

社 会 復 帰 施 設 と 福 祉

澤 温

日本精神病院協会雑誌第14巻第10号別刷

1995年10月5日発行

社会復帰施設と福祉

澤 温

1) はじめに

障害者が一般社会に健常者と同じ様には適応できない時、少しでも健常者と同じ様な適応ができるように、その援助として福祉的対応、施策が必要となって来る。身体障害、知的障害、精神障害として同じであろう。

精神障害にあっては、その援助の現れの1つが精神障害者社会復帰施設なのであろうが、果して社会復帰施設が「健常者と同じ様な適応ができるように、その援助としての福祉的対応、施策」となっているのであろうか。

私は以前から精神障害者の社会参加、社会復帰には4つの条件を用意することが必要だと言ってきた。1つはハードとしての施設、2つ目は障害者を援助する専門職を中心としたマンパワー、3つ目はその人々の連携を含めたケアのシステム、4つ目は地域の理解と受容である。この観点から考えてみよう。

2) 施設の整備

社会復帰施設は私の述べた4つの条件の内の第1の条件に当たるが、病院から地域へ出て行くのに、法内の社会復帰施設、地域生活援助事業（グループホーム）、そして法外の共同住居、アパートなどがある。このどれがそれぞれの患者さんに適しているかを考えるのであろうが、この判断は

っきりしたものでない。ハードのみでなく第2の条件のマンパワー、それも夜間も対応できる態勢になっているかによっても違ってくるし、第3のソフトであるサポートシステムにあたるデイケア、デイ・ナイトケア、ナイトケアなどの整備、訪問看護などの態勢によって違ってくる。さらには専門職の人の経験と判断の目によっても違ってくる。私も初めて外国で共同住居に住む人々を見て、「これほどの症状のある人も住めるのか」と驚いたが、自分たちで経験すると、初期には考えられなかった人々も適切なサポートを用意すれば退院にもっていくことができるのである。

この意味で社会復帰施設は必要であるが支える周辺のメニューが増えてくれば必要度は減ってくる。事例を挙げれば、私の病院では70歳を過ぎた老人で若い頃から分裂病による妄想も持ちながら、現在傘を杖がわりについて時々立ち止まりながら、元いた病棟のデイルームに毎日グループホームから通っている人がいる（デイケアにも作業療法にも重度痴呆患者デイケアにもあたらないため）。一時体調をくずして短期入院をした時も今後どうしたいかを尋ねると「グループホームへ帰りたい」と言う。そこでまたサポートをつけてグループホームに返したが、この例などは今後グループホームで死を迎えるまでサポートすることも考えている。昔なら一生入院していた人が施設の理

解と受容で老人ホーム、救護施設へ移り、さらに社会復帰施設へそしてさらにグループホームへ行くのである。このような意味ではできるだけ社会に近いアパートなどの方がいいと言えるが、同居者と協調してやっていけるか、一般住民とうまくつき合って行けるか、受け入れてもらえるかを考えるための試験期間的なものとして社会復帰施設あるいは中間型グループホームは意味がある。しかし、アパートとなると保証人が要求されたりし実際には住む能力があっても住めないこともある。このためやむなく永住型のグループホームが必要になることもある。これは先に挙げた「地域の理解と受容」という4つ目の条件に関係して来る。

このハードは当然のことながら金のかかることである。特に都会ではそうである。グループホームの運営補助金は現在年に294万円であるが、行政にあるものは買うのではなくて借りることを考えているようだが、私たちがグループホームを開始して4年間、ずっと不動産屋に頼んで探しても貸してくれる人などない。これも「地域の理解と受容」という4つ目の条件に関係している。まして当院の運営するグループホームの基準であるスプリンクラーの設置などは許してくれるはずがない。社会復帰施設は作るのにも補助があるが、多くの地域で設立をしようというのと近隣からの同意を必要とし、反対運動が起きて潰されている。その点グループホームは設立には同意はいらないが、法の2条の3には地域住民の理解と協力を得ることなど規定されている。

