

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!!

3

2017

みんな ねっと

●特集●

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 ①(渡邊博幸)

●私と家族の手記 難治性部分てんかんや幻聴と闘った息子と家族の28年 ②

■精神科医療の現状と改革の展望(氏家憲彦)連載最終回「改革の展望を示す新しい動きが起きている」

■知ることは生きる(山崎朋子)連載第⑨回

生活保護(経済的支援特集)⑨



もくじ

みんな
月刊ねつと

2017年
3月号

通巻第119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

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①(渡邊博幸) 6

精神科医療の現状と改革の展望

【連載最終回】改革の展望を示す新しい動きが起きている(氏家憲章) 16

私と家族の手記「難治性部分てんかんや幻聴と闘った息子と家族の28年①」(R.T) 20

街の診療所からのお便り【連載 118】(増本茂樹)

…一人で居る寂しさがあまり強いと難しいです。… 24

知ることは生きること

(連載 15 回)生活保護《経済的支援特集⑨》(風間朋子) 28

真澄こと葉のつれづれ日記(第 72 回) 34

みんなのわ——読者のページ・地域の話 36

知っておきたい 精神保健福祉の動き

■ユニバーサルデザイン2020
関係府省等連絡会議の心のバリ
アフリーに向けた汎用性のある
研修プログラム検討委員会

昨年11月10日と12月22日に、
2020年東京オリンピック・
パラリンピック競技大会を契機
として、「心のバリアフリー」
を推進するため、様々な企業で
活用可能な汎用性のある研修プ
ログラムの策定に向けての検討
会がありました。

座長の中野先生は「これまで
培ってきたプログラムを国連の
障害者権利条約や障害者差別解
消法の理念に基づいて見直して

いく作業だと考える。国連の権
利条約の中では第8条に意識の
向上が明確に示されている。心
のバリアフリーでも意識の向上
は重要なテーマであるので、こ
の理念に基づきながら検討でき
れば良いと思う」と位置づけさ
れました。そして、企業で実施
可能な実行力のある内容にする
こと。研修プログラムには医学
モデルでなく社会モデルとして
の理解や当事者が講師を担うこ
とも論点としています。

このことを踏まえ、この2回
の検討では当会として次の趣旨
を述べました。

「研修プログラムを実施して
いくにあたって、たとえば電車
には優先席があるが、優先席で
対応ができればよいのではな

く、本来はどの座席でもその機
能が発揮できるようにするとい
う目配り、気配り、心配りので
きるインクルーシブな社会にし
ていくということだと思う。既
存のプログラムの見解では、少
し切り離されたものになってし
まうという理解になる。目配り・
気配り・心配りという表現がさ
れるように一人ひとりがどう行
動していけるかというところに
踏み込めるものになりたい。

障害種別を網羅的というのは
数多くあり、一つ一つのような
に加えるかという議論よりも、
すべての根底となるものをどこ
まで進められるかというのを議
論し、それを代表する当事者が
どういう形で登壇するかという
ことがないと、当事者のプログ

ラムの充実というところも見えてこなくなる。その辺について、議論を深めていきたい。

また、共生社会をつくるためには、具体的な行動を起こしていくには、冷たい視線でなく、受け止める視線。厄介者、面倒な人としてではなく、ありのままの状態(情報)を受け止められるようにする。例えば、近くに来た時にも避けることなく、その場にとどまり相手を受け止める姿勢を研修では理解できることも必要である。

この心のバリアフリー研修は、本年度中に企業での研修が試行され、来年度より実施に移っていきます。継続的に研修を重ねていくという想定をしたときに何を持って継続とするか。一人の人が教育を受ける機会がいく

つかあるのか。それとも色々なステージがあつて重層的にやるのか。この継続の意味合いも共通理念に。企業としては継続的に実施するが、学ぶ側は1回だけとまらないような個人の継続性も重要ではないかと考える。

いずれにせよ、新入社員教育などの全社員に向けての取り組みが実りあるものにしていくためのプログラムにしなければならいと思っている。」(文・小幡)

■高齢者、障害者等の円滑な移動等に配慮した建築設計のあり方に関する検討委員会(第1〜4回)

平成28年9月〜12月にかけて開催され、みんなねつとも委員を務めました。

国土交通省の前回建築設計標

準の改正から4年が経過し、その間、2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の開催決定や、障害者権利条約の締結、障害者差別解消法の施行、観光立国推進による訪日外国人旅行者の増加など、社会情勢は大きく変化しており、一層のバリアフリー化が求められていること。また、我が国においては諸外国に例を見ない急速な高齢化が進行しており、本格的な高齢社会への対応は急務であるとして検討会で改正をまとめてきました。

高齢者や障害者等の利用者の目線に立ち、全国の建築物において、バリアフリー化を一層進めるため、以下の内容を中心に改正点をしめています。

① 宿泊施設について、「高齢者、障害者等の円滑な利用に配慮した一般客室」の設計標準の追加、既存建築物における改修方法の提案、ソフト面での配慮等の記述の充実

② トイレについて、一層の機能分散や小規模施設・既存建築物の整備を進めるための記述の充実

③ 建築物の用途別の計画・設計のポイントの記述の充実

④ 設計者にとってわかりやすい内容とするための構成等の整理
以上の内容を盛り込んだ新たな建築設計標準が広く活用され、設計者等の更なる資質の向上を促すことで、すべての人にとって使いやすい建築物が社会全体で整備されることが望まれます。

(文・小幡)

■ 社会保障審議会障害者部会 (第83回)

平成29年1月6日に開催されました。今回から字幕付き音声動画を閲覧できるようにするなどの対応が改善されました。

議題は前回に引き続いての議論でした。このうち「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築」の成果目標について触れたいと思います。

成果目標は4点あります。

- ① 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況
- ② 市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況
- ③ 精神病床における1年以上長期入院患者数(65歳以上、65歳未満)

④ 精神病床における早期退院率(入院後3か月時点の退院率、入院後6か月時点の退院率、入院後1年時点の退院率)

この中で、③について数値が示されました。長期入院者を2020年度末までに最大で3万9千人減らす目標です。

これは、地域移行に伴う基盤整備を進めることによつて入院需要自体を小さくしていくという目標設定の考え方です。精神科の慢性期入院需要は現在18万5千人。ここから第5期障害者計画の終わる20年度末までに2万8千人から最大で3万9千人の減少を目指します。

つまり、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することにより、1年以上長期入院患者

のうち一定数は地域生活への移行が可能になることから、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数を設定するとされています。

また、④についても新しく数値が設定されています。精神病床における早期退院率、3か月時点、6か月時点、1年時点です。これは、地域における保健・医療・福祉の連携支援体制が強化されることを前提に、早期退院が可能になるとしています。平成32年度末までに、入院後3か月時点の退院率を69%以上、入院後6か月時点での退院率を84%以上、入院後1年時点の退院率を90%以上とする成果目標とされました。

この他、個別施策にかかわる見直し事項の「障害を理由とする差別の解消の推進」にかかわって、本條理事長が次の質問と意見を行いました。

「対象となる障害者はいわゆる障害者手帳の所持者に限られないこと。非常に前進ではないかと評価しております。しかし、そうになると、所持者に限らない、障害の定義と障害者の範囲はどうなるかということをお聞きしたい」「福祉施設から一般就労への移行が出ているわけですが、障害者の雇用の数値も示していただきたい」

