

KSK

発行 KSK 神奈川県障害者定期刊行物協会  
〒222-0035 神奈川県横浜市港北区鳥山町1752番地  
障害者スポーツ文化センター横浜ラポール3F 横浜市車椅子の会内

# あゆみ会報

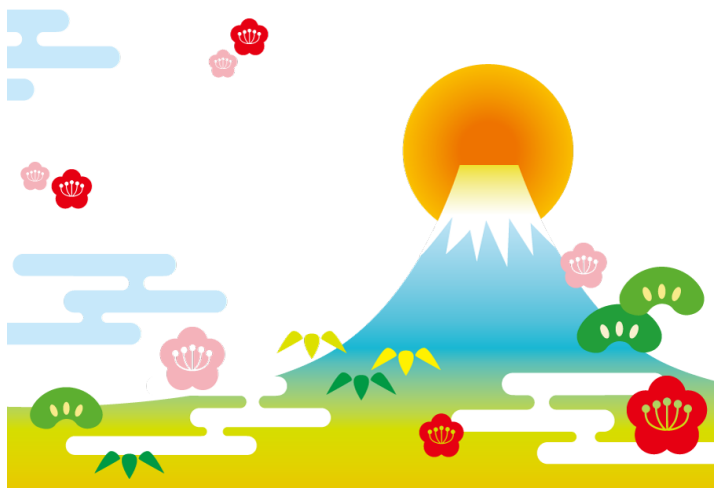
2019年1月号 第138号

編集 湘南あゆみ会  
〒254-0807 平塚市代官町21-4 SEA平塚ビル3F フレンズ湘南内  
TEL/FAX 0463-24-0420  
定価 50円（会員は年会費に含まれています）

新年おめでとうございます。

本年も宜しくお願い申し上げます。

2019年 元旦



会員の皆さまにはご健勝にて新年をお迎えのこととお慶び申し上げます。日本の精神医療・保健・福祉が大きく前進する年になるように、心を合わせ、力を合わせて頑張りましょう。精神疾患に罹患する人の数は毎年増加し、今や5大疾病（糖尿病、心疾患、がん、脳血管疾患）のトップになりました。子どもから老人まで多くの人が心の問題を抱えています。私たち家族の力が社会の役に立つように、国の政策に影響を与える力になるように希望を持って声をあげ続けましょう。一人の力は小さくても集まれば大きな力になります。

## 報告

12月定例会 講演会 参加者16名

去る12月11日「精神科医療の改革と展望」というテーマで、NPO法人うるおいの里理事長 氏家憲章氏にお話をさせていただきました。

氏家氏は長年に亘り、精神科医療の現場を見てこられた経験から、「一見変わっていないように見えても、一歩踏み込んでみると大きな変化が始まっている。精神科医療改革が避けられない時代が到来している」と言われます。（以下概要）

### 1、今日の精神医療の到達点はどこまで来ているか

<精神疾患は糖尿病や高血圧と同じ>  
薬で治せない。早期発見・早期対応なら薬も必要ないか少量で済む。遅れば重症化する。  
しかし、精神疾患の人たちの状況は、糖尿病や高血圧の人たちと大きな格差がある。

<日本は入院中心の精神医療政策>

①生き方に大きな影響を与える在院日数  
海外は1か月以内 地域生活中心の医療政策  
日本は3人に2人は1年以上、4人に1人は10年以上、10人に1人は20年以上の長期入院  
海外：地域で医療と生活の支援体制確立  
日本：地域での支援体制ない・弱い

②日本は世界最大の精神病床大国  
精神病床数（人口1万人当たり）  
日本 26.9 アメリカ 2.5 イギリス 5.4  
イタリア 1.0 ドイツ 12.1 スウェーデン 4.7  
人口比：日本は世界の1.6%  
精神病床数比：日本は世界の19%

