NPO あやめ通信

令和元年（2019年）10月1日発行
特定非営利活動法人
川崎市精神保健福祉家族会連合会あやめ会
発行責任者　　山本　泰彦
TEL/FAX　044―813―4555

第54号（通巻105号）

令和２年度に向けた川崎市への要望について

副理事長　田草川　武

本年も、令和２年度に向けた川崎市への要望活動を行いました。各単会等からの要望を取りまとめた後、市議会各会派との意見交換を経て、８月１５日に市健康福祉局に説明を行って、要望書を提出しました。それぞれの場で、多くの会員から精神障がい者当事者とその家族を取り巻く厳しい現状とその改善に向けた諸課題等を訴えましたが、市議会議員の皆様および市当局には充分理解していただけたと思います。

なお、要望書の全文はあやめ会ホームページ〔http://ayamekai.org/〕に掲載してあります。

Ⅰ．重点要望事項

１．在宅の精神障がい者及びその家族への訪問型支援の推進

① 精神障がい者を医療に繋げるための支援体制の充実

未受診や医療中断の精神障がい者を医療に繋げるために、専門職による訪問相談・支援の積極的な取組みを求めます。

② 訪問型医療ならびに看護体制の構築と推進

ひきこもりがちな当事者の医療受診、退院後のケア、医療中断者の医療再開には、訪問医療・看護が効果的です。訪問型医療体制の構築、推進をお願いします。

③ 訪問型福祉サービスの充実及び家族丸ごと支援体制の整備

当事者の在宅生活には、生活訓練やホームヘルプなどの福祉サービスの提供と同居家族に対する家族丸ごと支援が必要です。訪問型支援体制の充実をお願いします。

２．当事者や家族が安心安全に滞在できるショートステイ施設の拡充

緊急時には、宿泊型自立訓練施設「桜の風」を事前予約なしに利用できるよう配慮してください。また、家族が一時的に避難、休息する場を必要とする場合があり、家族が利用可能な滞在施設の整備を検討してください。

３．ひきこもり等の精神障がい者に対する実態調査の実施

あやめ会ホームページをご覧ください。

ホームページのアドレス（URL）　http://ayamekai.org/

市が行った広義のひきこもり（精神障がい者も含む）の支援ニーズ調査の結果に基づき、ひきこもりに対する対応の在り方を示してください。

さらに、実態把握のために、市による精神障がい者の実態調査を求めます。あわせて、当会も家族会加入の当事者とその家族を対象に実態調査を検討しており、市関係部局の指導・助言等の協力・支援をお願いします。

４．障害者への差別・偏見を解消するための条例制定

川崎市が検討中の人権全般に関する条例に、障害者の人権を尊重し、差別の解消・禁止と合理的配慮を重点事項として位置付けるとともに、政策条例としての推進と遵守のために必要な予算処置と罰則規定を明記のうえ、条例の早期施行を強く求めます。

Ⅱ．その他の要望事項

１．精神医療に関する要望

① 精神疾患と身体疾患を併発した場合の医療体制の充実

精神疾患を患った人が身体疾患を発症した場合の受入れ体制の改善をお願いします。地域のかかりつけ医が軽度の精神疾患患者を診察できるように、医師会等との協議と連携をお願いします。

② 精神科救急医療体制の充実

川崎市独自でスタートした精神科初期救急体制の定点化をさらに平日にも拡充すると共に、４県市協調体制にも拡大されることを求めます。

③ 精神障がい者に対する定期健診の徹底指導

精神障がい者の寿命について、行政・医療機関による実態把握を求めます。精神障がい者は服薬による身体的負担があります。そのうえ、定期健診の受診が少ないと推測され、通院先や通所施設等に定期健診（歯科も含む）受診の徹底指導をお願いします。

④ 自立支援医療（精神通院医療）の適用条件緩和

a. 対象検査項目の適用緩和

保険適用が限定されている光トポグラフィー検査の適用拡大をお願いします。

b. 通院医療、訪問医療・看護等による認定機関の拡大

今後、かかりつけ医への通院だけではなく、訪問医療・看護、先進的な医療検査等、受療機関の増が想定されます。認定医療機関の多数化の検討をお願いします。

２．精神保健福祉に関するその他の要望

（１）精神障がい者の地域移行･地域定着支援の促進

精神科病院入院者の退院に向けた地域の受け入れ態勢の充実をお願いします。また、退院後の必要なサポートを継続してください。あわせて、退院後の実態調査を行い、退院者が地域に定着しているかを検証してください。

（２）多様な住まいの支援の充実

① グループホーム等の増設および各種助成の改善

② 公営住宅・民間住宅を利用する場合の支援の充実

（３）精神障がい者に関する医療給付・助成等のさらなる充実による負担費用の軽減等

他障害との格差の是正等、市の検討及び国・関係機関への働き掛けをお願いします。

① 精神障がい者に関する入院医療費の重度障害者医療費助成の対象化
② 手帳２級所持者への重度障害者医療費助成の適用、あるいは医療費負担の軽減（自立支援医療費自己負担額への公的助成）
③ ＪＲ及び私鉄、有料道路等の割引の適用
④ 自立支援医療に関する更新手続きの不要化、更新期間延長、申請・更新に必要な診断書の作成費用の助成措置
⑤ 無年金障害者をなくすための国民年金の加入時期や継続期間等申請要件の緩和および特別障害給付金の支給範囲の拡大
⑥ 障害基礎年金額の改善
⑦ 特別障害給付金支給申請書の診断書料の無料化または助成

（４）福祉施設における精神障がい者の専門職配置の充実
地域包括ケアシステムの構築に伴う、精神保健・精神障害福祉に関する専門職の確保および適切な配置をお願いします。

（５）精神障がい者の就労および社会参加の推進
① 就労意欲の喚起、就労支援、職場定着支援の充実と推進
民間企業等と協働で、当事者の就労促進と安定就労・定着支援策を講じてください。
② 短時間就労、Ｋ－ＳＴＥＰの更なる啓発、推進
就労定着･増､職域拡大を図るための市独自施策の推進と新規施策開発をお願いします。
③ ピアサポーターの養成、活動領域の拡大および社会参加の推進
精神障がい者の社会参加の一環として､ピアサポーターの養成とともに障害者福祉サービスへの参画等職域の開発・確保をさらに推進してください。

（６）こころの健康教育および啓発活動の推進
① 講演会や講座等を通して、精神疾患や精神障害に関する知識の普及と理解の促進
② 小・中学校への出前教室等による学校教育での取り組み推進
③ メンタルヘルス対策（自殺予防）の推進
ひきこもり、思春期、うつ、アルコール・薬物依存等に対する特定相談の充実と地域・学校・職場等での精神疾患・精神障害に関する知識・理解の促進をお願いします。

３．あやめ会および家族会の活動等に関する要望
（１）家族会の育成および家族会活動への支援の継続・拡充
（２）あやめ会活動への支援
① あやめ会への地域精神保健福祉対策促進事業の委託の継続
心の健康相談、家族学習会、交流研修会および訪問活動事業は、当事者・家族にとって重要な役割を果たすとともに一般市民を対象とした事業です。
② あやめ会運営の福祉施設への補助金等の継続と増額
適正な運営を行うためにも、運営費補助金の増額と家賃補助金の増額をお願いします。
また、登録当事者の活動意欲の維持のために、３号随契の拡充をお願いします。

