

第105回日本精神神経学会総会

精神医療奨励賞受賞記念講演

街を私たちの街に ——多機能型精神科コミュニティケアとしての錦糸町モデル——

窪田 彰 (医療法人社団草思会クボタクリニック院長, 社会福祉法人おいてけ堀協会理事長)

本日このような賞をいただき、身に余る光栄と存じます。日本精神神経学会に私をご推挙くださった先生方、さらに今日ここに参加しておられるみなさまに、厚く感謝申し上げます。この受賞に際し、私たちの東京下町でのコミュニティケアの実践と、その中で私たちが見出したことを、ここで簡単に紹介させていただこうと思います。

私たちの活動は、東京都立墨東病院で1978年にスタートした日本で最初の精神科救急事業に参加したことから始まりました。当時の東京東部下町地域は人口150万人以上ありながら精神科医療の過疎地で、精神科病院が全くなく、共同作業所などはまだ生まれていなく、精神科医療の拠点は数ヶ所の精神科診療所と総合病院の精神科外来の他には、ほとんど何もない状況だったのです。

墨東病院の精神科救急病棟に入院した患者さんは、1ヶ月間ほどで退院しましたから、とても回転の速い病棟でした。問題は、退院したものの仕事はなく、する事もなく過ごしているうちに服薬中断し、再発再入院する患者さんが跡を絶たないことでした。そこで、とにかく何か街の中に通える場がほしい、というのが多くの人々の願いでした。そのような思いが集まって、1979年に通院者クラブ「墨東友の会」を立ち上げ、1年後その活動の延長に皆から寄付を集め、墨東病院近くの蕎麦屋の3階に15畳ほどの部屋を借りて、出会いの場・憩いの場「友の家」と名付けたクラブハウスを開設しました。私たちにとって、初めての街の中の拠点でした。今から約30年前のことで

したが、都立病院の公務員であった私たちが、よく勝手なことをしたものだと思います。それでも、当時の墨東病院の医師も看護師も心理士もソーシャルワーカーも、活動を巡って議論をしてそれが形になるのを楽しんでいました。クラブハウスができて1年が過ぎ、今度は退屈だから仕事をしたというメンバーが現れ、議論の末あるメンバーの兄の経営する工場の一角に、初期の共同作業所が生まれました。当時は職員を雇用するお金もなく、大学の福祉学科や心理学科の学生に場の維持を手伝っていただきました。1983年に、「友の家」は墨田区の支援により日本で最初の公的補助金を受けたクラブハウスになりました。その後徐々に共同作業所への補助金も整い、数年後には街の人々と付き合うにはお店を作るのが良いのではとの議論が起きて、お店の形態の共同作業所も作ることになりました。こうして次々と地域に拠点ができたのです。この活動の特徴は、運営に関する会議にもメンバーが参加し、専門家が場を用意してメンバーが利用する形ではなく、皆で話し合っただけで活動を共に創る形を保ってきたことでした。場ができると仲間が集まり、仲間ができると生き生きとして、それまで否認していた自分の病気を受け入れる者が増えてきました。これがグループ活動での仲間の力だと思いました。

そうこうしているうちに8年近くがたち、私に異動の話が来ました。ここまで関わって、自分が錦糸町から離れるのも残念で、この時に公務員を辞める決心をしました。こうして、1986年4月

に錦糸町で精神科診療所を開業しました。街の拠点としての診療所を生かして行くには、まずはデイケアを開設しようと思いました。それまでの外来医療は医師の診察室の中だけであることが多く、チーム医療になりにくかったのですが、診療所にデイケアができて、ようやく多職種のチームが形成されました。さらに、医師の診察の前にコメディカル職員が相談面接をするようにしました。こうして一人の患者に対し医師以外の職種の担当者ができました。この担当者に、時々自宅へ訪問してもらおうと、患者さんが通って来るばかりではない、双方向のケアができるようになり、多面的なコミュニティケアが育ってきました。往診や訪問看護で、実際に患者さんの生活している場を見ることが、何よりも患者理解の近道だと思いました。

