

原 著

# 精神障害者のノーマライゼーションにおける 診療所デイ・ケアの役割

小 柴 順 子

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科

(平成 8 年 5 月 22 日受理)

## The Part of Psychiatric Day Care in Clinics in the Normalization of Persons Handicapped by Mental Illness

**Yoriko KOSHIBA**

*Department of Nursing  
Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-01, Japan  
(Accepted May 22, 1996)*

**Key words :** normalization, handicapped by mental illness, psychiatric day care,  
mental clinic

### Abstract

Today, institutions for psychiatric day care are increasing. This current movement greatly contributes to normalization for mentally handicapped persons. Day care centers, especially those are managed by modest mental clinics, have a number of advantages: persons can see their psychiatrists on the same day, the environment is friendly, the programs are flexible and individualized to each person, etc. These factors support mentally handicapped persons to live in their own home and community, and help prevent admission to hospitals.

Most people are free to live normally but persons with mental illness cannot. They are discriminated against and so are handicapped for life.

Day care can help maintain them in their community. The author suggests day care programs managed by small clinics are effective in normalizing mentally handicapped persons.

## 要 約

今日、精神障害者のための精神科デイ・ケア施設が増加しつつある。この新しい動きは精神障害者のノーマライゼーションに大きな貢献をしている。なかでも、小規模精神科診療所のデイ・ケア・センターは、診療と並行しながら参加できる、環境が明るい、個人のニーズに対応したプログラムが組める等々多くの利点がある。そういうものに支えられて精神障害者は自分の家または地域社会で生活することが可能になり、入院が予防できる。

ほとんどの人は自由に生きることができるが、精神障害者はそうではない。彼らは差別され生活障害者となっている。

デイ・ケアの支援によって彼らは地域社会で生活していくことができる。なかでも小規模精神科診療所によって運営されているデイ・ケア・プログラムが精神障害者のノーマライゼーションに有効な役割を果たしていることを指摘した。

## はじめに

1995年5月「精神保健法」が改正され、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」となった。この改正は心身障害者対策基本法が改正されて「障害者基本法」が成立し、精神障害者が身体障害者、精神薄弱者と並んで基本法の対象として明記されたこと、及び「地域保健法」が成立して、精神保健を保健所の役割としつつ、精神障害者の社会復帰対策のうち身近で利用頻度の高い保健サービスが、市町村保健センターの役割として位置付けられたことを受けて行われたものである。そして、福祉施策及び地域精神保健の施策の充実を図るとともに、精神障害者に係る医療費に対する公費優先の仕組が保険優先の仕組に改められた。この法改正で精神障害者の福祉が法律上明確に位置付けられた<sup>1)</sup>。

また、厚生省は「新障害者プラン」を提案し、障害のある人々が社会の構成員として、地域においても普通に生活できるような社会を目標にした「中間報告」も発表した。これはノーマライゼーションの考え方の導入である。しかし、精神障害者のノーマライゼーションを進めるに当たっては、社会復帰一つについても障害とともに治療を要する病気を持っていることや、疾病そのものの特殊性、それに対する根強い社会的偏見など、問題が山積みしていると言えよう。また就職にしても職親制度を利用し、保護的就労など、精神障害者に関する特有のニーズにも対応する必要がある。

このような時代背景のなかで、近年、精神科デイ・ケアが急速に普及しはじめ、精神障害者のノーマライゼーションにも一条の明りが見えはじめた。なかでも診療所附属型デイ・ケア(以後、診療所デイ・ケアという)は規模は小さいながら、地域により密接し、精神病院の持つ暗いイメージが少なく、患者・家族のニーズにもきめ細かく対応できるプログラムとして、今後の役割が期待できる。

筆者は1992年から2年間病院附属デイ・ケアと診療所デイ・ケアにスタッフとして参加した経験があり、また1993年には我が国の精神科デイ・ケア全施設を対象に調査を行ない、その実態を報告した。本報では、これらの結果をふまえながら、精神障害者のノーマライゼーションにおける診療所デイ・ケアの役割について述べる。

## 精神科デイ・ケアの歴史と現状

精神科デイ・ケアは、第二次世界大戦後、イギリス、カナダ等で研究的に始まり、その後の薬物療法の開発等により1950年代から1960年代にかけて実用化されている。

我が国では1962年国立精神衛生研究所で研究が始められ、その後各地の精神衛生センターでパイロット事業として普及していった。

現在では、国立精神神経センター精神保健研究所、1970年度から予算化(施設設備費、運営費の補助)された「精神障害回復者社会復帰施設(入所・通所型)」の通所部門、1974年度から

