

月刊 みんなねっと

2023年6月 臨時増刊号



精神保健医療福祉への提言



みんなねつと提言のお届けにあたって

理事長 岡田久実子

このたび、月刊みんなねつと誌の臨時増刊号として、「みんなねつと精神保健医療福祉への提言（以下、みんなねつと提言）」を発行するにあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

みんなねつと提言は2019年から3年をかけて、全国の会員からの多くの意見を募りながら作り上げたものです。決して完璧なものではありませんが、2022年に国連障害者権利委員会から出された総括所見と照らし合わせても齟齬そごのない、精神障害者家族会として目指す方向性を示すことができたと考えます。そしてこれは、私たち精神障害者家族の体験に基づく精神障害者家族会としての決意表明でもあると考えます。みんなねつと本部としては、この提言を広く広報して多くの賛同者を得ること、また、提言に基づく国・政府への働きかけ、国民の代表である国会議員への働きかけを、あきらめることなく継続していきます。

提言の実現のためには、一人ひとりが、このみんなねつと提言を「誰かが作って、誰かが実現してくれるもの」としてとらえるのではなく、全国の各地域で一人ひとりが手に取って、読み合い、学び合い、語り合い、理解を深めるために活用していただきたいと考えて、みんなねつと臨時増刊号として発行することとしました。そして、各都道府県連合会では何かできるか、単家族会では何かできるか、個人には何ができるかを考え、行動していくことに役立てていただきたいと考えます。

精神疾患・精神障害のある人とその家族が、人としての権利を侵害されることなく、それぞれの豊かな人生をまっとうできる社会を目指すことは、誰にとっても生きやすい社会を目指すことではないでしょうか。共につながり合いながら、前に進めていきましょう。

みんなねっと

精神保健医療福祉への提言



公益社団法人 全国精神保健福祉会

もくじ

みんなねっと提言のお届けにあたって

◆誰もが安心してかかりたいと思える精神科医療の実現◆

4

1. 市民のメンタルヘルスケアの充実
2. 精神科医療の一般化の実現
3. 薬物治療とともに心理社会的支援が当たり前に受けられる方向への転換
4. 当事者の視点を大切にする精神科治療へ

◆誰もが安心して暮らせる地域精神保健福祉の実現◆

11

5. 本人及びその家族・ケアラーと、精神保健医療福祉のニーズがある人を社会全体が責任を持って支える体制の構築を求めます
6. 当事者と家族のピア活動への支援
7. 本人の一般就労と社会参加への支援
8. 啓発教育と実践活動
9. 経済面での諸課題（所得補償、他の障害との格差是正など）

【長期的展望に立ち実現を目指すこと】

～入院中心から地域医療への転換へ・ケアの脱家族化へ～ 26

1. 一定の地域単位（人口5万人程度を目安）に、メンタルヘルスの責任をもつセンター『地域精神保健医療センター（仮称）』の設置を含め地域支援体制構築のための法律の見直し ～一般医療機関・支援機関との連携を含む地域ネットワークの構築・危機介入を含む訪問サービス実施～
2. 強制的な入院のあり方を問い、医療保護入院の廃止を目指す ～早期支援・重度化予防・相談支援・訪問支援体制の充実を進め、強制的な入院制度によらずに精神科医療が受けられる体制の実現を目指す～
3. 成人した本人の保護者としての責務を家族に負わせないための法律の見直し
4. 家族を始めとするケアラー支援法の制定
5. 人権擁護のための強力な制度と公的機関の整備

【資料1】

日本の精神保健医療福祉の歴史を振り返る 31

【資料2】

「地域精神保健医療を実践的に担うセンター（仮称…地域精神保健医療センター）」の新設による地域支援体制づくりを目指して 35



みんなねっとと精神保健医療福祉への提言



みんなねっとと精神保健医療福祉への提言の各項目の詳しい内容については、以下の通りです。提言の作成過程で、「精神科医療への提言」と「精神保健福祉への提言」として発表しています。

◆誰もが安心してかかりたいと思える精神科医療の実現◆

精神科医療受診は特別な人だけの特別なことではありません。厚生労働省のホームページ（2021年6月現在）には、『こころの病気で病院に入院や入院をしている人たちは、国内で約420万人にのぼりますが（平成29年）、これは日本人のおよそ30人に1人の割合です。生涯を通じて5人に1人がこころの病気にかかるともいわれています。こころの病気は特別な人がかかるものではなく、誰でもかかる可能性のある病気です。』とあり、平成25年からは精神疾患は医療法が定める五大疾病のひとつとなりました。そして、精神疾患に罹患した成人の半数は10代半ば（14歳）までに、その4分の3が20代半ばまでに症状が始まるとされています。つまり精神疾患の発症は、児童、生徒、学生の年齢でその多くが発症していることから、予防と早期発見、早期支援、重度化防止のための施策の構築が必要と考えます。また、私たち家族は、大切な家族（本人）が精神的不調を表し始めた当初から、医療につなげる、回復

経過を支え見守る、福祉サービスにつなぐ、就労先を模索する：等々、すべてのプロセスで家族が関わらなければならぬ現状にあり、家族自身もそれを当たり前のことと考えて問題を抱え込む傾向にあります。このような家族依存の現状を変える必要があると考えています。2014年には障害者権利条約が批准されました。この条約を実生活に活かすため、障害は個人的な問題ではなく、社会全体の問題（社会モデル）であると捉え、精神障害がある人とその家族の生活が、障害を理由として損なわれることのない社会の実現が急務です。

私たち家族は様々な体験から、精神科医療がすべての国民にとって大変に重要で必要な存在であることを実感しています。重要で必要だからこそ、誰もが安心してかかりたいと思える精神科医療への期待を込めて、以下のとおり提言いたします。

1. 市民のメンタルヘルスケアの充実

私たちは大切な家族の精神的不調が病気かもしれないと気づき、精神科医療につながるまでに多くの時間を費やすという体験をしています。それは、精神疾患がどのようなものか知らず、どこに相談したら良いかもわからなかったため、本人の苦痛や生活への障害がかなり強くなってからようやく、医療が必要だと気づくからです。また、偏見から病気と認めることへの抵抗感も、医療につながることを遅らせることに影響しています。そのため、精神疾患・精神障害の正しい知識を得て、偏見を低減するため、また、精神疾患の予防と早期の気づき、早期支援、重度化予防のための啓発教育の普及と地域における相談窓口の整備と強化を求めます。

