

論 点 整 理

1. 普及啓発の基本的方向性
2. 国民の認識の現状と国民に向けた分かりやすいメッセージ（指針）
 - (1) 正しく理解する
 - (2) 態度を変える・行動する
3. 指針の趣旨の普及方法
 - (1) 基本的方針
 - ① 普及の対象者層に応じた情報発信
 - ② 国民に接する機会の多い者や当事者の役割の重視
 - (2) 主体別の取り組み
 - ① 当事者、当事者家族
 - ② 保健医療福祉関係者、地域活動関係者
 - ③ 雇用や教育の関係者
 - ④ 行政職員、メディア関係者
 - ⑤ その他

これまでの検討会における意見を事務局として整理したもの

1. 普及啓発の基本的方向性

- 普及啓発というのはかなり以前から、それこそ国を挙げて、県を挙げて、私どもの施設関係者あげて、ずっとやってきたが、それでもなおかついろいろな偏見というか、無理解というか、かなり厳しい（第1回）。
- 確かに精神障害と一口で言っても、いろいろな場面、いろいろな状況、いろいろな背景を持っているので違ってくる（第1回）。
- 風貌から見たり、対人関係の弱さ、就労の低さ、かなり就労しようとするが、どうしても就労が長続きしない。どんなに作業所などで訓練しても就労に結びつかないという障害、社会的なバリアがあるということが改善しないと理解が得られない（第1回）。
- 恐さからの差別というか、理解の悪さを突破するには大変な努力をしなければならない（第1回）。
- 精神障害者は漠然とただ危険であるという件について、家族会では司法統計を使っており、統計の年代は少々古いが、年間総検挙人数の中で精神障害者が占める割合は0.64%という数字が示されている。精神障害者はみんな危険という考えが誤っていることを示す上でその数字はわかりやすい（第1回）。
- 精神障害について、国民は知らないということはマイナスなのだという1つの視点があるが、それを一旦取り払いたい。逆に言うと、ほかのことで知らないことは山ほどある。国民が知らないからということで、それはおかしいと責めるような論調になっては決していけない。そういう意味で、いわゆる一般の人の生活感情というものに近づくということが大事なことではないか（第2回）。
- ボランティア活動を、特に福祉の分野、教育の分野、町づくりの分野等で展開してきたが、やはり精神障害者の問題が漸然難しいし、また、対策も際立って遅れている。ここをきちんとしないと、みんなが支え合い、みんなが幸せになれる社会「新しいふれあい社会」が実現しないということを日ごろ痛感する（第2回）。
- 普及啓発にあたり、一般の方々、近所の人々を含めて何を一番アピールするのがよいだろうか。それは、やはり本人が本当につらいというそのつらさにもかかわらず、本人は人間らし

く生きていきたいという（当たり前のことであるが）強い願いを持っていること（第2回）。

- 心の健康の正しい理解のための普及啓発検討会ではなくて、心の健康及び精神疾患とか、精神障害者の正しい理解のための検討会というふうに解釈（第3回）。

2. 国民の認識の現状と国民に向けた分かりやすいメッセージ（指針）

（1）正しく理解する

自分自身の問題とする（関心）

- 心の病は誰もがかかり得る、ありふれた病気で、自分がつらいからわかってほしいというのではなくて、仲間のため、そして、社会一般の皆様に対しては、皆様もいつ発病しないともわからないですよ、そのときにいたずらに苦しまなくて良いように正しい知識を持ってくださいという気持ち（第2回）。
- 障害者と暮らす社会は、すべての人が幸せに暮らせる優しい社会。福祉というのは障害者だけのためにあるのではなくて、すべての人のためにある（第2回）。
- 自分の身に起きる可能性についての認識の差ということで、痴呆症についてはどんな人でもなる。ほとんどの人がいつなるかわからないという認識が非常に広まっている。その点、統合失調症とか躁うつ病になると、ちょっと自分は縁がないのではないかという認識の方が、まだまだ広いのではないか。その辺りの認識の差を埋めていく努力が必要だろう（第2回）。
- 生活に関する知識が増えるということが（精神障害者への）共感度を高めることに役立った（第2回）。
- 統合失調症も糖尿病や高血圧と同じように薬で管理できる病気の一つであることをもっとキャンペーンする必要がある。薬の効果を一般に周知すべきである（意見照会に対する構成員回答）。

