

もくじ

みんな
月刊 ねつと

2016年
4月号

通巻第108号

【表紙の絵】 織田信生

知っておきたい精神保健福祉の動き 2

特集

家族だからできる家族支援

『家族による家族学習会プログラム』（岡田久実子） 6

精神科医療の現状と改革の展望

【連載第1回】精神疾患・こころの健康問題はどうなっているか（氏家憲章） 14

私と家族の手記

「それぞれの物語」（スウ姉さん） 18

街の診療所からのお便り【連載 107】（増本茂樹）

…若者には、いろいろの悩みがあって… 22

知ることは生きること

（連載4回）障害年金における等級判定のガイドライン施行後の審査の流れ（青木聖久） 26

メンタル障害をサポートするための知識—薬物療法を正しく理解する●連載21（姫井昭男）

第3章「精神科の薬」の実際〈8〉—抗精神病薬の使い分けの実際 30

真澄こと葉のつれづれ日記（第61回） 34

みんなのわ—読者のページ 36

《当事者の手記》入院中の友達を助きたい①（和田幸之） 38

知っておきたい 精神保健福祉の動き

■これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会

精神保健福祉法の附則において施行後3年(平成29年4月)をめぐりとして、医療保護入院の継続のあり方等について検討を加え所要の措置を講ずるものとされていることから、当検討会が開催されることとなりました。

【第1回】(1月7日)

最初に事務局となる厚生労働省精神・障害保健課より午後の進め方(案)について提案がありました。その後、構成員によるフリートークキングがあり、下記の案が了承されました。

障害者の当事者のいる家族が、社会から適切な支援を得られず、孤立無援の状況に置かれていたためである。
すべての精神障害者の当事者とその家族に、質の高い精神科医療と必要な社会的支援が届くようにしてほしい。そのために精神保健福祉法を大きく見直しをほしい。

暴力は、精神疾患の暴力と言っても、すべて治療では解決できない。医療、福祉、行政、警察等のチームによる対応が必要であり、虐待という視点も取り入れ、対応策を考えるべきである。

1. 医療保護入院における思想及び入院の手続きのあり方
まずは実態を調査してほし

・当事者・関係者からのヒヤリングの実施(2月25日)。

・二つの分科会(①医療保護入院のあり方分科会②新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会)を設置し、分科会において整理された論点を踏まえて検討会でとりまとめる。

・スケジュール

平成28年1月から議論を行い、分科会における議論の整理を経て、同年夏頃をめどに意見のとりまとめを行なう。

なお、当会は「①入院時だけでなく、入院中の意思決定及び意思表示を議論すべきである
②一般医療のインフォームドコンセントを参考にすべきである
③精神医療だけでなく一般の人を含めた精神保健を検討するべ

い。県により措置入院者、医療保護入院者の数に大きく差がある。また制度の運用にも大きく差がある。家族等が困って通報した時には医師が往診して判断することを基本にするべきである。今は、医療機関は患者を連れて来いという。当事者の暴力などの対応が家族任せになっている。これにより、冒頭のような痛ましい事件へと進んでしまう。

●移送制度について

①家族等から緊急の相談があったときには、間をあげず「危機介入チーム」が派遣される制度を設けるべき。

②「精神保健福祉センター」は、小規模な精神科多機能医療サームビスの拠点として圏域ごとに設

きである」と意見表明しました。(理事長本條)

【第2回】(2月25日)

当会を含む当事者・関係者4団体(みんなねっと、日本精神科病院協会、精神保健福祉事業団体連絡会、全国「精神病」者集団)からのヒヤリングが行なわれました。

ヒヤリングは主に4領域での意見が求められており、当会からは木全副理事長が次の意見表明をいたしました。

* * *

最近、精神障害の当事者による家族への暴力による痛ましい事件、逆に、家族による精神障害者当事者への暴力による痛ましい事件が、度々起きている。痛ましい事件は、すべて、精神

置する。

③移送における「家族等の同意」は廃止し、家族に代わって保護を行い本人の権利を守る公的機関が「同意」すべき。

④移送を行うとき、公的機関が本人の人權を侵すことを防ぐために、家族等の関係者から訴えがあれば、医療機関や公的機関から独立した第三者の人權擁護機関が介入できるようにすべき。

●医療保護入院の手続きのあり方

①「家族等の同意」は廃止してほしい。家族に代わって保護を行い本人の権利を守る公的機関が「同意」すべき。

②医療保護入院の基準がいまは2名としてほしい。

③ 公的機関が本人の人権を侵すことを防ぐために、家族等の関係者から訴えがあれば、医療機関や公的機関から独立した第三者の人権擁護機関が介入できるようにすべき。

④ 「精神医療審査会」の審査は極めて不十分である。人権擁護を徹底させるためには、医療機関とは関係のない独立した第三者人権擁護機関が必要である。審査のスピードアップが必要と考える。審査会の審査を行政がやっているのも問題である。

2. 医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置のあり方
家族に頼らずに地域で生きていけるように、国と地方自治体が責任をもって地域の医療支援

② 入院中に本人の希望があれば、医療機関の外部の人材から「代弁者」を選んでもらい、代弁者が自由に面会できるようにしてほしい。代弁者が本人の意思を確認して、可能な限り本人の意思が実現でき、また、人権を守るために、本人とともに行動できるようにしてほしい。
③ 処遇改善や退院請求が本人からあった場合、代弁者が本人とともに医療機関交渉や知事請求などできるようにしてほしい。
④ 「精神医療審査会」の委員を専任・常勤にし、審査の質を高めてほしい。本人に直接会って話を聴くなど、人権尊重に力を尽くしてほしい。
⑤ 病棟内での人権侵害についての訴えがあった場合は、精神医

と福祉支援体制を充実させてほしい。

① 病院内の退院支援会議に、地域の相談支援専門員などの支援者を参加させる。

② 生活支援の中の心理的社会的支援を充実させる。地域に相談窓口をたくさん設け、なんでも相談でき、心配事を傾聴してもらえ、そこでケアマネジメントがされて、すべてのサービスが包括的に組み合わせられるようにして、本人と家族が安心できるサービス体制を整えてほしい。

③ 地域に訪問支援の拠点となる新たな「精神保健福祉センター」を設け、多職種訪問チームを置いて、地域の退院した患者を支えてほしい。従来の精神保健福祉法にある都道府県及び政令指

療審査会ではなく、外部の独立した第三者人権擁護機関が調査を行い、違法行為が明確になったときには裁判所の監視のもとに関係者の処罰を行うべき。

⑥ 入院中の医療については家族を中心によく説明して、家族の納得の上での治療にしてほしい。家族がかかわれない場合には、当事者の信頼する人がかわれるようにしてほしい。

4. 平成26年7月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を踏まえた精神科医療のあり方

日本は先進諸国の4倍の入院患者がいる。入院していない人の多くは家族の負担になっている。したがって家族がいない、

定都市設置のものに限らず、地域の多機能診療所などに委託して地域の圏域ごとに設置される小規模なもので良い。

④ 家族のもとに退院した患者がいた場合、地域支援サービスに家族への支援も加えてほしい。
⑤ 退院後に家庭内暴力が発生した場合、家族が避難できるシステムと、家に残された患者を支援者が見守るサービスを整えてほしい。

3. 精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援のあり方
① 精神科病院側から、定期的に入院患者全員に退院希望や処遇のあり方について、意見を聴き、意思に添うようにしてほしい。

あるいは、家族の介護力がなくなると入院で一生過ごすということになっていく人が多い。最近では3か月以内に退院させないと医療機関の経営上の問題となるようで、無理に退院させられて、家族が困ってしまう場合が多くみられる。入院者ばかりでなく、家族と一緒に暮らしている人も、地域で安心して生活できる社会的な整備が必要である。家族は大変疲れている。冒頭に述べたような痛ましいことにならないようにお願いしたい。長期入院では病状は改善しても社会性は後退する。できるだけ社会生活をしながら治療することが真の意味での治療になり、社会復帰に繋がる。

(事務局小幡)

