

# 精神科病院長期入院者への退院支援に関する 先行研究の動向 第1稿

杉原 努

## 〔抄録〕

日本は世界でも群を抜いて多数の精神科ベッドおよび長期入院者があり、その対応は精神保健福祉政策の喫緊の課題である。そこで、長期入院者への退院支援に関する先行研究の論点を明らかにするとともに、退院を困難にしている要因の検証を行った。さらに、先行研究が着目した研究視点をカテゴリライズした。その結果、17の概念、5つのサブカテゴリ、2つのカテゴリに分類できた。一つのカテゴリ（表2の番号1から9）では、日本の精神科医療政策の問題点が明らかになった。地域における社会資源整備の遅れにより長期入院を生じさせてしまった現状があった。もう一つのカテゴリ（表2の番号10以降）では、考え方や実践における退院支援の観点が明らかになった。退院支援方法の確立と地域における支援システムの形成がなされつつある現状があった。これらは、長期入院者の社会的復権に向けた取り組みの一つとして位置づけられよう。本稿では主に前者のカテゴリ内容について論じる。後者のカテゴリ内容については第2稿に示す。

キーワード：精神科病院長期入院者，退院支援，希薄な施策，社会的入院，生活支援体制整備

## 1. 研究背景と問題関心

OECDの2013年統計を参考に人口10万人当たりの精神科病床数を比較すると、日本は世界に類をみない多くの精神科病床が存在<sup>1)</sup>しており、このことが脱施設化や長期入院者対策の課題になっている。長期入院者の中には、社会資源や受け入れ条件が整わないため精神科病院に入院し続けている、いわゆる社会的入院という状況がある。このような状況が継続すると、「大和川病院事件」<sup>2)</sup>のように入院者が命を落とし、人権を侵害される事態が生じる可能性が高い。

「大和川病院事件」の表面化により大阪府精神保健福祉審議会は審議会を開催し、1999年3

月の報告書において、退院可能だが入院を継続させられること（社会的入院）は人権侵害であると断じた。そして、大阪府は2000年～2002年度に「社会的入院解消研究事業」を実施した。これは、社会的入院に対して組織的に対処する貴重な事業であった。

また、厚生労働省は、2002年12月に社会保障審議会障害者部会精神障害分科会報告書である「今後の精神保健医療福祉施策」により、「受け入れ条件が整えば退院可能」な入院者は72,000名との推計を示した。同報告書は10年以内にこれらの入院者を退院させるという方針と、社会復帰のための施設整備を図ることを明言している。

厚生労働省は2003年度から精神科病院長期入院者<sup>3)</sup>の退院に向けて退院促進支援事業（モデル事業）を実施し、それ以後も表1のとおり事業を展開している。2010年度からはアウトリーチ推進モデル事業が実施され、未治療者や医療中断者にも視野を広げ必要な医療に結びつける支援事業が展開されている。このように長期入院者への退院支援は、精神保健福祉政策の喫緊の課題として取り組まれている。

精神科病院長期入院の研究や実態に関する研究がこれまでも著されている。例えば、磯村聰子ら（2010）<sup>4)</sup>は、1983年から2008年までの226件の論文を研究対象に、長期入院者支援に関する研究概要と長期的な動向を明らかにした。対象文献の論点を検討し類似した内容を整理していくと、9つにカテゴリー化されたという。それは次のとおりである。

- ①長期入院患者の能力・行動
- ②長期入院患者のニーズ・主観
- ③長期入院患者へのケア・介入
- ④長期入院患者の家族
- ⑤長期入院患者への退院支援
- ⑥精神障害者の地域支援・社会資源
- ⑦退院・社会復帰に関する要因
- ⑧長期入院患者に関わる病院職員
- ⑨長期入院患者・精神障害者の現状・転帰

磯村らが9つのカテゴリーを明らかにしたことは評価できるが、それぞれのカテゴリーの検討には至っていない。各カテゴリーには独自の重要な点や課題があるはずであり、今後は各カテゴリーにおける特徴の詳細が求められる。そのことから、各カテゴリーにおける問題が明らかになったり、その解決方法が考えられたりするからである。磯村らの研究を参考にすると今後の研究の方向性として、9カテゴリーにおける詳細化が求められる。

また、朝野英子ら（2010）<sup>5)</sup>は退院に関する要因の文献研究として、1983年から2010年8

表1 精神障害者を対象にした退院、地域移行に関する支援事業

開始年度	事業名
2003（平成15）年度	退院促進支援事業（モデル事業）、2006年度から全国実施
2008（平成20）年度	地域移行支援特別対策事業
2010（平成22）年度	地域移行・地域定着支援事業、アウトリーチ推進モデル事業 2011年度からアウトリーチ推進事業が全国実施
2012（平成24）年度	地域移行・地域定着支援事業（障害給付対象事業）

出所：杉原努（2013）「地域移行・地域定着支援事業におけるピアサポーター活動の特徴——退院する人の心的変化とエンパワメントに関する一考察——」【福祉教育開発センター紀要】第10号、佛光大学、p102を参考にし、本稿の趣旨に合わせて修正した。

