

月刊 全国の家族と家族会をつなぐ機関誌

5

2014

みんな ねっと

●特集●

本人・家族をともに支える訪問家族支援

— みんなねっとフォーラム2013より「その①」

●発達障害の理解とサポート（連載
自閉症スペクトラム障害について）

■街の診療所からのお便り（増本
病名ではなく、困っていること考



統合失調症のひろば

こころの科学Special Issue

特集 **薬でできること、できないこと** No. **3**

杉林 稔・高木俊介・横田 泉・小川 恵・工藤潤一郎 他◎編
中井久夫・星野 弘・中村ユキ◎編集協力

好評発売中



薬に対する疑問や不安にこたえます!

薬ですべて解決できるの!? いつまで飲むの? どんな生活を送ったらいいの?

副作用の考え方は? 読者の疑問に対するヒントが満載!

目次

■特集よせて「自分らしく生きる、自分をケアする」
…小川 恵

■対談: **薬物療法の可能性と限界**
…糸川昌成+高木俊介

■インタビュー:
精神科医の「技術」とは …星野 弘

■座談会:クスリと私——体験してわかったこと
…福家利哲生・佐伯洋子・森 実恵

■PART1 体験からわかったこと

私を回復に導いたもの…寺脇弘隆

『非告知投薬』みんなで議論しませんか?
…夏苺郁子 ほか

■PART2 医療現場から考える

病気とクスリを考える…松本雅彦

私の薬物療法 歴史・反省・考察…横田 泉 ほか

■私たちが知りたいこと②
同本クリニックメンタルケア室メンバー有志による
「統合失調症をもつこと」への思い

■コラム
当事者のマナー再考…中井和代 ほか

■連載
病気になる前よりも元気③母親との関係…川北 誠
D列車で行こう!③…南音

■毎日がてんやわんや(最終回)「母の急逝」
…中村ユキ

読者の方々からの質問に答えます!② 高森信子

■新連載
訪問看護の現場から①
…稲岡 勲



Back Number

◎本体1,524円+税 B5軽変型 ISBN978-4-535-90743-0

No. ② 治るってどういうこと?

幻聴や妄想といった症状をとることが「治る」こと
ではないはず。生きづらさを抱え込まずに生きる
方法を再考してみよう!

■座談会:
薬物療法の陰で見落とされてきたこと
(門真一郎・高木俊介・依田麻子)

インタビュー:中井久夫の臨床作法(星野 弘)ほか

◎本体1,524円+税 ISBN978-4-535-90742-3

No. ① 統合失調症に 治療は必要か

新刊記念増大号

患者さんとそのご家族が回復のためにどの
ように生活の工夫をしたらよいか、治
療の行き詰まりにどんな発想の転換をす
ればよいかなど、医師だけでなくコメディ
カルと一緒に、それぞれの立場から知恵
を出し合って考え続けるための場(ひろ
ば)を目指して、創刊!

◎本体1,524円+税 ISBN978-4-535-90741-6

※小社へ直接ご注文される方は、日本評論社サービスセンター(TEL:049-274-1780 FAX:049-274-1788)
までお申込下さい。その際は、料金は代金引換で、別途送料380円がかかります。

〒170-8474 東京都豊島区南大塚3-12-4 TEL:03-3987-8621/FAX:03-3987-8590 日本評論社

もくじ

みんな 月刊ねっと

2014年
5月号 通巻第85号

【表紙の絵】 織田信生

知っておきたい精神保健福祉の動き 2
お知らせします みんなねっとの活動 4

特集

本人・家族をともに支える訪問家族支援

——みんなねっとフォーラム2013より 6

英国の精神保健福祉分野における介護者支援の概要 (佐藤 純) 7

ファミリーワーク(英国訪問家族支援)について (グレイン・ファッデン) 14

発達障害の理解とサポート【連載2】

自閉症スペクトラム障害について (五十嵐美紀・小峰洋子) 22

街の診療所からのお便り【連載84】(増本茂樹)

…病名ではなく、困っていることで考えよう… 26

統合失調症はどこまでわかったか—連載58—(菊山裕貴)

「精神病の急性期は脳の炎症反応か」 30

真澄こと葉のつれづれ日記 (第38回) 34

みんなのわ—読者のページ 36

「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

■障害者職業能力開発推進会議

【第2回・1月21日】

今回の議題は、①事例発表②今後の施策の在り方について、事例発表の最初は東京都雇用就業部から「東京都における精神障害者及び発達障害者の職業訓練について」でした。技能習得訓練の企業内実習先を選定するにあたっては、当会より、特定の企業に固定しないで、広く障害者に理解のある企業の選択を要望しました。また、今後の課題として「企業は雇用ノウハウがないことから雇用に躊躇」とありましたので、「最近、

統合失調症（精神障害者の中には統合失調症の人が多い）の人を雇用したいとの企業側の声が多く出てきている。千葉県にあるクリニックでは雇用支援部門を設けているが、「統合失調症の人を雇用したい」という企業からの問い合わせが多く、雇用に結びついていけると聞いている。そのような状況の変化がある」ということも具申しました。

次に京都府から「京都府における障害者の就労支援策について」でした。精神障害者の就職が進んでいない現状を踏まえ、精神障害者を対象とした施設内訓練実施についての検討が必要であるとのことでしたので、「是非、精神障害者についても施設内訓練に前向きに取り組んでい

ただきたい。厚生労働省からもアプローチをお願いしたい」と要望しました。

次にS M B Cグリーンサービス（株）（三井住友銀行が設立した特例子会社）からでした。「精神障害者本人の意向を確認しつつ、必要に応じて勤務時間を決めている。障害特性の違いを説明して社員には理解してもらった。他の障害者には不公平と映っていたようだが、精神障害者への理解が深まった今は、そういうことはありません」とのことでした。意見として「そうした配慮が広がっていけば、精神障害者の雇用がもっと拡大していくと思います、素晴らしい取り組みで有難いです」と述べました。

②今後の施策の在り方については、精神障害者の実践型委託訓練を更に推進することに関して、「就労支援機関をどこに設定するかが大きな課題である。それを都道府県にすべて任せるのかどうか。それが妥当か否かを厚生労働省として検討していただきたい」との意見を述べました。

■障害者政策委員会【第11回・2月3日】

前回に引き続き、関係団体のヒアリングでした。各団体の意見は次のようでした。

- ・全国腎臓病協議会：合理的配慮として、透析を受けるための時間の確保として、フレックス制度を利用できるようにした

り、日々体調が変化すること等を理解した雇用形態が必要。

- ・心臓病の子どもを守る会：心臓病患者は配慮が必要にも関わらず、身体障害者福祉法の障害認定を受けられない患者が多数存在している。慢性疾患者も対象とした基本方針の作成が必要。

- ・手話通訳問題研究会：手話通訳配置が、予算確保の問題から、ニーズに対応していないことが問題。

- ・筋痛性脳脊髄炎の会：体は衰弱しているのに外見上は健康そうに見えるための病気のつらさへの理解、無理をすると悪化するなど見えづらい障害への理解を進めてほしい。

- ・言友会連絡協議会：吃音者の

会。吃音者は社会生活の多くの場面で差別的な取り扱いを受けています。人として正当に評価してほしい。

- ・全国精神障害者地域生活支援協議会（あみ）：精神障がい者が、障がい理由に社会参加を拒むことのないようにする、相談支援の体制整備、啓発活動を進めること。

- ・肝臓病患者団体協議会：感染症対策からか歯科で診察拒否や順番を最後にされるなど差別的な取り扱いが行われている。一般の患者と分け隔てなく普通に扱ってほしい。

- ・要約筆記問題研究会：現状では専門性を確保できるような研修体制、職務の重要性に見合った報酬・身分保障などがあると

は言い難い。適切な待遇改善が必要。

■地域福祉権利擁護に関する検討委員会【第2回・3月4日】

委員会は「社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業、法人後見はじめ、地域福祉における権利擁護の実践やその手法、システム、制度施策等に関する協議・検討を行う場」として、全国社会福祉協議会の委員会規定に基づく調査研究委員会として設置されているものです。厚労省の関係者も参加しています。

