月刊みんなねっと（毎月1回1日発行）　通巻28号　2009年8月1日発行　2007年7月24日第三種郵便物承認

全国の家族と家族会をつなぐ機関誌

月刊 みんなねっと

2009年8月号

●特集●

精神疾患に大切な早期支援

特定非営利活動法人
全国精神保健福祉会連合会

もくじ

月刊 みんなねっと
2009年 8月号 通巻第28号

知っておきたい 精神保健福祉の動き 1

特集
「精神疾患に大切な早期支援」 4

早期支援に関心をもった理由／イギリスでの家族支援／家族のニーズに基づくサービス／早期介入・危機介入・ＡＣＴの３本立て／家族への個別支援が重要／日本での導入に向けて／早期支援は社会的に必要な投資

本の紹介
『ゆるゆるスローなべてるの家』 13
『統合失調症　正しい治療がわかる本』 13

お元気ですか　家族会
「谷野呉山病院家族会ごさん会」（富山県富山市）14

街の診療所からのお便り【連載㉘】（増本茂樹）
･･･たばこって良いことはないでしょう？･･･ 18

わかりやすい制度のはなし●その 23（森永伊紀）
65 歳になっても、今のサービスが受けられるの？―その② 22

統合失調症はどこまでわかったか―連載④―（菊山裕貴）
本当のドパミン仮説 26

みんなのわ――読者のページ 30
お知らせコーナー 34

「みんなねっと」電話相談
TEL03-6907-9212
受付時間：月水金10時～15時

知っておきたい 精神保健福祉の動き

■医療計画の対象となる疾病に精神疾患を入れ「5疾病」に

6月18日（木）、第19回の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が開かれました。テーマは「地域医療のあり方・入院医療体制のあり方について」です。

入院医療体制について診療報酬は、平均在院日数が短く、重症度の高い病棟において、高い看護配置が評価される体系となっています。医療側からは看護者を集めようとしても集められないことが語られましたが、一方医師の配置が48対1といった精神科の人員配置基準を見直すべきとの意見、医療側が生活の実態がない環境の中で長期在院者の退院の可否を決めることはおかしいなどの意見が出されました。

地域医療体制に関しては、年々増えている精神疾患患者数の実態から、現在医療計画制度の対象となっている4疾患、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に加えて、精神疾患を入れ5疾患とすべきとの意見も多く出ました。当会としても国を挙げて精神疾患に取り組んで欲しいと希望します。

■「障害者虐待防止法案」についてのヒアリング行われる

7月2日（木）、与党障害者虐待の防止に関する立法プロジェクトチームによるヒアリングが、13の障がい者団体が参加して行われました。

この法律は、昨今障がい者へのさまざまな虐待の事実が明らかにされている中、障がい者虐待の阻止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、障がい者の権利を擁護することを目的として、虐待を受けた障がい者の保護、養護者への支援、国等の責務などを定めています。

当会としては、家族、当事者が安心して声を出せ、解決に向かえる第三者機関の設置の必要性と、養護者である家族を精神

的、経済的に追い詰めないように、家族、当事者への相談支援を充実させること、無年金障がい者を含めた障がい者の所得保障を確立することの必要性などを訴えました。

■障害者権利条約の批准にむけて―第38回労働政策審議会障害者分科会が7月8日開かれる

平成19年9月にわが国は国連で採択された「障害者権利条約（以下、条約）」に署名しました。今後の早期の条約締結に向けた検討のため、「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する研究会（以下、研究会）」が開かれ、このたび中間整理が出されました。研究会では、主に条約に盛り込まれているところのわが国にはない概念「合理的配慮」について、労使、障がい者団体などからなる関係者からそれぞれの立場で意見が出され、議論されてきました。「障害に基づく差別禁止」や「合理的配慮の捉え方」「合理的配慮の具体的な内容」などが検討されましたが、まだ意見が集約されていない事項や意見が分かれている事項もあるという状況で、中間整理が出されました。今回の分科会では、研究会の中間整理が説明され、分科会、研究会の役割としては、分科会は大枠の議論をし、研究会では具体的な内容や実効性等について検討すると位置付けられました。次回の分科会は9月に、研究会はその後に開催される予定です。

■障害者自立支援法施行令・施行規則等の改正

障害者自立支援法の施行令および施行規則等の改正が行われました。その内容のうち、精神障がいに関わる部分を抜粋してお知らせします。

◆自立支援医療に関すること

①一定所得以上（市町村民税23万5000円以上）の場合には自立支援医療の対象とならないことになっていますが、高額治療継続者（重度かつ継続）である場合には、経過措置として平成21年3月31日までは自立支援医療の対象となるとされていました。この経過措置が平成24年3月31日まで延長されまし

た。負担上限月額は2万円で変更ありません。

【平成21年4月1日施行】

②自立支援医療の負担上限月額を世帯の負担能力に応じて引き下げる経過措置も平成24年3月31日まで延長されました。生活保護、低所得1・2、中間所得層1・2、一定所得以上などの区分に分かれていますが、それぞれの負担上限月額の金額に変更はありません。

【平成21年4月1日施行】

③精神通院医療の支給認定の際、毎年、診断書の提出が求められていましたが、平成22年4月1日からは、診断書の提出が2年に1度でよくなります。前年度の支給認定時から病状の変化や治療方針の変更がない場合には、医師の診断書の提出が必要なくなります。

【平成22年4月1日施行】

◆福祉サービスに関すること

①障害者自立支援法第32条に規定されているサービス利用計画作成費の支給対象者が拡大されました。これまで対象外だった共同生活介護（ケアホーム）、自立訓練、共同生活援助（グループホーム）も対象となります。サービス利用計画作成費は、精神科病院からの退院やグループホームやケアホームからの退去など住環境が大きく変わったり、家庭環境に変化がある場合に課題を解決したり適切なサービスを利用できるように支援を受けるためのものです。

【平成21年4月1日施行】

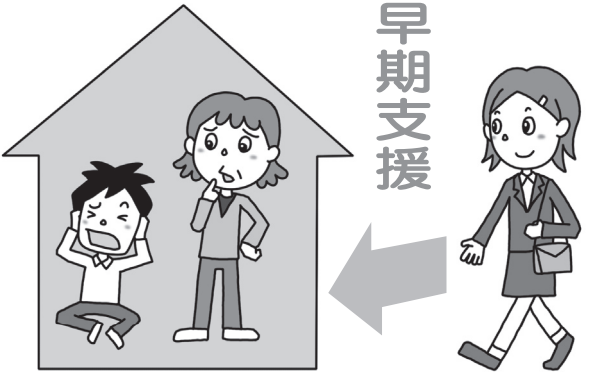
②福祉サービスの利用者負担の軽減措置は平成21年3月31日までとされていましたが、平成24年3月31日まで延長されました。負担上限額は変更なく、一般は3万7200円、一般（所得割16万未満）は9300円、「低所得2」は1500円、生活保護は0円です。

【平成21年4月1日施行】

③福祉サービスの負担軽減措置の対象となるかについては、預貯金等の合計額が1000万円以下（単身の場合は500万円以下）という資産要件がありましたが、撤廃されました。

【平成21年7月1日施行】

精神疾患に大切な早期支援



イラスト・佐々木トオル

初めて精神疾患の症状が出たり、再発しそうになったときの当事者や家族の不安は大きいものです。そのようなときに早く対処して、病気が重症化するのを防いだり、入院をしなくてすむような支援があれば、当事者や家族の安心につながります。そうした支援のモデルとして、イギリスの早期支援の取り組みに注目しました。

本誌2月号で「家族を支援するイギリスの精神保健―家族・当事者の団体リシンク」を特集しました。イギリスでは、精神疾患をもつ当事者や家族への早期支援の取り組みが効果を発揮しているそうです。イギリスの早期支援には、当事者や家族への相談・支援・治療が総合的に含まれています。今回は、発症して間もない時期の早期介入や、再発しそうな状況になった場合の危機介入について紹介したいと思います。

西田淳志さん

イギリスの早期支援に詳しい、東京都精神医学総合研究所・研究員の西田淳志さんにお話をうかがいました。西田さんは、長年この問題に関心を持って研究に取り組み、現在は、統合失調症プロジェクト統合失調症研究チームの研究員として、日本で早期支援のしくみをつくるための調査研究プロジェクトを行っています。

