

掲載誌：日本精神障害者リハビリテーション学会 10 周年記念誌， 57-63， 2004

これまでの十年， これからの十年
－疾歩， 歩々， 試歩， 牛歩， 行詰， 退歩， 歩一歩－

I はじめに

これまで、職域を越えて精神保健に関して論議する場は、全くなかったわけではないが、精神障害者のリハビリテーションということに焦点をあてた場としては、日本精神障害者リハビリテーション学会が初めての試みといってもよい。学会の発端となった研究会から10年が経過した。この10年の精神障害者に対するリハビリテーションを見渡せば、苦界十年、耐えて忍んだこともあれば、十年一日のごとく旧態依然として何も変わることがなく過ぎてきたものもある。しかし、わが国の精神保健の歴史的経過において、この十年は十年一昔といえるほどの大きな変化があった。

精神保健に限らず私たちは今、時代の大きな転機ともいえるシンギュラーポイントに立っている。近代の行き詰まりを抜け、始まった一步を大きな歩みとするために、医学の知識と技術を背景に生活に視点を置く作業療法士の目を通して、これまでの十年を振り返り、これからの10年何が変わり、何を变えなければいけないかを考えてみる。

II 作業療法（リハビリテーション）の視点

1. 作業療法が背負う負の遺産

精神障害に対する薬物治療が始まって間もない1965年にWHOの勸奨を受け、法が先行する形で作業療法士が誕生した。そのときに *occupational therapy* が作業療法と訳され、精神障害領域においては、生活療法で形骸化した伝統的作業療法との混同が始まった。同時代に同じ作業療法という名のもとに、二つの作業療法があったことになる。片や結果的にひとの尊厳を無視した形で、生活療法の一部として実践され仕事療法とも呼ばれた作業療法、片や全人的復権というリハビリテーションの基本理念に基づいた療法として輸入移植され、治療医学との同化の努力を強いられた作業療法である。

1974年の作業療法の点数化に対する精神神経学会の異議は、生活療法のなかで形骸化した伝統的作業療法の実態や運用に対する批判であったが、作業療法そのものの批判という誤解を生んだ。その作業療法という名称に背負わされた負の遺産は、いまだにわが国の精神医療の背景に潜み、*occupational therapy* の真の理解と広がり阻んでいる。

2. 作業療法の視点

作業療法は、生体運動機能、精神機能、疾患の病理と障害の関連などに対する医学的評価機能を基盤として、個々の障害特有の心の動きを理解した精神的サポート、生活様式の工夫、適応的な生活技能の習得、環境の調整など包括的総合的な支援により、二次的な障害や再発を防ぎ、その人なりの生活の再構築と社会参加の援助をおこなう。

作業療法がめざすところは、他の治療や援助と異なるものではないが、ひとの日々の暮らしの営み（日常生活活動、仕事関連活動、余暇関連活動など具体的な活動）に関わりの手段とし、その営み（作業）を共におこなう人との交わり（療法集団）をもちい、対象者

の健康な機能に働きかけ、対象者自身が主体的に体験することを通して、心身の機能の障害を軽減し、生活に必要な日常生活技能・社会生活技能の習得を援助し、よりよい、意味のある作業体験の場を提供することが作業療法の特徴である。

Ⅲ 十年一昔

1. 国連・障害者の10年（1983-1992）

十年一昔、そのまた前の10年（1983-1992）は（表1）、障害者の福祉の増進が唱えられた「国連・障害者の10年」の年である。1991年に提示された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」の原則3に「精神疾患を有するすべての者は、可能な限り地域社会に住み、及びそこで働く権利を有する」とある。

そのときのわが国の精神科医療・保健・福祉は、いずれも「地域社会に住み、働く権利」にはほど遠く、やっと開放化が始まり通信の自由等を含む院内処遇の改善に手がつけられた時期であった。WHOの国際障害分類ICIDH（The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）を契機に、精神保健領域でも障害構造モデルが提唱されたが、わが国の精神科医療の歴史的特性や障害特性の違いなどから、身体障害領域のように広くもちいられることはなかった。リハビリテーションという概念も、精神保健領域においては共通のものではなく、ましてや障害を構造として捉えることは、論議としても広がらなかった。そうした背景のなかで、精神衛生法が精神保健法（1988）に改正され、入院患者の人権擁護と社会復帰が謳われた。

