

精神医療の陥穽と作業療法

山 根 寛

Pitfall in Japanese Psychiatry and Occupational Therapy

Hiroshi YAMANE

Abstract : The modern medical science has obtained dazzling results under the scientific rationalism, moreover has a large pitfall. Japanese psychiatry has that pitfall, and was colored with the maintenance of the social security. In this paper, we discussed the following five problems in the Japanese psychiatry, and described the fundamental concepts and principles of the psychiatric rehabilitation and the application of occupational therapy.

1. The illusion of health and the illusion of science
2. Lack of rehabilitation ideology
3. Evils of specialization and differentiation
4. No spreading collaboration team approach
5. Some confusion in Japanese psychiatry

Key words : Rehabilitation, Occupational Therapy, Psychiatry

はじめに

医学の歴史は、私たちの健康を脅かす内外の敵との戦いにたとえられる。現代医学は、疾患 disease との戦いにおいて、自然科学的原理のもとに、多くの成果と飛躍的な発展をとげた。しかし、客観性・普遍性を求める現代医学の歩みは、その成果と発展の陰に、大きな陥穽を併せもっている。「現代医学の陥穽」とは、対象の生活との関わりの喪失である。医学が武器とした自然科学的な合理主義の客観性・普遍性が切り捨ててきた、対象の主観性や対象との共感性（相互関係）の問題といえる。精神医療は、そうした現代医学の陥穽に加え、さらに社会治

安的色彩によって彩られている。

精神障害に対する「作業療法」（以下精神医療に見られる歴史的作業療法との区別のため、「」をつけて作業療法士が関わる作業療法を示す）は、その精神医療の陥穽を埋めるリハビリテーションの一方法である。作業療法の原理、それはリハビリテーションの原理でもあるが、その根本原理は生活である。本論では、生活を根本原理とする「作業療法」を通して見えたわが国の精神医療の問題（陥穽）についてふれ、生活であるというリハビリテーション・作業療法の理念について述べる。

わが国の精神医療と作業療法

1982年、1,000床を越える精神病院で、筆者は作業療法士としての歩みを始めた。その病院はリハビリテーション活動の盛んな病院で、当時は開放化運動と生活療法に対する反省から、新しいリハビリテーションシステムを模索して

京都大学医療技術短期大学部作業療法学科（京都市左京区聖護院川原町53）
Division of Occupational Therapy
College of Medical Technology, Kyoto University
1995年7月3日受付

いた。従来インダストリアルセラピーとして行われていた院内作業や集団生産作業を廃止し、作業活動を用いる働きかけは作業療法士へ、という流れの中での採用であった。

そのため、「作業療法」に対する様々な思いと期待の中に、いろいろな意味合いを込めて、「作業療法は何の役にたつのか」と、「作業療法」の対象と効果を問われた。「作業療法」のプログラムの一つとして行っていたソフトボールに対し、「作業療法でソフトボールをすると分裂病が治るのか、ソフトボールをして点数(診療報酬)になるのか」と問われたこともある。それは、わが国の精神医療の歴史的背景を

象徴する言葉であった。

1. 精神科作業療法, 3つの流れ

わが国の精神医療の領域における作業療法には、異なった3つの流れを見ることができる(図1)。最初は、呉秀三が行った移導療法¹⁾や加藤普佐次郎等の実践^{2,3)}にその萌芽がみられる流れである。それは、対象と生活を結びつける素朴なりハビリテーションの考え方と、精神医療の開放化運動の一環として始まった。しかし、ドイツ医学をモデルとし科学性を追求する現代医学と富国強兵思想の色濃い近代史の中では、大きな広がりを見せることはなかった。大半の医師が、脳解剖に明け暮れた時代であ

