特集・都市生活とメンタルヘルス❼

座談会 地域における精神保健活動の実際と課題

ともに生きる地域社会をめざして

小坂功・菊池正・児玉三千江・佐伯彰・吉塚晴夫・小林光政・助川征雄

一――精神障害者を取り巻く状況
二――患者会活動の二十年
三――家族会活動の立場から
四――保健所における精神保健の活動
五――精神病院の医師として
六――地域作業所の立場から
七――職親制度と精神障害者
八――多様な形の作業所が必要
九――次の一歩をすすめるために

助川　司会をさせていただきます神奈川県精神保健センターの助川です。

ここでは、メンタルヘルスの中心である精神障害者問題に焦点を当てて語っていただく場にしたいと思っています。

座談会の進め方ですけれども、まず私が「調査季報」の読者など、皆さんの理解を進めるために、導入の意味で、精神障害者やそれを取り巻いている社会的な状況について話させていただきます。その後、出席者の方々に、自己紹介を兼ねて現状を話していただきたいと思います。その後、きょうのテーマである「地域における精神保健活動の実際と課題――ともに生きる地域社会をめざして」についての座談に移らせていただきたいと思っています。

一――精神障害者を取り巻く状況

まず、精神障害者及びそれを取り巻いている社会的な状況について、大変せん越ですが、私の方から触れさせていただきたいと思います。

さて、精神の問題は、これまでは狭い意味でとらえられてきました。つまり、精神病者とか、それらを取り巻く関係者だけの問題というようにされてきたわけです。しかし、ここ数年の間に、心の健康とか不健康、この特集のテーマでありますようにメンタルヘルスということが頻繁にいわれるようになってきまして、以前よりは広く国民全体の問題として認識されるようになってきたのかなという気がします。

ご承知のように、昭和六十三年の法改正では、これまでの精神衛生法が精神保健法に改められ、その中の第二条で「国民は精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、及び精

小坂　功（神奈川県精神障害者連絡協議会・やまゆり会会長、よりよい精神医療をめざすあすなろ会会長）
菊池　正（横浜市精神障害者家族連合会会長）
児玉三千江（泉保健所医療ソシアルワーカー）
佐伯　彰（神奈川病院院長）
吉塚晴夫（横浜市精神障害者地域作業所連絡協議会事務局長、あかね工房指導員）
小林光政（神奈川県精神障害者職親会会長）
司会・助川征雄（神奈川県立精神保健センター調査指導課副主幹）

神障害者等がその障害を克服し、社会復帰しようとする努力に対し協力するように努めなければならない」とうたわれております。つまり、国民自身が自分の精神的健康の保持増進に努めるということがうたわれたことと、国民の義務として精神障害者の社会復帰等に協力しなければならないという表現になったわけですが、この辺に時代状況の変化を見る思いがします。

まなざしを身近に移してみますと、都市化とか産業化が一段と激しくなっていく中で、狭い意味の精神病ばかりでなくて、青少年の問題、うつ病、アルコール依存症、その他さまざまな神経症、社会的不適応の人々が激増しているという状況です。精神病とか社会的不適応は、それが出やすい年代とか、個人差はありますが、それにしても今やだれもが精神病になってしまう可能性にさらされている、ということがいえると思います。

もう少し絞り込みまして、特に精神分裂病等の人たちの社会的な状況はどうなのかというと、昔と比べてさまざまな変化がみられます。

その一つは、精神薬の開発によって幻聴とか妄想という症状を治療することができるようになってきた、ということがあります。

第二に、その結果、精神障害者の治療や援助が、病院中心から病院及び地域中心に変わってきて、在宅の外来患者さんが増えたということです。

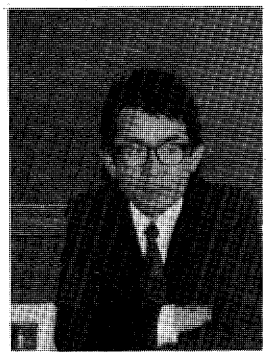
第三に、それらの患者さんやその家族に対する地域の社会的支援が多様になってきたこと、例えば保健所のデイケア、家族教室、地域の家族会、作業所、職親活動などです。

第四に、それらを束ねる組織、団体活動も活発になってきています。中でも、精神障害者の正しい理解とか、社会復帰対策促進のためには、「自助活動」、当事者による運動をこのように呼んでいるわけですが、自助活動は今やなくてはならないものになってきている、ということがいえると思います。

第五に、それらを踏まえて、さらに地域ぐるみの支援ネットワークをつくっていくとか、そういう発展のさせ方が、保健所等を拠点にして地域でどんどん取り組まれているのが実情だと思います。

そういう状況の中で皆さんがそれぞれの立場で活躍しておられるわけですので、自己紹介かたがた、やっておられることを自由にお話ししていただきたいと思います。まず患者会を代表して小坂さん、お願いします。

助川さん



二――患者会活動の二十年

小坂　私は、自助活動グループ「あすなろ会」と「やまゆり会」に参加してます。あすなろ会は今から二十一年前、作業療法やレクリエーション療法が医療としてまだ認められていないとき、病院の職員や家族が中心になってつくりました。

お礼のはがきがきっかけに

私には、当初患者会をやろうという気持ちは毛頭ありませんでした。他の人に比べて六カ月という短い入院でしたが、患者仲間にとてもよくしてもらい、楽しい入院生活が送れたので、退院後、みんなにお礼のはがきを出しました。後日、病院に行って聞くと直筆の手紙を受け取ったことのない患者がとても多く、なかには、何年もの間、年賀状すらもらったことのない人もいました。こんなことで喜んでもらえるならと、私は、毎朝何通かのはがきを書き続けました。病院の都合で「あすなろ会」が事務局を外に出すと言ったときに、いろいろな人の住所が分かっているということで私の家に事務局がおかれました。病院の中に事務局があるときとは違い、小坂個人の家からあすなろ会の例会の通知をもらっても、医師や医療機関の参加していない会への仲間の集まりはよくありません

