

精神障害者の社会参加における 労働の意義

粥川裕平

名古屋大学医学部精神科

はじめに

本日は由緒ある日本精神衛生会主催の第6回日本精神保健会議のフォーラムのシンポジストとしてお招きいただき、誠に光栄である。島藺安雄理事長および司会の大谷藤郎先生、松友了氏に感謝申し上げる。本日のテーマは、「障害者の社会参加について—精神障害者の福祉と就労をめぐる—」である。福祉に関しては他のシンポジストが述べられているので就労に関連した部分に焦点を当てさせていただくつもりである。

私は精神保健法施行の前後から、共同作業所全国連絡会の人々とともに、共同作業所の果たしている役割、とくに働くことの意味について研究^{1)~4)}してきた。もっともこの問題に関しては、内外のすぐれた先駆的業績^{5)~7)}があることは周知のところであろう。

さて、本日のテーマに関して、精神障害（とくに分裂病）が、たとえ何歳になっても根治し得るとすれば、いつまでも病者であり障害者ではないということになり、福祉法や雇用保障など余計なお世話となる。我が国の政府・厚生省は、精神障害者を「障害者」として認めていない。しかし良くなったり、悪くなったりを繰り返すが、完治はせず、なんらかの障害を残す⁸⁾とすればどうであろうか。最近の十余年間で、精神障害者は、肢体障害や知恵遅れなどの慢性障害者と同様、障害者としての一般性と、再発しやすさ、静止期や晩年寛解などの特殊性を合わせ持つが故に「疾患と障害の共存」（蜂矢⁹⁾）と捉えられるようになった。WHOの障害論をベースにした蜂矢の疾病論は、治療とリハビリテーション、医療と福祉の一貫性・連続性を可能にする画期的なものである。

Ⅰ. 我が国の精神科医療の流れ —入院中心から地域中心へ— その事実と留意点—

退院促進の条件：医・職・住の3点 セット

日本精神神経学会の社会復帰問題委員会は、全国172施設、4万人の入院患者の調査¹⁰⁾から、2年以上の在院患者が62%おり、その内社会的入院、つまり病状は入院を続けるほどではないが、社会に戻る上で、住処や過ごす場所がないために入院を余儀なくされているというのが33%にものぼること、そしてその社会的入院を解決するには、作業所が17%、デイケアが16%、グループホーム27%、援護寮21%というニーズがあると指摘している。それを踏まえた形で、昨年9月日本精神神経学会は、“精神障害者の社会復帰に関する提言”¹¹⁾を行った。医療面の改善でマンパワーの充実など8項目、地域における精神障害者の生活と権利の確立について、所得保障、就労保障、居住の保障などの8項目からなっている。「日本の精神障害者¹²⁾」という本の中

で、在宅の障害者の一番の関心事は、病気を治したい(66%)、働きたい(53%)、結婚したい(31%)であると指摘されている。東京都地精審答申¹³⁾のように、医療の充実、働く場の保障、住む家の保障つまり「医・職・住」が必要なのである。結婚はともかく、よい医療と、働く場の保障についての提言は、障害者の要求にもマッチしていて、タイムリーなので私も賛成である。

地域医療活動の前進と医療経済

我が国の精神科医療が、病院中心から地域中心に移行しつつあることは、最近の15年間で精神科診療所は800から1,800に、総合病院精神科は600から1,000と増加し、1日当りの外来を受診する分裂病患者の数は1万人から2万人に倍増しているという事実からも明らかである。デイケア施設が300以上になり、共同作業所は600以上と急速に増加している。一方、入院している分裂病は17万5千人から20万人に、僅かに2万5千人微増したにすぎない。4月の医療費改正で通院精神療法、デイケアの点数が10%以上上がった。長期入

