

特 集 「慢性疾患のリハビリテーション」

精神障害者のリハビリテーションをめぐる諸問題

水 島 節 雄

信州大学医学部 神経精神医学教室

PROBLEMS OF PSYCHIATRIC REHABILITATION

Setsuo MIZUSHIMA

Department of Neuropsychiatry, Faculty of Medicine, Shinshu University

Key words: 精神科医療(psychiatric treatment), 偏見(prejudice), 社会精神医学 (community psychiatry)

はじめに

わが国の精神科医療は、目下危機にひんしているといわれている。こゝ数年、とくにライシャワー大使刺傷事件(昭和39年3月)以来、精神障害者の犯罪が報道関係者によって大きくとりあげられ、彼らを危険視する風潮から、その野放し論が喧伝され、道路交通法改正で診断書問題がさわがれたのも、これに類した事件であった。また患者の人権を圧迫した企業中心の悪徳病院がシリーズもので新聞紙面をにぎわせ、精神科医療に対する世人の疑惑と患者の不安を招いた。また最近では刑法改正の保安処分問題が、医療より患者の隔離を優先するものであり、精神病質の概念を拡大解釈する危険がある⁽¹⁾として、大きく批判的になっている。精神障害者のリハビリテーションを考える場合、こうしたわが国の精神科医療の現状を無視して論ずることはできない。

精神病院の実態とリハビリテーション

わが国には症状のはっきりしている精神障害者が、狭義の精神病、精神薄弱、中毒性精神障害、精神病質、神経症などを含めて、約124万人いるといわれている。もちろん、軽症のものをいれるともっと多くなるのである。このうち、精神病院へ入院している患者は、約25万人であるが、これら患者の入院している精神病院の実態をみると、約23万5千床の精神病床のうち国公立施設は19.1%、私的施設は、84.5%である。国公立施設は私的施設にくらべて、医療従事者や設備の点でより整備されているのが通

常であるが、経営内容はいずれも赤字である。一方、私的施設は多くの場合、人員も設備も十分といえないのに赤字をだせないのである。また、国公立施設の入院患者は定床の89.6%であるのにくらべ、私的施設では108.9%と定床を上まわっており、退院率も後者が前者より低い⁽²⁾。すなわち私的施設の方により多く患者がたまっているのである。全国で8割以上の入院患者をかゝえている私的精神病院が、赤字を許されないとすると、現在の低医療費の中では、定床をオーバーして入院させるか、人件費をおさえるか、必要以上の投薬や検査をするか、いずれかの道をとらないわけにはいかず、その結果は、患者の人権がそこなわれたり、企業中心主義にかたむく危険をともなうのである。もちろん、私的施設のすべてが新聞でたゞかれるような不良病院ではない。しかし、大なり小なり問題をかゝえていることは事実である。このような、わが国精神病院の実態が、リハビリテーション活動の大きな障壁となっていることは否定できない。

精神障害者処遇の歴史と精神衛生法⁽¹⁴⁾⁽⁸⁾

従来、欧米でもわが国でも、第2次大戦以前の精神障害者に対する取扱いの歴史は悲惨なものが多かった。ヨーロッパ中世の宗教裁判がはなやかだった頃は、魔女として火刑に処せられたものもあったろうし、また、ナチス・ドイツで国民優生法の犠牲になった精神障害者もいたのである。

わが国では、明治33年に精神病患者監護法が、ま

た大正8年には精神病院法が制定されているが、これらの法律は精神病患者の治療というよりも、患者の社会隔離に重点がおかれていた。とくに前者は、公安上の目的から私宅監置、いわゆる座敷牢を認めたもので、病人を鎖でつないだり、縛ったりすることも簡単な警察の認可で公認されていたし、精神病院に入院することも大体監禁と同一視されていた。また、精神病患者にたいする医療保障も貧弱であったため、家族の経済的、精神的負担は相当なものであったのである。

