

社会復帰と住居問題

— ゲリラ的共同住居の展開 —

澤 温

日本精神病院協会雑誌第11巻第2号別刷

1992年2月5日発行

社会復帰と住居問題

——ゲリラ的共同住居の展開——

澤 温

現在日本の精神科病床数は35万弱と言われ、最近になり満床を切る病院が増加していると聞く。しかし精神保健法施行後3年たった今でも、厚生省が22%¹⁾、精神神経学会が33.1%²⁾と試算したように1/4から1/3のいわゆる社会的入院者がいると言われ、環境が整備されれば退院できる人たちがいると言われながらそれほどには病床は減っていない。これにはいくつかの原因があるだろう。第一に現在の医療費制度は入院中心主義に決められており、一生懸命入院させないように外来で時間をかけて治療することは労多くして実りが少ないと言える。特に精神科地域医療を支える要である精神科訪問看護は、卒業したての看護者を配置しない限り赤字である。第二に保健法9条、10条に謳われた社会復帰施設は、いわゆる第2種社会福祉事業であり、利用者から利用料をとり、設置者に1/4負担を負わせるという欠点があり、例えば91年9月1日現在、日精協の病院1,183の内、援護寮26、福祉ホーム35、授産施設9しか行っていない。第三に精神科医療従事者が、なかなか指示を発する精神科医がどのような状態で入院、退院を決定するのか、地域で患者が病いをもちつつ生活するには何が用意されねばならないのかについて、新たな観点に立った考えを持っていないことが挙げられる。この点については昨年の精神神経学会のシンポジウムでも述べた³⁾が、特に全国で80ある医学部でデイケアを有しているのが18であることから、若い医師でさえこのような考えに立てないでいる原因の一つがここにあると思われる。

ここでは当院でこれまで、特に'86年以後社会復帰メニューを整備してきたが、その歩みと成果、中間施設から共同住居への展開について述べ、同時に、ここ大阪のベッドタウンで住居を購入してまで共同住居を行うときの採算性、意義についても述べたい。

