

社会的ニーズに対応する精神科病院

澤 温

変わりゆく精神保健・医療・福祉
精神障害の理解と援助

五章

社会的ニーズに対応する精神科病院

澤

温

社会的ニーズ論

社会的ニーズとは何かについては、三浦^①による次の定義がよく引用される。彼によると、「社会的ニーズとは『ある種の状態が、一定の目標になり、基準からみて乖離の状態にある』ものを依存的状態、あるいは広義のニーズと呼び、この依存的状態の『回復、改善等を行う必要があると社会的に認められたもの』を要援護性あるいは狭義のニーズと呼ぶ」とされ、さらに「厳密な意味での社会的ニーズは、依存的状態を前提としながらも、依存的状態と同じものではなく、ある依存状態があってもそのニーズの充足が必要かどうかの社会的判断なり、認識がなければ、その依存的状態は社会的ニーズに転化されないことも当然おこりうるのである」としている。

精神医療の分野での社会的ニーズとその歴史

このような社会福祉のニーズ論を精神医療の分野に適用して考える前にまず、精神障害はどのような捉えられているかを考える必要がある。精神障害は健康な人々からみれば、厄介なもの、邪魔なもの、手のかかるもの、経済的に負担のかかるもの、恐ろしいもの、不安を起こさせるもの、不可解な

ものといった印象が強いのではなからうか。それがその障害を持つ「人」までも同じように捉えられ、これがさまざまな領域での偏見を生んでいるといえるだろう。昔はキツネ憑き、魔女などとして排除する対象とされ、その後は地域、家族から排除して収容する対象とされた。その後、長く時代が移っても、地域や社会の偏見、他の障害者からの偏見、精神科以外の医療機関、医療従事者からの偏見などあり、これは現在なお存在している。

こうした偏見の中で精神医療、精神科病院に課せられた課題、ニーズは時代によって違うように思われる。すなわちその時代の精神障害に対する、そしてそれを持つ精神障害者に対する認識がどのようであるかによって、それに基づいて生まれる社会的ニーズ、したがってそれを充足するために資源を用意し、対応する精神科病院のあり方が規定されてくる。

健常者主体の社会では精神障害者に限らず、すべての障害者は精神障害者について述べたのと同じく、厄介なもの、邪魔なもの、手のかかるもの、経済的に負担のかかるものであった。そのため、そのような障害者は健常者の処遇より程度は低くて当然とされ、施しで生活する人々だった。そのため、精神障害者は劣悪な環境で治療と保護という名のもとで収容を受けなければならなかった。精神科病院はこの役を担ったのであるが、精神科病院の運営者も責められることながら、これを指導し許した国、ひいてはこれを認めた国民にも非があるといわざるを得ない。

昭和三四（一九五九）年にデンマークのバンク・ミケルセンによって「精神遅滞者ケア法」として実を結び提唱されたノーマライゼーションの概念は障害者の生活を正常な状態にできるだけ近づけ、さらに障害者とともに生きる「共生社会」こそ正常な社会であるとされ、したがって先に述べた目標

が一気に高まり、大きなニーズが発生した。そのためのシステムや経済的負担は「仕方なくて」でなく、当然の目標として考えられるようになった。しかし精神障害者はその後も、他の障害者の特徴と違って、恐ろしいもの、不安を起こさせるもの、不可解なものということがついているため、ともに生きる社会を目標とすることを困難にしてきた。

先進諸外国では個人主義の発達とともに、自分たちの生活に影響がない限り、どの障害者も自由に地域生活をしてもらっている、その代わりその人々が地域で生活するにはそれだけのサポートをしてもらわなければ困るという方向へと移行し、また医療費の削減が後押しして、精神障害者の地域化は進んだ。

平成三（一九九一）年国連総会で採択された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」、いわゆる国連原則の原則三、「精神疾患を有するすべての者は、可能な限り地域社会に住み、及びそこで働く権利を有する」原則七―「すべての患者は、可能な限り自己の居住する地域社会において治療及びケアを受ける権利を有する」とあるように精神疾患を有していても可能な限り、その人の本来属した地域で住み、仕事をし、治療を受けることができると世界レベルでの指標が示されたのである。

このように歴史の中でいつの時代も精神科病院に対応を期待された社会的ニーズはあったのであり、隔離収容さえもある時代にはニーズであったし、今もその側面はある。つまり、そのときそのときに「誰にとつてのニーズか」がポイントであり、現在は障害者（当事者）のニーズが注目されている。しかしこれだけが注目されすぎて、共生している周囲の人々の権利が脅かされるべきでもない。

平成五（一九九三）年に国連総会で決議された「障害者の機会均等化に関する標準規則」の中の「はじめに」に、「機会の均等化」についてという項を挙げて、「障害のある人々が他の人々と等しい権利を達成するに伴い、障害のある人々は他の人々と等しい義務も有するべきである。障害のある人々が他の人々と等しい権利を達成するにつれて、社会は障害のある人々に対する期待を増大させるであろう。機会の均等化の過程の一部として、障害のある人々が社会の一員としての十分な責任を担うための支援を行う用意がなされなければならない」と記されており、精神障害者が社会から求められているニーズの重要性も取り上げられている。