予算化された「精神障害回復者社会復帰施設(通所型)」などで精神科デイ・ケアが行われている。具体的には、精神保健センター、保健所、医療機関等で実施されている。

また、1974年に社会保険診療報酬に「精神科デイ・ケア」料が新設された。しかし、1975年に社会保険診療報酬上承認を受けた施設は3施設にとどまっているが、これはスタッフ不足と保険点数の低さによるもので、実際にデイ・ケア関連サービスを行っていたのは51施設あったことが確認されている。

1978年の専従職員の改正、1981年の保険点数の改正、その後何回かの保険点数の改正等で精神科デイ・ケアは次第に増加していった。1986年には「精神科ナイト・ケア」料が新設された<sup>2)</sup>。

その結果、近年の精神科デイ・ケアの増加は著しく、我が国の精神保健の平成2年度版から平成6年度版によると1990年に186施設、1992年に246施設、さらに1994年には372施設へと急増している。

精神科デイ・ケアについては、現在、精神保健センター、保健所、医療機関等で行われるなど様々な形態があり、それぞれ特徴あるサービスを提供している。デイ・ケアは患者を地域社会から隔離し、保護・治療する従来の医療形態に比較し、明らかに患者の人権を尊重し、その生活をノーマライズさせるものとして、今後増々普及発展するものと考えられる。なかでも今回取り上げる診療所デイ・ケアは、精神科通院医療の一形態として医療機関で行われているもので、今後精神障害者のノーマライゼーションに大きな役割を果たすと筆者は考える。

精神科デイ・ケアは外来において、医師の指示及び十分な指導・監督のもとに、作業療法士、看護婦、ソーシャルワーカー等の医療チームによって行われる。その内容は、集団精神療法、レクリエーション活動、創作活動、生活指導、作業指導、療養指導等であり、通常の外來診療に併用して計画的かつ定期的に行う。このデイ・ケアの対象は、精神分裂病から比較的軽症の神経症まで幅広く適用され、入院医療ほどではないが今までの簡単な診察と与薬に終わる通院医療よりは時間も長く、スタッフの係わりも多く、

症状に合せた濃厚な係わりを持つことができる<sup>2)</sup>。

精神科デイ・ケアは目的と開設頻度の異なる保健所を除いて、大規模なもの(病院附属型)、小規模なもの(診療所附属型)、センター型、独立型の4種類に分類されるが、ここでは診療所附属型(診療所デイ・ケア)について特に考察する。

「我が国の精神保健<sup>2)</sup>」によると、1994年6月現在、372施設が診療報酬上承認を受けている。そのうちの48施設(12.9%)が診療所デイ・ケアである。1992年から1994年の2年間に精神科デイ・ケアは246施設から372施設へと1.5倍に増加しているが、その中で診療所デイ・ケアは26施設あり、増加率54.2%と急増していることは注目に値する。診療所デイ・ケアは神奈川県(8施設)、埼玉県(6施設)、愛知県(4施設)、大阪府(8施設)に多くあり、いわゆる都市部に診療所デイ・ケアが多くあることがわかる。これは、精神障害者からのニーズであると同時に、人口の集中した都市部では診療所デイ・ケアが経営上からも成り立つものと考えられる。

(注)東京都には独自の助成金制度があり、国の助成金を受けていない施設が多くある。国の助成対象として厚生省が把握し公表している「我が国の精神保健」の資料では、東京都の場合は実数よりもかなり少なくなっている。

### 精神障害者のノーマライゼーション

ノーマライゼーションの提案者でもある、元デンマーク社会省福祉局長のニルス・エリック・バンク・ミケルセン氏は次の様に述べている。

「“ノーマライゼーション”の考え方というのは非常に簡単で、つまり『今まで普通の生活をしていなかったことに対し、普通の生活ができるように』要求したということです。ノーマライゼーションの“ノーマル”は各々の国によって異なり、アフリカの国にはアフリカの“ノーマル”があるでしょう。今ここでいう“ノーマル=普通の”生活とは、各々の国、各々の地域における“普通の生活”を意味しています。具体的な市民権として

①住居の保証

②活動(教育と労働)の保証

### ③社会生活の保証

の3点を挙げてみましょう。」<sup>3)</sup>

ノーマライゼーションの考え方は、これまでの隔離保護サービスから発想を転換して、障害者が普通の生活ができるように自立への援助を行うもので、今後特に取組んでいくべき課題である。少なくとも精神障害者の場合、「今まで普通の生活をしていなかった」と言うより、普通の生活をするのが阻害されていたと言っても過言ではない。

