

図11. 法制化について

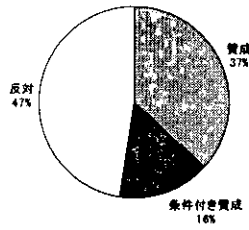


図12. 第三者機関の必要性

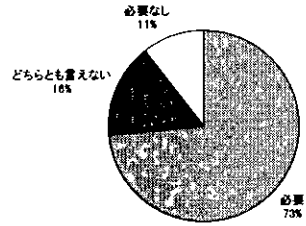


図13. 診療報酬化について

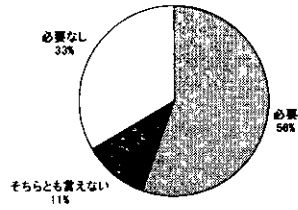
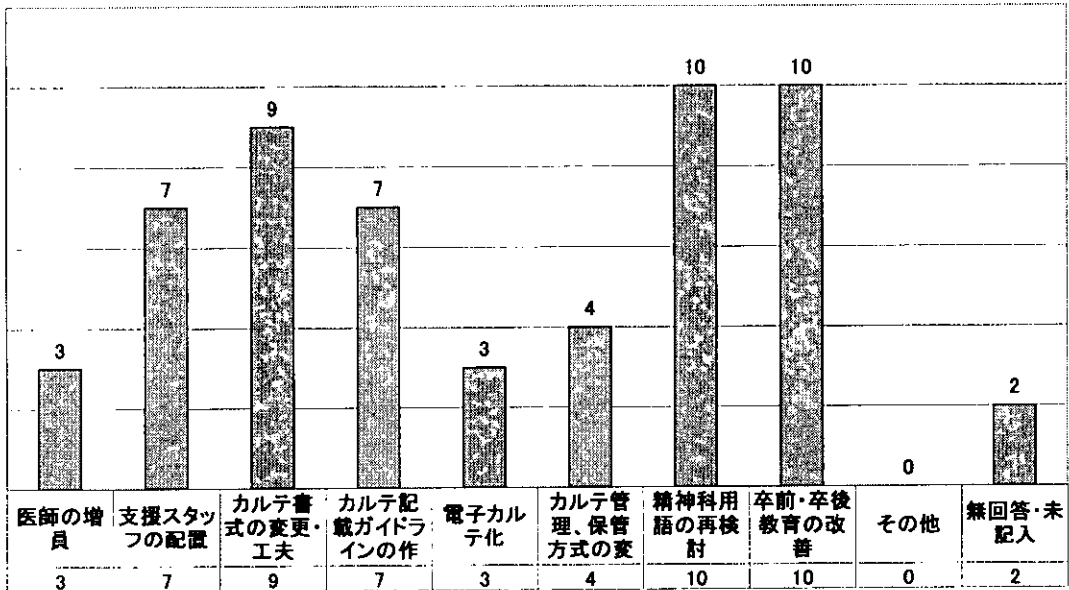