今回の議題は下記の2点でした。

(1)「地域における権利擁護体制の構築の推進に向けて」調査

研究事業について

(2) 日常生活自立支援事業の実施状況および動向について

(1) については県社協、市町村社協に対してアンケート調査の報告書が出され、意見交換を行いました。また今後、このアンケート調査に基づき有効な権利擁護体制の構築に向けた施策を検討していく予定です。

(2) については現状の報告と意見交換が行われました。

お知らせします みんなねっとの活動

■平成25年度第3回理事会を開催

3月14日、東京都障害者福祉会館において開催し、平成26年

度の計画等について審議しました。

賛助会員の拡大について：組織の財政基盤として、減少傾向にある賛助会員をいかに増やすかが課題です。家族会員の中でも当会の活動の主な財源が賛助会費であることを知らない人がいる、もっと知らせて理解を求めなければ、という意見がだされました。家族会内の呼びかけはもちろんです。市町村など自治体の障害担当者に、賛助会員加入を働きかけていくこととしました。

運動について：25年度は、精神保健福祉法や障害者雇用促進法の改正、障害者権利条約の批准など、状況を大きく変える方向性が出た年でした。今後も国の

各種会議での意見提出や政党への要望活動を引き続き行っています。24時間の相談体制や訪問家族支援、精神障がい者相談員制度の創設、公共交通運賃の割引、重度障害者医療費の無料化などの諸課題について、理事会の諮問機関として政策委員会（仮称）を立ち上げ恒常的に検討することとしました。また、JRなどの公共交通機関の割引実現に向けたプロジェクトを立ち上げ運動を行います。事業について：3月に、みんなねっとフォーラム（英国アメリカ版訪問家族支援（ファミリーワーク）研修会を開催しました。それを踏まえ、26年度も訪問型家族支援の普及を目指していきます。

全国大会は、10月16日（木）17日（金）、石川大会を実施します。主会場は金沢歌劇座です。また、啓発事業として「精神障がい者と家族に役立つ社会資源ハンドブック」の改訂版を作成します。

■四国精神障害者家族大会高知大会を開催

2月20日～21日、高知市高知会館にて、「私の町で生き生きと ぎらくに きやすく きがねなく」の大会テーマのもと、四国精神障害者家族大会を開催しました（参加者320名）。

県知事、高知市長じきじきに祝辞をいただき、一同励みになりました。講演でも新たに知ることが多く、特に川崎理事長の

メリデン版訪問家族支援についての反響があり、もっと知りたい、自分たちで今ある社会資源をもっと活用しようという声があがりました。

また、当事者発表はどれも参加者の胸をうち、元気をもらったという感想は主催者としてもうれしい限りです。四県意見交流会のあり方としては、焦点を絞り、対策を具体化するためにも日常の活動が問われていると感じますし、合同で共通の課題（今回は交通運賃）で活動していく必要性を確認しました。



本人・家族をともに支える 訪問家族支援

みんなねっとフォーラム2013より

その①



フォーラムであいさつする川崎理事長(上)と、英国からの講師のみなさん

3月5日(京都)、7日(東京)、みんなねっとフォーラム2013が開かれ、英国で訪問家族支援をおこなっている3名の方をお招きしておこなわれました。

このフォーラムは、わたしたち家族にとっても、とても大切な内容でしたので、今月号と来月号の2回にわたって、くわしくお伝えします。

今月は、佐藤純氏とグレイソン・ファッデン氏(英国マリデンファミリープログラム所長)のお話をお届けいたします。

英国の精神保健福祉分野における 介護者支援の概要

京都ノートルダム女子大学

佐藤 純

この研修会は、英国の訪問家族支援（ファミリーワーク）を学ぶ研修会です。本人と家族をまるごと支える英国の訪問家族支援を、日本においても実現したいという思いで開催しています。本日は家族と専門職が多く参加しています。

現在、日本では、地域で暮らしている当事者本人の75%は、家族と同居しています。また、通院だけで、ほかの福祉的なサービスを受けていないという

人が、家族会員の中に3割もおり、家族が自分の人生をほとんど費やし必死になつて支えているという現実があります（京都の家族会の調査）。

いつでも本人が一人暮らしができる地域の支援体制ができていくこと、さらに本人と家族と一緒に暮らしたいと思えば、本人も家族も自分らしい人生を送れるようにしていくためには、法律や制度が変わるだけで



なく、専門職の意識や姿勢が変わっていくということが大切になってきます。つまり専門職が本人や家族とどう向き合うかが問われるようになるのです。

今日は、そのどう向き合うかについて3人の講師からお話を

伺いますが、その姿勢や技術の裏にあること、なぜ、英国では訪問家族支援をおこなえる状況や条件があるのかということについて、まず最初に私のほうから、説明したいと思います。

日本と世界の精神科医療を比較すると、日本が飛びぬけて精神科病床が多いということが分かります。日本では人口1万人に対して27人が入院しており、英国は、その四分の一、1万人に対して7人の入院ということになっていきます。どれくらい違うかという点、もし英国のような状況であれば、現在日本で入院している患者さんが約25万人退院するということになり、この25万人を地域で支えてい

うとすると、現在の日本のシステムでは支えきれないし、支えるためには、さまざまなメニューがさまざまな役割を持つて地域にひろがっていかないとけません。

また、英国と日本の違いを精神保健・医療の分野で見ると、精神科病院の90%が国営ですが、日本は逆で、8、9割が民間病院です。もう一つ大きな違いは、精神科のスタッフの数です。精神科看護師は、人口10万人に対し日本は、59人ですが、英国では2倍の104人。ソーシャルワーカー15・7人に対して3倍の58人というように、医師、臨床心理士はさほど差がみられないことから、地域生活

を支えている人たちの数が多いのではないかと考えられます。

ケアラー 介護者支援の四つの強み

さて、英国のバーミンガムにおいて、精神障がいのある人を支える介護者^{ケアラー}支援の強みは、四つあると思います。

一つは、ケアラー法という法律です。介護者^{ケアラー}というのは、どいういう人のことかということですが、日本の場合は、精神に障害のある本人を支えているのは、家族がほとんどですから、「家族支援」となりますが、英国では、「介護者^{ケアラー}支援」と言っています。日本でいう家族以外に、友達が支えていたり、地域の人が支えていたり、パート

ナー、婚約者など幅広い人が支えていたりします。ですから「ケアラー」介護者支援と呼び、その方たちを支えるケアラー法があります。

そして、訪問支援が充実しているのが二点目の強みになります。三点目は、それぞれの機関がキャッチメントエリアを持っていることです。ここからここまでが自分たちが支援を提供する範囲であること、日本では医療も福祉も少しあいまいです。

そして四点目は、ファミリールークという訪問家族支援技術をも身につけていて、その技術を使って支援していくという強みを持っています。のちほど、講師の方から、この技術についてのお話

があります。

ケアラー法について

まず、ケアラー法というものが、どういうものを説明します。まず一つの大きなポイントはこの法律が家族をどうとらえるのかということです。家族はケアをしている人たちなので、ケアをし続けたいという自発的な意思を尊重するということもありますが、家族自身は、働きたい、学校に行きたいとか、余暇を楽しみたいというニーズを当然持っています。日本の場合、そのニーズのほとんどをあきらめ、押し殺して、当事者本人のケアに自分の人生を費やすというのが標準的なス

タイルですが、あらためて考えると、それは、ケアをする家族の基本的な権利がおろそかにされているのではないかとということとです。

ケアをしていても、していないくても、働きたいとか、学びたい、余暇を楽しみたいということを満たすことは、人間の基本的な権利です。それをあきらめてケアのために自分の人生を費やすというのは、日本の場合、ともすると美談とされ、奨励されてしまう文化があります。

