精神科リハビリテーションの20年*

——病院内リハビリテーションからコミュニティ・ケアへ——

蜂 矢 英 彦**

I. はじめに

精神科リハビリテーションの20年をふりかえって気付くことは、リハビリテーション（以下、リハと略）の考え方も実践の方法も、精神病院内のケアからコミュニティ・ケアへと大きく変わっていることである。

日本リハ医学会の発足とともに評議員会に参加した江副勉（当時東京都立松沢病院長）は、早々に行なわれた特別講演¹⁾の中で当時の精神科リハの実情を報告し、あるべき姿にもふれているが、20年後の今日これを読みかえしてみると、「精神衛生法でも医療法でも全く無視され」ている状況の中で、一部の積極的な精神病院職員の熱意と献身によって推進されつつあった当時の病院内リハの限界が手にとるように分かる。すなわち、紙数の半分以上が病院内でのリハの報告に割かれ、われわれがこの10年間に実践してきた病院外のリハについては半ば海外事情の紹介にとどまり、今日われわれが目指している地域社会内でのリハについては紙数の僅か5%程で、あるべき姿に一言ふれているに過ぎない。精神科リハの歩みはまことに遅々たるもの、というのがわれわれの偽らざる実感なのだが、当時の先駆者の報告にしてこの状況であったことを思うと、20年の変遷にいささか感慨を覚えるのである。

1960年代に始められた江副や小林八郎²⁾（当時国立武蔵療養所）、西尾友三郎（当時昭和大学烏山病院）らによる先駆的な活動は、60年代後半に入って全国的な拡がりをみせ、1967～8年の病院精神医学会³⁾を盛りあげたのだが、これらは加藤伸勝⁴⁾（当時松沢病院）、江熊要一⁵⁾（当時群馬大学）らに引継がれるとともに、ようやく病院中心の活動から地域社会での活動へと広げられ

てゆき、迂余曲折を経てやがて今日の活動へと連なってくる。病院精神医療をリハの可能性という視点⁶⁾から論じようとする、今日ではいやでも社会復帰施設の育成を強調し、コミュニティ・ケアの展望のもとに精神病院の未来像を描かざるをえないのである。

本稿では、江副・加藤・南雲与志郎らの努力によって実現した東京都立世田谷リハビリテーションセンター（以下、当センターと略す）に視点を据えて、わが国の精神科リハの足跡をふりかえるとともに、東京都の動きを中心に将来の展望も試みてみたい。

II. 病院内でのリハビリテーションの現状

前記の特別講演の中で、江副が病院内でのリハとして挙げたのは、① レクリエーション療法と作業療法、② 社会復帰病棟、③ 患者家族会の組織化の3つだけであった。しかし、江副が移行期のリハとして挙げた5項目のうち、昼間病院と夜間病院とは、2年半後に本誌に掲載された加藤⁴⁾の論文に、それぞれ「短期入院者の場合—デイケアについて」「長期入院者の場合—ナイトホスピタルと就職退院」という項目でまとめられており、今日ではいずれも病院内リハの一形態と考えられている。そこで、これらも加えてそれぞれのその後の推移について一瞥しておこう。

1. レクリエーション療法と作業療法

この特別講演から数年の間は、レクリエーション療法も作業療法もいっそう活発となり、病院敷地内の活動にとどまらず、敷地外に出る活動まで盛んとなった。ところが、1970年代に入ってからわれわれは作業療法について深刻な反省を迫られることとなった。

精神科作業療法は、当然のことながらそもそも医学的治療（今日の用語に直せば医学的リハビリテーション）として始められた。すなわち、急性期の患者に対しては崩壊した自我の再構成や社会性の回復をめざし、慢性化した患者に対しては低下した意欲の改善と作業能力の向上をめざしていた（加藤善佐次郎⁴⁾—1919年、長山

* Recent 20 years of psychiatric rehabilitation.

** 東京都立世田谷リハビリテーションセンター所長
Hidehiko Hachiya : Metropolitan Institute for Psychiatric Rehabilitation, Setagaya Rehabilitation Center.

