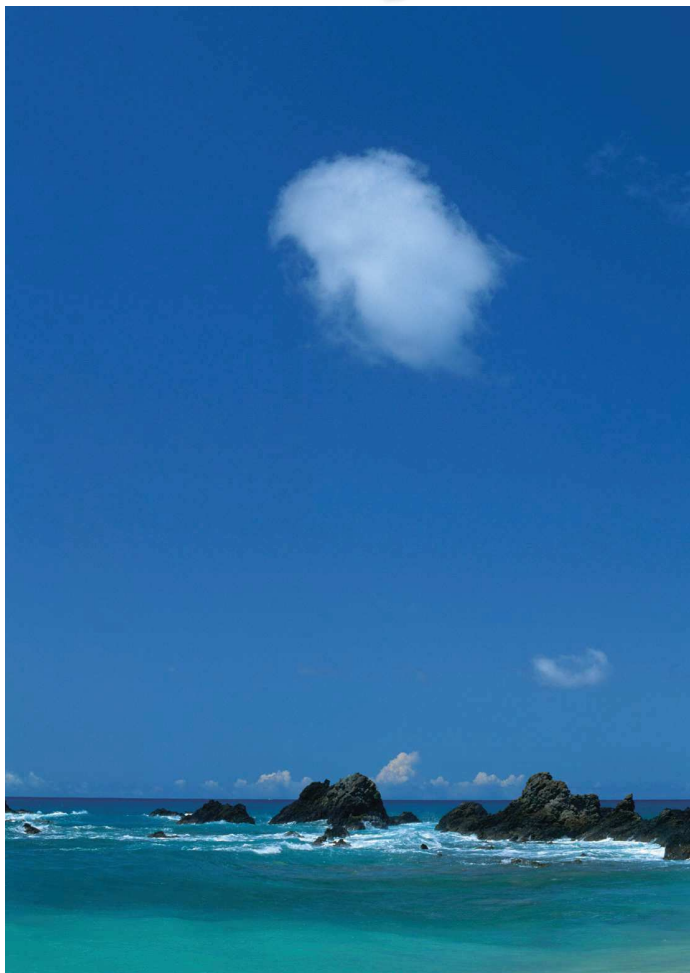


月刊

みんな ねっと

7
2018



●特集●

精神障害者の雇用は今、どうなっているか（本條義和）

●連載語りあおう、つながろう、町の中で、日常の中で 第4回（青柳雄三）

■続・事例からみる精神障害者の障害年金の実際（白石美佐子）（4）「医師に診断書の内容の訂正をお願いしても良いか？」

■知ることは生きること（青木聖久）連載31回

ユーモアと愛情をもって温かい家庭を作ってきたその先に感じられること
《自らの人生の主人公としての家族の暮らし特集⑩》

「みんなねっと」の ホームページをご覧ください

☆メルマガ会員募集中(無料)☆

「みんなねっと」で検索！ <http://seishinhoken.jp/>

「賛助会員 My ページ」のご利用について

みんなねっと HP サイト「賛助会員 My ページ」へのログインについてお知らせいたします。

※初期ログイン画面は、みんなねっと Web サイト画面右上の

①「ログインボタン（鍵マーク）」から表示できます。

② ID：メールアドレス：ご登録いただいたメールアドレス

③初期パスワード：k00000 ※会員番号

※ログイン画面は、みんなねっと Web サイト画面右上の「ログインボタン（鍵マーク）」から表示できます。

メールアドレス未登録の会員の方は ...

登録を希望するメールアドレスから、件名を「Web アカウント発行希望」として、本文に、氏名・住所・会員番号・登録するメールアドレスをご記入の上、member@seishinhoken.jp までメールを送信してください。通常、1～2週間でアカウントを発行し、メールの返信にてお知らせいたします。

[注意事項]

ご登録いただいたメールアドレスは会員本人以外が利用できないものであることをご確認ください。

ご登録！お待ちしております

「みんなねっと」電話相談のご案内

TEL：03-6907-9212 受付時間：水曜日 10時～15時

※祝日と重なった場合はお休みです。※お昼(12時～13時)はお休みをいただきます。

みんなねっとのホームページではメールマガジンを発行しています(無料)。当会の活動だけでなく、各都道府県連の情報なども随時お知らせするメルマガになっています。ぜひ、ご登録ください。詳しくはホームページをご覧ください(「みんなねっと」で検索ください)。

お知らせします みんなねっとの活動 2

特集 **精神障害者の雇用は 今、どうなっているか**

(みんなねっと理事長) 本條義和 6

語りあおう、つながろう、町の中で、日常の中で

～オープンダイアログに学ぶ私の対話性と対話実践～(第4回) 青柳雄三 14

続・事例からみる精神障害者の障害年金の実際

《4》医師に診断書の内容の訂正をお願いしても良いか？(白石美佐子) 18

多事彩々「**退院できた患者たち**」(野村忠良) 22

街の診療所からのお便り【連載 134】(増本茂樹)

…**精神病から回復して自分らしく生きなくっちゃね**… 24

知ることは生きること (連載31回) ユーモアと愛情をもって温かい家庭を作ってきた

その先に感じられること 《自らの人生の主人公としての家族の暮らし特集⑩》(青木聖久) 28

真澄こと葉のつれづれ日記 (第88回) 34

みんなのわ——読者のページ・地域の話 36

感想・意見・投稿を募集しています

メールでの原稿募集を始めました。
アドレス：minnanet.seishinhoken@outlook.jp
・「みんなのわ」コーナー(300～350字程度)
・「地域の話」コーナーへ皆様の原稿をお寄せ下さい！(1000～1200字程度)

お知らせします

みんなねつとの活動

●今月号は、みんなねつとフォーラム2018の講演(後編)とベルギーの視察報告を掲載します。

みんなねつとフォーラム2018講演より

『過疎の地で皆と生き抜く』

〈ある精神科医の実践〉(後編)

(講師) 御荘診療所所長・なん

ぐん市場理事 長野敏宏先生

《編集者より》先月号の「共に故郷をつくる」(前編)に続き、今回は後編「過疎地の精神科医療」として、長野先生の講演から過疎の愛南町での精神科医療の実践の部分をお伝えします。

長野先生は、22年前の平成8年、愛媛県愛南町の公益財団法人正光会御荘病院(精神科病院)

の渡部三郎先生に招かれて愛南町に移り住み、渡部先生と一緒にその病院を閉じて診療所、居住施設などをつくり、住民同士が皆で支え合う地域づくりが族ぐるみで取り組んできました。

▼過疎地の精神科医療▲

◇異質な医学生

大学で医学を学んでいた頃の長野先生は、実習などをよくさぼっていたそうです。所属していた大学の楽団ではラッパを吹いていましたが、楽器演奏の下手な先輩には文句を言い、どんな辞めさせたとのこと。その結果、自分が孤立することになったのですが、助けてくれる人もいました。自称、だめな研修生でしたが、医師免許は取れました。

◇精神科病院への違和感と御荘病院の閉鎖

初めて精神科病院に就職し、ひどい違和感に襲われていたときに、愛媛県愛南町の御荘病院の渡部三郎先生と出会い、その病院に転職。愛南町は、人口2万人の過疎地です。

御荘病院は昭和37年に開設されましたが、渡部先生はこの病院を閉鎖して地域に患者さんを支えるための様々な資源を整えることを構想しており、その構想にそって長野先生は着々と改革を進めました。

その頃、結婚したての現夫と駆け落ちのようにして愛南町に移り住み、愛南町を自分の故郷と感ずるようになりました。平成8年には御荘病院の病床が

149床ありましたが、減らし続けて平成28年に病院を閉鎖。他の地域にある系列の精神科病院の病床も15床にまで減らしました。

◇地域の支援拠点の建設

病院の跡地には、精神科診療所とグループホーム、デイケア棟、ショートステイ施設を、そこから離れた場所にもグループホームとショートステイ施設を建てました。診療所は24時間・年中無休営業にして、外来に来るのが嫌な人には訪問診療を行い、必要があれば本人の家に医療スタッフが泊りに行くこともあります。しかし、グループホームは利用者がどうしても一般市民と違う生活を強いられるので、将来は廃止する予定です。

◇精神科スタッフの態度

長野先生の考え方として、何より、強制的な治療は避けるようにしています。医療スタッフとの関係で本人が暴れるのは、両者の関係から生じるので、本人と徹底して対話をするのを大切にしています。時には10時間も話すことがあります。決して騙さない、ごまかさないことも重要です。このように接すると、暴れる人がいなくなりました。入院する人は、月に1〜2件ですが、本人の同意がなければ入院させません。

地域にあるあらゆる社会資源と連携、協働して支えています。

◇今後の抱負

長野先生の考え方として：
今後の日本は人口が劇的に減

っていくので、10年後の過疎化を見越して地域社会を創っていく必要がある。精神科病院は必ず行き詰るので、地域医療に切り替える。足りない社会資源を創り続ける。

精神障害者と一般人との境界は、診断基準でも曖昧。障害は、私たちが自体の延長上にある。将来は人手が少ない社会になるので、地域のみみなで補い合って生き抜いてゆく。

皆で土地を耕し、精神科医療を改革し続け、社会に貢献してゆきたい。…と語られました。

筆者は、ふとイタリアの精神科医療の改革者バザーリア（イタリアの精神科病院を全廃させた医師）を思い出していました。

（講演の要約・野村）

徹底した当事者優先主義医療とリカバリー

「ベルギーの精神医療改革視察報告」

白梅学園大学

杉本豊和

世界ワースト2位のベルギー

ベルギーはEU本部が置かれ、ほぼヨーロッパの中心に位置しています。ベルギーの精神病床数は、2005年まで人口千人対2.5人程度で、世界ワースト一位の日本の2・65人についてワースト2位でした。その地位は変わってはいませんが、2011年には1・75人となり、これ以前の6年間で30%の病床削減を実現させました。

