

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第 1 4 回

脱精神科病院「わが国の脱精神科病院⑥」

三野 宏治

はじめに

1965 年の精神衛生法改正で通院医療費の公費負担が制度化されたことは、精神医療・保健福祉領域に携わる者であれば知っている事柄だ。現在でも通院費公費負担制度は障害者総合支援法の自立支援医療として継続しており利用する人も多い。ただ、前回に述べた通り当該制度は通院医療費に対する補助であり入院医療費に対しては適応されない。1950 年代中ごろ以降、向精神薬が登場し臨床場面でも治療に使われる。このことも入院ではなく通院で治療をより積極的に可能にしたといえる。その結果、診療所・精神科デイ・ケアは増加した。

そして現在、精神科・心療内科を標榜した診療所は多く存在している。では、この増加した精神科・心療内科診療所、つまり外来治療は精神科病院（入院治療）にとってかわったのか。データを見ると精神科病床数はピーク時に比べ微減した程度である。それはどうしてだろうか。

外来患者数の推移

1964 年のライシャワー事件を契機とした精神衛生法改正で「精神科通院医療費公費負担」が訪問指導とともに導入された。それは（訪問指導も関係したうえでの）通院医療利用の増大を「社会防衛」と連結させたものだ。「精神衛生対策補助金等」における通院医療費公費負担分は著しく増加している。国庫における通院医療費公費負担分について 1976 年の 3,792,876 千円から 6,118,051 千円（1981 年度予算）に増加しているⁱ。

1966 年の『わが国の精神衛生』では通院医療について「向精神薬の開発等精神医学の発達により、精神障害の程度の如何によつては必ずしも入院治療を要せず、かえつて通院による医療を施すことがきわめて効果的となった事情にかんがみて新たに法改正により、精神障害者の通院に要する医療費の二分の一の公費負担制度が設けられた」（厚生省公衆衛生局精神衛生課 1966:24）とある。外来患者が増加した要因が向精神薬の効果によると述べ

たが、それ以外には精神科病院の外来にくわえ外来専門の精神科診療所が開設・増加したことも考えられるⁱⁱ⁾。表-1 にまとめた外来患者年間延数をみると、薬物療法が精神病の治療法として導入され始めた 1950 年代の半ば以降、外来患者の数が増加している。

表-1

年 次	外来患者年間延数	年 次	外来患者年間延数
1955 年	521,000	1967 年	3,570,000
1956 年	621,000	1968 年	4,205,000
1957 年	756,000	1969 年	4,558,000
1958 年	856,000	1970 年	4,978,000
1959 年	1,082,000	1967 年	3,570,000
1960 年	1,394,000	1971 年	5,164,000
1961 年	1,620,000	1972 年	5,488,000
1962 年	1,889,000	1973 年	5,962,000
1963 年	2,226,000	1974 年	6,361,000 *2
1964 年	2,512,000	1975 年	6,576,000
1965 年	2,761,000 *1	1976 年	6,868,000
1966 年	3,138,000	1977 年	6,978,000

*1 精神障害者通院医療費公費負担制度

*2 精神科デイ・ケア認可

薬物療法が外来患者の増加の一因であることは述べたが、精神科デイ・ケアが認可されたことも関係があるだろう。そして、薬物療法や精神科デイ・ケアという治療法と治療の場の拡充とともに、患者の通院費用軽減策という要因も外来患者像に大きく影響を及ぼしている。65 年改正が社会防衛的意味合いの強いものであるなら、その一線機関は精神科診療所や精神科デイ・ケア等の地域精神医療である。しかし治療にあたる精神科医たちにそのような意識は無いだろう。それは当然であり、精神科病院の精神科医がそうであったように患者を懸命に治療する。精神科病院の精神科医が治療の結果を退院とするのであれば、地域精神科治療に携わる精神科医たちは再発と再入院を防ごうとするだろう。

再発・再入院の防止という目的で始まった取り組みに精神科デイ・ケアがある。現在の精神科デイ・ケアはソーシャルクラブのような取り組みや、復職プログラムを実施するリワークデイ・ケアなどその活動は様々ではない。ただ当初、精神科デイ・ケアは退院後のアフターケアを目的としていた。では次に精神科デイ・ケアとはいったいどのような治療なのか、また精神科デイ・ケアが精神病／障害者の生活に与えた影響を考える。

