

月刊

全国の家族と家族会をつなぐ機関誌
& 最新の精神保健福祉情報誌!!

4
2017

みんな ねっと



●特集

オーブンダイアログ（開かれた対話）の話（飯塚壽美・野村忠良）

●私と家族の手記 難治性部分てんかんや幻聴と闘った息子と家族の28年①

■事例からみる精神障害者の障害年金の実態（白石美佐子）連載1「障害認定に係る等級判定ガイドライン」

■知る「てんかん」の「治療ガイドライン」連載16回

医療保険（高額療養費）《経済的支援特集⑩》

知っておきたい精神保健福祉の動き 2

特集

オープンダイアログ(開かれた対話)の話

——第8回ACT全国研修会 第9分科会に参加して(飯塚壽美・野村忠良) 6

事例からみる精神障害者の障害年金の実際

【連載1】障害認定に係る等級判定ガイドライン(白石美佐子) 14

私と家族の手記「難治性部分てんかんや幻聴と闘った息子と家族の28年^下」(R. T) 20

街の診療所からのお便り【連載119】(増本茂樹)

…夢を追求し過ぎないことも必要です… 24

知ることは生きること

(連載16回)医療保険(高額療養費)《経済的支援特集^⑩》(高橋裕典) 28

真澄こと葉のつれづれ日記(第73回) 34

みんなのわ——読者のページ・地域の話 36

知っておきたい 精神保健福祉の動き

■ユニバーサルデザイン2020 関係閣僚会議

2月20日に2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会にむけて、総理大臣官邸で第1回「ユニバーサルデザイン2020関係閣僚会議」が開催されました。安倍総理大臣の出席のもと「ユニバーサルデザイン2020行動計画」が閣議決定されました。この際、障害当事者9団体^(注)からの意見交換も行われ、事務局長の小幡が出席しました。これを受け、当会として、次の趣旨を発言しました。



出典：首相官邸ホームページより加工
(http://www.kantei.go.jp/jp/97_abe/actions/201702/20universal_design.html)より

めにも、今回の心のバリアフリー・街づくりについて国民一人ひとりが理解を深め、偏見・差別のない社会づくりを進めることが必要です。

教育は時間を要しますが、確実に次世代に根付き、今回の諸施策全般を実りあるものにするものです。小・中学校の義務教育はもちろん、幼少期や高等教育、企業研修などで理解を深めることが重要です。

「精神障害は脳の機能障害であつて、隠さないといけない様な異常なものではない。否定的なレッテルを張られての対応であれば、気持ちが穏やかでいられなくなるのは誰でも一緒だと思う。精神障害をもつ人の地域で安心した生活を広げていくた

正しい知識と体験的、体現的持続性のある福祉教育の充実で、思春期に発症しやすい精神障害に触れるなど、各障害種別について格差のないよう理解を深めること、家族・当事者を含むピア活動にも波及していくことを期待いたします。」

(注) 全国精神保健福祉会連合会、全日本ろうあ連盟、日本盲人会連合、全国手をつなぐ育成会連合会、日本発達障害ネットワーク、全国重症心身障害児(者)を守る会、DPI日本会議、日本身体障害者団体連合会、日本パラスポーツ協会

■これからの精神保健医療福祉の在り方に関する検討会（第5～8回）

当検討会は平成28年12月～平成29年2月にかけて開催され、法改正の報告書案をまとめました。2月22日の社会保障審議会障害者部会に報告書が提出されました。

今回の検討会には、相模原の事件や指定医資格不正取得も踏まえ、措置入院後の継続支援や資格取得の見直しなどがもりこまれました。

退院後の支援体制の充実は必要であるものの、事件をきっかけで検討するのは精神障害の偏見や犯罪防止との印象をぬぐえない旨の論点は抜け落ちてしまっています。

また、医療保護入院時の家族等同意の廃止には至りませんでした。しかし、運用について改正がされる見込みです。家族が意思表示できない場合には、市町村長が同意することが可能となります。

・医療保護入院の家族等の同意に関する主な内容は次の通りです。

○医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。

○本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。

○家族等がどのような観点から

同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとするのが適当。

○現在、退院支援委員会を開催する対象となつている患者であつて、1年以上の入院となつた者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。

○医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

本理事長は「この際に公権力が適正に運用されることを明確化していくこと、家族支援の検討にあたっては、本人を含む

家族療法的支援の充実、会議等へ本人の意見を反映すべき手立てをとることを求めました。今後も家族等同意の廃止、本人の意思決定の充実に継続的課題とすること、重度かつ慢性の方等への入院以外の代替治療がないかについても検討する」趣旨の発言をしました。

■交通運賃割引 これまでの運動の進捗状況

全国精神保健福祉社会連合会（みんなねっと）は、2014年6月5日、第7回定期総会で精神障害者の社会参加と平等への願いを込めた決議を行い、身体的障害者と同等に割引制度の適用を求める運動を開始しました。以降、2014年には全国の

精神障害者の他障害と同等の運賃割引制度適用の取り組み

■運動を始めて以降、実現した運賃割引

鹿児島交通バス 2016.4.1～ 愛知県名鉄バス 2015.10.1～
 岩手県交通バス 2016.4.1～ 名古屋市営地下鉄・市バス・あお
 和歌山バス 2016.7.1～ なみ線（鉄道）など 2016.4.1～

■都道府県、市町村議会における意見書採択

都道府県

	都道府県	採択		都道府県	採択
1	大阪府	2014年3月	9	奈良県	2016年3月
2	兵庫県	2016年2月	10	東京都	2016年6月
3	静岡県	2016年3月	11	和歌山県	2016年6月
4	岡山県	2016年3月	12	愛知県	2016年7月
5	鳥取県	2016年3月	13	秋田県	2016年10月
6	鹿児島県	2016年3月	14	栃木県	2016年10月
7	福岡県	2016年3月	15	埼玉県	2016年10月
8	神奈川県	2016年3月	16	北海道	2016年12月

市町村

静岡県は、昨年、35市町のうち27市町で採択、6月議会で全市町が採択の予定。愛知県や神奈川県、奈良県でも採択が進んでいます。他の都道府県でも積極的に取り組みましょう。

家族・当事者のアンケート調査
2015年から国会請願署名に
取り組み、昨年5月には請願署名
の衆・参議長への提出などの取り
組みを全国の家族が力を合わせ
て進めてきました。2年余りの
運動を振り返り、これまでの取
り組みの進捗状況をまとめまし
た。今後の取り組みに生かすこ
とができればと考えています。

交通事業者への要望・懇談

2015年6月26日から、交
通事業者への要望・懇談の活動
をはじめました。近畿ブロック
では昨年4月、JR西日本と私
鉄大手5社を訪問して要望書を
手渡し、懇談しました。その取
り組みについて報告します。

