

## Ⅲ 浦河べてるの家の取組





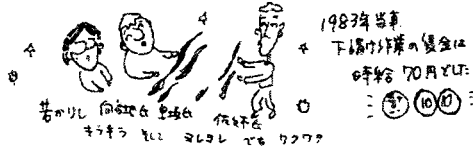
## べてるの家の はじまり

べてるの家は1978年に回復者クラブ  
 どんぐりの会の有志メンバー数名が  
 浦河教会の旧会堂を拠点として活動  
 をはじめたのがはじまりです。



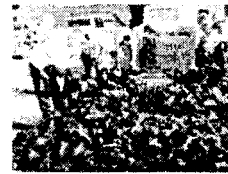
1983年、浦河日赤病院の精神科を退院した早坂潔さんをはじめとする  
 精神障がい体験した回復者数名が、浦河教会の片隅で昆布の袋詰め  
 の下請け作業をはじめ、1984年に当時浦河教会の牧師だった宮島利光氏から、  
 「べてるの家」と命名されました。

現在では、精神障がいばかりではなく、様々な障がいを持った当事者が  
 活動に参加しています。

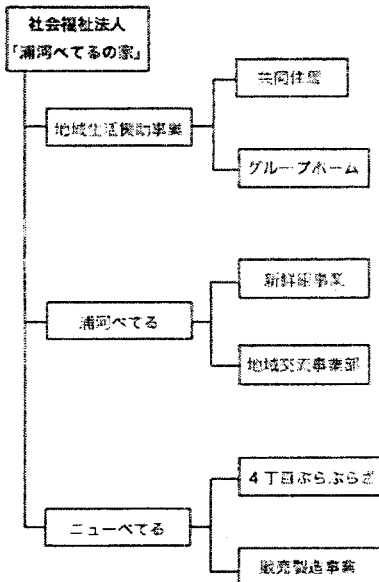


## べてるの家のある 浦河町

北海道の東南、襟裳岬にほど近い  
 人口1万5千人の小さな町です。  
 日高昆布をはじめとする水産資源と、  
 サラブレットなど競走馬の産地として  
 も有名です。



## 組織図

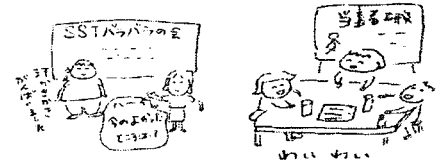
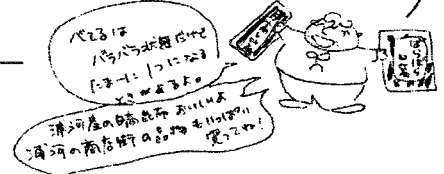


## 「地域のために 日高昆布を全国に売ろう」

べてるの家の歩みは、様々な悪条件を好条件とし活かしてきた歴史から生まれたものです。  
 社会的な支援体制の乏しさや地域経済の弱体化が、精神障がいを抱えながら生きようとする  
 当事者自身の生きづらさと重なり合ったとき、「地域のために、日高昆布を全国に売ろう」  
 という起業の動機につながりました。

### ■自分を助けるプログラム

べてるでは、自分を助けるプログラムとして多くの  
 ミーティング、SST、当事者研究を行っています。  
 これらは、メンバーが病気がうまく付き合いながら  
 地域で暮らすために、仲間の応援をもらいながら  
 行います。

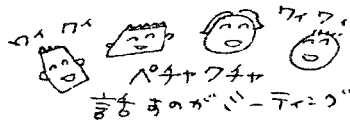


### ■地域生活援助事業

グループホーム3棟、共同住居4棟を  
 運営しています。各住居で週に一度  
 ミーティングを行い、一緒に住む  
 メンバーやその仲間達が集まって、  
 一週間の生活でよかったこと・苦労  
 していること・更に良くする点を  
 話し合います。

### ■浦河べてる

新鮮組事業部では、農産・水産・環境  
 清掃・製麺を行っています。  
 地域交流事業部では、べてる来客者への  
 研修・オリエンテーションを行っています。



### ■ニューべてる

販売製造事業部では、特産の日高昆布の  
 加工販売を中心とし、本・ビデオ・グッズ  
 の製造販売を行っています。  
 4丁目ぶらぶらざではべてるの商品を  
 店頭販売、地域とべてるのお茶の間と  
 して開放しています。

## べてるの理念

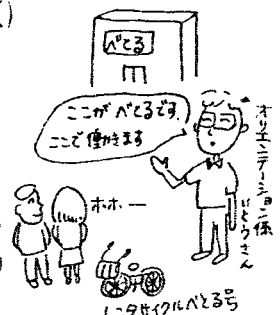
- ・三度の飯よりミーティング・それで順調
- ・自分でつけよう自分の病名・苦勞を取り戻す
- ・安心して甘えられる職場作り・偏見差別大歓迎
- ・べてるに関われば商売繁盛・弱さを伴に
- ・手を動かすより口を動かせ・弱さの情報公開
- ・利益の無いところを大切に・幻聴から幻聴さかへ
- ・昇る人生から降りる人生へ

## べてるの見学・研修受付中！

べてるでは、見学・研修を随時受け付けています。  
 (土日・祝日・年末年始を除く)

べてるのメンバーが  
 オリエンテーションを行います。  
 もちろん、各MTやSST、  
 当事者研究も見学できます。  
 是非べてるに遊びに来てください。

見学期/お一人様1,000円(資料代込)  
 団体・研修の場合はご相談下さい。





## IV パネルディスカッション



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～

精神保健福祉士 大塚淳子

平成19年7月26日  
厚生労働省主催  
精神障害者の地域生活支援を考えるシンポジウム  
三田共用会議所講堂

平成18年障害者自立支援調査研究プロジェクト事業  
「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、  
ツール等に関する調査研究」報告より

調査1 ー実施状況の調査

- 対象 : 都道府県及び政令指定都市の障害保健福祉主管部局
- 62自治体(47都道府県+15政令市)
- 方法 : 質問紙を郵送し、自記式で返送
- 調査期間: 平成18年12月～平成19年1月
- 回収率 : 75.8%(62中47回収)

調査2 ー先進地の工夫に関する調査

- 対象者 : ①自治体担当者 ②事務局精神保健福祉士(以下PSW)
- ③病院PSW ④利用者の少人数グループ
- 対象地区: 岩手県・福島県・埼玉県・三重県・岡山県・香川県・長崎県・大阪市
- 方法 : 本協会構成員による、対面式の聞き取り
- 調査期間: 平成19年2月

- → これらの結果を元に、「手引きVer.1」※を作成するにあたり、北海道・東京都・千葉県・大阪府にも聞き取り調査を実施した。  
※「精神障害者の退院促進支援事業の手引き」(主に自治体職員向け)  
「手引き」「調査研究報告書」ともに日本精神保健福祉士協会HPに掲載

# 事業利用者の声，声，声・・・

- 事業のことを知る前・・・
  - 「誰に言ったら良いか，わからなかった」
  - 「まだ，待っていなさい，と言われた」
  - 「住むところや生活費が心配だった」
  
- 事業利用をすすめられて・・・
  - 「追い出されるのかと思った」
  - 「〇〇さんを見て，私にもできるかなと思った」
  
- 退院した今，
  - 「自由になった！」「充実している」
  - 「好きな時に買い物に行かれる」
  - 「これからは普通に暮らしたい！」

## 事業の効果測定

「何人退院したか」では，計れない事業の効果

- 事業利用期間内に退院するとは限らない  
⇒事業利用者の追跡調査も必要(終了後の退院もある)  
年度単位で区切ることの是非(予定通りには進まないケース)
  
- 事業がもたらす，各自の意識変化・行動の変化
  - 利用者・患者：「わたしにもできるかもしれない」  
「諦めなくて良かった」
  - 家族： 「自分達だけで支えなくても良いという安心感」
  - 病院関係者：「この人も退院できるかも知れない」  
「職員が諦めていただけだった」  
「地域ぐるみで取り組める良さを実感」
  - 地域関係者：「初めて病院の取り組みを知った」  
「入院中からかかわれると支援しやすい」
  - 行政関係者：「所管地域の課題を把握できた」

地域の  
実態に  
見合った  
事業展開  
へつなげよう

地域の関係機関の連携が強化⇒既存の協議会なども活用。相互理解深まった。

「互いに機能を補い合う」協働体制が進んだ。  
「地域に足りない社会資源」を開発する取り組みが起きた。



# 今後の事業展開のための課題Ⅰ

## ～各地事業総括から学ぶ～

- 利用の中断も「失敗」ではない。
  - ⇒再利用の保障や、追跡調査の実施。
  - ⇒地域生活のイメージ作りや、具体的不安と必要支援の具体化作業、社会参加の促進には十分値し、利用そのものに意味はある。
- 家族機能を補完する制度の拡充を。
  - ⇒例：公的保証人制度、ホームヘルパー派遣、訪問看護など。
- 専門職の育成や、研修実施
  - ⇒さまざまな立場から退院促進支援を担える人材作りを。
- 友人や先輩、仲間としての交流体験としての効果が高かったピアサポーターや非専門職である市民ボランティア等の活用と相互に安心できるための研修を。