担当者からの回答は、「差別解消法の関係で、対象となる障害者が手帳所持者でないという、ではどの範囲なのか。障害

者差別基本法は、いわゆる身体障害、知的障害、精神障害と三障害以外にも、『その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの』ということで、かなり幅広く定義されております。そういう方々も含めてその状態に応じた取扱い対応をしていくことが、必要であると思っております」というものでした。

本條理事長は、審議会を振り返り「常々障害の定義と障害者の範囲を障害者権利条約・障害者基本法に合わせるべきだと主張してきており、大きな前進であると思います」と感想を述べています。

(文・小幡)

特集 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②

千葉大学医学研究院特任教授 渡邊博幸

先月号と今月号の特集は、渡邊博幸先生の「みんなねっと三重大会」における記念講演を①②に分けてお届けしています。

2. 旭中央病院のアウトリーチ

◆精神科病床の縮小とアウトリーチ

私が2008年の10月から

2011年の3月までかかわっておりました千葉県旭中央病院でのアウトリーチへの移行のお話をご紹介します。

2008年ですから、もう8年前になりますが、銚子市の隣にある旭市に、旭中央病院という病院があります。病床1000床近くの大規模な総合病院で、精神科も180床ありました。それからもう一つ、銚子市には銚子市立病院というの

があつて、これも精神科の病床を持っていましたが、相次いで閉鎖ということになり、市立病院のほうは病院全体が閉鎖ということになりました。旭中央病院は、精神科救急を担う大事な県内の基幹病院でしたが、精神保健指定医が次々に退職を願ひ出るということになって、千葉県東側の精神科の治療システムが破綻に瀕したのです。

それで、県庁のほうから千葉

大学のほうに、「なんとかしてくれ」という話がありました。同時なので難しいのですが、市立病院のほうは、もう病院自体が閉まってしまいますので、診療所を開設して、ここに人を出すということにしました。それで、外来患者1200人をカバーするというにしましたので、旭中央病院のほうは救急の基幹病院ですので、精神科救急も担わなければなりません。何とか病棟機能を維持するために元々いらっしやる2人の精神科の先生が残る予定になり、そこに3名の常勤を加えて5名で運用できるシステムにし、少し規模を縮小するという計画を立てて入りました。

当時、大学の精神科の医局長だった私は、人事を預かっており、若手の医者に有無を言わさずここ行け、あそこ行けということが仕事でしたが、さすがにここに行くのを誰にするのか迷ってしまつて、迷っているうちに自分で行こうと思ひ立ち、自分とあと2人、一緒にやってくれる人を選んで入ったというのがそもそも始まりです。それで、中央病院で行なつたプロジェクトの進め方ですが、こういうプロジェクトのやり方は大体決まつており、まず、現状分析と問題点を洗い出し、目的を定めて、組織図を作り直して、それぞれがどういう仕事をどの範囲でやるかというのを明

確にして、日程計画を立てて実行、それを評価するというやり方です。これ認知行動療法の進み方と全く同じだとお気づきでしょうか。個人のいろいろなストレスがかかった時の回復の仕方、克服の仕方と組織にストレスがかかった時の克服の仕方は全く同じなんです。

まず最初は人数を減らした中で運営しなければいけないので、180床の運用は到底困難です。2009年、1年間の間で80床に減らすと、病棟は四つから二つにするという計画を立てました。これはかなり無理な話で、当然無理な退院をする中で、救急事例化し再入院してしまいうリスクが高まることが予想

されました。それでアウトリーチの仕組みを作ったというわけです。

◆アウトリーチの仕組み

どんな仕組みかと言いますと、まず、実際は101名の方が長期入院されていたのですが、そのうちの四分の一、25名の方が1年の内には何とか在宅のほうに移行することができました。残りの方は、ご高齢の方や認知症を患っておられる方などで、なかなかすぐに退院支援の体制をとることができなくて、いったんはいろいろな施設や近隣の療養型の病院に移っていただいて、そこから退院支援をするというような手続きをし

た次第です。

次にその具体的な仕組みです。アウトリーチの仕組みを四つ作りました。一つは訪問看護ステーションを新たにこしらえたということです。開設当初は看護師5名、事務1名で運用しましたけれども、現在は看護師7名、事務の方2名で少し規模が大きくなっています。

それから病院の中から、保健福祉士の方や作業療法士の方がアウトリーチで在宅に入るというチームも作りました。それが多職種アウトリーチチームです。

つまり、この病院から多職種アウトリーチチームとして、相談職の方や技術職の方が入り、

それから訪問看護ステーションからは看護師が入って、一人の精神科ユーザーを支えるというというパッケージ(チーム構造)になっていきます。

それからご自宅を失ってしまっている方も多かったので、居住支援グループというのをつくりまして、退院後の住まい確保をしました。それで、半年間ぐらいしてからミーティングを行ない、民間住宅支援事業所に参入していただいて、グループホームを二つ、この時につくりました。それから、これは非常に珍しいことでしたが、公的病院でおそらく初めてだと思いますが、公的病院立の移行型のグループホームをつくりました。

現在、民間の力をお借りしたグループホームは10か所まで増えています。そこに随時退院促進をして、住んでもらっているということです。

もう一つ四番目は、新たにグループホームをつくってそこを担当していただく看護チームを作ったんです。病院の近くにこのグループホームをいくつかつくっていただいたので、そこに入るチームを、病院のほうから派遣して、サポートしたのです。これは、訪問看護ステーションの設立当初のメンバーですが、この旭中央病院の付属の内科の診療所が本院から6キロ離れたところにあつて、その2階が使われていなかったので、ここに

訪問看護ステーションを設置したので。そこからリュックサック背負つて普段着の形で出かけるわけです。それで、いろいろなミーティングが非常に大事で、対象者の方の情報を、毎日共有して、誰が行つてもサポートできるように綿密に情報共有をするというやり方になっています。

この訪問看護ステーションのアウトリーチの対象エリアですが、旭市の真ん中辺りにあり、いわゆるA C T^{アクト}として、包括型の地域生活支援、生活面も加味した支援を行うのは非常に時間もかかりますので、この旭市と近隣2市の合わせて3市に住んでおられる方に対応してい

ます。それから外来通院を支援したり、再発防止や服薬の援助をする定期的な訪問でまかなえる方の場合は、それよりさらに広い範囲をカバーしています。片道30キロ、1日一回りで、4〜5件ぐらい回るのがやっとです。過疎の田園地帯ですから、住宅が密集していません。軽自動車で走つても、大体1日120キロぐらいが精一杯です。そういうエリアをカバーしているのです。皆様方が地元に戻られた時の訪問看護のエリアと比べていただければと思います。1日4〜5件回りませんと、独立採算ができません。それ以上少ないと、訪問看護ステーションとしては赤字になる

ので、人件費を払うことができないのです。ここまでがアウトリーチの話です。

◆早期退院の仕組みづくり

続いて、2010年に、救急入院機能を維持して、なるべく早期に退院させられるような入院の仕組みも整えました。その頃は、病棟を減らし病床も180床から80床にして、スタッフ、医師も、ちょっとひと息ついたのですが、自分たちが楽になるために患者さんやご家族に無理をさせて、退院を進めたのでは何の意味もありません。病棟を少なくした分、病棟の働きを高機能化して、新たな長期入院をつくらない仕組みに

