

ナイト・ケア施設に関する一私見

ナイト・ケア制度検討特別委員会委員 津久江 一郎

I はじめに

昨年（昭和59年）6月21日、厚生省精神衛生課上田先生が日精協医療経済委員会に訪れられ、この時はじめて「ナイト・ケア」部門について省内で検討中であることを説明された。

これはすでに省内の医務局および保健局と連携して検討中であって、別に実施するに当っては、特別な法律の改正等の大げさな事をしないでも出来るとの見方を持っていたようであった。

当初の基本的なものの考え方は、手の掛かる患者もそうでない患者も一律に、同一の入院費であることは不自然であるとの発想から出発し、次にどうやらわが国ではデイ・ケアよりナイト・ケアの方が実情に則しているようで、これはつまるところ部分入院を意図しており、定床オーバーの解消、基準看護の問題、さらにパラメディカルスタッフ（P.S.W., C.P.等）の有資格化等を一举に解消する名案として出されたものようであった。

この概略については、昭和59年9月27日に開かれた日精協の代議員会で、わざわざ時間をさいて医療経済委員会として説明したところ、その反響は大きく、賛否両論の意見が多数あったように聞いている。

その後、厚生省案は部分入院から共同住宅へと方針が揺れ動き、説明を受けるわれわれもその都度とまどった。

そのような経緯を経て「ナイト・ケア制度検討特別委員会」が、委員長河崎副会長のもとに組織されたのであるが、この辺の経過については牧副委員長により詳細な報告が別項を設けることになっているので、そちらを参考にして頂いたら幸いである。

今回筆者に与えられた命題は、当委員会で病院内に設置するナイト・ケアとしてナイトホスピタルのモデルを作成することであり、以下この想定で筆を進めて行くことを当初よりお断りしておく。

II わが国における精神障害者社会復帰の現状

わが国においては、精神障害回復者社会復帰施設は昭和45年度に、デイ・ケア施設は昭和49年度に、また昭和54年度には精神衛生社会生活適応施設が診療報酬点数化されている。その他、生活保護法第6章39条による救護施設としての保護施設（授産施設）も若干あることはある。

これらのおおむねの体系図は図1（次頁）のごとくである。

なお、既存のナイト・ケア類似施設である精神障害回復者社会復帰施設、精神衛生社会生活適応施設、および保護施設の概要とその比較は下記のごとくである。

〔既存ナイト・ケア類似施設比較〕

- A. 精神障害回復者社会復帰施設（S.45）
- B. 精神衛生社会生活適応施設（S.54）
- C. 保護施設

1) 施設の目的

A一回復途上にある精神障害者に昼間の生活指導及び夜間の生活指導等を行い、円滑な社会復帰を図ることを目的とする。

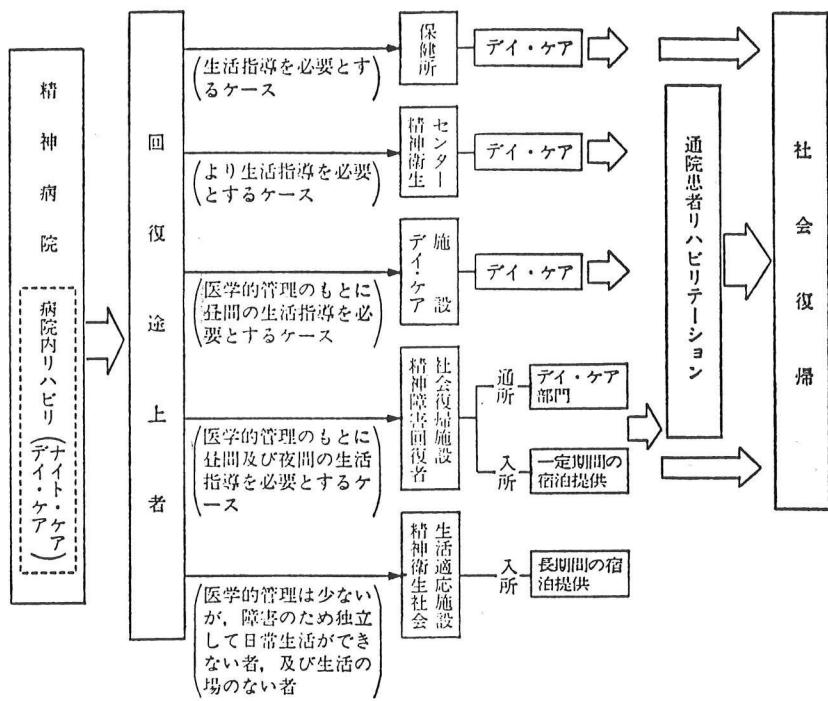
B一入院医療の必要はないが、精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者に対して、生活の場を提供し、あわせて社会適応に必要な生活指導等を行うことを目的とする。

