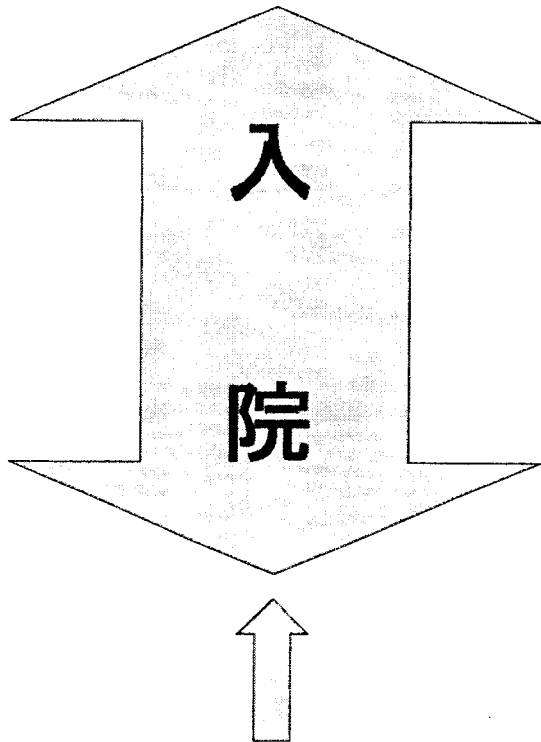
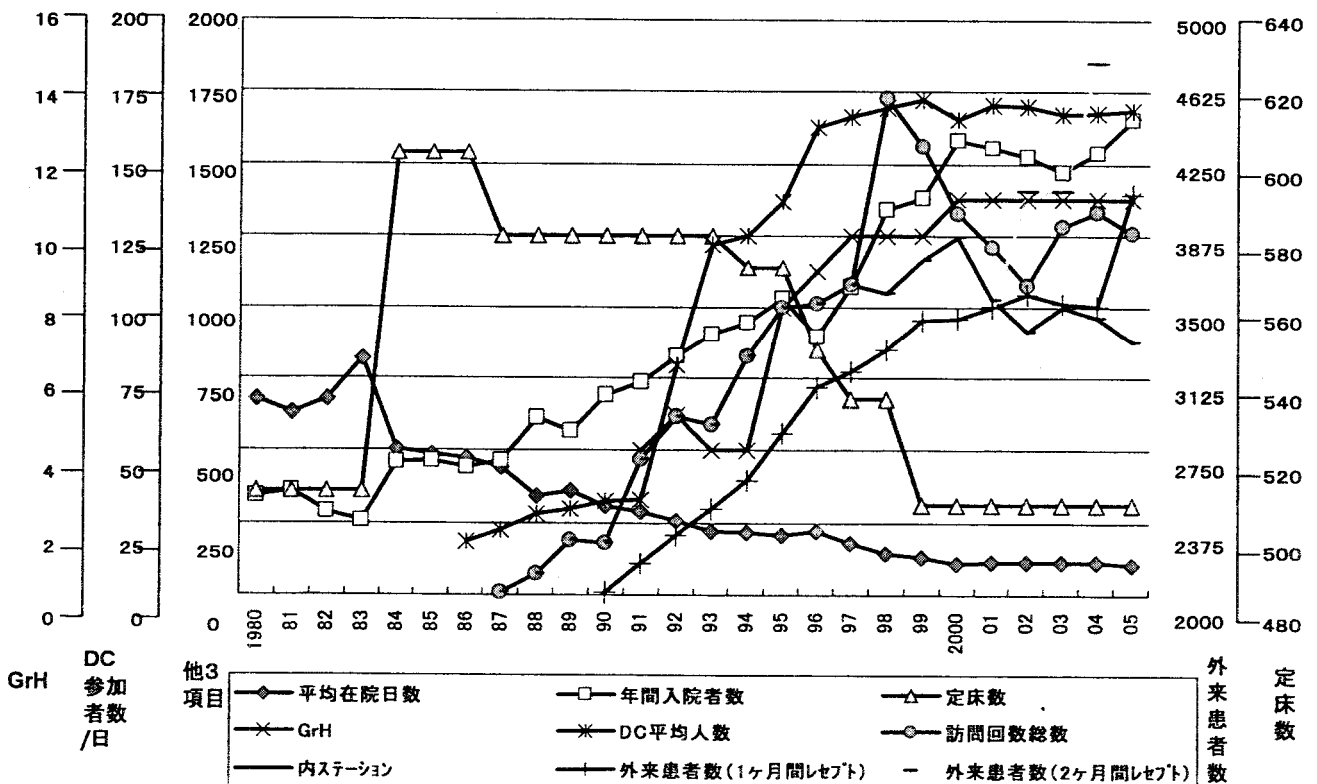