《2016年4月18日》 JR西
日本本社（近畿ブロック各府県

連代表）、南海電鉄本社（大家連、
和歌山県連、奈良県連）

《同年4月19日》阪急電鉄本社

（大家連、京家連、兵家連）、阪

神電鉄本社（大家連、兵家連）

《同年4月21日》京阪電鉄本社

（大家連、京家連、滋賀県連、

奈良県連）、近畿日本鉄道本社

（大家連、京家連、奈良県連）

懇談の設定は、みんなねっと
近畿ブロック代表理事の倉町さ
んが各社と連絡を取り、日時の
設定を行ってくれました。各社
への要望書には、全福連本條理
事長と沿線府県連代表が連名の
ものを手渡しました。

懇談では、全国の精神障害
者家族会が精神障害者の社会
参加と平等への願いを込めて
2014年から運動を始めたこ

と。アンケート調査の結果は、
家族に迷惑をかけないために外
出を控えていること。精神への
適用によって利用が増えること
などを伝えて、検討を求めまし
た。南海電鉄では、「住宅開発
の沿線の乗客が高齢化により減
少して経営が厳しくなってい
る」といった話もありました。

4月14日には和歌山県出身で
バリアフリー法の成立に尽力され
た二階俊博衆議院議員の協力でJ
R西日本和歌山支社長と懇談しま
した。川井正支社長から「JR西
は福知山線の脱線事故を契機に、
お客様の意見に真摯に向き合う
ようにしている。職員の研修に
役立つ情報も届けてほしい。本
社にも皆さんの思いを伝えま
す」と話していただきました。

(開かれた対話)

オープンダイアローグの話

特集

第8回ACT全国研修会 第9分科会に参加して

みんなねっと編集委員 飯塚壽美・野村忠良

◆分科会での取材

月刊みんなねっと誌の編集会議で、今、注目を集めている、対話を中心とした治療法「オープンダイアローグ（開かれた対話）」を取材し紹介しようと考えていた矢先、今年の1月28日と29日に開かれた「第8回ACT全国研修会」の分科会でのテーマが取り上げられることを知り、編集委員2名が参加して記事にまとめました。

分科会では、伊藤順一郎先生

の司会のもと、斎藤環先生と高木俊介先生が、「オープンダイアローグ」の概要と今後の日本での広がりについて語られました。お三方とも、この分野で熱心に活動されている精神科医です。

先生方のご了解を得て、会場でお聴きしたことをもとに、斎藤先生の著・訳『オープンダイアローグとは何か』（医学書院）と高木先生の翻訳によるヤ

コ・セイックラの『オープンダイアローグ』（日本評論社）を参考に、なるべくやさしい表現で情報をお届けします。

第一部

オープンダイアローグとは

斎藤先生の講義と前述の著作から、分かりやすくまとめてみました。

◆オープンダイアローグの開発に30年

フィンランドで、専門家による家族療法の研究が始まったのは、1980年頃からです。

スウェーデンとの国境に近い西ラップランド地方のボスニア湾に面した都市トルニオにある

ケロブタス病院では、政府から要請されて、患者を地域に移して支援するための新しい心理的治療方法を開発してきました。

30年の年月を経る間にたどり着いたこの方法では、地域住民の誰かに急性症状が生じた、との相談が病院に届くと、24時間以内に支援者2名が本人の自宅を訪問し、家族も支援の対象に含めて、他に特に本人と関係の深い人がいれば本人の承諾を得てから加わってもらい、皆で「オープンダイアログ（開かれた対話）」というミーティングを行ないます。

頼らないで治療を行います。近年になり、非常に高い効果が

実証されるようになり、世界各国で大きな話題になっています。

◆家族療法として

この治療法は、家族療法の一つです。専門家が家庭を訪問し、本人を中心に家族など、本人と特に関係が深い人が集まってミーティングを行ないます。

◆電話での受付と訪問から始まる

ケロブタス病院では、年中無休、24時間体制で電話を受け付けています。初めて精神症状が発生したり、再発の症状が出たりしたとの通報が入ると、2人の支援者が24時間以内に駆けつけます。精神疾患の急性症状であれば、疾病の種類にかかわら

ず、すべての相談に責任をもつて対応します。

電話口で受け付ける職員は、全員、家族療法の専門的研修を受けた看護師、医師、心理士、精神保健福祉士などの専門職員です。電話で受け付けた職員が、そのケースの担当責任者になり、他の職員と2名でチームを組んで自宅を訪問します。相手が自宅を好まない場合は、町中のクリニックのミーティングルームなどに集まります。本人、家族、親しい関係者が集まり、オープンダイアログという特別なミーティングを開きます。

◆訪問頻度

1日1回1時間くらいで、必

要がある限り、初日から毎日続けて開きます。たいていのケースでは、ミーティングだけで10日以内に治まりますが、中には途中から薬を用いたり、長期に及んだりすることもあります。

◆ミーティングの内容

「開かれた対話」という名前のとおり、本人を中心とした、家族、支援者を含むグループでの「対話」による心理的治療法です。

ミーティングでは、前もって目的やテーマは決めません。初めに支援者が本人にインタビューをします。皆が温かい関心を持って本人の話を聴き、それぞれが感じたことを本人に返

します。対話を広げ、本人の思っていることが明確になり発展するように、支援者は折を見て質問をしてゆきます。

参加者は、全員で本人や家族の発言を肯定的に温かく受け止め、特に本人の一つひとつの発言に対して、誰もが自由に自分の心に浮かんだことを言葉にして返します。本人も、自由に自分の心に起きていることを言葉にして表現します。全員に発言の機会が与えられます。そうすることによって、本人の問題が全員に共有され、その解決について、一緒に考えるようになります。

できるだけ新鮮な内容の発言が次々に発展的に続いていくよ

うに、支援者は時々、本人と家族に質問を上手にするなどして関わります。全員が、自分の心に浮かぶことを日常的に使う言葉にして話します。専門的な言葉は使いません。雰囲気が悪くなりそうなどときには、支援者が話題を変えるなどの調整をして、その場の安心感を保ちます。

安心できる対話の流れの中で、本人を中心とする連帯感が生まれ、全員が、愛ともいえる雰囲気にも包まれることもあります。

こうしたミーティングで、多くの場合、本人の症状が治まって、薬の服用もせずに元の生活に戻れるようになります。

病的体験に本人と参加者が言葉を与えると物語になり、それ

が治療的意味を持ちます。無意識に抑圧されていたものから、本人が解放されます。

旧来の病院中心の医療では、本人や家族が病気を自覚して病院に行くようになるまでに時間がかかり、ひとりで苦しむうちに問題が本人のなかで固定化され深刻化していました。この新しい療法により、発症後すぐに、濃厚な人間関係に守られ、苦境を脱出することができるようになりました。薬や入院には、なるべく頼らないようにしています。

