

職場のメンタルヘルスと精神障害者の就労支援 ——精神障害者の院外作業を通じて——

Occupational Mental Health and Support of Persons with Psychiatric disorders

上 平 忠 一* 端 田 篤 人**

UWADAIRA Chuichi HASHIDA Atsuhito

目 次

- I はじめに
- II 対象と方法
- III 症例提示
 - 症例 1. 52歳、男性、統合失調症（鑑別不能型）F20.3、糖尿病
 - 症例 2. 65歳、男性、統合失調症（破瓜型）F20.1、気管支喘息
 - 症例 3. 55歳、男性、統合失調症（破瓜型）F20.1、高脂血症
- IV 考察
 - (1) 精神障害者の作業療法について
 - (2) 統合失調症の院外作業および就労支援、メンタルヘルスについて
- V おわりに
- I はじめに

メンタルヘルスは狭義の意味で大きく分けて次の3つに大別できる。1つ目は第1次予防と呼ばれる精神障害の発生の予防であり、地域内の精神障害の発生率を減らすことである。2つ目は第2次予防と呼ばれる精神障害の早期発見と再発予防であり、地域内の精神障害の有病率を下げることである。最後に第3次予防と言われる精神障害者のリハビリテーションによる社会復帰の促進がある。2006年に障害者自立支援法が施行されて以

来、統合失調症の就労について関心がもたれている。

私たちは、これまで精神障害者のメンタルヘルスに従事し、その治療とリハビリテーションを実践してきた。私たちの先行研究を述べると、精神科病院における入退院実態^{9,10}、外来実態の調査研究¹²、あるいは精神科病院に長期に入院している患者の実態調査¹¹や精神障害者に対する就労支援の在り方について報告²を行ってきた。最近では、統合失調症の精神科リハビリテーション・生活支援をめぐる地域精神保健における民生委員の役割について発表をしてきた¹³。

広義の意味での職場のメンタルヘルスは、一般健康人の職場における精神的健康の保持向上、保持増進、予防を意味している。職場の急激な変化は1990年代以降のバブル経済の崩壊後に顕著となってきている。グローバルな企業間競争が熾烈を極め、競争原理が支配する社会が到来している。鳥⁸は労働者のメンタルヘルスの現状と課題のテーマにおいて、以下のような急激な変化を列挙し、今後のメンタルヘルス対策を論じている。

- 1) 雇用システムの変化：終身雇用制・年功序列制の終焉
- 2) 人事評価システムの変化：アメリカ型の人事評価の導入である、成果主義がより強いストレスと過重労働をもたらしている。
- 3) 組織形態の変化：経営効率を重視した結果と

*社会福祉学部教授

**社会福祉学部講師

して、組織には一層のフラット化とスリム化がみられる。ストレスへのバッファーとして機能し、見守り、助言していた管理監督者が減少した結果、個々の労働者にはストレスがより直接的に受けやすい構造となった。

- 4) 働き方の変化：フレックス制の採用、裁量労働制、派遣社員、請負社員
- 5) 仕事内容の変化：産業構造が二次産業から三次産業に移行し、工場での「ものづくり」から「サービス」に変わってきている。つまり、コミュニケーションを要する職務内容になってきているといえる。
- 6) 仕事の場の変化：職場が工場からオフィスへと移っている。最近では、在宅勤務も増えてきている。こうした勤務形態は、労働者の一層の孤独化やコミュニケーションの不足を招いている。
- 7) 仕事仲間の変化：非正規社員が増加し、既に日本の労働者の約1/3を占めるに至っている。一般的に、正規社員に比べて非正規社員は、給与などの労働条件において格差があり、そのことが人間関係に影響を及ぼして、チームワークがとりにくいといった状況が生まれている。
- 8) 対人関係の希薄化：IT社会になり、対面でのコミュニケーションが減少の一途をたどっている。
- 9) 技術水準（スペック）の変化：最近、正規社員に求められる技術水準（スペック）が高度になってきている。定期的な業務や簡単な業務は派遣社員等の非正規社員が行うことになってきている。

このような職場の環境や構造の変化が職場ストレスとなり、一般健常人ばかりではなく、精神障害者に対する大きな変化を生じさせていると思われる。

今回、私たちは精神障害者が精神科病院に在院中に、地域にある病院外職場に出勤し作業を行う院外作業と呼ばれる人々を対象として、院外作業のもっている機能や課題を調べる目的で本研究を行った。但し、院外作業を行う場合には、次の2つの側面を慎重に配慮する必要がある。医療費の支給を受けて入院加療中の患者が治療として作業を行うという側面と、労働を提供し報酬を受け

とるという労働者の側面が生じる。したがって、賃金の問題や労働災害の場合の責任の所在や補償をどうするかを十分に検討しておくことが大切になる。

II 対象と方法

精神科病院に長期間在院した患者のなかで筆者の一人である上平が主治医として詳細に診察を行い、ICD-10により統合失調症の診断基準を満たし、入院中に院外作業を実施した症例3例を対象として検討した。調査の方法として、直接の診察および病院の診療録や看護記録、ケースワーカー記録を用いた。これらの症例について、性別、年齢、診断名、発病年齢、初診時状態、入院回数、入院期間、就労様態、職場変更回数、就労期間、就労内容などについて調査を行った。

III 症例提示

ここに院外作業を実施した3症例をプライバシー保護に配慮しながら詳しく提示する。

症例1 52歳、男性、無職（図1）

【診断】 統合失調症（鑑別不能型）F20.3、糖尿病

【生活歴】 地方都市に同胞4人の第2子として出生。地元の小・中・高等学校（商業科）を中の上の学業成績で卒業。中学時代は、新聞配達のアパートをして頑張っていた。高校時代には、演劇部に入り、芸能人にあこがれ、親の反対を押し切って、東京の演劇関係の学校を数校受験し、失敗している。高校を卒業し、通信関係のアパートを約1年間していた。

