

第113回日本精神神経学会学術総会
精神医療奨励賞受賞講演

“こころ”に届く精神科医療を地域で追い求めて
——精神障がい者の病と暮らしの回復を支えるために——

川室 優 (医療法人常心会川室記念病院)

わが国の精神科入院患者数は、今日もなお減少がみられないことが、国際的にも指摘され続けている。上越地域で、精神科医療サービスを提供する川室記念病院(旧名：常心荘川室病院)は、1960年代前半より精神障がい者のリハビリテーションに取り組んでいる。精神障がい者の退院を促進するためには、地域で精神科医療福祉従事者の一人ひとりが、精神障がい者が地域人として暮らすことを念頭に“こころ”に届く精神科医療を提供することが重要である。私は、1981年に病院附属のつくし荘・通過型共同住居(ハーフウェイハウス)を開設し、そこでの訓練後、移行型共同住居に転居させる居住ケアを実践した。また、1991年には精神障がい者の生活の場を地域に求めるため、上越つくしの里医療福祉協会を設立し、つくし工房(パン工房)などの就労ケア移行施設を開設して、就労ケアを実践し、地域におけるリハビリテーションの分散機能型サービスを強調して成果を得た。それと併行して、小中高生を含む地域の方々に障がい者理解を求め、“まあいいところで共にっこり——こころの理解を求めて——”をスローガンとした地域交流活動を継続している。さらに障がい者に対する偏見・差別解消のため、「つくしファームひまわり畑」を作り、小学生などを中心にひまわりを植栽した。そして、その種の提供に対し、障がい者のための就労支援によって搾油されたひまわりオイルと交換するシステムを形成し、精神障がい者の地域ケアの充実を実現した。

<索引用語：地域交流活動，地域居住および就労ケア支援，こころの偏見・差別，精神障がい者リカバリー，通過型・移行型共同住居>

はじめに

わが国の精神科医療に光をあて、精神を患う人々に救いの手を差し伸べた、日本近代精神医学・医療の父 呉秀三氏による提言「わが邦十何万の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸のほか、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」(1918年)²¹⁾、精神科医療にかかわる者ならば知らない者はいないであろう。

長年、私は地域の精神科臨床医として「精神障がい者(以下、精障者と略す)の病と暮らしの回復・リカバリー」を支えるために、祖父が呉氏より賜った「仁寿」¹⁷⁾と、曾祖父がへボン氏より賜った「仁徳」の両書を鏡として、“こころ”に届く精

神科医療の必要性、精障者の暮らしの充実性を常に考えてきた。1920年創立の高田脳病院(現高田西城病院)の娘であり、幼少期「気違い病院の子」とからかわれ、いじめにあったことが、私にとって精神科医療に携わることになったそもそもの動機である¹⁷⁾。呉氏の提言後、約100年間に、精神科医療の進歩や精神保健福祉に関する法制度の変遷のなかで、精障者が地域で暮らすための社会資源と支援制度は、社会情勢やニーズの変化に伴い、地域生活支援の軸となる「障害者総合支援法」の制定までに至った²⁴⁾。それは、多くの関係者の尽力によるものだが、さらに改善すべき点はなお多く残されている。

日本の精神科入院患者数は、今日に至るまでその減少状況が遅々とし、治療の場であるべき精神科医療機関が生活の場となっていることも事実である。精障者の病と暮らしの回復を支えるため、当院ではこの大きな課題に対して、常に、こころに届く精神科医療を地域で追い求めて、さまざまな活動を継続してきた。この度、私の長年の地域精神科医療に対して「第19回精神医療奨励賞」を賜るにあたり、その実践活動をここに紹介させていただく。

