月刊みんなねっと（毎月1回1日発行）　通巻124号　2017年8月1日発行　2007年7月24日第三種郵便物承認

月刊　全国の家族と家族会をつなぐ機関誌
＆最新の精神保健福祉情報誌!!

8
2017

みんなねっと

●特集●
それぞれの自立をめざして～本人・家族・医療者が、共に考えられる社会へ～その2（夏苅郁子）

●小説　雀の息子をめぐる物語　その2（北村昌紀）

■事例からみる精神障害者の障害年金の実際（白石美佐子）連載5「障害年金と精神障害者保健福祉手帳との関係性について」

■知ることは生きることへ（高橋裕典）連載20回
労働者災害補償保険（労災保険）《経済的支援特集⑭》

公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会

「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/

LINE 公式アカウント【@ minnanet】

公式ツイッター【@ minnanet】

■友だち追加の方法
①ＱＲコードから
LINE アプリを起動し
「その他」→
「友だち追加」→
「QR コード」から QR コードを
読み取り「追加」をタップ
② ID 検索から
LINE アプリを起動し
「公式アカウント」→ 虫眼鏡マーク
→ みんなねっと と検索し「追加」
をタップ

■フォローの方法
Twitter ページより
「@minnanet」で検索
→プロフィールページへ行き、
プロフィール画像のすぐ下に
ある「フォローする」をタップ

ご登録！
お待ちしています

「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)。

もくじ

月刊 みんなねっと
2017年 8月号 通巻第124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
それぞれの自立をめざして～本人・家族・医療者が、共に考えられる社会へ～
その２（夏苅郁子）　5

事例からみる精神障害者の障害年金の実際
【連載第５回】障害年金と精神障害者保健福祉手帳との関係性について（白石美佐子）　16

小説「**雀の息子をめぐる物語」その２**（北村昌紀）　20

街の診療所からのお便り【連載 123】（増本茂樹）
･･･若者が何を望んでいるのか、分かりにくいものです･･･　24

知ることは生きること
（連載 20 回）**労働者災害補償保険（労災保険）**《経済的支援特集⑭》（高橋裕典）　28

真澄こと葉のつれづれ日記（第 77 回）　34
みんなのわ――**読者のページ・地域の話題**　36

知っておきたい 精神保健福祉の動き

■労働政策審議会障害者雇用分科会（第73回）

5月30日は、厚生労働大臣から「障害者雇用率について」の意見を求められての開催となりました。

障害者雇用率の政令改正（平成30年4月施行）に伴い精神障害者もその対象となります。

現行の障害者雇用率は、民間で2％とされてます。平成30年より、0.3ポイントアップの2.3％とする厚労省案を妥当として、政令改正案がまとまりました。ちなみに3年の暫定期間は2.2％とされます。

精神障害者就業者は、労働力人口の2.0％に過ぎず、身体29・7％、知的26・8％の水準に届いていません。雇用率の見直しにより、精神障害者は現行4万人から大きく増加することになるはずですので、注視していきたいと思います。

■精神障害者交通運賃割引制度実現の国会請願行動

精神障害者も身体・知的障害者同等に交通運賃割引制度の適用を求めるために、6月2日を目途に一斉請願行動を行いました。今年度は、「精神障害者の交通運賃に関する請願書」を都道府県連合会の団体署名とし、衆議院・参議院議員（計94名）に紹介議員になっていただき、国会に提出いたしました。

衆議院・参議院ともに国土交通委員会に付託されたものの会期末に採否保留とされ、審議未了の扱いとなりました。しかし、昨年に続き全国規模のとりくみが追い風となって、国会質問などにも取り上げられるようになりました。

今後は、各地元の交通事業者や陸運局などへの申し入れなどを行っていく予定です。このような地道な取り組みを繰り返し続けることにより、割引適用を実施する私鉄大手の交通事業者も出てきています。

■障害者政策委員会（第35回）

6月23日の委員会では、先ず、アクセシビリティ法制の専門家

であるジェームズ・サーストン氏の講演を聞きました。

アメリカでのアクセシビリティ法制の導入とその対応と必要性について話されました。

続いて、障害者基本計画（第4次）案の各論分野（今回は、9．教育の振興、10．文化芸術活動・スポーツ等の振興、11．国際協力の推進の3項目）の審議に入りました。

とりわけ、「9．教育の振興」については、権利条約の24条の視点も併せ、基本的考え方として、インクルーシブ教育の推進を中心に、多くの意見が出されました。障害の有無によって分け隔てられるのではなく、一元的に誰もが合理的配慮のある環境下で教育を等しく受けることの重要性について深められました。

9．教育の振興の基本的考え方

「障害の有無によって分け隔てられることなく、国民が相互に人格と個性を尊重し合う共生社会の実現に向け、障害の有無にかかわらず、可能な限り共に教育を受けることのできる仕組みを構築するとともに、障害に対する理解を深めるための取組を推進する。また、高等教育における障害学生に対する支援を推進するため、合理的配慮の提供等の一層の充実を図るとともに、障害学生に対する適切な支援を行うことができるよう環境の整備に努める。さらに、障害者が社会においてその能力を発揮し、自己実現を図ることができるよう、障害者が学校教育のみならず生涯にわたってその年齢、能力、障害の特性等を踏まえた教育を受けられるように取り組む」。

この他、文化芸術活動・スポーツ等の振興では、障害者の参加というのは、そのことを実施するだけでなく、観戦をすることなども含めてとらえていくことに触れられていました。

また、各項目の障害者基本計画関連成果目標が出されました。これは目標を達成することを目指すということで、高い目標で達成できないよりは、低い目標で達成する方がよいということではないとして議論がすすみました。障害をもった児童、学生に対する成果目標だけでな

く、通常学級の中での現状がどうなっているかを把握することが求められている点なども盛り込むように指摘がありました。

（以上・小幡恭弘）

■第85回社保審障害者部会

6月26日に4カ月ぶりに障害者部会が開催されました。議題は、（1）障害者総合支援法の施行について（2）相模原市の障害者支援施設における事件を踏まえた施策の進捗状況について（3）その他となっていましたが、相模原事件については、次回以降も審議の機会があることから主として総合支援法を中心に審議が行われました。

施行にあたり、①自立生活援助の創設②就労定着支援の創設③重度訪問介護の訪問先の拡大④介護保険サービスの円滑な利用⑤児童発達支援のサービス創設⑥保育所等の訪問支援対象の拡大⑦障害児のサービス提供体制の計画的な構築⑧障害福祉サービスの情報公開制度の創設⑨自治体による調査事務・審査事務の効率化の9項目が、施行令等に盛り込まれることが事務局より説明があり、その後各委員から質疑や意見表明がありました。

当会からは、「②の就労定着支援の創設」については評価したいが、事業所の連絡調整のところはもっと明確に企業に対する支援とすべきである。というのもＩＰＳモデル＊によれば、地域での活動が65パーセントと義務付けられている。また、「④の介護保険の円滑な利用について」では、一部が、障害福祉サービスと同等の自己負担となったことは評価する。しかし、介護保険サービスに相当するサービスは、障害福祉サービスを受けていた人だけに限定するのではなく、障害者が介護保険に移った場合はすべてを対象とすべきである」と意見表明しました。

＊ＩＰＳ（Individual Placement and Support）とは、米国で誕生した個別の就労活動支援と職場定着支援を中心とした就労支援モデルのことで、どんなに重い精神障害を持つ人でも、本人に働きたいという希望があれば、本人の興味、技能、経験などに適した職場で働くことができるという理念に基づいている。

（本條義和）

特集

みんなねっとフォーラム　夏苅郁子先生講演録

それぞれの自立をめざして
～本人・家族・医療者が、共に考えられる社会へ～
《その2》

医療法人社団峻凌会やきつべの径診療所　理事・児童精神科医　夏苅郁子

医者はどう変わるべきか

ではこれから、医師はどう変わるべきか、当事者・家族はどう変わるべきかを少しお話させていただきます。まず、「医師はどう変わるべきか」です。

講演先の各地のご家族にこんな質問をさせていただきました。「精神疾患の回復のためのガイドラインを作るとしたら、盛り込んでほしいことは何ですか？」。これまで、薬物療法ガイドラインはありましたが、いわゆる包括的な治療ガイドラインはなかったからです。

一番多かったのは、**「今後の見通しについての説明をきちんと具体的にしてほしい」**という要望でした。例えば、これからどうなるのか、どうしたらいいか、何をしてもらえるのかです。私の場合は、経過の中のどの辺にあるのか。どの程度の確率でどんなことが起きるのか、それを見立てて説明してほしいでした。

