

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!!

2
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）

■精神科医療の現状と改革の歴史（氏家慶章）連載第11回「日本に精神医療改革の展望はあるか」

■知る「こぼれ生草」(風間照子) 連載14回

手当（経済的支援特集⑧）

月刊みんなねっと～毎月こんな内容をお届けします～

知っておきたい精神保健福祉の動き／特集／(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■

- 10月号：高齢化する精神障がい者にどんな支援が必要か
- 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)
- 11月号：日本でも本人と家族と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①(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②(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のとりくみ(宮崎富夫・倉知延章)
- 12月号：家族が求めている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)

●「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)

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

【連載第11回】日本に精神医療改革の展望はあるか(氏家憲章) 18

私と家族の手記「病気の子と共に」(幸いを願う親) 22

街の診療所からのお便り【連載 117】(増本茂樹)

…自分の意思で生きて行くのが精神科治療の目標なのですが… 24

知ることは生きること

(連載 14回) 手当《経済的支援特集⑧》(風間朋子) 28

真澄こと葉のつれづれ日記(第71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

■ 社会保障審議会障害者部会 (第82回)

平成28年11月11日に開催され、「障害者福祉計画及び障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて」を議事として審議されました。

この中で、次の成果目標についても触られています。

- ① 施設入所者の地域生活への移行
- ② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ③ 障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据えた地域生活支援拠点等の整備

- ④ 福祉施設から一般就労への移行等
- ⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

とりわけ、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築が掲げられ主なポイントとして2点示されました。

- ① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、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を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する。
- ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することに

よって、地域生活への移行が可能であることから、2020年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進める。

そして、「長期入院精神障害者のうち一定数は、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って、地域生活への移行が可能であることから、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を障害福祉計画に明確に記載する。」とされています。つまり、保健・医療・福祉関係者による協議の場と長期入院者の病床数や入院患者の退院率を設定するという

ことです。

本條理事長は、成果目標③について次の意見を述べました。

「③の高齢化については、施設だけではなく、障害者の方は高齢化が進んでいます。それについて高齢化の実態はデータとして上がっているわけですが、例えば障害者の方はどういう生活がしたいのか。特に就労など意向調査のデータはあるのでしょうか。」

内閣府の高齢者が何歳まで働きたいかというデータによりみると、驚くべきことに働けるならばいつまでも働きたい、あるいは76歳以上になっても働きたいという方が、3分の2以上を占めています。障害者の方、あるいは高齢者の方、健常者とい

いますか支援する人から見ても、もう働くという意向が余りないのではないかとと思われる人は、結構社会参加したい、就労したいというご意向があるのではないかと思っています。もしデータがあれば教えていただきたいと思いますし、なければそういう意向調査をすべきではないかと思えます。」

(文・小幡)

■障害者政策委員会(第31回)

12月12日、中央合同庁舎8号館において、表記委員会が開催され、以下の内容が検討されました。先ず和田審議官から、①平成28年度「障害者週間」の結果②障害者差別解消地域協議会の設置状況③成年後見制度④今

後の審議の進め方の説明がありました。①に関連しては、テレビで放映されたという、横浜にある重度障害者施設へ和田審議官が訪問した際の様子が紹介されました。そこでの支援内容と作業に参加できる喜びを体一杯表現している姿が印象に残りました。

文部科学省、厚生労働省、国土交通省からも資料について説明があり、今後の予定が述べられました。

その後、各団体から出された回答書に沿って、次期政策立案のための意見交換が行われ、補足説明と他の方の発言に関連する意見が求められました。

みんなねっとからは、①生活支援②保健・医療③教育、文化

活動・スポーツ分野での問題点とその改善策をまとめて提出しています。

身体障害者から成年後見制度に関して、本人の意思が尊重されず反対との発言があり、それに関連して、本人の意思を尊重することは大事であるが、孤立無援の中で家族が治療につなげる場合は強制的にならざるを得ないことと、家族への適切な支援が必要と意見しました。

次期障害者施策を見据えながら、今後の障害者施策の課題について、10～12月にかけて各委員にさらなる意見が求められ、それを整理した「総括的見解」の骨子が作成される予定です。権利条約の実施を監視すること、権利条約の思想に近づける

事も政策委員会の役目とのこと。みんなねつとの政策委員会でしっかり家族会の見解をまとめて、更なる提言をしたいと思っています。
(文・飯塚壽美)

知っておきたい情報

■自立支援医療の経過的特例に係る支給認定の取扱いについて

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害居保健課は、昨年12月22日に各都道府県・指定都市・中核市宛てに事務連絡を行なっておりますので、その内容を転載提供いたします。

「障害者総合支援法施行令附則第12条及び第13条に基づき、自立支援医療の支給認定に係る政令で定める基準及び負担上限

月額 of 経過的特例については、平成30年3月31日までとなっておりるところです。この経過的特例の平成30年4月1日以降の取扱いについては、平成29年末頃までに決定されることとなりますが、平成29年度の支給認定に関して、経過的特例の対象となる方が平成30年4月1日以降も、自立支援医療を受けることが必要と判断される場合は、下記のとおり取り扱うようお願いいたします。各都道府県におかれましては、管内市町村に対して当該事務連絡の内容を周知いただくようお願いいたします。

1. 障害者総合支援法施行令附則第12条関係一定所得以上の高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）について、施行令附

則第12条に基づく経過的特例の期限が到来した場合は自立支援医療の対象外となることから、最長でも、平成30年3月31日を有効期間の終期とすることが原則となります。ただし、これまでの経過的特例の取扱いの経緯を踏まえ、各自治体において、受給者証の有効期間欄に『経過的特例が延長された場合は平成〇年〇月〇日までとする。』等の記載を行うことにより、仮に平成30年4月1日以降も経過的特例が延長された場合の支給認定手続きを不要とする対応を行うことは差し支えありません。なお、このような取扱いをする場合は、受給者に対して丁寧に説明を行うとともに、指定自立支援医療機関において自己負担額

の徴収等に誤りが生じることがないよう、経過的特例の取扱いについての周知をお願いします。

2. 障害者総合支援法施行令附則第13条関係一定所得以上の高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）及び育成医療の中間所得層（高額治療継続者を除く。）について、施行令附則第13条に基づく経過的特例の期限が到来した場合は、負担上限月額に変更が生じることとなるため、平成30年4月1日以降の負担上限月額の変更認定が必要となることに留意願います。」（文・小幡）

■内閣府ユニバーサルデザイン2020関係府省等連絡会議

この会議は、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、ユニバーサルデザイン化・心のバリアフリーを推進し、大会以降のレガシーとして残していくための施策を実行するために開催されてきました。

みんなねつとは、昨年3月から「心のバリアフリー」と「街づくり」の二つの分科会に参加し、ユニバーサルデザイン2020素案をまとめてきました。とりわけ心のバリアフリー教育は重要事項です。今後、この案がパブリックコメントの期間に入ります。みなさんも、ここでまとめられている政策を実行性あるものにしていくために、共生社会の実現に向けた視点からパブリックコメントを寄せて頂きたいと思います。

