

# 作業所に通う精神障害者に対する危機介入の一例

## — 行動変容アプローチを用いて —

菊池 彰 倫

### 1. 問題

近年の研究によれば、統合失調症は Kraepelin らが指摘してきたような予後不良の疾患ではないこと、重度欠陥・荒廃状態についても病気の必然的な帰結とは言えないことが明らかにされている（金・中根・木下・中根, 2009）。Harding and Keller らのレビュー（Harding & Keller, 1998）によれば、社会的治癒の割合は5割前後であり、従来指摘されてきた治癒率を上回っている。統合失調症の長期転帰に対して以上のような楽観的な見方が出てきてはいるものの、再発を長期に渡って繰り返しやすいこと、病前レベルの回復に至らずに一定程度の残遺症状が残り、慢性化する人が多いことも事実である。

統合失調症の再発については、再発の履歴が次の再発の閾値を低下させ、慢性化につながるという“履歴現象”（臺, 1979）の規制が働くとされるとともに、先の再発時の陽性・陰性症状よりも次は重篤になるという指摘がされている。“履歴現象”により慢性化の経過をたどると、精神障害者は次第に対人関係の問題・作業能力の低下といった生活障害をきたし、自立・安定した社会生活を送ることが困難となったり生活リズムが乱れたりする。また、生活リズムの乱れから服薬のリズムも狂ってしまい、さらに症状の増悪や再発を招くという悪循環が生じる。

入院中心主義から地域医療への転換が国策と

して提言されている（平成21年度版厚生労働白書）ものの、精神障害者の生活障害の軽減や社会生活・社会復帰の促進、そのための支援のあり方は依然として大きな課題である。以上の課題に対しては、住宅確保、デイケアや日中活動を行う場所の確保などの環境調整とともに、心理教育的家族療法、認知行動療法、精神療法、作業療法などの手法も用いるという、心理・社会的治療（サービス）の重要性や有効性が指摘されてきた（Brenner, 1990）。このうち、心理教育的家族療法や、社会生活技能訓練などの生活障害の改善を目指した取り組みは本邦においても少しずつ発展してきている（池淵・安西, 1997）。また、職業リハビリテーションにも力点が置かれるようになってきている。しかし、地域リハビリテーションのための社会資源の一つであり、従来から存在してきた共同作業所については、施設内の作業から一般就労に結びつけるという目標を掲げてはいるものの、実際には就労に結びついていない事例が多い。一方、地域社会には作業所へ通所すること自体が困難なケースが少なからず存在しているが、その原因についての分析も十分だとは言えない。加えて、共同作業所の職員から困難事例として扱われて、再発と問題行動を繰り返している利用者も存在している。

本研究では、現在の精神障害者共同作業所の実態とその問題点について筆者の見解を述べ

るとともに、統合失調症の女性に対する筆者の介入方法を具体的に示しながら、「どのような介入を行えば再発と慢性化の防止につながるのか」について論述していく。

## 2. 共同作業所

身体障害などと違い、目に見える形での障害特性が分かりづらい精神障害は、長らく「疾病」であり「障害」ではないと本邦の法律は位置づけてきた（浅井, 2004）。精神障害が法律上明確に「障害」として認識されたのは、「障害者基本法」（1993年）からであり、福祉の対象として法律上明文化されたのは「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」（1995年）からである。しかし、精神障害者社会復帰施設などが法律に明文化される以前の1970年代から様々な形態の無認可の精神障害者共同作業所が設立されてきた。以上の共同作業所の形態は一律ではなく、精神科医療機関や地域家族会が地域に存在するのか、他の障害を対象とした共同作業所作りの運動が起こった地域かなど、地域事情によってもかなり異なる。他の障害者の共同作業所に精神障害が相乗りする形での所謂「混合型」の作業所が出来た地域も存在する一方、精神障害「単独型」の作業所が作られた地域も多く存在しており、設立された時期もまちまちである。しかし、大別すれば、「精神科医療機関のスタッフがバックアップしている形態」「障害福祉分野の関係者がバックアップしている形態」に分けられる。加えて、従来の病院医療や施設福祉のイメージを嫌い、少数ながら患者が自主運営する作業所、PSWが患者と共同運営する共同住居などの形態も存在した。このうち、障害福祉分野の関係者のバックアップによって作られた精神障害者共同作業所が、その活動の基本モデルとして、以前から法律上明文化され、

