

Title	精神障害者の社会復帰決定要因の研究：院内プログラムと患者のデモグラフィック特性の影響
Sub Title	The determining factor of psychiatric rehabilitation : the effect of inpatient rehabilitation programs and psychiatrically disabled person demographic characteristics
Author	吉田, 悟(Yoshida, Satoru) 吉田, 直美(Yoshida, Naomi)
Publisher	慶應義塾大学大学院社会学研究科
Publication year	1988
Jtitle	慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要：社会学心理学教育学 (Studies in sociology, psychology and education). No.28 (1988. ) ,p.93- 105
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	論文
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000028-0093">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000028-0093</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

# 精神障害者の社会復帰決定要因の研究

## The determining factor of psychiatric rehabilitation

—院内プログラムと障害者のデモグラフィック特性の影響—

—The effect of inpatient rehabilitation programs and psychiatrically disabled person demographic characteristics—

吉 田 悟

*Satoru Yoshida*

吉 田 直 美

*Naomi Yoshida*

In this paper, firstly, psychiatric rehabilitation outcome criteria of "hospital recidivism" and "post-hospital employment" are reviewed out of the preceding literatures in the USA. At the same time, a base line, it is called "Base Rate", against which the unique effect of rehabilitation program could be evaluated, is reviewed.

Secondly, using this ways, what specific types of inpatient rehabilitation programs (①work therapy ②non-traditional group ③behavior milieu therapy program) contribute significantly toward the success or failure of attempts to rehabilitate the psychiatrically disabled person are examined. Similarly, the relationship between their various demographic characteristics and rehabilitation outcome is investigated.

The conclusion that evolved out of this study is follow.

The determining factor in rehabilitation outcome is the presence or absence of a disabled person's skill behaviors required by particular environments. (e. g., a non-sheltered job site, a community living setting)

### 1. 序

1987年から1988年にかけて、精神保健法の成立（本稿執筆中9月10日衆議院通過）、精神障害者社会復帰施設の新設（厚生省、1987. 8. 11）、精神障害者小規模作業所の急増など、我が国の精神障害者処遇、特に社会復帰に関しての一大変革の年となりそうである。

しかし、様々な社会復帰の施設の増設あるいは新設を手ばなしに喜べるだろうか？ 重要なのは、施設そのものよりむしろ施設で提供されるプログラムではないだろうか？ この様な疑問は、著者たちが東京都精神障害者共同作業所連絡会に関わってから増す一方だった。提供されるプログラムが各作業所まちまちであり、そのプログラムが何を目標としているか不明である、という実感から、社会復帰施設で提供されるプログラムの評価の必要性を感じるようになった。

プログラムが、障害者の社会復帰に影響を及ぼしてい

るかを検討する際において、以下の2つの疑問が生じた。すなわち、①社会復帰の程度をどう査定すべきか？ ②提供されたプログラムの社会復帰への効果の有無を、何を基準に判定すべきか？、である。この2つの疑問に応えるべく、著者らは、米国の先行研究を検討し、考察した。（米国では、1960年代から、精神障害者社会復帰プログラムの効果研究を組織的に研究してきたからである）。

しかし、精神障害者の社会復帰プログラムと一口で言っても、院内プログラム、外来プログラム、中間施設で行なわれるプログラムなど様々である。本研究では、入院患者が受ける院内プログラムが、社会復帰に影響があるかを検討する。

院内プログラムを選択した理由は2つある。まず第一に、院内プログラムは、入院患者が（初入院の患者に限るが）最初に受けるプログラムであり、他のプログラムの影響を受けないからである。第二に、退院後に提供さ

れるプログラムの効果は、院内プログラムの影響を受ける可能性があるからである。つまり、退院後に提供されるプログラム自体の効果を査定するうえでも、院内プログラムの影響の検討が必要なのである。

ところで、プログラムの効果とは別に、社会復帰に影響を与える条件として、障害者のデモグラフィック特性があげられる。本研究では、院内プログラムが与える影響と共に、障害者のデモグラフィック特性の影響を検討する。

## 2. 社会復帰の2つの基準変数

米国においては、精神障害者の様々な治療プログラム、社会復帰プログラムの効果研究が1960年代から最近にいたるまで、数多くなされてきた。米国においても、社会復帰プログラムを評価することの困難さは、社会復帰の基準変数が、非常に多く存在することにあった。そのため Anthony ら (1972) は、精神障害者の社会復帰研究の分野において、社会復帰の一致した基準を見出そうと試みた。すなわち、1960年代の社会復帰プログラムの社会復帰の結果の研究をレビューし、それら多くの論文の中から、社会復帰の基準として、2つの基準を導き出した。1つは、退院した精神障害者が、追跡調査の期間内に再入院する割合であり、これを「常習性 (Recidivism)」と名づけた。もう1つの変数は、退院した精神障害者が、追跡調査の期間に、保護的でない職場（つまり、保護工場などではなく、一般の有給の職場）で就労している人々の割合、一般的には追跡調査の期間内にフルタイムで就労している人々の割合で、これを「退院後の就労 (Post-hospital employment)」と名付けた。

これら2つの基準変数が社会復帰の基準として妥当である理由は、1950年代から現在までに、精神障害者の社会復帰研究において提出された「社会復帰」の定義が、「障害者自身が、コミュニティで機能するための能力に支障となる障害を取り除いたり、あるいは軽減したりするためにデザインされた、1つの回復のプロセス」というあたりに、収れんしているからである。(e.g., Anthony et al., 1982; Caplan, 1964; Leitner & Drasgow, 1972; Martin, 1959; Wright, 1950) すなわち、これらの研究者は、精神障害者をコミュニティに再適応させるプロセスとして、社会復帰をとらえたのである。「常習性」は、患者が再入院しないで地域に留まっていられるか、再入院してしまうかを示し、「退院後の就労」は、地域で生活するために必要な収入を得ているか否かを示す。つまり、コミュニティ内で円滑に機能するための重要な要素