◆本人抜きにはしない

支援職員は、本人がいなくてころでは、決して本人のことを話しませんし、本人のことを決

めることもありません。必ず、本人の前で本人を中心に話し合っている、本人が決めるようにします。

◆皆が平等

この治療法では、本人、家族、支援者、関係者のすべてが平等な位置にいます。お互いの上に上下関係はつきりません。支援者同士の関係でも、職種の間には上下はありません。

◆専門性

オープンダイアログでは、医学的な診断や治療方針には固執しません。

専門性が欠けた治療法に見えますが、実は、長い歴史で培われた心理学の深い専門性、理論

の裏打ちがあります。

支援者たちは、国家資格の上で家族療法の研修を3年かかって修め、専門性をしっかり身につけています。

オープンダイアログのミーティングの中では、支援者同士が本人の了解を得て、わざわざ本人の目の前で専門的な会話を交わすことがあります。それは、本人や家族がそれを見て、自分の問題を専門家の立場から見つ視野を広げ理解するのに役立つからです。

◆連続性

ひとたび担当したケースを、支援者は交代せずに長期間、担当します。また、ミーティング

に参加するメンバーも、途中で替えません。

◆明確な責任

一度、病院が相談を受けたケースは、最初に電話を受けた職員である支援者を中心に、病院のチームがいつまでも責任をもち、一貫して支援を行ないます。

◆不確実性への耐性

前述したように、ミーティングを始めるときには、何も準備はしません。計画もなく、本人を中心に、各自がただその場の自分の心の動きを直接表明する対話の連続により、見えてくるものを大切にします。うまくいくと、それまで思いもしなかった解決や新

しい意味が皆の前に姿を現します。それを伝えあうことによって、本人が救われます。

しかし、いつでもうまくいくとは限りません。対話を続けてもあいまいな話しか出てこなかったり、行き詰まったりすることがあります。その時には、解決は無理なのではないかという不安に耐えて、未解決、不確実なままにしておき、「対話」に希望を託して、次の日にまた続きを行ないます。

◆対話を最重要視する

この治療法の核は、「対話」です。「傾聴」を伴う、「いま、この場」の対話の質が特別に重要なのです。

◆治療費の自己負担は無料

支援者は公務員であり、訪問治療に対する患者の自己負担はありません。

◆治療効果の実績

統計によると、オープンダイ

	OD 治療	伝統的療法
投薬	35%	100%
精神残遺	18%	50%
2年間の再発率	24%	71%
障害者手当の支給	23%	57%

アローグの治療効果は表のとおりで、伝統的な療法と比べて、投薬・精神残遺・2年間の再発率・障害者手当の支給などの率において、すべて半分以下でした。

第二部 A C Tとオープンダイアローグ

・伊藤順一郎先生（メンタルヘルス診療所
しっぽふあーれ）・斎藤環先生（筑波大
学教授）・高木俊介先生（A C T - K）

さて、分科会で行われた、伊藤先生との司会による高木先生と斎藤先生の対談ですが、この対談では、オープンダイアローグと「A C T」^{アクト}との関係や、日本にオープンダイアローグを取り入れるには、従来の医療における発想の転換が必要であること等が話されました。

「A C T」は1970年代初頭に、アメリカで始まった治療プログラムです。10年くらい前から、日本でも一部地域の有志により実践されるようになりました。重い精神障害のある方々が、地域の住み慣れた場所で暮

らしていけるように、地域の医療機関から、看護師、医師、ソーシャルワーカーなどの様々な職種^種の専門家で構成されるチームが、その方々を訪問して支えます。

では、この対談の中から、紙面の都合もあり、抜粋したものを次に記します。

◆日本ではオープンダイアローグを実践できるのか

高木 日本で、A C Tが行われるようになってから10年が過ぎましたが、まだ制度化されておらず、わずかな地域でしか行われてい

ない。

フィンランドでは、オープンダイアローグを実践できるシステムが、社会に出来上がっている。オープンダイアローグはそれらの土台となっている「思想」である。実験的なことをしている社会であり、コミュニケーションによって近代社会を変えようとしている。

A C Tを実践してきたが、その経験からオープンダイアローグは当たり前と思える。しかし、A C Tは、スタッフ・ミーティングや治療方針などが必要で、オープンダイアローグとどう折り合いをつけるかが難しい。今の医療制度の下では、複数の職員による訪問は経営上できない

ので、非常に似通った点はあるが、実現は難しい。

斎藤 フィンランドでも実践できているのはトルニオの地域だけであり、他の地域では医療チームが薬を使わないやり方に不安が強く実践できないでいる。トルニオでは、困ったらケロブダス病院に電話をするという文化がある。再発したらミーティングをすればよいという考えで、予防を考えないことで減薬ができるという発想は健全だと思う。

日本では、現在のシステムを変えつつ、オープンダイアローグを並行して実施するのが正しいのかと思う。その実践で有効性が高まれば、日本の社会はシ

ステムを変えていこうとするのではないか。

◆強制入院と発想の転換

伊藤 いちばん関心があるのは、強制入院である。いかに避けるか、なくしていくか。

地域にチームを編成できる診療所や福祉の拠点があり、そこでオープンダイアローグの実現に向けて、同じ志の人がチームを作っていくとよい。24時間、365日、要請があれば素早く駆けつけ、毎日訪問することは、経営を度外視すればできる。

「病氣」をどう考えるかについて、医療者の発想の転換が必要で、「病氣」は当事者の苦悩の物語や家族の困惑の物語、あ

るいは当事者が通う学校の先生の苦悩の物語なのではないか。そこにかかわって始まる対話

は、病氣だということには引き戻さない会話をしている、会話のベースは医療モデル的などころに引きつけない対話であり、生活者として人生を歩んでいる人の、何かに役に立つような対話を展開していると思う。これまでの医療、病院を中心としたシステムを手放していかないとできない。

高木 強制入院の現実、その病気で迷惑をこうむっている人が声を挙げているに過ぎない。声を挙げている人の方を変えることができるかもしれない。周囲が困っていて入院させたいと

思っている問題も、病気のせい
にみえるけれども、実は人生の
悩みだということを共通の認識
にしようとか皆で会話することだ
と思う。

斎藤 支援者と当事者に双方向
的な変化が起きるところがオー
プンダイアローグのよいところ
で、家族もネットワークの一つ
である。ミーティングで、専門
家は自分の迷いやブレを正直に
表わすと、本人や家族は安心す
るのではないか。

◆ 専門家の役割

伊藤 我々医師は、人生の専門
家ではない。患者は苦勞の専門
家であり、家族には家族の持つ
専門性がある。自分が一段上だ

という考えは、幻想にすぎない
と自覚していないと話が混乱す
ると思う。

高木 幻聴や妄想を持つ人に対
して、一時期のサポートは必要か
もしれないが、医療にできること
は実は少ない。専門家という偉
そうであるが、精神医療の専門家、
特に精神科医なんてたいしたこと
とはしておらず、いなくてもなん
とかなることが多い。そうなるた
めにも、ACIやオープンダイア
ローグ、トリエステのめざすや
り方などを見習っていくこと、
それらの良いところを全部、取
り入れることが必要と思う。
トリエステやフィンランドに
は、システムや技法の助けを借り
ながら、病院中心の考えを打ち碎

