

lumière

専門医のための
精神科臨床
リュミエール
4

精神障害者の リハビリテーションと 社会復帰

【責任編集】松原三郎 松原病院

中山書店

2. 独自の社会復帰

このようなテーマで執筆を依頼されたのは初めてで、名誉なタイトルであると同時に、なぜ“独自”かという疑問がある。おそらく、国の法制度の整備前に始め、なかには筆者の法人で始めているうちに制度化され、2007年の障害者自立支援法が始まってからは、次々と法内施設から撤退し、法整備前の施設、すなわち法外施設を運営しだしたからであろう。ここでは筆者の法人が社会復帰についてどのように整備し、そして現在に至ったかについて述べ、そこから社会復帰についての考えをまとめ、与えられたタイトルに応えようと思う。

さわ病院の社会復帰活動への歩み

1953年に設立したさわ病院は、64床でスタートし、1983年に最大603床に至った。当時は収容型ではあったが、それでも社会復帰を支える救急医療については、精神科医でなくても入院させられたので、夜間でも調子が悪ければすぐに入院できた。

社会復帰としての活動は、医療的には1986年にデイケアがスタートし、遅れて1987年に作業療法がスタートした。これは、作業療法士は募集しても集まらず、やむなく看護師（当時は看護師でなく看護士）が国立精神衛生研究所（現・国立精神・神経センター）の研修を受けスタートした。時を同じくして、1987年8月、精神保健法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）が国会を通過し、筆者はその年の12月にはさわ病院の院長になることになっていた。今後の精神科病院をどのようにしようかと考えていた。その時『ルポ・精神病棟』の著者大熊一夫氏が、日本の精神医療従事者10名ほどを募ってイタリアとデンマークの視察をしようというツアーを企画され、筆者は今後の方向性が見えず、何か得られたらと考え参加した。

イタリアでは1978年に法180号が成立し、精神科病院は新たにつくらない、精神障害者を今後精神科病院に入院させないと決め、地域でサポートし、必要なら一般病院でみるという方向が打ち出されていた。精神科病院に残っているのは地域生活の困難な高齢者のみで、いずれ亡くなれば閉鎖するといわれていた。デンマークでは病院のすぐ外に共同住居をつくり、あるいは住宅街にさりげなく共同住居をつくり、外からサポートす

るといったものだった。いずれも筆者には新鮮で、いわゆる「頭真っ白」「目が点」の体験を経て、3か月後には就任が決まっていた院長としてのもつべき方針や、翌年施行の精神保健法への対応をどうしようかと考えながら帰路に着いたのを覚えている。

その後エリー・ヤンセン（Elly Jansen）女史がイギリスから来日してリッチモンドフェローシップ（Richmond Fellowship）を紹介し、日本にも拡大して精神障害者の地域ケアを進めようという彼女の考えと、日本で精神保健法が施行されて、3つのスローガンのうちの社会復帰をどうしようかという人々の思いが一致していた。

1989年に6か月間、1人の看護士をリッチモンドフェローシップに研修に行かせた。またその年に、希望する職員を2班に分けて、イタリアとイギリスの地域ケアの見学に行った。そして、1990年にはアメリカ（サンフランシスコ）とカナダ（バンクーバー）にも職員と行った。そして1999年にはオーストラリアにも行った。また1995年には希望する患者とサンフランシスコに、さらに1997年にイタリアに行き、現地の患者との交流も深めた。

これらの国々を見てくると、だいたいその後の方向性は見えてきた。「目が点」になることもなくなり、日本の現状から出発し、外国の方向性について、日本的に「コピーレインプルーブ」するのは日本人の特技であるので困難ではなかった。困難なのは、改革して安定するまでは余計な費用がかかること、地域にこれまで出していなかった患者を出していくと、地域からいろいろの反応があることであった。

最近いくつかの公的病院が、病床を減らして地域移行を進めているが、この移行期のさまざまな準備費用すなわち必要な施設面への費用や移行期の負担を従来どおり公的な一般歳出から補填しているのは、それらすべてを医業収入から出さねばならない民間病院としてはうらやましい限りである。

これらの変革で何より大切なのは、患者が地域生活を始めて必要とするサービスを、患者の声を聞きながら、できることからしていくことである。役人が机上でシステムをつくっていく「演繹」手法とはまったく異なり、現場から「帰納」して一つ一つ積み重ねていくことである。たとえるならレシピを考えた人は料理したことのない人で、料理をつくるのに不要な調理道具をそろえさせ、実際は使いづらいというのに似ている。

