

# 精神障害者の就労生活の現状と援助の必要性

中 島 周 子

## I. はじめに

“Rehabilitation is a facilitative process enabling a person with a handicap to attain usefulness and satisfaction in life. The individual's handicap may result from any type of disablement (i.e, physical, mental, or emotional) and from various causes (e.g, birth defects, sickness and disease, industrial and road accidents, or the stress of war, work, and daily life). People are likewise handicapped by cultural disadvantage (i.e, social, financial, or educational). Whenever any of these conditions cause difficulties in life adjustment, the person is handicapped. Rehabilitation then equalizes opportunity for life attainments as a human right and societal obligation.” [G. N. Wright “Total Rehabilitation”]

『リハビリテーションとは、障害をもつ人が有意義でかつ満足のいく生き方ができるように助長していく過程である。個人の障害は、様々な機能低下<disablement>（身体、精神及び情緒）或いは諸要因（出産時の障害、病気、産業または交通事故、戦争、職業、日常生活等の圧迫）の結果生ずる。そのような障害をもった人々は、文化的な不利をもこうむる（社会、経済、教育的な不利等）。これらの状況下におかれた場合はいつでも、生活に適應するのが困難となる。そのような人々が障害者なのである。それ故、リハビリテーションは人権<human right>及び社会的義務として生活実現のための平等化をはかることなのである。』

これは G. N. Wright 著 “Total Rehabilitation”

の冒頭であるが、この理念に基づき、筆者は、障害者とりわけ精神障害者の生活問題について目を向けてきた。とかく社会といったものは、マスの中に適合する大集団にフォーカスをあてがちである。それ故、そのカラーにあてはまりにくい人々、いわゆるマイノリティーは排除されてしまいそうになる。精神障害者もその一例であろう。そして病気をもつが故の社会的不利も生じている。しかし、彼らは立派でごくあたり前の人間である。あたり前の人間としてごく自然に社会の中で生きていくことは当然の権利であり、また社会の中で生きていく以上、人として義務も責任も負っている。克服しきれない病気と共に生き続け生活実現を目指す精神障害者の機会の平等化をはかるのが精神障害者のリハビリテーションの課題であろう。

さて、筆者は、学生時、東京心身障害者職業センター、東京都立精神衛生センターでの実習、病院・デイケアセンター等の見学を通じ、また『障害者の生活構造と支持条件の研究』<社会リハビリテーション研究会主催>において研究グループの一員に加えて戴き、多くの精神障害者と出会い、彼らの生活障害についてふれた。その生活障害の困難さ、複雑さを知るにつけ、それらをどうにかまとめてみたいと思い修士論文のテーマにしたのである。ここでは、その中の事例分析を中心に取り上げてみたい。

## II. 精神障害者の就労生活の現状

筆者は、論文を書くにあたり、対象となる精神障害者を

- 1) 精神病という診断名があること
- 2) 長期的・継続的に生活の一部としての医療ケアが

必要であること。

3) 後遺障害の影響によって生活状態或いは感情に不  
定期のナミがあること。

4) ある程度の生活を経た時点での中途発病であり、  
病前の生活経験によって、新たな場面への適応や新  
生活の再獲得に影響があること。

5) 地域生活への統合を一定期或いは長期的に防げら  
れた経験があること。

6) 就労援助を望み、また必要な人々であること。

とし、自ら心を開き、インタビューに応じてくれ、生  
活のあからさまを述べてくれた33名の事例を通して、  
彼らの生活の現状を探った。

### 1. 精神障害者の生活障害

まず、第1節では、広汎な視点において精神障害者  
の生活像をとらえ、その中にどのような生活障害があ  
るのか、1) 生活管理状況、2) 経済生活状況、3) <sup>注2)</sup>  
空間的生活状況、4) 時間的生活状況、5) 役割遂行  
・生活関係状況、6) 心理的・精神的充足状況の6 ポ  
イントにしぼって内容を探ってみた。

1) 生活管理状況～日常生活活動の自立度、日常生  
活遂行に必要な活動（家事作業・金銭管理・日常利用  
する機関施設の利用等）をさすものとする。この生活  
管理において、精神障害者が大切にされていることは、  
医療ケアとのかね合いから、投薬の管理及び定期的通  
院の状況がポイントであろう。その状況をみると、病  
気に対する認識・薬に対する認識のいかんが生活を大  
きく左右しているようであった。自分の病気の状態をよ  
く知っていて、かつ薬を飲まない状態が悪くなるこ  
とをきちんと理解している人は、急性期症状をおさえ  
再発することある程度予防することができる。状態  
のナミ・揺れも少なく規則的な生活を可能としている。  
病気や医療ケアに関する情報が大きな影響を与えてい  
た。

また状態の安定している時と不安定な時では、生活  
管理への対応に大きな差がでてくる。例えば、状態が

不安定になると、食事もとらず、入浴もせず、部屋に  
閉じこもってしまいすっかりやつれてしまうといった  
ことが生ずる。また新たなことが生活に加わると生活  
管理にも影響がでてくる。例えば働き始めた時それま  
で可能であった家事作業も疲れのためガクッとできな  
くなってしまいヘトヘトになって眠るだけといった具  
合である。多くの人は、身の回りのことはどうにかて  
なしているようであったが、家族同居者と単身生活者  
とではその負担の度合いが違っている。一人暮らしだと、と  
かくルーズになりやすく、食事が片寄ったり、入浴回  
数が減り、清潔維持ができにくい。家族同居の場合は、  
親が手を出し過ぎてなんでもやってくれることから、  
いざ親なき後はどうやって生活管理をしたらよいかと  
いうことが問題となってくる。