しようということ、みんなが工夫をしました。もう病棟が減っていますから、例えば、短期間で退院できない方は、長期病棟に移そうとはいきません。移す病棟がもう閉鎖して無いかからです。そうなると当然その病棟での在院日数が延びてしまい、入院が長期化してしまう恐れがあるのです。そこで、それを防ぐための多職種チームを作って、新たなロングステイ、1年以上の長期化を防ぐという仕組みをつくったわけです。

それをみんなで、ニツクネームで「サチコ」と言っています。精神科の中でこういうプロジェクトを行なう時に一部のメンバーだけが一生懸命やってもう

まくいきません。助手さんとか病棟に掃除に入っている方とか、そういう方たちも含めて取り組まなくてはいけない。そういう助手さんとかが疲れた仕事の合間に、お茶の時間にですね、「渡邊先生、またへんなこと考えてるよ。サチコって何？」とか「サチコって誰？」とか、そういうような、ちょっとお茶飲み話になつて注意を向けてもらいたいというのがあって、親しみやすい名前にしたのです。この名前がそのまま続いています。現在も旭中央病院のほうでは、このサチコはそのまま続けており全国に発信しています。担当の精神保健福祉士の方が、素晴らしい方なので、その方が

これを引き継いでいろんなところで啓発されていると伺っております。

この仕組みは、そんなに難しいものではありません。まず、その日の緊急入院が入る時の、医者のほうの曜日の当番と曜日の担当のPSWを決め、そのPSWにいろんな情報が集約されるようにします。そして、入院を受け入れた時のベッドコントロールとか退院の計画とか、例えば家がない方だから、ハウジングの人を外から呼んでチームに最初から入ってもらうとか、ご本人を中心にして病棟のPSWが、そういう段取りを組むという仕組みです。

これはなかなか難しいこと

で、病棟では看護師のほうにいろんな権限があったり、主治医の権限が強かったりするところが多いので、PSWの方が計画を立てるとするのが非常に特色なのです。それで、4〜5名の個別チームが編成され、このチームで退院までお世話をするというやり方です。入院して1週間以内に新入院カンファレンスといって長期化のリスクが評価され、1か月経ってもなかなか退院の目途が立たない場合は、どこに問題点があるのかというところがみんなで検討されて解決策が提案されます。その解決策に基づいてアウトリーチのチームが入ったり、住居のチームが入ったりしながら、この当

事者の方を速やかに退院にもつていき、退院後も再入院させない仕組みに移していくというパッケージです。

◆ある事例での働き方

サチコでの個別チームが取り組んだ事例をご紹介します。

前任の医者から、引き継いだ方は、ずっと隔離されていた30代の若い男性でした。10年間措置入院で、はじめ3年、措置入院をして、ちよつと出るとすぐ近隣のお年寄りとかを殴つてまた再入院となつてしまう。残念なことにお母さまはもうお亡くなりになつていて、お父さまも精神科ユーズーの方でしたので、ご本人を支える術があり

ませんでした。そういう中で長期入院になっていましたが、最初お会いした時は、お菓の副作用で立つことができず、四つん這いで挨拶されたのです。僕も立つたままでは失礼なので、四つん這いになって挨拶したというのが印象深いですが、そんな感じで治療が始まりました。

この方の退院はちよつと難しいのではと思っていましたが、PSWがリーダーになって個別チームを作りました。このPSWがすごい熱心な方で、ご本人は退院する家がなくて薬も多過ぎて飲めないということもあるのですが、このPSWだけは、「彼はいい人なんです」と言い続けるのですね。

なぜ隔離になっていたかというのと、「ベッドから看護師さんがよきによき生えてきてうつとうしい」といって本当に働いている看護師さんを蹴っ飛ばしたりするのは、そういった重篤な精神の症状をもっておられる方でしたが、この熱心なPSWの方が、こういう方でも入居できるグループホームを探してきました。だけど、この男性は1日4回も薬を飲んでいたのでPSWは1日1回しかお薬を飲むお手伝いができないので、このPSWが「先生、薬をがんばって簡単にしてください」と提案するわけです。「じゃあ、やってみようか」ということになり、医者の方はそういうふうに関

きます。心理士さんは、「服薬への不安を解消します」、作業療法士さんは、服薬カレンダーと一緒につくって、少しでもグループホームに行った時に、ご本人が自己管理ができるように練習をする、という具合です。一人のメンバーが投げかけたテーマに関して、それぞれの治療チームのメンバーが、自分たちのスキルに応じて能力に応じて協力をしていくというような働き方をするチームなのでですね。この方は、このような方法でグループホームに退院することができました。それは一例なんですけど、こういう取り組みの結果、多職種アウトリーチチームを導入したこと、それから入

院での多職種チームを導入した
ことよって、病床を180床
から（私が常勤でかわった時
まで）80床にし、現在は40床ま
で減って1病棟になっていま
す。そして、月訪問看護件数は
140件から400件までこの
時点で増えましたが、現在は
450件。平均在院も320日
だったのが現在は50日をきって
いるという状態です。

3. 学而会木村病院での 取り組み

次は、現在働いている民間の
単科精神科病院、学而会木村病
院での話です。

公立の総合病院の精神科での
取り組みにおいては、内科とか

外科とかもある大きな病院なの
で、精神科単独で見た場合は、
当然その病院収益は下がります
が、それを他の医療収益でカ
バーすることができたのです。

病棟が減ってしまうと看護師
も余ってくるわけですが、配置
転換で対応することができま
す。それから公立病院ですので、
税金面の優遇とか、あと旭中央
病院はもう、単独独立会計で十
分やっつけていける病院なんで
すが、他の公立病院の場合です
と一般会計からの補てんもある
ので、いろいろな規模縮小やア
ウトリーチ移行をしやすい面は
あるのです。

しかし、民間の単科精神科病
院では、同じやり方ではとても

できません。私が、これまでの
旭中央病院の取り組みをいろい
ろなところでお話しさせていた
だと、たくさんの病院の管理
者の先生方、院長先生方から「こ
れはうちではできない、民間病
院としてはとてもできない」と
いうお話を受けました。病床を
一つ減らすと、年間約400万
円の減収になるんです。100
床減らすということは、簡単に
言うと4億円の減収になるんで
す。民間病院で、いろいろ公的
なサポートを受けないでやって
いて、100床減らすというこ
とは、考えられないことなんで
すね。でも、それならば、民間
病院の立場でどこまでできるだ
ろうかというのが私たちの出発

点でした。

今、そういうことをがんばってやってみてはという、ありがたいお話をいただいて、院長として、仲間の一人になって取り組んでいるのが学而会木村病院という千葉市にある病院です。227床、千葉駅からほど近いところにあります。外来サテライトを持っていて、千葉駅徒歩2分のところにあります。本院の木村病院のほうは急性期病棟と療養病棟を持っていたのですが、40名の退院をこの6か月間で進め、1病棟あけて、今工事に入っています。新たな精神科の入院治療を展開しようと思ひまして、病院全部で取り組んでいます。