社会復帰に必要なもの

このように経験をしていくなかで、社会復帰に必要なものとして、構造的必須要素（マクロ的要素）4つと、個々の障害者を支えるための7つの項目（ミクロ的要素）を抽出した。

表1 さわ病院の運営する「住まう場」

1986年12月	家族同伴の超短期宿泊施設「ふたばの家」*開所、その後「こかげの家」*に改称
1991年2月	短期宿泊訓練施設「わかばの家」開設
1991年5月	中間施設型共同住居「キャッスル・ヒル231」開所
1991年11月	永住型共同住居「北斗ハイツ1号館」オープン
1991年11月	永住型共同住居「北斗ハイツ2号館」オープン
1992年5月	中間施設型共同住宅「キャッスル・ヒル1713」開所
1992年7月	永住型共同住居「北斗ハイツ3号館」オープン
1995年9月	「BCレジデンス1号館2号館」オープン
1995年10月	「BCレジデンス3号館4号館」オープン
1996年4月	「BCレジデンス5号館」オープン
1997年3月	「BCレジデンス6号館」オープン
1997年6月	旧職員寮「芝蘭荘1号館」を退院者住宅へ
1998年5月	旧職員寮「芝蘭荘2号館」を退院者住宅へ
2000年4月	「芝蘭荘2号館」の一部を福祉ホームB型として承認
2000年7月	準グループホーム**「平井文化」がグループホームに承認
2007年10月	自立支援法でグループホーム、ケアホームは5軒として、残りは法外施設へ、「平井文化」は所有者都合で中止
2008年1月	福祉ホームB型も法外施設へ

*: どちらも制度内のショートステイには登録されていない。

**：筆者の運営するグループホームでは、地域の安全のためスプリンクラーを設置することとしているが、「平井文化」は賃貸の文化住宅を利用しているためスプリンクラー設置ができないことから、「準」と冠している。

4つの構造的必須要素（マクロ的要素）

これについてはこれまでなんとか述べてきた。すなわち、①住まう場、②日中活動のプログラム、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。

「①住まう場」（表1）としては、サポートの多い旧生活訓練施設、福祉ホーム、グループホームから一般アパートまである。サポートの多い旧生活訓練施設、福祉ホーム、グループホームは現在の障害者自立支援法の下ではケアホーム、グループホーム、福祉ホームに当たるだろうが、障害者自立支援法との関係については後に述べる。

また、この4つのうちの「④地域の人々の理解と受容」以外の3つは「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（厚生労働省）のなかの「病床の機能分化のイメージ」でもあげられている。この4つの要素、特に最初の3つにはそれぞれ、医療的にかかわり、福祉的にかかわり、そして市民的にかかわりといった流れがある。

3障害（身体障害、知的障害、精神障害）をもつ人々あるいは高齢者でも、社会復帰するにはこの4つ全部が必要である。大阪の退院促進支援事業ではパートの職員に付き添わせて病院から作業所に行くだけで、住まう場も地域の人々の理解と受容には力を入れていない。

筆者の施設における、日中活動の場の特殊なものとして、1994年から

表2 さわ病院での「活動する場」

1986年 10月	本院デイケア開始
1987年 6月	本院デイケア施設承認
1987年 9月	共同作業所オープン
1989年 4月	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）
1989年 8月	「ビッグサロン」開始
1990年 12月	ナイトケア開始
1993年 2月	「ロータスアート」一時休止しデイケアへ組み込み
1994年 5月	単身老人への配食サービス開始
1994年 10月	デイナイトケア開始
1995年 10月	食事宅配サービス「フロイデッセン」開始
1996年 10月	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
1999年 10月	地域生活支援センター開始（制度変更後地域活動支援センター）
2001年 12月	福祉工場「ときヨシエンタープライズ」開業（9月にオープンし訓練は開始していた）
2002年 5月	「ロータスアート」移転（福祉工場と同じ場所に）
2002年 6月	有限会社「バイシード」が「喫茶フローラ」を運営し障害者を一般雇用

表3 さわ病院でのサポート体制

1987年 4月	訪問看護開始：病棟看護婦に継続看護として開始
1988年 9月	外来患者への食事実費サービス開始
1991年 12月	緊急・応急・救急指定病院へ
1995年 4月	訪問看護ステーション開設（24時間態勢）
1997年 3月	「ライフサポート」（グループホームヘルパー）開設
1999年 10月	地域生活支援センター開始
2000年 4月	地域保健福祉総合サービスセンター開始
2006年 6月	ピアヘルパー、「サポートセンター Du」開始