1) 正しい精神疾患に関する系統的な教育の実施(学校教育・医療関係者への精神疾患・精神障害の教育)
マスメディア等の偏った情報による精神疾患・精神障害への誤解や無理解を改善するため、高等教育(2022年度より実施)のみならず、小・中学校の義務教育における精神疾患に関する教育の実施を求めます。また、とりわけ医療者を含む人と関わる専門職の養成教育等のあらゆる機会に精神疾患・精神障害についての正しい教育の機会を設けることを求めます。

2) 相談窓口の整備(早期相談支援体制の構築・24時間365日対応相談窓口の開設・精神保健福祉の専門相談員・訪問サービス実施)

どんな疾患でも、早期で軽症のうちに対応ができれば、より良い回復が期待できます。精神疾患についても、早期の気づきと相談・支援につながる必要があります。そのため、相談できる窓口がわかりやすく、いつでも安心して相談ができること、専門的な知識を持った人が対応してくれること、必要に応じて当たり前前に訪問サービスが受けられる支援を求めます。

2. 精神科医療の一般化の実現

精神科医療の人員配置はそれ以外の診療科より低い基準で運営されてきました(1958年精神科特例)。現在、精神科救急病棟では他の診療科と同等の人員配置になりましたが、それ以外は依然として低い基準のままです。このことは医療・看護の質という重要な課題に大きな影響を与えるものです。また、精神科医療は単科病院が多く、閉鎖性・密室性が高く、強制的な入院制度を始めとする個人の行動

制限を可能とする権限を有しています。行動制限は最小限とし、個人の尊厳が守られるために、以下の項目を求めます。

1) 人員配置の基準と診療報酬を一般診療科と同等にする(※いわゆる精神科特例の廃止)

精神疾患の治療には、医師・看護師などの丁寧な関わりが必要です。むしろ、他科よりも手厚い人員配置が必要ともいえる精神科の治療が、より効果的に行われるために、精神科医療のすべての病棟における他の診療科との人員配置の格差是正を求めます。

2) 精神医療審査会の人権擁護機能の充実(必要最小限の行動制限・身体拘束・隔離等)

入院患者の身体拘束や隔離等の行動制限は、精神保健指定医の判断により必要最小限で行われるべきものとされていますが、現状では毎年増加傾向にあります。閉鎖性・密室性の高い精神科病院の中での治療や入院が、当事者の尊厳を傷つけることなく行われるために、精神医療審査会の人権擁護機能の充実と、審査会への当事者と家族の参画を求めます。

3) 意思決定支援の充実、インフォームドコンセントの徹底、更にはSDM(共同意思決定)の実現

病気の治療を受けて回復に向かうためには、まずは患者本人が病気について正しく知ること、病気の治療法について知ること、治療方法の選択肢を知ること、医師や関係者と話し合いながら治療法を選択・決定する機会を得ることが基本となります。それは精神疾患も例外ではありません。精神科治療において、意思決定支援の仕組みをつくり、インフォームドコンセントを実施し、医療者と患者が対等に話し

合いながら治療法を選択し、決定していく仕組み作りを求めます。

3. 薬物治療とともに心理社会的支援が当たり前に受けられる方向への転換

現在の精神科医療における治療は薬物治療が中心に進められていますが、薬物治療だけでは思うように回復できない病状・障害があり、薬物治療とともに心理教育を始めとする心理社会的支援は車の両輪に例えられるように、どちらも重要だといわれています。薬物治療と同様に、心理社会的支援の重要性を認識し、誰でもどこでも受けることができるようになることを求めます。

1) 本人・家族のもとに届けられる多職種チームによる訪問型支援・治療サービスの充実

心理社会的支援を誰でもどこでも受けるためには多職種によるチームが必要であり、それが家庭にも届けられるように訪問型の支援・治療サービス（危機介入アプローチを含む）の充実が求められます。

2) 当事者の尊厳と意見の尊重（対話型医療・支援の充実）

精神科の診察・治療等においては、開かれた対話を重視することが大切です。医療従者をはじめ支援従事者は、当事者が体験や思いを語ることを助け、その語りや思いに耳を傾ける対話を基本とする治療的な関わりと支援の充実を求めます。

3) ピアサポートの充実（ピアによる活動や家族会支援・家族による家族支援）

本人または家族がそれぞれの貴重な体験を活かして、同じ立場の人を支援し、支援される関係は、専門家の支援とは別の効果と意義のある貴重なものです。このようなピアサポート活動が活発に行われるように、活躍の場を増やし、活動が支援されることを求めます（家族による相談活動・家族による家族学習会等）。

4) 心理社会的リハビリテーションの診療報酬化（家族心理教育、訪問家族支援）

精神科医療における家族支援の視点が不足しているため、医療につながっても情報が得られず、不安なままで当事者のケアを続けて疲弊するという経過をたどる家族が多くあります。家族心理教育を始めとする家族支援や訪問による家族支援が多く、精神科医療機関・訪問医療機関で実施されるように、その診療報酬化を求めます（家族心理教育・メリデン版訪問家族支援等）。

4. 当事者の視点を大切にしている精神科治療へ

1) 薬物療法を受けた本人の意見の尊重と治療・研究への当事者・家族参加の推進 ↳薬物療法の改善・創薬へ活かす

薬の効果や副作用は、薬理学の知識だけで解決できるものではありません。実際に飲んでいる当事者だからこそわかる体験が薬物療法の改善や創薬に繋がります。当事者の声、当事者と共に生活し薬の飲み心地や行動や暮らしの変化と一緒に体験している家族の声を尊重した処方が必要とされます。

更に、当事者・家族は創薬を諦めるわけにはいきません。よりよい研究成果を出すためにも「病いの体現者」である当事者・家族を精神医学研究へ参加させてください。当事者・家族と研究者が対等に意見を交わせるような研究環境の整備を求めます。

2) 身体的ケアの重視　↳身体的健康無くして精神的健康無し

精神疾患になると、その影響により自分自身の身体的健康に注意を払ったりその維持に努めることが難しくなります。そのことは、精神疾患のひとつの症状という面がありますので、医療による対応が求められます。意欲低下による運動不足、薬物療法の副作用による肥満などから糖尿病などの生活習慣病にかかりやすくなります。医療費負担を気にして身体的ケアが遅れがちになることも稀ではありません。「身体」あつての「こころ」ですから、診察では精神症状だけではなく身体的ケアにも留意する精神科医療であることを求めます。