院は医業収益的にもマイナスにして、いわば兵糧ぜめで地域へという姑息なアイデアである。医療費の面からみると、入院一人当たり1年で約300万円、デイケアだと1年で約100万円、作業所だと10万円余である。仮に精神病床35万床のうち8万床を削減すると、医療費は2,000億円以上カットできる計算になる。したがって、地域・在宅中心の医療といっても、単純に国家予算を削減したいと思っている人からすれば歓迎すべきことになる。既に欧米では費用と効果 cost effectiveness について真剣に検討がなされていることは留意すべきである。作業所や保健所のスタッフも「作業所を拠点に草の根の地域精神保健を！」なんて、一人合点で得意になっているだけではいけない。また、年間たったの90万円で、小規模保護作業所を援助しているなんて、政府・厚生省が考えているとしたら、とんでもない見当違いである。確かに地域医療は今日の大きな流れではあるが、安上がりないいい加減な中身にするのか、内実あるものにするのか、大変重要な分岐点にきている。

II. 精神障害者が働くことについて

では「精神障害者の社会参加における労働の意義」について精神科リハビリテーションの立場から検討する。精神障害の治療の最終目標は言うまでもなく、予後の改善である。予後には社会的予後、疾病予後、生命予後(寿命)の三つがある。労働はいうまでもなく社会的予後に関連する重要な因子である。にもかかわらず重度の精神障害を治療する中に労働を組み込むことは、適切には位置づけられてこなかった。Zutt¹⁴⁾は、精神障害者には無為の自由、労働を忌避する自由こそがふさわしいと述べている。中井¹⁵⁾は、分裂病の患者の役割は休息である。治療という大仕事をしている。それを自尊心にしないといけないとさえいつている。なかには「分裂病は自我の障害が中心である。資本主義社会における労働は自己疎外的である。したがって、働くことは病気に良くない。」なんて主張する人さえいる。しかも年間1万人以上カローシが発生し、労働時間の短縮とレジャー

の意義が重要課題になっているこの日本で、精神障害者の労働保障や労働医学を論ずるのは旗色も悪く、とても骨の折れる仕事である。

共同作業所のインパクト

何故働くことの意義か。それは共同作業所に1万人以上の障害者が毎日通っているという10年前には想像もできなかった地殻変動的事態が起きているからである。内職や下働きで月1万円にもならないのに、一生懸命通っている障害者の姿が街のあちこちに見え始めている。これは何故か。その意味はどこにあるのか。これまで医療側はデイケア活動や篤志企業への外勤療法を進めるのが精一杯で、退院後の職業リハビリテーションや福祉は、誰かがやってくれるものだとして放置してきた。堀っ立て小屋の家内工業みたいな共同作業所が、やむにやまれぬ事情から全国に益々増えつつある現状は、福祉や就労保障面での国策の貧困を如実に反映している。共同作業所の実践が示すものは、精神障害者が働く場と仲間を切実に求めているということである。

共同作業所は今やデイケアの次のステップとして医療側から位置づけられるまでになった¹⁶⁾。実際普及しつつある医学的リハビリテーションの最先端のデイケア施設や保健所で、post day careとして作業所作りが熱心に取り組まれている。いまあらためて精神科リハビリテーションにおける労働の意義が問われている。

精神障害者と労働についてのレビュー

1983年米国の国立精神保健研究所で「精神障害者が働くことの治療的意義」と題するシンポジウム¹⁷⁾が開催された。このシンポジウムの報告は、Strauss教授によればこの一遍だけで、討論内容などの詳細は不明である。9つのモデルを大別すると三つの治療観・労働観になる。一つは労働有害論で、労働は無用か有害ですらある、として病人の役割を過大視するものである。1900年代初めの自然史モデル(狭義の医学モデル)であるが「病気を持った人間は自己の将来の決定においては受身的でしかない。病人の役割は労働

免除である。治らないものは働いてもしょうがない。」という考えである。

二つ目は労働制限認可論で、能力障害を固定視して捉えるものである。1960年代の刺激窓モデルといわれるが、「過剰な刺激は再発に、過少な刺激は施設症になる。適度な窓の枠内での刺激、つまり、保護的労働が適切である。」という考え方で、いま日本でも一番普及している治療観である。

