

精神保健福祉士のあり方を考える

-帯広・十勝圏域の精神保健医療福祉実践から学ぶこと-

松浦 智和*

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科

【要旨】本稿の目的と関心は、全国的にも高い評価を受ける北海道帯広・十勝圏域の精神保健医療福祉実践を概観するとともに、その歴史的事項の整理を行いながらわが国の精神保健福祉士のあり様について試論を述べることにある。この実践を検討する際には、諸家が「オープンシステム」を評価していることに注目すべきである。それは、「どこの病院の患者であろうと利用できる。誰が創ろうと地域に創られた資源は、医療機関も同様に住民が自由に活用できることが当たり前であり、社会資源は社会の共有資源であることを基本として相互に利用しあうこととなった」というものである。諸家の記録を検討すると、これらの実践では、当事者が置かれている環境へのきわめて素朴な疑問から関係者が様々な連携・協働の下にシステムを構築してきたことが明らかであった。この点の重要性を精神保健福祉士は再認識すべきであると考えられた。

キーワード：精神保健福祉士、帯広・十勝、オープンシステム、生活モデル

1. 緒言

本稿の目的と関心は、全国的にも高い評価を受ける北海道帯広・十勝圏域の精神保健福祉の実践を概観するとともに、その歴史的事項の整理を行いながらわが国の精神保健福祉士のあり様について試論を述べることにある。いうまでもなく、精神保健福祉士も一翼を担う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。ソーシャルワークはどの分野・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が、一精神保健福祉士として自省の意味も含めて本稿を進めていくこととしたい。

さて、本稿が取り上げる北海道帯広・十勝圏域の精神保健福祉の実践は門屋の報告^{1,2)}に詳しいが、もっとも重要なキーワードとなるのは「オープンシステム」の構築であろう。それらの報告において門屋は、「1982年には自宅には帰れない、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、私が責任者となって運営を始めた。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う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」と、当時は一医療機関のソーシャルワーカーであった自身の実践を評している^{1,2)}。

翻って、現代のわが国は、少子高齢化、家族構造の変化、格差の増大、地方の衰退、地域社会の疲弊など様々な課題を抱える時局であるが、改めて精神保健福祉士のあり様を問う時期にあるとあって過言ではない。それらの諸課題にともなう現代の精神保健医療福祉へのニーズの多様化・複雑化は、精神保健福祉士とその養成のあり方の議論を強く求めていると推測される³⁾。2008年に出版された社団法人日本精神保健福祉士協会の機関誌『精神保健福祉(39巻1号)』では、「現代社会におけるメンタルヘルスの課題—精神保健福祉士に期待される役割と可能性」と

2017年11月27日受付：2018年1月11日受理

*責任著者

住所 〒096-8641 北海道名寄市西4条北8丁目1

E-mail : matsuura@nayoro.ac.jp

題する特集が組まれている。このなかで大塚は、「支援すべき対象者の置かれた状況を変革する視点、そうした状況をつくり出している社会構造に対する広い視野、鋭い視点、深い考察、ぶれない軸足で歩への変革への働きかけの重要性」⁴⁾を、石原は「精神障害者の治療と社会復帰の促進という既存の中心的任務にとどまらず、広くメンタルヘルスに取り組むという枠組みからは、国民、市民、住民一般が対象に入ってくることから、公衆衛生と対応することになること」⁵⁾、氏家は「家族機能・地域の支援機能・人がつながり合う関係性の3つが崩壊したといわれる現代社会において、コミュニティのメンタルヘルスを牽引していくのは、よくいえば社会環境モデル、悪くいえば何でもありの精神保健福祉士が適任であること」⁶⁾を指摘している。それらは非常にインパクトがあり、現代社会に求められる精神保健福祉士像を検討するのに有益である。

顧みれば、2004年に厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本指針を示し、わが国の精神障害者に関わる施策において、「国民意識の変革」「精神医療体系の再編」「地域生活支援体系の再編」「精神保健医療福祉施策の基盤強化」⁷⁾という柱が掲げられてから10年以上が経過している。この潮流のなかで、精神疾患による入院患者で「退院可能な者」の退院を向後10年で進めていくことが示され、現況では、新規入院患者の退院までの期間は短期化されつつあり、さらに、1年以上の長期在院患者についても一定の短縮の動きはみられる⁸⁾。このあたりの議論については諸家の指摘があるが、門屋は、わが国のメンタルヘルスについては、OECDによる2014年度『医療の質レビュー』のなかで「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」と指摘されていることを取り上げ、あわせて、わが国の精神保健医療福祉では精神病床が世界で最も多く、入院期間が突出して長いことも指摘している⁹⁾。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こともわが国の精神保健福祉の特徴のひとつであるとしている¹⁰⁾。そして、門屋は自身の実践について、「精神科ソーシャルワーカー