3) 診断名による混乱の是正を　↳診断名の伝え方に配慮し診断体系の見直しを

精神科を受診するたびに診断名が変わり混乱した、という経験を持つ当事者・家族は少なくありません。未だ精神疾患の原因は解明されていませんが、科学の進歩により精神疾患は現在の診断のように個々の病気が独立してあるのではなく、重なり合っていることがわかってきました。症状だけで分類する現在の診断方法では実態に対応しきれないため、現在、少しずつ診断体系の見直しが始まっています。診断名を伝える際にはこうした事情を医療者がまず当事者・家族に丁寧に説明してください。そのうえで、ひとり一人の患者さんごとの症状や経過の特徴を明らかにし、診断名が当事者ごとのより良い治療

に結びつくものとなるよう努めることを求めます。

◆誰もが安心して暮らせる地域精神保健福祉の実現◆

この提言は、現在の日常的な困難について、社会的な改善を求める要望と共に、高い理念を掲げて未来のあるべき社会の姿を提示し、実現に向けて努力するためのものです。

できるだけ近い将来、誰もが身近な場所でメンタルヘルスカアを受けられ、精神疾患を発症しても安心して暮らせるように、またその本人とその家族（以後「家族」とは、法的には家族ではなくても家族同様に本人を支援している人・ケアラーを含みます）が、地域で生涯を安心して暮らせるような支援体制を備えた社会の実現を進めるためにこの提言を行います。

日本では、支援を要する人を守り支えるのは家族の責任という考えが一般的であるため、家族が精神疾患を発症すると、その家族はケアラーとしての役割を長期にわたって担わざるをえません。また、精神疾患・精神障がいへの偏見から困難を家族内で抱え込み、精神障がいがある人と家族がともに地域の中で孤立し、高齢の親と本人の引きこもり、本人のケアを若年層の家族が担うヤングケアラーの問題などが社会問題化しています。

偏見が根強い要因として、明治時代にできた精神病患者監護法以来の日本の隔離政策があります。かつては本人を座敷牢に閉じ込めていました。終戦後は、多くの私立を中心とした精神科病院をつくり、精神科病院に閉じ込めてきました。このようにして、精神障がいがある人たちを社会から排除する政策方針は、今も引き継がれ精神保健福祉法という制度として社会に深く根付いています。

私たちは、本人とその家族のそれぞれが人生をみずから選ぶことができ、個人の尊厳と精神障がいをもつ本人が望む幸福のいずれをも大切にして暮らすことが可能な社会を、早急に実現する必要があります。そのために、私たちは以下の提言を行います。

5. 本人及びその家族・ケアラーと、精神保健医療福祉のニーズがある人を 社会全体が責任を持って支える体制の構築を求めます

精神障がいをはじめとするすべての障がいがある方々や高齢者等のケアラーの役割を、家族が担うことを当然とする現在のあり方から、国・社会が責任を持って支えるという本来のあるべき姿の体制への転換を求めます。

本人を中心とした総合的なサービスを提供できる支援体制をつくり、一人ひとりの人間としての尊厳と本人らしい暮らし方と生き方が大切にされ、安心して生活できる支援を実現させることを求めます。

その家族についても親からきょうだい、そして子どもというように、家族間でケアラーの役割のバトンを渡すことを当然のこととすることなく、地域で孤立しがちな家族全体を支える支援体制を整えることが必要です。

また地域の住民が精神疾患にならないように、なっても精神的不調ができるだけ重くならないように、精神保健医療福祉のニーズがある人への予防的心理的支援も求めます。

1) 保健所および精神保健福祉センター機能の強化

保健所や精神保健福祉センターの持つ機能の拡充を求めます。保健所は、心の健康相談、診療を受けるにあたっての相談、社会復帰についての相談など、精神疾患を持つ人や家族の様々な相談業務に従事することになっていきます。しかし、現状ではこの機能には地域差が生まれており、例えば、精神疾患の疑いがあるものの本人が受診を拒否しているようなケースでは、家族からの相談に、自宅を訪問してくれるところもあれば、「本人を連れてきてください」と無下に言い放たれてしまうところもあります。受診につなげるために、家族に対し移送会社の利用を進めることも少なくありません。医療につなげることは行政の責務であることを明確に打ち出し、保健所や精神保健福祉センターの機能を拡充するよう、さらに感染症などの身体疾患にも対応できるようにその機能の強化を求めます。

2) 精神障害にも対応した障害福祉サービスの提供

精神疾患・精神障がいがある本人が地域で生活していくためには、障害福祉サービスの利用が不可欠です。近年、8050問題やヤングケアラー問題に注目が集まるようになりました。精神疾患を持つ人の介護は、家族が中心となって担っている状況がありますが、家族に対する過大な負担が生じています。

①介護給付費の適切な支給決定を、また、介護給付費の支給に当たっては、速やかな改善を求めます。

精神疾患を持つ人の家族は、日々の介護によって心身の不調を来している人が多数います。そうした状況があるにもかかわらず、多くの自治体で、介護給付費の支給が認められない事態が発生しています。また、不支給の理由には「同居家族がいること」が上げられることも少なくありません。「介護給付費等の支給決定について」（平成19年障発032302号）等において、「介護を行う者がいる場

合に居宅介護等の介護給付費の決定を行わないという主旨ではない」ことが通知されているにもかかわらず、不適切な支給決定が行われていることを改善する必要があります。

②福祉サービスの地域格差の是正に取り組みことを求めます。

福祉サービスのデータベースを速やかに構築し、質や量に劣る自治体には監督庁による強い行政指導を求めます。障害福祉サービスは、地域によって質や量にばらつきがあります。厚生労働省は、障害者総合支援法の改正を検討する中で、障害福祉サービスのデータベース構築を目指していますので、その速やかな構築と共に地域格差の是正への取り組みが必要です。

③障害支援区分の判定に、精神障がいをより反映させるように改善を求めます。

居宅介護をはじめとする介護給付は、多くの場合、障害支援区分をもとに支給決定されます。しかし、障害支援区分の判定では、精神障がい特有の「意欲の低下」などの症状が適切に反映されておらず、身体障がいや知的障がいに比べ、精神障がいの支援区分は実際の生活状況より軽く判定されています。