大正6年、当時の東大教授呉秀三は、私宅監置の悲惨な実状を報告して「わが国10何万の精神病患者は、実にこの病をうけたるの不幸のほか、この国に生れたるの不幸を重ねるべし」とのべているが、第2次大戦ではさらに食糧不足から公立病院で、入院患者の大半が餓死するという不幸を重ねたのである。

昭和25年、精神衛生法⁸⁾が制定され、旧2法は廃止になり、私宅監置は禁止され、患者の強制入院には専門医2名以上の診察結果の一致が必要となり、都道府県に精神病院の設置が義務づけられ、医療保護の必要なものは、誰でも知事に申請ができるようになり、さらに、精神病の発生予防や国民の精神的健康保持、向上のための相談、訪問指導などがもらえるなど、わが国でも始めて前向きな精神衛生対策が打ちだされるようになった。その後、ライシャワー大使刺傷事件で患者の届出制を強化しようとする時代逆行的な時期もあったが、昭和40年10月には、外来治療の公費負担、精神衛生センター設置などの項目が追加された。しかし、この法律も動きだしてみると、上述の精神病院実態からも理解できるように、今日の著しい精神病治療の進歩にもかかわらず、強制入院を中心に運用され、予防や患者の後保護についての具体的な成果はあがらず、患者の隔離(強制入院)という傾向のみが強調される結果となってしまった。このような患者に対する入院中心主義の傾向は、精神科医療行政のひずみによるものであるが、社会一般の精神障害者に対する根強い偏見にもとづくものである。精神障害者のリハビリテーション活動には、このような隔離主義や社会的偏見を取除いてかゝらなくてはならない。

Community Psychiatry の考え方^{5) 14)}

第2次大戦後、精神障害者に対する処遇は、多くの国で変化しており、とくに英国、オランダですんでいるが、フランス、カナダ、イスラエル、オーストラリア、ロシア、ポーランド、アメリカなど

でも進歩しているといわれている。とくに英国では19世紀に William Tuke (1732—1812) の道徳療法が行なわれていた。その根本理念は精神障害者に対する人間性尊重、自由、労働の精神であった。第2次大戦後はさらに、従来の入院中心主義を改め、病院を開放化し、患者の長期間入院によって助長される社会的退行傾向を防止する目的で、入院は短期間とし、その間に有効な治療を考え、退院後は、社会共同体と密着したリハビリテーションを実施するという Community Psychiatry 完成への努力が行なわれた。

英国ではリハビリテーションに際し、身体障害と精神障害は全く同列に扱われているという。このような努力は、戦時中の人手不足対策からとられた昼間病院(日中だけ病院にきていろいろな治療をうける)、夜間病院(日中は働いて夜だけ病院ですごす)のころみが、従来の入院治療にくらべ好結果をえたという経験にもとづくものともいわれるが、戦後は退院患者のためのアフター・ケア・ホール、病院外の保護作業場など、各種の後保護施設が一般化し1952年以降、薬物療法の登場とともにリハビリテーションは飛躍的に発展したといわれる。

なお、病院にたいしては、一般病院、精神病院をとわず国家的衛生サービスの考えのもとに、統一的管理体制もしかれているという。このような行政ならびに社会共同体の協力があって始めて精神障害者のリハビリテーションは発展するものなのである。わが国でも最近、社会復帰のための施設が考慮されているが、患者隔離の精神が根強い限り、收容場所の種類がふえるだけで、真にリハビリテーションの発展は望めない。

どのような精神障害者がリハビリテーションの対象となるか

わが国には、約25万人の入院患者がいるが、それを病類別にみると表1または表2ようになる。表1は神奈川県下の全入院患者について調べられた昭和44年の厚生省統計¹⁰⁾によるもので、表2は、昭和42年、筆者が調査した長野県下での全生活保護入院患者の資料¹²⁾である。両者には地域差、対象群の差はあるが、ほぼ一致した傾向を示し、両者とも精神分裂病が全体の約70%を占め、都市部の多い神奈川県では、中毒性精神病(主として慢性アルコール嗜癖)が8.5%と2位になっている。

