

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!!

9
2016

みんな ねっと

●特集●

メンタルヘルスと福祉教育をめざして（松本すみ子）

●私と家族の手記 長男の病氣と家族会活動

■精神科医療の現状と改革の展望（氏家憲章）連載第6回「一般病院の半分の条件の精神科病院」

■知ることは生きること（吉木聖久）連載9回

経済的支援の全体像／その一（経済的支援特集③）



もくじ

みんな
月刊 ねっと

2016年
9月号

通巻第113号

【表紙の絵】 織田信生

相模原市障害者施設殺傷事件に関連して 1
知っておきたい精神保健福祉の動き 3
お知らせします みんなねっとの活動 4

特集

メンタルヘルスと福祉教育をめざして(松本すみ子) 7

精神科医療の現状と改革の展望

【連載第6回】一般病院の半分の条件の精神科病院(氏家憲章) 16

私と家族の手記「長男の病気と家族会活動」(倉町嘉代子) 20

街の診療所からのお便り【連載112】(増本茂樹)

…障がいのある子供たちが中学校に通っています… 24

知ることは生きること

(連載9回) 経済的支援の全体像～その一(経済的支援特集③)(青木聖久) 28

真澄こと葉のつれづれ日記(第66回) 34

みんなのわ——読者のページ・地域の話題 36

相模原市障害者施設殺傷事件に関連して

2016年8月5日

公益社団法人全国精神保健福祉会連合会

平成28年7月26日未明、障害者支援施設「神奈川県立津久井やまゆり園」において、施設入所者19人の命が奪われ、多くの負傷者がでた史上類のない残虐な事件が発生しました。この事件は障がい者福祉にかかわるものとして、受け入れがたい衝撃を与えました。被害に遭われ亡くなられた方々に、衷心よりご冥福をお祈りするとともに、ご家族の皆様にはお悔やみ申し上げます。また、傷害をうけられた方々の一日も早い回復をお祈り申し上げます。

犯行に及んだ男の残忍な行動は、いかなることがあっても許すことはできません。当事者のみなさんはもちろんのことですが、私たち障害をもつ本人と家族に甚大な苦痛と不安の最たる傷を負わせることになりました。私たちのかけがえのない一人ひとりの存在を脅かすことがあってはなりません。私たちは事件に臆することなく生活を送れるように誤った偏見と差別を取り除いていきます。

今回の事件は、特異な考えを持っている容疑者が自ら犯したものであり、それをもって精神障害者故犯したものと結論づけることは危険です。なぜ、このような事件が起きてしまったのか、慎重な事件背景と真相究明を求めます。

容疑者に精神科病院の入院歴があることから措置入院の在り方検討

について報道されています。入院で精神症状は治療できるのかもしれませんが、今回の容疑者の特異な考え方は症状から派生するものではなく、治療で治るものではありません。入院さえしていれば治療されるのではなく、入院は一時的な対応手段でしかありません。

措置入院は、精神症状により自傷他害の恐れがある場合に限られています。また、退院後のフォローは、社会防衛的に監視するものではなく、対象者に適切な治療が必要な場合に、きちんと保障され行き届くために行われるべきです。退院後に地域で本人を孤立無縁にさせない、安心して生活していける仕組みをつくることがなければ意味がありません。そのための地域住民と行政、福祉、医療などが包括的なケアを機能させることが求められているのです。よって、精神医療の対象にならない犯罪ならば別途対策が必要です。

この事件が精神障害者全体の差別や偏見、誤った認識につながることを危惧します。この事件を口実として世界に類をみない長期入院が問題となっている収容型の精神医療を続けることは許されません。その限界を是正するための対策が求められます。そのためにも事件の事実について議論の経過を情報として開示し、今後の再発防止につなげてください。なお、各報道機関、関係機関には適正な対応と啓発をお願いいたします。

知っておきたい 精神保健福祉の動き

■ 社会保障審議会障害者部会

(第80回)

前回部会から半年振りの6月30日に開催されました。

今回の部会は、障害者総合支援法施行（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律）の3年後見直し法案の成立に伴い、衆・参議院の附帯決議を含めた報告を受けました。

同法の重点項目は、

- ① 障害者の望む地域生活の支援
- ② 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

③ サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

とされ、平成30年4月（一部平成28年6月）からの施行となります。

報告趣旨は、「障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、『生活』と『就労』に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障

障害者総合支援法等の一部を改正する法案の概要

- * 施設やグループホームを利用していた人を対象とする定期巡回・随時対応サービス(自立生活援助)を創設する
- * 一般就労に伴う生活面の課題に対応するため、事業所・家族との連絡調整をするサービス(就労定着支援)を創設する
- * 重度訪問介護は医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- * 低所得の高齢障害者が介護保険を利用する際の負担を減らす
- * 外出困難な障害児の居宅を訪問して発達支援するサービス(居宅訪問型児童発達支援)を創設する
- * 発達支援をする保育所等訪問支援は乳児院・児童養護施設の障害児も対象とする
- * 都道府県・市町村の障害児福祉計画の策定を義務化する
- * 医療的ケアを要する障害児につき、自治体に保健・医療・福祉連携を促す(公布日に施行)
- * 障害児の利用する補装具について貸与を認める。
- * サービス事業所の事業内容を公表する制度を創設する(都道府県)

害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う」ことでした。

しかし、当事者や家族、関係

* 1「基本合意」2010年1月に障害者自立支援法違憲訴訟団と国とのあいだで交わされたもの

者からみれば、「基本合意」*₁や「骨格提言」*₂の反映が今回もなされない期待はずれのものとなりました（3月号掲載参照）。

また、65歳原則の障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する際に1割の自己負担への対策として、低所得者等の負担救済策が持ち込まれ、介護保険優先問題は解消されませんでした。

この改正の不十分さは衆・参議院の附帯決議は衆議院で10項目、参議院で17項目に上ることも現れています。具体的実施内容についてはこれから定められることになっています。

（事務局 小幡）

*2 「骨格提言」2011年8月に内閣府に設置された障がい者制度改革推進会議がまとめたもの

お知らせします みんなねっとの活動

■全国精神保健福祉会連合会

JRなど交通運賃割引推進プロジェクトチーム中間まとめ

国会請願が衆・参国土交通委員会で不採択という残念な結果に終わり、全国の家族が力をあわせて取り組んだ交通運賃割引実現の運動は、節目を迎えました。
7月6日、プロジェクト会議を開催し、中間総括を次のとおりまとめました。

【成果】やればできることが実証されたこと

・理事会でアンケート調査や全国運動推進計画が議論決定さ

れ、全国規模の運動が展開できました。

・全国運動の機運の高まりに触発され地方においても交通運賃割引の運動も取り組まれてきました。全国共通の精神障害者への運賃割引が実現した主な事例は下記のとおりです。

事例・鹿児島県、岩手県交通バス16年4月1日、愛知県名鉄バス15年10月1日、名古屋市営地下鉄・市バス・あおなみ線（鉄道）など16年4月1日、和歌山バス16年7月1日など

・署名運動では高知県、大分県、静岡県などが目標を上回り、やればできることを事実で示しました。

・全国各地で衆・参国会議員に

働きかけ、174名の紹介議員を獲得してきました。

・近畿ブロックは、各県連が協力してJR本社・支社や私鉄などを訪問し懇談要請を行ってきました。

・岡山県連、福岡県連、神奈川県連、静岡県連、奈良県連、東京都連で、県・都議会に働きかけて意見書を採用しました。

・中央・地方において街頭署名や記者会見を行い、マスコミを紹介して社会にアピールしてきました。

・みんなねつと事務局連絡及びPT推進ニュース(36号発行)を通して情報共有に努めてきました。

【教訓】 請願署名など目標達成及び肉薄した県連活動の共通点

・県連会長が先頭に立ち、県連役員と共に目標達成の計画を立てて追求してきたこと。

・他団体や支援団体、単家族会会員に至るまで、要求実現の思いを届け協力要請に努力してきたこと。

・特別なことをした訳ではなく、目標達成に向けて最後まで強い意志を貫いてきたこと。

【現状】 不採択という事実をどう受け止めていくのか

・私たちの要求は、交通運賃割引の実現です。国会請願署名は世論の喚起を図り、採択に基づく政府の働きかけによって、交通事業者に運賃割引の決断を求

める要求実現の大きな手段であります。また、全国の家族が一緒に取り組める大切な運動です。請願の不採択は残念ですが、署名の取り組みにおいても、紹介議員の取り組みにおいても十分な点がありました。一つ一つの取り組みを地道に積み重ねていくことが求められています。