④精神障がいの特性に配慮した障害福祉サービスの提供を求めます。

居宅介護の給付では、身体障がいがある人に比べ、精神障がいがある人の支給量が少ないという実態が報告されています。こうした事実の背景には、障害福祉サービスに携わる行政担当者の精神障がいに対する理解と経験の不足があると考えられます。

⑤レスパイト型のクライシスハウスの設置を求めます。

今後、精神科病院が地域医療福祉精神保健を担うことになると予想されますが、本人の退院時での病状変化や日常生活の中での変調の兆しなどがあつたときに、一時休息して回復できるようなレスパイト型のクライシスハウスを精神科病院が設置するときには、委託方式も含め、予算補助・融資につい

て抜本的に優遇措置を図るようすることを求めます。

3) 家族相談員制度の制定

精神障がいに関しては、身体、知的障がいのように法律により市町村が委嘱している相談員制度がありません。早急に制度化すべきです。

精神疾患・精神障がい、これだけ多くの人にとって起こり得る時代になった今日、社会資源として家族・ケアラーと本人に寄り添い、孤立を防ぐことにつながる家族相談員は必要不可欠になっています。現在の精神保健福祉法に定める、保健所等に置く専門の相談員については、家族への周知が不足しており、知ったとしても敷居が高くて行けない、本当の精神障害の難しさを理解してもらいにくい、医療・福祉の知識が乏しい、地域でのフォローに繋がらない、職員が人事異動で変わると初めから説明しないといけない等々というのが現状です。

精神疾患・精神障がいこそ、広く国民に知ってもらおう身近な相談員が必要であり、実際に経験した家族相談員の活躍は、人にやさしい地域共生社会づくりの根幹と考えます。

4) 家族への情報の提供

家族自らが学習し、精神医療福祉の様々な情報の提供に触れる場として、また、家族相談に係る具体的な企画等を行う「家族情報・相談センター（仮称）」を総合支援法の都道府県地域生活支援事業の項目に入れることを求めます。

細かいところまで複雑に組み合わせられてきた医療福祉制度の中であって、家族が学習し情報を共有で

きる利用しやすい家族情報・相談センターが機能し、広く多くの人に認知される必要があります。

また、家族情報・相談センターは家族相談事業の企画や精神保健福祉制度と精神科医療の情報提供、本人の方々とも連動した市民啓発活動を推進する拠点にもなります。

身体障害者福祉法で、相談等の福祉センターや視聴覚障害者情報提供施設を規定しているように、家族情報・相談センター（仮称）を法制化していただくことを求めます。

また、この家族情報・相談センターの運営主体は、家族会等で構成される各都道府県の家族会連合会こそ適任であり、申し出のある家族会連合会に都道府県が委託できる体制が望ましい。

5) 高い支援力をもつ職員の待遇改善と養成

地域での支援に携わる職員の待遇を大きく改善し、高い支援力を持つ正規の職員が定着できるようにし、本人と家族が安心して支援を受けられるようにする必要があります。地域で支援を受ける際には、本人とその家族と支援者との信頼関係を構築することがとても重要です。職員の養成課程では、個々の中にもある偏見と差別に気づき、人権意識を高める教育を行う必要があります。地域生活における支援を望む全ての本人及び家族が、人権意識が高く、本人主体の意識を持つ職員による支援を受けられるよう、支援に携わる職員の支援力を高める対策を講じることを求めます。

支援者養成の場に本人と家族も講師として参加し、本人・家族の気持ちや生活の実態への理解を深める機会とすることを求めます。

地域精神医療・福祉に関する事業について、国と自治体は、地域の医療と福祉における公的責任を全うするために、民間活力を活かし連携して事業を推進する際にも人権を守ることが最優先され、良質な

サービスが行われるように、直接、事業運営に関わり責任を持つことを求めます。

6) 住居支援

自立して生活できる住宅を地域に用意し、保証人の公的制度等、障がいのある人でも差別されることなく地域に住居を確保することを可能にするための施策を実現させることを求めます。地域の賃貸住居等への入居支援の強化を進めることと同時に、無収入の状態にある本人も含めて地域で暮らすすべての人に住居が提供される制度をつくる必要があります。

併せてグループホームのいっそうの整備が必要です。障がいの重い方やひきこもり状態の本人が親から離れるために利用できる施設・住居の制度が必要です。

7) 保健所の今後のあり方（メンタルヘルス・精神医療についての機能の強化）

地域の精神科医療のニーズのある人とその家族を精神保健福祉センターとともに、精神医療につながる機能を強化することを求めます。

そのためにも、今後は地域保健医療計画の中で医療関係者等と本人・家族の各団体の代表者が精神保健の有様について協議し、具体的なビジョンを示す体制づくりが必要です。保健所機能の強化として、病院・診療所に対する権限強化（人権監視機能の強化、業務改善命令、地域精神医療への貢献）を、さらに感染症などの身体疾患にも対応できるようにその機能の強化を求めます。精神疾患・精神障害に伴う諸問題に対する相談機能では、本人、家族のニーズなどの調査研究も含めての格段の強化が必要です。

6. 当事者と家族のピア活動への支援

本人と家族が堂々と障がいをおープンにして社会に発信している活動は、一般社会における啓発の推進に繋がります。地域で支え合う当事者会や家族会の活動では、専門家の支援とは異なるピアサポートが可能です。現在、家族会は家族の経験を活かして家族相談や家族学習会など、様々な活動をしています。この本人と家族のピアサポートに予算を付けることを求めます。

1) 家族のピアの体験を活かしたピア活動の価値と活用

家族会が行っている家族相談・その養成講座や「家族による家族学習会」に十分な予算をつけるよう国と自治体に求めます。地域家族会や病院家族会のあり方が変わりつつある現状の中で、家族会による相談・学習などの支援の輪を地域に広げるための補助金交付、物理的、人的支援を自治体が行うことを求めます。

家族のピア活動である家族会活動に予算が付くように求めます。すでに、各地の家族会では地域行政の障害関係の協議会に委員を推薦して、地域の精神障がい者家族を代表して自らの体験等に基づく貴重な意見を述べています。より多くの関係協議会に家族が構成員として参加することを求めます。

