

第2日 (2007年9月28日) 午前

第50回総会 (京都)・シンポジウム②

「病院」と「地域」

～なんで一緒にやれへんの!?～

■座長：川畑俊貴 (京都府・京都府立洛南病院・医師)、中瀬慶子 (京都府・地域生活支援センター西京・PSW)

シンポジウム②IM1-1

病院から見た地域、地域から見た病院

澤 温

key words：精神科病院、社会復帰、住み分け、連携

大阪府・さわかみ病院・医師

〒561-8691 大阪府豊中市城山町1-9-1

I. はじめに

「病院と地域、なんで一緒にやれへんの!?」というシンポジウムのタイトルには、「出島」あるいは周囲に受け入れられず孤立させられた歴史を持つ「ハンセン病」治療施設のごとき精神科病院が、地域とどのようにうまくやっていくことができるかという視点があるように感じられる。筆者は、精神科病院を運営しているが、これまで「一方的」に、あるいは「独善的」に、精神科病院は必要な地域の一資源であり、たとえ理解されにくくとも、時間をかければわかってもらえたと信じてきた。しかし、現状を考えると、精神科病院から見た地域と、地域から見た精神科病院は違うのかもしれない。その視点でまず考えて、そして最後に「独善」あるいは「祈り」として、時間をかければわかってもらえとみるべきかと思う。そこで私は、このシンポジウムのタイトルとして「病院から見た地域、地域から見た病院」をあげた。

日本の精神医療の歴史から見た病院、および病院の地域からの隔絶について、また現状としてある病院から見た地域と地域から見た病院の差、そしてこれらにどのようにしてコラボレーション、またはコンビネーションを組ませることがで

きるかについて、筆者の考えを述べようと思う。

II. 日本の精神医療の状況

日本の精神医療は、よく言われるように先進諸外国ほど地域（住民）から激しい排斥は行われなかったが、それゆえにこそアンチテーゼに当たるような運動も強く起こらず、「異」なものへの無知や不安のために、自分たちから遠ざけようとしてきたのだらうと考えられる。先進諸外国では、1960年代以前は日本の最大時よりも人口当たりの精神科病床数は多かったが、上記のアンチテーゼ運動の高まりとともに、ノーマライゼーションを建前にして、そして経済的視点を本音にして、一気に病床数を減らした。日本は戦後ようやく病床を整えてきて、しかもそれは民間精神科病院に依存してきた。それゆえ日本では地域化が進まずに、諸外国に比べて人口当たりの精神科病床数が多く、1994年以降には減少に転じてきている。

国は精神保健法の制定以降は「社会復帰」を掲げ、1993年3月には公衆衛生審議会精神保健部会で「今後における精神保健対策について」を出し、その中で「前回の社会復帰施設の法定化によって『精神科病院から社会復帰施設へ』という1つの流れが形成されたが、今後においては、

さらにこれに加えて、『社会復帰施設から地域社会へ』という新しい流れを形成していくことが重要である」とし、さらに2003年の社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書の「精神保健福祉の改革」において「入院医療中心から地域生活中心へ」とした

しかし、地域移行に向けたプログラムは貧弱で、2004年9月の「精神保健福祉の改革ビジョン」の内容も、財源をどのように移行させて行くかを見据えたものではないために、障害者自立支援法が施行されても、障害者やサービス提供機関からの要求が出ては修正するだけという貧弱な進行でしかない。相変わらず、低医療、低福祉費、および地域の無知・無理解のもと、従来の状態は可能であり続けているのである。筆者はこれを「ない穴垂奏」と呼んできたが（澤、2004）、病院経営者は経営の安定のため、地域住民は生活環境の安定のため、患者家族は自分たちのいなくなった後の安定のため、国は出費を増やさないため、入院初期には「退院を」と言った患者自身も地域に出たときの不安を考えるため、「このままではいけない」と一時は思った医療従事者も地域への働きかけの大変さとストレスのため、それぞれ「何もしない」というこの6つのパートが、ハーモニーを奏でるようになる。そうすると、ここで不協和音を出すことは、大変なことなのである。

民間精神科病院が多いことは、ストレスの大変さから、慣れから、また経営の安定から地域に返すというモチベーションを持ちにくい病院も多くなる。自ら地域と「隔絶」し、地域との接点を持ちにくいままのようなことも多く見られる。また、1952年に始まる本格的な薬物療法の時代の前までは、環境療法や精神療法しかなく、都会より敷地の広い、一般住居のある地域から離れた場所で、農耕や牧畜などの労働を中心とした活動を行うことで精神の安定を図ってきた。最

近になって、大都市周辺では、それまで農地や牧場であったところに人口が流入してベッドタウン化し、結果として精神科病院と周辺新住民との調和が図られるようになってきている。