その他 デイケア、居住施設のスタッフも連携してサポートしている。
1995年5月から医師も2人当直で必要に応じて夜間も訪問看護と連携してアウトリーチも可能となった。

地域の高齢者への食事宅配で障害者の人を法人が雇用している。これは「支えられるから支える」というスローガンのもと障害者が自尊心を高め、収入も得、また市域の人の受容を高め、そして高齢者の見守り（空の弁当箱が返ってこなければ何かが起こっている）に役立つと考えられている。また最近新たに、意欲のある精神障害者に2級ヘルパーの資格をとることを勧めている。そしてこの人々はサポートする立場となるが、この人々にしてみると日中活動の場ともなり、食事宅配と同じく自尊心が高まり、やりがいも出てくる。

これらの4つの構造的必須要素を実際にはどのようにしてきたかについては表1～4に示した。

個々の人々を支えるための7つのチェック項目（ミクロ的要素）

個々の人々を支えるときの項目は7つある。初期は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—

表4 さわ病院周辺で地域の理解と受容を高めるための方法

1988年 5月	街頭キャンペーン開始
1999年 10月	地域生活支援センター開始
2000年 4月	地域保健福祉総合サービスセンター開始
2000年 12月	職員による豊中団地巡視開始
2001年 1～2月	ガードマン増員（水・日・祝日以外2人体制→365日2人体制→365日4人体制）。後に一部は地域メンタル支援員としてPSW配置
2001年 1月	以後3～4か月ごとに地域との懇談会

その他、表2に示した食事宅配サービスは、障害のある人が配達することを受け入れられない人には配達しない、としている。

表5 “しやかいふつき”の構成

- し：しゃかい的行動（強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動がないこと、どこへ行ってしまうかわからないことはないことでスクリーニング）
- や：やりくりを意味する経済管理
- か：かつどうを意味する生活リズム管理
- い：いんしょくを意味する栄養管理
- ふ：ふくやくを意味する治療管理
- つ：つきあいを意味する対人関係
- き：きれいさを意味する保清（掃除、洗濯、入浴）

（厚生労働省、全国福祉事務所長会議の資料について、「医療現場からみた退院促進」より、April, 23, 2007. 16. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/z-fukushi/koen/koen04.html>）

もともとテレビを見たりごろご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項目をあげていた。このうち⑥の対人関係は社会的行動と対人関係を合わせたものであるが、後には分けて7項目としている。この7項目は「しやかいふつき」とよんでいる（表5）。詳細は、文献²¹を参照されたい。最初の「し」にあたる「社会的行動」は「強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動がないこと、どこへ行ってしまうかわからないことはないことでスクリーニング」を行うと定義し、この項目がクリアしないと次の6項目の評価はしても意味がないと考えている²¹。

その後障害者自立支援法施行に向けて、日本精神科病院協会（日精協）は障害程度を簡単にアセスメントするツールの必要性を感じ、開発を急ぎ、筆者と数名の会員が委員として選ばれ、筆者らは会議を重ねて案を出した。そこで当時最も使われていた『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方—各項目の個別評価基準』²²を簡便化する方向で考え、やや手前味噌であるが筆者の病院で使っていた7項目に集約できた。

現在、この日精協版ケアアセスメント（表6）はそのまま医師の意見書の生活障害評価に用いられたが、違いは右端の欄にある、住まう場、日中の活動、専門職のサポートである。この3点は従来から筆者が地域生活を

表6 日精協版しやかいふつき

しやかいふつきーし	①住まう場 ②日中の活動 ③専門職のサポート	しやかいふつきーか	①住まう場 ②日中の活動 ③専門職のサポート
1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし	1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる	① 1人住まい ② 福祉工場～一般就労 ③ なし
2) この1か月に、1)のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ 訪問看護	2) 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。	① 1人住まい ② 授産施設～福祉工場 ③ なし
3) この1か月に、そのような行動が何回あった。	① 入院 ② 作業療法 ③ ー	3) 時に助言がなければ、寝過ごすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。	① 日中ケアのある住居 ② 作業所～授産施設 ③ ヘルパー、訪問看護
4) この1週間に、そのような行動が数回あった。	① 入院 ② 作業療法 ③ ー	4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ ヘルパー、訪問看護
5) そのような行動が毎日のように頻回にある。	① 入院 ② 作業療法 ③ ー	5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。	① 入院 ② 作業療法 ③ ー
しやかいふつきーや	①住まう場 ②日中の活動 ③専門職のサポート	しやかいふつきーい	①住まう場 ②日中の活動 ③専門職のサポート
1) 1か月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし	1) 適量の食事を適時にとることができる。（外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない）	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費（食事等）を抑えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。	① 1人住まい ② 福祉工場 ③ ヘルパー	2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1)がだいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 授産施設～一般就労 ③ なし
3) 1週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。	① 日中のケアのある住居 ② 福祉工場～作業所 ③ ヘルパー、訪問看護	3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。	① 日中ケアのある住居 ② 作業所 ③ ヘルパー
4) 3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② 作業所、デイケア ③ 訪問看護	4) いつも同じもののばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ 訪問看護、ヘルパー
5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。	① 入院 ② 作業療法 ③ ー	5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。	① 入院 ② 作業療法 ③ ー

