

JAMHP NEWS 52号



日本精神保健福祉政策学会

2017年 秋

今日の話題

《家族会の一相談員からの提言》

『すべての市民を基本的に「保護する役割」と「その権利を擁護する役割」は、明確に公的機関が担うべきである』

(国が負うべき「保護者」や「権利擁護」の役割を、本人の「家族」に期待することのおかしさを、ある事例を通してお伝えします)

野村 忠良 (日本精神保健福祉政策学会理事)

●相談にみえたAさん

8年前のことである。筆者が相談員として所属している地域家族会に、ご婦人Aさんが相談に来られた。

お母様がその時より3年前頃から認知症になられ、その1年後には脳卒中を起こして入院なさった。以来、Aさんは独り暮らしになられた。それまでは、お母様とふたり、お母様のわずかな年金でやっとのことで暮らしていらした。生活保護を申請したが、持家に住んでいたのとAさんに障害認定がなされていなかったため、受給できなかった。

Aさんは、子どもの頃からいじめに遭い人間関係が苦手になって、思春期になり就労しても長続きしなかった。その結果、お母様に守られてひきこもり生活を長年続けてこられた。

Aさんが生まれてすぐにお母様が離婚なさったのでお父様の顔を知らず、きょうだいはいない。親族からは怠け者と見られ、付き合いを拒否されている。一人の従弟だけは付き合い合っている。

10年前にお母様が自宅の風呂場で脳卒中で倒れたとき、そのまま家で二人で餓死するつもりでいたのを近所の人が発見し、市役所に相談するよう

Aさんに勧めてくれた。市役所では、すぐにお母様の入院とAさんへの生活保護の支給を決め、Aさんは精神的に不安定になっていたため精神科への通院ができるようにしてくれた。市役所の支援はここまでであった。Aさんを障害者とは見ていなかった。

Aさんは、お母様に月に1度か2度は面会に行くが、病院が遠くて時間と交通費がかかり、負担感は大きかった。お母様は寝たきりであった。それに認知症なので、せっかく心配して見舞っても目の前にいるAさんを、まるで他人を見るようにげげんな顔で睨んでいるだけである。それがとても虚しくて耐えられない。怒りさえ湧いてくる。Aさんと、一度面会に来た従弟以外には、誰も面会に来ない。それらのことがとても辛い。家は老朽化がひどく、平屋であるが強い風が吹くと揺れて怖い。お母様との平和だった日々には二度と戻れず、お母様がAさんを残して死に向かって徐々に遠ざかっていくのが心細い。お母様が死んだら生きていられるか自信がない。毎日、話す人が誰もいない。これからの厳しい孤独な生活を思い、夜は一人でよく泣いていたそうである。

さて、そのような状況にあるAさんがいちばん

相談したかったことであるが、横断歩道で赤信号を待っていると、度々声が聴こえてきて、車が通るたびに「飛び込めー、飛び込めー」と言うのだそうである。相談員である筆者は、この幻聴は、人との関係がなく独りぼっちで暮らしているAさんの不安と、希望のない将来が原因になっていると感じて、対策を講じることにした。

●家族会での支援

まず、毎月1回、家族会の部屋でAさんを囲んで筆者と女性の家族会会員との3人で昼食会をすることにした。これは、8年後の今も続いている。筆者と女性会員の負担でちょっと高級な弁当とお菓子を用意し、時間をたっぷりかけてAさんが話し飽きるまで、どんなことでも聴かせていただいた。Aさんは嬉しそうに次から次へと心に浮かぶ思いを話してくれた。過去のあまりに窮乏した生活の話になると、筆者たちは涙を拭きながら聴いていた。そして、真面目に生きてこられたAさんへの共感と敬愛の気持ちがいっそう深まっていった。Aさんの人生から、たくさんのことを教えていただけた。

何より嬉しかったのは、Aさんの表情が、最初にいらしたときの青白く虚ろな感じから、血色の良い生き生きとした感じに変わられたことである。最近は笑うこともある。この安心感は、毎月1回の会食だけでは生まれなかったかもしれない。親しい気持ちから、女性会員も筆者も、日ごろから気が向くとよく近況伺いの電話をかけていた。それが、Aさんには本当に嬉しかったようである。

言い遅れたが、8年前の筆者の提案で精神科医である主治医の許可を得て訪問看護に毎週1回、来てもらっていて、とても役立っている。社会福祉協議会の勧めで、家族の介護をしている人たちのグループにも参加なさり、楽しく通っている。