	米国の時代背景	米国 OT	日本精神科 OT	日本の状況
18c~	人道主義哲学	道徳療法 moral treatment		
19c中	適者生存論	道徳療法衰退		
1900		道徳療法再適用	伝統的作業療法 無拘束, 移導療法	精神病患者監置法
	OT 協会創立 1917			精神病院法1919
	行動主義 精神分析理論	1922 作業 (occupation) パラダイム 活動の段階づけ 習慣訓練 (habit training)		
1930	力動精神医学 還元主義 (科学的合理性) (医学から圧力)	1932 精神力動パラダイム 自己の治療的利用 集団力動 活動分析		精神衛生法1950
	薬物療法開始 精神衛生対策法	還元主義パラダイム	生活療法 (生活指導(しつけ療法) レク療法(あそび療法) 作業療法(はたらき療法)	精神安定剤使用1954
1960	医学モデル中心 ケネディ教書 (入院中心から地域)	作業行動 行動変容	「作業療法 (OT)」 欧米をモデル	(ライシャワー事件) 作業療法士誕生
	(次第に専門分化) WHO 障害論 (専門分化への反省)		感覚統合 パラダイム	社会精神医学の影響 (生活療法批判) (OT 点数化反対運動)
1990		適応理論 新パラダイム 人間作業 モデルなど	生活技能訓練 SST	精神保健法1987 (人権擁護, 社会復帰) 障害者基本法1993 精神保健・福祉法1995

米国精神科 OT の部分は佐藤 (1992) の図を参照

図1 日米の時代背景と精神科作業療法 (OT) の理論の歴史

る。患者と共に生活し、作業治療に取り組む加藤は「プロフェッショナル・ドクトル・モッコ」とか「土方・左官の仕事」と同僚の医局員から呼ばれたという。この作業療法（伝統的作業療法）は、戦後の経済復興の中、形態を変え、仕事療法（働き療法、work therapy）として、生活指導（しつけ療法、habit training）やレクリエーション療法（遊び療法、recreation therapy）と共に、生活療法⁴⁾へ取りこまれた。

2番目の流れは、その生活療法の中に取りこまれた作業療法である。不幸な歴史を残したロボットミーがその体系化の契機となったともいわれる⁵⁾生活療法は、抗精神薬使用、精神病院ブームの中で、理論的に未整理のまま広がった。そして、拘束的状況下での患者使役、個別性・不参加の自由を無視した集団管理、病院の経済的理由に基づく作業しぼり・収益の収奪といった問題を引き起こした。生活療法の広がりにつれ、その中に組み込まれた作業療法も、集団管理と使役労働へと形骸化した。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申し立てられた異議⁶⁾は、「生活療法」の中で形骸化した伝統的作業療法の批判であった。

3番目の流れは、いま私たちが行っている「作業療法」occupational therapyである。この「作業療法」は1965年に法が先行する形で、それまで日本の医療にはなかったリハビリテーションという新しい理念のもとに、理学療法と共に誕生した⁷⁾。アメリカの医学モデルにそった理論と治療システムが、直輸入の形で導入されたものである。

2. 「作業療法」の歩み

身体障害領域や発達障害領域では、「作業療法」は医学的リハビリテーションを軸として出発し、いまでは医療の領域を越え、教育・療養やコミュニティケアへと広がり始めている。しかし法の成立にあたり、原語である Occupational Therapy が作業療法と訳されたことにより、精神科領域では大きな誤解が生まれた。形骸化した伝統的作業療法との混同である。さ

らに、日本にテキストのなかった当時、生活療法の提唱者である小林らが、テキスト⁸⁾を執筆し、その中で、小林自ら「作業療法は生活療法とも呼ばれる」と述べた。そうしたことが、生活療法の中で形骸化した伝統的作業療法との混同をまねき、誤解を深めた要因のひとつになった。そうした生活療法の衣替えといった誤解を避けるため、作業療法といわずに、あえてOTという略語を使った時期もある。また、「リハビリテーションは生活」という基本概念を少し引っ込め、力動精神医学に基づく精神療法的色彩を、色濃く打ち出さざるを得なかったことも事実である。

このように、精神科領域の「作業療法」は、同じリハビリテーションに携わりながら、作業療法という名称で競合する職種や歴史的背景のなかった身体障害や小児の発達障害など、他の領域の作業療法とはかなり異なった状況の中で歩み始めることになった。

