活き場づくり

- 仲間つくり
- たまり場つくり
- 希望に向かうことへの支援
- ピア　サポート　スペシャリストに注目

多様なセルフヘルプグループ

- あおぞら会(1968年)
- つくしの会(1977年)
- やまばと会(1980年)
- 十勝ソーシャルクラブ連合会(1994年　現在NPO)
- WRAP研究舎　他6グループ

その他　断酒会7グループ　AA　MAC　アラノン　帯広NAVA　タンポポの会など

市町村のミニデイケア・たまり場・サロンなどなど　フットサルクラブなど

帯広・十勝では
生活支援を柱として精神医療を考える

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摂した
地域実践として拡大される。リカバリーが合言葉
生活支援は、たとい制度・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。

初発治療の重要性と再発を防止し継続医療を生活の基盤とする

地域ケアが充実すると入院施設は少なくてすむ
十勝の精神科病床の変化

	過　去	現　在
1953年　道立緑ヶ丘病院	270床	187床
1964年　国立十勝療養所	150床	100床
1965年　柏林台病院	127床	0床
1965年　帯広厚生病院	106床	70床
1966年　帯広協会病院	78床	0床
1969年　大江病院	181床	154床
	1,012床	511床

1996年から減少　2007年7月に540床に　2011年6月511床に

病床利用率80%程度　実質万対13人前後　　将来は150床に

ACTチームが2つと主治医・訪問看護などを含めたケアマネによる地域生活支援システムがある。

入院医療を縮小し地域生活支援を行うと費用対効果が

しかし
今までの40年間を振り返ると

- 愕然とする日本の現実
- 私の活動は全体状況は変えられていない

- これからは最先端の精神医療を、どこでも、誰にでも提供できて、過去のような長期入院などの問題をつくらないように

急いで救済活動をしなければ
退院促進　地域移行を!!!

私達の退院促進支援事業

(モデル事業の展開)

2004・2005年

病　院

Dr.
Ns.
pt
PSW
その他

生活支援センター

SV
CM:psw3名 PHN1名
CM
peer
peer
Peerは7名

訪問　本人との面接　支援計画

訪問　外出支援　住居探し
引越し支援・生活条件整備

対象:4病院8名
S:7名　Ep1名
6名が退院
支援総回数:142
50代5名
30歳代2名
20歳代1名
2年から13年

十勝圏域
自立促進支援協議会
センタースタッフ・ピアサポーター・
主治医・担当Ns.PSW等
生活支援センター・病院・保健福祉事務所
関係市町村・協力施設等

地域CM会議
ケア計画の検討
CMに対するSV

変わります

施設中心から地域生活中心へ

- どんな人も幸せは自由に、自分で決めて、自分らしく暮らすことです。
- 保護されて、世話されて暮らすことは不自由です。