

## これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会への意見

平成26年4月に施行された改正精神保健福祉法では、3年後を目途として見直しをすることが盛り込まれている。衆参両議院厚生労働委員会においては、これらの内容以外にも、精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針の内容を踏まえて、一般医療との整合性を図るための見直し検討や権利擁護にも触れていることから、下記内容にて意見を集約し配信する次第である。

2016年2月25日

### 精神保健福祉事業団体連絡会(精事連)

日本精神保健福祉事業連合(日精連)

全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク(全精福祉ネット)

全国精神障害者地域生活支援協議会(ami)

## I 根本問題として

### ◆法改正に向けた付帯決議の明確な受け止め

第183回国会における本法改正に対する付帯決議(特に今後の方向感や姿勢に関して)は改めて踏まえる必要がある。

#### 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議 (抜粋)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

○精神障害のある人の保健・医療・福祉施策は、他の者との平等を基礎とする障害者の権利に関する条約の理念に基づきこれを具現化する方向で講ぜられること。

○精神科医療機関の施設基準や、精神病床における人員配置基準等については、精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針の内容を踏まえ、一般医療との整合性を図り、精神障害者が適切な医療を受けられるよう、各規定の見直しを検討すること。なお、指針の策定に当たっては、患者、家族等の意見を反映すること。

### ◆精神障害者に対する医療の提供を一般医療との整合性を図りながら進めること

①精神医療が精神保健福祉法という特別法で対応されるのではなく、医療法の中で対応できるようにしていくことを方向感としてもつべきではないか。精神科医療の一般化を実現するためにも、医療法の改正もすべきである。その実現に向けて段階的な施策が必要ではないか。“精神障害者専用”をつくる発想から脱していくことが肝要ではないかと思う。そもそも 5 大疾病の時代に、精神科だけの特別な事情や対応を残しておくのは時代の要請に適っていない。

②段階のひとつとして、現行の「精神科特例」を完全廃止し全ての精神病床の人員配置を一般病床と同水準に引き上げ医療スタッフを充実させ質の向上をはかること。入院医療は救急・急性期病棟や専門病棟に集約していくべきではないか。精神保健福祉法第1条に定める「国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る」ことを推進するためには、過去の時代背景から生じた特殊な状況から脱却する必要性を痛切に感じる。このことは「障害者権利条約」25条に唱えられた『医療』の確保提供姿勢にも深く関連していることでもある。

### ◆検討会の構成について

①本検討会の構成員は前回の大臣指針検討会の顔ぶれをおおむね踏襲しており、精神医療のユーザーの立場性が極めて弱い。前回はその構成比を巡って厳しい意見が社会的に飛び駆っていた。今回さらにそれを下回る構成比で臨む(前8%→現6.7%)ことについては強い違和感を禁じえない。

- ② 精神医療が圧倒的民間優位で提供され、わが国と国情が酷似しているベルギーでの改革では、一時病棟転換型のナースングホームやグループホームの設置により施策を進めた。しかしそれを失策と総括し、改め、近年大きく地域生活支援型の医療に切り替え、真の病床削減を実現していると聞く。その改革の基礎には、当事者と関係者が拮抗する構成比での集中した議論の末に合意を見出し、納得づくで政策に反映させるという「コ・プロダクト方式」がとられているという。大いに見習うべきではないだろうか。