Aさんの就労については、精神科の主治医から、現在まで困難と判断されてきているし、自らもたくさんの心身の不調を感じて内科や整形にも通院されている。

大変だったのは、入院していたお母様が8カ月前に亡くなったときである。その数年前に、筆者

はAさんと相談して弁護士を紹介し、お母様に成年後見人を付けてもらっていた。後見人はお母様の身上監護と財産管理、Aさんのアパート入居支援、家の売却、その代金のお母様の預金口座への預入等をしてくださった。お母様が亡くなり、遺産はすべてAさんのものになった。

今から8カ月前のある日の夜中、Aさんから電話があり、病院からお母様の危篤の知らせがあったとのこと。筆者と女性会員はすぐに車でAさんの家に迎えに行き、病院へ。お母様はすでに息を引き取られていたが、Aさんはそれほど乱れることもなく、ご遺体に別れを告げ、病院や葬祭業者との手続きを済まされた。数日後、会葬者が一人もいない火葬に、喪主のAさんと筆者と女性会員が立ち会い、Aさんがかねがね予約してあった永代供養をするお寺の墓地に納骨ができた。Aさんの安堵感は一入（ひとしお）であった。心配された落ち込みも軽く済み、3カ月で安定された。今は、明るく笑顔で会話が弾むまでになられた。当事者のオープンスペースなどにも参加なさっている。

●精神科病院の入院患者について

Aさんを家族会の相談につなげたのは、通院を始めた精神科クリニックに置かれていた家族会の会報である。会報を読み、自ら、孤独と不安から抜け出ようとして頼って来られた。もし、そこに会報が無かったら、どうしていたであろう。Aさんは働けないので障害者の支援事業所を見学なさったが、ご自分は障害者ではないと思い利用なさらなかった。もし、相談員につながらなかったら、ご自分で訪問看護師や弁護士、成年後見人とのつながりをつくれたであろうか。市役所の生活保護担当課で、そこまで配慮してくれたであろうか。筆者の推測では、普通の人とみられて支援が届かず、老朽化した自宅に住み続けて寂しさと不安が高じて自殺を遂げていたか、行き詰って精神科病院に長期に入院なさっていたのではないだろうか。

精神科病院に長期入院なさっている方々は、家族がいなかったり引き取らなかったりの理由で退

院できない方が多い。家族がいない人や退院を家族から拒否される人については、公的機関が家族の代わりに退院を進め支えるべきではないだろうか。

また、Aさんがふつうの人として、笑い声が出るまでに安定を取り戻せた今回の家族会が提供したような支援は、本来は公的機関が責任をもって行うべきものではないだろうか。

●この国に足りないこと

以上の出来事を通して、筆者は日本の地域社会の支援の頼りなさを痛切に感じている。それを改革するためには、次のような取り組みがぜひとも必要と考えている。

(1) 地域住民への基本的な保護者の役割は国と自治体、公的機関が責任を持って果たし、すべて

の住民が一人の例外もなく、孤立することなく幸福に暮らせるように、家族の感覚をもって支える仕組みを整えるべきである。

(2) 一人ひとりの人権が、家族がいてもいなくても公的機関により確実に守られるように法律・制度の仕組みを整えるべきである。精神科病院の長期入院患者の問題は、国の責任回避、怠慢によるものではないだろうか。保護者の立場の人間が人権侵害をしないように見張る制度が必要である。

(3) 支援の仕組みのなかに、人間同士の日常的な親しい心のつながり、信頼される永続的な心理的支援を十分に組み込むべきである。すべての住民が人とのつながりを失わないように支援すべきである。

「早期介入」という家族支援

藤井 千代 (国立精神・神経医療研究センター)

措置入院か民間救急か

この秋、衆議院が解散となり、審議中だった精神保健福祉法改正案は廃案となった。法改正の趣旨説明資料は、当初、昨年7月に起きた相模原事件を挙げ「二度と同様の事件が発生しないよう、以下のポイントに留意して法整備を行う」と書かれてあり、事件の再発防止のために法改正を行うとしか読めない文章であった。後にこの部分は削除されたものの、これでは、治安目的の法改正であると批判されるのも当然であろう。なぜこのような趣旨説明になってしまったのか、まったく理解に苦しむ。とはいえ、措置入院の運用や退院後の支援のあり方については、かなり以前から認識されていた課題である。十数年前に行われた医療観察法に関する国会審議においても、措置入院の運用に関する地域差や、退院後の医療の継続に関する問題について言及されているが、医療観察法の成立・施行後は、あまり大きくとりあげられてはこなかった。