# 今後の事業展開のための課題Ⅱ

## ～制度的諸課題～

- 経済的保障(障害年金・生活保護等)
  - ⇒単身地域生活をするためには経済的保障が必要。だが、障害基礎年金2級では難しく、生活保護受給との併用が現実的。また、年金を受給できない者もいる。
  - ⇒退院を契機とした生活保護受給。
  - ⇒障害年金(特別障害給付金)の受給資格の確認や申請支援。
  - ⇒親身な相談支援からの展開が必要。
- 住居資源
  - ⇒福祉制度による住居資源だけでなく、一般住居資源が不足。
  - ⇒「住生活基本法」平成18年6月⇒住生活基本計画(全国計画)。
  - ⇒あんしん賃貸支援事業と住居サポート事業の連携活用促進。
- 手帳による交通費等の割引制度など
  - ⇒通院、日中活動、様々な社会参加に関する交通費や公共施設利用費などに手帳に伴う割引制度が他障害同様に拡大されることが望ましい。

# プロジェクト事業のまとめ

～「新たな社会的入院」を生まないために～

退院促進支援事業は、一つの事業でしかないが、それでも。

- できるところから手を付ける。
- 突破口を開けば、次につながる。
- 地域の実情に見合う事業を、柔軟に展開しよう。
- 社会資源の不足を「できない理由」にしない。
- 医療機関における従来からの取り組みとの連動を。
- 柔軟な発想と、パイオニア精神が必要。
- 無いものは、創り出す。
- 「退院促進」に向けたムーブメントを創る。

地域全体で退院促進支援事業の積極的展開を！  
声かけを待っている利用者がいます。  
誰もが街中でその人らしくあたりまえの暮らしを送る自由と  
権利とを持っています。

## 地域生活の支援にとって必要なこと

「退院」はゴールではない

- ・“暮らし”が、いかに豊かなものになるか
- ・専門職や、領域で縛らないあたりまえの「市民」の暮らしへ

「病院・診療所」に求められること＝医療的支援

- ・緊急時の即応性や、適確な治療の提供
- ・通いやすさと、医療の出前

## 障害者自立支援法のもとで福祉的支援をどう展開するか

○医療計画上の退院促進計画で算定される〇百、〇千人というような数値目標から、「誰それさん」という顔が見える退院促進をできるようにしないとけない。個人情報保護の時代にあって、その一人ひとりの顔が見えているのは、医療関係者や福祉機関の職員やピア、家族である。実体のある退院促進を。

○ひとりひとりの精神障害者の夢や暮らしへの思いを受け止める機会の創出を。相談支援事業を当事者のニーズを真ん中にしてしっかり展開する。

○障害者のニーズを反映させる障害福祉計画を、地域特性を生かして豊かな内容で作りあげていくために住民を巻き込み活発な議論の場を創出すること。

○自立支援協議会の設置により、地域内の公私の各機関が有機的に連携を果たせるように知恵を出し合い、地域を耕していく。その意識改革も必要。

障害者自立支援法の不備や課題を、障害者の生活実態を、声に出していくこと、見直し作業に集約していくことが大切。

その一方で、障害の有無にかかわらず、障害を持っていても安心して街中で暮らすことができるようにしていくことは国を初め、社会全体の責任でもある。

そのためにも、地域内のハードもソフトも、様々なシステムを見直し、発展させていくことが重要。住民全体の問題にしていく。

本日のシンポジウムを機に、精神障害者が地域で豊かに暮らせるように、その支援が豊かに展開できるように、皆さんと考えながら実践していきたいと思えます。



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？

さわ病院  
澤 温

依頼された内容

- 退院促進に必要な要素



- さわ病院では退院促進と意識したことはない
  - 病院で退院を考えるのは当たり前
  - 単に社会復帰の促進
  - 「退院促進」は住む場も地域の理解への努力も入っていなかった
- 豊中市で過去5例トライ
  - 成功した2例は豊中に住居があったが他市の病院入院患者
  - 3年たった今も退院がためらわれていたら促進事業が続けられている
  - 最近新たに成功したというのはこれまで母が同居をといいながら何度も流れた人が家屋の都合がついて同居となり退院となって終了としているだけで、退院後の自宅生活でのリスク管理(タバコの小火、怠薬による症状再燃にともなう包丁隠しなど)、母亡き後の計画はない

# 精神障害者が地域生活を送るための 4つの要素

- 住まう場  
社会復帰施設、グループホーム、アパートなど
- 活動する場とプログラム  
デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、作業所、授産施設、福祉工場、一般就労
- サポートする人々とその連携  
専門家、ボランティア
- 地域の人々の理解と受容  
自然なふれ合いの中でできる  
小さなトラブルは役立つが、大きなトラブルは後退させる

4つの要素は全部必要！

## 住まう場

- 旧社会復帰施設
  - 福祉ホームA, B
  - 生活訓練施設
- 自立支援法施設
  - ケアホーム
  - グループホーム
- アパートなど・・・同居者は同一世帯とみなされて扶助は目減り

# 地域の中の病院である ための責任性

- 患者への責任
  - 精神科救急医療、継続医療
- 地域医療への責任
  - 精神科救急医療
  - 認知症対応
- 地域安全への責任
  - 火災
  - 事故への責任？
    - 通院患者の転落
    - 退院直後の患者の事故

## 活動する場とプログラム

- デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア
- グループワーク
- 作業所
- 旧社会復帰施設
  - 授産施設、福祉工場
- 自立支援法施設
  - 就労移行、就労継続
- 一般就労

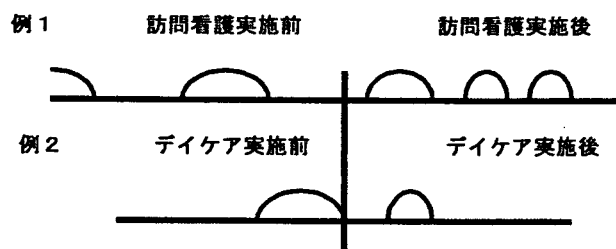
最低賃金程度をもらえるレベルの人でも雇ってもらいにくい  
最低賃金を出せないレベルの人は、それ以下の賃金では納得しない

# さわ病院でのサポート体制

- 870414 訪問看護開始—病棟看護婦に継続看護として開始
- 880928 外来患者への食事実費サービス開始
- 911201 緊急・応急・救急指定病院へ
- 950419 訪問看護ステーション開設(24時間態勢)
- 970321 ライフサポート(グループホームヘルパー)開設
- 991001 地域生活支援センター開始  
(現在の地域活動支援センター)
- 000401 地域保健福祉総合サービスセンター 開始
- その他 デイケア、居住施設のスタッフも連携してサポート
- 95年5月から医師も2人当直で必要に応じて夜間も訪問看護と連携してアウトリーチも可能

生活者だけなら日中サービスでほぼ足りるが、疾病を持った生活者では、疾病部分が大きくなるほど24時間サービスを必要とする

## 訪問看護とデイケアの 社会復帰への効果



調査2の調査方法

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間(2ヶ月以内の空白は連続と見なした)と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当りの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当りの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた(但し実施後入院の無かった患者については1回当りの入院期間を0日とした)。

調査2結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数/回
デイケア	128	0.67±0.19*	0.55±0.08**	0.48±0.13**
訪問看護	113	0.17±0.06**	0.32±0.06**	0.14±0.04**

\*p<0.05 \*\*p<0.01 Mean±SEM



# 精神医療の敷居を低く

- 精神病院らしくない病院から病院らしくない病院へ
- 地域の人々を引き込む病院へ
  - 季節行事
  - タクシー乗り場、ATM
- 地域の人々になくてはならない病院へ
  - 介護保険関係
    - 介護講習
    - 食事宅配サービス

## さわ病院で考えた

### 「障害ある人が地域で生活するための6要素」

今後地域で障害ある人が生活するには:

- ①栄養管理(食事)
- ②経済管理(金銭の管理)
- ③生活リズム管理(睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビを見たりごろごろしている人はそれもよしとして)
- ④保清(掃除、洗濯、入浴)
- ⑤治療管理(服薬)
- ⑥対人関係(自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして)

の6項目を考える。

# “しゃかいふつき”の構成

- し:しゃかい的行動(強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動が無いこと、どこへ行ってしまうかわからないことはないことでスクリーニング)
- や:やりくりを意味する経済管理
- か:かつどうを意味する生活リズム管理
- い:いんしよくを意味する栄養管理
- ふ:ふくやくを意味する治療管理
- つ:つきあいを意味する対人関係
- き:きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方の各項目の個別評価基準の内医療的なもの、退院後でいいものを除くと上記7つになる

## ケアガイドラインに基づく 精神障害者ケアマネジメントの進め方 —各項目の個別評価基準—

### ・1 自立生活能力

#### a. 身のまわりのこと(パーソナルケア)

- a-1 必要な食事をとること
- a-2 生活リズム
- a-3 個人衛生・みだしなみ
- a-4 清掃やかたづけ、洗濯
- a-5 金銭管理

#### b. 安全の管理

- b-1 火の始末
- b-2 大切な物(財布・印鑑・鍵・重要な書類・自分の大切にしているもの)の管理

#### c. 健康の管理

- c-1 服薬管理
- c-2 身体健康の管理

#### d. 社会資源の利用

- d-1 交通機関の利用
- d-2 公共機関・金融機関の利用
- d-3 電話の利用

#### e. 対人関係

- e-1 協調性(主に、家族以外との関係について評価)
- e-2 自発性
- e-3 となり近所との付き合い
- e-4 友人等との付き合い

#### f. 社会的役割・時間の活用

- f-1 自分なりの社会的役割を持つ
- f-2 趣味・空いた時間の過ごし方

### ・2 緊急時の対応

#### g. 緊急時の対応

- g-1 心配ごと(ストレスを受けた場合)の相談
- g-2 悪化時の対処

### ・3 配慮が必要な社会行動

#### h. 配慮が必要な社会行動

- h-1 会話の不適切さ
- h-2 マナー
- h-3 自殺ないし自傷の念慮や行為
- h-4 その他の社会的適応を妨げる行動

# ケアガイドライン ケアアセスメントーし

1) そのような社会行動☆は見られない。
2) この1か月間に、そのような行動は見られなかったが、それ以前はあった。
3) この1か月間に、そのような行動が何回かあった。
4) この1週間に、そのような行動が数回あった。
5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