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

千葉大学医学研究院特任教授 渡邊博幸

今月号と来月号の特集は、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に分けてお届けします。



みんなねっと三重大会で記念講演を務めた渡邊博幸先生

今日の話は大きく三つに分かれます。最初はなぜ今精神科のアウトリーチが大事なのかという総論的な話です。一番目は、私が千葉の旭中央病院で取り組んだ精神科病棟のダウンサイズの話です。縮小してアウトリーチに支援を移していくという経験^がを話します。最後に現在、学^が而会^じ木村病院という民間病院で取り組んでいる精神科単科の病院で行うアウトリーチへの移

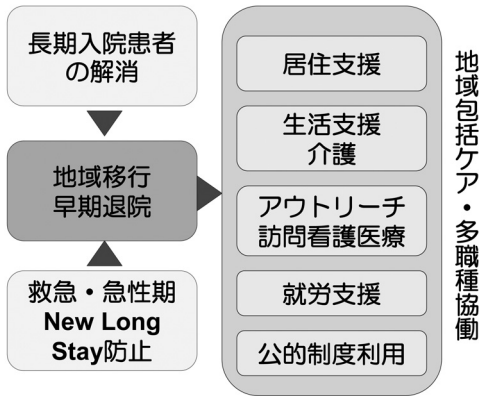
行、仕組みの工夫をどのようにしているのかということを紹介させていただきます。

1. アウトリーチとは

◆退院促進

今、精神科の1年以上の長期在院患者は、約18万人ぐらいい減っていると考えられています。そのうち、毎年1年間で退院する方が約5万人います。そうすると、4年間で長期入院患

どのように退院促進を図るか？



者はいなくなるはずですが、新たに1年以上の入院患者が同じ数の5万人入ってくるので、長期の入院患者はなかなか劇的には減らないという状態です。

これに対して、平成26年4月の精神保健福祉法の改訂で医療保護入院体制の見直しがなされました。基本的に新たに入院する医療保護入院の方は、1年以上に退院させるよう義務付けられ、退院促進のための体制を病院の管理者が整備することになりました。

それから、長期の入院患者の方は、自宅を失くしていたり身内の関係も途絶えていたりして、病院が住所になっていたりもします。そういう方たちを退院支援するのは大変時間がかかるし、人手もいります。新たな長期入院の方を作らないためにも、そして、すでに長期化している方を、いろいろなサポート

を加えて、地域に移し定着していくことについても、両方の中核にあるのがアウトリーチの仕組みです。

退院促進には二つの面があります。長期入院の方の解消と、新たな長期入院の方を作らないということ、その二つの目的を達成するためには、地域移行・早期退院をする、そういう仕組みを作らなければならない。それがアウトリーチです。

そのアウトリーチに付随して、安全に安心して長期に住める住まいを確保することや、日常生活を手伝う仕組みや、就労支援、できる限りの公的制度を利用すること、こういった包括的なケアをして初めてアウト

リーチとしてうまく機能していることになるのだと思います。

◆包括的な支援

これから、千葉の精神科病床のある総合病院（旭中央病院）からのアウトリーチについて話をします。この地域で包括的に当事者・家族の方を支える仕組みというの、もちろん病院からのものだけではありません。特にアウトリーチに関しては、診療所や訪問看護ステーション、NPO法人が行っているところもありますし、現在様々な形態で行われています。最近では、株式会社が母体となって全国展開している訪問看護ステーションもあります。

有名な先生からは、「精神科病院からのアウトリーチは本当の意味でのアウトリーチじゃない」とお叱りを受けることもあります。

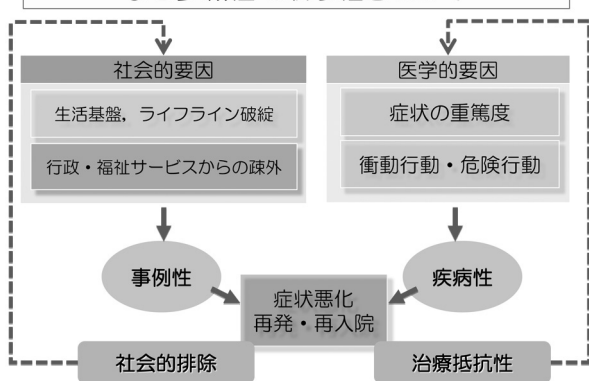
確かにそういう面もあるかもしれないと思います、学ぶべきところを学んでいきたいと自身は考えています。それぞれの得意、不得意の分野、カバーできる、できない分野もあると思いますので、複数のサービスを選択できるほうがいいのです。いろいろなサービスをその時々で選べるということが、やはり豊かなことではないかと思えます。どれが正しいとかどれがいいとかというよりも、複数のサービスを、ユーザーサイドが選択できるようなもの

に、もっとしていく必要があると考えています。

◆多職種チーム

次に、なぜ多職種で取り組むのかということですが、アウトリーチは、訪問看護、看護師だけ、あるいはワーカーだけ、あるいは保健師だけではなくて、たくさん職種で取り組む必要があるものです。なぜならば、現在アウトリーチを一番必要としている方々、精神科ユーザーの方々は、いろいろな困難を抱えておられます。複合的な困難を抱えておられる。社会的要因と医学的要因と大きく2つありますが、社会的要因としては、生活基盤、ライフラインが破綻

なぜ多職種で取り組むのか？



していることが多いのです。
家がなくなったり、入口もど
こかわからないくらい草ぼうぼう
やガスも通っていません。

ます。家の中から竹が生えてい
る家に支援に行って、竹取りか
らやったこともありました。

それから、ご家族との仲がと
ても悪くなってしまっているこ
ともあります。例えば、20代
の時に、ご家族に対しての、病状
からくる暴力があつて、そのこ
とで精神科に入院して30年、40
年と経ってしまった。そうしま
すと、ご家族、特に親御さんは
大変ご高齢になっていて、その
20代の時に受けた苦しいやり取
りが記憶から全然拭えなくて、
ご本人の声を聞いただけで震え
が出てしまうのです。涙ながら
に、「なんで退院させるんです
か。あれだけ苦労して、ようやく
『一生面倒見ます』と言われ

たから、安心して入院させてい
たのに」という声を、もう何十
人ものご家族から伺いました。

このように、生活基盤やライ
フラインが破綻していることが
一つ、大きな問題です。それか
ら、行政・福祉サービスからも
疎外されてしまっています。例
えば、保健師が、ご本人が一人
暮らしをしているところに訪問
に行つても、寄せ付けない。そ
うすると疎遠になっていきま
す。社会援護課の方が、引っぱ
り出そうとしていろいろ声をか
けても、本人が拒否してしまつ
その場からいなくなってしまう
こともあつて、こういったサー
ビスにもつながらなくなつてし
まうのです。