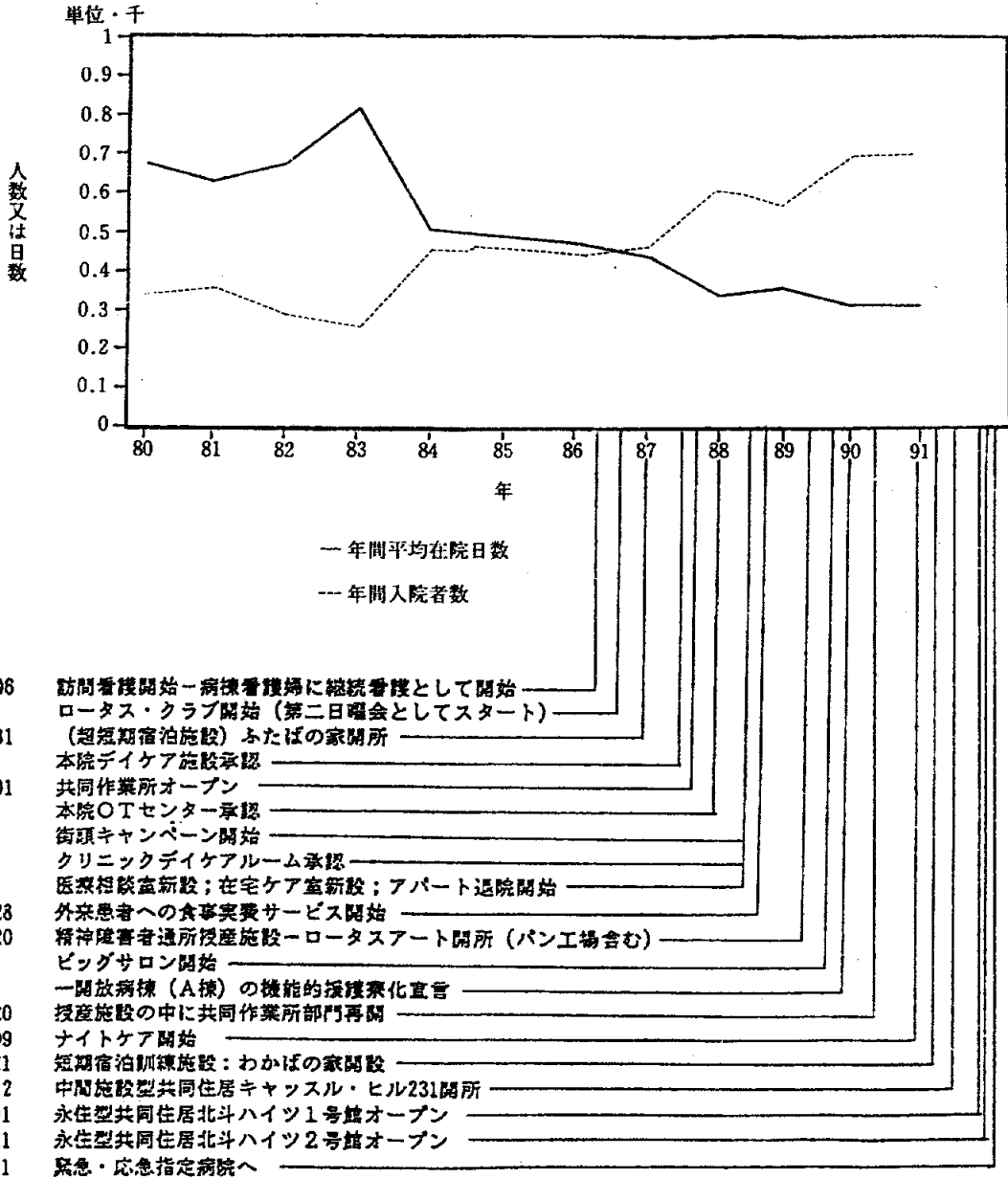
1) '86年以後の社会復帰メニューの整備とその効果

当院は'53年に創立され、'69年10月に基準3類、'86年11月に基準2類、'88年7月に基準1類となり看護マンパワーの充実を図ってきた。病床数は'72年5月に509床、'83年12月に603床、'87年6月には、アメニティを高めるために、基準1類昇格を狙って580床にした。社会復帰メニューの整備の歴史は新しく、主なものと、年間在院日数の推移、年間入院者数の推移について図1に示した。この中には訪問看護、デイケア、作業療法、ナイトケアなど保険内診療にあたるものもあるが、その他のものは患者が地域で生活するために必要なものとして整備した。外来患者の食事実費サービス（一食300円で職員食堂で食べられる）、授産施設、超短期宿泊施設ふたばの家（2DKの元職員寮をうい1泊を原則とし、家族との宿泊、患者同士のレクの宿泊、退院を目標に単独のあるいは患者同士の、あるいは職員がついての宿泊、また外来患者の危機介入的宿泊などに用い、患者は1泊500円、家族は1泊1,000円）、短期宿泊訓練施設、わかばの家（退院を目標に原則として1週間の宿泊訓練の場でふたばの家と同じ間取り、同じ料金）などは全く経済的裏付けのないものである。

法内社会復帰施設としては授産施設を設立したが、これはこの豊中では既に坪単価は200万円を超し、これ以上敷地の拡大は無理であるので病棟を整備する中で、社会復帰施設設立のためのスペースを確保する必要があった。図1に示すように'87年にすでに近くの民家で共同作業所を、職員家族、患者家族のボランティア活動で'87年に開始していたこともありそれを発展的に解消する形で'89年4月に授産施設を設立した。

マンパワーとしては、現在精神科常勤医は14名でその内精神保健指定医は11名である。パート医は精神科ではない。看護は先に述べたように基準1類である。作業療法士はデイケア2名、OT

図1 社会復帰メニューの整備の歴史および年間平均在院日数と年間入院者数の推移



センター6名、授産施設1名、付属のクリニック1名の計10名である。この内過剰配置の4名はナイトケア登録である。

訪問看護は診療保険請求ができるようになった'86年4月から開始し、現在3名の看護者(内2名は看護婦、1名は准看護師で登録上はソーシャ

ルワーカーとしている)が現在130件くらいの患者の家を訪問し、月間で約350回の訪問回数を数えている。

このようなメニュー整備とあいまって、'86年以後10年以上の在院期間を持つ患者の退院が多くなり、自宅、施設は勿論であるが地域のアパート

に住むものも多く出ている。以前なら入院を継続していたと思われる患者で地域のアパートに住み、訪問看護を受け、日中、授産施設、デイケア、外来OTなどのプログラムに参加する人々はすでに44名に達している。

