

掲載誌：日本精神病院協会雑誌 25(4), 18-23, 2006

精神科作業療法の現状と課題

山根 寛

Key words：早期作業療法，歴史的長期在院群，伝統的作業療法，生活療法

The state and problem of psychiatric occupational therapy

* 京都大学医学部保健学科

Hiroshi Yamane,OTR : School of Health Sciences Faculty of Medicine Kyoto University

はじめに

わが国に作業を手段とした治療的関わりの萌芽がみられて 100 余年、国家資格として作業療法士が誕生して 40 年が経過する。日々の暮らしを構成するさまざまな活動を治療援助の手段とする「作業療法」^註には、治療という純粋な構造に、生活、労働、余暇、作品、生産、報酬……といった日常的な問題が入りこんでくる。その平凡さと日常性が、病いを「治す」ということから「治る」、さらには「病いを生きる」という生活の再建に力を発揮すると同時に、その日常性ゆえに、誤った利用のされ方をした歴史をもっている。

今、さまざまな事情を背景に、精神医療は、入院医療主体から地域生活中心へという転換が始まっている。「作業療法」も、この転換により、生活を構成するさまざまな作業活動を用い、自律と適応の援助をするという、本来の機能を発揮する最大のチャンスを迎えたと言ってもよい^{1, 2)}。

この変革期にあたり、作業療法、そして作業療法士は、今何が求められ、どのような役割を果たしたらいいのか、名称独占の身分法が、保護と同時に足かせともなってきた作業療法の歴史を振り返りながら、現状と課題を考えてみる。

作業療法の背景

わが国における精神科作業療法の背景となっている、精神病患者監護法以後の法や制度などの変遷を簡単に整理すると表 1 のようになる。

1. 作業療法の萌芽

作業を治療・援助の一助とする関わりは、古くは作業治療と呼ばれ、隔離、監置、器具による拘束といった精神病患者に対する処遇を、無拘束と作業により一掃しようとする精神医療の開放化運動の一環として始まった³⁾。作業の種類も生産的なものだけでなく精神的活動やレクリエーション活動などが、対象者の能力や状態を考慮して選択され、病的状態からの離脱援助、自発的行動の賦活、治療者－患者関係の改善、などに用いられていた⁴⁾。しかし呉や加藤らの実践^{3, 4)}も、富国強兵という国策のなかでは大きな広がりを見せることはなかった。

2. 作業療法士の誕生

第二次大戦終戦後、GHQ指導で精神障害者の医療と保護を目的とした「精神衛生法」(1950 年)が公布された⁵⁾。それを機に、私宅監置が廃止され、各都道府県には精神科病院の設置を義務づけられた。そして、病床数の不足に対して国庫補助規定が設けられ、精神科病院ブームが起きたが、当然ながら医師、看護師の慢性的な不足を招いた。こうした状況にライシャワー事件が重なって、長期保護収容入院が始まったともいえよう。

この時代に、病院の活性化に一役買ったのが生活療法⁶⁾であった。生活療法はわが国特有のもので、十分な治療法がなかった当時の病院を活性化したが、一方で、院内清掃やカルテ整理、配膳など病院業務を作業療法(仕事療法)の種目として扱うことによる問題や、

下請け作業や外勤作業による収益の扱いに対する問題がとわれるようになった⁷⁾。

このような背景のなかで、WHO（世界保健機構）の勸奨を受けて 1963 年に作業療法士養成校が開設され、「理学療法士及び作業療法士法」（1965 年）により、作業療法士が誕生した。しかし、この身分法の成立にあたり、原語である occupational therapy が作業療法と訳されたため、従来の作業療法との混同を招いた⁸⁾。1974 年の「作業療法」の社会保険診療点数化を機に、精神科作業療法の点数化に対し異議が申し立てられた⁹⁾。それは、従来の作業療法の実態や運用に対する批判のはずであったが、結果的には作業療法批判となって広がり、わが国の精神科領域における「作業療法」の理解と進展を大きく妨げてきた。