そのロードマップですが、五つのプロジェクトが同時進行で走っていて、そのうちの一つにアウトリーチの訪問プロジェクトを入れていきます。私たちのアウトリーチプロジェクトの特徴の一つは、もちろん旭中央病院でやったような地域定着・退院促進のためのアウトリーチを行うことですが、もう一つは就労のためのアウトリーチです。一般就労につなげるためのアウトリーチに非常に力を入れていて、それを特色にしていると考えています。たくさんの人たちが五つのプロジェクトに分かれて、院内ワークシヨップでブレインストーミングと云って、いろんなアイデアを出し合っ

てがんばって動いています。今のところの目標の達成度ですが、退院支援で4病棟を3病棟に減らしました。40床を退院させたということなんです。それから地域連携においてはハローワークとか、県内では比較的大きな有名な企業2箇所と契約を結んで、就労支援のほうに活発に入っていくことになっています。あと、産業メンタルヘルスのほうも行なうということ、こういう地域連携も新たにアウトリーチの形で取り組んでいるということです。時間外対応が、半年で例年に比べて2倍に増えました。ここは医局の先生方の協力もいただいて、病院一丸となつて努力しているところなんです。

4. わが国の精神医療の課題

さて、わが国の精神医療の今後の課題についてですが、退院支援、アウトリーチ移行の仕組みとして、少しずつではあります、このような地域の包括ケアができてきました。例えば、こういったネットワークを生かして、なかなか内科ではケアできない重篤な認知症の症状を施設や在宅でケアする仕組みとか、引きこもりの方の支援、妊産婦さんへのメンタルヘルスや児童虐待防止などに、精神保健でつくった仕組みを応用していることができないかと考えられています。私のほうは現在、学

会の仕事も任されているということもあって、妊産婦メンタルヘルスの仕組みを千葉県内でいくつかつくり、精神保健のアウトリーチを応用しているこうと考えているところです。

5. 最後に

最後のまとめです。精神科アウトリーチは多職種で取り組むのですが、トランス型という、職種の仕事が少し重なるようなチームで運用されます。その一番のいい形は、この包括型地域生活支援と言われていますが、それはなかなか採算ベースに乗りにくいところもあるので、地域のアウトリーチを行なうところの資源の規模などで、いろいろ

工夫していく必要があります。どれが正しいということではないと思っています。

精神科医療というのは、これから多職種医療の結び目の役割を果たしていかなければいけないと思っと思っています。病床が減っていくのは望ましいことだと思っています。長期入院の方が減って精神科病院の規模は小さくなるかもしれないが、地域の中で、行政・保健・福祉、もちろん当事者やご家族の方から「あんたんとこがないと困るんだ。大切な結び目なんだ」という役割を期待され果たしていけるようにいろいろな工夫をしようと考えているところです。

(わたなべ ひろゆき)

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》最終回 改革の展望を示す新しい動きが起きている

1年間の連載も早いもので、いよいよ最終回となりました。今回は締めくくりに、精神医療改革の展望を示す新しい動きをみてみます。長い間、改革に向けた動きがなかった日本にも、2010年代に入って、改革に向けた運動が起きています。

それは、国（厚生労働省）や精神医療関係団体が率先してつくり出したものではありません。精神医療の現状を憂い、改革を

願う当事者や家族そして精神保健医療福祉関係者の協働の取り組みによって、つくり出した新しい動きです。

その象徴的動きであった、こころの健康政策構想会議と病棟転換型居住系施設反対の取り組みを見てみます。

（1）「こころの健康政策構想会議」の運動

2010年4月3日、精神保

健医療福祉政策の改革をめざして、当事者・家族そして精神保健医療福祉関係者90名が参加して「こころの健康政策構想会議」（構想会議）が発足しました。構想会議は、提言の実現、こころの健康基本法の制定を求めて、署名運動と地方議会から「こころの健康基本法」の制定を求める意見書採択の取り組みを行いました。

①署名運動の取り組み

「こころの健康基本法」の制定を求める署名の取り組みは、当事者・家族そして精神保健医療福祉の関係者や市民、そしていろいろな団体が街頭をはじめ全国各地で積極的に取り組み

72万筆を集約しました。

② 地方議会からの意見書採択

地方議会からの意見書採択は、28都道府県議会(60%の採択)を含む382議会で採択され、その傘下の人口は、1億369万人となり国民全体の82%に当たります。

意見書が採択されていない議会は、取り組む体制がないため請願も陳情も提出していない所がほとんどです。東京都に加え、その県内にあるすべての議会に請願や陳情を提出した青森・東京・和歌山・岡山・鳥取・島根には合計191議会があります。が、その内意見書採択の議会数は154議会で、81%の採択率

です。

「こころの健康基本法」の制定を求める意見書のきわめて高い採択率は、国民の中に、こころの健康問題は誰でも身近な問題と感じる社会の変化によって、精神医療に対する高い関心・精神医療改革を求める世論が育っていることを示しています。

(2) 「病棟転換型居住系施設」

反対運動

厚生労働省は、2015年春に省令を改正し「病棟転換型居住系施設」(連載第9回参照)の実施が可能になる体制を整えました。しかし2016年12月末現在、それを実施する病院

は「ゼロ」で「病棟転換型居住系施設」は実質破綻した状態になっています。

① 精神医療史上初めて日比谷野音で大集会

2014年6月26日、東京の日比谷野外音楽堂で「生活をすめるのは普通の場合がいい STOP! 精神科病棟転換型居住系施設!! 6・26緊急集会」が行われました。緊急集会の開催決定が6月3日で3週間という超短期間の取り組みでしたが、当日は、沖縄から北海道まで全国各地の人々が集まり、会場を満杯にした3200名の熱気で大いに盛り上がりました。集会のメッカ、日比谷野外音楽堂での

集会は、精神医療史上初めての出来事でした。

② マスコミで積極的に取り上げる

日比谷野外音楽堂での緊急集会の成功は、新聞やテレビに大きな影響を与えました。

病棟転換型居住系施設構想の問題は、新聞各紙で積極的に取り上げられ、新聞報道は2014年の1年間で、28紙・88回（内社説17回）の報道がされました。

これらは、病棟転換型居住系施設の問題に止まらず、全紙が共通して「日本を除く先進諸国の平均在院日数18日、しかし日本は、20万人が1年以上の長期入院」と、日本の精神医療が抱

える基本問題を一齐に報道しました。

③ 大きな反響があった「クローズアップ現代」

2014年7月24日、NHKの「クローズアップ現代」は、『精神科病院「施設内退院」の波紋でどうしたら精神科病床は減らせるのか』と題して放映され、病棟転換型居住系施設問題、そしてOECD諸国と比べて異常に多い精神病床・長い入院日数など、わが国の精神医療が抱える深刻な問題を取り上げました。

この視聴率は、13・9%で、2014年の「クローズアップ現代」の年間視聴率第2位を記

録しました。この高い視聴率は、精神障害の問題が決して一部の国民の問題ではなく、大勢の国民が関心を示す社会問題に浮上しているという、社会の変化を示しています。

これは、10年前には考えられない大きな変化が起きてきたと言えるでしょう。

(3) 改革を進める条件が育っている

わが国の精神医療政策は、戦後60数年間、精神科病院への入院中心の隔離・収容を基本としています。しかし今日の精神医療は、精神の病気や障害があっても、医療支援と生活支援によって、地域で、社会生活を送