それからもう一つ、医学的要因として、症状が薬だけではなかなかコントロールできない状態になっていく。薬を一生懸命飲んでいますが、幻聴や妄想が取り切れなくて、時々幻聴に作用されて動いてしまう。その中で衝動的な行動をしたり、危険な行動をして、ご本人がそれを望んでいるわけではないのに、そこに通りかかった人をボカッと殴ったり暴力行動に出て、警察に介入されるというパターンです。こういった大きな困難を抱えているために再発、再入院になり、ますます社会から遠ざかってしまう。かつ治療抵抗性の状態が繰り返されていきます。

このような複合的な困難を抱

えている当事者の方を、精神科医だけが薬の力で、医療の力だけで支えることは難しいです。そして医者は大概、世間知らずなことが多いです。いろいろな生活場面では、スキルが低かったりします。やはりスキルが高いのは、ソーシャルワーカーの方です。例えば、近隣のスーパーは何か安いとか、魚が安いところ、野菜が安いところや、どこか、医者は何曜日の特売日とか、医者はほとんど知りません。そういうことに詳しいPSWの方がいます。わたしも一人暮らしをした時、その方のいろいろなアナウンスで大変助かりました。それから、電気器具が壊れた時に、ささっと直せるような

看護師がいます。車の運転がうまい人や、そういった、医療だけじゃないところでの生活のスキルを持つていたり、あるいは医師だけではわからないようなネットワークを知っていたり、行政の方とも顔が繋がっていたり、そういう多職種の力を入れないと、在宅の支援やアウトリーチ支援は完成できません。当然、医療的なモデルの考え方と生活者モデルの考え方で、信念の対立が起きることがあります。そういう時こそ、医者がノココ出て行って、まあまあ一緒にやりましょう、という役割をするほうが、医者が前面に出るよりはいいことがあるのではないか、というのが私の実感で

アウトリーチとは？

- ❖ アウトリーチとは、
 - ▶ 支援を必要としているのに
 - ① 自ら求めることができない人
 - ② 求めようとしない人
 - ③ 求めても既存の支援システムには届かない人に、その人たちの生活の場に出向いて支援や助言を提供すること

アウトリーチの対象となる人達

- ❖ 対象となる人達
 - ▶ 精神症状のために生活に支障を来している
 - ▶ 外出が困難になり引きこもり状態に陥っている
 - ▶ 症状コントロールがうまくいかず不意な入院を繰り返している
 - ▶ 自ら医療・福祉・行政サービスを受けることができない（拒絶・情報不足・環境不備・貧困）

アウトリーチの共通理念

- ① サービスを受ける人のニーズに基づく
- ② サービスを受ける人の生活の場で実施する
- ③ サービス提供側、受ける側に対等な双方向性交流がある
- ④ サービスを受ける人の力を信頼し、最初はその力を引き出す役割をするが、最終的には相手の自覚性や自立を支える
- ⑤ 異なる専門領域との情報開示・共有・協働による相乗効果を活用し、包括的なサービスを提供する

います。ただ最近では、特に都市部では、積極的に、自分がこういうことをしたいので手伝ってほしいという場合があり、例えば、学校に不安で行けなくなつた方が、学校に戻るための準備をしたかったので、付き添って学校の正門まで入って行くとか、次は教室まで入って行くとか、目的がすっかりした支援を、当事者の方が手を挙げてやってほしいと依頼するケースも出てきているといえます。少しアウトリーチの範囲が広がってきているかと思えます。

対象となる方たちというのは精神症状のために生活に支障を来している方、外出が困難になり引きこもり状態に陥つて

す。精神科アウトリーチは多職種で取り組むことを非常に大事に考えているのです。

◆アウトリーチの対象者

アウトリーチとはなにか、というところをおさらいしますと、

支援を必要としているのに自ら求めることができない方・求めようとしていない方・既存の支援システムには届かない方に、その方たちの生活の場に出向いて支援や助言を提供するというのが定義の一つになって

る方、症状のコントロールがうまくいかなくて不本意な入院を繰り返してしまう方、自ら様々なサービスを受けることができないうところに病院、診療所、独立の訪問看護ステーション、企業のアウトリーチの方たちが手伝いに入っています。

◆アウトリーチの共通理念

アウトリーチの共通理念というのがあります。サービスを受ける方のニーズに基づき、勝手に押しかけてできないというのがあります。強制的な訪問は、検討しなければいけない場面もあります。医療で行う、特に医療機関が行うアウトリー

チは、サービスを受ける方が来てほしいと依頼しないと入ることができません。

そしてサービスを受ける方の生活の場で実施するという事です。今の制度ですと、ご自宅に行かないと診療報酬が算定できません。本当は就労する方だったら、職場に行つてそこで直接支援できると思います。が、今のところはご自宅に向くことが原則になっています。それから双方向性の交流がある。これはサービスを提供する側、受ける側でいろいろ相談しながらサービスの内容を決めていく、あるいはその評価を検討していくということです。そして四番目が大事です。

サービスを受ける方の元々持っている復元力、粘り強さやしなやかさを信頼して、最初はその力を引き出す役割をしますが、最終的にはサービスを提供する相手の自発性や自立を少し後ろに回って支えるということなんです。ですから、サービスを受けていて慣れてくるととても便利ですが、ずっとそのパターンでいくと、ご本人が自主的に社会生活を切り拓いていく力が、むしろ弱まってしまふことを危惧して、少しずつサービスを引いていきます。これをステップダウンと言いますが、難しいですがとても大事と考えられています。これは認知行動療法のスタンスと全く同じです。それから、

多職種アウトリーチの役わり



異なる専門領域との協働を行う
相乗効果を活用しましょう。そ
して包括的なサービスを提供す
ることが大切です。

◆訪問時の家族への配慮

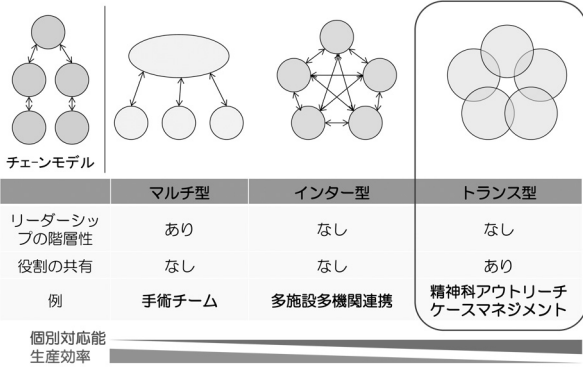
アウトリーチには、ご家族の
方への配慮がどうしても必要で
す。どこかとその家の中に踏
み込み過ぎないということも大
切です。例えば、病院の名前
が入った訪問車がありますが、
「その訪問車では来ないでくだ
さい」と言われることもありま
す。当然です。その地域の中で、
どんな思いをしながら生活をし
ているのか、他のご近隣との付
き合いをされているのか、そこ
に細心の配慮を払わなければな
りません。その中で、病院の名
前が入った訪問自動車が入って
行ったら、どのように思うで
しょうか。私たちにはそういう
ところにも配慮する必要がある