いていこうとする意志がどこか
にある。日本にいちばん欠けてい
るのは、声の大きい方に流れて
いつて、対話がないことだ。

斎藤 やはり専門家は必要で、
人々の差別や排除の思想を食い
止める役割を負っているのでは
ないか。説得したり信念を貫い
たりする人が、専門家と言える。
伊藤 精神医療が負わされてき
た社会防衛的な役割は、もう僕
らの仕事ではないと言う必要が
あり、精神科医は、そこで悩ん
でいる人をただ助けることに専
念するというのを、はつきり
させることだと思う。

事例からみる 精神障害者の 障害年金の実際

《連載1》障害認定に係る等級判定ガイドライン

白石社会保険労務士事務所
社会保険労務士 白石 美佐子

診断書記載についての注意事項

昨年9月に「精神の障害に係る等級判定ガイドライン」がスタートしました。県により障害年金の認定に6倍もの差があったことが新聞発表されたことは記憶に新しいと思います。

その原因は、精神の認定率にあったとし、厚生労働省は検討委員会を立ち上げ、「等級判定ガイドライン」を作りスタートさせました。

このガイドラインの概要としては、まず診断書の裏面の日常生活活動能力の判定と程度の部分を点数化し、等級の目安表に当てはめ、その等級の目安表を参考にしつつ、診断書の総合的

判断をするというものです（図1 等級の目安表と計算方法）。

病院から診断書を受け取った時に、封がしてあるため開けずに市役所に提出した、年金事務所に提出をしたという話をよく耳にします。診断書の封を開けてはならないということはありません。せっかく高い診断書代を払って障害年金の請求をするのですから、是非、封を開け診断書の内容を確認してみてください。年金の請求手続きをする前に、診断書をコピーして今後のために、手元に保管しておく方が良いでしょう。

等級の目安表に当てはめたら、次に診断書の総合判断について注意する必要があります。

診断書の右下部分には、病状についての記載が必要です。

うつ状態やそう状態、幻覚、幻聴などの具体的エピソードの記載がされているでしょうか？

自己管理能力や社会的な役割などに対する能力などが記載されているでしょうか。

ガイドラインには、初めて発達障害について、臭気、光、音、気温などの感覚過敏による日常生活の制限などが審査の内容の要素に加えられました。

発達障害が前景にあり、うつ病や躁うつ病を発症するケースも多々あります。その場合には、是非、臭気、光、気温などについても診断書の右下部分に記載がされているのかを確認してみ

てください。

また、独居である場合は、日常生活においてヘルパーを利用していいのか、ご家族の援助があるのか？ また、それらを実際に受けていなくても受ける必要性があるのか？ということも判断内容の要素となります。

独居になった理由や時期も診断書に記載してもらうことをお勧めします。

単身生活者は、障害年金を受けれないなどという相談をよく受けますが、そんなことはありませんので、あきらめずに障害年金の請求をしてみてください。

就労状況についての記載

前記にも記載しましたが、診

断書裏面の④就労状況については重要な項目です（資料②）。

就労継続支援A型やB型、障害者雇用等で就労している場合は、具体的に記載していただくと良いでしょう。

就労に関して、個別的な配慮をしてもらっている場合、または必要な場合は、その部分をしっかりと診断書に記載する必要があります。

単に○年○ヶ月、週○日、○作業等だけの記載では、毎日、自立して働いていると判断されてしまうかもしれません。

職場環境や上司、同僚などの配慮が必要であったり、作業所や職場まで親の送迎である場合等は、事細かに記載することに

資料2 エ 現症時の就労状況

エ 現症時の就労状況

○ 勤務先 一般企業 就労支援施設 その他 ()

○ 雇用体系 障害者雇用 一般雇用 自営 その他 ()

○ 勤続年数 (年 ヶ月) ○ 仕事の頻度 (週に 月に ()日)

○ ひと月の給与 (円程度)

○ 仕事の内容

○ 仕事場での援助の状況や意思疎通の状況

に必要の手続が行えること。

できる おおむねできるが時には助言や指導を必要とする 助言や指導があればできる 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

エ 現症時の就労状況

○ 勤務先 ・一般企業 **就労支援施設** その他 ()

○ 雇用体系 ・障害者雇用 ・一般雇用 ・自営 ・その他 ()

○ 勤続年数 (4 年 ヶ月) ○ 仕事の頻度 (週に 月に (5)日)

○ ひと月の給与 (70000 円程度)

○ 仕事の内容
パソコン入力

○ 仕事場での援助の状況や意思疎通の状況
包容力のある同僚は数が極めて少なく、対外的にも内部の連絡交流にも職員の介在が不可欠である。

具体的事例

より日常生活の不自由さなどが反映された診断書となっていくことでしょう。

診断書の内容を充実させるには
障害年金の審査は、書類審査です。

診断書の内容をどれだけ充実させるのかが、重要であることは言うまでもありません。

日々、患者と寝起きを共にしていない医師に日常生活についての判定をさせること自体、ナンセンスであると言わざるを得ないのですが、現状では、日本年金機構の指定の診断書を使用するしかありませんので、いかに病状や日常生活のつらさ、不便さ等を医師に伝えるのが重

要になってくると思います。

短い診察時間の中で、病状、日常生活のつらさや不便さ、生きづらさなどを伝えることは至難の業です。そのような時は、是非、診察の時に短いメモでも良いので、先生に病状や日常生活の不便さなどを伝えてみてはいかがでしょうか。

障害年金の請求、更新などの診断書の作成に関してすべて医師任せではなく自分でできることは自分で行うという姿勢こそが、不支給や等級落ちを防止する一つの手立てになることを忘れないでほしいと思います。

皆でより良いガイドラインに！

障害年金は必要な人に必要な

額が支給されるべきものでなければならぬと切に思います。

就労継続支援A型や障害者雇用等での就労の場合、ガイドライン施行以前は、厳しい判定になっていましたが、施行後は、就労欄を充実することにより障害年金が認定されるケースも多々見られます。

今後この状況が続けばよいのですが、精神に限らず他の疾患でも、新しい基準が設けられた後は、認定が厳しくなっていくという傾向にあります。

3年後に、ガイドラインの見直しまで、皆でこのガイドラインの行方を見守り、3年後以降も、審査が厳しくなっていないか、理不尽な審査が行われてい

ないのかなどを見守り続け確認する必要があると思います。

皆で、新しいガイドラインを、今後より良いものに変えていくという意識が必要なのではないのでしょうか？

国への意見や要望がある場合は、是非、みんなねっとへご意見をいただければと思います。

それらの声を国に届け、要望していくことが家族会の役割であり、それらの活動が障害年金の制度の改善につながると私は信じています。

次号からは具体的な事例をご紹介します。

(しらいし みさこ)