そうではなく、どういう状況であつても、どんな病気や障がいであっても、人には基本的な権利があるので、それを保障していこうというのがケアラー法

の考えです。

このケアラー法は、1996年に成立し、その後、改正に改正を重ねていきます。2008年に出された政府の指針を訳してみると、ケアラーはケアのパートナーとして敬意を払われる人たちであると書かれています。そして、2番目に、ケアラーはケアする役割と同時に自分自身の人生をもつことができる人であること、3番目に、経済的な困難が生じないようにすること、4番目には、精神的にも身体的にもよい状態で支援されるということなどが示されています。

この法律のバックがあるからこそ、今日ここで学んでいたらく訪問家族支援が生かされてい

く社会の仕組みがあるということになります。

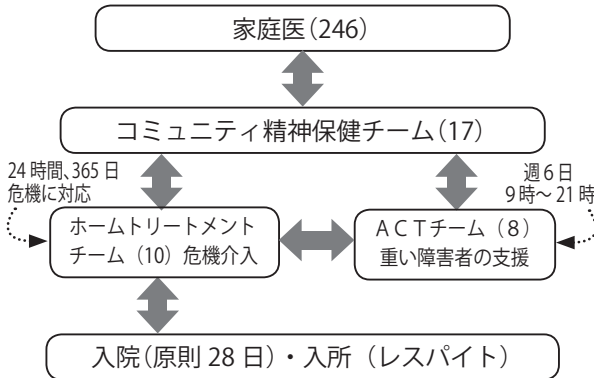
地域で暮らせるシステム

ふたつめは、日本でいうと約25万人の人が退院して、地域で暮らしているという英国・バミンガムは、どのようなシステムになっているかというと、さまざまな機能や役割を持つアウトリーチ（訪問支援）が充実しているということ。なぜ、訪問が必要かという点、精神に障がいのある人は、外出や相談に行くことが難しい状態にあります。例えば、幻覚や妄想のために外出しにくい、相談に行きにくい。なかなか意欲がなくて、相談に行きにくく、周囲に

も知られたくない、目立つところに行きたくないということがあります。また、これまで受けた支援に不信感が募っていて、とてもじゃないけど相談したいとは思わないということがおこってくるわけです。

例えば、現在、家族会の中で、^{アクト}ACTに対するニーズが非常に高まっています。ところが、日本のある地域にACTができますと、さまざまなニーズを抱えた人が、そのACTチームに集中するということになってしまいます。本来は、重い精神障がいの人を支えるというACTに、さまざまなニーズの人たちが集中していきますので、数か月で支援できる対象がいっぱい

英国・バーミンガム地域の精神保健医療
(人口約 130 万人)



これらのアウトリーチはすべてケアマネジメントを基本にした支援である

の状態になってしまいう。なぜ集中してしまうのかというと、いろいろなニーズにこたえられる多種多様な訪問アウトリーチチームが地域にないからです。これから、日本において

は、保健・医療・福祉がそれぞれに、さまざまなニーズにこたえるアウトリーチを展開していかない、約25万人を支えるシステムはできないだろうと思います。

英国バーミンガム(人口130万人)では、どのようなシステムになっているかをご紹介します。

図のように、英国ではまず心も身体も総合的に診られる家庭医にかかります。軽い統合失調症やうつ病の方は、家庭医への通院と投薬で済んでしまう場合もあります。

もう少し、手厚いケアが必要な人たちには、家庭医

からコミュニティ精神保健チームに紹介されてきます。このチームは多職種による訪問チームですが、おおむね週1回程度訪問すればよい人たちに対して訪問しているチームです。これが17チームあるということになります。

ところが、この週1回では支えきれない人たちが一定の割合でいるわけです。そういう場合は、ACTに紹介され、週に2〜3回、あるいは1日に数回の支援がおこなわれます。

もし、本人の病状が急に不安定になり、すぐに入院か支援が必要かもしれない場合は、ホームトリートメントチーム(危機介入チーム)に紹介されること

になります。日本の場合は、夜間、休日にSOSを出しても、警察官しか来てくれませんが、バーミンガムでは、ソーシャルワーカーか看護師が、そのお宅に訪問して、薬物治療が必要か、入院治療が必要か、あるいは精神的サポートが必要かを見極めます。そこで、24時間365日のケアをおこなって、危機的な状況を回避することになります。このチームを通さないと精神科病院に入院できません。このチームがゲートキーパー（門番）になっていて、「これくらいの人なら、地域で支援があれば何とかやっていける」という判断をした場合は、入院を避けるというシステムになって

います。なお、精神科病院の入院は、原則28日4週間になります。日本の標準入院期間は約3か月前後ですから、その三分の一になります。28日間ということとは、入院するとすぐに退院先のことを考えないといけないということになりますので、アウトリーチのチームの方に聞きますと、入院して間もなく、「君はアパートに住みたいか、自宅か、公営住宅がいいか」と聞き、まず、住居を確保しないと聞けないと言っていました。

つまり、これだけのシステムを動かす大事なポイントは、経済的な保障と住居をどう維持するかということで、それがとても大切なことであると盛んに

言っておられました。

日本のサービスとの違い

さらに、アウトリーチは、ケアマネジメントをベースにおこなっているというのがもう一つの特徴です。

日本のサービスの現状は、「私たちの機関・事業所は、こういうことをおこなっています。これに当てはまる人は相談にのりませんが、当てはまらない人は、ごめんなさい、他に行ってください」という考え方です。先に自分たちの役割を決めてしまって、それに合う人しかみない。

一方、バーミンガムでおこなわれているケアマネジメントをベースにした支援というのは、

困っている人のニーズを中心にサービスを組み立て提供するということです。そういう発想になれば、自分のところでは提供できないサービスがあれば、ほかの機関とつないでサービスが受けられるようにするとか、地域にそのサービスがない場合は、いろいろな関係者とネットワークを作って、社会資源を開発していくということをおこないます。一般の人が使っているサービスがあつて、障がいのある人にも使いやすいようにしたいなと思うなら、その機関に働きかけて、精神障がいのある人にも使いやすいようにしていく、というのが、ケアマネジメントという考え方です。このケアマネ

ジメントを、すべての職種、医師も看護師も大切にしていることが、大きなポイントではないかと思えます。

地域全体をデザインする

次に、地域責任制ですが、各

チームが担当エリアを明確に定めているということです。日本では、医療機関は、自分の担当地域を定めていません。通える範囲という限定があるだけです。ですから、同じサービスが一つの地域にたくさんあつたり、同じサービスが地域に一つしかないということが起こっています。ある地域に精神科デイケアが四つもあるのに、訪問看護はまったくなくないとか、訪問看

護はあるけど、デイケアはないとか、地域全体としてデザインされていないというのが、日本の特徴です。住民全体のニーズをとらえてシステムを設計するということは、現状ではほとんどないと言えます。

日本においても、今後は地域の自立支援協議会やそれを支える市町村、都道府県が、この地域に、どんな施設が必要か、あるいは必要ないか、地域の明確なニーズをアセスメント*して、具体的な数としてあらわしてデザインしていかないと、先進国の状況にはならないだろうと思えます。(さとう あつし)

*アセスメントとは、個人や地域の状態を十分理解し、必要な支援を考えた支援の成果などを調べること。

ファミリワーク（英国訪問家族支援）について

メリデンファミリワークプログラム所長、臨床心理士 グレイン・ファツデン

まず最初に申し上げたいことは、これまで皆さんが非常に努力をされてきた「家族への支援」ということに関してです。そしてメリデンファミリワークがこれから導入されることに關して非常にうれしく思っております。私たちはこれから長い旅路に手に手を取って歩もうとしているわけです。「千里の道も一歩から」と言う言葉もあります。まさに私たちは今日その一歩を踏み出したと思います。