歴史的にノウハウを蓄積していた知的障害者福祉施設を参考にしたのは、当然の結果であろう。

筆者が勤務していた就労継続支援B型事業所が所在する地域は、精神科医療機関がほとんど存在しない。また、旧来からの収容型の知的障害者福祉施設が存在しているなかで、1970年代の後半に、養護学校卒業後の知的障害者のための共同作業所づくりの大規模な運動が起こり、知的障害者の共同作業所が設立されて、社会福祉法人格の授産施設へと順調な発展を遂げた地域でもある。一方、精神障害に対しては他の障害者共同作業所からは10年余り遅れて、単独型の精神障害者共同作業所が設立されている。法的な位置づけが弱い単独型の無認可の精神障害者共同作業所においては、当初有給職員の確保は難しく、とくに精神科医療機関が希少な地域や、精神科医療が共同作業所づくりに関与しなかった地域においては、職員の確保は困難である。したがって、精神科医療に関与したことのない、収容型の知的障害者福祉施設の元職員などが、施設運営を任される形態となりがちである。以上の職員は、旧来からの措置行政の下での授産指導や生活指導に偏った対応に馴染んでいる場合が多く、そのため「指示」「指導」という形で、精神障害者に接する傾向が認められる。また、共同作業所自体、養護学校設立運動など、障害者に対する教育権の保障運動の延長線上に出てきた歴史をもつが故に、「教育」のイメージと抜きがたく結びついていたことも、施設職員の在り方に影響したと思われる。

たとえば、当該施設を古くから利用している精神障害者の多くは、施設職員に対し役職名や氏名ではなく「先生」と呼び、自分たちを「作業生」と呼ぶケースが多く見られる。これは、知的障害者福祉施設等で長らく勤務した後、精神障害者の為の福祉施設の運営に関わるようになった職員のうち、比較的年配の職員に認めら

れる傾向である。以上の背景には、特別支援校（当時は養護学校）を卒業後にそのまま福祉施設を利用するケースが多く、自身の事を長らく「先生」と呼ばせ、（養護学校の）生徒であった障害者達を「生徒」と見なしていた名残りであろう。ここで「名残り」と指摘した通り、現在ではどの福祉施設の職員であっても、自身を「先生」と呼称させる職員はほとんどいない。国際障害者年以後、ノーマライゼーションの原理が遅ればせながら本邦にも普及し始めたこと、併せてエンパワメントの考え方が福祉サービスの基本的な理念として浸透し始めたこと、様々な問題を含みつつも契約関係を基本とする「障害者自立支援法」（2006年）が施行され時間が経過したこと等が、職員の意識変化の原因として考えられる。

「障害者自立支援法」（2006年）により、「共同作業所」は、福祉サービスの「訓練等給付」における「就労継続支援（A型《雇成型》・B型《非雇成型》）事業所」に移行する事が求められ、精神障害者はサービスを受ける「利用者」、事業所を運営する法人は「サービス提供者」として、法概念上は対等な立場となった。しかし、現実には、前記の経緯もあり、職員と精神障害者との間には「教師」⇔「生徒」に見られるような「権力関係」が厳然として残っている。また、以前から指摘されていた通り、作業療法士・理学療法士などの専門職の不足（大塚,1976）、福祉施設のマンパワー不足と職員の質の低さ（三浦,1974）、施設での介入概念の未確立の問題（竹中,1973）は、精神保健福祉士が専門職として法制度化され、専門教育を受けた精神保健福祉士が養成校を卒業してから10年以上経た現在においても、解消しているとは言いづらい。

筆者の勤務先は、全利用者に対し、特定の職員が担当になって生活全般を含めた相談に乗るといった個別担当制も、業務に合わせて分担する

という業務分担制も行われておらず、全職員があいまいなかつ全利用者と接するような形で、日々の援助活動や指導が行われていた。このため、ある利用者が著しい問題行動を起こした場合、個々の職員がばらばらな価値観や方法で援助活動等を行う事が多く、それがまた問題行動を助長するといった悪循環が形成されていた。問題行動を示さない限り注目も関心も示されないので、攻撃行動や自傷行動が増加する傾向については、Whatmore, Durward & Kushlick (1975)らが指摘してきたが、その指摘が当てはまるような関わりが常態化して行われていた。以上の環境のなかで、筆者は通所者であるA氏との関わりを持つようになり、「一日を通した作業の継続」「それからもたらされる、疾病の再発と慢性化の防止」を目的として、行動変容アプローチに基づく介入を行ったので、その経過や結果を以下に考察する。

