



ぎふかれん 増刊号

NO. 62 2019年3月発行

発行 岐阜県精神保健福祉会連合会 (略称 らぐふかれん)

〒500-8385 岐阜市下奈良2-2-1 福祉・農業会館3階 TEL&FAX 058-271-8169

HP <http://gifu-karen.jimdo.com>

岐阜県精神保健福祉会連合会 理事長 山田偉雄

平成30年度甲州・東海ブロック精神保健福祉促進研修会 高山大会を 昨年11月に行い、12月には、岐阜県精神保健福祉研修会「欧州から学ぶ、これからの精神科医療のあり方」を開催しました。

伊藤順一郎先生は大変お忙しく、当日の資料集には簡単な講演レヅメしか掲載することが出来ませんでした。

「講演が良かった。」「資料が欲しい。」などのご意見を多数もらいました。この度、講演内容を掲載した増刊号を作成することになりました。

講演内容

平成30年度

甲州・東海ブロック精神保健福祉促進研修会

(平成30年11月9・10日)

- ・伊藤順一郎先生の講演
- ・加藤秀明先生のシンポジウムでの話

岐阜県精神保健福祉研修会 (平成30年12月22日)

- ・野村忠良氏の講演



3名の講師の了解のもと、講演内容を編集しました。

参考出版物

伊藤順一郎先生

「精神科病院を出て、町へ」ACTがつくる地域精神医療 岩波書店 2012年
月刊「精神看護」 オープンダイアログ 対話実践のガイドライン

「病棟に頼らない 地域精神医療論」精神障害者の生きる力をサポートする
「じょうずな対処 今日から明日へ」コンボ

統合失調症を知る心理教育テキスト (家族版)

野村忠良氏

「私はこれでいいんだ 母の病・葛藤・体験を力に変えて」やどかり出版

「統合失調症薬物治療ガイド」日本神経精神薬理学会編 2018年 じほう 1944円
月刊「みんなねっと」 年間購読料 3600円

この機関紙は、岐阜県共同募金会のご寄付で作成致しました

平成 30 年度甲州・東海ブロック家族大会 精神保健福祉促進研修会 高山大会
講演：「ひらかれた地域精神医療、進めようアウトリーチを」
講師：伊藤順一郎先生

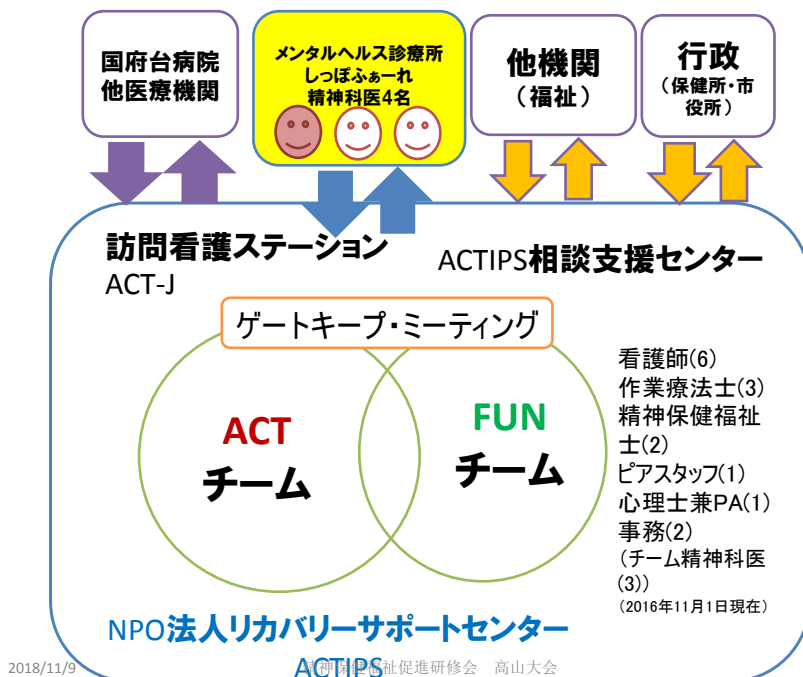
講師の紹介

千葉大学医学部卒、国立精神神経医療研究センターで21年間、精神障がい者の社会復帰に向けた研究に携わってこられました。その後2015年から、「メンタルヘルス診療所 しっぽふぁーれ」の院長として、精神障がい者を中心とした地域医療福祉を進めてこられました。

自己紹介的に

昔は精神保健福祉の研究所に勤め、厚労省とのやり取りを多くしていましたが、今は、千葉縣市川市で精神科医として働いています。

第1図 NPO 法人リカバリーサポートセンター



この図は、私の働いている診療所を含めたシステムです。メンタルヘルス診療所「しっぽふぁーれ」が僕の診療所です。診療所自身の仕事は限られているので、訪問看護ステーションと共に仕事をしています。そんなに大きくない建物の中に診療所とステーションがあり、相談事業もしています。ACTとFUNの二つのチームがあって仕事をしています。リカバリーサポートセンターACTIPSと協働して仕事をしている。市川市には、他にも多くの看護ステーションがあり、それらとも協働で仕事をしている。ACTIPS自身も他の診療所の先生達とも協働で仕事もします。僕たちのチームの特徴は、アウトリーチで行うことです。

第1表 「しっぽふぁーれ」の紹介

・2015年4月に在宅医療支援診療所として開設
・敷地内に訪問看護ステーションがあり連帯
・訪問のキャッチメントエリアは千葉縣市川市（40万人）と松戸市南部（30万）合わせて約70万人。診療所から車で30分圏内
・常勤医師2名（伊藤医師・女医）、非常勤医師1名（週2回）、ソーシャルワーカー、事務員2名が訪問診療（平均週1日外来、毎朝1時間のミーティング）
・2018年5月の訪問診療の延べ件数は184件/月
・2018年5月に訪問診療を受けた利用者の実数は80名/月
・訪問診療から始まる新規依頼は1年で28人（2017年度）

このような体制で行っています。外来診療ができない人、長期入院後の方で、サポートしなければ生活できない人を対象にしています。

訪問範囲は現在多すぎ、20万人で1か所が適当です。訪問看護の方と毎朝ミーティングしています。

「しっぽふぁーれ」(主診断)

統合失調症は52%で最も多く、次いで躁うつ病、神経症(トラウマ、PTSD、学生時代のいじめ、家庭のDV等による引きこもりになっている方)、発達障害の方が続く。

訪問を始めてからの僕自身の変化

僕が関わった精神科の病院の中で、身体拘束や長期間隔離室に入っている方が多く、入院は本人にとって本当に良かったと思える人は半分もいないのではないかと思う。

このような病院内の治療は本人に良くないとの思いがあって、具合が悪い時なるべく生活の場で支えていけないだろうかと発想で、2015年からこの仕事を始めた。どのようにすれば地域生活ができるかを考えてきた。研究所にいた頃書いた本「精神科病院を出て町へ」。他職種のチームで地域に出ていく、これをACTとよびます。

僕は精神保健指定医としての強制力をふるうことができない

訪問した方はいろいろな方がおられる。本人の家族や、近くに住んでいる人が、「あの(当事者)が居ると安心して暮らせない、あの人のお蔭で夜も眠れない。」このようなことがしばしばある。保健所や警察が関わっている場合もある。このような時には、入院した方が良いのではと言われる。病棟を持っている医者であれば、入院を薦めることが出来る。指定医ではあるが、入院する病院は勤務先でないので強制力はふるえない。**強制力を発揮しなくても地域医療が出来ないだろうかと考える。**他の人に迷惑かけた時など、どうしても大変な時は、警察に来ていただき、相談して病院に連絡する。このようになる前になんとかすることが、私たちの仕事と思っている。