泰政⁸⁾—1930年)といえる。ところが、精神病院ブームによる増床につれて長期入院患者がふえてからの作業療法では初心を失い、閉鎖的環境下における内職的室内作業と使役労働的な屋外作業とに堕してしまった病院が少なくなかった。このように変質した作業療法に対して批判の声が上がったのも、当然のことだったのである。

1974年の作業療法の点数化に際して、第72回日本精神神経学会では「作業療法」をめぐるシンポジウム⁹⁾が行なわれたが、どちらかといえば全面否定に近かった当時の学会理事会の結論に筆者は賛成できない。否定すべきは前記のように形骸化した作業を療法の名のもとに行なっていた閉鎖的な精神病院なのであって、作業療法そのものではないからである。

精神医学界の混乱とともに一旦は停滞した作業療法やレクリエーション療法に対して、その後は作業療法士や看護者レベルでも再検討がなされており、活動レベルも回復しつつあるが、発展のためにはまず精神病院の閉鎖性を打破していくことが先決であろう。

2. ナイトホスピタル (ナイトケア)

1960年代前半に武蔵療養所や松沢病院で着手され、江副が「社会復帰病棟」と呼んだリハの形態は、加藤ら⁴⁾の報告に詳しいので省略するが、病棟ぐるみの活動は必ずしも普及していない。300床以下の中・小規模の病院では、そのままの形では採り入れ難かったからである。その代りに、人手不足を招いた高度経済成長の波に乗って外勤作業とナイトケアという小規模な活動が全国的に展開され、対象者も長期入院者に限られなくなった。

この形態は就職退院にも結びつく非常に有効な手段なのだが、今日に至っても法的な規定や保護は全くない。残念ながら低成長時代の到来とともに縮小されてきているが、現在もなお根強く続けられている。

またナイトホスピタルと並行して同じ頃から手がけられてきた、中間宿舎や共同住居を使つての病院外ナイトケアも細々と続けられてきたが、最近では自治体の中に財政援助をするところも出てきて、多少ずつではあるが進展している。

3. デイホスピタル (デイケア)

加藤らによって報告されたデイケアは、ナイトケア同様早くからその効果が言われていたにもかかわらず精神病院では発展せず、松沢病院でも中断してしまった。その主な理由は、専用の施設・設備・スタッフが必要とされるのに、診療報酬が認められなかったからである。この間、国立精神衛生研究所で実験的に続けられ、次いで各都道府県の精神衛生センター(厚生省の補助による)

に広げられて効果は実証された¹⁰⁾。

1974年に至つてようやくデイケアの点数化が実現したが、施設基準が厳し過ぎるためになかなか普及せず、この基準でデイケアを実施している病院は全国でやっと26カ所しかない。ところがここ数年来、診療報酬もとれないのに小規模なデイケアを行なっている病院・診療所がふえ、その数も200に近いのではないかと思われる。外来診療の充実をはかろうとすれば、デイケアに着手せざるをえないからである。

4. 患者家族会

1964年のライシャワー大使刺傷事件と翌年の精神衛生法一部改正を契機に全国組織(全国精神障害者家族連合会)を持つに至った家族会は、今日では36都道府県に支部組織を作り、単位家族会数720、全会員10万人になるが、この数は30万人の入院患者とそれに倍する外来患者を考えるとまだまだ少ないといわざるをえない。

江副が報告した当時の家族会は、精神衛生知識の啓蒙や治療者側との結びつきなど、病院側がそれを必要と考えた時期で、病院単位の家族会が中心であった。しかし、家族会自体がひとり歩きするにつれて地域単位の家族会が主力を占めるようになった。すなわち、720家族会のうち病院家族会は150(病院数は全国で約1,500)なのに対し、地域家族会は570となっている。発足以来15年以上にわたって筆者も相談役を勤めてきた東京都の家族会連合会も大多数は区市単位の地域家族会である。

病院側が必要とした家族会、家族同士の連帯を深めるための家族会から運動体としての家族会に発展した東京都の連合会は、手始めに知事や議会や行政側への要請行動によって当センターの実現にも寄与したのだが、この5年来、自らの手によるリハ施設設立を志し、10カ所の共同作業所を設立・運営するに至っている。

III. リハビリテーション施設の現状

1. リハビリテーション施設設立まで

精神病院を中心とするリハ活動が盛んになるにつれて、かつては精神障害者の医療と保護を謳って先進的といわれた1950年制定の精神衛生法も時代遅れとなり、かえって活動を妨げる存在となってきた。そこで、日本精神神経学会では法改正を企て、厚生省も検討を始めていた。ところが、法改正を論議する予定であった精神神経学会総会の直前に先述のライシャワー大使刺傷事件が起こり、公安側にわれわれ医療側と対立する動きもみられ、1965年の法改正は中途半端なものに終わってしまった

