

NIVR

資料シリーズ
NO.9

障害者に関する職業評価、職業指導の動き
—4つの関連領域における動向—

1994年3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、情報の提供、専門職員の養成・研修などに関する総合的な機関として日本障害者雇用促進協会の中に設置されております。

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研究・調査を広く実施し、その成果を調査研究報告書等として発表するとともに、研究の過程で蓄積された内外の文献資料や研究データなどのうち重要と思われるものを資料シリーズの形で取りまとめ、今後の研究の基礎資料とするとともに、関係の皆様への参考にご供していきたくと考えております。

本書は、こうした当センターの研究活動の一環として、平成5年度中に専門家を招いてヒアリングを行ったもののうちから、障害者の職業評価、職業指導に関連づけた「一般の職業指導」、「作業療法」、「精神薄弱者の職業」、「精神障害者の職業」の4つの領域における動向についての内容をまとめたものです。当日配布の資料および質疑についても主要な部分を収録しています。

職業リハビリテーションサービスに深く関わる関連領域、また、近年関心の高まってきている障害領域についての最近の動向を整理して把握することに役立つであろうと思います。わが国における障害者の職業リハビリテーションにたずさわる関係者に広く活用されることを期待します。

原稿の整理は、当センター評価・相談研究担当の池田昂が行いました。

平成6年3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

職業指導の動向と職業評価（松本純平）	1
職業評価に関連する作業療法領域における研究の動向（菊池恵美子）	18
精神薄弱者の職業評価の動向（石渡和実）	33
精神障害者の職業評価の動向（岡上和雄）	59

職業指導の動向と職業評価

松本純平

(日本労働研究機構研究所
主任研究員)

はじめに

きょうのテーマに関連して、三つほど話題を用意しました。1 番目には「ボケイショナル・ガイダンスからキャリア・ガイダンスへ、キャリア・カウンセリングへ」という動きです。これによって最近の職業指導の動向がすべてカバーできてしまいますが、それを職業評価にひきよせて考えるために、二つめに「テストの機能」を、三つめに「カウンセラーが実施するテスト」を用意しました。

言葉は、時代、または時代の背景にあるものを吸収しながら変わるものですが、専門用語でも事情は同じです。今日の表題の「職業指導」というのは、今世紀の初めにアメリカとかドイツ、日本などで、いわゆる大規模な工業を中心とする産業が盛んになりまして、そういう中で、いろいろな種類の職種の労働者が必要になった時代背景のもとに生まれてきた運動に母体を置くわけです。ボケイショナル・ガイダンスという言葉で、特に労働経験のない若年者に対して、福祉的な意味合いをもって、そういう子供たちが自分自身をよく知って、職業の現状を知る中で、充実した職業選択をするのを援助してやるという一連の営みを差していたことが基本になっています。

現在では、日本語に訳すと同じように職業指導という訳になるかと思うのですが、こうした活動はキャリア・ガイダンスとか、キャリア・カウンセリングというような言い方がほとんどになっています。この用語がどういうふうになってきたかという点について、私なりに理解したことをお話することが、きょうのテーマにお答えすることになるというふうに思っています。

ボケイショナル・ガイダンスからキャリア・ガイダンスへ

当然ですが、ボケイショナル・ガイダンスが始まったころ、援助の対象である個人がどういう特徴を持っているかということ、カウンセラーとか、ガイダンスを担当している人たちが理解する営みは、ボケイショナル・アセスメント、あるいはボケイショナル・アプレーザルと呼ばれていました。実際に使われるテストとか、測定用具については、後で詳しくお話したいと思うのですが、主として、知能・適性や興味などです。大体、現在でも学校や安定所などの職業指導の中で、個人の職業評価ということで考えられている内容で、ほとんどは、その時代から使われて

いたというふうに考えてよろしいかと思えます。

評価に関連したことがらも、現在では、キャリア・アセスメントというような言い方をするうちに、中身が変わってきています。どんなふうに変ったのかは、後で述べたいと思えます。

もちろん、変わってきたといっても、全く別物になったわけではありません。ボケイショナル・アセスメントと言われていた時代に問題とされた適性や能力が、キャリア・ガイダンスの時代では全く問題にならなくなっているわけではありません。そういうものに加えて、キャリア・アセスメントと言われているものの中には、マチュリティやディシジョン・メーカーなどに代表されるように、**1900**年代の初めの頃は、それほど意識されなかったものがどんどん入ってきているというふうに理解していただければいいかと思えます。

このような変化の背景というものを考えてみたいと思えます。従来のボケイショナル・ガイダンス、あるいはボケイショナル・カウンセリングと呼ばれる活動の中で、主として焦点になっていた研究レベルでの問題というのは、ボケイショナル・チョイス、つまり、どういう職業選択をするか、あるいはボケイショナル・アジャストメント、どういうふうに職業に適応するかということでした。ですから、職業選択をする上で、この人はどんな特徴を持っていて、どういう選択をするのが賢明なのか。あるいはこういう特徴を持った人はある職場で適応するのか適応しないのかという関心で、個人の特性が調べられたわけです。

それに対して、現在のキャリア・アセスメントの中で中心的な課題になっているのは、キャリア・ディベロップメント、職業発達ということです。これは個々人が人生の中でいろいろな職業を選んでいくプロセスの中で、その人自身が身体的に成長するとか、精神的に成長するとか、そういう意味と同じような意味で、職業に関連したことで、例えばどれだけ選択をうまくやるようになるのかとか、どれだけ職業の情報をうまく集められるようになるのかとか、あるいはどれだけ人とうまく人間関係を保って、自分の役割というものをうまく果たしていくのかなどが焦点になっています。ですから、そういうプロセスを反映する概念として、例えばキャリア・マチュリティとか、ボケイショナル・マチュリティという概念がありまして、そういうものをはかるといのがキャリア・アセスメントの焦点になっているというふうに理解していただければいいと思えます。

違う例をお話しますと、ボケイショナル・チョイスとかアジャストメントのときには、例えばこういう職業興味を持った人は、こういう職業でうまくやれそうだというような意味で職業興味を測定するわけです。しかし、キャリア・アセスメントの中の職業興味の問題というときは、その興味が小さい頃からどう一貫してきたのかとか、あるいは興味と選択した職業領域との一致性について、どれほどの知識を持っているのか、あるいは統合された自己イメージを形成しているのか、というような文脈で興味は問題になるわけです。前者では、こういう興味を持っていれば、

似たような興味を持っている人はこれこれの職種に多い、そこでこの職種はどうだろうというふうに、選択のために参考になる情報源として興味をとらえる、後者では興味の中身と共に、興味を発達させていく、職業についての興味をその人なりに成熟・発達させてくる中で、今、どういう状態にあるのかということが問題です。これから何か、例えばガイダンスなどの機会を持ったり、勉強させたり、あるいは経験をさせたりすることが、そういう興味を発達させる上でどういう意味があるかということも問題になっています。

これまでお話してきたように、キャリア・ディベロップメントを問題にしているような今の職業指導の動向からすると、幾つか注目すべき言葉があると思います。キーになる概念です。それらを私なりにまとめて六つほどあげてみたいと思います。(資料参照)

六つのキー概念

(1) プロセス

一つはプロセスという言葉です。これは既にお話しているように、ボケイショナル・ガイダンスからキャリア・ガイダンスへという対比で言えば、前者の場合は、選択のある時点で何だということが問題です。その選択のポイントをどれだけうまく、合理的に乗り越えられるかということがボケイショナル・ガイダンスの大きな目標になっていると思います。それに対して、今、キャリア・ガイダンスと言っている職業指導では、選択のプロセスの方に注目し、強い関心を寄せています。職業選択は同時に一連の進路選択である点に焦点が置かれます。ある時点で選択したものは、次の時点の選択に影響を持っているんだという考え方がかなり普遍的に了承され、ある一つの選択というものを、ポイントとして理解するのではなくて、プロセスの中に位置づけて理解しようというのが基本的な見方だと思います。

これに関連して注目される研究テーマは、ディシジョン・メイキング、すなわち、意志決定ということです。いろいろな選択に絡んで、ある問題についてどう乗り越えていくのかという、乗り越えるやり方みたいなものへの関心が高いということです。きょうのテーマである評価職業にひきよせて例えば、ボケイショナル・ガイダンスの時代だったら、ある選択ポイントで、どういうディシジョンをするのが合理的か、今までの経験則からいってふさわしいかということが問題だったのに対して、キャリア・ガイダンスの時代では、どういうディシジョン・メイキングをこれまで経験し、学習してきたのか、この課題に関してどういうディシジョン・メイキングをとろうとしているのか、何故別の決定の仕方をとらないのかが問題になるわけです。ですから、ポイントからプロセスへ視点が移ったということが言えます。

(2) ディベロップメント

2番目はディベロップメントという考え方です。すべての職業に関連した我々の行動が、ある

枠組みの中で質的に違うものに変化していくというふうな前提、これはいろいろな説がいろいろな人によって唱えられているのですが、それがベースになって、そういう文脈の中で、個人が選択したり、あるいは職業情報を調べたり、迷ったりということを理解していこうというものです。ディベロップメントという考え方に基づいて個人を理解しようというものです。

すぐに個人の発達の状況を調べるという課題がでてきます。D.E.スーパーが、この研究領域では世界的な権威者です。何度か来日し、1960年代には職業発達に関する研修会が開催されています。その際、ポケイショナル・マチュリティ（職業的成熟）という概念が紹介されています。

(3) セルフディレクティド

3番目がセルフディレクティド（自己決定）です。実は、これはきょうのために少し調べてみて、私が勝手につけたものです。訳してみれば、自分で自分の方向を決めるという概念です。職業指導にはいろいろ定義があるのですが、どんな定義においても選択の主体は本人だという立場に立っています。職業選択、進路選択をする本人が中心で、主役なんだけれども、その人がいろいろな発達の課題とか、環境的な問題とか、社会的な問題とか、そういうものを持っているので、それを乗り越えて発達を促進させるために、カウンセラーやガイダンスの担当者がサポートしてやりましょうというのがガイダンスの中心になるわけです。

どんなガイダンスの立場でも、選択する本人が主人公だということは変わらないし、そういう定義をしているのですが、じゃあ、その主人公である本人たちが、本当に主人公として自分自身で道を歩いていくというのはどういうことなのか問題になります。一般に行われているガイダンス活動を振り返ってみましょう。選択で悩んでいる人がやって来たときに、カウンセラーがその人の話を聞いて、その人がどういう問題を抱えているのかを判断して、職業情報を提供したり、あるいはこんな経験をしたらいんじゃないかと考えて、経験の機会を示唆したりします。そういうことを通して、その人が自分なりに選択の道を見出していくということを助けることができると考えているからです。これは発達のカウンセリングになるんじゃないかと思うわけですが、こういうやり方の一番重要な点は、カウンセラーの役割です。カウンセラーはやって来た人を目の前にして、その人が抱えている問題というものを分析して、この人はどういうところに問題があるのだろうかというふうに診断して、そして適切な情報をフィードバックしていくという役割を持つ。このように、ガイダンスにとっては、影武者とも言うべきカウンセラーの役割は物すごく大きいわけです。実は、そういう日常的な任務では、カウンセラーがどれだけ優秀な診断を下せるのが重要になります。ベテランの担当者が、ひと言、ふた言、お客さんとお話していく中で、この人の抱えている問題はこれだというふうに瞬時に判断して、フィードバックしていくというような職人芸が素晴らしい実績をあげたりします。

これに対して、いわゆるヒューマニスティック・サイコロジーに代表されるような立場から疑

問が提起されています。根底には、人間の幸せというような非常に根源的な問いに対して、心理学がどう向かっていくかという問いかけがあったように思いますが、この立場からみると、例えば進路相談の中における最も主役だと言われているのは、進路選択をする本人自身であるにもかかわらず、多くの相談の中で、本人というのは分析の対象であったり、診断の対象であったりして、結果として、いろいろな情報を提供されたり、発達するというにはあるのだけれども、そういう中で、必ずしも主人公として扱われていないんじゃないかと疑問がでてくるわけです。あるときは研究のために、しなくてもいいような検査を受けてみたり、しなくてもいいような経験をしたりしているというようなことが起こっているんじゃないかということです。

昭和 60 年代だったと思いますけれども、テスト批判が広範に起こりました。もちろん今でもその批判は意義があります。そういう中で、例えば精神病院の中で、患者さんが心理的なテストを受けることも批判されました。そういうテストで私の悩んでいる心の中に踏み込んでくるのは非常に不法だという批判です。ガイダンスにひきよせてみると、やっぱり進路相談の主人公がだれなのかというと、悩んでいる一人ひとりです。その主人公が何を考え、どういう感じ方をしているのかというものを中心にガイダンスを行わなければならないという基本は、もっと厳密に吟味されるべきだという傾向がでてきているような気がします。

この点に関する具体例は、2 番目の話題で話そうとしていたことになります。すなわち、カウンセラー・アドミニスタード・テストングから、セルフ・アドミニスタード・テストング、とか、セルフ・スコアド、また、セルフ・インタープリテッド・インストルメント等への流れに関連するものです。結論的な言い方をすると、今までのお医者さんが患者を診るときに、血液検査もしましよとか、レントゲンも撮りましようというのと同じような意味で、職業指導の中で使われていたいろいろな測定法があったわけです。あまり疑問を持たれずに。

それに対して、やはり職業選択、キャリア・カウンセリングの主人公というのは、悩みを持ちながらも自分で選ぼうとしている個々人なんだから、その人自身が自分なりに納得できるような形で、自分自身を調べていくことが最も基本的なことではないかということです。そのような測定法は、一定の基準を前提としたツールとか、インストルメント、道具と訳したほうがふさわしいものということになります。各個人が自分を理解する手段として十分意識された用具というのが職業選択の中で使われようになってきたわけです。

日本には、翻訳版ですが、**SDS**（セルフ・ディレクテッド・サーチ）という、職業自己評価する表とか **H00I** があります。これらは自分のペースで実施して、自分で採点して、自分で解釈していくという点に特徴があるガイダンス用の用具です。

(4) インディビジュアル

4 番目は、インディビジュアルをあげたいと思います。3 番と似ているんですけども、個人

化というか、個別化というか、一人ひとりが持っているものが非常に重要性を帯びているということがあります。キーワードの**6**番目とも関係しているんですが、発達とはいっても、例えば日本人の若年者の何歳から何歳ぐらいまではこんなものだよととらえられている、そういう十束一からげで個人の持っている進路選択の問題をとらえようというやり方とか、理屈というのは、もう限界に来ているというのが今の状態ではないかと思います。その点で、個別化という点が今後ますます重要視されると思います。障害者に関しては、ここで想定しているいわゆる健常者のグループに比べれば、もっと個別化の思想というか、こういう考え方はもっと進んでいると思うのです。特に**6**番目のかかわりで出てくるのは、例えばこれからのキャリア・ガイダンスの成果とか、評価とかというのは、それが終わったあとで、個人がどれだけ発達しているのか、あるいは満足感を持てるのかとか、あるいは自尊心が高まったのかというのがますます大きな比重を占めるようになるだろうと言えます。

それと、だんだんワークシェアリングが進み、労働時間が短くなっていく中で、職業生活の生活全体における比重が変化にさらされています。そういう中では、職業でどんな満足を得るのかとか、職業活動の中でどれだけ自分自身というものを表現できるのかといえ、一人ひとりで大分違ってくるんじゃないかと思います。職業の中でも、比較的自由裁量の余地が多くて、活動そのものの中に喜びを見出せたり、達成感を満足させたりすることが可能なやりの高い仕事があれば、ある程度まではルーチンワークで、一般的に言ったら、職業活動の中で満足感や達成感を得ることが少ないような仕事に従事しなきゃならない人も出てくるだろうと思うんです。

従来の考えだと、自己裁量の方が多くて、能力が発揮できて、そのことによって社会的な地位もあれば経済的に豊かになる、そういう仕事を選びましょう。それが唯一、絶対的な選択の基準であるかのように考えられていました。しかし、世の中は変わってきています。例えば仕事というのは、経済的な生活を支えていくだけの給料がもらえればそれでいいのではないかと。それで生活を安定させた上で、自分は例えばボランティアの活動で自己充実感を味わったり、あるいは余暇活動などで自分自身を取り戻そうというような人もそう珍しくはなくなってきています。そういう状態の中では、何らかの仕事で充実させる選択だけに唯一の判断基準をおく考え方、いわゆるいい仕事に就くことが、成功の証みたいにするのではなくて、一人ひとりが仕事に対して人生上でどのような位置づけをして、どのような価値を付与していくかという視点が重要になります。仕事で何を実現したいのかという点で、一人ひとりが持っている価値づけがますます大きな比重を占める。それを中心にしてガイダンスをしていかないと、何か古めかしい立身出世の考え方みたいなものが押しつけられたという印象を与えてしまうのではないかと思います。今後、個人が持っているものをどう発達させていくのかということが、ますます問われてくるというふうを考えます。

資料に、コンピュータ支援ガイダンスとありますが、コンピュータに限らないんですが、コンピュータは一つの可能性として、大量の情報提供とか、個別化に対応できるので、一つの個別化への手段になる可能性があります。

(5) インターベンション

5番目は、インターベンションです。カウンセラーがやっている営みをどう表現するかということで、インターベンションという言い方が多用されています。日本語に訳すと「介入」と言いますが、こういう言葉を使うようになってきたというのは、やっぱり3番、4番で言っているような、個々の対象者がどういうふうな道筋で、どういうふうを考えるかというのが一番の中心のことで、それに対して、カウンセラーが隣で見ている、適切な言葉や行動で適切な介入をすることによって、今までそのまま放っておけば3ぐらいまで行ったのを、適切な介入によって5まで行けるというような、それがカウンセラーの役割だというような考え方の表れかと思います。

また、インターベンションというのは、客観的なイメージを与える言葉であります。いいインターベンションというか、適切なインターベンションがあるとすれば、不適切なインターベンションという考え方も当然でてくるわけです。ガイダンス関係の本を見ると、いろいろな理屈に基づいてガイダンスの実践を評価してありますが、このインターベンションが適切かどうかというような切り口が、問題の客観的な把握には大切だと思います。ただ一つの理屈だけであるインターベンションを行うのではなくて、いろいろなその人が抱えている発達的な課題及びその関係の中で、この場合はかなり強制的にインターベンションを行って、とりあえず考えるのをやめさせて、体験をさせましょうとか、ここはじっくり悩んだ方がいいから、悩んでいることを聞いた方がいいという、いわゆる典型的なカウンセリングを行うとか、そういうインターベンションという言葉を使った議論がされます。カウンセラーの役割というのは、発達をトータルとして助けるために、適切なところでインターベンションをしていくんだという考え方に立っていたり、ガイダンスそのものを、ある一つの理屈だけで構成するのではなく、その個人が発達するためには、どういうシステムで、どういうインターベンションをすれば最も効果的かという、そういう非常に総合的なアプローチをするわけです。何か一つの理論に依拠してガイダンスを行うというよりは、もっとシステムチックに、総合的に行う、そういう考え方が強まっています。

5番目のキーワードに関連しては、昭和50年代の後半ぐらいに、アメリカでですが、アカウンタービリティ（効果がある）という概念がカウンセリングについて使われました。財政的に苦しくなると、どこの政府でも、福祉的な予算を削減していくわけですね。そのときに、カウンセリングやガイダンスは金と時間がかかるが、本当に効果があるものなのか、アカウンタービリティが問題にされました。インターベンションという考え方でガイダンス活動をとらえなおすことは、アカウンタービリティを問われた際、どれほど効果があるか、それをどう実証するのかと

いう間にも関係していると思われます。

(6) コミットメント

6番目がコミットメントです。これは4番目のキーワードとも関連が深く、特掲しなくてもいいのかもしれませんが、D.E.スーパーは、近年ロール・サリエンス・インベントリーを発展させています。ロール・サリエンス・インベントリーというのはどんなものかという、人生の中で、生まれてから死ぬまでの間、九つほどの役割を持っているとし、それぞれの役割に対する個人の態度の特徴をとらえとらえるものです。生まれてすぐのときは、子供としての役割。子供としての役割というのは、最初は泣いて、お乳を欲しがるとか、にっこり笑うとか、いろいろな役割があります。それからだんだん大きくなると、学習者、勉強する者としての役割がでてくる。それから市民の役割とか、親とか、配偶者とかがあり、その中の一つとして、ワーカーとしての役割、労働者としての役割がある。ですから、人間の一生を考えると、ワーカーとしての役割というのは、ほかの市民としての役割、配偶者としての役割、もっとも結婚しない人がふえているところで配偶者という役割が基本的に誰も経験する役割とはいえない時代も将来くるかもしれませんが……、親としての役割、それとか遊び人、余暇を楽しむ人というような、そういうものを複合して、ある時点のその人の役割と特徴があるというわけです。

ですから、キャリア・ガイダンスでも、働くことに向けた発達にかかわって援助してやるプロセスの中でも、その援助の対象になっている人が、自分の働く人としての役割をどういうふうに位置づけて、その重要度をどういうふうに形成していきたいと思っているのかという視点を抜きに、働くのであればこういうふうな合理的な判断の仕方があるとか、あなたの個人条件からいうと、こういう方へ進んだ方が有望ですよみたいな話ができなくなってくる。そういう話をしてしまうと、ガイダンスを受けている側が、満足できるようなガイダンスが行えなくなるというようなことが起こってくるのですね。

ガイダンスでロール・サリエンス・インベントリーというものを活用することによって、どういうタイプの人にどんなガイダンスをすることによって、役割意識構造がどういうふうに変化したのかを論じることができるわけです。

関連して、ワーク・バリューがあります。今まではどういう労働はどういう価値を満足させるかというような意味のワーク・バリューだったんですが、現状では、その人の価値観体系の中で、働くというのはどんな意味を持っているのかとか、働くことによってどの価値とどの価値を満足させるという点に焦点をあてられています。ワーク・バリューの扱い方も変わってきています。また、資料にあげてあるボケイショナル・アイデンティティというのは、自分のよりどころや自分らしさを職業活動に見出すことに注目した概念です。

それから関連して、セルフ・イメージとか、セルフ・コンセプトもあげられると思います。そ

れらと逆向きの、マイナスのほうに着眼したワークストレスをとりあげて、どういうふうに仕事とつき合っていくかを考えるということもあります。

これらの概念をまとめると、働くことに対して、個々の人がどういうふうにコミットメントしているとか、インボルブしているかという、そういうのがキャリア・ガイダンスとしてはかなり重要であるとされるようになりました。

以上、職業指導の動向というので私が考えていることを、キー概念を中心にお話しました。次に、それらの考え方を反映して、どんな職業評価とか、個人を評価する道具ができているのか、またはこれまで使われてきたのかというのをお話していこうと思います。

テストの機能

職業評価といっても、私がお話できるのは、心理学的なテストを中心としたレベルであると理解していただきたいんですが、資料にあげてある機能の分類というのは、ハーとクラマーの「キャリアガイダンス・スルー・ザ・ライフスパン—システムティック・アプローチ」の第14章「キャリアガイダンスにおけるアセスメント」にあげられているものです。

(1) 予測的な機能

ガイダンスに使われているアセスメントの道具というのは、機能的に言うと、4種の特徴をもっています。1番は予測的な機能です。これの典型的なものは、適性検査とか能力検査です。進路選択がガイダンスの目的だというイメージがあるわけですが、そのときに、ある選択がどれほどの成功をおさめるだろうかということ予測し、それを客観的に行うということでもって、個人の進路選択というものに差しかかる時の役に立てようという意味があります。ですから、出てきた結果というのは、具体的な選択がどの程度成功の可能性があるのかということに力点をおいたものになります。

(2) ディスクリミネーション

2番目は、ディスクリミネーションということで、これは識別といたらいいのか、個人が自分と似たような、ほかのグループの人とどれほど自分が似ているか似ていないのかということをやうまく区別することによって、やはりさっきと同じような選択をしたことで自分というのを明確にして決定したり、考えたりすることを助けます。

これの典型的なのは興味検査です。興味検査は、例えば職業グループとか、自分と同じぐらいの歳格好のグループ等の興味と自分の興味とを照合させることによって、自分が関心を抱いていることがらを明確にとらえ、特徴を生かすように職業選択するのに役立ってます。

(3) モニタリング

3番目、4番目は、1番目、2番目と違って、専らカウンセラーが、先ほどの表現、インターベ

ンションですね、カウンセリングというか、職業指導をいろいろやっていることが適切なのかどうかということを理解するための道具として、テストが使われるというものです。

3 番目は、モニタリング（監視する）です。どういうことかということ、カウンセラーはクライアントに対していろいろな援助をするわけですが、そういう中で、そのクライアントがどれだけ発達したのかとか、どれだけ自分の価値というものを確かめて目標を達成できたのか、そういう点を時々モニターする。実際にはキャリア・マチュリティ（発達テスト）などがこの機能を果たします。結果を見て発達の評価をするわけです。カウンセリングやガイダンスの目標としている個人の成長が、どの程度達成できたのかということモニターするために行うものです。

(4) エバリエーション

4 番目にエバリエーションがあります。**3** 番がもっと個々の構造とか、個々のちょっと限定された目標みたいなものを対象にするのに対して、**4** 番目はもうちょっと大きなガイダンス活動そのものを問題にするというふうに理解していただければいいと思います。クライアントと一緒にガイダンスの目標を掲げて、一緒に話し合ったり、体験をすすめたり、情報を提供したり、そういう過程がガイダンスなんですけど、そういう全体がどれほど効果が上がったのか、ガイダンスそのものの大きな目標が達成できたのかどうかということの評価することです。

ですから、ガイダンスにおいてテストを利用するときも、それぞれのテスト機能をどう生かして行うのかを考えることが必要です。テストというものを単にある適性に関する情報を提供するとか、成功する職業について情報提供するというだけではなくて、ガイダンスとかカウンセリングの過程そのものが適切であるか、あるいはガイダンス全体が適切であるかということの評価する手法としても活用できるし、しなければいけないことでもあります。

3 番目のモニタリング機能は、先の就職指導の動向のところお話しましたように、ポイントの援助からプロセスの援助へという流れの中で、ますます重要なものになってきているのではないかというふうに思います。

