課題を併せ持っていた。これは、長期的な生活保護を受けている者は就労の障害要因を複数有しているとの Taylor の報告<sup>12)</sup>と同様の傾向を示すものであると考えられる。抽出された健康関連カテゴリーについて検討する。



### 6-2-1-1 他者から理解されがたい持続的な苦痛の状況と背景

協力者の多くは【他者から理解されがたい持続的な苦痛】を有していた。【身体機能障害による活動制限】は、その障害の種別により就業可能な職業が限定されてしまう。これらの障害が過去の就労に由来していたケースも多く、その場合は過去の就労に類似した職業の選択も困難となる。身体可動性障害や感覚器官の障害であれば、職種による就業の可否を評価することもある程度可能であると考えるが、排泄に関する機能障害については、就職面接時に排泄に関する機能障害について開示し、相談することは現実的ではなく、就労できたとしても、就労の継続ができないという事態も生じる。例えば、過敏性腸症候群に伴う頻回の排便や、前立腺肥大に伴う頻尿などといった排泄の問題が就労にどういった影響を与えるか、どういった支援があれば就労が可能になるか、就労支援の現場でも十分に検討されていないと考える。

【客観的な評価が困難な症状】も、求職活動や就労の継続に大きな影響を与えていた。うつや不眠などの精神的な課題を有する協力者に多く該当したサブカテゴリーであったが、精神的な課題のない協力者にも該当していた。自らコントロールすること、予測することが困難な症状でもあり、症状への対応に苦慮していた。〈日や時間帯、季節により変動する症状〉のために、通勤中に症状が生じることで、急きょ欠勤することになり、それが続くことで雇用契約を解除されるという事案も語られていた。症状の変動により、急きょ欠勤すること、さらにそのために解雇されることは、就労に対する意欲や責任感が高い者にとっては、耐え難い苦痛であることが推察される。医療機関を受診しても、原因が特定されず、さらに症状の日内変動があると、他者からの理解を得ることは困難になりやすく、他者から、また、医療従事者からも詐病を疑われることもある。他者から詐病を疑われると、無理をしてでも仕事に通わなければならなくなり、結果的に健康状態はより悪化することが予測される。米国カリフォルニア州で提供されている TANF においては、福祉事務所に所属する保健師が、本人の訴えや医師の所見を基に就労の可否を判断しているが<sup>80)</sup>、日本では医師の診断書を基に主に福祉事務所に所属するケースワーカーが就労の可否を判断している<sup>13)</sup>。本人は苦痛を感じて継続的に診療を受けていても、医学的な所見がみられないことから、医師が「就労可」の判断をすることもある。通常の診察のみでは本人の訴えを十分に聞くだけの診療時間を確保することができず、医師も身体所見をもとに判断を下すしかない状況になるため、本人の認識とのギャップが生じ、医

療従事者や就労を進めるスタッフとの信頼関係にも問題が生じる可能性がある。

米国で行われた調査の結果、医学的に明確な問題がなくとも身体的な症状を訴える患者、つまり、心理的な問題の身体化が生じていることが疑われる患者は、一般的なクリニックを受診する患者のうち、約 22～58%存在すると報告されている<sup>87)</sup>。これは詐病ではなく、医学的には診断が困難であるが、本人は実際に苦痛を感じている状況である。身体化は、他者との愛着に関連することが知られており、特定の他者に対する不安定な愛着モデルを有するものは、高い確率で身体化が生じることが明らかにされている<sup>88)89)</sup>。この不安定な愛着は、幼少時のトラウマにより生じ、成人後の身体化を誘引する要因となる<sup>90)</sup>。今回の調査では、幼少時の経済状態や家族の状況について意図的に質問はしていないが、経済的に困窮状態にあるものは、貧困家庭に育ったものも多く存在する可能性がある<sup>20)22)25)</sup>、幼少時に虐待、ネグレクト、機能不全家族の中に育ったものも多いことが推察される<sup>28)</sup>。幼少時の経験により、他者との愛着に課題が生じ、結果的に身体化が引き起こされるという状況が、一般人口に比べてより高頻度で生じている可能性がある。

また、症状の日内変動は、双極性障害や自閉症スペクトラムなどでも生じることが指摘されている<sup>91)92)</sup>。本調査の協力者にも、うつ病を指摘されているものも多く、症状の日内変動を訴えていた。さらに、うつ病による概日リズム障害により睡眠障害も発生しやすくなる。うつ病を持つ協力者の多くが睡眠障害も抱えており、それにより〈強い疲労感〉を感じているものも存在していたが、睡眠薬の服用以外の治療や生活上の工夫などを行っていなかった。

【他者から理解されがたい持続的な苦痛】は、身体的、精神的、社会的な課題、さらに本人の生育環境などが関連して生じている可能性があり、容易に改善するものではない苦痛であると考えられた。

#### 6-2-1-2 精神的防御力の低さと背景

【精神的防御力の低さ】の側面から考察すると、前述の概日リズム障害は〈精神的な健康問題〉により生じており、さらに〈意欲と身体状況の不一致〉や〈生きることへの意欲の低下〉を引き起こしていることが推察される。就労や日常生活に対する意欲がわからないというだけではなく、希死念慮を有していた者や、自殺企図の経験を持つ協力者も複数存在した。厚生労働省の報告<sup>9)</sup>によれば、受給者の自殺率の高さはうつ病、統合失調症、依存症を有するものの割合の高さによる影響があるものと推察されているが、本調査では精神科の受診をしていない協力者の中にも希死念慮を有していた者が複数存在していた。【精神的防御力の低さ】に加え、身体的健康状態や、後述する【社会的適応力の低さ】、就労活動に対するプレッシャーやストレスなども関連して、希死念慮につながる可能性も推察されるため、就労支援上、特に配慮すべき事項であると考えられる。

〈ストレスにより変動する症状〉を持つ協力者の一人は、リウマチを有していた。リウマチを有する協力者は、天候や気温、季節による疼痛の変動があり、就労に対する自信が持てないと語っていた。リウマチによる疼痛と季節や気温との関連性については、肯定的文献と否定的文献が混在しているが<sup>93)</sup>、環境の変化に加え、新たな場で就労を行うというストレスはリウマチに由来する症状をより高める可能性があり<sup>94)</sup>、リウマチなどの自己免疫性疾患を持つ者にとって、就労による自立の準備を行う際は、身体症状の変動に対して、より細やかな配慮が求められると考える。また、元配偶者からDV後のPTSD症状を有する協力者も、〈ストレスにより変動する症状〉を有していた。他者からの暴力やPTSDは、女性の就労可能性に影響を与え<sup>95)</sup>、DVは直接的に就労できないことに影響するわけではないが、安定した就労の継続に負の影響を与えるとの報告がある<sup>96)</sup>。元配偶者からのDV被害を受けた協力者は、まさにその状況に陥っており、就労する能力はあるものの、フラッシュバックとみられる症状のために就労継続が困難な状況にあった。今回の協力者はDV被害に対する専門的な支援を受けていないようであったが、DVによる影響により長期的で複雑な課題を生じる可能性もあるため、専門家による長期的な支援が必要であると考えられる。

【精神的防御力の低さ】のサブカテゴリーである、[問題解決に至りにくいストレス対処]は、ほぼすべての協力者に該当していた。ストレスへの対処として多くの協力者が行っていたのは、外出をしたり、ストレス源となる問題を考えないようにするといった情動焦点型コーピングであった。古典的ではある

が、Holmes & Rahe<sup>97)</sup>によるストレスフルなライフイベントのランク付けと、協力者が経験した、または現在も継続しているライフイベントを対比させてみると、ライフイベントランク 2 位：離婚, 4 位：拘留, 5 位：親族の死, 6 位：自分のけがや病気, 8 位：解雇・失業, 11 位：家族メンバーの健康上の変化, 16 位：経済状態の変化, 18 位：他の仕事への変更など、上位のライフイベントの多くを、本研究の協力者のほとんどが経験していた。しかしながら、そのストレスの対処行動を見ると、多くがストレス源となる問題から気をそらすという情動焦点型コーピングに依拠していた<sup>98)</sup>。勤労者を対象としたストレスコーピング特性と職業性ストレスの関連性を検討した調査の結果、情動焦点的コーピングであっても、気分転換や視点の切り替えはストレス反応を軽減するが、問題の解決には直接的に効果はないことが報告されている<sup>98)</sup>。ストレスに対する効果的なコーピング方法として、解決のための助けを相談するなどの行動からなる問題焦点型コーピングがあるが、今回の協力者には単身者が多く、家族と疎遠であり、社会的に孤立していることなどから相談できる相手を持たない者が多く、問題焦点型コーピングをとることが困難な状況におかれていた。さらに、ストレス対処として、飲酒、喫煙、ギャンブル、覚せい剤の使用など、〈依存性のある物質使用や行動の選択〉を行っていた協力者も多く、経済的困窮者の喫煙率やアルコール、薬物の問題を持つものの割合が高いとするこれまでの調査報告と一致していた<sup>8)31)32)</sup>。調査時点においてアルコール、ギャンブルや覚せい剤の依存状態にある協力者はいなかったが、それでも就労による自立、つまり経済的な自由度が高まることをきっかけに、物質依存が再燃する可能性が高いと感じられる協力者も存在した。調査実施地区では、アルコール依存に対する自助グループの一つである Alcoholics Anonymous（以下、AA）のミーティングは開催されておらず、断酒会のみ存在する。過去にアルコール依存状態に陥った経験のある協力者からは、アルコール問題への対処として、このような自助グループに通った経験は語られておらず、自助グループに対する情報を有しているかについても定かではなかった。

### 6-2-1-3 社会的適応力の低さと背景

多くの協力者の身体的、精神的な健康状態は良好ではなく、さらに【社会的適応力の低さ】という特性も有していた。先に述べた依存症に対する自助グループへの参加は、社会的な適応力の低い者にとって、ハードルが非常に高いことが予想される。自身が困難に感じている状況を他者に説明することが難しく、さらに問題が重篤化しても他者に相談をせず、自力で対応しようとしてしまい、問題の不可逆化や、回復までかなりの時間を要する状況に陥りやすい。そういった状況から結果的に離職し、生活保護に至ったと考えられるケースも複数存在していた。

【自ら支援を求めることが困難】のサブカテゴリーである、〈自分で対処しなければならないという思考〉は、他者とのコミュニケーションに課題があるというよりも、「他者に迷惑をかけてはいけない、自分の問題は自分で解決しなければいけない」といった規範意識により生じていると考えられる。添田<sup>95)</sup>により報告された就労自立支援プログラムを受けている受給者のケーススタディにおいても、類似した状況が以下のように述べられていた。「彼(受給者)は、困難や人生の岐路に直面した際、他者と距離を置き、自力で解決しようとしてきた。(中略)自力で乗り越えたいという思いの背景には、他者に頼りたくない、迷惑をかけたくないという思いがあった。一人で考え、決定し、責任を負うという彼の生き方が、人生を切り拓いてきたことは事実である。個人では解決不可能な危機に直面した際、家族や友人に甘えたり頼ったりすることよりも、一人車上で生活することを選んだのだろう」<sup>95)</sup>。本研究の協力者にもみられる〈自分で対処しなければならないという思考〉は、自己をコントロールする、内的なローカスオブコントロールという側面から考えると強みとなり得る意識ではあるが、自己努力のみで対処困難となった場合、他者からの助けを得ることができないことで、問題を複雑化させ、問題解決が困難となる可能性も高い。他者から援助を求める行為は援助要請とよばれ、他者に対して支援、情報、助言、サポートを求めることと定義されている<sup>100)101)</sup>。援助要請の心理的な阻害要因として、援助を受けることは好ましくないと捉える「社会的・自己スティグマ」、どのような援助をうけるのかわからないことによる「援助不安」、自分の問題は自分に原因があると考え「内的要因への帰属」、自分が否定的に感じる個人的な情報を他者に隠す「自己隠蔽」、社会において共有されている男らしさに関する考え方である「男性役割規範」、過度な自信となりやすい「恥の意識、自己効力感、自己コントロール感」がある<sup>101)</sup>。また、文化的な要因である「アジア的価値観」も援助

要請に負の影響を与えていると言われている。アジア的価値観とは、集団主義、規範の順守、感情の自己コントロール、家族連帯主義、孝行、謙遜からなるといわれており、これらは世間体を気にすることにつながり、援助要請を抑制することが報告されている<sup>102)</sup>。今回の協力者の発言をみると、「社会的・自己スティグマ」、「内的要因への帰属」や「アジア的価値観」が援助要請に負の影響を与えている可能性が考えられる。また、児童を対象とした調査の結果、学校生活において困った場面があった場合でも、発達障害傾向のある児童のうち約半数は援助要請ができず、援助要請ができる児童は場面に関わらず行使するという傾向が認められたと報告されている<sup>103)</sup>。この傾向は児童に限らず、発達障害傾向のある成人であっても、同様の傾向が存在する可能性が考えられる。今回の調査ではその関連性を明らかにすることはできないが、援助要請の阻害要因としての発達障害の存在については、詳細に検討する必要があると考える。