病前性格：おとなしい、無口、小心、わがまま、強情。

【家族歴】 精神神経疾患の遺伝的負因はない。

【既往歴】 小学校時代、副鼻腔炎の手術。31歳と34歳の時に、痔瘻の手術。38歳、胃潰瘍の治療。

【入院歴】 高校卒業後19歳の時に、発症し、7回の入退院歴を有する。

【現病歴】

19歳の春頃から、不眠が出現する。同時に、「テレビを壊せば、時間が止まる」と時計やテレ

年 齢	医 療	就 労	社 会 生 活
18		通信関係のアルバイト 1年	高校卒業、自宅
19～20	A病院1回目入院 6ヶ月		
20		関西の装飾品卸会社 2ヶ月	関西地区
21～22	A病院2回目入院 1年5ヶ月		
22～24		スーパーストア 2ヶ月	中部地区
24～25	A病院3回目入院 7ヶ月		
25～34 (25) (28) (30) (30) (32) (33) (33)	A病院4回目入院 6年7ヶ月	外勤；D製作所 1.5ヶ月 外勤；E作業所 7月 外勤；E作業所 1月 外勤；F鑄造 3ヶ月 外勤；G工業 3ヶ月 外勤；Hリース 3ヶ月 外勤；I寿司 2ヶ月	
34	B病院入院 2ヶ月		
34		パート；I寿司 2ヶ月	自宅
34～41 (34) (35)～(38) (41)	A病院5回目入院 6年3ヶ月	外勤；J電業 2ヶ月 外勤；k精工 5年 外勤；I製作所 1ヶ月	
41～43		I製作所 1年10ヶ月	自宅
43	DC（デイケア）		市営住宅
43～46		アルバイト	市営住宅
46～50		L管工 4年5ヶ月	市営住宅
50～52	DC（デイケア）	アルバイト	市営住宅
52	A病院6回目入院 6ヶ月		

図1 症例1のライフサイクルからみた医療、就労、社会生活

びを破損する。あるいは「仙人になろう」と思って近くの裏山に住むなど行動異常が出現した。

同年4月に、家人の要請により、第1回目の入院となる。

このときの訴えは、次のようである。

「音がいろいろに聞こえるし、匂いもいろいろに臭う」「電波のようなものが体に入ってきて、楽しい」

「心の中で質問をすると、こうもりの声が聞こえる。こうもりの乗り移っている人は態度でわかる」「自分のやっていることが、他の人にさせられている感じ」「自分で予想もしなかった考えが急に浮かんでくる」「他の人の考えていることが分る。また、テレビで写っている人と自分の意思

が通じてしまう」

幻聴、支離滅裂思考、自生観念、作為体験、思考伝播、考想察知、興奮、空笑など多彩な精神症状が認められ、緊張病性興奮状態であった。半年後に軽快退院した。

20歳の12月頃から、関西にある装飾品卸会社に数ヶ月間勤める。

21歳の5月末、数日間前から1日2—3時間しか眠れず、食欲不振が出現してきた。

21歳の6月、父親と受診し、自ら希望し2回目入院となった。

入院時所見は、抑うつ感情、自己卑下感、関係被害妄想、思考伝播が認められた。

2回目入院中の経過については、豊富な異常体

験を積極的に訴える時期が比較的長く波状に続いたが、入院1年後には頑固な不眠を伴う自生観念の症状に収斂した。入院中に体重の増加(15kg)を示し、自生観念を残しながらも日常生活に支障を認めずに退院した。

23歳の12月より、中部地方にあるスーパーストアに入社した。投薬は郵送にて行なわれ、たまに本人が診察を受けていた。その間、異常体験は減少していた。

24歳の3月、再び、不眠、自生観念が強まり、勤務できないと会社を辞めて、帰郷した。

24歳の4月末、3回目入院となる。入院時所見は、ほとんど疎通がとれず、思考伝播や幻聴が認められ、幻覚妄想状態を呈した。入院1ヵ月後、異常体験は減少し、落ち着いてくる。

入院半年後、父親の強い希望により、不完全寛解状態^(註1)で退院する。

25歳の1月末、父、同胞と一緒に外来を受診し、4回目入院となった。

入院前日は、家を飛び出して、Z村まで行き、全く知らない人家に侵入し、家人に連れ戻されるという問題行動があった。「神の脳を持っている」「世界一偉い人間だ」「未来を想像している」と述べ、幻覚妄想状態である。

その後の6年3ヶ月間にわたる長期在院の中に行われた院外作業の経過の概要を記載する。

入院7ヵ月後、院外作業(D製作所一旋盤、バリとり作業)に1~2ヶ月従事する。その間、院外作業を些細な理由で休む。他患より借金をする。身の回りの整理整頓ができず、ルーズで、乱雑である。女性に関心が強く、看護師を馬鹿にする言動がみられた。

28歳の10月、院外作業で、7ヶ月間にわたりE製作所に行く。

29歳の10月、E製作所に院外作業再開。1ヵ月後に、辞める。同院外先で、「動作が遅い」と注意される。「体が疲れるのに、注意されて、仕事をやめたい」という。肉体的疲労と、人間関係の悩みで院外作業を辞める。

30歳の4月、F鑄造に院外作業を再開する。作業現場では、怪我をしやすく、火傷が多かった。

32歳の3月、院外作業所の変更し、F鑄造から半日勤務のG工業になる。

33歳の7月、G工業が会社の都合で中止となる。Hリースに変更し院外作業を続け、院外作業に参加している間も、自生観念は持続し、不眠が出現した。自生観念が強まると、苦痛を訴え、院外作業を休むパターンがみられた。