カウンセラーが実施するテスト

最後になりましたけれども、それでは具体的にはどんなテストがあって、どんなふうに使われているのかという第**3**の活動に移って行きたいと思います。これも資料にあげてある、「カウンセラーズ・ガイド・トゥ・キャリア・アセスメント・インスツルメント」という、米国のガイダンスカウンセラーの人たちが使う参考書をもとにお話します。この本の**6**章に、メジャー・キャリア・アセスメント・インスツルメントという章がありまして、具体的にいろいろな中身が載っています。分類のカテゴリーは**1**から**7**までありまして、**1**番目はマルチプル・アプティテュード・バッテリーです。これで代表的なのは、皆さんご存じのように一般職業適性検査です。**2**番

目は興味、3番目がワーク・バリューです。ここには、先ほどコミットメントに関してお話をしたサリエンス・インベントリーやバリュー・スケールなどが紹介してあります。

4番目が、キャリア・ディベロップメントの測定に関連したものです。代表的なものはキャリア・ディシジョン・スケールとか、キャリア・ディベロップメント、インベントリーとかです。

5番目は、いろいろな個々のテストをテスト・バッテリーとしたいいわゆる総合テストです。6番はパーソナリティ検査です。7番目は、スペシャル・ポピュレーション用。例えばボケイショナル・インタレストを測定するときに、文章を読まなくても答えられるように絵を使うというようなものが含まれます。

<資 料>

1. Vocational guidance から Career guidance へ

Vocational assessment (Vocational appraisal) から Career assessment へ

研究レベルでは

Vocational choice and adjustment から Career development へ

キーワード

1) Process

Decision-making, Coping

2) Development

Career development, Vocational maturity

3) Self-directed

4) Individual

Computer-assisted guidance

5) Intervention

6) Commitment

Role saliance, Work importance (work value) , Vocational identity, Self-concept,

Work stress,

2. Counselor administered testing

Self-administered testing, Self-scored, Self-interpreted instrument

e. g. SDS (Self-Directed Search) , HALL

3. テスト、測度の **function** への関心の広がり

機能の分類

- 1) **Prediction** **apptitude test, ability test**
- 2) **Discrimination** **interest inventory,**
- 3) **Monitoring** **career maturity, work values, career decision-making**
- 4) **Evaluation**

CAREER GUIDANCE THROUGH THE LIFE SPAN--SYSTEMATIC APPROACHES--

E.L.HERR & S.H.CRAMEER (1979) , Little, Brown and Company

ch.14 Assessment in Career Guidance

領域の分類

- 1) **Multiple aptitude batteries**
- 2) **Interest inventories**
- 3) **Measures of work values**
- 4) **Career development/maturity instruments**
- 5) **Combined assessment programs**
- 6) **Personality measures**
- 7) **Instruments for special populations**

ch.6 Major Career Assessment Instruments

in “A Conselor’s Guide to Career Assessment Instruments (2nd Edition) ”

J.T.Japes & M.M.Mastie, 1988,

the National Career Development Association

質疑応答

Q1：ボケイショナル・ガイダンスからキャリア・ガイダンスへと、こう変化してきている背景というのは何か特別にありますでしょうか？

A1：日本で職業指導に関係する省は労働省、厚生省、文部省がありますが、例えば、戦前から職業指導というのをどうするかを述べているのは、厚生省の社会局です。そのときにははっきり言っているのは、もちろん個人が自分の特色を生かして自分の職業選択を確立するためということとを片一方では言っているんですけど、それが社会にとっても重要な問題であって、社会の効率的な生産活動のためというようにも一緒に言っているんです。つまり、個人の職業選択と並べて、社会の発展、国の発展にとっても重要だというふうに位置づけているわけです。それに対して文部省のほうでは、昔からそれはなかったわけです。

戦後になると、労働省の職業指導でも、国にとって有利な人材を育成するというようなことは、職業指導の目標から外れてきています。

私の意見としては、教育では、障害を持っている人と持っていない人、タレントがあるか、タレントがないとかというのはあまり重要ではないということだと思います。いろいろな場合に人と人を比較して、こっちではタレントがあるとか、こっちの方が給料がよいとか。あるいはこの人はどこから来ている方だとか、必ず比較の問題が出てくるのですが、それは個人の成長にとっては重要でないという認識だと思います。教育の立場からすると、人は人で存在していること、それが絶対的な価値であるという立場ですから、そういう中で個人が人としてどれだけ充実した人生を送れるかがポイントになってきているのだと思います。

Q2：キャリア・ガイダンスを行う対象についてですが、学校から卒業する時期の人だけでなく、もっと全般的に対象者として広がってきているということが言えるのでしょうか？

A2：広がってきていると言えます。昔の成人のガイダンスというのは安定機関でやっていたわけです。それが、成人になってもやって来る人たちの背景が変わってきていることがあります。キャリアに対しての関心は、80年代にいろいろ変わっているわけです。例えば、揺り戻しみたいなものです。大学を卒業する時点で選択について自由に観察をしなかったことの揺り戻しみたいなのが、30歳代半ばぐらいに起こってきて迷ってしまう、そういう話が出てきました。

これが導入された頃は、大体は大学生ぐらいまでの、仕事に出る前までの人達について、いろんな研究とか、実践とかに基づいてももの理屈が考えられたり、確かめられたりしていったわけなんですけど、今は、いろいろもっと総合して死ぬまで延ばそうというか、そういう議論になってきています。

Q3 : キャリアの中に関心が広がっていくということはいいんですけど、仕事に成功するだけに関心事でないとするといろいろあると思うんですが、その際、大多数の人は何らかの形で経済活動に参加して食うわけですから、職業という問題をベースとして意識しているんでしょうか。広がるならいいんですけど、中心がなくなってしまうのではないかなという気がしますすが？

A3 : 中心は職業問題を外れてはいないと思いますが、外れそうな気配をちょっと感じるときはあります。例えば、最も進んでいるアメリカと、日本とでは事情が違うかもしれないんですけど、アメリカではカウンセリングはものすごくメジャーな領域です。ですから、こういうことをやっている業界ではえらい勢力を持った評価を得るんです。ですから、そこから外れないだろうという感じですが。しかし、日本でキャリア・ガイダンスというのは、はっきり言って教育でもあるし、心理学でもあるというような領域ですね。それで、両方の境界領域で、応用の領域で、そういう意味ではメジャーではないんですね。そういう領域でやっている人の中には、一般的であることを望むというグループがあるんですね。一般の方を向く、ゼネラル性を見る方に行くことによって、自分のステータスを上げる。そういう動きがないとは言いきれないと思います。例えば、学校の中で職業指導をどの時間にやるかということについて、ちょうど昭和 20 年代に、学習指導要領での位置づけですが、最初は、技術家庭科の中で職業指導をやったりした時期が一時期あります。それがホームルームの時間でやれるように今は変わってきている。そういう流れの中で、これは一般的な教養なんだというようにだんだん拡散していっちゃって、専任でやる人がいなくなった。クラス担任がクラス担任の力量の中でやっていく中で、一般教育的な内容になってきて、薄まってしまって、そのうちやれる先生はやるけれど、やらない先生はやらない、そういうふうになってきたわけです。こういうことと関連しているとすれば、ちょっと危険だと思います。

Q4 : 職業情報というのが非常に重要だと思うんですが、アメリカの職業に関する情報というのは、専ら DOT か何かに頼ってやっているというふうになっているんですが、そうなのでしょうか。もしそうだとすれば、職業の分野と言っても、今、産業構造とか、経済のほうもガラガラと変わっていて、最新の情報を与えるほうにとってはなかなか難しいことなのではないか。しかもこれがガイダンスの説明のときに、具体的に「あなたに合う職業はこういうものですよ」とか、「労働市場で今こういう求人がある」だとか、そういうところまで結びつけてやらないと、なかなか具体性が出てきませんね。その辺の情報はどういうふう処理してこられるのか、DOT 以上に何かもっと具体的にあるのでしょうか？

A4 : 基本は DOT なんですけど、そのほかに、アメリカの NOICC という組織だったと思いますけれども、連邦政府で軍隊と文部省と労働省等の四つぐらいがお金を出し合って、委員会を作

って、そこで情報を一元的に提供しています。あとまた、この組織は、資金を持っていて、地域別というか、州レベルでガイダンスのシステムの研究をする等の提案に対して資金援助をしています。すごくうらやましい話です。

それから、カナダ州政府でもそういうのを持っていて、それを提供するシステムがあるようです。しかし、本を見ていると、ご指摘の職業情報を提供するというようなことが、昔に比べると比重が落ちてきているんですね。個人の感じ方等が軽視されるようになってくると、正確な知識を与えるというよりは、正確な知識を求めている人にはあえて与えないという感じになっています。正確なものをポンと与えたからといって、その人が正確な知識を持つわけではないし、正確な知識を持つことがその人にとってどういう意味を持つのかということも、最近では問題になってきているわけです。ですから、情報提供というのは従来のガイダンスに比べると比重が落ちてきているようです。

Q5 : ボケイショナル・ガイダンスからキャリア・ガイダンスへという変化の中で、研究レベルではこういうことだというふうに伺いましたが、アメリカでは、例えば、どういう場面でこういうキャリア・ガイダンスというのが現実化されているのでしょうか？

A5 : 例えば、キャリア・ガイダンスの理論化を押し進めているスーパーさんが、どんな例を引いてくるのかというのを見ますと、大学の学生相談室で行ったガイダンスの例なんかを載せています。もちろん、成人を対象にした「アダルト・キャリア・コンサーン・インベントリー」をやった例も載っていますが。ただ、アメリカはご存じのように、大学のガイダンスセンターというものが幅広い年齢層を相手にしています。**30** 半ばぐらいまで学生としてカバーできているんですから、学生層だといっても日本の場合と少し事情が違ってくるかなと思います。ただ、相談の内容については、学生相談の中で学部の選択や職業の選択が、いろいろ取りあげられています。そういう中でキャリア発達の援助を受ける人も結構多いというふうな感じがします。しかし、いろんな研究の対象者に選ばれているのは、ハイスクールの学生とか、大学生というのが結構多いんですね。ですから、成人男性がどの程度やれているのかは、むしろ、職業指導の領域というより産業組織心理学のほうで生涯発達やキャリア発達プログラムが最近取り上げられ始めていますので、その辺が成人の職業問題を中心にしていく領域ではないかと思います。

Q6 : コンピュータシステム・ガイダンスというのがありますけれども、こういうコンピュータ化がどんどん進んでいき、かなり自己診断的にやってしまいますと、カウンセラーの役割との関係というのはどういうふうに説明されるのでしょうか？

A6 : アメリカのガイダンス学会に参加して、そのときに非常に印象に残ったのは、コンピュータにガイダンスをさせるというアイデアです。アメリカには、大規模なコンピュータガイダン

ス・システムが幾つかあるんですが、どの手引き・解説を読んでも必ずカウンセラーがいるんですね。カウンセラーと相談してコンピュータ・ガイダンスのシステムを使うわけです。フロリダ大学では、ガイダンスセンターでコンピュータのガイダンス・システムを使えるようなシステムを開発しているわけです。そこでは、カウンセリングの中で話をして、必要に応じていろいろなガイダンス・システムを利用するわけです。少なくともアメリカの場合は、話を聞く限りではカウンセラーが必ず介在しているんです。ですから、コンピュータも、いわゆるハンドブックとか、**DOT** なんかの情報と同じような一つの資源だというふうに言われています。もうちょっとコンピュータの役割を評価している人は、こんなふうにも考えます。個別にクライアントがコンピュータ・ガイダンスシステムを使用することを通して、ちょっとした情報提供を受ければ問題が解決できるような、そういうタイプの課題を抱えた多くの人はそれでいいだろう、コンピュータの活用でカウンセラーはもっと深刻な悩みを持った人間に、もっと多くの時間をかけられるようになると言っています。ちょっと情報を提供すればいいような人はコンピュータに任せてしまえというような感じの主張もあります。でも、どっちにしてもカウンセラーは介在して、適切かどうかを含めて評価していくというのがアメリカのやり方です。

Q7 : 障害者に関する評価ということについての最近の批判だとか、問題点だとかいうものの中の一つに、何かの評価をしたら、それが指導の目標というのに直結していなければいけないというのがありますが、そういうような物の考え方というのは、障害者を意識しない職業指導という中でもあるのでしょうか？

A7 : 個人的には今おっしゃったようなことをすごく感じていまして、例えば適性検査をやって困ることがあるんですね。というのは、適性検査で得点が高かったから本当に成功するのだろうか。本当に適性であると言えるのだろうかということです。カリフォルニア大学のもので、検査がどのくらい妥当性があるのかを書いたものがあります。それによると、例えば妥当性係数、インテリジェンス・アビリティ（知的能力）がトレーニングとどのくらい関係があるかということ、**0.35**。職業とはどのくらいあるかということ **0.19** なんです。寂しいですね。もちろん、これらの数値には、ばらつきがあり、企業差もあるんですが、平均的なことを言っただけで、適性検査の妥当性は、トレーニングの方とは **0.30**、それで職業とは **0.19** なんです。これで本当に職業指導を良好にできるのかなというのを僕は感じるんです。しかしながら、具体的なトレーニングや職業との関連性を比較すると、一般性が失われるというジレンマもあります。職業指導では一般的な情報も必要なので、現行適性検査のように、能力・適性と同じでして、例えば、パーソナリティ検査が職業評価として使われることがあります。今それを研究しているんですけど、最近はそれだけではないかということ、ソーシャリ・スキ

ルなんていうようなことをやり始めたんです。それは対人的にどういう特徴を持っているのかというよりは、個人がどういう対人的なスキルについて、苦手にしてる、あるいは得意にしてるといことがわかれば、それをどうやったら高められるか、あるスキルを獲得したいならどういことをやればいいのかといことが次に出てくるんですね。ソーシャル・スキルの考え方では、スキルですから形成されるものとしてとらえています。適性検査や性格検査を、そういうスキルを中心にした実態的なものととらえるようにしたら活用しやすいものになると思っています。

Q8 : 障害者の場合には、職業の中身をよく知ることが大切であるとよく言われます。よく職業の中身を知るような手段を講じておいて、その上で本人がそこで何らかの成果を発揮できるか、それを最終的には自分で判断できるようにというのが、ワークサンプルの方向だといふうに言われています。しかし、障害者対象でない世界では、職業の中身をよく知らしめるなんていうことはあまり意味がないといふうに進んで来つつあるといことでしょうか？

A8 : 意味がないといよりは、人が職業を選ぶ際の理由を、職業の活動そのものだけに限定しなくてもいいんじゃないかといことです。例えば、ある職業が提供するライフスタイルがいか、ある職業に就くことが親を喜ばせることとか、人が仕事に引かれる理由にはいろいろなものがあるわけですね。職務内容を知らないからその職業について知ったことにはならないといえるのかといことだと思ふんです。ですから、ワークサンプルといのは、日々行っている作業を理解する上では適切ですが、例えばそのワークサンプルでやっているその仕事そのものが、その障害をもつ人にとって、自分が就いたらば、世間の人は何かつまらない仕事をやっているなといふうに思っているようなものならば、幾らワークサンプルでその仕事の内容を伝えたとしても、その仕事に興味を持つわけがないわけですね。人にとって、職業がどんな意味を持っているのかといことを理解することが大切だとい動きだと思ふんです。何をやる仕事かといようなのは、大体、職務内容が中心になりますけど、必ずしもそれだけでその人に職業情報を与えたことにならないといことだろうと思ふます。

職業評価に関連する作業療法領域における研究の動向

菊池恵美子

(東京都立医療技術短期大学
作業療法学科助教授)

はじめに

私は作業療法士ですが、本日は作業療法をご紹介出来るよい機会でもあり、上記のテーマに関してお話し致します。

ところで、まず私が職業リハビリテーションと関わりを持ったきっかけは、かれこれ **20** 年以上も前になりますが、東京都心身障害者福祉センターという所からキャリアをスタートさせた時点からということになります。当時は、まさにわが国の障害者に対するもろもろのサービス事業が本格的に開始されようとしていた時期でもあり、センター全体が障害者の社会への出口を担当する使命に燃えていたように思います。その様な状況の中で、必要に迫られて職業リハビリテーション（以下職リハと略す）について勉強をし始めた次第です。

「職業生活」とは、人間の生活に必要な不可欠な一側面であり、その獲得と維持、達成に向けて、対象者へ種々の援助を行うことが職リハの役割であると思いますが、実にアプ・ツー・デートの興味深い分野であることを実感して以来、現在に至っております。

さて、この **6** 月に第 **26** 回日本作業療法学会がありました。今年の学会のメインテーマは「生活・ゆとり・遊び」でした。テーマに沿った種々のシンポジウムや発表を聞きながら感じたことは、やはり基盤に職業生活が充実していてこそゆとりであり、遊びの価値ではないかということです。要は職業と生活、ゆとり、遊びのバランスの問題になると思います。

とまれ作業療法の重要な役割は、人とも、このものには人間と物の両方が含まれるのですが、人がものや環境をうまく扱う能力を獲得出来るような、言い替えれば、**how to live** に関わる能力の獲得を援助することです。そういう意味で、作業療法は必ずしも職業生活だけが目的ではなく、今回のテーマの「作業療法士による職業評価」についても、もう少し広く捉え、いわば「作業療法士による職業・作業評価の動向」として話を進めることを、最初にお断りしておきます。

それではテーマに沿って、文献を中心に、職業や作業評価に関して作業療法士がどのような研究をしてきたかをご報告したいと思います。

方 法

今回主に検索したのは、主に作業療法専門誌と職業リハビリテーション関連 7 誌です。共著の場合には、いずれも作業療法士が筆頭著者であるもののみを取り上げました。

具体的には、理学療法と作業療法（表中は「理・作」と略す）、作業療法ジャーナル（表中は「作ジ」と略す）、作業療法（表中は「作」と略す）、日本作業療法学会論文集（表中は「学」（回数）と略す）、職業リハビリテーション（表中は「職リ」と略す）、職リハ研（表中は「職・研」と略す）、職リハネットワーク（表中は「職ネ」と略す）です。また、その他の文献としては「リハビリテーション医学」や「総合リハビリテーション」あるいは「臨床精神医学」等ですが、これらについては必ずしも十分な検索はできておりません。

検索した期間は、1972 年から 1992 年 6 月までの約 20 年間です。発表された文献数は全部で 111 編でした。但し、作業療法学会で発表されたものは、その後必ずしも原著の形で報告されてはおりませんので、作業療法士以外の職種の皆様にはあまり目に止まることがないと思われ、むしろそんなにあったのかと感じられるかも知れません。

検索した文献の分類は、日本職業リハビリテーション学会の学会誌である「職業リハビリテーション」1) の中にある文献一覧の方法を参考に、1.総説・概説、2.職業あるいは作業評価、3.職業準備訓練・指導、4.障害各論、5.その他（進路指導・職業教育等）と致しました。

結果と考察

(1) 研究論文の概観

表 1 にはわが国の、作業療法士による職リハに関連したテーマ・分野別の研究論文の概要と数を示しました。

表1 わが国のOTによる過去20年の職リハ研究内容とその数

テーマ	共通（健）	身 障	精 障	計
総説・概論	3	2	6	11
評価	2	13	12	27
訓練・指導	0	1	11	12
疾患各論	0	19	29	48
その他	8	2	3	13
計	13	37	61	111

共通（健）：健常者、身障：身障者、精障：精神障害者
検索期間：1972.1～1992.8

研究の総数は 111 ですが、そのうちの 100 編が 1982 年以降に発表されたもので、しかも精神障害に関する内容が次第に多くなり、その数も身体障害の約 1.5 倍あることが分かりました。

(2) 総説・概論 (表 2)

わが国において作業療法士が職リハに積極的に関わりだしたのは、およそ 1960 年代の後半からだと思われます。当時の文献 2)には症例報告を中心としたものが多く見られましたが、1972 年以降において、総説や概論を作業療法士の立場からまとめたものは 1984 年の学会発表が初めてです。その他ジャーナルの特集や学会の 1 テーマとして職リハが取り上げられた時に発表 (表 2 の論文 4、5、6) が集中していることが分かりました。いずれも作業療法士が職務の一部として実施している職リハ関連業務の体系をまとめたもの (同 7、9、10) が多いことが特徴です。

表2 総説・概論

著者名	題名 (または、その短縮形)	雑誌名ー巻 (号)
1. 大丸	精神科 Pre-V cc OT の意味検討 (1)	学 (18), 1984
2. 辰巳ら	職リハと社会リハにおける PT・OT の役割	理・作 19(3), 1985
3. 大丸	精神科 Pre-VocOT の意味検討 (2)	作 7(2), 1988
4. 丹野ら	精神障害者の職業リハビリテーション	作ジ 24(12), 1990
5. 大橋	精神疾患に対する職業的アプローチ	作ジ 24(12), 1990
6. 内座	身体障害者に対する職業的アプローチ	作ジ 24(12), 1990
7. 早川	職業前作業療法	作 10(2), 1991
8. 井神	精神障害者の職業前作業療法	作 10(2), 1991
9. 内座	職業前作業療法・今日的モデルの構築	作 10(2), 1991
10. 早川	職業リハビリテーションと OT	職ネ 13, 1991
11. 浅野ら	精神障害者の職業リハビリテーション	作 11(2),1992

(3) 職業評価 (表 3)

表 3 には、身体障害と精神障害の分野でなされた職業評価に関する研究を示しました。なお歴史的にみて対象や方法が限定されている職業前評価という用語をここでは使わず、また作業評価も同義語としてこの中に含めました。

身体障害に関しては、対象者の基本的な作業能力や作業特性について、身体的側面や精神的側面から把握しようとするもの (表 3 の論文 7、8、10、11)、さらにまた作業の量と質を上肢や全身動作で捉えようと試みるもの (同 2、6) がみられました。

評価の媒体としては、1970 年代にはモダプツやワーカビリティテスト (同 1、3) が、その後は、就職レディネスチェックリスト (ERCD) が種々の疾患に適応検討 (同 12、13) されています。さらに近年は高齢者や一般健常者の職業能力特性の把握に関する研究 (同 14、15) が報告されているのが特徴です。しかし、種々の疾患特性を作業能力の観点からより詳細に検討する研究

は意外と少なく、今後の課題と言えましょう。また健常者を対象とした生理学的な基礎研究や障害者の老化に伴う作業能力の変化等についても今後に期待される研究分野です。

表3 職業評価

著者名	題名（または、その短縮形）	雑誌名－巻（号）
身体障害		
1. 金子ら	木工による職業前評価	学 (7回), 1973
2. 佐藤ら	職能評価としてのワーカビリティ・テストの適用	学 (11回), 1977
3. 澤	職能前評価のいろいろ	理・作 11(9), 1977
4. 佐藤	職能評価としてのワーカビリティ・テストの適用	理・作 13(2), 1979
5. 佐藤	モダブツの利用法	理・作 8(5), 1980
6. 金子ら	木工による職業前評価（第2報）	学 (14回), 1980
7. 小林	集中維持機能評価の試み	学 (18回), 1984
8. 辰巳	脳性麻痺者の耐久性の向上と評価	理・作 19(11), 1985
9. 重田ら	職能評価の報告	作 5(2), 1986
10. 菊地ら	授産施設利用者の心身機能の特性	職リ 1, 1987
11. 菊地ら	養護学校高等部生の心身機能の特性	作 8(3), 1989
12. 森田ら	「就職レディネスチェックリスト」使用経験	作 9(2), 1990
13. 菊地	ERCD 職業評価項目の内的妥当性	作 10(2), 1991
14. 菊地	高齢者の職業的心身機能の特性	職リ 5, 1992
15. 菊地ら	中高年就業者の ADL 機能と職業能力	作 11(2), 1992
精神障害		
1. 長尾ら	モダブツテスト法の利用（第2報）	学 (8回), 1974
2. 内藤ら	前職業的評価	理・作 16(6), 1982
3. 宮崎	精神分裂病者の就労前評価	作 3(1), 1984
4. 山田ら	精神障害者の就労前評価	職・研 1986
5. 榎ら	MR に対するワークサンプル標準化	作 5(2), 1986
6. 平尾ら	精神分裂病者の動作テスト	学 (20回), 1986
7. 篠田ら	単純軽作業における分裂病者の作業量	作 6(3), 1987
8. 寺岡ら	精神障害者の職業興味と職業適性	作 6(3), 1987
9. 井神	精神分裂症の前職業評価	作ジ 24(3), 1990
10. 吉沢	精神分裂症者に対する GATB の試み	作ジ 24(8), 1990
11. 関戸	精神科デイケアにおける評価表の試み	作 10(2), 1991
12. 大丸ら	精神分裂病の障害評価	作 11(2), 1992

一方、精神障害領域においては、評価とはいえ総説的な内容や、あるいはまた、精神科職リハの方向付け（同 2、4、9）に関するものが多く、未だこの領域における評価の手法と作業療法士の役割が確立されていないことの表れと考えられます。

精神障害者に対する作業能力評価に関しては 4 編（同 5、6、7、10）ありました。最近の研究としては、精神障害者の作業遂行能力を一般職業適性検査（GATB）で捉えたり（同 10）、特に精

精神分裂病の評価をデイケアの中で捉えようとする（同 11、12）試みが見られました。

(4) 職業準備訓練・指導（表 4）

もとより作業療法士が担当するのは特定の職種に向けての職業訓練ではありません。訓練としての作業療法士の主な役割は、職種にかかわらず職業生活に共通に必要なとされる心身の耐久性をはじめ、手先の巧緻性や作業速度、対人関係機能等、いわゆる作業習慣の発達と獲得に向けての援助であり、人が何らかの職業生活を送るためのいわば準備訓練であります。今まで伝統的に使われてきた職業前訓練の代わりに職業準備訓練としたのは、職業前評価と言う用語を取って採用しなかったことと同じ理由によります。

表4 職業準備訓練・指導

著者名	題名（または、その短縮形）	雑誌名－巻（号）
身体障害 1. 星 ら	職能訓練における OT の役割	作 11(2), 1992
精神障害 1. 斎藤ら	精神障害者における職業前訓練の明確化	職・研, 1983
2. 宮 崎	精神分裂病の就労導入への基礎問題	作 3(1), 1984
3. 大橋ら	作業活動プログラム大規模改革後の実態	学 (20 回), 1986
4. 美和ら	雇用主からみた外勤作業の問題点	職リ 1, 1987
5. 井神ら	M 病院における外勤作業の問題点	職リ 2, 1988
6. 近藤ら	長期入院患者の社会復帰プログラム（第 2 報）	作 7(2), 1988
7. 鶴見ら	施設外作業訓練の年間のまとめ	作 7(2), 1988
8. 近藤ら	長期入院患者の社会復帰プログラム（第 3 報）	作 8(3), 1989
9. 山 下	精神科デイケアにおける職業前訓練	職ネ 13, 1991
10. 山本ら	長期在院者の共同作業所利用の試み	作 10(2), 1991
11. 山本ら	デイケアにおける就職プログラムの効果	作 11(2), 1992

