

川崎市精神保健福祉家族会連合会設立50周年記念大会
地域とともに歩む精神保健福祉へ
基調講演
これまでの50年とこれからの精神保健福祉

前・東洋大学ライフデザイン学部
川崎市精神保健福祉家族会連合会・理事
白石弘巳

日本の精神科医療、福祉の特徴と課題

日本の精神科病床は世界全体の精神科病床数約185万床のうちの実に約6分の1を占めていると言われる。その特徴は以下の通り。

- (1) 精神病床が多い。現在でも32万床以上。
- (2) 精神科病院の8割以上が私立。
- (3) いわゆる「精神科特例」の存在。
- (4) 精神科医療の専門化の遅れ。
- (5) 家族に負担を強いる制度。
- (6) 長期在院者が多い。地域ケア体制の遅れ。
- (7) 最近では、診療所(クリニック)を開業する医師が多く、入院医療は人手不足。

戦後日本における精神科治療、精神障害者の ケアに対する考え方の変遷

第1期：精神疾患患者をきちんと治療させよう
（精神科病院を作ろう）。

第2期：もっと、いい精神病院を作ろう。

「いい精神病院」に対する考え方の変化

第3期：精神障害者が地域で暮らせるようにし
よう。

全国家族会の創設

- 1963年、厚生省の大谷藤郎氏（のちの公衆衛生局長）が「政府の窓」に精神障害の子ども親である石川正雄氏を司会として、「精神衛生はなぜ大切か」という座談会を企画。
- 1964年、ライシャワー事件から精神衛生法改正の動きの中で、「全国精神障害者家族連合会」の活動が開始された。
- 1965年、東京で全家連結成大会開催。

あやめ会の50年

- あやめ会創立は、1969年6月22日。
- 1978年、あやめ作業所設置(県下第一号)
1982年から1985年まで、反対運動のため仮作業所で運営
- 以後、相談や陳情活動などの傍ら、川崎みなみ作業所(1986)、同きた作業所(1987)、ホームA YAME(1990)、宮前ハンズ(1991)、あやめサボール(2008)、窓の会(2009)などを設置。
- 2006年、特定非営利法人あやめ会が誕生。

あやめ会と私

- 1981年10月から正慶会栗田病院勤務。
臨床での気づきをもとに論文発表。
- ぜんかれん誌に初めて寄稿(1985年ごろ)。
- レビュー誌にひきこもりについて執筆したことを機に、あやめ会での訪問活動に参加(2000年から)。2006年の法人化後は勉強会講師や当事者への電話連絡も行うようになった。
- 2005年1月、栗田病院での勤務再開。

さまざまな患者さんとの出会い

- 最長の患者さんは38歳で初診し、現在75歳。
- ある男性の患者さんは、約25年間入院を続けた後、退院支援を受けて退院、現在約10年間、在宅生活を続けている。この人の入院後の数年と最近の13年間治療を担当している。
- 前の勤務時代に初めて入院され、主治医となり、その後一度も退院できず、最近亡くなった患者さんもおられる。

経過が良かった人からうかがったこと

- 若い頃、2回再発入院をしたので、先生の言う薬を飲むことを実行するようになった。
- 入院している間に、規則正しい生活習慣が身についた。タバコは体に悪いからやめた。
- 「聞くは一時の恥」と考えるようになり、分からないことは、何でも聞くようにしている。
- 失敗しても、「人間たまには失敗するのは当たり前」と考えるようになった。

私が学んだ統合失調症理解のポイントと 支援の方法

- 病識の不思議
顔を立てるという支援
- 障害の本質
よい環境づくりと慣れるという支援
- 二次障害の問題
負けないという原則

顔を立てるという支援

- 初めは「戦う精神科医」。少しして、戦う対象は患者さん**自身**ではなく、患者さんが一人で解決しようとしてできないでいる**状況**であると気づいた。
→そのためには、患者さんの顔を立てることが大切。

顔を立てるとは、どういうことか？

できるだけ、ご本人の**ありのままを認め**、希望に沿う努力をすること。どうしても専門家として譲れないと考えるところは譲らないで粘り強く理解を求めること(**直面化**)。

関係と対話が回復の鍵

- 話しても幻覚や妄想は消えない。
- しかし、話すことは回復につながる。
- 話す内容より、たくさん話すことが大切。
(オープンダイアローグが効果的な理由)
- 多くの場合、話せる関係づくりが高い壁。
- まず、誰かと会う環境を作って「安心できる体験」をしてもらうこと(訪問看護、窓の会など)