また、金銭管理に関してはあればあるだけ全部使い、  
借金までするといった浪費傾向の人、或いは逆に食べ  
るものもろくにとらずに貯金してためこんでしまうとい  
った極端なタイプが目立った。貧しさとかかね合い  
からか“適度なお金の使い方”ののが手な人もいるよ  
うである。

2) 経済生活状況～消費生活及び生産生活の現状で、  
収入源や支出内訳等生活を支える経済基盤の中味のこ  
ととする。貧困と病気とは切り離せない問題であるこ  
とがよくわかる。多くの人が単身生活の中で生活保護  
を受け細々とした生活を送っている。年収50～100万  
の人が33名中3割を占め、毎日インスタントラーメン  
や食パンを食べながら、アパートの家賃、光熱費、銭  
湯代を払ってやっと生活をつなげている人が目立った。  
また、将来のことが心配と食べるものもろくにとらず  
に貯金している人、逆に収入より支出の方がはるかに  
多く、その埋め合わせに借金したり、かけ事をしたり  
している人など経済生活のバランスのとり方のヘタな  
人が目立つ。また、入院中お金がなく退院するからと  
いっても、アパートを借りるための敷金や家財道具を  
用意できず、お金がたまるまで退院を延期した人、更  
には、地域で生活するには十分な収入がなくサラ金に

手を出して、どうにもならなくなって病院に入院させてほしいと入院することで苦しい生活から逃避しようとする人もいた。

経済生活は、家族関係とも微妙な関わりをもっている。本人に収入がある場合は、家族からの期待をうけ、家庭内での役割が与えられる。収入がなくブラブラしている人は、家族にとっては重荷であり、じゃまな存在として扱われがちで、家族の中で劣等感をもちながら生活している。中には、収入を得てはじめて、家族と交渉をもつことができた人もいた。また、家族には相当の財産があり豊かな生活を送っているものの、本人は家族からは嫌われ見捨てられ、一銭のお金をも得ることができず、かと言って生活保護をうけようにも家族の財産がひっかかって受けられず、結局本人は食べるものさえ買うことができず、わびしい生活を送らざるをえない人もいた。

また、給料として得ている収入の多くは、パート就労による時給日給で、最低賃金法の基準に充たないこともある。5～6万の賃金で生活をなっていたせなければいけないとなると、生活保護を受ける方が楽だということになってしまう。

3) 空間的生活状況～住居や移動範囲、生活域をみると、家族同居と単身生活者との住環境にかなり違いがみられる。単身生活者はその全部が一部屋で浴室無しの木造アパートである。アパートを借りる時は、精神障害を隠している人が大半である。状態が悪くなるたびに、大家さんや隣室の人との間にトラブルが生じ、転々とアパートを引越している人もいた。6畳1間のアパートには家具らしいものもなくガランとした部屋で、フトン・ナベ・カマも十分そろってはなく、冬は湯たんぽで暖をとり、夏はうちわでフーフーいながら生活をしている人もいた。また、家族同居している人でも、家族の人々が住む母家とは別に同敷地内に部屋をたててもらい別生活をしているといった人もいた。

外出については、通勤・通所・通院が主な目的で、

その行動域は狭い。よほどのことがない限り外に出たがらない人が多かった。なかには誰か同伴しないと外出できない人もいた。また、アパートに日中ずっといるとていさいが悪いので、通勤しているふりをして毎日公園や川べりの土手を散歩して夕方帰ってくるとか、雨の日は1日中屋根のある競馬場や駅のベンチに座って過ごすという努力をして近隣の人に不信に思われないようにしているという話をしてくれる人もいた。

4) 時間的生活状況～日常生活の時間的流れや生活パターン等をみると、やることがなく暇をつぶすのが大変ということと、ボーと寝ている時間が多いことに驚く。生活パターンにおいても夕方18:00頃日暮と共に就寝し朝はやく目覚めるといった通常とは時間帯のずれた人が多い。また病院生活の時間パターンをそのまま続行し、夕方16:00には食事、19:00前後には就寝という人もいた。日中はすることがなく、昼寝したり、テレビを見たりと家の中でゴロゴロしている。ただ、行く場をもっている人はそれに合わせて規則正しい生活であった。また投薬の関係か病気の関係かはよくわからないが、朝おきられないとか午前中ボーとしている人、また視線が気になりフトンにもぐりこんでいる人などもある。

5) 役割遂行・生活関係状況～他者との関わりの中で、本人が期待されている役割、コミュニケーションの度合、社会活動参加の状況については、家族にひけ目を感じているとか、家族には何ら期待されておらずむしろけむたがられているといったマイナスの家庭内役割を担っている人が圧倒的であった。また地域においても、同じ障害者同志の付き合いは表面的ながらもあるもののそれ以上の発展はみられない。また地域に共同作業所や精神障害者の活動の場をつくらうとすると必ずといっていいほど、住民の反対運動がおこる。

他者への依存も強く、家族や専門職者に甘えながらどうか自分を支えている人も多かった。また、宗教に身の救いを求めている人も案外いたようである。

また、あえて精神障害者同志とは交流したくないと

いう人もおり、自分は絶対に精神障害者にはみられないし、薬を飲んでいことを隠し続けたいと言っていた。

偏見ということからくる様々の弊害があるが故に、精神障害ということを隠して、部屋探しや職探しをしなければならないのも現実のようであるし、そうする方がメリットの大きい場合もある。また、本人や家族にとっても障害の受容は目に見えないだけに難しいし彼ら自身にも偏見があることも事実であろう。