ところで、職業準備訓練を必要とするのは今日主に精神障害者であることが研究の数の多さから伺えます。しかもその殆どがデイケアや院外作業の中で実施されていることが分かります（表 4 の論文 1～11）。精神障害者のリハビリテーションが従来の院内作業から、外勤をはじめ共同作業所、通所授産施設へと変わりつつあることが研究からも読み取れます。

(5) 障害各論（表 5）

表 5 は、身体障害および精神障害の職リハに関するいわば各論的研究論文をまとめたものです。

身体障害では 1972 年には上肢切断者や上肢障害者の社会復帰例（表 5 の論文 1、2、3）が見られましたが、その後は脳性まひや脳卒中をはじめとする中枢性疾患が増えていることが分かります（同 6、7、8、10、12、13、14、19）。また変性疾患（同 9）、頭部外傷（同 11）、人工

表5 障害名論

著者名	題名（または、その短縮形）	雑誌名－巻（号）
身体障害		
1. 安 留	上肢障害者の職場復帰について（症例報告）	学(6回), 1972
2. 古 川	ある両側上腕切断ケースの職場復帰まで	学(6回), 1972
3. 古 川	上肢切断者の職業復帰	理・作 10(10), 1976
4. 田 中	脳性麻痺の職業的リハビリテーションと作業療法	理・作 10(10), 1976
5. 寺 山	頸髄損傷者の職業前評価の傾向と就労	理・作 11(9), 1977
6. 松田ら	脳卒中片麻痺者の職業復帰と手	学(12回), 1978
7. 佐 藤	脳性麻痺者の作業能力開発の試み	理・作 14(5), 1980
8. 幕 内	脳性麻痺者通所作業活動での OT	理・作 16(3), 1982
9. 菊 地	片性疾患患者の就労状況	職・研, 1983
10. 日垣ら	片麻痺の職業復帰への一考察	理・作 17(7), 1983
11. 砂原ら	頭部外傷者の職場復帰への働きかけ	作 5 (2), 1986
12. 望 月	脳卒中の退院後の方向	理・作 19(2), 1985
13. 前 田	片麻痺失語症患者の就労状況	作 6 (3), 1987
14. 川原ら	片麻痺患者の職業復帰	作 7 (2), 1988
15. 菊 地	人口肛門患者の職場復帰	職リ 3, 1989
16. 内 座	過去 7 年間の職業的アプローチのまとめ	職リ 3, 1989
17. 谷合ら	頸髄損傷者の就業	作ジ 23(4), 1989
18. 野路ら	慢性血液透析患者の職リハの一考察	作 10 (2), 1991
19. 遠藤ら	脳卒中片麻痺の職業前訓練	作ジ 25(6), 1991
20. 早 川 (俊)	脳卒中患者に対する職業的アプローチ	作ジ 25(10), 1991
精神障害		
1. 早 川 (俊)ら	モダブツ法を通して見た精神薄弱者の作業能力と就労	理・作 11(9), 1977
2. 中川ら	精神分裂病者の作業能力と就労	理・作 11(9), 1977
3. 吉益ら	入院から職業訓練までの一症例について	学(15回), 1981
4. 佐竹ら	長期入院患者の社会復帰職業前 OT を中心に	学(16回), 1982
5. 平 野	院外作業の治療的意味	学(17回), 1983
6. 成 崎	精神障害者生活トータル援助	作 4(1), 1984
7. 丹 野	慢性分裂病の就労と社会復帰	臨床精神医学 17, 1984
8. 村田ら	精神障害者の職業イメージ (第 1 法)	学(19回), 1985
9. 松 浦	社会復帰へのアプローチ	学(19回), 1985
10. 岡 野	対人活動として訪問販売	学(19回), 1985
11. 村田ら	精神障害者の職業イメージ (第 2 法)	作 5(2), 1986
12. 美和ら	精神分裂病の就労挫折	職・研, 1986
13. 井 神	症例からみた就労挫折要因	職リ 1, 1987
14. 青木ら	県内地域作業所の実態と問題点	作 6(3), 1987
15. 小林ら	地域作業所における OT の職域拡大	作 6(3), 1987
16. 安達ら	あすか共同作業所のかかわりから	作 7(1), 1988

著者名	題名（または、その短縮形）	雑誌名－巻（号）
17. 篠田	精神障害者通所授産施設における OT の動向	作ジ 23(2), 1989
18. 中澤	精神障害者通所授産施設と作業療法	作ジ 21(8), 1990
19. 浅野ら	院内作業所から通所センターへの OT の役割	作ジ 24(8), 1990
20. 藤原	作業所で OT は何ができるか	作ジ 24(8), 1990
21. 山下	精神障害者通所授産施設の問題点	作ジ 24(8), 1990
22. 池口	就労に向けての院内プログラムと OT	作ジ 24(8), 1990
23. 坂井	院外作業の治療的意味	作 10(2), 1991
24. 岡田ら	通所授産施設のあゆみ	作 10(2), 1991
25. 西尾ら	精神障害者通所授産施設における OT の現状	作 10(2), 1991
26. 井神ら	精神分裂の離転職の原因と援助	作 10(2), 1991
27. 丹野ら	精神障害者の就労機能と就労援助	作 11(2), 1992
28. 根元ら	精神障害者の復職状況	作 11(2), 1992
29. 井神	精神分裂病の職業前作業療法	作ジ 26(2), 1992

肛門（同 15）、人工透析（同 18）患者等についての研究は、医療職である作業療法士ならではの内容と言えましょう。しかし病院に勤務する作業療法士の数 3 を考えると、院内で積極的に職業的なアプローチがなされているとは言えず、さらに今後の課題と考えられます。

精神障害者については、院内から院外への連続的な援助の中で、職業生活のみならず社会生活の全般について作業療法が有効であるとの報告が増えています（同 15～27）。

一方、精神障害者に対する社会の偏見や差別の中での就労状況の報告もあります（同 12、13、26、28）。また、多くの職種がかかわる中で作業療法士の役割を模索する論文（同 17、20、21、24、25）が見受けられるのが特徴と言えましょう。

(6) その他（表 6）

その他としては、進路指導（表 6 の論文 2）や精神保健法（同 1）、授産施設の作業療法士の待遇（同 3）、職リハ関連用語に対する問題提起（同 4、5）、諸外国の職リハ（同 1、2、3、等々、少ない数ですが多岐にわたっていました。

表6 その他

著者名	題名（または、その短縮形）	雑誌名一巻（号）
進路指導 1. 井神ら 2. 菊地ら	A 職業訓練校卒業生の就労状況 養護学校卒業生の職業準備性	職・研, 1983 職リ 2, 1988
精神障害 1. 平 尾 2. 丹野ら 3. 篠田ら	精神保健法の改正—職業リハビリテーション 作業所の歴史と現状 精神障害者通所授産施設における OT の待遇	職ネ 5, 1989 作ジ 24(8), 1990 作 11(2), 1992
共通 1. 花 村 2. 花 村 3. 菊地ら 4. 井 神 5. 井 神	心身障害者雇用促進事業における OT サービスの 経験（第 1 報） 心身障害者雇用促進事業における OT サービスの 経験（第 2 報） OT 専門科目「職業前評価と訓練」に関する教授 目標の明確化について 職リハにおける用語の混乱（その 1） 職リハにおける用語の混乱（その 1）	学 (9 回), 1975 学(10 回), 1976 学(14 回), 1980 職・研, 1984 職・研, 1985
諸外国 1. 西 島 2. 菊 地 3. 野路山	マレーシアのデイケアセンター アメリカにおける職業評価 コスタリカ職リハセンターのシステム	学(19 回), 1985 職ネ 7, 1990 作 10(2), 1991

結語

以上、わが国の作業療法士による職リハに関連した過去 20 年間の研究を概観致しました。

松為氏^{4,5)}は職リハの研究課題を分類する中で、作業療法学の主な位置づけを、職業適応に関する研究領域（適応訓練研究、適応支援機器研究）としています。つまり作業療法のより実践的手法を重視していると言えましょう。しかし、過去の作業療法士による文献の中に適応支援機器に関する内容は皆無に等しいことが分かりました。

今回、1972 年からの 20 年間を検索した理由は、むしろ職リハ側の要請によるものです。なぜなら、わが国の職リハの相談機関においては 1982 年（昭和 57 年）を堺にして精神障害者が顕在化⁷⁾しています。その傾向は今日さらに強まり、地域障害者職業センター来所者の 10%が精神障害者、約 50%が精神発達遅滞者、20%が身体障害者、その他が 20%となっています。このような社会の状況が作業療法の分野にどの様に影響しているかを、1982 年を含めた 20 年をその枠に入れることで明らかにする必要があると考えたからです。その結果、作業療法の分野における職リハ関連の研究も精神障害者に関する内容が多くなっていることが確認されました。

おわりに

今後はさらに、ニーズがより顕在化しつつある精神障害者はもとより、身体障害の分野においては、職業適応支援機器をはじめ障害者の職業適応に関する作業療法の援助の重要性が示唆され、それはまた、精神発達遅滞者に対しても一層必要とされる内容であると言えます。

社会のニーズに敏感に対応することが作業療法の大きな特徴であり、今回の文献検討を通して、職リハの分野における研究と実践の価値を改めて見直すことが出来ました。

参考文献

1. 大漉憲一：職業リハビリテーション関係文献目録 1991,職業リハビリテーション,97-105,日本職業リハビリテーション学会
2. 小川恵子：Pre-Vocに関する文献について,職業前作業療法委員会,作業療法,5(3),84-86,1986
3. 作業療法白書,日本作業療法士協会編 47-50,1991
4. 松為信雄：職業リハビリテーション研究課題の分類学,総合リハビリテーション,875-881,1989,11,医学書院
5. 松為信雄：職業リハビリテーション研究課題の分類,職業リハビリテーション,7-18,1988
6. 西村晋二：講座・障害者と職業,精神障害,理・作療法,22,5,315-321,1988,医学書院
7. 菊池恵美子：作業療法士による「職業関連活動」に関する研究の動向,作業療法ジャーナル,27,3,214-220,1993,三輪書店
8. American Journal of Occupational Therapy,39(5),1985

質疑応答

Q1 : 今回検索し表に分類されている論文の著者は皆さん作業療法士 (**Occupational Therapist Registerd** : 以下 **OTR**) でしょうか？

A1 : はい、そうです。他職種との共同研究の場合には、**OTR** が筆頭著者になっている論文だけを取り上げました。

それから冒頭で、検索の対象は職業評価だけではなく、作業を通した評価をも含めたとお断りしたわりには、作業に関する論文(木工作业による対象者の作業能力の評価等)が少ないことにお気付きかと思います。その理由は、例えば作業分析による評価等はたくさんありましたが、目的が対象者の器質的障害 (**Impairment level**) の評価にあつて、職リハには必ずしも直結しないと判断したものは除いたためです。あくまでも作業を通した評価がどの様に職業につながったのか、その辺の示唆のある論文だけをとりあげたところ、結果として**2、3**件しかなかったということです。

Q2 : 作業療法 (**Occupational Therapy** : 以下 **OT**) 関係の学会というのは一本化されたものだけなのでしょうか。それとも各地域で何かあるのでしょうか。ここで取り上げたものはどちらのものでしょうか？

A2 : 原則として全国規模の日本作業療法学会が年に**1**回あります。その他、各県士会単位の地区別作業療法学会や、有志による研究会も近年かなり活発に開かれるようになりました。

今回は、日本作業療法学会論文集を主に検索致しましたが、地区学会でもきちんと研究報告の形(レジュメではなく)でまとめられているものには目を通しました。但し、残念ながら職リハに関するものは見あたりませんでした。

Q3 : **OTR** の方たちのメインの関心は職業評価とか職業訓練ではないように思われますが、どの辺に一番関心を持っているのでしょうか？

A3 : 実践はともかくとして、少なくとも論文の形でまとめられた研究の内容から判断致しますと、やはり器質的障害 (**Impairment level**) と能力障害 (**Disability level**) に関するものに集中しております。身体障害領域ですと、関節可動域と日常生活活動、感覚・知覚と物の操作性、上肢機能検査の標準化や、ある特定の疾患と器具検査結果等でしょうか。また最近、高次脳機能に関する関心が高まっています。それだけ問題となるケースが増えたとも言えるのでしようし、**OTR** の数も増えてきて対象者の評価や訓練がより綿密になされるようになってきたことにもよりましよう。いずれにせよまだあまり研究されていないノイエスなテーマであることも含め、学会発表に占める割合は高くなっています。

もちろん能力障害といえ、職業生活にも密接に関係する訳ですが、いわゆる社会的不利

(Handicap level) の分野にはまだあまり貢献できていないことは確かでしょう。だからといって、OTR の興味や関心がないわけではなく、現状では約 6 割の OTR の勤務先が病院であることから、そこで要求される OT サービスや保険制度等の制約等によると思います。その証拠に、近年、精神障害者を対象にした保健センター等の OTR は積極的に職リハに関わり始めています。

また、発達障害領域に関しましては、OT 対象児の低年齢化によって、治療は心身の機能発達訓練のためのハンドリングや母親への摂食介助指導等が中心になっておりますが、将来的には、学齢後期の精神発達遅滞や自閉症児の生活適応や作業能力の評価等、職業生活への導入援助にも関わっていくべきだと思っております。これは OT 教育の内容にも関わる問題ですが、現状では殆どなされておられません。

Q4：検索した文献は身体障害のものが多く聞こえましたが、精神障害についてはどうなんですか？

A4：精神障害の場合には、器質的障害 (Impairment level) に関するものは殆どなく、能力障害 (Disability level) について、日常生活能力や社会生活能力等、いわゆる SST (Social Skill Training) に関する OT の実践報告が増えています。

その他、ご承知の通り精神障害の分野では職種間の役割分担が明確ではないようですから、OT の意義や役割について、他職種との共同のあり方を模索する内容のものがかなり多くありました。いずれにせよ、テーマ自体に「職リハ・・・」とつけたものがあまりなかったため、表で見る限り少ないという印象を持たれたかも知れませんが、精神障害の場合には特に、すべて職リハにつながると言えるのではないのでしょうか。

Q5：OTR の中で、身体障害関係者と精神障害関係者の割合はどれぐらいですか？

A5：1992 年 6 月の資料では、現在のわが国の OT 登録者数は 5810 名です。そのうちの約 66% が身体障害関係の病院やリハビリテーションセンター、約 13% が精神障害関係、約 11% が発達障害、残りがその他となっております。身体障害の中には老人病院も含まれています。

Q6：精神障害での OT の主要な関心はどうなんですか？

A6：私は直接には身体障害関係の経験しかありませんので、精神障害に関してはあくまで間接的な情報をもとにお話しすることになりますが、精神障害の場合には、診断にかかわらず、もちろんそれがベースにはなるのですが、主要な問題は彼らを取り巻く人的環境が重要で、OTR の関心もそういった対人関係の改善や関係障害に対するアプローチにあるようです。それはつまりは職業を含めた社会生活の遂行能力に関わって来るわけで、最近の精神科領域の OTR はかなり職リハに積極的な印象を私は持っております。

Q7：精神科領域の ADL (日常生活活動) の問題はどのようにですか？

A7 : 精神科の患者さんの場合には、ご承知のように手や足の機能に障害があるわけではありませんが、例えば入浴の動作そのものが出来ないということはないわけで、問題はむしろ、なぜ入浴して清潔な身だしなみをすることが社会生活を送る上で大切なのかを理解してもらうことにあると言えましょう。つまりハウ・ツー・ムーブよりハウ・ツー・リブの能力の構築や再獲得が大切だということです。私自身、以前、外来の軽度の精神障害の患者さんを医師の了解のもとに、身体障害の患者さんと一緒に同じ部屋で **OT** を行ってみたことがあります。何日も風呂に入らない外来の精神障害の方（自営手伝い）がいて、指導しても改善せず、ついに他の身体障害の患者さんからクレームが出たため、以後その試みを中止した経験があります。

Q8 : 身体障害の **ADL** の問題や、今後の **OT** の職業評価や訓練は、どんな方向を目指しているのでしょうか？

A8 : **ADL** に関する身体障害の器質的障害 (**Impairment level**) の問題解決は比較的容易になってきたと思います。そして精神障害と同様、身体障害者の自立のレベルを決めるのは、やはりハウ・ツー・リブの力だと思います。つまり企画力とか判断力とか、当事者のそのような能力によって、**ADL** を遂行するにあたって人や環境を使いこなしていく力が大切で、これは職業リハビリテーションにおいても共通する点ではないかと思います。

OT の職業評価の今後の方向性についてですが、私自身はさらにより基礎的な研究が必要だと考えています。例えば人の老化に伴う生理的機能や疲労の問題について、健常者のデータも意外に少ないのが現状です。私自身は職業生活に関わる諸々の機能を職業的心身機能という言い方をしているのですが、健常者の各年代別データを蓄積することを研究テーマの一つにしています。そういった基礎的なデータの上にさらに障害の問題を深めていくことが望ましいのではないのでしょうか。これは特に医療の場に近い **OT** の特性が生かせる領域であり、そのデータは職業リハビリテーションの現場に生かして頂けるのではないかと考えております。

健常者のデータを把握することの利点は、その結果が広く市民の健康管理にもつながることです。なんと言っても障害の予防が出来ればそれは一番望ましいのでしょうか。

職業訓練に関しては、**OTR** がそのような場にはないこともあって、なかなか難しいのですが、職業生活を継続していくためのアフターケアの中で、訓練や指導につながる研究がなされ得ると考えています。それからわが国の **OT** の職域はまだ狭いですが、将来的にはさらに養護学校や刑務所、少年院等にも雇用が拡大されれば、その中でのケーススタディを通して、職業訓練的な研究もさらにやりやすくなると思います。

Q9 : 職業前ということがよく言われますが、これについてのアメリカの動きはどうでしょうか？

A9 : 今回は国内の文献を中心に致しましたが、ご承知のように職業前という用語はアメリカで一時期使われていた **Pre-vocational** の翻訳です。アメリカにおいて **Pre-vocational OT** とか

Pre-vocational Evaluation and Training が盛んに行われたのは **1930** 年代から **1960** 年代の初めまでです。文献を通していくつかの動きが分かります。

一つは、ご承知のように、ニューヨークの **ICD (Institute for the Crippled and Disabled)**, 現在の **Intenational Center for the Disabled** の前身) で **1930** 年代から開発が進められたタワー法 (職業評価コース) へ入る前の準備性の評価と訓練において、**OTR** によってなされたのが職業前評価と訓練と言われるものでした。そこで **OT** に要求されていた機能は、対象者のより基本的な身体の耐久性や手先の巧緻性とか、作業速度等をタワー法への入門に向けて最大限高めておくことを目的とする限定されたものだと言えましょう。

もう一つの動きは、**1930** 年代に、病院と社会のギャップを埋める機能として院内に **Pre-vocational Unit** を設けることが義務づけられた時期があり、医師が中心となって、入院患者の職場復帰に際する、いわゆる身体ならし的な訓練がなされていました。**Industrial Therapy** という表現はこの時期のものです。

さらにその他としては、**1950** 年代から、おもに精神発達遅滞の領域において、今日わが国で行われているようないわゆる職業準備訓練に該当するものとして、**Pre-vocational training** がなされたようで、これは現在まで継続して実践されています。

さて、現在はどうかといいますと、今日、アメリカの **OT** の職業リハビリテーションにおける主な活躍はワーク・ハードニング (**Work Hardning**) と称されるものです。適切な訳が見あたりませんが、強いて訳せば作業鍛錬法でしょうか。つまり、主に労働災害や腰痛の労働者 (**Work Injured**) の職場復帰や心疾患患者の就労の可能性を評価することを目的に、一定の作業負荷を与えつつ観察するシステムティックな評価・訓練法です。対象者は障害者というより、むしろこの評価によって復職が困難とされた場合に障害者に認定される (わが国で言う福祉の対象となる) と言えましょう。このシステムにおいては **Pre-vocational Evaluation** という言葉ではなく、**Work Evaluation** という言い方に統一されています。

たまたま先日、アメリカの **OTR** (雑誌 **WORK** の編集長) と話す機会があったのですが、彼女はもう **Pre-vocational** という言葉は全く使わないと言っておられました。アメリカの最近の文献ではごくまれに精神発達遅滞の職業訓練関係の文献に **Pre-vocational** という表現を見かけますが、一般には **Vocatinal Related Activities** とされているようです。ちなみに日本作業療法協会では「職業前関連活動」としています。私個人はこの“前”は不要だと思っております。

Q10 : 実際の **OT** 業務の中で、どの様な職業関連活動がなされているのでしょうか？また、どの様な教育がなされているのですか？

A10 : **OTR** の勤務先によって、関わり度はかなり違っていると思います。ただ急性期の病院に勤

務しているから職リハに興味がない訳ではなく、むしろ保険点数の制約や患者数によって、職業的なことにまで関わる余裕がないというのが現状かと思います。また最近では老人の患者さんが増えていますので、職業復帰のニーズがあまり高くないことも確かです。ただいずれにせよ、必要な患者さんには職リハに関する情報提供だけは行っているのではないかと、これは期待値も含めてですが。また、教育に関しては、学校によって若干異なりますが、これまでの3年間の教育体制の中では、概ね2年生の後期か3年生の時点で、必修科目として30~60時間かけて教えています。ただし、先輩のOTRが職リハの最前線で仕事をしているわけではありませんので、その活動を実際に見学する機会が少ないのが残念です。その意味での教育効果が上がりにくいのは確かですが、先ほども申しましたように、精神科領域での実践等が少しずつ増えてきていますから、将来は期待出来ると思います。

Q11：OTの研究に関するガイドラインとか教育はどのようにされているのでしょうか？

A11：研究に関するガイドラインとしては、日本作業療法協会の編集による教科書「作業療法概論」（第4章・研究）があります。各校とも卒論的なものを課し、印刷物としてまとめておりますが、私の勤務する東京都立医療技術短期大学では研究法（30時間）の中で、学生の個人研究を指導し、30枚程度のペーパーを提出させております。テーマは学生によりますが、文献研究からフィールドワークまで、それぞれに応じて、研究の手順と方法を学ばせています。

Q12：今回の分類では精神発達遅滞が精神障害の中に1篇だけ入っていますが、これは全体に数が少ないから精神障害の中に入れたのでしょうか？それとも古い意味の医学的な分類が、例えば精神障害の中に精神発達遅滞を含めていることによったのでしょうか？

A12：どちらかと言えば前者です。いずれにせよ精神発達遅滞に関してはとても少ないですね。但し今後は両者の特性の違いを考慮して、分けて記載した法が良いかと思います。

Q13：OTでは今後、分野別の学会に細分化される方向性はあるのでしょうか？

A13：例えばボイタ法やボバス法等、ある手技に関する講習会や研修会はすでに数多く分野別に開催されていますが、学会はむしろ全体主義で進むのではないのでしょうか。OTが対象とする人の誕生から死まで、疾患に関わらず共有する問題を全体で討議する姿勢が望ましいと私は考えています。

Q14：その他、現在のOTの動向について聞かせて下さい？

A14：ご承知の通り、現在はOTの対象として老人が急激に増えており、マン・ツー・マンで行う従来の治療の他に、グループ指導や地域での在宅訪問の要請が多くなって来ました。従って、その方法もこれまでのような身体障害があるから身体の訓練からOTを開始するというのではなかなか治療の効果が上がらず、老人の場合にはむしろ心身の、心の方から入っていく方法、例えば「今度お花見に行きましょう」と言うと、頑張って歩いたりトイレの練習をしてく

れるというような、そんなやり方が盛んに取り入れられるようになりました。家庭や社会生活行為そのものを、**OT**の方法にさらに積極的に活用するということです。そういうことを考えますと、今後**OT**は必然的に業務も職域もその対象も拡大していくことになろうかと思えます。

(この講演原稿の整理に当たっては研究協力員の田辺淳也の一部協力を得ました)

精神薄弱者の職業評価の動向

石渡 和実

(関東学院大学文学部助教授)

はじめに

精神薄弱者の職業評価をざっとおさらいをしてみるとというねらいで、この分野での職業評価というのがどんなふうになっているのかに関する文献を拾ってまとめてみました。ただ、参考文献として挙げているものには私自身は手に入らなくて、孫引き的にこういうのがあるというのを載せているのもあります。文献としては日本のものを年代順に並べて、話をさせていただこうと思います。

労働省関係、厚生省関係、それから教育の分野での評価を含めて当たってはみたんですけども、まとまっている本というものはありませんでした。まずは、更生相談所関係の評価についてまとめている厚生省の「心身障害研究」の成果があり、これは、今、淑徳短大に行かれた桜井先生が中心になってまとめたものですが、これなどを参考に見てみました。

3 分野における職業評価の概観

(1) 厚生省関係

資料に沿ってお話をしますと、その桜井先生が昭和 59 年度あたりから 3 年連続で、判定に関する研究というのをまとめています。それが当時桜井先生がいらっしゃった精神衛生研究所等からモノグラフという形で出版されていまして、そのまとめにしたがうと、厚生省関係ではどんな判定がなされているのか、文部省、労働省はどうかという分類は表 1 になっています。実際はまだ評価と呼ぶまでにはなっておらず、要するに判定として、精神薄弱という概念に相当するかどうか、その場合の程度は、重度、中度、軽度、どこら辺になるのかということ、厚生省サイドを中心にまとめたものです。

3 年かけて、厚生省関係の主だった方をメンバーにして研究がなされているのですが、実際のところはそれぞれの所でどういう方法に基づいてやっているのか、更生相談所の判定としてはとりあえずどんな基準を全国的に設定したらよいかというところが主たる目的のようです。表 2 に程度別の判定指標というのがありますが、これが 53 年の心身障害研究のまとめとして出てきたものだそうです。精神薄弱の概念については、昭和 20 年代ですと恒久的な障害とされ、変化しないとみなされていました。しかし、このころはかなり可変性があるという概念が出てきたた

め、年齢別に、最重度、重度、中度、軽度がどういうレベルかということ、具体的な記述で示しています。これが当時の判定指標としてはかなり高い評価を得ていたようで、**60**年代ぐらいまではこれを使っていた更生相談所がかなり多かったということです。しかし、まだほんとうに基準に当てはめるとい程度のものでしかないという印象をもっています。