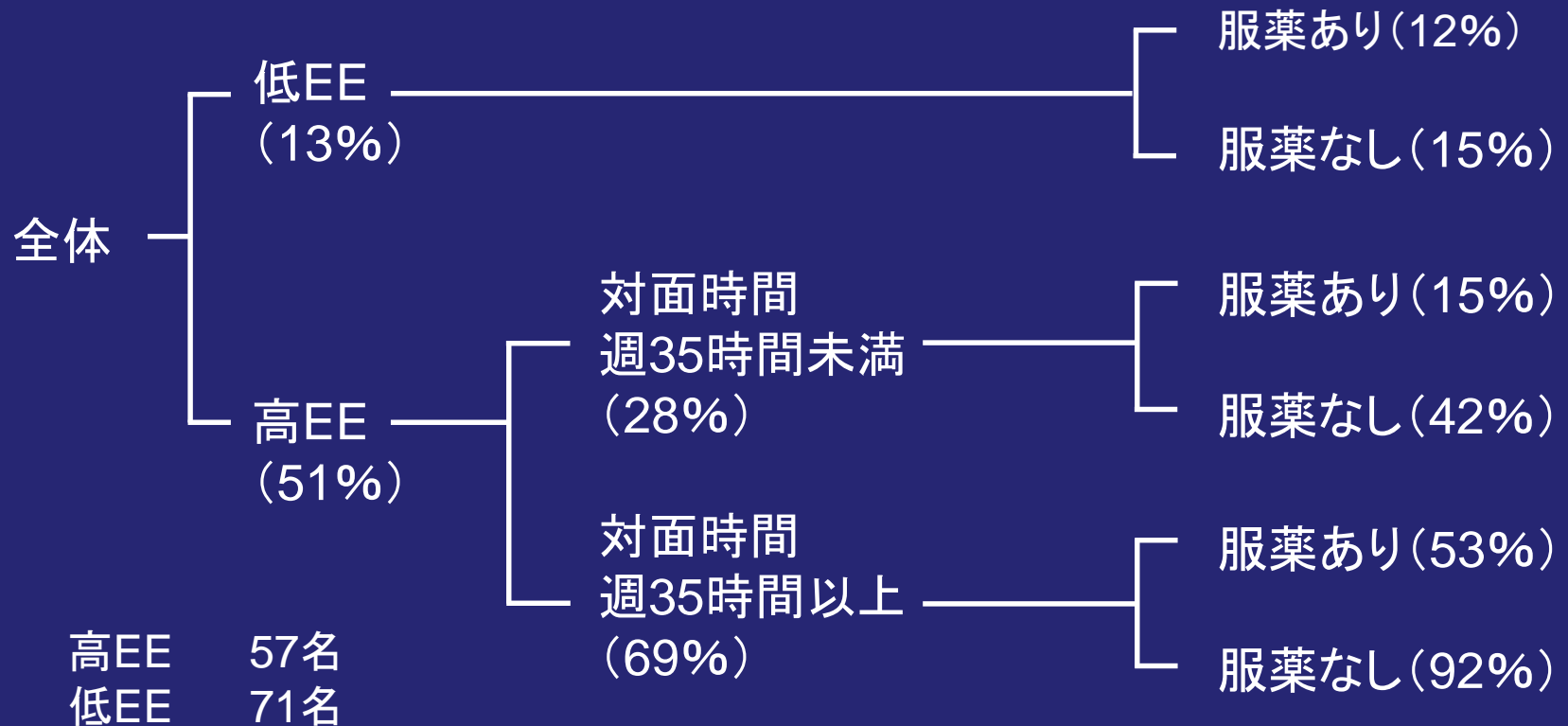
よい環境づくりと慣れるという支援

- 統合失調症は「脳の病気」と言われるが、発症後の経過は環境に左右される。→患者さんにとっての**よい環境とは何か**を追及することが重要。
- 事例：医師になりたての頃、統合失調症と診断して担当した中学生は、国内では改善が見られなかったが、父の転勤に伴い、赤道直下の某国に行ったところ、服薬も不要になるくらい回復した。

感情表出の研究(レフら)

