

# 帯広・十勝圏域の 地域移行の取り組み

～地域で暮らすを当たり前に～

NPO法人十勝障がい者支援センター  
理事長：門屋充郎

# 帯広・十勝

面積10,830,97km<sup>2</sup>

人口:約358,000人

帯広市:168,000人



中島みゆき ドリカム 松山千春  
さくらまや スケート/清水宏泰 高木美保  
陸上/福島千里 安住アナウンサー



帯広市八千代牧場(育成牧場) 日本の食糧基地  
Municipal rearing ranch in Obihiro

# 私はソーシャルワーカー 生活支援の専門家

- 生活支援の基本 ・生活の三層構造を満たす
  - 1)「命」=医学モデルによる対応 医療
  - 2)「暮らし」=心理・社会的存在へのかかわり
  - 3)「生きがい」=その人らしさ

哲学的・宗教的高みへ向かう 生活モデル

- 具体的に ・生き場 ・行き場 ・活き場づくり

・安心の基地=住居

住居

・日課を満たし社会関係を続ける

「行き場」づくり

日課

・元気の源 「活き場」=自由な空間 解放された時間と空間

余暇

本人の力を引き出し 社会資源の本人への統合

# 何がどのように変わるのか

## 今まで

施設化  
完結主義(専門職中心)  
措置(行政処分)  
家族扶養  
中心化(専門分化)  
パターナリズム(押し付け)  
区別・差別・障害程度

## これから

脱施設化(地域ケア中心)  
脱完結主義(みんなで支援)  
契約(自己決定)  
社会扶養  
脱中心化(連携)  
脱パターナリズム  
人間の尊厳

# 今までの精神障害者の社会的処遇は 権利が侵害されるようになっていた

- 法による権利剥奪の歴史が長かった
- 精神障害の場合、医療(治療)に加えて保護(拘禁)を医療の役割とし、生活までも医療に任せてきた
- 障害者は沢山の(絶対・相対)欠格条項が長く存在し社会的差別を当然としてきた
- 保護者制度の問題 家族負担が大きい
- 措置制度と強制入院など
- 精神科特例 医療法の一般病床利用の制限など
- 国際的に非難され続けていながら

「拷問等禁止委員会」結論及び勧告 2007.5.

日本の精神病院の拘禁制度について司法の介入を求めている

# 日本の精神医療・保健・福祉

国家政策は明治以来「社会防衛」を基本としてきた  
その政策を果たす大きな役割を精神医療が引き受け続けてきた  
それが間違っていたと気づいたときには経済原則に縛られた精神医療が展開されていた  
日本の精神医療の歴史は治療に加えて  
生活・福祉的援助の役割も拡大してきた