として、社会復帰の基準に採用されたのである。過去4半世紀にわたって提出された多くの精神障害者社会復帰研究で、この2つの変数の値が報告されたことも採用された理由としてあげられる。

また、この2つの変数の他、過去の多くの研究で提出された「退院率」、「病院内適応」などの変数は、コミュニティ内での円滑な機能に、「常習性」や「退院後の就労」よりも関係しているとは思えないとして、採用されなかった。(Anthony et al., 1972)

ところで、「常習性」と「退院後の就労」という2つの基準が、もし、なんらかの関係があったなら、2つを別々の基準として使用する必要がなくなる。過去の研究においては、「退院後の就労」と、再入院せずコミュニティに留まることとの間に相関がなく、また、退院後に少なくとも1回は再入院したことのある人としなかった人との間では、「退院後の就労」に、全く差が見出せなかった。(Arthur et al., 1968; Freeman & Simmons, 1963; Wessler & Iven, 1970)

これらの研究報告から、「常習性」と「退院後の就労」は、独立の基準であることを保証していると思われる。上記したように、「常習性」は、精神障害者がコミュニティに留まるかどうか（病院からの自立）を示し、「退院後の就労」は、障害者が生活するための糧を得ること（社会的、経済的自立）を示す。この様な意味で、2つの基準は、異なった社会復帰の次元を示しているといえよう。

## 3. 基準率

社会復帰プログラム自体の効果を評価するためには、投薬治療や個人あるいは集団の心理療法というような、伝統的な病院内治療しか受けていない精神病と診断された障害者の社会復帰の割合と、社会復帰プログラムを受けた精神病と診断された障害者の、社会復帰の割合を、比較する必要がある。

Anthony ら (1972) は、「社会復帰の処遇それ自体の効果を把握するためには、伝統的な院内処遇による『常習性』と『退院後の就労』への効果が、基準として確立されなければならない」と述べている。このために、基準率 (Base-Rate) と Anthony ら (1972) が名付けた、伝統的な病院内治療しか受けてない、精神病と診断された障害者の「常習性」と「退院後の就労」の割合を、過去の研究から調査し、まとめる必要が出てくる。

第1に、「常習性」の基準率として、表1 (Anthony et al., 1978; p. 366-368) が提出される。基準率は、退

表1. 退院後の期間別 常習性 (Anthony et al., 1978; p. 366~367)

退院後の期間	常習性 (%)	研 究 論 文
3ヶ月	10	Ellsworth et al. (1971)
	15	Orlinsky & D'Elia (1964)
	16	Johnston & Mcneal (1965)
	11~22	Moos, Shelton & Petty (1973)
6ヶ月	14	Angrist et al. (1961)
	27	Johnston & Mcneal (1965)
	30	Orlinsky & D' Elia (1964)
	33	Friedman, Von Mering, & Hinko (1966)
	33	Miller & Willer (1976)
	35	Morgan (1966)
	40	Fairweather et al. (1960)
9ヶ月	29	Lorei (1964)
6~13ヶ月	33	Franklin, Kittredge, & Thrasher (1975)
7~10ヶ月	39	Cumming & Markson (1975)
1年	35	Pishkin & Bradshaw (1960)
	36	Wolkon, Karmen, & Tanaka (1966)
	37	Johnston & Mcneal (1965)
	37	Michaux et al. (1969)
	37	Katkin et al. (1975)
	38	Williams & Walker (1961)
	38	Freeman & Simmons (1963)
	39	Lorei (1967)
	40	Miller (1966)
	40	Milier (1967)
	41	Schooler et al. (1967)
	42	Bloom & Lang (1970)
	46	Orlinsky & D' Elia (1964)
	48	Savino & Schlamp (1968)
	50	Friedman, Von Mering & Hinko (1966)
1~2年	20	Lewinsohn (1967)
15ヶ月	45	Wilder, Levin, & Zwerling (1966)
18ヶ月	46	Wolkon, Karmen, & Tanaka (1971)
2年	51	Johnston & Mcneal (1965)
	55	Wolkon, Karmen, & Tanaka (1971)
	55	Katkin et al. (1975)
	75	Mendel (1966)
2年半	60	Wolkon, Karmen, & Tanaka (1971)
3年	56	Johnston & Mcneal (1965)
	64	Sherman et al. (1964)
	65	Olshanaky (1968)
5年	67	Friedman, Von Mering, & Hinko (1966)
	70	Freyhan (1964)
	70	Miller (1966)
	75	Miller (1967)
10年	77	Gurel (1970)

表2. 退院後の期間別 就労率

退院後の期間	就労率 (%)	研究論文	備考
6ヶ月	38	Fairweather (1964)	6ヶ月 中 数回就労
	47	Walker & McCourt (1965)	6ヶ月 中 数回就労
	23	Walker & McCourt (1965)	フルタイムで就労
	33	Olshansky (1968)	6ヶ月 中 1ヶ月以上就労
1年	20	Freeman & Simmons (1963)	フルタイムで就労
	28	Hall, Smith, & Shimkunas (1966)	フルタイムで就労
	24	Lorei (1967)	フルタイムで就労
	12	Anthony et al. (1978)	フルタイムで就労
1~2年	18	Wolkon, Karmen, & Tanaka (1971)	仕事で収入を得ているもの
3年	25	Walker, Williams, & Kelley (1966)	①サンプル; 初めての入院者に限定 ②保護的でない一般の職場
5年	15	Lamb & Goertzel (1972)	配偶者や家族のために家事に従事