二番目は、**「治療の『ゴール』について医師自身はどう考えているのか、医師の考えをきちんと言ってほしい」**。どの程度、治る見込みがあるのか。そもそも、治るというのはどういう状態なんですか。じゃ、治らないというのはどういう状態なんですか。治らない場合に、治らないなりにどう生活していくことができるんですか。入院とは何

のためにするのですか。回復する人がいる、というのはわかります。でも、うまくいくことばかりではないはずです。うまくいかないなりに生きていく方法はあるのですか。どこに誰に助けを求めたらいいのですか。

こうした要望は、私が全国を回ってご家族から聞く話と共通します。ある家族会役員さんの話です。「『この病気は長いつき合いになります』とドクターは言います。でも、長いじゃわかりません。3年後、5年後、10年後にはどうなっているのか、一度しかない人生なので、病気の経過とゴールを医師はどう考えてるのか、具体的に話してほしい」。

同じ病名で同じ経過をたどる患者に「もう、そんなに変わらないでしょうから、同じ薬を出しておきますね」、これはひどいです。人は、一人ひとり同じではないはずです。「治療担当者として、医学書の受け売りではなくて、医師自身の考え方を言ってほしい」という要望でした。

三番目は**「『減薬と断薬』に正面からきちんと取り組んだ内容をガイドラインに明記してほしい」**という要望です。

「医師が減薬に積極的に取り組もうとしないのは、本当は、治るとは思っていないからなんですか」という痛烈な意見でした。

私は思いました。医師とは、治ることについての自分自身の考えを、きちんと当事者・家族に伝える責任がある。その責任に基づいて、薬も含めて治療を進めるはずだからです。そう気づいてから私自身、治すとはどういうことなんだろうかと考えるようになりました。医師になって30年も経ってからの気づきです。母のことを公表しなければ、ずっとおそらく気づかなかっただろう、医学書の受け売りで診療していたんだろうと思います。私の治療観は、「医師は治療、治療って言うけれど、実は修理をしているだけで本当は元に戻せてるわけではないんだ、そこをしっかり自分で抱えるべきだ」と思います。

修理した自分をこれからどう

使いこなすのかは、当事者自身の生き方だと思います。ある当事者さんがこんなことを言いました。「修理した後の方が、性能がよくなる場合だってあるんですよ。私は病気になったおかげで、親との関係ずっと悪かったのが、親のありがたさがよくわかるようになりました」、そうおっしゃってました。

「治せる」と思うのは、医師の傲慢ではないかと思います。修理後の生活がよくなるように当事者の生き方を尊重してお手伝いをすることが、医師の治療ではないかと私は考えるようになりました。

魅力ある社会資源を

四番目。**「本人が魅力を感じ期待できるような社会資源を考えてほしい」**。あるお母さんから、「やっと息子は外出できるようになって社会参加しようとした。でも今ある社会復帰プログラムの内容は、今どきの若者にしてみれば、到底魅力的とは言い難い内容しか準備されていないんです」。既存の作業所のほかに、例えば芸術、お絵かきとか折り紙でなく、本格的な芸術やスポーツなども含めています。そのお母さんの息子さんはスポーツ大好きだそうで、「例えばフットサルとか、そういうのを本格的に取り込んでいる、支援者でも参加したくなるような魅力的な社会資源をつくってください」という要望でした。

信頼できる医師

私、思ったんですが、この1～4の要望の中で、4の社会資源、これはなかなかすぐはできないけれど、1～3は医師が決心さえすれば、明日からでも成立するのではないかと思います。

ある講演会で、「信頼できる医師に、早くたどりつきたい」というテーマで話し合ったことがありました。「信頼できる医師」とはどんな医者でしょう。結構難しい質問かなぁと思います。よく聞く話は、「話を聞いてくれる医者が信頼できるんですよ」。いいえ。話を聞いてく

れるのはいいですが、医者自身の意見も言ってほしいなぁ。「口コミで評判のよい医者が信頼できるんでしょう」。いいえ。患者さんは気に入っているが、家族はそうでない場合もとても多いです。哲学的で抽象的な話を好む患者さんと、同じく哲学的で抽象的な表現しかできない医者。二人はとっても仲良しで、行くと、なんだか禅問答みたいなことしてる。でも、10年通院しても、同じ話をしてる。家族としては、「もう少し具体的な、生活に根ざした指示を出してほしい」。その人にとって信頼できる医師は、家族・他の人にとっては違う場合も多いです。

私自身の家族・当事者の経験から、考えてみました。

私が大切だと思うことは、診断や薬についての丁寧な説明をすることです。当たり前のことですが、今後の見通しを具体的に伝える。そして、これが大事ですが、できれば薬は飲みたくないという本人の気持ちをちゃんと理解できること。この三番目がわかっていないドクターがとても多いです。そして、家族と長期的にかかわること。具体的な生活へのアドバイスができること。無愛想だろうが口下手だろうが、ハンサムでなかろうが、これらをきちんと踏まえた担当医が、私は何より信頼できると思います。そういう私自身も、まだまだ十分にはできていません。

（3）医者についてのアンケート

医者についてのアンケートから

では、現実にはどうでしょうか。一昨年の6月、全国の精神科医療の利用者を対象に精神科医のコミュニケーション能力を評価してもらうアンケート調査を実施しました。公表するまで、正直に言うと、家族会が何であるか私まったく知りませんでした。私は30年間、それで精神科医やっていました。アンケートを始める時、協力してほしいので、当事者・家族の団体へ「協力してください」とお願いに行きました。そしたら、とある団体から、「夏苅さん、家族会

の歴史をあなたは知っているんですか？協力をお願いするなら、まず、回答してくれる人たちの歴史から勉強しなさい」とピシャリと言われて「すみません、教えてください」と言って、いろんなことがあった「みんなねっと」さん、「コンボ」さんに、その流れを教えてもらいました。「わかった？　わかったなら協力してやる」と、そう言っていただいて実施することができました。そんな、反省を込めておこなったアンケートです。

本当にみんなねっとさんは、最大の票田でした。全国の当事者・家族団体1万8000人に質問紙を送りました。団体に所属しない方も今多いので、Webによるアンケートもおこないました。これは、一つの団体がおこなったアンケートではありません。日本の精神科医療を利用するすべての立場の人を対象にできたと思っています。たくさんのお金がかかりましたが、残念ながら医療側の団体の協力は得られませんでしたので、私の本の印税と、当事者・ご家族からのご寄付で行ないました。これはすごく勇気づけられました。アンケートの回答が送られてくる中に、1000円、2000円が入ってるのです。中には当事者さんから「僕、お金ないけど、ずっと切手を集めてたんだ。この切手先生にあげる」と言って、たくさんの切手を送ってくれた人もいました。こんなに心が通じるアンケートってあるんだなぁって、すごく思いました。それから、ドクターからバカにされないように、学術的な評価を得るために、現在は、倫理審査をしないといけないのです。日本疫学会と東京大学の倫理審査を申請したのですが、無事、審査が通りました。回収総数7226通、本当にみなさんのおかげです。

今日は全部をお話できないので、概要を報告させていただきます。詳しい結果は、みんなねっと、コンボなどの団体や、また、ホームページでも報告する予定です。何よりも、医師に見てもらいたいので、論文としても発

表できるように、今がんばっております。７２２６名、年代はやはり家族会の方々が中心なので中高年層が多くを占めています。性別は、お母さんパワーなのかな？　女性の方が多かったです。続柄は、親と本人が半々でした。居住形態、やはり家族と同居が圧倒的ですね。一人暮らしの方が９７１人だけでした。病名ですけど、やはり統合失調症の方が多いんですが、Webアンケートは、やはり躁うつ病とか、あと発達障害の方が結構おられました。かかっている病院は精神科病院が多くて、あとはクリニックです。それから、「今までの担当医の数は何人ですか」という質問をしたんです。精神科は、ドクターが変わることが多いのは予想していたが、驚いたことに、４人以上という方が圧倒的で、想定外でした。一番多い人数は18人です。18人ドクターが変わるのです。しかもドクターが変わった理由は、「医師側の理由」が一番多いんですよ。医師が転勤しちゃったから。二番目は「主治医を変えたから」、三番目、これも大変けしからんです。「入院したため仕方なく」。入院するとドクター変わる、これは患者さん・家族にとっては、不利益ですね。「医師を選べるとしたら、どんな基準で選びますか」、「そんなもん、選べるわけない」って言われそうですが、もしも選べるとしたら、って聞いてみました。最も参考にしている要素は、これだったんです。「適切な薬を処方する能力」。やはりみなさん薬についてシビアですね。このことを大いに参考にするのが、ほとんど8割ぐらいですね。それから二番目に参考にするって言われたのが、「人柄・性格」です。それから3番目に「コミュニケーション能力」。やはり話ができないようなドクターは困ります。それから、４番目、「困ってる時すぐ行動できる力」。確かになぁと思いました。じゃあ、「あまり参考にしない要素はなんですか」と聞きましたら、「知名度」。別段そんな有名な先生でなくてもいいということなんですが、実は、当事者と家族で別々に出してみたのです。そしたら、家族のほうが気に

