

## 第 104 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 生活訓練施設から見てきたもの

藤本 豊（東京都立中部総合精神保健福祉センター）

## はじめに

生活訓練施設で、実際に医療観察法の利用者の方の単身生活訓練に関わって感じたことを、簡単にお話していきます。

生活訓練施設は 2000 年の「精神障害者社会復帰の設備及び運営に関する基準」によって、それまで「援護寮」と呼ばれていたものが「生活訓練施設」と名称が変更されたものです。東京都では「ホステル」と称し、私の勤務する中部総合精神保健福祉センターと多摩総合精神保健福祉センターの 2 ヶ所に各 40 名定員の施設があります。

ホステルでは、地域での円滑な単身生活ができるように、炊事・洗濯・食事の調達・金銭の自己管理などの練習をしています。ホステル入所中は、単身生活技術の獲得を主な目的としています。そして、ある程度そうした技術が身に付いた頃を見計らい地域生活へ向けてのアパートを探し、関係機関との連携などを実施しています。

## 医療観察法の流れ

医療観察法の指定入院医療機関からの退院については、①医療観察法の処遇を終了しての退院と、②地域処遇が開始され指定通院医療機関に通院して、家族との同居か医療機関で退院先の住居を確保しての退院、③退院後に単身生活技術を身につけるためにホステルへ入所した後、地域での単身生活をする、といった 3 つに分けることができます（図 1）。

ホステルでは、指定入院医療機関に入院以前に単身生活の経験がないために、指定入院医療機関

からは直接退院できない方を対象に、単身生活に必要な技術を獲得できるような支援活動を行っています。

医療観察法以外の利用者（以下通常利用）の場合は、単身生活技術の獲得のほかに、地域生活移行支援としてアパートを探して、デイケアや作業所などの昼間の居場所を確保して地域生活ができるような支援や、地域定着支援として関係機関等との連絡調整を実施しています。医療観察法の場合は、このような地域生活移行支援や地域定着支援は社会復帰調整官の業務範囲のために、ホステルでは単身生活技術の獲得に特化した支援を実施せざるを得ません（図 2）。