③日本の医療従事者数は先進諸国の数分の1  
精神医療で最も重要な医療資源は多職種の豊富な人材です。職員数の多いか少ないかは医療の

質に直結します。

	日本	イギリス	イタリア	ドイツ
1人の職員が担当する患者数（出典 WHO2005）				
精神科医	30.2	5.3	1.9	6.4
看護師	4.8	0.6	0.7	1.4
PSW	18.1	1.0	6.3	0.2
臨床心理士	40.6	6.4	—	1.5

精神病床大国 ⇔ 医療の質最低国

## 2、なぜ、日本は海外の精神医療と大きな格差が生じているか

1) 隔離・収容の精神医療政策を見直した海外  
1960年代から精神医療の進歩を反映し政策転換

①医療費の増大 ②人権上の問題 ③施設症問題  
精神医療の考え方を転換

病気を治すことを優先（薬・長期入院）⇒精神障害者の想いや目標を実現する支援に切り替え

2) 隔離・収容の精神医療を見直さない日本  
1950年精神衛生法制定 私宅監置を禁止し、精神科病院への入院中心の隔離・収容に転換

1954年第1回精神衛生実態調査  
精神障害者130万人中、要入院者35万人に対し  
病床数3万7千 ⇒増床政策を強力に推進

3つの優遇策で民間病院に依拠  
①精神科特例を新設 少ない職員体制を認める  
医師 一般病院（医療法）入院患者16人に1人  
精神科病院（精神科特例）48人に1人

看護師 一般病院 4人に1人  
精神科病院 5～7人に1人  
薬剤師 一般病院 70人に1人  
精神科病院 150人に1人

②医療金融公庫新設 資金調達優遇  
誰でも精神科病院設立可能 儲かるとうわさ  
③在院患者の確保を保障するため措置入院の「経済措置」を認める

20年間で精神科病院と病床が3倍に増加  
1994年36万2千床 それ以降高止まり

## 3、精神科病院は一般病院と区別 差別扱い

1) 医師は一般病院の4分の1、看護師は半分  
2) 日当点（患者1人1日当たりの入院料単価）  
一般病院 38,114円  
精神科病院 12,019円 （3分の1）  
医療法を守れない精神科医療費

3) 安上がりの精神科医療  
医療費の比率（2013病院報告）  
全疾患の在院患者 127万5千人  
精神科在院患者 30万0千人（23.5%）  
国民医療費 28兆7,447億円  
精神科医療費 1兆8,810億円（6.5%）  
医療を受ける側と提供する側の犠牲の上に成り立つ政策

なぜ精神科病院は差別されているのか  
＜日本の精神医療政策の特徴＞

明治以来精神疾患を危険視し、社会防衛的視点に立つ施設収容の政策

戦前は私宅監置、戦後は病院収容  
犯罪率：精神障害者は一般国民の1/3

2002年 一般国民1.96% 精神障害者0.67%  
＜日本で精神医療改革が進まない理由＞

・時代遅れの精神医療政策  
・精神病床の9割が民間病院

## 4、日本で精神医療改革は可能か

1) 深刻化する国民のこころの健康問題  
①精神疾患は5大疾病のトップ（2014患者調査）  
精神疾患392万人 糖尿病243万人  
心疾患161万人 癌152万人 脳血管123万人

②誰にも関係するこころの健康問題  
自殺者数 日本はサミット参加国でトップ  
日本18.7 フランス15.8 アメリカ12.5  
ドイツ10.8 カナダ10.5 イギリス7.6  
イタリア6.9（単位人/10万人 WHO2015）

2) 精神科病院は行き詰まり経営崩壊始まる  
精神疾患は地域での社会生活が行なえる時代  
大量の精神病床は必要ない

①入院の短期化 ②長期入院者の高齢化  
《病床利用率の推移》（出典 病院報告）  
1960年106.2% 1980年102.4 1987年99.0  
2009年89.9 2017年85.5（認知症を除くと60）  
全国の精神科の空病床は4万8千床以上