れる地域精神医療の時代です。すなわちわが国の精神医療政策と精神医療の今日の到達点とは正反対と言えます。しかも隔離・収容の精神医療政策の「要」で、実行機関である精神科病院は、現在、深刻化する在院患者の減少のために、経営は行き詰まり、一部の病院では崩壊が始まっています（連載第7回参照）。

これは精神科病院の問題に止まらず、入院中心の隔離・収容政策の破綻でもあります。時代後れとなっている隔離・収容の精神政策の改革が避けられない客観情勢は成熟していませんが、改革を求める主体的条件は、まだ成熟はしていません。

しかし、テレビや新聞などマ

スコミでも、精神医療が抱える「二重の格差」を積極的に報道したり、こころの健康政策構想会議や病棟転換型居住系施設反対運動などにみられるように、10年前には考えられない大きな変化が始まっています。主体的条件も確実に変化しています。これらの動きを、もうひと回り、ふた回り大きくできるなら、精神科医療改革の本格的な動きに発展させることは可能な時代となつていきます。

「小異は脇において大同団結」

今、何よりも最優先して取り組まなければならない課題は、先進諸国の精神医療と国内の一般医療との「二重の格差」（連

載第2回参照）の解消です。

「二重の格差」の解消は、ほとんどの国民から支持を得られる課題です。

精神医療の現状を憂い改革を願う人たちは、小異を脇において大同団結し、協働の取り組みを始める時期を迎えているのではないのでしょうか。

連載終了にあたって

一年間連載をしてきました。この連載が、わが国の精神医療改革の取り組みがより確実に進む契機になることを期待します。一年間ありがとうございました。

（うじいえ のりあき）

難治性部分てんかんや幻聴と闘った息子と家族の28年 ①

(東京都) R. T

てんかんの発作

忘れもしない昭和64年1月7日、当時の官房長官小渕恵三氏が夕方のテレビで「平成」と書かれたプラカードで「元号が変わったことを告げた翌朝早く、次男が私達の部屋に飛び込んできたのです。」

お母さん、お母さん、大変だよ、お兄ちゃんがベッドの上で跳ねているよ、それからのことは、息をしてない長男に覆い被さり夢中で息を吹き込んだことを覚えております。

救急車で運ばれいろいろ検査を受けたのですが、脳波も正常、お医者さんは成長期によくある

発作でしょう、と2〜3日分の薬を出し様子を看ることになったのです。

それから今日まで28年間、てんかん発作と闘うことになろうとは想像もできませんでした。右腕が肩まで上がりガクガクと動く発作を止めるために数え切



れない専門医が頑張つて下さったのですが、葉が増えるばかりで日に2〜3回起きる発作を止めることはできませんでした。

都内、近県十数軒の病院を回り、やっと「テレビゲーム光らんかん」ではないかと診断され、



静岡の東病院にたどり着いたのです。

平成2年の12月即入院となりました。中学生の息子を静岡の病院に残して東京に帰るため、最終の新幹線を待つ寒い駅のホームに立って、病院に置いてきた息子のことを思い悲しかったことは今でも忘れられません。

中学・高校時代

それから、中・高一貫校に通学しておりましたので、出席日数の関係で、中学生生活を4年、高校生活を3年間過ごし、一つの弟と同時に高校を卒業することができました。



弟は、中学、高校と同学年になつた兄が、学校で度々発作を起こすのを見て、つらい思いをしたと思います。

そのあいだ、自宅からの電車通学ができず、学校の近所にアパートを借りて、毎日私が学校

まで送り迎えをしたのです。

そのため家族とは別居生活でした。当時、自営業だった我が家の生活は主人と3〜4人の従業員で営業しておりましたが、働き手の一人だった私が抜けて経営は大変だったと思います。

何としても治したい、手遅れにはしたくない、との思いで、良い病院があると聞くと、茨城、宮城、埼玉県等々、息子と一緒に診てもらいに行きました。主人は私達の思いに答えようと一生懸命働いてくれました。

バブルはとつくに弾け、使用人も二人おりましたが、どんなに変だったか今になると解りません。

大学生活

高校卒業後、並立している大学に通うようになりましたが、さすがに大学への送迎はできず、学校、電車の中での発作の度に電話があり、その度、渋谷まで車で主人と迎えに行きました。

大学時代の思い出には、サークルの中の女子学生とお友達になり、デート中に発作が起き、彼女がどんなに愕おどろいたかを話してくれた時の息子の悲しそうな顔が忘れられません。それ以来、女の子の話は息子から聞くことはありません。大学在籍中服薬拒否、登校拒否等ありましたが、



入退院を繰り返し薬の調節をしながら7年かかって大学を卒業しました。

訓練校時代

卒業後どうするかで悩み、所沢市にある障害者職業訓練校に入学を希望しましたが、障害者手帳を持つことが条件でした。

息子なりに手帳を持つことに悩んだようでしたが試験に受かることができました。その時通学するか寮に入るかで家族で悩みましたが寮生活をして自立できるのではと期待したのです。

寮生活でも発作が止まらず苦しんだようですが、一番彼が思うらく思ったのは、指導員の方達



に「薬を飲まないから」と攻められたことだと言っておりました。

訓練校は1年間で卒業でしたが、息子は7か月ぐらい経った時、突然所沢の学校から電車にも乗らず自宅まで徒歩で帰ってきたのです。その時の様子は、普通の状態ではなく、興奮してどうやって帰ってきたか解らない状態でした。

再入院

次の日も眠らず興奮は続き、睡眠薬を飲んでも眠ることができず、とうとう静岡の病院にまた入院することになりました。3か月ほど入院し、今度は通学



で訓練校に戻りましたが、残りの授業を受けるため毎日送迎をすることになったのです。

そしてこれ以後、精神薬のセレネースと副作用止めのアキネトンの服用が始まりました。訓練校を卒業するにあたり、就職先を決めなければならぬのですが、発作が止まらないと就職は難しいと言われました。

《次号へつづく》

街の 診療所から の便利

……一人で居る寂しさが
あまり強いと難しいです。
……

連載
118回



ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈夫の付き添い〉

この日、Hさん（68歳女性、
建築業の夫の会社の事務をして
きた）は、診察室へ入って来る
足取りが以前より軽く見えまし
た。

この2週間はどんなでした
か？ 少し顔色は良いように見
えますか？

「いえ、そんなことはありません。
夜は眠れないし、朝起き

ても、何をしたら良いのかわか
りません」と、額ひたいに急に縦皺たてじわが
入ります。付き添いの旦那さん
が横から「よく寝てますよ。30
分もしたらいびきを立てていま
す」本人と周囲の意見が違うよ
うです。

この頃は何時に寝るんでしょ
う？

「10時ごろ布団に入って、30
分くらいは眠れません」

それで、朝まで眠れますか？

「夜中には起きません。朝の
6時ごろに目が覚めますが、暗
くて寒いので布団の中にいま
す」

〈良く眠れている〉

睡眠の科学では、40歳を過ぎ
たら夜は7時間眠れば充分と
なっています。70歳以上なら6
時間で良いようです。神様が、
年寄りには先々の健康のために長
く眠るよりも今の1日をもっと

長い時間遊ぶようにと、睡眠時間を短く決めておられるらしい。

夜の10時頃まではどんな風にも過ごしていますか？

「何かをしなければいけないのですが、何をしたら良いのかわかりません。TVを見ていても、何を言っているのか理解できません。どのチャンネルを観ても興味を持ってません。それでも横になってみてもじっとしておれず、立ったり座ったりしています。夫に何をしたら良いか何回も聞くので、うるさがられます」