現在、精神科病院に求められている社会的ニーズと現状

このように精神障害者が、その人の本来の地域で住み、働き、治療を受けるということをバックアップするのが現在の精神科医療に求められている社会的ニーズとするなら、精神科病院に求められているものは何であろうか。このことと精神科病院の置かれている現状をまず考えていきたい。

日本では、もともと精神科医療費の総医療費に対する比率は先進諸外国に比して三%ほど低く、したがって入院医療費も低く、したがって国にとっても病床削減へのインセンティブが働かず社会的入院を残すままになっている。建て前のうへでは昭和四〇（一九六五）年の精神衛生法の改正で地域化への準備はできていても、経済的裏づけもなく、地域での生活を支えるシステムがないままでお精

神科病床数は増加した。

昭和四九（一九七四）年から精神科デイケアが点数化され、また昭和六一（一九八六）年から精神科訪問看護も点数化され、デイケアと訪問看護を必要に応じて組み合わせれば、十分地域での生活を支えられ、さらに経営的にも入院費に匹敵するほどになり、入院から外来への水平移行が可能になった。

しかし大阪を例にとってデイケアの現状をみると、昭和六二（一九八七）年に著者の病院がデイケアを始めた当時、デイケアをしていたのは五カ所だった。一一年後の平成一〇（一九九八）年現在、大規模が二六病院、四診療所、小規模が九病院、一九診療所で計五八施設でデイケアを行っている。ここで五八施設すべて定員一杯が通所したとしてケアの可能人数を計算してみると、二三四〇人が通所できる、あるいはしているはずであるが、障害者プランの最終年平成一四（二〇〇二）年の目標値に対してどの程度までいっているのかを日本の人口を一億二〇〇〇万とし、大阪府の人口を八七〇万としてみると、現在設置数は八〇％、対象可能人数は六四・六％の達成率である。デイケアはデイホスピタルともいわれ、入院に代わるべきものと考えられ、デイケアは一〇年間で一〇倍の伸びを示しているが、大阪府の精神科のベッド数はこの一〇年間で減少はみられていないのは不思議といえるだろう。その意味では著者が先に述べたように、デイケアと精神科訪問看護が入院治療に置き換わるという方向は実現していない。

かねてより著者は、地域精神保健推進の要素、すなわち「精神障害者が地域生活を送るための四つの要素」を提唱している^③。それは、①住まう場（精神障害者社会復帰施設などの施設、グループホー

ム、アパートなど)、②活動する場とプログラム(デイケアはこの中の一つであるが、この他にはナイトケア、デイナイトケア、グループワーク、小規模作業所、授産施設、福祉工場、一般就労などがあり、医療、福祉、一般社会へという流れで捉えられる)、③サポートする人々とその連携(この中に医師、看護婦(士)、保健婦(士)、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士などの専門家がおり、訪問看護婦(士)はこの中に入り、他にボランティアなども入り、各専門職が専門領域からサポートを考え、他の専門職に十分な連絡、情報提供をし、チーム治療を構成している)、である。最後に④地域の人々の理解と受容、が挙げられるがこれも難しい。これは一朝一夕にはできず、地域への根気のいる地道な活動が必要である。講演などして理解を深めようとするより、住民と障害者の自然なふれあいの中で一気に進むことが多い。また自然なふれあいというよりふれあわざるを得ない状況かもしれないが、小さなトラブルは理解を深めてもらうのに役立つが、大きなトラブルは後退させる場合が多い。そしてこの四つの要素はすべて必要であり、どれ一つ欠けても地域化は進められないし、無理して進めると、十分な準備をしなかった登山と同じで事故に繋がるのでむしろ進めてはならないとまでいえる。

このようなサポートはどこが中心になってもいいが、精神障害が揺れ動く疾患と程度の差はあれ、生活をしくくしているさまざまな障害を併せ持つ点から「いつでも、どこでも、だれでも」対応してもらえらという、一般科で要求されている救急の理念が準備されている必要がある。すなわち精神障害者が健常者とともに生活していき、それを持続するにはさまざまな設備は必要でなく、対応する人が中心で、しかも二四時間いつでも対応できることが求められている。

医療はもとといわゆる「応召の義務」がうたわれており、このこととあわせて著者はかねてより「迅速性」「責任性」「継続性」が最も大切であるとしてきた。

この意味では現在の、各都道府県にある精神保健福祉センター、保健所、精神科クリニックは医療機能としても二四時間体制でなく不十分であり、また地域生活支援事業、いわゆる地域生活支援センターは二四時間体制であるとはいえず、医療機能が不十分であるため不満足といわざるを得ない。

この点実際上行われているかは別にすると、人的資源の効率的使用からみても、また偏在はあるにしろ、精神科病院が全国一〇万の人口に一カ所ずつあるという事実を利用しない手はない。

このように精神科医療では、いわゆる社会復帰への取り組みと、それを補完する救急あるいは急性期治療は精神科病院の担うべきものであろう。これを他に譲っては精神科病院は再び収容の場と化してしまう。