C一（救護施設）……身体上又は精神上著しい欠陥があるために独立して日常生活の用を弁ずることのできない要保護者を収容して、生活扶助を行うことを目的とする施設とする。

（更生施設）……身体上又は精神上の理由により養護及び補導を必要とする要保護者を収容して生活扶助を行うことを目的とする施設とする。

（授産施設）……身体上又は精神上の理由若しくは世帯の事情により就業能力の限られて

図1 精神障害者社会復帰体系図



いる要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長することを目的とする施設とする。

—生活保護法第6章39条—

2) 設置及び運営主体

A—地方公共団体

B—都道府県、ただし、市町村又は厚生大臣が適当と認めた民法法人若しくはその他の法人に運営を委託することができるものとする。

C—(生活保護法40条) ……都道府県は、保護施設を設置できる。

市町村は、保護施設を設置しようとする時は、都道府県知事の認可を受けなければならぬ。

(生活保護法41条) ……都道府県及び市町村の外、保護施設は、社会福祉法人及び日本赤十字社でなければ設置できない。

3) 対象者

A—通所又は入所について申請のあった回復途上

にある精神障害者であって、社会復帰施設における通所指導上は入所指導を必要とする者B—入所対象者は、入院医療の必要はないが精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができないものであって、共同生活を営める程度のもの。

C—(救護施設) [例 I]

①心に障害があり、地域社会で日常生活がうまくできず、施設機能を利用すれば、再び社会復帰可能と見込まれる人。

②精神医療の寛解者で、社会復帰に問題があり、施設利用が、本人の成長発達につながると考えられる人。

4) 対象者定員

A—入所部門35人、デイ・ケア通所部門70人

B—30人以上50人以下

C—(救護施設)

・精神薄弱者対象…120人 [例 I]

・精神障害者対象…60人 [例 II]

5) 職員配置基準

A一社会復帰施設には、施設長（医師）のほか、看護婦（士）、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、事務職員、その他施設長が必要と認める職員を配置するものとする。

(公費補助職員)

施設長	事務員	看護婦	指導員	雇用人	計
1	2	1	16	2	22

B一当該施設には、次の職員を置かねばならない。

(ア) 施設長……精神衛生に関する業務に5年以上従事した者であって、当該施設を運営するのに適切であると認められる者、又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。

(イ) 指導員

- 学校教育法に基づく大学において、心理学、教育学又は社会福祉学を修めて卒業した者。
- 学校教育法第56条第1項に規定する者であって、2年以上精神衛生に関する業務に従事した者。
- 前2号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者。

指導員は、入所者おおむね4.2人につき1人以上を置かねばならない。

(ウ) その他……事務員、栄養士、調理員、用務員。

専従が原則。ただし、指導員以外の職員については入所者の所遇に支障がない場合にはこの限りでない。

(公費補助職員)

施設長	事務員	指導員	栄養士	調理員等	計
1	1	12	1	3	18

C一(救護施設)

・精神薄弱者対象

〔例I〕

園長	事務員	指導員	看護婦
1	2	22(1)	2
栄養士	調理員	医師	計
1	5	1(1)	34(2)

・精神障害者対象

〔例II〕

園長	事務員	指導員	看護婦
1	2	7	1
栄養士	調理員	医師	計
1	2	1(1)	15(1)

()内は非常勤

6) 費用の支弁及び徴収

A一(1) 費用の支弁

地方公共団体は、社会復帰施設の通所者及び入所者の通所中に要する事務費及び事業費を支弁するものとする。ただし、通所者及び入所者個人にかかる費用については、一部対象としないこともあるものとする。