33歳の6月、I寿司に院外作業開始。疲労感を訴え、院外作業を休むことが多く、持続性に乏しかった。

34歳の8月下旬に、B病院外科に肛門周囲膿瘍の手術のために転院し、2ヶ月間入院した。

35歳の1月から再びI寿司にパートとして勤務する。

35歳の3月に入り、不眠、生活リズムのパターンの崩れ、仕事の段取りができなくなり、ボーとしていることが目立ち、同年3月中旬に5回目入院となる。5回目入院時の所見は、診察中に顕著な途絶を伴う自我漏洩現象を呈し、自我障害を認めた。その背後に、人格水準の低下を示した。

ここで、5回目入院後の経過の概略について院外作業を中心に述べる。

35歳の6月、院外作業(J電業)に参加。同年8月、同院外作業を中止。事業所から辞職を申し渡された。異常体験は依然として持続し、中等度残遺状態^(註2)は継続する。

36歳の2月、院外作業再開し、K精工に半日勤務する。

36歳の4月、不眠が強いので、院外作業を1ヶ月間休む。

36歳の5月から、月、水、金の隔日と院外作業の形態を変更する。

外泊は年2回、主として盆と暮れに自宅に2泊3日で行なっている。

38歳の7月、主治医から退院の話が出る。しかし、退院後の家族の受け入れについては消極的である。両親は兄夫婦に気兼ねし、とくに兄嫁に気を使っている。父は自立をして生活いくように、退院しても、実家に帰ってこないように本人を説得している。

このように、とくに親子の世代交代が進んだ後に家族の受け皿の脆弱化が顕著である。

39歳の2月、院外先の本人の職業評価は低いが、本人は認識していない。

①会社に出勤してすぐにトイレに入り、30分以

上こもっている。

②仕事でも、しばしば30分以上喫煙をしている。

③仕事の効率は悪く、動作や手の動きが遅い。
39歳2月中旬、院外作業（K精工）が中止となる。

39歳の5月、職安経由で、I製作所にケースワーカーと一緒に面接。その結果、職場見習いという形で、雑役の仕事（ダンボールの組み立て）に従事する。

39歳の6月下旬に、自宅からI製作所に就職（パート）するために退院となる。

43歳の2月に、兄よりアパートに出ることを勧められ、その後、市営住宅に1人での生活が始まり、A病院DC（デイケア）に参加する。

43歳の4月 約2年勤務したI製作所を退社する。

その後は、清掃作業、パチンコ店、設備業、郵便物配達と多くの職場を転々とし、仕事は長続きしなかった。その間、異常体験が継続し、思考伝播、自我漏洩現象を認めた。A病院のDC（デイケア）は継続している。一方、1人暮らしのために、食事の管理、服薬自己管理、金銭管理が不十分であった。

43歳の10月、糖尿病の発症、治療を開始する。

46歳の12月 本人がアルバイト先を探し、L管工にアルバイトで勤務。その後、数年間、同設備会社に雑役婦のような勤務していたが、会社の成績が不良となり、50歳の時に解雇を言わたされる。

52歳の6月 P農園に1-2週間アルバイトで働く。

52歳の10月 サラ金の借金と結婚詐欺にあい、借金130万円の返済催促の電話に怯え、入院を精神保健福祉士から勧められ、7回目入院となった。現在、入院中である。

症例1の小括

- 1) 52歳の男性、無職、入院中。
- 2) 診断は統合失調症（鑑別不能型）。
- 3) 現病歴：

19歳頃に、幻覚妄想を伴う緊張病性興奮状態で発症する。その後、7回の入退院歴を有し、その

合計入院期間は約16年に達する。その中で、院外作業に従事していた期間は6年10ヶ月に及ぶ。

現在も、異常体験が存続し、糖尿病を合併した中等度の残遺状態を示している。

4) ここで、本人の生活のしづらさを検証してみる。

- ①一般的就労が出来ず、社会生活を行なっている時にも、アルバイト程度の仕事しか従事できなかった。生活の経済的基盤が出来ず、不安定な経過を示す。
- ②対人関係では、被害的な考えが出現しやすく、孤立しやすく、スムーズな人間関係を結ぶことが困難である。
- ③日常生活では、单身生活のために、食事管理、服薬自己管理、金銭管理など不十分であり、支援が必要である。
- ④家族の支援では、世代交代のために得にくい状況が出現している。
- ⑤再発が目立ち、成人に達してからの34年間の人生のうち、16年47%が入院生活である。

症例2 65歳、男性、無職（図2）

【診断】 統合失調症（破瓜型）(F20.1)、気管支喘息

【生活歴】 A県の地方に同胞3人の第1子、長男として出生し、下に妹2人がいる。地元の小・中・高等学校を中上の学業成績で卒業。18歳頃に、B製作所に勤務する。31歳頃に、見合い結婚をした。36歳時に、協議離婚し、子ども2人は妻側に引き取られ、妻たちは母子寮にて生活を送り、その後音信不通である。

病前性格：おとなしい、無口、小心、神経質（統合失調症気質）。

【家族歴】 精神神経疾患の遺伝的負因では次妹の子どもである姪が統合失調症にて精神科病院に入院歴を有している。

【入院歴】 高校卒業後20歳の時に、発症し、10回の入院歴を有する。

【既往歴】 特記事項なし。

【現病歴】 20歳頃から、不眠、関係被害妄想、幻聴が出現し、会社を休みがちとなり、第1回目精神科病院および23歳のときに第2回目措置入院となる。その頃、電気ショック療法、インスリン