た。外来通院費公費負担制度、精神衛生センター設置、保健所の訪問指導など見るべきものはあったものの、リハ施設の設立は国会の付帯決議にとどまってしまったのである。

しかし活発なリハ活動の拡がりを背景に、精神神経学会の小委員会は、その後、年余にわたって検討した結果「精神障害者社会復帰医療施設構想」⁹⁾をまとめ、これを受けた厚生省は、1969年に「精神障害回復者社会復帰施設要綱案」を発表した。この案に対しては、医療面の稀薄さ、法的不備などの理由で批判が多かったが、1971年開設の川崎市社会復帰医療センターも、翌年開設の当センターも、厚生省案を修正した形で設立されたのであった。

2. リハビリテーション施設における活動

川崎市社会復帰医療センターやその後に開設された岡山県内尾センターは、同種の施設とはいっても規模も組織も運営の仕方も当センターとは幾分違っている。しかし活動内容は共通しているので、本稿では当センターの現状を報告するにとどめておく。

当センターの機構についてはすでに本誌にも南雲ら¹⁰⁾の報告があるので詳述しないが、在宅障害者のための通所訓練部門（定員80）と、退院可能だが帰るべき家庭のない精神病院入院患者のための宿泊訓練部門（定員60）との2つが用意されており、これに側面から外来診療と就労援助が行なえる組織となっている。

通所訓練の効果については川関和俊¹²⁾が、宿泊訓練の効果については山崎達二¹³⁾が、それぞれ本誌上に報告しているし、その評価も加藤¹⁴⁾によってなされているので、これについても詳述を避けるが、病院の入院・外来場面の治療だけでは頭打ちになっていた事例を対象として、病院外の場面で行なわれたリハ活動が社会復帰促進に役立っていることは、10年間の結果をみれば明らかである。

開設以来10年間に扱った利用者実数は、通所訓練部門約800人、宿泊訓練部門約300人（他に正式利用するに至らず、数回のプログラム参加後に直接就労した人が約200人いる）。通所部門退所者のおよそ60%は平均10カ月で就労・就学し、20%が家庭にあって家業・家事の手伝いをしている。宿泊部門退所者で就労自立した人は約40%、稼働能力不足のため何らかの経済援助（生活保護や障害年金など）を受けつつアパート単身生活を維持している人が約15%、家族のもとに戻って就労している人約10%を加えると、65%は約1年半の生活訓練によってほぼ目標を達成していることになる。

当センターの利用者の多くは、紹介してくる病院側で

ある程度選択されてくるとはいえ、この数字は、従来の精神病院でのリハの結果に比べると、格段にすぐれている。しかし一方では、通所部門で約20%、宿泊部門で約35%が訓練期間中に再発・再入院しているところに、精神科リハのむずかしさがあるといえる。

3. リハ施設における活動の問題点

当センターはもともと行政側からは通過施設として設定されていた。訓練を終わって社会復帰した障害者は地域社会に帰り、アフターケアは主として保健所が担当するという想定である。これについては厚生省も東京都衛生局も同様な考え方をとっているが、精神科リハの実情には馴染まない。

退所時に自立の困難だった人はもちろんのこと、就労自立した人たちでも問題なく社会生活を送れているわけではない。心理的問題や生活上の問題があれば、退所者はいつでも相談のために当センターを訪れてくる。施設にくるというよりは担当職員を訪ねてくるわけだが、「心」の問題の解決には人と人とのつながりが重要だからである。病院や診療所の外来場面では生活上の相談にのれるほどの時間的余裕はないし、精神科ソーシャルワーカーが外来にまで配置されている病院は、ほんのわずかしかない。保健所もまだ弱体なところが多く、家族会などのボランティア活動も活発なのはごく一部で、地域社会の中に頼りになる受皿がないのだから、当センターがいつまでも頼りにされるのもやむをえない。

その結果、通所部門退所者約250人、宿泊部門退所者約150人は、今でも当センターに出入りしている。社会で生活している彼らにとっては、当センターは挫折しないための「憩いの場」であり、挫折しても立直るために休息できる「寄港地」となっている。当センターはリハの場であるとともに、アフターケア・センターあるいはコミュニティ・ケアセンターの役割をも担っているといえるのである。

4. 政策上の問題

最近15年間に厚生省が実現したリハ対策¹⁵⁾は次のとおりである。

- ① 精神障害回復者社会復帰施設（昭和45年度）
- ② デイケア施設（昭和49年度）
- ③ 精神衛生社会生活適応施設（昭和54年度）
- ④ 通院患者リハ事業（職親制度：昭和57年度）
この他に次の3つも加えることができる。
- ⑤ 作業療法とデイケアの点数化（昭和48年度）
- ⑥ 保健所における精神障害者社会復帰促進事業（昭和50年度）
- ⑦ 精神衛生センターにおけるデイケア