心の健康（ストレス等）に気をつける（予防）

- 精神疾患は、誰でもかかる病気であることと、それはライフスタイルを変えることによって、あるいはストレスをうまく処理することによって防ぎ得る病気。精神障害は生活習慣病であるとある程度言ってもいいのではないか。素質があって、それにストレスなどがかかってなる病気で、まさに生活習慣病という表現ならば一般の方にもわかりやすい（第1回）。

- 精神疾患は誰でもなる、私自身もあの時そうだったのだと思えるようなものであるし、職場で働く多くの仲間も誰でもなり得るものだ。その意味では、ストレスが高まっている職場の中では大きな問題（第1回）。

早めに気づく（気づき）

- どうも心の病気というと眠れない、食べられないといったイメージばかりで、過食・過眠の人の発見が遅れる（第2回）。

病気になっても適切に対応（自己認知）

- 精神疾患は放置すれば症状が悪くなることもあるが、適切な治療や支援で改善する（第1回）。
- 実際に職場の中でストレスの中からそういう状況に陥った人に対して、仕事を軽減してしまうことがプラスに出るときと、仕事を軽減し過ぎてだめな人間だというふうには評価されることによってさらに悪化して、その病気が進んでしまっている傾向が見られる場合とある。そこで雇用の場での新たに障害者という雇用率の問題として組み込むようなものと違う意味での対応がかなり難しい（第1回）

(2) 態度を変える・行動する

拒否的な態度をとらない（肯定）

- 我々はいついつい「変わっている」ということをマイナスイメージでとらえがちだが、実は「変わっている」というのは決してマイナスイメージではなく、ニュートラルである。「変わっている」というのは一種の特徴があるというイメージであって、それをマイナスだという形にすぐ置き換えてしまう必要はない（第2回）。

受け入れる（受容）

- どんな人でも人を人として認め、肯定する温かい社会にすることが最後の決め手（第2回）。
- やはり一定障害があるという事実、それを気にかけておかなければいけない。その状態や

ケアなどわからないと不安が起こって当然なので、それらを情報提供し地域の人の心配と一緒にやっていくというような仕組みを持たないといけない（第2回）。

- （痴呆症との）グループホームの普及度の差、あそこに入っている人たちは結構静かに幸せにやっているなという認識が、その実態から広がっている（第2回）。
- 地域で受け入れる、これは一番大切なことであり、本人たちの姿、支える人たちの頑張る姿、これが一番訴える力が強い。自分の目で本人たちもこうして頑張っているじゃないか、それから、支える人たちはこんなに一生懸命やっているというのを見せるのが一番であろう（第2回）。
- 先進国ではコミュニティーで統合失調症などの精神障害者を支えるという方法で効果がえられており、日本もこういう方法を模索すべき（意見照会に対する構成員回答）。

体験に基づく理解（体験）

- 日常的な接触体験が重なれば多くの人たちは怖いという印象は払拭できる。ほんの瞬間瞬間の体験がその時の状況によって怖いという体験につながる。しかし、日常的な体験ができると、その人が怖いというよりも、病気が悪いときは大変なのだなという印象で受けとめていく（第1回）。
- 今後精神障害者は怖くない人なのだよというイメージを持っていただくためには、その対極にあるきちんとリハビリができてデイケアなり作業所なりに通っている人たちとの接点を視野に入れた調査もやっていただけたら（第1回）。
- 怖いというのは固定したイメージであるが、家族会のレベルでもそれを何とか変えていきたいという思いがある。それで最近では、作業所などに小・中学生にも見学に行っていたとか、そういう交流のプログラムを組んでいるところも出てきている（第1回）。
- （普及啓発のためには）（当事者との）共同体験をすることがよい（第2回）。
- （当事者との共同体験による）介入プログラムによる変化は、障害者に対しての基本的な信頼感が高まった。障害者に接して適切に対応できるという自信が高まった。否定的な感情の度合いが低減した。病気に関する科学的な知識が増えた。障害者の生活に関する知識が増えた（第2回）。