更にベルギーは日本と同じようにほとんどの精神科病院が民間立です。今回、このように日本に近い状況にありながら病床削減を実現してきたベルギーの精神医療改革に学ぶべく、木全副理事長、岡田理事、小幡事務局長を含めた総勢21名の視察団によって見聞きし

てきた内容の概要を報告させていただきます。

地域移行で病床削減を実現

ベルギーは病床削減を動機として1990年代後半から精神医療改革が始まり、紆余曲折がありながら病床削減の効果が現れたのは2010年から実施された第3次改革でした。主な内容は治療ではなく患者の価値観を実現するという当事者優先主義の徹底と入院中心政策からアウトリーチ・チームの活動を主とする地域精神医療への移行です。ベルギーの改革では5つの機能が重視されています。それは、①プライマリケア*、②アウトリーチ・チーム、③リハビリテーション、④地域施設ケア、

*病気の初期診療、第1次医療

⑤住居確保の5つです。特に目新しいものはないように見えますが、一つひとつの取り組みの中に徹底した当事者本位の医療、リカバリーの思想が組み込まれています。例えば、病院でのケアは開放病棟が基本であり、急性期であっても隔離病室に入ること稀で、急性期で入院してもその人が行っている通常の生活スタイルをできるだけ維持しようとしています。例えば週に1回ジムに通っている人であれば、入院してすぐでもジムに行くことが推奨されます。

精神科医は週18時間以上（つまり毎日半日程度）地域に出ることを義務づけられており、将来的には35時間にしなければならぬとされています。ここで活躍するのがモバイルチームと呼ばれる多職種によるアウトリーチ・チームです。国の施策として民間病院に対

する報酬を入院治療からアウトリーチ・チームに移行するように求められています。アウトリーチ・チームの報酬が確保されているので病院の収入が減らされたり、職員が解雇されることはなく、地域医療が推進され、患者も地域で生活しながら治療を受けられるようになっていきます。また職員に対する意識調査でも以前よりもやりがいを感じるという結果が出ているそうです。

日本はプライマリケアを学びたい
私が最も日本にも導入すべきと感じたのはプライマリケアのあり方です。臨床心理士による助言の下、一般開業医は精神疾患患者の初期治療を積極的に行い、重症化するのを防ぎ、80%の患者が5回以内の通院で治療を完了し新規の入院者を未然に防いでいます。

ベルギーの家族会の方々からのお話で印象的だったのは、ベルギーでは医師が「家族が入院させてはいけない。それは我々医療職の役割」と明言していることでした。家族が入院させてしまうと、その後の関係性が悪化するからです。日本では同意入院制度がありますが、医師が判断すれば良いのであり、日本の同意入院制度はすぐに廃止すべきと感じました。日本では隔離や拘束が問題になっており、これは病状が悪化してからでないとい療に関わらないことも一つの要因となっていますが、ベルギーの隔離や身体拘束は見学した病院では短時間のものが年間2例程度あるだけとのことでした。

そしてベルギーの社会復帰（リカバリー）活動では、当事者が積極的に参画している姿が印象的で

した。リカバリー・カレッジという学校があり、元患者が支援者となるための学びを行い、アウトリーチ・チームに参加し、当事者の立場から患者さんのリカバリーを支援しているのです。

日本でも可能なベルギーの改革

ベルギーの精神医療改革はまだ道半ばであると言われていました。病床削減だけを目標にするのではなく、当事者本位の医療を実施し、無理に改革を急ぐのではなく実績を積み重ね関係者の同意を形成しながら改革をすすめている姿が印象的でした。ベルギーで実施されていることは特別なことではなく、これまで培われてきた知見を生かし実行するというものであり、日本において実施することも決して不可能ではないと感じさせるものでした。（すぎもととよかず）

精神障害者の雇用は 今、どうなっているか

特集

みんなねっと理事長 本條義和

(1) 厚労省の調査から見える精神障害者雇用

近年の精神障害者の雇用において、特に新規雇用は目覚ましいものがあります。厚生労働省が毎年6月1日に実施している障害者雇用の状況（6・1調査）によりますと、平成18年には精神障害者で雇用されている人はわずか2000人だったのが、平成29年（6月1日）には

50000人となっており25倍になっていきます。また、「ハローワークにおける障害種別の職業紹介状況」をみてもその伸びは大変大きなものとなっています。しかし安心はできません。確かに、わずか10年余りで25倍になっていますが、雇用の増加数

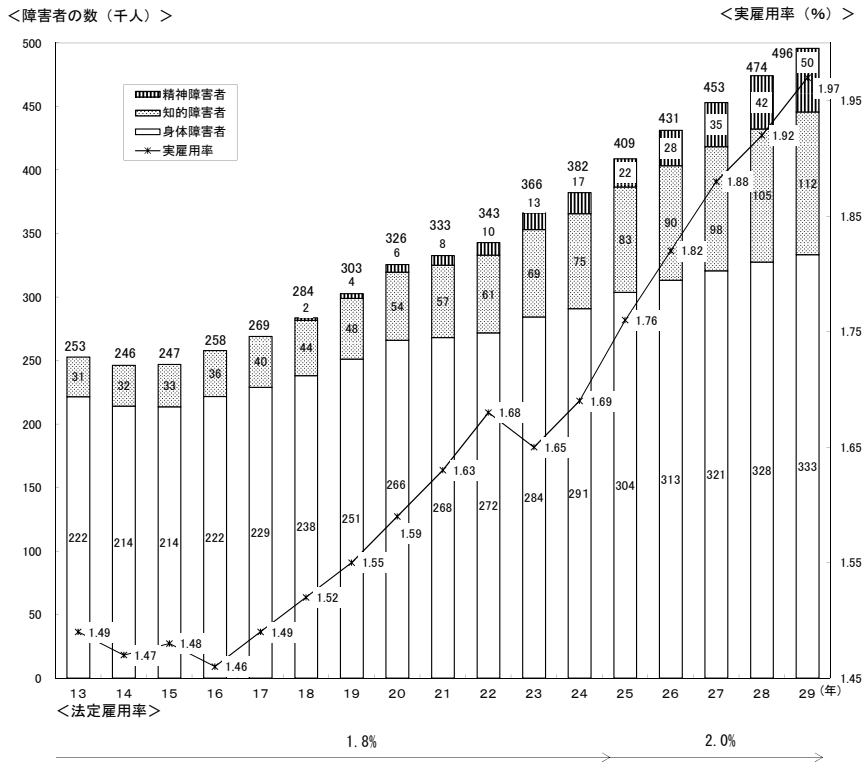
を身体・知的障害に比較すると、精神障害者雇用数が4万8千人増加しているのに対し、知的障害者の増加数は4万4千人から11万2千人と6万8千人増加しており、身体障害者の増加数は23万8千人から33万3千人と9万5千人増加しており、大きな開きがあります。

現に雇用されている精神障害者雇用の絶対数は全体の10%にしか過ぎないのです。これは精神障害者が障害者雇用の対象となった時期が身体障害者や知的障害者に比べ時期が遅れていたことと関係します。

障害者雇用促進法自体、初めて制定されたときは身体障害者雇用促進法でした。それが昭和

グラフ 民間企業における障害者の雇用状況

(1) 実雇用率と雇用されている障害者の数の推移



注1：雇用義務のある企業（平成24年までは56人以上規模、平成25年以降は50人以上規模の企業）についての集計である。

注2：「障害者の数」とは、次に掲げる者の合計数である。

<p>平成17年まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 身体障害者（重度身体障害者はダブルカウント） 知的障害者（重度知的障害者はダブルカウント） 重度身体障害者である短時間労働者 重度知的障害者である短時間労働者 	平成23年以降	<ul style="list-style-type: none"> 身体障害者（重度身体障害者はダブルカウント） 知的障害者（重度知的障害者はダブルカウント） 重度身体障害者である短時間労働者 重度知的障害者である短時間労働者 精神障害者 身体障害者である短時間労働者（身体障害者である短時間労働者は0.5人でカウント） 知的障害者である短時間労働者（知的障害者である短時間労働者は0.5人でカウント） 精神障害者である短時間労働者（精神障害者である短時間労働者は0.5人でカウント）
<p>平成18年以降 平成22年まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 身体障害者（重度身体障害者はダブルカウント） 知的障害者（重度知的障害者はダブルカウント） 重度身体障害者である短時間労働者 重度知的障害者である短時間労働者 精神障害者 精神障害者である短時間労働者（精神障害者である短時間労働者は0.5人でカウント） 		

注3：法定雇用率は平成24年までは1.8%、平成25年4月以降は2.0%となっている。

厚生労働省調査より、平成29年度障害者雇用状況の集計結果（H29/12/12発表）から引用

(2) 望ましい精神障害者雇用とは

62年に知的障害者も法の対象となり、法律の名前も「障害者の雇用の促進等に関する法律」(以下「障害者雇用促進法」と変わりました。平成25年の改正障害者雇用促進法の施行に合わせ、施行令も改正され、対象者は、身体障害者または知的障害者の雇用義務等に基づく」だったのが、精神障害者(発達障害・てんかん含む)も対象として、一括して障害者となりました。

それともう一点、6・1調査から読み取れることは、精神障害者の就職件数の合計と精神障害者の雇用数が大きく乖離している点です。つまり定着率が悪いということなのです。

さて、平成30年4月1日から一般企業の雇用率が、従来の2%から2.2%に上昇しました。更に3年未満のうちに2.3%に上昇します。

また障害者雇用促進法・平成25年改正法では、精神障害者の雇用義務化が謳われており、その施行も本年4月1日からです。精神障害者に限り、雇用してから3年間または精神保健福祉手帳を所持してから3年間は短時間雇用(1週当たり20時間以上30時間未満の労働者の雇用で従来0.5人としてカウントされていきます)も1人とカウント

