

博 士 論 文

近現代日本の精神医療における作業療法に関する
歴史研究——作業を介在させた治療法の導入
と展開

(History Analysis of Occupational Therapy in
Modern Japanese Psychiatry: Introduction and
Development of the Therapeutic Use of Physical
Activities.)

2021 年 9 月

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

幸 信歩

立命館大学審査博士論文

近現代日本の精神医療における作業療法に関する歴史研究——作業を介在させた治療法の導入と展開

(History Analysis of Occupational Therapy in Modern Japanese Psychiatry: Introduction and Development of the Therapeutic Use of Physical Activities.)

2021 年 9 月

September 2021

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences

Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences

Ritsumeikan University

幸 信歩

YUKI Shihou

研究指導教員：美馬 達哉教授

Supervisor : Professor MIMA Tatsuya

博士論文要旨

近現代日本の精神医療における作業療法に関する歴史研究——作業を介在させた治療法の導入と展開

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

ユキ シホウ

幸 信歩

本論文は、明治初期から作業療法の国家資格成立（1965 年）までの各時期において時代や施設の状況をふまえて「作業を介在させた治療法」の具体的な実践の通史を記述し、精神医療における作業療法概念の変容過程を歴史的に明らかにするものである。さらに、国家資格化に伴う作業療法の概念化が、それ以前の精神医療における作業療法の実践と概念との連続性および断続性、拡張性または減退性などの関係性について検討する。

「作業を介在させた治療法」とは国家資格化によって名称づけられた現代の作業療法の概念のみを示すものではない。「作業を介在させた治療法」そのものは「作業療法」という用語や概念が発生する以前からの長い歴史をもっており、さらに現代の「作業療法」をも含むものであることから、それらの総称として「作業療法」と呼ぶ。

現在、近現代日本の精神医療史における「作業療法」の存在は医学史の一部として扱われ、また歴史上での事象が点在しているものの、それらの関係性が検討されていない。精神医療史における「作業療法」の歴史的な位置づけは不明確な状況にある。

そこで、各章で「作業療法」の概念や実践方法を取り上げる。第 1 章ではお雇い外国人医師の指導や提案による「作業療法」の計画を、第 2 章では日本人医師自らの精神医療改革における「作業療法」の実践例を、第 3 章では精神病院全体のなかでのシステム化による「作業療法」の実践を述べていく。第 4 章では第 1 章から第 3 章までの大きな流れから外れて、小さな「作業療法」の実践例を取り上げる。第 5 章では時代の流れのなかでのさらなる精神医療の改革によって「作業療法」の位置づけが明確にされていく流れを扱い、そのながれによって近隣領域との専門分化のあらわれを論じる。第 6 章では米国の occupational therapy の創設過程と日本への臨床的導入を、第 7 章では国家資格制度導入とそれによる臨床と教育の断層について考察していく。終章では、第 1 章から第 7 章で記述した歴史的な事象による「作業療法」の通史の概観を述べ、そこから「作業療法」概念の変容過程を導き出す。

精神医療における「作業療法」概念の変容過程は、大きな 4 つの展開と小さな点在とが混在しながら複雑な経過を示してきた。変容過程で、時期によって形を変えながらも「労働」と「作業活動」という 2 つの概念が一貫して継続していたことが明らかになった。

Abstract of Doctoral Thesis

History Analysis of Occupational Therapy in Modern Japanese Psychiatry: Introduction and Development of the Therapeutic Use of Physical Activities.

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences
Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences
Ritsumeikan University

ユキ シホウ
YUKI Shihou

This dissertation clarifies a development of occupational therapy in the field of psychiatry by reviewing a history of the 'therapeutic use of physical activities' provided in Japan from the early Meiji-period to the accreditation of national qualification in 1965 accordingly. The dissertation also analyzes a relationship between the conceptualization of occupational therapy after the accreditation and the pre-accreditation techniques: how the new techniques were referred to, different from, developed from, and deteriorated from the former ones.

The therapeutic use of physical activities is not limited to the present occupational therapy systematized after the national qualification. It was practiced during a long period of history before the term and the idea developed, and it includes the modern form of occupational therapy. For this reason, I will use the term 'occupational therapy' as an inclusive term for them in this dissertation.

While the occupational therapy in modern Japanese history of psychiatry has been exclusively described in a context of medical history, the historical events remain dispersed without a chronological examination. Occupational therapy's position has yet to be clarified in history of psychiatry.

For the analysis, each chapter examines the idea or the techniques of occupational therapy respectively. Chapter 1 outlines an early stage of development of occupational therapy instructed and proposed by foreign doctors. Chapter 2 exemplifies occupational therapy techniques provided by Japanese doctors during a reform period of psychiatry, and chapter 3 does practices systematized in psychiatric hospital settings. The main discussion of chapter 4 is about some minor practices that are not included in the mainstream occupational therapy as described in the previous chapters. Chapter 5 examines how the position of occupational therapy was placed after a further reform of psychiatry in accordance with the trend of the times, which eventually specialized occupational therapy in Japan excluded from the tasks of

professionals in the neighbor medical fields including nurses. The establishment process of occupational therapy in the USA and the clinical introduction of it to Japan is examined in chapter 6. Finally, in chapter 7 I demonstrate how the national qualification of occupational therapy began to be introduced, and then indicate a gap between the old clinical skills provided before the introduction and educational system after it in Japan.

Throughout the chapters I overview the historical events of occupational therapy demonstrated for depicting a comprehensive development of occupational therapy. In conclusion, the process of the conceptualization in the history of occupational therapy is found as a complex development with a mixture of four major events clarified in chapter 1, 2, 3 and 5, and small different ones examined in chapter 4. During the process, the ideas of work and physical activities were consistently conducive to the development.

目 次

序章	1
1. 研究の目的及び背景	
2. 先行研究と本論文の課題	
3. 研究方法と論文構成	
註	
第1章. 「治療的なアサイラム」の日本への導入 ——京都府と東京府	9
1. 近代西欧における「治療的なアサイラム」と作業の導入	
1-1. 「伝統的なアサイラム」	
1-2. 「治療的なアサイラム」と作業の導入	
2. 京都癲狂院における「作業療法」	
2-1. 京都癲狂院設立の経緯	
2-1-1. 設立に関する森有禮の関与と設立の背景	
2-1-2. フェルディナント・アダルベルト・ヨンケル・フォン・ランゲグ の精神医療に対する見解	
2-2. 京都癲狂院における治療法	
2-2-1. 「癲狂院設立の本旨」と「癲狂院規則」	
2-2-2. 「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」	
3. 近代精神医療の導入の再検討 ——東京府癲狂院建設計画における「操業」の分析を中心に	
3-1. 東京府癲狂院建設計画まで	
3-2. 東京府癲狂院建設計画書の分析	
3-2-1. 施設・環境を介在させた治療	
3-2-2. 作業を介在させた治療	
3-2-3. 「操業」に関わる建築構造	
3-3. 東京府癲狂院建設へ	
3-3-1. 建設予算	
3-3-2. 東京府癲狂院建設	
註	
表と図	
第2章. 東京府巣鴨病院における「作業療法」の取り入れと実践 ——榊俣を中心に	47
1. 西欧の精神病学と精神療法の受容	
1-1. 西欧の精神病学の採用	
1-2. 精神病学の受容	
2. 「作業療法」の取り入れ ——処遇改善と「作業療法」の開始	
2-1. 東京府癲狂院から東京府巣鴨病院での処遇変容	

2-2. 「作業療法」の実践

註

第3章. 東京府巣鴨病院および東京府立松澤病院における「作業療法」の理論化と実践の展開65

1. 呉秀三による「作業療法」の理論化と実践

1-1. 「作業療法」の理論化

1-1-1. 作業の方法

1-1-2. 作業の対象者

1-1-3. 作業の就業の方法

1-1-4. 作業の場

1-1-5. 作業の選択と種類

1-1-6. 療法としての作業

1-1-7. 呉の「作業療法」理論の特徴

1-2. 音楽会と裁縫室から「作業室」増築まで ——東京府巣鴨病院庶務細則施行手続

1-2-1. 病院年報の内容 ——1902（明治35）年

1-2-2. 精神病者慈善救済会

1-2-3. 場の構造設備と患者慰安会

1-2-4. 東京府巣鴨病院規則の改正

1-2-5. 病院年報の内容 ——1904（明治37）年と1905（明治38）年

1-2-6. 東京府巣鴨病院規則の詳細

1-2-7. 「作業療法」の場と日祭日の過ごし方

1-2-8. 教育的治療

1-2-9. 病院年報の内容 ——1911（明治44）年

1-2-10. 東京府巣鴨病院の運営と行政の違い

1-2-11. 「作業療法」の実践者

1-2-12. 呉の理想と現実

2. 「作業療法」の大規模実践と展開 ——加藤普佐次郎

2-1. 東京府巣鴨病院の移転

2-1-1. 「作業療法」に関する建物

2-2. 「作業療法」の展開 ——東京府立松澤病院

2-2-1. 「作業療法」の展開

2-2-2. 大規模「作業療法」の実践 ——築山と池

2-3. 加藤普佐次郎の見解

2-4. 呉秀三と加藤普佐次郎の「作業療法」に対する見解の相違

3. 「作業療法」の再興 ——菅修

3-1. 「教育治療部」の立場から見た「作業療法」の実践

3-2. 「作業療法」の再興

註

表と資料

第4章 地方公立病院と民間病院と民間施設における「作業療法」の実践 113

- 1. 地方公立病院における実践
 - 1-1. 長山泰政による大阪府立中宮病院における実践
——ヘルマン・ジモンの「作業療法」
 - 1-1-1. 長山泰政が学んできたジモンの「作業療法」
 - 1-1-2. 地域交流の「作業療法」
 - 1-2. 福岡県立筑紫保養院、神奈川県立芹香院における実践
 - 1-2-1. 福岡県立筑紫保養院における「作業療法」の実施 ——精神分裂病を中心に
 - 1-2-2. 神奈川県立芹香院における「作業療法」の実施
- 2. 民間病院と民間施設における「作業療法」の実践
 - 2-1. 明治期周辺の民間病院と民間施設
 - 2-2. 心経癲狂病人教導院、今泉山静養所、厩橋病院における「作業療法」の実践

註
表

第5章 公立病院と民間病院における「作業療法」の発展と専門分化の基盤構築 137

——第二次世界大戦敗戦直後から「作業療法」従事者の国家資格化直前まで

- 1. 公立病院からの始まり I ——東京都立松沢病院の場合
 - 1-1. 第二次世界大戦下中から敗戦直後の「作業療法」
 - 1-2. 1950（昭和 25）年代以降から国家資格化直前までの「作業療法」の再興
 - ・「遊び治療」・「働きかけ」 ——石川準子らを中心に
 - 1-2-1. 「作業療法」再興のきっかけ ——石川準子の「作業療法」に対する見解
 - 1-2-2. 「遊び治療」と「軽作業」
 - 1-2-3. 「働きかけ」
 - 1-2-4. 看護管理と「作業療法」実践力
 - 1-3. 「作業療法」の変容
 - 1-4. 看護の質と専門分化
- 2. 「作業療法」との関係における精神看護の歴史
 - 2-1. 精神看護職の教育の始まり
 - 2-2. 精神看護教育における「作業療法」
 - 2-3. 男性看護者（看護人）の登場
 - 2-4. 精神看護と「作業療法」
- 3. 公立病院からの始まり II ——国立武蔵療養所の場合
 - 3-1. 「レクリエーション療法」 ——「生活療法」思想の原型
 - 3-2. 「生活療法」のはじまり
 - 3-3. 「生活療法」体系化の過程と看護管理意識の問題
- 4. 公立病院から民間病院へ
 - 4-1. 「生活療法」の実践への広がり ——1950（昭和 25）年代
 - 4-2. 「生活療法」への批判 ——1960（昭和 35）年代
 - 4-3. 「生活療法」への擁護（批判の批判）

5. 「生活臨床」 ——精神病院内から地域へ

5-1. 「生活臨床」の誕生と展開

5-2. 「生活臨床」への批判と専門分化の基礎

5-3. 「生活療法」と「生活臨床」における「作業療法」

註

第6章. 米国における occupational therapy 概念の形成と日本への導入194

1. 米国における occupational therapy の概念の形成

1-1. 米国の occupational therapy 誕生以前の動向——アーツ・アンド・クラフツ運動との関係

1-2. 米国における occupational therapy 概念の誕生とアーツ・アンド・クラフツ運動の衰退

1-3. 米国における occupational therapy の組織の誕生

2. 米国の occupational therapy との臨床的接触

2-1-1. occupational therapy を知った経緯と帰国まで ——長谷川峰子

2-1-2. 長谷川峰子が米国で学んできた occupational therapy

2-2. 赤松耕の occupational therapy の実践

2-3. 米国の occupational therapy と日本の「作業療法」の差異

註

第7章. 国家資格制度導入とそれによる臨床と教育の断層215

1. 第二次世界大戦直後の GHQ による精神医療行政の状況

2. 米国における occupational therapy の日本への導入経緯

3. 国家資格の内容

4. 国家資格化による「作業療法」の教育と国家試験

註

図

終章235

1. 近現代の精神医療における「作業を介在させた治療法」の通史の概観

2. 精神医療における「作業療法」概念の変容過程

3. 今後の課題

図

補論244

1. 歴史から選択されたものと排除されたもの

2. 精神科作業療法に求められること

註

序章

1. 研究の目的及び背景

本研究の目的は、近現代日本の精神医療における「作業を介在させた治療」の通史を描き出すことにある。具体的には、第1に、近現代における日本の精神病院で実践された「作業を介在させた治療」を明治初期から作業療法の国家資格成立（1965年）までの各時期において、時代や施設の状況をふまえて具体的な実践として記述する。第2に、精神医療史に史料として残存し、事象として点在している作業療法概念の変容過程を、歴史的に明らかにする。さらに、国家資格化に伴う作業療法の概念化が、それ以前の精神医療における「作業療法」の実践と概念と、どのように連続していたのか、あるいは断続していたのか、また、これらの概念が拡張されたのか、それとも縮小したのかについて検討する。これについては、補論で扱う。

本研究で注目する「作業を介在させた治療法」とは、国家資格化によって名称づけられた現代の作業療法の概念のみを指すものではない。国家資格化以前から、何かしらの方法で「作業を介在させた治療法」が近現代日本の精神医療には存在する。「作業を介在させた治療法」そのものは、「作業療法」という用語や概念が発生する以前からの長い歴史をもっており、さらに現代の「作業療法」をも含むものである。そこで、本論文では、近代以降の海外からの導入、近現代の様々な時期における概念の変容過程、現代の作業療法などを含めて、全ての「作業を介在させた治療法」の総称として「作業療法」という呼称を用いることとする。これを現代の作業療法概念と区別するために、「作業療法」と表示する。

日本の精神医療史は岡田靖雄¹⁾や小俣和一郎²⁾により、奈良時代にまで遡って研究されてきた。岡田は奈良時代の「養老律令」における癲狂の意味を述べ、平安時代の医説として『医心方』や『大同類聚方』のなかに記載されている癲狂の様子を読み解き、癲狂治療所が始まったとされる鎌倉・室町時代での癲狂に関わる医療的な行為を漢方とあわせて述べている。江戸時代に関しては、癲狂者の治療と処遇、法制度、社会での認識などを詳細に論じている。さらに、明治時代について、お雇い外国人医師による精神病学の日本での導入方法を丁寧に取り上げ、精神病者監護法制定前後における精神病者の扱われ方を調査し、精神病院の発達として京都癲狂院と東京府癲狂院の設立経緯を述べている。岡田は呉秀三の研究者でもあり、これらの研究も呉による調査や研究を基にしていることが多い。もちろん、日本の精神医療史には欠かせない規則や法律など制度史についても深く研究がなされている。一方、小俣は「精神医学史を医学史の一部門と考える」こと自体にも大きな問題がある。はたして、歴史の中から「精神医学」とそれに関連した分野だけを抽出して、つきはぎのように割り付けたものが精神医学の歴史といえるだろうか」とこれまでの精神医療史を批判して、「それぞれの時代における狂気観も治療法も、ともに各時代の背景をなす精神医学以外の多様な出来事との関係性の中

で捉えなければ歴史とはいえない」³⁾として、奈良期から近代に至るまでの水治療や仏教思想と合わせて精神医療史を論じている。さらに、小俣は、西欧、米国、アジア地域などの諸外国の精神医療史を取り上げている。鈴木晃仁⁴⁾は、近代日本における精神医療の監護の歴史に焦点をあて、私宅監置と公立、私立精神病院収容患者の統計を示した上で、日本とイギリスとの比較分析をしている。ここで鈴木は、近代日本と18世紀末から19世紀初頭のイギリスの状況には類似性を指摘している。すなわち、アサイラムを基礎とする精神医療供給体制をつくりあげた両国には、精神医学的な監禁の濫用、政府による主導、精神科専門職の確立といった共通点がみてとれるとしている。また、橋本明⁵⁾は精神病監護法下における監置された精神病者の処遇や暮らしに特に焦点を当て、現地調査をふまえて、日本各地に残る精神医療の場でどのような治療が行なわれたかを論じている。

このように、日本の精神医療史の先行研究では、近現代の精神医療史の要点として、西欧の精神医学の導入を始め、癲狂院の設立、私宅監置などの拘束の歴史などが論じられてきた。しかし「作業療法」については、癲狂院の設立の経緯や精神病者を拘束から解放する事象などにおいて、部分的に言及されるにとどまってきた。近現代日本の精神医療史において、「作業療法」は点在しているものの、それらの関係性が検討されてはおらず、「作業療法」に関する本格的な通史的研究も存在しない。したがって、精神医療史における「作業療法」の位置づけは、いまだ不明確な状況にある。

2. 先行研究と本論文の課題

精神医療における「作業療法」の歴史については研究の蓄積が少ないが、そのなかでも注目すべき先行研究を取り上げる。

日本で最初の近代的な癲狂院として、京都癲狂院が知られている。そこでの「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」については小野尚香⁶⁾が、「癲狂院治療條則」などについては日下部修⁷⁾が研究している。小野は「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」に記載されている内容は「運動と作業という方法を使って治療」をするものだったとして、これを「癲狂院で行なわれたいわゆる運動療法と作業療法」⁸⁾とみなしている。そして、この方法はモラル・トリートメントだとし、「わが国での最初の試みは癲狂院での実践にみられる」⁹⁾としている。具体的には「運動・作業を規則正しい時間割のなかで進め、その成果を確認するという方法、また作業をとおして技術を修得することができ、能力に応じて識字教育も組み込まれたカルキュラム」¹⁰⁾と述べ、当時の日本の精神医療のなかでは希有の例であるとしている。小野は、京都癲狂院の設立はヨンケルの指導によって近代的な癲狂院として設立されたことなど、その経緯を詳細に述べている。そして、京都癲狂院が近代的な癲狂院であることを前提として、その治療の場で作業を用いて実践されたと位置づけ、それを作業療法だとしている。つまり、現代の治療の場で行なわれてい

る治療との差異を見ずに、京都癲狂院における治療効果を確認するための事項や、治療が患者の能力に応じて行なわれていたことをあげて、現代の作業療法と当時の「作業療法」を同じものとして捉えている。一方、日下部は精神医学史をふまえつつ、京都癲狂院について取り上げている。そのなかで、外国人医師であるヨンケルの祝辞などにふれながら、「精神医学では、精神病者を自由にすることと『作業』を与えることが、治療方法の両輪をなす」¹¹⁾として、また「仕事を行うということは、『作業』を行うということである」¹²⁾と述べ、ヨンケルは治療として『作業』を実施することは当然であり、欠くことができないのである」¹³⁾と言及し、「作業」がヨンケルによって精神医学による治療方法として導入されたと述べている。ここでは治療と「作業」が同一視されていることから、歴史上の「作業」が現代の治療として行なわれている作業療法と同様にみなされていると考えられる。なお、「作業」の具体的な実践方法が記載されている「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」は、ここでは取り上げられていない。

東京府癲狂院での「操業」については日下部¹⁴⁾と田中英夫¹⁵⁾らによって研究されている。日下部は外国人教師ローレツの作業療法に関する研究のなかで、『操業』とは精神症状の精神病の治療という目的で行われるのである」と述べ、「治療目的に『作業』を行うという意味において、これは『作業療法』なのである」¹⁶⁾と断じている。また田中は、ローレツとローレツが関わった医学教育について詳細な研究をしている。そのなかで、「操業」に書かれた15項目が作業療法の理念、種別、方法に相当すると述べている。田中の用いる作業療法という言葉が現代の作業療法を念頭においた表現なのか、ローレツの「操業」を示す表現なのかは、明確には示されていない。理念と種別、方法のみにより、それを作業療法とみなすことは、現代の作業療法の考え方を遡及的にあてはめているか、または無意識に歴史上の「作業療法」概念を現代のそれと同一視していることになりはしないだろうか。

また秋元波留夫¹⁷⁾は、呉秀三がわが国精神医学の建設者であるとし、その呉が西欧の留学を終え、東京府巢鴨病院医長に就任した後、「監禁、身体的拘束のような旧来の悪習を改めるとともに、医師、看護職員を督励して、農耕などの病棟外の患者作業を推進しようとした」¹⁸⁾として「わが国の公立精神病院で作業療法を組織的に実施した最初の人物である」¹⁹⁾と述べている。そして、呉が理論化した移導療法を作業療法と遣散療法に分け、これを作業およびレクリエーションからなる治療の主要な手段と解釈し、「今日言うところの医学的リハビリテーション」²⁰⁾にあたるとしている。さらに、呉の書籍が作業療法を論述したわが国最初の古典文献であると明言している。

さらに精神科作業療法士である山根寛は、日本では呉と加藤によって作業治療が開始されたと述べる²¹⁾。富岡詔子²²⁾は小俣の研究をもとに、奈良時代からの施設と精神病院の歴史を概略的に述べ、明治以降から現代までの精神医療史のなかでの大きな制度上の出来事を主軸として「作業療法」を10期に区分している。京都癲狂院や東京府癲狂

院の名称を示し、榊俣の「職業」、呉の「作業療法」、加藤の実践、長山の「作業療法」などにふれているが、どれもその実践内容や詳細までは述べていない。また、精神医療史の動向を示している部分が多く、点在している「作業療法」の概念の変容を示すまでには至っていない。富岡は「史実的にも思想的な系譜としても体系的な解明は極めて不十分なまま」²³⁾であると認めつつも、そのなかで呉が「作業療法」の集大成だと述べている。鈴木明子²⁴⁾は、日本の精神科作業療法の源は1070年に後三条天皇が岩倉村に行ったことにあることを前提として、京都癲狂院の規則に患者の職業についての記載があることを紹介し、榊俣が医長だった時の庭園散歩にふれ、呉が東京府巢鴨病院の院長となったことで、「日本の精神科作業療法は幕を開けた」²⁵⁾と明言している。そして、加藤普佐次郎が米国のダントンの文献を翻訳して学んだことと山と池の作業を取り上げている。しかし、その実践内容やそれらの事象の関係性には触れていない。鎌倉矩子²⁶⁾は近代作業療法が開始されたのは国策として導入された1960年代のことであり、それ以前には作業療法前史というべき長い歩みがあったと述べたうえで、作業療法に類する言葉が現れる最初の文献として1857年に緒方洪庵が翻訳刊行した『扶氏経験遺訓』に触れ、京都癲狂院で定められた「規則」にも言及し、榊俣の日記を簡単に紹介している。そして呉秀三が作業療法を具現化する仕事を始めたと述べている。また加藤伸勝²⁷⁾も鎌倉と同様に緒方洪庵の翻訳を取り上げ、「作業の効用が記載されている」²⁸⁾とし、京都癲狂院での「患者教則と工場仮規則」と東京癲狂院でのローレツの「操業」に触れている。加藤は歴史上の「作業療法」について、精神医学史として残る史料や文献を紹介する形で扱っている。そのなかで、加藤は「書物の中では、実施方法、種目などかなり詳細に書かれているものの、具体例については述べられていない」としながらも、京都癲狂院での「工場仮規則」が「最初であったかもしれない」²⁹⁾と述べている。そして「わが国における作業療法の本格的実施はこの時に始まるといえる」³⁰⁾として呉の作業治療をあげている。

「作業療法」の歴史に関する記述において、鈴木には精神科作業療法の「源」、鎌倉には「作業療法前史」という表現があるが、その他の先行研究では歴史上の作業活動と現代的な作業療法とが区別なく論じられており、また東京府巢鴨病院において呉が実施した「作業療法」が最初だとみなされている。さらに精神科作業療法の「源」を後三条天皇が存命であった平安時代にまで遡った鈴木でさえ、呉が「作業療法」の「幕開け」であると言い切っている。「作業療法前史」として呉以前の「作業療法」に触れている鎌倉も、「作業療法」の歴史的な事象を紹介することにとどまっている。精神医療史の動向を示し、呉が集大成とした富岡は「作業療法」概念の変容にまで至っていない。このように、精神医療史のなかに点在している「作業療法」相互の関係性、また治療概念や方法の変容過程にまで言及している先行研究は見あたらない。

以上のように、先行研究では歴史上の作業活動が現代的な作業療法と同一視されてい

る場合が多く、その概念の歴史的変容に注意が向けられていない。具体的には、「作業療法」実践を指示した者と実際の実践者が誰なのかということ、また「作業療法」の役割や意義の歴史的変容に注目せず、「作業療法」の概念の歴史にまで及んでいない点が問題である。精神医療史のなかに点在している「作業療法」相互のつながりや「作業療法」従事者の国家資格化前後の連続性や断続性、または「作業療法」の拡張性や縮小性の検討も不十分である。

日本が大正期から導入した米国の occupational therapy の誕生が西欧の精神医療の流れを汲んでいるように、日本での「作業療法」も西欧の精神医療の影響を受けているといえよう。日本に西欧の精神医療が導入されたのは呉が東京府巣鴨病院の医長であった時期以前の明治初期のことであり、呉の実践が近現代日本の精神医療における「作業療法」の出発点といえるのか、検討の余地がある。繰り返しになるが、精神医療史のなかで「作業療法」の歴史的位置づけは不明確である。「作業療法」に関する治療概念の変容過程を明らかにし、その関係性を明確にしなければ、近現代日本の精神医療史における「作業療法」の総合的な歴史的位置づけを明確にすることはできない。

3. 研究方法と論文構成

本研究では、東京都立松沢病院の歴史資料館等の精神病院、京都府立京都学・歴彩館をはじめとする公文書館、国立国会図書館、大学史料館等に保存された一次史料、および関連する二次史料について分析を行う。また、第二次世界大戦敗戦直後に米国で occupational therapy を学んだ長谷川峰子へのインタビューにより情報収集を行う。

本研究で対象とする時期は、西欧医学が日本に導入された明治期から「作業療法」従事者が国家資格化された 1965 年の直前までとする。なぜならば、西欧の「作業療法」は 18 世紀にピネルによって開始されたとされていることから、その流れを汲む西欧精神医療が日本に導入され始めた明治初期に注目する必要があるからである。また、第二次世界大戦敗戦によって、日本の医療福祉は米国の影響のもとで大きく転換した。「作業療法」従事者の国家資格化もまた、この転換のなかにあったと仮定して、国家資格化直前までに焦点を絞った。

研究対象は、公立精神病院と民間精神病院、民間施設における「作業療法」の実践である。なかでも、公立病院では最も古い歴史を有する、現在の東京都立松沢病院での実践を中心とする。さらに、史料が残る民間病院と民間施設での実践も研究対象とする。

本論文の構成は次のとおりである。第 1 章『『治療的なアサイラム』の日本への導入—京都府と東京府—』では、次の諸点を検討する。まず、西欧における近代精神医療は 18 世紀末から 19 世紀初頭にかけて、「伝統的なアサイラム」から「治療的なアサイラム」へと変容したことから始まるとされているが、それはお雇い外国人医師によって日本にどのように影響をもたらしたのか。次に、日本における最初の「治療的なアサイラム」

とみなされる京都癲狂院の「癲狂院規則」のなかで「職業」という作業と「患者教則及ヒ工場假規則」(1877 年)が制定され、翌年には「癲狂院工業場」が落成しているが、この実践によって、従来の精神病患者に対する対応は何が変わったのか。さらに、「作業療法」が東京府癲狂院設立時の計画ではどのように計画され、その計画は何が目的で提案されたのかなどについて論じる。第 2 章「東京府巢鴨病院における『作業療法』の取り入れと実践—榊俣を中心に」では、日本人が自ら西欧医学を実践する先鞭をつけた榊俣に注目して、榊が実践した「作業療法」がどのような観点から考えられたものなのか、また、それにはどのような背景があったのかを分析する。そして、いかなる目的で「作業療法」が実践されたのかを取り上げる。第 3 章「東京府巢鴨病院および東京府立松澤病院における『作業療法』の理論化と実践の展開」では、榊俣が亡くなった後に医長となった呉秀三が「作業療法」をどのように捉えたのか、また精神病院内で誰が「作業療法」を実践したのかについて検討する。そして、「作業療法」の理論化がなぜ行われたのか、「作業療法」にはどのような役割が与えられていたのかに注目し、呉の「作業療法」の理論化と実践は精神病院に何をもたらしたのかをみていく。第 4 章「地方公立病院と民間病院と民間施設における『作業療法』の実践」では、これらの病院・施設で「作業療法」がどのように展開されたのかを取り上げる。第 5 章「公立病院と民間病院における『作業療法』の発展と専門分化の基盤構築—第二次世界大戦敗戦直後から『作業療法』従事者の国家資格化直前まで」では、この時期に「作業療法」がどのような経緯で展開されていったのか、それにはどのような意義や役割があったのか、その結果、精神病院や患者にどのような影響があったのかを検討する。そして、「作業療法」の展開によって専門分化がどのように変容していったのかを論じる。第 6 章「米国における occupational therapy 概念の形成と日本への導入」では、米国の occupational therapy の成立過程を概観したうえで、これが日本にどのように導入されたのか、米国の occupational therapy の日本での実践として臨床でどのような接点があったのかを取り上げる。第 7 章「国家資格化による臨床と教育の断層」では、「作業療法」の国家資格化までの経緯と背景、そして国家資格そのものの内容、臨床と教育の断層にはなにがあるのかを論じる。終章では、近現代日本の精神医療における「作業療法」の歴史を踏まえて、「作業療法」概念の変容過程を明らかにしたうえで、本研究の限界と今度の課題を述べる。さらに補論として、国家資格化により「作業療法」の歴史から選択されたものと排除されたものについて取り上げ、国家資格化の前と後の「作業療法」の関係性を論じる。そして、最後に歴史的な変容を踏まえて現代の「作業療法」の実践の位置を確認しておきたい。

註

- 1) 岡田靖雄. 日本精神科医療史. 医学書院:2002.
- 2) 小俣和一郎. 精神病院の起源. 太田出版:1998. 小俣和一郎. 精神病院の起源近代篇. 太田出版:2000. 小俣和一郎. 近代精神医学の成立 「鎖解放」 からナチズムへ. 人文書院:2002.
- 3) 小俣和一郎. 前掲書. 1998. p14.
- 4) Suzuki, Akihito. (2003). " The state, family, and the insane in Japan, 1900-1945." In Roy Porter and David Wright eds., The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965, Cambridge University Press, pp.193-225.
- 5) 橋本明. 治療の場所と精神医療史. 日本評論社:2010.
- 6) 小野尚香. 京都府立「癲狂院」の設立とその経緯. 日本医史学雑誌. 39 (4) : 1993. p. 17-39.
- 7) 日下部修. 京都癲狂院における作業療法に関する研究－外国人教師ヨンケルを中心に－. 福岡大学大学院論集 43 (1) :2011. p. 31-42.
- 8) 小野尚香. 前掲註 6). p. 24.
- 9) 同前. 前掲註 6). p. 26.
- 10) 同前. 前掲註 9).
- 11) 日下部修. 前掲註 7). p. 40.
- 12) 同前. 前掲註 11).
- 13) 同前. 前掲註 11).
- 14) 日下部修. 外国人教師ローレツの作業療法に関する研究－癲狂院設立に関する建議を中心に. 福岡大学大学院論集 43 (1) :2011. p. 43-54.
- 15) 田中英夫. 御雇外国人ローレツと医学教育. 名古屋大学出版会:1995.
- 16) 日下部修. 前掲註 14). p52.
- 17) 秋元波留夫, 富岡詔子編. 作業療法の源流. 三輪書店:1991. 秋元波留夫, 富岡詔子編. 新 作業療法の源流. 1997. p. 144-145.
- 18) 同前. 前掲書 17). p. 17.
- 19) 同前. 前掲書註 17). p. 144.
- 20) 同前. 前掲書註 17). p. 145.
- 21) 山根寛. 精神障害と作業療法. 三輪書店:2017.
- 22) 富岡詔子. 精神医療の歴史と作業療法. 富岡詔子, 小林正義編. 日本作業療法士協会監修. 精神障害. 作業療法全書 第5巻. 作業療法学 2. 協同医書出版社:1999. p. 10-16.
- 23) 同前. 前掲書註 22). p. 10.
- 24) 鈴木明子. 日本における作業療法教育の歴史. 北海道大学図書刊行会:1986. p. 77-81.

25) 同前. 前掲書註 24). p. 78.

26) 鎌倉矩子. 作業療法の世界. 三輪書店:2006.

27) 加藤伸勝. わが国の精神科作業療法の歩み-作業療法士誕生まで-. 作業の科学
4:2003. p. 49-73.

28) 同前. 前掲註 27). p. 49.

29) 同前. 前掲註 27). p. 53.

30) 同前. 前掲註 27). p. 54.

第1章. 「治療的なアサイラム」の日本への導入 —— 京都府と東京府

近代精神医療は、ショーターによれば西欧では18世紀末から19世紀初めにかけてアサイラムが「伝統的なアサイラム」から「治療的なアサイラム」へ変容したことから始まったものである¹⁾。第1章では、日本における西欧近代精神医療の「治療的なアサイラム」が近代日本の幕開けである明治初期にどのように受容されたのか、その経緯を取り上げる。その前に、ここで注目する近代精神医療における「治療的なアサイラム」とは何を示すのか、またそれ以前の「伝統的なアサイラム」とはどのようなものだったのかについての概略を述べておく。

精神医学や精神医療の歴史にはさまざまな学説があるが、ここでは主にショーターの学説を用いることにする。なぜならば、今回の研究の目的である「作業療法」概念の変容は「アサイラム」の質の変容に大きく影響されているからである。つまり、ショーターは精神医療の変遷を主に「伝統的なアサイラム」から「治療的なアサイラム」への流れで捉えてので、その流れに沿って「作業療法」概念の変容を捉えることができるからである。この精神医療の捉え方に焦点をおく理由は、本論文が近代日本での精神医療における「作業を介在させた治療法」の導入に論点を絞っているからであり、その導入こそがお雇い外国人によってもたらされた治療を目的とするアサイラムの導入だからである。

1. 近代西欧における「治療的なアサイラム」と作業の導入

ショーターによれば、18世紀終末以前には精神医学のようなものではなく、専門的な精神医学の出現は19世紀になってからの現象であった²⁾。例えば、以下のような状況だった。

19世紀中期以前には、村や小さな町の住人は、変わり者で、厳密な基準に合わない行動を平気でする独断的な人々を恐れていた。しっかりと組織されたコミュニティに住み、顔をつき合わせているため、ヨーロッパの村人たちは、受け継がれた社会的ルール、伝統により運命づけられた慣習、そして季節の移り変わりに応じた生活に重点を置いていた。心や気分の障害のために変わり者になり、これらのリズムの一つからでも逸脱してしまった人々は最も冷酷で無情な扱いを受けていた。(中略) もし彼らが、家や村から追い出されると、精神疾患の患者は、近代ヨーロッパの初期に道路をさまよっていた乞食たちの流れに加わることになった³⁾。

このような彼らは精神遅滞者か精神分裂病だったとされている⁴⁾。しかし、この家や村からの追放される現象もただ単に追い出されたわけではなく、19世紀以前には、家

族の手に委ねられ面倒を看ていた⁵⁾。

アサイラム導入に先立つ 1870 年代のフランスでの精神病患者に関する調査では、164 人の精神病患者のうち 1/5 が、家庭に居たものの、大抵は暖房の無い部屋や馬小屋、つまり狭くて薄暗くじめじめして悪臭を放つ場所で監禁状態に置かれていたと報告された⁶⁾。イングランドでは、家でこそ縛り付けられてはいなかったが、救貧院では杭に縛り付けられていた⁷⁾。このようなことは、収容施設の出現以前における、重篤な精神病患者がおかれていた典型的な状況であった⁸⁾。

1-1. 「伝統的なアサイラム」

中世以来、西欧には「伝統的なアサイラム」が存在していた⁹⁾。それは時として病人のためのホスピスのなかに、犯罪者、放浪者等を入れたりするものだった¹⁰⁾。そして、その目的は収容であり、鎖で拘束をするなど閉じ込めるなどして、患者に治療を施すことはなかった¹¹⁾。

18 世紀のイギリスには 7 つのアサイラムがあり、他にベテル（1713 年創設）のような公共の慈善施設もあった¹²⁾。私立施設での監禁主義というイギリスの伝統とは対照的に、西欧の大陸側では公共の施設監禁主義によってケアがつねに提供されていた¹³⁾。当時のフランスでは、パリに患者やホームレスのための総合施療院と呼ばれる大きな慈善施設が建てられ、一つは男性のためのビセートル、もう一つは女性のためのサンペトリエールであった¹⁴⁾。そこは病院ではなく監禁施設で、収容者は鞭で打たれ鎖で縛りつけられ、呆けたような状態で放置されていた¹⁵⁾。精神病患者たちは教護院（浮浪者収容所）や保護施設（施療院や神の家）に閉じ込められていたとされる¹⁶⁾。一方、植民地時代のアメリカでは精神病患者を家庭でみるのが浸透していたが、町の長老は時には個々の患者のために堅固な小屋を作り、そこに住まわせていた¹⁷⁾。1791 年に開設されたニューヨーク病院では 1808 年に「狂人アサイラム」と名付けられた精神病のための別個の建物が建造された¹⁸⁾。

このような「伝統的なアサイラム」の形成は、精神医学の歴史が自分自身に危害を及ぼす怒り狂った者や、他者に害を与える者までを閉じ込める施設、つまりアサイラムの歴史とともに始まったとされている。

拘束による「伝統的なアサイラム」に変化が起きたのは 18 世紀末から 19 世紀にかけてのことである。それは、収容者を拘束する鎖を一部取り除き、施設自体を治療的な空間とみなすようになった変化である。

1-2. 「治療的なアサイラム」と作業の導入

「伝統的なアサイラム」に変化が起きたのは、施設自体を治療目的にすることができるとし、むしろその中に監禁することの方が患者にとっては好ましいという考え方が登

場したからである。施設に患者を入れることによる治療的な利点を論じた最初の人物は、1751 年に開設されたアサイラムであるロンドンの聖ルカ病院を創設した医務官ウィリアム・バッティ (William Battie, 1703-1776) であった¹⁹⁾。バッティは 1758 年「狂気に関する論文」のなかで、以下のように述べている。

管理の方が薬よりも効果があり、経験を繰り返しているうちに、監禁するだけでもしばしば充分効果的で、そうしなければ、狂気の治療としてこれまで工夫されてきたどの方法も、有効でなくなるだろうと確信するようになった²⁰⁾。

バッティがすすめたのは、隔離療法だ。患者はこれによって見物人などの人の訪問を受けずに済み、慣れた施設の職員に付き添われることになった²¹⁾。また、バッティは次のようにも強調している。

狂気は治療できるものである。だから、そのような不幸な患者は決して見捨てられるべきではなく、ましてや犯罪者や社会に害を及ぼす者として、忌まわしい牢獄に閉じ込められるべきではない²²⁾。

以上の思想と実践により「バッティとともに精神医学が誕生した」とまで、ショーターに言わしめている。

イタリアではヴィンセンチオ・キアルジ (Vincezo Chiarugi, 1794-1864) が、フランスではフィリップ・ピネル (Philippe Pinel, 1745-1826) が患者たちの鎖を取り除いていた。ピネルは替わりに拘束衣を用い、彼から見て開放しても危険性のない患者だけをあらかじめ選んでいた。そして、鎖を外された患者たちは、暇を見つけては業務と体系的な活動に従事していた²³⁾。つまり、ピネルはアサイラムを監禁の経験を利用した心理学的療法を行う場所とみなし、院内で患者と共に作業活動を行ったのである²⁴⁾。こうした療法はモラル・トリートメントと称され、アサイラムは敷地内に患者を拘束しつつ治療する場へと変容した²⁵⁾。

こうして「治療的なアサイラム」での生活の目的とは規則正しい日常生活と共同の精神がもてるように環境を整えることと、医師と患者の関係を円滑にすることであった²⁶⁾。規則正しい生活の中には、木を切ったり、軍事教練をしたり、絵画のクラスや地理学のレッスンがあったり、または賞品付きの玉転がしゲームが行われたりしていた²⁷⁾。ピネルは毎日、作業をさせることを強くすすめ、音楽や絵画、時計の修理の推奨などを患者に試みている²⁸⁾。

小侯によるとイギリスにおいては、19 世紀中期にいたってコノリー (John Conolly, 1794-1864) により無拘束運動 (non-restraint movement) がはじめられた²⁹⁾。

これは西欧各国に広がり、近代化のさなかにあった日本にも影響を与えることになった。

2. 京都癲狂院における「作業療法」

次に、西欧の「治療的なアサイラム」が日本に導入された経緯でもある近代精神医療における癲狂院設立はいつなのか、またどのように設立されていたのかを取り上げる。

1874（明治7）年「医制」第26条で「癲狂院等各種病院設立ノ方法ハ皆前条ニ則トルベシ」と定められた。この翌年、京都府では近代化を急いだことにより、森有禮（1847-1889）が政治力を駆使し、1875（明治8）年に京都癲狂院を設立した。この京都癲狂院が我が国の精神医療史における最初の公立癲狂院だとされている。また、京都癲狂院はシステム化された癲狂院としても稀有な施設だった。

京都癲狂院のシステム化の特徴は「規則」としての作業を介在させた治療法がみられることである。それは「患者教則及ヒ工場假規則」とされ、作業の実施方法、段階付け、評価方法、医師の指示など、作業を実践する方法が詳細に定められたものだった。その後、京都癲狂院は経営困難により設立7年後の1882（明治15）年10月に廃院となった。京都癲狂院における「患者教則及ヒ工場假規則」、つまりこれは「作業療法」の実践のはじまりとなる。「作業療法」の概念として導入はされたが、実際にどのように実践されたかは具体的で詳細な史料が見つかっていないので不明である。しかし、「規則」の成立過程から、京都癲狂院での作業を介在させた治療法を捉えなおし、その意義を検討する。

京都癲狂院に関する研究は多数あるが、なかでも作業を介在した治療法に関する研究の蓄積は少なく、小野尚香と日下部修による先行研究のみである^{30), 31)}。本節では特に小野が京都癲狂院の「規則」と現代の作業療法とを比較した議論を踏まえたうえで、次の検討に焦点をあてる。すなわち、近代日本の精神医療史における「作業を介在した治療法」がその時期の精神科医療の事情からどのような影響を受けたものなのかということの解明である。具体的には、森とドロシア・リンド・ディックス（1802-1887）の書簡を参照することで、京都癲狂院にどのような設立経緯があったのかをまずは確認する。次に、それにともない京都癲狂院が、ピネルらが提唱したモラル・トリートメントの影響を受けているのかどうかを検討するとともに、「癲狂院設立本旨」、「癲狂院規則」、「患者教則および工場（業）仮規則」にある作業を介在した治療法が精神医療の事情とどのような関係をもち計画されたのかを考察する。以上に基づき最終的には、京都癲狂院の治療におけるそれらの作業導入の意義を検討する。

近代日本における精神科医療史上、精神医学の最初の翻訳である『精神病約説』は神戸文哉（1848-1899）が1876（明治9）年12月、ヘンリー・モーズレー（Henry Maudsley, 1835-1918）執筆の『Insanity』を翻訳刊行したというのが通説である。神戸は京都癲狂院医員であった³²⁾。日本における学問としての精神医学としての精神医学の講義は

エルウィン・ベルツ (Erwin Baelz, 1849-1913) から始まるとされている。だが、専門書の日本語翻訳を用いて、その他の精神医療の影響を受けつつ、施設という現場で「作業を介在させた治療法」を実践しようとしたのは京都癲狂院が嚆矢である。

明治初期における精神科医療はお雇い外国人医師たちの講義と診療が主流であった。京都府も同様に京都療病院で診療と教師をしていたフェルディナント・アドルベルト・ヨンケル・フォン・ランゲグ (Ferdinand Adalbert Junker von Langegg 1828-1901) の存在がある。

佐々木秀美によると、ディックスが行った精神疾患をもつ人の処遇に関する改革は日本にもおよび、森によってもたらされたとしている³³⁾。彼らの書簡には、その交流から京都癲狂院の設立が成し遂げられたという証左が残っている。京都癲狂院設立の建議をした明石博高 (1839-1910) が岩倉具視 (1825-1883) の指示によって建議したと証言していることから、歴史上、岩倉使節団に関与した森と岩倉との関係から京都癲狂院設立の背景が推測できる。これと同時に、小俣和一郎の研究によると、京都の地場産業の近代化に乗り出していた府知事である榎村正直 (1834-1896) の癲狂院設置の動きを、森が政治的に支援した結果として京都癲狂院を設立できたとされている³⁴⁾。

岡田靖雄によると、京都癲狂院は 1875 (明治 8) 年 4 月、京都府民である栞政輔 (生没年不詳) が岩倉の大雲寺および大日堂における精神病患者収容施設を停止し癲狂院で癲狂病者静養をはかるべきだとする言上書を、長谷信篤府知事 (1818-1902) に提出したことから始まった。それを受けて当時療病院係だった明石が調査を実施し、癲狂院の具体案を作るにあたって教師ヨンケルに相談した³⁵⁾。ヨンケルは治療のなかに作業治療、遊び治療を発案し、京都癲狂院が心理療法 (moral treatment) をその大指針としたことが窺われると岡田は述べている³⁶⁾。さらに、「癲狂院規則」のなかで「職業」という作業と 1877 (明治 10) 年 1 月 10 日「患者教則及ヒ工場假規則」が制定され、翌年 1878 (明治 11) 年 2 月 5 日「癲狂院工場」が落成した³⁷⁾。このようにモラル・トリートメントを方針に据えつつ「職業」という作業治療を実施していたとすれば、どのような背景があり導入されたのか。この治療方針の経緯と背景までは未だ明解ではない。

小野は京都癲狂院設立では新しい精神病院の在り方が模索され、療病院の教師ヨンケルの精神病に対する知識と考え方がその機軸となったと指摘する。つまり、それは 18-19 世紀にかけてフランス、イギリスなどで注目されたモラル・トリートメントを背景とするものだということである。したがって、京都癲狂院の方針は 1876 (明治 9) 年の帰国・移住後にイギリスに帰化したヨンケルからもたらされたことになる。「癲狂院諸規則」における「作業療法」の明記も「患者教則および工場假規則」における「作業療法」の実践もともにモラル・トリートメントのなかで試みられた治療法であると言及している³⁸⁾。しかしながら、これらの実践が「作業療法」と言い切れるのだろうか。

日下部は「作業を介在した治療法」である「事業」や「職業」は仕事であり、仕事は

作業であることから、治療としての作業が成り立つとしている。癲狂院設立は治療の場所を設け、その治療の手段として「作業」を実施することは当然であるとし、精神医学による治療方法として「作業」が導入されたことは穏当なことだとしている³⁹⁾。しかし、現代の「作業療法」でいう「作業」と、京都癲狂院で治療法に用いた「職業」には意味の相違があるのではないか。

以上の先行研究は次のように概観と評価ができる。岡田の研究は歴史上の事象を紹介するに留まり、日下部は主要人物の業績から歴史を論じている。小野は時代的な動向が歴史的事象にどのように影響しているのかを研究しているが、「作業療法」そのものについては事象の紹介と留まっている。

京都癲狂院での「事業」「職業」「工場（工業）」の規則がどのような経緯で作られ、どのように実施されたのか、また、それが近代日本の精神科医療における「作業を介在した治療法」の発生と発展にどのような影響を与えたのかについて検討を行い、歴史を捉えなおす必要がある。

2-1. 京都癲狂院設立の経緯

近世京都の寺院での精神病者に関する擁護の記録は1765年から始まる。岡田によると、紫雲山大雲寺で乱心者が観音堂にこもり滝にうたれたとの記録が最初だとされる⁴⁰⁾。もともと大雲寺では参籠者への宿泊を提供していたが⁴¹⁾、周囲の茶屋の営業活動が拡大していくにつれて、「強力」と呼ばれる専門の病人介抱人が出現した⁴²⁾。江戸末期の漢方医で癲症（狂）や奔豚（神経症）に激しい下剤や水銀剤を用いて治療をしていた中神琴溪（1744-1833）は「強力」による病人の扱い方の問題を以下のように指摘している。

夜中杯病人を取逃さん事を恐れて、終日終夜縛り置き、己が寝食を安ぜん事を計る。此故に病人の意に激して却て狂気盛んになる類多し⁴³⁾

幕末頃から大雲寺も衰退し、参籠者のための毎日の祈祷もとりにやめられた⁴⁴⁾。だが一方で、茶屋の営業は拡大し続け、癲狂者の扱いの主導権は茶屋に移った⁴⁵⁾。この時期の茶屋は京都府から旅籠屋の鑑札を受けて宿屋として営業していた⁴⁶⁾。しかし、1875（明治8）年京都癲狂院設立にともなって、宿屋が癲狂者を扱うことが禁止されることとなった⁴⁷⁾。

この京都癲狂院設立には次の経緯もある。1869（明治2）年に京都府は地域の繁栄を取り戻すために新文明を取り入れた施政を急ぎ⁴⁸⁾、その推進役になったのが明石らだった⁴⁹⁾。その過程では、明治政府の神仏分離令により仏像・仏具の破壊といった廃仏毀釈運動が全国的に発生したなかで、僧侶たちが新活路を見出そうと1872（明治5）年に

療病院が開設されることに協力し、資金集めを行なってもいた⁵⁰⁾。

この状況下で、1875（明治8）年4月葉が岩倉に大雲寺および大日堂の精神病患者収容の停止を求め、癲狂院での静養を当時の施設を当時の府知事長谷川に具申したことと、府官療病院係だった明石が調査を実施したことは、先述の岡田の研究の通りである⁵¹⁾。その結果、「緊縛禁固し或は勇剛暴威を示して（中略）恐怖萎縮」を与えている状態を「患害」とし、収容を禁じ「狂病を保養するの所」の必要を京都府に求め、「衛生事業の要務」として癲狂院の具体案を療病院の教師だったヨンケルに意見を仰ぎながら作るようになったのである⁵²⁾。こうして京都癲狂院は設立され、療病院附属とすることが定められた⁵³⁾。そこで、療病院発足に貢献した洛東禅林寺の東山天華（1808-1881）が癲狂院係となって資金募集を行なったのである⁵⁴⁾。

以上の経緯で設立された京都癲狂院は京都府が公立として認可した最初の癲狂院である。それではなぜ、京都府が癲狂院を設立できたのだろうか。その背景とともに、療病院の医師であり教師だったヨンケルがどこで精神医学にふれ、精神病患者のことをどのように考えていたのかについて論じる。

2-1-1. 設立に関する森有禮の関与と設立の背景

繰り返しなるが、京都癲狂院設立は1875（明治8）年4月に葉の言上を受け始まったことが通説である。設立にあたっては、京都癲狂院の設立年と森がディックスに宛てた癲狂院設立に関する手紙の日付（1875（明治8）年）が符合することから、森が設立の後押しをしていたこともまた重要な検討事項である。

佐々木によると、森がディックスに宛てた手紙の内容から、ディックスが森に対して、日本における精神病患者の人道的な取扱いに対する何らかの約束を取り付け、その約束を果たしつつあることの報告がなされたとしている⁵⁵⁾。その手紙の文面は以下の通りである。

御身が深き心に居ます事業に関して、なほざりにせしと思召すこと勿れ、私事、其後多くの時日と注意とを、此問題に注ぎ、終に京都にて、一つの癲癩病院を首尾よく設立いたし、今また東京にて、更に一つ、設立中に有之、遠からず、此の善事の為に、開かるべしと存じ候、此外、尚追て設立可れ致、願わくは、多くの不幸者を、せめて少しにても、減ずるの便りとならんことをと、熱望いたし居り候⁵⁶⁾

先にみたとおり、京都癲狂院を建議した明石は岩倉の命で動いており⁵⁷⁾、岩倉と森との比較的親しい関係性も歴史上の事実として確認できる。ゆえに、森が明石や当時の京都府知事など京都癲狂院関係者と直接的に関わったとまではいかずとも、京都癲狂院設

立の後援をしても不自然ではなく、何よりもディックスに宛てた手紙の文面からも森の力が設立に大きく関与したと推察できる。森は1873（明治6）年米国から帰国、同年に外務大丞に就任するとともに、近代的啓蒙学術団体「明六社」を結成している。「明六社」には日本の近代精神病学の基礎を作り上げたとされている呉秀三（1865-1932）の親族である蘭学者・箕作秋坪（1826-1886）と英学者・箕作麟祥（1846-1897）が参加していた⁵⁸⁾。「明六社」では精神医療に関する啓蒙もされていた。人材育成に精力的であった森が京都癲狂院への政治的努力や啓蒙に尽力したことは、これらの歴史的事実から明らかであろう。

この時期、地場産業の近代化に乗り出した京都府は、葉によって精神医療の遅れを指摘され、寺院で迷信めいた方法を継続させるよりは近代的癲狂院を設置することが府全体の近代化の一つになると時の府知事であった榎村は考えたようである。同時期に、明治新政府の一員であった森はディックスとの約束をし、近代的思想の啓蒙活動に力を注いでいた時期でもあったため、それを政治的に後押した。近代的な施設としての癲狂院設立準備にはアドバイザーが必要だが、時期よくヨンケルが癲狂院と同じ京都にある療病院にいたことも京都でいち早く建立された要因となった。これらが、言上から設立までに3ヵ月間という短い期間で京都癲狂院が設立した背景だ。このように、京都癲狂院は明治初期に日本の近代化の推進により市民の声と啓蒙・政治的動向を総合的に引き受けた府の衛生事業だったのである。

2-1-2. フェルディナント・アダルベルト・ヨンケル・フォン・ランゲグの精神医療に対する見解

ヨンケルはイギリスに帰化したオーストリア人で、1872（明治5）年に日本政府からの招聘で来日している。同年から1876（明治9）年にかけて、京都療病院の医師と教師をしていた。日本名を「永克」と書いた⁵⁹⁾。1854年にウィーン大学卒業後、英国籍を取り、1860年よりサマリタン病院（Samaritan Free Hospital）に勤務し、モラル・トリートメントについての知識を得ている⁶⁰⁾。

ヨンケルは1875（明治8）年7月25日、京都癲狂院の開院式で祝辞を述べている。ヨンケルはこの祝辞で、日本はこれまで癲狂の病理を知らず狂人の神を祈念していた、と精神病に対する誤った見方を指摘した。同時に、精神病者が不用な人として殺され、罪人として扱われ残酷極まりなかったこと、そして癲狂院を建営しこの病を防ごうとしたが、彼らを幽閉したに過ぎなかった等の、西欧での歴史的事実にもふれている。そして、西欧では癲狂病が脳病であることを知って以降、癲狂院を設ける土地は清閑できれいな風景の場所を選び、治療法は病者に庭園を気ままに歩かせ、風景や草花をゆったりと見ることで気分がまぎれるようにすると極めて軽症となると説明している。原文は次のとおりである。

癲狂院を設るに土地の静閑、風景の佳麗を選び、病者をして庭園を逍遙し、花卉遊覧に情意を慰めしむ。(中略) 総て患者輕快なるを見ば、人に応じて種々の事業を執らしむ然ること能はざれば種々法を設け適宜の運動を為さしむ。(中略) 衆患者を此に養護し尙の療法を受けしむ⁶¹⁾

ヨンケルは京都に居住していた。京都には精神病者が集まってきていたので、日本で精神病者の実情を知っていた。そこで、西欧での精神病者の扱い方に対する歴史的な改善の流れを参考にして、日本の精神病者の扱い方を改善できると考えたのだろう。加えて、祝辞のなかでヨンケルはその改善方法として以下のことを述べている。

患者輕快ナルヲ見ハ人ニ應シ種々ノ事業ヲ執ラシム然ルヲ能ハサレハ種々法ヲ設ケ適宜ノ運動ヲ為サシム今ヤ府下此院ヲ創立シ衆患者ヲ此ニ養護シ尙ノ療法ヲ受ケシム仁慈ノ深厚ナル唯府ノ美事ナル(中略) 府下民ノ幸福ヲ蒙ル豈大ナラスヤ⁶²⁾

患者の状態が改善すればそれに応じて「事業」をしてさまざまな方法を設け、適切な運動をするというのだ。患者を集めて、彼等を養護してそれぞれに合う療法を受けさせることが仁慈の深厚であるとしている。そして、これはただ京都府の立派な事業ではなく、京都府民の幸福でもあり、皆が幸せになることであると、ヨンケルは説明している。ヨンケルは癲狂院を設立することは精神疾患をもつ人が治療を受けられ改善できるだけでなく、市民の幸福にもつながり、京都府全体の健全で安全な暮らしが理想ではなく現実化するものだと考えている。

小野によると、明石によって新しい癲狂院の在り方が模索された際に、ヨンケルの指導と助言があり、ヨンケルの精神病に対する知識と考え方がその機軸となったとしている⁶³⁾。それはヨンケルの祝辞の内容から察するに、18-19世紀にかけて西欧の精神医療の歴史とヨンケル自身が体験したイギリスでのモラル・トリートメントが背景となったものだろう。ヨンケルは京都での精神医療にイギリスの思想と方法を移入したことになる。後述する京都癲狂院での具体的な治療法にも当然、このヨンケルの思想が影響している。

2-2. 京都癲狂院における治療法

京都癲狂院については『府史第二篇政治部衛生類第六癲狂院一件 京都府第三十四号』に「癲狂院設立本旨」、「癲狂院規則」、「患者教則及ヒ工場(業)假規則」が記載されている⁶⁴⁾。そのなかには「作業を介在させた治療法」が書かれている。ここでは、これら

の史料等から作業を介在した治療法が明治初期の精神医療の事情とどのような関係をもち計画されたのか、そして作業導入の意義と「患者教則及ヒ工場（業）假規則」が作成された経緯を論じる。

2-2-1. 「癲狂院設立の本旨」と「癲狂院規則」

設立時、開院式前に京都府管内の布達第 325 号として「癲狂院設立の本旨」と「癲狂院規則」「治療條則」が公布された。「本旨」には以下の内容が記載されている。

庭園ヲ廣大ニシ此ニ散歩セシメ、或ハ動静ニ応ジ適意ニ接遇シ（中略）医療ヲ施シ
薬剤ヲ与ヘ専ラ精神ヲ鎮メ安静ナラシムレバ大ニ癲狂ノ治ヲ助クベキカ。（中略）
欧州癲狂院ノ法ヲ折衷シ、以狂人ヲ入院セシメ其治療ニカヲ致サントス⁶⁵⁾。

ヨンケルの指導のもと、庭園を造り、そこを散歩させ、患者の状態に合わせて従事者が関わることなどを実施すれば、治療となっていくことが述べられている。そして治療方法は西欧の方法を導入するだけではなく、日本の状況に合わせて、西欧と日本の両方を組み合わせていくことが明記されている。

「癲狂院諸規則」は第一条から第七条まであり、看護人の役割が詳細に記載されている⁶⁶⁾。「作業を介在された治療法」に関係する条文は「第一条 看護人は勿論其他の者と雖一々医員の指揮を受くべし」、「第六条 患者歩行運動の節は不都合これなき様看護人特に注意すへし」、「第七条 患者の症緩なる者は養生の為に是迄手馴たる職業を為さしむることあるへし。但右事業により入院の入費を省くことあるへし」である。第六条からは、散歩などを実施する場合は、医師の指示が必要となるシステムであったことがわかる。第七条では、状態が改善されてきた患者にはこれまで馴れた職業を試み、それができるようであれば入院費を取らないというシステムもあったことが示唆される。なお、ここでいう「職業」がどの程度の仕事内容なのか、またその仕事を行うことで患者に収入があるのかなどは明確ではない。しかし、経費の半分为寄附で成立していた癲狂院としては入院費が全く無料にできるということは考え難い。つまり、患者に収入があるほどの仕事ができる患者の場合は、その収入の一部か全てを癲狂院が集金して、入院費の代わりとするようなシステムを作っていたと推察できる。

治療法としては、先述したように、患者を庭園で散歩をさせて、観賞用の美しい花をゆったりと見せることで患者の気持ちを慰めた。その次に、総合的にみて概ね患者の状態が改善すれば、それぞれの患者に応じて様々な方法で種々の事業を行わせることなどをし、それが可能な患者には適宜運動も行なわせたという「規則」がある。この際には、患者を一箇所に集めて適当な療法を受けさせることとしている。ここでも、精神病患者に何かしらの活動を行なわせることが書かれている。以上の活動の名称が原文には

「事業」という表現で書かれており、その内容は精神病者の気持ちを癒すなど、気分転換させる方法である。したがって、「癲狂院諸規則」の「職業」と書かれていた入院費に関係する仕事とは意味合いが違うと言えよう。つまり、「職業」とは経営側のシステムとしてのことを表し、ヨンケルの「事業」は経費の関係することよりも、患者の状態に合わせて従事者が関わることで医療を施すことにより治療的な意義に重きがある。すなわち、もしこの場合に、「作業」や「職業」として従事する行為の内容が同じだったとしても、その二つの行為の間には、異なった実践目的や意義があるのだ。なぜならば、収入が得られるほど完治に近い状態の精神病者が働くことと、収入を得るまではいかなくとも治療的な目的で一つの治療方法として作業活動を行うのでは、作業活動を行う段階的手段が全く異なるからである。ただし、「作業を介在させた治療」方法によって、それまでの精神病者に対する考え方や扱いが変わり、西欧の癲狂院にならって療養環境を整え、医療を施し、積極的な治療を行うようになったことは、ここまでで詳細になったことである。

2-2-2. 「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」

癲狂院設立の2年後、医局で1877（明治10）年1月10日「患者教則及ヒ工場假規則」が制定され、1878（明治11）年2月5日には癲狂院工業場が落成した⁶⁷⁾。これが制定される前年の1876（明治9）年12月に神戸が『精神病約説』を刊行している。『精神病約説』の原書は1872年ロンドンで刊行されたレイノルズ（Russel Reynolds）編集『SYSTEM OF MEDICINE』の第二巻のなかの6-68項、モーズレー執筆の「Insanity」の翻訳である。イギリスで刊行されてから、わずか4年後に神戸は翻訳を出版している。この翻訳は京都癲狂院での治療診断基準の一つとされており、治療法の要点は「精神治法」と「医療治法」にまとめられている。

「精神治法」では管理者と患者との関係を重要視したものである。管理者は患者に対して柔軟な接し方を、患者自身には自分の立場を理解するように努めることを、それぞれに求めるものであり、患者の精神的な安定を引き出すことの必要を説いている。患者の目を外事に向けさせ、「職業ニ苦心セシメ或ハ各般ノ嬉戯ニ熱心セシムル」ことや、作業や娯楽が治療にとって最良であると述べている⁶⁸⁾。つまり、「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」はイギリスの精神病の治療法とその効果が参考にされていると言える。

具体的には運動や「職業」または「事業」が規則正しい時間割のなかで実践され、そこに管理者を配置し、その成果を確認しつつ進めるのである。能力に応じた教育も組み込まれている。施設環境を整備して、規則正しい生活をおくり、身体的活動を実施し、娯楽で気分転換をはかり、読書や詩の暗唱などの知的活動を行うという実践方法が記載されている。小野によると「1877（明治10）年制定された二つの規則は運動や作業という方法を使って治療をすすめていこうとするものであり、この治療法はモラル・トリー

トメントの中で試みられたものである」とされている⁶⁹⁾。さらに小野は「京都癲狂院での試みは府の欧化政策が推進される時代の中で、それまでの伝統的な精神療法に西欧の方法を融合させるのではなく、西欧の方法を全面的に導入した」と考察している⁷⁰⁾。しかし、「工場假規則」には米をついて摺る、轆轤を使う、藁縄を綯い、紙縷を撚り、紙縄を作り、苧縄を用いて網を結ぶ、屑糸をつなぎ雑巾を縫い、真田紐を打ち目利安を作るという作業内容が書かれている（表1参照）⁷¹⁾。これは江戸時代以来の日本の在来産業そのものである。これらのことから、西欧の方法を全面的に導入したとは考えにくい。「作業を介在させた治療法」に対する理念はイギリスでの治療法を参考にしたのだろうが、作業手段は日本の内容である。つまり、この「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」はヨンケルが作成したのではなく、ヨンケルが帰国した後に残された形となった神戸たち日本人によって考案されたのだ。地場産業である作業を用いることにより、日本の精神病者が慣れていたであろう社会生活を尊重し、実社会の社会生活への適応が彼らにとっての最終目標とされたことも考えられる。さらに、規則制定の翌年には癲狂院工業場が落成している。工業場が落成したということは、これらの作業を実社会により近い形態で実践しようとする目的があったのだ。

癲狂院設立から2年間は散歩や軽い作業を試行して、ある程度の効果が認められたと判断したため、工場を作るという次の段階へと移ったと言えよう。京都癲狂院の設立と規則制定、そして工業場落成によって、西欧の精神医療と日本の産業方法が組み合わさった。それによって、祟りや狐狸憑きといった従来から日本で信じられていた時期の癲狂者への対応とは大きく転換したことになる。

作業活動については、「癲狂院規則」のなかでは「職業」、ヨンケルの祝辞のなかでは「事業」、「癲狂院患者教則及ヒ工場假規則」のなかでは「工場」または「工業」と異なる言語表現で書かれている。だが、いずれの活動も何かを作ることや行うこと、つまり「作業」を治療道具とし治療の手段にしていることから、それらは総じて「作業療法」と言えよう。設立当初の「職業」と「事業」の区別こそ詳細が不明ではあるが、「工場」または「工業」では医師の指示が出され、携わる職員が決められており、評価の実施や効果判定、実施計画、さらに患者と従事者との関わり方の詳細、また従事者たる患者がその作業を実践できるように事前の準備をしておくことまでが述べられている。これが実践されていれば日本独自の「作業療法」の実践のはじまりとなるが、実践された記録の史料が見つかっていない。だが、既出史料と管見の限りでは「作業療法」の概念の導入であることは確かだと言えよう。

精神科医療史上、京都癲狂院は日本で作業を介在させた治療法が実践可能であることと、その効果が実証でき作業を段階的に進められたという意味では大きな意義があった。京都癲狂院は作業を介在させた治療法の実践の礎を作ったのだ。この方法論の継承は不明だが、時期が重なるようにして、第3節で取り上げる長谷川泰（1842-1912）とアル

ブレヒト・フォン・ローレツ (Albrecht von Roretz, 1846-1884) の交流が始まる。これらの直接的関与を示唆する新出関連史料がみつからなければ歴史の全様は詳らかに難しい。ローレツは京都癲狂院を見学しているが、京都にいたヨンケルが設立を指導したとあれば、敢えてそこへの関与を控え、ヨンケルから指導を受けた神戸をはじめとした日本人医師に運営を任せただろう。

明治初期に京都癲狂院が実践したであろう規則は、精神科医療史のなかで重要な起点である。京都癲狂院は運営が困難となり廃止という結果にこそなったが、従来の日本の精神病患者への対応の仕方を大きく転換させ、「作業を介在させた治療法」で改善させていった可能性があるからである。これらの思想と方法論の史料は少なく、追いきれない部分は残るが、治療法の明確な規定が作成されたという歴史はみて取れる。

3. 近代精神医療の導入の再検討 —— 東京府癲狂院建設計画における「操業」の分析を中心に

日本の近代精神医療における癲狂院設立は、1874（明治7）年文部省で定められた「医制」第26条で「癲狂院等各種病院設立ノ方法ハ皆前条ニ則トルベシ」と定められた⁷²⁾。同年1874（明治7）5月に東京府病院は開院し、翌年1875（明治8）年6月には養育院に「狂人室」が設置された。養育院とは、岡田によれば、1872（明治5）年10月にロシア帝国のアレクセイ大公が来日することになり、府下に乞食が徘徊するのを取り締まる必要が生じ、明治政府が窮民と乞食の救済策として救貧院を設立したものである⁷³⁾。1879（明治12）年には養育院は上野から神田へ移転した。その際、「狂人室」は上野の養育院に残置し、院長の長谷川泰（1842-1912）のもと仮設東京癲狂院となった。これが京都癲狂院設立の4年後のことである。同年7月に、東京府病院や養育院「狂人室」に散居していた人々を一箇所に収容するために、仮設東京癲狂院が設立された⁷⁴⁾。これは養育院の建物に間借りした形であったが、実はその時期と前後して新しく癲狂院を設立する計画が検討されていた。その計画書の作成に携わったのが仮設東京癲狂院院長の長谷川泰と愛知県のお雇い外国人教師アルブレヒト・フォン・ローレツ (Albrecht von Roretz, 1846-1884) であった。ローレツは、1879（明治12）年6月には長谷川に対して東京府癲狂院建設計画書（以下、計画書）を提出しており、その附録には「患者ノ操業」（以下、「操業」）の一覧が記載されていた（表2参照）⁷⁵⁾。

「操業」とは作業を介在させた治療法であると位置づけられ、近代日本の精神医療における最初の臨床計画であるともいえる。

本節ではこの「操業」の内容や治療法への貢献、歴史的位置付けに着目する。1886（明治19）年に榊俣（1857-1893）が、1901（明治34）年に呉秀三が、それぞれ西欧留学から帰国して本格的な精神医学と精神医療を導入する以前に、癲狂院建設計画と実際の癲狂院における「操業」が近代日本精神医療に何をもたらしたのか。「操業」を軸とする

ことで、精神医療の構想が「伝統的なアサイラム」から「治療的なアサイラム」へ変容した過程を明らかにしていくことが本節の目的である。具体的には「治療的なアサイラム」の中核にある「操業」に焦点をあて、日本において「治療的なアサイラム」がいつ、どのように始まったのかを明らかにすることを課題とする。そのため、ローレツ自身が書いた原文は未発見であるものの、ローレツから精神医療を学んでいた後藤新平が訳したであろう「操業」を論じることで、近代日本の精神医療における「作業を介在させた治療法」の発生を明らかにする。なお、ここではローレツに関連して残された貴重な史料を基に考察していくこととする。

ローレツとその計画書に関する先行研究としては、既にいくつかのものがある。田中英夫⁷⁶⁾は計画書が上申されるまでの経緯を詳しく論じ、そこに見出される「平穩處置 (non-restraint system)」などの構想とその背景を紹介している。そして、田中は「平穩處置」の中核に「患者ノ操業」があるとして、これを現代の「作業療法」に相当すると解し、現代的な「作業療法」の起源を計画書に求めるに至っている⁷⁷⁾。しかし、「患者ノ操業」を現代の作業療法と同一視してしまうと、作業療法概念の歴史的な変容を見逃すことになる。小形利彦⁷⁸⁾はローレツの医学的経歴や日本文化観について論じ、橋本明⁷⁹⁾はローレツの計画書の構想は当時の精神医療先進国ドイツでは既に廃れていたと指摘しているが、いずれも「操業」には触れていない。その「操業」を看過することは、計画書そのものの過小評価し、またその意義を見出すことができなくなってしまう。

こうした先行研究に対して、日下部修⁸⁰⁾は「操業」そのものに着目している点で重要である。しかし、日下部も田中と同様に、「平穩處置」の中核に「操業」があるとしながら、その「操業」によって生活の充実や安楽が得られることを通して治療効果が得られるということをもって、計画書における「操業」を現代の精神医療の一部としての「作業療法」と同等のものであるかのように想定している。しかも、日下部は計画書の建築構想と「操業」との関係を全く検討していないために、精神医学の本格的導入以前の治療の独自のありようについてみるができなくなっている。

西欧における「伝統的なアサイラム」が「治療的なアサイラム」へと変容したことを踏まえて、「操業」について分析を進めていく。その前段階としてローレツの経歴を確認する。

3-1. 東京府癲狂院建設計画まで

ローレツは 1846 年に生まれ、ウィーン大学で 1872 年に内科、1874 年に外科の学位を得ている⁸¹⁾。ローレツはリウマチを患いつつも、卒業後は 1873 年から 1874 年 7 月まで「平穩處置」を実施していたシュラーガー (Schlager Ludwig, 1828-1885) が院長である州立癲狂院 (Die niederösterreichische Landesirrenanstalt) に勤務しながら⁸²⁾、英仏の 30 の癲狂院を見学している⁸³⁾。1874 年、退職と同時に、ローレツは訪日す

るために、オーストリアの外務省に請願書を提出している⁸⁴⁾。ローレツは博物学への強い関心があり⁸⁵⁾、訪日の目的は東アジアの人文地理研究の調査であった⁸⁶⁾。当初ローレツは医師として訪日する考えをもっておらず、博物学調査旅行を安全かつ円滑に遂行するためにオーストリア・ハンガリー公使館付き医官として身分を安定させることが重要であった⁸⁷⁾。1874（明治4）年11月、ローレツは横浜に到着し、翌1875（明治8）年3月、博物学調査の旅へ横浜から出発し、西日本を4か月間旅行している。同年11月からは医師として横浜で開業し、翌1876（明治9）年5月から1880（明治13）年3月までの4年間、愛知県の公立病院と医学校に御雇教師として赴任した。愛知県の公立病院における最初の癲狂病者の診療はローレツによって行われた⁸⁸⁾。

ローレツは1879（明治12）年1月12日、愛知県令安場保和（1835-1899）に宛てて「癲狂院設立ノ建議」を上申している⁸⁹⁾。この「建議」には「東西二京ノ癲狂院珠ニ神奈川県警察署檻倉及ヒ該県病院中此類患者ノ養護室ニ於テ多少見ルベキアリ」⁹⁰⁾という記載があり、ローレツがそれ以前に「東」の癲狂院に訪問していたことがわかる。当時、東の地域に存在した癲狂院は仮設東京府癲狂院のみであることから、ローレツが訪ねた「東」の癲狂院とは仮設東京府癲狂院と断定できる。ゆえに、ローレツは「建議」提出以前からその院長であった長谷川と対面していたはずである。「建議」提出直後、ローレツは2月付けで「澳土利國維也納醫制」⁹¹⁾に関して「東京府病院長 長谷川泰君閣下」に宛てて、「ローレツ氏取調」と題された書簡を提出している。実は、この「取調」は東京府の専用用紙を用いて書かれており⁹²⁾、長谷川とローレツの関係の強さをうかがわせる。「取調」にはウィーンの病院経営、医師の配置、医師の試験法や学科、医学のカリキュラム、衛生科の配置、三人の癲狂院の医師と裁判所とのやり取りなどが記載されている⁹³⁾。このようにローレツは、精神医学・精神医療だけではなく、一般病院・医学教育などについても、長谷川から公的に所見を聴取される地位にあった。そして、ローレツは1879（明治12）年6月27日付で、東京府癲狂院建設計画書を長谷川宛に送ることになる。

このように、1879（明治12）年1月から6月までの2回にわたる長谷川とローレツとのやり取りによって東京府癲狂院建設計画の素地が形成されていったことがわかる。

ローレツの癲狂病者観は「抑々洋ノ東西ヲ問ハス」⁹⁴⁾、「癲狂者ナルモノ」は「緒多ノ不孝者中ノ最モ不幸ナル者」とみなしながらも、「衛生上ニ於イテモ他ノ自由権理ヲ有スル人民」⁹⁵⁾とみなしてもいた。つまり、癲狂者も個人「衛生」としての健康という幸福を求める「自由権理」を有するとみなされていたとしている。その一方で、ローレツは「日本帝国ニ於ケル癲狂人ノ運命ハ殆ンド八十乃至百年前ニ於テ欧州ニ在リシモノ及ヒ予ガ遊学中或ル文明国ニ於テ見シ所ノモノト頗ル巡庭スル所アリ」⁹⁶⁾として日本の文明化の遅れを指摘しながらも、「抑々日本人民タル其道德ノ盛ナルニ由テ癲狂人家屋ニ於テ保護スルヲ甚タ寛容ニシテ」⁹⁷⁾として、日本人が癲狂病者を家で保護している

ことについて、日本人は外国人より癲狂病者に対して寛容であると解してもいる。しかし、ローレツは日本の癲狂病者にしても「最モ不幸ナル者」であるからには「不幸中ノ最大不幸ナル癲狂病者ヲシテ他ノ自由人民ト齎シク該国開化ノ進歩ニ隋テ其幸福ヲ占得セシメント試スル」⁹⁸⁾ことを目指して、「本県〔引用者注：愛知県〕ニ創立スル所ノ癲狂院ヨリ其影響ヲ日本全国ニ及ボシ」てゆくと主張している⁹⁹⁾。ところで、癲狂院建設の目的は「最大不幸」の者を「幸福」にすることにとどまるものではない。ローレツは建設の目的を特に二つあげている。第一に「患者ヲ（ソ）其中ニ住居セシメ以テ其思慮ナキ状態ニ於テ自家或ハ他人ヲ損害セザラシムル」¹⁰⁰⁾こと、すなわち、自傷他害のおそれがある者をその「住居」に収容することである。第二に「患者ノ回復ヲ促ガシ其功ヲ達スルニ至ラハ再ヒ人民社会ニ齡ヒセシムル」こと¹⁰¹⁾、すなわち「回復」させて社会生活で人生を全うさせることである。では、ローレツは癲狂院を最大不幸者である癲狂病者の自傷他害を治療し、回復させて社会復帰させる施設にするために、どのような計画を作成したのであろうか。その治療の構想についてみていくために、計画書の内容を検討する。

3-2. 東京府癲狂院建設計画書の分析

3-2-1. 施設・環境を介在させた治療

計画書にみられる建設構想の特徴を列挙するなら、第一に建造物はコリドール様式である。コリドール様式はH型建築で、ローレツが書いたとされる図面では男女の居室がシンメトリーに配置されている（図1参照）¹⁰²⁾。第二に患者に衛生上、よりよい環境を提供するものである。第三に癲狂院の立地条件としては、穏やかな乾燥地であることをあげ、病院敷地内は農耕、花壇の栽培、散歩等の作業や運動が許容できる広さが必要であるとしている¹⁰³⁾。第四に図面には「強暴患者」用の保護室が6室書かれている。第五に患者の状態によって院内が区分されており、患者の区分に合わせた「操業」が計画されている。

松嶋健によると、18世紀末のヴィンチェンツォ・キアルージ（Vincenzo Chiarugi、1759-1820）¹⁰⁴⁾やピネル以後の西欧精神医療においては「治療的なアサイラム」の考え方が主流をなしていたが、計画書はそれを反映したものになっていると言える。また、「強暴患者」の処遇計画についてみるなら、ショーターによると、「治療的なアサイラム」においては、患者は手枷足枷などの鎖からは開放されたものの拘束衣や保護室は使われており¹⁰⁵⁾、この点をも計画書は反映したものとなっている。また、小俣和一郎によると、当時の「治療的なアサイラム」では建物全体を治療的空間とみなし、その中で治癒の可能性がある比較的静かな患者を働かせ、そうではない患者は静かになるまで拘束衣や保護室で拘束していたのであり¹⁰⁶⁾、その点でも、後述するように、計画書は施設そのものを治療空間とみなしているのである。鈴木晃仁¹⁰⁷⁾によると、コノリーは19

世紀に英国で隆盛していた精神療法としてのモラル・トリートメントに対して、それを環境医学へと変容させるべきだと主張した。それは積極的に患者の心理に介入していく方法ではなく、患者そのものへの介入を控えながら患者が置かれた環境を操作して作業などを通して、その効果を見守る空間を治療とすることであった。これも詳しく後述するが、まさに計画書はそのコノリーの構想を、言い換えるなら施設と作業を介在させた「治療的なアサイラム」の構想を立てていたといえることができる。

3-2-2. 作業を介在させた治療

ローレツが長谷川に提出した計画書の付録に「操業」が記載されている。ここからは、ローレツの「患者ノ操業」について分析する。

ローレツは「操業」の効果を四つ述べている。第一に「鬱憂患者強暴患者及誤神患者等ハ操業ニ由テ神氣ヲ放散」¹⁰⁸⁾するということである。つまり、「操業」は計画書の分類によると「鬱憂」・「強暴」・「誤神」のなどの患者に適応可能であるというのである。ただし、第二の「強暴」については、「強暴患者ハ其勞力ニ由テ睡眠及鎮静ヲ催起セラレ且ツカヲ費ヤスヤ(中略)妨害ニ渉ルヲナク専ハラ存益ナル操業上ニ転用スルヲ」¹⁰⁹⁾であるとしている。そして、第三に「誤神」に相当すると思われる「病的思想」については「操業ニ習慣スル如ハ精神自ラ之ニ誘ハレ漸次ニ病的思想ヲ変移シ為メニ心恟スル等ノヲナキニ至ル」¹¹⁰⁾としている。しかし、第四に「鬱憂」に関しては、「病症ニ空過シ操業セサルニ起由シ又鬱憂患者ノ如キ操業セシメサルニ在テハ遂ニ痴呆ニ陥ルモノ」¹¹¹⁾と述べ、その「痴呆」化を予防するものとしている。つまり、「操業」の実施は患者の状態によって導ける効果が違うということである。

ローレツは「操業」を15種目あげている(表2参照)が、その役割や機能に着目すると、次のように分類(表3-1と表3-2参照)できる。

まず、機能別の分類である。第一に院内生活の維持に関わるもの、第二に病院内秩序維持に関するもの、第三に製品販売に関係するもの、第四に「上等患者」に寄与するもの、第五に学習に関わるもの、第六に娯楽に関わるもの、第七に病院経営に寄与するもの、または患者の収入に繋がるものである。この分類を表3-1に示す。第七の病院経営に寄与するものに関しては「操業」による製品を「売却シ其利潤ヲ以テ院内ノ経費ニ當ル」¹¹²⁾と記載がある。そして、計画書本文にも「操業」による売却の効果を繰り返し述べており、「操業」は「治療上最モ鴻益アルモノニシテ他ノ療法中之ニ勝ルモノナシ」¹¹³⁾とまで記載している。ローレツは「充全ナル癲狂院ニ在テハ必ラズ此諸件ヲ設クル」¹¹⁴⁾と西欧の癲狂院における作業の効果を述べ、東京府癲狂院でも「其利益ヲ得」られるとしている。

次に実施方法の分類である。第一に日用品や食べ物、作品の生産に必要な素材作りから患者自らが携わる方法、第二に患者同士で教えあう方法が書かれている。この分類を

表 3-2 に示す。この他、実施過程としては段階付け工程、活動方法、運営方法までもが示されている。

さらに、留意点として、作業を実施する際の危険回避管理のため、危険な作業行為は外注すること、掃除が行き届くかなどを確認する管理者の必要性、知識面で困った時のための教員配置の必要性などが記載されている。