年 齢	医 療	就 労	社 会 生 活
18		B製作所 1年	高校卒業、自宅
20~21	A病院1回目入院 1年5ヶ月		
22			自宅
23~25	A病院2回目入院 1年1ヶ月		
25~38 31 36		町工場数箇所 見合い結婚 協議離婚	自宅
38~40	A病院3回目入院 3年4ヶ月	外勤：C製作所 3年間	
40~43		食品関係 2ヶ月 D製作所 2ヶ月	自宅 アパート生活（関東地区）
43~47	A病院4回目入院 3年5ヶ月	外勤：D電子工業 1年3ヶ月	
48~51	保健所の関与		自宅、家出
51	A病院5回目入院 3ヶ月		
52	A病院6回目入院 2週間		
52	A病院7回目入院 2ヶ月		
53~57	DC（デイケア）	E製菓 1ヶ月 F食品製造 数ヶ月 Hクリーニング 1ヶ月	自宅、上京
57	A病院8回目入院 4ヶ月		
58~59	保健所の関与		自宅
59~60	B病院入院 1年間		中部地区の都市
60	A病院9回目入院 5ヶ月		
60~65			生活訓練施設

図2 症例2のライフサイクルからみた医療、就労、社会生活

ショック療法を受けた。

退院後、一時町工場に勤務し真面目に働いていたが、長続きせず職場を転々としていた。

38歳から、絶えず小声でぶつぶつぶやき、自室に閉居し、外に出ない。第3回目同意入院をする。妄想、幻聴、連合弛緩、病識欠如、社会性関心の低下、独語を認め、残遺状態である。

3回目入院中に院外作業に従事する（C製作所）。しかし、勤務先で無断欠勤の注意を受けると、不機嫌となり作業をさぼる点がみられた。入院3年後の春、父親の面会時に、今後の治療方針が立てられ、本人、職員、院外先の事業所の三者が話し合い、①服薬を規則正しく行ない、外来通院をすること、②院外先の職場に規則正しく通勤

することが決められ、退院に至った。

1年後に、些細なことで社内対人トラブルを起こし、同製作所を退社する。

43歳の7月頃から、自宅の物置き場にて、1人暮らしをはじめ、家人や他人との交渉を嫌がり、自閉的な生活を送る。時々空気がみられた。第4回目入院となった。約4年間の入院。この頃の治療方針は、閉鎖病棟から開放病棟に出て、院外作業に出るという一定の治療計画が作成された。

47歳の頃、気管支喘息に罹患。

48歳のときに、「夫が寝たきりなり、その看病が大変」と母親の強い希望で、退院となる。

退院後、約1年は外来に通院していた。しかし、1年後、受診しなくなる。

51歳の5月、本人は家出をして、上京し、母親から搜索願が提出された。その2日後に、大都会の銀行で貯金を引き出そうとして、F市のA町支店に問い合わせがあり、家族からの搜索願に基づいて、S警察署に保護され、妹が身柄を引き取りに行く。

51歳の7月、幻覚妄想を呈し、妹夫婦に暴力を振るい、警察に保護されて5回目入院（医療保護入院）となった。3ヶ月の入院中に、父親が死亡する。

52歳の1月に入り、喘息が悪化し、不眠、「頭が踊ってダメだ」「頭の中身をもみ取られる感じ」と体感異常を訴え、同月23日（52歳）に本人から希望して6回目入院の休息入院（2週間）およびその年に2ヶ月の入院となった。

退院後は、同精神科病院DCに月に多いときに、14～15回参加する。職業適性検査のよれば、軽作業、簡易な技能、販売の仕事がかろうじて適任であるという。その間に、職場を転々とする（製菓業、製造業、クリーニング店）。

56歳の8月頃から、怠業をし始める。この頃から、早朝覚醒が出現し、易怒的となり、母親との会話が少なくなり、仕事に行かなくなり、休む日が多くなって自閉的な生活を送るようになる。また、母親の要請により、病院のPSW（精神保健福祉士）が訪問看護を実施する。しかし、突然に、上京し、都内では、簡易宿泊施設に泊まり、仕事もせずに、無為・自閉の生活を送っていた。

57歳の8月、アパートの壁を叩いたりする奇行が出現し、アパートの大家から妹に連絡が入る。妹たちが上京をし、本人を当院精神科に受診させ、同病院に第8回目入院となった。

入院時血液検査で、赤血球数230万/mm³、ヘモグロビン7.7g/dl、総蛋白6.2g/dlを示し、鉄欠乏性貧血、低蛋白血症が認められた。

4ヶ月後に、退院するが、約2年4ヶ月間外来通院をしない。

この時の対応は、保健所保健師の関与や病院のPSWの訪問看護を説明し、医療ルートに乗るように指導する。

58歳の11月に、本人は母親に暴力を振るう。母親はその暴力を回避するためにU病院に入院し、本人は自宅に1人で生活を送っている。

58歳の12月に、妹2人が相談来院する。その日の午後、主治医たちが本人宅を訪問するものの、居留守であった。

59歳の年3月に、中部の大都市に自家用車で出かけるが、途中でガス欠となり、路上駐車した車を窃盗し、運転しているところをH県警に逮捕される。その地の精神科病院に措置入院となった。

60歳に、同病院から精神科病院に転院し、10回目入院となった。

61歳の8月、自宅への退院前に、社会復帰施設を利用する方針をとる。

その理由は①本人が退院に強く希望していたこと、②母親が死亡し、妹2人は本人を引き取って面倒を見ることは出来ない、③本人の住める自宅はあるが、本人1人では管理できない、④妹たちの希望は、本人が日常生活を規則正しく送れるように、社会復帰施設に入所して訓練をしてほしい。

