

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!!

10
2016

みんな ねっと

- 特集
- 訪問看護が家庭内暴力とどう向き合うか（原子英樹）
- 私と家族の手記 家族が元気になるために
- 精神科医療の現状と改革の展望（氏家憲章）連載第7回「病院存亡の危機を迎えた精神科病院」
- 知ることは生きること（吉木聖人）連載10回
- 経済的支援の全体像とその二（経済的支援特集④）



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／(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 ■

- 5月号：本人・家族をともに支える訪問家族支援【その①】
- 6月号：本人・家族をともに支える訪問家族支援【その②】
- 7月号：奈良県で福祉医療制度が実現
- 8月号：いきいき家族会
- 9月号：障害者差別をなくす地方条例をつくろう
- 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：全科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)

●「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

訪問看護が家庭内暴力とどう向き合うか(原子英樹) 5

精神科医療の現状と改革の展望

【連載第7回】病院存亡の危機を迎えた精神科病院(氏家憲章) 16

私と家族の手記「家族が元気になるために」(Y・M) 20

街の診療所からのお便り【連載 113】(増本茂樹)

…自助グループの体験談は批判は無しの言っぱなし、です… 24

知ることは生きること

(連載 10 回) 経済的支援の全体像～その二(経済的支援特集④)(青木聖久) 28

真澄こと葉のつれづれ日記(第67回) 34

みんなのわ——読者のページ・地域の話 36

【お詫び】

* 8月号の記事に、説明が不十分な箇所があり、専門家の方からご助言をいただきました。次のように訂正いたします。訂正箇所は、6ページ、2段目の本文3行目から5行目です。「保健所が強制的に精神科病院に運ぶ」とあるところを、「『都道府県(政令指定都市)』知事の権限と役割により強制的に病院に運ぶ」と訂正いたします。ご助言をありがとうございました。(野村)

* なお、9月号の表紙にも訂正があります。特集の執筆者名にまちがいがありませんでした。正しくは、松本いく子→松本すみ子です。訂正してお詫び申し上げます。

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69回・第70回）

第69回が1月15日開催されました。今回の議題は①障害者の雇用の促進に関する法律施行規則の一部を改正する省令案要綱についての諮問、②改正障害者雇用促進法に基づく障害者に対する差別的禁止及び合理的配慮の提供義務の施行準備状況について③2014年度評価及び2015年度の目標設定についてなどでした。①の厚労省案に対する諮問については結論から言えば、案は妥当と承認されました。しかし、議論の経過の中

で、労働者（障害者）と雇用者の紛争解決に関しては多くの意見が出されましたし、合理的配慮についての意見要望が出ました。②でも引き続き合理的配慮ということが議論になりましたが、私は、法定雇用率の算定において、障害者となるのは手帳所持者に限られることについて意見を述べました。

つまり、法定雇用率の算定において障害者と認められているのは手帳所持者だけである。しかし、障害者総合支援法においては手帳所持者だけでなく自立支援医療の受給者、あるいは医師の診断書や意見書を持っている人も精神障害者となるので、総合支援法に合わせるべきである。

明石市において、精神障害者

及び発達障害者を明石市の正規職員として採用することになり、私も面接官の一人として参加することになっています。準備段階で議論になったのは、精神障害者の場合、手帳所持者に限るかということだった。しかし、結局、自立支援医療受給者もその対象とした。そういう取り組みをしている企業や地方行政のためにも算定対象を広げるようにすべきである。

それに対する回答は、①現状は、雇用率の算定対象は手帳所持者に限られている。しかし、就職支援の取り組み自体は手帳所持者に限らず幅広くしている。②雇用義務については非常に強い義務を企業側に課している。公正性、客観性を確保

しなければいけないので手帳所持者の方に限っている。合理的配慮の提供義務の射程としても幅広いものを考えている。また、ある特定の市（明石市）において手帳所持者に限らず採用する取り組みは、その組織（明石市）としての良き考え方、取り組みである。

第70回2月24日開催の議題は、国家戦略特別区域法の一部を改正する法律案要綱についてとその他でした。なぜ国家戦略特別区域法が労働政策審議会の障害者雇用分科会で審議するかといえますと、その内容は、「障害者雇用率の算定特例制度を国家戦略特区に限りLLP（有限責任組合）にまで広げることが妥当かどうか」ということで、

まさに障害者雇用分科会の検討課題そのものだったからです。もちろん障害者雇用分科会は障害者の方の雇用を進めるための方策等を検討するところですので、法案そのものに反対する委員はなく、分科会として満場一致で、厚労省案は妥当と承認されました。

ただし、特例子会社制度はよく知られていますが、事業協同組合等算定特例制度や、有限責任組合（LLP）については、ご存じでない方が多く、どちらかという特例子会社による雇用率算定の特例制度と、事業協同組合による雇用率算定特例制度の違い等の厚労省の説明が中心でした。

特例子会社制度は、特例子会社、大企業の子会社、関係会社

の中でも、「意思決定機関の支配や役員派遣などにおける親子関係の結びつきが強いところにおいて、特例子会社として厚労省の認定を受けたものについて、全体で雇用者数を合算して雇用率を計算する」制度。

中小企業事業協同組合等算定特例制度は、中小企業の障害者雇用を進める観点から複数の中小企業が事業主になって事業協同組合を作って、その中で共同事業を実施するとともに、組合員（特定事業主）が組合に発注したり職員を派遣するなどの関係性があることを前提に厚労省が認定した組合及び特定事業主（組合員で50人以上雇用していること）全体で算定できる。

LLP算定特例は、事業協同

組合算定特例はいい制度であるが、県知事の認可のいる、事業協同組合、水産加工業協同組合、商工組合、商店街振興組合の4組合に限定されているのに対し、LLPは、設立が容易であることのほか、異業種でも立ち上げられる等の利点があります。なお、有限責任組合は平成18年に作られた有限責任事業組合契約に関する法律に基づく組合類型で現在5300組合だそうです。

私は、LLPを加えることは障害者雇用を進めるうえで大変いいことだと思います。更にその方向性を進めるうえで、2点にわたり提案しました。①これらの制度はすべて50人以上の企業（事業主）を対象としている

が、特例子会社や組合にはその制限はない。ところが組合の場合、組合員も組合と取れなくもないので50人以上だけでなく、例えば30人の企業で50人以上とも検討していただきたい。②LLPは、今後の中小企業やNPOでさらに作られていくと思うので国家戦略特区に限定せず認めたいほうがいいのではないかと発言しました。

また、第71回が、8月2日に開催されています。議題は「厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則の一部を改正する省令案要綱（障害者の雇用の促進等に関する法律の特例関係）について（諮問）」でした。

（理事長 本條義和）

「読者の皆様へ」

読者のページ「みんなのわ」への投稿をお待ちしています。採用された方には図書カードを差し上げています。ふるってご応募ください。

【「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。

訪問看護が家庭内暴力と どう向き合うか

訪問看護ステーション卵(らん)

原子 英樹

1. 訪問看護の始まり

私が彼と出会ったのはちょうど4年前になります。

4年前の8月の終わりに訪問看護を開始することになりました。

当時の彼は36歳、診断名は統合失調症、両親と彼の3人暮らし、両親は70代。

依頼時の情報は、家族への暴

力、服薬不安定、昼夜逆転、大声を出し近隣への迷惑、頻回入院でした。

2. 初顔合わせ

行政からの依頼で、訪問看護に行くことになり契約を取り交わす調整を家族と行ないます。

契約日に自宅に行くと、母親は彼のいる居間とは違う部屋に通してくれました。

契約が始まって訪問を行なう予定の本人は顔を出さず、母親と話を始めると、すぐに別室に通された意味がわかりました。

彼が怒鳴り始めたのです。「帰れ」「ぶっ殺すぞ」「うるさいんだよ、てめえ」というような感じでした。契約をしたいのですが、彼とはすぐに話ができません、訪問看護の説明は両親に行なうことになりました。代理人として契約を進めました。