次に、「操業」の種目の地域の共通性から考えてみたい。世界共通の作業は野菜作り（第一種）や綿と麦作り（第二種）、鴨と牛などの牧養（第三種）、粘土で作る器（第十種）、学習（第十三種）、楽しみとしての娯楽である歌や踊り（第十五種）である。特に養蚕（第六種）、藁や竹を編みこむ器具作り（第七種）は日本を含む東南アジア地域に多い。他方、日本独特の作業は煎茶作り（第四種）、蒲団の使用（第五種）、日本製の和紙作り（第八種）、筆作り（第九種）、ちゃんばらごっこと鞠つき（第十五種）である。蒲団の使用（第五種）は布団を敷き、そこに寝るという作業となる。

「操業」の種目を地域性で考えると、「操業」の記述からは以下の五点の内容が読み取れる。第一種に書かれている「園庭操業即チ草花野菜灌木樹木（就医薬的植物）ヲ栽植シ」¹¹⁵⁾は「窓牖ノ前ニハ草花灌木ノ類ヲ培植シ以テ患者ノ縦覧ニ供スル」¹¹⁶⁾を意味している。さらに、これに必要な備品として、米国の「フォルスポンジヲ備フル」¹¹⁷⁾と説明があり、日本では購入が難しく、それは横浜にあることも付け加えている¹¹⁸⁾。ローレツは建物の窓際に草花を植え、患者が院内からも草花が鑑賞できるように計画したのだろう。あるいは、院外から癲狂院の建物を見る人にも草花が見えるように計画したとも考えられる。第三種に記載されている七面鳥は、日本食では一般的に食用とされていない。ローレツは日本食だけではなく、敢えて洋食の食材もあげている。では、ローレツがなぜ日本で食されていなかった七面鳥などの牧養を計画したのか。図 1 と図 2 では、囲いのある女子庭と男子庭に隣接して「飲膳調理所」と「洗濯所」がある。計画書では「内部ノ修理体裁及患者操業ノ配當」¹¹⁹⁾とあり、「飲膳調理所」では「洋食調理人ヲ装備シ上等患者及其他償費シテ之ヲ希望スル者」がいれば「洋風食品ヲ割烹調理スルノ用ニ供スベシ」¹²⁰⁾と記載されている。すなわち、「上等患者」には「洋食」として七面鳥などを提供しようとしたことがわかる。第五種の蒲団は院内での伝染病にふれ「衣服夜着蒲団」を消毒することになっていることから日本人が蒲団で寝ることを理解し、そこに伝染病を予防するために消毒しようとしたことが窺われる。第八種では和紙を洋紙とは別物として区別している。洋紙製作には大がかりな機械が必要だが、和紙製作であれば日本人に馴染みがあり、また大きな機械は必要としないと考えたのだろう。第九種の筆については明治初期には筆の需要が多かったことを踏まえてだろう。

一方、第十五種の蹴鞠はそのままであればサッカー、歌舞は歌とダンス、ちゃんばらごっこはフェンシング、相撲はレスリングなどとローレツの母国の習俗を訳した後藤新平が日本人向けに日本の習俗に当て嵌めて訳した可能性もある。

また、明治初期の日本経済を支えていた主たる産業は農業と職人による手工業であった。例えば、日本の中部の工場の95.9%が生絲工場であり、その他は紡織工業、精米などの食品工業、瓦、製紙、製茶、印刷製本、陶器などがある¹²¹⁾。「操業」の種目の多くは明治初期の日本の経済を支えていた産業の種目であることがわかる。地域の産業に参入とまではならずとも、売却や受注を受けようとしていたことから癲狂病者でも社会の産業に加わり、社会の中で労働者としての価値があると、ローレツがみなしていたことが窺われる。

3-2-3. 「操業」に関わる建築構造

計画書に記載されている建築構造のうち、「操業」に関する建築に注目し、筆者が図面に書き起こした(図2)。その図面は計画書に書かれている図面と記載内容、そして後藤新平記念館所蔵の浄書図(図1)とから読み取れる内容である。前述のとおり建物は男女の居室がシンメトリーに配置されており、左右が同じ構造になっていることから、本稿では読み取りやすい女子側を図面にした。

浄書図には「Tag」と書かれた部屋がある。「Tag」はドイツ語で「日課」「作業をする」を意味する単語であり、計画書の図面には「ヒルマシツ」と書かれている。つまり、「Tag」は昼間の日課として「操業」を行う場所となる。

記載されている内容から、患者は「穏静ナル下等ノ患者」、「上等患者」、「強暴者シカラザル患者」、「各種患者」、「急性身体的患者」、「軽病身体的患者鬱憂患者」に区別されている。

「穏静ナル下等ノ患者」とは精神症状が落ち着いた患者で、貧困で入院に公費を使用したと想定される。このブースには他のブースの「Tag」より比較的広い部屋と「ヘランダ」(計画書の図面では「板間」)が設計されている。ここのブースの「Tag」では「操業」のなかでも「書読縫裁教育」¹²²⁾を実施する場所として、また「風西ノ日如キ患者ヲシテ室外ニ操業セシメサルキニ用アリ」¹²³⁾として計画されたのだろう。「ヘランダ」には「雨天等ニ於テ患者ヲ居住セシメ或ハ運動セシム」¹²⁴⁾という説明が記載してある。このブースの部屋の並びには「Arbeit」という「労働」・「作業」を意味する単語が書かれている(計画書の図面では「仕事場」)。これらのことから「Tag」と「Arbeit」はどちらも「操業」を行う場所であると考えられる。計画書には「患者ノ操業及物品ヲ貯蔵スル所トス」¹²⁵⁾という記載がある。この場所は計画書の図面の「各種患者」の病室の反対隣にある「置物」(図2では「物置」と記載する)と書かれた部屋と合致する。「操業」に関する物品や準備、作品などを置く設定だったと推考できる。また「仕事場」の隣には「蔵」も用意してある。「蔵」があることによって、より多くの「操業」ができるように設計してある。「蔵」では「操業」第六種の「蚕を飼い」、第八種の「和紙を製造」し、「紙製の器」や第十種の「土(粘土)で器を造る」で作った器を置いておく

ということが考えられたのだろう。また、第七種「縄や籠のような器具を製作する」、第九種「筆や刷毛を作る」などの作業も想定される。場所は離れるが、「飲膳調理所」では「上等患者」のための洋食作りにあたり、「洗濯所」には「修理体裁」（「操業」の第十四種）と書かれている。どちらも「穏静ナル下等ノ患者」の「操業」と考えられる。また、このブースには「浴室」がある。図面から考えると、「浴室」を使用できるのは「穏静ナル下等ノ患者」だけとなる。これは「穏静ナル下等ノ患者」には相当数の作業をさせる計画だったため、衛生面を考慮し、このブースに「浴室」を設計したと想定される。または、「浴室」を建物の中央に位置し、そこに各ブースから患者を連れてくる想定だったことも考えられる。

「上等患者」とは前述した洋食を希望する患者を想定していることから、当時の上層階級の患者か外国人であろう。「上等患者」は日の当たる南側の部屋で、建物の外側の広い庭にも出られる設計である。このブースの「Tag」では上流階級や外国人の患者の「操業」として第六種の刺繍など精細な作業を実施する計画だったことが窺われる。

「強暴患者」のうち特に暴れる患者には隔離室（「強暴患者ヲ各々分離」6室）が設計されている。彼等が「庭（男女別）」に出るには「強暴患者ヲ入ルノ室ニ至ラントスルトキハ必ラス此ノ看病人室ヲ通過セザルベカラズ」¹²⁶⁾として、「Wärter」という「番人」「見張り」を意味する単語が書かれた場所(図2では「看病人室」とした)を通ることになっている。これは時々、隔離室前の「Tag」や囲いのある庭に患者を出すことを想定してのことだろう。隔離室に入っていない「強暴患者」のブースには「Tag」が設計されていないので、ここでの「操業」は行わない計画であったか、または「強暴」がゆえに、その力を用いて「力ヲ費ヤス」のような別の「操業」を割り当てる計画であったと推定できる。

「各種患者」とはその他の患者である。このブースには「Tag」と「仕事場」が造られており、病室の隣の「Tag」には「庭園ニ赴ク所ノ出口ナリ」¹²⁷⁾と書かれている。ここからは建物の周りの大きな庭園に出られるので、庭で「操業」の第一種から第三種までを行う想定だったと推定できよう。

「軽病身体的患者鬱憂患者」のブースには「Tag」は設計されていない。作業を実施することができない患者を想定したのか、または作業が可能な患者は隣の「各種患者」ブースの「Tag」で「操業」を実施する計画だったと考えられる。

庭に関しては「庭園或ハ田圃ヲ設ケ耕作ヲ為シ或ハ鳥獸等ヲ養フニ便アリトス」¹²⁸⁾とある。これは「操業」の第三種にあたる。

この設計図から、「穏静ナル下等ノ患者」には相当な数の「操業」を計画し、「強暴患者」には室内での力を要する「操業」をさせ、「上等患者」には穏やかで落ち着いた「操業」をさせ、「各種患者」には外で行う「操業」をさせ、「急性身体的患者」と「軽病身体的患者鬱憂患者」には特定の操業については実施させないという、患者の適正に

合わせた「操業」の可能性がみて取れる。

さらに「操業場及ヒ土蔵ハ全テ日本風ニ建築スルヲ可トス」¹²⁹⁾として、ローレツは「操業」に関する場の建築として日本的な建築を認めている。ただし、他の場所は洋風の建築であることを主張している。このことからローレツは病室の清潔感を強く意識して、病室は洋風を主張し、「操業場」は「土蔵」と同様に考え、主に「穏静ナル下等ノ患者」が働く場として日本風でもよいとしたのであろう。一方で、働く癲狂病者が日本人であることから「操業」の種目やその場の造りを日本風とした可能性もある。または「Tag」が病室と同じ建物内にあるので、洋風として設計したとも考えられる。

3-3. 東京府癲狂院建設へ

3-3-1. 建設予算

1879（明治12）年4月の『医事新聞』12号に「癲狂院費」と題された記事があり¹³⁰⁾、これによると、同年1月に癲狂院建設の予算が決定されている。この予算は仮設東京府癲狂院用の予算ということになる。

さらに、この記事には東京府の癲狂院設立趣意が書かれており、これは本格的な癲狂院の構想を述べるものとなっている。ここでは「人ノ不幸癲狂ヨリ甚シキハナク」と人の不幸として癲狂よりひどいものはない、としている¹³¹⁾。「専門之病院ヲ設ケ其病症ニ應シタル各殊ノ療法所置ヲ行ヒ或ハ之ヲ鎖固シ或ハ之ヲ遊歩娛樂セシムルニ非サレハ其治癒スヘキ者モ住々不治ニ陥ル者アリ」¹³²⁾と述べている。ここでいう「各殊ノ療法」とは在来に対応法である鎖固や養育院でも実施されていた娯楽や、ここに述べられている散歩などを示すのであろう。また、明治初期の癲狂院の現状を「該病院タル尋常病院ノ如ク一人若クハ数人ノ資力ヲ以テ容易ニ之ヲ設クル能ハサルモノナルカ故ニ未タ府下ニ完全ノ治療所ナク該患者ヲ託スヘキノ所ナシ」¹³³⁾とし、「速ニ該院ヲ設ケ平常百名ノ患者（内三拾名救助）ヲ在院セシムルモノト見積リ本書ノ予算ヲ爲セリ本院建築ノ費用ハ曩ニ設立之計画アル」、「明治十一年度中ニ其建築ノ落成ヲ期セントス」¹³⁴⁾としている。つまり、早急に癲狂院を設け、通常100名の患者（内30名が公費、70名が私費）を在院させる見積もりで予算書を作成している。本院建設の費用は先に設立の計画があるとし、明治11年度中にその建築の落成を計画していた¹³⁵⁾。1878（明治11）年度中に癲狂院を建設することになっていたが、「資力ヲ以テ容易ニ之ヲ設クル能ハサルモノナルカ」¹³⁶⁾と簡単に建設できるものではない。そこで「養育院ノ現地タル文部省ノ用地ニ係リ現ニ同省必須ノ事アリ不日佗ニ移動セサル」¹³⁷⁾と養育院が移転するので、その跡地に移し、「本院建築ノ費用曩ニ設立の経緒アル」「病院蓄積金ノ内ヨリ支持シ」現在、病院に蓄積してある費用はその中での維持費に回すこととなったというのである¹³⁸⁾。つまり、施設面では東京府養育院に、医療面では長谷川が院長をしていた東京府病院に頼ることとなったのだらう。

この記事からは、後に本院を建設する予定だが、それまでの間は養育院に間借りして、本院用の土地を確保して、その間に計画を立てようとしたのだろう。そこで、長谷川とローレツの計画書のやり取りが始まったのだろう。

長谷川は当初、建設工事費予算 2 万円が上限、収容数が 100 人の施設を構想した。それは東京府癲狂院において実現した。その建設工事費は 2 万 5 千円強で、予算より 2 割以上増加し、収容数は 150 人で 5 割増となっている¹³⁹⁾。ここでは長谷川の構想と 1879 (明治 12) 年の東京府の予算説明の段階より、規模が拡大しており、このことからローレツの計画書や日本の精神医療の近代化への意欲が窺われる。ローレツの計画書が提出されてから、東京府癲狂院が一応の完成をみるまでに 2 年の歳月を要した。

3-3-2. 東京府癲狂院建設

1881 (明治 14) 年 7 月、長谷川の後任として中井常次郎 (1851-1914) が東京府病院より東京府癲狂院の院長になり、同年 8 月 30 日、仮設東京府癲狂院は本郷向ヶ岡 (現在の東京大学農学部) に移転し、東京府癲狂院となった¹⁴⁰⁾。この建設は長谷川が辞職した直後、1881 (明治 14) 年 4 月に着手され、8 月に落成している。呉によると「病室棟ハ左右 H 字状ヲナス (中略) 西洋型半玻璃開扉ヲ設ケ」¹⁴¹⁾とある。図 3 から建物が H 字型をしていることがわかる。また、図面では庭園のように木々が植わっている。癲狂院を広い敷地に建設し、建物の形を H 型とし、庭園が作られたことから、ローレツの計画書の一部を取り入れ、癲狂院は新築されたことになる。一方で、田中はローレツが導入しようとした「平穩處置」である緑豊かな環境で行われる作業、運動療法、看護人による行き届いた介護などは全く理解されず単に H 型平面の外形が模されたとしている¹⁴²⁾。田中が指摘した通り、確かに提案された計画書通りに建設されていなければ、ローレツの真意が完全に理解されたことにはならない。しかし、東京府癲狂院の図面を見ると、建築形状を H 型とし部屋を男女に分け (一部シンメトリーになっている)、庭園が造られ、後述するように看護の質を上げようと規則を作り、その方法のなかに患者に散歩をさせる項目を作っている。これらのことから、ローレツの計画が全く理解されていなかったとはいえ、計画書の一部が取り入れられたことは明らかである。計画書はローレツが西欧で学んできた「治療的なアサイラム」であり、東京府癲狂院はその一部を継承したといえよう。

後に榊俣 (1857-1897) は留学先のベルリン精神医学会¹⁴³⁾で東京府癲狂院について、日本の生活環境を考慮したものであり明治初期の時点では最良であり、周りには広い庭があり、患者はここで散歩できると語っている¹⁴⁴⁾。患者が庭園を散歩するという活動を、環境と作業を介在させた治療の文脈から捉えると、建築により院内での活動のために作業環境の一部を構築し、作業活動を実施したことになる。精神医療史のなかでは、明治初期から作業を介在させた治療の実践の素地も形成され始めていたのである。

1880（明治13）年11月に制定された「癲狂院規則」¹⁴⁵⁾には、看護の対応は穏やかに話し、やわらかく接することで患者が回復していくように導くと考えられており、看護の役割には入院患者を散歩させることがあった¹⁴⁶⁾。これはローレツの計画書を受け、長谷川が「平穩處置」の導入と共に、看護の質を向上させようとした結果である。

中井が院長となった後の患者の処遇面では、呉によると「不羈束方法ヲ取ル事トナリ遊戯品ナドノ購入モアリ構内ニ運動場ヲ設ケ庭園ニ草花ヲ植エ患者ニシメ慰安ヲ図ル」「沈靖ノ患者ハ（中略）遊歩ヲ許シ囲碁、将棋、かるたヲ授ク或イハ指揮シテ清掃セシムルコトアリ」¹⁴⁷⁾と書かれ、「操業」の計画が実施され始めていることがわかる。

加えて言えば、東京府癲狂院の三代目医長として榊が1887（明治20）年5月に就任している。その後、1889（明治22）年3月に榊は東京癲狂院を東京府巢鴨病院と改名し、「平穩處置」を取り入れている。それはコリドール様式によるH型の建築で、広い庭があり自由に散歩もでき、種々の運動機械や砂場のようなものも備え付けられた（図4参照）。部屋には琴、三味線、胡弓などの備品もあり、患者はいつでも遊べるようになった¹⁴⁸⁾。また、裁縫の作業が始められるといった点もあり、榊は自身のドイツ留学で得られた知識による「作業療法」の実施と、日本がこれまでお雇い外国人ローレツから得られた計画をも継承したものだったといえる。

これまで、近代日本における精神医療史では、榊と呉が西欧の精神医学を体系的学問として導入したと、一般的に認識されてきた。しかし、癲狂院などの臨床現場ではすでに明治初期に西欧の「治療的なアサイラム」とその流れを汲む「平穩處置」とコリドール様式が導入されていたのだ。「平穩處置」の概念は長谷川から中井へ、中井から榊へとより具体的に継承されていった。東京府癲狂院設立によって精神医療の近代化が前進し、西欧の「治療的なアサイラム」が日本で始まったということである。

ローレツの計画書には「平穩處置」の概念と、その為の建物と治療法が書かれていた。ローレツは「治療」という方法を用いて癲狂病者を施設に収容したことになる。しかし、ローレツは日本では癲狂病者に対して寛容な対応をしていたと考えており、その在来の対応方法を利用し、さらに「操業」を用いて癲狂病者を社会に参加させようとも計画した。

その「操業」の目的は作業を通して症状の回復や軽減を図ることだけではなく、院内での生活を活動的にし、利益を得、また社会に参加することである。しかし、「操業」は施設の中で何かしらの労働をさせる計画でもあった。富国強兵をスローガンに掲げていた当時の日本にとって、「操業」は国民としての労働という使命を与えるための一手段であったとも言えよう。「操業」は特に「下等ノ患者」に多くの作業をさせる計画だった可能性が高く、癲狂院内での下働きの要素も含んでいる可能性がある。それでも、「操業」は長谷川から中井に、中井から榊へと受け継がれ、徐々に具体的になっている。また、日本の地域産業の種目が入った「操業」によって近代的な「作業を介在させた治

療法」が計画され、後の精神病院内で実践される多くの作業を介在させた治療法の素地がつくられたと言えよう。

こうした背景を踏まえると、「操業」は現代の「作業療法」とは異なるものである。「操業」と現代の「作業療法」とには3つの大きな差異がある。1つ目は、従事する者への教育の有無である。「操業」の実践者は看護人や教員であり、彼らは「操業」の専門家ではない。2つ目は実践過程の問題である。現代的な「作業療法」は診療行為として一定の実践過程をふみ、行われている。この実施過程を「操業」に当てはめることはできない。3つ目は労働という視点である。「操業」は癲狂病者に労働をさせる観点がある。しかし、現代の「作業療法」では労働という概念はなく、あくまでも作業は診療の一つの道具である。この三つの大きな違いから「操業」は現代の「作業療法」とは異なるが、他方で「操業」と現代の「作業療法」が完全に異なるものであるとも言い切れない。「操業」には段階付けの工程、活動方法、運営方法、治療効果、社会との関わりが示されている点だけを捉えれば、「操業」は現代の「作業療法」との間には類似性がある。つまり、「操業」も現代の「作業療法」も共に「作業を介在させた治療法」であるといえる。

なお、本章の研究には、不鮮明な部分がある。それは、お雇い外国人医師ローレツの癲狂院設立計画のローレツ自身のドイツ語で書かれた書面がみつかっていないことである。ローレツの史料は後藤新平博物館の倉庫や公文書館、関係大学および病院などにも残っていない。ローレツの口頭説明を日本語に書き残したためであることも窺える。

註

- 1) エドワード・ショーター著. 木村定訳. 精神医学の歴史 隔離の時代から薬物治療の時代まで. 青土社;1999. (Shorter Edward. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac; 1997. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.)
- 2) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 16.
- 3) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 17.
- 4) 同前. 前掲書註 3).
- 5) 同前. 前掲書註 3).
- 6) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 18.
- 7) 同前. 前掲書註 6).
- 8) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 19.
- 9) 同前. 前掲書註 8).
- 10) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 20.
- 11) 同前. 前掲書註 10).
- 12) 同前. 前掲書註 10).
- 13) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 21.
- 14) 同前. 前掲書註 13).
- 15) 同前. 前掲書註 13).
- 16) 同前. 前掲書註 13).
- 17) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 22.
- 18) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 23.
- 19) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 24.
- 20) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 25.
- 21) 同前. 前掲書註 20).
- 22) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 25-26.
- 23) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 28.
- 24) 同前. 前掲書註 23).
- 25) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 34. 松下正明編. 臨床精神医学講座 S1 精神医療の歴史. 中山書店;1999. p. 137-138.
- 26) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 34.
- 27) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 36.
- 28) 同前. 前掲書註 27). p. 36. /松下正明編. 前掲書 25). p. 137-138.
- 29) 小俣和一郎. 近代精神医学の成立 「鎖解放」からナチズムへ. 人文書院;2002. p. 54.
- 30) 小野尚香. 京都府立「癲狂院」の設立とその経緯. 日本医史学雑誌. 1993;39(4):p. 17-39.

- 31) 日下部修. 京都癲狂院における作業療法に関する研究－外国人教師ヨンケルを中心に－. 福岡大学大学院論集 2011;43(1):p. 31-42.
- 32) 京都府立医科大学創立八十周年記念事業委員会編. 京都府立医科大学八十年史. 京都府立医科大学創立八十周年記念事業委員会:1955.
- 33) 佐々木秀美. 明治時代におけるわが国の近代的精神医療の萌芽と挫折に関する歴史的考察. 看護学総合研究 2004;6(1):p. 1-15.
- 34) 小俣和一郎. 精神病院の起源 近代篇. 太田出版;2000.
- 35) 岡田靖雄. 日本精神科医療史. 医学書院;2002. p. 148.
- 36) 同前. 前掲書註 35). p. 149.
- 37) 同前. 前掲書註 35). p. 149-150.
- 38) 小野尚香. 前掲註 30).
- 39) 日下部修. 前掲註 31).
- 40) 岡田靖雄. 前掲書註 35). p. 93
- 41) 同前. 前掲書註 40).
- 42) 同前. 前掲書註 40).
- 43) 同前. 前掲書註 40).
- 44) 同前. 前掲書註 40).
- 45) 同前. 前掲書註 40).
- 46) 同前. 前掲書註 40).
- 47) 同前. 前掲書註 40).
- 48) 岡田靖雄. 前掲書註 35). p. 148.
- 49) 同前. 前掲書註 40).
- 50) 同前. 前掲書註 40).
- 51) 府史第二篇 政治部 衛生類 第六 癲狂院一件. 京都府第三十四号.
- 52) 京都府 第三十四号. 前掲註 51).
- 53) 岡田靖雄. 前掲書註 35). p. 148.
- 54) 同前. 前掲書註 53).
- 55) 佐々木秀美. 前掲註 33).
- 56) 石井研堂. 明治事物起源七. ちくま学芸文庫;1997. p. 121. 浦野シマ. ドロシア・ディックスと近代日本の精神病院の淵源. 看護 1977;29(5):p. 131-140.
- 57) 田中緑紅. 明治文化と明石博高翁. 明石博高翁顕彰会 1942.
- 58) 幸信歩. 我が国の精神科領域の源流に関する歴史的的研究－呉秀三が精神科領域を選択するまでの一考察－. 福祉図書文献研究 2017;16:p. 59-68.
- 59) 岡田靖雄. 呉秀三 その生涯と業績. 思文閣出版;1982.
- 60) 小野尚香. 前掲註 30).

- 61) 京都府 第三十四号. 前掲註 51).
- 62) 同前. 前掲註 51).
- 63) 小野尚香. 前掲註 30).
- 64) 京都府 第三十四号. 前掲註 51).
- 65) 同前. 前掲註 51).
- 66) 同前. 前掲註 51).
- 67) 小野尚香. 前掲註 30). p. 477
- 68) ヘンリー・モーズレイ. 神戸文哉訳. 精神病約説. 精神医学神経学古典刊行会;1973.
- 69) 小野尚香. 前掲註 30). p. 486.
- 70) 同前. 前掲註 30). p. 491.
- 71) 京都府 第三十四号. 前掲註 51).
- 72) 岡田靖雄. 前掲書註 59). p. 147.
- 73) 岡田靖雄. 前掲書註 35). p. 151.
- 74) 浦野シマ. 写真と年表に見る東京都立松沢病院 100 年史 わが国精神医療
史の原点. 東京:牧野出版;1996. p. 17.
「仮設東京府癲狂院」は東京府癲狂院の前身であり, 急ぎ精神疾患をもつ人々を各病
院施設から集めたことで「仮設」と表記される.
- 75) 後藤新平関係文書. マイクロ・フィルム版 No10 後藤新平文書. の目録 No3
「名古屋時代」の 9「名古屋時代勉強のあと」「ローレツから長谷川泰に
宛てた東京癲狂院に関する明治 12 年 6 月 27 日付の書類」水沢市立後藤
新平記念館蔵.
- 76) 田中英夫. 御雇外国人ローレツと医学教育. 愛知:名古屋大学出版会;1995.
- 77) 同前. 前掲書註 76). p. 247.
- 78) 小形利彦. 明治前期における西洋医学受容の基礎的研究—公立医学校に
おける洋学受容と Dr. Albrecht von Roretz を中心として—. 東北大学
大学院 博士学位論文 1997.
- 79) 橋本明. 治療の場所と精神医療史. 東京:日本評論社;2010.
橋本によると 19 世紀後半のドイツではコリドール様式は既に廃れてお
り, ローレツが訪日している間に精神医療の方法はパビリオン様式に変
わっていた. ローレツは計画書のなかでパビリオン様式についても説明
しており, その知識はもっていた.
- 80) 日下部修. 外国人教師ローレツの作業療法に関する研究—癲狂院設立に
関する建議を中心に. 福岡大学大学院論集 2011;43(1):p. 43-54.
- 81) 田中英夫. 前掲書註 76). p. 52
- 82) 同前. 前掲書註 76). p. 73.

83) 同前. 前掲書註 76). p. 212.

84) 同前. 前掲書註 76). p. 60-67.

85) 同前. 前掲書註 76). p. 63-66. /加藤鉦治. 名大史ブックレット 5 名古屋大学最初の外国人教師—ヨングハンス先生とローレツ先生—. 名古屋大学大学史資料室; 2002. p. 30-31.

ローレツが来日する一年前のウィーンでは 1873 (明治 6) 年 5 月から半年間, 万国博覧会が開かれている. この博覧会には日本政府が初めて正式に参加し, これがヨーロッパにおけるジャポニズムの起点とされている. 博物学に格別の関心を抱くローレツが地元で開催された大博覧会を看過したとは考え難い.

86) 加藤鉦治. 前掲書註 85). p. 29.

「操業」が考案される過程には、ローレツの西日本博物学研究の旅の影響を見て取ることができる。『日本南部旅行報告』に記述されているローレツの関心事は京都では生糸と絹織物、陶磁器、長崎ではべっ甲細工、貝細工、陶器の上塗り、有田では有田焼、製造工場、武雄では農村の様子、佐賀では灌漑農業、鹿児島では薩摩焼き（陶磁器）工場、府内では石器、土器、剣、日本刀、仁淀川沿いでは段々畑、住民の生活、農業、神戸から和歌山では材木加工、櫛製造、紀ノ川沿いでは稲刈り、吉野では製紙、宇治では茶などである。また、ローレツの趣味は茶の湯、生け花、香道でもある。このようなことからローレツが日本の暮らしや生活習慣、文化、産業に強い関心をもっていたことがわかる。旅行中は、日本人の畑仕事の風景や牧場での動物の飼育の様子、お茶の製造、裁縫、蚕紡ぎ、着物の染物、竹や藁の工芸品、和紙の製造過程、文字を書くのに必要だった筆や刷毛の製造、有田焼などの陶芸などを体験したと推察できよう。これらはどれも「操業」に書かれている種目である。このように「操業」は西欧の精神医療を基にしながらも、日本で癲狂病者の治療を実現するに相応しい形で設定されている。

87) 田中英夫. 前掲書註 76). p. 59.

88) 同前. 前掲書註 76). p. 157.

89) 愛知縣公立病院及醫学校第一報告 自明治六年至同十三年. 編輯局
p. 118.

90) 同前. 前掲書註 89). p. 123.

91) ローレツ氏取調 澳土利國維也納醫制. 順天堂大学図書館蔵.

92) 同前. 前掲註 91).

93) 同前. 前掲註 91).

94) 愛知縣公立病院及醫学校第一報告. 前掲書註 89). p. 118.

95) 同前. 前掲書註 89). p. 118.

96) 同前. 前掲書註 89). p. 121.

- 97) 同前. 前掲書註 96).
- 98) 同前. 前掲書註 89). p. 122.
- 99) 同前. 前掲書註 98).
- 100) 同前. 前掲書註 89). p. 123.
- 101) 同前. 前掲書註 100).
- ローレツは日本が「癲狂病者に寛容である」として日本社会が癲狂病者を受け入れてきた経緯をふまえて, 作業を通して癲狂病者が社会に参加する方法として「操業」を考案したとも考えられる.
- 102) 後藤新平関係文書. 前掲註 75).
- 103) 同前. 前掲註 75).
- 104) 松嶋健. プシコ ナウティカ イタリア精神医療の人類学. 京都: 世界思想社; 2017. p37-39.
- 105) エドワード・ショーター. 前掲書註 1). p. 28.
- 106) 小俣和一郎. 精神医学の成立. 京都: 人文書院; 2002. p43-50.
- 107) 鈴木晃仁. 18-19 世紀イングランドの精神医療. 臨床精神医学講座 S1 精神医療の歴史. 東京: 中山書店; 1999. p. 116-120. / Akihito Suzuki. The Politics and Ideology of Non-Restraint: the Case of the Hanwell Asylum. Medical History. 1995; 39: 1-17.
- 108) 後藤新平関係文書. 前掲註 75).
- 109) 同前. 前掲註 75).
- 110) 同前. 前掲註 75).
- 111) 同前. 前掲註 75).
- 112) 同前. 前掲註 75).
- 113) 同前. 前掲註 75).
- 114) 同前. 前掲註 75).
- 115) 同前. 前掲註 75).
- 116) 同前. 前掲註 75).
- 117) 同前. 前掲註 75).
- 118) 同前. 前掲註 75).
- 119) 同前. 前掲註 75).
- 120) 同前. 前掲註 75).
- 121) 山口和雄. 明治前期経済の分析. 東京: 東京大学出版会; 1956. p. 91-95.
- 122) 後藤新平関係文書. 前掲註 75).
- 123) 同前. 前掲註 75).
- 124) 同前. 前掲註 75).

- 125) 同前. 前掲註 75).
- 126) 同前. 前掲註 75).
- 127) 同前. 前掲註 75).
- 128) 同前. 前掲註 75).
- 129) 同前. 前掲註 75).
- 130) 医事新聞第 20 号. 医事新聞社 1879;4.
- 131) 同前. 前掲註 130).
- 132) 同前. 前掲註 130).
- 133) 同前. 前掲註 130).
- 134) 同前. 前掲註 130).
- 135) 同前. 前掲註 130).
- 136) 同前. 前掲註 130).
- 137) 同前. 前掲註 130).
- 138) 同前. 前掲註 130).
- 139) 田中英夫. 前掲書註 76). p. 252.
- 140) 浦野シマ. 前掲書註 74). p. 17.
- 141) 呉秀三. 我邦ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設. 東京;1912.
- 142) 田中英夫. 前掲書註 76). p. 256.
- 143) 榊俣. 日本における精神病関係事情について—東京の精神病院の見取図を添えて—. 吉岡真二訳. 榊俣先生顕彰記念誌—東京大学医学部精神医学教室開講百年に因んで—. 1987, pp. 14-23. (Dr. Hasime Sakaky (aus Tokio Japan) :Ueber das Irrenwesen in Japan.Nebst einer Karte der Irrenheilanstalt in Tokio.” Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin” 42, 1886, p. 144-153.)
- 144) 同前. 前掲註 143). p. 17.
- 「東京の環境に恵まれた, 健康的な, 静かな場所にあり, 約 6 万 9 千 600 平方メートルの敷地の中央に建てられています. 壁ではなくごく簡単な木製の垣がめぐらされているだけで, 全体が平屋で日本の民家と同じように, ほとんどが木でつくられています。」
- 145) 岡田靖雄. 私説松沢病院史 1879~1980. 東京: 岩崎学術出版社;1981. p. 61.
- 146) 岡田靖雄. 前掲書註 145). p. 63-64.
- 「第三条院内患者取扱ノ事」の中に「一、看護長及看護人ハ患者ニ対スル言語穏和挙動方正ニシテ患者自ラ我狂乱セル事ヲ覺リテ漸ク本心ニ復スル様之ヲ導クヘシ」
- 「一、患者遊歩ノ節必ス看護人ヲ附添ヘシ」とある。
- 147) 呉秀三. 前掲書註 141). p. 135.
- 148) 同前. 前掲書註 141). p. 136.

表 1-1 患者之教則

府史第二篇 政治部 衛生類 第六 癲狂院一件. 京都府第三十四号より筆者作成

第一條	教場ハ當番医一名看護者二名ヲ定メ医員は教場に出たら患者の名前を一人ずつ呼び、看護者は医師の命令に従い、患者とその足並みを揃えて走らすように伴走する。三十分間で休息するべきである。但し、祭日と日曜日は休暇とする。
第二條	最初の一回目は先ず一人に教え、一週間後は慣れてくるだろうから四から五人同時に教えること。但し、慣れない者は等級をそのままにすること。
第三條	四から五人同時に教え、それに従える者を教場の第四等とする。看護者に頼る必要がある者は第五等とする。また、これを境にして上下二級に分け、第四等以上から一級までを上級として、第五等以下から七等までを下級とする。
第四條	食事を上級が食べ終わってから、下級に食べさせること。 四から五人同時に教える時は、午前九時より三十分間、十時半より三十分間、午後一時より三十分間で三回、毎日遊歩を教えること。但し、婦人は三十分後とし、男子に教えた後に実施する。看護者も婦人で行い、遊歩場も男子と異なる場とする。適宜、医師は監督すること。
第五條	教令に従わない患者を第六等として遊歩の間、その場に出して勉めて見学させること。
第六條	その見学に耐えられない者は第七等として諭すに廉耻を以てし、教令に従うように誘導すること。もしくは、狂妄やけがれを避け暴慢で他人に害を与える者は、この等から外し、暫く護体室に移してあつく愛護を加えること。
第七條	既に一週或は二週間で第四條の課業を終わった者は初めて工業に就かせる。尚、第二條に照らして一日に一回試み、漸く三から四回に進むこと。
第八條	工業或は力作ができる者は、その成功の可否を諭し、此を第三等として工業と力作が既にできる者はその教えるのに長い短いは問わず第二等とする。課業が優秀な者は第一等とすること。
第九條	新しく入院した患者は第四等として、教令に従わない者は等を落とし、教令を守り工業ができる者は上級に進むとする。
第十條	懲事（おこる時、こらしめる時）は、敬待を休するにとどまり（とことんやったらだめ）、かりそめにも愛護の心を失わず、医員が相談しなかったら、護体室に簡単に入れたらダメである。
この十條は一般に強い患者に施し、診察や薬剤は治療に則って処置するべきである。	

表 1-2 工業假規則

府史第二篇 政治部 衛生類 第六 癲狂院一件. 京都府第三十四号より筆者作成

第一條	<p>教令第三條に適する患者は作業場に出してその意に応じて力作或いは工業を勉めさせること。</p> <p>但し、その場に出して見学してみて、それができない者は第四等に落とす。</p>
第二條	<p>力作に慥れた者は米（舂）き磨挽き（米をついて米すり）を命ずるのがよいのであるが、器械はまだ備えていないので、当分は轆轤を装置としてこれを推旋し（推し回して）力作運動を試すべきとする。</p> <p>但し、三十分を一回の限度として、必ず休息を取らせること。</p>
第三條	<p>工業は藁縄を綯い、紙縷を撚り、紙縄を作り、或いは苧縄を用いて網を結ぶなど患者の好みに応じてすること。</p> <p>但し、看護人は先にその作業ができるようにして、患者と一緒に之を試すべきである。</p>
第四條	<p>婦人工業は屑糸をつなぎ掃巾を縫い真田紐を打ち目利安を作ること。</p> <p>但し、同じことを楽して倦むあきない者は、その時間をはかり長く一つのことに偏らないようにする。</p>
第五條	<p>毎日、工業が終わったら、その成功したものに本人の名前を記し、誰かのと混同しないようにして、翌日再びその次を完成させて一週間後の成功を検査すべきこととする。</p>
第六條	<p>課業休息の時間、患者が暇にことに耐えられない者は、各人の意にて、囲碁、音楽、その他無害の娯楽をおこなってもよい。</p> <p>但し、書画文作を好む者は、いつもゆるい散歩に連れて行くこと。</p>
第七條	<p>当分午前五語一日二回の運動を命じ、午前九時より三十分は新聞を読み聞かせて、文書に心ある者はその志操を誘導し、文字の辨なき者（読めない者）は識力を鼓動し、隔日に患者の名前と年齢、国などを調べ聞いて、或いは前日に読んだ教本の大意を尋ね帳簿に記載して、一週間後識力の強弱を審ぎすること。</p> <p>右の通り、怠らず勉強すること。</p>

表2「患者ノ操業」の原文

出典：後藤新平関係文書. マイクロ・フィルム版 No10 後藤新平文書. の目録 No3

「名古屋時代」の9「名古屋時代勉強のあと」「ローレツから長谷川泰に宛てた

東京癲狂院に関する明治12年6月27日付の書類」水沢市立後藤新平記念館蔵

第一	園庭操業即チ草花野菜灌木樹木（就医薬的植物）ヲ栽植シーハ以テ本院ノ所用ニ伴シーハ以テ売却ノ料ト供スル
第二	耕転即乾地ニ生長スヘキ緒多有要ノ草木ヲ堪養スル是ナリ之ニ属スル者ハ蓋シ綿桑麦楮木茶葡萄菜麻唐麻豆柳等ニソ米其他ノ水仙ヲ培植スルハ啻ニ衛生上ニ害ノ（一字空白）ナラス亦院ニ在リテ多ク無用ノ属スルカ故ニ不可ナリトス之レ原ト院内ニ資用スルカ或ハ他ニ売却シ易キモノヲ培養スルヲ以テ主旨トスレバナリ
第三	牧場即鶏家鴨七面鳥兎羊牛等ヲ牧養スルモノニシテ院内ノ飲食物ノ剰余及雑余雑穀等ヲ与エヘテ緒地ヲ清潔ニシ且ツ其牧畜ニ依テ得ル所ノ鳥獣肉乳汁及（三字空白）等或之ヲ患者ニ与ヘ或ハ他ニ売却スルヲ以テ正鵠トス
第四	製茶即チ遍ク茶ノ種類ヲ培養シテ以テ之ヲ製造スルモノニソ例ヘハ煎茶薄茶紅茶等ノ如シ
第五	製綿即木綿ヲ培養シ綿糸ヲ取り之ヲ精製シ組織裁縫以テ衣服今衾褥等ヲ製スル是ナリ
第六	養蚕即蚕ヲ養ヒ之ニ由テ得タル生絲ヲ紡績組織裁縫繡箔圖画等ヲナシ又山（一字空白）ヲ養ワシムル等是ナリ 但シ繰絲ハ熱湯ヲ用ヒ危キカ故ニ之ヲ禁シ院外ノモノニ命スヘシ
第七	製縄柳、竹、麻苧藁等ヲ以テ縄絲ヲ製シ或ハ器具ヲ網ム等ノ類是ナリ
第八	製紙是蓋シ日本紙ノミヲ製セシムルヲ以テ可トス夫ノ洋紙ヲ製スルカ如キハ多クノ器械及装置ヲ要シ頗ル其危険ナルヲ以テナリ又諸種ノ紙製器例ヘハ扇子紙索紙匣等ヲモ製造セシムベシ
第九	筆及刷毛ヲ製セシムヘシ但シ兎毛鳥羽苔ヲ資用シテ可ナリ
第十	粘土ヲ得ルニ易キ時ハ宜ク器等ヲ製セシムヘシ
第十一	圖画或ハ印刷セシムベシ 但シ紙緋ノ類ニ行ハレシムルヲ可トス (附設) 此地尚ホ諸種ノ業ヲ操ラシムルヲ得ベシト云モ医長以下看病人或ハ病者中其業ニエモナルモノアリ之ヲ指揮スルヲ得ルニ非ザレバ行ヒ難キモノトス
第十二	筆稿寫圖ヲ為サシソ以テ院外及ヒ院内ノ用ニ應ゼシムヘシ

第十三	学校教育即患者相当ノ教育ヲ受タルモノアルキハ宜ク不学ノ徒ヲ教導セシムベシ是頗ル容易ニソ男女共ニ此任ニ當ラシムルヲ得ベシ又他ヨリ相当ノ教員ヲ雇イ應分ノ学業ヲ教育セシムルモ固ヨリ可ナリ
第十四	室内ノ操業即室内ニ在テ看病人ノ住目ヲ受ケ自家及ヒ他人ヲ害スルヲナキ業ヲ為サシム例ヘハ衣服甲繪家財居室ヲ清潔掃除シ洗濯割烹給便裁縫製油等ノ如キ是ナリ
第十五	遊樂今此遊樂ノミヲ以テ生活セシムルトキハ或ハ患者之ニ厭食クヲアリト雖モ亦祭日日曜日等ニハ必ス行フベキノ件トス即音楽歌舞拇戦擊劍角力蹴鞠球突等ノ類是ナリ又時ニハ院外ニ散歩ヲ許シ愉快ヲ得セシムルヲアリトス

表 3-1 内容別分類

表 2「患者ノ操業」の原文より筆者作成

内容別分類	種目番号
院内生活の維持に関わるもの	1・2・3・4・5・7・8・9・10・14
病院内秩序維持に関わるもの	14
製品販売に関係するもの	1・2・3
「上等患者」に寄与するもの	3・6
学習に関わるもの	8・9・13
娯楽に関わるもの	15
病院経営に寄与するもの (または, 患者の収入につながるもの)	1・2・3・11・12

表 3-2 実施方法の二分類

表 2「患者ノ操業」の原文より筆者作成

実施方法	種目番号
患者が生産の全過程に関わる	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・14
患者同士が教えあう	13・14

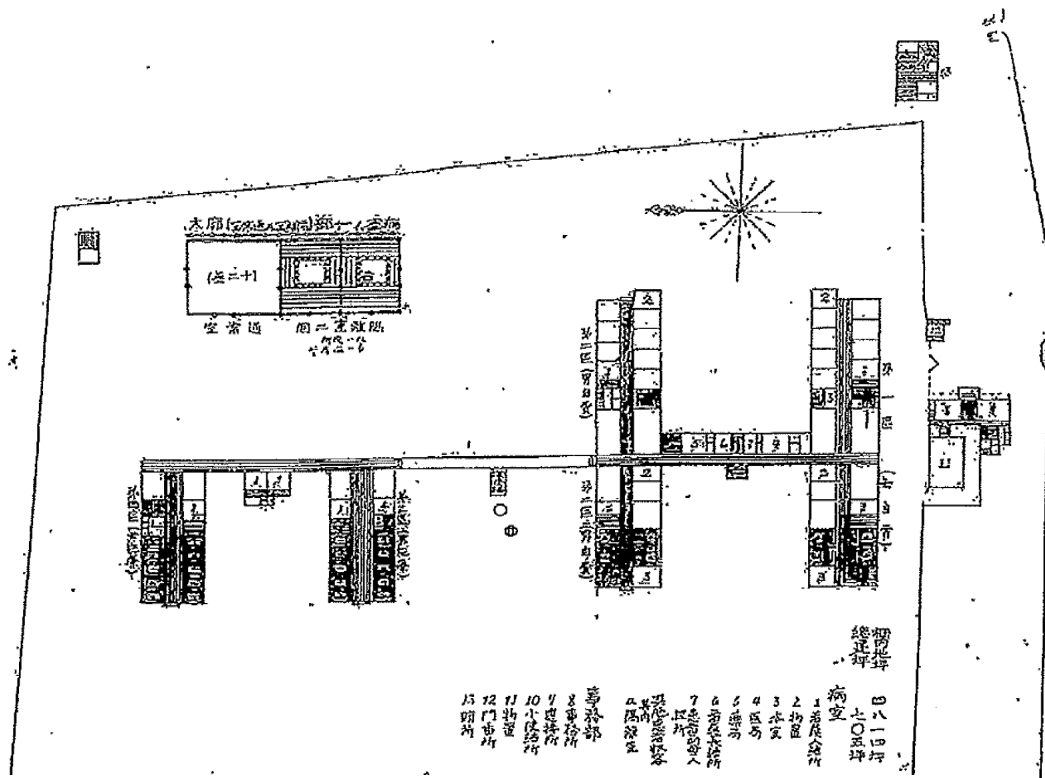


図 3-1 東京府癲狂院の周囲全体

出典:呉教授在職二十五年記念文集 第三部(1928 年)

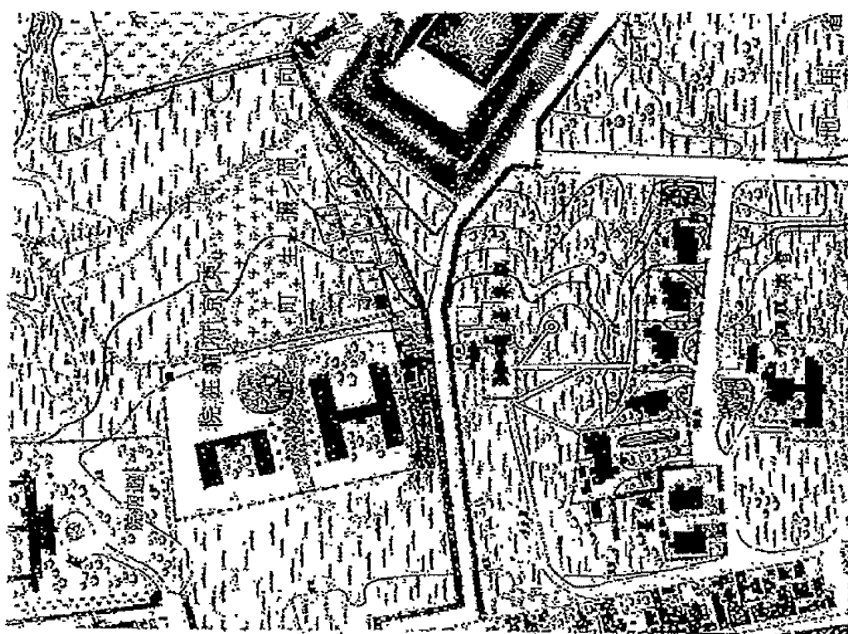


図 3-2 東京府癲狂院の周囲全体

出典:呉教授在職二十五年記念文集 第三部(1928 年)

第2章. 東京府巣鴨病院における「作業療法」の取り入れと実践 —— 榊俣を中心に

第1章では、精神医療のはじまりでもある「治療的なアサイラム」での作業活動の取り入れと明治初期にお雇い外国人医師からの西欧の精神医療の受容の過程とその実践展開をみてきた。本章では、明治初期の展開から、日本人自らが西欧に学びに出て、見聞を広げ、それを日本に持ち帰り実践をはじめていく過程を述べていく。精神病や精神病患者に対する社会の捉え方を変容させていくとともに、精神病院としても改革されていくことになる。そのなかでの「作業療法」の実践がどのようにかわっていくのかを取り上げる。

松下によると、日本でのドイツ精神医学の受容はドイツに留学して精神医学を学んだ榊俣から始まり、榊の弟子たちが刊行した精神医学の教科書などをおしてからである¹⁾。しかし、秋元は、作業療法の源流は呉秀三が理論を構築し作業と慰楽に分けたと述べている²⁾。榊によりドイツの精神医学が受容されていながらも、榊が東京府巣鴨病院の医長だった時期に実施された「作業療法」に関する先行研究の蓄積は少ない。そのなかで、榊が東京府巣鴨病院の医長だった時期に実施された「作業」を精神療法のなかから取り上げた先行研究に日下部の論文がある。日下部は「榊は日本人として初めてドイツで精神病学を学び、帰国後、帝国大学医科大学でこれを教え、東京府癲狂院（後の巣鴨病院）では精神療法の一方法として、患者を拘束から開放し、「作業」等を与えるという治療を実施した」と述べ、「具体的に何を行ったかが明らかではない」としているが、「精神療法を実施し、患者に作業を与えている」と述べている³⁾。

榊が東京府巣鴨病院の医長だった時期の「作業療法」は精神療法の一環として行われていた。それは例えば、1800年代のピネルやサムエル・テュークらが提唱した精神病の一つの治療法のなかで、患者を人間として扱い、院内で規則正しく生活させる場を与えるという観点をもとに、鎖や拘束から患者を解き放ち、そこで「作業」を提供していたことである⁴⁾。また、グリーゼンガー (Wilhelm Griesinger, 1817-1868) は、その著 *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (1864年第2版2刷) では“Beschäftigung” (雇用、作業、従事、仕事) という言葉が文中に用いられていたが、1892 (明治25) 年の第5版では治療法の一つの項目として解説をしている⁵⁾。つまり、榊が東京府巣鴨病院の医長だった時期には何らかの方法で「作業療法」を実践していたが分類化はされていなかったことになる。“Beschäftigung” は1900 (明治30) 年代になり呉秀三 (1865-1932) が「作業」と初めて訳している。

「作業療法」の実践は呉から始まったという説もあるが、本章では榊が実践を指示したことを中心に論じる。具体的には、榊が「生活法」や「精神的療法」と称して実践した「作業」を「作業療法」として取り上げる。そして、榊が実践していた「作業療法」と平穏処置は榊の前院長であった中井常次郎が東京府癲狂院の院長だった頃から実践されており、それは病院建築にも影響し、開放と同時に実施されたことを述べていく。

1. 西欧の精神病学と精神療法の受容

1-1. 西欧の精神病学の採用

榊は1886（明治19）年12月に日本で初めて精神病学の専門家として医科大学で精神病学の講義をしている⁶⁾。これは日本が大学の講義で精神病学を本格的に取り入れた最初のことである⁷⁾。ここでは、その経緯を取り上げ、史料に記載があった「精神的療法」としての「作業」にふれる。

榊は1872（明治5）年に東京医学校（後の東京帝国大学）予科生となり、1880（明治13）年に卒業をしている⁸⁾。その頃は眼科医を目指していた⁹⁾。しかし、1882（明治10）年1月の榊の日記には「東京大学へ出頭総理ヨリ精神病専門トシ三ケ年独逸国留学可致旨申渡サレタリ」¹⁰⁾、そして「朝十時文部省へ出頭独逸国へ三ケ年間留学ヲ命ゼラル」と日記に記載がある。¹¹⁾ここから榊は精神病学を目指し始めた¹²⁾。この15日後、榊は本郷の東京府癲狂院と根岸病院を見学している¹³⁾。榊はそれまで眼科学を学んでおり、精神病学にふれる機会が少なく、留学前に日本の精神病医療の事情を把握しようとしたのだろう。東京府癲狂院を見学した時の状況を、榊は“Ueber das Irrenwesen in Japan. Nebst einer Karte der Irrenheilanstalt in Tokio”「日本における精神病関係事情について-東京の精神病院の見取図を添えて-」（1886）のなかで、次のように述べている。

患者は男女の別なく、（中略）全く拘束されることなく（no-restraint）療養していますが、ただ非常に不穏な患者で他の患者の妨げになる人だけは、保護室に収容されます。拘束着や拘束椅子、くさりの類いはみられません。¹⁴⁾

また、榊は日本の精神病の治療の経緯がどのようなものであったかについても以下のよう

に述べている。

精神病の治療は、たいていは僧侶や占師によっておこなわれていましたが、ときには一般の人によってもおこなわれていました。これらの人たちは、狂気をもたらすとされる悪い霊などを、祈祷や読経によって、人の身体から追い出し、病気を治そうとしました。この治療には拘束具もともに用いられました。不穏な患者だけはなわやくらりで縛ったり、あるいは錠のかかる部屋に閉じ込めたりしたのです。こうした治療のやり方は、仏教のお寺や患者の自宅でおこなわれました¹⁵⁾

榊の妹岡田徳子の証言によると、榊が眼科学から精神病学へ転身した理由は榊の父と交流のあった石黒忠恵子爵の勸説と外国人教師ベルツの影響があったのではないかとい

うことである¹⁶⁾。榊とベルツ (Erwin von Bälz, 1849-1913) の交流はドイツ留学前、1882 (明治 10) 年までの間で「ベルツ教授の教室で、約二年の間に二例みただけ」とである。¹⁷⁾また、ベルツから 1878 (明治 11) 年 11 月 26 日付けでリュウディンガー (生没年不詳) の脳髓神経解剖書が送られている¹⁸⁾。実際に、榊がベルツの教室でどのような講義を受けたのかは定かではない。ベルツの教室で 2 症例をみたということは講義を受けたというより臨床授業だったであろう。当時、ベルツが使用していた教科書は、岡田によるとグリーンジンガーの『『精神病の病理と治療』*Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. 1867』である¹⁹⁾。また、岡田によると、榊が留学した時の精神病学の教授であったヴェストファル (Carl Westphal, 1833-1890) はグリーンジンガーの弟子であったことから、榊が留学前にグリーンジンガーの教科書を学んだのだろう²⁰⁾。前述したようにグリーンジンガーの『精神病の病理と治療』には「精神的治療」の項目がある²¹⁾。後述するが、榊は「作業療法」に関する記載に「精神的治療」という言葉を使用している。これらのことから、榊はベルツの授業の前後にベルツが使用していた教科書、つまりグリーンジンガーの『精神病の病理と治療』を勉強していたと言えよう。留学前の榊の精神病患者、または癲狂院に関する認識は精神病患者が治療的観点で扱われておらず、放置か拘束状態にあったので、医学的観点から治療方法を考えようとしたのだろう。後で詳細を述べるが、榊の治療観点には患者が談話をしたり、本を読んだり、散歩をしたりすることが含まれている²²⁾。これは、榊が留学前にグリーンジンガーの「作業」に対する見解を学んでおり、日本の癲狂院を見学した際に、治療的観点で「作業」に関する患者の行動を意識的に見学したことを示している。

1-2. 精神病学の受容

1882 (明治 15) 年 3 月、榊はドイツのベルリンに到着した²³⁾。岡田や内村によると、榊はベルリンの大学に入り、ヴェストファルの臨床講義、モエリー (生没年不詳) の精神病学臨床講義、ライヘルト (生没年不詳) の脳髓解剖、メンデル (Emanuel Mendel, 1839-1907) の脳解剖と裁判精神病学などを学んでいる²⁴⁾。榊はベルリン大学のシャリテ病院でヴェストファルから「精神病学」の臨床講義を受けている。榊は「カール、ウェストファール師ノ傳」(1890 年) で、ヴェストファルがベルリンのシャリテ病院に赴任した際に、「従来ノ治療法及看護法ノ不適當ナルヲ感じ勉メテコノリー氏ノ用法ヒント欲」としたとしている²⁵⁾。また榊は「コノリー氏ノ法」とは「精神病患者ニ束縛法ヲ禁ジ所謂開放ノ式ヲ用ヒ」と説明している²⁶⁾。オックマン (Jacques Hochmann, 生年不詳-現在) によるとグリーンジンガーは「精神医学は脳や中枢神経系の病理学の一部として改良され、他の医学分野の診断方法と同じように厳密さが求められ」としているとし、次にピネルが実施したことを用いて「本来取るべき方法は、医師や患者の個人的な感情を満足されるものではなく、癒すことこそが方法なのである」と断言している²⁷⁾。榊は精神病患者に対す

る治療には脳科学や神経学の視点のみならず、精神療法も、患者を開放するという治療法も必要であることを学んだのである。

1886（明治19）年、岡田によると、榊は帰国する際に、複数の精神病院を見学している。それらの精神病院はウィーン府下癲狂院、ウィーン大学病院、ザルツブルク癲狂院、ミュンヘンの癲狂院、チューリッヒの癲狂院、シトラスブルクの癲狂院、ハイデベルクの癲狂院、フランクフルト・アム・マインの癲狂院、ケルンの癲狂院などである²⁸⁾。この見学した癲狂院のなかから、榊はいくつかの癲狂院についての印象を日記に書き残している。1886（明治19）年5月20日に見学したウィーン府下癲狂院のことは「得ル所多クラズ」と書かれている²⁹⁾。また、5月23日に見学したザルツブルクの癲狂院のことは「構造甚ダ不良ナリキ」と記載されている³⁰⁾。しかし、5月26日に見学したミュンヘンの癲狂院は「構造甚ダ美ナリキ」としている³¹⁾。榊がコノリーの平穏處置（non-restraint system）を学んでいることからすると、「不良」とは病院の構造の問題だけではなく、何かしらの状況で患者が拘束されていたこともあるだろう。また、「美」についても病院の構造がH型であること、また別の視点では患者の開放が行われているかどうかという視点のことだ。榊は留学前に見た日本の癲狂院の状態を知っていたことから、日本に帰国後は新しい癲狂院が必要だと考えたのだろう。留学中に西欧の癲狂院を見学する際には、日本で新しい癲狂院の建設または新設する構想をねり始めていたのである。

2. 「作業療法」の取り入れ —— 処遇改善と「作業療法」の開始

2-1. 東京府癲狂院から東京府巢鴨病院での処遇変容

榊は帰国後、医科大学にどういった病院を設立するか構想を考え、帰国の挨拶に渡邊洪基（1848-1901）総長に会うと、渡邊総長からは癲狂院の新設は無理だという返事を受けた³²⁾。岡田によると、当時の医科大学には精神病者は危険だから「大学構内に入れられぬ」という意向があった³³⁾。それでも渡邊総長は、榊の病院設立の意向を受けて、大学ではできないが、既存の東京府癲狂院を治療の場とするとして、大学は1886（明治20）年12月21日から東京府と総長の名で交渉したのである³⁴⁾。資料によると以下のとおりである。

本学医科大学ニ於テ精神病学科設置候ニ付テハ貴府御管轄ノ癲狂院患者ヲ以テ該科臨床講義ニ充用度義客年十二月二十一日乙第五百三十二号ヲ以テ及御照会置候処右御承諾ニ候ハ、別紙ノ手續ニ因リ取扱可申ト存候条御意見承知致度此度及御照会候也³⁵⁾

医科大学が東京府癲狂院患者の治療を負担するために条件を提示している。それは、医

長と医員を置き、治療上一切の事を担当すること、看護長と看護人の職務は医長が監督指揮すること、学術研究のための器械薬品が必要な時は医科大学で用意すること、そして自費患者は臨床講義にあてることである³⁶⁾。東京府はこの条件を承諾している³⁷⁾。つまり、東京府は榊の意向に沿うように、臨床講義に患者を用意することに同意したのである。当時の精神病者は、外来患者はほとんどおらず、入院患者がそのほとんどをしめていたことから、臨床講義にはどうしても病院が必要だったのである³⁸⁾。

1886（明治 19）年 6 月、東京癲狂院は小石川の巢鴨に移転した³⁹⁾。この時の院長は中井常次郎が務めていた。その翌年 1887（明治 20）年 5 月、中井院長から榊への医務の引継ぎが行われた⁴⁰⁾。榊の日記に「五月三日 今日ヨリ東京府癲狂院ニ出勤ス東京府癲狂院院長トナル」と記載があるのだ⁴¹⁾。しかし、榊は院長ではなく医長である。東京府癲狂院の治療を医科大学が負担することになったことにともない、東京府は院長制を廃止し、医長と事務長の二頭制としたからである⁴²⁾。

榊は医長に着任すると、院内で患者を部屋の中に放置しておくことや拘束などから開放することを始めると同時に、次のことを始めている。それは呉の「我国ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設」によると以下のとおりである。

病院内ノ規制ハ頓ニ変改シ患者ノ待遇ハ治療法ノ変化ト共ニ忽チ面目ヲ一変シテ大ニ不羈束的開放的トナリタルカ患者ノナルベク自由ニ庭園ニ出テ散歩スルヲ許シ種々ノ運動機械モ備付ラレ土豚場ノ如キモ設ケラレ殊ニ小室ニハ琴三味線胡弓等ノ備付モアリ患者ヲシテ随時之ヲ弄バシメナドシ西洋ニ於ケル癲狂院ノ取扱法ハ其儘ニ我邦ニモ用ヒラレタルモノ⁴³⁾

また榊は東京癲狂院の設立にふれ、東京癲狂院が本郷にあった頃の状況を以下のように述べている。

健康的な、静かな場所にあり、約 6 万 9600 平方米の敷地の中央に建てられています。壁ではなく、ごく簡単な木製の垣がめぐらされているだけで、全体が平屋で日本の民家と同じように、ほとんどが木でつくられています。周りには広い庭があり、患者はここで散歩できます⁴⁴⁾

榊は癲狂院の建物だけではなく、ここでも散歩することに注目している。患者を閉じ込めるなど拘束をするのではなく、自由に行動させることに視点が置かれている。

榊が医長となる前に小石川巢鴨に移転された東京府巢鴨病院は、橋本によると東京府癲狂院の H 字型のコリドール様式の建築が引き継がれている⁴⁵⁾。東京府巢鴨病院の図面によると、耕作地や男遊園、女遊園、散歩できる場所がみて取れる（第 1 章の図 4 参

照)⁴⁶⁾。つまり、東京府巣鴨病院は耕作ができる農地や患者が運動や散歩できる場所を確保し、より平穏處置 (non-restraint system) を実施することを意識したことになる。呉によると、運動機械も備えられており、豚もいた。豚を飼育するという「作業」があったのだ。さらに、琴や三味線、胡弓などの楽器を備えており、慰安もしていたのだ。これらの環境整備は、呉によると榊が留学して視察してきた結果だと述べているが、東京癲狂院が小石川の巣鴨に移転したのは榊の医長になる以前の 1886 (明治 19) 年 6 月、中井が院長だった時のことである。東京府巣鴨病院を建築した時に、榊が助言した資料はみつかっていない。同時に、東京府癲狂院を巣鴨に移転する際に、癲狂院を建築した時に、中井が助言した史料もみつかってはいない。しかし、病院の移転時期からみれば、東京府巣鴨病院で散歩ができるようにしたのも、豚を飼育できるようにしたのも、楽器等の慰安道具を備える部屋を整備したのも中井が院長の時期であることから、中井院長がローレツの計画を実施しようと指示したのだろう。関根によると「中井は早くも入院患者に対しての不拘束の方針を打ち出し、娯楽、散歩、運動へと処遇の改革への歩を進めた」と述べている⁴⁷⁾。また、呉によると中井が東京府癲狂院院長だった時期には「構内ニ遊歩場ヲ設ケ草花ヲ栽培シ日々運動セシメタル」としている⁴⁸⁾。さらに、『呉教授在職二十五年記念文集』によると以下のことが述べられている。

患者ニ対スル処置ハ可及的不 束ノ方法ヲ執ルコトナリ。明治十四年八月ニハ遊戯品ヲ購入シ、構内ニ運動場ヲ設ケ、庭園ニ草花ヲ植ヘ、看護人モ其数ヲ増シ、待遇モ多少行届キ、男女病室ハ全然区割サレテ、男子患者ニハ看護夫ヲ添ヘ女子患者ニハ看護婦ヲ添フルコトナレリ。(中略) 沈静セル患者ハ時々室外ニ遊歩セシメ、或ハ起臥ヲ随意ニシ。囲碁・将棋・骨牌等々授ケ。時ニハコレヲ指揮シテ濯掃等ノ作業ヲナサシメ⁴⁹⁾

中井は平穏處置 (non-restraint system) をいま以上に実施し、建物の周りに耕作地や遊園できる場所、散歩できる場所を確保し、運動場を設け、患者を遊歩させ、囲碁・将棋・骨牌を自由にさせた。小石川の巣鴨に新築された東京癲狂院 (後の東京府巣鴨病院) はその翌年 1887 (明治 20) 年に榊が医長となる。東京府癲狂院は移転ごとに、患者が、散歩などができるように場所が作られ、その治療観は開放の方向に向いている。

中井が東京癲狂院院長だった時期に運動場や庭園が作られ散歩や読書、裁縫、囲碁、将棋、骨牌などの「作業療法」が行われており、榊が医長になると散歩や読書などの他にも、具体的に耕作が始まり、楽器等の慰安の道具が癲狂院内に備え始められ、より治療としての「作業療法」が導入されたことになる。中井から榊へと院長 (医長) が移行するなかで、精神病者に対する治療観が変容し、それまで手足を拘束されていた患者の一部はその処遇が開放へと向かい、「作業療法」が導入されている。

当時は、精神病患者への対応は警察の管轄下にあり、社会防衛的観点があつた。つまり、それまでの拘束とは精神病患者を身体的に拘束し活動を抑えるだけではなく、思考活動をも抑えてしまう認知精神的拘束であり、精神病患者は地域社会では危険な人物であり、生活や生産能力などが無いとされていた。しかし、中井や榊は精神病患者でも、病的な症状を除き、その他の思考活動などの認知精神的領域では健全な部分が残っていると考え、さまざまな「作業」環境を整備した。中井と榊はこの治療観を基に身体的にも精神的にも解放し、精神病患者がもつ健全な精神や理性に期待して、理性を活かした治療への変容したのだ。健全な精神や理性を再生させ、維持していくためには、社会一般での生活を行い、作業活動を行う必要がある。第1章で述べたローレツの精神病患者を開放する治療観による東京府癲狂院建設計画が、中井の治療観に影響していることは十分に考えられる。ローレツは前述したピネルの医療観を取り上げている。ルネ・スムレーニュによると、ピネルは1795年にサルペトリエールの医員となり、当初の院内のようすを以下のように述べている。

院内凡て不規則、不整頓の状態にして、必要品の備品も充分ならず、女子も男子も待遇同じくし、六百人の狂者は秩序なく雑居乱集し、その看護は貧欲無能の無教育に委任せられ、檻内は殊に無秩序にして頗る混淆の状を呈せしが、ピネルはピュッセンを指揮し、鋭意その改革に従事し、常に之をよく整頓することを得たり⁵⁰⁾

さらに、ピネルは次のことを述べている。

謹重に実行する器械的労働は、癲狂院内の健康を維持する最良の方法なり。労働は懲戒ならずして、有効なる治療ならば、癲狂院には広大な敷地を附し、患者をして耕作に従事せしむべし。この法は男女の白痴にも施し試むべく、工芸、又は耕作に従事せしむべき患者は、徒に疎懶放情ならしむべからず。治療に向かえるものの為に、裁縫工場を設けて、その業に従事する事をなさしむ。かくの如き時は、病院は患者の手にて衣食の料を得、患者は自力によりて衣食給料を受け、治癒して家に帰る時、直ぐに再びその業に就くべき氣力を練り得るの利益あり⁵¹⁾

精神病患者にして若し暴動せし時は、自他の危険を予防するが為に、或は病檻に入れ、或は堅布の長袖衣を用いて手足を拘束し、その背を強紐にて寝台に固定すべし。この方法は一時的なるを要するものにして、その悪法なる事、明らかなるも、亦狂暴に対する緩和剤と言うべし⁵²⁾

このようにピネルは、不規則や不整頓、無秩序な生活を整え、拘束は一時的なものとし、その方法で作業を行なっている。これは、ピネルは精神病患者を全面的狂気と捉えず、開放することで生活を整え、精神病患者に残っているはずの健全な理性に働きかけることによって治療が可能であるとしたからである。この観点に基づいて、拘束の解除が行なわれた。その治療方法が、生活を整える観点をもつモラル・トリートメントであり、それを基礎に作業活動が導入されたのだろう。前述したように、榊の構想と実践はコノリーの観点から影響を受けてのことである。

1889（明治 22）年 3 月に、榊は東京癲狂院の名称を東京府巢鴨病院と改名した⁵³⁾。それは癲狂院という名称では、「世人がいむから」という榊の意向からである⁵⁴⁾。榊は、社会が精神病患者を不吉な存在と捉えていると考えていたのである。東京府巢鴨病院の門柱には右側に「東京府巢鴨病院」、左側は「東京帝国大学医科大学精神病学教室」の看板がかけられていた⁵⁵⁾。

一方で、精神病患者が大学への立ち入ることを許可しない医科大学だったが、精神病学教室としては大学との関係は切れていない。1889（明治 22）年、帝国大学医科大学は各教室に主任を置くことになり、榊は、同年 8 月帝国大学から「東京巢鴨病院医長ヲ命ズ」の辞令が出された⁵⁶⁾。さらに 1893（明治 26）年 9 月には、帝国大学に講座制がしかれ、榊は精神病学講座担任を命じられた⁵⁷⁾。このことから、大学側は精神病を一つの医学の分野として認めていることがわかる。西欧、ドイツでは 1811 年に大学内に精神医学の講座が設けられており、心理技法の見地から心理的刺激の合目的的な適応が考えられ、精神病院を学問的に利用できるようにした⁵⁸⁾。西欧から遅れること 70 年以上が過ぎていた。西欧の大学でも、精神病院を学問的に利用できるようにすべきと強調されていた。その頃と同様に、榊も大学側に精神病の臨床の場を大学内に設立するように強調したが、それまでには至らなかったのである。

2-2. 「作業療法」の実践

中井が院長だった東京府癲狂院の患者の作業の様子について、榊は次のように述べている。

患者は一般に仕事はしておらず、談話をしたり、本を読んだり、タバコを吸ったりなどしているのですが、女の患者のなかには、裁縫などをしたりしているものもあり、決まった時間には患者全員が、看護者に誘導されて、一～二時間庭で散歩ができます。⁵⁹⁾

中井が院長だった時期には「作業療法」は治療の一つとしての位置づけがされておらず、個人の趣味の範囲で行なわれていた。談話をすること、本を読むこと、散歩をすること、

裁縫をすることなどの個人の趣味レベルの実践活動を「作業療法」と捉えると、中井が院長だった時期は「作業療法」の準備段階の時期として実践されていたことになる。

榊が東京癲狂院の医長となった 1887（明治 20）年に榊が出した「癲狂人取扱法」の最後には、榊がドイツ留学で視察してきた「ライプツィヒ府ノ近郊ニアル住居式ノ癲狂院デハ患者ガ耕作職業等ニ従事セシム」と精神病者が職業に従事していることが述べられている⁶⁰⁾。これによって榊の観点にも、精神病者が職業という仕事に従事するということがあった。また榊は、精神病は入院することが一つの治療法となるとし、その理由として「患者ノ生活、規則正シクシテ衣食住ノ其意ニ適フ」としている⁶¹⁾。これは日下部によると、「昼間は起きて活動し、夜は就寝する日課のことであるとし、昼間は何らかの作業を為すということになる」という⁶²⁾。規則正しく生活することを「作業療法」の観点から捉えなおすと、確かに昼間は起きて、夜は寝ることによって、昼間の活動である衣食住に関することが適切に行える。それによって、食事、掃除、着替えるという日常生活活動が遂行できることになる。また、「癲狂人取扱法」には「患者ヲ一家内ニ居ラシメ看護人を附シテ之ヲ管理セシム」「此ノ中ニアリテ常ニ職業ヲ営ム」とある⁶³⁾。これは、まさしく家のなかでの日常生活活動を示し、それに看護人を付けて、日常の中で常に行っていくと述べているのである。榊は明確に「作業療法」や「仕事」などとは記載していないが、家の中で「職業(仕事)」を行うことであると解釈できる。この職業は食事や掃除に関する日常生活活動のことを示すのか、または家の中で何か別の仕事を行うことなのかは明確ではないが、精神病者に何かできることを与えることを考えていたことはわかる。これが榊の日記に明確に記載されたのは 1890（明治 23）年である。それには「九月十八日 本日ヨリ巢鴨病院患者ニ職業ヲ授ク」と書かれている⁶⁴⁾。この具体的内容の史料はみつからない。

これまでの記載から検討すると、豚の飼育、裁縫、本を読む、散歩をする、生活を規則正しくして衣食住に適應するなどは、患者個々人が行っていたことを、治療として位置づけ、そこに医師や看護人が関わり、それらの作業を積極的に患者の治療に取り入れることを「職業」としたということになる。日下部によると、「職業とは日常従事する業務、すなわち生計を立てるための仕事である」としているが、必ずしもそうとは言いきれない⁶⁵⁾。生計が立たずとも、日常生活の昼間の活動は「職業」として治療に位置付けたこととなるだろう。つまり、患者の日常生活や昼間の時間の使い方をより通常の日常生活や昼間の時間の使い方にして、それを治療として考えた榊の意図が窺われるからである。

また、榊は 1892（明治 25）年の「癲狂院設立ノ必要ヲ論ス」のなかで、「規律アル生活法ヲ守ラシムルニ便ナリ」と記している⁶⁶⁾。榊ここでは「生活法」という言葉を使用して、規律ある生活を整えることが精神病の治療に大切であることを主張している。榊はここでも患者の日常生活活動の仕方、過ごし方に注目しており、昼間は起きて、何

かの活動を行い、夜は就寝するのが通常の人間の生活であり、それを徹底するというのである。この生活の循環は「作業療法」の基本であり、昼間に活動するということは何かしらの作業をすることである。つまり、「生活法」とは日常生活のあり方であり、昼間の活動や生き方そのものであり、毎日の生活習慣そのものを示すのである。

1894（明治27）年の東京府巣鴨病院医事年報の治療に関する事項の欄には「精神療法ハ専ラ患者ノ思想ヲ他方ニ導ク目的ヲ以テ之ヲ施行ス。談話、小説、室内及庭園ノ遊技、奏楽等是ナリ。又患者ノ望ニ応ジテ無害ノ小細工ヲ為サシム」と記載がある⁶⁷⁾。これと同様の内容が、榊が亡くなる前年度の1896（明治29）年まで3年間続いている⁶⁸⁾。榊は患者が病的にもつ考え方を違う方向に向ける治療として、談話、小説を読む、室内や庭園での遊戯、楽器の演奏などを用いていたのである。「小細工」は手作業であろう。日常生活を維持する活動だけではなく、具体的に談話することも、小説を読むことも、楽器を演奏することも、室内や庭園での遊戯も、榊はすべてを含めて、1894（明治27）年から「精神療法」と記載している。

榊はこのような見解をもとに東京府巣鴨病院内で「精神療法」としての「作業療法」という治療を実践するように、医員に指示をしていた。それは、榊の精神病学教室に属して、東京府巣鴨病院の医員をしていた田邊耕民や小野寺義卿によって「作業を介在させた療法法」の症例が記されているからである。榊は、田邊耕民や小野寺義卿らの教え子らとともに東京府巣鴨病院で精神病学での治療を行った症例を『東京医学会雑誌』に「精神病患者実験記事」として報告している。この症例報告では薬物投与の例が多いが、そのなかに「作業療法」の実施症例がみられた。例えば、1890（明治23）年に『東京医学会雑誌』第4巻11号で、田邊は1886（明治19）年に入院した48歳、女性で誇大妄想と狐が自分の体内にいるという妄想を呈する「幻覚性錯迷狂」の患者に、1887（明治20）年5月12日と同年9月6日、翌年1888（明治21）年11月9日と3回にわたり、裁縫をさせたと記している⁶⁹⁾。この患者には入院から4カ月後に作業を実施している⁷⁰⁾。作業を実施したときに、妄想は残っていたものの症状として見られていた「挙動ノ奇異」や暴れたり大声を出したりすることはなくなり、挙動が落ち着いたので裁縫という作業が可能になっている⁷¹⁾。また、1890（明治23）年に『東京医学会雑誌』第4巻7号で、小野寺は1889（明治22）年9月に東京府巣鴨病院に入院した「陰性憂鬱症」の31歳の女性患者で、彼女は入院前まで自宅で「日常家政ヲ事ト」して、「裁縫家事等ノ操作」を行っていた⁷²⁾。小野寺はこの患者の入院時にみられた妄想と幻聴、憂鬱、自殺企図の症状に対して、薬物を投与していた。一ヵ月で症状は落ち着き始め、「患者曰ク索居無卿ニ苦ムニヨリ何カ操作センヲ望ムト由テ編物センヲ勧ム喜ンテ之ニ従事」し始めている⁷³⁾。編物という作業を実施したのち、この患者の症状が改善し、「諸症状去ルヲ以テ全治退院セリ」と記している⁷⁴⁾。さらに、1890（明治23）年に『東京医学会雑誌』第4巻24号で、1889（明治22）年6月に入院した「躁暴狂」の33歳の女性患者

は、入院時は怒って大声を出して暴れることから隔離室に収容され薬物が投与されていた⁷⁵⁾。半年後、危険な行為がなくなり、他の患者と部屋をともにしている⁷⁶⁾。その二ヵ月後頃に「患者自ラ索居無卿ニ苦シミ自ラ裁縫ニ従事センヲ望メリ」と、患者が自ら裁縫をすることを望み実施したと記している⁷⁷⁾。患者の希望に沿うような作業を与えて、治療の一つの方法としたのだろう。

名称は「生活法」、または「精神的療法」や「精神療法」であるが、実施している内容は作業活動を用いていることから、これらは「作業療法」である。

また、榊は東京府巣鴨病院の医員であった田邊耕民と山田謙哉が 1894（明治 27）年に執筆した『精神病治療全書』（上）を校閲し、刊行している⁷⁸⁾。これは田邊らが榊から学んだ精神病学の内容である。そこで田邊は、精神病の治療の原則は「第一疾病ノ原因ヲ究明スル事第二既往歴、現在歴、疾病ノ性質及び生活上ノ常習ヲ探求スル事」としている⁷⁹⁾。患者の生活状態を知って、それを通常に戻すことに注目している。そして「時ニアリテハ身体的療法ヲ専ラトスルコトアリ又精神的療法ヲ主トスルコトアリ若シクハ併用セザルベカラズコト」としている⁸⁰⁾。田邊はこの「精神的療法」を「実施スルニ当テハ経験ト錬磨ヲ要スルコト極メテ大ナリ」とし、また「運用セント欲スルハ刀圭家ノ好戦場トモ言フベシ」とし、医師が「精神的療法」を実施する時は経験を重ねることが必要だ、と述べている⁸¹⁾。この経験は東京府巣鴨病院の榊のもとで学んだのだろう。続けて、「精神的療法」は「先ズ其病原ノアル所ヲ探求シ次テ其症状ノ何処ヲ検査シテ精神的治療ノ適否ヲ判断」し、「各症状ニ応ジテ精神的療法ヲ施ス」とした⁸²⁾。内容は「時々庭園ニ導キ適宜ノ運動ヲ」させ、病状に影響しない「庭園ノ種芸ヲ授ケ」「農耕セシメ或ハ手工ヲナサシメ」である⁸³⁾。これはまさしく、榊が東京癲狂院の中井院長から受け継いだ内容と留学で得た知識の総合としての「生活法」として実施を考えていた内容である。散歩すること、裁縫をすることは東京府癲狂院で榊が見学した内容と一致する。東京巣鴨病院では患者が散歩できる庭園があり、耕作地があったので、そこで園芸や簡単な農耕もされていたのだろう。

榊は東京癲狂院（後の東京府巣鴨病院）の医長になった後の弟子たちによる 1887（明治 20）年から 1889（明治 22）年にかけての「作業療法」の実践結果をみて、1890（明治 23）年 9 月に「本日ヨリ巣鴨病院患者ニ職業ヲ授ク」を本格的に「作業療法」の実施にのりだそうとしたと言えよう。

薬物療法の試行を始めた榊は「生活法」と称して、患者に看護人を付け日常生活を通常に送るための活動方法の一つとして始めている。そして、榊はそれを治療法の一つと考え、「精神治療」のなかで「職業」として述べている。前述したが、榊が留学後、薬物療法を試行していたのは留学で精神病を脳病として学び、生物医学的観点として身体への医療的介入と考えたからである。榊は身体への医療的介入と同時に「精神療法」を用いている。これはベルツが教科書として用いていたグリーンジャーの『精神病の病理と

治療』(1867)にも書かれている。

榊が東京府巣鴨病院の医長だった時期は患者への報酬はなく、医師が先頭立って、必要性を判断し、純粋に治療として行われていたのだろう。後に「作業療法」は労働化していくが、まだこの時期には労働色はみられなく、精神病院のなかでも組織的には行なわれておらず、患者個別の必要性の応じて行うという体制である。「作業療法」の実施が組織的ではなく、患者個別性であることから、「作業療法」が確立されていたのではなく、どのように実践していくか、どのような方法があるのか、それらを試行錯誤している実践の導入の試行段階だったのだろう。

一方で、榊は留学先で視察してきた耕作や、グリーンジャーの作業の見解を日本でも行なおうとしている。グリーンジャーは『精神病の病理と治療』(1864年第2版2刷)のなかで、作業は「具体的な精神的治療方法のうち、もっとも重要なものとして、患者に目的をもたせた作業に就かせるということがある」としている⁸⁴⁾。以下、作業に関するグリーンジャーの見解である。

人間のもつ本能的な欲求というものは、対象のある外的世界へ向かって健康的な活動として表現するとき、もっともよく達成できる。思考と欲求を形のある物へ集中させることによって、精神は空疎な願望や幻想から解放される。達成感は現実的な感覚を取り戻させ、それが自信となって内からの力を引き出す。それゆえ、患者が進んで作業に就こうとすることは、つねに回復の証しであり、治癒への第一歩である。例えば、庭仕事や農作業のような、肉体的な運動を伴い戸外の新鮮な空気のもとで行われる作業がもっとも効果的といえる。(中略)自然と直接ふれあうということによって、一般に効果をもつ。⁸⁵⁾

屋内での家事的労働、手作業、芸術的な活動などに代用してもよい。しかし、その場合でも肉体的な疲労は重要であり、座ったままの精神的作業のみに就かせることはよくない。⁸⁶⁾

慢性の患者では、ときに患者が関心を示す新しい手仕事を覚えさせ、それに習熟させるのもよい。⁸⁷⁾

貧しい患者には、多少の作業報酬を与えると喜びが倍増するし、回復して退院したときにも経済的に役立つ。金持ちの力を借りて品物を売れば、それも貧しい入院患者にとっては大きな励ましとなる。⁸⁸⁾

労働はつねに健康状態に配慮しながら、計画的に行われるべきである。一人の患

者に、次々とあらゆる作業を体験させることは避けなければならない。また、精神病院を利用して、金儲けのための工場のようにしてはいけない。労働の目的は、あくまでも患者の治療にある。したがって個々の患者に適した内容を考え、また適切な時期を選んで行われるべきであるが、単なる怠慢だけは避けるべきである。

89)

グリーンガーはこれらのことは「急性期や病状の激しい時期に就かせたり、労働を促したりすることは、脳を休めて刺激を避けるべき」だとしている⁹⁰⁾。しかし、「精神的興奮があるから働かせないという意味にとってはならない」とも述べている⁹¹⁾。そこで、イギリスでの例をあげて、「ドイツなら保護室に入れるような、多少の興奮がある患者でも、洗濯作業などの労働に就かせている」とし、この方が、回復が早いとしている。つまり、作業は「回復期にある患者に特に適して」いるとし、「回復期では、むしろ患者のほうから労働を望んでいることが多い」とまとめている⁹²⁾。

グリーンガーは作業の次に音楽の作用についても「病的な気分状態が持続しているとき、音楽は一時的にそれを中断させる効果を持つ」とし、「患者自身がそれに興味を示すことが肝要で、そうした場合にはじめて有用となる」と述べている⁹³⁾。そして、「精神病院での合唱団の結成は、娯楽としておおいに勧められる」としている⁹⁴⁾。

続いて、「目的はあくまでも患者の意識を病気からそらすためであり」とし、「患者の気晴らしになる方法として、談話、勉強会、散歩、ゲーム、社交などがあるが、これらはそれぞれの患者によって、どれが適しているのかを見極めて勧めるのがよい」と述べている⁹⁵⁾。

榊が東京府巣鴨病院の医長になった後に、琴や三味線、胡弓を院内に備えて患者に使わせていることは、このグリーンガーの音楽の効用を学んだ影響であろう。岡田によると、榊の帰国後の最初の講義はグリーンガーの『精神病の病理と治療』（1845 年）の総論の部分とそっくりであり、榊はグリーンガーの影響を受けていただろうと述べている⁹⁶⁾。グリーンガーは作業に対する報酬や作業を実施する治療ステージにも触れているが、作業に対する報酬の実施は、榊が医長だった東京府巣鴨病院ではまだ行われていなかった。それは後の呉のように病院組織のなかで実践していくことになる。榊らの「作業療法」の実践は、患者個別の回復段階により、作業の必要性を観察しており、純粋な治療方法の一つとされたといえる。

榊は当初、作業活動をするを「生活法」と称している。榊は大学構内にも入れないような社会から精神病患者への「いむ」という見方を変えるために、癲狂院を精神病院へと名称をかえ、院内での患者の生活も社会一般の人と同様に昼間は活動して、夜は寝るという生活時間の循環を整え、精神病患者が「いむ」に見えないようにすることから始めている。その為に「生活法」という生活に対する「作業療法」が必要だったのである。

「生活法」は榊の弟子たちによって「精神的療法」へと変容し、一つの治療として名称に変えられ、位置付けられていった。弟子たちの刊行物は榊が校閲しており、榊も「精神的療法」という名称への変化を認めたことになる。

また、榊は 1887（明治 20）年の「癲狂人取扱法」のなかで、留学で視察してきたライプツィヒの癲狂院で行われていた耕作などを「職業」と記載しているが、1892（明治 25）年の「癲狂院設立ノ必要ヲ論ス」のなかでは、それを生活全般にまで広げて「生活法」とし、1894（明治 27）年の東京巢鴨病院医事年報の治療に関する事項では「精神療法」と記載している。史料のみから判断すると、「職業」としての作業から生活全般を改善する「生活法」へ、そしてそれらを全て含めた「精神療法」へと変容している。つまり、「作業療法」は生活全般を整える昼間の活動から治療へと位置付けられていった。榊の留学によって西欧の精神病学が導入されなければ、「作業療法」は一つの治療方法へと整えられず、榊が述べていた日本の寺院などで行われていた読経などを行う民間療法とさほど変わらなかったであろう。つまり、榊の時期の「作業療法」の治療的な位置づけは、のちの呉同様に榊の留学による西欧の精神病学を背景にした「治療」形態へと変容しつつあった時期といえる。

「作業療法」の実践としては、中井が準備段階をふみ、榊が患者個別の治療の進捗状況をみて作業を実践した。この後、呉秀三によって、治療としての理論構築によって「作業療法」を導入するための試行段階をつくったと言えよう。

本章の研究には不明確な部分が残る。それは中井常次郎が院長だった時期の東京癲狂院での「作業を介在した治療」の具体的な実践記録、そして榊の日記に示された「職業」が示す作業の具体的な項目である。中井に関する史料は国立国会図書館アーカイブや公文書館、関係精神病院史料館でもみつけられない。明治初期という时期的なことから考えても紙面史料として残されている可能性は少ない。榊に関する史料は、榊が日本で臨床指導にあたった時期が短く、榊自身が短命だったことから史料として記されていない可能性が高い。

註

- 1) 松下正明. 東京大学医学部精神医学教室 120 年の歩み-とくに、片山國嘉教授をめぐって-. 東京大学精神医学教室 120 年:「東京大学精神医学教室 120 年」編集委員会編;2007. p. 16.
- 2) 秋元波留夫編. 作業療法の源流. 金剛出版;1975. p. 19-21.
- 3) 日下部修. 近代日本における精神科作業療法の歴史的考察-榊俣を中心に-. 日本医史学雑誌 2013;59(3):p. 365.
- 4) フリップ・ピネル. 精神病に関する医学・哲学的論稿. 作業療法の源流. 秋元波留夫編;1975. p. 23-26. のかなで、ピネルは「病人がたとえいちじるしく興奮状態にある場合でも、活動的な作業が必要である」とし、さらに「持続的な作業は、病的思考の連鎖をたちきり、関心をもっと楽しいものに向けさせ、また、運動練習によって、病人の集団に秩序を保たせることができ、同時に内的秩序を保つためのこまごました無意味な規則を不必要にする」と述べている。また、サムエル・テューク「ヨーク・リトリート報告」秋元. 前掲書 1975;p. 129 のなかで、「精神病の原因についての考えがどんなに違ってても道徳療法が大切であることにはかわりない」とし、「女性患者は、裁縫、編物、家事などの仕事をできるだけ従事させるようにしている。回復期にある若干の患者は看護者の手助けもする。自制心を養うのに適しているさまざまな手段のうちで、規則正しい作業が最も効果的である。作業は精神と身体の両面にわたって好ましい効果を発揮する。作業は身体動作を伴い、患者にとって快適であり、病気に基づく幻想の対極をなすものである。」とのべている。このヨーク・リトリートは彼の祖父ウィリアム・テュークがクエーカー教徒の団体の支援を得て 1792 年に設立して施設である。
- 5) Wilhelm Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2. Aufl., 2. Abdi. 1864. の内容は、小俣和一郎. 市野川容孝訳. 精神病の病理と治療. 東京大学出版会;2008. の日本語訳を参考とした。また、2. Aufl., 2. Abdi. 1864. と 5. Aufl. 1892. との目次を比べた。
- 6) 岡田靖雄. 明治期の精神科医療-その初期事情. 臨床精神医学講座 S1 精神医療の歴史: 中山書店;1999. p. 258.
- 7) 同前. 註 6). p. 258.
- 8) 岡田靖雄. 榊俣先生伝. 榊俣先生顕彰記念誌-東京大学医学部精神医学教室開講百年に因んで-. 榊俣先生顕彰会;1987. p. 164-169.
- 9) 同前. 註 8). p. 173.
- 10) 同前. 註 8). p. 174.
- 11) 内村祐之. 榊俣先生と東京帝国大学医学部精神病学教室の創設. 榊俣先生顕彰記念誌-東京大学医学部精神医学教室開講百年に因んで-. 榊俣先生顕彰会;1987. p. 143.