2) 本人のピアの体験を活かしたピアサポートの価値と活用

ピアサポーターや就労支援施設などで働くピアスタッフが増えています。ピアサポートとは「仲間(peer)同士の支え合い(support)」であり、「経験の知識」という専門性を持って働く障害者を、ピアサポ-

ター、ピアスタッフといえます。自らの経験を生かしたピアサポートは、サポートを受ける本人の回復に、専門家とは違う身近な助けになります。地域の就労支援や訪問支援、生活支援などを行う事業所で、ピアスタッフとして雇用契約をもつて働く場合には、本人に支援者としての正規の給与を望みます。

さらには、訪問医療・訪問看護にピアスタッフ（雇用契約を結んで働く障がい当事者）も職員として十分な報酬を得ながら加わられるようにすることを求めます。

また、電話相談や集い、学習会など、地域で支え合う本人のピア活動に予算が付くように求めます。さらに、多くの地域の障害関係協議会に本人が構成員として参加することを求めます。行政の会議に本人が参加する場合には、実際の経験にもとづいた内容を会議で十分に発言できるように行政の担当者が支援することを求めます。

7. 本人の一般就労と社会参加への支援

1) 短時間雇用・超短時間雇用の促進

働くことは生きていくうえで欠かせない要素であり、権利です。例えば毎週半日程度からの勤務が許されれば、社会に参加できる本人はたくさんいます。そこから始まって徐々に時間を増やしていく試みが実際に行われ、効果を挙げています。各事業所で、このような働き方を可能にする工夫が行われることを求めます。

2) 就労支援体制の充実

就労が継続できるように、相談支援などを充実させることが必要です。対人関係や仕事上の不安や苦しみについて、いつでもジョブコーチなどの支援者が相談に応じ、職場で合理的配慮が受けられる体制が必要です。

一般事業所の職員が精神障がいについての理解を深めるよう、自治体は一般事業所職員の啓発の機会を設ける必要があります。例えば短時間雇用以外にも在宅勤務など、精神障がいがある人にあつた就労の場を増やす必要があります。また、官庁や民間企業での法定雇用率の順守を徹底することを求めます。

3) 個別就労支援プログラムの促進

本人の希望に基づき、個別支援、アウトリーチ支援を中心に置いた徹底した個別サポートによる就職活動の支援、職場開拓を行う援助付き雇用の充実が大事です。例えば、そのモデルのひとつであるIPSを、就労継続支援・就労移行支援事業所に加えて、ハローワークなどでも受けられることを求めます。

4) 社会参加の機会の確保と工夫

一般就労だけではなくピアサポーターとして、社会参加ができるようにする必要があります。精神疾患・精神障害の体験を活かして働ける環境を広げていくことを求めます。

5) 本人の居場所の開設

地域には、家庭と医療機関以外の居場所がない精神障害がある人が大変多くおります。また、福祉的

就労や一般就労を問わず、事業所の人間関係に悩み精神的不調に悩む方が非常に多くなっています。このため、地域に安心して通える居場所が必要です。具体的には、本人が気軽に参加でき、持っている長所を認められ、安心できる居場所です。人々と対話をしたり、一緒に物事に取り組む経験をすることに自信を回復する効果があり、ひきこもりから抜け出す一歩ともなります。そこで食事をとれるようにすれば、孤立化を防ぎ健康面を改善することにも役立ちます。障害の重い人には福祉制度などによる送迎サービスがあると通うことが可能になります。

また、精神的不調の兆候が出てきた時に、本人自らが一時的に身を寄せることができる、入院手前の「グライシスハウス」のようなレスパイト機能のあるものが必要になっており、退院時における福祉サービスの生活訓練（宿泊型）とを合わせたような、地域開放型の施設の制度化について、医療・福祉両面で検討が必要です。なお、この施設には、病院だけでなく、一部市町村が担っているデイケアの機能も兼ねられると考えられますし、介護給付制度（福祉サービス）のショートステイの手続きを簡素化したような機能を併設することが望ましいです。

6)リカバリー(総合的回復)支援

本人のリカバリー(総合的回復)の過程では、福祉的就労にとどまらず、社会での一般就労やボランティアなどの社会参加の意欲が出てきます。ついては、本人の長所に着目し、地域社会全体で支える居場所づくりなど、柔軟な雇用形態や就労支援や社会参加推進など、一層の工夫を求めます。

8. 啓発教育と実践活動

1) 学校教育における啓発教育の実施

① 義務教育から啓発教育を

義務教育の段階から人権尊重やメンタルヘルスが自分たち自身の課題であることを知り、人や自分の尊厳を土台にした人間関係のつくり方、こころの不調への気づき方、対処の仕方、そして精神疾患・精神障がいについての正しい知識を学べるように、文部科学省や都道府県教育委員会には学習指導要領の改善や教科書の改訂を求めます。

学校では、先生方が子どもたち一人ひとりの精神的変調に早期に気づき、子どもの相談に適切に対応して早期に支援に結びつくことで困難を乗り越えることができるよう、職場の研修充実と共に、勤務時間の労働基準法厳守を求めます。その際には、外部機関との連携を緊密に行うよう求めます。

② 18歳未満のヤングケラーの支援から家族まるごと支援へ

ヤングケラー支援のために、小・中・高等学校の先生方には、子どもの相談に適切に対応できるキメ細かい指導を求めます。また、病気・障がいの親をもつヤングケラー支援には、親である子育て中の本人への支援が不可欠です。親の相談には連携機関に的確につなげるよう、先生方の研修を求めます。

さらには保育所においても、本人である親が気軽に相談できるように、保育士の教育や保育所での子育て相談の窓口が必要です。保育所と保健・福祉とが連携できるようなシステムの構築を求めます。

これらを含め、親子まるごと・家族まるごととの支援という視点での関わりが必要です。

2) 医療機関・教育機関・行政機関・司法関係機関の啓発教育

精神障がいに対する正しい知識の提供とともに、誰にでも起きる可能性のある病気であることの理解が図れるように定期的な研修の機会を確保し、養成課程や講習会などでは本人や家族を講師に招くなどして、対策を進める必要があります。行政機関においては障害福祉関係部課のみならず、他課においてもこれらの研修が必要です。

特に、医師や看護師等の医療機関においてはその養成研修課程において、地域におけるアウトリーチの必要性と現場訪問研修について、カリキュラムに入れるよう求めます。

3) 本人と家族が進める啓発活動

本人と家族が堂々と障がいをオープンにして社会に発言をしていく活動を活発に行うことが有効です。市民啓発活動に本人、家族が参加することを推進し、自らの体験をもとに講師を務め、誰もが住みやすい社会にすることを目指します。このような機会を設けることとそのための財政的支援を求めます。