三つ目は、労働有益論で、労働を通じて成長・発展を期待する幾らか楽観的な視点である。これは1980年代の相互作用の発達モデルといわれるが、「個人、病気、環境の三者が相互にプラスの影響を及ぼすことにより、成長・改善を積極的にすすめる」というものである。治療観といっても、もちろん分裂病の重症度、治療法の進歩、文化(例えば多様な価値観)や経済(例えば失業率)にも影響を受ける訳であるが、この三つを一般化していえば、悲観主義、現実主義、楽観主義と表現することもできる。いずれにせよ1990年代の日本の精神科リハビリテーションは、楽天主義と現実主義を共存させながら

展開すべきであると私は考えている。

外来分裂病と重要な心理的リハビリテーション

精神科医療とリハビリテーションは、自立とか自己実現を目指す、自立とは人並の労働者になったり主婦になることである。もっとも一人前に働けたら病気も治っているという訳ではない。ある日の外来診察室で大企業で15年、貯金も3,000万円している障害者が、「薬を飲みながら働くといわれるけど、何時になったら僕の病気は治るのか。生きているのが辛い。」と涙ながらに心情を吐露してくれた時、「働きながら病気も治すように考えたら。今まで15年間病気とたたかい、仕事も続けてよく頑張ったね。」といって、ひとまずの危機を乗り越えた経験がある。リハビリテーションは、社会的にも心理的にも進められなくてはいけないのである。

最近、厚生省の「精神障害の慢性化に影響を及ぼす要因に関する研究」¹⁸⁾で、発病以来入院したことがなく10年以上通院しているいわゆる外来分裂病

40例の調査を行なった。40人中、23人は公務員、大企業、金融関係、主婦など経済的にも自立し、お薬も少量で、通院も月1回か、3ヵ月に1回、障害もちょっと話したくらいではわからない程であった。この外来分裂病40例とデイケア利用者40例の比較では、婚姻、労働能力、対人関係、症状の4点で、外来分裂病群の方が良好であった。しかし残り17人のうち、パート雇用が3人そして14人は家でブラブラという実状で、この14人について主治医は適応が困難で指導を要すると判定している。分裂病の中で最も軽いと思われている外来分裂病の中にさえ、日々慢性化が進行している一群が存在している。地域でも慢性化を如何に防止するかが問われている。

Ⅲ．精神障害者が働くことは治療的か

薬物療法と作業・労働

薬は病気の治療、作業・労働はリハビリテーションと一応分けるが、薬も現在のところ、幻覚や妄想を減らしたり、ある程度の再発予防効果もあるが、

無気力や引き籠りなどの症状に対しては限界がある。今日の分裂病臨床の中心課題は、この無気力や引き籠りなどの陰性症状をどうするかである。

一方、労働も、急性期や精神病後の疲弊状態では時期尚早であったり有害となることがある。陰性症状に対して、遊びや話合い、スポーツなどはとても意味のあることである。入院中やデイケアでの作業、作業所での手工業的労働、外勤先や職親での保護的労働、パートタイム労働、一般雇用など、労働内容や労働環境それに報酬もさまざま、各々の段階でまだまだ工夫が必要だが、陰性症状を動かすプラスの面を持っている。

保護・適応の視点と共に成長の視点を

長年作業療法に尽力してきた看護師が、『使役だ収奪だと作業療法を批判し、自発性が出るまで何年でもそっとしておけ。患者さんには無為の自由もあるんだ。』なんて言った医者もいた。しかし、入院患者さんが一番いやがる農耕作業を2年間やり通した人は、立派に就労して再入院してこない。入院

中でも働く力をつけないで一体どうするんだ。」と怒りを持って語ってくれたことがある。いま作業所の活動の中で、同じ声が上がっている。作業所での下積みの低賃金・不安定内職でさえ「生きる力・乗り越える力」の獲得に役立つ場合があると。

