

# 障害者の生活支援

十勝地域における実践からの報告

門屋 充 郎

## 1. 精神医療の現実と功罪

精神障害者にとって日本に生まれたる不幸が今もなお続いていることへの憤りが、私の実践の原動力となってきた。これ程に豊かな社会を創造してきた日本社会が、精神障害者問題をこれ程に貧困なまま放置し続けていることの功罪を最初に指摘しておきたい。

私は約30年前総合病院精神科のPSWとして活動を始めた。総合病院では一般科と呼ばれる他科の医療といやおうなしに比較できる状況にあった。総合病院の精神科は特殊科としてあり、医療の中でも一般科と明らかに差別されて特殊領域として存在してきた。医療制度によっても差別され、診療報酬もコストが低く抑えられ、医療の中で明らかに社会的不利を持ち続けてきた領域である。本来役割からいっても増えなければならない総合病院の精神科が増えない現実が、日本の精神医療状況を如実に示している。私はこの30年、精神医療は医療の中でさえ特殊化され、社会の偏見を専門的に補完し、社会的要請の長期隔離収容を受け入れてきたという功罪があると指摘し続けてきた。未だこの現実には解決されていない。この精神医療の功罪を指摘し改善を促すことの一つとして、生活支援の活動に集約される実践を行ってきた。残念ながら精神医療状況は、依然として隔離収容、自由の剥奪、責任回避を容認し依存を強める状況が継続されている。その状況が疾病と障害に加わる施設症を作り続けている。これらの現実を精神医学が医学の基本理念をもって評価し、状況を発展的に変化させる理念と方法を提示できずにきたことも由々しきことである。

## 2. 十勝地域の実践

北海道の南東部、北・西・東が大雪山系と丘陵地帯にかこまれ、南は太平洋へと続く1万1千km<sup>2</sup>の大平原である。夏は30度を超え、冬はマイナス30度近くなり、日照時間は長く全国有数である。基幹産業は日本の食糧基地と呼ばれる農業である。この地は北海道の行政区として『十勝』と呼び1市17町2村があり、帯広市は十勝の中央に位置している。地理的条件、交通アクセス、精神医療機関の偏在などから、十勝地域全体が精神医療に関しては完結型診療圏となっている。この診療圏は全国で唯一の三次医療圏と二次医療圏が重なっている地域であり、二次医療圏としては全国一広く東京・神奈川・千葉よりも広い圏域である。この広域医療圏に37万人弱の住民が暮らしている。十勝地域の精神医療は、1953年に自治体立の病院が開設されたことから始まった。1969年から1995年までは6病院970床が十勝地域の精神病床であったが、1995年に総合病院の1つが経済的理由で精神科を閉鎖するなどして現在は871床である。病床利用率は80%前後であり、人口万対在院患者数は19床以下と少なく、平均在院日数は270日前後と短い。質の高い精神医療と多様な社会資源があり、精神保健福祉の協力と連携によってネットワークができています。

## 3. 十勝の地域精神医療

1970年代は地域精神保健活動が全国で展開された時代である。しかし、地域活動が住民の精神的健康と福祉のために展開されたとは言いがたい。入院中心の精神病院医療が早期発見をして収容促進を行い、アフターケアとして地域と関わっていたがすべからず医療最

優先の活動であった。当地においては1967年から精神科医療機関、保健所、児童相談所、教育機関、裁判所等のスタッフ20名から50名ほどの規模で精神衛生事例会議が毎月数年間続けられ、関係者の精神障害者援助についての合意形成に大きく役立ち、その後の実践の土台を作ったと考えている。保健所の嘱託医制度がない時代からPSW、精神科医による保健所への定期訪問が現在まで続けられている。精神医療過疎地域への定期巡回診療、相談、訪問等が地域精神医療として展開してきた。早期発見、早期治療、アフターケア、継続医療など様々な取組、入院医療から外来医療へと進められた。医療も常に患者本位を目指し、働く患者のための夜間外来は2つの医療機関で20年ほど前から続けているように様々な工夫を重ねてきた。外来通院者は人口の80人に1人と多数である。