4) マスメディアによる報道のあり方

報道機関が事件の報道を行う際には、事件の内実と精神疾患および精神科通院歴との因果関係が判断できない段階で、そのことに触れる記事を掲載したり、ニュースとして取り上げることが避けることを求めます。

9. 経済面での諸課題 ー所得補償、他の障害との格差是正などー

1) 本人の所得保障

他障害とも共通する課題であるが、障害のために働けない本人に、親の死後、遺産を残そうとして親が生活費を切り詰めて預金をしたりしなくてすむように、また、本人が他の家族に頼らなければ生きてゆけない状況が生まれないように、国は本人の所得補償を考えて、障害年金などの見直しを行う必要があります。

生活保護の制度では、本人が親族への気兼ねから生活保護の申請を控えたりすることがないように、行政による親族の調査は廃止することを求めます。

無年金者への所得補償を、生活保護以外の制度で行なう必要があります。

2) 障害年金判定基準の見直し

障害年金の等級判定においては、精神障がいの特異性から他障害と比べて不利な判定が生じています。医師による医学的な視点からの診断書において症状とともに日常生活と社会生活における障害についての評価の比重を高めるとともに、家族・ケアラーによる就労の継続能力など、生活の実態についての事実の確認にもとづいて診断し判定がなされるように改善されることを求めます。また、認定期間が短すぎて更新手続きが頻回となるため本人が苦勞しています。認定期間を長くするよう求めます。

今後、障害年金は、無年金者も含めて働けないすべての本人に生活できるだけの額が支給されるようにし、生活保護に頼るあり方を改めるよう求めます。

3) 交通運賃割引の実施

現在、身体障がい者と知的障がい者に適用されている国内の運賃割引制度が、精神障がい者等にも平等に適用され、すべての障がい者に付き添いのない単身乗車時でも、また乗車距離の制限なく適用されることを求めます。特に、JR運賃割引については、令和元年の国会で決議され、家族や本人の切に願う所であり、早急な対応を求めます。

また、実施にあたっては、100km以下の割引制限や付き添い条件などを廃止して、単身乗車時でもすべての障がい者に適用されることを求めます。

4) 重度心身障害者医療費助成制度の実施

精神障がい者については、重度心身障害者医療費助成制度の適用が都道府県や市町村によって取り扱いが多様となっています。どこの地域においても、同一の扱いの適用がなされるよう求めます。また、同一の扱いとしてその適用範囲を、就労が困難で低所得にある精神保健福祉手帳1級と2級所持者に広げるよう求めます。

5) 家族の所得保障

家族が本人の介護で仕事を継続できなくなるようなことのないよう、本人の地域生活をきちんと支える支援体制の構築を進めることが重要ですが、万が一、家族が本人の介護のために仕事を辞めなければならなくなったときには、家族の就労支援と生活保障を求めます。

長期的展望に立ち実現を目指すこと

↳入院中心から地域医療への転換へ・ケアの脱家族化へ

1. 一定の地域単位(人口5万人程度を目安)に、メンタルヘルスの責任をもつセンター

『地域精神保健医療センター(仮称)』の設置を含め地域支援体制構築のための法律の見直し

↳一般医療機関・支援機関との連携を含む地域ネットワークの構築・危機介入を含む訪問サービス実施

地域のメンタルヘルスについては保健所が担うこととなっていますが、保健所は多くの機能を担わなければならず、保健所の統廃合が進められている中で、メンタルヘルスに関する機能は脆弱化しています。精神科病院への入院を繰り返すことなく、地域で安心・安定して暮らすためには、支援機関に加えて一般医療も含めた連携・ネットワークで支える仕組みが必要です。保健所による精神保健機能に加えて、一定の地域住民のメンタルヘル스에責任をもち、危機介入チームを始めとする訪問支援、訪問医療の機能を持ち、24時間365日相談・支援につながる体制をつくり、地域の連携・ネットワークの起点となり、個々のマネージメント・コーディネートとの役割をも担うメンタルヘルス専門のセンターの設置を求めます。そうしたセンターが設置されることにより、医療の地域ネットワークが有機的なものとな

るとともに、地域住民の精神的健康の増進を図ることができるようになります。その根拠となる法律の整備を求めます。これまでの精神科病院への入院中心の精神科医療を改めて、本人中心の訪問支援・訪問医療体制を構築します。

2. 強制的な入院のあり方を問い、医療保護入院の廃止を目指す

↳ 早期支援・重度化予防・相談支援・訪問支援体制の充実を進め、強制的な入院制度によらずに精神科医療が受けられる体制の実現を目指す

精神保健福祉法第33条に規定される医療保護入院は、日本特有の強制入院制度であり、「家族等の同意」という要件にも大きな課題が残っています。また、強制的な入院による精神科医療との出会いが心の傷となり、その後の医療拒否・服薬拒否につながる場合や家族関係に禍根を残す場合もあります。このような本人の意思に反した強制的な入院制度によらない体制づくりが求められます。そのためには、精神疾患に関する正しい知識や情報が周知され、早期対応や重度化させないための訪問も含めた相談・支援・医療の体制の整備、精神科治療における対話型支援の充実・意思決定支援の充実などの多くの克服すべき課題があります。

強制的な対応となる非自発入院が運用されるのであれば、代替え治療の有無等の判断ができる専門的な知識を持つ医師が診断し、社会的責任で実施すべきことであり、家族等の同意の有無を問う必要はないと考えます。

そうした非自発入院が必要な場合以外は、入院せずに生活の場で支援と治療を受けながら回復していくことができるような地域支援・地域医療体制を求めます。

3. 成人した本人の保護者としての責務を家族に負わせないための法律の見直し

障がいがある成人の支援において、家族が扶養義務者としての責任を負わされるのではなく、社会全体が責任を持って支援する体制を構築するための根拠となる法律の見直しを求めます。