3. 利用者の様子

母親からの情報では、とにかく暴力行為が大きな問題行為で、家族としては荒れ続けると警察や親類を集め、「車に乗せ病院に連れて行く」措置入院」の繰り返しで現在に至るということでした。主に母親に対する暴力が中心で、母親が台所に立っていると後ろから蹴飛ばしたり、叩いたり、包丁を握っている後ろから包丁を引っ張る、階段を上がってくる母親を突き落とす、などケガの絶えない行動を話してくれました。

自分が母親を呼んでもすぐ対応してくれない、すぐに返事がないということで暴れ出す、父親が仕事から帰ってきたら、急

に2階の部屋にいる彼は、壁を蹴ったり、床を蹴ったり、窓を叩いたり、大声を出しはじめる。彼の部屋は穴だらけ。

彼の部屋で、母親が衣類の整理や寝具の交換を行なっていると、自分の部屋に入ったと暴力を振るう。

彼は、頻回の入退院の結果、自宅でも紙おむつを着用しています。尿意がわからなくなっていたのです。

横道にそれますが、彼は、すべての入院が措置入院で、まず入る病室が保護室になります。そうすると、「紙おむつに抑制」がセットの治療になります。その結果が、排泄は紙おむつという生活から抜け出せなくなっていました。

話を戻します。

一通り契約の説明が終わると、私は彼のいる居間に行きました。彼は、テーブルをプラスチックのコップでガンガンと叩き、大声を出していました。「何しに来た」「帰れ」「ぶつ殺すぞ」。

私は彼の隣の椅子に腰掛け、自己紹介を行ないます。訪問看護に週1回来ることも説明します。彼は予想通り「来なくてもいい」「帰れ」を繰り返します。

私は、とにかく彼と関係性を作らなきゃならないと必死でした。

これは、私の初回訪問ではよく聞くことですが、彼に「今、一緒に何かしたいことはありますか?」と聞きました。意外なことに彼は「コーヒーが飲みたい」と即答してきました。

私は、母親にお願いして、コー

ヒーを飲むことにしました。母親が出してきたのはインスタントコーヒーの大きな瓶で、彼の氏名がマジックで大きく書かれていました。それが、入院中彼が飲んでいたコーヒーだとすぐわかる物でした。

私は彼にコーヒーを作ってもらおうと声をかけました。彼は声も出さず作ろうとします。しかし、彼の手は振戦が強く、コーヒーカップにコーヒーが運ばれる前にほとんどこぼれてしまいました。

彼は自分でコーヒーを入れることができなかつたのです。たくさんの薬のせいで、強い振戦がでているためでした。すぐに彼がコーヒー好きとわかりましたが、そのコーヒーを彼は自分で作ることができないのです。

入院中は看護師さん、自宅では母親がコーヒーを作っているのです。つまり、自分の好きなきにコーヒーを飲むうとしても相手の都合に合わせて飲むことしかできないということでした。

はじめは私がコーヒーを作りました。母親は牛乳を冷蔵庫から出してきて、この牛乳をコーヒーに入れてほしいと希望しました。

牛乳と、砂糖が入ったコーヒーを訪問初回に一緒に飲むことになりました。

私の初回訪問は契約と（実際には彼からのサインは2回目の訪問時にもりました）彼とのコーヒーでした。

彼と別れるときに「じゃあ、また来週来ます」というと、もう来なくてもいい。そう言わず

来週も顔を出させてくださいと言くと、「じゃあ2週間に1回」と言われます。

私は、「またコーヒーを一緒に飲みましょう」というと、あっさり来週の訪問が許可されました。

4. 訪問の展開

私の訪問は、彼とのコーヒーと一緒に飲むという目標で、もう一つの目的は、ストレングスアセスメントでした。

そのストレングス*をたくさん探すことが彼との訪問が成り立つ唯一のきっかけになると感じていました。

彼は、呂律が回らず、話していることがよく理解できず母親が頻回に通訳をしてくれました。

*ストレングス…その人の強み、興味、特技、長所

私はそれもまたチャンスだと思いい、母親からの情報収集も積極的に行ないました。

5. 母親との関係作りが大切

母親は、自分の出産が鉗子分娩だったこと、自分の体格が彼を自然分娩にしてやれなかったことを強く悔いていました。自分の責任で彼の人生が障害者としての人生になってしまったと何度も私に話してくれました。

もう少し母親のことを話すと、彼が17歳の時に初回の入院を経験します。その時、退院で主治医に言われたことは「お母さんがしっかりしないといけない」ということだったそうです。それ以降母親は、彼の出来事を細かにノートに記録を始めます。

○日に便が出る、○月○日床屋、処方された薬、精神科受診日、泌尿器科受診日、歯科受診日：など彼の歴史がよくわかるノートがたくさんありました。

私は母親の思い、母親の世話の仕方がよくわかりました。彼にとつての一番の支援者は母親なのです。私はその母親と関係性を作ることを、訪問の目標としました。

6. 訪問看護開始

私の訪問の初期目標は、
(1)彼と一緒にコーヒーを飲む
(2)彼のストレッチングスアセスメント

(3)母親と仲良くなる
訪問は私の提案で週2回にします。彼は反対することなく受

け入れてくれました。

私の訪問は、母親からの情報で知ったことを彼に提案し行なうことになりました。

(1)バッテリーセンターに行く

何を一緒にしたいですか？

彼の答えはバッテリーセンターに行きたい、でした。

彼がまだ病気で入院を繰り返し始めた頃、彼とつても仲の良かった親戚のお兄さんがバッテリーセンターに連れて行ってくれたそうです。

また、彼はとても、野球好きで、プロ野球、大リーグ、高校野球について、とても多くの情報を持っていました。毎年発行される選手名鑑も購入していました。私は彼に、バッテリーセンターと一緒にいくことを提案、

それに対する返答は即答でOK
でした。

バツティングセンターでは、
バットを振るがなかなかボール
がバットに当たらない。そして、
肩で息をするようになり、自分
の体力が低下していることを実
感します。

「楽しかつたけど、僕はこんな
に体力が落ちてしまっている」
とシヨックを受けたようです。

「彼はもつと体力をつけなけ
ればならない」と表現します。

彼のバツティングセンターは
15年ぶりでした。

(2) ラーメン屋

彼は小さいときからよく通っ
ていたラーメン屋があります。
彼の二つ目の希望はラーメンを
食べに行きたい、でした。

そのこのラーメン屋は大盛りで、
格安でした。とにかく日程を調整
して1度一緒に行きました。彼は
真つ先にラーメン屋のおじさん
とおばさんに挨拶をしました。

ラーメン屋のおばさんは「長
い間姿を見ないのでどこかに
引越したのかと思っていた」
と彼に声をかけていました。彼
はうれしそうにラーメンを食べ
ましたが、とても早食いでした。

(3) 次の訪問看護との取り組み

自分は体力をつけたい、ダイ
エットをしたい、と表現します。
入退院の結果、体重は20kg以上
増えます。86kgの体重を3kg落
とすことを目標にして、達成し
たらラーメンを食べるというこ
とにしました。