院後の追跡調査期間によって変化し、プログラムの効果を比較する際においても、調査期間が同じことが重要である。「常習性」は、追跡期間が長くなればなるほど、増加していく。Anthony ら (1972) は、「母集団、地域差、制度の相違があるにもかかわらず、『常習性』のデータは非常に一致している」と述べ、この「常習性」の基準率が信頼できるものであることを示唆している。

第2に、先行研究から見出された「退院後の就労」の基準率を、著者が表2にまとめてみた。「退院後の就労」の基準率を報告した研究は、「常習性」の基準率を報告した研究に比べて少ない。しかし、「退院後の就労」の基準率も、大体一致しているように思われる。「退院後の就労」の基準率は、退院後の追跡調査期間が長くなればなるほど低下している。「退院後の就労」は、原則としてフルタイムの就労とされたが、研究の中には表中のように、追跡調査期間中に数回就労というものもある。

なお、最近においては、伝統的な病院内治療のみによる社会復帰への影響を調査した研究がなく、データが1960年代から70年代に限られている。

#### 4. 院内プログラムの社会復帰への影響

社会復帰プログラムの効果は、上記したように「常習性」及び「退院後の就労」の基準率で比べられる。

表3は、表1・2のから基準率をまとめたもので、以下の社会復帰プログラムの「常習性」、「退院後の就労」の値と比較する際の判定基準である。

本研究で扱う社会復帰プログラムは、精神病と診断さ

表3. 基準率 (表1・表2に基づいた)

退院後の期間	常習性 (%)	就労率 (%)
6ヶ月	30~40	20~50
1年	30~50	10~30

れた障害者が入院中に病院内で受ける、いわゆる院内プログラムである。リハビリテーション心理学の分野での精神障害者の社会復帰研究の中心は、退院後に障害者の受ける外来プログラム及び中間施設での処遇と環境についての研究である。先行研究においても、退院後の社会復帰プログラムの効果研究に比べて、院内プログラムの効果研究は非常に少ない。

また、近年、「常習性」及び「退院後の就労」を基準変数として、院内プログラムの効果を査定した研究は見あたらない。その理由として、近年、米国での院内プログラムに関する研究は、社会的技能訓練 (social skill training) による段階別の目標達成の評価と、社会的技能訓練プログラム自体の研究に移行してきているからである。(e.g., Anthony & Farkas, 1982; schooler & Spohn, 1982; Brown et al., 1983) しかし、院内プログラムの「常習性」及び「退院後の就労」の影響を報告する研究は、むしろ退院後の社会復帰プログラムの影響を研究する上での基礎的研究であり、重要である。

障害者の受けた院内プログラムのタイプは、入院以前の職歴や教育水準と同様に、障害者のデモグラフィック特性となる。つまり、院内プログラムの影響は、彼らが退

院後に受ける外来プログラム及び中間施設での処遇の社会復帰への効果を評価する時、深く関連する重要な要因である。例えば、ある小規模作業所の社会復帰への効果を評価する際において、プログラムを受けた障害者の「常習性」が基準率よりも低かったとしても、退院前のプログラムの効果を考慮しなかったとしたら、導かれた結果はかなり疑わしいと思われる。退院後の社会復帰プログラムの効果研究は、6ヶ月から1年程度の「常習性」及び「退院後の就労」の割合をもって、効果のある無しを判定している。これらの先行研究から導き出された結果は、退院後のプログラムの効果自体とともに、院内プログラムの影響が大きいと思われる。しかし、退院後のプログラムの社会復帰の効果を評価する際に、院内プログラムの影響を排除したり、なんらかの配慮をした研究が全く見出せなかった。

以上のことから、院内プログラムの社会復帰への効果研究の報告は、単に院内諸プログラムの効果を先行研究から報告するに留まらず、退院後の社会復帰プログラムの効果研究をする際の、基礎的研究として重要であると思われる。院内プログラムの分類は、Anthony ら(1972)に基づき、伝統的な院内治療、院内作業、非伝統的グループ、行動環境プログラムの4つに分類される。しかし、伝統的院内治療の効果は基準率そのものであって、比較の対象とはならない。

#### (1) 院内作業

表4は、院内プログラムを受けた障害者の退院後の「常習性」と「退院後の就労」を報告した先行研究をまとめたものである。「退院後の就労」の値は一致して基

準率と変わらない。このことは、院内作業が「退院後の就労」に効果がないことを示しているように思われる。Walker & McCourt (1965) は、入院中に活発に作業を行っていた患者の26%が退院後に就労しており、院内作業に参加しなかった患者の就労率20%と比べて、院内作業が「退院後の就労」に効果がないことを示唆している。ただ、Hoffman (1965) のサンプルを、プログラムを終了した者のみに限ると、就労率が76%に増大すると報告されている。

「常習性」に関しては、Barbee ら(1969)の研究しか報告されていないが、作業プログラムに参加しない患者のほうが、参加した患者と比べて常習性が約半分であること、及び、作業プログラムに参加した患者のほうが、参加しない患者に比べて長期間病院に留まる傾向があることを報告した。このことは、院内作業は、「常習性」の低下に効果がないことを示唆している。

同様に、数値は提出しないが、Johnson & Lee (1965) は、作業療法、リハビリテーションカウンセリング、授産に力点が置かれるプログラムでも、伝統的院内治療を受けた患者と比較して、退院してから再入院するまでの期間及び、家庭の中心者に評価されたコミュニティ適応にも、違いがないことを報告している。このことは、院内作業のプログラムが、「常習性」の低減に効果がないことを示す証拠と思われる。