3. 入院医療中心から地域生活中心へ

そうした状況下で、適切な医療の実践を試みていた病院にとってはいかんともしがたい不祥事が続き¹⁰⁾、U病院事件（1983）を契機に、強制入院や長期収容が国際的な問題となり、「精神衛生法」は 1987 年に「精神保健法」として改正（1988 年施行）されるに至った。

さらに精神保健法は、障害者基本法（1993 年）の成立などにより、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」（1995 年）に改正された。そして、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針の下に、立ち後れている精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化の方向性が示され、2005 年に、幾多の課題を含みながらも、「障害者自立支援法」が成立した。

作業療法の現状

「作業療法」は、早期には、作業活動の感覚・運動特性¹¹⁾を利用することで、不用意に侵襲しない心理的距離を保ちながら、症状の軽減、遷延化の防止を図る¹²⁾。回復期には作業の合目的性、具体性を利用し、個人のもてる能力を生かし、自己決定を助け、維持期には、個人を取り囲む環境に目をむけ、社会的不利の減少と生活の安定にむけた支援をする¹²⁾。

生活療法批判のあおりで、作業療法は治療ではない、治療的であれと糾弾されたが⁹⁾、作業療法士誕生後 40 年、「作業療法」は、あらためて生活の再建に視点をおいた自律と適応の援助をするという、本来の機能を発揮することが期待されている。

1. 作業療法士の養成状況

作業療法士は、1965 年の「理学療法士及び作業療法士法」制定により、翌年 20 名の作業療法士が誕生したが、社会保険診療点数の対象となるまでは養成校も増えず、やっと対象となった 1974 年以後、養成数は増えはじめたが、資格者が 10,000 人を超えたのは法制から実に 33 年後のことであった。有資格者と日本作業療法士協会会員数の推移（図 1）にもみられるように、1995 年頃より再び養成校の開校ラッシュが始まり、今は供給過剰気味になっている。

2006年1月1日現在で、作業療法士有資格者29,511名、日本作業療法士協会会員26,088名（組織率88.4%）、養成校数は156校（内大学30校）179課程、入学定員は6,575名である¹³⁾。そうした事情もあり、40年の歴史を持ちながら、平均年齢が30歳前後、有資格者の4割強が経験年数5年未満（2005年3月末現在）という若い職能集団である。そのうちおよそ15%が精神科病院で勤務している。そうした状況からすれば、精神障害領域の作業療法士は、少なくとも毎年500～800名程度の供給が可能と推定される。

2. 作業療法の認可基準と実状

1974年に定められた精神科作業療法に関する現行規定（表2）の、助手を含む2名のスタッフで一度に25名、1日75名という数値は、当時の院内寛解状態で長期在院になっていた患者を対象とした生活療法の「はたらき療法（集団作業）」を想定してのものと推定される。

この規定が今（2006年2月現在）も適用されているため、必要とされている状況とあわずさまざまな問題が生じている。1995年の作業療法白書¹⁴⁾によると48.9%、1997年の調査¹⁵⁾では42%の施設が個別の作業療法を行っている。さらに2000年の作業療法白書¹⁶⁾によると1人の作業療法士の取り扱い患者数は、表2の現行基準において1日平均請求件数は32.9件、1997年度の調査¹⁵⁾でも31件である。対象層やニーズの変化に対応し、集団均一作業から早期の対応や社会復帰にむけての評価や指導などの個別対応や、小集団による課題プログラムへと実施形態が変わってきていることなどの影響と思われる。

実際に精神障害領域の作業療法対象は、作業療法白書¹⁷⁾によれば、成人の人格・行動障害（8.4%）と児童青年期の行動・人格障害（2.3%）があわせて対象疾患・障害の1割を超えるようになり、施設の65.1%が成人の人格・行動障害を、25.6%が児童青年期の人格・行動障害を扱い、4割以上の施設が、薬物依存や心身症、てんかん、摂食障害、記憶・記名力障害、情緒障害などを対象として作業療法を行うようになっている。5年ごとの白書^{14, 16～18)}の比較からも、作業療法の対象が確実に変化してきていることがわかる。