その結果は

不幸な生活＝人生を送らざるを得ない本人と家族が一千万人を  
越えています

先進諸国の中で20～30年以上も遅れてしまいました

精神医療は結果的に質の低下も招いています

社会には精神病・精神医療に対する根強い偏見をつくりました

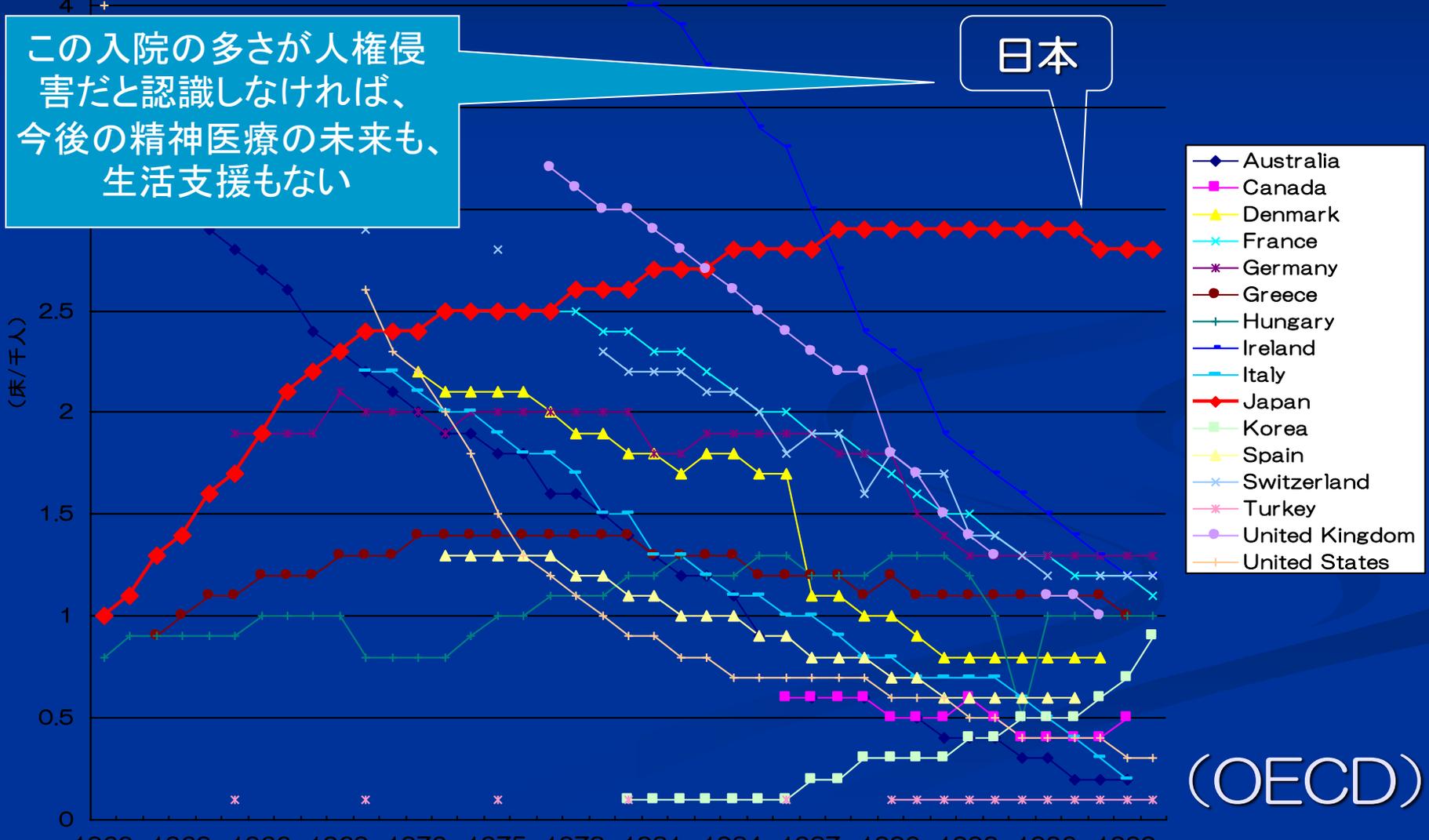
この豊かな社会の大きな人権侵害、いつまで続けていくのか。  
少なくとも関わりを持った私たちには彼らの人生を取り戻す  
生活支援を全力で行う責任がある。

# 病床数(諸外国との比較)世界は脱施設化

日本/人口万対病床数 全国:27.7 北海道:35.4 十勝:15.1  
 平均在院日数 全国:328日 北海道:315日 十勝:143日

この入院の多さが人権侵害だと認識しなければ、今後の精神医療の未来も、生活支援もない

日本



(OECD)

# 日本における精神保健福祉活動の現在 この構造を変える

1995

過去から 現在

【地域】

本当はこの枠組みが生活モデル  
にならなければ

精神医療の社会的役割の拡大  
入院中心医療から地域を抱え込んだ精神医療へ

医療(入・外)  
97%の経費

医学モデル

保健福祉  
3%の経費

生活モデル

中核機能  
治療 症状軽減

作業療法・住居機能

精神科病院

リハビリテーション

OT・PSW活動など

PSW

生活支援

地域にも医療中心の抱え込構造

# 帯広・十勝では 医療関係者も共に 地域生活支援を柱として

精神医療はより医療らしく、治療水準の向上を、入院と同時に退院を考える精神医療へ、社会の求める保護機能を縮小し、入院機能を縮小し、脱施設化へ。地域で重症の精神病患者を在宅医療(ACTなど)で支える地域医療の拡大を。

**リカバリーの理念を生活支援と医療が共有する。**

これからの精神障害者支援は生活支援が医療を包括した地域実践として拡大される。

生活支援は、たとえ制度・資源がなくても、地域に人的資源さえあれば、普通の生活資源を普通に使えば

私たちと同じあたりまえの市民生活は可能である。

障害者専用の生活資源が必要なのではない。私たちが使っている生活資源と良質な精神医療があれば再発を予防しながら暮らし続けることは可能である。もう家族扶養に頼らずに、多様な社会扶養のシステムを用意する必要がある。