

精神障害者の社会生活機能と社会参加に関する研究

—保健所のリハビリテーション・グループワーク活動参加者の1年間の追跡を通して—

北島 謙吾* 黒田 研二^{2*} 多田羅浩三^{3*}

保健所でのリハビリテーションのためのグループワーク活動に参加している精神障害者66人、男30人、女36人を対象に、社会生活機能とその後1年間の社会参加状況を調査した。社会生活機能は、自記式質問紙によって日常生活の自己管理レベルを調査した。質問紙は、生活リズム、身の回りの管理、社会的活動、対人関係、疾患の自己管理の5つを枠組みとした20項目からなる。また、1年間追跡して就労の有無を社会参加の指標とし、社会生活機能との関連を調べた。さらに、就労した群と就労しなかった群を目的変数とする数量化Ⅱ類による分析を行った。その結果、以下の知見を得た。

1. 就労した群(17人)では、「人との会話」、「悪化時の相談」の自己管理レベルの高い人の割合が、就労しなかった群(49人)に比べて有意に高く、また、「調理」、「時間の約束」、「服薬管理」、「医師への服薬相談」の自己管理レベルの高い人が多い傾向がみられた。

2. 就労群と非就労群の判別には、投入した10の説明変数のうち「人との会話」、「性別」、「退院後経過年数」、「調理」、「同居家族の有無」、「医師への服薬相談」といった変数の関与が強いことが示された。

以上の結果より、保健所グループワーク活動における社会参加に向けた援助では、対人関係、疾患の自己管理などの社会生活機能向上を目指した支援が重要であると考えられた。

Key words: 精神障害者, 社会生活機能, 社会参加, リハビリテーション

I はじめに

わが国における精神障害者の保健・医療は、諸外国が1950年代から病床数を減らし地域ケア体制を整備してきたのに対し^{1,2)}近年まで精神科病床数は増加を続け³⁾、入院医療を中心とした体制を形成してきた。したがって、平均在院日数の長期化(精神分裂症で676.5日, 1990年)や退院後の地域ケア体制の遅れが指摘されてきた⁴⁾。

そこで、74年に精神科デイケアの設置基準と診療報酬が示され⁵⁾、全国372の医療機関でデイケアが実施されるようになり(1994年6月30日現在)、精神障害者が地域で生活しながら社会生活機能の回復をはかる足場がようやくできてきた。

さらに保健所でも、75年より社会復帰相談指導事業により、社会生活訓練を必要とする人に対して社会復帰グループ活動が実施されるようになり⁶⁾精神保健行政の第一線機関においても社会復

帰対策が重要課題として取り組まれ始めた。保健所での精神障害者グループワークは、1) 再入院を防止すること、2) 生活空間や対人関係を広げ、生活体験を積み重ねて社会生活能力の回復をはかること、3) 仲間づくりにより社会からの孤立化を防ぎ、一人の生活者として地域社会のなかでの生活を維持していくこと、4) 前記1)から3)を積み重ねることによって、より安定した就労に近づくことを活動のねらいとしている⁷⁾。

精神分裂病圏の障害者は、Impairment 機能障害、Disability 生活能力障害、Handicap 社会的不利を有し⁸⁾、特に生活能力障害に対しては、生活のリズム、身だしなみ、生活環境の整理整頓、金銭管理、社会資源の利用、対人関係のとりかたなどの援助が必要であると報告されている⁹⁾。さらに、機能障害としての症状を適切に自己管理するための相談・対処能力を高める支援も重要と考えられる。

地域で生活する精神障害者の生活能力(障害)の実態調査は、デイケア、共同作業所などでなされているが^{10,11)}、対象の属性や調査項目なども違い、それらを社会参加の指標として比較したり直ちに活用することは難しい。精神障害者の生活能

* 兵庫県立看護大学

^{2*} 大阪府立大学社会福祉学部

^{3*} 大阪大学医学部公衆衛生学教室

連絡先: 〒673 兵庫県明石市北王子町13-71

兵庫県立看護大学 北島謙吾

力の実態や生活能力障害への支援方策についての研究は緒についたばかりである。

また、社会参加のとらえ方も、就労、共同作業所、家庭生活、仲間との交流などその障害者の担える役割に応じて多様な領域や形態があるといえる。

本研究では、保健所のグループワークに参加している精神障害を対象に、1カ月以上の就労を1つの社会参加指標ととらえ、1年間追跡して就労の有無と社会生活機能との関連を調べた。さらに、就労した群と就労しなかった群を目的変数に、障害者の属性および社会生活機能を説明変数として判別に影響を及ぼした要因を分析した。