そのために私は散歩を提案、

近所の自動販売機で缶コーヒー
を買うという散歩を始めます。

その頃には、自分でインスタ
ントコーヒーも入れられるよう
になっていました。

彼の家の前には広い畑があり
ます。彼の母親は家庭菜園を趣
味にしていました。

私は、彼と一緒にその畑の一
部を借り、一緒にミニトマトを
作ることにしました。

彼には、水やり、草取りを担
当してもらいます。母親も一緒
に協力してくれました。

2か月で目標達成。

彼の体重が3kg減りました。
約束通り、一緒にラーメンを食
べに行きます。

次の目標が80kg。

彼は退院後1日4食〜5食食
べていました。体重を減らそう

という目標ができてから1日3食。そして散歩と畑仕事。

7. 彼の暴力の経過

彼との付き合いが2年を経過して、彼の暴力行為がどう変化したかですが…。

実際のところ、大声を出す、時々母親に体当たりをする、という行為があります。

しかし、以前と違うことは、母親は訪問時に、この数日の本人の様子を報告してくれます。

以下が私の訪問看護での暴力に対する姿勢と対策です。

まず、暴力に対しては、母親から暴力のことを聞いたなら、私は、その時に母親に謝罪をしてもらいます。

訪問では一貫して、

①暴力はどんな理由があっても良くないこと

②暴力をしたらすぐに謝ること

③イライラしたときの対策を、繰り返ししました、

8. 暴力に対する対策を一緒に考える

問題は③です。

この頃になると、彼と私の関係性もできていて、私が彼に率直な感想を言えるという立場になりました。

彼との取り組みもいくつか実績を積み重ねています。

そこで、イライラの対策も彼と一緒に話し合うことになりました。

その際、彼も繰り返し暴力や威嚇するような大声に対し、何度も話題にされ、謝罪も繰り返し

しています。彼自身にも「良くないこと」ということを意識し始めたという実感がありました。なぜ暴力になるのかと彼に聞きました。

彼は、イライラが突然わき上がり、どうすることもできないと言います。

母親がゴチャゴチャうるさい、薬（頓服）を飲んだら少し楽かもしれないと言う。

彼と話し合った結果の決めごと——イライラしたら、(1)コーヒーを飲む (2)コップに水を入れて飲む (3)寝る

これを毎週の訪問で確認、1週間の予定表を作成し、一緒に目標体重、イライラ時の対策をノートに書いて渡すことにしている。(3)に関しては、顔を洗う、歯を磨く、薬を飲むなどから↓

自転車をごくに変化しています。

9・暴力の対策と彼自身のやりたいことそして母親の希望

暴力は確かに一緒にいる家族にとつては重要な問題であり、ない方がいい。周囲も暴力という問題行動を知ってしまったら、それをどうにかしないとけないということに力を注ぐことになってしまふ。

実は、この事例を通して注目してほしいことは、頻回の入院退院です。

これは途中からのものですが、【入院歴と訪問看護】

平成24年3月～7月、9月～12月

平成25年3月～8月

8月下旬 訪問看護開始

平成28年8月 現在に至る

つまり、訪問看護が開始された平成25年9月からは入院がないことです。

家族にとつては、今も時々威嚇され、大声をだされて大変な状況は変わっていないのかもしれない。しかし、彼の暴力は、「入院」という形での問題解決はあくまで一時的で、本当の意味での解決はされていないということです。

訪問看護で、暴力に対して行なうことは、
・率直に悪い事は悪いということ。

・やってしまったことは仕方がないが、謝罪をするということ。
・効果があるかないかはわからないが、対策を本人と一緒に考えること。

しかし、それだけを訪問看護

の目標としては駄目だと考えました。

一番大切なのは、
・本人が何をしたいのか、何にチャレンジしたいのか

・どんなことを楽しみたいのか
もう一つ大切なことは、
・母親はどうなりたいのか。

つまり、本人（ここでは彼の希望を大切にすること、母親（ここでは一番の協力者と考えている）の希望もくみ取っていくことが、訪問看護では必要になると考えます。

10. 訪問での支援を継続する

彼への支援は、変わりなく彼の目標であるダイエットを中心に、彼のできることを少しずつ広げていくという支援を行なっ

ていきます。

現在は私が週に1回ともう一人のスタッフが1回、計2回1週間に訪問をしています。

彼は、野球が好き、コーヒーが好き、ラーメンが好き、自宅の前には大きな畑があるというストレングスを訪問での支援のきっかけにしています。

しかし、彼にはもう一つ大きなストレングスがありました。それは、映画が大好きということです。洋画、邦画を問わず映画が好きで、よくテレビの映画番組を観ていました。

彼は、もう一人のスタッフが訪問時に持参したアイパッド(iPad)で、映画の予告シーン(3分程度)を観ることを、毎回楽しみにしています。

訪問も1年くらい経過したの

で、私は訪問看護ステーションに来る実習生や見学者、そして新しいスタッフを必ず彼のところに連れて行くことにしました。多くの人と交わる機会を持つためです。

家族だけの空間から訪問看護の私が彼の元に行くようになり、そして別のスタッフがまた彼のところに行くようになり、そして今度はいろいろな人が彼と話をするようになる。

「人と接することがイヤだ」と言っていた彼が、自分から自己紹介をして、一緒に会話をするという時間も増えていきました。

11: 家族への支援を考える

訪問看護はもちろん依頼者である本人のところに行き、本人

への支援を行ないます。しかし、中には家族と同居している人や、祖母と一緒に生活をしている人、兄弟姉妹と一緒に生活をしている人、単身ではあるが近所に家族がいたり、親類がいたり、祖父母がいたり、または大家さんや、よく気を配ってくれる近所の方がいます。その方達とどのように協力をしていくかという課題があります。もちろん、そんなことはやめて欲しいと言われる場合もあります。

この事例の彼の場合は、中心になっていいる支援者は母親です。母親と私たちの関係性が重要になってきます。母親との関係が上手くいかないと、彼との関係も上手くいきません。

私は、母親がどのように彼を育てていたのかを十分に聞く時

間をとりました。そして、何かあると真つ先に母親に相談をするということもしていきましました。

もう一つ重要なことは、母親がどうなりたかという母親のリカバリーです。この時に大切なポイント、母親が主語になるということです。よく、この子が○○になつてくれたら…という表現をすることがありますが、それは母親自身のリカバリーとは言わず、彼への期待や彼の希望になつてしまいます。あくまでも母親がどうなりたかということが重要なんです。

彼の母親に、「お母さんは、これからどんなことがしたいですか？」と聞くと、私は月2回健康体操に行つて気分転換をしていると言う。その時の2時間程度彼は留守番をしています。

しかし、母親が家に帰ってくる
と機嫌が悪くなるそうです。それでも母親は健康体操を続けています。それを聞いて私はホツとしました。

しかし、私はもう一度同じ質問をしてみました。

母親は「一緒に選挙に行つてみたい」と言うのです。それから、「一緒に旅行に行きたい」と言いました。

その時期にはちようど、成年後見人をもうけている人には選挙権が認められた最初の国政選挙が冬にありました。

私たちは、訪問時に選挙に行くことを話題にしはじめました。もちろん彼にとつては初めてのことで、どんなものなのかは想像もできないので、真つ向から拒否され続けました。

それでも、投票用紙を作り、選挙に出る人たちの名前を並べ、記入をする練習をくりかえしました。彼は「絶対に行かない」と言いながらも、「書くだけだよ」と用紙に名前を書いてくれました。

訪問時以外には、母親も協力してくれました。

私は、期日前投票なら自分が投票所まで行くこともできると提案をしていましたが、本人は「行かない」と言うことを貫いていました。しかし、あるとき訪問に行つたら、彼が「選挙に行つてきたよ」「大変だった」と言うのです。

一緒に選挙に行きたいという母親の希望が叶つた瞬間でした。その後もいくつか選挙はありましたが、「行かない」とい

う彼は、その都度選挙に行つてくれています。

12・彼の変化と訪問看護

彼は訪問看護を受けることで、いろいろな変化を起こしました。

【彼の言葉】

「自分はよく笑うようになつた」「訪問看護は楽しい」「イライラが減つた」「いい話し相手ができた」と言つてくれています。

【母親の言葉】

「よく話をするようになった」「興奮や暴力がなくなつた」「よく笑うし話をするようになった」「訪問の頻度はちょうど良いと思う」「訪問を楽しみにしている」と言つてくれています。