「(仮称）川崎市差別のない人権尊重のまちづくり条例」（素案）に対する意見書の提出

川崎市は、６月下旬、「(仮称）川崎市差別のない人権尊重のまちづくり条例」（素案）を公表しました。市民意見を募り、本年の１２月議会での成立を目指しています。

条例（素案）は、「不当な差別のない人権尊重のまちづくりの推進」と「本邦外出身者に対する不当な差別的言動の解消に向けた取組の推進」の二本立てです。前者は、人種、国籍、民族、信条、年齢、性別、性的指向、性自認、出身、障害などを理由にした不当な差別を禁じ、後者は、公共の場での悪質なヘイトスピーチ等を禁ずることを目的としています。

今回の条例（素案）は、あやめ会が市に制定要望してきた「精神障害に対する差別偏見を解消するための条例」に沿う内容を含むものと思われますが、素案の内容ではその実効性に疑義を感じています。そのため、あやめ会は、他の障害者団体等と連携し、意見書を提出しました。その概要はつぎの通りです。

多摩区の精神障がい者向けグループホームの移転に際し、激しい反対運動が起こったように、今も障害者に対する差別や偏見が根強くあります。障害者差別解消法を契機に、障害者関係団体が障害者差別禁止等条例の制定を求めてきましたが、今なお実現していません。

このたび、市から「(仮称）川崎市差別のない人権尊重のまちづくり条例」（素案）が示されました。ヘイトスピーチ対策は当市の喫緊課題であり、その具体化は大いに評価されます。

一方、「不当な差別のない人権尊重のまちづくりの推進」については、その実効性を高めるために、その対策の具体規定を設けるべきと考えます。障害者差別禁止等に関して、市、市民及び事業者が遵守すべき障害者に対する不当な差別的取扱いの禁止および合理的配慮についての規定を設けるべきと考えます。

障害者差別禁止等の条例が多くの地方自治体で施行されている状況下で、今回の条例制定を好機と捉え、同条例に障害者差別禁止等の具体規定を明記した上、施行されることを強く要請いたします。

条例（素案）については、川崎市役所のホームページにアクセスしてご覧ください。

広報委員　田草川　武

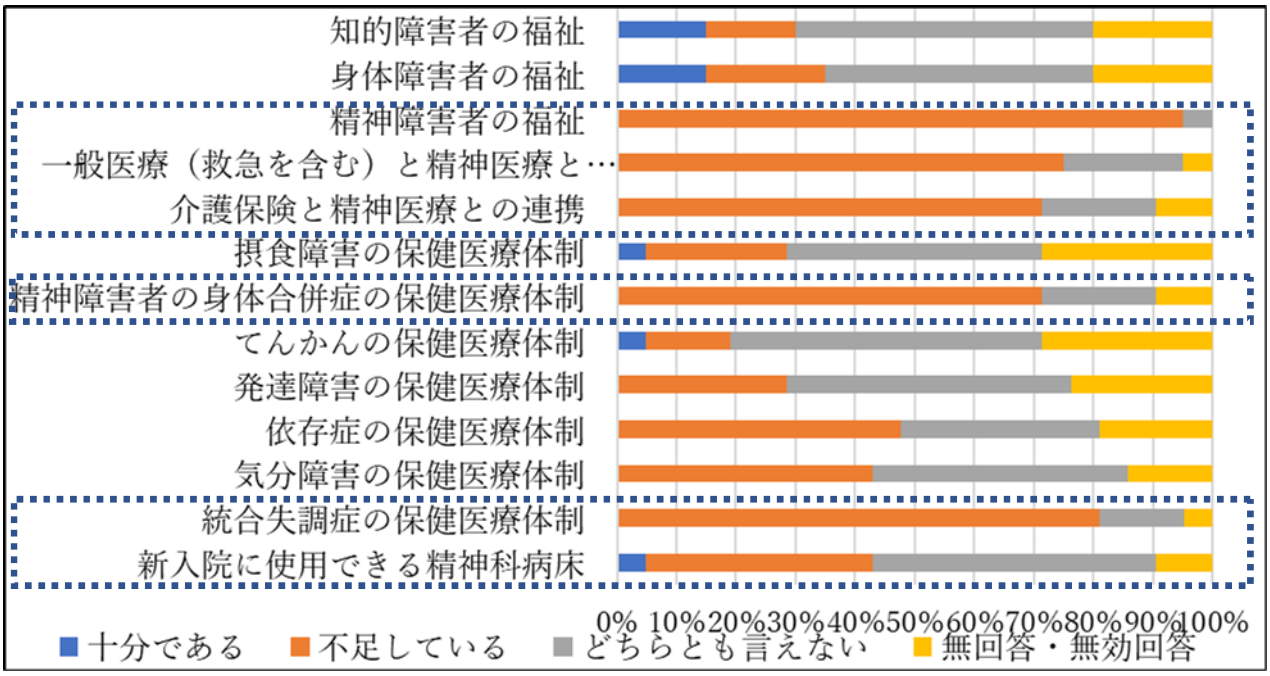
令和元年度（２０１９年度）総会記念講演の概要

２０１９年５月１５日（水）の定期総会における記念講演会は、講師に川崎市精神保健福祉センター所長竹島　正氏をお招きし、テーマ 「川崎市における精神保健福祉の現状と展望」でご講演をいただきました。その内容は私どもにとって大変示唆に富んだものでした。概要はつぎのとおりです。

「川崎市における精神保健福祉の現状と展望」というタイトルですが、家族会活動が進む方向等について、率直に提案したいと思っています。

あやめ会ができた昭和４０年代半ばは人口増、経済成長の時代でした。それから５０年、現在は高齢化、人口減少社会で、現在の家族会活動は設立当時と違ってきている、その考え方を共有しておきたいと思います。

最初に、あやめ会評議員にお願いしたアンケートの結果（回答数２２人）を示します。



点線で囲った部分についてのコメントです。

・新入院に使用できる精神科病床：依存症対応の病院は完全に不足。病床数の知識がない。救急搬送の範囲が広すぎる。

・統合失調症の保健医療体制：精神科救急のさらに充実を。症状に応じた対応、マンパワーが不足。

・精神障がい者の身体合併症の保健医療体制：対応できる医療機関が限定。精神科入院中の手術に家族の同意が求められた。合併症体制の充実、精神科と身体科の連携が急務。

・介護保険と精神医療との連携：今後介護の必要性が高まる。どのようなサービスを受けられるか分からない。知識不足で分からない。
・一般医療（救急を含む）と精神医療との連携：家族会でたびたび話題に。精神障がいがあると連携が難しいと感じている。通院先で、事があったら救急車でなく警察を呼ぶように言われた。

・精神障がい者の福祉：重度障害医療費助成等に格差が。福祉を上手に利用できるように、一緒に行動してくれる相談窓口が欲しい。

興味深いと思ったのは、例えば身体障がい者の福祉とか知的障がい者の福祉について「どちらとも言えない」「わからない」が多いのですが、片方で「遅れている」と言っている。