# 福祉的サポートと入院期間

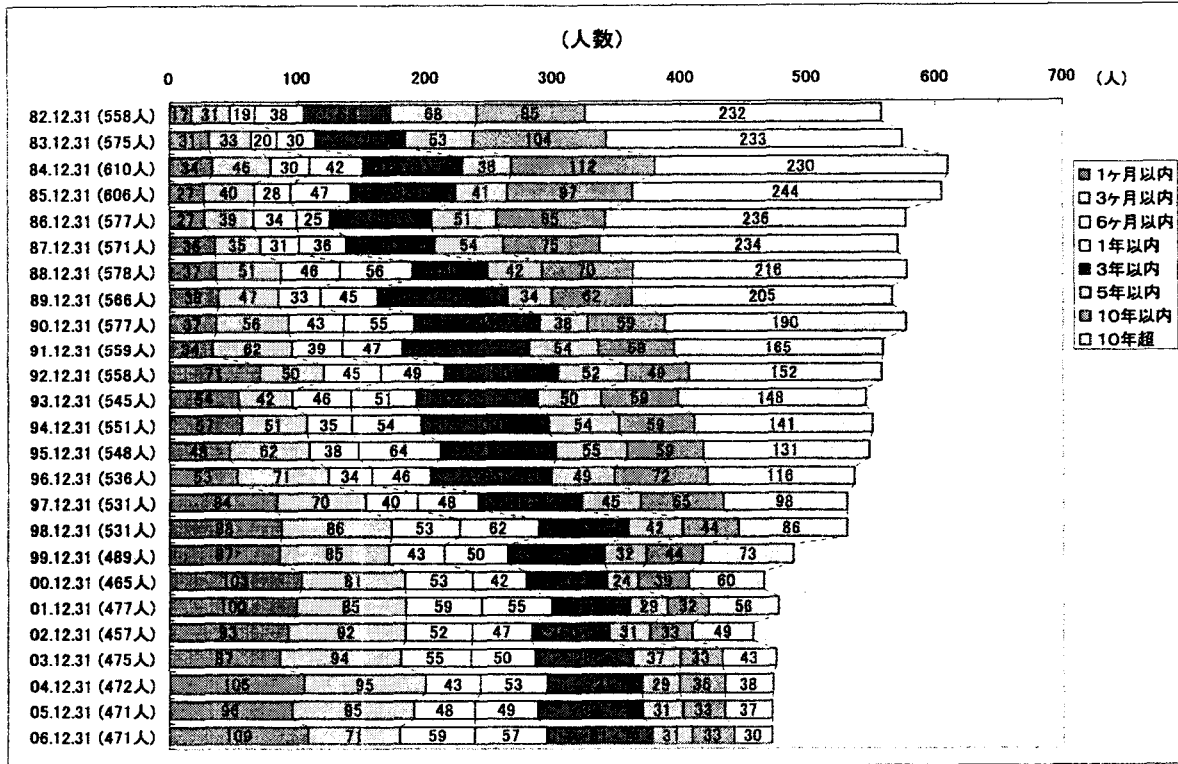


- ←1987年 小規模作業所助成
- ←1988年 生活訓練施設  
福祉ホーム  
通所授産施設
- ←1992年 グループホーム
- ←1993年 入所授産施設
- ←1995年 福祉工場
- ←1996年 地域生活支援センター
- ←1999年 福祉ホームB
- ←2000年 小規模授産施設
- ←2002年 ホームヘルパー  
ショートステイ

