

NIVR

資料シリーズ
NO.11

精神障害者の職業リハビリテーション
—「世界精神保健連盟'93世界会議」から—

1995年11月

日本障害者雇用促進協会
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

まえがき

障害者職業総合センターは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、職業リハビリテーションに関する研究・開発、障害者の雇用に関する情報の収集・分析・提供、職業リハビリテーション施設の運営・指導、専門職員の養成・研修、障害者に対する職業リハビリテーションサービスの提供等の事業を行う総合的な施設として、労働省の認可法人である日本障害者雇用促進協会によって運営されております。

このため、当センターでは、職業リハビリテーションの各領域にわたる調査研究を広く実施し、その成果を研究調査報告書その他の形で発表するとともに、研究の過程で蓄積された資料のうち重要と思われるものを資料シリーズとして取りまとめ、関係者に提供しております。

本書は、このような当センターの調査研究活動の一環として、**1993年8月**に開催された「世界精神保健連盟'93世界会議」のサブテーマの一つである「精神障害者の職業リハビリテーション」の講演やシンポジウムおよび一般発表抄録を取りまとめたものです。特に、ボストン大学精神科リハビリテーションセンター所長のアンソニー（**ANTHONY, W.A.**）教授による基調講演は、我が国の精神障害者の職業リハビリテーション活動に大きな影響を与えたと言えるでしょう。それゆえ、その講演内容と同氏が参加したシンポジウムの詳細を同会議の参加者以外の数多くの関係者にも知って頂くために、同サブテーマのプログラム編成の中心となった当センターにおいて本書を刊行することとしました。

取りまとめは、プログラム委員だった特性研究部門の松為信雄が担当しました。

この資料集が、わが国における障害者の職業リハビリテーション対策を前進させるための一助となれば幸いです。

1995年11月

日本障害者雇用促進協会
障害者職業総合センター

目 次

| | |
|--------------------------------------|----|
| 序章 目的と会議の概要 | 1 |
| 第1節 目的と構成 | 1 |
| 第2節 「世界精神保健連盟'93世界会議」の概要 | 2 |
| 第3節 サブテーマ「精神障害者の職業リハビリテーション」 | 4 |
| 第I部 基調講演 | |
| 第1章 講演者の紹介 | 11 |
| 第2章 「重篤な精神疾患を持つ人々の職業リハビリテーション：問題と神話」 | 13 |
| 第1節 精神障害者の就労実態 | 13 |
| 第2節 過去の神話 | 14 |
| 第3節 変化と将来の方向 | 18 |
| 第4節 結論 | 23 |
| 第5節 文献 | 24 |
| 第II部 シンポジウム | |
| 第3章 参加者の紹介と主旨 | 29 |
| 第1節 参加者の紹介 | 29 |
| 第2節 シンポジウムの主旨 | 31 |
| 第4章 医療と作業療法の視点 | 33 |
| 第1節 医学的リハビリテーション | 33 |
| 第2節 精神科作業療法 | 40 |

| | |
|--------------------|-----|
| 第5章 社会復帰施設と地域医療の視点 | 46 |
| 第1節 社会復帰施設 | 46 |
| 第2節 地域ネットワーク | 56 |
| 第6章 職業リハビリテーションの視点 | 62 |
| 第1節 働くスタイルの探索 | 62 |
| 第2節 キャリア発達 | 67 |
| 第7章 問題の所在と指定討論 | 77 |
| 第1節 問題の所在 | 77 |
| 第2節 指定討論－Ⅰ | 78 |
| 第3節 指定討論－Ⅱ | 83 |
| 第8章 追加発言と討論 | 89 |
| 第1節 追加発言 | 89 |
| 第2節 討論 | 94 |
| 第Ⅲ部 発表抄録 | 103 |

序章 目的と会議の概要

第1節 目的と構成

本書は、1993年の8月23日（月）から27日（金）の5日間にわたって我が国で開催された、「世界精神保健連盟'93 世界会議（WFMH '93）」において、サブテーマ：「精神障害者の職業リハビリテーション」のもとで発表された講演やシンポジウムの中から、特に、ボストン大学精神科リハビリテーションセンター所長のアンソニー（Anthony, W.A）教授による基調講演と、同氏が指定討論者として参加した個別シンポジウムの内容をまとめた。また、このサブテーマのもとで行われた分科会のすべての発表抄録も収録した。

これらを資料集として刊行するのは、次の理由からである。

第1に、我が国における精神障害者の職業リハビリテーション活動の推進のための、重要な里程碑となっている。

我が国では、病院精神医療の中で社会復帰活動の重要性が強く認識されるようになった1960年代から、精神障害者の職業問題は主に医療や医学的リハビリテーションの流れの中で扱われて来ている。精神科作業療法から始まり、入院患者の院外作業や通院患者の「職親制度」が、国の制度としての「通院患者リハビリテーション事業」に引き継がれてきた。他方で、在宅患者に対する就労援助もまた、地域に適切な相談機関がなかったために、病院内リハビリテーションの延長線上で行われて来た。職場探しから面接への同行、職場内でのさまざまな問題の解決に至るまで、病院のケースワーカーや看護師が援助せざるを得なかったと言える。このように、精神障害者の就労援助は、医学あるいは病院医療の辺縁領域で実践されて来ている。

これに対して、職業リハビリテーションの領域で精神障害者を対象としたのは最近になってからであり、精神障害回復者を対象とした職場適応訓練制度の適用や職業準備訓練・職域開発援助事業が実施され、また、事業主に対する助成金制度も幾つか適用されるようになって来ている。

こうした流れの中であって、「世界精神保健会議」で職業リハビリテーションを標榜したサブテーマを取り上げたことは、精神障害者のリハビリテーションが、単に精神科医療の領域だけでなく、職業リハビリテーション領域においても開始され始めたことを意味し、今後の大きな流れを作った契機となったことは確かなことであろう。

実際のところ、翌年の1994年から、「精神障害者リハビリテーション研究会」が開催され、精神科医療や精神保健分野と職業リハビリテーションの専門家が一堂に会した研究会が開始され、実践家の間での交流がますます進展して来ている。その意味でも、この会議の発表と論議を資料として残すことは重要だろう。

第2に、アンソニー（Anthony, W.A）教授の基調講演は、我が国の精神障害者の職業リハビリテ

ーション活動に与える示唆が大きいと見なされるからである。

アンソニー（Anthony,W.A）教授の提唱する精神科リハビリテーションは、心理教育的アプローチであり、米国では、理論的にも政治的にも非常に強い影響力をもっていると言われている。その基本的な視点は、患者のニーズを重視することであり、患者の発言の裏にはどのようなニーズや希望があり、そのニーズを満足させるにはどのように目標を設定して、患者を成長させ、環境からのサポートを活性化したらよいか、について患者との面接を通して患者と一緒に考えることに特徴がある。

こうした視点は、これまでは、ともすれば意志疎通が困難であった精神保健医療の分野と職業リハビリテーション分野の専門家が、精神障害者の就労を中心とした社会復帰に対する支援の協同作業を進める際に、共有すべき概念であろう。その意味で、同教授の基調講演とシンポジウムでの発言内容は、関係各位にとって注目に値するだろう。

本書は、この序章を除くと、全部で**3部**から構成されている。

第Ⅰ部では、基調講演の内容をまとめた。第**1**章で司会者による講演者の紹介を、第**2**章で「重篤な精神疾患を持つ人の職業リハビリテーション：問題と神話」と題した講演内容をまとめた。

第Ⅱ部は、「医療から雇用・就労への移行」と題されたシンポジウムの内容をまとめた。第**3**章で司会者によるシンポジウムの主旨説明とシンポジストや指定討論者の紹介をまとめた。第**4**章から第**6**章までは、医学と作業療法、社会復帰施設と地域医療、職業リハビリテーションのそれぞれの視点から、合計**6**人のシンポジストの講演をまとめた。第**7**章では司会者による問題点の指摘と指定討論者によるコメントをまとめ、第**8**章ではシンポジストによる追加発言と全体討論についてまとめた。

第Ⅲ部は、発表抄録の中から、「精神障害者の職業リハビリテーション」のサブテーマ分科会に提出された論文を収録した。

第2節「世界精神保健連盟'93世界会議」の概要

この世界会議は、「**21**世紀をめざしての精神保健—テクノロジーと文化、そしてクオリティー・オブ・ライフ」を統一課題として、幕張メッセ、海外職業訓練協力センター、障害者職業総合センターの**3**会場で開催された。会議の学術プログラムは、特別プログラム・サブテーマ、サテライトの**3**つの部門から構成されている。

1 特別プログラム

開会式と閉会式の他に、特別プログラムとして次の各種の講演やシンポジウム、会議が催された。

①世界保健協会デー

各国の精神保健協会や世界精神保健連盟に加盟のその他の機関の代表によって、それぞれの活動報告を中心とした特別会議が行われた。

②記念講演等

開会式では、世界精神保健連盟会長のアボット (**Abbott,M.W**) 氏の会長講演が行われた。

また、世界会議の開催を記念して、幾つかの講演が行われた。開会記念講演として、中島宏氏 (**WHO** 事務総長) による「**1990** 年代の精神障害者：問題と解決」が、メアリー・ヘミングウェイ・リース記念講演として中村元氏 (東京大学名誉教授) による「東洋のこころとその実地的意義」が、マーガレット・ミード記念講演としてロック (**Lock,M**) 氏 (マクギル大学教授、カナダ) による「不死にむけて：身体科学と精神の理想郷」がそれぞれ行われた。

この他に、特別講演として、リバーマン (**Lieberman,R.P**) 氏 (**UCLA** 教授、アメリカ) による「重篤な精神病者の技能訓練の改革」、ヘフナー (**Hafner,H**) 氏 (精神保健中央研究所、ドイツ) による「ドイツ連邦共和国における精神保健ケアの最近の歴史、組織及び機能」が行われた。また、島津久子氏 (全国更生保護婦人連盟会長) の「すべての人に母の愛を」の特別講演を受けて、「地域に根ざした更生保護活動について」のシンポジウムが開催された。

③WHO (世界保健機関) シンポジウム

「精神保健と **ICD-10**」をテーマとして、サートリウス (**Sartorius,N**) 氏 (**WHO** 精神保健部長) の基調講演を受け、同氏と中根允文氏 (長崎大学教授) の司会によって、**3** 人のシンポジストに **2** 人の指定討論者を交えて行われた。

④基調講演

サブテーマごとに、それぞれの基調講演が行われた。

2 サブテーマ

会議は **17** のサブテーマ領域が設けられ、それぞれの分科会ごとに、基調講演、基調シンポジウム、個別シンポジウム、個別発表が行われ、サブテーマの名称は、次のとおりである。

①変動する世界と精神保健、②人口問題と精神保健、③テクノロジーとストレス、④精神保健と宗教・文化、⑤アルコール・薬物乱用への対応、⑥児童の権利に関する条約—精神保健との関わり、⑦一次予防の新しい方向、⑧コミュニティケアの新しい方向、⑨精神障害者の職業リハビリテーション、⑩精神保健活動への市民参加、⑪精神障害者の権利と法制度、⑫臨床および研究の新しい展開、⑬女性・家庭と精神保健、⑭老年期と精神保健、⑮ユーザー活動、⑯精神障害者と精神薄弱者の福祉と家族、⑰精神障害の看護と介護。

3 サテライト

次の6つのテーマについて、会議やセミナー、あるいはビデオ発表が行われた。

①第1回アジア精神保健社会学会議、国際社会学会、②WPA 教育プログラム—パニックと不安、③精神保健国際セミナー、④クオリティー・オブ・ライフと精神保健、⑤精神保健分野での国際協力の経験、⑥海上療育所の紹介ビデオ。

第3節 サブテーマ「精神障害者の職業リハビリテーション」

この世界会議での「精神障害者の職業リハビリテーション」をサブテーマとした分科会は、基調講演、基調シンポジウム、個別シンポジウム、一般発表に分れて行われた。

1 基調講演

アンソニー (Anthony,W.A) 教授 (ボストン大学精神科リハビリテーションセンター所長、アメリカ) によって、「重篤な精神疾患を持つ人の職業リハビリテーション：問題点と神話」と題して行われた。

本書の第1部は、その内容である。

2 基調シンポジウム

「精神障害者の職業リハビリテーション」をテーマに行われた。調一興氏 (全国授産施設協議会会長) を司会に、マクジョージ (McGeorge,P) 氏 (精神保健サービス、ニュージーランド) とヤン (Yan,H.Q) 氏 (上海精神保健センター、中国) がシンポジウム演者となった。なお、エクダウィ (Ekdawi,M.Y) 氏 (ネサーム病院リハビリテーションサービス、イギリス) は当日は欠席だった。各氏の会議前にだされた発表抄録は、本書の第Ⅲに収録したが、その概要は次のとおりである。

マクジョージ (McGeorge,P) 氏は、ニュージーランドにおける地域ケアシステムの一つの形態を紹介した。それは、余暇センター、活動センター、作業訓練プログラムなどの社会資源を提供する慈善的な信託事業である。それらを通して、自尊心や自信や社会的技能などを再構成する機会が提供され、そのことが職業リハビリテーションの推進に結びつくことを指摘した。

ヤン (Yan,H.Q) 氏は、中国における精神科作業療法の歴史を展望するとともに、作業療法の活動が陽性と陰性症状の双方に効力を持つことを指摘した。さらに、職業リハビリテーションでは、その他にも、行政の参加、社会資源の活用、現実的な目標に即したサービスの提供、などが重要で

あることを指摘した。

調氏は、日本の精神障害者の職業リハビリテーションについて、雇用対策や福祉対策に関わる法制度や施設等を広範に概観するとともに、その現状と課題を指摘した。その上で、我が国では、精神障害者の保健、医療、福祉の各種の施策が不十分であり、それがまた、職業リハビリテーションの効果が発揮されず雇用に結びつかない要因となっていることを率直に述べ、関係者の努力と積極的な取り組みが必要であることを訴えた。

3 個別シンポジウムと一般発表

公募による個別シンポジウムと一般発表は、**10** の課題に分れて開催された。それらの課題と発表数は次のとおりである。

- ①職親制度の役割と課題：シンポジウム形式で**6** 人の発表
- ②職業生活の支援Ⅰ：一般演題として**4** 人の発表
- ③職業生活の支援Ⅱ：一般演題として**6** 人の発表
- ④医療から就労への支援：一般演題として**8** 人の発表
- ⑤医療から雇用・就労への移行Ⅰ：シンポジウム形式で**6** 人の発表
- ⑥医療から雇用・就労への移行Ⅱ：同上の**1** に続いてシンポジウム形式
- ⑦授産施設・協同作業所の役割と課題：シンポジウム形式で**5** 人の発表
- ⑧精神科作業療法の現状と教育：シンポジウム形式で**6** 人の発表
- ⑨精神病院におけるリハビリテーションの活性化と作業療法：シンポジウム形式で**4** 人の発表
- ⑩施設・作業所の実際：一般演題として**5** 人の発表
- ⑪一般雇用の促進：一般演題として**5** 人の発表

本書の第Ⅲ部ではこれらの発表抄録を収録した。また、第Ⅱ部では「医療から雇用・就労への移行Ⅰ・Ⅱ」のシンポジウムの内容を収録した。

4 公式報告

世界会議の終了後に刊行された「会議録 (proceedings)」には、開会式での高円宮憲仁親王殿下のお言葉、幕張宣言、世界精神保健連盟会長講演、記念講演、基調講演、基調シンポジウム、特別講演、WHO シンポジウムなどのそれぞれの内容の他に、**17** のサブテーマのそれぞれについて、個別シンポジウムと一般発表の中で論議された内容についても収録されている。

「精神障害者の職業リハビリテーション」のサブテーマに関して、個別シンポジウムと一般発表の中で論議された内容の公式報告は、同テーマのプログラム委員の一人である松為信雄（障害者職

業総合センター)が執筆した。その内容は、次のとおりである。

* * * * *

他の障害者と比較しても、我が国の精神障害者の雇用就労の状況は立後れが著しい。にもかかわらず、我が国で開催されて来た数多くの精神障害関係の学会や会議では、「職業リハビリテーション」を明記したうえで、それに関わる多面的な問題を集中的に論議したことはこれまで皆無であった。その意味で、今回の世界会議でそれをサブテーマとして採用し、その枠組みの下で、アンソニー教授による基調講演から始まり、マクジョージ、ヤン、調の各氏による基調シンポジウムの他に、10にも及ぶ一般演題やシンポジウムのセッションで55の発表が行われたことは、画期的なことである。疑いもなく、本会議の成果は、職業リハビリテーションの視点に即して精神障害者に対する種々の介入や支援を捉えることの重要性を、我が国の関係者に深く印象付けることになった。

一般演題とシンポジウムのセッションでは、次のような多面的な課題に対して活発な論議が行われた。

第1に、医療から雇用・就労への移行とその支援体制に関してである。

シンポジウムでは、医学的リハビリテーションの視点から、精神障害者の職業リハビリテーション関連文献の論評、医療機関での作業療法の活動、リハビリテーション施設での就労援助活動、さらには、精神保健総合センターを核とした地域ネットワークの構築が論じられた。また、職業リハビリテーションの視点からは、障害者職業センターにおける職業リハビリテーションサービスの具体的方策が紹介されるとともに、医療から雇用・就労への移行に関わる各種の専門職が共有すべき概念として、キャリア発達の視点に即した対象者の理解が重要であることが指摘された。これらを受けて、医療から職業分野に伝達し共有すべき情報は何か、リハビリテーション成果を示す尺度の構成や職業評価はどのような視点から構成し実施すべきか、地域の支援体制はだれが担うのか、地域全体の支援システムをどのように構成すべきか、などを中心に論議が展開された。

一般演題では、主として医療側の取り組みが発表された。精神科救急医療の場における就労援助の実際と課題、精神保健センターでのデイケアやデイケア施設研究協議会の概要と役割、私立病院における院外作業と通院患者リハビリテーション訓練あるいは体系的就労援助の現状と問題点などが指摘された。そうした医療側から一般就労に至るまでの援助プログラムの流れが論議された。

第2に、共同作業所や授産施設の現状と課題に関してである。

シンポジウムでは、我が国に特徴的な共同作業所を中心とした福祉的就労の場についての現状と課題が論じられた。共同作業所は、我が国の精神障害者に対する社会復帰対策や雇用対策の立後れや、障害者自身の意識の変化、公的補助金制度の拡充、法定外事業の利点などを背景として急激な

増大を遂げている。その機能の効果や今後の課題について総括的な指摘がなされた上で、民間のみならず公立の共同作業所についても、新しい実践的な取り組みの幾つかの事例が詳細に紹介された。それらを通して、共同作業所は、無為で無目的な生活や周囲の目から開放されて、自力で賃金を獲得して生活のリズムを取り戻し、人間関係の回復に貢献することが指摘された。

一般演題でも、共同作業所での就労支援活動の実際や労働の意義と役割の他に、精神障害者通所一授産施設や社会復帰施設での作業療法士の役割や職業リハビリテーションの取り組みが紹介された。また、海外のワークショップについても、香港とジンバブエにおける活動内容とその今後について紹介された。

第3に、職親制度とその終了者の課題に関してである。

シンポジウムでは、事業主団体としての我が国におけるこの制度の概要と歴史が基調報告された。入院患者に対する制度から始まり通院患者リハビリテーション事業として発展して来た過程が、愛知県や東京都の実態と課題を通して明らかにされた。また、民間病院における職業リハビリテーション協力事業所の役割、通院患者の地域との結び付き、OJT（On the job Training）や off JT（OffthejobTraining）を併用した職業能力開発訓練の方法などが論じられた。

また、一般演題でも、日本における職親制度の現状と問題点が発表された他に、職親終了者のその後の問題についても論じられた。

第4に、精神科作業療法の現状と教育に関してである。

最初のシンポジウムでは、我が国の精神保健領域における作業療法の歴史と経過が基調講演として展望された。それを受けて、精神科作業療法のあり方に関する実態調査、山梨県の精神病院における作業療法士の実態、民間精神病院における作業療法士の志気の現状、作業療法士教育と精神障害に対する作業療法のあり方、作業療法教育における臨床実習の成績評価について指摘された。それらを基にして、精神科作業療法の現状と教育のあり方が論じられた。

それに続くシンポジウムでは、作業療法における集団プログラムへの参加状況の検討、QOL（Quality of Life）の向上に寄与する作業療法のあり方、分裂病患者の高齢化と作業療法、総合病院における作業療法とチーム医療との関係などの報告を受けて、精神病院におけるリハビリテーションの活性化と作業療法のあり方が、実践活動の報告を基にして論議された。

第5に、職業的な行動変容を促す実地的なプログラムに関してである。

精神分裂病者の行動様式を4類型に区分したうえでそれらに対応したリハビリテーションの進め方、病院環境を社会環境に近似させた中での状況改善の効果、分裂病圏患者に対する求職面接の訓練に生活技能訓練の技法を応用した効果、芸術療法を取り入れた職業生活援助のための作業療法の効果、などが紹介された。

第6に、各国の精神障害者リハビリテーション活動の紹介や将来展望に関してである。

中国からは、精神障害者リハビリテーションの概観と将来の発展についての展望、医師による定期的・定時的な退院患者の職業面や精神衛生面の相談、あるいは、3段階から構成された社会復帰プログラムの紹介があった。フィリピンからは、国立精神保健センターにおける精神病患者の職業復帰状況の報告がなされた。米国からは、職場に統合するためのリハビリテーション政策や法律体系と援助付き雇用の開発方法について紹介された。その他に、精神保健ニーズに適合した所有・管理システムとしての作業協同組合モデルを実践しているアメリカとニュージーランドの取り組みも紹介された。

また、我が国の場合も、地方自治体組織の職場内での精神保健相談チームの活動、そして、障害者職業センターにおける支援活動の実際と障害者職業カウンセラーの果たす役割、などが論じられた。

本会議における最も大きな成果は、職業リハビリテーションの視点に即して精神障害者に対する種々の介入や支援を捉えることの重要性を、我が国の関係者に深く印象付けたことである。それは、我が国の精神障害者リハビリテーション活動を推進するうえで、医療分野とその関連領域、種々の社会復帰施設や作業所、職業リハビリテーション施設や機関、さらには、職親等の事業主などが精神障害者に対する職業リハビリテーションの共通理解を深めるとともに、それを推進してさらなる発展を遂げるための、確固たる第1歩を印したと結論できよう。

* * * * *

第 I 部 基 調 講 演

「重篤な精神疾患を持つ人の職業リハビリテーション」

「職業リハビリテーション」に関する基調講演は、ボストン大学精神科リハビリテーションセンター所長の **ANTHONY, W. A** 教授によって、**1993年8月25日**に行われた。

ここでは、当日の講演についての日本語同時通訳の内容を、後日配布された会議録 (**proceedings**) と照合してまとめた。

第 1 章 講演者の紹介

【竹村堅次】おはようございます。基調講演の司会をさせていただきます、竹村でございます。東京武蔵野病院の院長をしております。本日のご講演をお願いしたアンソニー（Anthony,W.A）教授をご紹介するにあたって、最初に、我が国の精神障害者の職業リハビリテーションの流れを少しばかり述べさせていただきます。

10 年前の 1983 年に、ILO は「障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約」、いわゆる 159 号条約を採択いたしました。日本では、「国連・障害者の 10 年」の最終年である 1992 年にそれを批准したばかりであります。ILO が 159 号条約を採択した後の日本政府の障害者の雇用対策は、1987 年に「身体障害者雇用促進法」の抜本的な改訂を行い、法の対象となる障害者の範囲を、身体障害から精神薄弱者および精神障害者にまで拡充して、すべての障害者を対象とするようになりました。この時に、法律の名称も「障害者の雇用の促進等に関する法律」に変え、雇用対策の一層の充実を図ることとなったのです。さらに 1992 年に再度の改正を行っています。

この間の精神障害者対策としては、1986 年より職場適応訓練の制度を実施し、また、1992 年より特定求職者雇用開発助成金および納付金に基づく助成金の対象となって来ました。しかしながら、これらの対象となる人はいわゆる「精神障害回復者」であり、「精神分裂病、そううつ病、てんかんにかかっている者で症状が安定し、就労が可能なもの」、と規定されております。

私は、これらの経過を踏まえて、今後の我が国の精神障害者の職業リハビリテーションにとって最も重要な点は、精神障害の回復者だけに限定するという考え方を止めなければならないということだと思います。回復者と言う概念に固着する限り、必要な福祉への橋渡しの援助が欠落し、従って、精神障害者のためのリハビリテーションという考え方も正当性を失ってしまうと考えております。日本では、1970 年以降に、医療行政からの補助で職業リハビリテーション事業が行われて来たのですが、これが、以上の枠内に留まる限り、将来の発展性はないと思います。ここ数年来、医療、福祉、労働の 3 者の垣根を取り払って、地域障害者職業センターでは慢性分裂病患者のための職業リハビリテーションと職業準備訓練の事業を推進するように努力し始めたばかりでございます。けれども残念ながら、日本では、まだその実績は不十分と言わざるを得ません。

さて、今日の演者のアンソニー先生のご紹介を申し上げます。

先生は、ボストン大学の精神科リハビリテーションセンターの所長であります。また、同大学のリハビリテーションカウンセリング学科の教授でもあります。研究、教育、臨床の経験が非常に深く、その業績は、全米の精神障害者家族会から特別賞をお受けになっておられます。その受賞

の理由は、精神障害者の能力には限界があるとした時代遅れの考えを是正し、彼の革新的なプログラムによるリーダーシップは希望とチャンスを示した、とされています。また、**1992**年には、障害者の尊厳、独立、平等、そして雇用をプロモートした功績を認められて、アメリカ大統領から特別栄誉賞を受けられました。

本日のお話は、教授が多数の著書や論文において発表されたものを集約した成果でございます。演題にご覧になるように、わたしどもにとっても非常に興味深い有益なお話になることとおもいます。

以上で、ご紹介を終らせていただきます。では、アンソニー先生、よろしくお願いいたします。

第2章 重篤な精神疾患を持つ人々の職業 リハビリテーション：問題と神話

今日はお忙しいところをお集り下さいまして、有難うございます。私は、日本に初めて来ましたが、ここでの滞在を十分に楽しんでおります。ご招待をどうもありがとうございました。WFMHの主催者の方々にこの場を借りて御礼を申し上げます。

今日は、リハビリテーション、特に、重篤な精神障害から回復しようとしている人たちの職業リハビリテーションについて話したいと思います。彼らについては、教育、雇用、住宅などの多くの課題がありますが、ここでは職業の問題に焦点を当てることとします。また後半には、教育の側面についても触れることになるでしょう。

第1節 精神障害者の就労実態

働くことやそれに類した活動についての価値を理解しない人は、社会的に盲目となっているにちがいありません。働くことは収入のための道を得るという明白な機能がありますが、その他のさまざまな理由からしても、非常に大切な活動であると信じております。その中で明白なものとしては、自分を退屈させない、自尊心を持たせる、社会的な出口が提供される、規律正しい生活が送れる、などのいろいろな側面があります (Anthony, Howell & Danley, 1984)。

このように、働くことは明らかに多くの利点をもたらします。だがそれにも拘らず、従来の精神保健のシステムは、精神障害のある人たちにその機会を提供することについては、あまり熱心に取り組んで来ませんでした。事実、精神病院から退院した人は、職場にもどるよりも病院にもどる可能性が高いのです！ 私たちは、精神障害のある人に対して、働くための技能に関する教育にあまり成功していないのです。むしろ、どうすれば患者になるのかを教えることのほうに、より多くの成功をして来ているのです！けれども不幸なことに、働くのに必要な技能は患者として求められている技能とは全く異なります。

最近の10年間のアメリカは、全体的に、雇用を確保して維持することの難しさに苦しんで来ております。当然のことながら、障害のある人たちも、雇用の確保については常に困難を伴って来ていました。中でも、精神障害のある人たちの雇用についてはさらに多くの障壁があり、その難しさは現在でも変わっておりません。1979年に米国の国立障害研究所は、「障害のある人たちの中で、職業リハビリテーションサービスを希望する人は最も多いにも拘わらず、リハビリテーションの開始前や修了後にそれが成功する確率は極めて低い」(National Institute of Handicaped Research, 1979)と指摘しております。障害に関する研究に責任をもつ国立障害研究所が、精神障害のある人たちは数多くの問題を抱えており、就労が非常に困難であり、職業リハビリテーションで成功する確率は低い、という結論をだしているのです。

私たちのボストン大学精神科リハビリテーションセンターは**20**年前からさまざまな活動を行い、また、彼らの雇用の成果に関する諸論文をレビューして来ました (**Anthony et al. 1972, 1978, 1984, 1988**)。その結論として、精神病院を退院した人で**1**回でも一般雇用されたことのある人は、**20-30%**にすぎないという知見を得ています。また最近の幾つかの研究では、雇用されているのは**10-15%**あるいは中には**0-10%**にしかすぎない、と報告されている文献もあります。つまり、彼らは、全く雇用されなかったり極めて低い雇用率でしかない、という結果が出ているのです。

明らかに、従来の伝統的な介入は精神障害のある人の雇用に対してはほんのわずかな影響しか与えていないのです。彼らの中で雇用可能な年齢層のほとんど大部分の人たちは、仕事に就いていないのです。**1984**年に、私は同僚とともに、重篤な精神障害のある若年成人の家族に対して全国調査を行いました (**Uger and Anthony, 1984**)。これは、「なみ」という全米家族会の人たちを対象に行ったものです。それによりますと、**18-35**歳の人でフルタイムの仕事に就いている人は、わずかに**6%**にすぎませんでした。こうした低い就職率にも拘わらず、実に**90%**もの人が高等学校を卒業し、また、約**50%**の人が大学に入学した経験を持っておりました。

このように、精神障害のある人の就職率の最近の傾向は極めて低くなっております。この背景には、比較的重篤な精神病のある人でも退院するようになったことや、米国の景気の低調さなどが焦点となっているかもしれません。しかしながら、精神障害とは異なる障害をもつ人の場合には、就職率はむしろ上昇しているのです。例をあげると、米国の政府機関であるリハビリテーションサービス庁の統計では、**1973**年から**1977**年までの期間に、脊髄損傷の人の就職率は**400%**、実に**4**倍の増大を示しております。にもかかわらず、同期間での重篤な精神障害のある人の就職率は、むしろ**3%**の減少を示しているのです (**Skelley, 1980**)。

こうした雇用成果の結果をみますと、当然のこととして、二つの基本的な疑問が生じてきます。第**1**の疑問は、精神障害のある人の就職率はなぜこんなにも低いのかということです。第**2**の疑問は、こうした状況を改善するにはどうすれば良いかということです。この**2**点について、これから文献のレビューに基づいて詳細に説明したいと思います。なおこの中には私たちの研究成果も含まれていますが、それらを盛り込んだ図書 (**Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Farkas, M.D;**

“**Psychiatric Rehabilitation**”, **Sargent College of Allied Health Professions, Boston, 1990**) が日本語に翻訳されております。

第2節 過去の神話

まず最初の疑問についてです。私は、こうした低い就職率になっているのは、精神障害のある人の職業リハビリテーション活動を誤った方向に導いている「神話」が存在しているため、と考えております。ですから、第**2**番目の疑問について検討する前に、最初に、そうした神話あるいは誤った仮説を取り払わなければなりません。これから皆さんにお話する**6**つの神話こそ、精神障害のある人の職業リハビリテーションの発展を遅らせているのです。

1 「精神障害のある人は、本当は働きたいと思っていない」

これが、神話の第1です。これほど真実から掛け離れていることは、めったにお目にかかれないでしょう！ 精神障害のある人を対象にしたいくつかの調査研究によると、大多数の人が働きたいと希望しているのです。たとえば、私どもがマサチューセッツ州の全地域で調査をしたところでは、一長く仕事に就いたことのない人の70%は働きたいと希望し、また、希望する仕事や職場を具体的に述べることができます（Rogers, Danley & Anthony, 1992）。職業リハビリテーションを提供するプログラムは不足しておりますが、それは、精神障害のある人たちは自分たちに提供される支援サービスに無関心であるから、ということでは決してないのです。

2 「精神障害のある人は、教育の継続を望んでいない」

この第2の神話もまた、働くことに関する前述の神話と似たところがあります。ここでも、精神障害のある人の向上意欲をあまりに過小評価して来ているのです。Rogers, Danley & Anthony (1992) の調査でも、精神障害のある人の実に62%が教育の継続を願っているという結果を得ています。しかし残念なことに、精神保健やリハビリテーションのシステムは、通常の学校ではなくて、シェルタードワークショップのほうにより多くの人を送り込んでいるように見受けられます。保護工場や授産施設などのワークショップが悪いと批判しているわけではありません。けれども、教育の継続を希望する人たちに応えられるような、より広範で先駆的なシステムが明らかに必要とされているのです。この点については、後半で改めて触れさせていただきます。

3 「働く能力は精神科の診断名や症状から予測できる」

この神話のおかげで、精神障害のある人たちの職業リハビリテーション分野で必要とされる評価や診断のさまざまな戦略について、その開発がたいへん遅れております。経験的な事実から明らかになっていることは、この神話とは正反対のことなのです。将来の職業的な成果は、特定の精神症状の型や精神科の診断名との相関関係があまり強くありません。最も最近の論文（Anthony, in press）では、さまざまな精神症状の評価と将来の職業との間には関連性がないとする研究が数多く報告されています。働くことに関する遂行能力は、精神科の症状やその類型と対応関係がないのです。

このことから当然予想されることとして、精神科の診断名と将来の職業的な遂行能力との間でも関連性は全く認められないのです。事実このことは、極めて多くの研究から実証されております（たとえば、Danley, Sciarappa & Waternaux, 1988 を参照）。一般には、双極性障害の人はリハビリテ

ーションの効果が高いと信じられていますが、これについても疑問視する結果がでています (Dion, Cohen, Anthony & Waternaux, 1988)。双極性感情障害のために入院を繰り返した人のリハビリテーションの予後は、分裂病のために入院を繰り返した人の予後と変わらないのです。つまり、特定の症状ではなくて病気そのものが長期化するという特性が、リハビリテーション予後を規定する共通分母になっていると思われるのです (Anthony, Cohen & Farkas, 1990)。

ここで注意して頂きたいのは、私は、精神科の診断はリハビリテーションの予後と関係がない、と言っているのではないことです。付けられた診断名をもとに職業リハビリテーションの成否を推測してはいけないと言いたいのです。診断名から得られる知識や情報は豊富ですから、それを付けることは必要なことです。しかし、「この診断名の人の職業リハビリテーションの成果は…」と、短絡して考えてはいけないと言いたいのです。

4 「知能検査、適性検査、パーソナリティ検査などの結果は、働く能力についての適切な予測指標である」

これまでの神話と同じく、これらの「伝統的な」検査や様式は、将来の予測にあまり適用できません (Anthony & Jansen, 1984)。従来 of 心理検査の得点は、職業的な遂行能力の程度を予測し得ないのです。私たちがレビューした検査には、職業適性や知能の測定によく用いられる一般職業適性検査 (GATB) や WAIS 知能検査などの心理検査に加えて、興味検査やパーソナリティ検査も含まれておりました。もちろん、精神障害のある人の職業的な遂行能力を予測できる検査は、いっかは新たに開発されるかもしれません。しかしながら、現在のところは、予測の可能性を実証的に示したのあるとは言えません (Anthony & Jansen, 1984)。

5 「地域での職業的な遂行能力は、他の場所での遂行能力から予測できる」

この神話を背景として、臨床にたずさわる人の多くは、院内作業がうまくできたり地域生活ができる人であれば働く意欲がありまたその能力もある、と誤った思い込みをして来ています。しかし、これが正しくないことは明らかです。Ellisworth et al. (1968) や Forsythe & Fairweather (1961)、そして、その他の幾つかの調査から明らかになったところでは、病院内で適応した結果と地域に適応した結果との間には、ほとんど関連性が認められません。その後の Summers (1981) の調査でも、退院後に外来で治療を受けている患者の 1 年後の状況は、医学的な症状や社会的行動の面では統計的にも有意な改善があるものの、職業的な遂行能力という点ではそれほどの改善を示しませんでした。さらに、Tessler & Mandersheid (1982) の大規模な相関研究でも、精神障害のある人は、報酬のある仕事の獲得と社会的活動や基本的な生活技能との関係は低くて、有意な相関関係を

見出すことができませんでした。

Strauss & Carpenter (1974) は、特に、仕事、医学的症状、社会的関係についての成果の予測と再入院の必要性との関係を検討しております。それによれば、これらのそれぞれの分野は独立しており、精神障害のある人を評価する場合にはそれらを異なるものとして扱う必要がある、と指摘しているのです。つまり、職業的な成功の有無をもとにして、社会的能力や症状を予測することもできないのです。**Trotter, Minkhoff, Harrison & Hoop (1988)** も、援助付き雇用に就けるか否かを職業的な成果の指標とした調査から、同じ結論を導いています。

ですから、退院して地域に戻ったからといって、仕事に就けるとか働く意欲があるはずだ、と短絡的に考えて頂きたいのです。退院して地域に戻ることが望ましいことは言うまでもありませんが、退院した人はすべて仕事に就けるとか仕事をするべきである、と考えてはいけません。職業リハビリテーション活動の難しさは、退院して生活状態の良い人が仕事に就けるか否かをどのように見極めるか、という点にあるのです。

6 「精神障害のある人は、職務の遂行能力がないために失業する」

この神話とは反対に、実際には、遂行能力の不足から失業することはあまりないと思います。そうした事態になるのは、解雇せざるを得ないような仕事への適応技能の不足があるからなのです (**Anthony, Cohen & Danley, 1988**)。仕事への適応技能として、**Anthony, Howell & Danley (1984)** は、基本的な次の3つの技能を分類しています。すなわち、①人と折り合う技能 (**getting along**)、②仕事をする技能 (**doing the job**)、③人に頼りにされる技能 (**being dependable**) です。

この分類を用いることで、たとえば、同僚や上司とうまくやって他者から頼りにされる（すなわち、熱心だとか、時間に遅れないとか、仕事を最後までやり遂げるとか、積極的に新しい仕事を見つけるなど）といった技能を評価することによって、将来の職業行動との関連を最もよく発見することができるように思われます。作業の遂行能力（すなわち、仕事の量や質の程度を測定して得られた課題達成の能力）は、将来の職業的な能力とあまり強い関連性がないのです (**Watts, 1978**)。

要するに、精神障害のある人が仕事を失うのは、作業の遂行能力そのものが原因ではないのです。同僚との関係や仕事に遅れるといった適応上の問題から、失職に追い込まれてしまうのです。これが、問題の根本であると思うのです。

こうした6つの神話への思い込みが、精神障害のある人に対する職業リハビリテーションの活動を、間違った方向に進めて来たのです。これまでは、病理学的な評価や心理検査ばかりが強調され、本人の気持ちや願いなどが過小評価され、職業的な成果と特定の技能との関係について誤った仮説がまかり通って来たのです。

それでは、こうした神話を排除して次に何をすべきでしょうか？ 神話から解き放して、精神障害のある人たちの職業リハビリテーション活動をどのような方向に持っていくべきなのでしょうか？

第3節 変化と将来の方向

アメリカでは、精神障害をもつ人の職業リハビリテーションの現在および将来の方向に強い変化を与えられる、大きな変化が生じつつあります。そこで、第2番目の課題である、こうした低い雇用成果に対して私たちは何をすべきであるかという問題について、6つの方向に焦点をあてて指摘したいと思います。