#### (2) 非伝統的グループ

非伝統的グループは、従来の集団療法でない、患者の対人関係の技能を改善することに焦点をあてた、すべてのグループアプローチのことを指している。表5は、非

表4. 院内作業プログラムを受けた障害者の常習性と退院後の就労率

研究論文	退院後の 期間	常習性 (%)	就労率 (%)	備考
(1) Hoffman (1965)	6ヶ月	—	36	サンプル; プログラムに参加した者すべて ※サンプルをプログラム終了に限定すると就 労率76%
(2) Walker & McCourt	6ヶ月	—	26	① フルタイムの就労; サンプルは院内作業 に積極的に参加したもの ② コントロール群(院内作業積極的に参加 しなかったもの) 就労率20%
(3) Barbee et al. (1969)	2年	46	—	① プログラムに参加しない患者の常習性23% ② プログラムに参加した患者は参加しない 患者よりも入院期間が長期化の傾向あり
(4) Walker et al. (1969)	6ヶ月	—	36	6ヶ月中途回数就労
(5) Kuncze (1970)	6ヶ月	—	33	6ヶ月中途回数就労

※職場はすべて保護工場などの保護的な職場ではなく、一般の職場である。

表5. 非伝統的グループ プログラムを受けた障害者の常習性と退院後の就労率

研究論文	退院後の 期間	常習性 (%)	就労率 (%)	備 考
(1) Fairweather (1964)	6ヶ月	36	54	① 自主的な問題解決能力をつけるためのグループ ② コントロール群 (伝統的グループ療法のみ提供) 常習性46% 就労率38%
(2) Johnson et al. (1965) Hanson et al. (1966)	10ヶ月	16	65	① コントロール群 (伝統的グループ療法のみ提供) 常習性26% 就労率50% ② サンプルの68%が質問紙であること、コントロール群の常習性と就労率が基準率よりも高いことから、データに疑問
(3) Carkhuff (1973)	1年	30	—	① サンプル；少年、少女 ② 80以上の技能学習プログラム ③ コントロール グループ (このプログラムを受けない患者) の常習性46%
(4) Jacobs & Trick (1974)	1年	21	74	就労率は家庭復帰者を合わせているのでデータに疑問

伝統的プログラムを受けた障害者の「常習性」と「退院後の就労」の数値を報告している研究をまとめたものである。

「退院後の就労」は、追跡調査期間にかかわらず、一致して基準率の値よりもかなり高い。ただし、Johnsonら (1965)、Hansonら (1966) のデータにおいて、コントロール グループの「退院後の就労」及び「常習性」の値がかなり高いこと、サンプルの68%が質問紙調査であることから、研究データがかなり疑わしいと思われる。Jacobs & Trick (1974) のデータも、「退院後の就労」に家庭復帰者を入れているので、データとして信頼性が低いと思われる。ただし、上記で指摘した問題点を考え合わせても、基準率の倍以上の値というかなり高い値であることから、少なくとも、この2つの研究とも、基準率よりはかなり高い値であることは確かであると思われる。

「常習性」に関しては、2つの研究で明らかに基準率よりも低く、Carkhuff (1973) のデータも30%とやや低く思われる。Johnsonら (1965)、Hansonら (1966) のデータが疑わしさは、「常習性」の場合も同様である。このように、全体的にやや「常習性」の値は、基準率よりも低い傾向にある。

また、数値は示していないが、Carkhuff (1969)、Pierce & Drasgow (1969) らは、対人関係の技能を改善するためのグループ アプローチが、院内での対人関係行動の改善に効果があると報告している。

### (3) 行動環境療法プログラム (Behavior milieu therapy program)

行動環境療法プログラム (Heap et al., 1970) と呼ばれるこのプログラムは、患者の起きているすべての時間を治療の終了に向けてのために、病院の環境全体を構造化する試みである。(Anthony et al., 1972) このプログラムは、代用経済、患者の自治、社会学習、技能訓練、行動療法、あるいは態度療法、作業訓練、心理療法などを組み合わせた、包括的なプログラムを患者に提供する。

表6は、行動環境療法プログラムを受けた障害者の「常習性」の値を報告している2つの研究をまとめたものである。行動環境療法プログラムで、「退院後の就労」の数値を示している研究は見出せなかった。また、2つの研究とも、一致して「常習性」の値が基準率よりもかなり低い。このことから、このプログラムは「常習性」の低減に効果があると思われる。

環境療法プログラムと直接関係ないが、病棟でのスタッフの組織風土と患者の再入院との関係を研究したものに、Ellsworthら (1971) の研究がある。彼らは、スタッフになっている看護婦が、プログラムの計画段階から参加したり、自分の仕事に対して賞賛を受けていると認知しているような病棟の、患者の「常習性」は、他の病棟と比べて低いことを報告している。このことは、プログラムを提供するスタッフのスタッフ組織の風土が、患者の「常習性」と深く関連していることを示していると思われる。

表6. 行動環境療法プログラムを受けた障害者の常習性と退院後の就労率

研究論文	退院後の期間	常習性 (%)	就労率 (%)	備考
(1) Heap et al. (1970)	35ヶ月	14	—	プログラム：代用経済, 患者の自治, 態度療法, 行動療法, 作業訓練, 心理療法 ※このプログラムを受けなかった患者の常習性50%
(2) Becker & Bayer (1975)	3～5年	12	—	プログラム：代用経済, 環境療法, 技能訓練, 身体訓練