精神障害者の場合、治療を要する「患者」であると同時に、社会生活を送る上で障害を持つ「障害者」でもあり、「疾患と障害の共存」という視点が必要になる。「疾患と障害の共存」というのは、治療を続けながら社会生活が送れるということで、慢性疾患である腎不全の患者が人工透析を受けながら社会生活を送っているのと同様である。

「生活障害者」というのは、病気より生じた生活上の困難、不自由、不利益を受けている人のことである。精神障害者は社会的偏見などによる壁が厚いため、生活障害がさらに大きくなっている。従来、精神障害者については「患者」という面のみが強調され、他の障害者と同じ「生活障害者」であるという点がとかく見過されてきた<sup>4)</sup>。

本来、精神障害者も他の身体疾患と同様に、特定のごく一時期（急性期）を除いて、一般社会で健常者と生活を共にしながら治療を受けるべきものである。このあたりまえのことが、今まで見過ごされていたため、精神障害者の生活障害を大きくしていったという一面がある。

これまで、精神病院は人里離れた不便な所にあり、入院主体の治療が行われていた。しかし、向精神薬の開発による治療効果と疾病の軽症化や医療費抑制の動きなどから、近年ようやく精神科医療にも入院医療から外来通院医療へと目が向けられるようになった。そして、精神障害者の社会復帰ということが盛んに言われるようになった。

現在、歴史の古い精神病院には入院後数十年の患者も珍しくない。それは、日本の精神科医療の歴史をそのまま表している。そのような患

者に退院、社会復帰といきなり言っても大変なことである。彼等には病院以外の生活は考えられない。また、彼等を受け入れてくれるはずの家庭では世代交代がおこり、もはや元の家庭にも帰れない状況がある。

また、マスコミのニュースの取り上げ方にも問題がある。何か事件があり、その加害者に精神科の既往歴があればそれを書き上げる。このようなことは彼等が障害を持ちながらも一般社会で生活する努力に水を差し、さらに「生活障害者」の生活のしづらさに拍車をかけるものである。

国際障害者年の理念である「完全参加と平等」やノーマライゼーションが言われるようになって久しいが、精神障害者のそれはまだまだこれからである。

社会復帰という言葉は幅が広いが、一般には元の職場にもどるか、他の定職につくことまでと考えられている。しかし、職につくことだけが社会復帰ではない。このことは、精神障害者だけでなく、他の身体障害者についても言えることであるが、一般社会で人間らしく生活することの方が強調されるべきである。人間らしく生活することとは、その人の存在自体に意義があるということで、生産活動に携わるとか何か人や社会の役に立つ事をするとかいうことではない。客観的な評価は困難であるが、地域社会でその日その日を充実感や満足感をもって生きることであり、生活の質の向上を目指すものである。

このように、精神障害者の社会復帰やノーマライゼーションを妨げる障壁がまだ数多く残されているが、今後この障壁を少しずつ取り除いていくことがわれわれ精神障害者の医療・福祉に携わっている者の務めであり、そのためには、医療と福祉の専門職によるサポートシステムを開発することが何より重要である。サポートシステムの一つとして精神科デイ・ケアの飛躍的な発達期待される。

### 診療所デイ・ケアの現状と役割

筆者は1992年から2年間病院附属デイ・ケアと診療所デイ・ケアのスタッフとして、企画・

運営・実施に参加した経験がある。それと平行して、今後のデイ・ケアの方向性を探るために、1993年、「我が国の精神保健」（平成4年度版）から把握した精神科デイ・ケア全施設(246施設)を対象にアンケート調査を行い、実態を報告した<sup>5)</sup>。調査項目はプログラム・メンバー（デイ・ケア通所者）、メンバーの通所目的、退所後の生活状況、家族との関係など39項目で、回答者はデイ・ケアのスタッフである。回収率62.2%、有効回答率98.1%であった。

これらをもとに、主に病院附属デイ・ケアと診療所デイ・ケアを比較して次のような状況を把握した。診療所デイ・ケアでは経済的負担の大きい外部講師を招いたり、設備を要するプログラムは少ないが、スタッフの工夫やメンバーの特性が現れた内容が組まれていた(表1)。そしてプログラムは固定したものではなく、多く(68.7%)が月単位でスタッフとメンバーが相談して決め、個別のニーズにきめ細かく対応する配慮がなされていた。