この20数年の間に精神科診療所も発展し、当院では今では2つの診療所で毎日数人の医師が外来診療に当たり、それを7~8人のコメディカル職員及び看護師と、数名の事務職員が外来チームを形成しています。さらに、2つの診療所でデイケア・ナイトケアを実施しています。デイケアのグループは通所者が場を選べるように、数種類のグループに分かれて活動しています。また引きこもっている者や、より重症な患者さんをサポートできるよう10数年前より訪問看護を実施しており、今年からは、訪問看護ステーションを開設しました。こうして、日本では精神科診療所でも当院のように外来診療・相談支援・デイケア・ナイトケア・訪問看護・往診などの支援を組み合わせ、多面的なサポートが可能になってきました。当院では現在、医師は常勤換算で約5名、総数約50名の職員チームで、約2000人の地域で暮らす患者さんをケアしています。この内、統合失調症の患者さんは約40%で800人程です。このような中規模で多機能を持つ医療機関は、米国での地域精神保健センターに近い規模だろうと思いました。一方で日本の診療所は、街の中に患者さんの生活の場に近い所で、家族的なサイズで運営されている良さがあります。この日本の診療所の良さを生かして、複数の医師に複数のコメディカルが

いる中位の規模の精神科診療所が増えれば、より重い患者さんの在宅支援が可能になります。複数の医師がいれば、往診や訪問診療もしやすくなります。

今では錦糸町の活動は図1のように、駅周辺の徒歩圏内に福祉系の地域活動支援センター1ヶ所と自立支援事業所が3ヶ所、また医療系では当院の2ヶ所を含む診療所5ヶ所と精神科デイケアが4ヶ所そして精神科訪問看護ステーションが1ヶ所あり、それらを取り囲むようにグループホーム、都立墨東病院の精神科救急病棟、保健センターなどが点在しています。福祉と医療それぞれの経営は、全く別々ですが、同じ街の中にあることから、相互の連携はしやすい構造になっています。近年は、就労支援活動も活発になっています。

さて、こうした活動から私たちが見出したことは、第1には、「小さな場を街の中に沢山」が良い。そして“Small is beautiful”という考え方がでした。私たちの活動はお金がありませんでしたから、寄付を集めまた補助金をもらって、小さな部屋を借りて活動を始めました。小さな場は目立たず、街に溶け込むことができていました。大きな建物に施設が固まっている場合に比べて、小さな場が街の中に散らばっていると、街が自分たちの街に思えてくる利点があります。街の喫茶店も、気楽に自分たちの拠点として使えるようになりました。点が繋がって面になると、「街が私たちの街になった」のです。

第2には、病状が回復しなければ社会復帰できないと考えるのではなく、街の側が受け入れられるキャパシティを広げれば、そこが自分たちの街になることに気づきました。「治す」ということより、暮らしながら「人に慣れる・街に慣れる」ことがリハビリテーションに有益なものでした。

第3には、チームでのケアと言っても、連携がいつもうまくいくわけではありませんでした。人間の自然な傾向として安全を求めて、自分の世界に閉じこもる面がありますが、職員にも同じことが言えます。職員が一つの場に自閉的になると、メンバーも自閉的になります。そこで、頻回のミ