【自ら支援を求めることが困難】、【他者との双方向的な関係構築が困難】という特性は、ソーシャルサポートの不足、あるいは欠如した状況を生じさせる可能性が高い。ソーシャルサポートとは、社会的関係の中でやり取りされる支援であり、情緒的支援、道具的支援、情動的支援、評価的支援がある<sup>104)</sup>。健康や適応には、実際にサポートを受け取ったか否かはあまり重要ではなく、むしろサポートの利用可能性に関する信念が重要であることが知られている<sup>105)</sup>。他者との質の高い関係性の欠落は、不安、抑うつ、孤独、不健康のようなネガティブな身体的また精神的影響と関連する<sup>104)</sup>。小規模の工場で勤務するものを対象とし、うつ状態に関連する要因を検討した調査の結果、34歳以下で他者との関りが少ない者において、鬱を持つものの割合は男女問わず高かったと報告されている<sup>106)</sup>。さらに他者との結びつきとの関係が欠如していた者は、より多くの他者との接触をした人々に比べ、死亡リスクが有意に高かったとの報告もあり<sup>107)</sup>、ソーシャルサポートが欠落した状況は人生全般に対して負の影響を与えられる。本研究の協力者をみると、就労経験のある独身男性で、家族がおらず、同世代の同僚がいないもので鬱を持つものの割合が高かった。Cantor のソーシャルサポートの階層的理論によれば、人々はまず配偶者や子供たちからサポートを受けることを好み、サポートが受けられなければ、次に友人や近隣の人々に頼ることになる<sup>104)</sup>。これらの非公式なサポートのすべてを受けることが不可能な場合に限り、人々は公的な提供者、例えば、政府やコミュニティ機関からサポートを求めるとされている<sup>104)</sup>。しかしながら、本研究の協力者の多くは単身であったり、

家族からのサポートを期待できない状況であったりするため、サポートを求める相手は公的なサービス提供者に偏りがちになる。ここでいうサポートを求める相手は、生活保護のケースワーカーや、就労支援員になるが、支援に費やすことができる時間も内容も限定されており、提供される支援には限界があるのが実情である。

【他者との双方向的な関係構築が困難】は、つまり他者とのコミュニケーションに課題があることを指す。この特性を持つ協力者の多くは、調査時の研究者とのやりとりには問題はないが、家族や知人、職場の人々との関係性についての課題について述べていた。この特性は、自分が合わないと感じる他者を受け入れることが難しく、自己の思考や意向の表現を制限してしまうため、他者との穏やかで継続的な関係を維持することが困難である状況を示しているが、この課題の背景にも幼少時の親に対する愛着形成不全や、明らかにされていない発達障害などの存在が影響している可能性が考えられる。生活保護ケースワーカーを経て、執筆活動を行っている大山は、児童養護施設退所後に入所する自立援助ホームの施設長にインタビューを行った<sup>108)</sup>。ホーム退所後、一旦就労するものの、その後離職して生活保護で生活する退所者もあり、そういった退所者に共通する要因として、「自己肯定感の獲得ができなかった子どもであること。大切に育てられた経験がなかったから、自立する力を持ってないんです。」との語りを報告している<sup>108)</sup>。児童虐待やネグレクトなどの不適切な養育を受けると、反応性愛着障害 (Reactive Attachment Disorder: RAD)を発症することがあり、RADを発症した子どもたちは、自己肯定感が極端に低く、ほめ言葉がなかなか心に響かない特徴があり、感情制御機能に困難な問題を抱えているため、しばしば深刻な社会不適応に陥る場合があると言われており<sup>109)</sup>、これが成人期の愛着に課題を生じさせている可能性がある。成人の愛着の課題の一つに親密性回避があり、これは他者と親密になることや依存関係に対する恐れ、嫌悪感を表すものであるが、この傾向の高いものは他者のサポートを軽視し、自立を過剰に重んじる傾向があることが報告されている<sup>109)110)</sup>。また、これらの症状は注意欠如・多動性障害と類似するため、両者の鑑別診断が困難であることも指摘されている<sup>111)</sup>。こういった要因が他者とのコミュニケーションや社会性に対して負の影響を与えている可能性は否定できない。

また、発達障害である自閉スペクトラム症では、社会的相互交渉およびコミュニケーションの障害、反復常同的な行動様式、しばしば知的能力障害を伴う不均一な知的発達が特徴的であり<sup>112)</sup>、

さらに、注意欠如多動性障害（ADHD）の特徴である不注意、多動性、衝動性も、社会的技能の低さおよび友人関係構築の拙さに関連している<sup>112)</sup>、[他者との双方向的な関係構築が困難]という特徴をもつ協力者の中には、このような発達障害を有するものが存在することが予測される。発達障害は就労や就労継続の阻害要因でもあり<sup>113)</sup>、米国の公的扶助制度である TANF においては、就労支援の枠組みの中で発達障害のスクリーニングを実施し、発達障害が疑われる者に対しては、専門医への紹介や、行動療法などが行われている<sup>37)</sup>。しかしながら、日本では受給者の就労支援の現場でこのような取り組みはなされておらず、発達障害の可能性のある者に対して障害特性に応じた就労支援がなされていないのが現状である。

【社会的適応力の低さ】に含まれるラベルである〈ケアを要する家族の存在〉も、先の Taylor<sup>61)</sup> や Earle ら<sup>27)</sup>が指摘した就労への障壁の一つであった。就労への障壁となる家族の状況として、Taylor<sup>61)</sup>は、就労への障壁として、子どもの身体的・精神的健康問題と、子どもの行動問題を挙げていたが、本研究の協力者にも、自閉症や多動、うつ、知的障害を有する子どもを持つものが複数存在していた。協力者の一人、単身でグレーゾーンの発達障害を持つ二人の子どもの子育てをしている J 氏によれば、親の協力を得ながら子どもの支援を行っているが、フルタイムで就労することにより親からの協力をより多く得る必要が生じ、依頼する J 氏も、依頼される親も大変だったと語っていた。グレーゾーンの発達障害であっても、障害のある就学児が学校の授業後や長期休暇期間に利用できる「放課後等デイサービス」などを利用することも可能であるが<sup>114)</sup>、J 氏の発言からは、そのようなサービスを活用したことは語られておらず、サービスの地域格差の存在や、適切な情報提供がなされていない可能性が考えられる。

#### 6-2-1-4 自己流の健康管理と背景

これまで、就労支援を受ける受給者や生活困窮者自立支援法の対象者が自身で行っている健康管理、特にポジティブな健康管理の状況については報告されてこなかった。今回の調査では、[現状維持のための健康行動]として、協力者の約 7 割が何らかの健康管理行動を行っており、そのうちの約 6 割は〈定期的な運動の実施〉を実施し、約 4 割は〈可能な範囲での食事の工夫〉を行っていた。

〈定期的な運動の実施〉についての運動の種類としては、徒歩、自転車による「散歩」が最も多かつ



た。散歩を行う理由としては、時間があること、気分転換になること、不動でいることで動けなくなるのではないかという不安があること等が述べられていた。実際にどの程度の距離の移動をしているかは定かではないが、ほとんどの協力者が 30 分から 1 時間以上の歩行をしていることを述べていた。これまでに報告されている受給者と健康行動の調査結果として、受給者の主観的健康観の低さや、喫煙率の高さ、依存問題を持つものの多さなどのネガティブな報告のみがなされていたが<sup>8)32)</sup>、本研究の結果から、受給者も自らの健康状態を配慮し、ポジティブな健康増進活動を行っていることが明らかとなった。定期的な運動の実施と良好な精神的な健康状態が関連することが先行研究により指摘されており<sup>115)</sup>、精神的健康課題を多く抱える受給者にとって、ウォーキングなどの定期的な運動は精神的健康を向上させる可能性のある活動であると考えられ、今後も継続できるような支援を提供することが望まれる。

〔苦痛の再燃予防を目的とした健康行動〕として、実践している者が多かったのは〈依存物質からの離脱〉であった。依存からの回復は大きな困難を伴うプロセスであり、再燃する可能性も高い<sup>116)</sup>。現状としては、過去の経験から〈依存物質からの離脱〉をチャレンジし、維持している協力者は、自らの意思で現状を維持していたが、離脱を維持するための AA や断酒会、薬物依存からの離脱を目指す当事者団体である Narcotic Anonymous とのつながりを述べたものはいなかった。〈依存物質からの離脱〉状況を維持し、再燃のリスクを低減させるためには、当事者団体とのつながりを高めるための取り組みが求められると考えるが、本調査の実施地域のように、連携が不十分な地域が存在することも予想される。

このように、受給者は自身の健康状態を高めるための、様々な取り組みを実施しており、これは受給者の「強み」を示すカテゴリーであると考ええる。しかしながら、【社会的適応力の低さ】も影響してか、他者を頼らずに自分で対応しているため、専門家などからの支援やフィードバックを受けにくい状況にあることも推察された。

### 6-2-2 複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎと影響要因

身体的、精神的、社会的な健康課題を抱えながらの就労には、就職活動や就労自体の困難さ、就労継続の困難さが伴う。健康課題そのものが完全に消失するものではなく、それらの課題を持ちながら就労しなければならず、就労に対する意欲が低減する可能性が高い。しかしながら、複雑な健康課題を有しながらでも、就労することには利点がある。本研究においても、【就労に対する抵抗感の低さ】のサブカテゴリーである[就労によりもたらされる利益の認知]として、〈経済状態の改善〉〈現状からの脱却への期待〉〈意味のある時間を過ごすことによる充実感〉〈将来への見通し〉ラベルが抽出された。この中で最も多く語られていたのは〈意味のある時間を過ごすことによる充実感〉であった。これは、社会的に排除されている状況下では得られにくい感覚であり、就労による重要な利点であると考えられる。また、〈現状からの脱却への期待〉は、主に無料定額宿泊所に入所している協力者の語りから抽出された。協力者が語っていた無料定額宿泊所の具体的な問題としては、自由に保護費を使うことができない、食事は出るがバランスは悪い、就労に対して無料定額宿泊所に居住していること自体が足かせとなる、ルールが多いなどが挙げられる。厚生労働省が2015年に行った無料定額宿泊施設を対象とした調査によれば、宿泊料が住宅扶助基準額と同額またはそれ以上としている施設は全体の86%を占め、さらに食費やその他の費用を徴収している施設も全体の8割に上り、生活保護を受けている居住者が使うことが可能な金額が3万円未満の施設が86%を占めていた<sup>7)</sup>。このような経済的な自由のない状況からの脱却は、就労意欲を向上させる一つの要因となっていた。また、[就労への心理的バリアの低さ]も、就労意欲を高める要素となっていた。健康特性の一つのカテゴリーである【自己流の健康管理】を通じた健康状態の改善や、コントロール感覚の習得は、[就労への心理的バリアの低さ]にポジティブな影響を与え、間接的に就労意欲の向上に寄与していると考えられた。

しかしながら、今回の調査協力者の健康の特性と関連要因や就労意欲について概観すると、「仕事をするのが嫌なわけではないが、現状では就職もうまくいかず、健康上の理由から継続できるかわからない。人間関係も心配。就労をしながら、現状と同等の収入を得られるのかも自信がない。だ

から積極的に就労に向かうことを躊躇する。」という状況に陥っている可能性が示唆された。健康状態に応じた就労が見つかるだろうか、就職できたとしても健康状態を保って継続できるだろうか、自立した生活を維持できるだけの収入が得られるだろうか、健康状態が悪化した場合の医療費が負担できるだろうか。そういった健康状態と就労に対する不安は、就労へのハードルをより高くし、生活保護への依存をより高めてしまう。[就労により生活状況が悪化するとの予見]として、〈生活保護と同等の収入を得ることが困難〉という状況が予測されてしまうと、就労意欲は低下すると予測される。現役の生活保護ケースワーカーである松下氏は、著書の中で「生活保護の支給額は、社会の中でぎりぎりのラインで働いている人たちよりも多い傾向にあるというのが実情です。特に稼働世代で仕事を失ってしまった人たちの中には、仕事で苦勞をしたり、リストラや失業といった憂き目にあった人が多く、働くことに対して意欲を失ってしまっている人も多くいます。今後、高収入が期待できる職に就ける可能性も極めて低いのです」と述べており、本研究の協力者の過去の就労状況と類似した状況が述べられている。

協力者の過去の就労をみると、ほとんどが特殊なスキルや資格を必要としない職業についていた。就労先の規模や、雇用形態についてはインタビューに含めておらず、正確に把握することは困難であるが、健康状態が悪化した際の会社からの支援が語られていない状況をみると、協力者の多くは、産業医の配置が義務付けられていない、比較的小規模な企業で勤務していたことが推察される。小規模な事業所は、労働者健康安全機構により運営されている地域産業保健センターが利用でき、産業医が原則無料で相談等に応じることが可能であるが<sup>117)</sup>、産業医の保健指導について言及したものはなかった。

今回の調査の協力者が希望する職種の一つに「清掃業」が挙げられた。中でもビルクリーニングの仕事を求める者が多かった。ビルクリーニングは、建築物利用者のために衛生環境の整備を行うほか、建築物の美観の維持を主目的とし、オフィスビルのほか、病院・ショッピングセンター・デパート・スーパーなども対象としている<sup>118)</sup>。ビルクリーニングは学歴や特殊なスキルは求められないことが多く、さらに需要も多いため、就労に至りやすい業種であると考えられる。しかしながら、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】、中でも[身体機能障害による活動制限]のある対象者にとって、この職業に就くことは容易ではない。手先を用いる細やかな仕事が困難であったり、物を把持する