このように'86年以後の社会復帰メニューの整備にともなって、この5年間にかなりの数の長期在院者もすでに退院している。

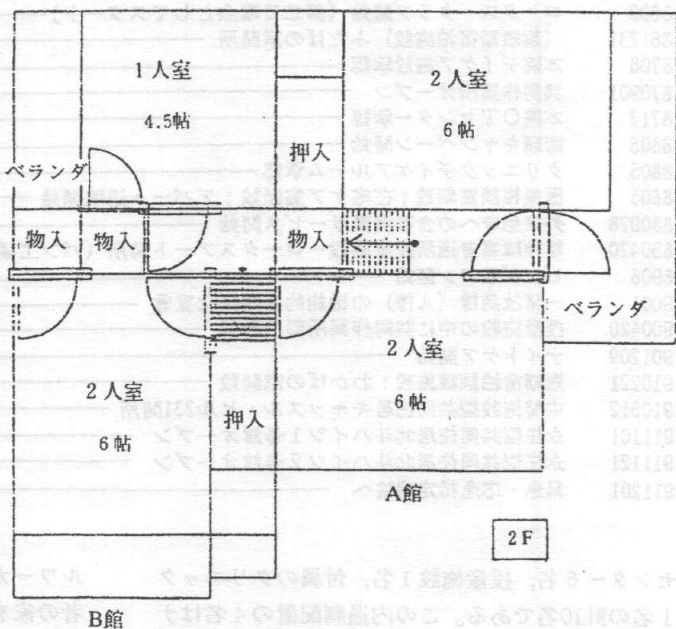
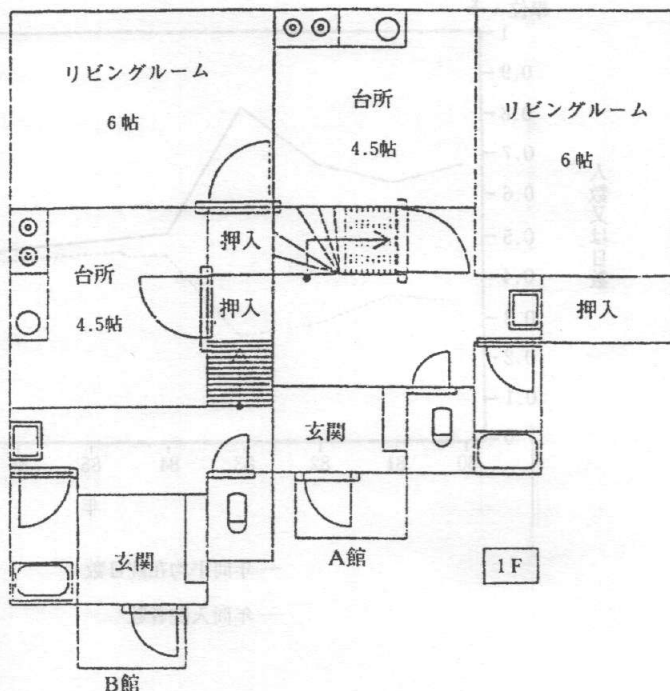
'90年末ですでに在院日数は309日になっているが(図1参照)、それでもなお在院者をみると多くの長期在院者を抱え、5年前に比べ約8%程の減少はあるものの、尚30%が10年を超えた在院期間を有している。

2) 中間施設型共同住居の開始

前項で述べたように、病院食の実費サービス、訪問看護、デイケア、授産施設、ナイトケア、ふたばの家、わかばの家など地域生活をする上で必要なメニューを整備してきた。先に述べたように社会復帰施設としては共同作業所からの流れから授産施設が先行して整備されたが、授産寮、福祉ホームはスペースの確保、経済問題からまだ手がつけられる状態ではなかった。

一方で、欧米諸外国を見てみるといずれも病院敷地内に生活の場所を用意するのは初期の段階で、次第に地域の中に生活する場を用意する傾向があるが、当院で、たとえ公道で隔てられているとはいえ患者だけが住む施設を用意するのがよいのかは疑問が残った。また法内施設は授産施設でも経験したが、広さ、配置職員数、職員職種などが厳しい上、補助金は少なく、中止しようにも補助金をもらっているため中止さえしにくい状況に置かれ、生活訓練施設の設立はまだ決断ができなかった。

図2 中間施設型共同住居 キャッスル・ヒル231の間取り



その様な中で地域での生活を推進して行ったが、'90年1月に3つある開放病棟の内、いわゆる社会的入院者の最も多い病棟を「機能的援護寮」と規定し、病棟で生活してもできるだけ病院生活から地域生活のパターンにするようにした。例えば米飯は自分で量を考えておひつからよそう、入浴は週3回夕食後とる、私物は鍵のついたロッカーで自分で管理する。当然金銭管理も原則として自主管理をする、などである。また当然の事ながらOTや授産施設内の共同作業所（午前、午後各2時間作業に従事する部門）を利用し、日常の生活リズムの獲得に努めた。'91年に入り、さらにふたばの家を積極的に使用するようにし、必要なら勤務の一つとして職員がついて宿泊した。さらにふたばの家の隣の2DKをわかばの家と称し、退院を準備する人に原則として1週間を限度に生活訓練する場を提供した。