【以下、西田さんのお話をもとに構成しました】

早期支援に関心をもった理由

西田さんは、研究職に就く前は精神科のクリニックでソーシャルワーカをしていました。精神疾患をもつ人が、精神科に受診するまでの未治療期間の長さや、受診してからも治療の中断が起こりやすいこと、そのために、患者さんの病状が悪くなっていってしまうことをどうにかできないかと考えていたそうです。また、ずっと家族だけで問題を抱えてきて、ようやく受診した家族の話をじっくり時間をかけて聞く中で、家族を支援することの大切さも感じていたと言います。

そのような関心をもって、さまざまな情報を集め、海外の動向などを調べていく中で、西田さんはイギリスの精神医療改革や早期支援の取り組みを知りました。

イギリスでの早期支援は、家族支援と表裏一体です。その背景には、長年、家族に対する適切な支援が行われてこなかったことへの反省があるのだといいます。

イギリスでの家族支援

イギリスで家族支援が重視されるようになったのは10年ほど

前からです。それ以前は、家族は社会的に孤独な状況に置かれていました。

R・D・レインという研究者は、家族に関する研究で、統合失調症の患者の家族は、否定的な感情を強く表現する傾向にあり（高ＥＥ）、家族が病気の発症に影響を与えていると報告し、この説が広く社会に知られていたのです。その後の研究により、精神疾患をもつ人の家族が特に高ＥＥであるわけではなかったとわかったのですが、最新の研究結果は公表されないままでした。こうしたレインの報告などの影響により、精神疾患をもつ人の家族は、「家族が病の原因だ」と責められているように感じ、孤立感を深め、支援を求めることができずにいました。

そうした状況の中で、家族に統合失調症の患者がいる記者が家族の孤立した実態を記事にしたところ、大変な反響がありました。これをきっかけに、この記者の呼びかけで、それまでばらばらだった家族が集まり、結成したのがリシンクという団体です。

その後、リシンクはさまざまな提言を行い、政策への影響力をもつ団体になっていきました。リシンクの精力的な活動を通じて、イギリス政府は、家族に孤立を強いてきたことへの反省をふまえ、政策の方向転換を図りました。それまで心理教育が重点的に行われてきましたが、家族にとってはそれだけでは十分ではないという認識に変わったのだそうです。

家族のニーズに基づくサービス

イギリスでは、新たな政策づくりのために、精神疾患をもつ人の家族がどのようなニーズを持っているのかを掘り下げることからスタートしました。

その中で、精神疾患の兆候が見られても、治療を受けるまで非常に長い時間がかかってしまい、その間は家族だけで問題を抱えていること、家族のもつ不安に注意がはらわれることがないこと、かなり危機的な状況に

なってから入院となること、また強制的な入院が多いこと、さらに、治療を受け始めても1年後には半数近くが治療を中断してしまうこと、十分なサービスを利用できていないことが再発につながること、自殺者や自殺企図者が多いことなどがわかってきました。

それらを解消するために、訪問を基本とした医療サービスとして危機介入チーム、早期介入チーム、ＡＣＴ※（Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援）が地域に設置されるようになりました。

※ＡＣＴについては２００８年10月号の特集で紹介しました。

早期介入・危機介入・ＡＣＴの3本立て

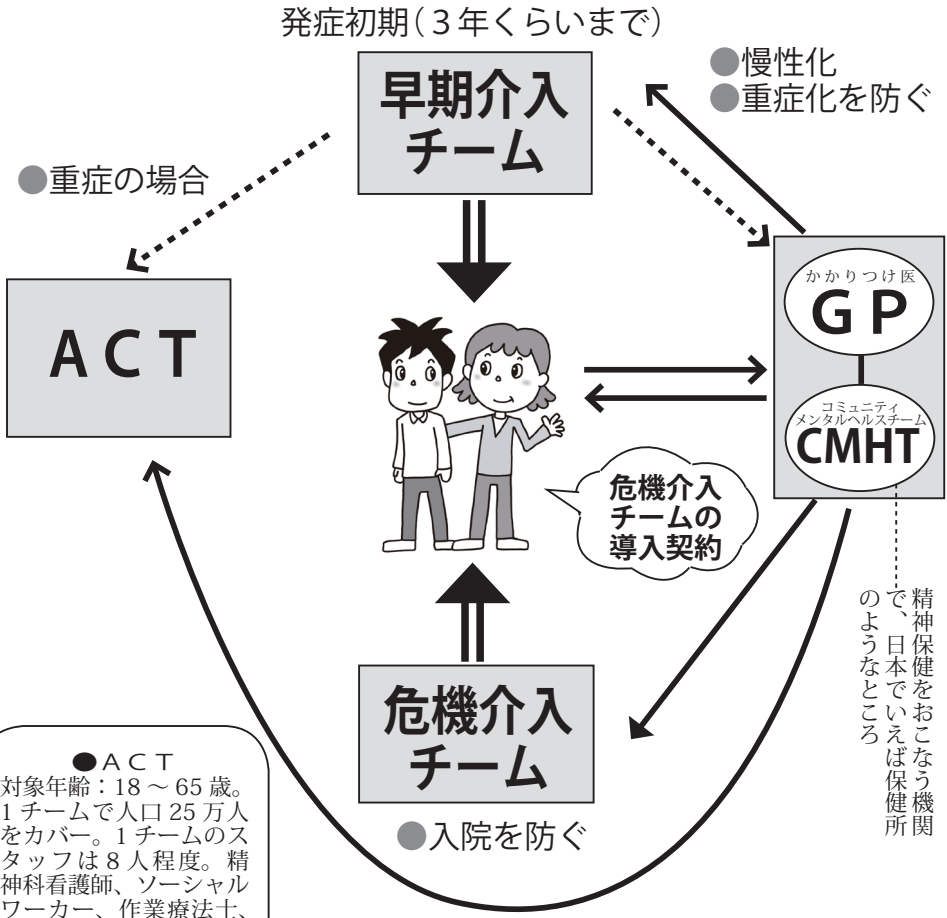
イギリスの医療制度では、ＧＰ（General Practitioner＝住んでいる地域の一般医）が、診療科の区別なく初期医療のかかりつけ医となります。そのため、通常の診察や薬の処方などの精神科治療もＧＰが行います。そして、より専門的な治療や支援が必要な状況になったときには、ＧＰが危機介入チーム、早期介入チーム、ＡＣＴなどにつなげます。また、ＧＰを通さずに周囲の人（家族、学校の先生、職場の同僚など）が直接連絡をして支援を依頼することもできます。

危機介入チームは、24時間、年中無休で、危機的な状況が解消し、他の継続的なケアに引き継がれるまで関わり続けます。精神保健サービスの入口の役割を果たし、迅速にアセスメントをして、最も適切なサービスに紹介する役割も果たします。

危機介入チームは、かなり緊急性の高い場合だけでなく、病状が悪化しそうな比較的初期の段階で本人を訪問し、支援を始めます。日本では、病状が悪化し、興奮が激しくなったり、自傷他害の危険が高まったときに救急医療が行われますが、それよりもできるだけ早い段階で危機介入チームが対応します。「病状が悪化した本人をどう医療に

イギリスでの支援

●早期介入チーム
対象者：14 ～ 35 歳で、精神病症状をはじめて発症した人、発症後 3 年以内の人。3 ～ 4 チームで人口 100 万人をカバー。1 チームのスタッフは 10 名程度。精神科看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、臨床心理士。コンサルタントとして精神科医が参加。業務時間は午前 8 時から午後 8 時まで年中無休。時間外は電話対応で、訪問が必要な場合は、危機介入チームなどに紹介する



●ＡＣＴ
対象年齢：18 ～ 65 歳。1 チームで人口 25 万人をカバー。1 チームのスタッフは 8 人程度。精神科看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、臨床心理士。コンサルタントとして精神科医が参加。午前 8 時から午後 8 時まで年中無休。時間外は電話対応で訪問が必要な場合は、危機介入チームなどに紹介する

●危機介入チーム
対象者：16 ～ 65 歳の統合失調症、躁うつ病、重篤なうつ病など重度の精神障がい者。1 チームで人口 15 万人をカバー。1 チームのスタッフは 14 人程度。看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、臨床心理士。コンサルタントとして精神科医が参加。24 時間対応