参考:ベルギー改革(伊勢田堯氏)JDジャーナル2015年10月号

## II 分科会想定課題に即して

### 医療保護入院等のあり方について

#### ◆医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方

- ・ 大本の問題として、非自発的、強制的な入院は公的責任において行われるものとして一本化していくべきではないか。(任意入院の同意が困難な時に医療保護入院となっている実態も踏まえて)
- ・ 現状の医療保護入院は行政処分ではない強制入院であり、強制力を発動する主体は公権力でしかありえない。保護者制度を廃止することは、同時に強制入院に関する国の責任と公的機関の役割を明確にすることである(日本精神神経学会理事長見解。2013年5月)。
- ・ よって医療保護入院の決定が国、あるいは地方自治体の責任で行われるように改める事。そして医療保護という名称に即して、純粹に医療判断による入院の形を実態としても作るべきで、指定医複数名による所見に基づくものと改めるべきではないか。
- ・ 医療保護入院の入院期限を厳正に法令で定め、それを超えてもなお入院治療が必要と判断される場合は精神医療審査会委員が面接で入院継続の妥当性を徹底審査する。あるいは任意入院に切り替えるなど厳正な対応が必要ではないか。
- ・ 現在の「家族等」の同意に依拠した形は、家族間の軋轢や争いの誘因となっているとの見方がある。また選任に向けて精神保健福祉士の多くのエネルギーが割かれ、つまりは入院支援に多くが使われ、本来の退院支援に力を割けない状態もあると聞く。さらに「家族等」が同意の拡大をもたらすことにより、認知症をターゲットにした病院経営が始まるとの声もある。このようなことも含め、現状の「家族等」には問題が多い。

#### ◆医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方

- ・ 「退院後生活環境相談員」の配置状況、及び地域援助事業者との連携、「医療保護入院者退院支援委員会」の開催に関する状況を調査等において随時実態把握を行い、適正に行われているかの検証が必要である。
- ・ 「退院後生活環境相談員」の具体的な役割や動きについては医療機関により差がある。看護師がその役割を担っている医療機関もあるが、精神保健福祉士の本来業務と思われる。
- ・ 「医療保護入院退院支援委員会」は新たな退院支援の枠組みができた一方で、法の施行時点ですでに入院していた人は対象となっていない。よって長期入院者の退院促進に結び付きにくいという限界がある。すべての長期入院者を対象と改めるべきではないか。
- ・ 地域援助者について、「相談支援事業者等」というように「等」がついているが、ご本人との関係性を基礎にして、それぞれの地域に実態として存在している多様な事業者が関与できることが大切だ

と思う。また地域援助事業者の役割等が不明確な点もあり、参加の義務づけと併せ明確化を要する。

- ・「医療保護入院退院支援委員会」に地域援助事業者が招聘された例が現状では極めて少ない。病院に問うたところ、「退院支援委員会は法で定められたから、月に1回開催するが、医師の都合を考えると、一人につき10分程度の話になってしまう。地域の支援関係者に来てもらうのは申し訳ないので呼べない」とのこと。実質的なカンファレンスは別途開催するから、という病院側の説明もある。つまり退院支援委員会はセレモニー化している節があり、法が目指したような開催になっていない。短時間の検討機会に外部から人を招くことへの医療側のためらいが感じられるが、無用な配慮と思う。
- ・地域援助事業者の起用は促進されても、問題はどれだけ進展したかという評価がないと形ばかりになってしまう。効果測定のような、評価プロセスを付加していくことも必要と思う。
- ・退院後の生活にスムーズに移行するために、入院しながらでも『入院診療計画』に基づき福祉サービスが利用出来るよう制度化を急ぐ。利用料の一部自己負担を除く事業所への報酬（送迎料含む）を認めるようにすべきである。
- ・退院への迷いや葛藤という、確たる退院の意思が未確立な状態における「体験」（見学や交流、宿泊や通所）の試行的支援メニューが多様に立案実施されるとよいと思う。現行の体験利用は退院意思を明瞭にしないと利用対象になりにくいことから、「迷い・ためらい」に対応するなどの幅が必要である。試行錯誤（トライ＆エラー）のなかから方向性が明確化してくることを鑑み、体験の機会や場面の増大拡充を求める。
- ・退院後の地域の受け止めを拡充する観点から「退院者専門・高齢者専用」の受け入れグループホームを整備する。入居者の必要に応じて医療との連携は強調しながら、そして、その設置は厳に病院敷地内ではないようにすべきである。
- ・新たな展開  
→「長期入院市民のリストアップ化と地域移行マネジメント」を2016年度から進める兵庫県西宮市の試みは、自治体の取り組みとして注目に値する。

**参考:精神科患者の長期入院解消へ、西宮市が支援事業 神戸新聞**

→生活の困難さに対応する多様な支援を実施する地域生活支援拠点事業を、医療と福祉が両輪の如く連携し、有機的な支援システムとして構築しようとする北海道苫小牧の実践は注目に値する。