II 対象および方法

1. 対象

大阪府北摂地区の3保健所および1支所が実施しているグループワークに定期的に参加している精神障害者を対象に、調査協力の得られた69人を調査対象とし、1年後に追跡可能であった66人を分析対象とした。(転居によって追跡不能であった3人は分析から除いた)

2. 調査方法

1) 初回調査

調査では、各保健所において事前にグループワーク参加者に趣旨の説明と協力依頼を行った上、調査当日にも同様の説明と協力への意思確認をした。

初回の調査は1991年10月から11月にかけて、各保健所において、それぞれ10ないし20人規模のグループワーク参加者を対象に実施した。調査方法は、集団面接によって日常生活の自己管理20項目を含む調査票をもとに、約45分間口読・説明しながら自己記入方式で行った。質問があれば、その都度詳しく説明し、対象者同士で話し合わないよう配慮した。

社会生活機能は、先行調査¹²⁾の質問紙をもとに、①生活リズム、②身の回りの自己管理、③社会的活動、④対人関係、⑤疾患の自己管理を枠組みとした日常生活の自己管理20項目からなる質問紙を用いた(表1)。

2) 追跡調査

追跡調査は、1992年10月から12月にかけて各保健所の精神保健福祉相談員がこの1年間に起ったラ

イフイベント(就労の有無、病状悪化の有無など)を追跡調査用紙を記入した。就労は、調査後1年間に延1カ月以上就労した場合とし、家事・家業への従事は含めなかった。病状については、精神保健福祉相談員が調査後1年間における具体的な症状やエピソード、入院の有無や期間について調査し、悪化の有無を判定した。

3. 分析方法

日常生活の自己管理は、各項目それぞれについて「たいていする」、「いつもする」と答えた人を自己管理のレベルの高い群、「ほとんどない」、「ごくたまにする」、「時々する」と答えた人を自

表1 日常生活の自己管理に関する質問項目

生活リズム	起床(朝、人に言わずに自分で起きる) 就寝(毎日だいたい決まった時間に寝る)
身の回りの自己管理	身だしなみ(身だしなみに気をつけている) 掃除・整理整頓(部屋の掃除や身の回りの整理・整頓をする) 飲食(食べすぎ、飲みすぎないようにしている) 調理(家族がいないとき、自分で簡単な食事をつくる) 金銭管理(決まった金銭・小遣いでやりくりする)
社会的活動	交通手段の利用(電車やバスに乗って自由に外出する) 時間の約束(約束の時間にだいたい遅れずに行く) 公共機関利用(郵便局、銀行、市役所などに行って用をたす)
対人関係	人への挨拶(自分から人にあいさつする) 人との会話(人とおしゃべりする) 人への援助依頼(頼みたいことがあれば人に助けを求める) 出来ないことの断り(頼まれても出来ないことは断る) 感情の調整(自分の感情を、コントロールできる)
疾患の自己管理	服薬管理(言われなくても自分で薬を飲む) 休息(疲れた時は早めに休む) 悪化時の相談(調子の悪いときは人に相談する) 医師への服薬相談(薬を変えてもらいたいときは医者に言う) 症状の受止(症状が出たときは「これは症状だ」と受止める)

注) ()内は質問内容。各質問項目に対して「いつもする」、「たいていする」、「時々する」、「ごくたまにする」、「ほとんどしない」の5段階で回答を求めた。

己管理のレベルの低い群と2区分して行った。

初回調査後1年間の就労の有無と日常生活の自己管理各項目の関連の強さを示す指標としてφ係数を計算し、カイ自乗検定を行った。検定ではクロス表のいずれかのセル期待値が5以下になる場合イエーツの修正を行った。さらに、調査後1年間に就労した人(就労群)としなかった人(非就労群)の2群を目的変数として数量化Ⅱ類による判別分析を行った。説明変数には、就労と関連が比較的強い自己管理項目、すなわちφ係数が0.2以上の値を示し、かつカテゴリースコア正負の向きがクロス表の関連の向きに矛盾せず、整合性のある6項目に加え、性、年齢層、家族との同居の有無、退院後の経過年数の計10変数を用いた。