ことや、しゃがむ姿勢をとることが困難であれば、清掃作業を行うことは難しい。また、〈排泄に関する機能障害〉のために頻繁にトイレに行く必要がある場合も清掃作業の妨げになる。今回の調査を実施した地域のハローワークにおける、ある程度条件が整っていると思われる求人を見ると、基本給と手当を含めて20万円～25万円となっており、賞与はない。ここから保険、税金をひかれると、手取りで16万円程度となる。65歳以下の単身者の場合、生活扶助費は7万円程度、住宅扶助費は4万円程度であり、計11万円が支給されている。就労による収入は生活保護で受け取る現金の額よりも多くなるが、健康問題を抱える者にとって課題となるのは医療費である。受給者が受診する際には医療扶助による現物支給となっているため、医療費の自己負担はない。しかしながら、就労により生活保護を廃止することにより、医療費の自己負担が発生するため、特に健康課題を有する受給者の場合、就労による自立を躊躇するという状況が生じうる。

本調査の協力者から、就労意欲がないとの明確な語りはなかったが、自身も生活保護を受け、ユニティーという名称の無料定額宿泊所で生活を送っていたライターである長田<sup>119)</sup>は、無料定額宿泊所に居住し、就労支援を受けている入居者の発言内容と状況について、以下のように記述している。

『ここは仕事をしなくていいし、まずい飯だけとりあえず3食食えて、タコ部屋だけ寝るところはある。その上お小遣いまでもらっちゃうと、もう働く気力なくなるよな。』、『生活保護を辞めるメリットがない。働いて15万稼ぐより、生活保護を受けていけば月に13万もらえて、医療費がタダになるし、都営券をもらえたり、納税も免除されますからね。（中略）バイトは風邪をひいて休んだら稼ぎが減りますけど、保護費は減ることがないですよ。』 就労指導を受けたところで、ユニティーで長年、3食昼寝と小遣い付きの生活をしてしまっていると、そう簡単には体は動かないよ。うだ。（中略）働いているものもいるが、生活保護ありきの労働なので、1日数時間程度の軽作業を、気楽にやっている感じだ。こうした結果をみると、彼らが何年も仕事をすることなく寮に居続けた原因は、ユニティーが就職活動の阻害をしていただけではないことが分かる。結局、一人暮らしで自由な生活をして自立ができない何かがあったのかもしれない。』<sup>119)</sup>。本調査の協力者のリクルートは就労支援員を通じて行い、さらにインタビューは市役所内で実施されており、調査協力やインタビューの発言内容は生活保護継続には全く影響を及ぼさないことは十分に説明してはいたものの、明確に就労に対する意欲がないことを述べた協力者はいなかった。しかしながら、受給者の発言内

容からは就労による利点と、生活保護受給のベネフィット間でのゆらぎがあることを察することはできた。このような生活保護に対する心理的な依存状態にあることで、生活保護受給という現実を受け入れ、就労に対する意欲を低下させることにつながると考えられる。

【社会から排除されているという感覚】のうち、[再就職に至らないことによる挫折感]も、就労意欲にネガティブに作用すると考えられる。このサブカテゴリーは、〈再チャレンジの機会のなさ〉、〈度重なる不採用〉、〈保有技能と求職の不適合〉、〈バリアフリーでない職場環境〉ラベルからなりたっているが、これはまさに、「物質的・金銭的欠如のみならず、居住、教育、保健、社会サービス、就労などの多次元の領域において個人が排除され、社会的交流や社会参加さえも阻まれ、徐々に社会の周縁に追いやられていくこと」という、社会的排除に陥っていることに対する認識を表している<sup>42)</sup>。[再就職に至らないことによる挫折感]は、精神的に大きなストレスとなり、自尊感情が低下し、今後の就職意欲を低下させることが予測される。複数の協力者が、無料低額宿泊所に入所していることを理由に就職に至らなかった経験を述べていた。協力者本人の認識であるため、企業としては実際に宿泊所に入所していることを理由に不採用にしたのかは定かではないが、企業の採用面接時、宿泊所に入所していることを何度も指摘され、宿泊所への入所者はほぼ受給者という認識を持っているのだろうことを感じた、と述べた協力者は多かった。また、受給者と退職後の高齢者が希望する業種はオーバーラップしていることも課題の一つであると考えられる。両者とも、再就職に困難があることが予測されるが、受給者と退職後高齢者が求職活動をしている場合、企業としては長期的に就労を継続していた退職後の高齢者を採用する可能性が高いと考える。また、採用を検討する企業が受給者の個別的な背景を理解することは困難であり、受給者に対する否定的な報道がなされると、その情報に影響を受け、受給者に対する否定的な認識、つまりスティグマが固定化され、さらに就労に結びつかなくなるという可能性も高まることが予想される。

薬物依存症者への支援を行うダルクで実施した就労支援についての調査の結果、早く就労したいと考えている者が約半数であったが、就労に対する不安として「就労先がない」を挙げたものは約6割であった。また、約3割が職場での人間関係を心配し、仕事のストレスから薬物再使用の危険が高くなると感じていた<sup>116)</sup>。本研究の協力者のなかで調査時に薬物依存状態にあるものはいなかったが、過去に薬物依存、アルコール依存であった協力者もいたことから、就労の開始に伴い「仕事のストレ

スから薬物再使用の危険が高くなる」という可能性もあり、就労による自立支援の枠組みにおいて、依存の再燃を防ぐための取り組みについても求められる。

スティグマや差別は、身体・精神障害を有する者の就労に大きな影響を与えている<sup>120)121)</sup>。例えば、うつ病を持つ人々にとって、就労には多くの利点があることが知られているが<sup>122)</sup>、うつ病を持ちながら就労する者に対する雇用主の態度は良好とはいえず、これは就労に対する重要な阻害要因であり得る<sup>120)121)</sup>。Brouwersらにより実施された、うつを持つ人々の就労に対するスティグマや差別が就労へ及ぼす影響を検討した調査の結果、全体の6割が仕事場で差別への恐れを感じ、実際に差別を受け、さらに職場での差別経験は、現在無職であることの関連要因であったと報告している<sup>121)</sup>。

生活保護法改正に伴い、生活保護を脱却するためのインセンティブを強化することを目的として、就労自立給付金が創設され、保護脱却時に単身世帯で上限10万円が支給されることとなった<sup>13)</sup>。保護脱却に対するインセンティブが全く存在しなかったこれまでの状況と比較すれば、大きな前進であることに変わりはないが、就労による自立に対する強いインセンティブとなっているとはいえない。生活保護受給のベネフィットは当事者でない者が想定するよりも、受給者にとって大きいものであると考える。そのため、就労の利点をイメージし、もっとよい生活を送りたい、もっと自立的な生活をしたいといった強いモチベーションを持たなければ、就労意欲は低下し、生活保護のベネフィットに対して頼ろうとする心理状態に容易に陥ることが推察される。

### 6-2-3 一般的な再就職や復職と就労支援を受ける生活困窮者の再就職との差異

NIOSH 職業性ストレスモデルは、Hurrell & McInerney<sup>123)</sup>が、それまでの多くの職業性ストレスに関する研究を整理分析して提唱したモデルである（図2）。このストレスモデルは、包括的でほとんどの職業性ストレス要因とストレス反応、健康障害の関係、ストレス反応の就職要因を網羅している<sup>119)</sup>。このモデルでは、職場におけるストレス（物理的環境、役割葛藤、役割のあいまいさ、対人葛藤、仕事の将来の曖昧さ、仕事のコントロール、雇用の機会、仕事の要求度、仕事の多様性、他者への責任、技能の活用、認知的な要求度、交代勤務など）によって、急性反応（心理的・生理的・行動的な変化：仕事に対する不満、抑うつ、身体愁訴、事故、薬物の使用、欠勤など）が生じ、それが慢性的に持続すると、健康障害（作業能力の低下や、医学的診断がつくような疾病）が生じることが示

されている<sup>123)124)</sup>。さらに、このモデルでは、仕事外の要因（家庭・家族の要求など）、緩衝要因（上司、同僚、家族からの社会的支援など）、個人要因（年齢、性別、婚姻状況、勤務年数、職位、自尊心など）が、ストレスによる急性反応への影響を修飾する要因とされている<sup>123)124)</sup>。

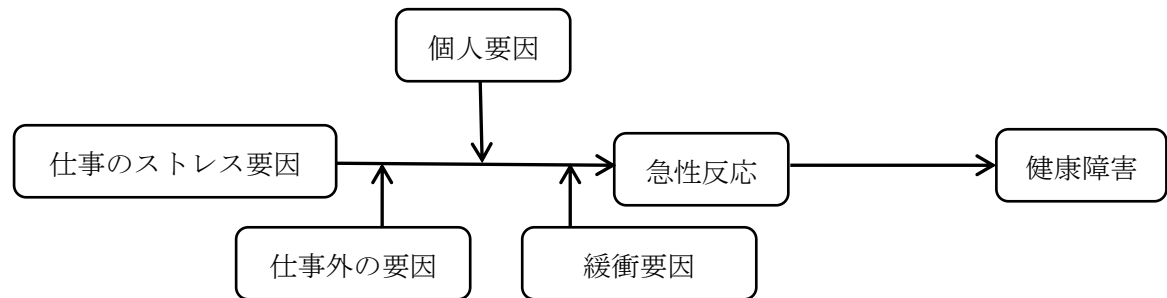


図 2. NIOSH の職業性ストレスモデル<sup>122)123)</sup>

我が国における、NIOSH 職業性ストレスモデルを用いた調査の結果、仕事のストレス要件としての量的負担が心理的ストレス反応を高めること、ソーシャルサポートが心理的ストレス反応に対して負の影響を与え、また、活気に対して正の影響を及ぼすことが報告されている<sup>125)</sup>。また、うつ病のある労働者において、労働の裁量権や労働負荷の変動をより強く、ソーシャルサポートを低く感じていること<sup>126)</sup>、うつ病による再休職者は、仕事のストレス要件であるグループ内対人葛藤が強く、量的労働負荷が低いことなども明らかにされている<sup>127)</sup>。ソーシャルサポートはうつ病の回復に影響を与えることが知られており<sup>128)</sup>、ストレスモデルにおいて重要な意味を持つ。今回の調査の対象者についてみると、過去の職場におけるストレス要因としては、物理的環境、対人葛藤、雇用の機会、仕事の多様性の低さ、技能の活用の低さ、交代勤務などが該当する。しかしながら、産業保健に携わる医療専門職の支援を受けることが可能な一般的な労働者と比較して、最も大きな差異は、仕事外の要因、緩衝要因、個人要因といった、ストレスによる反応への影響を修飾する要因であり、これによりストレスに対する急性反応がより強められる可能性があると考えられる。仕事外の要因には家庭・家族の要求などが含まれるが、就労支援を受ける受給者には家族がおらず単身であるものが多く、コミュニケーションに課題を持ち、社会的に孤立傾向にあるものも多いため、緩衝要因である上司、同僚、家族からの社会的支援を受けることが困難であることも予測される。個人要因を考えて

みても、もともとの就労スキルやソーシャルスキルの低さなどから、自尊心の低下が生じ、結果的に仕事のストレスに対して適応することが困難となるケースも少なくないと考えられる。

近年、うつ病やストレス関連疾患などによる休職者を対象に、職場復帰を目指したリワークプログラムが地域障害者職業センターや医療機関で提供されており、その効果について報告がなされている。復職にポジティブに影響を与える要因としては、治療による病状の回復や本人の復職への意欲や努力のほかに、職場の協力、健康管理スタッフの協力が重要であると報告されている<sup>128)</sup>。副田<sup>129)</sup>は、リワークの効果が上昇しやすい利用者の特徴として、心機一転して取り組む姿勢、ほめられて伸びる素直さ、集団を好み作業を継続できる性格があることを報告している。また、職場・産業医と主治医の連携事例についての分析の結果、本人、職場・産業医と主治医が同じ目標に向けて連携を継続的、安定して取り組んだ事例では、気分障害、不安障害、精神病に至るまで、病状、治療意欲、社交性、自己管理能力の改善、投薬量の減少などがみられたとの報告もある<sup>130)</sup>。反対に、復職困難事例に共通する要因として、復職意欲の乏しさ、プログラムの必要性の理解不足、病前からの不適応、発達障害、課題や作業を継続できないほどの回避傾向が含まれていたとの報告がある<sup>131)</sup>。今回の調査協力者は、同一職場への復職ではなく新たな職場への就職であるため、全般的な応用は困難ではあるが、復職困難事例と調査協力者の間での類似点は多く、生活困窮者の就労支援にも活用できる要素が多く存在すると考える。自立支援を受ける受給者には、復職困難事例と類似した多くの課題を抱えながら、リワークプログラムを受けることもなく、本人、産業医、主治医の連携による就労への支援を受けることもできない状況におかれているものが多く存在しており、特に健康課題側面からの支援が必要になると考える。