する率が多かったです。それから「病院名」、「ブランド名」。病院名もあんまり気にしないって方が全体では多かったんですが、当事者と家族で別々に集計したら、家族のほうが結構気にしていらっしゃいました。医師を選ぶ基準では、家族のほうが病院名や知名度を若干ですが、気にしているという結果でした。

じゃ、「主治医の診察態度の評価」。よい評価だったものからあげてみます。「頼りがいがありますか」、「ありますよ」、7割ぐらい。「きちんと顔を見て目を見て話をしてくれますか」、「してくれてますよ」、7割ぐらいの点数もらいました。「患者や家族に向き合い、理解しようと努力してますか」、「してますよ」。「専門家として自信を持ってますか」、「持っておられますよ」。想定外の、よい評価だったです。ただ、これはですね、現在の主治医についての評価なんです。だから、4人以上変えた人があんなにおられるのです。この医者もダメであの医者もダメだ。「母を訪ねて三千里」みたいに、ともかくよい医者を求めてたどりついた結果とも言えるかなと思います。

じゃ、点数が低かった評価ですが、やはり「説明」でしたね。治療の選択について十分な情報をあまり与えてないということです。作業所やデイケアなど、医療以外のことも教えてくれていません。副作用も含めて薬の説明も、あまりしていませんね。「必要なら他の専門病院を紹介してくれる」という問いに、「そうです」と言ったのは、三分の一ぐらいでした。これは、私たちがもっと変わんなきゃいけないことです。

「医師に言われて嬉しかった言葉がありますか」に対して、「自分の子どもだと思って治療します」というのがありました。そういうドクターがいらっしゃるのですね。妄想のひどい患者さんへ、「あなたは中身が濃いです。この状況を、よく乗り越えましたね」、「薬を増やさずに、他の方法を努力しますよ」、「あなたは心を開いて話をしてくれ

る、いい患者さんです」、「できないことでも、少しでもできればいい」、「一緒にがんばれるよう、よくなるイメージをともに持ちましょう」、「1日も早く、家族会に入会したほうがいいですよ」、「子どもさんが病気になったのは、育て方のせいではないです」。まだまだ、たくさんの回答があります。よいお手本として、全国の医師たちに届けたいです。

逆に、「主治医のここを直してほしい」には、「失礼な言い方ですが、治せないのに治せるふりをしている」という、厳しいご指摘がありました。「アウトリーチをしようとしないのは、日本の精神医療の根本的な過ちです」、「当事者や家族の話を、途中でさえぎらずに最後まで聞いてください」、「浮足立った態度は控えてほしい」、「今できることで精一杯の当事者に対して、『将来はどうしたいのですか』と問わないでほしい」、「家族が安心して相談できる医者になってほしい」、「会ってもらえないと、正しい治療をおこなっているのかどうかもわからないし、見通しも持てません」、「閉鎖病棟にいた時と、就労支援センターに通えるようになった現在と、同じ処方ってどうなんですか」、「減薬の相談など聞く耳も持たない」。まだまだ膨大な数の、おそらく言われて嬉しかった言葉の10倍以上の数がありました。これって、とても面と向かってドクターには言えませんが、７２２６名の意見ですよ、と言えば、人って直す気になるかなぁと思います。「医師が直すべき態度事例集」として、全国の医師に配布したいと思います。

それから、こんな質問をしてみました。「あなたの主治医を動物に例えると何になりますか」。これ、一緒に回収した大学の先生が、「なんでこんな質問」と言って全然興味持たなかったのですが、私の盟友の中村ユキさんは、「夏苅さん、この質問光ってるよ」とえらくほめてくれました。で、この回答で一番多かったのは、「馬」とか「犬」とか、日常的にいる動

物なんですが、みなさんすごい想像力で、とてもおもしろいものがありましたので、ご紹介します。「コウモリ」、「ウーパールーパー」、「ふぐ」、「カブトムシ」、「カマキリ」、「ナマケモノ」。「うちの先生は、私が診察室に入って出てくまで、微動だにしなかったよ、ナマケモノ」。「気の小さいライオン」、「神社の狛犬」、「プライドの高いタヌキ」、「カピバラ」。

みなさんすごい想像力だし、すごい観察力です。動物に例える質問を作ったのは、今みなさんが笑われたように、人が治るには、笑いとユーモアが必要だと言いたかったからです。それから、もう少しハシハシ動いてほしいということを、ちょっと批判にユーモアをくるんで、言ってもいいかなと思います。

アンケートからは、医師を信頼できるという回答がとても多くて、それはありがたいです。でも一方で、必要な情報が得られないんだという不満も多かったです。聞きたい質問にきちんと答えてくれる医師が求められると思います。

その一方で、当事者・ご家族も自分たちは診察で何をしてほしいのか、何をしてほしくないのかを、あきらめず根気強く訴えていかないと、診察はよくならないと思います。開かれた対話が求められるのは、ここのとこではないかと思います。

開かれた対話による方法

フィンランドで急性期の患者さんに応用されているオープンダイアローグ（開かれた対話）ですが、まったく薬を使わずに症状がよくなったという報告がされています。でも、対話の力って私たちが思う以上にすごいと思います。フィンランドの方法は、医師対患者では不可能なことを、医師も患者も家族もワーカーさんも、みんなおんなじ空間にいて、同等になることで既存の権威の壁を破る方法かもしれないと思いました。集団の力は、よい意味で個人の特性を打ち消してくれる力があると思います。国の制度は簡単に変えられません。でも、診察室の

中で開かれた対話により、医師と当事者・患者・家族双方の認識を変えることは、私はまったくの不可能ではないのではないかと、そう思っています。

医療とは、信頼して、定型の治療法をするだけという行為ではないはずです。当事者・家族の痛み・怒り・落胆・失望に直面して苦しんで、そして葛藤を抱える中で当事者・家族とともに考え、迷いながら方針を決定すること、こうした覚悟を持つことが、私は医療者の自立、医師の自立だと思います。私は、現実には医師の多くは自立していないと思います。そして、当事者・家族と医師は対等ではありません。医師には、ものすごい権利と特権があると思います。

相手が飲むのに、医師のほうが勝手に薬を選んで処方する権利です。それから入院させる権利、退院させる権利、時には拘束を決める権利、そして、診断書を書く権利です。これはものすごく大きな権利で、自立支援も就労も、年金も、全部、この診断書で決まりますから、とてつもない権利が医師にはあるのです。

（4）当事者と家族が自立するには

当事者と家族にできること

フィンランドのような、集団の中での対話はまだまだできていない日本で、どうすればよいか。医師が自立していないなら、医療を受ける側の当事者・家族の自立が必要だと私は思います。二番目、当事者・家族はどう変わるべきか。

ある家族会のつぶやきです。

「先日、うちの家族会の当事者が20年ぶりに退院したんだけどね、入院中、まったくなんにもやらない子だったもので、退院してもダメだろうと思ってた。それが、退院したら急に元気になって作業所に通うようになり、なんと、当事者の男性と結婚して、今は県営住宅に住んでる。何とかなるもんだねぇ」。

ある70代のお母さん。「40代の娘は、調子が上がるとすぐタ

クシーに乗ってどこまでも走らせちゃう癖があるんです。1万円など、あっという間に使っちゃう。私は、近隣のタクシー会社の全営業所に、何十枚も娘の顔写真の拡大カラーコピーを配って歩いた」。まるで指名手配です。「この子は統合失調症という病気です。タクシーには絶対に乗せないでください。こっちが堂々と説明したので、みんな協力してくれましたよ。おかげでお金が減らんで済んでいる」。