この中で、職能判定については、東京都心身障害者福祉センターのセンター長を前にやっていたらっしゃった原田先生が中心になっての研究も行われています。しかしこの職能判定の方法については表**4**に「評価の方法」として紹介しましたが、これも昭和**60**年初めぐらいのものでですから、今から見るとお決まりのオーソドックスなものが並んでいるという感じがします。

原田先生のお考えでは、更生相談所の評価として、まず一時性評価と経過性評価というふうな分け方をしています。これは**1**日だけで終わってしまう判定というのが圧倒的に多いものですから、そうではなくて、精神薄弱の場合は少し時間をかけて長期的な評価が必要だということで、経過性評価に重点を置く方向へ持っていきたいというご意向だったようです。職業センターで評価を担当なさっているカウンセラーの方、それから私たちのような立場で施設で評価をやっている人間にとっても、こういう時間をかけての評価というのが精神薄弱の方の場合は大きなポイントになってくるということを感じています。そうしないと見られないものが、実際の職業生活では大きなウェイトを占めるという感じがしておりまして、この経過性の評価というものの重要性については、今、皆さんの認識は一致しているところだと思います。

このような視点から、職業センターの場合でしたら職業準備訓練とか、さらに最近のサポートイッドエンプロイメント的な方向をめざすということにもなっているわけです。しかし、更生相談所などでの評価は、経過性評価という指摘がなされながらもあまり変わっていないのではないかという印象が強いですね。

(2) 文部省関係

文部省の関係では、特殊教育における職業指導、進路指導という中での職業評価が、一時代を画した時があったということは、確かにそのとおりだと思います、文部省関係での評価というものも考えてみました。当然、文部省サイドとしては、独自の評価法を編み出しているわけではなく、進路指導の中で主に使われているのは、アメリカのキャリアエデュケーションという流れにのっつての評価であり、実際に使われているのは労働省関係で作成した職業適性検査、それから一般的な心理学的検査ということになるわけです。そういう面では評価法として特におもしろ味はありませんでした。

表**5**にまとめたものは、精神薄弱の教育という面ではほんとうに先駆的な仕事をなさった、東京大学の三木安正先生が**1966**年にお出しになった「精神薄弱児の教育」という本の中にあるものです。中等教育の中では、このころ進路指導というと、就職へ向けての指導に重きが置かれて

いたわけです。したがって当時の学習指導要領でも評価すべき視点ということでは、社会生活、職業生活というのを意識した評価項目があがっているわけです。この本の中では表 5 のような具体的な項目が指摘されています。ここであげている社会生活、集団生活の評価項目、さらに職業生活、経済生活への適応ということであげている項目は、現在私たちが評価している内容とほとんど変わらないという気がします。評価する項目の名称は施設なり評価機関によっていろいろ違い、社会生活能力ですとか、ワークパーソナリティーといった言葉を使っている場合が多いと思いますが、それらとほとんど同じですね。ですから実際に就労の場に向けて進路指導を行っていた教育の分野では、精神薄弱児の評価ということでは、重要な視点にポイントを絞って効果的な指導を行っていたという思いを新たにしました。

(3) 労働省関係

評価法という面では、適性検査を作ったあたりから労働省が組織的にいろいろなことをやっていたという気がします。労働省サイドでは、一般職業適性検査を初めとして、当時の職業研究所や地域の職業センターに至るまで、いろいろな所で評価の方法について検討を重ねているといえます。ここで、労働科学研究所の狩野先生の研究は注目されるものです。狩野先生というのは心理学のご出身で、職業に関するいろいろな分野で仕事をなさっていますが、おもしろいところでは航空研究所の研究員をやっていたという経歴もおありです。しかしここで注目したいのは、心理プロパーの人として、精神薄弱の問題についてかなり突っ込んだ研究を続けていらしたということです。「精神薄弱者の職業適性」という本を 1960 年に出していて、これは学位論文になったものだそうですが、この中で、昭和 28、29 年ごろ精神薄弱者の能力評価ということを扱っていらしています。

狩野先生が、弘済学園の園長をしていらした中村健二先生と一緒に、精神薄弱の職業問題というテーマで、当時職業研究所の研究部長をなさっていた佐柳先生を司会に 3 人でお話をする機会をもっています。この時の記録を読みますと、狩野先生というのは非常に時代を先取りした考え方をしていたということを随所で感じさせられます。この 60 年にお出しになった本ではいろいろな内容に触れているのですが、精神薄弱の心理評価というところでは、知能テストについて述べています。現在ある知能テストもそうですが、これは障害がない人たちを基準にして知能指数というのを出しているわけです。したがって、そういう知能検査をやっても、精神薄弱の人の問題そのものは明確にならないのではないかと指摘していらしています。昭和 48 年の対談のときにおっしゃっているんですけども、母集団を精神薄弱全体として、そういう中での知能検査を作った方が意味があるんじゃないかということをおっしゃっています。この点については、現在私たちが知能検査等をやっている、障害のない人たちを基準にして作ったものではなかなか見えないところがあるので、そういう視点というのも一つとしてあっていいかな

という気がしました。

(4) 適職とは

それから、この対談の中で、精神薄弱の適職というのがあるのかなのかという議論もしています。この当時ですと、精神薄弱者の適職という考え方が主流で、本人の持っている能力と職務をいかにマッチングさせるかということを中心に職業指導が行われていたわけです。しかし、対談の中で狩野先生は、適職があるということではなくて、精神薄弱のあるケースに合わせて職業を開拓していくべきだ、その人にふさわしい仕事というのを作り出だしていくべきだということをおっしゃっているんです。その時にまた弘済学園の中村園長が、自分たちのところではそういう視点で仕事をしていると言っており、既に当時弘済学園には、ボケーショナルケースワーカーだとかボケーショナルカウンセラーという名前では呼ばれている専任の職種があったのです。そしてそういう人たちがやっていることというのは、精神薄弱の人をいかにして職場まで通勤させるかとか、そこの職場でいかに適応していくかということだったのです。一緒になって職場まで通い、同じ仕事をしていく中で適応をめざす、あるいは同僚や会社の人たちに精神薄弱の人をいかに理解してもらうかに努めるということで、今でいう、まさにジョブコーチ的なことを、もう 20 年も前にやっていたわけです。そういう一人一人の精神薄弱の方の個性をきちんととらえた上で対応を考えており、それゆえに弘済学園も成果をあげていますし、狩野先生の視点も非常におもしろい、時代を先取りしたものであったという気がします。

以上をまとめてみると、概して厚生省の評価というのは、要するに基準を設定してどこに分類されるかという視点で書かれていて、その評価結果をもとにどのようなリハビリテーションプログラムを作るかとか、計画を立てるかという視点がないと思われまます。どこの施設に入れていくのが適当かといった方向性でしかないのに対して、文部省とか労働省の視点の方が、そういう評価結果に基づいて今後を予測するか、どういうプログラムを立てるかという視点が明確に出ているんじゃないかということ、このような比較をしてみても感じました。

行政の三つの分野での評価の視点というのを見ると、ざっとそんなところを感じた次第です。私は福祉の人間ですので、身内に厳しいという面があるかもしれませんが。別に労働省に対して高い評価をしたというわけでもないのですが、このような点を踏まえて、次に、評価に基づく指導とか援助というのが歴史的にはどのように行われていたのかを、簡単に触れてみたいと思います。

歴史的経過

(1) 一般就労重視から幅広い指導へ

特殊教育という中での進路指導とか職業指導というのが、時代によってかなり違っていたというのはご存じのとおりです。この点についてはどなたもまとめていらっしゃるのですが、特殊

教育では戦後から昭和 **30** 年代の初めくらいまでというのが、特殊学級の子供たちを一般の就職に結びつけようとして最も熱心に指導が行われていた時代です。特殊学級の中にいろいろな工場の機械と同じようなものを持ち込んだり、工場の仕事をそのままやるといった形で、いわゆる学校工場という色彩が非常に強い時代だったようです。確かにこのころは、特殊学級に入っていた方がそれなりに仕事の能力も高かったし、就職をする以外に進む道がなかったというところもあるのでしょう。それで一層、職業教育、就職へ向けてという視点一本で指導が行われていたということになるのですが、有名な青鳥養護学校を初めとして、就職へ向けての指導というのが非常に熱心に行われていた時代と言えます。

ところが、昭和 **30** 年の中ごろに、池田内閣が所得倍増計画を打ち出して、日本が高度成長期に入ったという時代になると事情が変わってきます。中卒の人が金の卵と言われていた時代になるわけですから、就職できる人はずっと就職できるようになってきました。昭和 **35** 年に精神薄弱者福祉法が制定されて、それらに基づく援護制度というのもできてくるわけですから、一般就労だけではなくて、施設を利用する福祉的就労の場というのも設けられてくるわけです。就職、就職ということでお尻を引っぱたかれなくても、それなりに進路が確保できましたし、もちろん就職だけを目的とするのが本来の教育ではないわけです。もう少しゆとりを持って人間全体としての発達を見るとか、あるいは、教科にもう少し比重を置くといった形が増えてきて、日本が高度成長期に入ったころから特殊教育も大分様変わりしてきたということが言われるわけです。

40 年代の後半というのは精神薄弱者福祉の分野でも重度重複への対策ということが注目された時代です。このころはというか、実際にはつい最近まで、精神薄弱の子供たちは中卒で就職させるのが一番だというような意見があったわけです。しかし発達の遅れとか、その人の発達レベルに合わせて、学校教育の場というのがもっと長く保障されるべきだという考えが支配的になってきました。そしてこの時代に高等部の教育の場というのが広がってきて、全人間的というか、子供を全体としてとらえての発達、教育という視点が出てきていると言えます。

ただ、全体の流れを見ると確かにこのとおりでと思うのですが、私が仕事をしていました横浜市にも、中学の特殊学級卒業生だけを集めた高等部だけの養護学校というのがあります。そこは、精神薄弱の子供たちが **100%** 一般就職をするということを目指しているといった面もあり、学校工場そのもののような指導が一部ではなお継続されていると言えらると思います。

その養護学校を卒業して就職し、いろいろな面で失敗して、私のいた施設に来るといふ人にも随分会っているのですが、そういう中では、ご本人たちの意向とか考え方というのはほとんど無視されて、就職だけを目指していたという現実もあるようです。その学校の **2** 年ぐらい前の校長先生も、**95%** に落ちた就職率を **100%** に持っていくんだということ、強い調子でおっしゃっていましたし、精神薄弱という人の大きな進路指導のあり方として、一般就職重視という形はまだ

まだ残っているという気がします。

このような進路に関する職業評価というのは、学校教育の場で行われているわけではなくて、全国にできている職業センターなどで評価そのものは行われているわけです。しかし、その評価結果というのがどのように学校にフィードバックされ、学校教育の中に生かされているかということになると、いろいろと問題もあるかなという気がします。

(2) 弘済学園の指導方法

資料で、福祉施設での就労援助ということに触れ、先ほども話の出た中村健二先生の弘済学園が大きな役割を果たしてきたことを紹介しています。弘済学園が入所している人に対しての就労へ向けての援助というのを非常に積極的にやっていたのが、昭和 40 年代までぐらいという気がしています。

弘済学園の場合ですと、千葉の日向にあった弘済学園が神奈川県の秦野に移ってきたのが昭和 47 年ですね。もともと精神薄弱児の施設であった弘済学園が精神薄弱者の更生施設、それから授産施設を作り、品川区にあるアフターケアセンターができたのが、たしか昭和 38 年だったと思います。そのころが弘済学園では入所している人たちを就職に向けて一番熱心に指導をやっていた時代だったと思われます。それは先ほどもお話したように、日本の経済成長などに関連して、就労を考えられる精神薄弱者についてはいろいろな手だてを尽くして就職をさせていった時代だったと思います。

この中で、弘済学園で就労援助としてやっていたポイントというのは、書物になって残っているものからすると、基本的な生活習慣とか労働習慣という、今でいう職業前訓練というようなことになってくるわけです。ここで中村先生自身がかなり強調しているのが、親指導ということです。今まで精神薄弱者福祉法もなく、福祉サービスというものが全然受けられてなかった人たちが、このころ盛んにいろいろな施設ができて、入所することになります。またコロニーばやりで、全国的に大きなコロニーというのもできていった中では、施設に入ってしまうと親はもう一安心で、その施設でずっと安心できる生活を送ってくれるというのが一番の希望だったわけです。弘済学園の場合だとせつかく施設に入ったのに、職員の人たちが就職に向けて指導をしてくれて、社会に入っていくということになるわけで、そうなる親としてはまた自分たちの負担が大きくなってしまいます。ですから、親はそういう就職へ向けてのサービスには非常に消極的で、そんな迷惑なことをしてくれるなという、そういう態度が非常に露骨だったということです。その辺のところを中村先生は痛烈に批判して、親指導の必要性を特に強調し、いろいろなところでこのことをおっしゃっています。

ただ、実際に弘済学園が行っていたサービスというのは、先ほども触れたように、個人個人の発達レベルに合わせるとか、いろいろな面できちんと評価をして、その人に合ったサービスとか

援助の仕方というのを、個々に工夫をしていたと言えます。今でいう、サポーターシップエンプロイメント的なやり方をしていたのではないかと思えるような記録があちこちで見られますので、就職の可能性がある人たちに対しては、社会参加に向けての援助が積極的になされていたということであらためて感じます。

今、弘済学園はその役割を大きく変えて、自閉症の人たちとか、いわゆる強度行動障害と呼ばれる人たちへの指導方法、援助のあり方などに注目しているようです。時代の要請というか、そういうものがあってだと思いますが、大きく役割を変えつつあるという印象を強く持ちます。もちろん、弘済学園には授産施設部門もまだあって、就労へ向けての援助が必要だという人には、そういう役割もまだ果していますけれど、ここも一時代を画し、大きな方向転換がなされたという感じがします。

(3) ノーマライゼーションへの指向

それから施設での就労援助ということでは、信楽学園もよく紹介されます。あそこの場合は弘済学園とは違って、地域の人々と協力し、地域の資源をうまく活用して、地域に根ざした援助システムというものを作り上げてきたという気がします。

こういう就労へ向けての援助を積極的に行っていた精神薄弱者の施設というのは、**40**年代から**50**年代初めぐらいでは非常に少なかったと思います。確かに親の要請もあって、入所して、そこで安心して暮らすというのが、ほとんどの施設の実状だったという気がします。この時代に、施設ではありませんが、愛知コロニーの中にあつた春日台の職業訓練校、ここは精神薄弱者の職業訓練校として初めて位置づけられているわけですが、ここも特色のある援助をして、就職へ向けていろいろな活動を行っています。まとめると、昭和**40**年代、**50**年代前半あたりでは、施設の中で就労へ向けての援助をやっていたところというのは、まだ少なかったといえます。今のようにならぬで生きるとか、ノーマライゼーションという考え方がかなり一般的になってきた時点では、そういう援助をするところは増えていますが、弘済学園や信楽学園は非常に先駆的な活動をやったところと位置づけられると思います。

また、弘済学園の場合は、アフターケアセンターが果たした役割が非常に大きかったと言えます。アフターケアセンターが、もう退所してしまった人たちを**10**年もそれ以上もかけてずっとフォローし続けているという話は、あそこの所長をやっていた矢部先生からもよくお聞きします。これもまさにサポーターシップエンプロイメントと同じで、就労に結びつけるまでの援助も非常に優れていたし、その後のアフターケアもすばらしいと言わざるを得ません。これは今、職業リハをやっているところではどこも話題にするところですし、アメリカのサポーターシップエンプロイメントでも力を入れています。このアフターケアセンターで就職した後をきちんとフォローしていたということは大きな意味があったと思います。

弘済学園での職業評価の方法というのは、特に体系だったものは紹介されていないと思いますが、一人ひとりをじっくり見て、そのニーズにこたえるために援助をしていく、そういう視点が職員の中で一致しています。そのあまりにもマニュアル化されたやり方が問題だという話を聞いたこともあります。そのような統一された援助方法も、あれはあれで評価すべき点は多かったと思います。

現在のすう勢と課題

(1) 職業評価を行う機関の動向

職業評価をやっている機関として最も一般的なのは、更生相談所と職業センターになるわけです。しかし両方に関わっていた私としては、更生相談所と職業センターでは、この 10 年あまりで随分レベルが違ってしまったということ、痛切に感じます。その点については、私も一応、厚生畑の方に所属しておりますので、厚生畑の肩を持ちたいのですが、職業センターと更生相談所を比べると、まず、人を育てるという視点、その実際の方法が全然違うと思います。

更生相談所の場合には、心理職能判定員とか職能判定員という職種で、職業評価を担当する職員を配置できるようになっています。しかし地方の更生相談所を見ますと、児童相談所との兼務であったりする場合も多く、こうなると児童相談所の業務の方が緊急性も高く、動きも大きいので、更生相談所の業務というのは二の次になってしまうというところがあるのではないのでしょうか。

それから、心理職能判定員を更生相談所の専門職として育てていくという点については、配置後の研修体制を考えてみても非常に不十分と言わざるを得ません。例えば、所沢の国立身障リハビリテーションセンターで行われている心理判定員の講習会などにはありますが、公的なものとしてはそれくらいしか行くところがありません。あとは個人の勉強しようという姿勢次第で、自分の専門性を高めていくのは本人の努力によるところが大きいという感じです。職業センターがかなりシステムティックにその後の職員研修をやっているのと比べると、そういう人を育てるという姿勢の違いというのが、業務そのものにも大きく影響してきているのではないかと感じます。

最近、更生相談所がリハビリテーションセンターなどとドッキングしているというのが、大都市では幾つかあって、その場合はリハビリテーションセンターの職員として専門性の向上といった機会が確保されています。しかしそういう組織になっていないところの場合は、まだまだいろいろな課題を抱えたままです。まず、評価の方法とか他の機関との連携ということが、10 年も 20 年も前から話題になっていながら、さらにまた、桜井先生達のような精力的な研究もなされてはいるのですが、成果があがっていないという思いがあります。この問題については、社会状況

も変わって職業に関するいろいろなニーズが出てきていますので、それに応えるためにも、職業センターなどとタイアップすることも含め、業務の見直しを図っていくことが必要ではないかと思っています。

職業センターでの職業評価というのは、この3年ぐらいで随分新しい方向が出てきていると思います。総合センター内の職業センターはほかの地域職業センターとは違った役割を持つと思いますが、これからどのような成果をあげていくのかといったような期待ももちろんあります。また、地域の職業センターそのものがほんとうに力をつけてきて、地域になくてはならない存在になってきているというふうに思います。それは養護学校の先生方とか、施設の職員の方の意見などから、今現に自分たちの指導とか教育の中で役立つ情報というのが得られるといった話もよく聞きます。職業センターの場合も、発足当時は一日で終わる評価が圧倒的だったわけです。しかし、その後の準備訓練とか職務試行とか、それから最近のサポーターシップエンプロイメント的な視点をもった評価、さらに、評価だけではなくそのあとの援助をどのように展開していくかという、一貫した職業リハビリテーションサービスというきちんとした流れができつつあるということを痛切に感じます。

職業センターの場合、対象者そのものもかなり変わってきているということは、いろいろな研究の発表でもよく言われています。そういう対象者の変化というのも当然時代の要請に応じて変わってきているし、そういう柔軟性が、やはり若い組織だけにあるのかといった気もしております。そういう姿勢というのを今後も持ちつづけ、新しい試みに挑戦していただきたいと思います。また、精神薄弱という分野では、その職業評価に関して、発達的な視点というのをどのように考慮していくかという意見が、ここ2年ぐらい職リハセミナーなどでも話題になっています。そういう長期的な視点で見ていく場合は、今の職業センターの、3年サイクルぐらいでスタッフが変わるという問題にどう対応していくかというのが、今後の課題にもなってくるかと思えます。施設の職員ですと、ある地域についてその職員が10年、20年と一人の人を追いかけるというそういうメリットがあるわけです。しかし職業センターの場合は、その問題をデータの蓄積ということでカバーしていくことになるかと思えますが、これから大きなテーマになってくるかと思えます。

(2) 人権擁護と自己決定の重視

私自身は今、「人権擁護」とか「自己決定」という問題とかかわる機会が非常に多くて、この辺の問題というのが職業評価でもこれから求められてくると思います。職業センターがどんなふうになっていっしやるのかを、私はまだ勉強不足でよく知らないのですが、地域によってはこういう動きがかなり出てきています。そこで、評価という視点からもこの辺をぜひ検討していただきたいというのが、職業センターに対する私自身の要望でもあるんです。

東京都の心身障害者福祉センターを初めとして、人権擁護ということが、精神薄弱といわれる分野では、ここ2年ほど随分話題になってきています。また人権の問題というのは精神障害の分野でも以前から大きなテーマですし、難民問題なども含めて、人権というのが話題になる背景というのが、ここ5年ぐらいの間にいろいろな条件が備わったと思います。たまたま精神障害の分野ですと、宇都宮事件というのが昭和59年に起きまして、その後の精神保健法への改正等につながり、人権が大きなテーマになりました。身体障害の分野だと、例の自立生活の運動の中で、アドボカシーが障害者自身から取り上げられるようになっていましたし、精神薄弱の分野でのいろいろな動きと重なって、ここ2年ぐらいの間に人権の問題が大きくなっているという気がします。

人権擁護という視点から本人の意思尊重、自己決定という言葉がよく使われていますけれども、いかにして自己決定をさせていくか、そのための援助はどうあるべきかというところが一つの話題になってきています。私が住んでいる横浜ですと、横浜市在宅障害者援護協会という、財団法人という組織でいろいろな障害者問題とかかかわっているところがありますが、ここは民間の地域作業所ですとかグループホームなどの、取りまとめ役的な仕事もやっています。特にグループホームなどの場合、人権侵害が起りやすいという条件があるともいえるわけです。そこで組織としてどのように対応していったらいいのか、職員の研修をどうしたらいいのかという問題について、今、プロジェクトを作り、人権擁護というテーマと取り組んでいます。とりあえずは職員向けのハンドブックを作ろうという動きがあります。それから、今行政がやっている施設監査というのはお金の方ですけども、施設のサービス内容をいかにチェックしていくかという、モニタリング的なことをやる機関がぜひ必要だという意見も出てきました。このような活動を、とりあえず在宅援護協会が中心になって少し試行的にやってみようがなんていう動きもありまして、今そういうアドボカシーという横浜での動きにも注目しています。

このような動きの中で、精神薄弱の方の障害受容という問題が関心を集めています。それから、今まで本人が意思決定できないのが精神薄弱という障害だ、あるいは精神障害だと言われていたわけですけども、そういう人たちの自己決定を促すためにはどうしたらいいのかということが注目されています。精神薄弱の分野だと、スウェーデンの動向などが紹介されていますし、精神障害ではアメリカとかイギリスの流れなどが入ってきています。それから、最近手に入れたのが参考文献の一番最後の「精神医学」で、去年の12月号で特集した精神科領域のインフォームドコンセントというものです。これはご存知のように、臓器移植との関係などから日本でも随分話題になっていますが、これを精神科の領域でどんなふう to 実施していったらいいのかという特集です。精神障害の場合は、意識障害があるとか、幻覚などが今現在あるとかという人に対してまではインフォームドコンセントということは考えてないようです。どの辺で線を引いてという問

題も一つはあるようですが、今まではそういう本人の意思確認とかが全くなされないままにきていた人たちを、どんなふうに意思決定をさせていくかが重視されるようになってきています。

(3) すう勢を踏まえたサービスの方向

施設利用の時などにもよく言われることですがけれども、職業評価を行ってこの施設に入るといふ方針を出したとき、その方針を本人が納得しているのかといったらそうではないという話は、何年も前から話題になっています。そのような、正面切って取り組んでいかなければならないということが、サービスを提供する側からも出てきています。知的障害の分野では、障害を持つ本人が主張するということが、動きとしてかなり具体化してきています。精神薄弱者育成会というのは親が発言する場ではなかったのですが、**1989**年には本人部会というのができて、本人たちが発言をする場が確保されました。そういう本人たちの意見を重視しようという流れは、**1990**年**8**月の国際精神薄弱者育成会連盟（ILSMH）のパリ大会の時が大きなきっかけとなっているようです。本人たちがその世界大会の場で意見を言って、それを日本国内でも一般的なものにしていこうという動きがあるわけです。本人たちのそういう意見をまとめて、本人たちが編集をした本というのも、**1992**年**10**月に「私たちにも言わせて」というテーマで育成会から発行されるまでになりました。

そういう本人たちの意思決定を、どんなふうに促してそのための援助をしていくか、これは職業リハビリテーションでも大きな問題になるのではないのでしょうか。地域作業所の利用などに関しても、今、横浜の私たちが行っている活動の中で出ているのは、地域作業所の利用は本人が選んでのものではないという問題提起です。本人たちが来たくて来たわけではないし、まず知的障害と言われる人たちの場合は選択肢がほとんどない、もうここしか行くところがないから行かざるを得ない、というところがあるわけです。本人が意思決定をしても、それを選択できるだけの選択の幅がないという社会的な要因の問題もあるわけです。本人は何がやりたくて何を拒否したいのかというところを、もっと本人から引き出すための援助というのがなされるべきではないかと思っています。

その辺は、スウェーデンの流れなどについて日本でも随分紹介されてきています。スウェーデンの場合ですと、日本で育成会の理事にあたる人に障害を持っている方自身がなっていて、その方が非常に意味のある活躍をしていらっしゃるそうです。本人による自己決定を促すというためには、いかに情報を本人に提供するかという情報の提供の仕方が問題だということで、知的障害者用のいろいろなコミュニケーション、情報伝達の方法が開発されているそうです。その辺に、日本の場合も積極的に取り組まなくてはならないでしょうし、職業リハの分野では評価した結果をいかに本人に返すか、あるいは保護者に返すかというようなことが大切になっています。私も横浜のリハセンターで仕事をしていた時、評価結果を本人には返せないことが多いから、とりあ

えず保護者に返そうということ、2年ぐらい前には言っていました。しかし2年たったら、やっぱり保護者ではだめで、それぞれいろいろなレベルはあるけれども、本人に返して本人が決定するのでなければだめなんだというところに来ています。このような課題に、今後どんなふうに取り組んでいったらいいのか、今、私自身は非常に興味を持っています。とりあえずのところは、職業評価の方法そのものよりも、評価した結果をいかに伝えて本人と一緒にこれからを考えていくかというところが私の関心事になっています。