でした。でも、ニュースや便りは欲しいのです。それが唯一の外部との人間らしいつながりだったのです。寂しいときだけ電話をかける、ニュースや手紙は欲しいという一方的な要求だったのが、それから二十年、今、いろいろな仲間の手で、横須賀、横浜、東京の患者中心のあすなろ会とあすなろ家族会の四つにわかれ大ぜいの人がニュース作りに参加し、電話相談にも応じて、大きく変わりました。

作業所についても、どんな作業所をつくるかということを十七年ぐらい前に、あすなろ会で話しあったのですが、大きいコンクリートの建物などはいやだ、戸をあけたときに隣のおばさんが立っていたり、隣の家の家族の笑い声が聞こえるところで生活をしたいということで、浦島共同作業所をつくりました。その後、家族会が横須賀にはまゆう作業所をつくっています。一つの会で作業所を二カ所も設立したということは、この会の歴史の長さを物語っています。

患者は、まだ崖っ淵に

きょう作業所の人に聞いてみたら、神奈川県の夜間と休日の救急医療センターの北里病院と芹香院を知っていたのは、二十人中二人しかいなかったのです。聞いていきますと、患者さんと医療機関が結びついているのかというと、そうではなくて、医者個人と結びついているのですね。「日曜日に具合が悪くなって行ったら、すぐ受け入れてくれるのか」と聞いたら、「わからない、多分だめでしょう」。「先生は毎日いるのか」「一週間のうちいる日といない日がある」「いないときに具合が悪くなったらどうする?」「わからない」。要するに、患者が立っているところはまだ崖っ淵なのです。主治医と個人的な結びつき、信頼度が深いから安心していられるけれども、この糸が切られたらどうなるのかという保障が本人に全く分かっていない、ということが分かったわけです。

小坂さん

もう一つ、うちの作業所は月曜日から土曜日までやっていたのですが、患者会活動も兼ねてやっていますから、指導員は夜も日曜日も出て歩くということで、月に二回、土曜日を休みにしたのです。日曜日が休みで、土曜日が二回休みとなって、どういう生活をしているかというと、ほとんど家にいますね。だれかの働きかけがあると外へ出る、例えば家族がお使いに連れていくとか買い物とか散歩に連れていく、そういう働きかけがないと大体家にいるわけです。

あすなろ会でアンケートをとって、何が一番困るかというと、単身者の場合、寂しくなるとやたらと電話して、電話代がものすごい額になるそうです。

お正月、作業所は長く休むので、やまゆり会の人にも呼びかけて、「ほんとうに行くところのない人は浦島作業所にいらっしゃい」とさそったら三十六人来たんです。僕はお正月らしく障子も張って、こたつも何カ所か置いたけれども、入り切らないので全部取り払った。これを見るといまだに行くところがないのですね。現状をもっと打開していくには、いつでも気楽に集まれるセンターがつくられなければならないと思うのです。

三――家族会活動の立場から

助川　続いて家族会の側から菊池さん、お願いします。

菊池　私が親元を離れて、アパートから会社勤めをしていたころ、四歳年下の弟が高校一年生のとき「様子がおかしい、専門医に診てもらった方がいいのでは…」と学校から母が注意を受けたようですが、父親の無理解から、精神科の相談や受診には結び付かなかったようです。学校から注意を受けた話を聞かされたとき、私は二十一歳でしたが、心配はしたものの、頑固な父親を説得して医療につなげる必要がある、とまでは大

事に考えませんでした。弟はその後、欠席は多かったものの高校を卒業し、手間取りながらも就職しました。ただし、短期間に転職を繰り返し、結果的には、注意を受けてから四年後、かなり悪い状態になってから入院したのです。

家族教室で精神障害者問題を知る

当時、精神疾患の治療、再発防止、社会復帰とかは、家族の理解と協力が不可欠ということで「家族教室」の開催や「家族会」の育成が市内の保健所で進められつつあったのです。ただし、このことは「家族教室」に参加するようになって、しばらくして分かったことなのです。ここで、精神障害者が法律による福祉対策の対象ではないということや、精神科医療が一般医療と比較して、技術的にも制度的にも立ち遅れていることなどが分かってきました。そして、この状況を変えていくには、共通の問題を抱えるもの同士が一体となって運動しなければならない、ということで、「家族会」になったのです。

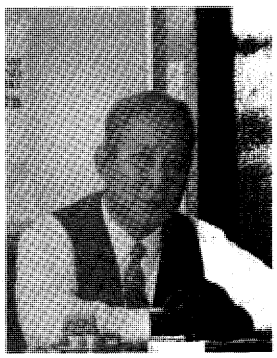
当時、病院、保健所家族会がほんのわずかしかなく、そういう状況の中で家族会の先輩から物をいう窓口を横浜で開いてもらおう、その連合体をつくろうではないかという呼びかけがありまして、もっともだと思って参加しました。二年位の準備期間をへて、横浜市精神障害者家族連合会（浜家連）の設立にこぎつけました。浜家連設立後二年半たったころ、小坂さんたちの作業所づくりの計画が伝わって来て、そのことが身近なきっかけになり、浜家連でも作業所をという話があったんです。ところが、負担の重い当事者たちに肩がわりさせるのかという意識があっていろいろ考えたのですが行政がこの問題に手を出すというのはここしかない、ここを踏み台にしてやっていかなくてはいけないのではないかということで、人材に恵まれた関係もありまして、浦島に引き続いて五十七年、金沢で「むくどりの家」をスタートしたわけです。

作業所づくりは、お互いに影響し合って加速度的に増えてきたわけですが、大変なんですね。市民グループとはいっても、実際は家族が中心になっていることの方が多いし、ほんとうの意味で地域の人が中心になって支えている組織は、ほとんどないのではないかと思っています。そうこうしているうちに、作業所も増え、こういう問題について論議をする機会も増え、勉強会、講演会も増え、ものすごいラッシュが続いているわけです。