しかし、せっかくの政策も実際には①が3カ所、②が5カ所、③が1カ所という具合に発展していない。④も東京都(昭和45年度から)をはじめ、全国35カ所の自治体ですでに実績のあがっている施策の追認というべきものである。国の施策はなぜ発展しないのだろうか。

理由の第1は経済的問題。施設設立を必要とする政策では、人的にも物的にも自治体に負担がかかる。2分の1国庫負担では、自治体としても実施に踏みきれないのかもしれない。国の8割負担にでもすれば、もう少し発展しやすいのではなからうか。

理由の第2は精神科医の姿勢の問題で、筆者はこの方がむしろ重大だと思っている。今日リハを口にする精神科医は大部分多くなったが、自らこれに取り組む精神科医はまだほんの一部に過ぎず、長期入院慢性患者の多くは放置されている。

第3に患者家族もまた病院に一任したままの状況に馴れっこになってしまっており、家族会などによって、精神障害者のこの閉塞の状況を打破しようとする世論が起りかけても、精神病者によってときたま起こされる事件のセンセーショナルな報道の前にかき消されてしまうのが現実なのである。

IV. コミュニティ・ケアへの転換

1. 医療構造の変化

精神障害の特徴のひとつは疾患と障害の共存にある。精神科リハの主対象である精神分裂病の場合も、リハの標的となるのは精神分裂病を経過したために起こった精神機能の障害(例えば判断力の特異な障害や対人関係障害など)、能力障害(例えば労働能力や社会生活能力の障害など)および社会的不利(例えばマスコミによって助長されている偏見や就労に関する法的不備など)である。とはいえ、問題の中心は能力の障害などにあるとはいっても、精神障害者の中には、同時に幻覚や妄想を持つ人や、社会生活上の心理的負担に耐えられずに昏迷や不安など病状の再燃する人も少なくない。ほとんどの精神障害者はリハと併行して医療を欠かすことができないのである。そこで精神科医療機関の分布の仕方が重大な意味を持つてくる。

かつて精神科医療機関といえば単科の精神病院が中心であった。ところが、最近15年間に精神科診療所がふえ、東京では5倍以上の162カ所となっている。89の単科精神病院の大多数は、地価の安かった多摩地域や23区の北部といった周辺部に集中している。これでは都心に住む病者も八王子や青梅の病院に入院せざるをえず、退院後は1日がかかりで外来に通院したりしなければならな

くなる。幸いにして、あたかも精神病床の偏在を補うかのように大学・国公立その他の総合病院に加えて、精神・神経科診療所が都心部を中心に開かれて、在宅精神障害者の外来診療を推進する形となってきた。当センター通所訓練部門利用者の3分の1は、これら街なかの医療機関の恩恵を受けている。

病院内でのリハの限界を考えるならば、人口密集地域での外来診療が、病院外施設でのリハを受けやすくすることに大きく役立っていることは、容易に理解されるところだろう。

2. コミュニティ・ケアの現状

かつて江副があるべき姿として描いた地域社会内でのリハも、急速というわけにはいかなかったが着実に発展してはいる。前述の精神衛生センターや保健所におけるデイケアの他に、これらや病院・診療所・家族会を母体として回復者クラブが作られているし、共同作業所などは20年前には予想もできなかった勢いでふえつつある。こういった医療の枠をこえた地域社会内での活動のひとつひとつは、当センターのようなリハ専門施設の活動に比べれば遙かに小規模なものであるが、今後その数がふえれば在宅障害者のコミュニティ・ケアを支える重要な組織となっていくであろう。当センターを中心に、これらの小組織の、地域をこえた横の連帯も生まれつつある。

とはいっても、全国的にみればコミュニティ・ケアはまだ実体としては甚だ貧弱で、掛け声の段階にあるというべきだろう。

3. 東京都の長期計画

上記のような現状を踏まえて1981年12月に、東京都地方精神衛生審議会は都知事の諮問に答え、「いつでも、どこでも、回復の程度に応じた必要な社会復帰ケアを十分に受けられる体制」の整備をめざして「精神障害者社会復帰医療対策の基本的あり方と東京都の役割について」の答申を行なった。

答申に基づいて着手された、当センターと精神衛生センターの両機能を統合した総合精神衛生センター(仮称)はすでに基本設計を終って2年後には実現するが、今後10年間に都内3カ所に設置されて、東京都の精神科リハの展開に中核的役割を果たすはずである。