I. 上越地域における精障者の

「社会復帰と社会参加」をふり返って

1. リハビリテーションから地域ケアへの取り組みの原点

川室記念病院（旧名：常心荘川室病院、1997年改名）は上越市の北東にある小規模精神科病院（定床246床から現在171床に減少）で、現在、人口約30万の上越二次医療圏にある。この地域で医療の灯がともされたのは1878年、創立者川室道一によって医療施設が開院されたときであった²³⁾。その後の歴史をふり返ると、その原点は精神科医療従事者らが、1960年代後半から、精障者の社会復帰のために自然農耕を実践したことにある⁶⁾。そして私はそれを引き継ぎ、精障者が自分らしく暮らす地域支援体制を構築するため、治療的リハビリテーション（以下、リハビリと略す）を試みてきた^{6,8,9)}。そのなかで1970年代後半に、精障者の「社会復帰」と「自立と社会参加」のための地域ケアのきっかけとなったのが共同住居活動であった。また、前述のように1963年には地域性を生かし、精障者のリハビリに農耕作業を取り入れ、農繁期には、入院患者が周辺農家を手伝う院外作業療法を行った。こうした活動が地域の偏見除去につながり、その“こころ”は2016年度より始められた高齢認知症者のための新しい地域ケア「稲作ケア」²⁵⁾にも脈々と受け継がれている。ここで、社会福祉法人上越つくしの里医療福祉協会（以下、つくしの里と略す）の創生の経緯¹²⁾を述べる。

1965年には、市内の事業所（SBガーリック・

高田コンクリートブロックなど）との協力により地域で就労リハビリが試みられ、日中は事業所での作業、夜間は病院で過ごすナイトホスピタルに取り組んでいた。1968年以降は、稲田地区で協力事業所が約30社に増加し、そのなかの数ヶ所が退院後の就労の場となった。また1976年には、5つの共同住居「つくし寮」が試験的に開設され、共同住居支援活動の開始となった。1981年、当院の建物の一部を移築し、病院から4kmの地点に病院付属の共同住居「つくし荘」を、翌年には女性用の「つくしハウス」も開設した。その後、多職種チームによる「地域住居ケアプログラム」導入により、社会復帰・社会参加を目的とした共同生活機能が確立された¹⁸⁾。退院後の一定期間、地域で生活訓練を行う中間住居（ハーフウェイハウス）の機能により再入院が減少し、回転ドア現象を防ぎ、再入院期間も短縮された^{7,11,16)}。入居利用者は、つくし荘のある稲田地区周辺で開拓された多くの共同住居に転居して、同地域に約80名近い退院患者が居住し、図1^{3,11,15)}の通り通過型・移行型居住活動の展開に至った。1991年には上越市精障者家族会の協力を得て、つくしの里を設立した。その後、精障者の就労支援授産施設の設置運動のため、News Letterやチャリティーコンサートで、住民に広く寄付を呼びかけるなど病院組織をあげて奔走し、1992年につくしの里の礎であるつくし工房を開設した。そして、それが当院の社会復帰活動が地域ケアをめざす原点となったのである^{3,10,18)}。

2. なぜ、医療施設と福祉施設の棲み分けが必要であったか？

私は1980年代前半より上越地域の精神保健にかかわり始めたが、長年、精障者が入院する精神科病院について、「生活の場と治療の場」の混在に不自然さを感じ、その両者の棲み分けが重要であると考えた。これに対し関係者の多くは精障者が自立した“地域人”として暮らすことは困難とする傾向があった。こうしたことから、当時も今も地域で暮らすための生活技能の不足以上に、偏見



図1 つくしの里の社会復帰・自立と社会参加を目的とした通過型・移行型居住支援施設について
——1981年つくし荘開設時から、現在（2017年）の居住支援施設の状況——

差別解消の取り組みの必要性は変わらないことがうかがえる。

1950年代以降、バンク・ミケルセンによるノーマライゼーション理念や、アンソニーのリカバリー概念¹⁾が示すように、精障者が自分らしく人生をおくることのできる支援として、退院促進・地域移行・地域定着事業が進み、生活の場を地域に求めることも当然となった。しかし、その受け皿や進捗状況には地域差がある。私が地域精神科医療に取り組むにあたり考えたことは、治すことはリハビリの推進であり、そのためには新たな技法の導入と強化を図り、精障者の「治療の場と生活の場」を棲み分け、暮らしを支える地域ケアの仕組みの構築が必要ということであった¹³⁾。

まさにそれを体現しているつくしの里の活動は、日本の精神科医療が入院中心医療から外来（通院）中心の地域ケア医療へ転換するなかで先駆的に展開され、民間病院主導型の地道な実践として続けられた。医療と福祉が棲み分けられ、治療リハビリとして居住リハビリケアと就労支援が重