トするよう政令が改正されました。

このような法改正により、雇用の量については一定の改善がみられる中、今後、本人の希望や特性に合った仕事で長く安定的に働き続けられる等、いわゆる雇用の質についても考えていかなければならないということになります。このことについては、現在、労政審障害者雇用分科会や今後の障害者雇用促進制度の在り方に関する研究会で検討されています。

特に精神障害者(発達障害者を含む)の場合、定着率が低い

ということが大きな論点になっています。「みんなねっと」でも、そのことは重要課題と考え、関係団体に對するヒアリングにおいて、短時間雇用及び20時間未満の超短時間雇用の問題を取り上げるとともに、定着については、「IPSモデル」を提唱いたしました（月刊みんなねっと平成29年12月号）。

精神障害者（発達障害を含む）の短時間雇用（1週20時間以上30時間未満の障害者雇用）については、不十分ですが、本年4月1日に改正された障害者雇用促進法施行令によって、いくらか精神障害者の雇用が進むと期待できることから、ここからは質の向上それも定着について述

べることにいたします。

日本の精神障害者の就労支援には、デイケア、作業所、就労継続または就労移行などがありますが、すべて通所型支援です。精神障害者のための施設を地域に設けるという支援体制が主流です。これは精神障害に限らず障害者就労支援は、まず施設で日常生活を訓練し、その後、就労系サービスの事業所で支援を受けることになっています。

精神障害者の場合は就労系サービスの事業所の支援の前にデイケア等でのサービスを受けるというのが普通です。精神障害者はストレス脆弱性があるので十分な訓練を経てストレス耐性を高めたのちに就労につなげて

いくトレイン・アンド・プレイス・モデル（職場適応訓練を経て職場につく）を基本とした支援にしたと思われま

後述のIPSモデルは逆で、まず就労させ、その後支援を受けながら仕事をしていきます。従来型の支援（まず施設等職場とは別のところで支援を行う）とIPSモデルには二つの大きな違いがあります。

一つは、言うまでもなく支援（訓練）を先にするかどうかということですが、もう一つは、就労場所と支援を受ける場所が同じかどうかという点です。両者を比較すると、就労場所と支援をする場所が同一で、就職してから、「も」が重要です

支援するほうが、職場とは別のところで、就職するまでの支援を受けるという従来型の支援より、就職率、定着率が良くなるほか、再発・再入院も低下するという検証結果が出ています。

このことは、一般就職を目的とした支援であるIPSモデルが、本人のリカバリにも寄与するものであるということが言えます。

確かに、医療機関や福祉施設において、さまざまな訓練・支援を受けることは、本人のリカバリに大きな効果があります。しかし、そうした支援も、本人が希望しない画一的な支援をしいられる恐れを完全に否定することはできないのではない

でしょうか。

ここで、本人の希望や意思についてもう少し、触れてみたいと思います。

「みんなねっと」では、本人の意思決定のところで、数年前から、インフォームド・コンセントからさらに進んでSDM（シェアード・デシジョン・メイキング：shared decision making）であるべきだと言っています。これは、非自発的入

院における意思決定等、医療サービスだけでなく、福祉サービスでもいえることなのです。

SDMは、共同意思決定と訳されていますが、支援者（医療従事者）が対象者（患者）支援の目的や内容を説明をし同意を得て支援を行う、インフォームドコンセントと異なり、支援者が対象者と共同で支援の目的や内容を決定していく過程を言います。

(3) IPSモデルについて

IPSモデルは、インディビジュアル・プレイスメント・アシスト・サポート・モデル*で、そのI（インディビジュアル）

は、個別的にという意味です。Pはプレイスメントで就労です。Sはサポートで支援という意味です。

* IPS (individual placement and support)

I P Sモデルは、まず就職させて、その後支援を受けながら就労していくという支援方法なのです。

このI P S就労支援プログラムは、アメリカで1980年代にベッカー (Becker) や、ドレイク (Drake)らによって開発され実践されているプログラムですが、アメリカではエビデンスも確立し普及が進んでいるのに、日本においては普及がすすんでいません。

ここで、『I P S就労支援プログラム導入ガイド』(著サラ・スワンソン、デボラ・ベッカー・編集代表林輝男 星和書店発行 2017年5月15日初版第1刷発行)を見てみたいと

思います。同書ではI P Sの対象者として次のように定義づけられています。

「組織・除外ゼロ基準 定義『働くことに興味のあるすべてのクライアントは、I P Sによる就労支援サービスにアクセスすることができなければなりません。たとえば、薬物依存の有無、精神症状の程度、過去の暴力行為の既往、認知機能障害、治療経過そして風貌など、精神科の治療者が通常就労の可能性を判断するとき用いる基準は、I P Sサービスへのアクセスの可否を決める基準とはなりません。この原則はI P Sによる就労支援サービスが始まってからも変わりません。就労スペ

シャリストはクライアントが仕事をやめてしまった時に、その止めた理由とか過去何回仕事をやめたかということを考慮に入らずに次の仕事探しを支援します。仮に就労リハビリテーション局がスクリーニングとしての判断基準を有していても、I P Sを行う精神保健団体は誰かを除外するためにその判断基準を採用することはあってはならないのです。クライアントは公式、あるいは非公式な形、いずれの形においても適性判断はされません』

少し長くなってしまいましたが大変重要な箇所であると思いい、引用しました。

(4) I P Sスペシャリストと I P Sスーパーバイザー

誌面の都合上、すべてをお伝えすることはできませんので、I P Sモデルにかかわる人のうち、すでに紙面に登場したI P Sスペシャリストと、I P Sスーパーバイザーの役割について触れておきます。

I P Sモデルのところでは就労スペシャリストは、クライアントが仕事をやめても考慮に入れずに次の仕事探しを支援する原則がありますが、I P Sスペシャリスト(就労スペシャリスト)は、就労サービスのみを提供します。しかも、対象者(クライアント)に代わり、少なくとも、

週6回は対面式の雇用主との面会を行います。その雇用主との

面会もできるだけ広範囲の職種
の雇用主と会うようにしなければいけません。しかも、ここでいう雇用主との面会は、厳密に、対面によるものでなければいけません。電話で済ませたり、採用権のない代理者との面会は、面会回数に記録されません。

その支援が適正に行われている

るかをみるのが、I P Sスーパーバイザーで、I P Sがうまく機能するかどうかのカギを握っていると言えます。

I P Sプログラムではケースの状況が著しく変化することがあるので、その都度スーパーバイザーはスタッフとともに動く必要があります。スーパーバイザー自身も雇用主との面会が義務付けられていますし、就労スペシャリストの雇用主訪問記録を閲覧し評価する役割も担っています。

(5) まとめ

I P Sスペシャリスト及びスーパーバイザーは、精神障害

者雇用において大きな役割を果たします。しかし、この二者だけ

では限界があるのは当然です。精神障害は疾病と障害という二つの側面を持つといわれているように、医療との連携は不可欠です。

精神医療・保健福祉との連携を含め、IPSには7つの原則があります。

誌面の都合上すべてを照会できませんので項目のみ最後に掲げまとめとします。①競争的就労（最低賃金以上の一般就労であること）②本人が望む就労をサポートすること③精神保健医療と就労支援を統合すること④まずは仕事を探し、職場でのオンザジョブトレイニングを重視すること⑤個別のニーズに対応し、就労継続のためのサポート

も行う⑥本人の施行に基づく仕事探しを行うこと⑦個別のニーズに合わせた給付金を提供すること。

さて、IPSモデルと、従来の就労支援では二つの違いがあると言いましたが、支援する場所が就労場所と同じということとは、支援者が行う支援はアウトリーチであるということでしょう。ただし、アクトやメリデン版訪問型家族支援のように、家庭を訪問するものではありません。あくまでIPSスペシャリスト等の役割は、就労支援サービスの提供にあるからです。もう一つ、支援する場所が就労する場所が同一ということとは、職場環境への働きかけがあ

るということです。障害が、病气やケガといった個人因子だけでなく社会にある様々な障壁等によって生活に制限が加えられていることだとすると、職場環境への働きかけは必要不可欠であり、IPSモデルの7つの原則はまさに時宜に合ったものといえるのではないかと思います。

〈参考及び引用文献〉

- 『IPS就労支援プログラム導入ガイド』著 サラ・スワンソン、デボラ・ベッカー 訳・編集代表 林輝男 星和書店
『精神障害とリハビリテーション』第16巻第1号（2012年6月30日）
『精神障害者雇用のABC』著 山口創生 星和書店（2018年4月24日）
初版第1刷発行

（ほんじょう よしかず）

語りあおう、 つながろう、 町の中で、 日常の中で

訪問看護ステーション KAZOC^{かぞっく} 看護師

青柳雄三

オープンダイアログに学ぶ
私の対話性と対話実践

第4回



ゆうりんクリニック(東京池袋)、ACTふあん(埼玉東浦和)、訪問看護ステーションKAZOC(東京練馬)合同で、フィンランド研修に行ったときのものです(未来がたりのダイアログを実践するヌルミヤルヴィ市の近くの湖にて)

私の出来る対話からはじめよう

オープンダイアログ Open Dialogues (以下・OD)を知ったときに「すばらしい」と思うのと同時に、自分の町で出来るだろうか?と疑問をもつのではないだろうか。

昨年、OD発祥の地であるフィンランドのケロプダス病院で研修をし、実際に治療ミーティング^{※1}をみる機会をいただきました。参加者は平等で、お互いの声に耳を傾け、あたたかく安心できる場であると体

※1 患者や家族から連絡を受けた医療チーム(一人ということはない)が24時間以内に訪問をする。参加者は患者、家族、医師、看護師、心理士など。参加者全員が平等な立場で、症状が改善するまで行われる。