もちろん人口400万人に対してこの程度の施設1カ所では全く不十分だから、地域社会により密着した小施設が必要となるが、こちらは区市町村に期待されている。多摩地区の保健所デイケアは、来年度中に全保健所で実施される見込みであり、23区でも毎年デイケアをはじめ保健所がふえている。一昨年度から都の助成が実施されている共同作業所も年々ふえているが、これらの施設

の運営の援助やここで働く職員の研修も総合センターの役割となろう。

一方、さきにふれた病院・診療所の小規模デイケアに対しても、東京都では診療報酬の点数化が実現するまでその助成を計画しており、これが実現すれば早期退院にも再入院の防止にも直ちに役立つはずである。

これらの東京都の政策は、すでにリハの有効な手段として評価されているものを統合したものであるから、その実現は他府県にとっても大きな刺激となるに違いない。全国的に発展することを期待したいものである。

V. おわりに

以上、精神科リハの20年について簡単に報告した。

杉山尚¹⁰⁾が「我国のリハビリテーション医学研究と教育の歴史」に書いたように、本学会発足当初には特別講演やセミナーでとりあげられていた精神障害の問題も、1971年以降姿を消してしまい、最近では1978年のセミナーでの加藤の発表を除けばごく少数の施設からの研究発表を数えるにすぎなくなってしまう。発足当時8人を数えた評議員も今日では1人を残して現役を去り、新手は加わっていない。

この間、精神科リハが衰微したわけでないことは上述のとおりで、姿を消した最大の理由は、杉山のいうとおり「リハ医学の守備範囲」と関連するものであろう。実践面でも研究面でも、リハ医学が肢体不自由、運動障害とその周辺をとりまく障害（失語・失行・失認など）を中心に進められてきた一方において、精神科リハはますます精神分裂病中心となり、共通の話題が少なくなってしまったのである。

われわれ精神科医にとって、リハ医学会で論じられる技術論のほとんどは正直のところ身近なものではない。同様、精神科リハの技術論も大方の会員諸氏にとって縁遠いものであろう。しかし、われわれはリハ医学会の理念や研究の方向から多くのものを学ぶことができた。また今後多くの老人患者をかかえざるをえない精神病院にとっては、身体障害領域の技術論も学ぶべき対象になってくるであろう。

ますます複雑化する社会変動に比例して、身体障害と精神障害とを合併する事例の増加が予測される今日、精神科リハの実情を大方に知っていただいことも重要と考え、本報告をまとめた次第である。

文 献

- 1) 江副 勉：精神科のリハビリテーションの現状、リハ医学 2:142, 1965.
- 2) 小林八郎：精神科領域のリハビリテーション、リハ医学 6:111, 1969.
- 3) 病院精神医学, 23~25集, 1967~1968.
- 4) 加藤伸勝, 久住義太郎：精神分裂病者のリハビリテーション、リハ医学 5:3, 1968.
- 5) 江熊要一：リハビリテーション処方例、精神分裂病、リハ医学 6:106, 1969.
- 6) 竹村堅次：最近の病院精神医療—リハビリテーションの可能性、精神医学 25:6, 1983.
- 7) 加藤普佐次郎：精神病患者に対する作業治療並びに開放治療の精神病院に於ける之が実施の意義及び方法、神経学雑誌 25:7, 1925 (秋元波留夫編「作業療法の源流」金剛出版, 207, 1975.)
- 8) 加藤伸勝：社会復帰施設(中間施設)について、全国精神衛生連絡協議会編「精神医療の展開」医学書院, 1969, p. 162.
- 9) シンポジウム；作業療法、第72回日本精神神経学会総会、精神経誌 77:791, 1975.
- 10) 加藤正明, 石原幸夫編：精神障害者のデイ・ケア、医学書院, 1977.
- 11) 南雲与志郎, 蜂矢英彦：世田谷リハビリテーションセンターの歩み、リハ医学 11:199, 1974.
- 12) 川関和俊：精神科リハビリテーション施設におけるデイケアの効果、リハ医学 17:109, 1980.
- 13) 山崎達二：病院外の中間宿舎における生活訓練の効果—公的精神科リハビリテーション専門施設の経験から、リハ医学 17:127, 1980.
- 14) 加藤伸勝：精神科領域におけるリハビリテーション、第14回日本リハ医学会総会/セミナーI、リハ医学 15:15, 1978.
- 15) 我が国の精神衛生(精神衛生ハンドブック)昭和57年版、厚生省公衆衛生局精神衛生課.
- 16) 杉山 尚：我国のリハビリテーション医学研究と教育の歴史、リハ医学 20:53, 1983.