## 5、なぜ精神科病院の経営崩壊の危機が進行しているか

精神医療の進歩により入院医療の役割が低下  
精神科病床6万4千床で間に合う時代  
＜精神医療の進歩と精神科病院の変遷＞

①精神科病院の台頭期 1880年頃～1960年迄

②精神科病院の衰退期 1960年～1980年迄

③精神科病院の役割が終焉 1980年以降今日

＜ベルギーの精神科医療の改革が参考＞

ベルギーは欧米諸国で唯一精神病床の85%を

民間病院が占める 日本と似た状況

2010年から精神科病院の経営者も賛同し、病床を削減。削減した病棟で働いていた医師や看護師は地域に出て急性期と慢性期の訪問医療チームを設置（医療側が出向く）。

政府は患者が減っても廃止前の収入を5年間保障。ベルギーの精神医療改革は日本の改革の方向を示す。

＜ベルギー視察で痛切に感じた事＞

ベルギーの医療従事者は30年前から精神医療の改革を望んでいた。EUは自由に行き来ができ、情報が入り視察している。関心のある人たちだけにとどまらず、医療関係者全体・社会に情報が入る。日本の医療従事者・社会は1950年代の認識に止まっている。海外の精神医療改革の動向が広く知られていない。情報が入らない島国。世界の孤児。

## 6、私たちが時代の進歩に伴う考え方の転換が不可欠

当事者も精神医療も変化していることを見逃していないか 問題を全て病気のせいにしてないか

問題の背景の多くは病気ではなく、生活上の問題

＜最大の問題は当事者が自信を持ってないこと＞

治らない病、社会から評価されない ⇒

夢も希望も失っている。 治癒力が発揮しない。

＜当事者と家族の状況を改善する＞

①家族は諦めてないか ⇒当事者の変化・成長を見逃してないか

②当事者を低く見てないか ⇒一番状況が悪かった時を基に見てないか

③家族が頑張るほど ⇒当事者の自立や自主性が奪われてないか

④当事者の状況に一喜一憂 ⇒動揺させてないか

⑤当事者への対応や支援は適切か ⇒見直しが必要ではないか 良い支援、他者による支援も考慮  
＜精神医療改革が進む2大条件＞

①精神医療政策などの客観的情勢が成熟している

②精神医療改革を求める世論に変化が起きている

・精神疾患・こころの健康問題に対する国民の認識が大きく変化

・精神医療の今日の到達点（地域生活中心・短期入院）が知られてきた

・マスコミの報道が大きく変化

・国会で意見書採択・請願を全会一致で採択

・こころの健康構想会議の運動・病棟転換型居住系施設反対の運動

精神医療政策の要の精神科病院の経営行き詰まり 経営崩壊が始まっている

＜世論を変える（知らせる）取り組みが益々重要 ⇒精神医療改革のカギ＞

映画「夜明け前－呉秀三と無名の精神障害者の100年」の上映

パンフレット「今こそ変えよう日本の精神保健福祉、明けない夜はない」の普及 全国的な取り組みに発展させる

（感想）もう改革の動きは始まっている。世論作りが大切という希望の持てる力強いお話でした。



## 報告と感想

じんかれん研修「障害年金受給のポイント」

講師 白石美佐子社会保険労務士

12月4日 今年度最後のじんかれん研修が横浜県民センターで行われました。講師の白石美佐子氏はこの道13年のベテラン社会保険労務士。

その熱意と分かりやすいお話で全国からお呼びのかかる人気講師。月刊みんなねっと誌に「事例から見る精神障害者の障害年金の実際」を連載中です。この日も朝早くに安城市から来て下さり、認定をとるためのコツについて細かくお話をして下さいました。（以下概要）

