

精神障がい者と家族のための 「親なきあと」支援マニュアル



「だいじょうぶ」と 言えるために



大分精神障害者就労推進ネットワーク

2015年2月

●このマニュアルの使い方

このマニュアルは、これまでの「手引き」や「情報資料」とは異なり、『考え方マニュアル』という性格を持っています。安心して「親なきあと」を迎えるための「考え方」や「手がかかり」を見つけていただければと願っています。

私たちは、親が元気なときから支援者や地域の人とつながりをつくっておくことが不可欠だと考えています。そのために「三つの柱」を設定しました。

1. いま使える支援・サービスを知って活用する
2. 本人、親・家族、支援者のつながりを見直し、つくりなおす
3. 地域へ理解と支援を広げる

第1部の第1章では、本人、親・家族、支援者のそれぞれの思いについて明らかにし、ギャップのある部分や課題をお互いに理解し、共有します。

第2章では、いまある支援とその使い方をわかりやすく説明します。支援の活用によって「親なきあと」の不安はかなりの部分を軽減できます。制度や事業所の具体的なデータよりも、「相談の仕方」や「支援の見つけ方」を紹介することにしました。

第3章では、本人と親・家族のつながり、支援者とのつながりのあり方、支援の連携などについて考えます。特に親と子のギャップをどのように解決するかを重視し、親の限界と支援者の役割の大きさについて考えます。

第4章では、10年後の大分はこうなっていて欲しいという家族の「夢」を掲載しました。

第2部として、「調査分析報告」と家族の克明な「体験記」、「当事者の声」を掲載しています。「当事者の声」は、第1次調査のアンケートに寄せられた生の声です。

この冊子が、一人ひとりの思いを大切にしながら、使える支援を活用し、必要なものは力を合わせてつくり出していく、そのために様々な人が協力していくためのきっかけとなれば幸いです。

目 次

はじめに	2
第1部 マニュアル 編	3
第1章 何が不安ですか？	
(1) 本人	
(2) 家族	
(3) 支援者	
第2章 こんなことができます	
(1) 福祉サービス	
(2) 保健所	
(3) 医療機関	
(4) その他（警察、消防、行政等）	
第3章 もっとできることがあります	
(1) 本人にできること	
(2) 家族にできること	
(3) 支援者にできること	
(4) 医療にできること	
(5) 地域にできること	
第4章 「親なきあと」の大分は	
第2部 「調査分析報告」・「体験記」・「当事者の声」 編	
1, こころの病がある当事者とその保護者が感じている 「親なきあと」の不安についての考察	
2, 統合失調症の息子「受診・服薬拒否」のリカバリーへの記録	
3, 当事者の声	
おわりに	

はじめに

このマニュアルは、大分精神障害者就労推進ネットワークが制作した4冊目のマニュアルです。このマニュアルは、「親なきあと」を気にかけている多くの保護者の要望で制作されました。

親が子の行く末を案じるのは、親として当然のことです。「親思ふ心にまさる親心けふの音づれ何ときくらん」(吉田松陰)とは、いつの時代にも変わらないものなのでしょう。ましてや子どもが疾患や障がいを持っていたら、親の思いはなおさら強くなることでしょう。残念なことに、その思いが強くなりすぎると、子どもにうまく通じないばかりか、意図したことと違うものとして捉えられてしまうこともありがちです。

しかし、現実的な問題として、当事者の「親なきあと」は重要な問題です。親がなくなれば兄弟が、その子どもがというように家族だけで当事者を支えていくことは難しいでしょう。経済的、精神的、体力的にも限界があると思います。

そこで、私たち大分精神障害者就労推進ネットワークは、親なきあとについて、親と子ども(当事者)、そして支援者や地域が、このことを考えるきっかけになるようなマニュアルを作ることを決め、その準備として「親なきあと」についてそれぞれがどう考えているのかを知るための予備調査を行いました。調査は、大分県内の医療機関や福祉施設、家族会に協力をお願いしました。親なきあとマニュアルは、この調査をもとにして制作されています。しかし、調査という根拠があるからこのマニュアルが正しいとは考えていません。なぜなら、調査や分析には必ずといっていいほど限界があるからです。

この調査で得られたデータ、特に当事者の気持ちは非常に貴重なもので、私たちのマニュアルの原点になっています。しかし、これらの言葉は自分で自分の気持ちを設問に沿って言語化できる能力を備えた方だけから採集できたデータということになります。つまり、今回の予備調査に協力してくれた機関や施設に在籍してなおかつ自分の気持ちを言語化できる人だけが答えたデータがこのマニュアルのもとになっていて、言語化できない方や、調査対象となった機関や施設につながっていない当事者の方の声は反映されてないということになります。

私たちは、その限界を考慮に入れながら、当事者、家族、現場のワーカー、行政担当者など、様々な立場の人たちと学習会や議論を重ねながら、マニュアル作成の作業を進めてきました。限界があるマニュアルですが、「親なきあと」という様々な要素を含む困難な課題に正面から向き合ったことの一つの結実でもあります。

日々の生活の中で、慌ただしく日常を過ごしていると、なかなか自分の今の生活や、自身と他者、この場合は当事者と保護者の関係のあり様を振り返って考えてみる機会は少ないように感じます。私自身も仕事と子育て等々に追われ、なかなか今を振り返って考える余裕はなかったように思います。

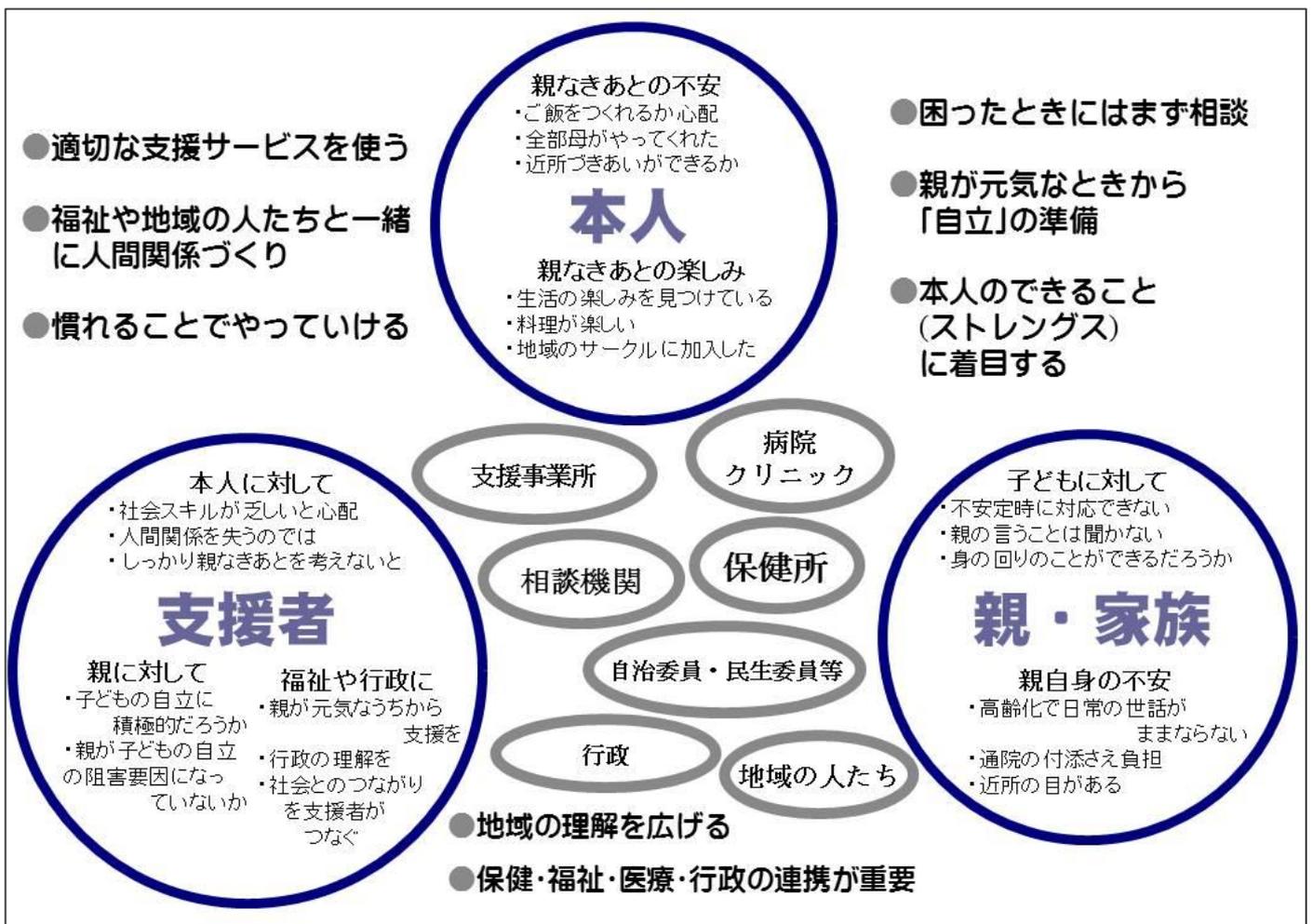
これをお読みいただいた方それぞれが、このマニュアルに、ご自身の過去と今を映し出して、これからの事に役立てていただければさいわいです。

精神障がい者と家族のための「親なきあと」支援マニュアル編集委員会
編集委員長 三城大介(九州ルーテル学院大学教授)

第1部

「マニュアル」

編



一目でわかる「本人・家族・支援者の思い・課題・対応」

第1章 何が不安ですか？

「親なきあと」の問題を考える出発点として、私たちは障がいがある本人、親（家族）、支援者にアンケート調査を行いました。この調査は、県内の家族会や福祉事業所、病院の協力を受けて、九州ルーテル学院大学の三城大介教授（大分精神障害者就労推進ネットワーク副代表）が集計と分析を行いました。（詳しい分析結果は33～40ページに掲載）

この調査によって障がいがある本人、親、支援者がそれぞれに様々な不安や課題、そして希望や可能性を持っていることが明らかになりました。

本人の声には不安の声も多くありましたが、一方で「お金の管理、家の管理ができるようになった」「料理が楽しい」「人間関係をうまく作りたい」「自分で生活の楽しみを見つけている」など積極的な声もあり、「親を看病して看取った。悔いはない。今が楽しい」という声もありました。

ずっと支え続けてきた親からは、「年金生活になると子どもを養えない」「日常の世話がままならない」「親の言うことは聞かない」と悲観する声が多く、そして「近所の目があるから一人で外出させたことが無い」「身の回りの事をさせてこなかったからできるかどうか不安」さらに、「一人で生活させると何もできなくてすぐに死んでしまうと思う」など、様々な不安の声が非常に多くありました。

支援者は、「親にいろいろやってもらっていた人は、しっかりと親なきあとを考えないと、どうやっていいかわからないだろう」と本人を心配するとともに、「子どもの自立に普段から積極的に保護者がかかわっているのか疑問に感じている」「親が当事者に無関心だと、当事者に社会生活のスキルが身につかない」あるいは「親が子どもの自立の阻害要因になっている」と親の課題を指摘する声がありました。そして、「親が元気なうちからの支援をする必要がある」「行政が心の病の大変さを理解して、当事者と保護者の支援にもっと介入すべき」「グループホームなどのハード面の充実が急務」と支援者や行政の取り組みの重要性を指摘しています。

第1章では、調査をもとにしながら、本人、親、支援者、それぞれの声に耳を傾けてみます。

（1）本人

本人の思いは様々です。その思いの一部を紹介します。

不安としては、

- ご飯が作れるか心配
- 洗濯や掃除ができない
- 家事全般の経験が無い
- 家の事は全部母親がやってくれてる
- 今まで家事はさせてもらえなかった
- 生活保護の手続きができない
- 近所つきあいができるか不安
- 8年に1度回ってくる地区の役員ができない



手帳の更新や自立支援医療の手続きの方法がわからないなどの声がありました。

一方、楽観的な声もありました。

一人でなんとか生活できる

慣れと実行しかない

いずれ一人で生きてゆく、遅いか早いかの問題

こうできれば、という願いも寄せられました。

親なきあとは兄弟と暮らしたい

親が活着ている間に結婚したい

第三者に精神的・経済的サポートの充実を望む

人間関係をうまく作りたい

一人で死ぬのは嫌だから一緒に暮らす人が欲しい

家庭や家族を持つことに関してサポートしてほしい

また、実際に親がいなくなった方の「親なきあと」の生活についても聞くことができました。希望を持って暮らすことができている人と、できていない人がいることがわかりました。

親がいなくなった方の不安の声としては、

自分なんかどうなってもいいと思った

なんにも身の回りのことができなくなった

生きる希望が無くなった

誰とも話さなくなった

家に引き込まっていた

時々、自分でなくなるような症状が出る

親がいなくなった方の前向きな声としては、

希望を持ってやっている

お金の管理、家の管理ができるようになった

料理が楽しい

自分で生活の楽しみを見つけている

地域のサークルに加入した

親を看病して看取った。悔いはない。今が楽しい。



(2) 家族

親（家族）の不安は、主に以下のように分けられます。

- ① 子どもに対して — 対応の難しさ、生活力への不安
- ② 自分自身に対して — 高齢化などによる経済的・体力的不安
- ③ 周囲に対して — 地域や行政、支援者などとの関係

いずれも「親なきあと」の不安に直結しています。それぞれ具体的な声を聞いてみましょう。

① 子どもに対して — 対応の難しさ、生活力への不安

○子どもへの対応の難しさ

- 子どもの不安定時に対応できない
- 話しかけるとキレられる
- 話しかけても無視される
- しつこく言うと喧嘩になる
- 親の言うことは聞かない
- 施設の職員のいうことしか聞かない



○子どもの生活力に対する不安

- 身の回り事をさせてこなかったからできるかどうか不安
- 時刻表が見れないからバスに乗れない
- 自立支援医療も手帳の更新もさせたことが無い
- 回覧板さえも持って行ったことが無い
- 社交性が無いと思う
- 洗濯機さえ扱えない
- 道に迷った時に人に聞けないと思う
- 一人で生活させると何もできなくてすぐに死んでしまうと思う

②自分自身に対して—高齢化などによる経済的・体力的不安

- 日常の世話がままならない
- 通院の付き添いさえも負担になった
- 年金生活になると子どもを養えない
- 自分たちの老後の生活で手一杯
- 住宅ローンさえも払えなくなる

③周囲に対して—地域や行政、支援者などとの関係

- 新しい制度が理解できない
- 法改正が何度聞いても頭に入ってこない
- 市役所の説明がよくわからない
- 近所の目があるから一人で外出させたことが無い

このように、障がいがある我が子を支えながら暮らしてきた親には多くの悩みや不安があります。このような課題にどのように応えればよいのでしょうか？ 調査分析で明らかになった親と子のこの問いに答えることが、このマニュアルの大きな役割の一つです。

私たちは、「障がいがある本人だけでなく、親や家族も含めた支援の充実」「地域や社会の理解」とともに、「親自身の受け止め方」（“考え方”の問題）についても、じっくり考えていくことが必要だと考えています。

(3) 支援者

支援者からも率直な声をいただきました。

本人に対する指摘だけでなく、親に対する意見が多くありました。また、支援の充実を求める声もありました。以下、本人に対する声、親に対する声、制度や行政についての声を具体的にみていきます。

① 本人に対して

- ・親にいろいろやってもらっていた人は、しっかりと親なきあとを考えないと、どうやっていいかわからないだろう
- ・コミュニケーションなどの社会スキルが乏しい当事者の親なきあとが心配
- ・経済的な支援を失う
- ・親を通じての人間関係を失う可能性がある
- ・心のよりどころを失う可能性がある



② 親に対して

- ・当事者に無関心だと、当事者に社会生活のスキルが身につかない
- ・子どもの自立に普段から積極的に保護者がかかわっているのか疑問に感じている
- ・親が子どもの自立の阻害要因になっている

③ 支援者として必要に思うこと

- ・親なきあとに当事者を支える存在の有無、特に支援区分の高い人へのケアが重要
- ・支援区分によっては、入所サービスを受けられない可能性があるから、親が元気なうちからの支援をする必要がある
- ・行政が心の病の大変さを理解して、当事者と保護者の支援にもっと介入すべき
- ・グループホームなどのハード面の充実が急務
- ・病状の安定と経済的安定を中心に、早くから施設でサービスを提供したい
- ・健常者でも親を失うことは不安なのに、精神障害者であればなおさらだと思うので、しっかりさせていきたい
- ・支援者も親なきあとを考えると不安になる。当事者の不安を和らげられる支援を支援者も施設も提供していかないとダメ
- ・支援者として、本人に自立を促す支援が必要
- ・心の病で絶対的なのは親子の絆。それが切れるとすれば、社会とのつながりを施設がつなげなおさないといけない

私たちは、「親なきあと」の問題を考え、解決の方法を考える上で、「社会とのつながりをつなぎなおす役割」が提起されていることはとても重要だと考えます。本人や家族に関わる支援者の役割はとても大きなものがあります。

調査の分析を踏まえながら、第3章であり方を考えます。

第2章 こんなことができます

—今ある支援

障がいや病気がある人の困難なことを解決するためにいろんな制度や事業所・機関がつけられています。制度や事業所を利用することで暮らしやすくしていくことができます。またそれを知って使っていくことで、地域生活や社会参加の可能性がきっと広がることでしょう。「親なきあと」に感じている不安も、ある程度解消できるかもしれません。

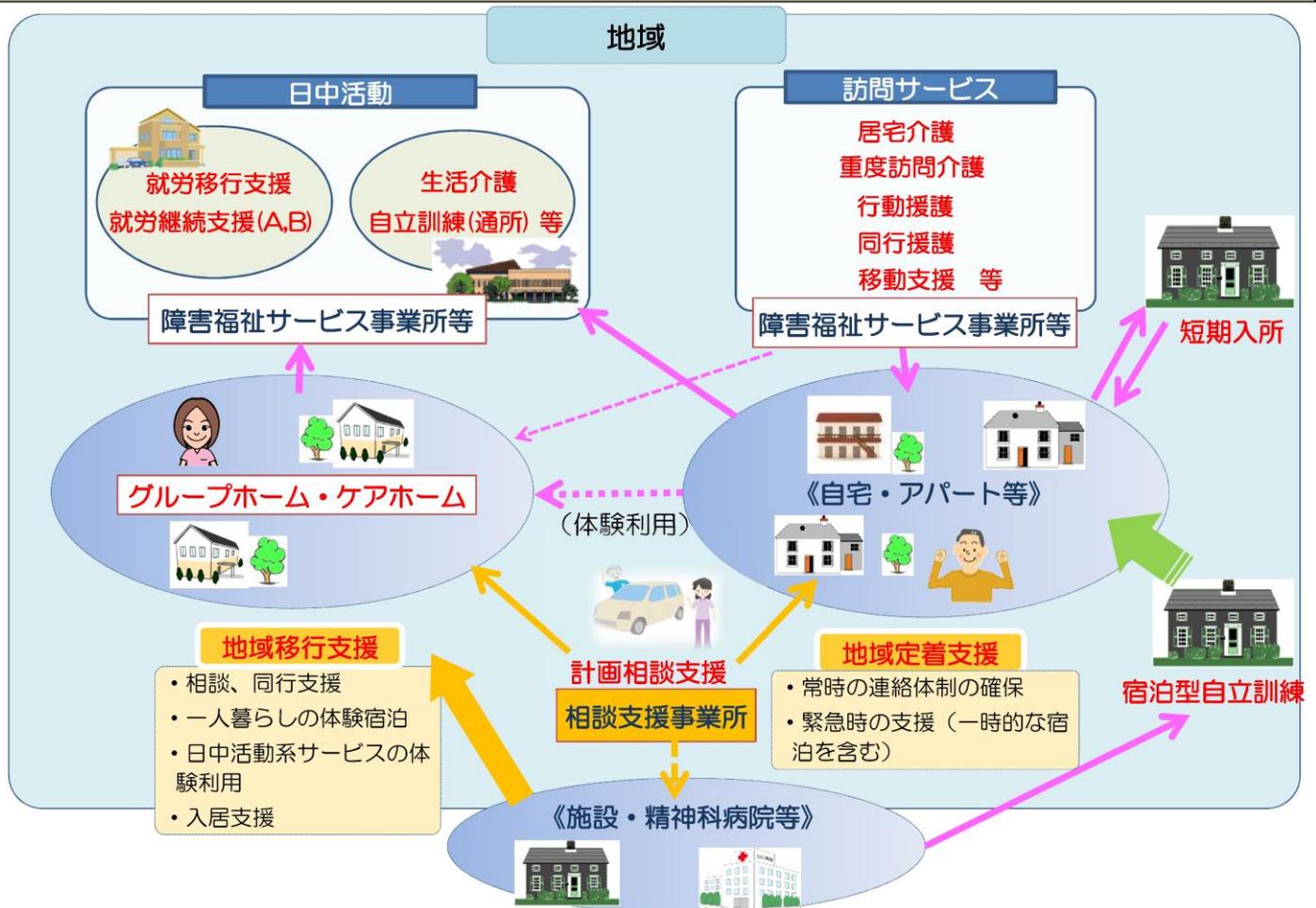
厚生労働省も、下図のように地域の支えを重視し、制度を充実させようとしています。県や市町村も、このような考えにもとづいて支援制度の充実をめざすことになっています。もちろん、すぐにできないこともたくさんあります。また、理解してもらうまでに時間がかかることもあるでしょう。それでも、支援サービスは増えてきており、支援する人たちも増えています。利用することによって、よりよい制度をつくっていくことにつながる場合もあります。