1 「職業リハビリテーションの過程は、サービス提供者ではなくてそれを受ける人の視点に立つべきである」

これが第1の方向です。従来は、職業リハビリテーションを受ける人たち、これはクライアントとか当事者と呼ばれていましたが、彼らはサービス提供者の行うことをサービス提供者の視点で理解することを余儀なくされてきました。たとえば、サービスを受ける人は、その提供者から、「貴方を診断してあげます」「貴方のリハビリテーション計画を策定してあげます」「貴方の技能を教育してあげます」「貴方ができる仕事を取り計らってあげます」、などと言われて来ました。これでは、サービスを受ける人は、自分に期待されていることは何なのかを理解することはできません。サービス提供者の押しつけになってしまい、明らかに、職業リハビリテーションの過程は「当事者に馴染みのある (user friendly)」ものではなかったのです。

これに対して、ボストン大学精神科リハビリテーションセンターでは、サービスを受ける人の視点に立って、その過程を理解しやすく表現しています。具体的には、職業リハビリテーションの最も基本的な過程は、精神障害のある人が自分で仕事を「選び (choosing)」「見つけ (getting)」「維持する (keeping)」ものである、と話しております。この職業リハビリテーションサービスの段階過程モデルでは、サービスを受ける人自身が行うべきことに注目しているのです。サービス担当者の活動ではなくて、サービスに参加する人のプログラム進行の段階そのものに焦点をあてているのです。それによって、サービスを受ける人こそが主体であり私たちはそれを支援する立場である、ということを明確にしているのです。「選択 (choosing) - 確保 (getting) - 維持 (keeping)」と簡潔な表現ですから、ぜひ皆さんも覚えておいてください。

この「選択-確保-維持」モデルに従うと、職業的な成功を遂げるには、この3段階の領域についての能力が基本的に必要であるということになります。精神障害のある人が職業的な場面でこれらの3段階の能力を発揮するならば大変によいことですし、そうでない場合には、担当者は、不足している能力段階に的を絞って教示や支援をすれば良いのです。

第1の選択段階で焦点となるのは、働きたいと希望する仕事をサービスを受ける人自身が決定することです。そのために、自分のニーズや能力に照して可能性があると思われる仕事や働く場所を、本人も参加して評価します。第2の確保段階では、特定の職場と仕事を確保することになります。雇用者を見つけて連絡し、面接をするまでの過程です。第3の維持段階になると、仕事の維持に必要な援助を本人が希望する期間だけ継続します。そこでは、技術的あるいは適応的な技能が職務を遂行するのに必要とされる水準になるまで行われます (Danley & Anthony, 1987)。

サービスの提供者は、この「選択－確保－維持」モデルを用いて職業リハビリテーションの過程を分かりやすく説明でき、しかも、サービスを受ける人が行うべきことに焦点を当てた説明をすることができるでしょう。また、このモデルは職業リハビリテーション過程の全体像を描いていますから、サービスを受ける人の必要性に応じて、それぞれの段階をより詳細に説明することもできます。選択段階はよくできても確保段階が弱いとか、確保段階は非常に良いのだが維持段階になると困難であるといった具合に、個人のニーズに応じて支援の焦点を変えて説明することが可能なのです。

2 「消費者の選択こそが、職業リハビリテーション過程の中核部分になる」

「選択－確保－維持」モデルの基本となっているのが、「選択」の概念です。精神障害のある人は、自分の興味・能力・履歴・過去の経験などに最も適合するような仕事を、自分で積極的に選択する機会が与えられるべきなのです。人と仕事とのマッチングは当事者自身が参加して行うべきであり、それを他人が勝手にすることは避けなければなりません。サービス提供者はそれを求める人が自分で意志決定できるように支援することが重要なのです。また、リハビリテーションは、当事者に対してではなくて、当事者とともに行うものなのです。

選択の過程は、ある仕事に必要な技能についての情報を集めてサービス提供者が処遇を決定する、といった単純な過程ではありません (Bellamy, Horner & Inman, 1979)。選択の過程の中には、働きたいとする仕事が好きなのか嫌いなのか、あるいはキャリア形成への熱意があるのか否かといったことを明確にするような方法が、系統的に盛り込まれていなければなりません。

残念なことに、精神障害のある人のための職業リハビリテーションプログラムの多くは、サービスを受ける人の選択肢をあまり多く提供していません。精神保健の分野では、病院や地域において、サービスを受ける人が選択することを認めないばかりか、リスクを負うことすら認めて来ませんでした。また、精神障害のある人に向けられた拒絶や偏見の歴史は、その多くの人たちに対して自分で何かの行動を選択して参加することを妨害して来ました。職業選択に関するこうした問題に加えて、精神保健や職業リハビリテーション分野では、本人の興味や適性やニーズを標準化された検査道具だけで捉えようとしたり、コンピュータによるプロフィール結果を中心に仕事内容を推薦することが行われております。

こうした、サービスを受ける人が自分で自分のことを決定できないという現実には、本人が精神障害を持っているからではなくて、むしろ、選択の過程に本人を積極的に参加させる仕組みになっていない精神保健やリハビリテーションのシステムそのものが原因ではないでしょうか（Anthony, Howell & Danley, 1984）。サービス提供者としての私たちは、サービスを受ける人に何かを教育してやれば良いとか何かを支援してやれば良いといった思い込みがないでしょうか。大切なことは、本人の視点に立つことであり、たとえば、彼の文化・興味・希望などを選択の過程の中に明確に反映させていくことなのです。

3 「リハビリテーションの評価は、当事者が選択した職業上の目標とその達成に必要な技能や支援にそって行うべきである」

これはごく当然のことと思われるかも知れませんが、しかし、残念なことに、常識がなかなか通用しないのがこの分野です。症状を記述して類型化するという伝統的な精神科の評価とは異なり、リハビリテーションの評価では、個人の一連の技能水準と環境面の支援を、本人が選択した職業環境に即しながら具体的に記述します。精神科リハビリテーションの一般的な過程では、職業リハビリテーションは、働くために自分で選択した環境において成功と満足を得るのに重要な技能や支援について、それらを本人がどれだけ持っているかを診断することから始まります。自分が働きたいと思う環境をまず選択し、その次に、「その選択された環境」に即して職業評価を実施するということが大切なのです。

だが実際には、そうした仕方で行われることはさほど多くはありません。サービスを受ける人は、自分は何をするのか、どんな仕事をするのか、どのように生活するのか、といった疑問を当然のことながら持ちます。ですから、サービス提供者はそうした疑問に答えることが必要なのです。ところが、実際はそのようにしないで、本人の代りに職業環境を選択したり、本人の希望を無視して目標を押しつけたり、さまざまな検査の結果だけから本人の方向を強制したりすることが多いのです（Anthony, Cohen & Danley, 1988）。こうしたことはしないで頂きたいのです。むしろ、最初に行うことは、十分に話し合っただけで本人の気持が前面に表われるようにすることであり、そうなるように後押しするのがサービス提供者の役割であることを良く理解して頂きたいのです。

4 「精神保健のシステムは、本人の職業的な成功の改善に責任を負うべきである」

歴史的に見ると、精神保健のシステムは、精神科診断を決定したり、投薬や入院治療による症状の軽減などに焦点を当てて来た傾向がありました。しかしながら、精神疾患のある人の職業プログラムを成功させるには、職業的な遂行能力を精神保健システムの正当な目標として位置付けられな

ければなりません。精神保健分野で働いている人の多くは、職業問題は労働省の管轄だと思っている人が多いのではないのでしょうか。そうではないのです。本人の職業的な自立とそのための支援は、私たちの仕事の重要な一部であると考えべきなのです。また、政策決定者も、職業問題は職業リハビリテーション局や社会福祉局に限られたものではなくて、精神保健を扱う専門家にとっても主要な活動領域であるということを認識しなければなりません。

米国では、重篤な精神障害のある人の職業問題に関心を抱きはじめて州政府の精神保健局長の数が増大しています。20年前には状況が異なっていました。当時は、話にでかけると、「職業リハビリテーションですか。それは私どもの管轄外で、リハビリテーション局の仕事ですね」と一蹴されていたものでした。しかし、現在では、州政府の精神保健局長の方たちの間にも、職業リハビリテーションは自分たちの仕事に含まれるという理解が進んで来ております。精神障害のある人たちが、自分たちが希望するに足るだけの価値をもつ職業的な機会を受け入れるのであれば、こうした理解の普及は今後とも継続させて行くことが必要でしょう。

5 「環境面の支援は、職業的な成功に重要なことを理解しなければならない」

環境的な条件は当事者の回復にとって主要な要因である、という理解が次第に深まって来ていることと思います。当事者の持てる力と不足している部分や症状さえ明らかになれば職業リハビリテーションの課題は解決できる、といった評価や処遇はもはや空虚なものとなっています。今日では、個人と環境の双方に対して評価すべきであるということが、精神保健の分野でも現実味を帯びて来ています。ここで言う環境は非常に広い概念で捉えおり、例えば、やがては就職するかもしれない職場の他にも、社会保障や障害者福祉の制度なども含みます。これらのすべてのシステムが、リハビリテーションの成果を良くも悪くもするのです。

米国では、精神障害のために働けない場合には年金が支給されますが、仕事に就くとその受給資格が無くなってしまいます。そのために、受給資格を継続するために働かないという人もかなりの数になります。ですから、経済的な自立は社会保障や福祉の制度と連動して考えなければなりません。こうしたさまざまな環境条件を総合的に捉えて、もしも、そうした制度のために働きたくないというのであれば、そうした問題にも対応する必要があります。それゆえ、精神保健の分野は、環境条件を障壁と考える（それはまた、促進剤になると見なすことでもありますが）ことによって、リハビリテーションの哲学と技術に対する眼を開くことになるでしょう（Anthony, Cohen & Farkas, 1990）。

身体障害者のリハビリテーションでは、環境的な支援はずっと以前から明確になっております。その支援の内容は確定しており、例えば、車椅子や歩行補助杖などの提供です。しかしながら、精神科リハビリテーションもまた支援が必要である、という理解はあまり進んでおりません。「車椅子

の必要なことは分ります。けれども、精神障害のある人に対して支援は必要なのですか？」という人がまだ沢山いるのです。

実際には、精神障害のある人に対する職業リハビリテーションの場合も、支援の内容は明確になっています。今日では、精神保健に従事する人たちは、提供されるべき支援についての理解が高まって来ております。援助付き雇用、援助付き住宅、援助付き教育、そして消費者として活用できる幾つかのプログラムは、同じ障害者の支援、友人等による世話、専門的な支援、あるいは支援ネットワークなどを提供しているのです。支援をどのように提供するかという点についての課題はまだ多く残されておりますが、支援を提供することは職業リハビリテーションを成功させるための常套的な介入になっているのです。支援の提供、中でも、環境的な支援を提供することの重要性を、私たちはよく理解することが重要なのです。

6 「当事者の教育や訓練を継続させるリハビリテーションプログラムの開発が急務である」

残念なことに、慢性の精神病の人や高校や大学教育を受けた若年成人は、精神保健やリハビリテーションで提供される毎日の活動プログラムに、退屈したりうんざりしています (Hatfield,1989;Unger,1987)。彼らは、もっと自らの発達に応じた挑戦しがいのある活動、しかも将来の成功につながる活動をもとめています (Anthony & Unger,1991)。そのためのプログラムのひとつとしてお話ししたいのが、援助付き教育 (supported education) という概念です。

これは、重篤な精神障害のために高校や大学で教育を受けられなかったり中断しなければならなくなった人、あるいは、教育環境の中でうまくやって行くために継続的な支援を必要とする人が、統合教育を行う学校に通学することを意味します (Unger,1989)。精神障害のある人が、特殊教育諸学校ではなくて一般の普通教育の場に戻って卒業できるように支援するのです。この定義には、精神保健プログラムの一環として地域精神保健センターで開講される、高校や大学の教員や精神保健のスタッフによる教室は含まれておりません。援助付き教育の主要な目標となるのは、精神障害のある人と調整しながら、高校や大学の「選択 (choice)」「接触 (access)」「継続 (retention)」の改善を行うことにあります。

これまでの援助付き教育のプログラムでは、次のような調整をして来ました。すなわち、①入学手続や講座登録の援助、②試験時間の延長、③試験場所の変更、④駐車場の優先確保、⑤ノートの代筆や録音の許可、⑥座席位置の配慮や変更、⑦授業中での飲み物の許可(投薬のために喉が乾く)、⑧同じ障害者仲間の支援、⑨授業の前後の不安を解消できる場所を学内で見つけること、⑩再発しても不適切な行動として留まり失敗までさせない、⑪時間管理の訓練、⑫学習の仕方の訓練、などの配慮です。私の大学では、精神障害のある学生は留年や退学ではなくて学業の中断とすることを各科の教授に了解してもらい、学生の身分は維持させています。米国では、こうした配慮は、その

他の障害のある人に対しても同じように行われています (Unger,1992)。

この援助付き教育のプログラムは、IBM の 20 万ドルをはじめとしてその他のいろいろな企業から援助を頂いております。精神障害があつたり入院経験があつても高校や大学に戻して教育を継続させることで、就労の機会を増大させて地域に戻り易くしているのです。その結果、中には専門家の資格を得る人もおります。こうしたことは実際に可能なのであり、ボストン大学を中心としたこのプログラムは、皆さんのご参考になることと思います。

第 4 節 結 論

さて、最後に、本日のお話しの結論に入りたいと思います。

さまざまな職業的な問題の発生は、症状に起因するよりも、むしろ、精神的な能力障害が人格的な発達や職業的な発達を妨げているため、と言えます (Anthony,Howell & Danley,1984)。重篤な精神障害のある人は、機能障害やそれに対する入院などの処遇のために、普通の人たちと同じ生活を経験したり役割の遂行が阻止されて来たのです。こうした、職業人としての自己を同定するための基礎的な経験が不足しているために、「職業的な発達」が未熟な状態になっているのです。その結果として、精神障害のある人たちは、自分の技能や興味や価値などを働くことと関連づけて理解することが少ないのです。職業の世界から要請されることに即して実際の自分を試して見る機会が少ないですし、働くことそのものについての知識も豊富とはいえません。彼らに対する職業リハビリテーションの方法は、まだよく分っていない部分もたくさんあります。けれども重要なことは、精神障害のある人の職業上の課題は、障害の特性よりも学習や経験あるいは理解の不足に起因することが多い、ということを理解しておくことです。

精神障害のある人の職業リハビリテーションは、他の障害のある人を対象とした介入方法と異なる部分はあまりありません。基本的には同じであり、強調すべき点が異なるだけなのです。つまり、精神障害のある人は、職業経験が少なくて職業的な発達が遅れがちなために、職業リハビリテーションの過程に「より多くの時間」を費やすことが必要なのです。また、いろいろな支援を一方的に受けるだけの体制に慣れていた人が、支援の提供者と協同して事にあたる関係を形成しなければならないために、「より多くのエネルギー」を必要とするのです。実際にいろいろと試したり経験して試行錯誤をできるような、「より多くの職業的な環境」が必要なのです。重篤な精神病のある人に向けられた差別を乗り越えるために、「より多くの戦略」によって支援することが必要なのです。そして、病理的なことに焦点を当てるのではなくて、必要とされる技能とさまざまな環境条件への支援体制に改めて焦点を当て直すための、関係者全員の「より多くの努力」が求められているのです。

重篤な精神障害のある人の職業リハビリテーションは、極めて長期に及ぶ複雑な過程となることが多いのですが、これは、決して医療だけの過程に留まるものではありません。精神科の診断や治

療は、リハビリテーションの必要条件でなければ十分条件でもありません。治療に携わる方たちは、精神科の職業リハビリテーションは患者の病気を治すための新しい治療法ではない、というを理解しておかねばなりません。そうではなくて、精神障害のある人が、人生の過程において重要な役割を十分に果たして心理的にも物理的にも利益を享受するための試みである、ということに肝に命じて頂きたいのです。

アメリカの詩人であるロバートフロスト (**Robert Frost**) の一編に、上司から信頼されず、同僚とうまくやれず、仕事の技能もない男を題材とした「雇われた手の死 (**The Death of Hired Hand**)」があります。その中の一節に、「この男には、誇りを持って過去を振り返るものもなければ、希望を持って期待するものもない (**He has nothing to look backward on with pride, nothing to look forward to with hope**)」というくだりがあります。精神障害のある人の職業リハビリテーションの最も重大な課題は、当事者の誇りと希望を回復することです。これはまさに、フロストの詩のとおりなのです。

そこで最後に、彼の詩を変えて結語としたいと思います。「精神障害のある人の職業リハビリテーションは、忘れられた過去の誇りを呼び起こし、可能な未達成の希望を呼び起こす (**Psychiatric vocational rehabilitation attempts to instill pride in things done but since forgotten, and instill hope for things undone but still possible**)」。これを現実のこととするために、一層の努力をしていきたいと思えます。ありがとうございました。

第 5 節 文 献

Anthony, W. A. (in press). Client characteristics that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment outcomes Psychosocial Rehabilitation Journal.

Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S., & Althoff, M.E. (1972). Efficacy of psychiatric rehabilitation. Psychological Bulletin, 78, pp.447-456.

Anthony, W. A., Cohen, M. R. & Danley, K. S. (1988). The psychiatric rehabilitation approach as applied to vocational rehabilitation. In J. A. Ciardiello & M. D. Bell (Eds.), Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders, pp.59-80. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

Anthony, W. A., Cohen, M.R., & Farkas, M. D. (1990) Psychiatric rehabilitation. Boston, MA : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Vitalo, R. L. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. Schizophrenia Bulletin, 4 , pp.365-383.

- Anthony, W. A., Howell, J., & Danley, K. S. (1984). Vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. In M. Mirabi (Ed.), The chronically mentally ill : Research and services, pp.215-237. Jamaica, NY : Spectrum Publications.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984) . Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill : Research and policy implications. American Psychologist, 39, pp.537-544.
- Anthony, W. A., & Nemece, P. B. (1984). Psychiatric rehabilitation. In A. S. Bellack (Ed.), Schizophrenia : Treatment, management, and rehabilitation, pp.375-413. Orlando, FL : Grune & Stratton.
- Anthony, W. A., & Unger, K. V. (1991). Supported education : An additional program resource for young adults with long-term mental illness. Community Mental Health Journal, 27, pp.145-156.
- Bellamy, G. T., Rhodes, L. E., & Albin, J. M. (1986). Supported employment. In W. E. Kiernan and J. A. Stark (Eds.). Pathways to employment for adults with developmental disabilities. Baltimore, MD : Paul H. Brookes, pp.129-138.
- Danley, K. S., & Anthony, W. A. (1978) . The Choose-Get-keep Model : Serving severely psychiatrically disabled people. American Rehabilitation, 13(4), pp. 6 – 9, pp.27-29.
- Danley, K. S., Sciarappa, K., and MacDonald-Wilson, K. L. (1992). "Choose-Get-Keep : psychiatric rehabilitation approach to supported employment." in R. P. Liberman (Ed) New Directions in Mental Health Services in Effective Psychiatric Rehabilitation, no. 53, pp.87-96. San Francisco, CA : Josey-Bass.
- Dion, G. L., Cohen, M. R., Anthony, W. A., & Waternaux, C.S. (1988). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. Hospital and Community Psychiatry, 39, pp.652-657.
- Ellsworth, R. B., Foster, L., Childers, B., Arthur, G., & Kroeker, D.(1968). Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families, and staff. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, pp.1-14.
- Forsythe, R. P., & Fairweather, G. W. (1961). Psychotherapeutic and other hospital treatment criteria : The dilemma. Journal of Abnormal and Social Psychology, 62, pp.598-604.
- Hatfield, A. B. (1989). Serving the unserved in community rehabilitation programs. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13(2), pp.71-82.
- National Institute of Handicapped Research. (1980). A skills training approach in psychiatric rehabilitation. Rehabilitation Research Brief, 4 (1). Washington, DC.

- Rogers, S., Danley, K., & Anthony, W. A. (1992). Survey of client preferences for vocational and educational services. Unpublished manuscript. Boston, MA : Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Skelley, T. J. (1980). National developments in rehabilitation : A rehabilitation services perspective. Rehabilitation Counseling Bulletin, 24, pp.22-33.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia : II. Relationships between predictor and outcome variables. Archives of General Psychiatry, 31, pp.37-42.
- Summers, F. (1981). The effects of aftercare after one year. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 3, pp.405-409.
- Tessler, R. C., & Manderscheid, R. W. (1982). Factors affecting adjustment to community living. Hospital and Community Psychiatry, 33, pp.203-207.
- Trotter, S., Minkoff, K., Harrison, K., & Hoops, J. (1988). Supported work : An innovative approach to the vocational rehabilitation of persons who are psychiatrically disabled. Rehabilitation Psychology, 33, pp.25-34.
- Unger, K. V. (1987). Rehabilitation through education : A university-based continuing education program for young adults with psychiatric disabilities (Doctoral dissertation, Boston University, 1987). Dissertation Abstracts International, 47A(11), pp. 4060.
- Unger, K. V. (1989). Psychiatric rehabilitation through education : Rethinking the context. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), Psychiatric rehabilitation programs : Putting theory into practice, pp.132-136, pp.157-161. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Unger, K. (1992). Access to Education. Consensus Validation Conference on Strategies to Support and Maintain Employment for People with Long-Term Mental Illness. Washington, D.C. : National Institute on Disability and Rehabilitation Research.
- Unger, K. V., & Anthony, W. A. (1984). Are families satisfied with services to young adult chronic patients? A recent survey and a proposed alternative. In B. Pepper & H. Ryglewicz (Eds.), Advances in treating the young adult chronic patient (New Directions for Mental Health Services No.21, pp.91-97). San Francisco : Jossey-Bass.

第Ⅱ部 シンポジウム

「医療から雇用・就労への移行」

ここシンポジウムは、**1993年8月25日**に行われた。ここでは、当日の講演についての内容を、シンポジストの発表原稿と照合してまとめた。

第3章 参加者の紹介と主旨

第1節 参加者の紹介

【渡嘉敷暁】 本日のシンポジウムの座長を担当させて頂く、渡嘉敷でございます。埼玉県立精神保健総合センターの地域保健局長と診察局長を兼ねております。慣れないものですから不十分な司会になろうかと思いますが、お許しいただきたいと思っております。なお、私とともに司会を担当させて頂く松井先生をご紹介します。

【松井亮輔】 障害者職業総合センターの中にあります職業センター長をしております、松井でございます。司会は渡嘉敷先生お一人で十分だと思いますが、本日の会場となりました私どもの障害者職業総合センターを代表して司会に加わらせて頂きます。どうかよろしくお願いたします。

【渡嘉敷】 有難うございました。では、最初に、6人のシンポジストの先生方に自己紹介をして頂きます。

【野津真】 東京都立中部総合精神保健センターの医師です。センターでは通所部門、デイケアと作業訓練を主に担当しております。

【荻原喜茂】 多摩病院に勤務しております作業療法士です。臨床現場では、入院中の人から外来やデイケアの方まで担当しております。今日は、作業療法の視点から話題を提供させて頂きます。

【早川俊一】 川崎市リハビリテーション医療センターの医療ソーシャルワーカーです。就労援助を中心に地域ケアを実践しております。今日は、日頃の私たちの活動の報告をさせて頂きます。

【野中猛】 埼玉県立精神保健総合センターの医師です。デイケアと援護医療のリハビリテーションに従事しております。今日はせっかくの機会ですので、日本での精神障害者の職業リハビリテーションをどのように実践して行くべきかについて、皆さんと一緒に議論できることを楽しみにしています。

【沖山稚子】 埼玉障害者職業センターの障害者職業カウンセラーです。カウンセラーとして勤務して16年になります。職業の分野からは、私と松為さんの2人が話題提供をさせて頂きますが、実務者として極めて下世話な話をできればいいなと思っております。

【松為信雄】 障害者職業総合センターの主任研究員をしております。職業リハビリテーションに関する研究に長年従事して来ました。沖山さんとは対象的に、下世話でない話しかできませんのでよろしくお願いたします。

【渡嘉敷】 有難うございました。これらの先生方に加えて、本日のシンポジウムでは、蜂矢英彦先生とウィリアム・アンソニー (William, Anthony) 先生に指定討論をお願いしております。お二人の先生方の簡単な紹介をさせて頂きます。

蜂矢先生は、我が国における精神科リハビリテーションの第一人者でいらっしゃいます。先生は、都立松沢病院に勤められた後で東京都立世田谷リハビリテーションセンター（現在の、東京都立中部総合精神保健センター）の所長を歴任され、現在は、都立武蔵野病院の院長としてご活躍されるとともに、同病院の社会復帰部門の責任者もなされておられます。またその間に、東京障害者職業センターの精神科医学アドバイザーとして職業リハビリテーションの分野にも長く関わっていらっしゃいました。また、「精神障害者の社会参加への援助」（金剛出版,1991）や「心の病と社会復帰」（岩波新書,1993）をはじめとして、数多くのご著書も出版されておられます。そうした意味でも、本日のシンポジウムに指定討論者としてご出席頂くことは非常に光栄なことと思います。

アンソニー先生は、ボストン大学の精神科リハビリテーションセンターの所長でいらっしゃるるとともに、リハビリテーションカウンセリングの教授も兼任されておられます。今回の世界会議でも基調講演をされました。その多くの示唆に富む内容からも知られますように、先生は 1970 年以降の米国の精神科リハビリテーション、特にその職業リハビリテーション分野における理論家として、また実践家として、非常なご活躍をされておられます。数多くのご著書や論文を書かれておられ、我が国でも「精神科リハビリテーション（Psychiatric Rehabilitation,1991）」（高橋・浅井・高橋（訳）,MEIN,1993）や「精神障害者の職業リハビリテーション（Vocational Rehabilitation of Personswwith Prolonged Psychiatric Disorders,1989）」（岡上・松為・野中（監訳）,中央法規出版,1990）などの訳書が出版されております。この機会に先生をお迎えできたことを非常に光栄に思います。

【渡嘉敷】 なお、シンポジウムの手順は、最初に 6 人のシンポジストの方々にご発表をいただきます。若干の休憩を挟んで、指定討論を 2 人の先生から頂き、その後に、シンポジストの方々のディスカッションとフロアの方々との意見交換、という進行をいたしたいと思います。司会は、前半を私が、後半を松井先生が担当することにいたします。

第2節 シンポジウムの主旨

【渡嘉敷】 初めにシンポジウムの趣旨について話させていただきます。

皆さんもご承知のように、精神障害者のリハビリテーションあるいは社会復帰という場合のゴールのひとつとして、働けるようになるということがかなり強く言われてきております。確かに、経済的支援があれば必ずしも働かなくてもよいのではないかという考え方もあると思いますが、我が国の風土におきましては、「働いていてこそ一人前」という考え方が根強くあります。そうしたことから、精神障害をもつ人にとっては、職業リハビリテーションは非常に重要な意味を有していることは確かなことですし、それを推進することは、まさにリハビリテーションの本来的な意味である「全人間的復権」としての側面を持っているのではないかと考えております。

しかしながら、ごく最近に至るまで、我が国の精神科領域におけるリハビリテーションの制度は、通院患者リハビリテーション事業、すなわち職親制度が主流となっておりました。実際のところ、それしかなかったと言っても過言ではない状況にありました。これに対して、最近では、労働省が管轄するいくつかの制度が始まっております。職場適応訓練制度が精神障害回復者にも適用されてきましたし、職業準備訓練や職域開発援助事業の対象者としてすこしずつ増大する傾向にあるようです。また、そうした人たちを雇用した事業主に対する助成金制度も幾つか適用されるようになってきました。

このように、精神障害者のリハビリテーションが、単に精神科医療の領域だけではなくて、職業領域においても門戸が開かれて来たことは大変喜ばしい傾向です。しかしながら、こうした傾向が進むにつれて、精神科医療と労働側の専門家はお互いの視点のズレに若干の戸惑いを感じ始めているのではないのでしょうか。精神障害を持つ人たちの労働や職業に関する諸問題は、精神科医療が以前から抱えて来た課題であるとともに、最近では、新しく道が開けてきたことに起因した新たな展開を迎えつつあると言えるのではないのでしょうか。

こうした最近の状況を考えますと、精神障害者のリハビリテーションを推進するうえでの大きな課題の一つは、精神科医療に従事する人たちと職業リハビリテーションを専門としている人たちとの相互理解をどのように進めてゆくか、という点にあると思います。双方の領域で行われているリハビリテーションサービスの間には本当に考え方の食い違いがあるのか、あるとすればそれは何か、その食い違いをどのように埋めて行くべきか、といった点についての相互理解を深めることが重要ではないのでしょうか。さもなければ、サービスの利用者自身が双方の領域の谷間に落ち込んでしまい、大変悲劇的な結末を迎えてしまうかもしれません。

本日のシンポジウムのねらいとするところは、ここにあります。医療から雇用・就労への移行というテーマを設けることによって、精神科医療と労働・職業分野の専門家が相互に理解を深めて、

お互いのズレを克服した共通認識の基盤づくりに役立つことを期待しております。

ただし、本日のシンポジストは、医療分野といっても精神科の医療に直接的に関わっているのではなくてリハビリテーションに従事しているといったほうが正確かと思います。また、雇用・就労の分野といいましても、事業主ではなくて職業リハビリテーションの支援を専門とする人たちです。その意味では、シンポジストの方たちの論議は、医療から雇用・就労への「移行」そのものに焦点を当てられることと思います。それでもなお、発言に際しては**2**つほどお願いをしたいことがあります。

1 番目は、医療側と労働側という立場の違いがあるがゆえに、共通言語を必要としているのではないかと思うのです。例えば、医療側の人たちにとって共通的な理解をしやすい「陽性症状がある」「妄想がある」「意欲が低下している」といった表現は、労働側の人にはどのように受け取って理解されているかは大変疑問ですし、他方で、精神障害回復者と言われても、「えっ、それは何を意味しているのですか？」といった感じになることでしょう。それゆえ、俗に言います業界用語、これは平たく言えば隠語だと思えますけれども、そういった業界用語をできるだけなくして論議をして頂きたいのです。共通の言語を用いることは相互理解を進める基盤として大事だと思いますので、よろしくをお願いします。

2 番目に、職業リハビリテーションの活動は、医療側であろうと労働側であろうと、完全な状態であるとはとても言えないのが現状でしょう。部分的にはそれなりの有効性はあると思いますが、他方で、多くの面で問題を抱えていることと思います。そこを埋めていく方策を検討してゆくのがこのシンポジウムの目的ですから、シンポジストの方たちは、異なる領域の人たちに対して率直な要望を述べて頂きたいと思うのです。医療側や労働側の現行の制度や建前にこだわらないで、深みのある議論をして頂きたいのです。

司会者としての勝手なお願いですが、よろしくお願いいたします。

第4章 医療と作業療法の視点

第1節 医学的リハビリテーション

【渡嘉敷】 それでは、「医学的リハビリテーションにおける就労問題」について、野津先生からご発表をお願いいたします。

1 医療と就労援助

【野津】 精神障害者の職業問題は、1960年代に病院精神医療の中で、社会復帰活動の重要性が強く認識されるようになって以来、主に治療あるいは医学的リハビリテーションの流れの中で扱われてきました。作業療法がいわゆる「生活療法」の一環に組み込まれ、生活リズムの改善や仕事への動機づけ、共同作業を経験することによる対人技能の獲得など、多面的な効果が期待されたばかりでなく、行動観察や能力評価などにも利用されてきました。

入院中から院外の事業所に勤務するいわゆる外勤も一部の病院で熱心に行われ、退院後も継続して雇用された事例などの積み重ねによって、地域産業と病院との間で連携が生まれたところもございました。その後も好・不況の波を乗り越えて、連綿と続いたこの関係を基礎にして、通院患者の「職親制度」が一部の自治体によって制度化され、後の国の制度である「通院患者リハビリテーション事業」に引き継がれてきたのであります。

一方、在宅患者の就労援助は、地域にふさわしい相談機関がなかったために、病院内リハビリテーションの延長線上で行われたと言えましょう。例えば、職場探しから面接への同行、職場内でのさまざまな問題の解決に至るまで、病院のケースワーカーや看護者が援助するなどのアフターケアの側面が強かったのです。ところが、アフターケアのサービスは診療報酬の対象とならず、またマントパワーとしてのコメディカルスタッフが十分充足されなかったために、現場では絶えず経済効率などをめぐって葛藤が生じておりました。

また、精神科医の中には、職業上の負荷が再発の誘因になるとみなす傾向が少なくなかったことや、精神病理学的な障害理解にしばしば見られる超越的なニュアンスのために、極めて地上的ともいふべき職業上の課題が度外視されることもあったと言えましょう。

このように、精神障害者の就労援助は、医学あるいは病院医療の辺縁領域で実践されてきたものであって、いわば「補給路が伸び過ぎた前線」としての困難が、現在もなお存在し続けているのです。

他方、職業リハビリテーション領域で精神障害者を対象とし始めたのは、ようやく最近のことです。しかも、職業評価、職業訓練、適職判定あるいは定着指導などのいずれにおいても、精神障害者に標準的に適用できる有効な方法は見つかっていません。したがって、従来からの筆記テスト類

やワークサンプル法などを用いて、身体障害者や精神遅滞者からの類推で援助を行っているというのが、偽らざる現状でありましょう。そして、実際の職業紹介にあたってはできるだけ数多くの事業主に打診し、熱意を込めて説明をして理解を求めるというやり方であります。これは要するに、かつて病院のケースワーカーが足で稼いだのと全く差がないと言えるのです。

2 就労援助に関する文献

精神障害者の職業問題を考えるには、医学と職業の両者を結ぶ共通の認識と方法論が必要です。そこで、我が国におけるこの領域の現状を把握し、将来の展望を探るために、最近 **10** 年間に我が国で発表された文献のレビューを行いました。就労援助の各局面に合わせて、①評価、②訓練、③職業生活を持続させる要因、の **3** 点に焦点を当てて通覧した結果を報告いたします。

(1) 就労の実態

まず最初に、精神障害者の就労実態についての報告を簡単に整理しておきます。これは、精神病院や社会復帰施設における転帰および予後追跡調査（川崎市社会復帰医療センター,**1983**;宮ら,**1984**;坂口,**1985**;一宮,**1986**;北海道立精神保健センター,**1986**;田中ら,**1989**;宮内,**1992**;大地ら,**1993**）、あるいは、全国精神障害者家族連合会によるニーズ調査（**1986**）、厚生省による精神衛生実態調査（**1983**）などがあります。

各施設の報告では、おおむね **30%** 台から **50%** 台の就労者比率を示しておりますが、この場合の就労という言葉は、フルタイムの常用雇用ばかりでなく、パートタイムや日雇いなどを含んでいることに注意が必要でしょう。常用雇用に限れば、その比率は一挙に **10%** 台になってしまうと思われまます。また、東京都のように、共同作業所の増加が著しい地域では、作業所に移行する比率が高まり、就労者はそれほど伸びないという傾向もあります。

(2) 評 価

さて、評価に関する研究が発表されるようになったのは、この **10** 年ほどであります。特に症状ではなくて障害を評価しようという動きが生まれるためには、精神科における障害概念の確立（蜂矢,**1989**;臺,**1985**) が不可欠でありました。岡上ら（**1988**）は、現在の病状尺度ではリハビリテーションの可能性を識別することはほとんどできないことを指摘した上で、それに有効なスケール作りと、対象者の分類が必要であると言っています。この場合、障害のあらわれる各領域、すなわち日常生活全般、職業、余暇活動、交友関係から公共機関の利用に至るまでの、より広い側面の評価が必要になります。

この観点から、「生活障害評価」（横山ら,1984）や「社会適応測定尺度」（羽山,1988）などのような、独自の評価尺度を作成する動きがあります。生活技能の評価を総説した池淵ら（1989）の言うように、生活技能にはさまざまな水準があり、それぞれの目的によって多様な定義が可能であるとすれば、今後もおこのような試みが必要でしょうし、妥当性と信頼性の確認された標準的な評価尺度を開発しなければならないでしょう。

なお、今回通覧した中では、「職業評価」を主題としてあげているものは少なく、西村（1988）、松為（1990）、雇用促進協会の機関誌『職リハネットワーク』の職業評価特集（1993）などに見られる程度でありました。「職業評価」という言葉は本来は職業側のものであることを考えれば、医学側にこれを論じたものが少ないのはやむを得ないことでしょう。これらを見る限りでは、適職判定につながるような評価基準は今のところは見当たらず、主に病状の安定度、対人技能を含む基本的な生活習慣、本人の意欲などを指標として、評価が行われているようであります。

量的な評価ではなくて、特性という面から精神障害者を把握しようとする研究が幾つかございます（臺,1984,1985;岡上ら,1988;昼田,1989;粥川,1990;佐藤,1992）。これらは単に特性の記述ばかりではなく、生活障害として概念化したり（臺,1985）、精神病理学（昼田,1989）、あるいは生理学的（粥川,1990）な基本障害へ還元しようという試みでもあります。しかし、特性のあらわれ方の個人差までは明らかにできないので、実用化にはなお研究が必要であります。

(3) 訓 練

次に、訓練についてです。これは治療活動と重なる部分が多く、作業療法の延長としての「就労を目標とする訓練部門」を持つ病院や社会復帰施設からの報告が多いようです（牧野田,1985, 1988; 宮崎, 1988; 早川ら,1988; 酒井,1988; 北岡,1988; 青木,1988; 伊藤,1990; 成崎,1991）。また、共同作業所の活動にも「就労前訓練」とみなされる部分があり、ここからの報告も少なくありません（丹野,1985; 岡上,1988; 藤井, 1989,1993; 藤井ら,1992; 横浜市精神障害者地域作業所就労援助部研究会,1992; 猪俣,1993）。

厚生省の「通院患者リハビリテーション事業」も実際の職場を利用した訓練と位置づけられており、遠塚谷の報告（1985）などがあります。また、労働省の「職場適応訓練制度」、障害者職業センターの「職業準備訓練」「職域開発援助事業」に関しても、制度運営の実際を論じたものがございます（倉知,1989,1990; 野中,1991）。

これらはいずれも現場における実践報告という色彩が強く、患者一人一人の個性を重視したり、きめ細かい工夫と努力の跡が読み取られ、その熱意には頭が下がる思いがいたします。しかし、一部を除けば、理論化されて一般的な利用に備えるところまでは至っていないように思われ、今もおこの領域は理論より実践優位なのであります。複数の報告に共通した訓練技法としては、作業実技のほか、職業情報の集め方や履歴書の書き方、面接の受け方など、実際の技術や知識を教える「就

労学級」(宮崎,1988; 早川ら,1988; 青木,1988; 成崎,1991)、患者グループを形成して、試験的に働いてみる「集団就労」(宮崎,1988; 早川ら,1988)などが行われています。これらの目的は、主に職業環境に慣れて労働習慣を習得することと、本人に自信を獲得させることにあり、個々の職場で求められる職業技能は直接の対象ではありません。それゆえ、就労前訓練と称される所以でもあります。また、訓練場面は絶好の評価場面でもあり、この両者は決して切り離されず、次のステップに生かされるものであるということは言うまでもありません。

最近ではSST(生活技能訓練)の報告が目立って多くなっています(岩波ら,1988; 池淵ら,1989; 熊谷ら,1990; 西園,1990; 町沢,1990; 成崎,1991; 安西,1991; 皿田ら,1991; 宮内,1992など多数)。この技法の普及は極めて急であり、『SST ニュースレター』によると、1993年現在では全国で132施設で施行されているということです。

精神科リハビリテーションでは、訓練によって必要な技能や能力を開発する一方で、再発も予防しなければなりません。訓練課程で症状の推移を十分にモニターできるような環境が必要となることでしょう。渡嘉敷(1993)の言うような「医師の役割」についての検討も必要であります。

(4) 職業生活

職業生活を持続させることは、障害者にとって訓練とは別種の困難さがあり、多くの研究では過半数が、追跡期間が長くなると90%近くの人が、離職の経験があることを報告しています。全国精神障害者家族連合会の調査では(1986)、通院保障、勤務時間の調整、職場での相談相手、などの配慮を望む声が多いのですが、雇用主の好意以外に、これを可能にする制度的な保障が必要でありましょう。また、坂口(1985)が言うように、的確な危機介入が有効であるとしても、だれがどんな方法でこれを行うかということが問題になります。