Ⅲ. 精神科病院の方針と視点の転換

それでも、精神科病院も質量ともに少しずつ変化してきている。例えば、精神障害者を精神科患者ととらえる視点から、一人の生活者であるとしてとらえる視点へと変わってきている。その生活者がたまたま精神疾患を持ち、疾患の特徴から時に揺れ、また病気という認識がなかなか得られないために治療が中断されやすく、時に疾患が障害を残し、その結果として生活上のさまざまなつまずきを持つだけであるから、その足らないところを後述のようなツールで補えればよいとする考え方である。そのような考え方に立って、地域生活に必要なものを育てるように変化してきた。

こうした視点の転換の重要な要素として、筆者はかねてより4つの要素が必須であると述べてきた(澤, 1995)。それは、①住まう場、②活動する場、③サポートする人々とその連携、④地域の人々の理解と受容である。このうち最初の3つについては2004年9月の「精神保健福祉の改革ビジョン」でも示されている。この4つは、精神障害者に限らず、あらゆる障害者や虚弱高齢者にも必要な要素と考えている。

それでも、精神科病院のこのような考えに対しては「お叱り」を受ける。医療中心という視点からなかなか逃れられず、病者という視点から抜けていないと言われる。社会復帰に力を入れ、社会復帰施設を整備しても、それは「医療内福祉」と批判される。その最たるものが、退院支援施設、地域移行ホームであろう。筆者は、まず退院支援施設ありきとは言わない。まずは一般の住居、だめならグループホーム、だめならケアホームや福祉ホーム、それでもだめなら退院支援施設や地域移行ホームと考えている。精神療養病棟も、重症者で閉鎖処遇でしかみられない人を除けば開放の療養病棟というのは退院支援施設や地域移行ホームの前段階のようなものであり、いつまでもいるところではないと考える。

Ⅳ. 地域から見た精神科病院

これまで精神科病院は「気違い病院」などと呼ばれ、子どもには「あそこには近づいてはいけない」「いたずらするとあの病院に入れるよ」などと、否定的観念をもって語られる存在でしかなかった。それが精神保健法の成立前後から、前述のように精神科病院は変革を行い、地域に出てきた。そして不足ながらも、地域でその受け皿としての準備も始まり、それなりに連携が持たれ、「地域における医療福祉の連携システムづくり」がなされてきた。

しかし、精神科病院が運営すると、「住まう場」でも「活動する場」でも当たり前のサポートのある施設として受け入れられるより、精神科病院が地域に出張って拡張してきた施設なのだから、何かあればその施設ではなく、母体である精神科病院に申し入れればよいと考えられることが多い。その意味では、ノーマライゼーションの延長の中で捉えてもらにくいという問題がある。

Ⅴ. 精神福祉の専門家の視点

精神福祉の専門家の中には、「精神障害者は生活者であり、たまたま疾患を持っているだけで、症状の揺れることもあるが、それは対応できるから薬だけは使わせたくない。ましてや入院などさせたくない」という極端に医療嫌いのスタッフを見かけることもあるが、これではお互いに仲よくはできない。最後は医療が必要な時、いつでも対応してくれる限り頑張ってみようという福祉スタッフに対しては応援したい。

ただ、揺れる疾患や障害を持つ生活者であるということは、365日、24時間の生活者であるので、全ての人にはないが365日、24時間の対応が必要となる。そうした対応があれば、より重い人々の地域生活も可能となるのだが、そこまではほとんどのところで継続しては行えていない。地域で障害を持ちながら生活するといっても、「どこか狂っている」ように思う(ノーマライゼーションとは、障害者が健常者と差別なく特別の意識を持たずに生活していくことであるが、これは建前で、いくつものおかしな点があ

る。そして専門職である人も、現実に麻痺して批判力がなくなっている。例えば精神障害者の移送費はいくらかというと、全国メンタルケアセンターが出している料金では、最低は埼玉県82万円、最高は沖縄県の142万円である)。

「住まう場」や「活動する場」に当たる法内施設については、筆者の属する法人でもこれまでグループホームや福祉ホームB、そして通所授産施設や福祉工場(現在は就労移行支援事業)などに手を出してきた。しかし筆者の基本的スタンスについて、1992年には「…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」と考えるが、日本の現状を見るとき、行政の行いのを待っていては、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ってしまうので、やむをえずするということになるのである」と言ってきた(澤, 1992)。しかし現在、全国どこであっても、まだ選べるほどの施設は用意されていない。そして医療法人立が一番多いのだが、これが「医療内福祉だ」と文句を言われる。

働く場における工資については、作業所はひどいと月数百円、多くて数千円、授産施設で月約1万円〜3万円くらいである。もっとひどいと「訓練してあげているから」「預かってあげているのだから」として、障害者自立支援法になって、自己負担の方が多くなったなどという話も聞く。それでおかしいと声高に文句を言う人もない。

Ⅵ. 医療と福祉の住み分けと連携

では、どこまで医療の範囲で対応し、どこまでは福祉の範囲で対応したらよいのだろうか。これは個々のケースを見ても難しいことがあるし、システムを組むことはもっと難しい。しかし、地域で生活する人の目標として、たまたま精神疾患や障害を持っていたとしても、疾患の再発を防止し、より長く地域生活を続け、より大きな満足度を得られるようにという「当事者中心の視点」に、医療も福祉も立つことが大切であろう。