図14. 今後必要と思われる環境整備項目



調査結果Ⅱ〔事例調査〕結果グラフ

図15、患者精神医学的診断

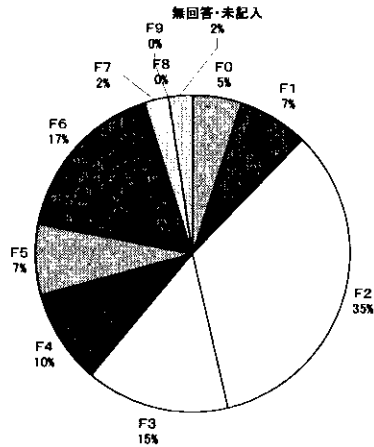


図16、入院患者入院形式

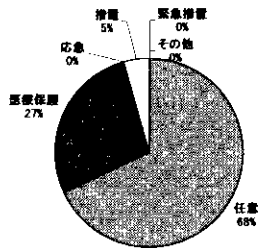


図17、開示請求者

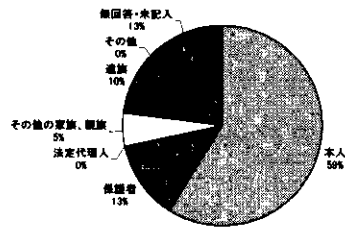


図18、開示請求理由

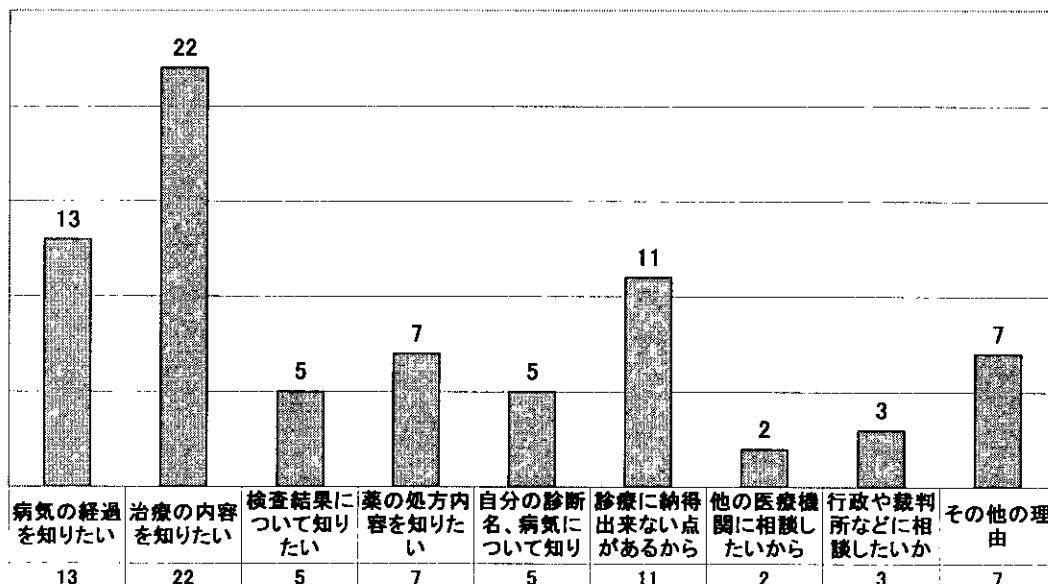


図19. 開示請求時期

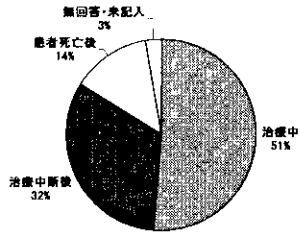


図20. 具体的対応

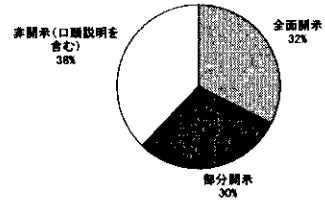


図21. 開示方法

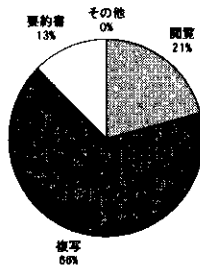
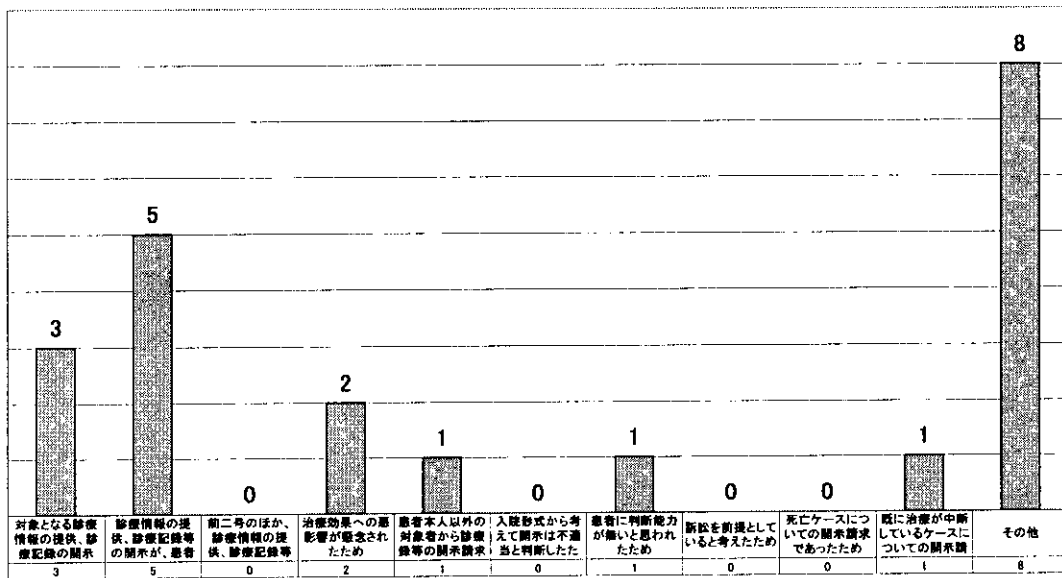


図22. 非開示例の非開示理由



Ⅲ. 研究協力報告書

平成 13 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供のあり方に関する研究

研究協力報告書
医療保護入院患者数の増加要因の検討

研究協力者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）
木沢由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
河野 稔明（東京大学大学院医学系研究科）
主任研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

1997 年から 1999 年はわずかながら減少傾向にあった医療保護入院による在院患者数が一転して 1999 年以降増加し始めた要因を調べることを目的として本研究を実施した。1998 年から 2001 年までの精神保健福祉関係資料を用いて、在院期間、年齢、性、診断別の医療保護入院による在院患者数の年次推移の比較を行なった。その結果、1999 年から 2000 年の間で医療保護入院による在院患者数が 13,660 人の増加（前年度比 1.15 倍）を示し、2000 年から 2001 年においても増加していることが明らかとなった。また、1999 年から 2000 年の間での変化について、その増加率に着目して検討した結果、性別では、大きな変化はなかったが、年齢別では 65 歳以上、診断別では器質性精神障害、の増加が目立っていた。また、在院期間別では、概ね在院期間が短い群ほど増加が目立っていた。つまり、主にこの医療保護入院による在院患者数の増加の中心となっている一群は、比較的最近に入院し、65 歳以上で器質性精神障害を有しているという特徴を持っていることを示している。これは、精神保健福祉法の平成 11 年法改正において医療保護入院の要件の明確化が行われたことを受けて痴呆等により、入院に同意する能力を有していないと考えられる者に医療保護入院を適用することが増えたためと考えられる。

A. 研究目的

精神病院への入院に関しては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法と称す）において、任意入院、措置入院、医

療保護入院、および応急入院の 4 種類の入院形態が定められている。医療保護入院については、精神保健福祉法第 33 条に規定されており、その概要は、自傷他害のおそれはないが、

患者本人の同意が得られない場合に、指定医の診察の結果、医療及び保護のため入院が必要と認められた者であって法第22条の3の規定による入院（任意入院）が行なわれる状態にないと判定された患者又は法第34条第1項の規定（医療保護入院等のための移送）により移送された者について、保護者、市町村長の同意により行なわれる入院というものである。

1996年から2001年までの精神保健福祉関係資料のデータによると、この6年間で総在院患者数は33万人台の前半から中盤で大きな変動なく推移している（図1）。一方で、医療保護入院による在院患者数は、1999年から2000年の間で13,660人の増加（前年度比1.15倍）を示し、2000年から2001年においても増加している（図1）。

1997年から1999年はわずかながら減少傾向にあった医療保護入院による在院患者数が一転して1999年以降増加し始めた要因を調べることを目的として本研究を実施した。

B. 研究方法

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課では、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文章依頼を行い、全国の精神病院の状況についての資料を得ている。この情報収集は精神保健福祉課の業務

の参考にすることを目的としており、全国の精神病院の協力によって継続され、我が国の精神保健福祉に関する貴重な資料となっている。本研究は1996年から2001年までのこの資料を用いて医療保護入院による在院患者数の年次推移を検討したものである。さらに、1998年から2001年までの資料を用いて、在院期間、年齢、性、診断別の患者数の年次推移の比較を行なった。この4年分のデータに絞った理由は、先述の集計を行なうことが可能な形式でデータ収集されていたのがこの1998年以降であったためである。

（倫理面への配慮）

本研究は、各都道府県・政令指定都市毎に精神病院の患者数等の集計を依頼し、それを基に分析したものであり、そこには個人を特定可能な情報は含まれていない。

C. 研究結果

1998年から2001年までの医療保護入院による在院患者数と前年度からの増減を在院期間、年齢、疾患別にまとめたものを表1から3に示す。全ての表のほとんどのカテゴリにおいて1999年から2000年の間で医療保護入院による在院患者数が増加していることが示されている。

また、1999年から2000年の間での変化について、その増加率に着目して検討した結果は以下のとおりであった。性別では大きな変化はなか

った(図2)。在院期間別では、概ね在院期間が短い群ほど増加が目立っていた(図3)。また、年齢別では65歳以上(図4)、診断別では器質性精神障害(図5)の増加が目立っていた。

D. 考察

1999年から2000年の間での変化について、その増加率に着目して検討した結果は、主にこの医療保護入院による在院患者数の増加の中心となっている一群は、比較的最近に入院し、65歳以上で器質性精神障害を有しているという特徴を持っていることを示している。この医療保護入院による在院患者数の増加の理由を以下で検討した。