月までの論文の中から7編を対象に研究を進めた。その結果、「本人要因」、「家族要因」、「病院環境要因」、「地域環境要因」、「その他の要因」であることを明らかにした。この研究は、退院を困難にしている5つの要因を明らかにした点で重要な指摘である。だが、精神科病院長期入院者の退院困難要因は、もっと幅広く捉えられる必要があることから、退院の困難要因は5つだけなのかという検証が必要である。

これら全ての分野の研究を一挙に進めていくことは困難にしても、それぞれの分野に焦点化させた研究が必要だと示唆される。そのことにより、磯村らの研究内容を深めることにもなるし、朝野らの研究を検証することで新たな指摘が可能だと考えられるからである。

## 2. 研究目的

本稿の研究目的は、磯村らの指摘の⑤にあり精神保健福祉政策の喫緊の課題である、長期入院者への退院支援に関する研究視点と示された内容を明らかにする。同時に、朝野らの5つの要因を検証する。さらに、先行研究が着目した内容は、いくつかのカテゴリーに分類可能と考えられるのでそれを明示することである。

## 3. 研究方法

CiNiiによる文献データベースを用いて検索を行った。検索用語は「地域移行」、「精神障害」、「退院支援」、「精神保健福祉」とした。検索におけるヒット数の結果は次のとおりだった。

「地域移行」、「精神障害」の検索用語で62本

「退院支援」、「精神障害」の検索用語で35本

「地域移行」、「精神保健福祉」の検索用語で29本

「退院支援」、「精神保健福祉」の検索用語で10本                   合計136編

検索対象の発表された時期は2003年から2013年であった。厚生労働省が行った退院促進支援モデル事業が開始されたのが2003年度からなので、それ以降の時期の「退院支援」や「地域移行」という用語にかかる論文や論説を抽出したと考えられる。そして、この中から次の選定基準を満たすものを検索したところ47本であり、それらを研究対象として扱った。

### 【選定基準】

- ① 精神疾患による長期入院者について検討した論文および論説
- ② 退院支援および地域移行支援と、精神保健福祉について検討した論文および論説
- ③ 退院支援および地域移行支援の方法等について検討した論文および論説

なお、「退院支援」とは、「地域移行」と表現されるまで使用されていた、退院のための支援

に関する実践である。そのプロセスは「地域移行」と似ており<sup>6)</sup>、「地域移行」が事業化されてから「退院支援」という表現は減少したが、その実践は本研究の対象にできる内容であった。この理由により、「地域移行」あるいは「退院支援」にかかる論文や論説を広く検索するために二つに分けた用語を使用した。

また、研究対象にした論文や論説に記されていた参考文献の中に、当研究の対象になる論文等が見受けられた場合はそれを対象にした。それは1983年から2002年までの発表であり、数は2014年3月末までに確認できた17本であった。

研究対象にした論文や論説を読み込み共通する内容を引き出すとともに、その内容を一言で表現した概念名を作成した。複数の概念名に共通した内容があればそれをサブカテゴリーとしてまとめ、さらに複数のサブカテゴリーをまとめカテゴリーとして示した。

#### 4. 結 果

先行研究における分類結果は表2のとおりである。17の概念と5つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーに分類できた。表2の概念番号1から9までを第1稿として、本稿において紹介し最後に考察を示す。そして概念番号10以降については第2稿として『福祉教育開発センター紀要』第12号(2015年3月発刊予定)に示す。

表2 概念とカテゴリー一覧表

カテゴリー	サブカテゴリー	番号	概 念
希薄な施策の結果	社会的入院の定義と人数	1	【定義】受け入れ条件を整えば退院可能な入院状態
		2	【人数】約7万名以上の社会的入院者
		3	社会的入院を作り出した歴史
	社会的入院を生じさせた要因	4	利用者の病状や退院への不安
		5	家族の不安と抵抗
		6	病院スタッフの支援視点の課題
		7	社会資源の乏しさや地域連携の不足
		8	社会的入院を許している法や診療報酬システムの課題
		9	社会的入院者の症状および状況の分析
退院支援の観点	幅のある退院意向	10	調査結果ごとに異なる退院意向
		11	退院したくないとの意思表示
		12	入院者の揺れる心情
	退院意向に与える影響	13	ピアサポーターの有効性
		14	入院者と家族との関係
	生活基盤整備と支援体制の重要性	15	生活の場と活動の場の必要性
		16	プログラム化された地域支援
17		支援体制構築へのプロセス	

《サブカテゴリーあるいは概念の紹介》

4-1 社会的入院の定義と人数

4-1-1 社会的入院の定義（受け入れ条件が整えば退院可能な入院状態）

まず、このカテゴリーに入る論文あるいは論説の主張をみる。大島巖ら（1991）は日本精神神経学会社会復帰問題委員会として、全国の精神科医療施設172施設（対象病床41,866床）に2年以上入院している精神障害者を対象に調査した。それは主治医の評価と障害者本人の意見に基づき、社会的入院の割合や退院促進のために必要な社会資源に関する調査であった。