例えば、この中村先生達がお書きになった「精神薄弱者の就労」（日本文化科学社、1978年）という本を読んでも、これが書かれたのがもう15年も前になるのですが、この中にこんな記述があります。「いつも私の脳裏をかすめるのは、精神薄弱者にはたして職業を選択する自意識があるのかという疑問である。」これは入所者が重度化してきたこともあるのですが、弘済学園のようにかなり先駆的な本人主体のサービスをやっていた施設でも、このように自分自身での決定ができない人とみなしているところがあります。しかしこの後の部分で、「就職しその職場に定着を示し出すと……自意識と職業に対する認識が深まり」と指摘しています。

さてこのような流れの中で、職業評価のあり方とカリハビリテーションサービスの進め方を考えていかなければいけないということ、今後の問題提起にさせていただきたいと思います。

去年の職リハセミナーでも随分この辺のところは話題になっていましたし、精神障害にしる知的障害の分野にしる、重要になってくると思います。それから、その後、山口で開かれた職業リハの学会でも、特殊教育の山口県の歴史を振り返る講演の中で、同様の指摘がありました。特殊教育を12年なり9年なりやった後で、本人自身が自分をどう考えてどんなふうに世の中で生きていこうとしているのか、それを決められるだけの力をつけなければならないといった話も出てきたと思います。

その辺のところを、精神薄弱者の発達の視点を考慮して早い段階からかかわっていく方法を考えていかなければなりません。急に高3になって「卒業ですよ、進路を決めなければなりません、自分で決めなさい」というふうに言っても、力をつくものではないと思います。今までは、本人たちは自己主張できない、自己決定できないのだという前提で体系ができあがっていたようなところがあると思います。そのところを、職業リハビリテーションの中でどんなふうに改めていったらいいのか、どう援助すべきかを検討しなければならないと考えております。

<資料>

1. 精神薄弱者の職業評価の変遷（表 1）

(1) 生省関係

- ・昭和 35 年の「精神薄弱者福祉法」の制定にともない、対象者を判別するための基準が必要となり、検討を進める。
- ・厚生科学研究、心身障害研究を中心として、精神薄弱の定義、判定基準などが検討される。この中で職能判定の方法も検討。また平行して、実態調査が実施される。
- ・あくまでも判別して、サービスの対象者を特定するという印象が強い。その結果をもとに、プログラムを立てるというものではない（表 2）。

(2) 文部省関係

- ・養護学校・特殊学級への教育的措置との関連で、精神薄弱の程度についての基準を設定する。昭和 28 年の「教育上特別な配慮を要する児童・生徒の判別基準」がもととなり、その後、大きな変化はない。
- ・昭和 50 年代には 54 年の義務化との関連で、精神薄弱の程度に応じた対応への留意、教育的措置の判断をより精密にするための「発達診断表」も作成されている。
- ・しかし精神薄弱児教育における評価では就労が意識され、学習指導要録の評価項目（中学部用）では、社会生活への参加に備えたものが挙げられている（三木、1966）。

(3) 働省関係

- ・身体障害者雇用促進法の精神薄弱者への一部適用との関連で、判定基準を検討。身辺処理能力、知能指数、動作能（M, N 値）を評価（表 3）。
- ・初期の研究として注目すべきものに、狩野（1960）がある。これは昭和 28～29 年の調査結果をまとめたもので、知能程度と学力・動作能は必ずしも平行しておらず、知的には重い障害でも、動作能が高ければ就労の可能性のあることを明らかにしている。さまざまな作業について作業分析を行い、必要な知能程度、動作能、体力などを検討し、精神薄弱者が従事できる 69 種目の作業のリストを作成している。しかし職業能力の評価という点では、限界がある。

2. 職業指導、就労へ向けての援助

(1) 特殊教育における進路指導

- ・戦後から昭和 30 年代の初めまでは、経済発展も十分でなく就職が難しい時代。また福祉制度も整備されておらず、就職できなければほかの進路はなかった。したがって精神薄弱教育は職業教育の色彩が強く、学校工場方式を採用して、臨場感を高め、仕事の厳しさを学び、働く態度を養うことを重視。生徒の調和的発達という視点に欠けていたとの批判も。

- ・30年代中頃から高度成長期に入り、就職の機会も拡大。福祉制度も整備されてきて、職親委託制度や授産施設などの福祉的就労の場も設けられる。かつての職業教育は影を潜め、教科指導が中心となる。

- ・40年代の後半からは重度児が増え、高等部などの後期中等教育の場が求められるようになる。人格的な発達（自己実現）が重視される。

(2) 福祉施設での就労援助

- ・施設入所・施設入所者に対して、職業人となるための基礎的要素を培い、方向付けをする。基本的な生活習慣・労働習慣の確立、親指導などが重視され、また企業と連携しての職場開拓などにも力点が置かれる。このような立場から、我が国で先駆的な役割を果たしたのが、弘済学園であり、多くの人材も輩出している。

- ・地域性を活かし、地域根付いた援助方法を開拓したといえるのが、信楽学園などである。伝統産業への従事、そして地域での生活を支える援助システムの確立に努めた。

3. 精神障害者の職業評価の現状と課題

(1) 精神薄弱者更生相談所における職能判定

- ・職能判定員の養成と専門性の問題
- ・職能判定、評価方法の問題（検査法、一時性評価）（表4）
- ・他機関との連携

(2) 障害者職業センターにおける職業評価

- ・一貫した職業リハビリテーションサービスの実施：個人の職業的諸特性の評価と職場環境や作業条件の評価、職業評価の職業紹介場面への活用、特に精神薄弱の場合の評価力法（ワークサンプル、職業準備訓練等）
- ・精神薄弱者の職業的発達、フォローアップや離転職への対応

4. 精神薄弱者の職業評価に関する新たな視点

(1) 人権擁護の視点

- ・プライバシーの保護：他機関との連携で、個人情報伝達などをどうすべきか。
- ・職場等での人権侵害などの問題にどう対応処する。

(2) 自己決定の尊重

- ・精神薄弱者本人による意志決定を促すための援助
- ・そのために職業評価の結果を含め、職業情報をどう本人に伝えていくか。

表1 精神薄弱判定基準研究等の経緯一覧表

	厚生省関係		文部省関係	労働省関係	その他
	研究関係	実態調査関係 制度・法規関係			
昭和20年代	昭29：「精神薄弱児起過の判定基準に関する研究」(三木友正)	昭29：精神衛生実態調査	昭和28：「教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の判別基準」 昭和28：「特殊児童判別基準とその他」		
昭和30年代	昭39：「精神薄弱者判定要領」(菅原、昭和37年度厚生科学研究)	昭34：精神薄弱児実態調査 昭35：精神薄弱者福祉法 昭36：児童扶養手当 昭39：「重度精神薄弱児收容棟の設備及び運営の基準について」 昭39：「重度精神薄弱児扶養手当法」(特別児童扶養手当等の支給に関する法律)	昭35：身体障害者雇用促進法 昭36：雇用促進事業団法 昭37：「学校教育法および同法施行令の一部改正に伴う教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育的措置について」		昭33項：「精神薄弱の程度別分類基準」(国立扶養学園) 昭35：「保護指導上の観点から精神薄弱者愛護協会」 昭38：「精神薄弱度の鑑別料別置」(佐藤純男)
昭和40年代	昭44：「精神薄弱者(児)の能力評価に関する研究」(菅原、妹尾正) 昭44-45：「精神薄弱の判定基準に関する研究」(牛島義友)	昭41：精神薄弱者(児)実態調査 昭46：精神薄弱者(児)実態調査 昭48：精神衛生実態調査	昭40：「心身障害児の判別と就学指導」(講習会テキスト) 昭42：児童・生徒の心身障害に関する調査	昭41：雇用対策法施行規則 昭44：職業訓練法 昭48：職場適応訓練実施要領	
昭和50年代	昭51：「精神薄弱判定基準に関する研究」(牛島義友) 昭52：「精神薄弱の判定指標に関する研究(初年度)」(櫻井秀郎) 昭53：「同(最終年度)」(櫻井秀郎)	昭50：精神薄弱者(児)実態調査 昭56：心身障害児(者)調査 昭58：精神衛生実態調査	昭50：「重度・重症障害児に対する学校教育の在り方について(報告)」 昭53：「軽度心身障害児に対する学校教育の在り方(報告)」 昭53：「教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育的措置について」 昭54：養護学校教育の義務制	昭51：身体障害者雇用促進法施行規則 昭53：職業訓練受講指示要領 昭56：運用に係る給付金等の整備充実を図るための関係法律の整備に関する法律及び関係政省令等の施行について	昭52：「精神薄弱児(者)の自己実現への運動度からみた判定基準(草案)」(伊藤隆二)

(昭和59年度厚生省心身障害研究 心身障害の判定指標の開発に関する研究 初年度研究報告書)

表2 精神薄弱の程度別判定指標（最終案）

発達障害の程度の指標

年齢	程度	最 重 度	重 度	中 度	軽 度
1:0 7 1:5 歳		1. 身辺全介助、スプーンでや っと飲める（ADL） 2. 顔の向きを変換することがで きても寝返りはできない。（M） 3. あやすと声を出して笑う程 度。人に笑いかけることはでき ない。（C） 4. 顔前のものを注視するが歩 く人を顔で追わない。（C） 5. 玩具に関心を示さない。（I） DA（<0:36）	1. スプーンで与えれば飲める が、全介助。（ADL） 2. 寝返りそうにするが寝返り はできない。（M） 3. あやすと声を出して喜ぶが 自分からは求めない。（C） 4. 歩く人を顔で追うが働きか けはしない。（C） 5. 玩具に少し関心を示すが手 にする程度。（I） DA（0:24~0:63）	1. スプーンで与えれば飲み、 コップももてるが、全介助。 （ADL） 2. 寝返りはできるが、おすわ りは不安定。（M） 3. 人に向かって声を出す。人 真似はできない。（C） 4. 寝もいなくなると泣くが家 族の区別はほとんどできない。（C） 5. 玩具を手にするが持ちかえ る程度。（I） DA（0:42~0:9）	この年齢段階では発達障害の 診断は性急に行わず、慎重に経 過観察することが望ましい。
1:6 7 1:11 歳		1. スプーンで与えれば飲める が全介助。（ADL） 2. 寝返りそうにするができて ない。（M） 3. あやすと声を出して喜ぶが 自分からは求めない。（C） 4. 歩く人を顔で追うが働きか けはしない。（C） 5. 玩具に少し関心を示すが手 にする程度。（I） DA（<0:48）	1. スプーンで与えれば飲み、 コップももてるが全介助。 （ADL） 2. 寝返りはできるが、おすわ りは不安定。（M） 3. 人に向かって声を出す。人 の真似はできない。（C） 4. 寝もいなくなると泣くが家 族の区別はほとんどできない。 （C） 5. 玩具を手にするが、もちか える程度。（I） DA（0:36~0:84）	1. ビスケットなどをもたせる と自分で食べられるがスプ ーンをもととうしない。（ADL） 2. おすわり、つかまり立ち程 度。（M） 3. 簡単な身振りのマネをする 程度。（C） 4. 喃語はさかんでも有意義語 はない。（C） 5. 玩具でごく簡単な遊び。（I） DA（0:63~1:0）	1. 自分でスプーンをもち食べ ようとするが、ほとんど全介 助（ADL） 2. 排泄の概介助に少し応じよ うとする。（ADL） 3. 一人立ち、つたい歩き程度。 （M） 4. 簡単な指示・禁止がわかる 程度（オイデ、チョウダイ）。 （C） 5. 音声はまねするが有意義語 にはならない。（C） DA（0:9~1:6）
2 歳		1. スプーンで与えれば飲み、 コップももてるが全介助。 （ADL） 2. 寝返りができるが、おすわ りは不安定。（M） 3. 人に向かって声を出す。人真 似はできない。（C） 4. 寝もいなくなると泣くが家 族の区別はほとんどできない。 （C） 5. 玩具を手にするが、もちか える程度。（I） DA（<0:72）	1. ビスケットなどをもたせる と自分で食べられるが、スプ ーンをもととうしない。（ADL） 2. おすわり、つかまり立ち程 度。（M） 3. 簡単な身振りのマネをする 程度。（C） 4. 喃語はさかんだが有意義語 にはならない。（C） 5. 玩具でごく簡単な遊び。 （I） DA（0:63~1:06）	1. 自分でスプーンをもち食べ ようとするが、ほとんど全介 助。（ADL） 2. 排泄の概介助に少し応じよ うとする。（ADL） 3. 一人立ち、つたい歩き程度。 （M） 4. 簡単な指示・禁止がわかる 程度（オイデ、チョウダイ）。 （C） 5. 音声はまねするが有意義語 にはならない。（C） DA（0:84~1:6）	1. 食事には多くの介助が必要 （物をつかんで口にもってい く程度）。（ADL） 2. 排泄・排便の概介助に少し 協力する。（ADL） 3. 音声・身振りで意志を伝え ようとするが、身近な者でな いと分からない。（C） 4. なんとか歩くが不安定、走れ ない。（M） 5. 家族とよその人の区別が できる。（C） DA（1:0~2:12）
3 歳		1. 食事全介助。（ADL） 2. 排泄全介助。（ADL） 3. 衣服の着脱全介助。（ADL） 4. つかまり立ちもできない。 （M） 5. 音声を発する程度。（C） MA（<0才9.6月）	1. 食事は1人で食べようとし る。（ADL） 2. 常時おむつが必要（排泄し た後に泣くことがある程度）。 （ADL） 3. つかまり立ちができるが一 人立ちができない。（M） 4. 音声を発するが有意義語は しゃべれない。（C） 5. 感情表現は狭、不快くらい である。（C） MA（0才7.2月~1才4.8月）	1. 食事には多くの介助が必要 （物をつかんで口にもってい く程度）。（ADL） 2. 排泄の概介助には応じる （足を広げたり、しゃがんだ りする）。（ADL） 3. 歩いて不安定である。（M） 4. 簡単な指示や禁止の言葉も ほとんど分からない。（C） 5. 家族とよその人の区別がわ かる。（SB） MA（1才0.6月~2才0月）	1. スプーンで食べられるが、 かなりこぼす。（ADL） 2. 排泄の概一人でのパンツをおろすが 介助が必要である。 （ADL） 3. 階段の昇り下りは一人で手 すりにつかまてできる。（M） 4. 2、3の単語で意志を伝え られる程度にとどまる。（C） 5. OOOOをもってきかない など簡単な指示や禁止しかわ からない。（C） MA（1才6月~2才9.6月）
4 歳		1. 食事全介助（ADL） 2. 常時おむつが必要（排泄し た後に泣くことがある程度） （ADL） 3. つかまり立ちができるが一 人立ちができない。（M） 4. 音声を発する程度。（C） 5. やっと物が置かれる程度。（D） MA（<1才0月）	1. 食事には多くの介助が必要 （物を手づかみで口にもって いく程度）。（ADL） 2. 排泄を予告しないから点検 が必要。（ADL） 3. 歩いて不安定である。（M） 4. 発語らしきものが1~2（マ ンマ、プー）あるが、ほ んど発声のみである。（C） 5. 鉛筆やクレヨンを置かれる程 度。（D） MA（0才9.6月~1才9月）	1. スプーンで食べられるが、 かなりこぼす。（ADL） 2. 排泄・排便は出来る者もい るが定期的な指示や介助が必 要である。（ADL） 3. 階段の手を引いてもらって 昇る。（M） 4. 身振りなどで要求を伝える ことはできるが、言葉は数語 にとどまる。（C） 5. なぐり書きをする程度。（D） MA（1才4.8月~2才6月）	1. スプーンで食べる。（ADL） 2. 一人で排泄するが注意が必 要。（ADL） 3. 足を交互に出して階段を昇 れるようになる。（M） 4. 簡単な応答ができるが単語 を並べる程度。（C） 5. 真似をして線を書く。（D） MA（2才0月~3才6月）

年齢	軽度	中 度	重 度	最 重 度
5 歳	<p>1. 食事の介助には応じる。(ADL)</p> <p>2. 排泄介助。(ADL)</p> <p>3. 歩いて不安定である。(M)</p> <p>4. 音声は発するが有意味語はしゃべれない。(C)</p> <p>5. 鉛筆やクレヨンを書ける程度。(D)</p> <p>MA (<1才2.4月)</p>	<p>1. 排泄の介助には応じる(足を広げたり、しゃがんだりする)(ADL)</p> <p>2. 着衣の介助には応じる(手をのびたり足を広げたりする)。(ADL)</p> <p>3. 階段を片手を引いてもらって昇る。(M)</p> <p>4. 簡単な指示や禁止の言葉もほとんど分らない。(C)</p> <p>5. なぐり書きをする程度。(D)</p> <p>MA (1才0月~2才1.2月)</p>	<p>1. 排泄には介助が必要である。(ADL)</p> <p>2. 1人でパンツをおろすことができる。(ADL)</p> <p>3. 足を交互に出して階段を昇れるようになる。(M)</p> <p>4. ごく簡単な応答しかできない。(C)</p> <p>5. 真似をして顔を描く。(D)</p> <p>MA (1才9月~3才0月)</p>	<p>1. 排泄は1人ですが点検が必要。(ADL)</p> <p>2. 脱げるが着るのは難しい。(ADL)</p> <p>3. 階段の昇り降りは1人でどうにかできる。(M)</p> <p>4. 会話ができるがたどたどしい。(C)</p> <p>5. 鉛筆でマスを描く。(D)</p> <p>MA (2才6月~4才2.4月)</p>
6 歳	<p>1. 身のまわりの始末(食事・排泄・着脱)はほとんどできない。(ADL)</p> <p>2. 歩いて不安定(まっすぐ歩けない、ぎこちない)である。(M)</p> <p>3. 発語らしきものが1~2(マンマ、プープー)があるが、ほとんど発声のみである。(C)</p> <p>4. 指示に対してはほとんど反応しない。(C)</p> <p>5. 感情表現は快・不快ぐらいである。(C)</p> <p>MA (<1才7.2月)</p>	<p>1. 衣服の着脱や排泄などには多くの介助が必要である。(ADL)</p> <p>2. 階段は1人で昇れるが降りる時には介助が必要。(M)</p> <p>3. 身振りなどで要求を伝えることはできるが言葉は数語にとどまる。(C)</p> <p>4. ごく簡単な指示しか分らず従えない(手を洗いなさい、おいて、すわいなさい)。(C)</p> <p>5. 他の子供に関心をもつが一緒に遊べない(ついたり、笑ったり、声を出したりする)。(C)</p> <p>MA (1才2.4月~2才9.6月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はある程度できる(スプーンやフォークなら食べられる、お尻がよくふけない、脱げるが着るのは難しい)。(ADL)</p> <p>2. 簡単な応答はできるが単語を並べる程度。(C)</p> <p>3. 読み書きは困難だが、いくつかの文字の弁別はできる。(L)</p> <p>4. 1人、2人の親友なら遊ぶことができる。(SB)</p> <p>5. 外出には常につきそいが必要である。</p> <p>MA (2才1.2月~4才0月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末は大体できるが不完全。(ADL)</p> <p>2. 会話はある程度できるが簡いが少なく使い方が不完全。(C)</p> <p>3. 平仮名はひろい読みができ名前が書ける程度。(L)</p> <p>4. 大小、多少はわかるが、数の理解は難しい。(L)</p> <p>5. 指示に従って集団行動がとれるがはずれやすい。(SB)</p> <p>MA (3才0月~5才7.2月)</p>
7 歳	<p>1. 身のまわりの始末は常に介助が必要である。(ADL)</p> <p>2. 階段の昇り降りは介助が必要である。(M)</p> <p>3. 簡単な指示や禁止の言葉もほとんど分らない。(C)</p> <p>4. 指示に対してあまり反応しないが、言葉のいいときはすることもある。(C)</p> <p>5. 1人でいることが多いが、働きかければ他人との交渉ができる(ついたり、笑ったり、声を出しあったりなど)。(SB)</p> <p>MA (<2才0月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はかなりの介助が必要である。(ADL)</p> <p>2. 階段の昇り降りは一人でできる。(M)</p> <p>3. OOOOをもってきなさいなどの簡単な指示しかわからない。(C)</p> <p>4. ごく簡単な応答しかできない(うん、首をふるなど)。(C)</p> <p>5. 他の子供に関心を持つが一緒に遊べない(ついたり、笑ったり、声を出しあったりする)。(SB)</p> <p>MA (1才7.2月~3才6月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末は大体できるが点検が必要である(例えばお尻がよくふけない、シャツが濡れなど)。(ADL)</p> <p>2. 会話ができるが、たどたどしい。(C)</p> <p>3. 平仮名が10~20位かける。(L)</p> <p>4. 指示に従って集団行動がとれるがはずれやすい。(SB)</p> <p>5. 慣れたところなら目的地までどうにか1人で歩いていける。(SB)</p> <p>MA (2才9.6月~5才0月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はできるが汚れや不完全。(ADL)</p> <p>2. 日常会話はかなりできるが充分ではない。(C)</p> <p>3. 平仮名で文が書ける。(L)</p> <p>4. 簡単な買物(1, 2品)ができる。(SB)</p> <p>5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(SB)</p> <p>MA (4才0月~7才0月)</p>
8 歳	<p>1. 身のまわりの始末は介助が必要である(食事、排泄、衣服の着脱などは自分である気はある)。(ADL)</p> <p>2. 身振りなどで要求を伝えることはできるが言葉は数語にとどまる。(C)</p> <p>3. 数語の単語が書けるが慣れないとわからない。(C)</p> <p>4. 簡単な指示しか分らない(座りなさい、食べなさい)。(C)</p> <p>5. 1人でいることが多いが、働きかければ他人との交渉ができる(ついたり、笑ったり、声を出しあったりなど)。(SB)</p> <p>MA (<2才4.8月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はある程度できる(例えばスプーンやフォークなら食べられる、お尻がよくふけない、脱げるが着るのは難しい)。(ADL)</p> <p>2. 簡単な応答はできるが単語を並べる程度。(C)</p> <p>3. OOOOをもってきなさいなどの簡単な指示や禁止がわかりそれに従える。(C)</p> <p>4. 読み書きは困難だが、いくつかの文字の弁別はできる。(L)</p> <p>5. 外出には常につきそいが必要である。(SB)</p> <p>MA (2才0月~4才2.4月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末は大体できるがシャツ、パンツ、靴などはまちはかえることがある。(ADL)</p> <p>2. 日常会話はある程度できるが簡いが少ない。(C)</p> <p>3. ごく簡単な文(2語文程度)がかける。(L)</p> <p>4. 経路をつめば買物(1品くらい)ができる。(SB)</p> <p>5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(SB)</p> <p>MA (3才6月~6才0月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はできるが汚れや身だしなみについては気が配れない。(ADL)</p> <p>2. 日常会話は大体できるが充分ではない。(C)</p> <p>3. 2, 3の漢字を使った文の読み書きができる。(L)</p> <p>4. 簡単な買物(2, 3品程度)ができる。(SB)</p> <p>5. 乗り物が利用(通学、外出など)できるようになる。(SB)</p> <p>MA (5才0月~8才4.8月)</p>
9 歳	<p>1. 身のまわりの始末は常に介助が必要である(ADL)</p> <p>2. 階段の昇り降りは介助が必要である(M)</p> <p>3. 簡単な指示や禁止の言葉もほとんど分らない(C)</p> <p>4. 指示に対してあまり反応しないが、言葉のいいときはすることもある(C)</p> <p>5. 1人でいることが多いが、働きかければ他人との交渉ができる(ついたり、笑ったり、声を出しあったりなど)(SB)</p> <p>MA (<2才0月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はかなりの介助が必要である(ADL)</p> <p>2. 階段の昇り降りは一人でできる(M)</p> <p>3. OOOOをもってきなさいなどの簡単な指示しかわからない(C)</p> <p>4. ごく簡単な応答しかできない(うん、首をふるなど)(C)</p> <p>5. 他の子供に関心を持つが一緒に遊べない(ついたり、笑ったり、声を出しあったりする)(SB)</p> <p>MA (1才7.2月~3才6月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末は大体できるが点検が必要である(例えばお尻がよくふけない、シャツが濡れなど)(ADL)</p> <p>2. 会話ができるが、たどたどしい(C)</p> <p>3. 平仮名が10~20位かける(L)</p> <p>4. 指示に従って集団行動がとれるがはずれやすい(SB)</p> <p>5. 慣れたところなら目的地までどうにか1人で歩いていける(SB)</p> <p>MA (2才9.6月~5才0月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はできるが汚れや不完全(ADL)</p> <p>2. 日常会話はかなりできるが充分ではない(C)</p> <p>3. 平仮名で文が書ける(L)</p> <p>4. 簡単な買物(1, 2品)ができる(SB)</p> <p>5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる(SB)</p> <p>MA (4才0月~7才0月)</p>
10 歳	<p>1. 身のまわりの始末は介助が必要である(食事、排泄、衣服の着脱などは自分である気はある)。(ADL)</p> <p>2. 身振りなどで要求を伝えることはできるが言葉は数語にとどまる。(C)</p> <p>3. 数語の単語が書けるが慣れないとわからない。(C)</p> <p>4. 簡単な指示しか分らない(座りなさい、食べなさい)。(C)</p> <p>5. 1人でいることが多いが、働きかければ他人との交渉ができる(ついたり、笑ったり、声を出しあったりなど)。(SB)</p> <p>MA (<2才4.8月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はある程度できる(例えばスプーンやフォークなら食べられる、お尻がよくふけない、脱げるが着るのは難しい)。(ADL)</p> <p>2. 簡単な応答はできるが単語を並べる程度。(C)</p> <p>3. OOOOをもってきなさいなどの簡単な指示や禁止がわかりそれに従える。(C)</p> <p>4. 読み書きは困難だが、いくつかの文字の弁別はできる。(L)</p> <p>5. 外出には常につきそいが必要である。(SB)</p> <p>MA (2才0月~4才2.4月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末は大体できるがシャツ、パンツ、靴などはまちはかえることがある。(ADL)</p> <p>2. 日常会話はある程度できるが簡いが少ない。(C)</p> <p>3. ごく簡単な文(2語文程度)がかける。(L)</p> <p>4. 経路をつめば買物(1品くらい)ができる。(SB)</p> <p>5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(SB)</p> <p>MA (3才6月~6才0月)</p>	<p>1. 身のまわりの始末はできるが汚れや身だしなみについては気が配れない。(ADL)</p> <p>2. 日常会話は大体できるが充分ではない。(C)</p> <p>3. 2, 3の漢字を使った文の読み書きができる。(L)</p> <p>4. 簡単な買物(2, 3品程度)ができる。(SB)</p> <p>5. 乗り物が利用(通学、外出など)できるようになる。(SB)</p> <p>MA (5才0月~8才4.8月)</p>