Ⅲ 結 果

1. 対象者の特性

1年後に追跡可能であった対象者66人のうち、男は30人、女36人で、年齢階級、配偶者の有無、同居家族の有無、退院後経過年数、生活保護受給有無別の分布を表2に示した。平均年齢(±標準偏差)は39.0±11.9歳、男36.1±10.6歳、女41.6±12.5歳であった。また、36歳以上の人の占める割合は、独居群においては84%、家族との同居群では38%と差がみられた。配偶者の有無では、無しが88%を占め未婚の割合が高かった。

診断名は、精神分裂病が55人を占め、非定型精神病6人、躁鬱病2人、神経症、境界例、心因反応各1人であった。また、初発年齢は、24.2±8.1歳(平均±標準偏差、以下同様)であった。入院経験の有る人は91%を占め、延入院期間は3.8±4.8年であった。退院後の期間は4.0±4.7年であった。過去に1年以上就労した経験の有る人は76%で、延就労期間は4.6±6.5年であった。性別では、男3.7±5.1年、女5.9±8.0年であった。また、就労した職種は、事務(11人)、臨時・日雇い(10人)、専門技術(10人)、販売・外交(8人)で、就労経験者全体の78%を占めた。

保健所への通所期間は、3.2±2.7年であった。また、作業所へも併せて通所している人は28人で、通所期間は3.2±2.5年であった。医療機関のデイケアを併せて利用している人は14人であった。

表2 分析対象者の属性

		男	女	計
		30	36	66人
年齢階級	25歳以下	2	4	6
	26-35歳	17	8	25
	36-45歳	5	11	16
	46-55歳	4	6	10
	56歳以上	2	7	9
配偶者	有	2	6	8
	無	28	30	58
同居家族	有	22	25	47
	無	8	11	19
退院後 経過年数	3年未満	13	19	32
	3年以上	14	14	28
入院歴	無	3	3	6
生活保護 受給	有	8	22	19
	無	22	25	47

2. 調査後1年間の就労・非就労別にみた対象者の属性、日常生活の自己管理および病状予後

調査後1年間(一部保健所では1年1カ月間)に新たに1カ月以上就労した者は、17人であった。その職種は臨時・日雇い13人、専門技術3人(印刷、縫製、医療関係)、販売・外交1人であった。平均就労期間は6.9カ月(最小1カ月、最大12カ月)であった。初回調査後1年間の就労・非就労別に、対象者の属性と日常生活の自己管理レベルを比較した結果を表3に示した。

就労群では、「人との会話」、「悪化時の相談」の自己管理レベルの高い人の割合が有意に高かった。また、就労群には「調理」、「時間の約束」、「服薬管理」、「医師への服薬相談」の自己管理レベルの高い人や「男性」、「退院後3年未満」の人が多い傾向が見られた。

一方「休息」では、非就労群に自己管理レベルの高い人の割合が多い傾向を示した。また、調査後1年間に病状が悪化した者は12人で、2人が就労群、10人が非就労群であった。非就労群のうち2人が入院に至った。

3. 調査後1年間の就労・非就労の判別に関連した要因

数量化Ⅱ類による就労群、非就労群の判別分析

表3 初回調査後1年間の就労・非就労別、属性、日常生活の自己管理

項目 (初回調査)	就労群 (N=17)	非就 労群 (N=49)	χ^2 検定 p 値	ϕ 係数
性別	男 65%	39%	0.0611	0.228
年齢層	36歳 以上 59%	44%	0.2850	0.131
同居家族	有 77%	69%	0.5855	0.069
退院後期間	3年 未満 73%	47%	0.0696	0.221
以下の項目について自己管理レベルの高い人の割合				
起床	94%	78%	0.1232	0.188
就寝	82%	78%	0.6801	0.051
身だしなみ	82%	76%	0.5692	0.072
掃除・整理整頓	41%	51%	0.5086	0.086
飲食	47%	63%	0.2401	0.144
調理	59%	35%	0.0777	0.215
金銭管理	71%	79%	0.5221	0.089
交通手段の利用	65%	45%	0.1558	0.173
時間の約束	100%	84%	0.0721	0.219
公共機関利用	59%	39%	0.1477	0.177
人への挨拶	77%	67%	0.5120	0.087
人との会話	77%	43%	0.0162	0.294
人への援助依頼	41%	71%	0.6843	0.051
出来ないことの断り	77%	69%	0.5855	0.069
感情の調整	65%	74%	0.5009	0.084
服薬管理	100%	86%	0.0955	0.203
休息	65%	84%	0.0955	0.203
悪化時の相談	82%	51%	0.0224	0.279
医師への服薬相談	77%	52%	0.0760	0.216
症状の受止	77%	76%	0.9344	0.012