61歳の9月に、社会復帰施設生活訓練施設（C援護寮）に入所となる。

【社会復帰施設（精神障害者生活訓練施設）での経過について】

X年9月、服薬自己管理を勧める。

X+1年2月、妹（キーパーソン）宅に2泊3日の外泊をする。

この頃、同室のT.N氏に対して不平不満を述べ、部屋換えを行なう。

X+1年9月、退所の希望がある。退寮にむけて支援をする。

①服薬自己管理、薬の名前を覚える。

②食事の管理（自炊）など日常生活技能の支援

X+1年11月、午後になると疲労感が出現しやすい。

「作業に出ると、周りの雰囲気が悪い。自分はいじめられているような気がする」「話し掛けても、無視される」と対人関係の障害を訴え、妄想気分や被害念慮を認めた。

さらに、「S金属で指を怪我した。そのことが今でもひびいている。神経が麻痺をし、集中力が鈍くなっている」と自己不全感、身体違和感を有している。

X+1年12月、「謡が聞こえてくる」と幻聴や「自分は外国人だ、両親も外国人である」と家族

年 齢	医 療	就 労	社 会 生 活
16		A 乾物店 5年	中学卒、自宅
22		B 製作所 8ヶ月	自宅
23		C 印刷 1週間	自宅
24		D 食品加工 3年	自宅
27		E 化学工場 1ヶ月	自宅
30		A 乾物店 1年	自宅
31	A 病院 1 回目入院 4ヶ月		
32	A 病院 2 回目入院 19年5ヶ月		
35		外勤：F 電業 1年	
52		農作業	自宅
53	外来通院、保健所デイケア	農作業	自宅
54	外来通院、保健所デイケア	小規模作業所	自宅

図3 症例3のライフサイクルからみた医療、就労、社会生活

否認妄想や来歴否認妄想が認められた。さらに、改名を強く希望し、市役所を訪れるという行動をとる。

アナテンゾール・デポー剤やハロペリドールとピペリデンの筋肉注射が頻回に行なわれた。

X+2年4月、なお改名の拘りが続くので、援護寮では別称の使用を許可され、使用する。

X+3年1月、自宅に社会復帰できるように、配食サービス、服薬自己管理、金銭管理など支援プログラムを作成し、実施している。

症例2の小括

4) 65歳の男性、無職、社会復帰施設（援護寮）入所中。

5) 診断は統合失調症（破瓜型）(F20.1)。

6) 現病歴：

20歳頃に、不眠、関係被害妄想、幻聴で発症する。その後、これまでに累計10回の入退院歴を有し、その合計入院期間は約12年に及ぶ。20歳と23歳頃に2回入退院を繰り返し、一時町工場に勤務するが、長続きせずに、職場を転々としていた。31歳の時に見合い結婚し、2子を儲けるが離婚。

38歳頃に、幻覚妄想、無為自閉を呈し、約3年間の入院生活を送り、上京し1年半アパート生活を経て、帰郷し親と同居する。しかし、空笑を伴う自閉的生活が出現し43歳の時に、約3年間の4回目入院となった。

退院後、通院が途絶え、51歳の時に幻覚妄想状態で警察に保護され、短期間の医療保護入院と

なった。その後、同病院精神科のDCに参加する。その間に、身体的故障感や不安・緊張状態にて短期間の入退院を繰り返す。

56歳の時に、再び上京し、無為・自閉的な生活を送っていたが、問題行動が出発し8回目入院となった。この時には、身体的に低蛋白血症、鉄欠乏性貧血を生じ、栄養不足の状態を伴っていた。

退院後、外来通院がすぐに中断したために、家人の相談や主治医の訪問が行なわれた。

59歳の時に、窃盗事件を起こし、別の病院に1年間の措置入院となった。

60歳の時に、転院となり、半年後に社会復帰施設援護寮に転出した。

7) 就労支援は、A病院3回目入院と4回目入院期間中に院外作業の形で行われた。

精神科リハビリテーションモデルとして、開放病棟の院外作業が位置づけられていた。

前者の期間の院外作業には、C製作所に約3年間勤務するが、無断欠勤や会社で注意を受けると不機嫌となり仕事をさぼる傾向が見られた。あるいは社内トラブルから退社に至っている。

後者の期間の院外作業はD電子工場の工具として1年3ヶ月勤務する。

8) 精神障害者生活訓練施設では、地域に社会復帰できるようにさまざまな支援プログラムが提供されている。

症例3 55歳、男性、無職（図3）

【診 断】統合失調症（破瓜型） F20.1、高脂

血症

【入院歴】 ①31歳の時に、4ヶ月間、②32歳から52歳まで、19年5ヶ月間

【家族歴】 父の兄弟に精神病者が2人いて、治療を受けたことがある。母方の従兄弟に気分障害にて自殺をした女性が1人いる。精神神経疾患の遺伝負因は濃厚である。

【既往歴】 34歳の時 頸部ジストニア、36歳の時 全身性けいれん発作

【生活史】 A県の農村に一人子として出生した。幼少期は朗らかで、元気な子どもであった。本人が6歳の時に、両親は離婚した。本人は9歳頃まで祖母に我儘に、溺愛されて養育された。9歳頃に、祖母が死亡し、その後母親と一緒に生活を始め、母子家庭であった。地元の小・中学校を卒業する。成績は中の下であった。中学時代にバレエ部に所属していた。中学卒業後、1年間簿記専門学校に通う。その後の勤務実態は以下のようである。

16歳 A乾物店に約5年勤務する。22歳 B製作所に8ヶ月勤務。23歳 C印刷に1週間勤める。24歳 D食品加工に3年勤務する。27歳 E化学工場に1ヶ月勤務する。30歳 A乾物店に1年勤務する。31歳 同乾物屋を解雇される。