6) 心理的・精神的充足状況～意識や内面の生活の受けとめ方の状況であるが、まず精神的な支えを家族に求めている人がかなりいたが、現実的には家族関係はしっくりいかず実際の支えとはなりきれていなかった。むしろ専門的に関わってくれる人々によって支えられている人が多かった。きめ細かに対人的接触を行なっていくという精神的サポートが強力に必要ではないかと思われる。また、生きがいにも、家族と一緒に生活や結婚をあげており、「暖かなもの」としての家庭へのあこがれが強いことがわかる。現実とのギャップに対する反動であろうか。また、小説家になりたいとか、出版社に勤めたいとか、首相になりたいとか相当高い理想とプライドをもち、現実の生活に柔軟に対応できない人もいた。さらに、生きがいは何もない、何もしたくない、誰にも会いたくない、頼れるのは自分だけといった、小さな殻の中に閉じこもって生きている人もいる。無気力な一面がうかがえた。なんとなく、心理的・精神的には充たされずにもんもんとした毎日を、小さな器の中で頑固に送っているのが精神障害者かなあという印象であった。また、不安定になると自殺企図が多いことから、彼らをみて生きてとは何か、何故生きていかなければならぬかをつくづく考えさせられる思いであった。

## 2. 精神障害者の就労生活の現状

精神障害者がどのような生活をしているのか、その

全貌を第1節で簡単にまとめてみたが、次に就労生活に視点をあてて彼らの現状を探ってみたいと思う。インタビューを実施した33名中、昭和58年7月現在、就労中の者が23名（一般就労5名、パート就労12名、休職中2名、自営2名、作業所通所2名）であり、他の10名は地域での生活がやっとということであった。ただ33名全員が今までに就労した経験はもっていた。

さて、現在就労中の人々の、その職種内容をみると、技能工・生産工程5名、単純作業6名、サービス・販売1名、事務2名、農林漁業1名、専門・技術1名、その他7名となっている。仕事の内容の多くは、大ざっぱで知的判断はそれほど有しない、単純反復作業であることがわかる。事業所の規模も小さい。一般就労・パート就労合わせて17名中の3分の2が職場には、精神障害で通院していることを話していない。そして、そのことがバレやしないかとハラハラした生活を送っていると話してくれた。もし、精神障害と知られようものならすぐ解雇だろうとのことである。また、精神障害とはじめから話している人々とは、職親制度利用者、共同作業所また病院ケースワーカーのあっせんによって就労した経過をもっている。

さて、彼らがどのような経路で就労に到ったかという移送源をみると、家族1名、近所の人2名、学校1名、職業安定所4名、情報誌・広告2名、その他（ケースワーカー、医師等）13名であった。中には、現在の職場に落ち着くまでに、20数ヶ所の職場の採用面接を受け、ヘトヘトになり状態が悪くなって再発しそうになった人もいた。

さて、以上が現在の就労者の現状であるが、次に彼らが就労生活をどのように送ってきたのか、時間的経過の中で彼らのたどってきた道をふり返ってみたいと思う。特徴的なこととしてあげられるのは、彼らは職場を転々と変えている人が多いということではなからうか。短くて1日長くて数ヶ月といった具合に職場にいつくことなく、転々と次の仕事へ移っている人が何名かみられる。病前・病後ともそうである人もいるし、

病前は長期的に勤められていたものの、病後になって職場に定着できず転々とする人といった2タイプがみられよう。職種も様々である。退職理由も、人間関係、能率といったことから、自らやめるという自己退職が圧倒的に多い。こころへんにも、精神障害者の適応の難しさがでているようにも思われる。

また、転々としている人達の多くは、家庭生活においても安定した基盤をもっているとはいえない。家族崩壊している者、家出している人、幼少時親を失った人、親自身が転々としていたり行方不明であったり、競馬等かけ事をして借金をかかえていたりといった背景をもっている。地道に働き生活していくモデルが身近にいなかった人が多いと思われた。また、東京都精神衛生センターの相談員は、「病前に転々としているのは、おそらくその時期に既に病状が出現していて、職場でも何らかのトラブルをおこしていたのではないか、それ故、転々とし、安住の地をみつけることができなかったのではないか。また職場の人達も病気であると気づかずに、そのような人と思って対応していたから、彼らが受けつけられなかったのではないか。」と分析していた。職場も住居も転々とし、徐々に病状が悪化し、ギリギリになってバクハツし、警察や保健所、精神衛生センター等に保護されて、そこでやっと病気であると判明し、病院への治療につながり入院に至るというのがパターンのようなのである。

病後に転々とする理由としては、過去のプライドが捨てきれず、現在の自分の作業適性、作業能率を受容できず高い望みをもって職探しをする場合、精神障害がバレないかとハラハラしながら仕事をし疲れきってしまう場合、職場になじめず対人関係がうまくとれない場合、実際に長時間仕事ができない場合、後遺障害を職場側・本人自身ものみこめずそれにふり回されて結局自己退職してしまう場合、係長や正社員等に昇進したり、免許をとらなければいけない等といった責任性が伴うと不安になりガタガタと状態がくずれてしまう場合、規則正しい生活パターンがつくれずガラダ