視された。そのリハビリ技法としては生活技能獲得の社会生活技能訓練 (social skills training : SST)²²⁾や、感情表現や対人関係を重視した集団精神療法 (group psychotherapy : GPT)²⁶⁾などが導入された。また、ケアアセスメントやマネジメント技法の試行により、地域で暮らしながら就労支援を受けることが求められるようになった^{6,19)}。このように地域住民の理解と協力を得ながら、行政との連携のもとで地域支援体制が構築され、現在もそれに基づいた活動を継続している¹⁴⁾。このことは精障者が地域で暮らすためにどのようなプロセスが必要であるかを示している。さらに、この医療連携のつくしの里の地域ケア活動は、居住リハビリケアと「働くこと」へのリハビリをケアする就労支援の2つに大別でき、地域ケアの柱として精障者の病と暮らしを支えている^{11,15)}。それにかかわる者の一人として、私は少しでも“こころ”に届く精神科医療を提供することを常にこころがけている。

II. 精障者の治療的リハビリテーションの 展開から精神科地域ケアへ

1. つくしの里における居住リハビリケア

居住リハビリケアは、精障者の暮らしを豊かにするために重要な地域ケアである^{11,15)}。前述のように、長期入院精障者は通過型共同住居で、最低1年間の地域住居ケアプログラムを受けた。その治療的リハビリでは、ノーマライゼーション理念に基づいた社会復帰・社会参加の視点から、障がい力“エンパワメント”を引き出すため、専門的治療技法であるSST, GPT, 多職種チームによる訪問支援などが効果を上げた^{6,8,15,16)}。それによって生活の質を高めながら共同生活を経た後、周辺のアパートや一軒家に移行転居し、それを永住型の住まいとする実践が、1989年、NHK教育テレビあすの福祉「地域の中で生きる——上越つくしの里の試み——」として全国放映された。精神保健福祉法時代の現在では、共同住居が法定化グループホームとなり、永住型居住施設機能を備えたが、グループホームを利用できない精障者の居住環境と大差が生じたため、居住ケアとしては通過移行型が適していると考えられる。

私どもは、つくしの里の精障者にとって、どのような地域ケアが望ましいかを検討するため、共同生活の意識調査(2013年)を試みた。その結果、居住形態では、単身生活希望者が40%、共同生活希望者は25%で、それ以外は家族同居を希望し、共同生活を望む者は少ない。家族同居を望む強い依存に対し、自立訓練の強化だけでなく、住み慣れた自宅で暮らすため、周囲の理解と協力も必須である。今後は精障者にも、高齢者同様の「地域包括ケアシステム」の構築を充実化する必要があることも判明した²⁰⁾。さらに、医療福祉連携のある assertive community treatment (ACT) 体制づくりや個別ニーズに沿った支援のためには、宇野木や山田の報告のとおり^{24,27)}、一層のマンパワーの充実や経済的保障の必要性がある。

2. つくしの里の就労ケア支援——医療連携体制のある分散型サービス支援の実現——

当院より徒歩10分の地に開設されたつくし工房は、定員20名、パン製造を主たる授産種目とし、画期的な就労ケア施設としてスタートした。利用者全員が医療サービスを常に要する慢性状態で、病状安定のため医療機関との連携による、きめ細やかなケアが不可欠だった。開設当初から地域交流を活性化するため「親子パン作り教室」や「不登校児パン作り体験学習」などのプログラムを提供し、地域住民の偏見差別解消に努め、そうした活動をつくしの里を中心に現在も続けている。

現在、上越地域では、就労支援の展開として、図2のごとく、拠点であるつくし工房より居住の場から利用しやすい障害機能に考慮した分散機能型就労支援施設がある。「働くこと」は経済基盤となるだけでなく、「地域人」として人間らしい自立的生活をするために不可欠であるが、精障者の就労には細やかな配慮に基づいた支援が求められる。つくしの里においても2011年までの利用者378名中の8割に、ストレス脆弱性や人間関係不良による離職、仕事内容による就労継続困難がみられた。そこで、就労ケアを受けた就職者71名のうち、同意を得た32名に対し、就労支援や職場での定着に必要な支援について調査を行った⁷⁾。その結果から、相談スキルやコーピングの学習、仲間や家族の存在、就労後3年間の見守りなどの重要性が判明した。また就労中は、障がい者就業・生活支援センターが利用者の適性や病状のアセスメントに努め、企業との仲介役を果たすことが不可欠であることなど、利用者を尊重し、その価値を認めるエンパワメント支援の重要性が明らかになった¹⁸⁾。つくしの里では、表の通り、さまざまな指定障害福祉サービス事業を行っているが、利用率が100%には達せず経営的に厳しい運営である。利用者が就労移行支援により地域で雇用されることを実現していくため、今後、援助付雇用(individual placement and support: IPS)なども重視すべきであろう。厚生労働省平成29年6月1日現在の障害者雇用状況の集計結果から、地方公