また、疾患のために長期間休職中の職員の職場復帰に影響を与える要因を明らかにすることを目的とし、ノルウェーで行われた調査<sup>132)</sup>の結果、復職の遅れに影響する要因として、仕事の要求度の高さと、本人の意思のコントロールの低さの存在が指摘された。また、低ストレインの仕事、受け身的な仕事をしている対象者は、高ストレインの仕事に就いている対象者よりも、復職が早かったと報告されている<sup>132)</sup>。協力者の過去の就労をみると、仕事の要求度は比較的低く、どちらかといえ「低ストレインで受け身的な仕事」をしていたと考えられ、離職せず、休職という選択肢が選ばたとすれば、復職も多少は容易であった可能性もある。しかし、職場や雇用形態によっては休職を選



択することは不可能に近い場合もあり、休職から復職をすることと比べ、一度離職し再就職を試みることはより困難であり、様々な健康課題を有する受給者にとって、ハードルはより高くなると予測される。復職の遅れに影響する要因の一つである、本人の意思のコントロールの低さは、[ストレスに対する反応の強さ]や[変化への対応力の弱さ]と類似する特性であると考えられる。休職中であれば「復職への遅れ」への影響要因となるが、離職して生活保護を受けることにより、より就労意欲を低下させ、生活保護への依存を高めてしまう可能性もあり、比較的早期の復職ができるような支援が求められる。

#### 6-2-4 現行の生活保護受給者への自立支援プログラムの課題

今回の調査協力者である、「その他の世帯」に属する受給者は、年齢、生活状況、健康面からの制約が少ないため、本来、就労等で収入を得ることのできる世帯と捉えられているが、今回の調査からは、健康面の複雑な課題が数多く存在する可能性が示唆された。直接的に就労支援を受ける受給者と関わるケースワーカーや就労支援員は、健康問題があることは認識していると考えられる。しかしながら就労支援に関わる職員の多くは福祉関連職であり、就労の障壁となり得る健康課題についての評価や介入の方向性を明示することは困難であるとする。多くの健康課題を有する受給者を支援する上で課題となるのは、就労支援を受ける健康問題を有する受給者に対する、長期的な視点での支援体制が整っていないことにあるとする。

今回の調査で、発達障害が疑われる協力者も複数存在していた。発達障害は就労や就労継続の障害要因でもあり<sup>113)</sup>、米国の公的扶助制度である TANF においては、就労支援の枠組みの中で発達障害のスクリーニングを実施し、発達障害が疑われる者に対しては、専門医への紹介や、行動療法などが提供されているが<sup>43)</sup>、日本では受給者の就労支援の現場でこのような取り組みはなされておらず、発達障害の可能性のある者に対して障害特性に応じた就労支援がなされていないのが現状である。発達障害を含む障害者に対する専門的な職業リハビリテーションについては、厚生労働省所管の地域障害者職業センターでサービスの提供がなされている<sup>132)</sup>。プログラムへの参加に費用はかからず、就労支援を受ける生活困窮者のうちで、何らかの障害が疑われる者が活用できる可能性もある。しかしながら、ケースワーカーや支援員が障害を有する可能性の高い受給者であると捉えたとしても、

自らの状態を障害と認識しているか、また、もしそのような認識はあったとしても、支援を受けよう  
と考えるかについて課題が残る。さらに、サービスの提供期間が原則3か月以内と定められている  
ため、この期間で課題が改善し、就労に結び付けることが可能であるかは定かではない<sup>133)</sup>。

受給者は、生活保護に至る過程で非正規雇用を経験していると考えられ、また、今後就労する場合  
も非正規雇用として勤務する可能性が高いと考えられる。2016年度の「国民生活に関する世論調査」  
において、どのような仕事が理想的だと思うかとの質問に対して、「収入が安定している仕事」を挙  
げた者の割合が約6割と最も高く、以下、「自分にとって楽しい仕事」、「自分の専門知識や能力がい  
かせる仕事」、「健康を損なう心配がない仕事」の順となっていた。非正規雇用や日雇い労働は、前述  
の理想的な仕事とは大きく異なっている<sup>134)</sup>。非正規雇用は労働者の社会保障や職の安定性を妨げう  
る新しい雇用形態といわれ、臨時雇用の労働者であり、使用者に対して力が弱く、待遇が悪く、低賃  
金であるという傾向がみられる<sup>135)</sup>。非正規雇用の人々の雇用環境は過酷であり、自尊感情を傷つけ  
られることが多いことが報告されている<sup>136)</sup>。井上ら<sup>135)</sup>が行った文献レビューにおいて、非正規雇用  
者の健康状態は正規雇用者と比べて腰痛や筋骨格系の障害の発生率が高く、死亡率が高く、主観的  
健康感が低く、精神的健康度が不良であり、不健康な生活習慣を有している傾向にあることが指摘  
されている。また、北海道・東北の非正規労働者の抑うつ症状と関連要因を検討した調査の結果、う  
つ得点が高い非正規労働者は、環境・人間関係に満足しておらず、仕事の負担度が高く、ワークライ  
フバランスが取れておらず、満足度が低く、ストレス解消法が悪く、内的統制が取れていないことが  
明らかにされた<sup>137)</sup>。非正規雇用として勤務する者、また、小規模事業所で勤務する者の健康上の課  
題に対する支援は産業保健の分野で十分に行えていないのが現状であろう。本研究の協力者は過去に  
は就労していたものの、最終的には離職し、孤立し、生活保護に至っている。健康問題が生じた際に  
受診する一般的なクリニックや病院では、就労に向けた支援が提供される可能性は低く、健康課題  
への支援と就労支援をつなぐ役割を担う職種がおらず、本格的な就労支援に結びつきにくい状況が  
生じていると考える。

本研究では、就労支援を受ける生活困窮者は単に疾病の罹患率が高いのみではなく、就労に影響  
を与える健康特性や健康課題を有していることを当事者の語りから明らかにした。数十名の受給者  
や経済困窮者自立支援法の対象者を対象とした質的調査は日本ではこれまでに存在せず、本研究で

得られた当事者の語りは、当事者の主観的な認識を捉えた重要な資料となり得ると考えられる。本研究の結果から、彼らが抱える健康課題は就労意欲に大きな負の影響を与えており、健康関連の支援は就労支援の枠組みの中で大きな意味を持つことが推察された。就労支援を受ける受給者らの【精神的防御力の低さ】や【社会的適応力の低さ】については、これまでも指摘されてきているが、【他者から理解されがたい持続的な苦痛】や【自己流の健康管理】といった、精神的、社会的健康と関連したこれらの特性について、また、それらの関連性について明確に指摘している報告はこれまでに存在しなかった。生活困窮者を対象とした研究は、これまでは福祉分野の研究者による調査が多く、健康問題にフォーカスした研究が限定されていたと考えるが、本研究において健康特性を明らかにしたことで、生活保護における就労支援への医療従事者の関わりの意義をより明確に示すことができた。今後、保健師や看護師、精神保健福祉士、心理士などの健康管理支援担当者らが健康関連課題について関わることになると思われるが、適切な支援を行うためには、支援者は事前にどのような課題が存在する可能性があるのかを認識しておく必要があると考える。就労支援を受ける受給者、また、生活困窮者自立支援法対象者の健康問題はこれまでも指摘されていたものの、本人の認識をもとに健康特性を抽出した報告はこれまで存在しなかった。今回抽出した就労意欲に影響を与える健康特性や関連要因は、課題の特定や関わりの方向性を検討するうえでのガイドとして活用でき、さらにカテゴリー間の関連性を考慮した教育的プログラム開発の基礎となり得ると考える。

## **6-3 就労支援を受ける経済的困窮者の健康課題への介入に向けた示唆**

### **6-3-1 健康課題の障壁を緩和し、自立に結びつける効果的な支援に向けて**

支援者として受給者と関わる際、その全過程において、受給者が『複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎ』を有していることを意識する必要がある。受給者は、何らかの理由で労働による収入を得ることができず、貯金を切り崩し、それでも生活が立ち行かなくなったために生活保護に至っているため、再就労の困難さは一般の人々と比較してより高いことが予想される。そこに【他者から理解されがたい持続的な苦痛】が存在しているため、就労はより困難となる。【精神的防御力の低さ】や【社会的適応力の低さ】といった健康特性も有するため、就労ができたとしても、その就労環境によっては、新たな環境への適

応に時間を要し、周囲との良好な関係を築くことの困難さが生じる可能性があり、それがストレスとなりさらに健康課題が悪化することも生じ得る。生活保護により、就労をせずとも最低限度の生活が可能な扶助を得ることができている状況から抜け出すことを選択するにはかなりの覚悟が必要である。そのため、就労による生活の自立ではなく、生活保護での生活を継続したいと望む受給者も存在するであろう。

Herbig ら<sup>138)</sup>は、長期的に無職の人々の健康状態や、無職であることが健康にもたらす影響についての文献レビューにおいて、無職の状態が不健康を引き起こすことを指摘している。長期的に無職であるものの精神疾患発症リスクは就労者の 2 倍に上り、長期的に無職であることは健康状態を低下させ、新たな職に就く機会をより減少させること、失業はアルコール依存を引き起こす可能性があること、心臓発作や脳卒中のリスクの高さとも関連していることを指摘している<sup>138)</sup>。就労は精神的な疾患を持つ人の回復にとって、多くの利点があるとの報告もあることから<sup>121)</sup>、就労が可能な身体・精神状態であるならば、極力早期に就労を行うことにより、精神健康が高まり、自立した生活を送る可能性も向上すると考えられる。就労に対する躊躇があったとしても、何らかの活動を行うことで、より生活に対する意欲を高めることができ、精神的健康、身体的健康状態にもポジティブな影響を与え、社会的排除から抜け出し、結果的に就労意欲が高まる可能性もあり得る。

初鳥ら<sup>139)</sup>は、医療機関での就労支援を受けた利用者に、仕事をしてよかったことは何かを尋ね、「自分は存在してよいのかなと思っていたけど、必要とされたのが嬉しかった」、「生活にメリハリがついた」、「達成感がある」、「以前は、仕事を辞めたことが自分の中で失敗だとおもったけど、ステップアップしていく中で、それも一つの過程だったと思えるようになった」などの回答を得ている。こういった就労によるメリットについては、実際に Workfare を通じて就労に至り、生活保護の廃止をしたものの協力を得て、現在就労活動を行っている受給者へ周知していくことで、自身の将来をよりポジティブに検討するきっかけとなると考える。

就労の意義についての先行研究には、精神障害者にとっての就労の意義について取り扱ったものが多い。本研究の対象者には精神科での治療を受けている者も多く、【精神的防御力の低さ】、【社会的適応力の低さ】といった、精神保健領域で取り扱う課題を有するものも多く存在しているため、精神科における就労支援の方策を組み込むことは、対象者にとって有益であると考ええる。

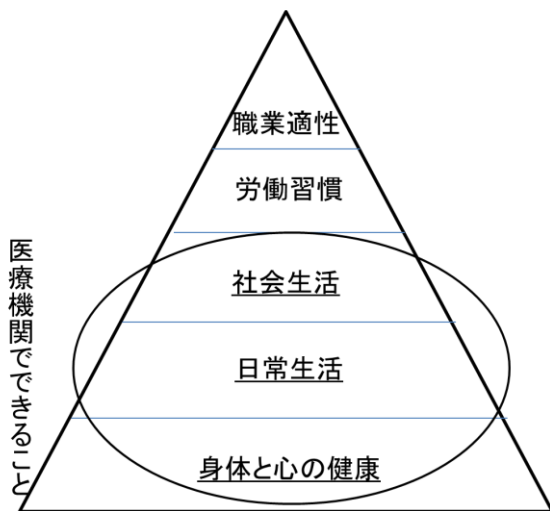


図3. 職業準備性ピラミッド

初鳥ら<sup>139)</sup>は、医療機関での就労支援の実践について、医療機関でできることとそうでない事を、職業準備性ピラミッドを用いて紹介している（図3）。医療機関でできることとして、服薬管理、通院、健康管理、障害の理解などによる「体と心の健康」の支援、規則正しい生活、就床起床、食事、衛生管理、金銭管理などの「日常生活」の支援、身だしなみ、会話、意思表示、感情のコントロール、環境変化適応などの「社会生活」の支援を挙げている<sup>139)</sup>。今

回の調査で明らかになった【他者から理解されがたい持続的な苦痛】は、身体的・精神的な健康状態の障害により引き起こされており、初鳥らのいう「体と心の健康の支援」は、健康課題を持ちながら就労支援を受ける受給者にとっても重要であると考え。特に、今回の調査の協力者が実施する【自己流の健康管理】において、個別的な健康問題に合わせた[苦痛の再燃予防を目的とした健康行動]を行っているものもいるが、それが適切であるのか、より効果的な方法がないかなどを相談する相手がいないのが現状である。専門的な知識を持つ支援者により支持的なフィードバックを行うことができれば、適切な健康行動を維持する意欲向上につながる可能性が高いと考える。

