

つくしだより



平成27年10月号

来年4月から実施される「障害者差別解消法」の事例について

障害者差別解消法には、各行政機関ごとに対応要領、対応指針を作成することが義務付けられており、行政は不当な差別的取扱いの具体例の提供を求めています。

そこで今回は練馬区と大田区へ提示した事例を紹介します。

練馬区における障害者差別解消法
ヒアリングについて

都連副会長 松沢 勝

去る七月十七日練馬区障害者施策推進課より練馬区の事務・事業における「不当な差別的取扱い」及び「障害者に対する合理的配慮が欠けた事例」の意見を述べるよう依頼がありました。私共家族会意見は、「福祉サービス等のサービスの利用に関すること」に集中して述べました。

即ち、精神障害者への福祉政策につき他の障害者と差別されている次の諸点を速やかに解消すべき

(1) 心身障害者福祉手当の精神障害者への支給をして頂きたい。

(2) 精神障害者にも身体障害者、知的障害者と同レベルの医療費助成をして頂きたい。

(3) 移動に係る支援の内、精神障害者に対する福祉タクシー券を、他の障害者並に支給して頂きたい。

(4) その他自由意見

障害者差別解消法第十七条に定める、障害者差別解消支援地域協議会を設置して欲しい。

また、他の障害者団体からの事例は、それぞれの障害特性を反映していません。例として、次のような事例が出されています。

・聴覚障害者が、福祉サービスを利用しようとした際、ファックスが利用できなかった。

・知的障害者に対して、区直営の医療施設において、診察の段階的な経験を積むよう配慮してほしい。不安感を取り除くため。また、待つ場所の配慮もしてほしい。

・手話通話や要約筆記のない講演会が多い etc.

今後、上述の障害者差別解消支援地域協議会の構成員の検討を経て、来年二月の条例の議会承認後、四月からの施行を予定しています。



大田区の場合

都連副会長 川崎洋子

8月に全庁を対象とした差別解消推進本部が立ち上がり、家族会に行政窓口における差別と思われる事例の提示を文書で出すように求められました。そこで、つぎの2事例を、精神障害者に対する差別的事例として、提出しました。

事例1

ハローワークの窓口

当事者はこのところ、体調の良い状態がつづいていたので、仕事をしたいと、ハローワークに出かけました。窓口で開口一番「精神障害者ができる仕事なんがないわよ！」といわれ、もう2度とハローワークにはいかなくなり、仕事はできないんだと落ち込み、引きこもっています。

事例2

保健所の窓口

おや亡き後のことが心配になり、当事者が生活保護の相談に行きました。「あなたなんか申請できないわよ！」といわれ、当事者は翌日、自殺しました。現状では、申請できないでも「困ったらまた来てね」のアドバイスがほしかったです。

医療保護入院はなくせる？

ーベルギーの精神科医療改革に学ぶー

都連副会長 川崎洋子

内閣府の第25回障害者政策委員会に、西田淳志先生（東京都医学総合研究所）が参考人として参加され、意見を述べられました。外国の例ですが、わが国の精神科医療を変えるには、とても参考になり、推進していかなくてはと感じました。

◆代理人にはだれが？

◆欧州諸国では、強制入院（医療保護入院も含む）の手続きでは、医療から独立した代理人の関与が義務付けられており、このことによって強制入院の割合も他国と比べて低くなっている。

◆代理人には、法律機関等に所属して、医療、家族から独立している人で、ソーシャルワーカーや弁護士がなっている。

代理人問題は、わが国では論議が進んでいませんが、家族に代わる代理人の規定が早急に定められ、実効されることを望みます。

◆病院の地域移行から病床を減らす

西田先生は、伊勢田堯先生の文献を参考に

ベルギーの精神医療改革を話されました。

ベルギーは日本に次ぐ世界第2位の精神病床を持ち、民間精神科病院の影響は強く、日本とよく似た状況でしたが、1990年に脱施設化をめざし、改革を始めました。精神病床を保護住宅とナーシングホームに転換するいわゆる「病床転換政策」をとりました。しかし、病院中心体制を崩せず、失敗に終わりました。