2. 十年一昔（1993-2002）

その後、障害者基本法成立（1993）、精神保健福祉法へ改正（1995）、障害者プラン開始（1996）と相次いだ法改正にともない、1990年代半ばより、精神保健領域においても再び障害構造モデルが論議されるようになった。2001年にはICIDHがICF（国際生活機能分類）に改訂され、わが国の精神保健領域で初めて数値目標をあげ、7年という限界設定で進められた障害者プランは、社会資源の整備に大きな流れを作り、その最終年にあたる2002年には、グループホームとショートステイ、ホームヘルプと精神障害者の居宅生活支援事業が始まった。

いずれをみても、地域差、施設間格差、職域間格差、職種間格差は大きく、決して十分な成果を達成したとはいえないが、この10年は、十年一昔といえるほどの変化の年であった。さらに新たな障害者プランが立ち上げられようとしている。

Ⅳ この十年何が変わったのか？

1993～2002年の10年間に、何がどのように変化したのか。大きな変化と進歩があったもの、変化が始まったもの、まだ試みが始まったばかりで手探り状態にあるもの、遅々

として進まないもの、行き詰まって方向転換が必要なもの、逆に機能が低下し後退したものなど、さまざまである（表2）。

〔疾歩：大きな変化と進歩があったもの〕

この10年間で大きく変わったものには、障害構造論、精神疾患における生活障害やそのリハビリテーションに対する認識などがあげられる。特に障害構造論は、①障害の原因を疾患の諸既決とする医学モデルである、②モデル図が経時的因果関係をイメージさせる、③個人の能力や環境因子などの影響が考慮されていない、などの問題が指摘されていたICIDHは、それまでも問題を払拭し、障害というマイナス面だけにとらわれず、ひとの生活全体に目を向け、障害を個人因子や環境因子との相互性としてみる新たなモデルに改訂された。

この新概念は、20世紀に誕生した概念ノーマライゼーションを、具体的に実現する上で、また精神障害者のリハビリテーションにおいて、重要な共通概念として位置づけることができる。すでに、ICFの基本概念をベースとする臨床モデルが作成され、具体的な検証をおこなっているモデルもある^{1) 2)}。10年前に比べると、精神障害に伴う生活の障害やそれに対してリハビリテーションが必要という認識が生まれている。ICFはその認識を具現化したモデルともいえる。

〔歩々：変化が始まったもの〕

新しく変化がみられはじめているものとしては、リハビリテーション概念の共有、治療構造の転換、職域を超えた論議、社会資源の整備、援助に関するもの、地域リハビリテーションの視点、マンパワー供給の一部（作業療法士、精神保健福祉士）などがある。

リハビリテーションの概念に関しては、公に職域を超えて論議されるようになり、援助の技法も、精神障害の認知特性や具体的な生活技能面の障害に視点をあてた認知行動療法や対象者や関連する人たちを主体に、そのエンパワーメントをも配慮した心理教育などが、かなり実施されるようになった。治療構造については、やっとなら従来の保護収容から脱皮すべく、急性期の治療を適切に期限を設定しておこなうという流れが始まり、長期入院者に対する生活の質を維持しながら社会復帰をめざす療養の試みが始まった。それに伴って、生活の技能などを身につけるリハビリテーションは、地域における生活の場でという考えが、少しずつではあるが実施されるようになった。精神保健領域のマンパワーの不足は相変わらずであるが、1998年には、精神保健福祉士法が施行され、2001年3月末現在で有資格者が約13000名生まれた。1993年に6000人あまりであった作業療法士に至っては、3倍を超える急増である。そのうち25%程度が精神保健領域で勤務していることから推測すれば、4000人あまりが精神科作業療法やデイケアなどの医療機関を中心に保健福祉領域でに従事しているものと思われる。2004年度の養成施設や大学の入学定員は6000人

を超えており、すでに、量から質への問題が起きている。

【試歩：試みが始まったもの】

まだはっきりとした方向性が定まったわけではないが、試みが始まったものとして、医療領域においては、カクテル処方といわれる多剤多量投薬から単剤へという世界的な流れに、やっと呼応が始まった非定型抗精神薬の使用、精神科医療における早期リハビリテーションの試みがあげられよう。早期リハビリテーションは、病的状態からの早期離脱、二次障害の防止を目的に、主として作業療法の領域において実施されている^{3, 4)}ものであるが、治療構造の転換と共にますます重要になってくる。入院した時点から、退院後の生活を視点においたアプローチは、早期リハビリテーションを中心に始まる。