離職を直接に扱った片山ら(1992)の研究では、離職原因になる障害要因として対人過緊張と作業能力の低下をあげており、症状の増悪は比較的低率であったと報告しています。その結論の中で、離職は臨床的にマイナスにならないと言い、そのほかの研究でも、離職をそれほど恐れない傾向が見られます。「無理のない仕事」という考え方の中には、「いつでも辞めてよい」という含みがあるのかもしれませんが。けれども、就労開拓のために費やすエネルギーと事業主との信頼関係を考えると、できるだけ定着してほしいと思います。

3 職業リハビリテーションへの移行の課題

全体を振り返ってみますと、医学的リハビリテーションの範疇で行われてきた就労援助は、基本的には患者の負荷に対して安全率を多めに見積もる傾向があり、その意味で保護的であると言えるでしょう。しかし、職業生活の負荷そのものの細かい分析が行われていないので、なぜある患者は

仕事をきっかけに再発し、別の患者はそうでないのかという素朴な疑問にも答えられないのが現状です。この辺が職業側の専門家の不満とするところのようで、なぜもっと就職の適・不適を明示できないのかと言われてたりします。もっともその一方で、医学側からは、職業関係者が精神障害者に対してもう少しデリケートな接し方ができないものかなどと感じたりもして、時には協力関係がぎくしゃくすることもあります。

我々はおそらく、まだ医学と職業め協力関係についての十分な経験をしていないので、お互いをよく知らないのだと言えるでしょう。それぞれの持つ力と限界を理解し合うことが必要であり、個人レベルばかりでなく、組織的な連携交流が可能にならなければなりません。さらに、言葉の違いが少なからぬ影響を与えているので、円滑な協力体制をつくるためには、まず用語の検討から始めなければならないかもしれません。この領域をバベルの塔にしないためにも、これからの努力が求められるのであります。

4 文献

安西信雄：精神障害者の職業リハビリテーションにおける生活技能訓練の効用.職業リハビリテーション,4：1-8,1991

青木美代子：社会復帰活動と就労援助について;上越つくしの里の実践.「精神障害者の就労援助」(岡上和雄編),pp.43-58,牧野出版,1988

蜂矢英彦：精神障害における障害概念の検討.「精神障害者の地域リハビリテーション」(蜂矢英彦・村田信雄編),pp.19-35,医学書院 1989

早川俊一,西村陽子：社会復帰施設での就労前訓練;川崎市社会復帰医療センターの「作業訓練」と「就労ゼミ」を中心に.「精神障害者の就労援助」(岡上和雄編),pp.111-130,牧野出版,1998

羽山由美子：精神障害者の就労に関連する要因と社会適応.「精神障害者の就労に関する機能の特性の分析及び評価モデルの作成に関する調査研究」,労働省・日本障害者雇用促進協会,1988

昼田源四郎：「精神分裂病者の行動特性」.金剛出版,1989

北海道立精神衛生センター：「社会復帰活動 15 年の利用者の追跡調査」.北海道立精神衛生センター,1986

藤井克徳,岩崎晋也：共同作業所の実態とその役割;精神障害者の動くことの意義について、リハビリテーション研究,70：9-14,1992

藤井克徳：福祉型作業施設における活動.「精神障害者の地域リハビリテーション」(蜂矢英彦・村田信男編),pp.210-220,医学書院,1989

藤井克徳：重度障害者の就労問題;地域(共同)作業所の立場から.総合リハビリテーション,21：281-286,1993

池淵恵美,安西信雄：生活技能の評価.臨床精神医学,18：193-200,1989

- 猪俣好正：共同作業所と授産施設.臨床精神医学,22：53-59,1993
- 一宮祐子,石川一郎,小林節夫ほか：精神分裂病の転機;定型分裂病 129 例の 20 年以上継続観察 1.精神神経誌,88：206-234,1986
- 伊藤祐台：分裂病の社会復帰活動。「今日の分裂病治療」（島藺安雄,藤縄昭編），pp.106-124,金剛出版,1990
- 岩波明,安西信雄,原田誠一ほか：作業能力の低下した精神分裂病患者の社会復帰の実態とその治療技法.精神医学,30：1133-1140,1988
- 岩崎晋也：精神障害者における職業評価の問題点,職リハネットワーク,19;22-23,1993
- 片山成仁,宮内勝,安西信雄ほか：精神分裂病患者の離職;要因・予測因子・予後.精神医学,34：585-590,1992
- 川崎市社会復帰医療センター・実態把握研究会：「精神分裂病者への社会復帰援助活動に関する研究;川崎市社会復帰医療センター利用者の追跡調査」.川崎市社会復帰医療センター・実態把握研究会,1983
- 粥川裕平,太田龍朗,鈴木多加二ほか：慢性精神障害者の職業的リハビリテーションと生理学的障害.OT ジャーナル,24：166-170,1990
- 北岡京子：病院内デイケアにおける就労援助の試み。「精神障害者の就労援助」（岡上和雄編），pp.27-43,牧野出版,1988
- 厚生省：「精神衛生実態調査」.1983
- 熊谷直樹,宮内勝ほか：分裂病の生活技能訓練;何をターゲットに治療するか.臨床精神医学,19：1337-1344,1990
- 倉知延章：精神障害者に対する就職援助活動の実際;職リハ計画策定後から就職決定まで.職リハネットワーク,4：11-13,1989
- 倉知延章：精神障害者の職業リハビリテーション;各論。「精神科 MOOK」,26;174-183,金原出版,1990
- 牧野田恵美子：慢性分裂病の就労と社会生活;社会復帰センターの活動を通して.臨床精神医学,14：789-793,1985
- 牧野田恵美子：精神障害者の就労援助。「精神障害者の就労援助」（岡上和雄編），牧野出版,1988
- 町沢静夫：分裂病の生活療法と行動療法。「今日の分裂病治療」（島藺安雄,藤縄昭編），pp.308-320,金剛出版,1990
- 松為信雄：精神障害者の職業リハビリテーションの考え方と方法。「精神科 MOOK」,26;164-173,金原出版,1990
- 宮真人,渡会昭夫,小川一夫ほか：精神分裂病者の長期社会適応経過;精神分裂病の長期経過研究第一報.精神神経誌,86：736-767,1984
- 宮内勝：分裂病の長期経過とリハビリテーション.臨床精神医学,21：1023-1030,1992

- 宮崎和子：精神衛生センター，（作業訓練部門）での就労援助。「精神障害者の就労援助」（岡上和雄編），pp.94-111,牧野出版,1988
- 成崎ひとみ：精神障害者と就労．東京都立中部総合精神保険センター研究紀要 7,1991
- 西村晋二：精神障害回復者と仕事;職業能力評価の問題をめぐって．職研資料シリーズ,Ⅱ-31,124-146,雇用職業総合研究所,1988
- 西園昌久：精神科治療法の再評価．「現代精神医学大系年刊版'90」,PP.159-175,中山書店,1990
- 野中由彦：精神障害者の地域リハビリテーション．「第14回総合リハビリテーション研究大会報告書」,日本障害者リハビリテーション協会,1991
- 岡上和雄ほか：精神障害者の就労に関する機能の特性の把握に基づくその総合的なモデル化．「精神障害者の周到に関する機能の特性の分析及び評価モデルの作成に関する調査研究」,労働省・日本障害者雇用促進協会,1988
- 岡上和雄,大島巖,荒井元傳：「日本の精神障害者」.ミネルバ書房,1988
- 大丸幸,田中悟郎：精神分裂病者の職業評価．職リハネットワーク,19：24-26,1993
- 大地武,井口喬,田玉逸男ほか：長期通院精神分裂病の経過と予後に関する研究;軽症群の諸特性について（第一報）．臨床精神医学,22：77-87,1993
- 坂口信貴：慢性期分裂病者の社会復帰．精神経誌,87：444-451,1985
- 酒井昭平：小規模リハセンターにおける「就労」援助について．「精神障害者の就労援助」（岡上和雄編），pp.78-94,牧野出版,1988
- 皿田洋子,柳田尚穂：生活技能訓練の評価をめぐって．OTジャーナル,25：331-335,1991
- 佐藤宏：地域障害者職業センターを利用する精神障害者の特徴;精神分裂病者を中心に．障害者職業総合センター研究紀要,1：53-65,1992
- 田中冷子,佐藤哲郎,見浦康文ほか：社会復帰施設を利用した精神障害者の就業実態調査について 1,2. 東京都立中部総合精神保健センター研究紀要 4,5,1989
- 丹野きみ子：慢性分裂病の就労と社会生活;共同作業所活動の現状．臨床精神医学,14：785-788,1985
- 渡嘉敷暁：わが国の精神障害者のリハビリテーション．臨床精神医学,22：5-13,1993
- 遠塚谷富美子：慢性分裂病の就労と社会生活;職親制度の経験から．臨床精神医学 14：779-783,1985
- 臺弘：慢性分裂病と障害概念．臨床精神医学,14：737-742,1985
- 臺弘：生活療法の復権．精神医学,26：803-814,1984
- 横浜市精神障害者地域作業所就労援助部研究会：「精神障害者地域作業所に於ける就労援助の研究 I」. 1992
- 横山淳二,岡正治,岡田英明ほか：慢性分裂患者の「生活障害」評価;信頼性と臨床的妥当性の検討．理・作・療法,18：415-422,1984
- 全国精神障害者家族会連合会：「日本の精神障害者と家族の生活実態白書」．全地区精神障害者家族会連合会,1986

第2節 精神科作業療法

【渡嘉敷】続きまして、荻原先生に、「医療機関における就労援助と作業療法」についてご発表いただきます。

【荻原】一口に就労援助と言っても、現実には各医療機関の状況によって、その考え方と行われている内容はさまざまであると思います。今回は、就労の範囲を、病歴を明示しての一般事業所への移行にしばって話を進めたいと思います。同時にその周辺領域として、リハビリテーション施設への移行、授産所への移行、共同作業所への移行、障害者職業センターなどへの紹介も考慮に入りたいと思います。

1 問題の所在

さて、我が国における医療機関による就労援助は、歴史的にも昭和 30 年代の中頃から、それぞれの医療機関の努力によって実施されてきた経過があります。しかし、すでに昭和 40 年代には、医療機関による就労援助の問題点がいろいろな場で指摘されています。残念ながら、その基本的な内容は改善されないまま、現在に至っているのではないかと考えます。問題点とその理由は複雑であると思いますが、特に日常的に必要なこととして指摘されていながらも、円滑に行われていないものが幾つかあります。

その一つに、医療機関側から就労先や関連機関に提供される情報が不十分であることが多いことです。そのために、情報は一方通行的となり、そのしわ寄せは結果的に対象者に集中してしまいます。それゆえ、今回は、対象者本人も含めた関係者が、ともに利用できる情報指標を検討することを目的に、医療機関における作業療法の役割について述べたいと思います。

考え方として、次の 3 点について述べます（スライド 1）。第 1 に、作業療法は対象者のどのような部分に焦点を当てるべきかについて述べます。第 2 に、対象者本人も含めた関係者がともに利用できる情報指標の枠組みを示します。そして、最後に、医療機関における就労援助の全般的な課題について考えます。

(スライドー1)

【作業療法の役割を考える 3 つのポイント】

- I. 対象者のどこに焦点を当てるか。
- II. 情報指標として、どのような評価をするか。
- III. 就労援助に必要な条件は何か。

2 作業療法の焦点

第1の視点は、作業療法は対象者のどこの部分に焦点を当てるべきかです。

作業療法の本来の役割は、対象者が示す作業の障害をとらえ、その回復及び代償可能性を示すことであると考えます。この視点は、作業療法の対象となる疾患や障害領域のすべてに共通するものであると考えます。ここで言う作業の障害とは、日常生活動作や就労能力などの社会生活能力に影響を及ぼしている、目的行動上の障害を意味します。このような障害を引き起こす原因はさまざま、個体の身体的・精神的な要因だけでなく、対人関係を含んだ環境要因も大きく作用します。それゆえ、具体的な援助を行うためには、作業の障害を成り立たせている因子を抽出し、相互の関係性を構造的にとらえることが必要になります。

つまり（スライド2）、①どのような作業において、どのような内容の障害が表出するのか、②表出した障害にはどのような因子が影響しているのか、③本人はみずからの問題をどのようにとらえているのか、④どのような手助けであれば乗り越えられるのか、などの点について明らかにすることです。医療機関において就労援助を中心とした作業療法を行う場合も、まず対象者の就労への準備状態に影響を及ぼしている作業の障害を分析して、対象者が速やかに次の段階へ移行できるようなかかわりをするべきであると思います。

（スライド2）

【作業の障害の因子把握】

- I. どのような作業において、どのような内容の障害が表出するのか.
- II. 表出した障害には、どのような因子が影響しているのか.
- III. 本人は、自らの問題をどのように捉えているのか.
- IV. どのような手助けであれば乗り越えられるか.

3 情報指標の枠組み

第2の視点は、対象者本人も含めた関係者がともに利用できる、情報指標の枠組みです。

この枠組みの基本は、対象者の作業の障害を把握するための評価によって作ることができると考えます（スライド3）。具体的には、①仕事あるいは役割経験に焦点を当てた面接による評価、②課題達成的要素の多い作業場面の設定による評価、③テストによる作業遂行能力の評価、の三つの側面から実施したうえで、それらの結果を総合的に判断することが必要となります。

(スライドー3)

【情報指標としての評価】

- I..仕事（役割）経験に焦点をあてた面接による評価
- II..課題達成的要素の多い作業場面の設定による評価
- III..作業遂行能力に関するテストによる評価

(1) 面接による評価

仕事あるいは役割経験に焦点を当てた面接による評価では、次のような点を把握し確認します(スライド 4)。
①職歴、役割、職務内容の確認、②役割の中でどの部分が苦手か、どの部分は大丈夫であったか、③困ったことは何か、困ったときに誰かに相談したか、④その時どのように感じていたか、⑤どのような疲れか、気持ちの疲れと体の疲れとの区別、⑥疲れるとどのようになるのか、疲れた時はどのように対処したのか、⑦周囲は自分をどのように見ていたと思うか、⑧自分が雇い主であるとしたら、自分をどのように思うか、⑨できていること、できていたこと、できなくなっていること、⑩本人の価値観、例えば、金銭のみでなく、大変だったけれどもあの時はうれしかったとかよかったという経験、などを確認していきます。

(スライドー4)

【仕事（役割）経験に焦点をあてた面接による評価】

- 職歴、役割（職務）内容の確認。
- 役割の中でどの部分が苦手か、どの部分は大丈夫だったか。
- 困ったことは何か、困ったとき誰かに相談したか。
- その時どのように感じていたか。
- どのような疲れか、“気持ちの疲れ”との区別。
- 疲れるとどのようになるのか、疲れた時の対処。
- 周囲は自分をどのように見ていたと思うか。
- 自分が雇い主であるとしたら自分をどのように思うか。
- 出来ていること、出来ていたこと、出来なくなっていること。
- 本人の価値観。

できるだけ細かい内容が把握できるように、例えば、実際の仕事場面の配置などを図示しながらの確認も有効となります。この面接によって、過去の役割経験の中であらわれた作業の障害と、就労に対する対象者の現実検討の程度が確かめられます。

(2) 作業場面設定による評価

課題達成的要素の多い作業場面の設定による評価では(スライド 5)、①どのような課題で、どのような形で作業の障害があらわれるのか、②問題発生時にどのように対処するか、③ギブアップ

のサインは何か、④どのような内容と程度の手助けであれば乗り越えるのか、⑤どのような疲労状態か、パターンはあるのか、⑥課題達成時の環境面での変化の幅、この中には、人的要因と物理要因があります。そして最後に、⑦身体的、運動学的な問題の有無などを確認します。

(スライド-5)

【課題達成的要素の多い作業場面の設定による評価】

- どのような課題で、どのような形で作業の障害があらわれるのか。
- 問題発生時どのように対処するか。
- ギブアップのサインは、
- どのような手助けであれば乗り越えるのか。
- 疲労状態—どのような疲労状態か（パターンは有るのか）。
- 課題達成時の環境要因での変化の幅、・人的要因・物理要因

この評価によって、課題内容の全体と部分との関係性の把握や、順序性の把握などの程度や混乱の仕方などを確かめることができます。また、問題発生に対する対処行動のパターン、疲労状態の変化、身体運動学的な問題の有無なども確認できます。

(3) テストによる評価

テストによる作業遂行能力の評価では、①コース立方体組み合わせテスト (**Kohs Block-esign Test**) や、②モダブツ法 (**Modular Arrangement Predetermined Time Standards**) によるボールペン組立テスト、などが簡便なものとして利用できると思います。

(スライド-6)

【テストによる作業遂行能力の評価】

- コース立方体組合せテストを作業課題として利用。
- モダブツ法によるボールペン組立テスト
: 100%達成=51本/10分間

コース立方体組み合わせテストは、規定の時間内に2問を続けて達成できなければ終了とするものですが、このテストを作業課題として提示し、対象者が拒否や中断をしない限りは、各テストを達成するまで実施する方法をとります。この方法によって、対象者の課題遂行の傾向が確認できます。現段階で確認できている傾向としては、提示刺激が変化する場合に、混乱、達成時間の遅れ、達成中断などが認められます。また、その時点での疲労の状態がどのような形で表出するかも捉えることができます。

ボールペン組立テストの内容はスライドのとおりです(スライド7)。これをモダブツ法に基づいて、1本のボールペンを組み立てるために必要な時間を計算し、10分間で達成可能な本数を算出します。この場合も、単に達成本数のみでなく、達成過程における順序性、注意配分、動作の巧緻

性などがチェックできます。また、継時的に実施することで、作業の効果判定にも利用できます。

(スライド7)

(モダプツ法によるボールペン組立テストの実写)

(4) 評価と情報の枠組み

今まで述べた三つの評価のうち、課題達成的要素の多い作業場面の設定による評価と、テストによる作業遂行能力の評価については、経験の有無、幻覚、妄想など陽性症状による影響、薬物療法による影響などを考慮に入れる必要があります。

以上が、作業の障害をとらえるための評価の概要です。これら三つの評価は、いずれも対象者との間で、その時はどうであったのか、今はどうなのかという状況確認を行いながら実施できる利点があります。そして、対象者の多くに、診断学的な病識とは異なる「今の自分は」という自己認識の面が見られるようになります。そして、これらの評価結果を照合することで、対象者本人も含めた関係者が、ともに利用できる情報指標の枠組みを作ることができます。このような情報を就労先や関連機関に提供することによって、対象者に対する共通認識ができますし、本人を含めたほんとうの意味での連携がとれるのではないかと考えます。

なお、それと同時に、就労先の状況についてもチェックします。その内容は、次の三つの領域があります(スライド8)。すなわち、①職務(役割)分析、②環境要因の把握、③自己管理の場の保障(通院や服薬など)です。こうした視点からチェックを行なって、本人を含めた関係者の間で具体的な相談を行います。

(スライド8)

【就労先の状況チェック】

I. 職務(役割)分析

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> 事務的-肉体的 | <input type="radio"/> 立ち仕事-座り仕事 |
| <input type="radio"/> 流れ作業-その場作業 | <input type="radio"/> 細かい-大きな |
| <input type="radio"/> 一人-共同 | <input type="radio"/> その都度,調整必要-単純反復 |
| <input type="radio"/> 判断・決定必要 | <input type="radio"/> 判断・決定不要 |
| <input type="radio"/> 要求される質・量 | <input type="radio"/> 音・色 |

II. 環境要因の把握

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人 | <input type="checkbox"/> 物理環境 | <input type="checkbox"/> 休む場所 |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

III. 自己管理の場の保障(通院・服薬など)

4 医療機関での就労援助の課題

医療機関における就労援助の全般的な課題についてですが、前述したような関わりを医療機関で

実施するためには、少なくとも次の二つの条件を整える必要があります（スライド9）。すなわち、①関連スタッフによるチームアプローチが行われていること、②対象者に応じた個別のリハビリテーション計画が作成されており、その計画の中の1項目として就労援助が位置づけられていることです。

（スライド9）

【就労援助に必要な条件】

- I. 関連スタッフによるチーム・アプローチ
- II. 個別のリハビリテーション計画の作成（就労援助の位置づけ）

これらの条件が整えられていないと、冒頭でも述べたように、医療機関からの適切な情報は提供されず、就労先や関連機関との連携も不安定なものになると考えます。その結果、提供される情報は、欠陥状態の分裂病である、単純作業程度のレベルである、などの症状記載的な表現に終始し、対象者の個別性が理解できない可能性が強くなると思います。このような状態で就労援助を行うと、対象者の本来の能力発揮を妨げたり、過度の負担をかけたこととなります。そして、最悪の場合には症状の再発を誘発することもあります。

以上のように、医療機関における就労援助と作業療法との関係を、対象者本人も含めた関係者がともに利用できる情報指標の検討を中心にして、3点に絞って作業療法の役割を述べてきました。今回のシンポジウムでの目的を達成するために、少しでも寄与できれば幸いです。

【渡嘉敷】ありがとうございました。萩原先生には作業障害の視点から、職業評価、あるいは障害評価と言ってもいいと思いますが、述べて頂きました。結局のところ、これは、職業リハビリテーション側に提供する情報はどうあるべきかという視点ではないかと受けとめました。

第5章 社会復帰施設と地域医療の視点

第1節 社会復帰施設

【渡嘉敷】 続きまして、「社会復帰施設における就労援助活動」について、早川先生からお話をいただきます。

1 川崎市リハビリテーション医療センター

【早川】 当センターは国からの補助を受けて1971年に発足しました。川崎市が設置・運営する、我が国で最初の精神分裂病圏の人たちのためのリハビリテーション専門施設で、就労援助を専門に担う部門を用意しています。発足当初の基本目標は、「精神科領域における職業リハビリテーションの開拓及び推進」を含む4点でした（資料1）。このことは、今もなお依然として重要な目標になっています。組織と機能は、窓口・診療・病棟・宿泊・通所・社会復帰の6部門から構成され（図1）、事業の内容は資料のとおりです（資料2）。

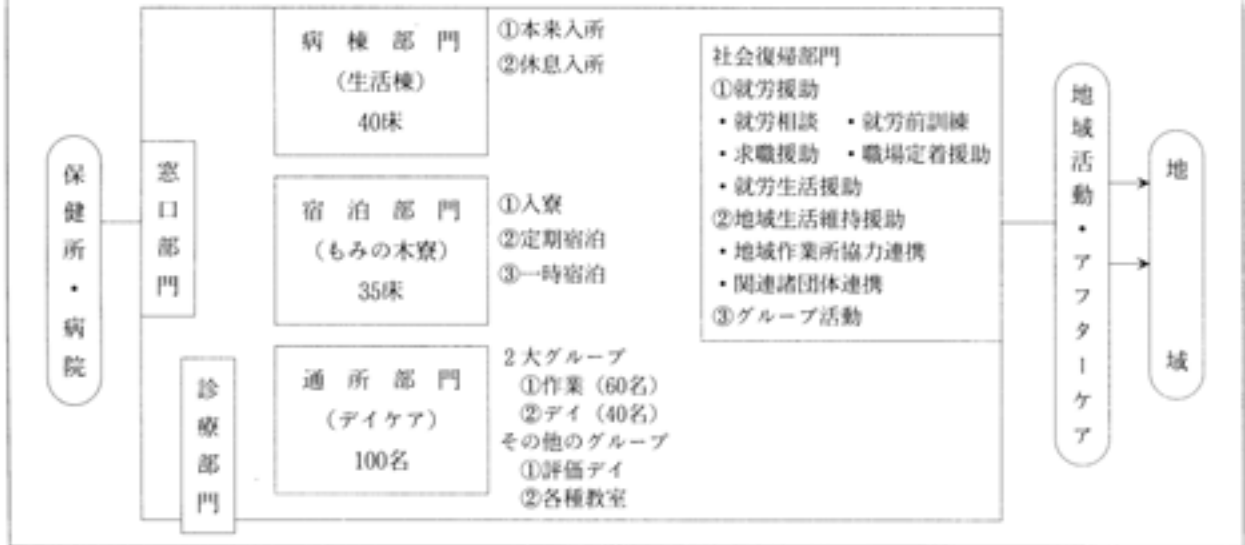
（資料1）

発足当初の基本目標（川崎市リハビリテーション医療センター）

- ① 帰る場がないために退院できず入院生活を余儀なくされている人たちのとどうするか.その対策の確立.
- ② 在宅患者ならびに、その環境に対する援助体制の確立.
- ③ 精神科領域における職業リハビリテーションの開拓.および推進.
- ④ 地域内ケアを進めるための連帯体制の整備

（図1）

センターの組織・機能図



(資料 2)

川崎市リハビリテーション医療センターの事業概要

「当センター」には、資料の図-1 に示すように、窓口部門、病棟部門（生活棟）、宿泊部門（もみの木寮）、通所部門、社会復帰部門および診療部門があります。

その利用に際しては、市内の保健所や病院等の紹介により、窓口部門の担当インターカーを通して受け入れることになっています。

病棟部門（生活棟）は、狭義の医療に併せて基礎的な生活訓練を提供する①本来入所と、病状やその他の理由で社会生活が一時的に困難になった場合に利用させる②休息入所があります。

宿泊部門（もみの木寮）は、利用期間 1 年の①入寮訓練の他に、地域での生活維持のために週 1～3 回宿泊する②定期宿泊や、社会生活に疲れた人のための③一時宿泊という利用形態があります。また、周辺のアパートで一人暮らしをしている人たちに夕食や入浴の便宜をはかったり、談話室を開放して利用させ社会生活を支えています。

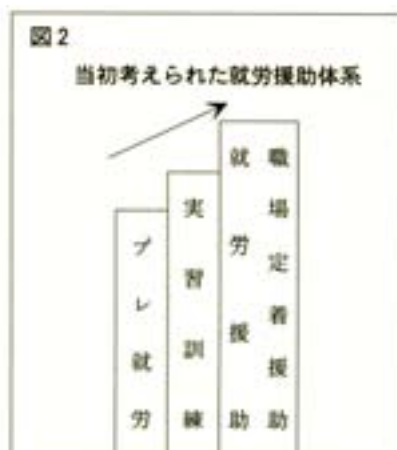
通所部門は、生産的作業を取り入れて訓練を行なう①作業デイケアと、自我の強化や社会生活の基礎的部分を訓練する②デイケアの 2 大グループの他に、新規利用者の導入や評価のための③評価デイケアや、絵画や書道などを行なう④教室が設けられています。

社会復帰部門は、①就労援助と地域作業所との連絡調整や協力、関係団体との連携など幅広い地域ケア活動を目指す②地域生活維持援助、よりよい余暇利用のためのクラブ活動の主催や患者会の育成等の③グループワークを担っています。

2 就労援助の考え方の変遷

当センターの就労援助の考え方は、いくつかの変遷をへて今日に至っています。

就労援助の目標は、「就労を希望する個々人の就労のあるべき姿を見出し、働く場を確保し、就労した後々までの援助体制を確立する」という点にありました。しかし、精神障害者とはどういう人たちなのかよくわからず、モデルもなく、実際には試行錯誤の繰り返しを余儀なくされました。当初の考え方では、治療をひとまず経た患者であれば、訓練や指導を適切に行うことによって最終的には就労自立が可能となると見ていました。この考え方に基づき、図 2 のような訓練プログラムを最初に決めておいて、プレ就労→実習訓練→就労援助・職場定着援助、というような段階的な就労自立を志向するやり方を取り入れたのです。

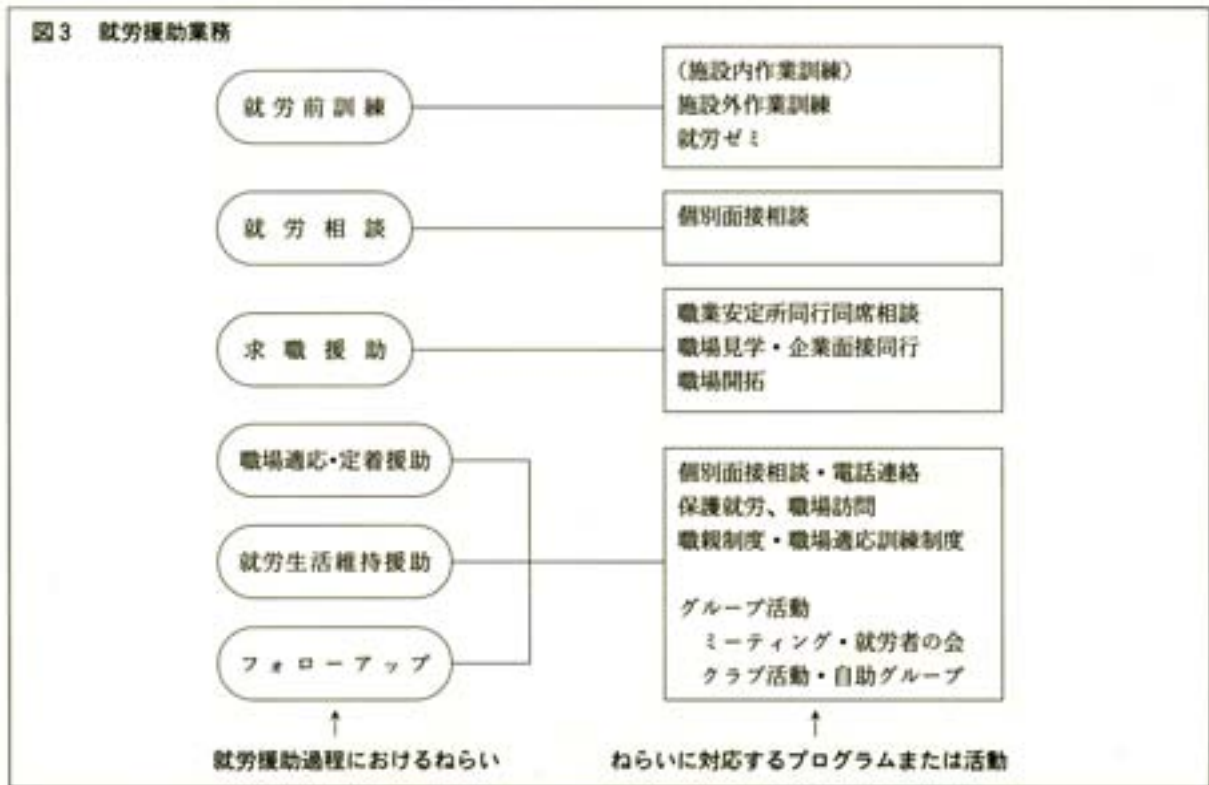


けれども、こうした一般的な教育や養成の方法は、精神科職業リハビリテーションでは通用しないことにすぐに気づかされました。また、実際にも、次の段階に移行していく人が次第に少なくなりました。訓練の場が働く場になってしまい、長期利用→固定化→施設に対する依存という状況が生まれ、プログラムに乗れない人たちが存在したのです。就労してもすぐ辞める人が多くいました。対象者の抱く「働きたい（主観）」と「働ける（客観）」とのギャップの大きさが、改めて指摘されました。「枠組みに縛られたプログラム」によるアプローチでは限界があることを見せつけられたのです。プログラムに乗れる可能性のある人は受け入れるが、そうでない人は門前払いされている、という外部からの指摘もあったようです。

こうしたことから、「フォローアップの大切さを含めて、対象者一人一人の病気の状態と障害の程度に応じた、多様なかかわり方の必要性」が提起されました。そして、「援助者の役割は、目の前にいる対象者が働ける場をつくることから始まる」とされ、その場では、「訓練を受けているという意識から、働いているという意識に焦点を当てるかかわり方」が強調されるようになりました。また、「就労援助活動そのものが再発予防の一翼を担う」という認識も生まれました。現実の社会に出してみても、何ができて何ができないのかについて、対象者と援助者との共同作業を通してお互いに了解し、その人に合った社会復帰への道筋を見出していく方法が模索されたのです。プログラム利用において、多様な利用目的を容認し、利用者が主体的に選択していくことが重要であると考えられるようになったのです。

3 就労援助のプログラム

私たちが行っている就労援助の事業は、図 3 のとおりです。ここに示した対象者の態様（病気の状態と障害の程度）に即した就労援助の過程を想定して、対応するプログラムを設けたり、いろいろな働きかけをしております。なお、この就労援助のプログラムを開始する前に、その前提になるプログラムとして精神科デイケアなどがあります。その概要は、資料のとおりです（資料 3）。



(資料3)

* 就労援助の前提になるプログラムとしては、「精神科デイケア」などが挙げられます。

一般的には、病気の状態と障害の程度に急激な変化が少なく、起伏や振幅の波が小さいこと…言い換えれば、それらが一定の水準に保たれていること、および、就労に耐えられる体力と気力があること…が前提になります。これらは「精神科デイケア」などの医療・医学的リハビリテーションにより培われますが、当センターでは、各部門での日常的な活動の中で行われています。

(1) 就労前訓練

第1が、就労前訓練、あるいは就労準備です。

これには、①施設内作業訓練、②施設外作業訓練、③就労ゼミがあります。これらのプログラムを通じて、就労に向けての労働習慣、体力、作業能力の体得や、就労に対する現実認識を深めるための具体的な働きかけを行っています。「施設内作業訓練」は、作業デイケア部門が担っています(資料4)。

「施設外作業訓練」は、提携した企業の職場に通って、職員同伴のもとで集団で働きます(資料5)。訓練を実際の労働現場に移して行うので、より具体的な就労前の訓練になります。労働の報酬としての作業工賃が企業から支給されます。工賃は就労の動機づけに深く関係するので大切であると考えています。1978年以来、夏のお中元期や冬のお歳暮期には百貨店の商品配送の仕事に出向いています。

「就労ゼミ」は、具体的な求職活動を目の前にした人たちが利用します(資料6)。就労に対する

現実認識や構え、必要な社会常識を習得させます。

(資料4)

作業ダイケアの概況および利用者の利用目的

- * 「作業ダイケア」は、当センターの「作業ダイケア部門」が担っています。いくつかの企業と提携して、その下請け的単純作業を行います。多少の工賃が支給され、作業意欲や持続力を養う面で役立っています。不良品を出さないこと、納期を守ることが企業から求められ、正確さや能率をあげることがつきつけられる場面です。
- * 作業ダイケア利用者の利用目的…作業ダイケアでは、とりあえず「作業をしてみたい」という人たちを受け入れています。そのため、通所者の利用目的は、次のようにさまざまです。
 - ①就労前訓練のため、
 - ②通所訓練、作業訓練のため、
 - ③一旦社会に出た人がつまづいたときのつなぎの場として、
 - ④昼間の居場所、生活訓練のため、
 - ⑤評価、観察のため、
 - ⑥その他…

(資料5)

- * 施設外作業訓練利用者の利用目的
施設外作業訓練のねらいは、単に、就労前訓練にとどまらず利用目的が多用である。
すぐには就労に結びつかないと判断された人、あるいは具体的な就労援助をはじめの前にもう少し本人の全体像をとらえたいと思われる人、また、就労のために準備をはじめている人なども労働習慣、体力、作業能力などの体得を目的として参加することがある。保健所のダイケアや地域作業所の利用者にもその場面を提供している。その人たちは施設外作業訓練終了後にセンターの機能をあらためて知って、センター各部門の利用やセンターの就労援助を希望したりすることがある。中には季節労働的に参加する人もいて、それはそれなりに生活に潤いの糧にしている。施設外作業訓練利用者の利用目的は、ほぼ次の通りである。
 - ①就労前訓練
 - ②社会体験、社会性の体得、または改善
 - ③作業能力、その他の評価（自己評価、他者評価）
 - ④在宅者の社会生活援助（場つなぎや生活資金の確保）
- * 実際の仕事の内容は、デパート配送センターで中元期、歳暮期の贈答品を取り扱う仕事とか、協力事業所（病気に対する理解があり、実際に精神障害者を雇用している保護就労企業）での不定期に依頼される工場作業です。訓練終了後、そのまま協力事業所に雇用される人もいる。
 - (特徴1) 施設外作業訓練参加者（メンバーという）には労働の対価としての賃金が企業から支払われる。
 - (特徴2) 仲間や職員と一緒に集団で参加し、職員はメンバーに同伴して一緒に仕事をしたり訪問したりする。
 - (特徴3) 協力事業所によってやり方は異なるのは当然であるが、限定的にせよ場面運営や維持管理を一任されることがある。したがって、メンバーの能力に応じて参加日数を加減でき、さまざまな工程の作業を選ぶことができる。また、対象者の幅を広げることができる。
 - (効果1) 訓練場面をセンターの外に移して行うことは、施設内の作業などでは決して得られない体験で、メンバーにとっては自己の能力の評価の機会にも就労への動機づけにもなる。
 - (効果2) 職員にとっても日頃のセンター内のプログラム場面で見られる動きとは違った一面の発見があったりすることがあり、就労援助に限らずその後のリハビリテーション処遇の上で大いに参考になる。

(資料6)

就労ゼミのカリキュラムの例

| 回 | 日時・場所 | テーマ〔助言者〕 | 備 考 | メンバー | スタッフ | その他 |
|---|--|---|---|------|------|-----|
| 1 | 1月19日(火) 13:30~15:30 復帰棟 2階 デイケア室にて | 「オリエンテーション及び中川医師を囲んでの座談会」 〔中川 Dr.ゼミ担当職員〕 | ゼミの説明と自己紹介、及び、医師からのワンポイントアドバイス、医師との質疑応答を行う。 | 10 | 4 | |
| 2 | 1月22日(金) 13:30~15:30 川崎北公共職安 | 「職安の利用について」 ―担当者からの説明及び体験実習― 〔ゼミ担当職員〕 | 川崎北公共職業安定所を訪問見学し、職安の利用の仕方を知る。 | 7 | 2 | |
| 3 | 1月26日(火) 13:30~15:30 復帰棟 2階 デイケア室にて | 「履歴書の書き方・面接の受け方」 〔ゼミ担当職員〕 | 実際に履歴書を書いてみたり、面接の練習をしてコツをつかむ。 | 8 | 3 | |
| 4 | 1月29日(金) 13:30~15:30 復帰棟 2階 デイケア室にて | 「まとめと振り返り」 ―今後に向けて― 〔ゼミ担当職員〕 | ゼミの感想、今後の抱負などを語り合う。 | 7 | 2 | |

(2) 就労相談

第2が、就労準備や評価を行う「就労相談」です。

これは、センター内の各部門から依頼を受けて、就労を希望する人の相談に応じています。ここで言う就労準備評価とは、就労の意思の有無、動機、現実認識、関心や興味のある職種などの確認を行うことです(資料7)。また、病気、精神障害のことを伏せて就労するのか、それとも伝えて就労するのかということもポイントです。ケース会議により、ケース状況やそれまでの処遇方針の共有化を図り、その人の就労援助を担当する職員を決めます。そして、その人自身の希望や援助者側の処遇方針を相互に確かめ合いながら、就労への方向づけを行います。その結果、職場探しのための援助に移行しますが、中には就労援助の前提になるプログラムを利用したり、就労前訓練、就労準備に関連するプログラムに参加させる場合もあります。

(資料7)

- * 就労相談でいう就労(準備)評価
 - ・就労の意思を持っているかどうか、
 - ・就労への動機が何によるのか、
 - ・就労に対する現実認識をどの程度持っているか、
 - ・関心や興味のある職種は何か
- などの確認を行うことです。

(3) 求職援助

第3が、職場探しを援助する「求職援助」です。

今まで述べたプログラムを利用した結果を参考にして、職場探しが始められます。障害者が働くとする場合、病気のことを事前に明らかにすると、一般企業ではまず雇ってもらえない現状があります。したがって、病気のことを伏せて就労することになりますが、もともと精神疾患の既往歴があるということで、彼らは心理的に大きな負担を負っています。加えて病気、精神障害を伏せて就労することによる心理的負担ははかり知れないものがあります（資料8）。