こうした患者層や疾患構造の変化、それに伴うニーズの変化に対応するためにも、現行基準の見直しが求められる。

3. 作業療法の実施形態

作業療法の実施形態は、個人作業療法と集団作業療法に分けられる（表3）。個人作業療法は、1対1で行うものと、場を共有しながら他者との関わりを義務づけられることのないパラレルな場¹⁹⁾の機能を用いるものがある。集団作業療法は、集団力動を利用する小集団プログラムやレクリエーションなどある程度人数を集めて行うプログラムなど、目的や用いる活動により適性人数が決まる²⁰⁾。

このような個人プログラムと集団プログラムを、対象者個々の回復状態に応じて、組み替えていくことで、急性期の病的状態の離脱に始まり、退院、地域生活支援まで、一貫し

た治療・援助を行うことが作業療法の特徴である。しかし、ここにおいても、現状と合わない現行基準（表2）が問題となっている。

4. 作業療法の手段

生活技能は、実際に他者と関わり、作業・作業活動の体験を通して身につくものである。作業療法では、生活維持に関連する活動、仕事に関連する活動、遊び・余暇に関連する活動に、社会資源の利用や休養・熟成を含めて「作業」ととらえ、働きかけの手段としている²⁰⁾。生活維持活動は、生活の自立の基礎となるもので、生活に対する自信の回復、日常生活の基本的な技術習得に、仕事活動は、生活リズムの回復、仕事への興味・習慣・適応力などの職業準備訓練や評価に、遊び・余暇活動は、楽しむという機能を生かし、治療・療養生活への適応、社会性の改善、自主性・意欲の向上、感情の適応的処理、基本的な身体機能の回復などに用いる。

作業療法の課題

入院医療主体から地域生活中心へ、精神保健医療福祉の改革や心神喪失等医療観察法の施行にともない、「作業療法の現状」で述べたように、1970年代半ばに制定された現行基準に縛られながら「作業療法の知識や技術が求められ、作業療法士が淘汰される時代」²¹⁾を迎えている。精神医療保健福祉の構造転換に対する医療領域と保健福祉領域それぞれにおける作業療法の課題を整理する。

1. 医療領域における作業療法の課題

精神保健医療福祉の改革に伴い、現行の認可基準がどうであれ、それに応じた役割を果たさなければならない。これまでの研究による「回復状態に応じたリハビリテーションと作業療法」^{15, 22~24)}が、すでに臨床で始まっているが、急性期から終末期まで（表4）、それぞれの時期に応じた作業療法の提供が求められている。

具体的には、まずは急性期・早期作業療法の確立であろう。急性期・早期の作業療法は、病状の安定と共に遷延化を防ぎ、社会生活に必要な生活技能の訓練や、就労にむけた取り組みが可能な心身の基本的機能を回復し、早期に退院することを目的とする。入院時のカンファレンスから関与し、現実感の回復や基本的な行動特性、生活の場で発生することが予想される問題点など、対象者固有の退院にむけての時期の判断や退院時の指導に必要な具体的な情報を、他職種に対して的確に提供するシステム、作業療法の利用方法を示すクリティカルパスの整備が必要になる。急性期・早期の作業療法では、早期導入への個別対応、小集団プログラム、現実感や身体自我の回復のための感覚運動プログラムなど、現行の認可基準にとられないシステムの構築が問われる。

そして、急性期・早期作業療法で3ヶ月以内の退院が困難な対象を、新たな長期在院者にしないことが次の課題となる。1年以内の退院を目処に、退院前指導、退院前後の訪問指導、外出・外泊時における関与など、具体的な生活活動を通してアセスメントし援助す

る作業療法の機能を発揮する必要がある。直接的な関わりだけでなく、具体的な生活活動を通してアセスメントした情報を、本人・家族、他のスタッフに対して提供することも重要な役割となる。