そこで2010年から、新たな政策として病床を地域訪問医療チーム（モバイル・チーム）へと転換させることにしました。

◆モバイル・チーム（訪問チーム）の導入

◆精神科病院の収入を補償しながら、病床をモバイル・チームに転換していく。病床削減により余剰となった人材を地域訪問チームと院内での手厚いケアに振り当てる。

◆モバイル・チームは、家庭治療危機解決チーム（急性治療チーム）と積極的地域治療チーム（慢性期治療チーム）からなる。

◆国は人口に応じて地域別の必要なモバイル・チームの数値目標を設定。

◆病院は病床を削減して、所定数のモバイル・チームの立ち上げを義務付けられる。

◆病院は、病床削減をしても職員数は維持できる。

◆病床削減率は、1997年から2005年は3%であったが、モバイル・チーム導入によって、2005年から2011年は約30%と大幅に減少した。

◆いまこそ、医療改革は外国に学ぶべき

病床削減に関しては、わが国でも長きにわたり、政策も講じられてきましたが、失敗に終わった感です。どうしても病院中心になってしまい、病床の削減はなかなか進んでいません。ベルギーのように、毅然とした国の姿勢を打ち出し、病院も協力することが求められています。

◆医療保護入院はなくなり、家族支援は充実

◆早期発見・早期治療
急性治療チームの導入により、早期治療で重症化せず、入院しない人が増えます。

◆再発の防止
慢性期治療チームの訪問で、再発を防ぐことが出来ます。

◆モバイル・チームの支援により、入院しない精神科医療が進み、結果として医療保護入院は必要なくなると、思いませんか？

◆モバイル・チームの支援は、家族支援につながります。ずっと望んでいたことが、実現できる期待が持てますね。

障害年金「等級判定のガイドライン」の

問題点について

立川麦の会 岡田 治

厚生労働省は今年の2月から6回にわたって「精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会」（「検討会」）を開催し、7月に「等級判定のガイドライン」（「判定の目安」）を公表しました。

これは、精神診断書裏面の「日常生活能力の程度」と、「日常生活能力の判定」を組み合わせて「判定の目安」をつくり、事務職員が目安を確認、その後認定医員により「様々な要素を考慮し、総合的に等級判定する」というものです。

以下、「判定の目安」の問題点にしばり簡潔に報告します。

第一に、この目安は、「障害基礎年金と障害厚生年金の認定状況をあわせて作成」したために、厳しい水準の障害厚生年金の認定に引きずられることとなります。

障害厚生年金には3級までであるので有利と思われるがちですが、実態はそうではありません。3級がある分、1・2級の認定は厳しくなっています。全体的にみても、障害年金の受給者数は、障害基礎年金177万人に対し、障害厚生年金は39万人に過ぎません。

これまで障害基礎年金の認定で2級とされていたものが、3級つまり不支給となる事例が確実に増えると想定されます。

第二に、この目安は検討会の最終段階で当初の事務局案から大きく後退しました。

具体的には、障害基礎年金の認定状況では、87%が2級とされていた欄の「等級の目安」が、当初案の「2級」から「2級又は3級」に変更されました。障害厚生年金の認定状況とあわされたため、この欄の2級の認定率は57%、30ポイントも低下しています。

これでは認定の厳しい県の不支給決定はそのまま残り、平均的な認定を行ってきた県でも不支給となるケースが増えるでしょう。少なくとも、当初の案に戻すべきです。

第三の問題は、「目安の確認作業は、機構の担当職員が行う」としている点です。事務職員による事前のふるい分けが公認され、機械的に「3級つまり不支給」と分類されれば、認定医の目に触れることなく「総合判定」で救われないうケースがでる危惧があります。

第四に、日本年金機構は、各都道府県の事務センターごとに行われている基礎年金の認定業務を、全国9ブロックに再編する方針を打ち出しています。地方裁定の集権化は、障害者の生活の現実を反映させることをますます困難