この項目では、今ある支援とその利用の仕方について、わかりやすく説明したいと思います。

厚労省の地域支援のイメージ

地域における障害福祉サービス等による支援（イメージ）

資料



(厚労省ホームページより)

(1) 福祉サービス



〔1〕 まず相談

困ったときには1人で悩みを抱え込まずに相談しましょう。相談先はいろいろと
ところがあります。知っておくと、困ったときに役に立ちます。

地域では市町村役場の障害福祉担当や保健所・保健福祉センター、そして相談支援
事業所（相談支援センター等）などが生活や福祉サービス利用について相談に
応じてくれます。

相談支援事業（相談支援センター・生活支援センター等）は増えてきていますが、
実際に精神障がいに対応できる事業所は限定されるため、まず市町村窓口や保健所
（14 ページ参照）、家族会（大分県精神保健福祉会 Tel：097-551-2080・日本
てんかん協会大分県支部 Tel：097-596-5443）などに相談するといいでしょ

緊急の場合には

精神科救急電話相談センターが、平日は 17 時から 21 時、休日は 9 時から 21
時まで患者や家族などからの緊急の電話相談に
応じています。しかし、夜間 21 時以
降の対応ができません。具合の悪いときには、できるだけ昼間のうちに主治医の診
察を受けておくことが大切です。緊急事態（「自傷他害」の恐れがある場合）に
は警察署や消防署が対応することになります。また、「いのちの電話」（24 時間
体制）や、福祉施設によっては携帯電話等で夜間・休日
も対応している場合もありますので、直接お問い合わせ下さい。（59~60 ページ掲載の「豊の国こころの“ホ
ッ”とライン」を参照してください）

心の問題・病気、様々な悩みについて

心の悩みや病気については、1 人あるいは家族で抱え込まず、早めに相談するこ
とが大切です。そのために市町村や保健所、大分県こころとからだの相談支援セン
ター（Tel：097-541-5276 Fax：097-541-6627 旧ハートコムおおいた）
などが相談・支援の体制をつくっています。心の問題、治療に関すること、家族の
悩み、就労や社会復帰などについてアドバイスをを行うとともに、デイケアやホー
ムヘルパーの派遣などの相談もできます。また病院でも精神科医・看護師の他、精
神保健福祉士・社会福祉士・作業療法士・臨床心理士などの専門スタッフがいて、
それぞれが必要な相談に
応じてくれます。

法的なトラブルがある場合

法律に関わる問題がある場合、法テラス大分（日本司法センター大分地方事務所）
が無料法律相談等（民事法律援助）を行
っています。解決のきっかけになる情報の提
供や資力の乏しい方を対象に弁護士・司法書士が相談に
応じてくれます。

利用者から

・利用の時、最初は親と一緒に話しても、少しずつ本人が話すことが増えていき、
相談することに慣れていく練習をすることが大切です。

〔2〕 地域生活を支える

地域生活に対する支援は、①日常生活を支える福祉サービス（ホームヘルプ＝居宅介護、重度訪問介護、ショートステイ＝短期入所、行動援護、移動支援サービス、重度障害者等包括支援など）②日中活動の場の提供（生活介護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援、地域活動支援など）③住まいの場の提供（グループホーム、宿泊型自立訓練など）があります。また、リハビリと社会復帰のためにデイケア（精神科・心療内科・一部保健所）も行われています。

福祉サービスの利用にあたっては市町村の役所窓口で申請し、障がい支援区分の認定を受け、サービス支援計画を作成することが必要になります。利用料は原則一割負担ですが、減免制度があります。市町村や保健所の窓口、相談支援センター、施設や病院のソーシャルワーカー等の担当者に相談しながら活用してください。

それぞれのサービスを紹介します。

① 日常生活を支える

ホームヘルプ＝居宅介護、重度訪問介護、ショートステイ＝短期入所、行動援護、移動支援サービス、重度障害者等包括支援など様々な支援サービスがあり、必要に応じて利用することができます。



② 日中に支援を受けられる場

生活介護、自立訓練（生活訓練）、地域活動支援など（就労支援は次項で説明）の事業所があり、昼間に支援を受ける場として必要に応じて利用できます。①入浴・食事などの介護や生産活動の機会を提供する場、②自立のため身体機能や生活能力を向上するための場などがあり、自分の状況に応じて選ぶことが可能です。

③ 就労への支援

1) 就労支援事業所

それぞれの方の状況や希望に応じて、日中働いたり訓練を受けたりできる施設があります。支援や訓練を受けながら働く「**就労継続支援 B 型事業所**」（雇用契約なし）、「**就労継続支援 A 型事業所**」（雇用契約あり・最低賃金保障）や一般就労をめざす「**就労移行支援事業所**」、また創作活動、生産活動、社会との交流の促進をめざす「**地域活動支援センター(Ⅲ型)**」などさまざまな事業所があります。市町村や相談支援センター等の相談窓口で相談してください。企業への一般就労については次項で紹介します。

2) 企業への就労支援

「企業で働きたい」「仕事を探してみようかな」と思ったときにも様々な支援の機関や制度があります。そして、どうすれば職場に定着できるかという、経験や知識も積み重ねられています。一步一步、順を追って準備を進めましょう。あなたを支えてくれる人たちもたくさんいます。

就労を支援する機関として、ハローワーク（公共職業安定所）、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター等があります。

障害者就業・生活支援センターと障害者職業センターは障がいがある人のための専門的な就労支援機関です。就業・生活支援センターは県内に6カ所あります。

障害者職業センターは県に1カ所（別府市）あります。就労に向けた職業相談、職業準備支援や就労先へのジョブコーチの派遣、うつ病などで休職している人へのリワーク（復職）支援などを行っています。

利用者から

・以前は本人がどこかの事業所に通えるようになると、親は安心し、この状態が続くことを願っていましたが、最近は就労支援が積極的になり、本人の気持ちが「一生作業所でいいかな～」と思っていた状態から「ステップアップ出来るかも？」へ変わってきました。

〔3〕精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳は、精神障がいのある方が様々なサービスを受け、自立と社会参加の促進を図るための制度です。有効期間は2年間で更新が必要です。手帳を持つことによって、税金の控除・免除や福祉手当の支給、医療費等の助成、各種割引サービスを受けられる場合があります。市町村によって異なることもありますので、各市町村窓口におたずねください。

〔4〕住むところ

公営住宅、民間住宅、グループホーム、ケアホーム、福祉ホーム、援護寮、入所授産施設などがあります。公営住宅は県や市町村の窓口に応じ申し込みます。優先的に利用できる場合もあります。民間住宅は不動産業者が紹介してくれます。保証人が必要な場合の支援制度はまだ確立していません。

グループホーム（共同生活援助）は日常生活の援助を受けながら生活する場で、入浴・排せつ・食事等の介助や相談、日常生活の援助を受けることができます。大分市には22カ所あります（2014年12月現在）。

また期間が限定されますが、宿泊型自立訓練施設を利用して、一般就労や障害福祉サービスを利用しながら、生活能力等の維持・向上のための支援、生活等に関する相談やアドバイスを受けることもできます。

〔5〕お金のこと（年金・貸付・医療費等）

地域で生活していく基本は、①生活できる収入を得ることと、②支出を上手に管理することです。十分な収入を得るための仕事ができないときには、障害年金や生活保護を受給することが必要になります。その他に、特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童福祉手当、傷病手当金などの手当や生活福祉資金の貸付制度、税金や医療

費、公共料金などの負担軽減の制度もあります。市町村によって独自の負担軽減制度を設けているところもあります。

また医療費の一部を公費で負担する自立支援医療制もあり、所得等に応じて医療費の上限月額が0円、2500円、5000円、10000円、20000円などに設定されます。高額療養費の払い戻される制度もあります。いずれも**申請が必要**ですので、市町村窓口あるいは、各加入保健者まで問い合わせてください。

お金の管理がうまくできない場合には、あんしんサポートセンターを利用することができます。

利用者から

- 年金だけでは不足することは明らかです。不足分をどうするか？ 親の援助には限界があることを分かってもらい、どうしたらいいかを考えさせること。また少しずつ、働く意味をわかってもらうことも大切です。
- 親亡き後のために、親としてせめてしておくことは、相続の際にもめ事が起こらないように、話し合い、考えておくことです。

(2) 保健所

保健所は県内に7カ所（保健部を含めると10カ所）あり、県民の健康を守るために、相談や訪問、広報や学習会の開催などいろんな活動を行っています。専門的な知識を持つ保健師さんが常駐しており、緊急時の対応も含め、幅広く対応してもらえる機関です。

精神保健福祉については以下のような窓口や制度、事業があります（保健所によって多少異なることもあります）。また市町村の障害福祉課（係）にも保健師がいます。

- 精神保健福祉相談・認知症相談
- 心の健康に関する相談
- ひきこもりに関する相談
- 家庭訪問 保健師が家庭を訪問し、精神障がい者や家族等に、日常生活の相談や助言を行っています。
- こころの健康講演会を開催しています
- その他

利用者から

① 日常

- 家族会への支援 もともと家族会は保健所の指導で出来ました。以来、常に家族会のアドバイザー的存在です。
- 支援者の理解を深めるための学習会を開催しています。

② 緊急時

- 緊急時に主治医にも診てもらえず、保健所に相談。一緒に市内の病院へ電話してもらったがすべて断られ、市外の病院がやっと入院を引き受けてくれた。
- 措置入院の時には警察と保健所で対応するが、緊迫した状態の時、保健師の存在は大きい。

相談先（精神保健関係）

ところとからだの健康	東部保健所	0977-67-2511	8:30～17:15(月～金)
	東部保健所 国東保健部	0978-72-1127	8:30～17:15(月～金)
	中部保健所	0972-62-9171	8:30～17:15(月～金)
	中部保健所 由布保健部	097-582-0660	8:30～17:15(月～金)
	南部保健所	0972-22-0562	8:30～17:15(月～金)
	豊肥保健所	0974-22-0162	8:30～17:15(月～金)
	西部保健所	0973-23-3133	8:30～17:15(月～金)
	北部保健所	0979-22-2210	8:30～17:15(月～金)
	北部保健所 豊後高田保健部	0978-22-3165	8:30～17:15(月～金)
	大分市保健所	097-536-2852	8:30～17:15(月～金)
心の健康づくり相談	こころの電話(県ところとからだの相談支援センター)	097-542-0878	9:00～12:00、13:00～16:00(月～金)
精神保健福祉に関する相談(うつ、依存症等)	県ところとからだの相談支援センター相談電話	097-541-6290	8:30～12:00、13:00～17:00(月～金)
精神科の救急医療に関する相談	精神科救急電話相談センター	097-541-1179	17:00～21:00(月～土) 9:00～21:00(日、祝)

(3) 医療機関

医療機関には病院・クリニック等があります。

科としては精神科、心療内科、神経科、心療内科、メンタルヘルス科等があり、医師の他、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士などの専門的なスタッフがいます。地域生活の相談は精神保健福祉士、社会福祉士等のソーシャルワーカーが主に対応することになります。遠慮せずに相談しましょう。

デイケア、訪問看護などを行っている医療機関も多くあります。病院とは別に訪問専門の看護ステーションもあります。

緊急対応については、現状では夜間や休日の対応が難しい状況があります。日頃からかかりつけの医師等に相談しておくことも必要でしょう。なお、「自傷他害」の恐れがあると判断された場合には措置入院等の救急対応が行われています。

また、大分大学医学部附属病院救命救急センターでは、平成 24 年 10 月から精神疾患を有する救急の身体合併症患者の受け入れが行われています。

利用者から

① 日常

- ・医師との付き合いは、発病以来ずっと続きます。主治医が決まるまでに親子で様々な葛藤があります。信頼関係が作れない、特に「薬が合わない」と悩む方は多いです。時間はそれぞれ違いますが、葛藤しながらも自分に合う薬に巡り会っています。症状や薬のやりとりを、当事者が医師と話せるようになり、病気と向き合う気持ちが生まれた事例があります。

- ・デイケアに無理矢理行かせてるうちに、最初は寝てばかりでしたが、少しずつスタッフや仲間と話すようになりました。
- ・デイケアが大好きで好きなメニューのみ参加している。就労は考えていないが、最近メニューが豊富で様々な体験ができています。
- ・一人暮らしの当事者にとっては、デイケア・ナイトケアで食事をし、お風呂に入って、生活の一部になっています。

② 緊急時

- ・主治医をはじめ市内病院全てに断られ、やっと遠くの病院に入院出来、数か月で元気にはなりましたが、お母様は死を覚悟したと話されました。病院は是非とも緊急時に24時間対応できる制度を作って欲しいです、

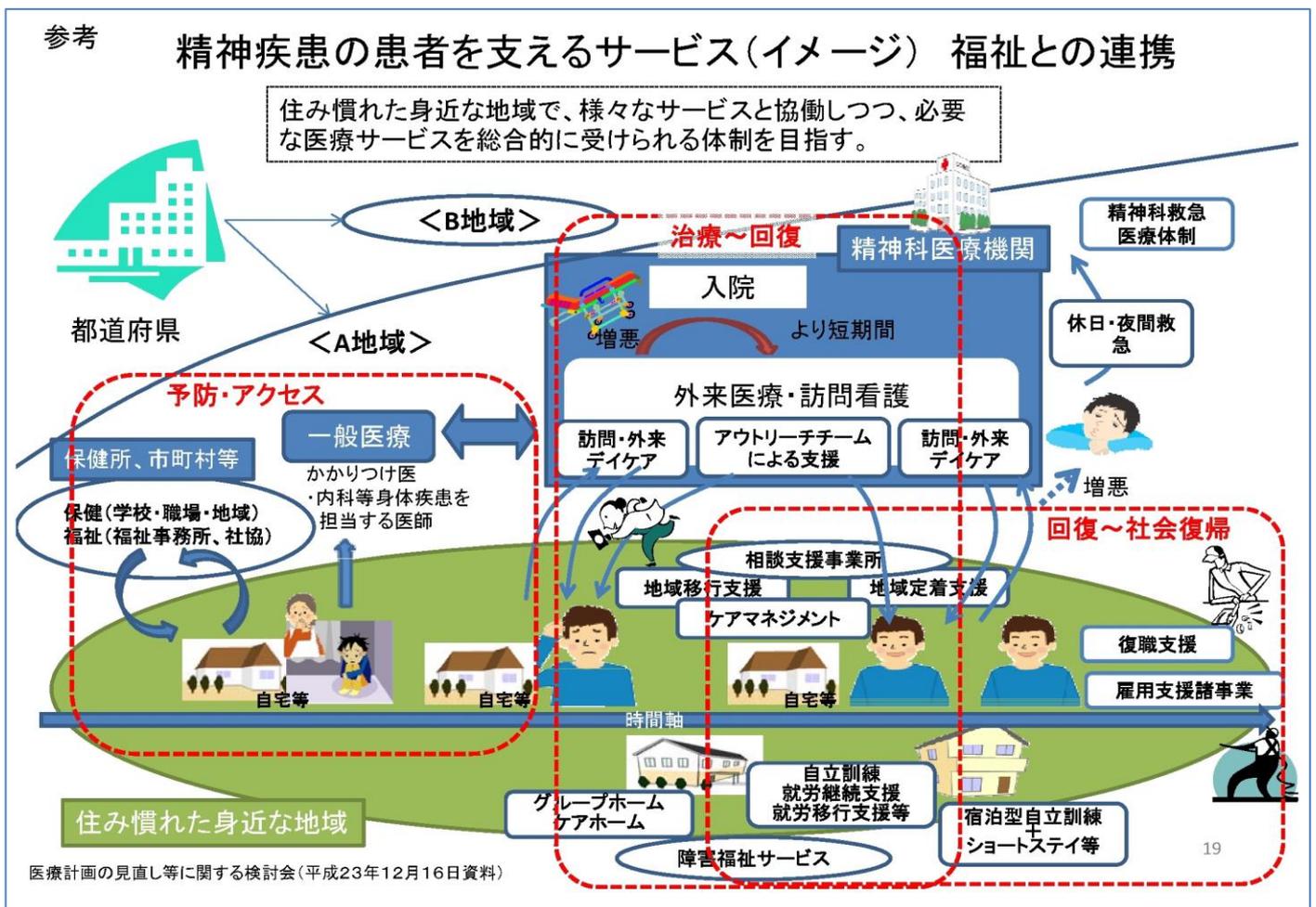
(4) その他 (警察、消防、行政、民生委員、自治委員 等)

緊急時で対応が困難なときには110番(警察)や119番(消防)に連絡することができます。対応にはまだ課題が多くあります。

後見人制度、罪に問われた人の支援、法律相談等の支援など様々な支援があります。

(巻末の「豊の国こころの“ホッ”とライン」をご覧ください)

また、地域には民生委員など困っている人を助ける役割の人もいます。



(厚労省ホームページより)

第3章 もっとできることがあります

この章では、第1章で明らかになった本人、親・家族、支援者の声と、第2章で紹介された様々な支援の制度をもとにしながら、これから具体的に何をしていくことが必要なのかを考えます。その際に重要になるのが、調査分析で明らかになった「親と子のギャップ」の問題をどのように受けとめ解決するのかということと、支援の制度や支援者（専門家）をどのように活用するのかということです。多くの方の思いを紹介しながら、一緒に考えていきたいと思えます。

(1) 本人にできること

①福祉サービスの活用

大切なことは「あなたは1人ではない」ということです。第2章で説明しているように、日常生活の問題は福祉他のサービスによって大抵フォローできます。それについては行政や保健所、福祉事業所の相談員。医療機関のソーシャルワーカーなどが相談に応じてくれます。日常から相談できる人や相談場所につながっていると安心です。また緊急の時に相談できる所を知っておくことも重要です。

②親以外にSOSを出せる人を見つける

問題は非日常的なことについてどうするかです。支援者は葬儀、法事、お墓、相続等には立ち入れないことが多いのです。そのような場合には、親以外にSOSを出せる人がいるかどうか問題になります。支援者も、本人が困らないように段取りをつけてもらえる人が親戚などにいると支援しやすいし、本人も安心できます。お寺なども本人が知っていると助かります。相続は司法書士等の支援が必要になります。親戚関係等、本人のストレスになりそうな要素をなくしておくことも大切でしょう。

事例

《親なき後を生きている人》

- ・ご両親を相次いで亡くされ、家に一人残されました。離れて住む妹さんが手続され、週に3回ヘルパーさんに来てもらい、食事や掃除を一緒にしながら、通院もバスで一人で行き、今はデイケアにも通いながら暮らしています。
- ・母親ががんの闘病中、家事と介護をお母様の指示を受けながらこなし、最後を自宅で看取り、今は父親の世話しながら、事業所にも通いながら暮らしています。
- ・認知症の母親を入院や施設に入所させ、お見舞いをしながら暮らしています。相談事業所とつながり、相談にのってもらっているようです。

体験報告—当事者・支援者として

友達が第二の家族。頑張りすぎないで

工藤美智子（社会福祉士・精神保健福祉士）

私は当事者であるとともに支援者でもある。支援者としては老人ホームで仕事をしているが、最近精神科病院から本人の情報が全くないまま一人入所した。受け入れる側はどう対応すればいいのかわからない。情報を共有することの大切さを感じた。

当事者としてはもう両親ともいない。しかし「親なきあと」を明るく過ごしている。私は何かあったら自分の心を文章に書いて、病院の先生にアドバイスをもらうようにしている。家族が亡くなった時など、友達や先生に相談して心のコントロールをしてきた。『友達が第二の家族』という感じで、今は仕事ができるようになって、恋愛や結婚は自信がないので、頑張りすぎず、ゆっくりやっていきたいと思う。

(2) 親・家族にできること

「親なきあと」について、最も不安を持っているのは親自身です。しかし、調査結果では意外なことも明らかになりました。それは「過干渉による自立抑止作用」という問題があるということです。親が子どものためにと一生懸命いろんな事をしてあげることが、かえって本人の自立の可能性を失わせることもあるということです。その解決策として、「早期の3者関係の確立」という課題があることが明らかにされました。3者というのは本人と家族、そして支援者です。つまり、親だけで何とかしようと思わずに、親が元気なうちから、支援者の力を借りて対応した方が親にとっても子どもにとってもいい結果を生むことが多いということです。