いわゆる社会的入院者は22%²⁾とも33.1%³⁾とも言われるが、仮に25%としても1グループホームには5名、援護寮には20名、福祉ホームには10名入所すると仮定してこれまでの伸びから計算すると、社会復帰施設、グループホームを含めた施設でその25%の人々を処遇するのに220年かかると私は言ってきた。94年までの厚生省の精神保健予算に比べて、95年度予算でかなり伸びた。先ほどの居住許可人数でみると840名分の増加となるが、しかしこの増加数が(増加率ではない)このまま続いたとしても、107年はかかるということになる。これでは以前言ったように³⁾、「地域で生

活できる人々がその生きがいのある生活を送ることなく死を迎えさせるということに荷担することになる」。そして国は、ひいては国民はこのような状況を認めているということになる。

当院ではこれまで4軒(一時5軒)のグループホームを運営してきたが、本年、後に述べる新しい形態で4軒の追加をすることにした。しかし大阪府は年度半ばという理由ではあるが本年は運営補助を出さないという。金は出さないが患者を退院させろ、これが国、都道府県の態度である。これは金を集められない教授が研究しろ、研究しろというのに似ている。

「弱者はこれだけのことを受けて当然」という国民の意識に支えられるのが福祉の基本であると思う。一般国民は精神障害者への福祉予算がどの程度か興味はほとんどないし、知らないし、また知ってもその意味はわからないだろうと思う。この点も4つ目の条件に関係もするが、情報を国民に十分理解させようと努力しないという点ではマスコミも私たち専門職も責められるであろう。

ハードができないのだから社会復帰などはできないと言ってしまえばおしまいになる。しかし一応第2の条件であるマンパワーの問題を取り上げよう。

3) マンパワーの整備

精神科の社会復帰、福祉に関わる専門職とは医療から福祉に亘るが、病院や社会復帰施設に関わる医師、保健婦、看護者(訪問看護者を含む)、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士、保健所の担当職員(保健婦、精神保健福祉相談員)、市町村の担当職員(福祉事務所など)がある。その他専門職とは言えないが、地域の民生委員、ボランティア、そして忘れてはならないのは当事者自身の役割も重要である。そのほかに理解を示してもらわねばならない人には警察官、救急隊員なども含まれる。

精神障害者の社会復帰の特徴でもあり問題点にもなるものとしては症状の不安定さがあげられる。それは時に病気の再燃であり、時には病気になってから持つようになった環境的ストレスへの弱さなどがある。これ故に時に医学的介入、時に

心理的介入が必要とされるがこれが365日、24時間いつ起こるかわからないという状況にある。それは特に症状が残っている人、不安定な人を退院に導けば導くほどそうである。このような人々に対応するのがどこかという、先に挙げた中では社会復帰施設に関わる職員、地域の民生委員くらいのもので、あとは直接地域住民にどんとかかってくる。社会復帰施設はどこか関係病院をもっているからいいだろうが、民生委員や地域住民は精神保健の素人であることがほとんどだから一生懸命しようとしてもへとへとになって最後はもう精神障害者のお手伝いはこりこりとなることが多い。都道府県によって、また病院によっては24時間態勢で専門職員を配置しているがこれは実際には少ない。しかし地域住民の受け入れをよくするには、どうしても365日、24時間の対応は必要であろうと思われる。この時専門職でないが当事者同士の仲間の連絡網は大きな役割を演じている。実際夜中に危機介入を必要とする時、友人が患者さんについてきてくれたり連絡をくれることは多い。しかしこれはシステムにはなっていないことも忘れてはならない。