病前性格は、内気、非社交的、無口、嫌人的、引込み思案。

【現病歴】

21歳頃に仕事に飽き、職場において会社の人びとからいろいろ言われるといった関係被害念慮が出現し、それまで5年間勤務していたA乾物店の倉庫係りを辞職する。

その後、自宅で無為に過ごしていることが多い。

時々、職に就くが長くて3年、短い時は1週間と職場を転々としていた。

31歳の3月、自宅前に、送電線の鉄塔が立つと、「こんなところに住めない」と言い出したり、弁当を持って家を出るも、会社に出ていない。入社拒否を示す。

同年4月に、A乾物店を解雇される。

31歳の5月にA病院精神科に第1回目入院となる。

入院時所見は、幻覚妄想を伴う欠陥状態であ

る。

「自分の考えが漏れるようだし、考えが伝わる。」「テレビを見ても面白くない。自分がテレビに映されている感じがする」「隠れて何かをやられている感じがする」「人とうまくできない。うまくかかわれない」

思考伝播、関係被害妄想、対人障害、感情鈍麻、自発性低下を認めた。

薬物療法、精神療法、生活療法を施行する。しかし、経済的理由により退院する。

人格水準の低下が継続し、幻聴が残存していた。

退院後、自宅で無為の生活を続けていた。

32歳の4月以降、外来の中断。

32歳の10月に、仕事に出ようと思うが、嘔気が出てダメだと訴えて、再診する。

その時の所見は、「人に自分の悪口を言われている」「人が後からついてくる」と幻聴や追跡妄想を訴えて、希死念慮を認めた。

32歳の11月に、母親に付き添われて入院する。

再入院時の所見は、眉間にしわを寄せ、硬い表情で、不眠、手指振戦、徘徊を認め、「気持ちが悪く落ち着かない」「人に写されている感じ、馬鹿にされている感じ、いじわるされている」と焦燥感や関係被害妄想を訴えた。幻聴や思考障害（思考途絶）、自我障害（思考伝播、思考奪取）、抑うつ気分が認められた。

薬物療法、精神療法、生活療法を実施するが、入院生活が長期化した。その間、母親は退院を希望するが、本人は自信がないと退院を渋っている。あるいは、退院を勧められるが、「家に行くと幻聴が強まる」からと退院を渋る。対人関係は消極的で、集団生活の中に溶け込むことができない。

薬物療法では、フェノチアジン系薬物をはじめとして、ブチロフェノン系薬物など定型抗精神病薬を使用した。52歳の時に、非定型抗精神病薬オランザピンを投与されて、幻覚妄想状態が改善し退院に至った。

在院中は35歳の時に、院外作業（F産業に1年間、単純作業）に従事していた。しかし、その際、状態の悪化を示し閉鎖病棟に転棟した。また、調子のよいときには、OT（作業療法）、SST

(生活技能訓練)に参加する。

現在、残遺状態を残しながら、外来通院をしている。その傍ら、自宅近くの小規模作業所に通勤し、週に1回保健所のデイケアに参加している。高齢の母親は、認知症が発病し、最近、デイサービスに通所している。

症例3の小括

- 1) 55歳の男性、診断は統合失調症(破瓜型)(F20.1)である。
- 2) 31歳の時に、短期間入院した。32歳の時に2回目入院し、約20年間継続して在院していた。
- 3) 52歳で、退院し、現在まで、3年間外来通院中である。
- 4) 現在の状態は、統合失調症性残遺状態であり、幻聴体験は背景に後退し、意欲低下、感情鈍磨などの陰性症状が前景に出ている。
- 5) 治療は、薬物療法と個人精神療法および生活療法である。薬物療法では、ジプレキサ20mg、ベゲタミンAを使用し、個人精神療法では、支持的精神療法を実施している。
- 6) 小規模作業所、保健所デイケアなどの保健福祉サービスを利用している。

IV 考察

(1) 精神障害者の作業療法について

今日の精神科治療の3本柱として薬物療法、精神療法および作業療法が行われている。私たち精神科医が最も一般的に実施している治療は主に薬物療法と精神療法である。しかし、長い歴史¹⁾のある作業療法が軽視されてよいという理由にはならない。ここでは、作業療法について言及する。

作業療法は作業(occupation)と作業活動(activity)を通じて病状の改善や生活能力の向上を目指す治療法であり、生産的作業、創作的作業、構成的作業を中心とする諸活動を指している。一方、広義の作業療法は、生活指導やレクリエーション療法などを含む生活療法と同義語である。

生産的作業には箱折り、箱作り、袋張り、園芸、農耕、印刷、木工、皮革細工、電気部品組立てなどがある。創作的作業には絵画、彫刻、陶芸、染色などの芸術的種目がある。また、構成的作業とは、編み物、織物、手芸などの活動が含ま

れる。最近では、ジグソーパズルやパソコンゲームなども行われ、さらに調理実習や音楽療法などが取り入れられ多種多様に展開されている。

大月ら⁶⁾によれば、1920年代、ドイツのSimon, H. は作業療法を体系化し、積極的活動療法 *aktive Krankenbehandlung* とよび、①無為好褥の是正、②病的思考の転導、③健康部分の助長、④勤労意欲への関心、⑤生活秩序の維持を強調し、社会性・責任性の獲得を意図した。また、アメリカでは1956年、全米精神療法協会(AOTA)によって、作業療法とは「精神力動に基づき、活動(作業)を媒介として治療的人間関係を促進される精神療法の一つである」と定義されたという。

作業療法の適応は、統合失調症が最もよい適応である。近年は人格障害や不登校、学習障害や自閉症などの発達障害、さらにうつ病や神経症性障害、心身症などへの治療として行われている。

松井⁵⁾は作業療法の治療構造の特長について、「作業という非常に変化に富んだ媒体を使うということ、面接室に固定された構造ではなく、場の移動範囲が大きな広がりを持っているということ、言語的交流も使うが、主として非言語的交流や表現が多用されるということであろう」と述べている。そして、作業療法の治療構造を規定する5つの因子として、①時間の問題、②治療者と被治療者の関係、③物理的条件、④作業、⑤個と集団を列挙している。

それによれば、まず、①時間の問題として、i 週何回やるかという頻度、ii 一回のセッションのどの位の時間を使うかという治療時間、iii どの位の期間を予定するかという治療期間の3つがある。

