

精神障害への大切なかかわりの視点 ～精神科の受診援助を通じて～

一般社団法人ライフラボ
相談支援事業所しほふぁーれ
代表 金井 浩一

ソーシャルワーカー（精神保健福祉士・相談支援専門員）

本講演のねらい

精神障害者の「受診援助」

を通じて、精神障害者へのかかわりで
大切なことを考えます

精神障害は
疾病と障害を併せ持っている

障害は、
社会との間にあり、
「生きづらさ」と言い換えられる。

つまり、疾病と生きづらさが密接に
絡み合ったものが精神障害と言える。

精神障害のある人からのSOS電話

- コンビニに行ったら店員さんが自分を笑っている気がして、疲れて、悔しくて、眠れなくなりました。
- (楽しみにしていた外出を直前に) やめときます。
- テレビから自分の部屋がのぞかれていて怖い。
- (近所の人)が) 一日中うるさくて眠れない。「死ね死ね！」言うてくる。
- ストーカーが襲ってくるから外を歩けない、買い物に行けない。
- 頭がまとまらない。どうしたらいいのかわからない。混乱している。
- 電車とかバスが怖くて乗れないので明日、行けません。
- 誰かが入ってくる気がして、鍵の確認を何回もしていたらお昼になってしまった。
- (妄想では) 働いてるのにお金が入ってこない。
- 壊れるのが怖くてお風呂に入れない！
- 電球をいますぐ取り替えて下さい。
- することがなくて、生きてる意味がなくて、僕一人です。今日1日寝てました。もう死にます。
- 薬飲めばいいんでしょ!?
- できません。僕は精神障害者ですよ！
- ハローワーク行ったら作業所やデイケアに定着してから来てくださいって言われました。
- みんなが入院しろって言うてくる。僕は病気じゃない。入院は嫌だ！
- 会社で働いていた時に親が仕事を辞めさせた。だから僕の人生はダメになった！憎い！
- 10年入院している間に友達もみんないなくなってしまった。お父さんも死んだ。実家もなくなった。僕の過去を返して欲しい。
- 自分が昔経験した状況になっている人がいると放っておけなくて、今頑張ってる。
でもこのあとで落ちて、酒浸りになるのが怖い。酒はやめたい。でもやめれない。
- クスリをやめようと思って、一切断って頑張って仕事してきた。そうしたら気を遣いすぎて、つらくてつらくて自殺を考えた。
死のうと思った時にクスリを舐めた。そうしたらまた暴れて捕まったけど、死ななくて済んだ。俺はどうしようもない奴だ。苦しい。



「生きづらさ」とは何か？

生きたいように生きられない
という

切実な実感と事実

精神障害者の生きづらさ。その根底にあるいくつか。

① 病状や薬

気分の変動、不安感、恐怖感、強迫観念、幻覚妄想、薬の副作用 等

② 生活障害

思考のまとまりにくさ（アウトプットのしにくさ）、つかれやすさ、見通しの立ちにくさ、対人緊張の強さ、こだわり 等

③ 周囲からの違和感による対応、無関心、特別視、無理解

- 社会的あるいは個人的な差別・偏見・レッテル
- 「助けて」といえない自己責任重視の社会的価値観。排除意識や格差が作り出す社会的排斥の構造
⇒ 依存することを悪とする「自立」の考え方 ⇒ 社会的な孤立へ
- 「声」を出しても「病気だから・・・」と聞いてもらえない体験
- 排斥構造、収容主義を意図的に作ってきた日本の歴史
⇒ 仕組みそのものが生活の中で市民と重度の精神障害のある方々との出会いを奪ってきたという歴史
- ひとりの生活者として当たり前前に暮らす権利、責任を奪われている、または奪われた経験、傷つき体験
⇒ 人によってはトラウマがあり、それは社会や他者に対しての圧倒的な「不信感」につながっている

精神障害者の生きづらさ。その根底にあるいくつか。

④ 「支援」につながることで、そのこと自体が困難

⇒ 「サービス」の利用の申請には、困っていることよりもその根拠が求められるため、不安定性のある精神障害にとって、申請や契約から始まる「サービス」はハードルが高い。また、精神障害の不安定性に画一的な縦割りの既存サービスは対応しにくく、つながれない、あるいはつながっていない人々が多い。そういった人々、家族への支援体制は希薄。

⑤ 社会に能力を発揮できる場、承認してもらえない場が少ない

⇒ そもそも「そのままでもいいんだよ」「そこにいていいんだよ」と言ってもらえない現代社会。誰もが「ありのままに」生きることが難しい社会の課題。

⑥ 精神疾患、障害を負ったことからの本人や周囲の人のあきらめ

⑦ 日本特有の家族単位で責任を負い続けることの限界

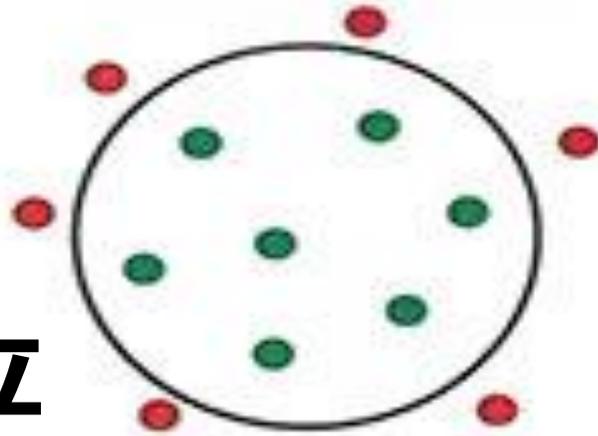
⇒ 歴史的に「家族単位での自己責任」が当たり前だった日本社会。今もなおその意識。「家族」が責任を負えないことの「恥」の文化。家族が隠す、閉じることもしばしば。家族の疲弊⇔本人の疲弊 → 家族単位での孤立へ

⑧ 障害や環境に起因する貧困 (生活保護や障害年金受給についての問題も絡む)