- 12) 同前. 註 11). p. 175.
- 13) 同前. 註 12).
- 14) 吉岡眞二訳「日本における精神病関係事情について-東京の精神病院の見取図を添えて-」『榊俣先生顕彰記念誌-東京大学医学部精神医学教室開講百年に因んで-』: 榊俣先生顕彰会; 1987. p. 17. (Dr. Hasime Sakaky (aus Tokio Japan): Ueber das Irrenwesen in Japan. Nebst einer Karte der Irrenheilanstalt in Tokio. “Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin” 42, 1886; p. 144-153.)
- 15) 榊俣. 前掲書註 14). p. 15.
- 16) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 174.
- 17) 榊俣. 前掲書註 14). p. 19.
- 18) 内村祐之. 前掲書註 11). p. 142.
- 19) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 159.
- 20) 同前. 前掲書註 8). p. 176.
- 21) 前掲書. 註 5).
- 22) 榊俣. 前掲書註 14). p. 19.
- 23) 内村祐之. 前掲書註 11). p. 143.
- 24) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 178. / 内村. 前掲書註 11). p. 143-146.
- 25) 榊俣. カール, ウェストファール師ノ傳. 中外医時新報; 1890. p. 662.
- 26) 榊俣. 前掲書註 25). p. 661.
- 27) Jacques Hochmann, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, 2006. 阿部恵一郎訳. 精神医学の歴史 新版: 白水社; 2007. p. 33-34.
- 28) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 182-183.
- 29) 内村祐之. 前掲書註 11). p. 145.
- 30) 同前. 註 29).
- 31) 同前. 註 29).
- 32) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 185-187.
- 33) 東京大学精神医学教室 120 年編集委員会編. 東京大学精神医学教室 120 年: 新興医学出版社; 2007. p. 6.
- 34) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 185-186.
- 35) 同前. 前掲書註 8). p. 186.
- 36) 同前. 註 34).
- 37) 同前. 註 34).
- 38) 同前. 前掲書註 8). p. 187.
- 39) 同前. 前掲書註 8). p. 186.

- 40) 同前. 前掲書註 8). p. 187.
- 41) 内村祐之. 前掲書註 11). p. 146.
- 42) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 187.
- 43) 呉秀三. 我国ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設. 1912; (復刻版: 東京: 創造出版; 2003: p. 136.
- 44) 榊俣. 前掲書註 14). p. 17.
- 45) 橋本明. 治療の場所と精神医療史: 日本評論社; 2010. p. 33-34.
- 46) 杉田直樹編. 呉秀三教授在職二十五年記念文集 第三部. 1928.
- 47) 関根真一. 松沢病院における精神科看護. 精神医学 22(10): 1980. p. 1062.
- 48) 呉秀三. 前掲書註 43). p. 67.
- 49) 前掲書. 註 46). p. 40.
- 50) ルネ・スムレーニュ. 1894. フィリップ・ピネル伝 (呉秀三監訳. 1904.); 秋元波留夫. 作業療法之源流: 金剛出版; 1975. p. 65.
- 51) 同前. 註 50). p. 67.
- 52) 同前. 註 51).
- 53) 岡田靖雄. 前掲書註 8). p. 188.
- 54) 同前. 註 53).
- 55) 同前. 前掲書註 8). p. 206.
- 56) 同前. 前掲書註 8). p. 193.
- 57) 同前. 註 56).
- 58) 松下正明編. 臨床精神医学講座 S1 精神医療の歴史: 中山書店; 1999. p. 196.
- 59) 榊俣. 前掲書註 14). p. 17.
- 60) 榊俣. 癲狂人取扱法. 東京医学会雑誌 1(1): 1887. p. 128.
- 61) 榊俣. 前掲書註 60). p. 125.
- 62) 日下部修. 前掲註 3).
- 63) 榊俣. 前掲書註 60). p. 127.
- 64) 内村祐之. 前掲書註 11). p. 147.
- 65) 日下部修. 前掲註 3).
- 66) 榊俣. 癲狂院設立ノ必要ヲ論ス. 国家医学第一号; 1892. p. 32.
- 67) 東京府巢鴨病院. 東京府巢鴨病院明治二十七年医事年報. 東京医学会雑誌; 1895. 9(19).
- 68) 東京府巢鴨病院. 東京府巢鴨病院明治二十八年医事年報. 東京医学会雑誌; 1896. 11: p. 1067-1104. 東京府巢鴨病院. 東京府巢鴨病院明治二十九年医事年報; 1897. 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明編集. 精神障害者問題資料集成 戦前編. 六花出版; 2010. p. 3-24.

- 69) 田邊耕民. 精神病患者実験記事(第六例). 東京医学会雑誌;4(11):1890. p. 632-641.
- 70) 同前. 註 69).
- 71) 同前. 註 69).
- 72) 小野寺義卿. 精神病患者実験記事(第五例). 東京医学会雑誌;4(7):1890. p. 579-685.
- 73) 同前. 註 72). p. 583
- 74) 同前. 註 72). p. 584
- 75) 小野寺義卿. 精神病患者実験記事(第十三例). 東京医学会雑誌;4(24): 1890. p. 1452-1463.
- 76) 同前. 註 75).
- 77) 同前. 註 75). p. 1459
- 78) 田邊耕民, 山田謙哉. 精神病治療全書(上):同労舎;1894.
- 79) 同前. 註 78). p. 4.
- 80) 同前. 註 79).
- 81) 同前. 註 78). p. 191-192.
- 82) 同前. 註 78). p. 195-197.
- 83) 同前. 註 78). p. 203.
- 84) ヴィルヘルム・グリージンガー著. 小俣和一郎, 市野川容孝訳. 精神病の病理と治療. 東京大学出版会;2008. (Wilhelm Griesinger:Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2. Aufl., 2. Abdi. 1864.) p. 529.
- 85) ヴィルヘルム・グリージンガー. 前掲書註 84). p. 529-530.
- 86) 同前. 註 84). p. 530.
- 87) 同前. 註 86).
- 88) 同前. 註 86).
- 89) 同前. 註 86).
- 90) 同前. 註 86).
- 91) 同前. 註 86).
- 92) 同前. 註 86).
- 93) 同前. 前掲書註 84). p. 531.
- 94) 同前. 註 93).
- 95) 同前. 註 93).
- 96) 岡田靖雄. 日本精神科医療史:医学書院;2002. p. 160.

第3章 東京府巣鴨病院および東京府立松澤病院における「作業療法」の理論化と実践の展開

1. 呉秀三による「作業療法」の理論化と実践

第1章と第2章は歴史的史料が特に少ないところからの論述となった。しかし、本章は『私説松沢病院史』の著者である岡田靖雄による歴史的資料や東京公文書館、著者のこれまでの調査からと日本の精神医療に関する歴史的史料と「作業療法」の実践についてのより具体的な史料が増えてきている時期であり、それに従って先行研究も一段と増加している時期である。そして、山根¹⁾や鈴木²⁾という精神医療における「作業療法」では著明な作業療法士たちや日本作業療法士協会白書³⁾でも、日本の「作業療法」が始まったのは本章の時期からだとし、富岡⁴⁾は「作業療法」が確立したとしているが、それらの先行研究では具体的な実践例は取り上げられていない。また、特に本章の歴史的著書は精神科医たちによって執筆されてきた。そこで、著者は精神科の作業療法士として日本の精神医療における「作業療法」の始まりが本章からではないことを明らかにするために第1章と第2章を受ける形で、本章では「作業療法」の具体的な実践展開を取り上げ、その背景と概念を論じていく。

1-1. 「作業療法」の理論化

呉秀三はドイツ留学からの帰国後、パリのビセートル病院、ドイツの癲狂院、アイヒベルク癲狂院等のヨーロッパでの精神医療の様子を日本に紹介している⁵⁾。近藤によると、呉はなかでもアルトシュエルビッツ精神病院（90万坪の敷地をもち家族療法と村療法を実施している）で学んだ「作業療法」と生活指導を主軸とする開放的な治療方法であるKöppe方式を導入した⁶⁾。呉が「作業療法」の理論を構築するまでの過程は、まず「精神療法」を「直接的精神療法」と「間接的精神療法」に分け、そのなかで作業は遣散とともに「間接的精神療法」に組み入れた⁷⁾。最終的には神経生理学的な考え方を基礎とした「移動療法（Ablenkungstherapie）」となり、内容別に「作業療法（Beschäftigungstherapie）」と「遣散療法（Unterhaltungs und Zerstreuungstherapie）」の2分類にして、このように訳した⁸⁾。

1901(明治34)年に東京府巣鴨病院の三代目医長（東京癲狂院から数えると五代目）となった呉は自身の著書である『精神病学集要 第二版』で「作業療法」と「遣散療法」について、次のように述べている。まず、精神病と健康との限界については「精神ノ病氣ト健全トノ境界ヲ定メルノハ身体ノ病氣ト健全トヲ區別スルノト同様到底出来ナイコトデアル」と前置きして、「精神作用ノ機官タル脳髓ノ作能ニハ感情・觀念・意志ノ三ツ」があるとした⁹⁾。その上で治療通論においては「精神病ノ治療ヲスルニハ精神上ノ療法モ用イテヨシ。身体上ノ療法モ効ガアルノデアル」として、「身体上ノ療法」とは薬物療法、外科的療法などと示している¹⁰⁾。そこには「運動」という記載もあり、「戸

外療法ト兼ネテ色々ノ方法デ身体運動ヲヤラセルコトハ精神療法中有効ナモノデアル」
「体操・機械体操・戸外遊戯ナドヲ授ケテ医療ノ助ニスル」と述べている¹¹⁾。

次に「作業療法」と「遣散療法」は「精神療法」として「狭義ノ精神療法・催眠術・精神分析法・説得法・説法・作業・慰娛及遣散等トスル」と分類している¹²⁾。「精神療法」とは「感情観念聯想を利用して患者ガナリタケ我病ヲ治スノニ心ヲ傾ケル様ニスルノデアル」とし、その目的は「病的ナル精神症状ヲ討滅スルコトニ勉メル」また「健全ナル観念・感情ヲ発達サセルコトヲ務メル」と示した¹³⁾。「精神療法」には「直接精神療法」と「間接精神療法」があり、「直接精神療法」は催眠術や精神分析法などで、「間接精神療法」は「患者ニ健康ナ観念及動作ヲ提起シテ、之ニ由テ病氣ノ進行を阻止」するものである¹⁴⁾。そして、その方法が説教・作業・遣散などであり¹⁵⁾、これらを「作業 (Beschäftigung)」と表現し、心身の練習であり、ほとんどが身体的作業であるとした¹⁶⁾。作業の効果について、呉は以下のように述べている。

精神ヲ苦メ不安ニスル観念ヤ衝動ヲ其方ヘト誘導スル為ニ関係脳部ノ休養ニナル (中略) 作業ハ心身ヲ修育シテ之ヲ鑑定シ馴致スルカラシテ患者ノ態度ハ安静ニナリ、ソノ停止ハ整齊ニナリ、催眠剤ノ需要モ少ナクナルシ、動作ノ切迫シテ来ルノガ止ミ、病的ノ駆動ガ治マリ、色々ナ病的ノ動機ヤ傾向ガナクナリ、慢性ノ病人ニ於テモ尋常ノ感情ヤ観念ガ発シテ、意志ノ沈滞シタノガ尋常ニ復へるし、物事ニ興味ガ起リ初メテ、自分カラ何カ試行スル様ニナツテ来ルモノ¹⁷⁾

このように作業の禁忌対象は「公安ヲ妨害スル様ナ患者」と身体的に臥床が必要な患者であり、それ以外は「作業ニ就カセルヲ可ト」している¹⁸⁾。

1-1-1. 作業の方法

作業の方法は「始メ終ワリハイツモ医師ノ命令デ之ヲ決メ」とし、医師は「毎日作業場ニ臨ンデソレヲ観察シ、ソレガ心身状態ニ適スルカドウカラヲ考査シナケレバナラズ」、また朝起きた後に「景状ニ注意シテ作業ニ就カセルカ止メルカラヲ決定スル」役割があったとした¹⁹⁾。

1-1-2. 作業の対象者

対象者は「症状ニヨツテ決メル」とし、また慢性の痴呆でも症状が重症でなく拒否しなければ作業に適するとしている²⁰⁾。その他、急性を除く酒中毒の患者、発作と感情刺激性のある者には注意が必要だが、その他の癲癇患者、麻痺性痴呆の寛解状態にある者、躁鬱病、神経衰弱、精神病的体質で興奮していない者、錯乱していない者、酷く虚脱し

ていない者らを作業の対象としている²¹⁾。なかでも、感情が鈍磨して作業などが出来ない様な者は監督し、練習をさせて作業ができるようにしていた²²⁾。また、自信や忍耐力が乏しい精神病的性格の者も「作業療法」によってそれらの力等がつくようになってくるとした²³⁾。作業に対して慰楽は、意志薄弱な患者の精神機能を増進させ、苦悩している患者などにはそれを脱することができるものとした²⁴⁾。効果の引き出し方については「共同的練習ハ此ノ如キ効果ノ最モ大ナルモノ」であるとし、作業とともに「訪問散歩」などをすると患者にとっては効果が増えると述べている²⁵⁾。

1-1-3. 作業の就業の方法

作業の就業の仕方については、作業を始める時期はなるべく早い方がよく、それは注意が必要ではあるが、戸外に出すことがよいとしている²⁶⁾。患者によっては見守りもいない人もいれば、始めと終わりだけを監督すればよい人もいて、また信用が薄い人は集団にして1人の看護人をつけるとよいと考えられていた²⁷⁾。興奮した患者、刺激性のある患者、逃走癖のある患者については、それらの患者を集めて一団として看護人を多めに付けるとされた²⁸⁾。取扱いが極めて困難で信用できない患者は庭内か室内で仕事をさせるのがよいとした²⁹⁾。一方で、急性で治る見込みがある患者には、危険なことから守り特に親切に理解をもって接することが大切で、患者10人とか20人とかで作業を行い、3~4人の患者に対して1人の熟練した看護人を付け大きな病室で作業を行うというように、実施方法を特別に指定した³⁰⁾。刺激性であり取扱いが難しい慢性の患者は別の組に分けるなど、患者の状態によって切り分けたグループを指定し、室内患者は徐々に戸外へと引き上げていくとした³¹⁾。

1-1-4. 作業の場

「作業療法」を行う場は「私宅ニテハ出来ズ、病院ニテスベキコトデアル」と定めている³²⁾。これは後述するが、医師と看護人が指導にあたることからすると、入院治療をすることが大前提としてのことである。「業務」内容は患者に適するものを選択し、その「業務」を選択するのに病院の経済上の需要から選択することであると述べた上で、その選択は患者の作業能力、健康状態、治療上の目的から決めるとした³³⁾。指導者である看護人の患者との関わり方については、患者の就業には医師と看護人が指導に当たり、指導はするが見守りは患者に気が付かれないようにすることが大事である³⁴⁾。看護人は患者とともに作業に就くと述べている³⁵⁾。

1-1-5. 作業の選択と種類

作業の選択としては、次の通りである。業務はあまり「骨ガ折レルヲ避ケ」、「衛生上害毒ノ少ナイモノヲ選ブ」「余リ嚴重ニ」しない³⁶⁾。体が丈夫だが鋭敏でない患者は

「力業」や「汚レル仕事」をして「一汗カクモヨイ」³⁷⁾。全体的には室内作業よりも戸外作業が有効である³⁸⁾。それは食欲、心機、呼吸を整え、睡眠や代謝をよくする³⁹⁾。「室内ノ終始変リノナイ生活ヨリモ野ニ出て園ニ出レバ目先ガ変リ心ヲ楽マシ氣ヲ興スモノデアル」と結んでいる⁴⁰⁾。

作業の種類としては「個人性ニ鑑ミテ選」び「心身ヲ興発」して「疲労セシメナイ程度ノモノガヨ」いとした⁴¹⁾。具体的には、愉快であり精神上の簡単な問題を解釈する書籍の読書、遊戯、音楽、手工、労作、耕作、園芸、豚畜産、鶏の飼育、道路掃除、運搬、裁縫、製本、製靴、錠前、大工、左官、指ものなどの工場、婦人には家事、炊飯、洗濯、野菜を洗う、皮むき、足袋縫、編物、雛のし、つぎあて、裁縫などをあげている³⁸⁾。そして「作業ニ従事スルモノハ取扱ヲヨク」する⁴²⁾。それは患者に娯楽を多く与え、外出遊歩を取り入れ、食物、衣服を与え、賃金を与えることだと述べている⁴³⁾。また、患者が作業に熟練すれば、多額の所得が病院経済の補足にもなるという利益もあると示した⁴⁴⁾。

呉はこの作業を記述するなかで、多数のヨーロッパでの作業の様子を写真で伝えている⁴⁵⁾。ギョルツ病院での土木工事、アルトシェルビッツ病院での草刈、コンラードスタイン病院での収穫、トロップハウ病院での製靴と編籠、裁縫、紡織など、エンメンゲンゲン病院での飼鴨などの写真である。中には巢鴨病院での機織、麻繋ぎ、糸取り、裁縫などの写真が載せられている。

1-1-6. 療法としての作業

呉が考案した「作業療法」に関する理論には「療法」として意識していることがみと取れる。なぜならば、呉の理論は目的、効果、効果に対する精神生理学的裏付け、対象者、実践方法、担当者の振舞い方、効果の引き出し方、開始する時期、実践する場、作業の選択方法、作業の種類、作業を行うことでの病院の利益と広範囲にまで及んでいるからである。この理論は呉が留学した際に視察したダルドルフ癲狂院やブルグヘルツリー癲狂院、フリードマッット癲狂院などで盛んに行われていた作業を見学し学んだことである⁴⁶⁾。呉が学んだ主な内容は、例えば「遊戯、作業等で患者の生活状態を調整すること」、「遊戯としては書籍、楽器、散歩、一年何回の大祝会などを準備していた」、作業の目的として「患者を適当な作業に就かせ其思想中の尚尋常なるものを動作せしめて、病气せる思想と異常なる挙動とを閑渴させること」である⁴⁷⁾。また作業につかせた際の励ます方法、奨励、賃銀、作業の種類が、男子は農作、女子は炊事洗濯の他とされている点は、西欧の作業種目とほぼ同様である⁴⁸⁾。そして、呉は「我邦でもどうかそんな風にしたいものである」と述べている⁴⁹⁾。これらのことから、呉の「作業療法」の理論は呉の留学での学びが基盤となり考案されたことがわかる。呉自身が述べているように、呉は西欧での「作業療法」の実践をほぼそのまま日本で実施しようと考えたのだ。

一方、「遣散療法」は「作業ハ精神ヲ誘導スルト同時ニ稽古習練ヲ求メルモノデアルガ、慰楽遣散ハ純粹ナ精神誘導方ノ様デアル」とし、「戸外遊戯ナドハ殆ド作業ニ似タ効能」があるとしている⁵⁰⁾。それは中庭での球技、鞠投げなどの運動遊戯のことである⁵¹⁾。これも「過度ニ疲労スル迄ニシテハナラズ」、そうなれば「興奮シテ不安」になり睡眠を妨げることもある⁵²⁾。この運動遊戯は夕食後にはせず、午後か昼食後にするのがよい⁵³⁾。入院が長く信用のある患者には病棟の出入りを自由にし「生活ノ変化ヲ得サセ」、病院が本人を使用していることを示し、自身の独立独行ができるように慣れさせることが大事である⁵⁴⁾。中庭での散歩や遊戯の次は、施設外運動も静かな療養となる⁵⁵⁾。病状によって、看護人を付けて出したり、付けずに出したり、金を持たせたり、持たせなかったりする⁵⁶⁾。

屋内遊戯では囲碁・将棋など「容易ニ誰ニデモ出来ルモノガヨイ」⁵⁷⁾。「作業ノ出来ル患者ガ作業ヲヤラズシテ之ニ従事シテ日ヲ送ツテハイケヌ」「作業後、日曜日カ祭日ニヤラセル」と注意を促している⁵⁸⁾。音楽を奏でることや絵を描くこと、俳句や小説を作ることは作業とも言えるし、娯楽にもなる⁵⁹⁾。「読書ハ精神上ニ影響ヲ」与え、「精神ノ方向ヲ伝移スルコト」とし「精神作能修養ヲ兼ル為ニハ又程度ニ従フテ容易ナノカラ困難ナノニ進イデモ」よく、「医師ハ監督シテ、病人ガ疲労シナイ様ニ、読物ノ難易ト時間ノ長短ヲ調節スル」のである⁶⁰⁾。新聞や家族からの手紙も患者の病状によっては必要である⁶¹⁾。音楽は感情に好影響を与えるもので病人を慰安し爽快にし、蓄音機もよい影響があるとした⁶²⁾。記念日の祝祭なども長く病院にいる常同生活をする者にはより遣散の効果がある⁶³⁾。

1-1-7. 呉の「作業療法」理論の特徴

以上を鑑みて、これらの呉の「作業療法」の理論に見られる特徴の7項目をあげる。

1つ目は、呉が留学で視察してきたコロニーとしての「作業療法」の特徴が出ている。それは実施する場を病院内に指定していることである。ここでは実社会や地域との交流は一切述べられていない。

2つ目は、実践者が医師であり、作業が医師の命令で始まり医師の命令で終わることである。これは病院内における医師と患者の権力関係が見て取れる。作業を始めるにも終わるにも医師の許可が必要であるということは、医師の立場が患者にとっては上であり、強いことを示している。一方では、立場が強いとは言い切れないところもある。なぜならば、医師も患者とともに作業をすることが述べられているからである。つまり、号令をかけるのは、あくまで医師の一つの役割に過ぎないこととみることもできる。なぜならば、医師は作業場で患者の様子を観察し、評価する必要があるからである。しかし、注目すべきは作業をすることによって患者が自由にはなっていないことである。また「練習」という言葉を何度も用いていることである。これは、患者の意志の自由さ

より、症状に対する治療として「させる」ことに重点を置いていることを示唆している。呉は社会や地域での患者の役割を意識するよりではなく、主に症状を見て治療する意識が強かったと指摘できる。

3つ目は、作業に関わる者は医師または看護者であることから、作業種目は医師か看護者ができる範囲の作業ということになる。各作業種目に対して専門の職員を呼ぶことを必要とする意識はみて取れない。

4つ目は、作業の種類に慰楽遣散の内容が入っている点である。呉は作業と遣散を分けているが、呉自身が作業の種類として述べている中には遣散の種類が記載されている。例えば、読書、遊戯、音楽などである。また、呉は作業内容を示すのに「業務」という言葉を使用している。作業は仕事や業務、労働だけを指すのではなく、遣散である楽しみなどにも治療効果があるとし、それらも作業に含まれるという視点である。

5つ目は、呉は留学先であるドイツのアルト・シェルビッツ精神病院では農村で患者たちを拘束や室内から開放しており、そこで患者たちが働く姿を見て、それをコロニーと捉えており、その時のコロニーでの作業の種類や作業患者の選択にふれて「作業療法」の効果を述べている。このことから明らかに、呉には精神病院はコロニー的存在が必要であるという意識があったとみてとれる。この効果をねらい集団における力動を利用する実施方法が述べられたのである。これは農村に人と人が集まることで発生する力を応用している。呉が留学先で視察してきたコロニーが意識になれば発想できない実施方法である。

6つ目は、作業に従事する者を優遇する方針である。患者をみるのに、作業能力があるのか、ないのかという観点でみており、作業ができる能力がある者には衣食などを優遇するというのである。これを治療として作業ができる可能性をはかっているとみるか、人として作業に従事できるかできないかをはかっているとみるかでは、能力に対する視点が違ってくる。呉は患者の症状改善のために、治療として作業ができるかできないかを見ていた。しかし、治療として作業の有無をみる場合、作業をすることとそれで優遇されることは等価ではない。作業ができない能力の者には治療を行わず、作業ができる能力がある者には治療を行なうのであれば、「治療のために作業をする」という理論の前提に矛盾が生じる。

7つ目は、病院を一つの村というコロニーと考え運営していく場合は、利益が必要となる。それを呉は患者の作業の熟練によって得ようと考えている。患者の作業の熟練によって利益を得るということは患者に「労働」をさせて、そこから病院が利益を獲得するということになる。ゆえに、呉の「作業療法」は治療のみではなく利益のための「労働」にもなっている。

呉にとって作業と「慰楽遣散」の区別は、精神を誘導する点では同じだが、作業は練習が必要だとしている部分にある。しかし、中庭での球技、室内での囲碁・将棋などは

練習が必要であり、作業の要素とされる練習が含まれることには変わらない。また、楽器を演奏することも絵を描くことも、俳句や小説を作ることも練習が必要である。練習が不要なものは音楽鑑賞、祭りに参加することといった受動的な活動に限られる。何かを作るという生産的かつ能動的活動（慰楽遣散）は作業と変わらない。つまり、呉は作業でも慰楽遣散でも、効果としては精神を誘導するという意味では同じであると捉えている。作業のところで述べたように、作業の広義としては「慰楽遣散」が含まれるということだろう。ただし、狭義としての作業は「労働」であり平日に行い、狭義としての「慰楽遣散」は日曜日などの「労働」がない日に行うとして、より精神を誘導するのに効果的であるというのだ。しかし、呉が「移動療法（Ablenkungstherapie）」を「作業療法（Beschäftigungstherapie）」と「遣散療法（Unterhaltungs und Zerstreuungstherapie）」の二つに分類し、そこで考案された「作業療法」の理論によって、呉の時期以降の「作業療法」が「労働」や「仕事」という意味をより強めていった可能性は否定できない。

1-2. 音楽会と裁縫室から「作業室」増築まで ——東京府巢鴨病院庶務細則施行手続

呉は1901（明治34）年帰国後から1919（大正8）年東京府巢鴨病院が松澤村に移転するまで東京府巢鴨病院で院長として勤務した。その後、自身が院長制度を作り、1925（大正14）年に退職するまでの間、呉は東京府立松澤病院の院長として勤務していた。ここでは、病院の移転に伴って、呉が考案した「作業療法」の理論化がされたことを鑑みて、主に『東京府巢鴨病院年報』等の史料にもとづいて呉が実践を指示した「作業療法」の実際を取り上げる。

呉は1901（明治34）年10月にドイツ留学から帰国し、東京帝国大学医科大学教授となり、同時に東京府巢鴨病院の院長となった（1904（明治37）年からは院長となった。）⁶⁴⁾。同年11月末には、女病室内に裁縫室を二部屋設け、そこで患者に病衣を裁縫させた⁶⁵⁾。翌年1902（明治35）年1月12日、「音楽会開催ヲ期トシ呉院長ハ病院内ノ手革足革ヲ悉クソノ手元ニ集メテ其後ハ一切コレヲ用ヒザルコトトセシ」、その後、「二月中尚同様ニ使用シタルヲ発見シタレバ、ソレヨリ後ハ全然コレヲ廃スルタメ二月二十八日全部之ヲ焼却セリ。明治三十四年迄一年間八十五人ニマデニ施シタルモノココニ全ク根絶セリ。（中略）是歳患者ノ作業治療ヲ始ム。」としている⁶⁶⁾。同年4月から8月にかけて、施療患者で希望する患者により草取り作業を始めた⁶⁷⁾。草取りに従事したのは男17人（延日数59名）、女25人（延日数103日）である（表4参照）⁶⁸⁾。菅によると、呉が帰国した直後に実践した作業について、以下のように述べている

呉教授が欧米での留学から帰朝した明治34年（1901年）10月23日以降のこと

で、それまでは病室の一隅で、患者が任意で裁縫していた位であったが、教授は同年 11 月、裁縫室二部屋をもうけ、そこで裁縫をさせた。そして、男子患者には、翌年 1902（明治 35）年 4 月から 8 月にかけて、草取り作業をなさしめた。これらが松沢病院の作業治療のはじまりである⁶⁹⁾。

同年 4 月には「医職員一同ノ服務方ニ一大革新ヲ来タシ、医務・事務トモニ患者ヲ中心トシ、看護・教育・作業・衛生等ヲ指導実施スルコトナリ」として、呉はそのなかで作業に関して、以下のように述べている。

患者ヲシテ農業・植物培養・牧畜・編物・裁縫・洗濯・紙漉・紙捻細工・状袋張・機織・造花・麻織等ノ手業ニ従事セシムルコトトシ。医員ハ患者ノ気質・嗜好・教育・生活等ノ有様ヲ調査シテ人毎ニ適當ナル仕事ヲ與へ、看護人ヲシテ之ガ師父トナリ、又良友トナリ之ニ関與セシメ、ナオ看護人中ヨリ或ハ他ヨリ其技能ニ熟達セル者ヲ選ビ作業師・農業監督・農夫等ノ名ノ下ニ之ニ服務セシムルコトトナレリ、又良友トナリテ之ニ関與セシメ、ナホ看護人ヨリ或ハ他ヨリ其技能ニ熟達セル者ヲ選ビ作業師・農事監督・農夫等ノ名ノ下ニ之ニ服務セシムルコトトナレリ⁷⁰⁾。

1-2-1. 病院年報の内容 ―1902（明治 35）年

これを裏付けるように、「明治三十五年東京府巣鴨病院年報」には、医事の欄に「治療看護ニに関スル事項」のなかで「運動」「作業」「慰楽」の項目が載せられている⁷¹⁾。その内容は以下のとおりである。まずは作業についてである。

作業ハ精神病院ニ欠ベカラザル必用ノ療法ノ一ニシテ吾人ハ十数年来之ヲ施行セント待望シテ而モ其機会ヲ得ザリシガ明治三十四年十一月末女病室内ニ裁縫室二個ヲ設ケシメ從來ハ諸室ノ片隅ニテ自分ノ欲スル儘ニ仕事シ居リタル患者ヲ収容シ病院ニ用フル枕又ハ病衣ヲ裁縫セシメシガ病院ニハ其費用ナキヲ以テ看護人ヲシテ其仕立物ヲナルベク患者ニ託セシメ各自其労ヲ慰スルノ方法ヲ採リ（中略）施療患者ヲシテ望ミニヨリ草取りヲナサシメ余自ラ其慰労費ヲ支出セシガ（後略）⁷²⁾

次に慰楽についてである。

患者ノ精神療法ノ一端トシテ明治二十二年三月以来施設シ来レハ遊戯ハ追々拡張セントスルモ其新調費及修繕費極メテ僅少ニシテ医員待望萬分ノ一ニダモ及

バズ（一年度内ニ費用十円六十三銭五里ニ過ギズ）余ハ已ムヲ得ズ姑息ナガラ其
進歩ヲ謀ルガ為メ明治三十五年一月十四日遊戯室ヲ男女部ニ各一個設ケ（中略）
遊戯品及小説ヲ書ク此室ニ集メ置キ患者ヲシテ隨時ニ其室ニ入リテ遊戯娛樂ニ
就クコトヲ得セシムルコトトセリ⁷³⁾

最後に、慰藉の目的である。

講堂ニ音楽会ヲ開催シ患者ヲシテ音曲舞踊ヲ試マシメ此機会ヲ以テ病院ト関係
深キ朝野ノ人々ヲ招待シテ院外社会ニ近接セシメンコトヲ企画シタリシガ此ノ
如キコトハ開院以来絶テナカリシコトトテ其結果ハ頗ル好良ニシテ治療上看護
上監督上ニ於テ利益ヲ得タルコト少ナカラズ吾人ハ猶ホ此ノ如キ患者ニ慰樂ヲ
興フル方法ノ公ケノ支出ニヨリテ給辨セラルルニ至ルコトヲ切望シテ已マズ⁷⁴⁾

1-2-2. 精神病患者慈善救治会

同年 10 月、呉の提案により東大教授婦人等の協力による精神病患者慈善救治会が組織され、その事務局を院内に置いた。岡田によると、精神病患者慈善救治会（のちの精神病患者救治会、救治会）は呉がドイツ留学中に各地の精神病院における精神病患者救助会（Irrenhilfsverein）を知り、帰国後に、大日本私立婦人衛生会と接触した縁で、名流医家婦人を中心とした精神病患者慈善救治会の設立にいたったとしている⁷⁵⁾。精神病患者慈善救治会では、当時の総理大臣である大隈重信の寄与も大きく、大隈の妻綾子は初代の会長を 12 年間つとめた⁷⁶⁾。精神病患者慈善救治会では園遊会が開かれていたのだが、それは大隈邸の庭園でも何回か催されており、東京府巣鴨病院内での園遊会にも大隈自身が出席し、院内で演説もしている⁷⁷⁾。この時、大隈は実弟が精神病のため家族が困ったことを率直に話したとされる⁷⁸⁾。精神病患者慈善救治会の活動は、最初は東京府巣鴨病院が中心だったが、徐々に東京府内の他の病院へも広がった⁷⁹⁾。活動内容は入院患者の慰安・救済、病室などの建設であった。精神病患者慈善救治会は婦人が中心の活動だったが、次第に男性が活動の前面に出始め、呉が院長を退く頃には会の勢いは傾きだしていた⁸⁰⁾。

東京府巣鴨病院では、精神病患者慈善救治会の寄附は慰樂の費用や農業、園芸、裁縫に必要な器具を購入するために充てられ「作業療法」が始まっている⁸¹⁾。「明治三十六年東京府巣鴨病院年報」では、明治 35 年の年報から一年間の成果として室内遊戯の項で「遊戯品ハ治療上看護上必要ト認ムルモ更ニ之ヲ目的通り拡張スヲ得ス」と記載され、遊戯品を補充することができたと述べられている⁸²⁾。作業でも、裁縫・農業・園芸・指物用の器具や用具を整え、それぞれ作業が開始され、指導員として看護者 1 名を採用したこと、作業賃は 1 日 3 銭で、患者 42 人分の 139 円 50 銭の給与を救治会よりの寄附で

賄えたみとが書かれている⁸³⁾。同年12月に、呉は患者の郊外散歩を試している⁸⁴⁾。そして「作業治療ヲ組織的ニシ」、救済会がその材料や資金を調達している⁸⁵⁾。しかし、作業の種類は前年度と変わっていない。

1-2-3. 場の構造設備と患者慰安会

翌年1903（明治36）年には精神病室の構造設備に関することについて、呉は19項目を打ち出し、その第15項で「適當の運動場慰樂場作業場を設くること」として「精神病院の慰樂場は別棟に建てる必要が」とあり、作業場なども各種そろえるようにと述べている⁸⁶⁾。ここでも、呉は「西欧ではそうしている」と留学での体験を模倣しようとしている⁸⁷⁾。患者慰安会は1903（明治36）年より精神病者慈善救済会によって開催されており、毎月一回行われた⁸⁸⁾。その内容は、浪花節・義太夫・西洋音楽・源氏節・芝居・活動写真・茶番狂言・落語・講談・手品などである⁸⁹⁾。

1-2-4. 東京府巢鴨病院規則の改正

1904（明治37）年、呉は東京府と大学との協議の結果、「東京府巢鴨病院規則」を改正し、1886（明治19）年以前と同様に院長・事務長制度とした。そのうち「東京府巢鴨病院規程」の第四條「本院ニ囑託講師ヲ置クコトアルヘシ講師ハ院長ノ命令ヲ受ケ看護人養成ノコトニ従フ」と看護人に対する教育を始めている⁹⁰⁾。第五條には「洗濯人、裁縫人ヲ雇用スルコト」とある⁹¹⁾。当時の職員の配置を見ると、裁縫婦人8人、洗濯婦人15人、作業師5人がおり、その他に囑託講師2人と記載がある⁹²⁾。

1-2-5. 病院年報の内容 ——1904（明治37）年と1905（明治38）年

「明治三十七年東京府巢鴨病院年報」では、室内遊戯と慰樂に変化は見られないが、作業では、種目が草取・農作・裁縫・洗濯・染物・紙細工・紙捻・織物・左官・ペンキ・編物・雑業の12項目に整備拡張され、人員は年間で延べ3884名、うち農作が4割をしめ、5720坪が耕作播種されて収穫総量3186貫、純益が210円となった⁹³⁾。

「明治三十八年東京府巢鴨病院年報」では、作業種目が19項目（養豚・指物・洋裁・他が加わっている）となり、前年度より7項目増加し、農作が依然変わらず作業の大半を占めており、収穫総量と純益が前年度の2倍6331貫、380円となった⁹⁴⁾。この年は、初めて作業費として病院の予算に200円が計上されている⁹⁵⁾。

1-2-6. 東京府巢鴨病院規則の詳細

同年に出された欧米諸病院の規定を参考にした「東京府巢鴨病院規則」は「第一、東京府巢鴨病院規定」と「第二、東京府巢鴨病院処務細則」、「第三、東京府巢鴨病院処務細則施行手続」、「第四、東京府巢鴨病院当直規程」、「第五、院務執行手続」の五項目で

構成されている。この3つ目となる「東京府巢鴨病院処務細則施行手続」には細かく作業についての記載がある。治療に関する項目のなかに、室内遊戯慰楽・教育・作業・運動があり、第190・196・200・222条で「治療上患者ニ必要ナルモノ」「大ナル関係ヲ有スルモノ」としている⁹⁶⁾。作業についての主な項目は以下のとおりである。その他の作業についての項目は資料1に記載する。

- 第103条 看護科長ハ毎日作業患者ノ作業時間及ヒ作業ノ成績ヲ医務科作業係ヲ経テ事務科作業係ニ通知スヘシ
- 第201条 自費患者ニハ遊戯トシテ之ヲナサシムルニ适当ナルモノヲ選ブ
- 第207条 廊下ノ拭掃除、食膳寝具ノ片付等ノ作業ヲ患者ニ従事サスル時ハ医員ノ承認ヲ請フベキ
- 第209条 看護人ハ患者ヲ励マシ其業務ニ導キ且自ラ患者ト共ニ作業ニ従事スベシ
- 第229条 患者作業ノ目的タル営繕事項ハ職工人夫ヲ〇入レスシテ看護人ヲ用フヘシ此場合ニ於テ営繕係ハ其看護人ヲ指揮スヘキハ勿論ナルモ自身モ看護人モ共ニ患者看護ノ任ニ在ルコトヲ忘ルヘカラス
- 第230条 営繕係ハ作業患者ニ関シテハ医務科作業係ノ指揮ニ従ヒ看護長ト協議シ作業ヲ指示シ患者ノ健康ニ応シ之ヲ奨励スヘシ
- 第231条 営繕係ハ患者作業ノ為ニ要スル器具物品ハ物品取扱係ヲ経テ収受スヘシ
- 第233条 営繕係ハ患者作業ノ器具及ヒ材料等ヲ構外ニ持出サシムヘカラス
- 第236条 作業患者及ヒ看護人就終時間及ヒ休日ハ左ノ如シ
夏季ハ午前八時就業午後五時終業
冬季ハ午前九時就業午後四時三十分終業
但就業時間ハ患者ノ状況ニヨリ之ヲ増減スルコトヲ得
国祭祝日日曜日及ヒ十二月三十日ヨリ一月三日迄ハ患者ノ作業ヲ休止ス
- 第241条 作業係ハ裁縫所洗濯所ヲ監督シ本院内庭園樹木農作牧畜等ノ完備整頓ヲ企画実行スヘシ 但裁縫洗濯ハ主トシテ病院管理事務ニ〇シ其他ハ主トシテ患者治療ノ目的ニ出ツルモノトス
- 第242条 作業係ハ前条ノ諸作業ニ関シ之ニ従事スル患者アルトキハ之ヲ監督奨励スヘシ
- 第243条 作業係ハ患者ノ作業ニ関シ医員看護長ト協議スヘシ
- 第247条 作業係ハ毎日少ナクトモ午前午後ノ二回庭園耕作牧畜裁縫洗濯炊事ノ諸作業ヲ巡回スヘシ 但患者ノ関係ナキ所ハ此限ニ非ス

- 第 252 條 作業係ハ医務科作業係ト協議シ毎年三月末迄ニ満一ヶ年間ノ耕作
牧畜機織其他ノ作業ノ種類ヲ定メ収穫予定一表ヲ製シ之ヲ院長ニ
提出スヘシ
- 第 256 條 作業係ハ看護科長ノ通知ニ基キ作業患者ノ賃金ヲ調査シ其支払方
ヲ会計係ニ請求スヘシ 但特別ナル技量ヲ有スルモノニハ作業賃
金ヲ増給スルコトヲ得
- 第 260 條 作業係ハ作業患者ノ為メニ各別ニ貯金帳ヲ製シ作業セシ月日及其
日ノ賃金等ヲ記載シ医務科作業係及看護科長ノ検印ヲ受ケ患者ノ
望ニヨリ其帳簿ヲ患者ニ授クヘシ⁹⁷⁾

「第五、院務執手続」の「第一章 病室ノ区分」には以下のことが書かれている。

- 第 14 條 遊戯室ニハ遊戯品ヲ設備シ患者ノ娛樂ノ用ニ供ス
- 第 15 條 作業室ニハ労働、手芸、其他ノ作業ヲナス患者ヲ收容シ普通病室
ノ一部又ハ特別ノ建物ヲ以テ之ニ充ツ⁹⁸⁾

同様に「第十五章 教育」には以下のことが述べられている。

- 第 196 條 教育ハ治療上ノ目的又ハ作業上ノ必要ヨリ之ヲ患者ニ授ク
- 第 197 條 院長ハ授業ノ程度及ヒ分量ヲ示シテ之ヲ院内又ハ院外ノ適当ナル人
ニ囑託ス⁹⁹⁾

同様に「第十六章 作業」には資料 1 の内容が記載されている(資料 1 参照)。これらは精神症状に対する治療として作業を重視した姿勢である。「作業療法」を実践していたのは医務係の作業係、作業附看護長と看護人であった。作業活動時間は午前、午後と各 3 時間に決められていた。作業道具は貸し出し制をとっており、作業日誌を用いて管理している。そして、この他に第 139 条では事務科長が毎日 1 回以上は炊事場、洗濯所、裁縫所、作業所等を巡視するものとしている¹⁰⁰⁾。第 230 条では作業患者が出入りする場合には、事務職員は作業医員や看護長と協議して患者の作業を指示・奨励することとしている¹⁰¹⁾。なお、1906 (明治 39) 年 2 月、退院した 3 名の患者を「作業掛看護人」として採用していることから、回復した患者を作業係や看護者として病院で雇用することもあったようだ¹⁰²⁾。

1907 (明治 40) 年に院内にあった慰楽用品は表 5 にあるものである。院内には音楽に関係するものが多かった¹⁰³⁾。

作業ハ治療上ノ目的ヨリ之ヲナシ身体病ノ回復期ノ患者ナドニテ体力ノ充分ニ堪ヘ得ルモノハ之ニ服セシメ。作業ノ種類ハ男子部ニテハ大工・左官・農作・園芸・土木・機械・裁縫・紙縫細工等、女子部ニテハ裁縫・洗濯・草取・機械・編物・紙縫等ニ多少ノ患者ガソレゾレ之ニ従事セリ。¹⁰⁴⁾

裁縫に従事した患者は約6名が毎日就業し、洗濯は毎日約3名、草取りには毎日約10名が従事し、編物は約8名、機械は織物のことで2名の患者が作業をし、麻うみ（現在では、うみ麻といわれ、麻を編む作業）では45名、紙縫は多数であった¹⁰⁵⁾。就業時間は「午前8時ヨリ午後4時迄トシ、業務及成績ニヨリ一定ノ賃銀（初メ一日ニ錢ナリシガ後ニハ一日五錢トセリ）、患者ハ之ヲ積立テテ小遣費ニ充テタリ」である¹⁰⁶⁾。同時に、患者の中には、詩歌や俳句を作ったり、絵画を描いたり、小説を作ったりする患者もいた¹⁰⁷⁾。

1-2-7. 「作業療法」の場と日祭日の過ごし方

1909（明治42）年、東京府巣鴨病院の最終的な病院改築が行われた。そこでは5ヵ所の「作業室」が設けられている¹⁰⁸⁾。そのうち2ヵ所の「作業室」は医局が12坪であったのに対して一部屋55坪で作られている。その他の場所は豚小屋や洗濯場だったのだろう。この時期の入院患者数は403名、うち作業に参加していた男子98名、女子74名である。東京府巣鴨病院での患者の生活状態と待遇は、治療法はなるべく自由とし、患者には一切の懲罰を与えていなかった¹⁰⁹⁾。作業以外での日曜祭日の患者の過ごし方は以下のとおりの記載がある。

患者ノ生活ハ室内遊戯・戸外運動・構外散歩・作業等ノ間ニ暮サシメ。室内遊戯トシテハ病室ニ碁盤・将棋盤ヲ具備シ、花合せ、百人一首等ノ骨牌ヲモ備ヘ置キ。楽器トシテハおるがん・三味線・琴・月琴・尺八等ヲ備エ付ケ、日曜祭日ニ限り演奏スルコト許可シアリ。日曜祭日ニハ患者ハ蓄音器ヲ持ち出シ種々ノ歌曲ヲ聴クヲ特ニ楽ムヲ常トス。小遣錢ノアル患者ハ自分ノ好ム新聞雑誌ヲ購読シ。（中略）雑誌・小説・講談・落語物等ハ患者ヨリ請求アレバ病症ニ応ジテ病氣ニ障リナキ限り其ノ購買ヲ許可ス。構内運動ハ自費患者ハ午前二時間午後三時間トシ、施療患者ニハ午前二時間午後一時間半トス。大抵多数一所ニ運動セシメ、自費患者ダケハ単純運動ヲ許ス。庭内ニハぶらんこ・回旋臺等ノ器具ヲ備ヘ、看護人モトモニ混ジテコノ遊戯ヲナシ、構外散歩ニハ患者数人宛・看護人ト共ニ上野・浅草等ヲ初メトシテ市内ノ諸所ニ運動ニ外出スルモノナリ。¹¹⁰⁾

1-2-8. 教育的治療

同年3月には「男子部・女子部ノ一室ヲ学校ニ当テ」としているが、それ以前から「院内ニハ学校アリ」と記載がある¹¹¹⁾。内容は以下のとおりである。

教育的治療ノ目的ヲ以テ教師一名毎日教授ノ任ニ当リ、医員ニ之ヲ監督シ、学校ハ明治四十二年三月ニ設ケラレ、大正四年ニ精神病者救治会ヨリ寄附金ヲ得テ、教授用具、生徒用具ヲ整頓セリ¹¹²⁾

この対象は「患者中末丁年者・白痴・痴○・其他事情ニヨリテ普通教育ヲ授ケザリシ者等ヲ教育スルコトトセル」としている¹¹³⁾。そして、「教育的治療」の教師の名前を以下のように明確にあげている。

明治四十年頃ヨリ戸田俊定・村瀬戒興・木村大徹・黒抗俊継・人見貞開・桑原隋旭等ノ諸氏ニ委嘱シ、普通学ノ教育ヲナサシメタルガ。大正三年十月三十日ニ至リ前小学校本科正職員タル藤井房次郎講師トナリ（尋常小学校程度ノ）手工（指輪・造花・編物・ぼうる箱・麻つなぎ等）ノ教養ヲ為シ以来ヤ、見ルベキモノトナレリ¹¹⁴⁾。

患者のなかに精神病患者だけではなく白痴の患者もおり、その患者たちには作業よりも教育を与えることが必要だと考えたのだろう。それゆえか、東京府巣鴨病院から東京府松澤病院に移転する時には「教育治療所」として特別に場所を確保している。この「教育治療」は「教育」として1905（明治38）年に出された「東京府巣鴨病院規則」に記載されていることから、この頃から始まったと言える。そして、東京府松澤病院でも実施され、後述するように昭和期まで続いている。

1-2-9. 病院年報の内容 ―1911（明治44）年

1911（明治44）年の「東京府巣鴨病院年報」によると、作業の種類とそれに従事した患者数は「養豚、耕作、紙透、裁縫、洗濯、アイロン掛ノ手工ニシテ之ニ従事セシ患者数ハ男子九十三名女子六十九名ナリ」である¹¹⁵⁾。室内遊戯の道具は表2のように、1907（明治40）年とほぼ変わらず、楽器が多いのがわかる¹¹⁶⁾。以上で確認してきたように作業療法は年を追って種目も増え、1915（大正4）年には一日平均67.1人の患者が作業に従事し、これは全在院患者の15.7%にまで至った¹¹⁷⁾。

1-2-10. 東京府巣鴨病院の運営と行政の違い

この頃の精神病院の運営は精神病者監護法のもとにあり、病院は私宅監置の延長戦に

あるようなものだった。精神病患者監護法（1900～1950 年）の第一條では「精神病患者ハ其ノ後見人配偶者四親等内ノ親族又ハ戸主ニ於テ之ヲ觀護スルノ義務ヲ負ウフ」として、家族の責任のもとでの私宅監置の義務を合法化している¹¹⁸⁾。そして、第九條で「私宅監置室、公私立精神病院及公私立病院ノ精神病室ハ行政庁ノ許可ヲ受クルニ非サレハ之ヲ使用スルコトヲ得ス」とし、私宅監置室と精神病院とを同じ位置づけとしている¹¹⁹⁾。さらに、精神病患者監護法施行規則の第三條では「精神病患者監護法第三條ニ依リ精神病患者ヲ私宅病院其ノ他ノ場所ニ監置セントスルトキハ監護義務者ハ医師ノ診断書ヲ添ヘ警察官署ヲ經テ地方長官ニ願出又ハ届出ヘシ」として、医師の診断を得た上で警察署を経て地方長官に届け出るという行為を家族や行政の社会的防衛の意味で行なっていた¹²⁰⁾。事実として、精神病患者監護法の中には「医療」「治療」という意味合いの言葉は一切出てきていない。この点に関して、後藤は「精神病患者監護法の先行研究は相当程度の共通的な見解が存在する」としており、「精神病患者監護法は私宅監置（座敷牢）を合法化した悪法であり、患者の監置という社会防衛義務を家族の責任として課した一方で、行政は精神障害者保護に公的責任を果たさなかったという評価である」と述べている¹²¹⁾。このような法律が施行されていた時代に、東京府巣鴨病院では患者を拘束や監置から開放し、作業や教育、慰安を患者に与え、患者に活動性を与えようとする病院運営をしていた。岡田によると、呉らは「開放的精神病室もみとめるべきだ、と主張したのにたいし当局は、精神病室は閉鎖的なものにかぎると、開放的入院治療でよい患者についても監置手続きを要求した」と述べている¹²²⁾。

開放という処遇と作業等の活動を推し進めようとする東京府巣鴨病院のような運営は行政からすると著しく支障があるものだった。この点に鑑みると、後述する呉の病院での患者の囲い込みのような病院社会の構築は、呉の本位の意志に反する行為であった。もし、行政が患者のより自由な活動を認めていれば、呉は病院から患者を開放していたとも言えよう。

1-2-1 1. 「作業療法」の実践者

「作業療法」は呉自身が実践したのではない。呉は1902（明治35）年に吉川壽次郎（東京府巣鴨病院の在籍期間：1902（明治35）年1月29～1903（明治36）年7月3日、生没不詳）を、翌年1903（明治36）年に森田正馬（1903（明治36）年2月28日～1906（明治39）年12月27日、1874-1938）をそれぞれ作業医に任命した¹²³⁾。岡田と藤森は、吉川は日本で最初の作業治療を実践した医師だと述べている¹²⁴⁾。藤森によると、作業医は森田から石田昇（1875-1940）を経て、1919（大正8）年に入職した加藤普佐次郎（1887-1969）へと続いている¹²⁵⁾。吉川、森田、石田らが作業医として実際にどのような作業に関わっていたのかという詳らかな資料は未だ未発見である。しかし、少なくとも前述した「東京府巣鴨病院規則」の「東京府巣鴨病院庶務細則施行手続」に記載され

ている作業の方法にそって医員としての勤めを行なっていたことになる。また、菅は「私
がその初代の作業医長であって、それ以前にはその様に制度はなかった。私の前には加
藤普佐次郎先生が作業を担当して居られた。」と述べている¹²⁶⁾。菅が述べている通りだ
とすると、諸文献に書かれている「作業医」は制度ではなく、呉が作業を担当させた医
員を指名するための名称だということになる。いずれにせよ、作業を担当した医員は各
時期によって少なくとも一人はいたことになる。

1-2-1 2. 呉の理想と現実

呉が帰国後から 18 年間に渡り東京府巣鴨病院で展開した「作業療法」は、関根によ
ると「入院患者の処遇に大きな変革を断行し、裁縫室から作業療法を開始し、患者の不
拘束、開放、作業を軸とした精神病の治療への第一歩が踏み出された」とされている¹²⁷⁾。
関根の見解に加え、榊俣が東京府巣鴨病院医長だった時期から、呉が医長となった次の
時期への第一歩を踏み出した例の一つに、東京府巣鴨病院の改築もある。橋本によると
「呉は病室構造を改良し、敷地も拡張し、ドイツのアルト・シェルビッツ精神病院の構
造に倣ってレンガ造りの様式病室 4 棟をパビリオン様式として新築し、コリドール様式
から脱却する最初の一步であり、不十分ながらも 1870 年代のドイツに近づきつつあっ
た」¹²⁸⁾。つまり、それまで拘束されていたとされる精神病の患者を拘束しないように具
体的な方策を呉は実施したのだ。さらに、それだけではなく、作業では治療として医師
の監督の下で行い、慰楽は患者の自由に選択させている。これは物理的な非拘束だけで
はなく、患者に選択させるという精神と身体という非拘束でもある。慰楽を患者
に自由に選択させることによって、病院という特殊に管理された空間に、日常生活や社
会での基本的な規則（精神的な非拘束）を持ち込んだのである。

それ以上に、「東京府巣鴨病院規定」からは、呉が展開していた「作業療法」は病院
全体で連携を保つものであり、患者と共に職員が作業を遂行していくという治療社会の
構造がみて取れる。規定には、職員は患者とともに作業を実施すると述べられていた。
これは患者だけではなく職員も含めて、病院という社会のなかで、治療する側とされる
側双方を病院社会の一員と見立てるものである。それだけではなく、実社会に近い社
会や村社会に見立てることが可能な病院という、一社会生活システムとして病院を構築
したのだ。東京府巣鴨病院をコリドール様式からパビリオン様式へと改築したことも、
広大な敷地に病棟を点在させた東京府松澤病院の構造も院内の村社会を構築させた要
素である。つまり、病院のなかでは手足をしぼるという物理的な拘束を廃止したが、病
院社会のなかに患者を仕舞い込んだとも捉えることができるのだ。呉は癲狂院のなかで
行われていた手革足革などの物理的拘束とそれまで選択できなかった精神的拘束から
患者を外した。しかし、職員と患者を共に病院システムのなかに拘束するという別の拘
束を行なった。「作業療法」は患者の治療方法の一つとして述べられているが、病院と

いう一つの村社会のなかで患者を閉じ込める一手段とも言い換えられるだろう。皮肉にも、「作業療法」の種目が増えれば増えるほど、患者が病院のなかだけで生きていける環境設定が整っていったのである。患者は実社会に戻るのではなく、病院から出なくても自由に生活していけるようになってしまったのである。そこには患者と病院職員が生活していく一つの村社会が形成されたのだ。新聞を購買し、上野・浅草にも構外散歩をしているが、それは患者が暮らしている病院という村から、時より違う村に出て観光に行くようなものだ。また、「作業療法」で得られた利益は病院の利益となっている。これは病院システムを運営していくための経済の回し方である。決して患者が地域社会に出て暮らしていけるように還元されたわけではない。いわゆる患者の「労働」環境の基礎が作られたのだ。1906（明治39）年2月に退院した3名の患者を「作業掛看護人」として採用していることについても、その人々は退院という形をとっているものの、患者の居場所は決して地域社会ではなく、出戻りとして再び精神病院のなかで過ごしている。ここで起こっていることは、患者に仕事を与えるという形をとりつつ、実際は患者を地域社会に返さないということを、精神病院の労働力として雇用することで実行し、囲い込んだのだ。したがって、この「作業療法」という方法については、呉が精神病院における作業に対する技能や能力を求めていることにも帰結する。このようにして、呉は「作業療法」という手段を用いて、病院社会システムとしての村構想の実現を成し遂げたのである。

この見解に照らして、治療内容を検討すると、医師が判断して患者の能力に適した作業を与えるという評価計画を行っている。しかし、これは「治療」と「能力」という名の拘束である。もちろん、「治療」という概念が薄かった日本にまずは留学で学んできた精神病の「治療」を導入したことは呉の業績として認められるべきである。だが、それは身体的拘束から患者を開放したことにすぎない。呉が身体拘束から患者を開放したことは、精神病の症状があつたとしても全面的な狂気に陥っていないとし、人間の理性や全ての行動を拘束しないことによって、症状以外の健全な精神に働きかけることで「治療」が可能になるという、18世紀のピネルを参照した呉の治療観を反映したものである¹²⁹⁾。ゆえに、拘束の解除をし、健全な精神の部分である理性に対して「作業療法」という「治療」を導入したのであろう。しかし、それを推し進めるなかで、病院社会システムを作り出し、その治療手段が「作業療法」となり、それを用いて作業能力別に患者を位置づけたことは、別種の拘束を作り出した。なぜならば、能力のある者は優遇し、衣服や小遣いを与え、作業能力のない者との処遇に違いをつけたことは、見方によれば、自分も優遇されたいと思う患者が作業に出るように意欲を掻き立たせるという精神的な環境設定であるとも取れるからだ。呉自身が慰楽も含め、作業を「治療」と捉えている側面がありながらも、実際は生産的作業に出ることだけが「治療」としての「作業療法」と認められ、それに適する者のみ優遇される処遇は作業を用いた「治療」とは

言えない。つまり、これは病院社会のなかにピラミッド型の処遇体制を作ったのだと指摘できる。そして、「作業療法」を作業と慰楽に分け、日曜祭日には作業ではなく慰楽をするという点と、前述した生産性作業に参加すると賃金が与えられ優遇されるという点からは、作業が「仕事」や「労働」であるという意味合いが強化されている。平日は仕事をして、日曜祭日は自由に楽しむということは患者の生活を社会生活に適応させることになるはずだが、実際のこの適応は先にみたとおり病院社会のなかのみで留まり営まれていた。よって、この実践は地域の実社会ではなく病院社会という村社会のなかに適応させたものである。さらに言えば、「作業療法」という手段を用いて、患者という材料で、病院社会システム・村社会が循環するようにしたのである。この実践は後の「生活療法」のなかで「作業療法」が「はたらき療法」だと提案されることにまで影響がおよんでいるだろう。

2. 「作業療法」の大規模実践と展開 ——加藤普佐次郎

2-1. 東京府巣鴨病院の移転

1919（大正 8）年、東京府巣鴨病院は松澤村に移転して、その敷地は 6 万 1 千坪と、東京府巣鴨病院の 3 倍半もの広さをもつ東京府立松澤病院となった。1918（大正 7）年 3 月には「東京府立松澤病院規程」が定められたが、そこでは作業に関する規定はなされなかった。前述した欧米諸病院の規定を参考にした「東京府巣鴨病院規則」の「東京府巣鴨病院規定」でも同様に作業に関する項目はみられなかった。しかし、前節で詳述したように「東京府立松澤病院規則」には作業に関する詳細な手続きが規定されている。これを受けて推測できることは、東京府松澤病院では「作業療法」に関する規定は東京府立松澤病院の時に定めたものを継続して用いられたか、または移転することで村社会的な病院運営の構造が一層強化されたとし、特に「作業療法」に関する規定を設けずとも、「作業療法」が病院のなかで自律的に動き出すと考えられたとも捉えることができる。翌年、1919（大正 8）年、国より精神病院法が実施され、東京府立松澤病院は 1921（大正 10）年、同法で最初の府県立精神病院として指定された¹³⁰⁾。

移転にともなう「作業療法」に関して注目すべき変化は以下の 2 点である。第 1 に「屋外作業及び屋外運動ノ範圍ノ著シク廣大セラレタル」ことだった¹³¹⁾。第 2 に「病院ノ外圍ヨリ病院内ノ状況ヲ視キ込マルルコト無ク又病院内ノ音声等ガ他ノ民家ニ達スルガ如キコトモ無ク、患者及び従業員ガ院内ニ於テ愉快ニ其ノ日ヲ過シ得ルハ重大ナル看護上ノ利益」としていることである¹³²⁾。

2-1-1. 「作業療法」に関する建物

「東京府立松澤病院新築移転に関する費用」の記録のなかには、「男患者 工作場」「女患者 工作場」としてそれぞれ木造平屋建築で 60 坪と 50 坪が作られることが計上され

ている。これに加えて、工作場と同様の木造平屋建築で「男自費開放室」「女自費開放室」とあり、男女それぞれ 157 坪と 151 坪、同時に木造平屋建築で「男委託施療開放室」「女委託施療開放室」が 151 坪、136 坪作られたように記録されている¹³³⁾。このように作業に関する場所を計画して作られた東京府立松澤病院の特徴は、橋本によると「比較的小規模の病棟を敷地内に分散させて配置するパビリオン様式を全面的に採用」した点である¹³⁴⁾。呉は東京府立松澤病院の建築について、留学した際に視察したアルト・シェルビッツ精神病院を想定しており、橋本も「呉のアルト・シェルビッツへの思いが反映しているのは確実」であり、何よりも呉は東京府立松澤病院の開会式で「敷地ヲ利用シテ村落療法ヲ試ミ」と述べている¹³⁵⁾。これは東京府巣鴨病院での「作業療法」の実践にも表れていたことである。

東京府立松澤病院の作業療法に関する建物は、作業場（甲）が 33 坪強、作業場（乙）が 40 坪半で、計画時点で書かれていた「男患者 工作場」と「女患者 工作場」はそれぞれ木造平屋建築で 52 坪強と 47 坪強として作られた¹³⁶⁾。その他、養鶏舎と養豚舎、鍛冶工場、裁縫室などがあった。また、庭球場屋外運動場として男子 2 千坪、女子 2 千坪の敷地があてられた¹³⁷⁾。さらに、農園としては「水田・田圃及花圃二萬五千坪内ニ歩道約一千二百間ヲ作り患者ノ散策ニ応ズ」、飼畜場としては「畜舎・鶏舎ノ周囲ニ歩道ヲ設ケ患者ノ散歩観覧ニ応ズ」と記録がある¹³⁸⁾。これらを「専用治療用ノ附属設備」としている¹³⁹⁾。

2-2. 「作業療法」の展開 ——東京府立松澤病院

東京府巣鴨病院は松澤村に移転した後、東京府立松澤病院となり、そこでの「患者病院生活ノ状況」は「治療看護ハ一切自由開放主義ノ下ニ行ハル」、「殊ニ松澤移転後ニ於テ十分ニ行ハル」、「患者ハ身体ノ病状ノ許サザルモノヲ除キ、皆ナルベク戸外ニ在ラシメ、散歩ニ出テ、又ハ作業ヲナサシム」、「教育ヲ受ケルモノアリ」が前提とされていた。その際には「自由ノ保護」を目的に「自費施療ノ区別ナク午前・午後トモニ二時間宛、戸外ニ運動セシメ、就蔑患者ハ之ヲ戸外ニ運搬シ」とされ¹⁴⁰⁾、「不安・不穏・不潔等ニヨリテ其取扱ヲ異ニセズ」、「歩行ニ堪ユルモノハ必ズ屋外ニ伴ヒテ新鮮ナル外野ニ運動散歩又ハ作業ヲナサシムル」という原則が定められていた¹⁴¹⁾。それは、隔離病棟の患者に対しても同様であり、患者が廊下や中庭に出で運動ができ、また開放病棟は日本の一般家庭のようであり、監視的看護人を置いておらず、自由に散歩や作業に出ることが考えられていた¹⁴²⁾。同年 7 月には築山工事が開始された。

2-2-1. 「作業療法」の展開

東京府立松澤病院において「作業療法」は「作業治療」と呼ばれ、「治療ノ目的ヲ達スルタメ其須要ナル一方法トシテ患者ヲシテ作業ニ従事セシム」と目的を掲げ、そのた

めに「農作・園芸・牧畜・土木ニ要スル土地アリ」とありとされた。このなかで着目すべきは、「土木工事トシテハ池ヲ堀リ山ヲ築キ」をする点である¹⁴³⁾。これが後に、医師加藤普佐次郎と前田則三（1893-1976）が実施した、「作業療法」の代表例となる作業である。加藤は東京府立松澤病院に入職してすぐに、呉から作業医を任せられた。

男女各病棟には「作業室ヲ設クル他」に「男子部・女子部ニ各一個ノ工作場アリ、又五個ノ工作場アリ」と建設計画通りである。作業内容は以下のとおりである。

病棟内作業トシテハ状袋貼・麻糸結・裁縫・造花等ヲナシ、男工作場ニテハ状袋・洋服仕立ヲナシ、女工作場ニテハ状袋貼・裁縫・造花等ヲナシ、五個ノ工作場ハ活版・製本・大工・畳・建具等ニ充テントスルモノナリ。¹⁴⁴⁾

作業場以外でも患者は作業をしていた。それは「機関部・炊事場・研究室・裁縫場・病棟配膳室等ニ於テモ亦患者ノ配置ヲ許シ、之ニヨリテ患者ハ或ハ本院従業員ト相混ジテ本院設備ノ運営ニ携ハ」っていたのだ¹⁴⁵⁾。機関部や炊事場などに従事した患者は約30名である¹⁴⁶⁾。また、「医員及ビ作業師ノ指導ノ下ニ農作・牧畜・栽培・植木ノ手入・土木工事・運搬・草取・庭内掃除・筆工・封筒貼・紙細工・刺繍・編物・麻ウミ・裁縫等色々ノコトニ」従事していた¹⁴⁷⁾。医師から適当だとして選ばれた100名以上の患者が農作や牧畜に従事し¹⁴⁸⁾、「作業師」と言われる人が数名おり、その「作業師」の指導の下でそうした作業を実施していた。これが前記した「本院ガ松澤ニ移転シテヨリ特ニ発展シタル事跡ニシテ、加藤医員及ビ前田看護長専ら指導ノ任ニ当リタルヨリ行ハレ」、後に「築山と池」と呼ばれた結果となった¹⁴⁹⁾。これについては後で述べる。

封筒貼は女患者が主となり一日に30名から40名が、運搬・庭内掃除・刺繍・編物・裁縫等には一日数名の患者がそれぞれの作業に従事していた¹⁵⁰⁾。動物飼養場では豚舎や家兎舎、鶏舎があり、豚114頭、山羊3頭がおり、作業師2名を住まわせ、患者5名が飼育にあたっている¹⁵¹⁾。動物の食料は炊事場で調理の際に出た不要な食材や残飯などを与え、必要に応じて購入していた。飼育された豚や鶏の「其ノ肉ハ患者ノ食用ニ供シ」ていた¹⁵²⁾。「作業療法」の実際の種目の全ては表4と表6にまとめた通りである。その他に、戸外運動として「構内又ハ庭園内ヲ運動セシメ、午前午後各二時間ハ規定トシテ戸外ニアラシメ、（中略）庭内ニテ相撲場等アリ」と記されている。常ではないものの、「患者ノ病状ニヨリテハ自分单独ニ又ハ付添人ヲ伴ヒテ運動又ハ散歩セシメ、時々ニハ構外散歩トシテ数人・数十人ノ患者ニ医師看護人付添ヒテ近方（多摩川原・井之頭公園等）ニ遠足セシメ、又市内興行物ヲ縦覧セシム」と施設内の運動や散歩のみではなく、施設外に出かけることもあったようである¹⁵³⁾。

室内遊戯については以下のとおりである。

日々室内ニ於テハ各棟ニ将棋・碁・骨牌・三味線・琴・月琴・尺八等ヲ備ヘテ患者ノ望ミニ随ヒ之ヲ貸興シ、隨時娛樂室ニ於テ之ヲ使用セシメ。又蓄音機ナドヲモ備ヘ、看護人ヲシテ之ヲ取扱ハシメ、何レモ遣散ノ用ニ供ス。新聞雑誌其他ノ読物ハ患者ノ要求ニヨリ医員ノ承認ヲ經テ之ヲ購読スルコトス。患者ヨリ送届ケシモノハ医員ノ検閲ヲ經テ之ヲ患者ニ交付ス。¹⁵⁴⁾

更に、慰樂会については次のとおりである。

三大節及ビ本院記念日ニ之ヲ開催シ、時々本院患者ヲナルベク多数ニ一場ニ集メテ慰樂ヲナサンコトヲ計画ス。(中略) 患者・看護人ヨリ組成シタル一団ヲ以テ種々ノ演芸・茶番演劇ヲナス(中略) 慰樂会ノ開催ハ精神病者救治会ノ助力ニ因リテ市内ヨリ講談・浪花節・落語・手品・茶番師・活動写真師等ヲ招キテ患者ノ歡迎スルコトヲナサシムルコト多シ。¹⁵⁵⁾

この時期の「教育治療」は教員一名と補助として看護人を一名つけ、「在院患者中適當ナルモノヲ選ビ、之ニ教育ヲ施シテ治療ノ一助トナス」という院内に校舎を新設し、知識の啓発、作業能力の増進、徳性を養うことを主旨としていた。月曜日から土曜日の午前は読み方、書き方、数学、手工などの授業を行い、午後は毎日遊戯及び作業的な作業を行なっていた¹⁵⁶⁾。ここでも、患者のなかから男三名、女二名を補助として用いていることにも注意が必要である¹⁵⁷⁾。

東京府立松澤病院での「作業療法」は広大な土地を得たことと、そこに実践者である加藤と前田が加わったことで、大きな展開をみせている。それは「作業療法」の作業種目が次々と増加し、病院が予算を出すようになり、看護人と「作業師」が加わるといったことである。これは、「作業療法」が病院内で組織的になりつつあった証左であり、呉が描いていたコロニー構想をより一層推し進めることになった。病院内で患者にさまざまな仕事を与え、そこでの暮らしが成り立つようにしたのである。

2-2-2. 大規模「作業療法」の実践 —— 築山と池

菅によると、加藤普佐次郎はわが国ではじめて「作業療法」を本格的に取り上げ実践し、その意味づけを明確にした人物である¹⁵⁸⁾。加藤は1919(大正8)年9月、東京府立松澤病院の医員となり、呉から作業医を命ぜられた¹⁵⁹⁾。菅によると、加藤は「作業療法」を実践するにあたり、白衣を脱ぎ、土方の格好をして(ドクトル・モッコと呼ばれていた)、自ら患者の群の中に入り、患者と一緒にモッコをかつぎ、土運び、さらに自ら病棟に泊まり込み、朝は大声で歌を歌いながら患者を屋外作業場まで誘導した¹⁶⁰⁾。そして、実践されたのが築山と池掘りだ。この作業には加藤より遅れること2年後の

1921（大正 10）年に東京府立松澤病院に着任した作業担当看護長前田則三も携わっている。菅は加藤について以下のように触れている。

加藤先生に話をきくと今の南一病棟に泊まり込んで、勿論入院ではないが、朝起きると大きな声で歌を歌いながら、患者一連隊引きつれて、敷地の真中に穴を掘り始めた。そしたら池と山とが出来上がった。これが今の將軍池と加藤山である。ところが、当時の事務長が病院の敷地を勝手に変形するといつて、当時の院長の呉先生や東京府に訴えたが、呉先生は問題にされなかったとのことである。土方の仕事位にしか考えられていなく、患者を作業に出すにしても殆ど看護者の手によって選ばれていた。¹⁶¹⁾

加藤は当時の患者の生活状態をあらわすものとして数え歌を作っている。菅によると「患者の側からみれば、まあこんな風の状態であった」という¹⁶²⁾。これは患者と寝起きをともにし、作業を一緒に行うなかから、患者の実態として得られたものだ。以下のものである。

- 一つ、人の中でも正直な私を狂人と間違えてここに連れ込む人もある。
- 二つ、再び出られぬ鉄格子、身をよりよせて外みれば、ねずみの親子も二人連れ。
- 三つ、見たい会いたいわが子供、面会なんぞというてくりゃ、玄関払いで逢はしやせぬ。
- 四つ、用のない人ぶらぶらと、参観なんぞとやつて来る。動物園でものぞく気か。
- 五つ、いつ迄待つても、退院させずに私をとめ置いて、しばらくする気か、殺す気か。
- 六つ、無理に私をとめおいて、喜べ、楽しめ、怒るなど、いうて来るそなたは狂人か。
- 七つ、七つ道具で攻めたてる。立てば上から声がする。座れば下から槍でつく。
- 八つ、瘦せて死ぬるを待ちかねて、解剖台へ乗せられて研究論文恐ろしや。
- 九つ、ここで死のうか、首つろか、それとも走ろうか逃げようか、思案するする日が暮れる。
- 十、どこどの様の縁じややら、私とあなたとあだがつき、もうし看護婦さん、私を殺してくだしやんせといつた所であなは知らぬ顔。¹⁶³⁾

こうして山と池は出来上がった。その具体的な工程は次のとおりである。まず、病院移転後の最初の土木工事として 1920（大正 9）年秋頃から大井戸掘りに着工し、それは 6～7 名の患者によって鉄棒で土を突き砕いてバケツのようなものですくい上げるとい

った原始的な方法で行われた¹⁶⁴⁾。次に、1921（大正 10）年 7 月から山と池を作る計画に着工し、約 700 名の入院患者のうち一日平均約 30 名（時には 60 名以上が参加）が参加している¹⁶⁵⁾。この山と池を作る作業について前田は「設計図も仕様書も用意せず、加藤医員とわたくしとが、大体の設計をみのかみ、こまかいことについては、直接、作業に当る患者諸君の経験や知恵をなるべく尊重するということにして始めました」と振り返っている¹⁶⁶⁾。大池を掘り、山を築くという単純な土木作業だが、盛った土山が高くなるに従い看護人や患者が代わる代わる土山の頂上に立ち、唱歌や軍歌、賛美歌、民謡をまじえ大声で歌い、作業の場の雰囲気盛り上げ鼓舞した¹⁶⁷⁾。歌のなかに賛美歌が入っているのは、加藤がクリスチャンのために歌われたのだろう。歌により患者たちが鼓舞されたためか、この作業は約 1 年後、1922（大正 11）年 10 月には計画した 8 割が終わっており、底辺約 300 坪の山の高さは 13m に達していた¹⁶⁸⁾。加藤はこの間病棟に泊まり込み、院内電話を利用して各病棟に自身が得意とする歌を聞かせていた¹⁶⁹⁾。院内の電話を利用したということは、加藤の歌声が電話の受話器から病棟内に響くほどに大きかったということだろう。この行為は、加藤が「作業療法」を患者の全生活のなかでとらえ、変化と律動を尊重した卓抜した実践だと言われている¹⁷⁰⁾。1923（大正 12）年 9 月、関東大震災のため、築山の 1/5 が崩れた¹⁷¹⁾。院内では災害復旧作業に追われたが、それが一段落すると、池と築山の作業が再開され、1925（大正 14）年 3 月に完了した¹⁷²⁾。工事開始より 3 年 8 か月かかった。同年 4 月からは園芸班により植樹などがはじまった¹⁷³⁾。同年 6 月、呉院長と加藤作業担当医員は退職している。この頃には、入院患者約 700 名のうち、病棟内で作業に参加する患者が約 70 名、屋内作業場で作業に参加する患者が約 65 名、屋外作業に従事する患者が約 70 名となり、入院患者の約 1/3 にあたる約 230 名がなんらかの作業につくようになった¹⁷⁴⁾。

築山と池の土木作業には多くの精神病患者が関わり、彼らが力を合わせて長い年月をかけて成功させた存在だとみなされてきた。例えば、1956（昭和 31）年には、日本庭園「Japanese Garden」として正倉院評議会会員であった原田治郎によって英国の「published by The Studio Limited」で海外に紹介されてもいる¹⁷⁵⁾。現在でも形として残っていることから、「作業療法」の成果だと言われる。しかし、そうであればこそ、それは「作業療法」という治療の一環の名を関した、患者の「労働」を行なわせた可能性を指摘できる。築山と池づくりは病院内の整備の一つであり、まさしく病院のために長い年月をかけ、それが形になるまで多くの患者の労力を使ったのだ。これが「作業療法」の成果だとするならば、「作業療法」とは病院の整備のために、長い年月多くの患者の労力を搾取し、後々まで形として残るようなものを作らせたことを含むことになる。