難治性部分てんかんや幻聴と 闘った息子と家族の28年 ①下

(東京都) R.T

開頭手術を受ける

病院に相談した結果、手術はどうかと言われましたが、本人は開頭手術には難色を示しました。私はこのまま多くの薬を飲み、精神にも害が及びそうなので、必死に息子を説得し、どうとう手術を受けることを納得させました。

2003年4月8日、静岡東病院にて開頭手術を受けました。結果は、本人の右手に麻痺が残ると言われ、左前頭葉の運動野にある細胞の患部が残ることになり、相変わらず、発作と付き合うことになってしまったのです。

幻聴との闘いの始まり

2005年、手術の経過観察のため入院しましたが、その前から独り言を言ったり笑ったり、夕方になると大きな声で誰かと会話するようになっていました。

その頃、東病院も新しく建て直され、独立行政法人・国立病院機構静岡てんかん・神経医療センターに変わりました。その6階が、てんかんと統合失調症の患者さんの専門病棟になっていました。

幻聴を止めるため薬のことを少しお話ししますが、6階に入院している患者さんの多く

に見覚えがあり、息子が中学生で小児科に入院していた子供達の多くが、今この6病棟に入院しているのです。

息子と同じように、多くの薬を15〜16年も飲み続けると、みんな、このように精神を患うの

だろうかと薬の副作用の怖さを知りました。

てんかん薬として、アラビヤチン、デパケン、ヘノバルビタールと精神薬のセレネース、副作用止めのアキネトンです。

当時は血中濃度を測ることが

できず、アラビヤチンなどは300ミリが人間の耐えられる上限と言われていたのに、息子は10年以上も350ミリを飲んでおりました。

さー、これからが、幻聴との闘いです。主治医はリスバタールから始めてくれましたが、C P Kという心臓に害を与える数値が1500にも上がり、この薬はだめということになりました。そのころ、出始めたジプレキサを試したところ、劇的に効いて、これで退院となったのですが、血液検査をしたら、またC P Kが6000にも上がっており、この薬もだめということになってしまいました。

行き詰まった先生が、今、



体の中にある二世代精神薬を全部抜いて、最初から少しずつ試してみよう”ということになり、それからコントミンを650ミリ服用しながら自宅で3か月待機して、改めて入院ということになりました。

エブリファイを、1か月かけて必要量まで増やし、1か月様子を見る、というやり方でしたが、エブリファイも効かないということになりました。セロクエルもルーランもロナセンも数か月かけて試したのですが、幻聴を止めることはできませんでした。

そこで劇的に効いたジプレキサを、もう一度試すことになりましたが、今度は少しずつ0.2ミ

リから飲み始めることになりました。目標は10ミリです。1週間毎に血中濃度を測り、3年半かかってやっと10ミリまで増やすことができました。

その間、コントミン、セレネーなど薬を整理してくれましたが、幻聴は少し残っております。副作用の方は、少しずつ増やしていったお陰で体重も増えず糖尿病の心配もありません。

このことから、薬は少量ずつ飲むことによって副作用が少しは防げるのではと思うのですが、0.2ミリから試してくれる病院などあまりないでしょう。



国立精神・神経医療センター病院での今

静岡のてんかんセンターを退院して、現在の病院にお世話になって、もう足かけ9年になります。

静岡の病院では、私が泊まり込みで、ほぼ3年近く、主人とは別居生活でした、次男のこと

も面倒を見てあげることができませんでしたが、独立して一人暮らしをしており、二人とも愚痴一つ言いませんでしたが、今になると、長男の病を治すことに家族が皆、協力してくれて我慢していてくれたのだと感謝しております。

現在では、発作の方の新薬イーケプラを試して良い結果が出ておりますが、いまなお幻聴には苦しめられております。

思ったように回復はしてくれなかったけれど、望んでも、望んでも、叶わなくても、望み続ける“人は生きて行く限りそれで良いのだ”と思っております。



街の 診療所から の便利

…夢を追求し過ぎない
ことも必要です…

連載
119回



ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈仕事が続かない〉

大学受験の浪人時代に思うように勉強できなかったHさん（現在は28歳）は、大学1年生の時に彼の学部で必要な数学の試験にどうしても受かりませんでした。この時、彼は「同級生が自分に意地悪を仕掛けて来る」と説明したものです。

大学を退学し会計の専門学校に行きましたが、そこでの勉強

もHさんにはなじみませんでした。その後いくつかの仕事に就いたものの、毎回邪魔をされるような事態に陥り、安定して長く勤めたことはありません。

その後、統合失調症の特徴的な幻聴はそう強くはありませんでしたが、周囲の人が自分を意地悪するといふ被害妄想を絶えず生じさせていましたので、統合失調症が固定してしまつたと診断し、障害基礎年金を受給す

るようにしています。

〈作業所に通う〉

この1年、Hさんは地元の仕事所に通所しておられました。彼は、作業所へ通うことを『仕事』と捉え、自分の病気を統合失調症だと言われてはいますが、どんな弱点があつて、どうやってそれを克服して行くのかを自覚してはおられません。そのため、何か不安な思いに駆ら

れると精神科医のところへ駆け込んで、『よく効く薬』を出してくれるように要請されるのでした。ここしばらくのHさんの訴えは「通所する電車の中で、他の人が固まりになって責めて来るような気がする」というものでした。この症状は『同じ心配を考え続けられない方が良いよ』という薬のリスペリドンを6mgに増量して、あまり気にならないようになりましたので、私もほっとしていたところでした。

〈死ぬしかない〉

でも今日は、両親と作業所のケースワーカーらしき女性と一緒に待合室で待っておられます。どうしたのでしょうか？



まずお母さんが、「今週の月曜日から、この子が『仕事に行かない』と言って、困っているんです」と言われます。Hさん本人はそれをチラッと流して、私に訴えて言われます。

「先生、もう僕は仕事ができないんです。死ぬしかありません」
お父さんは、「この間までは喜んで行っていたのに、朝、『行けない』と言い出し、駅まで連れて行くようになった」と嘆かれます。

ケースワーカーは、「農作業も廃品回収も菓子作りも、この頃は上手になられましたよ」と言われます。

〈おJJVNNSS〉

H君本人は、「先生、これを見てください」とノートを差し出されます。そのノートは日記帳として使っておられまして、始めの方こそ「今日は畑に行っ

て、ブルーベリーの実を取った」などと書いてありますが、途中から「もうだめだ。死にたい」とか「やる気が起きない。死にそう」「僕は農作業をして、死ぬのか」などと何ページも埋められています。