ます。それから、白衣を着て行
くことはとんでもないことで
す。だからといってジャージで
行っているのかというと、難し
い問題ですが、そういう服装に
も気をつける必要があります。

◆近隣住民との関係

地域に対しては、様々な連携
先を考えています。近隣住民の
方に直接入ってもらうことはほ
んどありませんが、ご家族や
ご本人が望んだ場合は、そうい
う調整をすることもあります。
特にご本人にとって仲のいい近
隣の方がいる場合は、入っても
らうこともあります。これは最
近非常に大きな関心を集めてい
ますが、ご本人の調子が悪い時

精神科アウトリーチはトランス型多職種モデル



菊地 和則：社会福祉学, 39；273-290, 1999. より作成

に家に出向いて、ご家族やご本人のお友だちなども含めてじっくり話をし、それで急性期を乗り切るやり方というのが、今

いろいろと考え出されていて話題になっていきますので、そういうところにつながる話だと思いません。

◆多職種の3モデル

それでは精神科のアウトリーチとは、どんな多職種モデルでやったらいいのかということですが、医療における多職種モデルには三つあります。マルチ型・インター型・トランス型です。

多職種モデルの原型は、元々のタイプはマルチ型です。これは、リーダーシップの上下があります。大概、優れた能力を持つている人がなりますが、医療においては、手術チームなどがこの例です。腕のいい外科の

先生が、自分の能力・技術が100%発揮できるように、麻醉の先生や、器械出しと言う手術具を出す看護師、専門の看護師などとチームを組んで、難しい手術をこなすというのがイメージです。

けれども精神科の場合は先ほどもお話ししたように、当事者の方の抱えておられる複合的な困難は、医療や治療だけでクリアできるものではありません。それ以外の生活場面での困難などが大きいので、医者が上に立つて威張って命令をするような仕組みではうまくいきません。それで、インター型やトランス型というモデルで行われているのが現状です。両方ともリーダー

シッフの上下関係はありません。様々な職種、あるいはピアスタッフの方も入ることがありますが、それぞれの専門性や役割はもちろんあるし、尊重してお互い協力していきます。誰が一番偉いとか偉くないということとはありません。しいて言えば、当事者の方が一番信頼のおけるスタッフですが、当事者の方の気持ちを代弁して、このチームの方向付けをしていくリーダーになることはあります。それは精神保健福祉士がなることもあるし、作業療法士がなることもあるし、場合によってはもちろん精神科医がなることもありませんが、当事者の方たちとの相談で決めていくことが多いです。

◆インター型の多職種

インター型とトランス型の違いですが、インター型は役割、仕事の共有がありません。医療は、資格独占と言って、看護師の業務、医師の業務、薬剤師の業務、とそれぞれ決まっています。例えば、そのチームに行政の方が入ったからといって、医師の業務を行政の方や保健師がやることはできません。そういうところがあるので、行政の方がチームに入る場合には、インター型で行われることが多いです。つまり多施設・多機関連携では、この形で行われることが多いのです。

◆トランス型の多職種

一病院内の多職種チームの場合は、例えば精神科のアウトリーチチームや、入院中から行うケースマネージメントのチームというのも今考えられています。ですが、その場合はトランス型という、少し仕事が重なるチームモデルをとっています。これが個別対応には大変いいのですが、とても時間がかかります。ですから、全部の当事者の方にこのチーム構成を組むのは、現状ではかなり不可能ですが、アウトリーチはトランス型で行ったほうがいいと言われています。トランス型モデルの特徴として、このようなことがあります。当事者とご家族、ご家族も

トランス型多職種モデルの特徴

トランス型

精神科アウトリーチ
ケースマネジメント

利点	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 個別的・包括的・相互補完的支援が可能 ❖ 迅速・柔軟な対応が可能 ❖ 一貫性のある支援提供 ❖ 他職種からの視点 ❖ リスク対応力が高い
欠点	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 個々のメンバーの専門職としての技量が必要 ❖ チーム当たりのケースロード ❖ 定期ミーティング時間の確保 ❖ 報酬算定できない業務も多い ❖ 新たな抱え込みのおそれ ❖ メンバー間の信頼関係が必須

精神科ユーザーですが、人に騙されて、借金をつくってしまいました。今、その借金を少し棒引きできる制度があったりしま

す。それをどうするかということとをみんなで検討するのです。それは、誰の仕事でもないような感じがします。医療者の仕事なのかと言われると疑問に思いますが、誰の仕事でもないようなところに困難が潜んでいますので、そこについてはみなで協力するというやり方を取ります。また、部屋がちらかっていつて布団を敷く場所がないという時には、みなで大掃除に行つてきれいにして、ご本人に「魔除けの札を貼ってください」と言われれば神社で魔除けの札を買ってきて貼ります。それも医療者の仕事なのかどうか、特に魔除けの札を貼っていいのかどうかということは疑問に思

ますが、ご本人が安心して住めればいいのです。魔除けの札を貼ってくれたということとちゃんと病院に通ってくればいいのです。あまりそういうことにはこだわりません。それで、医者だけですと「これでいいのだろうか」と思うのですが、他のスタッフから「先生、やりましよう」と言われて「それじゃ、いいことにするか」となります。そういうよさがあります。

欠点としては、報酬算定できないとか、定期ミーティングの時間がとてもかかるなどがあげられますが、メンバー間に信頼関係がないと一緒にやるのが難しいので、いかにスタッフ間の信頼関係を維持できるように

するのかもしれないことが、リーダーの役割になります。

◆ACT

このようなトランス型のアウトリーチモデルを古くから行っているのがACT^{アクト}、包括型地域生活支援プログラムという方法です。重い精神障害をもつ方に、より自立的で質の高い訪問を提供するというものです。これはトランス型の多職種チームで行うと言われていました。ACTは24時間365日対応をすること、が義務付けられています。現在このACTを実施している施設は全国で20施設で、少し増えましたがまだそのぐらいです。

◆IPS

もう一つのアウトリーチの大きな目玉は、個別就労支援プログラム（IPS）です。これは、アメリカで1990年代前半に開発されました。保護的な就労ではなくて、一般就労の率を非常に向上させたということで、この実績をもって、米国の様々な精神疾患の方に対しての心理・社会的プログラムとして推奨されています。このIPSの特徴は、もちろんアウトリーチで職場に出かけていくことですが、職場開拓も含まれていますが、ご本人が仕事をしたい場所を探ってきて、その場所と連携をつけて職場を開拓する手伝いをします。それから、その職場

に実際に出向いてジョブコーチをします。こういう、アウトリーチ型の就労支援です。

私が旭中央病院にいてアウトリーチシステムを手伝っていた時には、まだこのジョブコーチまでには至らなかったのですが、現在勤めている学而会木村病院では、デイケアのスタッフの働き方を少し変えて、このジョブコーチ、職場開拓をするアウトリーチチームを作りました。そして、早速二つの大手の会社と連携を結ぶことになりました。今度、契約を結ぶ予定になっています。