それでも患者の中には長期入院のためなかなか地域生活を開始するのを拒む人たちが多くいた。

そうしているうちに病院と公道を隔て、一般住宅に囲まれた職員住宅に住んでいた職員、2家族が退職し、空き家となった。いずれ壊して駐車場にする必要があったが、壊すまでの期間共同住居に使えないかと考えた。

そこで、'90年に職員と視察に行ったカナダ、バンクーバーの障害者用住宅にスプリンクラーが設置されていたのを参考に、普通のビルと同じ規模のスプリンクラーを設置した。これはこれまで他の病院で行われてきた地域活動で、患者の家から出火すると、ほとんど地域からバージされてしまうことを聞いていたからである。

この共同住居は、原則として6ヶ月の入所期間を定め、いつ再入院をするかもわからないため権利金などは徴収しないことにした。'91年5月12日、この家をキャッスル・ヒル231（その地名、城山町2-3-1を訳したもので、イギリス、モーズレー病院の中の長期滞在型施設、デンマーク・ヒル111をまねた）と命名しオープンした。

キャッスル・ヒル231の入居者の構成を表1に示した。

最初の住人の最終入院期間を見てみると、5年以内が2名、5年を超え10年までが1名、10年を超える人が4名であった。原則として6帖間に2人が寝泊まりし、ダイニングキッチンその他に6帖の居間が用意されている（図2）。食事は朝以外は病院の職員食堂を希望すれば利用してよいとした。日曜を除く毎日訪問看護婦が住人誰かのために訪問し、ついでに他の住人の様子も見て来る形をとった。

このようにして中間施設型の共同住居が発足したが、発足後半月で医師と各病棟看護婦に「このような住居が用意され、①栄養管理（食事）②経済管理（金銭の管理）③生活リズム管理（睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビをみたりごろろしている人はそれもよしとして）④保清（掃除、洗濯、入浴）⑤治療管理（服薬）⑥対人関係（自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして）の6項目を考え、必要な項目にそれぞれサポートするといった地域ケアサービスが提供されたらどのくらいの患者が退院できるか」を問うた。回答を見ると医師は245名/593名、看護者は154名/593名であった。何れが正しいかは別にしても、ほぼ2病棟分の患者は退院できることが分かった。

またキャッスル・ヒルに入所した人々は長期入院であったにも拘らず、再入院を心配されることはなかった。逆に入居者から6ヶ月後の心配をする人々が出てきた。地域の住居（病院から半径1km以内）を購入して、経済的に成り立つかとい

表1 キャッスル・ヒルに住む人々

名 前	性別	年齢	病 名	入院期間	入院年数	自己評価
I.T.	女	68	精神分裂病	570821~910601	33年10月	CHがよい
S.U.	女	55	精神分裂病	550111~910601	36年5月	CHがよい
S.K.	女	66	精神分裂病	830606~910601	8年0月	CHがよい
K.H.	男	65	精神分裂病	580325~910601	33年2月	病院がよい
T.N.	男	53	精神分裂病	620206~910601	29年4月	CHがよい
Y.S.	男	49	精神分裂病	890112~910601	2年5月	CHがよい
Y.N.	男	46	精神分裂病	890218~910601	2年4月	これから

CH: キャッスル・ヒル231

う検討を迫られた。

3) 共同住居運営の経済的問題

もともと病院が所有している住宅を用いたり、住居の価格が低廉であるところでは問題ないであろうが、ここ豊中のように大阪駅まで40分くらいのいわゆるベッドタウンでは2階が6帖2間で1階が6帖と6帖のダイニングキッチン、そして風呂、トイレがあると4,000万円から5,000万円する。

そこで前述の医師、看護者へのアンケートから2病棟分の患者が地域で生活できるわけであるが、先ず1病棟を80名としてこの患者が地域で生活できる条件を揃えた場合、経済的に成り立つかを考えてみた。地域で生活する条件としては、日曜を除く毎日訪問看護を受けるが、1人の患者にとっては週2回として、月8回受けるものとする、現在もっとも収益の高い外来メニューであり³⁾