この中で主治医によって「主として社会的理由による入院」を社会的入院とした。「主として社会的理由による入院」とは、社会資源<sup>7)</sup>が整備されれば1年以内には退院が可能になると思われる入院のこととである（大島巖ら 1991: 584）。大島らはこの文献において社会的入院という表現を使用した。

柏木昭は（1993: 29）は『改訂精神医学ソーシャル・ワーク』において、「精神医療の領域では向精神薬の進歩により、薬物投与によって症状が軽減され退院が可能になっても、家庭や職場、住む家等々社会的諸条件に阻まれて退院できない“社会的入院”」としている。

岡田和史（1998: 299）は、「症状が回復しているにもかかわらず、社会復帰施設などの退院後の受け皿がないというような社会的理由により、やむを得ず入院を継続しているもの」としている。

黒田研二ら（1999）は、日本精神神経学会のリハビリテーション問題委員会<sup>8)</sup>として、精神科病院長期在院患者のどの程度の割合の人が退院可能と判断されるか、また、生活機能レベルと退院可能性との関係の検討を目的に調査を実施した。

黒田ら（1999: 766-768）によると、1年以上の入院者のうち「通院服薬あるいは地域生活の問題が改善されれば退院可能」の割合は32.5%であった。退院可能性として、①「退院可能」、②「通院服薬問題の改善」、③「地域生活問題の改善」、④「服薬・生活問題の改善」、⑤「退院困難」の項目をあげている。何らかの条件が整えば退院可能ということは、②、③、④が条件になるとした。つまり、社会資源の整備や退院後の受け皿を整える必要があることを指摘した。

社会保障審議会障害者部会（2002）は、「今後の精神保健医療福祉施策について」と題する報告書の2. 基本的な考え方として、社会的入院者の定義について明確に示すことはないものの、「受け入れ条件が整えば退院可能」という表現で社会的入院の意味することを示している。

田村綾子（2003: 6）は、「精神症状に対する治療的理由以外の社会的な諸条件が原因となっ  
て行われる（期間の長短とは無関係な）入院のこと」とする。松本すみ子（2003: 11）は、「社会的入院」とは、入院による治療の必要がないにもかかわらず、さまざまな社会的要因によって入院を継続していること」という。厚生労働省精神保健福祉対策本部（2004）の「精神保健福祉の改革ビジョン」によると、「受入条件が整えば退院可能な者」としている。岩上洋

一 (2010: 25) は、「入院による治療の必要がないにもかかわらず、様々な社会的な要因によって、入院を継続していること」と定義づけている。

#### 4-1-2 社会的入院者の人数 (約7万名以上の社会的入院者)

社会的入院しているものの人数に触れている論文や論説は次のとおりある。

大島ら (1991: 588) の指摘では、社会的入院者の割合は調査対象施設において2年間以上入院しているもののうち33.1%、全入院者に対しては20.5%であった。ちなみに、調査年度の全入院者の20.5%とは約71,040名<sup>9)</sup>であり、この時点で社会的入院者は約7万名である、あるいはそれ以上であるということが試算で明らかにできる。

黒田ら (1999: 766-768) によると、1年以上の入院者のうち「通院服薬あるいは地域生活の問題が改善されれば退院可能」の割合は32.5%であった。この割合は大島ら (1991) の研究結果と近い値を示しているという指摘があった。

社会保障審議会障害者部会 (2002) の報告書では、社会的入院者について『受入れ条件が整えば退院可能』な約7万2千人としている。また、厚生労働省精神保健福祉対策本部 (2004) の「精神保健福祉の改革ビジョン」によると、「受入条件が整えば退院可能な者 (約7万人)」とやはり7万人という数字を示していた。

#### 4-2 社会的入院を作り出してきた歴史

ここでは社会的入院に関する経緯に触れるだけでなく、問題性を指摘していると思われる論文や論説をあげている。いずれも精神保健福祉士からの指摘であった。

柏木一恵 (2002) は、明治政府は精神障害者を社会防衛思想の対象とみており、精神科病院は社会治安の砦としての役割を担わされてきたとする。第二次大戦後も「精神衛生法」による、本人の意思によらずに入院させる法的手続き、1958年の「精神科特例」による低レベルの職員配置、民間病院増の政策誘導、経営優先主義などが展開されてきた。他方で、精神保健福祉士の配置と社会復帰ケアの抑制 (柏木 2002: 124) などにより、多くの社会的入院者を生じさせたとする。

松本すみ子 (2003: 13) は「社会的入院」について、日本の精神医療と精神保健福祉の歴史的特徴からその構造を指摘した。それは、①隔離収容主義、②民間への依存度の高さ、③長期のおよび閉鎖的入院環境、④サービスおよび地域サポートシステムの未成熟の4項目である。

また、精神保健福祉士の実践が社会的入院の構成要素の一因であることも指摘している。それは、「図らずも長きにわたり入院患者の院内適応に向けて展開してきた」ことや、「家族とのかかわりにおいても精神障害者の退院と家庭生活を実現するための援助では必ずしもなかった」 (松本 2003: 13) という指摘である。このように、「社会的入院」は作りだされてきた歴