次に、厚労省の研究事業で、私が研究分担者だった４府県（地域性が異なる神奈川県、大阪府、滋賀県、鹿児島県）のフィールドワーク・調査の神奈川県について紹介します。

今回の調査に用いたナチュラルデータベースはレセプトです。統合失調症、うつ病、認知症などは、実際の患者よりデータ上の患者数が多くでる傾向があります。これは薬を処方するときに、適合症の関係で別の疾患名を記す場合があるからです。また、摂食障害、薬物依存症、ギャンブル依存症などは、特別な処方がなく、レセプトに表れずに、患者数が相当少なくなる可能性があります。

神奈川県の精神科の医療機関は、人口の多いところに多く、さらに、鉄道路線に沿って展開されています。入院病院数は全国レベルでは少ない、入院患者数も少ない、医療機関数は真ん中ということで、精神科診療所がカバーしている傾向です。２０１４年１月１日から半年間に、川崎の精神科医療機関に入院した患者の７割弱は川崎市民です。川崎の精神科医療機関に通院した患者の８割弱は川崎市民です。川崎北部と川崎南部で見ると、南部は、人口の割に病床数が少なく、医療の確保が難しい地域といえます。

このような状況で、精神科救急システムとして、四県市（神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市）協調の形をつくっています。４県市協調体制がどう機能して、川崎市の精神障がいの人、家族の方にとって使いよい仕組みかどうか、こんなところが困っているなど具体的なことを論議していく必要があると思っています。

入院期間の資料があります。神奈川県は、３ヵ月で７０％弱、６ヵ月で８４％、１年で９２％が退院します。退院は早く、しかも再入院率は全国レベルよりやや低いです。病床が少ないのでそれを効率的に回そうとしている傾向を表しています。

つぎに、広義のひきこもり支援ニーズ調査を昨年度行いました。調査結果については川崎市のホームページでご覧いただけます。今日は簡単に紹介します。

この調査では「広義のひきこもり」を「１５歳（中学卒業後）以上６４歳以下で、３ヵ月以上，学校や仕事などに行っておらず、家族や援助者・医療者以外の人との交流が無く、主に自宅で過ごしている者」と定義しました。人との出会い、抱えている課題、ひきこもりの期間等を調査しました。

回答者４４５名について、７０名（１５，７％）が知的障がいを、２５４名（５７．１％）が精神障がいを有していました。「ひきこもり」は、精神障がいの方にも少なからずあり、特に長期化している方の中にはあるということが分りました。ひきこもりの対策を、単に社

会的ひきこもりだけでなくもう少し広い対象に取り組んでいこうと考えています。暴力になりかける、自分を傷つける場合は、止めさせようと人が入ることがあるのですが、静かに過ごす、そのなかで時間が経っていく人に対しては、なかなか支援、援助の手が及び難いところがあります。もう少し手が届くような方法が作れないかを考えていきます。

不登校への早期支援、カウンセリングや居場所機能などが重要です。支援ネットワークの構築とそのマネジメントの担い手が重要です。

「ひきこもり」は決して病気ではありません。ひきこもり＝問題だとの目で見てしまうと大きな間違いが生じます。時間とともに自分なりに出口を探してひきこもりではない状態に移っていく人もたくさんいます。一方では、そのことも配慮して、相談体制を作っていかなければならないということです。この調査から分かりました。

自損事故による救急搬送事例の調査を行いました。自殺について、精神障がい者の家族会もあまりコミットしていないと思います。本人、家族の中にも自殺あるいは死にたい気持ちになった方は少なからずいると思います。自殺予防にも家族会の方に目を向けていただきたいと思っています。

川崎市内で発生した自損（必ずしも自殺ではない）事故による救急搬送は、８割位、３医療機関（南部：川崎市立川崎病院、中部：日本医大武蔵小杉病院、北部：聖マリアンナ医科大学病院）に搬送されます。救命が主ですから、搬送先の退院までは０～２日で、退院時に、精神科医療への紹介が行われるだけです。いま、川崎の中部で、自殺企図で受診する方が適切な地域の支援につながるような試行、取り組みをしています。この支援の対象者に、統合失調症はじめ精神障がいの方が少なからずいるという事実があります。将来、川崎市の全域で、南部、中部、北部に見合った形の支援の仕組みを作っていこうと考えています。

皆様が課題とした精神疾患を有する身体救急患者の受け入れ状況の調査です。

身体疾患が重症の場合、生命に関わる場合は行き先がはっきりしていて、３次救急に行きます。身体疾患が軽症の場合、１次救急とか２次救急の場合に行き先を探すのに困ることが出てきます。これが皆様方の回答に近いのかと思います。

一般医療で経験されるこころの健康問題。川崎市医師会の協力をえて調査をしました。６、７割の内科・小児科医が精神障がい、知的障がい、身体障がいの患者さんを診ています。内科・小児科医の共通した意見として、精神障がいの影響のことは平日昼間に精神科の専門医に紹介またはコンサルテーションできる仕組みがあるといいということでした。これも皆様方が求めていることと近いのかと思います。

２７年度から２９年度の警察官通報について、通報された方が何人診察になり、何人入院したかを報告書にまとめています。課題を分析し、改善に活かしたいと思っています。

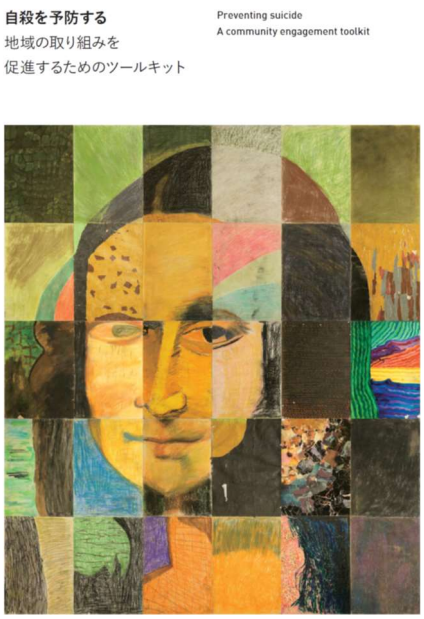
ここまでがデータの話です。

「川崎市の精神保健福祉の歴史に学ぶ」です。川崎市は、南部の工場誘致、人口増、住宅用地の確保等々、横浜市と多摩川に挟まれて横にするすると伸びました。
公害があったり、市民運動があったり、歴史の最先端にいました。

特筆することは、昭和４６年の川崎市心身障害総合センターの設立であり、国の社会福祉施設等の基本骨格を、川崎市が社会復帰医療センターとして実践したことです。

いま川崎は、すべての地域住民を対象とする地域包括ケアに進もうとしています。障害保健福祉や精神保健を地域包括ケアシステムのなかに統合する歴史的な実験を最先端でやろうとしているのです。