その他、痴呆性疾患専門病棟、児童思春期専門病棟、アルコール専門病棟などの専門病棟があるが、この中で痴呆性疾患専門病棟（老人性痴呆疾患治療病棟と老人性痴呆疾患療養病棟）は痴呆が特別の疾患でなく、だれもが高齢になるとこの病気になる可能性があるという意味で地域に受け入れられやすいものである。また精神保健相談、脳ドックなどの精神保健活動もまた受け入れられやすく、精神科病院の敷居を下げる力を持っている。

地域ニーズにより展開したさわ病院の地域精神保健福祉活動の歩み

さわ病院は昭和二八（一九五三）年に開設した単科の精神科病院であるが、昭和六一（一九八六）年まではそれまでの国の方針と同じでとりたてた活動はなかった。

ニーズを考えると、一つは地域のニーズ、そのときどきの時期の発展を含んだニーズがあるが、平成五（一九九三）年に重度痴呆患者デイケアを開設するまでは精神障害者のニーズへの対応のみであったといっても過言ではない。

精神障害者のニーズへの対応としては昭和五八（一九八三）年から病院の所有していた近所の民家を用いて入院患者の生活訓練を開始していた。昭和六〇（一九八五）年三月から診療報酬にのらないままこれをデイケアへ変更して行き、外来の充実を図っていた。昭和六二（一九八七）年にデイケアと訪問看護を同時に診療点数化していった。これは先に述べた地域精神保健推進の四つの要素の中の活動する場とプログラム、およびサポートする人々とその連携に当たる。

サポートする人々の研修として平成元（一九八九）年に一人の看護士をイギリスのリッチモンドフェローシップに半年行かせたと同時に、四〇人ほどの職員を二週間のイタリアとイギリスの研修に出した。その翌九〇年はカナダバンクーバーとアメリカサンフランシスコの研修、平成三（一九九一）年には痴呆性老人の地域ケアの研修のためにデンマークに行った。

日中過ごすプログラムとしては、何か生産的なことをしたいという人々を中心に昭和六二（一九八七）年から無認可の共同作業所をつくった。職員家族と患者家族がボランティアとしてサポートに入った。平成元（一九八九）年にこれを発展的に解消してパン工場を目玉として授産施設をつくったが、一日午前、午後各二時間ずつの共同作業所ではうまくやれても、一日六時間の訓練に耐えられず、就労に結びつかない人々は「置いてきぼり」になった。授産施設が始まってもそのような人々からの不満の声に應えて翌九〇年に授産施設内に共同作業所部門を再開させた。

また日中はデイケアなどで過ごせても、夕方になると淋しいという声が上がリ、それに應えて昭和六三（一九八八）年九月からナイトサロンを始めた。月一〇〇〇円の会費でコーヒーも飲み放題、シャワー使用、テレビ、コンポ、冷暖房使用も自由としたが、専従者がおらず人のぬくもりがないためかほとんど集まらなかった。これを平成二（一九九〇）年一二月に診療報酬で認められているナイトケアへと発展させた。

授産施設の中の共同作業所は午前、午後各二時間で、月の工賃は全部参加者に還元しても平均六〇〇〇円くらいで、食事代にはぼ消える。デイケアへの参加者は治療の一環として給食がつく。この矛盾を解決するために平成四（一九九二）年には共同作業所部門をデイケアに吸収した。

ちなみに、デイケアでのこのような「工賃」を与える作業については最近厚生省は否定してきている。行動療法のトークンエコノミー理論、あるいは当事者自身がどのような種目なら導入しやすいかといった現場の見方や当事者の声を無視して机上での結論を押しつけてきている。

当院のデータをみても九八年七月から一年間に創作部門、作業部門、およびその併用にはそれぞれ

一〇一人、一八人、二七人が新たに参加し、この一年間で就労に至った人はそれぞれ二人、三人、〇人であったことは工賃を得る種目の大切さを物語っている。

授産施設は、その後府や国に働きかけ、九二年に運営費の四分の一の設置者負担はなくなったといえ、なお赤字のため、九三年には授産施設を一時休止し、パン工場も印刷工場もデイケアに吸収した。平成一〇（一九九八）年にはそれまでのパン工場、印刷工場の他に喫茶部門も加えて授産施設を再開した。授産施設を中心に平成一一（一九九九）年一〇月には豊中市の委託で地域生活支援センターが開設されることを目指しての再開であった。

その他デイケアの授産部の中に平成六（一九九四）年から平成一〇（一九九八）年までは、病院の洗浄パートの一定人数分の手当てを、一人分の仕事をこなすには困難のあるメンバーの人数を増やし、さらに精神科ソーシャルワーカーをつけ、いわゆる「援助付き雇用のデイケア版」をしたが、そのニーズがなくなったところで休止した。デイケアが早期退院、慢性患者の社会的入院の解消に役立つものの、回復の早いメンバーは一般社会に戻っていき、リハビリの継続をし続けないと再発、再燃に至るメンバーが多く残った。昭和六二（一九八七）年に一単位で始め、平成四（一九九二）年から二単位（二グループ）とし平成六（一九九四）年からは三単位（三グループ）とし、種目で班分けをしたが、平成一〇（一九九八）年には通所期間で三グループに分け、届けは四単位とした。しかし、この中にはリハビリの継続をしなければ再入院に至る「社会的デイケア」を必要とする人々を中心とするグループがある。現在、精神科病院は機能分化をしているが、デイケアもサイズが大きくなると機能分化していく必要が生まれ、またサイズが大きいだけにそれが可能となっている。このような流れも

