

# 精神障害者の生活支援

## —— 十勝地方における実践からの報告 ——

門 屋 充 郎

(帯広ケア・センター)

### 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まで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。

約30年前、私はPSWとして精神医療に関わり始めた。総合病院精神科の経験は一般科と呼ばれる他科の医療といやおうなしに日常的に比較できる状況にあった。総合病院で他の診療科を一般科と呼ぶことは、とりもなおさず精神科は特殊科としてあり、医療の中でも明らかに差別化された特殊領域として存在してきた。その差別は医療制度によって区別(差別)され、診療報酬もコストが低く抑えられ、医療の中で明らかな社会的不利を持ち続けてきた領域である。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する役割を担い、社会的要請として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。現在も続く精神医療状況は、依然として隔離収容、自由の剝奪、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。この現実を学問としての精神医学が医学の基本理念をもって精神医療を評価し、状況を発展的に変化させる理念と方法を提示できずにいる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、北は大雪山系。西は日高山脈、東は釧路との境となる丘陵地帯、南は太平洋へと続く約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度となり、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、帯広市は十勝の中核都市として大平原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二次医療圏と三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。この広域医療圏に約36万人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現在では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。当地は万対病床数が20であっても、質の高い精神医療と多様な社会資源があり、それぞれが協力と連携によって補完することにより十分であることを証明してきた。

### 3. 十勝の地域精神医療

1965年の精神衛生法改正は地域精神衛生活動が中心の課題であった。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月3回の定期巡回診療、相談、訪問等が地域精神医療として展開されてきた。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続け、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。

### 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み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誇ってきたが、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み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当然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なければならない。

## 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關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の在り方にすることが重要である。本人の自立(律)の視点をもって経験を見守ることが大切である。

地域社会の中での精神保健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。マチづくりに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つ

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。

## 8. 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、法内施設の援護寮（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。

## 9. 社会資源開発の実績が制度を創設させてきた。

北海道は住居資源の開設数年後に補助金制度を作り、作業所への補助金制度も任意団体にも適用できるようになり改正し、無医地区へのサテライトクリニック制度を作るまで、私たちは25年も実績を示し続けつづけて制度新設にも影響を与えてきた。各種の社会資源に通所するために必要な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我々の活動が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。

## 10. 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。

21世紀の精神保健福祉は以下の課題について吟味することが急務である。

私論ではあるが参考までに資料を付けさせていただく。資料1は精神保健福祉活動の現在から未来へ向けた『概念図』であり、資料2は『精神科治療・リハビリテーション・生活支援』の関係を整理した。資料3は概念図の将来図にしたがって帯広・十勝の活動を当てはめた資源一覧である。

