

## I はじめに

今年度から京都府の委託事業として実施している「精神障害者退院支援事業」に関わって、「社会的入院」について、改めて考える機会を持つことが出来た。

病院でのケア会議や様々な研修会などで感じたことは、これは今更ながら「ほんまもんの人権侵害だ」という実感である。医療的には「寛解」しているにもかかわらず、30年～40年の入院をさせられている人たちがいるという事実について、思わず理不尽さと怒りが込み上げてきた。(精神障害は『完治』とはいわない。完全に治ってはいないが、症状としてはおさまっている状態をいう。不治の病が何とか治まっている状況も同様。言いかえれば「精神障害は一生治りません」と宣言している。) 私たちはまず、この現状を知ること、これを放置することは許されることでないという思いを持つことが必要であると強く感じた。

戦前には3万人だった(社会的)入院患者が戦後7万人にまで増えた。国策としての入院促進事業が存在した。誰が何のために「政策的入院促進」を実施する必要があったのか、その「メリット」はどこにあったのか、誰がそのメリットを受けたのかをよく考えてみる必要があると思う。

## II こんな人たちが…

・入院歴20年以上のAさん。「私より長い人がたくさんいるので、当分順番が回ってこないと思っていた。5年前に退院したい…と希望を出したら『待っていなさい』と言われて、待っていました。それ以来、ずっと待っています。」

>病院側からすると、Aさんは「困らない『患者』だった。退院したいと言った途端『困った患者』になってしまったらしい。』

・30年入院していたいしかわちよこさん。「入院18年目で退院をあきらめました。一生、退院しないで病院で暮らそうと約束していた人がいました。でも、その人が『宿泊体験しなさい』と言ってくれたのと、支援員さんの人柄にひかれて退院しようと思いました。」

>退院しない(したくない)理由は、病院スタッフにも言えない場合がある…。病院スタッフに「は」言えない場合もある。

・30年たったBさん。「『今日さえ生きていればいい…と思うようになって30年経ちました。…両親との約束は退院して刺し身を食べようという事でした。でも約束していた両親は入院中に死にました。15年目に(どこかで)刺し身を食べました。後15年食べなくてもいいと思いました。』

・40年入院していたCさん。「退院して、独り暮らしを初めて1週間くらいした時のことです。晩御飯を食べながら、急に涙がこみ上げて来て…、泣けて泣けて仕方がなかったんです。なぜ、もっと早くこういう事(退院支援の事)をやってくれなかったのだろうか…って。もっと早く退院できていたら、ぼくの人生はもっと違っていたと思うと、悔しくて悲しくて涙が止まりませんでした…。」

・ずっと入院しているDさん。「あまりかなわない夢を持つとつらくなるから、あまり細かいことを気にしない方がいいよ」と言われた。退院しようと思わなくなりました。

・「退院したら、私は絵を描きます…。」と言われた長期入院の50代の男性Eさん。長岡秀星のようなすごい絵。病院はこの方の特技を全く知らず、本人もアピールせず…。退院意欲がないと思われていたが、退院意欲をしまっていただけ、夢と希望を封印してただけ。Dさんと同じように「叶わぬ夢を持ってしまうと自分がつらくなる」と思われていたか？

・Fさん。「退院支援事業？15年前に退院したいと言ったときに、なぜ助けてくれなかったのですか？もう、私は自分の人生を投げ出してしまったのです。」

>言うまでもなく、この人たちは医療的には「治療の必要がない」と医師が診断した人達である。入院の必要がないのに30年～40年という年月を、病院という非日常的な、自由のない生活を送ることを強要された人たちのことを私たちはどう考えれば良いのであろうか。

### III なぜ、こんなことに…

1 国策としての「入院促進事業」が存在していたこと…現在も…。

#### ① 精神病患者監護法

精神保健福祉法の前々身の「精神病患者監護法」の理念は「精神障害者から国益を守る」事であったことは明らかである。私宅監置（座敷牢）を合法化してきたこの法律が国・医療者・社会全体が精神障害者への差別と偏見を認め、増長させてきた歴史を表している。当時、精神障害者を「人間」として認め、地域で暮らす社会を作っていく思想<「個人」を大切にしながら、「地域社会」が繋がる考え方は『危険思想』と呼ばれた。>は、「富国強兵」と「全体主義」を目指す国から見ると非常に都合が悪かったのである。

#### ② 精神衛生法

戦後の「精神衛生法」に至っても、基本的なスタンスは変わらないままであった。さすがに「座敷牢」を認めるわけにはいかなかったが、その代わりに「精神病院」に担わせたのである。措置入院・同意入院の制度、生活保護患者を措置入院に切り替えてきたことなどを通じて、昭和30年に4万床だった病床数が49年には一気に27万床に増えた。（現在は33万床）また、昭和33年の「精神科特例＝精神病院建設についての国庫補助や医師や看護師の配置基準の緩和（医師は一般病院の1/3、看護師は2/3でよい）も拍車をかけた理由の一つである。