1974年の作業療法点数化に対する反対の嵐の中にあって、作業療法士自身、自分たちの立場と理念を訴える体制は、まだ整っていなかった⁹⁾。当時、作業療法士は、全領域でも約500名、精神保健領域の作業療法士はわずかに百数十名であった。しかも、学校で新しい理念を学んだ作業療法士は、さらにその内の一部で、わずかに数十名と推定される。1995年3月末現在、作業療法有資格者は約7,000名、日本作業療法士協会会員が約6,000名、その内精神保健に関連する者は推定で約1,200名になった。しかし、実数としてはあまりにも少なく、しかもその2/3は30歳未満という若年の専門職集団である。そして、大半が一人職場という状況の中で、いまだ残る歴史的作業療法の問題との間で葛藤が続いている。

精神医療の陥穽

精神医療の陥穽とは何か、いみじくも「作業療法でソフトボールをすると分裂病が治るのか」という言葉が、それを象徴的に表現している。

1. 健康という幻想, 科学という幻想

「分裂病が治るのか」という言葉が示すように、現代医学は完治を目指した「健康という幻想」(デュボス)と、客観性・普遍性を目指す「科学という幻想」にとらわれている。この2つの幻想へのとらわれが、現代医学の陥穽を生み出した。

確かに、医学の歴史は、私たちの健康を脅かす内外の敵との戦いの歴史であった。ある時期の結核のように、敵の正体がわかりにくく巨大な力を持っているときは、内なる力(治癒力)を補強する物資援助として、ひたすら栄養を補給する持久戦をした。そして精神の病いのように、正体が見えないことによる不安に対しては、魔術的な思考による戦術をとった。時には、癌に対する戦いのように、占拠された城を敵ごと撲滅するため、味方もろとも隔離し封じ込める兵糧攻めのような戦術を用いていたこともある。

「健康という幻想」を盾に「科学という幻想」を矛とした医学の成果を否定するものではない。スーザン・ソントグ¹⁰⁾が「隠喩の病い」といった結核を、その怨念から解き放ったのも医学の力である。しかし、同時にこの2つの幻想は、病いや障害と共に生きる生活や確実に訪れる老い・死との対峙から眼をそらさせた。「ソフトボールをすると分裂病が治るかどうか」と言葉にするとき、すでに分裂病という病いや障害をもちながら生活する個人を見る視点は失われている。

2. リハビリテーションの理念の欠如

こうした「健康という幻想」、「科学という幻想」に加え、かつての精神衛生法にもみられたように、精神医療には社会治安的色彩があった。そうした背景の中で、リハビリテーションも、入院治療の仕上げとしての社会復帰訓練という見方をされてきた。自らの相図によってつけられた生産阻害因というレッテルを返上し、生産的社会参加に向けて励む訓練という認識である。

「治る」ことに価値と目標がおかれている場

合、慢性状態の人に対する QOL (Quality of Life. 生活の質)としてのリハビリテーションの考え方は生まれえない。社会治安が目的の背景にある以上、病いや障害と共に生きる個人の生活の実現を援助するという、生活を軸としたリハビリテーションの考えが生まれる余地はなかった。

リハビリテーションの理念の欠如は、「作業療法」で用いる作業種目にも影響した。「作業療法」は、生活に関わる様々な作業活動の特性を生かすことで成り立つ。しかし、集団管理と使役労働へと形骸化した歴史的作業療法に対する批判から、仕事の要素を持つ作業活動は、その本来の機能を生かせず、「作業療法」の働きかけは手工芸的な作業に縛られた時期もある。

3. 専門分化の弊害

客観性・普遍性を求めて、治療医学は次第に専門分化してきた。その専門分化の過程においては、医学の対象は「疾患 disease」と「部分の病理 pathology」が中心であった。結果的に、病む者にとっての体験としての障害といえる「病い illness」や「病いを持つ個人の生活」は、治療者の視野から遠ざけられた。換言すれば、現代医学は自然科学的な合理主義により、対象の主観性や対象との共感性(相互関係)、すなわち対象の生活との関わりを切り放し、より客観的に疾患を対象とすることにより、高度な発展を遂げたといえる。

