

「声」をどのように聞き、どう形にしていくのか、考えていきたい

芦沢 茂喜 精神保健福祉士

授業を聞きながら、浮かんで言葉は「声」でした。

「声」とはニーズを持っている人の「声」。

「声」を聞き、形にする仕組みがあるか否かで、話は大きく変わってくると感じています。

私は、精神障害者やひきこもりと呼ばれる方々と多く時間を共にしてきました。

休養したい、家族から離れたいという方など、ごく一部の方を除き、入院を望む方はいません。休養したい、家族から離れたいと言うニーズであれば、病院という構造ではなく、安心できる環境が別に設けられ、選択できれば、入院という形を望む人はいないようにも感じます。

精神保健福祉法の改正に伴い、入院期間の短縮、退院支援の方向が少しずつ設定されるようになったものの、入院ベッドはなかなか減りません。

ベッドがある以上、病院はベッドを埋めようとの意識が働き、地域の市町村やケアマネジャーなども、対応に苦慮する事例が生じれば、病院のベッドに頼ろうとの意識を持ってしまいます。

ソーシャルワーカーである私の知人が、こう嘆いていました。

医師が不足したため、病院幹部から「入院者の退院を促進するように」という指示が出たことがあったそうです。知人は「これはチャンスだ」と思い、アパートの確保や家族への連絡などに奔走し、退院促進を進めました。その結果、在院者数を310名程から270名を切るところまで減らしました。

すると、知人は幹部に呼び出され、ストップをかけられたそうです。幹部が想定する以上の退院だったのです。幹部から言われたのは、「270名を切ると経営ができないから、それ以上頑張るな」というものでした。

精神科の入院期間の目安は3か月。入院者が長期入院をしていれば、定期的に収入が入りますが、目安である3か月で退院をしてしまうと、1つのベッドを1年間埋めるために、3 か月で退院する新規の4名の入院を取らなければならない、それができなければ減収となります。

そのため、比較的短期で退院となる統合失調症やうつ病の方々が退院したベッドを、

認知症の方が埋めるような状況が見られるようになっていきます。

精神障害者の「声」ではなく、病院や関係機関などの「声」が優先されてしまいます。

そのような状況は、ひきこもりにも見られます。

ひきこもりは、その名の通り、自宅や自室でひきこもっているため、その存在をなかなか外から確認することはできません。そのため、彼ら、彼女らの声はわかりません。それを「問題だ」と感じる地域社会、その影響を受ける家族の声が優先されます。

成人年齢を越えても、仕事をしていないことを問題とされ、就労支援が言われ、それに乗らなければ、病気や障害が疑われ、医療機関の受診が勧められる。

それにも乗らなければ、家族が高額の費用を払い、「引き出し屋」と呼ばれる民間業者に依頼し、彼ら、彼女らの意に反して、ドアを壊し、民間業者が運営する寮などに連れて行くといったことが未だに起こっており、裁判沙汰にもなっています。

「声」をどのように聞き、どう形にしていくのか。様々な話を聞きながら、自らの実践においても、考えていきたいと思います。