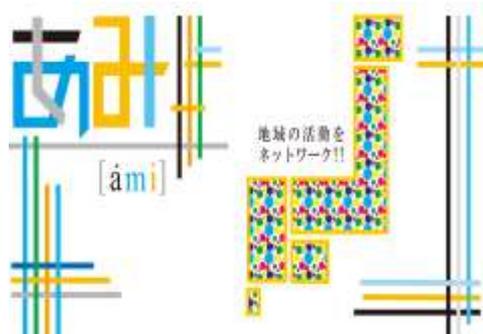


2017.9.30 せいじれん合同研修会シンポジウム

「その人らしい暮らしを実現するために」 推進の眼差し

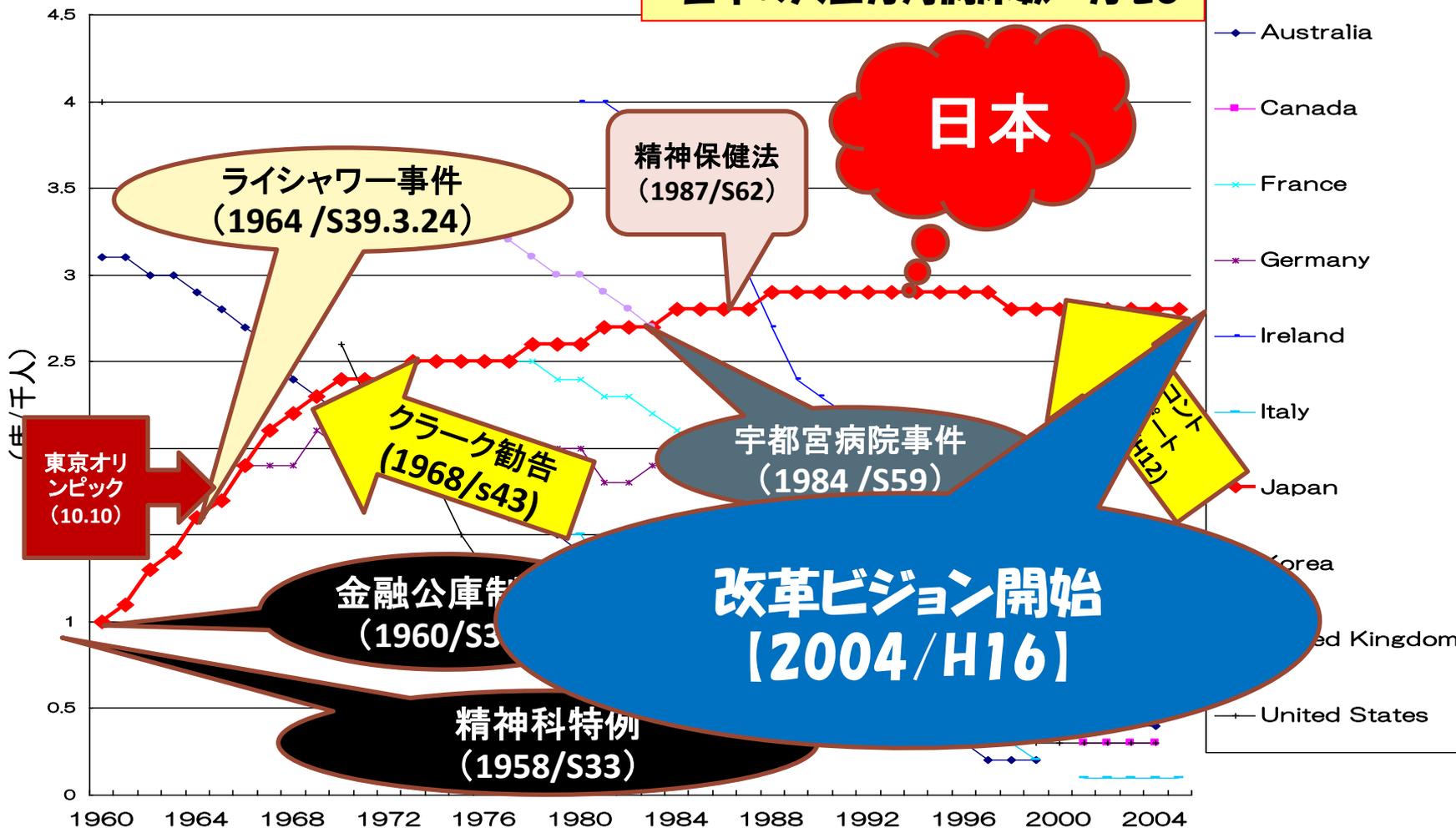
～地域移行、在宅支援の現状と課題、そしてこれから～

全国精神障害者地域生活支援協議会 理事
はらからの家福祉会 総合施設長
伊澤雄一



精神科病床数推移国際比較～脱施設化政策はいつ始まるのか!?!～

日本の人口万対病床数 万:28



資料：OECD Health Data 2002 (1999年以前のデータ)
OECD Health Data 2007 (2000年以降のデータ)

この10年ほどの精神保健医療福祉改革の流れ

2004年(H16)	厚労省「精神保健福祉改革ビジョン」(10年計画) ☛病院から地域へ
2009年(H21)	厚労省「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告 ※改革ビジョンの見直し ☛地域を拠点とした共生社会の実現
2010年(H22)	こころの健康政策構想推進会議提言 「こころの健康基本法」請願署名
2010年(H22)	厚労省「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」設置
2010年(H22) ～2011(H23)	「障害者制度改革のための基本的な方向について」閣議決定 ※ 障害者制度改革推進本部・会議 総合福祉部会 ☛「骨格提言」
2011年(H23)	都道府県医療計画の重点項目に精神疾患追加(5疾病5事業)
2012年(H24)	厚労省の各検討チーム報告 ※アウトリーチ、精神科救急、病棟機能強化・分化と質の向上
2013年(H25)	新医療計画スタート(5疾病5事業)
2013年(H25)	「改正精神保健福祉法」制定 ※保護者制度廃止、退院後環境整備相談員、退院支援委員会、 医療審査会機能強化、 厚労大臣の指針策定