市民権の拡大を

身近に交流できる「憩いの場」、気軽に受診出来る診療所とその環境づくり――調子の落ちたときに利用出来る病院ではない一時入所の場、スペースがひろくケアスタッフの充実した小人数の利用し易い作業所――、緊急を要する事態にスムーズに対応出来るシステム（夜間、休日を問わず対応する精神版救急病院）等々。前から言い尽くされているにもかかわらず実現してこないのはなぜか。行政が金を出さないから。行政にいわせると市民的了解が得られないからできない、そのイタチごっこなのですね。私も名案はないのですが、ただ一つ、最小限度しなければいけないのは、とにかく行政から金を引き出すこと。これは何につながるかというと、市民権を強くする、大きくするということ、行政が金を出すことによって、免罪符が少しずつ大きくなっていく、世間に認められてくる、不条理な話ですが、今はその時期かなと思っています。

菊池さん



四――保健所における精神保健の活動

医療につなげる仕事が大半

助川　今度は保健所の代表である児玉さん、お願いします。

児玉　横浜市の泉保健所で医療ソー

シャルワーカーとして働いている児玉です。

保健所は、いろいろな病気の方の相談を受けますが、精神障害者の方たちは、ワーカーの私たちが窓口で相談をうけています。相談内容は、入院から社会復帰までさまざまですが、精神障害という病気が一般にはまだまだよく分かっていなくて、病院もどこへ行って良いか分からない、ご家族で二年も三年も抱え込んでしまって、やっと保健所にいらっしゃるという方がかなりです。家に閉じこもっていらっしゃる方たちを病院までお連れするというか、医療につなげる仕事が大半だと思います。

また、退院した後、病院に長年通っていて、薬を飲みながら、退院した後、仕事につき途中で再発する、再発して何年も閉じこもってしまって、近隣とのいろいろなトラブルでようやく保健所へ来る方もいらっしゃるし、家族が逃げ出す寸前にいらっしゃる方もいます。そういう方を再び病院にお連れするという仕事があります。とにかく、病院に渡すまでの仕事が大半で、五〇％近くはそういう仕事です。

家族と病院とうまく話ができないとか、困った時に保健所に相談にいらっしゃるので、そこら辺りの調整役とか、退院してきてから行くところがない、仕事に行っても続かない、そういうアフターケアの問題が三〇％近くです。あとは、経済的な問題、家族の家庭生活の中における問題などです。

地域で患者さんを支える働きかけを

その辺だけならもっと働けるなという気がするんですが、保健所のワーカーの仕事は、その他に、その地域の一般の方たちが、そういう方たちのためにどんなふうに手助けができるか、ということへの関心をもってもらうための働きかけをしたり、というような仕事もやっていかなくてはいけないわけです。

その中でも大きいことは、当事者である患者さんをどういうふうに支えていくか、ということです。一番身近なのは家族ですが、残念ながら、家族自身が偏見を持っているということがかなりあります。身近なご家族に偏見を取り除いて、病気への深い理解を持ってほしいということからご家族への教育、本人たちのサポート役になってほしいということで家族会の育成援助もしています。

それから、家族教室を開いたり、生活教室と呼んでいますが、二十代で発病なさる方が多いものですから生活体験が少ないとか、病気の特徴として、人との交わりがうまくできない、その辺りをみんなで一緒に直していくとか、あるいは仲間づくり、職場へ行くための一つのステップとして、保健所で患者の集まりをやっているのです。週一回程度の集まりは、ほとんどの保健所でやっていますが、次ぎのステップはどこかということになってきますと、仕事先も一般のところではなかなか難しいのです。病気を理解してくださって働かせてくださるところ、そういう形での職場の開拓をしたり、お連れして、働いている、闇のトラブルを調整したり、という仕事もあります。

保健所に立ち寄って行かれる方も多く、職場の人間関係がまずかったり、ちょっとしたことですごく気になさる方も多いので、そういうとき「もうやめたい」というのが一番先に来るのです。話を聞くと、「今やめるとまた大変な思いをしなきゃいけない、家族に小遣いをもらわなくちゃいけない、言いにくい、ぶらぶらしているのはいやだ」ということになり、「あしたから行くから、さっき社長にはやめると言ってきたけれども、言いにくいから児玉さん、電話してくれないかな」と言われてみたり、目には見えないのですが、毎日の中での患者さんが一つのよりどころとして、保健所のワーカーや保健婦のことを思ってくれていることが多いのです。

そういうことに時間を費やしていますが、こういうことを理解してほしいという意味で、さまざまな働きかけを地域にしています。地域に出かけていって講演会を開いたり座談会を開いたり、また、泉区は新しい区ですので作業所づくりをやってい

ます。患者さんたちも、グループ活動が軌道に乗ってくると、ステップですからどんどん出ていきます。出ていっても難しさが残って、何とかこの壁を打ち破りたいと思っているのです。今までは患者、家族、医療機関、私たち関係者は、一生懸命いろいろなことをやってきたと思うのですが、これからは関係者だけでなくて、自分たちの問題として考えていかなければいけない、一般の人たちと一緒に活動ができないものかということで、取り組みを始めています。

五――精神病院の医師として

助川　では、次に精神科医のお立場から、佐伯先生、お願いします。

児玉さん

佐伯　自己紹介からいいますと、横浜の旭区に精神科の病院がありまして、そこに勤務しています。個人的なことをいえば、医者になって十五年目、今の病院に勤務して九年、院長になって五年です。社会的に見て、精神病院というのは信頼されてないようなところがあるのではないかと常々感じていまして、こういうところに出てくるとすぐ被ぎゃく的になってしまって、非常に辛い立場です。