年齢	軽 度	中 度	重 度	軽 度
12 7 14 歳	1. 身のまわりの始末は介助が必要である(1人でしても汚したり失敗したりする)。(ADL) 2. ごく簡単な指示しかわからない(振りなさい、食べなさい)。(C) 3. 単語が5～6言えるが会話にはならない。(C) 4. 1人でいることが多く集団行動はできない。(SB) 5. 簡単な手伝い位しかできない(新聞をもって来る。茶碗の出し入れなど)。(C) MA (<3才0月) (<2才10.4月)	1. 身のまわりの始末はどうかできるが点検が必要である。(ADL) 2. 簡単な指示ならある程度促される。(C) 3. 会話できるが単語を並べる程度。(C) 4. 監督のもとで短時間ならある程度集団行動がとれる(散歩、ボール遊びなど)。(SB) 5. 監督のもとで簡単な作業ができるが長続きしない(庭の草とり、雑巾がけなど)。(O) MA (2才4.8月～5才3月) (5才0.2月)	1. 身のまわりの始末はできるが汚れや身だしなみについては気を配れない。(ADL) 2. 日常会話は意志が通じるがたどたどしい。(C) 3. 具体的なことから日記を2～3行書ける。100円位までの買物なら計算ができる。(L) 4. 大体みんなと集団行動がとれるがはずれやすい。(SB) 5. 作業はできるが時々注意が必要である。(O) MA (4才2.4月～7才6月) (7才2月)	1. 身のまわりの始末はできるが汚れや身だしなみについては気を配らない。(ADL) 2. 簡単な漢字を使った文章の読み書きはできるが抽象的な内容の理解は難しい。(L) 3. 簡単な買物の計算ができる。(L) 4. 慣れたところなら乗物の利用ができる。(SB) 5. 作業は自発的にし、かなり持続・集中できるが責任に充分には果たせない。(O) MA (5才0月～10才6月) (10才0.9月)
15 7 17 歳	1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(ADL) 2. ごく簡単な指示にはある程度促されるがムウが多い。(C) 3. 単純な意思表示しかできない。(C) 4. 集団行動は散歩程度しかできない(他人についていける程度)。(SB) 5. 簡単な手伝い位しかできない(新聞をもって来る。茶碗の出し入れなど)。(O) MA (<3才7.2月) (<3才0月)	1. 身のまわりの始末はどうかできる。(ADL) 2. 日常会話はある程度できるが語彙が少ない。(C) 3. やさしい文字は読んだり書いたりできる。(L) 4. 監督のもとで短時間ならある程度集団行動がとれる(散歩、ボール遊びなど)。(O) 5. 監督のもとで簡単な作業ができるが長続きしない(庭の草とり、雑巾がけなど)。(O) MA (3才0月～6才3.6月) (2才10.4月～5才3月)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T.P.O)に応じた配慮ができない(例えば服装など)。(ADL) 2. 日常会話はたどたどしいがある程度はできる。(C) 3. 2～3の漢字を使って簡単な文字が書ける。100円位の買物で計算ができる。(L) 4. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(SB) 5. 単純な作業はできるが自発性に乏しい。(O) MA (5才3月～9才6月) (5才0.2月～7才6月)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T.P.O)に応じた配慮ができない(例えば服装など)。(ADL) 2. 新聞が読めるが内容は不十分にしか理解できない。(L) 3. いくつかの買物の計算ができる。(L) 4. 乗物の利用、他人との協力などはある程度はできる。(SB) 5. 作業は訓練によってかなりできるようになる。(O) MA (7才6月～12才7.2月) (7才2月～10才0.9月)
18 歳 以 上	1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(ADL) 2. 単純な意思表示しかできない。(C) 3. 集団行動は散歩程度しかできない(他人についていける程度)。(SB) 4. 文字の読み書きや数量処理はできない。(L) 5. 単純作業も難しい。(V)	1. 身のまわりの始末はどうかできる。(ADL) 2. ごく簡単な日常会話しかできない。(C) 3. 指示されても集団行動(体操、ボール遊びなど)は充分にはできない。(SB) 4. やさしい文字の読み書きも困難、数量処理も難しい。(L) 5. 断片的な単純作業はどうかできるが長続きせず、共同の作業はできない。(V)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T.P.O)に応じた配慮ができない(例えば服装など)。(ADL) 2. 限られた範囲内なら日常会話はどうか通じる。(C) 3. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(SB) 4. 平仮名程度は何とかなんたり書いたり、又限られた範囲で簡単な買物ができる。(L) 5. 単純作業ならばできる。(V)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T.P.O)に応じた配慮ができない(例えば服装など)。(ADL) 2. 日常会話はできるがこみ入った話は難しい。(C) 3. 簡単な社会生活のきまりに従って行動ができるが事態の変化には適応できない。(SB) 4. 簡単な読み書きや金額の計算ならばできる。(L) 5. 単純作業を中心とする職業なら就労できるが監督が必要である。(V)

下段の○内は修正年齢(田研、田中ビナーによる)

各年齢段階の評価の視点

2才以下	3才～5才
自立機能 (ADL) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 探索・操作 (I)	自立機能 (ADL) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 社会的行動 (SB)
6才～17才	18才以上
自立機能 (ADL) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 読み、書き、計算 (L) 社会的行動 (SB) 職業 (O)	自立機能 (ADL) 意志の交換 (C) 読み、書き、計算 (L) 社会的行動 (SB) 職業技能 (V)

介護度の指標

介護の程度	1 級 常時全ての面で介護が必要	2 級 常時多くの面で介護が必要	3 級 時々又は一時的に、あるいは一部介護が必要	4 級 点検、注意又は配慮が必要
日常生活面の介助	基本的な生活習慣が形成されていないため、常時全ての面で介助が必要。それがないと生命維持も危まれる。	基本的な生活習慣がほとんど形成されていないため、常時多くの面で介護が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分のため、一部介護が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分はあるが、点検、助言が必要とされる程度。
行動面の監視	多動、自傷、拒食などの行動が顕著で常時付添い監視が必要。	多動、自閉などの行動があり、常時監視が必要。	行動面での問題に少し注意したり、時々指導したりすることが必要。	行動面での問題に対し多少注意する程度。
保護面の看護	身体的健康に重要な看護が必要。生命維持の危険が常にある。	身体的健康について注意、看護が必要。発作頻発傾向。	発作が時々あり、あるいは間期的精神変調がある等のため一時的又は時々看護の必要がある。	服薬等に対する配慮程度。

(昭和9年度厚生省心身障害者研究 心身障害者の判定指標の開発に関する研究初年度研究報告書)

表3 精神薄弱者に対する職業訓練受講指示基準

精神薄弱者に対する受講指示は、原則として、次に該当する場合に行うこと。

1. 身辺処理能力があること。

身辺処理能力の判定は、精神薄弱者判定機関等から提出された判定書等に示された身辺処理能力に関する所見によって把握するものとする。

2. 知能指数及び動作能の評価が、受講指示を予定している職業訓練の種類別に次の(1)又は(2)のとおりであること。

なお、知能指数は、精神薄弱者判定機関等から提出された判定書等に示された知能指数により把握するものとし、動作能の測定は、労働省編一般職業適性検査第二（GATB II）手腕作業検査盤を使用し、検査 M、N により行うものとする。この場合、動作能の評価は、検査 M・N ともに 3 回実施し、それぞれの合計粗点（でき高）により行うものとする。

(1) 公共職業訓練施設の行う職業訓練の場合

知能指数及び動作能の測定値がそれぞれ次のとおりであること。

- イ 知能指数 (IQ) **60 程度**
- ロ 動作能測定値 **M・N 共に 60 程度**

(2) 職場適応訓練の場合

知能指数及び次のイの表に基づいて評価した動作能の区分に従って、次のロの表の○印横に該当する者であること。

イ 検査 M（さしこみ検査）

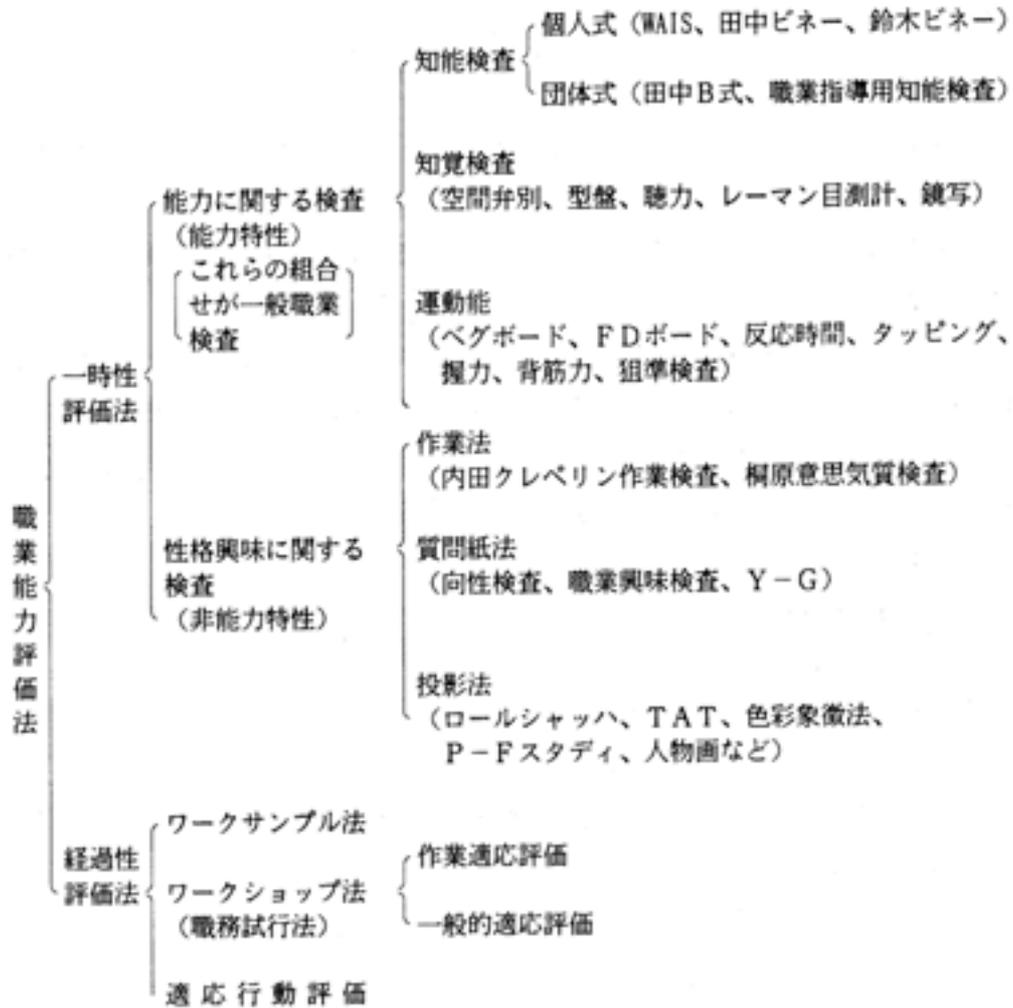
評 価	上	中	下
粗 点	73 以上	55～72	54 以下

検査 N（さしこみ検査）

評 価	上	中	下
粗 点	73 以上	55～72	54 以下

（労働省）

表4 職業能力評価の方法



(昭和 61 年度厚生省心身障害研究 心身障害の判定指標の開発に関する研究
最終年度研究報告書)

表5 社会生活、職業生活を意識した評価項目（「精神薄弱児の教育」より）

身辺生活の確立と処理（略）	
集団生活への参加と社会生活の理解	
1) きまりや規則への関心と理解	2) 集団への参加
3) 自制心	4) 感謝、同情、親切心
5) 協調性	6) 責任感
7) 公私の区別	8) 傷害の予防や公衆衛生の理解
9) 社会的行事や事象への関心理解	10) 公共の施設や機関の利用
経済生活および職業生活への適応	
1) 仕事への意欲	2) 仕事に対する知識
3) 仕事に対する技能と態度	4) 持続性
5) 対人関係	6) 安全への知識や態度
7) 機械、器具、物品の取扱い	8) 計画性
9) 自己の能力や特徴の理解	10) 記録と金銭の処理
11) 経済生活への関心と理解	

参考文献

1. 狩野広之：精神薄弱者の職業適性。生活科学協会,1960.
2. 三木安正編：精神薄弱児の教育。東京大学出版会,1966.
3. 中村健二編：精神薄弱者の職業教育の実際。一粒社,1970.
4. 松岡武編：精神薄弱児指導の原理と方法—職業的目立をめざす指導の進め方—。東洋館,1971.
5. 職業研究所：職研シリーズ 2--12 精神薄弱—職業へのアプローチ—。職業研究所,1975.
6. 中村健二編：精神薄弱者の就労。日本文化科学社,1978.
7. 中村健二編：実践記録・生きる「精神薄弱」3 就職とアフターケア。ドメス出版,1976.
8. 手塚直樹：知恵おくれを伴う障害者の雇用と職場適応。相川書房,1979.
9. 桜井芳郎他：精神薄弱部モノグラフ昭和 60 年度 No. 1 心身障害の判定指標の開発に関する研究 1。国立精神衛生研究所,1985.
10. 桜井芳郎他：精神薄弱部モノグラフ昭和 61 年度 No. 1 精神薄弱児・者福祉臨床の今日的課題—精神薄弱の定義、障害および職能判定に関する諸問題—。国立精神・神経センター精神保健研究所,1986.

11. 手塚直樹：知恵おくれの人の職業生活を進める条件。光生館,1986.
12. 桜井芳郎他：精神薄弱部モノグラフ昭和 62 年度 No. 1 心身障害の判定指標の開発に関する研究 2. 国立精神・神経センター精神保健研究所,1987.
13. 桜井芳郎他：特集就労・職能アセスメント。発達障害研究,10 (2) ,1-49,1988.
14. 西川実弥：リハビリテーション職業心理学—理論と実際—。リハビリテーション心理学会,1988.
15. 武田幸治・手塚直樹：知的障害者の就労と社会参加。光生館,1991.
16. 松為信雄：障害者職業カウンセラー労働大臣指定講習テキスト 7 職業評価。日本障害者雇用促進協会,1991.
17. 伊藤隆二他：特集「精神薄弱」用語問題を考える。発達障害研究,14 (1) ,1-47,1992.
18. 柴田洋弥・尾添和子：知的障害をもつ人の自己決定を支える—スウェーデン・ノーマライゼーションのあゆみ—。大揚社,1992.
19. 高橋智他：特集：人権と用語問題。発達の遅れと教育,415,6-49,1992.
20. 河東田博：スウェーデン知的しょうがい者とノーマライゼーション—当事者参加・参画の論理—。現代書館,1992.
21. 高柳功：特集精神科領域におけるインフォームド・コンセント,精神医学,34 (12) ,1274-1323,1992.

質疑応答

Q1 :最近ではワークパーソナリティだとかあるいはソーシャルスキルということが盛んに言われていますが、昔から言われている社会生活能力と中身がどう違うのでしょうか？

A1 :言葉による違いというのはそれほど大きくないと思いますが、中身そのものとか、ソーシャルスキルとか言われているものの位置づけは随分変わってきているという気はします。職業リハビリテーションという言葉にしる、進路指導、キャリアエデュケーションという言葉を使うにしる、概念そのものが随分変わってきているところがあります。基本的なところは変わらないと思いますけれども、具体的なアプローチの仕方だとかサービスのあり方などは変わっています。ずいぶん前から社会生活能力といった言葉があげられてはいますが、それに対して具体的にどんなアプローチをしたかというところは、学校教育の中では記録もないようですし、あまり明確ではありません。しかしそこで行われている具体的なサービスだとか基本的な考え方といったものは、少しずつ変遷していると思います。それは多分、障害者の「障害」という概念もここ 30 年近くで随分変わっていますし、その障害にどうアプローチしていくかという方法も変わってきています。職業リハビリテーションの分野でも、以前のような作業能力重視から、ワークパーソナリティへの働きかけを優先するとか、サポータードエンプロイメントの考え方を取り入れ、就労後の援助に重きを置くといった傾向があります。このような流れの中で、どのような言葉を使うにしる、社会生活力、ソーシャルスキルの中身、位置づけなどは大きく変遷していると考えております。

Q2 :職業評価項目自身がいろいろ変わってくるということと、また就労援助でいろいろな方法があり、その中の一部が評価だと思うのですが、そことの関係が変わってくるということと、どちらの変化が大きいでしょうか？

A2 :多分、両方大きく変わっていると思います。就労援助の仕方に関しては、こういう考え方が出始めたころは、要するに、本人たちに対して職場に適応するための訓練だけが重視されていたと思います。多分、本人を変えていくというアプローチが主流を占めていたわけですが、最近は、もちろん本人を変えていくことは一つとしてありますが、いかに受け入れる職場を変えるかを問題にするようになっていきます。職業評価でも、今までだったら本人の側しか評価していなかったのが、むしろ受け入れる職場のほうを評価対象にして、そちらをいかに評価して、そこでどういう援助が必要かというのを考えていくというようになってきていると思います。本人から、環境とか社会条件とかというところが変わりつつあるということですね。

Q3 :評価がうまくいったかいかないかというのは、何で判定するのでしょうか。その評価が妥当

だとかそうじゃないとか基準とは何なのでしょう。訓練効果があがる、就職できる、定着できる等いろいろありそうですが？

A3 : 例えば私たちのように、施設で評価と訓練を担当していた人間からすれば、まず評価をやって、その結果に基づいて目標を立てて、その目標を達成するために訓練を行うわけです。その評価結果に基づいて出したその後のプログラムなりリハビリテーション計画なりが、それなりにスムーズに実行できたらその評価は妥当であって、設定した目標も適切なものであったと考えることができます。

今までは、就職できたできないという結果論のところ、評価がよかった悪かったということが言われがちだったと思います。しかしそうではないということは、最近皆さんがかなり一致しておっしゃっていることだと思います。その評価が何のために行われるのかという、目標設定のところとの整合性が重要だと思います。

職業リハビリテーションというと、職業という言葉ががついているけれども、要するにその人がどういう生き方をしていくかということを決めていく援助をすればいいのではないかと思うのです。特に私たちは福祉的な感覚が強いところにいますので、就職するしないは本人が決めていいことだという前提があります。一般的には働かなければいけないんだというふうに言われますが、障害が重くて働けないという特殊な要因が加わることもありますし、最近は学生だって大学を終わってすぐ就職するわけでもありません。ほんとうに価値観が広がり、多様になってきていて、日本人が集団でみんなが同じことをしなければならないという時代が変わりつつあります。これはほんとうに素晴らしいことで、それは就職とか働くということについても言えるのではないのでしょうか。

Q4 : 先ほど狩野さんですかと中村健二さんのことを、時代を先取りした、先駆的だという意味のことをおっしゃいましたが、先駆的じゃない評価というのは何になるのでしょうか？

A4 : 私は自分が福祉サイドにいる人間なので、その経験から言いますと、例えば、更生相談所の判定などの場合は、結果が先にあってそれに合わせて評価をする、判定をするというような場面が、現実にたくさんあったわけです。例えば、ここの施設に行くことがもう内々決まったから行けるような判定書を作ってくれといったことを言われて、あるところに当てはめるためだけの評価が行われた時期というのが、実際にあったという気がします。だから、評価だけに限らないと思いますが、福祉サービスを提供するにしろ、個別のニーズとかそういう個々の、この人だけのものみたいなものをどこで見つけて、それに応えていけるような方向を考えるかということこそ一番大事にしたいと思っています。個人を尊重するといったところに評価の目が向けられることが大切だと思うので、それを抜きにして、カテゴリの中にあてはめる評価というのは、当然あってはならないわけです。しかし、評価がそういう

形で行われていた時があったと思いますし、私自身もそういう形で評価したことがありました。その辺は、先駆的ということと対立する概念ではないのですが、評価としてあるべきではなかったという反省を踏まえて考えています。これは、評価する人の姿勢だとか、その評価結果をどういうふうに活用するかというところに注目しての話です。評価の方法そのものは、特に精神薄弱の分野では、**30**年ぐらい大きな変化というのはないと言わざるを得ないと思います。知能検査にしろ、改訂はあるけれども **1905**年のビネー法がそのまま使われているし、ウェクスラー法にしても、最近改めて標準化が行われはしましたが、これらに代わる新しい手段が、根本的な変化というのはありません。狩野さんの場合も、評価の方法そのものは独自なものというわけではありません。やはり田中ビネーですし、職業適性については **MNOP**などをやって、その結果を何十人について分析したということが書いてあるわけです。ですから方法は変わっていないけれども、その使い方というところが問題だということです。

評価方法そのものも、例えば **18**歳までの青少年を対象にして標準化された知能検査とか職業適性検査であって、ほんとうにそれが知的障害の人たちに対して良い方法だとは思いません。しかしそれに代わるものというのは、根本的にこれが知的障害といわれる人たちに適切な評価だと言うのは、結局、これといったものがないままになってしまっています。作業能力の評価にしても身体障害者用に開発されたタワー法が援用されているといった状況です。精神薄弱者用に開発されたのは、アメリカではビューズ法がありますが、あれもまだ日本で使えるまでにはなっていないようです。多分、あのころ話題になっていた精神薄弱という人たちと比べると、今の人たちはもっと障害も重くなっているでしょうし、したがって評価の方法そのものも一方で検討しなければならないことだと思います。またどう使うかということも、個人個人がもっと考えていかなければならないところがあると思っています。

Q5:精神薄弱の職業評価というときにこれまではどうしても技能的なことを求めていたと思います。今の社会はまだまだ技能中心に、適職は何だろうかというようなことを追求し、それに重きを置いています。精神薄弱者に適職がないというわけではないが、就労をするためにはもっと大切なものがあるはずですし、それを評価するための規準とはどういうものになるのでしょうか。精神薄弱者のためだけの何か特別な評価が必要なのでしょうか？

A5:やはり、最終的には社会参加をめざし、ノーマルな社会へ入っていくことを考えて方針を立てるわけです。確かに精神薄弱だけの基準に基づく施設に入ることを目的としているわけではないはずです。こういう意見が出てきたのは、障害のない人の基準で精神薄弱の人を評価すると、あれもできない、これもできない、みんなだめですねということになってしまい、その人の良い芽をどこでどう拾い上げて伸ばしていくか、という視点が見えなくなってしまうのです。確かにマイナスを評価することも大事で、そのマイナスをどういうふうに変え

ていくかというプログラムへつながるはずだとは思いますが、しかし、マイナスだけの評価された人間というのは切ないものだろうと、そういう経験も踏まえて思います。そこで良いところをどうやって見つけ出すというのは検査者の姿勢にかかってくると思われ、それを心がけようとはしています。しかし、心がけではなくて、ほんとうに初心者であっても客観的にそういう面がわかるような方法ができないかなというようなことを切に感じている次第です。

そこで、評価の側面というときによく話題になるのが、本人の側だったらず知的なものとかいわゆるワークサンプルで測定する内容があります。それから社会生活能力とひっくり返って言うこともあるし、また行動特性とか前の二つとは違う、その人の社会経験だとかパーソナリティ全体といったところが大きく作用する側面、その辺が特に知的障害の人たちでは重要なものになってくると痛感しています。そこをどう評価するかという意味で、一時的に對して経過性の評価、そういう言い方を桜井さん達はしていらっしやいましたけれども、その辺の重要性が出てくると思います。そういう視点からすると、職業カウンセラーの職業準備訓練とか職務試行などの方法がクローズアップされています。そしてアメリカのサポートドエンプロイメントの考え方を応用した職域開発援助事業、このような方法がこれからは一層、重要になってくると思います。そうすると、職業センターの果たす役割もますます大きくなっていくでしょうし、その評価結果を本人や関連機関にどう情報提供するかという問題も出てきます。

今話題になっている自己決定や人権、プライバシーの問題なども併せ、これからは新しい方向性が求められていると痛感しています。

精神障害者の職業評価の動向

岡上 和雄

(中央大学法学部教授)

はじめに

職業評価の動向というテーマをいただいたんですが、私どもにとってはちょっと距離があるなという感じがありますので、周辺の話をしていただくということになると思います。

話の中身としては、一つは、これまでの保健医療のサイドと職業との関係の話を、自分の立場からお話してみたいと思います。後半に、そういうような中で自分がどんなふうを考えて、どういうことをやろうとしたかということ、残りの時間で、若干資料を持ってきましたので、資料の説明をさせていただきたいと思います。

本論に入る前に述べておきたいことが二つほどあります。一つは、現在の私どもの領域のリハビリテーションというと、分裂病が中心だということです。精神分裂病というのは、ここ **10** 年か **15** 年ぐらいの間に、かなり基礎的な知識量が増えました。これから先も、おそらく増えていくだろうと思います。ですから、従来言われたことがどこかでひっくり返っていく時代を迎えるかもしれないと思います。簡単にはそういうふうにはいかないという、悲観的な立場の人もちろんいらっしゃるんですけども、極めて明るい見通しを語る方々もいます。その辺がいろいろと分かっている状況です。明るく見えるというふうを考える人は、どういうところからそういうことが来たかということ、一つには先端技術の進歩で、脳そのものの変化をとらえるということがかなりできるようになったことがあると思います。脳科学が少し進歩し、それと並行して、分裂病研究も若干ながら進歩したということです。そうなってくると、併せて今までの分裂病研究で中途半端で置かれていたものについて、見直されるということが起きてきます。例えば、生まれ月によって発生数が違うとか、男と女とは発生の仕方が違うとか、いろいろあるんですけども、そういう問題が改めて見直されていくというようなことが起きています。

もう一つは、ご承知の方もいらっしゃると思いますが、最近、ずっと長い間見捨てられていたある薬が使われるようになった。それは大変危険の多い薬なんですけど、その薬で難治性の分裂病の方が大変よくなる、全部じゃありませんけど、そんなこともあって、もう一度そのあたりも、どうしてかということを考えてみよう、そんな題材も増えたということがあると思います。そんな時代だということです。