4. 家族を始めとするケアラー支援法の制定

病気・障がいがある人をケアするすべてのケアラーが、人として尊重され、健康で文化的な生活を営むことができるよう支援するための法律の制定を求めます。

5. 人権擁護のための強力な制度と公的機関の整備

精神科病院に入院中に頻繁に行われる身体拘束や保護室への隔離が、国際的には人権侵害に当たると指摘されながら、それぞれ毎日1万件以上になる実態が報道されています。また、精神科病院内の虐待事件も後を絶ちません。人権擁護の面では精神保健福祉法により精神医療審査会が設置され、都道府

県も管理責任を負わされていますが、権限が限定的であるために人権侵害を防げていません。まずは、各都道府県の精神医療審査会に家族が参加して機能強化を図ると共に、先進国並みの、都道府県から独立した第三者機関としての人権擁護機関を設置するよう強く求めます。

以上

資
料
編

【資料1】日本の精神保健医療福祉の歴史を振り返る

「病人ための治療と福祉」よりも「病人から国民を守る」という、社会防衛的な観点で日本の精神保健医療福祉施策は行われてきました。「精神障がい者」を国民にとつて「危険な人たち」というとらえ方が関係者の中に強くあつた時代から、医療も進歩し、政府の施策も変わってきてはいますが、国民の意識の根底には危険な人たちというとらえ方が根強く残ったままです。そして、危険な人たちは家族が責任をもって世話をすることを法律に定め、成人した後も家族の責任で対応せざるを得ない状況をつくってきました。

日本の精神保健医療福祉の主な歴史をたどってみます。

1993年	<p>精神保健法の改正（保護義務者から「保護者」に変更、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）法定化、精神障害者社会復帰促進センター創設）</p> <p>障害者基本法 身体、知的障害とともに、精神障害も「障害者」として法的に位置づけた。</p>
1995年	<p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法） 自立と社会参加の促進、精神障害者の社会復帰等のための福祉施策の充実も強化（精神障害者保健福祉手帳制度が創設・社会復帰施設の4類型：精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場）・社会適応訓練事業が法定化等）。</p>
1999年	<p>精神保健福祉法の改正（精神障害者地域生活支援センター、ホームヘルプサービス、ショートステイ等の福祉サービスが法定化）</p>
2004年	<p>精神保健医療福祉の改革ビジョン 「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針を示し、受入条件が整えば退院可能な約7万人について、10年後の解消を図るとした。</p>
2005年	<p>障害者自立支援法（現、障害者総合支援法） 身体・知的・精神の三障害一元化したサービスの提供。</p> <p>精神保健福祉法の改正 「精神分裂病」が「統合失調症」に呼称変更。</p>
2006年	<p>全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）設立 全国精神障害者家族会連合会（全家連）解散に先立ち、新たな全国組織として活動を開始する。</p>
2007年	<p>全国精神障害者家族会連合会（全家連）の解散 国の補助金を、授産施設設立の返済に流用したことが発覚、負債を抱えて解散した。解散時の全家連傘下の家族会は、1593（地域家族会1318、病院家族会275）団体、会員数は、約6万世帯、12万人。前年には、新たな家族会全国組織として「全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）」が設立、また、全家連に関わっていた研究者、当事者・家族が「地域精神保健機構（コンボ）」を同年に設立した。</p>
2012年	<p>障害者総合支援法 「障害者自立支援法」から名称変更。</p>
2013年	<p>精神保健福祉法の改正 保護者制度の規定を削除、医療保護入院の見直し（保護者ではなく家族等の同意に変更）。</p> <p>障害者差別解消法 障害を理由とした不当な差別の禁止。</p> <p>障害者雇用促進法の改正 雇用義務の対象に、精神障害者（発達障害を含む）を追加。</p>
2014年	<p>障害者権利条約の発効 障害者の権利の実現の措置などを定めた国際条約。その後も、精神保健福祉法の見直しが続けられている。</p>

1900年	精神病者監護法 我が国の精神病者に関する最初の法律。監護義務者を親族から選任し、私宅などでの監護を警察に届け出て許可を得るもの。病者の保護よりも、社会防衛の視点からの隔離を重視。
1918年	呉修三 （東京大学初代精神科教授）らは、私宅監置の実態を調査し、報告書「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」を公表。「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」はこの中の一節であり、現在にも通じる。
1919年	精神病院法 精神病院の設置を都道府県に義務づけるが、公的病院の設置は進まず。
1950年	精神衛生法 戦後、この法律で、やっと私宅監置が禁止された。
1958年	精神科特例 精神病床のスタッフ配置基準が一般病床よりも少ない差別的制度（現在、一般病床に対し、医師数 1/3、看護職数 3/4、薬剤師も少ない）。
1964年	ライシャワー事件 精神科病院に入院歴のある 19 歳の少年による、アメリカのライシャワー駐日大使への殺傷事件、大きな社会問題に発展。
1965年	全国精神障害者家族連合会（全家連）結成 1960年頃から病院家族会ができたはじめていたが、ライシャワー事件を契機に、治安優先の精神衛生法改正に反対する家族が家族会を結成し、1965年に全国組織である「全国精神障害者家族連合会（1965年に、全国精神障害者家族連合会）」を結成した。世界で最も早い全国組織化。
1965年	精神衛生法の改正 ライシャワー事件を受けて改正（措置入院制度の強化、通院医療費公費負担制度による在宅精神障害者の治療の充実、精神衛生センター設立、保健所の役割の明確化）。
1955年～ 1970年	私立精神病院とその病床数の飛躍的な増大。1955年に4万4000床だった精神科病床が、1970年には25万床に増大。この時期、欧米での、巨大公立病院閉鎖による「脱施設化」とは逆の方向。
1967年	クラーク勧告 日本政府の要請で、「日本における地域精神衛生」の推進のため来日したデービット・クラークが日本政府に提出した報告書。日本の精神病院には非常に多くの入院患者がおり、長期収容による無欲状態に陥っていると指摘、リハビリテーション推進を図るべきであると勧告。しかし、具体的改善には結びつかず。
1984年	宇都宮病院事件 看護職員による暴行で、患者2名が死亡する事件から、無資格診療や強制労働などの実態が明るみに。国連人権委員会でも取り上げられ、日本の精神医療は世界的な批判を受けた。20年前の「クラーク勧告」の内容を含む勧告が日本政府に行われた。
1987年	精神保健法 宇都宮病院事件をきっかけに成立。精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進（任意入院制度・精神医療審査会・精神保健指定医の創設、同意入院から医療保護入院に名称変更、社会復帰施設の規定等）。