表 つくしの里における医療連携下の指定障害福祉サービス事業など（精神障がい者に関するもの）

	事業内容	事業所名	定員	法人名	所在地	2016 年度	
						利用率 (%)	人数・相談件数
計画相談	特定相談支援	つくしセンター	—	つくしの里	上越市		160 人
	一般相談支援 障害児相談支援	地域生活支援センターこまくさ	—	つくしの里	糸魚川市		140 人
相談支援	相談支援（地域活動支援センター I 型に付随するもの）	つくしセンター	—	つくしの里	上越市		6,887 件
		地域生活支援センターこまくさ	—	つくしの里	糸魚川市		9,957 件
生活支援	地域活動支援センター I 型	つくしセンター	20	つくしの里	上越市		221 人
		地域生活支援センターこまくさ	20	つくしの里	糸魚川市		144 人
自立訓練	宿泊型自立訓練	ハウス道芝	20	高田西城会	上越市	82.0	
	生活訓練（通所）	ハウス道芝	20	高田西城会	上越市		
		つくしワークショップスペース (JOCO*)	5	つくしの里	上越市	100.0	
居住支援	共同生活援助 (グループホーム)	第一道芝荘（第一道芝荘/洗心荘）	13	高田西城会	上越市	90.0/80.0	
		つくし荘（つくし荘/常心寮）	13	常心会	上越市	80.0/70.9	
		グループホームつくしの里	6	つくしの里	上越市	99.6	
		サンハイツ	6	つくしの里	糸魚川市	76.1	
就労支援	就労移行支援	つくし工房（つくしワークトレーニングルーム含む）	15	つくしの里	上越市	99.4	
		好望こまくさ	6	つくしの里	糸魚川市	80.8	
	就労継続支援 A 型	つくしワークショップスペース	10	つくしの里	上越市	72.7	
	就労継続支援 B 型	☆つくし工房	24	つくしの里	上越市	92.1	
		つくしワークショップスペース（つくし工房分場）	5	つくしの里	上越市	11.0**	
	好望こまくさ（ひまわり作業所含む）	30	つくしの里	糸魚川市	84.7		
その他	行政から委託されている相談支援機関	障害者就業・生活支援センター さくら	—	さくら園	上越市		
		上越基幹相談支援センター	—	上越相談支援ネットワーク	上越市		

* Joetsu Senior and Mental Health Consumer Center

** 2016 年 10 月開始のため利用率は低い。

☆つくし工房内に（福）上越つくしの里医療福祉協会の本部がある。

※利用者・当事者のために多くのサービス利用が可能な地域ケア支援体制が必要である。

※この他に、上越市頸城地区には（福）夕映えの郷運営、妙高頸南地区には（福）ほっと妙高運営の指定障害福祉サービス事業所がある。

の自然の森「二貫寺の森」で健康福祉花見会（4回）や“こころ”と体の健康のための地域社会貢献活動（13回）などの地域交流活動に力を注いできた¹⁰⁾。最近では2010年「つくしファームひまわり畑」で、子どもから高齢者までが精障者と共にひまわりを植栽し、その交流が地域の小学校にも広がった。そして、その種から精障者がオイルを搾油するシステムを作り、2016年には就労支援の1つである合同会社がオープンした。こうした地域交流こそ、偏見・差別解消につながり、精障者に対する充実した地域ケア形成への最良の手段となる。