急性期と慢性期

まず病気を大分けすると、よくいわれるのは急性期と慢性期です。急性期というのは、ある人の個人的な状態が混乱して、自分自身で何だか分からない状態になってしまう、その原因として幻覚があったり、妄想があったり興奮があったりするんですが、医者の立場からいうと、急性期の治療の方がやりやすいのです。ただ、急性期の治療の場合、タイムリーに病院につなげられるかということが問題ですが。薬を使って徹底的な治療を行って、ある程度精神的に安定したときに精神療法的アプローチをやれる、急性期状態は三カ月ぐらいすれば安定して、社会に戻っていけるのではないかと思います。

慢性期状態はどうなのかというと、もともとこういう患者さんは内気な人が多いのですが、社会生活に不器用なために変化に対応できないとか、無理して変化しようとすると急性期の状態に戻ってしまうとか、社会で生活していく状態がもろい状態になっていく。

慢性期の状態は病気の流れの中にあると思うのですが、変化の乏しい人が精神病院という枠の中に居続けることによって、社会的接触がだんだん少なくなるわけです。変化に対応できない、変化が嫌いな人が変化を避けるような状態があったらどうなるかというと、ますます社会が遠ざかって浦島太郎みたいになってしまう、そういう状態がふえてきています。入院している人のうち最低五〇％ぐらいは慢性期の患者さんではないかと思います。

病院は一時的な避難場所

精神科の病院は何をやるべきか、何ができるのかとよく聞かれるのですが、逆に精神科に何を期待して、何をしてほしいのですかとお聞きしたいところもあるのですが、社会で生活していた人が精神的な状態が混乱してしまった時の、一時的な避難場所であるべきではないかと思うのです。ある程度落ちついて、社会に戻れる状態になったら戻っていけばいいと思うのです。しかし、患者さんを担当したら、慢性期の患者さんをどうしていこうかを考えなければいけなくなったわけです。

生活の場であり、その場で治療するというより、治療的な空間、その空間は心理的な空間でもあるし、物理的な空間であるけれども、広げなければいけないのではないか。いっぺんに広げると患者さんはパニックを起こすから、例えばある患者さんを連れて久ぶりに外出した、外出だけで緊張して、電車に乗るために駅まで行くのですが、切符がなかなか買えない、「先生、買ってください

よ」という状態ですから、そこのところから練習しなければいけないというわけです。

慢性期の治療は一緒に行動すること

急性期の治療は薬とか精神療法などで対応していたのが、それどころではなくて、生活の基本的なところから一緒にやっていかなければいけない。教えるだけではわからないから、一緒に行動していくことが慢性期の治療になるような感じがしたわけです。今やっていることは、慢性化してしまった人が楽しく外に出ていくことを考えようということです。

そこで問題なのは、外に出ていくのは大変なことです。例えば、病院からある地点に行く、三十人の患者さんを連れていくことになると、バスで連れていけば簡単ですが、そこに行って遊ぶことだけでなく、そこまで行く過程が大事であるということで、バスや電車という交通機関を使って行こうとするわけです。三十人いっぺんに連れていけなくて、一人の看護婦さんが連れていけるのは多くて五人ぐらいで、グループ分けをしなくてはいけない。看護婦さんもいやがるのですね。事故が起こった場合はどうするのか、ずっと緊張していて、帰ってきたときにはへとへとになっている。一生懸命やってくれますが、事故が起きたときは「院長が責任を持つから行ってきなさい」と言うのですが、果たして無事に帰ってくるかどうか非常に心配で、枕を高くして寝れない、頭が痛い、肩が凝るという生活ですが、そうやって出かけていきます。

出かけていくにしても、付き添いの看護婦さんの交通費も払わなければいけない。やればやるほど、こちらは精神的に責任を感じて疲れてくるし、病院の経営に圧迫をかけてしまう、そういうジレンマに追い込まれています。

社会復帰していく人を見ていると、うまく作業をやる人より、うまく遊べる人の方が適応しているのですね。うまく遊んでもらえればいいのですが、遊ぶことが苦手、病院でやっている作業に参加している人がいるのですが、そういう患者さんを集めてミーティングをしたことがあるのです。病院の中で作業をやってはいけないから、病院から出て、作業所として倉庫を借りたわけです。その支払いも幾らかあるのですが、そんなにお金をかけるのならやめた方がいいなと思って患者さんに働きかけたら、「それをとったら何して生きていくのか、とにかくやらせてくれ」と逆にお願いされて、続けているのです。続けることの中からリーダーが出てきたり、グループで話し合ってみんなで遊びに行くとか、その中で社会性が出てきたり遊ぶことを覚えたり、だんだん外に目が向き始めたので、続けていてよかったのではないかなと思います。

援助すべき人が疲れ切っている

きのうも保健所の嘱託業務で五時半までやっていたのですが、作業所も保健所も忙しくてみんな疲れ切っている、病院に帰ってきたら、看護婦さんたちも一生懸命やっているけれども、疲れ切っているのですね。一人の患者さんを支えて社会の中で生きていく、それをいろいろな立場で援助するのだと思うのですが、援助すべき人がみんな疲れちゃているのですね。

最近思うには、自分の仕事は患者さんとか家族にアプローチするだけでなくて、職員をいかに燃え尽きさせないかということを考えなければいけなくなってきた。我々にとって一番大事なのはスタッフで、いかに優秀な人を集めて、燃え尽きないようにするかということです。

せんじ詰めれば、保険点数が異常に低いこと、精神医療に対する社会的評価がなされていないこと。我々はどういうふうに受け入れられるように行動すればいいか。今、病院でやれることは何かというと、せめて

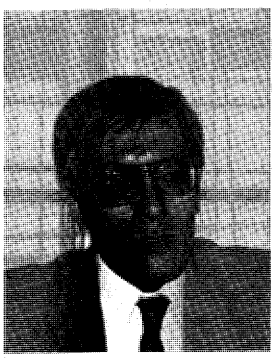
地域に影響を与えようと思って、地域にいる人たちとの接触を増やしたい。ただ、地域に出ていくのも、院長としては不安が強いです。責任もあるし、お金もかかるし、スタッフを余り疲れさせないように、これをバランスよくとってやるにはどうしたらいいか日夜考えているところです。

