

グッドプラクティショナー 紹介

推薦文

門屋充郎さんをグッドプラクティショナーに推薦する理由

門屋さんのソーシャルワーカーとしての歩みは、精神科病院のPSWからスタートしました。そこでの精神科医療のありように疑問符を打ち、地域を基盤とした生活支援の実践に先駆的に取り組んでこられました。具体的には、精神障害者本人中心の個別的支援から、地域での生活支援のためのプログラムやニーズに対応した社会資源の開発、福祉・医療の枠を超えたネットワークの構築、政策提言まで、すなわち、マイクロレベルからメゾレベル、そしてマクロレベルにつながる活動

に取り組んでこられました。それは「地域で普通の暮らしがしたい」という、精神障害者本人の思いをかたちにする取り組みです。

門屋さんの実践は、社会正義、人権尊重といった、ソーシャルワークが拠り所とする価値に根ざしていると思います。門屋さんのソーシャルワーカーとしてのキャリアは40年を超えていますが、門屋さんの歩みは今なお現在進行形です。

(推薦者：明治学院大学社会学部教授

久保美紀)

〈グッドプラクティショナーについて〉

1 背景と目的

- ・よりよい実践を発掘・評価し、広く伝えることにより、よりよい実践が拡大することを目指す。
- ・よりよい実践を行っているソーシャルワーカーの仕事ぶりを紹介することによって、よりよい実践とは何か、よりよい実践のためには何が必要か、などについて読者に考えていただく契機を提供する。
- ・これにより、ソーシャルワーク学会として、理論の発展だけでなく実践の向上を、また、理論と実践の往復運動の促進を目指す。

2 方法

- ・推薦者から候補者名をあげていただき、その推薦理由(200~400字程度)を書いていただく。合わせて、候補者に執筆の承諾をとっていただく。
- ・候補者は学会員以外でも可能。執筆内容は「実践内容」。
- ・承諾を得られた候補者には、編集委員会から「私の実践：一」といったタイトルで、実践内容を紹介していただくように依頼する(3,200字程度)。

## 私の実践

# 地域精神保健福祉活動の展開

## — 帯広・十勝圏域の取り組み —

門屋充郎（十勝障がい者総合相談支援センター）

### 1. はじめに

我が国の精神保健は、OECDによる平成26年度『医療の質レビュー』によると「日本の自殺率の高さ、精神科病床数の多さ及び精神科施設への平均入院日数の長さから、精神医療の質及びアウトカムに関して、大きな改善の可能性が示唆される。特に、地域社会における重度精神疾患の治療及び軽度から中等度の精神疾患の治療は強化されるべきである」と指摘された。残念ながら我が国の精神保健は精神科病床が世界で最も多く、入院期間が突出して長い。その結果として人権問題と指摘される長期入院者が多数存在し、非自発的入院者が多く、65歳を超える入院者が半数となっている。精神科医の担当できる入院患者は内科などは16人なのに対して48人となっており、看護師も少なくてよいという実態は、OECDから指摘されるまでもなく我が国の深刻な課題である。

私がここに報告する内容は、精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）としてほぼ45年前に出会った今に続く精神医療に衝撃を受け、精神科病院の構造と治療者の質の悪さと長期入院精神医療を批判し、社会の精神病に対する偏見に抗し、たとえ精神病になっても、重度の精神障害であっても地域で普通に暮らし、その人なりの人生が送れ、病床も入院期間も少なくてすむことを証明した小さな実践の概要である。

### 2. 私たちの活動エリア「帯広・十勝」について

帯広・十勝圏域は、北海道の南東部に位置し、北は大雪山系、西は日高山脈、東は釧路圏域との丘陵地帯、南は襟裳岬を南端とし太平洋に面し、肥沃で広大な平野で日本の食糧基地と言われる農業を主産業としている。広さは東京都と千葉県、埼玉県を合わせた面積に等しく、全国で最も広い二次・三次医療圏が重なり北海道の保健福祉圏域となっている。この圏域「十勝」には1市16町2村にほぼ35万人が住んでいる。1953年から精神科病院診療が始まり、1970年代には6精神科病院970床が活動していた。完結型診療圏で住民はこの圏域の医療・保健・福祉資源しか利用できず、全体の状況を把握することが可能な地域である。