統合失調症の当事者Aさん、40代の男性です。一流大学を出て技術職として活躍中に発病しました。お母さんも統合失調症だそうです。同じ当事者の奥さんと結婚して、小学校1年の子どもさんがいます。子どもさんは、特別支援学級にいるそうです。体験発表の1か月前から、奥さんが調子を崩してしまい、入院したので、このAさんが作業所に通うかたわら、子どもの世話をしていました。とってもイケメンでイクメンのAさんですけど、飛び降り自殺を図って医療保護入院も何回もしたそうです。Aさんに質問しました。「もう一度、同じ人生を歩むか、と聞かれたらどう答えますか」。「うん、それもいいかも。自分の器の中がいっぱいになったら、僕は周りの器に分けてもらってます」、そう言いました。

当事者Bさん、50代の男性です。発達障害がベースにあって、数々の失敗体験から統合失調症を合併しました。何回も入院して、体験発表されたのは退院して2日目のことでした。現在、独身で一人暮らし。障害年金を受けながら、聴覚障害や視覚障害者施設でボランティアをしているそうです。

Bさんに質問。「なぜ、障害者施設で働くんですか」。「自分自身が他人とコミュニケーションを取るのが苦手なんです。だから、耳や目に障害のある人のお世話、言葉以外の身体を使ったやり取りができるかなぁ、と思ったんです。こんな僕ですけど、なんとかやれてます」。

（つづく）

事例からみる精神障害者の障害年金の実際

《連載５》障害年金と精神障害者保健福祉手帳との関係性について

白石社会保険労務士事務所
社会保険労務士　白石（しらいし）　美佐子（みさこ）

手帳がないと障害年金は受けられない？

障害年金をこれから請求する方や今、障害年金を受け取っている方からのご相談の中で「精神障害者保健福祉手帳を持っていないから、障害年金を受けられませんよね？」「障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳）が３級だから、障害年金の２級は受けられないですよね？」といった話をされる方がとても多い様に感じます。

実際には、精神障害者保健福祉手帳の等級と障害年金の等級とは関係ないと言っても良いほどです。

ただし、精神障害者保健福祉手帳の手続きをする前に、障害年金を受け取り始めた場合は、年金証書により同じ等級の精神障害者保健福祉手帳を取得することが可能となります（精神障害者保健福祉手帳用の診断書を提出して審査を受ける手間が省けます）。

実際に、障害年金を請求する時に「病歴、就労状況等申立書」という書類があります。

この書類に、「障害者手帳」の有無を記載する欄が設けられています。

そのため、障害者手帳の有無や等級と障害年金との等級とが連動している、もしくは、かなりの影響があると思う方も多い様です。

また、うつ病や躁うつ病、統合

失調症などで障害年金の請求の相談をしたときに、専門家から、「まず、障害者手帳を取ってください」と言われたなどといった話をされた方が何人もいました。

障害年金を請求するために、障害者手帳を取得する必要性はありません。

実際に、障害者手帳が3級である方でも、障害年金1級の認定になっている方もいます。

もし、障害者手帳が障害年金へ及ぼす影響を考えるとしたら、障害者手帳の診断書を記載した医師が障害年金の診断書を記載することがほとんどですので、その内容は似通ったものになるため、同じ等級が届く可能性があるということだと思います。

一般的に、障害者手帳よりも障害年金の等級のほうが審査は厳しいと感じています。

障害者手帳3級を取得した診断書と同様な内容で障害年金の診断書を記載したら、障害年金は不支給であったというケースのご相談もよく受けます。

精神の診断書は、検査数値や測定値も記載しないことから、医師の裁量が大きく影響します。そのため、同じ医師が診断書を記載すれば、同様の診断書の内容になるということではないでしょうか。

事例：障害者手帳3級　障害年金1級　アルコール性精神病

気持ちの落ち込みを晴らすために、アルコールを毎日飲む様になっていました。その後、アルコール依存症となり治療を続けるものの、就労できる状況にはありませんでした。

一度、障害年金の手続きをするものの、不支給が届きあきらめていましたが、再度、専門家に相談し、障害年金の手続きを行うことにし、届いた等級は1級の障害年金でした（障害者手帳を作成した医師と障害年金を作成した医師は別の医師でした）。

診断書の内容で言えば、ガイドラインの等級目安では、1級にしっかりと該当しているとはいいがたいものです。しかし、診断書の内容から、総合評価に

より1級の障害年金の認定になった事例です。常に監視の目が必要であること、監視下のもと、生活リズムを整えていることや入院も閉鎖病棟であることなどが具体的に記載された診断書でした。また、軽度の知的障害も認められることも記載されています。診断書表面の右下の欄を充実させることがポイントになってくると思います。

7 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(該当するものの一つを○で囲んでください。)

入院・入所・在宅　その他(　　)

(施設名 [redacted])

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な記入してください。)

家族以外のコミュニケーションは、難しい。他者との交流は見られない

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、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください。)

(1) 適切な食事－配膳などの準備も含めて適当量をバランスよく摂ることがほぼできるなど。
□できる　□自発的にできるが時には助言や指導を必要とする　☑自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

(2) 身辺の清潔保持－洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる。また、自室の清掃や片付けができるなど。
□できる　□自発的にできるが時には助言や指導を必要とする　☑自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

(3) 金銭管理と買い物－金銭を独力で適切に管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で買い物が可能であり、計画的な買い物がほぼできるなど。
□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　□助言や指導があればできる　☑助言や指導をしてもできない若しくは行わない

(4) 通院と服薬(家事不要)－規則的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができるなど。
□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　☑助言や指導があればできる　□助言や指導をしても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　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　☑助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

(6) 身辺の安全保持及び危機対応－事故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、適正に対応することができるなど。
□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　□助言や指導があればできる　☑助言や指導をしても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可能。また、社会生活に必要な手続きが行えるなど。
□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　☑助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

エ 現在時の就労状況

○勤務先　・一般企業　・就労支援施設　・その他(　　)

○雇用体系　・障害者雇用　・一般雇用　・自営　・その他(　　)

○勤続年数(　年　ヶ月)　○仕事の頻度(週に・月に(　)日)

○ひと月の給与(　　円程度)

○仕事の内容

○仕事場での援助の状況や意思疎通の状況

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記載する際には、状態をもっと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(病状体験・陰遁症状・認知症・性格変化等)を認めるが、社会生活は普通にできる。

(2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。
(たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順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いこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。)

(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、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導を必要とする。社会的な対人交渉は乏しく、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、著しく適性を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない。あっても発言内容が不適正であったり不明瞭であったりする。金銭管理ができない場合など。)

(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、付き添いが必要な場合など。)

(知的障害)

(1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。

(2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、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、抽象的なことは難しい。身辺生活も一人でできる程度)

(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、ごく簡単な読み書きや計算はできる。助言などがあれば作業は可能である。具体的指示であれば理解ができ、身辺生活についてもおおむね一人でできる程度)

(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、簡単な文字や数字は理解でき、保守的環境であれば単純作業は可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身辺生活についても部分的にできる程度)

(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、文字や数の理解力がほとんど無く、簡単な手伝いもできない。言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身辺生活の処理も一人ではできない程度)

オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)

特記すべきことはなし

カ 臨床検査(心理テスト・認知検査、知的障害の場合は、知能指数・精神年齢を含む。)

平成29年1月10日WAIS-R IQ77

キ 福祉サービスの利用状況(障害者自立支援法に規定する自立訓練、共同生活援助、共同生活介護、在宅介護、その他障害福祉サービス等)

利用なし

⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力：理解力乏しいため、何かしらの援助がなければ生活は難しい。労働能力は乏しいと考えられる。

⑫ 予後：不変

⑬ 備考

上記のとおり、診断します。　平成 29. 2. - 日　診療担当科名 [redacted]

病院又は診療所の名称 [redacted]

所在地 [redacted]　医師名

手帳がなくても年金は受けられる

この事例の様に、精神障害者保健福祉手帳3級であっても、障害年金が2級また1級の取得が可能だと思います。

また、精神障害者保健福祉手帳を取得していない方であっても障害年金2級を受けてい

る方が多くいることも事実です。

ですので、障害者手帳の有無や、等級にこだわらずに、経済的安定をはかり治療に専念する意味でも、障害年金を是非受けてほしいと思います。

障害年金のご相談の中で、障害年金だけでなく、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳を知らなかったという方の多さに驚きます。

継続的治療を行う上で、経済的安定は必須だと感じます。

国の制度をしっかりと活用してほしいと思います。

＊

ガイドライン施行後、等級目安では十分に障害年金2級に届く診断書でありながらも、不支給になるケースもあります。障害基礎年金の不支給率の格差は地域格差であるとして、新しいガイドラインが作られ施行されましたが、そうではなく、日本年金機構の認定医判断に問題があるのではないかと思わざるを得ない事案もあります。不支給や却下が届いたとき、あきらめるのではなく、何故、不支給であったのか等の理由の調べ方、不支給にならないために、そして不支給になったときの対策などを次回号でお話していきたいと思います。