このような心理的負担に耐えられる人は助言だけで、単独で求職活動をすることができます。そうでない人に対しては、公共職業安定所への同行、求人広告の検討、職場見学や就労のための面接に同行するなどの援助を行ないます。精神障害のことを伏せて就労するか、それとも明示するか、また希望する職種や就労したい企業をどうするか最終的な結論は、本人が自分で決めることが基本原則です。また、求職援助の一環として職場開拓も行われます。

(資料8)

* 病気のことを伏せて就労することによる心理的負担の例

- ・病気のことを隠した（あるいは、嘘をついた）という自責感やうしろめたさ、
 - ・病気のことがばれるのではないかと不安感、
 - ・ばれたらクビになるのではないかと怖れ、
 - ・職場で薬をのまなければならぬ場合の周囲への気遣い、
 - ・一人前以上の仕事をこなさなければならないという重圧感
- （例えば残業も断るわけには行かない）
など、数え上げれば切りがないほどです。

(4) 職場適応

第4が、職場適応や定着に関する援助です。

就労援助を含めた精神障害者のリハビリテーションでは、医療上の、あるいは日常の社会生活上の援助が必要です。それも、一人ひとりが利用するプログラムや援助のあり方が異なっていて当然と考えています。それぞれの態様により、援助の内容や仕方は一律ではなく濃淡があります。その場合、しばしば精神障害者の個人の能力の発達や改善にのみ目が向けられがちです。しかし、実態を見ると、受け入れ職場の環境や援助体制との相互関係の中でそのありようが決まっています。それゆえ、精神障害者の就労援助では、個人の能力、職場の環境、援助の体制の3要素をあわせ考えなければなりません（資料9）。

こうしたことを踏まえて、職場適応や定着に関する援助として、ケースワークやカウンセリングの技法を用いた「個別面接相談」や「職場訪問」が行われます。なお、当センターでは、病気のこ

とを伏せて就労することを「一般就労」と言っています。一般就労した人に対しては個別面接相談や電話連絡などにより、必要なフォローアップを行います。また、病気のことを明らかにして就労する場合を「保護就労」と呼び、受け入れ企業を「保護就労協力事業所」と言っています。保護就労では、前に述べた心理的負担が軽減し、安心して働くことができます。また、彼らにとって働きやすい職場の条件を雇用主に伝え、理解と協力を求め、配慮を依頼します（資料 10）。

このような保護就労の実際は、対象者の一人一人の病気の状態と、障害の程度による能力や企業や職場の事情によってさまざまです（例として、資料 11）。保護就労協力事業所には、必要に応じ、就労援助担当職員が職場に出入りすることを了解してもらいます。就労初期の間は「同伴就労」といって、職員がその職場に出向いて一緒に働いたりします。また、職場訪問を頻繁に行います。これは本人への支えと同時に、雇用主のどんなささいな心配にも、当センターの職員が対処することの安心感を持ってもらうことにつながります（資料 12）。就労初期の活動は、私たちと企業の信頼関係を保つ上で大切です。なお、制度的には「通院患者リハビリテーション事業（職親制度）」「職場適応訓練制度」「特定求職者雇用開発助成制度」などを適宜に活用します。

（資料 9）

- * 精神障害者の就労援助の三要素
 - a. 生活能力や労働能力などその人の今持っている個人の能力、
 - b. 就労条件への配慮や制度利用の可能性など、受け入れ職場の環境、
 - c. 日常生活面に対する援助並びに、就労面に対する援助の体制

（資料 10）

- * 働きやすい職場の条件～配慮
 - ・ 外来受診の日は出勤をしなくてもよいことにしてもらう
 - ・ あるいは、外来受診の日は遅刻、早退を認めてもらう
（これが休養や息抜きの機会になっている人もいます）
 - ・ 一日の労働時間を短くしてもらう
 - ・ 一週間当たりの出勤日数を少なくしてもらう
 - ・ 残業をしなくてよいことにしてもらう
 - ・ あるいは、残業を少なくしてもらう
 - ・ 上記の労働時間や出勤日数を慣れるにしたがって徐々に増やしていってもらう
 - ・ 疲れがたまったり、調子のよくないときは休ませてもらう

(資料 11)

* 保護就労の勤務形態の例…ペア就労、ローテーション勤務、短時間勤務

保護集団就労の中から、ペア就労やローテーション勤務が試みられ定着してきた。

ペア就労は、1983年にS産業の協力で開始され、一週間1人分の仕事を2名(ペア)で分け合って従事するものである(表-X)。ローテーション勤務は、1988年4月からM技研の協力で開始した。当初の9名の人が、それぞれの勤務曜日を決めて、一日当たり5名が出勤し、一週間5人分の仕事をその9名で分け合う体制を組んで実施した(表-Y)。これにより、病気の状態や障害の程度によって、いわゆるフルタイムでの勤務に馴染まないと思われる人たちの就労の場が広がった。

この勤務形態は、事業所の立場からみると、生産活動の継続性や、作業衣の貸与、ロッカーの準備、労務管理や人事管理などの点で「頭数ばかりそろってもネー」と言われ、その受け入れに難色を示されたり、敬遠されることが多かった。求人難、人手不足が背景にあったとはいえ、M技研やS産業の理解と協力を得て実施できたものであることを特筆しておきたい。その他の事業所にもこのような勤務形態での受け入れが、徐々にではあるが広がってきている。

保護就労では、一日の労働時間と一週間の勤務日数との組み合わせで実に様々な勤務の仕方(勤務形態)が可能である。一日8時間労働や7時間労働で週6日出勤する人から週2日出勤という人、一日の労働時間は2~3時間で週6日出勤する人から週2日出勤という人までいる。

パートタイム、フレックスタイム、あるいは在宅勤務などが広がりつつある中で、以上のような多様な勤務形態を障害者雇用施策に取り入れてもらうことができれば、障害者の就労の機会と場が増えるであろう。

(表-X) 保護集団勤務の勤務日

S産業のペア就労の例

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 勤務日数 |
|----|---|---|---|---|---|---|------|
| A男 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 週6日 |
| B男 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 週6日 |
| C男 | ○ | 受 | ○ | | ○ | | 週3日 |
| D男 | 受 | ○ | | ○ | | ○ | 週3日 |
| E男 | ○ | 作 | 作 | ○ | 作 | | 週2日 |
| F男 | | ○ | ○ | 受 | ○ | ○ | 週4日 |
| 6人 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |

○は出勤日、受は受診日、空白は休養日・セはセンター通所部門に通う日、作は地域作業所に通う日。

*Cさんが月水金に出勤し、Dさんが火木土に出勤し、2人で1週間1人分になる。

*Eさんが月木に出勤し、Dさんが火水木土に出勤し、2人で1週間1人分になる。

(表-Y) 保護集団就労の勤務日

M技研ローテーション勤務の例

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 勤務日数 |
|----|---|---|---|---|---|---|------|
| A男 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 週5日 |
| B男 | ○ | ○ | | | ○ | ○ | 週4日 |
| C女 | ○ | 受 | ○ | ○ | ○ | | 週4日 |
| D女 | ○ | 受 | | ○ | ○ | ○ | 週4日 |
| E女 | ○ | 受 | ○ | | | ○ | 週3日 |
| F女 | セ | ○ | 受 | ○ | | | 週2日 |
| G男 | ○ | セ | ○ | | | ○ | 週3日 |
| H男 | セ | ○ | ○ | ○ | セ | 受 | 週3日 |
| 1女 | 作 | ○ | | 作 | ○ | 受 | 週2日 |
| 9人 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |

*就労者9人がそれぞれの事情により勤務曜日を決め、1日当たり5名が出勤し、流れ作業の1ラインに従事している。

(資料 12)

* 職場訪問の意義

①就労者への支え…職場見学や採用時面接の際の同行・同伴・就労初期の同伴就労や頻回の職場訪問、そしてその後の随時の職場訪問。さらに、終業後のミーティング、面接等の援助活動が職場活動や仕事の内容の共有化になり、大きな支えになっている。

②協力事業所との信頼関係の樹立…職場でのトラブル、無断欠勤や疲労蓄積による職場不適應の調整が就労援助担当職員の主業務になる。勤務時間、賃金、待遇なども話題になる。事業所の側でも何か困ったことが生じた場合には、就労援助担当職員=当センターが対応してくれるという安心感を持ってもらうことが大切である。

③個別担当職員との連携…就労援助という限定された枠内で援助を展開する就労援助担当者は、その対象者の日常生活や医療面で援助をになう主治医を含む関係職員との連携に努めている。

(5) フォローアップ

第5が、就労生活の維持やフォローアップです。

そのためには、「職場訪問」や「個別面接相談」や「グループワーク」を行います。職場訪問は頻度を別にすれば、その内容は前に述べたことと同じです。また、時には仕事が終わった後や休日などに、就労生活の維持に必要な活動を行っています。これは、面接相談、就業後のミーティング、就労者の集い、スポーツ活動などです（資料13）。病気を伏せようと明らかにしようと、そのいずれの場合も、就労した後のフォローアップは欠かせないと考えています。

(資料13)

* フォローアップのためのグループワーク

- ・ミーティング…同一事業所に就労するメンバーが集まり、ほぼ月に1度ミーティングを行っている。ファミリーレストランで昼食や夕食を兼ねたり、時には居酒屋で一杯やりながらのミーティングである。仕事のことや職場の人間関係など職場の動向の他に、家庭や家族の状況、生活状況や趣味などが課題になる。そうしたことで、それぞれの生活実態がわかり、必要があれば早めの対応を提示できる。メンバー相互が自分の体験を披露し、先輩としての一言が援助担当職員の指摘以上に有効な学習場面であったりする。
- ・就労者の集い…就労者が一堂に集い、お花見（ソフトボール）、暑気払い（プール利用）、忘年会（新年会）など季節ごとの催しを行っている。社内行事に馴染めなかったり、中小企業が多く社内行事のないところもあり、それらを補完する場になっている。就労生活の維持に向けて、職場でのストレス発散や仲間どうしの支え合いの場にもなっている。
- ・スポーツ活動…バレーボール、卓球、バドミントンを主な種目にクラブ活動を、ほぼ週1回夜（18:00～20:30）に実施している。参加者は就労している人だけでなく、センターの入所部門、通所部門を利用している人、地域作業所に通っている人などもある。

4 おわりに

最後になりますが、私たちは現場での体験に勝るプログラム、あるいは働きかけはないと考えています。「施設外作業訓練」や「保護就労」では、一般企業に職場を提供してもらい、援助者が同伴就労や職場訪問などを通じて必要な援助を行うなど、施設の外に出向いて活動をしています。実際の就労体験によって、より明確な自己評価、他者評価を得ることができ、その結果を利用者本人へ現実のものとしてフィードバックすることが可能です。また、就労に必要な資質や能力を、実際の現場で体得させられます。これは、施設の中では決して得られないことです。これからも、私たちは、対象者一人ひとりの態様に即した援助を実際の現場で展開することを目指していきたいと考えています。

【渡嘉敷】ありがとうございました。クライアントに実際の働く場面を体験させることを通して、クライアントと事業所環境の双方を評価して行くことが、結局のところ、クライアントが障害を受容して職業適応につながる、ということをセンターの経験を踏まえながら指摘されたように思います。

第2節 地域ネットワーク

【渡嘉敷】続きまして、「職業リハビリテーションにおける地域ネットワークの構築」について、野中先生にご発表いただきます。

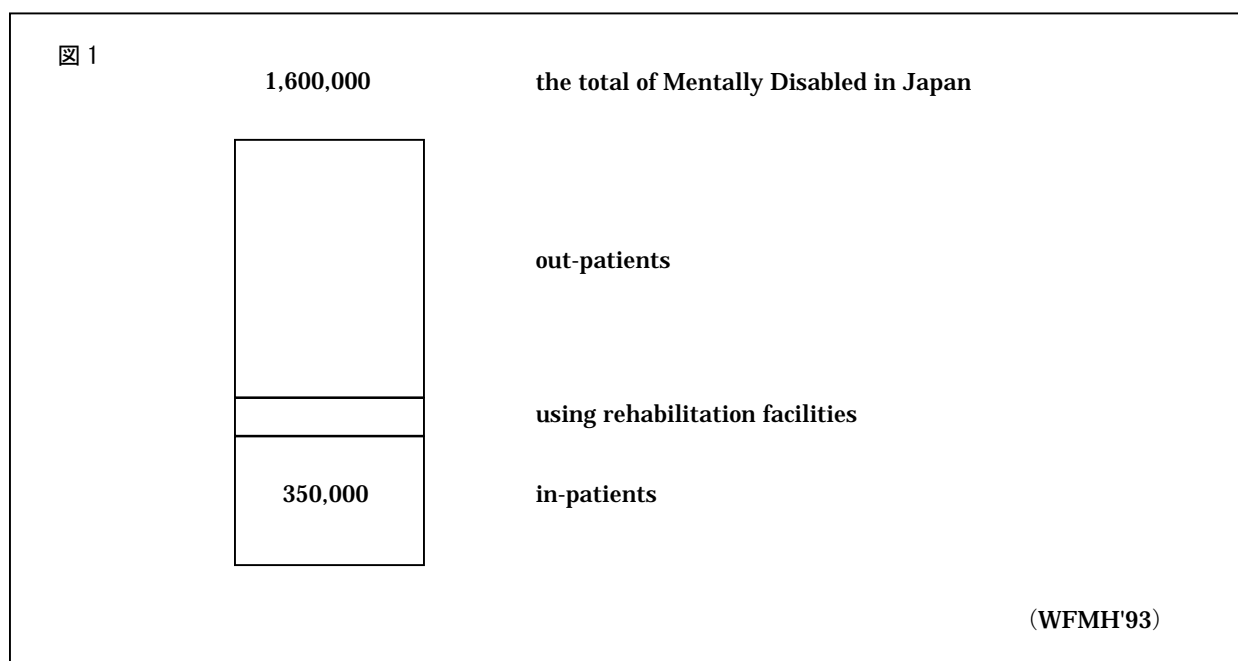
1 はじめに

【野中】医療と労働側をつなぐ話題を提供する役割を果たしたいと思います。

さて、我が国においても、近年、重症で慢性の精神障害をもつ人々が、「病院から在宅へ」、さらに「在宅から社会参加へ」の歩みを進めています。その流れの中で、彼らが職業に従事するための訓練とその機会を提供する援助が、ますます重要になって来ています。ここでは、そのために、地域にどのような支援のネットワークが必要であり、それをどのように構築すべきかについて、埼玉県の経験を通して考えます。

2 わが国の精神障害者の就業状況

我が国の人口は、1億2,000万人です。その中で、重症で慢性の精神障害者は160万人とされ、現在、入院患者が35万人存在しています（図1）。



その入院患者の約30%は、地域における受入体制が不備なための「社会的入院」で、職業リハビリテーションの潜在的な対象者であります。約100万人余りと推定される外来患者のうち、1万人がデイケア、1万5,000人が保健所のデイサービス、1,000人が法定内レジデンシャルトレーニング、5,000人が共同作業所を利用しています。けれども、こうした社会復帰施設の量の少なさから、

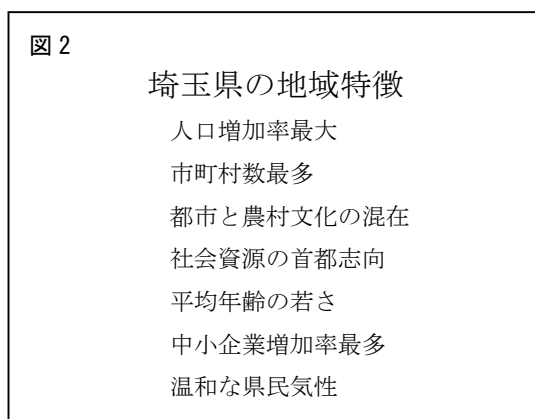
9割以上の圧倒的多数は、そのどれをも利用できていません。つまり、我が国の精神障害者の現状は、職業リハビリテーション以前に、病院から退院して地域で暮らすための援助を必要としているわけです。

しかし、現状でも一部の機関は、職業リハビリテーションを進展させており、精神障害者の回復とその援助のモデルとなっています。例えば、公設デイケア施設の実績では、約半数が就労し、保健所のデイサービスを終了した者の3割が就労しています。共同作業所の全国調査では約半数が就労し、2年後にはその半数弱が就労を継続しています。厚生省の施策である「通院患者リハビリテーション事業」では、年間約2,000人のうち約4割が就労に至っています。また、労働省の施策である「職業準備訓練」では、精神障害者は9%と数は少ないものの、6割が就労に至っています。このように、極めて大まかに要約すれば、それぞれの調査で就労の定義が異なるものの、在宅精神障害者のほとんどが就労を望んでいます。また、支援機関を利用した半数の人たちは一度は就労するのですが、継続できる人はそのうち大まかに見ても3割である、というあたりが我が国の現状です（ただし、以上は、好景気時代の数字である）。

近年、我が国の施策でもWHOの勧告やILO条約の批准などを通して、精神障害をもつ人たちの職業リハビリテーションに関する法的な整備が急速に進展しています。大別すると、厚生省の社会復帰政策と労働省の障害者就労政策があるわけですが、現況ではそれぞれがうまく連携できていません。つまり、ここでもサービスの断片化が生じており、それをつなげるマネジメントを必要としています。

3 埼玉県の特徴

埼玉県の地域特徴は次のとおりです（図2）。①首都圏ドーナツ現象の一環として、流入人口が急増して人口増加率が最大である。②市町村の行政単位が最多で、それぞれの予算規模が小さい。③都市文化と農村文化が混在している。④交通網や社会資源などが首都に志向しているために、地域の資源が完結していない。⑤平均年齢が全国で2番目に若く、子供や労働人口が多い。⑥中小企業が多く、企業の増加率は最大である。⑦県民は変化を好まない温和な気性である。



また、埼玉県の保健事情の特徴は次のとおりです。①人口増加に伴う相対的な医療過疎が生じている。②専門職の数も相対的に少ない。③首都志向のために、専門的な機能が形成されていない。④県立病院は特殊な専門分野を担っている。⑤全国的にはまれな形で、精神保健総合センターが設立されている。

これらのことを要約しますと、本県はこれまでは首都の辺縁として、独自の社会的機能の面で遅れていましたが、首都圏の拡大に伴って独自の社会的機能が求められ、近年急速に整備されつつある地域であると言えます。

4 職業リハビリテーションのためのネットワーク

次に、精神障害者の職業リハビリテーションに関して、この5年間で形成された本県のネットワークを紹介します。なお、5年前には、精神病院ソーシャルワーカーの個人的な援助以外には、「通院患者リハビリテーション事業」による保健所と協力事業所との間で年間で10例弱が、また、障害者職業センターにおいて年間数例の就労が、それぞれ援助されていたにすぎませんでした。保健医療の関係者は地域障害者職業センターの存在を知りませんでしたし、職業安定所の職員は精神保健センターの存在をほとんどが知りませんでした。

まず、保健医療システム上の整備について述べます。我が国では地域精神保健の第一線機関と位置づけられている各保健所に精神保健相談員を徐々に配置して、現在ようやく50%弱に至っています。これとは別に、全保健所に技術協力としてコメディカル職員と精神科医を非常勤で配置し、地区内のシステムを整備しています。治療困難な事例や薬物依存症については当センターの入院機能が引き受け、地域医療機関との機能分担を進めています。

リハビリテーション施設について、デイケアとレジデンシャルケア（精神障害者施設）のモデルを作り、利用中も地域の医療機関の主治医を変えない紹介制度をとり、各保健所を利用の窓口としました。センターでは、職業リハビリテーションに重点を置いた運営を試み、総合的な訓練プログラムを開発しました。その結果、ほぼ50%の就労率を達成し、職業リハビリテーションに関する情報センターともなっています。

一方、各地域にリハビリテーション機関を増やすための、あと押しもしています（図3）。5年前には1つのデイケア、4つの共同作業所でした。けれども現在では、デイケアが11カ所、レジデンシャルケアとグループホームが5カ所ずつの合わせて10カ所、3カ所の授産施設と16カ所の共同作業所をあわせて、ワークショップが19カ所となっています。これらリハビリテーション機関同士のネットワークとして、「デイケア連絡会」「社会復帰施設連絡会」「社会復帰施設職員研修会」などを設けました。また、通院患者リハビリテーション事業を積極的に利用するために、職場や医療保健関係者、あるいは、障害者自身のためのパンフレットを作成しています。

図 3

**Increasing in Rehabilitation Facilities for Mentally Disabled
(Saitama Prefecture)**

| 1988 | | 1993 |
|------|------------------|------|
| 1 | daytreatment | 11 |
| 0 | residential care | 10 |
| 4 | workshop | 19 |
| 50 | mental hospital | 51 |

次に、労働行政の側の変化について述べます。障害者雇用促進法の改正によって、精神障害回復者等がその対象となってから、国のレベルでは、毎年のように新たな施策が積極的に生まれています。ここでは具体的な施策の内容は省略しますが、もはや保健医療側の努力だけで、精神障害者の就労を援助するということは無理があると言えます。むしろ現在の問題は、労働行政の現場の職員が、精神障害に対する理解が少なく、精神障害者との接触も少ないままであるために、これらの施策が実質的に利用されていない点であります。また、医療保健の関係者にとっても、精神障害者の就労援助に関する施策が断片的で複雑であるために、ほとんど利用できないままに、障害者を患者として抱え込む傾向にある、という点であります。

そこで、精神障害者の職業リハビリテーションを進めるための最大の戦略として、保健医療側と労働側のそれぞれの職員が、分野を超えたネットワークを形成することに焦点を当てています(図4)。5年前の唯一のネットワークは、障害者職業センターの医学アドバイザーとして、精神科医が加わっていただけであります。そこで、障害者職業センターにおける精神障害に関する講義を拡大する形で、精神保健総合センターのデイケアの実習に、職業安定所の職員を組み込むことに成功しました。1人が2日間で年間約20名ほどの労働側の職員が実習を受けました。その結果は、精神障害者に初めて身近に接する体験となり、偏見に惑わされることなく、職業担当者としての本来の機能を保つことができるようになってきました。また、これとは逆に、精神保健センター側の職員が職業安定所に2日間の実習を行うことで、労働行政の具体的な活動を知ることができるようになりました。本年からはさらに、デイサービスを行っている保健所の職員と職業安定所の職員との間で、各地区ごとの顔合わせを行なう予定です。

図 4

NETWORK-ORGANIZATION for the Mentally Disabled

| | |
|--|--|
| Mental Health Center (MHC) | Vocational Center for the Disabled (VCD) |
| Rehabilitation Staffs | Vocational Counsellors |
| Public Health Center day services | Public Employment Security Office services for disabled |
| Mental Hospital Medical Side | Employer Labour Side |
| of government officials | of government officials |

要約しますと、障害者職業センターと精神保健センターとの連携から始まり、地方行政上の労働担当と保健担当の連携に発展し、現場の職員が顔なじみになり始め、互いの業務を理解し始めたということになります。現在までに、就労に至る精神障害者が爆発的に増加しているわけではありませんが、この5年間において、そのための基礎が形成されたと言えます。

5 ネットワーク形成の要件

最後に、保健医療と労働という分野を超えたネットワークを形成するための要件を整理します(図5)。

まず、①ネットワークは利用者の立場に立つものであり、精神障害者が実際に就労できるために、どのような専門家側の連携が必要なのか、計画的に行うべきであります。次に、②互いの業務を理解するためには、講義やパンフレットの前に互いが顔見知りになったり、現場の実習を必要とします。さらに、③最も重要な連携は、自分の本来の業務を適切に行うことであり、具体的には、必要な紹介を行い、不必要な紹介を行わないことでもあります。しかし、今のところは、むしろ気軽に依頼し合うほうが良いのではないかと考えております。むしろ気軽に紹介し合って、「喧嘩」をし合ってお互いに知り合うことの方がいいのかなと思っています。さらに加えて、我が国の特徴として、④管理者レベルの連携と実務者レベルの連携という二重の会議を設ける必要が実際にはあること、⑤法的な整備だけでなく、担当者が顔見知りになることが実務を進展させること、などにも注意したいと思います。つまり、組織としてのフォーマルな連携と現場の技術的で実際的なつながり、の両方が必要だと思えます。

今後の課題として、⑥本人や家族という当事者の意見と力をネットワークの中に組み込む工夫をすること。⑦実際に就労を実現するためには、ケースマネジメントの技術と人材を増やすこと、などが必要に思われます。

図5

ネットワーク構築の要件

計画的な連携
現場実習の重視
本来業務の実行
管理者と実務者の会議
顔見知りになる重要性
当事者の参画
ケースマネジメント技術

6 おわりに

終わりに、保健医療と労働の関係者同士の理解が進展した現在、我々の地域における今後の課題は、現在ある少しばかり豊かになった施策を最大限に活用して、一例一例の精神障害者を適切に就労に導く日常活動を進めることでもあります。この日常活動の中で、さらに連携が進展し、新たな課題が発見されてくるものと信じております。

【渡嘉敷】 ありがとうございました。野中先生を含む4人のシンポジストの方は、いわば、精神一科領域のリハビリテーションに身を置く立場からの発言でした。また、先生に続いてご発表いただく2人のシンポジストは、労働側のリハビリテーション分野になろうかと思えます。

その中間として、野中先生には、埼玉県センターで行った医療保健と労働の双方のネットワーク形成の実例をお話いただきました。なお、私も同じセンターに勤務しておりますのでつけ加えておきますと、今年は、職業訓練校の職員の先生方に対しても、実地体験の研修を組み込んでおります。

7 参考文献

- カルディエロ, J. A. & ベル, M. D. (編著):「精神障害者の職業リハビリテーション」、岡上和雄、松為信雄、野中猛監訳、中央法規出版、1990
- 蜂矢英彦・村田信雄 (編著):「精神障害者の地域リハビリテーション」、医学書院、1989
- 井上直之:精神障害者の就労援助のための研修、「平成4年度職業リハビリテーション・セミナー発表論文集」、110-113、1992
- 厚生省保健医療局精神保健監修:「我が国の精神保健・平成4年度版」、厚健出版、1993
- 小島美都子 (編):「医療福祉のネットワーク」、中央法規出版、1988
- マックスリー, D. P. :「ケースマネジメント入門」野中猛、加瀬裕子監訳、中央法規出版、1993
- 野中猛:精神障害者職業リハビリテーションの課題、埼玉県立精神保健総合センター紀要、第2号、1991
- 野中猛:わが国の精神障害者のリハビリテーション、臨床精神医学、Vol.22、No.1、1993
- 山下清次:精神科デイケアにおける職業前訓練の実際ー埼玉県立精神保健総合センターの場合、職リハネットワーク、No.13、1991

第6章 職業リハビリテーションの視点

第1節 働くスタイルの探索

【渡嘉敷】 続きまして、「精神障害者の働くスタイルを探するための具体的方策」について、沖山先生にご発表いただきます。

1 はじめに

【沖山】 地域障害者職業センターで実施されている、「職業準備訓練」と「職域開発援助事業」を中心に、次の4点について報告させていただきます。第1は、障害や病気のことを知らせて働こうということです。第2は、就職の相談窓口として、労働行政における公共職業安定所と地域障害者職業センターの役割を強調します。第3に、患者に合った働くスタイルを探するための具体的な方策について触れます。そして第4に、安定して働くための方策を述べます。

ただし、職業リハビリテーションの全国的な組織である障害者職業センターは、必ずしも精神障害のある患者のための機関ではなくてあらゆる障害者を対象にしていること、をあらかじめお断りしておきます。取り扱い件数の中に精神障害者の占める比率は、多いセンターでも1から2割程度、少ない所では数%という状況です。

さて、「早く就職したい」という精神障害の方は大変多いのですが、実際に就職できない場合もあります。この理由はいろいろあります。たとえば、生活リズムが崩れて体が追いついて来ない人、働くことよりも治療を優先する必要がある人、病気は寛解したが判断力や作業処理などで能力障害を生じている人などです。にもかかわらず、退院したその足で安定所を訪れ、一般の求職窓口で紹介された事業所にポストンバックを持ったまま面接に直行する、という方も少なくありません。それほどまでして、就職したいという気持ちに駆られている患者さんもいるのです。

働きたい意欲を持っている人ならば、就職を目指したプログラムを利用して着実にそれを積み重ねることで、きっとそれが可能になることでしょう。そのためには、専門機関である公共職業安定所や障害者職業センターをフルに使って、就職の応援をして下さる人をどんどん増やしてほしいと思います。

2 病気のことを知らせて働こう

川崎市リハビリテーション医療センターでは、就職に際して障害を伏せる場合と明らかにする場合があるということでした。けれども、私どものセンターでは、利用者の層に違いがあるのか、そ

うした選択はあまり問題となりません。薬が効いた状態で外貌がひどく未調整な方、作業能力が落ちている方、隠したいと本人が思っても誰にも変だと感じられる方、などが多いのです。そのために、最終的に決めるのは本人ですが、基本的には障害を明らかにすることを勧めています。

障害を隠すか明らかにするかは、情緒的ではなくて、実際の損得から考えて頂きたいと考えております。隠したい理由を聞くと、「医者から言われた」と話す人がいるのですが、そうしたアドバイスは、病気を明らかにして就職した事例が少ない医療現場ならではの話でしょう。公共職業安定所や障害者職業センターでは、精神分裂病やてんかんであっても就職できた事例は枚挙にいとまがありません。その意味で、就職に関しては私どもに任せて頂いた方がよいかもしれません。

早川先生のお話しにあった、就職しても負担があつて定着できないという事例から見ても、障害を隠すことの利益は必ずしもあるとは思われません。そうした点をも含めて、実利上のそろばん勘定をして頂きたいと思っています。

3 就職の相談はどこですか

就職するための方法は、一般の求人誌、新聞広告のチラシ、縁故の利用などを含めた、いろいろな方法があります。ただし、精神障害であることを理解してくれる事業所に就職を望むのであれば、専門家の援助が期待できる公共職業安定所の特別援助部門の窓口を利用するのが適当だと思います。また、就職したいという意欲があつても、その能力を有しているか否かについて不安な方は、地域障害者職業センターを利用されることを勧めます。障害者職業センターと公共職業安定所は、センターでの評価結果を受けて安定所が事業所を紹介する、という連携がとられています。

地域障害者職業センターでは、評価や相談を進める過程で、荻原先生がご指摘になった医療機関からの所見が必要不可欠な情報となっております。その主要内容としては、働く際に注意すべき点、調子を崩すときの前兆、服薬や通院の頻度と曜日などがあります。これらの情報は、患者や家族の方の了解を得て入手することが前提となりますから、医療機関のご協力がぜひとも必要となってきます。

ただし、入手すべき情報の内容や方法については、今のところは、全国の障害者職業センターで統一されておりません。また、公共職業安定所では診断書を要求することも多いようです。今後は、こうした情報の入手と伝達に関する整備が必要となることでしょう。

4 働くスタイルを探すための具体的な方策

こうした労働行政の各種の専門機関を利用して、病気のことを理解してもらって就職するのだという覚悟ができたならば、次は、いよいよ就職のための傾向と対策を考える段階になります。すぐに就職できるのか、できないとしたら何を準備すればよいのか、どのように工夫すればよいのかな

どの傾向を整理して、それぞれについて対策を練ることが重要になって来ます。

対策の一つとして、障害者職業センターで実施しております、就職のための準備訓練としての実習を紹介したいと思います。これは、大まかに言うなら、施設の中で実施する場合と、事業所を活用して実施する場合があります。前者は、「職業準備訓練」と言い、平成5年度の時点で42の都道府県で実施されております。また、後者は、「職域開発援助事業」と言い、14の県で実施されております。いずれも準備訓練ですが、職業準備訓練は、シミュレーション工場において10名程度の小集団型の訓練を行ないます。障害の種類は限定しておりません。これに対して、職域開発援助事業は、現場での個別訓練に特徴があります。どちらの訓練がクライアントに適切かは状況によって異なりますが、一応の目安は立っております。

すぐに就職したいと非常に焦っているクライアントにとっては、こうした実習は回り道だと思われるかもしれません。しかし、いわゆる病み上がりの状態からいきなり就職しても、成功する見込みはほとんどないことでしょう。ならし運転から始めていくのが安全だということです。人によっては、この準備訓練のならし運転の段階で症状が再燃したり、口で言うほどには実は就職の意欲がなかった、という場合もでてきます。その時には、その他のプログラムに進んでいただく方が良いと思います。

5 安定して働くために

こうした就職するまで準備を経た後で、初めて就職に漕ぎ着けることとなります。しかしながら、実は、就職した後の方が本番なのです。なぜなら、定着して働き続けられるのか、定着できたなら、働くことを含めた人生が楽しくて快適であるか、といったことが大切になってくるからです。

これらをチェックするには、周りの人からの情報が必要になります。職場で困ったり悩んでいることについて、自分から言えない事例が多いからです。そうした場合には、周りの人が、寝つき・寝起き・食欲・排便などについて気を配ってほしいものです。本人が大丈夫と言っても、食欲が極端に落ちていればやはり危ないと思いますし、ぐずぐず言っている、きちんと起きて食べて寝ることができていれば安心と言えるかも知れません。

中には、就職すると、結婚もしたい、ひとり暮らしもしたいというふうに、一気に夢が広がり過ぎてしまう人もおります。でも、就職することによって、すべての望みが解決する訳がありません。薬を飲み続けて通院しながら働いていくというのは、ほんとうに気の遠くなるような営みです。それゆえ、焦らないでほしいと思うのです。また、希望を持っていたとしても、現実的な視点からその選択を思い留まる、ということも必要なことを教えておいてあげたいと思います。

6 事例紹介

最後に、いくつかの事例をスライドで紹介させていただきます。

(1) 職業準備訓練

先ほど紹介した職業準備訓練の風景です（スライド 1,2）。障害者職業センターの実施しているシミュレーション工場を、私たちは、ワークトレーニング社と呼んでおります。

訓練期間は 2 ヶ月間です。午前 9 時の始業から午後 4 時の就業まで、1 日中立ち作業で、組み立て作業を中心に行ないます。作業そのものは比較的簡単なものが多いのですが、技術を身につける訓練ではなくて、働くための準備性を養成することを目的にしております。立ち作業の継続は、体力をつけるという面で大きな効果をもたらします。

(2) 職域開発援助事業と就職

職域開発援助事業を利用して、就職に至った事例を幾つか紹介します。

最初は、精神分裂病の男子です（スライド 3）。小学 6 年のときに発病してから高校 2 年まで定期的に通院し、現在もなお通院しているとのこと。工業高校を卒業した後に、2 ヶ月、3 ヶ月、3 年という短い就職経験が幾つかあります。センターに来所した時にスーパーでの就職を希望したので、某大手のスーパーで職域開発援助事業を 4 ヶ月実施し、その後に就職して現在に至っております。

職域開発援助事業のプログラムは、最初の 1 ヶ月は 10 時から 3 時、2 ヶ月目は 10 時から 4 時、3 ヶ月目は 10 時から 5 時、最後の 4 ヶ月目は 10 時から 7 時までの勤務時間を設け、プログラム修了後の 5 ヶ月目からは通常の時間帯での勤務に入りました。プログラム実施中は、頻繁に電話による遠隔指導をさせていただきました。なお、この事例の場合、病院のケースワーカーには関与して貰えませんでした。民間の病院とはいえ、退院して働き始めた患者に対する病院側の応援が全くないということは、私どもにとっては苦しいものです。

次は、17 歳の精神分裂病の男子です（スライド 4）。高校のときに発病して中退しています。週 1 回の新聞配達を 1 年ほどしていますが、ほとんど就労経験がないと言ってよいでしょう。彼は、2 ヶ月間の職域開発援助事業による訓練を経て自動販売機の製造会社に就職し、現在に至っております。この事例も、2 ヶ月間のプログラムを 4 つのステージに分け、最初は週 3 日（月・水・木）から始まり、次に週 4 日（月・水・木・金）に、そして週 5 日へと勤務曜日を延長して行きました。

最後は、40 歳の精神分裂病の人です（スライド 5）。大学を卒業後、銀行に 1 年ほど勤めた前後

に発病したようです。大学卒の他に、普通自動車免許、珠算 1 級、簿記 2 級という資格から、事務部門で就職したのですが、作業能力が非常に低くて前に働いていた会社では、身体障害の方の半分の作業能率だったということです。この方は 1 ヶ月利用して終わりました。

7 おわりに

この仕事をしながら感じることは、クライアントを丸ごと受けとめてくれる事業所が実際にあるということです。その意味では、むしろ、リハビリテーションの専門家と言われる人たちの方が、変な思い込みや障壁をつくっているのではないかと考えることもあります。私たち自身が、実際の現場に立ち返る段階に来ていると思うのです。

【渡嘉敷】 ありがとうございました。職業センターという現場からで、殊に職業リハビリテーションの側から医療側に、こういう形で送ってほしい、こういうふうな支援をしてほしいという発言が幾つか含まれていたように思います。

第2節 キャリア発達

【渡嘉敷】 続きまして、「キャリア発達の視点とその推進」について、松為先生にご発表いただきます。

【松為】 私は、3点について話をさせていただきます。第1は、個人と環境の双方に対して均等な介入をすることが、職業リハビリテーション活動の視点であることです。第2に、キャリア発達の視点から職業リハビリテーションの活動を捉えてみます。そして、第3に、社会復帰への援助プログラムの効果に関する調査を踏まえながら、キャリア発達の視点は、医療から雇用への円滑な移行を援助する各種の専門家が共有すべき共通概念である、ということを指摘したいと思います。

1 職業リハビリテーションの視点

職業リハビリテーションの活動は、個人と環境との適合関係を最適な状態にするための、さまざまな対処のプログラムを提供いたします。Hershenson (1990) はそうしたリハビリテーション分野に固有の視点を、次のようにまとめております (表1)。

(表1)

予防措置の3水準
ASPECTS OF THE THREE LEVEL OF PREVENTION

| | 第1次予防措置 | 第2次予防措置 | 第3次予防措置 |
|------------|-----------------------------|--|--|
| 専門分野 | 公衆衛生 PUBLICHEALTH | 伝統的医学 MEDICINE (TRADITIONAL) | リハビリテーション カウンセリング REHAB. COUNSEL. |
| サービス対象 | 地域 | 患者 | 対象者とその環境 |
| 基礎科学 | 流行病学 | 病理学 | 人間発達学 |
| 介入の焦点 | 環境 | 個人の内面的状態 | 個人と環境に均等化 |
| 介入の戦略 | 環境危機の捨象や制御 | 個人の病理的状況の回復 | 個人と環境との流通性の強化 |
| 介入の目的 | 発生の予防 | 治療の供与 | 対処の促進 |
| 成果の特定 | その時点での危機の特定 | その時点での病気の特定 | 機能性の他分野への一般化 |
| サービス受給者の役割 | 介入の仕方に変化 | 一般的に受動的 | 能動的 |

Hershenson (1990) より

これは、第3次の予防措置としてのリハビリテーション活動は、第1次の予防措置としての公衆衛生分野、あるいはまた、第2次の予防措置としての医学とその関連分野とは異なることを明らかにしております。すなわち、それらの予防措置の終了後に残った障害の影響を最小限にとどめて、それが職業的な自立を含む社会的不利にまで転移することを阻止する活動、ということを指摘しております。

職業リハビリテーションの活動も、この視点に沿っています。この場合、障害は個人内の制限と同じ強さを持って、環境からの障壁によっても生じます。それゆえ、対処のプログラムは、個人的要因と環境的要因の双方に対して均等な介入をすることが重要であります。また、それを支える基礎科学は発達的な視点が重要である、ということもこの表から示唆されます。