自ら地域づくりに参加（参加）

- 地域に受け入れられるための決め手の1つが、地域の人々自身が障害者の方を受け入れて支えることが大切だと感じ、そのことが嬉しいと感じる、そこまでの実感をしてもらうということ、これがやはり大切。2番目に、支援を求める人を地域が認知する。そういう人たちがいることを医者から情報をもらえば、あそこにそういう人たちがいる、地域で何とかしようということにつながっていく。医者から地域への発信がなくても、親から地域に発信してもらえばいい。3番目にどう支援するかを学ぶ（第2回）。
- （精神障害者との良好な接触体験により）理解・共感性が高まるということは確かだが、それが日常的な行動変容にどう結びついていくかの検討が必要（第2回）。

3. 指針の趣旨の普及方法

（1）基本的方針

① 普及の対象者層に応じた情報発信

- もちろん学校であるとか職場であるとか、あるいは地域という場面場面での啓発のあり方が考えられるべき（第1回）。
- 例えば地域の中で精神障害の問題を理解していただくというときに、理解をしていただく人たちの対象を絞りながら広がり期待していくというような考え方もできるのではないかと（第1回）。
- 世間は意外に冷たくない。偏見・差別を持っている人というのはほんの一握りで、大多数の人たちは白紙というか、どちらにでもつくということ。その方たちに働きかければ、支援する側についてもらえる。ただ、無理解・誤解はある。でも、悪気ではない（第2回）。
- 私が感じたのは、心身ともに丈夫な人、それから、理解しようという気のない人に理解してもらうことはかなり困難。何事でも実際に体験しないと理解するという事は難しいということのを頭に置いた上で、あきらめずに理解してもらう努力を続けようと思う（第2回）。
- 関心の低い人とか、拒否的な感じを持っている人に対して、こういった方法があり得るのかの検討が必要（第2回）。
- 広報のスタンスというのは、まず第一はうそを言わない。うそを言ったら大変なことになる。その次は、大体3つで、全部言ってしまふ。それから一部言う。それから、全く言わな

い（第3回）。

② 国民に接する機会の多い者や当事者の役割の重視

- 接触体験のプラス・マイナスだけで単純に結果を出すと何となく誤解され、接触体験の内容をどう考えるかが重要（第1回）。
- 住民と接する第一線の人たちが精神障害について、どういう理解を持つのが大変大事（第1回）。
- 障害者団体の中でバリアフリー化をしなければ精神保健の問題は解決できないのではないか。3障害が一体化して活動していることもこれからの視点として非常に重要（第1回）。
- （普及啓発のためには）（当事者との）共同体験をすることがよい（第2回）。
- （当事者との共同体験による）介入プログラムによる変化は、障害者に対しての基本的な信頼感が高まった。障害者に接して適切に対応できるという自信が高まった。否定的な感情の度合いが低減した。病気に関する科学的な知識が増えた。障害者の生活に関する知識が増えた（第2回）。

(2) 主体別の取り組み

① 当事者、当事者家族

- 恐いというのは固定したイメージであるが、家族会のレベルでもそれを何とか変えていきたいという思いがある。それで最近では、作業所などに小・中学生にも見学に行っていたとか、そういう交流のプログラムを組んでいるところも出てきている（第1回）。
- 自立サポートネット流山というNPO法人は3障害者団体が一緒になって作られ、一番画期的なのは、今までの福祉作業はどちらかというと第2次産業であったが、第3次産業で障害者の店を運営し、売り上げを確保している。実物教育というか、普及啓発冊子を100遍配るよりはお店に来て実際にそこで接してもらうことの方が大変大きいものがあるのではないか（第1回）。
- 当事者活動として、要請に応じて当事者講演。内容は体験発表、病気についての基礎知識、他、ボランティア団体でボランティアさんに望むこと、ホームヘルパーの養成講座でヘルパーさんに望むこと、精神保健福祉士養成校や短期大学で精神保健福祉士に望むこと、業務連

の集いで地域社会に望むこと、行政に対する要望など（第2回）。

- スピーカーズ・ビューローのような地域に影響力のある当事者の集まりが何らかの形で継続できていけば良い（第2回）。
- 精神障害者の方でヘルパー養成をして、その方が社会にヘルパーとして少しでもいいから知的や身体の方をお世話するという仕組みをつくっていったら良いのではないか。ピア・カウンセリングとか障害者同士がお互いに助け合うという実践を通して、普及啓発が具体的に進んでいくのではないか（第2回）。