おわりに

——地域の包容力を求めて——

精神科医療機関が担うサービス提供の役割とは、精障者も健常者も地域人として、豊かに暮らし、働き、生きるために、こころの健康を支援するものである。それは、互助・包容力のある地域共生社会を創生することでもあり、栗田²⁾の指摘した「地域包括ケアシステム構築」が問われる今日では、これが精障者にも適用され地域でサービスを受ける⁵⁾ことにもなる。“こころ”病む人々を支援する関係者にとって、その“こころ”に届く精神科医療を追い求めることは、地域との交流にほかならない。その相互の関係性のなかで、こころの響き合いを強めることにより、治療効果と同時に人間としての回復が得られるであろう。そのためにも「地域の人々と共に歩む精神科医療福祉活動」の機能が重要であることは言うまでもない。

なお、本論文について開示すべき利益相反はない。

謝 辞 今回の受賞にあたり、ご推薦くださった元国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部長伊藤弘人先生と敬愛するアライアント国際大学名誉教授本間玲子 True 先生にこころから感謝とお礼を申し上げますと共に、つくしの里の創生にご協力支援くださった地域の方々に謝意を申し上げます。

文 献

- 1) Anthony, W. A. : Recovery from mental illness ; the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4) ; 11-23, 1993
- 2) 栗田主一：地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進。保健医療科学, 61(2) ; 125-129, 2012
- 3) 萩原浩史：精神障害者と相談支援—精神障害者地域生活支援センターの事業化の経緯に着目して—。Core Ethics, 8 ; 317-326, 2012
- 4) 金子みすゞ：さみしい王女。新装版金子みすゞ全集Ⅲ。JULA 出版局, 東京, p.145, 1984
- 5) 川室 優, 繁田雅弘, 大場ノブほか：農村地域における痴呆性老人デイケアの試み—地域型デイケアシステムの検討—。精神経誌, 93 (11) ; 1150-1161, 1991
- 6) 川室 優, 小山一雄, 青木美代子ほか：つくしの里チーム活動—信頼される精神医療をめざして—。常心荘川室病院のあゆみ—開院 100 周年を記して— (医療法人常心会常心荘川室病院編)。p.43-76, 1992
- 7) 川室 優, 青木美代子：共同同居の現状と課題—居住リハビリテーションの必要性と有効性—。臨床精神医学, 22 (1) ; 41-52, 1993
- 8) 川室 優：慢性分裂病者の社会復帰のための集団精神療法—精神科リハビリテーションの治療技法の検討—。日精協誌, 13 (3) ; 9-19, 1994
- 9) 川室 優：分裂病患者の移居的居住リハビリテーション—治療的居住プログラムを中心に—。精神分裂病者のリハビリテーション (精神医学レビュー, No. 15)。ライフ・サイエンス, 東京, p.38-49, 1995
- 10) 川室 優：地域精神医療と福祉—地域住民の福祉の心を高めるための大切さ—。日精協誌, 14(10) ; 14-21, 1995
- 11) 川室 優：日本における居住リハビリテーションの必要性と有効性。病院・地域精神医学, 39 (1) ; 17-23, 1996
- 12) 川室 優：保健文化賞を受賞して—業績の概要。業績の概要 保健衛生の向上を願って—第 50 回保健文化賞受賞者の業績—。第一生命保険相互会社, 東京, p.112-117, 1999
- 13) 川室 優：社会資源開発の取り組み—医療と福祉間の連携と分離の重要性—。Review, 全国精神障害者家族会連合会, 29 ; 40-41, 1999
- 14) 川室 優：地域生活支援センターと市町村におけ

る連携と今後の課題. 日精協誌, 22 (9); 47-52, 2003

15) 川室 優: 地域・民間精神科病院における心理社会療法の取り組み—統合失調者を中心に—. 日精協誌, 24 (9); 20-24, 2005

16) 川室 優: 社会復帰と精神障害者福祉—自立と社会参加のための専門的援助の必要性—. 平成10年度精神保健指定医研修会テキスト. 日本精神病院協会 (現: 日本精神科病院協会), 東京, p.31-58, 2008

17) 川室 優: 「仁寿」が導き与えてきたことを振り返って—さらなる精神医学教室のご発展を祈って—. 新潟大学医学部精神医学教室創立100周年記念誌. p.188-194, 2014