体験報告—親の思い

親が元気な時から、親離れ・子離れ、自立を

藤波志郎（大分県精神保健福祉会）

親として一番心配しているのが、本人が自立していけるかどうかということ。福祉事業所に通所して、規則正しい生活ができるだろうか。就労を希望した時には支援するサービスが適切に提供されるだろうか。規則正しい生活を身につけるためには就労継続支援B型、一般就労をめざす人には就労移行支援など制度はあるが、実際には絵に描いたようには進まない。

多くの当事者は親と同居している。私の場合、子どもに仕事を与えたが、十分対応できなかった。きつければ家にいるし、水中毒になった。また料理もできない。これで親なき後自立できるのだろうかと不安になる。精神障がいのある当事者には糖尿病になる人も多い。グループホームに入っても生活できず帰ってくる人もいる。子どもは今、入院しているが、家に帰ってくると好きなものを好きなだけ飲んで食べる。これでは命を縮めると思う。病院にはグループホームで生活できるようにお願いしている。私も家内も歳をとり、家内は涙ぐむことも多い。

いかに早く自立できるか。同居で自由を認めてきたが、マイナス面も多くあったと反省もしている。今は、親離れ、子離れが必要ではなかったかと感じている。親元を離れたところで、連携をしながら支援していくことも必要ではないだろうか。しかし現実には、自立させることができず悩んでいる親が多い。それでも、ある当事者が、親の体調が悪いため、自らグループホームに入った。「そうすれば父さんと母さんも安心するだろう」と考えてのことだった。

「親なきあと」を考える時、親中心、家族中心の支援ではなく、親が元気な時から、親離れ、子離れ、そして本人の自立をめざした支援やサービスの充実が不可欠だと強く感じている。

自立には第三者の支援が不可欠

藤内 浩（精神保健福祉別府家族教室）

9年前から「家族教室」で家族の話を聞き、クリニックの家族会や地域の家族会も含めると、

年間延べ400人位の話の聞いている。感じることは、父親の参加が少ないこと。母親とは愛情の形が違うのかなと思う。父親は子どもに距離を置く。保守的で、困った事から逃げるのかもしれない。私も逃げている父親の一人だが…。

親なきあとを考えると、本人の自立が大切だが、それは親を含めて「支援を受けての自立」だ。そのためにはサービスの充実が不可欠で、支援は本人にも家族にも必要だ。日本は特に家族に対する支援が遅れているので充実させる必要がある。

自立にとって重要な就労にはまったくつながっていない人が多い。引きこもっている人、薬をたくさん飲んでいて、作業所に行っても人間関係で体調を崩して休んでいる人も多い。何らかの形で支援につながっている人はまだいいほうだ。大変な人が多いと感じている。

第三者の支援は欠かせない。家族は本人との関係が近すぎて対応が難しい。やはり第三者の専門職の人、またそれ以外の人でもよいが、本人と信頼関係のある人の支援が大切だと思う。家族も本人との時間的・空間的な距離が必要だ。それが本人の自立につながるのではないか。薬も大事だが、薬がすべてではない。いい人との出会いがリハビリやリカバリーになると思う。

「人薬」—いい医師、いい支援者、いい人との信頼関係が薬になる。また、アウトリーチ型の支援も本人の自立のために必要だと思う。

自分を犠牲にする母親の気持ち

川口二美（大分すみれ会）

母親はついつい世話を焼いてしまう。そこが甘やかせる原因になっている。「かわいそう」とどうしても面倒を見てしまう。母はやさしい。自分を犠牲にすることをいとわない。そのため、本人は自分ですべきことができなくなっていると思う。いずれは本人に気づかせなければならぬと思うが、それは親には難しい。どこかにつないで勉強させなければならぬ。本人が気づくよう親はしていかなければならぬが、今は親を支えてくれているという面もある。

親なきあと—これまでは、その時々が懸命で、考える余裕がなかった。自分が歳をとり、最近になって考えるようになった。いろんな制度が一杯できている。それを本人に学んでほしい。いつまでも親はいないことに気づいて考えてほしい。

いつかは託さねばならないが…

安部綾子（日本てんかん協会大分県支部）

子どもは発作でいつ倒れるか分からない。母として自分を犠牲にしてきた。父親は悪いというのではないが保守的。ついつい母親が面倒を見てしまう。発作は月に5回位ある。人に託すことは、「何かあったら」と思うとできなかった。

子どもの自立とは何だろうと思う。手術後、何とか人に託した。支援の人はよくしてくれる。グループホームを進めてくれたが、発作を見て最近では言わなくなった。しかし、いつかは託さなければならぬ。だからいろんな人に関わってもらっている。本当にその子を見てもらえるようになり、その子にあった仕事が見つければと思う。ただ、本人には期待に応えようとするストレスもある。「本人にあった支援」が大切だ。「何が自立なのか？」と今も模索している。いろんな福祉制度を利用して、本当に託せる人、相談できる人を探すことが必要だと思う。

私が認知症になったらと考えたとき、父親には頼めない。介助できない。本人の兄弟が見てくれる場合も不安がある。親子で入れる施設を探したい。

Part.1 子の挑戦を温かく見守る親の存在は何より力強い支援となる

「留守番中に洗濯物をたたんだら帰ってきた親にたたみ方が汚いと怒られた」「料理を作ったら親に味に文句をつけられた」「外出先での言動を家族に“恥ずかしい”と言われた」。これらの発言は、私が担当する利用者に（家事や外出などを）「もうしない（したくない）」と思ったきっかけを尋ねた際の返答の一例です。支援者は立場上こういった話をよく聞きます。

よくよく事情を聞くと、実際の状況と本人の話がかけ離れていたり、親の意図を子が誤解していたりすることも少なくないのですが、ここで重要なのは実際がどうだったかではなく、「子が挑戦した結果、親の反応が期待したものと異なり（マイナス評価）、子がその後のやる気を無くしている」ことです。親にとってはどれも何気ない一言で、また常に子に気を配り発言を吟味するなんてできないことですが、親御さんは是非この機会に我が子への普段の発言や接し方を振り返ってみてください。

子にとって親に認めてもらう（ほめられる）ことは何より喜ばしいことです。親の言葉ひとつで子の意欲は高まります。例えば、親なき後の話題に対し子が「大丈夫、なんとかなる」と話したとしましょう。「今も何もせんで親任せにしてるくせに困るに決まってる！」などと返していませんか？この言い方では子の反感を買うか、落胆（親に認められていない）、将来への不安・自信喪失を深めてしまいます。子がこうした前向きな発言や行動をした際は「自信があるなら良かった。父さん（母さん）も安心できる」「父さん（母さん）も手一杯だからこれからは自分の事だけでもしてくれると助かる」などのプラスの反応を返し、親が代行していることを徐々に子に挑戦させる機会を作りましょう。そしてその後は「ちゃんと自分でできたな！意外とやれるんじゃないか」「最初からうまくいく事は少ないんだから気にすることはない。よく頑張った」という風に、結果ではなく挑戦したことを評価してあげてください。同じ内容の発言だとしても支援者からよりも親から与えられるものの方が子にとっては何倍もの威力があります。だからこそそれを活用していただきたいのです。

こうしたアプローチはコツを掴めば必ずできることですが、自信が無い（慣れない）親御さんは支援者からそれぞれのケースに応じた具体的なアドバイスをもらうといいと思います。

Part.2 「親が死んだらどうする！」ではなく「今からできる実践」を

「心を鬼にする」とき

基本的には子は親に甘えます。親から与えられるものを当たり前のように享受する傾向にあります。「ひとり暮らしで普段は自分でしている家事も、実家に帰省中は親にお任せ」といった話はよく聞きます。親もまた子には甘く、本人が困るより先に口やら手やら出してしまいがちです。親子間ではよくあることですし、決して悪いことではありません。むしろ甘え甘やかすことが可能なだけの良好な親子関係を築けているのは好ましいことと言えるでしょう。しかし何事も行き過ぎは毒になります。

障害がある子が親に強く依存しておりかつ問題行動がある場合、多くの親は「早く自立して家を出てほしい」と言います。決して「ひとり暮らし＝自立」というわけではないのですが、結果的にそれが契機となり事態が好転するケースはあります。親と物理的に距離を置き、常に親に甘えられる状態から抜け出すことが、本人の自立を促すのです。

ただ実際は、私の担当ケースをみても親の存命中に実家から出てひとり暮らしを始めた人は、たいへん経済面か親子関係の不和で行き詰ったことがきっかけです。つまり親子ともに「修羅場」になり

「最後の手段」として親子の生活の分離に至るわけです。当然のことですが、居心地の良い環境から敢えて飛び出し苦勞をしたいと思う人はいません。実家を出る選択をした人にとって、実家暮らしは「選択不可」または「本人にとって苦痛・不都合」だったわけです。

ひとり暮らしをするかどうかは別にしても、既存の生活のあり様を変えるきっかけを意図的に作ろうとすれば、親が「心を鬼にする」必要がある場合が少なくありません。例えば「浪費癖がある子に小遣いを請われるままに与えるのを止める」がそれにあたります。親が問題だと思ふことも、子にとっては「自分が困らない＝問題ではない」わけです。親が子に対し適切でない対応（過度な甘やかしなど）をしている場合はまずそれを改め、子に自分の問題なのだと思わせる必要があります。そのあたりの見極めは難しいので、第三者であり専門的知識や支援経験のある支援者に相談のうえで慎重におこなうことをお勧めします。

自立のエネルギーは成功体験

親の心配を子にそのままぶつけても無駄なことが多いのは、本人が現時点で（親がいるから）困っておらず問題視（意識）していないケースがよくあるのですが、そうした際に親が子に「私たちが死んだらどうするの！」と言うことがあります。こうした発言は先の不安だけを煽り、解決方法は何も提示されず、将来のマイナスの結果（親がいなくて大変なことになる）だけを暗示するため、かえって親への依存を強めかねません。それよりも、今の時点で本人に「ちょっと困る（現時点で本人ができるけどしていない）こと」を経験させ、本人に体験させ乗り越えさせることで自信をつけていくほうが効果的です。

親が「心を鬼にして」本人に「ちょっと困る」状況を敢えて作る際、大事なことは子をやみくもに突き放すのではなく、親に依存する以外の手段に子がスムーズに移行できるよう、きちんと事前準備を整えておくことです。親以外に相談相手がいなかったり相談相手が選択肢を提示できなければ、子はどうしてもいかわからず絶望するばかりで先に進めませんし、その姿を見た親も「かわいそうだ」「やはり我々がいないと駄目なのだ」とまた親心ゆえに子を再度受け入れて同じ事を繰り返しがちです。

この失敗体験は「親がいないとこの子は生きていけない」という思いを親子双方に植えつけて次の挑戦を遠ざけてしまいます。そうならないよう、事前に支援者に繋げ、支援者を交えて話し合い、「今の時点で子が無理なくできること（目標設定）」「誰がどこまで手伝うか（親子間ルールの設定や支援者の役割分担）」「取り組みを始める時期」などを決めたくて実行する（段階的に親が手を引いていく）といいでしょう。子が問題を自覚し、またその問題の解消手段を子自身に選択・実行させることが、親からの自立の第一歩となり、またその成功体験が本人の自信となり更なる自立の歩みへのエネルギーとなるのです。

人は多様性を持つ社会的な生き物なので、たいていの場合親に見せる姿と他人に見せる姿は異なります。親の前では甘えていても、支援者など他人の前では一成人としてしっかりした面をみせることも多く、そうした子の持つ多様性を親が知ることで親の抱く将来への不安が軽減されることもあります。それだけでも支援者が間に入る意義があるのではないのでしょうか。

Part.3 支援者はあくまで本人の意思に沿い、また親の心配はどうあっても

尽きない

障害の理解と受容が不可欠

親は子の幸せを強く願うあまり本人の意思を曲げようとすることがあります。例えば子が「私はアイドルグループに入る」など言い出したらたいていの親はそれを止めるでしょう。それは子が茨の道を進

み傷つき不幸になるのを見ていられない、子には幸せになってほしいという親心ゆえです。こうした親子の衝突は、障害者である子とその親の間にも当然みられるのですが、それが上記の例のように客観的にみても親心ゆえ仕方ない場合(子の示す方向性に対し親の抱く不安が妥当)と、親の障害受容が不十分な場合(子のもつ障害特性を親が理解できていない)、親が子にそのあり方・生き方を強要している場合(親の価値観・人生観の押しつけ)、またそれらが混合している場合があるように思います。

障害者である子は当然何がしかのペナルティを抱えているので健常者と全く同じように生活するのは現代社会では難しく、それは決して本人のせいではなく社会の問題です。しかし親がそうした事情や本人の障害特性をわかっていないと、「もっと普通にしないと人に笑われる」「人並みの暮らしをしてくれないと恥ずかしい」「世間一般の人と同じ生き方をしてほしい」「前はこうじゃなかった、元のあなたに戻ってほしい」という親の言葉が知らぬ間に子を苦しめることとなります。親が子に望む「理想(以前の我が子像)」が障害者である子にとっては「できない相談」であることが多く、親が今の自分の存在を否定しているように受け取ってしまうからです。親から存在を認められないことは子にとっては非常に辛いことであり、大きな傷を残します。

親の価値観や生き方を強要はできない

また親が子に望む理想像が時代錯誤であることも少なくありません。当然親子間にはそれぞれが生きた時代の価値観の隔たりがあり、親子の人生観は異なります。親の庇護下にある幼い頃は親の価値観を世間一般のものとして誤解していても、やがて大人になり社会に出て自立すれば、世の中には多様な価値観があり、親の掲げるそれらが決して普遍ではないとわかります。年を経るにつれ親子間の力関係も変わるので(親の庇護下→子の自立により同等→親の高齢化により逆転)、子は自身の価値観に基づいて自身の幸せを追うことができます。

しかし子が障害者である場合、適切な時期での親からの自立が阻まれ、親のもとで親に頼りきって暮らし、幼少期の親子関係が延々と続くことが少なくありません。生きる術を親に頼るということは一番の弱みを握られているのと同じですから、親が親の価値観で子のあり方や生き方を強要(親はそのつもりはなくても)してきた際に子はそれに抗えません。生きるために親を頼り、親を頼るがゆえに親の言う事に従わざるを得ない、という葛藤が生まれるのです。この「親心ゆえ仕方ない場合」「親の障害受容が不十分な場合」「親が子に自分の価値観を強要している場合」の見極めは当事者である親子には難しいものです。親子間で何かしらの衝突・葛藤が生じた際は支援者を活用すると良いでしょう。

親子対立の間に支援者を入れることも

支援者は第三者であり障害者支援を仕事とする専門職なので、客観的かつ専門的視点で親子関係をみることができます。上記のようなパターンを整理して親子関係が円滑になるよう、それぞれに働きかけます。本来、支援者は本人の意思に基づいて支援を行う立場なので、親子の意見が分かれた際は本人側に立つこととなりますが、親子間の衝突・葛藤は本人にとってもストレス因となるため、実際は仲介役に立ちその解消に努めることが多いのです。親子間だけで話し合ってもお互いに感情が先立ち水掛け論になりがちですが、支援者が間に入ることで論理的に話を展開し、妥協点を見出すこともあります。例えば「親の障害受容が不十分な場合」は、親には障害の捉え方や子の障害特性の理解を促し子への接し方を変えてもらったり、子には親の言動は障害への理解が不十分であるがゆえで貴方自身は悪くないと説明したりします。「親が子に自分の価値観を強要している場合」も同様に、親子それぞれにお互いの価値観の違いをわかってもらい、そのうえで相手のそれを否定したり自分のものを押し付けない(または無理に受け入れない)よう双方に助言などをします。「親心ゆえ仕方ない場合」も多いのですが、これは障害の有無にかかわらずどの家庭でも生じるものなので、傾聴し共感しな

がらも客観的意見を述べたり物の見方を変えるヒントを出したりしながら、親子間での歩み寄りまたは受け流しができるように、気持ちの整理を手伝います。

私の担当ケースでも、同居の親の「手出し・口出し」などを疎ましく思う子からの相談はありますが、その際には「親がそうするのは何故か、そうさせている原因は何か」を本人に冷静に振り返らせ、最終的には「親をはじめ周囲の人間の反応を変えたいと思うのなら、まずは自分が変わる必要がある」と伝えていきます。先述のとおり、こうしたことを親が子に直接言うと子は感情が先立ち冷静に受け止められずかえって親子対立が激化するので、親子間の問題への直面化を促す役は支援者に任せたほうがいいでしょう。

「親なきあとの心配は親がしなくてもいい」と思ってもらえるように

親が子を心配する気持ちは本人の状況にかかわらず尽きません。時には親の不安がいきすぎていると思われるケースもあります。そうした場合は子の問題としてではなく、親自身の問題として、親の不安軽減をはかります。家族会への参加をお勧めしたり、親御さんの精神状態によっては親自身の受診を促すこともあります。また本人が親なきあとに利用できるサービス等の情報を提供したり、実際に親なきあとの暮らしを送っている方の様子を伝え、「親なきあとの心配まで親がしなくてもいいんだ」と少しでも思ってもらえるよう働きかけています。

誤解のないようにお願いしたいのは、支援者の意見が常に「正しい」というわけではなく、親子の視点からみえないものが支援者からはみえることがあり、それを活用することで道が開ける場合があるということです。また、支援者のおこなう「支援」とは、「障害者である子本人が自分の意思のもとで自分らしい生活(人生)を送れるようにするため」のものなので、支援者の介入が必ずしも「親にとっての問題の解決」に繋がるわけではないこと、また「問題がおこってもそれを本人が乗り越えるため」の支援であって「今後一切問題を起こさない」ことを意味しない(実際そんなことはあり得ない)こともご理解いただきたい点です。

(2) 支援者にできること

本人は病気で苦しみ、親が懸命に支援する。しかし親の思いと本人の思いはかみ合わない—そのようなケースが多いことが調査結果からも浮かび上がってきました。多くの場合、本人を支援すると同時に、親も支援することが欠かせないのです。本人と親の困難を解決し、「親なきあと」の不安をなくしていくために何が必要か。支援者の声を聞きながら、支援者にできること、支援者との向き合い方について考えます。

多様な支援で単身者を見守る

医療機関ワーカー（精神保健福祉士）

グループホームで支援している人たちは単身者がほとんどだが、支援を使うと流れができる。お金がなければ生活保護を申請する。住まいも探す。ワーカーが生活環境を整えていく。葬式にも行くし、骨も拾う。無縁墓地に埋葬することもある。

受け入れると医療と福祉の面からいろんな支援を行う。グループホームは共同生活のルールを守ってもらえばあとは自由だ。病院の入院患者を受け入れているが、外部からの受け入れも行っている。退院した人でも、自宅で訪問看護を受け、デイケアに通う人もいる。以前とは変わってきた。ただ、病院に来ないと診察を受けて薬の調整を行うことができない。

親なきあとの不安はなくせる

川井祐二（社会福祉士・行政書士事務所）

親兄弟がなくて10数年間入院して退院、今はグループホームで生活をしている40代位の人の後見補佐人をしている。就労継続支援A型事業所で働いているが、仕事はできない。それでも何とか生活できている。グループホームに入って半年後に「病院がいい」と行って1か月再入院したが、また戻ってきた。

親なきあとを考えると、今は路頭に迷うことはないと思う。ただ制度をどう使うかわかりにくい部分があるし、わけのわからない制度もあるので、わかりやすくすることが必要だ。制度的なものを整理してまとめたものをつくれれば親なきあとの不安はなくなるのではないかな。ただ、不安という感情に対応することは難しい。

親が支援者に求めることは、親の代わりであり、何があっても見てくれる人だと思うが、それは無理だと思う。親の代わりはいないことを親は自覚する必要がある。支援者は場面場面で支援する立場であり、代わりがいる。親に安心感を与えることは必要だが、親の代わりを求めることはあきらめてもらうしかない。頭を切り換えてもらうことが必要だと思う。

支援者の率直な声、どう感じましたか？
支援者にできること、できないこと —
もっと詳しく話してもらいます。

支援者からのメッセージ

相談支援専門員（精神保健福祉士）

●支援者は親の代わりにはなれない

私たちの生活は、数多くの社会資源（人的資源・物的資源）を利用することで成り立っています。一人ひとりの生活を他の特定の誰かがすべて支えることはまず不可能でしょう。障害があればなおさらでしょう。相談支援の現場にいる私は担当ケースを通じて親の愛は偉大だと何度も再認識させられました。それは障害のある我が子のために親が自分が持てるものすべてを投げうち自身を犠牲にしてまで子どもを支える姿を見かけるからです。そして親がやがて疲弊し時に自身が精神疾患を患うケースも少なくないことを知っています。支援者はそうした親の代わりにはなれませんし、なってはいけないと思っています。それは支援者であっても自分の立ち位置を踏み越え負担を抱え込めば潰れてしまうからです。