日記帳をこういう風に繰り返して書くのは良くないのよ。同じ言葉を続けて書いていると、自分がだんだんそう思っているという気持ちになっちゃってしまいます。自分を励ます時に「気合だ！気合だ！」と繰り返すのはいいんです。でも、死ぬ方にかんばらなくてもいいじゃないですか？ H君は先生にこれを見せたかったのは、先生に死ぬことを手伝ってもらいたいのではな

くて、「死にたいくらいつらい」と伝えたいのでしょうか？

〈人生の目標〉

統合失調症では病気に当たってしまつと、それまで期待していたような裕福な人生にはならないかも知れません。それは残念なことですが、受け入れなければなりません。でも、順調に行っているように見える人でも、子供の頃希望したように人生を過ごしている人はそう多くはありません。たいていの人が夢を断念しているものです。事故にあつて怪我をした人や身体的な難病に当たった人も人生の目標を変えなければなりません。統合失調症の人では丁度良

く諦めることが下手になつてしましますから、なおさら難しいことなのです。H君のお父さんやお母さんは、H君は独力では充分な生活費を得られないと認めて障害年金を申請されたのですから、これからは、夜はゆっくりしてよく眠り、朝は夜明けと共に目覚めて、朝ごはんを食べたなら何かの仕事に出かけるといふところを目標として、幸せを追求できるように協力してあげてください。

〈大学卒〉

この日、お父さんは、「どうしてこのくらいの仕事ができないのか？」と不満気です。お父さんは高卒で大企業の現場に勤

め、大学卒の人に混じって、努力を重ねて勤めて来られました。息子にはどうしても大学に行って、周囲の大卒の人たちのような生活をして欲しかった。息子のHさんは親の期待が刷り込まれて、自分の行動指針になっっているようです。Hさんは独力では、自分の人生指針を変えることは難しいように思いますが。親の思い入れが強過ぎていけないのでしょうか。

＜一緒に生きる＞

その後、診察室に来たIさん（35歳の女性）はやはり統合失調症に罹^{かか}っておられますが、給食センターにパートで出られ、あせらずに満足して勤務してお

られます。幻聴・妄想がひどかった頃のことを質問すれば、“あの頃はずっと地面が揺れているようで、地球が割れるかも知れないと感じていました”と言われます。

そうですね、地球が割れるような時には自分だけ生き延びても仕方ないですからね。“皆が死ぬ時には、一緒に死のうと覚悟を決めましょう”と言いますと、きよとんとした顔をされました。今は会社の同僚を信じられており、一緒に死ぬよりも、一緒に生きようと考えておられるようです。

＜安心な世の中＞

Iさんはジプレレキサ10mgがな

じんで人生を取り戻されました。両親とも教員でしたが、Iさんは学校の先生になる夢を諦めて、今の心地よい職場で過ごしておられます。

職場では誰も彼女が統合失調症で通院していることを知りません。どんな雰囲気なんだろう、と考えます。ただ、統合失調症の人が過ごしやすい職場は、精神病でない一般の人も過ごしやすい職場なんだろうとは思えるのです。

知ることは生きること

連載16回

医療保険(高額療養費)
(経済的支援特集⑩)

社会保険労務士 高橋裕典

医療保険の歴史と役割

日本の公的医療保険(以下、単に「医療保険」といいます)は、東京オリンピック開催を間近に控えた昭和36年に「国民皆保険」が達成されました。

国民皆保険とは、すべての国民が医療保険に加入して保険証

を持つことを意味しています。国民が等しく医療を受けることができるようにとの願いが込められたとても素晴らしい制度です。

現在の医療保険は、次表のよ

うな区分と種類になっています。

区分	本人	扶養家族	75歳以上の人
雇われている人 会社員(社長も含む)	①または②に加入する(※1、※2) ①全国健康保険協会の健康保険 ②健康保険組合の健康保険		後期高齢者医療制度 に加入する
雇われていない人 自営業・無職など	市区町村国民健康保険に加入する		
生活保護の人	医療扶助を受けている場合は生活保護にて医療を受ける		

※1：雇われている会社がどの健康保険に加入しているかで決まります。

※2：公務員は、共済制度が医療保険の役割を担っています。

高額療養費制度の基本的な考え方と仕組み

保険証を提示して治療を受けた場合、医療費の3割（年齢や条件により2割以下の人もいます）を窓口で支払います。自己負担額のことです。

自己負担額が月に10000円や20000円ならば大きな負担になることはないかもしれませんが、月に何十万円にもなると大変です。重病でも治療を受けずに我慢しようとする人が出てきてしまいますので、高額療養費制度によって1か月毎の自己負担額は一定の限度までで良いことになっているのです。高額療養費制度は、年齢や加入する健

康保険等によって多少違いがありますが、基本的な考え方や仕組みは同じなので、今回は全国健康保険協会の70歳未満の人に適用される制度について事例を交えて説明します。

高額療養費の基本ルールその1 (対象となる費用)

高額療養費の対象となるのは医療費の自己負担分（扶養家族等の負担額も含めることができます。場合があります）です。わかりやすく言うと、窓口で支払う費用ということになりますが、その費用には医療費ではないものや高額療養費の対象にすることが認められていない費用が含まれていることがあるので注意

が必要です。高額療養費の対象とならない費用には、次のようなものがあります。

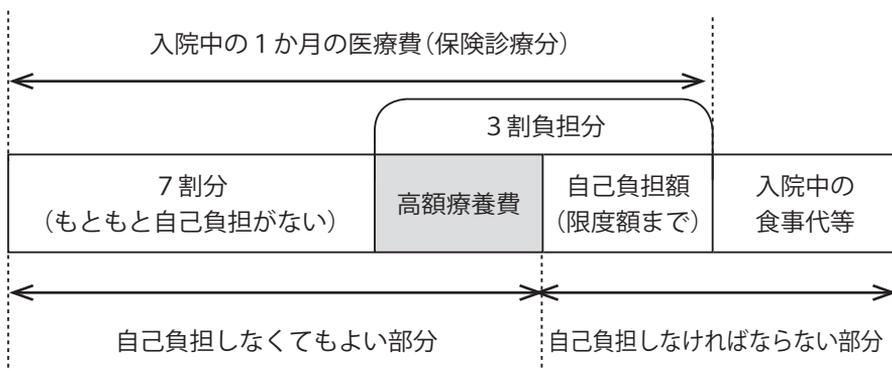
① 診断書などの文書料、② 先進医療の技術料、③ 特別室のベッド代、④ 入院中の食事代や光熱水道代などです。

病院で交付される領収証等にそれぞれの費用が分けて記載されていますので、その内容を確認してみましよう。

高額療養費の基本ルールその2 (計算する単位など)

高額療養費は①病院ごとに、②1か月単位で自己負担額を合計して計算する仕組みです。入院と外来は分けて計算するなどの細かなルールはありますが、

(イメージ図)