（わたなべひろゆき）
次号へつづく

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》第11回 日本に精神医療改革の展望はあるか

この間の連載で、わが国の精神医療政策は、今日の時代に対応できず賞味期限が切れていることがお分かりいただけたと思います。この状況を打開するためには、精神医療政策を今日の時代に対応できるように改革が不可欠です。

(一) 機は熟しつつも

日本と他の先進諸国の精神医

療との間には、現状の放置が許されない格差があります。日本を除く先進諸国では、“入院医療中心”から“地域生活中心”へ転換し、たとえ入院になっても平均在院日数は18日で1か月以内の入院です。精神の病気や障害があっても、地域で医療支援と生活支援によって、社会生活が普通におくれます。

一方わが国の現状は、平均在院日数は281日(2014年)で、

在院患者の20万人は1年以上、11万人は5年以上、約7万人は10年以上、3万4千人は20年以上異常な長期入院です。しかも精神科特例と精神科差別があるため“安かろう・悪かろう”の入院医療”です。

在院患者の“14人に1人”が毎日隔離(保護室)か身体拘束、3分の2の人たちが自由に病棟の外に出られない閉鎖病棟です。他の先進諸国で当たり前(常識)になっている地域生活を進める体制構築は全く進んでいません。

しかも精神疾患・こころの健康問題が国の最優先課題になっていますが、対応する精神医療は役割を果たせていません。こ

の状況で明らかですが、精神医療改革の機は熟しています。

(2) 改革を進める二つの道

政策や制度は、一度構築したら半永久的に続くことはあり得ません。社会の変化に対応し改革することによって政策や制度は、社会に貢献し、存続が可能となります。特に日進月歩の医療は、適時見直しが必要不可欠です。改革の進み方は二通りあります。

①先取りし改革を積極的に進める

一つは情勢の変化を把握し、先取りして改革を進める道で

す。日本を除く先進諸国は、連載第3回「精神医療政策を見直した先進諸国」で明らかですが、1960年代からの抗精神病薬の本格使用によって、それまでの「精神科病院への入院中心」から「地域生活中心」へ精神医療が可能になった変化と、精神科病院への入院中心の隔離・収容（施設収容）の精神医療政策を反省し、隔離・収容の精神医療から地域精神医療へ政策転換を行いました。

②政策が破綻し追い込まれる改革

もう一つは、政策・制度の破綻によって、改革に追い込まれる道です。

連載第7回「病院存亡の危機を迎えた精神科病院」で明らかに、わが国では、隔離・収容の精神医療政策の「要」の役割を担っている精神科病院は、経営が行き詰まり一部の病院では崩壊が始まっています。この事態は、精神科病院への入院中心の隔離・収容の精神医療政策の破綻でもあります。そのためわが国も隔離・収容政策の政策転換が避けられない事態に陥っています。

しかし追い込まれるの改革は、決して楽観はできません。

(3) 予想される3つのケース

わが国の精神医療政策は、行

き詰まり矛盾も激化しています。そのため新たな対応が必要になっていきます。今後予想される三つのケースを考えてみます。

①新たな在院患者を探す道

第1のケースは、在院患者の減少による経営危機を、新しい患者確保によって危機打開を図るケースです。その方策の一つは、精神科病院の病棟を改修し、グループホームなどの居住系施設に收容し、長期入院者を長期施設收容者に切り換える構想です。最近の代表例は「病棟転換型居住系施設」の構想です。

この構想は、2016年12月末現在実施「ゼロ」という状態にあり、破綻の運命です。

もう一つの方策は、認知症の人たちを精神科病院に大量に收容する構想です。すでにこの構想は、2015年1月に新オレンジプランで、認知症の人たちへの循環型支援など精神科病院への介入によって、精神科病院への本格的收容の道がひらかれました。この構想では、高まる精神科医療の社会的役割が果たせません。先進諸国の認知症施策や国内でも地域ケアで積極的に取り組んでいる方向と正反対です。そのため厳しい批判の声が高まり、いずれは破綻の運命です。

②精神科医療費削減の道

第2のケースは、精神科病院

の現状は、国が病床削減策を積極的に講じなくても、在院患者の自壊は避けられない事態に陥っています。精神疾患は全在院患者の24%を占めています。精神科医療費は国民医療費の5〜6%です。そのため今までは、精神科医療費は医療費削減の対象にはなりませんでしたが、しこれからは、社会保障費の一層の削減のため精神科医療費は、決して聖域ではなく削減の対象になっていきます。

残念ながらその事態はすでに始まっています。精神科入院医療費は、ピーク時比1173億円の減少、精神科医療費全体では780億円と大幅減少となつ

ています。一方精神障害者が地域で暮らすための精神障害者の福祉費は一向に増えていません。地域で、医療支援と生活支援体制の構築がないまま、精神病床だけを削減することは、先進諸国のように地域で、医療支援と生活支援で精神障害者を支援する地域精神医療の構築はできません。

③精神医療改革の道

第3のケースは、精神医療政策の“要”の役割を担ってきた精神科病院が、経営は行き詰まり破綻が始まっています。この事態は、戦後60数年間続けてきた精神科病院への入院中心の隔離・収容政策で精神科特例と精

神科差別を基本とする精神医療政策の破綻です。そのため現状を打開するためには、精神医療政策を今日の社会に適切に対応できる政策に切り換えることが必要です。

精神科病院は治療的役割に徹し、治療機関としての機能強化を図る。そして住む場所などの福祉的役割は、地域に移し福祉施設に任せることが必要です。「精神科特例」と「精神科差別」など差別的扱いを解消し、一般病院と同水準の医療体制にすることです。当たり前のことを普通に行なえる精神医療政策へ政策転換することです。この道こそ、当事者や家族そして国民の期待に応える唯一の道です。精

神医療の社会的役割を果たし、精神医療の新たな展望を切り拓く道でもあります。

今後の行方の“カギ”

上記のどの道に進むか、それを決する要因は、一つは精神医療の現状を憂い改革を望む人たちの取り組みがどう進むのかにあります。

もう一つは政治の動向です。政治が“個人の尊厳”を大切に
する政治に変われるか、です。
次回(3月号)は最終回です。
「改革の展望を示す新しい動き
が起きている」でみてみます。

(うじいえ のりあき)

病気の子と共に

(香川県) 幸いを願う親

娘は大変おとなしい、音楽の大好きな子どもでした。また本を読むのが大好きで、友人と多くかわることも少なかつたように思います。

小学校・中学校・高校・短期大学と進んで参りました。そして、短大を卒業して進路を決定するときに失敗しました。同時に父親がリストラにあい、家庭の雰囲気が大きく変わってしまい、娘の心が不安定になってしまいました。やがて娘は通院することになりました。