**参考:精神障害者在宅支援へ連携 北海道新聞**

#### **◆入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方**

- ・前提として全ての入院者の心情（退院意思のあるなしだけでなく、院内処遇に関しても）を把握するためのヒアリングの実施が必須ではないか。実施に際しては安心による心情吐露を促すべく、利害関係のない第三者の関わりが必要である。
- ・入院中にかかるタオルやパジャマ等の費用、小遣い金管理料など、月額数万円に及ぶ場合もあると聞く。保険外の自己負担は廃止すべきであり、必要なら公費で負担されるよう制度化すべきではないか。
- ・制度や社会資源の情報が院内に波及、流通していない。何を頼りに何を信じて進めばよいか、入院者をとりまく心もとない状況が病棟の中にはある。全ての入院者に社会情報、資源情報を細やかに、

波動的に提供する事が必要ではないか。国の補助事業としては廃止された「地域体制整備コーディネーター」について、現在都道府県が独自に実施しているものも含め、これまでの活動内容や実績を改めて評価するとともに再建する。とりわけ外部の支援者が病院の内部で入院者と接する機会や場面の確保をはかることは肝要である。

- ・地域移行支援の担い手として、また情報の発信源としてピアサポーターの参加協力を推進すべきである。入院中の精神障害者と医療スタッフとの関係において、処遇や退院に向けての意思表示や意思決定は、その関係性から困難な場合が多いが、同じ病気を経験したピアサポーターが関わることで、処遇に対する不満表出や地域への関心が高まるなど意思表示がスムーズにいくことが多々ある。外部から院内に入り、入院者と直に接しながら関係づくりをもとに生活情報の配信や種々の調整を施し、退院に向けた気分の高揚や意思の形成をはかる要員としてピアサポーターの起用は極めて有用である。
- ・情報提供の在り方を様々工夫して行うべきで、OT等の院内プログラムの多様化、活性化を「生活情報配信」「退院準備」を目途に実施する。プログラム実施が入院中の福利厚生や気分調整というレベルでは不足している。
- ・精神科病院に入院する者は「権利擁護者」を選ぶことができるとし、病院の管理者は入院時にその旨を伝え、その選択を支援しなければならない事を盛り込む。並行して、身寄りのない患者の権利擁護の観点から、国及び都道府県は権利擁護者の人材育成、派遣を担う組織も設けるべきである。

## **新たな地域精神保健医療体制のあり方について**

### **◆精神病床のさらなる機能分化**

- ・現行の「精神科特例」を完全廃止し全ての精神病床の人員配置を一般病床と同水準に引き上げ、医療スタッフを充実させ質の向上をはかること。入院医療は救急・急性期病棟などの専門病棟に集約していくべきではないか。【再掲】

### **◆精神障害者を地域で支える医療の在り方**

- ・病床削減を前提とした今後の医療的支援としては、ACT チームによる地域生活支援などの体制整備が課題となる。同時に多職種チームの構成に専門職と協働するピアサポーターやピアヘルパーの活用が進むことで、対象者に寄り添い、当事者にとって安心できる支援体制を構築する。

### **◆精神疾患に係る医療体制の在り方**

- ・過剰な精神科病床の削減と適正規模の確立を求め、適正病床数万対 5 という水準は意識していくべきであり、それに即した削減計画を立案すべきである。
- ・入院せずに地域生活を続けながら危機を乗り越えるために、そして入院に至っても早期に退院するために早期相談支援体制を構築すべきである。未治療期間の長期化のデメリットとして、①回復の遅れ、②より不良な予後、③心理社会的技能の低下、④家族や社会からの喪失、⑤自殺リスクの増加、⑥医療コストの増大が挙げられる。近年の日本の疫学研究でも、成人期前期になんらかの精神科的診断に該当する者のうち、50%が 15 歳までに、75%が 18 歳までにすでに何らかの精神科診断に該当していると報告されている。イギリスのコミュニティケアで実績を挙げているように、早期相談支援体制を整備し、早期相談支援システムにアクセスしやすいように機能させて行く必要がある。