リハビリテーションの対象となる疾患としては、この両者が最も重要である。脳器質精神病は今日、老

表1 神奈川県下 全入院患者病類別
(昭和44年 厚生省統計)

精神分裂病	67.2%
中毒性精神病 (アルコール, 睡眠剤ほか)	8.5%
脳器質精神病	7.2%
てんかん	4.1%
そううつ病	3.6%
精神薄弱	3.5%
神経症	3.0%
分類困難な精神病	1.8%
精神病質	0.6%
その他	0.5%

表2 長野県下 生保患者病類別
(昭和42年 筆者調査)

精神分裂病	68.1%
中毒性精神病	3.8%
脳器質精神病	8.8%
てんかん	6.8%
そううつ病	4.6%
精神薄弱	4.1%
神経症	2.0%
精神病質	1.2%
その他	0.6%

人性精神病が増加の傾向を示しており、てんかんの入院患者は性格変化、痴呆をとまなうものに限られ、精神薄弱も家庭や他の施設で看護不能なものということになるので、これら3群の疾患はリハビリテーションの対象になる可能性が少ない。そううつ病は病相を周期的にくりかえす疾患であり、病相と病相の間歇期には社会生活を行なううえで、大きな障害を残さないで積極的なリハビリテーションの対象でない。神経症や精神病質は、その性格的傾向から環境への適応困難に陥っているものが多いので、それぞれ適応できる環境をみつける一かなり、むずかしい問題であるが、必要がある。しかし、入院患者の比率からみるとそれほど多いものではない。

また、中毒性精神病は、その大半が慢性アルコール嗜癖であって、性格的なもろさから酒を断つことができず、家庭の破壊や社会からの脱落を示すものが多いので、リハビリテーションの対象として重要であるが、この人たちは、病院に入れば酒をのまず、正常な日常生活を送れるので、地域単位の断酒会組織による働きかけが必要となる。しかしわが国では、こうした組織的活動は未だ不十分である。

精神科医療におけるリハビリテーションの中心課題は、なんといっても精神病院ベットの過半数を占める精神分裂病である。

精神分裂病患者では、どのような病状がリハビリテーションを阻害しているのであろうか。精神分裂病は、高等感情の鈍化や意欲減退のために、稼働能力の低下や社会での不適応をきたしやすく、時には幻覚、妄想などの病的症状のため、正常の精神生活が障害されることもある。とくに、この病気は青

年期に発症し、慢性経過をとるので、20才～50才代の勤労年令を長期間にわたって精神病院で過ごすことが多いのである。入院中の精神分裂病患者の60%余は、発病後5～10年以上も経過した人たちで、その多くは引きつゞき病院内に沈滞しつゞける傾向が大きい。また、長野県下では、山村部で古い精神分裂病患者が、まだ一度も専門的医療を加えられずに放置されているのを、たまたま発見することもある。この病気は、慢性化すればするほど感情や意欲の障害がすすんで治癒困難となり、リハビリテーションも不可能になるのである。一方、精神分裂病の幻覚、妄想状態は薬物その他の身体的治療によって、かなり改善されるものである。治療を中断しないかぎり、日常生活ばかりでなく、社会生活においてもさして支障をきたさずにすむことが多い。むしろ、精神分裂病患者のリハビリテーションで最も障害となる症状は、すでに述べた感情と意欲の鈍化である。それが著しく進行すると、身辺の処理もできなくなり、たゞ食べて寝るだけの植物的存在になってしまうのである。患者の隔離、収容といった考え方は、こうした病状を進行させてしまうのである⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾。