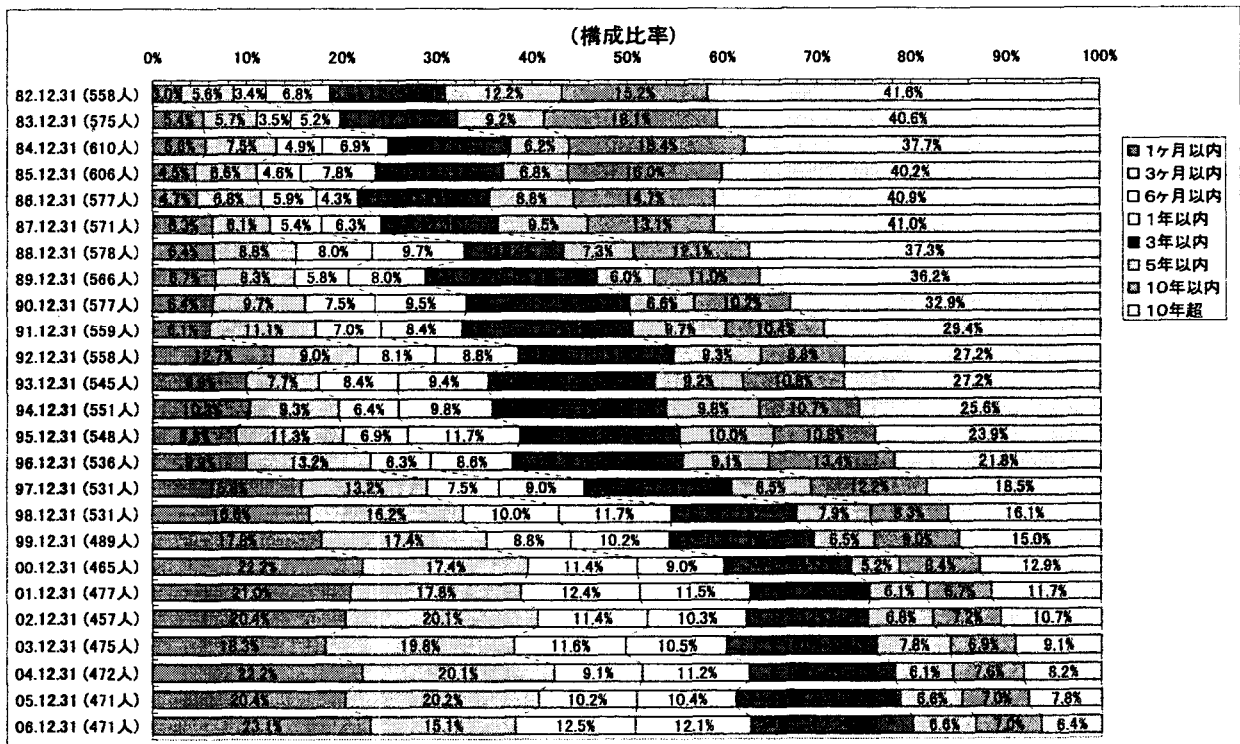
## さわ病院の施設及びシステムの変化と患者動態



# さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移(人)



# さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移(%)

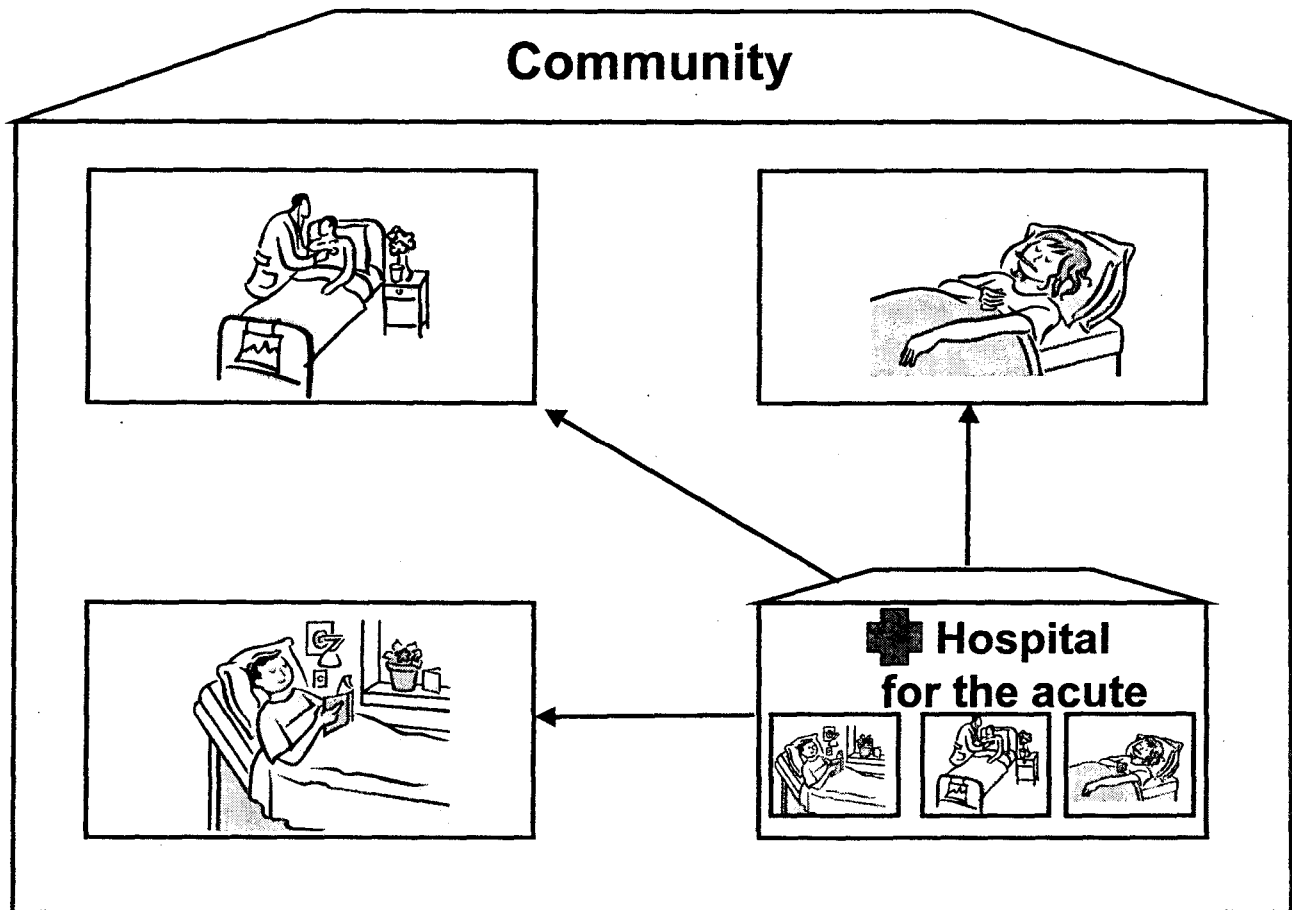
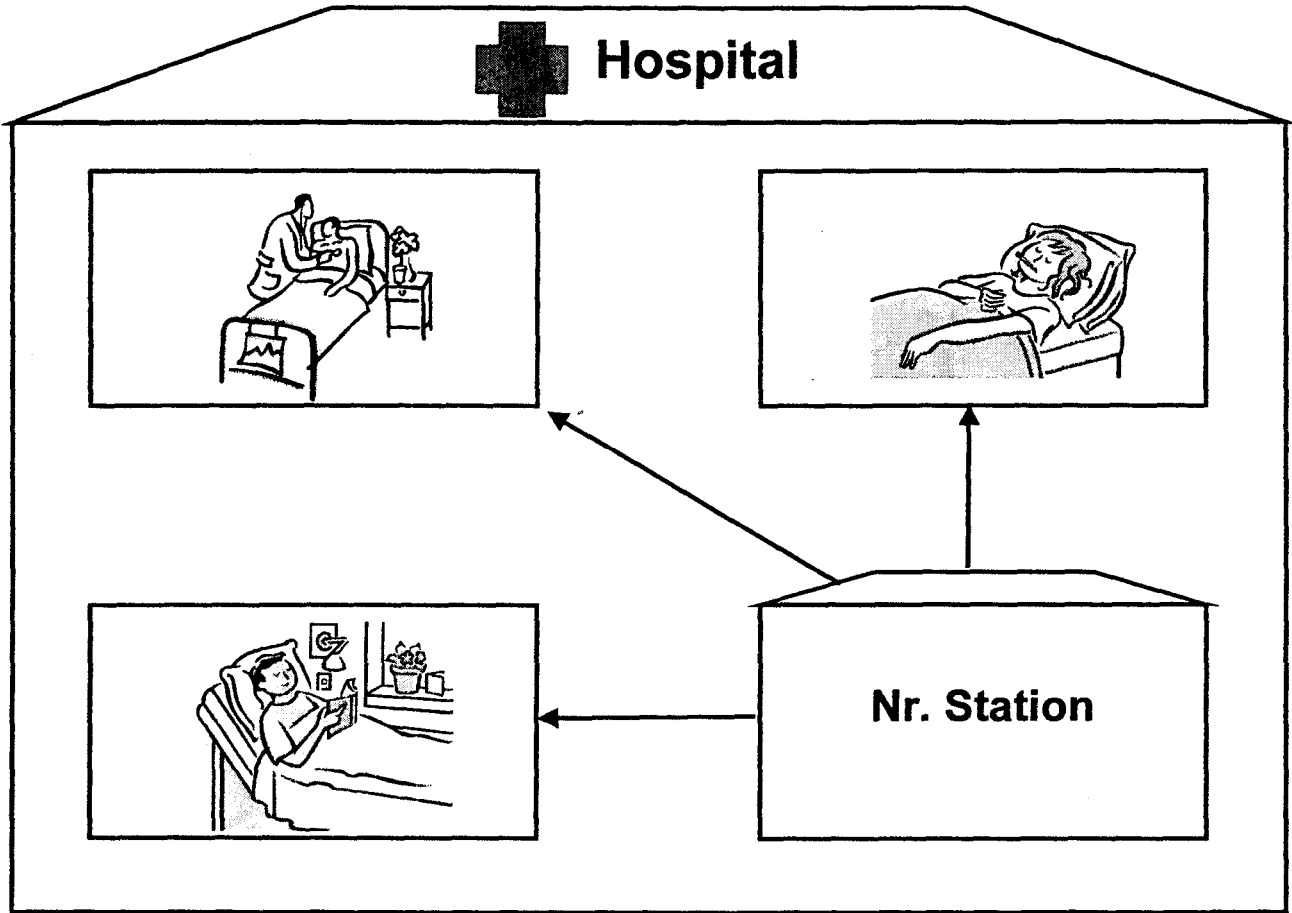


# さわ病院グループホーム入居者

性別	年齢	精神症状	能力障害	障害程度区分	社会的行動
女	77	5	4	3	2
女	64	3	3	2	1
女	67	4	4	2	2
女	59	5	5	2	2
女	59	5	4	3	2
女	52	4	3	2	1
女	69	4	3	2	2
女	63	3	3	2	2
女	57	4	3	3	2
女	63	3	3	1	2
男	71	4	4	3	2
男	49	5	4	4	2
男	69	3	4	2	1
男	35	3	3	2	1
男	60	3	3	2	2
男	59	4	3	3	2
男	64	2	2	1	2
男	57	2	2	2	2