長期在院者は、社会的入院と称された歴史的長期在院群と、認知症および精神病的に重度な療養群に分けられる。療養生活に起因する生活機能低下を防ぎ、生活感を回復する、ために、必要なら家族との交流、関係性の回復、社会生活の再体験といったことから、社会復帰・社会生活について、体験を通して具体的に考える機会を作ることが、作業療法の重要な役割である。その上で、可能な限り地域もしくは福祉施設への退院を援助することになる。また退院がかなり困難な人たちがいることも事実で、医療的環境における良質な療養生活を提供する生活プログラム、精神科領域の緩和治療としての作業療法も視野に入れることになろう。

そうした退院システムの整備とともに退院後の回転ドア現象の防止をしなければ、早期退院システムは機能しない。回転ドア現象の防止は、包括型地域生活支援プログラムのような訪問型、デイケアやナイトケア、外来精神科作業療法などの通所型が考えられるが、その場合にも、具体的な生活活動を通じたアセスメント情報の提供や援助・指導を行うことが作業療法の重要な役割になる。

2. 保健福祉領域における作業療法の課題

保健福祉領域においては、疾患の管理とともに、日常性活、社会生活をどのように支援するかということが課題になる。家族や社会復帰施設の指導員、ホームヘルパー、ボランティアなど、医療関係以外の幅広い人たちが関与し、関与域も重なり合うことが特徴である。そうした地域生活支援の場において、作業療法士には、医学的な知識を背景とした生活機能のアセスメント、そしてそのアセスメントに基づく対象者の生活にそった具体的な生活活動のマネジメント、指導が期待される。また就労支援にあたっては、基本的な心身の機能の障害と生活機能の関連を評価する作業療法の役割が重要になる。

終わりに

人道療法 (moral treatment) を土壌とする作業療法であるが、医療や社会の移り変わりとともに、その時代々々に応じた役割を担い、担わされてきた。精神保健医療体制の転換期にあつて、身分法が保護と同時に足かせにもなっているが、「作業療法の知識や技術が求められ、作業療法士が淘汰される時代」²¹⁾を迎えている。何よりも、作業療法士が、作業療法室への引きこもり状態を脱し、生活における活動という具体的な体験を通して「自律と適応の援助」をするという役割を主体的に果たす行動が求められる。

注：わが国の精神医療における伝統的作業療法や生活療法における仕事療法としての作業療法などとの区別のため、作業療法士が関与して治療・援助として行う作業療法を、「作

業療法」とする。

文献

- 1) 山根 寛：原点に回帰する近未来の作業療法－作業療法の昨日・今日・明日－. 最新精神医学, 4(2) ; 129- 135, 1999.
- 2) 山根 寛：精神病院におけるリハビリテーション－その萌芽, 変性, 混乱, 転生, 原則－. 病院・地域精神医学, 42 ; 417-422, 1999.
- 3) 呉 秀三：移動療法. 日本内科学全書巻貳第三冊・精神療法, 青山胤通ほか(編), 吐鳳堂, 東京(1916)－秋本波留夫, 富岡詔子 (編著) : 新作業療法の源流. 三輪書店, 東京 (1991) 所収
- 4) 加藤普佐次郎：精神病者ニ対スル作業療法並ビニ開放治療ノ精神病院ニ於ケル之ガ実施ノ意義及ビ方法, 神経学雑誌 25, 1925 -秋本波留夫, 富岡詔子 (編著), 新作業療法の源流. 三輪書店, 東京 (1991) 所収
- 5) 田辺子男：日本精神医学 100 年を築いた人々. 臨床精神医学, 10 : 875-883, 1981.
- 6) 小林八郎, 小林清男：レクリエーション療法. 日本醫事新報, 1956 : 35-41, 1662.
- 7) 山根 寛：作業療法の盛衰に映る精神障害者の尊厳. 精神医療 9 : 61-66, 2000.
- 8) 鈴木明子司会. 座談会／OTにとっての精神医療の壁. 理学療法・作業療法 ; 9 : 840-48, 1975.
- 9) 日本精神神経学会理事会：. 今回の「作業療法」点数化に反対する決議. 精神経誌, 77 ; 543-544, 1975.
- 10) 山下剛利：精神衛生法の戦後史. 法学セミナー増刊 これからの精神医療, 日本評論社, 1987, p. 206-11.
- 11) 山根 寛：道具としての作業・作業活動, ひとと作業・作業活動第 2 版. 61-85, 三輪書店, 2005.
- 12) 山根 寛：精神障害に対する作業療法の視点, 精神障害と作業療法第 2 版. 27-54, 三輪書店, 2003.
- 13) 日本作業療法士協会社団法人日本作業療法士協会ニュース 288 : 20 (2006)
- 14) 日本作業療法士協会：作業療法白書 1995. 日本作業療法士協会, 東京 (1996)
- 15) 杉原素子ほか：精神科作業療法の今後の方向性に関する研究－ 1997 年度報告－平成 9 年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」分担研究報告書
- 16) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2000 - 21 世紀への序章-. 日本作業療法士協会, 東京 (2001)
- 17) 日本作業療法士協会：作業療法白書 1990. 日本作業療法士協会, 東京 (1991)
- 18) 日本作業療法士協会：作業療法白書 1985. 日本作業療法士協会, 東京 (1985)