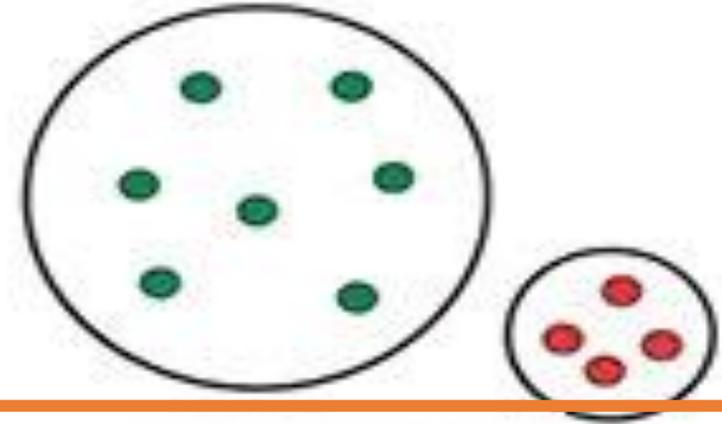
精神障害者の生きづらさの根底にある「社会的孤立」

社会的孤立 の状態

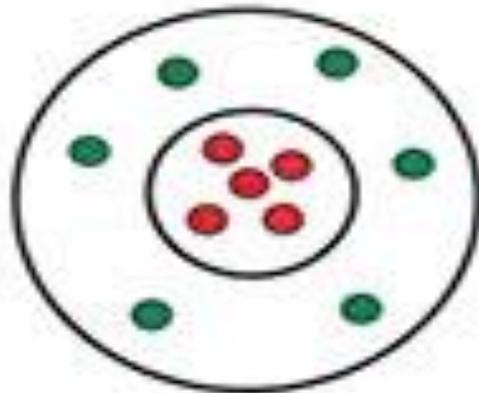
エクスクルージョン（排除）



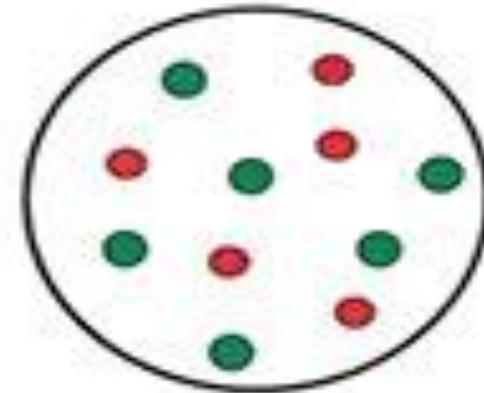
セグレゲーション（隔離）



インテグレーション（統合）



インクルージョン（包摂）



例えば、地域での重い精神障害のある人々の「社会的孤立」

- 治療や支援を拒絶している、でも「実は」困っている、というケースは多い。困っているのは「病気」や「障害」にではなく、「生活」や「人生」そして「孤独」。
- 家族と同居している場合は家族が相当な支援を行いつつもそのことを口外できず、世帯単位で孤立しているケースも多い。家族も支援を拒絶している場合もしばしば。
- 病状や環境への実際の対処行動、風貌などの偏見から近隣からの苦情や通報、度重なる退去勧告など安定した地域生活を維持できない。
- 時に地域単位で「問題」と捉えられ、「危険人物」として排斥運動の対象となっている。
- 退院して地域生活が可能であるとアセスメントされているにもかかわらず、様々な要因により長期入院を余儀なくされている（社会的入院）。入院、収容という枠組みによって社会から孤立を強いられている。
- 頻回な入退院を繰り返している。
- 望まないガチガチの支援体制、管理体制に囲まれて毎日管理されて暮らしている。

→

多くの方が社会（家族や今まで出会ってきたケア）によって傷ついた経験を持ち、社会や自分の生きる世界を信じる事が出来ず、侵襲されないよう孤立することで、自分を守りながら生きている。

これらの孤立の状況の多くは、疾患や障害だけでなく、社会や歴史が作ってきたという事実がある。

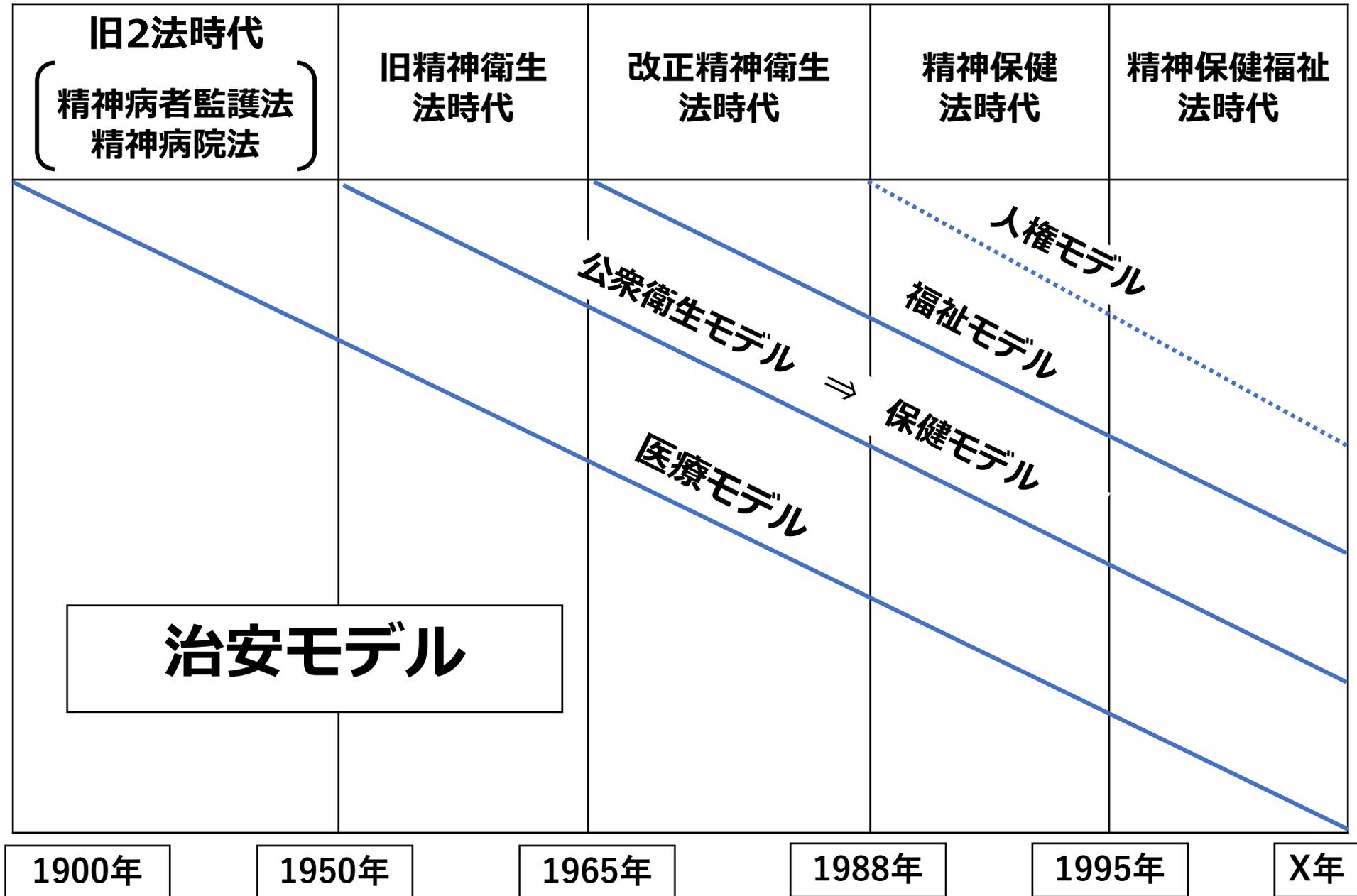
精神障害に関する日本の法律的な歴史の流れ①

- **精神病患者監護法 1900年**
私宅監置、呉秀三「精神病患者私宅監置の実況及び其統計的観察」
- **精神病院法 1919年**
都道府県が公費の補助で精神病院を設置できる
- **精神衛生法 1950年**
私宅監置禁止、公立病院設置義務・薬物療法開始⇒病院建設ラッシュ
- **ライシャワー事件 1964年**
- **精神衛生法改正 1965年**
措置入院創設、通院医療費公費負担制度、保健所・精神衛生センターが各都道府県設置
- **宇都宮病院事件 1984年**
日本の精神医療のあり方に国際的な批判
- **精神保健法 1987年**
任意入院創設、精神医療審査会創設
- **障害者基本法 1993年**
精神障害者が初めて「障害者」と法的に位置づけ
- **精神保健福祉法 1995年**
精神障害者保健福祉手帳制度・社会復帰施設4類型
(生活訓練施設・授産施設・福祉ホーム・福祉工場)・社会適応訓練事業
- **精神保健福祉法改正Ⅰ 2000年**
移送制度・精神医療審査会機能強化・地域生活支援センター
- **社会基礎構造改革/介護保険開始 2000年** 措置から契約へ
- **国際分類がICD10からICFに改訂 2001年** 世界的に医学モデルから生活モデルへ
- **精神保健福祉法改正Ⅱ 2002年**
手帳と通院医療費公費負担制度等の申請窓口が保健所から市町村
精神障害者居宅生活支援事業
(ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム)

・高度経済成長
・東京オリンピック
⇒「収容」が加速

- **精神保健医療福祉の改革ビジョン 2004年9月**
「入院医療中心から地域生活中心へ」、国が7万人の退院宣言
- **改革のグランドデザイン案 2004年10月**
障害保健福祉の総合化・自立支援型システムへ転換
- **発達障害者支援法 2005年4月**
- **心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法） 2005年7月** 2001年の池田小学校事件を受けて成立
- **障害者自立支援法 2005年10月**
3障害一元化され介護給付サービス、訓練等給付サービス、地域生活支援事業等に分類
相談支援事業が市町村に一元化、自立支援協議会の設置
- **精神保健福祉法改正Ⅲ 2005年**
「精神分裂病」から「統合失調症」に名称変更、精神科救急医療体制の確立への第一歩
- **障害者自立支援法改正 2010年**
利用者負担が※「応能負担」から「応益負担」に、発達障害も対象に
※「応能負担」は収入に応じて費用負担、「応益負担」は受けたサービス量に応じて費用負担
- **障害者基本法改正 2011年**
個人の機能障害だけでなく社会的障壁が「障害」を取り巻く課題として捉えられる
- **障害者虐待防止法 2012年**
市町村に障害者虐待防止センター、都道府県に障害者権利擁護センター設置が規定
- **障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法） 2012年**
尊厳について明記、「障害程度区分」が「障害支援区分」に、難病も対象に
地域移行・地域定着支援が個別給付化
- **精神保健福祉法改正Ⅳ 2014年**
保護者制度の廃止、医療保護入院の見直し（退院後生活環境相談員の設置）