その後娘は、次のような経過をたどりました。

・22歳 外来通院(精神科)

・23歳 入院(精神科) 7か月

入院 退院後、保健所のすすめでデイケアに通うも3か月でやめる

・保健所のすすめで、現在のA家族会に入会する。

・A家族会に入り保健所主催の家族教室での勉強会

・病気に対する知識の獲得

・誰に相談し、どこへ行ったら

よいか理解

・社会資源の利用

・病院の利用、クリニックの利用



平成になって、地域から保健所が引くようになると、地域家族会の活動が活発になり、家族



会の勉強会に参加するようになり
ました。

ピアサポート研修会：第4回

目、2015年に受講します。

大学における家族会の勉強会
：2年目を受講しています。

また、各地区・家族会の研修

会にも参加しています。



かつて娘は、人がたくさんい
るところに出るのを大変きらい
ました。

社会福祉人Aの作業所ができ

た時も絶対に参加せず、
15年くらい行けませんでした。
した。

しかし今は、A事業所
に母親と同伴で週1回、
昼まで通所するようにな
り、2年前からは、一人
で週2回の通所ができる
ようになりました。

現在は、地域活動支援
センター、パソコン教室
(週1回)に通えるよう

なっています。



先日、自分からすすんで、体
験入所しようかということと言
い、一人で相談に行くようにな
りました。

家族会は、親が活動すると、
いつか子どもにも思いが流れ、
少しずつ活動が広がっていくと
思います。

会長から子どもさんを連れて
来なさいとうるさくなるほど言
われていましたが、やっとそれ
が実現することになりました。

私たちは、一足飛びにはでき
ませんが、一步一步で前進すれ
ば、勝利をかちとつていけると
信じています。

街の
診療所から
のお便り

…自分の意思で生きて行くのが
精神科治療の目標なのですが…



連載
117回

ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈薬を処方して〉

青いジャージの上下を着た30歳代の、ちよつと突っばってる風のお兄さん、Fさんが初診されています。受付で、安定剤と睡眠薬を出してくれるかどうか聞いています。大きな声で何回も聞くので、受付の職員も、「それはね、先生に聞いてください。私には分かりませんから」と少し大きな声になっています。

診察室では「先生、紹介状は持ってきたから薬を出してください」と言われます。都会の病院からの紹介状もありましたが、『うつ病で数年間通院している。薬は定期的に服薬している。この度貴地に転居するのでよろしくお願ひする』という内容です。薬については書いてありません。

〈いったい何病?〉

初診時には、これまでの生活歴と、今誰と暮らしていてどんな仕事をしているかを聞きます。そして、今困っていることと、精神科医に何を期待しているかを聞かなければいけません。その後、その困難について精神科医がどう考えたかを伝え、患者さんが納得すれば、どういう方向で努力して行くかを

話し合い、効く薬があればそれを提案する、という流れになるものです。

Fさんは健康保険証を持っておられまして、生活は「水商売一人暮らし」と言われるのみでした。都会で仕事を失い、知り合いを頼って郷里へ帰って来たということでした。

〈困ったこと〉

うつ病ということですが、今、どんなことに困っているの？

「薬がもうなくなっていて、困っている。薬を飲まんと、元気がなくなつて、やる気が出ん」と大きな声で言われます。

うつ病で元気が出ない人はもう少し声が小さくて、下を向い

ていたりするものだけど？

「薬が切れるとそうなるから、薬を取りに来たのよ」とちよつと強く言われます。そして、これまで飲んでいた薬の名前を書いた紙を出されます。

・セルシン（2）、デパス（0.5）、トリプタノール（10）各1錠を3食後

・ハルシオン（0・25）5錠、コントミン（12・5）1錠

を寝る前

・コントミン（12・5）、

セルシン（2）各1錠をイライラの時頓服

と書いてあります。

〈処方薬の依存症〉

セルシン（2）とデパス（0.5）

を1日に頓服を合わせて合計7錠は抗不安薬として大量です。いずれ減らさないといけません。でもハルシオン（0・25）5錠は絶対に多過ぎです。依存症になっているだけです。それに、健康保険でお金を出してくれません。

「保険がダメなら自費でもいいです」と強硬です。

Fさんが依存症になっているのなら、それは治さなければいけません。前の医者ハルシオンをこんな多量に処方した理由は分かりませんが、ここでは処方できません。減らして何とかできるように考えましょう。今の処方では昼間眠くてイライラする人もいますから、今日のと

ころはデパスとトリプタノールを昼間でなく、夜飲むことにしましょう。

〈減量したい〉

Fさんは渋谷、ハルシオンを2錠でやってみることにりましたが、効果をすぐ感じられるタイプの抗不安薬や睡眠薬は一度多量になってしまうと、減量が難しいのです。抗うつ薬の場合も、飲んでイライラしているのに、止めたがらない人もあります。でも、処方薬は医師が処方しなければ手に入りませんから、決められた最大量を越さないようにするのはできることなのです。

薬の依存症は止めにくいとよ



く言われますが、やりようはあります。例えば、ニコチン依存では、タバコは割りと早くに止められます。ある精神科病院の例ですが、以前は、入院患者さんたちからの『タバコの本数を増やしてくれ』という要求が多かったです。近年全館禁

煙になって、目の前からタバコが消えてしまったら、彼らは喫煙していたことを自然に忘れていました。

〈処方薬依存症〉

ところが、薬が手に入る状況では、例えば、睡眠薬を飲まないでやってみると、10分もすると反って目が冴えて「もう朝まで眠れない」という気になるようです。そのため、睡眠薬がなると眠れない、と自分で決めてしまう。そんな気持ちも依存になります。人間は一人では生きて行けないので何かに頼るものですが、「〇〇なしでは生きて行けない」とあまり考える場合は、依存が強過ぎる病気という

ことになります。Fさんはうつ病そのものではなく、医者にも原因がある処方薬依存症なのです。

〈病院への依存〉

精神病院への長期入院も、病気を治すためと言うよりも、病院への依存になっていている場合があります。Gさん（50代女性）は2年前に夫を自殺で亡くした後、自分も自殺しようとするため、ずっと閉鎖病棟へ入院しています。

彼女は夫を止められなかった自分を責め、「退院したら自殺する」と言い続けます。

私は、Gさんは過去の自分と夫や夫の家族との間であつたこ

とを思い返して決着を付けることができていないので、これからの人生を考えられないのだと思います。精神病院の閉鎖病棟も彼女にとって居心地が良い場所なのでしょう。Gさんの治療では、まず、勝手に自殺してしまった夫や彼女を責める夫の兄弟への怒りの感情を認め、怒りを自分に向けないようにすることが必要です。

〈自立が目標〉

重症の精神病では思い通りにならない現実を受け入れる能力が十分ではありませんから、本人や周囲がより良い人生を求め過ぎると、妄想や幻聴が悪化するようです。一時的に保護して