- ・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）

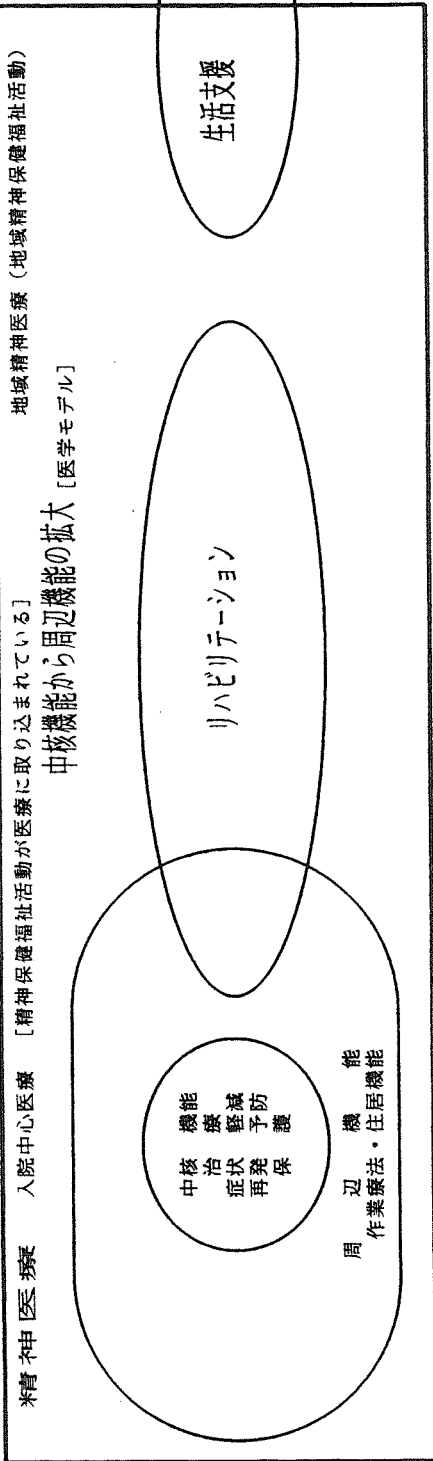
精神保健医療を（一般）医療と同じ法律へ

精神保健福祉を障害者法と（一般）福祉法へ

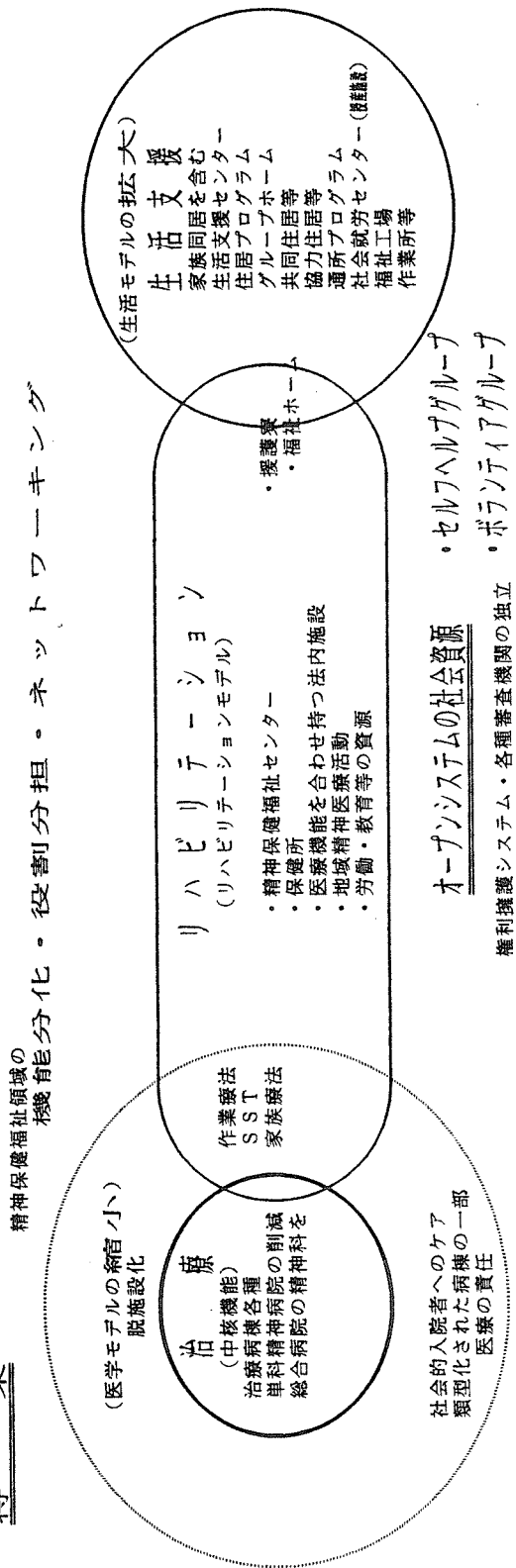
精神医療の極めて限定的な部分を刑法へ

精神医療の一部を精神医療の法律へ

現 在



将 来



資料1 『日本における精神保健福祉活動の現在と未来の概念図』

# 各種社会保障法制・制度・政策

(障害者基本法・精神保健福祉法)

医療法と関連する法律

総合リハビリテーション法

障害者福祉法

療  
治  
[医学モデル]

治療・症状軽減・治療的洞察・病状予測と資源活用の有効適切な時期の決定  
治療環境(物理的・人的等)薬物療法等 精神療法等

リハビリテーション  
[医学モデル] [生活モデル]

特定の環境と援助技術による機能の改善原因は問わない。現在から出発し未来へ現在有効な能力評価と実際に必要な技能と支援教育・補助手段の吟味活用・資源調整

生活支援  
[生活モデル]

ノーマライゼーションの達成  
一般社会資源の活用  
住居・日課・余暇の保障  
障害を補完するサービス  
本人の選択・自己決定  
生活の質の向上・自己実現

精神科治療機関  
精神病院  
新規患者への集中治療  
長期化予防  
専門病棟化  
長期入院者の処遇  
病棟類型化  
痴呆病棟等  
総合病院への精神科併設  
リエゾン精神医療  
合併症患者の治療  
外来クリニックの役割