- 19)山根 寛 (鎌倉矩子, ほか編) : 場 (トポス) を生かす, ひとと集団・場, 63-79, 三輪書店. 2000
- 20)山根 寛 (鎌倉矩子, ほか編) : 作業・作業活動とは, ひとと作業・作業活動, 1-19, 三輪書店. 1999
- 21)山根 寛 : 私の作業療法地図と 21 世紀の展望—源流, 黎明, 形骸, 新生, 輪廻, 眺望—, 作業療法 21 : 405-410, 2002.
- 22)山根 寛, 他 : 精神科作業療法の今後の方向性に関する研究— 1998 年度報告—. 平成 10 年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」分担研究報告書, 1999.
- 23)山根 寛, 他 : 精神科作業療法の今後の方向性に関する研究 2 — 1999 年度報告—. 平成 11 年度厚生科学研究「精神医療における専門職の連携に関する研究」分担研究報告書, 2000.
- 24)山根 寛, 他 : 回復過程にそった作業療法の役割と連携のあり方に関する研究— 2000 年度報告—. 平成 12 年度厚生科学研究「精神医療保健福祉に関わる専門職のあり方に関する研究」分担研究報告書, 2001.

表1 わが国の精神保険医療福祉—法・制度の歴史

年	法・制度	作業療法関連	備考
1900(明治33)	精神病者監護法公布		監護義務規定(私宅監置)
1902(明治35)		移導療法(呉 秀三)	
1919(大正 8)	精神病院法公布		監護から保護・医療を意図
1925(大正14)		作業治療(加藤普佐次郎)	
1935(昭和10)			インシュリン・ショック療法
1939(昭和14)			電気ショック療法 精神外科(通称ロボトミー)
1950(昭和25)	精神衛生法公布		私宅監置廃止
1952(昭和27)			クロルプロマジン(薬物療法)
1954(昭和29)	精神病院設置国庫補助		精神病院ブーム
1956(昭和31)		生活療法(小林八郎)	
1965(昭和40)	理学療法士及び作業療法士法	作業療法士国家資格化	
1974(昭和49)	作業療法診療報酬対象	精神科作業療法, デイケア	
1988(昭和63)	精神保健法施行		人権擁護, 社会復帰促進
1993(平成 5)	障害者基本法公布 精神保健法一部改正		(グループホーム)
1994(平成 6)	地域保健法公布	デイ・ナイトケア新設	自立と社会参加
1995(平成 7)	精神保健及び精神障害者福祉 に関する法律公布		福祉工場 精神障害者保健福祉手帳 精神障害者地域生活支援事業 精神障害者地域生活支援センター
1996(平成 8)	障害者プラン開始		
2002(平成14)			市町村で障害者対応 精神障害者居宅生活支援事業
2003(平成15)	障害者基本計画 重点施策実施5か年計画		共生社会 (ホームヘルパー)
2004(平成16)	医療観察法 精神保健医療福祉改革ビジョン		
2005(平成17)	医療観察法 障害者自立支援法		入院医療中心から地域生活中心