属性は該当者の割合。日常生活の自己管理は「いつもする」、「たいていする」と答えた人の割合。

では、表3に示された ϕ 係数が0.2以上で就労・非就労との関連が強い自己管理項目のうち「人との会話」、「悪化時の人への相談」、「調理」、「時間の約束」、「服薬管理」、「医師への服薬相談」といった項目に加え、「性」、「年齢層」、「同居家族の有無」、「退院後経過年数」を説明変数として用いた。「休息」の自己管理は、上記自己管理項目の特徴と異なり非就労群に高い人が多い傾向を示したため除いた。判別分析の結果は表4に示した通りで、カテゴリースコアの正方向は就労と、負の方向が非就労と関連していることが示された。偏相関係数の値からは「性別」、「人との会話」、「調

表4 調査後1年間の就労・非就労の判別に関連した要因

要 因 (説明変数)	1年間の就労と 非就労の判別		
	カテゴリー スコア	偏相関係数	
調 理	低い群	-0.0931	0.2377
	高い群	0.1275	
時間の 約束	低い群	-0.0672	0.0553
	高い群	0.0082	
人との 会話	低い群	-0.1088	0.2588
	高い群	0.1022	
服薬の 管理	低い群	-0.0863	0.0645
	高い群	0.0089	
悪化時人 への相談	低い群	-0.0466	0.0899
	高い群	0.0299	
医師への 服薬相談	低い群	-0.1032	0.1989
	高い群	0.0706	
性	男	0.1380	0.3072
	女	-0.1218	
年齢層	36歳未満	-0.0137	0.0295
	36歳以上	0.0128	
家族と 同居	有	0.1127	0.1526
	無	-0.0441	
退院後 経過年数	3年未満	0.0772	0.1833
	3年以上 (入院歴無含む)	-0.0681	
	相関比	0.5587	
	判別の中率	81.3%	

注) カテゴリースコアの正方向は就労と、負の方向は非就労と関連することを表す。

理」、「医師への服薬相談」、「退院後経過年数」、「同居家族の有無」といった変数が就労群、非就労群の判別に強く関与する事が示された。

IV 考 察

1. 本研究の対象者について

本研究の対象者は、保健所で週1,2回行われている精神障害のリハビリテーションのためのグループワーク活動への参加者で、ほとんどが数回の入院経験を持つ精神分裂病圏の障害者である。精神障害者の社会復帰施設が乏しい現状では、全国に普及し管轄地区ごとに行われている保健所のグループ活動が、障害者にとって最も身近な行政機関のサービスと考えられる。したがって、本対象者はそのサービスの利用者であり、保健所の立

地する都市近郊に在住している精神障害者としてとらえることができる。また、調査協力が得られなかった人は、今回対象となった4保健所を通してわずか2人であったため、調査対象者は定期的な保健所グループ活動の参加者を代表していると考えられる。

全体として家族との同居割合は比較的高いが、有配偶者は約1割と低く、30歳代半ばより単身者の割合が増加する傾向にあった。

過去に1年以上就労した経験のある人が7割以上を占めたことや、発病年齢が20代半ばであったことから、発病前に就労経験があったと推測される。延就労年数は、女性のほうが男性に比べてやや長い傾向にあったが、これは、女性の初発年齢が男性より約3歳高いため延就労年数にも反映したものと考えられる。さらに、対象者が比較的都市近郊に在住しており、過去に就労した職種に事務や専門技術職をあげた人が比較的多かったことも本対象の特徴といえる。

2. 調査後1年間の就労に関して

本研究では、調査後1年間に延1カ月以上就労したことを1つの社会参加の指標とした。菅野によると¹³⁾、分裂病者の社会適応に関する分類では、就労群には、一般就労および保護就労(職親)までが含まれ、家事・家業への従事者は含まれていない。本研究では、家事・家業に従事した者は7人で、内6人までが女性であり、家庭復帰を主とした群と判断された。就労の範囲に家事への従事者を含める考え方もあるであろうが、先行研究の基準を本研究も採用して、家事への従事は就労に含めなかった。