ここから話の締めくくりです。私は、自殺予防総合対策センターで、WHOが出したツールキット（自殺対策を推進していくための本）「自殺を予防する」を出版しました。



この本の表紙の「モナリザ分割画」は、精神科病院で当事者との活動を続けているアーティスト安彦講平さん主宰の造形教室の作品です。大きなデッサンを分割し、そのパート毎に描いて、つなぎ直すと、新たな「モナリザ」が生まれるのです。

冊子に、「自殺予防は地域の役割で地域にプラスの影響を与える」と書かれています。

地域は，脆弱な人に社会的支援を提供し，フォローアップケアに関わり，意識を高め，スティグマと戦い，自殺で遺された人たちを支援することによって，自殺のリスクを低減し，保護因子を強化することができる。地域メンバーは，自殺や自殺企図事例の登録が重要であるという問題提起をすることもできる。時には地域メンバーや代表者は，自殺関連行動のリスクがある人々を同定し，群発自殺が起こらないようにするという、いわゆる「ゲートキーパー」の役割を担うかもしれない。恐らく最も重要なこととして、地域は人々に所属感を与えることによって役立つことができる。地域における社会的支援、社会的なつながりを構築し、困難なことに対処するスキルを向上させること、脆弱な人を自殺から守ることができる。地域自体が、地元のニーズと優先課題を同定するのに最適の位置にあることを理解することが重要である。「自殺予防」を「精神保健」におきかえると、「精神保健は地域にプラスの影響を与える。」となります。

最後に、家族会への提案です。私は行政職員として言葉を慎重にと思いますが、他方研究者の経験をもつ医師として率直な意見を申し上げたいと思います。

アンケートに戻ると、てんかん、発達障害、依存症、気分障害の保健医療体制について、「わからない」が多かった。統合失調症以外は分からないのは素直な答えです。しかし、精神保健の対象は広がっています。社会の中で自分たちの活動を広げていこうと思ったときに、ほかの人たちと手をつなぐ必要があります。

摂食障害の保健医療体制も「わからない」の回答が多かった。あやめ会は、統合失調症だけの家族会ではなく、親だけ会でもない。精神障がいはいろいろ曖昧なのです。ある症状が一定期間続くことで精神科の診断はつくのです。これだけ多様化している中で、他の人達に対しての目の向け方をもっと強めてもいいのではないかと思います。

知的、身体障害者の福祉について「わからない」の回答が多かったです。評議員は役員の

方たちです。これをどう考えるかです。５０年経って時代の変化の中で、自分たちの活動の方向を考えるときに、これだけでも意味があると思います。

「家族会の話は、漠然とした不安を抱えたままに２０年、３０年の病との付き合いとなる。高齢化した親の悲しみが伝わってきます。」　これは「核」でしょう。しかし、「漠然とした不安」では伝わりにくいのです。「こういうことです。」といふうに示す方法はないですか。

５０周年記念誌に、「地域とともに歩む」と書いてあります。「地域とともに歩む」をどう本物にしていくかです。今回、３つ提案させていただきます。私達もできることは協働していくとの意味での提案です。

一つ目です。実態調査の実施です。その時代の調査は、家族の支援ニーズを実証的に明らかにします。長年漠然として抱えていることを裏付けて、出すことにより、社会も動く可能性があるのではないでしょうか。いろいろな政策提言や陳情をたくさん掲げることはよいことだと思いますが、事実の背景を裏付けることも必要です。意味ある調査、その調査結果を役立せるために、技術面な協力はします。

二つ目です。横連携の推進です。精神保健福祉のニーズは多様化し，さまざまな活動・団体があります。これらとの横連携を進めてほしい。そのことによってあやめ会の将来の活動の基盤も広がっていくのではないか。ということです。

三つ目です。陳情，請願とは異なる対話の場を持つこと。やはり率直に語らないとなかなか進まない。率直に語るという場作りの中に、先程ご紹介したモナリザ分割画のような話し合いの場をつくることがあってもいいのではと思います。

あとは意見交換をさせていただけたらと思います。

どうもご清聴ありがとうございます。

言い忘れたことがあります。先日、精神障がいの当事者の人たちの集まりで、私は、コクリエーション、「共創、ともに作る」を紹介しました。障害の領域は、当事者とか家族の方が一緒に入って政策を作っていくということです。あやめ会がもっているＤＮＡのようなものですので、今の時代に合った形で是非発揮していただければと思います。

（質疑）

Ｑ　家族会のあり方について。

Ａ　家族会は共感、共苦の場であり、それが一番基本です。

他の団体の活動を知って、参考にしたり、会員に紹介したりすることも大事です。家族・世帯が抱える課題は、高齢化にともない複雑・大変になる。そのこともこれからの活動の中で大事な要素だと思います。

Ｑ　メンバーの高齢化、若い働き盛りの人の入会・加入が少ない。

Ａ　情報が多様に得られる時代になり、家族会のニーズは低くなっているかもしれない。

共感・共苦を語る部分と会員のニーズに向き合うことが大事だと思う。高齢化なりのニーズがあり、それに向き合い、追及していくことが一つの在り方ではないかと思う。

また、会合に出て来ないけれども繋がる仕組み・方法を考えてみることかと思う。今の会員の方、いろんな経験をした中からヒントがあるのではないか。

Q　川崎市の地域包括ケアシステムに、今日お話しされたようなことを反映し、展開をしていただけないだろうかと思うのですが。入退院にあたり一元的に相談できる仕組み等。

A　相談の仕組みの要素をまとめられないですか。必要なら専門家と一緒に。まとめるとこうなるとの中味のことを話がしたいと私は申し上げた。それから、精神障がいにも対応した地域包括ケアとはけっして１年以上長期入院している人だけに目を向けたものではありません。多様な精神疾患を持っている人たちが地域で暮らしていける環境を作っていこうという、ひとつひとつ整備していく。今は、入口です。

Q　実態調査を要望してきました。家族会としてもデータ・情報を蓄積したうえで、具体的な要請・陳情をしたいと思いますが、高齢化、人数減で蓄積が難しい。これをどうしたらいいかと思っている。

A　行政に調査しろとの話は違うと思う。全家連も調査しましたが、全国規模の調査でいろいろな民間補助を得ています。まず旗を揚げるのはあやめ会です。それに協力を求めるのです。本人たちの声を大にするのが原則です。

Q　あやめ会が、行政、研究機関のサポートで、会員数 200 名の実態調査を行っても、川崎市３万人、４万人の精神障がい者を含めた施策なりを作る場合の代表たりえるかどうか。

A　全家連が行った調査も対象は家族会です。どんな調査でもバイアスはあります。そのバイアスがどんなものかを明らかにすることも意味があります。家族会としてこういう意見があるが、全市的にはどうなのか。となると次のステップになります。最初の部分で無理だ、できないとなると私たちはちょっと寂しい。

あやめ会があやめ会として存在するのは、２００名の会員があってのことです。その人たちの声がどういうことかが大事だと思う。

広報委員　田草川　武

〜〜

専修大学心理教育相談室見学会

８月１７日専修大学生田キャンパス心理学教育相談室、岡村陽子教授をお訪ねして１１号館の見学をしました。「多摩区のキャッチフレーズは、水（多摩川）と、緑（生田緑地）と、学びの街と言われて 3 大学があります。地域に開かれた相談室として一般の方の相談に応じます。「フインランドのオープンダイアローグを取り入れたカラフルな可愛い部屋が 20 室くらい用意されています。