☆: 人に物に対する暴力、敵意的な社会的交流、妄想に基づくと思われる奇妙な行動、状況にふさわしくない大声を出す、放浪癖、過度な潔癖症、強いこだわり、電話の乱用、性的逸脱行動、世間でひんしゆくをかうような行動、等

# 日精協版 しやかいふつきーし

1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) この1か月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。	① 24時間7日のある住居 ② 7日 ③ 訪問看護
3) 3) この1か月に、そのような行動が何回かあった。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
4) 4) この1週間に、そのような行動が数回あった。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
5) 5) そのような行動が毎日のように頻回にある。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

- ① 住まう場
- ② 日中の活動
- ③ 専門職のサポート

# 日精協版 しやかいふつきーや

1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。	①1人住まい ②一般就労 ③なし
2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。	①1人住まい ②福祉工場 ③ヘルパー
3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。	①日中のケアのある住居 ②福祉工場～作業所 ③ヘルパー、訪問看護
4) 3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。	①24時間ケアのある住居 ②作業所、デイケア ③訪問看護
5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。	①入院 ②作業療法 ③ —

# 日精協版 しやかいふつきーか

1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる	①1人住まい ②福祉工場～一般就労 ③なし
2) 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。	①1人住まい ②授産施設～福祉工場 ③なし
3) 時に助言がなければ、寝過ごすか、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。	①日中ケアのある住居 ②作業所～授産施設 ③ヘルパー、訪問看護
4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。	①24時間ケアのある住居 ②デイケア ③ヘルパー、訪問看護
5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。	①入院 ②作業療法 ③ —

# 日精協版 しやかいふつきーい

1) 適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がだいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 授産施設～一般就労 ③ なし
3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。	① 日中ケアのある住居 ② 作業所 ③ ヘルパー
4) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ 訪問看護、ヘルパー
5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

# 日精協版 しやかいふつきーふ

1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)	① 1人住まい ② 一般就労、福祉工場 ③ なし(あるいは訪問看護)
3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)	① 日中ケアのある住居 ② 福祉工場～作業所 ③ 訪問看護
4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデポ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア、作業所 ③ 訪問看護
5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。	① 入院(デポ剤で24時間ケアのある住居も可) ② 作業療法、デイケア ③ —、訪問診療、訪問看護

# 日精協版 しやかいふつき一つ

1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 1) が、だいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 福祉工場、一般就労 ③ なし
3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。	① 日中7のある住居 ② デイケア～作業所～授産施設 ③ 訪問看護
4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。	① 24時間7のある住居 ② デイ7、作業所 ③ 訪問看護
5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

# 日精協版 しやかいふつき一き

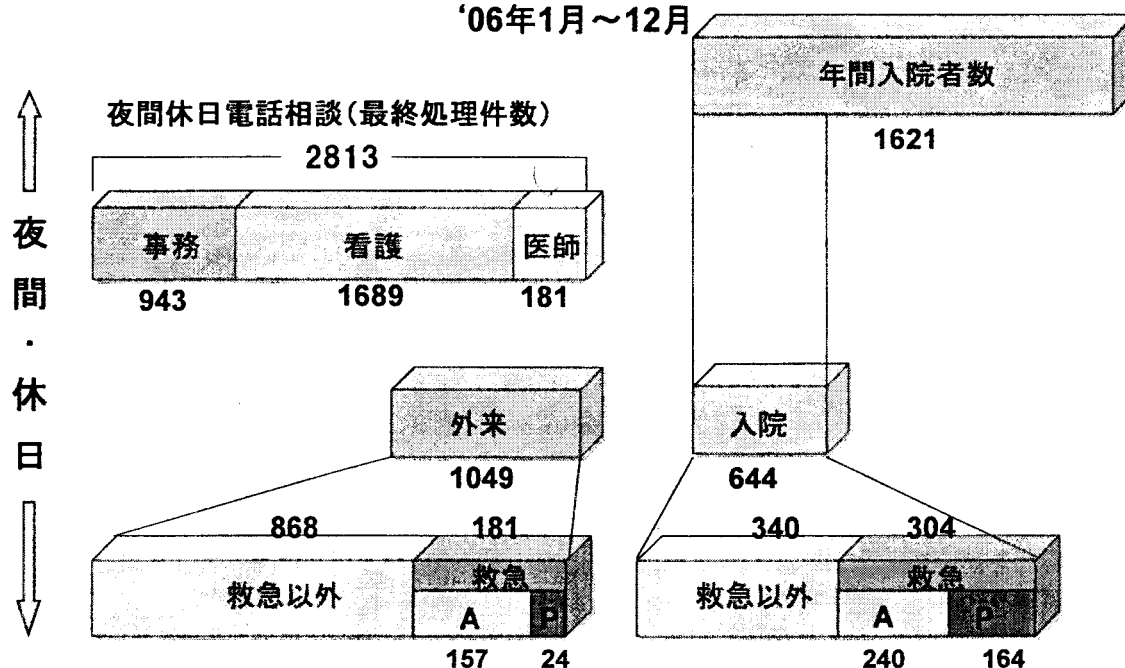
1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて（週に1回くらいは）、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等をある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなせる。	① 1人住まい ② 福祉工場～一般就労 ③ ヘルパー、訪問看護
3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。	① 日中ケアのある住居 ② 授産施設 ③ ヘルパー、訪問看護
4) 4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイ7、作業所 ③ ヘルパー、訪問看護
5) 5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

# 医師意見書の中の生活障害評価が 障害程度区分を引き上げた

- ・ 5. その他特記すべき事項
- ・ 〈精神障害の機能評価〉
- ・ ○精神症状・能力障害二軸評価：（精神症状； 能力障害； ）  
〈判定時期 平成 年 月〉
- ・ ○生活障害評価：（食事； 生活リズム； 保清；  
金銭管理； 服薬管理； 対人関係； 社会的適応を  
妨げる行動； ）〈判断時期 平成 年 月〉
- ・