また再入院阻止効果の高いデイケアを利用することとし、1軒に4名が居住し、1軒を仮に4,000万円とした。

この時の仮想採算データを表2に示した。この試算の人件費は当院の実際の職員の給与（賞与年5ヶ月、福利厚生費を含む）から算出したものである。この4,000万円の家ではほぼ損益0であることがわかる。

仮に、この80名を法内施設である援護寮、福祉ホームに置き換えた場合の試算をすると表3、4のようになり、いずれも共同住居より格段の持ち出しになることがわかった。

4) 永住型共同住居の開始

この様な試算のもとに病院から500m くらいのところにある図3のような一般の住宅地の中の家を購入した。

表2 1病棟を共同住居に転換する案

例えば80人(1病棟)の退院可能な患者がいるとして
20軒の家(1軒4人として)が必要
4,000万円/軒×20=8億円

収入/月

(家賃)

3万円×80=240万円

(デイケアかナイトケア食有り(460円加算)で)

4,960円×80×20=793.6万円

(訪問看護)

3,800円×80(名)×8(月)=243.2万円

計:1,276.8万円

支出/月

(人件費)

デイケア2単位として

看護者2名 : 36.5万円×2=73万円

作業療法士あるいは資格をもった看護者2名

: 33.2万円×2=66.4万円

臨床心理士あるいはケースワーカー

: 30.2万円×2=60.4万円

訪問看護者(1人で月約100回として6名)

看護者 36.5万円×6=219万円

orケースワーカー 30.2万円×6=181.2万円

(食事材料)

1食300円として

300×1,600=48万円

(家屋返済)

年利7.5%として

利子の総額

80,000万円×0.075=6,000万円/年

6,000万円/12=500万円/月

元金の返済

80,000万円/20/12=333.3万円/月

計:1,300.1万円 (訪問看護を看護者がすると)

1,262.3万円 (訪問看護をケースワーカーがすると)

差額の持ち出し分

月額 23.2万円 (訪問看護を看護者がすると)

差額の利益

14.5万円 (訪問看護をケースワーカーがすると)

年当りの持ち出し 23.2万円×12=278.4万円

(訪問看護を看護者がすると)

年当りの利益 14.5万円×12=174万円

(訪問看護をケースワーカーがすると)

表3 1病棟を介護寮に転換する案

例えば80人(1病棟)の退院可能な患者がいるとして
 20人定員の介護寮を4施設建築すると
 建物延床面積 $345\text{m}^2=104.5\text{坪}$ (1施設)
 建築費坪単価 90万円にすると
 建築費用1施設あたり $90\text{万円}\times 104.5\text{坪}=94,050,000\text{円}$
 (4施設にすると376,200,000円)
 土地価格(坪単価200万に設定)
 建築に必要な土地面積を65.3坪(215.49m^2)とし、
 土地価格を計算すると
 土地価格(1施設あたり)=130,600,000円
 1施設あたり(土地+建物)224,650,000円
 4施設にすると 898,600,000円となり

建築総費用から介護寮建築補助金を引くと

1. 工事費 43,925,200円
 2. 暖房設備整備費 3,486,600円
 3. 浄化槽設備工事費 737,500円
 4. 初度設備費 2,520,000円
- $50,569,300\text{円}\times 3/4$ (補助率)=38,001,975円
 $(224,650,000\text{円}-38,001,975\text{円})\times 4=746,592,100\text{円}$

介護寮収入(年間)

家賃 $9,000\text{円}\times 80\text{人}/2=8640,000\text{円}$
 デイケアかナイトケアを実施
 $4,960\times 80\times 20\times 12=95,232,000\text{円}$
 訪問看護実施
 $3,800\times 80\times 8(1\text{ヶ月})\times 12=29,184,000\text{円}$
 合計133,056,000円

支出/月(人件費)

介護寮
 施設長 1名 36.5万円
 ソーシャルワーカー 1名 30.2万円
 専任職員 2名 $33.2\text{万円}\times 2=66.4\text{万円}$
 顧問医 1名
 年間にすると63,888,000円
 デイケア2単位

看護者 2名 $36.5\text{万円}\times 2=73\text{万円}$
 作業療法士or資格のある看護者 2名 $33.2\text{万円}\times 2=66.4\text{万円}$
 臨床心理士orケースワーカー $30.2\text{万円}\times 2=60.4\text{万円}$
 訪問看護者(1人で月約100回として6名)
 看護者 $36.5\text{万円}\times 6=219\text{万円}$
 (orケースワーカー $30.2\text{万円}\times 6=181.2\text{万円}$)
 年間にすると70,188,000円)