史的特徴があることを示していた。

#### 4-3 社会的入院を生じさせた要因

先行研究を検討し明らかになったことは、社会的入院を生じさせた要因は複数あったことである。結論から先に述べるなら、①利用者の社会生活能力や退院意欲の不安、②家族の要因、③病院や施設スタッフの支援視点の課題、④社会資源の乏しさや地域連携の不足、⑤社会的入院を許している法や診療報酬システムの課題であった。ここでは、先行研究についてだれがどのような要因を指摘したかについて示す。

橋詰宏ら (1991: 60-61) は、1年間以上入院する長期入院群と1年間以内に退院する短期入院群を分け、長期入院になってしまう危険因子を探った。その結果、長期入院になる因子として次のようにまとめている。

- 高齢者であること。高齢者は一般人口と同様に学歴が低く就職しにくいので無職が増え、配偶者と死別する機会も増加する、近親者以外で頼らなければならない人が増加して行く。
- 陽性症状<sup>10)</sup>の改善が見られないものであること。幻覚妄想、興奮混迷、他害問題行動等の表に現れやすい症状を家族は問題にすることにより入院が長期化する。
- 社会的受け皿がない場合であること。社会的受け皿とは、家族、職場、その他のサポートシステムを含めるものである。家族を例にあげると、入院が1年間を越えると家族の態度が変わる。

次に蓮井亜矢 (2003: 20-21) は、日本精神保健福祉士協会における精神医療委員会の検討の結果、社会的入院の要因として次の15項目にまとめたとしているのでそれを次に示す。

#### 社会的入院の要因

- ①収容主義の精神科病院、②医療従事者の質、③精神科特例・マンパワーの不足、④機会の剥奪、⑤精神障害者の能力低下 (ホスピタリズム、病院依存)、⑥精神障害者の自信喪失・主体性喪失、⑦障害者 (社会) 福祉の不備、⑧生活圏内の医療サービスの偏在、⑨制度の利用のしづらさ、⑩家族負担、⑪居住資源の不足、⑫訓練施設の不足、⑬支援ソフトの不備、⑭隣接・関連領域のスタッフの無理解、⑮社会の偏見・差別

精神科病院の看護者の立場から島田真弓ら (2004) は5年以上の入院者を対象に、退院できた群と退院できない群の要因の比較結果を報告している。坂田三允 (2000) の指摘から長期入院の背景として家族、患者、看護者、社会の側面という4要因から検討している。

家族要因として、退院できた群は患者の過去の状態へのこだわりがなかったとして、過去の

状態にこだわる家族への教育や支援が大切だとしている。患者要因として自発性・意欲の欠如(73.9%)、社会性の欠如(60.9%)などが当てはまるとした。だが、退院できた群も自発性・意欲の欠如(26.7%)が当てはまることから、他の要因の影響を示唆していた。

看護者要因として、退院支援を諦めない姿勢が重要であると報告しているが、退院できない群にも看護者が諦めずに関わっていた。やはり他の要因が考えられることを示唆している。社会の側面からは、退院できない群の73.9%に生活の場に問題がみられた。他方、退院できた群では生活の場にかかる問題はなかったことから、生活の場の確保が退院に影響していることが大きいと考えている。

森川将行ら(2009)は堺市に住所のある、大阪府内の精神科病院の入院者を対象に統計的解析を実施した。その結果として、退院阻害要因と入院期間との関連において有意差があったものとして次のとおり報告した。これらの要因によって入院期間が長期にわたることを示したのである。

《本人をめぐる区分》

反社会的行動が予想される 退院意欲が乏しい 退院による環境への不安が強い  
援助者との対人関係が持てない 家事(食事、洗濯、金銭管理など)ができない

《家族をめぐる区分》

家族がいない 本人をサポートする機能が実質ない 家族から退院に反対がある

《地域をめぐる要因》

住まいの確保ができない 退院に向けてサポートする人的資源が乏しい  
退院後サポート・マネージメントとする人的資源が乏しい

《その他の区分》

住所地と入院先の距離があり支援体制を取りにくい

古屋龍太(2010)は、①患者側の要因、②家族側の要因、③病院側の要因、④地域側の要因、⑤行政側の要因をあげている。

①については、入院者の退院意欲の乏しさ、生活技能の乏しさ、帰来先がない、家族等の支援者の喪失、再発のリスクが高いなどである。

②については、本人不在という家族の再構成、親の高齢化に伴う世代交代、兄弟姉妹の核家族化、経済的にも日常生活的にも支援の困難さなどである。

③については、乏しい人員配置、退院支援への余裕のなさ、病棟スタッフの退院支援のノウハウや意欲の乏しさ、退院システムが存在しない、地域資源との連携がないなどである。