利用者を支える人が倒れれば、利用者の使える社会資源が一つ失われます。それは避けなければなりません。支援者は他の支援者・協力者とチームを組むことで役割分担をして負担を減らし、利用者との適切な距離を保つように努めています。これは親にも当てはまりそうです。親だからとすべてを抱え込むのではなく、支援チームの一員となることで、親の負担は減り、子との距離もほど良く保たれるのです。子にとって「自分のせいで親が思い悩み疲弊していく姿」をみるのは大変辛いものです。私は抱え込みすぎていると感じる親には「子のためを思うならば、自分を犠牲にする生き方をやめて、抱えきれない肩の荷は支援者にバトンタッチして自分自身の人生を楽しむ余裕をもってほしい」とお願いしています。親であれ支援者であれ、ひとりの人間のできることには限界があり、それはごく当たり前のことで、誰にも責められることではないでしょう。

親の抱え込みの原因のひとつに、将来への不安軽減等のための予防的取り組みとして利用できる社会資源（障害福祉サービス等）が限られているため、結果として親の援助が可能な間の支援は親頼みとなっている部分も多いのが事実で、これはすぐに解決できそうもありません。例えばホームヘルプ

例えばサービス支給対象が「単身生活者または同居者が援助不可(障害者や介護保険サービス利用の高齢者など)の方のみで、現時点でホームヘルプサービスの利用がなければ日常生活に支障をきたす障害者」に限定されます(大分市の場合/ただし自治体により格差あり)。つまり同居の親が元気で子の世話を焼いている間、子はホームヘルプ支給対象者にならないのです。支援者による支援はたいていは本人が現在利用できるサービス等を使うことでおこなわれるので、将来を見越した予防的な取り組みのためにそれらを使うことができないのは支援者としてはやりづらい点です。このように支援者からすると「実際に世話してくれる親がいなくなって生活に困るようになった際に残された子を支える」体制づくりよりも「親がいるうちに先天子が困らない(=今は困っていない)ように前もって取り組み予防する」体制づくりの方が難しいのです。しかしこれも支援者の関わりと工夫、そして親の覚悟と対応によって可能です。

●支援者の不得意な支援、または援助者が当事者親子に望むこと

ここで支援者の不得意な面をいくつか挙げてみます。まず、障害を受容できない方の支援です。特に「障害福祉サービス」利用にあたっては本人が契約主体になり、契約書等には必ず「障害」の文言がついて回り、精神障害者保健福祉手帳(精神障害者向けの障害者手帳)の取得が必要な場合もあります。本人または親が「私(我が子)は障害者ではない」と拒否すればこうしたサービスは使えないので、本人や親の障害受容の支援を根気強くおこなうこととなります。

次に、精神症状悪化による緊急対応です。子の症状が急変した際に普段かかわっている支援者ではほとんど役に立てないのはそうした場面に遭遇したことのある親御さんなら身をもって痛感されていることでしょう。現在制度化されている障害者支援は日常生活におけるものが中心であり、緊急時に対応してくれるサービスはほとんどありません。「子が絶不調の時に限って親が関わらざるを得ない」のが現状です。

第三に身内が関係する問題です。例えば親が亡くなったとしてその後の葬儀・納骨や相続手続きなど、身寄りが無い場合は子と支援者で子の意思に沿って進められますが、兄弟や親戚がいる場合はそうはいきません。親がいなくなることで子が親戚間で不都合な思いをすることのないよう、できれば事前にキーパーソンを決めておき、その方と子の関係を良好に保てれば理想的です。その際も「我々の代わりに子の面倒をすべてみてほしい」ではなく(無理な話なので)、支援者がかかわっており支援チームの一員として手を貸してほしいと言えば承諾してもらいやすくなるのではないのでしょうか。その他にも、連帯保証人請負いや金銭貸与などは業務範疇外なので基本的におこなえません(その必要があれば既存サービス等の利用の援助などをおこなう)、そもそもが仕事上のかかわりなので「友達」「恋人」といったようなプライベートな関係に移行し仕事の範疇を越えて心身ともに支えるということもできません。

このように様々な意味において支援者は親代わりには決してなれないのですが、これは支援者の強みでもあります。個人的感情ではなく専門職としての理念に基づき本人主体の支援を、その知識と技術、経験、ネットワークを用いて提供できます。他職種との連携・役割分担により、個々の負担減をはかり本人の多様性を示すことができ、また本人のペースに合わせたり(結果・結論を急がない)、本人自身の持てる力を伸ばしたり(エンパワメント)、本人と適切な距離を保つことにも長けているのです。

●支援者の専門領域を知り、使い分けるとより良い支援が受けられる

ここでは「支援者」を「主な相談先となる医療福祉等専門職(精神障害者支援を仕事としている者)」の意に限定していますが、その中でもそれぞれの支援者の活動可能範囲は所属する機関・事業所と

各自の役職で細かく分かれています。大きく分ければ「精神医療」「精神障害者福祉」「その他の支援」になりますが、「精神障害者福祉」分野だけでも様々な事業所と役職があります。それらの違いを専門外である利用者が最初から全て把握し相談相手を使い分けるのは難しいでしょう。そこで、何をどこに相談したらいいのかをまず相談する先が必要になるのですが、その相談先としてお勧めしたいのが「相談支援専門員」です。

「障害福祉サービス」の利用者のほとんどには担当の「相談支援専門員」がついています。「相談支援専門員」は利用サービス等の調整(サービス利用計画の作成)を主におこないます。直接利用者のお世話をするのではなく、利用者の「こういう生活をしたい」「将来こうなりたい」などの意向を受け、必要なサービス等(障害福祉サービスに限らず利用できるあらゆるもの)を組み合わせ、全体の方針を定め、利用者の意向を核とした支援が円滑にいくよう全体を調整する役です。各プレイヤーの特性等をみてチームが勝てるように選抜き指揮をとるスポーツチームの監督の様なものでしょうか。この例えでいえば各プレイヤーが「ホームヘルプ」「通所事業所」「親」「友人」「病院」「ハローワーク」など直接利用者の支援に携わっている方々で、チームオーナーが利用者となります。「相談支援専門員」はその役割上様々な社会資源を知っており適切な相談先を提示してくれる可能性が高いので、相談をどこにしているかわからない時は是非「相談支援専門員」に連絡をとってみてください。また「障害福祉サービス」を利用しておらず担当の「相談支援専門員」がいない場合は、かかりつけ医療機関の「ソーシャルワーカー(相談員・PSW)」に、そうした人もいない場合はお住まいの自治体の障害福祉担当窓口へ相談されるといいでしょう。

なお相談の際は事前に予約を取ることをお勧めします。上記の「支援者」は担当ケースを多く抱えており予定が詰まっていることが多いので、事前の相談予約なく訪ねていっても十分な対応をしてもらえない可能性があります。双方ともに気持ち良く相談を終えるためには、必要な時間と場所をきちんと押さえておきましょう。

●信頼できる相談先を持つことが大事

本人である子や協力者である親と支援者の間に信頼関係が築けているかはその後の支援のあり方にかかわる大変重要な点です。利用者(親子)と支援者の関係は本人をとりまく人間関係・支援体制の中でも軸とっていいでしょう。この二者(三者)間が疑心暗鬼になっては事がうまく進みません。しかし支援者も人間ですからあらゆる人に適応し好まれるわけではありませんし、また利用者にも支援者を選択する権利があります。支援者にも色々なタイプの人がありますので、相性の良い人を見つければとその後支援がスムーズにいくでしょう。ただし、信頼関係は一朝一夕でできるものではなく、ある程度の関わりの深さと時間の経過があってお互いを知り初めて築けるものです。特に支援者の関わり始めの頃は、相手をよく知らないこともあり支援がうまくいかないことがあるでしょう。本人の障害特性上、関係が悪化することもあります(被害妄想など)。しかしそこから試行錯誤して支援を軌道に乗せることで支援者は利用者から信頼を得るのです。支援者の選択においてはその点を考慮していただきたいと思います。できれば支援者に不信を抱いた際は、抵抗があるかもしれませんが、何故そうなったのかを支援者と話し合うことをお勧めします。障害特性上の誤解であったケースも少なくないですし、また支援者が相手ならば比較的關係の立て直しがしやすいはずなのでここで関係を修復できればそれが本人の成功体験になり他の人間関係の円滑化に繋がる可能性があるのです。

(4) 医療にできること

気負わず受診できる環境が整っています

別府大学文学部人間関係学科講師 尾口 昌康

1. 精神科の医療機関とは

このマニュアルをお読みになっている方は、今現在、どこかの精神科医療機関にかかっている、またはそのご家族、これから受診を考えておられる方等、さまざまかと思えます。中には精神科の医療機関に対して「怖い」というイメージを持っている方もおられるでしょう。確かにわが国では、高度成長期に政府が膨大な数の精神科病院を民間に設置させ、隔離収容主義の医療を続けて来てしまいました。その影響で、「精神科に入院すると、一生そこで暮らさなければならない」「鉄格子の中の劣悪な環境のもとでの生活を強いられる」という印象が強いのかも知れません。

しかし、入院経験がある当事者の方、またご家族を入院させた経験をお持ちの方はご存じの通り、現在はそのようなことは全くありません。近年は入院施設を持たないクリニック（診療所）も増え、気負わず受診できる環境が整っています。また、軽い「うつ状態」等で受診・入院する人も増え、新規入院者の多くは3ヶ月程度で退院されています。退院時には、その後の生活をきちんと考えた計画を、ご本人・ご家族と一緒に立てることも出来ます。

2. 入院治療について

治療をする際、なるべく外来治療でフォローすることが理想的です。しかし症状が重篤で外来治療だけでは回復が難しい場合や自傷・他害のおそれがあるとき等は入院治療が必要となります。入院の期間は症状の程度によって違いがありますが、前にも触れたとおり、近年はかつてと比べ短期で退院できるようになっています。入院中は、精神療法や薬物療法はもちろんのこと、作業療法やレクリエーション療法等、これからの地域での生活に向けた治療・訓練・リハビリテーションが行われています。

精神科への入院は、ご本人の意思による「任意入院」が最も望ましいですが、症状の重さや本人の治療への同意能力によっては家族等の同意のもとに入院する「医療保護入院」自傷・他害のおそれのある患者さんを対象とした「措置入院」などがあります。

3. 外来受診について

精神科の医療機関を初めて受診する際、本当にドキドキすると思います。不安や緊張を少しでも緩和するためにはホームページで病院の概要を確認したり、電話で問い合わせると良いでしょう。電話に出た方に確認するのもひとつの手段ですが、多くの精神科医療機関には「精神保健福祉士」という国家資格を持った専門の相談員（ソーシャルワーカー）が配置されていますので、精神保健福祉士に取り次いでもらい、詳しいお話を聴くこともできます。

また、初めて受診する際は「予約」が必須です。精神科医師は、うつ病や統合失調症など幅広い精神疾患に対応可能ですが、実際に病院に行くと、認知症の治療を専門とする先生、児童・思春期の精神医療を専門とする先生、アルコールや薬物依存など、アディクション関係の治療を専門とする先生など、専門領域や得意分野を持っている精神科医師も多くおられます。ま

た専門外来の曜日・時間を設けている病院もあるため、待ち時間の短縮はもちろんのこと、スムーズに診療につながるには連絡や予約は必須といえるでしょう。

4. デイケアやナイトケア等について

多くの精神科医療機関では、デイケアやナイトケアという、外来治療が行われています。これらは精神科領域におけるリハビリテーション的な治療で、地域での生活の向上と、病気の再発防止等を目的とし、活動を通して生活のリズムを獲得していくことを目指します。たとえば通院中、家にいても何もすることがない、人づきあいが苦手で家に閉じこもってしまうなど、日常生活に困難をもっている方を対象としています。また退院後、買い物や食事の準備、掃除や洗濯など、日常生活全般に不安がある方も対象としています。そこでさまざまな種類のプログラムを通して、日常生活や社会生活の能力、対人関係能力などの改善をはかります。

プログラムの内容は、音楽、スポーツ、料理、絵画、書道、陶芸などの創作活動、ストレスの対処方法などを学ぶ心理教育や、レクリエーション、その他イベントなど、各施設によって多彩な内容で実施されています。さらに近年では、うつ病等で休職中の方を対象とした、仕事に復帰するための「リワーク・プログラム」を実施しているデイケアもあります。

日中に行うデイケア、夜間に行うナイトケア、日中から夜間まで行うデイ・ナイト・ケア、日中3時間程度のショートケアがあり、その人のニーズに応じて使うことができます。

5. 精神保健福祉士の活用法

精神科の医療機関で外来受診・入院治療を行っている、さまざまな場面で分からないこと、不安なことにぶつかることが多いものです。そのようなとき、皆さんはどうしますか？

多くの方は「主治医の先生に相談する」と応えると思います。しかし主治医の先生は日々の診療に忙しく、相談するタイミングをつかめないという方も多いでしょう。

そんな時に活用できるのが、前出の精神保健福祉士という専門スタッフです。精神保健福祉士に相談すると、主治医はもちろんのこと、担当の看護師や薬剤師など他のスタッフにきちんと伝え、その結果を報告してくれます。近年は「医療相談室」や「地域連携室」という名称で相談専門の部屋を設置する医療機関も増えてきました。

精神保健福祉士は、社会福祉の知識や技術を用いて下記のような相談に応じ、精神疾患のある方や、そのご家族が「その人らしい生活」ができるようお手伝いをします。

- ・年金を受給したい ・生活保護を受給したい
- ・精神保健福祉手帳を取得（または更新）したい
- ・地域の福祉施設を利用してみたい ・就労のための訓練を受けてみたい
- ・住まいの問題について相談したい ・仲間作りや日中活動について相談したい
- ・ホームヘルプサービスなどを利用したい ・訪問看護（指導）を受けたい
- ・家族会に参加してみたい ・セルフヘルプ・グループを紹介してほしい
- ・その他、誰に相談したら良いのか分からないこと

療養生活を続ける上で、また今後社会参加・社会復帰を目指す上で、疾患そのものの不安だけでなく、それに関連して起きるさまざまな生活上の悩みがあるでしょう。

精神保健福祉士は、所属する医療機関の中だけにとどまらず、地域の行政機関や福祉施設と連携しながら解決のサポートを行います。精神保健福祉士には守秘義務の規定があり、相談に関する秘密は厳守することが約束されていますので、どうぞ安心してご相談ください。

支援者からのメッセージ

佐藤義朗（河村クリニック 精神保健福祉士）

「病気」に関わる全般のお手伝いが出来ます

●医療スタッフとしての支援

医療現場で出来ることとしては、「病気」に関わる当事者・家族の支援となります。

医療スタッフは、病気や障がいの早い時点から関わり、福祉サービス支援者より先に信頼関係を構築することになります。福祉サービスの対象者は、障がいと認定されサービスを利用できる方ですが、病気や障がいによっては福祉サービス利用の受給要件を満たしているのに、その症状が利用し難くしている方もいます。そのような方に対しては、医療スタッフが本人が安心できるようにフォローする場合があります。

「病気だから休む・病気だから仕事出来る状態に無い・病気だから治療する」等の証明を主治医に書いてもらえる場合は、精神的・肉体的にだけでなく経済的にも治療に取組みやすい環境を作れる場合があります。そういった「病気」に関わる全般のお手伝いが出来ます。

●本人に病識（病気だという意識）がない場合

本人に病気だという意識（病識）があれば治療に取り組みやすいのですが、たとえ病識がない状態でも、御家族が心の相談・支援センターや保健所、地域の医療機関などに相談して下されば、専門スタッフと話し合いながらより良い対応をすることが可能となります。生活場面や社会での二次的・三次的な障がいについても乗り越えていけるよう支援している所もあります。利用可能な制度の紹介・申請のお手伝いをしている所は多くありますから、支援内容については利用される各医療機関等に聞いてみて下さい。どんな時も何も出来ないとは諦めずにもまず御相談下さい。

●家族会で家族も元気に

「病気」は、他の人と同じ病名であっても当事者の病識や思い・生活状況や暮らし方などにより、状態は千差万別です。このため、家族が苦慮するのも当然なことだと思います。病院や地域に家族会があれば、同じように苦労されてきた家族と共感できる雰囲気の中で、大変さを聴いたり話したり、苦労を分かち合うこともできます。家族がなるべく安心して自身の人生を過ごしていくための情報を得ることもできるかもしれません。家族それぞれの方が人生を楽しんで過ごされていると、家族が思っている以上に、当事者は家族の言動・コントロール欲求に苦しむことがなくなり、調子も良くなりやすく、互いにとってよいことが多いと感じています。

●制度を利用し負担を軽減

支援の制度を利用することによって経済的な負担などを軽減する支援が出来ます。たとえば、診察して薬をもらって帰る場合や、デイケア（複数のスタッフやデイケア利用者との集団のプログラム活動や日中を過ごす場）、訪問看護（看護師等の訪問スタッフが個別で生活している場に赴き支援する）の処方を受けられる方などは、医療費が一割の負担（負担の上限設定あり）で済む「自立支援医療」の申請が出来ます。

病気が長期化していたり重症化して働けない方の場合、要件を満たしている方であれば「障害

年金」の申請をして、認定がされると受給出来るようになります。病気のために働けない中で、“穀潰し”扱いをされると当事者は家族が思う以上に辛いものです。でも家族も出費ばかりがのしかかる生活は辛いでしょう。そのような場合、障害年金を受給できると、家族との関係も良好になるケースもありますから、「病気や障がいの為に働けていない」場合の補償制度についてもご相談下さい。その他にも利用出来る制度がありますので、各制度や地域生活・経済的相談等があれば、精神保健福祉士等の相談員に聞いてみて下さい。

●レスパイトの重要性<私の思うこと>

私はいま、クリニックの家族会の世話人をしています。家族会で話を聴かせて頂くなかで強く思うようになったことは、最近では認知症の分野で先に取り組みが始まっているように、それ以外の精神的な病気でもそれぞれの家族へのレスパイトケア（安息・休息）が大変重要であるということです。しかし、現在の日本では精神の病気や障がいのある方の家族には、安心してレスパイトをとれない様々な事情があります。それは家族が面倒をみるのが当たり前だったという日本社会の歴史によって、地域や職場での無理解を生み易く、家族は肩身の狭い状況に置かれているように思います。保育や介護が最近になって家族から社会の責任に徐々に変わってきたように、これからは精神の病気や障がいがある方の家族支援も社会的に必要な支援として理解され、家族への負担が今以上に減り、レスパイトをとりやすい時代になればと思います。

（５）地域にできること

精神障がい者の地域支援は、高齢者と比べると遅れていると言われます。例えば認知症の支援では、包括支援センターを軸にしながら民生委員や病院など地域の様々な機関や人々が協力する形が作られ始めています。精神障がいにおいても、同様の取り組みが必要だという声も広がっています。地域によっては、家族会や私たちのネットワークなどの呼びかけで福祉関係者、保健所、医療機関、行政、民生委員、自治委員などが協力して「フォーラム（講演会やシンポジウムなど）」を開いて、地域の理解や連携を広げる取り組みも始まっていますが、訪問支援や救急対応などの具体的な取り組みはまだ不十分です。

「支援があれば働ける」という思いから取り組みを始めた私たちのネットワークですが、10年間の取り組みのなかで「親なきあと」の問題に直面し、「就労」も「親なきあと」も行き着くところは『地域づくり』の問題であると今ではとらえています。

地域の連携で支援が広がる—認知症支援を例に

秋月久実（城東地域包括支援センター）

4年前から地域包括支援センターで認知症の支援推進員として本人と家族の支援をしている。地域包括支援センターは平成18年から全国で中学校圏域に設置され、ケアマネ、社会福祉士、保健師が連携して高齢者の支援を行っている。私は、認知症の方の在宅、施設を含めた地域生活をサポートする立場から、地域のネットワークの重要性を感じた。いろんな相談が入ってくるが、包括支援センターから民生委員、病院（オレンジドクター）などに協力を求めながら対応している。

父が認知症で徘徊し、息子は精神障がいというケースがあったが、地域の“見守り”がないと対応ができない。スーパーや郵便局などともつながりを持ちながら、専門職がサポートに入る。

そのために、地域のふれあいサロンと連携したり、認知症サポーター養成講座を開催して受講者に“オレンジリング”を渡したり、大分オレンジドクター（もの忘れ・認知症相談医）の活用などを進めている。また中学校に働きかけ、認知症の勉強会も行った。

特に若年性認知症の場合、就労支援が課題になるため、就労ネットに参加したが、若年性認知症の人は県内に321人、大分市内に129人いる。認知症の人、それを見守る家族、かかりつけ医、成年後見制度、インフォーマルサービス、地域住民、郵便局や銀行などの窓口の人、そういう人たちがつながることが大事だ。地域づくりを効果的に進めるポイントは、専門職同士、ビジョンを一緒にしながら手をつなぎ合うことだと感じている。