『家族だからできる家族支援 家族による家族学習会プログラム』

さいたま市精神障害者家族会連絡会副会長
さいたま市精神障害者もくせい家族会副会長

岡田 久実子

『家族による家族学習会プログラム』をご存知でしょうか。現在、全国各地で家族会や家族のグループが実施している家族が実施する家族支援プログラムです。これまで、23都道府県で約2000人の家族がこのプログラムに担当者、参加者として関わってきました。

大切な家族である子どもや兄弟姉妹、配偶者等の統合失調症

ます。これから紹介する『家族による家族学習会プログラム』は、家族だからこそできる家族による家族支援プログラムです。

プログラムの立ち上げ

平成19年5月、NPO法人地域精神保健福祉機構コンボが家族学習会企画委員会を立ち上げ、家族から家族に伝える心理教育プログラムの検討が始まりました。立ち上げ当初のメンバーは研究者や医療者、支援者の方々のみでしたが、家族が実施するものなので家族にも加わってもらおうとの意向で、関東近辺の家族会に声がかかり、

を始めとする精神疾患の発症が、その周囲に居る家族に多大な影響を与えます。病気への偏見から家族内で抱え込み、やつと医療機関につながっても、病気の正しい情報を思うように得ることができず、病気の回復への道筋もつかめないままに長い年月が経過することは稀ではありません。

そのような中で、家族は精神

第2回目の会議から、千葉・東京・埼玉の家族が参加するようになりました。「家族のピア心理教育プログラム」と言われても、私たち家族にとってはまったく経験のないことで、とても理解が難しく、まるで雲をつかむ話のようにも思えました。

米国の「Family-to-Family」、香港の「Family-Link」、そして全家連（かつての家族会の全国組織）発行の「家族ゼミナール」を参考として、日本で普及できる家族から家族へ伝える教育プログラムが模索が始まりました。「家族ゼミナール」は、発行当時に全国の家族会や保健センターなどに配布されたそうですが、もったいないことに、期

的にも経済的にも負担を抱えて憔悴し、希望を失ってしまします。みんなねつとを中心として、そのような家族の実態を明らかにし、支援の必要性を訴えてきたことで、「家族支援」が改めて注目されるようになりました。

家族は支援される立場であると同時に、同じ体験を持つ者として支援ができる立場でもあり

待したほどには活用されませんでした。

これら3つのプログラムに通じているのは、主催する側が、それなりの時間を割いて専門的な知識を得る必要があり、実施期間も7〜12日と多くの日数を必要としていました。

日本の家族の現状を見ると、多くの家族が精神疾患・精神障がいを持つ本人（以下、本人）と同居し、頻繁に、そして長時間家を空けることが難しく、本人の状態によっては急に予定を変更せざるを得ないことがあるなど、決められたプログラムを実施する上での困難が予想されました。このような状況下でも実施できるものでなければ、い



家族による家族学習会の風景

くらしいものをつくっても普及は難しいだろうと思われしました。そのため、特に実施形態や実施期間については、家族からの率直な意見を述べ、プログラムに反映されました。話し合いを重ねる中で、企画委員会に参加される専門職の方々が、日本の家族の現状を何とか変えたい、変えなければという強い思いを持ち、家族支援に真剣に取り組もうとの意志が伝わってきたのです。そのことが、雲をつかむように思えたこの取り組みに関わり続ける原動力となりました。

平成19年秋に日本で初めての『家族による家族学習会プログラム』が千葉県と埼玉県で実

施され、それを土台に、実施箇所数を増やしながらか検証を重ね、「家族学習会実施マニュアル」としてまとめてきました。家族心理教育のノウハウを基礎としながら、このプログラムを実施した家族自身の体験を生かして、実施マニュアルの改訂を積み重ねました。このマニュアルには、これまで家族学習会を実施してきた多くの家族の体験からの思いと声が反映されているのです。

プログラムの特徴

このプログラムの主な特徴としては、

1. 長時間の研修による医療的・

福祉的な知識を学ばなくても実施可能なものとする。

2. 複数の家族がチームを組んで取り組むことにより、急なことで動けなくなった家族があっても実施に支障が出ないようにする（「家族による家族学習会実施マニュアル」より抜粋）。

ということがあげられます。精神疾患や医療、福祉制度などの正しい知識を学ぶためには、多くの時間と高い能力を必要とします。そのようなものであれば、実施できるのは、ごく限られた一部の特別な家族でしかありません。それでは、全国の家族会で取り組むことが難しくなります。そこで、正しい知識を集約したわかりやすいテキ

ストを活用し、そのテキストを声に出して読み合うことで正しい知識を確認するという方法を取ります。そして、リーダーシッ

プを持つ1人が取り仕切るのではなく、複数で役割分担をして、チームで運営します。そうすることで、急に誰かが抜けても運営が可能なのです。

さらに大きな特徴として、『体験を語り合うこと』を大切にしているということがあります。テキストを基に、そこに書かれた内容に関連した各自の体験や思いを語り合います。他でもともと話せないような体験や思いを、安心して話し、その話をしていねいに聴いてもらえ、話したことを丸ごと受け止めてもらえる、そう感じられる場で家族が体験を語り合うことで、考え方や価値観の変化を生じていきます。それは、私たち家族が、い

つからか抱え込んだこの病気に対する偏見への気づきにつながります。自分自身の中にある偏見に気づくことは、その苦しきから解放される第一歩です。

ここまでを読んでおわかりいただけでしょうか？ このプログラムは、本人の回復を目的としたものではありません。その目的は「家族自身が元気になること」です。私たち家族が本人の病気をより理解し、病気や障がいを受け止め、病気や障がいを持つ人の家族としてより良く生きていくことを目指しています。それは、家族会活動の根源的な目的そのものでもありと考えます。



家族向けの統合失調症の心理教育テキスト

家族による家族学習会プログラムとは

「家族による家族学習会プログラム」(以下「家族学習会」とは、精神疾患を患った人の家族を「参加者」として迎え、同じ立場の家族が3～5人の「担当者」として運営・実施する、小グループで行う体系的な学習

の正しい情報と共に、家族の体験に基づいた知識や知恵を共有します。2週間～1か月に1回実施し5回で1コースが終了します。

これまでの専門職による心理教育や家族教室と異なり、その場に参加するのは家族だけです。その中では、「家族の感情や思考も含めた体験を通して学

プログラムです。定められたテキスト(家族向けの統合失調症の心理教育テキスト^①)を声に出して読みとおし、その内容に沿った体験を語り合う中で、疾患・治療・回復・対応の仕方などについて

習の理解を深める」、「家族としての体験を通して築き上げられた自分なりの考えを伝える」、「家族と本人のリカバリーのプロセスを体験談から伝える」というように、体験した家族にしかできない方法を使って学習会を進めていくことも、大きな特徴です^②。

専門職の方々には後方支援(会場の確保・広報と参加者の募集・資金提供・オプザーバー参加等)という立場での協力を得ることはあっても、実際に学習会を計画・実施するのは家族自身です。このプログラムを実施しようとする家族は、『家族学習会担当者研修会』に参加しその目的や内容を学び、「実施

マニュアル」に従って、準備から実施、振り返りまでを自主的に行うことができます。

家族による家族学習会プログラムがめざすもの

その目的は、参加した家族も、主催した家族も共に元気になることです。そのために、参加した家族を心から歓迎し、その苦労を労い共感し、話して良かった、参加して良かったと思える場にするための対応や工夫(おもてなしの心構え)や、困りごとばかりの話の中から、その人自身の工夫やできていること、頑張っていることなどを見つけて言葉にして伝えること(ゆで

卵理論)など、グループの運営をする上で大切にしている対応の仕方や考え方があるので、『家族学習会担当者研修会』で学びます。

学習会担当者を経験した家族は、「自分が体験してきたことを学習会で語ることにより、他の人に役に立つ情報になるのだと気づきました。自分への自信を取り戻すきっかけになりました」「初回には涙ばかりだった人が、最後には本当に素敵な笑顔を見せてくれる…こちらの方が元気と勇気をもらっています」などと語ります。また、学習会の参加者が記入したアンケートには、「テキストを読み合わせながら、個々の体験を語