(2) 費用の徴収

社会復帰施設の通所者及び入所者の通所中及び入所中に要する費用を支弁すべき地方公共団体は、当該通所者及び入所者の収入額に応じ、別に定める基準により、事業費の支弁額を徴収金として、当該通所者及び入所者又は、保護義務者から徴収するものとする。

B一(1) 費用の支弁

都道府県は、当該施設の運営に要する費用を支弁するものとする。

(2) 費用の徴収

都道府県知事は、前項の運営に要する費用の全部又は一部を別に定めるところにより、入所者又はその扶養義務者から徴収するものとする。

C一(救護施設)〔例I〕

入園経費

生活保護法で定められた措置費で、全てを運営する。

入園者の扶養義務者費用負担の要否は、福祉事務所長の認定によって定められる。

全額扶助、一部自己負担、全額負担に区分して措置される。

7) 既存の施設(例)

A一都立世田谷リハビリテーションセンター(S

47.10)

・東京都単独事業

B—熊本県あかね荘 (S. 56.)

図2 Greenblatt の社会復帰段階と説明図

1)

- ・定員……50名
- ・入所期間……1年間
- ・運営主体……社団法人
熊本県精神病院協会
- ・経費……198,435,000円
(うち国庫補助
67,862,000円)

C—岡山三楽園 (S. 42. 11)

- ・定員……120名
- ・経営主体……社会福祉
法人江原恵明会

また、有名な Greenblatt の

社会復帰段階の模式図（図2 参照）があるが、残念ながらわが国の現状では、場当たり的発想で作られたものであって、散発的であるばかりか、病院との連携、横のつながり等は全く行なわれていないのが実情である。

このことに対しては、中央精神衛生審議会意見（1978）の中でも、わが国においては、このような一貫した方法はとられていないのが現状であると述べられている。

Ⅲ わが国の地域精神医学

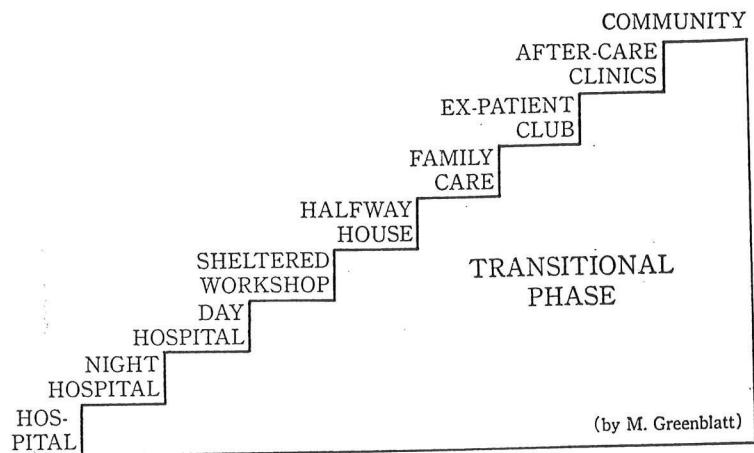
ナイト・ケアを論ずる場合、いささか前後する感があるが、ここでわが国の精神病院（病床数）と地域精神医学の歴史的な流れを見ることは、非常に重大な意味を持っているのである。

表1のごとく、精神科病床数と対比してみると興味深いものがある。

それまでの精神病者監護法（1900）および精神病院法（1919）では、精神障害者の社会隔離にのみ重点が置かれていたのは周知の通りであるが、ようやく1950年の精神衛生法によりわが国における地域精神医学の兆しを見出したのである。

もっともこの法は、精神病院への入院を中心とした医療保護を定めたものであった。このためもあってか、精神病床数はその後増大の一途をたどり、現在34万床を数えているのが現状である。

実際に地域社会を中心とする活動が具体的な第一歩を踏み出したのは、不幸にもライシャワー事



表I わが国の地域精神医学 (*精神病床数との比較)