しかし、暴言や威圧的な行動は相変わらずありますが、明ら

かに頻度は減つていると思いません。しかし、暴力的な態度がなくなつたわけではありません。

* * *

私たちと彼は、会話をしたり、体を動かしたり、一緒に工夫をしたり、考えたり、ピンチを共有したりしながら、彼の希望の実現を積み重ねていきました。

その結果、彼のできる事が格段と増えたのです。

新聞を読むようになった。テレビのドラマを集中して見られるようになった。父親が入院したときには、いつもは車で両親と行つていた病院に母親と2人で、電車とバスを乗り継いで行つたり、一人で病院を出てしまひ母親が彼を探す場面もありましたが、彼は通行人に駅の方向を聞き一人で駅まで行つていたり

ということもありました。

それは、以前までの人とは交わりたくないという彼には想像もできない行動でした。

母親が体調不良で寝込んでいるときには、自分で出前を取り、支払いをする。父親が入院中に母親が面会に行つているときにも、自分で出前をとることを母親は自信を持つてお願いできるようになりました。

出前は彼にとつてハードルが高いことでした。まず、彼は電話を自分でかけることができませんでした。たまたま私は2年ほど前から16時に1日の報告電話を入れてもらうという話をしていた。目的は彼のお昼寝予防でした。彼は、昼寝をすると夜中に大声を出し始め母親の睡眠の妨げになつていたので

す。電話を入れてもらうことを提案した時は、彼は電話をかけることができなかつたので、一緒に私の職場携帯に電話をかけてもらうというトレーニングをしたのです。

彼は2年間電話を毎日私にかけ続けていたので、電話をかけるということは自信があつたようです。ただ、呂律がまわらない彼が、自分の名字を名乗つても相手は聞き取れなかつたらしいです。しかし、彼は成長していて、繰り返し自分の名字を伝えて、見事に出前を取るといふ試練を乗り越えていました。

母親曰く、今までの彼はたぶん、腹を立てすぐに電話を切つていただろうと話していました。それ以外にも、近所の人と

会つたら挨拶をする、実習生を連れて行つたら自己紹介をする、電話での彼はとても丁寧な言葉で話をします。

13・最後に

暴力は画期的に減少するといふことはできていません。ただ、目の前の彼の変化は母親がびっくりするものであり、たくさんの変化と笑顔が母親の変化にもつながつたと考えます。両親にも余裕ができてきたのだと思います。

暴力というのはとても厄介な問題行動と捉える家族と支援者側の感情がある一方で、私は彼にこのような質問をしてみました。

「あなたと同じように暴力で

困っている家族がたくさんいるけど、どんなアドバイスをしてあげられますか？」

すると彼は、「そうは言つても理由があつて、話をよく聞いてあげてほしい」と言いました。

「自分はイライラする時の理由がよくわからないけど、お母さんがうるさいから」と言います。暴力は立場により捉え方が違うということも事実だと思えます。

どちらが先かわかりませんが、彼が変わると家族が変わるのか、家族が変わると彼が変わるのか。ただ、訪問看護のようにな全くの他人が入ることは、何らかの変化を起こすきっかけになるといふことです。

(はらこ ひでき)

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》第7回 病院存亡の危機を迎えた精神科病院

わが国は、先進諸国で唯一、入院中心の隔離・収容の精神医療政策を継続している国です。

そのため精神科病院は、自ずと隔離・収容の精神医療政策の“要”となっています。ところがその精神科病院は、在院患者減の進行によって、その先行きに大きな暗雲が漂い、一部の病院では経営危機に陥り出しています。これは、精神科病院だけの問題にとどまらず、国の精神

医療政策に直結する問題でもあります。精神科病院の現状をみます。

(1)精神科病院の経営指標

病院収入の9割前後を入院料収入で占めているのが精神科病院です。このため在院患者数が精神科病院の経営の明暗を決めています。精神科病院の経営指標(診断)では、定床に対する実際の在院患者数の割合を示す病床利用

率が重要になります。その経営指標によると、病床利用率が95%を超える状態は、交通信号に例えると「青信号」で経営は安泰です。94%～90%は「黄色信号」が灯りとも要注意の段階に入りますが、まだ経営は可能です。90%台を切って80%台に入ると「赤信号」が灯り、経営は「危険ライン」に入ります。80%台を数年間放置すると倒産の危機に陥ります。

(i)病床利用率の推移

精神科病院の病床利用率を歴史的にたどると、定床を上回る100%台の時代は1986年に終焉し、病床利用率が90%台の時代は2006年に終わりました。そして2006年後半か

らは80%台に突入しているという実態にあります。

(ii) 認知症を除くと64%の病床利用率

2014年の精神科病床定床数は33万8千床で、在院患者数は28万9千人です。すなわち病床利用率は85.5%ですが、この中には5万3千人の認知症の在院患者が入っています。他の先進諸国では、認知症の人たちを精神科病院に入院させることを行っていないので、それに照らして認知症を除いてみると、在院患者数は23万6千人になり病床利用率は69.8%になります。この利用率では病院の経営は成り立ちません。そのため、多く

の精神科病院は認知症を大量に抱え込むことで、経営破綻を防いでいるのです。

(iii) 一番病床利用率の低い山梨県は79%

2013年の全国平均の病床利用率は88.3%です。都道府県別で見ると、病床利用率が一番高い県は富山県で94.7%、一番低い県は山梨県で79.5%です。47都道府県の内訳は、90%台は24都道府県で、80%台は23県その内85%以下は7県です。この状況を見るとそう遠くない時期に全ての都道府県の病床利用率が80%台になり、しかも70%台突入の県が一層増えることは必至です。このように病

床利用率の低下からみても、精神科病院の患者数（病床利用率90%台）を追求する経営は崩壊が始まっているのです。

(2) 深刻化する在院患者減の背景

述べてきたように、精神科病院の在院患者の減少は、病院存亡の危機が心配されるまでに進んでいます。その背景には何があるのでしょうか。

(i) 進む在院患者の二極化

精神科病院の在院患者の減少が進んでいる背景のひとつに、新入院者の減少と短期入院化があり、更に長期入院者の高齢化が著しいことがあります。

1980年頃までは、精神疾

患と診断されると多くの人たちは新入院者になり、かつ一旦入院になると年単位の長期入院でした。しかも精神科病院の65歳以上の高齢化の割合は、1981年で14%程度と在院患者の確保は安定していました。しかし今日では、新しく入院する人が減り入院しても短期入院です。また長期入院者の高齢化も、65歳以上は58%、75歳以上は35%（2014年）と変化しています。在院患者の「二極化」が在院患者減の要因です。

(ii) 在院患者減が避けられない構造的問題

精神科病院の在院患者減が深刻な事態に陥っている背景に

は、在院患者の減少が避けられない精神科病院の構造的問題があります。この問題を指摘しているのが、新潟大学の染谷俊幸教授です。染谷教授は、日本精神神経学会の機関誌「精神医学」（2001年12月号）の巻頭言で、『精神科医療施設の普及、

精神科医の増加、薬物治療の進歩、社会復帰をめざす心理社会的治療などの総合的成果によって、遅く生まれた人ほど精神科医療の前進の恩恵を受け、そのため入院者は少なくなる』と指摘しています。『2000年当時と比較して社会資源が増減しないと仮定しても、2020年〜2030年に、統合失調症の在院患者数は半減〜3分の1に

減少する』と予測しています。

(3) 隔離・收容の精神医療政策の破綻

今日の35万床は、1954年の第1回精神衛生実態調査の「要收容者（入院の必要あり）46万人」を前提に構築されています。1950年代は抗精神病薬の本格使用前で、しかも地域に精神障害者が住む場所も働く場所もありませんでした。そのため精神科病院にすべてを頼らざるを得ない時代でした。