なお、グループワークの目標は、本研究の「はじめに」に述べたように「就労」だけではなく多面的なものであり、参加者1人1人において、どの目標に重点を置くかは多様である。また、1人の参加者においても、経過とともに目標の重点は変化していく。本研究では、グループワーク参加者の年齢や過去の経歴からみて、より安定した「就労」に近づくことが参加者共通の目標であると考え、「就労」を指標として分析を行った。精神障害者の社会参加の研究において何をその指標とするかは、今後も検討が必要であろう。

1年間に就労した群の職種は臨時・日雇いが最も多く、精神障害者の作業能力や雇用条件などか

らも臨時職といった短時間労働に就く傾向が強かったといえる。次いで専門技術職では、印刷、縫製、医療関係で、過去に専門の技術を持っていた人、および同様の就労経験のある人であった。また、平均就労期間は6.9カ月であったが、就労の質については今回は調査していないため、さらに詳しい調査が必要と考える。尚、結果には示さなかったが、初回調査以前の過去の「就労経験」と今回の追跡調査での「就労」との関連を調べたところ、有意な関連はみられなかった。

精神障害者の就労と関連する要因の研究として、川崎市社会復帰医療センター外来受診者の調査では¹³⁾、就労群は非就労群に比べ、男、36~45歳の年齢層および家族と同居の者の割合が高いことが報告されている。また、全家連(全国精神障害者家族連合会)調査によると¹⁴⁾、日常生活の自立群は病状が安定し、年齢層が高く、就労の割合が高いと報告されている。したがって、本研究では、以後の就労に影響を及ぼす可能性のある変数として性別、年齢層、家族との同居といった項目を説明変数に選んだ。

さらに、退院後相当期間経過(3年以上)した者は家庭や作業所などで適応し、今後新たに就労することは少ないと考え「退院後経過年数」を説明変数に加え、初回調査後1年間の就労の有無と強い関連を示した自己管理項目とあわせて判別分析を行った。

その結果、「性別」、「人との会話」、「調理」、「医師への服薬相談」、「退院後経過年数」、「同居家族の有無」の6つの変数が就労に強く関与していることが示された。これまで断面調査によって就労との関連が示されていた、男、家族との同居、病状の安定といった因子のほか、今回追跡調査によって新たに「人との会話」、「調理」、「医師への服薬相談」、「退院後経過年数」といった項目が就労に関与していることが明らかにされた。

本研究は、保健所のグループワーク活動という場を通して、通所の精神障害者を1年間追跡調査したものであるが、就労に向けた支援はグループワークの場だけでなく、精神保健福祉相談員等による個別の支援活動を通じても行われた。また、保健所以外の共同作業所や医療機関からも「日常生活の自己管理」の改善や就労に向けた支援が並行して行われている。したがって、各種の支援の

総合的な影響の中から保健所のグループワーク活動だけを取り上げてその効果を論ずることはできない。しかし、本研究によって「就労」という形態で社会参加するのに「日常生活の自己管理」のうちどのような項目が重要であるか示されたといえる。すなわち、各種の生活技能のうちでも「人との会話」、「悪化時の相談」などコミュニケーションや疾患の自己管理能力、および「調理」という身の回りの管理の重要性が示された。

精神障害のリハビリテーションの援助において、このような生活技能の向上を目指したプログラムが必要であることが、改めて示唆されたといえる。

障害者自身が疾患をある程度自己管理できるためには、悪化時に速やかに相談・援助を求められることが重要である。精神障害者の支援では、特にケース担当者との人間関係そのものが援助の重大な要素となるため、治療的な人間関係が求められる。欧米では、精神障害者の地域支援体制にケースマネジメントが導入されてきており、その成果が指摘されている^{15,16)}。わが国の現状では、精神障害者のケースマネジメントを担う機関として、地域精神保健活動の拠点である保健所の機能強化をはかることが課題であろう^{17,18)}。

本研究の実施にあたりご協力、ご助言いただいた大阪府保健所精神保健福祉相談員、殿村寿敏氏、久保エミ氏、後藤雅子氏、花田光江氏、大阪府立こころの健康総合センター釘田妙子氏、米田正代氏、池田子ども家庭センター鳥山大学氏に感謝致します。

尚、本研究の一部は、第51回日本公衆衛生学会総会(1992年、東京)において発表した。

(受付 '95. 4.19)
(採用 '95.12.20)

文 献

- 1) 高木美子, 他, 精神病院からコミュニティへ—アメリカ, カリフォルニアに見る精神障害者対策—, 株式会社こずえ, 1989; 33-36.
- 2) B. Ferguson, et al. The clinical evaluation of a New community psychiatric service based on general prac-