り合いました。話し合いが進めやすいようにルールが決められていて、それぞれの方が赤裸々な体験を安心して語ることができたと思います」「自分だけが苦しいのではないことがわかり、気持ち genuinely なりになりました」「共感し合える仲間が居ると実感し、自分の弱いところをさらけ出して苦しみや喜びを分かち合うには、顔を合わせ、輪になって話すことが必要だと強く感じました。ここに家族による家族学習会の目的を見ました」などの記載がありました。また、「初期の頃にこのような場に出会いたかった」や「このような学習と語り合いの場を、大勢の家族が体験できたら素晴

らしいと思う」という感想も寄せられ、家族会活動への期待や課題を改めて考える機会ともなります。

このプログラムが、本人の回復を目的としたものではないと書きましたが、実は、このような家族の変化が本人にも、少なからず良い影響を与えています。「本人の本当の苦しみに気づけた」「気持ちにゆとりができて、本人への対応がうまくできるようになった」「定期的に家を空けるようになり、本人との程良い距離がつけられるようになった」など、本人との関係が変化したという報告が届いています。

今後の展望と課題

この家族学習会プログラムが全国の家族会に周知され、実施を希望する多くの家族会に取り組んでいただきたいと考える理由が3つあります。

第一に、まだ家族会につながっていない家族への家族支援のためです。かつての私たちのように、孤立して困難を抱えている家族が地域にはたくさんいます。その方たちに手を差し伸べ、本音で語り学び合う機会をつくることのできるのが、この家族学習会プログラムです。そして、学習会参加者の5割は家族会につながりました。家族会

にとつても会員を増やす機会にもなります。

第二には、家族会の人材育成のためです。会員同士でチームを組んで実施することにより、担当者になった家族は会運営のノウハウを体験を通して学び、体験の共有や参加者の変化を目の当たりにして、家族会の存在意義を体感します。また、毎回、自分たちの取り組みがどのようなだったかを振り返り、より良い運営のための話し合いを持つ体験から、会の役割を担う人材となる基礎が培われます。

そして第三に、このプログラムの普及は、今後の家族会の在り方そのものにも影響を与えるものと思います。現在、会長と

いう代表者一人の肩に全責任が負わされているピラミッド型の家族会は、後継者不在という危機的状況を生み出しています。これからの家族会運営は、役割をできるだけ分担して複数の人員で支え運営していく方法が「家族会運営のてびき」⁽³⁾でも提唱されています。家族学習会プログラムを実施することで、担当者になった家族は各自が「できることをする」という役割を担う体験をし、多くの家族との体験の語り合いを通して自身の体験の整理をし、自信を取り戻す経験を重ねます。それに加えて、家族学習会を実施する中で「対等性」や「チームワーク」を経験し、お互いの状況を比較

したり評価するのではなく、認め合い尊重し合う姿勢を身につけます。そのような力のある会員が増えていくことで、会員一人ひとりが主体的に参加する、より活動的な家族会へと、家族会の在り方が大きく変化していく可能性を実感しています。このように元気な家族が増えて、活発に活動する家族会が増えることは、社会への働きかけの大きな原動力にもなります。家族だからできる家族支援「家族による家族学習会プログラム」が、多くの家族の力となっていくことを心から願って、今後も普及活動に努めていきたいと思えます。

〈引用文献〉

- (1) 統合失調症を知る心理教育テキスト 家族版「じょうずな対処」今日から明日へ」NPO 法人地域精神保健福祉機構コンボ発行
- (2) 蔭山正子・横山恵子「精神疾患を患う人の家族ピア教育プログラムにおける支援技術」精神障害とリハビリテーション 16(1)：62-69、2012
- (3) 家族会員・支援者のための「家族会運営のてびき」公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会発行

(おかだ くみこ)

精神科医療の現状と改革の展望

昭和大学烏山病院家族会あかね会監事
 社会福祉法人うるおいの里・理事長
 氏家憲章

【連載にあたって】

今月号から、日本の精神科医療・精神科病院の現状そして精神科医療の改革などについて、1年間連載します。

今、日本の精神科医療は、大きな曲がり角に突き当たっています。

まず。その背景には、戦後60数年間続いている精神医療政策や制度が行き詰まり、破綻が始まっているためです。精神保健医療福祉の現状と今後の方向について、皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

《連載第1回 精神疾患・こころの健康問題は怎么样了か》

精神疾患・こころの健康問題は、年々増加し多様化しています。

その実態をみてみましょう。

(1) 精神疾患は3大疾患のトップ
 1993年WHO（世界保健機構）や世界銀行は、従来の死

亡率を重視した統計のやり方から、死亡率だけでなく障害を抱えることによって個人や社会が被る損失（医療機関に支払うお金・働けなくなったことによる損失など）を計算した被害指標・ダリー（DALY・「健康・生活被害指標」）を提唱しました。

このダリーによると、「精神疾患」は、「がん」と「循環器疾患」と並ぶ三大疾患です。しかも日本も先進諸国でも三大疾患のトップです。

① 第1位の精神疾患の受診者数
 厚生労働省の2008年の「患者調査」によると、精神科への外来・入院の受診者数は、10年前の1.5倍の323万人と第1位です。

受診患者上位3位

| | | |
|--------------|-------------|------------|
| (1位) 精神疾患 | (2位) 糖尿病 | (3位) がん |
| 323万人 | 237万人 | 152万人 |

「患者調査」2008年

精神疾患の受診の人たちは国民の40人に1人です。これは糖尿病の54人に1人、がんの83人に1人を上回る最大の患者数です。

② 重点疾患に位置づけられた精神疾患

2013年厚生労働省は、医療施策を進める上で特に重視する疾患や事業と位置づけている

「4疾患5事業」に、新たに精神疾患を加えて「5疾患5事業」としました。精神疾患・こころの健康問題は、国民に広く関わる疾患として、重点的な対策を必要とする、と判断したためです。

5疾患・5事業

| | | | | | |
|-----|------|-------|--------|-------|------|
| 5疾患 | がん | 脳卒中 | 急性心筋梗塞 | 糖尿病 | 精神疾患 |
| 5事業 | 救急医療 | 災害時医療 | へき地医療 | 周産期医療 | 小児医療 |

(2) 増加し多様化するこころの健康問題

精神科医療が関わる必要があるこころの健康問題が、年々増加し多様化しています。日本の社会は、明らかに国民のこころの健康悪化が進行しています。

その実態をみてみます。

① “自殺大国” 日本
 WHOが2015年7月に公表した世

■ 1年間(12回)の連載は下記のテーマで進める予定です

- 第1回（4月）精神疾患・こころの健康問題は怎么样了か
- 第2回（5月）「二重の格差」を抱える精神科医療
- 第3回（6月）精神医療政策を見直した先進諸国
- 第4回（7月）精神医療政策を見直さない日本
- 第5回（8月）精神科医療の制度はどうつくられたか
- 第6回（9月）一般病棟の半分の条件の精神科病院
- 第7回（10月）病院存亡の危機を迎えた精神科病院
- 第8回（11月）造り過ぎた精神科病床
- 第9回（12月）時代の変化に対応できない精神医療政策
- 第10回（1月）精神科医療はどうあるべきか
- 第11回（2月）日本に精神医療改革の展望はあるか
- 第12回（3月）改革の展望を示す新しい動きが起きている

界の自殺統計をみると、日本はサミット参加国の中で第1位です。イギリスの2.5倍、イタリアの3倍です。

日本は、男性の自殺(26・9人)は女性の自殺(10・1人)の約3倍です。しかも日本の15歳〜34歳の若者の自殺は、死亡原因の第1位です。

サミット諸国の自殺統計 (単位:人/10万人)

| 日本 | フランス | アメリカ | ドイツ | カナダ | イギリス | イタリア |
|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| 18.7人 | 15.8人 | 12.5人 | 10.8人 | 10.5人 | 7.6人 | 6.3人 |