しかしこの間の精神科医療の進歩によって、今日では精神の病気や障害があっても地域での社会生活が可能な時代になってきました。つまり、大量の精神科病

床を必要としない時代へと移っています。入院を必要とする人と入院を提供する側(精神科病床数)すなわち、需要と供給のバランスが崩壊しました。

病床利用率の低下が深刻化している背景はここにあります。

(i) 隔離・収容の精神医療政策

入院中心の隔離・収容政策とは、精神科医療と精神障害者の処遇の中心を精神科病院に置くという政策です。そのため入院期間は一時的に長期化し、しかも長期入院者を収容するために大量の精神科病床が必要になります。

そして精神科病院は、医療的役割と住む場所の提供など福祉的役割も担うことになるのです。元

来、大量の精神科病床は、精神科医療費を膨らませ国家財政(総医療費)を圧迫します。そのため日本を除く他の先進諸国では、

1960年代以降の精神科医療の進歩を契機に、精神科医療と精神障害者の処遇の中心を、地域に移し、精神障害者を地域で支える地域精神医療(脱施設化)へ政策転換を行いました。そして必要がなくなった大量の精神科病床を削減したのです。

しかし日本においては、精神疾患の在院患者数は、全疾患の24%を占めているというのに、精神科医療費は国民医療費全体の数%と低く、国家財政を圧迫していないのです。そのためか、精神医療政策を見直すことがないまま今

日に至っています。

(ii) 隔離・収容の精神医療政策の破綻

わが国の隔離・収容の精神医療政策は、長い間精神科病院の病床利用率が90%台を維持することによって成り立ってきました。しかし精神科病院は、在院患者の減少によって、病院経営が行き詰まり経営破綻の危機を迎えています。これは、単に精神科病院だけの深刻な問題にとどまらず、入院中心の隔離・収容政策が破綻していることを示しています。

次回(第8回の11月号)では造り過ぎた精神科病床の問題をみてみます。

(うじいえ のりあき)

家族が元気になるために

(新潟県) Y・M

今回、息子の病状が悪化し入院に至るまでの経過と家族の思いをまとめました。家族のみなさん、支援されている方にご覧いただき、参考にしてもらえれば幸いに思います。

* *

息子は、現在49歳です。その息子に精神障害という病名を告げられてから24年程たちました。

息子が発病してまもない頃、友人から家族会というところがあるという聞き、入会を勧められ、家族会に入りました。

当初はとけこめませんでした。が、家族会の集まりに続けて出席し、会員の方の顔と名前がようやく一致するようになり、そ

のうちに日々の出来事や悩みなどを話すようになりました。

私の話を、会員の方に真剣に聴いてもらうことで「悩んでいるのは私だけではない」と思うようになりました。そして同じ思いや悩みを持った会員の方々とうちとけられるようになりました。

また家族会主催で、病気のことで、薬のこと、家族の接し方、視察・研修など、様々な勉強会が開かれていることも知り、私にとつて、家族会は学ぶ場でもあり、こころが癒される場ともなっていました。

つなげてくれた友には今でも感謝しております。

* *



さて息子の話です。

入退院を繰り返した時期もありましたが、ここ何年かは薬も自分で管理し、地元の障害福祉サービスマニヤに通所、事業所外の仕事もするようになり、自立に向かって、どうにかスタートをきりました。

職員の方々に相談にのってもらい、仕事も順調にこなしていました。仕事以外でも、数十km以上の道のりを自転車に乗り、好きな場所に出かけ楽しんでいく様子を自慢そうに話もしてくれました。

“病気を持ちながらも、このまま穏やかに過ごしてほしい”
と思いながら、出かける息子の姿を見送っていたものでした。

* * *

ところが3年前（平成24年）、父親が亡くなり、世帯主の届け出を行なったことがきっかけで、徐々に息子の様子が変わってきました。

この届け出によって、自分が家族の長になったのだという思

いにつながり、重責が肩にのしかかってしまったのでしょいか。ちよつとした家族との会話も挑発的になるようになりました。苛立つことが増え、自室で物を投げたり、テレビがうるさいと怒鳴ったりするようになりました。

また、事実ではないことで隣人の悪口を言ったり、その人のそばには住めないなどという、いろいろな言動が出るようになりました。

家族も、本人を苛立たせないようにし、まるで腫物にさわるかのように気を遣いながら、息を潜めて、ひっそりと過ごすようにしていました。

本人もたいへんだったと思い

ますが、私たち家族もたいへんで、疲労の高まりもピークに達するような状態でした。

* *

悪化の具体的なきつかけは、町内で順番にまわってくる町内会長の役をめぐることでした。

最初、本人は「1年間、頑張つてやる」と意気込んで、町内会長の仕事をこなしていました。が、障害福祉サービス事業所への通所で体力を使った上に、帰宅後に町内会長として文書の整理、配布等こなしていましたので、やっぱり、たいへんだったろうと思います。

息子は、手伝おうとする私の言葉をはねのけ、なんとか一人

でやろうとしましたが、気力、体力を持続させることがむずかしくなっていました。

主治医から、「これ以上、町内会長の仕事を続けることは無理」という判断もあり、任期を3か月程残し、町内会長の役を免除してもらいました。

息子は1年間、頑張るつもりでしたので、こうしたかたちで町内会長をおりる格好となり、さぞや不本意だったと思います。

* *

このような有り様に、私も混乱し、どうしたらよいかわかりませんでした。が、日頃のつながりから、まず家族会の存在が頭に浮かび、息子の様子をありの

ままに話しました。

私の話を家族会の方は黙って聞いてくれました。その後も、いろいろな助言をもらったり励まされたりして、私のころもようやく落ち着きを取り戻すことができました。家族会につながっていなかったら、私は一人で悩みを抱えたままになっていたと思います。

また、市の保健師さん、相談支援事業所の相談員さんから訪問してもらって、本人も交えた話し合いもしました。

最初は、頑固に入院を拒否していましたが、息子自身の体力も限界になり、話し合いの中で入院治療を受け入れ、主治医から紹介状をもらい、入院となり

ました。

* *

現在、息子は入院中ですが、面会時、病院のケースワーカーさんと話す機会を持つことで、息子への私の接し方について振り返っています。

病気のこと、対応の仕方など、今まで勉強会や研修会で学んできたつもりでしたが、息子のためと思い、やってきたことが適切ではなかったのかなと思ったり、話し合いが少なかつたのではないかなど、いろいろと感じています。

今後も息子との生活は続いていきますが、病を背負っていく息子が、日常生活にストレスをためずに安定した生活ができる

ようになることを願って、退院を待ちたいと思っています。

* *

本人が穏やかな生活を送るには、家族自身が元気になる必要があると思います。

私は、家族会の方に気持ちを打ち明け、聴いてもらうことで



落ち着きを取り戻しました。同じ体験をもつ家族ならではの助言も参考になりました。聴いてもらうことで、初めて相手の助言を受け入れることができるとつくづく感じました。

さらに、地域の支援者の方々に、本人も交えた話し合いをする機会を設けてもらいました。

家族会、支援者の方のお蔭で孤立しませんでした。家族が孤立しないですみました。家族になる秘訣と強く感じます。

家族会のみなさん、いろいろな立場で支援してくださった支援者のみなさんに、感謝の気持ちをこめて、この手記をしめくりたいと思います。ありがとうございました。

街の 診療所から のお便り

…自助グループの体験談は
批判は無しの言いつばなし、です…



連載
113
回

ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈飲酒の体験談〉

「わたしは自分では『どうじゃ、真つすぐに稲を植えたぞ』と思っておって、『わしは酒を飲んでいてもちゃんと仕事ができる。他のアル中とは違う』と大威張りじゃった」と発表しているVさんは70歳くらいのおじいさんです。