いかにしたらお互いにとって心地よく、利用者にとって役立つ治療・支援関係を築き、継続できるか、これが重要と思う。最初に訪問で会うときは、大変な状態の方はまれ、暴力の最中に行くことはまれです。長期に引きこもり、家族との関係が良くなく、手をこまねいて困っている。または、長期入院で退院するとき主治医に訪問治療を受けるよう言われるなどの場合が多い。最初の訪問では、関係作りをどうするかが大切。この関係作りが、これ以降の治療に重要になる。

どんな治療だったら受けたいと思うかのアンケートの結果

診療のニーズ (コンボのリカバリーフォーラムより)

○診療を一方向的に進めない。 ○話しやすい環境作り。 ○薬以外の選択肢が知りたい。
○わかってほしい。聴いてほしい。 ○医師の反応がほしい。 ○生活のこと、人生の応援、よいこと、できることを話したい。何を望んでいるか聞いてほしい。
○多職種の方に関わってほしい。 など沢山出てきた。
患者との関係作りには、このような項目が含まれなければならないと思う。

「みんなねっと」が2010年に調査した、初めて精神科医療を受診した際に、継続して受診したいと思わない経験としてのアンケート

○病名や治療法について家族への十分な説明がなかった(42%)。
○同様に本人への十分な説明がなかった(35%)。
○診察までの待ち時間が長すぎた。 ○家族の話を親身になって聞いてくれない。
○医師や職員の態度が不親切、威圧的だった。 など。
十分な説明がなされていないという怒りがある。これでは、人と向き合っていない。

人として向き合う

- ・人の苦悩に寄り添う (person centered)
- ・安心して話ができる関係がある。
- ・希望をもって病気に向き合える環境がある。このような対応が重要。

幻聴にしても、言っていることを否定するのではなく、なんでも安心して話せる関係を作っていく。このようにすれば、再発や再入院は減ると考える。

「みんなねっと」の調査(2017年)では、日常生活で著しい制限、常に援助が必要な、身の回りのことが殆ど出来ない重症慢性者が15%いるが、この内25%が入院、69%が外来通院中としている。このような人を僕たちの訪問医療チームは対象にしている。

重度慢性の人の日中活動の調査では、23%が何もしていない。20%が訪問看護利用。15%が通所施設、13%がデイケア・ナイトケア、8%が地域支援センター利用となっている。

地域での生活の維持を決める要素

- ・本人の生活機能・動機
- ・環境（住まい、本人のネットワーク）
- ・本人が出来ないことを支える支援体制の充実
- ・たとえ彼らがどれだけ幻聴か妄想に支配されていても、訪問診療やLAI（長期間効果のある注射）を含む薬物療法を受け入れ、生活支援としてのホームヘルプサービスや訪問看護を受け入れる関係性を築くことができれば、地域での生活維持・展開の支援は可能ではないかと考えている。この様なサービスを受けてもOKと言う人を作るのが僕らの仕事。

Aさん頻回入院歴のある50代の女性の事例

週7回の支援体制を行っている。

ACTが週5回、訪問診療は週1回、ヘルパーは週2回、結構多く使っている様に見えるが、費用は入院中と比べれば安い。入院だと病棟内でしか暮らせない訳です。措置入院となった方ですが、今は薬を飲んで安定している。

Bさん長期入院歴のある60代男性の支援事例

こころもからだも元気に生活を頑張る為のプラン

	朝	10:30	11:00	11:30	12:30	1:00	1:30	2:00	2:30	3:00	3:30	4:00	4:30	5:00	20:00
月	ヘルパーさん	通所型生活介護 10:30~3:00								ヘルパー 3:00~4:30		ACT 4:30~5:00			内服確認 (本人より TEL発信)
火	ヘルパーさん	通所型生活介護 10:30~4:00										ACT 3:45~4:45			内服確認 (本人より TEL発信)
水	ヘルパーさん	通所型生活介護 10:30~3:00								ヘルパー 3:30~4:30		主治医 4:30~5:00			内服確認 (本人より TEL発信)
木	ヘルパーさん	通所型生活介護 10:30~4:00										ACT 3:45~4:45			内服確認 (本人より TEL発信)
金	ヘルパーさん	通所型生活介護 10:30~3:00								ヘルパー 3:30~4:30		ACT 4:00~4:30			内服確認 (本人より TEL発信)
土	ヘルパーさん	通所型生活介護 10:30~3:00								(デイサービス) 宿泊					
日	(デイサービス) ~17:00											ヘルパー		内服確認 (本人より TEL発信)	

黄色いところは、送り迎えをしてくれて、昼間はご飯を一緒に作ったりするサポートで、3時までに自宅に送ってくれる。彼は、統合失調症とパーキンソン病もあり、一人では着替えが出来なく、朝・夕にヘルパーを。夕方にACTのサポートを受け、7・8年経ちます。今は老人ホームに入所している。

Person centered, not illness centered

病気中心の治療ではなくて、人を中心にした生活。病気がありながらも幸せな生活が送れるように、病気治療のために人生を台無しにしないようにする。このためには、

- ・彼の苦悩に寄り添い、症状の苦しみも共有する。
- ・対話的時間を重視し、「評価」の入らない、対話の時間を確保する。
- ・服薬へのサポート（電話・服薬カレンダー）、LAIの導入も積極的にする。
- ・近隣や不動産屋（大家）から苦情があったときは、丁寧に対応する。
- ・本人が生活を楽しむことが出来るように生活支援を行う。
- ・本人の好み、価値観、能力を知り、それらが活かせるように支援する。

”こころの臨床”のありようを深める。

トリエステ・オープンダイアログ・当事者研究等を参照

「死にたい」「人を傷つけたい」と彼／彼女は言った。あなたはどうか？

精神科医に問うと、「どうやって入院させるか」「薬を飲んでもらう」と答える精神科医が少なからずいる。答えがあるわけではないが、僕らは、対話の中で語られたものなので、「そのような気持ちを持って居るんだね」とか、「殺したいとやけくそになっているんだね」と、「そんな気持ちなんだけど、ここに来て話してくれてい

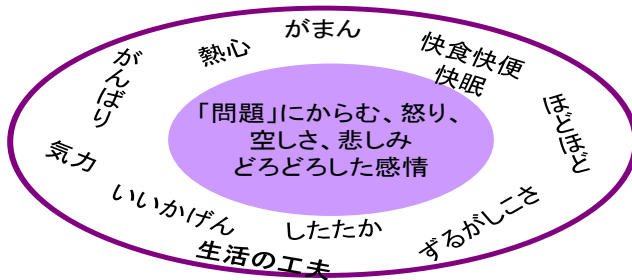
るということは、そのようにしたい気持ちと、したくない気持ちがあるんだね。」「どうしてそのように思うのか少し教えてくれない。」「出来ればそのようにしなくてすむ様に考えたいと思うんだけど。」と話す。

まんじゅう理論 (卵理論ともいう)