これは、アンソニー先生が指摘される点でもあります。先生は、精神科リハビリテーションサービスの過程を、表2のように区分されています（アンソニー他,1990）。この表で大切なことは、介入の過程は、個人の機能面を発達させる「技能発達」や「技能の活用」と、対象となる資源を開発する「資源調整」や「資源修正」の双方の側面から行うべきである、という指摘です。この場合の資源を広い意味での環境要因と読み変えると、先生のご指摘も、リハビリテーション活動の介入は個人と環境の双方に均等に焦点を当てる、ということを示唆しているでしょう。

(表2)

精神障害者のリハビリテーション担当者に要請される技能の3領域
SKILLS NEEDED BY PSYCHIATRIC REHABILITATION PRACTITIONERS IN THREE AREAS

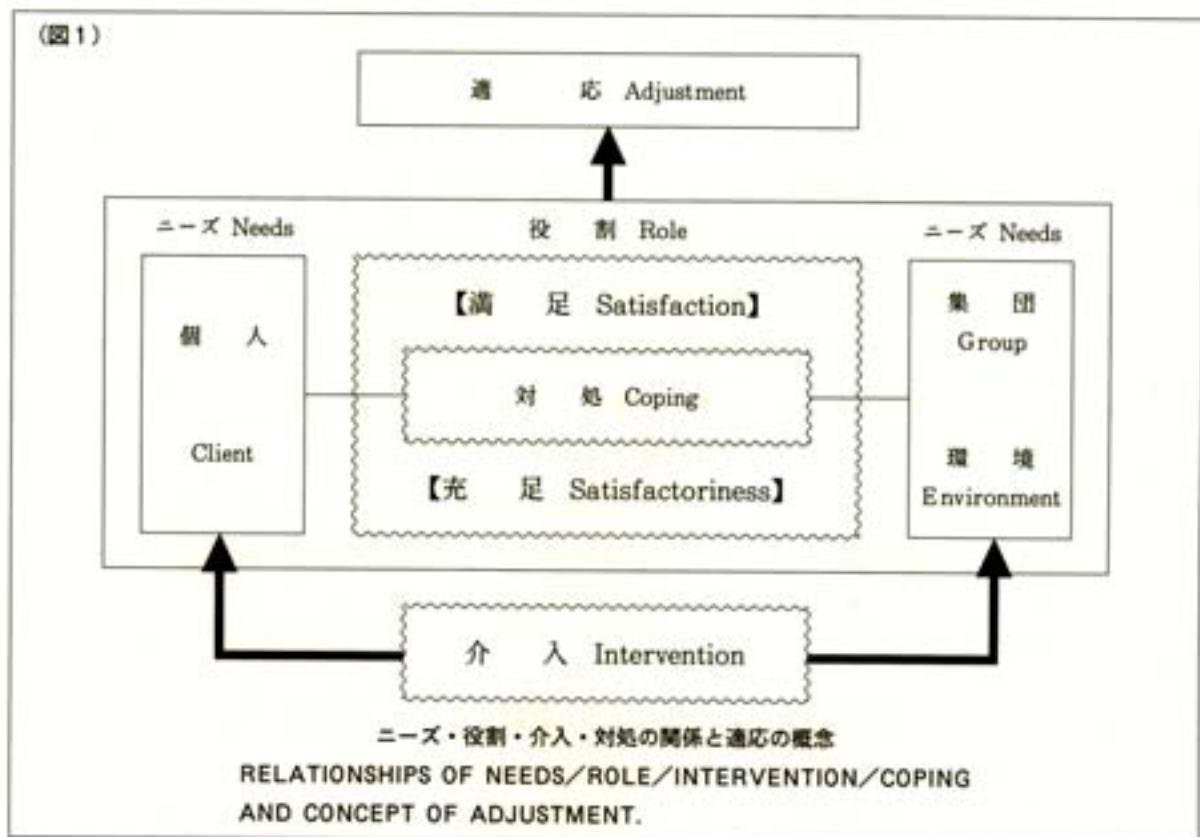
| | |
|---|--|
| <p>診 断 Rehabilitation Diagnosis</p> | <p>1.全体目標の設定 2.機能の評価 3.資源の評価</p> |
| <p>計 画 Rehabilitation Planning</p> | <p>1.目標の優先順位の選択 2.介入の割当て 3.計画のモニター</p> |
| <p>介 入 Rehabilitation intervention</p> | <p>技能の発達 (Skill development) 1.技能の直接的な訓練 2.技能の活用計画 資源の開発 (Resource development) 3.資源の調整 4.資源の修正</p> |

Anthony, Cohen & Danley(1988) より

2 キャリア発達と職業リハビリテーションの活動

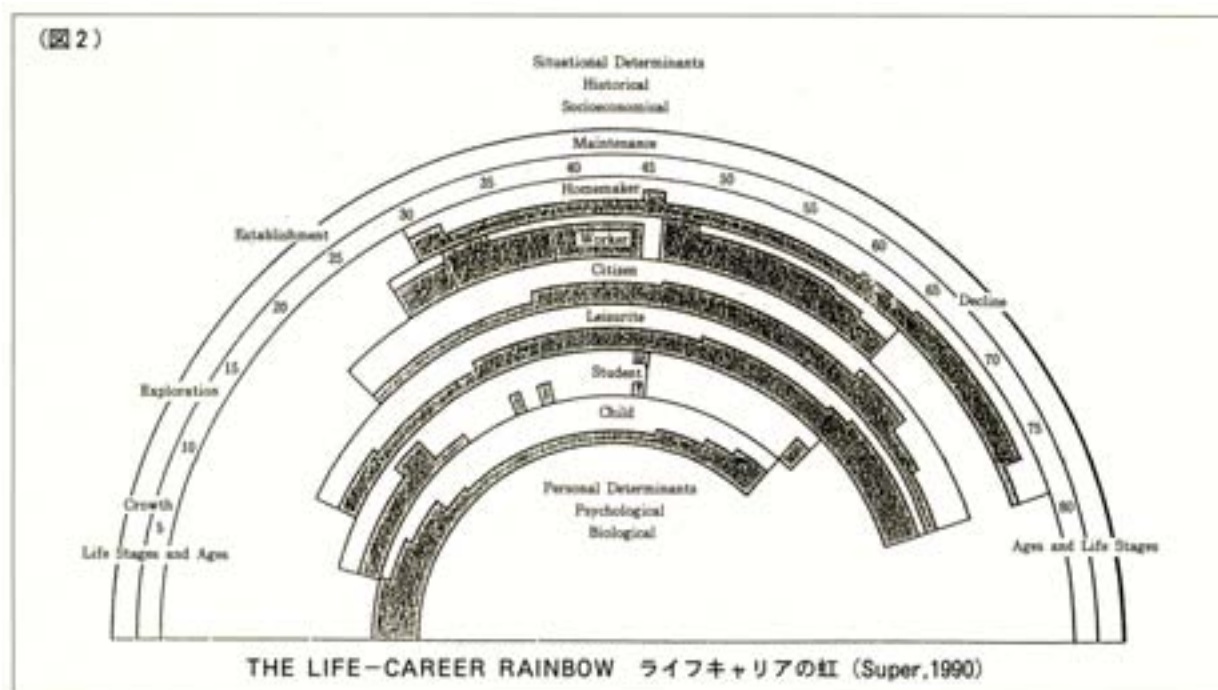
(1) ニーズと役割

さて、こうした個人と環境の双方に対する介入の均等化が必要な理由は、図1に示す、職業リハビリテーションのサービスがさまざまなリハビリテーションニーズに応えることを目標としているからであります(松為,1994)。そうしたニーズには、個人のニーズのみならず、家族・職場・学校・地域社会などの社会集団を維持するための集団のニーズも含まれると思います。この双方のニーズは、社会集団が個人に要請する役割を遂行することで達成されます。役割は、社会集団の要請に応じてその中に自分の位置を確立する場であり、また自己の満足感を獲得して自己実現を図る場でもあります。その意味で、役割の遂行は二重の意味を持っているということになります。



(2) キャリア発達の視点

ここで言う役割は、人が人生の全体を通してかかわりを持つ、さまざまな社会集団との関係から規定されます。**Super (1990)** はそうした役割の多重性と相互作用を、図2の「ライフキャリアの虹」という図式で示しております。

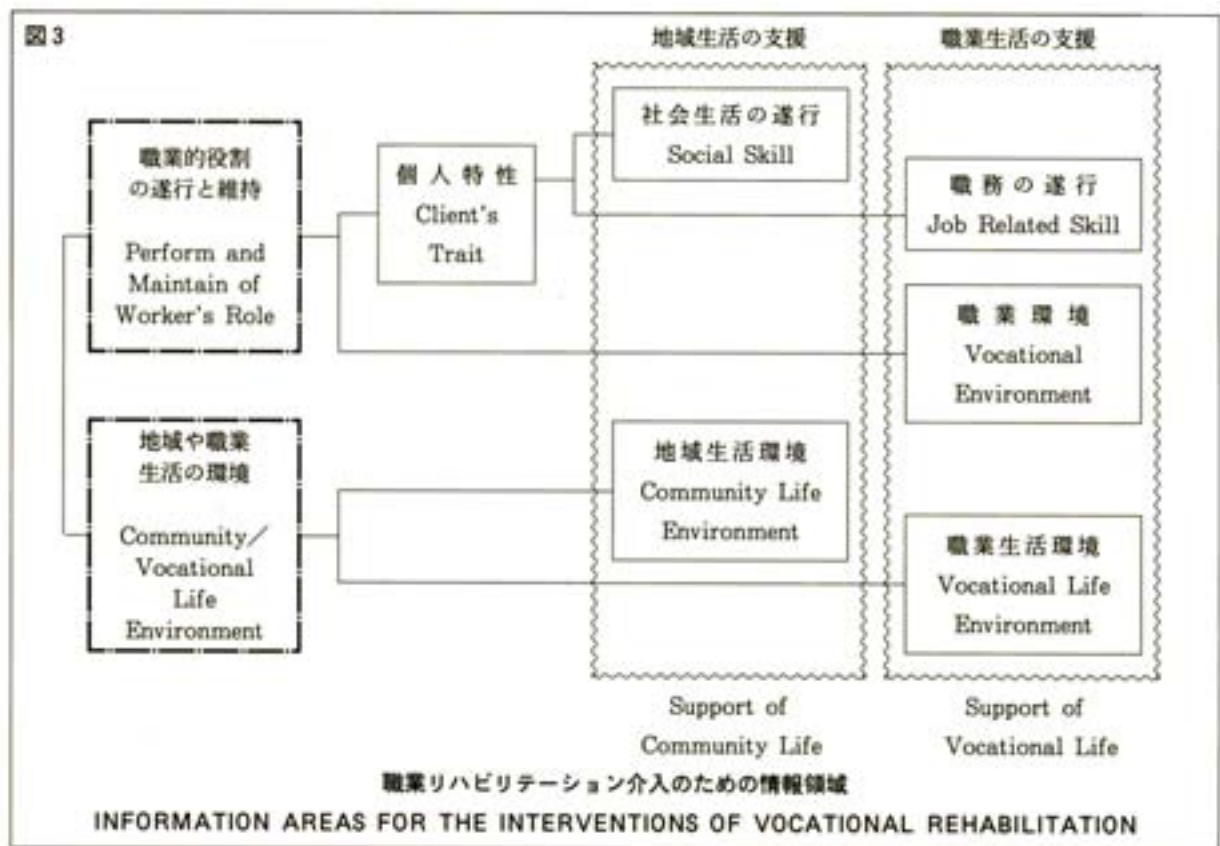


この図では、次のことが示唆されております。第1に、人生の全体を通して、すべての人は子供・学生・余暇人・市民・職業人・家庭人などのさまざまな役割を遂行するということであり、第2に、人の生涯のキャリアパターンは、これらの多様な役割について、人生の全体を通してどのように統合化するか、あるいは、個々の役割に投ずる時間とエネルギーをどのように配分するかによって定まると言うことです。第3に、職業人としての役割は、さまざまな役割の一部を構成します。だが、同時にまた、人生の全体に対して最も大きな意味を持つということも示してしております。第4に、職業人としての役割は、そのほかのさまざまな役割と密接に関連してしております。特に、地域生活が維持できなければ、職業人としての役割を全うすることが困難になるということを示唆しております。スーパーはこれらの役割の遂行を通して、さまざまな自己概念が発達的に形成されるとしております。

(3) 関与する情報

こうしたさまざまな役割を的確に遂行できるように援助するには、個人側と環境側の双方から介入する戦略があるということは、先ほど示唆したとおりでございます。

そうした介入の方法を含む職業リハビリテーション計画を作成するには、図3に示すような、極めて広範な情報を必要とするでしょう(松為,1994)。それは、特定の職業分野での遂行と維持をするための領域に限らず、社会や雇用を取り巻く種々の環境要因についても明らかにしなければならないはずです。視点を変えてみますと、職業生活を維持する側面と地域での社会生活を維持する側面、の双方に対する情報を収集することが必要になってくるはずです。



(4) 職業リハビリテーション活動の視点

このスーパーのキャリアモデルに即して、私どもは職業リハビリテーションの活動というのをどう考えるかといったときに、次のことが指摘できると思います(表3)。

(表 3)

職業リハビリテーション活動の視点
VIEWPOINTS OF THE SERVICES FOR VOCATIONAL REHABILITATION

- | | |
|--|---|
| 1. 活動の主要な目的は、職業人としての役割遂行の援助である。 | The main purpose of vocational rehabilitation services is supporting to perform the role of worker. |
| 2. 職業生活の維持は、その他の種々の役割の遂行と不可分の関係にある。 | Maintenance of vocational life has a deeply-rooted connection with performing some roles needed in client's career life. |
| 3. 「個人のニーズ」は、職業人の他にも、種々の役割の遂行を通して得られる。 | Needs of client are possibly satisfied not only performing the role of worker but some another roles. |
| 4. 役割が適切に遂行できるには、継続的な訓練や学習が必要である。 | To go on learning or training is necessary to perform some roles properly. |
| 5. 活動は QOL の充実に志向する援助である。 | The total purpose of vocational rehabilitation services is making to complete the client's quality of life. |

まず第 1 に、職業リハビリテーションの活動は、職業人としての役割の遂行を援助するということが主要な課題となります。この場合、働くということは、集団のニーズの充足 (**satisfactoriness**) と個人のニーズの満足 (**satisfaction**)、の双方を満たすことが求められております。障害が軽度であれば、この双方のニーズを充足し満足させることが容易となり、一般雇用の場に参入できる可能性が高まるでしょう。だが、障害が重度になるほど、集団のニーズを完全に充足することが困難となります。それでも、授産施設や少規模作業所などの福祉的就労を通して、個人のニーズを最大限に満足させる場を提供することが重要となります。

第 2 に、職業生活の維持は、そのほかのさまざまな役割の遂行と密接で不可分の関係にあります。職業人としての役割を果たして職業生活を維持するには、その基盤として、市民や家庭人あるいはまた余暇人としての役割を果たせなければなりません。職場の社会集団を離れても、地域社会や家族集団の中で自己の位置が確立されていることが重要なわけです。それゆえ、知的障害者や精神障害者の場合には、地域生活を支援する社会的な体制が、身体障害者の人たちに比べてますます重要になってくるはずです。

第 3 に、個人のニーズを満足させる方法は、職業人ばかりでなく、そのほかのいろいろな役割を通して得られます。重度の障害によって、職業人としての役割を果たすことが困難な場合であっても、さまざまな社会集団から要請される多様な役割を遂行することを通して、満足感や有用性が得られる可能性があります。

第 4 に、役割が適切に遂行できるには、継続的な訓練や学習が必要であります。役割の遂行は発達の過程での経験や学習を蓄積して獲得されます。知的障害者などの発達障害をもつ人の場合に

は、幼少時からの発達課題に対する長期的な学習が重要となります。また、中途障害としての精神障害をもつ人の場合であっても、さまざまな社会集団との交流を通して、経験や学習を蓄積することが重要となることでしょう。それゆえ、職業人としての役割は、実際の職業的な環境を通して、学習や訓練をすることが重要になってくるでしょう。

最後の第 5 として、職業リハビリテーションの活動は、QOL の充実を志向する援助でなければなりません。これまでの視点から、職業リハビリテーションの活動は、単に職業人としての役割に注目するばかりでなく、人生の全体を通して遭遇するさまざまな役割を広範囲に援助する活動である、といった理解が重要になることでしょう。それは、障害をもつ個人に対する QOL の充実を志向する援助ということになります。

3 社会復帰援助プログラムの効果

キャリア発達は、こうしたさまざまな役割の遂行を通して、自己概念が発達的に形成されるという視点です。私は、こうした視点こそが、医療から雇用への円滑な移行を支援する各種の専門家が共有すべき概念として、極めて重要であると考えております。

そのことを、精神分裂病者の社会復帰援助プログラムの効果を見た、私どもの調査で見たいと思います。この調査の概要は、表 4 に示したとおりです。

(表 4)

社会復帰援助プログラムの効果に関する調査
RESEARCH ON THE EFFECTS OF SOCIAL AND INDEPENDENT LIVING PROGRAM

対 象 者 : a) 埼玉精神保健総合センターの社会復帰援助プログラム受講者
b) 精神分裂病者 98 名

Subjects : 98 clients (Schizophrenia) , participated in the program of social and independent living in Saitama Comprehensive M.H.C.

方 法 : a) 2 種類の機能評価を、社会復帰援助プログラムの開始時と終了時に、繰り返して実施
b) 対象者を、プログラム終了後の就労/非就労で 2 群に区分

Method : Tested 2-functional assessments before and after the practice of the program, Subjects are divided employed/unemployed groups according to the treatment of after the program.

使用尺度 : a) BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

精神科の医療診断領域の機能評価尺度

b) ERCD (Employment Readiness Checklist for the Disabled)

職業リハビリテーション領域の機能評価尺度

Test : BPRS (diagnostic assessment) and ERCD (vocational rehabilitation assessment)

結果処理 : 就労/非就労群の有意差 (X²) 項目をプログラム開始/終了時の機能評価結果別に抽出

Results : Arrangement of the significant (X²) test items between employed and unemployed groups.

調査の対象となった人は、埼玉県精神保健総合センターの社会復帰援助プログラムを受けた 98 名の精神分裂病者です。これらの人を、プログラム修了後に一般雇用で就労した就労群とそれ以外の非就労群に区分したうえで、両群の差異が、プログラムの開始時と修了時に実施した 2 種類の機能評価の検査結果のどの下位項目と関連性を持つか、を検討しました。使用した検査は、職業リハビリテーション分野で用いられる ERCD と医学分野で用いられる BPRS です。

結果は、表 5 のとおりです。これは、就労群と非就労群で有意な差異を得た下位項目を、使用した検査の種類別に示したものです。また、プログラムの開始時と修了時に実施した検査結果の有意差検定をもとに、開始/修了時の双方の結果で有意となった下位項目、および、修了時の結果だけが有意となった下位項目、に区分してあります。この表から示唆される主要な結果は次のとおりです。

(表 5)

社会復帰援助プログラムの開始/終了時評価と予後調査との関係

RELATIONSHIP BETWEEN FUNCTIONAL ASSESSMENT TESTED BEFORE/AFTER PROGRAM AND RESULTS OF PROGNOSIS

| | 有意差のある項目 Significant item | |
|------|--|--|
| | 開始/終了時の双方 Both before/after program | 終了時のみ Only after program |
| BPRS | | 思考障害 Thinking disturbance 衝動的行動 Manierism 興奮 Excited state 誇大性 Grandiosity |
| ERCD | 働く関心 Interest of work 社会生活の遂行 Social skill 課題の遂行 Job related skill | 希望する進路 Desire of life course 職業情報の獲得 Obtain vocational inform. 経済生活の見通し Outlook of economic life 体力 Physical strength 勤務体制 Working system 持ち上げる力 Lifting power 座位作業の持続 Keep on sitting work 立ち作業の持続 Keep on standing work |

BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale

ERCD : Employment Readiness Checklist for the Disabled

第 1 に、プログラム開始時と就労時に実施した検査結果が双方ともに有意な差異を得た下位項目は、プログラムの効果の有無にかかわらず、就業を規定する強固な条件と考えられます。それらは、ERCD では、「働く関心の強さ」「社会生活の遂行能力」「課題の遂行能力」で認められました。しかしながら、BPRS ではありませんでした。ERCD のこれらの下位項目は、職業人としての役割を果たすための基礎的な項目であると見なされます。

第2に、修了時の検査だけが有意な差異を得た項目は、社会適応プログラムを実施することで初めて効力が現われた内容です。それらは、**ERCD**では、「希望進路の明確化」「職業情報の獲得」「経済的見通しの現実化」などであります。また、**BPRS**では、「思考障害の低下」「衝動的行動の低下」「誇大性の低下」などに認められました。**ERCD**の項目は、現実的な自己概念の形成に関わる条件であると考えられます。それゆえ、視点を変えると、社会適応プログラムの効果は現実的な自己概念の形成に寄与しており、それはまた、**BPRS**の結果で示される症状の低下をもたらしている、と考えることができるかもしれません。

第3に、修了時の検査だけが有意な差異を得た**ERCD**の項目は、その他に、「体力」「勤務体制」「持ち上げる力」「座位作業の持続」「立ち作業の持続」なども認められました。社会適応プログラムの効果は、こうした側面に対しても貢献することを示しております。

こうした結果の全体を通覧すると、社会適応プログラムは全体的に、継続的な訓練や学習を通して現実的な自己概念の形成をうながし、職業人としての役割の遂行に効力を発揮するような内容である、と理解できるように思います。

埼玉精神保健総合センターの社会適応プログラムに類似する内容は、今日のシンポジストが所属されている幾つかのリハビリテーション機関で実施されていることでしょう。とすれば、前述の結果は、医療機関のプログラムであっても、実質的には、障害それ自体に対する治療的な視点というよりは、むしろ職業人としての役割の遂行に焦点を当てた、自己概念の形成に貢献していると言えます。その意味からすると、キャリア発達を促進させることが職業リハビリテーションの大きな目標となるという視点は、医療と職業の分野をつなぐ共通の概念となり得るものと考えております。

4 おわりに

最後に、もう一度、個人と環境の双方に介入することが職業リハビリテーションの視点として重要であることを強調しておきたいと思います。個人への介入に際しては、キャリア発達の視点に即した職業的な自己概念の形成を促すことが重要となります。それに対して、環境への介入という視点は、地域ネットワークの形成によるさまざまな援助機関による支援が重要になることを示唆するでしょう。精神障害者のリハビリテーションは、医療側の機関である精神保健センターであろうと労働行政側の機関である障害者職業センターであろうと、この個人と環境への双方の介入と支援が重要となるものと考えます。

【渡嘉敷】ありがとうございました。労働、それから医療側の双方の共通の視点として、キャリア発達の視点をご提示いただきまして、また訓練の有効性ということで、**BPRS**、**ERCD**から見た訓練の有効性ということをお示し頂きました。

これで、6人のシンポジストの発表を終わらせて頂きます。皆様のご協力により、持ち時間を厳守して予定時間内に終了したことを、厚く御礼申し上げます。

5 文献

アンソニー他：「職業リハビリテーションに適用される精神科リハビリテーション・モデル」, 岡上和雄, 松為信雄, 野中猛 (監訳) 『精神障害者の職業リハビリテーション』, 中央法規出版, 71-99, 1990

Hershenson, D. B. : A theoretical model for rehabilitation counseling, Rehabilitation Counseling Bulletin, 33 (4) , 268-278, 1990.

松為信雄：『職業リハビリテーションの理論と職業評価』, 障害者職業カウンセラー労働大臣指定講習テキスト, 7, 日本障害者雇用促進協会職業リハビリテーション部, 1994.

Super, D. E : A life span, life-space approach to career development. In D. Brown & L. Brooks (Eds.). Career choice and development : Applying contemporary theories to practice, pp.197-261. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

第7章 問題の所在と指定討論

第1節 問題の所在

【渡嘉敷】 これまでのシンポジストの方たちのご発表を通して、幾つかの疑問や問題が浮かび上がってきたように思います。それらをまとめると、次の**3**点に絞られます。

第**1**に、精神科の医療や保健分野の担当者は、職業リハビリテーション分野の人からどのような情報を欲しがっているのだろうか、また、それとは反対に、職業リハビリテーションの専門家は、どのような情報を精神科医療の人から提供して欲しいと考えているのかということです。医療保健であろうと職業リハビリテーションの分野であろうと、相手側から提供して欲しい情報について、お互いにもう少し明確にすることが必要ではないでしょうか。

第**2**に、働くことに関する能力程度や適性の評価をどこの機関でだれが行うのだろうか、という疑問があります。これまでの精神障害者のリハビリテーションの分野では、早川さんのご発言にもあったように、施設職員が実際の職場のなかでクライアントを評価する方法だったように思います。その場合に重要なことは、クライアントとスタッフとの間に信頼関係が成り立っていることであり、それがあって初めて適切な評価ができるのではないかと思うのです。

そういう点からすると、障害者職業センターのカウンセラーが行う職業評価は、クライアントとの十分な信頼関係に基づいて行われているのだろうか、という疑問が残ります。その部分で、医療側と労働側の谷間もあるのではないのでしょうか。

第**3**に、継続的な雇用を維持するためには、精神障害者の場合には長期的な支援が不可欠だと思います。それゆえ、一体だれが、働きながら地域社会の中で生活することを支えるのかという問題があるかと思います。

シンポジストのお話を伺いながら、私の疑問として浮かび上がってきたのはこの**3**点でした。

それでは次に、蜂矢先生とアンソニー先生に指定討論を頂きます。その後で、お互いのディスカッションに入っていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。なお、その前に、**20**分ほど休憩に入らせていただきます。

(休 憩)

第2節 指定討論－I

【松井亮輔】では、定刻になりましたので第2部の討論に入ります。第2部では、最初に指定討論の先生方からコメントを頂きます。それに対するシンポジストの補足説明を受けたあとで、全体討議に入りたいと思います。

それでは最初に、蜂矢先生から指定討論をお願いします。

1 はじめに

【蜂矢】今から21年前の1972年、東京障害者職業センターと、現在の東京都立中部総合精神保健センターの前身である世田谷リハビリテーションセンターは、同じ年に開設されました。それ以来、双方のセンターは連携を保ちつつ今日に至っており、ともかくも精神障害者の医学的リハビリテーションと職業リハビリテーションとの間に「かけ橋」を作る努力をしてきたのであります。その間には、例えば、さまざまなプログラムのメニューを増やすことで個々人のモチベーションを高めたり主体性を養うなどの、いろいろな試みを実現させて来ました。それはまた、東京都の精神保健行政側に対してもいくばくかの影響を与えるような活動でした。

しかしながら、私がこの二つのセンターの現役時代に為すべくして、ついに果たせなかった大きな課題が二つあります。その第1は、双方の領域に共通したリハビリテーション理論というか、もっと身近に引きつけていえば、共通して使える物差し（共通の用語による共通の評価尺度）が作れなかったということです。そして第2は、厚生省の職親制度（通院患者リハビリテーション事業）と労働省の諸制度とが無関係に存在していることに端的に示されるように、バラバラになっている双方の連携をシステム化することです。東京での両センター間の連携を、全国レベルにおいてシステム化するまでには至らなかったということです。この二つの課題が積み残されてしまいました。

2 医療分野と職業分野の隔たり

開設の翌年から毎年のように、世田谷リハビリテーションセンターでは、東京都内の公共職業安定所の特別援助部門の方々と懇談会を開いてきました。しかしながら、回復途上から試験的に就労させ、就労した職場環境の中で訓練をして貰いながら精神障害者を社会復帰させる、といったことを期待した世田谷リハビリテーションセンター側の考え方と、就職するからには、基本的には病気が治っており社会常識が備わっていなければ話にならない、とする公共職業安定所側との間の隔たりは、非常に大きいものでした。懇談会のたびごとに多少なりともその隔たりが縮まりかけても、出席する担当者の交代などによって思うように進展しなかった、というのが当時の実感でした。

川崎市リハビリテーション医療センターの早川さんの話にもありましたように(第5章第1節)、

医療側の考え方は、人工的につくられたリハビリテーション施設の機能には限界があるのだから、現実の社会生活経験が生み出す治療効果を重視しようといった視点です。そのために、援助場面では、今日の「援助付き雇用」や「職域開発援助事業」に近い活動をしていました。

しかしながら、当時の公共職業安定所の側では、薬を飲んでいるうちはまだ病人だから、薬を飲まなくて済むようになったらまた来て下さい、といった指導をする職員もいたりしたものです。ほとんどの精神障害者にとって、健全な暮らしを維持するには服薬の継続が必要であり、服薬の中断が病気を再発させる引き金になる、といったことすら理解されていなかった訳です。

医療側と職業安定所の間に立って調整の役割をとって下さったのが、東京障害者職業センターでした。職業カウンセラーの西村晋二さんなどには大変なご苦勞をおかけしたと思います。当時の、こうした両者の間の大きな隔たりを思い起こしますと、今日、こうして両方の領域の専門家が一堂に会して共通の課題を討議できるということは、感慨深いものがあります。

3 精神科リハビリテーションでの障害構造論

ところで、医療側と職業側の考え方を一挙に近づけるきっかけとなったのが、国際障害者年の活動と、WHO が提言した障害の定義であったと思います。Impairment、Disability、Handicap という障害の三つのレベルの把握に多少の混乱はあったにしても、身体障害の領域における「障害の概念」は分かりやすく、大きな問題はなかったと思います。

ところが、これまで Disorder や Disturbance を「障害」と翻訳してきた精神科医療の領域では、他の領域で言うところの「障害 (Disability)」の概念がなかなか理解されにくく、精神科医の多くは、「精神障害者にかかわるあらゆる問題は、職業上のものであれ生活上の問題であれ、すべて精神科医療が担うべき問題である」といった認識があって、「ほかの領域の人には任せられない」と考えている人が少なくありませんでした。

幸いなことに、国際障害者年を機会に明確にされた「障害」の定義は、遅ればせながら精神科医療の関係者にも影響を与えました。そして、精神衛生法を改正する論議の中で、国の厚生行政レベルでも公の文書に「精神障害者は医療を必要とする病者であると同時に、日常生活上に困難や不自由を持ち、不利益を被っている障害者でもある」、と明記するようになってきました。それまでは、厚生大臣が「精神障害者は医学的な保護のもとに置く必要があり、また、医学的保護の中から回復した場合には普通になって社会復帰できる」、などと国会の場で言っていた（参議院社会労働委員会、1984年4月）ことを思い出すと、厚生省の考え方にも極めて大きな転換があったと言えます。

公衆衛生審議会の厚生大臣に対する意見書の中で、この転換が明記されたのが 1986年7月のことです。翌年には障害者雇用促進法の改正があり、そしてその翌年の 1988年には、「精神保健法」が施行されました。ここに初めて、福祉的な社会復帰施設の設置が条文化されたわけです。けれど

も残念なことに、それから5年たった今日においてもなお、職業リハビリテーションに関する施策は遅々としており、予期したほどの進展をしているとは言えない状態です。国側にその熱意が足りなかったというのは事実でしょうけれども、その理由のひとつには、私たちの間に、行政を突き動かしていくだけの理論的な根拠を育てることができなかったからではないだろうか、と思うのです。

4 共通の認識と物差し

精神障害者の社会復帰、とくに就労の援助を中心にアプローチする際に、医学領域と職業領域とでは、もともとその認識も方法論も異なるところがあることは否定できません。しかし、たとえそうであっても、共通の言語で共通して有効に使える物差し（評価尺度）が必要とされることは、中部総合精神保健センターの野津さんが指摘されるとおりです（第4章第1節）。

精神障害者における「障害の概念」がほぼ確立され、精神障害者にとっては「病気と障害の共存」がその特徴であって、リハビリテーションの推進に際してもこの特徴を把握することが基礎になるということがわかったとき、私は、これで医療側にも職業側にも共通する物差しができるんじゃないかと楽観したものでした。しかし、仲間とともに努力はしましたし、試作品も作ってはみたのですが、私どもの挑戦ではろくな物差しができませんでした。その後も困難をきわめていることは、野津さんの文献通覧にもあったとおりです。医学レベルの評価尺度の応用ぐらいでは解決しそうになく、共通の物差しを実現するのは容易ではないように思われます。今後とも、今日のお集まりの皆さんの知恵を結集して挑戦して頂きたいところです。

けれども、職業側と接触する機会の最も多い就労援助場面の組み立てというのは、早川さんの発表にもあるように（第5章第1節）、なかなか複雑です。こうした現場で働いていると、障害を要素レベルに分解してこれを客観的に眺めるといった学問的な姿勢をとることは、意外に難しいものだと思います。

多摩病院の荻原さんの発表を伺っていますと（第4章第2節）、障害の要素的な分解とか客観化は、就労援助の場面よりもひとつ手前の、作業療法の場面から手掛けるほうが容易なような気がします。評価に際しては、生物学的あるいは精神病理学的な症状論に傾きがちな精神科医よりも、むしろ、作業評価を重視する荻原さんのような作業療法士の方々や、極めて具体的な話題を提供された埼玉障害者職業センターの沖山さん（第6章第1節）のような職業カウンセラーの方々の双方の分野の協力を特に期待したいと思います。

それに加えて、後ほどもう一度触れたいと思いますが、障害者職業総合センターの松為さんが提起されたキャリア発達の視点（第6章第2節）なども、医療から職業にまたがる専門家の共有できる概念という点で有用であると考えます。

5 連携のシステム化

さて、20年以上たった今日もなお、東京障害者職業センターにおいて医学アドバイザーとして深い関係を保っております私の立場から見ますと、医療側と職業側の連携は、予期したほどには進展して来なかったように思います。なるほど障害者職業センターは全都道府県に行きわたり、精神障害者の問題を手がけて下さっています。また、精神障害者の職業リハビリテーションについて、職業リハビリテーションの専門家が精神科医療関係者を啓発し、教育にも当たっている場面もみられるようになってきました。しかしそれは一部の現象であり、交通不便な地方の精神病院が地域障害者職業センターを利用できる機会は、それほど多いものではないでしょう。

本日、ここに参加しておられる東京や埼玉の精神保健センターや川崎リハビリテーション医療センターの方々は、精神科医療の分野の中では、特別に職業リハビリテーションの側に近い存在と言えるでしょう。しかしながら、私のように民間の精神病院に身を置いている者から見ますと、精神病院の関係者のほとんどは、残念ながら障害者職業センターにも精神障害者の職業問題にも十分な関心を持っているとは思えません。例えば、今回の世界精神保健会議には民間の精神病院からもたくさんの参加者がいますが、そうした方々の何人がこの会場におられるかと思うと、極めて寂しい話です。

医療側と職業側の双方の連携は、まず、リハビリテーション活動の現場から始められており、それがまた当然だとは思いますが、実は、現場の人間が実践しただけでは限界があるのではないのでしょうか。連携をシステム化するには、縦割りになりがちな行政や政治をも巻き込む活動が必要です。その意味で、埼玉県立精神保健総合センターの野中さんの地域ネットワークに関する発表（第5章第2節）を期待しておりました。埼玉県は、首都圏にありながら県立の精神病院等がなく、地域のマンパワーも人口の急増に追い付いていない県でしたが、精神保健総合センターが開設されてからの埼玉県の状況は、驚くほどに急速な変化を遂げているように思われます。また、松為さんの発表にあったように（第6章第2節）、このセンターの社会復帰援助プログラム終了後の変化を見ますと、私たちに明るい希望を持たせます。

6 民間精神病院の実情

しかしながら、精神障害者の90%を引き受けている民間精神病院、あるいは、精神保健総合センターから地理的にも遠い民間精神病院ではどうなっているのでしょうか。そのひとつの例として、私の勤務している東京武蔵野病院の話を少しいたします。

この病院は、東京都の精神保健行政の地区割りでは下町の中に編入され、都立精神保健センターと連携する立場にあります。しかし、このセンターにはホステルもなくデイケアも始めたばかりで、職親制度以外に利用すべき機能がありません。幸いなことに、東京障害者職業センターは近くて30分そこそこで行くことができます。ここでは、社会復帰病棟の入院患者や外来患者の就労援助に際

して、障害者職業センターでの職業評価や職業準備訓練が活用できます。また、センターの職業カウンセラーに、連絡調整やケース会議などで病院に来て頂いております。**1991年10月**の同センターの開設**20周年**に当たっては、これまでの実績を踏まえて、精神障害者と職業の問題をテーマとしたシンポジウムが開催され、多くの精神医療関係者が参加したりするなど、かなり緊密な連携をとって来ました。

この他にも、私どもの病院は、保健所や福祉事務所、民間の作業所、クラブハウスなどとの連携も進めてきました。現場の職員同士が顔と顔でつながるといふ連携をして来ています。病院のある板橋区は、たまたま**JHC**板橋などの地域活動もあって、病院を中核とした地域活動のネットワークも始められてから**5年**しか経たないにもかかわらず、東京における地域ネットワークのひとつのモデルといわれています。もっとも病院を中心とした板橋区での地域リハビリテーションの活動が、わずか**5年**で東京都内のひとつのモデルと見なされることからしても、この領域における日本の民間病院の活動水準の低調さが窺われることなのでしょう。しかしながら、私どもの活動は、病院の名を高めましたけれども、それは病院経営にはそれほど役に立っておりませんでした。その意味でも、現場での活動を充実させるためにも、制度的な充実が今後ますます必要となるでしょう。

7 おわりに

このような現状からいいますと、数少ない精神保健総合センターやリハビリテーション医療センターは、それぞれの都道府県のモデルであると同時に、その経験をもとにして各地域のネットワークづくりを主導して行かねばならない存在と考えます。国や都道府県の行政をどのように動かすか、また動かし得るかという点についても、これらのセンターは責任を負っていると思いますので、大いに頑張ってください。

なお、先ほどの松為さんのキャリア発達の理論（第**6**章第**2**節）は、私たちにはなじみの深い、予防精神医学に立脚していると受けとめました。その意味でわかりやすかったというだけでなく、私たち精神医療関係者に希望と勇気を与える話であったと思います。すぐには就労が困難で、従来ならば切り捨てられてしまったような重度の精神障害者を多く抱えるスタッフからも、明るい反応が聞かれています。もし本日、行政に携わっておられる方、あるいはそれに近い方が出席しておられたならば、松為さんの問題提起をどう受けとめられたかも伺いたいと思います。

以上、所属されておられます各機関や施設あるいは各職種に対する若干の注文を述べてさせて頂いたうえで、指定討論者としての発言を終わらせていただきます。

【松井】ありがとうございました。蜂矢先生には、**21年**に及ぶ職業分野と医療分野のかけ橋の役割を果たして来られた経験を踏まえたうえで、これまでの進歩を認めながらもさらに大きな課題が残されている、というご指摘を頂きました。

第3節 指定討論Ⅱ

【松井】 続きまして、アンソニー先生に指定討論のご発言を頂きます。

【アンソニー】 会場にいらっしゃるすべての方々が、長時間にわたって傾聴してノートを取っていらっしゃる熱心さに感激しております。

さて、シンポジストの方々が話されたことの全てを展望するコメントは、非常に困難なことでしょう。それゆえ、私は、特に印象に残った部分に限って幾つかのコメントをしたいと思います。

1 医学と作業療法の視点に関して

(1) 野津さんへのコメント

最初は、野津さんの「医学的リハビリテーション」に関する発表です（第4章第1節）。

彼は文献をレビューして下さいましたが、シンポジウムの第1席として非常に適切な出発でした。私たちは、この分野の動向については、そこで既に明らかにされたこと、そこから示唆されることなどについて、いつも注意を向けるとともにレビューを継続することが必要です。なぜなら、たぶん、精神科リハビリテーションの活動は、これからも発展を遂げて行くことが期待されるからです。レビューをすることで、この分野の全体像が明らかにされ、そのことが、次の10年をより良い方向にもって行くための方法を検討したり評価することができるからです。その意味で、このシンポジウムの開始にふさわしい内容であったと思います。