一(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」と評している¹¹⁾。その内容は次項で取り上げることとしたい。

II. 北海道帯広・十勝圏域の精神保健医療福祉

1. 帯広・十勝圏域の概況⁹⁾

「十勝」という地名は、管内を流れる十勝川をさすアイヌ語「トカプチ」からといわれている。それは「乳」を意味し、川口が二つ乳房のように並んでいることに由来しているとされる。十勝川が日高山脈を背景として悠々と流れる姿は十勝の象徴でもあり、延長156km、北海道第3位の長さを誇り、十勝川水系には平野を潤す大小200あまりの河川が流れ込む。

北海道の開拓が、食料確保と北の守りという目的のもと官主導で進められる中で、十勝の開拓は、1883年に静岡県から入植した晩成社をはじめとして、富山、岐阜など本州からの民間の開拓移民により進められた。以来130年余り、十勝は寒冷な気象条件にありながらも、恵まれた土地資源を活かし、近代技術の導入や土地基盤整備を進めながら、農業を主要産業として栄えてきた地域である。

十勝管内は、1市16町2村で構成され、日本最大の食料基地としての役割が期待されている。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。面積は10,831.24km²、人口は341,471人(2017年9月時点)、世帯数は166,445世帯(2017年1月時点)となっている。

精神科医療については、帯広市を中心としたわが国で最も広い2次・3次医療圏であり、精神科医療完結型診療圏であるされる。1969年以降、有床精神科病院6か所に最大で1012床があり、1996年以降病床削減が始まり、2016年4月には4精神科病院で461床(スーパー救急32床、児童15床、認知54床含む)に削減され、入院者は人口1万人あたり11人、平均在院日数は4病院で97日となっている¹⁸⁾。

2. 精神保健医療福祉の歴史

精神科医療については伊藤の報告¹⁰⁾に詳しい。それによれば、①1950年の精神衛生法の制定を受けて北海道はいち早く帯広市と網走市に道立病院の設置を決めたこと、②帯広市近郊の音更町に道立緑ヶ丘病院が1953年に開設されたこと、③緑ヶ丘病院は北海道で17番目の開設であったこと、④その時点で、北海道の東部には根室市と釧路市に精神病床があったが、いずれも内科隔離病棟の一角に座敷牢のような精神病室ないし精神病監置室があっただけであり、開設からしばらくは緑ヶ丘病院が十勝・釧路・根室全域の患者さんを診ることになっていたことなどが示されている¹⁰⁾。

また、診療が開始されると同時に緑ヶ丘病院は多数の患者で満床になった旨の記述も確認される。殊に、①当時、患者の多くが貧しく生活全般にわたる援助と看護が必要であり、看護は多忙を極めたこと、②薬物療法はまだ本格的には導入されておらず、治療は主としてESTなどに頼っていたこと、③それでも、開設翌年には作業部を設け、農耕、畜産などが作業療法として取り入れられ、さらにレクリエーションも盛んに行われていたことが追記されている。また、当時は「患者さんとともに生活し働くことが、病状に良い影響を与える」との素朴な信念が多忙な診療活動を支えたとのことである。さらには、その後の病棟の開放化、院外作業、自治会活動そして地域連携へと繋がっていったようである。開設10年目の1963年に早くも地域保健婦の院内研修を開始し、その後の十勝の地域精神保健活動の基礎となったと記されている¹⁰⁾。

精神保健福祉については、先にも述べたように、大江病院のソーシャルワーカーであった門屋らが1982年に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」の運営を始めたことが地域資源運営のスタートであったようである^{1,2)}。また、門屋はそれ以前にも、本人の利益を優先する精神科医療の提供や生活支援について取り組むことが重要であると考え、1970年代から3つの精神科病院(帯広協会病院、帯広厚生病院、大江病院)の5人のPSWと3人の精神科医が医学書院の『社会精神医学』の抄読を開始し、早期発見、早期治療および治療の継続の重要性や治療環境の改善としての病院改革の必要性を共有し取り組んできたとしている。あわせて1969年に「十勝PSW研究会」をつくり、地域の相談