資源を用意する中で次のニーズが生まれ、それを満たすべく次の資源を用意すると、さらに次のニーズが生まれるという発展をしている。しかしあくまでも民間病院であるため、診療報酬の変化、国の制度、それにともなう補助金の制度に縛られてしまう。

住まう場としては昭和六二（一九八七）年訪問看護がスタートしたときから、地域のアパートへの退院を促進しそれをサポートしてきたが、社会性が低く、他の住人に迷惑をかける人はやむなく救護施設へ入寮させざるを得なかった。平成二（一九九〇）年サンフランシスコ、バンクーバーの研修の後、平成三（一九九一）年に当院が所有しており、看護者夫婦が田舎に帰ったりして空き家になっていたところを利用し、初めてのグループホームをつくった。国の要綱の出る一年前だった。これが先に述べた住まう場である。これは六カ月を目途に再判定し、自宅、アパートあるいはその後もグループホームが必要かを判断した。これについてのミーティングは初期は精神科ソーシャルワーカー二人、訪問看護者二人、作業療法士一人、そして著者であったが、二週間に一回開催し、すでに一八〇回を超えている。そして現在は、それぞれのスタッフの人数も増え、その他にグループホームの専任職員であるヘルパー、開放病棟を中心とした看護長など総勢四〇人くらいが毎回一堂に集まっている。このように住まう場が資源として用意されると新たなニーズが発生し、そのニーズを満たすための連携がいわゆるチーム治療を自然発生的に生まれるのである。

グループホームは六カ月の訓練と観察の後もグループホームが相応しい人には平成三（一九九一）年に永住型のグループホームを用意した。それも五軒まで増やしたが、経済的に苦しくなったとき、一軒を売り払い、残り四軒の内三軒を患者家族に買ってもらい、賃貸として継続してグループホーム

を運営してきた。さらに、家族からの申し入れで一〇〇〇万円単位でお金を集めて有限会社をつくり、会社はその金を預かり、それでグループホームを購入し所有し、病院に賃貸し、病院はグループホームの補助金を受けて運営し、病院は家賃をとってそれを有限会社に家賃として払い、有限会社は預かった金の利子を本人か家族に払うという三つ巴の関係でグループホームは六軒増加し、あと一軒は病院の関連会社が持ち、計一〇軒となっている。これらの経緯については拙著を参照されたい。⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

ケアするスタッフは、国の補助金が増えても年三〇〇万円留まりであったが、平成八（一九九六）年四月から府は単独補助二〇〇万円を上乗せしたため、先に述べたようにヘルパーを平成九（一九九七）年二月に各グループホームに配置した。それによりさらに重度の人をケアできるようになった。

ケアするプログラム、ケアするスタッフが充足し、目が肥えてくると、さらに重度の人も地域で治療を続けながらケアするというニーズは高まる。このため、さらにグループホームの需要が増したが、次第に迅速な対応を必要とする人、高齢で食事をつくることも困難で、また食べに來るのも近くでないとい困難な人が増え、病院の近辺の住居を探したが見つからなかった。平成九（一九九七）年の春頃、近所の人で単身用のマンションをつくったが、患者さんはちょっと勘弁して欲しいが、職員に住んでもらいたいという人がいた。その意味で、その人は患者さんへの「受容と理解」は十分でなかったが、病院から二〇〇メートルほど離れた職員用アパートはミニキッチン付きの六畳間で風呂は共同であり、現在の若い人々の要求水準からすると風呂は自室にある方が好まれたので、補助金を出してそのマンションに移ってもらった。そこで、それまでのグループホームと同様スプリングラーを付け、各階一二室のうちの二室を一つにして談話室とし、それまでの管理人室はスタッフルームとして五〇数名に

対して五名のスタッフ（看護者二名、精神科ソーシャルワーカー二名、ヘルパー一名）で対応することにした。ここは、いろいろの部署の応援を得ながらも毎晩スタッフは泊まっている。

すなわち、住まう場もたまたまあった資源をもとに潜在的にあったニーズを充足しようとしたが、スタッフの配置により、さらに重度の人みれるというニーズが満たされ、さらに時のもたらした資源、家族の申し出によってつくられた有限会社所有の家をグループホームにしたり、病院の所有していたアパートがあり、そして近所で単身者用マンションの貸し手がいたということなど、さまざまな出会いにより得た資源の利用が次々とニーズを生み、連鎖的に発展していった。