〈一人で居ると寂しい〉

実は、Hさんのこの状態はも

う半年も続いています。Hさん夫婦は若い頃から小さな建築会社を経営していて、夫が社長で妻が経理のいわば副社長をし、今も順調に運営されています。子供は成人して独立していますから、奥さんのHさんはこれまで通りのことをこなして行けば良いはずなのですが、1年位前から「一人でいるのが寂しい。何をしたらいいのかわからない」と言われるようになった。会社に居ても落ち着かず、旦那さんはHさんに家で休んでおくように指示されています。

そして、内科や脳外科の病院を受診しましたが、何らかの病気であるとは言われませんでした。

〈精神科での考え方〉

半年前にうちへ初診されましたが、精神科医は、これまで元気だった人が不調になり他の科の病院で「病気ではない」と言われているので、精神的な疲れがあるのだろうか？ 認知症だろうか？ 精神病か、うつ病だろうか？と考えました。

Hさんには認知症でよくある記憶力の低下はないようです。日常生活は充分にはできていないようですが、身だしなみはきちんとしていますし、家事も時々はおいしい食事を作れるようです。頭部のMRIも詳しく調べましたが、認知症らしい所見はありませんでした。

誰かが邪魔をしていると悩む

ことはなく、統合失調症と言え
るような考え方の偏りもないよ
うです。ただ、寂しくて一人
ではおれないため、ご主人が仕
事に出ている時間には、Hさん
と一緒に過ごす人を頼んでいま
す。統合失調症の不安ではもっ
と漠然とした、“夫が居ても止
まらない”というような大変な
不安です。

食事はおいしく食べておられ
ますし夜も眠れていますから、
典型的なうつ病ではありません
ん。抗うつ薬が効くかも知れな
いと考えて、充分な量を飲んで
もらったのですが、1か月たっ
ても、寂しさやどうしたら良い
か分からないという思いは改善

しません。

一人が心細い

Hさんはつい数年前まで元気
な生活ぶりでした。今は年を
取ったせい、以前のようには
できない自分を感じて不安に
なっておられます。ご主人は仕
事が終われば家に帰って来て奥
さんを支えておられますが、付
き添いに疲れてもおられる。そ
れを見て、Hさんは「夫をもつ
と疲れさせてしまったら、私は
見捨てられてしまう」と、悪循
環に陥ります。その悪循環を止
めるために、今回は「あまり考
え続けないでのんびりしましょ
うよ」という意味で抗精神病薬
を少し飲んでもらいました。で

も、Hさんは精神病ではないで
しょう。今のHさんは、人間は
一人では生きて行けないとい
うホントの心配事を心細く考え続
けてしまい、身動きが取れなく
なっているのです。

Hさん、人間は元々一人では
生きて行けない存在なんです
よ。今なんとか生きて行ける幸
せをかみしめて、「何もしない
のもいいな」と思いましょ
う。「仕事しなくてはいけない」と
考え続けていると、それだけで
エネルギーを使い果たしてしま
いますよ。

認知症の人の不安

知力も身体能力も年を取ると
落ちてくるのは仕方のないこと



です。多くの人で60代からは、視力や筋力は落ち、歯を何本か失うものです。脳もやせてしまうのですが、どの部分のやせが大きいのかで低下する能力の違いがあります。認知症は「早い

時期に急激に進む老化」と考えていいですから、認知症の人の場合はHさんと同じような、あるいはもっと大きな、不安を抱かれることでしょう。患者さんの中には自分の能力低下を受け入れない人もいて、何とか自力でやっていこうとして、かえって不適切な行動を起こしてしまふものです。

〈何かを諦める〉

統合失調症の人では、一人で生きていく能力がやはり低くなっていくものです。そして、人生が思い通りにいかない時には妄想や幻聴が生じやすく、それらが次第に組み合わさり、大きく強固になるようです。

歳を取った場合は、多くの人
が能力の低下を受け入れて生きて
いきます。病気でない場合で
も人の能力は限界があり、自分
の希望するほどはできないこと
が多いものですから、誰もが、
困難なことを丁度良いところで
諦め、方向転換しているのです。
精神病の患者さんの場合は、丁
度良く考えるのは苦手なので、
いつまでも同じことを考え続け
てしまいがちです。

医学には限界があります。医
学に頼り過ぎずに、病氣の人に
もそうでない人にも、今の社会
がもつと安心できるものでない
といけないのだと思います。

知ることは生きること

連載15回

生活保護（経済的支援特集⑨）

関西学院大学
人間福祉学部

風間朋子

この連載では、精神障害者の経済的支援のための制度やサービスを紹介してきました。今回はこれに引き続き「生活保護」を取り上げます。

生活保護は、経済的な理由によつて、基本的な生活を営むことが困難になった人を支援する制度です。生活保護の対象となるの

は、預貯金があればそのお金や労働ができる状態であれば労働能力など、あらゆるものを活用してもなお、基本的な生活を営むことが難しい方です。そのため、生活保護はセーフティネットとも称されます。

それでは、柿沢組子（仮名さん、計一（仮名）さんきょうだい

を例に生活保護について見ていきましょう。

事例

いつものように自宅の郵便受けを開けた柿沢組子さん（53歳）は、馴染みのない自治体からの封書を見つけました。その手紙を見て、組子さんは大変に驚きました。そこには、組子さんの弟である柿沢計一さん（48歳）が生活保護の申請をしていること、きょうだいである組子さんは弟の計一に対して扶養義務があることが書かれてあったからです。さらに、組子さんが計一さんを扶養できるか否か、組子さんの世帯構成や資産の状況等を記載して返送する書類も同封されていました。

組子さんと計一さんは2人きようだいです。組子さんと計一さんの父母は既に他界しており、組子さんが計一さんと最後にあつたのは3年前の母親の葬儀のときです。組子さんはあわてて計一さんの自宅と携帯電話に連絡をしましたけどどちらも不通でした。

眠れぬ夜を過ごした組子さんは、翌日、書類の問い合わせ先となつていた福祉事務所に電話をし、計一さんが精神科病院に入院していることを知りました。組子さんは、すぐに計一さんが入院する精神科病院に向かいました。

面会室で再会した計一さんは顔色も悪くやつれていました。「姉さんに迷惑をかけて申し訳

ない」と泣く計一さんに、組子さんは「そんなことないよ」と答えるのがやつとでした。面会后、病室に戻る計一さんの後ろ姿を見送る組子さんに、精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）と名乗る女性が話しかけてきました。時間があれば医療相談室で少し話をしたいとのことでした。組子さんはPSWの話聞くことにしました。

組子さんの心配

PSWは、計一さんがうつ病で入院していること、2年前に離婚し会社も辞めたこと、その後は単身でアパートに住みアルバイトで生計を立てていたことを組子さんに伝えました。計一

さんは、自分の入院の経緯や現在の状況を組子さんに説明してくれるようPSWに依頼していたそうです。

組子さんは自分が知らないところで弟がそんな状態になっていたことにショックを受けましたが、同時に、家族以外に計一さんに寄り添ってくれる存在がいることを知ってほっとしました。少し心の余裕ができたのでしようか。組子さんは、ふと、あることが気になりました。