2013年 ～2014年 (H25～26)	厚労大臣指針策定検討会 →「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」 ☛病棟転換型居住系施設 障害者権利条約批准、発効

口先

注目

総括なしの
小手先

条約違反

圏域別の精神病床状況(人口万対病床数)

青梅市 178.4
(間違いなく世界一)

北多摩西部 1

区西北部 17.9

区東北部 10.9

北多摩北部 30.2

- ・西高東低の冬型気圧配置型の入院医療体制
- ・区部から市部への転院ケース多い
- ・西多摩病院入院中の人の退院後は**地元**へ**という希望**はなかなか叶わない。

西多摩

区東部 1.5

南多摩 50.9

区西部 2.8

区中央部 3.8

北多摩南部 34.1

区西南部 9.3

区南部 1.6

数値は、人口1万人に対する各圏域内の精神病床数

●は精神病床のある病院

都内T病院の体制作り

外出資源の機会が乏しい患者さんに対し

- ①外界の刺激
- ②気分転換
- ③生活の喜び
- ④地域生活を学ぶ
- ⑤自らの買い物、食事

西4 ⇒ 西3 ⇒ 南2
⇒ 南1

青梅のひかり

病
ログ

OT定期プログラム

外出やお茶会をメインとした緩めの退院準備プログラム

- ①退院への背中押し
本人の本当の気持ちの確認
- ②退院への不安な要素解消
- ③本人のストレングスを探す
- ④それぞれの退院への道筋

退院意欲の喚起よりも「**退院支援意欲の喚起**」 が必要ではないか!?

- ・「退院意欲の喚起」というのは入院している人に失礼
- ・入院中に何度退院を求めたでしょう、そして何度いさめられ薬や注射が増えたことでしょう。
- ・そういう経過のなかで訴えが消失することを医療従事者は、「鎮静」「安定」と評価してきたのではないか。
- ・大きな問題の解決を、患者さんの「退院意欲の減退のために喚起が必要」と帰結してよいと思わない。
- ・国、病院、地域社会の「退院支援意欲の喚起」こそが本質的な問題である。

大阪人権センター 山本深雪氏 (H26.5.12 国検討会にて)