六――地域作業所の立場から

助川　次に、地域作業所の指導員のお立場から吉塚さん、お願いします。

吉塚　自己紹介から始めさせてもらいます。現在、横浜市内には精神障害者地域作業所が十六カ所ありまして、十四カ所が連絡会をつくって、さまざまな活動を行っています。名称は横浜市精神障害者地域作業所連絡協議会、長いので市精連という略称を使っていますが、市精連の事務局長をしています吉塚です。私自身は保土ケ谷区にある地域作業所あかね工房の指導員をして、一応、生計を立てています。

吉塚さん



地域作業所とは

地域作業所はどういうものかといいますと、精神障害者地域作業所の場合、病院退院後の受け皿としての重要な機能があると思いますし、在宅で行き場所のない人たちの集う場、こういう二つの目的があると思います。これを公式な言葉でいえば、成人期障害者の労働と社会参加の場ということで地域作業所が位置づけられると思いますが、現在のところ、労働という部分では、ほとんど実現していない、後者の社会参加というところに力点を置いてやっている、というのが現状だと思います。

作業所は月曜から金曜、土曜日もやっているところもありますが、九時から四時ぐらいまで、通ってくる人たちのさまざまな活動の時間としてあて、レクリエーション活動、作業活動、社会見学、職場実習、そういうことも含めて、社会参加の機会を少しでも増やしていこうとしてやっているわけです。

レクリエーションや生活訓練も

やっていることは、軽作業を始めとしたさまざまな作業を、作業療法という意味合いでやっています。作業所に通ってこられる人たちは、病気の後遺症とか、社会から切り離された中で生活していることから、持続力とか集中力、ほかの人との関係性をくんでいくことが不得手なので、そういうことを少しでもカバーするため、低下した能力を少しでも向上させていくため、そういうことを皆さんにやってもらっています。先ほど佐伯先生が遊べる人ほど社会復帰ば早いとおっしゃっていましたが、私も作業所にかかわっていて、そのとおりだと思うわけです。まじめに仕事に取り組んで、息抜きを知らないがために、またまたつぶれてしまうという人が多いです。息抜きを自分自身でできるようにするためのレクリエーション活動を、作業所の中で工夫して行っています。

それから、精神障害者の家族の方は年をとった方が多い。ということは、本人が近い将来において一人暮らしをしなくてはいけない状況が多くあるわけです。そういう状況に直面したとき、多少なりとも力になれるようにということで、調理実習とか社会見学、区役所の使い方とか銀行の使い方とか電車の乗り方とか、そういう基本的なことを含めてプログラムを組んでいます。そういうプログラムを私のような指導員が一緒にやり、またボランティアの人にもかかわってもらい、家族の人にもお手伝い願う中で皆さんが作業所に通ってきて、一日も早い社会復帰を目指しているわけです。

不十分な環境

そういう目的を持ってやっているはずですが、なかなかうまくいかないというのが実感です。病院から行

き場所がなくて作業所をつくったわけですが、数も足りないし、種類もないし、人もいないという現状がありまして、作業所の次の場所を何とかしなくてはいけない、ということが真剣な問題として出てきているわけです。病院にたまってしまう、それと同じように作業所にたまってしまう、いわゆる「滞留現象」ということが大きな問題として上がってきています。

今、作業所は、横浜市の補助要綱にのっとって運営されているわけですが、一年間に七百二十万の補助金の中で二人の指導員を雇用し、作業所の場（家賃）を確保し、さまざまな活動のための費用を捻出しなくてはいけないわけです。七百二十万円は平均的なサラリーマンの年収ぐらいではないかと思いますが、そういう金額で今言ったことをすべて賄っていかなくてはいけないから、すべてにしわ寄せがこざるを得ないわけです。

一家族四、五人が暮らすようなスペースの中に、二十人以上の人が毎日集まってきて、それこそ、うごめきながら何かをやっているという感じがしてしまうのですが、精神衛生上悪い状態でやっていると認めざるを得ないと思います。しかも、指導員に対して十分な身分保障ができないために、指導員が次々と変わっていってしまうわけです。

それにしても、病院を退院して後、そこへ行けばほっとすることができる、緊張なく自分の病気のことも話すことができるし、将来の不安についてもみんなと相談することができる、冗談を言い合ったりしてリラクゼーションを果たせる場所として作業所があることは評価していいことではないかと思います。いろいろな問題点はあるにしても、憩いの場というか、日中通える場所があるということは、それだけでも何かであるだろうと思います。

ただ、今後は、通ってくる人たちに対して、いろいろなことができるような場として質的なものを充実させていかなくてはいけないと思います。憩いの場としてある作業所が補助金の少なさから、風前の灯という形で、危うく運営されているのが実情ですから、もっとしっかりした運営基盤ををつくっていかなくてはいけないと思います。そういうことで作業所連絡会、市精連の存在意義もあると思います。

七――職親制度と精神障害者

助川　精神障害者の社会復帰に理解と熱意をお持ちいただいている事業主の方に一定期間障害者を受け入れていただき、指導訓練していただく制度を職親制度といいますが、長年職親として活動いただいている小林さんお願いします。

小林　なぜ職親を引き受けたのかということからお話ししたいと思います。いまから二十二、三年前、芹香院から一患者さんが院外作業という形で私どもの下請けに来ておりまして、その方がおやめになるについて、最初は患者さんであることを全く知らない状況で引き受けました。以来二十数年、職親を続けているわけですが、その間百五十人ぐらいの方を手とり足とりで手作りでやってきたわけです。その中でのいろいろな経験は、一日話しても二日話しても数え切れないぐらい、楽しいエピソードもあれば、悲しいエピソードもあるわけです。