## **その他意見**

### **◆地域生活支援**

- ・精神科病院からの退院の促進をはかるうえで、居住支援の飛躍的増強が必須である。グループホームの拡充、公営住宅の活用、民間賃貸住宅の確保のための方策等による更なる選択肢の確保は喫緊の課題である。
- ・グループホームにおいては、現場体制として常勤換算ではなく安定的な体制として常勤者の雇用が可能となる財源確保が必要であるとともに、「看護機能付きホーム」など健康管理面に重きを置いた重装備の職員配置を可能とする居住支援メニューを施策化することを望む。また、民間の空借家を民・官共同で確保を進め、公的保証人制度等による入居促進策が必要と考える。
- ・また精神障害者の地域生活を支える支援としては、24 時間対応の相談支援や訪問を活用したアウトリーチ実践が有効である。

### **◆精神科病院における虐待・死亡事件について**

- ・昨年の千葉県内の精神科病院で発生した事件は記憶に新しい。密室で起きている虐待行為は把握できず、また病院職員の相互けん制機能が働いていないのならば、事件が起きないように、「障害者虐待防止法」の適用範囲を病院まで広げ、日頃から内部通報の義務を職員に課すなどの対策が必要である。事件が起きる背景に、精神科特例による看護師の配置基準の薄さがあり、ゆとりある看護を阻害しているのではないかと思う。その観点からも「精神科特例」は早急に廃止していくべきである。



ベルギーでは、精神科について、病院治療から地域ケアへの改革が急速に進み、注目されているといえます。その“タネ明かし”と、その経緯から日本が学ぶべきことを医師の伊勢田さんに整理していただきました。

## 第9回 ベルギーの精神医療改革から学ぶもの

い せ だ たかし

伊勢田 堯 医師/代々木病院



### ■ 日本と似ていた国・ベルギーの改革

このところベルギーの精神医療改革の動向が注目を集めるようになってきました。わが国との共通点に関心が集まっているからのようです。

まず、両国は精神病床数が世界でも突出して多いという共通点があります。ベルギーは人口千人当たりの精神病床数は1.75床で、日本の2.69床に次いで世界第2位です（OECD2011年、なおOECD諸国平均は0.68床）。

ヨーロッパ連合諸国（EU）27か国で比較すると、ベルギーはEUの平均の4倍の病床数を抱えています。ヨーロッパは、精神保健サービスの脱施設化が進み、精神障害に対する偏見を乗り越え、隔離収容に頼ることなく、地域で生活できるようにする治療や支援体制を開発・普及し、地域ケアの創造を世界的にけん引してきた地域です。こうした世界をリードしている地域ですから、一体ベルギーはどうなっているのかといふかきがられてきました。ベルギーの精神医療改革の遅れは統計的にも明らかで、1997年から2005年の間の病床数の削減スピードはEU全体が23%であるのに対してベルギーは3%でした。

もう一つの共通点は、改革の遅れの主要な要因のひとつに私立精神科病院が多いという側面があります。両国ともに病床のおよそ85%~90%が私立病院です。このことが病院治療体制から地域ケアに転換することの障害になったとされています。

ところが、わが国と似た状況にあったベルギーでしたが、ここにきて改革のスピードを上げてきたのです。千人当たりの精神病床数が2.51床（2005年）から1.75床（2011年）となり、この6年間で約30%と脱施設化が加速されてきました。どうして、ベルギーの改革が軌道に乗るようになったのかに注目が集まったのです。

そうしたところ、日本精神科病院協会の関係者、厚

生労働省からベルギーの精神医療改革でとられた脱施設化政策の一環として、精神病床を保護住居とナーシングホームに転換し、慢性で安定している患者を地域移行するという病棟転換政策をわが国でもとり入れようとする提案が飛び出してきたのです。

### ■ ベルギーの精神医療改革のあらまし

私は、病棟転換政策について、10数年来の友人で、現在ベルギー・フランドル精神医学会理事長の要職にあるギド・ピーターズ教授（Professor Guido Pieters）に問い合わせてみました。すぐに返事がきました。確かに、1990年代にとった政策ではあるが、その政策は失敗だったということがわかり、別の展開を図っているということです。そして、近年のベルギーの精神医療改革の経過を書いた英文の論文2編を送ってくれました。