私はバーミンガムからまいりました。非常に美しい都市です。このバーミンガムで私たちはプログラムを15年間行っています。ファミリワークを導入するに当たって

さて皆さんが、これから歩み出す旅路は、私たちもしてきたことです。その道のりの中で多くの間違いもしましたし、そこから学ぶことも多かったです。私たちが皆さんにあれこれ指示



するのではなく、ぜひ私たちがしてきたことを皆さんにお話することをお話することにより、皆さんがこの旅路をより速く進むことができるように

と思っています。さらには私たちがしてきたことを、日本の文化にうまく合うような形で取り入れていただければと思います。

私たちの組織は国民保健サービス（NHS）が認定する国の公的な健康システムに拠点を置いています。イギリスでは、精神疾患患者のサービスはほとんど国の公的なサービスに基づいて行っています。その理由は、イギリスのどの地域にいても、均一のサービスが受けられるようにということなのです。

中でも大事にしているのは家族のニーズに応える、「家族に配慮した」サービスを発展させてきたことです。

もうひとつ重要なことは、私

たちは科学的根拠に基づいた家族支援を提供しているということです。

さらにもう一つ、サービスの仕方を変えることです。今まで個人個人に焦点を当てがちでしたが、家族を単位に考えます。私たちは家族（ファミリー）を、当事者にとって最も重要な人たち、血のつながりのあるなしでなく友人や近隣の人なども含めて家族と言っています。

私たちメリデンのチームは11人しかおりません。非常に小さいチームです。しかし世界中で多くの人々が私たちが行ってきたトレーニングを受けています。小さなグループであっても、方向性や姿勢と意思を持ってい

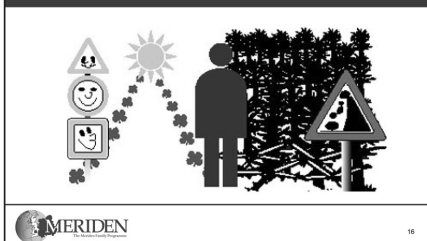
れば大きな変化をもたらすことができるのです。

家族の一人が発症したとき

もし家族の一人が精神疾患を発症したとき、家族にどんな影響があるでしょうか。多くの家族にとって、非常に困難な旅になります。もし選択肢があればより簡単な道を選ぶでしょうが、そこには選択の余地のないいばらの困難な道が続いていて、それ以外には方法がないという場合です。

そのような状況になったとき、さまざまな影響が出てきます。仕事への影響があります。世話をしなくてはいけない人が仕事をあきらめなくてはいけない

多くの場合、家族には選択肢がない



い、また病気になった人が家族の大黒柱であったときは、経済的に非常に困難になります。

それから社会生活の制限が出てきます。外出ができないとか、家に訪れる人が少なくなることもあるかもしれません。社会生活の制限を重視する理由は、社会との関係を健全に保つことが、精神的にも健全性を保つこ

とにつながるからです。社会や周囲からのサポートが非常に重要です。最もサポートを必要としている人が、一番そこにアクセスしづらくなってしまいう状況を避けることが必要です。

さらに子供への影響も考えられます。自身の子供であったり、あるいはその逆であったり、兄弟姉妹に対する影響です。また日々の日常生活への影響もありますし、ステイグマも出ます。

そして最も重要なことのひとつとして、家族自身の心身の健康への影響です。それがまさに、私たちが家族へのサポートが必要だと強く思う理由です。もしサポートが得られない場合、長期にわたって精神的健康に問題

のある人をケアすると、一般の人に比べて、精神保健の問題を抱える割合が非常に高くなるということがあります。その理由の一つは、ケアすることは継続的に行われなければならず、終わりがないことだからです。

また感情的な影響もあります。ストレスを抱えたり、睡眠不足になったり、将来への不安や恐れ、抑うつなどがあります。変わってしまった子供や伴侶等に大きな喪失感を受ける人もいます。家族間のコミュニケーションが困難になる場合もあります。さらに自殺の危険性や暴力への恐れなどがあります。専門家として私たちはどう対処すればいいのかトレーニングを受

けていますが、家族は受けていません。専門家であれば選択肢はあるわけですが、家族にはありません。対処のトレーニングは受けていませんしスキルもないということです。そういった選択肢がない場合、この困難な道をどうすればもつと楽に、もつと前向きに進んでいくことができるのでしょうか。

家族が当事者を最も知っている

では次に私たちのアプローチの理由について説明します。

まず、家族が当事者を最も理解しているということです。家族は幅広いスキルと知識を、当事者に関して長い間積み重ねています。何がうまくいったのか、

行かなかったのかについても一番よく知っています。

そしてもう一つ、家族が関与しているほうがファミリーワークのようなサービスを受けやすいということがあります。また家族がサービスを利用することによってスキルを身に付け、精神疾患の場合も認知症の場合も、施設に頼らず各家庭でケアする時間がより長くすることができます。

ケアの三角形をめざす

私たちは選択肢のない道という状況から脱出したいと思っています。しかし今現在、非常に分断したやり取りしか行われていません。家族は当事者に、当

この形を目指しています。
ケアの三角形



事者は家族のみに話す。専門職の人は、当事者と家族に、それぞれ別々に話をするというような状況になっています。それはうまくいっていないと思います。

私たちはスライドにあるようなケアの三角形を目指しています。この三角形は、本人、専門職、家族が三角形につながっている状況です。このモデルでは、

それぞれの持つている知識や専門知識をお互いに利用することができます。

この三角形に到達するためには、さまざまな家族支援の方法があります。

まず最初に、家族に配慮した支援です。このサービスを受ける前に、さまざまな公的サービスに、自分たちの話を聞いてもらえないという不満があるということを聞きます。それは例えば「私たちは、いかにも透明人間のように扱われてしまう」と思われた家族が多いです。

私たちはまず、家族がどのように対処しているか見て、そのあと家族がサービスの仕組みを理解できるようにサポートしま

す。家族に耳を傾け、どれだけ困難な状況にあるかということに関して共感します。しかし、専門家としてそれが難しい状況もあります。家族の中には、言いたいことはたくさんあるのに、誰にも聞いてもらえなかったという体験をしたということもあって、時に怒りを持って話されたり、あるいは非常に長い時間話したり、失望している方向で話す方もいます。専門家としては、そういった状況でも耳を傾ける必要があります。

また専門家として、怒りが向かってきた場合には、必ずしも自分に向けての怒りでなく、その方が抱えている困難をどこに向けていいかわからないから怒

ることを理解します。と同時に、家族に専門家も人間であり、残念に思ったり辛く思うこともある事を理解してほしいと思っております。

私たちはこれからのこの旅路に、共に手を取り合って旅立つということであれば、時間をかけてお互いを理解し、お互いはどう思っているかをきちんと確認し合っていくことが必要です。

専門家として理解すべきことは、家族がその困難な状況に対処しようとして、多大な努力をしてきたということです。そしてこのプログラムの効果は、家族のストレスを減らし、専門家スタッフとしては彼らを助けていると実感できるということです。

サポートグループ「家族会」

「みんなねつと」のように、家族会が行われることは非常に有用なことです。多くのケアラーがサポートグループを高く評価し、支えられていると感じていますし、ストレスを減らすこともできますし、専門家や家族から話を聞くことにより、知識を増やすことができます。そして多くの場合、孤立感やステイグマを減らすこともできます。それは他の人たちも同じような状況にしていることを実感することができるからです。「みんなねつと」に参加している皆さんはぜひ誇りを持っていただきたいと思えます。専門家が提供することの

できなかった家族へのサービスや支援を、皆さんの手ですでに実践されているからです。

しかし専門家と「みんなねつと」のような任意団体がともに手を取り合って取り組めば、さらい私たちのすることは容易になると思います。なぜなら家族会の活動を通じて、誰が助けを必要としているかが分かりやすくなるからです。ある家族にはサポートグループに参加するだけでも助けになる場合もありますし、またある家族にはより深いレベルのサポートが必要かもしれませぬ。