※職場はすべて保護工場などの保護的な職場ではなく、一般の職場である。

#### (4) 結論

①院内作業のみでは、社会復帰には一致して結びつかず、むしろ、Barkerら(1969)の研究では、作業プログラムを受けない患者のほうが、受けた患者と比べて再入院率が半分程度であり、しかも入院率も短いことを報告している。このことは、院内プログラムがコミュニティ適応を促進するより、むしろ院内の適応を促進し、病院内環境に依存させる影響があることを示唆している。院内作業プログラムの「退院後の就労」への効果が、基準率と比較して、一致して効果がないこと、また、Walker & McCourt(1965)の研究により、院内に於ける作業活動は、院外での保護的でない一般の職場での就労に結びつかないことから、保護的な環境での作業訓練は、保護的でない一般の就労に効果がないことを示唆している。

Anthony & Jansen(1984)は、「退院後の就労」に影響を与える要因を、先行研究から9つ見出したが、その1つとして、「ある一定の環境で(例えばコミュニティで)機能するための能力によって、別のタイプの環境(例えば職場)で機能するための能力を予想できない」と述べ、多くの研究を報告している。このことは、病院内環境で作業能力が向上することがすなわち、病院環境とは別の環境で就労し、それを継続できることに結びつかないことを意味すると思われる。

②これに対して、対人関係の技能の改善のためのグループが、「退院後の就労」に効果あることが見出された。また、再入院率の低減にも効果があるように思える。他者とうまくやっていけるように機能することが、保護的でない職場に勤めるための条件であるように思われる。このことは、Anthony & Jansen(1984)が先行研究から見出した、「退院後の就労を予測する際の重要な予測変数は、他人と仲良くやるための能力、あるいは他人と社会的に機能するための能力」という知見を支持していると思われる。また、コミュニティに留まるためにも、

他者とつきあうための技能が必要と思われる。

③行動環境プログラムの特徴は、多様なプログラムを提供することにある。社会復帰の障害となるものは、障害者によって差異があると思われる。ある人にとっては対人関係に問題があり、またある人にとっては作業能力自体に問題があるなど、千差万別である。よって、プログラムが多様であることは、プログラムが1つであるよりも、より多くのニーズに応えることができるようになる。このため、包括的なプログラムである行動環境プログラムのほうが、作業のみの院内プログラムより「常習性」の低減に効果があるのかもしれない。

#### 5. 障害者のデモグラフィック特性と社会復帰との関係

リハビリテーションプログラムの社会復帰への効果を考える際に、プログラム自体のみが効果の要因として考えられがちだが、実際は、プログラムを受ける障害者の特性によって、プログラムの効果はかなり違ってくように思われる。例えば、障害者の職歴の有無によって、社会復帰に必要なプログラムはかなり違ってくると思われる。

このように、プログラム自体と障害者の特性がうまく噛み合って、初めて社会復帰が促進されるものと思われる。

この点から、障害者のデモグラフィック特性と社会復帰との関係を、先行研究から見出すことは、有意なことと思われる。

社会復帰の基準変数は、同様に「常習性」と「退院後の就労」である。デモグラフィック特性としては、過去の「入院回数」や「入院期間」、「精神病的診断のタイプ」、「学歴」、「職歴の有無」、「作業能力の水準」、「性差」、「結婚しているか否か」、「年齢」が挙げられる。

「退院後の就労」については、Anthony & Jansen(1984)が、障害者の特性との関係について、50余りの先



行研究から見出した知見を報告しているの、これを報告するに留める。(詳細は Anthony & Jansen, 1984; を見よ)ただ、彼らが報告していない特性との関係についてのみ、著者らが先行研究をまとめ、報告する。

障害者のデモグラフィック特性と社会復帰との関係の研究が行なわれたのは、1960年代が中心であった。

#### (1) 障害者のデモグラフィック特性と「退院後の就労」との関係

Anthony & Jansen (1984) は、障害者の特性を「退院後の就労」との関係に焦点をあてた50以上の先行研究から、いくつかの重要な発見をした。

- ① 退院後に就労するかどうか予測する際に、精神病の症状のタイプは、あまり関係がない。
- ② 退院後に就労するかどうか予測する際に、精神病的診断タイプは、あまり関係がない。
- ③ 「退院後の就労」を予測する際の、最良のデモグラフィック変数は、障害者の過去の職歴である。
- ④ 退院後に就労するかどうか予測する際の、重要な予測変数は、他者と仲良くやったり、他者と社会的に機能するための能力である。
- ⑤ 退院後に就労するかどうかを予測する際の、最良の治療的予測変数は、病院内や中間施設の作業場面で評定された作業適応技能の評価である。

著者達は、彼らが報告しなかった障害者の特性（過去の入院回数、入院期間の長さ、学歴、年齢）との関係について、先行研究が結論づけたことをもとに、関係を分類し、表7にまとめた。表7から、以下のことが見出さ

れる。

- ① 入院回数が多い障害者は、就労しない傾向があることを、すべての研究が一致して報告している。
- ② 入院期間、学歴、年齢については、関係が混乱している。ただ、入院期間が長い患者は、就労しない傾向がややあるように思われる。(Knowlton & Samuelson (1968) は、就労している人と、していない人との間には、入院期間に差がないと結論づけたが、就労していないの方が、やや入院回数が多いように思われる)
- (2) 障害者のデモグラフィック特性と「常習性」との関係  
表8は、米国の先行研究が結論づけた障害者の特性と「常習性」との関係を、分類し、まとめたものである。表8から、以下の5つの知見が得られる。
  - ① 入院の回数が多い障害者は、少ない障害者より再入院しやすい傾向にあることを、先行研究はほぼ一致して報告している。
  - ② 入院期間が長い障害者は、短い障害者よりも再入院しやすい傾向にあることを、一致して報告している。
  - ③ 精神病と診断された障害者は、再入院しやすいということを、一致して報告している。
  - ④ 学歴、職歴の有無、作業能力の水準、性差は、無関係であると、一致して報告している。
  - ⑤ 結婚しているか否か、年齢については、様々な結果が出ていて、結論づけられない。