だが一方で、多くの患者が加藤に先導され、患者同士で鼓舞しあいながら作業活動を行い、それがたまたま後世に形として残ったと考えれば、「作業療法」の美談にもなる。しかし、病院内の整備は本来、病院内で予算を計上してそれ相当の人物が実施するべき

ものであり、患者の労力を病院内の整備に用いることは治療の名目で病院を運営する側が患者の知能や体力を搾取しているとも言え、それはあってはならないはずのことである。

2-3. 加藤普佐次郎の見解

加藤は東京府立松澤病院での「作業療法」の実践を「精神病患者に対する作業治療並びに開放治療の精神病院に於ける之れが実施の意義と方法」という論文にまとめ、東京帝国大学の医学部で医学博士号を取得している。そのなかで加藤は、18世紀のピネルをはじめとして、多くの欧米の作業に関する見解に触れ¹⁷⁶⁾、そこから「精神病院の発達の鍵は作業と開放」であると述べている¹⁷⁷⁾。そして、加藤は「患者作業の三大要素として治療的、慰乐的、経済的なること」をあげ、作業は公立精神病院においては最も必要なことだとしている¹⁷⁸⁾。しかし、国によって「習慣、制度、規模等を異にして欧米諸国に於ける経験を以て直ちに之を本邦精神病院に及ぼさんとするのは不可なる」として、日本には日本の実践方法があることを主張している¹⁷⁹⁾。

加藤が「作業療法」の実践で「有力な意見」としたのは、米国ボストン州立精神病院院長であったフロスト（Frost, 生没年不詳）の見解である。加藤によると、フロストは「作業の計画順序を明白に立つる時は好果を得べく」とし、さらに治療的效果に関して特記して「作業は絶望的患者をして正当なる生活に復帰せしめ得べ」、「作業により散漫なる注意力は集中し得るに至り、錯乱せる思想は圧排せられて其影を潜め、錯覚、幻覚は理性の要求によりて観念界より除外せられ、仕事の成就によりて自尊心は再び建設せられる」と述べている¹⁸⁰⁾。加えて、呉が模倣していたドイツとは違い、フロストは作業と慰楽を分けずに「作業の慰乐的価値」を述べているところが特徴的である¹⁸¹⁾。それは、作業をしなくても見聞しているだけで後に作業に傾注し、時には作業を交換し、「団体的作業としては音楽をも交え愉快に仕事をなし得る様せざる」のである¹⁸²⁾。作業の経済的価値としては、作業によって作られた製品を売却して、それを作業の材料や設備費にすることである¹⁸³⁾。同時に、加藤は米国のダントン（William Rush Dunton, Jr, 1868-1966）の作業治療実施の綱領9箇条（資料2参照）を取り上げ、「本療法は実に精神的、身体的両疾患を正常に回復する（時にはそれ以上にする）」ことを証明したと主張している¹⁸⁴⁾。

加藤が東京府立松澤病院での実践から得られた「作業療法」について、患者を「散歩させやうとすれば、どこまで逃げ出してしまうか解らないから、結局病棟の中に入れ放しといふことになる」と述べ、「これは精神病院のあるべき姿ではなく精神病院を誤解しており、（中略）精神病院自身が患者の取扱ひを間違へているといわなければならない」としている¹⁸⁵⁾。加藤は患者が屋外作業で活発に動くことによって、看護人の仕事も活発になり、自ら技術を習うことに繋がるという。それは、「作業療法はただ単に患

者の疾病を治療するといふのみならず、病院全体の従業員をして愉快地業務に服せしむることが出来、精神病院は一小農場たり、小工場たり得るやうになるのである」、「病院に必要なものを印刷し、野菜を作り、院内の清潔、整頓等に従い、必要な工事はこれを為し、それによって患者の能力の如何に雄大なるかを示すことが出来る」と述べているようなことである¹⁸⁶⁾。加藤は築山と池作りを例にあげ、米国の精神病院で建てられた煉瓦造りの建築物のように、日本で病棟の鉄筋コンクリートを建築するに際しても「患者のみの作業力によって建物を完成することができる」としている¹⁸⁷⁾。さらに、作業療法の評価についても以下のように述べている。

作業治療の成績は、単に患者の治療成績のみを以て計ることなく、病室の清潔、整頓、運動場の活発に利用せらるること、また農場、工場の利用せらるること、次では、病院自体の経済的発達の援助等をつぎつぎと考へて、精神病患者の幸福なるのみならず、全部の幸福のために、これをなせなければならぬ。なほ、病院の作業は、単に院内に於てのみならず院外の土木工事等をなし、病院より外に出て、仕事をなすやうにせなければならぬ。病室内の居室から病棟外に出て、病院内に解放せられた生活から病院外一般社会の間に解放せられた生活となつて、患者の生活は始めて、自由闊達な性質を帯ぶるに至るのである¹⁸⁸⁾

加藤は、実践から得られた「作業療法」の見解を資料3のように16項目にまとめている¹⁸⁹⁾。ここではその主要な部分を取り上げてみたい。加藤によると、「作業療法」で必要なのは「作業と開放とを相持ちて同時に実施」することと、集団作業の一員になることだという。そうすると、「作業の実施は精神病院の一個の有機体として」社会に対して働きかけられる存在となり、患者の入院生活を短くし、入院生活にあつてもその内容を豊かなものにできるとしている¹⁹⁰⁾。

他方で加藤は、作業治療を実施する上での困難なこととして、経済的なことをあげている¹⁹¹⁾。その上で、それを解決する方法としては専門技能をもつ人材が必要であるという見解を出している。そして、「社会一般の経済上の事情に通達し且企業に関する手腕を有する人」や「作業療法」を「独立せる一科を立て」、「作業看護員、作業事務員等を有する必要」があると主張している¹⁹²⁾。また、病院に必要な実務である炊事、掃除、園芸、修繕、裁縫等は業務に習熟した患者を病院従業員として採用することをすすめている¹⁹³⁾。

以上のことから、加藤の「作業療法」に対する見解の特徴としては3つある。1つ目は病院のなかで「作業療法」を分科して、病院組織のなかで「作業療法」の領域を構築することを提案していることである。2つ目は、「作業療法」専用の人物が必要であるという見解である。3つ目は、「作業療法」を症状の治療に留まらず、退院に向けた生活改

善の一部と考え社会復帰が視野に入っていたことである。

2-4. 呉秀三と加藤普佐次郎の「作業療法」に対する見解の相違

留学で見聞してきたことを模倣しようとした呉に対して、加藤は欧米の実践をそのまま実践することには無理があるとして、それらはあくまでも参考であると主張している。これは自ら作業医として実践した加藤ならではの「作業療法」についての見解である。

「作業療法」を実践した加藤と、理論を考案、導入して、その実践は別の人物にさせていた呉との体験の違いである。作業医が吉川から森田へ、森田から石田へ、石田から加藤へと変わるなかで、加藤だけが作業活動の結果が見える形として築山と池を残している。これは病院の移転により作業環境が広大な土地へと変わったことと、加藤自身の現場主義ともいえる作業への関わり方が他の三者と違っていたからである。前述したように加藤は精神病学の生物学的研究よりも、自らモッコをかついで患者たちと共に現場に出て動いており、また患者と同じ病棟に泊り込み、さらには自ら大声で歌を歌い患者たちを鼓舞し、集会の場では腹を出して腹踊りをしたという。この加藤の姿勢が見える形として大きな成果に結びついたのだろう。そして、この加藤の姿勢は「精神病患者に対する作業治療並びに開放治療の精神病院に於ける之れが実施の意義と方法」という論文で医学博士号を取得したことにも表れている。

呉も加藤も「作業療法」の実施には費用が必要であることは認めているが、その解決方法は違う。呉は精神病患者救済会を組織してそこからの寄附で「作業療法」を実施していたが、加藤はそれを受けながらも寄附だけではなく、経済的にも「作業療法」専門の分科を病院のなかに組織として作る必要性を述べている。また、呉は事務員の作業係を置き、看護職に作業を担当させていた。つまり、加藤は「作業療法」には看護職ではなく、「作業療法」専用の人物を配置する必要があることを説き、病院内での「作業療法」の組織化を提案している。「作業療法」を実践した加藤にとっては、「作業療法」は分科して組織化するだけの特殊な技術や能力を必要としたのだ。医師の片手間や外部からの寄附だけではなく、病院組織の一部として「作業療法」専門の科を組み込み、病院組織を構築する必要があると主張している。医師の片手間とは、研究室にこもり、理論上の研究に没頭する医師が時より気が向いた時だけ作業現場を見に来るなど、「作業療法」の実践も行なわずに紙面上だけで「作業療法」を展開させているようである。加藤の主張はこのような片手間で物を言う見解ではなく、自ら体を使って実践した経験を踏まえたものなのだ。加藤の主張は、「作業療法」だけではなく病院職員全てに必要とされる経営への視点と経済的に「作業療法部門」を持続させていくためにはその部署を立ち上げ専属職員を雇用しないとしないとの2点を強調しているのだ。

さらに、呉の場合は症状に対する治療としての「作業療法」に特化しており、慰楽は別物として位置付けていた。加藤も「作業療法」を一つの治療としても捉えているが、

それだけではなく退院に向けた社会復帰を見据え生活全体を対象として捉えており、歌を歌いながら作業を行うなど、作業も慰楽も分けずに患者の生活にとって有益な時間としており、両者を組み入れた「作業療法」への展開がされている。患者の回復過程のなかで、加藤の退院に向けた「作業療法」の役割の位置づけ（後に社会復帰）と呉の症状に対する「作業療法」の位置づけとは違う。呉は精神病患者をコロニーという一つの村で集団としての暮らしを構築していた方法を留学で見聞し、そのコロニーを東京府立松澤病院に導入しようとしたが、加藤は病院での暮らしに留まらず退院して地域で生活をすることを目指したのだ。

慰楽と作業を同時に実施するという実践方法は呉には見られないが、加藤はそれらを同時に実践していた。

他方で、集団力動を用いて患者を作業に導入していく方法や看護人は患者の作業を監視する役割ではなく、共に作業を行っていく実践者であり、医師が患者の状態をみて先導して実施していくという考え方や、退院した患者を病院で雇用する方法、病院に必要な作業活動を患者の手で実践させていることは両者ともに同じである。しかし、その思想は違う。呉の場合はコロニーを構築することに重きがあり、治療の視点が病院内を向いていたが、加藤は、患者が作業によって集団の一員となり、作業を実施することで精神病院は一個の有機体となり、社会に対して働きかけられるとし、治療の方向性が病院外の社会に向かっており、入院は一つの治療過程に過ぎないという思想である。留学での見聞をそのまま模倣しようとし、理論研究をしていた呉に対して、加藤は自らの「作業療法」の実践によって考え出された思想なのだ。

3. 「作業療法」の再興 —— 菅修

3-1. 「教育治療部」の立場から見た「作業療法」の実践

1925（大正14）年に呉秀三と加藤普佐次郎が相次いで東京府立松澤病院を退職し、その後、1927（昭和2）年に菅修が東京府立松澤病院に入職し「教育治療部」の主任となり、「教育治療部」としての立場から「作業療法」を再興している。呉と加藤が退職した後2年間は呉のもとで副院長をしていた三宅鉦一（1876-1954）が受け継いでいた。

ここでは、「東京府立松澤病院年報」等の史料から東京府立松澤病院の「作業療法」の実践を取り上げる。慰楽会などの催し物の実践については表7にまとめた。

1926（昭和元）年から1927（昭和2）年の年報では、「治療設備」の欄に「作業治療ヲ施ス作業療法ハ屋内屋外トシテ封筒貼、裁縫等ヲ課シ屋外作業療法ハ園芸、牧畜、土木、耕作等ヲ営ムシム」とある¹⁹⁴⁾。「病者作業」の欄には、実施されていた作業の種類として営繕、土木、畜産、農業、園芸、裁縫、封筒製作、木挽、塗工、炊事、掃除、会書、動物飼育、室内雑役、室外雑役であり、慰労金一日一人80厘が与えられている¹⁹⁵⁾。三年間の参加延べ数として最も多いのは男女ともに室内雑役で、男21670名、女27884名、

次いで、封筒製作で、男 16435 名、女 10470 名である¹⁹⁶⁾。男子で最も多いのは土木であり、その参加数は 12247 名であった。女子で最も多いのは裁縫で参加者は 24647 名であった¹⁹⁷⁾。また、「運動」の欄が設けられており、運動である散歩を治療の一つの方法として作業と共に推奨している¹⁹⁸⁾。次に「室内遊戯」の欄には備品が書かれているが、これまで同様に楽器関係が多く、これは備品の数から見ると前年度から引き続きの項目である¹⁹⁹⁾。「病者慰楽会」の欄では、講談、琵琶、落語、手品などが催されている²⁰⁰⁾。この時期は、呉と加藤の引き継ぎで、三宅が指示していた。

翌年、1928（昭和 3）年の年報では、「病棟及ビ看護」の欄の「室内遊戯」の備品と「運動」については前年度と変わっていない²⁰¹⁾。「病者作業」では、「多年計画セル屋外作業ノ拡張実施其ノ諸ニ就クコトヲ得タリ。即チ農業、園芸、牧畜等其ノ規模ニ於テ著シク面目ヲ改メ、又土木、裁縫、封筒貼、室内雑用等作業ノ範囲甚だ拡大シ来レリ」として、農業や動物飼育、裁縫、畜産等の内容の充実を図っている²⁰²⁾。「病者慰安」では、「病者ノ精神慰安ニ留意ヲ要スルハ治療上特ニ重要ナルコトヲ以テ、院外ヨリ名士ヲシテ講演ヲ請ヒ以テ病者ノ気分ヲ善導スルニ努ム」として、毎年三月と十一月ノ二回、実施され、内容は太神楽、奇術、安来節、曲芸、講談、落語などである²⁰³⁾。

1929（昭和 4）年の年報では、「病棟及看護」の欄に「病者運動及室内遊戯」と運動と遊戯がまとめられており、運動を構外と構内の二種類とし、そのうち構内運動は一日 1 回もしくは 2 回と決められ、構外運動は許可制となっている²⁰⁴⁾。また、運動の他に散歩を推奨しているが、「病者ノ希望ニ依リテハ内外ノ作業ニ従事セシム」としている²⁰⁵⁾。遊戯の品は前年度と変わっていないが、遊戯品を自由に使わせ、それは治療の一つの方法としている²⁰⁶⁾。「病者作業」は前年度同様に屋外作業の拡張しようとし、患者の任意ではあるが、作業に従事させ、慰労金を給与とし、奨励誘導という形をとっている²⁰⁷⁾。そして、収穫したものは病院が買収することにしていた²⁰⁸⁾。その主な作業とは封筒貼と畜産である²⁰⁹⁾。「病者慰安」は前年度と変わらず、松澤病院病者救治会主催の年 2 回である²¹⁰⁾。

1930（昭和 5）年の年報は 1929（昭和 4）年の年報と内容が変わらない²¹¹⁾。

1931（昭和 6）年の年報によると、「作業」に参加人数が増加し、営繕には男 2992 人、木挽に男 856 人、土木に男 1545 人、塗工に男 439 人、園芸に男 4721 人、農業に男 2263 人、畜産に男 2599 人、動物飼育に男 622 人、炊事に男 881 人、洗濯に女 2180 人、裁縫女 6317 人、封筒貼に男 279 人、女 186 人、屋内雑役男に 9298 人、女 7649 人、屋外雑役に男 1177 人、女 365 人、掃除に男 1469 人、女 1865 人、草取に男 951 人、女 475 人である²¹²⁾。年報に記載されている作業種目をみると、大正期に加藤普佐次郎作業医長が実施していた作業種目より種目数が減少していることがわかる。

1933（昭和 8）年の年報によると、作業種目には印刷が加わっている²¹³⁾。この年の特徴として、作業に従事した患者が「全治又ハ軽快ニテ退院セル病者数ハ全治十三人軽快

七人計二十人ナリ」と明記されている²¹⁴⁾。この詳細は「昭和八年中ニ本療法ヲ実施セル病者数ハ実人員男子二百三十九人女子九十三人計三百三十二人ニテ其中病棟外作業ハ男子百八十五人女子六十三人、病棟内作業ハ男子五十四人女子三十人ナリ、一年間ニ於ケル其延人員ハ男子三四, 三七九人女子一四, 六〇一人計四八, 九八〇人ニテ其中病棟外作業ハ男子二四, 四六六人女子八, 三八八人、病棟内作業ハ男子九, 九一三人女子六, 二一三人ナリ」と人数が出されている²¹⁵⁾。つまり、この年に作業の従事した患者数は男 239 人、女 93 人、合計 332 人である²¹⁶⁾。作業が治療として実施され、退院まで至った割合はわずか約 6%である。この年は慰安と娯楽と一緒に記載されており、病院経費を使い始めている²¹⁷⁾。その為、これまでの松澤病院病者救治会主催だけではなく、慰安と娯楽の回数が増え 15 回である²¹⁸⁾。

1934（昭和 9）年の年報によると、作業治療は慰安と娯楽運動を含むとし、作業に従事した患者数は男 261 人、女 104 人、合計 365 人で、前年度より 33 名増加している²¹⁹⁾。参加者の一日の平均人数は入院患者の 18%であり、「未だに欧米諸国ノソレニ及バザルコト遠シ」としている²²⁰⁾。慰安と娯楽は前年度よりさらに増加して年間 21 回に及んでいる²²¹⁾。運動の構外運動は公費（三等）病者には、30～40 人の集団となり、看護人の付き添いで近郊を散策し、芋堀や栗拾などを実施していたが、自費（特、一等、二等）病者に対してはその患者の希望に沿う形で構外運動を許可していた²²²⁾。特にこの年から野球チームが作られ、リーグ戦を実施している²²³⁾。

1935（昭和 10）年の年報によると、慰安及娯楽の実施回数と内容に変動はないが、作業に従事した患者数は 381 人である前年度より 16 人増加し、作業に従事した患者の割合は 21.5%である²²⁴⁾。作業に従事していた患者で 1936（昭和 11）年の年報から計算すると退院に至った人数は男女合計で、32 人である。

1936（昭和 11）年の年報によると、作業に従事した患者数は男 355 人、女 161 人、合計 516 人となり、前年度の増加に比べ、135 人の増加を示している²²⁵⁾。これは主に封筒貼の患者数が増えている²²⁶⁾。この年の入院者数 1006 人から作業の従事した患者の割合は 26.4%となり、4.9%の増加である²²⁷⁾。作業に従事していた患者で退院に至った人数は男 11 人、女 8 人、合計 19 人であり、前年度より 13 人の減少である²²⁸⁾。作業種目は院内で消費する練炭の製造が加わった²²⁹⁾。慰安と運動が一緒の項目となり、年間で 24 回まで増加している²³⁰⁾。それは自費、公費患者関係なく実施した運動の野球のリーグ戦、ピンポン大会、運動会などが加わっているからである²³¹⁾。

松沢病院の運動会には仮装行列があり、岡田によると、なかでも葦原金次郎（1852-1937）は必ず新聞に報道されている²³²⁾。葦原は 1881（明治 14）年から 1937（昭和 12）年までの 56 年間におよぶ入院生活を送った患者である。1936（昭和 11）年 5 月の様子は以下の通りである。

最後に将軍の馬車がつづいた。鳥の羽根をつけた将軍帽、肩章、勲章をつけた軍服が見物人の目を奪う。白髪・白髯の将軍の容貌が生彩を放つ。精神病者の代表者。人気の焦点芦原将軍。数百人の患者と、見物人は熱狂して、万雷の歓呼を挙げ、拍手喝采をする。数百人の人たちの、怒濤の感激のなかを、将軍の馬車は行進する。将軍の仮装が終ると病棟に帰った。将軍の愛猫が部屋にいなかった。将軍は愛猫を呼んで病棟を探し回った。少し立って、白猫が、将軍の部屋に戻ってきた。将軍は、猫を抱き締めて嬉しそうに笑った。将軍は今しがた仮装行列で受けた人の歓呼の、声のなかにいたときよりも、嬉しそうな笑いを、顔一面に浮かべていた²³³⁾。

葦原は1882（明治15）年10月に向ヶ岡時代の東京府癲狂院に収容されている²³⁴⁾。その後、松沢病院では作業患者開放病棟に入っていた²³⁵⁾。岡田によると患者のなかでも特別扱いをされ、そこには呉の精神病患者や精神病院は陰惨なものばかりではないことを示したいという意向があった²³⁶⁾。その様子は以下のとおりである。

南第二病棟の一番奥の六畳一室をしめ、毎日牛乳五合、鶏卵一〇個を支給され、要求すれば赤酒が処方され、面会料（拝観料）をとり勅語をうることをみとめられるなど、まったく破格の扱いを受けていた²³⁷⁾

1937（昭和12）年の年報によると、慰安と運動は患者の相撲大会や陸上競技などの種目は増えているが、実施回数は19回である²³⁸⁾。

1938（昭和13）年の年報によると、慰安と運動の実施回数は18回と前年度と大きな変化はないが、この年には「愛国行進曲練習会」が実施されている²³⁹⁾。

1939（昭和14）年の年報によると、慰安と運動の実施回数は17回と徐々に減少傾向にある²⁴⁰⁾。

3-2. 「作業療法」の再興

加藤の退職後、作業種目は減少し、「作業療法」は「労働」としての作業が主な種目となり、さらに慰安は外部からの受動的な形式のものであった。菅は入職当時のようすを以下のように述べている。

私が松澤に入局した頃は、今とは格段の違いがあって作業ばかりでなく、患者の生活方面への注意を向ける人が少なく、医局の人達のエネルギーはもっぱら研究室の方に集中されていた。従って病院は今から比べると荒涼たるもので、蚤としらみの巣といってよい位で、患者はその中にうづくまっていて、外に運動に

出してもらうことも殆どなかった。もっとも患者の逃走ということは当時は大事件であって、始末書も書かねばならぬし、その上警察や東京府当局よりひどくしかられたから、患者を出さないのも無理はないことであった。²⁴¹⁾

菅修は減少していた作業を「教育治療」の観点で再開し、慰安も外部からの受動的なものだけではなく、患者自ら実施する形式のものに加えている。例えば、1927（昭和 2）年にレコード音楽会を開催、翌年 1928（昭和 3）年には第 1 回院内作品展覧会を開催、さらに 1929（昭和 4）年には第 1 回運動会を開催、1931（昭和 6）年に第 1 回相撲大会開催、1932（昭和 7）年には第 1 回野球大会、第 1 回盆踊大会を、1934（昭和 9）年病棟対抗野球リーグ戦開始している²⁴²⁾。作業は、1930（昭和 5）年に印刷作業を開始、1931（昭和 6）年に前述した近郊への栗拾を開始、1934（昭和 9）年には女子外部掃除作業を開始、1937（昭和 12）年には木炭作業を始めている²⁴³⁾。浦野によると「これは東京府巣鴨病院時代に未就学や精薄の患者のために院内学校を開設した教育治療が松沢村へ移転後にも継続され更に教育治療所として内容を拡大して治療看護の向上改善に努力してきた成果」であった²⁴⁴⁾。

ここで、1929（昭和 4）年に菅修が作成した「教育治療部趣旨書」からその目的を取り上げる。一つ目に「できるだけ患者に仕事を与えること」、二つ目に「できるだけ患者を戸外に出して太陽の光線にあてしめること」、三つ目に「患者の慰安を図ること」、これらの目的をもって教育治療部は「健全なる生活を営ましめる様に誘導教育し、以て治療的効果を挙げんとする」ことを目的としている²⁴⁵⁾。「教育治療部」には作業係、運動係、慰安係と三つの係があり、それぞれ看護長がその係にあたっていた²⁴⁶⁾。加藤と呉が実施していた大正期までの「作業療法」は「労働」色が強かったが、昭和初期、第二次大戦前までの東京府立松澤病院での「作業療法」は行事などによる慰安と共に再興された。これは「教育治療部」の主任であった菅の実践成果である。菅は 1931（昭和 6）年の「作業治療」に従事する職員について「看護長一人、作業手十三人、看護人十四人、看護婦四人、計三十二人」とし、また「作業に対して奨励の意味で慰労費というものを出しているが、病棟内作業に対しては一日五銭、病棟外作に対しては 8 銭（裁縫 7 銭）、能率には関係なく支出している」と述べている²⁴⁷⁾。組織的には、「教育治療部」が「作業療法」に影響していることがわかる。

菅修はそれまで患者が受け身だった慰安を、患者自ら実践する慰安に変容させ、それに職員も交じって行う形を取り、職員全体が患者と同じ目線になるように作業活動を活用している。これによって「作業療法」における慰安の実践方法がそれまで受け身だった患者が自ら実践するという形に変容はしているが、呉が院長だった時期から依然として「労働」色が続いており、作業には慰安と仕事が残っている。そして、「作業治療」に従事する職員は医師が抜け、看護人と作業手という構成メンバーとなった。さら

に、金銭を患者に与える基準も呉が実践させていた時期の能力別ではなく、菅は患者の能力に関係なく均一に支給したことも大きな改革である。「作業療法」に対する見解や実践方法、従事者などは明治期と大正期とは変わり、大きな転換期となった。

本章の研究では、主に呉の理想としての「作業療法」の理論化とその実践と、また呉は精神病院という一つの「村」社会を作り上げ、「作業療法」が患者を精神病院に閉じ込める一手段となり、精神病院システムとしての村構想の実現を成し遂げたことが明らかにした。呉は精神病院内で患者を物理的な身体拘束から部分的に開放したが、システムとしての村社会で「作業療法」を利用し、今度は患者を社会的・精神的な拘束を作り出したのだ。能力のある者には優遇し、作業能力のない者との処遇に差をつけたことは、精神的な拘束となる。これは精神病院社会のなかにピラミッド型の処遇体制を作ったと言える。

また、「作業療法」を行なうことで賃金が与えられ優遇されるということは「作業療法」が「労働」として強化されている。生産性のある「作業療法」を手段として、患者という材料を用いて、精神病院社会システム・「村」社会が精神病院内だけで循環するようにしたことになる。言い換えれば、「作業療法」は精神病院を一つの「村」とするシステムづくりの大きな要素となり、患者を精神病院内に監禁するためのツールともなった。

次の第4章で取り上げる長山の地域を意識した「作業療法」とは真逆の発想となる。そして、本章は後述する「作業療法」概念の一つとなる「労働」が最も具体的に強化された時期でもある。

註

- 1) 山根寛. 精神障害と作業療法. 三輪書店:2017.
- 2) 鈴木明子. 日本における作業療法教育の歴史. 北海道大学図書刊行会:1986.
- 3) 日本作業療法白書. 2015.
- 4) 富岡詔子. 精神医療の歴史と作業療法. 富岡詔子, 小林正義編. 日本作業療法士協会監修. 精神障害. 作業療法全書 第5巻. 作業療法学 2. 協同医書出版社:1999. p10-16.
- 5) 精神医療史研究会. 呉秀三先生 その業績. (非売品):1974.
- 6) 近藤宗一. クロノローギッシュに見た精神医学史における呉秀三の位置. 精神医学;7(6):医学書院;1965. p. 497-499.
- 7) 呉秀三. 精神病学集要 第二版 前編. 吐鳳堂書店:1916. (復刻版: 精神病学集要 (下). 精神医学神経学古典刊行会: 1973) p. 905
- 8) 前田則三, 香内信一. 作業療法についての考え方の変遷. 精神医学;7(6):医学書院;1965. p. 517-521.
- 9) 呉. 前掲書註 7). p. 605.
- 10) 同前. 註 7). p807.
- 11) 同前. 註 7). p885.
- 12) 同前. 註 7). p905.
- 13) 同前. 註 7). p906.
- 14) 同前. 註 13).
- 15) 同前. 註 13).
- 16) 同前. 註 7). p911.
- 17) 同前. 註 16).
- 18) 同前. 註 7). p912.
- 19) 同前. 註 18).
- 20) 同前. 註 18).
- 21) 同前. 註 7). p912-913.
- 22) 同前. 註 7). p913.
- 23) 同前. 註 7). p914.
- 24) 同前. 註 23).
- 25) 同前. 註 23).
- 26) 同前. 註 23).
- 27) 同前. 註 23).
- 28) 同前. 註 23).
- 29) 同前. 註 23).
- 30) 同前. 註 23).

- 31) 同前. 註 23).
- 32) 同前. 註 23).
- 33) 同前. 註 23).
- 34) 同前. 註 23).
- 35) 同前. 註 7). p917.
- 36) 同前. 註 35).
- 37) 同前. 註 35).
- 38) 同前. 註 35).
- 39) 同前. 註 35).
- 40) 同前. 註 35).
- 41) 同前. 註 35).
- 42) 同前. 註 35).
- 43) 同前. 註 35).
- 44) 同前. 註 35).
- 45) 同前. 註 7). p945.
- 46) 同前. 註 7). p912-919.
- 47) 精神医療史研究会. 前掲書註 5). pp26-28.
- 48) 同前. 註 5). p28.
- 49) 同前. 註 48).
- 50) 同前. 註 48).
- 51) 吳. 前掲書註 7). p. 918.
- 52) 同前. 註 51).
- 53) 同前. 註 51).
- 54) 同前. 註 51).
- 55) 同前. 註 51).
- 56) 同前. 註 51).
- 57) 同前. 註 51).
- 58) 同前. 註 51).
- 59) 同前. 註 51).
- 60) 同前. 註 51).
- 61) 同前. 註 51).
- 62) 同前. 註 7). p919.
- 63) 同前. 註 62).
- 64) 同前. 註 62).
- 65) 昭和 3 年. 吳教授在職二十五年記念文集第三部. p. 10.

- 66) 菅修. 日本の精神医学 100 年を築いた人々 第 8 回 加藤普佐次郎. 臨床精神医学;8(6):1979. p. 73-79.
- 67) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 12.
- 68) 菅修. 前掲註 66).
- 69) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 12.
- 70) 前掲註 69).
- 71) 前掲註 69).
- 72) 明治三十五年東京府巢鴨病院年報. (非売品)/精神医療史研究会. 前掲書註 5). p. 23.
- 73) 精神医療史研究会. 前掲書註 5). p. 23.
- 74) 同前. 註 5). p. 24.
- 75) 同前. 註 74).
- 76) 岡田靖雄. 日本の精神衛生運動の歴史-精神病者慈善救済会を中心に-. 精神医療史究;7(1):2003. p. 60-63
- 77) 同前. 註 76).
- 78) 同前. 註 76).
- 79) 同前. 註 76).
- 80) 同前. 註 76).
- 81) 同前. 註 76).
- 82) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 12. /菅修. 前掲註 66).
- 83) 精神医療史研究会. 前掲書註 5). p. 31.
- 84) 同前. 註 5). p. 32.
- 85) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 14.
- 86) 同前. 註 85).
- 87) 精神医療史研究会. 前掲書. 註 5). p. 35.
- 88) 同前. 註 87).
- 89) 幸信歩. 日本の精神病院における音楽療法史の探求 第 1 報. 音楽療法(10). 2000. p. 11-19.
- 90) 同前. 註 89).
- 91) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 15.
- 92) 精神医療史研究会. 前掲書註 5). p. 40.
- 93) 同前. 註 5). p. 49.
- 94) 同前. 註 93).
- 95) 同前. 註 5). p. 48.
- 96) 東京府巢鴨病院規則. 1906. (非売品)
- 97) 同前. 註 96).

- 98) 同前. 註 96).
- 99) 同前. 註 96).
- 100) 同前. 註 96).
- 101) 同前. 註 96).
- 102) 加藤普佐次郎. 精神病者ニ対スル作業治療並ビニ開放治療ノ精神病院ニ於ケル之レ
ガ実施ノ意義及ビ方法. 精神神経学雑誌:25(7). 1925. p. 371-403.
- 103) 幸信歩. 同前. 註 89).
- 104) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 49.
- 105) 同前. 註 65). p. 50.
- 106) 同前. 註 105).
- 107) 同前. 註 65). p. 51.
- 108) 同前. 註 65). p. 20.
- 109) 同前. 註 65). p. 47.
- 110) 同前. 註 65). p. 48-49.
- 112) 同前. 註 110).
- 113) 同前. 註 110).
- 114) 同前. 註 110).
- 115) 明治四十四年東京府巢鴨病院年報. (非売品)
- 116) 同前. 註 115).
- 117) 菅修. 前掲. 註 66).
- 118) 精神病者監護法. 1900. /精神病者監護法施行規則. 1900.
- 119) 同前. 註 118).
- 120) 同前. 註 118).
- 121) 後藤基行. 日本の精神科入院の歴史構造. 東京大学出版会;2019. p. 21-25.
- 122) 岡田靖雄. 明治期の精神科医療ーその初期事情. 臨床精神医学講座S1 精神医療の歴史:中山書店;p. 262-264.
- 123) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 99-100.
- 124) 岡田靖雄. 私説松沢病院史. 岩崎学術出版社;1981. 藤森岳夫. 加藤普佐次郎の歩みー
そのキリスト教活動、精神病者作業療法、医療生協運動ー. 医学史研究(57)
1983. p. 697-714
- 125) 藤森岳夫. 前掲註 124).
- 126) 第九回関東精神医学懇話会発行. 作業治療について. (非売品)昭和 28 年 p. 6-7.
- 127) 関根真一. 松沢病院における精神科看護. 精神医学;22(10):医学書院;1980.
- 128) 橋本明. 治療の場所と精神医療史:日本評論社;2010. p. 34
- 129) ルネ・スムレーニュ. フィリップ・ピネル伝(呉秀三監訳. 1904.);1894. :秋元波留夫.

作業療法の源流. 金剛出版;1975. p. 52-69

呉はルネ・スムレーニュの「フィリップ・ピネル伝」を監訳し、ピネルの治療観を学んでいる。

130) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 25.

131) 同前. 註 65). p. 87.

132) 同前. 註 131).

133) 同前. 註 65). p. 31-32.

134) 橋本明. 前掲書註 128). p. 34.

135) 同前. 註 134).

136) 呉教授在職二十五年記念文集第三部. 前掲書註 65). p. 60.

137) 同前. 註 65). p. 62.

138) 同前. 註 137).

139) 同前. 註 65). p. 64.

140) 同前. 註 65). p. 73.

141) 同前. 註 140).

142) 同前. 註 65). p. 74.

143) 同前. 註 65). p. 75.

144) 同前. 註 143).

145) 同前. 註 65). p. 75-76.

146) 同前. 註 65). p. 76.

147) 同前. 註 146).

148) 同前. 註 146).

149) 同前. 註 146).

150) 同前. 註 146).

151) 同前. 註 146).

152) 同前. 註 65). p. 77.

153) 同前. 註 65). p. 82.

154) 同前. 註 153).

155) 同前. 註 153).

156) 同前. 註 65). p. 84.

157) 同前. 註 156).

158) 菅修. 前掲註 66).

159) 同前. 註 66).

160) 同前. 註 66).

161) 同前. 註 66).

- 162) 第九回関東精神医学懇話会発行. 前掲書註 126).
- 163) 同前. 註 126).
- 164) 精神医療史研究会. 松沢病院九十年略史稿. (非売品):1972. p. 42
- 165) 同前. 註 164).
- 166) 前田則三. 呉院長時代に作業治療に従事した一看護夫の思い出. 呉先生をしのぶ会:1965. p. 103-108(非売品)
- 167) 精神医療史研究会. 前掲書註 5). p. 42.
- 168) 同前. 註 167).
- 169) 同前. 註 167).
- 170) 同前. 註 167).
- 171) 同前. 註 167).
- 172) 同前. 註 167).
- 173) 同前. 註 5). p. 43.
- 174) 同前. 註 173).
- 175) せたがやクラブ春. 第 25 号:世田谷区区長室広報課;1984.
- 176) 加藤普佐次郎. 前掲註 102).
- 177) 同前. 註 102).
- 178) 同前. 註 102).
- 179) 同前. 註 102).
- 180) 同前. 註 102).
- 181) 同前. 註 102).
- 182) 同前. 註 102).
- 183) 同前. 註 102).
- 184) 同前. 註 102).
- 185) 同前. 註 102).
- 186) 加藤普佐次郎. 精神病院に於ける作業療法. 救治会パンフレット第 2 号 精神病院に於ける作業治療の理論と実践:救治会;1932.
- 187) 同前. 註 186).
- 188) 同前. 註 186).
- 189) 同前. 註 186).
- 190) 同前. 註 186).
- 191) 同前. 註 186).
- 192) 同前. 註 186).
- 193) 同前. 註 186).
- 194) 自大正十四年至昭和二年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 26.

- 195) 同前. 註 194). p. 27.
- 196) 同前. 註 195).
- 197) 同前. 註 195).
- 198) 同前. 註 194). p. 33.
- 199) 同前. 註 194). p. 34.
- 200) 同前. 註 194). p. 43
- 201) 昭和 3 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 24-25.
- 202) 同前. 註 201). p. 26.
- 203) 同前. 註 201). p. 30.
- 204) 昭和 4 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 26.
- 205) 同前. 註 204).
- 206) 同前. 註 204). p. 27.
- 207) 同前. 註 206).
- 208) 同前. 註 206)
- 209) 同前. 註 204). p. 30-31.
- 210) 同前. 註 204). p. 34.
- 211) 昭和 5 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 22-24.
- 212) 昭和 6 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 29-30.
- 213) 昭和 8 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 19-21.
- 214) 同前. 註 213). p. 20.
- 215) 同前. 註 214).
- 216) 同前. 註 214).
- 217) 同前. 註 213). p. 29.
- 218) 同前. 註 213). p. 29-30.
- 219) 昭和 9 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 17.
- 220) 同前. 註 219).
- 221) 同前. 註 219). p. 29-30.
- 222) 同前. 註 219). p. 30.
- 223) 同前. 註 222).
- 224) 昭和 10 年東京府立松澤病院年報. (非売品): p. 45-46.
- 225) 昭和 11 年東京府立松澤病院年報. (非売品): p. 56.
- 226) 同前. 註 225).
- 227) 同前. 註 225).
- 228) 同前. 註 225). p. 57.
- 229) 同前. 註 228).

- 230) 同前. 註 225). p. 68-69.
- 231) 同前. 註 230).
- 232) 岡田靖雄. 前掲書註 124). p. 104-117.
- 233) 同前. 註 232).
- 234) 同前. 註 232).
- 235) 同前. 註 232).
- 236) 同前. 註 232).
- 237) 同前. 註 232).
- 238) 昭和 12 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 87-88.
- 239) 昭和 13 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 72-74.
- 240) 昭和 14 年東京府立松澤病院年報. (非売品). p. 71-72.
- 241) 第九回関東精神医学懇話会発行. 前掲書註 126). p. 7.
- 242) 浦野シマ編. 写真と年表に見る 東京都立松沢病院 100 年史 わが国の精神医療史の
原点. 牧野出版;1995. p. 29-30
- 243) 同前. 註 242).
- 244) 同前. 註 242). p. 124.
- 245) 「教育治療部趣旨書」(非売品).
- 246) 同前. 註 245).
- 247) 同前. 註 245).

表 4 作業種目

東京府巣鴨病院年報より筆者作成

時期 / 参加人数	作業種目																																				
1901明治34	裁縫																																				
参加人数	不明																																				
1902明治35	裁縫	草取り	農業	植物培養	牧畜	編物	洗濯	紙漉	紙縫細工	枕袋張	機織	造花	麻織																								
参加人数	不明	41(男17, 女25)	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明																								
1903明治36	菜場作業場を設けること																																				
1904明治37	裁縫	草取り	農業			編物	洗濯		紙細工/紙捻		織物		織物	染物	左官	ペンキ	縫業																				
参加人数	不明	不明	不明			不明	不明		不明		不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明																				
1905明治38	裁縫	草取り	農業	養豚	編物	洗濯		紙細工/紙捻		織物		織物	染物	左官	ペンキ	縫業	指物	洋裁																			
参加人数	不明	不明	不明		不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明																			
1907明治40	裁縫	草取り	農作	園芸		編物	洗濯		紙縫細工		機械織物				左官					大工	土木	紙漉															
参加人数	6	10				2	3				2				不明				不明	不明	多数																
1911明治44	裁縫		耕作		養豚		洗濯	紙漉															紙透	アイロン掛													
参加人数	不明		不明		不明		不明	不明														不明	不明	182(男93, 女69)													
1919大正8	裁縫	草取り	農作	園芸	養豚/養鶏	編物	洗濯		紙細工	枕袋張		造花						洋裁/和裁	大工	土木				製本	量	建具	運搬	封筒貼	刺繍	ぶりき細工	菓細工						
参加人数	不明	不明	不明	不明	5	不明	不明		不明	不明		不明					不明	不明	30`60				不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明						
1925大正14`1927昭和2	裁縫		農業	園芸	畜産											塗工	室内/室外雑役				土木							封筒製作				営繕	木挽	炊事	掃除	動物飼育	
参加人数(3年間延)	24647		7694	7694	6647											2094	48654/1047				12247							26805				6647	3141	1048	3967	1047	
1928昭和3	裁縫		農業		畜産		洗濯																					封筒製作							動物飼育		
参加人数	不明		不明		不明		不明																					不明							不明		
1931昭和6	裁縫	草取り	農業	園芸	畜産		洗濯									塗工	室内/室外雑役				土木							封筒貼				営繕	木挽	炊事	掃除	動物飼育	
参加人数(年間延)	6317	1426	2263	4721	2509		2180									439	16947/1542				1545							465				2992	856	881	3334	622	
1933昭和8	裁縫	草取り(9月)	農業	園芸	畜産		洗濯										室内/室外雑役											封筒貼				営繕(土木、大工、塗工)	炊事	掃除	動物飼育	印刷	
参加人数(一か月)		12	8`12	27`31	8`10		不明										18/2											11`18				3`9		3	6`11	2`3	7

註 参加人数は一日の平均の年もあれば、年間の延べ数、一か月の人数、3年間の延べ数と、各年の年報によって記載方法が違う。

表5 室内遊戯

幸信歩. 日本の精神病院における音楽療法史の探求 第1報. 音楽療法(10). 2000. p. 11-19. より筆者作成

道具 \ 年	1911年 (M44)	1919年 (T8)	1925年 (T14) ~ 1927年 (S2)	1928年 (S3)	1929年 (S4)	1930年 (S5)	1933年 (S8)	1934年 (S9)	1935年 (S10)	1936年 (S11)	1937年 (S12)
ばいおりん	2	2	1	1	1	1					
弓		2									
はーもにか	2	1	1	1	1	1					
蓄音機	2	2	27		27	28	○	○	○	○	
譜面	39	130	467								
横笛	9	9									
手風琴	2	2									
月琴	6	6	3	1	1	1					
風琴	1	2									
琴	2	2	3	3	3	3					
胡弓	1	1									
提琴	2	2									
三味線	17	18	12	12	12	12					
三味線撥		13									
尺八		2									
おるがん			1	1	1	1	○	○	○	○	
花骨牌	31	59									
輪投	3	3	5		6	6					
福笑	3										
碁盤	7	8	12	14	14	16			○	○	
碁石		9									
でん太鼓	1										
らつけつと	9	15	2	1	1						
文廻	5										
羽子板	103	195									
とらんぷ	4	4									
舞扇	2	2									
鞠	127	152									
将棋盤	8	8	10	10	10				○	○	
将棋駒		9									
歌骨牌	9	18									
投扇興	2	2									
投球盤	1	1									
石盤		29	27	28	28	22					
音楽曲譜	32										
書籍	28						○	○	○	○	
音楽其ノ他雑書		36									
手ミシン			1		1	1					
ミシン機械					5						
刺繍棒			5	5							
指輪			3								
独楽			3			2					
編棒			3	3							
野球ノバット				1	1						
地球儀				1	1						
關球盤				1	1						
スポンジボール				3	3						
アルノム				1		1					
ピンポン					1	1	○	○	○	○	
ピンポン用ネット						1					
ラジオ							○	○	○	○	○
レコード											○

註1 数字は各年の年報に記載されている在庫数を示す。
 註2 ○は在庫数は確認できないが年報の文章から拾った在庫を示す。
 註3 Mは明治を、Tは大正を、Sは昭和を示す。

表 6 加藤普佐次郎の時期の作業種目

呉教授在職二十五年記念文集第三部 pp. 77, 82 より筆者作成

屋外作業	土木工事	建築基礎工事	耕地整理	庭園ノ整理	築山工事	池堀工事	井戸堀工事	道路新設及修理	土地埋立工事	稲荷基礎工事	架橋工事
	建築物ノ修繕及器具修理	戸・障子・床・窓・便所等ノ修繕	壁ノ塗替	ペンキ塗替	樋ノ修繕						
		農業	畜産	園芸(掃除)	ぶりき細工						
	運搬	食物運搬	給興品運搬	寝具運搬	洗濯物運搬	石炭運搬	除雪				
屋内作業		ハ裁縫(和服裁縫・洋服裁縫)	洗濯	藁細工(縄・もっこ・草履・草鞋)	紙捻細工	袋貼	麻糸継ギ				
特殊作業		事務補助	医務補助	機関部補助	炊事部補助	理髪補助	看護人補助				

表7 慰楽会などの催し物

東京府立松澤病院年報、自大正十四年至昭和二年・昭和3年・昭和8年ほかに基づき筆者作成

時期	1902 (M35) 年	1911 (M44) 年	1928 (S3) 年	1933 (S8) 年	1934 (S9) 年	1935 (S10) 年	1936 (S11) 年	1938 (S13) 年	1939 (S14) 年
1月	音楽会			歌留多大会 病者年業員合同演劇会	歌留多大会	歌留多大会	歌留多大会	歌留多大会	歌留多大会
2月		筑前琵琶の演奏会			慰安劇会	映画会	映画会	映画会	毎土曜日院内放送(ドラマ)
3月			慰安会	余興演芸会	稲荷祭余興 レコードコンサート	映画会 稲荷祭余興		愛国行進曲練習会 映画会	映画会
4月		女浄瑠璃	太神楽, 奇術, 安来節, 曲芸, 講談, 落語, その他	映画会	春季構外運動	春季構外運動 映画会	春季構外運動	春季構外運動 素人演芸大会	春季構外運動
5月				春の構外運動 第五回運動会	春季構外運動 第六回運動会	春季構外運動(全8回) 第七回運動会	春季構外運動 第八回運動会	第十回運動会	第十一回運動会
6月		落語、手踊浄瑠璃			野球試合(病者対医局) 音楽会			野球大会(病棟対抗)	野球大会(病棟対抗) 素人演劇大会
					野球リーグ戦(病棟対抗) 映画会	野球リーグ戦(病棟対抗) 映画会	野球リーグ戦(病棟対抗) 映画会		
7月				第二回盆踊大会		演芸会	漫談大会		慰安会
8月				レコードコンサート レコードコンサート	第三回盆踊	第四回盆踊	第五回盆踊	庭球大会	レコードコンサート 音楽練習会
9月		女浄瑠璃		卓球大会	野球大会	映画会	病者年業員合同演劇会 野球リーグ戦(病棟対抗)	相撲大会	
10月				秋の構外運動 映画会	映画会 演芸会	秋季構外運動(8回) レコードコンサート	秋季構外運動 レコードコンサート 患者対看護人野球大会 野球試合(対川越病院)	秋季構外運動 野球リーグ戦(病棟対抗)	秋季構外運動 野球リーグ戦(病棟対抗) 庭球大会
11月		浪花節	慰安会	余興演芸会/作品展覧会	余興演芸会/作品展覧会 相撲大会	余興演芸会/作品展覧会 相撲大会	余興演芸会/作品展覧会 相撲大会	余興演芸会/作品展覧会	余興演芸会/作品展覧会 相撲大会
12月			太神楽, 奇術, 安来節, 曲芸, 講談, 落語,	映画会	レコードコンサート	庭球大会 映画会	ピンポン大会 映画会	素人演劇大会 映画会	映画会

註1 院内作品展覧会は1928(昭和3)に第一回が開催された。

註2 Mは明治を,Tは大正を,Sは昭和を示す。

1929(昭和4)年に第一回運動会が開催された。

1931(昭和6)年に第一回相撲大会が開催された。

1932(昭和7)に第一回野球大会、第一回盆踊大会が開催された。

1933(昭和8)年に第一回卓球大会が開催された。

1934(昭和9)年に第一回病棟対抗野球リーグ戦が開始された。

※各大会は少なくともとも1939(昭和14)年までは毎年開催されている。

資料1「東京府巣鴨病院規則」の「東京府巣鴨病院庶務細則施行手続」「第16章作業」

- 第200條 作業ハ精神病者ノ治療上ニ大ナル關係ヲ有スルモノナルカ故ニ医員及看護長ニ於テ常ニ患者ヲ奨励シテ之ニ從事セシムヘシ
- 第201條 作業ハ自費患者ニ對シテハ遊戲トシテ之ヲナサシムルニ適當ナルモノヲ選ヒ施療患者ニハ作業ノ如何ニ從ヒ一定ノ賃金ヲ興フ
- 第202條 作業ヲ分ケテ屋外作業及ヒ屋内作業ノ二種トス屋外作業ハ農作、園芸、草取、掃除、土木、大工、指物等トス屋内作業ハ手芸、編物、裁縫、機織、製茶、洗濯、割窯、病室内ノ手〇トス
- 第203條 作業ニ関シテ男女患者ヲ區別シテ相接近セシムヘカラス
- 第204條 男子部女子部ニ於テ各一棟ノ作業所ヲ設ク男子作業所ニハ主トシテ耕作園芸等ニ從事スル患者ヲ收容シ女子作業所ニハ主トシテ機織裁縫編物等ニ從事スル患者ヲ收容ス裁縫洗濯割窯等ニ裁縫所洗濯所炊事所等ニ於テモ之ニ從事セシム
- 第205條 作業患者ニシテ作業所及ヒ作業室ニ在フサルモノハ作業ノ〇類ニヨリ區別シ成ルヘク之ヲ一室内ニ定住セシム
- 第206條 病室内ノ作業指令ハ廊下ノ拭掃除、食膳〇具ノ片付等ニ患者ヲ從事セシムルニハ医員ノ承認ヲ請フヘシ
- 第207條 患者ノ如何ナル作業ニ適スルヤハ受持医員常ニ之ニ注意シ適當ナルシモアリタルトキハ看護長ニ交渉シ速ニ之ヲ事務科医務科各作業係ニ報告シ医務科作業係ニ於テ院長ノ承認ヲ受ケヘン
- 第208條 作業ニ関スル患者ノ觀守ハ作業附看護長看護人ニ一任シ其各所ノ職員雇用員ハ(指令ハ洗濯所ニ於ケル洗濯人裁縫場ニ於ケル裁縫人炊事場ニ於ケル炊事係及ヒ炊夫等)之ヲ補助スヘシ
- 第209條 作業附看護長又ハ看護人ハ看護長ニ於テ毎日之ヲ特定スヘシ作業附看護人ハ成ルヘク常該作業ニ長シタルモノヲ選ヒ患者觀守ノ任ニ当ラシムヘシ各看護人ハ該当ノ患者ヲ励マシ其業務ニ導キ且自ラ患者ト共ニ作業ニ從事スヘシ
- 第210條 作業附看護長又ハ看護人ハ作業患者ニ逃走危險等ナキ様注意スヘシ
- 第211條 作業附看護長又ハ看護人ハ事変アルトキハ遲滞ナク之ヲ予防シ必要ノ場合ニハ〇〇手続ヲ以テ其他ノ処置ヲナシ又速ニ看護科長又ハ医務科ニ報告スルノ方法ヲ請スヘシ
- 第212條 患者作業ノ際作業受持看護長又ハ看護人ハ時々作業患者ヲ陰〇スヘシ
- 第213條 作業ノ時間ハ左ノ如シ病室外作業ハ各作業場ノ規定ニヨル病室内作業時間ハ午前八時ヨリ同十一時ニ至ル間及ヒ午後一時ヨリ同四時ニ至ル間トス

酷暑ノ時節ニ於テハ午前六時ヨリ同八時ニ至ル間及ヒ午後四時ヨリ同六時ニ至ル間トス此場合ニアリテハ朝食及ヒ晚餐ハ作業ノ終リニ於テ之ヲナスコトヲ得

第 214 條 作業患者食事ハ作業場ニ於テ給スルコトヲ得作業患者ニハ午後三時ニ間食ヲ給スルコトヲ得

第 215 條 作業患者ニハ作業セル日ニ於テハ毎日入浴ヲナサシムルコトヲ得

第 216 條 看護科長ハ作業附看護人ヲシテ午前八時及ヒ午後一時ニ(夏季ハ午前六時午後四時)作業患者ヲ規定ノ場所ニ整列セシメ患者ノ状況ニ注意シ不適當ト考フルモノアルトキハ之レヲ併セテ医務科ニ報告スヘシ

医務科作業係又ハ当直医員ハ患者ヲ臨検シ其状態ノ作業ニ適スルヤ否ヤ危険又ハ逃走ノ○ナキヤ否ヤヲ○稔シ其不適當ト認メタル者ハ之ヲ止ムヘシ

第 217 條 ○稔完了後看護科長ハ作業患者ヲ作業附看護長ハ看護人ニ作業日誌ノ名簿ト共ニ引渡ス可シ

第 218 條 屋外作業ニ属シテハ作業附看護長又ハ看護人ハ患者ヲ率キテ事務科ニ至リ事務科作業係又ハ宿直員ニ要用ナル器械ヲ請求シ其品目数量ヲ作業日誌ニ記入シ之ニ事務科員ノ検印ヲ受ケ燃ル後作業場ニ出ツヘシ作業終リタルトキ其所用ノ器具ヲ品目数量ニヨリ考查シテ患者ヨリ受取り之ヲ事務科作業係又ハ宿直員ニ返却シ作業日誌内ニ受領検印ヲ受ケ燃ル後○室スヘシ事務科作業係又ハ宿直ハ之ヲ規定ノ物置場ニ方付ケ置クヘシ若シ器具ニ不足ヲ生シタルトキハ直ニ捜査又ハ其他ノ手続ヲナシ発見シ得サルトキハ速ニ事務科物品出納係ニ報告スヘシ

第 219 條 病室外作業患者ハ作業中常服ヲ一定ノ衣服ト交換スヘシ既ヲ患者ハ病室ヲ去ルトキ並ヒニ病室ニ戻ルトキ一定ノ場所ニ於テ更衣スヘシ作業患者○室シタルトキ附添看護人ハ患者ノ様子ヲ觀察シ特ニ危険物ヲ携帯セサルヤ否ニ注意スヘシ

第 220 條 作業附看護長又ハ看護人ハ作業終リテ○室シタルトキハ作業日誌ニ其作業及ヒ作業中患者ノ状況ヲ記シ看護科長事務科作業係医務科作業係ヲ經テ翌日午前十時迄ニ院長ニ提出スヘシ

第 221 條 作業上ノ製品ハ看護科長ヨリ○テ之ヲ事務科作業係ニ提出スヘシ¹⁰⁰⁾

資料2 ダントンの作業治療実施の綱領9箇条

Dunton 著の Reconstruction Therapy (1919) の pp. 229 にある Appendix の冒頭に記載されている説明を参照し、Dunton の paper からの抜粋を原則として筆者が整理した。

1. That work should be carried on with curried the main object.
2. The work must be interesting.
3. The patient should be carefully studied.
4. The one form of occupation should not be carried to the point of fatigue.
5. That it should have some useful end.
6. That it preferably should lead to an increase in the patient' s knowledge.
7. That it should be carried on with others.
8. That all possible encouragement should be given the worker.
9. The work resulting in a poor or useless product is better than idleness.

資料3 加藤普佐次郎の16項目の見解

- 1 作業治療は早発性痴呆患者に其の病気の進行に対して有利なる効果を期待し得べく又其の停止せる病状に対して有利なる保護法たり得べきものなり。
- 2 作業治療は痴愚患者の保有する能力を社会的に有益に転化せしむる最も有効なる方法なり。
- 3 早発性痴呆患者及び痴愚患者に作業療法を施すには最初は先ず模倣的集団運動に依り次で模倣的集団作業に移し遂次自由的個人作業に導くを可とす。
- 4 作業治療の早発性痴呆患者及び痴愚患者に対する治療的效果は其の各患者の有する存余能力(病気の為め破壊されざりし能力)の整理及固定にあり、従って、同一作業を反復し之れを日々継続し成るべく変更せざるを可とす。
- 5 早発性痴呆患者に対する作業治療の効果は同病緊張型のものに対して最も著明にして、同型患者に於ては社会的活動に復帰し得る者稀ならず、破瓜型のものに於ては集団的作業に参加し得るに止まるもの多く、妄想型患者に対しては其の効果少し。
- 6 躁鬱病患者に対しても亦作業治療及び開放治療は其の病機の軽快を誘致するに有利なり。
- 7 麻痺性痴呆患者には作業治療の効果少し、是等の病者を精神病院内に於て作業治療及び開放治療の実施甚だしく困難となり、他患者が此の療法に依りて得らる可き効果を滅殺する傾きあり。
- 8 精神変質者に対して作業治療を施すには始めより個別的となし、集団的又は開放的作業に交へざるを可とす。精神病院に於ける開放治療は精神変質者の混入に依りて

不結果を来たすこと多し。

- 9 作業治療は早期性痴呆患者及び痴愚患者の病院内生活状態を美化改善するに最も有利なる方法なり。
- 10 開放治療は作業治療に依りて病状の固定したる者に対して施し両治療法を同時に行ふを可とす。
- 11 作業治療は病院入院患者が粗暴行為又は破壊行為に用ふるエネルギー及び時間を無害にして有効なる行為に傾かしめ破壊行為をなす代りに何等か建設的行為をなさしむるを得べし。
- 12 精神病院に於ける作業治療及び開放治療を組織的となし。
- 13 開放及び作業は精神病院の軽快全治等を診断する上に於いて必要にして更に精神病院に於ける患者の退院の適否を決定する上に於て最も必要なる処置たるべき意義を有す。
- 14 精神病院に於ける作業治療は、其の実施を独立の分科に委ね、其の科に於いて計画を樹て専属の従業員を置き他と相 ちて系統的实施するを可とす。
- 15 作業は主として生産的にして経済的の利得ある科目を選ぶを可とす。
- 16 精神病院に於ける作業は仕事の工程を分割し其の小部分ずつを患者に練習実施せしめ多数の患者によりて全工程を各々分割実施し、其の集成によりて仕事の成就を計るを必要とす。

第4章. 地方公立病院と民間病院と民間施設における「作業療法」の実践

ここまで東京府立松沢病院における大正期までの実践を中心にみてきたが、本章では東京府以外の公立病院と公立病院以外の民間病院と民間施設における作業療法の実践を取り上げる。呉秀三が「作業療法」の理念と理論を提唱し、その代表的な実践として加藤普佐次郎が開放と作業を試みている。その後、第二次世界大戦開始までの厳しい治安統制の中でも、作業療法は実践されていた。ここでは、その代表例を取り上げる。

精神医療界では、東京府立松沢病院に勤めていた医師が各地の公立病院へ異動している場合が多い。医師たちは東京府立松沢病院で実践していた「作業療法」を異動先の公立病院で再度展開させている。特に本章で述べる神奈川県立芹香院での「作業療法」の実践は東京府立松沢病院に勤めていた菅修（1901-1978）が異動し、東京府立松沢病院での「作業療法」の実践経験を基に展開させたものである。もちろん、病院間での医師の異動関連とは別に、本章で述べる長山泰政のように留学先で学んできた「作業療法」を、帰国後に大阪府立中宮病院で実践している例もある。

1. 地方公立病院における実践

1-1. 長山泰政による大阪府立中宮病院における実践 —— ヘルマン・ジモンの「作業療法」

ドイツでは、ヘルマン・ジモン（Herman Simon 1867-1947）が精神病院における積極療法として「作業療法」を実践しており、それを斎藤玉男（1880-1972）が「作業療法の父 ヘルマン ジモン」として 1932 年に日本に紹介している¹⁾。その頃、ドイツに留学していた長山泰政（1893-1986）はジモンの「作業療法」の講座を受講し、各地の公立精神病院での「作業療法」を視察している。

1-1-1. 長山泰政が学んできたジモンの「作業療法」

ジモンの「作業療法」は「ジモン式作業療法」と呼ばれ、ジモンの提唱により、組織構築及び実践方法によって実施されていた²⁾。栗秋らによると、ジモンが設立した Westfalen 州立 Gütersloh 精神病院の敷地は 50 万坪余で、そのうち約 27 万坪が作業療法用地で、約 200 匹の牛や豚が飼われている牧場と野菜や穀類の農地であり、アヒルや鹿がおり、森や緑の公園の中に病棟や工場が 20 棟点在していた³⁾。そして、病院職員は 355 名、そのうち作業指導員（給食、洗濯係を含む）が 70 名である⁴⁾。ジモンの病院では、入院患者に渡される案内書には作業療法について以下のように書かれている。

精神病治療法中特別の位置を占めるもので、規則的有意の活動に本質的に寄与すること、病棟に医師が貴方の能力に応じた仕事を選定するが貴方の希望は可及的に顧慮すること、作業衣は貸与、貴方の作業意欲の認証として 14 日毎に小額乍

ら貴方の通帳に金を払いこみ、その外総ての患者に小遣いとして5マルクが与えられること⁵⁾。

ジモンの「作業療法」の理論によると、患者への金銭の支払いは患者の作業意欲を認める意味で支払っている⁶⁾。作ったものが売却できない場合は、病院と提携している電機会社が流通機構にのせるというシステムになっていた⁷⁾。

「ジモン式作業療法」は、それまでの精神病院で行われていた臥褥療法が患者に弊害をもたらすと批判して、患者に残っている健康な精神を激励し、強化することを目的とした。長山によると、ジモンは精神病の治療方針として以下のことを述べている。

患者の人格中にひそむ健康部分を保護し此れを良好に育て増強せしむる事に依って、患者の障害された病的部分を除去し行くべきで、其為には患者の中に尚存在する「力」を正しく行使練習さすことが最も必要であって、此れによりて患者の労働心、独立心、自己責任感が滋養せらる⁸⁾。

その手段は個別化であり、具体的には作業種目は男女で異なり、男患者には主に屋外作業、女患者には室内作業に従事させる⁹⁾。屋外作業とは農園、花園、果樹園、菜園、養豚、養鶏、庭作り、植木の手入れ、道路工事、室内の掃除、整理及び整頓、運搬、パン製造、絵画、図案、ペンキ塗、靴修繕製作、洋服裁縫、鞍、錠、煉瓦、家具、箆、ブラシ、金網、皮敷物等の製作、印刷、製本、封筒その他のほかの袋張、ナフキン畳み、紐括り等である。室内作業とはいわゆる手作業即裁縫、諸種の繕ひ物、編物、刺繍、ミシン掛、機織、糸紡、ほどき物、その他である¹⁰⁾。多数の患者が従業員から指導されながら働き、知識階級で元気な患者は事務的あるいは技術的な仕事にも従事し、また看護人の補助もしていた¹¹⁾。さらに、ジモンは入院患者を精神能力によって5階級に分け、各階級に適する作業を提供した。それは次のとおりである。

- | | |
|------|--------------------------------------------|
| 最下級 | 最も簡単で、患者の独立性及び注意を全然必要とせざる如き仕事 |
| 第二階級 | 僅少な注意及び元気活発を必要とする機械的仕事 |
| 第三階級 | 中等度の注意、元気、智力等を必要とするが如き仕事 |
| 第四階級 | 良好なる注意と幾分健全なる熟考等を要する仕事 |
| 第五階級 | 健康者と全く等しい健全にして、完全なる能力を要する仕事 ¹²⁾ |

そして、ジモンは全屋外作業患者を12群に編成し、各群には1人から2人の看護人に患者を指導させる¹³⁾。これは、ジモンが1人の看護人に多くの患者を委ねると、その看護人は患者の作業を指導していくことが不可能になると考えたからである¹⁴⁾。また、

長山によると「作業療法」を施行する時、医師には二つの重要な役割があるという。それは、患者を愉快で喜びながら作業に就かせることと、患者の仕事に正しい道を指示することである¹⁵⁾。さらに、「作業療法」の重点として、仕事は決して遊び事ではなく、ブラブラせず、真面目に行い、効果があるものでなければならないとしている¹⁶⁾。そして、「作業療法」の目的は患者を健全な社会的共同生活に復帰させることであり、その生活の為に真に生産ができるようにしていかなければならないとした¹⁷⁾。真の仕事として、普通の社会と同様に時間を定めている。例えば、ドイツの公立精神病院では、夏季の作業時間は午前7時半より11時45分、午後1時より5時半までとなっている¹⁸⁾。また、先にも述べたように、労働に対する報酬について、ジモンは報酬とは決して支払いの意味ではなく、ただ作業に対する鼓舞奨励と作業そのものを認識させる意味で金銭を与えるのだと、長山も述べている¹⁹⁾。

これらの「作業療法」の目的に達するには、全病院の仕事を組織化し、統一をさせなければならない。「作業療法」は一つの治療法として、医師からの指導があり、看護長が医師を補佐し、病院全従業員がこれを共に理解することが決め手であるとしている²⁰⁾。そして、「作業療法」は退院への一過程であり、院内だけにその目的は留まらないのである²¹⁾。これが「ジモン式作業療法」の特徴である。

長山によると「ジモン式作業療法」は、「ドイツに始まり、ヨーロッパ各地に輸入され、北欧、南米にまで採用されたが、米国ではドイツとは全く別の筋道で「作業療法」が開始されたが、同様の概念のもと発達した」と述べられている²²⁾。秋元によると、ジモンの「作業療法」は英語圏の精神医学や作業療法に関する文献では使われていないとされている²³⁾。

長山は、Gütersloh 公立精神病院院長ジモンが精神病に対する自己の新しい考察を基として「作業療法」を組織として実施し、驚くほどの効果をあげたとしている²⁴⁾。長山は留学で学んできた「作業療法」は「病者の病態、能力、体力、職業的技能、その他を考慮して各病者に適した一定の仕事に課し、そして、その態度および病歴に好影響を与へようとする療法である」と述べ、さらには「これは日本でも東京府立松沢病院でも行われてきた」としている²⁵⁾。

ジモンの著書である「*Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*」は栗秋らによって「精神病院における積極的治療法」と翻訳されている²⁶⁾。そのなかで、ジモンは能動療法について以下のように述べている。

能動的な治療法はすべての医師が多少とも行っているところである。つまり、真の治療法はすべて能動的であり、手を下して何等かの治療を行うことであり、徒らに経過を待つというのは治療ではない。(中略) 主体は患者の中でも社会に容れられないものに向けられる監視を厳重にし、患者が社会の人の邪魔にならないよう

にするのを長い年月にわたり第一としてきた²⁷⁾。

そして、no-restraint、無拘束と臥床療法を批判し、患者の無為な状態と作業との関係性について以下のように述べている。

人生は活動であり、それは肉体的、精神的の何れについても言われる。使われない活力は減退消失する。それは活動によってのみ維持され、すべての業績の根底をなす。活動しないと、未だもっていた活力は、多くの精神病では、はじめ昂まってさえいた活性は間違った方向に流れ、常同、悪戯、収集癖、無目的の駆け回り、周囲への邪魔として現われる。(中略) 活動し、その目的が達せられると満足感、内적および外的安静が生まれるのに、無為怠惰は不気嫌、怒りっぽさを生み、ひいては周囲のものと衝突、口喧嘩、罵言、ついには取っ組み合いをしたりするようになる²⁸⁾。

何かしらの活動をすることによって、人間の活力は維持され、それは人間性の維持にも影響してくるというのである。ジモンは精神病を脳髓の器質的障害と捉えており、それに対する有効な治療の手かかりはほとんどないとした上で、活動を用いて行う作業、つまり作業を介在させた治療法である「作業療法」について、ジモンは以下のように述べている。

精神病の病症が悪くならないようにし、さらにすべての患者の可能な限り再び社会に復帰し、人々と共に仕事ができるようにすること。このように精神病に対する対症療法は主として精神症状に向けられ、従って本質的には精神療法となる。その最も重要な補助手段である作業と教育は以前から精神科医の治療手段の中にはいていた²⁹⁾。

このように前置きをしてピネルの例を取り上げている。さらに、作業をすることの効果としては次のように伝えている。

病院の全体の様子が一変し目立ってよくなり呆気がとられた。患者は以前よりずっと穏やかで大人しくなり、見馴れた嫌な様子が徐々に消えていったのである。作業をさせれば当然行動の自由がずっと増え、疑わしい患者に色々な道具をもたせたら乱暴や事故が次々に起こりはしないかという懸念は全く不用のことが明らかになった。反対に多くの患者のそれまでの警戒を要する性質、ことに怒りっぽさ、暴力への傾向が著明に減少し、それまで文字通り恐がられていた多

くの患者において全く消失してしまった。また、それまで何時までもやかましく、拒否的でとりつきようもなかった患者が親しく接触するようになり、以前は愚鈍だった患者が敏活になり、それと共に作業隊全体の作業能率も高まった。

Warstein を去った時（1914）までには漸次患者の 9/10 が規則的に作業するに至り、同時に病院の中が穏やかになっていた。（中略）患者は一般に作業を嫌がることはほとんどない³⁰⁾。

このようになるための作業に関わる従業員の態度としては「一緒に働くことには不服はいわない」と述べている³¹⁾。

つまり、第 3 章で述べてきた東京府立松沢病院での「作業療法」が「仕事」としての治療法であったことと同様に、長山が学んできた「ジモン式作業療法」は「仕事」であるのだ。これは長山が「作業療法」と娯楽、慰安とは別だと考えた根拠である。長山は「病者に作業を課して身神に好影響を与えても、作業休止の時間を正しく使用せなければ作業の効果は直ちに抹殺される」と述べ、適切な娯楽と慰安としては演芸、活動写真、運動会、病者の趣味に応じて病室には読書、絵画、囲碁、将棋など、室外では散歩、テニスその他の遊戯、競技、体操等としている³²⁾。この娯楽慰安によって、「患者の生活の内容を豊富にし、病院内生活を愉快にするとともに、作業の奨励や補足として深い意義あるもの」としている³³⁾。

ジモンの「作業療法」は、「作業療法」を実施するために病院全体の組織的基盤形成を行うまで詳細な設定におよんでおり、その必要性を説いている。また、ジモンによる「作業療法」の実施の目的は退院後への一手段であり、「作業療法」の役割が入院から地域へと広がっている。これまでの日本で行われていた「作業療法」は患者の精神症状に対応する形での治療としてのみ考えられ、1 人の医師の奮闘によって実践されていた。つまり、患者を治療する、または開放するという理念を持った 1 人の医師の試行だけであったのだ。呉秀三や加藤普佐次郎らの「作業療法」は患者の精神症状を治療することに視点をおき、院内での仕事として 1 人の医師によって行なわれていた。「ジモン式作業療法」と日本の「作業療法」との違いは、「作業療法」が一人の医師による奮闘、試行で行われ、病院全体の組織的基盤形成にまで至っていなかった点にある。それを打ち破るような「作業療法」を、長山は学んできている。しかし、長山の学んできた「作業療法」は日本各地に広がりを見せることはなかった。それは、日本ではジモンの「作業療法」よりわずかに早く、アメリカのダントン（William Rush Dunton, Jr, 1868-1966）の作業療法が紹介されていたことも影響しているのだろう。また、ダントンを紹介したのは、東京府立松沢病院に勤めていた加藤普佐次郎らである。当時の東京府立松沢病院は東京大学の精神病学教室の教授だった呉秀三が院長の時期であり、精神医療界のなかで強大な影響力をもっていたのだろう。その強い影響力によって、長山が学んできた「ジ

モン式作業療法」よりも、アメリカのダントンの「作業療法」の方が優勢だったのだ。一方で、江副らによると、第一次世界大戦後、ジモンは「作業療法」の先人をしのぐほどの組織化をし、「ジモン式作業療法」を打ち出し、ヨーロッパの精神病院に強い影響を与えてはいるが、当時の大学精神医学派は「ジモン式作業療法」に警戒的であり、一定の距離を置いたとされている³⁴⁾。すなわち、ヨーロッパでは精神医療の専門家の間で、「ジモン式作業療法」は軽視され理解されていなかったのだ。日本でも、榊が医長だった頃より、大学での生物学的精神病学に傾き始め、身体的治療のみを治療と解釈する弊風があり、「作業療法」自体が一部の精神病院内での実践に留まり、ごく少数の医師によって行なわれていたにすぎなかった³⁵⁾。そのような風潮のなかで、日本の精神医療界で、ヨーロッパの大学が軽視した「ジモン式作業療法」を受け入れるはずがないのは当然である。また、菅によると日本は第二次大戦後になっても「日本の現状はまだジモン氏のところ迄にも行っていない」と述べている³⁶⁾。

いずれにしても、日本における「作業療法」の目的が精神症状に対する治療だけではなくいくつかに分かれ、精神医療界のなかでの位置づけが変容しつつあった。それによって、「作業療法」の実践目的がいくつかの道筋に分かれ始めている経緯がみてとれる。

英語圏で「ジモン式作業療法」が取り上げられていないのは、アメリカの「作業療法」がイギリス経由の道筋で発展しつつあったからだろう。これについては第6章で取り上げる。

1-1-2. 地域交流の「作業療法」

長山泰政（1893～1986）は大阪市に生まれ、大阪府立高等医学校（大阪帝国大学医学部の前身）を卒業し、1929（昭和4）年から一年間ドイツに自費留学をしている³⁷⁾。留学時にはドイツ精神病学研究所（バイエルン州ミュンヘン市）解剖学部に籍をおき、神経病理学を研究していた³⁸⁾。長山はハンブルグ市での精神病学講習会でコルプの「精神病患者の院外保護」とジモンの「最新の作業療法」の講演に感銘を受けた³⁹⁾。翌年1930（昭和5）年にはコルプ（生没年不詳）が院長をしていたErlangen精神病院を10日間の日程で見学をし、その後、公立精神病院を中心にドイツの各地を視察している⁴⁰⁾。また、ライヒナウ精神病院では20日間にわたり見学をしている⁴¹⁾。同病院では作業療法、院外保護が活発に行われていた⁴²⁾。そして、長山は1931（昭和6）年に帰国した。

帰国後、長山は大阪府立中宮病院医長となり、院長や同僚の理解が乏しく孤立無援のなかで、「作業療法」に積極的に取り組んだ⁴³⁾。その頃、長山は神経学雑誌にドイツで視察した「作業療法」や院外保護に関する論文を發表しようとしたが、受理されなかった⁴⁴⁾。

長山が「作業療法」の実践を始めたのは、帰国後に入職した大阪府立中宮病院で患者

を病室から自由に出られるようにしたかったのがきっかけである⁴⁵⁾。

大阪府立中宮病院は1919（大正8）年に公布された精神病院法にもとづき、1926（大正15）年に初めて建設された公立精神病院である⁴⁶⁾。長山が「作業療法」を始める以前の大阪府立中宮病院での作業は、病室内作業が中心でささやかなものにすぎなかった⁴⁷⁾。その頃の大阪府立中宮病院での「作業療法」についての資料は極めて少ないが、わずかに残っている資料に「作業成績表」がある。その資料によると「作業療法」は屋内作業である病室作業と、病室を離れて行なう屋外作業に分かれている⁴⁸⁾。資料では病室作業は1930（昭和5）年に始まり1933（昭和8）年までで終わっている⁴⁹⁾。一方、屋外作業は1930（昭和5）年に記録があるだけで、その後の記録はみられない。長山は入職当初、看護科長として勤務し、その後1931（昭和6）年から作業に関わるようになった⁵⁰⁾。それからは病室作業に力を入れ、次第に屋外作業に重心をうつし、1933（昭和8）年以降は屋外作業を中心にすすめ、病室内から病棟外とへ、より開放的にしていった。作業部が作られたのは1933（昭和8）年で、屋外作業は主に男子患者が従事し、農場、畜産、園芸などを行い、作業専属の看護主任1名と作業員2名が指導にあたっていた⁵¹⁾。地元の山田村山田尋常高等小学校農科教師を嘱託にむかえ、指導を受けられるシステムができあがっていた⁵²⁾。システムができあがる過程で農場は徐々に大きく広がった。1日5時間の作業時間で、年間延べ人員は3286人、年間作業日数は254日、1日平均12.9人が屋外作業に従事している⁵³⁾。一方、病室作業は男性と女性の患者により行なわれ、主として封筒その他の印刷物の調整、雑役、病棟周囲の園芸などを行ない、特に女子患者は裁縫や編物を行い、各病室勤務者が指導する形で行なっている⁵⁴⁾。作業時間は1日平均2時間、日平均71人が病室作業に従事している⁵⁵⁾。当時の入院患者数は約380人、作業患者総数は88人で、入院患者のうち作業に従事する者の割合は23.4%となる⁵⁶⁾。屋外作業種目は前記した農場に加え、1934（昭和9）年に養鶏、翌年の1935（昭和10）年には豚舎と種目が増え、人員も増加している⁵⁷⁾。

長山が実践した最初の「作業療法」では、病院職員に「作業療法」の教育を特別にしたことはなく、長山自らが現場に行って患者と一緒に作業を行なっていた⁵⁸⁾。代表的な種目は石拾い、菜園、農園、その他、技術を要するものは患者の希望をできるだけ取り入れた⁵⁹⁾。天気が良ければなるべく屋外に連れ出し、体操をしたり、行進をしたりした⁶⁰⁾。中宮病院には物理的な塀はなかったが、長山は「塀は患者自身の心の中にできるものであり、患者を物理的にも精神的にも塀を無くすよう」にしていた⁶¹⁾。地域との交流では、患者が地元の農家の手伝いをして、地域の人と握手ができるような関係であった⁶²⁾。

「作業療法」の実施時間は一日合計3時間として、午前と午後に行なっていた⁶³⁾。ある患者は靴を作っており、それは自らが履くだけでなく、外に売りに出し、それに対する報酬があった⁶⁴⁾。「作業をやっているんだという意識にすることが大事だとして、

お金を使わすこと、電話をかけることなども社会復帰に向けて大切なこと」として行なっていた⁶⁵⁾。

長山は、この頃の精神医療の状況について、後で振り返り、以下のように述べている。

精神病院が警察部保安課の監督下にあつて、精神病院は患者の監置・観護が主目的であり、従つて患者は閉鎖病棟におこまれていた。その中にあつて医者
は病室にうずくまる慢性病者に接触して常に息づまる思いがし、せめて新入院
患者の慢性化、廃残化を何とかしようと思ひがはやつたものである。そこで、身体
律動運動から心的活動を取り戻そうと考えて実行に移したり、一般患者を病室外
へ、作業患者を院外へと、患者の占有する空間の拡大に努力し、社会との接触
をはかつて社会復帰に資そうとした⁶⁶⁾。

1949（昭和24）年1月、組合の中に中宮病院復興のための復興委員会が設置され、そこに職員の超過勤務手当の事務長の手続きミスも加わり、古川亀雄事務長と組合の対立が起こった⁶⁷⁾。同年4月、組合により事務長排斥運動が始まった⁶⁸⁾。この運動は組合員に一人も処分者を出さず、古川事務長が転職して、大阪府衛生部の桐山正一が新事務長として赴任して、組合の全面勝利に終わった⁶⁹⁾。この一件を大阪府衛生局は、内部混乱と捉えて、院長と医長の管理責任が問題であるとし、長山は医長として院長を補佐する役割を果たしていないと責任を問われ、院長と共に退職に追い込まれた⁷⁰⁾。しかし、退職までの期間は留学で感銘を受けた「ジモン式作業療法」の実施に力を入れていた。

長山が実施した「作業療法」は、それまで東京府立松沢病院で行われていたような院内での「作業療法」ではなく、地域との関係構築や退院に向けた一手段である「作業療法」の実践であった。つまり、長山は「作業療法」という一つの手段を用いて、社会のなかでの患者や病院の位置づけを変容させようとしたとみてとれる。警察の管轄のもと特別扱いされていた精神病院を、他の病院以上に地域に溶け込ませ、交流をもたせ、患者と地域の人たちとの交流を豊かにしたかったのだろう。そのためには、「作業療法」の目的や位置づけ、「作業療法」に対する職員の意識に至るまでの変化が必要だった。

前述したが、長山の実践によって、日本の「作業療法」の位置づけは一時的にも、精神症状の改善だけではなく、病院組織の再構築、地域への交流手段へと変化したことになる。これは東京府立松沢病院では行なわれていなかったことから、長山の「作業療法」は日本の精神医療に新しい見地として導入されたことになる。コロニーとして院内に患者を囲み、精神病院を村にしようとした呉秀三や加藤普佐次郎の「作業療法」の実施とは真逆の発想であり、正反対な展開の試みだった。この試みは、長山が大阪府立中宮病院を退職することで終わりとなった。

1-2. 福岡県立筑紫保養院、神奈川県立芹香院における実践

1-2-1. 福岡県立筑紫保養院における「作業療法」の実施 —— 精神分裂病を中心に

福岡県立筑紫保養院の院長であった岩田太郎(生没年不詳)は精神分裂病に対する「作業療法」を実施している。実施期間は明確ではないが、論文が掲載された昭和17年以前で、「作業療法」の症例紹介から時期を逆算すると昭和14年頃からだっただろう。岩田が「作業療法」を実践した発端は九州大学精神科脳生理で師事していた下田光造(1885-1978)教授から「1人でもよいから、分裂病を作業療法で治癒させたという症例を作ってくれ」という指示があったからだ⁷¹⁾。

岩田が福岡県立筑紫保養院で分裂病に対する「作業療法」を実施した総数は95名である。そのうち、「著しい軽快乃至良好以上の寛解」を示した症例は23例である⁷²⁾。岩田は「屋外に開放され作業に就くならば就業其事が既に著しい軽快である」とし「単に精神的現在症のみを捉へて見れば妄想性分裂病者等にはここに軽快を報ぜらるる症例よりは遙かに豊かな情意の活性を保有し精神状態が一般に整頓もして居り、健常人にも劣らぬ作業能力を示して居る」としている⁷³⁾。続けて、岩田は「作業療法」の実践結果として以下のことを述べている。

寛解又は著しい軽快を示した症例の病型を見ると緊張病と○病のみで妄想性痴呆が一例もないが、実際的には妄想性痴呆者には優秀な作業能力が認められるし又作業生活に入ってからには積極的には妄想の主張もせず、従来葛藤が終論して居るから社会的意味からすれば勿論軽快と考へてよいと思ふけれども妄想の完全に消滅せぬ限り医学的には著しき軽快に組入れ難い⁷⁴⁾。

つまり、精神症状だけに注目するよりは、患者の全体像に注目するとさまざまな能力をもっていることがわかり、それは妄想がなかなか緩解しない患者でも作業をしている時だけはその妄想がなくなり、作業実施の効果が出ていることがわかるというのである。症状だけをみてとるか、症状以外で患者がもつ別の能力をもみてとるかによっては「作業療法」の効果の捉え方が変わることになる。これは「作業療法」の実践の特徴である。