それは、計一さんの入院に要するお金のことです。組子さんも生活保護が経済的に困った人を支援する制度だということを知っています。その生活保護を申請した計一さんに、入院費

用の支払いができるのでしょうか。組子さんは現在、事務の仕事をしていますが、計一さんの入院費用を肩代わりするほどの余裕はありません。

組子さんは思い切って、PSWに入院費用のことを切り出しました。組子さんの質問に対して、PSWは丁寧に回答してくれました。

保護の種類

生活保護と聞いてすぐに頭に浮かぶのは、食品や衣服を購入するお金の支給だと思います。これは生活扶助といわれるもので、生活保護には他にも七つ、あわせて八種類の扶助があります。そのひとつに医療扶助があり、これは医

療サービスの費用に対応したものです。医療扶助の対象となれば、入院、診察、薬、手術などについて、原則、自己負担なく利用することができます。そのため、生活保護が利用できることになれば、計一さんも、原則、自己負担なしで入院できることとなります。

それを聞いて、組子さんは、とりあえずほっとしました(表1参照)。

しかし、入院しているからといって、40代働き盛りの計一さんは本当に生活保護が受けられるのでしょうか。

表1 保護の種類と内容

生活を営む上で生じる費用	扶助の種類	支給内容
日常生活に必要な費用 (食費・被服費・光熱費等)	生活扶助	基準額よ、 ①食費等の個人的費用 ②光熱水費等の世帯共通費用を 合算して算出。 特定の世帯には加算があります。 (母子加算等)
アパート等の家賃	住宅扶助	定められた範囲内で実費を支給
義務教育を受けるために 必要な学用品費	教育扶助	定められた基準額を支給
医療サービスの費用	医療扶助	費用は直接医療機関へ支払 (本人負担なし)
介護サービスの費用	介護扶助	費用は直接介護事業者へ支払 (本人負担なし)
出産費用	出産扶助	定められた範囲内で実費を支給
就労に必要な技能の取得等に かかる費用	生業扶助	定められた範囲内で実費を支給
葬祭費用	葬祭扶助	定められた範囲内で実費を支給

(引用) 厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatsuhogo
 (2017年1月9日アクセス)

最低限度の生活の保障

生活保護は経済的な理由で生活に困った人を支援する制度で

す。人によっては、この経済的に困った状態を「生きるか死ぬかの瀬戸際」と想像するかもしれない。しかし、生活保護が基盤とされているのは、日本国憲法第25条が定める「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」の保障です。生活保護は、「健康で文化的な生活水準を維持することができらるものでなければならぬ」(生活保護法第3条)のです。

このような最低限度の生活を営むために必要な費用のことを最低生活費といいます。預貯金や生活に利用していない不動産等などの資産などを活用しても、この最低生活費を満たすことができない場合、生活保護の対象となります。計一さんは、預

貯金も資産もほとんどありません。また、うつ病の治療中で労働能力を活用できる状態にないため、働いていないことを理由に生活保護の対象外となることはありません。

世帯単位

もう一点、重要なことがあります。それは、生活保護が世帯単位を原則にしているということです。生活保護では、一緒に生活をして生計を一にしている人たちを同一世帯として扱います(親族関係の有無は問いません)。この世帯に属する人たち全員の資産や収入等の合計額が、その世帯の最低生活費を下回った場合、世帯に属する人たち全

員が生活保護の対象となります。そして、世帯の最低生活費と世帯全員の資産や収入等の合計額の差額分が世帯に支給される仕組みとなっています。

扶養の優先

PSWの話聞きながら、組子さんは少し不安になってきました。福祉事務所から届いた書類のことを思い出したからです。組子さんは自分の生活に精一杯で、計一さんにお金を仕送りする余裕がありません。もし、組子さんが計一さんの扶養ができないために、計一さんの生活保護が認められなかったら大変です。

生活保護では、年金や手当などの社会保障制度の利用や、扶

養義務者（配偶者、直系血族、兄弟姉妹、家庭裁判所の審判を受けて扶養義務者となった三親等内の親族）からの経済的な支援が生活保護に優先して行われることになっていきます。そのため、計一さんが生活保護の申請を行った際に、扶養義務者である組子さんに計一さんの扶養が可能かどうかの問い合わせがあったのでしよう。

このような問い合わせ（扶養照会）の対象となるのは、配偶者、直系血族、兄弟姉妹、その他三親等内の親族のうち家庭裁判所で扶養義務を課される可能性が高い人（生活保護を希望している世帯から過去に扶養を受けた等）です（20年音信不通といっ

た明らかに扶養が期待できない場合やDVから逃げた等の場合は、扶養照会を行わないことになっていきます。扶養照会は、あくまでも、扶養が可能かどうかの確認に過ぎず、もし、組子さんが計一さんを扶養ができないと福祉事務所に返答したとしても、その影響で計一さんの生活保護が認められないということはありません。

退院後の生活費

次に組子さんが気になったのは、退院後の計一さんの生活費についてです。組子さんの目から見ても、計一さんは退院後すぐに働き始めることができると思えません。

これまで住んでいたアパートに戻って一人暮らしを継続することになったとしても、計一さん世帯（計一さんは「ひとり世帯」となります）がこれまで説明したような要件を満たしていれば、もちろん生活保護の対象となります。さらに、入院前に計一さんが住んでいたアパートの家賃についても6か月以内（場合によっては3か月の延長も可能）に退院できる見込みがあれば、住宅扶助（生活保護）として支給されます。

それでは実際に、退院後の計一さん世帯の最低生活費を計算してみましよう。生活保護の基準は、地域の物価差などの理由で、住んでいる場所によって地域差があります（これを級地制

(例) 48歳の計一さんが、東京都世田谷区で家賃53,000円のアパート、愛知県半田市で家賃36,000円のアパートでひとり暮らしをした場合の月額

●東京都世田谷区（1級地－1）

生活扶助基準生活費 80,160円

住宅扶助 家賃53,000円（53,700円を上限として実費支給）

合計 133,160円（11月～3月は冬期加算として2,580が加算）

●愛知県半田市（3級地－1）

生活扶助基準生活費 67,630円

住宅扶助 家賃36,000円（36,000円を上限として実費支給）

合計 103,630円（11月～3月は冬期加算として2,580が加算）

※1人世帯の場合、床面積が15㎡以下ならば住宅扶助の上限額は段階的に下がります。

※世帯員に障害がある場合は障害者加算の対象となります。

度といえます。計一さんが住んでいる場所が、東京都世田谷区（1級地－1）だった場合と愛知県半田市（3級地－1）だった場合について見ていきましょう（例参照）。

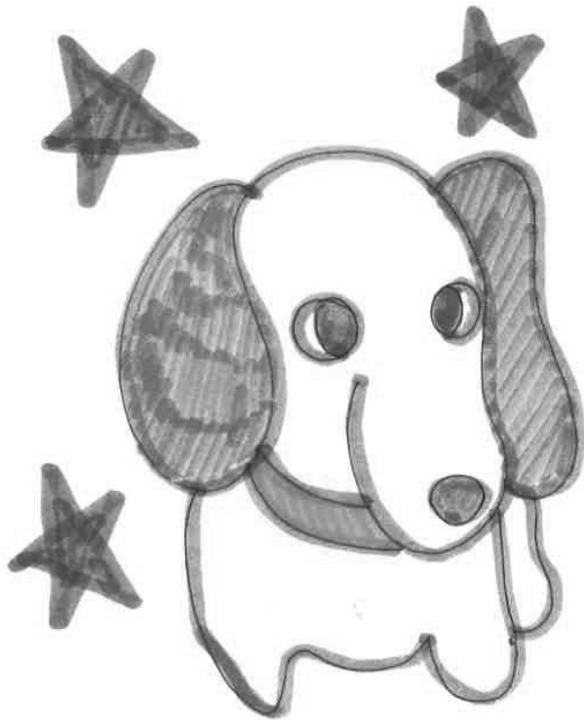
計一さんに就労、仕送り、年金等の収入がある場合、実際に支給されるのは、合計額から収入を引いた金額となります。また、医療サービスについては、福祉事務所への申請が必要となりますが、原