・署名目標を上回った都道府県連や地方議会からの意見書や交通事業者への懇談要請活動を実行した都道府県連は少なく、また、ブロックや都道府県ごとの取り組みにも大きなばらつきがありました。

・全国運動の指令塔が確立されず、全国運動推進計画が示した運動課題の多くは実行不十分で

した。

・この程度の運動では、運賃格差是正の要求を実現させることは困難：誰もが認識し合えませんでした。

・特に、みんなねつと三役の所属都府県連は、署名など運動の取組みが不十分でした。これでは、他県連や家族会でも力が入らず、全国運動の盛り上がりにも欠けてしまいました。

・一方で、僅か一年余で「ここまで運動をつくってきた全国の家族会の底力は健在である」とも立証しました。あわせて、みんなねつと事務局体制も充実してきました。この間の貴重な体験を今後の運動に活かせば、運賃割引実現の扉は開いてくるに違いありません。

・知的障害者の団体は18年かけて2回の全国運動を行い、粘り強く運動し運賃割引を実現させてきたのです。私たちも、粘り強く、地道な運動を積み重ねていきましよう。

・多くの方が訴えに共感し協力してくれたこと、条約や法律が後押ししてきたこと：運動の現状をリアルに見つめ、仲間と共に、諦めることなく希望をもつて運動を継続する心構えを整えていきましよう。

今後の運動を着実に実行するために、次の4点を具体化していきます。

1. 全都道府県議会から意見書
を採択する運動に取り組む。

なお、市町村議会について

も、各議員に理解してもらった
ために、可能な範囲で意見書を採
択に取り組む。

2. 本腰を挙げて交通事業者（J
R・私鉄・高速道路・航空会社
など）への懇談要請を展開する。

3. 管区行政評価局及び管内事
務所へ全国一斉に行政相談、あ
つせん申請を行う。

4. 来年度通常国会へ提出する
請願書について：毎年署名運動
を行うことは力量的に限界があ
る。
(事務局小幡)



メンタルヘルスと福祉教育をめざして

特集

東京国際大学福祉心理学科

松本すみ子

はじめに

PSWとして精神科病院に勤務していた頃、私は認知症病棟を担当していました。

この病棟は、認知症の周辺症状（BPSD）を治療することが主な目的ですが、ある日、退

院が決まった入院患者さんの奥さまが私のもとに相談に訪れました。

近隣の住民から、「退院させないで欲しい」「地域に戻さないで欲しい」というたくさんの要望が

奥様に寄せられたというのです。

認知症に伴う徘徊やせん妄などは入院治療によって落ち着いていましたが、自宅へ退院することの地域住民の拒否感は収まることがありませんでした。

「精神疾患や精神障害をもちながら、この地域・社会・日本で暮らすということは何と難しいことか」

厳しい現実を嫌というほど突きつけられた出来事でした。

以来、私の研究テーマは「精神疾患や精神障害をもちながらも、安心して暮らせるまちづくり」に絞られ、研究者としての道を選びました。

現在は、ボランティア学習や福祉教育に関心を寄せ、精神保健福祉ボランティアの育成や、小・中学校、高等学校及び大人を対象としたメンタルヘルス領域の福祉教育の授業を実践しています。

こうした経験を踏まえ、本稿では、福祉教育の中でもメンタルヘルス領域に焦点化した福祉教育について、①なぜ、メンタルヘルスの福祉教育が必要なの

か、②福祉教育とは何か、③メンタルヘルスの福祉教育とは何か、④実施例と実施上のポイント、⑤基盤となる社会モデルの考え方について述べていきたいと思えます。

I なぜ今、メンタルヘルスの福祉教育が必要か

たいへん残念なことに、今日においても未だ精神障害者への偏見と差別が存在している現状があります。

偏見は、「たとえこじつけにせよ、一定の根拠をもち、その所有者はそれを固執し批判的に反抗する。その意味で先入的態度よりも固定したものである」とされています¹⁾。

そして、こうした偏見に基づ

いた差別も、根強く残っています。精神障害者が利用する福祉施設や医療機関の設立への反対運動なども、その例です。こうした施設設立をめぐる地域住民の反対運動を施設コンフリクト

といい、年々増加の傾向にあります。今日、精神障害者の地域移行・地域定着推進の大きな障壁（バリア）となり立ちほだかっています。

こうした施設コンフリクトに代表される精神障害者排除に対しては、いくつかの対応方策があり、福祉教育はそのひとつです。確かに、住民の精神障害者に対する理解促進だけで解決できるほど簡単な問題ではないことは事実です。

しかし、精神疾患や精神障害を抱えながら地域の中で安心して暮らし、自分の夢の実現をめざして歩むことができるまちづくりに向けては、共に同じ地域で生活する住民の理解や許容的な態度が重要な鍵を握っていることも、また事実です。

II 福祉教育とは何か

では、福祉教育とは何でしょうか。

ここではまず、その定義について触れ、メンタルヘルス領域における実施方法例と、実施に際しての留意点を述べていきま

1. 福祉教育とは

福祉教育ときくと、社会福祉に関する知識を勉強することと

イメージしがちです。しかし、福祉教育はもっと大きな概念であり、その目的とするところも明確です。まずは定義からみましましょう。

福祉教育の定義として一般的なものは、大橋謙策先生の、

「憲法第13条、25条等で規定された基本的人権を前提にして成り立つ平和と民主主義社会をつくりあげるために、歴史的にも、社会的にも疎外されてきた社会福祉問題を素材として学習することであり、それらとの切り結びをとおして社会福祉制度・活動への関心と理解をすすめ自らの人間形成をはかりつつ、社会福祉サービスを利用している人々を社会から、地域か

ら疎外することなく、共に手をたずさえて豊かにいきでいく力、社会福祉問題を解決する実践力を身につけることを目的に行われる意図的な活動である」があります²⁾。

つまり福祉教育とは、福祉サービスを利用している方々をはじめとする生活問題や福祉課題に直面する人たちと共に生きていく力や、それらの解決に向けての力をつけるという住民の主体形成をめざしたものであり、単に福祉に関する知識を子どもたちに教えるものではありません。

また、類似するものに住民に対する啓発・広報活動や疾病理解教育がありますが、それらと

も目的や実施方法が異なりま
す。

尚、福祉教育の対象は子ども
だけではありませんし、実施も
学校の授業だけにとどまりませ
ん。福祉教育は全ての地域住民
を対象とし、体験型の学習など
多様な形で展開されます。

2.メンタルヘルスの福祉教育とは

先ほどの定義を、もう少しメ
ンタルヘルス領域の福祉教育に
ひきつけて考えてみましょう。

①「基本的人権を前提にして成
り立つ平和と民主主義社会をつ
くりあげるために、」

↓誰もが安心・安全な生活
を営むことができる社会を
作り上げるために

②「歴史的にも、社会的にも疎
外されてきた社会福祉問題を素
材として学習することであり、」
↓日本において精神障害者
が排除されている現状やそ
の歴史、そしてメンタルヘ
ルス課題について学習する
こと