④については、居住のための施設はじめ社会資源の乏しさ、居住のための保証人を得られない、他法人との連携不足、担当スタッフの不足、サービス調整ができないなどである。

⑤については、隔離収容志向に基づく法が十分に改正されていない、長期在院でも一定の収入を得られる診療報酬体系の温存などである。



これから阻害要因は、「個体に起因する障害というよりは、退院をめぐる環境に起因する」(古屋 2010: 12) と結論付けている。

田尾有樹子 (2010: 50) は、①医療関係者の誤った認識、②本人や家族の抵抗、③地域との連携の問題、④退院先の確保困難さをあげている。

①については、「一人暮らしは無理」という入院者の能力の過小評価や、「援護寮やデイナイトケアでないと難しい」という病院完結主義がみられることである。

②については、「長期間入院していたのに一人暮らしといわれてもできない」とか、「家に住む場所はない、病院にいてほしい」という声のことである。

③については、精神科病院と地域の社会資源との連絡や連携の悪さのことである。

④については、「頼れる家族がない」とか「アパートの保証人もいない」という無い無いづくしである。

二人の指摘は一致している項目が多い。退院阻害要因はこの4~5個の要因だと考えられる。

岩上洋一 (2010: 24-25) は、①本人の意欲がない、②家族が拒否している、③社会資源の不足をあげている。

①については、まだ自分の番がまわってこない、退院したいといったが待ってくれといわれ待っていた、退院を諦めていたなど、夢や希望を封印している人たちであるという理由からである。

②については、家族は入院を継続するか家族が引き取るか以外に選択肢がないものと思っ込んでいることの理由だという。

③については、絶対数の不足は認めつつも工夫の不足であったり、空きが出来てから利用するという発想になっている点があることを指摘した。

田村綾子 (2003) は、①制度的要因、②家族状況、③本人の障害特性をあげている。

①については、1900年制定の「精神病患者監護法」から始まる日本の精神障害者への法制度が、「社会的危険防止のために精神障害者を私宅なり精神科病院に隔離収容することによって作りだされ、精神科医療や社会資源の整備の著しい遅れによって助長されてきた」と考えている。

②については、家族が患者の面倒をみるのは当然という日本の家族観により、「いつか患者を退院させなければならない」(田村 2003: 8) と考えている。しかし、家族は高齢で経済的に厳しい状況にあり、乏しい社会資源、周囲の無理解などにより家庭への受け入れが困難な状況にあることを示している。

③については、退院は根気、体力、エネルギーのいる作業であり、退院へのハードルが立ちだかると意欲がそがれ、入院継続のままになってしまいがちであることを指摘している。

#### 4-4 社会的入院者の症状および状況の分析

岡田和史ら(1996:1065)は、①社会的入院者とその他の患者の間にどの程度の精神症状の違いがあるか、②医師により社会的入院か否かを判断する基準に違いがあるか、について調査した。それによると、①については、社会的入院者は医学的入院者に比べて陽性症状が軽いと評価され、陰性症状<sup>1)</sup>では差を認めなかった。②については、症状の軽いものを社会的入院と判断する点では共通しているが、患者の年齢や症状によって医師の入院継続の判断基準が異なっていることを明らかにした。社会的入院者は高齢で長期入院の傾向があり、処遇では任意入院で開放病棟の患者が多かったという結果(岡田ら 1996:1061)であった。

池淵恵美ら(2008)は、統合失調症の退院支援を阻む要因に関する調査を実施した。その結果として、病識と治療コンプライアンス、退院への不安、ADL、問題行動、自閉的行動、身体合併症、自殺企図の可能性、家族からのサポートの8因子が見出されたとした。さらにこの8因子のクラスター分析で、5つのクラスターが得られたと次のように示した。1クラスター(複合的な困難要因群)、2クラスター(病識と服薬および自閉的行動困難群)、3クラスター(困難要因経度群)、4クラスター(不安および自閉的行動困難群)、5クラスター(病識と服薬・不安・問題行動困難群)である。

なお、このうち3クラスター(困難要因経度群)の、追跡可能な1年後転帰の調査では42.0%が既に退院となっていたという(池淵ら 2008:1016)。

## 5. 考 察

ここではサブカテゴリーあるいは概念の項目ごとに考察する。

### 【社会的入院の定義と人数】

社会的入院については、1991年から2010年までの20年間にさまざまな指摘から浮かび上がることは次の点である。

- ① 精神症状が落ち着き退院可能にもかかわらず入院している人があった。
- ② 治療以外の、社会的要因のために入院を余儀なくされていた。
- ③ 社会的要因とは、家庭、職場、住居、施設(現在の障害福祉サービス)など地域における社会資源の整備や退院後の受け皿が整っていないことなどであった。

これらから明確にしておかなければならないことは、社会的入院は精神症状にかかる治療として入院が必要というよりも、地域での受け入れ条件が整わないために精神科病院に入院せざるを得ない社会的要因があったということである。だが、それは仕方がないことなのだろうか。決して仕方がないでは済まされないのである。

大阪府精神保健福祉審議会は、大和川病院事件で示されるような精神障害者の人権侵害の実

態を踏まえ、精神障害当事者を含めた委員の参加により人権を基本に据えた審議を行った。その結果、大阪府精神保健福祉審議会は1999年3月19日、大阪府知事に答申した。