事例

支援の広がり と 全体的なコーディネート 必要

母子で暮らしていた息子の母親が病気になり入院した。息子にヘルパーをつけようとしたが、息子は家に人を入れず、知っている人としか話さない。寂しいので数年間、ほぼ毎日相談窓口に電話してくる。訪問看護を入れることになった。支援者が入っても、視点の違いでうまくいかないこともある。支援の広がり と、全体を見たコーディネートが必要だと感じた。外部の視点も必要だと思う。

見守り・連絡体制が重要

母親が施設に入り、本人はサービスを使って暮らしていた。新聞配達の人が「倒れている」と連絡して来たが、主治医が来なかった。警察が駆けつけたが、制服を見て本人が暴れたため、保健師が入って収めることができた。見守り・連絡体制の重要性を感じた。

研究者からのメッセージ

三城大介（九州ルーテル学院大学）

地域福祉の父と呼ばれた岡村重夫先生がいます。岡村先生は、孝橋正一先生と十年以上にわたって社会福祉本質論争を繰り広げ、戦後日本の福祉論を創造した偉大な方です。

彼がその著書の中で次のように述べています。

「一般的コミュニティと福祉的コミュニティは弁別整理されるべきである。弁別したうえで、一般的コミュニティと福祉的コミュニティが重層的かつ有機的に連帯されなければならない。」古い言葉かもしれませんが、地域福祉の本質的な課題がそこに見えるような気がします。地域の中で、すべての方に福祉サービスの必要性を感知してもらって、誰でもが福祉サービスにかかわれるような地域が仮に存在するならば、いや存在することはとても難しいでしょう。だからこそ、地域の中に二つのコミュニティが存在することを確認したうえで、その二つを重層的かつ有機的に結びつけることが課題になるでしょう。

きっと、こうでなければならないという答えはないと思います。また、誰がそういったコミュニティを主導して作らなければならないなんてセオリーも存在しないでしょう。

その地域の中で、フォーマル、インフォーマルを問わず、社会資源を有機的に連携させる必要があり、その地域にあった連携の方法がきっとあると思います。当事者とフォーマル、インフォーマルな社会資源の有機的かつ重層的な連携のお手伝いを行えるために、このネットワークがこれからも続けられればと思っています。

第4章 「親なきあと」の大分は

私の夢－10年後の大分

24時間365日の支援、訪問支援、気軽に相談できて集まれる場所…

藤内 浩（精神保健福祉別府家族教室）

親なき後の問題は切実な問題で、いつも頭から離れないテーマです。子供の自立という難しい問題ですが、自助・共助・公助のそれぞれについて整理して考えたいと思っています。

家族の立場で精神保健福祉の家族教室を行い、クリニックの家族会にも参加して数多くの方の話を聴いて思うのは、医療機関や社会資源につながっていない、またはひきこもり状態の本人と家族の支援が急務だということです。特に本人がこのような状態の場合は、家族の孤立感や親なき後の悩みは深いものがあります。本人と家族への24時間365日の支援、訪問支援、必要な情報と気軽に相談できて集まれる場所と環境が望まれます。そこで以下、「私の夢」という内容で書いてみたいと思います。

今から10年後の大分県についての話です。2015年頃に問題になっていた精神科病院に入院していた社会的入院の人も、10年後の2025年にはすべての人が地域で暮らしています。それは県内各地にある大中小の健康保健福祉センターが大きな役割を果たしています。

センターには医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士・ピアサポーター等のスタッフがいます。各種の情報が集中しているので、健康・保健・福祉・子育て・教育・労働・芸術・文化等に関する情報はすぐに手に入り、ワンストップサービスの機能が充実しています。スタッフはチームを組んで学校や行政と連携して精神保健の予防にも取り組んでいます。センター内の会議室や研修室は無料で使用できるので、障がい者の自助グループや家族会の集まりが盛んに行われています。その集まりにスタッフも時々参加するのでスタッフの傾聴力や共感力はかなり強いようです。家族会もスタッフの支援により活性化しています。

センターは各地域によりトレーニングルームやキッズルーム・カフェ・図書館・市民ギャラリー・シネマルームもある複合施設で、誰もが気軽に利用しています。休日はなく24時間365日、電話やメールでの各種相談も行っていて地域の健康保健福祉の増進の役割とともに、コミュニティセンターの役割も担っています。ひとり暮らしの障がい者の人もよく利用しています。

また、訪問支援も行っています。ひとり暮らしの人が体調を悪化させたときなどは心強いシステムです。家族への訪問相談支援は特にありがたい支援です。センターがなかったときは家族への支援はなく、本人の症状が悪化したときには家族は困窮していました。家族がうつ病になるケースもありました。今は、電話一本で訪問支援を受けられるので、本人や家族も親なき後の心配は少なくなりました。

以上は私の夢見る10年後の大分県の話でしたが、親なき後の問題を考えたとき、さらなる制度・政策の充実を急ぎたいものです。精神科救急医療、交通運賃割引制度、学校教育、差別・偏見の解消の問題等々、解決すべき問題は山積しています。精神障がい者と家族が暮らしやすい社会になるように、当ネットワークが行政や他の関連機関と協働・連携して、少しでも解決していければと思います。

昨年、日本で批准された「障害者権利条約」を指針として、私も家族の役割を果たしていきたいと思っています。



第2部

「調査分析報告」

「家族の体験記」

「当事者の声」

編

調査結果の分析

「こころの病がある当事者とその保護者が感じている 親なきあとの不安についての考察」

三城大介・九州ルーテル学院大学教授

—事前調査の結果をもとに、心の病のある方とその保護者、支援者の方の現状と課題を整理してみました—

はじめに — 調査について

調査は、大分県内の医療機関や福祉施設、家族会に協力をお願いし、2014年に実施しました。配票留置と呼ばれる方法で、協力を得られたところに質問紙を送り、記入していただきました。質問紙は、半構造化シートと呼ばれる記入者が選択肢を選ぶのではなく、質問に対して自分の意見を書きこむ形式になっていて、それで得られたデータをグランディッド・セオリー法と呼ばれる分析方法で分析しました。また、並行していくつかの機関や施設でフォーカスグループ・インタビューと呼ばれる集団を対象としたインタビュー調査を実施し、こちらのデータは言葉の時系列的な変化を見たいため、改訂版グランディッド・セオリー法で分析をしました。この二つの分析を、ミクスド・メソッドと呼ばれる分析法で比較し、得られたデータの精度を検証しました。

(1) 2つのパラダイム —不安の経験後（プラス）と（マイナス）

まず、心の病を持つ当事者が感じている親なきあとの不安について、親が存命中と落命後のストーリーラインに沿って整理分析してみました。

調査で収集した言語データから、当事者が不安を抱く過程において、親が存命中に漠然と抱く親なきあとについての不安と、実際に親の他界を経験した後では、アクシャルコーディングという分析手法の段階で、【パラダイム 1：予測した不安の経験後（プラス）】と【パラダイム 2：予測した不安の経験後（マイナス）】といった2つのパラダイムに整理できることがわかりました。

【パラダイム 1：予測した不安の経験後（プラス）】は、親なきあとの実際の生活の中で予測された不安を消化し、自立した生活を楽しむことに移行できたがケースです。

【パラダイム 2：予測した不安の経験後（マイナス）】では、予測した不安を経験したが、それを上手く消化できずにその後の生活に支障をきたしていることがうかがわれます。

この2つのパラダイムは保護者の不安や支援者からの働きかけにも連動しているようです。そのため、このパラダイムにそって、心の病のある方とその保護者、支援者の方の現状と課題を説明します。

表1 2つのパラダイム

	パラダイム1：予測した不安の 経験後（プラス）	パラダイム2：予測した不安の 経験後（マイナス）
状況	慣れにより日常生活が可能になる	なげやりになる 喪失体験・孤立・トラウマ 新たな依存先の模索 自己効力感の低下
行為	ひとり暮らしを楽しめる 孤立化を防ぐための社会関係 支援者の支援を生活に合わせて利用 一人暮らしを楽しめる	依頼心の増加
帰結	経験によるスキルの向上	スキルの低下

（2）心の病がある当事者が抱く予測としての不安

心の病がある当事者が抱く〈予測としての不安〉は、[日常生活の不安]と[社会的手続きについての不安]から構成されています。保護者の存命中は、こういった日常生活の上での家事や自立支援医療などの社会手続きを保護者が主体的に行っているため、当事者はいずれそういった日常生活や社会手続きを自身でやらなければならないといった漠然とした不安を抱くものの、その事のスキルを身に着けるといった行動には至っていないケースがあることが示唆されました。

このことから、多くの当事者は、親なきあとについて、それなりの不安は感じているものの、実体験が無いためか、具体的な対処に関するスキルを身に着けるといった事まで考えてないことがうかがわれます。逆に、保護者は日常生活や社会手続きについて、当事者がリアリティーのある体験が持てるほどに、生活上の様々なスキルについて体験させていない可能性も見えてきました。

（3）予測した不安の経験後と生活スキルの向上について

〈予測した不安の経験後（プラス）〉と〈経験によるスキルの向上（マイナス）〉は、回収したデータの中で、既に両親が他界したと回答した当事者が、他界する前に抱いていた不安を実際に経験した後に感じたことと、それにより向上、もしくは低下したスキルについて整理したものです。

〈予測した不安の経験後（プラス）〉は、抽出した概念の中で、当事者が不安を前向きと捉えることができた概念です。[慣れにより日常生活が可能になる]とあるように、結果的に一人でやらなければならないなくなり、実際にそれをやった結果、慣れによりできたということで、慣れなければどうなっていたのであろうという不安を感じてしまいます。

一方〈予測した不安の経験後（マイナス）〉は抽出した概念の中で、当事者が不安を前向きと捉えることができなかった概念です。[なげやりになる]、[喪失体験]などの言葉が並んでいます。

このことから、保護者が元気なうちから、生活に関わる諸手続きや近所づきあいなどの生活体験を早め早めに体験させる必要を示唆していると考えられます。

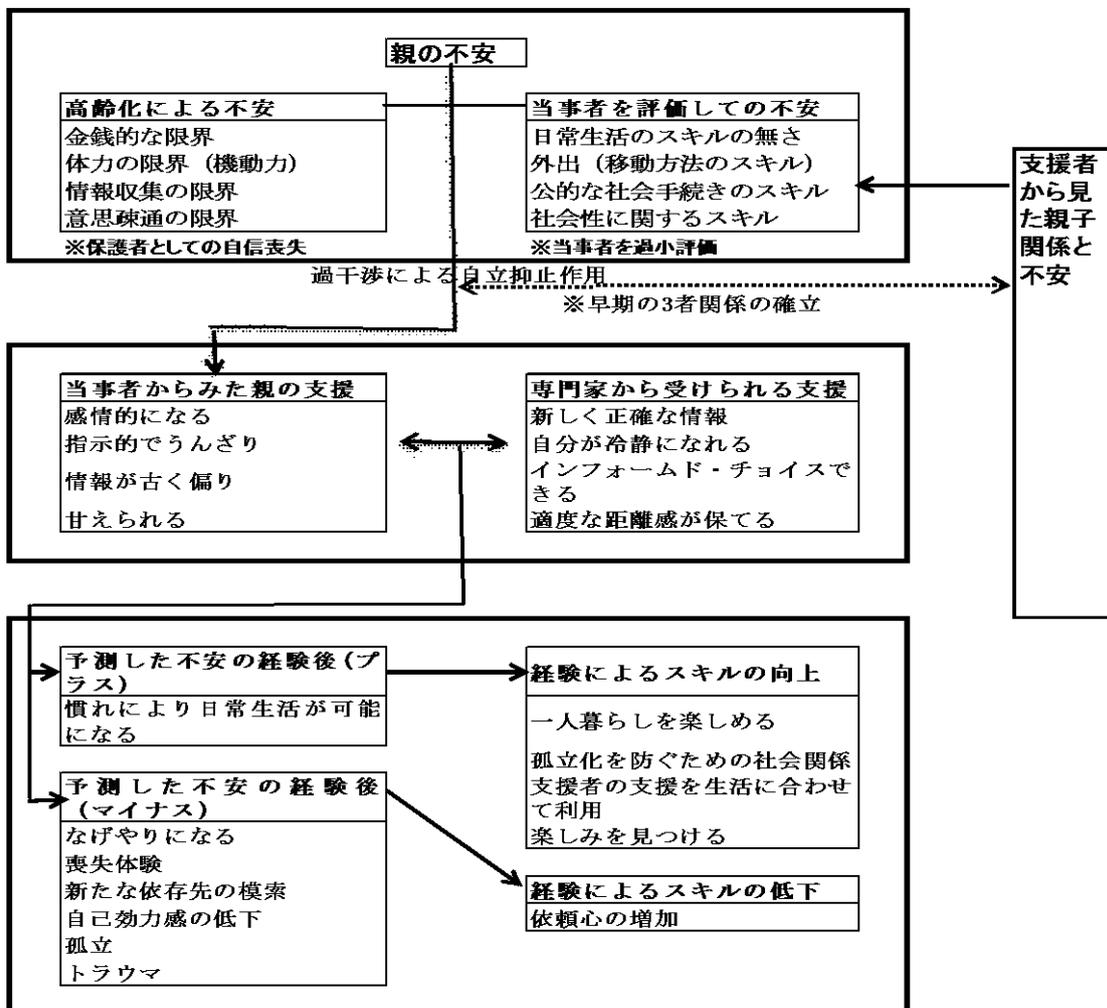
(4) 当事者が感じている保護者や支援者との関係

当事者が感じる保護者や支援者との関係の違いを整理してみました。

〈専門家から受けられる支援〉は当事者が支援者から受けられると感じている支援の印象を整理したもので、〈親から受けられる支援〉は当事者が親から受けられると感じている支援の印象を整理したものです。

支援者からの支援によって当事者は自身を客観視できているように感じています。親からの支援に対しては当事者の感情が先行してしまい、冷静に受け取られていないように感じることが示されました。これは、ある意味当然のように受け取れます。当事者にとって依存的な関係が許容される保護者を批判的に捉えているのではなく、依頼心を持っているからこそその印象評価のように受け取れます。

図1 心の病を持つ当事者と保護者が抱く不安の形成プロセス



（５）保護者の思いのストーリーライン

保護者がアンケート記入時に感じている思いと親なきあとの当事者の自立についての思いを整理してみました。〈親の高齢化による不安〉は、保護者が存命中にできることもしくは、している事を整理した概念です。保護者の加齢からくる体力や経済面、制度の変遷について保護者の理解の限界を理解しつつ当事者を物心ともに支えているように見受けられます。また、わが子である当事者との意思の疎通の難しさも抱えていることが示されています。

〈当事者を評価しての不安〉は、保護者が親なきあとを想定して、わが子である当事者が親なきあとまでに身に着けて欲しいと願う事柄を整理したものです。たぶん、最も身近な参与観察者である保護者が、保護者の視点から見て、社会生活全般にわたってわが子のスキルの無さを案じていることが示めされています。

（６）概念間の関係を整理

これまでの事から、それぞれの概念の関係性を整理します。

保護者が当事者の将来を心配して支えている事を、当事者は時として反感を持って捉えている可能性があることが示唆されました。そのため、保護者が当事者の親なきあとを心配するあまり、当事者にはそれが、時として過干渉としてとらえられがちとなり、当事者と保護者の関係が悪くなることや、関係が悪くなることで当事者の自立に抑止的に働いている可能性があると思われまます。

もちろん、総て保護者と保護者が発する言葉が、当事者が親なきあとに向けて自立する際の抑止効果になっているわけではありません。あくまでも、当事者からそう捉えられてしまう場面も存在するという事です。それは、精神障害を持っている当事者とその保護者の関係にだけ現れる現象でないことも、敢えて付け加えておきます。

それに対し、専門家からの支援により、当事者は自分を客観視して冷静に受け入れやすくなっている可能性も示唆されました。

このことから、当事者親子だけの二者間で親なきあとを考えるのではなく、親なきあとに備え、保護者が健在のうちから積極的に地域の相談機関などの援助者の第三者を親子関係に加え、援助者を加えた三者間で計画的に先の事を考えていく必要があります。

そして、当事者が保護者が他界する前に抱いていた漠然とした不安が現実化する際に、当事者が自身の生活スキルを向上させて生活を楽しむことができるかどうか、三者間での関係を早くから作っていけるかどうかにはヒントがありそうです。

結びにかえて

これは、「大分精神障害者就労推進ネットワーク」が、心の病がある当事者とその保護者が親なきあとについて考えるきっかけとなるような「親なきあとマニュアル」を刊行するための事前調査として、心の病がある人とその家族の親なきあとの不安を分析したものとまとめたものです。

しかし、この調査にも残念なことに限界は存在します。

サンプリングの段階から多くの心の病のある当事者やその家族、機関や団体の協力を得て調査を実施しましたが、その事を言い換えるなら、この事前調査はなんらかの支援団体や組織、治療機関と関わっている方々のみから得られたデータでということです。そして、半構造化された質問紙を配表留置により回収する方法を選択したために、調査対象者に偏りがあることは

否めません。その偏りとは、今回の調査対象者が、①精神科医療機関や福祉施設などで日常的に支援を受けていて、社会的に孤立している可能性が低く、②半構造化された質問の意図を読みとり、自身の気持ちを言語化して回答欄に記入できる対象者であると予測される点にあります。

この予測が成り立つとすれば、この調査に協力していただいた方より、むしろ上記の①から③に該当しないの方が、この分析結果よりも親子間の関係性において不安が高くなっていたり、親子関係が膠着している可能性が強くなっていると想像されます。早期に支援者である第三者が介入して心の病がある当事者とその保護者、そして支援者の三者間で保護者が健康な段階から親なきあとについてそれぞれが意識する必要があるのではないのでしょうか。

また②については、今回の調査で回収したデータは304枚でしたが、データとして使用できたのは202枚でした。使用できなかったデータのほとんどは解読不能なものか、言葉の意味を読み取れないものでした。調査に協力していただき、分析者になにかを伝えてくれた方の3分の1のデータを、データクリーニングの際に破棄せざるを得なかったことからデータの偏りと捉えました。しかし、研究の目的からサンプリングの方法を検討すると、半構造化による質問形式は不可避でした。このことは今後の課題として受け止めるつもりです。

表2 生成されたカテゴリー・サブカテゴリー・ラベル・言語データ

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル	言語データ
A:親の不安	A1:親の高齢化による不安	A11:金銭的な限界	年金生活になると子どもを養えない 自分たちの老後の生活で手一杯 住宅ローンさえも払えなくなる
		A12:体力の限界（機動力）	子どもの不安定時に対応できない 通院の付き添いさえも負担になった 日常の世話がままならない
		A13:情報収集の限界	新しい制度が理解できない 法改正が何度聞いても頭に入らない 市役所の説明がよくわからない
		A14:意思疎通の限界	話しかけるとキレられる 話しかけても無視される しつこく言うと喧嘩になる 親の言うことは聞かない 施設の職員のいうことしか聞かない
	A2:当事者を評価しての不安	A21:日常生活のスキルの無さ	身の回り事をさせてこなかったからできるかどうか不安 洗濯機さえ扱えない 一人で生活させると何もできなくてすぐに死んでしまうと思う
		A22:外出（移動方法のスキル）	近所の目があるから一人で外出させたことが無い 時刻表が見れないからバスに乗れない

			道に迷った時に人に聞けないと思う
		A23:公的な社会手続きのスキル	自立支援医療も手帳の更新もさせたことが無い 回覧板さえも持って行ったことが無い
		A24:社会性に関するスキル	社交性が無いと思う
B:当事者から見た保護者と援助者との違い	B1:当事者から見た親の支援	B11:感情的になる	すぐに感情的になって文句を言う すぐに怒鳴る 同じことばかり文句を言う
		B12:指示的でうんざり	命令しかしない 俺の話を聞かない
		B13:情報が古く偏り	施設の職員が知ってることを知らない 親の言うとおりに(手続き)したら恥をかいた
		B14:甘えられる	言うとおりにしてくれる がみがみ怒鳴っても、最後はやってくれる
	B2:専門家から受けられる支援	B21:新しく正確な情報	
		B22:自分が冷静になれる	
		B23:インフォームド・チョイスできる	
		B24:適度な距離感が保てる	
C:当事者の不安	C1:予測した不安	C11:日常生活の不安	ご飯が作れるか心配 洗濯や掃除ができない 家事全般の経験が無い 家の事は全部母親がやってくれてる 今まで家事はさせてもらえなかった
		C12:社会手続きの不安	生活保護の手続きができない 近所づきあいができるか不安 8年に1度回ってくる地区の役員ができない 手帳の更新や自立支援医療の手続きの方法がわからない
	C2:予測した不安の経験後(プラス効果)	C21:慣れにより日常生活が可能になる	一人でなんとか生活できる 慣れと実行しかない 親を看病して看取った。悔いはない。今が楽しい。
		C3:予測した不安の経験後(マイナス効果)	C31:なげやりになる
	C32:喪失体験		なんにも身の回りのことができなくなった 生きる希望が無くなった
	C33:新たな依存先の模索		親なきあとは兄弟と暮らしたい 親が生きている間に結婚したい 第三者に精神的・経済的サポートの充実を望む
	C34:自己効力感の低下		