あとは各職種の人員の適正数の確保と、よくいわれるように臨床心理士と精神科ソーシャルワーカーの資格化の問題である。資格化の問題はあちこちで言われているので特に触れないが、各職種の人員の適正数の確保とはわかったようでよくわからない部分が多い。学校で40人学級が叫ばれて久しいが、1人の人が何人の人について気、目を配り得るかはどう考えればいいのか。不安定な人を多くかかえればどうなるか。従って24時間態勢が必要な人にはそのようにとなるとどうなるか。障害者のところに専門職が行くのと専門職の所に来てもらうのでも見れる人数は自ずと異なる。また専門職の人の労働時間もだんだん週休2日制が定着してくればまた違ってくる。このように多くの要因で適正数というのも変わってくる。

ちなみに施設の人員配置基準で（当院では重度痴呆患者デイケアであったことだが）1人でも病欠、有給休暇で休んだときは保険請求しないようになど平気で役人は言うが、こうなると何人過剰に置いておかねばならないかわからなくな

る。ましてや看護を始め、医療では多くの出産適齢の女性が働いているが、一瞬でも適正人数になれば請求を認めないというのでは丈夫な男子しかいないということにもなり兼ねない。どうも愚痴まで入るので話を戻そう。

4) マンパワーの連携を含めたケアシステム

第3の条件であるこれらマンパワーの連携を含めたケアシステムであるが、ケアのシステムが医療と福祉のどの部分が大きいかは対象によって変わってくるであろう。病状の不安定な人には医療的、心理的介入が、経済的、環境的要因が大きくてそれ故に二次的に病状が不安定になる人には福祉的介入が必要になってくる。

医療的介入としてはデイケア、ナイトケア、訪問看護などが挙げられる。デイケアの意味についてはこれまで述べてきたが、訪問看護と並んで再発、再入院を阻止する力は極めて大きい。しかしデイケアの実施は94年の「わが国の精神保健」をみても、まだ372ヶ所で、とても20%いや10%の社会的入院者を支えるだけの数には至っていない。昨年10月の保険改定でデイ・ナイトケアというのが取り入れられたが、このなかには医療的のみでなく福祉的要素もかなり入っているように思える。特に1日2食以上の食事を提供し、10時間以上のケアともなると医療的ケアばかりが10時間ではとてもではないが患者さんの方がやめてほしいと言うだろう（入院中の患者さんにも果して10時間以上の積極的ケアが何%の人に提供されているであろうか）。また10時間ぴったりのケアは自立を妨げる人も多からう。だから人によって週1回から6回までのケアを分ける必要があろう。ここで医療的に必要な回数と福祉的に必要な回数のギャップが生まれてきたりもする。この点は各施設によって考え方が違うであろう。いずれにしても必要なシステムが必要だけ用意され、利用者が満足し、効果も高いことが要求される。

訪問看護は現在週に3回まで認められるようになった。しかしこれも必要なだけ行くわけで、かなり重症な人であれば週3回以上行って欲しいとさえ思う。一方で普段は月に一度くらいで十分な人もいるが、この人々の中で時に毎日あるいは朝、

夕さえ行く必要のある人もある。その辺はベテランの訪問看護者ならわかってくるようである。私の病棟では86年から訪問看護を開始したが、本年7月、8人のスタッフで236名の患者さんを月に896回訪問している。平均月に4回弱ということになる。昨年の保険改定で複数の患者に訪問したときは点数が落ちた落ちになったが、この意味などはまったくわからない。イタリアでは朝夕訪問看護者が訪れ、日中ヘルパーが食事などの世話をし、日本なら当然入院しているであろう人々を地域で支えていた。この様な考えも国民が当然と思うかが大切である。

地域の人的資源と連携としては、先に挙げた保健所の保健婦、精神保健福祉相談員、そして福祉事務所の職員などがあるが、この人たちは24時間体制でないため実際緊急時には役に立たない、言いかえれば連携は組めないというのも本音である。