それによれば、社会的入院は人権侵害であると断定している。そして、「精神障害者の社会的隔離を進め、精神病院の中にしか生活の場を確保してこなかった精神保健福祉施策のあり方に起因するもの」と指摘した。また、「精神障害者に対する行動や通信・面会の制限、一律的な金銭管理は、病気による生活の能力の衰えを固定化し、自立と社会参加を目指す意欲を減退させ、地域でふつうに暮らしたいという思いを萎縮させるものとなっている」(大阪府精神保健福祉審議会 1999:8)とした。

この答申は当研究のための検索にはヒットしなかったが、社会的入院の定義について人権の面からも法規制の面からも、また、施策面からも極めて明確に示している。社会的入院が人権侵害であるという指摘は、大阪府精神保健福祉審議会だけが示していることであり、定義を考える上では基盤となる指摘なのである。政府は精神障害者の社会的入院についてその定義を示していないが、大阪府という自治体の精神保健福祉審議会が明確に示した。

それではその数についてはどうだろうか。これは日本精神神経学会、社会保障審議会障害者部会(2002)、厚生労働省(2004)などが具体的な数字をあげて示している。社会的入院者の数は調査方法によって多少の変動はあると考えられるが、1991年から2004年までの間では、約7万名あるいはそれ以上であることが指摘されていた。

#### 【社会的入院を作り出してきた歴史】

柏木(2002)と松本(2003:13)の両者ともに、多方面から社会的入院を作り出してきた歴史について指摘している。いくつか整理してみると、精神障害者に対する社会防衛の意識があったことにより、法律や施策が隔離収容を許容する設計になってしまったことがベースになっている。政府に社会防衛の意識があったにもかかわらず、精神障害者への施策は国や自治体が主になるのではなく、民間精神科病院に任せられてしまった。民間精神科病院は入院者に対する医療にとどまらず生活を賄うことにより存続を図ってきた。そのことにより、入院者はその生活が精神科病院内で完結してしまい、地域で普通に暮らす権利やさまざまな日常的生活能力を奪われてしまった。

これに対して政府は、民間精神科病院による長期入院施策を認めてしまい、精神障害者のための地域におけるサービスおよび地域サポートシステムを作ってこなかった。他方で、精神保健福祉士による活動は入院者の院内適応を図ったり、家族を含め家庭生活が可能になる展開ではなかったとの反省もあった。

ここにあげた精神保健福祉士による指摘は、社会的入院を作り出してきた歴史について語る時に多方面から指摘することの重要性と、その具体的内容を指摘していることに意義がある。

### 【社会的入院を生じさせた要因】

筆者たちは論文や論説において複数の項目をあげている。それは、①利用者の病状、社会生活能力や退院意欲の不安、②家族の不安や抵抗、③病院や施設スタッフの支援視点の課題、④社会資源の乏しさと地域連携の不足、⑤社会的入院を許している法や診療報酬システムの課題などであった。社会的入院の要因としては複数の項目があり、それらが互いに影響し合いながら形成されていったと考えられる。

ちなみに、①から④までは朝野ら(2010)の指摘と同様であった。⑤については、朝野らは退院予定がないことをあげていたが、この他に入院に関する法や診療報酬システムの課題があげられていたことが新たな指摘であった。

社会的入院は、退院を阻害する要因があり入院期間が影響していることを森川ら(2009)は指摘した。だが、同時に有意差を認めない項目もあった。それは、

#### 《本人をめぐる区分》

病状が不安定 病識がなく通院服薬の中断が予想される 現実認識が乏しい

#### 《地域をめぐる要因》

生活費の確保ができない 日常生活を支える制度がない 救急診療体制がない

であった。

どの項目も退院阻害要因として大きいと思われるにもかかわらず、退院に関する有意差が乏しいという意味は何だろうか。結論からいえば、このような状態であっても地域に支援する人々がいて支援システムが機能すれば、退院の大きな阻害要因とならない、長期入院と直接に結びつかないという指摘なのである。つまり、地域における受け入れ条件を整えることの重要性が指摘されており、社会的入院はどうすることもできない事象ではないことを指摘しているのである。

### 【社会的入院者の症状および状況の分析】

岡田らの研究によれば、社会的入院者は医学的入院者に比べて陽性症状が軽いことから退院の可能性は高い。他方、医師による共通の入院基準があるというわけではないから、他の要素が絡むことで退院者の増減に変化を生じさせることを示しているといえる。それでは、他の要素と何か。それについて岡田らは、「社会的入院者は精神病院に代わる生活の場でケアされるべきだ」(岡田ら 1996: 1063)と、調査対象の全医師が回答したとしている。社会的入院者は陰性症状が目立ち、高齢者が多く、長期入院者であることから、福祉ケアが提供される居住する場が必要であることを示唆しているのである。

池淵らは、3クラスター(困難要因経度群)では1年後の転機の42.0%が退院と指摘した。そして、「個別の主治療者(看護師である場合もあるだろうし、さまざまな職種が治療チームの中でこの役割を担いうる)との関係作り、それも統合失調症の病理を踏まえた精神療法的な