外来だけで高額療養費に該当する事例はそれほど多くないので、入院をしたときの1か月毎の医療費の話だとイメージしてください。

高額療養費の基本ルールその3 (自己負担限度額)

高額療養費の計算をするために、健康保険料を支払って働いている人のお給料水準(実際には「標準報酬月額」というランク表を使います)によって、次表のように1か月の自己負担限度額が設定されています。

なお、12か月の間に4回以上高額療養費に該当する月がある場合、4回目以降の月は、さらに自己負担限度額が軽減される

「多数回該当」という制度もあります。

高額療養費の基本ルールその4 (限度額適用認定証)

一旦、窓口で多額の医療費の支払いをし、その後で高額療養費の払い戻しを受けるのでは金銭的に大変な場合があります。そこで、「限度額適用認定証」というものがあります。限度額適用認定証を入院する病院に提出しておけば、窓口で支払う医療費の額は自己負担限度額までとなり、非常に便利です。限度額適用認定証は、お持ちの保険証に記載された窓口へ交付申請をすれば簡単に入手できます。

なお、限度額適用認定証の提

(自己負担限度額)

70歳未満の人	標準報酬月額ランク	自己負担額限度（1か月の負担額の上限）
	83万円以上	252,600円+（医療費－842,000円）×1%
	53～79万円	167,400円+（医療費－558,000円）×1%
	28～50万円	80,100円+（医療費－267,000円）×1%
	26万円以下	57,600円
	低所得者（住民税非課税）	35,400円

(多数回該当の場合の自己負担限度額)

多数回該当の人	標準報酬月額ランク	自己負担額限度（1か月の負担額の上限）
	83万円以上	140,100円
	53～79万円	93,000円
	50万円以下	44,400円
	低所得者（住民税非課税）	24,600円

出が遅れてしまった場合には、一旦、窓口で原則通り3割負担で計算された医療費を支払って、後日、高額療養費の申請で払い戻し手続きをしなければなりません。手続きから払い戻しまでは、3か月程度かかるのが一般的です。

(ワンポイントアドバイス)

大きな病気やけがで入院する場合には、限度額適用認定証を速やかに入手して、病院へ提出するようにしましょう。なお、限度額適用認定証の交付申請は、家族など代理の人でも行うことができます。

急性心筋梗塞で2か月入院した Aさんの事例

Aさん（40歳男性、会社員、標準報酬月額36万円、全国健康保険協会の健康保険に加入中）は、平成29年1月8日に自宅で急に胸が苦しくなって近くの大学病院へ救急搬送されました。急性心筋梗塞でした。緊急手術のあと、しばらく入院による治療と経過観察を続けた結果、順調に体調は回復して2月28日に退院することになりました。

Aさんは限度額適用認定証を病院へ提出したので、窓口での医療費の支払いは自己負担限度額までで済みました。入院中で動くことができなかったため、限度額

適用認定証の交付申請は、Aさんの家族が行ってくれました。

今回のAさんの入院治療にかかる医療費が平成29年1月分は80万円、2月分は40万円だったとしたら、どのように医療費負担の計算が行われたのか考えてみましょう。

Aさんの標準報酬月額が36万円ですので、自己負担限度額の計算式は、「80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%」を使います。この計算式にあてはめると、平成29年1月分の医療費負担の計算は、左頁の表の通りとなります。

なお、同じ手順で平成29年2月分を計算すると、

自己負担限度額は81,430円になりますので、高額療養費は38,570円 (= 120,000円 - 81,430円) となります。

高額療養費制度のこれからとその他医療保険制度

これまでの説明と事例でお分かりいただけたと思いますが、高額療養費制度は本人に代わって多額の医療費を負担してくれ

治療にかかった医療費	800,000 円 (A さんの治療で病院が請求できる医療費)
本来の医療費負担割合	800,000 円 × 3 割 = 240,000 円 (高額療養費がなかった場合に A さんが負担する医療費) 800,000 円 × 7 割 = 560,000 円 (全国健康保険協会が病院に支払ってくれる医療費)
自己負担限度額	80,100 円 + (800,000 円 - 267,000 円) × 1% = 85,430 円 (A さんが窓口で支払うことになる医療費)
高額療養費	240,000 円 - 85,430 円 = 154,570 円 (全国健康保険協会が病院に支払ってくれる医療費)
まとめ	本来であれば A さんは、医療費を 240,000 円支払わなければならないところ、自己負担限度額が 85,430 円なので、154,570 円負担が軽くなったこととなります。これが高額療養費の効果です。結果的に、全国健康保険協会は、医療費の 7 割分 (560,000 円) に加えて、高額療養費分 (154,570 円) を病院に支払ってくれることとなります。

ます。利用する側にとっては大変ありがたいことですが、医療保険を運営する側にとっては非常に大きな負担となっていて、今後、自己負担限度額が引き上げられていく予定です。

また、医療保険には病気やけがで働けなくなってしまう時の所得保障として「傷病手当金」という制度があり、高額療養費と併せて利用することで、生活困窮に陥ることを防ぐことができます。そのほかにも医療保険には様々な保険給付がありますので、ご興味がありましたら全国健康保険協会のホームページなどをご覧ください。

(たかはしやすのり)

となるそうです。

◆神奈川県 リつちゃんりつっ
ん 本人(40代)
私は最近よく「病気じゃねっ」



◆群馬県 大井田和子 本人(40代)

ときこえます(げんちようかな?)

そんな時は、「病気じゃなくていいよ。ただ入院したくないからクスリので通院してんの

」と心でいいます。

「やっぱり入院はしたくねっ」と私はいいます。

詩・その他

◆大阪府 小林聡

ゆっくりゆっくり生きてたい

心にひどい傷があり

とっつてもひどい傷があり
膿を出しては涙して

三度の飯がやつとです

心で人と距離を取り

とっつても遠い距離を取り
会話はすれど笑えない

うんうんうなずくだけなのです

そしてバリアを作っては

一人の友も得られない
バリアを破るエナジーを

■今年も3月3日に「みんなねっとフォーラム」を開きました。

今回も、多くの学生ボランティアに協力してもらって運営いたしました。

学生さんは、運営でも会場の案内や受付、書籍販売、会場設営など、とても良く協力していただき、さらに講演・シンポジウムを熱心に聴いていただき、心から感謝しています。

その姿を見て、私は学生の頃を思い出していました。私は、学生時代に社会福祉を専攻して学んでいました。ところが、今ほど福祉業界でも「障害者の家族を支える」という考えが浸透してなく、このことを深くは教えてもらえなかったように思

います（私が覚えていないだけかもしれませんが）。

今回の学生ボランティアさんは、私たちのような精神障害者の家族を支える団体の存在を知ってもらえただけでも、良い学びになったのではないかと感じています。

そして、私も学生時代に「障害者の家族を支える」という概念をもっと学んでおきたかったと思いました。学生時代に勉強できなかった分、みんなねっと事務局で精神障害者の家族の理解に努めていこうと思います。