則、自己負担なしで利用することができます。

さいごに

経済的な問題で困ったら、市区町村の役所・役場に相談窓口があるということは皆さんもご存じかと思います。これに加えて、平成27年度より、福祉事務所設置自治体（都道府県、市（特別区）、一部の町村）に経済的な問題も含む生活全般の困りごとを相談する窓口が設置されました（生活困窮者自立支援制度）。ここでは、生活保護を考えるほど困っているわけではないときでも、無料で相談にのってもらえます。

（かざま ともこ）



◆群馬県 大井田和子 本人 (40代)

かしてくる一言のほうが、とても傷つきます。(笑) でもそんな家族が大好きです。私を一番理解してくれるのは、主治医の先生と、そして家族です。
現在は老人ホームの調理師補助として働いています。休職を

くり返しながら働いています。私は統合失調症は怖くありません。頭の良い人になるってききました。私は頭が良すぎるからなつてしまったんだなあ(笑)誇りと思える病気になつていくといいな。

◆福岡県 中井稔 家族(80代)

人を困らせる
言うことを聞かない
妄想幻覚で大声を出す
横着である

等々で我が子ながらハラが立つことは数知れず。

しかし好きこのんで統合失調症に生まれてきたのではない。
不運な子、不幸な子と思い、思い直している毎日である。
本当はかわいそうな子。

◆兵庫県 YURI・F 本人

FLOCK 編集者の YURI です。
先日は、相模原市障害者施設殺傷事件についてのみんなねつとの声明の転載をご許可くださつてありがとうございます。
FLOCK 通信の次の号で、私自身も事件に関して文章を書きました。

保健福祉促進研修会広島大会を開催しました。参加者は250名。

基調講演の演題は「当事者が自立するために何が必要か」〈医療・福祉。家族・地域の役割〉〈広島県障害者自立支援協議会会長・広島大学医学部医学科客員教授・メープルヒル病院理事長・院長でもある医学博士の石井知行先生にお願いしました。医療・介護。障害福祉が連携した精神障害者循環型地域移行支援モデル事業（仮称）の検討についてなど、とても内容の濃い新しいお話でした。

シンポジウムⅠのテーマは「障害者差別解消法をどういするか」〈精神障害者にとつての障害者差別解消法の意義〉〈コーディネーターとして広島大学大学院教授横藤田誠先生をお願いしました。参加された方の感想

をご紹介します。

“障害者差別解消法が身近なものだと強く感じられた。（50代家族）” “それぞれの立場シンポジストがそろっていて先生のとめ方もよく、よい内容だった。（60代一般）”

また、シンポジウムⅡでは、みんなねつとの副会長が司会、会長が回答者として出席、忌憚のない話し合いがされました。参加者の感想 “医療費無料化については広島県ではまだ実現していないが他県の報告には驚いた。医療を受ける、生活するうえで金銭面はとても重要な問題。みんなが住みよくなるよう、自分にもできることがあればと思つた。（20代精神保健福祉士）” 等々。参加された皆さんはそれぞれ明日への課題をもつて帰つてくださったと思えます。どうかこの思いが、家族会活性化へ、

絆を深めることへの一助になればと思つております。

もうひとつ、大会前日のことですが、広島県の単会のある会長さんが、みんなねつとの理事長、副理事長がおいでになるのなら是非ともお話がしたいと要望されましたので、そのことをお二人にお話し致しましたところ快く引き受けてくださり、前日の昼過ぎから、私たちも含めて皆さんと「みんなねつこのこと、そして広島県単会の実情など」について懇談いたしました。結果として、お互いがよく理解でき、仲間として親近感が持てたと感じました。改めてみんなねつと会長、副会長にお礼を申し上げます。お忙しいにもかかわらずお時間をつくってくださいありがとうございます。深く感謝いたしております。

■「高齢者は75歳から」という報道がされたとき、思わず、「なーんだ。やっ」と高齢者（65歳）になったのに……とは、思わなかったけれど、「准高齢者なの？……」と、やや拍子抜けの感があった。

もっとも、これは単に学会が発表した定義なので、すぐに何かが変わるというものではない。もしこれが、公共施設や映画館の入場料などのシルバー割引に影響するならまだしも、「まあ、どうってことはないか」と思っただけなら、果たしてそうか？ と考え込んでしまった。

私が20代だったころ、65歳以上の老人医療費（当時は老人と言っていた）の自己負担分が無料にな

った。これは、東京都などの先進自治体の先例に押され、国もそうせざるを得なくなったことによる。

だから私も、高齢者になれば、バス料金の無料パスがもらえ、医療費も無料になるんだと信じていた。が、現実は見事に裏切られた。医療費の負担はもちろん、約束されていた年金も削られ、踏んだり蹴つたりのありさまだ。

かつて国は、「老人医療費の無料化は）枯れ木（老人）に水をやるようなもの」と言ったというが、今回の定義は、まさにその水（福祉）を減らすための国の謀略ではないかと考えてしまうのは、私だけだろうか。（谷）

【「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 119 号 (2017年 3月号) 定価 300 円

発行日	2017年3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

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

●「月刊みんなねっと」これまでの特集の紹介●

■ 2014年■

- 11月号：メンバーとスタッフが協働して運営するクラブハウス
- 12月号：「あなた病気の人、私治す人から「私も家族の一人です」となって見えてきたこと

■ 2015年■

- 1月号：身体・知的障がい者と同等の交通運賃割引制度の実現を求めて
- 2月号：精神障がい者同士で結婚して11年目のわたしたち
- 3月号：精神障がい者の地域移行と地域生活を考える
- 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：全料が無料になる医療費助成—地域家族会のとりのくみ
- 10月号：精神障がい・精神保健の正しい教育—世界の教科書比較（山田浩雅）
- 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）
- 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）
- 7月号：みんなねっと「政策委員会」の取り組み④（野村忠良）
- 8月号：みんなねっと「政策委員会」の取り組み⑤（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のとりのくみ（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のくみ（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④（渡邊博幸）

●「月刊みんなねっと」のバックナンバーのお申し込み方法●

「300円×冊数＋送料80円」の金額を巻末の振込用紙にてお振り込みください。「通信欄」には、ご希望の号を記入してください。郵便局に備え付けの振込用紙の場合、「00130-0-338317 みんなねっと」宛てにお振り込みください（この場合、振込手数料は自己負担願います）。

FAXでの申し込みもお受けします（FAX番号 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、相談できること



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>