#### 4. 病院精神医療の限界を感じて

現実の精神科リハビリテーションは総体的に社会的復権を含むリハビリテーションとはいえない。実質的にも社会復帰活動になっていない。むしろ結果的に病院内リハビリ活動は長期入院を招くことに貢献してきた。長期期滞在型の医療は、作業療法などの院内リハビリの拡大や超過入院傾向の解決として付属施設化を促進し、社会復帰活動を行っていると言ってきたが、それらの治療構造を私は精神医療の奥座敷と呼んで批判してきた。社会性の再獲得を含むリハビリテーションは、様々な技法の開発と訓練によっても決して効果的結果が得られていないことは、全体として入院総数が減少せず、在院日数が長く、社会的入院者が多数存在するといった日本の実態が証明している。精神医療の中核機能は疾病の治療と症状の改善にある。たとい疾病が完治せずとも社会生活の条件によっては生活を続けることができ、医療は慢性疾患指導の対象として関わる必要がある。しかし、精神医療は生活支援までも含む機能の拡大を続けてきた。社会生活成立はきめ細かな生活支援システムがあれば多くの精神障害者の社会生活が可能である。社会生活をしている限り、様々な状況が役割取得を促進し、経験をうみ、成長の機会が与えられ、エンパワーメントが高められる。この社会生活成立の条件整備が精神医療から独立して提供されることが重要である。精神医療は治す者と治される者との関係を土台に独特な治療環境を形成している。その関係性がリハビリテーションの限界を生むことに気づいた私たちは、ほぼ25年ほど前から病院精神医療の限界を見据えることとなった。加えて、デイケアを含む外来機能を拡大していくことも、地域精神医療の展開も、地域精神保健福祉活動も、精神医療の包括的な関与が続く限り、精神医療機能の拡大としてあり、精神障害者の自立化には役立たないと考えてきた。生活支援においても世話する者とされる者の関係が固定すると、精神医療同様に依存を強め施設症化を招き自立を疎外する弊害のあることに十分注意してきたつもりである。

#### 5. 病院の機能を限定的に考えること

精神医療の不幸は疾病の難しさだけにあるのではない。むしろ、社会の精神病に対する特殊視が偏見を生み、精神医学が偏見を補完し、家族は偏見から自らの生活を守るために精神病となった家族を排除せざるを得ない構図が定着してきた。病識の問題として精神病に対する社会のマイナス評価が影響していることは明らかである。家族の気持ちが分かる、患者の気持ちが分かるからこそ精神医療は肥大化せざるを得なかったことも理解できる。

しかし、私はこの現実にあっても病院の機能を限定的に考えることが重要と考えてきた。精神医療は疾病を治すこと、症状を軽減すること、再発を予防することなどが中核の機能である。医学的リハビリテーションも中核機能に含まれるが、職業リハビリや社会リハビリ、教育リハビリなどの機能は社会に専門施設を持つことが重要である。それ以外の機能は社会の一般資源化の方向を目指して、資源開発することがごく当たり前と考えて活動してきている。その社会に用意される精神保健福祉活動を総称的に生活支援と呼び、当分は医療との相対的関係から生活支援システムの構築を拡大する必要性を強調しておきたい。

## 6. 私たちの生活支援

精神医療機関の施設化を防ぐことは重要な課題である。施設化は施設症というとても厄介な障害を引き起こす。この障害を改善するために精神医療は大変多くの時間と労力とコストをかけ続けてきた。この問題は過去の負の遺産として取り組まなければならない重要な課題である。このことに気付いていた私たちは、疾病と障害を持っていても社会生活成立のためのプログラムと社会資源開発が急務と考えてきた。精神障害になっても社会に暮らしつつ、病状が悪化した時には社会資源の一つである精神病院を利用するという、ごく当たり前の本人主体の医療にすることが重要である。それはとりもなおさず、私たちが本人の自立（律）への視点をもって経験を見守ることが大切である。

地域社会での精神保健福祉活動の活性化を民間の活力で図ると共に、自治体の総合計画などに代表される行政政策にも位置付け、特定分野別政策から一般政策へと社会資源開発の条件整備を図るべきである。マチづくりには社会資源を組み込むための合意形成には、地域社会のリーダーの理解と協力体制が必要であり、常に社会活動の成否にはボトムアップとトップダウンのバランスのとれた実効ある戦略を持たなければならない。理屈は簡単であるが実効は何時も困難である。私たちの活動を成功させるためにはまず精神医療従事者に理解してもらうことが重要である。その次に家族の社会的過剰役割から開放することであり、負担を軽減する配慮である。これらの活動を安定的に供給するためには実践の最大公約数を制度化することが必要であった。退院促進、社会復帰活動はどこでも同じように進んでいく、家族の元に退院できる者から始まり、単身アパート生活、共同生活などと、退院を促進させてきた。しかし、生活技術が自立生活困難で家族が同居を拒んだ場合には病院に取り残されてしまう。この人達を退院させる条件整備が社会資源作りとして取り組まれた。1981年私たちが運営する16名が暮らせるケア付住宅が開設された。ここから帯広・十勝の生活支援のシステム作りが始まった。たとい病院が設置した社会資源であっても設置者たる病院の付属施設化や私物化、機能拡大としては取り組まなかった。5つの病院から退院した者を同時に受け入れるという完全オープンシステムで運営された。その後の多様な資源開発は、どこが運営主体であろうと、社会資源は公共性が保障され、誰もが利用できる開放性を貫くシステムが出来上がった。これが十勝方式である。