「入院中心」の精神医療の問題点

◆ハードの問題

医療スタッフが、病棟に張り付きになり、多くの医療費が消費される

◆ソフトの問題

「管理の責任は医療スタッフにある」となり、「病棟で安定できない人が、退院して安定するはずがない」という神話が生まれる

◆ゴールの問題

再発防止が最大の目的になり、「仕事より安静」「ストレスを避けよう」「薬への過度の信頼」に陥りやすい。

→安全第一、ことなかれ、トライ&エラー(試行錯誤)の否定

地域精神医療の構築

◆ハードの転換

精神科医療スタッフを病棟から、外来、デイケア、アウトリーチ部門に再配置する。

◆ソフトの転換

「管理して治療する」から、「生活をしながら、治療・リハビリテーションをつづける」への治療・支援技術の転換

◆ゴールの転換

ゴールは、「自分で自分を助けることができる」、「自分自身の人生をとりもどす」

目指すべきこと

◆「なおったら暮らせる」ではなく、「障害をもっているも(支援を受けながら)暮らせる」

→キャッチメントエリアについて責任をもつ仕組み(体制)

→SOSに対して24時間以内に駆けつけられる仕組み(体制)

→精神疾患を患っているも、お互いにつながることでできる地域のネットワークの構築

➡ 精神障害をもっているも安心して住み続けられる地域づくり

➡ **aging in place**

骨格提言のエッセンス～「自立=その人らしく暮らす」の実現～

～総合福祉部会骨格提言2011(H23)年8月→自立を支える制度保障～

注目

◆2つの基本的視点

- ・障害者権利条約
- ・基本合意：自立支援法訴訟団と国が和解に際して交わした合意（自立支援法は 廃止し、新たな障がい者福祉法制を策定する。）～**Nothing about us, without us**～

◆6つの方向性～社会支援モデル「障がいは私にあるのではなく、社会にある (Disability is society, not in me)」的視座からの施策推進～

- ・障がいのない市民との平等と公平
- ・谷間や空白の解消
- ・格差是正：地域間格差とともに障がい者間の格差
- ・社会問題の解決：社会的入院/長期の施設入所
- ・本人ニーズに即した支援サービス：障がい程度区分と支給決定の有り方見直し
- ・**安定した予算確保**：OECD諸国の平均的社会保障予算を目指す。

注目

施策推進の基本姿

◆10の構成要素(具体的内容)

- ①法の理念・目的・範囲
- ②障害(者)の範囲
- ③選択と決定
- ④支援(サービス)体系
- ⑤地域移行
- ⑥**地域生活基盤整備**
- ⑦利用者負担
- ⑧相談支援
- ⑨権利擁護
- ⑩報酬と人材確保

注目

期間を決めて大きな風を吹かせる

目からウロコの 熊谷晋一郎氏インタビュー 「自立」について

(東京大学先端科学技術センター准教授)



自立とはどういうことでしょうか？

- ・一般的に「自立」の反対語は「依存」だと勘違いされていますが、人間はものであったりことであったり、様々なものに依存していないと生きていけません。
- ・東日本大震災のときに、わたしは職場である5階の研究室から逃げ遅れてしまいました。なぜかというも簡単で、エレベーターが止まってしまったからです。そのとき「逃げる」ということを可能にする依存先が少なかったことを知りました。
- ・エレベーターが止まっても他の人たちは階段やはしごで逃げることができます。「逃げる」という行為に対して3つも選択肢があります。ところが私にはエレベーターしかありませんでした。これが障害の本質だと思いました。
- ・つまり障がい者というのは「依存先が限られてしまっている人たち」のことだということです。
- ・だから障がい者自立を目指すならばむしろ依存先を増やさなければなりません。の多くは親か施設しか頼るものがなく、依存先が集中している状態です。だから、「障がい者の自立を促進する」というのは、「依存先を親や施設以外に広げること」だと言い換えることができます。