このたびの法改正議論の中で改めて問題視されたのが、人口あたりの警察官通報の数や、措置診察率、措置入院率の大きな地域差である。地域差に関連する要因については、現在調査中であるため確定的なことは言えないが、少なくとも措置入院となる前の「相談」の段階での自治体や医療機関の対応にはかなり地域差があるように思う。家族への暴力がしばしば認められ、精神障害を疑う言動があったとしても、自治体も警察も頼ることができず、病院に相談すれば「連れてきてください」としか言われぬ、という地域もあれば、保健所等の行政が積極的に訪問するなどの支援が行われている地域もある。支援が手薄な地域では、本人の行動が措置入院レベルになるまで耐え続けるか、民間救急に頼るかしかないという状況も決してめずらしくない。措置入院制度の運用以前に、地域での相談支援体制の格差が、警察官通報数や措置診察率等に影響している可能性もあるのではないだろうか。同じ日本でありながら、「この町に生

まれたるの不幸」が生じているとしたら、大きな問題である。措置入院になるか、民間救急に頼るかしかないという状況に追い込まれた家族の苦悩は計り知れない。

暴力を語ることのタブー

そもそも精神障害者の暴力は、一般市民に向くことは稀で、多くは身近な家族に向くことが知られている。日本では、精神障害者と家族の同居率は6~8割であり、他の先進諸国と比較して、家族が暴力の対象となる可能性がより高いといえる。統合失調症患者が家族の誰かに身体的暴力をふるった割合は生涯で約6割、という日本の調査結果もあり、精神障害者からの家族への暴力は決して珍しくないことがわかる。

しかし、この実態は、一般には意外と知られていない。これはひとつには、精神保健医療の専門家がこの問題について十分に取り上げてこなかったためでもあると思われる。実際、精神障害者からの家族への暴力に関する研究は、世界的に見ても非常に少ない。筆者自身のことを振り返ってみても、大学の講義や、一般向けの講演で、この話題を取り上げることはほとんどなかった。この問題が非常に深刻であることを、経験として知っているにしても、下手に話題に出すと「精神障害者は危険」という誤った認識を持たれてしまうのではないかと、話題にすることをついためらってしまうのである。むしろ、暴力的犯罪に占める精神障害者の割合は非常に低いのだといった統計データを示しつつ、「精神障害者は危険人物ではありません」と伝えることの方に重きを置いてきた。

家族をとりまく状況

大阪大学の蔭山正子准教授は、精神障害者の家族への暴力という、専門家の間でもタブー視されてきた感のある問題に果敢に取り組んでいる。3年前に実施された、精神障害者の家族が受ける暴力の実態と、家族の暴力への対処過程に関する詳細な調査は、家族が直面している深刻な状況を浮き彫りにした。前に述べた日本のデータは、この調査研究の結果の一部である。そこから見えてき

た実態は、紙面の関係でここに具体的に記載はしないが、胸が苦しくなるようなものであった。多くの家族は、ひたすら耐え、要求を受け入れ、試行錯誤しながら暴力への対処法を模索していた。被害を受けている他の家族を守るために、仕方なく力で応戦する、という状況もあることが明らかとなった。そして、暴力について相談しても、家族が諭されたり、家族が自ら病院を探すよう言われたりと、なんの解決にもならない対応しかしてもらえない場合が多く、そもそも相談するところがない、という回答も少なくなかったのである。これまでに、様々な機会に精神障害者を支える家族が語ってこられた状況が、データとして見える形になったといえる。

過酷な状況は、家族の心理状態にも大きな影響を及ぼす。家族自身が疲弊し、抑うつ状態となったり、ときにはPTSD様の症状が生じることもある。このような状態では、冷静に本人と関わることが難しくなり、さらに事態が悪化することにもつながりかねない。悪循環である。家族への調査では、「もっと気軽に相談できるところを知っていれば、大変なことも避けられたのではないか」という回答もあった。そもそも、本人が暴力的となってしまう背景には、支援の遅れという問題もあると推察される。暴力を振るうほどに状態が悪化する前に、家族が本人への対応で疲れ果てる前に、適切な相談支援が受けられることが、まずは何より重要な家族支援であろう。