次に、②治療者と被治療者の関係を考える場合、現実的な役割に基づく関係と、被治療者の心内界に描かれている空想的なイメージと治療者との複雑な絡み合いによる関係を考えなくてはならない。どちらの場合も、治療者と被治療者との間に信頼関係が樹立していることが不可欠である。③物理的条件として、作業療法が病室で行われるか、病棟内の他の場所で行われるのか、あるいは屋外、棟外作業室でやられるかによって、治療者、被治療者の心理に異なった影響を与え、結果として作業過程に影響を与える。④作業について

は、作業療法が作業を媒介にした治療であるので、作業療法の治療構造の中心課題となる。松井³⁾は以下のように作業の性質を10の観点から記載している。

- 1) 治療者と被治療者の物理的距離
- 2) 治療者に対する依存性
- 3) 作業過程の複雑さ
- 4) 作業の広がり
- 5) 作業に要求される速度
- 6) 作業の結果
- 7) 作業の社会的意味と個人的意味
- 8) 道具および材料
- 9) 作業の方向性と性質
- 10) 作業の中での言語的交流

最後に、⑤個と集団について考察を加えている。それによると、1) 集団成員数、2) 集団の閉鎖性と解放性、3) 成員の等質性、4) 集団内交流の方向と質、5) 集団間の交流、6) 集団に対する個人の態度、7) 集団の目標、8) 集団標準と価値を指摘し、集団の性質、個人と集団の関係、その治療的意味等を検討する機会を設けることである。

また、作業療法の治療過程は、治療者と被治療者の交流と、作業を媒介とした操作と反応等が複雑に力動的に絡み合って発展していく過程である⁵⁾。したがって、それを検討するために、評価と目標と働きかけを行い、治療過程の捉え方、作業種目の選択が重要となる。

(2) 統合失調症の院外作業および就労支援、メンタルヘルスについて

職場のメンタルヘルスのひとつとして、精神障害者の就労支援は重要である^{3,7)}。その場合、精神障害者が休職する時の支援、休職中の支援、そして復職する時の支援が必要になる。さらに家族に対する支援も配慮しなくてはならない。もちろん就労支援以外にも、精神障害者単身生活者の支援、住居福祉支援など地域生活支援を同時に考慮していかなくてはならない。

ここで、統合失調症の院外作業について論述してみよう。院外作業はある程度以上に症状が改善した患者を対象に、社会復帰を目的として精神科病院に在院しながら、地域に存在する職場（作業

所、工場）に定期的に出勤し、作業を行う精神科治療の一形態であり、外勤作業とも呼ばれている。院外作業の場所や種類は精神科病院が所属する地域の事情によって異なる。

私たちは院外作業の治療的位置づけに関し、入院治療における就労支援のひとつとして把握し援助を行ってきた。但し、個別性を重視し、画一的治療に陥らないように配慮を十分にとりながら実施してきている。これまでの私たちの精神障害者に対する院外作業の仕方についてみてみる。

多くの統合失調症の症例において、入院してくると、まず閉鎖病棟に入り、心身の休養を主な目的として薬物による鎮静療法が治療として実施され、精神的に落ち着きを示してくると開放病棟に転棟する。開放病棟において、完全寛解に達する場合を除けば、院内寛解例や不完全寛解で症状がある程度改善した慢性症例に対する就労支援という形で、院外作業に従事させることをリハビリテーションモデルとして実践してきた。このリハビリテーションモデルが社会的入院に対する大きな対応策のひとつであると提供してきた。社会的入院とは、治療により症状が改善し、入院している必要のない状態になっているものの、地域に受け皿がないために退院できずに入院を余儀なくさせられていることをいう。

まず、院外作業の手順について記載する。

本人の心身状況を考慮に入れて、作業に従事できる患者に対して、主治医の要請により、PSWが働きかけて、本人の承諾を得て、外勤作業所の見学を行い、主治医の許可を得て院外作業が開始される。

次に、具体的な手順として、

- i 対象者の選別
- ii 対象者への働きかけ、
- iii 事業所の見学
- iv 事業所との面談
- v 事業所への通勤
- vi 外勤開始後、作業状況の把握、確認

があげられる。

事業所の開拓は、精神保健福祉士（PSW）の役割であり、事業所の選択に当たり、留意すべき項目は、ア 病院から通勤できる距離、イ 仕事

性、エ 事業所が精神障害者に対して理解があることが指摘できる。

また、院外作業の課題と限界として、

ア 新規事業所の開拓、確保、維持および事業の安定的確保。

イ 患者側の問題として、院外作業に長期にわたり従事し、退院に結びつかない事例が存在する。これらの人たちはあたかも院外作業寛解群といえるような一群がある。院外作業に従事することが必ずしも退院に結びつかないという限界がある。

ウ 低賃金である。小遣い程度の金銭しか取得できず、地域で生活するのは不十分な額である。

が指摘できる。

しかし、院外作業が必ずしもスムーズに運営できるとは限らなかった。職場の変更や院外作業の中断が多くみられた。そこで、症例に応じて具体的に検討してみた。

症例1の在院中に行われた外勤作業の中断の理由を調べてみると、

- ① 些細な理由で休む。例えば、前日不眠、疲労感などの身体的不調感を訴える。
- ② 仕事先で、「動作が鈍い」と注意を受けると、仕事を辞めたいという。
- ③ 肉体的な疲労、人間関係の悩みで辞めたいという。
- ④ 作業現場で、怪我をしやすく、鑄造所では火傷が多かった。
- ⑤ 病的体験が継続し、自生観念に対する苦痛を訴えて、仕事を休む。