を受け付けることや5か所の保健所訪問を実施してきた。その後、精神科医も一緒に訪問し、通院中断者の訪問などを市町村保健師も巻き込んで行い、現在に至るまでその形態と内容は変化してはいるが続けられているという。地域では、保健所を借りて1970年代の数年間、事例検討会が6精神科病院の精神科医やPSW、看護婦、保健所、市町村保健婦によって毎月開かれ必要に応じて児童相談所やハローワークや教育関係者など参加者が50人を超えることさえあったとのことである^{1,2)}。

今日、帯広・十勝圏域での実践は「十勝方式」「十勝モデル」などと羨望の眼差しをもって呼ばれることが多いが、その事由や経過について門屋は以下のように述べている²⁾。「地域ではまだ活動していないPSWが中心となっていること、心のボランティア講座を開き、心の健康フェスティバルといった地域イベントを展開することや、退院促進を図り、制度がないのに住居資源を作りはじめ、通所資源を作り、複数の全国学会を開き、1990年代には毎年21世紀の精神保健フォーラムを開催し、マディソンモデルとの交流を行うなど、独自のいろいろな取り組みが続けられ、それらを総称して圏域外の専門職が十勝方式と揶揄していた。昔は保健所主導の地域活動が国策の時代でもあったので、民間精神科病院のPSWを中心に地域精神衛生活動を展開している十勝は勝手な方法でおかしいと非難されていたように思う」としている²⁾。筆者はここに門屋のみならず、帯広・十勝の精神保健医療福祉全体がわれわれに向けて発する強いメッセージを感じている。かつて、何らシステムがない時代に、当事者の生活支援を考え、制度がなく医療の対象であった時代に本当に当事者に必要な福祉サービスを考え、そして、障害の生きづらさに加え社会が精神疾患・精神障害をもつ人々を差別し生活の困難さを抱えさせている現状を問うてきており、そのひとつひとつを解決すべくそこにいた人々が様々な取り組みをしてきたことは明白である。サービス優先アプローチではなく、ニーズ優先アプローチを社会の不作為をも訴えながら実践してきていることに感銘を受ける。

3. 帯広・十勝の精神保健医療福祉を理解する視点

(1) 生活モデルを基本とした地域ケア

わが国の精神科病院は、1960年代に急激に増加し、1980年代まで病床数を増やし続けてきたことは周知の通りである。その間、西欧諸国がいわゆる収容政

策を転換し始めていたものの、わが国はその潮流とは正反対の流れを辿ったのである。門屋は、特に医学モデル中心の精神科医療にあっ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と振り返っている^{1,2)}。さらには、「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。精神科病院の治療環境(パターンリズム、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ナルリズム等々の問題点を実感し、二次障害を起こさないように、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っても退院を支援し、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」とも述べている¹⁾。

なお、生活モデルについては谷中の報告¹¹⁾に詳しいが、谷中は自身が開設した「やどかりの里」での実践を振り返るなかで、「ごくあたりまえの生活」の実現と豊かな生活の希求の結果、生活支援体制づくりに至ったと述べている。そのなかでの生活モデルの特徴を以下の8点にまとめている¹¹⁾。

- ①本人の願い、想い、夢、望みが最優先課題である：従来ニーズは当事者の困りごと、問題と課題に焦点があたっていた。ここでは何をしたいのか、という本人の願いや希望に焦点が当てられるのである。
- ②夢の実現化：夢を実現化し、願いを現実的かなえるためにはその計画を作成しなければならない。援助プランの作成である。まず、夢は長期の目標に設定し、当面の課題を明確にする。目標に迫るための中期計画を一応想定する。重要なことは希望・夢の実現化へ向かっての第一歩なのである。
- ③パートナーとして：かかわる側の課題は、当事者の夢の実現化のためのパートナーとしての役割である。当然、夢の実現化のためには長いつきあいを覚悟しなければならない。いわゆる生活を継続して支援することである。
- ④生活支援チームとして：従来の個別援助からチームとして支援する体制が必要とされる。これまた相談者をはじめとして、必要な人を選択できる必要がある。

⑤資源の有効活用：日常生活の上で資源が豊かではなくてはならないことと、それら資源を有効活用することが大切となってくる。生活支援の主要な活動は、ケース・マネジメントの導入ということである。従来のワーカー・クライアント関係から、スタッフはメンバーの生活上の豊かさのために、コーディネーターの役割におき変えられてきた。