早期介入への着目を

少し前になるが、「早期介入」が随分と叩かれていた。精神障害の早期発見、早期介入を推し進めることによって、必要のない人にまで医療が介入し、不適切な向精神薬の処方が乱発されてしまうという懸念によるものである。残念ながらこの懸念は、一部は現実であるが、これは精神科医の診療スキルの問題であり、早期介入そのものを否定するものではないと思う。早めの対応が望ましいのは精神障害においても、身体疾患と同様であるが、その対応方法が薬の処方のみになってしまうことが問題なのである。

精神的な不調の早期介入においては、薬は必須ではないことも多い。まずは相談者の話にじっくりと耳を傾け、相談者とともに対応方法を考えていくプロセスが重要であり、そのうえで医療が必要と判断されることもあれば、医療外の対応が適切な場合もある。しかし現在、日本の多くの地域では、この初期相談への対応が十分にできる体制がとられていない。一般市民は医療機関以外の相談窓口がどこにあるのかさえ見当がつかないことが多いが、通常の精神科外来では、時間をかけた対応は困難である。ようやく見つけた保健所等の相談窓口に行っても、自治体によっては窓口をたらい回しにされることもあるという。暴力等の、危機的な状況になったときの介入、そのような状況に至る以前の精神的不調についての相談支援、いずれの場合も早期に対応できる体制があることが、本人はもちろん家族の安心にもつながる。

今年、厚労省から、「精神障害にも対応した地域包括ケア」という新たな政策理念が提示された。これに関連した事業も行われているが、筆者の知る限り、これまでのところ、長期入院者の地域移行ばかりが着目されているようである。地域移行の重要性は言うまでもないが、今後は、教育や母子保健等、精神保健医療福祉外の領域とも連携した地域包括ケア体制を構築し、精神的不調に対し時宜を得た対応ができるようにしていくべきである

う。実際に、そのような体制の構築により、措置入院などの強制的な介入が減少した地域もある。海外の先進的な取り組みに学ぶことも必要であろうが、これからはもっと国内の好事例に目を向けてもよいのではないだろうか。

情報発信の難しさ

家族支援や早期介入の重要性を提言していくうえでも、日々の診療や精神保健活動を行ううえでも、家族が受けている精神障害者からの暴力の問題への正しい理解は不可欠であると思う。しかしこの問題は、扱い方によってはスティグマの助長にもつながりかねない。精神障害者が受ける暴力や虐待についての日本における実態については明らかにはなっていないが、精神障害者は暴力を振るうよりも暴力の被害者となることの方が多いという海外の報告もある。精神障害と暴力との関係は、情報発信の難しさなどから、タブー視する傾向もあるが、家族と当事者、双方の視点からきちんと議論し、政策提言につなげていくべき課題であろう。

〈参考文献〉

藤山正子, 小林清香, 中村由嘉子, 藤井千代, 横山恵子: 精神障がい者から家族が受ける暴力—私たち支援者が向き合うべきこと—, 上廣倫理財団研究助成 研究成果物 2015年12月

＜新刊紹介＞

『バザーリア講演録 自由こそ治療だ!』

(フランコ・バザーリア著, 大熊 一夫・大内 紀彦・鈴木 鉄忠・梶原 徹 翻訳)

松澤 和正 (帝京大学)

最近、学生と話していて気づくのは、あまり「理念」めいたことを言わなくなってきたなということである。平和だとか、反戦だとかという言葉に対しても、だいたい反応が悪いというか、そもそもぴんと来ないという感じを抱くことも多い。実際、今回選挙での若者たちの投票行動の分析から言われているのも、自民党への支持者がかなりの割合

いて、全体に「保守化」しているとも評されている。彼らにしてみれば、景気も就職もそこそこの現政権をことさらに脅かして、不安定要素を増やしたくないという本音もあるらしい。そればかりか、若者のなかには、憲法を変えようとしている自民党こそが革新党であって、それを阻止しようとしている野党などが「保守」であるという認識

さえあるというから驚きである。

このような現実を前にしつつ、否そればかりでなく昨今の政治や社会の著名な歴史退行的変貌を見るにつけ、本書のバザーリアに向き合うこと自体が、もはやかなりの違和感や衝撃を伴う作業と言わねばならない。もちろんそれは、バザーリアの主張が、1960年代前後の歴史的・社会的背景に根差しながら、常に政治的・思想的であり本質的であるがゆえであり、今日の状況が、バザーリアをただ古臭いイデオロギーに変えてしまったからなどではない（と信じる）。むしろそれは、現在の政治的・社会的状況に内在する深刻な問題を眠らせている怠惰な時代精神への、愚直なまでの直言であり呼びかけであるようにさえ思える。