- レフらは、感情表出が高い場合に再発しやすいことを見出した。
- **感情的に巻き込まれている**
いつまでも発病を嘆いて暮らしている
できることまで助けてしまう
- **批判や敵意が強い**
「産まなければ良かった」
「この子は何もできないろくでなし」

再発に影響を与える要因



初期EE研究における9カ月後再発率 (Vaughnら, 1976より)

患者さんにとってのいい環境

- 自分らしいと感じられること
 - 自分の思い通りに過ごせること
 - 言いたいことが言えること …
-
- 一方で、人の社会は誰でも生きていくのが大変。「楽な仕事はない」→現実と折り合いをつけ、その人のありのままの状態が無理なく生活できる環境をつくることが目標となる。

馴染むまで「待つ」: 風景化

的場由木「生きづらさ」を支える本 対人援助の実践的
手引き(言視BOOKS)

自立支援センターふるさとの会では、問題行動が出て、地域で暮らすにはまだ早いと結論付けず、お互いが慣れるのを待つという。



変えることが多い人ほど、なかなか変わらない

支援者が念頭に置くべきこと

- 変えるべきことが多い人ほど、変わらない。
- 支援開始時には、支援を希望する人のウィッシュ(wish)と、支援を提供する人が考えるニード(need)は異なることが多い。まず、叶えられるwishに応じていく。いつかneedに取り組む日が来る。
- その日笑顔で終わり、関係が続けばよい。よくしようとあせるより、悪くしないことが大切。
- 良好な関係を築くこと自体が支援である。

負けないという原則

【事例】「回復が遠のくひきこもり」

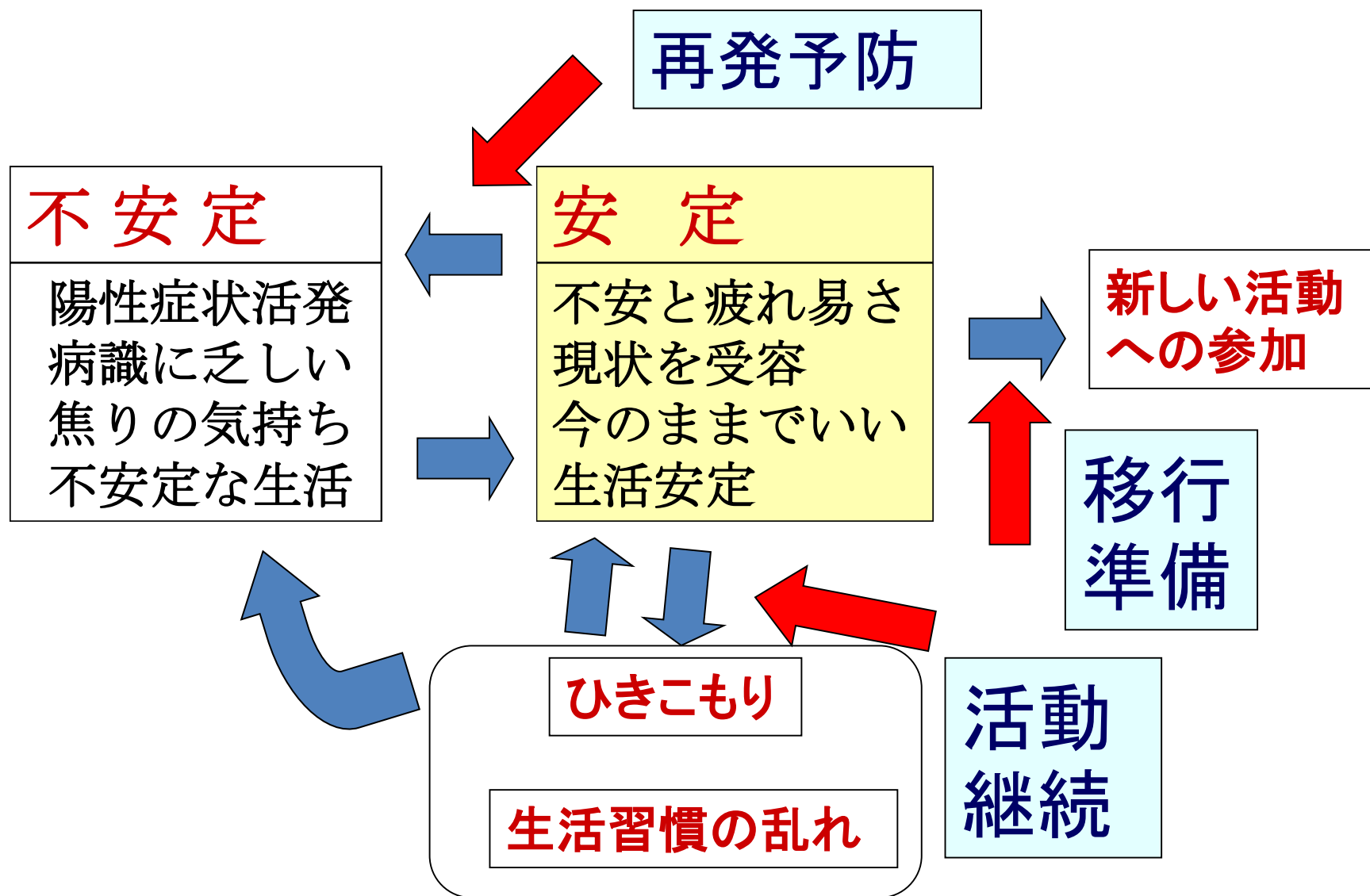
Aさん(35歳、男性) 退院後、一時作業所に通っていたが自分には合わないと中止。外出時すると通行人に「考えを読まれる」と言っ、通院と近所のコンビニにタバコなどを買いに行く以外、ほとんどの時間を家ですごしている。家では、夕方起きて、明け方に眠る生活。来客があっても会おうとしない。1日40本以上喫煙するヘビースモーカー。お金が足りなくなるとその都度親に要求し、思う通りにならないと興奮。時には暴力を振るうこともある。親は言いたいことも言えず、将来のことを案じている。