ラとした生活時間帯に慣れてしまって順応できず緊張して疲れる場合、職場の仕事に対応できるだけの技術とパワーがない場合等様々の理由が考えられると思う。

ただ、どの人も働きたいからと、骨身を惜しまず職探しに励んでいる。せせと採用面接に行きながらも、あちこちで断われ、そのショックを受け、徐々に自信がなくなっていく彼らの切ない気持ちが伝わる。

さて、その就労への移送源であるが、圧倒的に多いのは、情報誌・新聞広告等を頼りにとびこみでアタックしてみるというのであった。また、病院退院時は、ケースワーカーが相当の手助けをしている場合もある。まずは病院と関わりのある職場へつなげて様子をみるといったたぐいであり、ケースワーカーが病院周辺の事業所群を放浪して説得して関わりをもっている。なかには、職業安定所の常連もいた。一般対象向けの相談窓口に行き、そこでなんとなくおかしいことが発見され、身体障害者特別援護部門へまわされる。その窓口では、病院に連絡をとり、医師の診断書を受け取る。M職業安定所では、ケースワーカーが同伴しきちんと関わってくれないと対応しきれないとのことであった。また、職業安定所で彼らを援助するにあたっては何らの法的根拠はない。職員の特別サービスに頼っている。また、いざ採用面接に行っても、一言でも精神障害のことを口にしようものなら門前払いをくらう。『ノイローゼ』とか『心因反応』とか『神経的な発作』という、やや抵抗は示すものの熱意でどうにかくどけるらしい。そこらへんが微妙なかけひきだとのことであった。また、職業安定所の職員自体が、病気のことはよくわからないしどの程度であつたら働けるかとか、職場で他者に迷惑をかけないかどうかやってみようとか、客観的な判断基準がなくとりわけ精神障害者には何らの雇用助成制度もないので、何を手がかりに職場に彼らを売り込んだらよいのか検討がつかないとのことであった。にも関わらず、最近は職業安定所を訪れる精神障害者の数がめっきり増加しているとのことである。

また、保護就労或いは作業訓練の場合ともいべき共同作業所もそのほとんどが家族会等の民間の手によって厳しい財源の中で運営されている。地方には、1ヶ所すらない県も数多くある。仕事の受注に関しても素人ばかりなので、時々作業の途切れる日がある。月に数百円程度の工賃から、どんなに多くても1～2万円がセキの山である。それでも彼らは生きがいを感じて仕事という。病院でゴロゴロしてるより疲れるけど仲間と仕事してる方がいいと言い切っている。ある人は「主治医に働く場が確保されたら退院していいと言われ、何十ヶ所も事業所めぐりをしたが、こんな病気になるからやっぱりだめで、でも近くに共同作業所ができたから退院することになった。」と話してくれた。いくつかの共同作業所で作成された文集の中にもそんな声がたくさん載せられていた。ある意味で本末転倒しているが、働く場があれば退院できるのである。

ところで、逆に、病後就労が継続している要因は何であろうか。33名中、就労が長期間に渡って継続している人々が何名かいた。例えば、精神衛生相談員が相当密にコンタクトをとり、時々職場訪問や家庭訪問を行っており、また近所に住む妹がよく面倒をみてくれ、服薬中断しないように配慮してくれている事例である。入院も1回のみで6ヶ月と短い。職場側は本人の病気のことをある程度知っている。また、2例は共同宿舎を利用したり、入院中に作業訓練（院外作業）を実施している。職場と援助のケースワーカーは密であり、病気のことをきちんと説明している。どちらも、姉或いは妹が時々訪問してくれている。またある者は、病院に看護助手として住込で働いている。本人の治療をしている病院であり、本人のことはよく知りつくされている。いわばかなりの保護的環境下での就労といえよう。これらの数ケースをみただけでは何とも言えないが、イメージとして、周囲の支え、とりわけ精神的な安心感の得られる地盤がしっかりしていれば、少々状態のナミの起伏があっても続くのではないだろうかと思われた。

### Ⅲ．まとめにかえて

わずか33名の事例を検討しただけでは、精神障害者の生活問題の一般性をひき出すことは難しいものの、33名の声から示唆されることは多い。

事例を通じて痛切に感じたことは、まず精神障害者に職業リハビリテーションを実現しようという理念が希薄であり、なんらの組織的な対応がなされていないことであった。我が国の労働安全衛生法では「自傷他害のおそれのある精神障害者」の就労は禁じられている。微妙な判断を要する表現であり、すべての精神障害者にそのおそれがあるとは言い切れないはずである。きちんとした医療管理がなされていて、周囲のサポート体制があれば自傷他害を予防することもできよう。現実的にそのようにして就労している者もいる。身体障害者には「身体障害者雇用促進法」という法的基盤がある。精神薄弱者にも拡大解釈がすすめられつつある。同じマイノリティであり、“就労障害”があり、作業能率・能力に障害の制限をもちながらも、精神障害には法根拠がない。ILOの基本方針には『精神障害回復者に対する職業的リハビリテーションサービス<sup>注3)</sup>は、できるところでは、身体障害を持つ人々に対するものと統合した形でなさねばならない』とかかいている。また、精神障害者の職親になっている事業所にはかなり多く身体障害・精神薄弱者を雇用しその延長で職親となっていてところがある。身体障害者・精神薄弱者には、労働政策において雇用促進のための諸制度があるが、精神障害者には何ものもない。職業安定所でも四苦八苦している。職場斡旋・職親或いは事業所へのスーパービジョン、就労後のきめ細かなアフターケア等、もっと積極的な介入が必要ではなからうか。