ところで本書は、イタリアにおいて、精神科病院を廃絶しようとするいわゆるバザーリア法（法律180号法）が成立した翌年である1979年、遠く、ブラジルの諸都市（サンパウロ、リオデジャネイロ、ベロオリゾンデ）において実施されたバザーリアによる連続講演を、苦労して再構成し編んだ講演集である。この後、ほどなくバザーリアに脳腫瘍が発見され、闘病の末1980年に亡くなっているので、この講演集はまさに、彼の実践と思想に関する最後の遺言とでもいうべきものである。講演集とはいっても、本書のひとつの特徴は、講演後においてなされた、多くの聴衆との生き生きとした質疑応答がかなりの部分を占めていることであろう。それらのやり取りは、ブラジルのおかれた医療や政治の状況に対するバザーリアの鋭敏な批判的視点というより、同様に状況に限界づけられた人々に対するきわめて刺激的で連帯的な姿勢そのものを伝えようとするものである。たとえば、

質問 私たち民衆の組織化がまだ始まったばかりであることはご承知の通りですが、ブラジルで精神科病院を改善することはできるでしょうか。

バザーリア ……私は帝国主義的な解決を提案しようとしてここに来ているわけではありません。またブラジルの抱えた問題に対して、ヨーロッパ的な処方箋をもってここに来ているのでもありません。ブラジルの問題を解決するのはブラジル人だと私は思っています。組織化の途上に労働者階

級の問題があるときに、それを行うのは簡単なことではないとわかっています。……（p40）

質問 ブラジルの状況に対して、具体的にどのように取り組めばよいでしょうか。

バザーリア ……あなたが私に求めているのは、ブラジルにおける精神保健の問題に立ち向かうための具体的な提案です。みなさんが仕事をされている社会的な背景に対して、私が提案を行うというのは滑稽なことでしょう。もし時間がたっても精神病院のような施設が廃止されず、あなたが働いている環境のなかで精神病院の代替案になる仕組みを組織していく気がないなら、あなたは精神科医としての役割を果たしてないことになるでしょう。（p89）

バザーリアは、イタリア医療改革に関する様々な問いや疑問に答えながら、白熱した議論を展開する。特に、その改革とそれに至る実践の過程が何によって可能だったのか、いかにそこで困難な政治的・制度的問題を乗り越えたのかという問いは、形を変えながら何度も繰り返されている。これに対するバザーリアの回答は、精神医学史的な知識から実践的な活動の細部に至るまでを披瀝しつつ、実践と理念とに掛け渡される複雑で困難な課題の数々を提起し続ける。私は、そのなかで何度か繰り返される率直で且つ熱のこもった主張に惹きつけられた。つまり、自分（バザーリア）のしたこと重要なのは、「不可能だと思われていたことを可能にしたことだ」というのである。曰く、

バザーリア 重要なのは、私たちが不可能を可能にしてみせたことです。10年、15年あるいは20年前であれば、マニコミオを破壊することなど考えもしませんでした。もしかしたらマニコミオは、ふたたび閉ざされてしまい、以前よりもっと固く閉ざされてしまうかもしれません。それは私にはわかりません。とにかく私たちは、これまでとは違ったやり方で狂気を抱えた人を支援できることを示したのです。この私の証言が揺らぐことはありません。（p153）

バザーリアは、こうした実践的な可能性への信念のことを、グラムシの用語を引用しつつ「実践の楽観主義」と称している。専門技術者は、とも

すると「これ以外にやりようがない」と考える人であり、「理性の悲観主義」ともいえるイデオロギーをもって、バザーリアは批判している。そうではなく、「実践の楽観主義」を信じることで、どうしたらマニコミオという施設の暴力に代わるものを得られるかを問い続け、且つその実現のためにいかに実践を継続すべきかということである。こうした主張は、ごくシンプルなものともいえるが、それだけにバザーリアの生き方そのものを規定し且つ具現するもののように思える。理不尽な現実を前にして、「理性的に」悲観するに留まるのではなく、「楽観的に」その現実を変えるための実践をひたすらに続けようとする、そして不可能を可能に変えること、それができると信じ続けること、そうした意志の存在と連続こそがバザーリアにとって最重要事なのである。