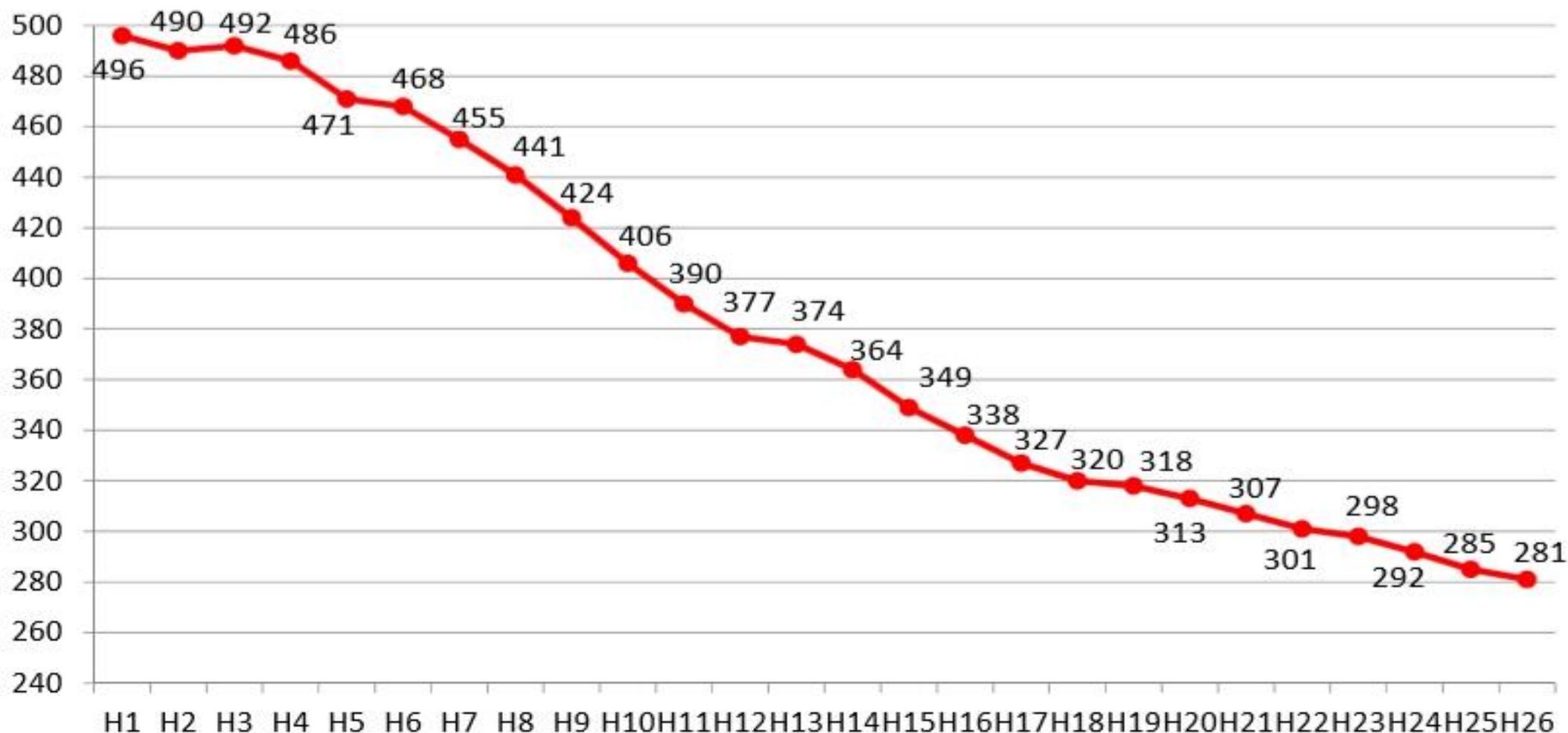
精神障害に関する日本の法律的な歴史の流れ②



精神障害者は長年、
精神病者として、また「支援」＝「治療」と
捉えられ、その「治療」の場としての医療は
人々が当事者を社会的孤立に追いやる手段として
利用されてきた。

精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

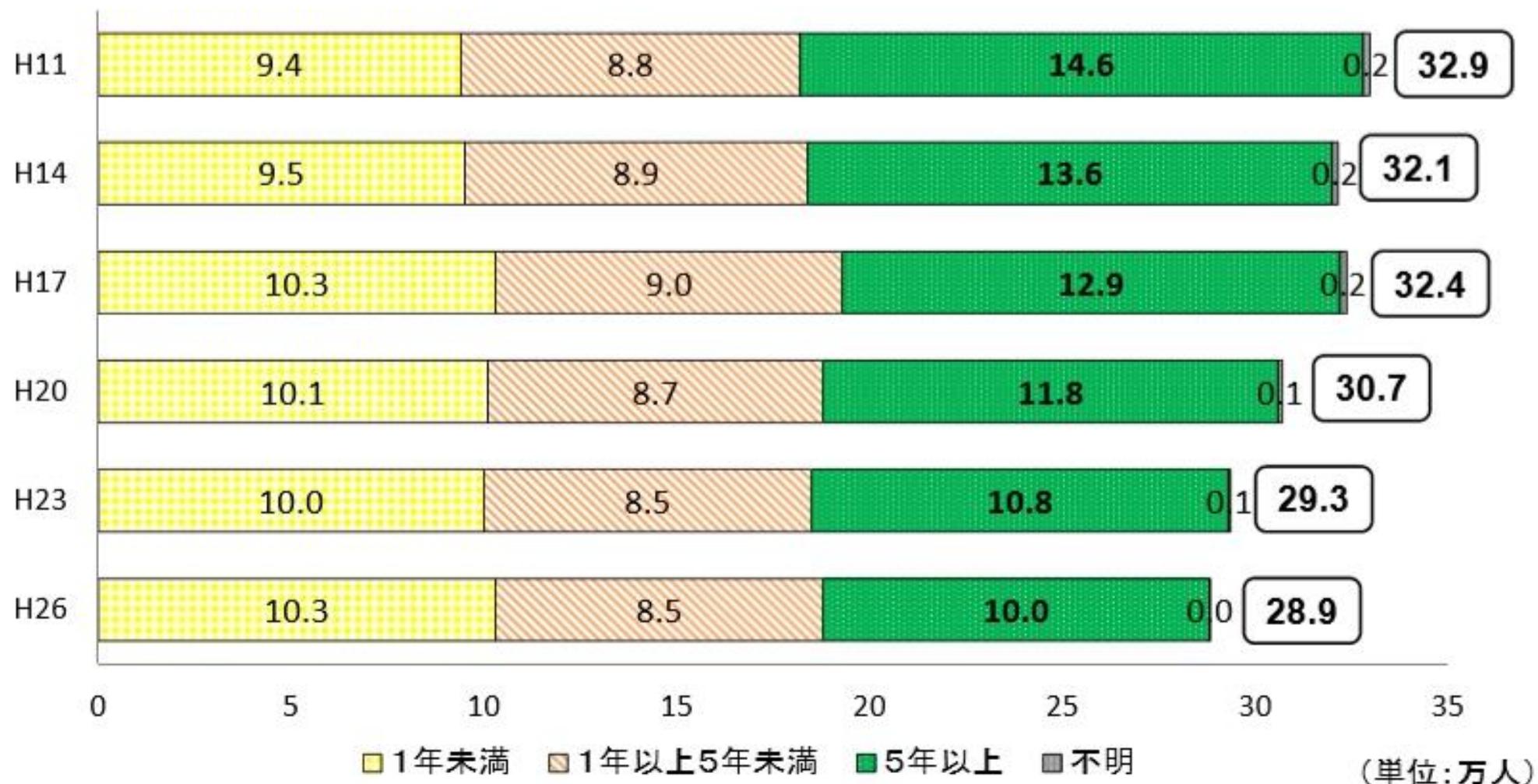
在院日数
(単位：日)