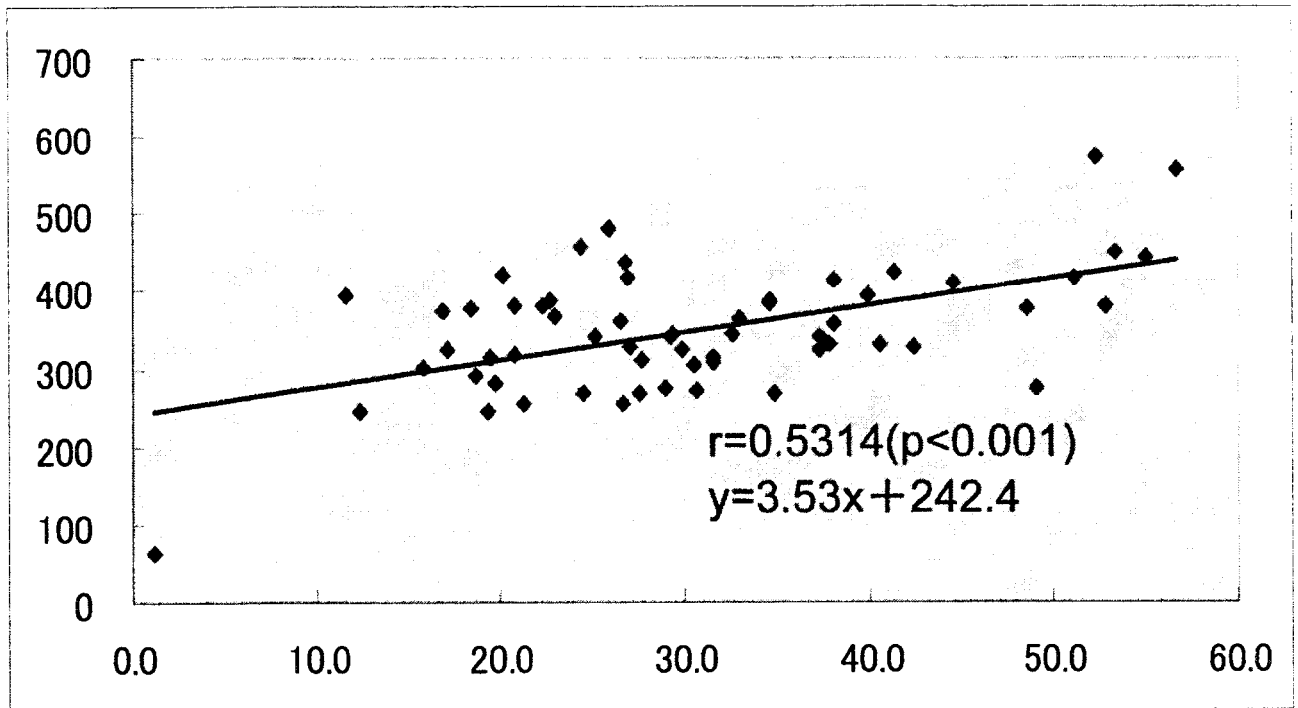
## 地域精神保健・医療・福祉の スローガン

- 地域は病院だ
- 家庭は病室だ
- 町中開放病棟だ



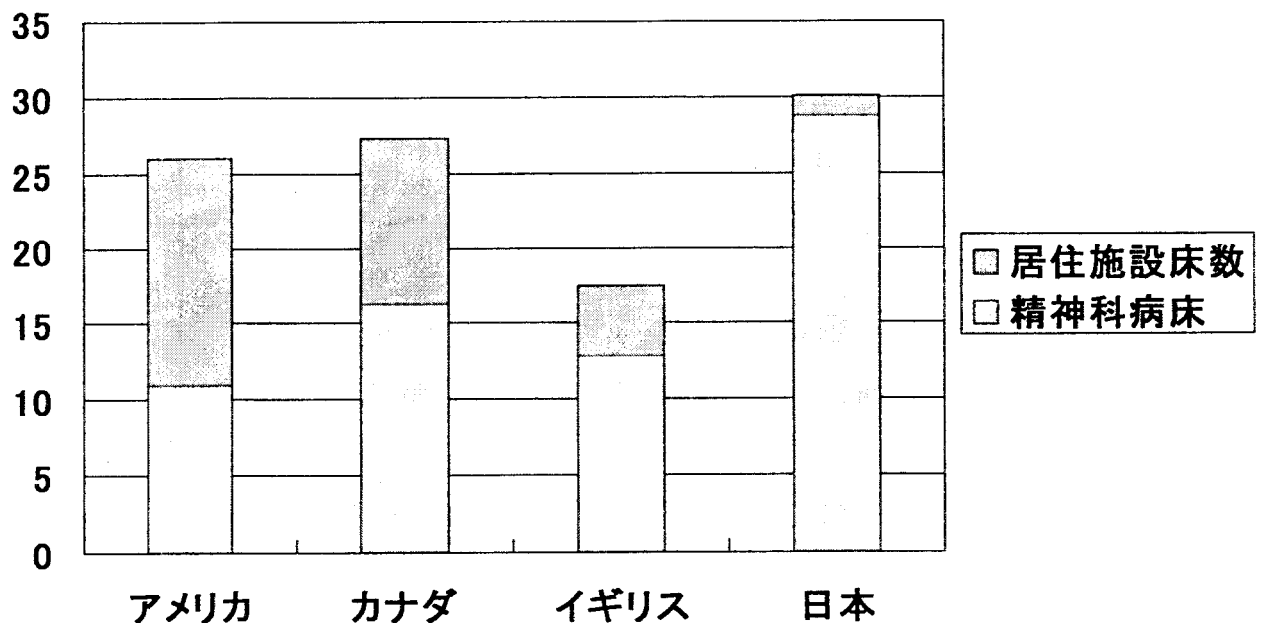
# 47都道府県と13政令市の 精神科病床数と平均在院日数の相関(2003年)

—2004年我が国の精神保健福祉より—



## 外国における精神科病床と居住施設入居者数 —浅井の法則—

床／人口万



# 地域移行型ホーム・退院支援施設!!

- 精神科病院がまた困り込んでいる？  
選べるほどの資源があればそうならない
- 選べるほどのサポートがあればそうならない
- 資源の有効活用も必要・・・しかし病院くさはいらぬ

## 今後の精神科医療の方向性(私見のまとめ)

- 入院
  - 入院数は地域資源の整備に従って減る(病床を減らすか入院を確保するか)
  - 入院は短期
- 外来比率が大きくなる
  - どこまでが医療の範囲か？
  - クリニックへの大きな流れと「いいところ取りのつまみ食い」をどうする
  - 病院医師の確保が困難(特に指定医の確保)
- 病院の質の確保
  - アメニティ、プライバシー、セキュリティを確保
- 24時間応需(救急で確保)
  - スタッフの確保と教育
    - 救急も短期治療もアウトリーチもやりがいがあるがバーンアウトに注意
- 今後の大きな流れ
  - 退院したくなるほどの箱物、特に開放の療養病棟は借金してまで作らぬ
  - 地域に選べるほどの資源が用意されること
  - 病院は医療に特化、福祉に特化、あるいはそのハイブリッドになる
- 外来へ移行しても総医療費は減らさぬ方向を