18) 川室 優: 私共の施設における社会復帰へのサポート—利用者・当事者の自発性, 自由性, 自律性を大切に—. 新潟大学医学部精神医学教室同窓会同窓会誌, No.38. p.28-30, 2015

19) 川澄隆章, 青木美代子, 田邊 信ほか: 障害者の就労を支援するために—つくしの里利用者の実態調査から—. 第5回「和・道」医療福祉グループ学会誌 (山崎隆昌編). p.19-28, 2013

20) 小林 愛, 高橋典子, 青木美代子ほか: 障害者の居住形態に関する考察—つくしの里利用者の調査から—. 第6回「和・道」医療福祉グループ学会誌 (山崎隆昌編). p.43-51, 2017

21) 呉 秀三, 樫田五郎: 刊行に寄せて「精神病患者自宅監置ノ実 (實) 況及ビ其統計的観察」. 精神医学古典叢書

新版 (精神医学・神経学古典刊行会編). 創造出版, 東京, p.1-10, 2000

22) 松尾ゆかり, 永井優子: 楽しく身につける生活技術—新潟・川室病院にみるSST—. 精神保健ジャーナルゆうゆう (全国精神保健研究会編), 26; 42-48, 1995

23) 寺田喜男, 川上義人: 地域医療に取り組んできた川室記念病院. 希望燃ゆ諏訪の里 (諏訪の里づくり協議会編). p.146-153, 2016

24) 宇野木康子: 精神障害者をめぐる制度と政策 (1) —日本とアメリカの就労支援の視座から—. 社会関係研究, 16 (1); 115-164, 2011

25) Ura, C., Okamura, T., Kawamuro, Y., et al.: Rice-farming care for people with dementia; a novel way of social participation for the elderly. The 21st IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, San Francisco. p.78-197, 2017

26) Yalom, I. D., Vinogradov, S.: Group Psychotherapy—What Makes Group Psychotherapy Work? The Therapeutic Factors—. American Psychiatric Press, Washinton, D. C., p.11-29, 1989 (川室 優: グループサイコセラピー—ヤーロムの集団精神療法の手引き—グループサイコセラピーで効果をもたらす因子とは? 療法的因子—. 金剛出版, 東京, p.23-42, 1991)

27) 山田康夫: グループホーム, ケアホームの実態調査に基づく経営構造に関する研究. ITヘルスケア, 5 (1); 40-43, 2010

Pursuing Psychiatric Care that Reaches into the Heart in the Community :
Mission to Support the Recovery and Lives of the Mentally Ill

YU KAWAMURO

Kawamuro Kinen (Memorial) Hospital

Japanese psychiatric has been criticized by the international community for lengthy hospitalization of the mentally ill and there is no sign of decreasing. Since 1960's, Kawamuro Kinen (Memorial) Hospital (formerly named Joshinso Kawamuro Hospital) in Joetsu Region made strong commitment to promote rehabilitation of the mentally ill. In order to promote the discharge of the mentally ill from hospitals, it is critical for each psychiatric professional to develop the approach that reaches out to patient's "Kokoro", so that the patients can enjoy being the full member of the community. In 1981, we established a short stay group home, attached to the hospital, and named it Tsukushiso. After training the patients to live as a member of the group home, we were able to move them into the transitional housing. In 1989, we established a non-profit medical-social welfare organization to help patients learn to acquire employment opportunities. The transitional employment training programs created included a bakery workshop, named Tsukushi Kobo. At the employment support program, we emphasized the decentralized functional model of rehabilitation to help the patients learn the work skills in the community. We try to foster acceptance and understanding about the mentally ill among the non-handicapped people in the community, including children, elementary, middle, and high school students. For the purpose of promoting community understanding, we created a slogan, "Seeking understanding Kokoro : Smiling with Round Kokoro" and frequently conduct community events using the slogan. We also created Tsukushi Sunflower Farm, in order to reduce the prejudice and discrimination about the disabled. We succeeded in encouraging ordinary citizens and elementary school children to grow sunflowers. We ask them to provide the seeds to the job-training project, for which the project will give them the sunflower seed oil, produced by the disabled job trainees.

< Author's abstract >

< **Keywords** : community exchange activity, community housing and employment support, Kokoro prejudice and discrimination, recovery of the mentally ill, short term-transitional group homes >