表6 日精協版しやかいふつき(つづき)

しやかいふつき一ふ	① 住まう場 ② 日中の活動 ③ 専門職のサポート	3) だいたいできるが、時に助言がなければ 孤立的になりがちで、他人の行動に合わ せられなかったり、挨拶や事務的なこと でも、自分から話せない、また助言がな ければ、同世代の友人を自分からつくり、 継続してつきあうことができず、周囲へ の配慮を欠いた行動をとることがある。	① 日中ケアのある 住居 ② デイケア～作業 所～授産施設 ③ 訪問看護
1) 薬の必要性を理解しており、適切に 自分で管理している。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし		
2) 薬の必要性は理解しているにないに かわらず、時に飲み忘れることも あるが、助言が必要なほどではない。 (週に1回以下)	① 1人住まい ② 一般就労、福祉工場 ③ なし(あるいは 訪問看護)	4) 1) で述べたことがほとんどできず、 近所や集団から孤立しがちとなる。 3) がたびたびあり、強い助言や介 入などの援助を必要とする。	① 24時間ケアの ある住居 ② デイケア、作業所 ③ 訪問看護
3) 薬の必要性は理解しておらず、時に 飲み忘れるので助言を必要とする。 (週に2回以上)	① 日中ケアの ある住居 ② 福祉工場～作業所 ③ 訪問看護	5) 助言・介入・誘導してもできないか、あ るいはしようとせず、隣近所・集団とのつ きあい・他者との協調性・自発性・友人 等とのつきあいが全くなく孤立している。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、 拒薬、大量服薬をすることがしばし ばある。強い助言や援助(場合によ りデボ剤使用)、さらに、薬物血中濃 度モニター管理を必要とする。	① 24時間ケアの ある住居 ② デイケア、作業所 ③ 訪問看護	しやかいふつき一き	① 住まう場 ② 日中の活動 ③ 専門職のサポート
5) 助言や援助をしても服薬しないか。 できないため、ケア態勢の中で与薬 を行ったり、デボ剤が中心となる。 さらに、薬物血中濃度モニターは不 可欠である。	① 入院(デボで24 時間ケアのあ る住居も可) ② 作業療法、デイケア ③ —、訪問診療、 訪問看護	1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替 え等を自主的に問題なく行っている。 必要に応じて(週に1回くらいは)、 自主的に掃除やかたづけができる。 TPOに合った服装ができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
しやかいふつき一つ	① 住まう場 ② 日中の活動 ③ 専門職のサポート	2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替 え等をある程度自主的にしている。 回数は少ないが、自室の清掃やかた づけをだいたい自主的に行える。	① 1人住まい ② 福祉工場～一般 就労 ③ ヘルパー、訪問 看護
1) あいさつや当番などの最低限の近所 づきあいが自主的に問題なくできる。 近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等 で、他者と大きなトラブルをおこさ ずに行動をすることができる。必要 に応じて、誰に対しても自分から話 せる。同世代の友人を自分からつく り、継続してつきあうことができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし	3) 個人衛生を保つためには、週1回程 度の助言や援助が必要である。自室 の清掃やかたづけについて、週1回 程度助言がなければ、ごみがたまり、 部屋が乱雑になる。	① 日中ケアのある 住居 ② 授産施設 ③ ヘルパー、訪問 看護
2) 1) が、だいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 福祉工場、一般 就労 ③ なし	4) 個人衛生を保つために、強い援助や 助言を必要とする。自室の清掃やか たづけを自主的にはせず、いつもご みがたまり、部屋が乱雑になり、強 い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアの ある住居 ② デイケア、作業 所 ③ ヘルパー、訪問 看護
		5) 助言や援助をしても、個人衛生を保 つことができず、自室の清掃やかた づけを、助言や援助をしてもしな い、できない。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