現在は、もうひとつ活動として障害者が障害者を支えるというプログラムをニーズとしている。精神障害者が地域生活を始め、作業所やデイケアに毎日通っても、そこに生き生きとした感じがみえないことがある。授産施設をつくり、そこでそこそこの工賃を得、年金と合わせてアパートが借りられると目が輝いてくる。また当院で以前から年二回のボナナス時に献血車に来てもらい、職員は献血していても自分たちは薬を飲んでから断られる、何か人の役に立ちたいと外来でよく話す人がいた。それなら何か役に立つことを探そう、これがまさに新しいニーズである。豊中は高齢者へのサービスが不足しており、施設も少なく、まして在宅のメニューは週一回のデイサービスくらいである。高齢者にとっても在宅で過ごしたいという希望があればそれがかなうように、食事宅配サービスをパイロット的に平成六（一九九四）年から始め、平成七（一九九五）年に通院患者をパート雇用し、拡大した。平成八（一九九六）年には市の委託事業とし、スタッフの給与の一部について補助を得た。こうして現在一九名の通院患者がパート登録し、二日労働、二日休みのサイクルで一日平均八六食を運び、地

域の一〇〇名の高齢者の食事を支えている。このようなシステムでこれまで依存的であった患者も自立心がつき、またシンナーを何度も吸引していた患者も「君がシンナーで死ぬのはいいが、お年寄りを餓死させるな」といって励まし、長くシンナーの吸引をやめ、さらに九八年五月から老人病棟で夕食の食事介助のパートもするようになっていた。もちろん給与は最低賃金以上で三カ月後に評価をして給与も上がり、その後は一年ごとに評価をする。ボーマスも他の職員と同様に院長室でメッセージとともに渡している。

さらに、平成一〇（一九九八）年五月から痴呆老人の独居の住まいに毎晩付き添って泊まり、何かあれば当院の訪問看護ステーションに連絡をすることと、毎日重度痴呆患者デイケアに車で送り迎えするパートをつくった。ただしこの契約は、患者家族と本人との間のもので病院は仲を取り持っただけである。その人はその後発熱したり、食事がとれず、入院し、検査で悪性リンパ腫が胸腔に見つかったりし、さらに痴呆も進み入院したままとなり、このパートは中断した。しかし、その経験を発展させ、自傷と過食の激しい知的障害の人を重度痴呆患者デイケアのボランティアに来てもらい、高齢者の付き添いをするという役割で自傷行為がなくなった経験を得た。また、先の精神障害の人には旧職員住宅を変更したケア付きアパートの障害の人がデイケアにも出てこれず、日中部屋にいて活動をしないため、一週のみ日中付き添って散歩などをするというパートをつくって実行してもらい、アパートにいたその患者の日中活動と睡眠との関係についても明らかにでき、生活リズムの改善もできた。そして、その後パートをしてくれた人も重度痴呆患者デイケアでパート雇用し、七カ月後の平成一一（一九九九）年三月から正職員へと登用した。

これらは個々の患者の問題行動、症状を考え、また対応する場合や対応する患者を選び、個別的ニーズをみつけ、満たす中で総論化し、システムを構築していくことであったと考えている。

最後の地域の人々の受容と理解は、平成元（一九八九）年までは病院の盆踊りを運動場で行い、少しでも地域の人々に入ってもらおうということから始めた。しかし、金網の中の運動場では一部の子供たちを除いて誰も入っては来なかった。平成元（一九八九）年から地域の小学校で夏祭りが始まり、来てくれないならこちらから行こうということで毎年参加し、平成三（一九九一）年からは病院での盆踊りをやめて、土曜日は地域の夏祭りを応援し、翌日は運動場を借りて病院の夏祭りをした。そして、平成九（一九九七）年からは地域の知的障害者の団体の参加も呼びかけ、さながらオリンピックに続くパラリンピックのようになった。

また昭和六三（一九八八）年五月からは社会復帰施設への府の補助の増額を求めて、毎月の「ロータスクラブ」の活動の中でキャンペーン活動をし、都合一〇〇カ月アンケート調査を通じて三万六九〇〇名の署名を集め、大阪府知事に四回会見（内一回は精神保健室長）し、要望書を手渡した。またこの間、一度は大阪府庁に向けてデモ行進もした。このアンケート調査はアンケートのために職員自身勉強すること、市民の啓発をすること、そして署名を得ることであった。

この「ロータスクラブ」について少し説明しよう。これは昭和六一（一九八六）年四月に長く外泊できなかった女性の患者によく姉の家に外泊できるようにしたが、車の前に飛び出そうとしたり、包丁で手首を切ったりしたため家族のみでもできないことを、職員と家族と一緒に普段できないことができるだろうと、日帰りのバスレクを企画し、この人とその姉も参加し成功した。昭和六一（一

九八六〇年九月から毎月何らかの行事をしてこのように家族だけでもできず、職員だけでもし難いことをし、また普段平日には来れない家族を呼んで今後のことを話し合おうと、原則として第二日曜日にこのような会を開いた。家族と職員と本人が泥の中で手を結び、花を咲かせ、実を結ぶという意味でロータスクラブとした。また、仕事の関係で平日の外来に来にくい人には外来も開いた。その後この輪は職員、本人、家族にとどまらず、地域の人々の参加できるもの、さらに他の障害者も参加できるものに、そして平成九（一九九七）年からは他国の異文化を持つ人々も巻き込んだの催しとなった。障害者の施設として、豊中では「障害福祉センターひまわり」があり毎年夏祭りがあったが、平成五（一九九三）年に障害者基本法ができて、三障害が横並びに法制上なったことから、平成六（一九九四）年にはグループホームの居住者六名と著者を含めた職員二名が参加しアピールした。