## 手厚いケア体制

医療観察法の利用者の場合は、今述べたほかに次の①～⑥のような違いがあります。①入院時からの地域生活に向けての支援計画。これは入院時

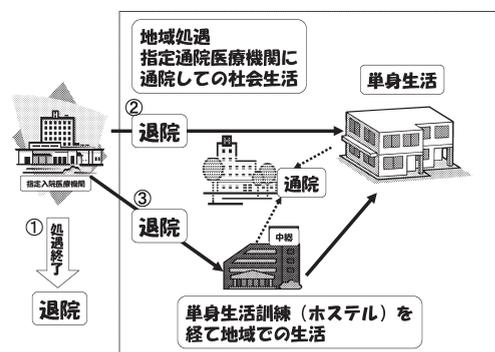


図 1

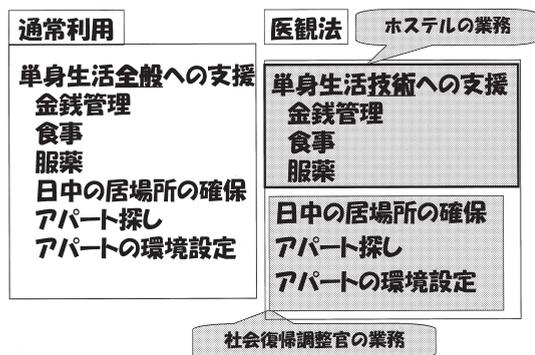


図2 通常利用との支援内容の違い

から病院内で退院に向けての計画が立てられます。そしてそれに基づいて退院先の関係機関を含めたケア会議が1~2ヶ月に一回開催されています。②入院時から地域定着までの一貫したキーパーソンとして、社会復帰調整官が配置されています。通常利用ですと、病院に入院中は病院のPSWが担当となり、地域での単身生活を始めると地域の保健師などが担当となるために、入院時から退院後の地域生活まで一人の担当者がキーパーソンとして担当することはありません。③重層的な支援体制としては、地域の保健所、精神保健福祉センター、指定通院医療機関、作業所などの通所機関が入院中のケア会議から参加して支援体制を作っています。④行政機関の関与。通常利用では精神科病院を退院する時に精神保健福祉センターが関与することはありませんし、地域の保健センターの保健師も必要に応じての関与となっています。医療観察法の場合は東京ですと、精神保健福祉センターや地域の保健センターの保健師が指定入院医療機関入院中から関与しています。⑤濃厚なケア体制として、①~④のようなケア体制が保障されています。⑥緊急時の対応としては、地域に出たときも24時間体制で社会復帰調整官が対応する一方、急変時には迅速なフットワークで医療機関等との連携が行われています。

このように、退院促進制度などと比較しても医療観察法では非常に手厚いケア体制の下で地域生活移行支援が行われているといえますが、次のよ

うな弊害も生じています。

### 実施機関の連携上の問題

通常利用の場合は、精神科病院を退院後ホステルに入所してからホステル職員が、居住地、昼間の過ごし方、アパートかグループホームかといった住居形態や、単身生活に必要な生活技術の練習期間をどの程度とするかといったケア計画を立案して、その計画に沿って地域での単身生活ができるように一貫した支援を行っています。アパートを探すときは、ホステルでの本人の生活内容を踏まえて一緒にアパートを探しています。地域での生活が実際に始まって、地域の関係者との連絡調整をするときにもホステルでの生活内容を十分に把握している担当職員が地域に出向いて行っています。このように生活実態を把握した職員を中心としての支援体制のために、地域生活への移行も利用者の生活に合わせて行うことができます(図3)。

一方、医療観察法利用者の場合は、社会復帰調整官を中心としたケア計画の作成となるために、時としては利用者の生活実態を十分把握しないままの地域生活移行支援となることが生じます。また、地域生活定着支援についても、社会復帰調整官を通しての地域との連絡調整となるために、直接ホステル担当職員と地域担当者との話し合いがし難いといった弊害も出ています。アパート探しや保健所等の連絡の進捗状況がホステルで把握できないこともあって、具体的には、アパートの契約内容や、保健所の保健師との面接内容についての質問があっても、社会復帰調整官に問い合わせないとわからないこともあり、リアルタイムで利用者からの相談を受けられないことがあります。さらに、当初の予定と違った退所地を利用者が選択したときも、ホステルの職員だけで退所後の計画が立てられず、ケア会議での決定が必要なために時間がかかってしまうこともあります。

このように医療観察法の場合は、社会復帰調整官を中心に動くために、関係機関が時とするとバラバラに動いてしまい連携をとるのが難しいとい

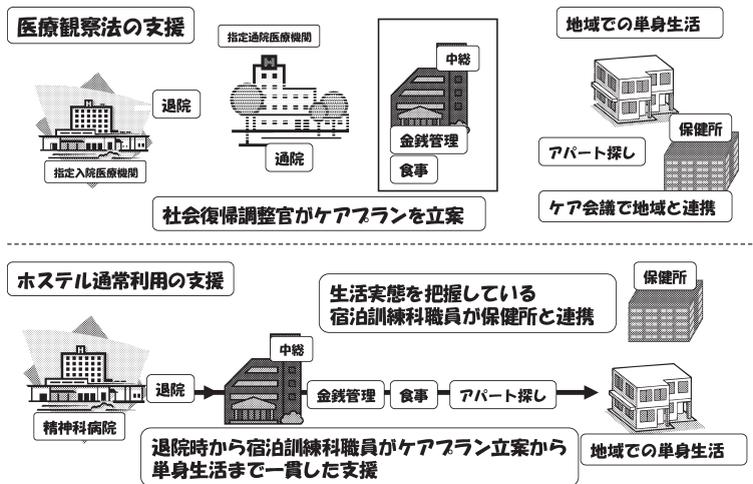


図3 医療観察法とホステル通常の利用の支援の違い

った問題が生じています。

### ホステルでの支援内容

地域での単身生活を維持するためには、金銭管理、食事、服薬の3つを自己管理できることが最低限の必要条件といえます。そこでホステルでは、それらの自己管理の目標を次のように設定しています。