小林さん

我々の地道な活動の中で、昭和五十五年七月、職親制度検討委員会が設置され、その後、五十七年に国の施策に取り込まれ、六十年から二十六県で職親制度が予算化されたといういきさつがあるわけです。職親制度の全国組織が六十二年にでき上がったわけですが、これとて大変な難産で、わずかな会員でスタートを切ったわけです。一年おくれて六十三年三月に、全国で四番目の神奈川県職親会が誕生したという経過です。

制度を取り巻く厳しい環境

まず職親の制度を広げていく上での問題点から入りますが、精神障害者に対する一般社会の人々の認識の低さには改めて驚かされるわけです。私ども百五十人からの人をお世話して、恐怖感にかられた経験は全くないわけですが、一般の人は、事件が起きたときにマスコミが大きな取り上げ方をすることから、それが偏見となって、恐怖感が根強くこびりついているのではないかという気がします。ですから、職親制度をよく理解していただいて、「やりましょう」といっても、ご家族あるいは従業員の皆さんからの反対等があって、受け入れが難しいという事業所もあるわけです。

第二の問題点として、精神障害者が疾病であるための非有利性が多々あるわけです。私、お二人の精神薄弱者をお預かりしていまして、いろいろな制度を比較してみますと、法的な面で相当違うのです。心身障害者としての位置づけをしていただかなければ、職域にもっともっと参加いただくとしても難しい面が出てくるのではないかという気がします。

もう一つは、経済的な環境の変化が速く、それへの対応についていけないということがございます。製造業は、高度化と自動化という問題で、労力をできるだけ機械化していこうという動きが顕著にあらわれているわけです。また第三次産業が急激に伸びてきたわけですが、第三次産業は人が人にサービスをするということですので、サービスを受ける側がサービスを提供するのは大変難しいことです。そういう面から、精神障害者の職域が狭められてきたといえるだろうと思います。

もう一つは、最低賃金の問題があるわけです。除外申請制度等の問題がございますが、能力的に一般健常者の半分以下というケースが多いのです。そうすると、最低賃金をクリアするだけの賃金を支払うことができにくい、職親の立場から見ますと、そこらがネックになっているわけです。

職親会として制度上の問題もあるわけです。この制度、今は神奈川県でも大分予算化していただきまして、我々とご家族の皆さんの努力によって訓練機関が二年ぐらいになったわけですが、法律の中では三年という文字が入っておりますので、できれば長くしていただきたい。現行、神奈川県では、訓練者に千円、訓練をしている事業所に千円、都合二千円ですが、これとてもう少し金額を上げていただきたい。

障害者の社会復帰に向けて必要なこと

今、職親として何ができるのかという点でございますが、会員の増強という問題に取り組んでおり、ビデオを作製し、マニュアルもつくりまして、二つの武器を使って会員の拡大をしていきたいと思っております。職親の、資質の向上についても研究会で事例発表、見学会等をやっております。また、今まで紙加工とかクリーニング、偏った職域に大勢の方が参加されているのですが、適性職業の開発ができるのではないかという研究も怠りなくしていかなくてはならないと思っております。

これから何が必要かという問題ですが、福祉工場の必要性を私、唱えております。福祉工場という特殊な作業所によって、せめて最低賃金は確保できる経済的な環境をつくりたいと思っております。職親を過ぎた方は福祉工場というところで引き受けていただけないか、福祉工場で最低賃金をクリアして自信をつけさせて、それから完全な社会復帰、全体的な流れとしてそこが終着点かなと思うわけです。

それから、大企業及び行政機関等のもっと大きなご理解をいただきたい。現在、精神障害者の社会復帰の中で、大企業、行政機関の受け入れはほとんどゼロではないか、これはもっと考えていただきたい。

もう一つは行政の一元化です。どんなことがあっても県と市が一緒になって、一番おくれている部分のかさ上げをしていかなくてはならない。県をお父さんとするなら市は母親です。我々は両親の顔色を見ながら事

を運用しているようではうまく進まない。

もう一つ、情報の一元化を図っていただきたいと思います。健常者ですら職業を選ぶことが困難な時代で、自分の適性に合わない場合は能力が発揮できないのです。まして障害を持った方が、当てがえられた職業で、いやいやその職業をやらなくてはならない、これは本人にとっても大変辛いことで、その効果も薄いだろうと思います。

この問題は前々から提言しているのですが、職業の開拓をまずして、そのデータベースをつくっていただきたいというのが一つです。これはプライバシーの問題がありますから公開はできませんが、この人はどういうところに適性があるのか、社会復帰できる状況になったとき、そのデータの提供があるという仕組み、官民一体でぜひやっていただきたいと思います。

八――多様な形の作業所が必要

助川　それぞれの立場からお話しいただき、それぞれすごい働きをしておられるなと感じました。

まず、今出てきた現状、問題提起についての質問、あるいは補足があれば出していただきたいと思います。

菊池　小林さんに伺いたいのですが、最後の構想の中で、企業が社員寮をつくったり、その中に作業所があってもいいではないか、大変結構な話で、すばらしいと思うのですが、その中に障害者も取り込むことになると、融資が受けられるから、そういうことをやってみたいということですか。

小林　現在、横浜市には瀬谷の横浜総合卸センター、もう一つは金沢の横浜マーチャンダイジングセンターの二つの卸団地があります。異業種の人たちが集まっているわけで、私どもの会社もその中にあるのですが、その中で、地域作業所をつくろうではないかという意見も出てきているわけです。

流通関係というのは、売れないものは返品するという制度があるわけです。返品されますと、値づけされて、包装も汚れたりするわけですが、そういうものを地域作業所の人たちにリパックしていただこうとか、千個あるものを百ずつ包装するとか、売りやすくするよういろいろなことを問屋筋は考えているわけです。だだ、離れているがために配送コストがかかるので、それなら中に地域作業所をつくったらどうかということで、今、研究しているわけです。県の宿泊施設が一部屋あいたままになっているわけですが、こういうものも有効に利用できるわけです。ちょっと押せば何かできるものが幾らでもあるので、そういう情報交換の場が少な過ぎるのではないかと思います。