つなげるのか」という家族の苦労を未然に防ぐための役割を果たしているのです。

危機介入チームは本人の同意なしに強引に訪問を行うわけではありません。本人の状態がよいときに、GPとあらかじめ、不調になったときには危機介入チームを利用することを契約しておきます。危機介入チームの支援を受けた人の9割がサービスに満足しているというデータがあり、本人の同意と納得のうえで支援が行われていることがわかります。

早期介入チームは、発症後3年以内の人たち（14〜35歳）に対し、慢性化や重症化を防ぐための支援を行います。多職種の専門家チームによって、薬物療法、認知行動療法、再発予防、薬物乱用の予防などの支援が行われます。

早期介入チームは業務時間外の訪問は行いませんが、必要な場合には、24時間対応できるサービスを合わせて利用できます。この早期介入チームの支援によって、未治療期間や再発率、再入院率、自殺率などの低下に効果をあげており、支援を受けた家族の満足度も高いサービスとなっているとのことです。

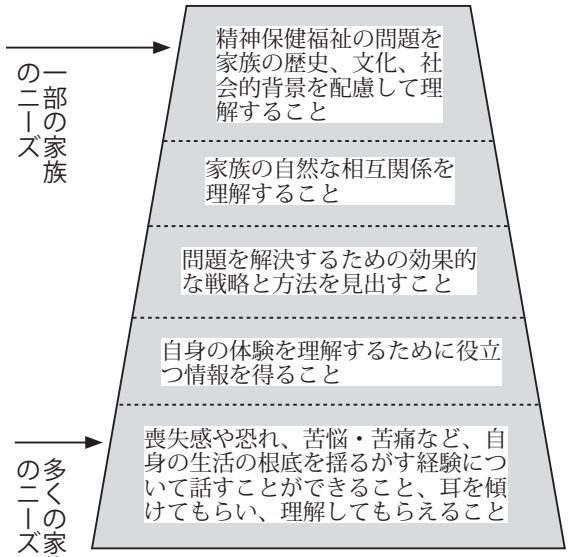
早期介入チームによる支援に力を入れても、一部の人は重症化することがあるため、そういう人を対象にしたサービスとしてACTによる支援が行われています。

イギリスでは、危機介入、早期介入、ACTが連携して機能することで、あらゆる段階で必要な支援、治療を提供しています。このほかに、家族が休息をとりたいときにショートステイができるレスパイトサービスなども整備されています。

家族への個別支援が重要

イギリスの早期支援システムは日本の家族にとってもまさに望まれるものです。そして今、日本でもこうした支援体制をつくっていくための検討が進められており、厚生労働省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等

図　イギリスでの家族のニーズのピラミッド



います。そういう状況でも、どうすれば本人が受診できるかということを家族と一緒に考えたり、疲れている家族の話を聞くだけでもいいのです。そういう関わりを続けていくうちに、たとえば半年ぐらいの間に、本人と関わるチャンスが生まれるのです」と西田さんは話します。

イギリスでの家族支援では、家族のニーズを多層的にとらえており、支援の基本的な段階として、家族自身の苦労を安心して話してもらうことが位置付けられているそうです（図）。日本での家族支援は、保健所や医療機関などによる家族教室など、グループを対象にしたものが中心ですが、それぞれの家族自身が抱える苦労を個別に支援することが重要であり、訪問は支援を個別化することができるもっともよい形だということです。

現在、日本では、医療機関を受診する前の段階での訪問による支援は、保健師による訪問しかありませんが、それさえも、きめ細かな訪問をするための人数は確保されていません。また、ＡＣＴなどが行われている地域もありますが、まだまだ限定されています。どの地域に住

に関する検討会」でも、早期支援が話題になっています。

「早期支援では、まず家族支援がどれだけできるか、なのです。訪問による支援を行おうとしても、最初は、病気の本人と直接関われないことも多いと思

んでいても、病気の初期の段階から支援を受けることができ、重症化や再発を防ぐことができれば、入院はごく限られた期間にすることができるでしょうし、「家族に強制的に入院させられた」というような場面も減り、家族の間での悲しい行き違いを避けることもできます。早期支援のしくみができていくことは、精神疾患をもつ人とその家族にとって、とても重要な意味をもちます。

日本での導入に向けて

西田さんが関わっている早期支援を進めるためのプロジェクトでは、学校関係者に対する啓発や学校と医療機関との連携体制づくりなどのモデル事業にも取り組んでいます。そうした取り組みの中から、日本の特徴を活かしたしくみづくりをしていきたいと西田さんは話します。

早期支援体制を実現するためには、精神疾患に対する施策が国の最重要課題であるということが、精神保健医療福祉関係者以外にも広く認識される必要があります。国際的な調査データでは、人が生まれて死ぬまでの間に46％の人が何らかの精神疾患にかかる（生涯発症率）と言われており、日本でのデータでも、20％（5人に1人）という率で精神疾患を発症する可能性があります。この数字は、まさに「他人ごとではない」「みんなが当事者」という感覚をもつべき状況を示しています。

イギリスでは、精神疾患が、がんや心臓疾患と並ぶ三大疾患であるという位置づけがなされ、国家プロジェクトとして、早期支援の取り組みが進められてきましたが、日本でも、このような位置づけがされるべきでしょう。

早期支援は社会的に必要な投資

新たなサービスを始めるための財源はどうするのか、と思われるかもしれません。その点でもイギリスの考え方が参考になります。イギリスでは、精神疾

患をもつことで必要となる医療費や福祉サービスにかかる費用だけで考えるのではなく、精神疾患になって働くことができなくなることによる社会的な損失も考慮しています。その人が健康で働いていれば労働によってどれだけの収益をあげられたのか、ということも含めた「トータルコスト」という考え方をしているのだそうです。早期支援をする直接のコストがかかっても、適切なサービスによって、医療費が削減できたり、労働ができて納税者となれば、トータルではコストを削減することにつながると考えられているのです。さらに、病気や障害をもつ人を介護したり、支えながら暮らしている家族を介護者（ケアラー）ととらえ、家族による介護をお金に換算して具体的な数字を示し、そうした介護を無償で行っている家族を支援するのは当然だと考えられているそうです。

　また、イギリスやヨーロッパでは、精神疾患をもつ人の家族だけでなく、高齢者の介護なども含め、同じような状態で困っている人たちが連帯して、問題を解決するための運動をしているそうです。EU連合では、介護者支援を明確に位置付けた介護者憲章草案も制定されています。

　私たちも、精神保健医療福祉という領域からさらに視野を広げて、精神疾患に対する対策は、この国の未来を支えるために重要なことなのだ、という視点で、さまざまな働きかけを行っていく必要があるように思います。

　家族が困っていることへの支援を求めることは、自分たちのためだけでなく、誰もが安心して暮らせる社会をつくる大切な活動なのだと思います。これまでも、家族会は、「学びあい、分かちあい、社会に対する働きかけ」を3つの柱として活動してきました。私たちが困っていることは、みんなが困る可能性のあることなのです。少しずつでも、多くの人と手を携えて、早期支援のしくみをまずはつくっていけたらと思います。

（取材／永井・良田）

「ゆっくりノートブック」シリーズ第4弾

『ゆるゆるスローなべてるの家』～ぬけます、おります、なまけます

向谷地生良＋辻信一著
大月書店発行
四六判　168頁
定価1260円
TEL03-3813-4651

『ゆるゆるスローなべてるの家』
～ぬけます、おります、なまけます
向谷地生良＋辻信一著

ユニークな精神障がい者コミュニティ「べてるの家」の活動や理念にスロー・ムーブメントの原点をみる辻信一氏（文化人類学者・環境運動家）と、べてるの家設立に尽力したソーシャルワーカーの向谷地生良氏との対談本です。

ファストからスローへと転換する新しい時代の価値観が、両者の間でじっくりと語られています。「スローとは〈ゆっくり〉ではなく、〈つながり〉である」「死に向かって一歩一歩生きている」「お葬式は究極のプログラム」など味わい深い言葉が胸にすとんと落ち、ファストライフにどっぷり浸かっている私たちに新鮮な気づきを与えてくれる一冊です。

『統合失調症　正しい治療がわかる本』
中込和幸著

家族や当事者にわかりやすく、統合失調症はどんな病気なのか、その診断と治療について書かれています。病気の前駆期から急性期、休息期、回復期まで、それぞれの病期の症状、治療方針、対応の仕方についていねいに説明されています。