⑥ネットワークづくり：仲間づくりをはじめ、近隣や市民の間に必要なサポート・ネットワークづくりが大切なこととなってきた。仲間は重要な支え手であり、支援ネットワークはひとりの人のために組織化を始めたものの、他の人たちにも有効な働きとなってくる。家族との絆を取り戻す作業も、重要なネットワーク化の一つである。

⑦連携：本人がかかわっている機関との連携を取りこれまた誰が必要となる諸機関とのネットワーク化である。

⑧地域づくり・街づくりへ：本人の住む場を、本人にとって住みやすい場とするためには環境・生活を整えると同時に本人だけの問題としてではなく、地域全体の課題として取り組むことが大切なこととなってくる。

以上について、谷中はさらに、個々人の課題を個々人の問題とするだけではなく、地域全体へと取り組んでいく視点が大切であると述べている¹¹⁾。また、生活モデルの中心は、生活の豊かさ(QOL)の追求、個々人の生活スタイルの尊重、そして自尊心の回復にあることも忘れてはならない視座である¹¹⁾。

(2) cure と care

門屋は自身の実践を振り返るなかで「cure」と「care」の分離・分担についても実践原則のひとつに位置付けてきたとしている^{1,2)}。門屋は、「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、営利性と相俟っ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った」と述べている¹⁾。

かつて門屋が「地域ケア」として実践に取り組み出していた頃とは様相を異にしているとしても、現代は「地域包括ケア」などの語がシステムに組み込まれ盛んに使われる時代となった。たとえば、猪飼は「キュアからケアへ」「病院から地域へ」「ADL から QOL へ」「医学モデルから生活モデルへ」などのスローガンが、多少の語感や意味のずれを伴いつつも、文脈を共有しながらヘルスケア全体で大きな潮流となってきたとしている¹²⁾。そして、包括ケア化は保健・医療・福祉の統合を意味しているが、もし可能ならこれらが統合的に動いた方が効果的であることは自明であるという立場をとっている。元来、保健と福祉は「生活」を対象とする活動を行ってきたのに対して、医療だけが異なる目的をもっていた。このため、20世紀は保健・医療・福祉の統合は困難であったが、生活モデルの下では、医療領域でさえも、究極的には生活ないし QOL への貢献によって評価されることから、現代は究極的にひとつの共通目標を持つことができるようになったとの見方もしている¹²⁾。

諸家の指摘を勘案すれば、包括化自体の有用性は明白である。そして、その過程の障壁を、生活モデルを志向することでひとつひとつ乗り越えてきているということが現代の包括ケア化のひとつの流れであろう。

(3) オープンシステム

帯広・十勝の精神保健医療福祉を検討する際には、諸家が「オープンシステム」を評価している。たとえば、岩上は、「日本の地域医療連携の事例として北海道十勝圏域の事例を挙げる。十勝ではどこの病院の患者であろうと利用できるオープンシステムを採用している点で他の地方と異なった取り組みをしている。このオープンシステムは複数の作業所や1市1町に創られた300人を超すさまざまな住居の利用、集団療法の連携などが充実している点で地域医療連携ネットワークとして優れていると考える」と述べている¹³⁾。

門屋も自身の実践を振り返るなかで、多くの精神科病院が多く日本の精神科病院は社会復帰施設も含め、独自に社会資源を作る活動をしてきたところもあるが、ほとんどは自らの入院・通院患者の利用に限ってきているが、しかし、帯広・十勝では違っていたとしている²⁾。すなわち「どこの病院の患者であろうと利用できる。誰が創ろうと地域に創られた

資源は、医療機関も同様に住民が自由に活用できることが当たり前であり、社会資源は社会の共有資源であることを基本として相互に利用しあうこととなった」というものである²⁾。

これは福祉領域のみではなく、たとえば、1984年当地に全国で4カ所しか設置できなかった精神科領域の公設リハビリテーションセンターが、北海道立精神科病院の附属施設として40名のデイケアと20名のホステルを開設した。このセンターはその後現在に至るまで多様な地域サービスを展開しており、この数年はACTチームが重症の患者50名ほどの訪問支援を続けているとのことである^{2,14,15)}。当時はここにしかデイケアがなく、ホステルは中間施設として1年で必ず退所する経過施設として運用され、転院することなく、デイケアだけ、ホステルだけを利用でき、後々ホステル退所者だけが利用できた独自のショートステイも、他の病院退院者も登録しておくことによって利用できるようになり、患者にとってもっともよい利用の方法へと変化しつつ、官民関係なくオープンシステムが定着することとなったとのことである²⁾。