相談内容：発達の問題・登校拒否・子育て・対人関係・職場での悩み・性格上の悩み・家庭の悩み・引きこもり・反抗暴力など（相談内容については秘密厳守します）

相談員：臨床心理士/公認心理士の資格を持つカウンセラー・本学教授・本学准教授・本学講師・精神科医師・大学院生など専門のスタッフがチームを組んで、おひとりおひとりの相談に応じます。

お問い合わせ先：☎０４４－９００－７８３２：専修大学心理教育相談室

広報委員　中林和恵

こすぎ会発足当初のあれこれ―キーワードは機運と気運―（Ｎｏ．１）

こすぎ会 50 周年記念講演（2019 年 4 月 25 日）

講師：坂庭　章

記録：こすぎ会会長　長加部　賢一

１．家族会に取り組んだ保健所の事情は

私が中原保健所に配属されたのは、昭和４５年１１月でした。

当時の上司は保健師でした。昭和４０年の精神保健法一部改正で精神保健相談員（当時は精神衛生相談員）が配置されるのを機に、福祉系の学校に行き、専門職でありながら、相談員となり、保健所の精神保健に取り組んでいた方です。

実は、私が家族会に取り組むきっかけは、この上司Ｉ氏からのアドバイスでした。

当時、保健所相談や訪問だけではとても対応仕切れない「家族の思い」を強く感じられていたようです。例えば、その当時入院相談がとても多かったのですが、ご家族は周囲にひた隠しにしており、状態が悪くなると「即入院させて欲しい」と、消防署に行ったり警察に行ったり、回りまわって保健所に来所します。

保健所は「訪問させて欲しい。ご本人に会わせて欲しい」とやりとりしながら、うまく訪問して会うことも出来れば、追い返されるということが何度もありました。そんなやりとりの中で、結局入院になってしまうことも多いのですが、だからといってご家族はホッと出来ないのですね。入院させた悔やみ感、ご本人への申し訳なさ、その一方で退院してきたらどうしよう、近隣への気遣い等々、次々に悩みが湧きだして、ひとときもやすらぐ時がないと言うこと、上司は、保健所相談では対応仕切れない家族の多様な問題を日頃から察して、家族同士のつながり合う必要性を説いておりました。

これが、家族会取り組みを始めた最初のきっかけでした。

２．この頃の中原保健所では

先に触れました昭和４０年の精神保健法一部改正で、地域精神保健活動の推進が謳われ、全国の保健所が取り組むようになって５年目、全国的には精神保健施策をどのように進めていったらいいのか、まだまだ試行錯誤の時期でした。

当時、病院では、状態が安定しているにもかかわらず、地域の受け皿がないため止むを得ず「入院させられている」方が３０万人といわれていました。そのような入院を「社会的入院」と言っておりました。病院をはじめとする各地の団体、学会等々で社会復帰の施策が言われ始め、各機関で取り組みが始まり、地域に目が向けられてきた時代です。

また、私が病院勤務当時の体験ですが、患者さんが、数年かけてようやくやっとの思いで退院にこぎ着けるのですが、皆さん２～３ヶ月で再入院されてくる方が多いんですね。「退

院した先で、家族との生活の中で、何があったんだろう」と、病院は病院で地域に目を向け、その受け皿を考え、試行錯誤しながら「再入院を防ぐ手立て」に取り組んでいた時期でした。

さて、配属された中原保健所では、その当時精神保健の取り組みはどうだったかといいますと、既にその頃から、当事者皆さんの「お楽しみ会」（保健所デイケア）行事が始まっていました。

さらに、当時の中原保健所は、課ごとに部屋が独立しており、私たちは「保健予防課」に所属していました。皆さんご存じの住民検診や乳幼児の予防接種などが大きな仕事でした。その部屋で、窓側を向いて黙々と事務をされている方がおりました。その方が実は回復者の方で、非常勤でしたが、その当時から既に役所の中で就労支援を始めていたんですね。後に知ったことですが、当時の所長は、ご自宅で奥さまが有床診療所を開いており、入院した患者さんの食事とか賄いの仕事で、回復者の方を雇われていたんですね。所長から時々その様子をお伺いするとき、特別に、精神障がい者の方に対する理解を強調するでもなく、当たり前の日常の様子をお話しされていたのが印象に残っています。

私たち職員からすると、新しいことに取り組もうとすると、どうしても気負いがちになりますが、この所長の暗黙の姿勢というか、度量の深さというか、キャパシティの広さというか、その後の私たちの活動にも大きく影響していたように思います。

その後、保健所は建て替えの時期を迎えますが、それを機に当時者の方や家族の方が自由に居られる部屋を確保できるようになり、「社会医療室」と名付けられました。

昼間は、当事者のグループ活動で「作業」が行われ、地域の会社から作業仕事を持ち込んでいただき、週に４日、午前９時から午後４時までだったと記憶しています。その作業収益は僅かでしたが皆さんに還元されました。保健所は「相談」と「訪問」が主の業務ですが、そこに「グループ活動」や「通所作業」が行われるようになり、生活リズムの立て直しとか具体的な支援サービスが出来るようになって、日常の相談活動に活かされていた覚えがあります。

また、保健所というのは「相談」があるから訪ねる場でしたが、相談以外でも日常的に「来られる場」があって「居られる場」があると言うことは、当時、画期的な事だったと思います。当事者の方が不調時や家族とトラブル時など「居させてください」と避難場所になり、後で触れますが夜間は家族会の世話人会の会合や事務作業で活用されたのは言うまでもありません。

家族会が生まれてくる背景には、欠かすことが出来ない環境というか土台というか、必然性があるということでご紹介しました。これが家族会発足のアレコレ、第一の事情ですね。

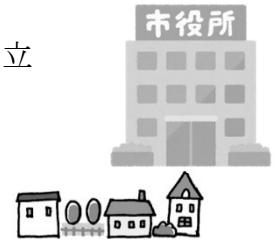
３．「こすぎ会」はいつ生まれたの

次に、保健所から生まれる家族会の特性について、ちょっと気づいたことがありますので触れたいと思います。

先ほど総会で議事をお伺いしながら、こすぎ会発足当初のことを振り返り感慨にふけっていました。発足して５０年、多くの家族皆さんの手によって引き継がれながら今日に至っているということ、当時の家族皆さん一人ひとりの顔が浮かんで来ました。そして皆さんの献身的なパワーで、今日まで続けてこられていることを、考え深く聞いていました。

資料

① 〔こすぎ会発足〕　昭和４３年～５０年
② 〔中原保健所の取り組み〕保健所の就労支援・相談訪問
当事者グループ（デイケア）・合同キャンプ・社会医療室発足・家族の集い
病院見学会・研修会・回復者体験交流会・実例報告会
③ 〔当時の名称〕社会復帰医療センター・岡上先生
④ 〔中原区在住〕前口静氏・ぜんかれん理事長・神家連会長・あやめ会会長
⑤ 〔昭和４２年～４４年〕川崎市精神衛生相談センター開設
太師・幸・川崎・高津で家族会の取り組み始まる・あやめ会設立
⑥ 〔昭和４１年〕神家連設立
⑦ 〔昭和４０年〕精神衛生法一部改正・全家連設立
⑧ 〔こすぎ会運営委員会〕・地区単位で選出