### 3. 行動変容アプローチ

#### 3-1. 対象者のプロフィール

アプローチの対象者は、A県に所在する精神障害者就労継続支援B型事業所（以下：当該事業所）に登録しているA氏で30代前半の女性である。診断名は統合失調症で、20代前半に発症し、症状は強迫観念、被害妄想であった。入院歴は2回あり、病状悪化時には昏迷から亜昏迷を呈し、特に環境変化からの関係念慮、被害妄想が出現していた。

#### 3-2. アプローチ開始直前の生活歴および病歴

X-1年9月中旬、同居しており同じ事業所に通う男性B氏が金銭的なトラブルを起こした。A氏はB氏を激しくなじり、A氏自身も頓服（不安定時に服用）を多量摂取した。A氏は事業所まで通勤するのにバスを使っていた

が、事業所から遠く離れた場所まで乗り過ごし、職員が迎えに行った。同じ職員が事業所内で事情を聞くと、「B氏も睡眠導入剤を多量摂取、布団から出ない」とのことで、別の職員が自宅を訪問した。B氏の状態を確認したのち、救急車でB氏を精神科病院に搬送して、診察の結果、緊急入院となった。このエピソード以降から、A氏に幻聴が出現しだした。B氏の金銭トラブルは前年度から頻発しており、A氏も同意の上で、B氏入院中に別居に至る。それまでB氏の扶養家族として生活保護を受給していたが、別居と同時にA氏も単独で生活保護を受給することになった。その後、自動車と接触事故を起こし、左足骨折し、約1ヶ月間リハビリと通院を続けた。

加療中に、それまで担当していた内職の担当から外され、他の通所者と同じく、その日の状況（納期が近い、仕事量の多少）によって作業内容が毎日のように変わる状況になった。以前にも、不安定時に作業を中断し、喫煙の為に席を立つ場面が何回も見られたが、12月以降、その頻度が上がった。次年度（X年4月より）から二ヶ所に分かれていた事業所が統合され、通いなれた事業所から別の事業所に移動を余儀なくされていた。このような目まぐるしく環境が変化する状況の中で、X年1月の通所率は大幅に低下し、特定の職員に対する依存傾向が強まり、就労に対する意欲の低下、生活リズムの乱れが見られた。

### 3-3. アプローチの実際

#### 1) 行動変容アプローチを採用した理由

行動変容的なアプローチを採用した理由としては、当該事業所の職員の対応、意欲、サービスの提供に関する理念等にばらつきが認められたこと、A氏の場合、緊急性を要する事例であっ

たことが挙げられる。従来通りの援助職と対象者の人間関係をベースとした精神力動的な介入を続けた場合、基本となる人間関係を新たに構築するに至るまでに時間がさらにかかり、再入院に至ることが十分に推測されたからである。そこで再発防止のための標的行動を「安定した通所と、一日を通した作業の継続」とした介入をA氏に対して行うこととした。介入に際しては、行動変容アプローチ理論、特にオペラント技法に基づいて正の強化を用いることとしたが、その理由としては、(a) どの職員であっても容易に実践が可能で、(b) 介入に対する効果が対象者にも援助者にも分かり易い、方法を選択する必要があったことが挙げられる。

行動変容アプローチは、特に知的障害者の分野での効果が多く報告されており、他の職員に対しても介入方法の理解や導入が進みやすいと考えた。また、この介入を行う利点として、(a) 基本的原理が簡単であり、(b) 介入に対する動機づけの提供ができ、(c) 介入の評価が容易な点あげられており（三原 2006）、前記の目的に合致すると思われた。

#### 2) アセスメント

A氏は当該事業所をアプローチ開始時の3年前から利用しており、月当たりの平均通所率は10日前後であった。特に月曜日と金曜日の通所率は比較的高いが、火、水、木曜日の通所率は低い。また、通所しても午前中で早退する、午後からのみ通所するなど、一日を通して作業を続けることが困難であった。調査開始時の1年前まで男性と同居していたが、トラブルにより別離して、実家から離れた地域で独居をしていた。