WHO・2013年

②増加し多様化する
このころの健康問題

2006年の引きこもりは、160万人以上、稀に外出す

によると、2010年EU(欧州連合)の精神疾患は、がんや急性心筋梗塞を上回る第1位です。社会におよぼす社会経済的損失は、年間7890億ユーロ(約102兆5700億円・1ユーロ130円で試算)です。社会や経済の健全な発展のためには、このころの健康問題への対応は、避けられない重要な政策課題です。

国の戦略的課題になっている
“日本の健康問題”

国民が幸せな人生を送るためには、心身の健康が不可欠な課題です。また心身の健康は、国民一人ひとりの権利であるとともに、社会の活力と発展の基盤

るケースを含めると300万人以上(NHK福祉ネットワーク)です。子どもの登校拒否、大人の出社拒否、校内暴力、DV(ドメスティックバイオレンス)、虐待、薬物やギャンブル・アルコール依存症などなど、精神科医療が関わらなければならぬこのころの健康問題は、子供から高齢者までのあらゆる年代を通じて増加し深刻化しています。

(3)膨大な社会的経済的損失

このころの健康問題が社会におよぼす社会的経済的損失(医療機関への受診に関する費用や働けなくなったことによる経済的損失など)は膨大な金額です。わが国では、国民の寿命・健

康ロスの最大の原因は精神疾患です。その割合は、すべての病気による疾病負担の4分の1を占めています。

2009年、厚生労働省の発表では、うつ病と自殺だけで2兆7千億円の社会的経済的損失と推計しています。自殺やうつ病がなくなった場合、2010年のGDP引き上げ効果は、約1兆7千億円と推計しています。精神保健医療改革を行わず現状を放置し続けると、2025年には、日本の社会的経済的損失は30兆円(国家予算の3分の1)にもものぼると推計されています。

世界的に著名な科学雑誌「ネイチャー」(2012年10月号)

でもあります。健康であることは、現に問題を抱えている人だけでなく、国民すべての願いです。これまでの日本は、精神疾患に対する偏見があつて、このころの健康問題を軽視してきました。そのためこのころの健康を包括的に捉えて、その推進に社会として取り組む政策が行なわれてきませんでした。

精神科の受診者323万人、自殺2万数千人という「このころの健康の危機」の背景には、この

ような日本の社会があります。深刻化するこのころの健康問題は、一個人や一企業一自治体だけでは、対応できない状況です。そのため「このころの健康推進」

を、国政の基本政策に位置づけ

て対応することが求められています。今やこのころの健康問題は、日本でも先進諸国でも国家の戦略的課題となっています。そのためこのころの健康問題への対策の強化なしには、国民の健康も健全な社会の発展も望めない時代となっています。

“このころの健康推進”を国の基本政策にしっかり取り込み、具体的施策を積極的に進めることが求められています。

それでは日本の精神科医療の現状はどうなっているのでしょうか。次回の連載第2回(5月号)でみてみます。

(つじいえ のりあき)

それぞれの物語

(香川県) スウ姉さん

私の長女と次女の物語

私の長女と次女の軽症うつと統合失調症(スキゾフレニア)のストーリーをご紹介します。

発症は、次女のほうが平成18年と早かったです(スキゾフレニアと診断されたのは、その年のお盆の8月15日でした)。

その頃、次女は、いじめに遭い、幻聴や幻視も始まっていたようで、親には一切、告白していなかったのですが、中学3年のとき(11月初め)から、登校できなくなっていました。そして結局、高校入試を断念してしまいます。

今から思えば、それは、長い陰性症状のひきこもりの始まりです。「夫」と医師から言われ、「かえって驚いたのをよく覚えていきます。」

過食と肥満のしかかる

その後、次女の病状は安定していき再発することなく家庭で暮らしています。

しかし、重大な問題も同時に抱えてしまいます。それは、過食と肥満、生活習慣病の克服という課題で、それが大きく次女にのしかかっています。

数年前に、体重は、とくに100kgを軽くオーバーし、脂肪肝、高血圧に高脂血症、最近では尿酸値も高いと注意されている状況です。

でした。

平成18年7月末ごろから8月の初めにかけて、今度は、とうとう陽性症状の爆発が起こってしまい、原因も病名もわからない、無知と恐怖の日々を過ごさなければなりません(メンタルについての情報や知識も不足していました)。

幸い、主人の必死の説得により、精神科病院のS病院に診察を受けに行くことができ、医師からあっさり病名(スキゾフレニア)を告知されたのでした。その頃は、ガラスを割って暴れていた姿を隣の人に目撃されたりしており、最悪の状態であつたため、てっきり「入院」と思いきや、「通院治療で大丈

みんなねっと石川大会へ参加した記念に、私は、生活習慣病についてわかりやすく書かれた本を購入したのですが、統合失調症を持つ当事者の「突然死」のリスクについて、詳しいデータが多く記載されていました。必ずしも、ひどい肥満や過食の患者さんでなくても、抗精神病薬の長年の服用によって、そんなリスクがあるとは！と、たいへん驚きました。

長女のうつとリカバリー

さて次は、長女が経験した軽症うつのリカバリーについて述べたいと思います。

長女は、大学3回生の秋から冬にかけて、大学の勉強とアル



バイト、そして運悪く患った椎間板ヘルニアも発症し、その上に邦楽サークルの活動等もこなさねばならずという状況に陥り、人に対して「ノー！」といえなかった長女は、体調を崩してしまいました。

私は、当時、高知にいた長女が無理をしているという様子について、ほとんど気づいていませんでした。そのため、「これ以上は無理だから」と、娘を連れて帰ったときは、すでにぐったり弱っており、動けなくなっていました。

そして娘は、ただ眠るばかりでした。

私は携帯を持っていなかったのですが、もし携帯があつて娘のバイト、そして運悪く患った椎間板ヘルニアも発症し、その上に邦楽サークルの活動等もこなさねばならずという状況に陥り、人に対して「ノー！」といえなかった長女は、体調を崩してしまいました。

それは、長女が回復の途中で、大学の卒論を仕上げる準備のために、資料の文献を読んだ中にもありました。

自助グループを立ちあげた女性のカウンセラー自身が書いていた本で、自身は、読みごたえがあり、長く記憶に残っています（アダルトチルドレンの関係する本に分類されると思います）。

カウンセリングにおいても、当事者の成育歴が重視されますが、家族関係と家族の物語も大

とメール交換などをしていたら、早めに異変に気づいていたのかもしれない。

しかし、最悪の状況になっていなくなったのだから、不幸中の幸いと言わねばしょうか。これは、平成20年3月のことでした。

祖父の老人介護

しかし、その頃、わが家には、要介護認定4の主人の父が居ましたから、ややこしい家庭状況でした（主人の母は、末期には要介護認定5でしたが、平成15年2月末に亡くなっていました）。

そして、ついには、主人の父

も87歳で9月初旬に亡くなってしまいました。

老人介護の物語が幕を下ろしたと、正直、ホッとしました。

しかし、家族のそれぞれの病気に伴ってつづられる物語は、まだまだ続いていきます。

「世代間トラウマ」への関心

みんなねつと石川大会で、夏苺郁子先生が素晴らしい講演をされた中で、言及されたように、「世代間トラウマ」というものに、私は関心があります。

もつとも、それは、私より私の夫がより深く、子どものころから体験してきたことであつ

事なことであり、それを語る場を作った女性カウンセラー自身が、AC（アダルト・チルドレン）の一人であったことを学んだ私は、語り（ネイティブ）の中には、秘められた回復力というものに、段々と関心が強くなっていきま

した。

それがリカバリー（回復）の力でもあるし、また、ストレングスマデル^(注)を活用した治療にも、大変役立つかもしれません。

「当事者研究」の面白さ、楽しさとは、また違ったアプローチなので、私は今、新たな勉強のスタートラインに立っているのかもしれない。



(注) ストレングスマデルとは、障害者を含むすべての人やその人を取り巻く環境には、強さであるストレングスがあるので、それを中心にアプローチしケアプランなどに活用していかうとする考え方。