5) 地域の理解と受容

第4に地域の理解と受容であるが、実はこれが

もっとも大きな問題である。これまで述べた3つの条件とも深く絡み合っているからおわかりになると思われる。これはこれまでの障害者、特に精神障害者への対応の歴史をみれば明らかである。最近では老人、特に痴呆性老人の問題にもこの問題は含まれている。ここで厳密には地域でないが家族の理解と受容は最優先である。しかしこれも親と兄弟姉妹では期待する程度が異なってくる。地域の人々が障害者を受け入れないのは、どちらかというところ積極的なものではない。なにがおこるか予測できないからである。そのため外出、地域生活をさせようとする病院には強く当たる。しかし当事者の患者さんをいじめることはまずない。このためには既述したように精神保健法第2条の3には「地域住民の理解と協力を得ること」となっているが、経験からすると最初始める前に一生懸命説明してもあまり意味がないというのが本音である。それは地域の人々は言葉で説明してもイメージが湧かず、悪い事件の報道などのみが頭に浮かんでくるのである。いつも患者さんが地域の

図1

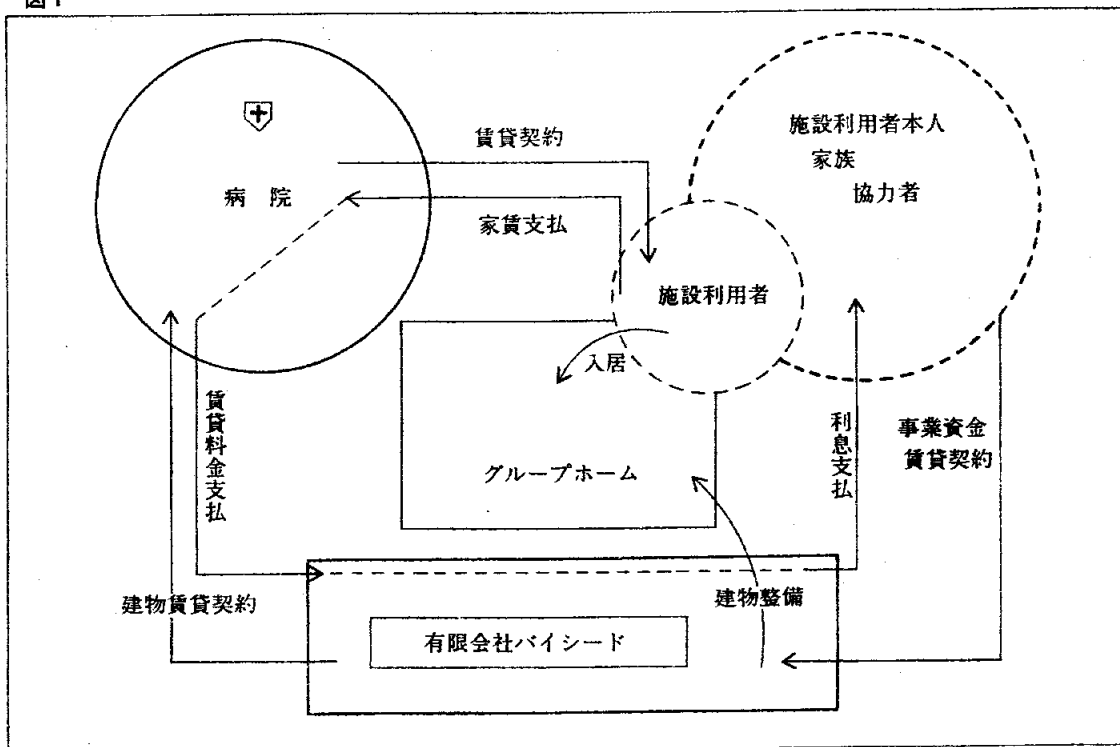


表1 住居対策を中心としたさわ病院の社会復帰の歩み

[黎明期] 地域生活を支えるためのメニューの用意		90.12	ナイトケア開始
83.10	近くの民家で入院患者の生活訓練開始 机作り, 料理教室, 茶話会, 絵画, 書道など	91.2	長期在院者のふたばの家への外泊, 退院訓練開始
[第1期] サポートメニューの整備		91.2	短期宿泊訓練施設: わかばの家開設
85.3	生活訓練廃止しデイケア開設	91.3	ロータスアート職業訓練部門に印刷部門開設
86.4	訪問看護開始一病棟看護婦に継続看護として開始	91.4	さわ病院家族会発足
86.9	ロータスクラブ (患者, 家族, 職員の月例会) 開始	[第3期] 病院が中間施設型グループホームを用意	
86.12	(超短期宿泊施設) ふたばの家開所	91.5	キャッスル・ヒル231開所 (実際の居住開始は6月1日)
87.4	独立型訪問看護開始	91.7	ロータスクラブで初めてデモ行進
87.6	本院デイケア施設承認	91.8	大阪府に授産施設の一時中止を申し入れ
87.6	許可病床数 603→580床に減床	[第4期] 病院が永住型グループホームを用意	
87.9	さわ・江坂神経クリニック開設 診療およびデイケア	91.11	北斗ハイツ1号館オープン
87.9	共同作業所オープン (患者および職員家族はボランティアとして参加)	91.11	北斗ハイツ2号館オープン