統合失調症にとっての二次的症狀

- a. タバコの本数の増加
- b. 昼夜逆転の生活、ひきこもり
- c. 家庭内の人間関係のあつれき
- d. 家庭内暴力
- e. 金遣いの問題
- f. 薬物に対する依存
- g. 多飲水(水中毒) など

→ 一部の人に起こる、習慣的な行動パターンの問題で、薬では対処できない

統合失調症回復途上者への介入



回復を支える人の力

- 多くの人は、自立を目標とされ、「一人で頑張る」生活を続けているので、かえって目標が達成できていないように見える。
- ノルウェーのRundの研究では、回復した人は口々に、家族、医療者、友人など「誰か」の存在が自分の回復にとって最も大切であったと述べている。

自立は相談する力によってもたらされる

- できることを自分で行い、できないことは人に頼めることが自立しているということ。
- 人に頼むことは、「弱さの表れ」ではなく、むしろ「強さの表れ」
- だれでも、相談できる力を持っているが、初めから気軽にできるものではない。
- 気軽に相談できることを後押しする機会があればいい。→メリデン版訪問家族支援

行動療法的家族療法 (メリデン版訪問家族支援プログラム)

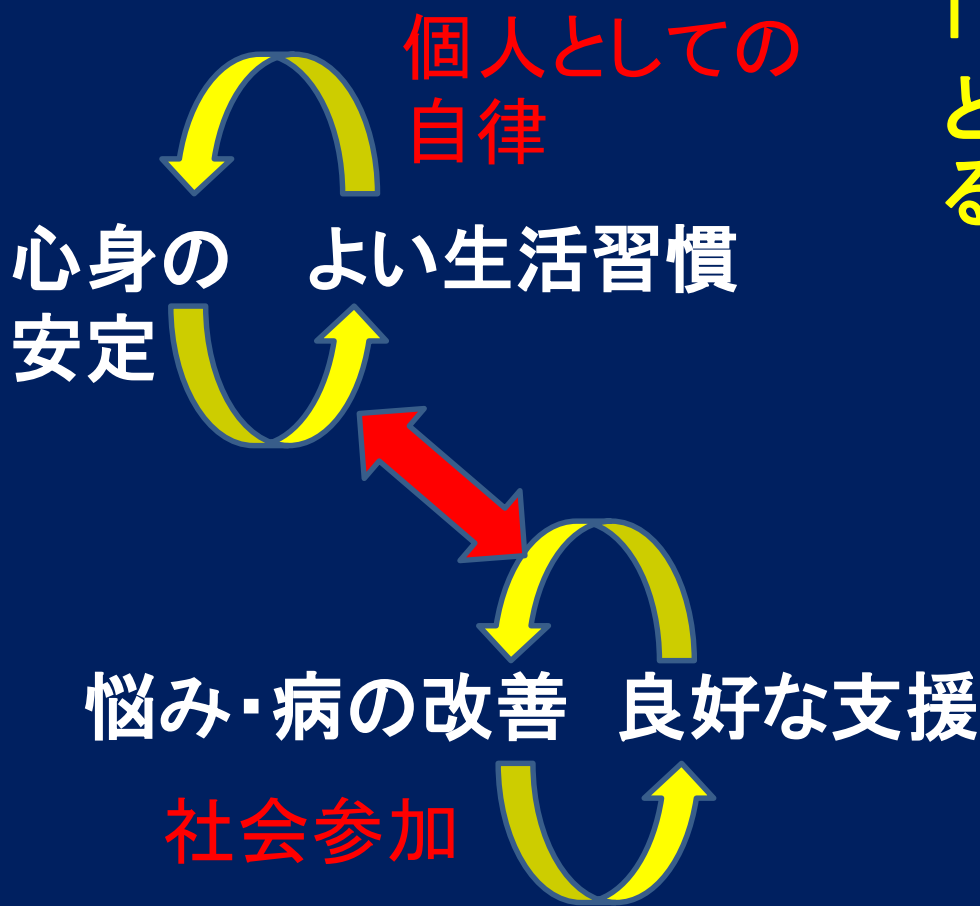
- 家族全員が15回程度、以下の内容の研修を受けるプログラム。

家族メンバーとの面接、目標の設定、
精神疾患の知識提供、コミュニケーション
技能訓練、問題解決法の実践練習、
宿題と介入、終結と今後の支援についての
確認

一般社団法人 メリデン・ジャパン ファミリーワークプロジェクト

- ・ 順次支援を希望する方を募集します。
- ・ 関心がある方は、2018年6月24日(日) 東京・茗荷谷で年次総会を開催する際に、プログラムの説明等を行います。
- ・ 詳しくは、下記ホームページに近日中に掲載されます。<https://meridenjapan.jimdo.com/>
- ・ ご希望があれば、説明会等開催いたします。

地域で暮らすためのポイント(まとめ)