私は、この2編の論文とピーターズ教授からのメールによる私信からベルギーの精神医療改革のあらましを読み解いてみました。

そうしたところ、ベルギーの精神医療改革の奥深さ、幅広さ、その試行錯誤による改革の推進には心を動かされるものがありました。概略は、『こころの科学』180号（2015年3月号）に紹介しましたが、本稿では、その要旨を紹介します。

ベルギーでは、1980年代に、どのようにすればベルギーの国で改革を実現できるようになるのか真剣な検討がなされました。注目しなければならないことは、改革を実現するために政策決定システムの変革に手を着けたということです。

つまり、従来のような官僚制と市場原理に任せていたのでは、政策と国民との間に乖離が生じ危機が発生するので、政策決定に国民を参加させなければならぬという認識に到達したのです。

そして、イタリア型の急激な改革ではなく、徐々に脱施設化するという穏健な改革を選択し、そのために、患者参加、多職種協働、救急と地域ケア、精神保健ケアネットワークとの連携を発展させることを基本方針としました。改革のプロセスは以下のように3つに区分されます。

〔改革の3つのプロセス〕

### 第1次改革（1990年～1995年）

精神保健ケアの脱施設化として、①精神病床を保護住居とナースホームに転換し、慢性で安定している患者を地域移行すること（わが国で紹介された病棟転換政策）、また、②政策決定者と実践者を仲介する協議機関を立ち上げました。

しかしながら、これらの改革は病院中心体制を変革することができず、失敗に終わりました。

### 第2次改革（1995年～2010年）

改革手法として、地域で患者を支えるための治療プロジェクト、専門職、行政、研究者、患者・家族の連携・調整を図る横断協議会を立ち上げました。

その上に、国立保健サービスアドバイザー諮問委員会を立ち上げ（1997年）、新たな精神保健政策に大所高所から勧告することになりました。

横断協議会による経過の分析から、当初の目的と結果に距離があり、①横断協議会の社会的観念が主要な施設と専門職への脅威になったこと、②既存の有力な利害関係者が精神保健政策の新たな組織モデルを定義したこと、③複雑な組織になってしまい、知見の創造には失敗したと結論づけました。しかしながら、政策決定の権限に変革をもたらさねばならないという議論を活発にすることには成功したと言います。

### 第3次改革（2010年5月～）：“**プシ107条**”プログラム

横断協議会の終了後、ベルギー病院法第107条による“**プシ107**”（[www.Psy107.be](http://www.Psy107.be)）という新たな政策プログラムを発足させました。可能な限り患者の生活環境で治療し、患者が治療に積極的に関わり、症状の軽減ではなく患者の価値観を実現するというリカバリー志向の治療を基本理念としました。

そのガイドラインは、①精神保健の予防と増進、早期発見、スクリーニングと診断、②急性期の機動的治療チームと慢性期の機動的治療チームと外来治療、③地域社会に再統合するための精神科リハビリテーショ

ン、④急性期と慢性期の集中的居住サービス、⑤家庭生活困難患者への特別居住サービス、という5つの機能を実現するために作られました。

〔改革の現状〕

ピーターズ教授の私信による現在の病棟改革は次の通りです。—— ①まず、精神科病院が自主的に病床を削減する。②それまでの病院収入を補償し、家庭治療危機解決チーム（急性治療訪問チーム）と積極的地域治療チーム（慢性期訪問治療チーム、いわゆるACTチーム）からなる機動的訪問チームを開始する。③国は、2014年末までに人口に応じた地域別の必要な機動的訪問医療チームの数値目標を策定する。策定後には、病院は病床を削減し、定められた数のモバイルチームを立ち上げることが義務付けられる。④それと同時に、病院は病床を減らし、同数の職員を確保しながら、より集中的“ケア”を提供する病床を確保することも許可される。——

現状は、機動的訪問チームがよく機能している地域では病棟に空きが出ており、空きが出た病棟には予算は配分されません。また、病院経営者はそれまでと同じ人数の職員を地域で仕事をする要員として確保でき、総額としての私立精神科病院の従来の予算は確保されます。同一地域の経営者たちはお互いに協力しなければならず、地域治療への転換のインセンティブが確保されます。