このような家族会の活動は重要ですが、それだけでは十分ではありません。その理由の一つ

は、当事者の再発や再入院を減らす結果にはなっていないということです。二つ目は、集団行動に参加することを好まない方もいるということです。

家族支援の科学的根拠

次にファミリワークが行われた結果のグラフです。これほど違いがあるのであれば、皆が受けたいと思うのではと、多くの方に言われます。しかしファミリワークを実行するのは、新しい薬物を紹介する以上に難しいのです。

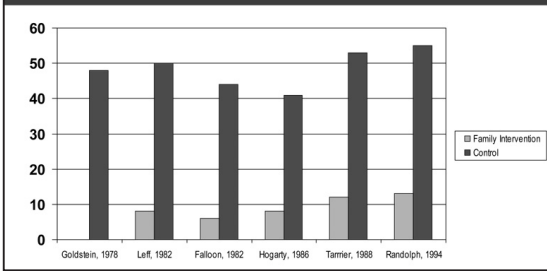
この「家族介入の研究…6ヶ月後の再発率」のグラフは53の研究から出てきた大体共通する効果の結果です。再発率

の減少、入院率の減少、そして薬物療法に対する積極的参加、当然ケアのコストも削減されます。一番コストが高いのは、入院することです。

多くの国が家族に対する支援のガイドラインを設けています。家族はこれだけのサービスを受けるべきであるというガイドラインです。イギリスにおいては、統合失調症の人がいる家族に対しては100%、こうした家族支援のアプローチを受けるべきであるとされています。アメリカや多くのヨーロッパ諸国でも、似たようなガイドラインがあります。日本には残念ながら、公的に守られるべきものがないようです。ガイドライン

がある事は非常に重要です。皆さんはガイドラインを作るように、政府や政治家に対してロビー活動を行うことです。専門家と家族と一緒に手をつないですれば、とても大きな力になるはずですよ。

家族介入の研究: 6~12カ月後の再発率



薬物療法の群

ファミリーワークを実施した群

ファミリーワークの実際

それでは最後に、ファミリーワークの実際についてです。

これを実践しようとするとても大きな困難があるのでしよう。本人と家族のグループ、専門家のグループ、そしてシステムや組織という大きなグループ、この3つの大きなグループが一緒にやっつけていこうとすると複雑な状況になります。家族支援を届ける・受けることへ影響するものは、家族は通常自分たちには力がないと思っています。専門家は自信がなかったりします。組織というものは変化に対する恐れがあります。これらの3つのグループは、今まで私が話し

た科学的根拠を知らない、その知識が欠如しているところがありません。この障壁をどのように克服するかです。

まず一点目は、科学的根拠を利用することです。これは当然とても説得力があり、効果を生み出します。二点目は、何かガイドラインというものを作ることができれば非常に力強いものがあります。任意団体と公的サービスの協働は、効果を最大限に引き出すことができます。三点目は、もしファミリールワークがなかった場合のリスクをはっきり説明することも重要です。例えば自殺率が高くなるとか、家族が精神的健康の問題を抱えるといったことを伝えるこ

とも重要です。

あとは相手が話を理解できるように、論点、論拠を展開することが必要です。例えば相手が予算の事を気にするならば、コスト削減になることを伝えるなど政治的に話すことが大事です。組織、専門家、家族のすべてのレベルでの活動が必要です。

多くの人のかわりが必要

最後にメッセージをお伝えします。より多くの人が関わることによって、すべての人がゴールに到達することができるようになります。当事者はとても孤独を感じています。家族や友人たちと取り組むことができれば、自分は信用されている、もっ

と安心できると思います。さらに専門家を巻き込むことによってよりゴールに到達しやすくなってきます。そしてもっと大きなグループ、域の人を巻き込むことも重要です。それによって雇用につながったり、支援にもつながっていきます。

アイルランドに、頭で考えているだけでは畑は耕すことにはできないという諺があります。ただ考えているだけではだめ、何かをもたらすためには、自分が何か行動を起こさなければいけません。そして私たちはみんな一つの道を歩くということです。そこに困難はあるかもしれませんが、皆で歩くことによって歩き通せるだろうと思っています。

連載②

発達障害の 理解とサポート

自閉症スペクトラム障害について

昭和大学附属烏山病院 精神保健福祉士 五十嵐美紀
臨床心理士 小峰 洋子

個人差のある三つの能力障害

前号では発達障害の概念についてお話をさせて頂きました
が、今回は自閉症スペクトラム
障害（ASD）について取り上

げたいと思います。

繰り返しになりますが、自閉症スペクトラムは、「自閉症」「広汎性発達障害」「アスペルガー症候群」などの診断名がよく知られています。症状には個人差がありますが、三つの能力障害があるとされています。

(1) 対人的相互作用（社会性）の障害

(2) コミュニケーションの障害

(3) 想像力の障害（行動と興味
の範囲の局限）です。

具体的にどのような特徴を呈する
のかは図を参照ください。

アメリカ精神医学会による
診断基準がDSM-5に改訂され、
自閉症やアスペルガー障害
などが包括的に「自閉症スペク

ラム障害（ASD）」と新たに定義されました。今後ASD
の概念が主流になってくると思
われます。

スペクトラムという言葉

さて、「自閉症スペクトラム」という言葉は馴染みがあまりないと思います。スペクトラムは「連続体」を意味します。可視光線を分離すると虹のように異なる色が連続して見えるように、自閉症も軽い自閉症から軽い自閉症、さらには健常な発達の人までが境目なくつながっているということなのです。

重い自閉症、軽い自閉症があり、さらに特徴が軽くなると定

ASDの人の特徴

- ①言葉の裏の意味やあいまいさ、「あ・うんの呼吸」を読み取るのが苦手
- ②表情を変えずに淡々と話し、ときどき回りくどい説明をする
- ③仕事の優先順位をつけづらい
- ④予定通りにいかないとパニックになる
- ⑤接客は苦手だがパソコン入力や翻訳業務が得意
- ⑥ざわざわした環境にいると音が聞き分けられない
- ⑦理論は得意だが、手先を使うような実技は苦手
- ⑧毎日会っている人でも服装が変わると混乱する
- ⑨冗談が通じず、相手とは「直球勝負」

図 出典／AERA 2012年3月19日号

型発達者（健常な発達の人）と違いがなくなるということになります。

障害が軽いがゆえのつらさ

昭和大学附属烏山病院では成人発達障害外来を開設していますが、受診者の多くは成人になり初めて医療機関を受診した方々です。

それまでは困難を抱えながらもご自分なりの処世術を身につけ乗り越えてきたのですが、進学や就職、結婚など大きな生活の変化に適応できずそこで初めて「問題」となり、受診に至ります。

処世術を身につけることがで

きる、問題になる以前は容易ではなかったとしてもなんとか社会に適應できていたという意味で、軽い自閉症になります。

しかし成人になった後も自閉症の特徴は残っており、軽いがゆえのつらさを抱えています。

障害の軽さは、周囲の人から障害の理解がされにくく、やる気が無いと思われる、能力以上のことを期待されたりすることにつながります。自分の得意な事の原因がわからないまま成人になる方が多いということです。

原因がわかり安心できる

そのため、例えば診断がされ

た時に他の疾患であればショックを受ける方が多いのですが、彼らは違う場合があります。「安心した」「納得した」と口にするのです。「他の人とは違う」という感覚は幼少期より持つっており、努力しても改善することができずにいます。それが性格の問題、親の育て方の問題とされ、つらい思いをしてきた経緯があるため、障害が「うまくいかない」原因であったことがわかり安心をするようです。

自己肯定感の低さへの対応

しかし、数多くの挫折体験、失敗体験により生じる自己肯定感（自分に自信を持つ感覚）の

低さはすぐに改善できるものではありません。これは自閉症スペクトラム障害の方がしばしば持っている遂行機能（物事の見通しをつけて計画的に実行する力）の障害とも関係しているかもしれません。

