■ 特別講演

精神科のリハビリテーションの現状

江 副

勉*

はじめに

精神科医療の枠内で、リハビリテーションが体系的に、プログラムを組んで取り組まれるようになったのは、比較的最近のことです。とはいえ、それは今日でも、ひり握りの積極的な精神科医の個人的な努力によって支えられているという段階にすぎません。

一昨年、本学会の設立準備会の席上、「精神病にもリハビリテーションが必要なのか」という質問を、内々うけましたが、精神科医療における、その重要性についての認識は、一般的に、臨床医家の間にもまだまだこの程度であります。肝心の大学での精神科の講義の中で、大脳電気生理学、神経化学の講義はあっても、例えば、精神分裂病者のリハビリテーションについての講義は、おそく行なわれていないでしょう。

そのような現状の中で、なぜ最近になって精神科医療の中でリハビリテーションの重要性が強調されるようになったのでしょうか。

I. 精神科リハビリテーションを促進させた要因

端的に言えば、最近10年間にみられた薬物療法のいちじるしい進歩と、それに関連して起こった精神科医療をとりまく状況の変化、それから必然的にもたらされた精神科医療の在り方に関する精神科医の考え方の変革であります。

まず、薬物療法の進歩は精神病院にどのような変化をもたらしたのでしょうか。

1935年頃から、精神分裂病などの治療に盛んに

用いられたインシュリン・ショック療法、電気ショック療法などは、患者に不安の感をあたえ勝ちのものであり、患者はすすんでこれをうけようとしないう傾向になりがちです。またインシュリン・ショック療法などは外来での治療法でなく、したがって精神病の治療は外来よりも入院治療中心主義でありました。

患者を入院させて治療を行なう場合も、患者が治療をいやがれば、治療者側は患者が説得に応じない場合には、無理をしても治療をしなければならない。ショック療法自体の効果は、場合によっては薬物療法に勝るときもあり、今日でもこれらの療法を行いますが、多数の患者にその意志を抑えてもこれを行なわねばならぬとすれば、患者と治療者との間に、治療上欠くことのできない相互信頼の治療的関係が成立せず、治療の雰囲気は醸成せず、そこに精神療法などを導入する余地がなくなります。患者は病院をいやがり、職員の眼をぬすんで離院しようとし、病院側はこれでは困るので、建築、設備の面で閉鎖的なものを作り、鉄格子や鍵で離院を防ごうとし、いきおい医療職員の患者への接し方も監視人的となっていました。これでは、精神病院は、心の病をいやす治療的雰囲気をもつことなど思いよもらず、病院は地域社会から孤立し、あわせて、社会の人々に、精神病者は危険な存在であるという偏見を植えつけます。病院自体がこのような状況にある限り、精神科リハビリテーションが医療のプログラムにのらなかったのは当然のことでした。

薬物療法の進歩は、精神病院のこのような状態を一変させました。

患者の治療を拒否する傾向は少なくなり、病状

* Tsutomu Ezoe 都立松沢病院院長

はおだやかになり、患者と治療者との間の人間関係は改善されました。精神病院につきものであった鍵の使用もだんだん減られる傾向を生じ、全く開放的な病棟の数も急速に増加し、鍵も鉄格子もない全面的解放へ近づこうとする open door policy,あるいは病院と地域社会との関係をますます緊密にしようとする方針が最近の動向であります。

今から約170年前フランスの Philippe Pinel が Bicêtre 精神病院で、各方面からの強よい反対に打ち克って、入院患者を鉄の鎖、手かせ、足かせの拘束具から解放し精神病患者を「病める人間」として扱う医道本来の在り方を示し、これが non-restraint system といわれ精神医療の革命とよばれましたが、現在の薬物療法につづくさきほどの精神病院の変革はさらにそれを徹底させたものとして精神医療の第2の革命とよばれています。薬物療法が精神医療にもたらした最大の貢献はこのことにあると思います。

さらに重要なことは、このいわゆる第2の革命の時代に遭遇した精神科医が、以前は暗い運命を背負ったもの、予後に明るい見透しを期待しえないものであると考えていた精神分裂病ですらも、早期発見からリハビリテーション、アフタ・ケアまで、あたかも結核症と比較できるような一貫した医療体系を組んでゆくならば決してその予後は以前考えられたように暗いものでなく、リハビリテーションを活発化すればするほど精神分裂病の再社会化は大幅に可能であるという実績と確信をもちうるようになったことであります。

ちなみに、わが国で15万を数える精神病床の70パーセントは精神分裂病患者によって占められておりますから、精神医療は、つねに精神分裂病患者を主目標にしていることを附言しておきます。