88.3	職員の他施設見学開始 3者懇談会 (現トヨノオピニオンー2精神科病院, 保健所, 福祉事務所, 作業所懇談会) 開始	91.11	職員希望者デンマークへ研修
88.5	街頭キャンペーン開始	91.12	緊急, 応急指定病院となる
88.5	クリニックデイケアルーム承認	92.3	授産施設の中の共同作業所部門をDCへ組み込み
[第2期] サポートメニューを利用し近くのアパートを中心に退院		92.5	中間施設型グループホーム キャッスル・ヒル1713オープン
88.5	医療相談室新設; 在宅ケア室新設; システムとしてアパート退院開始	[第5期] 家族が永住型グループホームを用意	
88.7	基準看護1類承認	92.7	永住型グループホーム北斗ハイツ3号館オープン (最初は家族が所有予定)
88.9	サロン (夕方17:30から20:00までデイケアセンターを開放) 開始	93.2	ロータスアート一時休止しDCへ組み込み
88.9	外来患者への食事実費サービス開始	93.2	これ以後3軒のグループホームは家族所有に
89.1	高田看護長リッチモンド・フェローシップへ留学 (6ヶ月)	93.5	北斗ハイツ2号館閉鎖 (土地とともに売却のため)
89.4	精神障害者通所授産施設ーロータスアート開所 (パン工場含む)	93.9	基準看護特1 (II) 承認
89.6	職員希望者イタリア, イギリスへ研修	デイケアをB4病棟へ移動; 定床580→571; ふたばの家, わかばの家はふたば・わかばの家として一時期縮小; パン工場移転看護婦と同居するケアつきハウス, 下島ハウスオープン	
89.8	ビッグサロン (ゴールデンウィーク, 盆休み, 正月休みの拡大ケア) 開始	94.1	リハビリ部門再編 (JOBグループ, オープングループ新設)
89.11	患者作業およびパート取扱規定作成および実施 (作業療法とパート契約の明確な区別)	[第6期] ?? 家族あるいはご本人が共同でグループホームを用意??	
90.1	A病棟 (開放病棟の1つ) の機能的看護寮化宣言	94.12.9	有限会社バイシード設立
90.4	授産施設の中に共同作業所部門再開	95.3	当事者, 御家族とバイシードが賃貸契約 (18名)
90.6	大阪府知事に署名簿を手渡す	95.8.31	BCレジデンス1号館, 2号館完成
90.10	職員希望者アメリカ, カナダへ研修	95.9	BCレジデンス3号館, 4号館開設予定

中でぶらぶらしており、その人々を病院が自然と思っているという姿をさりげなく見てもらうというのがベストのようである。そして大きなトラブルは困るが、小さなトラブルはむしろあった方がいい。そしてなにかトラブルや苦情があったらそこで迅速に対応したり、説明したりすることが最も意味があるようである。