症例2では、

- ① 無断欠勤の注意を受けると、作業をさぼる。
- ② 些細なことで社内対人トラブルを生じる。

症例3では、

- ① 精神症状の悪化による。

まとめると、院外作業の中断の理由は身体的不調、職場内の対人関係のトラブル、精神症状の悪化(症状の不安定)の3つの大別できる。

一方、金子⁴⁾は職場定着のポイントとして、具体的な4つの項目をあげているので、紹介する。

1. まず働くリズムと体力をつける。そのため

に、睡眠や食事も規則正しく整えなくてはならない。

2. 職場になじむ身じまい、マナー、常識的な行動を身につける。仕事の内容に直接関係のない場合でも、TPOを心得た勤務態度が望まれる。

3. 出退勤などがルールどおりにでき、休み・遅刻早退時の事前の連絡や仕事の報告ができる。

4. 仕事を覚えようという意欲、失敗してもメゲない気力を育てる

この4つの中で、最も難しい項目は4の意欲を高めることであるといい、障害者の支援にあたる人たちが障害の当事者や自分自身に対しても諦めず、関係を持ち続けることが就労支援に対して肝要であると指摘している。

ここで、本症例の院外就状況の結果を調べてみると、表1に示したように、症例1では院外作業初回従事時年齢が25歳であり、職場変更回数は10回である。院外作業従事期間の合計は6年10ヶ月に及び、その種類は製作所の工具、作業所の工具、あるいは鑄造所や電気部品組み立て工場の作業員および雑役係である。症例2では院外作業初回従事時年齢が38歳であり、職場変更回数は2回である。院外作業従事期間の合計は4年3ヶ月に及び、その種類は製作所の工具や電気部品組み立て工場の作業員である。症例3では院外作業初回従事時年齢が35歳であり、職場変更回数は1回である。院外作業従事期間は1年であり、電子工業の工具である。以上の結果が示すように、院外作業に従事する年齢は20歳代から30歳代の働き盛りの年齢が多い。また、院外作業従事期間は症例により異なるものの、年単位の長期間化を生じている。このことは、院外作業に従事することにより、新たな課題を発生していることを示唆している。その課題は院外作業従事寛解とでもいえるものであり、皮肉にも社会的入院の一つの原因となっていると考えられる。その改善策のために、地域における受け皿が早急に樹立されることが望まれている。

V おわりに

私たちは、精神科病院に長期間在院した統合失

表1 症例の概要

	症例1	症例2	症例3
性別	男性	男性	男性
年齢	52	65	55
診断名	統合失調症(鑑別不能型) F20.3 糖尿病	統合失調症(破瓜型) F20.1 気管支喘息	統合失調症(破瓜型) F20.1 高脂血症
発病年齢	19歳	20歳	21歳
初診時状態	緊張病性興奮状態	幻覚妄想状態	関係被害念慮、無為・自閉
入院回数	7回	10回	2回
入院期間(合計)	約16年	約12年	約19年5ヶ月
就労様態	外勤作業	外勤作業	外勤作業
院外作業初回従事時年齢	25歳	38歳	35歳
院外作業先職場変更回数	10回	2回	1回
院外作業期間(合計)	6年10ヶ月	4年3ヶ月	1年
院外作業内容	製作所工具 作業所工具 鋳造作業 電気部品組み立て作業 雑用係	製作所工具 電子工業工具	電子工業工具

調症の中で院外作業を実施した3症例を取り上げて、性別、年齢、診断名、発病年齢、初診時状態、入院回数、入院期間、就労様態、職場変更回数、就労期間、就労内容などについて調査を行った。私たちは院外作業を精神障害者の就労支援の一つのリハビリテーションモデルと把握し、その現状と課題について検討を加えた。

注

- 注1) 不完全寛解とは、主に統合失調症が不十分ながら良くなった状態を言う。
- 注2) 残遺状態とは、統合失調症性障害が進展していく中の慢性段階であり、長期間続く陰性症状を特徴とする状態である。臨床症状の評価および社会適応度から、軽度、中等度、重度と分けられることが多い。

引用文献

- 1) 秋元波留夫編著『作業療法の源流』金剛出版、1975年
- 2) 端田篤人「精神障害者に対する就労支援のあり方に関する一考察」長野大学紀要 第27巻、2005年、205-212頁
- 3) 金沢彰「職場の分裂病」大森健一、島悟編『家庭

・学校・職場・地域の精神保健』臨床精神医学講座 18、中山書店、1998年、367-375頁

- 4) 金子鮎子「事業所の立場と期待」野中猛、松為信雄編『精神障害者のための就労支援ガイドブック』金剛出版、1998年、162-169頁
- 5) 松井紀和編著『精神科作業療法の手引き—診断から治療まで—』牧野出版、1978年
- 6) 大月三郎、黒田重利、青木省三『第5版 精神医学』文光堂、2003年、385頁
- 7) 大西守、廣尚典、市川佳居『職場のメンタルヘルス—100のレシピ—』金子書房、2006年
- 8) 島悟「労働者のメンタルヘルスの現状と課題—今後のメンタルヘルス対策の在り方—」精神経誌 109、2007年、247-253頁
- 9) 上平忠一、萩原愛子、合津都子「一精神科病院における入院実態」上田市医師会報 第14巻、1984年、5-8頁
- 10) 上平忠一「一精神科病院における退院実態」上田市医師会報 第15巻、1985年、5-8頁
- 11) 上平忠一、神津直子、西沢明子「精神科病院に20年以上継続して入院中の患者の実態」日本精神科病院協会雑誌 第5巻、1985年、53-56頁
- 12) 上平忠一、西川登代江、竹内勝美「一精神科病院における外来実態」上田市医師会報 第17巻、1987年、12-15頁

- 13) 上平忠一「地域精神保健福祉における民生委員の
役割について—統合失調症の精神科リハビリテーシ
ョン・生活支援をめぐって—」長野大学紀要 第26
巻、2005年、361-371頁