さて、このシンポジウムの全体を通して論議することは、医学的な貢献とリハビリテーションによる貢献とのギャップについてだと思えます。米国のこの問題に関する経過や状況については、私のスタッフの一人がうまくまとめているので紹介しておきます。彼女は、医学分野の人たちは「良くなるために働く (to work in order to get well)」ことを望むのに対して、リハビリテーション分野の人たちは「働けるようになるために良くする (to get well in order that they can work)」ことを望んでいると指摘しております。実際のところ、米国でも、「働くことは良くなるために必要である (work is what you need to get well)」という医学分野の人たちと、「働くためには良くなることだ (get well so that you can work)」というリハビリテーション分野の人たちとの主張には、双方に大きな隔たりがあります。そのために、クライアントはその隙間に落ち込んでいることは言うまでもありません。

なお、発表にあった、評価の道具あるいは方法についての考え方を少し述べて見たいと思います。私たちが行なっているリハビリテーションの過程では、道具優先性 (instrument-dominated) であってはいけないと思います。評価に道具を用いることは、クライアントと面接する際の事前情報を

得る、という点では非常に魅力的です。しかしながら、道具を用いてデータを得ることはできたとしても、それはクライアントの処遇を考える際の有用な情報であるとは必ずしも言えません。評価の過程は、道具優先性 (**instrument-dominated**) よりも、むしろ、関係優先性 (**relationship-dominated**) であることが望ましいのです。そのための最も重要な方法は面接です。あとでもう一度触れますが、面接こそが評価の最も重要な部分であると思います。

(2) 荻原さんへのコメント

次は、荻原さんの「精神科作業療法」に関する発表です (第4章2節)。

これは、私たちが職業的な機能不全 (**occupational disfunction**) を評価する場合には、環境要件も考慮することが重要であることに触れております。このことは、私たちがクライアントに評価を行ったり実際にプログラムを提供する際にいったいどれだけの失敗を繰り返していることだろう、ということの思い起こさせます。個々のクライアントに対してリハビリテーションプログラムを構成するに当たって、私たちが提供する環境要件が、実際には、肯定的ではなくて否定的な影響を与えていたかもしれないのです。

職業的な機能不全を評価する場合、通常は、クライアントが直面する直接的な環境条件について行うことでしょう。しかしながら、時には、さらにその背景を構成している大きな枠組み、すなわち、クライアントの治療環境にまで評価の視点を拡大することが必要かもしれません。

リハビリテーションプログラムの多くは、クライアントの権利の極めて多くの部分を制限したり、あるいは無視したような治療環境を提供しているように思います。たとえば、何時に起床するか、何を着るか、といった単純な自主選択から始まって、あらゆる場面で意志決定の機会を奪い去るような治療環境の中にクライアントを置いていたことに気付くことでしょう。そして、将来の職業的な機能不全の大きな原因は、まさにそこにあるということを知ることでしょう。必要以上にクライアントの意志決定の機会を奪いながら、「さて、あなたは残りの自分の人生をどうしたいのですか？」と尋ねているのです。その日に着る衣服や起床時間についてさえも自分で決定したことの無い人に対して、いきなり、「さて、仕事について考えてみなさい」と言っているのです。私たちは、そうした治療環境が将来の職業的な機能不全を作り出している、ということに気付くことが必要です。

2 社会復帰施設と地域医療の視点に関して

(1) 早川さんへのコメント

次の、早川さんの「社会復帰施設」に関する発表です (第5章1節)。

他の発表でも同じですが、私はその全部について理解することが困難でした。それゆえ、了解した内容に限ってコメントしたいと思います。

この発表で最初に指摘したいことは、クライアントが自分自身の価値に気付くには、彼らに実際の経験ができる機会を提供すること、働くことの現実の姿を提供することが重要であるということです。私はこのことを強調するのに、発表された内容に付け加えることは何もしません。クライアントは、その機能障害や能力障害のために職業的な経験をほとんどしておりません。それゆえ、彼らには、自分の興味はなにか、何ができるのか、できないことは何か、といったことを自分で検証する機会を提供することが必要なのです。彼らが実際に経験する機会を提供した後で、それを基に、彼らがどのような価値感を持ち、働くことをどのように見ているか、ということ家族に話すことが必要です。

次に指摘したいことは、訓練に対して報酬を払うことの重要性についてです。私たちは、人に何かを尋ねて何かを得たと感じた場合には、その対価を支払うべきです。それは、相手が精神障害のある人であると否とを問いません。それゆえ、彼らに訓練を行った結果、たとえ最小の水準であっても生産性やサービスに貢献することがあれば、その対価は当然支払われるべきです。これに関連して、私たちは、たとえ1時間の面接調査であっても、クライアントを調査研究の対象者とする場合には謝金を払います。それは、彼の時間を貴重なものとして尊重するからであり、そうした態度の現われとして報酬を支払うべきであると考えているからです。

最後に指摘しておきたいことは、リハビリテーションセンターの外での私たちの役割についてです。言うまでもないことですが、私たちの力はセンターの中での事務作業にではなくて、精神障害のある人たち自身に、また、彼らの職場や家庭に向けられるべきなのです。リハビリテーション活動で特に強調しなければならないことは、専門家が現場に出ること、早川さんが指摘されるように、作業現場にクライアントと同行することです。そうした直接的な支援をすることで、専門家は自らの役割を心地よく果すことができるでしょう。

(2) 野中さんへのコメント

次が、野中さんの「地域ネットワーク」に関する発表です（第5章2節）。

彼の発表に関連して、協同訓練 (**joint training**) ということ、改めて強調したいと思います。実際によく観察されることですが、医学分野とリハビリテーション分野の人たちを同じ部屋に入れて一緒に訓練すると、双方のちょっとしたわだかまり感もすり抜けることができます。協同訓練はすぐ手の届くところにあり、直ちに実行できることなのです。しかも、その成果 (**outcome**) はいつも好ましい結果をもたらします。私も、野中さんの行っている努力の総体としての協同訓練の重要性を強調したいのです。

また、多くの方が指摘するように、リハビリテーションの世界では、制度、福祉、雇用、医学などのさまざまな領域が分断化されています。それは、私たちの専門分野の違いから生じていることは否めません。だが、それを埋めようとする、現行のリハビリテーション制度の枠組みの中でクライアントを支援しなければならないという現実遭遇します。そのために、皆さんもすでにご承

知のことと思いますが、合衆国では、クライアントのリハビリテーションの過程を円滑に進め、彼らの必要とする種々の社会資源との接触を図ったり調整を行う、統合的なケースマネジメント（**intensive case management**）の重要性が最近になって指摘されております。

これに従事する人たちを私たちは、統合的ケースマネージャー（**intensive case manager**）あるいは一次的实践者（**primary practitioner**）と呼んでおります。現行のリハビリテーションの制度にクライアントをうまく乗せて能率的に良い効果をもたらすために、こうした担当者が必要なのです。それは、必ずしも高度な専門的知識を必要とせず、制度を知ってそれとクライアントのニーズとの調整ができれば良いことから、学部を卒業した程度の人でも可能です。それゆえ、私たちはいくつかの場所で、退院した患者自身をケースマネージャーとして雇っています。いわば一石二鳥となっているのであり、彼らに仕事を提供一提供ではなくて獲得ですが一するとともに、今では、他の患者仲間がそのリハビリテーション制度をよりうまく活用できるように支援しているのです。

3 職業リハビリテーションの視点に関して

(1) 沖山さんへのコメント

次が、沖山さんの「働くスタイルの探索」に関する発表です（第6章1節）。

ここで私が刺激を受けたことのひとつは、支援の重要性についてです。彼女は援助付き雇用について触れていますが、最も重要なことは、クライアントが雇用場面に移行するまでの長期的な支援をすること、あるいは、何か起こりそうな期間中は支援を縮小しないという点です。

事実、私たちは、クライアントが保護的な施設や場面から通常の一般雇用に移行する場合に、その時点で危機的状況に陥ることが多いことから、より多くの支援が必要となることを知っています。と同時に、それを経た後には、クライアントは感謝の念をもって、「ありがとう。でも、もうこれ以上は必要ありません」と言うことも知っております。それゆえ、私たちは、クライアント自身が必要としている場面において必要としているだけの支援を提供し続ける、という視点をもつことが重要なのです。

(2) 松為さんへのコメント

最後が、松為さんの「キャリア発達」に関する発表です（第6章2節）。

この発表に関連して思い浮かんだことが幾つかあります。ひとつは、リハビリテーションは、技能の開発とともに支援を開発することでもあるということです。私が講演すると、「なるほど、リハビリテーションですか。それは、技能を教育することですね」と、多くの人が言います。それに応えて、私は「ええ。でも、それはリハビリテーション活動のほんの一部にすぎません」と答えます。リハビリテーションには、その他にも、技能教育をする以前にクライアントが自分で目標を設

定するように援助したり、継続的な支援を提供することなども含まれます。とくに支援の中身には多様なリハビリテーションの活動が含まれており、技能の訓練はその一部分にすぎません。北米では、精神科リハビリテーションは単なる技能訓練としての視点を離れつつあり、それ以上のものなのです。

また、この発表では、リハビリテーションをキャリア発達という非常に広い視野から捉えています。従来のリハビリテーションでの問題の一つは、人を職に就かせることだけに焦点をあてていたことです。だが、リハビリテーションの活動はそれ以上のものです。それは、仕事を選択し (**choose the job**)、仕事に就き (**get a job**)、仕事を維持する (**keep a job**) までの領域を包括した援助なのです。のみならず、私たちがリハビリテーションを語る時にはそれに加えて、居住する場所、教育する場面、地域社会での生活場面などについても触れます。誰かがいったことですが、「キャリアは、あなたが自分の人生を生きる道筋 (**Career is the way you live your life**)」なのです。そして、実際問題として、このことが、リハビリテーションとは何かという問いに答えることです。すなわち、「人が自分の人生をより成功させて満足する方法を援助する試み」ということなのです。それが、真の精神科リハビリテーションであり、広い意味でのキャリアのリハビリテーションなのです。

4 結論

さて、私のコメントの結論として、最初に指摘したように、クライアントの評価に際しての共通言語の必要性という点について述べたいと思います。

これは、このシンポジウムで提起されている課題であるとともに、私自身も悩んでいることです。というのは、そのことについて、私たちはまだ正面きって十分な論議をしていないからです。いま米国で私たちが試みていることは、「成果 (**outcome**)」についての共通言語を確立することなのです。それは言い換えると、医学やリハビリテーション分野のすべての担当者が本当に納得できるような、私たちの大切なクライアントにとっての「成果」とは何かという問題です。そこには、「クライアントが考えていることが最も重要な成果である」、という視点が含まれています。

そうした視点から成果 (**outcome**) を捉えることについて納得すれば、私たちは、改めて自分の仕事を見直して、「なるほど。では、そうした成果を生み出すための支援をするには、自分の役割として何をすべきだろうか」と考えることでしょう。そこではもはや、病院がもたらす成果、あるいは症状回復の成果といった点について論議する余地はありません。医学分野であろうとリハビリテーション分野の人であろうと、人生の質 (**quality of life**)、能力の獲得 (**empowerment**)、自己実現 (**self actualization**)、自己決定 (**self determination**) といった成果こそが重要なのであり、その点について話し合うことが必要となることでしょう。これらの成果についての見通しは非常に幅広く、その傘はゲームに参加するすべての担当者を誘導することになるでしょう。その成果の傘

は、大きくは人生の質（**quality of life**）という概念に含まれると思います。そして、医学やリハビリテーション分野の人たちが、**QOL**こそが私たちのめざす成果の一つであるという共通理解になれば、精神障害者のリハビリテーションの分野に非常に多くの人たちが貢献できる余地が生まれてくることでしょう。

ご静聴いただきまして、ありがとうございました。

【松井】 どうもありがとうございました。シンポジストの一人ひとりに対して適切なコメントを頂きました。

第8章 追加発言と討論

第1節 追加発言

【松井】最初に、ただ今の2人の先生による指定討論を踏まえて、それぞれのシンポジストの方から追加発言をして頂きます。その後で、フロアの皆さんの質問を受けて論議をしたいと思います。

1 医学と作業療法の視点から

【野津】特に付け加えることはありませんが、共通言語の必要性についてはすでに強調したとおりです。この点については、あとの演者の方々や指定討論の先生方も十分に注意を払っていらっしゃるということがわかりました。そういう意味では、提起されている問題の方向は間違っていないように見えます。

それでは、その問題の解決をどのようにすれば良いのでしょうか。私は、皆さんが共通して使える言葉を開発したいと思うのです。それは、専門家といわれる人に限らず、できれば雇用主の人たちに対しても必要条件や十分条件を満たすような情報であり、また、異なる分野の人たちの相互理解が可能となるようなコミュニケーションの方法かもしれません。しかも、できるだけ具体的であることが必要となりましょう。その開発を進めてゆくには、どの分野の人たちとどのような内容の論議を深めて行くべきか、という点を考えて行きたいと思います。

【荻原】第1に、精神科の医療機関としての特殊性が就労援助を含めたリハビリテーションの推進にいろいろな面で影を落としている、というアンソニー先生のご指摘はそのとおりだと思います。私自身も、治療環境としての病院にあって日常的に業務を遂行していく中で、時にはジレンマに陥ってしまうことがあるからです。

第2に、プログラムの成果（outcome）のひとつとして、QOL（Quality Of Life）に焦点を当てるべきであるというご指摘については、私も賛成です。ただし、QOLの向上を目指すには、その前の段階として、プログラムを利用する障害者自身が医療機関を含むさまざまな社会資源をうまく利用できることが必要ではないでしょうか。それゆえ、社会資源を利用できるということも成果（outcome）の重要な要素になると思います。

最後に、こうした社会資源の有効利用の最終的な鍵を握るのは、対象者本人も含めたチームアプローチをいかに進めていくかに帰結すると思います。しかしながら、蜂矢先生のご指摘にもあったように、日本の精神医療の85%が民間精神病院という現実では、チームアプローチの推進は大きな課題として残されております。いろいろなテキストでチームアプローチやリハビリテーションの必

要性について説かれてはいるものの、実際にそれがどれだけ浸透しているかについて点検することが必要かもしれません。

2 社会復帰施設と地域医療の視点から

【早川】 私の属している社会復帰部門について、補足説明をさせていただきます。

図1の「センターの組織図・機能図」にあるとおり、川崎市リハビリテーション医療センターには6つの部門がありますが、社会復帰部門を除く他の5部門はいずれも施設の中に利用者がおります。それに対して、社会復帰部門は利用者を抱えておりません。

埼玉や東京の精神保健総合センターとの違いは、ここにあると思います。就労援助の活動は、デイケア部門や宿泊部門に所属しながら行うのではなくて、独立した部門として位置づけられているのです。俗な言い方をしますと、ゲリラ部隊のようなものです。施設の中に患者グループを持たないで、地域に向けて活動するフリーな集団ということですね。スタッフは、ワーカーが4人、心理職が1人、看護職が1人、それに精神科医師が1人です。このゲリラ部隊は私どものセンター内のシステムの必要性から生まれた訳です。けれども、こうした活動は、社会的な制度の中にもっと組み込まれるべきであると思います。

これに要するコストは、基本的には川崎市の予算が充てられています。なお、センターが医療機関であることから、精神科の保険診療の訪問看護指導料として計上しております。ちなみに、平成4年ですと、全体として500件ほどの職場や家庭訪問があり、それに見合う訪問指導看護料を請求しております。こうした工夫が拡大されると、民間病院でのコスト問題にも良い影響を与えるのではないのでしょうか。

【野中】 すばらしく適切なコメントを頂き、感謝しております。

蜂矢先生から投げかけられた問題は、第1に、行政に対するアプローチがまだまだ手ぬるいということです。また、第2に、民間の精神病院をどうしてくれるということでした。

蜂矢先生は、障害者職業センター医学アドバイザーの第1世代として、労働行政に対して、精神障害者を法的に障害者として認めてその対策を整備するように仕向けて来た世代と言えるでしょう。これに対して、私どもは、「一応の対策が整った今後はどうするのですか」という問いの投げられた、第2世代の医学アドバイザーです。けれども、実際には、全国の医学アドバイザーの横の連絡は一切なく、どこの精神科医が医学アドバイザーになっているのかが全くわかりません。その点が、医療側と労働側との共同作業が蓄積されない、隠された理由のひとつかもしれません。

第1の問題に対する答えのひとつは、職業リハビリテーションの分野だけに限定して勝負をしないこと、むしろ、もっと地域環境を総合的に整えるような活動をますます推進させることにあると考えております。つまり、保健所に出かけて、職業分野に限らないで、地域の精神保健の全体的な

レベルを引き上げるような技術協力を推進することです。また、早川さんのご指摘のように、施設内リハビリテーションに留まることなく、必要であればどこへでも出かけるという構えで行きたいと思っています。その他にも、ボランティア講座を運営していきますと、職業リハビリテーションが全体的に伸びるということもあります。これらの総合的な活動をとおして全体を引き上げたいと考えております。

650万の人口をもつ埼玉県ですから、いくら私どもの精神保健総合センターと地域障害者職業センターとの関係がうまく行ったとしても、たかが知れております。その意味でも、各地域にある保健所と公共職業安定所が密接に連携すること、精神保健総合センターはそうしたペアの形成を促して行くことなどが重要であると思います。

第2の問題が、精神病院のつなぎ方です。以前に民間の精神病院で働いておりましたので、その大変さは重々承知しております。けれども、やはり精神病院は、職業に関する地域の社会資源をもっと知るべきだと思います。それによって、最終的には地域の中での機能分化を目指すべきです。つまり、病院や単独の施設の中で行われる、医者・看護婦・OT・ケースワーカーなどによるチームアプローチと同じ機能を、地域の中にある各種の機関や施設によって共同して機能させるのです。そうした機能が、それぞれの地域の中にあれば、精神障害をもつ人の職業リハビリテーションは、地域の中で身近に実施されることでしょう。

最後に、アンソニー先生から「Joint Training」という言葉を頂き、大変ありがたく思います。その点からしても、施設内で経験したチームアプローチを、今後は、地域内での共有体験を踏まえた地域主義的なアプローチにまで発展して行けば素晴らしいな、と思いました。

3 職業リハビリテーションの視点から

【沖山】適切なコメントを頂きましたことに感謝しております。私は3点について述べさせていただきます。

第1は、情報のやりとりについてです。何人かの先生が提案されたように、共通の言語を作ることも重要とは思いますが、机上で単語帳を作成するような感覚では無理だろうと思います。

職業カウンセラーとして事業所に入りますと、「躁うつ病ってどんな病気ですか？」と聞かれます。「躁のときは血圧が上がる…」と言おうとして言葉を飲み込んでしまいました。とっさに出たのは、「お酒を飲み過ぎて二日酔いになったみたいな感じです。飲んで気持ちがよくなって、パッと広がるじゃないですか。それが躁状態です。二日酔いで落ち込む感じが、うつです」という言葉です。「あ、よくわかりました」と言われました。また、精神分裂病の人に同伴して面接したときに、事業所の人から遠回しに、「ところで発作は大丈夫でしょうね」と尋ねられました。てんかんのけいれん発作を思い浮かべたのですが、多分、聞きたいのはそうしたことではないと考え、とっさに「発狂発作ですか？」と聞いたのです。「そうです、それです」と言われました。そんな発作なんて、皆

さん聞いたこともないですよ。でも、棒を振り回したり人を刺したりする行動はありません、という意味として事業所の人には通じたのです。

こうして見ると、共通の言語というのは、労働行政の人と医療の側の専門家同士が通じればいいのではなくて、事業所の現場の方々のように、もっと素人に理解される内容であることが必要でしょう。また、症状を聞くことがためらわれる事態では、それに即応した言葉で対応できなければいけません。相手の聞きたいことに的確に答えるためには、多少の乱暴さを承知の上で、置きかえた言葉を使ったり、比喩的な言葉を用いることも必要であると思います。

第2は、職業評価に関してです。野津さんや荻原さんが触れられ、渡嘉敷先生もご指摘になりました。ただし、どうも職業評価に対する十分な理解を頂いていないように思われます。

私たちの職業評価は、障害者の側のさまざまな要素、例えば、能力や意欲や支援の体制などを見ることと、事業所側の要素、例えば、景気の変動や地域差などを見ることを並行しながら、双方の適合関係をダイナミックに把握しております。テスト器具を使うことが評価ではありません。特に最近では、現場評価（**on the job evaluation**）を重視しており、事業所の現場での評価や前歴の職場での働きぶりなどを聞いております。また、職業準備訓練を評価の場面として利用するなど、かなりダイナミックな方法をとっています。その意味では、患者さんと密接なラポートがなくてもいいと思うんです。病気を全然知らないで患者に対する思い入れのない、覚めた目でみる感覚も大事なことではないでしょうか。事業所の方は、「普通の人と比べてどこか変なところがある」といった部分こそ見ているのに、数量化できないから話題にしないというのでは困ります。

最後の第3が、働くときにだれが支えるかという問題です。結論を言うと、最終的には事業所の現場だと思えます。うまくいっていれば私たちの出番はありません。事業所の方の愚痴を聞く、あるいは、患者が事業所に愚痴ったことを事業所経由で聞くという援助は、限りなく必要かもしれません。けれども、患者がいつまでも私のところに助けを求め、私が出て行くことで事が収まるというのは、やはり異様だと思います。専門家はもめごとがあった時だけ出ることが望ましいと思います。

【松為】 皆さんが私の言いたいことを代弁して下さいました。それゆえ、ほとんど付け加えることはないのですが、幾つかの点について述べさせていただきます。

蜂矢先生から、私の話は予防精神医学と非常に視点が似ているというご指摘がございました。私は、職業リハビリテーションの分野から先ほどの話に至ったのですが、それが、先生のように医療の分野から煮詰めた概念と共通する視点になるとすれば、嬉しいことです。障害者を核にしてその人の生涯をどのように支援して行くか、その背景をなす理論は何かという考えを詰めて行くと、領域の違いを越えて、結局のところは行き着く先が同じになることに感銘を受けました。それはまた、アンソニー先生が、キャリア発達の視点こそが精神科リハビリテーションの視点であるというご指摘とも通じるところがあります。

次に、先ほど渡嘉敷先生が最後にまとめられた、情報をどう捉えるかについて少し触れたいと思います。

私は、情報というのは、アンソニー先生の指摘された **outcome** の指標をどういう形で具体化するかということだと思っています。それは、医学と職業分野の人たちが共有できる内容であることが求められております。従って、医学的な視点だけではだめなんですね。むしろ総合リハビリテーションの視点に立つと、職業的な役割を含む人生のさまざまな役割を遂行するのに何が求められているか、という視点から指標をまとめることが重要であると思います。それはまた、**QOL** の指標ともなり得るかもしれません。

outcome の指標を **QOL** にまで拡充して考えるならば、評価とは何かという論議に至ることでしょう。これについて、アンソニー先生は評価はその道具から得た得点そのものではないことを指摘され、また、沖山さんもそうでした。私も、まったくそのとおりだと思います。

ただし、よく考えてみますと、そのためには、獲得した情報をどのような視点からまとめ、まとめた結果をどのようにクライアントや関係者に提供するか、ということが重要であると思います。言い換えると、情報をまとめるための基本となる概念的な枠組みが必要であり、評価は、獲得したさまざまな情報をその枠組みにそって統合化する過程ではないでしょうか。私は、そうした概念を提供する基本的な理論こそ、個人の生涯をどう考えるかというキャリア発達の視点であると思っています。さまざまな情報をもとに評価を行ない、その結果を伝達するには、獲得した情報をそうした理論的な枠組みに立脚して構成することが重要であると考えております。

第2節 討論

【松井】 どうもありがとうございました。さて、聴衆の皆さんには、随分と長い間ひたすら聞き役に回って頂きました。それでは、これから時間の許すかぎり、討論を重ねて行きたいと思いますので、よろしくお願いします。

1 問題の所在

【安西】 私は、都立松沢病院で社会復帰病棟の患者を担当しております。蜂矢先生やアンソニー先生をはじめシンポジストの先生方から、非常に刺激的で、また、この分野の発展に重要なお話を頂きありがとうございました。

さて、私は、いま抱えている患者さんの職業リハビリテーションに対して、何をどう変えるともう一步の前進が望めるだろうか、といった具体的な内容に踏み込んで論議をしたいと思います。そうした観点から、幾つかの点についてお話しと質問をさせていただきます。

まず、松為さんが話されたキャリア発達の問題というのは、私も非常に興味のある問題です。というのは、私の担当の患者さんに「これからどういう仕事をやりたいですか」と尋ねますと、分裂病の患者さんは、ほとんどの場合、発病前に就いていたり希望していた仕事を言います。たとえそれが20年や30年前に経験し希望したことであっても、今すぐにでも出来るような気持で言うわけです。

40歳くらいの患者さんの例ですが、「アルミニウムの工場で働いた経験があります」というので「いっやったの?」と聞くと、「高校生のときに2週間ぐらいアルバイトをやりました。今でも、すぐにその仕事はできます」と言うんです。そうした点からしても、彼らのキャリア発達をどのように支援して行くかを考えなければならないでしょう。

次に、職業評価についてです。精神障害をもつ人の適職を探すといっても、実際に選択できる仕事のほとんどは、いわゆる3K職場です。いろいろと職業評価をしても、だいたいはスケールアウトしてしまいます。その意味では、これまでの職業能力や評価の捉え方の焦点を、もう少し現実に合わせた形にシフトすることが必要ではないかと思えます。

その上で、チャンスを与える、ということが非常に重要だと思うのです。なぜなら、アンソニー先生もご指摘のように、患者さんは実際に仕事に就くことを通して自分の適職をだんだんと見つけ、働くことに対する感覚を身につけていくからです。しかしながら、そのためには、二つや三つの転職は許すことが必要かもしれません。そうした経験を経て、患者さんは世の中の仕事のことをようやく理解して職場に定着することがあります。

そこで第1の問題は、そうした挑戦を許すこと、失敗を重ねることを許すような職業選択の体制をどうやったら作れるのか、ということです。10年も20年も社会から離れてキャリア発達ができ

ていない患者さんが、いきなり適職を選べるはずはありません。それゆえ、患者さんが仕事を選ぶのにどのような仕方が効果的であるか、そうした体制をどのようにして作るか、が問題となることでしょう。その中には、いきなりフルタイムというのではなくて、**2-3** 時間くらいの就業から挑戦するような体制も含まれると思います。

第**2**の問題は、患者さんの意欲を引き出す視点からすると、生活保護と収入との関係をどうするかということです。つまり、働いて稼いでもその分だけ生活保護が減額されるから馬鹿らしくてやられてない、ということがあります。大人の患者さんほどそういう傾向があり、仕事に挑戦する意欲をなくしてしまいます。アメリカでは、精神障害のある人が仕事に挑戦する場合に、生活保護をカットをしない期間を設けていると聞いているのですが、実際にそうした制度があるのかどうかをお伺いします。私は、そういう制度ができれば、もっと働こうという意欲を持つ患者さんが増えるのではないかと考えているのです。

2 就業形態の多様化

【松井】 どうもありがとうございました。最初の点について、沖山さんに答えて頂けますか。

【沖山】 発表の中で事例として多少は触れましたが、改めて説明させていただきます。

障害者職業センターで実施している職業準備訓練や職域開発援助事業は、個人の状態に合わせたそれぞれの働くスタイルを探す方法として有効なものです。このプログラムでは、最初からフルタイムの就業ということはありません。最初は、週**3**日から始めて、やがて**4**日に移行することができます。週に何時間あるいは何日まで働くのか、どこから通うのか（病院・家・施設・寮なのか）、就業は一人であるのかグループなのか、といったさまざまな働くスタイル探しをするのにこのプログラムを活用することができるということが私の話の主旨でした。

【安西】 安定所の特別援助部門をとおして活用するいろいろな援護制度、たとえば特定求職者制度などを利用する場合には、週当たりの就業時間に縛りがあってフルタイムでないといえますか？

【沖山】 そうした制度を利用する場合には、確かにそのとおりです。でも、そうした制度を利用しなくても、就職する形を探すことができます。職域開発援助事業の場合には、いきなりフルタイムから入ることはしません。結果的には、**5**ヵ月継続しても半日だけしか働かないといった患者もおります。それで非常にうまく働くことができ、薬も減って行ったということもあります。フルタイムでないといえず就職できない、と誤解されているようですが…。

【安西】 必ずしも誤解とは言えないと思います。というのは、そういう雇い方をして頂ける職場があるということは分かりましたが、それはまた、ある意味で、職場の善意に依存している訳ですね。

私が言いたいのは、そうした特定の事業主の善意にすぎるだけではなくて、フルタイムでなくても就職できる状況を、制度や体制として作ることが重要であるということなのです。あるいは、実

際に精神障害者を雇ってくださる職場がどんどん出てくる体制を、それこそ、雇用した事業所に補助金をだしたり表彰するなどどんな方法でも良いのですが、制度として整えることが必要ではないでしょうか。現状のまま、特定求職者制度などを利用しなくても可能ですよと言われても、実際にそれをする事業所は非常に限られていることは明らかです。精神障害者の働く場を広げるには、やはり、それを促進する施策が必要なのではないでしょうか。

【松井】ありがとうございました。安西先生はむしろ制度的な面での整備に強調を置いた発言をされているんですね。

3 所得保障における米国の制度

【松井】続きまして、第2の生活保護と就労との関係について、アンソニー先生からアメリカの制度について説明をお願いします。

【アンソニー】聴衆がアメリカ人でないところでアメリカの制度を語ろうとすると、えてして実際よりも良いものに描きがちなもの。そこで私は、自分たちが試みて来たことを話したいと思います。

私たちは、連邦政府の制度について、その改正を何度か繰り返して来ました。それによって、現在の社会保障の制度は雇用を誘発するようなプログラムに改善されて来ておりますし、また、働き続けても社会保障の制度から排除されないで、その恩恵を引き続いて享受できるようにして来ました。もし失業したとしても、以前よりはずっと素速く社会保障制度の適用を受けることができます。また、医療的な視点から機能障害が認められる場合には、雇用の継続に際して社会保障制度からの支払いを活用することができます。

援助付き雇用についていえば、そのプログラムの適用について連邦政府が最初に発表した条件では、週あたり20時間以上の雇用が可能な場合というものでした。それに対して何度も議論を繰り返して来た結果、現在では、このプログラムの実施に際して得ることのできる資金は、そのプログラムを開始する時点で提供され、また、たとえ週当たり1時間や2時間の雇用であっても、その時間を増大させたいと期待する限りは提供されるようになって来ました。

つまり、私たちは、社会保障の制度と職業リハビリテーション制度について世間の注意を喚起し、精神障害をもつ人に関する特定の法律や関連法規の幾つかを書き換えて来たのです。それは始まったばかりです。でも、10年前には、そうしたことに注意を向けさせることすらできませんでした。私達の活動は、他の人たちから「リハビリテーションのシステムではない」と当然のように言われていたものであり、また、社会保障の担当者は「自分たちはリハビリテーションのシステムではない」と言っていたのです。そこで彼らに、「なるほど。自分たちの仕事はリハビリテーションシステムとは異質であるべきであり、私たちとどのように協同作業を行うかについて資金提供はできないというのですね？だが、たとえリハビリテーションシステムとは異なる活動であるとしても、私どもと

協同して、リハビリテーション目標に到達しようとする人たちをどのように援助するかについての資金を提供できないことはないでしょうか?」、とってきました。

それが理解のきっかけとなってより良い仕事が始まったのです。その道程はまだまだ遠いのですが、現在では、こうした双方の差異についての話し合いは連邦政府のレベルで出来るようになっており、そのことが私たちを勇気づけております。

【安西】もう少し明確に聞かせて下さい。生活保護を受けている精神障害の人が仕事に就いて賃金をもらった場合でも、生活保護のお金はカットされないで、継続して一定の期間まで受け取ることができる、という制度は実際にあるのでしょうか。

【アンソニー】はい、あります。特定の上限に到達しない限りは、賃金と社会保障費の双方を受け取ることができます。雇用主からの賃金がずっと高い場合には社会保障費は給付されません。ある程度の賃金を得ている場合には、たとえば2ドルにつき1ドルの割合で減額された分を給付されます。一定の額に到達しない場合には、政府からの給付と雇用主からの支払いの双方によってそれを維持します。この関係はスライド制になっており、賃金が高いほど社会保障費が減額されるポイントが高くなります。

【安西】猶予期間はどの程度ですか。

【アンソニー】簡単な質問のように聞こえますが、その答えはそう簡単ではありません。それは、賃金や労働時間などのさまざまな条件から決まってくるからです。もし能力が低くてパートタイムとして働いているとすれば、その期間はずっと続くことでしょう。能力障害がありパートタイムである限り、社会保障制度による支払いはいつまでも継続されることとなります。中断することはないのです。それゆえ、猶予期間に対するひとつの答えというのではないのです。

【安西】わかりました。どうもありがとうございました。

4 就労への多様な方法

【松井】ほかにご質問やご意見はございませんか。

【藤本】私は、岡山のハーモニック・ステーションという障害者の任意団体に所属しています。車いすを使う私が、こうした精神障害者のシンポジウムに参加した理由を、幾つかの提案と併せて話したいと思います。

精神障害者のリハビリテーションや福祉サービスが、その他の種類の障害者の制度と比べても、非常に立ち後れていることは常識化しています。そうであれば、むしろ、既存の制度を精神障害者の方たちも利用できるようにするにはどうすれば良いのか、といった研究が必要ではないでしょうか。

たとえば、知的障害者や身体障害者の就労については、最近、社会福祉法人がスポンサーになって、その施設内に有限会社や株式会社をつくって、そこがさまざまな事業活動を展開しております。

そうしたモデルケースでは、社会福祉施設がスポンサーであっても、障害者の雇用の促進等に関する法律にあるさまざまな助成制度の利用資格を得ることが可能となります。また、作業ができる状態のときには、会社の中でどんどん作業をしていくことも可能となります。

このように、将来の展望を考えると、例えばアメリカの **IL**（自立生活）の活動のような、医療機関がスポンサーになった障害者自身の人材派遣会社が企業との間をつなぐ緩衝帯となったり、あるいは、研修の場として地域の共同作業所を積極的に利用するといったことが考えられると思います。そうした多面的で多次元的な方法は、現状の縦割り行政の制度の中でも可能だと思うのです。おそらく諸外国でもこうした例はあると思いますが、日本ではなぜそれが出来ないのか、できるにはどうすれば良いのかをお伺いしたいと思います。

【松井】 どうもありがとうございました。ただいまのご意見に対してコメントを頂きます。

【野中】 発表の時にすっかり忘れておりましたが、法定外施設の有利さという点について、ここで改めて指摘しておきたいと思います。

行政がさまざまなサービス機関を直接運営することについては、やはり、多くの難しさがあります。それゆえ、例えば、共同作業所が職業リハビリテーションの意味を理解して下されば、労働側と医療側を結ぶ中間的な機能を十分に果たし得ると思います。また、回復者クラブなどが職業的な訓練を併せて行うとか、アンソニー先生が指摘された、回復者がケースマネージャーになる方法なども考えられます。こうした、行政が直接手を出さないサービスのほうが、将来性があるように思いました。どうもありがとうございます。

【荻原】 縦割り行政は否定できませんが、現行の法律に即して考えれば、社会福祉事業法が、いろいろ問題はあるものの、実務者にとって最も動きやすくして利用しやすいのではないのでしょうか。いろいろな医療機関やその他の施設などのノウハウを統合できるのは、社会福祉事業法をどれほどうまく利用できるか、という点にあると思います。ですから、ご指摘のとおり、現行の法制度の中においてもまだまだ対策を考える余地があると思いますし、医療から就労への谷間をうまく埋める手立ても、この社会福祉事業法をどう利用するかというところに鍵があるように思います。ただし、社会福祉事業法人の資格を取得するには、相当な資金と人と物が必要です。その意味では、それらをバックアップするという戦略もひとつの方向であると思います。

5 公共職業安定所との連携

【松井】 ありがとうございます。ほかにございますか。

【比嘉】 私は、栃木県の精神保健センターに勤務しております。皆さんのお話で大変いろいろと勇気づけられ、具体的に何をしたら良いのかが見えてきた気がします。

私どものセンターでも、ようやく職業リハビリテーションに取り組み始めました。最近ではその手始めとして、障害者職業センターのカウンセラーの方たちと病院のケースワーカーや保健婦との

会合を持ち、お互いに顔を知り、いろいろと情報交換を致しました。その結果、今までは見えていなかった、労働側の事情を知ることができたのです。その意味で、野中先生のセンターで実施していらっしゃる研修体制に多くのヒントを頂きました。

ただ、そういう活動の一環として、公共職業安定所の精神障害者の専門相談員として、病院のケースワーカーを無理に頼んで配属させて貰ったのですが、なかなか精神障害に関する専門相談をさせて頂けないことがあります。公共職業安定所のこうした相談員は、非常勤で仕事の分担は回り持ちのようです。それゆえ、私たちの意図がまだうまく機能していない面もありますが、少しでも取り掛かりを付けて行きたいと考えております。

そうした経験を踏まえて、私は、労働側の方たちとの連携を進めて行く時に、特に、公共職業安定所との連携をどのように進めてゆけば良いのか、その方法についていろいろなヒントや助言を頂きたいと思います。

【沖山】 障害者職業センターのケース会議には、公共職業安定所の担当者の方も何人か参加します。また、会議には医学アドバイザーも参加して頂いております。安定所の担当者の方々のみずみずしい発言や議論を聞かれると、職員の中には精神障害者の職業問題に情熱を燃やしている人も実際にはたくさんいる、ということに気付かれることと思います。

公共職業安定所のイメージがあまり芳しくないのは、野津先生がレビューされたように、精神障害者の職業リハビリテーションの問題そのものがつい最近の課題として浮上して来たことと関係するかも知れません。しかしながら、安定所はそれ以前から、身体障害者や精神薄弱者の職業問題に取り組んで来ているという、歴史的な流れがあります。そうしたことに注目して、安定所の肯定的な側面にもっと注目したほうが良いのではないのでしょうか。これまでの障害者への取り組みで得た多くのノウハウや、実際に開拓した事業所の膨大なネットワークを持っているのは、何といたっても安定所をおいて他にはないからです。公共職業安定所の職員の中には、障害者の職業問題に対して本当にベテランの人もおります。そうした職員に相談すると、事業所に粘り強く紹介をして頂くこともあります。まだまだ、精神障害者に対する経験の蓄積がすくない公共職業安定所ですから、ぜひじっくりと見守って頂きたいと思います。

6 労働行政の取り組み

【松井】 ありがとうございます。労働省から専門官がお見えになっているので、もし差し障りがないようでしたら、今のご質問を含めた労働行政に対する幾つかの質問にコメントをお願いします。

【西村】 私は、障害者雇用対策課で精神障害担当の専門官をしております。先ほどからのいろいろなご意見を伺って、非常に勉強になりました。また、労働行政に対する期待の大きさに責任を感じております。ご質問のすべてにお答えするだけの準備をして来ておりませんが、幾つかの点につ

きまして、私どもの取り組みを紹介させていただきます。

精神障害者の職業リハビリテーションに対する制度は、やっとな緒に着いたばかりという感じです。昭和 61 年度から職場適応訓練の実績を積みながら、翌年の障害者の雇用の促進等に関する法律の改正で、精神障害者も法の対象に加え、平成 4 年のさらなる法改正によって助成金の対象にも加えることができました。こうした、ここ何年の非常に急速な進展を経て、実績を積み重ねつつ対象を広げてきました。