街の診療所からの のんびり

…若者には、いろいろの
悩みがあったって…



ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

連載
107回

〈母は話をなご〉

お母さんに連れられて診察室に入ってきたのはFさん（中学2年の女の子）です。本人は下を向いて黙ったままで、お母さん（精神科病院勤務の看護師）が説明されます。

「先月から時々学校を休むようになり、先週は出席しませんでした。昨日は出席したけれど、今日はまた休みました。聞いて

も何も言ってくれないし、どこが悪いのか精神科で診察してもらいたくて連れて来ました。私は待っていますから、話をよく聞いてやってください」と部屋を出て行かれます。

えっ、お母さんに話せないのに、精神科医にはなおさらしゃべらなさそうですが？ と思っ
てしまいます。娘とどんな風
に話そうとしたのか、その時娘は
どう答えたのか、お母さんから

聞きたいところです。

〈うわべだけ？〉

でも、Fさんは意外にもどんだんしゃべってくれました。「1週間休んで、昨日学校に行きました。友達が『大丈夫？』と言ってきたけれど、どうも、私には本音で言っているように思えないんです。本当は心配していないのに、うわべだけで言っているように思います」

あなたの悪口を言っているのが聞こえるの？ 精神科医は、ひよっとしたら統合失調症の幻聴かも知れないと疑います。

「いえ、声で聞こえるのではありません。本当の友だちが心配するほど心配していないような気がするのです。私が学校を休んでいる時にも、あの人たちは楽しく暮らしていたんだし。そんな友達めかした人たちと一緒に居なくてもいい、と思うんです」

〈反抗期〉

その他にも、クラスメイトと気軽に付き合えなかったことを話されます。でも、その思いは特に異常な感じ方ではなく、多

くの人が一瞬そう感じることもあるような、不満や物足りなさのようでした。

Fさんは、人は、一人一人、楽しいと思うことや得意なことが苦手なことが違うということが分かりますか？ 中学生時代は、自分は人とは違う考えがある、と確立する時期です。お父さんお母さんと意見が違う、と主張するのが『反抗期』ということになります。クラスの友達と何か違う感じがするのも、あなたが自分の意見を持つようになったためでしょう。

〈自由を獲得する〉

人は赤ちゃんから子供になり、そして子供から大人になる

のです。それは自分一人で生き、自由を獲得していく過程です。子供時代には大人の指導の元で頑張り、一所懸命さが推奨されます。一度始めたことは最後までやり通すべきだとされます。そして、倒れそうになった時には、親や学校の先生が観察して、「良くやった。この辺で十分だ」と教えます。それで本人も「このくらいで誉められるのだ」と自分の基準を作っていく。そんな風にして、自分で自分を誉める能力は少しずつ育って行って、成人では「何をどのくらいがんばるか、そして、どのくらいで自分を誉めてやるか」を各々が自分で決めることになります。

〈迷う年頃〉

中学生時代は「自分で決めること」を始める時期ですから、お父さんお母さんや友人たちと違う考えを思い付いた時に、どのくらい自分の意見を言ってもいいのか迷うものです。あなた



も今がそういう時期です。「友情」についても、気持ちの通じ合う人とそれほどでもない人との差が大きくなるのもこの頃です。あなたのことをすごく心配している人も、そんなに気に掛けていない人もあつていいですよね。

その後、Fさんは、気分は暗く思いつめて『うつ病』ではなく、クラスメイトと打ち解けられなくても『精神病』ではないと自分で納得されました。これからは家庭や学校で自分のことを気軽に話し、他の人の考えも聞いて話し合いたいですね。

〈呪文が止まらない〉

男子中学3年生のG君は、や

何をして生きて行くか確信を持っていないのも自然なことだと伝えられています。親に守られて生きていた時代を卒業し、自分で方向を決めて自分の力で生きて行くのですから、そう気やすくはありません。

〈心配を乗り越える〉

君は心配になつて呪文を唱えて耐えようとしたのね。でも、呪文に頼ると、呪文で頭がいっぱいになつてしまつて、それ以外のことを考えられなくなるってことはあることなの。魔法使いの物語でも、魔法を乱用して大変なことになつてお話がよくあるよね。病気になつてしまった魔法使いも聞いたことあ

るね。君も呪文に頼り過ぎて、呪文に取り込まれているみたい。

そこに入り込まないためには、自分の力で考え方を換えようとするのが大切だね。そのためにはまず、今のような夜更かしは止めて、朝は早起きして洗面をし、朝ごはんを食べることから始めよう。その後は時間が来たら学校に出かけることにしよう。

〈自分の力で考えよう〉

中学生たちは妄想を思い浮かべ易いです。それはサンタクローズがいると信じていた子供の頃の脳の癖が残っているからです。そんな傾向の強い中学生

はりお母さんに付き添われて受診されました。不登校を繰り返して、心理療法室に通っていました。精神科医への受診を勧められたのです。彼は教室でうまく話せないことや、どの高校に進学したらいいかわからないという悩みがあつたのですが、最近、心理士に「小6の頃怖いゲームで、血がどばつと流れて人が食われる場面があつた」と話し、それが頭に浮かび上がって来るのを消すために「○○××、△△□□と1日中呪文のように繰り返して唱えている」と伝えたようです。

私はG君にも、中学生時代は他人と違う自分を発見し確立する時期であると説明し、自分が

は後で精神病になりやすいと親は思うのでしよう、精神病だつたら早く発見しようとして精神科を受診されることも多いです。精神科医からすると、今の精神医学にそんなにうまい手があるものでもないです。そこに頼ろうとするよりも、今の日々を楽しんで生活できるように、自分の力で考える能力を高めたいです。



知ることは生きること

連載4回

障害年金における等級判定の
ガイドライン施行後の審査の流れ

日本福祉大学
みんなねっと理事

青木聖久

2016年2月4日に、厚生

労働省年金局において、「第8回精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会」（以下、第8回検討会）が開かれました。この会をもって、等級判定のガイドライン（以下、ガイドライン）の概ねの内容、今後の審査の流れについて、一定の方向性が示されたこととなります。厚生労働省は今夏ま

でにガイドラインを施行したい、としています。具体的な開始時期、詳細の周知の仕方等、検討段階のものもあります。

その傍ら、多くの精神障がいのある本人（以下、本人）や家族からは、「今後、障害年金の審査が厳しくなるのではないですか」、「障害状態確認届が届いた時、どのように対応したらいいのでしょうか」等、切迫感に満

ちた不安な声が連日のように届いています。

そこで、今月号では、1年前から議論されてきたガイドラインが施行後、どのような流れで審査されるのかについて、お伝えすることにします。言わば、ガイドラインの大枠の話です。

ガイドライン施行後の フローチャート

以下に掲載している図は、第8回検討会の資料の中に、厚生労働省が示したものです。①～⑤を付し、吹き出しにしているのが、ガイドライン施行後の変更部分となります。また、この図は、新規請求についての流れを示したものとなっています。

ンと言われています。

補足的な位置付けになる

2つの文書

3つ目が、診断書や障害状態確認届（以下、診断書等）を作成する医師に対して、作成にあたっての留意点等を示した「診断書の記載要領」という説明文書です。前述のマトリックス表の横軸や縦軸の基となる評価を、どのような判断基準で医師が記入すべきか等のことを説明しています。

4つ目は、主に再認定の際に用いられるもので、本人の日常生活の具体の様子を認定医が知るために用いる「日常生活及び就労に関する状況について」と

ですが、多くの本人や家族は、「障害状態確認届」の提出による再認定（以下、再認定）の扱いの方が、むしろ気になっていると思われま。一方で、図を見ると、読者の皆さんにとって、なじみの無い言葉もたくさん出てきます。