1900年	精神病者監護法
1919年	精神病院法
1948年	優生保護法
1950年	精神衛生法 * (1955年—精神病床数44,250床)
1960年	精神薄弱者福祉法
1964年	精神衛生審議会中間答申
1965年	精神衛生審議会最終答申 * (1965年—172,950床)
1966年	精神衛生法の一部改正
1969年	・保健所における精神衛生業務運営要領 ・精神衛生センター運営要領
1967年	WHO顧問 Clark, D. H. の「日本における地域精神衛生」→政府勧告 * (1970—278,079床) * (1985年現在—約340,000床)

件（1964）を契機として精神衛生法の一部改正のあった1965年であった。ここではじめてわが国の精神医療は地域精神医学に向って法的な政策転換が図られ、具体的な実践活動にその一步を踏み出すことになったのである。

これにより、入院患者の医療保護にもっぱら重点の置かれたこれまでの法を改め、対象を住宅精神障害者に拡大して、1) 保健所の在宅患者の家庭訪問指導、2) 通院患者の公費負担という新しい制度が出来たのは比較的記憶に新しい。

しかし、これには大変な問題点が含まれていた

のである。つまり退院患者のアフターケアが、病院精神医療としてではなく、公衆衛生の領域において訪問指導という形で行われるようになったからである。

欧米先進国における地域精神医学の発展をみても判るように、長い歴史を経て試行錯誤のうちに、病院精神医学の発展と変容を前提にして生まれたものであったのである。これに比してわが国においては、精神医療における医療モデルの全体的、総合的転換は図られないまま、つまり精神病院の拡大、膨張はあったが、精神病院の地域化への変容が殆どないという機の熟さぬまま、いきなり先進国システムをそのまま取り入れて来て、しかも公衆衛生サイドから保健所を拠点とした地域活動、つまりアフターケアが一方的に押し進められて行くという形をとることになってしまったのである。

この事実は、1967年WHO顧問Clark, D. H.博士の来日で「日本における地域精神衛生」についての政府勧告がまとめられ、その中で日本の精神科医のあいだに現代の社会精神医学の原理についての理解が欠けており、応用もされていない、との指摘を受けたことによっても明らかである。

わが国の精神病院自体の発展的変容の機は、いまだ完全に熟し切ってはいなかったのである。

これを米国NIMH地域精神衛生センター実践プログラムの例を見てみると表Ⅱのごとくである。ちなみに、3) partial hospitalization の説明も附け加えておく。(表Ⅲ)

これら5つのサービスを the five component package と呼び、これらのサービスが package されているだけに止まらず、急性から慢性へとつながる疾病連続体に対して、この5つのサービスがそれぞれ対等な立場で、必要に応じていつでも対応できるような集合体となっていることを強調している。

つまり、package されているがゆえに、これまでに最も欠けていた精神障害の pre-care, post-care の役割を迅速かつ連続的に果たし、患者が地域に帰ったときに切れ目なく直ちに支援ができる、という地域活動のためのサービスになりうるのである。

表Ⅱ N.I.M.H. (地域精神衛生センターの実践プログラム)

five essential service components

- 1) in-patient service
- 2) out-patient service
- 3) partial hospitalization
- 4) emergency service
- 5) consultation and education

表Ⅲ PARTIAL HOSPITALIZATION SERVICE
(部分入院サービス)

out-patient service の時間帯を延長して、デイタイム(昼間の8時間)あるいはナイトタイムにわたってサービスを提供することで、治療時間の大部分が施設内活動 in-house program であるという点では in-patient service に近い形態となるので、この場合は部分入院サービスともよばれている。

Partial hospitalization service

5つのサービスのうち3)の部分入院サービスについて補足すると、これは out-patient service の時間帯を延長して、Day timeあるいはNight timeにわたってサービスを提供することで、治療時間の大部分が in-house program (施設内活動) であるという点では in-patient service に近い形態となるので、この場合は部分入院サービスとも呼ばれているようだ。