なお今回のみんなねっとフォーラムの内容や詳細は、今後「月刊みんなねっと」に掲載する予定です。ご期待ください。

(鈴木)

【「みんなのわ」へメールで投稿できます】読者のページ(みんなのわ)への投稿がメールでできるようになりました。投稿のメールアドレスは minnanet.seishinhoken@outlook.jp です。※ 投稿される方は、氏名、住所、年齢、性別、(家族、本人、その他)をご記入ください。なお、ペンネームで投稿される方はペンネームをお書きください。

月刊 **みんなねっと** 通巻第 120 号 (2017年 4 月号) 定価 300 円

発行日	2017年4月1日	賛助会費 (会費に購読料含む)
発行者	公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会	個人・年間 3600円
理事長	本條義和	団体・年間 (お問い合わせください)
	〒170-0013 東京都豊島区東池袋1-4-6-13 ホリグチビル 602	
	TEL 03-6907-9211 FAX 03-3987-5466	
	郵便振替 00130-0-338317	ホームページ www.seishinhoken.jp

印刷・製本/倉敷印刷株式会社 表紙の絵/織田信生

月刊みんなねっと～毎月こんな内容でお届けします～

知っておきたい精神保健福祉の動き／特集（各号にタイムリーなテーマで掲載します）／（投稿）私と家族の手記／連載①街の診療所からのお便り／連載②精神科医療の現状と改革の展望／連載③知ることは生きること／連載④真澄こと葉のつれづれ日記／みんなのわ（読者のページ）ほか

●「月刊みんなねっと」これまでの特集の紹介●

■ 2014 年 ■

12月号：「あなた病気の人、私治す人」から「私も家族の一人です」となって見えてきたこと

■ 2015 年 ■

1月号：身体・知的障がい者と同等の交通運賃割引制度の実現を求めて

2月号：精神障がい者同士で結婚して11年目のわたしたち

3月号：精神障がい者の地域移行と地域生活を考える

4月号：地域医療の発展をめざした「府中こころの診療所」を訪ねて

5月号：精神障がい者の「住まい」を考える—英国の居住支援から学ぶ（上野勝代）

6月号：精神障がい者にも交通運賃の割引を

7月号：グループホームの運営ってどうなっているの？

8月号：家族をひろげ元気にする家族相談活動—愛知の経験から（木全義治）

〔品切れ〕 9月号：全科が無料になる医療費助成—地域家族会のとりのくみ

10月号：精神障がい・精神保健の正しい教育—世界の教科書比較（山田浩雅）

11月号：日本でも本人と家族をともに支援する家族支援の実現を

12月号：戦後70年と障害者権利条約（藤井克徳）

■ 2016 年 ■

1月号：世界から見た我が国の精神保健医療福祉（長谷川利夫）

2月号：精神障害者と差別解消法（池原毅和）

3月号：障害者総合支援法施行3年後の見直し（本條義和）

〔品切れ〕 4月号：家族だからできる家族支援『家族による家族学習会プログラム』（岡田久美子）

5月号：精神障がい者と家族—それぞれが自立し、ささえあうために④（白石弘巳）

〔品切れ〕 6月号：精神障がい者と家族—それぞれが自立し、ささえあうために⑤（白石弘巳）

7月号：みんなねっと「政策委員会」の取り組み④（野村忠良）

8月号：みんなねっと「政策委員会」の取り組み⑤（野村忠良）

9月号：メンタルヘルスと福祉教育をめざして（松本すみ子）

10月号：訪問看護が家庭内暴力とどう向き合うか（原子英樹）

11月号：家族の思いから立ち上がったACTのとりのくみ（宮崎富夫・倉知延章）

12月号：家族が求めていた訪問支援が実現するまで（岡田久美子・吉澤美樹）

■ 2017 年 ■

1月号：東京ソテリアにおけるイタリア交流事業のとりのくみ（塚本さやか他）

2月号：精神科においてアウトリーチはなぜ大切か、どう進めたらいいか④（渡邊博幸）

3月号：精神科においてアウトリーチはなぜ大切か、どう進めたらいいか⑤（渡邊博幸）

●「月刊みんなねっと」のバックナンバーのお申し込み方法●

「300円×冊数＋送料80円」の金額を巻末の振込用紙にてお振り込みください。「通信欄」には、ご希望の号を記入してください。郵便局に備え付けの振込用紙の場合、「00130-0-338317 みんなねっと」宛てにお振り込みください（この場合、振込手数料は自己負担願います）。

FAXでの申し込みもお受けします（FAX番号03-3987-5466）

精神疾患がある人や家族に役立つ出版物



精神障がい者家族 相談事例集

A4判・112頁
定価 1000円
(別途送料)

家族相談の活動は家族会の原点です

好評発売中!!

本書は、全国から寄せられた家族による相談事例の中から32事例を掲載しました。事例を、日常生活、医療、家族会、家族依存、地域連携、親亡き後、制度の七つに分類し、それにコメントを加えた初めての家族相談事例集です。同じ家族としての立場から相談のり、情報を伝え、家族会につなげていく活動は家族会の原点ともいえます。みなさんの活動に役立てていただければと思います。

精神障がい者と家族に役立つ 社会資源ハンドブック

改訂版

B5判・180頁・定価1400円(送料込)

【内容】医療に関する制度/地域で生活するための支援/日中活動の場、就労や復学の支援/経済的な支援を受けたいとき/財産の活用や保護、法的な支援など/家族が情報を得る、相談できるところ



家族会員・支援者のための ☆家族会運営のてびき

A4判・100頁・定価800円(送料込)

家族会からの注文は1冊600円に割引します

家族会の設置から運営の仕方まで家族会の活性化に役立つ「てびき」ができました！ 会報や案内パンフなどの見本の資料ページもあり、家族会とつながりのある支援機関でもぜひご活用を！【内容】精神障がい者家族会とは/家族会活動をおこなおう/運営・活動費(財政基盤)について/家族会の組織強化をしよう/地域にとけこむ活動への積極的参加/新しい家族を家族会につなげよう/新しく家族会を立ち上げよう/支援者・関係者の方々へ/資料編



☆家族相談ハンドブック A4判・76頁・定価700円(送料込)

家族相談のテキストができました！ 家族会からの注文は1冊500円に割引

【内容】家族による家族支援/精神障がい者の状況/精神障がい者家族の状況/家族相談の意義と特徴/家族相談の目標/家族相談の留意点/相談実習の進め方/家族相談の方法/新しく家族相談事業を立ち上げたいときは/家族相談員の養成/家族相談の事例



問い合わせ先

公益社団法人 全国精神保健福祉会(みんなねっと)

tel 03-6907-9211 / fax 03-3987-5466

ホームページ <http://www.seishinhoken.jp>