#### ③ 精神保健福祉法

これらの「医療への囲い込み」の考え方は、精神保健福祉法になっても変わっていない。精神保健福祉関係費用の予算対比は、医療費：保健福祉費が97：3（諸外国は30～40：60～70）である。いかにこの分野が医療的な処遇中心で進められてきたかを物語っている。社会的入院の温床はこの予算配分にあることは間違いのないと言える。

#### ④ 構造的に…

国は上記のような理由で精神障害者への偏見や差別を助長させてきたが、そのことがことさら問題を大きくする事になった。「病氣」は「寛解」してもそれを受け入れるべき「地域」「家族」は政策的に全く機能しないような構造にされてきた。そのために27万人（33万人）の入院「患者」の問題視され解決しようとしても、それを支えるべき国民意識や新しいシステムを作ることに大変な困難が生じることになった。国は当然、そのような困難なことに費やす時間と予算を保障せずに、＝地域に新しいシステムを作ることなしに＝従来通りの「入院させて亡くなるのを待つ」政策を取り続けたのである。言いかえれば、国は病院に囲い込ませている限りそのようなシステムを作る必要なかったし、作ろうとしてもと病院の方からの反対があったのである。

## 2 病院側の問題

### ①『困らない長期入院患者（社会的入院の患者）は病院の「固定資産」である。』

退院促進に非常に消極的な病院にかかわっているワーカーが実際に聞いた言葉であるが、思わず「言িয়েて妙」と感心してしまった。しかし、冗談ではない。まさに、障害者を人間扱いしていない証拠のような冗談である。ことは、病院経営の事情にも関係している。97%：3%の予算配分がいかに医療と地域・保健福祉の連携を阻害しているか。国と病院経営の利害が一致したところに始まったのが社会的入院であると言える。

### ②そもそも入院させた患者を退院させるのはどこの仕事なのか？

退院支援事業の話聞いた時には、精神病院側には「社会的入院の問題意識」があり、それを受けきれない「地域資源・意識」に問題があると思ってきたが、実はそうではない。患者の退院に対して非常に意識の高い一部の病院は別として、多くの病院が社会的入院に対して問題意識を持っていない。一般的には、「入院＞退院させる」に至る一連の事業は診療報酬に入っていると思われるが、精神病院の感覚としてはそうではない事がわかってきた。私たちの仕事は、地域を作ることと同時に医療側の意識の欠如や怠慢も相手にしなければならないという事である。

「本来医療の問題として存在する退院促進」をなんで私たちが取り組むのか…、病院に問題意識がないのに、事業として成り立つのか？などの意見もあるが、それを言ってしまうと、国策としての社会的入院72,000人を許した国の認識を変えることはできないし、われわれ自身が72,000人に対しての「加害者」になってしまう。

### ③精神障害は「治癒」とは言わない。「寛解」という専門用語がそれを表しているが、「完全に治るまでは入院させても仕方がない」という言い訳を病院や社会させているのではないかと思う。ほかの分野(外科や内科等)で完治しないと退院させない病院があるだろうか。

## 3 障害観の違い(医学モデルからICFへ)

医療ケア中心の政策が今後地域医療および地域保健福祉に転換していくためには、病院や国が「(精神)障害」自体をどのように考え、位置づけて行くかが課題になる。精神病は他の病気と違って、病気だけが「単独」で存在するのではなく、あらゆる意味で社会と個人との「関係性」の中にあるものであり、その中で評価され、診断され、対応・治療される必要がある。精神障害をどのようにとらえるかも同様である。しかし、依然として病院の障害観は所謂「医学モデル」(病院だからあたりまえか?!)もしくは、ICIDHの見方から離れていない。ここに大きなポイントがあると思う。「器質的・機能的・社会的な疾病や障害だけ」を取り出して認定する今の「障害観」から、個人の<障害・疾病>と社会<地域・環境>との関連の中で障害をとらえようとするICFの考え方に移っていくことは、当然患者を「病院の中だけ」で対応することが出来なくなってくる。障害程度区分認定も同様な側面を持っている。今回の自立支援法の見直し論議の中でも、特に注目すべき事項であると思う。

## 4 病院の視点と地域の捉え方

病院が本人の病状の波(精神症状)をみる視点と地域がそれを見る視点の差は激しいと感じる。病院では、少しの波を非常に正確に把握する。その原因などもしっかり分析しフォローする体制になっているが、基本的には「症状」だけを評価するシステムである。しかし、地域からその『波』を見たときには、生活していると当然あるべき波で、本人の困り