「医学という科学的側面だけでははかれない人間性の豊かさを「作業療法」という手段によって導き出せる」という岩田の実感だろう。しかし、岩田は患者がもつ症状以外の能力による効果を実感しながらも、医学的研究という側面からは精神分裂病への治療としての「作業療法」の効果は考えにくいとした。

実践として、岩田は患者を作業に誘導すること自体に多くの困難があることを認め、これは作業指導員の増員で解決できる問題とした⁷⁵⁾。作業種目には多種多様な内容を用意することが必要であり、また作業療法の時期によっては行う種目が変わってくることに岩田は気がついた。作業初期の患者は男子であれば、先ずは「開墾、埋立、土工等の

肉体作業につけて団体行動に馴らす事が肝要」である⁷⁶⁾。作業種目と患者の回復段階について、岩田は以下のように述べている。

これによって精神状況に相当の調整が見え、かなりの自由が与えられる見込がつけば患者の趣味嗜好に応じて工作、薪割、藁細工、養豚、養鶏、養兔の何れに向はせても支障ない訳であり、第二段としては畑仕事の補助者にし一定期間先輩患者の仕事を見習はせ精神状態が更に好転すれば、第三段には少許り担当の畑を与へてその主宰者とし自由に蔬菜造りを営ますこととし、最後には耕地を拡大して補助患者をも付け与へると云ふ様にし園芸家として完成させることを本旨とする⁷⁷⁾。

また、作業種目について、以下のように述べている。

工作の類、動物飼育の各種に専属させるとややもすれば自閉的傾向へ復帰する可能性があるので、併しながら作業の単調と云ふことも療法上不可であり、作業全体の運営にも多角性は絶対に必要であり、更に新種も設置し、作業患者をその個々に専属せしむることは極力避けて農耕作業の副業として之を与へるつもりである⁷⁸⁾。

ことさら、園芸が作業種目としてよいと岩田は判断しており、園芸の仕事について、以下のように述べている。

開墾、整理、播種、施肥、除草、駆虫、収穫等々大いに変化に富み感興も深く、指導宜しきを得れば閑散な時がないので勤労が作業療法の理想通り充実するし、一方協同者も必要であり其他万般に周囲と相当の交渉をもたねばならぬために孤独を許されぬことも非常に良い⁷⁹⁾。

福岡県立筑紫保養院では、男子の藁細工、女子の裁縫編物等以外の屋内作業は実践しておらず、それは「作業療法」の目的からすると屋外作業の方が断然よいと考えてのことだろう。

ここで、岩田が「作業療法」の実践から得られたこととして、まずは患者を「作業療法」に誘導する誘導力が必要であり、患者を誘導するには患者との関係性の構築が不可欠だとした⁸⁰⁾。加えて、作業種目を組み合わせる力、つまり患者の評価と治療計画、治療の実施方法といった「作業療法」の技能が必要であるということを、岩田は理解したのだ。これによって「作業療法」を実施できる特殊な技術と能力、知識を持つ専門職員

の人員の必要性を認めたということになる。

ここで重要なことは「作業療法」の種目が「仕事」、所謂「労働」であるということである。今まで論文のなかでみてきた「作業療法」が「仕事」であるという認識は変わっていない。岩田が実践した「作業療法」も所謂「仕事」という領域の種目みのである。

「仕事」を治療法と考え、それを専門としていくには、当然、その領域の専門職が必要となる。例えば、園芸という作業をするのに、園芸の技能や知識を持つ専門指導員が必要になることは当然である。しかし、岩田が述べているのは「患者を作業に誘導することの方に多くの困難がある」ということである。これは作業、仕事に関する専門知識や技術ではなく、病室にいる患者を作業に導入するまでの過程での難しさを指摘している。このことから、患者との関係性が構築でき、誘導するまでの計画性と治療の効果を自然と導くという必然性ははかれる「作業療法」を実施する技能や知識などの必要を示唆している。つまり単に「仕事」としての機能ではなく、「作業療法」における患者の誘導から作業の実践にいたるまでの全体を運営していく「作業療法」を実践するための能力に気が付いたのだ。

これは精神医療が各治療によってその領域を実践するためには、ある特定の領域に特化した、または実践能力をもつ人員が必要であると理解され始めたということとは、一つの機能としての分化が必要だとする下地が作られ始めていることになる。「作業療法」は、これまでのように医師が治療のなかで片手間に行うという程度の治療法ではないということが示されたのだ。

1-2-2. 神奈川県立芹香院における「作業療法」の実施

日本の公立病院が初めて設立されたのは京都の南禅寺に1875（明治8）年創設の京都癲狂院であったが、設立7年後の1882（明治15）年10月に廃院となったため、現在まで残る精神病院として最も古いのは1879（明治12）年に設立された東京都立松沢病院（前東京府癲狂院）ということになる。その後、精神病院法が公布された1919（大正8）年以来、東京府立松沢病院は1921（大正10）年に府県立病院として指定された。1924（大正13）年に鹿児島保養院、次が前述した大阪府立中宮病院、そして、神奈川県立芹香院は1929（昭和4年）に業務が開始されているので、日本で五番目の公立精神病院となる⁸¹⁾。

その後1941（昭和16）年には「作業療法」が重要視されたため整備が必要となり、附属施設として広さ25坪の作業舎が2棟、予算4千円で増築された経緯がある。この経緯は1936（昭和11）年発行の「要覧」に記載がある。そこには「精神病院に於ける作業療法は、疾病治療上欠くべからざる存在なることは已に定評あり」として、その目的は「病者をして、日々、無為にして退屈なる生活より脱せしめ、身体的の健康を増進して、余病の併発を未然に防止し、非生産的の生活を転じて、生産的の生活を送らし

め、以て疾病治療の一助に」することにあると書かれている⁸²⁾。

鈴木によると、「作業療法」については「開院以来、鋭意、これが励行に努力し」てきたとされているが、病院開設当初の看護日誌には、作業種目は道路の除草、水汲み、草刈などにとどまっており、「作業療法」の呼び方も看護者によってまちまちで、「屋外作業」「野外作業」「労作」「土方作業」などであり、「作業療法」としては確立していなかったとの記載もある⁸³⁾。作業に熟練した看護人を配置した作業部ができたのは1931（昭和6）年頃である⁸⁴⁾。1935（昭和10）年を過ぎた頃の芹香院要覧には以下の記載がある。

熟練せる看護人数名を専属し、その指揮監督に当らしむ。病者は従前の職業と現時の病状により適度にして任意なる作業に従事せしめ、其の収穫品は本院に於いて購入す。作業患者には慰労賃金を給与し、以て誘導奨励に努めつつあり⁸⁵⁾。

作業種目は裁縫、洗濯、掃除、土木、園芸、農業、木工、わら作業、雑役などがある⁸⁶⁾。「作業医療部便り」によると、1941（昭和16）年三代目院長に菅修が着任し、「作業療法」に重きをおくようになり、同時に開放病棟もできている。菅は東京府立松沢病院で作業医長だった。東京府立松沢病院で「作業療法」を行っていた菅が芹香院に異動して、「作業療法」に重きをおいたことは容易に想像ができる。前記した1941（昭和16）年に作業舎が作られたのも菅の影響だ。

1934（昭和9）年の「芹香院内規」には、その第一條に「患者ノ作業治療又ハ屋外散歩若ハ〇〇ソノ他の事由ニ依リ患者ヲ病棟外ニ出サントスルトキハ其員数ヲ確カメ（後略）」とあり、第二條には「作業患者ヲ作業指導員ニ引渡ストトキハ人員ヲ点呼シ（後略）」、第三條には「患者ニシテ配膳、清掃、其他室内作業ノ為メ病棟付近ニ於テ就役セシムルトキハ（中略）看護上ノ責任」、第四條「作業、散歩等屋外ニ出スヘカラス」として逃走の意志がある者に対して管理する内容が示されている。⁸⁷⁾しかし、少なくとも1934（昭和9）年には屋外作業や散歩が行われていたことがわかる。そして、それを実践していたのは作業指導員であることも明確に書かれている。管理責任は看護人にあり、1931（昭和6）年頃にできた作業部の作業指導員の地位は責任が伴うものではなかったのだ。また、「作業療法」の呼び名がまちまちであったことから、作業内容自体に重要度は問われていないこともみて取れる。その後、作業種目が増え、菅が東京府立松沢病院から異動してきたことによって「作業療法」の重要度は増したが、菅が1945（昭和20）年に出兵したこととこの時期が第二次世界大戦敗戦直前だったこともあり、「作業療法」の重要さが病院全体でどこまで理解されたかは定かではない。ただし、菅が芹香院に異動したのちに、「作業療法」の種目数が増加し、附属施設が増築されていることからすれば、「作業療法」が実践されるには医師の異動が影響していると言える。医師の異動

が影響した現象はレクリエーションでも同様のことが起こっている。

1938（昭和 13）年から 1942（昭和 17）年に小林八郎（1912-没年不詳）が芹香院に勤めており⁸⁸⁾、同院でも病棟単位でレクリエーションが行われていた。その頃のことを小林は以下のように述べている。

西側に大きな病棟がありまして、西 1 病棟ですが、そこで金魚などを飼った記憶がございます。それからテニスコートがあつて、よくやったものです。その頃病院における作業療法も、レクリエーション療法も生活指導も、その重要さということを全く気付かず、大学から週何回か来るという形でしたからね。渡辺先生が西 3 病棟の南側に豚小屋を造りましてね、その豚小屋が臭くて、何故こんな臭いものを造ったんだと思っていた訳です。その豚小屋が坂の所で、その坂を降りて本館の方に歩いて来ると左側に物置小屋があり、そこに兎と鶏を飼っていましたよ⁸⁹⁾。

1955（昭和 30）年代に入り、小林はレクリエーション療法から生活療法を提案するようになる。これについては第 5 章で述べる。

『芹香院廿五周年記念』には「作業療法」について以下のような記載がある。

精神病患者のこれ迄のゆがんだ生活を直し、心身の調和をはかり、精神的健康を回復させる為に大切な治療法で、精神病院では今日広く用いられています。新鮮な日光、清らかな外気の下に、広い敷地と整備された施設の中で、多くの患者が本治療を受けて居り、いずれも適切な指導によってよい成果を挙げています⁹⁰⁾。

また、この記念誌には「作業治療」と書かれた貢があり、農耕、養鶏、養蚕、木工作業の写真が掲載され、「これ以外各人の特技とする裁縫、手芸、園芸、木工、図面等あらゆる分野に亘って作業治療が行われます」と説明されている⁹¹⁾。表 8-1 は 1953（昭和 28）年 1 年間で「作業療法」に参加した患者数である。参加者が最も多い作業は室内外掃除と配膳である。詳細は不明だが、この作業項目だけから考えられることとして、病院内での仕事の手伝いとも捉えられる。表 8-2 は同年の「作業療法実施患者中退院者転帰別表」である。

1965（昭和 40）年に発行された神奈川県立芹香院院長近藤宗一監修、神奈川県立芹香院患者後援会が著者である『芹香院 ある精神病院のプロフィール』によると、作業棟は小規模で設備も少ないという⁹²⁾。作業種目は印刷、タイプ、工芸などわずかな数である⁹³⁾。この患者後援会によると、作業棟について以下のように述べている。

職業訓練所ではないのだから、やたら大規模にする必要は少しもない。そんなことがかえって患者の社会復帰にブレーキをかけ、便々と非能率的な院内作業にいつまでも従事させるという少くない馬鹿な事態を作り上げる。つまりそういうことを往々に、精神病院をあまりにも保護されすぎた環境にして、患者を病院に住みつかせる。職業訓練は院外の施設を利用したり、特別に契約した訓練職場の生々しい実務で行なうべきであって、院内作業場はほどほどの規模にとどめるのが賢明であろう⁹⁴⁾。

そして、この作業棟で実施される作業については、以下のとおりである。

患者が自分の能力を再発見し、働くことに喜びを持ち、働くことが黙っているよりも楽しいことだと悟らせる限度で十分である。作業棟をいつも人が集まっている、楽しい場所にする。物を造りだすことの活気にあふれた喜びがそこにあるなら、病院の作業はそれで沢山である⁹⁵⁾。

1965（昭和 40）年に発行されこの資料によると、入院患者 400 名のおよそ半分 200 名以上が作業に参加している⁹⁶⁾。1963（昭和 38）年と 1964（昭和 39）年の作業出場人員と手芸出場人員は表 2 と表 3 に示す。そして、神奈川県立芹香院でのこの時期には、当時の院医長芦屋が「作業療法処方箋」の要領について、次のように述べている。

- 1) 症状別に課しうる作業種目の定式というものはない。
- 2) その時の患者がなしうる能力の限界といったものをつねに頭において考える。
- 3) 現在準備されている作業種目になにがあるのか予備知識に左右され、それにあてはまるような処方にする。
- 4) 患者の希望が大きく考慮の中心に置かれる。
- 5) その作業を指導する係員の能力も、処方選択にあたって有力な参考資料になる

⁹⁷⁾。

そして、処方の意義は「医師がそれを不必要不相当と認めたら、中止できる」ことにあるとしている⁹⁸⁾。

作業時間は午前 2 時間、午後 3 時間が限度としている⁹⁹⁾。これは療養の場である病院のなかでの「労働」としては適当だが、院外の社会の労働時間に比べると「病院生活という場における過保護という好ましくない現象の現われと見なくてはならない」としている¹⁰⁰⁾。続けて「この過保護の現実を打破する方法として、患者の院外通勤作業など、実社会の労働時間に近いものに、段階的に作業処方を進めていって、最終目的を達する

というのではなければならない。」と述べている¹⁰¹⁾。

作業指導員については、神奈川県立芹香院では「オーテー」と呼ばれ、8名いた¹⁰²⁾。彼らは「古い頃の院内の諸業務を担当し、患者と接触して作業療法に協力していたものが、次第に経験を積んで、いつの頃からかこれを主任務とするように」なったのだ¹⁰³⁾。彼らの実質的な業務は「院内基本業務を兼ねて、たとえば木工・大工作業関係は別名を営繕ともいい病院の営繕部的な仕事も兼ねていた」¹⁰⁴⁾。この他に大工作業指導員2名と裁縫作業指導員、園芸作業指導員がいた¹⁰⁵⁾。

芹香院では、開設当初、他の精神病院と同様に確立された治療法がなかった。その中で、東京府立松沢病院が行なっていた「作業療法」をまねるように、なんとか小さな形で行なっていた。そこに、東京府立松沢病院で働きかけや「作業治療」を行なっていた医師である菅の異動によって、一気に「作業療法」に重点が置かれ始めた。これは「作業療法」の重要度が病院職員に理解が得られた結果ではなく、医師の一言で行うようになったという展開である。東京府立松沢病院でも、大阪府立中宮病院でも、また芹香院でも、同様に一人の医師の奮闘により「作業療法」の実践が一時的に増加している。しかし、一人の医師による「作業療法」の実践は、その重要性や内容が周囲の職員から理解されていたとは限らない。一人の医師の奮闘だけにより実践されていた「作業療法」は、のちに精神病院職員全体が「作業療法」を実施するようになる生活療法に取り込まれていくことになる。そこでは、「作業療法」は「労働色」や「仕事化」を前面に押し出す展開をしている。

ここまで公立精神病院を順番に追ってきたが、時期が現代に近づけば近づくほど、「作業療法」実践の展開は「労働化」している。

2. 民間病院と民間施設における「作業療法」の実践

2-1. 明治期周辺の民間病院と民間施設

ここでは、明治期の「作業療法」の実施に関わる民間病院と民間施設を取り上げる。

日本では、大化改新(645年)に先立って聖徳太子が既に難波・四天王寺に施療院(悲田院)を設けていたと知られている。小俣によると、仏教的慈善思想に基づいて、傷病者あるいは貧者などを収容する我が国の最初の施設とされるのは法相宗の僧行基によって設置された「布施屋」だとされている¹⁰⁶⁾。その後、日本は仏教思想により、寺社で癲狂病者、瘋癲者を休ませていた。

その寺社における治療の実践は明治期まで続いていた。呉によると、高尾山薬王院(東京)、大福寺瀧不動堂(群馬)、常栄山願本寺(千葉)、穂積神社(静岡)、身延山久遠寺(山梨)、阿波井神社(徳島)、観月山妙法寺(山形)、仙滝山竜福寺と御滝山金剛寺不動堂(千葉)と山本一治宅(岐阜)では、既に江戸時代に精神病者の収容と治療が始ま

っており、開始時期が不明だが、その他にも多数の寺社で行なわれている¹⁰⁷⁾。

明治期に収容が始まった寺社の施設は、呉によると、千葉の原木山妙行寺（1887）と八街山不動院（1891）と高円寺（1900）、愛媛の神道修成派教務支局（1887）、東京の長久寺（1900）、小樽の妙国寺（1909）の六寺社である¹⁰⁸⁾。

このように施設では民間療法が行なわれており、特に井戸で水を浴びる冷水浴をさせることがある。八木らによると、ほとんどが温水療法ではなく、冷水療法だ¹⁰⁹⁾。また、呉の調査だと、僧侶や神官が自己の経験や信念に基づいて患者を一室に集め、祈祷、修法、説教、講和などを行い、多少の日課を定めて、炊事、裁縫、掃除、風呂焚き、採薪などの作業を課していたところがある¹¹⁰⁾。このように民間施設でも、民間病院と同じように行われていた治療方法には水にあたるという方法がある。水にあたる目的は水という異質な刺激を外界から与えることによって、病的な思考を転換することであり、気分転換の一つの方法である。水にあたるという方法は原始的な方法ではあるが、これは明治期初期から行われていた散歩と同様の方法である。散歩も歩くことで自分の外界に触れながら、気分を転換する方法だからである。病的思考を転換する方法という観点からは水にあたることも散歩をすることも、気分を転換する手段として「作業療法」となる。また、炊事、裁縫、掃除、風呂焚き、採薪も「作業療法」の一環である。さらに、僧侶から話を聴く説教や講和なども、人の話に耳と心を傾けるという意味では、いわゆる精神療法と同様であり、これも「作業療法」の一つの方法となる。

後に、明治期に入って、民間の精神病院として正式に認可されたのが加藤瘋癲病院であった¹¹¹⁾。それ以前に施設から病院へと変容したのは、1846年から存在していた小松川狂疾治療所（小松川狂疾治療所は、後に小松川癲狂院、小松川精神病院、加命堂脳病院と改称している）¹¹²⁾。明治以降に設立された現存する民間精神病院として最古の歴史を有する精神病院は根岸国立病院である。創立は1879（明治12）年である¹¹³⁾。このように明治期から第二次世界大戦敗戦までに廃院した精神病院も含めて、創立された精神病院は東京だけでも23か所を数える。中でも、1898（明治31）年に設立された東京脳病院は明治期に既に水治療法以外に、娯楽室を設け、病院前には広い運動場を設け、築山、鉄棒などが設備されていた¹¹⁴⁾。その他、呉によると埼玉の毛呂病院、新潟の新潟脳病院、石川の小野慈善病院、宮城の東北慈恵院などがある¹¹⁵⁾。

このように考えると、民間施設では作業種目が生活に密着していることが多く、明治期以前から明治期初期にかけての民間施設や民間病院でも同様な「作業療法」の種目が行なわれていたことになる。明治期以降の「病院」という場でも、作業種目は変わらず生活に密着している。これは「生活」をキーワードにした「作業療法」の一つの特徴となっていくのだろう。次に具体的な「作業療法」を実践していたいくつかの民間病院と民間施設での実践を取り上げる。

2-2. 心経癲狂病人教導院、今泉山静養所、厩橋病院における「作業療法」の実践

梅村によると、山本救護所では天上寺を相続した山本秀道が寺を廃寺にし、神職に転じて神道修成派に加わり、「今日ノ実地実用ニ就キ活動シテ行ウ」ための日常生活上の十か条を定め、精神患者処遇の基礎を作った¹¹⁶⁾。八木らによると、神職に転じたことで加持祈祷から生活上の実践へと治療法にも変化をもたらしたとされている¹¹⁷⁾。

1886(明治19)年、当時の収容舎が焼失した。翌年1887(明治20)年、再建をする際に心経癲狂病人教導院を構想し、その院則に処遇が示された¹¹⁸⁾。それは説得的方法として「至当の大道理を懇々説諭し、真に感伏することを得せしむ」と、掃除や作業を通じて懸命に働くことによって「人事の何者たるを服得せしむる」と、生活指導として「其人たる者の義務ある所を見習はしむ」である¹¹⁹⁾。その後、精神病院の設立などによって、精神病患者を治すための収容施設から精神病患者保護のための救済施設へと変わり、第二次世界大戦終戦で施設としての運営に幕を閉じている。

心経癲狂病人教導院では、患者を拘束することではなく、一定の規定のもとに生活することを促している。その規定とは人として働くことであり、一人一人に働く義務があることなどを示している。施設外の社会を意識してか、それとも施設内コロニーを意識していたかは定かではないが、作業を通じて、懸命に生きることを促しているのである。生きるためには働くことが義務付けられるという一般社会での生き方を基本としたのだろう。この施設での「作業療法」は精神病患者を拘束することや閉じ込めることより、患者を動かすというねらいがあったと言えよう。

津田によると、鎌倉の称名寺の住職の成実随翁(1881-1954)はピネルに共感して、1915(大正15)年に静養所を設立している¹²⁰⁾。それが精神病患者保養所の今泉山静養所である。入所者は浮浪者、売春婦、分裂病、躁鬱病などの患者であり、必要に応じて患者を精神病院に紹介していた¹²¹⁾。この施設での治療は手芸、菜園耕作、法話、読経、灌漑(夏のみ)、散歩などが組み合わされ、処遇は開放的であった¹²²⁾。1940(昭和40)年までの利用者は延べ約10万人であったが、精神病院での医療が主体となるにつれて入所者は減り、第二次世界大戦敗戦直後から利用者は数人となり、最後の一人が1972(昭和47)年に精神病院に転院して、この施設の運営は終わった¹²³⁾。今泉山静養所ではさまざまな作業を組み合わせていたのが特徴的である。農作業を行う施設が多いなか、手芸を取り入れていることも特徴である。これは住職の成実がピネルに共感して実践した施設ということもあり、手作業も取り入れることを考慮したととれる。ピネルの解放と手作業、そこに仏教思想から行なわれていた法話や読経を組み合わせている。これは西欧の思想と仏教の思想を意識して組み合わせた新しい「作業療法」の思想になる。他の施設や病院では西欧の模倣をするか、または寺社の仏教の思想をそのまま実践するなどどちらかに偏っていた。このような複合的な組み合わせは作業種目だけではなく、施設と病院の役割分担にも表れている。施設と病院が協力体制にあったことは当時として

は新しい体制だった。それぞれの役割分担ができていたのだろう。いわゆる、福祉体制的思想があったと言えよう。

群馬で1928（昭和3）年に設立された厩橋病院の院長となったのは、東京府立松沢病院に勤務していた前田忠重だった。前田は東京府立松沢病院に勤務していた時期に加藤普佐次郎らとともに「作業療法」を実践していた人物である。八木らによると、前田はその時の体験を活かして、厩橋病院でも身体的療法よりも開放看護の方法で患者を普通の人として扱うことを旨とし、患者を市中に連れ出して催し物を見学させるなど、慰安としてスキー、登山、栗拾い、わらび刈り、蛍とりなどを行っている¹²⁴⁾。香内によると、1935（昭和10）年から1938（昭和13）年の頃の厩橋病院では、「毎年数十名の患者が赤城山に茸の野外食に出かけるなど、作業能力を導き出す目的で院内での掃除、営繕、醸造、洗濯は男子に行い、女子には裁縫を小集団で行っていた」¹²⁵⁾。病院が移転してからは広い山林を利用して作業療法の拡大を図り、無為患者に働きかけるために大作業所を設け、封筒貼り、藁細工（縄や草履）、竹細工をし、農業で自給自足を目指し、野菜だけではなく、米麦、さらには養豚、鶏、家鴨、淡水魚の飼育などをして残存能力の拡大が行なわれていた¹²⁶⁾。

前田は病院を「療養社会」として、その雰囲気づくりのため病棟に塀を造らず、看護者の目を塀と考えていた¹²⁷⁾。前田は作業の種目を増やす、作業の場を拡大し、病院を一つの社会と見なしていたのだ。まさしく、東京府立松沢病院で行っていたコロニー作りと同じ病院作りを行ったのである。前田の「作業療法」には病院の外を意識した形跡は見当たらず、患者を病院の中に収め、病院のなかでの自給自足を促したのだ。病院をコロニーと見立てれば、コロニーのなかに塀はいらないからである。しかし、病院での自給自足とは病院という地域社会や病院外の社会とは別の存在価値を持たせることになる。いくら患者の残存能力の拡大を図っても、それを活かすのは病院という特別空間である社会のなかだけということなる。これは精神症状に観点を置いていることと変わらない。

註

- 1) 秋元波留夫. 作業療法の源流. 金剛出版;1975. p. 328.
- 2) 長山泰政. 精神病の作業療法-独逸公立精神病院に於ける精神病者の看護並に保護事業(抜粋)-. 病院精神医学 第6集:病院精神医学懇話会;1963. p. 51-60.
- 3) 栗秋要, 吉原林, 長谷川保訳. 精神病院における積極的治療法. 医学書院;1978.
(Hermann Simon. Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt)
本書はドイツ精神医学雑誌 Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie の1927年の87巻97頁-145頁、1929年の90巻60頁-121頁と245頁-309頁の計3回にわたりSimonが発表した3篇の論文の全訳である。
- 4) ヘルマン・ジモン. 前掲書註3).
- 5) 同前. 前掲書註3). p. 5.
- 6) 同前. 前掲書註5).
- 7) 同前. 前掲書註5).
- 8) 長山泰政. 前掲書註2). p. 52.
- 9) ヘルマン・ジモン. 前掲書註3).
- 10) 同前. 前掲書註3).
- 11) 同前. 前掲書註3).
- 12) 同前. 前掲書註3). p. 23-26.
- 13) 同前. 前掲書註12).
- 14) 同前. 前掲書註12).
- 15) 長山泰政. 前掲書註2).
- 16) 同前. 前掲書註2).
- 17) ヘルマン・ジモン. 前掲書註3).
- 18) 長山泰政. 前掲書註2).
- 19) 同前. 前掲書註2).
- 20) 同前. 前掲書註2).
- 21) 同前. 前掲書註2).
- 22) 長山泰政先生著作集刊行会. 長山泰政先生著作集(非売品). 長山泰政. 「欧州精神病院に於ける作業療法. 1994. p. 75.
- 23) 秋元波留夫. 前掲書註1). p. 326.
- 24) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註22). 1994年の長山泰政著「精神病者の院内療護」p. 83-85.
- 25) 長山泰政. 前掲書註2). p. 83-85.
- 26) ヘルマン・ジモン. 前掲書註3).
- 27) 同前. 前掲書註3). p. 1-2.

- 28) 同前. 前掲書註 3). p. 7.
- 29) 同前. 前掲書註 3). p. 8.
- 30) 同前. 前掲書註 3). p. 10.
- 31) 同前. 前掲書註 3). p. 15.
- 32) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 24).
- 33) 長山泰政. 前掲書註 32).
- 34) 江副勉、加藤伸勝、長谷川保ら. 精神病院における作業療法の現状. 精神衛生研究 13; 1965. p. 1-24.
- 35) 江副勉、加藤伸勝、長谷川保ら. 前掲註 34).
- 36) 第九回関東精神医学懇話会発行『作業治療について』(非売品)昭和 28 年. p. 8.
- 37) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 22). 「年譜」 p. 7-8.
- 38) 同前. 前掲書註 37).
- 39) 同前. 前掲書註 37).
- 40) 同前. 前掲書註 37).
- 41) 同前. 前掲書註 37).
- 42) 同前. 前掲書註 37).
- 43) 同前. 前掲書註 37).
- 44) 同前. 前掲書註 37).
- 45) 同前. 前掲書註 37).
- 46) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 22). 1994 年の中宮病院活動療法科「長山泰政先生を囲んで」 p. 245.
- 47) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 22). 1994 年の本作業療法士協会精神科作業療法基準委員会「長山泰政先生訪問記「わが国の精神科作業療法の発展」その二」 p. 248
- 48) 長山泰政. 前掲書註 47). p. 248.
- 49) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 22). 1994 年の森口秀樹著「長山泰政先生と大阪府立中宮病院」 p. 263.
- 50) 同前. 前掲書註 49).
- 51) 同前. 前掲書註 49).
- 52) 同前. 前掲書註 49).
- 53) 同前. 前掲書註 49).
- 54) 同前. 前掲書註 49).
- 55) 同前. 前掲書註 49).
- 56) 同前. 前掲書註 49).
- 57) 同前. 前掲書註 49).
- 58) 同前. 前掲書註 49).

- 59) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 22). 1994 年の本作業療法士協会精神科作業療法基準委員会「長山泰政先生訪問記「わが国の精神科作業療法の発展」その二」p. 252.
- 60) 同前. 前掲書註 59).
- 61) 同前. 前掲書註 59).
- 62) 同前. 前掲書註 59).
- 63) 同前. 前掲書註 59).
- 64) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 22). 1994 年の長谷川保、浜田晋、吉岡眞二「談長山泰政を囲んで」 p. 239.
- 65) 同前. 前掲書註 64).
- 66) 同前. 前掲書註 64).
- 67) 長山泰政先生著作集刊行会. 前掲書註 22). 1994 年の森口秀樹著「長山泰政先生と大阪府立中宮病院」 p. 280.
- 68) 同前. 前掲書註 67).
- 69) 同前. 前掲書註 67).
- 70) 同前. 前掲書註 67).
- 71) 岩田太郎. 精神分裂病の作業療法. 病院精神医学第 6 集. 病院精神医学懇話会; 1963. p. 73-100.
- 72) 同前. 前掲註 71). p. 90.
- 73) 同前. 前掲註 72).
- 74) 同前. 前掲註 71). p. 90-91.
- 75) 同前. 前掲註 74).
- 76) 同前. 前掲註 71). p. 92.
- 77) 同前. 前掲註 71). p. 93.
- 78) 同前. 前掲註 77).
- 79) 同前. 前掲註 71). p. 93-94.
- 80) 同前. 前掲註 79).
- 81) 鈴木敦子. あすを拓く 芹香院・50 年の精神医療. (非売品); 1979. p. 40.
- 82) 鈴木敦子. 前掲書註 81). p. 62-63.
- 83) 同前. 前掲書註 82).
- 84) 同前. 前掲書註 82).
- 85) 同前. 前掲書註 82).
- 86) 同前. 前掲書註 82).
- 87) 同前. 前掲書註 82). p. 259.
- 88) 芹香院五十周年記念誌. (非売品); 1979. p. 29.
- 89) 同前. 前掲書註 88). p. 32.

- 90) 芹香院廿五周年記念. (非売品);1954.
- 91) 同前. 前掲書註 90).
- 92) 神奈川県立芹香院院長近藤宗一監修. 神奈川県立芹香院患者後援会. 芹香院 ある精神病院のプロフィール. メヂカルフレンド新社;1965. p. 96.
- 93) 同前. 前掲書註 92).
- 94) 同前. 前掲書註 92).
- 95) 同前. 前掲書註 92). p.98
- 96) 同前. 前掲書註 95).
- 97) 同前. 前掲書註 92). p. 103
- 98) 同前. 前掲書註 92). p. 104
- 99) 同前. 前掲書註 98)
- 100) 同前. 前掲書註 98).
- 101) 同前. 前掲書註 98).
- 102) 同前. 前掲書註 98).
- 103) 同前. 前掲書註 92). p. 105
- 104) 同前. 前掲書註 103).
- 105) 同前. 前掲書註 103).
- 106) 小俣和一郎. 精神病院の起源. 太田出版;1998. p. 34.
- 107) 呉秀三. 我邦ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設. 1912. (復刻版:創造出版;2003.)
- 108) 同前. 前掲書註 107)
- 109) 八木剛平, 田辺英. 日本精神病治療史. 金原出版;2002. p. 55-56.
- 108) 同前. 前掲書註 109). p. 55-56.
- 109) 同前. 前掲書註 107)
- 110) 同前. 前掲書註 107)
- 111) 東京の私立精神病院史. 牧野出版;1978. p. 41.
- 112) 同前. 前掲書註 111). p. 53.
- 113) 同前. 前掲書註 112).
- 114) 同前. 前掲書註 111). p. 69.
- 115) 同前. 前掲書註 107)
- 116) 梅村貞子. 精神障害者収容施設・山本救護所の歴史. 岐阜県郷土資料研究協議会会報 14; 1976. p. 14.
- 117) 八木剛平, 田辺英. 前掲書註 109):2002. p. 60.
- 118) 梅村貞子. 前掲註 116).
- 119) 同前. 前掲註 116). p. 15.
- 120) 津田正利. 神奈川県 of 精神医療のあけぼの. 精神会誌 46;1996. p. 15-26.

- 121) 梅村貞子. 前掲註 116).
- 122) 同前. 前掲註 116).
- 123) 同前. 前掲註 116).
- 124) 八木剛平, 田辺英. 前掲書註 109). p. 107. 香内信一. 日本精神医学風土記, 第 3 部, 第 2 回・群馬県. 臨床精神医学(18):1989. p. 427-432.
- 125) 香内信一. 前掲註 124). p. 430.
- 126) 香内信一. 前掲註 124).
- 127) 香内信一. 前掲註 124).

表 8-1 昭和 28 年自 1 月至 12 月 作業別人員表

出典：芹香院廿五周年記念. 1954.

区分 \ 作業	農業	家畜	園芸	土木	清掃	営繕	雑	裁縫	室内 外掃 除	配膳	洗濯	計
各作業延人員	3,006	1,245	243	1,105	1,018	418	1,063	4,504	8,402	7,505	289	28,798
一日平均作業 者数	11	3	1	4	3	1	4	15	23	21	1	87
作業別比率	10.4	4.3	0.8	3.8	3.5	1.4	3.7	15.6	29.2	26.1	1.0	100%

表 8-2 昭和 28 年自 1 月至 12 月 作業療法実施患者中退院者転帰別表

出典：芹香院廿五周年記念. 1954.

病名 \ 転帰別	全治		軽快		未治		計		計
	男	女	男	女	男	女	男	女	
進行麻痺	0	0	1	1	0	0	1	1	2
精神分裂病	6	4	5	4	0	0	11	8	19
そううつ病	0	1	1	1	0	1	1	3	4
てんかん	0	0	1	0	0	0	1	0	1
精神薄弱	0	0	0	0	2	0	2	0	2
神経症	0	0	1	1	0	0	1	1	2
老人性精神障碍	1	0	0	0	0	0	1	0	1
計	7	5	9	7	2	1	18	13	31

表 9 作業出場人員

出典：神奈川県立芹香院患者後援会. 芹香院 ある精神病院のプロフィール. 1965

年別	農業	園芸	営繕	造園	院内清掃	配膳	裁縫	家畜	室内作業	院外作業	計
38	5,569	6,228	2,252	3,692	11,122	7,314	6,028	2,992	19,408	3,055	67,660
39	5,711	6,323	1,923	2,352	8,812	7,145	6,424	2,510	20,914	4,149	66,263

表 10 手芸出場人員

出典：神奈川県立芹香院患者後援会. 芹香院 ある精神病院のプロフィール. 1965

年別	絵画	クッション	刺繍	レース編	毛糸編	洋裁	人形	ローケツ染	茶道	計
38	1,750	68	335	3,791	390	179	39			6,552
39	2,611	42	212	3,204	220	303		237	200	7,029

第5章. 公立病院と民間病院における「作業療法」の発展と専門分化の基盤構築 ——

第二次世界大戦敗戦直後から「作業療法」従事者の国家資格化直前まで

ここまで、明治初期から昭和初期までの「作業療法」が実践された事実を史料から読み取り、実践された「作業療法」についての歴史的な意義や実践構造などを解釈してきた。その後、第二次世界大戦が始まり、精神病院の状況も戦争の影響を受け、「作業療法」も昭和初期とは大きく変わっていった。そして、第二次世界大戦後における精神病院での治療方法も「作業療法」の位置づけや実践意義も戦争前と比べると大きく変わり始めている。本章では、公立病院と民間病院における第二次世界大戦直後から「作業療法」従事者の国家資格化直前までの「作業療法」の実践の展開について取り上げる。とりわけ、公立病院では東京都立松沢病院と国立武蔵療養所が、同じ時期に同様な治療法に違う名称を付け、相違のある流れを作っている。そこで、公立病院では東京都立松沢病院と国立武蔵療養所の二つの流れを取り上げる。医師の異動に関係するが、比較的、東京都立松沢病院の流れは他の主な公立病院へと流れ、国立武蔵療養所の流れは民間病院などへと全国展開をみせている。「作業療法」の変容を検討するために、「作業療法」と密接的な関わりがある「働きかけ」と「生活療法」について取り上げる。そして、同時期に提唱された「生活臨床」にも触れる。さらに、「作業療法」が専門分化されていく過程を追う。

1. 公立病院からの始まり I —— 東京都立松沢病院の場合

第二次世界大戦中と敗戦直後、一般社会同様に精神病院のなかでも自給自足を強いられる事態となったことは、敗戦した日本の状況を考えれば容易に想像がつく。もちろん、公立である東京都立松沢病院においても同様のことが起こっていた。

1-1. 第二次世界大戦下中から敗戦直後の「作業療法」

第二次世界大戦敗戦直後の東京都立松沢病院内の状況をめぐる作業指導員らの語りを東京都立松沢病院の看護者であった宮内充がまとめた『語り部の記録』から取り上げる¹⁾。宮内充は1948（昭和23）年から1985（昭和60）年まで36年間東京都立松沢病院に勤務している。作業指導員らの体験を取り上げることで、第二次世界大戦中から直後にかけての「作業療法」がどのような状態で行われていたのかがわかりやすくなる。

『語り部の記録』は看護者、看護見習い、作業指導員らによって、昭和初期から第二次世界大戦中と敗戦直後までの作業活動の状況がそのまま語られた資料である。これは「作業療法」従事者の国家資格が成立する以前からの「作業療法」に関する作業指導員の貴重な資料である。

東京都立松沢病院のなかでの作業指導員とは、「作業療法」に従事する無資格者のことである。彼らは元小学校の教員や園芸の専門家などであり、それぞれの種目の専門家

として雇われていた。

精神医療史研究が発行している『松沢病院九十年略史稿』による公表からも、1945（昭和 20）年には、入院患者数の半数の約 500 名が死亡し、1941（昭和 16）年から 1945（昭和 20）年の約 4 年間に死亡者が実に 1,506 名となり、悲惨な状況だったことがわかる²⁾。

第二次大戦前、戦中、戦後にわたり、東京都立松沢病院で作業指導員をしていた藤枝千里の「畜産の作業について」によると、戦後直後の「作業療法」は次のとおりである。

1945（昭和 20）年頃は、動物の飼育はできない。むしろ、農業に等しかった。1951（昭和 26）年頃から食料事情が好転した。段々とジャガイモ、南瓜、サツマイモが沢山取れるようになり、食養科へ納入した。その頃の方が自発性も強かった。空腹感が先だった。使役でない。あの状態の方が指導しやすい。患者対指導員の人間愛は今の数倍にも匹敵し、ひもじいものが集って作業をする。作らないと食えない。（中略）窮状を救ったことは事実である。使役的な見方は成立しない。弱いものを救ってやろうということで始まり、みんなで努力したのである。³⁾

1947（昭和 22）年から「作業療法」の国家資格化後まで長期にわたり東京都立松沢病院の作業医療科に入職し、主に園芸班で作業指導員をしていた堀切重明の「松沢病院における作業の歴史」によると、第二次大戦中と敗戦直後の「作業療法」は以下のとおりである。

作業班によっては戦争中から戦後にかけて、台所を一切引き受けていた。（中略）当時としては作業療法ではなく、職員の代用であった。（中略）病院のために俺達は働いたという患者もおります。⁴⁾

作業指導員たちは患者と同じ目線で、患者とともに作業を行い、ともに楽しみ、ともに苦勞をしている。患者に作業をやらせるのではなく、作業指導員自らがやってみせている。また、医学的見地から患者を病人とは見ておらず、一人の人間として接している。そして、「治療」としてではなく、作業指導員は健康な方向へと向かうようにと考えた「健康法」としての実施であった。作業活動をするによって健康になるという考え方は、「作業療法」の一部の考え方である。しかし、一方で、妄想がどのような時に出るか、どのような時には出ないのか判断していることは医学的見地である。作業指導員自身がそれを医学的見地としては認識していなかったことになる。第二次大戦中、敗戦直後は「作業療法」を実践するどころではないのだろうが、患者が職員の代行をするという存在であり、助け合ったことは認めている。これは呉以降のコロニー的思想であり、

また戦争という特殊で危機的な環境下では、周囲に居る人々が助け合って至極当然ということである。戦争という環境を除いた時期に患者が職員の代行を行えば使役と言われる。作業指導員も述べているように、患者が自ら行かうか、職員が患者に行なうように指示して患者が行なうかによって、使役の構造は異なる。また、一般の職員と同様の賃金が患者に支払われるかによっても変わる。患者を一般の職員よりも安く雇用したり、賃金の代わりにタバコなどの物を与えたりすれば使役となる。つまり、この時期の活動は使役でもなく、「作業療法」でもないといえる。

次に、第二次世界大戦敗戦直後に看護者が体験した作業に関する記述である。1940(昭和15)年に東京都立松沢病院の看護科に入職していた看護者の織田ミエ子の「戦前から戦後の話」によると「1945(昭和20)年には病棟の中だけでレクリエーションをやっていた」という⁵⁾。また、「レクや遊びは動かない患者に無理にやる。ヒロポンなどを飲ませて遊ばせる。酒を飲ませて運動させるようなものだ」とも述べている⁶⁾。第二次世界大戦敗戦直後、看護者が中心となって、病棟内でレクリエーションが行われていた。「療法」とは呼ばれていなくとも、看護者はレク、散歩、内職などを通して患者に対して、何かしらの関わりをもとうとしている。精神医療従事者としての原点に「人間らしい生活」を求めて患者とともに動くという思想は、呉の思想でもあり、東京都立松沢病院全体の思想ともなっていたのだろう。

次に、患者とともに作業活動を行っていた作業指導員、藤枝千里から見た患者が行なう作業活動の見解である。

患者たちは自分の病気を知っている。良くなって、体を鍛えて、退院したい。この事はみんな一致している。それに従って働くという生産的な面がある。道具を使う。これが又、誤解されている。実は動物を養い貢献している。例えば、豚を市場に出している。患者が貢献している。プラスである。ある医者は労働力を使い、生産していないと言う。作業医長に基本的な方針をお願いしているが何もくれない。漠然としているのは確かであると思う⁷⁾。

「作業療法」は生産面的な側面はあるが、それは「労働」としてみるだけではないというのである。生産面があるから「労働」と誤解されてしまう。作業活動を「労働」と捉えたと医師は医療行為とは捉えず、所謂、処方が出せない。特に第二次大戦中、敗戦直後は、患者も職員と一緒に生きてするための工夫として「労働」をしていたのだから、医療行為と理解されることは困難だっただろう。この状況を藤枝千里は以下のように述べている。

治療というよりより運動みたいになると思います。飽く迄も患者本位である。作

業だけではなく、時にはキャッチボールもやる。絶えず苦楽を共にしている。(中略) 大事なことは指導員が先頭に立ってやってみせることです。指導員が動かないと患者はついて来ない。命令では駄目です。指導員と共に働いてゆくことが指導につながると思う。私たちが働くのを見て、患者がやる気になる。(中略) ある患者は猿と卵の管理をしている。患者はここにいたいと自発的である。(中略) 患者の仕事が一杯ある。その人の能力をみてあげる必要がある⁸⁾。

作業活動の捉え方によるが、作業を仕事とだけ捉えれば、作業をすることは「労働」一色になる。しかし、作業活動としてキャッチボールも作業と捉えれば、人が生きている一つの活動となる。ここでは作業指導員自身が作業を仕事や「労働」と捉えていた様子がわかる。逆に看護は生産性のない散歩なども活動の一つとして捉えている。この時期には理論的な「作業療法」が成立しておらず、体験知からの実践だったので、「作業」という言葉の解釈が曖昧であり、職種によって、また立場によってそれぞれ違っていた。但し、患者に対する関わり方は呉や加藤らが述べていたように患者と共に動く様子がみてとれる。

次に、作業指導員であった藤枝千里が「作業」をどのように捉えていたのかということがわかる部分を引用する。

作業は健康法である。看護と作業は違う。(中略) 封建的ではない。(中略) 患者とが同じに動くことが一つのポイントである。半年、一年は面倒をみる気持ちでないとうまくゆかない。それから、言葉遣いが大切です。無礼な言葉を使つてはいけない。(中略) 信頼されることです⁹⁾。

怒りが出たのは使役の声が出た時である。他の病院からデータを取りたいと医師が調査に来たことがある。作業療法をどう思うかという。治療と言いたくない。健康法といいたい。患者との人間関係ができ、相談に入っていく。明るくなり、見違える程、健康な体になる。(中略) 自然の大気を吸うことは健康によい。脳を休ませることだ。妄想は作業中にない。休憩時間には多くなる。押し付けるだけでは駄目だ。話しかけてやること、そして頭を切りかえてやることです¹⁰⁾。

作業指導員は「作業療法」を治療と捉えず、「健康法」だと考えていた。上下関係がなく、対等の立場で患者に関わる。しかし、一方で、脳を休ませたり作業に集中することで妄想が減少したり、話しかけることで気持ちを切りかえるという治療としての関わり方も作業指導員の視野に入っている。関わる方法の名称は違うが、作業に集中することで妄想を減少させるなどの「作業療法」に対する見解は、呉や加藤が述べてきた「作業

治療」の実施方法に近い。しかし、大きな違いは、医師の関わりが見えてこない点である。呉と加藤の時期は医師が先頭して実践していたが、ここでは医師は理論に傾き、主な実践は作業指導員に任されていた。そうすると、作業指導員が言うように、治療というより「健康法」とするのが適当である。

第二次世界大戦中、敗戦直後の「作業療法」は、生きるための「作業療法」となっており、患者は患者という役割を越え、職員もその役割だけに固執せず、互いを助け合い生き残ろうと患者と職員が一緒になって働き、食糧を確保するということが中心となっていた。これを「労働」という側面だけをみれば「労働」と言えるが、戦争という特殊な環境下では、患者だけに「やらせる」ということではなく、職員も一緒になっていたという側面から、この時期の「作業療法」は「労働」とも使役とも言えないだろう。言うなれば、戦時下の生きるための「作業療法」となるだろう。戦後は、職員の意志によりレクリエーションなどが開始されていく。

レクリエーションが開始された中で、医師である石川準子の呼びかけで始まった。そして、「作業治療」の再興、臺弘ら実践派の医師と看護師たちの呼びかけで「働きかけ」という動きが始まった。次に、「作業治療」の再興と「遊び治療」と「働きかけ」に注目して具体的にその実践を取り上げる。

1-2. 1950（昭和 25）年代以降から国家資格化直前までの「作業療法」の再興・「遊び治療」・「働きかけ」—— 石川準子らを中心に

第二次世界大戦敗戦直後、東京都立松沢病院内では「戦後の復興は作業から」という声が広まり、自由と開放の動きが起こってきていた¹¹⁾。しかし、「作業療法」を「労働」として実践してきた経緯のなかで、戦後の復興までも患者の「作業療法」を「労働」として実践しようとしたのだろうか。「作業療法」は「労働」のまま継続されていくのか、それとも一つの治療と位置付けられていくのかをみていきたい。

1-2-1. 「作業療法」再興のきっかけ—— 石川準子の「作業療法」に対する見解

社会が民主化されていくなか、1946（昭和 21）年 10 月、東京都立松沢病院に従業員組合が結成された。その結成準備委員会で、同年 7 月「終戦後患者は何の慰安もなく、ひもじい思いばかりで気の毒だから、本年は盆踊りを大々的にやろうではないか」との提案があり、全会一致で賛成された¹²⁾。この盆踊りは、「遊び治療」の一つとして毎年作業医療科によって盛大に行われるようになった¹³⁾。

同年 11 月、内村祐之院長の提案により、本院創立記念日に職員の演劇を催すことになり、これもまた大戦後の院内の雰囲気を変えた¹⁴⁾。このように 1946（昭和 21）年は、未だ食糧事情がよくないなかでも、院外散歩、盆踊り、演劇祭など、院内での主な治療的年中行事が逐次復活していった。このような動きは職員相互の人間関係を濃厚なもの

とし、病院全体の雰囲気徐徐に変容させ、後の種々の催し物、レクリエーション、「遊び治療」、「作業治療」を再興していく上で、基盤を築き、環境づくりとなったと言えよう。

第二次世界大戦が終結をむかえてから3年が過ぎた1948(昭和23)年、当時の作業医療科医長だった石川準子(1942(昭和17)年から1955(昭和30)年まで在籍, 生没年不詳)が、院内の「作業療法」に対して動き出した。石川は、第二次世界大戦中期と戦後直後期の作業活動は農業もできなくなり、市場に魚や野菜をもらいに行き、その他は全員で防空壕堀をしていたのを見ていた¹⁵⁾。そして、その頃のことを、石川は「組織的な作業はなく、生産することが重要で、従業員も一緒になって働いていたという形」だったと述べている¹⁶⁾。石川は沈滞していた「作業療法」を戦前の水準まで復活させようとした。石川の1948(昭和23)年時の「作業治療」に対する見解は次の通りである。

症状と種目の適応についての判定は、核心的なむずかしい問題であって、病状と種目と作業指導員の三角関係によるものである。これらの組合せがぴったりこないと作業治療の目的を達することはできない。これには医師は作業指導員の性格、仕事のやり方の特徴、患者さんへの態度についてよく知らなければならない。又指導員は患者をよくしっていなければならない¹⁷⁾。

この石川の「作業治療」に対する見解は、後に石川が作業指導員に精神医学を教える裏付けともなる。そして「作業治療」を実践する際の留意点として、石川は次のように述べている。

唯機械的に患者の前職が農業だから農業に出せばよいという風に割りきって考えられない。かえって他の作業にむけられた時より意欲が消極的になる。働く意欲をおこさせるのには、一般的に農業や園芸がよい。(中略) 一貫した目的のあるもの、変化のあるもの、断続されてないものがよい。(中略) これを取捨選択すると、大体どの患者にも適応できる¹⁸⁾。

作業活動に農業や園芸を選択した理由は、時期によってやることが異なり、方法にも段階付けができるからだろう。石川はこれを取捨選択すれば、誰でも治療が可能になると述べているのだ¹⁹⁾。さらに、石川は「作業治療」を実施する時期は6ヶ月から1年が最も多く、そのくらいが適当であり、3年以上になると固定され、多くの患者が慣れてできるようになるとしている²⁰⁾。これは、早期治療の開始がよい結果を導くということだろう。また、石川は「作業治療」の目的を四段階に分けている。

私のいう作業治療は、唯働かせるだけでなく、広い意味の精神療法を加味するものであります。そのネライとする所は、日常の生活態度を規正し、働くこと、動こうとする意欲をもたせることであります。次に生産的な作業につかせることで、第三には自発的な意欲で働くようにすること、これから進んで、実社会への適応性をもつ様にさせることです²¹⁾。

明治期より、第二次大戦敗戦直後の東京都立松沢病院のなかでは開放的環境と健康な人と同じような生活や作業を用意するという考え方が一貫してあった²²⁾。石川は「作業治療」の伝統的な理論に、精神療法や集団療法としての具体的な方向性を示した。具体的には、石川は作業治療全般で沈滞していた雰囲気をもりあげることから始め、「作業治療」活動を活発化しようとした。また、作業指導員に対して教育を始めた。教育の方法として、作業指導員たちとの場を共有するために、雰囲気の盛上げ、夕方になると煮物と焼酎での懇親会を行い、指導員との濃密な治療的人間関係を作ろうとした²³⁾。そして作業指導員たちが「治療」を意識し、それに意欲が向くようにした²⁴⁾。具体的には、週に一回定期的に精神医学の講義を実施した²⁵⁾。

石川が実践した「作業治療」の結果として、1952（昭和 27）年には在院患者の 20%以上が作業に参加するようになり、第二次世界大戦前の水準にまで戻った²⁶⁾。石川の「作業治療」に対する見解から考えると、作業指導員たちの意欲が向上し、患者と作業指導員たちの関係が深まった結果といえよう。さらに、「作業治療」を対象とした人たちがどのような患者だったのかという実践結果を、石川自身が調査している²⁷⁾。その結果を石川は以下の五段階に分けた。

- ① 自分の身の回りの始末がどうやらできる人
- ② 自分ばかりではなく、他人の始末に気が付く人(命じられて掃除をする人、食事や衣服の始末がよくでき、日常生活はなんとかやってゆける人)
- ③ 積極的に外に出てやれるような人
- ④ 全然何もできない人
- ⑤ 特定なもので例えば精神鑑定などで作業につけない人²⁸⁾

それぞれ①が 3 割、②が 2.5 割、③が 3 割、④と⑤が 1.5 割であり、もともと「作業治療」は③の人が対象となっていた²⁹⁾。石川は①、②、④の人を「作業治療」の対象とする手段をみつけ出そうとしたが成果が上がらなかった。そこで、後に東京都立松沢病院全体で、作業に出ている患者から病棟でじっとしている患者まで幅広く対応した「作業」と「遊び」を組み合わせ、患者を動かしていく関わり方である「働きかけ」が実施されたときに、石川はこれを「うまい案を考え出した」と評価している³⁰⁾。

また、石川は、従来の作業が対象とする患者の取扱いについては「呉先生は『集要』という本に書いているが、それは半世紀過ぎた今なお十分に価値があるもの」とし、「その理論はその後、いくらも発展していない」と半世紀の精神医療界における「作業治療」の発展の少なさを批判し、また、「海外の文献もあるが、外国のものを日本の病院でそのままのみにすると失敗する」と第二次世界大戦後の精神医療のアメリカナイズされていくことに釘をさしている³¹⁾。

さらに、石川は「作業治療」に対する見解を実践した結果の最後として、以下のよう

に述べている。

作業治療は他の治療とちがって、医者ばかりがやるものではない、又やっても出来るものではない。看護者、作業員、又ひろく病院、社会全体の協力がどうしても必要であり、これがなくては、その効果は上るものではない³²⁾。

石川は作業治療の実践の結果は患者の症状や患者の治療環境に急激な変化をもたらすものではないとも述べている³³⁾。「作業治療」の実践は石川と作業指導員たちの地道な努力で徐々に再興され始めたと言えよう。石川が実践した「作業治療」は、石川自身が他の文献では「作業療法」とも呼んでおり、名称が統一されていなかった。「作業治療」と「作業療法」のどちらも実践内容は同じである。

石川の実践や看護で作業にも携わっていた木村久子の文献からも、当時の「作業治療」はある程度自発性に活動できる人たちを対象としており、作業種目を選択するときはその人の特徴をいかしていた。具体的な目的としては、患者が「自分は他人の役に立っている」と思えるようにしていた³⁴⁾。

作業種目は、室外種目として園芸、畜産、農業、営繕、印刷、草取り、配膳、雑役、食堂の世話などがあり、室内種目としては正札通し、封筒はり、造花作業、袋はりなどである³⁵⁾。作業に参加する方法は、まずは袋はりや正札通しなどの簡単な仕事を行い、それから段々に複雑な仕事に進めていくと記載されている³⁶⁾。これに従事する者は作業を「仕事」として捉えている。一方、石川のようないわゆる実践派の医師は「作業治療」を治療法の一つだと考えている。石川という実践派らの医師について作業指導員は以下のように述べている。

1953（昭和28）年、石川先生は講演で患者、仕事、指導員の特徴を活かした3角関係を強調しましたが、今では指導員は無視されている。その頃、ポン中は園芸へ、てんかんは畜産へ、ボケは農業へと、その効果が期待され評価された。現場にいとどうしても理論より実践が強調されるのが実情である。菅、加藤（普）ら諸先生は病棟に寝泊まりして患者のために尽くしてきた。だが、論文で終わり

である。それを引き継ぐ Dr はいない。終れば、さよならである³⁷⁾。

医師たちの「作業療法」への関心や関わりは論文を書き終われば終わってしまう。これは「作業療法」の現場にとっては、継続性がなくなる危機的なことである。確かに加藤普佐次郎などは「作業療法」に関する論文を書いた後に東京都立松沢病院を退職している。そこで、「作業療法」の実践を継続的に実施するには医師ではなく「作業療法」の専門家が必要となる。これも資格化という職業が出現した要因の一つにもなっただろう。

1-2-2. 「遊び治療」と「軽作業」

浦野によると、第二次世界大戦終結から6年後の1951（昭和26）年、「看護学雑誌」6月号に、新しい精神科看護の基本として「生活指導」についての内容が初めて発表された。そのなかには以下のことが記載されている。

現在アメリカにおいて集団療法と称するものの内に種々の慰安娯楽を織り込んでいることも注目すべきである。そこには、患者の興味をそそる方法は、自然に指導に追従するように心がけることが大切である。看護者は自ら範を垂れ、身を以って導くという心構えになること。集団療法は文化面と運動娯楽面の企画が考えられるが、ただ慰安娯楽の意味ばかりではなく、情緒を啓発し社会性に適応せしめる指導効果をねらうべきである³⁸⁾。

具体的な内容としては、①俳句会や短歌会、②院内雑誌の発行、③図書、④レコード・コンサート、⑤ラジオ体操、⑥映画会、⑦患者の演芸会、⑧芸人の演芸会、⑨合唱団、⑩囲碁、将棋、⑪絵画や作品展示会、⑫かるた遊び、⑬ピンポンと輪投げ遊び、⑭病棟の中庭でできるもの（ブランコ、ボール投げ、羽根突き、バトミントンなど）、⑮草花栽培などがあげられている³⁹⁾。

これを踏まえて、東京都立松沢病院では、独自に「遊び治療」という名称で治療活動が始まった。その対象は、「作業治療」に参加している約500名以外の500名である。つまり、「作業治療」に参加できた自費患者が入院患者の半数なので、この残りの500名は公費患者ということなる。「作業治療」に参加している患者は入院費用の形態だけで振り分けられている訳ではなく、作業に参加している患者500名はある程度自発的に活動できる人だとすると、残り500名は自発性のない症状をもつ患者ということになる。

木村によると、上記の自発性のない患者や一日中病棟の隅にじっとしてうずくまっている人、ぼんやりしている人、仕事ができそうもない人、症状が悪い人たちを看護者が誘い出し、レクリエーションや生活指導によって何とか動かそうという考えから始められたのが「遊び治療」である⁴⁰⁾。「遊び治療」は慰安娯楽の意味を持つと同時に、欠陥

患者を動かして作業に参加させていく一つの手段として用いられるようになった⁴¹⁾。

「遊び治療」は以下のような方法で、動かない人を動かす工夫として看護が実施していた。

病棟の中庭でボール遊びをする、縄跳びをするなどをして、次に散歩に出てボール投げなど簡単な遊戯を用いた。散歩もただ歩くだけではなく、途中で速度の緩急をつけ変化を与える工夫をした。週の一日はダンスの日として、簡単なフォークダンスをする。はじめは見ていただけの人たちも、楽しいリズムに乗ると、誘いにのって仲間に入るようになる⁴²⁾。

これが後の「生活指導」の一部だとすると、資料の限りでは、日課表などの使用や、支配的な方法、指示的な強制はみて取れない。

林らによると、これまで仕事がある程度できる患者に対しての社会復帰への前段階として、あるいは無為な生活を改善して仕事への意欲を持たせるために「作業治療」は行われていた⁴³⁾。しかし、「作業治療」の実践だけではなく、どうにもならずあきらめられ、病室の隅に放置されていたような患者にも少しでも人間らしい生活に戻すことはできないかという問題が院内で起きた。そこで、単なる仕事としての作業以外に、病棟内から作業に移る前段階として「軽作業班」が設けられ、積極的に「作業治療」を行おうというのである⁴⁴⁾。

一方、病棟内では、看護者が患者の日常を指導して健康な生活圏に引き上げるようになった。このようにして、東京都立松沢病院では「作業治療」の再興とともに、「仕事」、「遊び」、「生活指導」の三者を含めて「作業療法」と呼び、作業医療科を中心として、病院全体が「作業治療」の充実を図ろうとしていた⁴⁵⁾。中でも、「遊び治療」は主に「生活指導」の一部として、看護が実施しなければならないと木村は述べ、看護者が実施していた造花作業は遊びと仕事の両方を行うグループになった⁴⁶⁾。

この頃、後の「生活療法」の「生活指導」が国立武蔵療養所から看護研究として発表された。木村や医師たちは、国立武蔵療養所の動きに刺激を受け、東京都立松沢病院でも「生活療法」の「生活指導」の考え方を取り入れている。しかし、前述したように東京都立松沢病院ではそれを「生活療法」とは呼ばず、「仕事」、「遊び」、「生活指導」を総じて「作業療法」と名称づけた。後述する国立武蔵療養所での「生活指導」と東京都立松沢病院の「生活指導」とは名称は同じでも、内容も位置づけや構成も違っていた。東京都立松沢病院では社会復帰の前段階としており、国立武蔵療養所では院内適応を目的としていた。おのずと、「生活指導」の方法も変わってくる。

1-2-3. 「働きかけ」

1950（昭和 25）年代になると、病院全体が第二次世界大戦敗戦直後の苦しい生活から抜け出し、医療への意識があがり始め、患者の死亡率も戦前にまで回復した⁴⁷⁾。しかし、特に慢性の病棟の中では、廊下の隅に立ったままの人やうずくまった人たちが多く、身のまわりの日用品や衣類は不足が続いていた。患者の病状、日常生活、生活環境、肉親とのつながり、そのどれを取っても、患者の生活からは、人間らしさが脱落していた⁴⁸⁾。この慢性患者に対する治療として、病棟単位の治療活動が必要だと、医師や看護者の間で言われ始めた⁴⁹⁾。この頃の治療活動は「作業」と「遊び」が中心で、その目標は活動性、積極性、社会性の回復として人間らしい生活への復活とされていた⁵⁰⁾。東京都立松沢病院では「作業」と「遊び」を合わせた治療活動を「働きかけ」と呼ぶようになった。1952（昭和 27）年、欧米での活発な「作業療法」や開放性が医局で報告された頃から、具体的な「働きかけ」が始まった⁵¹⁾。

病棟単位の治療活動の必要性が、あらためて担任医臺弘と北島治雄を主任とする看護者たちの間にさけられてきた。治療活動は作業や遊びが中心だが、動きの少ない患者さんには身体的な治療、主として電撃療法がかなりエネルギーにおこなわれた。治療活動の目標は、患者の活動性・積極性・社会性の回復、つまり人間らしい生活への復活である。そして、この治療活動全体は働きかけとよばれた。具体的には患者を散歩や運動に、病棟のそとに連れ出す、一列にならばせ草取りをさせる、活発になってきた患者には室内でできる作業につかせるといった一連の働きかけがおこなわれたのである。この間、看護者は、治療者として活動する。室内作業の種目をさがすのに、看護主任が三日間手弁当もちで多摩川べりを探しまわり、モモ栽培用の紙袋の作業をみつけてきたのもこのときである⁵²⁾。

「働きかけ」は慢性の南 3 病棟で主に行われた。南 3 病棟での「働きかけ」は画一的で軍隊式の「働きかけ」だと批判され、その反省があった⁵³⁾。反省の結果、次は患者たちとの懇談会を中心にし、病棟全体の雰囲気高めながら、医師と看護者のチームワークを基礎とする方法が検討され、1954（昭和 29）年 10 月から 1955（昭和 30）年 2 月までの間でパイロットスタディが行われた⁵⁴⁾。それは身体的治療法や「作業治療」が行われても、改善するわけではなく、病院のなかには慢性患者が蓄積していくという限界に対する一つの挑戦でもあった⁵⁵⁾。林らがパイロットスタディに選んだ病棟の状況とその対象については以下のとおりである。

大正 8 年建造の木造口の字型の、数ある松沢病院の病棟の中でも最も古い建物の一つである。収容人員は 82 名から 85 名程度を上下している。病室は 21 畳が 4、24 畳が 2、27 畳が 1、その他診療室、浴室、ふとん室等で、所謂大部屋制であり、

その 80%は精神分裂病で残る 20%を癲癇、進行麻痺、躁鬱病、精神薄弱の順で占めている。入院後 2 年から 10 年、長いのは 20 年にも及ぶという陳旧な人ばかりで、その生活も雑多であり、身のまわりのことも十分にできない人から身のまわりはもとより外部作業に出て働き、他の患者の世話までする人までの間、種々の段階がある。然しその何れにも共通することはその殆どが治癒の見込みが全くない人達であるということで、私達のこころみの主な対象はこのような欠陥分裂病なのであるが、私達の考え方は分裂病のみならず、あらゆる患者について言えることであると思う⁵⁶⁾。

「働きかけ」の改善方法として、先ず医師と看護者、患者で懇談会を開き、話し合うことから始まり、次に、病室の配置換えを行う。この時、各病室に患者の責任者をおき、他の患者の世話をしてもらう⁵⁷⁾。患者同士の組み合わせは欠陥状態で丁寧な人と不潔になりがちな人、または躁病の寛解期の人と反抗拒絶の強い人や根強い妄想をもつ人などである⁵⁸⁾。そして病棟の中に娯楽室を設け、各病室の責任者が毎日の当番制で掃除清潔を維持するのである⁵⁹⁾。さらに、日常生活の規正として起床から就寝の間の日課を決めるが、それは厳重なものではなく、だらしない内閉的な生活から社会性への目覚しい役をする程度のものである⁶⁰⁾。最後に、病棟の形態として、医師と看護者、看護者と部屋の患者の責任者、患者の責任者とその他の患者という情報伝達経路を作った⁶¹⁾。情報伝達経路は作ったが、医師たちも病棟に泊り込んで患者の観察を行なっていた⁶²⁾。具体的な方法としては、朝の起床、掃除、布団の整理始末をその病室の患者責任者が正確に行なう⁶³⁾。患者の上記の三つの行動が活発になってきたら、娯楽室へ行くように患者責任者に働きかけてもらい、各患者が病棟内に設けられた娯楽室に行き、そこでの会合の仲間に入る⁶⁴⁾。そして、娯楽室での袋貼りなどの作業を他の患者とともに行なう⁶⁵⁾。その後、病棟外の作業に出る、という段階を想定していた⁶⁶⁾。この「働きかけ」の結果は、患者自身の手で部屋の掃除を行い、部屋の中での各患者の位置の決定も行い、娯楽室には患者自身によって書棚が作られた⁶⁷⁾。娯楽室に来た患者に娯楽室に居た患者がお茶を出すなどの行為が見られた⁶⁸⁾。娯楽室を一度も利用しない患者は殆どいなくなった⁶⁹⁾。慢性病棟に欠けていた明るさが娯楽室からよみがえったのである⁷⁰⁾。

この「働きかけ」を实践する治療の考え方として臺は「患者に対する人間的接触、あたたかい人間愛の精神がその根本である。患者の示す方向とは逆の方向へ働きかけるという意味をもち、それが治療の方向と一致する。」と述べている⁷¹⁾。そして、「働きかけ」を实践した結果から「患者の自主的な動きを見極めたうえで、良い方向に働きかけていけば、効果は著しいものがある。」とし、また、これについては以下のことが加えられている。

看護者の教育が、この種のころみでは必ず必要になって来るということである。之は作業治療全般に於ける大きな問題である⁷²⁾

この「働きかけ」のパイロットスタディは医師が先頭に立って、主に看護者が行なったとなっているが、この時点で看護者が患者に動機づけを行う、また力動を用いることは難しく、それができるようになるための教育が必要であると述べている。しかし、前述したように作業指導員は「作業療法」のなかで、患者とともに自ら動くことでそれらを身に付けているのである。ここで看護者と作業指導員の役割や機能の差が明確となった。

1-2-4. 看護管理と「作業療法」実践力

柳田によると菅は、「働きかけ」のパイロットスタディが行われる前年 1953 (昭和 28) 年に、第 9 回関東精神医学懇談会のシンポジウム「作業療法について」で行なった講演で、工夫を繰り返すことにより「看護員」も特殊技能を身につけ、専門の技術者として認められるようになれると述べた⁷³⁾。これに対して柳田は、「患者が良くなるように手を尽くして、工夫していくなかから特殊技能の取得が図られ（看護職員が）専門家として認められるようになるという見解は、実践のなかからの理論化や専門化という意味に近い」と述べている⁷⁴⁾。一方、呉が医長だった時期からの長い実践期間のなかで、作業指導員には既に身に付けた「作業療法」での役割や能力があった。すなわち、「働きかけ」でも述べられていたような、動かない患者を動かしていく関わり方や、「働きかけ」を推し進めていったりする役割と能力である。「働きかけ」は作業に出て働いている患者から病棟でじっとしている患者まで、幅ひろく対応するものである。ただし前述の菅の講演があった時点では、「作業療法」は作業に出て働いている患者を対象としていた。ある程度行動をして、病棟から出ることさえすれば「作業療法」の域に入り、作業指導員の手に委ねられたのに対して、看護者は残された動かない患者、病棟にいる患者を看ていたことになる。呉や加藤の時期に、特定の医師らと「作業療法」を実践していたのは看護者である。しかし、そのような看護者は限られており、看護者の多くは病棟にいた。呉の時期から作業指導員は精神病院に勤めていたが、その管理は看護者が行なっていた。「作業療法」の実践を主に行なってきたのは、やはり作業指導員である。後の「作業療法」と看護との役割分担はこの時期から始まっている。

そして、「働きかけ」のパイロットスタディで医師たちは、以下のことに気が付き、自己批判をしている。

「松沢病院の慢性病棟の患者」というレッテルを貼られてしまっているのである。そういう目で見られ、そういう先入観のもとに取扱われてしまうのである。（中略）彼等の現在病棟内で示すすべてが精神症状の結果であり、精神異常の結果と

考えてよいものだろうか、という疑いである⁷⁵⁾。

つまり、東京都立松沢病院の医師たちの試みは患者の態度だけに視点が向いていたのではなく、医療従事者自身に対しても、批判の視点が向けられていたのである。「私達自身又看護者の患者に対する心がまえについても同様のことが言えるのである。私達は患者を「病室にさえ入れておけば」という考えを多かれ少かれ持つてはいないだろうか。之は本当に危険な考えである。」としている⁷⁶⁾。

看護者であった宮内充の視点でみると、「働きかけ」とは以下のようなものであった。

南3は男子閉鎖病棟で、担当医のバックアップで始めたのが所謂「独自の働きかけ」です。①集団散歩、②遊び、③点呼、④内職、⑤院外散歩などを毎日のようにやった。台先生らの指導があり、一年間続いてしまった。「人間らしい生活」を求めて病者と共に行動した。(中略)初めの頃は多くの人々に批難され且つ反対された。患者が動くようになるにつれて、病棟全体の連帯感が湧いてくる。人のうち、元々10人位は部外作業へ出ていた。1年足らずで約75%の患者たちが何らかの形で動き出した。(中略)1953(昭和28)年から「軽作業」に移行した。1953(昭和28)年、西2で前年度の「遊び治療」のことがとりあげられ、江副先生らドクターが中心となり「新しい看護」に対して議論が毎日のように繰り返された。間もなく、ドクターにより生活指導、集団散歩、遊び、娯楽室、内職などが始まる。基盤としては「人間味のある暖かい心」で接するように強調された。後半に入ると開放化、自由グループ散歩、外部作業、ドサ芝居見学、個別の試みなどが実践されていった。こうしているうちに、問題が出た。①「働きかけ」が効を奏すると生活改善、軽作業、外部作業に対しては、時には退院者も出ること。②その逆にどんなに働きかけても全く動こうとしないで、全く受け付けない。または、よくなったと思ったら、逆戻りするという病状の増悪がみられた。③何もしないと元の状態に戻る。この結果、西2病棟は1956(昭和32)年までに元の何もしない状態に戻った⁷⁷⁾。

医師によって指導が行われたこと、また、「作業療法」の評価を試みるなど、作業活動に「療法」の要素を取り入れようとしている。さらに、散歩とレクだけではなく、外部作業、ドサ芝居見学など徐々に作業の内容が増えている。病棟内で行われていた「働きかけ」にも医師や看護者だけでは解決できなくなっている。ここから、後述する作業指導員の存在が大きくなりつつある。つまり、ここでも専門に「作業療法」を行う人物の必要性が高まっていたのである。

「働きかけ」のパイロットスタディにより、患者の変化を呼び起こした「働きかけ」

は院内に広がった。パイロットスタディの結果、林らによると「働きかけ」は「唯患者を治療したり、作業させたりするというのではなく、患者自身、及び広い意味でのその環境をも含めてあらゆるものの示す方向と逆の方向への働きかけであると言える」⁷⁸⁾、また「作業療法」と荒廃患者との関係について、林らは以下のように述べている。

いままでは、病棟内で、仕事が或る程度できる状態になった患者に、社会復帰の前段階として、あるいは無為な生活を改善して仕事への意欲を持たせるために、作業治療を行っていた傾向が強かったのであるが、先年来より、狭義の医学的治療では最早どうにもならず、あきらめられ、病室の一隅に放置されたようになっている多数の欠陥患者にも、積極的に作業治療が向けられ、作業治療によって、少しでも人間らしい生活に立ちかえらせることができないかという問題が起きた。作業治療がこれらの患者達にも、積極的に適用する方向がとられ始め、室の一隅に終日殆ど動きを見せない患者達を散歩、遊び等によって、まず外に出ること、動くことを習慣づけ、ついで仕事にまで持っていく方向が基本的に用いられた。(中略)現在の作業治療の作用が慢性患者に対して、症状の小部分のみに強く作用している感を受ける。しかも、単に電気ショック等の治療のみでは、症状の持続的な改善が望まれず、消極的な態度でしか扱い得なかった荒廃患者に、作業治療を適用することによって、生産的作業につき、多少とも集団生活性を得て、一般社会に近づいた病棟環境を形成することはある程度可能なのである⁷⁹⁾。

「働きかけ」によって、病棟内作業から病棟外作業治療へ、さらに言えば、社会復帰に近づけると、また閉鎖から開放へと向うきっかけとなった⁸⁰⁾。「働きかけ」には、明治期初期のローレツの頃から続く「作業療法」、または加藤が実践した「作業療法」などでもみられた手段としての側面がみてとれる。「作業療法」は具体的に作業活動を実践するだけではなく、作業活動に患者を導くプロセスが含まれる。「働きかけ」はまさしく作業活動に導くプロセスであり、環境設定であった。

1-3. 「作業療法」の変容

臺が実施した「働きかけ」は、呉が構想した「作業療法」とはその治療的手段が違う。呉の「作業療法」は治療として直接的に症状改善に向けられていたが、「働きかけ」は作業活動に直接的に参加しなかった患者にまで治療的な範囲を拡大し、環境改善によって自費・公費患者の区別なく全ての患者に向けられた「作業療法」プロセスだったのである。つまり、呉の時期に実践された、症状に向けての「作業療法」は一部の患者(公費患者)を院内適応させ、また、コロニーである病院の内部に限って患者を開放するものであり、病院経営からみた労働的治療だったとも言えよう。また身体的拘束から開放

する身体的開放ではあったが、公費患者に労働的な「作業療法」を実践させ、その代価に低賃金を渡し、その思考の自由を奪う形となり、思考的開放には至らなかった。しかし「働きかけ」は全患者に向けられた患者が患者自身で考え行動するという思考の開放であった。「働きかけ」を「作業療法」の一つの手段と捉えたと、東京都立松沢病院での「作業療法」の目的や方針が変容していると言えよう。

1955（昭和 30）年代後半になると、第二次世界大戦中と敗戦直後のように生きるための生産性は必要がなくなり、レクリエーションを実践するための講堂が作られた。この時の状況を作業指導員であった堀切重明は以下のように述べている。

1961（昭和 36）年に講堂ができ「レクをやれば作業は不要である」と。外部作業も落ちてくる。一方、患者自治会も 1963（昭和 38）年には終わりとなる⁸¹⁾。

この時期の「作業療法」にはまだレクリエーションの要素が入っておらず、働いて何かを生み出す生産性を意味する「労働」色が強かった。「作業療法」に「労働」色がみられるようになったのは、呉の時期からである。長谷川泰や中井常次郎が院長だった時期は精神病患者の身体的な開放を進め、さらに思考の開放、行為の自由のために作業が用いられ始めた。榊俣は精神病患者の生活のあり方と精神病の脳科学的な視点に注目し、精神病患者の理性に働きかける治療手段として作業を用いている。そして、呉が医長（後に院長）となった時期には、症状を治療することに焦点をしばった「作業療法」が実践され、さらに公費の患者に作業を実践し、病院経営に関わる生産性を求め、院内適応を促進することとして「労働」が始まっている。昭和期に入り、第二次世界大戦前までは、生産性や働くことより自費患者、公費患者を問わず、「労働」が治療だとされてきたが、第二次世界大戦後からは、榊が医長だった頃のように、純粹に治療の手段として工夫された石川による「作業治療」、木村による「遊び治療」、臺による「働きかけ」などが実践された。第二次世界大戦中、敗戦直後は患者も職員も生きるために「作業療法」の作業を用いて、生産性のある活動を中心に実践していたが、1955（昭和 30）年代後半になると、生きるための作業で「労働」色がつよかった「作業療法」は必要がなくなり、レクリエーションが主流となった。

では、生きるための「労働」の必要がなくなったとき、なぜ「作業療法」の実践が後退し、レクリエーションが主流となったのだろうか。それは後述する小林八郎による「レクリエーション療法」への注目や、そこから端を発した「生活療法」の普及にも影響されたこともあるだろうが、それだけではない。東京都立松沢病院は 1955（昭和 30 年）頃から入院患者が 1,000 人を超え病院としては巨大化している。患者が増加して看護者不足となるなかで、患者一人一人に対応しなければならない「作業療法」のかわりに看護者が始めたのが「遊び治療」だったのではないだろうか。「働きかけ」によって患者

たちは院内で自主的に動きはじめたが、退院にまでは結びつかず、院内適応に終わっている。動き出した患者が院内適応をすればするほど、患者の数が増加し巨大化した病院内では、看護者は患者対応に手が回らず、患者を管理できなくなっていく。これでは、精神医療における看護の質の低下をもたらす。それまで、生産性を盾に頼っていた「作業療法」は「労働」色が強くなっていたが、生産性が必要なくなったことで、「作業療法」に頼ることが出来なくなっていた。その時期に、患者を一括して管理できる「レクリエーション療法」によって、看護の手不足の解決を見出そうとしたと言えるのではないか。こうして、入院患者全員を集められる講堂が作られ、「作業療法」に替わってレクリエーションが主流になっていった。そこでは精神医療における看護の質や方法の向上より、多くの患者を一度に収容できる方法を「療法」と名付け、「レクリエーション療法」をそれらしい治療方法に位置づけたと考えられる。精神医療における看護からみれば、これまでの「労働」一色であった「作業療法」には限界があったのだ。さらに、「作業療法」の限界は看護だけではなく、作業指導員の「作業療法」に対する認識にも表れている。作業指導員の藤枝千里は次のように述べている。

芸術療法だのスポーツだのいうが、それで治れば苦労しない。家畜の作業は芸術とは違う。それでは責任をもたせようがない。その違いの大きなところはポジションの問題がある。患者同士の指導、協調関係、一日の仕事のわく、(中略)みんなが一日を楽しく過ごせる環境を用意してやることです。(中略)まるで勤め人のように見えます。責任をもって、やりがいのあるようです⁸²⁾。

この時期の東京都立松沢病院における作業指導員が考える作業には、働くことに重みが置かれており、「勤め人」といわれるように、「労働」色が強いのである。さらに、作業指導員は「作業療法」が治療なのか、「労働」なのか明確にされていない理由に呉の存在をあげている。作業指導員だった堀切重明は、それは以下のように述べている。

作業は治療なのか労働なのかははっきりしない。(中略)混乱させた張本人は呉秀三先生。公費患者(施療患者)に作業をさせ自費患者にはしない。そして、作業金を支給した。種をまいたことになる。(中略)すべて学問優先である⁸³⁾。

呉は症状に対応した「作業療法」をおしすすめて患者に院内適応させ、院内の職員である医師、看護師、作業指導員などが中心となって実践したことから院内で働かせるという「労働」色をも帯びていった。社会復帰に向けた「作業療法」にはまだ道がついていなかった。

1-4. 看護の質と専門分化

ここまでであきらかになったことは、精神医療における看護の質の問題である。前述したように、菅も看護の質を問題と捉えており、また同時期、江副や臺も同様に問題視していた。柳田によると、1958年に『精神神経学雑誌』に掲載された「戦後12年間の松沢病院の歩み」という記事において、江副と臺は作業療法にあたる「人」に関わる問題を二点挙げていた。すなわち、第一に作業療法や遊び治療などの患者への系統的な働きかけにおいて、看護職が創造性に富み、指導力によって主力となりうること、第二に作業療法を直接推進している職員の多くは有能であるにもかかわらず、看護職としては無資格であり、待遇上不利な状況にあること、である⁸⁴⁾。

つまり、「作業療法」や「遊び治療」「働きかけ」には看護者の能力として創造性、活動性、指導力が重要だが、この時期の東京都立松沢病院での看護としては、これらの能力が不足しており、無資格者で経済的にも不利である作業指導員はその長い経験上から得られた素養が備わっており、看護者より「作業療法」に関する技術力の高さがあることを指摘している。技術力とは精神医学的知識だけではなく、経験則から得られる患者を誘導する知恵や、患者を作業に向き合わせるための経験などである。「作業療法」を実践するにあたっては、看護職の能力より作業指導員の経験の方が重要であるということである。それが「作業療法」の実践能力とされないのは、無資格者であり、社会経済的に不利であることから認められ難くなっていると言えるだろう。

無資格者の不利という側面だけではなく、柳田も述べているように「身分法制定以前の精神科作業療法に関する先行研究は医師によるものが多く、作業療法を実践した看護者や作業指導員の職業意識に言及した研究はほとんど見られない」⁸⁵⁾。このことから、柳田の論文は貴重だが、論文のなかで「作業療法」を身分法制定以前の「作業療法」として一まとめに捉えている点と、「作業療法」が呉から始まったとしている点も間違いである。ここで看護者と作業指導員との能力の違いを述べるにあたって、柳田は「患者作業を扱っていたのは看護者や作業指導員たちである」とし、一方で医師による先行研究を認めながら「彼らの活動が今日の作業療法の源流となっている」と述べている点も矛盾点である⁸⁶⁾。柳田自身が述べているように、「作業療法」は医師によって始められたからである。また、柳田は「専門分化過程において、身分法制定前後で主たる従事者の分断が生じた特徴を有する」と述べている⁸⁷⁾。しかし、「分断」は生じているのだろうか。これまでみてきたように、「作業療法」はその役割や機能、目的などを変容させ、分化し、整理されていたのではないだろうか。「分断」という断ち切られたものではない。「作業療法」はその主流が分化した時期もあれば、その役割が病院全体の状態により異なり、目的が変容した時期もあった。身分法制定による「作業療法」の変容も、これまでみてきた変容の一つの結果であり、前後で断ち切られたものではない。さらに、柳田は「明治・大正期からの生活療法を源流とする療法と昭和40年の身分法制定後の