③「それらとの切り結びをとお
して社会福祉制度・活動への関
心と理解をすすめ、」

↓メンタルヘルス課題を通
して、それらが発生してい
る背景や、社会や地域の現

状、そして医療や保健、福祉制度や活動についての関心と理解を深めること

④ 「自らの人間形成をはかりつつ、」

↓自分の生き方や価値観などとのすり合わせをしながら人間形成をはかること

⑤ 「社会福祉サービスを利用している人々を社会から、地域から疎外することなく、共に手をたずさえて豊かにいきっていく力」

↓精神障害者やそのご家族の方々を、社会から、そして地域から疎外・排除することなく、共に手をたずさ

えて豊かに生きていく力

⑥ 「社会福祉問題を解決する実践力を身につけることを目的に行われる意図的な活動である」

↓往々にして水面下に潜在しがちなメンタルヘルス課題を発見し、それらが発生している背景をさぐり、問題解決に向けてのプランを立て、実行に移していく実践力を身につけることを目的とした意図的な活動である

併せて、自分の心のコンディション（メンタルヘルス）に関心をもつことができることや、周囲の人の心のコンディション

（メンタルヘルス）に気を配ることができるとも、重要なこととして含まれてきます。

メンタルヘルス領域の福祉教育は、単に精神疾患や精神障害に関する理解を促すためのものではありません。精神疾患や精神障害を抱えても、安心して自分らしく生き活きと暮らせるまちを作り上げていくという、住民の主体形成をめざしています。



Ⅲ 実施上のポイント

では、実際にどのように実施するのでしょうか？

ここでは、実施方法を3つ挙げ、実施に際しての留意点（ポイント）を説明していきます。

1. 実施方法と留意点（ポイント）

① 授業・講義

小・中学校、高校、大学などに出向き、授業を行います。また、大人も対象とします。例えば、ボランティアを始めようと

する人および既に活動している人や、企業・団体などで行う講座・講義などです。

この際の留意点は、一方向型の授業に偏りすぎないことが挙げられます。受講者が情報の受け手になってしまわないように、そして、様々なことを感じ、考えることができるよう、多様なワークなどを取り入れるよう工夫します。

② 講話

精神障害者やそのご家族を招

き、話を聞きます。

精神疾患や精神障害を体験した人たちからは、実に多くのことを学ぶことができます。また、こうした語りは、聞き手の心の奥底に深く届きます。

この際の留意点は、何を目的として話をしてもらうのかを福祉教育の実施者と話し手とでよく吟味することです。

先述したように、福祉教育は目的をもった教育活動です。何を受講者に知ってもらいたいのか、そして、どのような力をつけてほしいのかをまずは丁寧に話し合い明確にしていきます。そして、それを達成するためにはどのような語りをしたらよいのかを考えて、話の内容や組み

立て、流れを決めていきます。

③交流体験

交流体験には、直接的体験と間接的体験があります。テレビやビデオ、あるいは小説や映画、体験記などによる間接的交流も含まれますが、直接的交流体験が理解の深化にはより効果的です。特に相互作用性の高い体験は有効です。しかし、単に時間と場所を共有したということだけでは、深い理解に至りにくいのも事実です。理解を促すための工夫や仕掛けがプログラム内に内包されていることが必要となります。

例えば、精神障害者の持つている力や強さ(持ち味)に着目して

きる体験プログラムは効果的です。

また、体験内容も「する・される」の一方向の関わりではなく双方向性の高い交流であること、さらに楽しいと感じられるものであることが大切です。

これらが精神障害や精神障害者に対する既存のイメージを打破し、ひいては自分自身を問い直すという揺らぎの作業を内面に発生させ成長につながります。

2. リフレクシヨンの有効性

上記①から③に共通するポイントとして、リフレクシオンが

あります。

リフレクシオンとは、「経験によつて引き起こされた気にかかると問題に対する内的な吟味、および探求の過程であり、自己に対する意味づけを行ったり、意味を明らかにするためのもの」であり、結果として概念的な見方に変化をもたらすもの⁽³⁾とされています。

つまり、単に体験したことをふりかえり思い出すという作業ではなく、学習の生起を促進することがその目的です。適切なリフレクシオンの実施は、学びを深めるために大変効果的です。

IV 社会モデルで考える

精神疾患や精神障害を抱えながら生きるために、病気の回復や障害の軽減が重要であることは言うまでもありません。同時に、社会生活を営むことや社会参加をするために環境を整えることも必要です。この両者は、いわば車の両輪ともいえます。

後者の地域社会の環境整備を推進するに際して、その理論根拠となるのは「社会モデル」の考え方です。

社会モデルとは、障害者が直面する社会的不利は、社会の側

の問題にあるとする考え方です。つまり、障害者が生きづらいのはその人に障がいがあるからではなく、社会にさまざまな障壁（バリア）があるからであり、それにより自分のもつ能力を発揮する機会を奪われているというものです。社会の側にある障壁（バリア）に焦点をあて、社会を変えていくことにより障害者の地域生活や社会参加を実現していこうという考え方です。

社会モデルの考え方に基づく

「社会の側が変わること」には、住民の意識の変化や、サポートしようとする行動の変化が含まれます。住民の精神障害に対する理解の促進や、メンタルヘルス課題の解決力の醸成を促し、安心・安全で、自分の願う生活や人生を歩むことのできる可能性の高い豊かなまちづくりに福祉教育は貢献することができま



おわりに

以上、メンタルヘルス領域の福祉教育の概要や可能性を述べてきました。福祉教育の最終的なねらいは、精神障害者はもとより、地域に住むさまざまな生活問題や福祉課題を抱える人々への関心を広げ、そうした人たちも暮らしやすい環境を醸成していくというものです。

地域には、さまざまな人たちが暮らしています。福祉教育のねらい（目的・ゴール）は、互いの違いを認め合い、多様性を尊重し、他者を許容しあいなが

ら、自分とは異なる価値観、考え方、感じ方、生き方などをもつ他者と共に生きる力を個々人に涵養かんようすることです。

そして、地域に存在する潜在的・顕在的な生活問題や福祉課題を発見し、それを解決するために知恵をしぼる力、解決に向けて自分で、あるいは仲間と力をあわせて取り組む力を涵養することであり、すなわち、ソーシャルインクルージョンの具現化ともいえるでしょう。

★メンタルヘルス領域における

福祉教育に関する詳細は、拙著「メンタルヘルスと福祉教育」大学図書出版2012をご参照ください。（まつもと すみこ）

【引用文献】

(1)南 博（1950）「社会心理学―社会行動の基礎理論」光文社 pp 293―294

(2)大橋謙策（1986）「地域福祉の展開と福祉教育」全国社会福祉協議会 P 113

(3)サラ・バーンズ、クリス・バルマン（2000）／田村由美、中田康夫、津田紀子監訳（2005）..看護における反省的実践―専門的プラクティシヨナーの成長―ゆみる出版

P 78

精神科医療の現状と改革の展望

昭和大学烏山病院家族会あかね会監事
社会福祉法人うるおいの里・理事長

氏家憲章

《連載》第6回 一般病院の半分の条件の精神科病院

わが国の精神科病院は、一般

病院と区別され、医師配置は一般病院の「3分の1でよい」と

した精神科特例があり、更に、収入（日当点*）は一般病院の「3分の1のしかない」などの差別的扱いを受けています。

これは、日本の精神科病院が抱える根本的な問題ともいえますが、なぜ精神科病院は、一般病院と区別され差別的扱いを受けているのでしょうか。その背

景をみてみます。

(1)精神科病院の特殊な事情

精神科病院が一般病院と区別され差別的扱いを受けている背景には、一般病院と違う精神科病院の特殊な実態があります。

病院は、病気やケガを治療する専門の医療機関です。しかし精神科病院は同じ医療機関であるのに、一般病院にはない福祉的役割も担う特殊な事情があるのです。

①二つの役割を担う精神科病院

今日の精神医療政策・制度を構築した1950年代は、抗精神病薬の本格使用が始まってない時代で、しかも地域に、精神障害者の住む場も働く場も全くありませんでした。そのため精神障害者は、家族が自宅で面倒をみる人以外は、精神科病院に頼るしかありませんでした。しかも国は、1954年の「精神衛生実態調査」（要入院者35万人）を受け、1960年から20年間で精神科病床を3倍に急増させ、精神障害者を精神科病院に集めました。そして、その精神科病院に、治療的役割と同時に住む場などの福祉的役割を全て任せてしまいました。