① のところをみますと、こすぎ会発足は「昭和４３年～５０年」と記しておきました。
実は、あやめ会５０周年記念誌の年表では、「昭和４３年（１９６８年）にこすぎ会が組織化」され４５年に発足とあります。また、こすぎ会４０年のあゆみでは、「昭和４４年度に家族会が発足し初代会長は前口　静氏」とあり、４５年度に「こすぎ会」という名称になったとあります。
実は、私の記憶では、私が着任した翌年、昭和４６年９月に会員数９０名で発足したことになっています。更に、会則が出来たことを正式な発足とすれば、昭和５０年ということになるんですね。その真偽はともかくとして、これが地域家族会の特性なのかなと思います。最初は、保健所の呼びかけで年に数回、講演会や家族の集いが開催され、それが月例会となり、徐々にパワーがついて自主活動になっていくのに７年を要したということですね。
じっくりと取り組んできたからこそ、今があるのかなと。地域家族会についていえば、正式な発足はいつなんだろうという論議は不毛のように思いますね。これがこすぎ会発足の第二の事情でしょうか。

４．こすぎ会発足と社会的なつながりとは

さて、今日のテーマである「アレコレ・・・」を更に続けたいと思います。資料の⑦⑥⑤と進みます。これが第３の事情となります。
全国の動きとしては、昭和４０年に「精神衛生法の一部改正」が行われ地域に目が向けられてきた社会情勢については、先に述べましたので省略します。
そして同年全家連が設立し＜資料⑦＞、翌年（41 年）には神奈川県の家族会（神家連）が発足しました＜資料⑥＞。この頃の様子に関心のある方は、滝沢さんが、当時県職の精神保健相談員として活躍されておりましたので聞いて下さい。
こうした時代の流れの中で、川崎市は大師地区・川崎地区・幸地区・高津地区と保健所単位で家族会の取り組みが始まりました＜資料⑤＞。
この当時、全国の行政指向としては「家族会をつくると圧力団体になるから」という風潮が、まだまだ根強くありました。そんな時代の中で、川崎市は先駆的に各保健所の家族会取

り組みが進められ、あやめ会発足の土台になっていったんですね。そして昭和４５年には、川崎で全家連の全国大会が開催され、家族会活動の勢いを肌で感じていました。

この当時、全国各地の保健所から研修会に呼ばれて、家族の方と出かけた事を思い出しました。その印象的だったことを紹介しますと、だいたい３つ位のパターンがあったかと思います。

◎一つは、上から言われるまでは、何もやらないタイプ。

◎二つ目は、周りの様子を伺いながら、準備を調え、周りに合わせながら始めるタイプ。

◎三つ目は、出来ることは何でも取組み、試行錯誤しながら考えていくタイプ

よく言われる信長・秀吉・家康さんタイプのようですね。印象的には、当時の中原は「信長タイプ」だったでしょうか。当時の課長職も若く、試行錯誤を逆手にとって「出来ることは何でも取り組みながら、皆で一緒に考えていこう」と、それをじっと見守っている所長の度量の深さというか、そんな職場全体の活力がありました。

こうした環境に支えられ、家族会、デイケア・通所作業メンバー、保健所スタッフ（課長職・保健師・福祉職）合同のキャンプが行われ、その移動手段は、運転手さんに協力いただき保健所のマイクロバスを活用したり、リハビリセンターが開所してからはセンターの送迎バスであったり、当時（今でもそうですが）「事故が起きたらどうするのだ。誰が責任とるのだ」と、責任をとれないことはやらない（できない）事が当然の世界です。思えば実に無謀なことだったことかと、ある年のキャンプは台風とぶつかり、キャンプ場の橋が川の流れで渡れなくなる寸前で家族会代表の機転で引き上げてきた思い出があります。

また、ある時のハイキングで（富士五湖でのことでした）、初めて参加した A さんが途中から歩けなくなり、その方のリュックを元気なメンバーが持ったり、背中を押したり、手を引いたりして、無事山の頂上に到着し、皆さんで万歳して、その達成感を喜び合って、グループの持つパワーの素晴らしさに気づき、私たちが励まされた覚えがあります。

川崎には、もうひとつ精神保健活動を進めることができた大きなファクターがあります。＜資料③＞本来精神保健行政は、県が主体で行うものでしたが、川崎市が政令市になる前から県行政に先行し、川崎市の後押しで、その施策に取り組んできた岡上先生という存在が大きかったと思います。川崎市独自のリハビリセンター設立の準備と市内全区の活動をバックアップするネットワーク構想をもって、日常の相談、訪問同行、スタッフの指導、講演や上述したキャンプ等の行事支援等々、多伎に渡り助けていただきました。この支援があったればこそ、家族会活動も心強くと、言うか安心して活動を続けられたと言っても過言ではないと思います。

（Ｎｏ．２）次号に続きます。

平成６年６月、川崎市精神障害者家族連合会あやめ会が、諸先生をはじめ行政、家族の方々のご協力を得て**【家族ニーズ調査報告書】～家族亡きあとを模索して～**と題した家族会の追跡調査を１冊の本にまとめました。

当時、ご尽力をいただいたのが、本日の講師の坂庭章様です。

長年にわたり大変お世話になりました。　　広報委員　一同

ひきこもりの方を医療につなげる

さんか会会長　桧垣孝博

「川崎ファミリークリニック」の作間　聡氏と網倉実成氏のお二人に、「精神科在宅医療」への取り組みについてお話しいただきました。

精神科在宅医療とは、精神科訪問診療⇒定期的かつ継続的にご自宅で診療が受けられます。外へ出られなくても先生が定期的に訪問して、自分の安心できるスペースで診療が可能です。精神科訪問看護⇒精神保健福祉士・看護師・作業療法士等の専門職が伺い、お悩み事の相談に乗ったり、社会復帰に向けた支援、社会資源の情報提供等患者様一人一人に合った手作りのサービスを提供しています。

在宅医療支援診療所⇒２４時間３６５日連絡が取れる体制を整えています。

訪問対象者として相談に乗る

①　一人で外来受診が出来ない方
②　外出することに恐怖心がある方
③　精神科受信を拒否している方
④　病識がない方
⑤　ひきこもりの方
⑥　認知症の周辺症状の方

相談方法として

①　まずは、お電話で相談員へ情況をお話しください
②　その後、相談員がご自宅に伺い詳細な経過等を伺います
③　ご本人にも伺いますが、無理でしたらご家族だけでもまずは大丈夫です
④　ご本人に「精神科」とストレートに伝える必要はありません
⑤　あくまで、困っている事を相談するというスタンスです
⑥　その後、日程調整をし、初診導入という流れになります