また、一般雇用のみならず、保護雇用や共同作業所の組織化・安定化をはかり、柔軟性ある雇用形態のバリエーションを用意し、病気の状態に応じて選択できるようにしなければならないと思う。例えば、ある共同作業所では、仕事を発注してくれる親事業所と連携

システムをつくっており、状態がいい時は事業所で、状態がやや不安定になると共同作業所にてまったく同じ仕事をするというユニークな対応も生まれつつある。

また、職業リハビリテーションについての教育のバックグラウンドをもった専門職員が職業安定所・精神衛生センター等に配置される必要があるのではなかろうか。そしてソーシャルワーカー・保健婦さらには精神障害者自身に対して、適切な援助を実現していく必要がある。

さて、就労はその生活基盤の安定が得られないとなかなか実現しない。精神障害者の多くは、孤独な生活をしている。そして、生活管理がうまくいかなかったり、住む場の確保も大変であり、かつ精神的にもふらついている。共同寮や生活寮といった設備が是非とも必要ではないか。ハーフウェイハウスとしてそこで生活の仕方を学びながら働き、徐々に独立した生活に移行することで、現実的な地域生活が実現されうと思われる。住む場が安定しないと就労も安定しないのではなかろうか。

また、働いて収入を得るといってもその額はきわめて低い。障害故に作業能力に制限のある場合は、その分を補っていくようなスライド制の柔軟な所得保障の実現が望まれる。

さらには、精神障害者が特に必要としているのは、精神的にしっかりと支えてくれる人なのである。家族の暖かさを代行し、彼らを受けとめ、彼らのグチを聞き、彼らを支えてくれる人が確保される必要がある。コミュニケーションをとるのが難しいというのが彼らの障害であり、だからこそ専門的な援助手法をきちんと体得し、対人サービスに向く、ソーシャルワーカーさらには精神衛生相談員が地域毎に配置されていくべきではないか。そして、相談員・保健婦・医師・作業療法士・心理家・職業カウンセラー等のチームワークにおいて、地域での援助を展開していく必要があると思われる。

さらに重要なこととして、精神障害者に関する正し

い知識を広めるための、適切な情報提供・社会教育の実現が望まれる。とりわけ精神障害の場合、急性期症状に関する情報が多く、精神障害者とはあばれたり他に迷惑をかける者といった固定観念が根強い。それ故雇用主はもとより、本人・家族までなかなか障害の受容ができてにくい。いつばれるかとハラハラしながら生活していたり、また、幻聴や妄想であることを本人も周囲も気づかずに過ごしてしまいがちである。多くの人々がきちんとした認識をもたない限り、彼らへの偏見はなくならないと思われる。

他にも、まだまだ多くのことが解決されない限り、彼らの生活障害を克服することはできない。これをパイロットスタディとして、筆者自らも今後この問題に取り組んで考えていきたいと思っている。

#### <注>

1. G. N. Wright "Total Rehabilitation" p.3  
Little, Brown and Company Boston, 1980
2. ・青井和夫「生活構造論」有斐閣 1971  
・遠山哲夫『病院におけるナイトケアの実際』  
「精神障害者のナイトケア」医学書院 1982  
参考文献をもとに筆者が再構成したものである。
3. I L O「精神障害回復者の職業的リハビリテーション」 p.12 全国精神障害者家族連合会 1982
4. 筆者調査によると、東京都における精神障害者職親事業所約 140 ケ所（S45～S58.7 現在）のうち、65社が身体障害者及び精神薄弱者等の障害者雇用を経験していた。

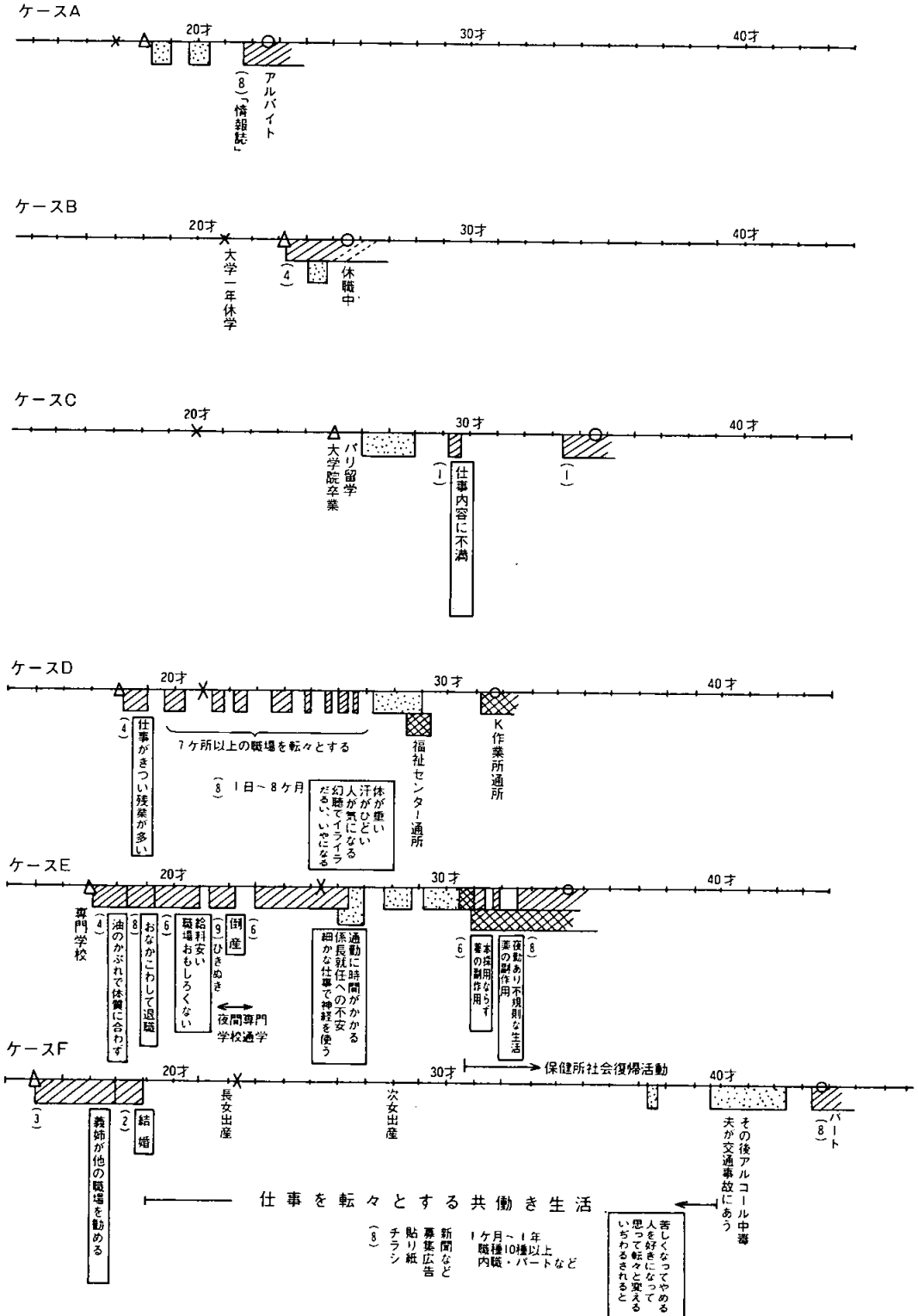
答 (10名抜粋)