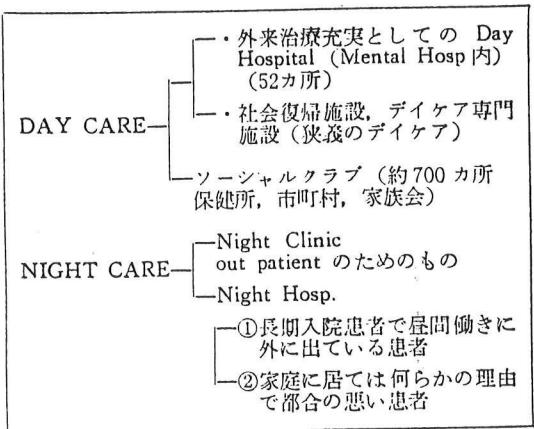
このサービスの治療プログラムはさまざまな組み方があるが、その一つに in-patient service に結びついた Day care がある。この場合は、入院患者およびデイ患者の両方が同じプログラムを共有することになり、入院患者は刺激されて回復が促進されるという機能を発揮することになる。

本主題である Night care においても、プログラムが異なるのは当然であろうが、時間帯が異なるので、施設は Day care と共有することになったり利用上は何ら支障はないと思われる。

とにかく、in-patient と out-patient service の中間に位置するものとして、この部分入院サービスは地域精神衛生サービスの中で最も注目される新しいサービス形態である。

ここでもう一度わが国における Day care, Night care を判りやすく整理してみると、表Ⅳのごとくにまとめられる。

表Ⅳ



IV 精神障害回復者ナイト・ケア施設（案）

はじめに

1) 今回厚生省において精神障害者の社会復帰問題が提起されたが、これは又、先程の中医協の審議でも診療報酬の合理化が検討されはじめている。このうち「プライマリー・ケアの推進」の項で“精神科ナイト・ケアの評価”についての審議は本年度行なうということに決定している。

ところで、厚生省は今までに、昭和45年に精神障害回復者社会復帰施設(全国に4カ所)、昭和49年にデイ・ケア施設(52カ所)、昭和54年に精神衛生社会生活適応施設(1カ所)、あるいは救護施設等の施設が、精神障害者の社会復帰のためのメニューとして設置されてきたが、それらの施設は互いに連繋することなく、それぞれ独自に設置された感があり、いまだ十分に普及されているとはいはず、今後一環した確固たる治療体系のもとに、関係各方面の努力が待たれているのが現状である。

2) さて、社会復帰と退院は同義ではないのは当然のことながら、注意すべきは、社会復帰即リハビリテーションでもないのであり、精神病は身体病の（例えは身体障害者、脳血管障害後遺症としての）リハビリテーションと根本的に異なるリハビリテーションとして進まねばならないのが特徴である。

つまり、人格に関する欠陥を後遺するため、これに対する全人間的再教育が不可欠である。さらに精神欠陥は固定的なものではなく、病気

自体はなはだ流動性を帯び、医学的リハビリテーションと職業的リハビリテーションとを重複して行なわねばならない。したがって、再発を防止するためには、継続治療をその殆どの例が同時に必要とするのである。

3) またわが国においては、国策（公的使命の認識）の不十分からか、私的医療機関が80%を超える病床数を占めているという現実は、今回のナイト・ケアについても民間病院が主体となつて関与しなければ、発展しないであろうことを端的に示している。

しかし、現実では民間病院に対する国の援助は殆どなく、私的医療機関の存立を経済面から危うくしている。

このため、時代に逆行して閉鎖性、収容性を増し、一部には患者の人権を無視する悪質な精神病院の存在を許す一面も出て、リハビリテーションの遂行には大きな壁が立ち塞がっている。

4) 今回日本精神病院協会としては、如上の事実を勘案して、精神病院と密接な連繋を持ち、理想的な、あくまでも医療の傘下にあって、積極的に精神障害者のリハビリテーションを図るために、病院施設内におけるナイト・ホスピタルを企画（案）した。

ここで強調すべき点は、既存の施設(病院)と治療の連続性が最も必要となるので、同一の病院のリハビリテーション活動の延長線上にこれが設定されることであり、決して病院外にあつたり、単独の医療センターや更生施設が別に設置されるというものであつてはならない。

このことはすでに、昭和53年4月3日の中精審の“精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告”においても、“病院内のナイト・ケア部門の充実”と明示されている。