「日常生活の支援」に含まれる、規則正しい生活、就床起床、食事、衛生管理、金銭管理などの支援は、就労支援を受ける独居の受給者にとって重要な意味を持つ。無料低額宿泊所に入所している受給者は、様々な課題はあるものの、就床起床時間も決まっており、食事も提供されているが、アパートなどで単身生活を送る受給者は孤立しがちであり、何らかの用事がなければ1日中屋内にこもり、昼夜逆転の生活となる可能性もあり、これは身体的・精神的な健康に負の影響を与えるのみでなく、就労意欲を低下させる要因ともなり得る。金銭管理については、今回の協力者から問題となる発言はなかったが、金銭管理に課題が生じる可能性がある受給者に対しては、自立前からの介入が求められる。これは、生活困窮者自立支援法の枠組みで提供される任意事業である「家計相談支援事業」で対応できる可能性がある。「社会生活の支援」は、【精神的防御力の低さ】や【社会的適応力の低さ】を有する受給者のニーズに合致した支援である。他者とのコミュニケーション、感情のコントロールを高めることにより、ストレスを緩和し、精神的・社会的な健康状態向上に正の影響を与えるこ

とになると考えることができる。初鳥らが提供している医療機関での就労支援対象者は精神科患者であるが、この枠組みは身体的、精神的、社会的な課題を抱える、就労支援を受ける受給者にも応用できる可能性が高いと考えられる。

健康課題の障壁を緩和し、自立に結びつける効果的な支援を検討する上で、受給者に対する援助者の姿勢も重要な要素となる。添田<sup>99)</sup>は、釧路市での就労自立支援プログラムにおいて、担当職員が重視していた関わり方として、「その人の精神的な面での回復、ケア」、「プログラムを進める際は、（当事者が）『自分で選ぶ・決める』ということが実感できるように心がけた」、「待つ姿勢と変化に対する承認」、「当事者同士の働きかけ、励ましあいを意識したかわり」、「受給者との信頼関係づくり」を挙げている。これは、生活困窮者自立支援法案に対する衆議院厚生労働委員会附帯決議<sup>136)</sup>で述べられている、「個々の生活困窮者の事情、状況等に合わせ、包括的・継続的に支えていく伴走型の個別的な支援」における、伴走型支援の具体的な一つの形であると考えられる。伴走型支援とは、日本における長期間にわたるホームレス支援活動経験を通じて、支援者により形づくられてきたものであり、支援者がマンツーマンで対象者を担当し、社会適応のプロセスを支援するという支援モデルである<sup>140)</sup>。伴走型支援を行う人材に求められる力として、「ミッション尊重とそのために断念する力」、「当事者の主体性尊重のための対話する力」、「共感と決断の力」、「コミュニケーションの力」、「洞察する力と選択肢の提示とつなぐ力」、「物語る力」、「弱さに正直であることとチームを作る力」、「現場で学ぶ力」、「社会を創造する力」、「持続する力と展望する力」の10の力を挙げている<sup>141)</sup>。このうち、当事者との関わりに特化した具体的な態度が示されているのは、「当事者の主体性尊重のための対話する力」、「共感と決断の力」、「コミュニケーションの力」である<sup>137)</sup>。この3つの力のうち、伴走型支援を行う人々が目指したい具体的な関わり方は、「当事者の自己認識を支援し、さらに適正な社会資源に関する情報や権利に関する情報を共有し当事者が自ら選択できる状態を作り出す」、「当事者の主体性を尊重することを前提としたうえで、自分の考えを表明する」、「相互的であり、対等・平等なものであり、相互に主体を尊重する」、「当事者・支援者ともにアサーションを基礎としつつ、決して相手を支配しない」ことであると述べられている<sup>141)</sup>。伴走型支援モデルについては、先行研究がほとんど行われていないという課題がある。しかしながら、生活保護受給や、社会からの孤立により【社会から排除されているという感覚】を有し、【精神的防御力の低

さ】や【社会的適応力の低さ】という傾向を有する受給者に対して、当事者の能力を過小評価し、過剰に支援を提供することにより、自尊感情や本来有している強みが阻害され、就労に対する意欲や自信を減退させてしまうこともあると考える。そういった状況にある受給者に対して、伴走型支援を提供することは、自尊心の向上や、社会参加に向けた意欲を高めるために有益な関わりであると考えられる。

### 6-3-2 健康課題を持ちながら就労支援を受ける受給者の健康管理支援

厚生労働省社会保障審議会から 2013 年に報告された、「生活困窮者の生活支援のあり方に関する特別部会報告書」において<sup>142)</sup>、受給者からの健康や受診に関する相談等があった際に、助言指導など必要な対応を行う専門の職員の配置を検討することが必要との指摘がなされた。それを受けて、2014 年に生活保護受給者の健康管理の在り方に関する検討会(以下、検討会)が開催され、同年、「生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会とりまとめ」が示された<sup>143)</sup>。このとりまとめでは、受給者の健康管理支援担当者として、専任の保健師などの専門職を配置することの必要性について述べられており、今後、生活保護の担当部署において健康管理支援担当者の配置が進められることが期待できる。こういった健康管理支援担当者としては保健師のみでなく、看護師、精神保健福祉士、栄養士、心理士などが役割を担う可能性がある。

現在、医師による病状紹介書を基に、ケースワーカー、就労支援員により就労の可否が判断されている。ここに健康管理支援担当者に関わることにより、健康状態が就労に与える影響をより詳細に捉え、就労可否の判断や、就労支援の具体的な方向性を示すことが可能となると考える。今回抽出された就労意欲に影響を与える健康特性や影響要因を健康管理支援担当者が認識することで、疾患や障害のみではない健康課題に目を向け、就労への障壁を低減させるための具体的な支援を提供することにつながる可能性が高まると考える。

### 6-3-3 健康課題のアセスメント

現行の就労準備支援事業におけるアセスメントにおいては、本人が希望する就労内容を基本とし、日常生活自立、社会生活自立、就労自立の 3 側面において状況の把握と課題の特定、長期・短期目標

と支援内容が検討されている（資料 4）．今回の調査において抽出した【他者から理解されがたい持続的な苦痛】，【精神的防御力の低さ】，【社会的適応力の低さ】，また，受給者らの強みでもある【自己流の健康管理】は，日常生活，社会生活に大きな影響を与えると考えられる．さらに，就労意欲への影響要因カテゴリー，【生活保護廃止への不安と葛藤】，【社会から排除されているという感覚】，【就労に対する抵抗感の低さ】についても，社会生活や就労に対して影響を与えることが予測される．これらの課題が，対象者の日常生活，社会生活，就労へどういった影響を与えているのか，また，どういった支援があればこれらの影響を緩和できるのかを包括的に捉える必要がある．

また，就労に影響を与える要因として，発達障害，物質依存，PTSD 等があるが<sup>12)</sup>，これらの課題の特定はケースワーカーの面接のみでは困難であり，専門的な介入が求められる課題である．カリフォルニア州で提供されている TANF では，申請時に Behavioral Health Questionnaire を用いて，これらの課題のスクリーニングを実施している（資料 5）．Behavioral Health Questionnaire は，「あなたは，時間通りに待ち合わせ場所に行くこと，自分で決断をすること，指示に従うこと，他の人と一緒に過ごすことに対して，難しさを感じますか？」，「あなたは日々の生活を阻害するような考えや感情，悲しさや不安をコントロールすることに難しさを感じますか？」，「あなたは人間関係の難しさのために仕事を探すことや継続することにトラブルがありますか？」，「あなたが薬物を使うことやアルコールを飲むことは，就労の妨げになっていると思いますか？」，「飲酒や薬物使用をやめようとして，やめられなかったことはありますか？」，「最近，就職活動や WTW への参加の妨げとなるような，トラウマ，たとえば愛する人の急死，犯罪の目撃，犯罪や虐待の被害などが生じましたか？」，「2 週間以内に，自分や他人を強く傷つけたいと思いましたか？」からなる 7 項目で構成されている．「はい」の回答が 1 項目以上あった場合には，精神保健の専門家に紹介される．同様に学習障害のスクリーニングについても，「あなたは中学校や高校時代の学習に何らかの問題がありましたか？」，「あなたは簡単な単語を覚えることが難しいと感じることがありますか？」などの 24 項目の質問により実施されており，学習障害が疑われる場合は専門家による詳細な評価を受け，就労に向けた課題を低減させるためのプログラムが紹介される．日本の生活保護の現場で，精神健康に関連したスクリーニングを実施しているか否かについて，文献から明らかにすることはできなかったが，発達障害や抑うつ，不安障害，身体化については，スクリーニングに活用可能な尺度が複数開



発されていることから<sup>144)・146)</sup>、スクリーニングの実施自体は可能であると考え、どの尺度をどのような方法で活用するか、専門家への紹介が必要となった場合の対応などについては、地域によって異なると考えられるため、近隣の精神科や心療内科の医師や医療スタッフを含めての検討が必要であると考え。

就労支援を受ける生活困窮者の健康課題のアセスメントを行う場合、今回抽出した【他者から理解されがたい持続的な工夫】における[客観的な評価が困難な症状]、【精神的防御力の低さ】や【社会的適応力の低さ】などの課題は、医学的な診断がつきにくく、治療の対象とならない可能性も高いため、医学モデルによるアセスメントには限界があると考えられる。また、社会的な参加と環境因子のみを重視する社会モデルを用いると、健康課題についての取り組みが阻害されるため、生物・心理・社会的側面を統合したモデルである国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health（以後、ICF）が活用できる可能性がある<sup>147)148)</sup>。ICFの枠組みを利用し、就労意欲に影響を与える健康課題を心身機能、身体構造、活動と参加に含め、こういった課題が存在しているのかを明らかにし、【生活保護廃止への不安と葛藤】や【就労に対する抵抗感の低さ】を個人因子に、【社会から排除されているという感覚】を環境因子に含めて分析を行うことで、就労意欲の揺らぎを個人的な課題ととらえるだけでなく、社会的な環境の課題の影響も明らかにすることが可能になると考える。これにより、より効果的な介入の方向性を検討することが容易になると考える。

#### 6-3-4 健康課題を抱えながら就労支援を受ける経済的困窮者への教育プログラム

本調査で抽出された【他者から理解されがたい持続的な苦痛】、【精神的な防御力の低さ】、【社会的適応力の低さ】は、相互に関連しあっていた。これらの健康課題は活動と参加へ影響を与え、就労への障壁となっていた。さらに、【生活保護廃止への不安と葛藤】、【社会から排除されているという感覚】は就労意欲に負の影響を与えていた。しかしながら、【自己流の健康管理】と【就労に対する抵抗感の低さ】は、就労意欲に正の影響を与えていると考えられる。就労意欲を高めるためには、負の影響を与える要因、つまり身体的、精神的、社会的健康状態が改善され、【社会から排除されて

いるという感覚】が緩和し，[就労によりもたらされる利益の認知]が高まり，[就労への心理的バリアの低さ]がより低減する必要がある．

健康管理支援担当者の態度としては，先述の伴走型支援の姿勢となるよう意識し，受給者との信頼関係を築き，受給者の自尊感情を高め，精神的な安定を目指す．受給者が受け入れられているという感覚を持つことができれば，【社会から排除されているという感覚】が緩和し，[自ら支援を求めることが困難]である状況が改善される可能性がある．

これまでの日本の就労支援においては，健康管理の専門家による介入が行われなかったため，行動理論等を活用したプログラムが提供されてこなかった．今後，新たに健康管理支援担当者が介入の方向性やプログラム開発と実施を行うようであれば，準備段階からヘルス・ビリーフモデル<sup>149)</sup>，トランスセオレティカルモデルと変化のステージ理論<sup>150)</sup>，社会的認知理論<sup>151)</sup>等の，プログラム開発に活用し易い行動科学理論をとりこみ，評価可能なアウトカムの設定も合わせて行うことにより，より効果的な介入を行うことが可能になると考える．

今回抽出された健康特性に合わせたプログラムのテーマ案を表6にまとめた．これらのプログラムは，就労支援事業の枠組みにおいて6か月間程度で実施することを想定している．表中にアスタリスクがついているテーマは，従来報告されている就労準備支援事業で提供されているテーマであるが，その他のテーマは今回抽出された健康特性に合わせて検討した項目である．【他者から理解され難い持続的な苦痛】に対しては，「症状のモニタリングの方法」，「医師への症状の伝え方」，「苦痛はどこからきているか」，「しっかりと眠るために」などのテーマでの教育的介入が求められると考えられる．身体的な苦痛を抱えて受診した場合であっても，その状態を適切に伝えることができないければ，問題を解決することは難しく，苦痛は持続し，就労意欲にも負の影響を与えることが推察される．身体的な苦痛を抱えていた協力者の中には，その症状を相手に理解されるように説明することが難しく，感情的になるものもいた．診察の場で感情的になることで，適切な診断や診療を受けられる可能性が低下すると考える．そのため，上記テーマの教育的介入を通じて，自身の症状をモニタリング方法や身体的な苦痛を生じさせる要因についての知識を得て，実際に自身の状態を客観的に把握し，冷静に医師に伝えることで，より自身の状況に合致した適切な治療を受けることにつながると思う．

表 6. 健康課題を持ちながら就労支援を受ける受給者へのプログラムテーマ案

健康関連カテゴリー	プログラムテーマ案
他者から理解され難い 持続的な苦痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状のモニタリングの方法</li> <li>・医師への症状の伝え方</li> <li>・苦痛はどこからきているか</li> <li>・しっかりと眠るために</li> </ul>
精神的な防御力の低さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスを感じた時の対策*</li> <li>・こころの危機について考える</li> <li>・依存症からの脱却</li> <li>・仕事をするることによる、精神的な健康への効果</li> </ul>
社会的適応力の低さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「助けてもらう」力を高めるために</li> <li>・自分のコントロール力を高めるために</li> <li>・人とのつながりがもたらすもの</li> <li>・双方向的なコミュニケーションの持ち方*</li> <li>・感情のコントロールの方法</li> </ul>
自己流の健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康状態を高めるための効果的な運動</li> <li>・簡単・安い・おいしい：体に良い食事の工夫</li> </ul>