しかし、こうした「実践の楽観主義」をまさに遂行しようとするとき、医療者という立場にありながら何ができるのか、という視点で、聴衆である精神科医から、次のような問いがバザーリアに投げかけられる。「……しかし、もしそのために社会のすべてを変える必要があるというなら、これは精神科医の仕事ではありません。私たちの役割が社会変革だなどと考えるのは、あまりに大それたことでしょう。私たちには重要な役割があります。病人は私たちを必要としており、私たちはその必要性に応じて病人を治療しなければならないからです」(p175)

これに対してバザーリアは即座に次のような応答を返している。

「これだけは言っておきたいと思います。……精神科医には、国家の市民と精神科医という二つの顔があるというのは正しくありません。あるのは人間としての顔だけです。私は人間として、自分の生活を変え社会の組織を変革したいと願っています。革命ということではなく、ただ精神科医という職務を果たすことで、社会を変えたいのです。……自分が働く施設の現場を変えながら社会を変える、ということを全能のなせる業だというなら、全能万歳です」(p175~176)

バザーリアの意図はきわめて明確である。変え

べきものがあるなら変えるべきであって、それは不可能を可能にするという挑戦そのものであるが、「実践の楽観主義」という信念をもって、現実のそれぞれの現場の実践において、ひたすらそれを求め続けるべきである。

しかもそれが、単に現場の問題を超える社会的・政治的問題をも含む場合でも、果敢にそれに向き合うべきであり、「にもかかわらず」闘うべきであるというのである。従って、バザーリアの問題意識は、自ずと単なる医療改革を目指したものに留まるものとはなりえないものである。このため、本書においてバザーリアは、しばしば「貧困」の問題に言及している。

「……もっとも肝心なことは、私たちが話し合ったのは精神医学についてではなく、生活の貧しさだったということです。なぜならこれが本当の状況だからであり、精神医療はまさしくそうした脈絡のなかで形づくられるものだからです。私たちがみずからに問うべきなのは、こういうことだと思います。それは、「もし貧困がなくなるとしたら、それでも精神医学は存在しつづけるだろうか」という問いです」(p48)

「狂気と精神病についての大切な予防策の一つは、貧困との闘いだと考えています。貧しい地域のなかで、誰が狂人であり誰が狂人でないかを見分けることはとても難しいです」(p54)

「……貧困が狂気を支配しているために、狂気が表に現れないことがある、という状況を私たちは見てきました。たとえばマニコミオを訪れて、私たちに面会にくる哀れな人びとに会うときには、どんな精神科医にも統合失調症や躁病などの診断を下すように促します。私にできることといえば、そうした人びとを貧困から脱出させるための自由を与え、その人を支援することだけです。……私の考えでは、貧困と狂気は非常に近いところにあります」(p62)

「彼らが一人残らず入院させられたのは貧しかったからだと思います。今後、彼らは発狂してしまうかもしれないし、その時すでに気がふれていたのかもしれませんが。しかし、社会問題、すなわち貧困の問題が彼らをバルバセーナに入院させ

た本当の理由でした」(p182)

ここで述べられているのは、貧困が精神疾患の原因であるという単なる因果論ではもちろんない。バザーリアは、狂気とすべての病が、器質的な身体と社会的な身体のもつ矛盾の表出であるとして、私たちが形づくっている生物・社会・心理的な構成要素のあらゆるレベルの相互作用の産物であり、その相互作用には膨大な要因や変数が関わっていることを述べている (p108)。従って、貧困も、精神疾患に関わる一つの要因であり、変数に過ぎないということにもなるが、バザーリアの貧困への注視は、そこに留まらないものを強く感じさせる。なぜなら、貧困とはある意味、社会的なステータスにおける最底辺を形成する「変数」だからであり、それに伴う人間の苦悩は、より本質的・実存的な絶望を内包しうるからだ。それは確実に、人間の基本的な生存や安全を蝕むものであり、人のこころを容易に閉ざすものでありうる。社会的な底辺が、同時に精神的な意味での枯渇や崩壊をもたらすとしても当然のことだろう。そこに精神疾患が生じ存在したとしても……。

バザーリアの精神医療改革論は、本書を読むだ

けでも、単なる制度論や政策論を超えたところに焦点化されているように思われてならない。それは、人間の生存とそのあり方全般に関して、真に人間が人間であるための闘いを続けるということはどういうことなのか、何にこだわり何を越えるべきなのか、そしてそれはいかなる行動や精神的方法を必要とするのか、等々、そこには、来るべき未来と現にある現実とを、繰り返し繰り返し、執拗につなぎ留めようとする思考と実践の数々が展開され蓄積されようとしている。それは、確かに、バザーリアが、今から半世紀も近く過去において行ったことであったが、彼が闘ったかつての「戦線」は、見事にいまここにある現実として屹立し続けているとしか言いようがない。しかも、それを、いまここにある日本の現実に引き比べてみれば、彼の情熱も願いも苦しみも何もかも、いますぐにでも蘇ってはまだ叶えられない絶望的な戦線を再び繰り返しそうでもあり、否、あるいは、「実践の楽観主義」にしたがって、理念的なるものに向かって日がな実践を継続せよと、思いのほか淡々とした声を発しつつ、ただ私たちに凝視しているかもしれないのである。