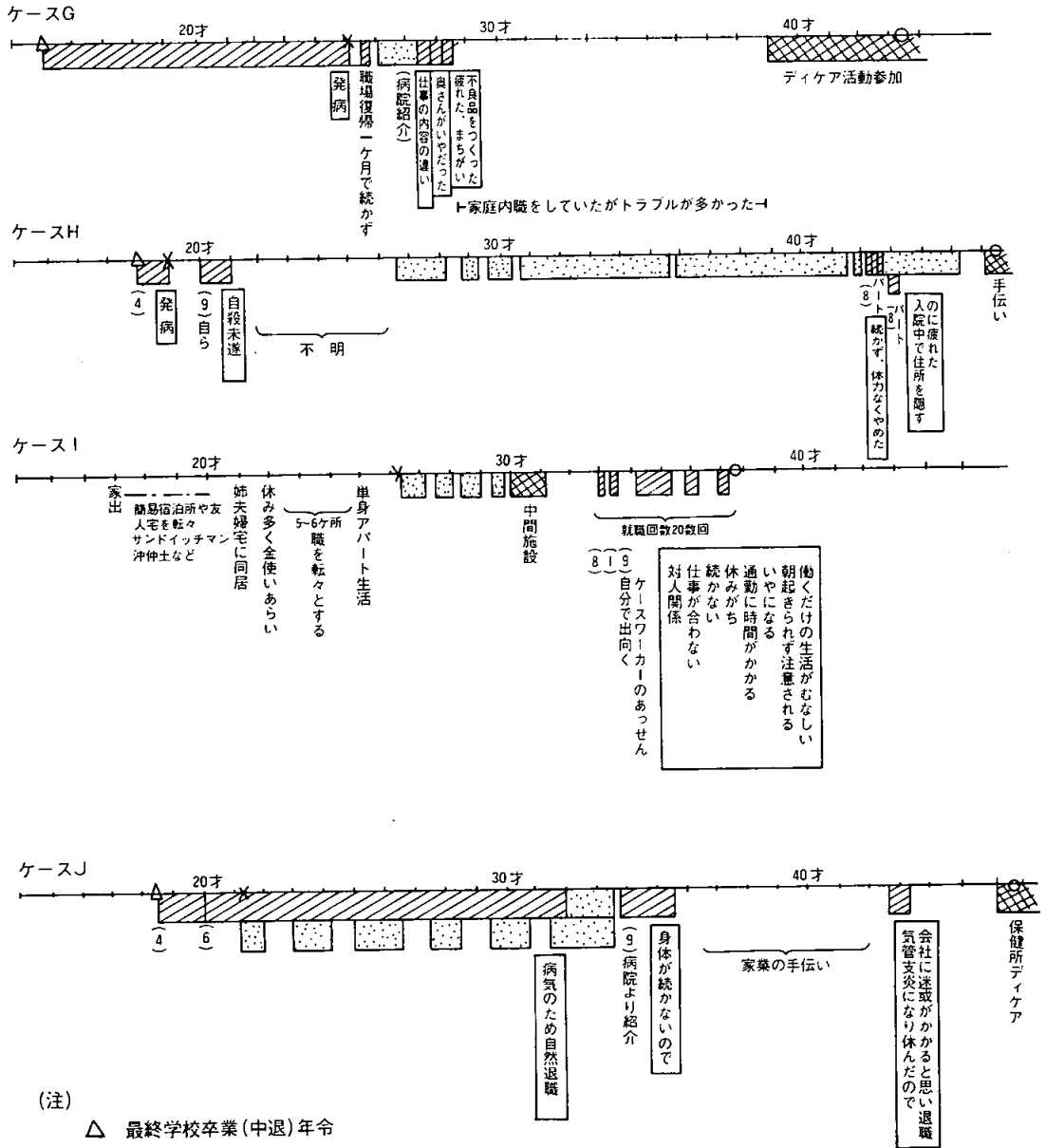
ケース 記号	性別	年齢	生 育 歴 生活歴	医療との関わり		家 庭 状 況	生活習慣状況	経済生活状況	空間的生活状況	時間的生活状況	役割遂行 生活関係	心理的・精神的 充足状況	備 考
				入院回数	医師への関わり								
A	女	22	高3在学中より通院開始、大学受験失敗（自校未達） 専門学校進学数ヶ月	7 1 8 ケ 月	2 回 服薬期間 公費	4人家族、主計者は父、母は専業主婦であった。妹にはひけ目を感じているとのこと	身の回りのことはすべてできるが、感情が不安定でぐちゃが多い	収入 7万（アルバイト） 支出 教育、洋服代、化粧品代、お茶、タバコ代など	家族同居 持家マンション 個室あり 外出毎日 通勤・通院、交友、買物	平日 労働7～8時間 睡眠9～11時間 暇な時はゴロゴロし、休日 週1回ジャズダンス教室	家族にひけ目を感じている。友人4～5人参加 ジャズダンス教室 友人4～5人 入塾仲間、ジャズダンスの友達	支え～世間同志の友人、医師、看護員 趣味～ジャズダンス、ゴルフ	ウェイトレスのアパート、家族は本人のアルバイトをよく思っていない「こんな煩悩しちゃうってどうしようもないもの」劣等感が強い
B	女	25	大学建築科卒業 製図関係の職歴 勤務中発病	3 ケ 月	週1回 通院、服薬規則的 午前中ボートする	母・妹と同居、誰かが経済的に支えてくれるのかかわらず	調子が悪くなると電話にでられなくなる 身の回りのことは自分でできている	収入 7万（休職中傷病手当金） 支出 手当金	家族同居 持家 個室あり 外出 週1回 通院、交流、買物	平日 余暇11～13時間 睡眠8～10時間 休職中で家にいる時間が長い	家族は気をつかっている。友人4～5人、学生時代のクラスメート、職場の同僚 本人は「友人とは生活が違うから」とよく口にする。	支え～母、友人、医師 趣味～読書、ダンス（年1回）	就労、結婚を待てる生活設計を立けると状態が悪くなる