金銭管理では、1ヶ月単位で生活費を一人で管理できるようにすること。食事はコンビニでの弁当の購入や外食などで、3食自己調達できるようにすること。服薬に関しては、次回の外来受診日まで間違えずに服薬できるようにすることと、不眠時等に出されている頓服を、自分の症状に必要なに応じて服用できるようにすることの練習をしています。医療観察法の利用者の方には主にこれらの3点を中心に、3ヶ月を目処に自己管理ができるようなプログラムを設定して実施しています。

### 支援の違い

医療観察法の利用者と通常利用とを比較しながら、実際の支援の違いを以下に考えてみます。

ホステルでは、1992年から支援項目、支援対象者、支援内容の3つの支援件数を数量化してい

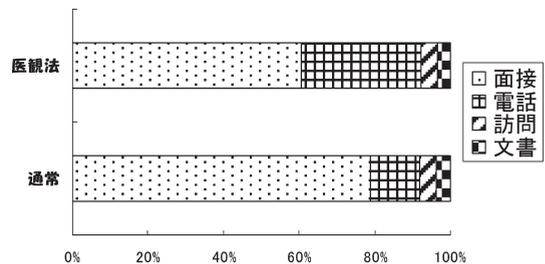


図4 支援項目

ます。支援項目として、面接、電話、訪問、文書の4項目。支援対象者は、本人、家族、関係者の3対象。支援内容は、医療、入所、退所、問題、経済、就労、住宅、教育、家族、日常、心理、人権の12項目に分けています。この12項目は東京都が作成した「医療におけるソーシャル・ワーク確立のために（改訂版）」に準拠した項目です。

以下の比較は昨年の11月から実施したため、医療観察法利用者の数例の支援件数の数量化ですので、厳密にはこの数字をもって総てとは言えません。ここでの検討は、現時点での限られた事例での比較であることを初めにお断りしておきます。