(厚生労働省、全国福祉事務局長会議の資料について、「医療現場からみた退院促進」、Aipril, 23, 2007, 22-28より改変。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/z-fukushi/koen/koen04.html>)

支えるのに必要な4要素とってきたもののうちの3つにあたる（残る1つは「地域の人々の理解と受容」である）。この3要素についての各障害での段階においてどの程度のサービスが必要かについて決めている。これについては検定されていないが、今後実際にサービスを提供するなかで検証され、バージョンアップされると考えている⁴⁾。

医療者が福祉に手を出すということ

この点について筆者の立場は、以前から述べているように「福祉が追いつけば医療者は連携はするが手を引く」である⁵⁾。また現実には、医療が経済的に豊かなときは持ち出しもできたが、最近のように2年ごとに診療報酬が下げられるようでは手を引かざるをえない。

実際、筆者の法人では障害者自立支援法以後、サービスは同じでも法内施設から法外施設へ戻している。

これまでの経験から見えてきたこと

4つの構造的必須要素と個々の障害者を支えるための7つの項目も経験から帰納して見出したものであるが、そのほかにもいくつかあげられる。

地域の人々の理解と受容に関しては、もともと人々は精神障害者の、一見異様、奇妙な言動に対して不安がその基礎にあると考えられ、さらに言動によっては恐怖や拒否が生まれる。歴史のなかでは、そのような考えから「抹殺した時代」「閉じ込めてきた時代」そして「開放という名のもと放置した時代」そして「治療を継続するようにつつ見守っている時代」と動いてきたと考えられる。

筆者の法人でも、入院患者の外出を増やしたり、デイケアなどの活動で地域に出て行ったり、グループホームをつくったり、授産施設をつくったりするなかで、時にお叱りを受ける。しかし、いつもきめ細かく迅速に対応していくことで少しずつ理解者も増え、「5年で理解者、10年で応援団」というのが筆者の信念となってきた。

また通所授産施設は病院の敷地内にあったが、それを2001年に敷地外で駅から徒歩3分、病院から直線距離では500mのところ新たに福祉工場をつくり、それに合築しようと準備したとき、ちょうどそれは池田小事件直後で、道の向かいが社会福祉法人立であったとはいえ、保育所であったことから大反対運動が起こった。夜の7時から翌日深夜の1時まで保育所に缶詰にされて、100人くらいの人に囲まれて質問のみでなく罵倒された。このようなことはないに越したことはないが、精神保健医療福祉に携わる者の洗礼と考えている。それでもこの場合は、積極的ではないにしろ理解者が生まれるのに5年はかからなかった。

障害者自立支援法と社会復帰

障害者自立支援法の元は1993年の障害者基本法で、3障害を一緒にして考えるというものであろう。しかしこれに基づいたサービスが整うには、2004年の3検討会の意見書、そしてそれに基づいて9月に出された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」、さらに10月に第18回社会保障審議会障害者部会において「障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が出され、それに基づいて2005年10月に「障害者自立支援法」が成立し、2006年4月1日から順次施行されたのである。

この法ができる前には、精神障害以外の障害者に、2003年から支援費制度がスタートしたが、1人の月あたりの支援費が200万円を超えるような請求が出され、あわてて厚生労働省は建前をつけて自己負担を負わせ、また障害程度区分をつけることで、過剰サービス要求に走らないようにしたまでのこととみられる。できてみると、この法では他の福祉サービスと肩を並べ、質を担保する仕組みをおくという名目で、サービス管理責任者などをおき、経済的にも成り立ちにくくなっている。

筆者は質の担保は、医療機能評価機構や、ISOにゆだね、法外施設で自由に運営して、本当に必要なサービスを必要なだけ組み合わせるほうがむしろよいと考えている。

社会復帰（退院促進）と病床削減

国は2002年に7万2,000人の退院、2004年に7万床の削減を目標とするとした。また大阪では、2000～2001年度「社会的入院解消研究事業」、2002年度「地域生活移行支援研究事業」、そして2003年度からは国事業化され、国庫補助事業の「精神障害者退院促進支援事業」として取り組まれるようになった。しかしさわ病院では先に述べたように、社会復帰、特に退院促進は当たり前だがそのためには4つの必須要素を準備し、7つのチェック項目をクリアさせて行うことが必要と考えてきた。これを行うと図1、2にみられるように長期在院者は減る。当然のことながら、そのままでは自然と必要病床は減っていく。空いた病床は削減するか、埋めるツールを使うかだが、世の中で求められているところで埋めるツールを探すとそれは精神科救急となる⁶⁾。削減するか、あるいは社会から要請され、しかも精神科救急などでベッドを有効利用するかという選択の自由があることになる。