①施設の目的

上述のごとく、精神科リハビリテーションは医師対患者の密接なつながりの上にはじめて可能ななものとなるから、設置及びその組織もこの目的を満たすものであることが理想である。したがって、精神病院の一部門としてナイト・ホスピタル部門を設置する。

② 設置及び運営主体

設置及び運営主体は各精神病院とし、その管理は主体となる精神病院の管理者が管理するものとする。

③ 入所対象者

母体となる精神病院入院中の患者のうち、昼間は施設外で社会生活を送らせることが、病状上適当と診断された社会復帰を目指す患者。及び特に他の医療機関より依頼され、入所が必要と認められた者。

但し、他の機関で専門的に処遇した方が有利と思われる精神薄弱者、老人性精神障害者等については、施設本来の目的とは異なって來るので対象としない。

④ 視 模 おおむね20人。

⑤ 設備の基準

1) 建築基準法に規定する耐火構造を有する建築物。

2) 次の各号に掲げる設備を設ける。

但し、道都府県が施設の効果的な運営が出来ると認めた場合は、精神病院の設備を利用することが出来る。

ア. 居室 イ. 食堂 ウ. 集会室 エ. 浴室
オ. 洗面所 カ. 便所 キ. 生活指導及び治療室 ク. 相談室 ケ. 調理室 ヲ. 洗濯室

⑥ 運 営

当該施設の運営については、その目的にかんがみ、入所者の社会適応能力を向上させるため、主として夜間の精神障害者の円滑な社会復帰を図るために、適切な処遇が行なわれるよう特に留意するものとする。具体的には、投薬、集団精神療法、レクリエーション療法、生活指導等を行なう。

⑦ 運営主体

市町村または厚生大臣が適当と認めた民法法人、若しくはその他都道府県知事が許可した施設（精神病院）。

⑧ 入所期間

原則として1年以内。あくまで長期にわたって同一の患者が滞留することがないような運営が必要である。

⑨ 職 員

昼間は主として施設外で社会復帰を図るため、夜間の一定時間をナイト・ホスピタルとして、精

神科医師の指示のもとに、作業療法士（O.T.A.を含む）、P.S.W.、心理技術者、看護有資格者3人以上とする。但し、場合により病院よりの出向看護要員も認める。

⑩ 費用の支弁

現行の入院費より基準看護料を差し引いた額。及び給食は夕食1回のみしか支給しないことを考慮して、マルメ方式で算定する。

V おわりに

アメリカにおいては1963年ケネディ教書が国策として出されて以来、deinstitutionalization運動が展開され、その結果1975年頃より病院数、病床数とも次第に減少してきた。

これにより精神障害者たちを地域共同体内で、よりよき環境と人権の尊重に配慮しながら社会復帰させる方向を示したかに思われた。事実色々な中間施設が設けられた。Night Hospital, Day Hospital, Sheltered Workshop, Halfway House, Family care, Ex-patient club, After-care clinic等である。

こうすることによって確かにピーク時の55万9千床は、現在その4分の1以下になったのである。

全科目の病床数は対人口比で日本より遙かに少なくなっている、全病床数134万床に対してナーシングホームは140万床までになっており、これに要する費用は、総医療費のわずか8.4%とされて、病院に対してほぼ5分の1の経費で運用されていることになる。

つまり“医療供給体制の効率化”によって医療費の削減が実行されたのである。

ところが、先頃発表された全国浮浪者対策連合によると、1983年の浮浪者は250万人であり、これらの大半が精神分裂病をはじめとする重篤な人格障害（アルコール依存症など）までを含む精神障害者達であるという驚くべき事実が明らかにされたのである。

わが国が戦後より好むと好まざるにかかわらず歩んできているアメリカナイズへの道は、こうした恐るべき精神科医療施策の失敗した道でもあるのだ。

今までに、昭和45年に精神障害回復者社会復帰

施設昭和49年にディ・ケア施設、昭和54年に精神衛生社会生活適応施設等が、病院から社会復帰までの段階として散発的に出来ているが、これらは今のところ、いずれも全国的にみればその数はごく少ない。こうした状況下にあってナイト・ケア施設が厚生省内で検討されつつある。