方と症状と地域・環境の困り方との関係性の中でその波を評価する。このような違いは「病気自体」の評価自体に大きな影響を与えらると思う。

直径5センチのコップの中の3センチの波は大波に見えるし、水はコップからあふれる。周囲も大騒ぎをする。大鍋の中の3センチの波はどう見えるか。たらいの中ではどうか。プールではどうか。太平洋の3センチの波はどうか…。これは、病院の中では大きな波だが地域で見たときには大したことではない…とだけ言っているのではない。また、逆に病院では大した事ではない事も、地域生活の中では大きな影響を生じさせることもある。

病院が「こんな症状では退院は無理や！」と判断しているよりさらに重い人が周囲に「迷惑」をかけながら、分厚い支援もなく暮らしている現状を私たちはずいぶん知っているわけだが、病院はあまり知らない。このことも重要な要素かと感じた。

#### IV 具体的に、退院できない理由をどのように考えるか

##### 1 本人が『退院したくない』と言いますねん。

それを「本人の意思＝自己決定？」だとはき違えてはいけない。長時間の経過は本人が選択したものでない。病気が落ち着いて1～2年目位のときからそのように言っておられたらどうか？Fさんの言葉をどう考えれば良いだろうか。退院意欲を自ら「失くして」しまったのか、「失くすように」仕向けられたのか。

人間は固有名詞を認められない環境に置かれ、そして、自分の望みや夢はかなわないという現実を覚悟してしまえば、簡単に意欲をなくしてしまう。本人の「退院したくない」という想いは自己決定の対極にある心理である。

「自己決定」をどのようにとらえるかが重要なことである。本人がなぜそのような「自己決定」をするに至ったのかというプロセスを考えること。適切な情報を提供し、一緒に考えるたかどうかを問う事。言いかえれば「共同決定」的なプロセスが非常に大切である。

##### >>>人間が意欲を回復するためにはどうすればいいのか

失くした自分の気持ちに気付く>気付いた気持ちを表現する、言語化する>言葉にした気持ちを話し合う(仲間を持つ)>今、出来ることを考える。>他人の援助があることに気づく>既の実現している人の話を聞く……具体的に課題解決に向けて体験する……次のステップを考える…

人間はこのようなプロセスを踏みながら、意欲を回復していくのではないかと思う。支援者の取り組みはここから始まるのではないか。

##### 2 家族が拒否しますねん。

退院の阻害要因として「家族が拒否している」が多い。なぜそのようなことが生じるのか。

###### ① 障害・病気の理解、「受容」の問題

我々支援者は、「他人」であり、「専門家」であり、彼らのそんな言動を「受容」し理解するために必要な本人との距離を持っている。しかし、障害者の親になることを事前に予想している親はほとんどいない。それは突然やってくるわけだが、対応や病気への知識もなく、混乱している家族が本人をきちんと理解し、受け止めることは本当にしんどいことだと感じる。「どう接すればいいかわからない」という親の悩みが、「拒否」に結び付く。特に、中途障害である精神障害の場合その傾向が顕著であるのではないか。本人の精神症状に巻き込まれ、幻聴や幻覚の「事実確認」や幻聴が幻聴であることを本人に説得することを繰り返していくうちに家族が疲れ果て、その結果本人の病状も悪化

することは大変多いように思う。また、子どもの病気を救い得なかった自責の念からの逃避という気持ちも関係していることを感じたこともある。

## ② スティグマ（刻印）や世間体

退院について拒否的な親が感じているスティグマや世間体は、われわれが想像できないほど根深い感情を持っている。家族の障害の理解や「受容」の不十分さは『社会が理解してくれるはずがない。社会は障害者を邪魔者扱しているに違いない。近所に迷惑をかけたくない』という実感をさらに深くし、本人の退院拒否を生んでいる。

## ③ 孤立感

障害の理解や受容的な感情が十分な家族でも、『退院拒否』を表すことがある。退院後本人が調子を崩した時の対応、金銭管理、将来の心配……のすべてを家族がしなければならぬと思っている家族、抱え込んでいる家族、逆に言うところ「本人への気持ちが大変強い家族」に限界が来ると、突然強い拒否に転ずることがあるのではないかと。

## ④ どうすれば…

- ・幻聴や幻覚は無理やり訂正しなくてもいいですよ。
- ・「あんたにはそんな声が聞こえるんやなあ…、変なもんが見えるんやなあ…」と幻聴や幻覚を本人にとっての事実として受け止めてあげることが大切です。
- ・あんまり激しいときは、何とかしようと家族が頑張らずに、あっさり病院に任せるといいですよ。なんかあったら、夜中でもセンターに電話して下さいね。
- ・家族が休息を取ることが大切です。