## さわ病院における全救急態勢の実態

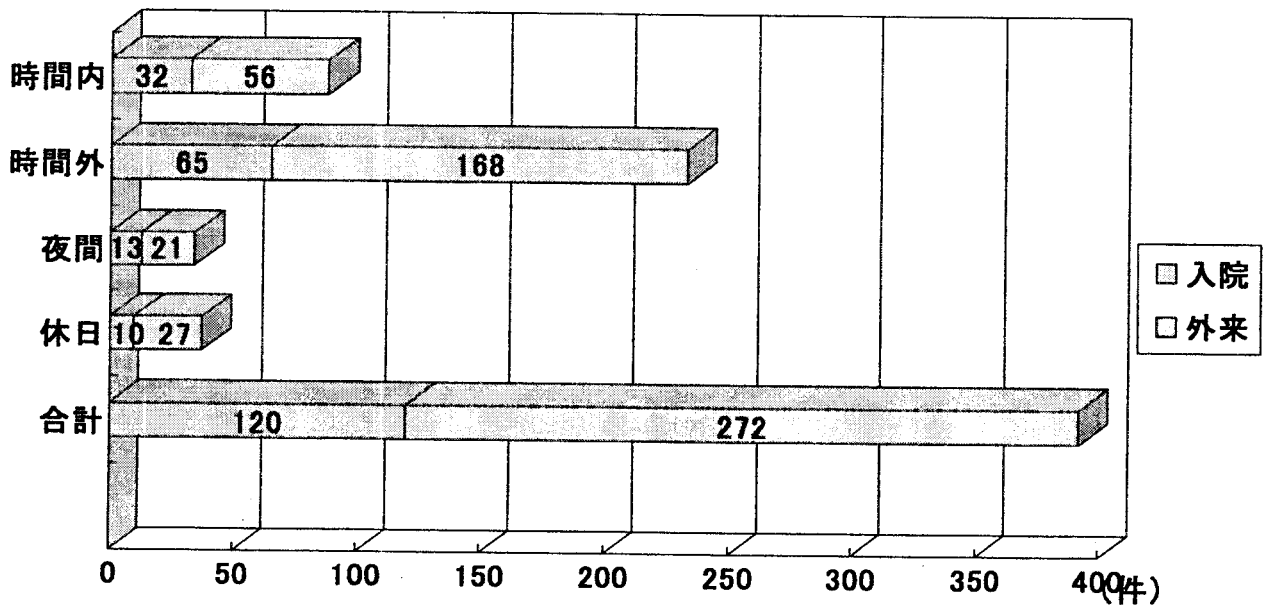
‘06年1月～12月



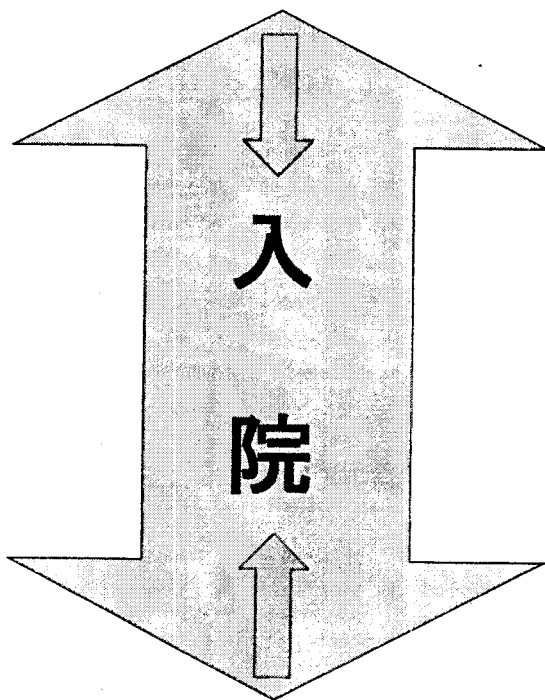
\* 救急とは、救急隊(A)・警察搬送(P)を示す



# さわ病院の往診の状況 (97年9月~06年12月)112ヶ月



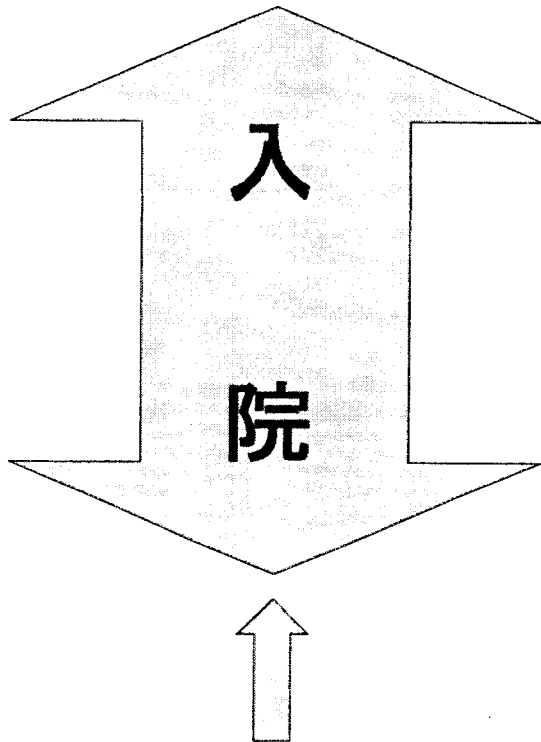
## 医療的サポートと入院期間



- ←1974年 デイ・ケア
- ←1986年 精神科訪問看護(2×/M)  
ナイト・ケア
- ←1988年 精神科訪問看護(2×/W)
- ←1994年 精神科訪問看護(3×/W)  
訪問看護ステーションの拡大  
デйнаイトケア
- ←1995年 精神科救急医療システム

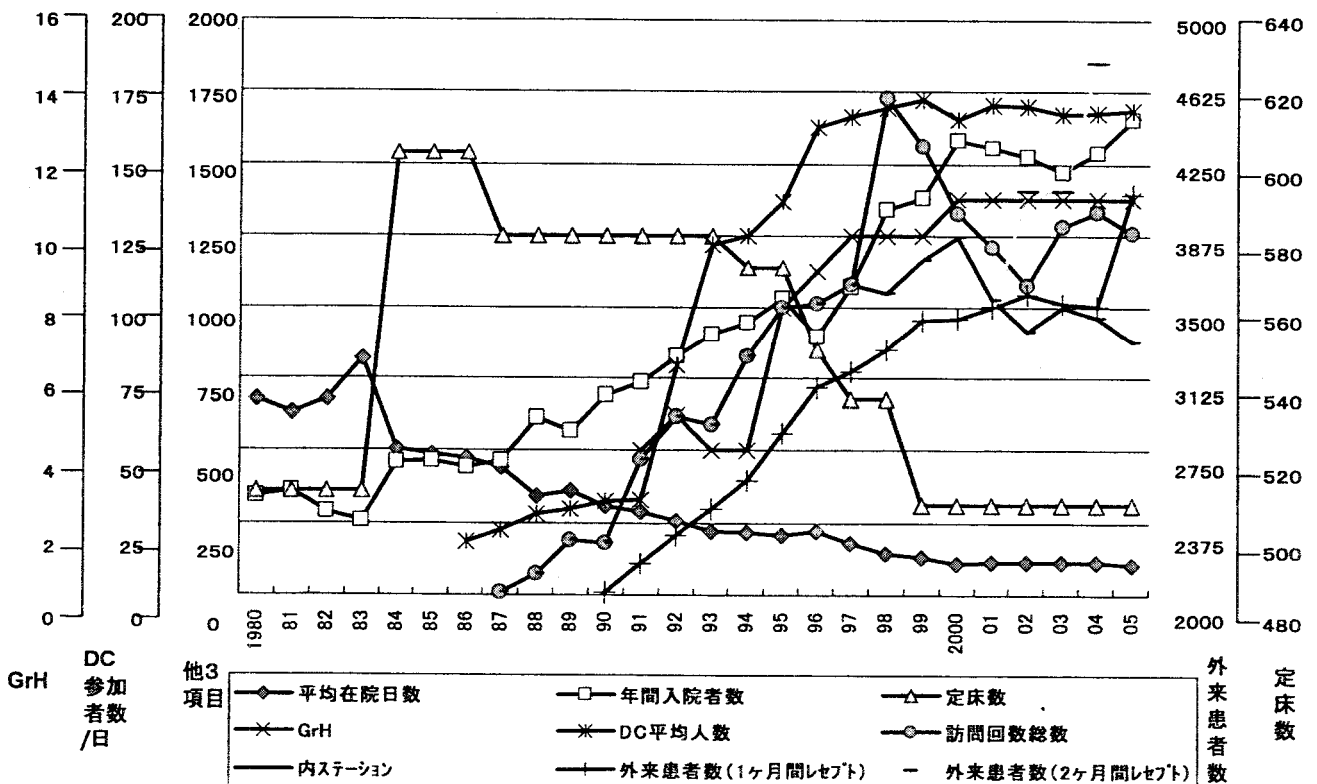


# 福祉的サポートと入院期間

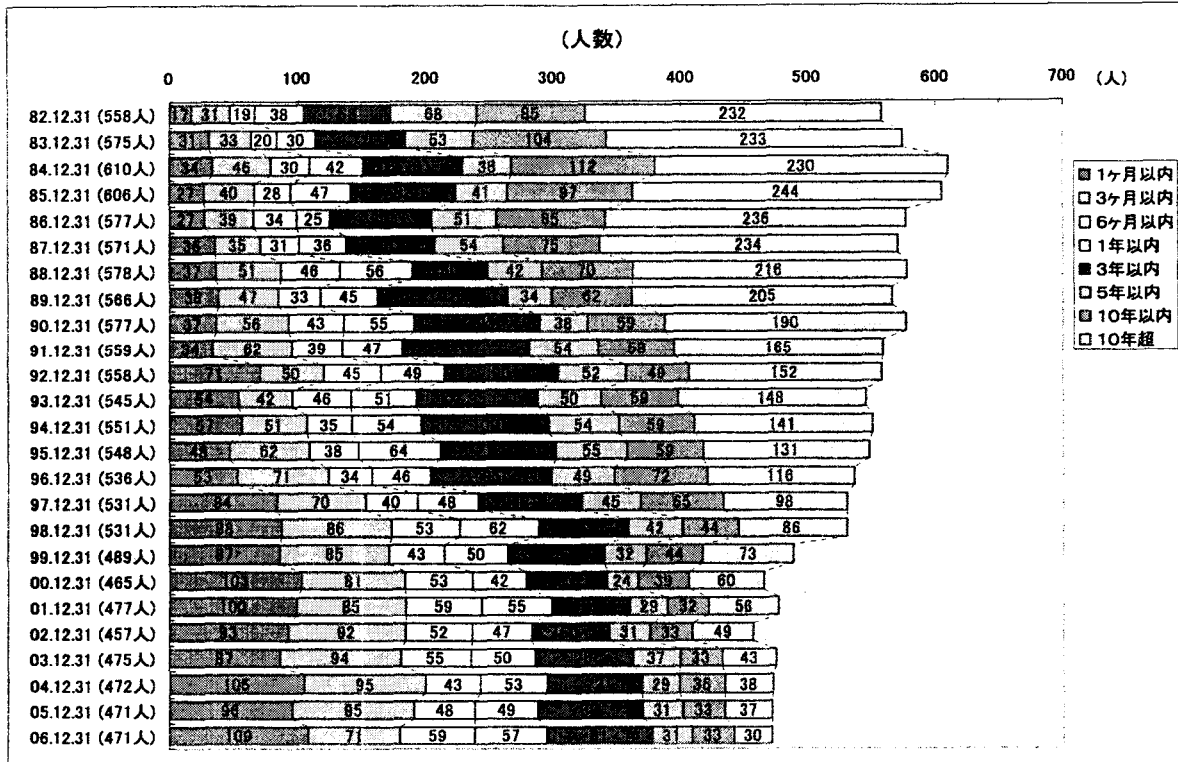


- ←1987年 小規模作業所助成
- ←1988年 生活訓練施設  
福祉ホーム  
通所授産施設
- ←1992年 グループホーム
- ←1993年 入所授産施設
- ←1995年 福祉工場
- ←1996年 地域生活支援センター
- ←1999年 福祉ホームB
- ←2000年 小規模授産施設
- ←2002年 ホームヘルパー  
ショートステイ