オープンダイアログの7つの原則

1. 即時対応	必要に応じてただちに対応する
2. 社会的にネットワークの視点を持つ	クライアント、家族、つながりのある人々を皆、治療ミーティングに招く
3. 柔軟性と機動性	その時々ニーズに合わせて、どこにでも、何にでも柔軟に対応する
4. 責任を持つこと	治療チームは必要な支援全体に責任をもって関わる
5. 心理的連続性	クライアントをよく知っている同じ治療チームが、最初からずっと続けて対応する
6. 不確実性に耐える	答えのない不確かな状態に耐える
7. 対話主義	対話を続けることを目的とし、多様な声に耳を傾け続ける

オープンダイアログ対話実践のガイドライン第1版 オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン(ODNJP)

感じ、これが「対話」なのだと感じました。この空間を訪問看護で作れたらどれ程すばらしいだろうかと思いました。

ODという言葉には、①地域での精神医療の「サービス提供システム」、②「対話実践」の技法、③「世界観」の側面があります⁽¹⁾。

この3つすべてをケロプダスと同じようにやるうと思うと自信がなくなってしまう。まず私は「世界観」、ODの7つの原則⁽²⁾で言えば、7番目の「対話主義（対話性）… Dialogue」を大切にしていきたいと思います。

(1) (2) オープンダイアログネットワークジャパン「ODNJP オープンダイアログ対話実践のガイドライン第1版」2018年3月 <https://www.opendialogue.jp/>

これを私の中心に置いて、私たちができる対話実践をしていきたいと思えます。私たちが始める対話実践がこの町の人々につながり、この町にも「対話性… Dialogue」が広がっていくことを期待しています。

対話を取り戻す

トム・エリック・アーンキルさん^{※2}の研修会に参加した時に、ある女性が赤ちゃんを連れてきており、会場の後ろで赤ちゃんが泣きだしたことがあります。その時、トムさんは、人生

※2 トム・エリック・アーンキルさんはフィンランドではODと並んで、地域で実践されている「未来語りのダイアログ」を開発し、ODの創設者であるヤッコ・セイックラと共に共同研究を行ってきた。

まれた時から対話する力を持っていることを教えてくれました。赤ちゃんは泣き、その声に母親はあやしんだり、ミルクを与えたりして応答するようにと。

私は小学生までは、家族や友だちと話すのが自然に出来ていました。中学生になったころから、人と話すことが自然ではな



カラフルなカードは、オープンダイアログの研修中に使ったものです。自分の感情を語るときに、フィットするカードを選び、そのカードをなぜ選んだのかを話始めると、不思議とことばで感情を話せました

くなりました。人と話せないということではないのですが、いままでとは何かが違う、何かが心に引っかかっている感じでした。思春期だったからなのか、何かきっかけになるような出来事があったからなのかはわかりませんが、今、考えるとこの苦しい感じは対話性が失われていたからだと思います。

しかし、ODに出会い、対話をする中で、気持ちが楽になる感覚や、自分自身が何かを取り戻す感覚もあります。精神の病と対話を失っていくことが関係しているのであれば、私のように対話を取り戻すことが、リカバリーにつながると信じ、対話を続けています。

こんな対話実践から

訪問看護をしていると、どうにもならない状況というのがあります。たとえば、お身体が悪いのにしても受診を拒む方に、支援者は受診できるということを目標として支援をしていきますが、状況は変わらないというようなきです。

こういうときに7つの原則は、どうしたら支援者がしていることが対話的であるかを教えてくれます。こうしてみてもどうでしょう？ 受診できないというのを訪問中はどこかに置いて、対話すること自体が目的で、その先に何かを見出そうなんて考えることをやめてみます。

結果的には解決策が出てくるようなこともあるし、問題と思っていたことが問題ではなくなることもあるのです。もちろん何も変わらないと感じることもあると思います。そういう時も結論を急がず、もう一度、解決策を求めるような気持ちをどこかに置いてみます。

今までの私は、こういう状況では、相手がどうしたら私に心を開いてくれるのかと考えていました。しかし、そうではなく、私自身が開かれているかどうかを意識するようになってから、対話が変わったように思っています。

意識的に確認しているのが、次の3つです。

1、その人の病名や障害ではなく、その人の言葉を大切にできているか。

2、その人の言葉やそこで起きていることを評価や分析するのではなく、私自身が素直に感じる事ができているか。

3、感じたことを丁寧にその人に返すことができているか

私にとって、これは自然にできることではなく、意識的に行わないとできないことです。

対話実践を支えるもの

かぞく
KAZOCは、同僚の大切にして
いることについて対話すること
で知り、同僚の大切にして

ることも自分のことのように大切にしています。自分が非難されたり、自分の大切にしてることが脅かされたりする状態は「安心・安全」ではありません。対話実践をしていく上では、自分や相手、その場の「安心・安全」が必要であり、それがなければ対話はできないだろうと思っています。

私の大切に行っていることは家族との時間です。このことを同僚は知ってくれているし、そういう私を大切にしてくれていきます。これが私の「安心・安全」になり、今日も訪問して、対話をしたと思うのです。

(つづく)
(あおやぎ ゆうぞう)

続

事例からみる 精神障害者の 障害年金の実際

白石社会保険労務士事務所
社会保険労務士

しらいし みさこ
白石 美佐子

《4》医師に診断書の内容の訂正をお願いしても良いか？

今月号は、講演会の後で、数多く質問が寄せられたことについて記載します。

「医師に診断書の内容の訂正をお願いしても良いのか？」「診断書を訂正していただけるのなら、訂正印でよいでしょうか？それとも書き直してもらわないと駄目でしょうか」というご質問です。

同様のご質問を、「みんなねっと」の読者の方からもいただくことが過去に何度もありました。

「みんなねっと」を読む中で、障害年金は診断書の内容が大変重要であるということが理解していただけたと思います。その中で、仕上がった診断書が、つまり日常生活の実態とかけ離れた内容であった場合に、医師に内容を修正していただけるのだろうか？と素朴な疑問がわいてきたのでしょうか。

これは、回答が難しい質問です。私は、「診断書を作成する権限はあくまでも主治医にあります。しかしその内容について医師がどのような判断で診断書を書かれたのかを聞いてみるのは可能ではないでしょうか」とお答えしています。

診断書の内容を聞くことによつて、主治医との関係が崩れてしまうようでしたら、私は、聞かない方が良いと思います。

あくまでも治療が優先されるべきであり、治療をしていく上でも、医師との信頼関係は必須だと考えるからです。

主治医に診断書の作成をお願いするだけでも勇気が必要だと多くの方がお話しされます。その上、仕上がった診断書の内容についてまで医師に聞いても良いのか？ そんな勇氣はないけ

れど、でも、障害年金が支給停止になった場合は生活が成りゆかなくなるとご相談される方は多いです。

あくまでも診断書は医師の責任のもとに作成するものですから、医師に強引に診断書の訂正を迫るということはお勧めしませんし、やってはいけないことだと思います。

しかし、診断書の内容を聞き、納得するということは大事だと思います。

障害年金の請求や更新の診断書を提出する時に、まず、自分の診断書はどのように書かれているのか？と確認することは重要です。

特に診断書の裏面の日常生活能力の判定と程度は、等級目安表に当てはまっているのかどうかを確認することによって、概

ね何級程度の等級結果が届くかが予測できると思います。

障害基礎年金2級を受けていたにもかかわらず、診断書の内容は全く2級に届かない内容のものであった場合、現在の生活や労働の実態がどうであるのかを考えてみて下さい。

もし、以前と変わらない状態であるにもかかわらず改善したという判断になっている場合は、納得できるわけもありませんから、正直に医師に聞いてみることも必要かもしれません。

今まで多くの医師とかかわる中で思うことは、診断書の内容確認や修正等についても、主治医の考えによるのでしょうかいようがありません。

日ごろの様子を医師に伝えて、「なるほど、日ごろは食事も自分で作れず風呂にも入れなかつ

たんだね」と診断書の内容を修正していただける先生もいらっしゃいますし、「診断書の内容は絶対に変えない」と言う先生もいらっしゃいます。

私自身の感覚ですが、言葉の表現は様々ですが、どちらかというと、後者の医師の方が多い様に思います。

医師は患者さんと寝起きを共にして一緒に生活していないですから、日ごろの食事やお風呂などについて出来ているかどうか判断させる診断書の内容に問題があるのでしょうかいようがありません。

また、実際に医師から、医学生の時に障害年金の診断書の書き方を学ぶわけでもなく、医師になつて初めて障害年金の診断書を目にして記載するから大変だという話も耳にしました。

それ故、判断基準もその医師の考えによるものになってしまふのだと思います。人生を大きく左右してしまう大切な診断書ですから、医学生の際に、診断書の書き方を学ぶ機会があればよいと思います。

もし、診断書の内容を修正していただけた場合の注意点がありません。

診断書をボールペン書きで書かれた診断書の訂正については、診断書を1から書き直すといったことは、まずしていただけないと思っておいた方がよいと思います。

A3サイズの診断書の表面、裏面を再度記載するということは、多大な労力がかかります。書き直しをしていただけた場合には、別途、診断書代を請求される病院もあります。

ボールペン書きの診断書の場合は、多くの場合、医師の訂正印での対応になると思います。

訂正印が、1〜2か所である場合は、そのまま審査が行われることがほとんどですが、あまりにも訂正印が多いと、年金機構からカルテ開示の指示が出されることもあります。カルテの写しの提出を求められるということは、訂正印が多いために、診断書の内容そのものの信ぴょう性を疑われてしまった可能性が高いからだと思います。

パソコン印刷された診断書は、概ね、内容を修正して印刷されることがほとんどですが、別途診断書代の請求などは聞いたことはありません。

障害年金は、病気やけがで働けなくなった時の自分の権利としてのセーフティネットでなければならぬと考えます。生きていくにはお金が必要であることは言うまでもありません。病気で働けない状態や十分に働くことが出来なくなった時に経済的困窮は避けられない事実です。