共同作業所の果たしている役割

報酬・工賃の面からは作業所や保護工場も福祉的労働と位置づけられるかも知れない。慢性精神障害に加えて慢性失業状態にあるという二重の心理的、社会的ハンディキャップを持つと、自己評価は低下し、生きる自信を失って自殺を考えたり、また再び空想の世界に籠ったりすることさえある。作業所で、共に病気で苦しむ仲間と出会い、私にもやれるという自信を回復し、自尊心を取り戻すことができる。これはリハビリテーション医学ではスタミナ体験というが、それは立派な治療的労働といえるのではないか。高血圧などの慢性身体疾患を持ちながら、働いて人生の喜びを見いだしている人がいるように、精神障害者も人並の人生、つ

まり働くことや結婚することを望み、追い求めていることは、自然なことである。

労働の治療的意義

「労働・雇用は自然の最良の医者であり、人間の幸福にとってなくてはならないものである」というガレンやフロイトの主張は、今も正しい。精神障害者の社会生活能力に応じた社会参加を、医療・福祉・雇用の全分野で追求することは、これからの我が国のリハビリテーションの最重点課題となるに違いない。障害の重さに無理のない(精神障害者にやさしい)働く場を提供することによって、初めて健常者との埋め難い心理的隔壁はなくなってくるのではないか。

今後の課題

治療と労働という点で精神障害者の職業的リハビリテーションを如何に進めるか、労働省、厚生省などの行政はもとより、精神保健関係者すべてに課題が呈示されているのではないかと私は考えている。もっとも障害者一つ一

つの行動が、果して治療的か否かを逐一検討するのは、治療者の強迫性による悪い癖だと思う。一般雇用はいうに及ばず、作業所での軽作業でさえ再発促進的などと先見的に決めつけるのは、やはり問題がある。わずかな障害年金で生活が安定することにより、病状が大崩れしないということは、日常多くの精神保健従事者が経験している事実である。同様に一般雇用で通院しながら、小さな再燃はあっても、数日の年休と薬の増量で凌げるケースがあることも、歴然たる事実である。つまり労働も含めた生活の安定が、ハンディキャップを減らしているということを見無視してはならない。しかし、社会生活をしている以上、労働それ自体に治療的側面があると同時に、労働場面や職場の対人関係のストレスで、自己評価が動揺し、小さな再燃を引き起こす一面も確かに存在している。だからといって、社会から隔離する論拠にはならない。温情主義にしても悲観論にしても、治療者のメンタルヘルスにとっては悪くないが、果して分裂病性の精神障害者にとって望ましいことで

あろうか。「病状が良くなるまでは、労働をしてはいけない。」と精神科医はよくいうことが多いが、「精神症状、診断カテゴリー、知能、態度、人格テストなどは、将来の労働遂行の予見因子とはならない。将来の職業遂行を予見する最良の方法は、個々人の自我機能と労働に関連した自己評価について検討することである。」というアンソニー¹⁹⁾の提起を十分に踏まえた上で、しかも障害者を納得させ得る根拠を呈示できるのであろうか。一般雇用の適性の判断には、精神医学的診断だけでは不十分で、精神科医も分をわきまえて、職業リハビリテーションの専門家の協力を得なければいけない時代が、遠くからやってくるに違いない。

リアリティのあるリハビリテーション活動を

分裂病は未だに発病も再発も原因がわからない難病である。長期予後で10%前後が自殺などで死亡し、20%前後は長期入院を余儀なくされている。就労自立する人は40%位が上限で、あとの30%は、良くなったり悪くなった

りを繰り返す。したがって、あえていうまでもないことかも知れないが、分裂病性精神障害者すべてが働けるかと自立可能だとか、リアリティのないことをいおうとしているのではないのである。それはともかく、より良い薬の開発、地域リハビリテーションの前進などにより着実に社会的予後は改善しつつある。福祉や年金制度の整備・拡充、地域リハビリテーションのための精神保健関係予算の大幅増額、偏見を解消するための啓蒙活動など、いずれもなくてはならないもので、是非実現すべきである。それによって今よりもっともっと多くの障害者が、社会する可能性が開けてくる。その可能性を広げる物理的・心理的空間を保障することが、精神保健法の総則に唱われた国民の義務ではないだろうか。