薬物療法に関するそれぞれの薬の作用や副作用についてよく書かれていると同時に、認知行動療法などの非薬物療法やリハビリテーションについても知識を得ることができます。家族が日常の場面でどのように対応したらよいのか、具体的なアドバイスがあって役立ちます。

『統合失調症 正しい治療がわかる本』

中込和幸著
法研発行
定価1470円
A5判 152頁
TEL03-3562-7671

お元気ですか 家族会

「谷野呉山病院家族会 ござん会」（富山県富山市）

6月の第3日曜日、激しく雨が降る羽田空港から飛び立ち、富山空港に着くと、夏のような暑さと明るい日差しに迎えられました。たった1時間の移動でこんなに天候が違うのかと驚きつつ、取材先へと向かいました。

富山県富山市にある谷野呉山病院家族会「ござん会」は、1970年に設立された病院家族会です。設立当初から、毎月第3日曜日に定例会を開催しています。

病院に入院された方や外来を受診された方には、病院の精神保健福祉士（PSW）が家族会の紹介をして、希望される方が入会します。現在の会員数は、約320名だそうです。ただし、毎回の例会に参加されるのは15人ぐらいとのことで、取材にうかがった日の参加者は12人（男性5人、女性7人）でした。

例会によく参加される方は、家族会に入って3～5年前後の方が多いそうです。急性期の家族は、病院で行われている家族教室に参加されているとのことでした。

会員数の多さとともに驚いたのは、家族会担当のPSWが4人もいるということでした。病院として、家族会支援を大切にしていることがわかります。

二人三脚で歩む

家族会の始まりは、谷野呉山病院のPSW第1号の門田晋さんが、それまで病院とのやりとりの少なかった家族に病院に来てもらえるようにと、面会日を毎月1回、第3日曜日に設定し、そこに来た家族たちに、家族会をつくろうと呼びかけたことが始まりです。その後、家族会と病院は、共同作業所「ワークハ

ウス連帯」をつくるなど、まさに連帯して、入院医療費の無料化の運動をしたり、病院はデイケアをいち早く始めるなど、家族の要望に応える医療を展開してきました。

今回の例会は富山県連佐藤会長(右)のお話を聞いて話し合いました

家族会担当として長く関わったＰＳＷの宮部真弥子さんは、「家族会のみなさんに育ててもらいました」と話されます。例会の前には役員会が行われていますが、そこでは役員のみなさんとＰＳＷのみなさんとの間で、まるで旧友のようにお互いを気遣うやりとりがされていて、その様子からも、家族会と病院スタッフとの絆を感じました。

語りあい、思いを共有する

例会では、講演会や勉強会をしていますが、そのあとに必ず、参加した家族の近況を報告しあっています。

この日の例会は、「語り合おう家族の思い・体験」というテーマで行われました。話題提供者として富山県精神障害者家族会連合会の佐藤勉会長が、ご自身のこれまでの家族としての関わりや、現在に至るまでの息子さんとの生活について話されました。参加者からは、「佐藤さんと息子さんは最初から地域に対して病気や障がいのことを隠さずにやってきたことがえらいと思うし、それが現在の自然な地域での暮らしに結びついていて、いいと思う」という感想や、佐藤さんが関わっている市営住宅を活用したグループホームの運営についての質問が出されて

いました。親子関係のもち方、どんなふうに生活リズムを整えたらいいのか、金銭の管理をどうしているかなど、日常の関わりについて、みなさんの関心が集まっていました。

話題提供の後、佐藤さんが「ほめ言葉のシャワー」をしましょうと、参加者全員に手のひらサイズの折り紙を配り、「家族へのほめ言葉を書いてください」と言いました。みんなで書いて全部集め、誰が書いたのかわからないようにしてから、1枚ずつ配り、二人一組になって、折り紙に書かれた「ほめ言葉」を相手に伝えました。なんとなく気恥ずかしいけれど、心が温まるそんな場面でした。他の誰かが書いたほめ言葉でも、言ったり聞いたりすると、「いい言葉だな〜」と心にしみる感じがしました。ふだん、家族に面と向かって「ほめ言葉」を言うことはあまりないかもしれないですが、時には、こんなふうに言葉にしてみるのもいいなと思いました。

「ほめ言葉」を伝え合う
ござん会会長の滝義光さん（右）

例会第二弾の茶話会

例会は、午後1時半から3時までデイケアセンターで行われますが、終了後、となりの地域生活支援センターに移動して、1時間ほど、茶話会が行われます。もちろん例会だけで帰る人もいますが、多くの家族が引き続き、茶話会に参加して、近くに座った人とおしゃべりを楽しみます。気心の知れた仲間との語らいは、笑顔にあふれていて、とても愉しい雰囲気です。

「それぞれのご家族が大変な状況を抱えながら、またこれか

ら1か月がんばるために、例会に来て、元気をもらって帰るのですよね」と担当ＰＳＷの石倉直美さんは話します。受診時の様子など、病気のご本人や家族の状況がわかっているので、「よく来てくれましたね」と心をこめて接しているのが伝わってきます。それが参加される家族の安心感にもつながっていると思いました。

茶話会ではざっくばらんに会話が弾む

　とてもよい雰囲気で例会や茶話会が行われている「ござん会」ですが、悩みもあります。病院家族会の宿命ともいえると思いますが、谷野呉山病院は急性期医療に力を入れており、入院期間はどんどん短くなっています。そうすると、家族会に入会しても、例会に一度も顔を出すことがないまま、退院を迎え、家族会に参加することがなくなってしまう、とのことでした。しかし、家族会を必要としている人にとっては、とても大切な場としてきちんと機能していることを強く感じました。そして、今は参加していない家族にとっても、いつか必要になったとき、頼れる存在として、「ござん会」がいつでもそこにあることに意味がある、そんなふうにも感じました。「ござん会」のような病院家族会が増えてほしいと思います。

　私たちは、家族を支援することの大切さに施策として目が向けられてほしいと願っています。病院でも地域でも、家族の日々の生活の支えとなる場がもっと必要だと、「ござん会」のみなさんの笑顔を見ながら、あらためて感じました。

（取材／永井・高村）

街の診療所からのお便り

…たばこって良いことはないでしょう？…

連載㉘

増本（ましもと）　茂樹（しげき）
増本クリニック院長

〈たばこ休憩〉

デイケアでお昼ご飯を済ませて会話が一段落し、ごろんと横になってお昼寝をする頃になると、いつもUさんがごそごそと靴をはいて外へ出かけて行かれます。うちの医院は禁煙ですから、昼休みに外でたばこを吸われるのです。彼は時々「たばこを止めたいんです。どうしたら止められますか？」と言われます。私がどうして止めたいのかを質問しますと、彼の場合は「姉さんに言われたから」なんていう中途半端な理由です。

〈親も止めさせたい〉

たばこのことは親にとっても悩み事らしく、先日家族会でも「息子が禁煙しようとして、ニコチンパッチやガムをたくさん購入しているけれど止められない。病気のせい？　根性がないの？」という質問がありました。

実は、たばこは多くの薬物依存症の中でも依存性はとっても弱いのです。ニコチンが切れた時でも、動悸がしたり、発汗したりするわけではありません。幻視が見えたり、幻聴が聞こえたりすることもありません。ただ、〝たばこを吸いたい〟という思いが繰り返し湧いて来ます。禁煙の初めの数日間はかなり辛いですし、数ヶ月間はつい

ちょっと吸ってしまいそうで油断ができません。「一本だけ吸いたい」と思ってしまいますが、「今だけは吸わない！」という気持ちを続けていくことです。

〈たばこの害〉

そのためには、たばこが体を不健康にすることをしっかり認識することが大切です。まず心臓では『心筋梗塞』で早死にする可能性が高くなります。呼吸器系では『肺気腫』と言って肺の機能が落ちて息が苦しくなる病気にかかりやすくなります。それから、たばこが原因の『肺癌』は手術の難しいタイプです。

たばこを止めた時には重い離脱症状はなく、逆に吸い続けると身体への害が強いのですから、現在は喫煙している人もたばこの害のことを勉強すると禁煙を決心するはずです。皆さんの周囲にも、たばこを吸っていて肺癌になった人や酸素を吸入している人があるでしょう？