\*：従来報告されている就労準備支援で提供されているテーマ

【精神的な防御力の低さ】に対応するテーマとしては、「ストレスを感じた時の対策」、「こころの危機について考える」、「依存症からの脱却」、「仕事をするることによる、精神的な健康への効果」を挙げた。本研究の協力者には〈問題解決に至りにくいストレス対処〉を行っていた者が多く、「ストレスを感じた時の対策」を通じて、より効果的なストレスコーピング方略を身に付けるけることで、ストレスのコントロール力にポジティブな影響を与えることが予測される。自殺のリスクや、依存の問題を持つ者の割合が高いという受給者に対して、「こころの危機について考える」、「依存症からの脱却」というテーマでの介入を検討する必要があると考える。単に自殺や依存症は良くない、という内容ではなく、自殺が頭をもたげたときや、今まではコントロールされていた依存物質の使用を再燃しそうになったときに、誰にどのように相談し、どういったサービスを受けることができるかを伝え、自殺や依存症の再燃を予防するための方略を参加者と共に考えられるような介入が求め

られよう。さらに、自殺や依存症はなぜ生じると考えられているかを伝え、精神的な弱さなどが原因ではないことを強調し、自殺企図や依存症の既往を持つ者が自身を責めることがないように配慮する必要がある。自身の「仕事をするることによる、精神的な健康への効果」は、協力者と同じような状況から就労による自立を果たした当事者の意見を丁寧に集め、先行研究の内容などと合わせて紹介することで、就労に対する心理的な抵抗感を低減させることにつながる可能性がある。

【社会的適応力の低さ】に対応するテーマとして、『『助けてもらおう』力を高めるために』、「自分のコントロール力を高めるために」, 「人とのつながりがもたらすもの」, 「双方向的なコミュニケーションの持ち方」, 「感情のコントロールの方法」を挙げた。コミュニケーションについての講義は、従来のプログラムにも含まれているが<sup>52)</sup>、その内容の詳細は明らかにされていない。社会的適応力の低さに対応するテーマの背景にあるものは、やはり、他者との適切なコミュニケーションにある。『助けてもらおう』力とは、援助要請行動を示し、「人とのつながりがもたらすもの」は、ソーシャルサポートの意義を示す。「自分のコントロール力を高めるために」, 「感情のコントロールの方法」は、他者との関係性を築く上での自己コントロールの必要性を伝え、その方法を検討することを含める必要があると考える。

【自己流の健康管理】に対応するテーマとしては、「健康状態を高めるための効果的な運動」, 「簡単・安い・おいしい：体に良い食事の工夫」を挙げた。健康管理として長時間の歩行をしていた協力者が多くいたが、その他の運動を行っていた協力者はほとんどいなかった。不動状態の時間が長く、ストレスが強い生活を送っている受給者の身体活動性を高め、不動による問題の発生を予防するための運動例を紹介する。食事の工夫については、食費に支出できる金額が限られているため、健康に配慮することが第一の目標ではなく、簡単で安くおいしい食事の紹介を通じて、結果的に体に良い食事となるような情報提供を行い、可能であれば調理実習も含め、皆で食事を食べるという機会も提供する。

これらのプログラムについては、これまでに就労支援を受ける受給者を支えてきたケースワーカー、就労支援員、ハローワークの職員らと、健康管理支援担当者が協同して提供することが望ましいと考える。受給者らが抱えている精神的、社会的課題の根底には、愛着の問題や自尊感情の低さなど、心理領域の専門家による介入が求められる課題が存在する可能性がある。身体的な問題に対しては

保健師や看護師、理学療法士や作業療法士などの医療職が、精神的・社会的な課題に対しては心理領域の専門家が、就労意欲に影響を与える関連要因に対してはケースワーカーや就労支援員らが関わる必要があり、多職種が連携して支援にあたることで効果的な支援を提供できる可能性が高まると考える。健康課題の解決に向けて、一般的には家族や親しい友人などのソーシャルサポートが求められるが、それらの支援を受けられない状況にあるケースも多いため、その役割を代替できる存在が求められる。こういった役割を提供可能な職種は現行のサービスでは存在しないが、過去に同様の経験をした元受給者などにピアサポーターとして、またロールモデルとして協力してもらうことで、受給者らの就労意欲の揺らぎをポジティブに変化させることにつながる可能性がある。

生活困窮に陥った要因の一つには、もともとの気質や能力、成育環境による影響も考えられる。それにより、感情のコントロールがままならず、支援者に対して感情的な表現をすることもあり得る。そういった行動に対しては、その背景に何が存在するのかを冷静に検討し、感情的に対処しないことを心がける必要がある。受給者のこれまでの人生は過酷なものであり、死を意識したことがあるものも多く存在する。言うなれば、彼らはサバイバーである。苦悩を感じつつも生活を続け、生活保護をうけながら命を保っている状況であることを忘れてはならない。支援者がその過程を受給者の「強み」と捉え、伴走型支援の姿勢を意識した対応を行うことで、受給者の心理的苦悩が改善していくことが予想される。就労を前面に押し出すのではなく、健康問題の改善を目的とし、健康状態の改善に向けた関わりから社会的なつながりを感じてもらい、徐々に目標を就労にシフトしていくという関わり方であるほうが、就労による自立への支援として適切であると考える。受給者を支えるケースワーカー、就労支援員、また健康管理支援担当者には、受給者が本来持てる力を最大限に引き出すことができるための支援を提供することが求められると考える。

#### 6-4 研究限界と今後の課題

本研究は、就労支援を受ける経済的困窮者当事者の認識から、就労意欲に影響を与える健康特性の構造の明確化を行った調査であり、本調査で得られたデータや分析結果は、就労支援を受ける受給者の健康管理支援にも活用可能であると考えるが、研究限界も存在する。まず、限定された地域で実施した調査であることが挙げられる。調査地区は都市部と農村部の中間的な地域であったため、

他の地域で実施した場合、特に影響要因カテゴリーにおいて、異なるカテゴリーが抽出される可能性が考えられる。また、本調査で行ったインタビューは、協力者と調査者が初対面で1回実施したのみであり、さらに就労支援を受けている市役所で実施したため、正当化バイアスを取りさることは困難であったと考える。さらに、協力者の性別や年代の偏りがあり、本研究では女性よりも50～60歳代の男性の認識を反映した結果となっている可能性がある。

上記の課題を改善するために、今後、様々な地域で質的調査のみでなく、量的調査も合わせながら研究を実施し、結果の一般化可能性を高めるための取り組みを行う必要がある。本調査において、就労支援を受ける生活困窮者の就労意欲に影響を与える健康特性の構造の明確化に至ったと考えるが、健康課題を緩和し、就労意欲を高めることにつながるプログラムについては、こういった内容が望まれるかを検討したが、実際のプログラム作成や評価には至っていない。今後、本調査で抽出された健康特性を基に、効果的なプログラムの開発と評価を実施していく必要があると考える。

## 第8章 結語

就労支援を受けている生活保護受給者、生活困窮者自立支援法の対象者、計 31 名を対象とした個別インタビューを通じ、健康と就労についての認識を質的に分析した。受給者は【他者から理解されがたい持続的な苦痛】、【精神的防御力の低さ】、【社会的適応力の低さ】、【自己流の健康管理】という健康特性を有し、健康や就労意欲に影響を与える【生活保護廃止への不安と葛藤】、【社会から排除されているという感覚】、【就労に対する抵抗感の低さ】という認識を有していることが明らかになった。カテゴリー間の関連性を検討した結果、受給者は『複雑な健康課題を抱えながらの就労による利点と、生活保護受給のベネフィットの間での就労意欲のゆらぎ』という状況下にあることが明らかになった。受給者の多くは身体的、精神的、社会的な健康課題を複数抱え、社会的に孤立しており、これらの健康課題は就労意欲に負の影響を与えていることが推察されたが、健康課題について相談する相手を有していない状況が明らかになった。受給者の健康状態を考慮すると、就労支援過程において医療や心理の専門職が受給者の健康課題に応じた介入を行うことで、より効果的な就労支援につながる可能性が示唆された。

## 謝辞

インタビューにご協力をいただいた受給者の皆様、市役所職員の皆様に感謝申し上げます。ご多用な中、細やかに、穏やかにご指導をくださいました、荒木田美香子先生に厚く御礼申し上げます。物理的、心理的に支えてくれた家族にも深く感謝します。本研究をまとめるにあたり、ご支援、ご協力をくださいましたすべての皆様へ、心より感謝申し上げます。なお、本研究は JSPS 科学研究費 (16K12348) の助成を受けて実施したものです。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省. 2017. 被保護調査（平成 29 年 3 月分概数）.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2017/dl/03-01.pdf> 2017.9.19
- 2) 高間満. 公的扶助の歴史的展開. 岐阜: みらい, 2016
- 3) 厚生労働省. 2017. 経済・財政一体改革推進委員会 第 19 回 社会保障ワーキング・グループ生活保護制度, 生活困窮者自立支援制度資料.  
<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/290411/shiryoku4.pdf> 2017.9.21
- 4) 近藤克則編. 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学の大規模調査. 東京: 医学書院, 2007
- 5) Banks J, Marmot M, et.al. Disease and disadvantage in the United States and in England. JAMA 2006; 295(17): 2037-45
- 6) McDonough P, Williams DR, et.al. Gender and the socioeconomic gradient in mortality. J Health SocBehav 1999; 40(1): 17-31
- 7) Murphy NF, Simpson CR, et.al. National survey of the prevalence, incidence, primary care burden, and treatment of heart failure in Scotland. Heart 2004; 90(10): 606-12
- 8) 四戸智昭. 生活保護受給世帯における依存症問題: 旧産炭地域における生活保護受給者と依存症問題の関連について. アディクションと家族 2010; 26(3): 201-206
- 9) 厚生労働省社会・援護局保護課. 2011. 生活保護受給者の自殺者数について.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ifbg-att/2r9852000001ifhr.pdf> 2017.9.19
- 10) 厚生労働省社会・援護局保護課. 2011. 生活保護受給者の健康管理支援等について  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000052441\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000052441_1.pdf) 2017.9.9
- 11) 浅沼奈美. 生活保護受給者の健康管理支援と保健師の役割. 保健師ジャーナル 2016; 72(2): 94-99
- 12) Taylor MJ, Barusch AS. Personal, family, and multiple barriers of long-term welfare recipients. Soc Work 2004; 49(2): 175-83
- 13) 莊村明彦. 生活保護手帳: 2017 年度版. 東京: 中央法規, 2017
- 14) 厚生労働省. 2016. 最近の社会保障関係費の動向について.  
<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/280711/shiryoku3.pdf> 2017.9.19
- 15) 松下美希. 生活過保護クライシス:それでも働かない人々. 東京: 文芸社, 2014
- 16) 厚生労働省社会・援護局保護課長. 2009. 職や住まいを失った方々への支援の徹底について.  
<http://www.kamamat.org/nen-pyou/2000/2000-img/20090318-tuchi.pdf> 2017.9.19
- 17) 黒木利克. 日本社会事業現代化論, 東京: 全国社会福祉協議会, 1958
- 18) 藤澤三宝子. 日本の低所得と生活保護制度: JGSS データによる社会扶助受給決定要因分析を通して. JGSS Research Series 2008; 4: 271- 283
- 19) 厚生労働省. 2014. 生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書.