そして地域リハビリテーションの実践として、生活支援センター、ケアマネジメント、職業リハビリテーション、居宅生活支援事業などが、それぞれパイロット事業的に試みられており、なかにはある程度の方法論がモデルとして示されはじめたものもある。いずれも、今後どのように進めればよいか、比較的早い時期に具体的な方法論を示さなければならぬ事項といえる。

職業リハビリテーションについても、2002年度の法改正では見送られたが、他の障害と同様に雇用率制度の適用といった、積極的な雇用・就労支援が必要である。通過型授産、通院患者リハビリテーション事業による一般就労の行き詰まりをこのままにはしておけないだろう。

【牛歩：遅々として変わらないもの】

論議もされ、問題点が指摘されながら、遅々として進展しないものに、リハビリテーション教育の共通化、チームアプローチやマンパワーの質、精神障害者の人権と病気の理解、自助グループの支援などがある。リハビリテーションに関する基本教育は、職種別におこなわれており、チームアプローチに必要な共通知識や概念、技術教育の格差がずいぶんと大きい⁵⁾。リハビリテーションに関するカリキュラムが組まれていなかったり、重視されていない職種もある。特に精神保健の多くに置いて管理・裁量権を有する医師に対する教育のなかで、リハビリテーション教育が十分に行われていないことは、大きな問題といえる。その基礎教育の差が臨床におけるチームアプローチが進展しない原因のひとつにもなっている⁶⁾。基礎教育ですべてを満たすことが難しい現状を考えれば、適切な連携を実践するには卒後教育システムが必要であるが、現状は各領域ともいまだ不十分といわざるをえない。

【行詰：方向転換が必要なもの】

行き詰まり方向転換が必要なものとしては、デイケアの役割や長期入院者に対するリハ

ビリテーションがある。デイケアが診療対象となった 1974 年当時は社会資源もなく、再燃再発予防のため居場所の提供としてのデイケアの役割は大きかった。しかし、福祉領域の生活支援資源の整備に伴い、デイケアは期限と目的を明確にし、治療型に限定する必要がある。安易なデイケアのあり方が、通所者の社会参加を足止めし社会的通所状態を引き起こしている実情をしっかりと認識しなければならない。

また、社会的入院といわれる状態で長期に入院し高齢化した人たちのリハビリテーションも、療養病棟が適切な機能を果たしておらず、相変わらず集団管理的な処遇がなされている病院が多い。生活の質を保障する施設内における維持期リハビリテーションのあり方を、しっかり考えなければならない。その対処が、現在必要数の数倍ともいわれている病床数へ適切化につながる。

[退歩：機能が低下、後退したもの]

この 10 年大きく変化し進歩したのものがあるが、一方で後戻りしたような一面もある。たとえば単剤処方方の試みや診療所が増えるなど医療の見直しや一般化が進んでいるが、安易な電気ショックの使用にみられるように、医療の質や病院の入院治療機能の低下が一部にみられる。地域ケアは、いつでも安心して治療が受けられる病院があつてこそ効果があるということが忘れられてはならない。

V 歩一歩（これから10年の予測と課題）

これからの 10 年は、精神疾患そのものが大きく変わることはないであろうが、リハビリテーションという視点からすれば、どのように疾患をコントロールして生活するかといったことが重要なポイントになる。すでに主な基本となる理論や理念は語り尽くされた。今後は、理念や理論の論議に終わりを告げ、実践が問われる時代といってもよい。全体としては、特に何もしなくても必然的に変化するものがあり、その中で努力して変えていかなければならないものがある。

[必然的に変化するもの]

精神障害者のリハビリテーションに大きく影響を与えるであろう必然的に変化するものとしては、入院患者の構造、社会構造がある。入院患者の構造は周知のことであるが、社会的入院で高齢化した層が生理的寿命により減少することで長期入院患者が減少する。今後長期化するものは純粹に病理的理由によるもので、これまでの看護力で適切な対処は困難である。病院内におけるリハビリテーションは、大きな変革を迫られる。また社会構造としては、少子高齢化の影響を含み右肩上がり期待できない経済などにより、費用対効果が無視できなくなる。そのことがリハビリテーションにも大きく影響してくる。

[変えていかなければならないもの]

そうした必然的な状況の変化があるなかで、職種、職域を越えて努力が必要なこととして、回復レベルに応じたリハビリテーションシステムを確立し、医療の限界設定をおこなう、生活支援体制を整備することがあげられる。医療の限界設定とは、急性期の治療の時点において、大きな予後予測とともに、退院後の生活を見通した治療と早期リハビリテーションを期限を設定しておこなうということである。現状の治療構造においても、すでに初発患者の半数が3カ月以内に、8～9割が1年以内に退院しているということからしても、民間医療の経営という視点の転換、技術の質を保障する経済的背景を整えれば、すぐにでも改善できることであろう。