現在でも同一法人の機関で医療や日中活動、住まいの場が完結してしまうなか、早期から複数の作業所や様々な住居の利用をオープンシステムで運用してきたこと、さらには、今でも門屋が医療機関で毎週行っている依存症の集団療法には別の医療機関の入院患者、外来患者が参加できるというオープンシステムならではの仕組みとなっていることは特筆に値する²⁾。「連携」「地域連携」が声高に叫ばれる時代であるが、それらを考える上では、このような資源の相互利用を可能とする環境整備がきわめて重要であると考えられる²⁾。

同じく帯広・十勝の精神保健福祉実践に関わった小栗もオープンシステムについては以下のことを述べている¹⁶⁾。すなわち、「当事者は複数の社会資源の選択ができ、その利用について自己決定が保障されることで、生活圏の拡大や仲間作りの環境が整うといったことのほかに、当事者自身が自分に合った他の社会資源情報を容易に獲得できるという意味においても極めて重要な仕組み」「地域活動の三原則と呼んでいるものがある。一つは、『それは人であれ物であれ社会資源は市民の共有財産である、あるいは市民の共有財産でなければならない』ということである。二つ目として、『抱え込まず、選ばず、市民としてという当事者の目線』であり、その帰結として

三つ目の『うちの病院・うちの施設・うちの患者』という意識を乗り越えていこう。これが三原則である。いつも活動に行き詰まった時には振り返りつっこに立ち戻れる、そんな座標軸として大事にしている原則である」とするものである¹⁶⁾。門屋は、「生活支援は、たとえ制度・資源がなくても、普通的生活資源を使えば、私たちと同じ当たり前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。家族扶養に頼らずに、多様な社会扶養のシステムとして一般生活資源を活用するのがよい」と述べているが¹⁷⁾、先のオープンシステムへの思いも含めて、これらの議論はきわめて本質的な疑問から生まれた究極のシステムであることは明白である。

むしろ、他地域でなぜ具現化されないのかを誠実に検討する必要があるだろう。

III. 帯広・十勝圏域の精神保健医療福祉に関わる歴史

本研究では、帯広・十勝圏域の精神保健医療福祉の歴史や現状について検討しているが、そのなかでは、関係事項の年表作成も試みた。殊に、以下のあげる年表は帯広ケア・センターの片平修所長によって作成された「十勝精神保健協会」の動きを中心に示したものである。なお、現時点で公開されておらず筆者が片平修所長の好意により提供を受けたものであり、筆者が関係書類にて情報の整理や確認を試みた。

1. 1970年代まで

年度	主な動き	社会資源	研修活動
1950 (S25)	精神衛生法の制定 精神衛生相談所(帯広保健所併設) 帯広児童相談所開設。		
1953 (S28)	北海道立緑ヶ丘病院設置 北海道精神衛生協会設立		
1955 (S30)	「十勝手をつなぐ親の会」結成		
1960 (S35)	北海道立緑ヶ丘病院で病棟の開放化, 地域交流の促進, 地域保健婦の院内研修など, 時代を先取りした地域医療を実施。		
1964 (S39)	国立十勝療養所に精神科(結核合併)開設		
1965 (S40)	精神衛生法第12次改正と保健所活動が始まる。 精神科医療機関が増え始め, 施設合同で運動会, レクリエーション等の交流が開始。 柏林台病院開設 帯広協会病院, 帯広厚生病院に精神科病棟新設(S40年代)		
1966 (S41)	帯広保健所で医師・看護婦・保健婦による「十勝地域精神衛生関係者連絡会議」が定期開催され, 1967年からPSWが加わる。 「十勝精神障害者家族会(十勝すずらん会)」が結成。		
1968 (S43)	福祉関係者も加わり, 「精神衛生事例会議」を開催。		
1971 (S48)	大江病院開設		
1973 (S48)	7月30日「帯広地方精神衛生協会」発足 10月第17回北海道精神衛生大会帯広開催	あおぞら会発足	
1974 (S49)	協会主催で社会復帰(雇用促進)について話し合い		第1回精神衛生研究大会 「現代生活と不安(西堀恭治)」
1975 (S50)	事務局幹事を増やす(保健所半数)		第2回精神衛生研究大会 「こどものころ(大江寛)」
1976 (S51)		十勝断酒会創立	第3回精神衛生研究大会 「思春期のころ(丸山信之)」
1977 (S52)		アカシヤ学級発足	第4回精神衛生研究大会 「ノイローゼ(大和田宏)」
1978 (S53)			第5回精神衛生研究大会 「学習障害を巡る諸問題(川村繁市)」
1979 (S54)		つくしの会発足	第6回精神衛生研究大会 「青少年期における親子関係(五十嵐邦彦)」