〈平成30年度第27回学術大会について〉

上記学術大会については、第32回日本精神保健会議「メンタルヘルスの集い」を共催することを以って代える。また、同会場にて平成30年度第1回理事会・総会を開催する。

なお、平成30年秋季において、平成29年度に引き続き「家庭をめぐる問題」についてのワークショップを開催する予定である。

〈新入会員の紹介〉

伊藤 文子 (帝京大学医療技術学部看護学科)

島途 漠 (青森中央学院大学看護学部)

宮城 純子 (国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科)

〈学会の動き〉

平成29年度 日本精神保健福祉政策学会（JAMHP） 第3回 理事会・編集委員会議事録

〔日 時〕平成29年6月28日（金）18:30～20:30

〔場 所〕きょうされん事務局内会議室
（東京都中野区中央5-41-18東京都生協連会館4F）

【出席者】：石山、伊勢田、加藤、小峯、鈴木、野村、藤井、（渡部）、松澤、藤井（千代、会員）

1. 議事録署名人 石山、小峯
2. 理事長挨拶

近日中に発行されるJAMHP NEWSで、津久井やまゆり園事件に関する問題を取り上げているが、引き続き、本学会としては、障害者全般、地域精神医療、また特に家族との関連を中心としてとらえていきたい。この家族の問題は、今秋予定されている研究会の主課題であり、その準備の会合も予定されている。

【報 告】

1. 平成29年度第2回理事会報告（鈴木）
資料承認
2. 編集委員会報告（松澤） 資料参照、
現在JAMHP NEWS 51号編集中、ほぼ全ての原稿が集まっており、印刷所で初校作成中、ほぼ順調に推移している。

【議 題】

1. 平成29年度活動方針検討

精神医療福祉にかかわる家族問題（野村報告）
現在ワークショップ準備中（11月22日、衆議院議員会館）

「これからの家族支援」

2. 平成30年度第27回学術大会（平成30年3月3日予定）
日本精神衛生会集会后援、藤井、樋口両副理事長が積極的に関与
具体的には、岡田靖雄氏講演、呉秀三記念シンポジウム、図説展示、映画など、1、2いずれも承認
3. 評議員定数、選挙に関する会則変更（資料）（石山案）
承認、明年の総会で承認する必要がある。それまで現理事会で運営。
4. その他
第6回日本精神保健福祉学会学術研究集会（兵庫大会）名義後援承認
きょうされん第40回全国大会in北海道 札幌（2000人予定）名義後援承認
5. 関連発言
藤井副理事長 精神保健福祉法改正案審議中の件について「共謀罪」との関連が検討必要
伊勢田理事 シェパード氏著書：萌文社 出版
6. 次回開催予定：平成29年9月27日（水）

平成29年度 日本精神保健福祉政策学会（JAMHP） 第4回 理事会・編集委員会議事録

〔日 時〕平成29年9月27日（水）18:30～20:30

〔場 所〕きょうされん事務局内会議室
（東京都中野区中央5-41-18東京都生協連会館4F）

1. 議事録署名人選出（鈴木）
石山理事、小峯理事
2. 理事長挨拶
11月22日（水）に久しぶりに大きな研究会を

行なう。頑張ってやっていきたい。

【報 告】

1. 平成29年度第3回理事会報告（鈴木）：議事録承認。
2. 編集委員会報告（松澤）
JAMHP NEWS 52号
今日の話題：家族関連（野村、藤井千）各2,000字程度

新刊紹介：理事長、編集委員長預かり

第27回学術大会：

【議 題】

1. 平成29年度活動方針検討

「ワークショップ家族支援と精神科医療の課題」(野村)

2017年11月22日(水) 13時00分～16時30分

なかのゼロ西館 学習室1 (最大100名)

10月25日(水) 18時、きょうされん事務局内で打ち合わせ。

指定発言者(2名)の用意:全生連佐藤氏、当事者母親(野村氏依頼)