障害年金は、働けない状態であること、働くことに著しい制限がかかることよって支給されるべきものです。実地調査もなく、こんな曖昧なA3サイズの用紙で審査が行われること自体、システムに問題があると考ええるのは私だけでしょうか？

自分の権利を守るために、家族会などを通じて国を動かすための活動に積極的にかかわることが、将来につながることをなると思います。

表1 障害等級の目安

程度 判定平均	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3.5 以上	1 級	1 級又は 2 級			
3.0 以上 3.5 未満	1 級又は 2 級	2 級	2 級		
2.5 以上 3.0 未満		2 級	2 級又は 3 級		
2.0 以上 2.5 未満		2 級	2 級又は 3 級	3 級又は 3 級非該当	
1.5 以上 2.0 未満		修正後	1 級	3 級又は 3 級非該当	修正前
1.5 未満				3 級非該当	3 級非該当

ウ 日常生活状況

1 家族及び社会生活についての具体的な状況
 (ア) 現在の生活環境 (該当するもの一つを○で囲んでください。)
 入院 () 入所 () 在宅 (○) その他 ()
 (施設名) ()
 同居者の有無 (有) (無) ()
 (イ) 全般的状況 (家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。)

2 日常生活能力の判定 (該当するものにチェックしてください。)
 (判断にあたっては、専業主婦とするとしら可能かどうかで判断してください。)

(1) 適切な食事 一食間の準備も含めて適量をバランスよく摂ることができるなど。
 できる 自発的に行うが時 自発的かつ適量に行う 助言や指導がなくても 助言や指導があれば できない若しくは行わない

(2) 身の清潔保持 洗濯、洗髪、入浴等の身の清潔保持や着替えなどができ、また、
 自らの清掃や片付けができるなど。
 できる 自発的に行うが時 自発的かつ適量に行う 助言や指導がなくても 助言や指導があれば できない若しくは行わない

(3) 金銭管理と買い物 金銭を能力で適切に管理し、ゆとりがほぼできる。また、一人で
 買い物ができるが時 必要とする 必要とする 助言や指導がなくても 助言や指導があれば できない若しくは行わない

(4) 通院と服薬 (要・不要) 定期的に通院や服薬を行い、服薬等主治医に伝えることが
 できるなど。
 できる 必要とする 必要とする 助言や指導がなくても 助言や指導があれば できない若しくは行わない

(5) 他人との意思伝達及び対人関係 他人の話を聞く、自分の意思を相手に伝える、集団
 的行動が行えるなど。
 できる 必要とする 必要とする 助言や指導がなくても 助言や指導があれば できない若しくは行わない

(6) 身の安全保持及び危機対応 一等車等の危険から身を守る能力がある。通常と異なる
 事態となった時に他人に援助を求めるなどを含めて、
 適宜に対応することができるなど。
 できる 必要とする 必要とする 助言や指導がなくても 助言や指導があれば できない若しくは行わない

(7) 社会性 銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で行可能。また、社会生活に
 必要な手続きが行えるなど。
 できる 必要とする 必要とする 助言や指導がなくても 助言や指導があれば できない若しくは行わない

3 日常生活能力の程度 (該当するもの一つを○で囲んでください。)
 ※ 日常生活能力の程度を認識する際には、状態もつるも適切に
 記載できる (精神障害) 又は (知的障害) のどちらかを使用してくだ
 さい。

(精神障害)
 (1) 精神障害 (病的体統・残遺症状・認知障害・性格変化等) を
 認めるが、社会生活は普通に行える。
 (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、
 社会生活には、援助が必要である。
 (たとえば、自発的な食事や入浴などはできるが、状況や季節が変化し
 たりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切に
 出来なこともある。金銭管理がおこなわれる場合など。)

(3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、
 時に応じて援助が必要である。
 (たとえば、習慣化した外泊はできるが、家事やこなすために浴衣や浴巾
 を必要とする。社会的対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。
 金銭管理が困難な場合など。)

(4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、
 多くの援助が必要である。
 (たとえば、着く適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少な
 い。あるいは発言内容が不適切であったり不明確であったりする場合など。)

(5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできない
 ため、常時の援助が必要である。
 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的に
 することができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付きま
 いが必要となる場合など。)

(知的障害)
 (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通に行える。
 (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、
 社会生活には、援助が必要である。
 (たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能であ
 るが、読解的なことは難しい。専業主婦一人で行える程度)

(3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、
 時に応じて援助が必要である。
 (たとえば、よく簡単な読み書きや計算はでき、助言などがあれば作業は
 可能である。具体的な指示があれば理解ができ、身辺生活についてもお
 らね一人で行える程度)

(4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、
 多くの援助が必要である。
 (たとえば、簡単な漢字や数字は読めて、保護環境であれば簡単な
 作業による意思の疎通はほとんど可能であり、身辺生活についてもお
 らね一人で行える程度)

(5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできない
 ため、常時の援助が必要である。
 (たとえば、文字や数の理解がほとんどできず、簡単な手続きも一人
 ではできない程度)

診断書の内容について記載をA4サイズで日常生活についての日常生活の支障をまとめて記載し、医師にお渡しした結果、医師の判断で内容の修正をして頂いた診断書です。修正前でしたら、不支給になる可能性が高い診断書です。



このコーナーは、編集長(野村忠良)のコラムを自由なテーマで連載いたします。題して「多事彩々」。乞うご期待ください！

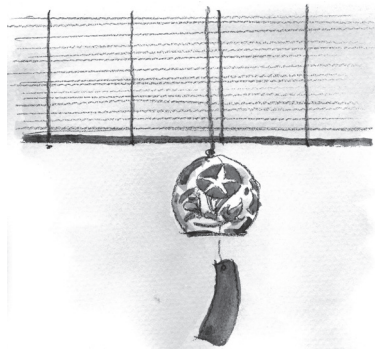
退院できた患者たち

去る2月3日に、NHKで放映されたE TV特集「長すぎた入院」を見ました。改めて、日本における精神科病院の歴史と実態を知り、悲しみを新たにしています。

福島の原発事故により、近隣の数力所の精神科病院が閉鎖されることになり、長期に入院していた患者の方々は退院となりました。

青春時代に入院して、50代6代にもなるまで退院できなかったその方々の告白は、胸を打つものでした。

入院してから毎日、退院したいと一心に願いつづけていたのに、何十年もの間、許されませんでした。家族が引き取らず、退院に反対していたのです。症状が初めて現れたときの行動に家族は戸惑い、対応方法が分からずに精神科病院に任せきりにしました。中には治療の必要のない知的障害の方々も預けられていました。社会に居場所がなく、精神科病院が生活の場になっていたのです。





精神科病院は、社会が要求した役割を忠実に果たし続けてきました。今も変わらずに続いています。

家族がお世話をしなければ誰も助けず、精神科病院が社会から隔離して閉鎖的な居場所を提供するという現在の社会の仕組みには、大きな欠陥があると思えます。

精神疾患を発症した市民を、責任をもって守り支えるのが家族だけという現状は、その市民の人権が家族によって侵されれば無権利状態になるという、恐ろしい社会を写し出しています。

社会がその人の人権を守らないから、家族もどうすることもできずに精神科病院に閉じ込めるしかありません。

すべての国民、市民の人権と生活を、しっかりと守る支援体制を、家族に頼らず、国が責任を持って早急に整えることが喫緊の課題です。(野村忠良)

街の
診療所から
のお便り

…精神病から回復して
自分らしく生きなくつちやね…



連載
134
回

ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈手がしびれる〉

「このあいだ、手がしびれてきちゃって。近くの病院に行っただけです。先生はお薬手帳を見て、『精神的なものと思うから、精神科の先生に聞いてください』と言われて。それで、今日はこのことを話してきました」と、予定より早く来られたGさん（50歳女性、家事手伝い）は言われます。

彼女は病気になったころは、事務職のアルバイトをされていましたが、その後は両親の家に居て、うちには10年以上通院しておられます。自分は病気ではなく、何かをがんばってしようとするところ、邪悪が邪魔をして、うまく行かなくしてしまうらしい。以前は「邪悪が活躍する。音を出して通る」などと言われていました。

〈しびれの様子〉

右手ですか、左手ですか？
「両方です」
しびれるというのは感じですか？ それとも動きにくいのですか？
「ジーンとしていて、動かしにくいです」
ご飯を食べる時に物をこぼしたことがありますか？
「食べ物をごぼしたことはあ

りません」

動いている時には感じないのですね？

「じつとしていっている時に重たい感じでした。邪悪が止めているのとは違います」

内科の先生は、内科の病気ではないと言われたのですね？

「内科の先生は『ストレスと関係があるかも知れない』と言われました」

内科のお医者さんは上手に精神科に導いてくれたようです。

〈病気がないんです。〉

これまでGさんはたびたび拒薬をされています。服薬が不規則になって2〜3か月すると邪悪の活動が盛んになってくる

のでした。セレネースでは目の上を向いたり、体が固くなったりました。錐体外路症状という副作用です。副作用止めとして抗コリン薬を処方するのですが、この症状は一度出てしまうとなかなか収まらないのです。その後のリスパダールでは月経



が止まってしまい、ジプレキサ10mgは何年か続きましたが、「あの薬は太る」とどこからか聞いてきて、自分で4分の3にしたり、半分捨てたりされていたようです。そうするとイライラしやすくなり、日常生活の中で「自分は邪魔をされている」と思い続けることになるのでした。

〈もつと薬が効くようになった。〉

この1年間は新薬のシクレストが気に入り、最初の5mgから10mgに増やしたところでした。シクレスト10mgで「しびれる」と言う人はうちではないのですが？ で、今日、薬はまだ残っていますよね？

「それが、もっと効かせよう
と思つて1日に4錠飲んだの
で、もうなくなっています」

えっ！ それはびびくりで
す。特別に危険ではないと思
いますが、手にしびれを感じた
はそれと関係があるかも知れ
ません。この薬は最大量が20mg
ですから、それ以上では不都合
なことがあるでしょう。