「できることは自分でやる」
という小さな決意から始まる良循環

心が変われば行動が変わる
行動が変われば習慣が変わる
習慣が変われば人格が変わる
人格が変われば運命が変わる

星陵高校野球部
山下智茂監督

みんなねっと全国アンケート調査(2017) 結果報告書・まとめ(抜粋)

以上の結果、回答者の身内の患者の多くが医療を受け、障害者手帳をもつなど、一定の制度利用をしている。しかし、現在の状況に満足している家族は少なく、かなり重度の患者が、障害者総合支援法のサービスを十分に利用することなく、地域での生活を送っていることが推定され、家族が本人の世話などで日ごろからかなり疲弊していること、さらには家族自身が高齢化し、親亡き後への不安が強いことが示された。また、制度の変化などについて「わからない」という回答が少なくなかったことなどから、家族に十分な情報が届いていない可能性が示唆され、特に、平素から信頼できる相談者がいない家族をはじめ、必要なだけ相談できる体制が整備されていないことが背景となり、急を要する患者の状態悪化時に特に家族の負担が限界にまで高まることが示された。

前回の調査結果を踏まえて、「わたしたち家族の7つの提言」の早急な実現を図っていく必要がある。

家族からの提言(2010)

- ① 訪問型の支援・治療サービスの実現
- ② 24時間、365日の相談支援体制の実現
- ③ 本人が主体的に生活できるようにするための個別支援体制の確立
- ④ 本人中心の医療の実現
- ⑤ 家族に対して適切な情報提供がなされること
- ⑥ 家族自身の身体的・精神的健康の保障
- ⑦ 家族自身の就労や経済的な保障

課題解決のためのシステム作り

- 支援は、即応できること、持続できることが大切。→理想は「ワンストップ相談」
- まずは、利用しやすい窓口を作る。
- 問題の解決に向けた責任体制の確保。
- 家族全体、関係者全体を含むチームの力を十分に利用する。
- 地域の理解と協力をどれだけ得られるかがポイントとなる。

国の精神保健福祉施策(最近)