そういうことにならないように、決心して禁煙を始めましょう。そして、たばこを吸いたくなった時には明るく「長生きするんだ」と思いましょう。まずは、たばこやたばこを吸う人に近づかないことがうまくやる秘訣ですね。

〈本人の意思〉

でも、私はUさんをくどくどと説得しようとは思いません。強く指導して一旦止めたとしても、自分で勉強して決心したのでなければ、またすぐに喫煙してしまうでしょう。誰でも自分で禁煙を決心するしかないのですが、精神障がいを持つ人の場合でも同じことです。彼らも精神病の急性期が通り過ぎた後に

は、自分で自分の生き方を開拓しなければなりません。

統合失調症の症状のせいでたばこを吸うようになる、ということはありません。たばこを始めるきっかけは、たぶん、ちょっと格好付けてしまったことなんかでしょう。喫煙は格好悪くて健康に悪いってことをはっきり理解することが禁煙成功の条件です。「うちの子もそのことをきっと分かるはず」です。

〈アルコール依存症〉

これに対してお酒の依存症は重症です。アルコール依存症では、早急に断酒しなければ、家庭や仕事を失い早死にすることが本当に多いのです。直接の原因は『肝硬変』や自殺でしょうか？　でも、依存症から抜け出るのは簡単ではありません。30歳代で肝臓を壊して亡くなったVさんのお母さんはよく相談に見えていましたが、彼は断酒を成功させることはできませんでした。Vさんは仕事が長続きせず、それに建築関係の彼の職場では同僚にも飲酒する人が多く、お母さんは息子が仕事に行っても心配でなりませんでした。「仕事の帰りに同僚と酒を飲み、夜更けにやっと帰ってきたと思ったら、玄関で寝込んでしまいます。それを着替えさせて、布団まで運びます」と嘆かれていました。

〈イネイブラー〉

お母さんも、息子が風邪などを引かないように、仕方なく世話をしておられたのですが、そういう時には本人に責任を取らすべきでした。風邪を引くのも本人が反省するチャンスなのです。酒の上での失敗を尻拭いする人が身近にいると安心して飲酒できるので、結果的に飲酒に協力することになってしまいます。

『断酒会』というのはアルコール依存症の患者と家族（大抵は夫とその妻）が自分たちの断酒への思いを話し、助け合って行こうという会です。私も時々近くの断酒会に出席しますが、そ

こでは『イネイブラー』（可能にしてしまう人）という言葉が使われます。面倒を見ている家族が逆に飲酒を助けてしまっている、という意味です。それから、酒飲みの世話をすることが、どこか生きがいになってしまっていた、という意味で『共依存者』という言葉も使います。

借金を払ってやったけどまたすぐ借金を作った、という話がよくありますね。患者を一人でも抱え込もうというようなむしろ一所懸命な親の場合、子供の世話を焼き過ぎてしまうことがあるようです。アルコール症の家族は面倒を見過ぎないように心掛けてもいるんです。精神障がい者の家族も似たような悩みを持っていますから、互いに勉強し合いたいものです。

〈〝アル中〟の治療〉

現在のアルコール依存症の治療は、仕事を失い、体調も悪くなってもうこれ以上落ちようのない所まで落ちて『底着き体験』をした後に、やっと始まるようです。私の医院では、そこに至る前の段階で、肝機能が悪化して倦怠感があるけれど内科の病院からは〝守備範囲外〟と言われた人が点滴に来られます。この段階の人は崖っぷちにあり、今断酒すれば肝臓は最重症にはならないですむのです。私も、崖から落ちる前の段階でアルコールの害を良く認識して酒を飲まないほうが楽しい人生が過ごせることを、分かって貰おうとしますが、なかなか難しい。そうは言っても、依存症も精神病も希望を持って工夫していかないと良いことは起こりませんからね。踏ん張り所です。

わかりやすい制度のはなし
その23

65歳になっても、今のサービスが受けられるの？
―その②―

今月の執筆者
森永伊紀
ホームヘルパー全国連絡会

障害者自立支援法以外のサービスは引き続き利用できます

介護保険優先適用の原則は、「障害者自立支援法（以下、自立支援法）に対して」ということに注目してください。つまり、自立支援法以外のサービスは、今までどおりに利用できるということです。

（1）保健所のデイケアおよび病院のデイケアは今までどおり利用できますか？

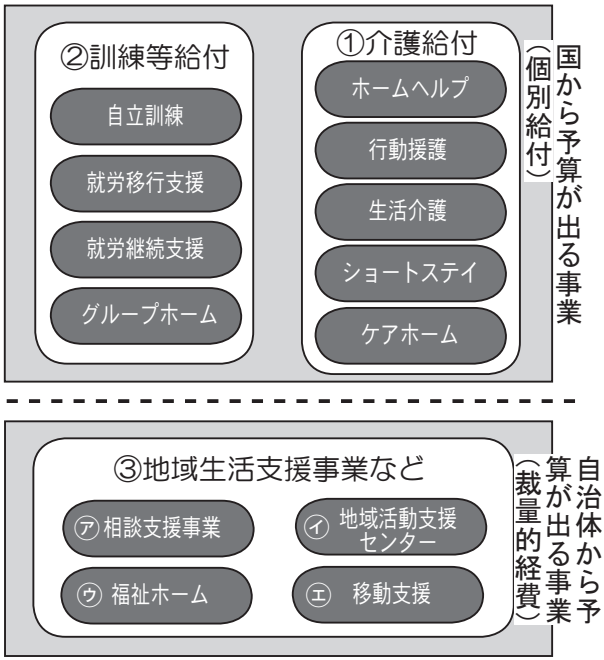
保健所のデイケア・専門グループワークも、病院のデイケアも自立支援法のサービスではありませんので、通所・通院の必要性が認められれば今までどおり利用できます。

（2）作業所は今までどおり利用できますか？

作業所で、自立支援法の訓練等給付（図の②）に移行したところは、介護保険優先の原則からいうと利用できないことになります。しかし介護保険は、介護が必要でない人は利用できません。前号でも紹介しましたが、仕事の訓練をする作業所に通える人は、介護認定で介護不要になる可能性がありますので、作業所が自立支援法に移行した場合でも、そのまま利用することができます。

また、自立支援法でも地域活動支援センターに移行した作業

図　障害者自立支援法



所や元のままでまだ移行していない作業所は65歳以上になっても引き続き利用できます。

ただし、注意点があります。一つは、国や自治体が、作業所に対して自立支援法の訓練等給付に移行するように働きかけていますので、現在は移行していなくても将来も移行しないという保障はないということです。

二つ目は、その作業所との利用契約で、利用年齢が65歳までとなっていたり、期間を決めた利用契約で更新されない場合もあるということです。個別にご確認ください。

（3）グループホームなどは今までどおり利用できますか？

グループホームは、介護保険の場合、認知症の人に限られますので、認知症と精神障害がある場合に介護保険が優先される場合があるかもしれませんが、今、精神障がいのグループホーム（図の②）で暮らしている人の状態が変わっていないのに、介護保険の認知症のグループホームに移らなければならないということはありません。これは、自立支援法のケアホーム（図の①）についても同じことが言えます。

ただし、このあたりの事情を、

ホームの担当職員が理解していない場合に、まちがった対応をすることがありますので、ご注意ください。

（4）地域生活支援事業は利用できますか？

自立支援法の中でも自治体がその裁量でおこなう地域生活支援事業というのがあります（図の③）。これには、㋐相談支援事業（福祉に関する相談とサービス利用支援など）、㋑地域活動支援センター（軽作業や活動と交流の提供、日常生活・社会生活への支援など）、㋒福祉ホーム（自宅での生活が困難な人に低額で住居を提供するなどの支援）、㋓移動支援（外出などの同行支援）などがありますが、これらはすべて65歳以上になっても引き続き利用できます。

（5）ホームヘルパーは今までどおりに利用できますか？

介護保険は、前号で述べましたように、要介護認定の調査を受けて、介護が必要と判断された場合に介護保険のヘルパーを利用することになります。ヘルパーの事業所は、自立支援法の事業所として指定されている所と介護保険の事業所指定を受けているところがありますが、あなたが利用している事業所が両方の指定を受けていれば、引き続き同じヘルパー事業所と契約し、サービスを受けることができます。そうでない場合は、介護保険の指定を受けているヘルパー事業所と新たに契約することになります。