## ■ ベルギーの精神医療改革の経験から学ぶもの

私がベルギーの経験から学んだことは、①まず、政策決定システムの改革から始めたこと、②利害関係者の既得権を優先させるのではなく、患者のニーズを実現するための改革を目指すという軌道修正が行われたこと、③それまでの病院収入を補償しながら、精神科治療を思い切って地域移行したこと、④発病早期の患者・家族への支援（早期介入サービス）にも取り組むこと、⑤総じて、リカバリー志向の精神保健サービスを目指すこと、などがあげられます。

ベルギーの精神医療改革の経緯を調べてみて、初期の段階の、そして失敗であったと総括された病棟転換政策をわが国に“つまみ食いの”に導入しようとする態度は情けないというのが、私の率直な感想です。志の高さが比べものにならないからです。

<http://www.kobe-np.co.jp/news/iryou/201601/0008698889.shtml>

精神疾患で医療上の必要性は低いのに長期入院する「社会的入院」の解消に向け、兵庫県西宮市は、1年以上入院する市民をリストアップし、退院や生活の支援策を共に考える事業を2016年度に始めることを決めた。当面は同市内など近隣の精神科病院3カ所に入院中の市民が対象。病院、福祉事業所と連携して進め、将来的には兵庫県内や大阪府内の病院に入院する市民にも広げたい考えだ。県障害福祉課は「極めて珍しい取り組み」とする。

(藤村有希子)

日本は先進国の中で精神科の入院患者の割合が突出して多く、国際的に問題となっている。かつての国の隔離収容政策や社会の偏見、退院後の住まいなど受け皿の少なさが影を落としてきた。

西宮市保健所によると、精神科のある県内と大阪府内の99病院に入院する市民は、14年6月末時点で525人。入院期間別では、1年未満＝206人▽1年以上5年未満＝160人▽5年以上10年未満＝63人▽10年以上20年未満＝57人▽20年以上＝39人だった。

同市内では08年度から、NPO法人が運営する障害者相談支援センターが、西宮、神戸市の2病院と協力して退院支援プログラムを実施。センター職員が入院患者に地域の情報を伝えるなどして、過去の2年間だけで計15人の退院を実現させ、その後の生活も支えている。こうした背景や、患者の地域復帰をうたう改正精神保健福祉法が14年に施行されたことを受け、西宮市は事業化を決めた。

西宮市の2病院、神戸市の1病院を対象に、病院や福祉事業所などと2カ月に1度会議を開き、患者をリストアップ。本人への意思確認などを経て退院支援患者の優先順位を決め、地域との触れ合い体験や、退院後の住まい探しなどを助ける。同時に、受け皿となる地域住民らへの啓発も進め、退院患者の体験談を伝えたり、フォーラムを開いたりする。

5日には、西宮市の委託を受けて実務を担う福祉事業所の公募を始めた。同市生活支援課は「地域で暮らせるかどうか不安で退院に踏み切れない患者は多い。支援の仕組みを医療、福祉、行政が一体となって築き、進めていきたい」とする。

【精神科病床への入院】 先進34カ国が加盟する経済協力開発機構(OECD)によると、日本の人口10万人当たりの精神科病床数は、加盟国中最多の269床(2011年を中心に調査)で、OECDは「脱施設化が遅れている」と指摘。平均入院日数も292日(12年)と、数十日がほとんどの先進諸国で群を抜いて長い。



# 精神障害者 在宅支援へ連携

苦小牧の4法人 来年度から

苦小牧市内の精神保健医療・福祉に携わる4法人が、住居などの条件が整えば退院できる「社会的入院」を長期間継続している精神障害者の退院を後押しする取り組みを2015年度から始める。既に主体となる任意団体「ラポルト」を設立し、NPO法人認可を申請中。地域ぐるみで精神障害者の在宅ケアを進めていく。苦小牧保健所によると、4法人もまとまった取り組みは道内で初めて。(角田悠馬)

精神障害者の早期退院は、国も現在、政策として促している。病院の管理者に退院後生活環境相談員の設置義務を課すことを盛り込んだ改正精神保健福祉法が4月に施行された。

ラポルトはイタリア語で信頼関係や絆を意味する。医療法人大島記念会、医療法人こぶし、社会福祉法人せらび、NPO法人もなみの4法人で構成している。今年1月ごろから連携の可能性を模索してきた。