(食事材料)

1食300円 $\times(80\text{人}\times 20\text{日})=48\text{万円}$
 年間5,760,000円

(施設建築費返済)

年利7.5%として
 利子
 $746,000,000\text{円}\times 0.075=55,950,000\text{円}$
 $55,950,000\text{円}/12=4,662,500\text{円/月}$
 年間55,950,000円

元金返済

$746,000,000\text{円}/20/12=3,108,333\text{円/月}$
 年間37,299,999円

支出計 63,888,000円 介護寮人件費
 70,188,000円 デイケア・訪問看護人件費
 5,760,000円 給食材料
 55,950,000円 利子
 + 37,299,999円 元金返済

233,085,999円

介護寮・デイケア・ナイトケア・訪問看護収入から支出を引くと、持ち出し額は

年額 $233,085,999\text{円}-133,056,000\text{円}=100,029,999\text{円}$

但し、建築補助金及び、運営費は次年度に交付される。
 運営費として、年額 $16,650,810\text{円}\times 4=66,603,240\text{円}$

実際の持ち出しの年額は

$100,029,999\text{円}-66,603,240\text{円}=33,426,759\text{円}$

表4 1病棟を福祉ホームに転換する案

例えば80人(1病棟)の退院可能な患者がいるとして
10人定員の福祉ホームを8施設建築すると

建物延床面積 309.8m²=93.8坪(1施設)

建築費坪単価 90万円にすると

建築費用1施設あたり 90万円×93.8坪=84,420,000円
(8施設にすると675,360,000円)

土地価格(坪単価200万に設定)

建築に必要な土地面積を58.6坪(193.38m²)として、

土地価格を計算すると

土地価格(1施設あたり)=117,200,000円

1施設あたり(土地+建物)201,620,000円

8施設にすると 1,612,960,000円となり

建築総費用から福祉ホーム建築補助金を引くと

1. 工事費 34,344,200円

2. 暖房設備整備費 2,726,100円

3. 浄化槽設備工事費 354,000円

4. 初度設備費 1,260,000円

38,684,300円×3/4(補助
率)=29,013,225円

(201,620,000円-29,013,225円)×8=1,380,854,200円

1施設の管理人(ケースワーカー)の人件費

30.2万円×12ヶ月=3,624,000円

8名で28,992,000円

福祉ホーム収入(年間)

家賃15,000円×80×12=14,400,000円

デイケアかナイトケアを実施

4,960×80×20×12=95,232,000円

訪問看護実施

3,800×80×8(1ヶ月)×12=29,184,000円

合計 138,816,000円

支出/月(人件費)

デイケア2単位

看護者2名 36.5万円×2=73万円

作業療法士or資格のある看護者2名

33.2万円×2=66.4万円

臨床心理士orケースワーカー

30.2万円×2=60.4万円

訪問看護者(1人で月約100回として6名)

看護者 36.5万円×6=219万円

(orケースワーカー 30.2万円×6=181.2万円)

年間にすると70,188,000円)

(食事材料)

1食300円×(80人×20日)=48万円

年間5,760,000円

(施設建築費返済)

年利7.5%として

利子

1,380,000,000円×0.075=109,125,000円

109,125,000円/12=9,093,750円/月

年間109,125,000円

元金返済

1,380,000,000円/20/12=5,750,000円/月

年間69,000,000円

支出計 28,992,000円 管理人給与
70,188,000円 デイケア・訪問看護人件費
5,760,000円 給食材料
109,125,000円 利子
+ 69,000,000円 元金返済

283,065,000円

福祉ホーム・デイケア・ナイトケア・訪問看護収入か
ら支出を引くと、持ち出し額は

年額 283,065,000円-138,816,000円=144,249,000円

但し、建築補助金及び、運営費は次年度に交付される。

運営費として、年額1,833,300円×8=14,666,400円

実際の持ち出しの年額は

144,249,000円-14,666,400円=129,582,600円

付属の看護学校の学生定員を増やしたため、12年以上居住するか、45歳以上のものは寮を出るように決めたが、丁度その規定に該当する1人の准看護師が管理人として同居したいというため、管理人規定を作り、管理人室を設けた。