助川　制度的な援護はまだ整備されていないけれども、ちょっとした工夫で使える場、やらせていただく場もあるわけですね。

児玉　すごくありがたいお話だし、輪が広がっていいなと思ったのですが、もう一つの側面を考えますと、地域作業所の性格を忘れてはいけないとおもいます。社会生活をみんなと同じようにしていくための手だてとか、そういうことが不得手な人がいっぱいいらっしゃるわけです。そういう方たちの訓練の場という一面もあると思うのです。そういう方たちにとって、電車を使ったりバスを使ったりして通うこと、人になれること、そういうことを頭に入れて考えていくことが必要ではないかと思います。

助川　もう一方の大事な、そして基礎的な面でしょうね、

小坂　さっき佐伯先生がおっしゃったけれども、社会的な適応ができない、けれども入院している必要がないという人たちが病院で生活しているわけです。その人たちが社会になれるためには、外へ出て、日常生活になれる集団の場が必要です。そこから作業所へ行く、さらに小林さんがおっしゃったような、ある程度生活が保障できる作業につく、階段は幾つあってもいいのです。

地域作業所に手厚い保護を

小林　この前家族会の皆さんからご招待を受けてお伺いした会で、こんな話をして皆さんの共感をいただいたのです。わかりやすくいいますと、病院は幼稚園、小学校の段階、地域作業所は中学の段階、中学を卒業した方が職親とか授産所という形で高校の段階、こういうぐあいに見ますと、現行制度では小学校、中学校は義務教育ですね。そういうことに置きかえていきますと、地域作業所、横浜市内に十六ケ所しかないわけです。つくられた方から見ると数多いわけですが、全体の行政から見ると少ないわけです。このぐらいのものは行政が百二十％面倒見ていいわけで、地域作業所までは義務教育の段階だと言い続けているわけです。それなら、職親、授産所を卒業した者は大学へ行けるのか、大学が福祉工場だろうと考えているわけです。

佐伯　慢性化された患者さんがすべてこのステップを歩んでいけるという錯覚を抱かないでほしい、それを抱いてしまうと過度な期待になってかえってつぶしてしまう。逆にいえば、そういうステップを歩んで卒業していける人は運のいい人、慢性化患者さんのエリートかもしれない。一直線でなくて逆戻りもある。高校から大学へ行くのでなくて、高校から中学へ戻ってしまう、小学校へ戻ってしまう場合もあるだろうし、また、小学校でずっと停滞する人もいるだろうし、中学で停滞する人もいるだろう。ステップを歩んでいく人より、停滞したり逆戻りしている方が多いのです。

小林　私がこのステップ論を出したのは、職親には自主努力で稼ぐのだから手を抜いていただいても結構だし、地域作業所までは何としても予算をうんとつけていただきたいということを強調するためのステップ論で、そこのところを間違えないようにしていただきたい。

病気を抱えてどう人間らしく生きていくのかが課題

小坂　僕たちが一番気をつけているのは再発で、ちょっと上がった段階の状態をどれぐらい長続きさせるか。下がってもいいのですが、下がった期間をどれだけ短くするか、ということの工夫ですね。早め早めに仲間が見つけて休養させて、また戻させる、という網の目が必要だろうと考えているのです。

精神障害者は必ず働かなくてはならないというものではないのです。病気を抱えてどう人間らしく生きていくか、このことが大事なのです。

患者の日常生活を見ていると、生活に全く文化がないのです。文化はテレビとテープ。助川さんがやってくれた「らくらくバンド」、浦島の二人はこれが何よりの楽しみです。僕は音楽運動を昔やったことがあり、音楽関係の団体と知り合っているので、入りの悪い例会のただ券をくれといって、やまゆりの連中を連れていくときぐらいしか生演奏なぞめったに聞けない。福祉に恵まれないで、底辺で生きていけるけれども、文化をつくることも含めて何とか文化的な生活にしていきたいと考えているのです。

吉塚　行きつ戻りつして、いい状態だと思うと翌日は非常に落ち込んでしまうということを繰り返しているのが、精神障害者といわれる人の特徴だと思います。今、そういう人たちを最も柔軟に受け入れているのが地域作業所ではないかと思います。幸にもうまくいって就職した人、職親さんにお世話になった人、続けばそれに越したことはないんですが、そこで調子を落としてだめになってしまう、そういうときに作業所へまた戻ることができるということだけでも保障されていれば、安心して「私も外へ出ていってみようか」と思うことができるわけです。

それぞれの作業所が特徴を出して、小林さんがおっしゃったような福祉工場に近い形態を目指す作業所があってもいいでしょうし、小坂さんがいわれたように文化をつくるという意図で出発する作業所も必要だと思うし、昼間だけでなく夜も休日にも集う場が確保されているという作業所、さまざまな質を持った作業所ができていくことが必要だと思います。

私、小林さんの話を聞いていてうれしかったのは、行政がもっと作業所に金を出さなくてはいけないということなのです。ほんとうにそのとおりで、毎年要望活動でも、そういうことをしているわけです。

もう一つ、小林さん、偏見の問題に触れられたわけですが、「都市生活とメンタルヘルス」ということでこの特集も設定されているわけですが、都市生活の中でのストレスが高まっていって、だれでも病気になる可能性があるといいつつも、たまたま精神障害者が事件を起こしますね、新聞でも派手に報道する、とんでもないことだとみんな考えると思うのです。「メンタルヘルス」という言葉によってすそ野が広がっていっても、偏見がなくなったりすることに通じるかどうか、疑問ではないかと思っています。

九――次の一歩をすすめるために

助川　突破口としては、小坂さんたちの自助活動とか、作業所とか市精連の取り組みがあるわけです。家族会の運動にしてもそうですが、当事者が足りないとかだめだという一方で、私たちはこういうことをやれるし、こういう人間である、こういう実態であるということをポジティブに出して行くことを根強くやってきていますね。この場を活用していくとすれば、その辺りをもう少し掘り起こして、こういうことであるという風にぜひ出していただきたいと思うのです。