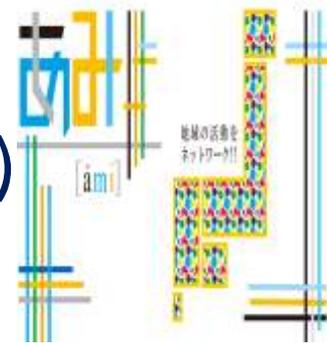


植松容疑者の移動経路



(この間の) **ami**視点による主要要望

1. 東日本大震災被災地・被災者支援
2. 「応益負担制度」の即時廃止(無料化の原則)
3. 福祉サービス費のアップと「日額制」廃止
4. 『居場所機能』の確保と日中活動の再編
5. 所得保障政策の推進
6. 障害者福祉財源の確保(「骨格提言」に沿う)
7. あらゆる検討機会への当事者参加の促進
8. 権利条約の批准ならびに国内環境の整備
9. 精神科医療の適正化(「精神科特例」廃止&病床削減)
10. 非自発的入院に対する行政責任の明確化
11. 地域移行促進(地域移行体制整備事業の復活と拡充)
12. 「院内居住」阻止(地域移行支援型GH反対)



私たちのめざすもの

～あみビジョン～

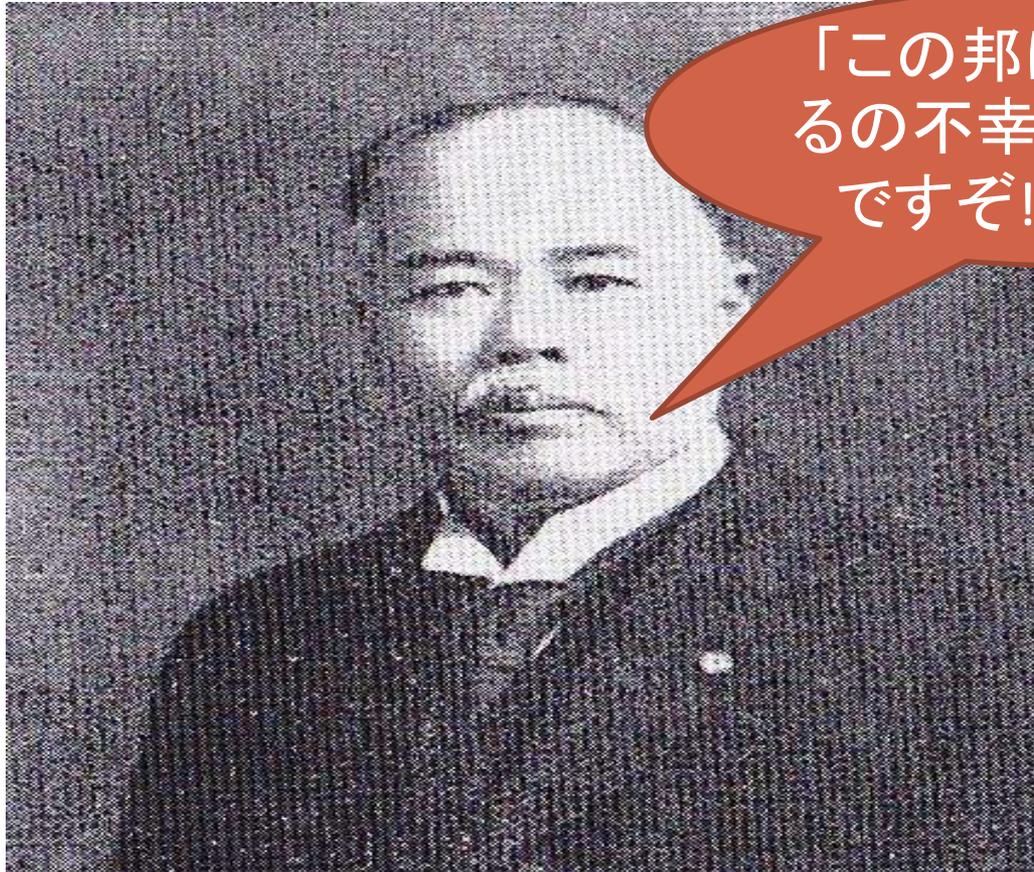
ami vision

- **精神科医療の適正化と地域生活支援の拡充を!**
- **今も残る課題の克服**
～居場所・ネットワーク・地域格差
- **障害者権利条約を暮らしに活かす!**



呉秀三さん

～初代松沢病院長、日本の精神医療の草分け～



「この邦に生まれた
るの不幸」から100年
ですぞ! みなさん!

1865.3.14～1932.3.26 (享年67歳)