# 精神障害者の地域生活を考えるシンポジウム

2007. 7. 26

## パネルディスカッション

### ～精神障害者の地域生活支援の充実と 退院促進のために何が必要か～

(社福) 帯広協会病院

ソーシャルワーカー 小栗 静雄

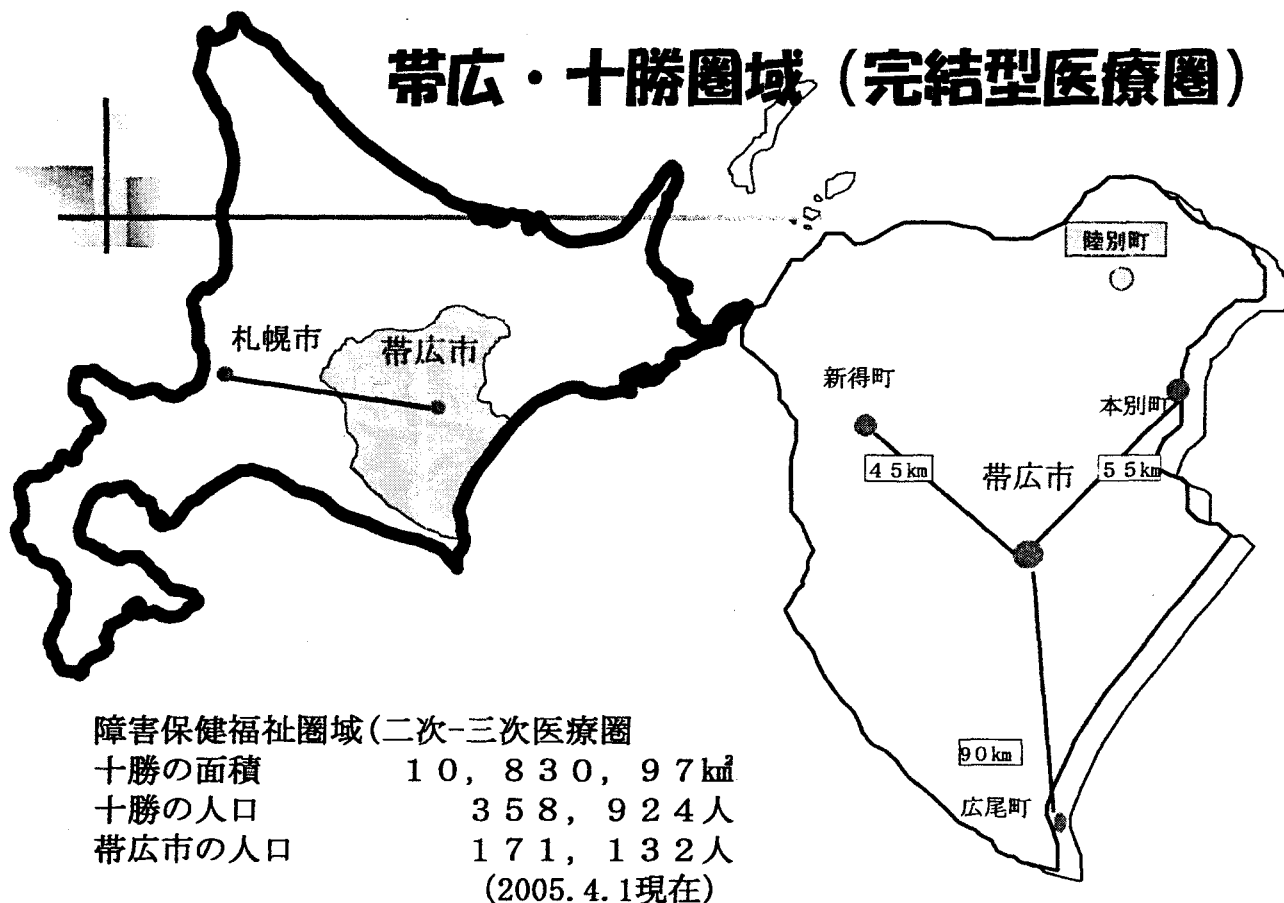
### 自分が安心できる暮らしのため に何が必要か

“もしも私が重い病気や  
障害を背負ったら”

- \* この町で安心して暮らせるか？
- \* この町に住みたいと思えるか？

\* (このワーカーに相談したいか?)

## 帯広・十勝圏域 (完結型医療圏)



## 結果としての 十勝の精神医療の統計

- 970床(万対27.9)から540床に減少
- 万対病床数 15床 (全国28.4床 北海道38.4床)
- 万対在院患者数 13.3人 (全国26.5人 北海道35.7人)
- 年間病床利用率 68.1% (全国92.9% 北海道93.4%)
- 平均在院日数 176日 (全国364日 北海道328日)
- 有床精神科病院 4箇所
- 外来クリニック 4箇所
- サテライトクリニックの制度化  
 遠方の2箇所の町立病院(帯広から90分、60分)に精神科外来



# PSWとしての旗印 I

暮らしの最低条件

— 当たり前の生活 '74 —

**意・医・職・食・住・友・遊**

**意=自己決定**

**医=安心医療、緊急対応**

**職=就労システム**

**食=食事管理・安定供給**

**住=住宅政策・生活拠点**

**友=仲間づくり、自助グループ**

**遊=遊び、学習、ゆとり**

**実はすべての市民に必要な事**

# 旗印 II

## 社会資源は地域の共有財産

～FULL OPEN SYSTEMの展開～

抱え込まない、選ばない

困難を抱えた市民という視点

“うちの患者” 意識の克服

## 社会資源Full Openシステム

— 市民の共有財産として —

- \* 誰でもが社会資源の複数選択・複数利用ができる仕組み。
- \* 当事者間で社会資源情報が行き渡る。
- \* 当事者ネットワークができる。
- \* スタッフの業務の分担が図られる。
- \* 地域全体の問題が見えてくる。

朋友荘 (最初に作られた住居資源/16名/食事付/1982年)