2. 1980年代

年度	主な動き	社会資源	研修活動
1980 (S55)		やまばと会発足	第7回精神衛生研究大会 「現代社会における精神衛生(田中章二)」
1981 (S56)			第8回精神衛生研究大会 「心のやすらぎ(白木弘遜)」 「十勝管内における精神衛生の歩みと諸問題(門屋充郎)」
1982 (S57)		朋友荘開始 AA十勝G発足	第9回精神衛生研究大会 「老いと生きがい(畑宏明)」
1983 (S58)	7月十勝精神衛生協会に変更	帯広マック発足	第10回精神衛生研究大会 「眠りの秘密(伊藤哲寛)」
1984 (S59)	8月第28回精神衛生北海道大会帯広開催	北海道立緑ヶ丘病院移転 音更リハセン開設	
1985 (S60)		福祉厚生事業所発足	第11回精神衛生研究大会 「子どもの心を考える(谷昌恒)」
1986 (S61)	センターOB会	朋夢共同作業所開始	第12回精神衛生研究大会 「少年非行の動向にかかわる社会的諸要因(山上皓)」
1987 (S62)	十勝精神保健協会に名称変更 精神保健法に改正	さくら学級開始 たまりば会開始	第13回精神衛生研究大会 「生涯教育と心の健康(藤原てい)」 講師派遣事業 9回
1988 (S63)		とかち共同作業所開始 コスモス学級開始 あおぞら荘・悠夢ハイツ開始	第14回精神衛生研究大会 「酒とバカの日々(神田愛山)」, 講談 講師派遣事業 7回
1989 (S64・H1)		帯広マック終了 たんぼぼクラブ開始 ラッコ学級開始 佐竹荘開始	第15回精神衛生研究大会 「人になれよう(藤谷榮也)」 講師派遣事業 11回

3. 1990年代

年度	主な働き	社会資源	研修活動
1990 (H2)	研究大会をフェスティバルから分離	レモンクラブ開始	第16回精神衛生研究大会 「心の絆って何だろう(野田純子)」
1991 (H3)		帯広ケアセンター開始 クローバー共同作業所開始 エンジェル会開始	第17回精神衛生研究大会 「思春期の心理的諸問題(山崎晃資)」
1992 (H4)			第18回精神衛生研究大会 「精神障害者の社会参加(秋元波留夫)」
1993 (H5)	20周年記念大会 精神保健法の改正 障害者基本法成立	十勝ソーシャルクラブ連合会 結成 クッキーハウスぶどうの木開始 石田荘開始	第19回精神衛生研究大会(20周年記念大会) 「異常をはかる物差し(なだいなだ)」, 「喪の途上にて(野田正彰)」
1994 (H6)		みなと会開始 すみれ荘開始	第20回精神保健講演会「我が歩みし精神医療の道(浜田晋)」
1995 (H7)	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に改正	あいあいの会発足 ゆうゆう舎開始	第21回精神保健講演会 精神保健フォーラム inTOKACHI シンポ「精神科リハビリテーションのゆくえ」 パネル「地域精神保健の今後」 講演「アメリカにおける精神科リハビリテーションの現状と課題(遊佐安一郎)」
1996 (H8)		さわやかサークル開始	第22回精神保健講演会 「摂食障害とはなにか NABA(鶴田桃江)」
1997 (H9)		帯広生活支援センター開設 フラワレジデンス開始	第23回精神保健講演会「人権センターからみた精神保健福祉の現状(小林信子)」
1998 (H10)		かりかち工房開始 ぬくもりデイケア開始 ひまわり荘開始	第24回精神保健講演会「国際的に見た日本人の精神医療(ハディング)」
1999 (H11)	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律改正	ドリームハイツ・コーポ長浜開始	第25回精神保健講演会「福祉新生期のヒューマンワーク(柏木昭)」