今回、作業の継続と安定した通所に対する正の強化子として用いようとしたのは、A氏が希望する作業である。しかし、内職という作業の

特性上、受注状況により必ずしも本人の希望する作業があるとは限らない。このため、般性強化子として作業内容の自己決定を用いた。また、これまでの「〇〇して下さい」と言う指示的な指導では、これまでA氏に対し効果を見せていないと推測されるため、「〇〇してもらえませんか？」と依頼の形を取ることを、介入期においては意図的に心掛けた。それと同時に、これまでの職員体制では、作業を行う工房に常駐する職員がいなかったため、介入の検証と言語的な称賛を常に行うことを目的に、作業時間中（0930時から1500時まで）は休憩時間を除き、必ず筆者が工房に常駐し、A氏と同じ作業をするようにした。なお、介入の検証として、反転実験計画法を用いることは、前記の統合失調症の再発に関する特性上、好ましくない結果がもたらされることは容易に推測されるため、ACデザインを用いようと試みた。しかし、作業の受注の関係上、結果的にはABCデザインを選択した。介入期間はX年2月から3月であり、介入場所は当該事業所である。また、A氏に対し「生活リズムの安定のためには継続的に作業所へ通うことが重要であり、これまでとは違うやり方をしましょう」とを伝えたところ、同意を得られた。

### 3) ベースライン

X年2月第1週の状況を観察した。この期間にあった作業内容は、(a)縫製（自主制作商品）、(b)小売店向けディスプレイ商品の梱包、仕分け作業、(c)手芸用品の製作（2種類）であった。A氏の場合、ミシンを扱う事が出来ない為、作業内容は、(b)商品の梱包、仕分け作業もしくは(c)手芸用品の製作になる。A氏が元々担当していたのは、(c)手芸用品の製作の商品であった。この商品は、前年度まで比較的コンスタントに受注しており、金曜日に材料入荷、次週金曜日に納期のパターンが成立していた。

また (b) 商品の梱包、仕分け作業に比べると、作業工程もパターン化しており、一度手順を覚えると作業工程の変更は無かった。作業工程は以下の通りである。

- ・ピンクッション（手芸用の針山）の製作工程
- ① 5kgの綿から精密秤を使い、7gの綿を取り分ける。（誤差は1g未満）
- ② 綿をフェルト製の袋に入れる。（その際、一方方向に綿を押し込むと形が菱形になるので、四隅に小さな綿を入れてから、真ん中に綿を入れる。なるべく正方形に近づける）
- ③ ドライバーを使い、四隅に綿を集め、正方形に近づける。
- ④ 綿を入れる際に空いていた部分を、ミシンで縫製。
- ⑤ 縫製の際に出る、余分な糸を切る。（袋本体と、縫製の際に使用する糸が同じ色のため、細かい部分まで切り残しが無いか確認する）

以上を週500～600個ペースでコンスタントに製作していた。これとは別に、同じ請負先から、季節毎に作業を受注しており（キット製作）、前述のピンクッションと同時に並行で製作しなければならなかった。

- ・キットの製作工程
- この商品は単体で完成させる商品ではなく、手芸・工作をする為の素材であるフェルトを袋詰める作業である。
- ① 専用の台紙に、決められた色のフェルトを順番に乗せる。（台紙の枠からはみ出ないように乗せる。同時に、フェルトに汚れ、破損が無いかを確認する）
- ② フェルトを乗せた台紙を専用の袋に入れる。（その際にフェルトがずれたりしないよう留意する）
- ③ 袋の口を閉じる。（糊付けしてあるシールをはがし、一回で丁寧に閉じる。やり直しをすると、シール部分の粘着力が弱まるため、一回で完了させる）
- ④ 台紙の白い部分が見えてないか、色の配列が揃っているかを確認し、セロテープで閉じた部分をさらに閉じる。

以上を2月中に5000枚仕上げ、納品するように求められていた。これ以外にも、商品の

梱包、仕分けの作業も同時進行でこなしていた。この作業は、種類が大変多く、その日の朝に受注先から送られてくるFAXに従い、平均して2・3種類の商品を梱包することになる。主な商品を例に上げると、(a) 提札(商品の値段が書いてある、値札。これを10個で一包みにして、専用のビニール袋に入れ、さらにそれを10個一組で箱詰めする。これを平均5箱前後作る)、(b) ロックス(プラスチック製の紐、主に衣類の値札を付ける用や、盗難防止用。1000本単位で送られてくる物を100本により分け、専用のビニール袋に入れ、さらにそれを10個一組で箱詰めする。これを平均10箱前後作る)、(c) アンケートリーフスタンド(街中に置いてある、フリーペーパー等を入れるための紙製の容器。これを一枚ずつ専用ビニール袋に入れ、10枚1パックで大き目のビニール袋に入れ、100枚単位でダンボール詰め。これを平均5箱前後作る) これらの商品は大きさがそれぞれ5種類近くあり、それぞれに専用の材料を使う必要がある。その為、材料がどこにあるのか、どの商品をどのくらいの量作ればよいのかを、担当の職員と利用者しか理解できない状況になっており、ほとんどの利用者は訳も判らず指示に従うだけという状況であった。