にします。当面は、認定医員の増員や合議による判定など、現在の仕組みを残し、充実させるべきです、

厚生労働省は、来年早々にもガイドラインを実施する意向ですが、以上の問題点の解消なしの実施は慎むべきであり、見直すべきです。

そして当面は、不支給割合の高い県の裁定の実態を調査し、不適切な事例については見直しを行い、裁定をやり直すことで請求者の権利救済を図ることに限定すべきです。

障害者の生活の現実に即して障害年金の受給権をできるだけ保障すること、これが格差解消の本筋です。

厚労省は、パブリックコメント（意見公募）を経て、もう一度、検討会を開催するとしています。動向を注視したいと思えます。

最後に、不支給や支給停止になっても、あきらめないでください。審査請求などにより不支給決定が取り消されたケース、「支給停止事由消滅届」を提出して支給が再開されたケースはたくさんあります。また、多くの援助者がいることも忘れないでください、

障害年金の話は難しい、分かりやすく説明せよとのお叱りをよく受けます。不明な点、疑問点があったら遠慮なく相談してください。できるかぎり対応したいと思っています。

新企画 東京都・東京つくし会の主催で
「都民精神保健啓発講演会を開催」

都連副会長 植松和光

年々増え続ける精神疾患、その発症年齢は思春期がとて多しと言われています。新企画の第一回講演会では、多くの皆様の悩みに応える、思春期専門の精神科医にお話をさせていただきます。ご期待ください！

テーマ：『子供の心の健康を守るために』

「心の病」の早期発見・早期治療

日時 平成27年11月21日（土）

午後2時から午後4時

（開場午後1時30分）

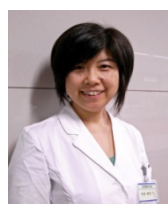
場所 武蔵野公会堂（JR・京王井の頭線

吉祥寺駅南口徒歩3分）

講師 駒木野病院児童精神科

診療部長 笠原 麻里氏

講師略歴



◆慶応義塾大学病院精神・神経科医師、国立精神・児童精神科医師、国立成育医療センターこころの

診療部育児心理科医長を経て、現職は、駒木野病院児童精神科診療部長



☆賛助会員（敬称略）
ファミリー通信
廻田クリニク
ありがとうございます。

3000円
5000円

講演会のお知らせ

- ☆10/17(土) 人はなぜ病を得るのか～命がともす魂の回復～
講師：東京都医学総合研究所 糸川 昌成氏 主催：世田谷さくら会 ☎03-3308-1679
- ☆10/24(土) 精神科領域における最近のトピックスについて～診断と治療を中心に
講師：駒木野病院精神科診療部長 田 亮介氏 主催：日野いずみ会 ☎042-592-8993
- ☆11/14 (土) 知識は偏見をなくす～学校メンタルヘルスリテラシー教育の取り組み
講師：上松太郎さん 横浜市立大学附属市民総合医療センター・看護師
松浦佳代さん 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科・研究員
主催：新宿フレンズ ☎03-3987-9788
- ☆11/16(月) 認知行動療法を学ぼう 主催：稲穂会 ☎042-331-0259
講師：認知行動療法研修開発センター理事長 大野 裕氏

※参加申込み・お問合せは、主催者までお願いします。

編集後記

「暑かったり、寒かったり、いったい何を着たらいいかわからないわ！」とブツブツ言っていました。そんな私にお構いなく秋はやってきました。

桜は紅葉を初めていますし、今年は庭のザクロが実をたわわにしています。柿の木も赤くなった実が見えています。実のなる木が多いのは、おじいちゃんからの家訓(?)でミカンも青い実をつけています。なんといつてもすごいのは梅です。30キロほど収穫し、梅干し、梅酒は数年分あるんです。

でも、これからの楽しみはきんもくせいです。すでに、ほんのり香りが漂いはじめています。自然の恵みには癒されますが、一方では自然は牙をむき出します。

水害で被害を受けた人たちのニュースを見る度に、わが家がこうなったらどうなるかと思うと、他人ごとではなくなります。大雨は自然現象ですが、そのために川が決壊し、命が失われるということは、未然に防げたのではないのでしょうか。情報がなかったといわれていますが、自分の命は自分を守る、危険と思ったら避難するくらいの気持ちを持たなくては、これから生きていけないかも(?)と、思ったりしています。

都連副会長

川崎洋子



つくしだよりは赤い羽根共同募金の配分を受けて発行しています。