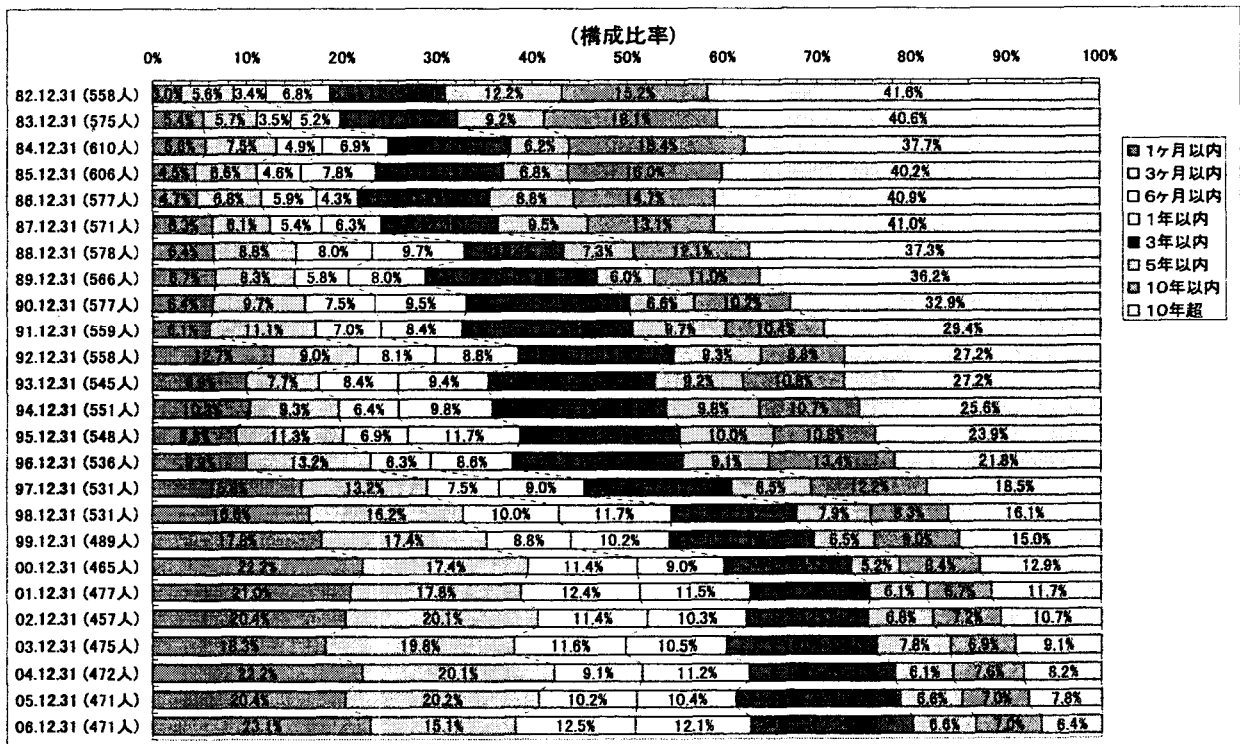
## さわ病院の施設及びシステムの変化と患者動態



# 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(%)

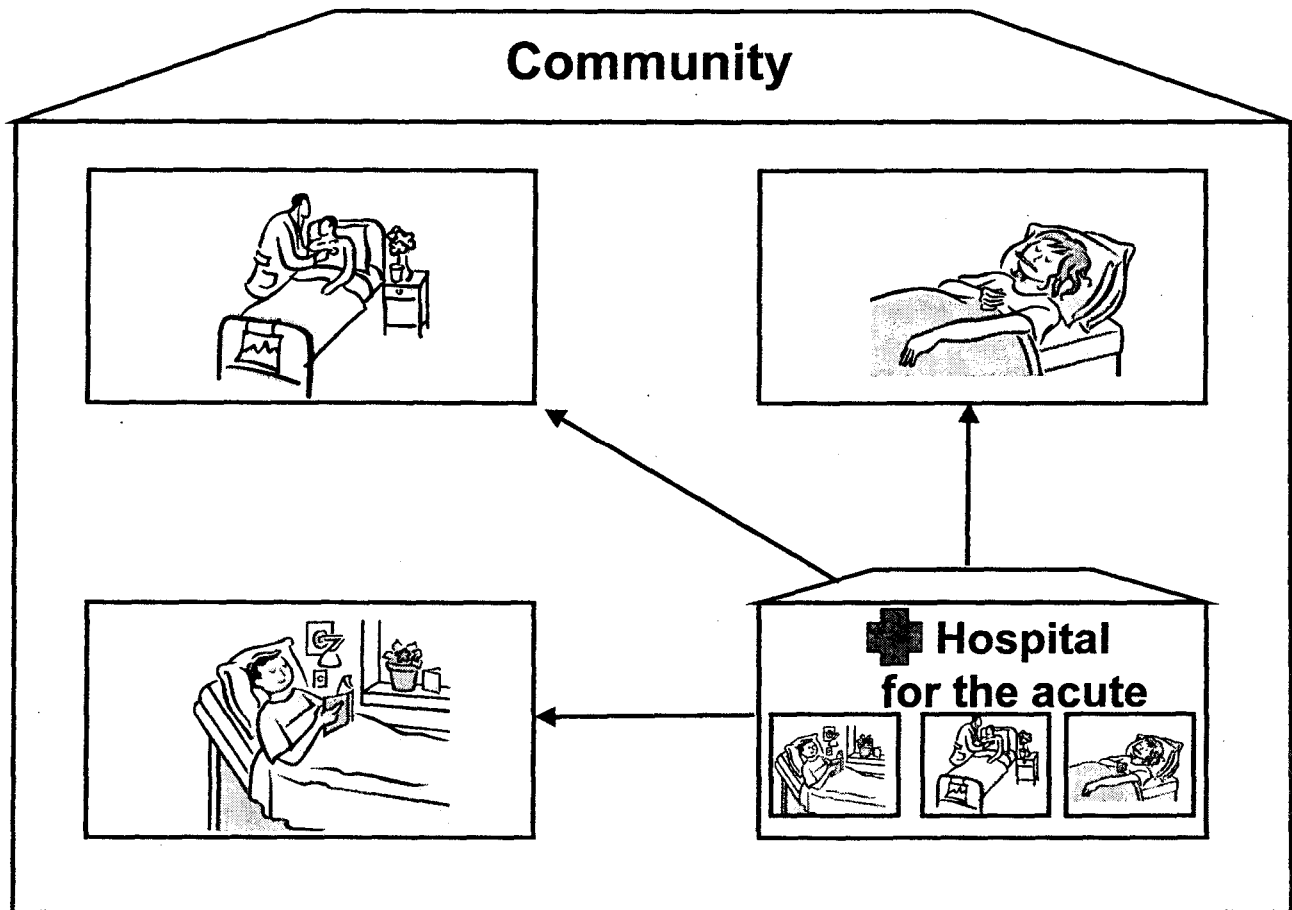
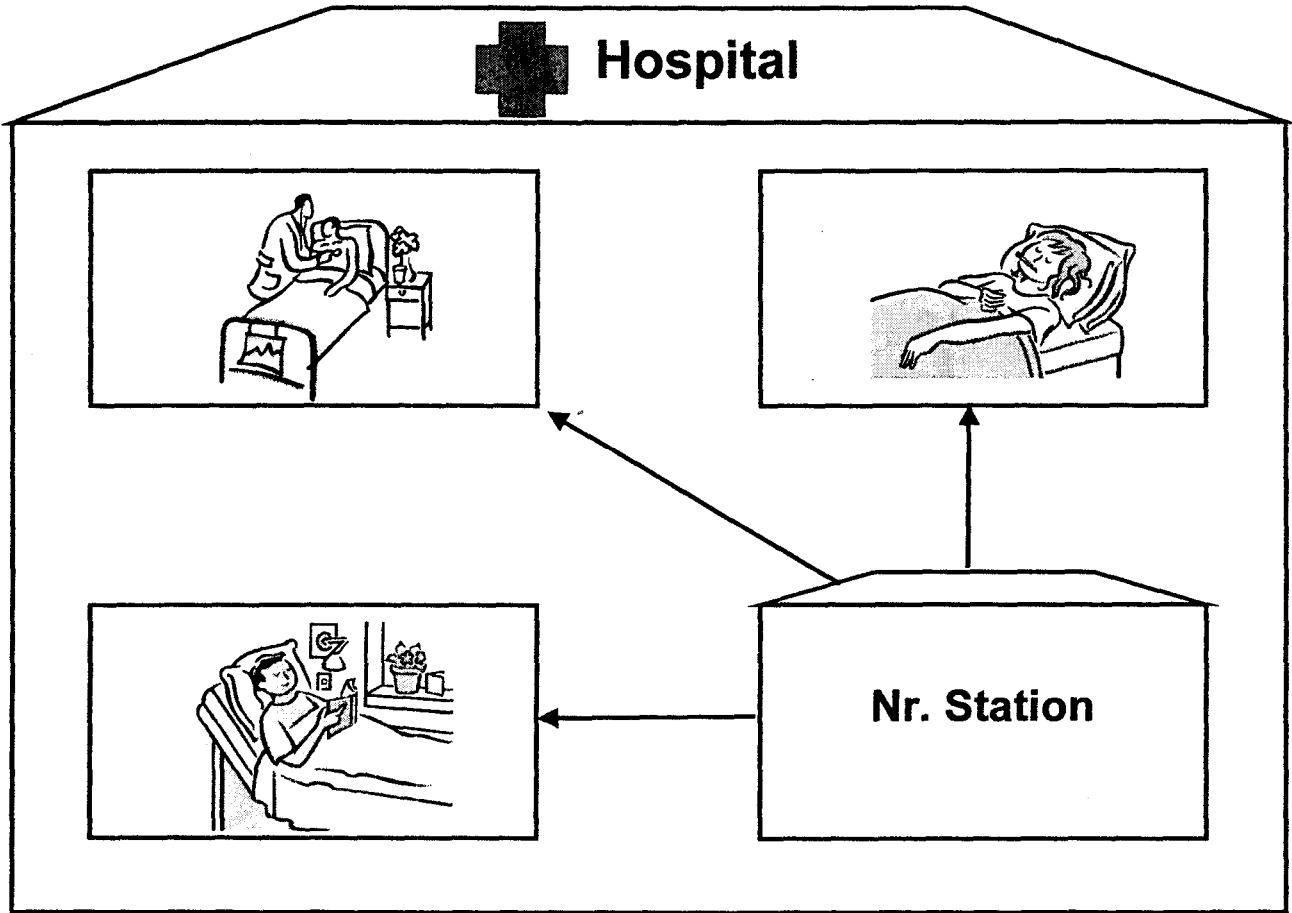