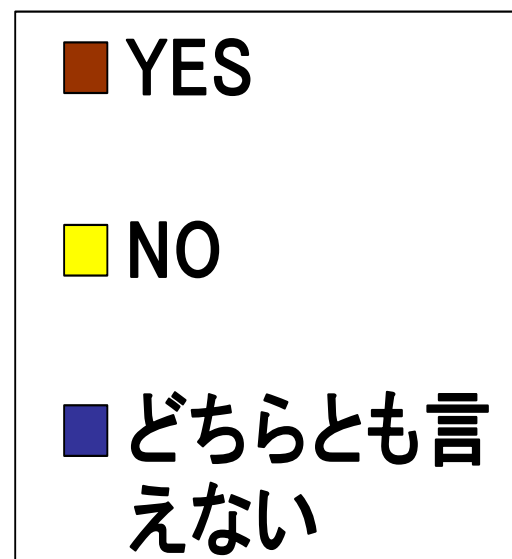
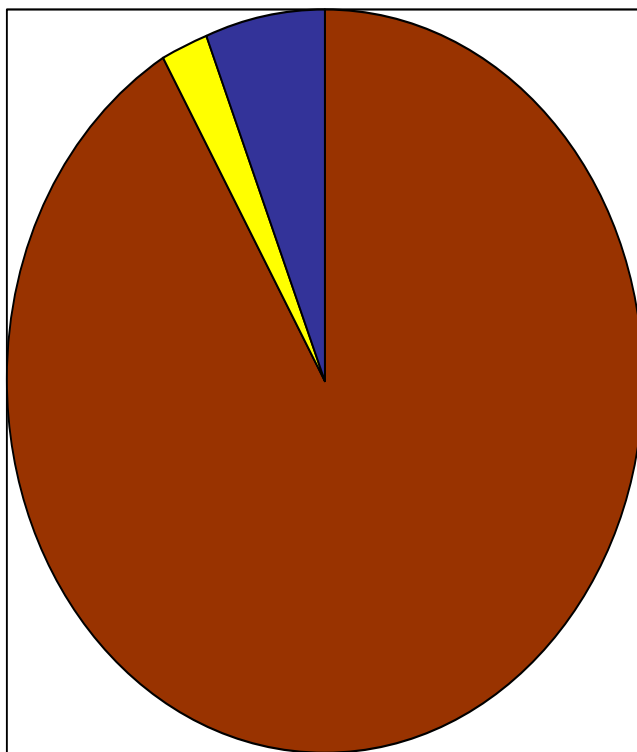
- 精神保健福祉の改革ビジョン(2006)の方針
- 障害者総合支援法(2005)での具体的施策

措置患者退院後のフォローアップ

医療中断、未受診などの人々へのアウトリーチ事業(2018、国のモデル事業を鴻巣で実施)

老・障介護(8050問題)などに対する「家族まるごと」の支援(精神障害者を含む地域包括ケア)

精神障害者はしばしば差別されているか？



日本精神衛生会会
員500人の意見

精神障害の人も含む地域包括ケア

- 結局、法律を作り、行政に期待するだけではなかなか課題解決につながらないことが少なくない。
 - 地域の人々の理解と協力を得て、精神保健福祉への支援が「普通の」支援になるように、家族会から声を上げることが大切ではないか。
- 1964年に家族会全国組織の創設を呼びかけた石川正雄氏(抜粋)「私たち(家族)の活動によって、社会の理解を集め、一般人に精神衛生の重要さを認識せしめれば、政府も腰を上げざるを得なくなる」。

これからのまちづくり

- 人は多くの人とゆるくつながっているとき、自由と幸せ（満足）を感じる傾向が高まる。（ソーシャルキャピタル）
 - 環境は薬と同じ（もしくはそれ以上）に大切。
 - 精神疾患患者さんや家族の孤立をなくすことが経過の改善につながる。
 - 「全ての人が街の一部」を目指して運動する。
- 心のバリアフリーとは、気持ちよく住めるまちを実現させることである。

現在あるメンタルヘルスの諸問題

- 母親のメンタルヘルスと児童虐待
- 発達障害児の学習支援
- 社会的ひきこもりに対する支援
- 世代を超えた自殺予防対策
- 様々なタイプの依存症が背景にある問題
- 認知症の予防と地域でのケア
- 勤労者、特に支援者の燃え尽き防止

家族会の100年を目指して

統合失調症などの精神疾患をはじめとする、さまざまなメンタルヘルスの課題に対し、家族会の経験を活かして、地域の人々とともに、粘り強く取り組んでまいりましょう！

ご清聴ありがとうございました。