精神科デイ・ケア

精神科デイ・ケアの起源は 1946 年にロンドンとモントリオールでそれぞれ個別に同時に始められたというⁱⁱⁱ。日本では国立精神衛生研究所の加藤正明らが 1959 年から 1 年ほど週 2 日程度の頻度で開始し、1963 年加藤らによって本格的な研究が始まった。1974 年には医療点数化され、翌 1975 年には保健所デイ・ケア^{iv}が開始された。当初、精神科デイ・ケアの目的は精神科病院からの退院後のアフターケアであった。1974 年度に「デイ・ケア施設」が予算化され、社会保険診療報酬が新設される。その後、1986 年には「ナイト・ケア」^vが社会保険診療報酬として認められ、1988 年には「小規模デイ・ケア」料が新設される。この「小規模デイ・ケア」料が新設されると小規模の精神科診療所でも実施することが可能となり、精神科デイ・ケア実施機関数が増加していく。さらに 1996 年に「デйнаイトケア」が認可される。「デйнаイトケア」は精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき 10 時間を標準とする。という規定からも相当な時間を医療機関での治療に充てる。2008 年の調査でこれらの施設の数と月の延べ利用人数は表-2 になっている（原 2011 をもとに作成）。

表-2

種 類	病院が実施	診療所が実施	合計	月延べ利用人数
大規模デイ・ケア	663	187	850	341.414
小規模デイ・ケア	435	273	708	95.529
デйнаイト・ケア	277	113	390	115.262
合 計	1.375	573	1.948 *1	552.205*2

*1 ショート・ケア、ナイト・ケアを含めた総施設数は 3.132 施設

*2 ショート・ケア、ナイト・ケアを含めた月の総延べ利用人数は 59.0330 件

秋元は精神科デイ・ケアについて以下のように説明している。

デイホスピタルは「部分入院 partial hospitalization」とも呼ばれるように、昼間の一定時間、集団療法、作業療法、あるいは生活技能訓練 SST などの行動療法を行って、地域で自立して生活ができるように援助する仕組みで、昼間だけの入院である。（秋元 2002:330）

この秋元の言説からは、退院後、院外で生活を送るために治療やトレーニングを施し徐々に「部分入院」の割合を減らしていくという精神科デイ・ケアの性質がわかる。では、精神科デイ・ケアを実践している担当者はどのように考えているのか。厚生労働省ホームページにあるデータを表-3 にまとめた。

デイ・ケア利用の目標（担当者による評価）複数回答可 表-3

デイ・ケア利用の目標	病院（N=4.056）	診療所（N=1.007）
------------	-------------	--------------

再発・再入院予防	93.7%	84.0%
慢性期患者の居場所	72.1%	60.4%
薬剤処方についての相談・調整	58.4%	59.7%
回復期リハビリテーション	53.0%	57.8%
就労支援	31.0%	41.6%
在宅急性期医療の一環	13.7%	7.3%
復職支援	8.4%	15.5%
その他	8.9%	14.0%

精神科デイ・ケアの目標を「再発・再入院予防」「薬剤処方についての相談・調整」や「在宅急性期医療の一環」としている点で秋元の言説「再発・再入院予防」のように位置づけていることがわかる。他方、「慢性期患者の居場所」「就労支援」や「復職支援」という積極的な治療的とはいえない回答もみられ、この点では秋元の指摘に直接結びつかない。尾崎はこれらを「治療デイ・ケア」と「ソーシャルクラブ」と区別する考え方を紹介し、その多面性、曖昧性を「さまざまな方向や質をもつメンバーの回復に幅広く対応することを可能とし、メンバーの選択の幅を広げる」として評価している。

さて、精神科デイ・ケアの目的の多様さや実施機関の増加、また精神科デイナイトケアという長時間の活動時間は「さまざまな方向や質をもつメンバーの回復に幅広く対応することを可能と」するが、同時に多くの精神病／障害者がデイ・ケア施設にとどまり続ける可能性も否定できない。デイ・ケア利用の目標として「慢性患者の居場所」がある。（表-3）地域生活を行う際に「居場所」は必要であろうが、その居場所が精神科デイ・ケアである必要はない。精神科デイ・ケア以外に対応する場がないとの主張は可能だ。しかしその主張は精神科病院以外に精神病／障害者に対応する場がないので入院継続やむなしという主張と同質だろう。

原は精神科病院・診療所や精神科デイ・ケア、社会復帰施設といった施設中心の活動には限界があり、常にインスティチュショナリズム（institutionalism：施設症）の危険性にさらされているとしたうえで「精神科デイ・ケアの活動がデイ・ケア施設の中にとどまっていたら、インスティチュショナリズムを生み出すことになる」（原 2011）と指摘している。