この期間、A氏は作業担当の利用者と筆者とは別の職員の指示のもと、午前中は商品の梱包、仕分け作業の何々、午後は手芸用品の製作のピンクッションといった具合に、まちまちの作業をこなすことを求められていた。2月6日に、A氏に筆者が「どの作業が一番やりやすいですか?」と尋ねたところ、「以前から慣れているので、ピンクッションが一番やりやすい」との返答を得た。

以下に各Phaseに分けて、介入方法の特徴をまとめる。

#### Phase1 作業内容の自己選択 作業内容と

通所率を比較してみた所、確実に③手芸用品の製作のピンクッション作業があると思われる月曜日(材料の搬入がある)、金曜日(商品の納期が迫っているため、他の作業をストップしてでもピンクッション作業をする)の通所率が比較的高いことは、これまでの記録から判明していた。このため、2月7日から12日の一週間、意図的にピンクッションの作業を振り分け、続けてもらい、併せて「私(筆者)が作業するよりも効率が良く、早い」と言語賞賛を行った。

**Phase2 作業内容の指定** 期間は、2月16日から21日の一週間であった。③手芸用品の製作のキット詰の作業の進捗状況が思わしくなく、またピンクッションの材料の搬入がこの週から遅れ始めたので、②商品の梱包、仕分けの作業の作業やキット詰に回るよう促した。ここでは、以前の他の職員の対応と同じように、「(ピンクッションの)作業が無いので、〇〇の作業をして下さい」と指示的に作業内容を指定した。しかし、作業の進捗具合によっては「私(筆者)が作業するよりも効率が良く、早い」との言語賞賛は継続して行った。

**Phase3 作業内容の自己決定** 期間は、2月23日から3月31日までであった。キット詰の作業に一向に目処が立たず、ピンクッションの材料の搬入が2月23日からの一週間には無かったため、「(ピンクッションの)作業は無いが、どの作業も急いでいるため、好きなを手伝って欲しい」と、意図的に依頼の形を取り、作業内容は指定しなかった。

3月に入り、キット詰の作業は一段落したが、また別の種類のキット詰の作業を請け負うことになった。ピンクッションの材料の搬入も相変わらず滞りがちであった。作業工程は以下の通りである。

- ・キットの製作工程 (Ver2.0)
- ①台紙に、説明書を挟む。
  - ②色ごとに大きさの違うフェルトを、指定された順番におく。(今回の台紙には、フェルトを置く基準になるようなものがなく、あくまでも腰だめで置く。他の留意点は、前回と同じ)
  - ③袋の口を閉じる。(留意点は前回と同じ)
  - ④台紙の白い部分が見えてないか、色の配列があっているかを確認し、セロテープで袋綴じした部分をさらに閉じる。

これを前回と同じように、約3週間で10000枚作るようになった。

この期間では、ピンクッションの発注量が以前と比較すると激減しており、多くても週産300個、週によっては全く無い状況になっていた。ここでも、A氏に対する作業内容の選択にあたり、他の利用者の同意の下、依頼するという形を採りながらも「(作業内容を)自己決定する」という手法を採り続けた。元来、周囲の状況に対し敏感であるA氏は、納期が迫っていることもあり積極的にキット詰の作業を選択したが、やはり3月第1週目において出勤率は良くなかった。しかし、ピンクッションの作業量の増加の見込みが無いと判断したのか、こちらからの依頼無しでもキット詰の作業を行うようになり、出勤率も上昇してきた。

#### 4) 結果

Phase1における通所率は皆勤になり、これまでの経緯では参加することがまれであった人前に出る行事(歌の交流会。当該地域に在る、他の事業所に通う精神障害者との交流を図るために、合唱コンクールを毎年開催している。この為、作業開始前に合唱曲の練習を、一ヶ月前から毎日行っていた。この介入をする以前は声を出して歌うことは無く、逆にこの場面から逃れるためか、部屋の外へ喫煙しに出て行く場面も頻発していたが、この期間ではその行動も起こらず、他の利用者と共に合唱の練習をしていた)にも参加した。出勤率は1.00(5開所日中5日)であった。Phase2では、作業内容を自己選択出来なくなると、欠席するようになり、(確認は難しいが)仮病まで使うようになった。出勤率は0.417(6開所日中2.5日、半日通所を0.5日で算出)であった。Phase3では、月曜日の午後出勤し、作業内容を自己選択出来るが、希望する作業が無いことが分かると、次の日は出勤するものの、欠勤するようになった。しかし、3月に入ると、大幅な通所率向上が認められ、精神症状も安定が見られるようになった。出勤率は0.68(25開所日中17日、半日通所を0.5日で算出)であった。また、この結果を3月末