リハビリテーションを推進するための課題⁽⁵⁾⁽¹³⁾

Freudenberg は、患者が精神病院へ入院することによってうける不利益は、

- 1) 家族および社会共同体との接触の消失。
- 2) 患者の自発的な問題解決能力の喪失と、完全な依存傾向への退行。
- 3) 健康な勤労習慣の忘却と、学習または競走意欲の喪失。

などであるとのべ、こうした問題は克服されねばな

らず、そのための治療体制をたてる必要があると述べている。このような、いわゆるホスピタリズムとよばれる傾向を排除するために、どこの精神病院でも患者の生活療法といって、日常生活の指導やレクリエーション、作業療法などが実施されている。しかし、多くの精神病院で、もするとこれら生活療法が漫然と、あるいは患者管理の便宜上から安易に行なわれている傾向がなくもない。もしそうであるならば、これらの問題を解決することはできない。短い入院期間中に有効な治療を実施し、早期にリハビリテーションへの方途を講ずることが必要である。しかし、そのためには社会の受け入れ態勢がととのっていないてはならないのである。残念なことに、わが国ではそのような後保護の態勢は、ほとんどととのっていないのである。

筆者は⁽¹²⁾、昭和42年長野県下の生活保護入院患者1184名一彼らは精神科医療のなかでも最下層の人たちであるが、一からえらびだされた約90名の社会復帰可能な患者群について調査したが、社会復帰可能でも、帰る家がなく、またあっても受け入れ態勢がわるくて帰れないというものが、72名もいたのである。

このような患者たちは、たゞそれだけの理由でずるずると入院生活をつづけなくてはならない場合が多いのである。わが国の医療制度は、こうした面でも大きな欠陥があるといわねばならない。

わが国の Community Psychiatry

しかし、このような患者たちを、そのままで放置しておいてよいはずはない。わが国にも、こうした問題と真剣にとりくんでいる人たちも多いのである。群馬大学の江熊⁽¹³⁾らは職業生活場面を中心にして社会生活の中での分裂病者に対する働きかけ（精神分裂病の生活臨床）を実践している。彼らは患者の生活態度の様相から、能動型と受動型の2つのタイプにわけ、それぞれのタイプについて社会生活で問題の行動を矯正しながら、円滑な社会内適応ができるように level-up の働きかけを行なっているのである。また、小坂⁽⁹⁾は家族も参加させた精神分裂病患者の心理療法的接近を試み、患者の病状再燃には何らかの心理的誘因があり、それを解決してやれば、症状も改善されるものである、病的症状があったからといって、患者の心理的メカニズムを考慮することなしに安易な入院治療を急ぐべきでないとのべている。しかし、すべてがそれでうまくいくものではないし、初発患者についても同様の考えをあてはめようとしている点で疑問もあるが、患者を社会から隔離せず、それぞれの生活の場で治療を試みようとする考

え方は、方法論的に同感できる点も多い。本学出身の金松も、東京都精神衛生センターで得た経験を、木曾谷の地域活動で発展させ、家庭内または社会内で生活している患者を個別に訪問指導しながら有用な治療を実施している。また、同じく植田は、秩父山麓の僻地で国保診療所を舞台に、保健婦の助けをかりて閉鎖的な農山村での精神衛生活動を推進している。

こうした動きは、この方面の地道な pioneer たちの努力に負うところが大きいのであるが、昭和42年11月地域精神医学会の発足によって急激にたかめられたといつてよい。始めは500名程度の精神科医、保健婦、看護婦、psychiatric social case worker らの会合であったが、その目的は旧来の病院中心主義医療から、新しく地域を舞台とした精神医学を発展させようというものであった⁽²⁾⁽³⁾。昭和46年9月には、長野県で第5回全国研究集会⁽⁴⁾がもたれたが、参加者は1,000名となり、在宅分裂病者の生活指導、保健婦活動を中心とした地域精神衛生、患者家族会のあり方、精神衛生相談員の問題、職親制度等々、当面の課題が深夜まで論じられた。