あん (困難・苦労とそれに伴う気持ち) の存在を承認する。

同時に、皮 (対処・工夫とそれに伴う気持ち) の存在していることを認め、たたえ、励ますことを通じて、あんこ (困難に伴う気持ち) が癒され、生きる力を増す。

まんじゅう理論



20) 心理教育・家族教室ネットワークインストラクター研修テキストより

あんこと皮への触れ方

- ・ あんこの内容
 - ・ それに伴う感情
- ↓
- 共感、承認 人とのつながりが大切

- ・ 皮の内容
 - ・ その源泉となる感情
- ↓
- ☆皮もあんこも大切に扱う
☆合いの手・応答を忘れずに
- ねぎらい、承認

人として向き合う

- ・ 「幻聴や妄想にも意味がある」と信じる。
耳を傾けることで、和らげることに関係
- ・ 幻聴や妄想は、彼らの苦労の表れであり、その苦労を理解しようとするのが関係の深化につながる。
- ・ 症状を”承認する”ことから、相互関係が深まり、それぞれの価値観を理解することにつながる。

アナザーワールドを大切にすれば、リアルワールドでやっていける。

妄想を通じてお友達関係になってくると、現実の社会でも元気が出てくると言う話

世界観：「クライシス：ピンチ」は好機です。

- ・ 人生のどんな時期でも、成長と学びをもたらす建設的で永続的な変化のときとなる。
- ・ 好循環のらせん運動のはじまりになる。 ・ 自己の統合の契機になる。
- ・ 社会から切り離されない。 ・ 交渉や契約を行う力を維持できる。

世界観：価値観に基づくサービス

- ・ その人を支援することであり、疾患を治すことではない。
- ・ サービス利用者を、権利をもつ一般市民として尊重すること。
- ・ 社会的役割とネットワークを維持すること。
- ・ リカバリーと社会的共生をはぐくむこと。
- ・ サービスの利用者にとって重要な日常のニーズに対応すること。
- ・ 地域社会の意識を変えること。

○本人のことは本人のいないところでは決めない。本人のいるところで話し合うと、本人は尊重されたと思う。

答えのない不確かな状況に耐える。様々な物の見方を尊重し、多様な視点を引き出す。

○対話というありかた。評価をしなくて、対話を続けることを目的とする。

サービス提供システム：クライシス（危機）のポイント

- ・予測し継続するケアこそが危機が生じることを防ぐ。
- ・気軽に立ち寄れて、素早いインテークとアセスメント、初期のサインに対する敷居の低さ、落ち着かせるためのレスパイト等が必要。
- ・リアルタイムの素早い介入。役割を持ち責任を果たす。これは相談してきた者、例えば家族や社会ネットワークに安心を与える。
- ・24時間365日、アクセス可能。
こんなシステムを持っていることが大切。

介入において、

- ・知識や会話を通じてクライシスを解明（理解）する。
- ・個別の支援計画を立て、すべての支援システムを使う（包括的支援）。

私達の7つの提言 「みんなねっと」の調査（2010）では、

1. 本人、家族のもとに届けられる訪問型の支援サービスの実現
 2. 24時間、365日の相談支援体制の実現
 3. 本人の希望に沿った個別支援体制の確立
 4. 利用者中心の医療の実現
 5. 家族に対して適切な情報提供がされること
 6. 家族自身の身体的、精神的健康の保障
- このような内容は、これから支援を組み立てる際の軸になると思っている。

僕たちはどこへ行くのか

(25編の無作為比較対照試験の BondG (2001) らによるレビュー、
ACT 医療による改善への確証)

- | | |
|------------------|--------------|
| ・精神病院（入院）の利用の減少 | 74%の研究が支持 |
| ・住居における安定した生活の実現 | 67%の研究 |
| ・生活の質（QOL）の上昇 | 58%の研究 |
| ・利用者の満足度 | 88%の研究 |
| ・精神症状の改善、社会適応の向上 | 20-50%の研究が支持 |
- 逮捕や投獄の減少、就労の向上、服薬遵守
以上の様な効果が ACT によりもたらされるとの研究。

今後の戸惑い（これぞコミュニティ・メンタルヘルス）

地域で臨床を続けていると、疾病性よりも事例性の方が大きいのしかかる。

- ・貧困、借金、家賃滞納など ・DV、性的虐待、さまざまなトラウマ等
- ・多問題家族（離婚、父が異なる子供達など）・近隣苦情、保証人問題など
- ・話をする相手がいない、ずっと引きこもりなど
- ・ゴミ屋敷状態、家具がないなど

→医療だけでは抱えきれない問題が多い。扱い切れないことをしみじみ感じる。

これは医療だけでは出来ないし、精神福祉だけでも出来ない。

→ネットワーク・多職種チームの重要性 もっと広い困難者の支援とか住居の専門家などでなければ出来ないと実感する。精神科医が入っていても、狭い領域だけで、本当に困っている人達につながる仕事になるのかと思う。

僕は治せない医者である。（川村敏明）

- ・利用者のネットワークが失われないように。
- ・相談事を出来る関係性を地域社会の中に増やす。

- ・病気が治らなくても生きていけることができる。無理して治すと考えなくて、相談出来る先があればと考える。
- ”自分で自分を助ける”ことへの応援

この様な支援が出来たら良いなと思っている。

平成 30 年度甲州・東海ブロック家族大会
精神保健福祉促進研修会 高山大会

「地域支援と精神保健医療のこれから進むべき道、
飛騨から」

当院における精神医療の変遷

特定医療法人人生仁会須田病院 加藤秀明院長



まず、当院における精神医療の実践と変遷を述べさせていた
昭和 31 年須田病院（当院）開設 ～ 地域のニーズのまま収容と増床の時代
平成 10 年頃～下記の理念への取り組みを進め、結果的に、構造改革になってきたと思っています。

理念：入院医療中心から地域生活中心へ

地域ケアの充実・長期入院患者の地域移行・新病棟建設

平均在院患者数の減少・病床削減

地域の精神医療を考えるには、全国の歴史から始めます。

-
- 昭和 25 年（1950）精神衛生法の制定、精神病床 1 万 8 千床
 - 29 年（1954）全国精神障害者実態調査（要入院 35 万人で 35 万床必要）とされ、精神病院建設ラッシュ（国庫補助）
 - 30 年（1955）クロルプロマジン発売
 - 31 年（1956）須田病院開設
 - 33 年（1958）精神科特例の事務次官通達（医師は 1 / 3）
 - 38 年（1963）ケネディ教書（アメリカ脱施設化）
 - 39 年（1964）ライシャワー事件、精神病床 17.5 万床
 - 43 年（1968）WHO クラーク勧告（日本の精神医療非難）
 - 59 年（1984）宇都宮事件 精神病棟 33 万床
 - 平成 7 年（1995）精神保健福祉法（社会復帰施設の設定）
 - 14 年（2002）精神分裂症から統合失調症に呼称変更
 - 17 年（2005）障害者自立支援法
 - 25 年（2013）障害者総合支援法
-

昭和 55 年に当時の須田病院院長に呼ばれて、当病院に就職しました。

この時、呉秀三の言葉～ 2 重の不幸～

わが国の精神病患者は、病気になった不幸とともに、この国に生まれたる不幸を二重に受けている。病者の救済、保護は実に人道問題であって、目下の急務である。

呉秀三、樫田五郎：精神病患者私宅監禁ノ実況及び其の統計的観察。1918（大正 7 年）にあるように、病気になったことは残念だが、この地に須田病院があつてよかつたと言われる病院にしなければと思っていました

岐阜県飛騨地方唯一の精神科入院機関として以下の様なことが大切と思います。

- 患者・家族は病院を選べない。 ○地域のニーズに応えなければ地域が困る。
- 多様な患者に対応 → 精神科の総合病院 ○救急（時間外診療）も大切
- 病院から精神障害の偏見をなくす。 ○精神科の問題では最後の砦
- 医療以外の精神科的な保健・福祉・介護・教育でも中核機関