有資格作業療法士によるリハビリテーション医療の枠組みにおける療法とが並存する状況が続いている」と述べている⁸⁸⁾。しかしこれまで取り上げて来た巣鴨病院での呉が理論化した「作業療法」や加藤が自ら実践した「作業療法」、石川が見解を示した「作業療法」、臺が実践した「働きかけ」などを「作業療法」とするならば、「生活療法を源流にしている」とは言えない。歴史上、「生活療法」はあくまでも昭和30年以降に「作業療法」を組み込んだ「生活療法」であり、呉、加藤、石川らが示した「作業療法」とは役割が大きく変容しており、呉らの「作業療法」と並列にした源流とは言えない。一方、柳田が述べているように身分法制度により専門職として「作業療法」は分化していることは確かである。しかし、柳田は「明治・大正期からの従来療法との並存」と表現しているが、それは資格の有無という制度上のことであり、「作業療法」としては並存ではなく、「従来療法」をも含む「作業療法」としての変容の姿である。

2. 「作業療法」との関係における精神看護の歴史

「作業療法」の実践者における専門分化は、前述したように看護者の専門分化も関わっている。ここでは精神看護の歴史について、特に「作業療法」との関係に注目しながら、主に浦野シマの研究を踏まえて簡単に触れておく。

2-1. 精神看護職の教育の始まり

浦野によると、明治における看護職は、京都癲狂院の出現によって医療看護体制が一応につくられ、その後、1879（明治12）年、精神医療における看護人の教育が啓蒙されたことから始まっている⁸⁹⁾。翌年1880（明治13）年には「東京府癲狂院規則」の中に「東京府癲狂院看護心得ノ事」という事項があり、「病室ノ掃除患者ノ喫飯服薬入浴遊歩等ニ注意」「患者ニ説諭ス」などと患者の日常生活の世話と遊歩に付き添う職務が記載されている⁹⁰⁾。また、「此等看護人ハ当時養育院救助人ト称シタル者ニシテ、精神病者ノ看護上ニハ何等特殊ノ知識経験ナク、日々患者ニ三食ヲ与フルヲ以テ主務トシタルモノノ如シ」と記録がある⁹¹⁾。

2-2. 精神看護教育における「作業療法」

1891（明治24）年には最初の子癲病看護法の講義が巣鴨病院の舟岡英之助医員によって行なわれている⁹²⁾。つまり、「作業療法」のほぼ同時期に看護にも必要性の注目があたり始めている。浦野によると日本最初の子癲病看護学書は1901（明治34）年、東京府巣鴨病院医員の榊保三郎（榊俣の弟、1870-1929）が個人的に看護の講習会を開き、その際に小冊子にまとめた『癲狂院に於ける子癲病看護学』である⁹³⁾。ここには、特に作業については記載されていない。しかし、翌年1902（明治35）年、『東京帝国大学医科大学教授医学博士片山国嘉校閲、医科大学助手門脇真枝著述、子癲病看護学』が博文

館から出版され、そこには「作業療法」の一部でもある音楽や舞踊、運動、読書、紙細工などについての記載がある。「作業療法」が明確に書物に記載されたのは看護学のなかであった。また、これは呉が音楽会を機に「患者ノ作業治療ヲ始ム」とした年と同年でもあるが、榊俣も「作業療法」を医員たちに実施させており、その前の中井も組織的ではないにしろ「作業療法」を実施している。つまり、看護職も「作業療法」の実践も同様に、資格も経験もないところからほぼ同時期に出発しているとも言えよう。その後、次々に「看護人ニ関する規定」（東京府巣鴨病院規則）や「看護人心得之大要」が作成された⁹⁴⁾。そして、1909（明治42）年、看護人だった清水耕一（1873-1935）は呉らの校閲で『新選看護学』（附属精神病看護学）を出版した。浦野によると、これは日本に於ける看護師執筆による最初の一般看護学書であった⁹⁵⁾。その第十版（昭和8年、関根真一校閲）には新たに「持続浴法」などとともに「作業療法」が記載されている。その内容は以下のとおりである。

（作業療法）作業療法は今日の精神病者治療の中最も重要な位置を占むるものにして、他の種々の治療法を施すと共に、この作業療法を併用して、初めて精神病院の患者治療の完全を期し得るものと云うべし、作業療法は他の治療と同様医師の手に依らざるべからずと云ふも、この事業を発展向上し其の目的を達するには、医師を補佐する善良なる看護者を必要とす、故に看護者は只に患者を監視するのみを以て任となさず、患者を看護し進んで指導者となり、作業をなすにあたり、患者を励まし、更に自ら率先して事にあたりすべて彼等の模範者とならざるべからず⁹⁶⁾。

看護者が「作業療法」に従事する内容や留意する点が記載されている。第3章で述べたように作業指導員にも東京府巣鴨病院規則には同様の内容が書かれている。つまり、職種に関係なく、誰もが「作業療法」に従事することになっていたのだ。

2-3. 男性看護者（看護人）の登場

土屋栄吉（1877-1957）を院長とした岩倉病院では1909（明治42）年に岩倉病院附属看護婦学校を設立して有資格者を養成し、看護内容の充実をはかっている⁹⁷⁾。京都では土屋院長の再三の交渉により、男子の看護師が誕生した⁹⁸⁾。その経緯は以下のとおりである。

大正四年内務省令看護婦取締規則を適用して昭和十年十月二十日秋期看護婦公定試験に於いて男子の受験者をも受理することになったが、これは本邦に於ける嚆矢であった⁹⁹⁾

それまでも、看護者には前田則三や清水耕一のように男子看護人もおり、もちろん女子の看護婦もいた。公定試験に合格した看護師としては、二名の男子が初めてだ。

東京府立松沢病院元院長で慈雲堂内科病院顧問だった金子準二（1890-1979）は大正初期の東京の私立精神病院の看護教育について以下のように語っている。

私は警視庁の技師となり、精神病と精神病院とを担当することとなり、第一にとりあげた一つは、精神病院の看護であった。一体にその看護は手薄であったが、ことに男子の監護員は殆ど未看護教育者ばかりである。それでひの教育方を各病院に指導したが、あまり効果がなかった。（中略）看護婦規則による看護婦養成所を設置するように指導した¹⁰⁰⁾。

看護教育が苦戦していることがわかる。さらに、特に男子の看護者は未教育のまま勤めていたこともわかる。「作業療法」に従事していた看護者は管見の限りでは、男性の看護者ばかりであり、女性の作業指導員が存在したかは不明である。しかし、少なくとも得られた史料上では女性向けの作業については看護婦が実践していたのだろう。この岩倉病院の「精神病患者看護の方法」には以下のことが記載されている。

運動-毎日壺回以上一時間至三時間庭園内に於て運動を為さしむ、静穏なる病者に限り看病人附添ひ時々院外運動を為さしむ。慰楽-碁、将棋、蓄音機、尺八、横笛、歌かるた、無害なる新聞、雑誌、書籍の類、輪投げ、ピンポン等。作業-紙細工、生花、裁縫、拭掃除、簡易なる園芸¹⁰¹⁾

看護業務に「作業療法」の内容が書かれていることがわかる。東京府松沢病院の呉が院長だった時期には、明確に看護人が「作業療法」に従事していたことが「東京府巣鴨病院庶務細則施行手続」に記載されているが、それまでの巣鴨病院の時期には医師による記録のみである。しかし、中井の時期の史料では、病院システムでの実践ではなく、日常生活のなかでの「作業療法」の実践であったことから考えると、患者の周辺には見守り程度で看護人がいたところは容易にわかる。よって、業務として作業指導員が誕生するのは呉の時期からであり、それ以前の「作業療法」実践者は無資格で未学習の看護人だったことになる。未学習で「作業療法」に関わる経験のない事から、その看護人の「作業療法」に関わる実践力は全体的に経験を積み、精神医学を体感し、関わりを経験知から学習していた作業指導員より低かったこともわかる。

1930（昭和5）年になると、呉はドイツのデュッセルドルフのランデスラートフォン・ヒューゴー（生没年不詳）より「精神病院及び精神病患者の収容看護」に関する問い合わせに対して、当時の日本の精神看護の状況を知らせる返答を書いている。その中から、

看護の能力に関する項目を抜粋する。

- 一、病院に於ける看護人の全数(国内全数の調査なし。公立病院にて男子 189 人、女子 123 人、私立病院代用部男子 445 人、女子 335 人)
- 二、看護人は何の国民階級又は何職業のものか。精密なる調査なし、大多数は下級のものにて、中級階級のものも多し
- 三、教育程度は、大多数は小学校卒業程度、中学校又は高等女学校を卒業せるものも多し
- 四、秩序的養成法ありや。1903 年より東京府松沢病院にはかかる講習会あり。三学年の講習にして、初一年は学説、後二年は実地を講習す
- 七、一般の看護即ち身体病者看護の養成は如何。1915 年 6 月 30 日内務省令第九号看護婦規則によりて、受験規則があり、それを又及第すれば其人所属の府県知事より看護婦免許を受く
- 九、府県知事認可の看護婦養成所又は同様の大病院に於ける講習を卒業せるものは精神病看護婦としてではなく、一般看護人として免状を受く。これは男子にも通用する。¹⁰²⁾

公立病院、私立病院いずれも男性の看護者が多く、一般的学习としては小学校程度であることがわかる。つまり、経験知が重要となるのである。精神病院に男性の看護者が多い理由として、北島は 1879 (明治 12) 年に東京癲狂院に「救助人」と称する男性看護者が誕生したことをあげ、「その役割は暴れる患者を押さえつけて手錠や足錠をかけることなど、力で押さえつけることにあった」と述べている¹⁰³⁾。この役割のために男性看護者が誕生したので、精神病院に採用となる条件は精神病についての知識がなくとも、体格検査と事務的尋問のみであった¹⁰⁴⁾。このことから、精神病院での看護者がどのように患者を扱っていたのか、また看護の質が低かったことがわかる。精神症状に対して特別な治療法がなかった時期でもあり、精神病院特有の看護状態である。その後、男性の看護者は「看護人」という名称に変わっている¹⁰⁵⁾。山崎によると、通常、軍隊は男性だけで構成されるため、戦地や兵営での傷病兵に対する治療・看護は当然軍隊内部の男性がその担い手として考えられたと述べられている¹⁰⁶⁾。戦時救護の中心的担い手として戦地や軍用船内での救護には男性の看護者が陸軍から求められている¹⁰⁷⁾。この時に男性の看護者を「看護人」としている。それにならうように、精神病院における男性の看護者の名称も「看護人」と変更された¹⁰⁸⁾。そして、精神病院に男性の看護者が増えた理由として、看護人の養成は精神病院に附属して設置された養成所を通して行なわれていたからである¹⁰⁹⁾。さらに、1951 (昭和 26) 年の「保健婦助産婦看護婦学校指定規則」では、看護教育の内容は男女とも同一であったが、1956 (昭和 31) 年に改訂され、

男子学生の産婦人科実習を精神科実習へと読み替えることになっている¹¹⁰⁾。この看護教育体制からも、男子の看護者（看護人）が精神病院に多い理由がわかる。そして、看護人（男性の看護者）の役割は東京癲狂院の時期の「救護人」の役割を引き継いでおり、患者を押さえつける力という物理的な要素による抑圧と、患者が逃げ出さないための心理的抑圧を加えることにあることもわかる。つまり、「作業療法」に看護人が関わっていた理由は、患者が作業から逃げ出さないためであることがわかる。「作業療法」は患者を開放するために行われていた側面をもっていたが、実際は看護人の監視の基、逃げ出させない圧力をかけていたのである。精神医療独特な男性の看護者（看護人）の圧力という力の方向性は、開放をめざす「作業療法」とはかけ離れたものになっていった。そのため、生活指導で必要とされた管理と開放をめざしていた「作業療法」との目的の違いから、「作業療法」を実践する者には物理的な力という圧力を必要としなかったため、看護人が「作業療法」を専門とすることはなかったのも一要因だろう。

2-4. 精神看護と「作業療法」

1932（昭和7）年に「救治会パンフレット・第二號」には「精神病院に於ける作業治療の理論と実際」が記載されている¹¹¹⁾。このパンフレットには「作業療法」に関する貴重史料だが、それらの内容は各章で触れているので、ここでは看護人に関する内容のみ抜粋する。「精神病院に於ける作業療法」として加藤普佐次郎は次のように書いている。

看護人の生活は、昼夜兼行室の入口に見張りして居る緊張せる生活から、農場工場に働らく処の技術指導者となる訳である。従って、自ら技術を習得する処の練習所となり、喜んで看護人勤務を為し、勤務の後に、身体的にも、精神的にも得る処は大きいのである。然らずんば看護人の生活は、何んら向上発展することなき職務となり終わらざるを得ないのである¹¹²⁾。

また、「欧州精神病院に於ける作業療法」として長山泰政は以下のように述べている。

欧州精神病院に於いて作業療法が病院事業の重心となってより看護者は単なる監視者より脱し、患者の看護に当たると共に彼等の指導者、鼓舞者となり、作業に於いては常に患者の良友として友情を以って患者を励まし、更に自ら率先して事に当り患者を指導するの地位にまで向上して居るのである。看護者の寛容、親切、忍耐或は彼等の行動の模範的な等は作業療法の著効を収むるの根底をなすものである¹¹³⁾。

そして、「明治三十八年以來の根岸病院製袋作業を聞く」として野村章恒（1902-1985）は根岸病院の室内作業に関して松村清吾（生年不詳-1949）院長と製袋部看護長田原貞次郎（生没年不詳）に話を聞いている。

田原氏が患者に袋を貼らそうとした動機は、明治三十六年一月に看護人を拝命してまもなく病人でも仕事の出来そうな人が居るが、仕事でもさせて幾分の小遣金の貯へられるやうにしたら幸福だらうと思ったので、或る患者に何か作業をしたらと考へを語ったところ、その患者は早速一通の嘆願書をしたためて松村院長宛に出して、何か適当な作業をさせてほしいというのです。早速、袋貼りの材料を貰ふため神田から浅草、深川の間屋を歩み廻ったが、狂人に袋を貼らすなんて、みんな無駄にされてしまうだろうと相手になって呉れない（中略）、行商人がやって来たので、その人に私の考えを打ち開けて相談したところ、根津権現横にある神田という店に來いと言われて、袋の材料三千枚を渡して貰った時の嬉しさは今でも忘れられません。仕事を立派にやることが認められ、信用されるようになって、私は患者を連れて根岸の田圃を越し、谷中の墓地をぬけて根津権現まで毎夜通ったのですが、内心は何時逃られはすまいとかびくびくしていたのです。私は今迄この仕事をやり通して来たが、看護人仲間からは随分憎まれて。何か私が不当利得をしているように思われ妬まれたこともありました。院長も警視庁から患者に作業をさせて置くというのでお叱りを受けたこともあると聞いています。私は患者が作業をして居るために、物質的に困って居る患者が、どれ丈幸福になったか、貯蓄したお金が全治して退院する時の心だのみとなり有用な費用となったかということを沢山知っています。しかし良い事は中々世間は認めて呉ないのです¹¹⁴⁾。

さらに、「オキュペーションの話（ダントン氏の所説）紹介」として東京府松沢病院で加藤とともに將軍池と築山の作業に従事した当時の看護長だった前田則三は、看護人が「作業療法」における素養を述べている。

精神病院に於けるオキュペーションの実績は看護人の養成法に関する処が多い事は言う迄もないが、其実際的な方法としてダントン氏は看護人の就職当初（見習生時代）に於いて、数時間を費してオキュペーション概念と實際上極めて肝要なる心得とを授け、更に看護法の講習生に際して充分なる教育与へる事を主張してゐる、その理由とする処は、元來精神病の看護は一般身体病の其と異りオキュペーションがその主要なる部分をなして居り、之を心得ずして看護人の職務は行はれ難い事と、オキュペーションは特殊の療法なるが故に、その

完全な理解に基礎的な学科を講じたる後にあらざれば望み難い事である。尚、氏は看護人の免許状が一般身体病の看護法講習を了したる者に与へられる関係から多くの精神病院が、その看護人の養成に当って精神病に比較的用の少ない一般看護法を教ふるに重きを置いて、肝心のオキュペーションに就いて実際の必要程に時間と力とを費さない傾向を厳に戒めて居る。

オキュペーションの講習に就いては、氏は最初にその意義、効用を実例によって説明し、例へば遊戯、作業それから舞踊、音楽等は全ての看護人に必要な素養であると言って居る¹¹⁵⁾。

加えて、「東京府松沢病院に於ける作業治療実施の歴史並びにその現状」として菅が次のように述べている。

看護人に対して作業治療は何う言ふ影響があるかと言ふに、一日病室に閉じこもって消極的な見張りの様な仕事をしてゐるよりも、外部作業に出で、病者と共に農作をしたり、豚や牛を飼育したり、花壇を造ったりする方が何の位精神的にも、健康上にも良いか知れない。自分の気持ちが良ければ病者に対する態度も自然と良くなる。病室でいらいらしてゐる時は病者が無理な事を云ふと、つい辛くあたりなくなるのが人情だと思ふ。であるから日本国中の精神病院がもっともっと作業治療を実施したならば、精神病院に於ける暴行其の他の不愉快なことが余程少なくなることと思ふ。本院に於ける作業治療に専門に従事してゐる人は、看護長一人、作業手十三人、看護人十四人、看護婦四人、計三十二人である¹¹⁶⁾。

「作業療法」における看護人の存在は当然のようになっていた。上記 5 人の記載からもわかるように、「作業療法」は看護教育にまで入り込んでいた。それに比べ、作業指導員や作業手と呼ばれる「作業療法」に従事した作業関係者への教育が述べられていない。ここでは、敗戦直後の石川だけが作業指導員に教育の必要性を述べている。この違いはどこにあるのだろうか。作業指導員の教育に関しては、石川や菅が述べてきたように、その経験値によって養われているとされている。しかし、看護の力による経験値からすると作業指導員とは同様ではない。

これは浦野によると、昭和初期の看護状況について、山下銀蔵（生没年不詳）が「精神科看護五十年” つぶやき”」に以下のように書いてある。

昭和十年ごろから始められたインシュリンショック療法から、十三年ごろから当時の脚光を浴びて登場してきた電撃療法と続いて、十七年ごろから始められ

た例のロボトミーという脳外科手術が続いていった。そして、二十八年ごろからアメリカから導入され始めた精神薬が、これらに変わって登場しはじめ、三十年ごろから向精神薬時代を迎えていく。この当時の治療と看護の状態を指摘すると、まさに不公平治療、不公平看護の時代であったと言わざるを得ない。当時の治療は入院料の他に治療代まで払える家族がいなければ、同じ症状で同じ治療の対象にある人でも、その治療は受けられない。しかも看護の手は殆どその人たちに取られてしまう。あとの人たちは、忘れられた人でもあるかのよう病室に、うずくまっている姿を見ていると、それでも不公平でないと誰が言い切れよう¹¹⁷⁾。

つまり、看護者の視線の方向は新しい治療法に向けられ、看護者の手はそれにと取られており、作業指導員のように「作業療法」に費やす時間が制限されていたことにもなる。また、精神病院で看護人が必要とされた役割からも、自ずと経験値は違ってくる。「作業療法」に必要とされた経験値は作業指導員の方が多くなって当然である。そうになると、「作業療法」を実施する者としては、看護の患者との関わり方などには質的な問題が生じてくるのだ。理論上では看護にも「作業療法」は必要とされているが、業務の量と質を考えた場合、理論上と実践では違いが出てくる。これは後に「作業療法」を実践する能力や技能が重視され、専門資格が誕生する臨床的事実となると言えよう。看護の「作業療法」では、その専門性が不足となったのだ。

3. 公立病院からの始まりⅡ —— 国立武蔵療養所の場合

東京都立松沢病院の例からもわかるように、第二次世界大戦敗戦直後の精神病院のなかでは、とりたてて治療らしい手段が無く荒廃した様子だった。井上は「大正期には日本の精神医療は営利を目的とした開業医制により病院が増加し、医療面では、患者は大学中心の研究の生贄となり、実験の材料となり、臨床的な仕事は軽視されていた」と述べている¹¹⁸⁾。第二次世界大戦後、精神医療で治療と呼べるものは電気ショック療法、インシュリン療法と精神療法だけであった。そのため、臨床では、作業やレクリエーションなどを取り入れて、新しい治療法を開発しようとしていた。そこへ、1948(昭和23)年から、ロボトミーによる精神外科的治療(以下、ロボトミー外科的治療)が始まり、1957(昭和32)年まで続けられた¹¹⁹⁾。しかし、ロボトミー外科的治療の術後に、無為、自閉などの後遺症が残ることが分かり、ロボトミー外科的治療は限界に至った。そこにきて、1950(昭和25)年頃から「生活療法」として「生活指導」と「レクリエーション療法」と「作業療法」を組み合わせることが治療上で有効であるとなった。鈴木によると薬物療法が新たな生物学的治療法として認められたのは1957(昭和32)年からだ¹²⁰⁾。今野によるとこのロボトミー外科的治療が行なわれている間、看護はかなりの時間を

「ロボトミーによって排泄も摂食も日常生活習慣をすべて喪失してしまった患者に対する生活全般にわたる介助と指導」取られたと述べている¹²¹⁾。「生活療法」は、ロボトミー外科的治療と薬物療法が始まるまでの9年間の間に始まっている。

一方、1947（昭和22）年、向精神薬の開発が始まり、第二次世界大戦後の民主主義により精神障害者の人権と医療を守ろうという動きの中で、1950（昭和25）年に精神衛生法が制定され、そこには患者の治療と人権尊重がおりこまれた。

「作業療法」は東京都立松沢病院などの公立の病院や少数の民間病院から始まり、1950（昭和25）年代前半には多くの精神病院でなんらかの工夫を始めた¹²²⁾。1955（昭和30）年には、薬物療法が臨床に導入された。そして、1956（昭和31）年国立武蔵療養所の小林八郎により「生活療法」の名称が提唱された。第二次世界大戦後の精神病院における治療的な動きは主に「生活療法」という形で展開されたといってもいいだろう。

「生活療法」は1950年代後半（昭和30年代後半）から1960年代前半（昭和40年半）にかけて全盛期となり、1960年代半ば（昭和40半ば）から批判が始まり、その後、衰退した。

先行研究は「生活療法」を批判するものがほとんどだが、「生活療法」が一時的であっても全国展開で広がりを見せ、その後衰退したという過程を明らかにした研究は少ない。

当時の「生活療法」の重要性について、藤沢は以下のように述べている。

生活療法は批判があった一方で、全国的な広がりを見せており、日本精神科看護協会では、むしろ拡充し、強化する方向性が示され、より積極的になった状況があり、精神医療の3本柱は薬物療法と精神療法と生活療法であるといった定説や確信が精神医療従事者のなかにあったくらいに、生活療法は重要視されていた

¹²³⁾

ここでは、そもそも「生活療法」はなぜ提唱されたのかという出発点に立ち返り、どのような思想、理念のもとで体系化されてきたのか、その結果はどのようなものだったのか、また、一時的にも広がりを見せた「生活療法」がなぜ批判的となったのかという課題を再検討し、「生活療法」の概念を明らかにする。

3-1. 「レクリエーション療法」——「生活療法」思想の原型

国立武蔵療養所に勤めていた医師、小林八郎と小林清男はこれまで精神病院のなかで慰安とされてきたレクリエーションに注目した¹²⁴⁾。これまでレクリエーションは、いわゆる慰安という形式で行われており、その役割は精神病になった人たちへの慰めであり、療養所での生活が閉鎖された暮らしのなかで楽しみもないだろうという惨めな状態

への慰安が主であった。小林ら慰安の形を次のように述べている。

慰安はもちろん、療養所自身が企画してやったこともすくなくはない。しかし、療養所が企画したものであれ、外部から持ち込まれたものであれ、総べて与えるという形であった。何かを見せてやる、患者は見せられる、という与える者と受ける者という形でなされていた（中略）こういう状態はわれわれの療養所に限らない。日本の精神病院すべての姿であったと思う。（中略）病院も閉ざされた存在であったし、娯楽も与えられる、という一方的な形式のもので治療体系に組み入れられていなかったのである¹²⁵⁾。

もちろん、企画を誰が行い、企画されたものを誰が受けるか、によっては実践構造が変わってくる。慰安であるレクリエーションは与える者（医療従事者）と与えられる者（患者）という決定的な受け身構造を作り出している。小林らのいう、与える者と受ける者という構造は患者に受け身の姿勢を作り出している。また、レクリエーションが実践される場が精神病院という閉ざされた空間であることは、精神病院の中でのレクリエーションの実践はどうしても与える者-与えられる者という一方的な形式となりやすい。後述する調査で、小林らは精神病院の構造からくる与える者と与えられる者という上下構造に注目しており、それを問題視して「レクリエーション療法」での大切な構造、つまり受身的ではなく患者が主体的な動きができることを構想していたことになる。

小林らは1945（昭和20）年から1955（昭和30）年までの精神病院におけるレクリエーションについて、種目別に延参加者数を調査している¹²⁶⁾。それによると1950（昭和20）年代後半に入るほど、受身的なレクリエーションから患者が主体的に参加しなければならないような能動的なレクリエーションへと変わっている。受身的なレクリエーションとは、レコード・コンサートやスポーツ見物などであり、能動的なレクリエーションとは、バレーボール、写生会などである。

小林らは1950（昭和25）年にロボトミー外科的治療を終えた患者に、その後の療法として行った「生活指導」が功を奏したことを認め、手術をしていない荒廃患者にも「生活指導」を行い始めた。そして、1952（昭和27）年、「生活指導が行き届いていることはレクリエーション療法の最もよい下地であると気がついた」と述べている¹²⁷⁾。ここで、「生活指導」と「レクリエーション療法」が組み合わさったのである。

小林らは「レクリエーション療法」の問題点として2点をあげている¹²⁸⁾。それは、参加者が医療従事者から選ばれた人に限られたことと、また荒廃して自発性を失った人たちは病棟に残されがちになったことである。

「レクリエーション療法」の実践方法としては、以下の通りである。

医師や看護婦たちが自発的に働きかけて動かし、患者たちを自分の周りに寄せてゲームに巻き込み、次第にこの数を増す。そして、患者がゲームに馴れて習慣づくに従って自分たちは身を引いて、患者対患者でゲームをやるように持ってゆく

¹²⁹⁾。

「レクリエーション療法」の種目については、年齢、病前の経験、職業、慣習なども考慮することとしている¹³⁰⁾。小林らは、病棟全体のレクリエーション療法の留意点を以下の通り、2点あげている。

行事化してしまい、上から与える形に陥りやすい。これに力を注ぎ過ぎると、病棟の自発性が失われ、患者を主体とすべきレク療法がそうでなくなり、単なるレクリエーションとなり、お祭り騒ぎになってしまう。病棟は身体的治療にとらわれて、レク療法はなおざりになりがちである¹³¹⁾。

これを防ぐためには、レク週間報告書を作り、レク療法を意識化することが大切だとしている。ここから「生活療法」の「生活指導」で使用されていた週間表の原型が活用され始まっていることがみて取れる。また、小林らは、レクリエーション療法の特徴としては病棟での生活行動と切り離さずに実施することだとしている¹³²⁾。これが「生活療法」の原型の考え方となったのだろう。さらに、小林らは「レクリエーション療法」での大切な構造として、次の事項をあげている。

患者自身が動き、それから他の患者を動かす。そして、再び自分がまた動かざるを得ない、こういう弾力的な構造のものが選ばれるのがよい。協調性と機敏性を促し、自発性、適応性を進めるからであるが、なにかんづく、こういう構造のレクの基礎には人間関係を充実させるものを含んでいる¹³³⁾。

次に小林らは「レクリエーション療法」の効果を二つあげている。

不安や苦悩に対して、身体を動かすレク活動そのものが最もよい自然の薬剤であり、緊張緩和に役立つものである。(中略) その2は自発性欠乏や自閉性に対する効果である。(中略) 執ような働きかけによって参加出場が慣習化され、自閉や無為のために生じた既成の形が打ち破られる¹³⁴⁾。

さらに、患者による効果の差異を三つあげている。

第1段は、とにかく、激励し鼓舞し、強制して構わぬからレク場に繰り返し出すこと。(中略)第2段は、しかし、何時までも入りやすい、そして習慣化されたレクばかり与えてはいけない。それに反復であって、かえってレク効果を破かいする最も悪い因子となる。その結果、患者は治療に乗らない。レクリエーションはするが精神状態は、これと並行してよくなる。いわゆる治療に乗らない患者が出来上がってしまう。新しいレク状況を設定して、これを患者に対応させる。レク行動を通して、状況への適応協働の型を自己体験に畳み込み、これを習慣にまでもってゆく。これが新しい人格の形成であるし、少くも人格の後退と反復を避ける道である。第3段は作業療法との配合である。われわれはレク療法を必ずしも狭義の作業療法の前療法とは考えていない。また、作業療法が治療系列の終末の位置を占めるものともしない。作業療法の価値をその生産性だと考えたら誤りである¹³⁵⁾。

小林らによると、「作業療法」と「レクリエーション療法」の関係は、「作業療法に出さずにレク療法を終えただけで退所してもよく、さらに、身体的治療が終わった患者で、肉体労働を嫌うような患者はレク療法を実施する」と述べている¹³⁶⁾。また、小林らは「作業療法」と「レクリエーション療法」との位置づけを「レク療法は狭義の作業療法の前療法とは考えない」とし、「作業療法が治療系列の終末の位置を占めるものともしない」と述べ、「作業療法の価値を生産性だと考えたら誤りである」と指摘している¹³⁷⁾。

「作業療法」と「レクリエーション療法」の運営については、以下のように述べている。

状況の転換が必要なのであって、そのためにレク療法から作業療法に移ったり、作業療法の間にレク療法を配置したり、あるいはこの逆の形式をとるのが意味があるのだ。作業療法とレク療法とはかなり異質のものであるから、状況転換の上では価値あるものである¹³⁸⁾。

小林は「作業療法」を治療の最後とは位置づけず、狭義と広義とを区別している。そして、「作業療法」の名称に対して、次のように指摘している。

アメリカにはOccupational Therapy とするものがある。従来、日本では作業療法に与えていた概念が狭いままで固定化しているので、この狭義の作業療法と広義の作業療法とは紛らわしい。とりわけ、作業療法という言葉がよくない。名が実を表していないからである¹³⁹⁾。

そこで、「生活療法」のなかに組み込まれた「作業療法」は別称として「はたらき療法 Work Therapy」という名称がつけられた。それは「作業療法」を肉体労働の活動と見立てて、「労働」、つまり働くことをそのままの意味を表す名称としてである。

3-2. 「生活療法」のはじまり

「生活療法」は1956（昭和31）年、国立武蔵療養所の精神科医師である小林八郎により提唱された治療法である¹⁴⁰⁾。生活療法の体系は「生活指導（別称：しつけ療法）habit training」と「レクリエーション療法（あそび療法）recreation therapy」と「作業療法（別称：はたらき療法）work therapy」と3つの方法を組み合わせたものである。小林は、この組み合わせを「生活療法（別称：くらし療法）」と命名したのである。「命名」とは、藤沢が述べているように、生活とはそもそも生活療法以前から病院内には存在しており、それが医療技術や時勢により患者の症状までも変えていっていた環境そのものだからである¹⁴¹⁾。つまり、生活そのものは何もわざわざ療法と位置付けなくとも、患者が病院にいれば発生する状態そのものであるが、「生活指導」や「レクリエーション療法」、「作業療法」を行なうことによって生活の仕方自体が変えられたことを意味している。また、生活同様に作業自体は明治期より行われており、「レクリエーション療法」も第二次世界大戦前から行事などとして行なわれていた。小林自身も述べているように、「総括的な命名が必要とすれば、われわれは生活療法という言葉を選びたい」のである¹⁴²⁾。なかでも、「生活療法」の中核的思想は患者の「生活指導」としてのしつけであり、入院中の患者に対して「生活指導」を行なうなかで、関わる職員は規律主義的、管理主義的に関わった¹⁴³⁾。つまり、「生活療法」の基礎的な部分を担っているのは「生活指導」であり、「生活指導」の上に「レクリエーション療法」と「作業療法」を組み合わせたことになる。

基礎となる「生活指導」の内容は看護研究が中心となり作られた。看護研究により生活指導の項目は「精神障害者行動別生活指導指針」として「起床・就寝・更衣」「洗面・歯磨」「結髪」「食事」「排泄・生理」「着装」「手足の清潔」「入浴・洗髪」「爪切」「調髪・顔そり」「化粧」「持ち物の始末（日用品購入）」「居室の清潔」「レクリエーション」「作業」「対人関係と社会性」「余暇活動」の17項目があげられた¹⁴⁴⁾。なぜ看護としては、ここまで細かい生活指導が必要だったのだろうか。1,000人以上の入院患者を抱えた東京都立松沢病院の例でもわかるように精神病患者の入院数が増加し、精神病院は巨大化した。それによる看護者の不足を補うものとして、詳細な生活指導の管理体制が必要だったと考えられる。

「生活療法」の目的は、活動の場、範囲を着実に広げていく態度の育成、自発性、自主性、協調性、勤労意欲、経済観念を育て、社会性を持たせ、また日常生活への適応をめざすことにあった¹⁴⁵⁾。患者はロボトミー外科的治療による術後の後遺症で、状態が

よりよくなるどころか、生活は益々荒廃してしまい、陰性状態となった。それにより、患者の生活が崩れ、看護者の手がより多く必要となったが、精神病院が巨大化するなかで看護者の人手は不足していた。それを補うためには患者に規則正しい生活を送らせる必要があった。ここでは患者に、人間らしい生活を取り戻そうとして、躰を中心とした治療方法として「生活指導」が注目された。それはまるで、「生活療法」がロボットミ―外科的治療の代償を払う役割を担ったようにみえる。急性期では社会適応レベルの向上をめざすのではなく、「作業療法」や「レクリエーション療法」を用いて、患者の注意を病的症状からそらす目的で行なわれた。

つまり、精神病院の巨大化に伴う看護の人手不足も重なり、看護の人手が少なくすむという方法として、「生活指導」と称して、患者に命じて指導するという看護方法が用いられることになった。患者が看護の指示通りに規則正しい生活をするのが、院内適応につながると正当化された。しかし、それは看護者が患者を指導によって抑えていくことを意味していた。

井上によると「生活療法の実態は千差万別であり、それは医療従事者の発想や視点が千差万別であることと関わりがある」¹⁴⁶⁾。これは、「生活」そのものの捉え方に一定の基準が設けられていなかったことを示している。

ただし多くの病院では、病院内での生活のすべての領域にわたり、週課表や細かな日課表に基づき、患者の行動を義務付け、その行動を点検するという方法が実践されていた¹⁵¹⁾。患者は日課表に沿い、日課をこなしながら、院内の内職作業に従事させられた。また、本来は病院職員が行うべき病院の維持管理業務、例えば配膳、清掃、患者の介助などまでもが「作業療法」の一環と位置付けられ、患者の日課として強いられていた¹⁴⁷⁾。患者に対する評価として、患者はランク付けされ、処遇や報酬に差が出た。処遇や報酬とはおやつやタバコの本数などである。

「生活療法」には規則があり、患者の日常生活を制約し、また、従事する医師や看護婦の「服務規程」にまで及んでいた。つまり、患者の生活をすみずみまで管理することが職務として義務付けられ、患者に対する個人的な働きかけは規則違反となった。これは先に述べた精神病院の巨大化により、看護者が患者一人一人と関わるのが不可能となり、集団として一まとめにして関わるという看護の質の低下の表れでもある。

井上は「生活療法の治療概念が「療法」としてはあまりに条件などが不鮮明であまりなものだった」と指摘している¹⁴⁸⁾。「生活療法」を一つの療法と体系づけようとするとき、あまりに「生活指導」の考え方が中心となり実施されていたことから、「レクリエーション療法」や「作業療法」も、いわゆる生活指導的レクリエーションや生活指導的作業療法となり、「生活療法」の目的と実践の実態に大きな違いをもたらしたのだ。本来、小林らが考えていた「レクリエーション療法」とは変容していった。そして、「作業療法」は「はたらき療法」と命名されただけあって、肉体的労働が主流となり、そこ

に生活指導的要素である管理が厳しくしつけのように加わり、「作業療法」の目的と実践は変容していったと言えよう。

3-3. 「生活療法」体系化の過程と看護管理意識の問題

次に、提唱者である小林が「生活療法」を提唱した当時の意図から、その当初の小林の思想を検討するために「生活療法」が体系化されていく過程を振り返り、その出発点を明らかにする。

小林が「生活療法」を新しい治療法として提唱した当初の意図とは、精神医療の従事者に自己改革をせまり、精神病院を治療的な状況に改革することだった。そこでスローガンとなったのが「精神病院を治療的環境へ」である¹⁴⁹⁾。しかし、「生活療法」の実践は実態として、精神病院に確固として存在しつづけていた抑圧的、権威主義的構造を科学や「療法」という名称によって隠蔽し、「治療的環境」への変容はうすめられ、医療従事者の根本的自己改革を遅滞させる役割を果たしてしまった¹⁵⁰⁾。

小林は「生活療法」の体系化について以下のように述べている。

生活指導はレク療法及び作業療法の基礎をなす。レク病棟の開設にあたって生活指導を十分にやっていない患者を集めて発足したため当初レク療法をすることができなかった。まず、生活指導をやらねばならなかったのである。生活指導をある程度やってから始めてレク療法を平行してやれるようになった。同じことは作業療法についても言えることで、この意味で生活指導はレク及び作業の両療法の基礎であり前療法と言ってよいと思う。しかし、作業療法に入ったから、またはレク療法をやるから生活指導を打ち切ってよいというのではない。引き続いて行わなければならない。生活指導には低次のものと高次のものがある。低次のものは不潔、無為、荒廃、内閉患者を対象として日常身辺的な暮らしを自律的にさせるよう絶えざる働きかけをする。そして、失った人間的慣習を取り戻させる。高次のものは自発性や労働能力はあっても人間的な規範や高い慣習を失った慢性欠陥患者に対して行うものである。居住や集団生活における作法、礼儀等のしつけを行い責任感の養成をする。(中略)生活指導、レク療法、作業療法は、その領域と狙いがそれぞれ違うことについては前述した通りである。(中略)総括的に命名が必要とあれば、生活療法という言葉を選びたい。日常語を学術語に使うという昨今の流行を取り入れて命名を試みる¹⁵¹⁾。

そして、小林は「精神病医が精神病棟や精神病院を治療のための精神的ミウリ（原文のママ）と考え、精神病患者の治療がその生活の中で行われることに関心を持つようになることを期待する」と述べている¹⁵²⁾。

当時、小林が勤めていた国立武蔵療養所では1948（昭和23）年にロボトミー外科的手術の第1例が行われ、1957（昭和32年）まで続けられていた。1960（昭和35）年の年報の中に次のような記載がある。

昭和24年頃から、不潔行為や暴力行為のため、保護室の中に閉じ込めていた患者に対して、脳手術を行うようになった。そして、脳手術の終わった患者を再教育する動きが始まった。脳手術そのものに対しては、後日、多方面から批判があり、31年になってからは、ほとんど行われなくなったが、その時の動きが武蔵療養所における生活療法の基礎である生活指導のきっかけとなったということは否定できないことである¹⁵³⁾。

つまり、「生活療法」の基礎である「生活指導」はロボトミー外科的手術の術後再教育として組織的に始められたのである。また、藤沢によると、特に、看護婦が研究と実践を行い、ロボトミー外科的手術後の患者の看護計画を検討するなかで、国立武蔵療養所の所長だった関根真一が「生活指導」という言葉を提言し、その看護研究が1953（昭和28）年の看護研究発表以来、「生活指導」は全国に広がった¹⁵⁴⁾。その時の看護総婦長だった羽生リツは、「看護の役割のなかに作業療法が入っていたきっかけは生活療法（再教育治療）だった」としている¹⁵⁵⁾。羽生は精神科看護の役割について、看護が院内の全ての仕事を背負っていた時代があり、24時間生活を引き受けている看護は生活指導の精密な規格が必要で、看護活動を科学的に裏づけ導いていく学問の確立の必要性に迫られ、また精神科看護を3類看護から脱却させるための根拠を数字的に示す必要があったとしている¹⁵⁶⁾。

こうしてみていくと、「生活指導」の出発点は、医師不在で患者と直面する看護婦たちの工夫の賜物だったことになる。ロボトミー外科的治療の影響と、看護者不足のなかで、看護としては患者の生活を再教育（再構築）しなければならない。そのためには、細部にわたり患者の生活を管理する方法の方が看護の手を煩わせなくて済むのである。看護の人手不足の解消にもなり、管理している方が看護者側も一見看護をしているかの如くの気持ちにもなれる。看護者らは、患者の生活を再教育（または再構築）するための方法としての研究の名のもとで「生活指導」を実践する必要に迫られた。また、看護者が「生活指導」に力を注ぎ始めたのには、患者を力で抑えつけようとしてきた精神医療独特な観点である管理意識が残っていたのだろう。この精神医療独特な方法は前述した精神看護の歴史上にも現われていることだが、男性看護者の存在がそれを意味している。粗野で暴れる患者を身体的にも精神的にも抑えつけるのには男性看護者の力が必要とされたのだ。前述したとおり、戦争を始める準備として男性看護者を養成し始めた。男性看護者は戦争に取られ、多くの死者を出した第二次世界大戦敗戦では、もちろん男

性看護者も亡くなっただろう。当然、国内の留まることが多かった女性が看護者となることが増えるのは自然である。精神医療では、それまで男性看護者の力で抑えていた方法ができなくなったが、精神医療の管理意識だけは残されており、患者の生活を指導するという名のもとに患者を管理する方法へと変わったのだ。さらに、「生活」という曖昧で日常に埋没している状態をどのように捉えるのか、その一定基準をどこにも定めずに、全国に広がった「生活指導」はそのまま生活を指導するという言葉だけが独り歩きをしたといえよう。

「生活指導」をどのような理念で行い、どのように取扱うのかという条件づけの検討がされないまま、看護研究によって全国へと発表され、小林もまた同様に「生活療法」を「療法」として扱うに相応しい条件づけなどをせずに、体系化に踏み切ってしまったのである。つまり、「生活療法」の出発点は、ロボットミエ外科的手術の術後再教育（再構築）として、看護婦が研究と実践を行い、看護計画を検討するなかで組織的に始められたのである。

藤沢は「療法」の名で立場を認められたということは、相当重要な意味合いがあったことに気づかないわけにはいかない」とその命名した小林の責任の重さを指摘している¹⁵⁷⁾。しかし、小林一人が「生活療法」を提唱したというより、当時の精神医療のなかで行われていたさまざまな「治療」といわれる実践内容を寄せ集め、これが民主主義国家における精神医療のあり方なのかと、精神医療従事者へ問うための小林の問題提起だったとも言えよう。電気ショック療法、インシュリン療法、ロボットミエ精神外科的手術、人間性を無視した高圧的態度で患者に接する従事者たちの姿勢、科学と称して行われる実験、それら精神病院のなかで行われていた全ての事象に対する警告だった。一方で、小林らは精神病院の絶対的上下関係などが示す構造を意識していなかったという指摘もある¹⁶³⁾。しかし、「生活療法」のスローガンは「精神病院を治療的環境へ」である。小林が精神病院の現状を真に意識せずには、このスローガンは出てこない。小林は「生活療法」の提唱の主旨を総論のなかで、次のように述べている。

日本では、作業療法とは広い意味で労働と生産を伴うものと考えられており、これに反してレクリエーション療法は労働と生産は伴わない。われわれが創意して体系づけた生活指導療法は、またその対象も領域も、両者と別なものである。（中略）従来、日本では作業療法に与えていた概念が狭いままに余りに強固であるので、狭義の作業療法と広義の作業療法とは紛らわしいものとなっている。とりわけ Occupational Therapy という言葉がよくない。人によっては Rehabilitation 療法ともいうが、これは治療のメカニズムからの命名であり、療法を、それが行なわれているままの、現実的かつ具体的な姿で表すような名がほしいわけである。（中略）われわれは、生活指導、レク療法、作業療法を総

括する言葉として生活療法という言葉を選んでみた。これを表にしてみると従来の命名では次のようである。

- (1) 狭義の作業療法
- 広義の作業療法 (2) レクリエーション療法
- (3) 生活指導

われわれの命名、そして日常語を学術語に使おうという昨今の流行を取り入れると次のようになる。

- (1) 生活指導（しつけ治療）Habit Training
- 生活療法 (2) レク療法（あそび治療）Recreation Therapy
- (3) 作業療法（はたらき治療）Work Therapy ¹⁵⁸⁾

藤沢によると、小林らは「精神病院で行われていたさまざまな活動、働きかけ、試みなどを総括して、生物学的ないし理学的治療と並ぶ治療体系を創出しようと意図しようとした」と述べている¹⁵⁹⁾。小林は自身の論文の最後に、「精神病者の治療がその生活のなかで行われていることに関心を持つようになることを期待する」と結んでいる¹⁶⁰⁾。これらの小林の言葉を考え合わせると、「生活療法」は精神医療従事者に今のままでよいのかと問うための提起として、精神病院内での治療従事者への激しい批判が伺える。

1967（昭和 42）年、「生活療法」発祥の地であった国立武蔵療養所では、「生活療法」は提唱者である小林らの手を離れ、岡庭武（1926-現在）と秋元波留夫（1906-2007）の指導下に移った。1957（昭和 32）年に発足した生活療法委員会は、1966（昭和 41）年には生活療法組織委員会の編成となり、再検討されることになり、岡庭が作業医長となった。しかし、内容に根本的な改変は加えられなかった¹⁶¹⁾。

4. 公立病院から民間病院へ

「生活療法」は国立武蔵療養所で形作られ、看護研究や病院精神医学懇話会の活動を通じて、全国の民間病院へと広がり、それぞれの場所で、それぞれの「生活療法」が実施されるという展開の仕方をした。「生活療法」自体に実施条件が付け加えられていなかったこともさることながら、「生活療法」の基礎である「生活指導」の「生活」という概念の解釈が千差万別となり、そこに精神病院がもつ絶対支配的な構造に任された実践が展開され、民間での闘争へと発展した。各地で起こった闘争も時間とともに消滅し終わりをづけ、「生活療法」は衰退の道を進むことになった。

「作業療法」は「生活療法」の一つの柱とされていた。その「作業療法」に従事する者は国家資格化後も、「生活療法」が衰退するまで、「生活療法」のなかで共存していた。この場合の「作業療法」に従事していた者は、これまで取り上げてきた明治初期から同様に看護者である場合が多く、また作業種目別にその専門職であった作業指導員である。

「作業療法」に従事していた者がその作業種目の専門職であったことから、その仕事を患者に教えるという側面から「作業療法」は「労働」としての意味合いが強くなり、また「作業療法」自体が「労働」として捉えられてきたためか、「生活療法」と同様に批判の対象となっていた。

4-1. 「生活療法」の実践への広がり ― 1950（昭和 25）年代

小林が提唱した「生活療法」は病院精神医学懇話会の活動を通じて全国の精神科医たちに広まった。広がりつつある「生活療法」について、小林は 1958（昭和 33）年の国立武蔵療養所の年報の中で、次のように述べている。

順調に行っているようだが、生活療法が次第にマンネリズムにおちいって勤務者は熱意を失い、生活療法を行う目的意識が明確でなくなり、どうしてよいか分からないという嘆きを聞くこともある。これには一つ問題があるように思う。これは、いままでの生活療法のやり方では、行きつく段階にゆきつき、次の段階の目標と方法が打ち出さねばならぬ転換期にさしかかっていることを示すものと思う。従来のやり方は指示的で、一斉にうしろから押し出し引っぱり出すやり方が主であった。枠に入れ、量的な面が関心事であった。これからの転換すべき方向は質的な点を重んじ、個別的な扱いをし、もっと伸び伸び非強制的なものが望ましい。これは困難な方向だが、われわれの課題であろう¹⁶²⁾。

この小林の指摘は、まさに後に批判となって出てきている内容である。これまで実践されてきた「生活療法」は患者への対応を決まりきったルールで強制的に行なってきたので、これからは、患者一人ひとりに違った対応が必要だとしているのである。また、小林が提唱した「生活療法」は当初の目的とは異なった方法で独り歩きを始め、さまざまな実施方法へと発展し、「生活療法」の提唱当初にあげたスローガンである「精神病院を治療的環境へ」に立ち戻させようと提起としたと言えよう。

「生活療法」の問題は、提唱されてわずか 2 年間で露呈している。これは藤沢が「もともと生活療法には「療法」と名付けるだけの条件が整っていなかったがために、実施の実態があまりにも千差万別になり、混乱をした」と指摘していることでもある。

国立武蔵療養所で形作られた「生活療法」は公立病院から民間病院へと全国に広がったが、小林の指摘からもわかるように、「生活療法」は出発点の思想とはかけ離れ、まさしく「生活を指導する」という言葉だけが独り歩きしていたのである。小林は自身が提唱した「生活療法」を以下のように自己批判している。

作業やレクリエーション活動を指示し、強制して患者に行わせても、それが自発

性の回復には必ずしもつながらないこと。強制と指示を止めれば、ただちに患者は動きを止めてしまうことである。真に求めるのは強制がなくとも動く自発性の回復である。従来の方法は、患者たちを単にマスとしてのみ扱うために、患者の特性に応じた指導に欠けている¹⁶³⁾。

「生活療法」が民間に広がりつつある同時期、小林自身が「生活療法」を批判して、「生活療法」発祥の地である国立武蔵療養所で実験的開放治療病棟を始めている¹⁶⁴⁾。そして、小林は最初に提起した「生活療法」を修正し、次なる方法論として、受容的、非指示的方法、個性に応じた「生活療法」、力動的な解釈、十分な開放管理を行なうことなどを示した。

藤沢によると、「よい生活療法と悪い生活療法、あるいは指示的な生活療法と非指示的な生活療法とがある」という¹⁶⁵⁾。さらに、鈴木によると「生活療法」における薬物療法は患者の問題行動を沈め、「生活療法」の枠にのせる手段に使われたという¹⁶⁶⁾。薬物療法は1957（昭和32）年、新たな生物学的治療法として精神神経学会に認められ、その後、熱狂的に導入された。それは、「生活療法」が広がる時期と同じにして、患者に大量の薬物を飲ませるという薬づけの状態にもつながった。鈴木が指摘するように、「生活療法」において、治療者のいうことを聞かない患者に対する懲罰的扱いであった。

4-2. 「生活療法」への批判 —— 1960（昭和35）年代

「生活療法」は1960（昭和35）年代に入ると批判が相次ぎ、1965（昭和40）年代後半には開放化運動にまでに発展した。

「生活療法」には閉鎖的空間を作り出す拘束やロボトミー外科的治療後の症状、無治療による荒廃患者の放置という空間的状态という精神病院が抱えていた状況に対して「精神病院を治療的環境へ」という基本的な思想があった。しかし、「生活療法」は精神病院の状況を打破ことはできなかったのである。よりよい環境にしようとする思想に対する批判はなぜ発生したのだろうか。「生活療法」がめざしていた機能や役割は正当だったのではないだろうか。

藤沢は「治療の名で生活指導と称して、善意にみちて行われる「しつけ」「おしつけ」「代行」ほど始末の悪いものはない」として、「生活療法の基礎である生活指導はまさにそうした基本的性格を持たざるを得なかった」としている¹⁶⁷⁾。続けて「作業療法にしても、レクリエーション療法にしても、その危険性は同じであった」としている¹⁶⁸⁾。また「生活療法と機能別病棟の関係として、精神病院が巨大化していくこと自体に重大なマイナス要因がはらんでおり、機能別病棟の分類の根拠は何であったのか。それが生活療法的発想による分類であるならば、重大なマイナス要因である」と述べている¹⁶⁹⁾。

精神病院が巨大化し、その院内管理のために「生活療法」によって患者を統一化、統

制化しようとした。小林の理想とした「生活療法」は院内適応に使われることになった。これは明治期に実践された「作業療法」を用いて患者を院内適応させる呉のコロニー思想を引き継いでいるとも言えよう。そこで、患者を抑えつける方向性に対して、「作業療法」は作業活動で患者を動かしていくという対立構造が発生しているが、「生活療法」のなかの「作業療法」は看護者によって生活を整えるための「労働」としての役割がかさなることになった。それは患者を規則正しい生活をさせるため、昼間は活動させることが必要となり「作業療法」と称して患者を動かす、働かせる、労働するという組み合わせとなった。これにより批判は「生活療法」の「生活指導」だけではなく、患者に「労働」をさせる「作業療法」にまで及ぶこととなった。「生活療法」のなかの「作業療法」は、昭和中期になって、明治期の呉のコロニー思想から来る「作業療法」への批判でもあることになった。

「生活療法」は提唱された時点で生活が示す意味合いや範囲などの曖昧さを残し、出発してしまった。その実践条件の設定がない曖昧さが精神病院における権威主義的概念と連動し、問題を大きくしたといえよう。その際に、批判されたのは精神病院の権威的構造ではなく、それを改善しようとした「生活療法」の方であった。「生活療法」は精神病院に自己改革を求めていたが、その方法が曖昧だったために、名称にある「生活」の解釈が精神病院の権威主義に飲み込まれる形となり、批判の的が曖昧な「生活療法」に向いたのだ。

4-3. 「生活療法」への擁護（批判の批判）

「生活療法」の先行研究や資料は「生活療法」を批判する内容ばかりである。しかし、本当に批判されるばかりの治療法だったのだろうか。批判に対して小林自身が批判をしている。小林の批判の批判を引用して、生活療法を肯定的に検討してみる。小林は「生活療法」の自己修正に対して、次の4点を述べている。

①臨床の自立

「生活療法」は病院精神医学の発展と共に、あるいは先駆してのびたものである。また、当時の精神医学を支配していた大学精神医学への対立を主要な根拠とするものである。病院が自立的に学問的発展を期するためには、大学精神医学とは別の分野、病院特有の領域研究を対象とする必要があった。

②有機的関連

臨床で生活療法の実践と発展に努力した者は、「多様な活動」が互いに関係しながら進んできた過程を知っている。出来合いの活動がかき集められたものではなく、一人ひとりの患者に対して諸活動は有機的関連をもって用いられている。その源流に思いを致さないで、評論家のような見方をする者には、

モザイクのように思うかもしれない。生活指導のなかに、初めからレクリエーション活動や作業活動がある。¹⁷⁰⁶⁾

これらの二つを基礎として、分裂病の治療過程に及んでいる。小林は、「それを精神病院の構造でみると、ある一つの精錬された治療法によって治療が達成される現実はない」とし、「同時的、複合的に、それぞれに違いはあっても、寄せ集め、いわば多様な活動のモザイク、統一を見出すことのない治療が、現実の治療法なのである」としている。

③美名に隠れて

悪いことをするとき用いる。作業療法的美名に隠れて、という時は患者の使役や労働収奪が連想される。週課表や日課表を使うのがよくない、それが画一化と模式化の原因となるらしいが、やったりやらなかったり、特定の患者とだけ遊んだりの状態であったから、大まかな予定表でもあれば、という意味で求められたのである。

④本質的なものではない

機能別病棟はベルトコンベヤシステムをめざしたものではなく、便宜的なものであり、生活療法に不可欠なものでもなければ、本質的なものでもない。¹⁷¹⁾

小林が実際に行った「生活療法」の要点は以下の通りである。

- ・病棟を開放する。開放の範囲は院内で一切自由である。
- ・人員確認はしたが、点呼形式ではない。
- ・日課表や週課表は患者を委員とするレク企画委員会が作成する。
- ・屋外作業は、病院全体の作業療法システムとは別に、病棟の近接地に農地を開墾し、その収穫物は簡単な料理をしたり、遠足の時のおやつにした。
- ・レクリエーションは、個人とグループに片寄らず、視聴覚、運動、創造的なものなどにわたるようにした。
- ・レク委員会で決めるレク種目は患者に聞くようにした。
- ・作業やレクへの参加は自由であり、強制的に誘導することは全くしない。
- ・孤立している患者は、看護者が一人ずつ担当し、接触を試み、問題点を医師に報告する。
- ・比較的活発で、疎通性のある患者はグループに限らず、外出した。
- ・病棟は問題が同程度の患者を集めた。
- ・スタッフ間のコミュニケーションとして、毎週一回ケースカンファレンス

をひらいた。^{172), 173)}

以上の要点を抑えた方法により、小林は「患者と治療者間の人間関係を重視し、両者において民主的な関係を基盤に据え、非指示的かつ受容的な態度を取り、十分に力動性を考慮していることは歴然だ」と肯定している。そして、「生活は患者にとって余裕のあるものであった」と述べている。さらに、「生活療法の解釈や実践は、病院によって差があるから、批判するならば実証的にした方がよい」とまで述べている¹⁷⁴⁾。

小林が批判に対して気にかけているのは、管理という部分である。小林は「確かに入院患者の生活には管理しなければならない部分はあるが、生活療法を管理そのものとして用いるのは妥当ではない」と批判を受け入れ、「生活療法のある面は実践の結果として管理的に機能するということはいえよう」と認めている¹⁷⁵⁾。

小林の実践結果からもわかるように、小林が提唱した「生活療法」は患者一人ひとりに治療者が向き合い、患者の話を聞くことにあり、決して支配的、指示的な実践方法ではないといえよう。「生活療法」の目的であった、施設症を打ち破り、活動の場や範囲を広げ、自発性、自主性、協調性、経済観念を育て、社会性を持たせようとしたことは擁護できるものである。

5. 「生活臨床」 —— 精神病院内から地域へ

これまで述べてきた「生活療法」は精神病院内での治療方法だった。ここからは精神病院内から地域で暮らすための「生活臨床」の体系化をみていく。

「生活臨床」の活動は「作業療法」従事者の国家資格化がされる以前の1957（昭和32）年から、群馬大学が中心となり「分裂病の再発予防5ヵ年計画」の中で始まった¹⁷⁶⁾。臺は「生活臨床」を治療の基軸を社会生活に置くという意味があり、「生活療法」の社会生活版だと位置づけた¹⁷⁷⁾。「生活療法」とほぼ同時期から活動が始まった「生活臨床」だが、「生活療法」と大きく異なる点は活動当初から熱狂的な全国的への広がりをみせなかったことだ。また、「生活療法」では社会復帰をめざして「作業療法」が関与したが、地域生活をめざした「生活臨床」ではなぜ「作業療法」が関与していなかったのかを取り上げる。地域生活には「作業療法」のもつ社会復帰や就労、労働、働くという側面が関連してもよさそうだ。「生活療法」は最終的に社会復帰をめざしていたが、生活そのものは院内であり、「作業療法」も院内での実施であり、使役と深い関連をもったことから批判の対象となったが、「生活臨床」は地域での生活を支えながら治療することを可能と考えたことから、精神病者の社会復帰の動向に即していたためか、大きな批判は逃れた。

5-1. 「生活臨床」の誕生と展開

まず、そもそも「生活臨床」とはどのようなものなのかを述べる。

1962（昭和 37）年から分裂病の生活環境にまつわる諸要因を分析して、治療に生かすといった新たな退院後の地域支援技法として、1962（昭和 37）年に「生活臨床」と提唱された¹⁷⁸⁾。群馬大学精神科によって、分裂病者を入院させて社会から隔離するのではなく、地域社会のなかで治療していくという治療理念に基づき、実践が始まった。当初は再発予防計画だったが、それを 3 年であきらめ、予防改善計画に切り替えている。切り替えた理由は、あまりに分裂病の再発が多く、再発することだけに治療の視点を狭めると再発を恐れて入院などの施設処遇になってしまう恐れがあると考えたからである。伊勢田によると「生活臨床」の治療目的は以下のとおりである。

何よりも「長期の統合失調症をもちながらも、病院や施設ではなく普通の地域社会で自分の希望する普通の生活ができるようになりたい」という患者・家族が求めるニーズに、応える¹⁷⁹⁾。

つまり、再発は恐れず患者の社会適応と生活支援に挑戦し、社会生活を可能にする技法やシステム開発に、取り組むことになった。臺によると「生活臨床」とは患者の「通院・入院、家族、学業、交友、職域などを通じて世の中での暮らしを支えるための治療方針のことであると述べている¹⁸⁰⁾。よって、「生活臨床」は社会生活を送っている分裂病者の生活の破綻につながる出来事を把握し分析し、生活の場を直接的に援助することによって再発を防止しようとするものである。

群馬大学では、退院後の連絡を緊密にし、家庭訪問や昼間に休める場所としての昼間入院、退院者クラブなどを整備した。再発や悪化の際には、適時に早期の再入院を勧め、それは「納得入院」を原則とし、短期に休息を取らせた。さらに 1961（昭和 36）年には入院を完全開放とした¹⁸¹⁾。この活動分析の結果として、再発の最大要因は患者の人格特性と環境との相互作用であるとした。患者の生活行動を観察した所見を生活特性としてまとめ、縦継的な生活特性を生活類型として、患者が困惑に直面した場合に支援した¹⁸²⁾。中沢によると、生活特性とは「誰にとっても生きる「よりどころ」であり、「張り合い」であり、評判を落としたいくない点（その人の価値意識）」であり、大きく 3 分類でき、一つは縁談、恋愛、性生活など主に異性との関わり合いによって生じる出来事、二つ目に財産、損得、借金など生活の経済的側面を代表するもの、三つ目に学歴、資格、男らしさ、出世など社会的地位に関する出来事である¹⁸³⁾。生活類型は職業や家庭生活などの社会生活場面の観察から、生活に安住せず自ら生活の拡大や変化を作り出そうとし、常に不満を示し自己主張が目立つ能動型と変化を嫌い、不満も自己主張も表さない受動型に類型している¹⁸⁴⁾。「生活臨床」は、生活類型と生活特徴が組み合わさり、患者の性格特性を引き出すという経験主義であった。伊勢田によると「生活臨床」につ

いての自然な考え方として以下のことが述べられている。

群馬における地域活動では、主要な舞台を、外来・ディケア・病院ではなく、まさに家庭、近隣、職場などの患者・家族が生活している場面においた¹⁸⁵⁾。

精神症状があっても生活できればいいと考えたし、この考えを延長するなら、「暮らしべた」「生きづらさ」があっても、患者・家族が生き生き生活できればいいのではないかと考えるのは自然であろう¹⁸⁶⁾。

そのために、地域精神保健活動に携わっていた保健婦や、社会復帰の為の退院という側面からはソーシャルワーカーにも大きな影響を与えたことだろう。

「生活臨床」が提唱された群馬県では医師と保健婦がチームを組んで「生活臨床」の実践をした。群馬県の渋川診療所では保健婦が患者の病状に応じて患者と一緒に働いた。具体的には「患者が寝ているのを起こして、コンニャク差しを一緒に行うなど家族の人たちが患者を交えて仕事をするなかで指導」をしていた¹⁸⁷⁾。江熊らによれば、院内での患者指導は看護で、地域が保健婦という機械的な役割分担ではなく、「看護が外に出で家庭を訪問する部分がないと解決しない」と述べている¹⁸⁸⁾。渋川診療所では看護も保健婦も同様な働き方をしていたという¹⁸⁹⁾。一方で、中沢は群馬県東村での取り組みから「保健婦の地域での豊富な経験こそ第1に注目すべきこと」と述べている¹⁹⁰⁾。群馬県で保健婦の活動をしていた西本によると、保健婦の地域の仕事について以下のように述べている。

家庭の中に入って行って、生活というか、その人はどういう生まれ方をしてどうやってお嫁さんをもらって、分家するときはどうだって、どうやって食って、なんていうのを見ている¹⁹¹⁾

保健婦は病院の中で精神病の症状と向き合い、たまに家庭訪問する程度の看護婦よりもさらに地域に暮らす個々人の生活に密着しており、「生活臨床」でいう患者が地域で暮らしや病院に入院しないように予防を援助していることになる。そして、その患者が地域社会のなかに入り込み仕事をしていくことまでも援助している。西本は続けて「ソーシャルワーカーは看護技術者でないから熱意だけでは任せておけない」という¹⁹²⁾。「生活臨床」でいう患者の地域での暮らしや社会復帰には、基本として看護の知識を必要であり、その上で地域に入り込み、根差していくことが必要だということである。つまり「作業療法」に従事していた作業指導員は西本のいうソーシャルワーカーと同様に看護の知識がなく、作業活動だけをしていることになり、熱意だけでは「生活臨床」は実践

できないということなる。精神医療に関する専門教育を受けていなかった作業指導員はその体験のみからの学習で患者と向き合い作業活動をしていたからだ。

「生活臨床」の最大の目的は、精神分裂病は再発が多く、悪化を繰り返すと回復が困難になるので、性格特性を見分け、再発を予防することである。

「生活臨床」の展開は3つの時期に分けられる。精神病院内での活動として1957（昭和32）年～1962（昭和37）年と、退院後の外来での活動として1960（昭和35）年～1965（昭和40）年、在宅または地域で対応した活動として1963（昭和38）年～1967（昭和42）年である¹⁹³⁾。

伊勢田によると「生活臨床の定義はその核心の部分はどうみるかは実践者のなかでも必ずしも一致していない。しかし、総括的に言えば、身体療法、精神療法、生活療法を統合し、役立つものは何でも取り入れる折衷的な診断と治療の体系であるという考えでは一致している」という¹⁹⁴⁾。他の治療と比較したときの「生活臨床」の特徴は、江熊によると、生活を見ずして治療はできないと表現されている¹⁹⁵⁾。「生活臨床」は、病院精神医学懇話会、精神科看護協会、精神科家族会などとの活動を通じて全国に広がったが、臺によると「地域差も大きかった」という¹⁹⁶⁾。

5-2. 「生活臨床」への批判と専門分化の基礎

「生活臨床」が、患者が生活する地域社会で治療を進めようとした背景には、これまでの精神病院内での治療にとどまっていたことに対する反省と批判があった。「生活臨床」が誕生するまでの活動のリーダーに臺がいる。臺は「生活療法」を「美名に隠された強制的であり支配的な方法だ」と徹底的に批判をしている。「生活療法」は症状に着目し、「生活臨床」は地域における「生活」に着目している。「生活療法」のように精神病院を退院させないような治療法ではなく、「生活臨床」は早期退院が推奨されたのである¹⁹⁷⁾。

「生活臨床」の展開は活動場所によって3つの時期に区分されていたが、その後、1984（昭和59）年に、追跡期間が16年～21年に及ぶ長期経過研究が発表されている¹⁹⁸⁾。それによると、社会適応は発症した時間経過とともに減少し続け、最終的には入院や死亡という厳しい結果だった。当初より良好な社会適応を示していた者は時間経過のなかでも最も変動が少なかった。この結果から、「生活臨床」は治療中断者を減らし、通院患者を増やしている¹⁹⁹⁾。また「生活臨床」は活動開始時に既に長期入院者を退院に導くことはできず、精神病院への入院という精神疾患の壁を崩すことはできなかった。この意味での発展の経過としては「生活療法」と変わらないだろう。また「生活療法」と同様の批判もある。「生活臨床」でも「生活」という概念が極めて曖昧であり、その範囲についても困難性があり、病院内で行われていた管理を地域にまで拡大したとも取れる。

退院に向けた計画や地域での生活が主軸におかれているということは、精神病院の開放化の現象の波に乗って、もっと全国的な広がりや展開が期待できたはずだが、そうではなかった。それは退院に向けた計画を推進するソーシャルワークや、地域での健康的な暮らしを支える保健婦の協力に問題があった。前述したように「生活臨床」を実践していた保健婦は患者の暮らしに関わるには医学的な看護の知識が必要であり、その医学的な教育を受けていないソーシャルワーカーや作業指導員では「生活臨床」が実践できないと考えており、多職種をメンバーに入れなかったのである。

まず、ソーシャルワークについての問題だが、日本でソーシャルワークが広く始まったのは戦後のことである。岡本によると、それは結核の蔓延に対応するため GHQ（連合国軍総司令部）主導のもとに保健所や国立療養所・病院に医療ソーシャルワーカーが置かれるようになり、そこでは貧困者や結核患者を主な対象者として入院援助、医療費問題の解決などの業務であった²⁰⁰⁾。ソーシャルワークは徐々に民間病院にも広がっていったが、精神病院でのソーシャルワークはいまだ経験が浅かったのである。1953（昭和23）年に日本医療ソーシャルワーク協会が結成され、ようやくその業務は広がり始めた²⁰¹⁾。

次に保健婦についての問題だが、名原によると保健婦の公的な身分法が制定されたのが1937（昭和12）年の「保健所法」であり、1941（昭和16）年には「保健婦規制」が制定された。第二次世界大戦が始まり、その発展は戦時体制に組み込まれ、翌年1942（昭和17）年国民医療法の改正により医療関係者として位置づけられた。しかし、その発展は全国的に広がらず、第二次世界大戦後、GHQによって戦後の公衆衛生活動は飛躍的に前進し、外地からの引き揚げ者や軍人の帰国などで発疹チフス、痘そう、コレラなどの外来伝染病が大流行した中で1947（昭和22）保健所法が全面改正され、公衆衛生は新時代を迎えた²⁰²⁾。保健所は国民の極度に悪化した衛生状態を改善するために、環境衛生、公共医療事業、衛生試験、検査などの業務が加わり、結核、性病など疾病の治療も行ない始めている²⁰³⁾。戦後、高水準の機械設備を有し、予防のみならず、結核や性病に関しては治療を行なう総合的な保健衛生行政機関として発展していった保健所だが、1953（昭和28）年以降の地方財政の窮迫を背景に保健所職員の減員、1956（昭和31）年には地方自治法の改正によって14県で都道府県衛生部が、厚生省では看護課が廃止され、医務局医事課に包括され、占領政策で発展をした公衆衛生行政は大きく後退したという時期を迎えた²⁰⁴⁾。このようになかで、精神保健にまで手が回らないのは当然である。また、「生活臨床」が中心的に実践されていた群馬県の保健婦たちの意識の問題もあった。

つまり、この時期のソーシャルワークが「生活臨床」を推し進めるには業務推進の状況からも時期が早かったことになる。また、同様に退院後の地域での暮らしを支える保健婦の働きも精神病患者の退院による地域生活全般を支えるのに他の職種と連携を組

む意識にまでは及ばなかったのである。

他の職種との連携を組みという意識では「作業療法」は連携という意識はなかったにせよ、以前より医師、看護、作業指導員とが入り組んで実施されてきた。長山の実践のように病院全体で取り組もうという意識もあった。そうすると、精神病院内と地域を含めて、これまで見てきた医師、看護、保健婦、ケースワーカー以外にも、精神医療の領域には専門領域として心理職がいる。臨床心理従事者は国家資格ではないので社会的経済的立場が確立されているわけではないが、精神医療は少なくとも呉が東京府松沢病院院長だった時期より精神療法の一部として心理療法を用いていた。しかし、今回見つかった史料の中では臨床心理に関わる職務を実践していたのは医師である。日本の精神病院に臨床心理がいつから仕事として位置づけられたのかの詳細は不明だが、戦後期の1960（昭和 35）年代の精神病院には既に心理士と称する職種があった²⁰⁵⁾。牛島によると「精神医療に心理士が導入され始めたのはケースワーカーによるもので、ケースワーカーが心理士の役割を担っていた」²⁰⁶⁾。とし、「最初は面接をしているが、そのうち箱庭療法をやり、さらには集団療法だのゲシュタルトだのとつなぎ合わせていく。いつも頑張っている印象を与えますが、実際に患者の治療はどうなっているんだと問いたくなる」と述べている²⁰⁷⁾。当然、それ以前の時期には、この業務内容と同様かそれ以下の内容だったことは推考に難しくない。それを裏付けるように、日本での臨床心理士は1953（昭和 28）年に、衆・参両議会で「カウンセラー設置に関する建議」として国会決議がなされたが、国家資格にまでは至らなかった。遅れること 1988（昭和 63）年に臨床心理士の資格審査・認定を行う『日本臨床心理士資格認定協会』が発足し、その年の12 月には初の臨床心理士が誕生した。それまでは、牛島が述べているように心理士は国家資格ではなく業務独占でもなく、業務内容の選択は心理士に任されていた。牛島は、1978（昭和 53）年の臨床心理学批判の中で、心理が働く場所は精神病院だが、統合失調症を相手に何ができるのか、リハビリ活動での対人関係訓練等があるのでは、個人作業療法は作業療法士に、と心理士の職務を批判している²⁰⁸⁾。呉が東京府松沢病院院長の時期から「作業療法」での心理療法を用いてきた。昭和中期、1970 年代になっても、心理士の職務の一部は「作業療法」の職域であった。心理士が臨床心理士として認定資格が制定された後も、精神病院内での臨床での職務はそれほど変わってはいない。しかし、津川の総合病院精神科における臨床心理士の業務によると、その業務は、カウンセリングはもちろんのこと、心理査定、精神鑑定の助手、他科へのコンサルテーション、予診の活動、病棟活動、社会復帰援助活動、地域との連帯、教育、事例検討会参加と多様化しており、「作業療法」と被る職域は一部に過ぎない²⁰⁹⁾。

ここで、「生活療法」や「生活臨床」の実践によって、なぜ専門領域への分化が問題となるのだろう。それは、本論文で論じてきたように、歴史の現象なかでは医師が生活全般から「作業療法」まで、そして入退院に至るまで病院に関わる全ての生活活動の業

務を仕切ってきたことが背景にある。その一つ一つの行為が医師の片手間の業務ではなく専門分化されてきたのだ。「生活療法」では生活指導と「作業療法」は別項目に分類され、看護師は生活指導を担当し、「作業療法」は看護師の業務から外れる形となった。そのため、従来、看護師とともに「作業療法」を実践してきた作業指導員が「作業療法」を担うことになった。ここで専門分化の基礎が整い始めた。しかし、「作業療法」が一つの専門領域となりうるには、それ相当の教育が実施されていなかった。この時点で、「作業療法」が専門領域となりうるには専門教育が必要であるという土台が整ったのだ。さらに、「生活臨床」の実践では前述したように医師と保健婦以外の職種はそのメンバーに入れずにいた。そのため院内の生活に関しては看護師、院外の地域生活に関しては保健婦、院内での「労働」や作業活動といった「作業療法」に関しては作業指導員という専門分化の基礎が構築された。

そのような状況にあっても医師が全ての実権を握り管理している要因には歴史的な背景がある。その証拠に「作業療法」は明治の初期から医師の指示のもとに実践されてきた。看護職が医師の業務から分化はしたが、分離されたわけではない。同様に、これまで見てきた「作業療法」の職域が看護領域や保健婦領域、ソーシャルワーク領域、心理領域とも重なる内容を持つことは「作業療法」が専門領域であると認識がされながらも、どの職種も作業を通して患者と関わることはできることを示している。これは「作業療法」が名称独占であり、業務独占ではないからだ。しかし、他の領域同様に「作業療法」にも作業の扱い方においてなどは専門であるはずだ。この矛盾を次の項で述べていく。

5-3. 「生活療法」と「生活臨床」における「作業療法」

「生活療法」と「生活臨床」の大きな違いは、治療の方向性が精神病院内を向いているか、精神病院の外であるいわゆる地域を向いているのかである。そして「生活療法」はシステムで管理し評価を行ない、精神医療従事者側からの指示であり、それに従わなければ患者に懲罰が下される。「生活臨床」では患者が体験して困ったことに相談にのり支援をするという形をとり、懲罰的待遇はない。しかし、精神病院の支配的な上下の構造のなかで行なわれる「生活療法」の実践と、精神病に対する偏見に満ちた社会での上下関係構造から精神病患者が体験する事象には大差はない。生活の管理という側面では「生活療法」は17項目に及んで患者の生活を治療の対象としシステムでがんじがらめにしており、それを実施する精神医療従事者も同じようにシステムのなかに囚われてしまう。「生活臨床」では生活類型と生活特徴とに分類し、患者の性格傾向の分類と経済や恋愛など極めて個人的な干渉になりやすい部分を分類対象としている。「生活臨床」であっても社会生活を営んでいく上ではやはりがんじがらめになりやすいが、精神医療従事者の患者に対する関わり方には違いがある。

この両者と「作業療法」の関係性は、前述したように院内で展開された「生活療法」ではそのなかに「作業療法」が組み込まれており、「はたらき療法」と呼ばれただけあり、「作業療法」は「労働」色と強く結びつけられ、患者に与えられた作業種目も仕事に関することだった。つまり、「作業療法」は活動性を向上されるために「労働」という観点を持っていた。そして、それは使役とされ「生活療法」が批判された時に同時に「作業療法」も批判対象となった。「生活臨床」は地域で実施されていたので、「労働」と考えられていた「作業療法」とは関係をもつことはなかった。「作業療法」が地域での活動が実施され始めるのはこの後半世紀ほど待つことになる。しかし、この時点で「作業療法」が「労働」だとしたならば、それは院内での位置づけであり、同じ意味合いでは「働く」という観点からしてみれば、院外や社会での「就労」という観点に置き換えられなかったのだろうか。それだけではない。社会復帰に向けた退院や退院後の生活や困った時の相談という意味では「作業療法」のソーシャルワーク的な側面がある。患者が社会復帰して、生産力がある労働者になるためには「作業療法」の就労という観点が必要とされてもよかったのではないだろうか。しかし、「生活臨床」における「作業療法」は蚊帳の外のような状況となっている。それは「生活療法」と「生活臨床」とともに「生活」に視点を向け、その「生活」自体が「生活療法」は院内、「生活臨床」は地域へと変わっただけである。生活の場面が変わっただけで、生活の質、生き方の質までもが変容したわけではなかった。もし生活の質、生き方の変容にまで観点がおよんでいたら、「生活療法」における「作業療法」が院内での「労働」だとしても、「生活臨床」における「作業療法」は社会復帰、職場復帰までに及び、労働の意味するところの職業訓練にまで「作業療法」の意義が広がり、「生活臨床」と結びつき、その意義により「作業療法」の役割が見いだされたに違いない。1950（昭和25）年代後半に「生活臨床」を実践していた保健婦が精神病者の地域での生活援助は看護を基本とした医療的技術が必要とありとし、医師と保健婦の組み合わせにそれ以外の職種を入れようとしなかった。これは医師と保健婦とがともに「医療」という視点に重きがおかれ、生活を営むという意義に対する認識不足があったのだろう。しかし、医師と保健婦だけではなく、日本の精神医療全体が「作業療法」を「労働」とみなしてしまった結果の問題だと言える。そのために、社会復帰が当初の理念だった「生活療法」はその目的に達しなかったのだ。伊勢田によると「生活臨床はその後の社会復帰の流れにのって、時代を先取りした先駆的な特徴をもっていた」²¹⁰⁾。確かに、「生活臨床」は後に開発された SST (Social Skills Training; 社会生活技能訓練) や認知行動療法などと組み合わせり、患者の社会復帰の役割を担い、その名称と形を変容させて社会復帰に向けてという意味から捉えると暮らしを地域へという「生活臨床」的な内容は展開をみせている。「生活臨床」の形の変容はまさしく資格化後の「作業療法」の治療で用いられている技法である。また、「生活臨床」は現在でも地域の家族会などで、その理念が用いられている²¹¹⁾。一方、「生活療

法」は使役という「労働」の要素を含み、緩やかに院内生活を送るように変容し、「作業療法」とともに展開されている。例えば、1952（昭和 27）年に設立された 570 床（現在）をもつ精神病院では、現在も「生活療法課」と称して、「すべての患者さまに質の高い作業療法を提供する」という理念の基に 24 名の作業療法士が作業療法を運営している²¹²⁾。この「生活療法課」の方針は以下の 4 つである。

1. 精神科リハビリテーションとは、対象となる方がその人らしく、より良い生活を送ることが出来るよう、適応と自立に向けて支援することである。
2. 精神科リハビリテーションは入院患者のみならず、当院通院患者にも行う。
3. 精神科リハビリテーションは基本的に医師、作業療法士が立案するが、その実行は必要に応じて、多職種協同で行われることもある。
4. 常に全ての入院患者に対して、必要となるリハビリテーションサービスを行う。²¹³⁾

この「生活療法課」と称する「作業療法」の歴史はこの課が発足する以前に遡ることが可能である。病院設立の翌年の 1953（昭和 28）から外部（屋外）作業が導入され始め、1957（昭和 32）年からは室内作業と院外作業が始まり、1959（昭和 34）年からは近隣農家での田植えを手伝い、翌年 1960（昭和 35）年からは企業での就労訓練を行っていた²¹⁴⁾。このような流れのなかで、1972（昭和 47）年には「生活療法課」が発足し、1974（昭和 49）年には精神科作業療法が承認された²¹⁵⁾。この精神病院では「生活療法」が提唱される前から作業が行われており、その活動が社会就労にまで発展した。「生活療法課」が設置されたのはその後であり、「生活療法」が批判された後の事である。この経過からすると、作業療法士が誕生する以前の作業には作業指導員が従事していたと言えよう。活動は院外にまで広がり、就労にまで発展した。つまり、「生活療法」を社会復帰の就労とまで捉えたことになる。そして、生活療法のなかに「作業療法」を位置づけ、院内作業から社会復帰の就労までを目的にしている。「生活療法」は作業療法の資格化後も「作業療法」と共存し広い位置づけと目的で活動されていたのだ。もちろん、そこには作業指導員と資格を持った作業療法士が共存していたのだ。現在、作業療法士だけとなった理由は、従来から勤めていた作業指導員が定年退職して、残された作業療法士だけとなったからである。このような精神病院は他にもあり、東京都立松沢病院も、この形態に含まれる。

註

1) 宮内充編. 語り部の記録. (非売品). 1977.

東京都立松沢病院で看護人をしていた宮内充は敗戦直後から「先輩、先生方、関係者の話を聞くようになり、次第に記録が増え、その当時の状況、看護の歩みなど貴重な資料の一部」だとして、東京都立松沢病院が創立 100 年を迎えるのを機に「踏み台」にしてほしいと 1977 (昭和 52) 年に『語り部の記録』として自費出版をしている。

この史料は東京都立松沢病院資料館の保存されている。

2) 精神医療史研究会. 松沢病院九十年略史稿. (非売品) . 1972. p. 56.

3) 宮内充. 前掲書註 1). p. 89.

4) 同前. 前掲書註 1). p. 107-108.

5) 同前. 前掲書註 1). p. 65.

6) 同前. 前掲書註 1). p. 69.

7) 同前. 前掲書註 1). p. 84.

8) 同前. 前掲書註 1). p. 85-86.

9) 同前. 前掲書註 1). p. 86.

10) 同前. 前掲書註 1). p. 88.

11) 精神医療史研究会. 前掲書註 2). p. 99.

12) 浦野シマ. 日本精神科看護史. 牧野出版; 1982. p. 168

13) 浦野シマ. 前掲書註 12). p. 168.

14) 精神医療史研究会. 前掲書註 2).

15) 同前. 前掲書註 2).

16) 石川準子. 松沢病院の作業治療の現状. 病院精神医学第 6 集. 1954. p. 101-104.

17) 同前. 前掲註 16). p. 103.

18) 同前. 前掲註 16). p. 103-104.

19) 同前. 前掲註 18).