このようなプログラムでの活動は必要であるが、一般市民との自然な出会い、いわゆるふれあいが最も大切であると考えている。

また、遠方から長期入院していた人の外泊が困難なことから、昭和六一（一九八六）年に家族とともに外泊するところとして「ふたばの家」を用意した。それが家族との外泊のみでなく、入院者の家庭的なレクリエーションの場として、またアパートへの退院前のイメージづくりの場として、さらに外来患者で入院の必要はないが、家にも帰りたくないという人の一泊宿泊施設として機能してきた。その後、本格的にアパートのイメージづくりのためには一週間の限度とする宿泊施設、「わかばの家」を分離し、さらに平成九（一九九七）年には「ふたばの家」の機能のうち、アパートの退院前のイメージづくりの場として、さらに外来患者で入院の必要はないが、家にも帰りたくないという人の一泊宿

泊施設として機能を分離して「こかげの家」をおこした。

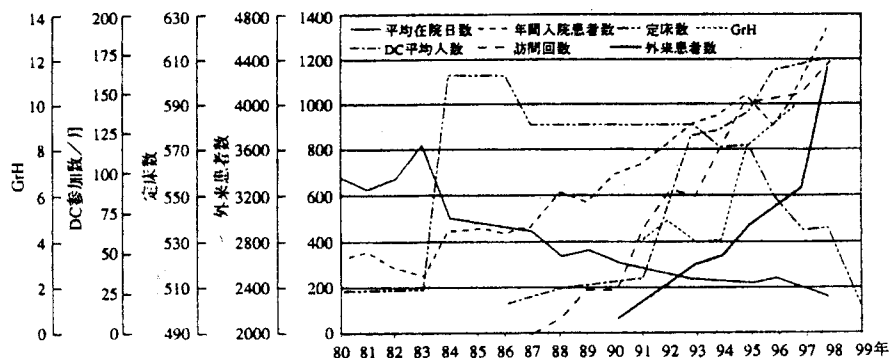
このような社会復帰活動を補完する形で昭和六三（一九八八）年精神保健法が施行されたときから、精神保健指定医を毎晩配置してきたが、特に平成三（一九九一）年大阪府が精神科救急システムを開始したときには緊急・応急・救急医療をするようになった。平成八（一九九五）年に精神科訪問看護を訪問看護ステーションとしたと同じ時期に当直医を二名態勢とし、平成七（一九九六）年には入院部門として急性期治療病棟を開設し、さらに平成九（一九九七）年には夜間も必要に応じて救急往診をするようになった。

このように精神障害者の地域ケア、そしてそれとともに発展した精神科救急医療に関するニーズは、資源の準備とともに生み出され、あるいはみつけられてきた。⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾

精神障害者施策の地域化が進む中、さわ病院の周辺の高齢者対策は人口三九万人に対して非常に遅れていた。平成五（一九九三）年にはまだ特別養護老人ホームが一施設できたばかりで、老人保健施設も老人性痴呆疾患治療病棟、療養病棟もなかった。平成三（一九九一）年には職員二〇名ほどでデンマークへ研修に行き、デンマークで痴呆疾患患者は地域ケアをしているのか、施設ケアをしているのかを確かめたがデンマークでも苦悩していた。そこで自ら検討しよう。ニーズは精神障害者と同じく地域ケアにあるとみて、まず平成五（一九九三）年一〇月から重度痴呆患者デイケアを始め、平成六（一九九四）年一月に認可を受けた。平成七（一九九五）年には老人性痴呆疾患センターの指定を受け、同時に内科、外科の標榜をし、内科、外科の外来を開いた。このことで地域の高齢者に対する往診、在宅治療にも大きな進展がみられ、同時に精神科の敷居はさらに低くなった。