### 3. ソーシャルワーカーの私が考え取り組んだこと

精神病となった国民を入院中心の精神医療が処遇すべきとしてきたのは、国の諸制度と精神科医を代表とする医療関係者である。私はこの変わらぬ現実に対して大きな疑問を持ち、本人利益を優先する精神医療の提供や生活福祉の支援について取り組むことが1970年代から始まっていた。3精神科病院の5人のPSWと3人の精神科医は「社会精神医学」（医学書院、1970年刊）の抄読会によって、早期発見、早期治療及び治療の継続が重要で

あること、加えて治療環境の改善として病院改革の必要性を共有し取り込まれ続けてきた地域である。私は精神科病院に20数年ほど働きながら、次の実践原則を秘かに決めそれに基づいて活動してきた。①生活モデルを基本とした地域ケアの原則、②cureとcareの分担の原則、③特殊化から一般化の原則、④集団・画一化から個別化の原則、⑤社会資源は全て公的の原則。特に私は医学モデル中心の精神科医療にあつて医療従事者とは違う、生活モデルによる視点と支援を基本とするPSWとしての役割を強く意識してきた。簡単に言えば患者さんは生理生物学的存在であると同時に心理社会的存在であり、心理社会的存在の回復と支援がPSWの業務と考えていたのである。当時の私はゴッフマンの「アサイラム」などから影響を受け、精神科病院の治療環境（パターナリズム、単調で画一的な活動と生活リズム、プライバシーが侵害される生活環境、治す者と治される者といった単純な固定的役割関係等々が引き起こすインスティテューションリズム等々）の問題点を実感し、二次障害を起ささないように、できる限り早期の退院にこだわっていた。症状が残っていても、本人が退院意欲さえあれば、家族のもとへ帰れない事情があつても退院を支援し、その人の希望を叶えるための生活環境整備をすることに取り組んだのである。

#### 4. 今に続く生活資源開発

1982年自宅には帰れない、アパート等では生活困難な人たち、食事の支度はできない、バスの乗り方や銀行の使い方、お金や薬の管理などが不十分な人でも暮らせる条件を整えることで生活は可能と考え、16人が暮らせる3食365日食事付き、四畳半一間の居室に、共同のトイレ・洗面所・風呂・洗濯場の下宿「朋友荘」を病院法人に新築してもらい、私が責任者となつて運営を始めた。これが私にとっての地域資源運営実践の始まりといえる。5つの病院から同時に退院する人たちに利用してもらふことから始めたことから、この利用の仕方が今に続くオープンシステムと呼ばれてい

る。これは帯広・十勝圏域の特徴で運営主体が誰であろうと、医療も生活資源もすべて社会の公的資源とし誰もが利用できる体制が作られた。これで特定の支援者の抱え込みは許さない不文律がこの地域にはできたのである。現在も精神保健福祉法によって続く「医療と保護」を精神科病院の役割としていることが、営利性と相俟つて長期入院を招いていることから、病院は「医療」(cure)中心とし「保護」の生活福祉(care)を分離することの原則を立て、私は1991年「地域にケアのセンターを創る」として帯広ケア・センターを新設し、当時の精神保健法による社会復帰施設の農業を行う授産施設を始め、多いときには80名ほどの登録者が利用する場所を作った。地域ケアの拠点としたのであるから、精神病を抱えた人たちの生活支援のための地域づくりが実践命題であつた。しかし、当時は精神障害者は保健医療の対象であつて福祉の対象ではなく、市町村民としての住民の健康相談の対象とはならず、都道府県の保健所が相談の窓口という、市町村の住民サービスは受けられない存在であつて、障害の生きづらさだけではない、社会の差別による生きづらさを抱えた存在でもあつた。生活福祉の制度はなく私たちの活動にも大きな制約がある時代だつた。しかし、いろいろな工夫によって住居資源は300人分以上が開発され、複数の作業所等の日課資源や福祉的・一般就労などを開発し続けることができた。帯広駅内にアンテナショップ「福祉の広場」を作り、市役所・図書館に軽食喫茶と売店をつくり働く場を確保し、地域生活支援センター、就業・生活支援センター等々の資源づくりを続けてきた。障害者総合支援法などの制度が整つても資源開発は続き、例えば商店街組合との共同企業体を作り、経済産業省の補助金を使ってシャッター街を施設整備し、7つの障害者事業所づくりと9カ所の住居資源を作り商店街活性化に協力するという新しい取り組みも始めている。そのうちの2つの事業体では精神障害当事者が店長を務めてもいる。