任意入院でありながら閉鎖病棟に入院していたり、行動制限を伴う患者が存在していたりしていたことを受けて、精神保健福祉法の平成11年(1999年)法改正において、「精神障害者の人権に配慮した医療の確保に関する事項」の一つとして「医療保護入院の要件の明確化」が行われた。これによって、医療保護入院の運用がより適正に行われることとなり、その結果として医療保護入院による在院患者数が増加したと考えられる。

また、入院の是非が判断できない状態の患者を任意入院扱いにしている問題などを指摘される事例が存在し、一部の事例では、改善命令が出されたり、中には入院制限命令にま

で至ったものもあった。これらのことにより、入院に同意する能力を有していないと考えられる痴呆等の患者には、医療保護入院を適用することが、より徹底されたことも、比較的最近に入院し、65歳以上で器質性精神障害を有している者が医療保護入院による在院患者数の増加の中心となっていることを説明していると思われる。

E. 結論

医療保護入院による在院患者数は1999年から2000年間で13,660人の増加(前年度比1.15倍)を示し、2000年から2001年においても増加していることが明らかとなった。特に変化の大きかった1999年から2000年の間では、増加率に着目して検討した結果、この増加の中心となっている一群は、比較的最近に入院し、65歳以上で器質性精神障害を有しているという特徴を持っていることが分かった。これは、精神保健福祉法の平成11年法改正において医療保護入院の要件の明確化が行われたことを受けてのことと考えられる。

精神保健福祉関係資料を継続して収集していることにより、本研究のような、法改正等によって、精神保健医療福祉を取り巻く状況がどのように変化したかを、実証データを用いて示すことが可能となった。このように、精神保健医療福祉の状況がどう変化したかをモニタリングするためにも、この精神保健福祉関係資料

は必要であり，継続して実施することに大きな意義があるといえる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1：医療保護入院患者数の年次推移（在院期間別）

		1998	1999	2000	2001
実数	医療保護入院（3ヵ月未満）	12,252	13,517	17,970	18,056
	医療保護入院（～6ヵ月未満）	5,875	6,324	8,173	8,292
	医療保護入院（～1年未満）	6,859	7,445	8,855	10,194
	医療保護入院（～5年未満）	21,460	21,023	25,363	29,227
	医療保護入院（～10年未満）	12,045	11,600	13,076	13,510
	医療保護入院（～20年未満）	16,662	15,170	14,954	14,753
	医療保護入院（20年以上）	17,214	16,620	16,968	16,898
	合計	92,367	91,699	105,359	110,930
前年差	医療保護入院（3ヵ月未満）	—	▲ 1,265	▲ 4,453	▲ 86
	医療保護入院（～6ヵ月未満）	—	▲ 449	▲ 1,849	▲ 119
	医療保護入院（～1年未満）	—	▲ 586	▲ 1,410	▲ 1,339
	医療保護入院（～5年未満）	—	▽ 437	▲ 4,340	▲ 3,864
	医療保護入院（～10年未満）	—	▽ 445	▲ 1,476	▲ 434
	医療保護入院（～20年未満）	—	▽ 1,492	▽ 216	▽ 201
	医療保護入院（20年以上）	—	▽ 594	▲ 348	▽ 70
	合計	—	▽ 668	▲ 13,660	▲ 5,571

表 2 : 医療保護入院患者数の年次推移 (年齢別)

		1998	1999	2000	2001
実 数	医療保護入院 (20歳未満)	1,090	1,091	1,340	1,305
	医療保護入院 (20~40歳未満)	15,045	14,560	16,370	16,342
	医療保護入院 (40~65歳未満)	53,910	52,200	56,538	57,352
	医療保護入院 (65歳以上)	22,322	23,848	31,111	35,931
	合計	92,367	91,699	105,359	110,930
前 年 差	医療保護入院 (20歳未満)	—	▲ 1	▲ 249	▽ 35
	医療保護入院 (20~40歳未満)	—	▽ 485	▲ 1,810	▽ 28
	医療保護入院 (40~65歳未満)	—	▽ 1,710	▲ 4,338	▲ 814
	医療保護入院 (65歳以上)	—	▲ 1,526	▲ 7,263	▲ 4,820
	合計	—	▽ 668	▲ 13,660	▲ 5,571

表3：医療保護入院患者数の年次推移（疾患別）

	男性					女性					合計			
	1998	1999	2000	2001		1998	1999	2000	2001		1998	1999	2000	2001
症状性を含む器質性精神障害	4,896	5,399	7,646	9,006		6,272	6,784	9,562	11,530		11,168	12,183	17,208	20,536
精神作用物質による精神及び行動の障害	3,401	3,229	3,966	4,000		301	363	583	463		3,702	3,592	4,549	4,463
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	36,202	35,005	37,821	38,338		28,121	27,753	30,637	31,867		64,323	62,758	68,458	70,205
気分（感情）障害	1,818	1,935	2,291	2,392		1,898	2,126	2,555	2,819		3,716	4,061	4,846	5,211
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	675	706	831	794		791	777	1,062	1,078		1,466	1,483	1,893	1,872
生理的障害及び身体即要因に関連した行動症候群	124	94	94	89		149	126	135	150		273	220	229	239
成人の人格及び行動の障害	403	380	431	447		245	231	317	360		648	611	748	807
成人の人格及び行動の障害	2,211	2,180	2,288	2,377		1,457	1,433	1,502	1,554		3,668	3,613	3,790	3,931
精神遅滞	69	91	130	113		52	41	51	44		121	132	181	157
心理的発達の障害	134	113	133	176		134	121	121	143		268	234	254	319
小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	1,182	1,077	1,167	1,165		693	614	712	720		1,875	1,691	1,879	1,885
てんかん	556	552	658	655		583	569	666	650		1,139	1,121	1,324	1,305
その他	51,671	50,761	57,456	59,552		40,696	40,938	47,903	51,378		92,367	91,699	105,359	110,930
合計	-	▲ 503	▲ 2,247	▲ 1,360		-	▲ 512	▲ 2,778	▲ 1,968		-	▲ 1,015	▲ 5,025	▲ 3,328
症状性を含む器質性精神障害	-	▽ 172	▲ 737	▲ 34		-	▲ 62	▲ 220	▽ 120		-	▽ 110	▲ 957	▽ 86
精神作用物質による精神及び行動の障害	-	▽ 1,197	▲ 2,816	▲ 517		-	▽ 368	▲ 2,884	▲ 1,230		-	▽ 1,565	▲ 5,700	▲ 1,747
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	-	▲ 117	▲ 356	▲ 101		-	▲ 228	▲ 429	▲ 264		-	▲ 345	▲ 785	▲ 365
気分（感情）障害	-	▲ 31	▲ 125	▽ 37		-	▽ 14	▲ 285	▲ 16		-	▲ 17	▲ 410	▽ 21
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	-	▽ 30	▲ 0	▽ 5		-	▽ 23	▲ 9	▲ 15		-	▽ 53	▲ 9	▲ 10
生理的障害及び身体即要因に関連した行動症候群	-	▽ 23	▲ 51	▲ 16		-	▽ 14	▲ 86	▲ 43		-	▽ 37	▲ 137	▲ 59
成人の人格及び行動の障害	-	▽ 31	▲ 108	▲ 89		-	▽ 24	▲ 69	▲ 52		-	▽ 55	▲ 177	▲ 141
精神遅滞	-	▲ 22	▲ 39	▽ 17		-	▽ 11	▲ 10	▽ 7		-	▲ 11	▲ 49	▽ 24
心理的発達の障害	-	▽ 21	▲ 20	▲ 43		-	▽ 13	▲ 0	▲ 22		-	▽ 34	▲ 20	▲ 65
小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	-	▽ 105	▲ 90	▽ 2		-	▽ 79	▲ 98	▲ 8		-	▽ 184	▲ 188	▲ 6
てんかん	-	▽ 4	▲ 106	▽ 3		-	▽ 14	▲ 97	▽ 16		-	▽ 18	▲ 203	▽ 19
その他	-	▽ 910	▲ 6,695	▲ 2,096		-	▲ 242	▲ 6,965	▲ 3,475		-	▽ 668	▲ 13,660	▲ 5,571
合計	-					-					-			