「先生、勝手にしてごめんな
さい」とGさんは小さくなつて
います。

薬は倍強くしたら倍効果があ
るものではありませんよ。

〈シモン〉

統合失調症の人で不快な幻聴
や妄想がなくなると、レミッ

シモン（寛解）”と言います。
幻聴や妄想は薬を飲まなくても
消える人もあるらしい。でも、

その人に合った薬をちょうど良
い量飲めば、早く消えてくれる
ものです。Gさんの場合も服薬
すれば、邪悪がやってくる音や
隣人たちが連絡しあつて自分を
邪魔しているという思いは、か
なり少なくなりませう。

さて、一日中不適切な悩みが
頭の中を占拠していたのですか
ら、それがなくなれば、その分
だけ自分らしい考えを実行して
行くことができるはず。それが
できると、リカバリ（回復）
です。でも、自分らしい欲求
“というのは何でしょう？ 急に
湧いて来るものではないでしょ

うし、人によつても自分らしさ
は違いますから、じっくり考え
ていきたいものですね。

〈リカバリ〉

Gさんの場合、邪魔をする邪
悪や隣人のことを考えなくなつ
たのに、その時間に自分らしい
楽しいことを考えるより、薬
の害を心配するようになってし
まった。そうではなく、薬は今
のままではばらく飲み続けるこ
とに決め、自分の人生の楽しみ
に思い当たり、今身近にあるも
のから幸福を感じて生きて欲し
いものです。

人は、楽しむことも練習を繰
り返してだんだん上手になるも
のですよ。もう忘れたでしょ

が、あなたが赤ちゃんのころ、口の端がちよつと窪んだのを見て大人たちが「笑った、えくぼができた」と喜んで、良い雰囲気になった。それをあなたも感じて、こういう風に口を曲げると幸せな気分になれる、と思っただけです。リカバリー(回復)は、子供から大人の人間になるために、新たに見つけていくものようです。

〈仕事よりやりたこと〉

Hさん(35歳女性)はジプレキサ7.5mgが合って、〃自分の考えが伝わってしまふ〃という思いがなくなり、スーパードに勤めるようになりました。2年間のパート勤務の後、社員として週

40時間勤務しておられました。そして1年たったのですが、今回の受診の時「仕事よりやりたことがあるので退職しようと思う」と言われます。生活費はお父さんのお金と、自分の貯金が少しあるそうです。

「仕事を週40時間していると、自分のやりたいことをする時間が無くなります」

確かに、週20時間だけ働くことにすれば、残りの20時間は自分のやりたいことができますね。そういう生き方も有り、かもね。

〈その人らしく生きよう〉

統合失調症から回復するとうことは、その人が自分らしく

生きて行く、ということでしょう。親の立場では、ちょうどよく学校に行って、卒業したら就職して一定の収入を得たら、結婚して独立してほしいと望むものでしょうが、そうでなければいけないものでもありません。

世間ではこの1年、役人やスポーツの世界で偉くなった人たちが、とんでもない失敗をしていたことがいくつも顕わになりました。彼らは自分らしく生きてはいなかったのでしょうか。

私たちはいろんな弱点があったとしても、あんな考え違いはしないで幸せな人生を送ることができるはずですよ。

知ることは生きること

連載31回

ユーモアと愛情をもって温かい家庭を作ってきたその先に感じられること
(自らの人生の主人公としての家族の暮らし特集⑩)

日本福祉大学
みんなねっと理事 青木聖久

今回ご紹介をするのは、天井萌奈賀さん（仮名・60歳代女性）です。天井さんとは、昨年の冬に、家族会の研修会で知り合いました。私はコーディネーターで、天井さんが発表者。事前の打ち合わせにおいて、主催者より「写真を撮っていいですか」と聞かれた時、彼女はしばらく戸惑っていました。あれ、気に

されるのかな、と思っていたところ、次の瞬間、そうではないことがわかったのです。「スマートフォンに撮ってくれるのなら、いいですが？」と。

天井さんは、仮名にも表れているように、ユーモアがあり、かつ、情の深い人です。今月号では、天井さんの歴史に触れてみることにします。

電話交換の仕事しながら、夜は定時制高校へ

天井さんは一人っ子。また、家庭的な事情から、主に祖母に育てられました。一方で、母親は、経済的に家庭を支えるために、一生懸命に働かれたそうです。そのような家庭状況を見ていた天井さんは、中学校を卒業すると、すぐに働く道を選択しました。昼間は銀行で電話交換の仕事をし、夜は定時制高校へ4年間通い卒業されています。

その後、かねてより交際していた警察官の司^{つかさ}さんと20歳で結婚。22歳の時に長女の安子^{やすこ}さんが産まれました。天井さんは、これ

までの自身の経験からも、温かい家庭を作りたいという想いが、人一倍強かったそうです。

**声に出して歌うと気持ちがあ
きりする**

天井さんは、安子さんと隼人さんが小学生の頃、PTAコーラスを始めています。また、電
話交換の仕事は、結婚を機に退
職し、その後、子育てをしながら、
そろばんの先生、医療事務等の
仕事に就かれています。

一方で、更生保護女性会にも
籍をおき、少年院の慰問等をし、
誕生会でミュージックベルを演
奏したり、おしゃべりをしなが
らの交流を続けておられます。
ちなみに、更生保護女性会とは、

地域社会の犯罪や非行の防止、
さらには、非行をした少年の更
生等に協力することを目的とし
たボランティア団体です。

天井さんは、環境的なことか
ら、非行をしてしまった少年た
ちのことを、我がことのように
捉え、愛情をもって活動されて
います。社会や大人を信じられ
ない少年たちに、人の温もりを
伝えておられるのです。でも、
それは、一方的に「してあげる」
という活動ではなく、天井さん
にとっても、「声に出して歌うと、
気持ちがすっきりする」という
ように、互いに恵のある、循環
的な関係だと言えます。

**留学生を積極的にホームステイ
として受け入れた**

環境の大切さを、体験的に知っ
ている天井さんは、司さん、安
子さん、隼人さん、そして、天
井さんの母親と共に、会話のあ
る家庭を築いてこられました。
安子さん、隼人さんは、おば
あちゃんと同居していることも
あって、自然と困っている人に
手を貸したり、年配の人を大事
にする、優しい人間に育ちまし
た。

また、天井さんは、子どもた
ちに、広い視野を持ってもらい
たいと考え、海外からのホーム
ステイを、積極的に受け入れて
きています。このようなことも
あり、安子さんと隼人さんは、

英語が大好きになったのです。

とりわけ、隼人さんは、大学でも英語を学び続け、就職試験でも、通訳の仕事を受けたほどでした。ただし、最終的には、司さんの背中を追うように、大学卒業後、警察学校に入学しています。

何かに怯えるように寮から家に戻ってきた息子

ところが隼人さんは、厳しい縦社会の警察学校において、上手く順応することができませんでした。そのことから、体調不良となり、5月には警察学校をやめ、寮から実家に帰ってきたのです。その時は、何かに怯えているようで、睡眠も殆どとれ

ていない様子でした。

その後、親戚宅の仕事を手伝うために、再び家を出ることになります。天井さんは、これで何らかの活路が見出せれば、と思っていたものの、そのようにはなりませんでした。しばらくすると、以前よりも精神状態が悪化して、家に帰ってきたのです。新幹線で帰ってくる途中、隼人さんは「飛び込もうと思った」と。そして、その夜には、不安感から大声をあげ、精神科病院に受診することになったのです。

「今夜は寝れるかな」と言うのを聞くのが可哀想でつらかった

隼人さんは、夜に眠れない。なのに、昼間も眠れない。薬を飲み

眠っていたとしても、寝た気がしない。脳が眠っていない睡眠障がいが続く、「今夜は寝れるかな」と口癖のように言っていました。天井さんは、その言葉を聞くのが可哀想で、つらかったと言います。そして、不安感も依然として強かったことから、薬調整もあり、初めて精神科病院に入院しました。すると、日毎に良くなり、2か月弱で退院したのです。

退院後は司さんの知人が、ガスメーターの交換の仕事に、隼人さんを、退院2日目から毎朝迎えに来てくれました。薬の影響から、午前中は足元がふらつくこともありましたが、隼人さんは1年間働き続けたのです。本人も家族も不安な中、人の優

しきについて、身をもって感じた1年間だったと、天井さんは振り返っておられます。

家族会に入り、同じ悩みをもつ仲間ができた

一方で、天井さんは、保健所で地域家族会の存在を覚えてもらい、隼人さんの発症後1年ぐらいいしてから、家族会に足を運んでいます。また、仲よくなつた他の家族から相談を受け、司さんと一緒に、その家に夜遅くに駆けつけたこともありました。未だに、その方とは家族ぐるみで付き合っているそうです。

現在、天井さんは、地域家族会の役員会に月に1回、定例会に2カ月に1回、参加されてい

ます。加えて、天井さんは「ふれあい会」という集いの場を提案し、2カ月に1回開催しています。そこでは、いつ来て、いつ帰ってもいい。参加者が、一緒に手芸をしたり、食事をしながら。とにかく、お茶を飲みながら、おしゃべりする場として、5年ぐらいいています。天井さん曰く、「楽しいですよ。何かしながら、がいいですね」と。

「行ってみるか」がきっかけで、始めた仕事ももうすぐ10年目に

話を隼人さんに戻します。精神疾患を発症してから約10年間、隼人さんは、精神科病院に通院を継続していました。加えて隼人さんは、病院の喫茶店におい

て、調理やレジ係を経験しました。また、ソフトバレーボールにも参加し、そこでは全国大会にも出ています。このように、隼人さんは疾患や障がいと折り合いをつけながら、時間を重ねてきたのです。