デイ・ケア通所者の年齢別割合では、20歳代以下の若年層が病院デイ・ケアが22.7%であるのに対して、診療所がデイ・ケア41.2%を占めていた。

通所の目的は、病院型が生活のリズムを整える・友人を作るが多いのに対して、診療所型では就労が第1位(71.8%)と多いのが目立った

表1 プログラムの内容

(複数回答) %

		センター型	独立型	診療所型	病院型
書	道	66.7	62.5	62.5	62.4
音	楽	100.0	50.0	87.5	68.4
陶	芸	88.9	62.5	25.0	41.9
絵	画	77.8	50.0	62.5	59.0
手	芸	77.8	62.5	68.8	75.2
木	工	44.4	62.5	31.2	41.0
料	理	100.0	75.0	81.3	94.0
日 常 生 活 訓		66.7	50.0	56.3	48.7
ス ポ ー ツ		100.0	75.0	93.8	91.5
ヨ	ガ	33.3	37.5	0	5.1
自 主 活 動		88.9	62.5	62.5	65.2
小 集 団 活 動		88.9	62.5	43.8	45.3
レクリエーション		88.9	75.0	93.8	91.5

(図1)。

退所の理由及び退所後の生活状況では、診療所デイ・ケアは就労による退所が21.8%であり、普通就労は少ない(18.6%)ものの家庭内就労(28.6%)、保護的就労(2.3%)に共同作業所(2.2%)を加えると半数を越え(51.7%)ていて、退所時にはその理由が何であれ、多くの者

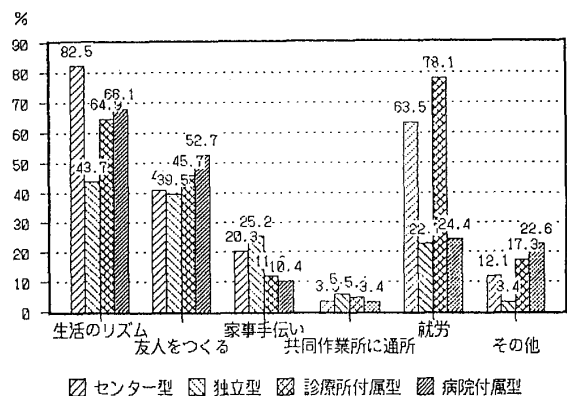


図1 通所目的 (複数回答)

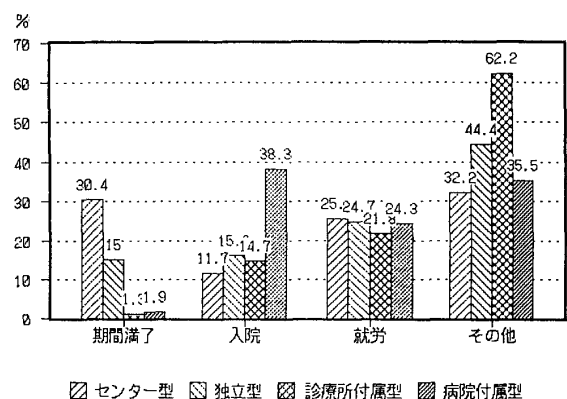


図2 退所の理由 (複数回答)

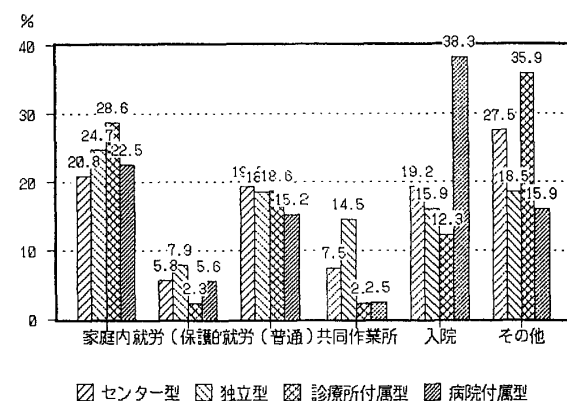


図3 退所後の生活状況 (複数回答)