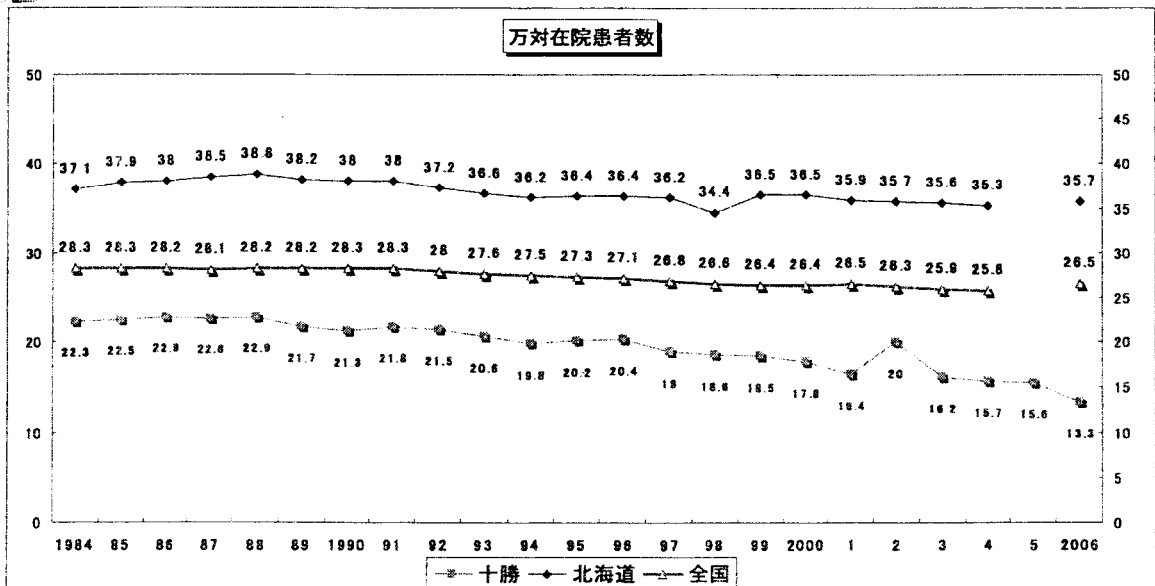
365日3食付 管理人を置かない 4.5畳の城

# 朋友荘からの学び

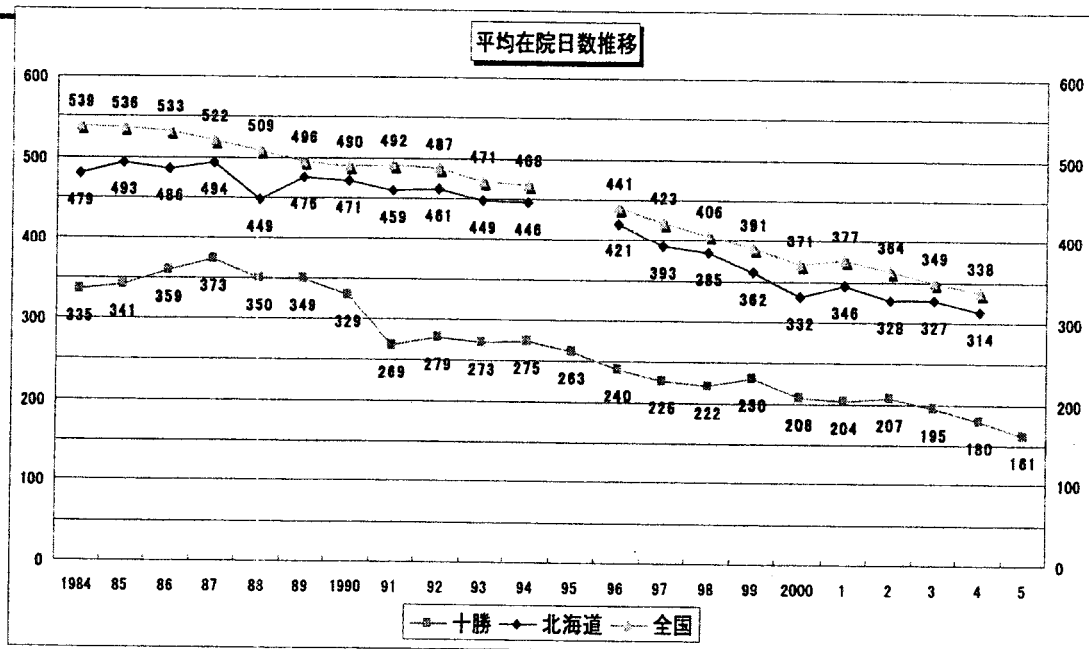
- 「社会的入院者の退院基準」のあいまいさ
- 「地域は偏見が強い」という偏見
- 「専門性」という名の自縛
- 「すごろく式」も可
- 実生活体験によるフラスの積み重ね
- 治療動機の自覚強化