そのため国は、精神障害者の住

*日当点＝患者一人1日の入院料単価

む場・働く場・憩う場を、地域に率先して造つてきませんでした。

(i)精神科病院には地域で暮らせる人たちが大勢いる

1960年代の高度経済成長期には、日中、市内の工場や会社などで働き夜病院に帰る「ナイトホスピタル」の取り組みが多くの病院で行なわれていました。これは今日のグループホームの取り組みです。

また本来、病院の業務である院内清掃・患者使用のシーツなどのリネンや職員の白衣の洗濯作業・栄養課の調理補助などが作業療法という名で行なわれていました。このように精神科病院内には働く能力のある人・地

域で暮らせるはずの安定した人たちが大勢いました。しかし高度経済成長の終了によって働く場が減少し、「ナイトホスピタル」は消失しました。また病院業務の使役も本来禁止なのでなくなりました。

残念ながらこれら色々な形で働けていた人たちは、退院することもなく入院継続を余儀なくされています。そのため、入院の必要ない社会的入院者は、厚生労働省の公式見解でも7万2千人といわれ、さらには10万人以上という見解を持つている医師もいます。

(ii)福祉的側面が大きい精神科病院
今日の先進諸国の精神科医療

は、精神の病気や障害があっても、生活の場は入院病棟ではなく地域が中心になっている時代です。たとえ入院になっても平均存院日数は18日前後です。

しかし、わが国は、1950年代につくられた入院中心の隔離・収容政策を継続し、精神科病院に治療と福祉、両方の役割を担わせています。そのため、病院は治療をする医療機関としての機能と共に、患者の住む場所でもあるという福祉的機能を有しているのです。

すなわち患者の20万人は1年以上入院しており、11万人は5年以上、約7万人は10年以上、3万4千人は20年以上という異常な長期入院の実態があるので

す。この実態は治療の必要性からではなく、地域で住む場や働く場がないため入院を余儀なくさせられているという、福祉的側面から生じているのです。

在院患者の3人に2人（20万人）が1年以上の長期入院という事実は、日本の精神科病院が、医療的側面より福祉的側面が大きな比重を占めていると言っても過言ではないことを物語っています。

(iii)精神科特例と精神科差別の背景

精神科病院が、一般病院と比べて報酬が低いなどの差別的な扱いを受けている理由としてあるのが、この福祉的側面の問題があります。

精神科病院には、在院する患者の多くが福祉的側面から入院を余儀なくされているという特殊な事情があるからです。

精神科病院の医師が一般病院の4分の1、看護師（准看護師込み）や職員総数が一般病院の半数という実態、そして一般病院の3分の1の入院料という報酬単価に見られるように、一般病院との大きな格差は、治療機関と福祉施設的作用の両方を果たしている精神科病院の実態から生じています。

例えば福祉施設は、医療機関と違って、医師や看護師は「いなか、少ない」という状況にあり、職員総数も少ないのです。職員数が少なければ入院料などの報

酬単価は当然低くなります。

(2)精神医療政策と精神科医療の到達点が噛み合っていない

今日、精神科医療は進歩しており、その到達点は、精神の病気や障害があっても、医療支援と生活支援によって、地域での社会生活が可能な時代になりました。

国（厚生労働省）も2004年、「精神保健医療福祉改革ビジョン」を打ち出し、入院医療中心から地域生活中心へ、精神科医療の基本的あり方の転換を提起しました。しかしそれから10年以上経っていますが、わが国の精神科医療は何も変わっていません。その背景には、入院中心

の隔離・収容の精神医療政策を全く変えていないということがあるからです。

60数年前と変わらない隔離・収容の政策、そして60数年前から大きく変わった精神科医療の進歩と到達点、この二つのあいだに大きな乖離があるために、精神科医療は、当事者や家族の願いに応えられないのです。

(3) 役割分担と機能強化が必要

精神科病院を一般病院と区別し差別的扱いをしている精神医療政策を解消するためには、精神科病院が担っている医療的役割と福祉的役割の二つの役割は、医療と福祉のそれぞれの専門分野に分担させなければなりません。

精神科病院は、病院の本来の姿である治療機関に徹することが必須です。そのためには精神科特例を解消し、一般病院と同水準の医療（職員）体制を整えるなど病院の機能強化が必要です。

そして福祉的支援が必要な人たちは、住む場、働く場、憩う場などをつくって、地域で安心して暮らせる体制を整えることが求められています。

(4) 今日の時代に対応した精神医療政策に改革を

以上のような精神科医療が抱えている深刻な問題を解決するためには、精神科医療の望まれる姿を見据えた精神医療政策の本格的な見直しが必要です。

抗精神病薬で病気を治すことはできませんが、今日の精神科医療の到達点として、症状を軽減し、医療支援と生活支援を行なうなら、社会生活を普通に送れる時代です。これは糖尿病や高血圧と同様です。薬を飲むだけで病気は治せませんが、薬で症状をコントロールし、健康的で普通の社会生活は行なえるという意味で、精神疾患も同じです。わが国は今、まさに精神科医療の到達点を精神医療政策に反映させた改革が必要となっています。

次回（第6回の10月号）では、病院存亡の危機を迎えた精神科病院の状況をみてみます。

（つじいえ のりあき）

長男の病気と 家族会活動

(大阪府) 倉町嘉代子

長男の発病

長男は19歳で発病し、現在46歳になります。

高2の終わり頃、父親が転勤になり、一家4人千葉県から大阪に転居し、編入がうまくいかず、元の高校に戻ることにになりました。下宿して一人暮らしをすることになり、母親が時々様子を見に行ったりして、卒業することができました。

大阪へ帰り、専門学校の1年だった19歳の夏休み、引越し関係のアルバイトに行き、その後、岐阜県に1週間泊まり込みのアルバイトをすると言い、親は新学期が始まるし反対したのですが、行ってしまいました。

2学期が始まって先生と生徒に連れられて帰宅。「授業中放

心状態で一点を見つめ、聞くと泣きじゃくって分からない、病院に行った方がいいですよ」と言われました。

父親が会社で先生を紹介してもらい、大阪市内のクリニックを受診し、抑圧神経症と言われました。服薬するも意識が段々わからなくなり、心神喪失状態になって、母親の私は仕事をやめて介護に専念することにしました。2週間位で意識が戻りましたが、動作緩慢な状態でした。通院を続けながら、私は、長男の話し相手になったり散歩に同行したりしました。また、バドミントンなどスポーツ好きなので親といっしょにリハビリしてきました。から1年位で回復することができました。

再発のくり返しと入院

時々、幻聴(隣の人がオレの悪口を言っている)、独語(時々ブツブツいう)などありましたが、「車がおれに突っ込んで来る」などの被害妄想が出たのは、再発の時です。1回良くなるのに1年位かかり、4年が経ちましたが、再発を繰り返すので行き詰まっていました。知人の紹介である病院のケースワーカーの方に両親で面談を受け、デイケアと作業所を見学させてもらい、アドバイスも受けました。