来年本格的に同様のワークショップで議論する家族負担の課題【サミット構成国内でも最長の社会的入院、法律上の家族負担(民法877条)につながるような、解決の方程式を導き

出せるような議論の流れにしていく事ができれば。

2. 平成30年度第27回学術大会について

日本精神衛生会「メンタルヘルスのつどい」への協賛の件

「呉秀三先生」の業績を主題とする。

総会会場、メンタルヘルスのつどいの昼休み中、同会場にて開催(鈴木理事長依頼)

3. その他

措置入院の退院後支援のガイドラインの現時点案について(藤井(千代、会員))

地域ネットワークを手厚くすることが主眼。

支援主体は自治体に、家族は支援対象に位置付ける方向で検討中。

4. 次回開催予定：平成29年12月13日(水) 18時30分より

入会のお申込みについて

精神保健医療福祉に関する法制度の改正、新たなニーズへの対応など、今後本学会での研究活動はますます重要となっております。奮ってご入会ください。

☆入会ご希望の方は、入会申込書を学会事務局にお送りください。

☆入会申込書用紙は、12頁のものをコピーしてご活用ください。

☆入会申込書用紙が手近でない場合は、学会事務局にお問い合わせ下さい。

☆学会の年会費は5,000円です。年会費のお振込をよろしくお願い致します。

学会事務局：きょうされん 〒164-0011 東京都中野区中央 5-41-18 東京都生協連会館 4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

学会定期刊行物へ投稿をよろしく

「JAMHP NEWS」

精神保健福祉政策の動向や学会の動きなどをお伝えします（年2回発行）。

精神保健・医療・福祉の政策に関する会員皆様からのニュースも掲載しております。国や地方の動向のほか、海外の情報や理論、書評、政策や学会運営上のご意見でも構いません。題名、お名前、ご所属、ご連絡先を明記の上、お寄せください。電子メールによるご投稿を歓迎いたします。（紙面の都合で、分量などを調整させていただくこともあります。）

「精神保健政策研究」

本学会の研究機関誌（年1回刊）で、最新は2016年12月に発行された第25巻です。

原著論文や総説のほか実践報告、内外の政策動向、書評などをお待ちしております。

詳しくは第25巻末の投稿規程をごらんください。

お送り先：松澤和正（編集委員長）

住所：〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

帝京大学医療技術学部看護学科

E-mail：k-matsuzawa@med.teikyo-u.ac.jp



編集後記：私はよく夢を見る癖がある。夢といっても、見果てぬ夢などではなく、寝ていて見る夢である。ほとんど毎日といっていいほど見る。そんな状態がいつから始まったのかも思い出せないほど前から見続けていると思う。朝起きて、くっきりと夢の内容を精緻に記憶していることもあれば、起きると瞬く間に忘れてしまい、ただ夢を見たとしかわからないこともある。それしても、である。毎日、どこかの薄暗い工場や学校のようなところで、あくせくと働かされている夢を頻繁に見たりすると、気持ちも萎えてくる。それこそ、寝ても覚めても働かされているからである。ただ、夢の中の労働の方が、現実よりも気楽で無責任で自由なところもあるので、ちょっと楽しみにしている自分もいる。

JAMHP NEWS

52号 発行日：2018年1月15日

発行：日本精神保健福祉政策学会

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒164-0011

東京都中野区中央 5-41-18

東京都生協連会館 4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

年会費：¥5,000

編集委員長：松澤和正

入 会 申 込 書

日本精神保健福祉政策学会

理事長 鈴木 二郎 殿

貴会の趣旨に賛同し、下記の推薦を受けましたので、入会を申し込みます。

入会希望者 氏名： _____

生年月日：(西暦) _____年____月____日 (満____歳)

職種：医師 看護師 心理職 法律家 福祉関係

その他 (_____)

_____大学 _____学部 _____学科 _____年卒

現在の勤務先 (役職名)： _____ (_____)

住 所：〒 _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

E-mail： _____

自宅住所 (任意)：〒 _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

E-mail： _____

郵便物送付先希望：勤務先 自宅

E-mailでの連絡も希望：する しない

推薦者：(会員) _____ 印

*上記における個人情報、本学会入会審査および学会からの連絡の目的以外には
使用しません。

*大変恐縮ですが、下記事務局まで郵送またはFAXにてご送付下さい。

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒164-0011 東京都中野区中央 5-41-18 東京都生協連会館 4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

(専従職員がおりませんのでFAXをご活用下さい。)