そして必然的に、その専門分化の構造は、医療全体のシステムに影響するようになった。たとえば、医療における経済的裏付けとなる診療点数に関するものは、すべて医師の処方や指示のもとで行われる体制にある。責任の所在を明確にするシステムであるが、その医師の処方が作業療法を医療の枠に縛る結果となっている。そのため、生活という視点で医療から福祉につながる本来のリハビリテーションの動きを妨げている。責任を明確にする役割やシステムは必要であるが、義務と役割が釣り合わず、単なる権威構造(ヒエラルヒー)で終わってしまっ

はこまる。本来医療の責任を明確にする機能としてのシステムが、医学の専門分化と癒着し、権威構造を生んでいるといえよう。

そしてこのヒエラルヒーは、処方を出す医師を頂点としたものだけではない(図2)。それぞれの職域間でもヒエラルヒーが存在し、それらが輻輳・固着し、チーム医療を妨げる大きな要因の一つになっている。底面にあって振り回されるのは、いつも利用者である患者や家族である。

4. 広がらない協業としてのチームアプローチ

医学の専門分化とそこから生まれたヒエラルヒーは、チームアプローチをただのかけ声だけに終わらせている。特に精神科領域においては、目に見えにくい疾患や障害を対象とするという特殊性もあり、それぞれの考え方や立場が異なる。そのため、職種が違えばもちろんのこと、同じ職種であっても、一つの言葉が同じ意味を持って伝わらないことがある。カンファレンスを行うにも、共通の言葉が少なく、様々な誤解にであった。診断という行為に対して、「人が人を評価できるのか」とか、ある働きかけが治療的かどうかをめぐって、「これは治療ではなく関わりである」というような問答にであった。1970年代に見られた精神医療の開放化の歴史を考えれば、理解はできる。しかし、往々にして、いつのまにか現実に行われていることや当事者である患者をぬきにして、言葉の論争だけに終始することがある。こうした職種間の連携の不十分さは、患者をダブルバインド

な状況においてしまう。

精神科領域の特殊性といってしまうえばそれまでであるが、正体の見えない隠喩としての意味合いをもたされた病いを対象にするからこそ、関わる者だけでなく対象の主観性まで包括したチームアプローチが必要になる。それは分業から協業¹¹⁾というあり方をも越えた、患者や時に家族まで含む治療共同体的な連携¹²⁾の文化を育てることが大きな意味をもつ。

5. わが国の精神医療の戸惑い

1970年代を中心に、1980年代半ばまで続いた開放化運動は、精神医療の歴史の中に大きな成果を残した。いま、精神医療の軸となっているのは、その開放化に多くのエネルギーと時間をさいてきた世代である。たとえてみれば、長く苦しい戦いの後で生まれた革命政府のようなものといえよう。しかし、大きなエネルギーを必要とした運動の後には、空白が生まれることがある。開放化運動に参加した多くの人にも、自負と同時に残遺症状ともいえるものが残っている。作業療法とか治療、集団という言葉に出会うと、いまだにアレルギー反応を起こす人がいる。このことが、新しい職種を含むヨコの文化の形成を妨げているのも事実である。

そして一方、これまでの歴史的いきさつを知らない第3, 4世代の中には、新しい黒船依存症候群ともいえるような動きがみられる。彼らには、歴史にとらわれない軽いりのような良さはあるが、理論や技術が生まれた社会的文化的背景を十分考えずに、輸入技術を実践しようとする。SST (social skills training, 生活技能訓練) と生活療法の違いが十分整理されないまま推進されようとしていることなども、その一例といえよう。

「精神保健法」の改正、さらには「精神保健及び精神障害者福祉に関する法」の改正施行など、精神医療は医学モデルの領域を大きく越え、医療の外から変革をせまられている。医学モデルに基づいた精神医療の陥穽を埋める作業はこれから始まる。