そのような中、ある日、通院先のソーシャルワーカーから、就労移行支援の事業所へ「行ってみるか」と誘われたそうです。すると隼人さんは、行くことを決断しました。しばらくの間は、練習のようなことからスタートし、ホームヘルパーの派遣事業所に勤め始めて、もうすぐ10年目になります。

几帳面な性格の隼人さんは、給与計算や文書の校閲等こうえつが得意

で、事務職として「自分の長所が活かされている」、と言うそうです。事業所もそのことを理解しており、決して現場で人が足らなくとも、「ホームヘルパー」と打診することはありません。月末になると残業も多く、日付が変わってから帰宅することもありますが、隼人は、趣味の一人旅を時折楽しみながら、やりがいをもって仕事に取り組みられています。また、天井さんと司さんは、年に1回、隼人さんから旅行のプレゼントを受けらるそうです。

「2人で、そういうことばっかりやっているね」

さて、ここからは天井さんの

これまでの歩みをふまえ、私の感想を述べたいと思います。

天井さんにとって、温かい家庭とは、次のようなことだと思えます。それは、家族はもとより、社会で暮らす人たち誰もが、笑顔でいられるように、一緒に考えあえるチーム。仮に、つらそうな人の存在を知ったら、決して知らないふりをせず、そこに可能な限り関わり、自分たちの事として、共感できるチーム。実際、夫の司さんもまた、警察を退職した後、保護司として、犯罪や非行からの更生保護に携わっておられます。そして、つい数日前、2人でお茶を飲みながら、「2人で、そういうこと（家族会活動や更生保護等）ばっか

りやっているね」と、笑っていたそうです。

「生きている」「暮らしている」という想いが感じられた時

天井さんに限らず、家族は、大事な子どもの精神疾患の発症時のつらかった表情を、一生忘れることができません。きつとその頃、天井さんは隼人さんが、夜苦しまずに寝ることができ、冗談でも言ってくれようものなら、それだけで親としては、十分だったのかもしれない。

私は、親という間柄の家族が最も望んでいるのは、かけがえない子どもから、「生きている」「暮らしている」、という想いが伝わる景色と一緒に見られるこ

とだと思っています。隼人さんの場合は、発症から10年後、就労を通して、社会の多くのライフイベントを経験しているのです。

「おかえり」という四文字に精一杯の気持ちを込めて

今日も、そして、明日も、隼人さんは仕事から帰ってくる、「ただいま」と言います。天井さんは、隼人さんが、この言葉を当たり前前に発するまでに、どれだけ苦しかった経験を重ねてきたかを痛いほど知っています。だから、本当は毎回抱きしめ、たくさんのねぎらいの言葉を伝えたいことでしょう。でも、あえて「おかえり」という四文字

に精一杯の気持ちを込めて発しているのだと思います。

人生、何がいいかどうかなんて

約半世紀（50年）前、天井さんは、自身のどんな未来を想像していたでしょうか。司さん、安子さん、隼人さんや家族会の仲間。全ての人たちが天井さんにとつて、大切な存在。また、天井さん宅には、愛猫が2匹（4代目と5代目）いて、悲しんでいる時も、傍に寄り添ってくれます。隼人さんが夜遅くに帰宅すると、玄関の戸を開ける前に、愛猫は迎えに出ます。また、近所には、長女の安子さんが優しい夫と暮らしておられます。

私たちは出来れば、つらい経験をしたくありません。でも、結果的につらい経験をすればするほど、人のことを自分のことのように考えられるようになります。人のちよつとした優しさを見逃しません。すると、自然と嬉し涙が溢れまふます。人生、何がいいかどうかなんて、誰にもわかりません。

とはいえ、一つだけ言えることがあるとするならば、つらかった事柄に向き合った先にこそ、本当の意味での幸せを見つけられる。そして、人として、優しい背中がつけられる。人生とは、幸せとは、人とは、本当に深い…。
(あおききよひさ)

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ご紹介するコーナーです。

「みんなねっと」の感想

◆群馬県 あかつ

月刊誌を毎月楽しみに待っています。月刊誌を読んで、少しずつ頭の中が整理されつつありますが、まだまだ、私の求めているものは何か迷っているのが現状です。

4月号の最後のページに、「新しい月刊誌のあり方*家族とひとくくりせず、多様な立場の状況を伝える。その他」と記

載されていました。大いに期待いたします。

日常生活

◆兵庫県 大塚きみよ 家族

(60代)

4月号、配偶者パートナーの立場から興味深く読ませていただきました。全くその通りです。

私は家族会の理事長を今年4月から受けますが、これからどう運営していくのが望まれているのか考えているところです。

もともと地域へ発信し、地域の方々と交流し、気軽に参加できる雰囲気を作りたい。

にぎやかなのも良いけれどじっくりと落ち着いて話せる場所にもなったら良いと思っています。少しずつ認めてもらえるよう続けていこうと思っています。

◆千葉県 はち 本人(40代)

統合失調症と発達障害との関係。7割が発達障害。誤診されて薬をのみつづけている例。根底に発達障害。

そして学校のいじめについていじめの苦しみはさすがにわかる気がします。そんな発達障害とあるのが人と違うということ。いじめに会う差別。

オープンダイアログに期待しています。

◆大分県 高塚逸子 本人(50代)

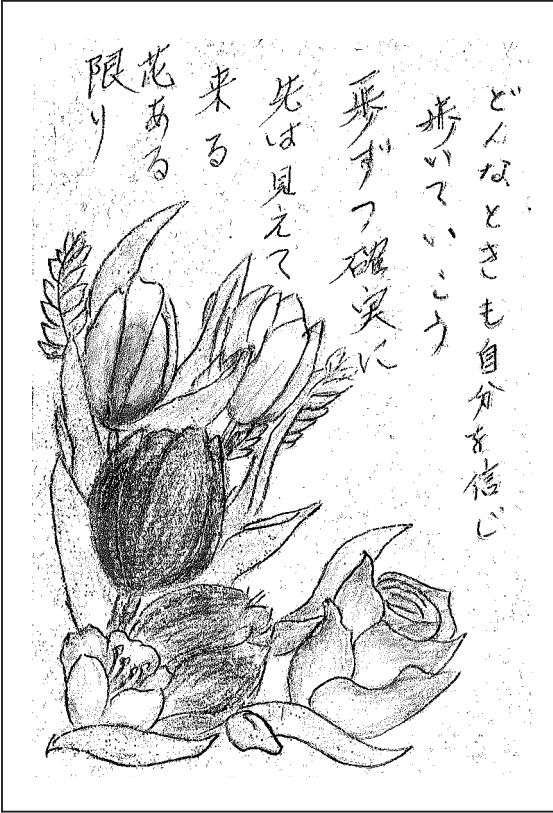
友人からA型事業所が最近どんどんつぶれていっていると聞き驚いています。

「仕事」そのもの(就職)はできなくても一般就労している人の仕事を小さい仕事などシェア(ワークシェアリング)をもっともっとしてくれれば良いのに!!と思います!

◆愛媛県 なおりん 本人 (50代)

みんなげんきでいてほしい学校でいじめにあつてもじさつをしてはいけません。

私もむかしいじめにあつたけれど、じさつもかんがえていたけれど、おやにもらつたからだなのですからしんでもおやがかなしむだけです。みんななかよくするどりよくが



◆神奈川県 スマイル (50代)

ひつようになつています。

ストレスはつさんのためのいじめはやめてほしいとおもいます。

◆東京都 工藤松子 家族 (70代)

心細かった。それでも愛猫のために時間外に往復タクシーで病院に連れて行つてくれた。そんな娘に感謝しています。

地域の話

おかげで我が家の愛猫は点滴を受けて少し元気になり、又翌日点滴を受けて元気になりました。私は仕事で帰宅が遅かったので、ありがとうありがとうと何度もお礼を言っています。

◆京都府 城陽市精神家族会
ルプス 会長 古市 洋

私たち家族会の近況をお知らせします。

このたび、当会では、城陽市障害福祉課様の支援を受けて、6月10日(日)午後1時～4時に市の福祉センターで「心の病と不安の日々」とのテーマで第1回家族相談会を開くことになりました。対象は障害のある方の家族で、先着2組の相談を無料で受けます。案内記事は5月

15日の市報に掲載してもらえませんでした。この企画は、会長古市がリーダーとなり、市に働きかけ、指導を頂いて実現したものです。

この相談会を開くに当たっては、事前にみんなねつとの図書（相談事例集等々）を参考にしました。いつもお世話になりました。ありがとうございました。

この相談会は、今のところ、年に2回くらい開く予定です。相談者の方々が会に入ってから下さることを期待し、家族会の活性化を図って参りたいと考えています。

◆「家族による家族学習会」で単会の活性化を！

静岡県精神保健福祉会連合会理事長

杉本富太郎

「家族による家族学習会」を

実施している県連所属の家族会は、開始年度が平成23年度1会、25年度1会、26年度1会、27年度3会、29年度1会、30年5月に静岡県連に加入したばかりの会が1会となっており、徐々にですが確実に取り組みが広がっています。

3年以上続けている6会の今までの延べ学習会参加者は168名居り、その内85名、50・6%の方が家族会の会員になつてくださっています。

新会員は単会にとつて活性化につながります。家族学習会に参加して来られる方は比較的熱心に家族会の活動にも関わって下さり、既に私の地元単会では役員として活動されている方達も何人かいらつしゃいます。

「家族による家族学習会」は、孤立している家族が、「家族による」という、自分と同じ立

場の人々との学習を求めて来るものであり、即、会員というものではありません。

家族会では、会員になつて下さることを望んでおられますが、その点については、第5回のプログラム終了後にこれまでの繋がりを大切にしたいと茶話会を開き、家族会の紹介や加入のお勧めをしている会が多いです。

学習会に参加された方のアンケートでは、会員になれなかった方を含めてほぼ100%の方から「参加して良かった」との回答をいただいております。

参加された家族の方々から十分な評価を頂いている学習会です。静岡県での現状概略を述べましたが以下に学習会に対する静岡県連の方針と学習会での成果や課題を箇条書きにて紹介いたします。