さわ病院では、外来統計が整理された1990年からのデータを見ると、当時は定床数580床で外来登録数が2,010人であったが、2007年の定床数は505床で外来登録数が4,754人であるから、実際は75床（13%）の減

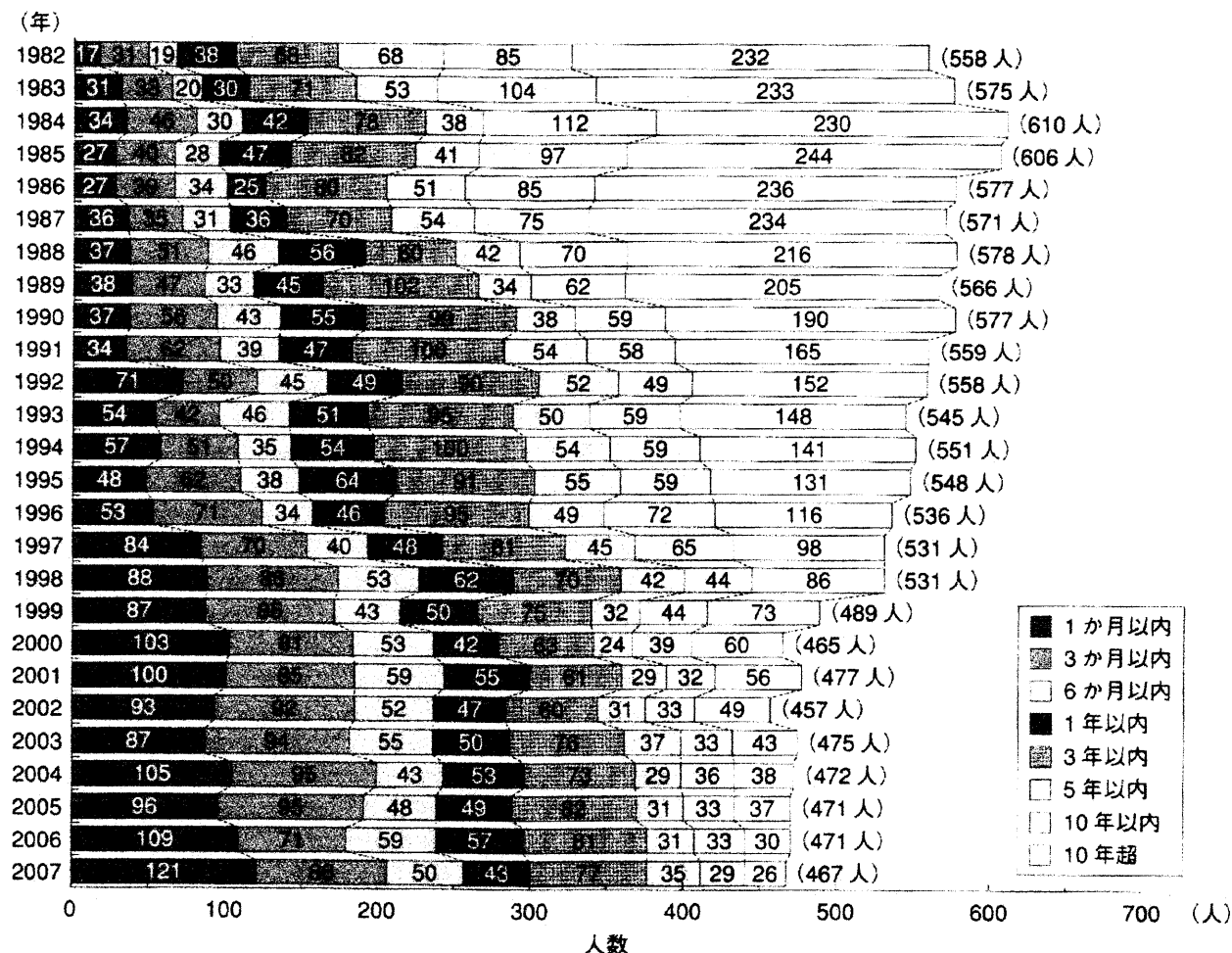


図 1 さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移（人数）

各年とも 12 月 31 日付けで集計。

少でなく，外来登録数の増加から比例計算すると 1990 年の 35 % まで減少したといえる。

社会復帰と精神科救急

一方，社会復帰を進め，より重症な人を地域に出していくと，そのバックアップとしても精神科救急は必要となる。その意味では精神科救急医療は地域医療の一部であり⁷⁾，言い換えると，精神科救急は社会復帰と同じスケールで拡大する必要がある。