- tice psychiatric clinics, British J. of Psychiatry 1992; 160: 493-497.
- 3) 黒田研二, 他, 精神科入院患者の在院期間と関連する諸因子, 日本公衛誌 1984; 31(6): 241-249.
- 4) 藤井克徳, 現行規定下では難しい社会復帰施設の飛躍的拡充—社会復帰援助活動の立場から—, 臨床精神医学, 1992; 21(7): 1171-1177.
- 5) 加藤政子, 他, 精神科看護とデイケア, 医学書院, 1984.
- 6) 田中秀樹, 他, 全国精神保健相談員会編, 保健所デイケア, 萌文社, 1994.
- 7) 荒賀文子, 他, 保健所における精神障害者のリハビリテーションの試み—グループ・ワーク活動を通じて—, 日本公衛誌 1982; 29(8): 364-370.
- 8) 蜂矢英彦, 他, 精神障害者の地域リハビリテーション, 医学書院, 1989.
- 9) 皿田洋子, Social Skills Training の実際と評価, 集団精神療法 1990; 6(2): 103-108.
- 10) 浅野弘毅, 精神障害者のセルフケア能力について, デイケアメンバーと共同作業所メンバーの比較, 東北公衆衛生学会35回講演集, 1986; 21.
- 11) 荒賀文子, 他, 精神障害者の社会生活に関する調査—共同作業所利用者の調査から—, 大阪府立公衛研所報, 1990; 169-178.
- 12) 北島謙吾, 精神科デイケア通所者のセルフケア能力とその関連因子, 日本精神保健看護学会誌 1993; 2(1): 83-90.
- 13) 菅野 到, 分裂病における社会適応モデル, 島園安雄, 保崎秀夫, 岡上和雄編, 分裂病のリハビリテーション精神科 MOOK No. 22, 1988; 108-124.
- 14) 岡上和男, 大島 巖, 荒井元博, 日本の精神障害者, ミネルヴァ書房, 1988; 155-164.
- 15) Huxley, P., Warner, M. B. Casemangement, QOL, and satisfaction with servise of long-term psychiatric patient, Hosp-Comm. Psychiatry 1993; 44(3): 241-246.
- 16) Van Dongen, C. J., et al. Pilot study rsurts: The Psychiatric RN case manager, J. of Psychiatric Nursing 1992; 30(11): 11-14.
- 17) 後藤良一, 他, 保健所における精神保健活動マニュアル作成の試み, 日本公衛誌 1991; 38(9): 730-734.
- 18) 黒田研二, 特集・精神保健のケースマネージメント, ケースマネージメントはなぜ必要か, 地域保健 1994; 11: 11-20.

INDICATORS OF SOCIAL FUNCTIONING AND SOCIAL PARTICIPATION IN MENTALLY ILL PARTICIPANTS IN A PUBLIC HEALTH REHABILITATION PROGRAMME: A ONE YEAR FOLLOW-UP STUDY

Kengo KITAJIMA^{*}, Kenji KURODA^{2*}, Kozo TATARA^{3*}

Key words: Mentally ill, Social functioning, Social participation, Rehabilitation

In order to investigate social functioning, a self-administered questionnaire was distributed to 66 participants (30 men and 36 women) in a group rehabilitation programme for the mentally ill at public health centers, and followed for 1 year to investigate their employability as an indicator of social participation. The survey included 20 items related to 5 aspects of daily life: diurnal routine, basic personal management, social activities, personal relationships, and management of illness.

The major findings were as follows:

1. The group who had become employed showed significantly higher positive responses to questions concerning self-management such as conversation with others, consultation with others and when condition worsened than the unemployed group. Also the employed showed a tendency for higher positive responses to such items as cooking, keeping appointments, taking medicine, taking an active role in managing medications.
2. According to discriminant analysis by Hayashi's quantification method II, factors distinguishing 17 participants who had become employed within the year and those who remained unemployed included the following: ability to converse with others, taking an active role in managing medications, and ability to cook, male gender, co-residence with family, and a period of 3 years or less since hospital discharge.

These results suggest that a public health rehabilitation program aimed at improving interpersonal skills, self-management of illness and other skills of daily living may be useful in helping the mentally ill participate socially.

* College of Nursing, Art and Science, Hyogo

^{2*} Osaka Prefecture University, College of Social Welfare

^{3*} Osaka University Medical School, Department of Public Health