会に入会しました。

そして、その指導員さんに相談し、三つの病院を紹介してもらったので、息子といっしょにそれらの病院を見学して、デイケアを開設している現在の単科の病院に変わりました。

転院して2年後、障害年金を請求することになったのですが、その時の診断書には、精神分裂症(現在の統合失調症)と書かれていました。

息子は家事手伝いをしながら週2日デイケアに通所していましたが、7年後位から作業所になり、週2日2時間くらい通うようになりました。

2年位して34歳の時、少し興奮気味になり、閉鎖病棟に入院となりました。この時、新薬のジプレキサを処方され、3か月

の入院の間にすっかり元気になり、よくしゃべるようになるなど活動的になりました。

退院して一人暮らしをめざす

退院して毎日デイケアに通い、ケースワーカーの方から、ソフトバレーボールのすすめがあつて週1回夜練習に加わりました。

父親が退職し、週3日働いて時に家に居るようになって、本人は居心地が悪くなり(気づかいで)少々態度がぎこちなくなりました。

病院ではスタッフの方のお話で、「35歳位までに一人立ちした方がいい」と聞いたり、デイケアの当事者から「まだ両親と住んでいるの?」という人たちがいて、そんな影響もあつたの

でしょうか、本人が「親はうるさいので一人暮らしがしたい」と言い出しました。その方向で進めることになり、グループホームの試験的宿泊などをしましたが、途中で帰宅したりして本人に合わないようでした。

援護寮に入って独り暮らしの練習をすることになり、9か月入居から一人暮らしの部屋探しまで、ケースワーカーの方についてお世話になりました。

息子の生活

自宅から歩いて30分位のワンルーム・マンションで一人暮らしをして、今年で11年が過ぎました。現在、週2日、近くの作業所へ、週3日はデイケアへ通うようになり、週2日は休み、夜1回のバレーボールの練習を

するという暮らし方です。

2年で肥満になり、メタボの心配から週5日の夕食、2日の昼食を実家で面倒見ています。親がサポートしての一人暮らしです。

以前、母親の私はパートで働いていましたので、そのころは、彼の役割として家事（掃除、洗濯、風呂掃除、買い物）を頼んでいましたし、夕食も時々手伝わせていました。それが一人暮らしにすぐに役に立ちました。

精神障害者のソフトバレーボールの全国大会に9回出場し、準優勝4回、3位1回という成績で、彼自身もキャプテンを4年つとめており、やはり優勝するのが夢です。

就労については、アルバイトなどいくつかしましたが長続き

せず、再発したこともあって、自分は働くとは病気になるかと強く思いこんでいます。

困ったことは、ひまな時間があると水を多く飲んだりして、3年前、6か月の入院となりました。今後それが心配です。

家族会活動をふり返って

明星会（家族会）に入会したのは、長男が19歳で発病してから5年後でした。

1年後に「順番ですよ」と否応なく役員になり、今年で22年が過ぎました。

初めの頃は富田作業所で、家族会のこんだん会や役員会、事務的な活動をしていました。

家族会が高槻市の障害者団体に入り、障害者福祉センターの2階の事務室で家族会のことを

するようになりました。

ここに残る出来事として、次のようなことがありました。

・高槻市バス無料化の実現…精神障害者にも他の障害者同様に無料パスを!!と皆で行動し、8年ごとに実りました(平成16年)。
・作業所の法人化…これまで家族会が作り運営していた作業所が、家族会から独立して法人となる。国の指導で大きな変化(平成15年)。

・推薦により大阪府連の役員となり、6年つとめる。主に電話相談、講座を担当しました。

家族会活動のなかで悩みをはき出し、会員の皆様からヒントや元気をもらいました。父親(74歳)は退職後、障害者団体や家族会で活動し、現在家族会の会長などを務めています。

私(74歳)自身は体力が落ち、役員を辞任しました。

今の思い

4歳下の次男は、長男が発病した時、中学生で、一時期けんかをして困りましたが、高校生になったので、分かりやすいハンドブックを渡し読んでもらいました。大学に入る時、実家を離れて遠くを選び、卒業の時、大阪で就職してねと私は頼みました。現在、大阪府内で福祉関係の仕事についています。

つらくて涙する時もありましたが、パート(4時間)を10年間続け、息子と少し距離を置き、また気分転換できたように思います。親子3人で、時々ハイキングや低い山の登山など運動がてら自然の中を歩くようになりまし

た。今は良い思い出です。

施設や制度を利用し、親あるうちに生活能力を身につけること、就労、一人暮らしは無理せず、当人の気持ちを大事にして、我が家流で何とかやってきました。

いろんな方々の支援、援助のお陰で今があります。

(くらまち かよこ)



街の
診療所から
のお便り

…障がいのある子供たちが
中学校に通っています…

連載
112回



ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈二人一人の説明〉

「2組のO君は、最近は学校に来れるようにはなったのですが、教室に入るととても緊張してしまい、保健室登校が多いです。情緒障がいの教室なら1人の先生に生徒は3人ですし、気の合うP君も居るので、そちらにクラス替えしたいのですが、お父さんが普通学級を強く希望されます」

「3組のQさんは九九は言えますが、2桁の足し算はできません。先月から数学だけ通級の教室での指導にしましたら、本人にやる気が出て、がんばっています」

「R君はクラブ活動だけの出席です。野球部では練習熱心です。しかし、練習中でもパニックを起こして、急に叫んで帰ってしまうこともしばしばあります」などの説明が担当の先生か

ら報告されます。

〈先生たちの会議〉

これは私が校医をしている中学校の会議の場面です。学校になじめない子をどう支援するか、一人一人話し合っています。私は校医として出席しています。校医は体格や運動機能の成長を見守る役割で、以前は結核の検査や他の予防注射が主な仕事でしたが、この頃はアレル

ギーや喘息、脊柱側彎症に気を付けるようになっていきます。私は校医でも精神科医ですから、子供たちの精神面についても相談されます。精神的な弱点のある子供たちを学校でどう支援するかこの会議への出席者は10数人の先生です。この中学校は各学年が5クラスで、支援学級の担当の先生は6〜7人居られます。今回は校長と学年主任と各学年の障がい児の係りの先生が出席されています。

〈通常の学校で〉

養護学校に通うことを選択しなかった子や、障がいがある程度でない子供たちは近くの通常の学校に通います。ですか



ら、学校の側は何かしらの弱点を持つ子供たちが学校で楽しく暮らせ、成長できるようにしたいといけない。この中学校で、

学習や校内での生活に個別の支援をしている子供たちの数は以前と比べて増えています。近年は各学年で10人以上あり、全体の1割くらいです。対応する子供の数が増え、専属の先生が増えましたが、熱心に支援している一般の先生も増えているように思います。

〈『注意欠如・多動症』〉

この子供たちを支援する時、以前は“知的障がい”と“情緒障がい”に分けて、少人数の学級で指導していました。10数年前、集中できない子やじっとしておれないで動き回る子があることが認識され、『注意欠如・多動症』として支援するように

なっています。

「4組のS君は、小学校の時から授業に集中できず、先生の指示に従えなかったそうです。中学校でも授業中も席にじっとしていないので、個別指導のクラスにしたいと思います」

S君は小児科医から『多動症』と診断されていましたが、この病気に効くとされているリタリンなどの薬は飲んでいないようでした。ただ、「喋りすぎる」とか「質問が終わる前に答えてしまう」とかがあっても、どの程度から病気と診断するかは難しいです。

＜IQ＞

その後には『限局性学習症』

D)』ということが言われるようになり、今回もそういう子の報告がありました。

「T君は、IQ（知能指数）は普通に100あるのですが、組み合わさった漢字が書けません。読むことはできますが、書くのは難しいです。他のことはできますから、知的障がい級の学級には合いません。両親に書き取りをしてもらいたい、と考えています」

限られた分野だけ極端に能力が低くて、練習や訓練によって良くなるのは脳のどこかに弱点があるらしい。ですから、できないことを「がんばれ」と励まされるとつらいのです。でも、「治らない障がいがある」