特定医療法人人生仁会の歴史

- 昭和 31 年 須田病院開設 25 床 33 年 現在地に新病棟 68 床
- 58 年 350 床まで増床
- 平成 9～15 年 各施設を開設。

23年 訪問看護ステーション 24年 ヘルパーステーション等を開設してきました。
病床数のピークは昭和38年の350床、その後減って平成28年には290床、地域移行機能強化病棟を申請し、本格的に病床を減らすことにしました。本年は270床、来年は266床にする予定です。

これは、現在の生仁会の関連施設です。

＜精神科関連施設＞ 精神科・デイ・ナイトケア 自立支援施設（10床、通所20人）
地域活動支援センター 福祉ホーム（10床） グループホーム（10床）
高山グループホーム（6床）民間アパート（30床）

＜高齢者関連施設＞ 省略

＜アウトリーチ部門＞訪問看護ステーション ヘルパーステーション

これら地域支援に関わる訪問ステーションとヘルパーステーション、地域支援センターと病院のワーカー達が集まって、朝の申し送りやミーティングを行い、利用者の情報交換を行っています。

これは、私が20年前に本で知ったACTというものです。

ACT

Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム

ACTとは、統合失調症を中心とした重い精神障害者に対して、精神医療と福祉の専門職からなる他職種チームが、24時間、365日にわたって、訪問などのアウトリーチサービスを中心に提供を行うことで地域生活を援助する方法である。

とされ、すごいなと、私の病院ではとてもできないな、と思っていました。
今から11年位前に、自身のターニングポイントとなった事例を紹介します。

地域ケアと抗精神病持効性注射治療によって、地域生活を続けている統合失調症の 症例 ACT-HIDA（仮称）のモデルケース

症例：60歳代前半、男性、妄想型統合失調症で重い患者

○3回の再入院歴、7年間の長期入院歴、治療中断、幻聴、薬も飲まない

○従来のサービスと経口抗精神病薬では地域生活はできなかった。

○平成18年頃に、地域ケアの充実と持効性注射治療によって8年間地域生活を続けている。

○ACT的支援 →ACT-HIDAのモデルケースとなった。

その支援は、地域支援センター（やまびこ）によるケアプランにより

・ホームヘルパー：20回/月 ・B型作業所に週3日 ・訪問看護 1回/週

・日常生活自立支援事業（金銭、書類管理）：社協 ・外来診療：1回/2週

・近隣の受け入れ：保健所保健師

などによるケア。

このケアプランを毎日使って、利用者に毎日会えるようにしている。

当院における地域ケアとACTの8条件

-
1. 重い精神障害者
 2. 多職種の専門家からなるチームによる提供
 3. 利用者の上限を設定
 4. スタッフ全員でケアを共有：超職種
 5. 保健・医療・福祉サービスをチームが直接提供：就労支援
 6. 暮している場所への訪問：看護師・ワーカー・ヘルパー
 7. サービスの提供に期限を定めない
 8. 1日24時間・365日体制で、危機介入にも対応：携帯電話、時間外診療

従って、当院の地域ケアはACTの条件をほぼクリアしていると思っている。

訪問看護ステーションの

訪問患者数；122名（2017年10月）で総訪問数は382回、

患者一人当たり1カ月訪問回数：3.13回

看護師一人当たり1日訪問件数：2.54件

最も多いのは、統合失調症圏で71名、次いで気分障害で14名、認知症：11名
となっています。

デイケアの支援は、プログラムを作って実施している。25名程が参加しており、私も参画し、
コンボの「こころの元気」等を教材にしています。

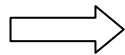
当院における地域包括ケア

以下のようにしています。

- ACTのよいとこ取り：アウトリーチ、24時間体制、理念を大切に
- 他職種チームによる包括的な支援
- アセスメント、ケア会議、危機対応
- デイケア「あじめ」などの通所型サービス
- 医療と福祉の協働チームによる診療報酬 報酬がなければ実現しない。



現在の地域ケアを充実・発展
アクト飛騨版を考えた。

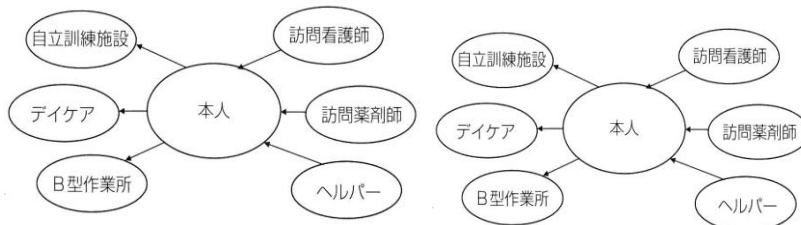


ACT-HIDA

これは、ある患者さんの地域ケアの事例です。

多職種連携による地域ケア

精神科病院には多様な専門家がいて、
精神保健福祉法、障害者総合支援法、介護保険法に必要な法律に慣れている。



専門職の支援

通所系訪問サービス

(加藤、他：高次脳機能障害と精神科地域ケア、日精協誌、36、2017)

長期入院患者の地域移行に向けた病院改革推進のため、国は平成28年度報酬を改定し、地域移行に取り
組む病棟支援となり、強化病棟を取得し、病床数がずんずん減ってきました。

入退院に関する30年間の推移をみると、入院患者数は、徐々に減少しています。平均在院日数は、昭和
61年では、600日であったのが、平成28年には200日を切っています。新規入院者数と退院者数は
徐々に増加しています。

月別入院患者数（H1～H28）をみると、平成元年に338名であったのが平成15年には310名、
これ以降急激な減少で、平成28年には240名に減りました。病床数は、350床から平成28年には
290床と少なくなりました。

これら、入院患者数の減少は、次の10の要因と思われます。

- ・診療圏の人口減少
- ・新入院患者の入院期間短縮（約600日から約250日に）
- ・長期入院患者の地域移行
- ・長期患者の死亡
- ・地域ケアの充実
- ・地域の外来治療の充実
- ・地域に介護施設の増加
- ・薬物療法の進歩
- ・精神保健の普及・社会文化背景の変化
- ・統合失調症の軽症化と初回入院患者の減少

60年間（1957年～2016年）の初回入院患者は1,235名で、前半30年と後半30年に分けてみると、前半は836名、後半は399名となり、明らかに初回入院が減ってきています。

当入院診療圏ではどれくらいの統合失調症患者がいるのか？

統合失調症の発症率は人口10万人当たり平均15人、時点有病率は人口1,000人当たり4.5人、生涯リスクは平均0.7%とされています。

当院診療圏では、年間20人前後が発症し、現時点での有病率は約500人、生涯リスクは800人ほどになります。統合失調症周辺疾患や他の機能性精神病を加えれば更に多くなります。

平成28年の新入院患者の延べ数は、ここ10年くらいは10人くらい（H28では17人）、再入院は151名の患者が出たり入ったりしています。

再入院の問題を考えてみたい。

再発、生活破たん、休息入院、身体合併症併発での入院となります。

在宅医療支援病院が、精神科医療機関に望む機能は、緊急時に即時対応可能な精神科の救急ベット機能。飛騨地方は、広域な診療圏、過疎・高齢化で、少ない社会資源、限られた人材で地域支援することになります。訪問看護では、神岡へは50kmと離れていて、半日がかりの仕事になります。とりあえず入院してもらって、問題を解決するのも良いのではと思っています。