（しらいし　みさこ）

審査は厳しい

自立支援医療	医療費１割負担又は負担なし	かかりつけの病院の医療費や薬代が安くなる。	初診日より、医師が継続的通院と判断した時
精神障害者保健福祉手帳	地域により各種サービスを受けられる	税金の控除等	初診日より６か月経過したとき
障害年金	月６万５千円程度～８万円年程度		初診日より１年６か月経過したとき

小説

雀の息子をめぐる物語

その２

北村昌紀

子供の頃から、清治は無口な目立たない子だった。兄の正治が勉強も出来てクラスのリーダー格だったのに比べて、清治は勉強も運動もあまり得意でない、いるのかいないのか分からないような子だった。しかし、末っ子だったこともあり、あきも夫の忠雄も普通に育ってくれればいいと甘やかしていた。高校を出て家業の農業を手伝っていた頃はおかしな所は無かった。清治が発病したのは二十代半ばになって近くの工場に勤めだしてからだった。従業員十数人の小さな町工場だったが、清治が勤めだしてから物の紛失がよく起こった。それも財布や時計といった金目の物でなくて、汗でまみれたタオルとか、泥だらけの長靴とか変な物ばかりだった。それがある日清治のロッカーから出て来た。周りは薄気味悪がり、社長が言いにくそうにあき夫婦に言った。

「医者に診せた方がいいのではないか」

驚いたあき夫婦が知り合いのつてを頼って精神科に連れて行くと、「通院させて下さい」と言われた。あきの親族にも忠雄の親族にも精神障害者はいなかったし、何かの間違いではないかとあきは思った。しかし、清治が精神病を発症したというのは受け入れられないとしても紛れも無い事実だった。

退職した清治はあきに付き添

われて二週間に一回そのクリニックに通った。薬が効いたのか、汚い物を隠すといった奇癖は治まった。しかし、それからが家族にとって困難の連続だった。あきの家では長男の正治が結婚して同居していた。孫も生まれたばかりだった。そこに仕事もせず一日中ぶらぶらしている精神障害者が家にいる。あきはまあ何とかなるさと腹をくくったが、正治夫婦は腫れ物に触るような接し方だった。清治が赤ん坊の近くに来ると露骨にいやな顔をした。

そのいびつな状態が一年続いた。次第に清治が自分の部屋を汚しだした。脱いだ服を次々と放り出し、紙くずもゴミ箱に捨てずに部屋中に撒き散らした。あきが注意すると自分を表現できないもどかしさからか、おれに触るなと言うように頭の前で腕を邪険に振り回した。ある日とうとうカッターナイフを持ち出して布団を切り裂き中身をかき出し始めた。服も着ておらず下着姿だった。

どうしようも無くなったあき夫婦は警察を呼んだ。警察が来ると清治は文化包丁を持って部屋に閉じこもった。ドアのすきまから警察官が説得しあきも恐る恐る声をかけた。清治は両手で包丁をつかみ、刃先を自分の方に向けて凍えたように震えていた。それから二人の警察官が突入し、若い警察官がもみ合いの末、清治から包丁を取り上げた。清治の抵抗の激しさにその警察官の服の胸元がかぎ裂きのように破れていた。

清治の手は悪魔の鉤爪のように硬直して体全体が震えていた。顔は眼が落ち窪んでいるにもかかわらず細くつり上がって、口を犬が嘔吐する時のように不自然に開けて小さくうめいていた。

『まるで鬼の顔みたいだ』

あきは思った。何がそこまで清治を追い込んでしまったのだろうと自分を責めながらも、涙と背筋を伝わる戦慄を抑えられなかった。奈落が口を開けた気がした。あきは逃げて走り出したくなった。もしバスがそこに

止まっていてドアを開けていたら行き先に関係なく乗り込んでしまいそうな気持ちだった。自分の家に居るのに無性にどこかへ帰りたかった。

足元のふらつく清治は両側から警察官に抱えられて連行された。警察署での取調べの後精神病院に連れて行かれた。あき夫婦は忠雄の車で警察署から病院へと付いて行った。もう夜になっていて、パトカーの後部の明るく切り取られた四角に、清治の頭だけが両側の警察官の頭の間に見え、それが静かに前を進んでいく。帰宅の車の流れと逆方向のすいた車線をパトカーと忠雄の車は速度を上げて走って行った。風俗店のネオンがあちこちで輝きだし、一方明かりをつけていないビルが暗い異世界の入り口に見えた。あきには世の中の色合いが変わってしまった気がした。むやみにキョトキョトと周りを見回していた。一時間ほどで着いた横浜市郊外の大学病院で形だけの診察を受けると、清治は看護士の手で病棟の中に連れて行かれた。厚い鉄の扉ではなく格子だけが入った銀色の扉を清治が通ると看護士が鍵を閉め、そしてその先のまた同じような扉を通り右に折れ清治は見えなくなった。

『檻だ。人間を入れる檻だ』

清潔だがその分無機的な病院の廊下に立って、あきは呆然と清治の消えた方を見ていた。しかし、フッと息を吐くと、なぜかその時、あきの中に私の息子じゃない、こんな悪い奴は閉じ込められてしまえばいいんだといった酷薄な気持ちがよぎった。

それから二十数年、清治の入院生活は続いた。途中このY病院に転院になった以外は何も変わらない。家では清治はもういないものと扱われ、誰もそれに触れようとしなかった。ただ、あきだけが二ヵ月に一回こうやって面会に来るだけだった。

『本当に聖人みたいな顔だよ、穏やかで』

包丁を掴んでいた時と同じ人間なのだろうかとあきは思った。二十数年の入院生活が清治

を周りに適応させるために変えたのだろう。もう暴れたりしそうも無いが、これじゃ腑抜けみたいだとも思った。ただうんとかああとか相槌を打つだけの清治だが、それでもあきはやはり嬉しい。普段一緒に暮らしていないだけ会えばいとしさがこみ上げて来るのだった。事件の時のこれは他人の子だ、そうに違いない、そういった気持ちは二十数年の間にあきの中から霞が目の光りに消えていくように薄れてなくなっていた。

「また来るからね。体を大事にするんだよ」

そろそろ腰を上げないと帰るのが辛くなってしまうと思って、あきはそう言うと膝をかばいながらぎこちなく立ち上がった。二時間くらい話していた。

2

清治の所に面会に行った数日後、あきは散歩の途中で近くの公園の石のオブジェに腰掛けて休んでいた。猫に似た、しかし、空想上の動物をかたどったオブジェだった。そこは市の緑化計画か何かで仕方なく作ったようなブランコと砂場しかない小さな公園だ。子供たちも敬遠して遊ぶこともない。しかし、あきはいつもここで一休みするのが好きだ。昨日の雨に濡れた地面に陽が当たり蒸れた様な暖かさが漂っていた。あきの正面に松の木があり、くすんだ色の葉がしっとりと濡れていた。あきの気持ちと裏腹に松の葉は何かにいどむようにまっすぐ伸びている。物干し竿くらいの太さの枝が、子供がぶら下がれる高さで横に伸びていた。あきは幼い頃、パセリが大きくなると松になるんだと思っていた事を思い出し、一人で小さく笑った。

（つづく）

（きたむら　まさき）

街の診療所からのお便り

…若者が何を望んでいるのか、分かりにくいものです…

連載123回

増本（ましもと）　茂樹（しげき）
増本クリニック院長

〈18歳〉

「私も一緒で良いですか?」と言うおばあちゃんも加わって、本人とお母さんと3人が診察室に入って来られたのは3月も末のことでした。悩みがあるのはOさんで、18歳の優しそうな女の子です。おばあちゃんは不眠症などでうちへ通院されている方で、近隣の市に住む孫娘の様子を聞いて、精神科に相談した方が良いと思われたのです。はじめ、本人はじっとうつむいているばかりなので、お母さんが説明されます。大学受験の塾で、同級生から悪口を言われたと言って塾に行けなくなったことや、志望した関西の国立大学の薬学部の入試に失敗し、合格した私立の薬科大学には下宿も決めたのに行きたがらない、ということです。

〈悪口を言われる〉

そうすると、それまで黙っていたOさん本人が話し出されます。

「塾の自習室で悪口をしつこく言われたんです。先生に言ったら、『相手に言って』と言われた。それで相手に言ったら、相手は『違う』って言うんです。自習室は変えてもらったんですが授業は一緒なので出席できま