20) 同前. 前掲註 18).

21) 同前. 前掲註 16). p. 102.

22) 同前. 前掲註 21).

23) 同前. 前掲註 21).

24) 同前. 前掲註 21).

25) 同前. 前掲註 21).

26) 同前. 前掲註 21).

27) 同前. 前掲註 21).

28) 同前. 前掲註 16). p. 102.

29) 同前. 前掲註 29).

- 30) 同前. 前掲註 29).
- 31) 同前. 前掲註 16). p. 103.
- 32) 同前. 前掲註 16). p. 104.
- 33) 同前. 前掲註 33).
- 34) 木村久子. 松沢病院に於ける『作業治療』と『遊び治療』の経験. 病院精神医学第 6 集. 1953. p. 123.
- 35) 同前. 前掲註 34).
- 36) 同前. 前掲註 34).
- 37) 宮内充. 前掲書註 1). p. 110.
- 38) 浦野シマ. 前掲書註 12). p. 188.
- 39) 同前. 前掲書註 38).
- 40) 木村久子. 前掲註 34).
- 41) 同前. 前掲註 34).
- 42) 同前. 前掲註 34). p. 124.
- 43) 林暲, 江副勉, 石川準子他. 松沢病院における作業治療と患者の生活態度との関連について―特に荒廃患者を中心として―. 精神衛生研究 別巻第一号作業療法特集. 1957. p. 9-14
- 44) 木村久子. 前掲註 34).
- 45) 同前. 前掲註 34).
- 46) 同前. 前掲註 34).
- 47) 精神医療史研究会. 前掲書註 2). p. 99.
- 48) 同前. 前掲註 47)..
- 49) 同前. 前掲註 2). p. 100-102.
- 50) 同前. 前掲註 49).
- 51) 同前. 前掲書註 2). p. 99.
- 52) 同前. 前掲書註 2). p. 101.
- 53) 林暲, 石川準子他. 松沢病院慢性病棟における患者への「働きかけ」について. 精神衛生研究 別巻第一号作業療法特集. 1957. p. 4-8.
- 54) 同前. 前掲註 53).
- 55) 同前. 前掲註 53).
- 56) 同前. 前掲註 53). p. 4.
- 57) 同前. 前掲註 53).
- 58) 同前. 前掲註 53).
- 59) 同前. 前掲註 53).
- 60) 同前. 前掲註 53).

- 61) 同前. 前掲註 53).
- 62) 同前. 前掲註 53).
- 63) 同前. 前掲註 53).
- 64) 同前. 前掲註 53).
- 64) 同前. 前掲註 53).
- 65) 同前. 前掲註 53).
- 66) 同前. 前掲註 53).
- 67) 同前. 前掲註 53).
- 68) 同前. 前掲註 53).
- 69) 同前. 前掲註 53).
- 70) 同前. 前掲註 53).
- 71) 同前. 前掲註 53).
- 72) 同前. 前掲註 53). p. 7
- 73) 柳田純子. 医療技術職の専門分化過程における職業意識の考察(二)～精神科作業療法従事者の専門分化と職業倫理～. 東京情報大学研究論集. 8(1);2004. p. 45-57
- 74) 同前. 前掲註 73). p. 49
- 75) 林暲, 石川準子他. 前掲註 53). p. 5
- 76) 同前. 前掲註 53).
- 77) 宮内充. 前掲書註 1). p. 78-79.
- 78) 林暲, 石川準子他. 前掲註 53).
- 79) 同前. 前掲註 53). p. 13
- 80) 同前. 前掲註 53).
- 81) 宮内充. 前掲書註 1). p. 108.
- 82) 同前. 前掲書註 1). p. 96.
- 83) 同前. 前掲書註 1). p. 112.
- 84) 柳田純子. 前掲註 74).
- 85) 柳田純子. 医療技術職の専門分化過程における職業意識の考察～精神科作業療法に関わる職種の事例～. 東京情報大学研究論集. 7(2);2004. p. 108.
- 86) 柳田純子. 前掲註 85). p. 110.
- 87) 同前. 前掲註 85). p. 105.
- 88) 同前. 前掲註 85). p. 106.
- 89) 浦野シマ. 前掲書註 12). p. 38.
- 90) 同前. 前掲書註 12). p. 40.
- 91) 同前. 前掲書註 12). p. 43.
- 92) 同前. 前掲書註 12). p. 52-57.

- 93) 同前. 前掲書註 92).
- 94) 同前. 前掲書註 12). p. 64-68.
- 95) 同前. 前掲書註 94).
- 96) 同前. 前掲書註 12). p. 70-71.
- 97) 同前. 前掲書註 12). p. 73-75.
- 98) 同前. 前掲書註 97).
- 99) 同前. 前掲書註 12). p. 101-102.
- 100) 同前. 前掲書註 99).
- 101) 同前. 前掲書註 12). p. 116-117.
- 102) 同前. 前掲書註 101).
- 103) 北島謙吾. わが国における看護師養成の歴史と現状. こころの臨床. 15(1);1996.
p. 43-47
- 104) 同前. 前掲註 103).
- 105) 同前. 前掲註 103).
- 106) 山崎裕二. 近代看護師のなかの男性看護者(2) 日清戦争における日本赤十字社の看護. 日本赤十字社武蔵野女子短期大学紀要. (9);1996. p. 79-88
- 107) 同前. 前掲註 106).
- 108) 北島謙吾. 前掲註 103).
- 109) 寺山範子, 塩野悦子. 名称の変遷にみるわが国の男性看護者の歴史-近代から現代までの名称に関する文献的考察-. 宮城大学看護学部紀要. 2(1);1999. p. 69-76
- 110) 同前. 前掲註 109).
- 111) 救治会パンフレット・第二號. 精神病院に於ける作業治療の理論と実際. 1932.
- 112) 同前. 前掲註 111).
- 113) 同前. 前掲註 111).
- 114) 同前. 前掲註 111).
- 115) 同前. 前掲註 111).
- 116) 同前. 前掲註 111).
- 117) 浦野シマ. 前掲書註 12). p. 130.
- 118) 井上正吾. 『作業療法』について. 精神神経学雑誌. 75(2);第 69 回日本精神神経学会総会特集(Ⅱ) シンポジウム「生活療法」とは何か? -最近の問題点-. 1973. p. 1003.
- 119) 藤沢敏雄. 「生活療法」が生み出したもの. 精神神経学雑誌. 75(2);第 69 回日本精神神経学会総会特集(Ⅱ) シンポジウム「生活療法」とは何か? -最近の問題点-. 1973. p. 1009.
- 120) 鈴木龍. 薬物と生活療法-薬物はいかに使われてきたのか-. 精神神経学雑誌. 76(10);1974. p. 680-685

- 121) 今野幸生. 生活療法批判と看護の実践. 精神医療. 11 (2) ;1982. p. 12-22.
- 122) 井上正吾. 前掲註 118).
- 123) 藤沢敏雄. 前掲註 119). p. 1007.
- 124) 小林八郎, 小林清男. レクリエーション療法. 病院精神医学第 6 集;1956. p. 213-230.
- 125) 同前. 前掲註 124). p. 213.
- 126) 同前. 前掲註 124).
- 127) 同前. 前掲註 124). p. 215.
- 128) 同前. 前掲註 127).
- 129) 同前. 前掲註 124). p. 218.
- 130) 同前. 前掲註 129).
- 131) 同前. 前掲註 129).
- 132) 同前. 前掲註 129).
- 133) 同前. 前掲註 124). p. 220.
- 134) 同前. 前掲註 124). p. 226-227.
- 135) 同前. 前掲註 124). p. 227.
- 136) 同前. 前掲註 135).
- 137) 同前. 前掲註 135).
- 138) 同前. 前掲註 135).
- 139) 同前. 前掲註 124). p. 229.
- 140) 山口芳文, 鈴木憲雄, 作田浩行他. 生活療法批判に関する一考察. 昭和大学保健医療学雑誌. (11) ;2013. p. 11-18
- 141) 藤沢敏雄. 前掲註 123).
- 142) 小林八郎, 小林清男. 前掲註 124). p. 229.
- 143) 同前. 前掲註 124).
- 144) 江副勉, 小林八郎, 西尾忠介他. 精神科看護の研究. 医学書院;1971. /国立武蔵療養所看護研究会編. 精神科看護の研究. 医学書印;1958.
- 145) 藤沢敏雄. 前掲註 123).
- 146) 同前. 前掲註 123). p. 1008.
- 147) 同前. 前掲註 146).
- 148) 同前. 前掲註 146).
- 149) 同前. 前掲註 146).
- 150) 同前. 前掲註 146).
- 151) 同前. 前掲註 146).
- 152) 小林八郎, 小林清男. 前掲註 124). p. 228.
- 153) 同前. 前掲註 124). p. 229.

- 154) 藤沢敏雄. 前掲註 123). p. 1009.
- 155) 藤沢敏雄. 「生活療法」批判以後 I. なぜ「生活療法」批判か. 精神医療. 8(2); 1965. p. 106-115.
- 156) 藤沢敏雄. 前掲註 123). p. 113.
- 157) 藤沢敏雄. 前掲註 123). p. 114.
- 158) 藤沢敏雄. 前掲註 123).
- 159) 藤沢敏雄. 生活療法批判・その後 ーまとめにかえて. 精神医療. 12(3); 1965. p. 96-101
- 160) 小林八郎, 小林清男. 前掲註 124). p. 229. / 藤沢敏雄. 前掲註 159). p. 114.
- 161) 藤沢敏雄. 前掲註 146). p. 114.
- 162) 小林八郎, 小林清男. 前掲註 124). p. 229.
- 163) 藤沢敏雄. 前掲註 123).
- 164) 藤沢敏雄. 前掲註 123). p. 1010. / 小林八郎, 岡庭武, 久間利昭他. 実験的開放病棟における慢性分裂病の研究. 病院精神医学第三集. 1960. p. 89-101
- 165) 同前. 前掲註 123). p. 1011.
- 166) 藤沢敏雄. 前掲註 123).
- 167) 同前. 前掲註 123).
- 168) 鈴木龍. 前掲註 120).
- 169) 藤沢敏雄. 前掲註 123). p. 1012.
- 170) 同前. 前掲註 169).
- 171) 同前. 前掲註 169).
- 172) 小林八郎. 生活療法批判の批判 (1). 日本精神病院協会月報 9 号. 1976.
- 173) 同前. 前掲註 172).
- 174) 小林八郎. 生活療法批判の批判 (2). 日本精神病院協会月報 10 号. 1977.
- 175) 同前. 前掲註 174).
- 176) 同前. 前掲註 174).
- 177) 同前. 前掲註 174).
- 178) 臺弘. 生活臨床の提唱とその今日的意味. 臨床精神医学. 38(2); 2009. p. 129-134
- 179) 同前. 前掲註 178).
- 180) 藤枝由美子, 江口聡. これからの生活臨床. 医学のあゆみ. 261(10); 2017. p. 1023-1028
- 181) 伊勢田暁. 生活臨床原典解題と今日的理解 (私論). 臨床精神医学. 38(2); 2009. p. 136.
- 182) 臺弘. 前掲註 178).
- 183) 同前. 前掲註 178).
- 184) 伊勢田暁. 前掲註 181).

- 185) 中沢正夫. 精神保健と福祉のための 50 か条. 2014. p. 43-45
- 186) 同前. 前掲註 185).
- 187) 伊勢田暁. 前掲註 181). p. 139.
- 188) 同前. 前掲註 181).
- 189) 江熊要一, 中沢正夫, 桂アグリ, 堀内千代子, 西本多美恵, 田島かつ江他, 第Ⅱ部・現地座談会 特集 地域精神衛生活動と保健婦 医師と保健婦のチームワーク 群馬県に聞く活動の実際. 保健婦雑誌. 23(11);1967. p. 41.
- 190) 同前. 前掲註 189).
- 191) 桂アグリ. 地域におけるリハビリテーション-精神科診療所の立場から-. 医歯薬出版; 1971.
- 192) 江熊要一, 中沢正夫, 桂アグリ, 堀内千代子, 西本多美恵, 田島かつ江他, 前掲註 189). p. 42.
- 193) 同前. 前掲註 189). p. 43.
- 194) 同前. 前掲註 189). p. 46.
- 195) 江熊要一. 生活臨床概説 その理解のために. 精神医学. 16(6);1974. p. 623-628
- 196) 伊勢田暁. 前掲註 181). p. 135.
- 197) 江熊要一. 前掲註 189).
- 198) 臺弘. 前掲註 178). p. 130.
- 199) 宮真人, 渡会昭夫, 小川一夫, 中沢正夫. 精神分裂病者の長期社会適応経過 精神分裂病の長期経過研究 第 1 報. 精神神経雑誌. 86(9):1984. p736
- 200) 同前. 前掲註 199).
- 201) 同前. 前掲註 199).
- 202) 岡本民夫. ソーシャルワークにおける援助論の歴史とその継承(2014 年 6 月 21 日基調講演). ソーシャルワーク学会誌. (30);2015. p. 45-54
- 203) 同前. 前掲註 202).
- 204) 名原壽子. 保健師の 60 年のあゆみ. 保健師助産師看護師法 60 年史:看護行政のあゆみと看護の発展. 第 4 部保助看法の変遷と看護行政のトピックス. 公益社団法人日本看護協会;2009. p. 155-158
- 205) 同前. 前掲註 204).
- 206) 同前. 前掲註 204).
- 207) 牛島定信. 精神医療における臨床心理士. こころの健康. 19(2);2004. p. 3-14
- 208) 同前. 前掲註 207).
- 209) 同前. 前掲註 207). p. 4
- 210) 同前. 前掲註 207).
- 211) 津川律子. 医療保健福祉領域に於ける臨床心理士の課題. 総合病院精神科. 東京臨床

心理士会編;1999. p. 12-15

212)伊勢田暁. 前掲註 181).

213)新宿家族会. <http://www15.big.or.jp/~frenz/hasegawa.html> (2020 年 10 月 29 日現在アクセス)

214)公益財団法人慈圭会慈圭病院.

<https://www.zikei.or.jp/introduction/bumon/seikatsu-ryohou/> (2020 年 10 月 29 日現在アクセス)

214)同前. 前掲註 218).

215)同前. 前掲註 218).

第6章. 米国における occupational therapy 概念の形成と日本への導入

ここまでは、日本国内に視点をおき、精神医療における主に従来の「作業療法」の導入と実践、および展開についてみてきた。日本の精神医療における「作業療法」は、1) 第1章で述べた明治初期の計画導入以来の「作業療法」、2) 第2章で述べた西欧の精神医療を導入した「作業療法」、3) 第3章で述べた西欧の精神医療を模倣した「作業療法」と大正期に加藤普佐次郎らによる米国の occupational therapy を参考にした「作業療法」、4) 第5章で取り上げた第二次世界大戦後、1955年以降の「生活療法」内に位置付けられた「作業療法」の、大きく4つの過程を経て展開されてきた。このように日本の「作業療法」は長い間、西欧の精神医療の影響を受けてきたが、徐々に米国の occupational therapy との接触が始まった。接触は大正期に加藤や前田がダントンからの影響を受けたことから細々と始まっていたが、そこに米国において実地で精神医療における「作業療法」の手法を学んだ長谷川峰子と赤松耕の実践が加わった。

ここからは、日本の「作業療法」に対する米国の occupational therapy の影響がどれほどのものであったのかに視点を移していく。しかしながら、本論文は日本の近現代の精神医療における「作業療法」の通史とその概念の変容に主軸をおいているので、ここでは日本の「作業療法」の状況をより通観するための補足として、米国の occupational therapy の創設過程を紹介することに留める。まず、米国の occupational therapy がどのように誕生したのか、その経緯を述べる。次に、米国の occupational therapy との臨床的接触である長谷川と赤松が実践した occupational therapy がどのようなものであったのかということを取り上げる。そして、米国の occupational therapy が日本の精神医療の臨床現場に導入され始めたのか、導入されなかったのかをみていく。

なお、長谷川の「作業療法」実践については長谷川本人へのインタビューと文献に基づいて、その内容を記載する。赤松の「作業療法」実践については残されたわずかな文献から引用する。

1. 米国における occupational therapy の概念の形成

1-1. 米国の occupational therapy 誕生以前の動向 —— アーツ・アンド・クラフツ運動との関係

米国における医療の観点をもつ occupational therapy の成立には、産業革命時に起こったアーツ・アンド・クラフツ運動 (Arts and Crafts Movement) が影響したといわれている。本節では、先行研究を参照しながら両者の関係について概観しておく。

鎌倉によれば、occupational therapy の基礎となるアーツ・アンド・クラフツ運動はイギリスで始まった。アーツ・アンド・クラフツ運動は19世紀後半にウィリアム・モリス (William Morris, 1834-1896) らが起こした美術工芸運動であり、「一種の社会改革運動」であった。アーツ・アンド・クラフツ運動は直接には日常製品・装飾品

双方のデザインと技術水準の向上をめざすものであったが、間接的には産業革命後の工業化社会のなかで失われがちな人間の尊厳を取り戻そうとし、人間の精神と身体との統合を具現化するものであり、魂を満たす真の労働を手作業のなかに求める運動でもあった¹⁾。

評論家であるジョン・ラスキン (John Ruskin, 1819-1900) は機械と工場の仕事で人間の幸福を制限すると主張した²⁾。ラスキンの主張はイギリスの産業革命に関係しており、例えば、綿織物の生産過程におけるさまざまな技術革新などにより人間の幸福の制限についてである。それまでの細かい手作業を機械による作業に転換することにより、雑工業製品が工場で大量生産されるようになり、需要は飛躍的にのびた。そこで、ラスキンは、近代的な官僚機構や産業構造がもたらした複雑さより経験がより本物となるようなよりシンプルな生き方への回帰と、中世ではものを完成させたのは機械ではなく人間であり、仕事は人生の核心に位置していたと主張し、近代の製造品は機械により作られており、それに伴う人間が完成品の一部にしか関わっていないことから、美的にも道徳的にも満足できないと述べている³⁾。このラスキンの主張思想はモリスに受け継がれ洗練され、また英国だけではなく米国においても人々の琴線に触れた。アーツ・アンド・クラフツ運動では機械による生産に比べて手作りのよさが主張され、この運動は 20 世紀初頭にはイギリスからアメリカに輸出された。レビンによると、アーツ・アンド・クラフツ運動は自然な素材と工程を用いること、そして複雑ではなく単純なデザインの手作りの品を購入して使うことを主張した⁴⁾。ここで述べられているのは手作りによる本物への敬意である。手作りという本物への敬意とシンプルだが実質的なデザインはアーツ・アンド・クラフツの支持者の趣味の良さを証明しており、同時に心地よく伝統的で道徳的な価値を伝えている⁵⁾。レビンによると、1895 (明治 28) 年から 1907 (明治 40) 年にかけて、米国では 25 のグループによってアーツ・アンド・クラフツ協会が設立され、これらの手作りを重んじる (手芸) グループは社会のなかで経済的にある程度安定し、手作り作業に対してさまざまな工夫ができる余裕のある中流および上流階級の人々の集まりだった⁶⁾。シェムによると、モリスがアーツ・アンド・クラフツ運動を創設したのは、機械で作られたものを捨て、手作りのものを大切にし、心と体を統合した生活への回帰を祝ってのことだった⁷⁾。そして、アーツ・アンド・クラフツ協会を構成する各グループは手工芸、音楽、ダンスなどの作業を企画し、これを病者や弱者の社会化、治療、教育の場として利用した。これらの試みは、精神医療の場での展開や弱者救済運動の拠点となった。また、鎌倉によると、このような企画はセツルメント運動 (高等教育を受けた若い男女がスラム街に住み、地区住民の生活改善に努める運動) のなかで、展開された。この時期の、作業を治療に用いる考え方は *occupation cure* または *work cure* と呼ばれていた⁸⁾。

一方、同時期に、医療業界での一般的な処方であったベッドの上での安静に代わ

り、occupational therapy が開発されつつあった⁹⁾。精神科医であるホール (Harvard J Hall) はアーツ・アンド・クラフツ運動の理念を治療法として捉え、マサチューセッツ州に療養所を設立し、そこでアーツ・アンド・クラフツ運動の理念に基づく治療法の検証を始めた¹⁰⁾。その時に、ホールは治療的作業に関心を持つアドルフ・マイヤー (Adolf Meyer, 1866-1950) とウィリアム・ラッシュ・ダントン・ジュニア (William Rush Dunton, Jr, 1868-1966) と協力し、慢性疾患患者に対するケアを人間的な方法にすることを探していた¹¹⁾。マイヤーはソーシャルワーカーだったメアリー・ポッター・ブルックス・マイヤー (マイヤーの妻: Mary Potter Brooks Meyer) と病棟の患者たちのための occupations program を開発した¹²⁾。シカゴではマイヤーとソーシャルワーカーであるジュリア・ラスロップ (Julia Lathrop, 1858-1932) とによりアーツ・アンド・クラフツ運動の理念を慢性疾患患者のプログラムに応用することで、恵まれない人々の生活を改善しようとしていた¹³⁾。

ラスロップとアーツ・アンド・クラフツ協会の理事であったラビ・エミリー・ハリッシュ (Ravi Emily Harisshu) は1906 (明治39) 年に最も早い occupations program 訓練コースを開催した¹⁴⁾。ダントンは目標指向活動の治療効果を信じるようになり、1895 (明治28) 年からメリーランド州でアサイラムの患者に occupations cure を行った¹⁵⁾。1912 (大正元) 年、看護師だったスーザン・エディス・トレイシー (Susan Edith Tracy, 1864-1928) は看護師と付き添い人のためのクラフト・ブックのテキストであるマニュアル (Using Studies in Invalid Occupations) を作成し、さまざまな治療理論を提供した¹⁶⁾。

医師であるマイヤー、ホール、ダントンとソーシャルワーカーだったラスロップと看護師だったトレイシーらと協力して、人の手で何かをつくることに注目し、それを価値あるものとしたアーツ・アンド・クラフツ運動の理念を用いた治療と現代の科学でのアプローチ方法を結びつけようとした¹⁷⁾。つまり、アーツ・アンド・クラフツ運動は産業革命に伴う機械化による大量生産を否定し、人の手によってつくられるという手作りの方がより価値あるものとする対比的な思考に基づくものだった。マイヤーらは、アーツ・アンド・クラフツ運動の「手作りをすること」と「その価値」を重視する点に注目し、それを「患者が手作りすること」「患者がつくることに価値がある」と変換した。その結果、慢性患者としてベッドに寝たきりにされていた患者が社会の生産活動に加われることから、マイヤーらは患者が価値ある人間となり、それが患者の社会復帰になると考えたのだろう。このように、医療現場で用いられたアーツ・アンド・クラフツ運動の理念と医療の概念とを組み合わせることによって、新しい概念として、後に occupational therapy と名付けられた治療法が誕生したのだ。

1-2. 米国における occupational therapy 概念の誕生とアーツ・アンド・クラフツ運

動の衰退

生産革命により商品は魅力的に作られており、大量生産により格安となった。それに対して、アーツ・アンド・クラフツ運動で生産される商品は手作りのため一つひとつの生産品に個性があり、また大量生産できないことも相まって、生産品の価格は機械製の生産品より高くなった。自ずと大量生産品と少量生産であるアーツ・アンド・クラフツ運動の生産品との間には競争が起こり、少量生産である方に無理が生じた。そして、米国では機械化、大量生産が進むにつれて、徐々にアーツ・アンド・クラフツ運動は衰退していった。

しかし、グレーザー (Glaser, L) は目、手、心、創造的な想像力がアーツ・アンド・クラフツ運動に由来する活動によって刺激されることに注目していた。この考え方によって、occupational therapy にはアーツ・アンド・クラフツ運動の理念が絡み合うことが明確になり、米国の occupational therapy の学校では裁縫、編物、製織、金属細工、製本、革細工、陶器などの科目が組まれることになった¹⁸⁾。レビンによると、occupational therapy の創設者はアーツ・アンド・クラフツの概念を適用しているが、徐々にアーツ・アンド・クラフツの概念から機能的な医療モデルに向い、アーツ・アンド・クラフツ運動の目標とは相反する概念をもつようになったとしている¹⁹⁾。occupational therapy が最終製品よりもプロセスを受け入れることは、アーツ・アンド・クラフツ運動の大切な信念と反していた。この過程で、各個人が occupational therapy やアーツ・アンド・クラフツ運動に対する個人的な興味と occupational therapy が専門領域として発展していくなかでの専門的な役割と責任が重なり混乱を招いていた²⁰⁾。レビンは、この状態を医師の地位が上昇し、医学が科学的原理に基づいた専門的な診療へと変貌し、医療の個人への焦点はさらに薄れたとしている²¹⁾。occupational therapy の哲学はアーツ・アンド・クラフツの概念との相反が膨らんでいた。occupational therapy はアーツ・アンド・クラフツの価値観から離れ、医療モデルに傾いたのである。

アーツ・アンド・クラフツ運動の概念を慢性疾患患者の治療に取り入れたダントンは、気分転換をさせる作業的な方法は精神的な病気を改善し、コミュニティに最大の利益をもたらすとして、アーツ・アンド・クラフツ運動を推進する人たちに対しては occupational therapy を行なう人より視野と訓練が少ない傾向があるとし、アーツ・アンド・クラフツ運動を批判し、科学としての occupational therapy を促進していった²²⁾。これに対して、医師であるハリー・ステッケル (Harry Steckel) は、「患者が occupational therapy の真の価値を完全に認識していない可能性があり、それは個人的な選択の機会を増やすことによって改善される」述べている²³⁾。つまり、患者に occupational therapy を実施する機会を増やしていくと、その効果は患者自身にも実感されるというのだ。これはダントンが否定したアーツ・アンド・クラフツの理念が

occupational therapy の概念の根底にあることを示していると言えよう。

1-3. 米国における occupational therapy の組織の誕生

米国では1917（大正6）年に、occupational therapy の専門の集団として組織が創設された。これは世界で初めての出来事である。米国は第一次世界大戦と第二次世界大戦という二度の大きな戦争を経験し、それが刺激となり、occupational therapy はリハビリテーションの一つとして発展した。鈴木の研究によると、第一次世界大戦が米国の occupational therapy にもたらしたものは精神障害者が働くための方法と、慢性病で病床についている患者に気分転換をさせる方法であった。その後の第二次世界大戦開戦から終戦までの4年間で occupational therapy 従事者が2倍に増えた²⁴⁾。

この発展の土台をつくりだした全米作業療法推進協会（NSPOT; The National Society for Promotion of Occupational Therapy）の創設には7名が関わっている。この7名とは建築士2名と精神科ソーシャルワーカー、精神科看護師、手工芸の高校教師、精神科医、事務局長である。

まずは、精神科医であるダントンについて概説する。彼は後述するバートンと共に『Occupation Therapy : A Manual for Nurses（作業療法・看護者のための手引き）』を1923（大正12）年に出版している²⁵⁾。ダントンは1914（大正3）年、協会創立の下準備をしていたバートンから手紙をもらい、1915（大正4）年に全米医学・心理学会で二人は直接会った。しかし、鈴木によると、協会を設立し全国組織を作ることを急いだダントンに対して、バートンは病院職員や手工芸の職員が患者に作品を作らせてはその収入を病院施設に入れることについて批判し、バートンの考えに賛同するようなメンバーの厳選を主張し、また医学の知識を抜きにして作品の良否を問うような作業は治療と呼べないとも主張したことにより、2人は2年もの間、話し合いを重ねることになった。話し合いの結果、バートンの意見を実行していくためにも、良心的な治療方法を教育できる協会を早く設立したほうがよいとダントンはバートンを納得させた²⁶⁾。そして、バートンは一代目の会長となった。一方、ダントンはバートンについて二代目会長を務め、長年にわたり出版広報委員会の委員長を務めた²⁷⁾。ダントンは50年以上、協会を支えた。

次に精神科ソーシャルワーカーのエレノア・クラーク・スレイグル（Eleanor Clarke Slagle, 1870-1942）について述べる。スレイグルはシカゴ・スクール・オブ・シビック・アンド・フィランソロピーのハル・ハウスで勉強し、シカゴ州の医療機関で働く職員に患者の作業と娯楽の使い方を指導した。また、イリノイ州では作業療法研究を指導した²⁸⁾。スレイグルは精神病患者に対して無為から生活習慣を正しくするために、仕事、楽しみ、日常生活動作の三要素をバランスよく取り入れた「Habit Training（習慣訓練）」を主張し、その具現者だった²⁹⁾。具体的には、患者を小グループに分け、

綿密なスケジュールに従ってセルフケア、身繕い、作業教室、散歩、グループでの食事、レクリエーション活動、体育などを行なうように指導と監督をすることによって、患者は自分の生活管理を行なうように奨励された。

ここで疑問なのが、第5章で取り上げた小林八郎が提唱した「生活療法」はスレイグルが主張した「Habit Training（習慣訓練）」と同様の構造をしている。スレイグルの仕事を小林は働き療法、楽しみをレクリエーション療法、日常生活動作を生活指導と置き換えたなら、両者の構造は全く同じである。今回は本章の目的は米国の occupational therapy の創設過程を紹介することなので、この疑問は今後に取り上げたい。

その後、スレイグルはヘンリー・ファビル職業学校でセラピストの訓練を受けた後、ニューヨーク州精神衛生局作業療法局長を務めた³⁰⁾。協会では会長、副会長、会計を務め、研究、教育、臨床を通じて職業の知識体系を発展させるためにエレノア・クラーク・スレイグル・レクチャーシップ賞を創設した³¹⁾。

3人目の NSPOT 創設者は、手工芸の教師だったスーザン・コックス・ジョンソン (Susan Cox Johnson, 1876-1932) である。彼女は思考を再生し、身体を強化し、自信を取り戻すために手工芸を利用することを考えた人物である³²⁾。手工芸の教師として訓練を受け、1912 (大正元) 年には occupational therapy の教科書を書いている³³⁾。コロンビア大学ティーチャーズ・カレッジで occupational therapy の授業を行っていた³⁴⁾。鈴木によると、彼女は「occupational therapy は新しい職種であり、看護に付け加えるものではない」と主張したのに対して、後述するトレイシーは「看護こそ最良の occupational therapy である」と主張し、2人の立場は相反していた³⁵⁾。協会を設立するにあたり、ダントンは精神科医ホールを推薦したが、バートンは同意せず、代りに手工芸の教師だったジョンソンを推し、ダントンはそれに同意した。ジョンソンは「病弱者に対しては誰に対するのにもまして、個人の違いを考慮しなければならない」と主張した³⁶⁾。

4人目はロンドンの建築士だったトーマス・ベッセル・キドナー (Tomas Vessel Kidner, 1866-1932) である。彼は34歳のときに技術教育をするためにロンドンからカナダに移住した。その後、1930 (昭和5) 年に米国大統領と米国副大統領が両方とも死亡した際に、大統領代行を務めた経験もある³⁷⁾。協会のなかでは、occupational therapy が専門職となるように国家試験をつくるように主張し、彼が死亡した年の1932 (昭和7) 年から国家試験が実施されはじめた³⁸⁾。彼は協会に所属する occupational therapy の専門職が職業人として高い知識と技術で市民にサービスするように制度を形づくったとされている³⁹⁾。

5人目は、看護師のトレイシーである。トレイシーは高齢者の病院で作業療法部門を開設し、患者に何かさせる方が治療の効果があがるという体験をした⁴⁰⁾。その後、19 (明治38) 年に手工芸の技術をコロンビア大学教育学部家政学科で学んでいる⁴¹⁾。1906

(明治 39) 年に occupational therapy を看護師たちに教え始め、1910(明治 43)年に『Studies in Invalid Occupations 病者のための作業の研究』という作業工程を分析した、米国で最初の作業療法の教科書を出版している⁴²⁾。トレイシーの理論にはコロンビア大学で教鞭を執っていた哲学者のジョン・ディウィーの考え、すなわち、人は生活のなかで手を動かしたり、物を作ったり他人と遊ぶことを通じて成長する、という思想が強く影響している⁴³⁾。これによって、トレイシーは病者が物を作る必要があるということや他人との交わり方を体験することが必須であると考えていた⁴⁴⁾。トレイシーは協会の教育委員会の最初の委員長を務め、occupational therapy の専門家は最初に看護師として訓練をうけるべきだと考えていた⁴⁵⁾。

6 人目は、NSPOT の初代会長を務めた、建築士のジョージ・エドワード・バートン (George Edward Barton, 1871-1923) である。彼は建築士で、カンザス州で建築の調査中に、凍傷で左足首を切断し、後に結核とうつ病を発症している。その他さまざまな病で苦しみ、自分自身と他者の回復のため、医学を学び、片手で使える木工自助具を作り、ワークショップを開き、ニューヨーク州クリフトンスプリングに「Consolation House (慰めの家)」を設立した⁴⁶⁾。バートンは、職業遂行上で人が病気になるならば職業遂行過程で病を治せるに違いないという、彼自身の体験からうまれた信念によって、この治療法を occupational therapy と名付けたのである⁴⁷⁾。1917(大正 6)年、「Consolation House (慰めの家)」に 7 人が集まり、NSPOT を発足させた。バートンは名称にもこだわっており、当初「occupational nursing (作業看護)」という言葉を使っていたが、1915(大正 4)年にはダントンの「occupational therapy (作業療法)」という表現を受け入れた。

最後は、後にバートンの妻となる人物 (1891-1975) である。彼女はバートンの秘書として創立 7 ヶ月前に雇われ、事務局長として協会を支えた⁴⁸⁾。

職種も違い、考え方もそれぞれで独自に実践していた 7 人が集まり、NSPOT は創立された。一人ひとりの体験や主張は異なるが、作業の実践が及ぼす治療効果を体験した点では共通している。そのことによって、米国の occupational therapy の基礎となる組織が誕生した。鎌倉によると、これらの創始者たちはいずれも、作業が病者のために役立つことを確信しており、彼らを結ぶ思想はアーツ・アンド・クラフツ運動であり、さらに彼らは自分たちの見解が道徳療法の系譜につながることを自覚していた⁴⁹⁾。しかし、彼らのなかには違いが二つある。一つ目は、対象が精神障害以外の領域にまで広がっていたことであり、二つ目は医師以外の職業的背景をもつ者が occupational therapy を主体的に引き受けようという人間が表れてきたことである⁵⁰⁾。しかし、この occupational therapy 誕生過程から考えると、occupational therapy の幅広さが彷彿できる。なぜならば、occupational therapy は医師や看護者、ソーシャルワークなどの複数の領域が重複しており、またアーツ・アンド・クラフツ協会が主張していた手作

りの価値、つまり個性を大切にする価値観を根底にもち手工芸や建築というものを創作し、さらにものを生産しながら生きていくという社会参加を支援する occupational therapy の役割と目的の遂行には視野の広さが必要だからである。つまり、この関わった人物の背景の幅広さや社会参加が意味するものは、医師以外にも通じ、精神病患者以外の人々にも必要不可欠である。

2. 米国の occupational therapy との臨床的接触

日本には明治初期に西欧の御雇外国人教師が来日しており、彼等から西欧の精神医療に習う形で、日本の精神医療は展開されてきた。もちろん、そのなかで、精神病に対する「作業療法」も導入、展開されてきた。大正期に、加藤普佐次郎らは米国の「オキュペイショナル・セラピー」を参考にして「作業療法」を実践した。その際に、米国には「オキュペイショナル・セラピー」の専門家がおり職業化されていることを述べ、そのような専門家が日本にも必要であることを主張していた。その後、レクリエーション療法が行われ、それが「生活療法」に発展し「作業療法」は「生活療法」のなかに組み込まれた。

同時期、一人の女性と一人の男性が米国に留学し、実地で精神医療における「作業療法」の手法を学んでいる。それは第二次世界大戦敗戦直後のことであり、「作業療法」従事者の資格が国家資格となる 15 年も前のことである。その人物は長谷川峰子と赤松耕である。二人は米国の精神医療における occupational therapy を学んだパイオニアであることは周知されているが、具体的な実践については検討されてこなかった。

本節では、まず、長谷川峰子氏へのインタビューと、長谷川の著書である『精神医学的作業療法の実践 OCCUPATIONAL THERAPY』や講演記録などから、長谷川がなぜ米国の精神医療における「作業療法」を学ぶために留学をしたのか、その切っ掛けはどのようなものだったのか、そして長谷川が日本で実践していた内容を述べる。次に、長谷川同様に米国で精神医療における occupational therapy の教育を受けた赤松耕の日本で実践を取り上げる。最後に、長谷川と赤松が米国で学んできた occupational therapy と当時の日本で実践されていた「作業療法」との差異はどこにあったのかについて述べる。

2-1-1. occupational therapy を知った経緯と帰国まで —— 長谷川峰子

長谷川はインタビューで以下のことを語った。

最初に勤めた米軍進駐軍の病院のなかで働いていた看護師たちは皆 occupational therapy の存在を知っていた。そして、看護師たちは「クラフト・ショップ」という部屋を患者のために用意していた。そこには作業療法士や理学療法士は派遣されておらず、作業療法士の代わりとして看護師たちが作業活

動を行なっていた。「クラフト・ショップ」には、銅版、木工、編物、陶器などの道具が準備されていた。病院は精神病に特化していたわけではなく、いわゆる一般科の疾患のなかに精神病の人もいる状況であった。そのようなところに通訳兼「作業療法」助手として入職して、看護師たちが行なう occupational therapy の現場を初めて見た。そこで長谷川は整形外科的疾患への対処として多くの負傷兵の治療に携わったが、整形外科疾患に対する作業活動には関心が薄かった。なぜならば、整形外科などはレントゲンを取れば、疾患がわかり、作業活動としてアプローチする部分は限られてしまうことが多かったからだ。しかし、精神病の人に対する occupational therapy は違った。精神病患者への対応はレントゲンを撮ってもわからない彼らの悩みや思いに向き合うことであり、彼らと話しをしなければ何を感じているのかがわからない。精神障害への、そのような対応に関心をもった。そして「クラフト・ショップ」に来ていた精神病患者の作業活動に関わり、精神障害をもつ人の悩みなどが作業活動から見えてくる場合があることを知った。そこから、長谷川は精神障害の occupational therapy により関心を抱くようになった。当時、日本の精神病の人たちは隠されていた。それは不幸だと思い、不幸な人を少しでも幸せにできるのは精神障害の人たちの悩みが目に見えてくる作業ではないか、occupational therapy を学ぶことは日本の精神病の人のためになるのではないか⁵¹⁾。

長谷川へのインタビュー内容を、長谷川の著書である『精神医学的作業療法の実際 OCCUPATIONAL THERAPY.』でも確認した。長谷川は精神医療における occupational therapy を学びたいという希望をもったが、その希望を叶える場所が日本には無かった。その後、長谷川は北海道庁奨学制度に応募して、精神病に対する occupational therapy を学ぶべくして1952(昭和27)年から1954(昭和29)年12月まで2年間米国に留学した⁵²⁾。米国では最初から精神病に対する occupational therapy を学ぶ意志を担当教官に伝え、心理学、哲学、精神医学などを学んだ⁵³⁾。その後4か月間のインターンでアイオワ州立精神病院に実習に行った。帰国の翌年にあたる1955(昭和30)年、ロータリークラブで帰国講演をした。その際に、北海道立札幌医科大学の学長や同大学附属円山病院の院長らが講演を聞きに来ていた⁵⁴⁾。そこで、日本でも米国の「作業療法」を実践してほしいという院長からの依頼のもと、日本の精神病院において米国で学んできた occupational therapy を実践することになった。

2-1-2. 長谷川峰子が米国で学んできた occupational therapy

長谷川は、下記の内容を米国で学び、日本で実施した。1955(昭和30)年2月から北

海道立札幌医科大学附属円山病院で、1956（昭和 31）年からは神奈川県立芹香院で、1957（昭和 32）年からは小樽市にある石橋病院で、1960（昭和 35）年からは愛知県立城山病院で、1963（昭和 38）年からは福岡市にある疋田病院と九州大学附属心療内科で、1964（昭和 39）年からは堺市にある三国丘病院で、1980（昭和 55）年からは神奈川県立せりがや園で、1983（昭和 58）年からは大和市にある大和病院で occupational therapy を実践した。

長谷川は occupational therapy の特徴を「その指導にあたる者が医者でもなく、看護人でもなく、患者とお友達の関係にあることで、患者との間に非常になごやかな雰囲気を作り得ることである」としている⁵⁵⁾。

occupational therapy の役割は長谷川によると 7 つある⁵⁶⁾。第 1 に、できるだけ普通の生活に近くする。つまり、生活の喜びを味わえるように患者の精神生活の充実をはかること。第 2 に、患者が社会に戻ったときに不安なく日常生活に順応することができるように入院生活とのギャップを狭め、自信を持たせること。第 3 に、入院中の無為、感情鈍磨を防ぎ、病的思想から遠ざけて気分転換をはかること。第 4 に、適度な刺激と運動を与えて心身の活動をはかり、体力の向上をはかること。第 5 に、患者たちで組織する小グループのなかで団体訓練に役立て、動機付けとすること。第 6 に、警戒心を取り除き、緊張をほぐし、自己表現の場とする。第 7 に、医師からの推薦に対して、患者一人ひとりにインタビューをして患者の能力、過去の経験、趣味、希望、必要性などを見出して、その患者の最も相応しいプロジェクトを考えることである。長谷川によると、7 つ目がすべての基本となり、適当でないプログラムを患者に与えては大きな効果は期待できない⁵⁷⁾。

長谷川は occupational therapy を美術療法、手工芸療法、音楽・レクリエーション療法、作業療法の 4 つに分類している⁵⁸⁾。

美術療法とは水彩、スケッチ、モザイク、版画、フィンガーペインティング、壁画などを指し、患者個々が独立して製作する場合は、合同で製作する場合があるとしている⁵⁹⁾。長谷川によると、これらは単に趣味的に扱う場合と、作品を心理分析して、病気の進行状態を間接的に探り出して治療法の糸口とする場合がある⁶⁰⁾。また、医師の面接では十分に意思表示できない患者が、美術療法で描く一枚の絵、その色彩、構図、形、画題等によって過去の経験、感情ばかりか、将来の夢すらも表現することがあり、一枚の絵を一つの言語として患者の表現として読み取ることもできるとされている⁶¹⁾。

手工芸療法とは男子部では木工、プラスチック細工、革細工、紙粘土細工、竹細工、製陶、彫刻、模型制作など、女子部では洋裁、刺繍、織物、編物、人形製作、造花、ビニール編、レース編、モール細工などを指し、これらの作業は製作過程に重点があるとされている⁶²⁾。長谷川によると、患者たちは製作することで気晴らしをして、「何かできた」という完成の満足感を味わう。このことが自信を失っている患者たちを励まし、

患者たちに自立感を与える結果をもたらすという⁶³⁾。続けて、長谷川は、治療者は創造的に臨機応変な処置をとらなければならない、また、あまり治療者の意見や好みを入れることなく、できるだけ患者独自の独自性に富んだ作品ができるよう、常に雰囲気、患者同士の対人関係などに気を配らなければならないとしている⁶⁴⁾。

音楽・レクリエーション療法とは、コーラス、楽団、音楽鑑賞、野球、バレーボール、フォークダンス、映画鑑賞などを指している。長谷川によると音楽鑑賞では患者が感情のバランスをとることを図り、野球などの団体ゲームへの参加によって患者に団体の一員であるという自覚と責任感を持たせ、相互関係を考えて互いに協力し合うことの必要性を悟らせ、社会性を引き出すという⁶⁵⁾。

日本で実践されていた「作業療法」では、肉体的に比較的健康な患者たちが農園を耕す、家畜の世話や花壇の手入れをするといったことを行なわせ、社会復帰間近の女子患者には自身の炊事や洗濯などの軽い作業を行なわせていた。長谷川によると、これは精神的・肉体的に退化した患者の心身の活動を助けるための方法であって、決して病院の下働きとして患者を利用する行為ではないと断っている⁶⁶⁾。

occupational therapy の従事者として望ましい人物像を、長谷川は医学に関心のある人で、美術手工芸、音楽、レクリエーションなどに趣味のある人としている。さらに、従事者は心身ともに健康であり、患者に接する際に自己の感情を交えず、感情をコントロールできる円満な人格の持ち主であること、患者の立場をよく理解し、良き相談相手となれる人、すなわち豊かな経験から他人の立場と自己を置き換えて相手を理解するように努力する人、相互関係に明るい人、また個々の患者に対するそれぞれにふさわしいプログラムを提供できるよう、臨機応変で気転がきく人が望ましいとしている⁶⁷⁾。

2-2. 赤松耕の occupational therapy の実践

1961（昭和36）年、米国で occupational therapy を学んで帰国した人物に赤松耕がいる⁶⁸⁾。赤松は横浜市にある紫雲会横浜病院（上村安一郎院長）でアメリカ式「作業療法」を実践した⁶⁹⁾。精神科医の関は、赤松の実践に「まぶしい羨望を感じた記憶がある」という印象を述べている⁷⁰⁾。

赤松は occupational therapy を心理療法と解釈しており、リハビリテーションの推進役と捉えている⁷¹⁾。occupational therapy の機能としては治療的環境づくりと治療目標を達成させることと、診断を助ける役割や社会復帰への調整などがあるとしている⁷²⁾。そしてこれらの事項は主として回復期患者を対象としている⁷³⁾。作業種目には病院業務作業や院内保護工場などを含めて、手工芸からレクリエーション、日常生活活動、文化教育的活動などさまざまな作業活動をあげている⁷⁴⁾。活動に関して次の事項を考慮すると述べている。

利用される種々な活動は非常に広範囲にわたっているが、どのような活動もその心理学的な内容が、患者の精神症状や欲求に対応する選択をし、適切な働きかけを行えば治療的活動になるのであって、日常の掃除や洗濯、片づけなどもある場合は立派な治療的活動となるのである⁷⁵⁾。

赤松は、米国では特に手工芸と文化的教育的活動が療法的活動の中心であり、日本では米国のような形で行われている病院は少ないとしている⁷⁶⁾。また、米国では力動的手法で行われており、さまざまな作業活動種目とともに治療者自身も重要な治療道具であるとされているとしている⁷⁷⁾。つまり、重要なのは作業種目ではなく、その適用の方法なのである。

赤松は、日本の精神病院で行なわれてきた「作業療法」について次のように述べている。

療法の実施のためには当然患者の精神症状に適合した種目の選択及び具体的なダイナミックアプローチの方法が問題になってくる。従ってこれ等に欠けている作業は所謂 O・T とは言い難く極言すれば一般に行なわれているホスピタインダストリー的な作業や場当たりなレクなどは使役であり気晴らしに過ぎない⁷⁸⁾。

これは治療的活動を媒体にした心理療法の一種であると解釈した赤松らしい主張である。赤松は日本で実践されてきた「作業療法」を「場当たり」という言葉で表現しているが、本論文でこれまで述べてきた歴史のなかの「作業療法」は「場当たりの」な実践ではなく、それぞれに目的をもって行なわれてきている。例えば、呉秀三らが「労働」とみてとれるようなシステムとして実践を指示していた時期の「作業療法」でさえも、患者の精神症状に対する治療の一環として実践されていた。しかし、赤松の実践とこれまでの日本の「作業療法」の実践との違いとは、実践者が「作業療法」を実践する時の意識の持ちようのことである。赤松は米国でトレーニングを受けてきているので、「作業療法」を実践する場合に自ずと治療として実践する意識が常にあったが、日本の実践者には「作業療法」の教育が施されていなかったもので、実践する場合の意識がまちまちだったのだ。それを赤松は「場当たり」と表現し、それでは「療法」にはならないと断じたのだ。また、赤松は日本の「作業療法」は「非常に遅れている」と述べている⁷⁹⁾。それは「ホスピタルインダストリーや外勤が全般的に活発であるが」、手工芸や教育的文化的要素をもつ種目の実施が少ないことを指している⁸⁰⁾。やはり、米国で occupational therapy の教育を受け、現場を見てきた赤松にとっての日本の「作業療法」は「労働」を主とする展開にみえたのだ。

2-3. 米国の occupational therapy と日本の「作業療法」の差異

1954（昭和 29）年夏、長谷川は東京都立松沢病院と千葉県総武病院に視察見学に行っている⁸¹⁾。そこで実践されていた「作業療法」は、長谷川が米国で学んできた occupational therapy とは違う「作業療法」が行なわれていた。それは、まさしく「労働」、「仕事」、「使役」という言葉で表現できる「作業療法」だったと長谷川は言う。

当時、日本では「生活療法」が始まっており、「作業療法」は「生活療法」の一部とされていた時期である。長谷川が見た「作業療法」は「はたらき療法」としての労働を主とする「作業療法」だったのだろう。見学を終えた長谷川は日本で行なわれていた「作業療法」と米国で学んできた occupational therapy に違いがあることに気がつき、長谷川が実践する「作業療法」には「心理作業療法」と名付けて、日本で実践されていた「作業療法」と米国の occupational therapy との違いがわかるようにしていた⁸²⁾。つまり、これが米国の occupational therapy を正式に臨床で実践し始めた最初であった。当時の日本の「作業療法」について、長谷川は「今までの日本の精神病院を見ると、治療病院ではなく特には収容病院の場合、ともすれば治療ではなく単なる肉体労働で終わり、あるいは病院の使役に患者を利用しているといった傾向が見受けられることもある」とみている⁸³⁾。また、長谷川は「松沢病院はもはや病院というより一つの独立した組織を持つ村と言ったほうが適しているかもしれない」と述べている⁸⁴⁾。長谷川が見学した東京都立松沢病院は以下のようなようだったという。

患者は半永久的入院患者が大半を占め、従って作業療法が大々的なスケールで実施されていた。当時の作業療法の内容は男子患者に主として農耕、畜産、園芸、木工、印刷等の作業があり、六万余坪の敷地の隅々まで無駄なくそれらの作業に利用されていた。女子患者には家内工業的な封筒や袋はり、造花、衣服の補修等の作業があり、入院患者たちの日常生活に必要なものの大部分が自給自足によってまかなわれていた⁸⁵⁾

当時の東京都立松沢病院では第 5 章で述べたように、作業指導員自体が「療法」とは呼ばず、「作業」と呼んでおり、「作業療法」を治療ではなく健康法と考えていた。また、「生活療法」のなかに位置づけられていた「作業療法」の別称は「はたらき療法」であり、「労働」、仕事が主流となっていた時期であるので、長谷川の目にも、そのようにみえたのだ。

長谷川が見学したもう一つの精神病院、千葉県の総武病院については、「作業療法による職業補導を退院後の更生に役立つように指導している」と述べ、続けて「いずれの病院も精神病患者の治療と療養を兼ねた病院であって、アフター・ケアだけの独立した施設は国内に一つもない」と日本の精神医療全体のシステムについても述べている⁸⁶⁾。

この時期、日本の精神医療は入院治療が主流であり、地域に退院させるという治療方法は薬物療法の他には、第5章であげた「生活療法」と「生活臨床」のみであった。日本では入院治療が院内で完結しやすく、入院生活をよりよく改善していく目的で「作業療法」も院内で収まった作業活動が主流であり、作業指導員や医師、看護のなかでも、退院後を見据えて患者と関わるという意識はまだ低かった。当然、退院後のケアを目的とする施設はまだなかった。しかし、関によると「生活療法」はアメリカ式作業療法を植え付ける下地にもなったという⁸⁷⁾。それ理由は以下の内容である。

生活療法が生活指導を基礎にして生活派的作業療法を行なうのに対して、アメリカから入って来た精神力動的作業療法は日常生活動作（ADL）の開発を基礎として、精神療法的内容を重視し、前職業的な動作・活動訓練を実施するものであり、作業療法士の養成機関で訓練を受けた作業療法士（OTR）と精神病院で既存の生活療法的作業療法を何年にも亘って実施して来たスタッフの間で、仕事に熱心な者ほど、その微妙な相違点に悩んだにちがいない。そのために広義の作業療法生活療法といった方便で、双方の妥協点を見い出そうとしたこともあった⁸⁸⁾。

長谷川や赤松らが実践していた米国の occupational therapy は社会復帰を理念とした作業活動が中心であり、それは精神力動を主軸とした方法である。その方法論では作業活動そのものに意味を持たせることよりも、作業活動に適切で治療的な意味合いが示されることの方が重要である。つまり、さまざまな作業活動の治療的な位置づけは掃除や料理などの日常生活活動ができるようになり生活が充実することあれば、働くことで生き生きするということが重視している。この観点から「生活療法」を捉え直すと、確かに関が述べているように、「生活療法」は日本に米国の occupational therapy を導入されるお膳立ての役割を持っている。生活指導は日常生活動作の側面で、「はたらき療法」は職業的観点で、「レクリエーション療法」は作業活動だと捉え直すこともできる。こうなると、益々、長谷川や赤松らは、精神医療における「作業療法」の臨床家として、日本で実践されていた「作業療法」と米国で学び実践していた米国の occupational therapy との間に大きな隔たりを感じたことに違いない。長谷川にとっては日本の「作業療法」だけではなく、精神医療のシステム全体が遅れてみえたという。そのような印象をもった日本の精神医療の中でも、米国の精神医療における occupational therapy に最低限だが近いレベルにあるのが、長谷川にとっては横浜の神奈川県立芹香院の「作業療法」だった。神奈川県立芹香院に勤めていた時の院内の印象を次のように述べている。

内作業、外作業共に充実した内容と施設を持ち、作業療法も単なる肉体労働で

なく、OT の理論にもとづいた治療的プログラムが組まれ、幾人かの医局員と作業の専任者が指導に当たっている。(中略) 日本の現状から見て理想的なレベルに達している⁸⁹⁾

長谷川は米国で学んできた精神医療と occupational therapy の視点から日本のこの時期の精神医療と「作業療法」の現状を比較しているが、このように遅れた日本の精神医療の状況を批判はしていない。むしろ、日本の状況をよく捉えている。

アフター・ケア施設には将来社会復帰の見込みのあるものだけを收容し、一方、全く実社会へもどれる見込みのない者のためには、いっさい自給自足によって営める患者だけの小さな独立した村があったらよいと思う。このような環境があれば、治癒できない患者たちをむりやり実社会に順応させようとする必要もなく、異常者だけの結合団体である異社会で、彼らの能力、体力に応じた生活を営み一生を送ることができ、そうなれば精神異常者を持つ家族の経済的・精神的な負担が軽くなり、患者たちも、受け入れられた新しい社会で、廃人扱いされずに、不幸な者同士が力を合わせて、それぞれの長所を生かした仕事をする事ができるであろう。(中略) 患者たちが更生して何かの役に立ちたくとも、そのチャンスと環境に恵まれていないのではなかろうか⁹⁰⁾

米国と日本の差異のなかから、長谷川が考えた結合団体とは、所謂、東京都立松沢病院で呉が理想としたコロニー構想と同様である。しかし、当時の長谷川は呉のコロニー構想があったことは知らなかったという。長谷川は日本の労働的な「作業療法」の活用方法として、地域の理解が得られないままに無理して患者を地域に出すと余計に患者のストレスとなり患者本人もその家族もより差別される状態を作ってしまうという。それであるならば、無理矢理、地域に適応させなくてもよい方法として、結合団体を考えたという。つまり、日本の「作業療法」の方法が米国の occupational therapy の方法とは異なっていたとしても、考えようによっては正当な「作業療法」として成立するものだったとも捉えられる。

赤松は米国で学んできた occupational therapy の観点から日本の「作業療法」を批判し、改善の期待を込めて日本の精神医療における治療にあり方として「作業療法」の問題点を4点あげている。それは以下の通りである。

第一に、患者の生活は病院という枠の中にはめられているけれども、個々の生活場面はできる限り現実の生活に即した場面を設定して、その中で患者が学習できるように教育的に働きかけなければならない。

第二に、精神病院におけるリハビリテーション活動は、昔に比べて隔世の感がある程活発に行なわれているが、種々なプログラムの作成や計画、実施は職員中心であって、職員が能動的に計画し働きかけ、患者は終始受身になっていることが多い。勿論、患者の状態にもよるが、状態の改善に応じて活動の種類も変更し、徐々に指示および指導の量を減らしながら患者に主導権と自主性を極力もたせるよう、一歩進んだ高次の段階の働きかけを考慮する必要がある。

第三に、病院内のいろいろな職場に患者を配置する病院業務作業を、治療的活動として有効に利用し成功させるためには、全職員の作業療法に対する認識と協力が必要である。常に患者の欲求を優先して病院の経営的要求は二次的に考慮されなければならない。

第四に、問題の多い外勤作業は、その職場へ患者を通勤させることが、治療的であるかどうかという点を基本的に考えるべきであって、慎重に実施したい。そのような観点から報酬などの処理も療法的に行われることが必要である。担当職員は職場と密着に交流し、帰院後は夜間のケアを活発にしたい。⁹¹⁾

赤松は自身の臨床現場で、社会復帰を理念とした米国の occupational therapy の観点から日本の「作業療法」を捉え、その問題点と改善方法を提案した。日本の「作業療法」が社会復帰を目的として行なわれていくことが望ましいと考え、力動的な手法を取り入れようとしたのだ。

ここでは 1960 年代、国家資格化前に米国で occupational therapy を学び、それを日本で実践していた 2 人の「作業療法」臨床家による occupational therapy と日本の「作業療法」との接点を取り上げてきた。日本に精神医療に携わる医師らにとって 2 人が実践する occupational therapy は真新しくうつり、新鮮だったのだ。しかし、2 人の実践は全国的に広がることはなく、臨床現場としては大きな改革にまでは展開しなかった。一部の精神病院だけが 2 人の occupational therapy を取り入れていたのだ。国家資格化前の日本の精神医療の現場で実践されていた「作業療法」の臨床に大きな影響を及ぼすことはなかったが、2 人の実践は法的身分制度導入前の直近の米国の occupational therapy と日本の「作業療法」との小さな接点であったと言えよう。その接点からみえたことは、日本の「作業療法」と米国の occupational therapy との臨床的差異である。そこでは「作業療法」での治療としての「労働」の捉え方の違いが浮き彫りになった。米国の occupational therapy における「労働」とは地域への社会復帰とも言い換えられよう。働くことが中心の「労働」ではなく、障害を持ちながらも地域で人生を生き活きと生きていくための一つの手段なのである。それが精神障害を持つ人にとっては、精神障害を持ちながらも生きていく具体的な方法であり、その方法を獲得していくためには、さまざまな作業活動を実施していくこと自体が社会復帰に向けて

の治療となっている。つまり、治療としての「労働」≡（ほぼ等しい）社会復帰なのだ。

「労働」をどのように定義するかによっても違ってくるが、医療における、とりわけ「作業療法」における「労働」とはさまざまな作業活動の実践を通して、地域で障害を抱えながら、生き活きと日常生活を過ごしていく具体的な方法となるだろう。ところが、明治期からの日本の精神医療における「作業療法」での「労働」とは能力別に働く作業活動を受動的に与えられ、働いた分に見合った賃金やそれ相当の何かしらの形での報酬が与えられてきた。それが時には煙草数本や衣類などであり、または働いた分量や時間に見合わない安い賃金であった。日本では働くための働き≡「労働」が医療という名のもとに行なわれてきたのだ。社会復帰と「労働」とが結びついていない。そして、何よりもの米国との差異は「労働」の作業種目が病院運営を円滑にしていけるためのものであったということだ。本来は誰のための「医療」としての「労働」なのだろうかという疑問を抱かざるを得ないほどである。病院運営に関わる作業活動、例えば調理、裁縫、掃除などは病院が社会的「労働」として位置づけるべきものである。元患者に行なわせるのであれば、社会的に見合った賃金を働き手に支払うべきである。それをもって社会復帰とみなしていくことで、医療における「労働」の位置づけは変容し、患者が精神病院の力関係によって支配されるという精神的拘束から解かれ、自ら仕事を選択することにもつながることになるだろう。

国家資格化以前の医療における「労働」には精神病者を人としてどのように扱うかという深い意識問題が含まれている。その意識問題が置き去りにされたままの状態でありながら、日本の精神医療における「作業療法」は米国の影響を受け、国家資格化が推し進められていったのだ。次章では、その国家資格化に向けた過程とその影響について論じる。

註

- 1) 鎌倉矩子. 作業療法の世界 作業療法を知りたい・考えたい人のために. 第2版. 三輪書店;2006. p. 12.
- 2) Ruth Ellen Levine. " The Influence of the Arts-and-Crafts Movement on the Professional Status of Occupational Therapy. " The American Journal of Occupational Therapy. 1987; 41(4):p. 248-253.
- 3) 同前. 前掲註 2).
- 4) 同前. 前掲註 2).
- 5) 同前. 前掲註 2).
- 6) 同前. 前掲註 2).
- 7) Ruth Levine Schemm. " Bridging conflicting ideologies: The origins of American and British occupational therapy. " The American Journal of Occupational Therapy. 1994; 48(11):p. 1082-1088.
- 8) 鎌倉矩子. 前掲書註 1). p. 13.
- 9) Ruth Ellen Levine. *op. cit.* 前掲註 2).
ハーバード・J・ホールは神経衰弱の患者のために仕事療法を実施していた精神科医であり、1915年に『The Work of our Habds 私たちの手を生む仕事』を出版し、仕事療法は医師の責任において実施するべきものと意識していた
- 10) 同前. 前掲註 2).
- 11) 同前. 前掲註 2).
- 12) 同前. 前掲註 2).
- 13) 同前. 前掲註 2).
- 14) 同前. 前掲註 2).
- 15) 同前. 前掲註 2).
- 16) http://www.translatetheweb.com/?ref=SERP&br=ro&mkt=ja-JP&dl=ja&lp=EN_JA&a=http%3a%2f%2fwww.otcentennial.org%2f
(米国作業療法協会のホームページより「創立 100 年を記念して」)
2019 年 10 月 28 日アクセス
- 17) Ruth Ellen Levine. *op. cit.* 前掲註 2).
- 18) 同前. 前掲註 2).
- 19) 同前. 前掲註 2).
- 20) 同前. 前掲註 2).
- 21) 同前. 前掲註 2).
- 22) 同前. 前掲註 2).
- 23) 同前. 前掲註 2).

- 24) 鈴木明子. 日本における作業療法教育の歴史. 北海道大学図書刊行会;1986. p. 36.
- 25) 鎌倉矩子. 前掲書註 1). p. 15.
- 26) 鈴木明子. 前掲書註 24). p. 40.
- 27) Ruth Ellen Levine. *op. cit.* 前掲註 2).
- 28) http://www.translatetheweb.com/?ref=SERP&br=ro&mkt=ja-JP&dl=ja&lp=EN_JA&a=http%3a%2f%2fwww.otcentennial.org%2f. 前掲註 16).
- 29) 鈴木明子. 前掲書註 24). p. 38-39.
- 30) http://www.translatetheweb.com/?ref=SERP&br=ro&mkt=ja-JP&dl=ja&lp=EN_JA&a=http%3a%2f%2fwww.otcentennial.org%2f. 前掲註 16).
- 31) 同前. 前掲註 16).
- 32) 同前. 前掲註 16).
- 33) 同前. 前掲註 16).
- 34) 同前. 前掲註 16).
- 35) 同前. 前掲註 16).
- 36) 同前. 前掲註 16).
- 37) 同前. 前掲註 16).
- 38) 鈴木明子. 前掲書註 24). p. 41.
- 39) 同前. 前掲書註 24).
- 40) http://www.translatetheweb.com/?ref=SERP&br=ro&mkt=ja-JP&dl=ja&lp=EN_JA&a=http%3a%2f%2fwww.otcentennial.org%2f. 前掲註 16).
- 41) 鈴木明子. 前掲書註 24). p. 37-39.
- 42) 同前. 前掲書註 24).
- 43) 同前. 前掲書註 24).
- 44) 同前. 前掲書註 24).
- 45) http://www.translatetheweb.com/?ref=SERP&br=ro&mkt=ja-JP&dl=ja&lp=EN_JA&a=http%3a%2f%2fwww.otcentennial.org%2f. 前掲註 16).
- 46) 同前. 前掲註 16).
- 47) 同前. 前掲註 16).
- 48) 同前. 前掲註 16).
- 49) 鎌倉. 前掲書註 24). p. 21.
- 50) 同前. 前掲書註 24).
- 51) 長谷川峰子へのインタビュー. 倫理審査番号;新倫 2019-31 号. 2019 年 10 月 30 日実施. 長谷川氏の入居している施設内での静かな個室にて、13 時から 14 時まで。著者と長谷川氏の二人で実施。著者が説明し、長谷川氏が同意書にサインしてからインタビュー開始。インタビュー中は会話を録音していた。

52) 長谷川峰子. 精神医学的作業療法の実際 OCCUPATIONAL THERAPY. 慶應通信株式会社;1969.

日本で始めて米国の作業療法を実地で学んだ長谷川が始めて書いた「作業療法」についての書籍である。

長谷川峰子は1929（昭和4）年、北海道札幌市に生まれ、1945（昭和20）年、女学校を中退、札幌英語学院に入学。1947（昭和22）年、札幌進駐軍（米軍）の衛戍病院（札幌市）に通訳と「作業療法」助手して入職。1950（昭和25）年、国家公務員特別職として北海道地方民事部教育課青少年教員顧問に就任。1951（昭和26）年、国家公務員を退職し、北海道庁奨学制度にて精神科作業療法を学ぶべくして米国オレゴン州立大学に留学。ここで2年間「作業療法」の基礎を学ぶ。その後、半年間、アイオワ州立精神病院でインターンをする。1954（昭和29）年12月帰国。1955（昭和30）年、東京都立松沢病院と総武病院を見学視察に行く。1988（昭和63）年退職。夫の勤務の関係で多くの病院に勤務し、「作業療法」を紹介した。最後の退職後は自宅で英会話の教室を開いていた。

53) 同前. 前掲書註52).

54) 同前. 前掲書註52).

55) 長谷川峰子. O. T.（作業療法）について. 病院. 13(6);1955. p. 11-13.

56) 長谷川峰子. 心理作業療法（OT）について. 教育と医学. 16(8);1968. p. 50-54.

57) 長谷川峰子. 精神医学的作業療法の実際（2）(Occupational Therapy). 教育と医学. 14(11);1966. p. 84-88.

58) 同前. 前掲註57).

59) 同前. 前掲註57).

60) 同前. 前掲註57).

61) 同前. 前掲註57).

62) 同前. 前掲註57).

63) 同前. 前掲註57).

64) 同前. 前掲註57).

65) 同前. 前掲註57).

66) 同前. 前掲註57).

67) 同前. 前掲註57).

68) 関英馬. 精神分裂病のリハビリテーションと作業療法. 理学療法と作業療法. 15(6); 1981. p. 547-551.

69) 同前. 前掲註68).

70) 同前. 前掲註68).

71) 赤松耕. 特集リハビリテーション 精神科のリハビリテーション. 保健の科学. 11(6);

1969. p. 275-278.
- 72) 同前. 前掲註 71).
- 73) 同前. 前掲註 71).
- 74) 同前. 前掲註 71).
- 75) 同前. 前掲註 71). p. 277.
- 76) 上村安一郎, 赤松耕. 私立精神病院における OT の経験. 精神衛生. (101); 1966. p. 5-8.
- 77) 同前. 前掲註 76).
- 78) 同前. 前掲註 76). p. 7.
- 79) 同前. 前掲註 76). p. 6.
- 80) 同前. 前掲註 76).
- 81) 長谷川. 前掲書註 51).
- 82) 同前. 前掲書註 51).
- 83) 長谷川. 前掲註 55).
- 84) 長谷川峰子. 精神医学的作業療法の実際 (8) (Occupational Therapy) . 教育と医学. 15(7); 1967. p. 73-76.
- 85) 同前. 前掲註 84). p. 73.
- 86) 長谷川. 前掲書註 51).
- 87) 関. 前掲註 68).
- 88) 同前. 前掲註 68). p. 550.
- 89) 長谷川. 前掲書註 51). p. 73.
- 90) 同前. 前掲書註 51). p. 74.
- 91) 赤松. 前掲註 71). p. 278

第7章 国家資格制度導入とそれによる臨床と教育の断層

本論文は、ここまで明治維新により日本の西洋化が始まり社会や文化が変わり始めた明治初期から「理学療法士及び作業療法士法」成立直前までの日本の精神医療における「作業療法」の通史をおつてきた。第二次世界大戦で敗戦した日本は社会情勢や日常生活などさまざまな分野に米国から大きな影響がもたらされた。それは「作業療法」にも少なからず影響したことだろう。この後、日本における「作業療法」に従事する者の法的身分制度として「理学療法士及び作業療法士法」が成立した。それは、ここまでの通史でみてきたように米国の occupational therapy が日本に導入され始まったことから影響があるだろう。米国の影響は occupational therapy についてだけではなく、リハビリテーションをはじめてとして医療福祉に及んでいる。

第二次世界大戦敗戦直後の日本は、連合国軍最高司令官総司令部（GHQ ; General Headquarters）から国家責任の原則、無差別平等の原則、最低生活保障の原則という公的扶助三原則の指令を受け、社会福祉に関する民主主義と平和を中心に国家を再建するという大方針に沿って、占領政策が始まった¹⁾。1946（昭和21）年11月に日本国憲法が公布され、社会保障と福祉を充実させる国家をめざしてスタートしたのである。憲法では第11条に基本的人権の尊重が、第13条に幸福を追求する権利が規定されると共に、第25条には「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」として「生存権」が初めて規定された。また、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と国の責務が同条に明記されたことから、生存権を保障する社会保障の理念に基づき新たな法制度が整備されていくこととなった²⁾。

マッカーサー（Douglas MacArthur, 1880-1964）元帥の名で、1947（昭和22）年12月1日、「Report of The Social Security Mission」（社会保障視察団報告書）が出された。この社会保障視察団報告書は連合国最高司令官および日本政府の関係職員によって調査検討の資料として、日本国民のためになる社会保障の基盤として承認された公文書である。民主主義実現の目的のために日本の国力の許す範囲内で、総括的でしかも適切な社会保障を実践するのは占領軍による統治的目的なのである。この報告書をもとに、衛生・医療に関して直接、指導にあたったのが、総司令部公衆衛生福祉局（PHW ; Public Health and Welfare Section）の局長で医師であるクラウフォード・F・サ姆斯（Crawford F. Sams, 1902-1994）大佐であった。サ姆斯大佐のもと、日本国憲法第25条に書かれた社会保障の理念は具体化されていった。鈴木と佐々木らによると、この第25条はサ姆斯大佐が書いたものである³⁾。この社会保障に関する理念と到達目標は現実の日本の状況からかけ離れた高い理想であった。高い理想を掲げて、ハード面では充実させているが、なぜ医療、福祉における専門職としての身分法である国家資格化などのソフト面、いわゆるマンパワー面の充実に時差が生じたのだろうか。

それから約 20 年後、ようやくリハビリテーション専門職の身分法である「理学療法士及び作業療法士法」は成立した。厚生省はお雇い外国人教師を雇い、英語と英文による教科書を用いて教育が始まり、新たに「作業療法」の国家資格保有者が誕生した。しかし、その間も精神医療の臨床では「作業療法」の実践が休むことなく行なわれていた。その臨床現場の最前線で働いていたのは、これまで長い間、臨床での体験をもとに患者と向き合い「作業療法」を実践してきた無資格者である作業指導員であった。その臨床現場に米国の制度が導入されたことによって、米国流の教育で育ち日本の臨床現場を知らない国家資格保有者である作業療法士が流入してきたという形になった。この構造は、国家資格化が齎した新しい臨床構造である。新しい臨床構造は国家資格を保有する有資格者と保有しない無資格者で構成された。国家資格保有者とは米国流の新しい教育を受けた者であり、無資格者とはこれまで「作業療法」の医療的な教育を受けずに自分の体験から得られた体験知で臨床現場を営んできた者である。新しい臨床構造には、臨床現場と新しい教育との隔たりがあるのだろう。

本章では、このように視点から、第二次世界大戦後の GHQ 占領下で、精神医療のなかに米国のリハビリテーションの国家資格化導入までの過程を取り上げる。具体的には、「作業療法」の国家資格がどのような経緯で、どのように導入され成立し、どのような国家資格となったのか。また、日本の「作業療法」の国家資格化に米国の occupational therapy がどのように影響し、それがどれほどのものであったのか。そして、国家資格の内容と国家資格化によって臨床現場として「作業療法」が歴史から選択的に引きついだものと排除したもの、そして国家資格化による臨床現場と教育との断層に何があるのか。さらに、その隔たりはなぜ作られたのかを論じていく。

1. 第二次世界大戦直後の GHQ による精神医療行政の状況

社会保障視察団報告書の翌年 1948（昭和 23）年、PHW の指導のもとで日本リハビリテーション委員会が立ち上げられた⁴⁾。しかし、その目的は主に旧軍人向けの身体障害者用のリハビリテーションに関するプログラムや法案の提案であった。この場合のリハビリテーションは傷痍軍人を労働者として職業に就かせるための職業リハビリテーションだった。1948（昭和 23）年 11 月 3 日に行なわれた PHW のネルソン・ネフ福祉課長と厚生次官葛西との会談のなかで、「ろう、啞、盲、切断、麻痺、心臓障害、結核性障害、その他すべての障害を含む日本の身体障害者のための包括的な援助対策として、包括的リハビリテーション」という言葉が出されている⁵⁾。包括的リハビリテーションであれば、どの障害、どの疾患も含まれるべきだが、そこには精神障害者のリハビリテーションは含まれていなかった。精神障害に関しては、精神衛生審議会が立ち上がったのみであった。

サマス大佐によると「占領期には、およそ 60 万人の身体障害者がおり、リハビリテ

ーションを必要としていた」という⁶⁾。ともあれ、戦争による身体障害者への援助が優先されたのだ。身体障害者福祉法は 1949（昭和 24）年に法制化され、1 年後の 1950（昭和 25）年に精神衛生法が成立した。

精神医療の領域では、公衆衛生の向上及び増進を国の責務とした新憲法の成立により、精神障害者に対して、適切な医療・保健の機会を提供するために精神衛生法が公布・施行された。しかし、身体障害者の場合はリハビリテーション・プログラム法案の提案に関する会議が開催されるまで、きめ細かく討議されている一方で、精神障害者の場合にはそこまでリハビリテーションなどが整備されず、ともかく精神衛生法を成立させるまでにとどまった。

厚生省公衆衛生局長だった若松栄一氏によると、「MSW（Medical Social Worker）という言葉は GHQ のなかで使われていた言葉であり、身分法を作ろうという動きがかなりあったが厚生省がのってこなかった。OT（occupational therapy を指していると思われる）も 1951（昭和 26）年に GHQ から話があったができなかった。」ということだ⁷⁾。当時の医療担当官の指示で職種の身分法を考えるように指示があったのだろうが、第二次世界大戦の敗戦直後の日本における医療体制では医師が別の医療の職種に指示を出すようなシステムが成立しておらず、また他の職種に指示を出せるような医師の能力もまだ無く、さらに、医師と看護師以外の専門職種の職業化に向けての教育システムも成立していなかったため、結局 occupational therapy の身分法を成立させることはできなかったのだろう。

若松の語りで言及されている、GHQ の用語としての「OT」がどのようなものなのか、日本の精神科医が知らなければ指示が出せないのは当然である。また、当時の「作業療法」従事者（作業指導員）が、GHQ が示す「作業療法」とはどのようにものを理解し実践できなければ専門の職業として身分法をつくっても意味がないことになる。「作業療法」に限らず、GHQ が示す医療福祉の専門職がどのように動き、どのような仕事を行い、どのような成果をあげるのかといった具体的なイメージをもつ人が少なすぎたのだろう。これでは、建物を作る、法制度を整備するなどハード面は推し進めることはできても、マンパワーなどのソフト面は進めることができなくても当然である。精神衛生法の内容も、廃止された精神病者監護法と精神病院法をそのまま引き継いだものに過ぎなかった⁸⁾。

外目からみえやすい身体障害者は確かに 60 万人以上おり、その障害の多くは第二次大戦で負った外傷としての身体的後遺症とっていいだろう。しかし、大戦後、戦争による後遺症は身体障害だけだったのだろうか。そうとは限らない。戦争により神経症圏で苦しんだ人々はいたはずである。

上記のように GHQ により精神障害関係で新設されたのは精神衛生審議会だけである。関係官庁と専門家との協力による精神保健行政の推進を図ることまでで精神障害をも

つ人のケアやリハビリテーションにまでは及んでいない。なぜ、精神障害者のリハビリテーション・プログラムが計画されなかったのだろうか。疑問は、実は身体障害者リハビリテーション・プログラムの中にもある。それはプログラムを実施する理学療法士や作業療法士の職種名があげられていないことだ。身体障害関係と精神障害関係に共通して言えることは、やはりマンパワーの問題である。

米国には既に医療における各職種の専門家として資格者がいた。身体障害の場合も身体障害者福祉法の法制化に従って、職業リハビリテーションのために、職業訓練施設、技術学校、もしくは通常の職業訓練作業所で技術を学ぶこととされた⁹⁾。しかし、そのなかに職業化された専門職種はいない。建物や法制度はある程度の伝えられた知識でつくすることはできても、専門職となると別である。専門職は実際に障害者を相手に実践しなければならない。実際に仕事として医療技術を用いて行動するので、専門の医療技術が身に付いていなければ仕事ができないわけである。それはある程度伝えられたように知識だけでは実践できない。十分な知識と実技が伴って、初めて実践できるからである。つまり、人材教育である教育制度が整備されていなかったことになる。「作業療法」の場合も同様である。敗戦後すぐに教育制度が整備されたわけではなく「理学療法士及び作業療法士法」という法制度と養成校の教育制度が成立したのは実に第二次世界大戦敗戦から 20 年後であった。

精神障害領域の場合は、1952（昭和 27）年に国立精神衛生研究所が設置され、精神保健に関する総合的な調査研究が行なわれることになったが、精神障害者の福祉対策は日本の社会保障の領域のなかで、もっとも遅れていると精神衛生審議会は批判している¹⁰⁾。精神衛生審議会は精神衛生法の規定により厚生省内に設置され 15 人の委員により構成されている。1964（昭和 39）年 7 月 25 日の中間答申書「在宅精神障害者の把握とその指導体制の強化」（この時の精神衛生審議会の会長は内村祐之（1897-1980））のなかの「精神衛生技術指導体制の確立」という欄に記載された、地方精神衛生センター（精神衛生相談所）の答申の最後に、「精神衛生に関する広報宣伝活動」という項目があり、そこに「在宅患者を通わせて作業療法、レクリエーション療法、集団療法等を行う施設を設けることが望ましい」と記されている。また、「精神衛生専門職員の充足」という項目には医師、看護婦について「その他の職員」として「心理専攻者、精神科ソーシャルワーカー、作業療法士等の専門職種の医療チームへの参加が必要であるが、身分資格の確立を図るとともに、その他の職員も含めて養成訓練について対策を講ずる必要がある」と記されている。ここから、当時の地方精神衛生センターが「作業療法」従事者の資格化を意識していたことがわかる¹¹⁾。この中間答申書が書かれたのは国立精神衛生研究所が設置された 12 年後であり、同年に、ようやく国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院が設立された。

一方、社会保障制度審議会は「医療保障制度に関する勧告」と題して 1956（昭和 31）

年 11 月 8 日付けで政府に勧告を行なっている。そのなかで、医療関係者の養成について次の通りに書かれている。

医療機関の整備に関連して忘れてはならないのは、医療関係者の養成とその需給計画の樹立である。すなわち、政府は、全国民に医療保障制度を適応した場合には、どの程度医療関係者の確保が必要であるか、これをよく検討してその養成を計画的に行う必要がある¹²⁾

これをみる限りでは、社会保障制度審議会は、身体障害領域、精神障害領域の別を問わず医療としてそれに従事する関係者の確保とその養成が必要であるとしていたことがわかる。1951（昭和 26）年の段階で GHQ から身分法の話が出でいたという若松の話や、身体障害のリハビリテーション・プログラムが計画されていたことから、作業療法などの専門職の専門性が認識されていたといえようが、そのマンパワーが実際に養成され始めたときには、終戦後 20 年の歳月が過ぎていた。

1950（昭和 20）年代後半には、日本国内の精神病床は約 3 万床で、1940（昭和 15）年の約 2 万 5 千床に比べると、ようやく戦前程度まで回復していた¹³⁾。1954（昭和 29）年に全国精神障害者実態調査によって、精神障害者の全国推定数は 130 万人、うち要入院が 355 万人で、病床はその 1/10 にも満たないことが判明した。これにより、同年の法改正により非営利法人による精神病院の設置及び運営に要する経費に対し、国庫補助の規程が設けられた。そのことが契機となって、病床は急速に増加し、いわゆる精神病院ブームの様相を呈し、1960（昭和 35）年には国内の精神病床が約 8 万 5 千床に達した¹⁴⁾。そして、1956（昭和 31）年に、厚生省公衆衛生局に精神衛生課がようやく新設された。

2. 米国における occupational therapy の日本への導入経緯

厚生省公衆衛生局に精神衛生課が新設された翌年、1957（昭和 32）年には日本整形外科学会評議員会で「PT physical therapy 理学療法、OT occupational therapy 作業療法を養成する」との決議がなされた¹⁵⁾。同学会は、海外のリハビリテーション医や WHO（World Health Organization 世界保健機構）から派遣された理学療法士や作業療法士から、これらの専門職を正規に養成する機関が日本にないことを指摘されるようになっていた¹⁶⁾。

小池文英によると、リハビリテーションの概念は第二次世界大戦敗戦後「米国から輸入されたもの」で、「技術面、実践技術等に関しては諸外国、特に米国から大きな影響を受けたことは否めない」とされている¹⁷⁾。そして、浅野によると 1950（25）年に「当時の GHQ から欧米の先進諸国の医療の視察が許されて日本に「リハビリテーション」の

言葉と医療、教育を導入したのは、水野祥太郎、小池文英、土屋弘吉、服部一郎の諸先生方である。」と述べられていることから、リハビリテーションが日本に導入されたのは GHQ 政策の一つだったのだ¹⁸⁾。具体的には、1950 (昭和 25) 年第 1 回 United Nations Welfare Fellowship に選ばれた医師の小池文英 (1913-1983)、水野祥太郎らが 6 カ月間海外のリハビリテーション事情を視察している¹⁹⁾。この視察のなかで小池や小野は「PT、OT に関する整備、専門職員によるリハビリテーション医療の体制がよく整備されている」ことに強い感銘を受けたという²⁰⁾。その後も、若手・中堅の医師らが次々と渡米し、帰国後日本のリハビリテーション医学の基礎作りや発展に寄与している²¹⁾。その結果、1960 (昭和 35) 年 3 月に日本整形外科学会のなかにリハ委員会が水野を委員長に設置され、理学療法と「作業療法」のに関する議論が活発に展開された²²⁾。その内容は理学療法と「作業療法」の資格、養成、リハ施設の設備基準、用語の問題、今後日本のリハ医療を推進するためには何処に問題があるのか、これからいかにしていくべきかなどであった²³⁾。時を同じくして、1961 (昭和 36) 年ニューヨーク大学の Dasco 博士が寿命学会の招聘で来日し、その講演で片麻痺、対麻痺のリハが取り上げられ、理学療法と「作業療法」の養成が急務であると強調された²⁴⁾。