		C35:孤立	誰とも話さなくなった 家に引き込まっていた
		C36:トラウマ	時々、自分でなくなるような症状が出る
	C4: 経験による スキルの向上	C41:一人暮らしを楽しめる	お金の管理、家の管理ができるようになった 料理が楽しい
		C42:孤立化を防ぐための社 会関係	人間関係をうまく作りたい 一人で死ぬのは嫌だから一緒に暮らす人が欲しい
		C43:支援者の支援を生活に 合わせて利用	家庭や家族を持つことに関してサポートしてほしい
		C44:楽しみを見つける	自分で生活の楽しみを見つけている 地域のサークルに加入した
	C5: 経験による スキルの低下	C51:依頼心の増加	
D: 支援者 から見た 親子関係 と不安	D1: 親の過干渉 もしくは無関心	D11:親の過干渉が自立を抑 止	親にいろいろやってもらっていた人は、しっかりと親なきあとを考えないと、どうやっていいかわからないだろう
		D12:親の無関心がスキルを 低下させる	当事者に無関心だと、当事者に社会生活のスキルが身につかない 子どもの自立に普段から積極的に保護者がかかわっているのか疑問に感じている
	D2:喪失	D21:親の持つ社会関係の喪 失	親を通じての人間関係を失う可能性がある
		D22:経済基盤の喪失	経済的な支援を失う
	D3: 計画的な自 立支援	D31:支援区分による支援の 重要性	親なきあとに当事者を支える存在の有無、特に支援区分の低い人へのケアが重要 支援区分が高いと、入所サービスを受けられない可能性があるから、親が元気なうちからの支援をする必要がある
		D32:行政の支援強化	行政が心の病の大変さを理解して、当事者と保護者の支援にもっと介入すべき
		D33:入所施設の整備	グループホームなどのハード面の充実が急務
		D34 支援者スイッチの重要性	病状の安定と経済的安定を中心に、早くから施設でサービスを提供したい 健常者でも親を失うことは不安なのに、精神障害者であればなおさらだと思えるので、しっかりさせていきたい 支援区分が高いと、入所サービスを受けられない可能性があるから、親が元気なうちからの支援を

			<p>する必要がある</p> <p>支援者も親なきあとを考えると不安になる。当事者の不安を和らげられる支援を支援者も施設も提供していかないとダメ</p> <p>支援者として、本人に自立を促す支援が必要</p>
	D4: 親の他界	D41: 社会性の瓦解	<p>心のよりどころを失う可能性がある</p> <p>心の病で絶対的なのは親子の絆。それが切れるとすれば、社会とのつながりを施設がつなげなおさないといけない</p> <p>コミュニケーションなどの社会スキルが乏しい</p> <p>当事者の親なきあとが心配</p> <p>親が子どもの自立の阻害要因になっている</p>

「統合失調症の息子のリカバリーへの記録」を読んで

藤内 浩

この記録は父親が書いた15年間の家族の壮絶な体験であり、息子さんの回復を願い行動する愛情深い父親の記録と同時に、息子さん本人の苦闘と回復への努力を記した貴重な体験記でもあります。

同じ病気を持つ家族であれば誰もが同様の苦労や心配、また孤立感や困難を経験していると思います。私も家族の様々な体験記を読んできましたが、ここまで詳細な記録を綴った文章を読んだのは初めてです。

私はこの記録を書いた作者Tさんの友人として、また同じ家族として感想と精神保健福祉医療の制度・政策の問題点について述べてみたいと思います。

リカバリーVer. 1について

本人の症状が急性期の場合の家族と医療、各関係機関の対応と連携についてです。急性期の時は本人に病識がないとの話は家族からもよく聴きます。しかし、この時期が本人も一番きつく、家族もどう対処すればよいのかわからないのです。

また一度は医療機関につながったとしても病識がないために、服薬・通院拒否になりやすいと思います。さらにTさんの息子さんの場合は服薬による副作用が強く、本人の気持ちに寄り添えば服薬・通院拒否は理解できます。

しかし、これらの拒否が続けば症状が悪化するのには目に見えています。その時に各関係機関に何ができて、制度・政策で何が不足しているのかが問題だと思います。

文中の「発病以前の家族の対応と思い」の中で、「変だとは思いつつ、どう係ってよいかわからなかった」とありますが、ほとんどの家族は本人の発病当初は精神疾患の知識は持っていないと思います。

全国の精神障がい者の家族会（通称、みんなねっと）の家族への調査によれば、「本人初診時の家族の精神疾患の知識」の問いに約88%の家族が「ない」と答えています。また、「本人の受診後、家族が情報を得るまでにかかった時間」の問いに「1年以上もかかった」と答えた家族が約48%もいました。

また、ある調査でも「最初に精神科医療機関を受診の際の家族の苦労は何か」の問いに、「本人が受診を拒否した」との回答が一番多く35%もありました。

この結果で言えることは、気軽に精神疾患の知識や情報を得る機会や場所が少ないということだと思います。今後は精神疾患についての学校教育や社会教育・広報が必要で、それが予防や再発防止につながると思います。

この時期に一番必要なものは、精神科救急医療と本人・家族への24時間365日の相談支援や訪問支援、家族と医療機関の強い連携です。2回目の再発までの11年間の中で気軽に医療の知識や情報を入手でき、ACTを含めた訪問支援があれば、治療と回復にこんなに長引くことはなかったと思います。この国に生まれた不幸が未だに続いていると思いました。

息子さんの発病から10年目にして医師から厳しい告知を受け、思い切ったリカバリープラ

ンを策定して実行に移したTさん。私はこのリカバリープランの第2ステップ（自立・自給生活の体験）を息子さんがされている時に、Tさんとの用事で山畑のその場所に伺ったことがあります。本当に電気・ガスはなく息子さんはお兄さんと共に、自立・自給の耐乏生活をしていました。Tさんの並々ならぬ決意と心を鬼にした深い愛情、また、お兄さんの弟さんへの細かい支援と温かい気遣いを感じ、私は息子さんの回復を願わずにはいられませんでした。

リカバリーVer. 2について

リカバリープランの実行により一度は回復して一人暮らしを始めたものの、頑張りどきに再び再発入院した息子さん。心中、悔しさと無念さでいっぱいだったでしょう。また、ご家族も同じ思いだったと思います。しかし、Tさんは失敗しても決して諦めませんでした。一人暮らしの生活をさせるための「9項目の生活ルール」を設定して、息子さんと共に再挑戦しました。息子さんも二度目の入院で、患者同士の交流と熱心な医師の説明で病識を持てるようになりました。これは大きな成果だったと思います。二人が失敗を恐れず失敗に学び再チャレンジする姿勢には、学ぶものが多く希望を感じました。

この体験記にある「リカバリープラン」、「9項目の生活ルール」、「今からも心がけること」、「Good Dr.」の内容は、私たち家族が「親なき後」を考える時に大変参考になるものだと思います。家族が元気な間に「親なき後」を真剣に考えたTさんの愛情と奥様のご心痛、お兄さんの支援、息子さんのリカバリーへの努力に感動しました。

Tさん、共に長生きをしましょう！

参考資料

「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究」報告書2010年

特定非営利活動法人全国精神保健福祉会

平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会

「早期支援・家族支援のニーズ調査」報告書2009年

厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業（岡崎班）

統合失調症の息子「受診・服薬拒否」のリハビリへの記録

15年間に亘る後期高齢者両親との係わり!!

I. リハビリVer.1

1.概況

37歳の息子で統合失調症を発病して15年が経つ。両親は目下健在、父親は後期高齢者の仲間入り、母親はあと2年で仲間入りである。

発病後（初診日2K年、即任意入院）12年間、当人・家族ともども種々の事象はあったが、11年後家族の取り組みと医師・ハローワーク・相談員などの支援が得られて一般就労できる状態にまで一旦は回復できた。ところが、働かねばとの思い、一般就労・定職・スキルアップへの焦り・拘り・頑張り過ぎと社会的コミュニケーションの取りづらさから二度目の再発となり、医療保護入院して退院後3年が経過する。

この間、家族の真剣な取り組みと医師・福祉関係者の就労支援などを受けて、現在A型就労して2年を経過し一人暮らしができるまでに回復ができて、予想外の好転に目を開きました。

家族の課題・願望の一端が叶ってきた喜びと更なるリハビリに向けた取り組み支援を続けているところであり、その過程・経緯を記録したものである。

2. 発症日以前の当人の症状・事象・事態（前兆・急性期）

発症日3ヵ月年前くらいからであろうか、統合失調症の前兆である特有の妄想・幻聴による異常思考が顕著に現れていた。当人は不眠と頭痛、極度の不安と恐怖に怯えることを再三両親に訴えており、時には徘徊彷徨し警察署にも相談をしていたようだが、定職についてない焦りから働かねばとの強い思いで、苦しみ悩みながらもバイトを続けていた。

両親は変だとは思いつつも、もともと根が真面目で気が弱く正直もの、小学校・中学校時代の虐めにあったトラウマもあって、どう係わってよいのか解らず、十分な食事と睡眠・休養をとらせれば治ると思い、半信半疑で聴き流し、時にはあり得ないこと、思い過ごしであろうと説得に務めていた。

ところが、ある日深夜、突然警察署から、保護している旨の電話連絡があり、驚き仰天し、引き取りに行くと、署の幹部から「医者に連れて行ったのか」と詰問され、”ハット気付き”精神的異常な状態にあることを察知した。

帰宅後、インターネットで検索し統合失調症（当時は分裂病）特有の症状であることを初めて認知し、妻に話すが妻は「そんな病気ではない」と素直に受け入れることはできずに拒否ベースで全く聞き入れなかった。

翌日、妻を再説得し、病院行きを拒否する当人を強制連行し受診した。診断の結果、医師は病名をいわずに「紹介状を書くから、翌日当該病院で必ず受診するよう指示される。」

その翌日再度、強制連行し受診した。診断結果は即入院（任意入院で半強制的連行）となった。病名については、入院2週間後くらい経ち落ち着いてから初めて両親に告知があった。告知が遅くなったのは家族への配慮からであったものと思う。

(1) 統合失調症特有の「症状」とは妄想・幻覚を見ることである。

(注釈)

※1.妄想とは何か。(笠原 嘉著 「精神病」岩波新書より)

簡単に言えば「現実にはあり得ない誤った観念」を持ち、「とても大きな不安」がそこに伴走している点です。そして、「絶対確信」で誰に何と説得されようと訂正できず、延々と続く。妄想は典型的であるほど訂正できない。親しい人がことを分けて説明し、そんなことはあり得ないと繰り返し説明しても、本人は納得しない。時には一旦納得したように見えても、たいてい、すぐ疑念が再燃して元に戻ってしまう。それから最後にあくまでも「彼(女)一人の信念」で、だれかと共有されることは原則としてない。妄想とは、「一人」の孤族な内閉社会の悲しい現象であります。

※2. 幻覚：この病気の場合の幻覚は幻視よりも幻聴の形式が多い

幻聴の特徴

- ①聞こえるのは「人の声」である。
- ②内容の一語一語は、はっきりとしないのに、意味は直観的に「一挙に」理解できる。
- ③直接話しかけてきたり、噂をしたり、自分の行為のいちいちを批判したりする。
- ④声は自分の気持ちや考えに強く影響する。無関心でいられない。ときには、声の命令に（従うまいと思っても）従ってしまう。
- ⑤ふつうでは聞こえないはずの遠い所からでも聞こえる（例えば、何百 M も離れたところから）。なにかしら地上をこえた「超越性」を帯びている。
- ⑥とてもとても不安で、世間に対して身構えてしまう。

このうち、とくに外の力で自分が「影響される」という④の感じが苦しいもののようです。

(2) 当人に出現された妄想・幻聴の精神的症状、状態

- ①このところ周囲の人々の様子が不穏だ変だ。どこに行っても自分のことが知られている。
- ②自分は普通の人間なのに大勢の人に顔を知られているとは思えない。それなのに人々から付け回され、監視され、グルになって自分を追いかけてくる。どこに行ってもついてくる。
- ③こそこそ周囲の人々が自分を噂し、あざ笑い、軽蔑し、馬鹿にしている声が街中歩行時や通勤電車、人混みの中などで聞こえる。素振り・身振りでも分かる。
- ④付け狙われて殺されるかもしれない。
- ⑤あまり変なので、不安に思い、警察はこのことを知っていると思い、やめさせて欲しいと何回か相談に行ったがとり合ってくれなかった。警察も信用できない。

以上のような迫害妄想や幻聴が顕著に出現していた。そして、精神状態は極度の不安・恐怖・緊張で、過敏になり興奮し不眠と頭痛が続いていた。誰にも理解されずに、もがき・苦しみ続けていたことが顔面変貌の形となって出現する。目尻はつりあがり、顔面が引きつった形相になる。極度の恐怖、不安・緊張によって顔相に現れることを後々になって理解するのである。

(3) 発症以前の家族の対応と思い

なんだか変だとは思いながら、どう係わってよいのか解らず、同じことの繰り返しが続き、半信半疑で聴き流す。時にはあり得ないこと、思い過ごしであろうと説得に務めていた。

定職就労の意欲と焦りと疲れからであろう。十分な食事と睡眠・休養をとらせれば治るだろうと、当人の苦痛・悩み、欲求を聴きながら、安易な考え・気持ちで健常者な並みの対応の仕方であった。

3. 初回の入院は4か月間（消耗・虚脱期）

（1）入院初期の態様

- ①当人の自我状態・体験では、入院絶対拒否を半強制的（保護者の同意による）に入院させたので反発から自閉となり症状を医師に話さず（無病意識強い）萎縮する。恐怖・不安を抱え、硬く粗野になり攻撃的行動の恐れがあり、幼児返りがでた（退行）。
- ②精神的症状は服薬により妄想・幻聴は軽減した。精神神状況は、いつも不安を抱え、人を避ける。外界をひどく恐れ、過敏になるが現実性はもどる。
- ③身体的副作用症状が服薬開始直後から出現した。手の震え、小刻み歩行、流涎の錐体外路系症状と、口渇・便秘の抗コリン作用の他眠気・倦怠などの自立神経症状である。この症状は今後約5年間続き、良悪を繰り返し、服薬拒否、通院拒否につながって行き、リハビリを大幅に長引かせた大きな要因であったと考える。

（2）家族の対応・思い

- ・妻は、医師4人に囲まれて廊下を去り入室する息子の後ろ姿を見て泣き崩れる。
- ・戸惑い途方にくれる。社会的偏見を気にして、親戚・縁者・近隣に話さぬように家族内に緘口令を敷き、無為自閉的になる。緊張して、戦々恐々、恐怖心が出る。母親はうつ状態になる。
- ・病であることの現実を認めて、まずは冷静になること。リハビリへの積極的な取り組み支援をしていくことを家族内で話し合った。

4. 入院中期・退院時の態様（消耗・虚脱期）

自我状態・体験、精神的症状・状況は変わらない。他に特徴的な自我体験として「親・医師が精神病にした」と猜疑心を持ちはじめ、後々に家族・医師への不信に繋がってゆくことになる。

睡眠・食欲は回復して、やや安定化してくる。薬の副作用は時々出現し続した。

5. 退院後の4か月間（発症日後8か月）の態様、（休息・安息期）

（1）状態・症状・身体状況

- ①自我様態・行動：萎縮・退行（幼児返り）は軽減し、食欲回復、安眠で安心し休息・安息がとれるようになる。行動化して、バカ食いするようになる。そして、ショッピング巡りして浪費癖が出現し、金銭要求が激化してくる。
- ②精神的症状：迫害妄想・幻聴はほぼなくなるが、独語が出現する。
- ③薬の副作用：時々出現し、拒薬するが無理強いし服薬させて継続する。

（2）家族の対応・思い

安息・休養の保障、安心・休息が取れるように気遣う。まるで腫れものに触るよう！！病の回復のためには、ストレス排除のうえからもある程度必要なことかと考え、当人から

の金銭要求を受け入れる。この甘やかさが後々、自己中心的で融通に乏しく孤立して自閉化することになる。

6. 退院後5か月（発症日後9か月）以降6か月間の態様（リハビリⅠ期）

（1）状態・症状・身体状況

①自我様態・体験・行動：萎縮・退行（幼児返り）は軽減した。行動化はまし、働く意欲が出てバイト始める。人と一緒に過ごせるようになる。積極的に外出、深夜帰宅多くなる。そして、ショッピング巡りで浪費癖がさらに増す。金銭要求も激化する。

②精神状況：不安・恐怖心が減退し、食欲回復、過剰睡眠で安眠・安心・休息・安息がとれるようになった。

③薬の副作用：独語は依然として継続し、薬の副作用症状は続く。新たに呂律が回らなくなったり、一時的な記憶喪失が出現した。

（2）家族の対応・思い

働きだしたので、一縷の望みは持つが反面いつまで続くのか不安もあり、当人の食べ物と安心・休養に気遣い、見守り継続と回復を願うのみであった。

7. 退院後1年（発症日後1年4か月）以降1年間の態様（リハビリⅡ期）

（1）状態・症状・身体状況

①自我様態・体験・行動：リハビリⅠ期とほぼ変わらないが、行動化は増し、就労意欲は旺盛、就活も積極的に一般就労を希求する。しかし、面接で精神的障害・欠陥を見ぬかれ差別的扱いを受けることが多くほとんどが不採用となり、その都度立腹して精神的不安をきたす。短期間雇用では時々採用されてバイトを行う（1週間から最長で3か月間の就労であった）。昼夜を問わずショッピング巡りで浪費癖がさらに増す。金銭要求も過激化する。

②身体症状：薬の副作用に変化がでて、今までの症状の他にイライラ・足踏み・動作緩慢、目じりの吊り上がり・仮面様顔貌（平面化）の症状が出現する。独語の中には面接で差別的扱いを受けたことに関するものでさらにひどくなる。内容は面接上のものや店での対応状況が多く大声でやりとりの一人芝居が出現する。

（2）家族の対応・思い

ショッピング巡りと浪費癖の継続、積極的な外出、深夜帰宅がさらに多くなる。親の再三の注意も聞き入れず、父親との口論や時には掴み合いとなったりするので、母親は不安と心配でうつ状態が酷くなる。家族は緊張と不安、戦々恐々となる。見守りつつ回復を待つのみであった。

8. 退院後2年（発症日後2年4か月）以降1年間の態様、（リハビリⅢ期）

（1）状態・症状・身体状況

①自我状態・体験・行動：大きく変化する。自閉となり、萎縮、退行（幼児返り）症状が再出現する。行動化し、医師・両親に対し硬く粗野な言動で攻撃的になる。大声の叫びなど独語は更に進化していった。

②極度の恐怖・不安・緊張と過剰睡眠で人を避けるようになり、昼夜逆転生活・引きこもりが始まった。

このような状況下でも一般就労で就活は行う。ほとんどが不採用で、採用になればバイトはする。しかし、短期間で解雇されることが多かった。

その主な理由は、精神的欠陥・障害の要素となりうる” 疲れやすく、集中力・持続力が低下しており、そのうえに決断・判断力が 乏しく、動作緩慢、自意識過剰で屁理屈が多い” ので、関係者から「真面目にやっているのか」と疎まれてしまうことであった。また、不採用理由の主な要点は面接時点で「精神的な欠陥・障害を見ぬかれ、差別的な扱いを受ける」ことが多くあったようである。

このようなことから、後々の症状の悪化に繋がってゆくことになる。

③精神状況は、薬による副作用の後遺症で両親・医師への不信感はさらに増し、親・医師に対して「何か薬を飲ませたか。病名は何か。親と医師が精神患者に仕立てた。」と激しく詰問し攻撃的になっていった。

④身体的症状：薬の副作用による身体的状況は依然として継続する。

⑤精神的症状から視ると、明らかに要入院状態であり、入院を勧めるが、当人は無病意識が極度に強く服薬拒否・通院拒否が始まり・入院拒否は強硬であった。

(2) 家族の対応・思い

①戦々々恐々、家族も動揺する。どう係わったらよいのか悩む。今まで腫れものに触るように気遣ってきたが効果はなし、関係する本や学習会に多く参加して、知識の習得に努めていった。