最後に

社会復帰は，当然のことであるが，その人の本来の社会，すなわち生まれ，育ち，馴染んだ地域に戻ってその人が最大限の活動をして，少しでも満足する人生を送ることである。それができないのは，疾患の症状によっ

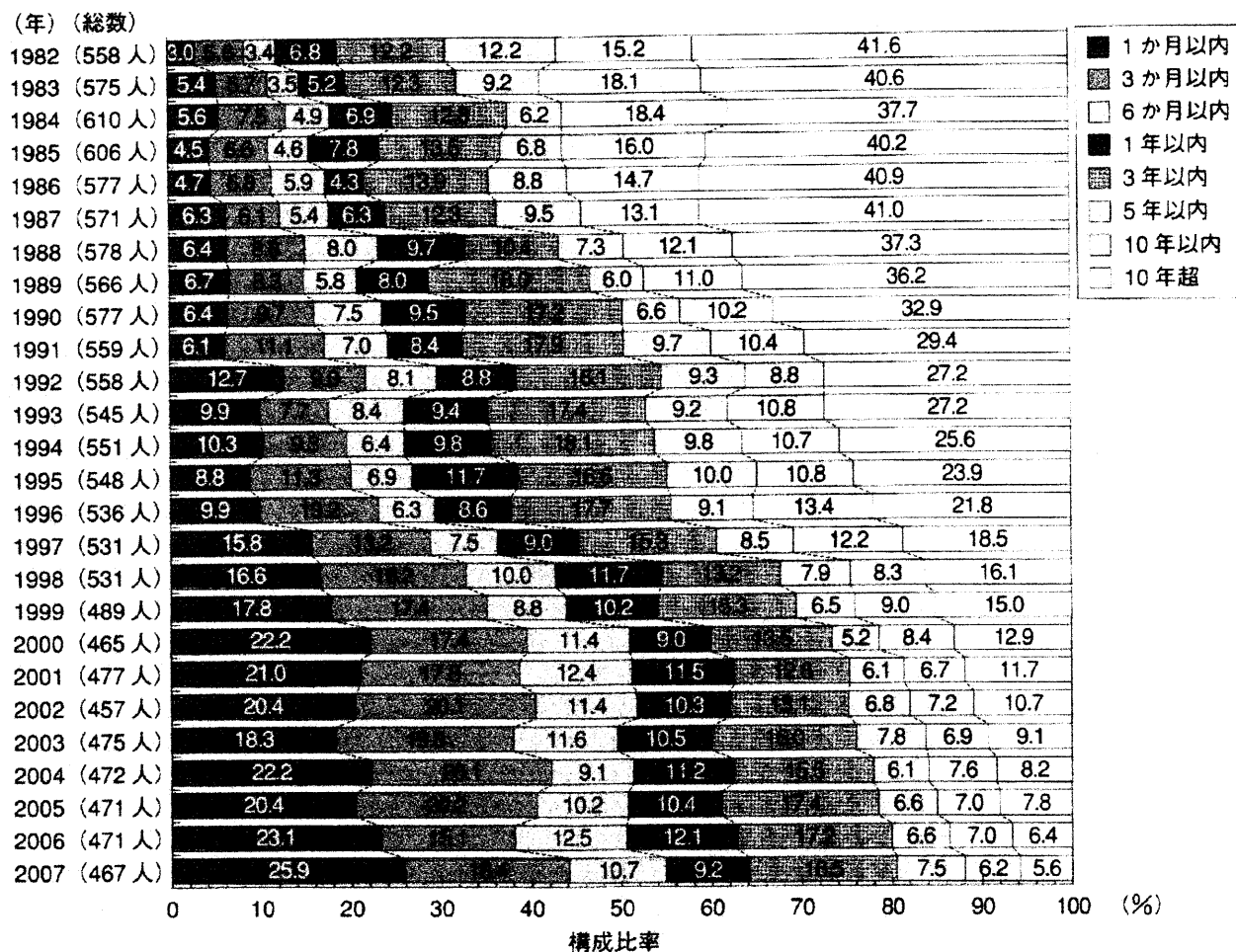


図2 さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移 (構成比)

各年とも12月31日付けで集計。

て、あるいは疾患からくる障害から、あるいは障害をもっても必要な補いがないからなどさまざまである。この視点に立って、それぞれの人に何が必要かを考えていけば、おのずと必要なことは見えてきて、その後それらから帰納すれば総論的に必要なものをあげることができる。筆者が述べてきた、4つの構造的必須要素と、個々の障害者を支えるための7つの項目も帰納して見出されたもので、机上で思いついた、あるいは演繹して見出されたものではない。