ショートステイは飛騨地方にはなく、また、患者家族の疲れの場合のリセットする場所、レスパイトする場所として病院を利用してもらってもいいと思っています。

話はがらりと変わって、

精神障害：統合失調症に対する誤解・偏見・スティグマについて

私は、小さい頃おかしなことをすると、「須田病院に入れてしまう」と言われた人間です。患者は、人前では薬を飲まなく、隠れて飲んだり、飲まなかったりして再発する例をみえています。今はそんなことは少なくなりましたが、それでも社会の中では誤解・偏見を感じることはあり、医療・福祉・介護従事者や当事者・家族にもわだかまりを感じることがあります。

私が大学時代、同級生や尊敬する先輩が統合失調症に罹りました。その時考えたのが、

もし私が統合失調症になったら、一番大変なことだと思ふことは、

- ・統合失調症になったという体験の克服であろうと思う。
- ・人が生きていくには自己効力感、自尊心が必要である。
- ・統合失調症で傷ついた自己像を回復させなければいけない。

そのためには、社会にある統合失調症の偏見をなくす必要がある。

と学生時代に思った。これが精神科を選んだ動機でした。

こんなことから、須田病院運営理念をつくってみました。

須田病院の運営理念

- ・心の病に対する心ない誤解・偏見を無くし、病院から心のバリアフリーを実践します。心が癒され、生きる自信が回復する病院でありたいと思います。
- ・患者さんとご家族の立場に立って、物事を考え、いかなる時も誠実に対応します。患者さんと共に悩み、喜び、一緒に考えていきます。

精神分裂症から統合失調症への呼称変更

これは、精神分裂症は病名それ自体が偏見・誤解を生じるとして、平成14年（2002）に統合失調症に呼称変更されました。分裂症では、精神が分裂、不治の病、暗いイメージでしたが、統合失調症では、明るいイメージに一新（?）。私も患者さんに告知し易くなりました。

日本精神学会は、「統合失調症とは以下のような特徴をもった精神障害の一つ」と説明

1. 直接的な原因がないのに考えや気持ちがまとまりにくく、本人が困難や苦痛を感じたり、回復のために治療や援助が必要。

2. 根本的原因は不明、何らかの脳機能異常と心理社会的なストレス等の相互作用が関係。
3. 日本全国で67万人の患者が治療を受けておられます。一生の間におよそ100人に一人の方が罹患するとされています（今は、120から130人に1人）。
 - ・頻度の高い病気
 - ・誰にでも生じうる
 - ・精神疾患の生涯罹病危険率は約25%。
 現在、私の病院には300名の職員がいますが、確率的には3名は統合失調症にかかると病棟の患者さんに話し、患者さんも職員も同じだよと話しています。
4. 幻覚や妄想は、脳内の情報伝達物質がバランスを失ったためで、多くは薬が効きます。幻覚、妄想は他の病気にも表れます。
 - ・神経伝達物質ドーパミンの過剰
 - ・抗精神病薬が効く
5. 薬や心理社会的な介入による新しい治療法が普及し、社会参加を目指したリハビリテーションも進歩しました。
6. これからどうやって社会参加を支援していくのが、これからの課題。そのためには、心ない偏見をなくしていくことが重要。

統合失調症は本人の体験のほんの一部

統合失調症があるからといって、その人の全てが変わる訳ではありません。本人のいいところ、健康な力、本人らしさを大切に、共に歩んでいきましょう。（健康な力を大きくすると、病気の部分が小さくなる）

リカバリー Recovery（回復）とは

○Libermanらの回復の医学的定義（2005）

- ・症状が寛解
 - ・就労あるいは修学している
 - ・自立した生活
 - ・社会的人間関係を維持
- これは大変難しい。

○当事者の視点を入れた回復：リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である（Deegan、1988）。

- ・パーソナルリカバリー：疾病や障害をかかえながらも、自らの人生を新しい意味や目的を見出す生き方や過程である。
- ・誰にでもリカバリーはある。
- ・リカバリーのためには社会に心ない偏見がなくなることが大切。

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの導入

国は、社会参加や地域社会の中で、精神障害者にも地域包括支援をしていこうとの考えです。当病院では、**精神障害者と介護をつなぐ研究会を立ち上げ**

介護・福祉関係者に精神障害者を理解してもらうことを行っています。統合失調症の病名を言うと、施設の利用や訪問することを躊躇するなど、訪問看護師やケアマネの声を聞きます。

統合失調症になっても大丈夫な社会とは（みんなねっと理事の岡田さんからの引用）

1. 統合失調症を始めとする精神疾患が誰にとっても身近な病気になること
2. 統合失調症が回復可能なより明るいイメージの病気になること
3. 相談や医療が必要になったら、容易につながる事が出来る体制にあること
4. 家族支援の体制があること
5. 当事者・家族が病気を隠さず普通の生活ができるようになること

をあげられています。岡田さんは、精神医療従事者にエールを送られておられます。

心のバリアフリーを広げていきたい

障害があっても普通に生活できる共生社会、統合失調症になっても大丈夫な社会

生仁会はそのための社会資源の1つでありたいと思う。

伊藤先生は、「病棟に頼らない 地域精神医療論」を書かれていますが、私は「病棟に頼ってもよい」との考えでやっています。

飛騨地方は、心の病気があっても隠すことなく、普通に生活できる町、
飛騨地方は、障害や認知症を持つ人にとって、やさしい町、
飛騨地方は、共生社会である町
にしていきましょう。

～この文章は講演内容を事務局の判断で要約したものである～

岐阜県精神保健福祉研修会

場 所 : ハートフルスクエアG 時 : 2018年12月22日 (土)

野村忠良様の講演録

講師紹介

昭和18年4月生まれで75歳。
現在の役職は、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）理事
東京都精神障害者家族会連合会（東京つくし会）の相談役など。
お母さんは精神障害があり、平成2年80歳で、奥さんは平成元年に亡くなられた。
昭和39年に、東京教育大学（現筑波大学）に入学され、2年生の時に臨済宗広徳寺の
僧侶になる。
昭和47年に知的障害児の入所施設の「滝乃川学園」に就職。
家族会活動歴は昭和50年に「府中市精神障害者を守る家族会」に入会され、平成8年に
「東京都精神障害者家族会連合会」の理事に就任、その後相談役。平成28年には月刊誌
「みんなねっと」編集長に就かれ、現在に至る。
著書に「私はこれでいいんだ」があり、大変感動的な本です。

講演「欧米から学ぶ、これからの精神医療の在り方」

私が生まれる前から、母は統合失調症だったですけれども、その頃はまだ薬はなく、クロルプロマジンが発見される前の時代でした。

母は一日中独り言を言って寝てばかりいて、家事は殆ど出来なかったですね。家の中は荒れ放題で大変だったですね。父は会社へ行って、帰りに買い物をし、炊事をするなど大変な一生だった。離婚もしないで、私と姉、妹の3人を育ててくれました。父は83歳で、その5年後に母が80歳で亡くなりました。

私には妻がいました。妹の友達で精神障害がありました。45歳に癌で亡くなりました。

私が家族会に入ったのは、30歳の時でした。その後45年間ズットやっています。

母のことで近所に迷惑をかけていましたね。隣の家に石をなげてガラスを割ったり、積んであった段ボールに火を付けたりで本当に大変で、4回ぐらい転居し、地域にいられない状況でした。私は犯罪者の家族の息子との思いから、学校にも行きたくなく、頭の中は家のことで一杯、勉強どころではなかったです。