②個性の強い病で、個人差があり、扱いは千差万別でリハビリへの模索をはじめ。当人と父親の新たな葛藤が始まり、新たな苦節13年の始まりでもあった。

③服薬拒否・通院拒否により家族が通院して、症状報告と薬剤を受領して、当人に分からぬように食品に混入して服薬を継続させた。

④退院後2年目位で当人と医師との相性が悪化する。家族が医師変更のお願いをすると、たまたま医師と家族の思いが合致して医師の変更が容易にできた。医師の変更後1年間位は良好な相性状態が続くが長続きはしなかった。

9. 退院後4年目（発症日後4年半）以降5年間の状態、（リハビリⅣ期）

(1) 状態・症状・身体状況

①自我状態・体験・行動、精神的症状は更に大きく変化する。

②発症当時の妄想の他「当人の個人情報を両親や医師が漏らしている」など強い猜疑心と不信・警戒感が出現する。独語・大声で怒鳴るなど人とのコミが取れなくなり症状はますます悪化した。そして形相変形が顔にまで出現した。医師との相性も悪化してきた。

③インターネット・テレビ・DVD・音楽にはまり、昼夜逆転生活・引きこもりが始まって、孤立する。自室は本類PC、DVD 関連機器、音響機器類とその記録媒体保管箱、大型の筋トレ機器等で満室、寝る場所もないゴミ部屋となり、廊下、隣室まで独占し拡大してゆくあり様であった。

- ④精神的症状から視ると、明らかに要入院状態であり、入院を勧めるが、当人は無病意識が極度に強く服薬拒否・通院拒否の意識は更に強まり入院絶対拒否を貫くようになった。この間、薬は親がとりに行き、その際に症状報告をして調剤してもらい、当人に分からぬように食品に混入して服薬を継続した。飲む薬量を親が調整するようになってから、副作用の錐体外路系症状と抗コリン作用は徐々に低減していった。
- ⑤服薬に対する家族の考え：服薬量は医師の指示どおりも必要だが、症状の判断によっては、家族・当人の判断による量の調整も必要なことではないかと考える。

(2) 家族の対応・思い

- ①症状の悪化で、医師に医療保護入院か措置入院を要請するが該当不適用で拒否される。それならば任意入院の処置は取れないか尋ねるが「本人の同意がないと難しい」と拒否される。そして、予後の説明を受けて驚愕した。医師曰く「患者の中で特異な存在、治療する中で最も手を煩わすタイプで、こだわりが強く自意識過剰、妄想が強く、素直さがない。常に攻撃的で人の言うことを聞かない。この状態が続くとますます孤立化する。人との意思疎通は取れず、顔も以前と比較して変化・悪化している。老いても老化の兆しは薄く、希望はもてない。このような状況下では入院も難しい」と忌難され厳しい告知を受ける。この厳しい告知は「医師が本気・本音で述べて頂いたものである」と理解し、後々のリハビリに向けて取り組みに大いに役立つことに繋がる。
- ②一旦は大きなショックを受けるが、現実には厳しい病状・症状・状況下にあることが判断できて、反面、「ならば家族で当人の自立に向けた処置・対応を取るのがベスト」と考えて発奮しこれを契機に以後は当人には厳しい対応と取ることにした。一方、家族でリハビリプランを策定し、医師に提案して、意見を聴いたうえ実行に備えて協力をお願いすることにした。

(3) リハビリプラン（一人暮らし）主な内容

①第一の対応と措置

医師に「妄想・幻聴の軽減処置」を要請して、新薬に変更してもらった。
効果は短期間で顕われ、妄想・幻聴は激的に軽減する。

②第二の対応と措置

家族で「リハビリプラン（一人暮らし）」を策定し実行の可否について相談し、意見を聴いたうえ実施することにした。

相談の結果、医師の意見は

- ①「大胆なプランであるが、過去の経緯から見て選択肢の一つで、実行してみる価値はある」
- ②「このプランについては、医師として手の施すことのできない治療外の工程内容であるが、実施中に生ずる症状、病状等の変化に対する治療的助言・支援と事後の協力はしましょう」と快諾して頂き、医師のこの心強い「協力する」との言葉で、決行にむけて弾みがついた。

③「リハビリプラン（一人暮らし）」の具体的内容は凡そ次のとおりである。

A. 第一ステップのプラン

①家族ごとの転居…当人の自立意識を醸成させるために昼夜逆転生活の解消
…転居先の電気料契約は10アンペアにして、PC、DVD、TV等の利用制限をする。

②ゴミ部屋の片づけと荷物整理…自力でさせる。

③この期間は第二ステップ移行時の助走であるとする。

B. 第二ステップのプラン

・自立・自給生活の体験…電気・ガスを絶ち山畑での自給・自炊体験と農作業（兄弟2人での極限生活）をさせる。

・目標目的①夜は闇夜で早い就寝と早起きで昼間生活習慣への移行 ②生活対応力の育成 ③親への依存心を失くす ④病識を持たせる ⑤自力思考への誘導と醸成⑥独語は大声で思い切り叫ばせてストレス対処力をつける

C. 第三ステップのプラン

世帯分離して一人暮らしをさせる。

※1 この「リカバリープラン（一人暮らし）」をたてた背景

(1) 統合失調症になる主な原因は、ストレスの脆弱性で・脳機能の失調や働きのアンバランス・脳のストレス対処機能失調であること。

(2) 統合失調症の治療とは、ストレスに対する抵抗力を増やし、患者自身の異常な状態から、豊かな社会生活をとりもどすこと。

関連医療誌で以上の事を知り、少しでも脳の失調と社会生活能力を取り戻すには、脳の学習や多くの社会生活体験・経験が必要ではないかと考えたからである。

※2 リカバリーの意味を知る。

「障害が治らなくても、精神的・社会的な回復（リカバリー）はできる。そして回復に向けて最も必要なことは、困難と戦わないことである。」

そして第二ステップから第三ステップ移行前までに、必ず履行すべきことは、①当人による受診・通院・服薬を再開して病識をもたせる ②障害年金の受給申請と受給開始 ③福祉手帳の交付申請と交付 ④賃貸住居の確保（一人暮らし）である。

これまで前①～③は、当人が無病識なので、受け入れ絶対拒否の3項目であった。

そこで、“自立・自給生活の期間中にこの3項目を受け入れて実行・実現できたら、1戸建て住居を提供し一人暮らしができるようにする”との約束を科して進むことが前提条件となった。

①～③項実現後、④一戸建て賃貸住居の確保を行い、ひとり暮らしに必要な経済基盤生活基盤の確立・整備に備えることにした。

そして、このプラン決行と以後のリカバリーに向けた取り組みには、Uターンで帰郷した山野生活志向の兄の協力が絶対に不可欠であった。

10. 退院後10年（発症日後10年半）経過、リカバリープラン決行。

(1) 第一ステップのプラン（家族ごとの転居）決行と成果

- ①当人は絶対反対と極度に興奮し、粗野・攻撃的になる。不平不満・要求は一切無視した。
- ②この期間中の自我状態・症状・身体状況等について以前の状態を継続しており変化はない。
- ③自家を退去する理由は、父親の経済的破綻により強制立退きを命ぜられていると説得した。
- ④転居期間は2ヶ月間であった。
- ⑤当人の荷物は2トン車満載で2台分あって、一向に片付かなかった。

(2) 第二ステップのプラン（自立・自給生活の体験）決行と成果

- ①山畑にレンタルハウス（2坪）2戸とレンタルトイレ1戸を設置して生活させた。
- ②兄との共同生活で監視下に置き、電気・ガスなし、水は農業灌漑用水を利用、日中は時々畑作業の手伝いをさせる。竈・風呂はドラム缶を切断加工して製作し、燃料は薪で山林の倒木・枯れ木を利用する、現世離れした耐乏生活を体験させた。
- ③街のコンビニ店まで約7キロで、標高差150メートル、自転車での買い物であり相当には難儀する。コンビニ店通い週1回と決め制限した。後日、当人が「コンビニ店通い途中、見すばらしい格好をしていたので警察パトカーによる職務質問を受けて『山畑での自立・自給生活をしている』と答えたところ、警察官から逆に激励を受けたこともある」という貴重な体験もしている。今では医師と笑い話で対談している。
- ④成果—この耐乏生活は9月の始めから12月末までの4か月間で、この地は内陸生気候で寒暖差が大きく11月中旬頃から降霜が多くなり、氷結する寒い地域である。この過酷な耐乏生活の体験で、当人による通院と服薬ができるようになった。

10年間絶対拒否をし続けてきた難関の①障害年金の受給 ②福祉手帳の交付 ③病識を持つ—の3項目がやっとクリアできて目標が達成できた。これで一人暮らしの目標であった経済基盤・生活基盤が整い、自立にむけて第一歩が踏み出せたことは最大の成果であり、大きな喜びとなった。

(3) 第三ステップのプラン（世帯分離して一人暮らし）の決行と成果

- ①約束した3条件をクリアしたので、当人の強い要望であった山畑から一戸建て賃貸住宅に転居させ世帯分離して一人暮らしを開始させた。

②成果

ア. 精神福祉手帳の交付を受けて、自らハローワークに障害者登録をして就労相談・就労活動を積極的に行った。この紹介で3か月雇用のバイト開始、朝6時の4～5時間勤務の早朝出勤だが、時給千円に働く意欲と自信を取り戻した。

イ. バイト期間終了後、もともと一般就労で定職志向が強くて、より良い就職先を求めるにはスキルアップが必要と思い込み、生活支援事業講習（6か月間）に応募し受講するなど意欲的になりテンションが上昇する。頑張りすぎ、ここに落とし穴があって後の再入院に繋がる。

ウ. 当面、通院は家族同伴で診察する。その際、当人、医師に曰く「地獄から天国の暮らしになった」と言って歓喜していたそうである。

エ. リカバリーに必要とされる ①服薬 ②ストレスの対処技術 ③病気の理解
④SOSの発信能力 ⑤適切な支的持環境 ⑥住居ケア ⑦なかま などの組み
合わせによって落ち着くと言われている。(関係医療資料誌による)

結果は、①②③④の4項目ほぼ措置できるようになったが、生きていくための
鍵である④については、行き詰まった時に発信できるかどうか不安は残る。

この時点では家族・医師にはほぼSOSが発信可能となった。②は未熟で些細
なことでも抱え込む。⑦は友達なく孤立状態ながら自立して一人暮らしの状態ま
で漕ぎ着けて希望がもてるようになった。

(4) 家族の対応・思い

自立し一人暮らしがほぼ可能となる。障害は残るが自立した生活は、家族の支援が
あれば続けられるようになる。この状態が長続きすれば更なるリカバリーも可能と喜
び、前途に光明を見出す心境であったが良好な状態は続かなかった。しばしの安堵で
あった。また振り出しにもどった。

II. リカバリーVer.2

1. 再発、

(1) 再発の環境条件

2011年初秋、一人暮らしの生活を開始して7か月後に症状が再発する。要因は、働
かねばとの思い、定職・より良い就職先を求めるにはスキルアップが必要との思い込み、
頑張り過ぎと支援事業講習の学習についていけない焦り、受講生は若い人たちが多く、コ
ミュニケーションがとれずに孤立した。さらに自転車通勤で約7kmキロメートルあり、ア
ップダウンの険しい道路、疲労も重なり更にストレスがたまる。病気再発の条件が揃う環
境下にあったことが考えられる。

(2) 状態・症状・身体状況

①精神的症状では初回の初期症状時のように妄想・幻聴が出現する。「受講生たちから
馬鹿にされ、精神病と風潮される。」「生活居住者周辺住民や衆人に監視されており、
個人情報が出ている。」などで、恐怖と不安・心配で警察署に相談に行くが「精神的
におかしいのではないかと」と適当にあしらわれたようである。

②身体的症状では緊張・興奮して不眠・頭痛を訴えイライラが出現、大声で叫ぶ、独語
が出る。顔面が引きつる。医師・家族に不信感を抱くようになる。再入院に繋がること
を極度に警戒する。初回の入院経験がトラウマとなり絶対入院拒否であった。

(2) 家族の対応・思い

家族にも入院初期時のような恐怖心・緊張と不安が走るが過去の経験から冷静な対
応がとれた。休講し休養を勧めるが聞き入れない。兄を時々同居させて様子を伺う。

2. 二度目の入院の態様

(1) 再入院時の対応・処置

・医師と事前打ち合わせのうえ、定期通院をさせて、受診、その場で医療保護入院させる。

- ・当人は「家族・医師がグルになって俺を騙した」と激怒し暴力をふるいかかるが、取り押さえられて諦めて入室した。
- ・病室は症状が安定するまで隔離病室であった。

(2) 家族の対応思い

- ・母親はその場を視ていて、いたたまれず泣き崩れた。今度の医療保護入院は、当人の症状を軽減し、緊張・興奮・不安等の苦痛からの解放とリハビリのための止むを得ない処置であることを説いて慰める。
- ・医療保護入院によって当人と家族・医師との信頼関係は崩壊し、修復に相当時間を要することを覚悟する。

3. 6カ月間の再入院期間中の態様

(1) 入院期間中の対応・状態

- ①医師との信頼関係は1か月後位の早い時期で再構築できた。
その要因は医師と毎日のように顔合せ・会話の機会が多いので、逆らわずに好感度を上げて早く退院したいとの思惑も強く働いたようである。
- ②妄想・幻聴は軽減し、独語は少なくなった。
- ③兄が月2回程度見舞う。当人の要求・要望を満たし、必要品や要望・要求する用品を届けて、当人と信頼回復に努めた。
- ④入院期間中は親への依存心を断つために両親は見舞いには行かないことにした。
- ⑤当人に病識が確定的にもてるようになったことは、再入院の最大の成果である。その背景には、多くの入院患者との交流で自ら「俺もやっぱりおかしい」との認識が芽生えたこと。そして医師が「家族は君の病気回復に熱心で真剣である」と説いて頂いたこと。この2つの要素が、病識を確定的にもつことができた大きな要因であったものと思われる。

(2) 退院にあって

- ①家族との信頼関係を構築するために、両親兄2人と当人を含めて、親なき後の自立に向けた話し合いをする。
- ②一人暮らし生活させるため、1戸建住宅を賃貸し、「9項目の生活ルール」を設定して遵守するよう約束させ、これを条件に退院させることにした。
- ③今回の住居場所選定に当たっては、前回の住所場所選定の失敗から反省して①病院に近い場所②デイケアや訪問看護の利用に近い所③交通・生活上の利便性のよい所一を考慮して選定した。その理由は、一人暮らし成功者の条件に合うようにとの思いからである。

※参考までに

※1▶「9項目の生活ルール」とは、生活習慣化項目で・損得項目・実行できた時の得・実行できなかった時の損の理由を項目ごとに分かりやすく記述したものであり、作成したのは損得の利害について考える計算高い能力は働くので、損得項目を記述した理由である。

- ①定期の通院・受診はする
- ②服薬は毎日する
- ③訪問看護の指導を定期的にする
- ④デイケアに通う
- ⑤生活への意欲をもち昼夜逆転の生活はしない
- ⑥不安定なときは一人で悩まず家族・先生・看護師に相談し、SOSだす
- ⑦隣近所の人々にあつたら挨拶・目礼をする
- ⑧部屋は片付ける、ちらさない
- ⑨大声をだす、壁を叩くなどはしない

※2▶一人暮らし生活者の成功条件として以下の6条件があげられている本を参考にした。

- ①症状が安定している
- ②病院の近辺に住む人である
- ③デイケア、作業療法、患者クラブなどを利用している
- ④年金受給、生活保護受給で経済的に安定している
- ⑤パートタイムとして適度の就労をしている
- ⑥病院からの訪問指導が行われている

そして、「成功すると今までの家族の態度が変化し、再び交流を始めたり小遣いをくれたり社会人として見直してくれる」と付け加えられている。

4. 再退院後から6か月間の態様（安息・休息期）

（1）状態・症状・身体状況

- ①自我状態・体験・行動：不安・恐怖は解消し安定化する。前向き思考で活動的、外出多くなる。粗野が和らぎ、常識的な行動が取れるようになる。生活習慣の「9のルール」も部屋の片付けを除き守れている。
- ②神経的状况：睡眠・起床は定時化し、食欲は旺盛、面相も和らぎ温かな顔にもどる。
- ③精神的症状：妄想・幻聴・独語はほとんど無くなり、平穏化する。
- ④治療：月2回の定期受診、月2回の訪問看護、週2回のデイケア通所をする。服薬は毎夕定時にする。
- ⑤病識が持てて、自分自信の病気としっかり向き合えるようになった。そして医師との相性も良好になった。
- ⑥身体的症状・副作：薬による眠気で就寝は早く定時である。
- ⑦就労活動には積極的で障害者枠でハローワーク・相談支援センターに一人で出向く。

（2）家族の思い対応

- ①両親・兄への信頼は回復し、医師・相談員・家族にSOSの発信ができるようになった。
- ②1週から2週に1回程度、生活習慣の習熟・監視・確認・清掃などの補完に行く。その際に当人の外食、行楽行脚に随行し食事・食料品・生活必需品などの買い物に資金援助支援をしている。
- ③居住場所は生活上の利便性、住環境の良さに満足している。
- ④「こんな良いところはない。三度目入院は絶対しないように気を生つける」と当人がいう。このことは、再発を防ぐ力を身に付けて、苦しい事態に三度と陥らないように本人が自立して行くことでもある。
- ⑤自費で好きなバイクを購入して、イベント・家電店・書店・量販店巡りなど外出も多く、遊び心旺盛で生活を楽しんでおり、一人暮らしの生活に満足の様子である。生活の安定化がストレス解消に大いに効果があった。

5. 再退院後から7か月以降現在までの態様（リハビリ期）

（1）状態・症状・身体状況

- ①再退院から7か月後にA型就労が確定し雇用は現在も継続している。就労は5時間週4～5日の雇用契約で、職場を大事に考えるようになる。職場は障害者に対する理解があって働きやすく長期雇用を望んでいる。

- ②自我行動：定時就寝、定時起床、毎朝夕のストレッチ・筋力トレーニングは継続しており、体重管理・体力増強にも熱心である。精神状況の安定で、面相さらに和らぎ温かな顔にもどる。
- ③自立意識がでて、日常生活費の収支管理をするようになる。特にガス・水道・電気料金には傾注して、倏約節約に努めている。
- ④精神的状況：自ら意思のコントロールができるようになり、職場でも上司・同僚とコミがとれており、不得手であったコミュニケーション能力も向上してきて安定化し温和になる。現実が見てとれるになった。職場でのトラブルや私事の悩み・心配ごとがあると家族・医師・相談員にSOSを発信し、時には助言・支援を得て対処してもらうが、自己修正・解決できる能力も芽生える。
- ⑤精神的症状：妄想・幻聴は極度に軽減する。時々過去にあったいじめのトラウマが出現し切りだす程度である。こだわりは相変わらず強いが、家族は相槌をうち聞き流し適度に対応している。
- ⑥受診時の医師と当人の対話では、今では病気の部分でなく、日常的・現実的な話題や趣味の話が多く、相性・信頼関係ともにベストな状態である。
- ⑦退院前まで、引きこもり・昼夜逆転生活の要因となっていたPC、インターネット・テレビ・DVD・音楽へのはまり込み、今では自己管理で適宜・短時間利用などうまく活用して、社会性を醸成するコミュニケーションツールとしてストレス解消の一役にもなっている。

(2) 家族の対応・思い

- ①「ありがとう」の感謝の言葉が頻々にできるようになったことがほんとに嬉しい。自立して一人暮らしの成功体験を得ると家族・医療関係者・他者との良好な交流に変化し、成人・一社会人として改めて見直されて扱われるようになることが、自信・喜びを得るのか、互惠・感謝の言葉が出るようになった。
- ②成功体験が良い結果を生むものなのかと、予想外の好転に目を開き続けている。
- ③今後のリカバリーは私の残り人生の最大事業で、それは「生涯リハビリテーション」という考えで方である。「症状は薬によって消えても、病気によっておこっている障害（社会機能）の質の改善である」ことを本で知ったからである。今後のリカバリーは、目標の達成を急がず、欲張らず、当人の特性に合わせて少しずつステップアップしていくことと、安定した精神症状・状況が長く続き、更なるリカバリーとなるように、そして長期就労を願うものである。
- ④統合失調症の息子に15年間関わった経緯から、私が「今からも心がける」ことは、
 - ①かつて幼児として親に喜びを与えてくれた時代のことを忘れないように（幼児の頃は、いつも笑顔を絶やさず、おとなしくて素直で、泣くことも少なく、手のかからない育てやすく、やさしい子で、いつも母親に寄り添い喜びを与えてくれたことを忘れないよう、ことあるときに思い出すように心がける）
 - ②偏見におびえすぎないこと
 - ③悲観に引きずられない
 - ④福祉の一層の充実を味方にする
 - ⑤彼の心理に少しばかりの理解を（根はたぐいまれなる純真さのあることを評価する）
 - ⑥長生きをすること
 - ⑦遺伝にこだわりすぎない
 - ⑧より多くの相談者を見つける — ことである。

6. 私の思う Good Dr.