五章 社会的ニーズに対応する精神科病院

図5-1 さわ病の施設およびシステムの変化と患者動態



86年9月	ロータス・クラブ開始（第二日曜会としてスタート）	94年8月28日	ブ：ロータスアート） 障害福祉センターひまわり夏祭りに参加
86年10月1日	本院デイケア開始	94年10月	デイナイトケア開始
86年12月31日	（超短期宿泊施設）ふたばの家開所	95年4月19日	訪問看護ステーション開設
87年4月14日	訪問看護開始一病棟看護婦に継続看護として開始	95年5月21日	医師2人当直開始
87年6月	本院デイケア施設承認	95年7月1日	老人性痴呆疾患センター承認
87年9月1日	共同作業所オープン	95年9月1日	BCレジデンス1号館2号館オープン
87年12月	本院OTセンター承認	95年10月	BCレジデンス3号館4号館オープン
88年5月	街頭キャンペーン開始	95年10月	食事宅配サービス フロイデッセン開始
88年5月	クリニックデイケアルーム承認	96年4月1日	在宅介護支援センター サポートセンター ドゥウ開始
88年5月	医療相談室新設；在宅ケア室新設；アパート退院開始	96年4月1日	BCレジデンス5号館オープン
88年9月1日	ナイトサロン開始	96年7月28日	北斗ハイツ2号館再オープン
88年9月28日	外来患者への食事実費サービス開始	96年9月1日	精神科急性期治療病棟承認
89年4月20日	精神障害者通所授産施設－ロータスアート開所（パン工場含む）	96年10月1日	豊中市より在宅給食サービス事業をフロイデッセンに委託
89年8月	ビッグサロン開始	97年3月21日	ライフサポート（グループホームヘルパー）開設
90年4月20日	授産施設の中に共同作業所部門再開	97年3月31日	BCレジデンス6号館オープン
90年12月9日	ナイトケア開始	97年6月1日	老人性痴呆疾患治療病棟オープン
91年2月21日	短期宿泊訓練施設；わかばの家開設	97年6月21日	旧職員寮芝蘭荘1号館を退院者住宅へ
91年5月12日	中間施設型共同住居キャッスル・ヒル231オープン	97年8月21日	在宅ケア室再開（芝蘭荘サポート）
91年11月1日	永住型共同住宅北斗ハイツ1号館オープン	98年1月	家族会へのサイコエデュケーション開始
91年11月21日	永住型共同住宅北斗ハイツ2号館オープン	98年4月1日	精神障害者通所授産施設（ロータスアート）再開（パン工場、印刷工場、喫茶フロアをロータスアートへ；洗浄グループをデイケアへ移管）
91年12月1日	緊急・応急指定病院へ	98年5月	旧職員寮芝蘭荘2号館を退院者住宅へ
92年3月21日	授産施設の中の共同作業所部門をDCへ組み込み	98年5月20日	洗浄グループ休止
92年5月12日	中間施設型共同住居キャッスル・ヒル1713オープン	98年7月1日	デイケアを通所期間を基本に3グループ化
92年7月12日	永住型共同住宅北斗ハイツ3号館オープン	98年7月16日	デイケア4単位へ
93年2月	ロータスアート一時休止しDCへ組み込み	98年9月1日	重度痴呆患者デイケア2単位承認
94年1月	重度痴呆患者デイケア施設承認	99年10月1日	地域生活支援センター開始
94年5月	単身老人への配食サービス開始		
94年8月	デイケア再編（創作部門：ひまわり、生産部門：共同作業所、JOBグループ）		

そして、痴呆性疾患患者の地域医療、地域ケアを補完する形で、平成九（一九九七）年には老人性痴呆疾患治療病棟がオープンした。また、九六年には痴呆以外へのサービスとして在宅介護支援センターを開設した。これまで述べてきた内容は図5-1に示した。

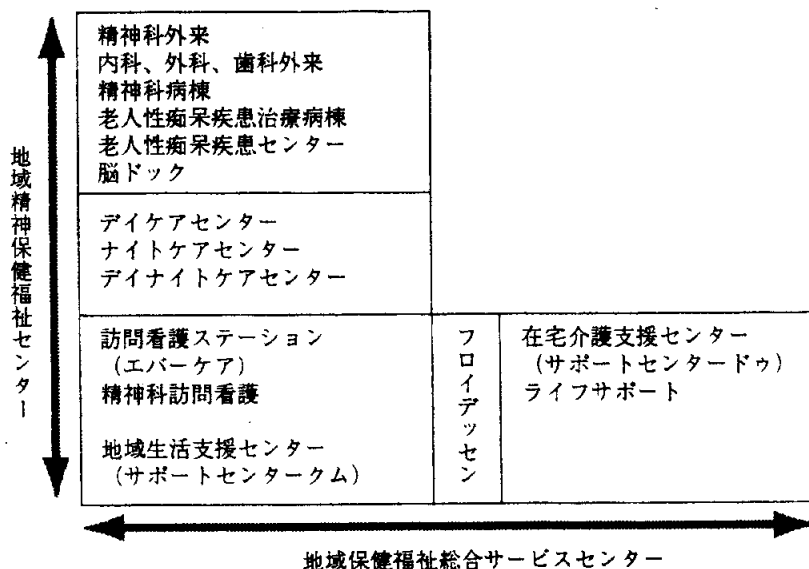
さわ病院の現在みつけている今後のニーズとそれを充足するための資源整備

このようにして精神科医療の地域化、老人性痴呆疾患医療やケアに対してもできるだけの地域化を進めていく中で、九九年五月末で一病棟を閉鎖し、九病棟から八病棟とすることにした。これで病棟は昭和四七（一九七二）年以前の世界へ戻っていく。そのために、平成一一（一九九九）年二月からは九名の長期入院患者を地域性を考えて五病院に転院させたが、その前の平成一〇（一九九八）年末の平均在院日数は一四三日であり、平成一一（一九九九）年四月末でも一四一日であり、在院日数の減少に転院が寄与した部分は少なく、それ以外の種々の努力の結果であろうと考えている。

今後、精神医療の地域化を病院を核に発展させ、さらに来年の介護保険の開始を見越して、次のようなニーズがあり、それを充足する資源の用意が必要と考え整備しだしている。

第一は、以前から述べてきたように、精神科病院は地域精神保健福祉センターとなるべきであるということである。すなわち入院を中心とする病院から、精神保健相談、精神科外来診療、老人性痴呆疾患センターの相談、鑑別診断、脳ドック、そして精神科デイケア、重度痴呆患者デイケアを中心と