保健医療の歩み

私の前半の話は保健医療の歩みということです(資料参照)。結論的なことを最初に申し上げますと、保健医療というのは、分裂病の患者さんを数多く見て、診療もやってきて、いろんなケアをやっているわけです。その意味では経験はかなり豊富なんですけど、しかし、職業リハビリテーションとか職業評価についてどのくらいのことを知っているかということを見ると、そんなにたくさんのことは知っていないという感じです。

日本では昭和 30 年以前は、前史と言ってもいいくらい、いろんなことが未発達な時代です。特に、戦後の 10 年間というのは、精神病院が大変疲弊していた時代で、私はその時代に精神科の医者になったんですけども、向精神薬はまだ登場する前、大変厳しい状況でした。社会的に見ると、それまでの間に、職業と精神障害・分裂病と関係が一番あったのは里親制度です。里親制度というのは基本的には職親制度に近いものですが、こういうものがあつたぐらいだと私は感じています。そのほかに幾つかありますけども、簡単に言ってしまうと、こういうことだと思います。

(1) 昭和 30 年代

昭和 30 年代に入って、向精神薬が登場して、それから人権意識の変化とか社会保障制度の変化ということがあって、オランダとかイギリスとかアメリカを中心に、地域ケアの考え方が大変強く出てきました。そして、実際に地域ケアが出発するわけですけども、日本はちょうど時期がずれていて、その時代は精神病院を作っていかなければいけない時代でした。精神病院は、どの国でも、アメリカも含めて、すべて公的医療機関を中心に作られたのですが、日本は私的医療機関に任せるということをやっていた。それで外国と大変形が違うものですけど、ともあれ、精神病院ができていくわけです。今までアカデミズムだけだったのが、実地の中で患者を見るという人たちが増えてきたんですね。その人たちが中心になって病院精神医学会というのができていくわけですけど、その時代は向精神新薬の登場があつたし、外国から多くの新しい考え方が入ってきた時代です。世界全体で、向精神薬で事情が一変するかもしれないということを考えていた時代だと思います。そういう情報を耳にしながら、貧しい現場の病院での努力が始まるんですけども、その努力は二つあつたと思います。

第 1 は、大幅に内職的な作業を取り入れたということです。私も、この 30 年代は東横第 3 病院という病院にいたんですけども、当時の花形輸出産業、今と全く違い、動物のえさみたいなものを作っていたんですけど、そんなものの作業工程を持ち込んでやって、それがいいことだという感じを持っていたんです。また、多くの病院で院外作業をやるようになりました。患者を退院させるのに、実際に職場を利用させていただいて、そこで職場に慣れてもらって退院させるということがたくさんの病院で行われました。私もやりました。当然、病院中心ですから、職場がどういう状態であるかなんてあまり考えない。どういうことに患者が興味を持っているかなんてこと

は全く考えない。病院中心主義というか、天動説的だったなという気がします。しかし、それでも、その**30**年代の活動というのは二つぐらいの結果を呼んだような気がします。

その一つは、資料に示しました院外作業の有効性の認識です。院外作業というのは、夜は病棟にいるんですけども、渡辺美智雄外務大臣が復職する過程でやるのと同じ形ですね。併せて、家から通うよりも病院にいてやるほうが続くということを、多くの方が認めました。

もう一つは、ある程度重いと我々が思っている患者たちについて、職業生活を維持するには、どうしてもその人の後方生活というか、日常生活についてのサポートをやらなければうまくいかないということが大体合意されたんだと思います。これが病院を中心とした職業との関係のほとんどだだと思います。

第**2**には、この時代に、日本での先駆的な活動がありました。それは地域の中で患者を見るところで、群馬大学における地域ケアの先駆的取り組みがあったことです。この先駆的な取り組みには、基本的には、患者が破綻することを防ぐために職業生活との関係を考えるということが柱にあったと思います。その文献は、関連資料の**2**のところの江熊要一と括弧をしてありますけども、精神神経科雑誌、学会誌にこういうことが載るのは極めてめずらしいのですが、極めて実学的なものが載ったんです。

この生活臨床と職業との関係で、私が大変影響を受けたことは二つです。一つは、能動型、受動型という考え方です。症状とか、社会に対して積極性であるかどうかということと関係なく、人間の行動のパターンには二つあり、一般の人もそうであるけれども、分裂病の患者はそれが濃厚に出てくるということです。能動型というのは、言ってみれば自己啓発型で、受動型というのは他者依存型のようなものです。これに応じて少しずつやり方を変えないとうまくいかないんだということです。極めてシンプルな二分法なんですけど、受動型の方の人の場合には、昇格と昇任というのがあまり多いと破綻に結びつく。これはよく指摘されることですが、そんなことを私たちに教えてくれました。これは現在も生きています。最近のことかというと、職リハネットワークというのに、岩崎晋也さんというあさやけ第**2**作業所の方が書いていましたが、あの人が属している研究会では今、調査をしようとしていることの中でも能動型、受動型という言葉が使われているようです。二つめは、仕事をする上についての考え方の幾つかです。どういうことかということ、職場選びのときに、対人関係が少ない方がいいとか、あるいは店員でも外交員でもいい、いいというのは表面的で済むという関係においてだとかです。ああ、なるほどなと教えられたような気がしました。極めてプリミティブではありますが、このように地域で生活する患者と仕事の間をとりえたのは、世界の中でもこの研究は比較的早いと言っていると思います。これが**30**年代の、私なりのまとめです。

(2) 昭和 40 年代

40 年代に入ると、世界的な方向転換に合わせて、日本でも意識としては地域ケアへの転回を始めるわけです。その一つとして、保健所で地域ケアをするようになるわけですが、**1966 年 2 月 11 日**に、公衆衛生局長通知というのが出ました。その通知は簡単なものですが、その中に、患者クラブとか、家族会への助言・援助指導と一緒に、職親クラブへの助言・援助・指導というのが出ています。この公衆衛生局長通知というのは、当時としては大変ユニークで、精神科の医者は全然ついていけない状態でした。この中の職親というのは、その前の **39 年**の中央精神衛生審議会の答申にもられたものです。分裂病と言われる少年にライシャワー大使が刺されたという事件で、日本政府が動転して、精神保健法を変えなければいけないという話になったとき、その前段で出した答申です。ここで院外作業と職親制度に言及しています。

知的障害分野からかなり遅れるわけですが、職親という名前はここにはかなりポピュラーになっていたということです。この **40 年代**には、国は結局制度化できなかつたのですが、東京都が職親制度を作りました。これが初めて職域と臨床との間が、細い糸ではありますが、制度的につながった最初です。

また、この時代に社会復帰施設が開設され、そこに作業指導部門というのができました。作業指導部門というのは通ってくるところで、作業指導部門に対をなすのが生活指導部門です。生活指導部門は日常生活をきちっとするためで、作業指導部門というのは、職業につくことを容易にするためのものでした。前の時代に比べて、こういうことが行政の方の考え方として芽を出してきたということです。

(3) 昭和 50 年代

そして昭和 **50 年代**を迎えます。**50 年代**は、日本もようやく地域ケアの実態化が進んだ時代です。日本の精神医学界は **40 年代**から昭和 **55 年**ぐらいまで、約 **10 年間**にわたって大変混乱していましたが、この時期になっいろいろなことが行われるようになりました。この時期から、地域の中で暮らす患者がたくさんになり始めました。また、治療を外来でやるという意識も定着してきました。外来というのは点で患者と接触するわけですが、もう少し面で接触するような活動が増えてきました。保健所の社会復帰相談指導事業とか、デイケア施設とか、あるいは病院のデイケアなどです。そうすると、スタッフは嫌でも **1 日 6 時間**、患者と接するわけです。いろいろなことを聞く機会も増えます。診察室で医者にしゃべること以外に、いろいろなスタッフが横並びで患者としゃべるという状態ができました。医療スタッフだけじゃなくて、保健所のいろいろなスタッフも口をきく機会が増えました。日本には **852 カ所**の保健所があるんですけど、現在 **700 カ所**ぐらいでこの活動をやっています。全部が毎日やっているわけじゃなくて、少ないところは **1 ヶ月 1 回**というところもありますし、**1 週間**に一遍もあります。おそらく医療スタッフ以外と大

量に接するようになったのは、保健所の社会復帰相談指導事業だというように思います。つまり患者と接触する面というものが少しできて、当然、そこで生活臭が出てくる。その中に仕事のことも当然出てくるということが起きます。

それと一緒に、職業関係のことに絞って言いますと、昭和 **39** 年に中央精神衛生審議会で答申した中に入っていた職親制度は、この時期に国の制度になります。昭和 **57** 年からです。これが通院患者リハビリテーション事業です。通院患者リハビリテーション事業というのは、考え方は職親制度と全く同じです。そして、この時代、大変重要なこととして、共同作業所の発展、定着がありました。現在、共同作業所は **700** カ所ありますけど、ほぼすべて **55** 年以降のもので。共同作業所が発展して、何とかしたいという、非常にはっきりしたニーズを持つ人が集まる場所ができました。

この時代には、別に比較的先駆的なものとして授産施設の活動がありました。少ないんですけども、生活保護法の授産施設を精神障害者の授産施設として活用する方法で、東京と岡山でその活動が始まりました。川崎とか世田谷のリハビリテーションセンターで組織的な就労援助活動が始まります。川崎では、スタッフ **7** 人が就労援助の係を形成するわけです。この時代がたまたま精神分裂病の考え方が進歩した時代と並行します。

(4) 昭和 **60** 年代

その次に、**60** 年代に入るんですけども、この時代に社会復帰施設が法定化されます。職業関係に近いところで言いますと、精神障害者授産施設が制度化されました。それから、来年度から精神障害者福祉工場予算のメニュー化、予算として取り上げられるということがあって、少しずつ、面が拡大してきました。この時代には、先駆的な活動はたくさんあるんですけども、二つだけあげておきました。

一つは、神奈川県のお**3**カ所でやっています地域の就労センターです。主に知的障害の人と精神障害の方々を対象に企業とのネットワークを作るのです。企業とあらかじめ契約して、そこに働ける人が行くというような形です。もう古い話だと思いますけども、適材適所なんていうのは私たちはあまり考えなかったのです。あらかじめ企業の協力を見込んでやるというのは、さすがに違うなというように思いました。

それから、例えば横浜市なんかがそうですけども、作業所が幾つかまとまって、就労援助活動を一緒に共同してやるというようなことを始めます。新しい形の地域での活動だと思います。少しずつ、世界的な流れに応じて、患者と接する面が増えて、その中で職業問題が少しずつ出てきました。ただし、そうはなりましても、実際に職場と密接に結びつくのは職親との関係がほとんどです。職親は今、日本で **800** カ所以上あるんですけど、そこに **1** 人か **2** 人行っていて、そこで対象者を直接みたことがある人が職場と精神障害者の関係についてある程度詳しくなるのです。

もちろん、組織的な就労援助活動をやっている人たちがいるところもそうです。それ以外は、職場というのは抽象的な存在なのです。私の感じで言いますと、病院の窓からみる社会というのはもやみたいたいもので、向こうは見えないのです。職業リハビリテーションというのは、職場があって、本人がいて、それを見る人がいて成り立つんですけど、職場が全然見えてこない。おそらく現在でも、大多数の精神科医にとって、あるいは病院で最も数が多い看護者にとって、職場環境というのは頭の中に十分に入っていないものだと思います。その辺を変えなければいけないのですが、同時にこの状況をご理解いただければありがたいと思います。

(5) 今後の方向

結論的なことなんですけども、おそらく経験蓄積がもう少し進んでいく必要がある。職業安定所には、いまはほとんどの患者さんが、自分で病気であるということを名乗っていません。しかし、名乗るということはだんだん進んでいくと思います。それが1点です。

2点目は、デイケアとか作業所とか、いろんなものが広がってくるわけなんですけども、そういうところで、ここまでは自分たちでやらなければいけないということについて、少しずつ共通認識をつくる時期に来ているという気がいたします。それから、デイケアだけでは職場がよく見えませんから、当然、授産施設とか福祉工場の発展があれば、層的に厚くなるということがあるだろうと思います。多分これから実っていくだろうと考えます。これが現在までの保健医療の実践の経過ということについての、私流のまとめです。

経験から得た教訓

次の話題に入ります。私自身が職業とか就労のことに関してはそんなに詳しくはないのですが、こんなことを考えてきました。例えば、職親のところでは患者さんが働きます。いろんな状態の人がいるわけなんですけども、職親の人は、患者さんの幻聴とか妄想とかいう症状について注目を払う人はほとんどいません。私は川崎のリハビリテーション医療センターいたんですけど、そこにホステルがあります。そこにソーシャルワーカーとか、看護者、心理の人などのスタッフがいます。その人たちも同じです。患者に幻聴とか妄想があるかどうかは、ほとんど注目していないのです。言ってみれば注目する必要がない。病棟の中というのは、そういうことに注目しないと仕事ができないんですけども。ホステルでは、注目して見なければいけないような人はそうそうは来ないと言ってもいいかもしれません。そもそも幻聴とか妄想その他の精神症状は異質なもので、正常の生活とつながりませんから、普通は興味・関心を引きません。だから、患者についての情報は別の言葉で言わなければいけないと考えるようになりました。この人はこういうような人なんですということ、症候論でなくて、普通の言葉で言えるというふうにしなければいけないと思ったのです。そういう言葉ができて、それが概念化されて一人歩きするようになれば、進展度もかな

り違うだろうなというふうに思いました。分裂病というと、気違い、狂人ということにイメージされるわけですが、そこから少し離れることができることもあって一層重要なことだろうと思っただけです。そういうことが一つあります。

次には、私は長いこと全国精神障害者家族会連合会の仕事のお手伝いをしています。そこで、家族の代表的な意見をうかがいますと、かなり多くの方々が、自分の息子は現在失業状態にあって仕事はできないんだけど、いい職場さえ見つければ仕事はできるというふうに思って疑われないのです。そのような社会を作っていかなければならないのではありますが、いますぐにそうはいかないわけですから、そのこともうまく伝わらなければいけない。それには、障害論をきちっとして、それで認識を共通にしないといけないことを感ずるのです。

続いて、これは一部の人ですけど、職業訓練をすれば、うちの息子は仕事ができると思う方がいます。これは地方の家族会に行き話をするときは、そういう質問も始終受けます。そうでないものもあるということを知ることは、大変つらいことですが、みんなが知っていかなければいけない。そのときは、どうも精神科症候論だけではいけない。生活の中、仕事の中のことについて、家族に語れる言葉を作っていかなければいけないと考えたわけです。そして、そこでそういう言葉を作るために、実際に患者に面談している人、それは作業所とか、デイケアとか、あるいは医療センターの就労援助部門の人たちですけど、その人たちと断続的に研究会をやってきて、そういう言葉を作ろうということをやってきたわけです。そんなにうまくいきませんでしたけど、そこで使った言葉が分裂病の研究の中でも少しずつ使われるようになってきたので、少しはよかったのかなと思いました。

現在、そういうことをやっている中で、患者さんの評価をしなければならないわけです。あるとき、国立身体障害者リハビリテーションセンター（その隣に労働省関係の職業リハビリテーションセンターがあります）、その前の総長さんが、「私のところは、少なくとも医学的にはやれることを全部やって、それから労働省のほうの部門に回します」と、当たり前のように言っておられたのをお聞きしました。そのとき、「精神はそういうことが全然できていない」と思ったのですが、そういうことが少しはできるようにしたいので、自分たちで何か手がかりを持ちたいなというふうに思ったんです。そう思うことには幾つかの個人的な経験もあるんですけど、本の中で一番影響を受けたのは、何年前に出た『僕は分裂病です』という本からです。その本は、長らく分裂病を患った人の職業遍歴を書いてあるんですけど、無理をすると挫折するということが極めて的確に出ているんです。もちろん、そうじゃない人もいます。いずれにしろ、判断基準が何にもないのはどうかと思い、若干のことをやりました。

評価規準を求める経験

(1) 川崎リハでの調査

時間がありませんので資料の途中を省略しまして、現在、どんなことをやっているかという話をします。関連資料のほうの7のIを見ていただきたいと思うんです。今でも、いろんな研究活動の中で、いろんな方々が、いろんな調査、評価基準を作ろうという努力をされています。これは、川崎のリハビリテーションセンターの人たちがいろいろやっていますが、資料に示したものは去年の職業セミナーで発表されたものです。要するに、長い経過を見ていて、そう簡単には動かない数字です。分裂病の患者さんというのは、ステージによっていろいろ違います。例えば、2、3年前は大変よく仕事ができただけで、今年もう全然できないという方がいらっしゃるのですね。どっちを見るかによって変わってしまう。ぐあいが悪くなった人がよい方に戻るということもあるんですけど、それを抜きにして、一定の、そう簡単に動かない患者さんを、まず指標に使いたいというふうに思ったんです。それで、川崎の中で一定の経過年数を経た方々の態様別分布をここに示しました。

500人ちょっとの対象に対して、そこではこれまでいろんな努力をしていますが、その中で、100人のうち22人は一般就労をしています。14人は、あそこで言う保護就労（病名を明かしている、職場内外の援助・支援がある）をしているわけです。家庭の主婦が15～16%います。18%ぐらいがデイケアとか、それに関連する活動、あるいは企業内の訓練も含めてです。共同作業所に9%。家庭の中で役割がないか、入退院を繰り返している人が4%。家庭内で少しは役割はあるけども、表で働く力がない人が13%。一人で生活はできるが働かない人が6%。こういう分布を示しているわけです。この中で一番動きがあるのは、デイホスピタルとか外来作業の人たちです。この人たちの中で、長期化していく人たちが、川崎では共同作業所へ行きます。共同作業所とデイホスピタルの関係は、デイホスピタルがなくて、共同作業所がうんとあれば、そっちが増えるという相互補完的な関係にはありますけども、両方あると、流れとしてはデイホスピタルから共同作業所へ流れるというようになります。一方、働くほうに移るには、企業内訓練から一般就労に行くか、そこが当面無理ならば、障害モデル型の就労、何らかの援助つきの就労という形になるわけです。障害モデル型というのは、病名を告知して、何かの援助がそこにつくもので、先の保護就労と内容は同じで、ここでは仮にそう呼んでいます。

この中で、左側の、全然仕事ができない人と、真ん中辺の、共同作業所がそうなんですけども、いろいろ努力してみたけども、この辺どまりだなという人がいます。それから、曲がりなりにも仕事ができる人がいます。この人たちを分ける指標はないだろうかということをお先般来やっています。ユニークといえるものとしては、川崎リハではこの500人については毎年調べているんです。ここがほかの調査よりはいいところかなということなんです。

(2) 評価に向けた諸調査

職業的予後に結び付けるための評価については、大まかに、この人が力があるかどうか、ないかどうかということは、ずっと昔からいろんな調査があります。例えば、クレペリンのテストを4段階に分けて、あれはたしか200何人ぐらいの人で、その職業的な予後を見るなんていうものがあります。クレペリンテスト、分裂病の患者さんというのは量的に劣るんですけど、それを4段階ぐらいに分けると、ABCDのうち、ABぐらいに当たる人は比較的職業的な予後がよくて、あとが悪い。悪い人がよくなるときは、それも並行してよくなるという報告です。しばらく前に、安斉三郎先生が『分裂病を生きる』という本の中に書かれたMPT、これも、似たものを拾ってチェックするものですが、こういうものをやると、普通の人と違うということと、若干ながら、仕事についている人と、つかない人が違うなんていうのが出ています。従来からそういうものがあつたんですけど、テストの結果ではなくて、これを普通の日常語を使ってみるということが大切だというのが私の考えでした。

その場合、こういうふうに、物差しではかるんですけど、はかるときに、その人をずうっと長いこと見ているということと、それを見ている人が複数いるということがないと評価の素材ができないわけです。その上で、職業生活の大まかな転帰について評価し、区分できるかどうかというのを見ているところです。今後、繰り返しこのことをやらないといけないと思っています。方法的にはいろいろ問題があると思いますが、まあまあ、日常でも、そんなに複雑なことを使わなくても、このあたりまではできるのではないかと。このあたりができるとなると、じゃあ、このような人は職業センターにお願いしてもいいんじゃないかと、実際はそうなりにくい面もあるのですけども、大まかな目安としてお渡しするときの語る言葉になるかというふうに思っています。

評価法については、現場の人は、自分たちのやっている仕事が珠玉のようなもので、途中までやって、やっぱりこの評価表は気に入らんからつくり直そうということを繰り返しているようです。まあしかし、いずれある程度のものが出ると思っています。ただし、現場での努力がたくさんありますから、そうスムーズには進みません。こういう調査の難しいところのような気がします。

現在、評価については埼玉のセンターと松為先生がやっておられるものとか、それから障害者労働医療研究会で組織的にやっていると聞いていますが、それぞれの結果が出れば、相互的に影響できるのではないかと思います。

関連する諸事項について

あとは、関連資料について少し説明いたします。先ほどの院外作業の経験のポイントと生活臨

床の知見のことは既にお話ししましたので省略します。それから、地域ケアの中での相互作用を持った行政施策についても書いておきました。

4 番目に小規模作業所。小規模作業所というのは、職業リハビリテーションの研究をするとき大変重要な場なんですけども、その現状をここに挙げておきました。

5 番目に、職業との関係ができた職親事業。国の制度としては通院リハビリテーション事業。その概要を5番目にあげておきました。

それから、先ほどの川崎の経験なんですけど、川崎では、将来的に障害モデル型就労、彼らは保護就労と言っているんですけども、この中に、おそらく将来とも労働省にやっていただけるような部分と、私たちが厚生省側としてやらなきゃいけない部分があって、それは制度の変動によって上下するように思います。川崎では、この部分がやや増えて、働ける人が増えているという認識を持っています。

話は飛びますが、先ほどとは別のスケールのことですが、こういう形で就労をしている人と、一般就労をしている人とを比べると、一般就労をしている人の方が評価が高いということはないんですね。そこは大変難しいところです。これは安斉先生の調査の結果ともやや似ているところがあります。細かいことはいろいろあるにしても、こういう形態の就労があるとかなり救える。労働省だけをお願いするのではなくて、厚生省もやらなければいけないことを私どもは主張しなければならぬと思います。

8は、関連表の基本資料です。これは職業リハビリテーションとちょっと離れるんですけども、患者数を出しておきました。表1が、分裂病、躁うつ病、神経症の年次別の数です。これは入院、外来を含めて。右側にてんかんが出ています。このように増加している。増加している中で、最も増加しているのが表2です。これは外来通院の、分裂病も躁うつ病もてんかんも70年代から急速に増え始めています。これには外来医療が定着したということがあります。あと、病気が増えたかどうかということはありません。

表3と表4は、患者が仕事についているかどうかを見るときのスタンダードの統計というふうにお考えいただけるといいと思います。これは外来患者なんですけども、これは1983年の厚生省の実態調査、古いんですけども、これが一番いいと思います。いろんな分裂病の患者さんがいるけど、その中で、主に仕事をしている、まあ、家庭の主婦の問題がありますから統計数は示しにくいんでしょうけども、40%ぐらいは仕事をしていて、40%が仕事をしていない。そういう数字になります。表4は年代別に見ています。これと同じようなスタイルで調べたものに、山梨県の昭和61年の悉皆調査があります。

その次には、話が全家連調査のほうに移るんですけど（関連事項の9）、これは今年の1月に行った調査です。対象数は地域のデイケアとか、作業所とか、あるいは職親に働いている人、患者

会に属している人たち、**3700** 余名の分布です。順序が飛び飛びになるんですけども、仕事をする
ことへの自信の有無というのがあります。自信がありませんというのが、半分を超しているのが
8 時間労働。働くというと **8** 時間とか **6** 時間なんですけども、かなり困難をかかえる人がいると
いう感じです。

それから、表 **3** は、こういう方々の場合の仕事に従事している割合。当然、こういう地域の患
者さんというのは普通に就職できない人たちが圧倒的に多いわけですから、仕事に従事する割合
は低くなります。先ほどの厚生省の通院患者の中のデータですと **40%** が仕事についているわけ
ですけど、重度の人たちが慢性患者として残りますから、就労者が大体 **10** 数%から **20%** ぐらいと
いうことになります。この数値というのは意外に動かないんです。いろんなところの調査をやっ
てもこういうところですよ。

表 **5** は、こういう方々が仕事についているときに、一体、病気のことを職場で知られているか
どうだろうかということなんです。前回調査は **6** 年前の調査で、今回というのは今年の調査です
ね。知られていないという人が **20%** 強おります。しかし、それ以外の人は病名を話しているか、
話したか、知られたかということなんです。いろんなご意見がありますが、こういう方々に
とっては病気をわかってもらったほうがいい、そんな気がします。すでに、**30** 年代に、生活臨床
で病名にこだわるなら知られたほうがいいんだということを言っていますけども、そんなことが
あらわれているのかもしれない。

表 **7** は、勤めたいという気持ちの年代別の差を見たものです。当然のことのような気がします。

関連資源等の表（省略）は、別の雑誌に載せたものなんですけど、現在の社会福祉施設の数で
す。職業関係でいうと、比較的近いものは授産施設です。福祉ホームの人にも、仕事について
いる方々がいる。だから、ここを土台に職業リハビリテーションのことを調べるのが、ある程度
できるような気がします。こういうようなことで協力を受けるとすれば、公設リハビリテーショ
ン研究会議か、社会福祉施設連絡協議会、どちらかです。あと、地域別に言うと、デイケアに関
する研究会議が方々でできていますから、そういうところもいいかもしれません。

<資料> 保険医療領域における実践の経過

A. 経過

1. 断絶時代

処遇論として里親制度（職親制度）

2. 昭和 30 年代・希望の時代

内職作業の積極的取り入れ

院外作業の取り入れ

* 群馬大学における地域ケアの先駆的取り組み

仕事選びの考え方

職業生活の破綻防止のノウハウ

3. 地域ケアのポリシーの誕生の時代・混迷の時代（昭和 40 年代）

中央精神衛生審議会の中間答申（昭和 39 年）における院外作業と職親制度

1966.2.11.公衆衛生局長通知における職親クラブへの助言・援助・指導

1970 東京都における職親制度の制度化

社会復帰施設開設（作業指導部門の設置）

4. 地域ケアの実態化の時代・再構築の時代（昭和 50 年代）

保健所社会復帰相談指導事業（結果的にはグループ活動）の誕生・発展

独立型デイケア施設の誕生

職親事業について国の制度化（通院患者リハビリテーション事業・**1982**）

医療施設におけるデイケア認可すすむ

共同作業所の発展・定着

* 授産施設活動の誕生（創造印刷その他）

* 組織的就労援助活動の経験の蓄積

5. 社会復帰就労施設法定化・新精神保健法の時代

精神障害者福祉工場予算メニュー化

* 企業とのネットワーク化（企業探し）による就労援助活動

* 作業所の連合協調による就労援助活動

B. 現状把握

経験蓄積の時期登録制度定着を待つ時期

デイケア等でやるべきことが確立までの時期

授産施設・福祉工場の一定の発展（中間基地・実状に合わず）を待つ時期

継続ケアの進展を期待すべき時期

<関連資料>

1. 院外作業の経験のポイント

- ① 院外作業（外勤、ナイトホスピタル）は、一定範囲の対象者にとっては実際的には無理が少ない就労形態でもあった。
- ② 一定範囲の対象者が安定した職業生活を維持するためには、後方の日常生活への援助が不可欠である。

2. 生活臨床の知見

（江熊要一）田島 昭他：社会生活の中での分裂病患者に対する働きかけ—職業場面を中心にして—（精神分裂病の生活臨床第2報）精神神経学雑誌第69巻;323～351 1967.