- 悠夢ハイツ (1987年/20名/食事付)  
共同の風呂・トイレ・洗濯場など

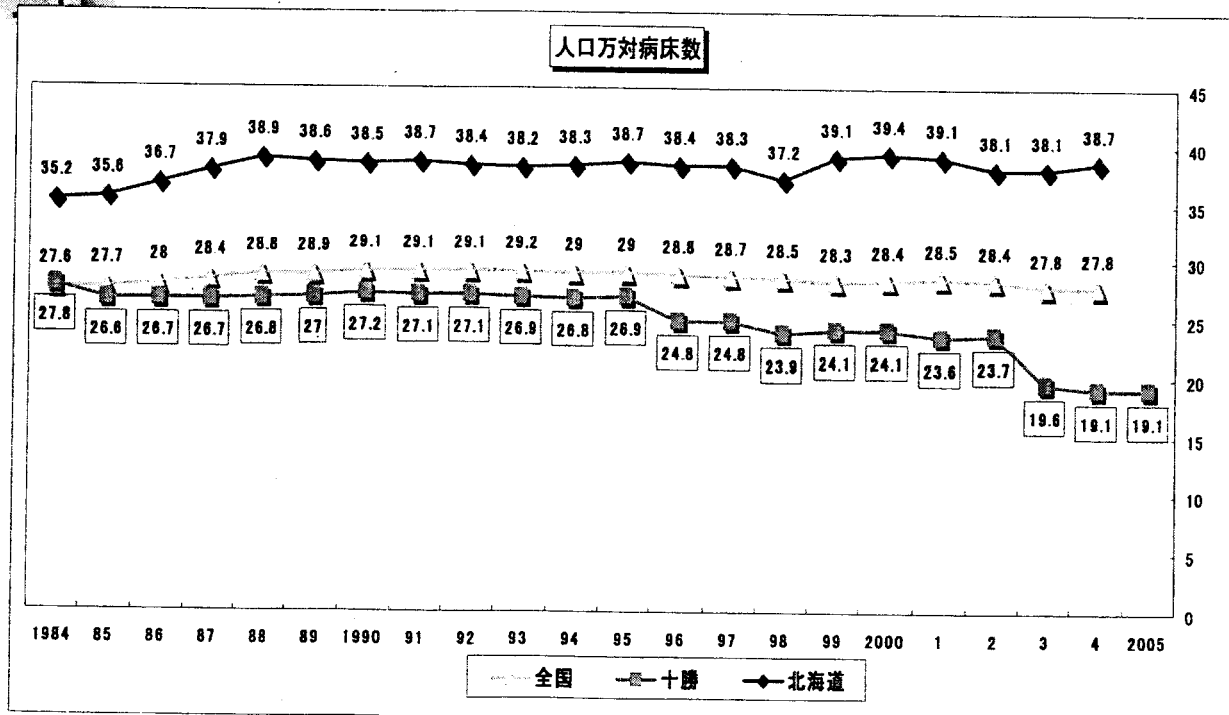
# 万対在院患者数の推移



# 平均在院日数の推移



# 万対病床数



# 旗印 III (1990~)

## 地域のグランドデザインを描く

1992年 北海道への提言「地域社会復帰支援システムについて」

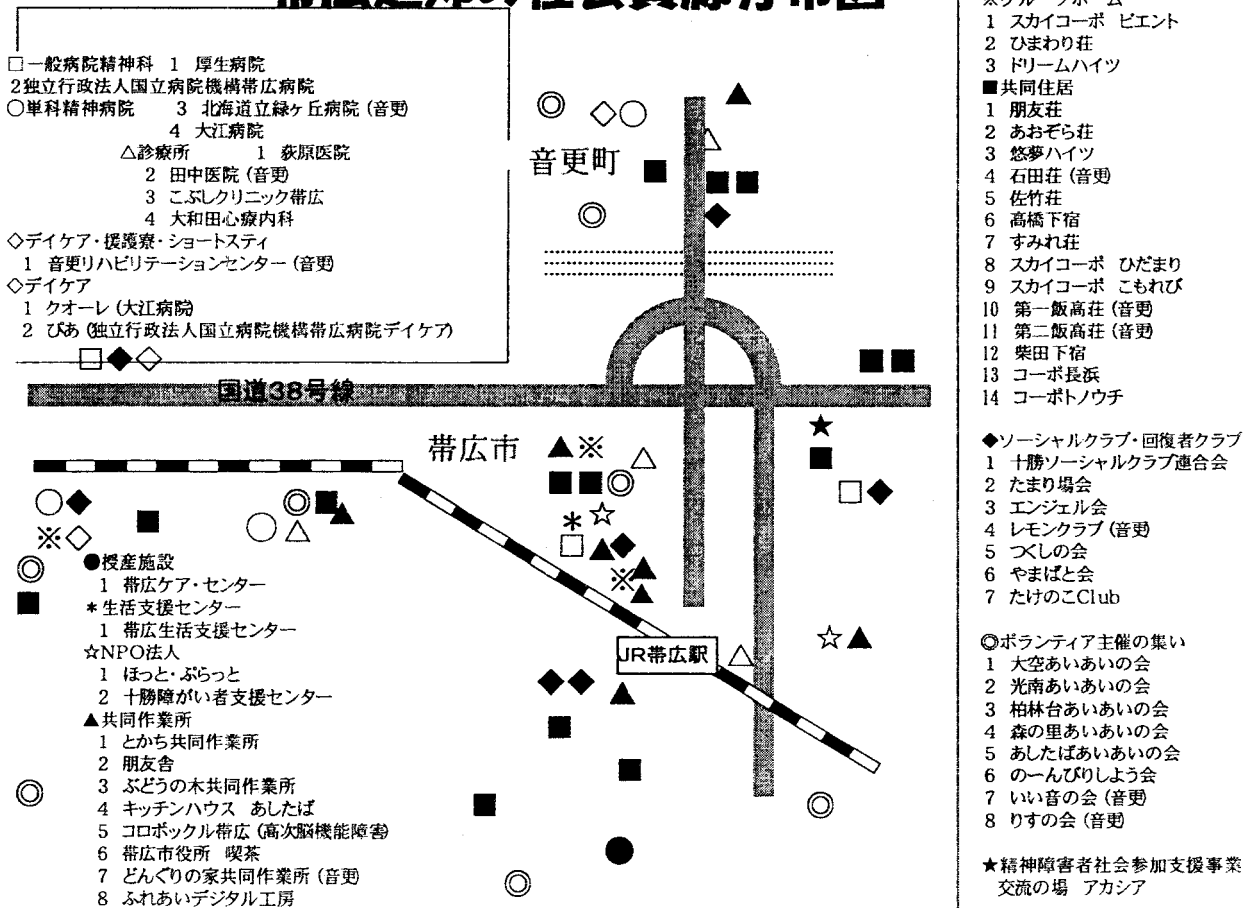
1993年 帯広市への提言「市民の心の健康と精神障害者の生活と福祉のために」

1993年「精神保健ケアステーション構想（生活支援センター）」を発表

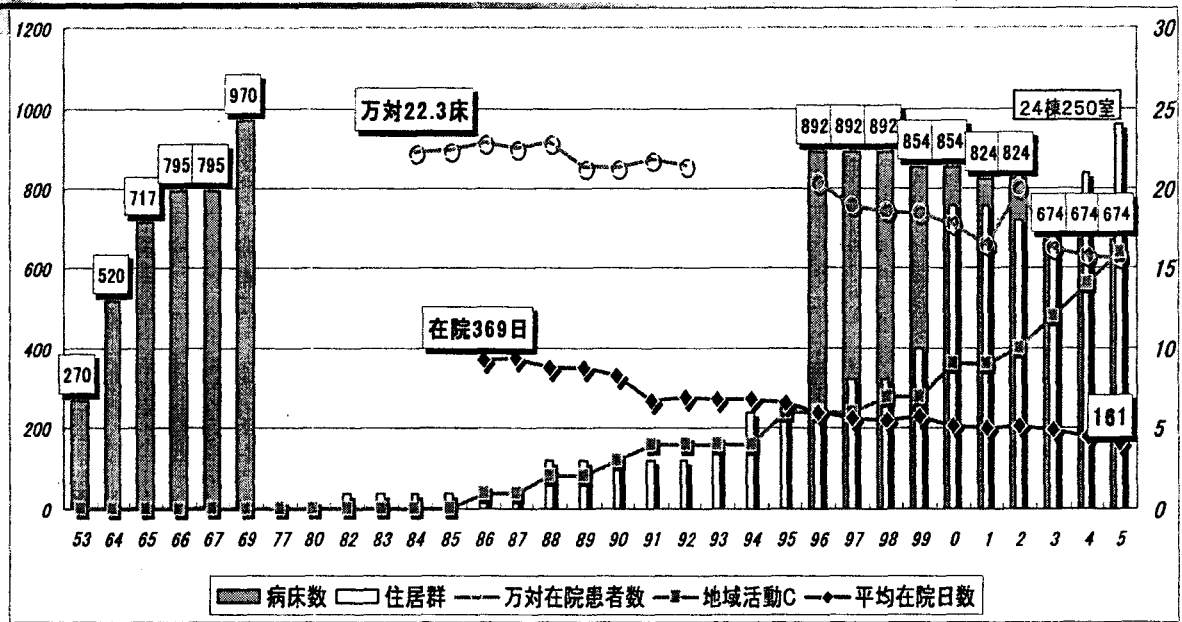
- ・住居 ・仲間づくり ・ドロップインセンター ・薬物、嗜癖
- ・家族会 ・就労 ・生活支援センター ・マンパワー ・ボランティア養成
- ・研修制度 ・国際交流 ・精神保健福祉都市宣言