更に精神科病院敷地近くにグループホームを作りそこに退院させるといったことが行われる。退院後、夜間はグループホームで過ごす但日中～夜間を精神科デイナイト・ケアで過ごす。このような事例は珍しいことではない。これをもって「退院生活」とする点を批判する主張がある^{vi}。正論であると筆者は考える。では、アパート等から診療所併設のデイ・ケアであればよいのか。家族の元からであれば問題はないのだろうか。

外来精神科医療の利用患者は増加したがそのことにより、「新たなインスティテチュショナリズムを生み出す危険性」、つまり精神科病院入院と同根の問題が生じていることは述

べた通りだ。しかし精神科病院を退院し地域で暮らす際の医療的支援を外来精神医療や精神科デイ・ケアに求めた場合、は「新たなインスティテューショナルリズムを生み出す危険性」だけではない。

外来治療と精神科病院

岡田は外来治療が増加してきたことについて以下のように記す。

精神科における外来医療の伸びはおおきい。外来医療が経済的に保障されるようになったのは、“精神科カウンセリング”という奇妙なものが診療報酬の対象になったときからである。精神科における無形の技術が認められたのはよい。しかし、“カウンセリング”という、ほとんどの精神科医が実行していなかったものが、精神科外来診療費の中心になったことは、診療報酬なんて適当に請求すりゃいい、という見本をしめたのではないだろうか。外来医療がのびることで病院医療に本質的変化がもたらされただろうか。精神科病院はかわったが、おおきくはかわっていないようである。(岡田 2002:236-237)

ここで岡田は外来医療の精神科カウンセリングという治療についての危惧を発する。さらに外来医療が病院医療にさほど景況を与えていないことについて言及する。大熊一夫は台東区の社会福祉施設「あさがお」で精神保健福祉士・サービス管理責任者である斎藤潤子の言葉を次のように記す。

区内にできた多くのクリニックにしても、統合失調症相手ではなくて、働く人々のためのメンタルヘルスに取り組んでいる、というのが実情です。(大熊 2009:201)

精神科病院と新たにできた精神科診療所はその対象者がちがうという。1995年、筆者は精神保健福祉領域で仕事を始めた。職場は精神病／障害者を対象とした作業所であった。の当時、仕事に就いた市は人口30万人ほどの市であったが、精神科診療所は市内に2か所ほどであった。そのうちの一つは精神科デイ・ケアを併設し統合失調所の患者が多く通院していた。この診療所の精神科医や精神保健福祉士たちとは勉強会や患者支援を通して連絡を取りあった。診療所から紹介を受け作業所利用する人も多くいた。その後、駅前を中心に精神科・心療内科を標榜する診療所が多くできた。それらの新しい診療所は通勤・通学帰りに立ち寄れる場所にあり規模もそれほど多くなかった。気分障害（うつ病）などを患いながら通勤・通学している者を主な患者としているそれらの診療所とは、仕事上も勉強会などの交流を持つ機会はなかった。具体的にどのような人が通院しているのかさえ知らなかった。精神科デイ・ケアについても「リワーク（復職）プログラム」をその主な活動にするとところが目立つようになる。復職支援のため対象は、精神疾患で休職・離職した者が多くなる。(片桐 2010) そして参加者の目的は明確だ。疾病予後も統合失調症に比べるとよい人が多い。

先ほど筆者が新しくできた診療所とのやり取りがなかったことを紹介したが、その要因が疾病種別とその予後の関係だろう。統合失調症の人たちは長期間にわたり症状に苦しむ。そして全く支援がなく暮らしていくことが困難な人も少なくない。そこで診療所から作業所などに紹介される。前項で述べたような「デイ・ケア内の滞留」が「新たなインスティテューショナルリズムを生み出す危険性」が指摘される。他方、復職支援を行うデイ・ケアや通勤・通学をおこなえる人たちを対象とする診療所ではどうか。患者によっては「デイ・ケア内の滞留」が起こることはあるだろう。それは従来のデイ・ケアと比べて多いだろうか。また、通勤・通学している患者はどうか。回復に時間がかかり長期間にわたり通院するもののいるだろうが、通院先以外にも所属する場はある。これら新しい診療所や精神科デイ・ケアは精神科病院を退院した後の医療的な「受け皿」になり得るだろうか。岡田は先ほどの記述の後、次のように述べる。