※平均在院日数 = $\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

資料：厚生労働省「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)

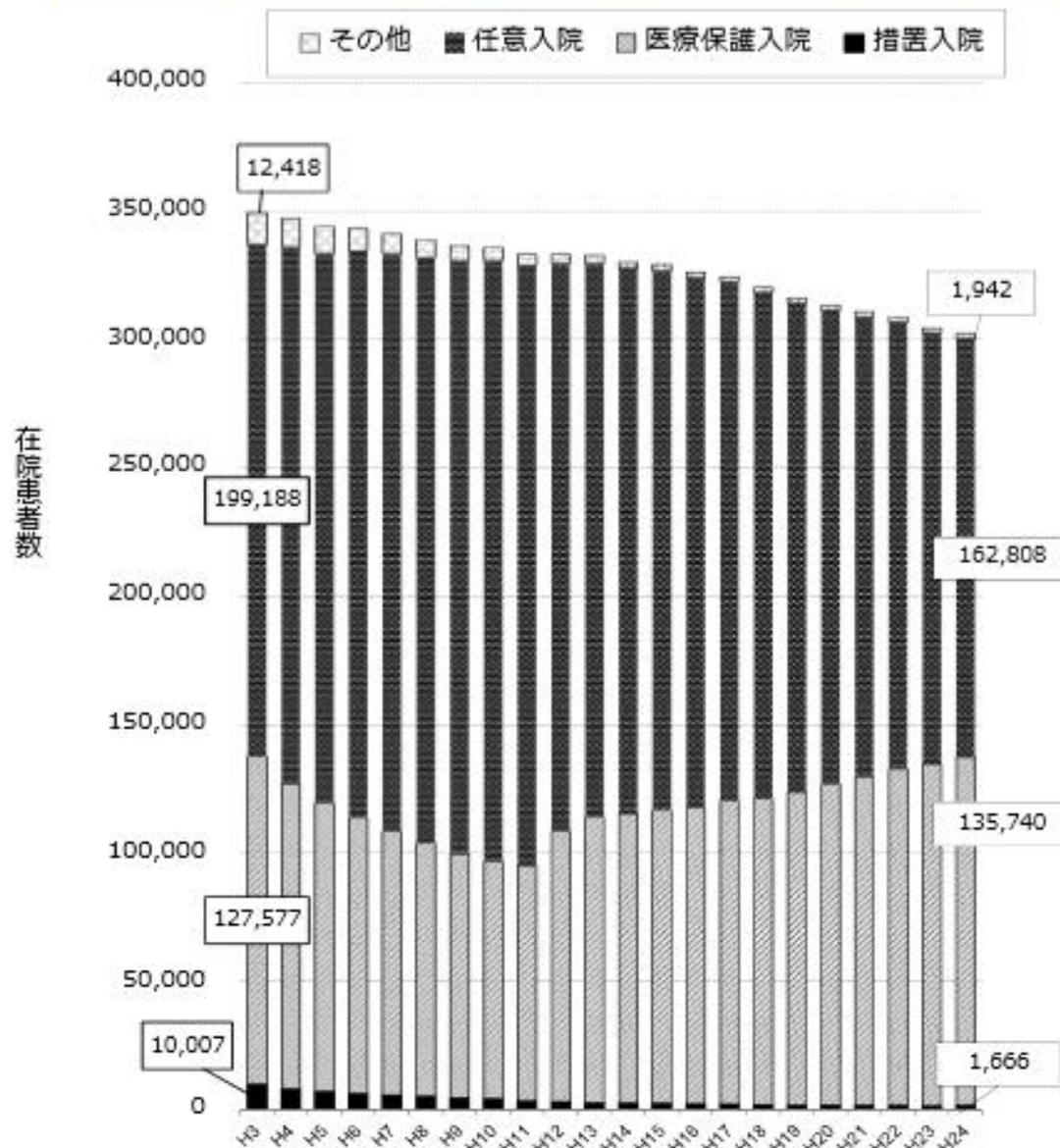


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

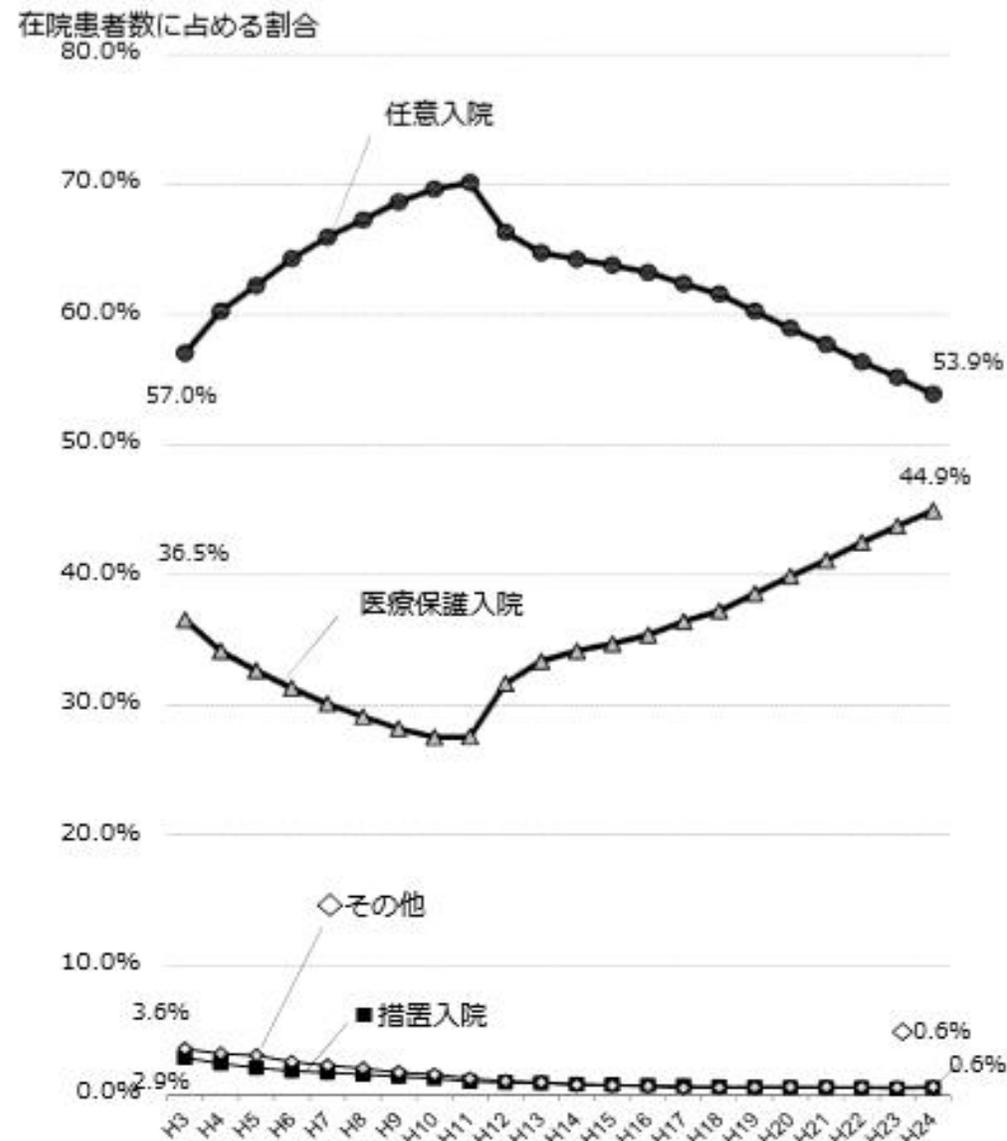
資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