1回～2回目リカバリーへの取り組みを通して医師の適切な助言・支援・協力を得た中で私が思う Good Dr.とは、一言でいえば「患者・家族と本気・本音で話し合えて・相談できるドクター」だと思う。

- ①信頼感がある ②困ったときに親身になって対処してもらえるかどうか ③定期的に受診することで気持ちが和らぐかどうか
 - ・欲をいえば
- ④普段は何気なくとも非常事態に陥ったときに親身になって相談できる先生、適切な指示をしてくれる先生
 - ・もっと欲をいえば
- ⑤透明な気持ちで、日頃思っていること、感じていることをそのまま傾聴してくれる先生、
- ⑥患者・家族が本来もっている力が失われることなく、更にパワーアップできる先生。

こんな先生に出会えたと思ったことである。

(2014/12/16 N・T)

体験記を読んだ感想

親の対応と思いについての感想です。

発病当初は、親は知識もなく、ただただ不安で見守るしかなかった事、本人を安心させるために、要求を出来る限り受け入れてしまった事等我が家も同じだったと思いました。

N・Tさんのすごいところは、医師から病状と回復について、かなり厳しいことを宣告された時、そこで諦めずに、思い切ったプランをたて、医師と相談しながら実行していくところです。

目標を持たせ、クリア出来たらご褒美に次ぎのステップを用意する。失敗しても諦めずに再トライさせる。医師と相談しながらプランをたてる。家族の協力が大切等、状況はそれぞれ違いますが、家族として見習う点がたくさんあると思います。

良い結果を残していることが家族の励みになります。Tさんの愛情ある諦めない気持ちが回復へ導いたと思います。感動しました。

川口 二美

当事者の声 — アンケートの声からそのままご紹介します

問 1. 「親なきあと」についてどう思うか

心配する声

- ・一人で暮らしていけるか心配。
- ・経済的な面や介護の面で不安。
- ・兄との関係が良好に保てるか不安。
- ・寂しくなります。
- ・漠然と不安を感じる。
- ・お金がなくなるかもしれない。
- ・施設に入れられると思う。
- ・淋しい。お父さんとお母さんに長生してほしい。
- ・1人ぐらしは無理だと思いますのでグループホームに入らないといけないと思います。
- ・今は親におんぶにだっこ状態なので、しっかり生活していけるか少し心配です。経済面でもかなり心配があります。
- ・経済的にも精神的にも両親に支えられているので、両親がいなくなった後どうやって生きていったら良いのか不安になることがあります。
- ・心の支えとなっている両親がいなくなると不安。
- ・本当に相談できる親族以外の人があるかどうか心配。兄弟が力になってくれるか気になる。
- ・経済的な不安があるとともに寂しい。
- ・病気がひどくなって入院とかしなければいいと思っています。不安が強いんですけど、流れに身をまかせるしかないだろうと残念に思っておりません。
- ・今、母はすごく自分の話を聞いてくれて助けてもらってます。もし母が亡くなったら、すごく絶望するでしょう。もっと親なきあとの支援をしてくれる制度を作ってもらえるとうれしい。
- ・自分が1人になった時、書類の書き方、家はどうしたらいいか、1人で住めるか、家賃をちゃんと払えるか不安がある。買い物をしたり遠いところに行く時はヘルパーさんを使って行きたい。
- ・親がいなくなると今の生活を維持することは難しいと思う。心も経済的にも破綻すると感じる。
- ・すごく心配です。あまり考えたくありません。
- ・多分寂しく、独りでは生きられないでしょう。しかしあまりそういう実感がありません。
- ・兄弟一家と一緒に迷惑を掛けずに生活する様言われているので、親のあとに続きたい。
- ・親に頼りきっている現状では、正直な所、親がいらない状況は考えられない。
- ・今は親がいて当たり前みたいな感じで、親がいなくなったらと考えたら怖くなる。できるだけ考えないようにしている。
- ・とても心配です。あまり実感がわきません。
- ・セーフティネットがないのなら、死ぬことも視野に入れなければいけないと思う。
- ・親なきあとは、今は考えられません。もし、両親が亡くなったら、私はダメになると思います。
- ・親より先に亡くなれば心配はいらない。
- ・死ぬか一生入院する。

比較的前向きと思われる声

- ・制度を上手く活用し、自立してできることは自立すればいいと思う。
- ・それまでに一人でやっていけるようにしないといけない。
- ・少しずつ強くなれたと思います。数年ですが一人暮らししていたこともあるし、兄と一緒に暮らすかもしれないので、特に不安はありません。
- ・先の事を考えておくことは安心して暮らすために大切な事だと思う。親も大切だが自立して積極的に行動し、社会に慣れておくことも大切だと思う。
- ・今、食事等を1人で出来る様にしているので心配していません。
- ・まず両親が居る時に自分の事は自分でやる、それが大切。そして1人暮らしになった時、年金でやれる様、金銭感覚を身につける事。
- ・この家で一人暮らしをしたい。心配はしてない。困ったらプロに助けを求めればいから。
- ・確かに心配は有りますけど自立するための一歩だと思う。
- ・グループホーム等で訓練したい。
- ・色々な施設があるのでスタッフに相談しながら生活していくのが理想かなと思ってます。
- ・困った事があれば、民生委員さん等に相談するつもりです。
- ・親がいなくなってもいいようにできるだけ自分でできる事はやっていきたいです。
- ・親なきあとを考えているから作業所で毎日訓練をしているし、今やらなきゃ先はないと考えるし、近い将来年金に不足な部分を働くことで補えたらいいなと思っています。自立のために毎日色々な努力をしています。苦しい事も辛い事も悲しい事も先になって笑えるように今があるのだと考えます。
- ・グループホームに入っているので安心です。
- ・確かに不安を感じる時もありますが、今の自分がしっかりしていれば決して問題無くやっていけるのではないのでしょうか？
- ・友達を作る事。
- ・自分である程度できるので心配はない。
- ・弟と助け合って生活していこうと思います。
- ・兄弟に世話になる。
- ・親が亡くなった後は、姉としっかり相談して、これからどのようにするか、考えます。
- ・弟やいとこと話し合おうと思っています。いろんな事を相談して一緒に仲良く生きようと思っています。
- ・悲しさのあまり立ち直れないかもしれないけど、亡くなった以上は自分がしっかりと、これまでよりもっと頑張り、前に向かって進んでいきたい。
- ・その時考えます。
- ・そのときにならないとわからない。
- ・なるようにしかならない。
- ・なんとかなる。

親なきあとの生活を送っていると思われる方の声

- ・親がいる時は親に頼りきりでしたが、いざ親がいなくなった今は、自分を頼ることで大きくなったと感じています。
- ・私は両親が亡くなり、今一人で生活しています。でも周りの方のいろいろなサポートがあり、なんとか生活できています。一人になった直後は体調が悪くなりましたが、かえって自分がしっかりしなくてはと思い、自立できたのではと思っています。
- ・毎日が大変ですけど朝昼夕の食事を作ることです。なんとか自分なりにやっています。

- ・親はいないが友人や兄弟が多いのであまり心配にならない。
- ・大丈夫でした。

問2.今あなたが願うこと

- ・仕事に就き、自立したい。
- ・お金をもっと稼ぎたい。
- ・経済的に安定して自立したい。
- ・お金は少しでいいから働きたい。
- ・障害年金プラス5万円～10万円の収入があればと思う。
- ・今作業所の給料と障害年金を合わせて生計をたてる試みをしているが、将来もう少し高い給料で働けたらと思っている。
- ・もう少し障がい者が働きやすい環境。
- ・地域全体の障がい者に対する理解が深まればいいと思う。
- ・障がいがあっても金銭的に困らない社会、福祉サービスを充実してほしい。
- ・バス代が早く安くなるといいなと思う。
- ・ヘルパーさんに来てもらい実家で暮らしたい。
- ・ひとり暮らしがしたい。
- ・グループホームで元気に暮らす。
- ・早く老人ホームで暮らしたい。
- ・施設ではなく普通のアパートで暮らす。
- ・皆と楽しく作業をしたり話をしたり旅行に行けたらいいなと思う。
- ・兄弟、姉妹と仲良く付き合いたい。
- ・悩みやバカを言い合える友がいれば良いなあとと思う。
- ・友達と遊ぶというのをしばらくしていないので、してみたい。
- ・自分なりに頑張っているので、親に“そっとしておいて欲しい”と思う。
- ・自分を親から大人として見てもらいたい。
- ・お金持ちになってかわいいお嫁さんがほしい。
- ・医療関係の男性と結婚したい。
- ・彼女と結婚したい。
- ・彼氏をつくる。
- ・健康で長生きして今の作業所に続けていけると良いと思う。
- ・病気が再発しないこと。
- ・健康で暮らせれば良いと思う。
- ・なるたけ入院しない様にしたい。
- ・病気をしないで元気で長生きをしたい。
- ・病気がこの先ずっと安定するといいなと思う。薬や病気とうまく付き合い、色々なことにチャレンジする自分でいたい。
- ・結婚などで親を早く安心させてあげたい。
- ・できるだけはやく自立したい。親を安心させたい。
- ・1日でも早く自立して両親に心配をかけないようにしたい。
- ・親にできるだけ長生きしてほしい。



分野別	相談内容	相談窓口	電話番号	受付時間
こころ	さまざまな不安や悩み、心配ごと	大分いのちの電話	097-536-4343	毎日24時間対応
	生きる望みを失ったとき	フリーダイヤル『自殺予防いのちの電話』	0120-738-556	毎月10日8:00～翌日8:00
	自死遺族のこころの相談、遺族のつらい紹介	県こころとからだの相談支援センター	097-541-6290	8:30～12:00 13:00～17:00(月～金)
	自死遺族のための電話相談	NPO法人自死遺族支援ネットワーク大分	097-535-0103	17:00～21:00(木)
法律	法的トラブルを解決するための情報提供	法テラス(日本司法支援センター)	0570-078374	9:00～21:00(月～金) 9:00～17:00(土)
		法テラス大分(日本司法支援センター大分地方事務所)	050-3383-5520	10:00～16:00(月～金)
	総合法律相談	大分県弁護士会法律相談センター	097-536-1458	9:00～17:00(月～金)
	多重債務、家事事件、金銭請求等	大分県司法書士総合相談センター	097-533-4110	予約受付10:00～15:00(月～金) 相談13:00～16:00(毎週木)
金融・経営	多重債務に関する相談	九州財務局大分財務事務所多重債務相談窓口	097-532-7188	9:00～12:00 13:00～17:00(月～金)
		NPO法人クレジット・サラ金被害者の会 まなびの会	097-534-8174	17:00～19:00(月～木) 13:00～17:00(土)
	中小企業相談	大分県商工会議所連合会	097-536-3131	8:30～17:15(月～金)
	中小企業ならびに中小企業組合	大分県中小企業団体中央会	097-536-6331	8:30～17:15(月～金)
	商工業者の経営改善相談	大分県商工会連合会	097-534-9507	8:30～17:15(月～金)
仕事・職場	職場におけるメンタルヘルス	メンタルヘルス対策支援センター(大分産業保健推進連絡事務所内)	097-533-8300	13:00～17:00(月～金)
	労働問題に関する相談	総合労働相談コーナー(大分労働局総務部企画室)	097-536-0110	8:30～17:15(月～金)
		大分総合労働相談コーナー(大分労働基準監督署)	097-535-1512	8:30～17:15(月～金)
		中津総合労働相談コーナー(中津労働基準監督署)	0979-22-2720	8:30～17:15(月～金)
		佐伯総合労働相談コーナー(佐伯労働基準監督署)	0972-22-3421	8:30～17:15(月～金)
		日田総合労働相談コーナー(日田労働基準監督署)	0973-22-6191	8:30～17:15(月～金)
		豊後大野総合労働相談コーナー(豊後大野労働基準監督署)	0974-22-0153	8:30～17:15(月～金)
	セクシャルハラスメントなどに関する相談	大分労働局雇用均等室	097-532-4025	8:30～17:15(月～金)
労働者、使用者の労働相談	労政・相談情報センター(県労政福祉課)	0120-601-540	8:30～17:15(月～金)	
青少年・子ども	児童虐待や児童の保護等に関する相談	中央児童相談所	097-544-2016	24時間対応
		中津児童相談所	0979-22-2025	24時間対応
	育児、しつけ、発達の違いなど、子育てに関する様々な悩み	いつでも子育てほっとライン	0120-462-110	24時間対応
	子どもの悩みを持つ保護者、少年自身、犯罪被害に遭った少年少女の悩み	大分っ子フレンドリー本部サポートセンター(大分県警察本部)	097-532-3741	9:00～17:45(月～金)
		大分っ子フレンドリー県北サポートセンター	0979-24-3741	9:00～17:45(月～金)
		大分っ子フレンドリー県西サポートセンター	0973-24-3711	9:00～17:45(月～金)
	いじめ、不登校など子どもの教育問題	いじめ・不登校相談(県教育センター)	097-503-8987 097-569-0829	9:00～17:00(月～金)
		いじめ相談ダイヤル(県教育委員会)	0570-0-78310	24時間対応
子どもの人権	子どもの人権110番(大分地方方法務局)	0120-007-110	8:30～17:15(月～金)	
ニート・ひきこもり	ニート等若年(15～39歳程度)無業者の就労相談	おおいた地域若者サポートステーション	097-533-2622	9:00～18:00(月～金)
	不登校、ひきこもりに関する相談	青少年自立支援センター(大分センター)	097-534-4650	10:00～18:00(月～土)
		青少年自立支援センター(県北センター)	0979-53-7667	10:00～18:00(月～土)

分野別	相談内容	相談窓口	電話番号	受付時間
高齢者	高齢者やその家族の様々な悩み	シルバー110番(大分県社会福祉介護研修センター)	097-558-7788	8:30~17:00(火~日)
	認知症に関すること	認知症の人と家族の会(大分)	097-552-6897	10:00~15:00(火~金)
		認知症の人と家族の会(佐伯)	0972-22-7708	10:00~15:00(火~金)
	認知症に関する専門医療相談	大分県認知症疾患医療センター(緑ヶ丘保養園)	097-593-3888	9:00~17:00(月~金)
		大分県認知症疾患医療センター(加藤病院)	0974-63-2263	9:00~17:00(月~金)
		大分県認知症疾患医療センター(千嶋病院)	0978-22-3125	9:00~17:00(月~金)
障がい者	障がい者の人権や財産等	障がい者110番(大分県障害者社会参加推進センター)	097-558-7005	8:30~17:00(月~金)
難病	難病に関する相談	NPO法人 大分県難病・疾病団体協議会	097-535-8755	10:00~16:00(月~金)
		大分県難病相談・支援センター(国立病院機構西別府病院内)	0977-85-8857	9:00~17:00(月~金)
人権	人権問題全般	みんなの人権110番(最寄りの法務局)	0570-003-110	8:30~17:15(月~金)
		大分地方法務局人権擁護課	097-532-3368	8:30~17:15(月~金)
女性	DV、セクハラ、ストーカー等女性の人権	女性の人権ホットライン(大分地方法務局)	0570-070-810	8:30~17:15(月~金)
	配偶者からの暴力(DV)等	配偶者暴力相談支援センター(大分県婦人相談所)	097-544-3900	9:00~21:00(月~金) 13:00~17:00 18:00~21:00(土日祝)
	配偶者からの暴力(DV) 女性が抱える様々な悩み	配偶者暴力相談支援センター 女性総合相談(アイネス)	097-534-8874	9:00~16:30(月~金)
消費生活	悪質商法、多重債務等	消費生活相談(アイネス)	097-534-0999	9:00~17:30(月~金) 13:00~16:00(第3日曜を除く日曜)
生活	生活上の様々な問題とこころの相談	よりそいホットライン	0120-279-338	24時間対応
	様々な悩み事	県民相談(アイネス)	097-534-9291	9:00~16:30(月~金)
犯罪被害者	犯罪被害者、家族等の悩みの相談	公益社団法人 大分県被害者支援センター	097-532-7711	10:00~16:00(月~金)
	犯罪被害者への各種支援	法テラス(日本司法支援センター)	支援ダイヤル 0570-079714	9:00~21:00(月~金) 9:00~17:00(土)
		法テラス大分(日本司法支援センター大分地方事務所)	050-3383-5520	9:00~17:00(月~金)
生活安全	警察安全相談 DV、ストーカー、 ヤミ金、悪質商法などの相談	大分県警察本部広報課(総合相談)	097-534-9110 (短縮#9110)	9:00~17:45(月~金)
		大分県警察本部広報課(生活安全相談)	097-537-4107	9:00~17:45(月~金)
		大分県警察本部広報課(悪質商法相談)	097-534-5110	9:00~17:45(月~金)
精神保健	心の健康づくり相談	こころの電話(県こころとからだの相談支援センター)	097-542-0878	9:00~12:00、 13:00~16:00(月~金)
	精神保健福祉に関する相談(うつ、依存症等)	県こころとからだの相談支援センター相談電話	097-541-6290	8:30~12:00、 13:00~17:00(月~金)
	こころとからだの健康	東部保健所	0977-67-2511	8:30~17:15(月~金)
		東部保健所 国東保健部	0978-72-1127	8:30~17:15(月~金)
		中部保健所	0972-62-9171	8:30~17:15(月~金)
		中部保健所 由布保健部	097-582-0660	8:30~17:15(月~金)
		南部保健所	0972-22-0562	8:30~17:15(月~金)
		豊肥保健所	0974-22-0162	8:30~17:15(月~金)
		西部保健所	0973-23-3133	8:30~17:15(月~金)
		北部保健所	0979-22-2210	8:30~17:15(月~金)
		北部保健所 豊後高田保健部	0978-22-3165	8:30~17:15(月~金)
		大分市保健所	097-536-2852	8:30~17:15(月~金)
	精神科の救急医療に関する相談	精神科救急電話相談センター	097-541-1179	17:00~21:00(月~土) 9:00~21:00(日、祝)

お問い合わせ先:大分県福祉保健部障害福祉課 TEL:097-506-2733 FAX:097-506-1740

[大分県自殺予防対策強化事業](H25.8)

皆様へ—おわりに

念願であった「精神障がい者と家族のための『親なきあと』支援マニュアル—『だいじょうぶ』と言えるために」を発行することになりました。病気の本人、家族、支援者…多くの人の思いがこもったマニュアルになったと思います。

出発点は、「親がなくなった後、精神障がいがある本人が地域で安心して暮らしていくことができれば」という親の願いでした。調査を行い、学習会を重ね、本人の切実な思いや支援者の親への提言など、様々な人の経験や意見を聞いていくなかで、「親が変わらねば」と思い始めました。そんななかで三城先生から「これは『考え方マニュアル』にしなければ」というご意見をいただき、私たちのマニュアルの方向性が決まりました。

執筆を担当されたのは、本人、家族、支援者、研究者など様々な分野の方々です。それぞれの立場から、調査や経験を踏まえた貴重な原稿をいただきました。日常の業務が多忙なかでの作業に心から感謝いたします。また20回にも及ぶ編集会議にご参加いただいた編集委員の皆様、そしてネットワーク理事の皆様、適切なアドバイスをいただきましたネットワークアドバイザーとして参加していただいています行政関係の皆様には感謝を申し上げます。

「親なきあと」について、何の心配もないという状態を求めることは不可能でしょう。しかし、私たちはこのマニュアルの作成作業を通して、多くのことを学びました。

それは、

1. 親がもっと子どもの事を知らなければならない
2. 相談や支援サービスを上手に活用する
3. 地域や行政と連携し、地域の支援力向上をめざす

ということだと感じています。

親が子どもを理解することで子どもも親をもっと理解できるようになり、福祉や医療の支援者が入ることで家族だけが抱え込むことを避けられ、地域や行政の協力によって「精神障がい」は特別な病気ではなく誰もがなり得るものだと理解され、地域や職場で受け入れられるようになってほしいというのが、私たちの今の思いです。

そんな思いを込めたマニュアルです。「親なきあと」に向けて、今から取り組みを始めるためのマニュアルとして活用されることを心から願っています。

大分精神障害者就労推進ネットワーク
代表 藤波志郎

精神障がい者と家族のための「親なきあと」支援マニュアル編集委員会
編集委員長 三城大介
編集委員 秋月久実 安部綾子 尾口昌康 小野久 川井祐二 川口二美
工藤美智子 佐藤義朗 藤内浩 藤波志郎 別所ハル 松木亮
(50音順)

2015年2月

精神障がい者と家族のための「親なきあと」支援マニュアル
「だいじょうぶ」と言えるために

発行 大分精神障害者就労推進ネットワーク

事務局 大分市大字森町679-6 リフォーム夢舎内
TEL・FAX 097-527-5443