II. リハビリテーションの定義

精神科リハビリテーションの定義づけは、必ずしも容易ではありません。1957年にアメリカ精神医学協会が主催したシンポジウムでも定義の問題については各研究者の意見は一致しませんでした。しかし定義の問題は一致しなくとも、具体的な行動はどんどん進められています。実際家は、

何をしなければならないかよく理解しているからでしょう、一般的には、リハビリテーションとは、疾患あるいは受傷の結果生じた身体的、精神的なハンディキャップを最大限に回復させ、社会的、職業的、経済的に社会生活に順応できるようにする努力であり、この過程に行なわれる医学的治療や職業訓練を包括するものといえることができる。このように定義すると、リハビリテーションとは入院したその日から始まる治療活動の一切を包括することになります。

しかし、リハビリテーションを予防医学治療医学にならぶ“第三の医学”とする考え方もあり、その場合には、リハビリテーションを回復期の患者のために行なう社会順応への努力過程と解することもできます。

ここではリハビリテーションを回復期の患者、とくに精神科では病状が安定した患者の社会性を高め、社会生活への移行を容易にさせるための治療的活動と規定して話をすすめたいと思います。またここでリハビリテーションの対象となる疾患は、前にも述べたように、精神医療の中で最大の関心をもたなければならない精神分裂病患者が主であることを附言します。

III. 病院内でのリハビリテーション

1. レクリエーション療法、作業療法

精神病院内で、薬物療法に平行して行なわれるレク療法・作業療法は、患者の積極性をまし、対人関係を改善し、社会性を高めるための手段として古くから積極的行なわれているリハビリテーション活動であります。レク療法というからには、思いつきの気晴らし的な催しでなく、それぞれの患者グループに適した、治療目的を意識した、持続的系統的なものであり、作業療法も、単純なものから複雑なものへ、個人で完成しうるものから、協同して始めて完成しうるものまで、病院の地理的条件、文化的環境に応じて、色々な作業種目を取り入れられて実施されています。短期在院患者は、まだ実社会での生活体験も身近かなものであるし、受入側の家庭、職場、学校などにもさまで支障のないものが多い。したがって、これらの患者に対しては、この段階で社会に復帰し、

その後は病院へ、一定期間通院させることで、アフタ・ケアも可能であり、それによって病的過程が再燃した場合も早期にこれを発見し、治療を加えることもできる。ただこの場合も、患者が通院を怠り、病院との連絡が途絶えるような場合、病院として患者と連絡をとりうるだけの人員配置もなく、また経済的裏付けもないのが現状であります。長期在院患者の場合には問題はさらに複雑になります。この種の患者の場合には、開放的になったとはいえ病院という特殊な社会に長年生活したことによる、つまりホスピタリズムの影響が、疾病本来の症状の上に重複してくるのが通常です。レク療法・作業療法によって病院内の環境に順応できるまで回復しても、それだけで実社会での生活に円滑に移行できるとは限らないからである。かれらは、浦島太郎になりかねません。どこの精神病院でも、在院患者の70パーセントを占めている精神分裂者は、その疾患の症状そのものが、社会からの孤立、無関心、また反面非常な敏感さ、対人接触の障害という形が基本であり、これにホスピタリズムが重複しているのです、この社会からの疎外を助長するような必要以上の保護、隔離の除去、ホスピタルズムの防止—短期入院方針—が病院内リハビリテーションの第一歩であり、繰返えしますが、薬物療法のこの面での意義は十分に評価されねばなりません。

2. 社会復帰病棟

精神病院には通常、入院患者を収容する観察治療病棟、在院期間が長期にわたり病状安定した作業患者を収容する作業病棟などがありますが、社会復帰病棟はこれらとならんで回復期にあり、社会復帰前の患者を収容して、計画的に社会復帰訓練をする病棟であります。ここでは患者を小グループに分けて、グループ毎に医師、看護婦、臨床心理技術者などが相談役となり、指導役となってグループ活動を行なっている所が多いようです。グループ活動としては、新聞輪読会、読書会、合唱、その他趣味の会や勉強会などがあります。またグループ毎の院外見学、デパート、マーケットでの買物なども行なわれています。