と決めると可能性を消してしまふ。難しいです。

別に『協調運動症』という診断もあつて、訓練でなかなか治せない、すごく不器用な人のことです。

＜自閉スペクトラム症＞

「U君は小学校で軽度のアスペルガー症と診断されていますが、マツダ製の自動車にとっても詳しい。駐車してある車を触ってしまいます。また、カレンダーが頭に入っていて、○月△日は何曜日かすぐ答えられます。でも、友だちと会話して気持ちを通じ合わせるのは苦手です。こだわりがあつて、授業中でも自分流のやり方を変えられませ

ん。急に当てられるとパニックです」

「アスペルガー症候群」とか「広汎性発達障害」という言葉も使われましたが、これらは新しい診断基準のDSM-5*では『自閉スペクトラム症』という名前になりました。自閉症の人は、軽症でも、友人と仲良くしたいと思っていますが、気持ちを通わせるのが下手なので、学校では孤立しがちです。周囲がそれを分かって支援する必要があります。

また、コミュニケーションがとても下手な人でも、自分流の

*DSM-5…アメリカ精神医学学会による「精神障害の診断と統計マニュアル」の第5版

こだわりが強くなければ、『コミュニケーション症』という分類になります。

『知的能力障がい』

従来、IQが70以下の場合には「精神遅滞」と言っていました。支援する必要があるとして、療育手帳を交付されていました。

「VさんはIQは80以上ですが、各教科で点数が取れません。中学校では教室を移動することがありますが、それを忘れて行方不明になります。先生に対しても甘え言葉で話します。制服もきちんと着れないので、優しく注意するようにしています」
このたびの新しい診断基準では、IQ70以上でも、生活の場

での適応の欠陥があれば『知的能力障がい』と診断するとしています。知能テストではなく、生きて行く上の実際の困難さで考えるのです。

『より細かく対応したい』

10年間中学校の会議に出席してきて、この部門で働く先生の数が増えてきています。そして、気に掛けられている生徒もずいぶん増えていきます。また、診断の分類も細かく見るようになっていきます。人はそれぞれ弱点と周囲の環境が違うのですから、子供時代からできるだけ個別に対応して、成長後の障がいがより小さくなるようにしたいものです。

知ることは生きること

連載9回

経済的支援の全体像とその一
(経済的支援特集③)

日本福祉大学
みんなねっと理事

青木聖久

暮らしに必要な①経済的基盤、

②居場所、③地域生活支援体制

一人が社会生活を営むには、①経済的基盤、②居場所、の2つが必要不可欠だと考えられます。これは、障がいの有無を問わず、誰にとっても必要な要素だと言えるでしょう。加えて、精神障がいのある本人(以下、本人)は「生きづらさ」を抱えていることから、社会生活を営むなか

で、③地域生活支援体制(ソーシャルワーカーや保健師等からのフォーマル支援、仲間や家族・ボランティア等からのインフォーマル支援)が求められることとなります。

中でも①経済的基盤は、生命維持としての「生きる」、さらには、生活の楽しみ・生きがいとしての「よりよく暮らす」ことを叶えるための、言わば、暮ら

しの燃料に相当します。このように、暮らしにおいて、経済的基盤が大切なことは疑う余地が無いでしょう。ただし、その経済的基盤の確立の方法は、ライフサイクルで見ると、異なりがあることに気づきます。

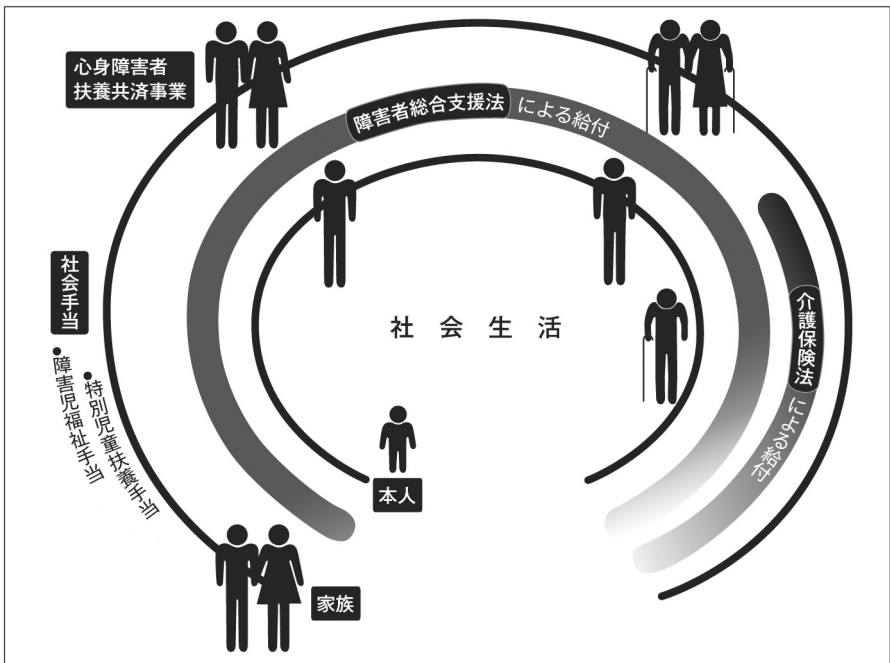
家族が本人の今と将来について目を向けたとき

まず、本人が未成年の場合は、経済的基盤について、家族が取り組むことが中心になります。家族は、本人の「今」と同時に、「将来」のことを考え、経済的基盤の確立を目指すのではないのでしょうか。ただし、ここで言う家族とは、親の立場を指していることをお断りしておきます。

社会生活の主人公は本人です。また家族は、図1で示しているように、本人の外側に位置付くこととなります。家族は、本人が成人して、壮年期、高齢期を迎える将来まで案じて、経済的なことを考えるのです。

そして実際的な制度やサービスに目を向けると、その中心的なものが社会手当となります。これまでも本誌で紹介してきた障害年金は、20歳以降が対象の制度です。となると、「20歳前に、障がいのある人はどうなるのか」と疑問がわきます。そのことを具体化している制度が、図1の左端に示している特別児童扶養手当です。その一方で、家族が本人の将来を心配し、毎月掛金

図1 精神障害者及び家族のライフサイクルと経済的支援



出典：青木聖久編（2015：24頁）の図を基に一部修正

を積み立てることによって、親亡き後に、本人に年金支給されるのが、心身障害者扶養共済事業です。これらの制度は、家族が主体となって申請をすることになっているのが特徴だと言えます。

経済的支援とは収入を増やすことと支出を減らすこと

本人は社会生活をするにあたって、障害年金等によって収入を増やすことを考えます。これが、所得保障と言われるものです。ただし、経済的支援には、これらの収入を増やす側面に加えて、支出を減らす側面の制度やサービスがあります。精神障がいの特徴として、満員電車や

バスに乗れないという人がいます。また、公共交通機関の運行が終わった後の夜間帯において、医療機関を突然受診する必要性が生じることもあります。つまり、本人は、精神障がいによって、特別な出費が生じやすくなるのです。そこで、これらの出費（支出）を減らすための制度やサービスも、重要な経済的支援となります。