図 1 : 総在院患者数と医療保護入院による在院患者数の年次推移

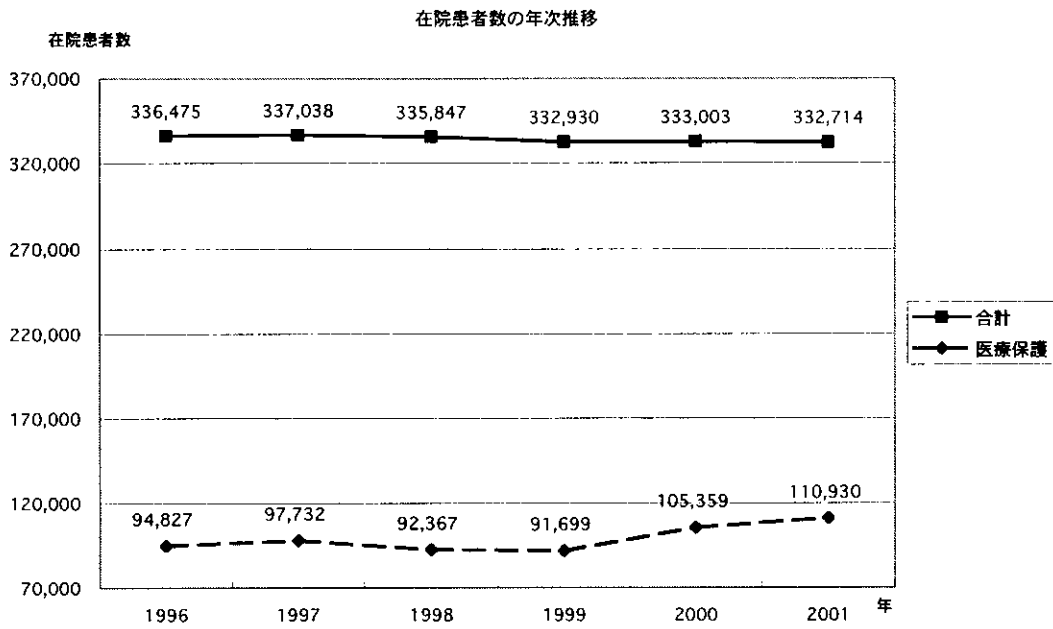


図 2 :

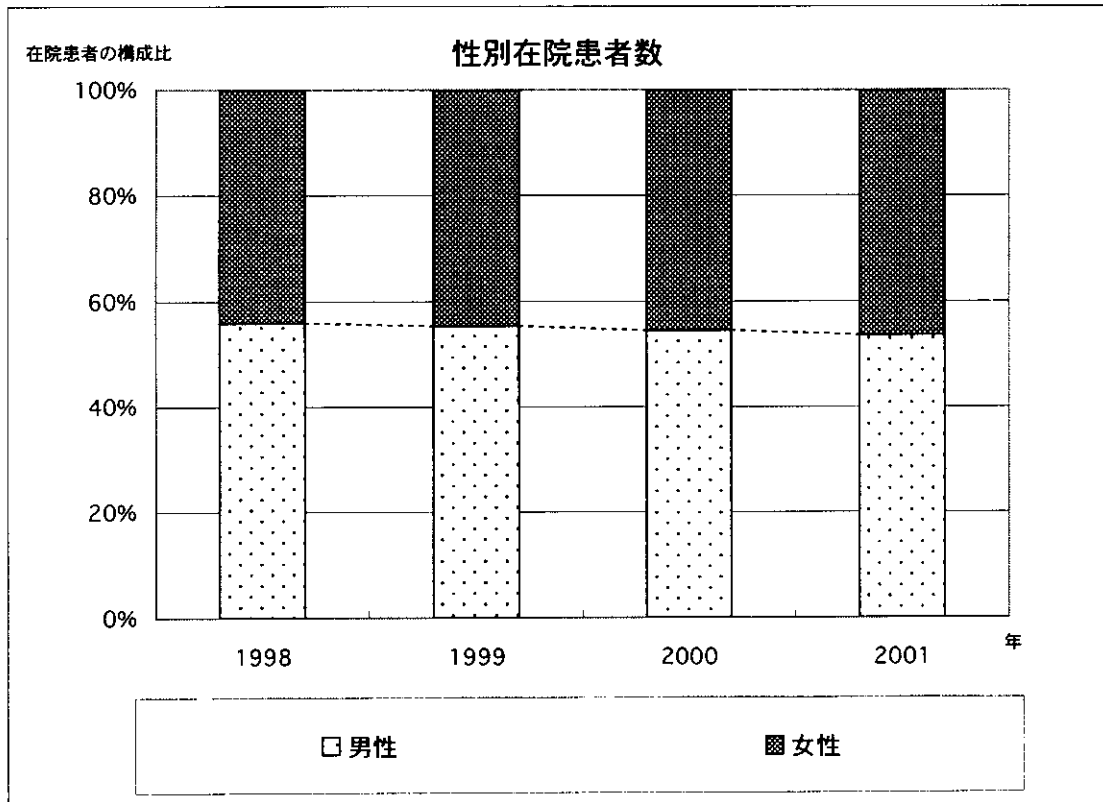


図 3 :