そして、医療と福祉は、時に分けがたく個性があるゆえに、常に配分に修正をかけながら、必要な時には両面からサポ

ートしていくことによって、初めて連携ができるようになると考えている。

では「病院も地域も一緒にやれるやん」ということにおいて、福祉は「一応地域」としても、診療所は地域で、病院は地域と対峙しているのだろうか。

歴史的には、前述のように病院は地域から隔離していたが、現在では住居が増え、街中にある病院も多い。高齢者も増え、従って認知症も多く、入院ばかりでなく、在宅システムで地域との連携をとろうとしている病院も多い。

こうなると、病院も地域の中の一つの資源とみなしてもらっていいのではないかと思う。筆者は以前「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と言ったことがある(澤, 2003)。この言葉については、「障害ある人は嫌うよ」と言われたことがある。「町に出てまで管理されるのか」ということらしい。しかし筆者は、年を取って自宅にいたくても、病気のことが心配な時には、病院にいるのと同じように、ベルを押せばいつでも自宅に来てくれたりしたら、どれほど安心かと思う。要は、強制的でなく選ばればよいのだろう。

VII. 最後に

病院と地域、あるいは医療と福祉は、対峙せずに互いに補完すべきこと、あるいはそもそも地域しかないものであって、病院も地域の中に入れてもらってよいのではないかと述べてきたのだが、ここで聞き飽きるくらい聞かされる言葉に、連携、システム、ネットワークなどがある。

これらは互いの得意分野でサポートすることで、よりよい、より患者満足度の高いサービスが提供でき、そして提供者の負担をシェアすることを意味するのだと考える。それが時に「(しんどい)夜は病院さん、あなたに頼みます。システムをつくったのだから」というのはないだろう。最近「(連携)パス」などという言葉も聞かれる。これは医療の中の病院と診療所の連携、住み分けでも同じであろう。

最後に再度言うと、サービスを受ける人は生活者である点から見ると365日、24時間の生活者なのだから、サービスの提供者も365日、24時間の対応が必要であろう。ただし全てのの人に365日、24時

間対応するサービスが必要なわけではなく、それは必要な人が必要に応じて選べばよいことである。このような365日、24時間のサービスが、医療でも福祉でも、あるいはまた病院でも地域でも用意されると、症状のより重い人々の地域生活も可能になるのは当然であり、したがってこのような広い範囲の生活者に応えるサポートが地域になれば、地域サポートとは言わないでほしい。

引用文献

- 澤 温 (1992). 社会復帰と住居問題—ケリラの共同住居の展開—, 日精協誌, 11: 44-53.
 澤 温 (1995). 社会復帰と福祉, 日精協誌, 14: 24-29.
 澤 温 (2003). 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか, 日本外来精神医療学会誌, 3: 7-16.
 澤 温 (2004). 地域精神医療と精神科病院—地域に開かれた精神科病院—, Schizophrenia Frontier, 5 (2), 19-25.

シンポジウム②IM1-2

ACT-Kによく寄せられる7つの質問

～挑発的精神科病院解体論～

高木俊介

key words: ACT, リカバリー, エンパワーメント

京都府・たかぎクリニック (ACT-K主宰)・医師

〒604-8146 京都府京都市中京区錦薬師通烏丸東入一蓮社町306 サンブランタン2A

I. はじめに

ただいま座長から「ACTに意欲的」と紹介していただきましたが、私は小さなクリニックを経営する零細企業のおやじに過ぎません。毎日朝から晩まで、京都中を車で「営業」に走り回っています。往診しているのか、資金繰りに一生懸命走り回っているのか、わからなくなってしまうような毎日です。

さて、今回の総会テーマは、「病院と地域～なんで一緒にやれへんの!?」です。このテーマは聞く人によって「何で一緒にやれへんのや、一緒にやろうやないか」と呼びかけているようにも聞こえるし、「一緒にやれへんわい、あたりまえやないけ!」と嘆息を切っているようにも聞こえます。どちらにもとれるという、京都のお茶漬けのようなテーマで、とても京都的であると思います。

II. 「一緒にやれへん」理由

はじめに結論から言います。結論は「一緒にやれへん、今のままでは」ということです。その理由は、大きく二つあります。

① マクロな理由

一つは、非常にマクロな理由からで、その中にも二つの点があります。

マクロな理由の一点目は、現在の精神医療・福祉全体の体制のことです。精神科病院の圏域は都道府県・単位です。これが何を意味するかというと、いつまでたっても精神科病院の偏在は解消されないということ、精神科病院はいつまでも山の中の存在です。

マクロな視点からの理由その二ですが、地域の福祉を決定する障害者自立支援法は、市町村単位です。病床削減をして地域で暮らそうと書いているのは、医療法ではなくて障害者自立支援法です。ところが、肝心の病院を規定する医療法