このような歴史を経て、精神障がい者への支援体制は少しずつ整備されてきているものの、法律の制定や改正は常に、精神障がい者が関わる事件を契機とする社会的批判を受けて行われています。

精神科医療機関の多くは民間でありながら、諸外国にはない医療保護入院という強制入院制度（精神保健指定医の判断と家族等の同意）が認められています（日本では精神科入院患者の90%は民間病院に入院）。

現行の精神保健福祉法は、何度改正されても、「危険な人の隔離と収容を担っている」という発言が出るように、その根本的な考え方は変わっていないように思います。精神保健福祉法は精神疾患・精神障がい者の治療・回復のための基本となる重要な法律です。社会治安の観点を排除し、真に精神疾患・精神障がい者の治療と回復のためのものとして、根本的に作り直す必要があります。現在も、精神科病院内では不祥事や人権侵害事件が多発しており、「精神科病院に入院している人は縛られても仕方のない人たち」といった認識が精神科病院内で蔓延していないでしょうか。根本的に、精神科医療が「危険な人の隔離と収容を担う」という考えをなくさなければ解決できないと考えます。

これらの歴史的な経過があり、現状では、精神科病床数（人口万対）は日本26・9床に対し、アメリカ2.5、イタリア1.0、カナダ3.5、スウェーデン4.7、イギリス5.4、フランス8.9です。また、精神科病院への平均在院日数は日本298・1日に対し、アメリカ6.9、イタリア13・3、カナダ15・1、スウェーデン16・5、イギリス54・9、フランス6.5です。

各国の統計の取り方の違い等はあるにせよ、日本の精神科医療の現状は、世界各国からずば抜けて特異な存在であることがわかります。日本の精神疾患・精神障害に対する特異な施策が、障害者権利条約を批准した今も、明確な改善の方向が出ていないことを表しているのです。

【資料2】「地域精神保健医療を実践的に担うセンター（仮称：地域精神保健医療センター）」の新設による地域支援体制づくりを目指して

今後の中長期対策として、地域において本人とその家族及び一般市民のメンタルヘルスケアのニーズに確実に対応するためには、新たに全国の自治体に行政が運営する地域精神保健医療の中核拠点としての「地域精神保健医療センター（仮称）」以下、地域精神保健医療センター」を整備することを求めます。人口5万人、あるいは、少なくとも医療法に定める第2次保健医療圏単位に1カ所の規模で配置する必要があります。

地域精神保健医療センターの主な機能としては、①精神保健のワンストップ相談窓口、②訪問支援・訪問医療、③危機管理・危機介入があります。

地域住民の精神保健医療に責任を持ち、24時間365日体制で本人や家族、市民の精神保健医療の相談を受け付け、実情に合わせて多職種チームによる訪問を行います。緊急に支援が必要になった時の訪問支援、受診拒否の本人への訪問支援も行います。現在、都道府県で行なわれている精神科救急情報センターの活動については、地域精神保健医療センターの中核機能に集約する方向で見直すよう求めます。

センターにつながった本人には担当者を定め、生涯にわたり精神科医療を中心に必要な福祉サービスの利用も含めた生活全般の支援を続け、家族・ケアラーに過度な負担がかからないよう支援します。

地域精神保健医療センターでは訪問支援として、早期介入チーム・慢性期対応チーム・重度者対応としてのACTなど、対象者ごとのチームによる訪問医療、それに加えて家族・ケアラー支援として日本の専門家が取り組みを始めているメリデン版訪問支援（専門家が本人とその家族、ケアラーが暮ら

す家を定期的に何度か訪問し、本人・家族・ケアラー間のコミュニケーション機能の改善を図るなどの支援を行う）やオーブンダイアログ（統合失調症を始めとするさまざまな精神的困難の解決に有効とされている訪問医療チームによる本人・家族・ケアラー全員での対話療法）などで、本人・家族・ケアラー全体が支えられるよう、各地域精神保健医療センターを起点として新しい支援のあり方を全国に広げることが求めます。

訪問支援・訪問医療を充実させるにあたり、ピアスタッフ（雇用契約を結んで働く障がい当事者）も職員として仕事に見合った報酬を得ながら訪問支援・訪問医療に加われるようにすることを求めます。

地域精神保健医療センターが整備された後に、本人が精神科病院から退院する時には、本人と家族・ケアラーが話し合い、地域で独立して暮らすことと家族と同居して暮らすことのどちらでも選択できるように、市町村、地域精神保健医療センターが地域の連携による支援体制を十分に整えることを求めます。

地域精神保健医療センターには、本人の退院時での病状変化や日常生活の中での変調の兆しなどに対応した、福祉と医療の中間に位置する一時休息して回復できるようなレスパイト型のクライシスハウスを併設することも必要です。この利用については、福祉サービス制度の手続きを必要とせず、迅速に対応できるように仕組みしておく必要があります。

地域精神保健医療センターは、地域住民のメンタルヘルスケアに対しても気軽に相談できる体制に拡充します。

以上の施策を整えて、精神疾患の予防とその重症化を防ぎ、地域で暮らす精神疾患・精神障害がある人を、家族のあるなしにかかわらず、行政及び地域支援機関が責任を持って支える体制を構築するように求めます。

簡単申し込みは
こちら



賛助会員募集

毎月「みんなねっと」をお届けします！

マンガ・
イベント
案内



家族の
体験談

全国の
取り組み

精神障がい
に関する
最新情報など

年会費：3,600円

お支払い方法：振込用紙・クレジット

※2名以上の場合はお問い合わせください

※電子版はHP(ホームページ)よりお申し込みください

お申し込みはHP、電話、ファックスから

電子版も
できました

みんなねっと



月刊 **みんなねっと** 通巻第195号(2023年6月臨時増刊号) 定価 300円

発行日 2023年6月1日

発行者 公益社団法人全国精神保健福祉会連合会

理事長 岡田久実子

〒167-0054 東京都杉並区松庵3丁目13番12号

TEL03-5941-6345 FAX03-5941-6347

ホームページ www.seishinhoken.jp

郵便振替 00130-0-338317 加入者名 みんなねっと

賛助会費(会費に購読料含む)


個別・年間 3600円

複数・年間(お問い合わせください)

印刷・製本/倉敷印刷株式会社

*本誌のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上の例外を除き禁じられています。また無断転載はしないでください。



 公益社団法人 全国精神保健福祉社会連合会