今日は、地域の断酒会が年一回の記念会ということで、町の

精神科医の私も招待されて出席しています。

「それが、酒が切れた時に田んぼに行ってみると、稲がぐにやぐにやに曲がって植えられとつた。酒というものは体もうまく動かさなし、頭もダメにするもんよなあ」

Vさんは近くの工場に勤めながら田んぼも作っておられたのですが、酒が切れなくなって退職になってしまった。それでも酒を

止められず、精神科病院に半年間の入院をしました。その時から断酒会に出席されています。

〈自助グループ〉

断酒会というのは、アルコール依存症の人たちが集まって、酒を断つために自分たちで助け合おうという会です。薬物依存症やギャンブル依存症は大変な病気で、服薬や精神科医との話し合いだけでは治療が難しいの

です。私も、依存症の治療では自分で治そうとする、心が必要で、加えて、仲間と助け合う自助グループへの参加が必要、と思うのです。この地域にも断酒会がありますから、アルコール依存に困っている方が受診されると、本人や家族だけで悩んでいる、本人や家族だけに相談されるように勧めます。でも、嫌がる人たちも多いのです。

〈家族の体験談〉

夫が依存症の場合は、奥さんもよく出席されます。長年の恨みのこもった体験談には迫力があります。

「夫は酒好きで、結婚当初から家で晩酌を楽しんでいまし



た。それが、40代で課長になった頃から外で飲んで泥酔して帰りだしました。上着はどこかに脱ぎ捨てているし、玄関でド

バーツと嘔吐してはその場で寝入ってしまった。それを助け起こして体を拭いて寝床に運んで、大変でした。でも、朝起きたら覚えてないんです。当たり前前に会社に出勤して行くんです。でも、そんなことが長く続けられるはずはありません。会社でも大失敗をして、アルコール症の専門病院で入院治療することになりました。本人は『もう絶対飲まない』と誓いますが、3回も入院しています。ようやく断酒会に入り、今のところ断酒しています」

〈他人の話聞く〉

口下手で、短く終わらせる人もいます。

「断酒5年です。離婚して妻が出て行った時に小学4年と2年の娘を連れて行きました。その時の娘の悲しそうな顔が忘れられません。以上です」

精神科医が時々出席して聞いていると、衝撃的な波乱万丈の物語にびっくりしますが、断酒会というのは週1回あって、近くの他の会にも参加するので、大体毎回同じ話になるようです。おもしろい話をする必要はなく、他の人の話を聴き、自分のことを話して、断酒をする気持ちを確認するのがポイントです。

〈自分の気持ちを話す〉

断酒会では、思いやりと寛容

と謙虚の気持ちを持って、正直であろうということを目標にします。アルコール依存症の人は本来はやさしい気の弱い人ではあっても、アルコールを手に入れるために、人の気持ちを無視し、うそをついて、自分勝手です。不誠実なことばかり繰り返してきますからね。そういうことを変えていかなければならないのです。

でも、大きな目標が簡単に実現するはずはありません。ですから、断酒会では体験談を語る時に、『自分のことしか言わない』『他人の批判をしてはいけない』『結論をつけない』『言いつばなしにする』という約束をします。そうして、率直に自分の

ことを話していくのです。

〈同じ苦労をして〉

やはり70歳くらい隣の県の職員を定年まで勤めた方が、

「私のは、いわゆる一気飲みです。電車通勤していましたが、帰りに駅に降りたら一直線に酒屋に行つて、カッブ酒をキューツとやっていました。仕事でもそればかり思っていました」

そばで、奥さんがウンウンうなずいて聞いておられます。この話だけなら、定年まで仕事を勤め上げたのだから、まあ、良いんじゃないですか？とも思うのですが、この人はそれでも何年も断酒会に通つておられる

のです。そこには語られていない理由があるのでしょうか。それは突っ込んで聞かないで、ただ、『あなたも私と同じような苦勞をして、そして今はがんばっているんですね』というのが断酒会のやり方なんです。

〈大変な病氣〉

薬物依存症やギャンブル依存症は、人生の途中での難しい悩みが生じた時に、暗い気持ちの軽減を求めたことから始まり、その魔力から抜けられなくなるものです。

認知行動療法や精神分析なども役立つのですが、頻回の面接を何年も続けて通うことはお金の面からできません。同

じ悩みを持つ者同士で毎日支え合って、やっと止められるものようです。

それでも、断酒会で断酒を誓った人のうち、1年後に断酒をしている人は20〜30%しかないそうです。そうしてその後、断酒できなかった人が短期間で亡くなった、と聞くことも多いです。

〈苦勞した、と語ってみよう〉

統合失調症と躁うつ病も大変な病氣です。この場合も「自分は病氣ではない」と、がんばり過ぎることが病氣の克服を難しくします。

この二つの病氣では薬がかなり効きますが、服薬して妄想や

幻聴が少なくなっても、自室に閉じこもっているだけでは人生を実現したとは言えないでしょう。

長期の慢性状態の患者さんでは現実から遊離してしまい、「東京に行つて、結婚したい」などと実現不可能な願望を言い続けることがあり、それを聞くことはつらいです。

断酒会の体験談では、自分が苦勞してきた現実や今思っていることをリアルに語っておられます。私は、うちの患者さんたちにも現実に努力してきた体験を語ってもらい、それを批判無しに聞くようにしたい、と思うのです。

知ることは生きること

連載10回

経済的支援の全体像とその二
(経済的支援特集④)

日本福祉大学
みんなねっと理事

青木聖久

前月号では、精神障がいのある本人（以下、本人）や家族にとって、経済的支援の制度やサービスがどのように位置づかれるのかの全体像（その一）をお伝えしました。今月号では、その二

として、前月号からの続編の生活保障、さらには、実際に生活困窮状態になった時にどのような制度やサービスが利用できるのかについて述べることにし

ます。そして、改めて知ることの大切さを、読者の皆さんと一緒に考える機会になれば幸いです。

ストレス回避と障がい者としての制度やサービスを使う前段階としての医療保障

前月号（2016年9月号）の31ページの図2（精神障害者に対する生活保障の諸制度）を

ご覧ください。本人は、精神障がいの特性として、疾病と障がいの二つを併せ持っています。そのことから、前月号でお伝えしたように、医療保障としての医療保険や、医療費助成の必要性が高まります。ただし、重要なこととして、本人にとって医療の必要性は、精神科に限らないということなのです。そのため本人は、自治体独自の医療費助成によって、医療機関で支払う自己負担額が不要なことを事前にわかっていれば、早目に歯科や内科等にかかることができま

す。そのことは同時に、医療機関の受診の際の出費を心配するあまり「我慢して受診しない」というストレス回避にもつなが

るのです。

一方で、事業所に勤めている人が、精神疾患を発症して、仕事を休むことがあります。その場合、図2の中央右の障害年金の受給を検討したいところで、障害年金を申請するためには、初診日から1年6か月の障害認定日を待たないといけません。ところがその際、一定の条件を満たせば医療保険から、この1年6か月の期間、傷病手当金が支給されることになるのです。

継続的な日常生活の制限に対して支給される生活保障

とはいえ、本人に対する所得保障の中心に位置づくのは、障

害年金です。障害年金は一定の条件のもと、厚生年金保険の被保険者期間中に初診日があり、障害認定されれば、障害厚生年金が支給されます。また、学生や無職、自営業主である時に初診日があり、障害認定されれば障害基礎年金が支給されます。

また、所得保障には図2に示しているように、社会手当も含まれます。ただし社会手当は概して給付対象が限定的です。特別障害者手当は、障害年金1級相当の人の中でも、さらに重度と認められる人が対象となります。自治体独自の市民福祉金は、精神障害者保健福祉手帳(以下、手帳)が創設された1995年当時、実施しているところが一