目の前のことは正確に作業・行動することができませんが、物事を組み立てたり計画したりすることは苦手で、自分の将来についても漠然としか考えることができず、大きな不安を抱えているのです。その自己肯定感の低さや不安に対し、どのようなアプローチができるか、私たちは模索してきました。

一つの答えとして、発達障害特有の能力のバラつきを理解

し、得意なことを生かす、苦手なことの対処法を得ることが挙げられます。

自分の得手不得手を理解する

ここで重要なのは苦手なことだけに焦点を当てないことです。自分の得手不得手を理解することにより、自分の能力を活用したり、相手に理解を求めることができます。それが生活のしやすさに繋がる方が多くいらっしやいます。

昭和大学では、昨年度より発達障害をもつ人を3名雇用しました。発達障害を持つ人と一緒に働くことは、私たちにとって初めての試みであったため、当

初たくさんの配慮をしていましたが、それが過剰であったことに気付きました。1年経過した今も、3名は期待以上の働きをして下さっています。

3名のうちの1人は、確かに目を見て挨拶することや気の利いた一言を言うことは苦手です。しかしパソコンを使った作業やリサーチ作業は高い集中力で、正確にこなします。これは私にはまねができません。苦手なことも時間の経過とともに、「可愛らしいキャラクター」として周囲に受け入れられていきました。

* * *

相手の得手不得手を理解し、心遣いをする。程度の違いはあるのかもしれませんが、定型発達である私たちも自然におこなっていることなのではないでしょうか。

発達障害を持つ人が、一人でも多く、本人の特徴を生かした成功体験が得られるようになることを願ってやみません。

(いがらしみき、こみねようこ)



街の 診療所から のお便り

…病名ではなく、困って
いることで考えよう…

連載84回



ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈うつ病ですか?〉

初診の時、Mさん（32歳女性）は「仕事に出るのが辛い」と暗い表情でした。会社で自分だけがひどい扱いを受けていると言われ、途中からは泣きだされました。同僚の年長の女性社員が職場を仕切っていて、Mさんがそのお局様の機嫌を損ねて意地悪をされ、会社の上司からも仕事ぶりについて理不尽な注意を

されている、と言われます。

「ネットで見たら私はうつ病です。気持ちが暗く、喜びが感じられません。すぐに疲れるし、どうして良いか迷います。夜は寝付けないし、食欲もないです。死んだ方がまし、と思うこともあります。それで、うつ病の薬をもらいに来ました」。

〈項目11の診断〉

確かにDSM診断基準*の項

目には合っていますね。でも、DSMの原本には「ほとんど1日中、ほとんど毎日の」抑うつ状態と書いてあります。あなたの不調は1日中、毎日ですか？そして、そんな不調が2週間以上持続している時に『うつ病』と診断して1種類の抗うつ薬を処方する、というのがアメリカ流精神医学の考え方です。でも、人々の気持ちのありようは一人ひとり違ってきます。人間のす

*米国精神医学会の『精神疾患の分類と診断の手引き』

る大抵のことで、そんなワンパターンはうまく行きません。例えば農業だったら、自分の畑の状態とかその年の天候とかを考えて、種をまく時期や肥料を細かく工夫しますからね。

〈原因を考えて〉

あなたのうつ状態は会社での辛い状況が原因でしょうか。それならば、その状況を変えるか、やり過ぎるか、あるいはそこから逃げ出すかを考えないといけません。状況を変えないまま、薬であなたの気持ちが見えなくなっても、それは空元気です。でも、一つ一つの症状を軽くする薬があります。自信を失っているあなたには少量の抗うつ薬

が「私は頑張っている、自信を持とう」という支えになります。そして、寝付きを良くする薬と深く眠る薬を飲んで、良く眠った頭で考えましょう。ストレスで胸が詰まり、肩が凝って動悸がしているのには柴胡さいこの入った漢方薬がぴったりです。

〈良いよびをつく〉

1週間後にMさんは再来院され、「薬で良く眠れて、落ち着きました」と少し明るい感じ。「私の給料は10万円ちょっとです。そのくらいの仕事はしているはずですが、専務さんから、仕事が遅いから辞めてもらうかどうか考えている、と言われた」と言われます。



Mさんには強い自責感はありませんから、典型的な『うつ病』ではありません。抗うつ薬を増量しても益はないでしょう。でも、Mさんのうつ状態の原因を直接解決することは精神科医にはできません。私は、「会社には解雇する正当な理由はないでしょう。自分から退職願を書く

ことはない」と伝えました。このことに関しては弁護士や労働基準監督署、あるいは1人でも入れる労働組合に相談するのでしょうか。

〈自分の元気です〉

3週目に来院された時、Mさんはスッキリとした顔つきでした。

「ある労働組合に相談したら、一緒に会社と交渉してくれるそうです。お局様や上司に無理を言われた時のために録音機も買いました」

「薬のおかげで、自分の信じるように行動していいんだ」と思えるようになりました」

「いえいえ、薬は後押ししただ

けです。油の切れた自転車に数滴油をさしたら、軽く動くようになるのと同じです。後は、自分で方向を定め、自力で漕いで行くのです。自信が付いたころ、薬は自然に止められるでしょう。

〈別の悩み〉

この時Mさんは小さな男の子を連れていましたが、その子は診察室の中で動き回り、血圧計や診察器具に物珍しく手を出して落ち着きません。実は、多動性障害ADHDと診断され、薬を飲んでいるということでした。

Mさんは、「自分は発達障害（アスペルガー症）ではないか

とと思っています。会社でコミュニケーションが取れず、お局様や上司との対人関係がうまく行きません」と言われ、「私の発達障害がこの子の障害に遺伝しているのではないかと心配です」という悩みを持たれていました。

そうですね、この子はじっとしておれず、考えるよりもすぐ行動してしまうらしい。衝動的



なようですね。お母さんとしては、この子をどういう風に指導して行こうか、悩みでしょう。ただ、対人関係があなたの程度にうまく行かないのは発達障害とは言えません。項目の上面だけでは診断できないのです。

〈病気と遺伝〉

精神科の病気の遺伝については遺伝子（DNAの配列）だけでは説明できないようです。DNAの配列で生物の設計図を保存しているのですが、例えば統合失調症の場合、遺伝子が全く同じ一卵性双生児でも、1人が発症した時に別の1人が発症する確率は50%程度です。あとの50%は発症しません。DNAの

配列以外に何かがあるのです。

そこには精神病と関係する遺伝子を使わないでおく仕組みがあるらしい。遺伝子発現の制御（エピジェネティクス遺伝）という最近の研究です。一つの説明では、遺伝子はDNAが長い鎖状になっているのですが、シトシンの部分がメチル化されて固く折りたたまれていると、保存型の設計図であるDNAからすぐ使える設計図であるRNAへの転写ができません。そうすると、そのRNAとそれから作られる蛋白質の産生もできなくなり、その遺伝子が発現しないことになります。別のやり方では、RNAの並びに従ってアミノ酸をつなげて蛋白質を作る

時、小さなマイクロRNAが設計図のRNAにくっついて邪魔をすると、蛋白質が作られない、という仕組みもあります。

〈愛は勝つ〉

こういう所に精神科の薬が効いている可能性もあります。が、それよりも、私は「精神療法や家族の優しい人間関係、安心と希望を持った生活などが都合の悪い遺伝子を働きにくくさせる」のではないかと考えています。Mさんも診断基準を当てはめて心配するのは止めましょう。「一つ一つの困難に笑顔で対処していくと、良いめぐり合わせになる」と考える方がハッピーですよ。

連載

統合失調症は
どこまでわかったか

精神病の急性期は脳の炎症反応か

グリア細胞の活躍

脳の中には神経細胞だけではなく、アストロサイトやミクログリアといったグリア細胞と呼ばれる細胞があり、神経細胞の働きを調節しています。脳に炎症が起こった際には神経細胞のネットワークを修復するためにこれらのグリア細胞が活躍します。統合失調症の患者さんの脳では神経細胞が枯れかかるよう