4. 2000年代以降

年度	主な動き	社会資源	研修活動
2000 (H12)		ふれあいデジタル工房キッチンハウスあしたば開始 いい音の会開始 たんぼぼの会開始 飯高荘・スカイコーポ 3 棟・ハイツローヤル開始	とちち SST 研修会「SSTに関する講義と実践(前田ケイ)」
2001 (H13)		どんぐりの家共同作業所開始 たのしくやろう会開始 りすの会開始	
2002 (H14)		コロポックル帯広開始 コーポとのうち開始	伊藤哲寛記念講演「帯広・十勝での 31 年とこれから」 精神保健講演会「社会的入院解消に向けての新たな取り組み(鹿野勉)」 地域精神保健福祉活動について学ぶ講演会「21 世紀の精神保健福祉・コミュニティケアの展開(古元重和)」
2003 (H15)	30 周年記念大会	第 2 飯高荘開始	映画「home」を観る会(ひきこもり家族会) 十勝地域メンタルケアセミナー
2004 (H16)			「精神保健における世界の先進地に学ぶ(ディヴィッド・ルコント)」
2005 (H17)	障害者自立支援法施行		「精神保健における世界の先進地に学ぶ(ディヴィッド・ルコント)」
2006 (H18)	H18 保健文化賞(第一生命)門屋氏受賞 精神保健功労賞(道協会) 個人・高橋則之 団体・朋友会受賞	柏林台病院閉院	「近未来の精神保健福祉・ACT について(伊藤順一郎)」
2009 (H21)			精神保健福祉講演会 「薬物乱用・依存を知る(芦澤健)」 「薬物依存からの回復(森亨)」
2010 (H22)			精神保健福祉講演会(市商工会議所共催) 「笑いは健康の源(伊藤一輔)」

IV. 精神保健福祉士のあり方を考える

ここまでは、全国的にも高い評価を受ける北海道帯広・十勝圏域の精神保健福祉の実践を概観するとともに、それらの実践を支えた諸家の実践への思いや方法などを検討し、加えて、それらの歴史的事項の整理を試みてきた。本項では、それらの検討結果を踏まえて、今日の精神保健福祉士が帯広・十勝圏域の実践から学ぶことを述べつつ、わが国の精神保健福祉士のあり様について試論を述べることにしたい。

ここまで、殊に、門屋充郎氏の論文を検討することが多くなったが、門屋氏の論文を拝読するたびに「当事者本位」「パターナリズム」という言葉とこれまで出会ってきた当事者の顔を思い出す。私事で恐縮であるが、かつて大学病院精神神経科にソーシャルワーカーとして勤務していた際、様々な病的体験これに翻弄される患者との出会いが多くあった。そして、多くの患者の人生を再構築していく機会にも恵まれ、患者が発する「どうせ私なんて」「もう人生は終わりだ」「あなた(筆者)に私の気持ちが分かるのか」など

の言葉を聞きながら、自分だけは希望を捨てずに、(地域)生活支援を進めていかねばと冷や汗をかいていた日々であった。門屋氏の言葉ひとつひとつには、わが国の精神保健医療福祉がこれまでに当事者の人生に向き合わず、ある種の「親身さ」を持ってこなかったかということへの怒りや批判が込められているのであろう。だからこそ、筆者はかつての患者の顔を思い出し、あの時と同じ冷や汗をかいている。

現在、筆者は大学で教育・研究を担う立場になってはいるものの、当事者やその家族からの相談は依然として多い。どこかよい病院はないか、よい施設はないか、親身に相談に乗ってくれるソーシャルワーカーはいないかなど極めて素朴なものである。その際にも、具体的な助言をしようと試みるが、筆者が勤める機関の対応可否も分からなければ、そもそも、筆者が想定しているソーシャルワーカーと目の前の当事者や家族が出会えるのかという不安にも駆られる。何とかスムーズに受診や利用につながる当事者とソーシャルワーカーを結びつけるシステムはできないものかという考えになってしまう日々である。

先に述べたように、帯広・十勝圏域の精神保健福祉実践は、オープンシステムなどを中心にかわめて素朴な疑問や問題提起からスタートしていることは明白であった。「どこの病院の患者であろうと利用できる。誰が創ろうと地域に創られた資源は、医療機関も同様に住民が自由に活用できることが当たり前であり、社会資源は社会の共有資源であることを基本として相互に利用しあうこととなった」という言葉は、おそらく、それを具現化することに注力する優れたソーシャルワーカーの勇氣ある前進とそれに感銘を受けた人々の実践・協働のなかで出てきたものと推測される。