C	男	34	大学院医学研究科 大学時代よりノイローゼ状態 バリ留学中発病 事故をおこす	2 年	月2～3回通院、服薬規則的 業現期	家族5人と同居、両親とも無職、主計者弟、母は本人の将来のことを心配しあせりぎみ	疲れやすく、忘れっぽい	収入 6万（賃金） 支出 賃貸3万 本代2万 貯金1万	家族同居 持家、個室あり 外出、常に母が同行、行動範囲狭く外に出たからない	平日 労働5～6時間 余暇3～4時間 6：00起床 21：00就寝 休日就寝	長男として大事にされているが、両親・弟に依存 友人なし、友達とはあまり付き合いたくない	支え～両親、弟 趣味～読書、仏教の勉強 将来は出版社に勤めたい	病気の受容あまりなく、夢にすがって生きてる様子
D	男	31	N工業高校機械科卒業、卒後4年目幻聴があり通院、入退院を繰り返して、常務に行くこともあり、卒後10年目に入院	2 年	週1回 通院、服薬規則的	家族6人と同居、（母も幻聴あり）、本人の発病が原因で、兄・姉・妹は身、本人は5男、主計者は兄、次男が面倒をみています	念茲在茲に援助が必要、自活のため通院を作業所で実施中	収入 2万（賃金） 支出 2万 洋服代、お茶代、交通費	家族同居 持家、個室あり 外出毎日 作業所通い、買物、喫茶店へ行く	平日 労働4時間 余暇3～4時間 テレビ、喫茶店通いなど	兄弟に依存 本人はアパートでの単身の生活を送っている 友人なし	支え～兄（特に父） 作業所職員 趣味～草花、園芸	生活保護を受けてアパートでの孤立生活を望んでいる
E	男	34	専門学校卒業 6ヶ所目の転居で発病、状態が安定になると退去することがある	10 ケ 月 1 年 5 年	月2回 通院、服薬規則的	父・母・兄・兄嫁・兄の子と同居、家族・本人は精神障害を受容できずトラウバあり	貯金を相当している 日常生活は几帳面すぎるほどきちんとしている	収入 13万（給料） 支出 生活費2万 洋服代1万、通信教育5千、趣味1万、生命保険4千700	家族同居 持家、2部屋を個室として専用 外出毎日 通勤、買物（月2回）、レジャー 自動車所有	平日 労働7時間 5：00起床 22：00就寝 規則正しい生活 休日 家事（皿洗）の手伝い10時間	三世代家族に同居 経済的には自立 結婚したいと思っているが、病気のためふんざりがつ（～3回）、レジャーがない 保健所活動リーダー 友人4～5人	支え～父、兄、弟、妹、兄嫁、会社同僚、保健師 将来 お金、資格 肩書きがほしい	病気をことを隠さない、世間同志と交流したくない、保健師の家庭訪問がなされている