定程度ありましたが、現在ではこの制度を設けているところは決して多くないです。

加えて、生活保障の諸制度として、市バス等の無料乗車証の交付、独自の福祉サービスを実施している自治体もあります。その際、それらの福祉サービスを受けられる要件として、「手帳1・2級を所持している者」等のように、手帳取得が条件になっていることが多いです。

防貧機能と保険事故に対する制度としての生活保障

図2に挙げている制度は、社会保障で言えば、「防貧」機能に位置づきます。つまり、貧困状態に陥ることを防ぐために、

保険事故の結果としての「疾病・障がい・失業・業務上の災害」等に対して、給付されるものです。加えて、もう一つの特徴が、一定の保険料の納付要件等は問われるものの、基本的に「負傷・疾病・障がい」そのものに対して給付されている制度だということです。そのことから、雇用

保険の失業給付を受けられる状態にある人が、「精神障がいによって、就職が困難」ということが認められれば、通常よりも多い日数分の生活保障（基本手当・例えば、90日分のところが、360日分に）を受けることができたりします。ですが、その場合、「経済的に苦しいので」という理由では認められま

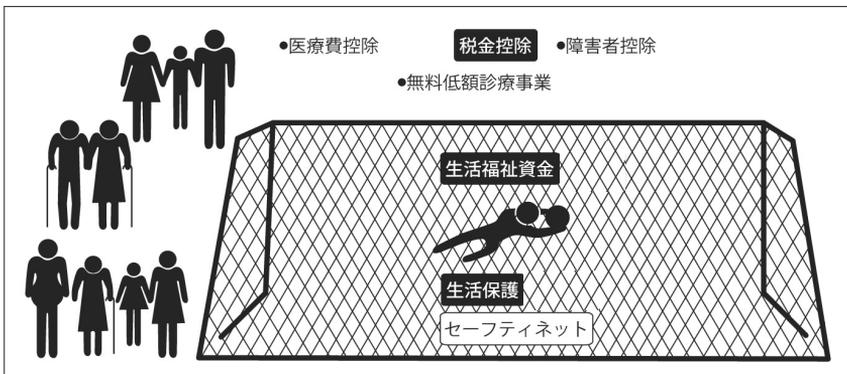
せん。障害年金も同様です。障害年金の認定では、保険料の納付要件や、障害状態が基になって支給の可否が決定されることになります。

救済機能として位置づく制度やサービス

そのような中、「生活が苦しいので」という貧困状態を救済する制度の中心に位置づくるのが、生活保護です。生活保護は、図3に示しているように、サッカーで言えばゴールキーパーの役割を担っており、我が国の社会保障制度のなかでは、最後の砦とりでとして位置づきます。

したがって、前述した障害年金や医療費助成を受けたとして

図3 精神障害者が安全かつ安心して暮らすための社会保障



出典：青木聖久編（2015：27頁）

も、それでも、国が示す生活保護基準額以下の収入しか見込めないことが認められた場合に、他の制度の活用や、資産、労働、家族からの扶養等を最大限利用して、そのうえで足りない分を補足的に給付されることになり、このことを、「保護の充足性の原理」と言います。

また、生活保護制度の社会的位置づけについて、「セーフティネット」と言われることもあり、それは貧困が、精神障がいに限らず、世帯主の交通事故、自然災害等によって、突然起こる可能性があるからです。つまり、貧困は誰にでも起こり得るのです。ところが、「いつ何時、貧困状態になるかもしれ

ない」と、こんなことばかり考えていると、毎日が不安で仕方ありません。そこで、国民が安心して暮らすことができるように、サーカスの綱渡りに例えるならば、国があらかじめ頑丈な防護ネットを張っておくことによつて、国民の安心で安全な暮らしを保障するというのがセーフティネット(社会的安全装置)なのです。

加えて、医療保障については、一部の医療機関にはなりませんが、本人の一部負担金を免除することによつて、受診の敷居を低くしているのが、図3の上の無料低額診療事業です。これは、自治体の助成事業ではなく、個々の医療機関の取組みである

ことが特徴だと言えます。また、生活保護の受給には至らないものの、一時的に資金不足のために生活をおくるのが困難な場合に、貸付を行う制度が生活福祉資金です。他にも、税金控除等があります。

経済的支援を知ること・利用することの意義

前月号と今月号において、本人や家族が利用可能な制度やサービスを紹介しましたが、その意義について、二つの観点から述べることにします。

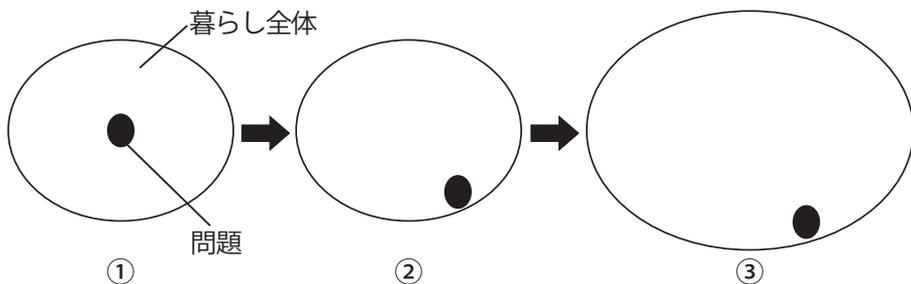
一つ目は、今と未来への志向ということ。本人は、精神障がいによる二次的な問題として、経済的課題に直面しやすい

のが現実です。そこで、前述したような制度やサービスを利用することによって、経済的な課題の軽減につなげることができず、加えて意義深いこととして、未来を志向できる、というものです。人が見ているのは、「今」もさることながら「未来」です。本人や家族は、精神障がいによる生きづらさから、フルタイムの就労等の難しさを認めたりします。ですが、未来が見えないと、たとえ生きづらさからフルタイム就労は困難だと思いつつも、それこそ生きていくために無理な生活設計をしてしまいかねないのです。このようなことから、経済的支援は、本人や家族が等身大で今

と未来を生きるために必要なものとして捉えることができると言えます。

二つ目は、経済的支援の利用による問題の位置と割合の変化です。本人や家族の中には、精神障がいを持つていることを問題と捉え、四六時中そのことが気になつて仕方が無い、という人がいます。このことを示したものが図4-①です。しかしながら、人々の暮らしにおいて、問題は基本的に無くなりません。これは、ストレスに置き換えても同様です。問題は無くすのではなくて、位置を変えたり、占める割合を小さくするというのが、最も現実的であり、実態にかなつた対応だと言える

図4 精神障害者の暮らしに占める「問題」の位置と割合



出典：青木聖久編（2015：21頁）

でしょう。

そのような中、本人は経済的支援の制度やサービスを利用し、暮らしの選択肢が増え、仲間に出会い、夢中になって趣味の話等をする事によって、一時的にせよ、不思議と問題がどこかに吹き飛んでいくように感じたりします。すると、図4-②に示しているように、問題が隅に移動していることに気づくのです。さらに、活動範囲が広がると共に、多様な価値観（就労や収入額に囚われない、人に対する新たな価値観等）を認めることによって、図4-③に示しているように、暮らし全体が拡大し、問題の占める割合が小さくなったりするのです。

引用文献



青木聖久編著

『精神障害者の経済的支援ガイドブック

～事例とQ & Aから理解する支援の意義と実務』

中央法規出版 2015年7月

*本書は、青木聖久・越智あゆみ・風間朋子という、精神保健福祉士であると共に社会福祉研究者と、加えて、高橋裕典という障害年金をはじめ社会保障制度に明るい社会保険労務士の4名で執筆しています。