医療福祉  
プラス

道は06年度に、こうした精神障害者の退院を促すため、精神障がい者地域生活支援事業に着手。道内17カ所に順次設置した地域生活支援センターを中心に、受

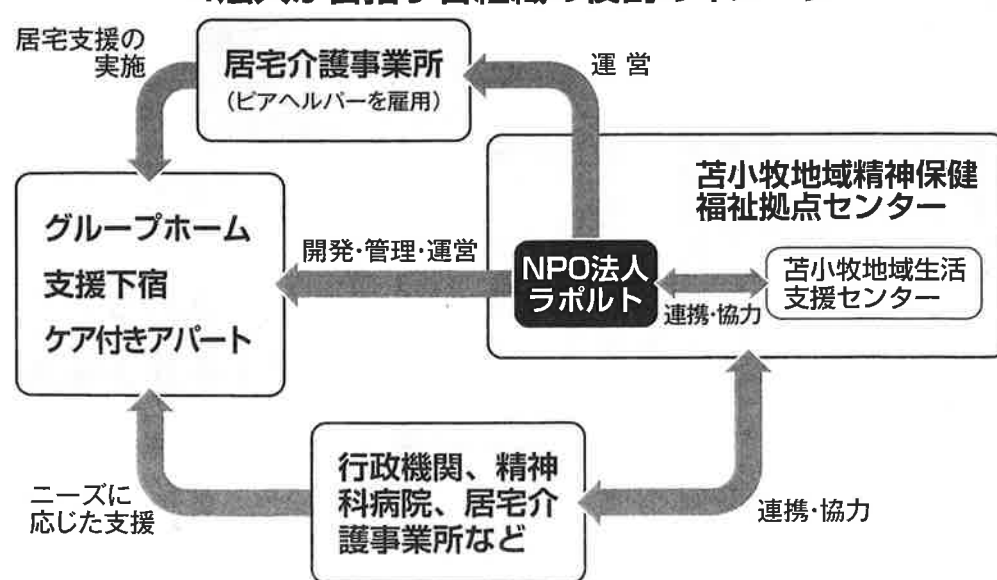
来年4月に「苦小牧地域精神保健福祉拠点センター」を開設予定の旧苦小牧すみれ保育園舎＝苦小牧市矢代町3



精神障害者の入院  
日本の精神科病床の平均在院日数は292日(2012年)で、数十日が一般的な先進国の中で群を抜いて長い。人口当たりの病床数も先進国最多。精神障害者への偏

## 退院後のケアを充実 ■ グループホーム運営も

4法人が目指す各組織の役割のイメージ



け入れ先の調整や、退院者の生活相談に応じてきた。ラポルトは、そのうちの一つ、苦小牧地域生活支援センターと連携を図る。事業内容は大きく分けて、精神障害者が住める住居を増やすこと、生活支援の二つ。具体的には、アパートなど既存の集合住宅を1棟借りしたり、下宿と提携するなどして、グループホームやケア付きアパートを運営することを想定している。

生活支援にあたるのは、ラポルトが運営する指定居宅介護事業所。そこでは、ヘルパー資格を持つ精神障害経験者の「ピアヘルパー」を職員として採用して、親身に支えると同時に、雇用機会にもしていく。地域の

見が退院者の住居探しを難しくしている。苦小牧保健所によると、東胆振の平均在院日数は全国平均の半分強だが、「依然として、退院者が生活するための受け皿が不足している」という。

新施設名は「苦小牧地域精神保健福祉拠点センター」。来年4月開設予定で、ラポルトと苦小牧地域生活支援センターの事務所が入る。さらに退院者が気軽に訪れて休憩できる静養室や、地域住民が利用できる会議室、多目的ホールなども備える予定。

NPO法人認可後、ラポルトの代表に就任する予定の中田英輝さん(54)は「苦小牧地域生活支援センター長は「手探りでスタートになるが、精神障害者の受け皿や支援体制づくりを早く形にしたい」と話している。