そうした中で、法の対象をフルタイムに限らず、パートタイムにまで拡充するべきではないかという課題があります。また、先ほどから論議のあったリハビリテーションネットワークの構成、特に、事業主に精神障害者を紹介するときに、安定所と医療機関あるいは労働と医療とのジョイントをどのように作るかといった課題があります。これらが新しい課題であると考えております。

これに対する回答があれば容易なのですが、現在のところは、実践的な活動の状況を見ながら、他方で、平成 4 年度から開始しております精神障害者の雇用に関する調査研究会の論議を通して、いろいろと研究を重ねている最中です。どういう職業リハビリテーションの体系を作るのが望ましいのか、事業主を含めてその支援策はどうあるべきか、医療機関・障害者職業センター・公共職業安定所などを含めたネットワークはどうあるべきかなどについて、本日の議論をも参考にしながら、最終報告を作成したいと思います。

また、精神障害者担当の職業相談員につきましては、平成 5 年度に各都道府県に一人ずつ配置し、今後はそれを毎年拡大していく計画です。相談員の研修では、安定所の障害者業務の全般を知るとともに、精神障害の専門家として活躍して頂くことを意図しております。ただし、相談員は必ずしも精神障害をもつ人だけを対象とするのではなくて、それも含めたその他の障害者をも扱って頂くことをお願いしております。公共職業安定所の現場では、そうした職業相談員をどのように活用していくかについて多少の戸惑いも実際にはあります。精神障害の専門家としての部分を、安定所の中でどのように機能させて行くかについては、現場との連絡を密にしながら今後の課題として取り組みたいと思っております。実際のところ、これまでの安定所の窓口では、精神障害を明らかにして求職する人の数は少なかったのも事実です。そのために、職員の経験も少なく多く戸惑いがあります。それゆえ、今後は、職員に対する研修についても考えて行かなければなりません。まさに問題が山積みといった感じがありますが、常に前を見て、一歩ずつ着実にできることから手を付けて行きたいと思っております。

最後になりますが、医療から雇用・就労への移行を論じるのに、労働側からは、障害者職業センターの方に加えて、事業主の方が来て発表して頂けると良かったのではと思います。労働省としては、事業主を含めた連携の在り方についても、今後とも努力して行くつもりです。今日は本当にありがとうございました。

7 事業所の支援

【松井】 どうもありがとうございました。さて、今回の世界会議のいろいろな会場に出入りして取材しておられます知見をふまえて、山口さんにご発言をおねがいします。

【山口】 私は、日本障害者リハビリテーション協会から取材に来ました。取材のこともさりながら、事業主を代弁するような話をさせて頂きたいと思います。

私の友人で、数人の従業員を抱える零細企業の経営者がおりますが、その方から、ここ数日、ひとつの相談を受けております。というのは、従業員の一人がどうも摂食障害じゃないかと思われるふしがあるということです。けれども、一介の零細事業主にとっては、中学や高校の時にそうしたことがあったのかを知ったり、病院に通っていたかどうかを調査をする手段もありません。また、勇気を出して学校や病院に電話してみても、守秘義務によって教えてくれることはないでしょう。

その従業員は、仕事中に突然しびれを起こして、病院に担ぎ込まれたりもしています。親はこれまでそうした病気は全くなかったと言い、今回の病院の費用や親兄弟が通ってきたり宿泊した全額を会社が払えと言って来ております。また、本人は車で通勤したがっているのですが、運転中にそうしたことが起こると、またまた零細企業の責任になるというので悩んでおります。

こうした身近な例を踏まえて、私は、雇用主の保護についてもやがては必要になると思います。実際のところ、精神障害者を雇ってくれる事業所は、多くの場合、中小あるいは零細企業でしょう。そうであれば、雇用主が抱えるさまざまな問題に対して、その相談を受けて対処する機関も必要となるのではないのでしょうか。雇用主が相談できるようなシステムを設けて置かないと、たとえ雇いたいという気持ちがあったとしても、この例のようなことを恐れて、あるいはこうしたことに懲りて、事実上は受け入れられないということになってしまうのではないのでしょうか。

それゆえ、患者に対するさまざまな保護に加えて、多分、患者の次に弱い立場にあると思われる事業主のことも含めた、包括的な支援のネットワークを構築することが今後の課題となるのではないのでしょうか。この次の世界会議や学会のときには、こうした側面に対しても研究や調査が進展することを期待しております。

8 おわりに

【野中】 私は、ひとつの分野の実践的な活動を進めるのにひとつの領域から詰めていくだけではとても無理である、というのが持論です。本日のシンポジウムの全体をとおした論議を見ましても、また、ただいまの事業主の事情を伺いましても、そのことを実感します。

実際のところ私は、職業リハビリテーションにかぎらず、職場のメンタルヘルスも同時に行っております。それは、障害者の職業リハビリテーションは、職場のメンタルヘルスとの融合がないと本物にならないと思うからです。この双方の視点から見て行くと、ただ今のご発言は決して障害者

に固有のことではなくて、労働者である自分たち自身の問題だということに気づくと思います。それゆえ、障害者の職業リハビリテーション活動をされる方は、普通の人の方の職場のメンタルヘルスも同時に理解して頂きたいものです。

さらに言うと、私たちは、どれだけ地域の中の健康度を上げていくか、そういう人材を増やしていくか、少なくとも援助者の理解を増やしていくかという、より広範な公衆衛生的な視点に立つことが重要になってくることを強調したいと思います。

【松井】 まだまだ議論が尽きないと思いますけれども、時間がまいりましたので、これで終了させて頂きたいと思います。

いずれにしても、先ほど安西先生のご発言にもありましたように、いわゆる地域レベルで、実際にユーザーの立場から、いかに有効なシステムを具体的に構築していくのかということが問われていると思います。そういう意味では、今回のシンポジウムを契機として、地域レベルでのシステム作りに向けての努力を今後も続けて行くとともに、それを支援する制度的な裏づけも併せて整備していくことが望まれるでしょう。

きょうはシンポジストの方々、それから問題提起をいただいたお二人の先生方、また、長時間にわたってシンポジウムに参加していただいた参加者の方々に対しても、心から御礼申し上げます。どうもありがとうございました。

第Ⅲ部 発表抄録

「職業リハビリテーション」に関する発表は、**1993年8月24日から27日**にかけて行われた。ここでは、世界会議の開催日前に配布された発表抄録集の中から、職業リハビリテーション分野の発表抄録を再録した。

1 基調講演

座長：竹村堅次（東京武蔵野病院院長,日本）

演者：ANTHONY,W.A（ボストン大学精神科リハビリテーションセンター所長,教授,米国）

日時：1993年8月25日,9:00-9:50

KL 重篤な精神疾患を持つ人の職業リハビリテーション：問題点と神話

Anthony,W.A.（Center for Psychiatric Rehabilitation,Boston University,Boston,USA）

精神的な障害を持った人に仕事を教えるという点で、精神衛生システムはさほど有効でないというデータがある。対称的に、われわれは彼らにどのようにすればクライアントになれるかを教えることに関しては成功しているように見える。残念なことに、労働者になる方法はクライアントになる方法とは非常に違っている。重篤な精神障害を持った患者のうち15%以下しかフルタイムで働いていない。職業能力を改善するためには数多くの神話を捨て去らなくてはならない。意味のない思い込みの例を次に三つ挙げる。①教育水準が高いほど職業リハビリテーションがうまくいく、②精神症状のレベルと職業面の成果とは強い相関がある、③診断によって職業面の成果が予測できる。精神科領域の職業リハビリテーションに関する最近の研究から、新しい原則と介入法が示唆される。

2 基調シンポジウム

司会：調一興（日本）、MCGEORGE,P（ニュージーランド）

日時：1993年8月27日,9:00-10:40

KS-01 作業技能の発達における非政府組織の役割

McGeorge,Peter.（Mental Health Service.New Zealand）

（抄録は未掲載）

KS-02 慢性分裂病患者の職業リハビリテーション—上海のO.T 集団の発展

He Qin Yan.（Shanghai Mental Health Center）

精神障害のケアにおける作業療法の歴史は古い、それが実践されてきたのは精神病院においてのみであった。1970年以來、上海第一 O.T グループはコミュニティの警官によって創設された。この初期のモデルは、慢性の精神障害者のための職業リハビリテーションとして重要な第一歩であった。その周囲に、地方に、また太規模及び中規模の企業に異なった O.T グループがつくられた。その数は100以上にのぼる。1987年にそうしたコミュニティに基盤を置いたリハビリテーション・アプローチの効果を評価するためのプロスペクティブで対象群を置いた研究が2年にわたって計画

された。その結果、**O・T** グループほうが **DAS** スコアでよりよい点数を達成し、陽性症状及び陰性症状の双方においても精神病理がより軽減していたことが明らかになった。その結果から、慢性の精神障害を持った患者の職業リハビリテーションにおいては、行政の参加、社会的資源の活用、現実的な目的を持った適切なサービスの開発が重要であることが明らかになった。

KS-03 リハビリテーションにおける保護された仕事の役割

Ekdawi, M.Y. (Netheme Hospital Rehabilitation Service, Coutsdon, United Kindom)

仕事と精神衛生の関係及び精神科的障害を持った人のリハビリテーションにおける仕事の役割について検討する。リハビリテーションの仕事の提供の基底にある概念、及び職業リハビリテーションの問題と関係した「シェルター」の意味について検討する。さまざまな障害を持った患者のリハビリテーションの **10** 年にわたるフォローアップから、こうした人たちには再入院が少なく、自己破壊的な行動も減っていたことが明らかになった。社会的機能も改善し、レジャーも楽しめるようになってはいたが、患者役割を放棄するという点では有意な改善が認められなかった。

(会議には不参加)

KS-04 日本の精神障害者職業リハビリテーション

調 一興 (全国授産施設協議会会長, 東京, 日本)

精神障害者の職業リハビリテーションは、身体障害者や精神薄弱者に比べて国際的にもかなり遅れているといえるように思う。

日本では **1960** 年以来、身体障害者を中心にした雇用対策や職業リハビリテーションが行われてきており、**1987** 年によく職業的なハンディキャップをもつすべての障害者を対象とする「障害者の雇用の促進等に関する法律」に改められ、基本的には精神障害者もこの法律の対象とした施策が講じられることとなった。しかし、日本では割当雇用制度のもとで、雇用率に基づく財政的調整などを行っていることや、精神障害者の定義のあいまいさもあって、まだ雇用率の対象に精神障害者が含まれていない。そうした中で、ようやく本年度から雇用納付金による雇用の実施、職業訓練および職業訓練技法の研究などに着手したという段階である。また、雇用困難な精神障害者の授産施設等（シェルタード・ワークショップなど）の制度もあるが、これも **1987** 年に精神保健法の改正によって制度化されたばかりで、その数はきわめて少なく、事業内容も貧弱である。つまり、日本の精神障害者の職業リハビリテーションはようやく始まったばかりということである。

3 職親制度の役割と課題（シンポジウム）

司会：金子 鮎子

日時：1993年8月24日,11:00-13:00

1-01 我が国における職親会の歩みと概要について

井出利彦（全国精神保健職親会連合会,東京,日本）

昭和 61（1986）年の全国職親研究会議開催を機に、各県の職親代表と共に準備会を結成し現在の名称となる。昭和 58 年に静岡県に最初に組織化されて以来、現在では 11 県が会を結成し活動している。昭和 57 年より全国的に「通院患者リハビリテーション事業」が実施され、その数は 45 都道府県に及ぶ。しかし、各県アンバランスでありその是正のために職親会活動は必要である。なお全体的には、全国職親研究会議、全国リハビリテーション推進会議等による職親の資質の向上、情報交換・交流などにおいて連携の強化を図り、精神障害回復者のスムーズな就労と自立に向けて、医療、家族、或いは地域における理解ある人たちと共に幅広い活動を進めることが今後の重要な課題であると考えられる。

1-02 愛知県における職親制度の現状

今川宏一（愛知県精神保健職親会,愛知,日本）

愛知県精神保健職親制度は精神病院に入院中及び通院中で回復途上にある精神障害者に対し、民間事業主が職親となり、作業指導等を行い社会復帰の促進を図るものと規定されている。通所対象者は精神病院管理者からの職親通所申請により知事が適当と認めた者を通所者として認定する（年間 6 ヶ月）。

職親への奨励金は通所対象者を受け入れた職親に対し通所 1 名につき 18,000 円（6 ヶ月を限度）を奨励金として支給する。

訓練手当の支給は通院患者については、職親事業所での訓練に対し 1 日 500 円（6 ヶ月を限度）を社会適応訓練手当として支給する。

職親制度実施状況は、1992 年度の登録職親数 200 ヶ所、対象者は入院患者 120 名、通院患者 130 名、年間予算額は、職親への奨励金 27,000 円、訓練手当 7,800 円の計 34,800 円となっている。

愛知県精神保健職親会には約 50 社が加入し、障害者及び回復途上者の初回復帰、社会参加を援助し雇用の促進を図る。そして会員の知識と資質の向上に努め、会員相互の親睦を図る事を目的としている。会の事業として保健所と共催して「精神障害者の就労に関する連絡会議」の開催、各種制度の研修会、一般市民への啓蒙活動等の活発な事業の展開を行っている。

1-03 職業リハビリテーションにおける協力事業所の役割—浅井病院の経験を通じて—

鈴木洋子, 浅井邦彦, 浅井利勇 (医療法人静和会浅井病院, 千葉, 日本)

1959年の病院開設以来、我々は精神障害者の社会復帰の足がかりとして地域の事業所に院外作業療法を依頼し、多くの患者の社会復帰を実現して来た。1985年には精神障害者の社会復帰援助を中心業務とする社会復帰相談室を開設した。地域の人たちの精神障害者への理解を深めて行くために、文化祭・はんでん木祭り等で、「精神障害者も地域の理解があれば働ける」とのアピールを行って来た。スタッフは職場訪問を定期的に行い、職場で三者で話し合う機会を多く持った。その結果、病院と職親の連携だけではなく、職親同志の連携も必要であるとの声が高まり、1989年には協力事業所連絡会を開始した。1991年には精神保健センターの協力で県内の協力事業所・関係機関の賛同を得て、千葉県精神障害者職親の会を結成し、事務局を当院におき、1992年には協力事業所連絡会は浅井病院職親の会として再結成され県職親会の支部としての活動を開始した。精神障害者の社会復帰を進める一つの方法として、地域ネットワーク作りと協力事業所の持つ役割について報告する。

1-04 精神障害者の職業リハビリテーション

荻野克巳 (大富士病院協力会, 静岡, 日本)

昨今、精神障害者の社会復帰は、あらゆる面でテーマ化されて参りました。大富士病院では、20数年前から、患者の社会性の回復と社会復帰こそが治療目標であるとして、実績をあげて参りました。そこで、病院を中心とした民間協力事業所を組織化して、病院の治療目標（患者を社会に復帰させる為には、院外に出し、作業訓練と共に社会感覚を呼びおこさせることが必要である）に賛同する市内にある大小 30 数事業所により大富士病院協力会を設立しました。毎月、職親により会議と研修が行われ、患者の病院退院時には、本人及び家族の希望により、就労のチャンスも与えられております。そのうえ、日常生活の訓練の為に、静岡方式と呼ばれる方法でグループホームや職親寮が提供され、日常生活面からも支援がなされており、その規模の大きさは全国でも珍しいものです。今後、私共、職親が取り組んでいく問題として、次の 2 点を挙げるものと致します。①職親就職している人々の高齢化問題と、家族の高齢化問題、②病院中心から輪を広げた、行政、地域社会との結びつきの強化。

1-05 精神障害者の職業能力開発訓練に取り組んだ経験

土谷直行 (有限会社愛和环境管理, 福岡, 日本)

当社における職業リハビリテーションの試みとして、

- ①OJT：ビルクリーニング技能開発。
- ②Off JT：トレーニングハウス『…かえる塾』を主宰。ワープロ・パソコン科、音響・映像科、手工芸政策科を設置。
- ③リハビリでは、a) ある種の欠陥（障害）が持続するという制約の下において、対象者に最大限

の機能性（適応性）を発揮させること、**b)** 一人ひとりの個性を引き出すために **Off JT** への積極参加、**c)** 生活技能訓練の重視、**d)** 労働習慣の確立の重視、をめざした。

- ④ ささやかな経験の中から見えてきたこと。**a)** 多人数の一斉訓練は馴染み難い。**b)** 生活技能訓練（**SST**）を一步先行させ、その進捗度に対応して職業技能訓練（**JT**）を行う方法がよい。すなわち、**SST** と **JT** の間にある種の相関関係が成立するやに思われる。**c)** **OJT** と **Off JT** を平行して実施することにより、障害者自らが自己の職業特性や適性を発見或いは認識する機会を得た。**d)** 作業手順を詳細に分解して、マニュアル化と同時にパターン化を図ることで、障害者の作業工程への積極導入が実現した。**e)** 訓練に馴染まなかった人たちのタイプ：一定の短時間の拘束労働に耐えることができ、生活自立としての基本的な生活管理（身なり・あいさつ・生活リズムの確保など）は高いので、一般就労はできそうだが、就労定着が困難な人達で、生活自立能力・労働能力も高く、対人接触も良いが些細な出来事を契機に揺れる。薬物による疲労の重なり、緊張した対人関係からくる疲労負荷などにより就労が継続できない易疲労型と呼ばれる人たち。

1-06 通院患者リハビリテーション事業の現状について

鈴木真理子, 宇留賀京子, 斎藤瑞美, 奥山則子（東京都立医療技術短期大学, 東京, 日本）

精神障害者の就労は、社会全体の問題として難しい状況にある。通院患者リハビリテーション事業は、精神障害者社会復帰事業の中で最も就労に近い制度である。東京都では、全国に先駆けて昭和 45 年に「精神衛生職親制度」として開始されが、その利用状況は低迷している。今回、東京都精神保健職親会役員 8 名の聞き取り調査を行った。その結果、本事業の問題点として、①協力事業所の大半が中小企業であり、職親は訓練生を受け入れることで、時間的・精神的・経済的負担を感じている、②職親会会員は昭和 63 年の発足以来増加せず、組織として脆弱であり、職親たちの意見を反映させた活動を充分行うことができていない、③職親・訓練生に対する保健婦の援助が不十分である、ということが明らかになった。今後、本事業を活性化し、精神障害者の社会復帰を促進する為には、保健婦が職親・訓練生への支援を積極的に行うこと、社会復帰事業と関連制度や社会全体への働きかけが重要であることがわかった。

1-07 医師の定期的定位置的職業衛生相談による精神分裂病の退院患者 30 例の対比および評価

Si Shuyu（Liaocheng Prefectural Psychiatric Hospital, Shandong, P.R. CHINA）

1983 年の 1 月から 12 月の間に入院治療をした精神分裂病の退院患者 30 例を選択した。患者は受容と訓育に富む医師により治療され、主にその時点での外来治療、人生、人間関係、さまざまなストレス、不適応について相談し、それに基づいて、医師が適当な対策を提案し、職業的補飾を加え、危機介入をし、対比させた。

その結果、相談した群では労働能力および生活能力により 17 例（56.7%）が完全寛解した。対象群では 10 例（33.3%）が完全寛解した。統計学的処理（ $X^2=4.012, P \leq 0.05$ ）に示されるように

職業衛生相談群は対照群に比べて有意であった。

合理的な社会参加とともに医師の治療は、中国において設けられている 3 段階の保健治療ネットワークと同様な役割を果たしている。これは西側諸国の「職業上の医療ステーション」に代わる保健治療組織となりうる。

4 職業生活の支援－ I （一般演題）

座長：大丸幸・BUENASEDA BRIGIDA

日時：1993年8月24日,14:10-15:50

2-01 国立精神保健センターにおける精神病患者の職業復帰

Buenaseda, Brigida S (National Center for Mental Health, Mandaluyong, Metro Manila, PHILIPPINES)

最も広い意味においてリハビリテーションは能力の回復あるいは復帰を意味する。能力の復帰とはある技術や産業で熟練することではなく、個人が家族の一員としてあるいは社会の一員として十分に機能する能力を認めることである。そして職業復帰は具体的に、障害者を賃金のもらえる職業に適するのに必要なサービスを意味する。国立精神保健センターは、低所得者を対象とする政府の精神医学施設である。患者は様々な地域からきているので、経済的な問題から家族や親戚は患者を引き取るのが困難な状況である。患者は何か役にたたなければならない。職業復帰のプロセスは事例の発見から始まる。その中では、医者、看護婦、ソーシャルワーカー、活動セラピスト、介護者、及び心理学者が協力して行う。患者の能力が見いだされる。その後患者はもっといい病棟におかれ、さらにセラピストがいて社会復帰の場を提供するワークショップへと移される。職業復帰は、ソーシャルワーカーが雇用主を探るかあるいは別の機関へ紹介するといった形で進められる。

2-02 香港における精神障害者の保護雇用についての研究

Lee Y.Y. Amy (Rehabilitation Division, The Hong Kong Council of Social Service, HONG KONG)

これは香港における精神障害者用の社会復帰の場を提供するワークショップに関する初めての体系的な調査である。研究期間 3 年の間に、退院に成功した 61 人の精神障害者と 171 人の現労働者を調査した。現労働者と比較して、退院障害者はユニークな特徴があった。年令が若いこと、病気の期間が短い、ワークショップでの滞在が短い、そしてワークショップ外から専門家のカウンセリングを受けていたなどである。収入源に変化があった。現労働者は家族の資金援助への依存から公的援助へ、退院労働者の場合は公的援助から労働に対しての賃金による収入への移行である。こういった結果は、香港における現在の職業復帰状況の観点から、その影響と勧告とともに議論された。

2-03 職親制度修了者のその後の問題

大丸幸,田中梧郎 (北九州市立デイケアセンター,福岡,日本)

精神分裂病者が職親制度を利用して社会復帰を試みた4年半の経過実績から、職親開始直後の援助の重要性と訓練制度修了前の人達への援助の必要性が明らかになってきた。今回、そうした援助を受けながら職親制度を利用して3年満期修了した人の内訳と制度修了後の問題点と今後の取り組みについて報告したい。

①職親制度修了者の内訳について

昭和62年から平成4年9月現在までの職親制度利用者総数75人中、中断者は40人(53%)、3年満期修了者は関係機関(保健所、医療機関、職親、当センター等)による継続援助及び関係機関による処遇会議等の成果により年毎に増え18人(24%)である。この18人(男14人、女4人で平均年齢36±6.5歳)のうち、同じ職場で継続雇用されている者10人、他職場でのパート勤務者3人、自宅療養者4人、当センター入所者1人である。

②職親制度修了者に対する問題点と課題

継続雇用者10人の雇用形態は、準社員、パート、訓練生に準じる手当なしの訓練生等であるが、一職親が受け入れ可能な数にはおのずと限外があり、その対応は職親の裁量・許容量に任されているのが現状である。そこで、これまでの関係機関との連携に加えて、職業安定所及び障害者職業センター等との連携を更に密にとり、職場適応訓練等の他制度利用及び訓練修了後の就労先探しを急務となっている。現在、職場開拓用のパンフレットを作る等の新たな取り組みをしている。

2-04 社会復帰と職親の役割

渡辺好憲 (大富士病院協力会,静岡,日本)

大富士病院は、心に悩む人達の抗精神薬の治療と共に、患者の社会復帰を考えた治療法を進めている病院で、病気がある程度回復すると、職親である地での企業が、受け入れ温かく指導しています。私の工場の一例ですが、男子2名女子4名が、ペーパー加工で働き、工場2階は、共同住居として14名、8名の方は、各事業所に出て働き、私は生活状態を見守っています。私の工場で働いているA君、3年前病院より院外作業として1年間通っていたが、彼の声を1度も聞くことができないし、口数が少なかった状態でした。その彼を私の所で退院者として受け入れ、会話出来るような方法を考え、2年かかって少しずつ心を開かせることが出来ました。今は仕事をしながら歌を口づさむ今日この頃です。又、私は現在精神障害者の社会復帰の施設が少ないことから、私の土地へ新しく共同住居を建てて、一人でも多くの障害者が社会復帰をするよう援助したいと思っています。

5 職業生活の支援－Ⅱ（一般演題）

座長：高木美子・KAMBHATRA KAMALA

日時：1993年8月24日,16:20-18:00

3-01 慢性精神分裂症者の社会復帰

Weng,Y. (Bejing Anding Hospital,CHINA)

この研究では 127 人の精神分裂症入院患者が対象となった。3 段階の治療が社会再適応に使用された。第一段階では、イニシアチブに欠ける 17 人の患者が訓練グループに入った。自己サービスイニシアチブの 13 項目が、行動変化とともに復帰の有効性を測定するため使用された。17 人の内 9 人が顕著な改善を示した。第二段階では、社会的技能に欠ける 40 人の患者が対照実験に加わった。患者の行動を測定するため社会技能 23 項目を使用した。研究グループの 20 人の内 13 人が治療に反応した。そしてグループのマイナス兆候は社会復帰により緩和された (SANS のスコアが減少した、 $t=2.96$ 、 $P<0.05$)。対照グループの 20 人は変化がなかった。音楽療法の研究のため 70 人の患者が選ばれた。40 人が療法グループで 30 人が対照グループだった。療法グループは音楽活動に参加することが義務づけられた。患者は、自分自身や自分の感情を表現し、出会う人には誰でもコンタクトをとるよう奨励された。40 人の内 31 人が療法に反応した。第三段階は社会復帰である。第二段階で良好な結果を示した患者が第三段階へ進んだ。

3-02 精神障害者の職業復帰－職業生活援助－

Kambhatra Kamala (Dept.of Psychiatry,Ministry of Health,Antiga,WEST INDIES)

ジャマイカで 7 年間 (1981 年から 88 年) 63 人の精神病患者に対し、またアンチグアで 2 年間 (1990 年から 92 年) 9 人の患者に対し、音楽、美術、ダンス、演劇、工芸、木工などの芸術への関心から行われた分析的研究に、この報告は基づいている。患者は仕事に対する適性や特定の分野で才能に応じて選ばれ、病気の作業療法として芸術作品を与えられた。作業に対してはお金が払われた。患者を観察してみると、美術や音楽を利用した作業療法は精神病の完全治療に貢献したと断定してよい結論が明らかになった。うつ障害患者や精神分裂症患者は療法の開始後すぐに改善がみられた。予想より早い時期に退院した。退院後、生活援助や励ましのため職業が与えられれば、患者は自分を支えて独立した生活を営むことができる。家族や社会は、精神病の治療後でさえ患者に関心を寄せないのは明らかだから。

3-03 精神障害や廃疾を持つ人を職場に統合する

Kemp,D.R (California State Univ.,Chico,California,USA)

この報告では、政策、法律、裁判事例、及び組織的行動が、精神障害や知的障害を持つ人の職場

統合につながる方法を検討する。**1973**年のリハビリテーション法や**1990**年の障害をもつアメリカ人法などの法律を、リハビリテーション政策の変化や**Souder**などの裁判事例とともに、吟味する。さらに、カリフォルニア州チコでの作業訓練センターにおける援助付き雇用の開発も考察する。このプログラムは精神障害者や知的障害者の療法を対象としている。

3-04 変化を望み行動を起こす主体について

杉山洋子（香川県総務部職員課,香川,日本）

職場内の精神保健相談の窓口は、必ずしもケース（事例）とみなされている職員が自ら相談をもとめて来るとはかぎらない。問題を認知して、何らかの変化を望み行動を起こす主体、すなわち最初のクライアントが、職場の同僚や管理者である場合がある。

したがって、職場内精神保健相談においては、ケースとみなされている人物のみならず、その周辺の人々の、変化に対する期待も常に念頭において関わりをもつことが、望ましい結果をもたらす場合がある。

職場内精神保健相談では、誰が何を問題と感じており、どのような変化を望んでいるかを、関係者が再確認していく過程で、事例性の解消がはかられる場合も少なくない。

しかるに、こうした相談事例の取り組みにさいして、精神保健チームのスタッフが何らかの介入を試みた結果、関係者が予期しえなかった事態を招いてしまうことがある。以上の問題をふまえて、職場内精神保健チームの相談活動のあり方を、事例にもとづいて方法論的に検討したい。

3-05 広島障害者職業センターにおける安定した職業生活を営むための支援活動の実際

相澤欽一（障害者職業総合センター,千葉,日本）

広島障害者職業センター（以下、センターという）において実践している精神障害を明らかにして求職活動をする場合の職業生活の支援活動を紹介する。職場で働く前には、面接や職場見学を通じて職業情報を本人に十分伝えておく。事業所側には、本人に関する情報（できること、苦手なこと、事業所側に配慮して欲しいこと）や活用可能な援護制度や関係機関の援助体制等を伝え、適切な受け入れ環境を用意してもらうようにする。本人と事業所がともに希望する場合は、職務試行を活用し、本人には職場を実際に体験してもらい、事業所には本人の仕事ぶりを見てもらう。就職後は、様々な形で本人や事業所の相談にのる（職員が事業所訪問する、本人がセンターに来所したり電話をかけたりの等）。場合によっては、労働条件（労働時間や休日、職種内容等）の変更について、事業所と交渉する。尚、効果的な職業生活の支援を行うためには、病院や保健所の職員と職業安定機関の職員の密接な連携が必要になる。そこで、**1992**年度から、センターと広島県立総合精神保健センターの共催で、病院や保健所及び職業安定機関の関係職員の合同研修会を開催している。

3-06 作業協同組合—精神保健の経験

Silvestri F. (Monadnock Family Services, Keene, New Hampshire, USA), Harris C. (Framework Trust, Auckland, NEW ZEALAND)

全世界で失業が広がり、ドルの価値が下がる時代に、精神保健消費者に対する新しい雇用イニシアチブは、一層困難になっている。さらに、消費者にもっと力を与える傾向により、精神保健ニーズに合った所有、管理及びシステムの新しいモデルが必要となっている。アメリカとニュージーランドにおける作業協同組合の発展を、リハビリテーションと社会的役割の価格安定理論に関連して論じる。作業協同組合発展のモデルを、哲学、実施戦略及び落とし穴を取り入れながら議論する。

6 医療から就労への支援（一般演題）

座長：先崎章・平賀昭信

日時：1993年8月25日, 11:00-13:00

4-01 精神科救急医療における就労援助

平賀昭信（千葉県精神科医療センター, 千葉, 日本）

当センターは、日本初の精神科の救急病院である。二つの病棟（内訳は保護室8床、個室12床、4床室が5部屋）、救急処置室、インテーク室（ホットラインの電話相談サービス）、外来、アフターケア・危機介入チームとD・Hで構成されている。これらの機能を持った中で、D・Hは長期入院患者のケアの選択肢、早期リハビリテーションの実施のため必要不可欠なものとして設置された。過去7年間において、終了者は210名である。内訳は84人（40%）が就労・復職、24人が進学・復学、37人が家庭復帰、48人が中断、17人がその他という帰結である。平均通所期間は12ヶ月であった。就労援助では個別・集団の両方をおこなっている。後者の例では、繁忙期にデパートでの集団アルバイトである。職業上の相談やガイダンスはD・Hコース終了後も続けられている。精神障害者の就労援助において、次に挙げる六つのポイントが重要であると考えられる。

①患者個人の動機づけ、②家族の協力、③適切な医療（服薬等）、④公共職業安定所の協力、⑤障害者職業センターの協力、⑥企業の理解である。

4-02 精神分裂病のデイケア—過去20年の経験をとおして

小塚裕亮, 花岡正憲（香川県精神保健センター, 香川, 日本）

わが国における精神科デイケアの歴史は、1963年の国立精神保健研究所（当時「国立精神衛生研究所」）に始まるといわれ、以後、全国の病院をはじめ精神保健センターや保健所でも試みられるようになった。形態としては、医療機関のデイケアと医療機関外のデイケアに大別されるが、デイケアに求められるものは利用者によってそれぞれ異なり、はたして提供者がそれに十分応えることが

できているか否か疑問である。香川県精神保健センターにおいても、主として精神分裂病患者を対象としたデイケアが開始されて **20** 年を経過した。われわれはこれまでの経験をとおして、患者のデイケアそのものに対する第一次的な要求に応えるだけでなく、利用者の個人的、家族的、社会的問題も常に念頭において、これらを取り上げていくことが大切であると考えている。なぜなら、こうした問題が患者の社会復帰を阻む要因となっている場合があるからである。今回は、この観点から精神分裂病患者の社会復帰プログラムとしてのデイケアにおけるわれわれの役割と仕事を検討してみたい。

4-03 「福岡県デイケア研究協議会」のあゆみ

中村興容,小串武,土橋三郎 (福岡県精神保健センター,福岡,日本)

昭和 **56** 年、福岡県精神保健センターの呼びかけで、「福岡県デイ・ケア研究協議会 (以下、「研究協議会」という)」が発足した。開設時、**5** 施設、会員数はわずか **49** 名であった。現在は、**20** 施設、会員数も **300** 人を越えるまでに成長をした。

「研究協議会」の開催は、年 **3** 回、各施設の持ち回りで行っている。内容は、自由演題、施設紹介と特別講演、シンポジウムなどを行っている。その他、国内外からの講師を招いて学術講演会も開催している。また、年 **1** 回機関誌「精神科デイ・ケアふくおか」を発行し、現在、**10** 号を刊行するに至っている。

ちなみに、全国的にみて福岡県は、精神科デイ・ケア承認施設数が、大阪とならんでトップレベルである。このことは、「研究協議会」の地味な活動と無縁ではなく、さらには、地域精神保健の活性化にも役立っていると考えられる。

4-04 一私立病院における院外作業及び通院患者リハビリ訓練の現状と問題点

先崎章*,鈴木洋子,阿部哲矢,中西亜紀,宮本尚哉,大久保善朗*,浅井邦彦 (浅井病院,千葉,日本,
*東京医科歯科大学神経精神医学教室,東京,日本)

一私立病院における、比較的罹病期間の長い患者に対する職業的リハビリの実態を把握し、成功例において有用であった医療・社会資源の検討、および中断例における問題点の抽出を試みた。

【対象】1993年までの7年間に**35**カ所の事業所(うち千葉県精神障害者(通院患者)リハビリテーション事業所**19**カ所)の協力を得て院外作業あるいは通院患者リハビリ訓練を行った**78**例(うち精神分裂病(ICD-10)患者**60**例;平均年齢**44.0±10.8**歳、平均罹病期間**20.4±10.0**年、その他の疾患(器質性精神障害、気分障害など)の者**18**例)である。【結果】**78**例は、一般就業に至った者**12**例、就業には至らないが成功している者**23**例、中断し**1993**年現在訓練を行わずにいる者(中断例)**39**例、現在訓練途中(**6**ヵ月未満)で判定未定の者**4**例に分けられた。成功例では、生活の場が病院より地域へと移行し、あるいは家族の受け入れを促進し入院の長期化を防ぐことにつながった。院内作業、デイケア、生活技能訓練などが有用であった。一方で中断例の中には、訓練から

の脱落により不安的な傾向あるいは無為自閉的な傾向が増強し、その後の社会復帰への導入が難しくなる例が認められた。この傾向は精神分裂病患者で目立ち、再試行にあたっては患者別にきめ細かに医療・社会資源を活用することが必要と思われた。

4-05 精神科領域から一般就労までの援助プログラム

新 雅子（大阪府立中宮病院,大阪,日本）

精神障害者の職業リハビリテーションのための援助プログラムは次のとおりと考える。①就労へ向けての準備期間（母親的対応）：頻回に、継続して面接する。面接内容はその時点で気掛かりなことは何でも取り上げるが、それは横糸であって、常時一貫した縦糸になるのは、**a)** その人にとっての望ましい設定時間の通りに寝起きしているか、**b)** 余暇に適切な体力増進の努力をしているか、**c)** **a)** と **b)** が安定してから毎日通うべきところに休まず通っているか、を確認することである。これらの課題が達成できるまで、彼らのレベルに合わせた働きかけを繰り返す。②職業訓練期間（父親的対応）：適性に応じた職務について職業訓練が受けられるように環境整備し、一般者に混じった時の対応ぶりを把握しながら、**a)** と **b)** を縦糸とする面接を定期的に継続する。同時に同じ境遇の仲間同志のミーティングが有効になる。③職場適応援助の期間（先輩・仲間の対応）：新しい環境で、今まで以上の複雑困難な刺激に翻弄されるだけに、より实际的で、強力な危機介入的な援助が重要になる。これを適切に実現させる下地としては働く仲間が定期的に集まって、近況報告し合うグループを育成援助し、長期間継続させておくという援助が何より重要になると考えている。

4-06 包括的リハビリテーションの一環としての体系的就労援助

長安正純,大森文太郎,藤田英彦（慈圭病院,岡山,日本）

「行く所があって、する事があって、帰る所があること。こんな素晴らしいことはありません」。つい先日の回復者クラブの席での、共同住居に住み、職親に通っている一人の女性の言葉である。精神障害者の **QOL** を考えるとき、「働くこと」「働けること」は最も重要な問題の一つである。当院では、利用者が自ら求める **QOL** を獲得するために、より有用で効果的な援助・サービスを提供するため、入院当初より、自立・社会参加・就労を念頭においた包括的リハビリテーションを進めている。その一環として、陰性症状の改善に主眼をおく院内作業療法を中核とし、約 **30** カ所の関連事業所・デイケア・共同住居・社会復帰訓練施設等を活用した体系的就労援助を行っている。内容は、必要十分な休息の後、生活リズムの回復を図るための簡単な活動を導入し、徐々に働き療法・前職業訓練的作業療法、関連事業所、一般就労へと進む段階的就労プロセスと、並行して行われる自立的技能・対人的技能等の諸生活技能の学習・自立生活援助から成り、個々の状態に応じた利用が可能な柔軟な体系である。リハビリテーションは入院初日から始まると言われるが、当院と当院デイケアにおける比較的高い就労率の源と考えられる就労援助活動の実際を、「個別の治療目的と自己目標をもった生産的作業」を含む当院作業療法の治療的意義と実践を中心に報告する。

4-07 中国での精神障害者リハビリテーションの概観と将来の発展に対する暫定的考え

Wei,C. & Wu Z.Y. (the 4th People's Hospital of Urumqi,Urumqi,Xinjiang,CHINA)

精神病院を経営する上で 4 要素を一つにまとめた指導原理—仕事、娯楽、精神療法及び薬物療法の組み合わせ—は、1958 年に提案され実施された。1986 年に開かれた第二回精神保健国内会議で、社会機構の安定に重要な役割を果たす精神保健事業がなされることになった。第七次五カ年計画に沿って、薬物療法やその他の副次治療を行いながら、主に作業療法に頼る暫定的な考えが提案されている。患者に自分の存在価値を認識させ人生への自信と喜びを深める作業療法の社会・経済的利点に、重点をおくべきである。

4-08 日本における職親制度の現状と問題点

丹野きみ子（国立精神・神経センター精神保健研究所,千葉,日本）

精神障害者の就労問題を発展させるために、医療関係者のみならず、保健、福祉、労働、産業など各分野が協力し力を合わせていかなければならない。しかし、一般就労はごく限られた一部であり、多くは保護的な就労形態をとっている現状である。保護的な就労形態もしくは就労への訓練形態である職親制度（通院患者リハビリテーション制度）の実施状況と関係者から提起されている問題点を検討した。各都道府県において通院患者リハビリテーション制度（通院患者のみに適用）あるいは職親制度（入院患者の外勤にも適用）のいずれかが実施されている。この制度内容は利用期間は 8 ヶ月、事業所に訓練生一人につき月額 2 千円委託料として支払われている。県独自の予算で交通費負担、保険加入、訓練手当に上乗せしている県もある。職親から提起される問題点は訓練生が休みがちで続かない点と制度利用終了後の問題である。医療側からは職親がみつからない、たとえ見つかったとしても審査等に時間がかかり機を逸してしまう等がある。当事者からは業種が限定されているので仕事を選べない、行政側からは審査のやりにくさ、効果の判定のしづらさがあげられている。