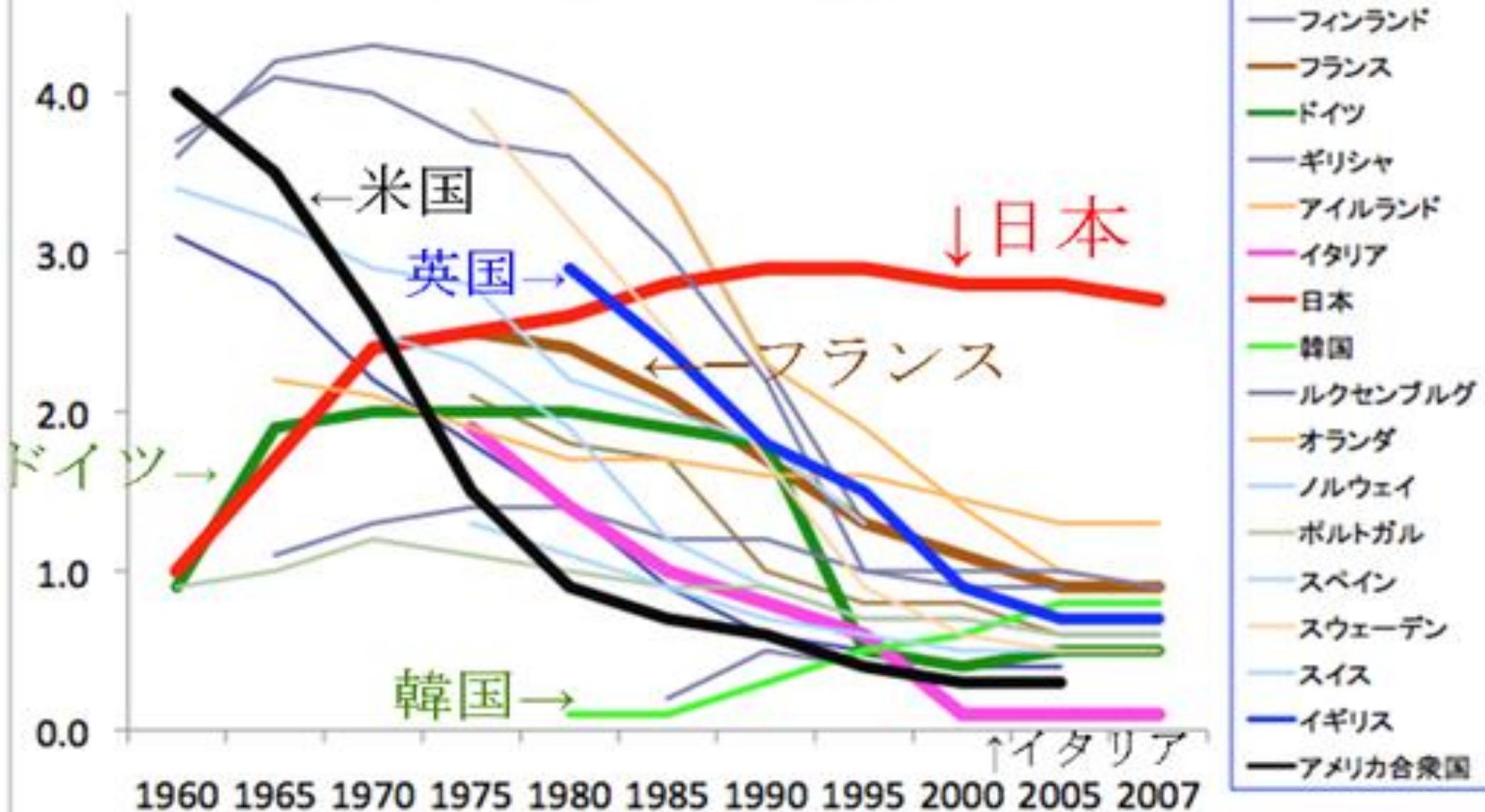
入院形態別在院患者数の推移(平成3年度～平成24年度)



※平成11年精神保健福祉法改正において医療保護入院の要件を明確化(任意入院の状態にない旨を明記)



精神科病床 各国比較 1960 - 2007年 人口1000人あたり病床数



- オーストラリア
- カナダ
- デンマーク
- フィンランド
- フランス
- ドイツ
- ギリシャ
- アイルランド
- イタリア
- 日本
- 韓国
- ルクセンブルグ
- オランダ
- ノルウェイ
- ポルトガル
- スペイン
- スウェーデン
- スイス
- イギリス
- アメリカ合衆国

精神科医療にまつわる現在の日本の状況は・・・

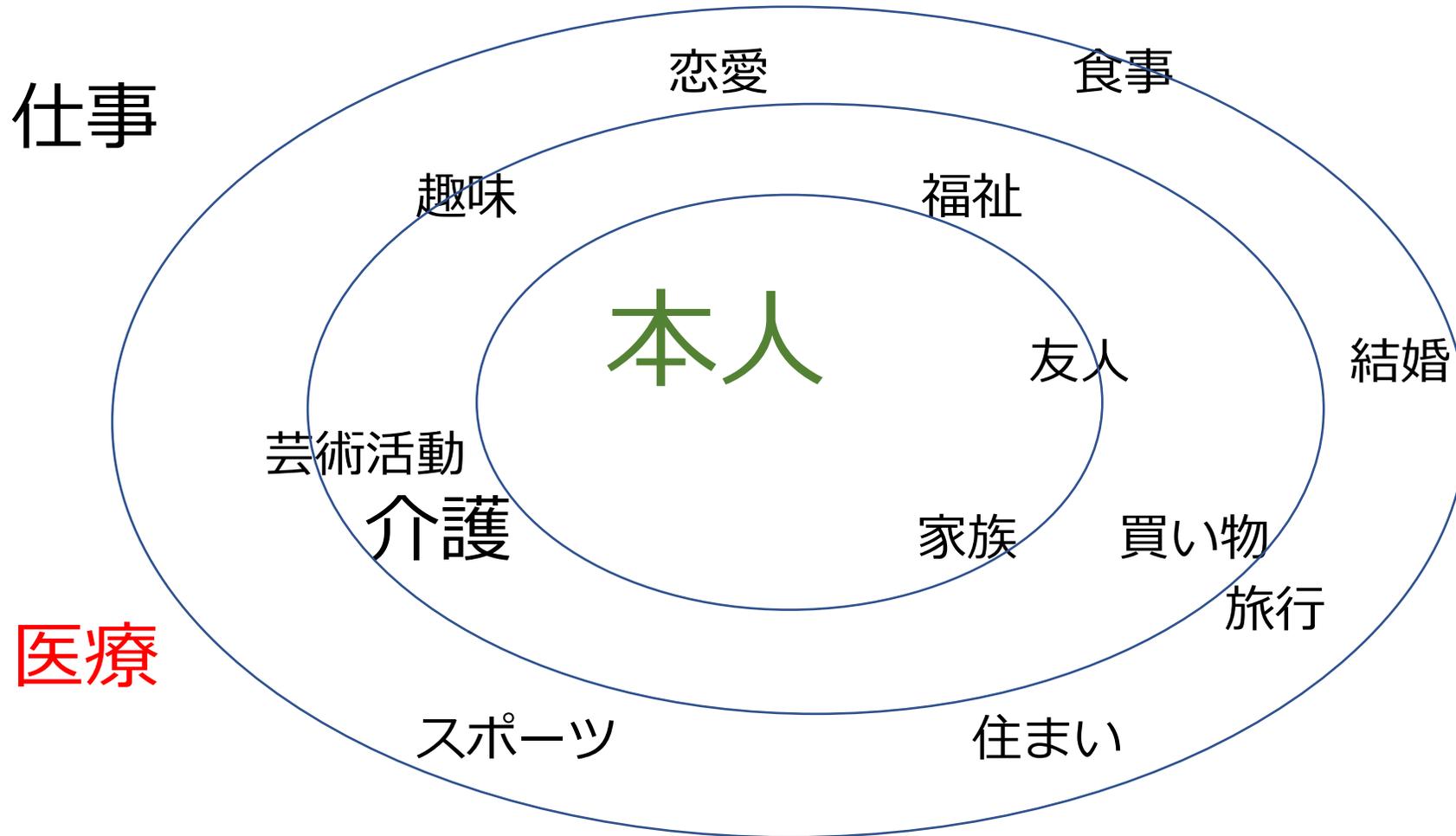
- 同意のない不当な「身体拘束」は今も多く存在。殺人事件も。
- なくなりつつある欠格条項はいまだ精神障害に不利なもの。
- 精神科特例の存在。手厚いケアを受けられない。
- 病床数はゆるやかに減っているが、今も病床数は世界一。
- 療法や精神医学の偏り。最も大切な「かかわり」の軽視。
- 非自発的入院は増加。入院者の**半分は強制的な入院**によって収容、隔離されている。