が就労していることは入所目的が達成される可能性の高さを示すものであった。それに対し病院型は、退所の理由及び退所後の生活状況として入院が顕著に多かった（図2・3）。以上のことから、病院型は重症者が入院と入院の間の寛解期にデイ・ケアを利用しているのに対し、診療所デイ・ケアではノーマライゼーションに最も重要な軽症者の入院を防ぐことに大きな効果を上げていると考える。退所の理由及び退所後の生活状況にその他が多いのは、メンバーの年齢・社会的背景・主疾病にバリエーションが多いことと関係があると考えられる。そのためにも、プログラムを固定せず、メンバーのニーズに個別に対応できる診療所デイ・ケアのメリットが示唆できる。これらのことと筆者の経験から、診療所デイ・ケアでは軽症若年メンバーに対して有効なサービスであると認識した。

精神科デイ・ケアのスタッフは職種に関係なく、メンバーの生活全体に係わることが多い。特に診療所デイ・ケアは病院型と違って規模が小さく家庭的な雰囲気があり、面接時間を別にとるという形式的な面接は難しいが、何かしながら話を聞くというさりげない係わりの中で相談・助言が可能である。その経験から診療所デイ・ケアでは、病院型の退院から社会復帰という考えでなく、通院とデイ・ケア通所が平行して行われ、入院そのものを防ぐ働きがあると言えるのではない。病院附属のデイ・ケアでも当然同じ努力が行われているが、病歴の短い若年者が特に気にする受診のしやすさから言うと、やはり大きな差がある。また、これまでの精神科医療の経過から、病院附属のデイ・ケアでは退院者の通所のケースの方が多く、どうしても社会復帰という面が強調されやすい。一方、精神科診療所の多くは他科の診療所と同様に交通の便の良い市街地に設置され、精神病院がもつ鍵や鉄格子に象徴される閉鎖的な雰囲気がなく、受診に際して抵抗感が少ないので早期受診・治療に結びつきやすい。そして、入院に至る前にデイ・ケア通所を通して生活リズムを整えたり、友人を作って共に支え合うこともできる。前述のような理由で、診療所デイ・ケアには軽症若年メンバーが多く参加している。現在、精神科

疾患の軽症化が言われているところであるが、受診のしやすさが精神科診療所の利点で、又軽症の間に早期発見に繋がり、ひいては早期治療を可能にしていると言える。早期発見・早期治療は精神科においても他科と同様に大切であることは言うまでもない。特に精神科では、障害者のノーマライゼーションの最大の妨げとなる入院を防止する役割の一端を担うのがデイ・ケアである。このように診療所デイ・ケアでは、精神障害者が地域の生活者としての身分を失わず治療ができるので、生活障害が最小限に抑えられる。そして、作業所や保健所のデイ・ケアも通ったり、アルバイトをして週1回とか2週間に1回顔を出すというメンバーもいて、情報交換もでき、お互いに励みとなり、安らぎの場となっている。診療所デイ・ケアでは扉一つ開ければ、そこには地域の人の生活がある。精神障害者自身もその地域で生活をしている。入院せずにすむことによって、地域での基盤が失われず地域での生活者としての実感が持てる。個別性を活かせるのも小規模な診療所デイ・ケアならではのことである。

#### 診療所デイ・ケアの今後の展望

窪田は診療所デイ・ケアが地域との交流を持つための条件として、5つの条件を上げ実施している<sup>6)</sup>。その条件は次のものである。第1に、街の中になければならない。第2には、メンバーが安心して参加できるとともに、主体性を発揮できる場である必要がある。第3には、周辺に相互交流ができるような共同住居や共同作業所、ソーシャルクラブ作りをすすめるなければならない。第4には、街づくり、地域福祉という全体的視点を持つことによって、自分の行なっている活動を客観的立場から評価できなければならない。第5には、人材の育成を図らなくてはならない。これらの窪田の取組みは、まだ先駆的なものとしてとらえられているが、現在各地でそのための試みが地道に行われつつある。

窪田のいう5つの条件で第1・2は容易で、むしろそのことこそが診療所デイ・ケアの特徴とも言える。第3は既存の共同作業所、ソーシャルクラブと連携し発展させているケースが多

いように思われる。また、診療所デイ・ケアはバザーやクリスマスなどの行事をきっかけに地域の人に来てもらうなど、個々の施設で地域との交流を持つために様々な努力をしている。第4・5の街づくり、人材の育成は、一つの診療所デイ・ケアでは難しく、多くの専門家の協力が必要と考えられる。診療所デイ・ケアのスタッフ同士、あるいは共同作業所のスタッフも交えた情報交換会・学習会も自主的に、定期的に持たれるようになってきている。精神障害者のノーマライゼーションのために診療所デイ・ケアの関係者だけでなく、行政や教育で広く精神障害者の医療・福祉に携わっている者の協力・連携が必要である。近年、大学に医療福祉学部等が設置される動きがあり、人材育成に期待が持たれる。