精神社会療法時代の精神科医の役割

しかし、そうした受け皿作りだけでは、不十分さを感じるのである。そもそも「受け皿」という表現の中に、慢性患者をマスとして病院から地域へ移動させるという保健行政担当者が考え

がちな、安直さを感じるのである。研究者も含めた精神保健従事者、家族、行政、皆が手を取り合ってこの病気に立ち向かわなくてはいけないのは当然であるが、とりわけチームの中軸である精神科医が、この際障害観・治療観を改良すべきではないと思う。慢性疾患優位の今日では、もはやシック・ロール＝病人の役割は通用しない。作業所や職親や一般企業で働く障害者が我々精神科医に提起している課題は、「障害者の役割＝disabled role」²⁰⁾を精神医学的に明らかにすることではないかと考えている。私はリハビリテーション段階では、病気に対する薬と同様に、労働は障害を克服する働きを持つ、その意味で労働は治療的で有益であると確信している。

(本稿は、フォーラムでの発言に一部補筆したものである。)

(謝辞) 精神病院に長く立て籠っていた私に、地域で障害者が働き生活することについて研究する機会まで与えてくださった共作連や、障害者労働医療研究会の人々、そしてこのフォーラ

ムでのシンポジストとして推薦してくださった日本精神衛生会の秋元波留夫会長，さらに本稿作成にあたり貴重な御助言をくださった臺弘先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 粥川裕平：精神障害者のリハビリテーションと労働 人間発達研究所編「労働と人格発達」全障研出版部 126～168 1988
- 2) 粥川裕平：精神障害者とくに分裂病者が働くことの治療的意義 全国精神保健研究会編 精神保健ジャーナル ゆうゆう 4：53-59 1988
- 3) 粥川裕平，太田龍朗，鈴木多加二，他：慢性精神障害者の職業的リハビリテーションと生理学的障害作業療法 ジャーナル 24：166-170 1990
- 4) 粥川裕平：精神障害者の労働の意義と生きる力の獲得 共作連実践研究年報 VOL. 1 38-47 1991
- 5) Bennett D.：The Value of Work in Psychiatric Rehabilitation Social Psychiatry 5 (4) 224-230 1970
- 6) 臺弘：精神医療—リハビリテーションにおける作業—労働の意義 医学評論 77 1-8 1984
- 7) Harding C. M., Strauss J. S., Hafez H. and Lieberman P. B.：Work and Mental Illness The Journal of Nerv. and Mental Illness 175 (6) 317-326 1987
- 8) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (III rd. Eds.) 1980
- 9) 峰矢英彦：精神障害論試論 臨床精神医学 10(12)：1653-1661 1981
- 10) 日本精神神経学会社会復帰問題委員会：長期入院精神障害者の退院可能性と，退院に必要な社会資源およびその数の推計 精神経誌 93(7)：582-602 1991
- 11) 日本精神神経学会：精神障害者の社会復帰に関する提言 1991
- 12) 岡山和雄，大島巖，荒井元傳，編：日本の精神障害者 ミネルヴァ書

-
- 房 1988
- 13) 東京都：今後の精神障害者社会復帰対策のあり方について（東京都地精神答申）1991
- 14) ツット J：自由の喪失と自由の剥奪 岩崎学術出版 1974
- 15) 中井久夫：働く患者—リハビリテーション問題の周辺— 吉松和哉，編 分裂病の精神病理11 東大出版 1982
- 16) 石川信義：「心病める人たち」pp. 191-200 岩波新書 122 1990
- 17) Strauss J. A., Harding C. M., Silverman M., et al. : Work as Treatment for psychiatric Disorders. : A Puzzle in Pieces. In Ciardiello J. A., Bell M. d. (Eds.) Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders. The Johns Hopkins University Press Baltimore and London 1988 pp. 42-55
- 18) 笠原嘉，粥川裕平，他：精神障害の慢性化に影響を及ぼす要因に関する研究」報告書 平成二年度厚生科学研究費補助金 1991
- 19) Anthony W. A., Jansen M. A. : Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Am. Psychologist. 39 ; 537-544 1984
- 20) 臺弘：私信