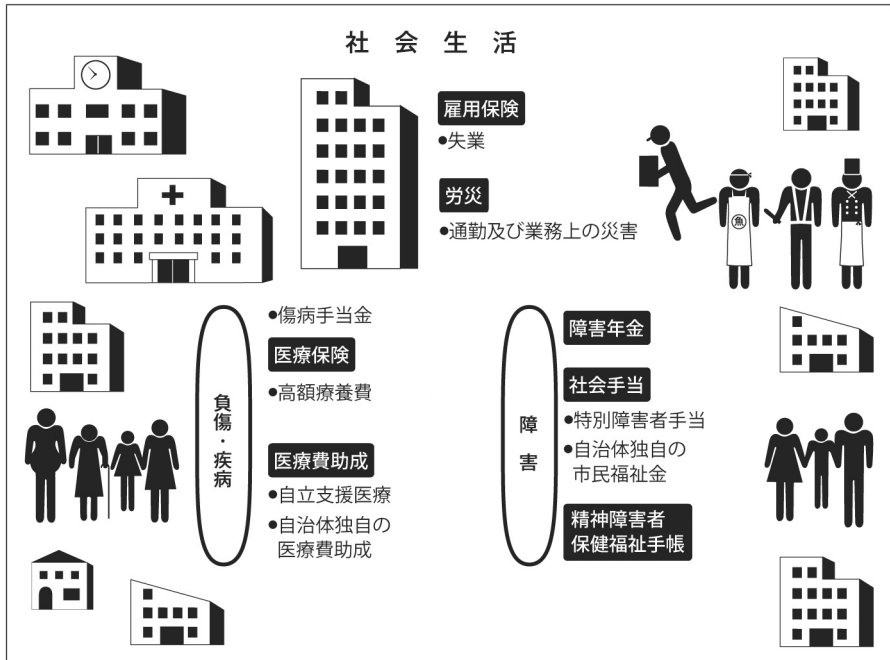
例えば、本人の在宅生活を支えるサービスとして、ホームヘルプがあります。食事づくりの支援を受けることによって、本人は、生命維持レベルの食が得られることにとどまりません。支援を受けることを通して、社会資源を活用しながら暮らす（人

に頼る）という選択肢を知れたら、バランスのとれた食事によって体調がよくなったり、さらには、外食による出費を節約できたりします。これらのサービスは、年齢や、その地域の社会資源の充実度、本人の障がい特性等によって、障害者総合支援法、あるいは、介護保険法のいずれかから受けることとなります。

経済的支援を「保険事故」という観点からとらえる

さて、ここからは少し踏み込んで、具体的な制度を見ていきましょう。図2は、精神障がい者に対する生活保障の諸制度の概要を示したものとなっています。

図2 精神障害者に対する生活保障の諸制度



出典：青木聖久編（2015：26頁）の図を基に一部修正

精神障がいの有無に拘わらず、社会生活をしていると、その人がたとえ、満身創痍の備えをしていたとしても、何らかの保険事故に遭遇することがあります。ちなみに、保険事故とは、ある程度予測される社会的な事故に対して、国が作った制度等に国民が事前に参加しておくことによって、後に保険給付が受けられるものを言います。その代表的な保険事故が、負傷・疾病・障がい、さらには、失業、通勤及び業務上の災害等になります。ただし、その人が置かれている状況によって、対象となる保険事故は限られます。例えば、図2の上には、雇用保険と労働者災害補償保険（労災）が掲載

されています。これらは事業所に雇用されていることが前提となりますので、基本的に、自営業や無職の人は、対象になりません。

精神科及び他の診療科を含めた医療保障

私たちは、「ケガをした、病気になった」となれば、「保険証をもって、医療機関に受診しよう」とします。それには、理由があります。なぜなら、医療保険に加入していることよって、本来、1回の診察代や薬代を含めた医療費が1万円だったとしても、保険適用によって、3割負担だと3千円で済むからです。これが、医療保険の基本的な仕

組みです。ところが、それが入院となれば、いくら3割負担と言っても、月に10万円を超えることもあります。その際に活用できるのが、高額療養費です。

また、医療費助成を受けることによって、精神科の外来受診の際の自己負担額が少なくなったりします。それが、自立支援医療です。さらに、自治体独自の取り組みとして、例えば、精神障害者保健福祉手帳2級を取得しておれば、精神科に限らず、全ての診療科の入院及び外来の自己負担額を免除される市町村もあります。

とはいえ、医療機関を受診する際、必ず保険証を持って行く、という考えは正しくありません。

せん。ケガや病気の理由が業務上によるものだと認められれば、労災給付を受けることができます。ちなみに、労災は従業員が個別に入るのではなく、事業所が一括して加入することになっていきます。また、業務上の事由によるものとして労災認定され、医療機関を受診する場合、自己負担額が発生しません。さらに、労災認定を受けた結果、一定の障がい認められると、労災の障害補償給付が受けられることとなります。つまり、労災認定されると、生活保障が手厚くなるのです。

少し、生活保障のところに入ってきました。次月号では、この図2を引き続き用いて、本

人の生活保障の後編を述べることにさせていただきます。

知ることとは生きること

最後に、2点のことをお伝えします。1点目は、経済的支援の大半は、申請主義による、ということですので。自ら希望して、手を挙げないと制度活用には至りません。また、仮にスタートできたとしても、基本的には、申請した以降の分しか制度やサービスが受けられないのです。だからこそ、知ることが重要となります。

2点目は、これらのことを、私がいくら丁寧に解説をしたとしても紙面からの理解には限界があります。最も理解しやすい

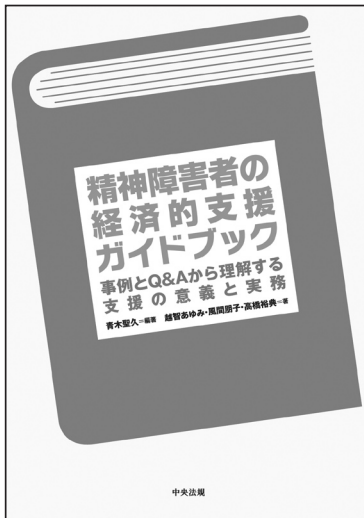
のは、これらの紙面を題材にして、家族会の定例会等で、既に制度活用している人たちと情報共有をすることです。これこそが、「生きた情報交換」となります。

人は知ることによって、安心

したり、将来を見通せることが少なくありません。それらのことを積み重ねながら、人は主体的になれたり、多様な生き方を認めることができるのでしよう。

(あおき きよひさ)

引用文献



青木聖久編著

『精神障害者の経済的支援ガイドブック

～事例とQ&Aから理解する支援の意義と実際』

中央法規出版 2015年7月

*本書は、青木聖久・越智あゆみ・風間朋子という、精神保健福祉士であると共に社会福祉研究者と、加えて、高橋裕典という障害年金をはじめ社会保障制度に明るい社会保険労務士の4名で執筆しています。

は当事者の方にお願ひしピンク色の可愛い雰囲気のチラシに仕上がったと思っております。

プログラムの午前の部は、精神保健では歴史ある群馬県の特徴をと考えました。20年の実績を誇る土曜学校の活動の報告「その気になれば子も変わる」と題し、主唱されてきた浅見隆康先生の講演と参加家族の発表を行ないます。

午後は、「家族を支援する立場から」と題し、群馬大学の福田正人教授を中心に、帝京大学池淵恵美主任教授、東京大学山正子助教と当家族会会長でシンポジウムを行ないます。

シンポジウムを、より具体性のある内容にしようと、家族会では、今困っていることを掘り起こすためのアンケートを実施中です。家族の困っていることも、支援者へお願ひしたいことも見

えはじめています。このアンケートをまとめ、当日の問題提起に繋げたいと思っております。

関東ブロック大会in群馬は、9月15日(木)10時から16時まで開催されます。是非、皆さまのご参加をお待ちしております。

◆平成28年度中国ブロック家族会精神保健福祉促進研究会広島大会について

広家連中ブロック実行委員会
岡本智恵子

大会をお引き受けするに当たり、単会をはじめ会員の皆さんと共に実行委員会を立ち上げ、大会テーマを考えました。検討いたしました結果「語り合い支え合い共に生きる」に決定しました。このテーマに添って、基調講演の演題「当事者が自立するためには何が必要か」と決め