図5-2 さわ病院のこれからのニーズとそのための機関整備



し、入院医療は全体の一部へと重点を移動させることである。

第二に、介護保険を含めて考えると、高齢者対応を含めた地域保健福祉総合サービスセンターの機能も持つべきであるということである。これを図示すると図5-2のようになる。

まとめ

さわ病院を例に長く述べてきたが、これをまとめると、ニーズがみつかる、あるいは掘り起こされる、あるいは生み出されると、それを充足するために必要な資源がみえてくる。そして資源が整うと、次の段階のニーズが想定され、それを実現するための資源整備が必要になるという循環を繰り返す。

ただし、ニーズを考えるとどこに力点を置くかは大切である。二度とない人生を精神障害を持ちつつ生きていく障害者の立場に置くのか、外からみた彼らの人権に置くのか、周囲にいる人々に置くのか、国の財政に置くのか、病院の経営に置くのか、あるいはそれらを適当にバランスさせたところに置くのかなどである。

精神科病院にとって最も大事な資源であるスタッフは、その職種をとっても、地域偏在、公民偏在、科の偏在の中にある。これを持ち越えて明るく社会的ニーズをより高いところに求めていくに当たっては、精神科病院が周りのニーズに依存して収容に残るのではなく、積極的にニーズを掘り起こしオピニオンリーダーとなることが大切である。これにより、同時に地域の精神科に対する感覚の敷居を下げることで、それによりさらに意欲あるスタッフが揃ってくるという好循環が回り出すのである。このとき、痴呆を含めた高齢者対策は介護保険とからめて絶好の材料となるだろう。大学病院を含めた総合病院精神科、診療所、社会復帰施設、作業所、第一線の保健所、精神保健福祉センターに共通した最大の弱点は「いつでも」「どこでも」「だれでも」ができないことである。精神科病院は病院であるゆえに二四時間、三六五日医師も看護者もいる。これを有効利用しない手はないと考える。それゆえ病院以外の機関が二四時間、三六五日態勢となると、病院は独自の社会的ニーズを持てなくなるといえる。そしてまたこのような準備をしない病院は独自の社会的ニーズを持てないゆえに「なくともいい」あるいは「他にとって代わられる」機関となってしまうであらう。

文献

- (1) 三浦文夫「増補社会福祉政策研究」全国社会福祉協議会、五九一六〇頁、一九八七年。
- (2) 斎藤正彦「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスクエアの改善のための諸原則」日本精神病院協会雑誌、五
五—六四頁、一九九二年。
- (3) 澤 温「社会復帰施設と福祉」日本精神病院協会雑誌二四(一〇)、二四—三〇頁、一九九五年。
- (4) 澤 温「大阪府とさわ病院のデイケアの現状と問題点」日本デイケア学会誌「デイケア実践研究」三(二)、八一
—八五頁、一九九九年。
- (5) 澤 温「社会復帰と住居問題—ゲリラの共同住居の展開」日本精神病院協会雑誌一一(二)、四四—五三頁、一九
九二年。
- (6) 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)」精神神経学雑誌九四(一一)、一一四五—一一五六頁、一九九二年。
- (7) 澤 温「精神科病院と社会復帰施設」日本精神病院協会雑誌二二(九)、一九—二五頁、一九九三年。
- (8) 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」日本精神病院協会雑誌二二(一一)、二五—二
九頁、一九九三年。
- (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二(二)、一三九—一四六頁、一九九
四年。
- (10) 澤 温「グループホームの展開」精神医学三七(二)、二七—三一頁、一九九五年。
- (11) 澤 温「大阪府の精神科救急医療システムとさわ病院の救急医療態勢の現状と問題点、ハード、セミハードそして
ソフトの救急について」日本病院・地域精神医学会誌四〇(二)、二九—三四頁、一九九七年。
- (12) 澤 温「精神科救急医療システムの整備と育成システムをどう整備するか—大阪府と、さわ病院における構築から」
医療メデカルフレンド社一四六(八)、三三—三七頁、一九九七年。

(13) 澤 温「精神科救急医療システムとその問題点―民間病院の立場から」日本精神病院協会雑誌一七(五)、九―一四頁、一九九八年。

(14) 澤 温「いそがれる精神科救急医療対策」病院経営新事情八(二六七)、三二―三九頁、一九九八年。

(15) 澤 温「精神病院と精神科救急診療」こころの科学七九、五四―五九頁、一九九八年。

(16) 澤 温「大阪府とさわか病院の精神科救急医療システムの現状と問題点―特に精神科救急医療へのアクセスに関するシステムについて」精神神経学雑誌一〇〇(一一)、九四七―九五二頁、一九九八年。

変わりゆく精神保健・医療・福祉
——精神障害の理解と援助

1999年11月10日 第1刷発行

編著者 乾 正
瀧本優子
発行者 安部武康
発行所 医学書林

〒630-0112 奈良県生駒市鹿ノ台東2丁目8-9
電話・FAX (0743) 78-6663

印刷・製本所 第一印刷出版株式会社

乱丁本・落丁本はお取り替えいたします。
ISBN4-900868-01-9
©Printed in Japan