## 5. 当圏域の精神保健福祉システム

私たちの地域活動が医療に与える影響は確実に医療統計に認められるようになってきた。生活資源が増え医療や生活支援の継続性が担保されると、精神科病床に空床が増え始めた。1980年代に970床あった病床は1995年から減りはじめ、2015年4月には492床となったのである。これは、1万人の人口に12床程度となり、全国平均の27床や最も多い某県の57床と比較すると驚くべきことである。加えて平均入院日数も全国平均の半分以下となっている。これは生活資源を増やすだけではなく、PSWとして1970年代から取り組んでいた精神科医療機関から遠い保健所や町村への訪問活動があり、通院しにくい人たちの再発防止のために1995年には2ヵ所の町立病院に精神科サテライトクリニックを開設し精神科医を派遣する体制整備にも関与した。

現在、帯広市の障害施策は自立支援協議会を中心に活発に展開されている。そこには私が主催してきた精神保健領域の二つの会議、北海道に提言し1994年から事業化した「精神障害者社会復帰支援システム」による毎月開催の生活支援会議と、1999年に国の精神障害者ケアガイドラインに基づくケアマネジメント試事業を実施し、月2回開催してきたケアマネジメント会議が協議会の部会とし継続開催されている。地域支援システムづくりが長い時間をかけ、市町村との官民協働体制も作られてきた結果である。精神医療の側も重度精神疾患を地域で医療の提供と生活支援を組み合わせるACT (Assertive Community Treatment/「包括型地域生活支援プログラム」) チームが活動し、地域型アウトリーチ事業を保健所と医療機関、市町村と私たちの連携によって展開されている。

私はPSWとして、個別の支援が本人中心でより良いものになるためには背景の条件整備も重要

と考え実践してきた。精神保健福祉法改正及び障害者総合福祉法骨格提言などにもかかわり、北海道の障がい者条例にも関与している。精神保健分野にはソーシャルワーク実践が欠かせない。そのために私は精神保健福祉士の国家資格化と相談支援専門員の全国的養成に力を注いできた。PSWは必要に応じて社会の変革までが守備範囲であると確信している。

## 6. まとめ

私たちはソーシャルワーク実践と精神科医療と行政との協働によって、結果として脱施設化を達成しつつある。このような当地域の活動が目されるようになったのは1992年4月に出版された国際法律家協会(ICJ)の日本政府への勧告書に「北海道十勝で得られた経験は、継続的ケアを与えるためにメンタルヘルスケアの制度を調整することが可能であることを示している……」と紹介された。1999年1月には世界心理社会的リハビリテーション学会のベストプラクティス選考委員会が「世界中から、我々が最も良いと考えるリハビリテーションを実践しているプログラムの一覧表を作成しつつある。あなたのプログラムも、それを成し遂げつつある業績が認められ推薦された……」とし、世界83ヵ所の一つとして紹介された。2000年にはマディソンモデルと言われる先進地の責任者D.ルコントによる政府への勧告書に当地の実践が評価され紹介された。

ソーシャルワークは生きづらさを抱えた人々の生活支援を行いつつ、その背景にある問題の所在を明らかにし解決を図る社会的実践の総体である。どの分野・時代にもなくなることはない人々の生の営みの困難に取り組むことを続けなければならない。45年を過ぎた私の実践も道半ばゆえ未だ改革の模索を続けているのは、少しでも不条理な現実を変えなければと考えているからに他ならない。