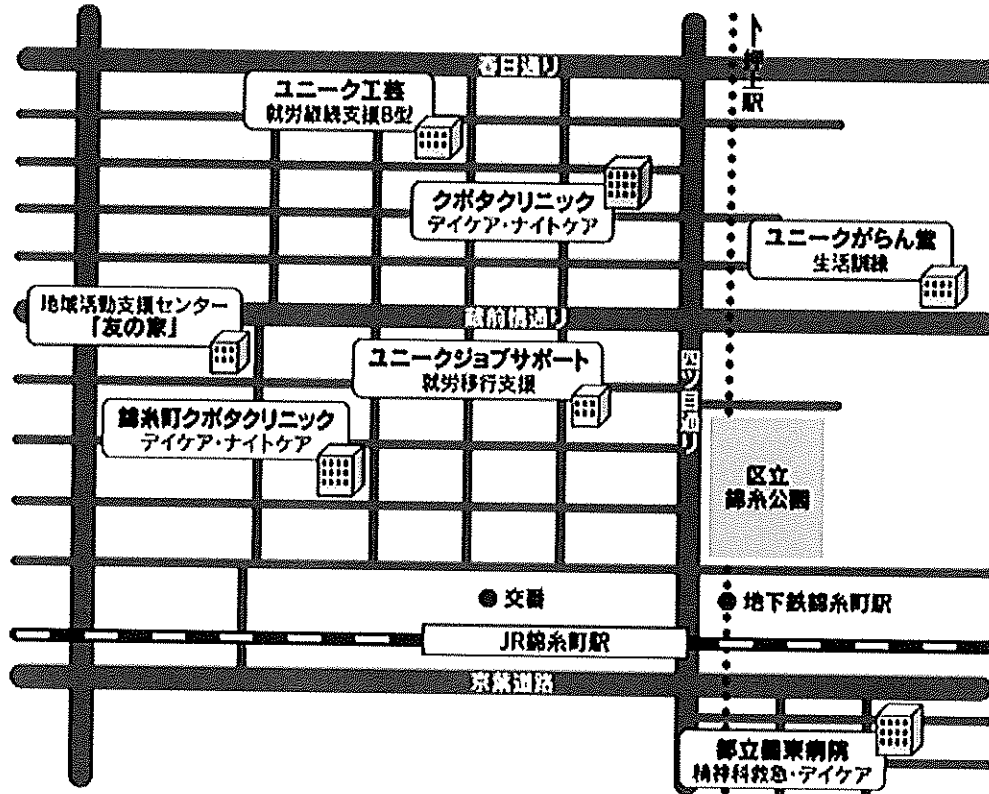


図1 錦糸町の精神科コミュニティケアマップ

ーティングに加え、職員に複数の現場にまたがって勤務してもらうよう工夫しました。例えば、デイケアの職員には週1日外来に勤務してもらい、逆に外来の職員には週1日デイケアに勤務してもらっています。また、共同作業所の職員に週1日診療所に勤務してもらう場合もあります。これを「職員の相互乗り入れ」と呼んでいます。こうして、互いの場も自分の現場だと感じてもらうことで、チームが機能しやすくなりました。

第4には、社会人と呼べる必要条件是、自分の生活の仕方を自分で「選ぶ」という行為を通してだと気づいたことです。専門家が決めた生活プログラムや、自分で選ぶことができない環境は、施設病に陥る可能性があります。また専門家が一方的に教えるのではなく、私たちはその現場で共に話し合い、共に考えながら活動を進めてきました。街に選べる複数の場があり、複数の場を活用

することができれば、より自由な自分を見出せます。そこから出立し就労することも容易になります。

病や障害があったからといって、人として生きる価値や尊厳に何の変わりもないことを認めなければなりません。私たちは、粘り強く小さな拠点をいくつも作ってゆくことで、自然に街に溶け込み、隣人として地域社会の中に根を張ろうとしてきました。そこで、街の人々との出会いを大切にしてくることが、差別や偏見を乗り越えてゆく大きな力になると信じてきました。

こうして、街の中に自分の仲間を見出し、幸せを感じられる人生をメンバー自身が、それぞれのスタイルで創って欲しいと願っています。そんな私たちの願いが実現するためには、医療的な支援と同時に福祉的支援があり、必要に応じて利用できる場のある街が求められています。私た

ちは地域に様々な場と機能を創ってきましたが、使い方は自分自身で選んでもらうことを大切にしてきたのです。

以上、錦糸町モデルの精神科コミュニティケアを紹介させていただきました。私たちの活動はささやかなものですが、このような立派な賞をいただけるならば、それはこの30年間に錦糸町の活動に関わったすべての仲間たちに与えられたのだと思います。私は、その錦糸町の仲間たちを代表して、皆様に感謝申し上げたいと思います。ありがとうございました。

文 献

- 1) 窪田 彰：ソーシャルクラブ活動における危機状況とそのグループダイナミクス。集団精神療法, 2 (1); 23-28, 1986
- 2) 窪田 彰：心の病を持つ人々との地域におけるグループワークの方法。集団精神療法, 5 (1); 39-44, 1989
- 3) 窪田 彰：地域診療所を拠点とする活動。地域精神保健活動の実際 (吉川武彦編)。金剛出版, 東京, 1993
- 4) 窪田 彰：地域場づくりの発展と専門家の役割—友の家からおいてけ堀協会へ—。精神医療, 20 (2); 85-94, 1993
- 5) 窪田 彰：地域精神保健における今後10年の課題。精神経誌, 97 (12); 1083-1086, 1995
- 6) 窪田 彰：東京下町における地域生活支援センター機能。精神障害者地域生活支援センターの実際 (全精社協編)。中央法規出版, 東京, 1996
- 7) 窪田 彰, 今井牧子：医療も福祉も地域の拠点として活用しよう。Review, 37; 46-49, 2001
- 8) 窪田 彰：精神科ダイケアの始め方・進め方。金剛出版, 東京, 2004
- 9) 窪田 彰：精神科地域ケアにおけるダイケア活動。精神科ダイケア実践ガイド (安西信雄編)。金剛出版, 東京, p.159-180, 2006
- 10) 中村正利, 吉田克子, 窪田 彰：利用者によって自主的に運営されている作業所。病院・地域精神医学, 77; 81-88, 1985
- 11) 吉田克子, 窪田 彰, 中村正利ほか：友の家 (憩いの場, 出会いの場) 活動一心のオアシスになり得るか—。病院・地域精神医学, 72; 93-97, 1983