「障害年金の審査は、障害厚生年金は日本年金機構本部で、障害基礎年金は各都道府県事務センターで行われてきた。しかし、障害基礎年金の不支給率には地域差があり、最高6倍の差があることが分かり、平成28年1月から厚労省は等級判定のガイドラインを導入した。

診断書に記載される「日常生活能力の程度」と「日常生活能力の判定」を数値化して組み合わせ、認定する等級の目安とする。

障害認定医はその他様々な要素を考慮して総合的に等級判定する。考慮する要素は5つ、①現在の病状又は病態像②療養状況（入院か通院か、治療歴など）③生活環境（同居している人がいるか、福祉サービスの利用状況など）④就労状況⑤その他。ここで大事なものは①と④。医師は家でのことは良く分からないので、細かい事までメモに書いて医師に見せる。なるべく沢山書く。診断書表面のイ欄は具体的に書く。生活環境が一人暮らしでも1級がとれる。支援は受けてなくても必要と書く。就労状況は周りの支援や配慮があって就労できていることを、また就労中の出来事などを具体的に書く。日常生活能力の判定は、親や周囲からの援助が全くなく、単身で生活した場合どうなるかを考えて書く。7項目の合計数を7で割った平均数が等級表にはまっていること。予後は不詳と書く。曖昧な言い方ではなく不能とはっきり書く。良くなったことではなく、できないことを書く。社労士に頼むとお金がかかるので、家族が書けるようになることが一番。分からないことは電話でご相談ください。厚労省と闘う覚悟でやっていますという若く、頼もしい社労士さんでした。  
<連絡先>白石社会保険労務士事務所 愛知県安城市三河安城本町 2-1-10 カガヤキスクエア 605 ☎0566-91-3128



**これからの予定**

**2月定例会 SST 勉強会**

講師 高森信子先生

2月12日（火）13時30分～16時30分

ひらつか市民活動センターB会議室

今年度最後の勉強会です。寒い時期ですが奮ってご参加下さい。個人的に相談のある方は勉強会終了後、時間をとって下さいますのでお知らせ下さい。

**3月定例会 家族交流会**

3月12日（火）13時30分～16時30分

ひらつか市民活動センターB会議室

久しぶりの家族交流会です。お互いの体験を話し合ひましょう。上手く行ったお話し、上手く行かなかったお話し。全部私たちの糧になります。共に喜び、共に悲しむ。共感し合える仲間がいるということは大きな励ましです。初めての方も遠慮なく参加なさってください。

**《新刊紹介》**

「なぜ、日本の精神医療は暴走するのか」

次の“被害者”はあなたかもしれない。

佐藤光展著 講談社

これから皆さんに紹介するケースの数々は、きわめて衝撃的で現実離れしていますが、2010年代のまさに「今」起きているノンフィクションです。暴走は、精神医療とその患者に対する日本社会の無関心さによって許され、促されています。被害者が必死に声を上げて、この社会は「頭のおかしな人がおかしなことをやっている」と、あっさり切り捨ててきました。結果として、精神医療という名の人権侵害はますます深刻化し、強制入院や隔離、身体拘束が急増しています。（中略）

精神医療の惨状を本書で直視し、怒りや悲しみ、危機感を抱いたならば、ぜひ、声を上げてください。「今の精神医療はおかしい」と。その一言が集まれば、精神医療は必ず変わります。あなたや家族が、次の被害者にならないためにも。（紹介文より抜粋）

2018年11月

佐藤光展

❖❖平塚シネサロン映画会のお知らせ❖❖

「妻よ 薔薇のように」（家族はつらいよⅢ）

2019年2月22日（金）

平塚市中央公民館 大ホール

上映予定時間 1回目 10:30～12:29

2回目 14:00～15:59

料金：大人1人1000円（シネマ友の会員900円）

〔原稿募集〕 旅行記、読書感想、雑感、詩など、なんでも結構です。内容の豊富な会報になるように皆様の原稿をお待ちしています。（編集部より）