支援項目を比較すると、医療観察法では、図4からわかるように電話での支援が通常利用の2倍

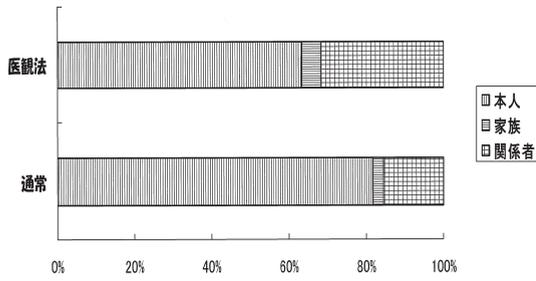


図5 支援対象者

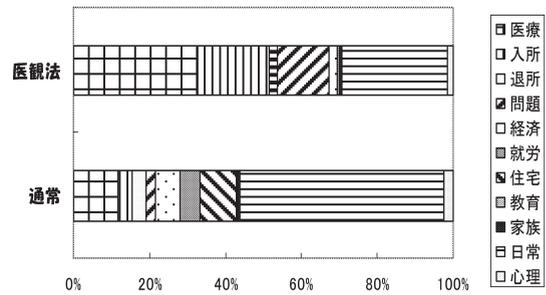


図6 支援内容

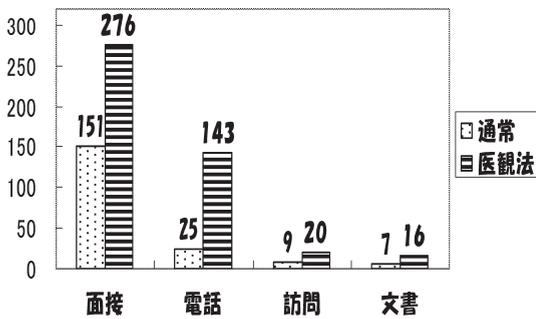


図7 項目別一人当たりの支援数

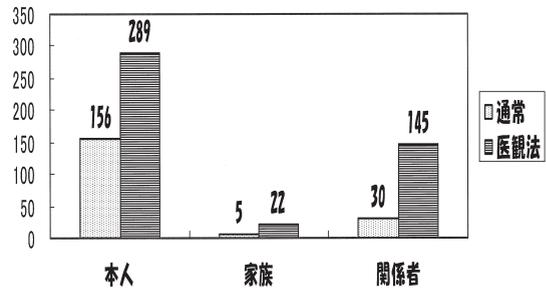


図8 対象者別一人当たりの支援数

近くなっています。これは、通常利用と比較して社会復帰調整官、指定通院医療機関、地域の保健師などの関係諸機関との連絡調整を頻繁にした結果と言えます。

支援対象者では通常利用に比べると、地域の保健所等の関係者への支援がこれも2倍になっているのが図5からわかります。

支援内容では医療と入所と問題行動が通常利用より多くなっています(図6)。医療に関しては、たまたま服薬確認が必要だったといった個人的な要因が強く影響していると言えます。入所の件数が増えているのは、 Hostel受け入れ決定から入所までの間に、地方裁判所での審判の結果を聞くなど、通常利用では必要がない関係機関との細かい連絡調整が必要となっているためです。問題行動に関しては、集団生活でのルールが守れないことでこの部分の件数が増えています。

項目別一人当たりの支援件数では、図7にあるように、どの項目も通常利用の支援数の2倍以上

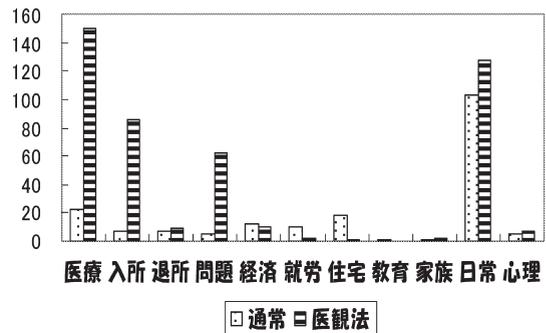


図9 内容別一人当たりの支援数

になっています。特に電話での支援は通常利用の25件に比べ、医療観察法では143件と約5倍となっています。

対象者別の比較(図8)で見ると、本人では約2倍、家族では約4倍、関係者にいたっては約5倍の支援件数となっています。

内容別(図9)で見ても、医療、入所問題の項

目が通常利用に比べると突出していることがわかると思います。

現場で医療観察法の利用者に対して手厚いケアとなっていると実際に感じていることが、このように支援件数を数量化して比較することで裏付けられたと言えます。

### 指定入院医療機関の問題点

指定入院医療機関では、他の精神科病棟の閉鎖環境とは全く異なり、刑務所並みの厳重な管理下での閉鎖処遇となっています。精神科の閉鎖病棟であれば、退院間際の人は時間の制限があるにせよ、単独で近隣のスーパーなどへの外出は可能です。しかし、指定入院医療機関では、退院間際の回復ユニットにいる人でも単独の外出は許されていません。このために、回復期の段階であっても、外出時には2名の看護者が付いての外出となっています。

通常利用の場合ですと、ホステル利用前の入所面接には単独でホステルまで来てもらっています。場合によっては、面接終了後単独で外食や買い物をしてもらうこともあります。ある人は久しぶりの外食でついビールを飲んだり、あるいは余分にもらったお金を全部使って豪華な外食をしたりということもあります。このように自由になったときにどのような行動をするかを事前に把握できていると、ホステルに入所後もお金があれば全部使ってしまう傾向にありそうだといいことをあらかじめ知ることができます。しかし、医療観察法の場合は、絶えず付き添いの職員が付いているために、入院中には羽目をはずした行動ができないので、ホステルに来てから羽目をはずした行動となることがあります。

ホステル利用中であれば、職員が関与しているのでいくら羽目をはずしても何とか生活を立て直すことはできます。しかし、地域での単身生活で自由奔放な生活をする、時としては身近に生活を見守っている人がいないために、生活破綻をきたすことも想定されます。地域で円滑な単身生活を送るためには、入院中から地域での単身生活を