この病棟の患者を対象にして、とくに社会復帰学校を組織して、カリキュラムに従って社会化の

ための訓練を行っている病院もあります。ホスピタリズムによって長期在院患者の社会常識は失われているからです。

挨拶の仕方、食事のときのマナーから、電話のかけ方、道路の歩き方、乗物ののり方、電気洗濯器や掃除器、電気ガマ、ガスガマの使用の仕方、物価に至るまで教育しなければなりません。試験的に就職させている患者が、お店で冷たい飯をたべさせたといって憤激したことがあります。病院とちがって、一般の家庭では昼食に冷いご飯を食べることが普通なのだということも教育しなければなりません。

精神分裂病者には一般に行動様式に特徴的な型があります。その型の具体的な現われ方は、実社会で生活している退院患者について長期間にわたる採集と、解析が今後必要であります。社会復帰病棟、学校の医療職員は、個々の患者の行動のくせを見きわめて、それに対応する指導が要求されるわけであります。こうした教育訓練は、医学の領域でなく、他の分野の仕事のようにも思われます。しかし、患者が社会にもどったとき、ホスピタリズムによる弱点が、しばしば再発の引金になりうることを考えれば、このような教育も亦病院の医療職員の任務でありましょう。

3. 患者家族会の組織化

患者を家庭にもどすためには、そしてまた再発を最少限に抑えてゆくためには、少なくとも精神的な面で、家庭の受入体制が整っていないてはならない。しかし、家族の方では患者が入院する前にいろいろな苦痛をなめていたり、精神障害に対する理解の不足や、あるいはまた世間体をはばかり、すでに回復した患者でさえも、快よく迎え入れない傾向が一部にはあるようです。精神科のリハビリテーションを円滑に推進させるには、精神障害に対する家族を含めて社会一般の理解と、障害者という社会的弱者に対しては、社会全体がその復帰のために共同責任を負うべきだとの考え方が確立しなければなりません。

そのための一つの重要な方法として、最近各地の精神病院で患者家族会の組織化がすすでいます。家族会は会自体として個有な活動があるわけですが、病院側は、病院内で催される家族会で、

精神衛生的啓蒙活動、それぞれの患者について病状経過の説明、今後の見透しなどを話し合い、家族と治療者側の結びつきを強めるようにします。家族の方々はまたこのような場でお互いの連帯感情をつよめ、お互がかたく結びつき、激励し合うようになってきます。昨年から今年にかけて問題になった精神衛生法改正の動きに対しても、全国の患者家族連合会が、政府に対して大きな発言力をもったことを、ここで御紹介しておかねばなりません。

IV. 移行期のリハビリテーション

リハビリテーションの観点からすれば、医療は患者を退院させれば、その責任を終えたというものではありません。精神病院で長期間生活している人、していた人の生活の様式や生活感情は、単に退院したという事実だけでは容易に一般社会のレベルに同調しうるものではないからです。前にも述べたように、精神分裂病者は、仮りに、幻覚妄想体験は消滅してもその行動のパターンは一般からはずれているものです、このずれを実際に社会生活を体験させながら、それを認識させ、正しく指導してやる受入社会が必要となってきます。このような受入社会が、精神病院と一般社会の中間に位置する中間施設です。すでに欧米諸国ではこの種の中間施設が存在しています。昼間病院 (day hospital) 夜間病院 (night hospital) 中間宿舎 (halfway house) 保護工場 (sheltered workshop) 里親制度 (foster family care) などがあります。

1. 昼間病院

これは単なる外来診察室でなく、昼間は病院で強力な治療を受け、夜間は家庭に帰す方法で、利点としては

1. 患者と家族の間の密接な連絡は確保でき、
2. 患者の病院への過度の依存的態度はみられなくなる、
3. 社会への再適応の際の困難さを軽減できる
4. 費用の節約などがあげられます。現在の諸外国のこの種の施設の運営方向は、1つには治療を主とするもので半日制のもの、他の1つはリハビリテーションを主とするもので、職業指導的、

レクリエーション的な社会活動を主とするものがあります。また型としては精神病院に附属しているものと独立しているものとの2種があります。わが国では、国立精神衛生研究所で、いわば実験的に、精神分裂病者を対象に day care center においてこの種の試みがなされております。精神病院においてこの試みを試行しようと企図しても、結局は、医療費の点で壁につきあたるのであります。

2. 夜間病院

昼間は地域社会の職親、工場などで働きながら実社会への再復帰の訓練をして、夜は病院にきて、必要な治療を受け、次第に社会へ移行できるようにすることを目的としたものであります。対象となるものは長期在院のため受入家庭のないもの、家庭環境が患者にとって望ましくないもの、などが主となります。これも精神病院に附属したものと、独立したものとがありますが、わが国では独立したものはありません。経済的に存続し得ないためでしょう。退院患者を夜間来院させたり在院患者を昼間試験的に就職させて夜間に治療する方式が、わが国で通常行なわれております。