図には、これまでに無かった新たな4つの書式のこと掲載されています。そこで、今月号では、その4つの書式とは何かについて概略を説明します。

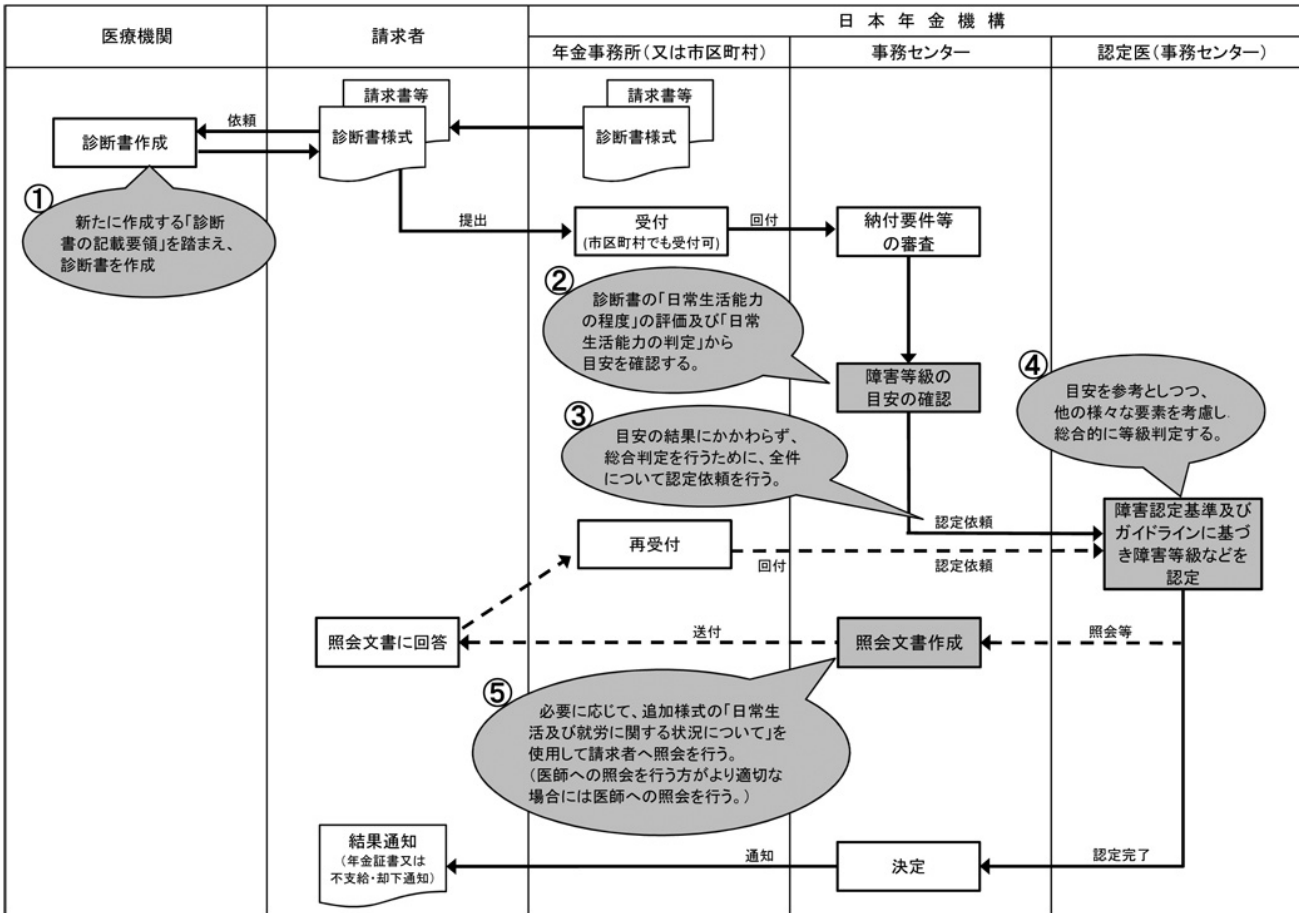
等級判定のガイドライン

1つ目は、図の②の「障害等級の目安」です。これは、診断書における「日常生活能力の判定」を縦軸、「日常生活能力の

程度」を横軸にして組み合わせたマトリックス表のことを指します。マトリックス表は、縦軸が診断書裏面左の「日常生活能力の判定」（1）～（7）の7項目における4段階評価の平均値、横軸が診断書裏面右の（1）～（5）の5段階評価となっており、それらを組み合わせたものとなります。

2つ目は、図の④で用いられる「総合評価の際に考慮すべき要素」という表です。これは、障害等級の目安を基にしつつ、障害認定審査医員（以下、認定医）が審査をするにあたって、どのようなことについて考慮すべきかについて示したものです。この2つを総称して、ガイドライ

障害基礎年金の等級判定ガイドライン施行後の認定事務の流れ(新規請求)



この3つ目と4つ目の2つの文書は、審査がより適切に行われるようにするための補足的な位置付けになるものです。これらの4つの書式のポイント及び留意すべき事柄については、次月以降で説明しますが、厚生労働省年金局のホームページには、既に第8回検討会の資料のところに、これらの書式が掲載されています。イン

ターネットの検索に、「地域差に関する専門家検討会」等のキーワードを入れるか、下記のURLを入れていただくと、これらの書式にアクセスできます。ぜひ、前もって目を通していただければと思います。

今月号では、紙面の関係から、図を用いた説明ができませんでしたが、今月号に掲載した図を参照しながら記事をお読みいただければと思います。

(あおき きよひさ)

出典:厚生労働省(2016年2月)「資料2等級判定のガイドラインについて:10頁」

厚生労働省年金局「第8回精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会」資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000111491.html>

さて、この記事(月刊『みんなねっと』2016年4月号)が読者の皆さんに届くころには、第8回検討会の議事録が、前述した厚生労働省年金局のホームページにアップされていると思われることです。「知ることは生きること」です。少し難しく感じられる部分もあるで

しょうが、これらの障害年金をはじめとする社会資源について、家族会の定例会、専門職の研修会等で、情報共有と共に意見交換をしていただけると幸いです。

それと、左は、先月号(連載3回)において紹介しました、NHK青年の主張全国コンクールで受賞した最優秀賞の盾の写真です。約30年前にNHKからいただいた懐かしいものです。先月号では、スペースの関係で掲載できませんでしたので、今月号で掲載いたします。



第3章 「精神科の薬」の実際 〈8〉 ——抗精神病薬の使い分けの実際

抗精神病薬の使い分けの実際

前号では、精神科医として薬物療法を行う際に、どのようなことに気を付けているかといった指針・方針についてお話ししました。今回は、実際に処方薬を決める際にどのような見立てによつて抗精神病薬を選定しているか、についての流れをお話していきます。

繰り返しになりますが、筆者は、これから薬物治療を受ける

患者さん、つまり抗精神病薬を初めて服用される患者さんに対して処方する抗精神病薬は、非定型抗精神病薬で、改善状態を確認しながら増量や減量、薬剤の変更を行います。もし、非定型抗精神病薬で十分な改善効果がみられなかった場合には、定型抗精神病薬に変更するというのが大まかな流れとなります。

① 緊急性と興奮の評価

処方する薬剤を選定するにあ

たいうことを示すのではなく、自分自身や他人に危害を加えるような人的被害が生じることを指します。このような「緊急性と興奮」の有無を評価します。診察時に、その程度についてどれほどかを細かく評価するのではなく、軽微であったとしても「緊急性と興奮」は「有」と判断します。

② 陽性症状と陰性症状の目立ち具合

先ほどの判断において、「緊急性と興奮」は「無」と判断された場合、次には陽性症状と陰性症状について評価をします。以前にも説明しましたがお忘れの読者もいるでしょうから簡単に

繰り返しますが、陽性症状とは幻覚や妄想などを指し、陰性症状とは感情の平板化や無為・自閉のことを指します。陽性症状、陰性症状についてどちらの症状が目立つかによって薬剤の選択をします。陽性症状よりも陰性症状が著しい場合、つまり急性や興奮がないものの陽性症状が目立つ場合にはアリピプラゾールを選択します。そうでない場合は上述の①で、「緊急性と興奮」は「有」とした群と同じように再評価を行います。