想定しての自由な行動ができることが必要ですが、医療観察法では残念ながらそれができていません。そのために、病院と地域との連続性がなく落差が大きいことが問題と言えます。

医療観察法では、入院中に様々なプログラムが展開されています。心理教育プログラムとして、疾病や服薬教室などあります。しかし、それらのプログラムも強制医療下でのプログラムとなっているために、本来の自発的な参加での心理教育プログラムとは大きな開きがあると思います。

ホステル入所直後に、心理教育プログラムを受けた方に薬の必要性を聞くと「お薬は必要です」と言っていました。しかし、ホステルの生活に慣れるに従って薬の飲み忘れができたので、職員が薬の必要性を聞いたところ、「薬は飲まなくても平気です」との答えが返ってきました。これは医療観察法に限ったことではなく、しばしばこのような光景を目にします。しかし、医療観察法の場合は、本人が意識するしないに関わらず職員の期待に応える行動をとる傾向が強いと考えられます。つまり、心理教育プログラムでは「薬は大切だから必ずのみます」といった方が職員の受けが良いわけです。そして職員の受けが良い方が早く退院できると思うと、本音ではなく建前で答えているという部分があることは否めないと思います。

### 地域処遇での問題

地域で生活を開始したときの一番の問題は、身近な相談者がいないということです。法の上では、社会復帰調整官が生活全般をケアするのですが、その場合のケアは再犯を犯さないように監理監督するのが前提です。そうであれば、当事者が心を許しての相談関係ができるとはいえません。地域での相談者としては、一般的には地域の保健師などがいますが、保健師にしても社会復帰調整官と連携を求められているわけですから、何かあれば社会復帰調整官と連絡を取ることになります。こうした構造では、保健師に相談したことが監理監督者である社会復帰調整官に伝わるわけですから、当事者はやはり保健師にも相談できないことが出

てくると思います。特に薬を飲みたくないといったことなどは、よほどの信頼関係がないと相談できることではありません。当事者にすれば、薬を飲んでいないことがバレたら、入院させられるのではとの思いが常にありますからなおさらです。

一方地域の関係機関が、過剰防衛に走る傾向があることも否めません。そのために些細なことでも、社会復帰調整官に報告だけはしようといった姿勢になります。もし万が一事件を起こせば、マスコミから「報告していたか」とか「状況把握は十分だったか」といった質問攻めにあうことを想定すれば、事故がないようにと先回りをして防衛的な姿勢になることも理解できます。その結果、関係機関が萎縮して十分な地域支援活動ができなくなる可能性もあります。

#### 医療観察法の問題点

指定入院医療機関では手厚い人員配置がなされています。医療観察法では、今まで机上の論でしかなかったケアマネジメントを具体的に取り入れて、入院時から地域生活までの支援体制が整っています。これはある意味評価してもいいと思いますが、これには今までお話ししてきたように、多くの手間暇が取られます。しかし、地域支援の場

はマンパワーについての策が全く講じられていません。これは私の勤務する施設に限ったことではなく、それぞれの地域の関係機関も同様です。

また、地域の責任体制についても言及されていません。今のところ大きな事故はありませんが、万一事故が起きたときの責任は社会復帰調整官だけではなく、関係している施設も負うことになります。しかし、施設が負うべき責任の有無などについては一切考慮されていません。

先にも述べましたが、指定入院医療機関では総てが刑務所と同様の閉鎖処遇となっていることで、そこでは本来の社会復帰支援活動ができないのが現状です。

このように見ていくと、指定入院医療機関に膨大なお金をかけるより、医療観察法全体で使っている予算を、精神科病院や地域の支援機関に配分した方が、より良い地域での支援ができると思います。また、不幸にして起こってしまった事件を見ても、地域での相談者や受診しやすい医療制度が整っていれば防げたと思います。大切なことは、医療観察法にお金を費やすのではなく、精神科医療福祉全体の質を向上させていくことだと考えます。