⇒

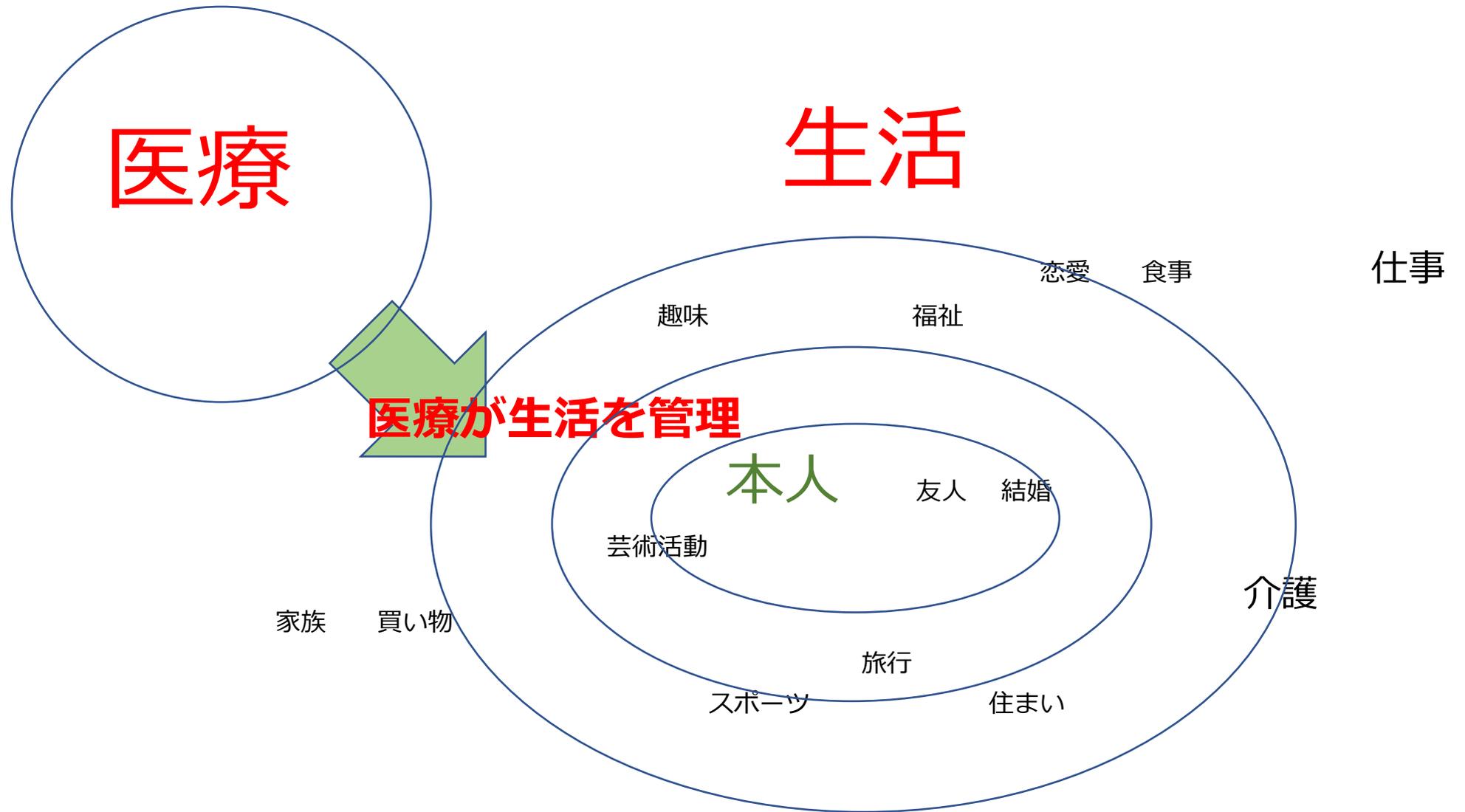
精神障害者は今も様々な不可抗力により傷つき続けている。

生活の本来の姿

活動と社会参加 = 生活



精神障害のある人々の実際は？（その1）



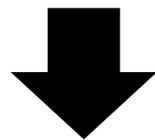
精神障害とは切っても切れない「医療」をどう捉えるか①

医療の現場の原則：

人助け。

だから、よかれと思って行動する。

それはパターンリズムへ。



本人の意思を確認しないで、一方的に介入する危険性をはらんでいる。

精神障害とは切っても切れない「医療」をどう捉えるか②

例えば病院の「保護室」は症状緩和のために、