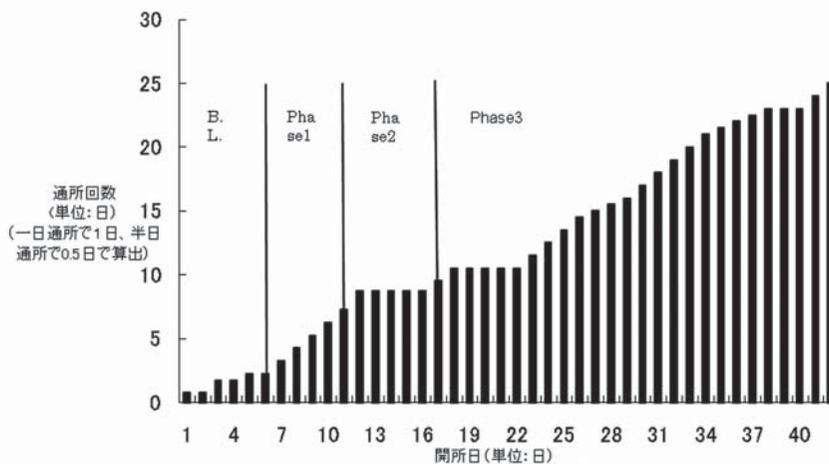


Figure 1. 通所日数の変化

日に他の職員に提示し、別の事業所内での「A氏の援助の一助にして欲しい旨を伝えたが、明確な反応は無かった。

#### 4. 考察

A氏の場合、環境の変化により、慣れた作業の繰り返しが出来ない場合には出勤率が下がったと考えられ、「作業内容を自己選択できる場合には出勤率が上昇し、指定する場合には出勤率が下がっていた」と推測される。また、「例えば、作業内容を自己選択できる場合であっても、希望する作業が無い場合には出勤率が下がる」ことも判明した。このことは、ストレス耐性が極めて低いとされる統合失調症患者の特徴(Zubin J. & Sprin B. 1977)にも合致していると思われ、通所率を上げるためには、援助職側の環境設定として「安定した環境」—ここでは、年間を通して安定した内職の請負先の確保—が、単純な仕事量の確保よりも優先されるべきと考えられる。

今回の実験期間は、事業統合に伴う移行前段階ということもあり、期間を長期に採ることが出来なかった。また、そもそも大きなストレス環境に曝されていたとも考えることも出来、厳密な意味における実験の効果について、疑問が残る。しかし、3月に入り、本来強化子として設定した希望する作業が無くなった状況においても、出勤率は大幅に向上した。このことに疑問を感じた筆者は、A氏と面談の機会を持ち、その理由について尋ねてみた。以下はその内容である。

筆者「最近、調子よく通っておられますよね？  
キット詰に慣れましたか？」  
A氏「いや、別に慣れたわけじゃないですよ」  
筆者「でも、途中で早退することもなく、最後まで作業続けられているじゃないですか」  
A氏「慣れたんじゃないで、自分にも出来ることが分かったんですよ」  
筆者「というと？」  
A氏「私、途中で具合が悪くなる時って、うまく作業が出来ない時なんです。でも、今のキット詰の場合、私にも出来る簡単なところが分かったんです」  
筆者「それは、どこですか？」  
A氏「台紙に説明書を挟む部分です。あれなら、少々ずれたりしても、誰にもわからないし…」

この会話の中で、以下の点について大きく考えさせられることになった。まず、より綿密な観察の必要性についてである。今回、アセスメントやベースライン期を通してA氏の行動の変遷を観察しているつもりであったが、実際の作業場面での行動観察が疎かになっている点に気づかされた。こちらも、他の利用者と同じように作業をし、利用者全体を通してA氏の行動を観察していたため、どうしても目立つ行動にしか注目できなかった点があげられる。作業中の微妙な表情の変化や、作業中断時に「なぜ作業を中断したのか」と尋ねるような観察力の欠如を痛感した。今後は、参与観察のスタイルだけではなく、観察のツールとしてビデオカメラなどを使用して撮影を行い、客観的な行動記録を行う必要があると感じた。