また、わかい精神科医がどんどん開業にながれて病院にいつかず、病院の医師は高齢化し、病院医療が活気をうしないあるいは空洞化しつつあるという声もきく。歴史ある公立病院でも医師の欠員がうまらないうちという事態も生じてきている。外来医療にかぎらず、院外医療（あるいは医療にかぎらぬので処遇というべきか、extramural treatment である）は多様化し、拡大されている。だが、それら院外医療・処遇は、病院医療にいわば接ぎ木された形にとどまっている。かつて医療の傘のもとに”の旗印があった。生活保護法による低価の政策が精神科医療を侵食しようとしたときに、この旗印は有効であった。だが今は、“医療の傘のそとに”の旗印が必要であろう。外国の多くで、リハビリテーション施設は精神科病院からひきはなして、それから独立して設置されなくてはならないとされている。だが日本では、病院医療の延長としてそれらが設置されることがおおい。“医療の傘のそとに”の理念を、このあたりで確認すべきだろう。また、それらリハビリテーション施設の多くは、職員の熱意と低賃金とによりささえられているようで、それらがいつまでつづけられるのか、気がかりである。（岡田 2002:237）

外来治療や精神科デイ・ケアは精神科病院で実施することは可能であり、事実多くの精神科病院が実践している。地域移行後の医療的「受け皿」となり得る診療所や精神科デイ・ケアは存在する。ただ、外来患者や診療所やデイ・ケアの増加をそのまま「受け皿」の数とはいえない。病院の近くにグループホームを作り、そこに退院させ日中精神科デイ・ケアを利用する。これらのことを考えると岡田の「リハビリテーション等、様々な実践が精神科病院に接ぎ木された形で成されている」が理解しやすい。

まとめ——外来治療は入院治療に対置されない

「精神科病院に接ぎ木された形で成されている」とは次のような事態を指すのではない。診療所で「入院治療の必要」とされた場合、精神科病院に「連携」という名目で紹介され、非常に速やかに入院となる。苦痛によって本人がそれを望む場合、問題がないのだろうが、本人非同意の場合はどうか。政府が精神医学に求めた機能を十分に発揮したこと

になる。

つまり、外来治療は入院治療に対置されていないということだ。

岡田はさらに「リハビリテーション等、様々な実践」を“医療の傘のそとに”あることを目指すべきだとする。それはリハビリテーションや福祉等の実践が「医療に近いところ」でなされることは、看板はリハビリ・福祉であるがかつて（現在も）批判されている入院を中心とした精神科医療と何ら変わらないという警鐘である。では、精神科病院で行われた入院治療のどこに批判が集まったのか。

当初、精神科デイ・ケアはデイホスピタルと呼ばれた。その発想は次の通りだ。療養入院中の患者が治療を受ける時間は一日あたりわずかな時間であり、その大半は生活である。では、退院後のアフターケアがあれば生活は地域で行うことが可能ではないとの考えから始まった取り組みが精神科デイ・ケアであった。

この入院患者の大半の時間が生活であることに着目し、「その生活を管理し指導する」ことで多くの時間を治療時間とする。その結果、回復を目指す取り生活療法という取り組みが行われた。他方、その取り組みを批判し生活の時間は病院外で過ごしてもかまわないとし、回復を目指す開放処遇（第 2 次）という取り組みも見られた。第 2 次開放処遇は生活療法の生活の管理や指導を批判したが、第 2 次開放処遇と生活療法双方が精神科病院という枠で実践され治療の一環として行われた。今回は精神科病院の管理・監視について、生活療法とそれへの批判、開放処遇を紹介することで考察していく。

i 1974 年に精神科デイ・ケアが健康保険の資料報酬に新設されている。原は「1985 年 11 月には全国 68 か所でデイ・ケアが実施されていた」（原 2011）と書いている。

ii 日本精神神経科診療所協会が平成 22 年 11 月に実施した会員基礎調査報告書「開設年ごとの件数」では、1955 年に 1 箇所 1959 年に 1 箇所が開設している。その後、61 年に 1 箇所、63 年に 2 か所、65 年に 3 か所が開設されその後、毎年新設がみられる。

iii 1927 年ソ連（当時）のハリコフではじめられたというが、どのような考えではじめられたか不明であるとしている。（加藤 1974 : 15-16）

iii 精神障害者の社会機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後 4 時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき 4 時間を標準とする。

vi （山本 2006） <http://jinken.s3.valueserver.jp/wordpress/wp-content/uploads/tiikiikougatahome.pdf>
2014 年 11 月 25 日閲覧