自立支援法も介護保険も利用料の一割負担が原則ですが、介護保険は、軽減措置がありませんので、介護保険のヘルパーを利用することになった場合、負担金が今まで払っていたよりも増える場合がありますのでご注意ください。

なお、要介護認定で、非該当になった場合は、介護保険のヘルパーの利用はできませんので、引き続き自立支援法のヘルパー利用になります（前号参照）。

ただし、介護保険に移った場

合、次のようなヘルパーの支援は、一部認められない場合があります。

①通院の同行

自立支援法では、通院にヘルパーが同行する場合、診察に同席する時間もヘルパー報酬が認められていますが、介護保険では報酬が認められていません。つまり同席してもヘルパーへは無報酬ということです。また、待ち時間にヘルパーが付き添う場合も、介護保険では原則として認められていません。病院内では、病院が介助をおこなうこととされており、その院内介護が保障されないときのみ、例外として認められることになっています。

同じ65歳以上でも、要介護認定で非該当（介護必要なし）になって自立支援法のヘルパーを引き続き利用する人には付き添いが認められ、要介護に認定された人は付き添いが認められないという矛盾が生まれます。

②同居家族がいる場合の生活援助（家事援助）

自立支援法では、家族が居ても、本人の自立を支援するために、本人に関わる掃除、洗濯、炊事、買い物、通院、公共機関の利用などの外出介助を、ヘルパーが本人といっしょにおこなえます。しかし、介護保険では、同居する家族が居る場合、できるだけ家族にやってもらうという考え方が強いため、ヘルパーといっしょにできなくなる場合があります。

本人・家族の目的に添ったサービス計画を立てるのはケアマネジャーですので、この点については、よく話し合ってください。どのような場合を同居家族と見るか、自治体ごとに判断が異なりますので、あわせてご確認ください。

介護保険が利用できないなどの利用制限については、国会でもたびたび取り上げられていますが、改善までには至っていません。本人にあったサービスが利用できる介護制度にしていくために、制度の充実・改善が求められます。

（もりながよしのり）

連載

統合失調症はどこまでわかったか

本当のドパミン仮説

連載④
大阪精神医学研究所新阿武山病院・大阪医科大学神経精神医学教室
菊山裕貴

統合失調症の症状として、幻聴や妄想などの陽性症状や、意欲減退などの陰性症状がありますね。家族教室などで、これらの症状はドパミンという脳内の物質によって引き起こされると教えられたことがあるのではないでしょうか。統合失調症患者さんの脳内ではドパミンが多すぎる、あるいは少なすぎる部位があります。また、統合失調症患者さんで特に脳の体積が減少する部位があります。今回はドパミンと症状と脳体積の減少がどのような関係になっているかについてお話します。

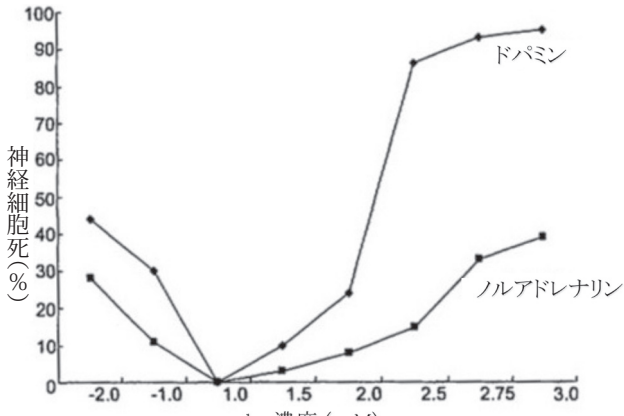
統合失調症患者さんの脳で特に体積が減りやすい部位は二つあります。右の前頭葉と左の上側頭回（側頭葉の一部）です。前頭葉は人間らしい意欲を、上側頭回は聴覚を司っています。前頭葉の体積が減ると意欲が低下して、陰性症状が始まります。上側頭回の体積が減ると聴覚的問題（幻聴）が出現して、陽性症状が始まります。

脳体積とドパミンの関係

ではなぜ、前頭葉や、上側頭回の体積が減るのでしょうか。その理由はドパミンにあります。図1を見てください。横軸がドパミンの濃度、縦軸が神経細胞死を起こす割合になりま

す。横軸は左が低い濃度、右が高い濃度です。この図から、ドパミンは少なすぎても神経細胞は死んでしまうし、多すぎてもやはり死んでしまうことになります。統合失調症患者さんでは、実際に、前頭葉でドパミンが少なすぎる、上側頭回でドパミンが多すぎることがわかっています。

図1 ドパミンが多くても少なくても神経細胞は死滅する



Noh JS,et al: Exp Neurol. 159(1):217-224, 1999.より

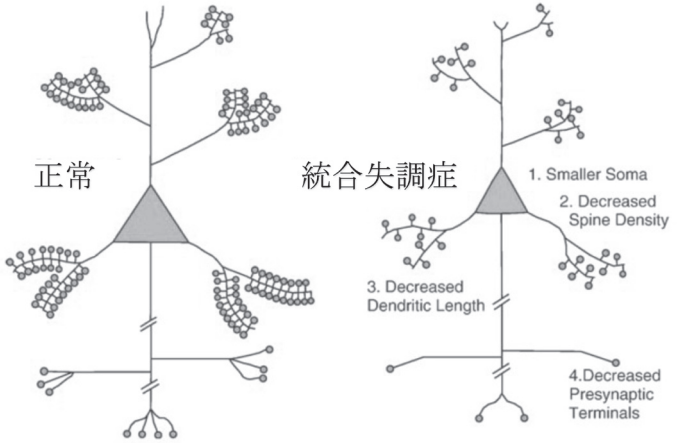
陰性症状が出現する理由は前頭葉でドパミンが少なすぎて神経細胞がダメージを受けて、脳の体積が減って、意欲が低下するから。陽性症状が出現する理由は上側頭回でドパミンが多すぎて神経細胞がダメージを受けて、脳の体積が減って、聴覚的問題が出現するからです。

実際に統合失調症患者さんの神経細胞がどうなっているのかを考えてみます。図2をみてください。神経細胞というのは「木」に似た形をしています。正常な神経細胞は幹（軸索）が長く、枝（樹状突起）の枝分かれが多く、葉（シナプス）がたくさん生い茂っています。それに比べて統合失調症患者さんの神経細胞は「枯れかかった木」のような形をしています。軸索が短縮し、樹状突起の枝分かれが少なくなり、シナプスの数が減っていることが知られています。ドパミンの機能異常によって、神経細胞が枯れかかってしまうために脳の体積が減るのです。

ドパミンの機能異常による神

経細胞へのダメージを防ぎ、枯れかけた神経細胞を元に戻してやること、「脳を守る」ことが「統合失調症の治療」です。

図2　統合失調症の神経細胞は枯れかかった木のよう

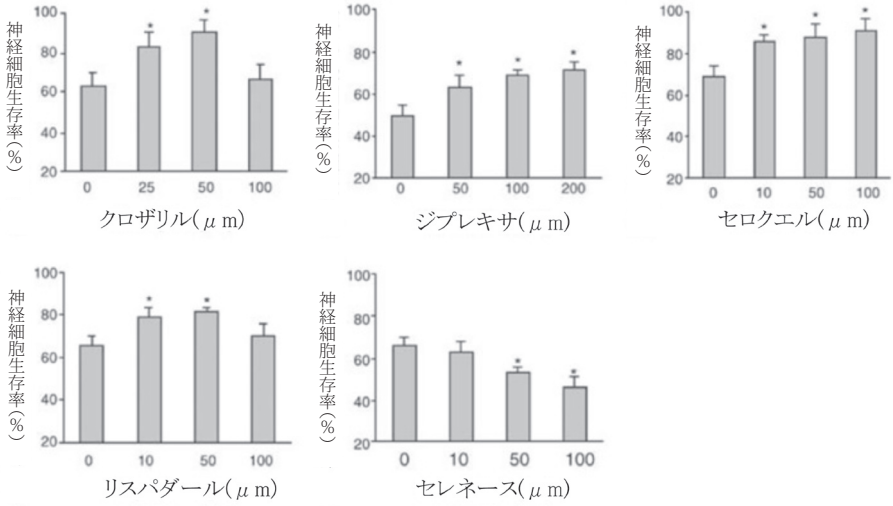


Glantz, L. A. Lieberman, J. A. et al.: Schizophr.Res., 81(1): 47-63, 2006.より

どうすれば脳を守れるか

では、どうすれば脳を守れるのでしょうか。ドパミンが多い上側頭回ではドパミンを生理的に正常な量へと下げること、ドパミンが少ない前頭葉ではドパミンを生理的に正常な量へと上げることができれば脳を守れますね。昔ながらのお薬（第1世代抗精神病薬）であるセレネースの場合には上手に投与量を調節することができれば、ドパミンが多い上側頭回でのドパミンをブロックすることによって、陽性症状を改善することができました。しかし、セレネースは前頭葉でのドパミンの低下を改善できません。セレネースを飲んでいる人は、1年間服用し続けている間に前頭葉の体積減少が進行してしまったのに対して、ジプレキサを服用していた人たちは前頭葉の体積減少がみられなかったという報告があります。ジプレキサなどの新薬（第2世代抗精神病薬）はセロトニンという脳内の物質に対する作用も併せ持つことによって間接的に前頭葉でのドパミンを増やすことが可能になっています。第2世代抗精神病薬ならば、脳全体を守ることが可能なのです。