(県連の方針)

1. 県連として、家族学習会を単会の維持・活性化にとつて有効な手段と考えこれを推進しようと考えているので機会あるごとに、これを伝えており、その実績については今後も見守っていききたい。

2. 県内での担当者研修会の開催や県内アドバイザーによる県内単会への派遣等は当面県内完結型で行う。

3. 資金確保について今後検討を要す。

4. 単会自身での開催が困難などころについては、県連としてできる限りの支援をする。(他会からの担当者の派遣等)

5. 運営マニュアルがあっても、自ずと差異が生じてくるので横の連絡にも気を付けたい。

(成果)

1. アンケートには「多くの体験談を聞く中で、解決のヒントを得ることができ、とても参考になった。又、

とても救われた」との感想が多かった。単会にとつても、担当者家族も共に学び、支えあいながら元気になれるこの学習会は会にとつて大事な事業の一つになっている。

2. 系統だった学習ができ「統合失調症をあらためて認識できた」と高評価を得られた。

3. 1回の学習会が3時間で5回行うため一緒に居る時間が長く、話し合いなので互いに親近感がわく。

4. 参加者が比較的若く熱心で活動的な方が多く、家族会の活性化につながっている。

5. 市役所、保健所、社協、ボランティアと年々、見学者・協力者の輪が拡大している。

(課題)

1. 参加者の確保。2. 学習会後のフォロー。(加入者も非加入者も)

3. 運営のリーダーをつくりたい。

4. 担当者としての向上。5. 他障害(発達障害等)との関連付け等。

平成 30 年度全国大会・ブロック大会一覧

ブロック名	開催地	日 程	場 所
北海道・東北	山形	平成 30 年 8 月 28 日 (火)	山形ビッグウイング
北信越	福井	平成 30 年 10 月 25 日 (木) ~ 26 日 (金)	ハピリン (福井駅) 福井パレスホテル
関東	栃木	平成 30 年 10 月 26 日 (金)	宇都宮市文化会館小ホール
甲州・東海	岐阜	平成 30 年 11 月 9 日 (金) ~ 10 日 (土)	高山市民文化会館
近畿 全国大会	兵庫	平成 30 年 11 月 26 日 (月) ~ 27 日 (火)	神戸ポートピアホール 神戸国際会議場
中国	島根	平成 30 年 9 月 13 日 (木)	島根県民会館
四国	徳島	平成 31 年 2 月 12 日 (火) ~ 13 日 (水)	阿波観光ホテル
九州・沖縄	熊本	平成 31 年 2 月 7 日	KKR ホテル



編集後記

編集後記

■5月20日、浅草の三社祭に出かけた。

お祭りなのでいつもに増して人が多く、雷門から境内までは人で埋め尽くされ、雷門前の歩行者天国も神輿見物の人ばかりが出来ている。

さらにその周囲にはそうした様子を撮影するプロ・アマのカメラマン達。

観光客もいつもより多く、浴衣を着た外国人が名所や神輿や自分の気に入った風景で記念撮影をしている。

露店は数も種類も豊富で、境内周辺の路上にも出店されている。

賑わっている人ごみの中を待っていると威勢の良い掛け声が聞こえてきて、地

元の方々を中心に町会ごとの神輿を担ぎ、次から次へと通り過ぎる。小さな子供もハッピーにハチマキ。国籍や年齢なんて関係なく神輿を担いでいる。

人混みを避けて路地に入ると、神輿を担ぎ終わった人たちが路上にシートを広げて酒と料理で盛り上がっていた。

この祭りの一体感と迫力、そして雰囲気伝えたくて、スマホで写真を撮ってみたが、人が多く神輿の上部と人ばかりしか写せなかった。

お世辞にも上手と言えない写真と動画になってしまったが、私の言葉と一緒に、面白く伝えたい。

(山本)

【「みんなのわ」へメールで投稿できます】読者のページ(みんなのわ)への投稿がメールでできるようになりました。投稿のメールアドレスは minnanet.seishinhoken@outlook.jp です。※投稿される方は、氏名、住所、年齢、性別、(家族、本人、その他)をご記入ください。なお、ペンネームで投稿される方はペンネームをお書きください。

月刊みんなのわ 通巻第135号 (2018年7月号) 定価 300円

発行日 2018年7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

月刊みんなねっと～毎月こんな内容でお届けします～

知っておきたい精神保健福祉の動き／特集（各号にタイムリーなテーマで掲載します）／多事彩々（編集長随想）／連載①街の診療所からのお便り／連載②語りあおう、つながろう、町の中で、日常の中で／連載③知ることは生きること／連載④真澄こと葉のつれづれ日記／みんなのわ（読者のページ）ほか

●「月刊みんなねっと」これまでの特集の紹介●

■ 2016 年 ■

3月号：障害者総合支援法施行3年後の見直し（本條義和）

【品切れ】4月号：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』（岡田久美子）

【品切れ】5月号：精神障がい者と家族—それぞれが自立し、ささえあうために④（白石弘巳）

【品切れ】6月号：精神障がい者と家族—それぞれが自立し、ささえあうために⑤（白石弘巳）

【品切れ】7月号：みんなねっと「政策委員会」の取り組み①（野村忠良）

8月号：みんなねっと「政策委員会」の取り組み②（野村忠良）

9月号：メンタルヘルスと福祉教育をめざして（松本すみ子）

10月号：訪問看護が家庭内暴力とどう向き合うか（原子英樹）

11月号：家族の思いから立ち上がったACTのとirikumi（宮崎富夫・倉知延章）

12月号：家族が求めていた訪問支援が実現するまで（岡田久美子・吉澤美樹）

■ 2017 年 ■

1月号：東京ソテリアにおけるイタリア交流事業のとirikumi（塚本さやか他）

2月号：精神科においてアウトリーチはなぜ大切か、どう進めたらいいか④（渡邊博幸）

3月号：精神科においてアウトリーチはなぜ大切か、どう進めたらいいか⑤（渡邊博幸）

【品切れ】4月号：オープンダイアログ（開かれた対話）の話（飯塚壽美・野村忠良）

5月号：イタリア精神保健見聞記（トレントの地域精神保健医療）その1（野村忠良）

【品切れ】6月号：イタリア精神保健見聞記（トレントの地域精神保健医療）その2（野村忠良）

7月号：それぞれの自立をめざして その1（夏苺郁子）

8月号：それぞれの自立をめざして その2（夏苺郁子）

9月号：それぞれの自立をめざして その3（夏苺郁子）

10月号：当事者の地域生活の実現をめざす精神科病院（木全義治ほか）

11月号：精神科医療における身体拘束を考える（長谷川利夫）

12月号：当事者中心の地域支援再考（山本昌知）

■ 2018 年 ■

1月号：ピアサポーターと協働した地域移行支援の実践（柳尚夫）

2月号：ひとりひとりの自尊心と思いを大切に

3月号：息子の障害から学んだこと（橋口亜希子さんに聴く）

4月号：配偶者・パートナーの立場からみえること（前田 直）

【品切れ】5月号：子どもの立場からみえること（横山恵子）

6月号：愛と希望（佐藤真智子）

●「月刊みんなねっと」のバックナンバーのお申し込み方法●

電話、FAX、みんなねっとのホームページよりお申込みいただけます。

代金は「300円×冊数＋送料80円」となります。

バックナンバー発送時に振込用紙（郵便振込）を同封させていただきます。

公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）

〒170-0013 東京都豊島区東池袋 1-46-13 ホリグチビル 602

電話：03-6907-9211 FAX：03-3987-5466

精神疾患がある人や家族に役立つ出版物



精神障がい者家族 相談事例集

A4判・112頁
定価 1000円
(別途送料)

家族相談の活動は家族会の原点です

好評発売中!!

本書は、全国から寄せられた家族による相談事例の中から32事例を掲載しました。事例を、日常生活、医療、家族会、家族依存、地域連携、親亡き後、制度の七つに分類し、それにコメントを加えた初めての家族相談事例集です。同じ家族としての立場から相談にのり、情報を伝え、家族会につなげていく活動は家族会の原点ともいえます。みなさんの活動に役立てていただければと思います。

精神障がい者と家族に役立つ 社会資源ハンドブック

改訂版

B5判・180頁・定価1400円(送料込)

【内容】医療に関する制度／地域で生活するための支援／日中活動の場、就労や復学の支援／経済的な支援を受けたいとき／財産の活用や保護、法的な支援など／家族が情報を得る、相談できるところ



家族会員・支援者のための

☆家族会運営のてびき

A4判・100頁・定価800円(送料込)

家族会からの注文は1冊600円に割引します

家族会の設置から運営の仕方まで家族会の活性化に役立つ「てびき」ができました！ 会報や案内パンフなどの見本の資料ページもあり、家族会とつながりのある支援機関でもぜひご活用を！【内容】精神障がい者家族会とは／家族会活動をおこなおう／運営・活動費(財政基盤)について／家族会の組織強化をしよう／地域にとけこむ活動への積極的参加／新しい家族を家族会につなげよう／新しく家族会を立ち上げよう／支援者・関係者の方々へ／資料編



☆家族相談ハンドブック

A4判・76頁・定価700円(送料込)

家族相談のテキストができました！ 家族会からの注文は1冊500円に割引

【内容】家族による家族支援／精神障がい者の状況／精神障がい者家族の状況／家族相談の意義と特徴／家族相談の目標／家族相談の留意点／相談実習の進め方／家族相談の方法／新しく家族相談事業を立ち上げたいときは／家族相談員の養成／家族相談の事例



問い合わせ先

公益社団法人 全国精神保健福祉会(みんなねっと)

tel 03-6907-9211 / fax 03-3987-5466

ホームページ <http://www.seishinhoken.jp>