<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1215-8a.html> 2017.9.19

- 20) 吉中季子. 貧困層における学歴の試論: セーフティネットにおけるジェンダー. 大阪体育大学健康福祉学部研究紀要 2007; 4: 185-195
- 21) 中村晋介. 生活保護受給者の自立阻害要因と自立支援策: 福岡県田川地区 502 ケースを対象とした分析より. 福岡県立大学人間社会学部紀要 2010; 19(1): 37-50
- 22) 道中隆. 生活保護と日本型ワーキングプア: 貧困の固定化と世代間継承. 京都: ミネルヴァ書房, 2009
- 23) Blank RM. Analyzing the length of welfare spells. *Journal of public economics*. 1989, 39: 245-273
- 24) Zabkiewicz D, Schmidt LA. Behavioral health problems as barriers to work: Results from a 6-year panel study of welfare recipients. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 2007, 34(2), 168-185
- 25) 青木紀. 貧困の世代間再生産の構造: B市における実態. 北海道大学大学院教育学研究科紀要, 2003; 89, 211-237
- 26) Social Exclusion Unit. 1999. Teenage Pregnancy, Presented to Parliament by the prime Minister by Command of Her Majesty. <http://dera.ioe.ac.uk/15086/> 2017.9.19
- 27) Earle A, Heymann SJ. What causes job loss among former welfare recipients: The role of family health problems. *JAMWA* 2002; 57(1): 5-10
- 28) Sun J, Patel F, Kirzner R, et.al. The building wealth and health network: Methods and baseline characteristics from a randomized controlled trial for families with young children participating in temporary assistance for needy families. *BMC Public Health* 2016; 16: 1-15.
- 29) Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science and Medicine* 2004; 58: 41-56
- 30) Cook K. Neoliberalism, welfare policy and health: a qualitative meta-synthesis of single parents' experience of the transition from welfare to work. *Health* 2012; 16(5): 507-30
- 31) 厚生労働省. 2010. 所得と生活習慣等に関する状況.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000020qbb-att/2r98520000021c30.pdf> 2010  
2017.9.19
- 32) 富田早苗, 三徳和子. 壮年期にある生活保護受給者の健康行動と課題. 川崎医療福祉学会誌 2011; 21(1): 145-150
- 33) Vozoris NT, Tarasuk VS. The health of Canadians on welfare. *Can J Public Health* 2004; 95(2): 115-20
- 34) Polit DF, London AS, Martinez JM. The Health of Poor Urban Women: Findings from the Project on Devolution and Urban Change. New York: Manpower Demonstration Research Corporation, 2001
- 35) Zedlewski SR, Alderson DW. Before and After Reform: How Have Families on Welfare Changed? Washington DC: The Urban Institute, 2000
- 36) Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services

- Administration. Office of Applied Studies, 1999
- 37) Derr M, Douglas S, Pavetti L. Providing Mental Health Services to TANF Recipients: Program Design choices and Implementation Challenges in Four States. Washington DC: Department of Health and Human Services, 2001
  - 38) Schmidt L, McCatth D. Welfare reform and the changing landscape of substance abuse services for low- Income women. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2000; 24(8): 1298-1311
  - 39) Olson K & Pavetti L. Personal and family challenges to successful transition from welfare to work. Washington DC: Urban Institute, 1996  
[http://www.urban.org/research/publication/personal-and-family-challenges-successful-transition-welfare-work/view/full\\_report](http://www.urban.org/research/publication/personal-and-family-challenges-successful-transition-welfare-work/view/full_report) 2017.10.3
  - 40) BenzevalM, Judge K. Income and health: the time dimension. *Social Science and Medicine* 2001; 52: 1371-1390
  - 41) 埋橋孝文. 公的扶助制度をめぐる国際的動向と政治的含意: 比較の中の福祉国家論. 京都: ミネルヴァ書房, 2003
  - 42) OECD 編. 井原辰雄訳. 世界の社会政策の動向: 能動的な社会政策による機会の拡大に向けて. 東京: 明石書店, 2005
  - 43) Derr M, Douglas S, Pavetti L. Providing Mental Health Services to TANF Recipients: Program Design choices and Implementation Challenges in Four States. Washington DC: Department of Health and Human Services, 2001
  - 44) 稲葉美由紀. アメリカ福祉改革の動向: TANF と母子家庭. 福岡県立大学人間社会学部紀要 2002; 10(2): 43-56
  - 45) 黒田有志弥. アメリカ合衆国における個人の責任と福祉の理念:1996 年個人責任及び労働機会再調整法の分析・評価を中心として. 本郷法政紀要 2001; 10: 193-230
  - 46) 尾澤恵. 米国における 96 年福祉改革とその後. レファレンス 2003; 12: 72-87
  - 47) CDSS. CalWORKs procedures and regulations to the counties. 2013.  
<http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/eas1302a.pdf> 2017.9.22.
  - 48) Coven M. An introduction to TANF. Center on Budget and Policy Priorities 2005; 22: 1-5
  - 49) 厚生労働省職業安定局. 2015. 全国厚生労働関係部局長会議:厚生分科会資料.
  - 50) 総務省行政評価局. 2014. 生活保護に関する実態調査結果報告書.  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000305409.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000305409.pdf) 2017.10.3
  - 51) 国立社会保障・人口問題研究所. 2017. 保護廃止世帯数.  
<http://www.ipss.go.jp/s-info/j/seiho/seiho.asp> 2017.12.19.
  - 52) 中央法規出版編集部編. 改正生活保護法・生活困難者自立支援法のポイント: 新セーフティネットの構築. 東京: 中央法規, 2014
  - 53) 厚生労働省アフターサービス推進室. 2015. 生活困窮者自立支援法の施行に向けて: 6 自治体の取組. [http://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol18/dl/after-service-vol18\\_houkoku.pdf](http://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol18/dl/after-service-vol18_houkoku.pdf) 2017.10.3

- 54) 正木浩司. 釧路市の生活保護自立支援プログラムの特徴と意義. 自治総研 2014; 433: 1-36
- 55) Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health* 2010; 31: 399-418
- 56) 厚生労働省社会・援護局保護課長. 2015. 被保護者就労準備支援事業（一般事業分）の実施について. 社援保発 0409 第 1 号
- 57) 厚生労働省. 2017. 経済・財政一体改革推進委員会 第 19 回 社会保障ワーキング・グループ生活保護制度, 生活困窮者自立支援制度資料.  
<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/290411/shiryoku4.pdf> 2017.10.20
- 58) Ayala L and Rodriguez M. Health-related effects of welfare-to-work policies. *Soc Sci Med* 2013; 93: 103-112
- 59) Huber M, Lechner M and Wunsch C. Does leaving welfare improve health? Evidence for Germany. *Health Econ* 2011; 20(4):484-504
- 60) Olson K & Pavetti L. Personal and family challenges to successful transition from welfare to work. 1996. Washington DC: Urban Institute.  
[http://www.urban.org/research/publication/personal-and-family-challenges-successful-transition-welfare-work/view/full\\_report](http://www.urban.org/research/publication/personal-and-family-challenges-successful-transition-welfare-work/view/full_report) 2017.10.20.
- 61) Taylor MJ, Barusch AS. Personal, family, and multiple barriers of long-term welfare recipients. *Soc Work* 2004; 49(2): 175-83
- 62) Zabkiewicz D, Schmidt LA. Behavioral health problems as barriers to work: Results from a 6-year panel study of welfare recipients. *The Journal of Behavioral Health Services and Research* 2007; 34(2): 168-185
- 63) Earle A , Heymann SJ. What causes job loss among former welfare recipients: The role of family health problems. *JAMWA* 2002; 57(1): 5-10
- 64) Cook K. Neoliberalism, welfare policy and health: a qualitative meta-synthesis of single parents' experience of the transition from welfare to work. *Health* 2012; 16(5): 507-30
- 65) 中村晋介. 生活保護受給者の自立阻害要因と自立支援策：福岡県田川地区 502 ケースを対象とした分析より. 福岡県立大学人間社会学部紀要 2010; 19(1): 37-50
- 66) Cook C, Hall AG, Garvan CS, et.al. A public health nursing model assists women receiving temporary assistance for needy families benefits to identify a usual source of primary care. *Care Management Journal* 2015; 16(4): 203-207
- 67) Study.com. Patient Care Coordinator: Job Description and Education Requirements  
[http://study.com/articles/Patient\\_Care\\_Coordinator\\_Job\\_Description\\_and\\_Education\\_Requirements.html](http://study.com/articles/Patient_Care_Coordinator_Job_Description_and_Education_Requirements.html) 2017.10.3
- 68) Merrill J. Providing care coordination and treatment services for substance abusing women in the Work First/New Jersey (TAND) program. *Journal of Health and Social Policy* 2004; 18(3): 1-18
- 69) 厚生労働省社会・援護局保護課. 2014. 生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会とり

まとめ.

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000068893.pdf> 2017.9.21

- 70) 櫻井琢磨. 生活困窮者の健康課題および社会保障財政から見た保健師への期待. 保健師ジャーナル 2016; 72(2): 100-104
- 71) 厚生労働省, 地域若者ステーションって何?  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/shokugyounouryoku/for\\_worker/ys-station/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/shokugyounouryoku/for_worker/ys-station/index.html) 2017.10.3
- 72) Corbin J & Strauss A. (操華子訳). 質的研究の基礎: グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順, 東京: 医学書院, 2014
- 73) Flick U. (鈴木聡志訳). SAGE 質的研究キット 1: 質的研究のデザイン, 東京: 新曜社, 2016
- 74) Sandelowski M. (谷津裕子, 江藤裕之訳). 質的研究をめぐる 10 のキークエスション: サンドロウスキー論文に学ぶ, 東京: 医学書院, 2013
- 75) Polit DF, Beck CT. (近藤潤子監訳). 看護研究: 原理と方法, 東京: 医学書院, 2010
- 76) 電子政府の総合窓口. 2016. 社会福祉法. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S26/S26HO045.html> 2017.9.19
- 77) 厚生労働省社会・援護局保護課. 無料低額宿泊事業を行う施設に関する調査について. 2015.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12002000-Shakaiengokyoku-Shakai-Hogoka/0000134574.pdf> 2017.10.3
- 78) 鈴木亘. ホームレス対策と生活保護. 東京: 東京大学出版会, 2008
- 79) 総務省. 日本標準職業分類 (平成 21 年 12 月統計基準設定) 分類項目名.
- 80) 電子政府の総合窓口. 2016. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H07/H07HO086.html> 2017.10.3
- 81) 平成 23 年被保護者全国一斉調査 <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02020101>. 2017.10.3
- 82) 総務省統計局. 2016. 平成 27 年国勢調査結果の概要  
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/pdf/gaiyou1.pdf> 2017.10.3
- 83) 平成 28 年(2016) 人口動態統計の年間推計 - 厚生労働省  
[www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai16/dl/2016suikai.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai16/dl/2016suikai.pdf) 2017.10.3
- 84) 厚生労働省社会・援護局保護課. 無料低額宿泊事業を行う施設に関する調査について (平成 27 年調査) .  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12002000-Shakaiengokyoku-Shakai-Hogoka/0000134574.pdf> 2017.10.3
- 85) 株式会社日本総合研究所. ホームレス等生活困窮者の支援の現状に関する調査事業報告書. 2011.  
[https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/company/release/2011/11622/jri\\_110622.pdf](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/company/release/2011/11622/jri_110622.pdf) 2017.10.3
- 86) Kneipp SM, Kairalla JA, Lutz BJ, et.al. Public Health Nursing Case Management for Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families: A Randomized Controlled Trial Using Community-Based Participatory Research. Am J Public Health 2011; 01(9): 1759-1768
- 87) Fink P, SorensenL, Engberg M, et.al. Somatization in primary care: Prevalence, healthcare

- utilization and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40(4): 330-338
- 88) Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, et.al. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64(4): 660-667
- 89) Wearden AJ, Lamberton N, Crook N, et.al. Adult attachment, Alexithymia and symptom reporting: An extension to the four-category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 58(3): 279-288
- 90) Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, et.al. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68(1): 129-135
- 91) 戸谷豪志, 福本景太, 玉田紘太, 他. 精神疾患の時間生物学的考察. *生体の科学* 2016; 67(6): 584-588
- 92) 鈴木正泰, 金野倫子, 内山真. 概日リズムと気分障害. *睡眠医療* 2014; 8(2): 225-230
- 93) Smedslund G, Hagen KB. Does rain really cause pain? A systematic review of the associations between weather factors and severity of pain in people with rheumatoid arthritis. *Eur J Pain* 2011; 15(1): 5-10
- 94) 行山康. 季節とリウマチ性疾患. *日生氣誌* 2004; 40: 285 - 292
- 95) Salomon A, Bassuk SS, Brooks MG. Patterns of Welfare use among Poor and Homeless Women. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996; 66(4): 510-525
- 96) Tolman RM, Raphael J. A Review of Research on Welfare and Domestic Violence. *Journal of Social Issues* 2000; 56(4): 655-682
- 97) Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J psychosom Res* 1967; 55(2-4): 213-218
- 98) 高屋正敏, 長谷川泰隆. ストレスコーピング特性と職業性ストレス: 共分散構造分析による解析. *産衛誌* 2010; 52: 209-215
- 99) 添田祥史. 生活保護受給者の生活現実と就労自立支援プログラム: 事例研究 58 歳男性 A さん. *北海道教育大学釧路校研究紀要* 2010; 42: 33-39
- 100) Hofman DA, Lei Z, Grant AM. Seeking help in the shadow of a doubt: The sense making process underlying how nurses decide who to ask for advice. *Journal of applied psychology* 2009; 94: 1261-1274
- 101) 前川由未子, 金井篤子. メンタルヘルス専門家への援助要請に関する研究の動向. *名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要* 2016; 63: 57-72
- 102) Maekawa Y, Ramos-Cejudo J, Kanai A. Help seeking among male employees in Japan: Influence of workplace climate and distress. *Journal of Occupational Health* 2016; 58: 632-639
- 103) 杉岡千宏, 橋本創一. 発達障害傾向のある小学生の学校生活における援助要請行動に関する調査. *発達障害研究* 2017; 39(1): 146-152
- 104) Antonucci TC, Lansford JE and Ajrouch KJ. ソーシャルサポート. *ストレス百科事典* 第 2 版. 東京: 丸善, 2007: 1819-1822
- 105) シェルドン・コーエン, リン G. アンダーウッド, ベンジャミン H. ゴットリーブ編著. (小