ました。広島県障害者自立支援協議会会長 石井知行様に講演をお願ひ致しましたところ、快く引き受けてくださいました。が、「難しい演題ですね。でも基本的な課題です。まだ大会開催までには時間があります。考えます」と慎重なご返事をいただきました。

シンポジウムについては、平素、頭から離れない差別・偏見で、今年の4月から施行された障害者差別解消法についてでした。改めて現状はどうなっているか、今後どのようなことをほしいのかということ、この事をテーマに「障害者差別解消法をどう生かすか」とすぐに決まりました。そこで話し合われたことはまず、行政の取り組み、地域では精神障害について正しく認識をいただきたための啓発活動を。そしてもうひと

きた家族ピアサポーターが傾聴し、家族の孤立感の軽減を図ると共に、「家族学習会」に関する情報提供や家族内で当事者を丸抱えする必要はないことを伝え、必要な支援に繋がっていきます。家族ピアサポーターは、自らが経験してきた対応や工夫は有効なツールであり宝とも言えます。

今私達に求められているのは、従来の家族会活動から一歩踏み出し、組織としてそれぞれの体験が社会資源として活用できることに気がつくことです。未だ混乱の中にいる家族に手を差し伸べて、相互扶助のサイクルを確立し、精神障がい者家族会のネクストステージを目指す事が重要です。体験的価値を活用する。これからの家族会活動のあるべき姿はここにあると感じています。

◆障害者年金について再度学びませんか

埼家連会長 飯塚 壽美

単会や県連加盟の家族から、障害年金が切られて困ったという声を度々聴いています。

「アルバイトができるので仕方がないのか」「ようやくアルバイト先が見つかってホッとしたのに、年金なしでは独立させられない。市の若い担当者に親元で暮らせばよいと言われたがそれはおかしい」「自立していたのに家に戻らざる得なくなつた。父親との折り合いが悪くて困っている」など、本人の自立を阻害する事態が起きています。障害者権利条約が施行された今、精神障害者の年金について、家族はどう捉え対処すべきなのかを改めて学びたいと思います。近頃の皆さまも、是非ご

参加ください。

以下のテーマと日程にて、「みんなねつと」理事で日本福祉大学教授の青木聖久先生を迎えて講演会とシンポジウムを行ないます。

「精神障がい者の暮らしにおける障害者年金と就労の関係」現状の理解を通して今と未来に各々ができることを考える」

日時・平成28年(2016年)10月14日(金) 13時半から

・場所・埼玉県障害者交流センター1階ホール

・問い合わせ連絡先・埼家連
・電話番号(Fax兼用)・埼家連

048・825・7172

・メールアドレス

saikaren_kokoro@anber.plala.or.jp

(Faxの場合は氏名、所属、連絡先、10月14日研修会参加希望と記載をしてください)

■まだまだ残暑が厳しい。それでも休みの日になれば、狭い部屋に閉じこもるのが嫌で、散歩に出かける。

池袋駅の線路脇の公園では、ダンボールハウスの住人たちが飲み会を、アニメイト前の公園では10代〜30代の女性がアニメのキャラクターカンバツジの交換をしている。

そういえば、昨年今頃はコスプレイヤーが多かった。声さえかければ一緒に写真を撮ってくれる。それも彼らのステータスらしい。きつと9月以降はハロウィンまでコスプレイヤー達が繰り出す季節なのだろう。

そんなことを考えながら、公園にいる人達の姿を横目に、コンビニのアイスコーヒーを飲んだり

している。一つ角を曲がれば、街の風景が一変する。昼と夜でも雰囲気がるで違う。

日付が変わっても人通りは多い。人影まばらになるのは本当に深夜だ。

ライブハウス近くの公園にたむろする女の子達、23時とか24時から始まるライブに参加するためなのだと知ったのはずいぶん経ってからだった。この娘達も時には数人で野宿する。当然だ、ライブが終わる頃には電車がない。

どれもはじめて見たときほど驚いた。だが、これらも私の日常風景になりつつある。ダンボールハウスの住人の2人程は、見かけたら会釈を交わすようになった。(山本)

【「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 **みんなのわ** 通巻第 113 号 (2016年 9 月号) 定価 300 円

発行日	2016年9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

2016 みんなねっと三重大会 主なスケジュール(予定)

1日目	10月27日(木)	2日目	10月28日(金)
10:00~	受付 ※当日は、事業所の職員数員の御来会も予定。	9:00~	受付
11:15~	オープニングセレモニー	9:30~	分科会
12:00~	開会式	11:30	
13:00~	基調講演 「誰でもわかる認知行動療法」 一般社団法人認知行動療法研究開発センター理事長 ／ 大野 裕氏	第①「広げようアウトリーチ」 ～地域でくらす本人、家族によりそって～ ☆コーディネーター 新潟医療科学大学教授 梶原 日出見	
14:20~	みんなねっと活動報告 みんなねっと理事長 / 本橋 泰和 行政報告 厚生労働省より(予定)	第②「元気な家族に！！」 ☆コーディネーター 日本福祉大学教授 青木 聖久	
15:40~	記念講演 「精神科アウトリーチ」 ～入院に訪れない精神医療の実践のために～ 千葉大学医学部附属病院特任教授 / 渡邊 博幸氏	第③「安心してくらす社会を目指して」 ～差別解消法 これからは付随しよう～ ☆コーディネーター 三重大学教授 片岡 三佳	
17:00	終了 ※懇親会参加者はバスで移動	11:45~	閉会式 分科会報告 大会アピール採択 次期開催案あいさつ
18:30~	懇親会 津センターパレス(都ホテル)	12:40	開会(予定)

『ピアサミット』 10/28(金)13:30~15:30 三重県総合文化センター 中ホール
お笑い達人松本ハウスさん来たる！ (主催：ピアサポーターみえ (入場無料))

参加申込書(宿泊なし用)

◆申込先⇒FAX059-225-7633 ◆E-Mail⇒tsu@mwt.co.jp

都道府県		「参加証」などの送付・連絡先(勤務先・自宅)								備考		
所属団体		〒										
申し込み 代表者		電話		FAX								
No.	ふりがな 氏名	性別	年齢	参加種別・家族・医療福祉支 援者、一般 3,000円 当事者 500円 学生 1,000円	参加希望する分科会 (2日目9:30~)			懇親会 7,000円	お昼の弁当注文 1食 1,000円			
						第1 分科会	第2 分科会	第3 分科会	1日目	1日目	2日目	合計
例	みえ 三重 太郎	男	55	家族	①	②	③	○	○	○	12,000円	

※宿泊のお申込みが必要の方は、別紙「大会案内パンフレット」にある「参加申込書(宿泊用)」にてお申込み下さい。
※お申込みは、FAX・メールもしくは郵送にてお申込みください。(トラブル防止のため、電話でのお申込みはお受けしていません。)
※申込み・問い合わせは、『名鉄観光サービス館津支店』 電話：059-225-7676 FAX：059-225-7633
〒514-0004 三重県津市栄町3-141-1 モアビル5階 Eメール：tsu@mwt.co.jp 担当：熊田(おの)のりこ

第9回全国精神保健福祉家族大会

希望が三重～る

～ピアのちから・アウトリーチ・伊勢エビ 実はそれぜんぶ三重なんです～

みんなねっと三重大会

日時 **2016年10月27(木)、28(金)**

会場 **三重県総合文化センター**

三重県津市一舟田上津部田 1234 番地 ☎059-233-1111

三重県総合文化センターへの交通アクセス

<http://www.center-mie.or.jp/access/>

参加費 **3,000円** 障がいのある人 **500円**
学生 **1,000円**

申込締切 〒514-8567 三重県津市掛橋 3-446-34 三重県こころの健康センター内
「さんかかん」 TEL 059-227-1929 FAX 059-271-5808



主催／公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)
特定非営利活動法人 三重県精神保健福祉会