[医療機関内から独立型へ]

医学的リハビリテーション  
身体リハビリテーション  
社会リハビリテーション  
職業リハビリテーション  
教育・訓練等  
人材・能力開発

生活ベースとしての多様な支援  
住宅アプローチ・ティサービス  
作業所等  
保護・援助付・過渡的試労と職場  
当  
[生活支援センター]  
総合相談・訪問援助体制  
(ケースマネージメント)  
食事等各種サービスの提供  
社会資源紹介・調整  
社会資源ネットワークの開発

地域社会生活支援サービスシステム

精神保健行政  
精神保健センター・保健所等  
公的  
精神保健  
公的  
精神保健  
諸機関

地域生活支援システム  
法的後見制度  
権利擁護機関

ボランティア  
コーディネーター  
コミュニティ  
各種精神保健団体等

医療

人口万対病床数 24.7(29.0)  
 〃 在院患者数 18.8(27.5)  
 10年間の人口万対在院患者数の変化  
 22.3(28.3)人より18.8(27.5)人へ減少

病床利用率 74.0%  
 平均在院日数 275日  
 マンパワー(病床数に対し)  
 医師 28.7  
 看護婦(士) 3.16  
 P S W 59.4  
 O T 81.09

単科精神病院	開設	10平均病床
道立緑が丘病院	1953	161.2
国立十勝療養所	1964	250
私立柏林台病院	1965	127
* 厚生連帯広病院	1965	70
* 社福協会病院	1966	36.4
* 法人大江病院	1969	154
		88.5
		871
		435.4

外来クリニック  
 萩原医院 1974  
 田中医院 1979  
 杉原クリニック 1990  
 サテライトクリニック  
 本別町立病院 1995  
 \*の病院より医師派遣  
 出張外来サービス  
 広尾保健所 大江病院  
 新母保健所 道立緑が丘病院  
 訪問看護等(地域活動部門を含む)  
 道立緑が丘病院・国立十勝療養所  
 帯広厚生病院・帯広協会病院  
 大江病院

生活支援

帯広ケア・センター 1991  
 通所授産施設 20名規模 73名  
 保護施設:帯広市リハビリセンター 7名  
 保護施設:帯広市いせい園 1名  
 保護施設:帯広市障害センター 3名

朋夢共同作業所 1986 37名  
 ぶどうの木 1993 16名  
 朋友荘 1982 16名  
 悠夢ハイツ 1988 20名  
 石田荘 1993 5名  
 ひまわり荘 1998 10名  
 ノボ・ホーム・ハイブローヤル 1995 7名

・住居資源  
 1988 9名  
 1995 12名  
 1995 16名  
 1996 16名  
 1996 10名  
 50名以上

・通所資源  
 とかち共同作業所 1988 26名  
 クローバー作業所 1991 10名  
 ゆうゆう舎 1996 10名

・セルフヘルプグループ  
 セルフヘルプグループ  
 十勝ソーシャリティ  
 帯広たまりば会  
 エンジェル会  
 レモンクラブ  
 あおぞら会  
 つくしの会  
 やまばとの会  
 たけのこクラブ  
 音更リハビリ0 B会

断酒会 6グループ  
 A A 7グループ  
 N A V A 1グループ

道立音更リハビリテーションセンター 1984  
 支援 20名定員  
 [医療] デイ・ケア 40名定員

保健所社会復帰学級  
 帯広:アカシア学級 1977 25人  
 新得:さくら学級 1980 12  
 池田:コスモス学級 1988 16  
 本別:たんぼ学級 1988 14  
 広尾:ラッコ学級 1989 12

北海道単独事業  
 十勝圏域精神障害者社会復帰支援システム事業  
 帯広ケア・センターと5カ所の保健所

・地域型  
 上士幌町:心のダイヤ 1992  
 帯広市: あいあいの会 1995  
 あいあいの会 1996  
 あいあいの会 1997  
 あいあいの会 1998

職業リハビリ/帯広ケアセンターと職安の提携  
 保健所の通院リハビリ事業

ネットワーク資源(一部)  
 十勝 P S W 研究会 1969  
 家族会 1970  
 十勝精神科医会 1970  
 精神保健連絡会 1973  
 十勝精神保健協会 1973  
 十勝精神障害者社会復帰促進協会 1981  
 ボランティアアソシエーション 1986  
 生活支援会議 1991  
 作業所交流会 1994  
 十勝地域保健医療協議会  
 精神保健福祉推進部会 1997