この頃、厚生行政官であった大村潤四郎 (1915-1987, 海軍病院から復員した医師であった) は WHO フェローとして英国に留学して、そこで展開されていたリハビリテーションに感銘を受けて帰国した。1959 (昭和 34) 年、大村は厚生省に入り、大臣官房企画室参事官に任命され、「医学的リハビリテーションに対する現状と対策」を明らかにするというテーマを与えられた²⁵⁾。大村は前記した Dasco 博士の忠告後、厚生省内にリハビリテーション研究会を作り、その中間報告書のなかで専門技術者の養成を最緊急事項とした²⁶⁾。そして、大蔵省の金子太郎 (1925-2020) と組んで、1963 (昭和 38) 年 5 月東京病院に PT と OT の専門職、各 20 名を養成するための予算折衝をして、国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院を設立した。これは、占領期 (1945 年～1952 年) が終わり、高度成長期で財源が豊富だったことと、社会保障、教育、公共事業の 3 つを伸ばそうとした当時の池田内閣の方針や、社会保障で欧米に追いつき追い越そうという世論に後押しされてのことでもあった²⁷⁾。

金子によると、PT・OT は基礎研究というよりは技術教育に属するものとみなされ、それゆえに、研究機関としての大学ではなく、厚生省に治療者として属することになったとされている。²⁸⁾

鎌倉はリハビリテーションの考え方が認識されるようになった幕開けについて、「それまで海外との文化交流を絶たれていた研究者たちに海外留学の機会が与えられるようになった。その中に身体障害者のリハビリテーションをテーマに欧米に出かけた医師たちがいた。彼らはそこで、わが国とはまったく異なる医療が展開されているのを見た」と表現している。この具体的な内容については、留学生だった一人の津山が次のように

述べている。

その時はショックを受ける程の驚きでした。(中略) 退院して新しい職場に復帰して行く、社会に有用な者として生活を送るために戻って行く患者の姿を見て、次元の違うものを感じてショックを受けました。(中略) リハビリテーションの真の考え方を日本の医学の中に、根付かせなくてはならない²⁹⁾

田島はこの現象を「こうした医師たちのパワーが点在した場所でのリハビリテーションの開始と結びついた」としている³⁰⁾。

精神医療も、戦争により発展した米国の身体障害領域のリハビリテーションの一部として捉えられたのだろうか。米国の occupational therapy の影響を受けながら、日本の精神医療における「作業療法」が新たに確立されていくなかでは、明治期から実践されていた「作業療法」の存在が取り上げられることはなかったのだろうか。

1963 (昭和 38) 年、国立東京病院附属リハビリテーション学院の開設後、厚生省はただちに理学療法士と作業療法士の身分法の準備にとりかかった。厚生省は医師とその他の学識者、行政官をメンバーとする「PT・OT 身分制度調査打合会 (以下、打合会)」を設置 (昭和 38 年 6 月 2 日) し、打合会が提出した意見書をもとに政府原案を作成した。このようにしてできあがったのが、1965 (昭和 40) 年 5 月に成立した「理学療法士及び作業療法士法」である。ところで、この「PT・OT 身分制度調査打合会」の委員だが、鎌倉によると精神科医が含まれていないとされているが³⁰⁾、しかしながら、砂原によると打合会のメンバーのなかには精神科医である江副勉 (1910-1971) がいた³²⁾。さらに、阿部によると日本精神科看護協会が 1963 (昭和 38) 年に精神科領域からただ一人委員として出席している松沢病院の江副勉に働きかけているとしている³³⁾。その内容は次のとおりである。

委員会の正式名称は「O・T P・T 身分制度調査打ちあわせ会」。尚メンバーは文部省、厚生省、外科関係医、精神科からは松沢病院の江副先生だけである。日精看としては現在精神科看護者は推定 2 万人、その 3 分の 1、6 千名が無資格、その中の半数が O・T を希望するのではないかと思われる。つまり 3 千名位は作業療法に何らかの意味で従事なり、関心をもっていると思われる。現在の時点では、P・T の人達と同じ条件を作る様に打ち合わせ会の折、発言して欲しいことを江副先生に話したところ了承してくれた³⁴⁾。

よって、打合会には精神領域から少なくとも江副が一人参加しているのである。

「理学療法士及び作業療法士法」は 1965 (昭和 40) 年 6 月 29 日、法律第 137 号とし

て公布され、同年 8 月 28 日から施行された。吉田によると、審議会は「理学療法士および作業療法士は医学的リハビリテーションにおいて、きわめて重要な役割をしめる職種であるだけに、十分に資質を確保しなければならず」とした³⁵⁾。これによって同年 10 月 23 日には「理学療法士および作業療法士法の施行について」厚生事務次官から施行通達が、また医務局長から施行通知が都道府県知事宛に出された³⁶⁾。その内容は、「世界理学療法士連盟または世界作業療法連盟の定める基準に適合した養成訓練課程を有する外国で、その課程を修了した者」らに限り無試験で資格が認められるとするものであった³⁷⁾。これは打合会のメンバーや日本政府の目が日本以外の世界にばかり向けられている証拠であり、自国である日本の精神医療のなかで駆使されてきた「作業療法」の存在やこれまでの過程を認めていないことの現われである。一方で、吉田によると、特例試験は解答を選択できるようにするなどの配慮をしたものであり、また「特例受験者の専門分野の知識、技術、業務、経験などを十分評価すべきだといったわりの気持ちを示している」と表現されるものであった。試験免除のための講習会も開催されたが、その科目も「免除すべき」と吉田は述べている³⁸⁾。さらに注目したいのは特例試験の受験資格にも問題があった。吉田は「結核、癩および精神病などの病院には医療関係者の資格をもたないで、現に一部の理学療法や作業療法に従事しているものがこれらの受験資格をもたないことになった」としている³⁹⁾。これも、自国である日本で明治期から続く精神医療における作業指導員が行なってきた「作業療法」を軽視したことになる。砂原は、打合会では occupational therapist が「作業療法士」となったことに関して精神科側に不満が残ったと述べている⁴⁰⁾。前述したように、打合会は精神科を排除したわけではなく精神科関係者をメンバーに加えはしたが、圧倒的に内科と整形外科関係者の人数が多く、勢力的には身体障害が優勢であったことには違いない。精神医療側にしてみれば、「作業療法」という名称は積み重ねてきた実績のある名称であり、それを身体障害的なリハビリテーションの要素が多く入る資格の名称として採用することは納得ができなかったことも容易に想像ができる。身体障害のリハビリテーションの歴史は大正期の高木憲次（1889-1963）の肢体不自由児の療育から取り入れられており、整形外科との関係が深い。高木はマッサージ師に従事させていた⁴¹⁾。それに対して精神医療では言葉通りに「作業」を中心に作業指導員が従事していた。従事者の類別からしても、また実践内容からしても、整形外科的な内容と精神医療としての内容は同等にはならないはずである。

秋元は国立リハビリテーション学院での教育体制、すなわちアメリカやイギリスの専門家による英語での授業風景が「百年前の医学校を思わせる」として、これを黒船時代と呼んでいる⁴²⁾。

本論文では明治期からの精神医療における「作業療法」の変遷をおってきたが、精神医療における「作業療法」には薬物療法のようなめざましい発展は見られていない。精

神医療における「作業療法」の展開は一人の医師が奮闘して、その時期、その場で「作業療法」を実践してきたのが歴史上の事実だ。その一人の医師の学びにより、「作業療法」はわずかずつではあるが、手段と目的や役割が変容してきたのも、また事実である。専門職としての資格は持たずとも経験的に身に付けた患者への対応や「作業療法」の運営などの専門感覚は、わが国の精神医療における「作業療法」の展開と発展には無くてはならない「作業療法」文化の基盤であり、それを構築してきた作業指導員は必要不可欠な働き手である。このような歴史をもつ「作業療法」を身に付けた技術者に、国際的水準の専門家としての身分を付与する体制が確立するのだが、その確立過程に精神医療の専門家を形成外科医と同等の人数を入れなかったことは理解できないことだ。

本章で述べてきた「作業療法」の国際水準の専門職を養成するしくみの導入過程では、精神医療における「作業療法」の存在を無視した整形外科的視点を優勢にした「作業療法」観が目立つ。そのため、いわゆる身体障害の「作業療法」領域のみでの身分法が成立したようにもみえる。明治期からの歴史をもつ精神医療における「作業療法」の存在を抜きに、「作業療法」の身分が確立していくことに対して、「わが国の現実を無視した苛酷なもので、すでに専門家の養成教育制度のできている外国の模倣におわっている」と秋元は述べている⁴³⁾。本論文では精神医療における「作業療法」の変遷をみてきたが、諸外国の「作業療法」も日本の「作業療法」も、その歴史の原点には精神医療の変革がある。その世界的な動向からみても、日本で「作業療法」の担い手の身分を確立するのに精神医療の専門家の視点をさらに加えなかったこと自体が「作業療法」の成立過程を軽んじている。第6章で紹介したが、特に戦争という特別な機会を通じて米国の occupational therapy はその会員数を2倍以上にまで発展させている。もちろん精神領域も実施されていたが、戦争により負傷した身体に対する occupational therapy が発展したことが会員数を増やした要因だ。つまり、わずかに精神領域も行いつつ、身体領域に力が入っていた米国のリハビリテーションを追いかけ、模倣したに過ぎないことの証明である。もちろん、精神医療における「作業療法」もリハビリテーションの一部となる。しかし、日本におけるリハビリテーションと呼ばれる主たる分野は理学療法と身体障害領域での「作業療法」である。それらは米国の模倣を基礎にもったのである。

他方、精神医療における「作業療法」分野では国家資格化に向けた時期を黒船時代と例えられもするなかで、臺によると、石川が作業医長だった時期（昭和27年頃）に「作業療法士というような資格がぜひ欲しいものだ」と話していたという⁴⁴⁾。この「作業療法士」は精神医療界だけの資格ということだろう。このように話題があったのならば、「作業療法」が国家資格になることは精神医療の「作業療法」従事者にとっても、そう悪い事ではなかったことになる。その証拠に、臺は1966（昭和41）年に行なわれた国家資格化に向けた精神科O・T指定講習会特別講演のなかで、「この仕事が看護婦さん看護人さんと同じように、公式なものとして各病院で認められるようにしたい」という話題

があったことを明かし、またこのような話題から十何年が過ぎ「このような立派な講習会が開かれるようになり」、講習会に厚生省の鈴木精神衛生課長が来るということは「うれしく思っている」とも述べている⁴⁵⁾。さらに、指定講習会を受講した精神病院で作業指導員は「作業指導員という立場の人はあまり講習を受けたことがなかった。それで看護の人たち、あるいは医療に携わる人たちに対して劣等意識が強かった」ので、講習会を受け、勉強できたことを「よかった」と表現している⁴⁶⁾。また、別の受講生は「それはこういうわけだったのか」と考えるようになり、「考える頭の中が広がってきたということだけでも相当違う」と述べている⁴⁷⁾。国家資格化への動向の中で実施された講習会での学びを当事者である作業指導員はよい意味で捉えている。もちろん、他方では国家資格受験資格すら与えられなかった作業指導員もあり、その指導員たちにとっては講習会での学びや社会的立場が保証されるはずの資格そのものが、自身の存在を軽視されたような孤立感や学習する機会が与えられてこなかったという劣等感を持つことになったのだろう。この状況から、精神医療界でも黒船という否定的な捉え方と、ようやく資格ができるという肯定的な捉え方と、国家資格に対する二通りの見方が併存していたことがわかる。

いずれにしても、打合会がなぜ、精神医療における「作業療法」の歴史を軽視してまで身体障害領域の「作業療法」と同じ分野として扱ったのかは明らかではない。

3. 国家資格の内容

歴史を辿ってきた「作業療法」が、結果的には法的身分の確立にまで至り「理学療法士及び作業療法士法」は成立した。前述したが、この身分法が成立する過程を整理しておく。1963（昭和38）年6月2日「PT・OT 身分制度調査打合会」が設置され、打合会が提出した意見書をもとに政府原案が作成され、1965（昭和40）年5月に「理学療法士及び作業療法士法」は成立した。同年6月29日法律第137号として公布、同年8月28日から施行された。同年10月1日に免許申請についての「理学療法士及び作業療法士法施行令」通達、同年10月20日には「理学療法士及び作業療法士法施行規則」が出された。そして、翌年の1965（昭和41）年2月、第1回目国家試験が実施された。

国家資格化されていく過程のなかで、精神医療における「作業療法」関係者が特に不満となったことはこれまでの精神医療で使用されてきた「作業療法」という名称がそのまま新しい国家資格の資格名称として用いられることである。なぜならば、精神医療における「作業療法」関係者にとって、この国家資格は身体障害領域と同じ資格となるので、これまで作業指導員が実践してきた「作業療法」とは別物と認識していたからだ。国家資格化に向けて occupational therapy を「作業療法」と名称づけた経緯について、打合会の座長だった砂原は次のように述べている。

日本語をどのように定めるかが大きな問題であった。整形外科学会では、PTに機能療法、OTに職能療法という名称をあてていたが、結核や精神の領域ではOTは古くから作業療法という名称をあてていた。昭和38年の医療制度調査会の答申でPTは機能療法士、物理療法士または理学療法士と呼び、OTは職能訓練士又は職能療法士と呼んでいる。このあたりが当時の言語感覚であった。打合せ会でもそれぞれの専門家がこれまで呼びなれた名称を残したいと主張するのは自然の成り行きで、なかなか合意が出来なかった。物理療法士というと、街の光線療法屋と間違いやすいという意見、機能療法士というと、電気治療や水治療が疎外される感じであるという意見、職能療法士というと、職業リハビリテーションの専門家とまぎらわしいという意見等々、そこで仕方なしに私が、提案されたいくつかの日本語を黒板に書いて、それぞれに賛成の委員の挙手を求めて、結局 Physical therapist 又は Physio Therapist が理学療法士、Occupational Therapist が作業療法士となった⁴⁸⁾。

また、国家資格化が成立したことによって国家試験が実施されることへの不満もあった。作業指導員たちはそれまで経験上で獲得した「作業療法」を実践しており、専門の教育を受けていなかったからである。東京都立松沢病院で40年にわたり作業指導員を務めてきた堀切重明は、「作業療法」が国家資格化される時期の体験を以下のように語っている。

当時私は、精神科作業療法協会の渉外担当理事をしており、関係官庁をお百度参りしていたんです。その時厚生省のある局長さんがですね、「今までの作業指導員は植木屋さんであり、百姓屋さんだったけれども、これから作る作業療法士というのは、国際的な資格の人たちなんだ。あなた方が外国の会議に行つてペラペラと、研究発表や討論ができますか」という言い方をされました。その時の言葉は今でも耳から離れないですね。その中で、特例試験を受けさせてください。スタートラインだけでも並ばせてくださいと、あそこまで持ち込んだのは日本中の現場の人たちの情熱そのものでしたね。だけど残念ながら3年間の専門教育を受けた人たちとは、太刀打ちできなかった。その時、私自身はこれで、バトンタッチが終わったんだと思いました。医療は資格制度に支えられておりますから、しかたないのですが、資格のないのはなんとも悔しいのだけれど、私は、そういう人たちの下積みの礎、縁の下の力持ちをしてきたのだと。だから作業療法士の人が、われわれの経験から何か得るものがあつたら、それをとって新しい意味での作業療法をやってほしいと今でも思っております⁴⁹⁾。

堀切が述べているように、国家資格化前の精神医療における「作業療法」と国家資格化後の「作業療法」は名称に含まれる領域が精神医療だけではなく身体障害が含まれることや国際ライセンスの観点などから言えば、両者は異なるものだろう。この相違については次の項で述べることにする。ここでは、国家資格の内容に焦点を絞る。

国家資格化により国際基準にある occupational therapy は「作業療法」と名称づけられた。「作業療法」は第二条の 2 で「身体又は精神に障害のある者に対して、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることをいう」と定義づけられた⁵⁰⁾。そして、第二条の 4 で「作業療法士とは、厚生大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に作業療法を行なうことを業とする者をいう」と定められた⁵¹⁾。そのために国家試験が実施されるわけだが、その試験は第九条で試験の目的は「理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験は、理学療法士又は作業療法士に必要な知識及び技能について行う」とした⁵²⁾。国家試験の受験資格は、第十二条で「文科省令・厚生省令で定める基準に適合するものとして、文科大臣が指定した学校または都道府県知事が指定した作業療法士養成施設において、三年以上作業療法士として必要な知識及び技能を修得したもの」を主とした内容となった⁵³⁾。業務については、第十五条の 1 では「理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる」、第十七条では「作業療法士でない者は、作業療法士という名称又は職能療法士その他の作業療法士にまぎらわしい名称を使用してはならない」と名称の使用に制限をかけた⁵⁴⁾。国家試験科目には、解剖学、生理学、運動学、病理学、臨床心理学、リハビリテーション医学(リハビリテーション概論を含む)、その他の臨床医学(人間発達学を含む)、作業療法学などである⁵⁵⁾。

作業指導員たちの不満の一つであった国家試験の受験資格に特例が設けられた。それは「医師の指示の下に、理学療法又は作業療法を業として行なっている者」であれば第十一条または第十二条の規定にかかわらず、1974(昭和 49)年 3 月 31 日までは国家試験が受験できることとなった。その該当項目とは、以下のとおりである。

- 一 学校教育法第五十六条第一項の規定により大学に入学することができる者又は政令で定める者
- 二 厚生大臣が指定した講習会の課程を修了した者
- 三 病院、診療所その他省令で定める施設において、医師の指示の下に、理学療法又は作業療法を五年以上業として行なった者⁵⁶⁾

秋元によると、この該当項目自体を改めることが必要だとしている⁵⁷⁾。なぜならば、学歴として「小学卒よりも高校卒の方が作業療法士として適格である」と定めている理由が不明だからである⁵⁸⁾。秋元は「作業療法指導者として長年立派に仕事をしている人が決して少なくない」として、「学歴を問題にすること自体がナンセンスであり」、「公正に試験を行なえば受験資格を問う必要はない」と指摘している⁵⁹⁾。

精神医療界では、日本精神衛生会が主催をして該当項目にある指定講習会を開催した⁶⁰⁾。この講習会を実施した理由を秋元は「決して単に受験の便宜をはかることだけではない。精神科医療において占める作業療法の重要な意義に鑑みて現在、施設でこの仕事に従事している諸君に、勉強の機会をもってもらいたいと願ったからに他ならない」と述べている⁶¹⁾。

国家資格を得るための通過点である国家試験受験資格が、これまでの長い歴史をもつ精神医療の「作業療法」にとって適切であったのか否かと言えば、それは臨床現場で働いてきた作業指導員たちにとって苦難であったことには間違いない。なぜならば、それは前記した堀切の言葉にもあるように「太刀打ちできない」状態にあったからだ。しかし、日本の政府と打合会は現場が作り上げてきた歴史的実践よりも国際水準を重要視した目標に向かって動いたのだ。

こうして、第一回目の国家試験は実施された。結果は 20 名の作業療法士が合格した。

(国立公衆衛生院社会保障室の吉田寿三郎によると第一回の作業療法国家試験受験者は 60 名で中合格者は 28 名、合格率 46.6%だという説もある⁶²⁾) 20 名の内訳は国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院卒業生が 5 名、法附則第四号規定(特例措置)による合格者が 15 名である⁶³⁾。それとは別に、すでに米国で日本人として初めて作業療法士免許を取得しており第 12 条第 3 号の規定による(いわゆる外免の)作業療法士が 2 名いた。それは鈴木明子と矢谷令子である。以上で、日本作業療法士協会によると第一回目の「作業療法」の国家試験により 22 名の国家資格保有者が誕生した⁶⁴⁾。

4. 国家資格化による「作業療法」の教育と国家試験

1963(昭和 38)年 5 月、日本最初の理学療法、作業療法教育施設である国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院(以下、学院)が、砂原茂一を学院長として発足した。日本医科大学整形外科医の石田によると、厚生省身分制度調査打合会での教育カリキュラムは世界水準の線に沿って設定され、広範かつ高度の医学的知識が要求されることは当然であり、基礎となる解剖、生理、生化学、病理、心理学、物理、化学、運動学、治療体操、補装具、義肢、その他筋力テスト、間接可動域測定、ADL などの知識も要求されたという⁶⁵⁾。この教育水準が要求される要因として石田は、日本の施設でのリハビリテーションは諸外国に比しはなはだ心細い状況にあることと、入学資格が高卒あるいはそれ以上の資格を有すること、教師として適当な人材を得ることとしている⁶⁶⁾。この

中で、特に教師の問題について砂原は、当時の教育は「ほとんどもっぱらアメリカ人の理学療法士・作業療法士の援助に依存している」と表現している⁶⁷⁾。また、学院の院長補佐であった芳賀敏彦は、理学療法士と作業療法士の教育は「単に短期間に行なわれる職業教育ではない」と言及している⁶⁸⁾。そして、それは「人間教育」だとし、患者という対象者が明らかに人間として存在しており、「きわめて具体的なものを対象としている」とし、「疾患ではなく、疾患を伴った人間であること」これが教育の第1目的でなければならないとも述べている⁶⁹⁾。しかし、「案外現実の場では人間の中の疾患に目を奪われることが多い」と学院が設立されて6年後の現実として捉えている⁷⁰⁾。この現実には精神医療における作業指導員と作業療法士の上下関係の構造にも反映され、現場の混乱を招いたことになる。現場の混乱は、体験知で患者との向き合い方を自然と身に付いていた無資格の作業指導員と専門的な知識と技術を身につけた作業療法士との格差となり現われたのだろう。この格差を導いていた要因は、芳賀が主張していた教育の結果でもある。なぜならば、芳賀が述べるように体験知と知識と技術は教育の3本柱である。つまり、体験知の大切さを学ぶことは芳賀が主張した人間教育にもつながるからだ。体験知の大切さを学ばずに、知識と技術のみで臨床現場に出て行けば、混乱を招くことは至極当然である。教育をすすめていく形式として養成課程と国家試験がある。すなわち、国家試験の内容は教育の範囲となる。理学療法士及び作業療法士審議会答申は国家試験の程度および範囲について次のように述べている。

第1に、理学療法士および作業療法士の資質の高める努力は国際的にも払われているところであって、日本でも試験の程度や合格規準は、できるかぎり国際的な水準にしたい。ついては、国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院の教科課程水準を試験実施に当り重要な目途にすべきである。

第2に、測定、検査などによる評価および理学療法における自動運動の重要性は十分認識されているとはいえないし、作業療法と職能訓練など混同されるなどの傾向があるので、試験実施にさいして大いに留意を要する。

第3に、差当り、正規試験の受験者は、きわめて少ないが、他方特例試験の受験者がきわめて多いから、どのように後者の試験の程度および範囲の設定されるかによって理学療法士または作業療法士の社会的評価が左右されるとし、実施試験科目に関するかぎり、その内容は正規試験のそれと同一なもので行なうべきである⁷¹⁾。

そして、特別講習会の内容（図5参照⁷²⁾）を見ると、精神医学系の科目は全体に対してごく一部であり、作業療法での科目のなかでも半分にも満たないことがわかる。解剖学、生理学、病理学はリハビリテーション全体の基礎科目として理解できる。一方で、

運動学が基礎科目として重要視され、整形外科や外科、神経、筋についての科目が大半を占めているのは、既に述べたように国家資格化に向けた経過の中で整形外科の医師の主張が強かった影響と捉えられる。また打合会も 18 名の委員会の内、内科が 4 名、整形外科が 4 名、精神科が 1 名、公衆衛生が 1 名、民法学者で医事法学者が 1 名、他は行政機関の打評者であり、約半数が内科と整形外科の 8 名であり、それに対して精神は 1 名である⁷³⁾。科目の種類からも、委員の専門家の人数からも整形外科系、いわゆる身体障害系に偏った国家資格であることは明らかである。

以上のことにより、近代に西欧から流入した「作業療法」は第二次世界大戦敗戦を経て米国から導入された「作業療法」にかわり、それによって「作業療法」は近現代に体験が重ねられた精神医療における「作業療法」から身体障害領域の「作業療法」へと重心を移したと言えよう。

註

- 1) 厚生労働省. 平成 23 年版 厚生労働白書. 2011.
- 2) 厚生労働白書. 前掲書註 1).
- 3) 鈴木明子. 日本における作業療法教育の歴史. 北海道大学図書刊行会; 1986. p. 41.
佐々木秀美. 医療・福祉の根本思想としての第 25 条成立の過程及びサマズ PHW 局長による戦後の公衆衛生及び地域福祉改革に関する歴史検証. 看護学統合研究. 20(1): 2018. p. 1-24. 佐藤公美子, 坪井良子, 他. 占領期・GHQ/SCAP による病院再編と看護管理の形成過程-PHW/staffvisits からの実証-. 日本看護史学会誌. (23): 2010. p. 41-53.
日本国憲法第 25 条「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国家は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」
- 4) (財) 社会福祉研究所. 占領期における社会福祉資料に関する研究報告書. 1978.
- 5) 占領期における社会福祉資料に関する研究報告書. 前掲書註 4). p. 187.
- 6) 鈴木明子. 前掲書註 3). p. 42.
- 7) 同前. 前掲書註 6).
- 8) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会. 精神衛生法施行五十周年（精神病患者監護法施行百周年）記念 精神保健福祉行政のあゆみ. 中央法規出版社; 2000. p. 8.
- 9) (財) 社会福祉研究所. 前掲書註 4).
- 10) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会. 前掲書註 8).
- 11) 社会保障研究所編. 日本社会保障資料 I. 至誠堂; 1975.
- 12) 同前. 前掲書註 11).
- 13) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会. 前掲書註 8). p. 9-10.
- 14) 同前. 前掲書註 13).
- 15) 鎌倉矩子. 作業療法の世界 作業療法を知りたい・考えたい人のために. 第 2 版. 三輪書店; 2006. p. 54-55.
- 16) 同前. 前掲書註 15). p. 54-55.
- 17) 小池文英. 日本リハビリテーション医学会史-発足に至るまで-. リハビリテーション医学. 20(3): 1983. p. 55-60.
- 18) 浅野達雄. わが国の「リハビリテーション」導入の歴史-川崎学園での歩みとともに-. 大阪川崎リハビリテーション大学紀要. 3(2): 2009. p. 1-2.
- 19) 同前. 前掲註 17).
- 20) 同前. 前掲註 17). p. 197.
- 21) 同前. 前掲註 17).
- 22) 同前. 前掲註 17).

- 23) 同前. 前掲註 17).
- 24) 同前. 前掲註 17).
- 25) 鎌倉矩子. 前掲書註 15). p. 54-55.
- 26) 芳賀敏彦. 理学療法士および作業療法士法の歴史. 理学療法と作業療法. 10(11); 1976. p. 31-35.
- 27) Ruth Ellen Levine. " The Influence of the Arts-and-Crafts Movement on the Professional Status of Occupational Therapy. " The American Journal of Occupational Therapy. 1987; 41(4):p. 248-253.
- 28) 同前. 前掲註 27).
- 29) 鎌倉矩子. 前掲書註 15). p. 51.
- 30) 田島明子. 日本における作業療法の現代史-対象者の「存在を肯定する」作業療法学の構造に向けて. 生活書院;2013. p. 36.
- 31) 鎌倉矩子. 前掲書註 15). p. 57-58.
- 当時の精神科作業療法の実態は新制度の企画者が思い描く新しい作業療法のイメージとはかなり異なっていた。そこで、あえて精神科作業療法の関係者のかかわりを避けたのではないか。
- 鎌倉はPT・OT 身分制度調査打合会のメンバーを以下のとおりに示している。
- 砂原茂一(内科医)、相沢豊三(内科医)、岩原虎猪(整形外科医)、伊藤久次(内科医)、大島喜雄(内科医)、勝沼晴雄(公衆衛生学)、小池文英(整形外科医)、唄孝一(医事法学)、服部一郎(内科医)、碑田正虎(整形外科医)、三木威勇治(整形外科医)、福田繁(文部省中等教育局長)、大山正(厚生省社会局長)、黒木利克(厚生省児童局長)、尾崎嘉篤(厚生省医務局長)、空席(労働省労働基準局長)、合計 16 名。
- 32) 砂原茂一. 理学療法士・作業療法士法成立のころ. 理学療法と作業療法. 11(8); 1977. p. 35-41.
- PT・OT 身分制度調査打合会の座長は砂原茂一(内科医)。委員は相沢豊三(内科医)、岩原虎猪(整形外科医)、伊藤久次(内科医)、江副勉(精神科医)、大島喜雄(内科医)、勝沼春雄(公衆衛生学)、小池文英(整形外科医)、唄孝一(医事法学)、服部一郎(内科医)、碑田正虎(整形外科医)、三木威勇治(整形外科医)、福田繁(文部省中等教育局長)、大山正(厚生省社会局長)、黒木利克(厚生省児童局長)、尾崎嘉篤(厚生省医務局長)、村上茂利(労働省労働基準局長)、小林行雄(文部省大学学術局長)、合計 18 名。
- 33) 阿部あかね. 精神医療改革運動期の看護者の動向. 立命館大学大学院博士論文. 2015. p34.
- 34) 日本精神科看護協会. 日精看ニュース. (33):1963. p. 1.
- 35) 吉田寿三郎. 理学療法士および作業療法士審議会答申. リハビリテーション医

- 学. 3 (1) ;1966. p. 64.
- 36) 同前. 前掲註 35).
- 37) 同前. 前掲註 35).
- 38) 同前. 前掲註 35). p. 66.
- 39) 同前. 前掲註 35). p. 67
- 40) 砂原茂一. 前掲註 32).
- 41) 芳賀敏彦. 前掲註 26).
- 42) 秋元波留夫. 作業療法の黒船時代. 精神衛生. (101) :1966. p. 2.
- 43) 同前. 前掲註 42). p. 1.
- 44) 臺弘. 精神科 O・T・指定講習会特別講演—作業療法について—. 精神衛生. (102) :
1966. p. 1.
- 45) 同前. 前掲註 44). p. 2.
- 46) 江副勉他. 日本精神衛生会座談会 精神科 O・T 指定講習会を終って. 精神衛生(103) :
1966. p. 5-15.
- 47) 同前. 前掲註 46). p. 6.
- 48) 砂原茂一. 前掲註 32). p. 37.
- 49) 堀切重明. 作業療法の歴史と生きて. OT ジャーナル. 24 (6) :1990. p. 445.
- 50) 理学療法士及び作業療法士法.
- 51) 同前. 前掲註 50).
- 52) 同前. 前掲註 50).
- 53) 同前. 前掲註 50).
- 54) 同前. 前掲註 50).
- 55) 同前. 前掲註 50).
- 56) 同前. 前掲註 50).
- 57) 秋元波留夫. 前掲註 42).
- 58) 同前. 前掲註 42).
- 59) 同前. 前掲註 42). p. 2.
- 60) 同前. 前掲註 42).
- 61) 同前. 前掲註 42). p. 2.
- 62) 吉田寿三郎. 第 1 回理学療法士及び作業療法士国家試験をめぐって. リハビリテーション・ニュース. リハビリテーション医学. 3 (2) :1966. p. 142-144.
- 63) 日本作業療法士協会. 日本作業療法士協会五十年史. 2016.
- 64) 同前. 前掲書註 63).
- 65) 石田肇. わが国における PT・OT の教育水準について. リハビリテーション医学. 3 (3) :1966. p. 212-213

- 66) 同前. 前掲註 65).
- 67) 砂原茂一. 前掲註 32). p39.
- 68) 芳賀敏彦. 理学療法士・作業療法士教育の問題点. 理学療法と作業療法. 3 (1) :
1969. p. 15.
- 69) 同前. 前掲註 68). p. 16.
- 70) 同前. 前掲註 68).
- 71) 吉田寿三郎. 前掲. 理学療法士及び作業療法士審議会答申. p. 65.
- 72) 同前. 前掲註 71).
- 73) 砂原茂一. 前掲註 32).

解剖学

人体解剖学概説	上肢
骨格系概論	下肢
筋肉系概論	背部の筋
神経系概論	頭部、頸部、胸部および腹部の筋
皮膚	四肢の筋
関節	その他
頭蓋	
脊柱および胸廓	

生理学

人体生理学概説	反射
筋肉系概論	理学療法、作業療法の循環呼吸、排泄等に関する影響
神経系概論	その他
心臓循環系概論	
呼吸器系概論	
大脳皮質、脊髄の機能	

病理学

病理学概説	循環障害
奇形	細菌感染
変性	寄生虫疾患
腫瘍	その他
炎症	

運動学

運動学概説	運動機能の成長
関節、筋、神経	各種体位における姿勢
反射運動	妊娠中、臥床患者等の姿勢と体位
上肢の運動	その他
下肢の運動	
歩行	

医学的心理学

精神の発達	精神障害
知性、感情、意志	精神療法
心身相関	その他

臨床医学大要

一般医学
整形外科及び一般外科
神経、筋障害
精神障害
医学的リハビリテーション概論
その他

作業療法

応用美術、デザイン
陶工、木工、織物、園芸
日常動作訓練
精神障害に対する作業療法
身体障害に対する作業療法
その他の障害に対する作業療法
遊戯療法、スポーツによる治療、リクリエーション療法等
測定及び職業前評価
義肢装具等
その他

図5 講習会の各科目の教科内容

吉田寿三郎. 第1回理学療法士及び作業療法士国家試験をめぐって. リハビリテーション・ニュース. リハビリテーション医学. 3 (2)
:1966. p. 142-144. より筆者作成

終章

本研究の目的は、近現代日本の精神医療における「作業を介在させた治療」の通史を論述することにあった。具体的には、第1に、近現代における日本の精神病院で実践された「作業を介在させた治療」を明治初期から「作業療法」の国家資格成立（1965年）までの各時期において時代や施設の状況をふまえて具体的な実践として描き出すこと、第2に、精神医療における「作業療法」概念の変化の過程を歴史的に記述することである。さらに、国家資格化に伴う「作業療法」の概念化が、それ以前の精神医療における「作業療法」の実践と概念と、どのように連続していたのか、あるいは断続していたのか、また、これらの概念が拡張されたのか、それとも縮小したのかについて検討することも課題としていた。これについては、補論で述べる。

終章では、まず精神医療における「作業療法」の通史の概観を述べ、次に「作業療法」概念の変容過程を整理して提示する。そして最後に、本研究の今後の課題を述べる。

1. 近現代の精神医療における「作業を介在させた治療法」の通史の概観

第1章では、「治療的なアサイラム」の日本への導入について、当時の京都府と東京府に注目して論じた。西欧における近代精神医療は、18世紀末から19世紀初頭にかけて、「伝統的なアサイラム」から「治療的なアサイラム」へと変容したことから始まる。

「伝統的なアサイラム」は、自分自身に危害を及ぼす怒り狂った者や他者に害を与える者を閉じ込める施設として始まった。やがて施設自体を治療的な空間と見なし、一部の収容者の鎖を取り除いて、彼らの生活を規則正しくし、患者にさまざまな作業活動をさせるなどして、「伝統的なアサイラム」は「治療的なアサイラム」へと変化していった。19世紀中期には、無拘束運動（non-restraint movement）が西欧各地に広がり、それがお雇い外国人医師を通じて日本にも影響をもたらした。日本における「治療的なアサイラム」は、1875（明治8）年、京都癲狂院から始まった。京都癲狂院に関する「癲狂院規則」には「職業」という作業が記されており、1877（明治10）年制定の「患者教則及ヒ工場假規則」に基づき、1878（明治11）年には「癲狂院工業場」が落成している。つまり「職業」と呼ばれた精神病者の作業活動に何らかの効果が認められ、工業の設立に至ったと推測できる。これらはお雇い外国人医師ヨンケルの指導のもとで、神戸文哉ら日本人医師によって行なわれた。京都癲狂院の実践は、精神病者の社会生活が尊重される対応へと変容しつつあったことが窺える。「作業療法」は、精神病者を単なる監禁の対象から治療対象へと変えていくための手段として用いられたといえる。

一方、東京府癲狂院については、その計画段階から「作業療法」の存在が東京府癲狂院初代院長であった長谷川泰の視野に入っていた。計画を立案したのは、お雇い外国人医師ローレツである。ローレツは、日本の地域社会では精神病患者に対して社会防衛的観点が強くはたらいていたことから、精神病を一つの病として治療するために癲狂院建

設計画案を長谷川に提案した。その提案では治療手段として、精神病患者も社会の一員となり働けるようにするための「作業療法」が示されていた。精神医療における「作業療法」は、社会の役に立たない危険な人物として認識されていた精神病患者を、治療対象者という存在に変容させていく手段であった。このようにローレツは「作業療法」を治療行為と捉えていたが、その方法は院内における「労働」であった。

第2章では、「作業療法」を導入した榊俣による、東京府巣鴨病院での実践を取り上げた。日本の精神医療は、お雇い外国人を通して西欧の精神医療が導入された段階から、日本人自らが担い手となって精神医療を実践する段階へと移行した。その先鞭をつけたのが、ドイツに留学した榊であった。榊は脳生理学に依拠し、精神病を一つの疾病として科学的に位置づけ、精神病患者への治療を実践した。榊が取り入れた方法は、患者の生活時間を整える「生活法」や、患者を働かせることであった。また、榊は施設の名称を「癲狂院」から「精神病院」に変え、精神病が他の疾患と同様に治療が必要な疾患であることを病院内外に示した。「作業療法」は、榊の助手たちによって治療に用いられていた。精神医療における「作業療法」は、疾病に対する治療であり、「職業」は精神病患者が社会に理解されるようになるための方法であった。

第3章では、呉秀三を中心とした東京府巣鴨病院および東京府立松澤病院における「作業療法」の理論化と実践の展開に焦点を当てた。東京府巣鴨病院の医長に就任した呉は、榊が指示し助手たちが実践した「作業療法」をシステム化して、より具体的な実践を医員に指示した。また、呉が留学先の西欧で見学したコロニーを手本に、精神病院のシステムを構築した。精神病院のシステムのなかで、「作業療法」は大きな役割を与えられていた。呉は精神病を一つの病と捉え、その症状の治療法として「作業療法」の実践を指示した。呉は榊と同様に、脳生理学的な観点から精神病の治療を捉えていたが、同時にピネルの心理的観点も取り入れていた。呉が精神病の治療法として提案した「作業療法」は精神症状に対する治療であり、また患者が生産性のある「労働」を行うことでもあった。「作業療法」は「労働」と位置づけられ、「作業療法」を行なった患者には賃金が渡されていた。当初「作業療法」は精神症状に対する治療方法として位置づけられていたが、院内規定の整備が進むにしたがって「作業療法」実践に対する規定が作られ、患者が働いて病院内の「労働」を支えるスタイルとして構築されていった。その結果、精神病院が一つの「村」のようになり、慢性的な精神病患者の生活場所となり、患者を院内にとどめおくことになった。精神病院への入院患者数は増加していき、病院は巨大化した。それにともなって「作業療法」の作業種目も増加した。こうして「作業療法」は、治療という名の「労働」として位置づけられた。また、「作業療法」は精神病院を一つの「村」とするシステムづくりの大きな要素となり、患者を精神病院内に監禁するためのツールともなった。患者は物理的な身体拘束からは部分的に解放されたが、「作業療法」によって院内に留め置かれ、社会的に拘束され続けたのである。

第4章では、地方公立病院と民間病院と民間施設において、「作業療法」がどのように実践されたのかを取り上げた。長山泰政は大阪府立中宮病院でドイツのジモンの「作業療法」を治療として実行した。長山が実践した「作業療法」は院外にまでおよび、患者と地域とを結び付けながら展開された。また、民間施設での「作業療法」は地方公立病院での「作業療法」とは違い、生活に基盤を置き、社会復帰を視野に入れた方法であった。このように当時の日本には「労働」、地域とのつながり、生活を含む社会復帰という3種類の「作業療法」があった。

第5章では、二次世界大戦直後から「作業療法」従事者の国家資格化直前までの公立病院と民間病院における「作業療法」の発展と専門分化の基盤構築を中心に論じた。第二次世界大戦敗戦直後から国家資格化の時期(1965(昭和40)年頃)までの「作業療法」は、ますます「労働」色が強まった。一方、1950年以降からは治療としての「遊び療法」や「レクリエーション療法」などの実践が始まった。これらの治療は、「労働」ではなく作業すること自体が目的であった。しかし、その後の「生活療法」の枠組のなかでの「作業療法」は、「労働」としての「はたらき療法」と位置づけられた。「作業療法」における「作業活動」と「労働」への二分化が顕著になった時期である。つまり「作業療法」は治療的な関わりを主とするレクリエーションなどの「作業活動」と働くことを主目的とする「労働」とに分かれたのだ。「労働」としての「作業療法」は、患者に院内での労働を強いるという使役の側面が浮き彫りになりつつあった。一方で、「生活療法」での「作業療法」については、退院後の社会復帰に向けた役割も期待されたが、働く場所が院内だったことから社会復帰が実践されるまでは至らなかった。そして、同時期に提唱された「生活臨床」では地域での暮らしが主張され、生活を院内から地域に移行することに重きが置かれた。すなわち、院内での暮らしと働きは「生活療法」で、地域での暮らしと働きは「生活臨床」でと、ここでも二分化がみられた。これらの治療方法を実践していたのは院内では看護師と作業指導員であり、地域では保健婦だった。保健婦は患者の暮らしに関わるには医学的な看護の知識が必要であり、医学的な教育を受けていないソーシャルワーカーや作業指導員では「生活臨床」を実践できないと考え、医療職ではない彼らと協力して「作業療法」を行なおうとはしなかった。専門分化の基盤構築の観点からは、これまで「作業療法」を実践する男性の看護師である看護人と作業指導員は同格とみなされ共存していた。看護師に対する教育の中には「作業療法」の項目が入っていたが、作業指導員には教育が実施されていなかった。この教育状況だけを見ると、「作業療法」の教育を受けていた看護師が「作業療法」の専門職となってもよいはずだが、看護師は「作業療法」の専門職とはならなかった。なぜならば、精神病院が巨大化したことにより看護師の人員不足が起こったことと、ロボットミ外科手术により患者の生活は荒廃し看護師の手がかかる患者が増えたため、看護師は患者に手がかからないように患者の生活を統制、管理しなければならなくなり、看護師は生活指導に力

を入れ始めたからだ。看護者の患者に対する管理意識は、力で患者を抑えつけようとしてきた精神医療独特の観点によるものと考えられる。精神看護の歴史上、患者を力で抑えつける役割は男性である看護人にあてられてきた。しかし、看護人(男性看護者)は戦争に取られ、病院内の看護者は女性を中心となった。患者を男性看護者の力で抑えていたそれまでの方法が使えなくなり、患者の生活指導による管理へと変わったのだ。「生活療法」では、生活指導と「作業療法」は別項目に分類され、看護者は生活指導を担当し、「作業療法」は看護者の仕事から外れる形となった。そのため、従来、看護者とともに「作業療法」を実践してきた作業指導員が「作業療法」を担うことになった。ここで「作業療法」の専門分化の基礎が整い始めた。さらに、「生活臨床」の実践では前述したように医師と保健婦以外の職種はそのチームに入れずにいた。そのため、院内の生活に関しては看護者、院外の地域生活に関しては保健婦、院内での「労働」や作業活動といった「作業療法」に関しては作業指導員という専門分化の基盤が構築された。この専門分化は、「作業療法」の重要性や専門性が認識されたゆえの分化ではなく、分業せざるを得ず、消去法で結果的に「作業療法」が作業指導員の担当となり、それがその後の専門分化につながることになる。

第6章では、米国の occupational therapy 概念の形成とその日本への導入について述べた。レビンによると occupational therapy はアーツ・アンド・クラフツの概念を適用した時期もあるが、徐々にアーツ・アンド・クラフツの概念から機能的な医療モデルに向かい、アーツ・アンド・クラフツ運動の目標とは相反するものになった。米国では1917(大正6)年に、occupational therapy の専門職が創設された。発展の土台をつくりだした全米作業療法推進協会(NSPOT; The National Society for Promotion of Occupational Therapy)の創設にはさまざまな職種の7名が関わっている。創始者たちはいずれも、作業が病者のために役立つことを確信しており、彼らを結ぶ思想はアーツ・アンド・クラフツ運動であり、さらに彼らは自分たちの見解が道徳療法の系譜につながりがあった。occupational therapy の創設には医師や看護者、ソーシャルワークなどの複数の領域が重なっていた。この現象は社会参加を支援する occupational therapy の役割と目的の遂行に視野の広さを加える原点となった。

1945(昭和20)年の第二次世界大戦敗戦後、「理学療法士及び作業療法士法」が公布される1965(昭和40)年までの間に、日本の精神医療における「作業療法」と米国の occupational therapy には臨床的接点があった。米国で occupational therapy を学び、日本の精神病院で米国の occupational therapy を実践していた長谷川峰子と赤松耕らの「作業療法」である。長谷川らが実践した米国の occupational therapy と1965(昭和40)年以前まで日本で実践されていたこれまでの「作業療法」の実践には隔たりがあった。日本では従来のレクリエーションなどの「作業活動」も行なわれていたが、1950年代の「作業療法」は「生活療法」に代表されるように社会復帰を理念におきつつも院

内で働くこと、すなわち精神病院内での「労働」色が強かった。一方、米国の occupational therapy は院内での「労働」とは切り離された社会復帰のための「作業活動」が中心であった。長谷川と赤松らの実践は日本の現場に対して大きな影響をおよぼすことは少なかったが、海外の「作業療法」の法的身分制度(国家資格)導入前に米国の occupational therapy と日本の精神医療における「作業療法」との接点となった。この接点は、治療における米国の occupational therapy と日本の精神医療における「作業療法」との「労働」の捉え方の違いが浮き彫りにした。

第7章では、国家資格制度導入とそれによる臨床と教育の断層に注目して論じた。近代以降、日本の「作業療法」は主に西欧の精神医療の影響を受けてきた。しかし、第二次世界大戦敗戦後の GHQ 占領期に、米国の精神衛生やリハビリテーションの考え方が導入されてきて、「作業療法」もその影響を受けざるを得なかった。敗戦から 20 年後の 1965(昭和 40)年、日本のリハビリテーション全体が米国より遅れていると認識した医師らが、米国のリハビリテーション専門職の法的身分制度をモデルに、日本に専門職によるリハビリテーションの身分制度を導入した。それが「理学療法士及び作業療法士法」である。身分制度を成立させるために打合会が設置されたが、行政関係者以外で医療関係者は整形外科医と内科医が中心で、精神医療領域からは精神科医である江副勉ただ一人の参加であった。近代に西欧から導入した精神医療における「作業療法」は、第二次世界大戦敗戦を経て米国から導入された「作業療法」にとってかわり、それに伴い「作業療法」は近現代に体験が重ねられてきた精神医療における「作業療法」から身体障害領域のリハビリテーションへと重心を移した。

2. 精神医療における「作業療法」概念の変容過程

このように、精神医療における国家資格化以前の「作業療法」の導入と実践、および展開についてみてきた。

「作業療法」概念の変容過程を図6にまとめた。日本の精神医療における「作業療法」は、1) 明治初期の計画導入以来の「作業療法」(第1章)、2) 西欧の精神医療を参考とした「作業療法」(第2章)、3) 西欧の精神医療を模倣した「作業療法」と大正期に加藤普佐次郎らによる米国の occupational therapy を参考にした「作業療法」(第3章)、4) 第二次世界大戦後、1955 年以降の「生活療法」内に位置付けられた「作業療法」(第5章)の、大きく4つの過程を経て展開されてきた。日本の「作業療法」は大きな4つの展開のなか、主に1)と2)と3)の呉の実践までは西欧の精神医療の影響を受けてきたが、3)での加藤が実践し展開をむかえた大正期の終わりから米国の occupational therapy との接触が徐々に始まっていた。それは、加藤や前田がダントンからの影響を受けていたためである。4)の展開の頃には、米国の occupational therapy の情報を知りながらも、日本で提唱された「生活療法」が始まり、「作業療法」

はそのなかで「労働」として組み込まれていった。その後、米国との臨床的接点として第二次世界大戦直後から、米国において実地で精神医療における「作業療法」の手法を学んだ長谷川峰子と赤松耕の実践が加わった。ただし、この2人の臨床的接点は日本で広がることはなく、影響力としては小さなものだった。日本の精神医療における「作業療法」が米国の occupational therapy に大きく影響されるのは、国家資格化制度や作業療法士の教育制度導入以降のことである。

なお、3)と4)の間には、昭和戦前戦後期における地方公立病院、民間病院等での個人的実践として史料に残存し、事象として個人的な実践が点在している。これは小さな実践の点在とも言える（以後、小さな実践の点在）。長山の地域との交流を持った「作業療法」や木村の「遊び療法」、「働きかけ」などが「作業療法」との関連をもち実践されてきた。これらの大きな4つの展開と小さな実践の点在とが混在しながら「作業療法」は複雑な経過現象を示してきた。それは順調に拡張的に発展を遂げたのではなく、様々な影響を受け紆余曲折し、形と名称が変わっている。

精神医療における「作業療法」の歴史のなかで「作業療法」に一貫して与えられた役割は「労働」である。明治初期（第1章）では、お雇い外国人医師による癲狂院設立の指導や計画により、院内で精神病の治療行為として「職業」が実践され、計画の中に「労働」が記載されていた。中井が医長だった時期（第2章）には、読書などの「作業活動」が実践され、榊が医長になると（第2章）、精神病を治療の対象と捉えたことから、治療として「職業」と裁縫などの「作業活動」が実践された。そして、呉が医長（後に院長）だった時期（第3章）には、「作業療法」を理論化すると共に院内で「労働」を行ない始め、音楽等を用いた行事や手作業の「作業活動」が実践された。昭和期、第二次世界大戦前の日本各地では個人による小さな実践が行なわれた（第4章）。さらに、第二次世界大戦敗戦直後（第5章前半）には、「作業療法」に関連して「遊び療法」や「働きかけ」が実践された。第二次世界大戦敗戦後、1950（昭和25）年代（第5章後半）になると、「生活療法」という大きな枠組みのなかで「作業療法」は「労働」として、またレクリエーションなどが「作業活動」として実践された。このように見ていくと、「作業療法」は、精神症状に対する治療を前提とした医師、または看護師が実践してきた行為ではあるが、その実践方法は主に「労働」であった。明治後期に実践者として作業指導員が加わったが、「労働」としての役割や方法は変わらなかった。また「労働」と並行して「作業活動」としての「作業療法」も存在した。これは、慰楽や慰安などから季節行事へ、季節行事からレクリエーションへ、レクリエーションから「遊び療法」や「働きかけ」へ、「遊び療法」や「働きかけ」から「作業活動」へと変容してきた。以上のように、「作業療法」の実践は明治期からの長い時間をかけて「労働」と「作業活動」とに大きく二つの流れが形成されてきた。ピネルが実践した心理的医療行為が、日本では「労働」と「作業活動」に変容したのである。「作業療法」は精神病患者を社会から排除

をする、閉じ込めておくという存在から、社会で働ける存在、何かを作れる、生産できる存在へと変容させる手段であったといえよう。

「労働」と医療との間には捉え方一つで、その行為が精神病者にとって意味あるものにもなり、また被害的な使役にもなる。つまり、精神医療のなかでの「労働」は働く喜び、求められる存在価値、達成感などの精神的効果を得るための方法でもあった。これは「生活療法」の理念であった社会復帰の思想にも合致する。「労働」としての「作業療法」は、医療行為以外の実践としてもつばら展開されてきたわけではない。しかし、この概念の変容が精神医療と「労働」の関係性のなかで、「作業療法」を使役問題に至るまで発展させることになる。

また、その概念や方法は変容したが、精神病院のなかでのレクリエーションや細かい手作業などの「作業活動」は、この後、精神病患者を長期入院に至らしめる要因ともなっただろう。「作業活動」は精神病患者を精神病院に留め置く医療行為となり、精神病院がコロニーとして村社会が形成されていくことにもつながったといえよう。

3. 今後の課題

本研究の研究史上の意義は2つあった。第1に、近現代における日本の精神病院で実践された「作業を介在させた治療」を明治初期から作業療法の国家資格成立（1965年）までの各時期において、時代や施設の状況をふまえて具体的な実践として「作業療法」を主題に通史を記述することであった。第2に、精神医療史に点在している「作業療法」概念の変容過程を歴史的に明らかにすることであった。

本論文では、近現代の「作業を介在させた治療」の実践に注目してきた。西欧での「作業療法」実践の原点には近代西欧の「治療的なアサイラム」の存在があるが、近代的な精神医療が導入された日本において「作業療法」実践がいつからはじまったのか。また、近現代日本における「作業療法」の実践はどのように導入され、展開してきたのか。さらに、近代の「作業療法」の実践は現在の「作業療法」と歴史的にどのように関係しているのか。このような問いを立てて、近現代日本の精神医療における臨床での実践的な「作業を介在させた治療法」である「作業療法」の導入と展開について歴史的に検討してきた。その結果、前述した「作業療法」概念の変容過程の認識に到達した。しかしながら、残された課題も少なくない。

本研究は近代以降日本に導入された海外の精神医療に焦点をしばったことから、西欧の医学が流入した明治初期から始まり、第二次世界大戦によって米国からの影響を受けた「作業療法」の国家資格化直前までを研究対象期間とした。そして、近代西欧の精神医療を受容した近現代日本の精神医療における、「作業療法」を研究対象とした。今後の課題としては、以下の3点があげられる。

今回の研究で得られた「作業療法」概念の変容は、複雑な過程を経てきていた。その

過程では、医療行為としての「労働」と「作業活動」の存在が一貫して見てとれた。しかし、「労働」を医療行為とみなし、働くこと、働かせることを病院の運営に活用してきた意義と、精神病患者を病院内に留めおくことの一要因となったであろう「作業活動」の実践意義について、さらなる検討を加えるべきである。これが第1の課題である。また、管見の限りでは、通史のなかで「作業療法」の実践は個別の医師による奮闘に終わり、「作業療法」は薬物療法のように誰がみても精神症状の変化や効果がわかるような医療行為ではないが、なぜ精神病院内に広がっていかなかったのか、さらなる検討が必要である。第3に、今回は公立病院では一番歴史が長いとされている東京都立松沢病院での実践を中心に歴史をみてきた。そして、史料が残る民間病院と民間施設での実践を加えたが、「作業療法」の通史の研究としては限界がある。それは他にも多くの民間病院や民間施設は存在するからである。比較的大きな精神病院だけではなく、小さな民間病院や民間施設などで行なわれていたであろう「作業療法」も研究対象として加えるべきである。これらの限界を超えることによって、今回の通史により確実性と現実性を加えることができる。

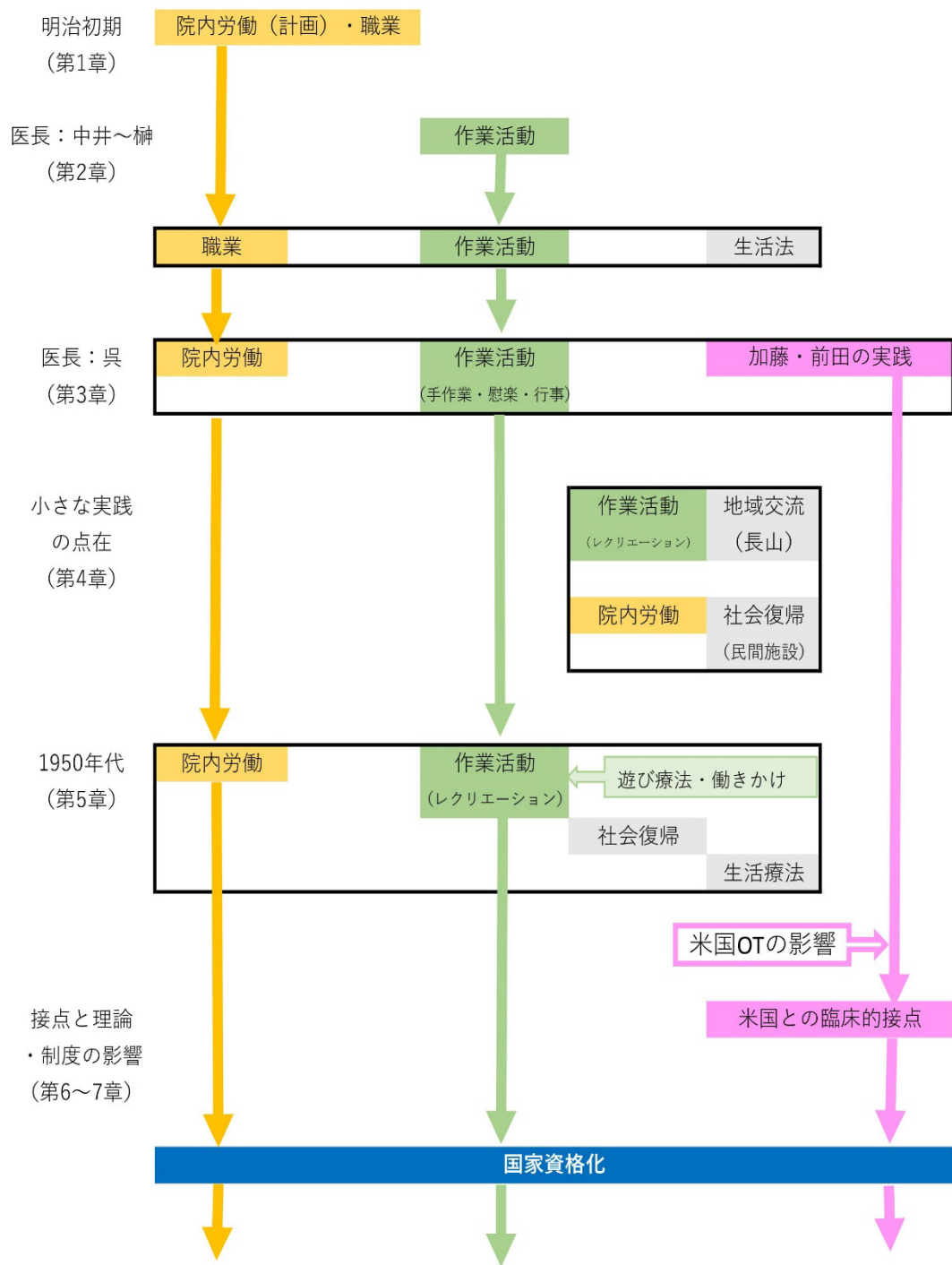


図6 「作業療法」概念と方法の変容

筆者作成

補論

国家資格化に伴う「作業療法」の概念化は、それ以前の精神医療における「作業療法」の概念と、どのように連続していたのか、あるいは断続していたのか。また、この概念は拡張されたのか、それとも縮小したのか。これらの問題について、補論として検討する。そして、最後に歴史的な変容を踏まえて現代の「作業療法」実践の位置について確認しておきたい。

1. 歴史から選択されたものと排除されたもの

近現代の精神医療における「作業療法」の通史を述べてきた。この展開をみる限りでは、国家資格化により「作業療法」はそれまで長い時間をかけて培われてきた精神医療における「作業療法」の臨床での実践という実績とも言える体験知による実践力を排除した形になった。しかし、精神医療での臨床として実践される「作業療法」が消滅したわけではなく、国家資格が準備されていた時期やそのための教育が養成校で行なわれていた間も休むことなく続けられていた。そして、精神医療における「作業療法」の臨床現場では、社会復帰を理念とした「生活療法」から引き継ぎ、それまでと変わらず農作業や掃除などを用いた「労働」としての作業療法と年間行事や「遊び治療」、「レクリエーション療法」や「働きかけ」などが中心である「作業活動」が続けられていた。では、国家資格化によって精神医療における「作業療法」は何を選択継続して、何を排除したのか。

まず1つ目に、精神医療における「作業療法」の実践者についてである。実践は医師や看護師、作業指導員、ある分野で技術をもつ人、教員たちによって行なわれてきた。その実践者が国家資格化によって変えられたのだ。医師は歴史のなかでもそうであったように指示を出す役割が国家資格化後も続いた。看護師は「作業療法」の実践から明確に外れることになった。それは精神科看護の歴史の流れで、1950年代以降から徐々に始まっていた専門分化への基盤構築から影響されている。看護は患者の増加、精神病院の巨大化、ロボットミエ外科的手術の後遺症による患者の生活管理強化などが原因により、患者の生活指導という管理業務に重きがおかれ、「作業療法」実践に関わるまでには至らなくなっていた。管理という意味では、看護は精神医療における独特の患者を抑えつける管理（身体拘束みのならず心理的管理の意味も含む）に戻ったのだ。精神医療のなかで患者を管理してきたのは男性の看護師である。精神科の看護師である赤坂は、「物理的な力を要求される仕事というのは、男性看護師の役割」であることを否定できないとしている¹⁾。また、同様に精神科の看護師である矢野は、精神医療の中での男性看護師の問題を以下のように述べている。

野球のできる男性をとということで募集した。(中略) 野球の練習ばかりしてい

て、ヒマがある時に何をしているかという、作業療法という名目のもとに、患者さんたちにご飯を炊くためにマキ割りをさせたりしている。それを逃げないようにただ突っ立って見ているのが男性看護者の役割なんです²⁾。

歴史のなかでもそうであったように、精神医療における看護の役割は患者を何らかの方法で管理する役割になっていたと言えよう。また、神郡によると次のように述べられている。

昭和 20 年代の始めから中頃まで、無為荒廃患者の看護には、腐心没頭し、そのなかから体得された生活指導の理念が息づいている（中略）そして、これらの考え方こそがその後のさまざまな理論の支援を受けながら、次第に拡大強化され、その対象とする範囲を広げ、ついに精神科治療の概念のなかに吸収されていく過程がみることができる³⁾。

さらに、水田によると「患者中心の看護よりも、患者を管理する上で病院側、職員側の都合のよいように仕組みられたものが、何等かの形で多く残っている点では、本来の患者中心の看護にはいたらないことを反省すべきであろう」と述べられている⁴⁾。患者の主体性より看護の管理体制の意味合いが強くなったことを示している。

看護の役割がその状態にあるなかで、「作業療法」が国家資格化することによって「作業療法」という専門領域が作られ、結果的に精神医療における看護という領域とは異なる領域が成立することになり、看護は「作業療法」の領域から外されることになった。地域の衛生管理、健康維持を業務としていた保健婦も看護と同様に「作業療法」という専門領域から外れた。そもそも保健婦は、自ら「作業療法」の従事者を地域に関わる、いわゆる予防に関わる職種と見なさず「作業療法」従事者を地域医療業務から外してきた。精神病院で働いていたソーシャルワーカーらは「作業療法」において、特別な技術をもつ者だけが時より技術提供として関わっていたのみであり、看護人のように作業指導員とともに同業ではなかった。ソーシャルワーカーの関わりは後に精神科ディケアの設置により、もともと技術提供として「作業療法」に関わっていた方法を用いて精神科ディケアで作業療法士とともに働くことになる。この技術提供のように携わる方法を用いた職種は看護も同様である。ここで考えておかなければならないことは、国家資格化以前の「作業療法」実践者は医師であったり、看護人であったり、作業指導員であったりとさまざまな病院職員が分け隔てなく「作業療法」に関わっていたことである。それは職業として専門が分化していなかったことに要因がある。第二次世界大戦敗戦後、徐々に医療従事者の専門が分化されていき、それぞれの専門分野が成立し、職業として国家資格化され、職務がわかれた。この専門分化の現象によって「作業療法」も国家資

格化され専門職という枠組みに入れられた。このように歴史の流れをみていくと、精神医療における「作業療法」従事者の変遷は医師と看護師から始まり、そこに作業指導員が加わり、さらにさまざまな技術をもつ職種が関わり実践されていた。しかし、国家資格化により国家資格保有者である作業療法士以外の職種が外されていった。すなわち、多くの病院職員によって多くの視点から広く営われていた「作業療法」が作業療法士という単眼だけになったのだ。これは患者に関わる職員の視野が狭くなり、「専門」という意識が強まれば強まるほど、幅狭く細くなった証左である。つまり、臨床での実践は実に心細いものになったと言えよう。そして「作業療法」の領域は研究分野ではなく、臨床を豊かにするものであるとして文科省ではなく厚生省が管轄を握ったが、その意味合いが全くなく、矛盾する結果となった。

2 つ目に、「作業療法」の実践者にジェンダー性があることが明らかになったことである。米国の occupational therapy が創設される時期からそうであったように、国家資格化後の日本の「作業療法」の実践者は女性が多い。国家資格化以前は、男性の看護師、つまり看護人と記されている史料が多く、作業指導員も男性の記録が多かった。国家資格以前の実践者は男性というジェンダー性を持っていたが、「作業療法」実践者が国家資格化前後で男性から女性へと傾向が変わったのだ。

米国 NSPOT の創設者らの役割からみてみよう。医師として指示を出す役割にあったウィリアム・ラッシュ・ダントン・ジュニアと国家試験などのシステム構築に関与し協力を支援する役割にあったトーマス・ベッセル・キドナー、そして occupational therapy の提案者であったジョージ・エドワード・バートンらはともに男性であった。他方、臨床での実践者であったスーザン・コックス・ジョンソンとスーザン・エディス・トレイシー、エレノア・クララ・スレイグルはともに女性であった。NSPOT 創設当初から、occupational therapy の実践者は女性で、それを支援する男性というジェンダー性のある組織構造になっている。つまり、作業療法士の地位そのものがジェンダー化されており、そのなかで作業療法士の独自性が主張されてきた。日本でも「作業療法」の国家資格化に向け、作業療法士という社会的身分を構築するために主に医師や役人であった男性が支援しており、外免で作業療法士になったのは女性であり、彼女たちが日本作業療法士協会の会長を務めている。また、作業療法士は理学療法士に比べ女性が多かった。日本の作業療法士が国家資格化していく過程では、作業療法士という地位そのものがジェンダー化されており、医師や役人という指示する男性と作業療法士であり指示される女性という棲み分け構造が見てとれる。国家資格化によって女性が働きやすくなる傾向がつけられる職種を日本に流入させたことになる。

『日本作業療法士協会白書』によると、2010 年度の調査では 47 都道府県全てにおいて女性の作業療法士の人数が男性の作業療法士の人数を上回っており、2011 年度に協会が行なったアンケート調査でも、作業療法士全体の女性の占める割合は 65.4%で、男

性は 34.6%だった⁵⁾。さらに、2015 年度のアンケートでも女性が 63.2%、男性が 34.6% だった⁶⁾。この調査からも、男性の実践者数より女性の実践者数が多いことが明らかである。日本のジェンダー差の現状は米国の NSPOT 創設以来のジェンダー差に何かしらの関連があるのだろう。

歴史からわかることとしては、このジェンダー現象はアーツ・アンド・クラフツ運動による協会設立に由来する。レビンによると、アーツ・アンド・クラフツ協会では手芸をする人は社会のなかで経済的にある程度安定し、手作り作業に対してさまざまな工夫ができる余裕のある中流および上流階級の人たちの集まりであり、ショールによると手工芸に加え音楽やダンスなどが行なわれたという^{7),8)}。すなわち、手先が器用で、時間のかかる手芸が実践でき、それを弱者のもとで行なう時間も取れるという女性が中心だったということになる。occupational therapy の職業化への過程の出発点から既にジェンダー性がくみ込まれていたと言えよう。その性質をもったまま国家資格化されたことによって、日本での国家資格化の導入過程にもその特性が現われている。しかし、国家資格化以前の「作業療法」実践者は医師、看護師や作業指導員という男性性が記されていた。国家資格化によって実践者が単に資格保有者であるという形に変わっただけではなく、occupational therapy の特性としてのジェンダー特性へと変容したのだ。つまり、「作業療法」は国家資格化によってその歴史から男性性を排除し、女性性を選択したとなる。これは看護もそうであったように、社会が女性の地位を職業的に確保しようという動きの先駆けともいえる可能性がある。

3 つ目に、「作業療法」の実践力の変容である。作業指導員のなかには国家資格の受験条件の段階で外された者がおり、国家資格化は作業指導員を社会的に厳しい立場に追い込んだことになる。作業指導員たちは、すでに教育制度が行なわれていた看護師などの医療資格者の間で無資格で働いていた時期に、それぞれが技術提供者として働き、何とか立場を維持確保していたが、それよりもより厳しい状況になったことは間違いない。結果として、作業指導員の立場が無くなるということは、彼らの長い臨床経験から培われた患者との関係作りや一つの理論に即した方法論だけで「作業療法」を行なうのではなく、患者一人一人の状態をみて作業種目を選択するなどの臨床での実践力も失われたことになるのだ。昭和医大附属烏山病院院長だった西尾によると、作業指導員に「俺は作業療法士にはなれないというふうな劣等感」を持たせた結果となったと述べている⁹⁾。また国立精神衛生研究所の医師である池田によると、「社会から阻外された私たち」という表現をした作業指導員もいた¹⁰⁾。米国のリハビリテーション専門職制度を取り入れることによって、日本の精神医療における「作業療法」が培ってきた治療としての「作業療法」である農作業や掃除や裁縫などを用いた「労働」、年間行事や「遊び治療」や「レクリエーション療法」や「働きかけ」などの「作業活動」、社会復帰を理念とした「生活療法」など、さまざまな方法で精神病患者と関わってきた方法、作業に誘導する

までの関わり方、作業を継続させる関わり方などが、一つのスタンダード方式のような理論化、概念化、普遍的な法則として統一されることによって患者一人一人を見ることが浅くなり、一般化されたこととなる。他方の捉え方によっては、国家資格化は経験に頼らず自己流の枠を乗り越え、誰でもが考えられるように理論化していくという選択をしたことになる。秋元は精神医療におけるこれまでの「作業療法」の実践に対して次のように述べている。

精神科領域では、わが国の作業療法は、諸外国に比して遜色がなく、古い歴史と諸先輩の創意によるすぐれた方法を持っていたことは、言うまでもない。それにもかかわらず、わが国の作業療法が真の治療の名に値し、精神障害の医学的治療体系のうちに有機的に溶け込み、大きく発展することができなかったのもまた事実である¹¹⁾。

また、国家資格化以前の精神医療における「作業療法」での作業指導員が培ってきた体験的な実績の部分は小林の表現によれば「松沢病院の作業療法は、あれは父子相伝の作業療法であって理論化されていない」ものである。この点からみれば、日本の精神医療における「作業療法」は理論化にまでは至っておらず、試行錯誤をしてさまざまな試みがされてきていたことになる。歴史のなかで展開されてきた「作業療法」の担い手であった作業指導員が「作業療法」を医学的治療の手段として医学的な教育を受けてこなかった、またその実践に医学的な背景をもっていなかったことも事実である。繰り返しになるが、「作業療法」が臨床現場で治療として成立するには、医学的な背景が必要なことは明白な現実である。しかしながら、歴史のなかで述べられてきたような臨床で得られた体験知もまた必要なことであることも明確だ。したがって、「作業療法」は国家資格化によって実践力や体験知を排除し、治療の形態として医学的な背景をもつことを選択したのだ。

4つ目に、臨床現場での「作業療法」の実践方法について述べる。日本の精神医療における「作業療法」の実践は、臨床的には明治初期からの歴史にみてとれる「労働」と「作業活動」を引き継いだのだ。「労働」は明治初期のローレツの癲狂院計画が提案された時期から程度の差ほどあれ、続いてきた精神医療における「作業療法」につけられた役割のようなものだ。これまでおってきた通史のなかで、「労働」色が見てとれなかった時期は中井が癲狂院の院長だった時期だけである。中井が院長だった時期には、ローレツが提案した計画が実施できるだけの職員がおらず、また物理的な機材や物品の準備の準備もできなかったからであろう。ローレツの計画案にも仕事として収益をあげる種目があり、榊が医長だった時期には「職業」という名称の記録が残されている。そして呉が医長（のちに院長）だった時期には患者は働き金銭などの報酬を得ることが治療

となっていた。史料の記録上では、働いた患者に報酬が与えられ始めたのは呉が医長だった時期からである。また、同時期には退院した患者を病院内での仕事に就かせていた。このように見ていくと、ローレツの計画が「労働」色の始まりとなり、それを実際に指示して実践させた呉は「労働」色を強めたことになる。その後、長山のジモン式作業療法での患者に農作業などの「労働」を実践し報酬を与えている。1955（昭和30）年に提唱された「生活療法」ではまさしく「労働」を意味する「はたらき療法」という名称が「作業療法」に与えられている。引き継がれた「労働」色の強い「作業療法」は、その後、「使役」だとして社会からも患者からも叩かれることになる。歴史がつくり出した「労働」色を引き継ぐことによって、「作業療法」は混迷の時期に入っていくことになる。そして、もう一つ歴史から引き継いだ「作業活動」は患者を院内に留めおく手段となり、その後も着々と整備されていく。精神病者の長期入院を助ける要因にもなった。言い換えれば、国家資格化以前の「作業療法」の「労働」色と「作業活動」は歴史による結果と言える。他方、長山は地域とのつながりに「作業療法」を用いており、「生活療法」は社会復帰が当初の理念でもあることから、国家資格化前から日本の精神医療における「作業療法」には社会復帰をめざす芽が芽生えていた。また社会復帰を前提とした米国の occupational therapy の理念を促進することなく、臨床的には明治初期からの歴史のなかで実践されてきた「労働」としての「作業療法」と行事やレクリエーションなどの「作業活動」を選択的に引き継いだ形になった。

最後に加えて言えば、この歴史からの選択と排除の結果は国家資格化後に作業指導員と作業療法士が臨床現場で共存することによる混乱の現象を引き起こす。両者の共存とは、作業指導員の上に理論を学びはしたが臨床経験のない作業療法士が位置づけされた構造を示す。共存構造は法律上で、作業指導員は作業療法士の「作業療法助手」と位置付けられ、上下関係構造が明確にされた。また、国家資格保有者である作業療法士たちの集まりである日本作業療法士協会は協会の会長に米国で作業療法士の免許を取得してきて外免で日本の作業療法士となった鈴木明子を初代会長に、矢谷令子を二代目会長に任命した。これは当然のことながら、米国の occupational therapy を日本に導入しようとする強い意志の現われである。すなわち、ここでも精神医療における臨床の実践者である作業指導員たちの存在は外された結果となった。

体験知と実践力は国家資格化によって薄まり、「作業療法」は理論化と形式や制度に囚われたものとなったのだ。囚われた「作業療法」は体験知による実践力を失ったことによって「労働」色がより強まったことが窺われる。このことは後に使役として社会からも患者からも叩かれるようになる一つの要因と捉えられる。

1965（昭和40）年の国家資格化と中井常次郎が実践を始めたと言われる1886（明治19）年の違いは「作業療法」に従事する者に国が認めた社会的立場があるかないか、また教育制度の整備がされたか否かである。理論化や制度化を発展の要因と捉えれば「作業療

法」は国家資格化によって発展し、体験知と実践力が薄まったことに注目すれば「作業療法」の実践は後退したと言えよう。国家資格化によって精神医療における「作業療法」は方向転換したことは確かである。

精神医療における「作業療法」に迫られた転換とは3つある。1つ目は作業指導員の体験知と実践力が軽視され「作業療法」の実践は幅狭さが生じ、理論化と制度化の面で整備されたことである。2つ目は精神医療における「作業療法」が国家資格化前に芽生え始めていた社会復帰の観点からそれたことだ。患者は院内での「作業療法」を行なうことによって、院内での生活を充実させることになった。それは日本が地域への社会復帰を前提とした米国の occupational therapy を理念から実践までの全様を導入したのではなく、身分法の制度や理論などを切り取って導入したことに起因する。日本の「作業療法」は外国人教師を招聘し米国の occupational therapy の教育を行い、理論上は学習したことになっているが、自身の足元で実践されてきた精神医療における「作業療法」の実績は周縁化されたのだ。3つ目は現場の実績を周縁化したことで起こった現場での混乱だ。混乱とは、前述したように、資格という壁によって確執が生じた作業指導員と作業療法士との上下共存構造が起こったことである。精神病院における患者を力で押さえつけていた時期の上下関係構造と同じ構造が形を変えて再現されたのである。

これら3つの転換現象により、精神医療における「作業療法」の実践は資格化前までに日本の精神医療現場で芽生えていた患者の社会復帰を目指す理念や、社会復帰を前提とした米国の occupational therapy の理念を促進することなく「労働」と「作業活動」の二つの流れになった。そして、米国の理論を導入し「作業療法」を理論化しようと教育を取り入れ始めた。よって、精神医療における「作業療法」は呉秀三が医長だった以前の中井常次郎が実践を始めようとしていたとされる時期の「作業療法」にまで戻ったのだ。

「作業療法」は国家資格化という変革によって新しい概念化が図られた。新しい概念化とは、主に米国からの理論化と制度化を取り入れたことである。その変容した姿は、それまでの体験知による実践力をもつ「作業療法」から変革されたものであった。つまり、国家資格化前後での「作業療法」概念の変容過程の歴史による証左からは、両者の関係性は連続性をもちながらも断続性ももち合わせ、時には拡張し、時には縮小しながらも変革されている。すなわち、国家資格化前の「作業療法」と国家資格化後の「作業療法」との関係性は相互に補填し合うものだったが、臨床における実践上での両者の関係性は葛藤していたと言えよう。この国家資格化前後の「作業療法」の臨床における実践上での関係性は、米国の occupational therapy が成立する過程でアーツ・アンド・クラフツの概念から医学化専門化されていく occupational therapy への移行期間に生じた両者間での関係性にも類似している。「類似」としたのは、日本の場合は既に精神病に対する治療としての「作業療法」が理論化としては不完全ながらも同名で実践され

ていたからである。類似している点はもう1つある。日本でも米国でも実践し始めた最初は看護であることだ。米国では女性の看護者が始めているが、日本では主に看護人、つまり男性の看護者が始めている。これは力で押さえつけようとした日本の精神病院の歴史に由来する。ただし、この点は日本での特徴ではなく、西欧において「アサイラム」から「治療的アサイラム」に移行した際にも男性職員が従事していたことにも留意したい点である。いずれにしても、精神医療における「作業療法」の役割は、呉秀三が院長だった時期に身体的拘束にかかわって精神病院のなかで暮らすという精神的拘束にまでおよんだ「抑制」にある。「抑制」という役割が「労働」という行為の形となり、その形が精神医療における「作業療法」の特徴となっている。この特徴は歴史の流れのなかに散見できる。

2. 精神科作業療法に求められること

今回の研究によって、近現代における精神医療での「作業療法」の実践の通史を通して明らかになったことから、日本における精神医療での「作業療法」にどのような示唆が得られるだろうか。

国家資格化時にお雇い外国人の作業療法士により作業療法士養成課程では海外の理論が教授され、技術教育に力が注がれた。そして現代の臨床現場でも海外の理論がもてはやされ、技術の高さや知識の豊富さを競っている。これは国家資格化により、資格保有者としての意識からくるプロフェッショナルとしての使命なのだろう。作業療法士はその使命をもって患者に向き合い、治療を行なおうとする責任の高さの現われでもあらう。しかしながら、今回の通史から明らかになったことは、国家資格というプロフェッショナル意識を作ることによって薄らぐものもあるということである。「作業療法」は法律上でも名称独占であり、業務独占ではない。これを厳しく言えば、作業療法士という資格がなくとも「作業療法」は実践できるのである。これは今回の通史からも証明されたことである。医療制度として国家資格保有者が実践することで診療報酬が病院に入るというシステムなしには確かに病院運営は成り立たない。そして、「作業療法」の国家資格は精神障害領域を周縁化したもので、身体障害領域に偏った傾向がみられた。さらに、国家資格保有者としてプロフェッショナルであればあるほど、歴史が示した理論化にまでは至らなかったが体験知によって得られた実践力や上下関係構造ではない対応、誰でもできると思われる理論化から導かれる統一化した方法論からの脱出が必要であることが問われているのだ。精神医療における国家資格である作業療法士が理論だけに頼ろうとすればするほど、歴史から薄れた体験知による実践力のある「作業療法」はますます薄まり、理論化された国家資格という制度に助けられた一辺倒の「作業療法」が浮き彫りになる。他方、治療であるならば医学を背景とした「作業療法」が必然であることは確かなことでもある。米国の occupational therapy の歴史にもあるように、日本

の精神医療における「作業療法」の臨床上では、体験知による実践力の「作業療法」と理論化された「作業療法」の両者の関係性が葛藤と補填とのアンビバレンツな姿勢そのものが問われてしかるべきではないか。

註

- 1) 赤坂守保他. 特集 看護師の役割を考える. 座談会 男性看護者に問われるもの.
看護学雑誌. 24(2):1978. p. 156-167
- 2) 同前. 前掲註 1). p. 159.
- 3) 神郡博. 特集 I 作業療法の歴史と展望. 看護と作業療法のかかわり 作業を媒体にした働きかけの必要性. 精神科看護 2:1975. p. 14.
- 4) 水田喜久生. 特集 I 精神病を考える. 精神病を考える-私立病院の立場から-. 精神科看護 1:1974. p. 25.
- 5) 日本作業療法士協会白書. 2015.
- 6) 同前. 前掲書註 5).
- 7) Ruth Ellen Levine. " The Influence of the Arts-and-Crafts Movement on the Professional Status of Occupational Therapy. " The American Journal of Occupational Therapy. 1987; 41(4):p. 248-253
- 8) Ruth Levine Schemm. " Bridging conflicting ideologies: The origins of American and British occupational therapy. " The American Journal of Occupational Therapy. 1994; 48(11):p. 1082-1088
- 9) 江副勉他. 日本精神衛生会座談会 精神科 O・T 指定講習会を終って. 精神衛生(103): 1966. p. 8.
- 10) 同前. 前掲註 9). p. 10.
- 11) 秋元波留夫. 作業療法の黒船時代. 精神衛生. (101):1966. p. 1.

謝辞

本論文は立命館大学大学院先端総合学術研究科一貫制博士課程での研究成果をまとめたものである。博士論文を完成させることができたのは、ひとえに松原洋子先生、小泉義之先生、美馬達哉先生をはじめ、立命館大学大学院先端総合学術研究科の先生方の献身的で、懇切なご指導をいただいたおかげである。立命館大学副学長であり、先端総合学術研究科の教授である松原洋子先生には作業療法士としての臨床的な思考法にとらわれず、歴史研究者としての問いの立て方、粘り強く史料を理論的、禁欲的に検討していくこと、そして日本語の適切な文章表現にいたるまで、常に忍耐強くご教示をいただいた。また、小泉義之先生には、学者としての知と品位を磨くこと、理を突きつめ、本質に迫る姿勢をご教授いただいた。美馬達哉先生には博論のありかたも含めて、演習等で貴重なご教示をいただいた。さらに、愛知県立大学教授橋本明先生には博士論文副査としてご指導いただいた。この場を借りて、先生方に深く感謝申し上げる。

福井工業大学図書館司書の三嶋善之氏、福井県立図書館司書の長野永俊氏、元東京都立松沢病院の作業指導員で、同病院資料館元館長の堀切重明氏、元東京武蔵野病院理事長の蜂矢英彦先生から史料収集に際してご協力とご助言をいただいた。ここに謝意を表する。

また、精神科作業療法に関わる先達である長谷川峰子先生には貴重なお話をいただいた。厚くお礼を申し上げる。

2021 年 7 月

幸 信歩