# さわ病院グループホーム入居者

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

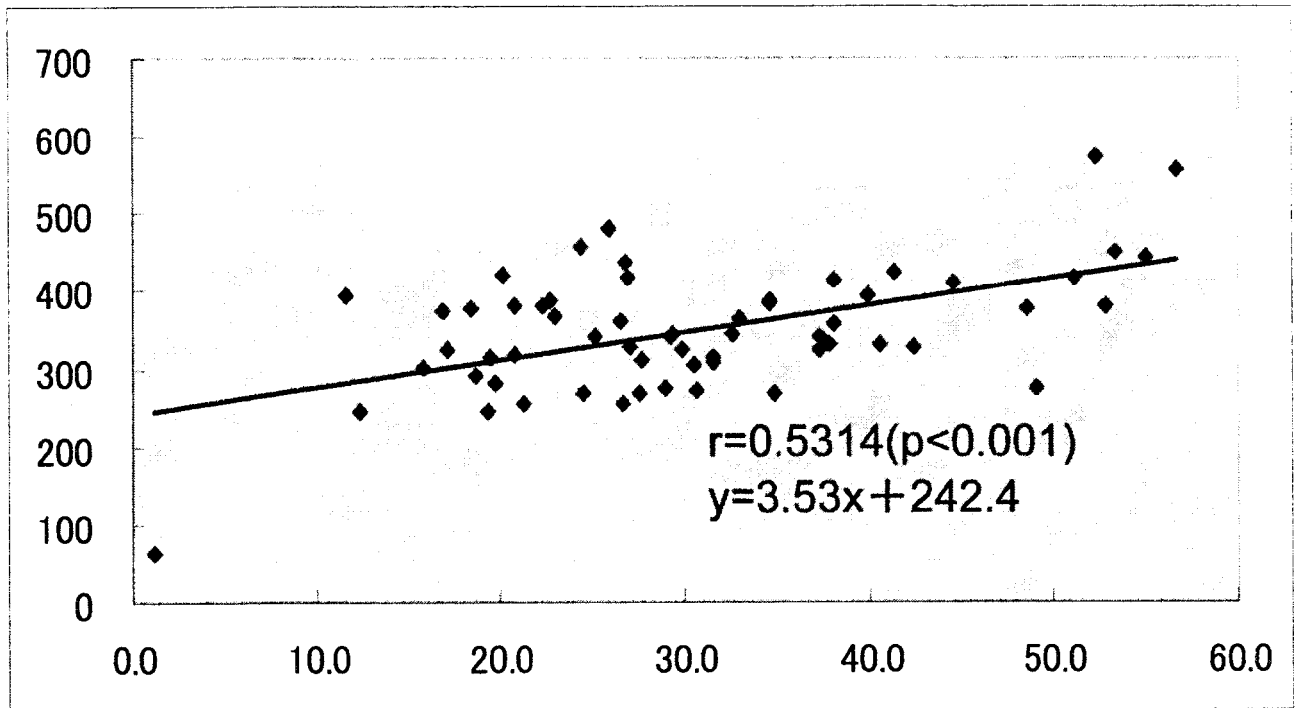
## 地域精神保健・医療・福祉の スローガン

- 地域は病院だ
- 家庭は病室だ
- 町中開放病棟だ



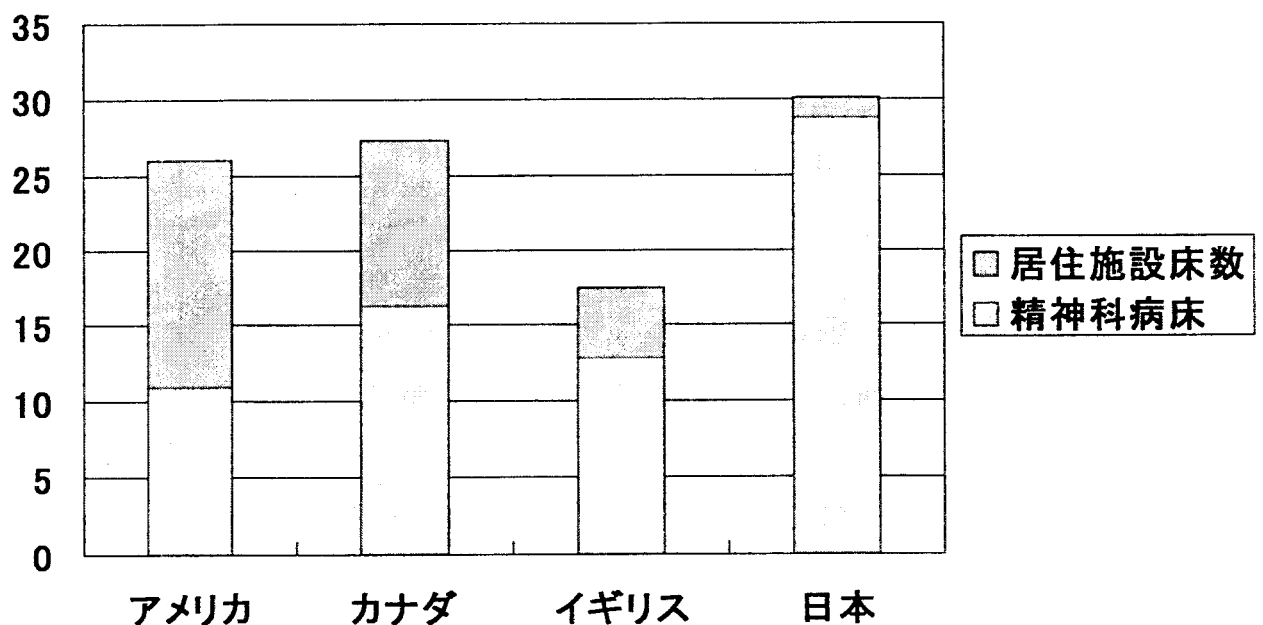
# 47都道府県と13政令市の 精神科病床数と平均在院日数の相関(2003年)

—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ない
  - 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ない方向を