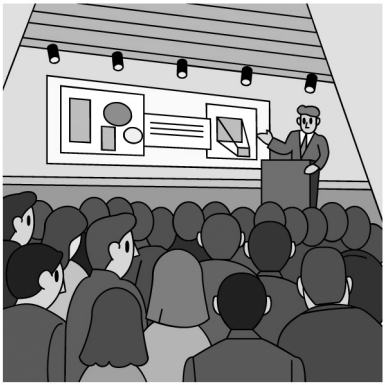
せんでした。」

どんな悪口なんでしょうか？

「〝勉強なんかできないくせに〟とか、〝バカバカバーカ〟の繰り返しです」

悪口は塾でだけですか？　言うのはその人だけですか？

「○○大学の入試の時に、後ろの席の人から悪口を言われました」



初めて会った人が悪口を言うんですか？

「知らない人でした。試験官に言うと、『声を出さないように』と注意してくれました。他の試験場や電車の中でも悪口が聞こえるような気がしていました」

〈幻の声〉

相手は否定し、他の人には聞こえず、自分だけに悪口が聞こえているんですね。場所が変わっても聞こえているようですから、本人の頭の中で起こっていることです。〝幻聴〟幻の声ということになります。試験場などの強いストレスがある場合だけでなく、普段の時間にも聞こえて来るのでしたら、幻聴に耳を傾ける癖ができています。統合失調症の入り口まで来ておられるようです。このまま進んで病気の迷路に入ってしまうと、「あちこちで知らない人から攻撃されるのは、私を失敗させる組織があるのではないか？」という妄想が生まれる心配がかなりあるように思います。

〈行きたくない〉

「今年合格した大学は第４志望だったので、気が進まないのです」

親元を離れた都会での一人暮らし中に迷いが発生したら、誰とも相談できずに迷路をずっと

先まで行ってしまい、健康な世界に帰れなくなることは多いのです。それに、入学予定の大学は第4志望だったと言われますが、悪口が聞こえてくるようになったのが学部と大学を決めた時期だったのなら、その決定に納得してなかったってことはないのでしょうか？

Oさんは4月からどうするかお父さんとも相談することになり、当面は〝悪口を考え続けないように〟という薬を少量持って帰られました。

〈ファイトが出ない〉

うちへ通うには遠く、住居地の精神科への通院を勧めたのですが、Oさんは病院を変えるのは気が進まないようで、その後も受診されています。

今年は都会の大学への入学は止めて親元で暮らしておられ、悪口で不安になることはなくなっているようです。ただ、2か月たった今でも、次に何をするか決められなくて、ぼんやりされているようなのです。これまでは薬剤師になるつもりで都会の国立大学を希望していたのに、失敗するとファイトがなくなってしまい、「文科系の方が向いているような気がする」とも言われます。

〈親の見守り〉

お父さんは優しい思いで、精神病なのなら無理をして大学に行かなくてもいい、と言われます。お母さんは別の日に電話で、一日中ぼんやりしているなら自動車学校に行かせるのはどうか、と精神科医の意見を求められました。

初診時に精神科医が伝えたのは、Oさんは迷いがあると幻聴を作ってしまう傾向があること、そして、今の様子では一人暮しをすると幻聴などの症状がひどくなるだろうということです。

ところで、今、彼女がぼんやりしておられるのは統合失調症の症状なのでしょうか？　それとも、他の若者と同じような悩みで〝自分はどういう人なのか〟決めかねている状態なのでしょ

うか？その区別は難しいのです。お父さんお母さんも精神科医も、彼女に今何が必要かを見守って相談をしていきたいところです。

〈拒薬〉

新聞配達をしているpさん（35歳男性）は幻聴が盛んです。1年ほど前に1か月入院し、オランザピン20mgを服薬して仕事に戻っていたのですが、最近また幻聴がひどくなりました。そして、「薬を飲むと幻聴がひどくなる」ので薬を変えたいと言われます。この時にはもう1か月も服薬されてなかったらしい。オランザピンは幻聴を少なくするし、〝あせらずにやってみよう〟という効果もあって、好んで飲む人も多いのですが、「ぶくぶく太らせる」と主張する人もあって、別の薬を試みることもよくあります。pさんにはエビリファイという薬を24mg処方しました。でもこの薬は値段が高いので、1割負担のpさんにはちょっとこたえるでしょうね。

〈そうだったのか〉

1週間後に母親と受診されたpさんは「この薬は効かないので、近くの精神科病院に変わって、オランザピンに戻したい」と言われます。自分で拒薬しておいて病院を変りたいなんて理屈に合わず、受け入れがたい話です。付き添いのお母さんも申し分けなさそうな様子です。でも考えてみれば、他の精神科病院を受診するのなら、してはいけないことではありません。紹介状を書くことにしました。

後日病院から返事が来ましたが、オランザピンにリスペリドン6mgを足したということでした。結局、彼は薬を増やしたかったのだと思います。統合失調症の人の場合は、彼らが本来何を望んでいるのか言葉の上では分かりにくいものです。後から結果を見て、〝そうだったのか〟と思い当たることも多いです。

知ることは生きること

連載20回

労働者災害補償保険（労災保険）（経済的支援特集⑭）

社会保険労務士　高橋裕典

労災保険の成り立ちと役割

仕事中の怪我（「業務災害」といいます）で働けなくなってしまった場合の「補償」は、労働基準法という法律に規定されています。労働基準法では、会社が労働者に対して補償をするように規定されていますが、会社にお金があまりない場合には、労働者に対する補償が不十分になってしまう恐れがあります。そこで、保険の仕組みを活用して労働者を救済する労働者災害補償保険（以下単に「労災保険」といいます）が誕生しました。

具体的には、労働者のいる会社が少しずつ保険料を出し合って、国に管理してもらい、万が一の事故が起きたときに、労働者が国から補償を受けるという仕組みです。保険料は全額会社負担で、労働者の負担はありません。また、労災保険は、通勤途中の事故（「通勤災害」といいます）に対する補償も備わっていて、大変手厚い保険制度です。

今回の記事では業務災害に対する労災保険のことを中心に説明します。

【保障】と【補償】の違い
「保障」は、自分が納めた保険料をもとに保険給付等を受けるもので、厚生年金保険が代表例です。それに対し「補償」は、会社が納めた保険料や税金などをもとに保険給付等を受けるもので、労災保険が代表例です。

労災保険（業務災害）の対象となる条件と主な保険給付

労災保険の対象となるには、①労働者であること（労働者性）、②仕事中であること（業務遂行性）、③仕事と関係する作業をしていたこと（業務起因性）の3つの条件をすべて満たすことが必要です。ポイントを表1にまとめます。

次に、主な保険給付とその内容を表2にまとめます。

労災保険による治療と休業補償給付請求の基本的な流れ

労災に該当する可能性がある怪我で受診するときは、必ず労

表1

条件	ポイントなど
①	会社に雇われ、給料をもらう人は労働者です。日雇いや短時間アルバイトでも労働者として守られます。なお、社長や役員などの経営者は労働者ではありませんが、例外的に労災保険の対象になることがあります。
②	仕事中とは、勤務時間中のことで、残業時間も含まれます。お昼休みや休憩時間は勤務時間ではありませんので、原則として労災保険の対象になりません。
③	仕事と関係がないことをやっているときの怪我は労災保険の対象にはなりません。たとえば、会社の駐輪場で自分の自転車のパンク修理をしているときに手を怪我した場合、労災保険は使えません。健康保険の対象となります。

表2

保険給付の種類	保険給付の内容など
療養補償給付	治療費は全額労災保険で賄われるため、原則として自己負担はありません。完治するまでは治療を受けられます。治療を受ける病院を変更する場合には手続きが必要になるので忘れないように注意しましょう。
休業補償給付	怪我が治らずに休業していて、給料を受けられない期間は、給料の約8割（特別支給金含む※）が休業補償として支給されます。
障害補償給付	一定の障害が残った場合、年金または一時金が支給されます。障害等級表の1級から7級が年金で、8級から14級が一時金です。条件を満たせば、障害特別支給金や障害特別年金も併せて支給されます。
遺族補償給付	業務災害で死亡した場合、遺族に年金または一時金が支給されます。