## 多くの関係者のコンセンサスを得る

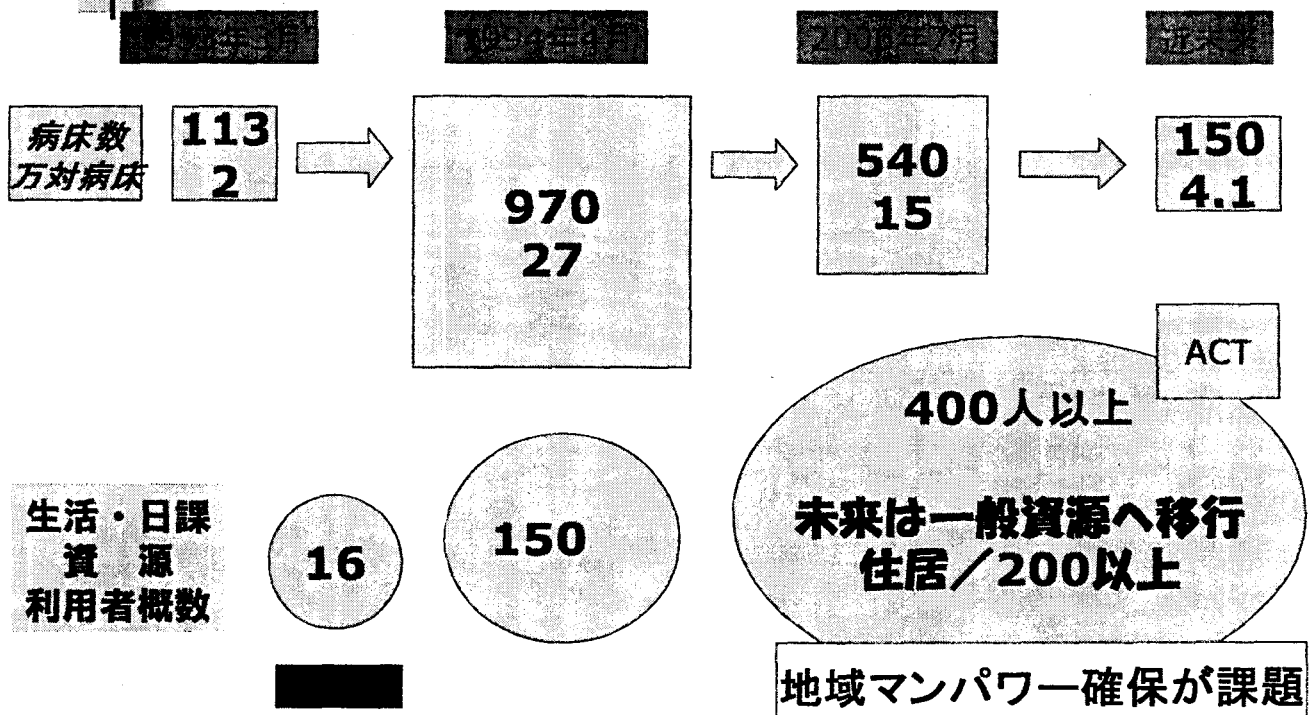
### 帯広近郊の社会資源分布図



# 数字で見る福祉・医療・福祉の推移



## 十勝の精神医療・保健・生活支援の変劇 団 へぐい座—明日があるさ



# 病院ワーカーの地域活動の姿

- \* 多足のわらじを履かざるを得ない。
- \* 地域活動にはほぼ無報酬状態。
- \* 所属機関との軋轢が避けられない。

一方で

- \* ネットワーク能力やケアマネジメント能力が磨かれる。
- \* 様々な当事者や市民との出会いで地域課題が鮮明に見える。
- \* 街創りとしての地域課題が明らかになり、行政課題として提言できる。
- \* 地域診断が明確になる。

## これからの地域移行実践！

### — 金・物・人の3点セット —

#### 1. 財政基盤

- \* 診療報酬制度下での地域移行活動には限界
- \* 地域活動費と入院医療の【費用／効果】の検証
- \* 「地域精神保健報酬特区」という考え方

## これからの地域移行実践II

---

### 2. 社会資源創りは地道に（住、職）

- \* 個人的ネットワークの活用
- \* 市民の力を借りる
- \* 公営住宅の活用と一層の拡大利用
- \* 空き部屋検索システム
- \* 就労リハシステムの徹底
- \* 自立支援協議会の機能拡大

## これからの地域移行実践III

---

### 3. 当事者活動（友・遊）

- \* フラスの積み重ねの体験
- \* 自己表現の機会を増やす
- \* 病の専門職としての位置



# これからの地域移行実践Ⅳ

## 4. 人材と組織

- \* NPO活動を核にする
- \* 街創りへの合意形成
- \* 独立性と専門性の確保
- \* コミュニケーションワーク  
とネットワーク
- \* 市民との協同

## 5. いわゆる「ACT」-Jと ケアマネジメント



# 富山大会宣言

私たちは精神の病気があっても、当り前の生活をしたいと思います。家族とともに暮らし、友人と交流し、縁があれば結婚し、子が授かれれば、子育てに苦勞したいと思います。また、親戚づきあいに顔を出し、学校行事や地域活動に参加し、人の目を気にしないで服薬し、病気を隠さないで仕事に就きたいと思います。

そのような生活の実現のために、困ったときには、気軽に相談できる専門家が身近にいてほしいと思います。病気が悪化したときには、いつでも適切な治療を受けることができ、入院しても長期にならず、効果のあるリハビリテーションを受けて自分でも対処する力を高め、地域で生活したいと思います。仕事に就けない場合でも、地域の中にひとりひとりに応じたさまざまな活動の場があり、自分らしい自立のあり方を自分で決めることができれば良いと思います。

このような精神科医療・リハビリテーションおよび福祉のシステムが、まだ十分に創り上げられていないように思われます。

よって、私たちは、我が国において、以下のことが1日も早く実現するようめざし、ここに宣言します。

## 1. 専門性の高い精神障害リハビリテーションの確立

病気の発症から回復までの段階に応じたさまざまなリハビリテーションメニューが揃い、質の高い技術を提供できる多くの専門家が養成され、また、それらの技術が、科学的に有効性・有用性を持ち、検証可能であるようなリハビリテーションの仕組みを確立することが必要です。

## 2. 精神障害リハビリテーションのネットワークの創造

専門性の高い精神科医療とリハビリテーションの提供を通じ、円滑な社会参加ができるよう、医療・福祉サービスシステムが有機的に連携する包括的リハビリテーションネットワークを創造することが必要です。

## 3. 当事者の視点に立った精神障害リハビリテーションの展開

当事者自身が主体的に選び、持てる力を自ら発揮し、市民とともに支えあって当り前の生活ができるよう、常に当事者の視点からみたりハビリテーションを展開することが必要です。

私たちのかけがえのない人生を豊かなものにするために、これらのことが1日でも早く実現し、精神障害リハビリテーションが広く知られるよう、富山よりメッセージを送ります。

2006年11月25日

日本精神障害者リハビリテーション学会

第14回日本精神障害者リハビリテーション学会富山大会参加者一同