6) 当院の新しいグループホームの展開と福祉

当院では91年よりグループホームを5軒運営してきた。先に述べたように賃貸では不可能なので全部法人が所有してきた。デイケア、訪問看護の収入と合算して経営が成り立つとはこれまでも述べてきた^{5,7)}。しかし本来は以前に述べたように^{8,9)}連携は勿論であるが、医療は医療に徹し福祉は福祉部門に任せるべきであるとは私は考えている。レベルは違っても日本の精神科病院の変遷には医療も福祉も丸抱えにしてきた歴史があることを肝に命ずるべきであると思う。

当院では医業収入の伸びが落ち、新本館を建て借入金も増えると本業にしわ寄せが来るため92年から(実際には93年から)家族が1軒ずつ所有して法人に賃貸してもらうという形態にした(それまで法人が所有していた4軒の内3軒をそれぞれ家族に買ってもらった)。しかしそれも限界があるため94年初めから計画して94年12月9日障害者の日に障害者自身に有限会社を設立してもらい、その会社に家族や障害者自身が一定額を貸し、利子を得、その利子を家賃に当てるという方式を作った。運営主体である法人はその家賃をそっくりグループホームの賃貸料としてその有限会社に払うのである。この流れを図1に示す。当院ではグループホームは4年間で一時5軒であったが現在4軒運営している。この方式で賛同者を募ったところ、半年でさらに4軒できる予定になった。この歴史は以前述べた¹⁰⁾が、その後の歴史を含めた流れを表1に示す。

国に任せば100年以上かかる、病院が4年でしたことを家族や当事者のパワーを結集したら半年でできる。これまで授産施設が伸びないのに家族の思いが小規模作業所を作り、現在は900ヶ所以上というすごい勢いで伸びている。

7) 最後に

福祉とは広辞苑によると「①幸福。公的扶助による生活の安定、充足、②(宗)消極的には生命の危急からの救い、積極的には生命の繁栄」を言うという。公的扶助による生活の安定、充足という視点から言うと「公的扶助」は余りに乏しい。福祉は国民を始めとする健常者が、障害を持った人の「生活の安定、充足」のため、これだけのことはして当然という考えが背景になければならないだろう。先に述べたようにその結果が厚生省予算に見るように200年だ、いや100年に縮んだという議論になる。社会復帰施設が「健常者と同じ様な適応ができるように、その援助としての福祉的対応、施策」となっているかという疑問を最初に述べ、その施設がふさわしいかという議論をしてきたが、その前に国や国民の現在の感覚では精神障害者に福祉はない。むしろ小規模作業所が伸びるように、また当院で4年かかることが家族や障害者自身のパワーのもとでは半年でできる状況が問題であると言わざるを得ない。この悲しい「自助」「自立」が先行している限り福祉はないと言えるだろう。

(大阪・さわか院 院長)

文 献

- 1) 澤温：精神科病院経営と精神科医療の今後。レビュー、12号(掲載予定)、1995
- 2) 厚生省：昭和58年度精神衛生実態調査報告の概要、厚生省、1985
- 3) 大島巖・猪俣好正・樋田精一：長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計。精神経誌、93(7)；582-602、1991
- 4) 澤温：精神医療と福祉—グループホームを中心とした地域ケア。日精協誌、12(11)；25-29、1993
- 5) 澤温：社会復帰と住居問題—ゲリラ的共同住居の展開—。日精協誌、11(2)；44-53、1992
- 6) 澤温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討。精神経誌、93(11)；1042-1052、1991
- 7) 澤温：精神保健・福祉・医療のシステム化をめざして—精神病院の立場から(社会復帰と住居問題

- をグループホームの展開から考える)ー。精神経
誌, 94(11); 1145-1156, 1992
- 8) 澤温: 第19回日精協精神医学会印象記。東京精神
病院協会誌, 9(2); 8-10, 1991
- 9) 澤温: 精神病院の実践の意義, 可能性, 問題点。
日本社会精神医学会雑誌, 2(2); 139-145, 1994
- 10) 澤温: グループホームの展開ー民間病院の立場
からー。精神医学, 37(1); 27-31, 1995
-