菊池　吉塚さんが言われたギャップを埋める言葉は何も見当たらないけれども、「ともに生きる地域社会をめざして」、これに一歩近付く大きな担い手として地域作業所は評価しなければいけない。にもかかわらず、お金の出し具合からみると非常にひくい。GNPがトップレベルの国で相変わらずそういうことがとおっている。

新聞報道の仕方も考えて欲しい

小坂　患者会活動の原点は憲法です。憲法に書かれている人格とか人権を基本にしないと生きていけないから、これをずっと基本にしてきたのです。ところが、精神障害者とそれにかかわる人たちには憲法が生きていない。

例えば、連続幼女誘拐殺害事件の容疑者が精神病だったということになると、地道に活動している我々障害者が同じ危険な人間と見なされて、地域作業所やレクリエーション等の自助活動があやうくなります。絶えず、そういう危険性と隣合わせにやって来たわけです。朝日新聞の「精神病棟」という本を出された大熊記者と二十年前から話し合ってきているのですが、相変わらず精神障害者が起こした事件は派手に報道されています。患者はそのたびに萎縮し、活動をやりにくくしています。さらに、そういう書きかたをされることによって、偏見が助長され、病気になっても世間体が気になってストレートに精神科の敷居をまたげない、いろいろなところを回って、最終的に精神科へ来るからかなり手おくれになる。ということにもなるのです。

助川　患者だけでなく、我々も萎縮しますよ。

お医者さんも仲間になって

小林　二十何年もやっていますと、「医者のところへ行くと大げさになってしまう、自分が認めたことにもなるし、ひそかに何とか方法はありませんか、教えて下さい」といって相談に来る場合があります。僕はもちろんお断りするわけですが、ただ一つ、「早く専門医にかかりなさい」というわけです。

先生方にもう一つお願いしておきたいのですが、佐伯先生はお若いですからすぐ対応していただけると思いますが、ある程度年輩の先生方になりますと大変な権威を持っておられて、なかなか対応してくれない。我々も、病院がいつでも対応していただけるということを念頭に置きながら、安心して訓練者をお預かりできるわけで、先生方にも仲間意識を持っていただきたい。先ほどいったステップの中に含まれているものは、一家族、一グループと考えていただいて、もっと緊密な連絡をとるべき

ではないか。

助川　小林さんの仲間ではないかというお話に対して、佐伯先生、何か。

佐伯　そのとおりですね。我々、一人の患者さんを治療する場合、全体的に理解してということが基本ですが、疾病論とか症状論に傾きやすいきらいがあるんですね。一番大事なのは、そういうものに陥らないで、いろいろな人との接触を深めたいというのが正直なところです。我々、社会的資源を意外と知らないのですね。逆にこちらで「どこに資源があるのか」と聞かなくてはいけないなと思った次第です。

偏見を取り除くには実際に患者さんと交わることが必要

児玉　先ほど、みんなくたびれている、疲れているという話が出て、そうだなと思いました。また行政に対するいろいろなことが出ましたが、身のすくむ思いで聞いていたのですが、一個人としては皆さんと同じ思いが非常にあります。作業所の話が出ていましたが、一般の方たちから、なぜ行政の垣根を越えられないのかという声がいっぱい出てくるのです。もう一つ忘れないでやらなくてはいけないと思っていることは、偏見の問題です。

ここ一年ぐらいの活動を通じて、今まで衛生教育的な講演会をやったり、民生委員さんとか地域の中で相談役になっていらっしゃる方たちに、病気についての話をやりましたが、それは知識にしかすぎなかったのです。

「芽生えの集い」に全く関係のなかった人たちが毎回毎回出ることによって、「病気をしている方たちは自分たちと変わりない、感じていることは一緒、病気ということがどういうことなのか、本人たちと接して初めてわかった」、一年たって皆さんそうおっしゃるのです。偏見を取り除くためには、こういうふうに実際に患者さんと交わることが大切なのです。

患者を支える網の目のネットワークを

小坂　二十年間、患者会活動をやりますと、患者会が小さいときは自殺が多かったのです。就職して、すぐ精神病院へ行っていることがばれて、二度目の就職の前に死んでしまうとか、いろいろなことで多かったのですが、会が大きくなり、ネットワークがふえて、作業所ができて、作業所での自殺事件は少なくなりました。

いろんなところから声がかけられ、いろいろなところへ相談を持ちかけられるという患者会活動があることは、かなり自殺を防いでいるのですが、歯医者と同じように精神病院の敷居をまたぎ、「この金歯何十万円した」とにこにこ笑いながら見せられるように抵抗のない病気になればそんな心配はないのですが、なぜか精神病だけ医療単価が低くて、出口のない医療制度だったり、福祉が貧困だったりする

病院や診療所に行っても、医師や看護婦、ケースワーカーの忙しく立ち働く姿を見て何も相談できずに帰ってしまう例も多いのです。今、医療従事者の中で、平気で患者に白衣の背中を見せる人が増えていますが、まず、患者の背中を見送ってから初めて自分も背を向けるという人は少ない。忙しいのは患者のせいではない。自分たちの職場の問題であり、絶対患者に転嫁してはならない。患者が存在して初めて自分たちの生活が成り立っているのに。患者と同じ高さの目線で話を聞く職員の少ないのにはあきれる。自殺も度重なるとあまり痛みを感じなくなるものです。それがなにより恐ろしいことですね。

助川　私がいうまでもなく、大事な点が出たのではないかと思います。行政がやらなくてはならないことは山ほどあるし、皆さんが悪条件の中で取り組んでいる内容を足場にしていくほかないという現実もあります。お互いにいろいろな場で手を取り合っていくことの大事さを改めて認識しました。