その後、事例の説明があり、２０歳代男性統合失調症の方で、小学高学年頃「みんなが俺を見てる」と被注察感を訴えるようになり、それが理由で学校を休む事も不定期にあった。定時制高校に進学後、登校前は約１時間洗面所にこもり、遅刻も多かった。一時期爪を伸ばし「自分を邪魔するやつを倒す為に伸ばしている」等の妄想的な訴えもあった。大学を受験するも不合格。その後、徐々に引きこもるようになり、居室はゴミだらけ、散髪せず伸び放題、入浴も３か月に１回程度、食事も１日１食となっていた。テレビでうつ病の特集を見た際に、自分に当てはまると感じ、家族からも受診を勧められ、近医精神科受診しようとしたが、整容のため３－４時間程入浴をする為、予約に間に合わず、受診できなかった。

５０歳代男性のお話で、小学生の高学年から症状があり、成人してから受診をした方や、高齢の方で何度も何度も家庭を訪問し、やっと３年目で部屋に入れてくれて診療につながった事例も話されました。その後、活発な質疑応答があり、終了となりました。

「統合失調症薬物ガイド」を知ろう
～薬物治療の基本を知ってより良い治療を受けよう～

浜家連の研修会が７月１９日に開催されました。その研修会で、市橋香代氏（東京大学医学部付属病院精神神経科・精神科医）から表題のお話がありました。

日本神経精神薬理学会が統合失調症に最適と思われる治療法を２０１５年に「統合失調症薬物治療ガイドライン」として公開しました。このガイドラインは専門家向けで難しく利用しにくいと言われています。そこで中身を変えずに患者さん、ご家族、支援者が話し合い、専門用語は使わない、誰にでもわかりやすく簡単に解説したものが２０１８年に公開された良い薬に巡り合える「統合失調症薬物治療ガイド」です。ガイドの作成に関った医師：市橋香代氏、ＹＰＳ横浜スタッフ協会：堀合研二氏、みずめ氏、藤井哲也氏、相澤隆司氏に内容や「統合失調症ガイド」の活用の仕方をお話しいただきました。統合失調症の基本を知り、安心し適切な治療を受けるためのガイドの使い方を学び、寸劇やグループワークを交えながらの具体的に分かりやすい研修でした。

統合失調症の認知機能障害に対して推奨される薬物治療法はあるのか？

★　統合失調症の認知機能障害を改善するためには、適切な用量の第二世代（非定型）抗精神病薬を使って、抗コリン薬やベンゾジアゼピン系の薬をなるべく一緒に使わないことを強く推奨します。

① 認知機能とは、言語や視覚などのさまざまな情報を記憶したり、行動の段取りを効率よく計画し、実行したりする能力などのことであり、日常生活を送っていく上で、とても重要です。統合失調症の約半数程度の患者さんに認知機能の障害が起こることが報告されています。

② 統合失調症の認知機能障害に対しては、抗精神病薬の中でも第二世代抗精神病薬が改善する効果がありますが、その程度は小さく、大きく改善するわけではありません。

③ 抗精神病薬の量や使っている種類が多い場合は、少ない場合と比べて、認知機能が悪化しやすいため、適切な用量を使用していく必要があります。しかし、抗精神病薬を減らす場合には精神症状が悪化しないように十分に配慮する必要があります。

④ 抗コリン薬やベンゾジアゼピン系鎮静薬は、認知機能を悪くすることから、必要以上に使わないことを推奨します。ただし、抗コリン薬やベンゾジアゼピン系の薬を急激に止めると離脱症状を起こす可能性があるため、注意が必要です。

⑤ 統合失調症の認知機能障害に、抗精神病薬以外に明らかに効果のある薬は確認できていません。

⑥ 統合失調症の認知機能障害には、心理社会的治療も有効であることが知られています。

日本神経精神薬理学会

①　～　⑥を読んで分からない事の質疑応答

Ｑ・（当事者）認知障害機能について、話をずっと聞いているのが難しく、新しいことを覚えるのが得意ではなく、特に新しい手順を覚えるのも難しいです。あと判断力がなく母に料理を手伝えと言われて少しまごついてしまい、新しくしようと思うとやりたくても怠けているのではなくできません。

Ａ・（医師）料理の方はそんなに気にしなくてよいです。記憶障害というのは注意が少し落ちるそもそも刻印されないのもあります。一回頭に入ったのが出てこない、ある程度は皆さんもあると思うのですが、さらに出てきづらいというのがあります。睡眠薬を飲んで運転してはいけない、ブレーキを踏むのが遅れたり、対向車に対して反応が遅かったり、睡眠薬に薬事法が付いてきます。薬剤による認知機能の低下が知られています。

Ｑ・（父親）抗コリン薬やベンゾジアゼピン系の薬は、なるべく飲まないと云う事を私たちの精神科の先生は知っていますか。

Ａ・（医師）今、減産態勢になっていますのでそれ自体を知らない人は少ないと思います。

Ｑ・（当事者）世間一般の常識も無いのですが、親の買い物をメモ書きしないと忘れます。スキル教室に通っていますが、スタッフの言うことは分かりますが、それができないのは頭が悪いのか、認知機能が落ちているのですか。部屋の片付けもどこから手を付けたらよいか分かりません。

Ａ・（医師）このタイプの人は多く、コリン薬やベンゾジアゼピン系は必要以上使わないほうがよいです。

Ｑ・（父親）抗精神病薬とソラナックスを飲んでいて、この本を持参し主治医に読んでもらったら、先生は知らなかったので、少しずつの減薬をお願いしました。当初は悪夢にうなされましたが、だんだん離脱症状がなくなり今は止めたという状態です。事例の紹介です。

Ａ・（医師）2 カ月でやめられたのは早かったですね。ソラナックス０．４ｍｇでしょうかね。クスリを減らす、減らさないは医師の考えるタイミングと、望ましいのはご家族なり支援者なりどういう副作用が出ていて、どのように困っているか主治医に伝わる治療関係が望ましいと思っています。

Ｑ・（母親）二つのグループの（第一世代抗精神病薬と第二世代の抗精神病薬）違いはなにですか。

Ａ・（医師）第一世代の薬の方が副作用の無いようなプロモーションが出ていますが、第一世代は昔からのお薬でも錐体系の副作用の少ないお薬もあります。最初、提携薬と言われた時期もありましたが、発売時期で大きく分かれています。グループで見ると昔の薬の方が手の震えなどが出やすく、第二世代の抗精神病薬の方は血糖が上がるとか、代謝系の副作用が出やすく、どちらの薬が良いかというと個々の患者さんによります。第一世代が少量で安定されているのであれば第二世代にする必要はないと思います。必要以上飲まないで回復していくのが望ましいです。

ロナセンのパッチ薬が出ています。私たちはまだ使えませんが、チクレットは舌下錠で舌だけで、いいので腸の手術の時とか、嚥下の時に使えます。

クロザビンガイドラインを熟読していくと治療抵抗性と統合失調症が出てきまして、お薬を

しっかり使っていても治療が良くならない、そういう人達の選択でクロザビンの薬を推奨することになっていて研究結果ではぶれずに、日本では入院しなければいけないとか、外来頻度がとても多いと、他の生活への支障もあるようですが、現状はそれで良くなる人もいます。電気けいれん療法を利用される方もいます。クロザビンに関しては全体的な判断になるのが現実的なところではないかと思います。電気けいれん療法は長い歴史がありますが麻酔科の先生がついて下さり麻酔をして筋弛緩薬をけいれんしなくても良い状態にして行われるのが主流になっています。