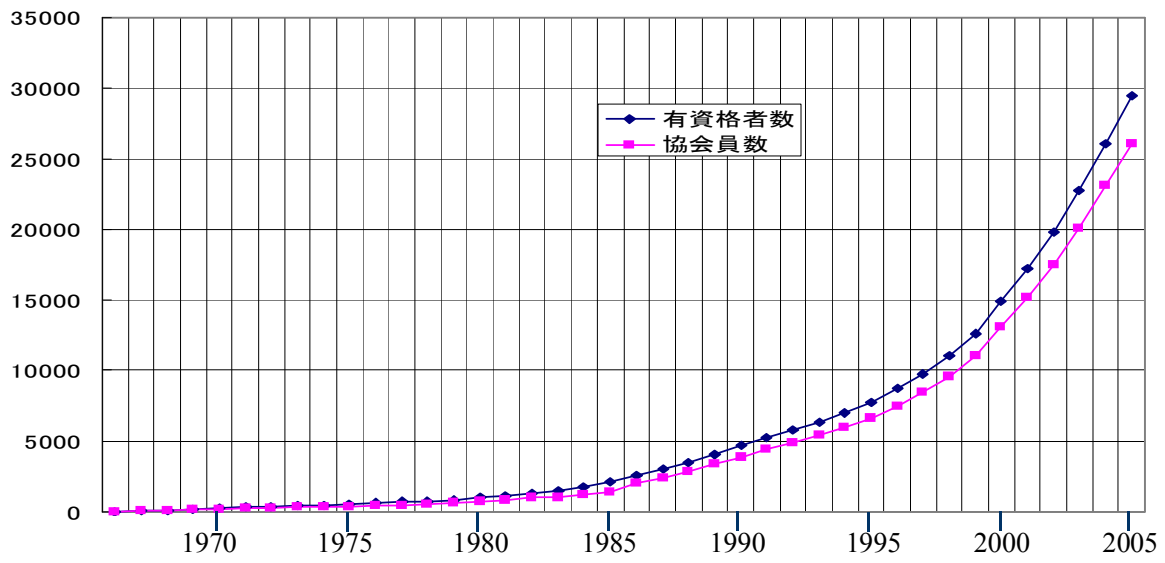


図1 作業療法士協会会員数の推移

表2 精神科作業療法に関する規定の要約

- ・精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人あたり1日につき2時間を標準とする。
- ・1人の作業療法士は、1人以上の助手と共に当該療法を実施し、この場合の1日あたりの取り扱い患者数は、おおよそ25人を1単位として行うものであり、1人の作業療法士の取り扱い患者数は1日75人を標準とする。
- ・当該療法、精神科医師の指示で始まり、その旨を当該患者の診療録に記載する。
- ・当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保健医療機関の負担とする。

表3 作業療法の実施形態

作業療法の形態		対象人数*	目的	
個人	1対1	1	早期導入、個別面接、個人精神療法	
	パラレルな場の利用	4,5～10	緊張が高い、自閉傾向者の導入など	
集団	小集団	並行集団	4,5～7,8	緊張が高い、自閉傾向に対する場の利用
		力動集団	7,8～10	共通の課題や集団志向にむけた個人力動
		協同集団	10～15	と集団力動の相互作用の利用
	大集団	20程度～	マスの効果の利用	

*1人の作業療法士が同時に対応するおおよその人数

表4 作業療法による治療・援助の時期と場

	急性期		回復期		維持期	終末期
	要安静期	亜急性期	回復期前期	回復期後期		
	急性期・早期作業療法 (OT)			回復期 OT	維持期 OT	終末期 OT
入院	1~2週間	~1ヶ月	~3ヶ月	~1年	—	必要期間
	精神科救急・急性期病棟			回復期リハビリ テーション病棟	療養病棟	緩和病棟
通院	—			1~2年程度	—	
	—			デイケア		
	—			外来作業療法		
生活支援	—			必要な期間		
	—			生活支援センターなどの福祉施設		

*時期は、入院治療に関しては入院日から通院に関しては、退院時もしくはデイケア、外来作業療法への処方時を基準にしたもの

*病棟の名称は、そうした機能をもつ場ということを示している。