

第3節

精神障害リハビリテーション の基本原則

学習のポイント

- 精神障害者を対象としたリハビリテーションの歴史を学ぶ
- 医療中心から地域での包括的なケアへと広がる状況について理解を深める
- リカバリーを促進するうえで精神保健福祉士に重要な視点を学ぶ

1

障害者リハビリテーションの潮流

障害者リハビリテーションの歴史は、本章第1節を参照してほしいが、歴史を重ねるなかでしだいにリハビリテーションは、ADL (activities of daily living: 日常生活動作) や職業的な訓練を行うだけでなく、その人の尊厳を回復する、つまり全人間的復権を目的として実施されることが理解されるようになっていった。

1950年代にデンマークの知的障害者の親の会の活動から発展したノーマライゼーションも、そうした動きに大きな影響を与えた。障害者が一般市民と同じように普通の生活を送り、同様の権利が保障されることを目指したこの活動は、世界中に大きな影響を与えた。完全参加と平等を掲げた国際障害者年 (1981年)、国連・障害者の十年 (1983年～1992年) も、ノーマライゼーションの思想に強く影響を受けていた。

また、1980年にWHO (World Health Organization: 世界保健機関) が示した国際障害分類 (ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) は、障害を機能・形態障害、能力障害、社会的不利の三つのレベルに分けて捉え、その構造を示した点で画期的なものであった。その新たな障害概念は「国際障害者年世界行動計画」の基本理念にも取り入れられた。しかし、このモデルは、主観的な障害や環境因子を捉え切れていないなどという理由から、2001年に国際生活機能分類 (ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health) へと移り変わり、人が生きることの全体像をポジティブに捉える機運が高まった。

そして2006年には、障害者の権利に関する条約 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) が国連で採択され、

Active Learning

障害の捉え方がどう変化してきたのか、1980年の国際障害分類と2001年の国際生活機能分類を比較しながら、考えてみましょう。

2014（平成26）年に日本でも批准された。障害者を対象としたリハビリテーションもまた、人の多様性を許容し、障害のある人もない人もともに地域で暮らすこと、つまり、ソーシャルインクルージョンを目指すことが大きな課題として共有されたのである。



精神障害者を対象としたリハビリテーションの歴史

精神障害者に対してリハビリテーションという言葉が使われ始めたのは、イギリス等における傷病者の職業リハビリテーションにおいてであった。第一次世界大戦後、戦傷者へのリハビリテーションの必要性によって、初めて精神障害リハビリテーションが導入された。

1940年代からは精神病患者を対象とした精神科デイケアが始まり、カナダでのキャメロン（Cameron,D.E.）、イギリスでのビエラ（Bierer,J.）の実践が変遷を経て各国に広がっていった。当初、リハビリテーションは精神医学の範疇で行われていたが、1950年代以降の病院改革の流れのなかで、そのフィールドは徐々に地域へと移っていった。

①イギリス

欧米諸国の状況をみると、前述したイギリスでは、精神科病院に長期入院していることによる患者の二次的な障害に関する調査結果が注目され、NHS（National Health Service：国民保健サービス）による管轄地域での多職種チームの活動によって脱施設化が進んだ。また、第二次世界大戦後に整備した社会保障制度が見直され、より効率的なシステムの構築に力を注いでいったのである。その後、1990年に制定されたコミュニティケア法（National Health and Community Care Act）によりケアマネジメントの手法が導入され、多くの精神障害者が小規模な施設を含めた地域での生活を実現している。

②アメリカ

アメリカにおいては、1955年に352か所の州立精神科病院に56万人もの入院患者がいることが報告されていた。1963年の精神疾患および知的障害者に関する特別教書（ケネディ教書、Message from the President of the United States relative to Mental Illness and Mental Retardation）でも大規模な病院の存在について触れられ、州立病院の解体が始まった。しかし、脱施設化に関する国内外の評価は厳しいものとなった。その原因としては、急激な患者の退院とそれをケア

Active Learning

ケネディ教書は、精神障害者の置かれている現状を批判し、入院中心主義への批判と地域ケアへの転換（脱施設化）を促したことでその理念は高く評価されている。しかし、病院から退院した患者たちを支援するサービスが十分に整っていないなかでの脱施設化は多くのホームレスを生み出すこととなった。