視点とともに、地域での当たり前生活をめざす、人生の復権を援助する視点も踏まえた、支援できる関係を築いていくことが、その後のさまざまな退院支援を生かしていく基盤になる」と示唆している(池淵ら 2008: 1019)。岡田らの指摘と同様に、地域において生活できる可能性と必要性を指摘しているのである。

## 6. お わ り に

精神科病院長期入院者の退院支援に関する論文や論説は1983年から確認することができた。それらを分析してみると表2のようになり、本稿では概念番号9までの結果内容の紹介と若干の考察を加えた。長期入院に至った要因は結果や考察で示したとおりいくつも考えられ、複合的な要因によって出来上がった状態であることを明らかにした。同時に、地域における受け入れ条件を整えば退院できる人たちが、少なくとも7万名以上あることも確認した。

社会的入院を生じさせてしまったことは、日本の精神科医療の影の部分である。その実態が明らかになったのならば、解消に向かうベクトルが必要である。表2でいえば、二つ目のカテゴリーである「退院支援の観点」に当る内容であり、この内容について明らかにしていくことで解消の道筋が見えてくるのである。何が語られ、具体的な方法や現状はどのようになっているのかを明らかにしていくことが重要である。それを第2稿で示していきたい。

### [注]

- 1) OECD Health Statistics 2013 を基にして作成された、人口10万人対精神科病床数の国際比較の結果は次のとおりだった。最も多いのは日本で269床、次いでベルギー175床、オランダ139床、ドイツ121床、チェコ101床と続き、OECD平均は68床だった。精神科病床数は単に少なければよいというわけではなく一定割合が必要である。だが、100床以上が5か国しかない中で日本は群を抜いている状況である。OECD平均と比較しても約4倍の多さであり、これは特別な理由があると考えざるを得ない差である。
- 2) 大和川病院は大阪府柏原市に存在していた精神科病院である。1963年3月に安田病院として開設され、1969年12月に大和川病院に改称した。「大和川病院事件」とは、1969年8月に当時31歳の患者が病院職員に暴行を受け死亡、1979年8月にも当時49歳の患者が職員に暴行を受け死亡、さらに、1993年2月にも当時57歳の患者が職員に暴行を受け死亡した一連の事件に対する、大阪府による大和川病院廃院に至るまでの処理に関する事象のことである。精神医療に潜む患者不在、暴力の容認、社会的入院の持つ人権侵害などを指摘する対象となった事件のことである。
- 3) 本稿でいう精神科病院長期入院者とは、精神症状の治療のために入院が長期にわたる人たちや社会的入院者を含めて表現している。長期入院者の中には、病状が安定しないことから治療のために入院が継続され長期入院に至る場合があり、この人たちは本稿の対象となる。また、病状は安定しているものの地域における受け入れ条件が整わないことにより入院が継続されている、社会的入院者についても本稿は対象にしている。なお、長期入院といった際にその期間として2年間以上を対象にしている。それというのも、交通機関、公共機関、その他生活手段などの変化の早

い現代において、精神科病院に2年間も入院していたら社会生活能力が損失されると考えるからである。その状況におかれた入院者は、退院や地域生活についてさまざまな課題を持つようになり、退院が一層困難になると考えるからである。

- 4) 磯村らは、「長期入院」と「社会的入院」の二つのキーワードに基づき、「医学中央雑誌刊行会『医中誌』Ver.4」と、「Medical on line」によって検索した。
- 5) 朝野らは、CiNiiでは「精神」、「退院」、「要因」の検索用語で、医学中央雑誌では「精神科 or 精神疾患 or 精神障害」、「退院」、「要因」を検索用語にした。さらに独自の選定基準に基づき対象を選択した。
- 6) 筆者は「退院支援」と「地域移行」について考え方や方法として全く同じと考えているわけではない。むしろ、手法については大きな異なりがあると考えている。例えば、「退院支援」と表現して実践していた頃は、精神科病院の精神保健福祉士は対象者の選定、住居の確保、昼間活動の拠点の確保、経済生活の確保、日常生活を維持するための支援など、幅広い支援の視野を持ちながら役割を果たしていた。他方、「地域移行」において精神科病院の精神保健福祉士の支援役割は、限定的な範囲にとどまっているのではないかと考えている。しかし、本稿では精神保健福祉士の支援内容について論じるのではなく、検索結果について分析検討することを目的にしているので、ここでは精神保健福祉士の支援役割にかかる詳細な説明は控える。
- 7) ここでいう社会資源とは「生活の場」と「活動の場」のことである。「生活の場」としては共同住居（給食付き）、小規模ホステル、既存の老人施設、家庭などであり、「活動の場」としては憩いの場、小規模共同作業所、デイケア、職親等の保護的職場などのことであった。なお、この呼び名は論文における当時の表現である。
- 8) この委員会は、10年前（1989年）の日本精神神経学会における社会復帰問題委員会を引き継いでいる。主なる調査目的は、10年後の精神科病院長期在院患者の退院可能と、生活機能と退院可能性との関係を検討することであった。
- 9) 『我が国の精神保健福祉』（平成22年度版）の参考資料表13によると、調査時点である1989（平成元）年度の入院患者数は346,540名である。この患者数の20.5%は約71,040名であるという試算である。
- 10) 陽性症状とは幻覚、妄想、考えがまとまらない、異常な行動、させられ体験などの、外から見ていてもわかりやすい目立つ症状のことである。
- 11) 陰性症状とは意欲や気力の低下、喜怒哀楽の低下、思考能力の低下、ひきこもった状態、無関心などの、目立ちにくい症状のことである。