な変化を起こし、脳の体積が減少するのでしたね。神経細胞が枯れていくと脳の中では修復のための「炎症」が起こります。神経細胞の中にはATPという物質が非常に高濃度に含まれていて、細胞外のATPは非常に低濃度となっています。傷ついた神経細胞を探し当てるにはどうしたらいいでしょうか。「けが人を探すには血のにおいがする方向へ進む」のが合

理的ですね。死にかけた人が適切に助けられと正しい連絡をできるとは限らない、しかし、血のにおいがする方向へ進むならばかなりダメージを受けていて意識を失っている人でも探し当ててあげることが可能です。神経細胞を助けてあげる場合もこれと同じです。ミクログリア細胞は非常にATPに敏感に反応するように作られていて、ミクログリアがATPに暴露され

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

連載
58

ると、そこでは神経細胞の細胞膜が破れて、中にあるATPが外へ漏れだしているということを示すため、ミクログリアは活性化され、初期にはミクログリアが直接的にBDNFなどの脳の肥料を放出し、神経細胞を修復します。その程度で済む場合にはいいのですが、神経細胞のダメージが重度で修復不能である場合にはミクログリアはその神経細胞を排除するために炎症を起こします。炎症反応の最初の物質は、IL-1 β 、TNF- α 、IL-6という炎症性サイトカインで、ミクログリアが作り出します。「ここに大きな事故が起こっているからみんな集まってくれ」と警報を鳴らすの

です。炎症が起こると局所の血流や糖の取り込みが増え、一過性にその部分の活動性が亢進します（けがをした所が腫れてくると同じです）。

幻聴の正体は、脳内の炎症反応

統合失調症患者さんの脳では神経細胞が枯れかかるような変化を起こし、脳の体積が減り、それによって病気の症状がおこるのでしたね。しかし、それでは理解力の低下や陰性症状などの脳の活動性の低下による症状は説明できるけれど、幻聴や妄想や興奮といった脳の不適切な活動亢進による陽性症状や急性期症状に関してはうまく説明できません。また、脳の体積はそ

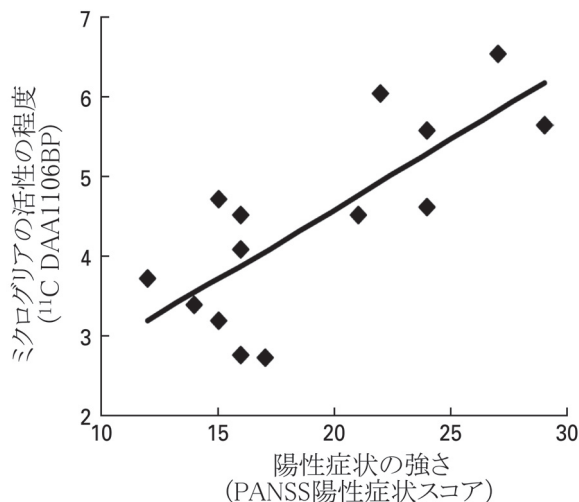
れほどすぐには増えたり減ったりしないのに、陽性症状や急性期症状はしばらくするとおさまります。実は陰性症状は確かに脳体積減少の程度がひどいと陰性症状も強まるのですが、陽性症状に関しては脳体積減少の程度には間接的に関係しません。実は陽性症状の強さは炎症の強さと関係します（図1）。つまり、統合失調症の急性期症状は脳の体積減少を修復するための炎症反応をみている、統合失調症の急性期の症状は風邪の時の発熱のようなものだということになります。幻聴には脳の左上側頭回という音声言語を司る部分に関係しますが、その体積が減るだけならば、言語的

理解力が悪くなるだけで、幻聴
という異常な活動性をもたらす
ことはないはずですが、体積減

少に反応して炎症が起こるため
に異常な音声言語活動が脳内で
起こり、ないはずの声を認識し

てしまう。それが幻聴の正体な
のだと考えられます。
ミクログリアが炎症性サイト

図1 ミクログリアの活性度と統合失調症の陽性症状は相関がある



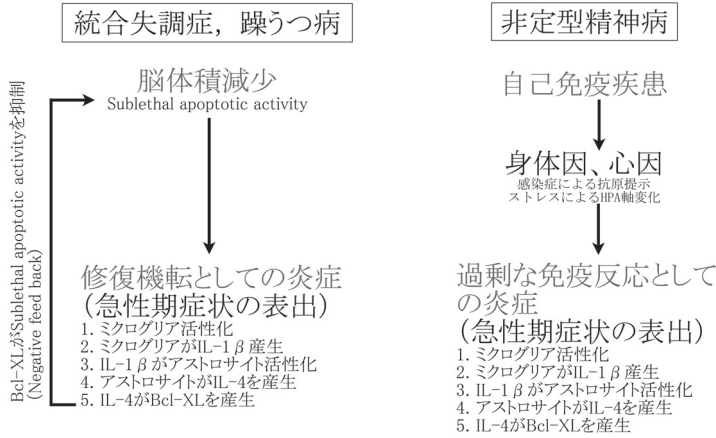
Takano, A., Arakawa, R., Ito, H., et al.:Int J Neuropsychopharmacol, 13:943-950,2010.

図2 統合失調症の急性期症状は 炎症-修復反応

1. 神経細胞が枯れかかるような変化を受けると
2. 細胞内ATPが細胞外へ漏出する
3. ATPはミクログリア表面にあるATP受容体を介してミクログリアを活性化させる
4. 活性化したミクログリアはBDNFを産生し、神経細胞の修復を試みる
5. 障害が重度で直接的修復が不能な程度となると、IL-1 β 、TNF- α 、IL-6などの炎症性サイトカインを放出し、炎症-修復反応を開始
6. 炎症性サイトカインはアストロサイトに作用し、IL-4、IL-8、IL-10などの抗炎症性サイトカインを放出する
7. 抗炎症性サイトカインはミクログリアを活性化させ、サイトカインを介したグリアネットワークにより炎症-修復反応が進展する(急性期症状)
8. IL-4の増加はBcl-XLを増加させるため、適切な炎症反応は最終的には修復を目的とし、神経保護的な役割を持つ。

菊山裕貴, 川茂聖哉, 堤淳ほか: 精神科治療学, 25:1233-1239,2010.

図3 非定型精神病は病因が異なる異種の疾患



菊山裕貴, 川茂聖哉, 堤淳ほか: 精神科治療学, 25:1233-1239, 2010.

カインを放出すると、炎症性サイトカインによりアストロサイトという細胞が活性化され、ア

ストロサイトは炎症性サイトカイン（炎症終息に向かうサイトカイン）を放出します。炎症

炎症が起る理由の違い

非定型精神病の急性期症状が統合失調症の急性期症状と似ている理由は、急性期の時には脳の中で起こっていることは同じ、つまり、同じように炎症が起こっているからです。しかし、炎症が起こる理由は違います。統合失調症は脳体積減少を防止するための生体の防御反応として炎症が起こるのに対して、非定型精神病は自己免疫疾患が原因で炎症が起こっています(図3)。原因が異なり、非定型精神病では基本的に脳体積減少はみられないために急性期症状が終わった後には理解力の低下や陰性症状などが残らないのです。

4が高まり、IL-4が強力な神経細胞死抑制物質であるBcl-XLを増やし、脳体積減少を食い止め、炎症修復反応が終了します(図2)。

(きくやま ひろき)

ここでは、患者さんが病気になったのは「成育歴に問題がある」とか、あまり治療に積極的でなかったり、協力的でないと言われる家族に対して「問題のある家族」とレッテルを貼っています



◆山口県 てつじ 本人 (40代)

でも記事を読んで、母親も家から外に出ることで私とのほどよい距離を保つことができていたし、母親の精神衛生を保つことでバランスがとれていたんだなと思います。母親は私が攻撃した事でトラウマになっ