3. 保護工場

1840年ごろ、盲、結核、心臓病などの患者のために開設されたもので、これらの心身障害者が医学的監督のもとに、その能力に応じて働く機会をうるための作業場でありました。ニューヨークのアルトロ作業場は、この種の有名な衣服製造工場であります。ここでは患者の作業能力の程度に応じて、労働時間は1日2～3時間から、次第に全日制の一般社会の労働条件に近づけるように指導されます。患者の状態は、医師、臨床心理技術者 PSW などによって観察され、技術指導は専門技術員がこれに当る仕組みであります。わが国ではこのような施設はおそらく厚生省と労働省の勢力争のために実現できにくいように思われます。

4. 中間宿舎

病院を退院してから独立した市民として自立するための一時的な居住施設であります。昼間はここからそれぞれの職場に働きにでかけ、夜間もどって協同生活をしています。定期的に精神科医や P.S.W が来訪して話し合いをします。入居期間

は普通6ヵ月～1年位で、その間社会復帰ができない場合は、病院にもどらなければなりません。これにも病院に附属したものと、独立したものとがありますが、わが国においてはそのいずれも未設置です、

5. 里親制度

ベルギーのゲールで行なわれているものが歴史的に最も古く有名です。病院が回復期の患者、病状の安定した患者を篤志家庭にあづける方法です、病院はこれらの家庭と密接な連絡をとり、医師、P. S. W. が定期的に訪問して、患者の状態を観察し、家庭を指導するようにしています。この制度のねらいは、人間のもっとも基本的な構成単位である家庭に、患者を順応させるところにあるということであり、患者の居住に要する費用の一部は国または州が負担します。

V. 地域社会内でのリハビリテーション

退院した人々の再発を抑える仕事も亦われわれの任務です。しかし、それらの一人一人についてその予後を長期に追求することは、精神病院勤務者には無理なことでもあります。

そのためには、精神病院のほかに、それと機能的に密接に連絡して、その任にあたる、後保護診療所 (after care clinic) や精神衛生センター、保健所などが整備されなければなりません。

また退院した人々が、相互に語り合い、励まし合う、退院患者クラブが作られているところもあります。

これらはすべてリハビリテーションを進めるための組織であります。

おわりに

以上でわたくしは、わが国のいくつかの積極的な精神病院で行なわれているリハビリテーション活動の概要と、外国でのシステムの一端をあらましお話しいたしました。

わたくしたちが、実際にそれぞれの病院で、これらの活動を進めて行く上で、一番途方にくれますことは、リハビリテーションのための職員、費用、施設などが、精神衛生法でも、医療法でも全く無視された形であるために、精神医学が指示するように行なえないということでもあります。これ

ではわが国のリハビリテーション医学の発展はのぞめないのではないのでしょうか。

いま御紹介した程度の活動でも、これは全く、各々の病院職員の研究心、熱意、患者に対する献身といった個人的資質にもっぱら支えられて行なわれた成果であります。

身体障害者の場合は、身体障害者福祉法があり、そのなかで更生医療がうたわれており、精神障害者の場合と比較して一歩前進の感がありますが、しかし、法に定義する障害者以外のもの、例えば脊髄損傷、脳血管障害などについては、リハビリテーション医学の観点からみると、決して満足すべき状態ではありません。

このように考えますと、本学会にあたえられた重大な使命の一つは、各専門分野の者が自らの枠をのり越えて、リハビリテーション医学の真の確立という共通の目的にむかって、リハビリテーションの制度化、リハビリテーション技術の確立にむかって、さらに一段の努力をいたすことではないのでしょうか。そして、その時期は今日すでに熟していると申し上げて、わたくしのお話を終ります。

最後に、講演の機会を与えられた大島会長に感謝いたします。

附 記

(講演の際には、国立精神衛生研究所、三重県立高茶屋病院、昭和医大附属烏山病院からスライドを拝借しました。ここに記して感謝の意を表します。)

お知らせ

——気管支喘息などの呼吸器疾患のリハビリテーションに御興味をお持ちの会員は連絡をとって下さい——

* * *

第1回日本リハビリテーション医学会総会の会場にて米国アレルギー・アカデミーよりのアナウンスメントをお渡しいたしました。その後、本会々員より連絡をとられた方がありませんので、同アカデミーより再度会員各位に周知していただくよう希望がありました。御興味のある方は是非直接御連絡下さい。(詳細は157頁にあります。)