次に、自己評価に対する可能性である。A氏の場合、「自分に出来ること」「自分に出来ないこと」を冷静に自己評価し、結果、状況が変化しても自分がそれに対応していくというスキルアップを、援助職側の促し無しに実現した。このことは、自己評価や自己洞察を積極的に促すことにより、自身のスキルアップやキャリアアップ、それから派生するQOLの拡大を推測

させる。これらの行動の変化は大きな可能性を秘めていると個人的に考える。例えば副作用に苦しんでいる精神障害者が、「自身の現状を的確に言語化し、診察場面において医師に適切に説明する」といった場面への応用が考えられる。これらの変化は、作業場面に於いてだけでなく、生活全般に渡り社会的な資源を有効活用するといった方面へのスキルアップとも考えられ、今後大きな可能性を秘めていると言える。

また、自己決定権の保証についても大きな意味があった。A氏の場合、前記の通り過去2回の入院を繰り返しており、それ以外に入院には至らずとも再発の機会があったことは容易に想像される。そのため残遺症状として特にA氏の場合、「自分の言いたいことをうまく話せない、言葉が浮かんでこない」といった思考障害と、特定の職員に対する極端な「しがみつきの」に代表される両価性、「疲れやすく、長続きしない」といった意欲障害が顕著であったように思われる。よって、今回のA氏に起こったライフイベントの影響を考えると、容易に再入院に繋がりがかねない状況であったと言えるであろう。しかし、今回の介入期間において、A氏に対し「〇〇して下さい」と指示的に接した期間では出勤率が下がり、逆にA氏の希望する作業を提示した期間、およびA氏の希望ではないがA氏に作業内容を選択してもらった期間において、結果的に出勤率が上がったことは、本人の決定権を保証することにより、自尊心の向上と前向きに疾病と向き合い安定した生活リズムを継続しようとする意欲の向上に繋がったのではないかと考える。

また、選択肢を一定程度に限定しその中から選ぶという形を取ったことは、本人が選択をする際の葛藤を軽減する一助にもなったのではないかと考える。これまで、指示されることに慣れていたA氏にとって、自由に作業内容を選

択出来ることはそれ自体、おそらく初めての経験だったのであろう。その上、何も制約が無い状態から自由に作業内容を選択することは大きなストレスになると考えられる。「適切な行動が何か分からない」という、統合失調症の障害特性（昼田，2007）上、あいまいな状況に置かれると、途端に混乱してしまうことはよく知られている。特に、増悪時に強迫的な思考に陥りやすいA氏の場合、その場の状況に適切な選択しかなく、且つその選択肢が何種類かあるという状況は、どれを選んでも失敗が無いだけでなく、自身の意思を尊重する機会を持ち、それが社会的に追認されるという好ましい環境にあったのではないかと考えられる。このような環境を用意することも、自分の行動に自信が持てない利用者の場合には、作業を安定して継続させる大きな要因にもなると言える。

これまでの職員の指示的な対応は、往々にして事業所側の都合により決まってしまうことが多く、本人の希望とは乖離していることも多かったと考えられる。今回のケースで言えば、当日の作業量に応じて、作業内容がその日ごとに変ってしまうことが相当するであろう。但し、極端に意欲が低下してしまい、あれこれ自分で考えるよりも他者の決定に身を委ねた方が楽に感じてしまう“学習性無力感”（Seligman, 1975）に陥ってしまった精神障害者にとっては、従来通りのやり方でも問題は生じなかった可能性がある。これは、京都精神保健福祉推進家族連合会による調査で明らかになった、「病状が安定するまでに平均約13年経過している」という調査結果と、作業所の利用者の3分の2が30代と40代で占められているという藤井ら（藤井・岩崎,1992）の報告と合致しているように見える。つまり、10代後半から20代にかけて初発エピソードを経験し、再発を繰り返しながら慢性化が進み、残遺症状の影響としての思考

障害、両価性、意欲障害が顕著になった精神障害者が、既存の作業所に通いつけているとも考えられる。しかし、残遺症状が顕著になり、慢性化が深刻に進行してしまった精神障害者は、作業所に通いつけることも出来なくなり、入院や自宅での閉居に追い込まれる危険性がある。逆に慢性化がそれほど進んでいない精神障害者にとっては、作業所を継続的に利用出来ず、作業所へはたまたま通所するものの中断が多く、入院と在宅の往復に留まっており、治療が進んでいないケースとして扱われている可能性を指摘する。既存の作業所に通っている利用者は、中程度の人格荒廃が進んだ精神障害者であって、過度な自発性や自立性を援助職側が求めても、本人にとっては困難を伴うことは必然であろう。結果、指示に従った行動が求められる作業所内では安定した生活を送れるものの、自発的な行動が求められる場面の多い一般就労には、なかなか結び付かない要因の一つになっていると推測される。