③ 「行動化」についての評価

上記②でアリピプラゾールを選択しなかった群については精神症状としての行動化について

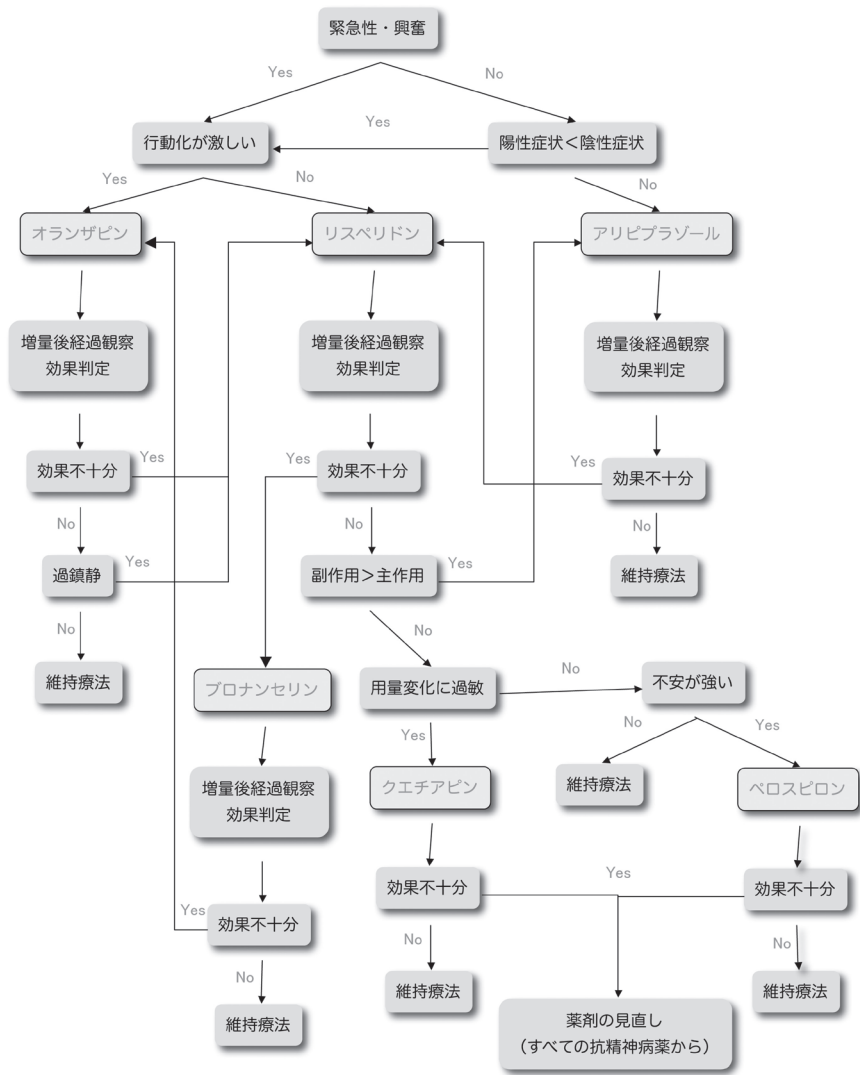
たつて、患者さんを診察する際に、最初に評価することは、「緊急性と興奮」についてです。患者さんやそのご家族は、治療を必要とするために受診しているのですから、治療を受ける側の立場に立つて考えれば、初診時は皆さんある意味では緊急事態なわけです。しかしながら、ここでいう「緊急性」というのは、一般の救急医療と同じ考え方で、ダメージコントロールという観点で評価します。過剰な精神活動つまり「興奮」とは、それが原因で当事者や関係者に社会的・物理的被害が生じるような状態を指します。また、一般にイメー

ジされる「興奮」状態と違って、気が立っているとか荒れている評価しお薬を選択します。「行動化」とは行動がまとまらない場合や衝動的な行動が見られる場合を言います。幻覚や妄想が言動などではつきりせずとも行動化が激しい場合にはオランザピンを選択し、それほど行動化が激しくない場合にはリスペリドンを選択します。

④ 各薬剤の増量による経過観察

アリピプラゾール、オランザピン、リスペリドンのそれぞれを選択した場合、それぞれの薬剤の添付文書における用量・用法をよく守り、用量の最大限までゆっくりと増量し経過観察します。できるだけ同じ用量で長めに経過観察するのが良く、短

図 薬剤選択のロジック（考え方の道筋）



期間に増量を繰り返すと思われる副作用の出現を惹起することとなるので筆者の場合は2週間を目安として増量していく方法を取っています。最大用量を用いても改善が得られない場合、各々の薬剤を見直します。

⑤効果不十分の場合の第二選択

最初の判定でアリピプラゾールを選択したケースで効果が不十分だった場合には、リスペリドンを選択とします。オランザピンが効果不十分と判断された場合、または効果は示されたものの身体的に鎮静がかかり過ぎたことで生活への支障が出た場合などはリスペリドンを第二選択とします。リスペリド

ンの効果不十分の場合にはプロナセリンを用います。リスペリドンにより精神症状の改善は見られたものの副作用が著しい場合には、アリピプラゾールを第二選択とします。リスペリドンによる治療効果はあり、副作用は少ないものの生活に支障を感じるという訴えがあり、処方量を変化させると、その容量変化以上に効果が変動する過敏なケースにはクエチアピンを選択します。また、精神症状の中でも不安症状が強く抗不安薬であるマイナートランキライザーを用いても不安症状が思うように改善しない場合にはペロスピロンを選択します。

これらのような多段階、多岐

にわたる評価をもって患者さんの症状を解消し、かつ生活の質を上げることに注力しながら薬物療法を行っています。このような薬剤選択のロジック（考え方の道筋）を用いると筆者の経験では8割以上の患者さんに満足いただける治療が提供できました。もちろん、このような薬剤選択ではまったたくうまくいかないことがあったというのも事実です。

今回、このようなロジックを示した図を添えておきますので、図を見ながらもう一度読み返してください（精神科医（筆者）の薬物療法の選択の基準が理解して頂けると幸いです。

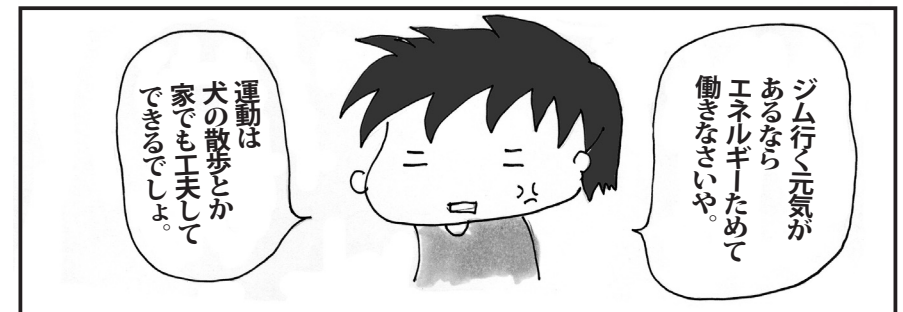
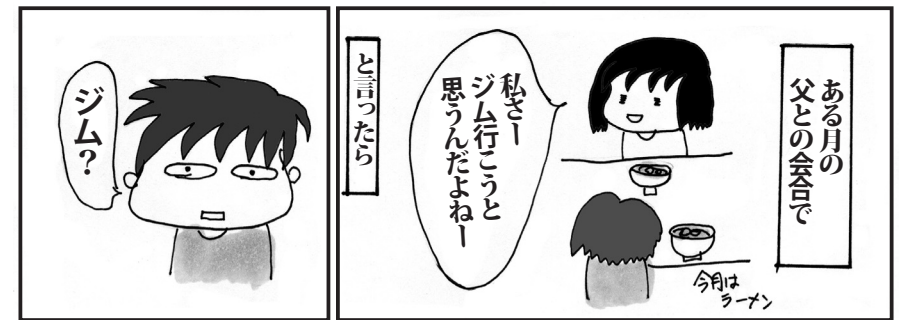
（ひめいあきお）



世の中には
いろいろな
人がいます。

真澄こと葉の つれづれ日記

第61回



読者のページ



「みんなのわ」は、読者のみなさんからの「お便り」や投稿を中心に紹介するコーナーです。

「みんなねっと」の感想

◆福井県 森廣茂治 家族(70代)

今年もみんなねっと購読の更新の時節になりました。みんなねっとを読み続けるうちに自分の成長を実感しながら、これからは多くの家族が知識を身につけて元気になるよう毎月の例会の際、話題提供に「みんなねっと」の記事を読み上げながら話し合っています。