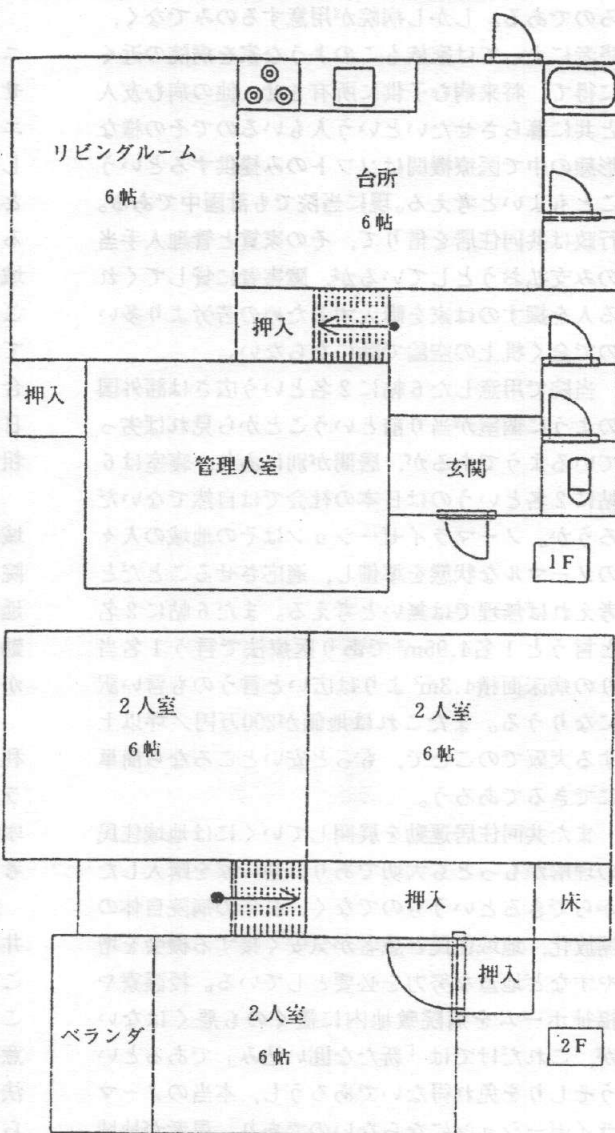
このようにして中間施設型共同住居で訓練を終えたものは、施設へ、地域のアパートへ、そしてなおかなりのケアを必要とする人は管理人付きの永住型共同住居へと移って行った。

5) 共同住居への提言

当院で始めた共同住居はなにも目新しいことはない。諸外国ではすでに20から30年前から始めているし、日本でもすでに先進的病院は行っている。

ここで主張したいのは、この共同住居運動は丁度法内施設の授産施設が例えば日精協傘下1,183病院の内89年に1ヶ所、90年に8ヶ所に、91年に9ヶ所にと増加は遅々として進まないのに、法外施設の共同作業所が竹の子のように伸びてすでに全国で500ヶ所を超えていると同じ様に、法内施設の福祉ホームは日精協傘下病院で89年で16ヶ所、90年で29ヶ所、91年で35ヶ所であり、援護寮は89年で4ヶ所、90年で20ヶ所、91年で26ヶ所という状態でとても病床数を減らす力にならない。この理由は先に試算で述べたように福祉ホームも援護寮も共同住居より採算は悪く、1/4の設置者負担という大きな負担を強いられていて発展の大きなブレーキになっている（大島⁴⁾、北川⁵⁾、澤⁶⁾の報告参照）共同住居は採算的には4名暮らして4,000万円以内の家屋であれば採算が成り立つ。この採算が成り立つところが重要であり、成り立つから自己満足の試みに留まらず、システムとして大きく展開することが可能になるのである。それによりむしろ看護婦の配置は減少し、病院部門の看護基準を上げる事も容易になろうし、まして職員は苦労は多いがやる気を起こすし、当院でも付属の看護学校でなく他の看護学校を出て当院での実習中の感激から卒業後すぐでも就職

図3 永住型共同住居 北斗ハイツ1号館の間取り



を希望するものが出て来るのである。また敷地を増やさなくても今後精神病院に要請されている老人痴呆対策も容易になると考える。

しかし本来このような運動は医療機関のすべきところでなく、以前に述べた⁷⁾が、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ているが、日本の現状を見ると行政の行うのを待っているの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

になってしまうためやむをえずするということになるのである。しかし病院が用意するのみでなく、患者によっては家族もこのような家を病院の近くに得て、将来病む子供に所有させ、他の病む友人と共に暮らさせたいという人もいるのでその様な形態の中で医療機関はソフトのみ提供するというのもよいと考える。現に当院でも計画中である。行政は共同住居を借りて、その家賃と管理人手当のみ支払おうとしているが、障害者に貸してくれる人を探すのは家を購入するための苦勞より多いので全く机上の空論で話にならない。