おわりに

こんど、各都道府県単位にもうけられる精神衛生センターを中心に精神衛生活動の拡充が期待されるのであるが、地域を舞台にした精神科医療の発展には、都市と農漁村、産業地と住宅地など、それぞれの地域的背景によってかゝる問題はさまざまであり、各地域社会で克服されねばならない難題も多い。たとえば、大企業の健康管理部門は従業員の保健より企業能率を優先し、精神障害者の復職には冷淡であるといわれているし、村の駐在さんは、常時精神障害者をチェックし、要人の来訪時には警戒を怠らないともいう。もっと精神科医療にたいする前むきの姿勢がほしいものである。

保健婦活動を中心とする訪問指導にしても、精神障害者の早期発見—有効な治療—社会復帰—精神的健康の保持、増進などに積極的な役割を果たすものでなくてはならず、社会防衛的な患者狩りに利用されることがあってはならない。

精神衛生法も高い理念を生かした運用がなされなければならない。現在のところ、昔ながらの入院中心主義が改められていないのは残念なことである。

精神障害者のリハビリテーションを弾力的におしよめるためには、行政にしる、地域社会にしる、病人を中心とした精神科医療が有効に実施されることが必要であり、そのための問題が解決されない限り、大きな発展は望めない。

文 献

- 一 再入院をくりかえす症例についての検討一,
病院精神医学, 21: 31-39, 1968
- (1971. 9. 25 受稿)
- 1) 病院精神医学会編: 精神病院における差別構造
と人間疎外の実態を追求する, 病院精神医学,
29: 3-141, 1970
 - 2) 地域精神医学, 1: 1-37, 1968
 - 3) 地域精神医学, 5: 1-37, 1970
 - 4) 地域精神医学, 8: 1-26, 1971
 - 5) Dilling, H.: Gemeinde Psychiatrie und Reha-
bilitation in England. Nervenarzt 41: 277-
286 1970
 - 6) 江副勉, 加藤伸勝: 生活療法, 日本精神医学全
書, 5, 治療, 447-493, 1965, 金原出版
 - 7) Gross, G., Huber, G.u. Schüttler, R.: Ver-
laufs- und sozial-psychiatrische Erhebungen.
bei Schizophrenen., Nervenarzt, 41: 292-298
1971
 - 8) 岩波書店編: 精神衛生法, 岩波六法全書, 昭和
41年版, 1326-1329, 1966
 - 9) 小坂英世: 精神分裂病患者の社会生活指導,
医学書院 (東京), 1970
 - 10) 厚生省公衆衛生局精神衛生課編: 昭和44年精神
病院実態調査報告, 7-38, 1971
 - 11) Leuner, H.: Psychotherapie und Rehabili-
tation. Achtjährige Erfahrung an der
Psychotherapeutischen Abteilung einer
Psychiatrischen Klinik, Nervenarzt, 41: 123
-130, 1970
 - 12) 水島節雄: 長野県下における生保入院患者の実
態調査一とくに社会復帰可能患者を中心として
一 病院精神医学 22: 49-54, 1968
 - 13) 日本精神神経学会発行: 故ケネディ大統領の精
神病および精神薄弱に関する教書, 1-20,
1964
 - 14) 岡田靖雄編: 精神医療, 勁草書房, 1964
 - 15) 田島昭, 加藤友之, 湯浅修一, 江熊要一: 社会
生活の中での分裂病に対する働きかけ (精神分
裂病の生活臨床, 第2報), 精神神経誌, 69:
323-351, 1967
 - 16) Veltin, A., Krüger, H., u. Zumpe, V.: Zur
arbeitstherapeutischen Situation langjährig
hospitalisierter Patienten im Psychiatrischen
Krankenhaus., Nervenarzt, 41: 173-177,
1970
 - 17) 鶴田元夫, 宮尾三郎, 宮尾美代子, 遊木正昭,
宮下俊一, 桜井久子, 駒津すわ子, 内田哲央:
症状が安定しているのに何故退院出来ないか,