そしてリハビリテーションサービスを利用する者の自助機能を高め、ホームヘルプなど代理的なことや補助については、何をどのようにするか、具体的な方法論を確定する必要がある。生活支援などわが国の福祉は、依然としてスタッフ主導の施し型の域を抜けていない。生活支援などにおいては、当事者が任の半数以上を担うような運営にすることが、自助機能を高めると共に、雇用の場の確保にもつながる。

VI 新たな出発に向けて

精神病者監護法による私的監置、そして精神衛生法による公的監置という、長すぎた保護収容の時代を終え、20世紀の終わりに精神障害者の人権が初めて法によって唱えられた。私たちは、今こそすべての違いを超えて、「此ノ国ニ生マレタルノ不幸」と二度と口にしないですむように、ノーマライゼーションの実践に取り組まなければならない。精神障害者リハビリテーション学会に初期から関わったすべての職種は、この場に集う人たちを裏切ることのないよう、あらためて「だれのために」「何のために」とそれぞれが厳しく自問し、新たな出発としなければならない。

表1 精神障害リハビリテーション年表ーこの10年

1900(M33)	精神病患者監護法公布(私宅監置の始まり)
1950(S25)	精神衛生法公布(公的監置の始まり)
1965(S40)	理学・作業療法士法
1974(S49)	精神科作業療法, デイケアなどが診療報酬の対象となる
1988(S63)	精神保健法施行
1993(H 5)	障害者基本法成立 精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)法定化
1994(H 6)	地域保健法成立
1995(H 7)	精神保健福祉法へ改正 精神障害者保健福祉手帳制度創設 社会復帰施設(援護寮, 授産施設, 福祉ホーム, 福祉工場)法定化 精神障害者社会適応訓練事業法定化
1996(H 8)	障害者プラン開始 精神障害者地域生活支援事業(生活支援センター) 公営住宅法改正(公営住宅でグループホーム) 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領改正
1997(H 9)	
1998(H10)	精神保健福祉士法施行
1999(H11)	精神障害者地域生活支援センター社会復帰施設として法定化 精神障害者福祉ホームB型試行 精神保健福祉法改正(精神保健福祉実施主体を市町村へ)
2000(H12)	
2001(H13)	国際障害分類が国際生活機能分類に改訂
2002(H14)	精神障害者居宅生活支援事業施行

表2 精神障害者のリハビリテーション10年の変化

大きな変化と進歩	障害構造論 精神疾患にともなう生活障害の認識 精神科リハビリテーションに対する認識
変化の始まり	リハビリテーション概念の共有 治療構造の転換（急性期，療養病棟など） 職域を超えた論議 社会資源の整備 援助に関するもの 地域リハビリテーションの視点 一部マンパワーの充実（作業療法士，精神保健福祉士）
試みの始まり	早期リハビリテーション 生活支援とケアマネジメント 職業リハビリテーション
変化のないもの	リハビリテーション教育の共通化 チームアプローチやマンパワーの質 精神障害者の人権と病気の理解 自助グループ
方向転換が必要なもの	デイケアの役割 長期入院者のリハビリテーション
低下，後退したもの	電気ショックの安易な使用など医療の質 病院の機能

文 献

- 1) 山根 寛：障害構造モデル IMMD の概念と応用：国際障害分類 ICDH に基づいた実践モデルの提唱. 作業療法, 20 : 145 - 153, 2001.
- 2) Yamane H, Kinoshita T : An Interactional Model of Mental Disability (IMMD) Based on the International Classification of Functioning and Disability (ICIDH-2). Asian Journal of Occupational Therapy, 1 : 1 - 11, 2001.
- 3) 山根 寛：精神障害と作業療法. 三輪書店, 20 - 50, 1996.
- 4) 山根 寛, 大丸 幸, 香山明美, 他：精神科作業療法の今後の方向性に関する研究. 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」報告書. 1999.
- 5) 野中猛：精神障害リハビリテーションにおけるチームアプローチ概論. 精リハ誌, 3 : 88 - 97, 1999.
- 6) 山根 寛, 石井敏弘：精神保健領域における連携—なぜ連携が根づかないのか？—. 精神障害とリハビリテーション, 4 : 143 - 149. 2000.