この5つの知見のうち、精神病的診断と、「常習性」との関係は疑わしく思われる。Fairweather ら (1960), Fairweather (1964), Freeman & Simmons (1963) の

表7. 障害者のデモグラフィック特性と退院後の就労との関係

障害者のデモグラフィック特性	就労率が増加する傾向	就労率が低減する傾向	就労率に差異なし
(1) 以前入院した回数がより多い		① Goss & Pate (1967) ② Lorei (1967) ③ Green et al. (1968) ④ Wilson et al. (1969)	
(2) 入院期間がより長い		① Olshansky et al. (1960) ② Lorei (1967)	① Knowlton & Samuelson (1968)
(3) より高学歴			① Hall et al. (1966) ② Knowlton & Samuelson (1968) ③ Perkins & Miller (1969)
(4) より年長		① Green et al. (1968) ② Knowlton & Samuelson (1968)	① Perkins & Miller (1969)

※性差、結婚しているか否かと退院後の就労の関係を調査した先行研究は見出せなかった。

表8. 障害者のデモグラフィック特性と常習性との関係

障害者のデモグラフィック特性	常習性が増加する傾向	常習性が低減する傾向	常習性に差異なし
(1) 以前入院した回数がより多い	① Lorei (1967) ② Wessler & Iven (1970) ③ Arthur et al. (1968) ④ Gregory & Downie (1978)		① Lewinsohn (1967)
(2) 入院期間がより長い	① Fairweather et al. (1960) ② Freeman & Simmons (1963) ③ Fairweather (1968) ④ Arthur et al. (1968)		
(3) 精神病と診断される	① Fairweather et al. (1960) ② Fairweather & Simmons (1963) ③ Freeman & Simmons (1963) ④ Fairweather (1964)		① Lorei (1967) ② Wessler & Iven (1970)
(4) より高学歴			① Lewinsohn (1967) ② Lorei (1967) ③ Gregory & Downie (1968)
(5) 入院以前に職歴あり			① Forsyth & Fairweather (1961)
(6) 作業能力の水準がより高い			① Lewinsohn (1967) ② Gregory & Downie (1968)
(7) 性差			①② Miller (1966,67)
(8) 結婚している	① Lewinsohn (1967)	① Freeman & Simmons (1963) ② Miller (1967) ③ Gregory & Downie (1968)	① Forsyth & Fairweather (1961) ② Lorei (1967) ③ Wessler & Iven (1970)
(9) より年長	① Gregory & Downie (1967) ② Wessler & Iven (1970)		① Freeman & Simmons (1963) ② Lewinsohn (1967) ③ Lorei (1967)

研究は一致して、発病期間が長い慢性精神病患者や神経症患者よりも、発病期間がより短い精神病患者の方が、再入院せずにコミュニティに滞在する期間が長いことを報告している。これら3つの研究から、再入院に影響を与える要因は、精神病診断のタイプよりも、発病期間の長さであるように思われる。発病期間が長くなると再入院しやすくなるのは、発病期間が長くなるとそれだけ入院の回数・期間が増加するからと思われる。

また、年齢についての研究が、退院後の追跡期間によって、異なった結果を導き出していることがわかった。より年長の障害者の方が再入院しやすいという結論を導き出した2つの研究は、追跡期間が1～3年と長期間であるが、無関係と結論づけた3つの研究の追跡期間は、6ヶ月～1年とより短かった。このことは退院からの期間が長期化すると、より年長の者が再入院しやすくなることを示している。年長の者の方がより発病からの期間が

長い可能性が高く、そのために、より入院回数・期間が多いと推測されるので、再入院しやすいのだと思われる。

以上のことから、「常習性」と関わりの深い障害者の特性は、以前の入院回数期間であり、入院回数・期間がより多い患者は、再入院しやすいことが見出された。

### (3) 結論

① 過去に入院回数期間の多い者は、より再入院しやすいし、就労しない傾向がある。

② 職歴のある者は、ない者よりも就労する傾向がある。

③ 作業能力が高い者は、より就労する傾向がある。作業能力と常習性は、無関係である。

④ 精神病的診断のタイプは、「常習性」、「退院後の就労」とあまり関係がないかもしれない。

以上から、障害者のデモグラフィック特性と「常習性」・「退院後」の就労との関係に共通する2つの原理が見出される。

① 過去における特定の環境例えば、病院内、職場での経験及び適応は、将来における同様な環境での適応を予測出来る。

② 過去における特定の環境での経験及び適応は、将来における別の環境での適応を予測できない。

入院回数・期間がより多い障害者は、病院内環境での経験が豊富で、院内環境ではうまく機能できるので、退院しても、再び自分が適応していた病院内環境にもどってきてしまう。また、入院以前に職歴のある者は、職歴のない者より職場環境に慣れているので、より就労する傾向があるのだと思われる。また、職歴があっても、作業能力がより高くても、再入院しにくいとはいえないということから、再入院の決定要因は、病院内環境への適応の程度と思われる。つまり、一定の環境（職場）での経験の豊富さ及び適応は、別の環境（病院内）での適応を予測できないということがいえると思われる。

結論として、「退院後の就労の決定」要因は、職場環境での経験と適応であり、「常習性」の決定要因も、病院内環境での経験と適応であると推測される。

## 6. 総括と考察

(1) 本研究は、Anthony ら (1972, 78) を中心に米国の先行研究から、社会復帰の程度を測定するための2つの基準変数（「常習性」、「退院後の就労」）及び、社会復帰プログラムが、患者の社会復帰に効果があるか否かを判定する基準として、「基準率」を報告した。