図3　薬の量が多すぎると神経細胞を守れない



Quing, H. et al.: Eur.J.Neurosci., 17: 1563–1570, 2003.より

ただし、第2世代抗精神病薬の脳への保護効果（神経保護作用）が発揮されるためには一つ条件があります。それは必ず第2世代抗精神病薬単剤の適切な投与量（至適用量）での治療を行うことです。そういった薬剤の内容への変更のことを「単剤化」と言います。図3を見てください。セレネース以外は全て第2世代抗精神病薬です。薬の量が多すぎてしまったら神経細胞の生存率は落ちていってしまうのです。第2世代抗精神病薬は多すぎても少なすぎてもいけない。バランスが大事です。よく考えれば「ドパミンは多すぎても少なすぎてもいけない、バランスが大事」だから当然のことです。2種類以上の抗精神病薬を併用した場合にも神経保護作用は失われることが報告されており、神経に対する毒性をもたらし、神経細胞死が促進される可能性があります。

（きくやま　ひろき）

読者のページ

「みんなのわ」は、読者のみなさんからのお便りや投稿を中心にご紹介するコーナーです。

「みんなねっと」の感想

★熊本県　家族

毎月の「みんなねっと」で、いつも元気と勇気を戴き、本当に有りがとうございます。

新連載「統合失調症はどこまでわかったか」に飛びつくような思いで一気に読ませていただきました（２００９年５月号）。

「…だけど…現在の医学では…話題にしないだけなんじゃないか…」まさにそうなんです。なんとか治してあげたい！普通の生活を…あきらめかかっていた悲しみと不安と絶望感に、光がさしかかってきた思いです。私の本は赤線でびっしりになりました。

菊山先生、どうかお体だけは大切にされ、私達の為に力を貸して下さい。頑張って下さい。心から祈る思いです。

★猫大好きっ子　家族

毎月家族会から借りてつないで「みんなねっと」の本を読んでおります。とてもためになっております。

30才の子供のことですが、最近ハローワークに興味を持って来たのですが、どう本人に説明したらよいかいつも悩んでおります。不採用になるのが目に見えているのが残念ですが、どう言ったらわかってもらえるか？いつもこまってます。本誌で答えを願います。当本人と毎月本を見てます。よろしくお願いします。毎日の生活が無口で、デイケアにも行っておりません。

★愛知県　亀澤文徳　学生（20代）

５月号を送っていただきありがとうございました。今、日本福祉大学に通う亀澤といいます。ゼミで卒論を書いているのですが、家族が支えながら自立（精神障がい者）するにはどうしたらいいのかずっと考えていました。自分の考えでは、家族が支えるのは当り前だという考えが強かったです。けど、５月号を読んでから、家族の大変さ、苦労していることがわかり、地域支援（社会）の受け皿がないといけないことが理解できました。

もっと自分で調べて、住みやすい社会になればと思います。

ありがとうございました。

★島根県　寛太郎　本人（40代）

今まで心の病いであるといわれていたことが、実は脳の萎縮によって起こっているということが分かった。このことで自分の気持ちが何か明るくなったように思う。治療に取り組む目的が何かはっきりしたように思う。このような研究をしておられる先生がたに感謝したい。今日夕方、下校する子供たちの姿がまぶしく、生き生きとしているように見えた。

★長野県　樋口今朝人　本人（70代）

私の身近かにも精神障害者がおり、入院生活を続けていました。そうあばれたり、自傷行為もないのですが、鍵のかかった病室、ベルトによる身体拘束などにより、病床内では自由になれず、体力も著しく弱って、本人も苦しんでおりました。

病院生活と人権とはどうなっているのか。病院側よりは明確な返答も得られません。精神保健福祉法との関係で問題はないでしょうか。

★東京都　たんぽぽ　家族（70代）

（「みんなねっと」の感想）5月号、愛知県コスモス、家族50代の方の、精神病棟についての意見、まったくそう思います。

私は東京の精神病院に息子が入院していますが、少しでもこうやってほしい、ああやってほしいと言うと、うるさがられて看護師に意地悪されます。

精神病院に長期入院して居る人は、家族が何か言いたくてもがまんしています。すぐ出ていけと言われます。人間尊重の病院になりますように。

日常生活

★三重県　ときの会・岡　家族（70代）

親の想い

20年以上も薬を服用し、苦しかった入院生活（4年）、退院後は作業所へ、県内県外へ旅をして、息子の気持ちを優先に、顔を見て言葉を聞き、臨機応変に支え、息子は今年40才になった。

趣味のクロスワードも15年続けている。20年になったら「表彰状」を贈呈したい。

息子から活力と勇気をもらい、70才の今も心の支えとなり、余生を息子の為に、悔いのないよう全力で支えたい。息子よ本当にありがとう。

★茨城県　ａｙｕ　本人（20代）

私は統合失調症で高二か高三の時に発病しました。「みんなねっと」は作業所、病院に置いてあり、参考にさせてもらっています。今の作業所ではもの足りなく、市のデイケアや派遣で仕事もやっています。なぜ仕事をやるかというと、充実するからと、お金がもらえるからです。

私は障害者2級で年金をもらっていますが、うまく使えず悩んでいます。ギャンブル（パチンコ）に走ったりしてバーっとお金を使ってしまいます…正直つらいです。母に管理してもらっていますが。行っても行ってもすられてばっかりでもうかりません。マイナスです。でも少しずつベース金額を減らして頑張っています。こういう方がいらっしゃいましたらご意見下さい。よろしくお願いします。

★熊本県　ムーミン　本人（30代）

私は統合失調症になって15年が過ぎ、今最も落ち着いて良い状態です。就労継続支援Ａ型の事業所、もっと詳しく言うと、カフェレストランのウェイトレスとして週5日、毎日3時間働いています。

接客など全くの素人の私がここまでやってこれたのは、スタッフと周りの仲間たちのおかげだと思います。

これからも、人と人とのつながりを大切に、明るく仕事をしていきたいと思っています。今悩んでいる人、きっと〝光〟は見つかるはず！

奈良県　倉岡正明　本人（40 代）

詩・その他

★新潟県　ペンネーム樹村尚（きむらなお）本人（20代）

お母さんの部屋って
すごい散らかってるねぇ
服の量が多過ぎるんだよ
明日着る服だけ用意
しておいたほうがいいよ
何よあんたの部屋の方が
ずっとヒドイじゃないの
どこから手を付ければいいか
分からないねぇこれじゃ
とりあえず
端っこから片付ければ
いつかケリが付くから
大丈夫だよ
あ・らそうね
家庭の問題も
気付いたところから直せば
いいだけだよ
またやり直そうよ
とりあえず
私は明日習字行くから
黒い服で行ってくるさ
どんな明日にしようか
悪くはないさ
簡単だってば

★奈良県　たらこ　本人（20代）

私は統合失調症です。この詩は、自分が病気と知る前、一番辛かった時代に書きました。
5年前病気が発覚し、病院に行きはじめ、薬をのんでから大分よくなりました。現在は週2回の仕事までできるようになりました。フルタイムで働けるようになるのが目標です。