#### [参考文献]

- 朝野英子、栄セツコ、清水由香（2010）「精神科病院長期入院者の退院に関する要因の文献的検討」『生活科学研究誌』Vol.9, pp.95-106.
- 古屋龍太（2010）「退院・地域移行支援の現在・過去・未来——長期入院患者の地域移行は、いかにして可能か」『精神医療』No.57, 批評社, pp.10-12.
- 橋詰 宏、井上新平、岡野寿恵、須藤俊二郎、須藤浩一郎（1991）「一精神病院における長期入院化しやすい分裂病患者の特徴について」『社会精神医学』第14巻1号.
- 蓮井亜矢（2003）「精神医療委員会の討論から浮かび上がったこと」『精神保健福祉』Vol.34, No.1, 日本精神保健福祉士協会.
- 池淵恵美、佐藤さやか、安西信雄（2008）「統合失調症の退院支援を阻む要因について」『精神神経学雑誌』第110号第11号, pp.1007-1022.

- 磯村聰子, 守田孝恵 (2010) 「精神科病院の長期入院患者支援に関する研究の動向」『病院・地域精神医学』53巻2号, pp.96-104.
- 岩上洋一 (2010) 「地域移行支援は地域の課題——精神障害者地域移行支援特別対策事業を通して」『精神医療』No.57, 批評社.
- 柏木 昭 (1993) 『改訂 精神医学ソーシャル・ワーク』岩崎学術出版社.
- 柏木一恵 (2002) 「長期入院者と精神科病院のPSW」『精神保健福祉』Vol.33, No.2, 日本精神保健福祉士協会.
- 黒田研二, 樋田精一, 川室 優, 安西信雄, 小原聡子, 中谷真樹, 浅野弘毅 (1999) 「長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査 調査結果の速報」精神神経学雑誌』101巻, 9号, pp.762-776.
- 厚生労働省精神保健福祉対策本部 (2004) 『精神保健福祉の改革ビジョン』.
- 松本すみ子 (2003) 「『社会的入院』の歴史的背景と求められるPSWの視点」『精神保健福祉』Vol.34, No.1, 日本精神保健福祉士協会.
- 森川将行, 龍田 浩, 真志田直希, 岩田光宏, 永井義雄, 安部勝之, 小出 廣 (2009) 「堺市・平成19年度精神科在院患者調査における退院阻害要因についての統計的解析」『堺市こころの健康センター研究紀要』第1号, 堺市こころの健康センター.
- OECD Health Statistics 2013, Japan trails other countries in 'deinstitutionalization', but there are signs of progress, says OECD, Figure1.  
(<http://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Japan.pdf>, 2014.9.16)
- 岡田和史, 井上新平, 須藤浩一郎, 須藤俊二郎, 平川重則, 北添紀子 (1996) 「いわゆる社会的入院患者の症状分析」『臨床精神医学』25(9).
- 岡田和史 (1998) 「精神分裂病患者の社会的入院の判定」『OTジャーナル』Vol.32 No.4.
- 大阪府精神保健福祉審議会 (1999) 『大阪府精神保健福祉審議会 答申』大阪府精神保健福祉審議会.
- 大島 巖, 猪俣好正, 樋田精一他 (1991) 「長期入院精神障害者の退院可能性と, 退院に必要な社会資源およびその数の推計——全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から」『精神神経学雑誌』93(7).
- 坂田三允 (2000) 『精神科看護とリハビリテーション』医学書院, 67.
- 島田真弓, 桜井政照, 岡崎厚子 (2004) 「長期入院の統合失調症患者の退院できた要因——退院できない群との比較検討から」『日本精神科看護学会誌』47(1), pp.360-363.
- 社会保障審議会障害者部会精神障害分会 (2002) 「今後の精神保健医療福祉施策について」社会保障審議会障害者部会.
- 杉原 努 (2013) 「地域移行・地域定着支援事業におけるピアサポーター活動の特徴——退院する人の心的変化とエンパワメントに関する一考察」『福祉教育開発センター紀要』第10号, 佛教大学, pp.101-115.
- 精神保健福祉研究会 (2010) 『我が国の精神保健福祉』太陽美術.
- 田村綾子 (2003) 「『社会的入院』の概念とその要因」『精神保健福祉』Vol.34, No.1, 日本精神保健福祉士協会.
- 田尾有希子 (2010) 「退院・地域移行 巣立ち会からの発信」『精神医療』No.57, 批評社.

(すぎはら つとむ 福祉教育開発センター)

2014年10月29日受理