★ナースিংホーム

障害者や高齢者のなか
身体的・精神的な
理由により日常的に介
護や医療サービスを必
ずする人を対象とし
た入所施設。多くの場
合は民間事業者が運営
しており、高額な費用
負担があるため、生活
に困難しているも公的
な支援を受けられない
人は入居が難しい。

★ファウンテンハウス

アメリカのニューヨー
クで、1940年代に始
まった精神障害者の自
助グループから発展し
た施設。1950年代に
ビヤード(Beard, J.
H.)が中心となり、地
域で生活する精神障害
者たちのリハビリテー
ションプログラムの基
礎を敷き上げた。その
手法はクラブハウスモ
デルとして世界各国に
取り入れられている。

★クラブハウス

クラブハウスでは、メ
ンバー(精神障害者)
ができる範囲で職員と
ともに運営やプログラ
ムに参加し、その貢献
が仲間への支援に役立
つという経験を積み重
ねていくことが期待さ
れている。プログラムに
はデイプログラム、過
渡的雇用、アパート生
活プログラム、夜間・
週末プログラムなど
がある。現在では世界
各地にクラブハウスが
設立されている。

★バザーリア

精神科病院の解体に取
り組んだイタリアの精
神科医。精神医療改革
に関する法(「任意及び
強制入院と治療」に
関する法180号)は彼
の名にちなんでバザー
リア法と呼ばれている。

する地域資源の無さ、なかでも地域におけるケアの拠点である地域精神
保健センター(Community Mental Health Center: CMHC)が
不足していたことが挙げられた。退院した患者たちのなかには、ナース
ィングホームに入居できず、ホームレスとなった者も多かった。

そのようななか、1948年に創設されたニューヨークのファウンテン
ハウスに代表されるようなクラブハウスでの支援は、職業リハビリテー
ションとしても効果を挙げており、早い時期に日本にも紹介され、大き
な影響を与えた。1977年には、地域支援の中核を担う地域精神保健セ
ンターの機能をさらに推進するために、1946年に設立された国立精神
衛生研究所(National Institute of Mental Health: NIMH)により、
統合・継続的な支援体系である地域支援システム(Community
Support System)が整備された。また、地域支援システムの中核を担
うケアマネジメントは、1986年の精神保健計画法(Mental Health
Planning Act)によりメディケイド(低所得者向けの医療給付制度)
の対象として位置づけられた。そして1980年代以降、特に障害当事者
の参加が強調され、リカバリーを促進するための当事者活動もまた、活
発化している。

③イタリア

イタリアでは、1960年代に精神科病院の改革が行われたことが有名
であるが、それ以前は2000床を超える大規模な精神科病院が乱立して
いた。1961年にバザーリア(Basaglia, F.)がゴリーツィアの県立精
神科病院長として赴任し、以来北イタリアを中心に脱施設化を目指した
改革が始まった。1968年には、イタリア精神として赴任し、病院医師
会の働きかけにより法律第431号が制定され、自発的入院が認められ、
精神として赴任し、病院の縮小、職員の配置基準、精神衛生センターの
設置などが進められた。1978年には「法律第180号」または「バザー
リア法」として知られる精神医療改革に関する法(「任意及び強制入院
と治療」に関する法180号)が公布された。こうした経緯があるため、
いまなお一部にこの法律第180号を政治的妥協の産物とする見方が
残っている。

続いて、実質的な法案として1978年12月の法律第833号(「国民
保健サービスの制度」に関する組織案)が整備された。その結果、入院
病床は縮小し、イタリア各地区における精神医療サービスは、それまで
の入院中心主義から地域精神保健センター等を中心とする地域中心の
サービスに転換していったのである。

④ベルギー

ベルギーは日本とよく似た歩みを進めてきた。あまり知られていないが、2011年のOECD諸国における精神病床数の統計によれば、人口10万人当たりのOECD諸国の精神病床数は平均68床であるのに対して、ベルギーは175床という数字であった¹⁾。

ベルギーの精神科医療改革は1990年代から始まったが、病院協会の協力が得られずうまく進まなかった。そこで、影響力をもつ横断的な組織として、1997年に国立保健サービスアドバイザー諮問委員会(National Advisory Council on Health Services, NACH)を立ち上げ、精神保健政策の開発に取り組んだ。2010年からは、人口に応じた地域別の必要なモバイルチーム(急性治療チームと慢性期治療チーム)を病院が立ち上げ、アウトリーチを実施している。その結果、精神病床は縮小し、リカバリー概念、コプロダクションモデルに則った改革が今も進められている。