などなど、家族が本人に余裕を持って接することが出来る助言が大切である。

実際に、退院支援事業や退院後の地域支援・施設の情報、困った時の相談相手、本人の症状への具体的な対応方法などが、家族に伝わるだけで面会が増える。現在、支援している O さんの両親も同様である。これまで病院は「両親が退院に反対している」と思っていたが、両親がこの事業のことや退院後の支援員の役割や地域資源の説明を受けただけで、面会が増え、退院に積極的になってこられている。「病気はおさまったというものの、退院してくるとまたあのしんどい日々が始まるのか。」という気持ちを家族が持つことは無理はない。しかし、「家族だけで対応しなくていいんだ」という安心感は「家族の退院拒否」を防ぐ大きな要因になる。

## 3 帰ってくる地域に受け止める施設・資源がありませんねん…。

これを作るのがわれわれの本来の仕事である。「それを言っちゃあお終いよ」である。

## V 個別的にどう取り組むか…利用者の捉え方のポイント

### 1 リフレーミング

長期間の入院生活が続くと、本人の「その姿以外の在り方」が支援者の方も分からなくなってしまう。入院している姿が当たり前になってしまう。その人が本来暮らしているべき姿が、本人はもとより支援者も見えなくなった瞬間に「社会的入院」の入口が開いてしまう。今、本人がいる場所・状況・生活は「本来の場所・状況・生活」であるかどうかを想像することが重要である。『もし』発病しなければ…、「もし」この病院でなければ…、「もし」このかわりがなければ…をリアルに想像することが出発点である。

「あの人はこんなもの」「こんな状態では30年の入院も仕方ない」「\*\*\*が出来ない人だから…」という本人を取り巻く周囲の先入観や「固定化した視点」というフレームをはず

して、その人のありのままの力や希望を受け止めてみるのが、支援者にとっては非常に重要でかつ困難な技術であると思う。先述の3cmの波の捉え方も同様である。病室というフレーム、家族とフレーム、地域というフレーム、施設というフレームで視ることとそれはずして視ること…本人を理解する多様な視点が必要である。(これは本人と環境との関係性を重要視しないという意味ではない。先述のように、「障害」自体は本人と環境との関係性の中で存在するものである。そのことを踏まえた上で、双方の視点と理解が必要であるということである。)

## 2 ストレngth

リフレーミングを成功させるためには、本人の弱点や苦手だけを取り組みの対象にするのではなく、ストレngthを具体的に書き出してみることが重要であり、支援計画の基礎に置く必要がある。(勿論克服すべき本人の課題を明らかにすることも大切である。)

これまで、『あの人はあれが出来ない、これが出来ない。だから、こうしよう…。この支援を入れよう…。』という組み立てであったものを、逆に『これ出来る、あれ出来る…から、この支援を提案しよう…。』と考え方を逆にすると、大きく支援計画が変わってくることもある。本人の姿が新たな一面が持って立ちあがってくるのではないかな？

リフレーミングは本人のいる状況やストレngthを問い直す手法であると同時に、支援者がどの視点で本人を見ているかを問い直す手法でもある。

## VI 最後に

聞くとところによると他の地域には退院させない病院もあるらしい。現在関わっているいくつかの病院ではそんなことはなく、むしろ積極的な病院ばかりであり、びっくりするような現状も耳にすることがあった。そのような病院と関わると「モチベーションを保てない」という言葉がその病院に関わるワーカーから聞いたことがあるが、現状としてそれを嘆いてやる気をなくしても仕方がない。それこそ、自分の仕事のリフレーミング＝ゼロからの出発ではなく、マイナスをゼロにするのが(病院の意識を変えること)自分の仕事と規定すること＝が必要ではないかと話し合ったことがあった。

しかし、このような状況は精神障害者だけの問題でない事は明らかである。障害のある人の様々な社会的な差別・偏見の問題、支援システム・制度の不備、支援技術の課題に共通する問題である。

地域移行の問題＝Kさん、地域で1人暮らしできると思うけど、なんで施設で暮らしてるのかなあ＝、また就労支援問題＝A君、ちゃんと働けんのになんで施設に通ってんのかなあ＝、障害の捉え方(ICF)、家族支援、…この一文の「精神障害者」はその他の障害のすべてに置き換えて考えることが可能である。

現在の障害者問題の一つの象徴が「社会的入院問題」にあるというのが、さまざまな実践・現状を学んできての感想である。

私たちが、この仕事を自分の生業とし、また覚悟を持って一生続けていくためには、また障害のある人たちに寄り添い、的確な支援を提供していくための根底には、「差別問題、人権問題としての障害者問題」の視点が非常に大切であるのだと再確認した。

職員の皆さんも同様に感じていただければ幸いである。