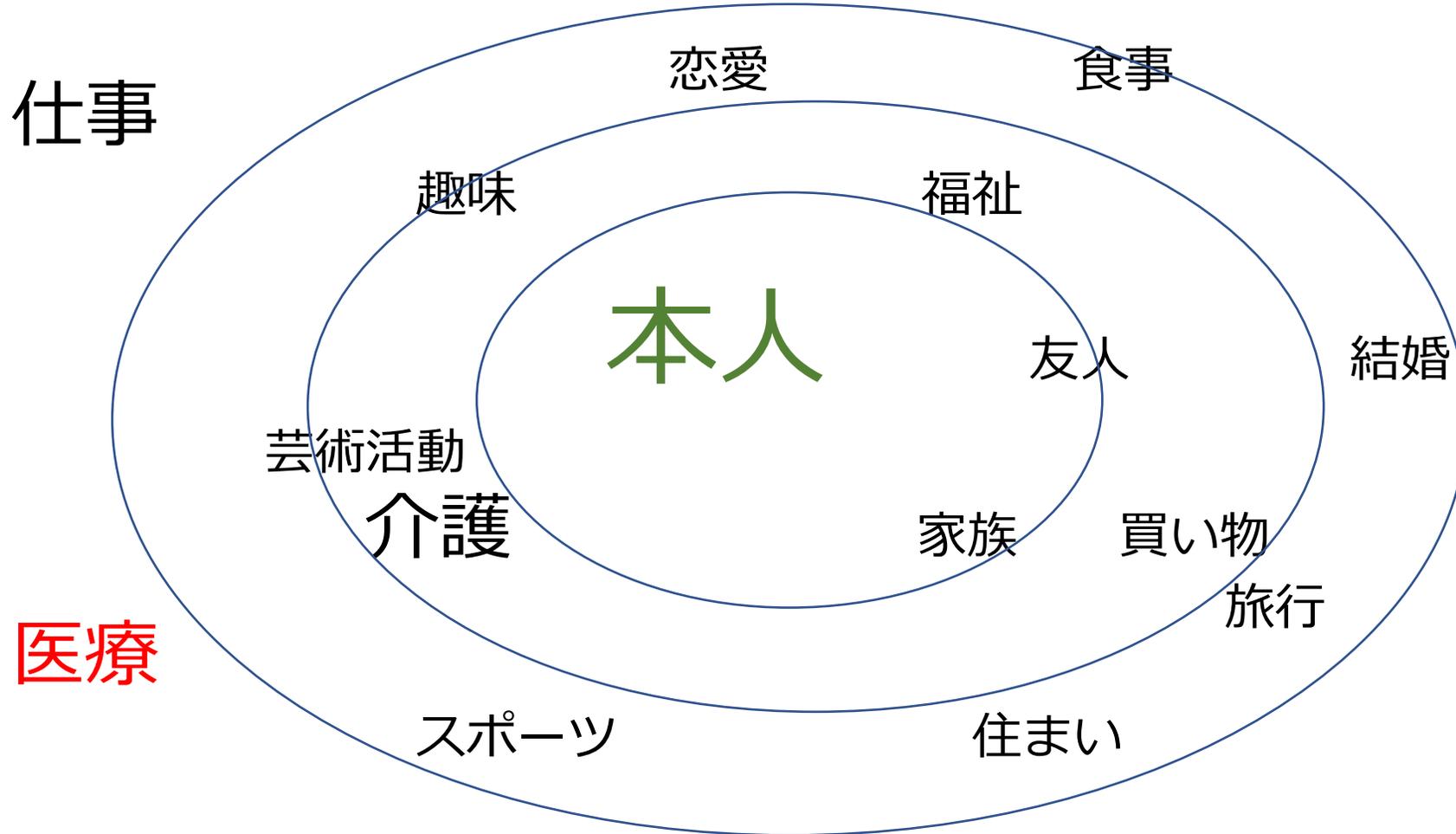
- ・ 刺激を遮断する
- ・ 自由を制限する
- ・ 安静を指示する

→

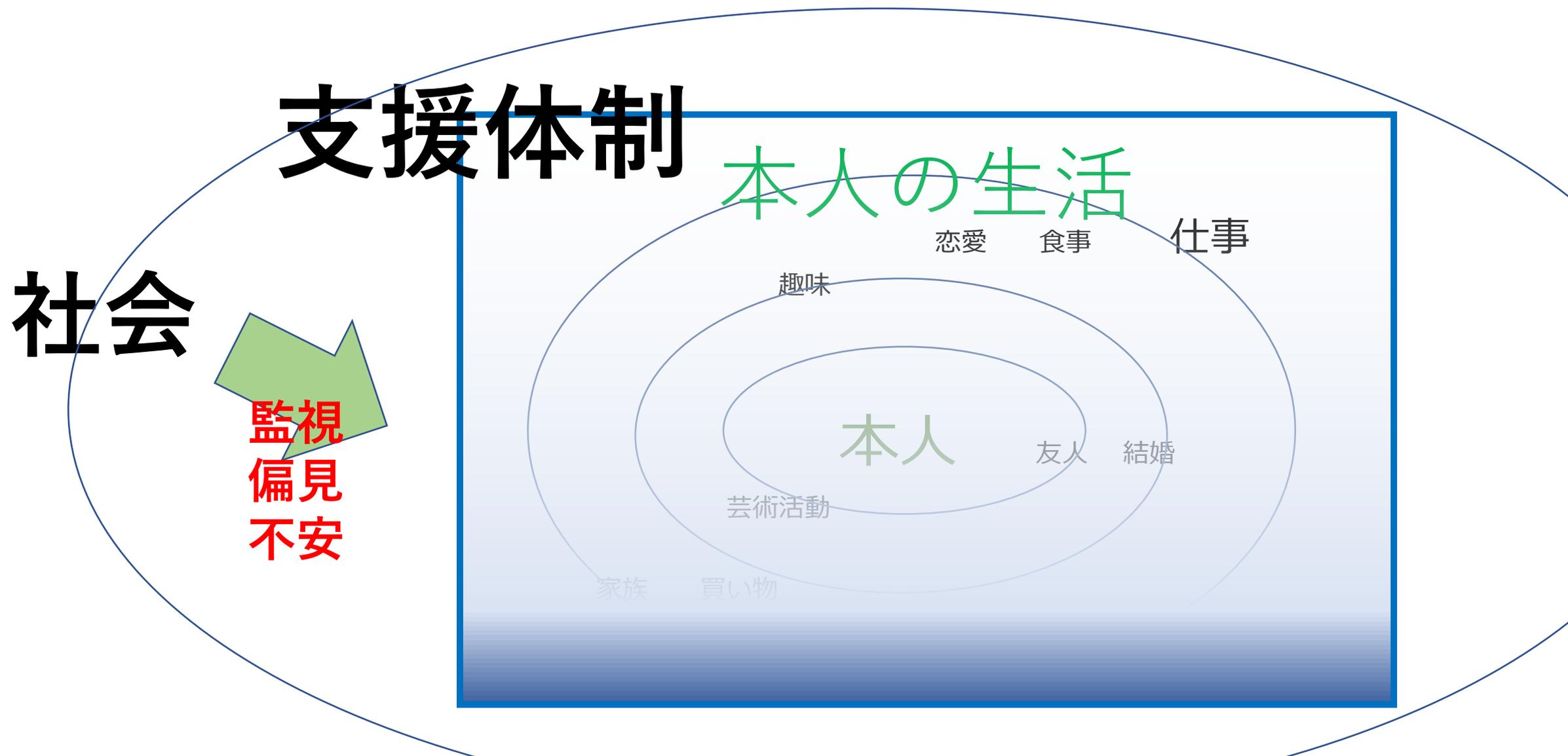
それは、症状そのものによる苦痛からの解放にはなるが、代わりに本人は何を諦めたのか、何を手放したのか？

生活の本来の姿

活動と社会参加 = 生活



精神障害のある人々の実際は？（その2）

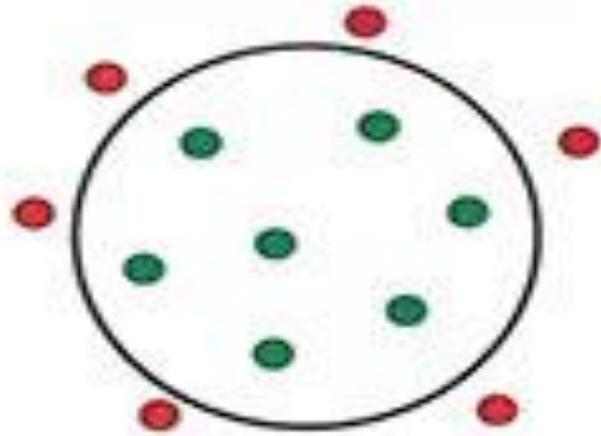


私たちは、考えなければいけない

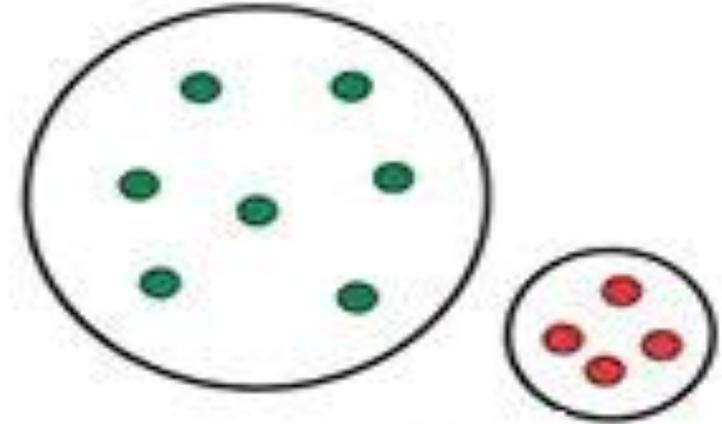
目の前にいる精神障害のある人に
提供している支援、医療は
いったい誰のニーズなのか？