当院で用意した6帖に2名という広さは諸外国のように個室が当たり前ということから見れば劣っているようであるが、居間が別にあり、寝室は6帖に2名というのは日本の社会では自然でないだろうか。ノーマライゼーションはその地域の人々のノーマルな状態を準備し、適応させることだと考えれば無理では無いと考える。また6帖に2名と言うと1名4.95m²であり医療法で言う1名当りの病床面積4.3m²よりは広いと言うのも言い訳になりうる。またこれは地価が200万円/坪以上する大阪でのことで、もっと安いところなら簡単にできるであろう。

また共同住居運動を展開していくには地域住民の理解がもっとも大切であり、急に家を購入したからできるというものでなく、長年の病院自体の開放化、地域住民と患者が気安く接する機会を増やすなど地道な努力を必要としている。授産寮や福祉ホームを病院敷地内に置くのも悪くはないが、これだけでは「新たな囲い込み」であるというそしりを免れ得ないであろうし、本当のノーマライゼーションにならないのであり、患者が地域でさりげなく生きている姿を地域住民が自然に目にするこそ地域化であり、ノーマライゼーションであり、地域住民への自然な啓蒙であろうと思われる。

一方住居自体はカナダ、バンクーバーのように障害者住宅にはスプリンクラーの設置は必須であると考え。これはこれまで各地で起きた火災事故の歴史で明らかであろうし、地域でケアするには地域住民に対しこの位の配慮がなくては自信を持って患者を、特に障害の比較的重い患者を地域

で生活させることは困難であろうと思われる。

さらにデイケアや訪問看護のような社会復帰メニューの整備なしに共同住居を持つことは、準備せずに山に登るようなものであり、このようなメニューの整備はこれまた地域住民に対する対策としてもまた再入院の防止のためにも必須であろうと思われる。特にデイケアが再入院を防止していることは特に明らかである³⁾。現に私の所でも地域住民は初期は不安気で、一部の人々はなにか起これば誰が責任を持つのかと言った抗議文を持ってきたりもしている。まずデイケアは採算的にも合うのだからこれを準備すべきで現在でさえなお日精協傘下病院で132施設というのはいかにもお粗末である(89年81, 90年は115)。

また24時間の救急体制の整備もそれなしには地域医療は不可能であり、なければ過剰防衛的に入院させたり、入院した時慎重になりすぎて退院を延ばしたりすることも起こりうる。このことは常勤の主治医がいるか、非常勤の主治医が見ているかということにおいても同じことが言える。

このようなソフトが用意され効率よく、適切に利用されるようになると精神科の入院、退院のクライテリア自身が変わって行き退院可能患者の比率は厚生省、学会の報告よりさらに増加するとも考えられる。

最後に「ゲリラ的」という言葉は浅井病院の浅井邦彦副院長が私の案を聞いて名付けて下さったことであるが、これは法外の施設を次々準備することを評してつけて下さったのであろうが、ある意味では法外であるから気楽にできる点がある。法内で作って一時止めると言う「補助金をもらってやったのだから、今後補助金をもらってする事業がしにくくなりますよ」といった「オドシ」さえかかってくるのである。

現在の法内社会復帰施設の規定ではメニューの幅が狭すぎると思われる。例えば ①管理人付き共同住居 ②管理人なしの共同住居 ③毎日訪問看護婦の行く3人以上住む住居 ④患者の持ち家を利用し援助をつけて行く共同住居 ⑤患者と家族の持ち家を処分し病院の近くで生活させサポートメニューを利用できる住居を持たせるなど多種類の住居形態を考える必要があろうと思われる。

本稿は'91年9月28日東京で開催された海精会第3回大討論集会で「精神保健法の見直しに向けて」の1演題として発表したものに手を加えたものである。

(大阪・さわ病院 理事長・院長)

参考文献

- 1) 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
 - 2) 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
 - 3) 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)
 - 4) 大島 巖, 精神保健法に基づく精神障害者社会復帰施設の実態と課題, 地域の生活最前線, 354-371, 全国精神障害者家族会連合会(東京), 1990
 - 5) 北川 定謙, 川瀬 孝一, 精神障害者の社会復帰の現状, 日精協誌, 9(9): 4-9, 1990
 - 6) 澤 温, 精神障害者授産施設の運営上の問題点, 日精協誌, 9(9): 60-64, 1990
 - 7) 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
-