② 保健医療福祉関係者、地域活動関係者

- オープン・ザ・ドアという形で統合失調症の偏見に対する普及啓発事業をやっている。その方法は、いわゆる良好な接触体験をしていただくということで、過去の接触体験の有無とは余り関連づけずに、当事者と民生委員たちとのディスカッションをしていただく。そこで、障害者もきちんと自分のことを言えるのだとか、人に対して配慮した行動がとれるのだなどということはそういう中ではすぐ体験される（第1回）。
- 社会福祉協議会は都道府県と市町村のすべてに組織されているが、最近では精神障害者のホームヘルプの実施主体にもなりつつある。そのときに関係者が正しい意識を持ってもらうことを目的に、都道府県社協を対象に精神保健の研修というプログラムを社会福祉協議会振興事業として立ちあげた。基礎研修では社会福祉協議会の職員、一般の住民を対象に、実務研修では地域生活を支援する職員を対象に研修を行っている。企画そのものを精神保健福祉会や精神保健福祉センター、家族会の方々と共同で企画するやり方が地域の中で啓発する上で、共同で実施するかということが大変大事（第1回）。
- クラブハウスやボランティア団体の活動として、ニュースレターの発行、不定期のコンサート、マスコミ活動、書籍販売、シルバーリボン・キャンペーン、無料パンフレット配布、バザーなど地域との交流、日ごろのお付き合い。また、ビデオ・映画・演劇・歌など。作業所や小規模授産施設でレストランや喫茶店、お弁当屋、リサイクルショップなどを行っているのも、結果的に非常に大きな普及啓発効果（第2回）。
- （ある福祉作業所がなぜ）近所の理解を非常に得ているのか。第1に、地域で一緒に暮らせてありがとうという気持ちを近所に対して常に持っていること、第2に、近所に工房を開放して、誰にでも姿を見てもらえるようにしていること。第3に、隣近所の道路掃除をやっていること。それから、問題が起きると、すぐ飛んで行って謝って説明する。これらが、すな

わち近所とうまくやるとともに普及・宣伝になる(第2回)。

- 高齢者とか子どもたちを受け入れている人たち(ボランティア)は、身体障害者、知的障害者までは行くけれども、なかなか精神障害者まで行かない。それはまず、助けてということを書いてこられない(第2回)。
- (ボランティアが精神障害者をどう支援するか) 第1に、精神障害の原因となるストレスへの対応ということで、これは精神障害自体への対応というよりも、その事前の予防。2番目に、前精神障害状況からの救出ということで、ひきこもり対応。3番目に精神障害からの復帰ということで居場所づくり(第2回)。
- 痴呆の治療病棟、療養病棟に地域の保育園、幼稚園の子どもたちが定期的に訪れてきて、(慰問ではなく)授業をしてくれる。非常にいろいろな方々が来られ、実際には統合失調症の方々と接触されるので、痴呆症というのを1つの理解・啓発をしていくための大きな部分になってくるのではないかと考え、(医療機関として)全力を挙げてやっている(第2回)。
- (普及啓発の)対象者を民生委員にした理由は、どの地域にもいらっしゃるということが大きな理由の1つ。もう一つ、社会的弱者とのかかわりを持っていらっしゃる人、精神障害者とかかわりを持っている人が比較的多い。地域社会での相談役、地域住民の身近な相談相手。地域社会の先導役としての役割、共生社会の地域づくりが行え得るということ(第2回)。
- 民生委員を1つの地域の核にして、地域全体のどのように波及するべきか。保健所とか市町村を通しての普及システムをどう開発していくべきか(第2回)。
- 地域よりももっともっと病院の方がすごい状態で患者さんに対応しているような、差別・偏見の 카테고리ではないか(第2回)。
- ボランティア・ネットワークという仕組みをつくっていけばどうか。当事者ごとにあるいはグループホームごとに数名のボランティアがチームを組んで、そこを拠点とするボランティアのチームをつくっていき、まず勉強してもらおう。そして、その当事者に必要な活動をする。ネットワークが近隣の方々、地域への普及啓発活動を現実の実態を基にしてやっていく、そういう実態に応じた普及啓発活動が最も効果的なものであると思う(第2回)。