大学に入りましたが、途中で止めて、4年間坊さんになった。禅宗の坊さんでした。どうしたら悟りが開けるかと一生懸命修行しました。

仕事は28歳の時、滝乃川学園で知的障害者の施設に勤務しました。

その職場で、東京都の職員とドイツ、ベルギー、ノルウェーなどヨーロッパへ2週間位行って来ました。その後イギリス、デンマーク、オランダ、イタリアなどいろんな所へ行きました。日本という国はどうしてこんなに精神分野で遅れているのであろうかと、目が覚める思いでした。尊厳が尊重されるには まだまだ日本は進んでいない。

振り返って考えると、職場では「人間はどうしたら幸せになれるのだろうか、どうしたら自分に自信が持てるようになれるのか」が私のテーマとしてありました。入所者は手づかみで食べたり、トイレは何時も介助の人が付いていかねば出来なかったり。この方達がどうしたら幸せになれるかを考えました。一人一人の思い、一人一人の自由、どのように生きたいとの思いを実現させてやらねばと考え、色々勉強しました。

職員間で勉強会をやりましたね。みんなが思っていることを話し合い協力しながら実現していく。その後、精神障害の作業所に移ってからも必死になって考えました。するとみんな元気になりました。まさしくリカバーですね。

次は、**オープンダイアログ**（開かれた対話）。統合失調症になりかかっている方で本当に苦しんでいる時に、家族等が電話して、24時間以内に専門家が家庭訪問をして、家族の輪の中に入って対話をする。みんなが思ったことを出し合い、話し合っ、それを共有しあって、本人を尊重するなかで、統合失調症になりかけている人が助かってしまう。この様な方式は、フィンランドでは実は30年前から探求されていて、今では世界中で注目され、広がりつつあります。（行き詰まった末の、人から見るとおかしい世界も、実は、その人の経験からたどると、辻褄が合っている。）

2008年にイギリスへ出かけました。リシンクという家族会では、施設も経営しており、アウトリーチは当たり前なんです。公的なチームの種類は4つ程ある。病気に成りたての人に家庭訪問するチーム、急性期に駆けつけるチーム、普通に巡回して診ていくチームなど4つ。イギリスは素晴らしい、訪問して支えるんですからね。日本は病院に連れて行かなければ診ないでしょ。

最近、東京都医学総合研究所の伊勢田暁先生からEUCOMUS（欧州地域精神保健サービス提供者ネットワーク）が発行した合意文書を頂きました。文書は「地域における全ての人のためのリカバリー：互いから学びあう～地域を基盤とする精神保健ケアの基本原則と鍵となる構成要素に関するコンセンサス・ペーパー」（A4版80ページ）。

EUCOMUSはオランダのハーグに事務局を置いています。質の高い精神保健福祉のサービスを提供し、それぞれの国の施策に反映させることを目的として2015年に発足しました。現在、17カ国、53組織が加入し、世界にも普及を図ろうとしています。

オーストラリアでは中学校から精神保健福祉のことを精神保健の教科書で教えている。神戸の「みんなねつと兵庫大会」の基調講演でも、名古屋の大学の山田先生が報告。

ヨーロッパで精神科医療に取り入れようとしている事例のまとめ

○利用者（患者さん）の尊厳・人権を最優先する。障害者権利条約を守る。

障がい者はつらいことがいっぱいある。患者さんの本当のことが分かるようになって、一人一人が大切にされれば、病気になった人でも早く治る。人間らしく付き合っただけだと、そのように振る舞うことが出来るようになります。無視、軽蔑はダメ。人からバカと言われれば、バカのようになるし、「患者」「患者」と言われれば患者のようになる。尊敬されると、自信を持った存在になれる。社会の中でそのように扱われればそのようになってしまう。

○利用者（患者）自身の好み、希望、主観的評価、選択、決定を一番大切にすることが重要です。私、この間、精神科病院の会議に出ましたけれど、本人のことを決めるのに、そこに本人（当事者）がいなかった。当然参加すべきではないかと言いましたが、日本ではこんな実態があります。本人が言いたいことを言って、本人がやりたいことをすることが大事なんです。オープンダイアログではご本人が分かっていること以上に、対話によってご本人が自分のことが分かってきます。喋ったことによって、今まで見えなかったことが見えてきます。利用者を中心に据えて治療を進めることが重要です。

○治療は、利用者（患者）と治療者が対等な立場で協力しながら利用者主導で創造的に行う。医者と患者が対等なんて日本では考えられないでしょ。ところがイタリアなどでは精神保健センターには当事者で回復した人が職員として雇われており、全部の活動を見ている。患者中心でやっていない支援活動を見つけ指摘すると、精神保健局長はちゃんと改めなければならないとルール化されています。

一緒に考えてくれる人が、周りにいてくれる。自分の心の苦しい秘密にしていたことを聴いてくれる、一緒に対策を考えてくれる人が居ると言うことは、ものすごい頼りになることであり、症状が軽くなることです。日本では、薬・抗精神薬が重んじられ、薬で治るといわれているけれども、実は薬だけでは治らない。心理の治療がとても必要です。

イギリスでは臨床心理士が多くいて、格が高く、優秀ですね。日本では、医者に従うしかなく、反対すると首切れちゃいますね。イギリスでは対等なんです。

○「リカバリー」という考え方で治療する。

今までは、回復には幻聴が無くなれば良い、そのためにはこの薬を使おうとやってきた。リカバリーと言うのは、幻聴があっても良い、幻聴を受け入れながら、自分の人生を切り拓いていこう、生活の目標を立てて希望をもって生きていこうという考えです。幻聴が出ているということは、何か追いつめられ、困った問題がある、心の問題があるんですよ。困ったことがはっきりしなくて、全部自分が悪いと思いきりこんで、それを何とかしようとしても上手く行かないんですね。このために幻聴が出てきたり、おそらくそう言う構造になっていると思うんですね。本当に困っている問題を言葉にしてやりとりしていく方が、薬でもって幻聴を止めちゃうよりも、根本的な治療ではないか、と言うのがオープンダイアログの考え方で、リカバリーも同じなんです。

認知症のお母さんと二人暮らしの引きこもりの女性がいて、母が倒れて入院、幻聴がひどくなって相談に来られ、スタッフが彼女と病院へお母さんを訪ねて行ったら、幻聴はなくなった相談事例がありました。幻聴は安心すると消えていくことを見ていると、どうも幻聴は困った時に現れるのではないかと。おそらく精神疾患に

なるのは、困ったことが一杯あって、この負担が耐えきれなくなって、バランスが崩れてしまう。

○利用者(当事者)は自分自身に関することは誰よりも良く知っていると言う点で、利用者に専門性を認める。例えば自分はバカな人間だと思っているでしょ。それは、そのように思い込みさせられるという訳があるんですね。誰からもダメだと言われたり、どこへ行っても職に雇ってもらえないなど社会的な色々な現象があって、誰からも否定される自分はダメなんだと思いこまされている。それを一人で耐えているんですね。

○利用者に専門性を認める。**オープンダイアログ**はご本人の心は一つの宇宙であると考えらるんですね。そこで、言葉にしていろんなことを出してもらう。紡ぎ出すというか、物語にして人生を喋ってもらう。これを対話によって進めていくと、ご本人が抱えていたことが、素晴らしい物語となって、開放され治っていく。患者さんの心に詰まっていることを引き出すことが出来るのはご本人しかいない唯一の存在なんです。お手伝い出来ることは、「言葉にして話していただけますか」とお願いすること。本人は、質問に応じて言葉にして出してくる。それを聴いていて物語にして、それを更に進めていく。周りにいる家族や支援者、親友や、学校の担任の先生などが入る。本人が拒否すれば、そのミーティングに入れない。拒否しなければだれでも対話の中に入れるのだから、そこでみながどんどん言葉を出し合って、そうすればご本人の目がさめると言うか、自分は大丈夫だと言うことに気が付いて、もう大丈夫ですとなる。再発率は少ないんですよ。薬を飲まないでも。それでも3割くらいの人が薬を続けている。