つ」が発症した時、私は両親をととても責めました。特に母親に対して「病気になったのは育て方が悪かったからだ」と攻撃しました。私がうつでしんどい時に、私を置いて外でボランティアをしている母親が許せなかったのです。

した。又、大病院に勤めていた時、ある医師が「うちの患者さんがいる家庭には、攻撃的な家族がいることが多い」と言っていました。

それを受けて、最初に私の「うつ」が発症した時、私は両親

つ」が発症した時、私は両親をととても責めました。特に母親に対して「病気になったのは育て方が悪かったからだ」と攻撃しました。私がうつでしんどい時に、私を置いて外でボランティアをしている母親が許せなかったのです。

てしまつて、本当に申し訳ないことをしたなと思っています。誰も完璧な人なんていないのです。地域で家族をもつと支えてくれるシステムが、もつと増えてらいいなと思います。

日常生活

◆北海道 みさちゃん 家族 (50代)

統合失調症とてんかんと言う精神疾患の息子と向き合つて3年目。何がなんだかかわからずの3年でしたが、「みんなねつ」と読んで、家族会に参加したりして勉強しています。

病気を受け入れ前向きに考えて行くつもりですが、薬のこととなると私の知らないことだらけ。「みんなねつ」を参考にしてこれからも現状を受け止め、将来の自立を目ざ

■4月から消費税が8%に上がりました。スーパーやコンビニで買い物をする、以前よりだいぶ価格が高く感じるのわただしだけでしょか？財布のひもは、ますます固くなるばかりです。さて、わたくしごとで大変恐縮ですが、この度みんなねつとを退職することになりました。家族会に関わらせていただき十数年。これまでたくさんの方々の皆さんや支援者、関係者の皆さんとご縁をいただき、多くの学びを得ることができました。家族の方々と一緒に活動することは、わたしにとって貴重であり、楽しく元気をもらえる源でした。今まで本当に大変お世話になりました。今後も応援しています！ありがとうございます。(高村)

■五月に入り、五月晴れの空を見るとなぜか整理をしたくなります。実家に居るときは、6月になると衣替えで冬物をしまい、夏物を出すという大仕事をしました。今は3シーズン着られるものが多くなり、毎年5月にコート類をクリーニングするくらいになりましたが、これから着る夏物の衣類の明るい色を見ると、どこまで明るくなりません。また、部屋の模様替えも楽しみます。家具の位置をちよつと変えたり、敷物、クロスなど、夏色に変えるだけで、気分が一新されます。でもなんと言っても私たちに大切なことは、心の模様替えです。緑の美しい自然に接して、前向きに生きる元気を蓄えたいと思います。(川崎)

【ご寄付のお願い】 当会の活動は、皆さんの会費を主な財源としていますが、活動資金が不足しています。より活動を充実していくために、寄付を募っています。ぜひご協力ください。*通信欄に「寄付」とご記入ください。寄付金控除・税額控除の対象になります。

■郵便振込 00130-0-338317 加入者名 みんなねつと

月刊 **みんなねつと** 通巻第85号(2014年5月号) 定価 300円

発行日	2014年5月1日	賛助会費(会費に購読料含む)
発行者	公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会	個人・年間3500円
理事長	川崎 洋子	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 00130-0-338317 ホームページ www.seishinhoken.jp	

印刷・製本/倉敷印刷株式会社 表紙の絵/織田信生

月刊みんなねっと～毎月こんな内容でお届けします～

知っておきたい精神保健福祉の動き／特集／私と子どものあゆみ／連載①
街の診療所からのお便り／連載②統合失調症はどこまでわかったか／連載
③絵を描く人たち／連載④真澄こと葉のつれづれ日記／わかりやすい制度
のはなし／みんなのわ（読者のページ）ほか

【特集】

■ 2012年 ■

- 1月号：2012年を障がい者制度改革の年に
- 2月号：本人・家族の体験
- 3月号：認知行動療法ってどんなもの？（上）【在庫なし】
- 4月号：認知行動療法ってどんなもの？（下）
- 5月号：こころの健康基本法（仮称）制定に向けて
- 6月号：「働きたい」を実現するための支援—就労移行支援事業
- 7月号：日本で家族支援をどのように実現していくか
- 8月号：引きこもりの支援と居場所づくり
- 9月号：楽しむことで元気になれる—フットサルを通して
- 10月号：保護者制度がなくなる?!—新しい家族のあり方へ
- 11月号：家族相談—静岡県連の取り組みと家族会活性への期待
- 12月号：絵を描く楽しさ—原画の選考会をとおして

■ 2013年 ■

- 1月号：夢と希望を語ろう—それぞれの立場から
- 2月号：みんなねっと茨城大会
- 3月号：生活を支えるケアホーム・グループホーム
- 4月号：オームヘルパーを知っていますか？
- 5月号：現在の精神科医療の動向
- 6月号：イギリスの家族支援視察
- 7月号：精神障がい者へのアウトリーチのとりくみ
- 8月号：家族が望む家族支援とは？
- 9月号：働きかたいろいろ—雇用の現場から
- 10月号：つながりをもとめて—病気の親をもつ子どもの集い・交流会
- 11月号：「精神保健福祉法」改正について考える
- 12月号：みんなねっと大阪大会

■ 2014年 ■

- 1月号：私たちが求める本当の家族支援とは何か
- 2月号：働き続けるために—自分に期待できる働き方
- 3月号：薬を減らすガイドラインへの期待

●「月刊みんなねっと」のバックナンバーのお申し込み方法●

「300円×冊数＋送料80円」の金額を巻末の振込用紙にてお振り込みください。「通信欄」には、ご希望の号を記入してください。郵便局に備え付けの振込用紙の場合、「00130-0-338317 みんなねっと」宛てにお振り込みください（この場合、振込手数料は自己負担願います）。FAXでの申し込みもお受けします（FAX番号03-3987-5466）

精神疾患がある人や家族に役立つ出版物



家族会員・支援者のための
☆家族会運営のてびき A4判・100頁・定価800円(送料込)
家族会からの注文は1冊600円に割引します

家族会の設置から運営の仕方まで家族会の活性化に役立つ「てびき」ができました！ 会報や案内パンフなどの見本の資料ページもあり、家族会とつながりのある支援機関でもぜひご利用を！【内容】精神障がい者家族会とは／家族会活動をおこなおう／運営・活動費(財政基盤)について／家族会の組織強化をしよう／地域にとけこむ活動への積極的参加／新しい家族を家族会につなげよう／新しく家族会を立ち上げよう／支援者・関係者の方々へ／資料編

☆家族相談ハンドブック A4判・76頁・定価700円(送料込)

家族相談のテキストができました！ 家族会からの注文は1冊500円に割引

【内容】家族による家族支援／精神障がい者の状況／精神障がい者家族の状況／家族相談の意義と特徴／家族相談の目標／家族相談の留意点／相談実習の進め方／家族相談の方法／新しく家族相談事業を立ち上げたいときは／家族相談員の養成／家族相談の事例



☆シリーズ・わたしたち家族からのメッセージ

A5判・定価200円(送料込)

家族会や家族教室などのテキストとして全国各地で活用されています。

○「統合失調症を正しく理解するために」(48頁)

【内容】統合失調症はどんな病気か／統合失調症の経過と症状／治療とりハビリテーション／統合失調症の「障がい」とは？／家族の接し方・対応の仕方／生活を支援するサービス／暮らしに役立つ福祉制度／ほか



○「うつ病を正しく理解するために」(56頁)

【内容】私のうつ病体験記(本人の体験)／見守って将来の手助けをしてあげたい(母の体験)／細く長く、頑張りすぎないでいこうね(妻の体験)／うつ病の症状と治療(精神科医・飯屋暢聡)／家族の接し方・対応の仕方／生活を支える支援制度／ほか

問い合わせ先

公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)

tel 03 - 6907 - 9211 / fax 03 - 3987 - 5466

ホームページ <http://www.seishinhoken.jp>