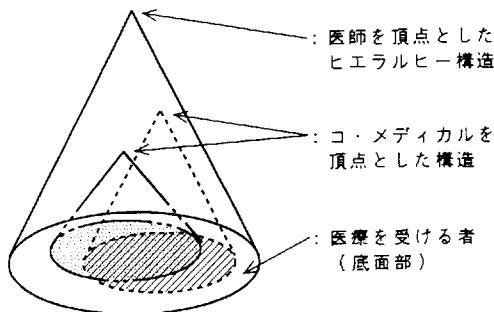


図2 輻輳する医療のヒエラルヒー構造

リハビリテーションの原理—生活—

生まれながらにして心身にハンディを持つ人もあれば、何とか歩んでいたと思われる人生の途中で受ける障害もある。人が生まれ、生活し、何らかのできごとで生活に歪が生じたとき、たとえ病いや障害があっても、病いや障害を越え、時には病いや障害と共に、自分の生活を再び自分にとって納得のいく状態にし、人と共に生き死ぬことがリハビリテーションの目的である。治る治らないという視点を越えたりハビリテーションの原理は、生活であり、「人間らしく生きる権利の回復」¹³⁾ともいわれている。

私たちは、精神的であれ身体的であれ、何らかのダメージを受けたとき、ある時は日々の生活を制限し、ときに医療の処置を受け、治癒を待つ。しかし、どのような処置も、その基本原則は、私たち自身にある自然治癒の力を引き出す補助である。

治療医学は、個人の主体性が機能しないか、個人の主体性だけでは処理が困難な心身の危機にあたり、代理の主体性（援助者の責任）で、個人が主体的に判断できる状況に戻すことが役割である。それに対しリハビリテーションの関わりは、早期にあっては、いかに二次障害を最小限にするかということを目的にしながら、援助される側の主体的な自己決定を助ける選択枝をできるだけ多く示すことを目的とする。そし

て、後期もしくは慢性期にあっては、個人の持てる能力をいかに生かすか、また個人を取り囲む環境に目を向け、いかにその人に対する社会的ハンディを少なくするかに視点がおかれる。

治る治らないという治療の視野を大きく越えた、個人の生活、あるいは共に住む者を含めた生活がリハビリテーションの視野である。リハビリテーションは、単なる知識や技術ではなく、理念といえる。精神保健の領域では、時に不毛な論議が重ねられてきた歴史もあるが、いまこのリハビリテーションの理念による意識の改革が必要とされている。

「作業療法」の利用

「作業療法」は、リハビリテーションの理念を実践する具体的な関わりの一つである。「生活・主体性・具体性」のキーワードであらわされる¹⁴⁾ように、個人が主体的に生活に関わる具体的な体験を通して、自分なりの生活を取り戻すことを、「作業療法」は援助する。

「作業療法」の関わりにおいては、対象者のどのような状態に対して関わるかで、同じ作業活動でも用いる目的や用い方が異なる（表1¹⁵⁾）。たとえば、急性症状をやっと抜け出した患者に、黙って編み物をする、干渉されずに一人歩くといった環境を保障することがある。これは、早期リハビリテーションにあたる働きかけで、安心感・安全感を保障することを目的

表1 回復過程にそった働きかけ（山根¹⁵⁾）

回復過程	主 目 的	作 業 活 動 の 役 割	セラピストの対応*
回避休息期	自己内外の統制 混乱回避 休息 安全 安心	自己内外の刺激の単純化、刺激の減少、心理的距離の維持	交友的態度 (Friendliness)
退行発散期	退行保障 欲求充足 発散 気分転換	同質の原理に基づく発散	積極的交友態度 (Active friendliness)
受容体験期	受容体験 集団所属感 自己受容	周囲に受け入れられる行為の具現化	賞賛的態度 (Praise)
試行探索期	試行錯誤 現実検討 障害受容	能力、限界の具体的な提示	親切かつ不変的態度 (Kind firmness)
自立準備期	学習 能力改善 オルタナティブ**	能力、限界の具体的な提示	理性的態度 (Matter of factness)
自 立 期	その人なりの自立生活	自分なりの生活手段	