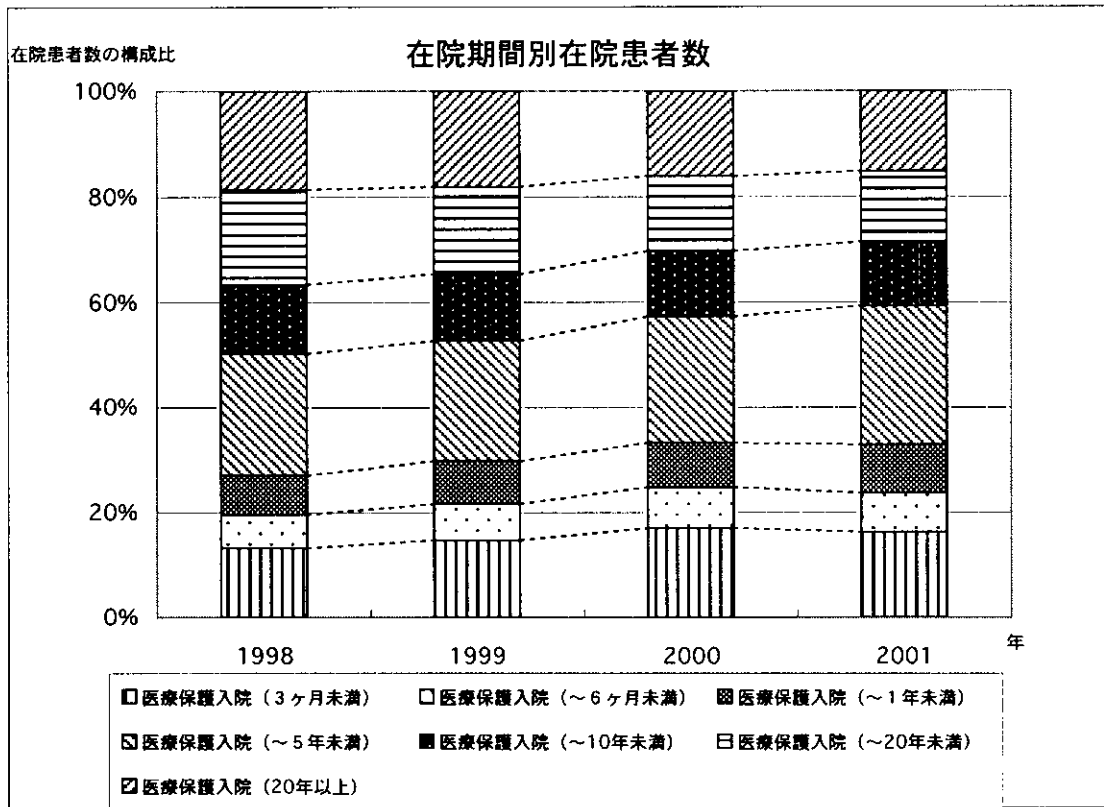


図 4 :

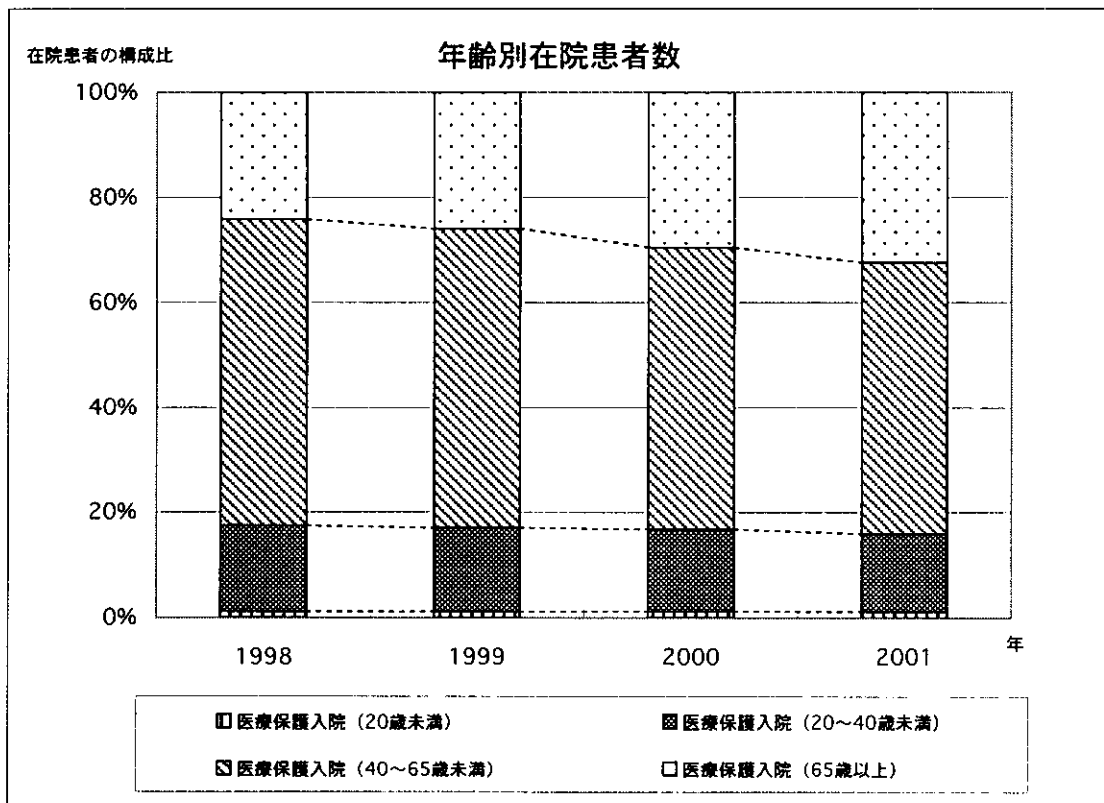
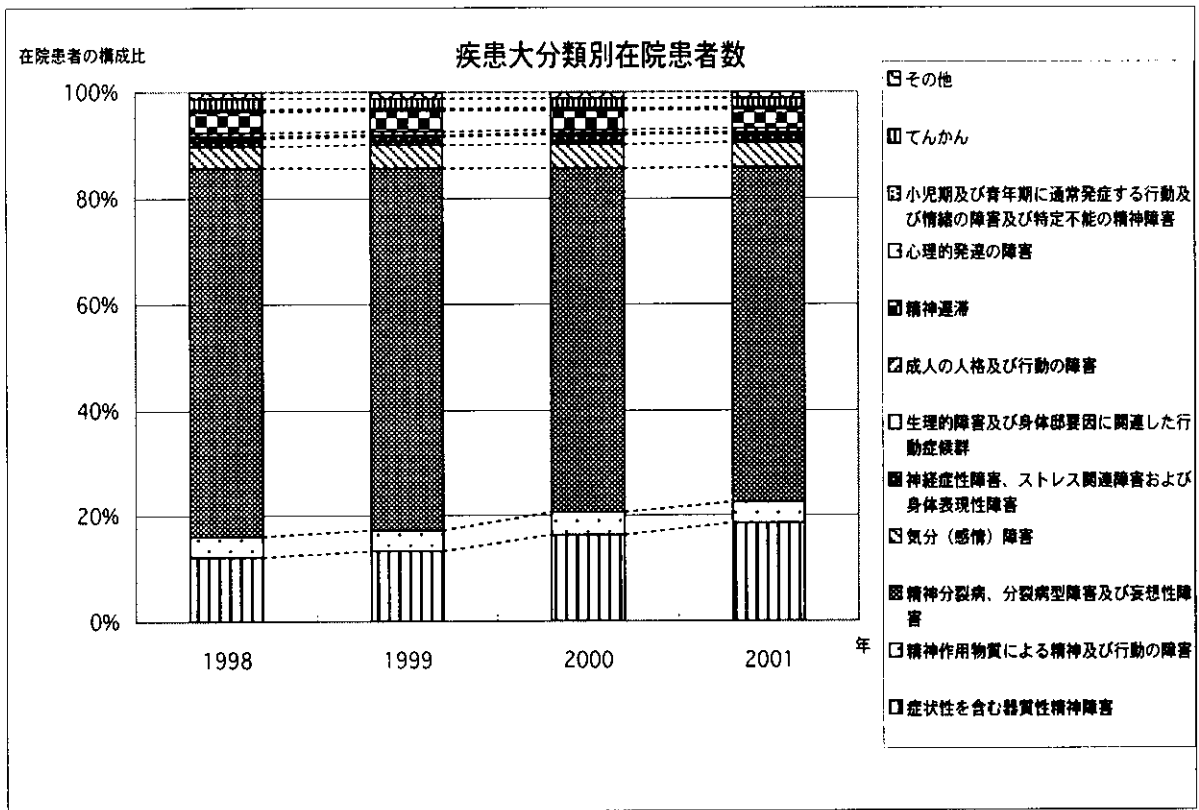