7 医療から雇用・就労への移行 I, II（シンポジウム）

司会：渡嘉敷暁・松井亮輔

日時：1993 年 8 月 25 日,14:10-18:00

5-01 医学的リハビリテーションにおける職業問題

野津真（東京都立中部総合精神保健センター,東京,日本）

最近まで職業リハビリテーションの対象外であったので、我が国の精神障害者の職業問題は、医学的リハビリテーションの領域で扱われてきた。しかし、研究報告の数は少ないし方法論的な整理もまだ十分とは言えない。そこで、最近 10 年間の国内文献を基礎に、①職業に関連する評価、②

訓練、③職業生活を持続させる要因、の3点について考察を行った。その結果、①職業能力の単独評価は行われておらず、生活上の障害の評価に並列あるいは包含されるものが多い。なかでも、症状の安定度とADLおよび意欲が主な評価対象になっている。②訓練は職業的訓練より職場環境への適応と、本人の自信獲得を目指しているものが多い。また、技法としてはSSTに言及した報告が多い。③職業生活を持続させる要因は、「無理のない」仕事の選択と援助者のタイムリーな介入であり、雇用促進対策の充実を求める声が多いことが明らかになった。ここから、わが国のこの問題の特徴として、①医学的リハビリテーションにおける就労援助活動の保護的性格、②医学一職業の間にある認識の相違、③両者を結ぶ新たな共通基盤の必要性、を指摘した。また、医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションへの円滑な移行を行うための主要な課題をいくつかあげた。

5-02 医療機関における作業療法—作業障害の視点から—

萩原喜茂（多摩病院,東京,日本）

作業療法の役割は、対象者が示す作業の障害を捉え、その回復および代償可能性を提示することであると考える。作業の障害は、日常生活動作や就労能力などの社会生活能力に影響をおよぼしているが、これらを引き起こす原因は多様で、個体の身体的・精神的な要因だけでなく、対人関係を含む環境要因も大きく作用する。それ故、具体的な援助を行うためには、作業の障害を成り立たせている様々な因子を抽出し、相互の関係性を構造的に把握することが必要となる。精神障害者（主に分裂病者）に対する就労を中心とした関わりを行う場合も、この視点からの援助が主な内容となる。従来より作業速度や集中力・持続性などの低下が大きな問題点の一つとして指摘され、慢性分裂病の作業特性などについても検討されているが、具体的な援助方法の確立までには至っていない。この点についての医療機関における作業療法は、先ず対象者の就労への準備状態に影響をおよぼしている作業の障害を分析し、対象者が速やかに次の段階へ移行できるような援助を行うことであろう。実際には、①どのような作業内容において、どのような形と程度の障害が表出するのか、②表出した障害にはどのような因子が影響しているのか、③本人は自らの問題をどのように捉えているのか、④どのような内容の手助けであれば乗り越えるのか、などの点について明らかにする必要がある。今回のシンポジウムでは、従来から行われてきた実践も踏まえたいうえで、医療機関における作業療法から見た就労援助について検討したい。

5-03 精神障害者リハビリテーション施設における就労援助活動

早川俊一（川崎市リハビリテーション医療センター,神奈川,日本）

川崎市リハビリテーション医療センターは、川崎市が設置、運営する日本で最初の就労援助を専門に担う部門を擁する精神障害者リハビリテーション施設として国の補助を受けて1971年に発足した。私たちの就労援助活動は、就労前訓練から求職援助、職場開拓、職場適応・職場定着援助、就労生活維持援助、広義の社会生活支援であり、これらを一貫して行なっている（就労援助プログ

ラムには、①就労ゼミ、施設外作業訓練、②就労準備相談、職場開拓、会社面接や職場見学同行、公共職業安定所の利用、③職場訪問、同伴就労、連絡調整、職親制度や職場適応訓練制度の利用、④就労者の集団活動、などがある)。また、一般企業に職場を提供してもらい就労援助担当職員が同伴就労や職場訪問などを通じて必要な援助を行うなど、施設内のみならず、施設の外でも援助活動をしている。それは、実際の就労体験による自己評価・他者評価を可能にし、その結果は本人にフィードバックできる。同時に、就労に必要な資質を体得させられる。できるだけ現実に近い場面の訓練や援助援助が効果的であり、大切と思われる。

今後も、私たちは、私たちが対象とする精神障害者一人ひとりの病気の状態と障害の程度に則した援助活動を目指していきたいと考えている。

5-04 職業リハビリテーションにおけるネットワークの構築

野中 猛 (埼玉県立精神保健総合センター, 埼玉, 日本)

わが国における精神障害者の地域ケアの現状について簡潔に述べ、特に、職業リハビリテーションの課題のために地域でネットワークが構築される必要性と、その実践について報告する。わが国では、今なお人口 1 万人当たり 28 人の精神障害者が入院を継続しており、職業よりも、地域で生活するための総合的な援助が前提として急務であるが、職業上の成功が在宅生活を支える面も一部あり、同時平行して整備すべきものであろう。

これまで、職業リハビリテーションを疎外する最大の要素は、わが国においても、医療、保健、福祉、労働、教育といった各分野の援助が連携しない点である。職業生活の基礎となる社会適応上の援助も不十分であった。埼玉県においては、診療、社会復帰、啓蒙相談の機能を併せ持つ当センターが開設したことを契機に、県内のリハビリテーション機関の量と質が向上し、他分野との連携が深まることで、就労が継続する精神障害者の事例が増えている。この中で、特に、他分野とのネットワーク構築のための留意点を整理したい。中でも、精神保健センターと障害者職業センターとが共同で行う、相互の短期研修と、援助付き就労の実践が果たす役割に焦点をあてる。

5-05 キャリア発達の視点とその推進

松為信雄 (障害者職業総合センター, 千葉, 日本)

職業リハビリテーションは、個人と環境との適合関係を最適な状態にするための、さまざまな対処のプログラムを提供する。そのために、個人側の諸特性と環境条件の双方に均等な介入をする。また、個人への介入は、単に就職して職場に適応するための援助に限らず、その人生の全体を通して要請される多様な役割をどのように支援するか、という視点が重要となる。それは、キャリア発達の視点にそって個人を理解することであり、職業リハビリテーションを QOL の活動の枠組みに置くことでもある。

この場合、①職場で要請される役割と、②生活の場としての家庭や地域で要請される役割、の双

方に対する自己概念をどのように構成あるいは再構成するか、が重要な課題になろう。そのためには、①我が国の企業内の職業環境は、個人にどのような役割遂行を要請しているか、②そうした役割が遂行できるには、どのような援助や介入が必要か、③職業生活を維持するには、家庭や地域での生活をどのように援助するか、を明らかにしなければならない。

こうした点について、我が国の現状や精神障害者の職業リハビリテーションの課題を検討する。それは、キャリア発達の視点に即して精神障害者の共通理解を深めることであり、医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションへの円滑な移行を進めるための、各種の専門家が共有すべき視点の手掛かりを探求することになろう。

5-06 精神障害者の働くスタイルを探するための具体的方策

沖山稚子（埼玉障害者職業センター, 埼玉, 日本）

地域障害者職業センターは、職業評価、職業指導、職業準備訓練を専門的に行う施設である。地域センターは日本国内の **47** 都道府県に一つずつある。センターは公共職業安定所と密接に関わりながら業務を行っている。

精神障害者のある者は、基本的な労働能力に難があり、すぐに職業に就くことができない。これらのクライアントを即職業に就けるのが難しい状態になっている。そこで、体系的な指導や職業前訓練が必要になってきた。これらの点からいくつかのセンターで **1985** 年からは職業準備訓練が、さらに **1990** 年からは民間事業所を使った職業準備訓練（いわゆるプレ・サポーテッドエンプロイメント）が開始されることになった。これらの訓練を通して我々は各々のクライアントに応じた働くスタイルをみつけようとしている。

ところでほとんどの精神障害者は治療を続けてうけることが必要なので、我々職業カウンセラーは医療関係者の協力を得て彼らの職業生活を支えねばならないことを強調しておきたい。

医療との連携の下でこれらの訓練を精神障害者に実施することが効果的な方法であるので、強化されることが望ましい。

8 授産施設・共同作業所の役割と課題（シンポジウム）

司会：藤井 克徳

日時：1993年8月26日, 11:00-13:00

7-01 尙障害者自立工場における職業リハビリテーション

加藤直人, 伊藤静美（「麦の郷」, 和歌山, 日本）, 生駒芳久（和歌山県立医科大学神経精神医学教室, 和歌山, 日本）

「麦の郷」は、自立工場、援護寮、通所授産施設、印刷所、地域共同作業所などを併設する民間

立の複合施設であり、精神障害者の生活の援助および職業リハビリテーションを行っている。5年前に開所した障害者自立工場は、当初より一般事業所の形態をとって出発し、現在は有限会社のクリーニング工場である。20名以上の精神障害者が働き、今ではその中の4名はスタッフとなり、ほとんど障害者自身の手で運営されるまでになっている。しかし、精神障害者が地域で生活し、就労を維持していくためには困難も多く、必要な援助は様々である。これら多様なニーズをもつ障害者に対し、クリーニング部門だけでなく、印刷部門、軽作業部門さらには給食サービス部門など、個人の適性に即した職場を準備することによって、労働意欲を引き出し就労を継続させることにも成功している。職業リハビリテーションの最終目標のひとつは一般就労であるが、自立工場で働く障害者はかつて何度もそれに失敗したあと自立工場にたどりつき、安定就労を得ることで、生活の質までが大きく変化してきている。当日は、N氏（38歳、男性、既婚）、H氏（28歳、男性、独身）などのケースを通して、自立工場の実際を紹介する。

7-02 地域作業所における就労援助の動き（横浜の事例）

吉塚晴夫（横浜市精神障害者地域作業所連役協議会横浜,日本）

精神障害者地域作業所は多くの役割を担い、ユーザーのニーズに応えている。例えば友人を得られる憩いの場、生活技能の再習得や休息、再発再入院の防止、レクリエーション、就労訓練等であり、また何よりも自己の存在を受容的に受け止めてくれる場である。そして市民啓発の拠点でもある。ユーザーの多くは就労、就職を利用の目的として持っている。しかしスタッフの不足等により最も手薄であったのが就労援助の部分である。同義反復のようになるがこれまでは元々就労できる人だけしか就労出来なかったといえよう。多くの人が就労を望んでいるのに、ここの分野での具体的な援助方法の蓄積も乏しかった。近年、「援助付き雇用」「過渡的雇用」などの就労形態、援助技法が紹介され知られるようになった。これにヒントを得て、横浜で始めた大きなグループでの就労援助の実践を紹介したい。

7-03 公立作業所 10年間の報告

近藤昭子（市川市障害福祉課南八幡福祉作業所,千葉,日本）

東京に隣接する、市川市は人口45万人の都市です。市内には保健所のD.C.（週1回）、地域家族会「松の木会」の運営するソーシャルクラブ・松の木クラブが週1回市内の「老人憩いの家」で運営されており、その延長線上に福祉作業所の設置希望が、市内の他の病院家族会と合同で市に提出され、昭和57年5月、精神障害者を対象とした福祉作業所が公立公営で開設されました。職員は2名配置されましたが、地域の医療関係者、ボランティアらが毎日応援に駆けつけてくださり、地域ぐるみの福祉施設が市の中心街に近い複合施設の中に誕生しました。10年が経過し精神保健法の改正に伴い、名称が精神障害者社会復帰通所授産施設と変わり、また職員数も3倍の6名になり充実されました。が、当初の地域の協力体制は変わらず、加えて作業所が核になり関係機関との連携も

よく、たくさんの障害者の社会復帰、社会参加を援助し、障害者のシェルターとして機能しています。10年の経過を報告致します。

7-04 福祉工場エバークリーンの紹介

三浦明雄（福祉工場エバークリーン,東京,日本）

「福祉工場エバークリーン」は、精神障害をもつ人たちの働く場として、1991年に開設されました。ここでは「東京都生活協同組合」との業務提携により、米ぬかを原料にした無公害石けんを製造しており、福祉と環境保全のタイアップが図られています。現在、十数名の人たちが働いています。ここでは、原料の仕込み（米ぬかと苛性ソーダを混ぜる一けっこう重労働!）、製品化、梱包、発送という一連の作業を、すべてメンバーが行います。それだけに課せられる責任は重いのですが、より一般企業に近い形の労働環境で働いてみたい、安定した賃金を得て自立したいという、ひとりひとりの要求が現実のものとなっているのです。「精神病患者」としてではなく、ひとりの働き手として、ひとりの人間として存分に持てる力を発揮しているのです。

7-05 精神障害者の福祉的就労をめぐる現状と課題

藤井克徳（共同作業所全国連絡会事務局長,東京,日本）

我が国における精神障害者の社会復帰施策は極めて貧しい状況におかれている。1988年の精神保健法の制定に伴って授産施設を含めた社会復帰施設が法定化されたが、これによる効果はほとんど見られない。授産施設は1993年3月現在、全国で46カ所設置されているにすぎない。一方、いっこうにおとろえを見せることなく増勢を続けているのが、無認可の共同作業所である。その数は1992年10月現在、全国で700カ所に達し、精神障害者にとっての現実的な社会資源となっている。共同作業所の機能としては、①医療機関と就業の間に位置する中間施設、②就業が目標となりにくい者にとっては再発防止、入院・再入院防止の場、③地域における障害者権利擁護運動のセンター、の3点を持ち、また具体的な活動としては、④作業活動、⑤教育的活動、⑥社会復帰の3点を支柱としている。

精神障害者を対象とする授産施設ならびに共同作業所をめぐる課題はいくつかあるが、まず実践課題としては独自の実践の体系化を図っていくことである。政策面の課題としては公的補助金を大幅に拡充し、経営基盤の安定を図ることである。とくに共同作業所の場合、この点については緊急の課題となっている。

共同作業所づくり運動の発展は、今後のわが国の精神障害者の地域生活援助システムのあり方に少なからず影響を与えるであろう。

9 精神科作業療法の現状と教育（シンポジウム）

司会：鈴木明子・山下清次

日時：1993年8月26日,14:10-15:50

8-01 作業療法における精神保健領域の位置付け

寺山久美子（東京都立医療技術短期大学教授,(社)日本作業療法士協会会長,東京,日本）

我が国における精神科作業療法について、日本作業療法士協会の立場から以下の点につき論じる。

- ①日本作業療法士協会の活動の中における精神科作業療法の歴史的変遷。
- ②精神保健領域における作業療法の役割と機能。
- ③精神保健領域における作業療法が抱える課題と今後に期待するもの。

8-02 精神科作業療法に関する調査

篠田峯子（国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院,東京,日本）

1990年に厚生科学研究の一環として行った「精神科作業療法のあり方に関する研究」による調査結果を報告する。

- I. 方法：
 1. 対象者：①作業療法士 293名、②医師 293名。
 2. 調査方法：郵送によるアンケート調査。
 3. 調査内容：①アンケート記入者及び勤務する病院の背景情報、②病院内作業療法的内容及びそれに対する意見、③外勤作業療法に対する意見。
- II. 結果：常勤作業療法士の数は1病院平均 2.3人（1～9人）で、1～2人の病院が約60%を占めていた。助手の数は平均2人であった。作業療法士1人当たり1日の平均診療件数は31件であった。報奨金、タバコや菓子などの支給については将来も支給すべき部分は残る或は残す方がよいと考えており肯定意見が多く、作業療法を医療としてだけではなく、労働としての側面を含むと捉えていると考えられた。いわゆる外勤作業については、現在の診療報酬体系では作業療法の対象となっていないが、かなりの高率で作業療法に含めるべきだという意見であった。今後、職業リハビリテーションを推進して行く上で考慮すべきポイントといえよう。

8-03 山梨県の精神病院における作業療法の実態

池田美智子,北沢美保（峡西病院,山梨,日本）,小林正義,富岡詔子（信州大学医療技術短期大学部,長野,日本）

山梨県精神病院協作業療法部会で実施した精神病院における作業療法（以下 OT）の実態調査（1991.4-1992.3）の結果を報告する。

【山梨県の背景】人口 **85** 万、精神科病床は、**2,696** 床（法人立 **9**、県立 **1**、大学病院 **1**）で、そのうち精神科院デイケア併設 **1**（県立）、重度痴呆患者デイケアおよび社会復帰施設援護寮の併設 **1**（法人立）である。

平均在院日数は **524.7** 日であった（全国平均 **489.6**）。

【作業療法士の配置】県内の作業療法士（以下 **OTR**）総数は **73** 人、人口 **10** 万対 **8.6** 人で全国平均 **4.3** の約 **2** 倍であった。このうち精神科に勤務する **OTR** は **18** 名で、精神病院 **11** 施設中 **7** 施設に配置され **1** 施設平均 **2.6** 人であった。**7** 施設での他職種の配置と比較すると、**100** 床当たり **OTR** は **0.9** 人、ソーシャルワーカー**0.8** 人、臨床心理士 **0.5** 人であった。

【OTの対象者】OTへの依頼は入院患者の約**6**割を占め、精神分裂病**74**%、老年期精神障害**11.9**%、精神遅滞等**5.4**%であった。年齢は**50**代**24.4**%、**40**代**20.6**%、次いで**60**代、**70**以上、**20**代の順で、**50**才以上が**55.3**%を占めていた。**OTR1**人当りの診療報酬請求は**1**日平均**33**件であった。

【まとめ】県下では、**OT**は高齢かつ長期化した分裂病を主な対象としていること、老年期精神障害が新たな需要として台頭していることが特徴といえる。今後の**OT**の課題として、①長期在院者や高齢者の二次障害の予防や機能維持、②青壮年層や早期退院者の継続的なりハビリテーションの推進、③多様化する**OT**業務における他職種との有機的な連携、の**3**点が示唆された。

8-04 日本の民間精神病院における作業療法士の志気の現状

小林夏子（群馬大学医療技術短期大学部,群馬,日本）

民間精神病院で働く作業療法士の志気の現状について郵送調査で調べた。回収率は**50**%：**30**/**60**であった。職場は平均：**373**床。在院期間平均**1,729**日：**4**年**9**ヵ月。常勤作業療法士平均**2**人。業務は**1**ヵ月 **OT** 請求件数：平均**597**件。**1**日担当患者数平均：**30**人。対象は精神分裂病**67**%。年代は**40-50**代：**49**%。精神機能の維持改善、社会活動訓練・指導、心理的援助、余暇活動訓練・指導等の目的で実施されていた。職員の性別は女性が**2**/**3**、平均年齢**30**歳、経験年数平均：**5**年**10**ヵ月だった。仕事を続けたい意向：**57**%がやめたい意向：**23**%を上回るが、保留**20**%で全体は有意といえない。しかし**OT**請求件数が平均未満の場合は、続けたい意向が有意（符号検定：**5**%レベル）に高く、志気体系に対する医療構造の影響が示唆された。

8-05 日本の作業療法士教育と精神障害に対する作業療法

山田孝（秋田大学医療技術短期大学,秋田,日本）,山根寛（京都大学医療技術短期大学,京都,日本）

日本の作業療法士教育は、日本政府に対する世界保健機関（**WHO**）のリハビリテーション医療の充実を求める勧告を受け、**1963**年に専修学校として開始された。世界作業療法士連盟（**WFOT**）の援助を得てできた**3**年制専修学校は、職業教育を主とするヨーロッパ型に、医学科目に強いアメリカの教育内容を取り入れたもので、総時間数**3,300**時間で進められた。**1972**年に大学教育の特徴

を入れ、総時間が **2,730** 時間となったが、その内臨床心理学 **45** 時間、精神医学 **90** 時間、精神障害に対する作業療法 **120** 時間、精神科臨床実習 **360** 時間と、精神障害に対する教育の比重は大きい。教育内容は、アメリカの教科書使用、アメリカ人教師とアメリカ留学帰国者の教師など、当初からアメリカの影響を強く受けてきた。そのため力動的な理解やリハビリテーションの基本的理念としては、先進的なものであったが、わが国の精神保健の中で理解を得るのに **20** 数年の歳月が必要であった。それは、精神科領域の作業療法士の絶対数の少なさ、従来日本の精神医療の歴史の中で形骸化し批判の対象とされてきたいわゆる「作業療法」の影響、日本の精神医療事情などによるものであった。今岐路に立つ日本の精神医療の中で、作業療法はその真価を問われる次期を迎えている。

8-06 作業療法教育における臨床実習成績評価の検討

山本朗, 落合薫 (信州大学医療技術短期大学部, 長野, 日本)

作業療法教育では身体障害、発達障害、精神障害の **3** 領域について臨床実習を行っている。実習成績評価の信頼性の検討に向け、実習を行った全学生の実習成績の得点を分析した。

【方法】対象は全学生 **131** 名の **3** 領域における成績報告書の得点延べ **393** 件である。成績報告書は領域毎に **50** 項目の **3** 段階評価 (助言なしでできる : **2** 点、助言ありでできる : **1** 点、できない : **0** 点) で、総合成績の満点は **100** 点である。評価内容は上記の **3** 領域に共通した作業療法概論 (概論 **8** 項目)、作業療法技術学 (技術 **7**)、日常生活障害学 (ADL**9**)、職能適性管理学 (職適 **8**) の **4** 科目 **30** 項目と、各領域独自の専門科目 **20** 項目の計 **7** 科目に関連した基礎的な態度、知識、技術を網羅している。

【結果】①全科目において精神障害は他の **2** 領域より有意に得点が高かったが、科目別にみると領域間で得点の相関はなかった。②全領域において概論、職適の **2** 科目の得点は他より有意に高かったが、総合成績との相関は弱く、専門は全領域で他科目より総合成績との相関が強かった。

【考察】結果①からは、①現状の身障、発達、精神の **3** 領域が独立した実習経験として必要であり、②領域間の得点差は学生の能力差よりも領域による指導者の評価基準の違いを反映していたこと、結果 (2) からは、③指導者にとっては領域に関わらず基礎的な態度の方が知識、技術より高い得点を与えやすく、④科目間の得点差は学生の能力差によること、が示唆された。

10 精神病院におけるリハビリテーションの活性化と作業療法 (シンポジウム)

司会 : 里村恵子・富岡詔子

日時 : 1993 年 8 月 26 日, 16:20-18:00

9-01 作業療法集団プログラムへの参加状況の検討

清水ゆかり, 大矢香 (豊科病院, 長野, 日本), 小林正義, 山本朗 (信州大学医療技術短期大学部, 長野, 日本)

当院は開放 124,閉鎖 50,計 180 床の民間病院であり、基準看護 I 類である。作業療法（以下 OT）は 1988 年に開設され、個別 OT と集団 OT を行っている。今回集団 OT プログラムへの参加状況について検討した。

【方法】1992 年 4 月より 12 月までの 9 ヶ月間に OT へ依頼のあった 151 名（開放 A 病棟 50 名、高齢者の多い開放 B 病棟 50 名、閉鎖病棟 45 名）を対象とし、週 1 回の頻度で実施している 5 種類のプログラム（合唱、ビデオ観賞、スポーツ、病院全体レク、病棟レク）の参加数について検討した。

【結果および考察】各プログラムにおける参加数の病棟間差、性差は表のとおりであった。病棟外プログラムでは閉鎖病棟の参加が多く、参加の動機に、開放一閉鎖という生活構造の差を反映していると思われた。開放病棟間では、合唱、ビデオ、全体レクに B 病棟の参加数が多く、高齢者への対応を配慮した看護者の積極的な働き掛け、加えて見学という受け身的参加も可能なプログラムの特性によるものと考えられた。女性は合唱への参加が、男性はスポーツ・全体レクへの参加が多かったことから、プログラム参加に性差による志向性が影響したものと思われた。

各プログラムにおける参加数の差 (X²、** : P<0.01)

| | 音 楽 | ビ デ オ | ス ポ ー ツ | 全 体 レ ク | 病 棟 レ ク |
|-------------|-----|-------|---------|---------|---------|
| 閉鎖病棟：開放病棟 | | ** | ** | ** | ** |
| A 病 棟：B 病 棟 | ** | ** | | ** | |
| 男 性：女 性 | ** | | ** | ** | |

9-02 QOL の向上と作業療法

江崎修造,浅井邦彦（医療法人静和会浅井病院,千葉,日本）

QOL の向上を「その人なりのよりよい生活を目指すこと」と解釈すると、QOL の向上は大きなリハビリテーションの目標になる。作業療法はリハビリテーション活動の一端を担っている。当院の作業療法は、1982 年施設認可を受けた。その後対象者や種目の特長を生かしたグループ作り等が行われ、現在 28 種目、49 グループが登録されている。この様にグループ数、種目数の増加によって幅広い患者の対応が可能になってきた。当院での作業療法の流れは、作業療法の導入時、作業療法士は入院時面接の情報と患者の行動観察に基づき、社会適応状態・増悪時のパターン・過去の経験・趣味や好みに、ポイントをおき評価を行う。次に面接場面で作業療法士と患者が努力目標を共有し週間プログラムが立案される。作業療法経過を社会適応レベルの変化に応じて評価を加え、再面接によって、プログラムの変更を行い、患者の状況に応じた様々な活動が提供されている。これらの作業療法の実施に当たっては、患者との十分な話し合いを通して、インフォームド・コンセントを基本原則とし、患者の社会復帰の実現を目指し、適切なサービスの提供、自己決定権の尊重を心がけて実施してきた。当院での作業療法の経験を通して、精神科における作業療法が QOL の向上に果たす意味を問い直してみたい。

9-03 町の中の小さな畑から—慢性老人分裂病者を支える—

山根寛,梶原香里 (京都大学医療技術短期大学部,京都,日本),徳永修宗 (浅香山病院,大阪,日本)

わが国の 65 歳以上の精神科入院老人患者数は、1991 年に約 8 万人となり、全入院患者の 23.2% を占め、過去 20 年間で約 3.6 倍と急増した。その内、分裂病は約 2.5 万人 31.5% で、実数、比率共に器質性精神障害者（主として痴呆）について増加している。高齢精神障害者に対する具体的な施策が実施され始めているが、痴呆対策を重点課題としたものである。院内作業療法、デイケア、ナイトケア、社会復帰施設、共同作業所と増え始めた場も、若中年層を対象とした内容が多い。新たな歩みを見せ始めている精神医療保健福祉対策の中で、慢性の老人分裂病者は一人取り残されている感がある。精神医療的なケアは必要であるが、精神的な症状も静穏し、少し支える環境があればその人なりの自立した日常生活が可能な分裂病の老人。忘れられるように取り残されてしまうそうした人達の拠り所になる役割と場をと、10 数年前、町中の病院で小さな畑を始めた。一人暮らしの分裂病老人や中年、若者が集まり、いつの間にか誰でも受け入れ、ふれあいながらも侵襲しないトポスが育った。分裂病者の高齢化問題を、町の中の小さな畑に育ったトポスから考えてみる。

9-04 総合病院における作業療法とチーム医療

比留間ちず子 (東京女子医科大学病院中央リハビリテーション部,東京,日本)

日本の作業療法（以下 OT）には 3 本の柱があるといわれ、精神科では呉秀三による作業治療が原型となり、高木憲次の身体障害者への教育、治療、職業の三位一体となった体系的指導の実践、田澤鎌二らの内科学領域における医学的治療とアフターケアとして紹介され、今日、身体障害、小児高齢者そして精神障害の各分野におけるリハビリテーションの役割へと発展している。

近年、精神保健と地域医療の普及に伴い、総合病院精神科では急性期、若年層、身体疾患の合併などの増加がみられ、短期入院に伴う早期社会復帰への迅速な対応が必要となっている。

急性期精神科 OT は、他の障害分野と同様に、早期離床をはかり、回復期における身体能力や生活動作能力の低下に対する作業活動を基軸とした各種の治療的訓練によって、個々の能力を高め、生活を治療的に構造化していく役割を果たしている。また、家事訓練、職業関連活動などの社会的活動を作業として無理なく学習する「場」としての機能がある。専門領域として評価技術の向上と治療方法論の明確化が必要であり、治療効果とリスク管理のうえでは看護との密接な役割分担が、また、種々の社会資源拡大についてはワーカーとの迅速な連携が不可欠である。

11 施設・作業所の実際（一般演題）

座長：越知哲夫・MORREIRA SANDRA

日時：1993 年 8 月 27 日,11:00-13:00

10-01 精神障害者通所授産施設における作業療法士の役割

越智哲夫（全家連全国精神保健福祉センター,東京,日本）,富岡詔子（信州大学医療技術短期大学部,長野,日本）,新保祐元（恵和社会社会復帰センター,茨城,日本）

精神障害者通所授産施設の目的は「雇用されることが困難な精神障害者に利用させて、その自活を促進するための指導を行うこと」と明記され、作業療法士（以下 OT）の配置（非常勤）が義務化された。常勤 OT のいる 2 つの授産施設での、利用者の終了時転帰等からこの役割を考察した。

【利用者の動向】両施設とも、利用者数 16～20 名、職員 4 名で利用者の約 7 割が分裂病であり、男性の利用者が圧倒的に多い（A 施設：茨城は 9 割、B 施設：東京は 7 割）、A 施設開設後 2 年間（1990.4～1992.3）の総利用者 48 名に対する終了者は 27 名（56%）で、転帰別の利用者総数に対する比率は、一般就労 13 名（27%）、家庭内自立 4 名（8%）、家庭内ケア 2 名（4%）、入院 8 名（17%）であった。同様に、B 施設（1991.5～1992.12 の 1 年 7 ヶ月）の総利用者 33 名中 16 名（49%）の転帰は、それぞれ 3 名（9%）、3 名（9%）、4 名（12%）、1 名（3%）であり、その他に他サービス（デイケア・作業所等）への利用変更者が 5 名（15%）であった。

【OT の役割】異なる地域背景とネットワーク資源をもつ授産施設のリハビリテーション機能を充実するためには、利用者の特性とニーズに応じたプログラムや支援システムの工夫が必要であり、以下の役割の重要性が示唆された。①作業能力評価や生活障害の個別的評価：全利用者、②就労意欲や生活意欲の改善：中・長期的な通過型利用者、③就労準備訓練：意欲・能力が高い短・中期的通過型利用者、④日常生活安定の維持・改善：中断・再開の断続的利用者、⑤自立生活確立への生活技能習得：中・長期的な継続利用者。

10-02 社会復帰施設における職業リハビリテーション

新保祐元（恵和社会社会復帰センター,茨城,日本）

精神障害者のリハビリテーションに関し、わが国でその必要性が認識されて久しい年月を経過するが、精神障害者に対する生活訓練や機能回復訓練、あるいは職業リハビリテーション実践は、一部の熱意ある人々によってその活動の輪が広がりつつあったものの、いまだ未整備の分野と言わざるをえない。

1988 年 7 月に施行された精神保健法は、精神障害者の人権擁護と社会復帰のための施設整備を柱とした。

同法はわが国における初めての医療外施設であり、回復者の社会参加を促す、あるいは自立を助長するための中間施設として位置付けられ、生活訓練施設と授産施設に大別され、主として授産施設が職業訓練や就労援助を担う役割を持つ施設として位置付けられている。本報告は、精神保健法が授産施設に求める役割として「雇用されることが困難な精神障害者が自活することができるように、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設」と定めていることであらうかがえるように、授産施設に求められる職業リハビリテーショ

ンの役割についての実態調査をもとに、その現況と課題を報告する。

10-03 **Vimbainesu** ワークショップ：ジンバブウェにおける初めての職業リハビリテーションプログラム

Morreira, S (Zimbabwe National Association for Mental Health, Harare, Zimbabwe)

Vimbainesu ワークショップは、1989年に精神障害者の高い失業率に対処するため設立された。このプログラムでは25人を最高18ヶ月まで引き受け、訓練経験後できるだけ多くの患者を一般就職させたり、あるいは自助プロジェクトにつなげることを目指している。そのアプローチは職業リハビリテーションと社会リハビリテーションを組み合わせ、段階的支援プログラムにより模擬的雇用状況をつくる。参加者は産業の下請け作業に応じて、大工や縫製訓練ならびにこういった分野での製品生産に従事する。家族の参加とカウンセリング、グループ療法、個人のカウンセリング、社会生活技能グループと主要援助者アプローチの活用から、リハビリテーションプロセスが構成される。同時に、**Vimbainesu** ワークショップは、厳しい経済環境で生き残る手段として、経済的自立も目指している。これまで、16人が雇用された。能力を実証することで態度の変化がもたらされるということも興味深い。

10-04 **JHC** 板橋における就労支援活動の実際

荒井弘之 (JHC 板橋, 東京, 日本)

1. **JHC** 板橋における組織と機能：1984年スタートした**JHC** 板橋は、現在5箇所の作業所と日本で初めてのソーシャルクラブを持つ。機能分化された各作業所の独自のプログラムを紹介し、ネットワークづくりの取り組みを紹介する。
2. 「援助付き雇用」をプログラム化するまでの過程：従来の作業所活動に幅を持たせ、利用者のニーズに近づくまでの経過を説明する。
3. 「援助付き雇用」の具体的内容：企業との連携、ジョブコーチの役割、就労ミーティング、**SST (Social Skills Training)** 導入等の報告。
4. 「援助付き雇用」の効果：利用者の声を中心に、現在までの成果を報告する。
5. 今後の課題：「援助付き雇用」の内容充実を目指して必要とされる取り組みを考えていく。

10-05 精神障害者の共同作業所における労働の意義と役割

岩崎晋也 ((社福)ときわ会あさやけ第二作業所, 東京, 日本)

共同作業所は、日本における障害者の無認可小規模授産施設として、独自の発展をとげてきた。とりわけ重度障害者や精神障害者など、国による施策が遅れている分野での拡大がめざましい。精神障害者の分野でいえば、1993年3月現在で、国から認可された授産施設は46ヶ所に留まっている。

るが、1992年度に地方行政から補助金を受けている共同作業所は654ヶ所に及んでいる。このように、量的側面を見ただけでも共同作業所は精神障害者の地域リハビリテーションに欠くことのできない存在となっている。

個々の共同作業所の実践内容は、地域性、利用者や家族のニーズ、運営理念などによって異なるが、ほとんどの作業所でなんらかの作業活動がとりいれられ、賃金を支給している。病院や保健所で行われているデイケアと比較した場合、大きくこの点が異なっている。共同作業所がその機能の一つとして、「労働」の場という社会的位置づけを持つことにはいくつかの利点がある。とりわけ長期間、共同作業所を利用する精神障害者にとっては、とりあえず共同作業所で「労働」に従事しているという外観をつくれることが、社会的ストレスを軽減する上で重要なこととなっている。この背景には、わが日本で精神障害者のシックロールが社会的に十分に承認されておらず、低失業率とあいまって「働かない」ことを肯定化しづらい状況が生じている。

12 一般雇用の促進（一般演題）

座長：熊谷直樹・KEMP DONNA

日時：1993年8月27日,14:10-15:50

11-01 精神分裂病者の行動特性に基づいた社会復帰活動

昼田源四郎（針生ヶ丘病院郡山,日本）

精神分裂病の患者は、彼らのもつ特異な認知の障害とそれに伴う学習障害のためか、日常生活のなかで様々な行動上の特性をしめす。行動特性は、以下の4群に分けられる。A：「緊張感がつよく慣れるのに時間がかかる」「変化を嫌う」「あいまいな状況では混乱しやすい」「細部にこだわり全体の見通しがつけられない」といった特性は、分裂病者がもつ過覚醒で狭まった注意機能、フィルター機能の障害、脈絡利用の障害などのためであろう。B：「現実吟味力が弱く、高望みしがち」「自分中心に物事を考えがち」「視点の変更ができない」といった特性は、脱中心化（J.ピアジェ）や常識利用の困難さを反映するのであろう。C：「自己像があいまい」「秘密をもてない」といった特性は、彼らの自我境界の障害によると考えられる。D：「急ぎ先走る」「同じ失敗をくり返す」などの特性は、彼らのもつ時間性（M.ハイデガー）の問題を示唆している。それぞれの患者は、これら4軸（A-D）の行動特性を異なる程度に有しており、それが個人ごとの行動様式を形づくっている。分裂病者の社会復帰プログラムは、それぞれの患者がもつ、こうした行動特性に基づいて立てる必要がある。スライドを用いながら、リハビリの進め方について具体的な提言をおこなう。

11-02 精神分裂症と社会の介入

Wei,C.（the Fourth People's Hospital of Urumqi,Urumqi,Xinjiang）

この報告で提案されているのは、第三状態という概念と臨床実践におけるその適用である。行動分析理論が、病院の環境を改革して社会環境に近づけるため利用された。作業療法、作物栽培の訓練及び園芸が実施された。病気が5-20年にわたる62人の精神分裂症患者が、行動リハビリテーション部門で生産労働に従事した結果、38人の対照患者と比較して、普通の行動の形成により状況改善が促進され、社会的財産や患者の収入が生み出された。薬物療法や作業療法を利用する様々な経験は、患者自身の言葉による説明に見られよう。

11-03 就職活動における職業カウンセラーの役割

倉知延章（福岡障害者職業センター,福岡,日本）

精神障害者を受け入れた経験のない事業所に採用を依頼する場合の、職業カウンセラーの効果的な就職活動への援助方法について分析した。方法は、職業カウンセラーの働きかけにより初めて精神障害者の雇用に踏み切った事業所の訪問調査とした。

結果は、事業所の採用担当者が就職面接時に職業カウンセラーから受けた説明の中で、「採用」を決断した事項として、障害についての説明、就職後のバックアップ態勢の説明、本人が職場に適応するための雇用管理方法の説明、本人のおかれている不幸な生活環境、職業カウンセラーの人間性（誠実さ）などが重要であったことが明らかになった。また、職場実習を実施することで職業カウンセラーの説明について確信が持てたことが大きかったようである。このことから、職業カウンセラーが就職面接に同行した場合は、以上のポイントを事業所の採用担当者に正しく伝えることが精神障害者の雇用の拡大につながることを示された。

11-04 生活技能訓練の技法を使用した求職面接の訓練—分裂病圏患者の職業リハビリテーションでの応用

熊谷直樹,宮内勝（東京大学医学部精神医学教室,東京,日本）

分裂病圏患者の職業リハビリテーションに際し、求職面接での行動について生活技能訓練（**Social Skills Training**）の技法を用いて小グループで訓練を行なったので、その結果および有用性について報告する。対象は東大病院精神神経科デイホスピタル通院中の患者のうち就労が適当と職員が判断し訓練グループへの参加の同意が得られた10人の精神分裂病または分裂病型人格障害（**DSM-III-R**）である。訓練グループでは職員がリーダーとなり、小グループ討論のほかロールプレイ、モデリング、言語およびビデオによるフィードバック、宿題設定等の行動療法的技法が用いられた。訓練セッションの前後に、メンバーの行動および面接への自己効力感（**self-efficacy**）の評価を行なった。訓練セッションの回数は平均4.8回であった。訓練前の評価では、対象者には言語的（応答内容等）および非言語的（視線、姿勢、声量、表情等）な面で多くの行動上の欠陥があることが明らかになった。しかし、訓練後には対象者のほとんどで、言語的および非言語的な面での行動の改善がみられた。さらに、8人が求職面接への自信が増した旨をのべ自己効力感の高まりがうかがわれ

た。対象のうち **8** 人が、訓練の後に就労に至った。これらの結果は、この訓練が、求職面接で必要な行動の改善に有効であったと考えられる。また、訓練を通じた自己効力感の高まりおよび小グループによるアプローチが就労の動機を維持する上で有効であったと思われる。

資料シリーズ No. 11

精神障害者の職業リハビリテーション

— 「世界精神保健連盟'93 世界会議」から —

編集・発行 日本障害者雇用促進協会
障害者職業総合センター
〒261 千葉県美浜区若葉 3-1-3
TEL 043-297-9000 (代表)

発行日 1995 年 11 月

印刷・製本 三陽工業株式会社



NIVR

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 1340-5527