慢性の精神障害者に認められる以上の経緯は、前記した「他の職員へ別の援助方法を提示した際、明確な反応が得られなかった」ことにも影響していると考えられる。確かに、従来の援助方法であっても、一定数の利用者は毎日のように通所しており、その利用者の援助に終始していれば今までの援助方法に問題点は感じないであろう。また、問題点はないと感じているが故に、利用者毎に毎日の様子を記述した記録も存在せず、主に個々の援助者の主観的な経験に基づく援助を行うという事態に陥っていったと思われる。そして、利用者の状態へのアセスメントや記録職員間でお互いの援助方法について批評的に考察する土壌が存在せず、筆者の提案にも反応が無かったと推測される。このことは、当該事業所に対して第三者機関が行った「福祉サービス等第三者評価」によって、「業務のマ

ニユアル化、文書化の不備」との指摘からも裏付けられており、筆者個人の主観に基づくものではないと考えられる。

今回のA氏の場合、本人がまだ比較的若いこともあり、残遺症状が顕著に見られるものの、回復不可能な程には人格荒廃が進んでいるとは言えないだろう。そのため、今回のような簡単な介入方法の変更によってでも大きな生活リズムの乱れは是正され、再入院に繋がらなかったと推測される。また、ある面においては行動化を起こせるぐらいに、学習性無力感に陥っていないとも言え、適切な生活目標を本人の意思の元に決定し、援助職、本人（と家族）が同じ目標に向かって行動を起こせば、一般就労にも繋がっていく可能性があるのではないかと考える。この際、適切な生活目標を選択しやすい環境を整えることが、作業所の職員に求められる課題である。

## 引用・参考文献

- 浅井邦彦 (2004). スティグマと差別を超えて. 哲学書房
- Brenner, H.D. (1992). Defining treatment refractoriness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **16**, 551-561
- 藤井克徳・岩崎晋也 (1992). 共同作業所の実態とその役割——精神障害者の働くことの意義について——リハビリテーション研究, **70**, 9-14.
- Harding, C.M., & Keller, A.B. (1998). Long-term outcome of social functioning. *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Muser, K. T. (Eds.), pp.134 - 148, Boston: Allyn and Bacon
- 昼田源四郎 (2007). 統合失調症の行動特性: その支援とICF 改訂増補 金剛出版
- 池淵恵美・安西信雄 (1997). 精神科リハビリテーションの治療・支援技法の現状と課題 *精神医学*, **39**, 118-129
- 金賢・中根秀之・木下裕久・中根允文 (2009). 統合失調症の長期調査. *Schizophrenia Frontier*, Vol.**10**, 177-185
- 厚生労働省 (2009). 厚生労働白書 2009年版 厚生労働省/編

- 三原博光 (2006). 行動変容アプローチによる問題解決実践事例——学障害者福祉への導入を目標に——学苑社
- 小笠原真佐子 (1978). いわゆる重症心身障害児(者)を持つ親達の心理社会的状況について ソーシャルワーク研究, **4**, 217-224
- 大塚達雄 (1976). 障害者福祉に思う ソーシャルワーク研究, **2**, 35-39.
- Seligman, M.E.P. (1975) Helpless : On depression, development, and death. San Francisco : Freeman.
- (セリグマン, M.E.P. 平井久・木村駿 (監訳)(1985). うつ病の行動学——学習性絶望感とは何か—— 誠信書房)
- 社団法人 京都精神保健福祉推進家族会連合会 家族研究チーム (佐藤純・松田美枝・橋本史人・渡辺恵司・廣瀬文) (2010). 本人の発病から病状が安定するまでに体験する家族の困難と必要な支援——家族による家族研究事業 I (2009 -2010 年度)—— 社団法人 京都精神保健福祉推進家族会連合会
- 竹中哲夫 (1973). 情緒障害児短期治療施設の現状と将来に関する私見 社会福祉研究, **12**, 40-45
- 臺弘 (1979). 履歴現象と機能的切断症候群——精神分裂病の生物学的理解—— 精神医学, **21**, 453-463
- Whatmore, R., Durward, L., & Kushlick, A. (1975) Measuring the quality of residential care. *Behavior research and Therapy*, **13**, 227-236.
- Zubin J., & Spring B. (1977) Vulnerability : A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, **86**, 103-126