ケース 記号	性別	年齢	生涯歴・学歴 生活歴	医療との関わり		家庭状況	生活管理状況	経済生活状況	空間的生活状況	時間的生活状況	役割・生活関係	心理的・精神的 充足状況	備考
				入院回数	医師との関わり 平均回								
F	女	43	小学校卒業 結婚し出産 産後のヒダナが悪 く発病	4	数ヶ月、 月2回 通院、 服薬不 安定、 公費	夫(アルコール中 道) 保母 長女 保母 次女 てんかん、 会社員、自殺企 図あり 主計者夫(現在無 職)	だらしない 家事はどうか なしている	収入 2万8千(パート) 生活保護受給経験 あり 支出 あればあるだけ使 う	家族同居、借家 (団地を追い出さ れたことあり) 外出毎日 通勤、買物、宗教 活動	平日 労働2時間 3:00起床 家事、昼寝など家 でゴロゴロしてい る時間が長い	主婦としての家事 はやとできてい る。友人互助会 の人、会社の同僚 (人々を好きにな ることが病後、病 後の好きな人い る)	支え〜夫、妹、子 供、相談員 趣味〜生け花 生きがい〜近所・ 友人との交流	やっと地域生活が 保たれている 家族全体の生活が 不安定
G	女	43	中学校卒業、会社 10年勤務後発病、 姉の結婚にショッ クをうつける 子供の頃、父母が いつもけんかして いた	2	週1回 通院、 服薬不 安定、 公費	単身生活、自宅に 帰りたいという本 人の希望は強いが 児童との関係で帰 れないうちも十分 承知している 姉2人は協力的	入浴週1回 料理も毎日ご飯と 一品(のり、つく だ煮など)のみ	収入 生活保護受給 月7万 支出 食費2万〜2万5 千、家賃2万5千	水道アパート4.5 畳、台所付、便所 共用 外出毎日 病院デイケア 買物	平日 3:00起床 18:00就寝 休日 家事2時間 余暇テレビ、昼寝	依存性強い 友人4〜5人、デ ィケア仲間	支え〜医師、ケー スワーカー 趣味〜あみ物 生きがい〜ディケ ィでみんなであ そぶこと	退院にむけて不安 になり自殺企図あ り 姉2人の同伴外泊 で支えられる
H	女	46	中学・高校時代祖 父の看病をしながら 通学。この頃義 母→実母→義母と いれかわる。高卒 後上京、転職をくり 返す。屋さんに なりたいたいと寺へ行 ったことあり	7	月2回 通院、 入院要 求、服 薬不安 定、公費	単身生活 家族とは交遊なし	食生活不規則 入浴週1回	収入 4〜5千(手広い) 生活保護7万5千 支出 食費1万6〜7千 家賃2万4千、貯 金	水道アパート6畳 台所、便所付 暖房湯たんぽ 冷房うちわ 外出毎日 噴水を見に行く	平日 労働3.5時間 6:00起床 18:30就寝 休日 テレビ、ラジオ、 コロ寝	友人あまりいない 入院中の同室者 と、孤独だけで お寺へ行く	支え〜知人・友人 趣味は好きだけ ど、孤独だけで はたまらない 生きがい〜仕事	具合が悪くなると 自殺を図る
I	男	37	高2の時家出、簡 易宿泊所や友人宅 を転々とする生活 26才で発病 職場も転々とする	4	月2回 通院、 服薬不 安定、 公費	単身生活 父は行方不明 母とはつながり なし 実母音信不通 異母姉妹あり	洗濯・そうじな か お食はあればある だけ使ってしまう しなくても借金し て使う だらしない	収入 生活保護受給 7万5千 支出 食費4万、家賃2 万、借金返済1万 タバコ5千	水道アパート4.5 畳、台所、ガス台 便所共用	睡眠時間11時間 11:00起床 24:00就寝 日中はブラブラし ている	交友関係はよい 友達10人以上	支え〜知人・友人 福祉司 趣味〜将棋、俳句、 絵画 生きがい〜小説を 書くという気 持	将来小説家になる ことを夢とは思っ ていない
J	男	46	農家の次男に生ま れる。高校卒業 入通院をくり返し ながらK会社に12 年間勤務	6	月2〜 3回通 院、服 薬規則 的、公費	両親、兄夫婦、弟 が同僚地内に居住 本人は1人で生活 兄達とは仲が良く ない、特に兄嫁に 被害感をもっている	食事はホカホカ弁 当を貰うことが多 い そうじはしない	収入 6万(本人名義の アパート家賃) 父から1週に1万 支出 本代1万、食費2 万、交通費、雑費	家族は母家に居住 本人は特養に1人 で居住(12年前よ り) 外出 週2〜3回 通院、買物、教会	平日 労働6.5時間(農 作業) 余暇本、テレビ 4:00起床 22:00就寝	必要時しか母家 へは行かず 保健所デイケアに 参加 宗教活動を通じて の人のふれあい を楽しみにしてい る	信仰と主治医に傾 け持ちをもちあける ことをよりどころ としている 支え〜父	一人ぼっちの生活 で誰かと話したい という気持ちが強 い 経済的には豊か

# 経時的就労プロセス (10名抜粋)





(注)

- △ 最終学校卒業(中退)年令  
× 発病の頃の年令  
○ 昭和58.7月現在の年令

入院期間

社会復帰訓練期間

就労期間

休職中

退職理由

#### 就労経路

- (1) 縁故・友人の紹介
- (2) 家族紹介
- (3) 近所紹介
- (4) 学校紹介
- (5) 職業センター紹介
- (6) 職業安定所紹介
- (7) 職業訓練校紹介
- (8) 情報誌・広告等紹介
- (9) その他紹介