# 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

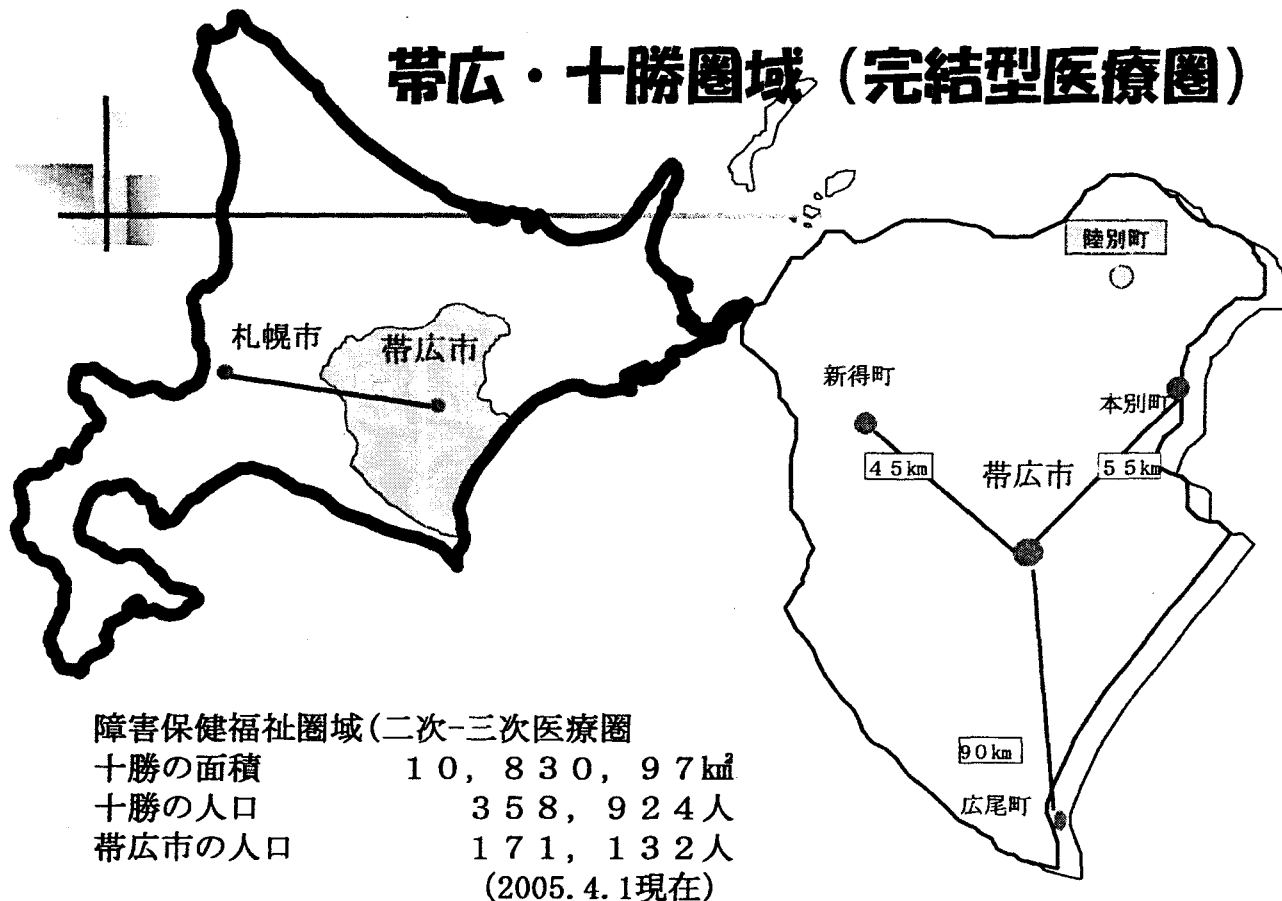
### 自分が安心できる暮らしのため に何が必要か

“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)

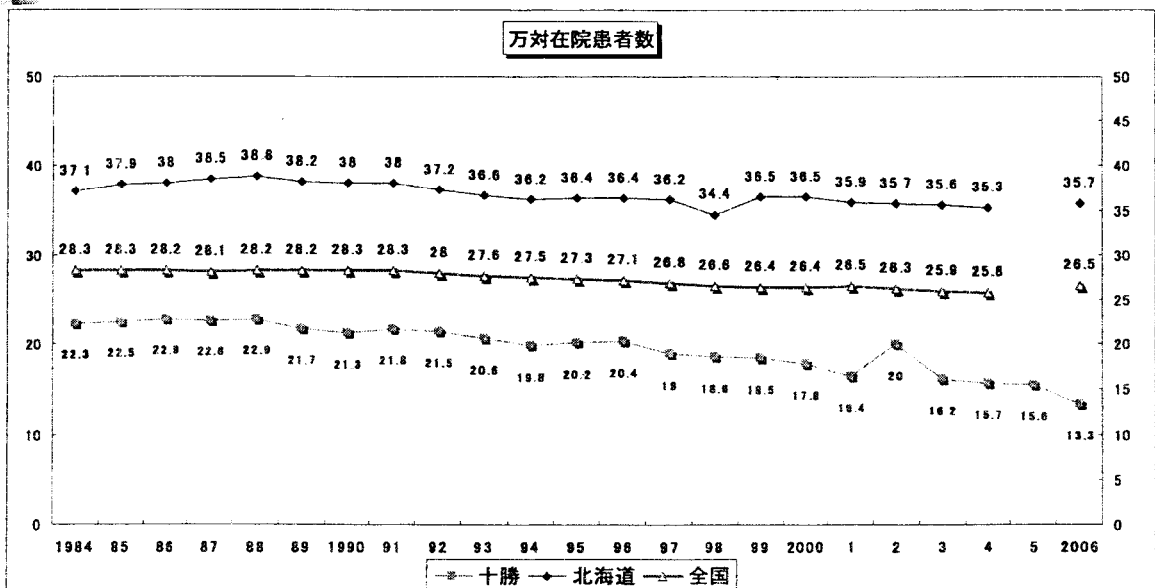
365日3食付 管理人を置かない 4.5畳の城

# 朋友荘からの学び

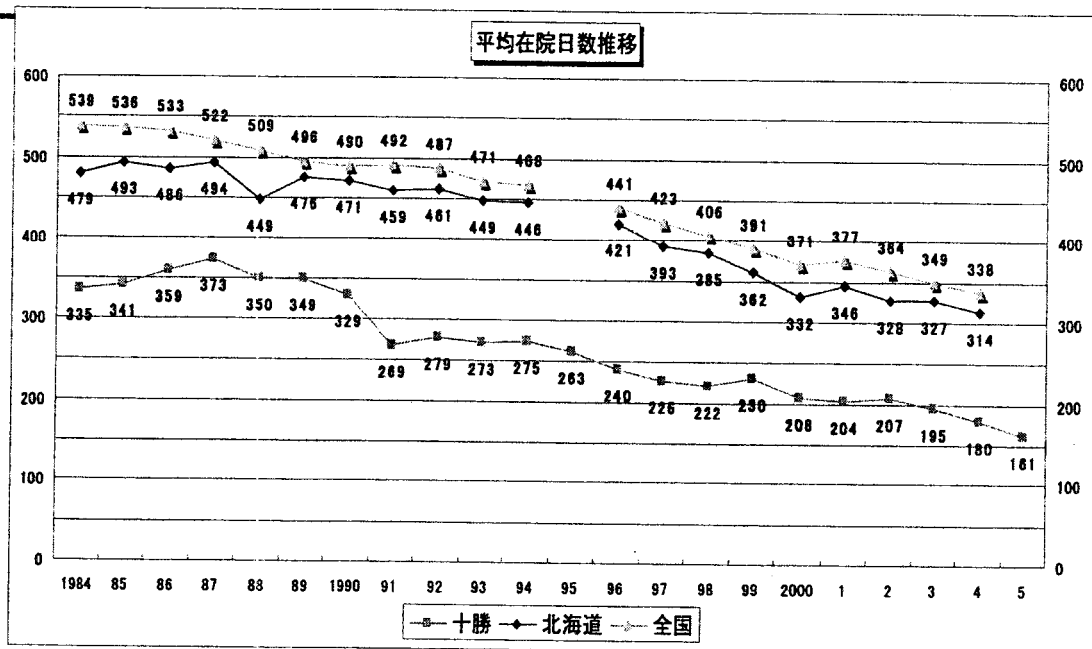
- 「社会的入院者の退院基準」のあいまいさ
- 「地域は偏見が強い」という偏見
- 「専門性」という名の自縛
- 「すごろく式」も可
- 実生活体験によるフラスの積み重ね
- 治療動機の自覚強化