図 5 :



平成 13 年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
精神病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供のあり方に関する研究
研究協力報告書

精神障害者の社会復帰施設促進と住居確保の事例報告
共同住居の存続の必要性を検討する

研究協力者 田中稜一（医療法人 五稜会病院）

1. はじめに

現在精神保健福祉法のもと精神障害者社会復帰施設の居住型としては、生活訓練施設、福祉ホーム A・福祉ホーム B、グループホーム等があるが、共同住居はこのノーマライゼーション 7 ヶ年計画には入っておらず、地方自治体に委ねられている。その結果、共同住居は公の社会復帰施設の全国状況調査の対象からも漏れることが多く、その補助金対象も減少して、今や自然消滅の可能性すらある。そこで、私ども（五稜会病院；以下当院と記す）の行っている共同住居の事例からその長所を探り、かつ必要性を論じる。また、考察では、共同住居問題とは別個に、「長期入院者をより多く地域医療へ」の実現のためには、従来の福祉施設の居住型だけでは無理で新たな発想が必要なことを論じる。

2. 当院の共同住居展開の経緯

当院は平成元年よりデイケアを開設し在宅医療を推し進めてきたが、デイケアの中でメンバー同士がお互いに交流しつつ日常的に専門的な援助を受けることで再発の可能性は少なくなってきた。他方、当院にとって、院内寛解状態にありながら両親の高齢化などの家庭事情で同居が困難な人、生活技能の低下による一人暮らしが困難な人、あるいは長期入院に伴う社会生活を送ることへの強い不安感や孤独感を抱く人々の社会復帰は大きな課題であった。そこで、同 2 年に共同住居を開設した。当初、当院はグループホームを志向したが、当院周辺に適当な物件が不足していたことと地域の根強い偏見もあり不可能であった。結局、近隣の貸家式アパートの 2DK を 2 人一組で病院との賃貸契約で借り上げることからスタートせざるを得なかったが、この方法で増設を重ね、平成 6 年からは札幌市の補助金を受けている。そして、開設当初は賃貸契約に躊躇していた貸し手もスタッフの綿密なケアのもとで、ごく普通に生活する様子から障害者に対する意識変化が現れ、実際に同 9 年には共同住居用に不動産業者が新築したアパートもある。しかし、当院では、それまでの経験から入居者が地域に自然に溶け込むようにとあえて一棟全部でなく、健常者と同じ棟に住むことを重視し、その内の数所帯分を借り上げている。

3. 共同住居者の実情

現在 7 ヶ所の貸家式アパートに 2DK: 14 個、1DK: 6 個を病院の契約のもと所有しており、共同住居入居者数は平成 14 年現在 32 名で、その共同入居前の累積入院期間は平均 9.94 年 (SD6.79)、年齢は、平均 47.8 歳 (SD10.5) である。日中の活動の場がほぼデイケアのもの

が大多数で障害者職業支援センター、他施設利用者、パートのアルバイトが少数いる。開設以来の入居者数は延人数70名、実人数63名である。退居者数は延人数38名、実人数31名で、その内訳は再入院10名、アパートへ独立14名、結婚3名、家族と同居3名である。共同住居入居後の再入院回数は平均1.44回（SD2.9、min.0回～max.15回）、一回当たりの入院日数は、平均19日（SD15）である。疾患名は、全てICD-10のF2である。

4. 現入居者の経済状況

生活保護12名、生活保護+年金12名、生活保護+福祉手当2名、年金5名、年金+仕送り1名である。

<月額> 家賃25000円～35000円を除いて10万円～12万円が生活費

5. 同住居の存続の必要性（長所）についての検討

①開設にあたり箱物に資金を要しない。これは、撤退も容易であることになる（色々の面で重要な点である）。

②他施設より開設がし易い。地域の住民の偏見、反対を受けることなく、貸し主の理解を得れば一ヶ所ずつでも静かに浸透して増設も可能にする。

③われわれは北海道で運営されている精神障害者の各種居住施設の入居者を対象にアンケート調査をした。^{1) 2)} 質問●《精神障害者であることを近隣の人達に明らかにして良いか》には回答「明らかにしたくない」;51人(51%)、「明らかにしたくないが援助によっては明らかにしても良い」;42人(42%)であった。●《今後どのような生活場所を希望するか》には、病院からの距離では「徒歩で通えるくらいの距離」が58%に対し「病院敷地内や隣接したところ」は13.5%に過ぎなかった。●《近隣との交流があるか》には、病院からある程度の距離にある地域居住者は「ある」76.6%に対し病院隣接者は33.3%であった。●《健常者と混在した住い方》には、現在その様な住まい方をしている人はその84%が「良い」とし「今後とも地域のアパートでの一人、あるいは数人での生活を望む」としている。これに対し現在障害者専用の住居者はその40%が「障害者専用の寮の様な場所が良い」とし、その理由として「近所との付き合いが大変、障害者同志の方が気が楽」と答えている。