* 態度療法に基づく各回復段階におけるセラピストの基本的対応態度

** 新しい適応に向けて視点を変える代替的方法

としている。対象者自身になじみのある具体的な作業活動（行為）により、自己内外の刺激を単純化し、減少させるために作業活動を用いる。トランクライザーやシェルターのような機能としての作業活動の利用である。また当面の混乱は回避したが、何となく現実感を欠き、足踏みしているようなとき、一緒に散歩やソフトボールなどをすることがある。これは、対象者の主体性を、身体感覚レベルから呼び戻す（自律神経系の賦活作用など）ことを目的としている。具体的な体験を通じた言葉を越えたコミュニケーション、また活動に伴う身体感覚を通じた現実感・身体自我の回復としての作業活動の利用である。

そして多少ゆとりが出てくると、提供する側の主体性は利用する側の主体性へとゆだねられる。失った自信を取り戻す過程では、実際に自分の身体を使って試してみるのが一番である。利用する者が主体的に取り組むことを前提に、作業療法士は、目的に応じた作業を提供し、相談にのる。

また、治るに越したことはないが、付き合いなければならぬ病いを抱えての生活の中では、自分の楽しみや生きがいとなる何かを見つきたい。自分の能力とその限界も知りたい。このように後期リハビリテーション・慢性期に対するリハビリテーションにあたる時期には、「作業療法」は自分のペースで試行錯誤できる環境、できるだけ生活に関わる具体的な体験を通して自分で試みるモラトリアムな場を保証する。

終わりに

本論では、精神医療と作業療法の問題を通して、現代医学の問題とリハビリテーションの理念について述べた。障害論を語ることは決して治療の敗北ではない。「人は様々な病いや障害と共に生活するもの」という実存的現実には、現代医学は挑戦してきた。医学モデルが果たしてきた役割は、今後とも重要な位置を占めるであろう。しかし、その現実に対抗だけでなく、ふたたび受け入れる感性を、私たちが取り戻すと

き、私たちは現代医学の陥穽からぬけだすことができる。保健・医療・福祉の連携を避けられない現実には私たちは気づいている。

この現代医学の陥穽を、根本的に解決するには、大学の教育においても、これまでの学部や学科といった縦割りを越えた学問・教育のシステムが必要になっている。

文 献

- 1) 呉 秀三：移導療法，秋本波留夫，富岡詔子編著，新作業療法の源流．東京：三輪書店，1991：128-145
- 2) 加藤善佐次郎：精神病院に対する作業療法ならびに開放治療の精神病院におけるこれが実施の意義及び方法，秋本波留夫，富岡詔子編著，新作業療法の源流．東京：三輪書店，1991：171-206
- 3) 金子嗣郎：松沢病院外史．東京：日本評論社，1982：2-294
- 4) 小林八郎：精神科作業療法概論，小林八郎・他編，精神科作業療法．東京：医学書院，1970：49-63.
- 5) 藤沢俊雄：「生活療法」を生み出したもの．精神神経誌 1973；75：1007-1013
- 6) 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．精神神経誌 1975；77：543-544
- 7) 鈴木明子：日本における作業療法教育の歴史．札幌：北海道大学図書刊行会，1986：1-302
- 8) 小林八郎：精神科作業療法概論，小林八郎・他編，精神科作業療法．東京：医学書院，1970：49-63
- 9) 鈴木明子司会：座談会/OT にとっての精神医療の壁．理・作療法 1975；9：840-818
- 10) Sontag, S：隠喩としての病い（富山太佳夫・訳）．東京：みすず書房，1982：1-157
- 11) 上田 敏，大川弥生：2 協業としてのチームワーク．OT ジャーナル 1993；27：240-246
- 12) 山根 寛：精神科作業療法とチームワーク－医学モデルとの比較から－．作業療法 1995；14（受理）
- 13) 上田 敏：リハビリテーションの思想．東京：医学書院，1987：1-147
- 14) 山根 寛：作業療法と園芸－現象学的作業分析－．作業療法 1995；14：17-23
- 15) 山根 寛：作業療法過程にみられるダブル・バインド．作業療法 1993；12：296-302