## 7. 現在ある社会資源

なんといっても住居資源は基本といえる。精神障害者専用の食事・入浴・相談援助等のケア付き住宅は、法内施設の授護寮（20名）とグループホーム（7名）が各1か所。アパート形式ケア付が9か所 105室、協力住居は50室以上。通所資源として法内施設の地域独

立型デイケア、独立型生活支援センター、授産施設（54名登録利用）。共同作業所5か所（70～80名利用）自助グループはアルコールが10グループ、分裂病中心が9グループと連合組織、摂食障害グループがある。ネットワーク機能を持つ複数の精神保健福祉組織が20市町村と精神医療・保健・福祉関係者と当事者と家族を含みほぼ網羅してある。精神保健福祉関連行事も全国規模を含み開催されている。いずれにしても人口の割りには資源が多く、施設も制度もシステムもプログラムも、ほぼ日本の精神保健福祉の資源を一覧できる。

#### 8. 社会資源開発の実績が制度を創設させてきた。

北海道に住居資源の開設数年後に補助金制度を作らせ、作業所への補助金制度も改正させ、無医地区へのサテライトクリニック制度を作るまでに25年も実績を示し続け、通所するため交通費負担を軽減するために助成する制度も始まり、自助グループの活動資金や行事、ボランティア講座への補助金制度もできた。国の精神障害者地域生活支援事業の制度化に対しても多少の参考資料を提供することもできた。

結果的に見ると、多様な社会資源が用意されると退院基準が変化し、資源のない時代には考えられなかった状態像でも退院の可能性が検討されるようになってきた。また、生活支援は再発予防に明らかに貢献している。これらの活動の基底にあるものは信頼である。当事者と私たちの信頼から始まり、スタッフ同士の信頼、行政との信頼、住民との信頼、信頼できる者同士の活動が資源開発を進め、内容が豊かに育まれることを確信してきた。

#### 9. 提言にかえて

精神病となった日本人が、適切な医療が受けられ、疾病と障害を持ちつつも、一人の人間としての尊厳を全うでき、ごく当たり前の生き方が可能な生活保障がいつも目標である。当面は過去からの負の遺産の整理と解決を図り、犠牲となってきた精神障害者を解放することであり、今一つは、負の遺産を生み出した精神保健福祉の構造を抜本的に改正し新たなシステムを構築することである。具体的には精神医療の拡大機能を分離し、独立したりハビリテーションシステムを創造し、生活支援に集約されるシステムの確立を行うことである。この構造改革によって新しい精神医療が生まれ、精神障害者が障害を持たない日本人同様の人生を送ることができる社会システムを構築させなければいけない。

この構造改革の要は、独立した権利擁護機関の創設によって精神保健福祉システム全体を監視し、各施設・機関の役割機能の限定化と分化と独立性と専門性の確保を行い、精神障害者に情報を開示し、彼等自身の自己決定により必要に応じて社会資源を利用する体制を保障することである。

- ・目標理念の構築と合意形成
- ・目標理念に沿った中・長期的ビジョンの策定
- ・中・長期ビジョンを実現するための具体的プランと数値目標（障害者プラン）

##### 1. 精神医療における日本型脱施設化の推進。（36万床から20万床へ）

中核機能に限定し拡大機能を分離する

一部専門施設化の分離（触法等）

長期入院者の生活の場優先施設の創設と医療からの分離

老人精神障害専門病棟の増設と一部医療からの分離

リハビリ施設と生活支援施設（住宅政策を含む）の増設と医療からの分離  
医療財源（診療報酬）の適性化（大幅値上げ）

2. 医療・リハビリテーション・生活支援の機能分化と独立性・専門性の確立  
施設・制度・マンパワー・財源等の再配分と適性配置。

3. 退院促進と生活の場の確保及び経済保障。

4. 精神障害者の法的差別である欠格条項の撤廃。

5. 精神障害者の家族を法的、社会的役割からの解放。

6. 監視権限を有する第三者機関としての権利擁護機関の設置。

7. 精神保健福祉法の抜本改正（個別法から一般法へ）

精神保健医療を（一般）医療と同じ法律へ

精神保健福祉を障害者法と（一般）福祉法へ

精神医療の極めて限定的な部分を刑法へ

精神医療の一部を精神医療の法律へ

（帯広ケア・センター所長）