詩

はなのいろ
さくらまいちるうすぴんく
そらのいろ
くもがたなびくこばるとぶるー
ゆめのいろ
おーろらみたいなかがやきを
ひとのいろ
かがやくようにとねがいます

「読者の皆様へ」

当会では本誌内容について、執筆者への直接のお取り次ぎは致しておりません。内容についてのご意見ご感想等は、投稿としてお寄せいただければ幸いです。
また、「みんなのわ」コーナーにお送りいただいた各種文書、作品等は原則としてお返し致しませんので、ご了承ください。

お知らせ＆ご案内コーナー

◆地上デジタル放送の受信用チューナー給付支援

２０１１年7月に現在の地上アナログ放送は終了し、地上デジタル放送に切り替わります。地上デジタル放送の番組を見るためには、地上デジタル対応のテレビに買い替えるか、お手持ちのアナログテレビに地上デジタルチューナーをつなぐなどの必要があります。

総務省では、地上アナログ放送から地上デジタル放送に移行することが難しい世帯に対する支援を予定しています。

①支援の対象

「日本放送協会（ＮＨＫ）の受信料の全額免除を受けている世帯」が対象です。具体的には、生活保護世帯、市町村民税非課税の障害者世帯、社会福祉事業施設(グループホーム、ケアホーム、福祉ホームも含む）の入居者でテレビをご自分でもっている方が対象になります。

ただし、すでに、地上デジタル放送を視聴されている世帯は支援の対象外です。

②支援の内容

現在お持ちのアナログテレビに取り付ける「簡易なチューナー」の無償給付をします。アンテナ改修等が必要な場合にはその支援も行います。

③注意事項

この支援を受けるには、ＮＨＫとの受信契約と全額免除手続が必要です。また、支援は現物給付です。御自身で購入したチューナー、アンテナ等を精算することはできません。

④申込み先

まだ未定ですが、決まり次第、申込み方法を含めて改めてお知らせします。また、支援の開始時期は平成21年度秋以降の予定です。

⑤お問合せ先

＊支援制度全体について

総務省地デジコールセンター
TEL ０５７０－０７－０１０１
TEL ０３－４３３４－１１１１
＊ＮＨＫとの受信契約、受信料免除について
ＮＨＫ視聴者コールセンター
TEL ０５７０－０７－７０７７
TEL ０４４－８７１－８４４４
TEL ０６－６９１０－３３１５
☆詐欺にご注意ください！
　地デジ対応やアンテナ交換などを口実にした詐欺が発生しています。地デジ対応で総務省やテレビ局などがお金を請求することは一切ありませんので、ご注意ください。

◆精神疾患死後脳・ＤＮＡバンクのご案内

　精神疾患の病因や病態はまだ解明されていませんが、その解明に向けて、精神疾患だった方の脳と精神疾患をお持ちでない方の脳を比較研究するため、ＮＰＯ法人精神疾患死後脳・ＤＮＡバンク運営委員会（会長：福島県立医科大学・丹羽真一教授）は、亡くなったときに脳を献体していただくための生前登録を行っています。
　バンク運営委員会では、精神疾患の中でも統合失調症を中心に系統的研究を進めています。また、薬による治療に関する分子遺伝学や精神疾患関連遺伝子の探求などを進めるＤＮＡバンク、精神疾患の当事者と一般の方々が安心して暮らせる地域づくりを推進するパネルの会（福島県内で活動）などの運営も行っています。
　詳しい情報を知りたい方は、左記までお問い合わせください。

●連絡先
公立大学法人福島県立医科大学
医学部神経精神医学講座内
ＮＰＯ法人精神疾患死後脳・ＤＮＡバンク運営委員会
事務局担当：大沼
TEL ０２４－５４７－１３３１
FAX ０２４－５４８－６７３５
Email：bbs@fmu.ac.jp
住所〒９６０－１２９５
福島市光が丘１番地

編集後記

ベランダで作っている野菜や花に、今年は異常なほどアブラムシや毛虫がつき、きゅうり、ナス、枝豆などの収穫が半減してしまいました（残念！無念！）でも、トマトはあの青くさい匂いからか虫もつかず、見事に赤く熟し食すのを楽しみにしていたところ、なんとカラスに狙われてしまい、トマトは無残な姿になってしまいました。来年はカラス対策を講じなくては…。トホホ…。（川﨑）

特集記事に少し出てくるＲ．Ｄ．レインは、1960年～70年代の「反精神医学」運動で有名な人です。私は、「反精神医学」は、「社会の常識によって、何が健康で何が病気かがきめられている（常識が変われば、健康と病気の見方も変わる）」という問いかけをした運動だと理解していました（一面的な理解ですが）。「ＫＹ（空気読めない）」という言葉がはやるなど、他人との違いを気にする昨今の社会。もっと寛容になってほしいものです。（鈴木）

編集後記

次号の予告

特集●「病があっても生き生き暮らす」
お元気ですか 家族会●「日光地区やしお会」（栃木県）／
（連載４）統合失調症はどこまでわかったか／他

月刊 みんなねっと　通巻第28号（2009年８月号）　　定価300円

発行日　２００９年８月１日
発行者　ＮＰＯ法人 全国精神保健福祉会連合会
理事長　川﨑　洋子

賛助会員
個人・年間３５００円
団体・年間３０００円×人数（２人以上）

〒170-0013 東京都豊島区東池袋１－４６－１３ホリグチビル602
TEL ０３－６９０７－９２１１　FAX ０３－３９８７－５４６６
郵便振替　００１３０－８－５７９０９３　ホームページ www.seishinhoken.jp
印刷・製本／株式会社シナノ　表紙デザイン／レフ・デザイン工房

長崎から家族会活動の新しい息吹を!

【日程表】　（敬称略）

第1日目 10月29日(木)		第２日目 10月３０日(金)	
時　間	内　　容	時　間	内　　容
11：00	受　　付	9：00	受　　付
12：20	オープニングセレモニー	9：30	分 科 会 第１分科会（家族会） テーマ：家族会活動の新しい道をどう開拓するか ー魅力ある家族会活動を創るー 第２分科会（就労） テーマ：就労支援のこれからをどう展開するか ーもっと精神障がい者が働ける社会にー 第３分科会（地域生活支援） テーマ：安心と希望を抱ける支援力をどう形成するか ー地域のちから、当事者のちからー 第４分科会（家族相談員研修会） テーマ：家族相談をどう充実させるか ーこれからの家族相談員の在り方をさぐるー 第５分科会（当事者） テーマ：当事者活動をどう発展させるか ー仲間しかいさせないを克服する ー当たり前の生活を求めてー
12：40	開 会 式		
13：20	休　　憩		
13：30	活動報告 朱　　実／事業労働者 川満 信子／精神保健福祉士会全国精神保健福祉会連合会理事長		
14：30	基調講演 テーマ：「どうする、どうしない、自分らしい精神保健福祉」 講　師：田中　秀樹／早稲田大学人間科学学術院教授 社会福祉学博士、精神保健福祉士		
15：30	休　　憩		
15：40	記念講演 テーマ：「障害者権利条約の批准に向けた展望」 講　師：天　　笠茂／弁護士	11：20	休　　憩
		11：30	特別演奏会 出演　岡本君のピアノ演奏
18：00	懇 親 会 ホテルニュー長崎	12：30	閉 会 式 長崎宣言　次期開催県あいさつ　　閉会のあいさつ

■会場へのアクセス

掛屋　剛志くん

佐世保が生んだ音楽の天才児！
生まれながらに視覚・知的等の複合障害を持つ剛志くんの透き通った歌声は聴くすべての人の心に大きな感動を与えます。

日　時　2009年10月29日(木)～30日(金)

会　場　長崎ブリックホール

参加費　3,000円(当事者500円・学生1,500円)

お問い合わせ・お申し込み先

〒852-8104　長崎市茂里町３番２４号　長崎県総合福祉センター県棟４階　TEL 095－842－5350
長崎県精神障害者家族連合会　FAX 095－842－5351

※家族会、関係機関等に案内パンフレットを送付しました。
追加で必要な場合は上記にお問い合わせください。

月刊みんなねっと　2009年7月1日発行　2007年7月24日第三種郵便物承認

みんなねっと長崎大会

第2回全国精神保健福祉家族大会

長崎から家族会活動の新しい息吹を！

日時 平成21年10/29(木)～30(金)

場所 長崎ブリックホール

参加費 3,000円
（当事者500円・学生1,500円）

■主催：特定非営利活動法人 全国精神保健福祉会連合会・長崎県精神障害者家族連合会