これらは、我が国において社会復帰プログラムの効果

研究をする際にも、方法的基礎となる重要な概念と思われる。

(2) 院内プログラム、障害者のデモグラフィック特性の社会復帰への影響の検討から、以下にあげる4タイプの障害者は、退院後に受ける社会復帰プログラムと無関係に、再入院しにくく、就労しやすい傾向があることが見出された。①院内で多様なプログラムを受けた障害者。②対人関係技能の改善に焦点をあてたプログラムを受けた障害者。③職歴がある、あるいは作業能力の高い障害者。④入院回数・期間の少ない障害者。（以上、表4～8及び、第3、4セクションの結論参照）

以上のことから、障害者が退院後に受けるプログラムの効果を考える時、この4つの特性を障害者が持っているかどうかを検討の上、効果を査定すべきと思われる。

(3) 我が国では、精神障害者の社会復帰研究が組織的に行なわれていない。米国においては、精神障害者社会復帰研究の専門雑誌 Psychosocial Rehabilitation Journal が刊行され、プログラム効果、処遇理論のみならず、施設経営、施設環境、スタッフ教育、家族への援助など幅広い研究が、多くの研究者によって、組織的に行なわれ、実践に多大な影響を与えている。

我が国において、精神障害者の社会復帰対策の課題の1つに、多くの研究者がこの分野のさまざまな問題を組織的に研究することの必要性があげられる。

(4) 本研究では、院内プログラム及び、障害者のデモグラフィック特性が社会復帰に影響を与えるかどうかの検討を、米国の先行研究をもとに行なった。これらの検討から、得られた結論をまとめると、以下のようになると思われる。

就労に必要なのは、障害者それぞれが就労を希望する特定の職場環境で求められる技能を備えることであり、その結果、その職場環境に適応可能になる。再入院せずに、コミュニティに留まるのに必要なことも、障害者それぞれの生活環境で求められる技能を備えることである。

対人関係の技能・作業能力の向上は、職場環境や生活環境で機能するための重要な要素である。しかし、院内作業は一致して「退院後の就労」・「常習性」に効果がなく（表7参照）、中間施設も退所後の就労に効果がないと多くの研究が報告している。（e.g., Beard et al., 1963; Fairweather et al., 1969; Vitale & Steinback, 1965）このことは、特定の環境（例えば職場）に適応するには、その環境以外（例えば病院内、中間施設）で、適応のための技能を訓練してもあまり効果がないことを示していると思われる。

Anthony ら (1982) は、障害者の現在の技能と、患者が生活したり、就労しようとする特定の環境が要求する技能との隔たりによって、社会復帰が決定づけられることを示唆している。つまり、特定の環境場面 (Anthony らは例として、退院した夫が家庭で妻子と暮らすのに必要な技能をあげている) において必要とされる技能に、現在の行動技能をいかに近づけていくかによって、社会復帰は決定づけられるというのである。

この特定の環境場面が必要とされるさまざまな技能を、段階的に達成目標を定めて、最終的にその環境で必要とされる技能を獲得しようとするプログラムが、社会的技能訓練プログラム (Social skill Training program) であり、近年、米国で Anthony 及び Liberman (e.g., Liberman et al., 1985) を中心に研究され、発展されている。

本研究は、精神障害者が社会復帰するうえで、社会的技能訓練が必要であることを示唆していると思われる。我が国において、社会的技能訓練を積極的に導入することが期待される。

(5) 本研究では、米国の先行研究に基づいて、社会復帰に影響を及ぼす要因を検討したので、見出された結果が、文化差をこえて我が国にもあてはまるか、疑問である。今後の研究課題として、本研究で導かれた結果が、我が国でも支持されるかどうか、我が国の先行研究及び、施設などから提出されているデータと比較することが重要と思われる。

#### 参 考 文 献

- Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S., & Althoff, M. E. (1972). Efficacy of Psychiatric Rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 78, 447-456.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Vilato, R. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365-383.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. (1982). A Psychiatric Rehabilitation Treatment Program: Can I Recognize One If I See One? *Community Mental Health Journal*, 18, 83-96.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. (1982). A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 13-38.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the Vocational capacity of the Chronically ill. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Arthur, G., Ellsworth, R. B., & Kroecker, D. (1968). Schizophrenic patient posthospital community adjustment and readmission. *Social Work*, 13, 78-84.
- Barbee, M. S., Berry, K. L., & Micek, L. A. (1969). Relationship of work therapy to psychiatric length of stay and readmission. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 735-738.
- Beard, J. H., Pitt, R. B., Fisher, S. H., & Goertzel, V. (1963). Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 701-712.
- Becker, P., Bayer, C. (1975). Preparing chronic patients for community placement: A four-stage treatment program. *Hospital and Community Psychiatry*, 26, 448-450.
- Brown, M. A., & Munford, A. M. (1983). Life Skills Training for Chronic Schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 466-470.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations*. Vol. I & II. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Carkhuff, R. R. (1973). *Cry twice! From custody to treatment—The story of institutional change*. New York: Holt Rinehart, & Winston.
- Ellsworth, R., Maroney, R., Klett, W., Gordon, H., & Gunn, R. (1971). Milieu characteristics of successful psychiatric treatment programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 427-441.
- Fairweather, G. W., Simmons, R., Gebhard, M. E., Weingarten, E., Holland, J. L., Sanders, R., Stone, G. B., & Reahl, J. E. (1960). Relative effectiveness of psychotherapeutic Programs: A multicriteria comparison of four programs for three different patient groups. *Psychology Monographs*, 74, NO. 5.
- Fairweather, G. W., & Simmons, R. (1963). A further follow-up comparison of psychotherapeutic Programs. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 186.
- Fairweather, G. W. (Ed.) (1964). *Social Psychology in treating mental illness*. New York: Wiley.
- Fairweather, G. W., Sanders, D. H., Maynard, H. D., & Cressler, D. L. (1969). *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Aldine.
- Forsyth, R. P., & Fairweather, G. W. (1961). Psychotherapeutic and other hospital treatment criteria: The dilemma. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 598-604.
- Freeman, H. E., & Simmons, O. G. (1963). *The mental patient comes home*. New York: Wiley.
- Goss, A. M., & Pate, K. D. (1967). Predicting vocational rehabilitation success for psychiatric