◆埼玉県 浜島恭子 その他

真澄こと葉さんの「つれづれ日記」のファンです。「みんなねっと」が届くと一番先に漫画の項を探します。生きる上で必要なビタミンをもらっているような気がします。特にうけた時には職場の同僚（彼女も統合失調症にかかっています）に見せて二人で笑い合っています。これからもぜひ続けて下さいますように。

◆岩手県 松崎ふみ子 家族(80代)

私達家族会は、地域性もあって、そして農家の方が半数なので、なかなか集まれず、勉強することがあまり無く過ごしましたが、これからは学習の大切さを皆で分かるため1月号の「知ることは生きること」から始めます。私は「みんなのわ」をい

日常生活

◆静岡県 Qちゃん 家族(60代)

「かい離が始まったら：どうする？」 息子は最近予兆を感じとることが出来る様になってきた。成長を感じている。 昨年の夏ごろ、夕方、息子か

ら電話がかかってきた。

息子「お父さん、かい離が始まって、今、街中にいるけど迎えに来てほしい」

私「救急車頼もうか？」

息子「救急車は要らない。とん服を飲んで、この場にしゃがんでいたら、だいぶ落ち着いてきたから」

私「これから迎えに行くよ」 今まで、何度も倒れ込み、救急搬送されていた息子ですが、電話を掛けてくれるまでになりました。苦しい、切ない「乖離」ではあるけど、ここまでの自分との闘いの道のりは長くても、「明日」という希望がある。「希望」を持って、見守りたい。きつと、本人は自立した生活を送ってくれることと思う。

◆埼玉県 尾方丸雄 家族(80代) 朝四時に起き、四時半膝の運

動、ゆっくり散歩に出かけます。

途中の広場で我流の気功体操10分般若心経を唱え宇宙の無限の神様に「ありがとうございませす。おかげさまで今朝も元気であります」と声を出しあいさつする。入院中の息子に「元気でいろよ」と呟く。神様が与えて下さった試練であると受けとめていき続けよう。

◆岡山県 Perefu 本人(20代)

私は高校を卒業し、18歳の時に発病しました。病名は統合失調症という病名です。

私はこの病名を知ったのは、つい最近の様に感じるのですが、病名を主治医の先生に聞いた途端、少しショックでした。私知っていた友達にもこの病名を上げられた方が多いです。病院から退院後、何か月か時は経ち、作業所に通うようになり

ました。

そして、現在、通所している就労継続支援B型という事業所に6年前から働き始めました。そこで良くしてもらい21歳の4月からその事業所から近いグループホームでいつも寝とまりをしています。一般就労を今後したい気持ちはまだあるので将来的にもその夢をかなえたいです。

◆山梨県 窪田早苗 本人(30代)



入院中の友達を助きたい

(福岡県) 和田幸之こうじ

(前号からのつづき)

友人を助けようとしたが：

友人を助けることが、出来な
いかとかは自分なりにやってみ
ました。しかし、大きな壁の前
に手も足も出ませんでした。

常識的に考えれば、彼が抱え
ている問題は、家族関係や金銭
管理などの地域の支援の範囲内
かもしれないが、その支援の
量が絶対的に足りません。彼の
所までは届いていないのです。

彼のためにと言うよりは、
はつきり言って自分の恐怖心を

なんとかしたくて、いろいろ手
を尽くしましたが、私の立場で
はかありませんでした。

面会を断る病院

病院の公衆電話から面会を求
める電話が掛かってきます。そ
れにも十分には答えることはで
きず、せつかく友人として面会
に行っても主治医に断られるこ
ともあります。こんな精神科医
療は怖いのです。いつか自分も同
じような目に遭うのではないか
と怖くなります。

この恐怖から逃れたくて、苦

しんでいます。先は見えませ
ん。小さくてもいいので何か明
るい未来を感じさせてくれる何
かを、今日は見いだせないかと
思って来ました。

専門家にも理解されない障害

「飼いの殺し」や「牧畜業者」
とか「心の奴隷」など、きょう
は、暗い話ばかりです。みませ
ん。多くの善意の支援者がいる
ことは、分かっているつもりで
す。しかし、私たち精神障がい
者の置かれている立場は、本質
的には、専門家にもなかなか理
解されていないのが現実です。

精神科医にも理解されてはい
ません。それは、腕のいい眼科
医が視覚障がい者の福祉や生

活・介助を理解していないのと
同じです。

偏見は善意からも生まれる

偏見・差別というのは、悪意
や憎しみから生まれるのではあ
りません。不安や無知、時には
善意からも生まれてきます。

「何々してあげたほうがいい
じゃない」

「精神に病気や障がいがある
人は、静かな山奥の施設で一生
暮らすのが幸せじゃないの」

そういう思いからも差別や排
除は生まれてきます。

病気を正しく理解する社会に

誰にも起きうる精神障がいと
いう現実を誰もが理解していな

いといけないと思います。人間
の複雑で高度な大脳の機能「精
神」を正しく理解するのは、と
ても難しいことです。その大脳
の病気や障害について正しく理
解するにはさらに高度な教育
が必要になります。社会の中で
は、そういうことに力を注いで
ほしいと思います。

数学で例えれば、ピタゴラス
の定理を勉強するのと同じくら
い、基本的に、かつ高度なこと
です。誰もが習い、しかし、日
常生活の中では忘れてしまっ
ていいこと、そんなことの一
つだと思います。

学べば役立つのは間違いない

しかも、精神疾患の有病率を

考えると、十人に一人は、その
ことを習うことは、自身のこと
として、役に立つでしょうし、
家族や友人、知人のこととして
考えると、ほとんどの人にとつ
て役立つことになるのは、間違
いありません。教育という分野
でも、きちんと「精神障がい」
のことを前向きに取り上げられ
ることが必要だと思えます。

今日はとりとめのない話を聞
いていただいて、ありがとうございました。

編集後記

■20年前、娘を自然豊かな環境で育てたいと思い田舎暮らしにそこが来て、東京から那須に転居しました。しかし、現実には厳しいものです。酪農家の多い田舎で「どの馬の骨か分からない奴が、いろいろと地域で騒いでいる」「よそ者が今度は学童保育所をつくっている」と娘の成長にあわせて動く、その分、風あたりも強くなりました。それでも、周りの方が私のことを充分知らないが故に言っていること、子どもたちに不備がないように見守るのは親の務めと苦にはなりませんでした。

努力すれば必ず報われるわけではありませんが、苦難は人を鍛えます。私は、精神障害・疾患

があっても、人として地域生活を送ることができ、感覚を世間に浸透させることなしに、人権侵害は解消しないと思っます。偏見や差別が除去されてこそ普通の生活を送ることができます。必要なときに子どもを預け、必要なときに医療が受けられ、必要な所得を得られる仕事や社会保障制度を利用しながら、生活を送るのは誰にとっても同じであるはずで。

私が東京に戻り、みんなねつとの一員になり一年が経過しました。どの馬の骨か分からなくても「みんなねつと」の活動が滞ることのないよう努めてまいります。ご指導・ご鞭撻賜りたくお願い申し上げます。(小幡)

【ご寄付のお願い】当会の活動は、皆さんの会費を主な財源としていますが、活動資金が不足しています。より活動を充実していくために、寄付を募っています。ぜひご協力ください。*通信欄に「寄付」とご記入ください。寄付金控除・税額控除の対象になります。

■郵便振込 00130-0-338317 加入者名 みんなねつと

月刊 **みんなねつと** 通巻第 108 号 (2016年 4 月号) 定価 300 円

発行日 2016年4月1日 賛助会費 (会費に購読料含む)
発行者 公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会 個人・年間 3600円
理事長 本條義和 団体・年間 (お問い合わせください)
〒170-0013 東京都豊島区東池袋1-46-13 ホリグチビル 602
TEL 03-6907-9211 FAX 03-3987-5466
郵便振替 00130-0-338317 ホームページ www.seishinhoken.jp

印刷・製本/倉敷印刷株式会社 表紙の絵/織田信生