③ 雇用や教育の関係者

- さまざまな状況にいる人たちが働くための支援は、援助付雇用という言葉のようなものではないものも必要（第1回）。
- 精神障害者がヘルパーの資格を取得しても事業所が受け付けてくれないという課題（第1回）。
- 過渡的雇用として、一般社会で働くことによって、直に一緒に働いて精神障害者を理解してもらい、働けるんだということを見てもらう効果（第2回）。
- 就労支援、復帰のために大事。精神障害者が例の雇用義務から外されている。これは入れるべき時期が来ているのではないか。例えば認定制度を設けて回復期にある方等については、雇用義務を課する法改正がぼつぼつ必要な時期であろう。もう一つはワークシェアリング、やはり回復期は疲れる（第2回）。
- 職場のストレスをある意味で解消するのは家庭という場であろうと思うが、そこでなかなか家族の方々の御理解が得られないというところが、さらにストレスを増強させることにもなっているのではないか。家族の方を巻き込むようなそういった対策があれば（第3回）。
- 職場の中でメンタルヘルスに取り組むということ、そういったものに対してより早期の発見とか早期の気づきは大変大事なことだが、当事者の方がそういったところになかなか逆に行きにくくなるという、そういった動き。つまり自分が病気であるということを知られることによって不安になるというような要素。自分自身がそういう病気だと思えば、逆に一生懸命病気であることを隠そうと隠そうとされる。非常に面倒なことになってしまう（第3回）。
- 事業場以外の相談機関で、全部が職場とどこかでツーカーになっているのではないかと、このような危惧を抱かれる方が絶対に多いだろう。そのあたりのことをよく踏まえて、ひとつ計画をしていただけたらいいと思う（第3回）。
- 実際に病気になった場合には、復帰支援ということ以前に、病気になったら、すぐにやめさせられるというのが、行政とか大きな企業以外ではほとんど。多くの小さな企業やなんかでは、その辺のところからも、本当は見直してもらわないと、精神障害となった場合にはとても大変で先行きがないというのが現状（第3回）。
- 中学・高校の保健体育で正しい知識を教えたい。これは教科書に載せるだけでなく、まず、教師への教育を徹底していただきたい。せっかくすばらしい教科書ができて

教師が偏見を持っていたり、誤った知識を持っていると逆効果になり、教師の影響力が大きいので、まず、教師への教育を、そして生徒へと思う。これにより、心の病気は思春期に発病することが多いので、早期発見・早期治療にもつながり、発病した場合にも余りいたずらに不安になったり、いじめられたりということ防止できる（第2回）。

- 例えば総合失調症とかそううつ病とか、その他の精神疾患や精神障害者全般について、子どもたちに教え理解させることは大変難しい課題。精神障害者についての様々な課題について取り組むことは、子どもたちに一斉指導で全体的に教えること、そういう可能性もあるが場合によっては個別的にいろいろ対応しなければならないこともある。また、生徒にかかわる保護者の理解も大きな課題になってくる（第3回）。
- 現在学校教育で取り組んでいる人間としてどう生きるか、生き方、あり方の問題とか、そういうことが基本にあるが、身体健康や心の健康が大事であるということで、今保健の教科その他で取り上げているが、そのほか心の健康教育の課題で言えば、豊かな心を持つ大切さや人への思いやりなど持つことの大切さ、人間関係をどのように築いていったらよいかなど基礎的な内容を教育の中で位置づけ、取り組んでいるのが現状（第3回）。
- 他者ということ及び病者への理解、共通社会、せめて高校に入ったら、そういったものが大分前に出てくることへのそういう理解のさせ方、または協調というような問題が重要（第3回）。
- そういう子どもたちと一緒に学ぶ大切さとか、そういうようなことを先生方が子どもたちに提起して、そして一緒に学ぶというのは最近大変増えてきている。前と比べて交流教育は大きく前進したなというふうに思う（第3回）。
- ぜひ教科書の中で精神疾患を取り上げて欲しい（第3回）。
- 学校全体として、性にまつわる問題とかも含めていろんな問題が、メンタルヘルスに関するたくさん問題があると確かに思うが、そういった問題が少し隠蔽というところとちょっと大きさですけれども、きちんと正面から論議できてないというような感じは確か（第3回）。
- 百聞は一見にしかずという式の教育を実践しているところがある（第3回）。
- 医療と教育のそれぞれの着地点とか、家庭とか、手法というのが違う部分があるので、そこは、発達段階ですとか、受容能力、それから保護者の意見、そういうことを考えて進めていきたい（第3回）。