※特別支給金とは、労災保険の上乗せ的な役割のものです。

災である（もしくは労災になるかもしれない）ということを病院に伝えてください。念のため、労災での治療が受けられる病院かどうかも確認するようにしましょう。

次に、労働基準監督署や病院に備え付けられている所定の用紙に必要事項を記入して病院窓口に提出します。この用紙には、会社の代表者印を押すところがあるため、会社が手続きを手伝ってくれることが一般的です。会社が労災手続きに協力してくれないときは、労働基準監督署に相談してください。

その後、休業が必要な場合には、休業補償給付を請求します。休業補償給付を受けるためには、所定の用紙に医師による労務不能の証明や会社による勤務状況等の証明が必要となります。通常は、会社を経由して労働基準監督署に手続きを行いますが、会社が協力してくれない場合、治療費のときと同様に労働基準監督署に相談してください。

仕事中に大けがを負ったAさんの事例

発達障害を抱えながら機械部品の製造工場で短時間正社員として働いていたAさんは、ある日の仕事中、部品製造の機械に誤って左手を挟んでしまいました。Aさんの大きな悲鳴が、工場中に響き渡りました。すぐに、近くのB病院に搬送され、緊急手術を受けましたが、左手の5本の指はすべて根元から切断となってしまいました。

療養補償給付の手続きは、会社の総務担当者が手続きを速やかに行なってくれました。約1か月間、治療のため会社を休みましたが、休業補償給付についても会社は協力的で、速やかに手続きをしてくれました。

では、Aさんにはどのくらいの補償（保障）があるのかをみてみましょう。

【Aさんの情報】

①事故前3か月間で残業代などを入れると合計54万円のお給料

をもらった。
②その3か月の総日数は90日（1・2・3月）。
③短時間正社員で、賞与はない雇用契約をしている。
④この会社で3年間厚生年金保険に加入している。

休業補償給付は、まず1日当たりの給料の額（3か月平均）を計算します。Aさんの場合、54万円÷90日＝6000円です。そして、休業補償給付の支給率は、特別支給金を含めて80％なので、1日当たり4800円となります。休業した1か月に換算すると約14～15万円という計算になります。

さらに、片手の指をすべて失ったので、労災の障害等級6級に認定され、障害補償年金93万6000円／年（※1）と障害特別支給金192万円（1回限り）の権利が発生します。また、障害等級2級の障害基礎年金と障害厚生年金の権利も発生します（※2）。

※1　6級の場合、「1日当たりの給料×156」が障害補償年金の額になります。
※2　2級の障害基礎年金・障害厚生年金が支給される場合、障害補償年金の支給率は73％となります（93万6000円×73％＝68万3280円）。

知っておきたい長時間労働と労災のこと

大手広告代理店の長時間労働が大きな社会問題となったこともあり、最近のニュースなどで「長時間労働」や「過重労働」という言葉をよく見聞きするようになりました。

労働時間が長くなればなるほど、脳や心臓の病気、精神疾患を発症しやすくなることがわかっています。1か月の残業時間が80時間を超えると労災認定になる可能性が高まり、100時間を超えると、かなりの確率で労災認定となります。近年、労災に該当すると思われる精神疾患発症の相談が増えています

す。

また、労災による精神障害であると認定された人が自殺した場合、その死亡は原則として労災扱いとなり、遺族補償年金等の対象になります。

労災認定されるかどうかによって、受けられる補償（保障）の額や内容が大きく変わってきますので、労災の可能性がありそうな事案に関しては、労働基準監督署や社会保険労務士にご相談ください。

①認定基準の対象となる精神障害（うつ病など）を発病していること。
②認定基準の対象となる精神障害の発病前おおむね６ヶ月の間に、業務による強い心理的負荷が認められること（「業務による心理的負荷評価表」※により判断される）。
③業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められないこと（「業務以外の心理的負荷評価表」※及び個人的な事情により判断される）。

※「業務による心理的負荷評価表」「業務以外の心理的負荷評価表」を含め認定基準の詳細については、厚生労働省ＨＰをご参照ください。
http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/120427.html

ので、参考までに認定基準を紹介します。

労災による精神疾患の認定基準は、平成23年12月に厚生労働省によって策定されていて、次表の３つの条件で判断されます。

その他労災保険関連制度

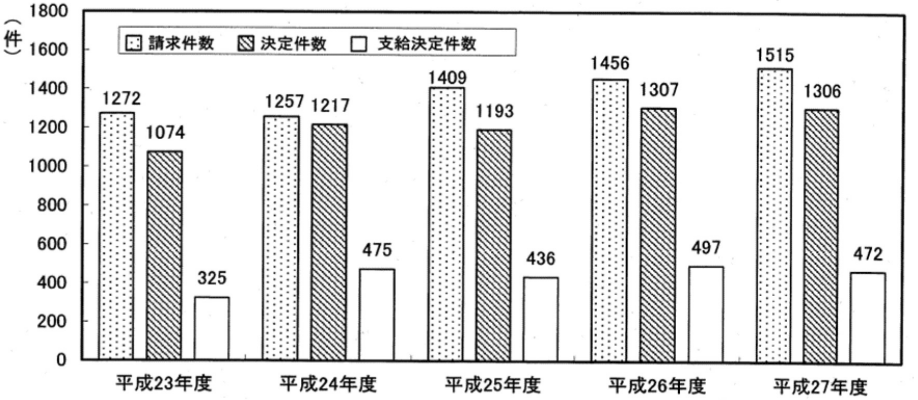
労災保険は大変手厚い保険制度であることはご理解いただけたと思います。しかし、これだけではありません。あまり知られていませんが、手足切断の際の装具購入や修理費用の支給、脊髄損傷など後遺症が残る可能性がある怪我のアフターケア、重度障害となった労働者の子供の学費支援なども労災関連制度として行われます。

労災は世界最強の社会保障と言われるのも納得ですね。

【参考：学資支援制度】

労災で死亡した労働者の遺族

精神障害に係る労災請求・決定件数の推移



や重度障害となった労働者の子供の学費を支援する制度。（1人当たり月額）

保育園、小学生：1万2000円

中学生：1万6000円

高校生：1万8000円

大学生：3万9000円（通信制は3万円）

（たかはしやすのり）

コラム

会社から帰る途中の寄り道で事故にあった場合でも労災か？

労災保険には通勤災害の補償もあることを記事で紹介しました。仕事を終えて家に帰るまでは、原則として労災保険（通勤災害）による補償の対象となります。

では、いつもの通勤経路から外れて寄り道をするとどうなるのでしょうか？

答えは「寄り道した時点から先は通勤災害の対象ではなくなってしまう」です。寄り道の後にいつもの通勤経路に戻ってもその帰り道は通勤災害の対象となりません。会社帰りに気分転換でお酒を飲みに行くことや映画を観に行くこともあると思いますが、寄り道した日はいつも以上に気を付けて家に帰るようにしましょう。

読者のページ

みんなのわ

「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

◆千葉県　まるきょう　家族（50代）

初めてみんなねっとの存在を知り、4月号から読ませて貰っています。

初めて目にするオープンダイアローグやACTの意味を知り、目からウロコの思いです。海外で実践されているこの治療法が、日本にも広まる日が来ることを望みます。

また、みんなのわに寄せられた当事者の詩は心に響き、よく頑張ってるねと背中をさすってあげたくなりました。

私はこれ迄、弟の発病の原因は親にあると思い続け、家族の中の厄介者として本人を捉えてきました。みんなねっとの情報誌を読み進むうちに、それは大きな間違いで弟に対しても、申し訳ないと思えるようになりました。

みんなねっととの出会いは、この先大きな支えとなっていくことでしょう。先ずは障がいを理解することが大事だということを、教えて貰いました。

皆さん、共に頑張りましょう。

◆埼玉県　うさぎ　家族（60代）

みんなねっと4月号の小林聡さんの詩に感動しました。

障害のある長女の姿とぴったり重なって涙が出てきて、何度も何度も読み返している自分にはっとしました。

たいへんな事がつづいて、長女の笑顔をもう何年も見ていません。私から笑顔で話しかけても、なかなか会話が続きません。でもいつかきっと笑顔で話せるようにと願っています。

日常生活

◆兵庫県　窪田潤子　家族（70代）

「素晴しい　ピアサポーターさん」

29年3月19日、兵庫県福崎町文化センターで、「峰の会作業所」の家族教室があり、6名のピアサポーターさんの紹介がありました。「ピアサポーター養成研修申込用紙」には、「仲間が仲間を支え、ともに成長するお互いの支援」と説明されてい