- 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

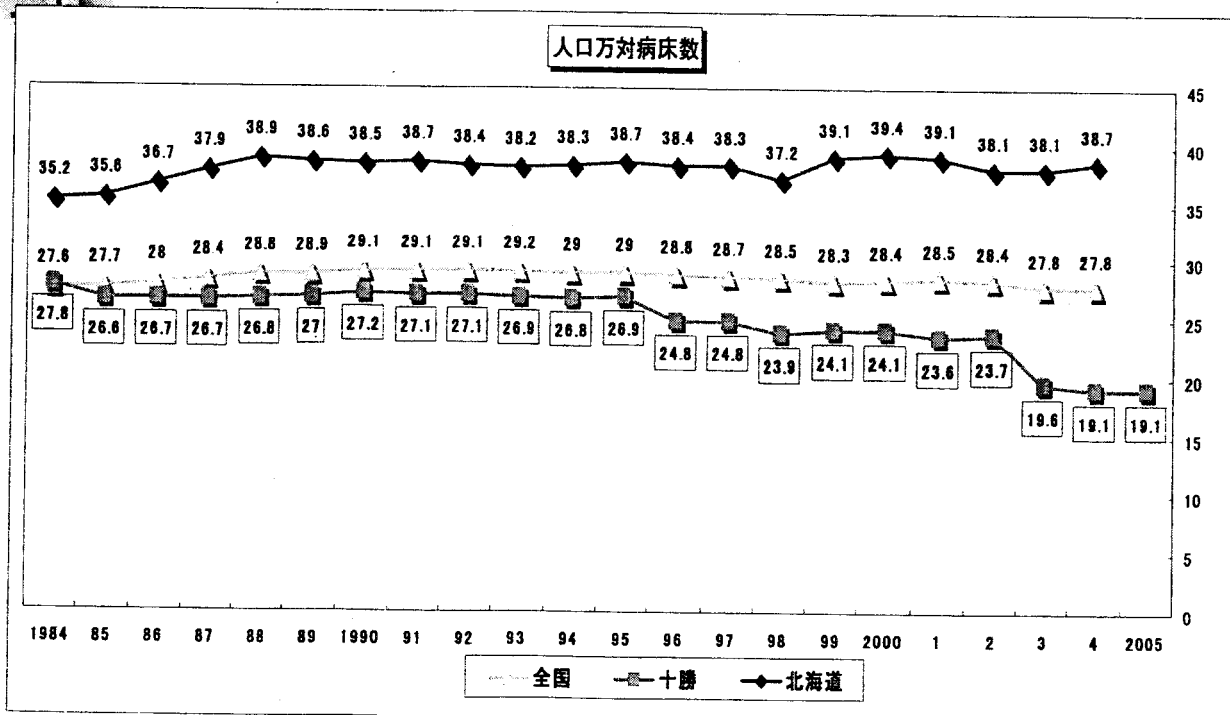
# 万対在院患者数の推移



# 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」

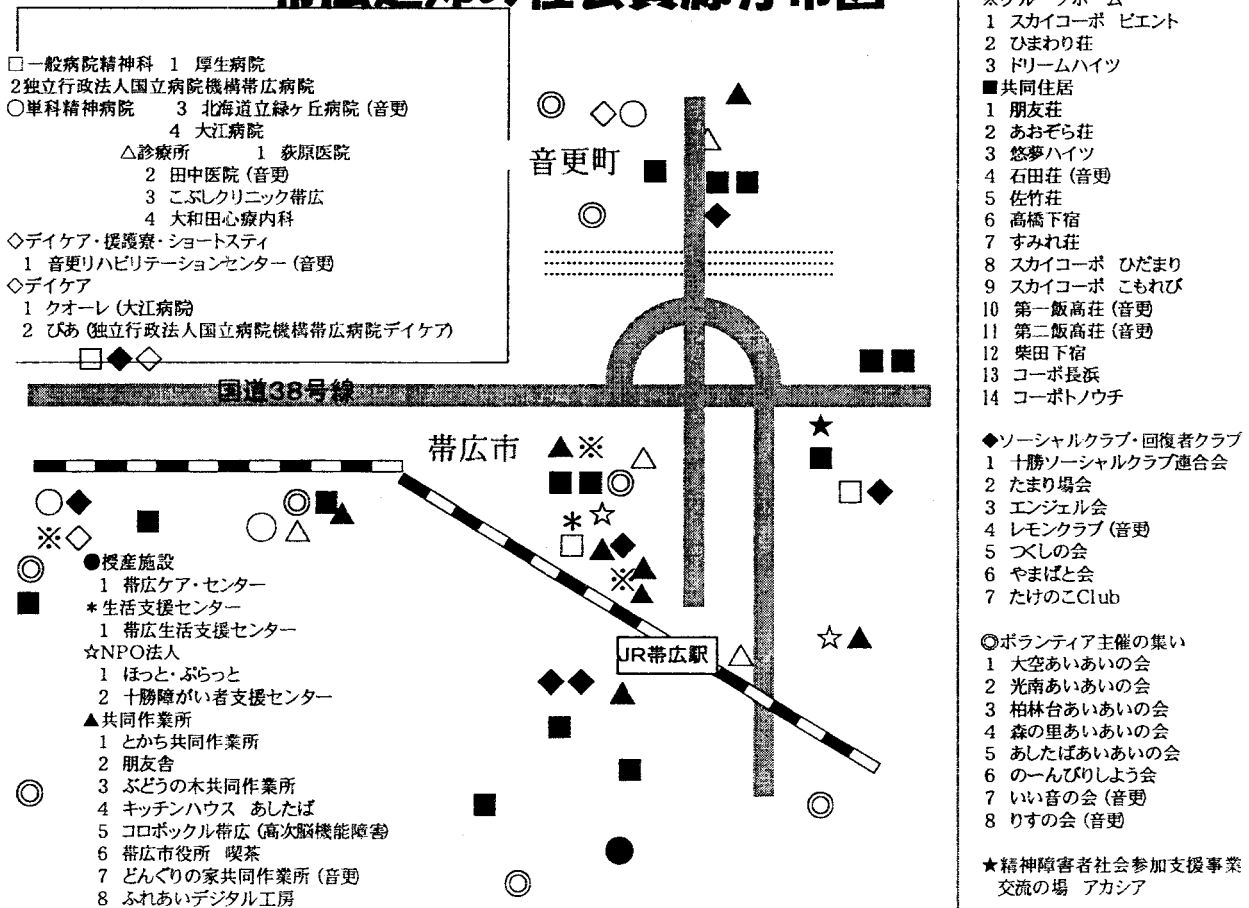
1993年 帯広市への提言「市民の心の健康と精神障害者の生活と福祉のために」

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

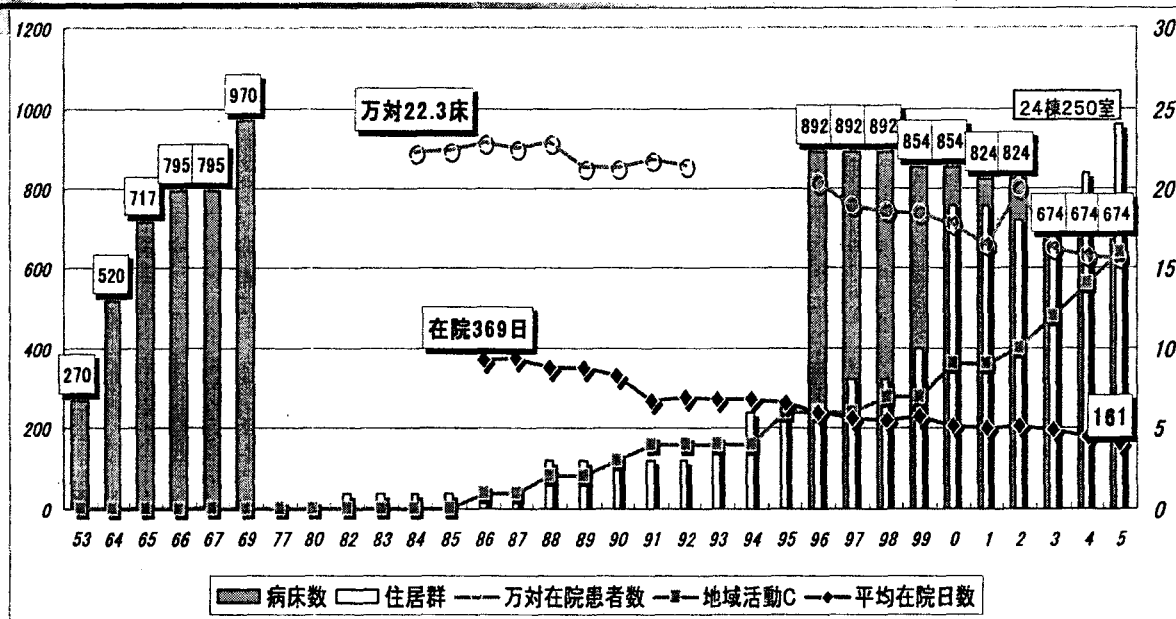
- ・住居 ・仲間づくり ・ドロップインセンター ・薬物、嗜癖
- ・家族会 ・就労 ・生活支援センター ・マンパワー ・ボランティア養成
- ・研修制度 ・国際交流 ・精神保健福祉都市宣言

## 多くの関係者のコンセンサスを得る

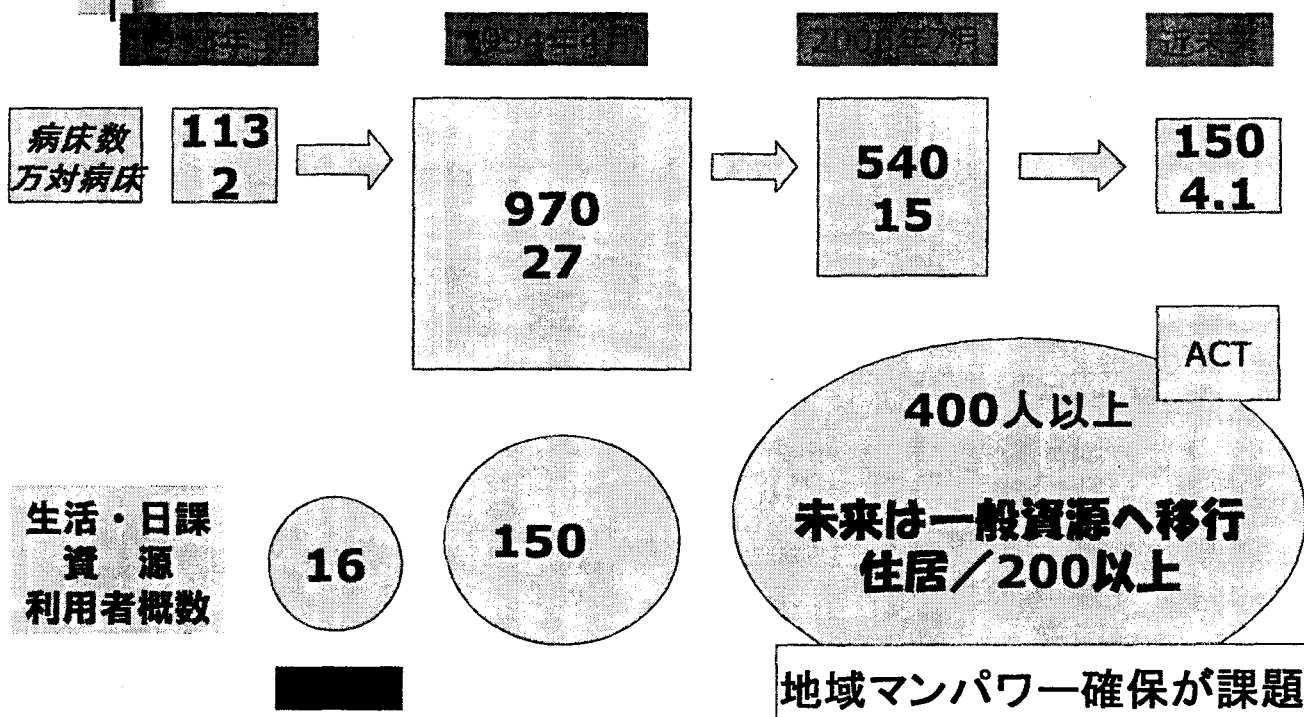
### 帯広近郊の社会資源分布図



# 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