診察室の寸劇（ＹＰＳ横浜スタッフ協会の二人、医師役と患者役）

① 診察室(医者と当事者)…先生、先生と診察室に駆け込んでくる。インターネットを見て先生の処方の薬が次々と増えるので、副作用もあるのではと主治医に話す。(医師)「今、あなたが元気なのは、私の処方した薬の量と経験と種類が絶妙な結果」だといって先生は聞いてくれない。僕の治療方針に従えないのなら、じゃあ責任持てないね！紹介状書くからよそへ行ってくれない。

ガイドが無い時に診察室で何が起きているのか、信頼の持てない最悪のケース劇です。

② 診察室（当事者、父親、母親）…親子３人で先生にご相談　勉強好きの賢ちゃんがテストの成績が悪くどうしても点が取れず昼間も眠い、先生が薬の事を聞くと睡眠薬を３種類も飲んでいて、他にもなん種類もの薬が処方されていた。大学に通っているので心理社会的治療は機能の訓練にはなるので、薬の量を少しずつ減らすことにした。

この劇についてグループごとの発表がありました。（各席ごと９名位の話し合い）

・親も一緒に診察に行った方が良い　・寸劇を見て一番大切な、医者との信頼関係が損なわれている、インターネットにこだわり過ぎている危険なこと　・どんな副作用があるか医者から伝えてもらう　・娘のことですが薬によって悪性症候群、調べたら心配なことでよだれを垂れて身体が動かなくなり重篤であった。ガイドラインを参考にして薬の良さ、怖さを家族も当事者も知ることが大切　・この席にはファシリテーターがいません。私が家族会で学んだこと、クスリについて新薬の方がよい、いろんな薬を飲まないで単剤の方が良い、量もなるべく少なくと、学びました。　・先程の寸劇は日ごろ診察室で行われているのではないですか。　・医者は患者さんの話をしっかり聞いていない。　・インターネットに頼りすぎるのは良くないですが、本人がその情報で相談をしているのですから、それに対してしっかり答えてほしい。(紙面の都合により一部紹介)

「新しい結果を求めるのが目的ではなく診察室で、患者さん、ご家族、医者との治療方針を話し合う材料として使いたいというのが診療ガイドラインの目的です。治療を今後どうしていきましょうかと言う時に研究ではこんなふうに結果か出ていますよと示され、纏めたものを見て参考にして意思決定の役割があります。個々の状況で主治医とお話しくださいということです」

広報委員　中林　和恵

2019年１０月・１１月　あやめ会・窓の会行事予定表

注）窓の会の予定は変更する場合があります。事前確認をしてください。

	行事名 開催時間	活動内容	１０月				１１月			
			日	曜日	場所	備考	日	曜日	場所	備考
あやめ会	評議員会 13:00～15:00	外部委員会等の報告と活動予定の検討と結果報告	5	土	ち	評議員会	2	土	ち	評議員会
	バスハイク 家族学習会	家族が元気を取り戻せるための活動	16	水	川越	小江戸川越散策	16	土	ち １階	家族学習会 15:00～16:30
	SST他研修 13:30～16:15	高森先生指導による当事者との付き合い方の勉強と当事者の生活訓練等の指導					28	木	ち	SST研修
	じんかれん	理事会と運営委員会同時開催	1	火	県	じんかれん理事会				
窓の会	ぶらっと会 11:00～16:00	フリースペースで、過ごし方は自由。何よりも、穏やかな空間を皆が作っています。	**新城・窓の会** 火・木・金（祝日を除く）							
	音楽教室 14:30～15:50	音楽療法士の鈴木先生と奏楽担当学生と共にリクエスト曲の合唱や楽器演奏を楽しみます。	30	水	ち	鈴木先生	20	水	ち	鈴木先生
	友達をつくる会 14:00～16:00	精神科医の増野先生のもと、ストレッチや寸劇を演じつつストレスの解消方法を見つけます。	28	月	窓	増野先生・他	―	―	―	未定
	スポーツデイ 14:00～16:00	卓球などして身体を動かし楽しみます。 運動している時は、集中します。	2	水	他	卓球（仮）				
	グループ活動	ボランティアたちと共に自然散策、工場見学、カラオケなどに出かけます。	―	―	～		6	水	他	みかん狩り（仮）
	パソコン教室 14:00～16:00	パソコン指導	9 23	水	窓	先生は変る可能性あり	13 27	水	窓	先生は変る可能性あり
	「窓の会」勉強会 15:00～16:30	精神科医の白石先生を囲んで、メンバーと家族向けに医療・福祉や対人関係を学びます。	19	土	窓	白石先生（メンバー）	16	土	ち １階	白石先生（家族） 家族学習会
	「窓の会」例会 18:00～19:30	白石先生を囲んで、地域のボランティアさん、学生さんと話合います。	23	水	窓	訪問ボランテア 先生方	27	水	窓	訪問ボランテア 先生方

（注）窓：窓の会　ち：ちどり　県:県民センター　窓の会のご利用方法：電話で問合せ(電話044-777-6255)、月～金曜日9時から17時

心の健康相談
お気軽にどうぞ！

心の病の問題について気軽に

電話または面接にお出かけください

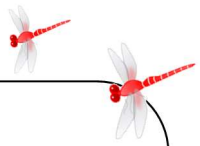
現代はストレスの社会です。“心の病”は誰がかかっても不思議ではないといわれています。人間関係のつまずき、家庭内のトラブル、出社拒否、気分の沈滞、意欲低下、ひきこもり、暴力、自傷行為、不潔恐怖、受診拒否、服薬中断などの“心の病”やデイケア、地域作業所、年金、障害手帳などの“リハビリや福祉制度”に関しても幅広く相談をお受けします。

一人で悩まずにご相談ください

相談は無料、個人情報は厳守します

◇日時：毎週月・金曜日（除く祝祭日）　　１０：００～１６：００
◇電話：０４４－８１３－４５５５
◇場所：高津区久本３－６－２２　ちどり（地域福祉施設）内
◇主催団体：ＮＰＯ法人　川崎市精神保健福祉家族会連合会あやめ会
あやめ会会員の有志が相談技能研修を受けて相談員となり、
家族の立場にたった対応を心がけています。

あやめ会ホームページをご覧ください。
ホームページのアドレス（URL）　http://ayamekai.org



編集後記

先日、１年に１度、恒例となっている徳島の長女の所に、遅い夏休みを頂いて行ってきました。昨年までは、孫娘の運動会に合わせて行き、マーチングバンドの発表などを応援しました。今年は中学になり、吹奏楽部の文化祭や定期演奏でした。新しく始めた楽器でまだ半年なのに、チームの皆さんと、仲良くしっかり演奏していました。我が子育ては遠い過去となり、記憶も薄れてきています。

今また、孫の成長を見る機会に恵まれ、感謝しております。

広報委員　藤井　瑞穂