私たちの目の前にいる精神障害のある人は今どの状態にあるだろう？

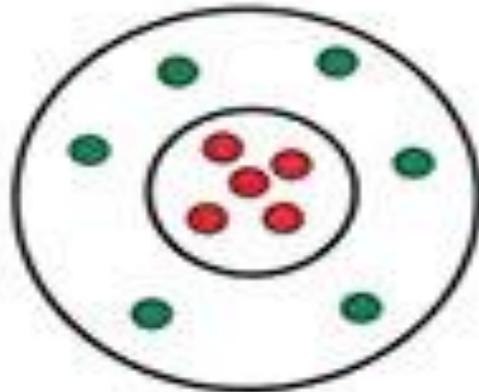
エクスクルージョン（排除）



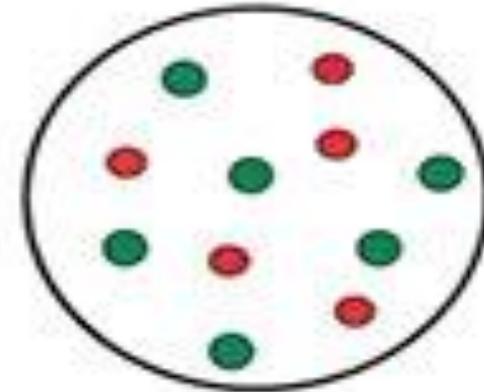
セグレゲーション（隔離）



インテグレーション（統合）



インクルージョン（包摂）



当事者運動をしている、とある精神障害のある方との懇談会で言われた言葉。

「私たちは病気は苦しいから治りたい。」

「病気や精神障害で出来ないことがあって、私たちが求めることがあれば助けてほしい。」

「でも、おかしい。支援者は私たちが社会に
適応できることを支援の目的にしている。それ
って果たして本当に“支援”なんですか？」

支援において必要な価値

目の前の当事者が

「サービス利用者」「患者」「障害者」等
が主語ではなく、

「一市民」として、そして「生活の主体者」
として存在するために
支援者は存在するという価値

精神障害者への支援で特に求められているポイントは何か

1. 社会的孤立に対する支援

→ 社会から排除、隔離されていないか、また当事者自身が他人や社会と結びつくことをあきらめていないかという視点

【必要な支援は？】 当事者とともに存在（being）し、人と人の間に立つ支援、また貧困への支援

2. 人権に対する支援

→ 本人の「声」がないがしろにされていないかという視点

【必要な支援は？】

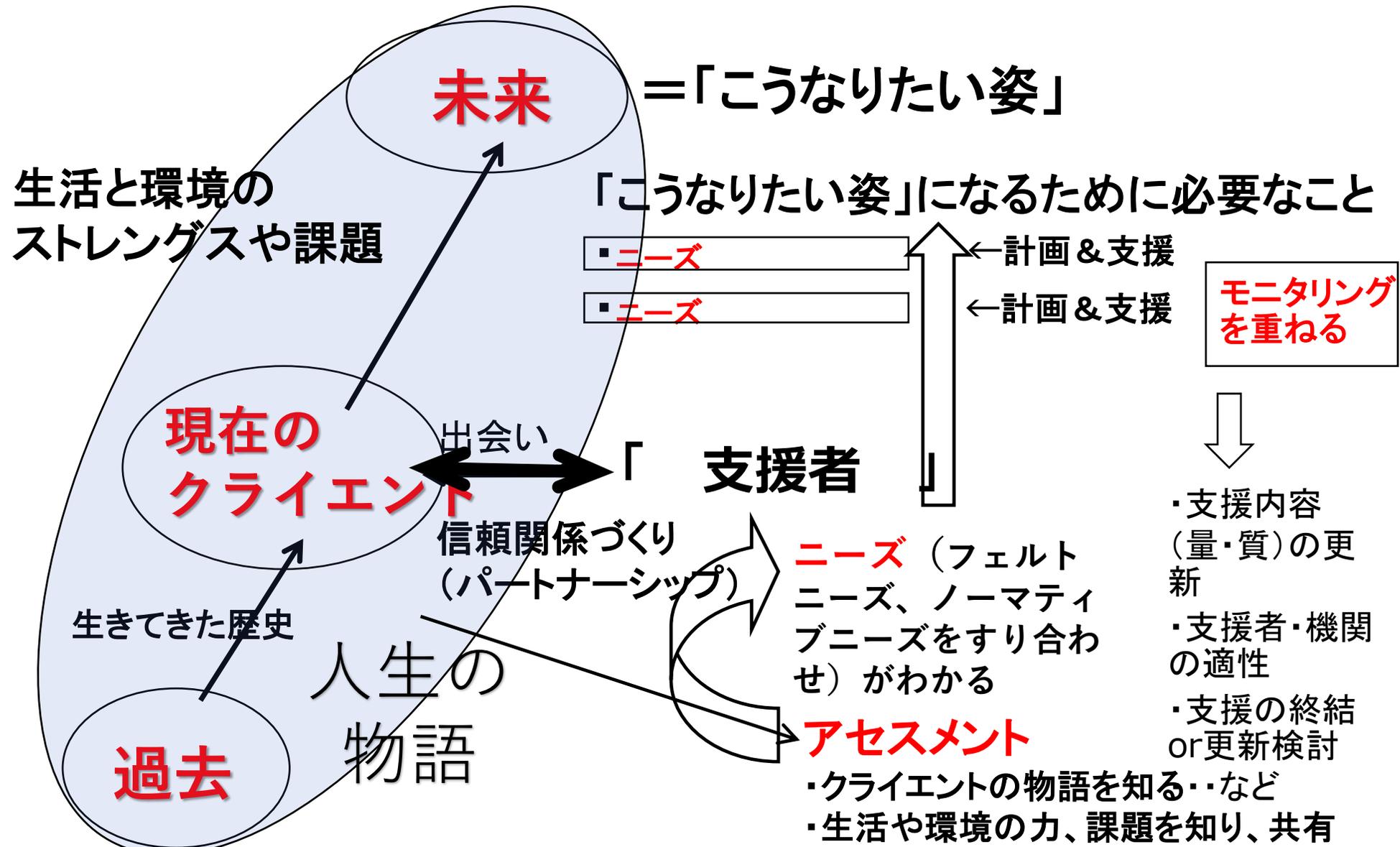
権利侵害への強いアンテナを持ち、当事者を権利と責任をもって生きることができる人であると理解し、権利を擁護するだけでなく、その人の権利を「支援」する姿勢（エンパワメント）

3. 医療を適切に利用するための支援

→ 医療によって管理されている生活を当たり前とするのではなく、その人が生きたいように生きるためのひとつの手段として医療を本人の意志を持って、適切に利用できているかという視点

【必要な支援は？】 医療と対等に対話ができるように本人への支援、伴走者の存在

孤立へのアプローチからはじまるケアマネジメントプロセス = 地域支援における **出会い** → **かかわり** → **支援** のプロセス



事例をひとつ紹介

Aさん

統合失調症

アルコール依存

医療拒否

服薬拒否

孤立

6年間のかかわり

Aさんとの出会いから見えたこと

- Aさんの「回復」に必要なものは医療、薬そのものではなく、その利用にいたるまでのプロセスだったと捉えることができる。
- 病院では患者としての役割。地域ではあくまで「生活主体者」としての多様な役割、顔をもっている。だから、症状よりも本人が実際に困っていること、今直面している生活や人生課題への具体的援助を求めている。そのため、援助者はまずその困りごとを共に解決していくパートナーとしての信頼を得る必要がある。
- 信頼に足るかかわりの中で本人のこうなりたい姿とともにニーズを知り、それらを叶えるための援助をプランニングしていく。服薬の促しが必要な際には、服薬はニーズを満たすための一つの手立てであると利用者自身に思ってもらえるよう働きかけていく。つまり本人が目指す生活や人生を、少しでも楽に送るための一手段であると実感してもらおうことが重要。
- 人との信頼関係がない医療は効果がないと言っても過言ではない。

受診援助とは最大の意思決定支援

- 精神障害者支援において受診援助とは最大の意思決定支援と捉えたい。
- 医療を拒否する権利も尊重しつつ、医療を自分で選択できるように、その意思決定が出来るような対話的な支援を行っていく。
- 医療を受け入れ、医療に頼るということは、本人にとって疾病や障害を受容するというとても大きな選択であり、その意志決定をするためには信頼に足る人や社会との信頼がとても大切になる。

最後に

「あなたのために」 “For”ではなく、
「あなたと一緒に」 “With”の姿勢を。

“For”によって救われる人、命、ものはたくさんある。

一方で、“For”には加害性、支配性が含まれている自覚が必要。

“With”の気持ちを持ち、相手の「声を聞く」ことで変わっていく自分を意識し続ける姿勢を支援者は持つ必要があると思う。

相互的なかかわり、相互的なケアのある環境の中ではじめて人は自己決定をし、本来的な「自立」を果たしていく。その「自立」のひとつの姿が、自分のために医療を受け入れ、医療を上手に利用して生きたいように生きるということであるならば、それを私たちはwithの姿勢で応援していきたい。

ご清聴ありがとうございました。