そして障害が重くなればなるほど7つの項目は得点がそれぞれ大きくなり、4つの必須要素も従来のものではすまなくなり、個別性がきわめて高くなる。このときの構えについて注意する10項目については以前に述べた⁸⁾。すなわち、

- ① 荒廃、欠陥という否定的な言葉を用いず問題行動を疾患の一部あるいは障害の一部と捉える。
- ② あせらず気長に対応し、そしてあきらめない。
- ③ 一定の決まった治療プログラムはむしろないと考える。

- ④ 簡単な症例からでなく難しい症例について、少し採算を度外視して一本釣りであプローチすることから治療者の目と技量を磨く。
- ⑤ 退院できないでなく、なにを補えば退院できるか、何を用意したら退院できるかを考える。
- ⑥ ないない6重奏は奏でない。
- ⑦ 医療と処遇の質の均質化を図り退院基準を設ける。
- ⑧ 常にその患者さんの笑顔を夢見て、患者さんの笑顔を取り戻そうと考える。
- ⑨ 慢性期病棟へは意欲的で粘り強いスタッフを配置し励ます。
- ⑩ まず病院から出れば変わるし（パジャマ姿では変わらない）、変わると思うこと。

である。

先に述べたように、大阪府から退院促進の火の手は上がったが、筆者の住む豊中ではあげられた4例中2例成功、1例継続、1例脱落であった。2例は他市の精神科病院入院中の人であった。新たに筆者の病院からあげられた人は、妄想が難治性であったが開放処遇であった人である。弟の理解が最初なく、母親は同居している弟家族に気遣ってなかなか退院を認めず、いずれ同居する、病院の近くに母親も越してきて一緒に住むなど言っていたが埒があかなかった。弟が母親と別居することになり、母親のもとに帰ったが、退院促進支援事業としてはそれで成功例1となった。しかしその後タバコの火の不始末で小火を出し、怠業から包丁を枕の下に隠す行為もみられた。そして母親が亡くなり、弟に一気に負担がかかるようになり議員を通じて「入院を」と言われ、「最初から母の元に返すなら、母亡き後もみることのできるシステムをつくらなければ退院促進ではないだろう」と言ってきたので、結局毎日ヘルパーや訪問看護が行くようになった。これでは入院と同じくらい医療費と福祉費がかかるのであり、入院費と同じくらい金をかけても社会復帰は勤めるべきという、国民、行政、医療者、家族、地域住民などのコンセンサスがあればできるであろうと考える。これはまさに先に述べた hospital at home である。

精神障害は誰でもなるというコンセンサスを単に90%以上とするという改革ビジョンの目標にとどまらず、障害者を地域で支えることこそ社会をノーマルにするという本当のノーマライゼーションをめざすならそれは社会そのものが高い水準になったといえるのだろう。

カーター元大統領の夫人が好んで引用されるという文化人類学者、マーガレット・ミード（Margaret Mead）の言葉を引用してこの稿を終えたい。

—もしも、人間のなかで一番弱い人たち、精神障害の子どもたち、入院している精神障害者の方たち、施設ケアを受けられない患者の人た

ち、そういった人たちに配慮すれば、文化全体が文明化していく。社会の文明化というのは、そういった社会の弱い人たちにいかに愛情を注いでいるかということによる——

(澤 温)

引用文献

- 1) 澤 温. 社会復帰と福祉. 日精協誌 1995; 14: 24-29.
- 2) 澤 温ほか. 精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について. 病院・地域精神医学 1999; 42: 255-258.
- 3) 高橋清久, 大島 敏 (編). ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方. ケアマネジメント従事者養成テキスト. 改訂新版. 東京: 精神障害者社会復帰促進センター; 2001.
- 4) 澤 温. 相談支援事業について. 日精協誌 2006; 25: 61-70.
- 5) 澤 温. 社会復帰と住居問題—ゲリラ的共同生活の展開. 日精協誌 1992; 11: 44-53.
- 6) 澤 温. 精神科救急—Fashion, Mission, Collection. 精神医学 2006; 48: 116-117.
- 7) 澤 温. 精神科救急の問題. 日精協誌 2007; 26: 6-12.
- 8) 澤 温. 慢性統合失調症患者の臨床サービスの質を高めるためにしてはいけないこと. 精神科臨床サービス 2007; 5: 390-395.