監督するのも必要です。Gさんは重症の精神病ではありませんが、新たな人生に立ち向かう勇気が持てず、自殺の考えを表明して、精神病棟に依存しています。こういう状況で、精神科治療の側が完全に自殺を予防しようと思えば、退院をさせることができなくなります。

クリニックの外來でも「先生の顔を見るとほっとした気分になる」と言う人があります。言われた精神科医は気持ちが良いのですが、これも依存の一種です。精神科医は、精神科医なしで生きて行ける方向で応援しなければいけません。

知ることは生きること

連載14回

手当（経済的支援特集⑧）

関西学院大学
人間福祉学部

風間朋子

これまで、精神障害者の経済的支援として、「扶養する親に対してや、親亡きあとの制度」（11月号）、「精神障害者保健福祉手帳」（12月号）、「障害年金」（1月号）などの制度やサービスについて解説してきました。今回はこれに引き続き、「手当」を取り上げます。

手当（社会手当）は、老齢年金のような事前の保険料納付も生活保護制度のような資産（土地、家屋、預貯金など）調査もなく、一定の要件を満たせば支給を受けることができる所得保障制度です。ただし、支給を受ける人等の所得に制限が設けられており、一定の所得以上の場

合は支給の対象にならなかったり、支給額が減額されたりすることがあります。

それでは、合川さん（仮名）ご家族を例に（次頁）手当の利用について考えてみましょう。

【児童扶養手当】

合川さんは、児童手当の受取人の変更のために市役所に向かいました。以前、児童手当の手続きを行った課の窓口で、先月に離婚したことを伝えると、職員さんは必要な手続きについて丁寧に説明してくれました。さらに、「児童扶養手当」というひとり親等を対象とした手当についても紹介してくれました。

児童扶養手当は児童手当と同

■(事例)合川さん家の場合

合川さん(46歳、女性)は、娘の衿子さん(17歳、通信制高校1年生、統合失調症、精神障害者保健福祉手帳2級)、息子の修くん(14歳、中学3年生)と3人暮らしです。

衿子さんは、高校進学後すぐに体調を崩し、1年生の2学期には学校に通えなくなりました。衿子さんの強い希望もあり、高校を退学することになりました。その後、衿子さんは統合失調症と診断され、精神障害者保健福祉手帳(2級)を取得しました。現在では、治療を続けながら通信制高校で高校卒業を目指しています。修くんは受験を控えた中学3年生です。第一志望の高校を目指して毎日勉強に励んでいます。衿子さんと修くんの父親とは先月、離婚することになりました。

離婚のこと、衿子さんの病気のこと、修くんの受験のこと、合川さんは何から手を付けていいのかわからないほど不安でいっぱいです。合川さんは誰かにこの不安な気持ちを分かってくれたい、以前、衿子さんが通院するクリニックで紹介された家族会に参加してみることになりました。家族会のメンバーは合川さんを受け入れ、温かく話を聞いてくれました。そのような経験を通して、合川さんは自分の生活を見つめ直す勇気がわいてきました。そうになると、まず、考えなければならぬのは、生活に必要なお金のことです。

合川さんは、すぐに修くんの児童手当を何とかしなければいけないことに気付きました。現在、修くんは月額1万円の児童手当の支給を受けていますが、修くんの父親(元夫)が手当の受取人となっていたからです。

様に子どもを養育する親などに支給される手当ですが、児童扶養手当の場合は、ひとり親で子どもを養育している人や、父母に代わって養育している人等に支給されます。児童手当と同じように児童扶養手当にも所得制限が設けられています。

また、児童手当の対象となるのは、中学校修了までの子どもを養育する親等ですが、児童扶養手当の対象となるのは18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある子どもや、中度以上の障害がある20歳未満の子ども等です。

職員さんは児童扶養手当の所得制限限度額表を示しながら、合川さんが支給の対象となるの

か確認してくれました。結果として、合川さんは所得制限により児童扶養手当の対象とならないことが分かりました。表で使われている言葉は馴染みのないもので、ひとりで確認することは難しかっただろうなあと思いました。

【児童扶養手当の支給額】

ちなみに、平成28年12月現在の支給額は下記のようになっています。児童扶養手当は、4月、8月、12月の年3回、支給月前の4ヶ月分がまとめて支給されます。児童扶養手当は児童手当とあわせて受け取ることができません。

児童扶養手当の支給額(平成28年12月現在)

子どもが1人	月額 42,330円
子どもが2人	月額 42,330円(1人目) + 10,000円(2人目) =52,330円
子どもが3人以上	月額 42,330円(1人目) + 10,000円(2人目) + 3人目以上1人につき 6,000円

【衿子さんと手当】

合川さんは、もしかしたら、障害のある子どもにも配慮した手当が他にもあるのではないかと考えました。そこで、職員さんに、自分の子どもが統合失調症

で精神障害者保健福祉手帳2級を持つていることを伝え、他に利用できる手当がないのか尋ねてみました。職員さんは、「特別児童扶養手当」という障害のある子どもに対応する手当があることを教えてくれました。似た名前の手当を次々に紹介されるので合川さんは少し混乱してしまいました。家に帰ったらもう一度、貰った資料を読み直す必要があります。

合川さんは特別児童扶養手当について詳しい説明を聞くため、障害福祉課の窓口以案内されました。それでは、みなさんも合川さんと一緒に障害福祉課の窓口で、障害児者に関わる手当の説明に耳を傾けてみましょう。

【特別児童扶養手当】

特別児童扶養手当とは、障害基礎年金1級、2級に相当する障害のある20歳未満の子どもを在宅で養育する父か母等に支給される手当です。支給には所得制限があります(表1)。前年度の所得が表1の額以上の場合、その年の8月から翌月7月まで手当の支給はありません。

【特別児童扶養手当の支給額】

支給額は、子どもの障害の程度により異なります。

1級(重度)月額 5万1500円
2級(中度)月額 3万4300円
毎年4月、8月、12月(又は

(表1) 特別児童扶養手当所得制限限度額表

扶養親族等の数	本人		配偶者及び扶養義務者	
	収入額	所得額	収入額	所得額
0	6,420,000	4,596,000	8,139,000	6,287,000
1	6,862,000	4,976,000	8,596,000	6,536,000
2	7,284,000	5,356,000	8,832,000	6,749,000
3	7,707,000	5,736,000	9,069,000	6,962,000
4	8,129,000	6,116,000	9,306,000	7,175,000
5	8,551,000	6,496,000	9,542,000	7,388,000

(単位:円、平成14年8月以降適用)

11月)の年3回、支給月の前月分までがまとめて支給されます。特別児童扶養手当は、児童手当、児童扶養手当とあわせて

受け取ることができません。

合川さんの前年度の所得は表1の額を下回っているので、衿子さんの障害が2級（中度）と認められれば、衿子さんが2歳になるまで月額3万4300円が支給されることになります。

