

2006年2月9日

社会保障審議会障害者部会 意見書  
精神医療サバイバー 広田 和子

## 1. 所得保障について

自立支援法は、自己決定の法律であると思います。自己決定を生み出す源である所得保障を確立することが、本当の自立支援であると考えます。

所得保障とは、まず本人が、所得を生み出せること。それが不足した時に制度によって国及び地方自治体が、補う施策が重要不可欠です。

## 2. 就労について

精神障害者の層は、社会の中で拡大し増加しています。職域を問わず発病し職場復帰しています。しかし、完全復帰は難しく、フレックスタイムの導入や短時間労働など幅広い勤務体系が求められています。このような勤務体系に加えて精神障害者が、働くには、例えば、3人で一日勤めるとか、複数で勤めるなどいろいろな方法が考えられます。

ジョブコーチも良い制度ですが、コーチの資質も問われています。現行の就労制度の機能を高める見直しが必要です。

精神障害者が雇用率の対象となり、発病した人が、職場の中でカミングアウトする日も近いでしょう。その時に発病した人を救済すると共に精神障害者の就労が、拡大されるように企業などへの働きかけを積極的に進めてほしいと思います。

また、この期を逃さず早急に雇用率の引き上げを図ってください。

## 3. インフォームドコンセントについて

自立支援医療により1割負担となり、実際にかかる自分の治療費がいくらになるのか分からないで不安に思っている患者が大勢います。医師はこれを期に徹底した本人に分かりやすいインフォームドコンセントを行ってください。

## 4. 住居について

7万2千人の退院促進と言われながら、その成果は一向に見えてきません。社会的入院者を含めた誰もが、地域の中で安心して暮らせる住居施策は重要不可欠です。

例えば、長年の課題であった公営住宅への単身入居ができるようになりましたが、まだ様々な条件があります。一般の民間アパートを借りるよりハードルが高いのは、おかしいと思います。入居条件があるなら自ら施策化し、そのサービスを公営住居に入っていない人にも使えるようにすべきです。

私は、横浜市精神障害者住み替え住宅制度を使って借家住まいですが、何の条件もありません。それが住みやすいシンプルなスタイルだと思います。国土交通省に条件をはずす

よう働きかけて欲しいと希望します。

新体系のグループホーム・ケアホーム・福祉ホームの居住支援サービスの論議の中に病院の敷地内か外かという考え方がありますが、入院患者が、退院したと実感できるような所が、大事です。是非病院関係者には、入院患者の持つ可能性を信じて、外に出してしていただきたいと思います。

横浜市は、「民間住宅あんしん入居制度」を作り保証人のいない人を公的にカバーしています。全国的に地域に応じた制度ができることを望みます。

## 5. 教育と啓発について

精神障害者の啓発については、様々な立場から市民向けに行われていますが、生涯に渡り5人に一人が精神疾患に罹るといわれている今日。例えばスウェーデンの中学教科書では、精神的な問題と共に多くの病名が列記されていますが、日本でもそのような表記で教科書に入れて欲しいと考えます。

私見ですが、昨今はやりの精神障害者がスポーツ大会をやって啓発するという事は、もはや時代遅れだと思います。そのような補助金が将来出せるのならば、もっと他に使うべき課題は山積みになっています。

多くの大学に講義にいき、「精神障害者を怖いと思う人」と質問するとほとんど手が上がります。理由は、事件報道のとき精神科の入通院歴を出しているからです。マスコミ報道が偏見を生み出しています。

※ 別紙「こころのバリアフリー宣言（抜粋）」「スウェーデンの教科書（抜粋）」をご参照ください。

## 6. 社会資源について

身近な社会資源としての、小規模作業所が現行の形態が活かされるような施策であって欲しいと思います。現行の地域生活支援センターの活動内容を継続できるようにしてください。仲間達の中には、ピアサポートセンターの制度化を望む人がいます。

私自身は、現在週1回2時間のホームヘルパー制度を利用していますが、長年の咳が取れ人間らしい生活ができるようになりました。こうしたマンパワーも重要な社会資源です。

## 7. 精神科救急について

全国的に救急車を利用する普通の救急システム(ソフト救急)が、整備されていません。社会的入院者が、地域で安心して暮らせるためにも、また誰もが何時精神疾患を発症しないとも限りません、すべての住民のために早急にソフト救急の実現を求めます。

救急にかかる前に受診している人は、訪問看護を使ったり、短期入院をしたり、ショートステイを利用して予防したほうが良いと思います。ちなみに私は、疲れすぎて思考が停止すると何も考えなくてもご飯が出てくる短期入院をしています。

※ 添付資料「24時間安心して利用できる精神科救急医療を」をご参照ください。

## 8. 生活の質（QOL）について

3障害共通の手帳にして同じサービスをとるという声が、患者仲間からも関係者からも沢山上がっていますが、確かに他障害と同じようなサービスも必要なものもありますが、私は精神障害者の特性に合ったサービスが必要だと思っています。

例えば、私は現在骨折のリハビリと介護予防でスポーツジムに通っていますが、サバイバー活動しているということで会費が割引になっています。グループになじめない人が、一人でカラオケに行くとか、バッティングセンターに行くとか、ゴルフの打ちっぱなしに行くとか、ピアグループや施設に関わっていない精神障害者が圧倒的に多いのだから、お金のない人が、身近で気軽に使える手帳の割引がきくサービスが必要だと思います。

例えば私の仲間は、退院時に主治医から地域生活支援センターとホームヘルパーを利用するように言われましたが、地域生活支援センターよりドトールコーヒーの方が良いと言って毎日楽しくお店に通っています。

## 9. 自己改革について

精神障害者本人、家族、医療関係者、福祉関係者、行政関係者の持っている内なる偏見を自己改革する教育が必要だと、地域に住んでいて実感しています。

## 10. 都道府県レベルの社会参加推進事業継続について

現在国は、都道府県と折半で社会参加推進事業を委託しています。私が所属する神奈川の患者会でも、県から委託を受けて「ピアカウンセリング事業」を行っています。市町村の時代ではありますが、全国的にみてこの社会参加推進事業を委託されている患者会の仲間たちも、都道府県レベルでの委託の継続を希望しています。是非打ち切ることがないようにしてください。患者会活動を担うのには、時間がかかります。

## 11. 当事者参画について

当事者の時代と言われながら、まだまだ専門家やボランティアや家族が代弁する機会が多いのですが、国及び地方自治体の関係するあらゆる審議会や委員会などに当事者の参画や発言を求めます。

私は、平成13年12月19日から社会保障審議会障害者部会臨時委員を担って今日に至っていますが、評価は、後世の人々にお任せして、それまで誰が入っても潰されてしまうからと関係者や精神科医が反対していましたので、国レベルで初めての参画となりましたが、つくづく当事者性を持って参画することが、重要だと認識しました。

これからも私を含めて誰もが、安心して発言できるように絶えず業界に向かって言論の自由の保障を訴えていきたいと思っています。

※ 添付資料「24時間安心して利用できる精神科救急医療を」をご参照ください。