受診のしやすさという大きなメリットのある精神科診療所であるが、診療報酬が低いため経営的に不安定である<sup>7)</sup>。しかし、デイ・ケアを併設した診療所では、それによって少しずつ経済的な問題やそれに伴うスタッフ不足が解決されている。これは、精神科の診療報酬は安いが、デイ・ケアの診療報酬は550点（食事を給与した場合は48点を加算）と比較的高いことによるものとする。デイ・ケアを持つことによりスタッフのモラルが向上し、質の高いサービスが提供できる。それが参加メンバーの増加につながり、施設を活性化させている。これらの点からも、診療所デイ・ケアの普及は今後ますます高まるものとする。

現在ではメンバーのニーズに応える形で、デイ・ケアと同じ施設を使つてのナイト・ケアも認められるようになった。単身で就労している人や作業所に通っている人の継続的な係わりが持てるなど、ますます診療所デイ・ケアの役割に期待がかけられている。

#### おわりに

近年精神科デイ・ケアは、急速に増加している。その中でも診療所デイ・ケアの増加率には著しいものがある。特に都市部にその傾向が顕著である。これは精神疾患の軽症化で、入院経験のない精神障害者や社会復帰して地域で生活

する精神障害者の増加による社会的ニーズの現れであるとする。そして地域での生活を中断することなく治療が受けられ、孤立しがちな精神障害者同士の交流も保たれることから、精神障害者のノーマライゼーションに大きく寄与するものとする。

本報では、精神障害者のノーマライゼーションを促進するためのプログラムとしてデイ・ケアを取り上げ、その中でも地域により密接し、患者のアクセスが容易でかつ適切な医療と平行して実施可能であり、結果的に入院を防止することのできる診療所デイ・ケアのノーマライゼーションに対する有効性について述べた。

スウェーデン、ストックホルム自立生活協同組合（STIL）議長で身体障害者のアドルフ・ラツカ（Adolf D Ratzka）氏は「私は“ノーマライゼーション”が好きではありません。この言葉は障害のない専門家により発明されました。ノーマライゼーションとは、だれか他の人が“私にとってのノーマル”を決定することです。私はノーマルになりたくありません。私は“統合（インテグレーション）”という言葉も好きではありません。この概念も障害のない専門家により発明されました。私は、私を差別する社会に統合されたくありません。私の生活を価値のないものとする社会に統合されたくありません<sup>8)</sup>。」と、1991年6月の大阪の講演で追加発言している。

障害者も障害のない者も共に同じ社会で、それぞれの価値を認め合い、協力し合う生活があたりまえのこととなり、ノーマライゼーションという言葉がだれもが口にしないで済む時が来てこそ、本当にノーマライゼーションが実現されるものとする。しかし、それまで特に精神障害者については、社会的な偏見などから障害者自身や家族がノーマライゼーションとか生活権とかを口にしないことが多いため、関係者が代弁し、有効なプログラムの開発を促進していかなければならないものとする。

## 文 献

- 1) 厚生省 (1995) 国民衛生の動向, 133—134.
- 2) 厚生省 (1995) 我が国の精神保健, 平成 6 年度版, 135—144.
- 3) バンクーミケルセン (1992) 「ノーマライゼーション」について, 木下安子ほか, 素顔のノーマライゼーション, 初版, ビネバル出版, 東京, pp11.
- 4) 村田信男 (1991) 精神障害者のリハビリテーション, こころの臨床ア・ラ・カルト, 10(2), 5.
- 5) 小柴順子, 児島美都子 (1994) “精神科デイ・ケアの実態調査” の報告と精神科デイ・ケアのありかた, 精神医学ソーシャル・ワーク, 32, 111—120.
- 6) 窪田 彰 (1991) デイケアを併設した診療所の試み, こころの臨床ア・ラ・カルト, 10(4), 25.
- 7) 猪俣好正, 岡上和雄, 沢 温, 高畑 隆, 結城俊哉, 吉井 昭 (1993) 精神科医療とリハビリテーション, 全家連保健福祉研究所, 精神保健福祉への展開, 初版, 相川書房, 東京, pp140—141.
- 8) アドルフ・ディーター・ラツカ (1992) スウェーデンにおける自立生活運動, ノーマライゼーションの現在シンポ実行委員会, ノーマライゼーションの現在, 初版, 現代書館, 東京, pp115.