以上のことより、上記条件を最も満たしているのは共同住居であると考え得る。

6. 他施設との利用者満足度の比較

生活訓練施設、福祉ホームA、福祉ホームB、通所授産施設、入所授産施設についての利用者満足度（client Satisfaction Questionnaire=CSQ-8J）は平成12～13年度科学研究『精神障害者の医療施設および社会復帰施設の利用状況に関する研究』—精神障害者社会復帰施設における利用者の属性・特性と満足度の関係³⁾に発表されている。

これを引用し、われわれの現共同住居入局者30人から得たCSQを対比させ表1.として以下に記す。

表1. 既発表各種施設利用者満足度と共同住居者満足度の比較

施設種類別利用満足度 3)より掲載

	CSQ1		CSQ2		CSQ3		CSQ4		CSQ5		CSQ6		CSQ7		CSQ8		CSQ 合計	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
生活訓練施設	2.8	0.8	2.9	0.8	2.9	0.8	2.9	0.7	2.9	0.7	3.2	0.6	3.0	0.7	2.9	0.7	23.6	4.1
福祉ホーム A	3.0	0.8	3.0	0.7	2.9	0.8	2.9	0.7	3.0	0.8	3.3	0.6	3.1	0.7	2.9	0.7	24.1	4.4
福祉ホーム B	3.0	0.8	3.1	0.7	2.9	0.8	2.9	0.7	2.8	0.7	3.4	0.6	3.1	0.7	3.0	0.6	24.2	4.2
通所授産	2.9	0.7	2.9	0.7	2.9	0.8	2.9	0.7	2.8	0.7	3.2	0.6	2.9	0.7	3.0	0.6	23.4	3.8
入所授産	3.1	0.5	3.0	0.6	2.9	0.7	3.1	0.4	3.0	0.8	3.3	0.6	3.2	0.7	3.0	0.6	24.7	3.5
福祉工場	3.4	0.5	3.3	0.5	3.1	0.8	2.9	0.6	2.9	0.8	3.4	0.5	3.3	0.7	3.1	0.4	25.3	3.5
合計	2.9	0.8	2.9	0.7	2.9	0.8	2.9	0.6	2.9	0.7	3.2	0.6	3.0	0.7	3.0	0.7	23.7	4.0

共同住居者の利用満足度

共同住居	3.2	0.7	3.4	0.6	3.5	0.6	3.3	0.6	3.4	0.6	3.4	0.6	3.3	0.5	3.4	0.5	26.8	3.3
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	-----

CSQ-8J をもちいた社会復帰施設との比較では、われわれが行っている共同住居者 30 名の CSQ-8J の合計の平均 (26.8) は高位にある。この調査に携わった PSW 等によると、この理由は、「自由度」にあるのではと語っている。即ち、管理者は常時は不在で相互扶助のもと自己管理に委ねている故である。なお、精神科アセスメントツールに紹介されている QOLI (Quality of Life Interview)⁴⁾の方がより調査に適しているのではという意見もあった。この〔セクション C〕には 1. 現在の生活状況は? の質問項目中に 07 ; 共同住宅 (スタッフが管理) 08 ; 共同住宅 (スタッフ管理なし) のチェックがある。

7. 現行の共同住居の問題点

①共同住居を始めた平成元年時には、借り主が病院にならないと成立し得ず、以来、全てのアパート契約は病院が借り主になっている。火災保険には入っているが、限度額は僅かで万一の場合が心配である。そのため当院では専門の営繕係りが月 2 回および必用時に以下にあげる表 2. の点検実施項目にしたがい点検に行っている。このことは、貸し主の信頼をえる結果にもなったが、共同住居は精神保健福祉法に入っていない居住型であるので運営者側としては万一の不安を禁じ得ない。

表2 共同住居 (屋外・部屋内) 点検実施項目

項目	重点チェック内容
電気関係	コードは正常か又固定されて使用していないか コンセントよりタコ足状態で使用されていないか プレーカーが飛ぶような過剰器具を使用していないか スイッチ取付部位に無理な入力をしていないか その他特に電気に関わることで問題点はないか

ガス関係	<p>ガスコンロ周辺に引火又は燃えやすい物を放置していないか</p> <p>ホースの取付部又はホースが押されていないか</p> <p>ホースに亀裂又はひびの入っているものを使用していないか</p> <p>瞬間湯沸器の取付け作動機能は良好か</p> <p>ガスコンロの炎の赤色が強くなっていないか</p> <p>ガス警報機の機能が作動しているか</p> <p>その他特にガスに関することで問題点はないか</p>
ストーブ関係	<p>定期点検整備をなされたストーブを使用しているか</p> <p>ストーブ周辺及び天井に乾いた物等を干していないか</p> <p>ストーブ及び燃料ホースからの油漏れ等はないか</p> <p>煙突の継目等にゆるみはないか又固定されているか</p> <p>風呂場のバーナー着火に問題等はないか</p> <p>清掃等によりストーブが押されたり移動していないか</p> <p>炎が正常な状態で燃えているか又火力が強くないか</p> <p>その他特にストーブに関することで問題点はないか</p>
営繕関係	<p>施錠及びドアノブは正常に作動しているか</p> <p>各部屋のドアはスムーズに作動しているか</p> <p>ガラス等破損箇所が放置されたままになっていないか</p> <p>押入等の換気なく結露・すがもり等になっていないか</p> <p>その他営繕に関することで問題点はないか</p>
屋外設備及び安全関係	<p>ホームタンク油漏れ等はないか</p> <p>屋外煙突取付部又継目部分は安全に入っているか</p> <p>階段玄関周辺に危険な物が放置されていないか</p> <p>冬期間階段等積雪で危険な状態になっていないか</p> <p>屋根の積雪による落下等危険な状態になっていないか</p> <p>その他特に屋外に関することで問題点はないか</p>
屋外清掃関係	<p>夏期時周辺にゴミ又は雑草等処理はされているか</p> <p>冬期時の除雪は確実になされているか</p> <p>水道凍結等の止水栓の使用はなされているか</p> <p>その他特に清掃に関することで問題点はないか</p>
<p>7戸名 () 点検日 年 月 日 時 点検者 ()</p>	