職場選び

能動型 対人関係が少ない、または表面的ですむ（店員・外交員）場、
資格・技能が生かせる場を選ぶ。

受動型 自分で決めることが難しい。漠然を具体的に。仕事の枠が明確なこと。
転勤・職場変え・昇格・昇任の多い職は不適。

職業場面をもつ患者の破綻防止

能動型→環境に安住せず、自分から変化と拡大を作りだそうとする
生活に不満をあらわし、人にまかせられない

受動型→環境に安住し、自分から変化を作りだそうとしない。万事人まかせ

3. 地域ケア領域で以上の変化と相互作用をもった行政施策

保健所における精神保健業務運営要領 1966.2.11.

患者クラブ活動等の援助（患者クラブ、職親クラブ、患者家族会に対する助言・援助・指導）

精神保健センター運営要領 1969.3.24.

精神科デイケアの保険医療承認 1974.1.21.

保健所における社会復帰相談指導 1975.7.8.

精神障害回復者社会復帰施設・デイケア施設運営要綱 1975.8.14.

通院患者リハビリテーション事業実施要領 1982.4.16.

4. 小規模作業所の現状

1970年頃に民間有志によって始められた。

1984年の厚生省保健医療局精神保健課調べでは147カ所、1989年429カ所、1992年1月現在610カ所（ともに全国精神障害者家族連合会調べ）。

国も 1987 年より、精神障害者小規模作業所運営助成事業の名前で運営費の助成を開始し（1カ所あたり 90 万円の間接補助）、さらに、都道府県や市町村などの自治体でも独自に運営費の補助を行うようになってきている。

東京都の補助額は 1 作業所当たり A ランク（通所者 15 人以上）1050 万円、B ランク（通所者 10 人以上）640 万円、C ランク（通所者 6 人以上）440 万円（他に行事費・交通費など上積みあり）、市区町村から別に補助が出る地域も多い（以上 1992 年度）。神奈川県は、市町村に 2 分の 1 補助を行い、市町村を含む補助額全体としては、1 作業所当たり A ランク（通所者 20 人以上）830 万円、B ランク（通所者 15 人～19 人）780 万円、C ランク（通所者 10 人～14 人）680 万円であるが（1992 年度）、同県下の横浜市では 1992 年度予算以降、県の補助額と同市の補助額の計でそれぞれ 1075 万円、1005 万円、836.5 万円と大幅に増額され、設置費（上限 250 万円）、移転費（同上）、指導員研修費などの補助も予算化されている。

5. 職親制度の現状

精神障害者に対する職親事業は、1970 年度に東京都の単独事業（東京都精神衛生職親制度）として始まり、1982 年以降、国の制度（通院患者リハビリテーション事業と呼んでいる）に取り上げられ、その後漸次予算・事業規模を拡大した。

職親制度検討委員会（1981 年 4 月 22 日）意見：作業遂行の機能が不十分で、この制度の利用を希望する場合に、社会生活を経験させながらその能力の向上を図るとした。

1990 年度における対象人員は前年からのくり越しを含めて 2350 人となり、対象人員の多い県～神奈川県（162 人）、静岡県（153 人）、熊本県（117 人）～、少ない県～徳島県（16 人）、和歌山県（16 人）、奈良県（15 人）～とバラツキはあるが、国全体としては、協調先の事業所が 1987 年度度の 470 事業所から、1991 年度 1438 カ所、1992 年度 1772 カ所（1 事業所当たり 1.6 人）と増加し、ほぼ全国的に行われるようになった。1992 年度のこの事業に対する厚生省予算は、1 日当たり奨励金 1 人 2 千円、計 4 億 7 千 817 万円である。

6. 障害モデル型就労の内容（川崎リハの総括的意見）

現状では、一部企業（事業主）の篤志に依拠。

該当職場 A. 理解のある雇用主、相談援助者がいる

B. 勤務時間、勤務日数の配慮がある

- a. 通院時間を配慮してくれる。
- b. 調子の悪いとき、休みをとりやすい。
- c. 残業が少ない、あるいは残業をしなくてよい。
- d. 労働時間を短くできる（一日 6 時間程度）（一日 4 時間程度）。
- e. 勤務日数を少なくできる（週 2 日～週 4 日）。

C. グループ（集団）就労ができる。

- a. 同病者がたくさん勤めている。
- b. 班作業でなくマイペースでやれる職場、あるいはひとりでなく班作業の職場。

D. その他の配慮

- a. 騒音、におい、気温や湿度、照明などについて必要な配慮ができる。

7. 社会生活状況の分布と概数

I 慢性分裂病患者の社会生活状況の分布 92. 2.

(リハビリテーションの援助 起点)

				J 家庭内役割 主婦等 15%
自立	C 生活のみ自立 生活単身等 6%	F 授産施設 福祉ショップ等	I 一般事業所 (一般就労) 22%	
	B 家庭内保護 有役割・家事等 13%	E 共同作業所等 9%	H 障害モデル型就労 (援助付き就業) 14%	
保護	A 家内無役割 入院入所要介護 4%	D デイホスピタル 外来作業 18%	(G 企業内訓練) (施設外訓練)	
不参加・・・・・・・・・・過渡的ステージ・・・・・・・・雇用前段階・雇用除外				
	現入院患者	老齢患者	合併症保有患者	

一般的条件

- A.** 前景に病的体験なし・相互に顕著な緊張感を伴うことなく交流可能
- B.** 自立性 基本的生活管理可能・通院服薬可能・求助行動可能
- 生産性 一定水準の作業遂行能力・一定以上の労働習慣
- 自発性 援助者同伴であっても求職行動可能

Ⅱ 全国状況（分裂病患者概算）

長期入院	退院の可能性 ±～＋～＋＋	通院＋地域の援助支援	通院 大過なく ともかく
120,000 人	80,000 人	100,000 人	100,000 人
入院計 210,000 人		通院計 220,000 人	

8. 関連表・その他の基本資料

表1 分裂病・躁うつ病・神経症・精神障害総数及びてんかん

(厚生省患者調査)

年	総（受療）患者数の推移				
	← 精神障害 →				
	← 精神病（者） →				
	精神分裂病	躁うつ病	神経症	総数	てんかん
1970	218200	34000	113500	494200	
1972	295100	49700	132300	610900	
1975	278800	54800	149700	650600	146600
1978	301200	44200	156300	669500	221100
1981	355200	63400	218500	832400	213100
1984	414500	97200	259900	1003800	232900
1987	428500	143000	355100	1174000	233000

表2 分裂病・躁うつ病外来総患者数及びてんかん

(厚生省患者調査)

年	外来総患者数の推移		
	← 精神障害 →		
	精神分裂病	躁うつ病	てんかん
1970	68600	24900	
1972	100200	38600	
1975	103800	43900	134900
1978	116700	32700	17900
1981	152200	51400	200600
1984	211800	83700	220400
1987	221600	127500	221300

表3 通院患者における現在の仕事の状況

(1983年厚生省受療患者調査・通院)

	主に仕事をして いる	家事通学他 少し仕事をして いる	仕事を休ん でいる	仕事をして いない	不詳
診断分類	%	%	%	%	% (例数)
精神分裂病	39.8	13.4	4.1	42.5	.4 (5874)
躁うつ病	40.7	14.9	3.7	39.5	1.3 (1670)
てんかん	33.2	10.9	3.3	50.8	1.8 (1682)
合計	37.4	11.9	3.9	45.9	1.0 (13913)

表4 年齢別にみた精神分裂病通院患者の現在の仕事の状況

(1983年厚生省受療患者調査・通院)

	主に仕事をして いる	家事通学他 少し仕事をして いる	仕事を休ん でいる	仕事をして いない	不詳	分布
	%	%	%	%	%	%
10歳代	13.6	9.1		77.3		1.9
20歳代	36.8	12.4	6.3	44.0	.5	16.2
30歳代	44.3	13.8	4.4	37.2	.3	35.1
40歳代	41.9	14.4	4.2	39.2	.3	27.5
50歳代	33.9	12.6	2.4	45.1		14.3
60歳代	16.8	13.1		68.0	2.0	4.2
70歳代	11.9	2.4		85.7		.7
不詳	9.1			90.9		.2
平均	39.8	13.4	4.1	42.5	.4	100.0

9. 本人調査 93.1.30.

表1 仕事をする事への自信の有無

	自信あり (%)			自信なし (%)
	全 体	20歳代	50歳代	
週5日以上の出勤	47.3	45.0	52.6	35.9
毎日の定時出勤	56.3	53.3	63.6	29.2
1日8時間労働	30.0	27.2	34.4	51.6
作業の段取りを決める	32.3	28.0	38.6	42.5
自分で仕事の工失	35.7	29.6	44.2	37.8
同僚と同じペースで仕事	38.5	26.7	48.6	40.7
同じペースを維持して働く	41.1	26.9	49.0	35.6
ミスを出さぬよう注意する	44.2	35.7	53.7	33.5
上司や同僚と話をすること	43.8	41.5	53.0	31.5

表2 年齢分布の比較

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
今回調査	18.0%	28.8%	32.4%	15.3%	4.4%
前回調査	20.3%	38.5%	25.6%	9.2%	2.3%

表3 職業従事率及び職業形態の分布

	職業従事	正社員・従業員	パート・アルバイト	商工業自営	農林漁業従事者
今回	16.9%	5.4%	10.0%	0.8%	0.7%
前回	20.7%	9.0%	9.0%	1.0%	1.7%

表4 収入の比較

収入	今回	前回
1万円未満	28.9%	1.2%
1～5万円	16.1%	5.4%
5～9万円	5.8%	4.6%
9～15万円	3.7%	3.7%
15万円以上	2.2%	2.0%
わからない・無回答	2.1%	1.2%
収入なし	42.8%	82.0%

表5 病名を知られている割合

	今回	前回
知られていない	21.7%	24.5%
採用前に話した	73.0%	66.4%
採用後に話した	13.7%	8.6%
採用後に知られた	13.4%	15.7%

表6 働きたい希望

	今回	前回
せひ勤めたい	35.2%	44.7%
できれば勤めたい	31.7%	36.6%
できれば勤めたくない	6.1%	3.8%
勤めたくない	14.3%	6.1%
わからない	12.7%	8.8%

表7 「勤めたい」という気持ちにおける年齢差

	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代
ぜひ勤めたい・できれば勤めたい	81.0%	72.8%	64.4%	44.6%
できれば勤めたくない・勤めたくない	10.6%	14.4%	23.8%	33.9%
わからない	8.5%	12.8%	11.9%	21.5%

質疑応答

Q1 : 日本の中では、主に分裂病の方を念頭に置いたりハビリテーションが考えられているということについて、数が一番多いということ以外に何か特別な事情があるのでしょうか？

A1 : 今、一番階層脱落があるのは分裂病なんです。圧倒的なんです。戦前、昭和の初めごろの教科書では、てんかんが最大だったんです。てんかんは抗てんかん薬ができてきて、発作が減ると同時に、階層脱落が起きなくなりましたね。軽くなってきている。躁うつ病とか神経症とかでは、階層脱落がほとんどないんです。つまり、失業状態にならないので、職業リハビリテーションの対象にはならないんです。

ただ、問題なのは、職場の健康管理とか、職場での問題を解決するというふうに考えますと、それは分裂病だけじゃなくて、躁うつ病もてんかんも数が多く、それぞれ問題を抱えています。だから、職場の問題というふうに考えたときは、無視できないと思います。例えばイギリスの統計で見ると、特にうつ病の問題が一番職場の問題としたら大きいわけです。それは数が多いということだと思います。

そういうことですけれども、躁うつ病に対して十分に知恵を回すだけの余力がないということもあるんじゃないかという気がします。

Q2 : 幻聴とか妄想という、いろいろの言葉がありますが、職業の問題を話すときに、そういう言葉を使う方がいいのか、あるいは普通の外受けする言葉でする方がいいのか、それはどういう格好で医与会の中で今動いているのでしょうか？

A2 : 私の観測ですけれども、おそらく、普通の言葉でしゃべるべきだという意見が、どんどん増えているような気がします。特に蜂矢先生の「障害論」が出されてから、急速にその考え方が普及してきたような気がします。ごく最近、今年になって、精神障害という名前は、ほかの障害と比べてまぎらわしいから、そんなものはやめた方がいいんじゃないか、変えた方がいいんじゃないかという意見も出まして、学会でその委員会が、3月から発足します。少しは前よりは違うんじゃないかなと思います。

Q3 : 身体障害者の場合にも、精神薄弱者に関しても、割合に早い段階では、適職群という表を作るというような時期があり、一つのステップとしてそういうことがされたと思うのですが、群馬大の研究では、職種という取り上げ方はされなかったのでしょうか？

A3 : 職種のことも少し載っているんですが、精神薄弱の場合に作ったような、そういうものはないと思います。生活臨床もやらなかったと思います。そもそも生活臨床は、群馬大学の江熊先生を中心に始められたんですけれども、江熊先生自身は、病気が緊張状態が高まって再発するということは、強く認識されていたわけです。じゃあ、患者に、例えば狭い意味の作業をする

ための障害があって、仕事が下手で不器用でできないということが、ずっと継続的にあるかどうかということについては、多分、そういうふうに思ってなかったと思うんです。

当時、群馬大学の研究フィールドは、第一次産業で農業が中心でしたので、農家でそれがよく見えない点があるんだと思うんです。いつか私が何かの研究会で、仕事ができない人がたくさんいて困るんですよと言いましたら、「え、君、分裂病の患者は仕事ができないの」って言われたことがあるんです。ああ、そういうふうに思うのかなと思いました。それがちょうど40年代も半ばのことだったんです。

当時、群馬大学では、一生懸命地域で取り組んでいた保健婦さんがいて、保健婦さんなんかも江熊先生と同じような考えだったと思います。やっつけていけばだんだんできる、それは普通の人と何も変わらないということだったんです。だから、あんまり深刻に作業の方の能力から見てどうなのがいいとか、あんまり考えなかったのかもしれない。

Q4：精神障害者の方が就労するのを差し引かえるようにという、規則が定めてあることがあるんですけども、適切なものとお考えでしょうか。特定の職種には、精神障害の人はつけないということなののでしょうか？

A4：運転免許がいい例です。精神障害の場合には、運転してはいけないことになっています。実際に昭和43年に、診断書を添付するということを義務づけたことがあるんですが、1年で撤廃しました。今は、精神障害者の人が運転して事故を起こすのが多くないということはわかっています。ただ、そういう欠格条項というのが、有名無実になりながら残っているものはたくさんあります。

最近できたのでは、警備保障会社に勤める場合の問題があります。法律のモデルがあると、それを使ってしまうのかもしれない。もちろん、私どもは、そういうのは理屈に合わないと思って、壊したいとは思いますが、なかなかあれもかれも運動をやるというわけにはいかないので、まだやってないんですが、将来的には何かすべきだというふうに思っています。欠格条項はほとんどのものは要らないんじゃないでしょうか。

また、厚生省がこの間保健法を改正したときに、自治体の制限条項の撤廃は、かなり行われました。

Q5：本人の意識調査（全家連の調査）の中に、危険時の相談ということがありますが、自分が何かそういう兆候があるという、自覚症状というのはあるものなののでしょうか？

A5：自覚する人はかなりいます。それに関してちゃんとほかの人に話ができて、対処を求めれば、危険は未然に防げるわけです。しかし、そういったことを口にするのに自信のない人たちは働かないのです。ただし、どこでそれを言っているかというのが大変難しいんです。つまり、はっきりここからこっちは言ってもいい、ここからこっちは言ってはだめだという、そういう仕

分けができればいいんですけど、その仕分けがないところを切るのは大変苦手なのです。したがって、ちゃんと話せるような状況を作っておけば、それなりに言えてかなり違うんです。

Q6：職種への関心についてですが、精神障害者の職業リハビリテーションが、今まで主にドクターか関心を持って進められてきており、ドクターは職種にあまり関心がなかった、そういうことの影響があるのでしょうか。医師ではなくて、ソーシャルワーカーとか教育者でしたら、おそらく、職種はどんなかとか、こんな職種についている例はなかったかということを行いような感じもするのですが。もう一つ、精神障害者の場合には、こういう点とああいう点とこういう点をチェックして、それに支障のないような職場であるとか、職種であるとかを選んだ方がいいよとか、そんなふうに進まないものでしょうか？

A6：今までのことを考えますと、職場をほんとはよく見ていた人というのは、そんなにいないのです。つまり、職場とのつながりを持って仕事をやっている人が極めて少ないですから、だから発展しなかった。医者だけではないと思います。これからは少しずつ増えていくというような気がします。それじゃあ、どこがぐあいが悪いか、みんなに共通することがあるだろうかということになるとまた別の問題です。

よく職親の方に聞くんですけども、皆さん紳士ですから、あんまりそういうことを言いません。個性だから、それに従ってやればいいんですという話をされるんです。でも、それだけじゃいけないでしょうというふうに言いますと、多くの方が言われるのは、仕事が毎日変わっていくとか、始終変えなきゃいけないという仕事はだめですということです。一つのことに習熟するのに時間がかかって、じゃあ、次はこれですというふうに行くかというといかない、だから、そのところは工夫があると、ほとんどの職親の方がおっしゃいます。

Q7：同じ仕事でずっと長い間やっていけば、やがては高度の技能を要するような仕事でも大丈夫だということなんでしょうか？

A7：おそらく、大丈夫な人がかなりいるんじゃないでしょうか。そうでない人もいますけど。例えばこの間、労働省の方と一緒に、会社を見に行ってきたんですけど、そこでは一つのラインを持ってやっているんです。分裂病の人がほとんどですけども、知恵遅れの方も混じっていえ、最後の検査まで全部やっているんです。かなり几帳面にやらなければいけないわけですけど、ちゃんとやっていますね。社長さんに聞きましたら、ちょっと遅いけど仕事がうまくいかないようなことはほかのラインより少ないということでした。

Q8：いろんな統計の中で、20%ぐらいの人が職を持っているということなんですけど、その場合は、1人1人が大勢の中に入り込んでいるのでしょうか、集合的に働いているのでしょうか？

A8：1人1人入り込んでいる人が多いです。パートのほうが多いんですけど、職種は製造業が極めて多い職種になると思います。

Q9 : 人間関係の問題に関連してよく聞く話として、人間関係のプレッシャーを感じてということがありますが、それだけじゃなくて、仕事そのものからプレッシャーを感じてしまって、だれにも言えずに休み、それで行きにくくなってしまうということ、それから全く解釈不能な、どう考えているかわからないということも聞きます。また、何種類かのプレッシャーがあるという場合に、こういうプレッシャーについては、この人は割合に強いとか弱いとかということがわかれば、じゃあ、この職場とこの職種はそういうプレッシャーが生じるかどうかという見当がつけられるのではないかという感じもしますけど、いかがでしょうか。それから、プレッシャーに大丈夫な状態の時期と、非常にもろくなる時期があるというような見方もある気もするんですがいかがでしょうか？

A9 : 私の今の考えなんですけれども、職場適応訓練制度の前に、やはり厚生省の職親制度、つまり、通院患者リハビリテーション事業を持ってくるというようなことをやる方が、我々の実力からしますとよいと思っています。行ったら成功しなきゃいけないなんていうのは、周りも負担ですけど、本人もすごく負担です。もうちょっと気楽にできる、ここは練習でいいんだよという、そういうところの経験がある方が、多分、よいのだらうと思います。

Q10 : 入院する前に知的なレベルの高い仕事をしていた人の場合には、職種に関して抵抗を持つ人がおり、自分はまだできるんだと思って、高い職種を望む人がかなり多いようなんですけれども、段階を追った形でステップアップしていけるような就労の仕方があるといいと思いますが、それはいかがでしょうか？

A10 : 段階を追ってという話についての私の考えでは、急性期を過ぎた後の状態、つまり、シューブを過ぎた時期（再発の場合も同じですが）の作業能力というのは、極めて変動幅が大きいんです。だからそのときの状態と、それから安定していて、いつも恒常的に少しずつ発達していく状態と、その二つは分けて考えた方がいいと思うんです。後の方のだんだん発展するかどうかという問題は、本格的な調査はされてないと思いますね。それは多分、医学が伝統的に持っているものでは、ちょっと測れないなという感じで、それはやっぱり職業リハビリテーション固有の問題だという気がしているんです。もちろん、医学の方では、ぐあいの悪い時期をまだ越えてないときの問題にはもう少し目を開かないといけないと思いますが。

例えば、私が親しくしている患者さんがいるんですけど、その人は、事務職なものですから、最初は事務的な仕事の補助をやってもらっていたんです。簡単なことを言いますと、平行する2本の線を引けないんですね。引きましたと言っても斜めになっちゃっている。ちゃんとやってないじゃないかというふうに言ってやり直しをさせる。そうやってもだめなんです。そういうところでがみがみ言ったんですが、それからしばらくたって、あのとき先生に言われたけど、あれは先生の間違いですよと言う。私は絶対、ちゃんと平行の線を引いたのに、先生はいじめ

ていると言うんです。たまたまそのデータを持っていたのですが、見せるかどうかと迷っていたんです。しかし結局、見てもいいと言って見せました。そうしたらようやく納得しました。こういうところは大変難しいところだと思います。時期によって、作業の障害についても変わるものと変わらないものがありますね。目の動きなんかほとんど変わります。そういうものがあるから、その辺の整理は今後随時要ると思います。

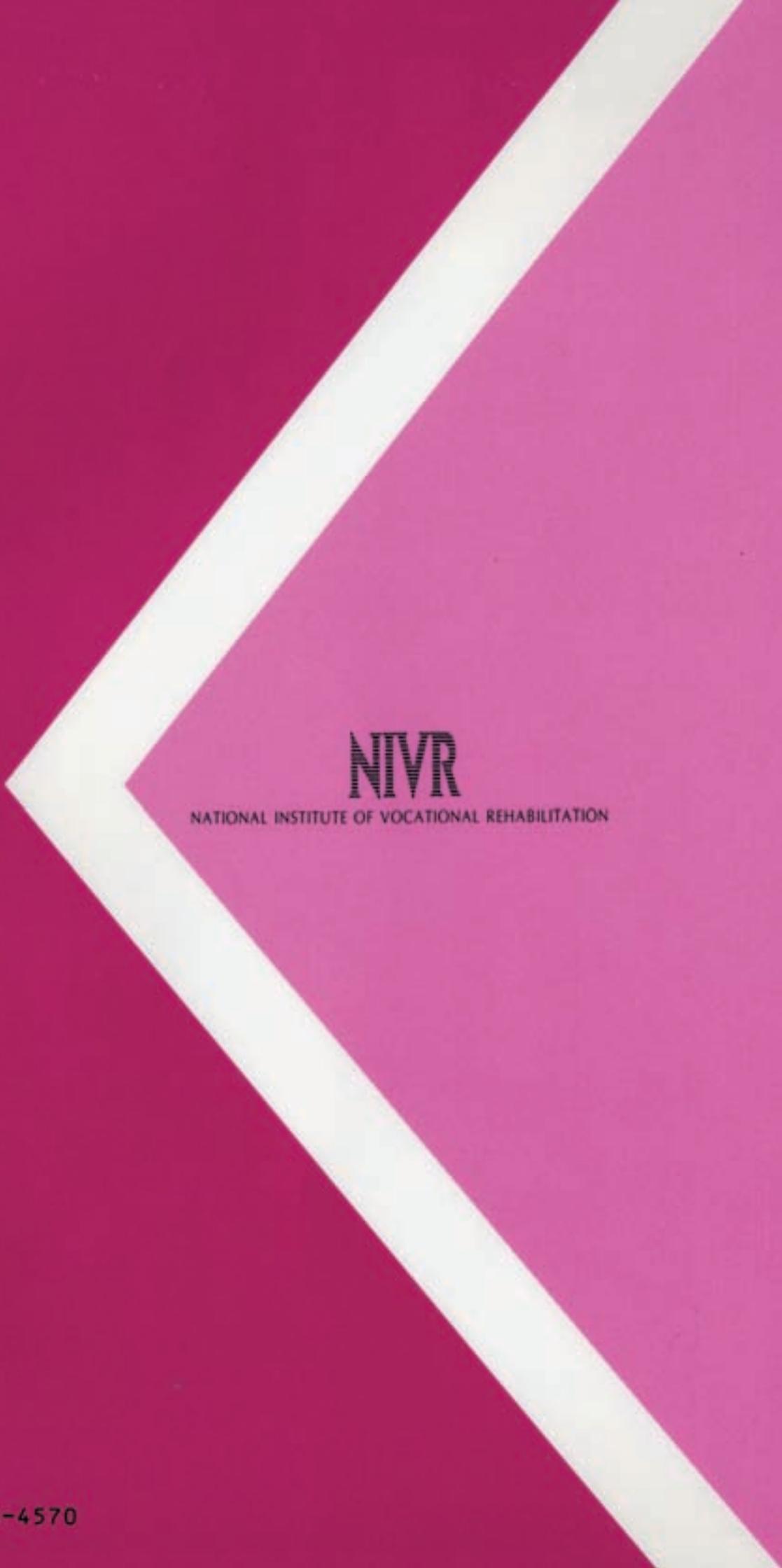
資料シリーズ No. 9

障害者に関する職業評価、職業指導の動き－4つの関連領域における動向－

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
 千葉県美浜区若葉 3 丁目 1-3
 TEL 043-297-9000 (代表)

発 行 日 **1994 年 3 月**

印刷・製本 (有)正 陽 印 刷



NIVR

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570