最後になるが、近年は、精神保健福祉士養成において「実践力」を求められるようになってきているものの、筆者は大学を卒業したばかりの精神保健福祉士が持つ「実践力」とは何を指しているのかよく考えるようになってきている。少なくとも、帯広・十勝圏域の実践を見る限り、やはり素朴な疑問を大切に、専門職としての自己研鑽を惜しまずに勇氣ある一歩前進ができるかどうか問われているような気がしてならない。さらには、これは新しい精神保健福祉士だけに求められるものでもない。すなわち、当事者のリカバリーを追求するすべての精神保健福祉士が自己研鑽を惜しまず勇氣ある一歩の前進をすれば、精神保健医療福祉は必ず変わると帯広・十勝圏域の実践は示してくれているのである。

附記・謝辞

本稿は平成28年度名寄市立大学教育研究費「特別枠支援による研究・事業」の助成を受けて実施した研究の成果の一部である。本研究の実施に際しては、多くのソーシャルワーカーの協力を得た。記して感謝申し上げる次第である。

文 献

- 1) 門屋充郎：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．ソーシャルワーク学会誌，30-31：112-114，2015.
- 2) 門屋充郎：精神障害のある人の地域生活支援と「相談支援」-ソーシャルワークとしての「相談支援」を考える，ソーシャルワークとしての「相談支援」．精神保健福祉，46(2)：84-87，2015.
- 3) 精神保健福祉士養成教育のあり方を考える：統合失調患者，高齢精神障害者の地域移行支援に関する考察を中心に．名寄市立大学社会福祉学紀要．5：41-47，2016.
- 4) 大塚淳子：精神保健福祉士としてメンタルヘルズ課題をどうとらえるか．精神保健福祉，39(1)：5-10，2008.
- 5) 石原邦雄：社会変動とメンタルヘルズ．精神保健福祉，39(1)：11-15，2008.
- 6) 氏家靖浩：精神保健福祉士はコミュニティといかにかわるべきか．精神保健福祉，39(1)：16-20，2008.
- 7) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン．2004.
- 8) 厚生労働省：第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会資料．2014.
- 9) 北海道十勝総合振興局ホームページ．
<http://www.tokachi.pref.hokkaido.lg.jp/>
- 10) 伊藤正三：十勝の精神科医療について．病院・地域精神医学．41(4)：427-430，1998.
- 11) 谷中輝雄：生活支援形成過程について，やどかりの里における生活モデルの提示，福祉の立場から(1)．精神障害リハビリテーション．4(2)，2000.
- 12) 猪飼周平：地域包括ケア化の論理，「病院の世紀」の終焉の観点から．精神医療．69：89-98，2013.
- 13) 岩上優美，西大明美：精神保健における地域医療ネットワークの変遷と現状．東京医療保健大学紀要，7(1)：47-52，2013.
- 14) 寺嶋正啓，桶田昌平，澤村俊彦，井口洋司，山田智子：十勝でのACT．北海道作業療法．28：95，2011.
- 15) 山田智子，澤村俊彦，寺嶋正啓：ACT-Hの実践報告．北海道作業療法．28(2)：38-44，2011.
- 16) 小栗静雄：十勝の精神保健福祉について．病院・地域精神医学．41(4)：425-426，1998.
- 17) 門屋充郎：今も!!われわれ精神保健福祉士に求められるもの．精神保健福祉．41(3)：155-159，2010.
- 18) 門屋充郎：精神医療の多機能化に思うことあり，多機能化は精神医療の質を低下させないのか．精神医療，87：89-97，2017.

Original paper

Consideration of how psychiatric social workers should be: Lessons from mental health welfare practice in Obihiro and Tokachi, Hokkaido

Tomokazu MATSUURA *

Department of Social Welfare, Faculty of Health and Welfare Science, Nayoro City University

Abstract: This study has the objective and interest of outlining mental health welfare practices in Obihiro and Tokachi districts of Hokkaido, which are highly esteemed nationwide, with presentation of the author's opinions of how psychiatric welfare workers should fulfill their duties by summarizing related historical information. In examining this practice, it is noteworthy that many experts appreciate the "open system." According to the system, "Any patient of any hospital can use it. No matter who creates it, the resource created at a community, including healthcare facilities, should be used naturally and freely by residents. Therefore, social resources have been used communally on the premise that they should be shared as social resources." Examination of records by the experts revealed that the people involved have created a system with various cooperation and collaboration from simple problem consciousness they have of the environment in which patients are placed. The author infers that psychiatric social workers should recognize the importance of this point.

Key words: Psychiatric social workers, Obihiro, Tokachi, open system, life model

Received December 27, 2017; Accepted January 11, 2018

*Corresponding author (E-mail: matsuura@nayoro.ac.jp)