- 杉正太郎他訳). ソーシャルサポートの測定と介入. 東京: 川島書店, 2005
- 106) Ikeda T, Yamakawa Y, Tomita M, et al. Prevalence and correlates of depressive symptomatology in small-scale manufacturing enterprises in Japan. *Japanese Journal of Balance of Life* 2006; 3(1): 1-12
  - 107) Berkman LF. ソーシャルネットワークと社会的孤立. *ストレス百科事典*第 2 版. 東京: 丸善, 2007: 1823-1827
  - 108) 大山典宏. 隠された貧困:生活保護で救われる人たち. 東京: 扶桑社新書, 2014.
  - 109) 三原理恵. 愛着理論からみた発達病理と精神病理. *東京大学大学院教育学研究科紀要* 1999; 39: 327-338
  - 110) Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion* 2003; 27: 77-102
  - 111) 友田明美. 脳科学から見た児童虐待. *トラウマティック・ストレス* 2015; 13(2): 23-31
  - 112) Sulkes SB. 2017. 学習障害及び発達障害. MSD マニュアルプロフェッショナル版.  
<http://www.msdmanuals.com/ja-jp/> 2017.10.3
  - 113) Hall A, Bose J, Winsor J, et al. Knowledge translation in job development: strategies for involving families. *Appl Res Intellect Disabil* 2014; 27(5): 489-92
  - 114) 厚生労働省. 放課後等デイサービスガイドライン.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000082829.pdf> 2017.10.3
  - 115) 瀧野由夏, 溝上哲也, 徳井教考, 他. 地域住民のライフスタイルと精神的健康度との関連. *日本公衛誌* 2003; 4: 303-313
  - 116) 高原恵子, 森田展彰, 大谷保和, 他. 薬物依存症者に対する就労支援に関する研究: 薬物依存症回復支援施設に対する全国調査から. *日本アルコール薬物医学界雑誌* 2014; 49(2): 104-118
  - 117) 厚生労働省. 2010. 産業医について:その役割を知ってもらうために.  
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/080123-1a.pdf> 2017.10.3
  - 118) 井石清. ビルクリーニング誌より 清掃作業なんでも相談室. *一般社団法人日本鉄道運輸サービス協会誌* 2014; (28): 33-35
  - 119) 長田龍亮. 潜入生活保護の闇現場: 貧困ビジネス施設「ユニティー出発」と戦った 900 日. 東京: ミリオン出版, 2016
  - 120) Mangile E, Ponteri M, Buizza C, et al. Attitudes toward disabilities and mental illness in work setting: a review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2004; 13: 29-46
  - 121) Brouwers EP, Mathijssen J, Van Bortel T, et.al. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open* 2016; 6(2)
  - 122) Van der Noordt M, Ijzelenberg H, Droomers M, et al. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med* 2014; 71: 730-736
  - 123) Hurrell JJ, McInaney MA. Exposure to job stress: A new psychometric instrument. *Scand*

J Work Environ Health 1988; 14: 27-28

- 124) 日本産業ストレス学会編. 産業ストレスとメンタルヘルス: 最先端の研究から対策の実践まで. 東京: 中央労働災害防止協会, 2012
- 125) 堀田裕司, 大塚泰正. 製造業における労働者の対人的援助とソーシャルサポート, 職場ストレスラー, 心理的ストレス反応, 活気の関連. 産業衛生学雑誌 2014; 56(6): 259-267
- 126) 星野藍子, 鈴木國文, 諏訪真美. 就労うつ病女性の家事労働・賃金労働それぞれにおけるストレス要因特徴. 作業療法 2014; 1: 42-52
- 127) 中村聡美, 秋山剛, 酒井佳永, 他. うつ病再休職者における職場ストレス要因の検討 初回休職者との比較調査. 日本社会精神医学会雑誌 2013; 22 (1): 10-19
- 128) Skarsater I, Dencker K, Agren H. The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression: A pilot study. Arch Psychiatr Nurs 1999; 13: 89- 96
- 129) 永田領史, 三島徳雄, 石橋慎一郎, 他. 職場復帰困難事例における復職に影響を及ぼす要因. 心身医 1996; 36(5): 425-430
- 130) 副田秀二. 復職支援 (リワーク) プログラム利用者の特徴と復職の転機. 産業医科大学雑誌 2016; 38(1): 47-51
- 131) 神山昭男. メンタルヘルス不調さの病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方. 産業精神保健 2016; 24(2): 84-92
- 132) Haverlaen LA, Skarpaas LS, Aas RW. Job demands and decision control predicted return to work: the rapid- RTW cohort study. BMC Public Health 2017; 17: 154
- 133) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構. 地域障害者職業センター.  
<http://www.jeed.or.jp/location/chiiki/> 2017.10.3
- 134) 内閣府大臣官房政府広報室. 2016. 平成 28 年度国民生活に関する世論調査.  
<http://survey.gov-online.go.jp/h28/h28-life/index.html> 2017.10.3
- 135) 井上まり子, 錦谷まりこ, 矢野栄二. 非正規雇用者の健康に関する文献調査. 産業衛生学雑誌 2011; 53(4): 117-139
- 136) 玄田有史. 内部労働市場下位層としての非正規. 経済研究 2008; 59(4): 340-356.
- 137) 上原尚紘, 蒲原龍, 志渡晃一, 他. 北海道・東北の労働者における抑うつ症状とその関連要因: ロジスティック回帰分析による正規・非正規労働者の比較. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌 2013; 9(1): 73-79
- 138) Herbig B, Dragano N, Angerer P. Health in the long-term unemployed. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(23-24): 413-9
- 139) 初鳥日美, 石神弘基. 精神障害者の就労支援 医療機関での就労支援の実践. 日本社会精神医学会雑誌 2016; 25(4): 406-411
- 140) 参議院厚生労働委員会. 2013. 生活困窮者自立支援法案に対する衆議院厚生労働委員会附帯決議. [http://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/185/f069\\_111202.pdf](http://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/185/f069_111202.pdf) \_2017.10.3
- 141) 奥田知志, 稲月正, 垣田裕介, 他. 生活困窮者への伴走型支援: 経済的困窮と社会的孤立に対応するトータルサポート. 東京: 明石書店, 2014
- 142) 厚生労働省社会保障審議会. 2013. 生活困窮者の生活支援のあり方に関する特別部会報告

- 書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002tpzu-att/2r9852000002tq1b.pdf> 2017.10.3
- 143) 生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会. 2014. 生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会とりまとめ.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000068893.pdf> 2017.10.3
- 144) 安達潤, 行廣隆次, 井上雅彦, 他. 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 短縮版の信頼性・妥当性についての検討. 精神医学 2008; 50(5): 431-438
- 145) 本田純久, 柴田義貞, 中根允文. GHQ-12 項目質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング. 厚生の指標 2001; 48(10): 5-10
- 146) 松村公美子. Patient Health Questionnaire(PHQ-9, PHQ-15)日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版 : up to date. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究 2014; 7: 35-39
- 147) 世界保健機構. ICF, 国際生活機能分類. 東京: 中央法規, 2002
- 148) 上田敏. ICF の理解と活用: 人が「生きること」「生きることの困難 (障害) をどうとらえるか. 東京: きょうされん, 2005
- 149) Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2002
- 150) Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2002
- 151) Bandura A. Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. NJ: Prentice-Hall, 1986



# お仕事へ向けての準備：

## お気持ち、お体の健康状態を教えてください

私たちの研究チームでは、福祉サービスをうけながら、お仕事へむけての準備をしている、40歳から65歳の方にお話をうかがっています。

「お仕事に戻ることにについて、どのように考えておられるか」

「いまのお気持ちやお体の様子、リラックスする方法」

「健康のために気をつけていること」

「仕事にむけた準備をするうえで、難しいと感じること」

「仕事にむけた準備をするうえで、あったらいいと思うお手伝い」

などについて、約1時間ほどお話を聞かせてください。

お話を聞かせていただくことへご協力いただいても、いただかなくても、受けられている福祉サービスには全く影響はありません。

お話しいただいた内容は録音をさせていただきますが、どなたが何を話したかはわからないようにします。

ご協力いただける場合、担当のケースワーカーの方へおしらせください。よろしくお願いします。

国際医療福祉大学小田原保健医療学部

看護学科 谷山 牧（たにやま まき）

0465-21-6710 taniyama@iuhw.ac.jp

## 「就労準備を行う方の身体的、精神的、社会的健康の現状と課題調査」のご説明

### 1. この調査について

- ・経済的に厳しい状況にありながら、就労準備を行っておられる方にお話をお伺いする調査です。
- ・就労準備を行っている方が抱えている体やお気持ちの健康に関わる課題、健康管理の状況、ストレスや人間関係などに関わる課題、就労準備に関連して希望する支援などを明らかにすることを目的とします。
- ＊インタビューは録音させていただきます。録音の許可をいただける方にご協力をお願いしたく存じます。

### 2. インタビューでお伺いしたいこと

＊以下について、ご負担なくお話しいただける範囲でお話しいただきたいと思います。

「就労に対するお考え」

「現在のお体やお気持ちの状況、ストレス対処、周囲との関係などの状況について」

「健康を保つために気を付けておられる事がら」

「就労準備を行うにあたって難しいと考えること」

「就労準備に関して希望するサポート」

### 3. この調査における倫理的配慮

- ・このインタビューへの協力は、自由意思にもとづきます。協力しないことで、不利益を被ることは一切ありません。
- ・インタビューに応じた場合でも、答えたくない質問を拒否したり、途中でインタビューをとりやめたりすることができます。それによって不利益を被ることは一切ありません。
- ・調査結果は学術雑誌などへの発表を予定しており、その際ご発言を引用させていただくことがあります。その際には、発言内容などから個人が特定されないよう、十分配慮いたします。
- ・インタビューは、録音させていただきます。テープおこしを経てインタビュー内容の文書を作成しますが、文書からは個人のお名前やご勤務先など、個人情報とは削除されます。録音テープと文書は、施錠された別々のロッカーに保管されます。録音テープは面接後3年をめどに責任をもって消去・破棄いたします。文書は、研究終了時（約5年後）にシュレッダー処理をいたします。
- ・その他、インタビューで得られたすべての情報は、研究者以外が入手できないように厳重に管理され、研究終了時に処分いたします。

### 4. インタビューの手順

- ・倫理的配慮について改めてご説明いたします。この時点で調査協力をとりやめることもできます。調査にご協力をいただける場合は、調査協力の同意書にサインをいただきます。
- ・1時間から1時間半程度のインタビューを予定しております。

### 5. 調査結果の発表とご報告

- ・この調査の結果は調査報告書としてまとめ、ご協力いただいた方全員にお送り申し上げます。また、論文としてまとめましたら、学術雑誌などで発表することを予定しております。ご希望の方には、この調査に基づいた論文をお送りいたします。

調査代表者          国際医療福祉大学小田原保健医療学部  
看護学科 准教授 谷山 牧  
電話/Fax 0465-21-6710  
taniyama@iuhw.ac.jp

資料 4. 生活困窮者就労準備支援事業 就労準備支援プログラム計画書

生活困窮者就労準備支援事業 就労準備支援プログラム【計画書】

作成日	
事業所	
担当者	

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> （ ）
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日（ 歳）
職歴	
就労に対する本人の意向	

本人が希望する就労内容 ※本人記載欄

最終的な目標設定及び支援方針 ※本人と担当者で調整の上

支援開始時の本人の状況と課題
①日常生活自立：（例）昼夜逆転。バランスのとれた食事ができない。身だしなみを整えられない。
②社会生活自立：（例）協調性に欠ける。コミュニケーションを適切に図ることができない。
③就労自立：（例）作業内容を理解するのが遅い。就労に不安を抱えている。

	長期目標	短期目標	期間	支援内容	備考
①日常生活自立	（例）規則正しい生活、適切な食事や身だしなみができるようになる。	定時の起床・就寝	・・・	起床・就寝の確認	
		買い物・調理方法の習得	・・・	買い物や調理方法を教える	
		身だしなみの必要性の理解、方法の習得	・・・	身だしなみの必要性や方法について教える	
②社会生活自立	（例）協調性を身につける。円滑なコミュニケーションができるようになる。	他者と協力して作業ができるようになる。	・・・	ボランティア活動	
		自分の考えを伝えることができるようになる。	・・・	グループワーク（ディスカッション）等の実施	
③就労自立	（例）作業内容を素早く理解し、効率的に作業ができるようになる。就労について自信が持てるようになる。	何度も説明を受けることなく作業を行えるようになる。	・・・	軽作業の実施	
		働く場に慣れる。	・・・	職場見学、就労体験	

本人同意欄	
-------	--

※計画内容については、月次の評価により、適宜見直しを行う。

CalWORKs

Attachment 2

## BEHAVIORAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Participant's Name: _____		Case Number: _____	
		YES	NO
1.	Do you have difficulties getting to places on time, making decisions on your own, following instructions, or being around other people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Do you have difficulties managing your own thoughts, emotions, fears, or worries that interfere with your daily tasks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Do you have trouble finding or keeping a job due to difficulty getting along with others?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Do you believe your drug or alcohol use may be a barrier to getting or keeping a job?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Are you trying to quit drinking or using drugs but are unable to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Have you recently experienced a severe trauma such as the sudden death of a loved one, witnessed a violent crime, or been the victim of a crime or abuse that makes it difficult for you to look for a job or participate in Welfare to Work activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Have you thought of seriously hurting yourself or other people in the past two weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did participant answer "Yes" to one or more questions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If Yes, date participant referred for clinical _____			
CalWORKs ISW/CM: _____			
Caseload number: _____			
Phone number: _____			
Date: _____			