担当の2人の専門家は病院で3・4年間研修した、家族支援を専門的に教わった専門家なんです。上には立たない、教えてやろうと言う態度はない。ちゃんとご本人の話を聴き取って、色々な質問をして話をつなげていく、そんな役割をする。ある時には、当事者は怒り出したり、場合によっては暴力で警察を呼ぶこともあると言います。オープンダイアログのミーティング中にこんなことが稀におこるケースもあると言います。それにも、ちゃんと対処できる専門家なんです。そうすると目を見張るような変化が現におきている。

統合失調症になって、発症の当初は一般社会のことが分かるが、ある時期を過ぎると、分からなくなってしまふ。自分自身の病気の世界が固定しちゃうんですね。その人独特の病気の世界にこもっちゃうんですね。ここから引っ張り出すのは大変なのです。DUP(未治療期)が長ければ長いほど元に戻りにくくなると言います。西ラップランド地域は30年前には統合失調症の入院患者が一杯いて、発症率が世界一高率だったのが、なんとケロブタス病院でオープンダイアログを始めて、一番低い地域になってしまった。

日本では、専門家が「あなたはこれだけの薬を飲みなさい、作業所に行きなさい。」とやっているのですけど、権威をもって治療者が勝手に決めないということが、今後、重要になってくるんです。ご本人の意見に基づいて、話し合いによって、幸せな生活を実現して行くというやり方が、先進国では進んでいます。

イギリスやイタリアでも医師、看護師、臨床心理士などが多職種チームを組んで訪問をおこなっている。回復した当事者がスタッフとして入っていることもある。場合によっては、回復した家族と一緒に訪問して、家族を支えることもある。

○薬物療法は治療の一部分でしかない。

先の相談例ですが、二人暮らしの当事者のお母さんが亡くなり、一人暮らしになったのですが、無事にのりこえ、今では電話ごしに笑っているんですね。誰かが支えることがとても大事なことで、いつでも電話がつながることが大事。365日対応してくれる病院が日本にもあると良いですね。

○住まいや就職、生活費の確保も回復には欠かせない。関係機関と連携して確保する。

アンケートを取ると、日本では8割の人が家族と同居しているんですね。実家の近くの所で部屋を借りて住む、ご飯を実家に食べに行ってもいいから、生活はちゃんと年金をもって生活出来るような社会に早くしたいですね。

○急性症状などが発生し、治療者が介入しても本人が自傷他害の危機的な状況に陥り、強制入院させる時には、必ず裁判所の許可を得てから行う。

日本の場合、精神保健福祉法では強制入院である医療保護入院では、20歳以上の家族の一人が同意すれば入院できちゃう。外国では、裁判所の許可がいる。軽々しく人を拘束なんか出来ませんよ。

日本の精神科病院では看護師は少なすぎるからね。一日1万人がベッドに縛られ、1万人に近い人が保護室に入れられている。たった1人で、おむつを当てられたりトイレもそこで。日本では平気で行われている。国連では、日本の強制入院は人権侵害だとズート言っているんですけれどね。

民法877条の扶養義務者制度で家族はお互いに支え合いなさいとある。この法律は、家に引き取って3度のご飯を提供しなさいということではないそうですね。余裕がある場合にはお金を援助しなさいと言うことで

す。日本の家庭では余裕なんて殆どないですね。しかし、実態は死ぬまで家族がお世話をしなくてはならない。

これからの精神科医療のあり方

○イタリアでは、全国の身近なところに精神保健センターがあり、トリエステ県などでは365日24時間電話の受付、休養宿泊設備もあり、食事ができ、夜はちゃんと看護師がいてくれて、いざと言う時に精神科医師が飛んでくる。そんなベッドが精神保健センターにある。絶対に閉じこめたりはしない、拘束しない。精神科病院はイタリアにはなく、本当に困ったときには、総合病院の精神科へ。暴れちゃった時には警察が来て、司法施設に連れて行って、そこで寝泊まりしてもらって、看護師や医者はそちらに行って治療することになっている。福祉サービスを紹介し、就労なども支援します。

日本の場合は暴れた時は措置入院でしょ。ときには1週間とか、1ヶ月もいたら退院、ちょっと居ただけで社会に返されちゃってね。精神科病院は一時収容所として、乱暴する人は入る。ズート薬を飲んで家族が面倒を見なければならない。年中無休の緊急時の相談窓口、そして車で病院に運んでくれるシステムが必要。

今、日本の保健所が本当に手薄になっちゃっているが、保健所の精神保健部門を、地域に分散しておくと思う。保健師さんがいて、地域の簡単な相談から大変な相談までを、気易く受けられるようにする。

保健所の役割が重要になっているが、役にたたないと言う状況が結構あるんですよ。

ズート座敷牢に閉じこめちゃったりして、寝屋川市や三田市であったでしょ。なんでそんなことになるかと言うと、精神病患者監護法で明治時代から家族が精神障がい者を自宅の牢屋に入れて、監督すべしということ、国に命じられてズートやってきたのです。戦後の精神衛生法でも、精神病院に入れるか、家庭に置いておくしか方法がないんですね。

制度を充実させてアウトリーチで訪問看護や訪問医療ができるようにし、地域に親と出来れば離れて住んで、お金も保償してくれて、困った時にすぐに相談に乗ってくれるような体制を作らないと、苦しいですね。大人としての自尊心がどんどんなくなるしね。家族に頭が上がらないですよ。恩返しも出来ないで、肩身が狭いですよ。

○医療費は自己負担なしに。

日本の場合、精神障がいがある方の精神科の通院医療費は1割負担で、精神障害の程度が重い方の一般診療科も含めた自己負担が無い地域も一部あるんです。進んだ国では、国が責任をもってすべての医療を公費でやっているんですね。イギリスのリンクという家族会が国から補助金80億円をもらいながら、支える事業をやっていますね。フィンランド、イタリア、イギリスのように地域の患者さんを必要に応じて訪問してくれていれば、心配ない。すべての機関が協力し合って、地域とつながっていて、住むことや、食べることや、身体の病気のことなどの対応を国の責任でみんなやってくれる。フィンランドでは最初に電話を受けた人が、何十年も責任を持って担当する。

日本の診療報酬は、外科や内科と比べると精神科は大変安いんですよ。その上に精神科特例といって、医師の病棟配置は一般診療科の1/3、看護師は2/3で良いと言う特例があり、今でも残っているんですよ。入院すると手が回らないから、拘束されちゃうんですよ。欧米の場合は、患者は暴力を振るったりして閉じこめられると、職員はそこに付き添わなければならない。ズート付き添うことになり、ご本人の言うことをズート聴いているんだって、ひとりぼっちに寂しくしないんだって。その人に添ったように対応してもらえる。

日本の場合強制入院では最初から注射されて、縛られて、保護室に連れて行かれる。僕の知ってる人は、注射の量が多すぎて、脳に血液が回らなくなって植物人間になっちゃたんですよ。事故調査委員会が開かれて、委員になったんですが、そこで話を聴くと、自分で来たにもかかわらず、待合室で右往左往していたので、注射をうたれて連れて行かれて、ベッドに縛り付けられて即入院。有無を言わず。調査委員会の結果報告を見たら、「一部の委員から、『声をかけて、対話を大切にすべきだったのではないですか。』との意見が出た」と、ほんの1行書いてあっただけでした。日本ではみんなそうなっていますね。だから、家畜並みに扱われていますね。