ます。

研修終了された方の中で、お二人が兵家連の、県より令達された事業「こころのやすらぐひろば」設置に参加して下さいました。

「ひろば」の目的は、障害者、家族の交流の場として、企画運営し、家族会がその任を負うのですが、ピアサポーターさんに協力をお願いしました。

◆愛媛県　シャムネコ　本人（60代）

月二回の「ひろば」の日に、新聞で情報を見たひきこもりの男性が、お母さんと来て下さいました。長いひきこもり歴を話す男性にサポーターのAさんは「僕も、ひきこもっていましたよ。でもね、作業所へ来ることで、救われました。内職をして適当に疲れると、夜、ぐっすり眠れますよね。仲間と話せるでしょ。指導員さんも話を聞いてくれますしね。家に一人で居ても、誰も助けてくれませんよ。元気になります。待ってますから、作業所へ出て来て下さい。」と熱く話しかけます。

もう一人のBさんは、「死のうと思ってね、薬をためていて、いっぺんに飲んだの。それを父親に見つけられて、病院へ連れて行かれて、胃の洗浄をさせられてね、生き返ったの。その父

も亡くなって、今は、母と二人で暮らしているのよ。リュウマチも持っていて、毎日痛みとの闘い。それでも頑張って生きているの」「死にたいです」と訴えてこられた方にBさんは、「自分で死んではだめ。残された家族の人達がどんなに悲しむか…」

Bさんの体験が今日も一人の生命を救ったのです。すばらしきかなピアサポーターさんと思った瞬間です。

◆千葉県　源太郎　本人（40代）

障害者雇用で週4日、1日7.5時間、働いています。去年、障害者基礎年金2級、支給停止になりました。足りない生活費は、両親の年金を当てにしています。少ない年金を当てにして、申し訳ない気持ちで一杯です。

主治医には、生活の困窮を伝えましたが、「今は審査が厳しいからな」との話がありました。命の恩人の先生に、もっと助けてくれとは言えず、支給停止を受け入れています。医師に任せっきりで、診断書のコピーは取っておらず、障害年金について、そもそも勉強不足でした。

私の病状は私自身、障害年金の支給の始まった頃より、差異はないと思っています。障害者雇用の給料プラス障害年金で、人がましい生活を維持出来ていました。今は、日本年金機構の医師への絶対に届かない不満を押し殺し、仕事のストレスに耐えています。

生きていて楽しいと思えず、かといって、親を看取らねばいけないし、世間には、私より苦しい人はいくらでも居て、泣き言は言っていられません。何より私は、私の命を全うし、看取らねばいけません。

障害年金の支給停止になった方に、お聞きしたい。将来の不安に対する気持ちを、どうやって整理して、生きていますか？教えてください。

地域の話題

◆平成29年度　みんなねっと北信越ブロック家族会　精神保健福祉研修会長野大会

テーマ：「～ひとりで悩まずみんなとつながろう～家族支援・家族相談の充実！」

NPO長野県精神保健福祉会連合会（NPOながのかれん）

●開催趣旨

我が国の「障害者基本法」には、「全ての国民が、障害の有無によって分け隔てることなく、相互に人権と個性を尊重し

合いながら、共生する社会を実現する」ことが強調されています。さらに、「障害者差別解消法」では、法的義務により「合理的配慮」という名の下、社会的障壁の除去が明確となりました。

しかし、改めて障がい者を取り巻く現実に目を向けると、問題や課題が山積しております。現在、広がりつつある格差社会の中で、障がい者を抱える家族もまた精神的にも経済的にもその負担は重く、将来への不安も大きなものがあります。

こうした社会の中で、精神障がい者の保健福祉に関する様々な活動を通して、その成果と課題を明らかにすることは極めて重要と考えます。さらに、この大会が、会員の意識を啓蒙し、今後の家族会活動や当事者の自立に少しでも役立つことを期待するものです。

＊開催日　平成29年10月6日（金）
＊開催時間　10：30～15：30（受付10：00）
＊開催地　ホクト文化ホール（県民文化会館）　長野県長野市若里1・1・3
＊参加人数　300名
＊参加費
・家族・一般3000円
・当事者・学生500円
＊基調講演
・演題「精神障がい者の保健福祉行政の動向」
・講師　厚生労働省　社会援護局　障害保健福祉部　精神障害保健課
＊記念講演
・演題「精神障がい者に必要な家族支援」
・講師　東洋大学ライフデザイン学部教授・精神科医　白石弘巳先生
＊シンポジウム
・テーマ「家族支援・家族相談の充実」
・助言者　白石弘巳先生
・コーディネーター…1名
・話題提供者…北信越各県代表5名

●申込み・問合わせ先
NPO長野県精神保健福祉会連合会（NPOながのかれん）
〒380-0928
長野県長野市若里7・1・7　長野県社会福祉総合センター5F
TEL　026-225-6400
FAX　026-225-6422

○○○○○○○○○○みんなのわ○○

編集後記

■最近の家族の追い詰められた状況から、いまはまさに、「精神保健福祉法」の大改革をすべき時期に差し掛かっていると、筆者は切に感じている。

この法律に決定的に欠けているのは、「当事者の尊厳への畏敬」と「人権擁護の仕組み」、さらに当事者を中心に置き「人間としての回復」を目指す心理社会的支援、それに「家族をも一緒に支える支援」である。

病院中心の支援体制から地域での支援に切り替える理念も影が薄い。法律の対象者の概念も曖昧である。この法律は、すでに役目を終えている、と言ってよいのではないだろうか。

本誌は今後も、尊厳ある当事者と家族の現状を社会に知らせ、その回復を支えるための国内外の進んだ地域支援体制や技術、市民の精神保健や啓発教育のあり方等、未来のより良い社会のために必要な情報を紹介してゆきたい。そして今後、精神保健福祉法を見直す議論が始まるときに、土台となるビジョンを社会が共有できるようにしておきたい。

誰もが精神疾患になりにくく、なったとしても、その経験を本人が幸福に暮らすための貴重な資産にできるような社会に変えてゆかなければと願っている。

（野村）

【「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 みんなねっと　通巻第 124 号（2017年８月号）　定価 300 円

発行日　2017 年８月１日
発行者　公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会
理事長　本條義和

賛助会費（会費に購読料含む）
個人・年間　３６００円
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

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）／(投稿)私と家族の手記／連載①街の診療所からのお便り／連載②精神科医療の現状と改革の展望／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

■ 2015 年■
4 月号：地域医療の発展をめざした「府中こころの診療所」を訪ねて
5 月号：精神障がい者の「住まい」を考える―英国の居住支援から学ぶ（上野勝代）
6 月号：精神障がい者にも交通運賃の割引を
7 月号：グループホームの運営って どうなっているの？
8 月号：家族をひろげ元気にする家族相談活動―愛知の経験から（木全義治）
〔品切れ〕9 月号：全科が無料になる医療費助成―地域家族会のとりくみ
10月号：精神障がい・精神保健の正しい教育を―世界の教科書比較（山田浩雅）
〔品切れ〕11月号：日本でも本人と家族をともに支援する家族支援の実現を
12月号：戦後 70 年と障害者権利条約（藤井克徳）
■ 2016 年■
1 月号：世界から見た我が国の精神保健医療福祉（長谷川利夫）
2 月号：精神障害者と差別解消法（池原毅和）
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』（岡田久実子）
〔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㊤（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㊦（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㊤ (野村忠良)
8 月号：みんなねっと「政策委員会」の取り組み㊦ (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のとりくみ（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（岡田久実子・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りくみ（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㊤（渡邉博幸）
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㊦（渡邉博幸）
4 月号：オープンダイアローグ（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）
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　（夏苅郁子）

●「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

月刊みんなねっと　2017年8月1日発行　2007年7月24日第三種郵便物承認

第10回全国精神保健福祉家族大会 in 岡山

みんなで一緒にやろう！～地域を変える「特区」づくり～

白壁の屋敷、倉敷川添いの柳並木
歴史ロマン薫る倉敷・美観地区での全国大会です

みんなねっと岡山大会

イラスト：MY介護の広場

日　時　2017年10月19日（木）20日（金）

会　場　倉敷市芸文館　　電話: 086-434-0400

（岡山県倉敷市中央1丁目18-1号）
倉敷芸文館までのアクセス

http://www.kcpf.or.jp/hall/geibu/geibu-koutsu-frame.html

参加費　3,000円　　障がいのある人　500円
学生　1,000円

岡山大会事務局　〒701-0212　岡山県岡山市南区内尾739-1　ＮＰＯ岡山けんかれん内
ＴＥＬ　086-298-1162　　ＦＡＸ　086-298-1168

主催：公益社団法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）
特定非営利活動法人岡山県精神障害者家族会連合会