【障害に関するその他の手当】

この他にも障害児者に関する手当として、「障害児福祉手当」と「特別障害者手当」があります。

障害児福祉手当は、日常生活において常時介護を必要とする20歳未満で在宅生活の人が対象となります。障害児福祉手当にも障害児本人、その配偶者、障害児本人の生計を維持している扶養義務者について所得制限が

あります（表2）。障害児福祉手当の対象となる障害の程度は特別児童扶養手当よりも重度です。手当の支給額は月額1万4600円（平成28年4月現在）です。

特別障害者手当は、日常生活に常時特別の介護を必要とする20歳以上で在宅生活の人が対象となります。障害児福祉手当と同様の所得制限があります（表2）。手当の支給額は2万6830円（平成28年4月現在）です。

【20歳以降の所得保障】

衿子さんの障害程度では、障害児福祉手当や特別障害者手当の対象とはならないかもしれま

（表2）障害児福祉手当・特別障害者手当所得制限限度額表

扶養親族等の数	本人		配偶者及び扶養義務者	
	収入額	所得額	収入額	所得額
0	5,180,000	3,604,000	8,139,000	6,287,000
1	5,656,000	3,984,000	8,596,000	6,536,000
2	6,132,000	4,364,000	8,832,000	6,749,000
3	6,604,000	4,744,000	9,069,000	6,962,000
4	7,027,000	5,124,000	9,306,000	7,175,000
5	7,449,000	5,504,000	9,542,000	7,388,000

（単位：円、平成14年8月以降適用）

せん。衿子さんの第一の目標は高校卒業で、卒業後のことはまだ具体的に考えていません。もしも、高校卒業後すぐに仕事を

始めることができなければ、合川さんが扶養を続けることになりません。合川さんは、自身にもしものことがあつたらと心配になりました。特別児童扶養手当の支給期間は、衿子さんが20歳になるまでなのです。

このことについて職員さんに質問してみると、衿子さんが障害基礎年金の支給対象となる可能性があることを教えられました。どうやら20歳前に初診日（衿子さんが精神的な不調ではじめて診察を受けた日）がある場合、20歳以降に障害基礎年金の支給を受けられる可能性があるらしいのです（詳しくは、連載の1月号で解説しています）。20歳までにはまだ少し時間があります。合川

さんは、特別児童扶養手当の請求のために書類を揃えることから始めることにしました。

【特別児童扶養手当の請求のために必要な書類】

特別児童扶養手当の請求や届出の窓口は住所地の市区町村です。合川さんは障害福祉課で受け取った認定請求書、障害の程度についての医師の診断書、障害児本人の戸籍謄本（または抄本）、世帯全体の住民票の写し、所得証明書などの書類を揃え、特別児童扶養手当の請求を行いました。請求が認められれば、請求した月の翌月分から支給が開始されることとなります。

【やぶく礼】

手当は所得保障制度のひとつですが、児童手当をのぞいて、みなさんにはあまり馴染みがないかもしれません。障害年金制度や生活保護制度と比べると支給される金額もさほど高くありません。また、所得制限限度額表も「控除」「扶養親族」「扶養義務者」など馴染みがない言葉が多く使われており、自分が対象となっているのかどうかも分かり難いです。しかし、所得制限と障害程度等の要件を満たしていれば、保険料納付や資産調査もなく利用できるという強みがあります。是非とも上手く活用したいものです。

（かごま ともし）

■はじめまして。十月にみんなねっと事務局に入りました松本と申します。私の母には昔から妄想があり、その為に普通の家庭とは違う育ち方をしてきたと思います。

つい最近まで病名を知らなかったものだから、こちらの業界とは全く無縁でした。

母が肉体的な病気になるのを機に病名がわかりました。そして私と同じように子どもの立場で大変な想いをして育ってきた人が沢山いることを知り、仲間と出会うこともできました。

大学の先生方のお誘いで、昨年からの仲間と子どもの立場の家族学習会をしています。

昨年の参加者が今年

担当者に加わり、今年の参加者からも協力者が生まれています。子どもの立場の悩みは親の立場の方の悩みとはかなり違います。

受けてきたダメージも大きく、大人になっても生きづらさをかかえています。

仲間が集って語り合うことで、過去に受けたダメージから少しずつ癒されます。仲間との語り合いの場は、年代を超えて共感し合える不思議な空間です。

子どもの立場の集まりは、まだ始まったばかりです。この貴重な癒しの空間が全国に広がり、孤立している子どもにも届くことを願っています。

(まつもと)

※先月号の編集後記の筆者に間違いがありました。筆者は(小幡)ではなく(飯塚)でしたので、お詫び申し上げます。

【「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 118 号 (2017年 2月号) 定価 300 円

発行日	2017年2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

2016

みんなねっとフォーラム

2017年3月3日(金)10:00～16:00 (受付9時30分～)

帝京平成大学 沖永記念ホールの地図



●事前申込締切●フォーラムへの参加は、事前にお申し込みください!!

2月14日締切

事前にお申し込みされる方は、下記の申込書に必要事項を記入し、FAX(03-3987-5466)または郵送でお申し込みください(当日参加も可能ですが、事前申込を優先します)。

*昼食は各自ご用意ください(大学内に昼食場所は用意しております)。周辺の飲食店もご利用いただけます。
*先着順のため定員に達した場合はお断りすることがあります。連絡先もご記入ください。

●事前参加申し込み票●

申込者氏名	
所 属	
連絡先	〒
	TEL (— —)

主催・問合せ先：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 / <http://www.seishinhoken.jp>

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

みんなねっとフォーラム2016

家族それぞれの自立をめざして ～親あるうちに～

- 日 時：2017年3月3日(金)10:00～16:00
- 会 場：帝京平成大学 冲永記念ホール(東京・池袋)
- 参加費：無料(事前申込が必要です。詳しくは本誌の裏表紙、チラシ、ホームページをご覧ください)

〈午前の部〉

【講 演】

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

- 講師 夏苺郁子氏 (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)

〈午後の部〉

【シンポジウム】

(仮)それぞれの自立～開かれた対話～

当事者とその支援者、当事者の家族とその支援者という2組に、それぞれの立場から、訪問型・対話型の支援が入ったことでどう変化したのかについてお話をさせていただきます。

■シンポジスト

- ・ 訪問看護を利用している当事者とその支援者
《当事者(男性)と三ツ井直子氏 (訪問看護ステーション kazoc 看護師)》(東京都)
- ・ 訪問看護を利用している当事者の家族とその支援者
《当事者の家族(母親)と佐藤晋氏 (だるまさんクリニック PSW)》(埼玉県)

■助言者

夏苺郁子氏 (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)

■コーディネーター

大塚淳子氏 (帝京平成大学健康メディカル学部教授)



※詳細が決まり次第、月刊「みんなねっと」や当会ホームページ、チラシ等でご案内いたします。多くの方々のご参加をお待ちしています。

主催・問合先：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 / <http://www.seishinhoken.jp>
〒170-0013 東京都豊島区東池袋 1-46-13 ホリグチビル 602