以上のことをふまえ、次月号より約1年間、私の親愛なる仲間である、研究者や実務家の社会保険労務士より、具体的な事柄を紹介していただきます。その際、「誰が、どんな想いで、その制度を葛藤しながらも、いかに理解し、実際の活用に至っ

ており、実生活及び、未来への気持ちの変化が起こっているのか」等を想像することによって、制度やサービスが現実のものとして伝わることでしよう。「知る」ことは大変深いです…。

(あおき きよひさ)

会連合会)は、8月7日(日)の午後、松江市の島根県民会館中ホールでお笑いコンビ松本ハウスを招いて「統合失調症がやってきた」松本ハウスのお笑いライブ&トークショーを開きました。

猛烈な暑さの中、ちょうど甲子園では夏の全国高校野球大会、それにオリンピック競技も始まり、特に甲子園では地元高校チームの対戦と重なり、お客さんの入りが心配されましたが、ふたを開けると会場は満席に近い約400人の観客で埋まりました。

トークショーは、ハウス加賀谷さんの統合失調症発症から回復、芸能活動復活までを相方の松本キックさんが聞き出すという形で進められました。

漫才コンビらしくところどころに笑いもちりばめ、重い話も

分かりやすく場内から度々大きな笑いも起こりました。

トークショーの前には、観客の皆さんの理解を助けるため統合失調症について精神科医の島根県立心と体の相談センターの小原圭司所長に解説していただきました。

また終わってから、フロアからの質問に代え小原所長の司会で精神障がいのある本人1人と島根県立大学看護学部4年の女学生2人から、松本ハウスに聞きたいことを尋ねてもらおう座談会も設けました。

来場者には一般の人も多く今回イベントの、世間に根強くある精神疾患に対する偏見や誤解をなくしていくという初期の目的は、少しは達成したのではないかと思っています。

また、トークショーや座談会の中で語られた、障がいを抱え

ていても「焦らないで、だけど諦めないで」とか、松本キックさんにとってハウス加賀谷さんとの関係は「統合失調症の加賀谷ではない。仲間の加賀谷が統合失調症だ」、統合失調症を公表したほうがいいのか、しないほうがいいかは「カミングアウトするかしないかは、自分の生きやすいほうを選べばよい」などという松本ハウスの言葉は、精神障がいのある人はじめ家族、あるいはすべての人に元氣と勇氣、希望を与えるものではなかったかという気がします。

来場者の多くから「面白かった」「来てよかった」などと喜んでいただき、島精連の存在も多少はPRできたかな、と思っています。

■事務局では一日のほとんどの時間、パソコンを使って仕事をしています。

パソコン画面に集中するあまり、仕事中はほとんど体を動かささない。そのせいか肩こりと、最近では片頭痛が始まってしまった。肩こりについては、先生に「肩がバキバキだね」と言われてしまっただけで凝り固まっている。

これ以上ひどくなる前に何か策を講じなければと、気が付いた時に少し休憩を入れるようにしている。体のあちこちをひねってストレッチしてみたり、お茶を飲んでほっと一息ついてみたりと、ほんの数分の休憩だけでもだいぶ体が楽になり、仕事もはかどる。

休むことは大切だなと身をもつて実感している。

* * *

今月(10月)はみんなねつとの全国大会が三重県で開催される。

毎年事務局の私たちが参加しているが、事務局を離れ、全国の家族の方々と交流できる貴重な機会である。大変な状況を乗り越えようと必死に頑張ってきた家族の方々とお会いすることで、いつも「事務局として自分にももっとできることがある！」と、パワーももらっている。

今年の全国大会も大会となりまますように……

(齋藤)

【「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 **みんなねつと** 通巻第 114 号 (2016年10月号) 定価 300 円

発行日	2016年10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 みんなねっと三重大会 主なスケジュール(予定)

1日目 10月27日(木)

- 10:00~ 受付 ※当日は、事業所の検査製品の郵売会も予定。
- 11:15~ オープニングセレモニー
- 12:00~ 開会式
- 13:00~ 基調講演
「誰でもわかる認知行動療法」
 一般社団法人認知行動療法研究開発センター理事長
 / 大野 裕氏
- 14:20~ みんなねっと活動報告
 みんなねっと理事長 / 本橋 義和
 行政報告
 厚生労働省より(予定)
- 15:40~ 記念講演
「精神科アウトリーチ」
 ~入院に訪れない精神医療の実践のために~
 千葉大学医学部研究開発科准教授 / 渡邊 博幸氏
- 17:00 終了 ※懇親会参加者はバスで移動
- 18:30~ 懇親会
 津センターバレス(都ホテル)

2日目 10月28日(金)

- 9:00~ 受付
- 9:30~
11:30 **第①「広げようアウトリーチ」**
 ~地域でくらす日本人、家族によりそって~
 ☆コーディネーター 創価大学大学院 眞島 日出見
- 第②「元気な家族会に！！」**
 ☆コーディネーター 日本福祉大学教授 青木 聖久
- 第③「安心してくらする社会を目指して」**
 ~差別解消法 これからの対応しよう~
 ☆コーディネーター 三重大学教授 片岡 三佳
- 第④「はじめよう！若者への啓発を」**
 ☆コーディネーター 聖隷川村大学准教授 大場 義典
- 第⑤「ピアカフェ」**
 ~みんなでしゃべろう~
 ☆ゲスト 松本ハウス
 ※定員 100名；当事者限定(不安な方は家族同伴可)
- 11:45~ 開会式
 分科会報告 大会アピール採択 次期開催案あいさつ
- 12:40 閉会(予定)

分科会

「ピアサミット」 10/28(金)13:30~15:30 三重県総合文化センター 中ホール
 お笑い藝人**松本ハウス**さん来たる！(主催：ピアサポートみえ(入場無料))

参加申込書(宿泊なし用)

◆申込先⇒FAX059-225-7633 ◆E-Mail⇒tsu@mwt.co.jp

都道府県		「参加証」などの送付・連絡先(勤務先・自宅)								備考	
所属団体		〒 ー									
申し込み代表者		(ふりがな)		電話			FAX				
No.	ふりがな氏名	性別	年齢	参加種別・家族・医療福祉支援者、一般 3,000円 当事者 500円 学生 1,000円	参加希望する分科会(2日目9:30~)			懇親会 7,000円	お昼の弁当注文 1食 1,000円		合計 12,000円
					第1分科会	第2分科会	第3分科会		1日目	1日目	
例	みえ たるる 三重 太郎	男	55	家族	①	②	③	○	○	○	

※宿泊のお申込みが必要の方は、別紙「大会案内パンフレット」にある「参加申込書(宿泊用)」にてお申込み下さい。
 ※お申込みは、FAX・メールもしくは郵送にてお申込みください。(トラブル防止のため、電話でのお申込みはお受けしておりません。)
 ※申込み・問い合わせは、『名鉄観光サービス訓練支店』 電話：069-225-7676 FAX：069-225-7633
 〒514-0004 三重県津市栄町3-141-1 モアビル5階 Eメール：tsu@mwt.co.jp 担当：熊田(おの)のりこ

第9回全国精神保健福祉家族大会 希望が三重～る

～ピアのちから・アウトリーチ・伊勢エビ 実はそれぜんぶ三重なんです～

みんなねっと三重大会

日時 **2016年10月27(木)、28(金)**

会場 **三重県総合文化センター**

三重県津市一身田上津部田 1234番地 ☎059-233-1111

三重県総合文化センターへの交通アクセス
<http://www.center-mie.or.jp/access/>

参加費 **3,000円** 障がいのある人 **500円**
学生 **1,000円**

問い合わせ 〒514-8567 三重県津市台橋3-448-34 三重県こころの健康センター内
「さんかれん」 TEL 059-227-1929 FAX 059-271-5808



主催／公益社団法人 全国精神保健福祉社会連合会(みんなねっと)
特定非営利活動法人 三重県精神保健福祉会