日本における精神障害リハビリテーション前史

①戦前

日本の精神科医療が語られるときに真っ先に登場するのは、京都の岩倉村での対応である。11世紀、大雲寺観音院の水で後三条天皇の皇女の病が癒えたというところから、治癒を願う人々が集まる集落が形成されたという伝承がある。こうした伝承は各国にあり、13世紀頃より精神病患者が信仰による治癒を求めて教会へと集まり、村人が家族のように病人を受け入れたベルギーのゲールが最も有名である。岩倉村は、日本のゲールとも呼ばれている。反面、中世における精神病患者の扱いに関しては、岩倉村のような心温まる話ばかりではなかった。精神病に関して、迷信との結びつきが強くみられ、差別の対象になることもあったのである。江戸時代には、「気狂い」「乱心」ということで、座敷牢や罪人と同じく入牢させられていた人もいた。

明治に入っても精神病患者は、放し馬や狂犬とならんだ規則条項のなかで、警察の管理下に置かれていた。また、「警察庁布達甲第38条」(1878(明治10)年)、「警察庁布達甲第3条」(1885(明治18)年)によって私宅監置が公式に認められ、設立の始まった癲狂院(精神科病院)への入院を含め、隔離収容が強化された。ドイツ・オーストリアへの留学

★呉秀三

近代日本の精神医学の父と呼ばれている。東京大学で学び、精神科医となり、ドイツなどへの留学を経て、母校の教授となった。併せて、精神科病院の院長を歴任した。隔離・拘束が続けられている日本の精神障害者の現状を憂い、その改革を促した。

Active Learning

歴史を踏まえて、日本の精神科病院において、社会的な入院が長く継続してきてしまった理由を考えてみましょう。

★保安処分

犯罪行為を行うおそれのある精神障害者等を社会から隔離し、矯正させるための処分。社会の治安を目的としているが、実際に犯罪行為を行っていないにもかかわらず、犯罪行為を行う危険性があるという理由で拘禁することになるため、人道的な見地に立った反対意見も根強く、実現には至っていない。

★精神科特例

精神病床の増加を図るために1958(昭和33)年に出された厚生事務次官通達「特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について」(昭和33年10月2日発医第132号)では、精神科の医師の数は一般病院の3分の1・看護婦数は3分の2でよいとされた。

を終えて帰国した精神科医呉秀三が「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」と日本の現状を嘆いたことは有名である。1900(明治33)年に制定された「精神病者監護法」は私宅監置を合法化し、日本の近代化は収容政策による精神障害者への差別と偏見を助長したのである。

3 戦後

第二次世界大戦後の1950(昭和25)年に精神衛生法が制定され、私宅監置が禁止された。治療薬の開発も進み、明るい兆しが見えたのも束の間、1964(昭和39)年に起こった精神病の青年によるライシャワー駐日アメリカ大使への刺傷事件の影響により、精神障害者の保安処分に関する議論が高まった。同時に、高度経済成長と、1954(昭和29)年に非営利法人による精神科病院設置の国庫補助の規定が設けられ、精神科病院建設が進んだことを背景に民間精神科病院が乱立し、精神障害者の隔離収容が進んでいった。併せて、精神科特例によるマンパワー不足、劣悪な医療環境、在院日数の増加、ホスピタリズムといった弊害もまた、注目され始めた。

1970年代になると精神科病院の開放化が叫ばれ、院内リハビリテーションにも力が注がれるようになった。精神衛生センターや保健所の動きが活発となり、治療共同体、生活療法、生活臨床といった実践が注目を集め、地域で無認可ながら共同作業所が設立されてくるのもこの頃である。

4 日本における精神障害リハビリテーション

精神科医療の範疇では、集団精神療法、作業療法、精神科デイケアや訪問看護などを中心にリハビリテーションが実施されてきた。昨今では、地域におけるリハビリテーションも積極的に行われており、医療と福祉の連携が強調されている。

1 医療中心から地域へ

1975(昭和50)年の国連総会では、障害者の権利宣言が採択され、そのなかには精神障害者も含まれていた。しかし、日本の行政用語のなかには、「精神病者」は医療の対象として存在していたが、「精神障害者」