訪問看護は日本にもありますね。オープンダイアログを学んだ人達が訪問看護として回っていますね。日本にも広めていこうとの考え、対話を大切にすることを一生懸命にやっていますね。家族支援が充実されていることがとっても大切なことなんですね、みんなねっと月刊誌にシリーズとして載せています。

イギリスのメリデンというところでは、家庭訪問を1週間に1回、家族関係を良くするために、支援する。家庭に行き、「朝、お互いに顔を合わせた時にお早うと言う、1週間に最低2回は挨拶しましょう。」などと言

って帰る。次の訪問の時に、家族の中で何回「お早う」と言ったのか聴くなどして、だんだん家族関係が良くなる。

○本人中心の治療。本人が困っていることをみんなが理解することから、次のステップが始まる。本人も自分のことが分からなければならぬから、言葉にしてみる。解決策ができてくる。

日本では、症状が悪化して病院に入院させようとするとき、病院は「連れて来ないと、私達知りませんよ」と言うんですね。家族が困っちゃいまして相談に来ます。退院についても精神保健福祉法という法律に書いてある。措置入院の退院では家族の引き取り義務が4年前になくなり、医療保護入院の時は病院が退院促進会議を開いてその方が地域でどうやって暮らしていくのかを本人を中心にしてみんなで話し合う。地域の生活支援センターの職員なども来て、病院も協力しなくちゃいけない。しかし、病院は、退院後の支援は家族に任せます。病院が退院時の地域定着の支援をするお金は公費から報酬として入るんですよ。家族はそれを知らないから、自宅に連れて帰っちゃうんですね。電話相談で、家族にこのことを知らせ、家族が引き取りを拒むと病院は、意地悪するんですよ。その家族は、「大変大変、差額ベット代を1カ月で32万円取られちゃった」とのことでした。お金無いから払えませんかと言えばいいんです。なんで、家族が医療費を支払わなければいけないんでしょうね。生活保護には医療扶助などの制度もあるしね、家族はそんなお金ないんですからね。

○医学モデルから社会モデルへ

医学モデルとは、本人に出来ない、足りない部分など欠点があるから、本人が回復するためにどんな訓練をしたら良いか。リハビリのために作業所に通いましょう。そこでちゃんと出来るようになったら就職しましょうという考え方です。

社会モデルは、都合が悪いところがあっても、社会の方がそれに合わせればいいんじゃないと合理的な考えに立つ。例えば、車椅子では階段は上れないでしょ。それは、スロープにしたら上れるでしょ。社会のほうから障がい者に合わせる。

○共生の文化の実現

障害を持った人も一緒に生きていきましょうよ。私は思うんだけど、障害のある方とお話ししていると、安らぐ気持ちが出てくるんですね。介助犬もそうなんだけれどね、そばにいてくれるだけで癒されるんですってね。そんな性格なんで病気になっちゃうんですね。そんな彼らの持っている自然の力をどうやって社会で共有して生きていくかと言うことが、ギスギスした社会を訂正していける気がします。ある職場で新しく精神障がいの方が就労したんですね。最初はピリピリした雰囲気だったそうですが、1～2ヶ月後には、職場全体が和やかになったんだって。おそらく精神障がいの方達が大事にされる社会では、和やかな社会に変わるんじゃないか。人間にとって幸せな社会は何だろう、安心して自分を発揮できて、評価されて一緒に生きていける社会でしょう。競争社会では何時も精神の方は一番下に置かれちゃうんでね。それは彼らにとって辛い社会なんですね。どんどん順位が落ちてきたり、お金が減ったり、失業したり、自殺する人もでてくるんですね。

家族会の皆様と目指したいこと

○誰かに苦しみを聴いて欲しい人に会ったら、私が出合ったら、一生懸命聴かせてもらう。大変勉強になりますね、そんなに大変な思いがあるんだと言うことを教えてくださるんですね。一生懸命聴かせてもらうと、その方は少し苦しい思いが助かるんですよ。ひとりぼっちじゃ無いんだとね。こちらも多少役にたったかなと実感するんですよ。これが、家族会の相談員や役員の役割なんですね。

○家族会の組織の活動を活性化させる。国や地方・地域行政に要望をしていかなければいけない。精神医療の面で、どんなことを要求すべきか、個人的に考えてみました。

- ・これから目指すべき精神科医療とそれを支える教育の在り方として、各地に精神保健センターの設置、アウトリーチ、早期支援、訪問支援、オープンダイアログなどの心理支援、また、リカバリーの理念、などが必要と考えられます。
- ・精神科病院を廃止し、総合病院に精神科病床を作る。精神保健センターに一時休息宿泊用のベッドを作る。
- ・精神保健福祉法は廃止し、新しい法律をつくる。現在の法律は入院中心の法律ですね、強制入院のことばかりが書いてある。心理療法なんて書いてないし、患者さんの尊厳なんて書いてないし、一般市民の精神保健はどうしたら良いかなど書いてない。一般の精神保健をどうやって守るか、患者を訪問して、よく傾聴する等、オープンダイアログなどの対話手法で重症化にならないようにする。精神疾患になって会社を休んでも首に

なっても、食べていけるようにするなど。

・精神医療審査会には、病院で人権侵害されているような時、病院を訴えることが出来るんですが、精神医療審査会は各都道府県の知事とそのトップにいますけれど、この審査会は本当役にたっていないんですね、訴えが認めてもらえのは僅か3%ですよ。書類でパパパと見るだけですからね、熱心なお医者さんは病院に見に来ます。ごく僅かな医者ですね。

○**中学・高校教育**では、精神保健、精神疾病、精神障害、精神医療についての情報を教えること。2022年から、高校の保健体育の教科書に精神疾患の記述が載ることになりました。

生徒たちに学んでほしいのは、お互いの幸せな人間関係をどのようにしたら作れるかということです。発達障害もそうですけどね。私たちは人間関係がへたくそなんですね、独特なんですね。話せない人も仲間に入れ、話し合い、一緒に生活し、一緒に生きていくという習慣を学校で身に着けなければいけないのではないかな。障害の方を仲間はずれにしないで、学校の中で一緒に勉強する必要があると思う。特別支援学校を別の敷地に作らず普通学校の中につくって、一緒に勉強出来るところは一緒に勉強していく必要があります。

ぎふかれんホームページのご案内

「ヤフー」等から「ぎふかれん」と入力して検索してください。

「家族による家族のための電話相談」

相談日 : 火・木曜日 (10:00~15:00)

電話 : 058-271-8169

携帯電話 : 090-6587-8169

個人携帯 : 090-6578-9838 (熊谷)

上記ホームページからもインターネット相談を受け付けます。



会員、賛助会員、ボランティアの募集

各地区の家族会は、会員の募集を致しております。

岐阜県精神保健福祉会連合会では、各家族会を会員としたNPO法人として、家族会相互のネットワーク推進により、福祉関連事業を行ない、地域福祉・医療の向上を目的としています。

本年度は、甲州・東海ブロック大会・高山大会を実施しました。福祉・医療関連講演会、電話相談事業、機関誌の発行等を行っています。

ぜひ、会員や賛助会員として、ご援助お願い致します。

今回、「ぎふかれん 増刊号」を作成しました。
各家族会の学習会などで、ご利用下さい。

これからもご協力お願い致します。

— 編集担当者一同 —