②最近地方自治体によっては、共同住居からグループホームへの転換を推し進める傾向にあり、また新規開設は困難になった。それにより、われわれも、最近1ヶ所の2DKよりなる貸家式アパートに数所帯を集めさらに専任管理者の部屋として2DKを1個借りあげグループホームに転換した。しかし、これには2つのマイナス点がある。1点は専任管理者用のために2DKを1個借り上げる無駄な費用であり、(2DKに2人で住んでいるので、各々個室をもち、さらに共有空間もそこにある)。もう1点は、地域のアパートで数人が健常者と共に住み、小規模な形態で地域社会の中に埋没し、統合されるというノーマライゼーションの

観点からみた住まい方の考えに遠のいて来るからである。

8. 考察

- Wolfensberger⁵⁾ は、ノーマライゼーション原理の居住サービスに対する意義として「統合」、「小規模化」、「生活の機能別分離」をあげ、以下のように勧告している。居住サービスのかなりの部分は孤立した地域や人口密集地から離れたところで提供されていたが、居住者が一般市民の活動に参加できるように地域社会に統合されて、各地に分散されるべきである。規模が大きいことは必ずしも運営上経済的ではなく、近隣や地域社会は沢山の逸脱した個人を受け入れるわけにはいかないため小規模化が必要であると述べている。
- 現在ある精神障害者福祉施設の居住型としては、共同住居は Wolfensberger の説に最も近いものであり、また精神障害者への偏見の是正の面でも貢献していると考え得る。しかし、平成 7 年国の施策である障害者プラン・ノーマライゼーション 7 カ年計画の居住型から共同住居は漏れた故か、これに携わっている地方自治体も暫時グループホームへの転換を図り、いまや消滅の危機にある。本来、長期入院者の地域医療を考える際、彼等の重症度、生活能力に見合った種々の居住型があつてこそ、その促進が可能になるし、また、それに見合った可能な限り「ノーマライゼーションの観点」からみた様々の居住型の実現を思考すべきと考える。

- 【長期入院者の地域医療へのより完全な実現】のために

精神科病床の推移をみると 1993 年をピークにし 2000 年には約 5000 床が減少している。この減少は入院から地域医療に移行した分が大きく関与していると思われる。日本精神科病院協会は、1993 年精神病院在院患者実態調査報告⁶⁾ を行っているが、このデータより社会的入院は 10.2%~12.9%とし所謂『社会的入院 3 割説』あるいは『2 割説』が、いかに実証性に乏しいものであるか、明白であるとしている。2002 年日精協は同様な調査に更に能力障害の評価も加え調査しているが、このデータによると能力障害の軽度な 1, 2 群を合わせて約 3 万人となり、これが入院から福祉施設へと考えられる人数であり、この数値は、日精協の 1993 年の調査数値に精神病床の減少分を合わせるとほぼ一致する。しかし、われわれが掲載した「陰性症状評価尺度 (SANS) を用いた慢性期精神分裂病の重症度判定とその意義」⁷⁾ では、日精協の院内解寛は SANS の総合得点では 40 ± 21.4 であり、われわれ行っている共同住居者の SANS の得点のおよそ倍あつた。実際、われわれは、入院者を共同住居に移す際、院内の共同住居運営委員会 (医師、看護師、PSW 等よりなる) に計るが GAF が念頭にある医師の判断がかならずしも正しくなかったことがある。このことから、現在の長期入院者 3 万人を地域医療への実現には、その対象者の能力に見合った従来型とは別の発想の社会復帰施設の居住型 (医療+福祉?) をも視野に入れなければ無理であろう。

- 文献

- 1) 田中稜一、中島公博他：北海道ノーマライゼーション研究 N.9 1997
- 2) 中島公博、田中稜一他：臨床精神医学 V.26 N.10、1997
- 3) 伊藤弘人他：平成 12~13 年度科学研究費補助金報告書
- 4) 伊藤弘人、栗田広：精神科医療アセスメントツール、医学書院、2000
- 5) 中園康夫、清水貞夫訳：ノーマライゼーション—社会福祉サービスの本質—学苑社 1982

- 6) 高橋正和：日本精神病院協会雑誌 V.12 N.10 1993
7) 中島公博、田中稜一他：臨床精神医学 V.24 N.2 1995

追記

- 1997年 【病院・地域精神医学会第40回総会】に於いて当院の〔精神科病院における長期入院者の退院と地域医療の促進〕の発表にさいしての質疑応答の記録を以下に追記する。
- ・質問1、(滋賀・長浜赤十字病院、看護)
 - ① アパートへの訪問は何時、誰が、どのように行うかということに関して、病院の位置付けを教えてください。
 - ② アパート契約時に、私達の病院では患者の家族にして頂いているが、保証人になるのを拒否される場合がある。一世帯借り上げという方法をとる時に、誰が契約者になり、保証人になるのか。
 - ・解答1、(札幌・五稜会病院、PSW) 以下解答者は同じ
 - ① 訪問については、日中深く関わりをもっているデイケアのスタッフが行う。回数はその方の状況によって違うし、入居当初なのかどうか、生活に慣れているかどうかによっても違うが、週1~2回行っている。報告でも述べたように、それとは別に営繕関係を担当する男性職員が住居の外や内を、月2回に分けて回り点検整備を行っていき、というようなことをしている。訪問については当院ではかなり重視し、地域に出た方を支える重要なこととして受けとめ力を注いでいる。
 - ② アパート契約に関し、共同住居については病院が契約しており、先ほどのお話のようにご家族がなさるということはない。最初は理解を得るのは大変(偏見があり当初は病院が契約者になっても成立に難事)なことだったが、だんだん意識が変わってきて、最近では病院の契約は非常にスムーズにしている。
 - ・質問2
週2回のデイケアスタッフの訪問と、営繕関係の方がいて、かなり重要視されていることは分かったが、業務の中に必ず含まれているという形をとっておられるのか。
 - ・解答2
はい、そうです。
 - ・質問3
共同住居の契約を病院がするということが、家族の意識はどうであろうか。
 - ・解答3
その方によって様々だが、先ほども述べたようにかなり高齢化している。長期入院(長い方では20年近く)があり、当院だけでなく他院を含めて入院していたということもあり、非常に退院そのものに対する不安が大きい。こういった共同住居の訪問そして日中のケアも含めての体制をお話する中で、家族の方も安心し「まずはやってみようか」ということで、家族の中でも意識の変化は表れてきている。中には強い抵抗を示す方もいるが、「まずは一歩を踏み出してみよう」ということで始めている。それから調子を崩した時のサインをこちらも見逃さずに、短期間の入院でまた住居に戻っていくということをやりながら継続しているといった状況である。