前述のごとき私案を、厚生省案に左右されず、医療の傘下にある理想的な Night Hospital のモデルを作成してみた。

実際に1967年のWHO顧問 Clark, D.H. の日本における地域精神医学の低迷化に対する指摘を経て、では今日の精神医療における病院と地域のかかわり合いはどのように変容を遂げて来たのであろうか。たしかに病院開放化と地域精神医療へという概念的思考は、すでに定着して来た感はあるものの実態としては、残念ながら本質的に変化したとは思われず、それ程の進歩をしていないのではないかろうか。

わが国において独立したナイトホスピタルはいまだ存在しておらず、主として慢性長期入院患者を対象として、一般精神病院内に“社会復帰病棟”などの名のもとに運営されてきているのが実情である。

しかし、現在日精協会員の中でも23施設において、若干の差異はあるにせよ、共同住居的（医療法上認められない）試みを病院内、外で、実際に熱心に行なって来ておられる事実を忘れてはなるまい。慢性患者の社会復帰を熱心に取り組んだ結果として、病院または病棟の機能分化という面から自然発生的に組織、運営されているものと思われる所以である。

これらの試みは、ただ唐突にナイト・ケアを思いついたのではなくて、今までの病院の既成概念を打ち破って、病院自らの発展的変容を遂げた上での成果に違いあるまい。

にもかかわらず、これに対して法的にも行政面でも、これら私の病院に対する医療費面での配慮は（P.S.W., C.P.等のパラメディカルスタッフの身分保障も含めて）全くなされておらず、こうした病院から社会への地域精神衛生活動を努力すればする程、経営的には圧迫される仕組になってしまいことは大変残念なことである。

いずれにせよ、こうした既存の施設を無視した上で Night care 案であってはならず、これらの先達の施設が法的に認められ、さらに多くの会員の中で大小試みられている社会復帰病棟的感覚が、より一步前進するような企画でなければなるまい。また、これらの試みですでに、対象者は主として慢性分裂病患者であり、アルコール症または性格異常患者が混じると失敗することが判っているようであるが、これは当然 Night care においても、機能分化というか、病棟別機能分化と同様に疾患別に施設は運用されなければ円滑にはいくまい。

さらにつけ加えるならば、日中の Day care 施設の利用や保護工場と併設することにより一層利用度が高まり、こうした連携、相互の有効利用によってはじめて長期入院患者を地域に戻すといふわれわれの悲願を達成し、さらに新規入院患者の在院期間を短縮し、選択できるいくつかの治療サービスを地域に用意して、これが患者の入院および再入院を防止する、ということにつながっていくと思うのである。

参考文献

- (1) 懸田克躬他：現代精神医学大系 5 C, 中山書店, 東京 1977
- (2) 懸田克躬他：現代精神医学大系 23 B, 中山書店, 東京 1977
- (3) 菅山珠夫他：長期入院者の社会復帰促進のための実験的試み一小「中間宿舎」の試みを中心の一、病院精神医学 23 : 23, 1968
- (4) 石原幸夫：ディケアの立場から、精神科リハビリテーション（江副勉監修），P.459, 医歯薬出版, 東京 1971
- (5) 加藤正明他：昼間通所治療 Day care に関する研究、病院精神医学 12 : 1 1965
- (6) 加藤伸勝：社会復帰施設（中間施設）について、精神医療の展開（全国精神衛生連絡協議会編），P. 161, 医学書院 東京 1969
- (7) 蜂矢英彦：リハビリテーションの施設と現状、臨床精神医学 3 : 11, 1968
- (8) 長坂五朗他：社会復帰に於ける悪化再発の問題一 After Care Clinic での経験、病院精神医学 15 : 119, 1966
- (9) 長坂五朗：外来治療の機能と限界、精神医療体系のなかでの精神病院の位置づけ—精神病院の機能とその限界、精神医学 8 : 8 1966
- (10) 長坂五朗：夜間診療その後の歩み、臨床精神医学 6 : 7 1977
- (11) Yolles, S. F.: Community mental health service, the view from 1967. Am. J. Psychiatry 124(4) : 1, 1967
- (12) 厚生省公衆衛生局精神保健課：我が国の精神衛生（精神衛生ハンドブック）昭和59年版

（広島・瀬野川病院院長）