- psychiatric patients with psychological tests. *Psychological Reports*, 21, 725-730.
- Green, H. J., Miskimins R. W., & Keil, E.C. (1968). Selection of psychiatric patients for vocational rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 11, 297-302.
- Gregory, C. C., & Downie, M. N. (1968). Prognostic study of patients who left, returned, and stayed in a psychiatric hospital. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 232-236.
- Hall, J. C., Smith, K., & Shimkunas, A. (1966). Employment problems of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 123, 536-540.
- Hanson, P. G., Rothaus, P. M., Johnson, D. L., & Lyle, F. A. (1966). Autonomous groups in human relations training for psychiatric patients. *Journal of Applied Behavioral Science*, 2, 305-324.
- Heap, F. R., Boblitt E. W., Moore, H., & Hord, E. J. (1970). Behavior milieu therapy with chronic neuropsychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 349-354.
- Hoffman, J. J. (1965). Paid employment as a rehabilitative technique in a state hospital: A demonstration. *Mental Hygiene*, 49, 193-203.
- Jacobs, M. K., & Trick, O. L. (1974). Successful psychiatric rehabilitation using an inpatient teaching laboratory. *American Journal of Psychiatry*, 131, 145-148.
- Johnson, R. G., & Lee, H. (1965). Rehabilitation of chronic schizophrenics: Major results of a three-year program. *Archives of General Psychiatry*, 12, 237-240.
- Knowlton, V., & Samuelson, C. O. (1968). The rehabilitation of former mental patients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 11, 164-166.
- 厚生省保健医療局精神保健課 (1987. 8. 11). 昭和63年度要求精神保健対策関係一覽表
- Kunce, J. T. (1970). Is work therapy really therapeutic? *Rehabilitation Literature*, 31, 297-299.
- Lamb, H. R., & Goertzel, V. (1972). The demise of the state hospital— A premature obituary. *Archives of General Psychiatry*, 26, 489-495.
- Leither, L., & Dreagow, J. (1972). Battling recidivism. *Journal of Rehabilitation*, July-August, 29-31.
- Lewinsohn, P. M. (1967). Factors related to improvement in mental hospital patients. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 588-594.
- Lieberman, R. P., Massel, H. K., Mosk, M. D., & Wong, S. E. (1985). Social skill training for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 396-403.
- Lorei, T. W. (1967). Prediction of community stay and employment for released psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 349-357.
- Martin, H. R. (1959). A philosophy of rehabilitation. In M. Greenblatt & B. Simon (Eds.), *Rehabilitation of the mentally ill*. Washington, D. C.: American Association for the Advancement of Science.
- Miller, D. (1966). Alternatives to mental patient rehospitalization. *Community Mental Health Journal*, 2, 124-128.
- Miller, D. (1967). Retrospective analysis of posthospital mental patients' worlds. *Journal of Health and Social Behavior*, 8, 136-140.
- Olshansky, S., Grob, S., & Ekdahl, M. (1960). Survey of employment experiences of patients discharged from three state mental hospitals during period 1951-1953. *Mental Hygiene*, 44, 510-521.
- Olshansky, S. (1968). The vocational rehabilitation of expsychiatric patients. *Mental Hygiene*, 52, 536-561.
- Perkins, E. D., & Miller, A. L. (1969). Using a modified NM2 scale to predict the vocational outcomes of psychiatric patients. *Personnel and Guidance Journal*, 47, 456-460.
- Pierce, R. M., & Drasgow, J. (1969). Teaching facilitative interpersonal functioning to psychiatric inpatients. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 295-298.
- Schooler, C. S., & Spohn, H. E. (1982). Social Dysfunction and Treatment Failure in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 85-98.
- Vitale, J. H., & Steinback, M. (1965). The prevention of chronic mental patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 11, 85-95.
- Walker, R. G., Williams, R. G., Kelley, F. E. (1960). An evaluation of maintenance medication in the post-hospital adjustment of 66 schizophrenic patients. *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 21, 304-308.
- Walker, R., & McCourt, J. (1965). Employment experience among 200 schizophrenic patients in hospital and after discharge. *American Journal of Psychiatry*, 121, 316-319.
- Walker, R., Winick, W., Frost, E. S., & Lieberman, J. M. (1969). Social restoration of hospitalized psychiatric patients through a program of special employment in industry. *Rehabilitation Literature*, 30, 297-303.
- Wessler, R. L., & Iven, D. (1970). Social characteristics of patients readmitted to a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 6, 69-74.

Wilson, T. L., Berry, L.K., & Miskimins, W. R. (1969). An assessment of characteristics related to vocational success among restored psychiatric patients. *Vocational Guidance Quarterly*, 18, 110-114.

Wolkon, G. H., Karmen, M., & Tanaka, H. T. (1971).

Evaluation of asocial rehabilitation program for recently released psychiatric patients. *Community Mental Health Journal*, 7, 312-322.

Wright, G. (1980). *Total rehabilitation*. Boston, MA: Little, Brown, and Co.