

月刊

全国の家族と家族会をつなぐ機関誌  
& 最新の精神保健福祉情報誌!!

5

2016

# みんな ねっと



●特集●

『精神障がい者と家族それぞれが自立し、ささえあうために』①（白石弘巳）

●私と家族の手記「母」、心からの『有り難う』

■精神科医療の現状と改革の展望（氏家憲章）連載第2回「三重の格差」を抱える精神科医療

■「知る」とは生かす（青木聖芳）連載3回

障害年金の審査における診断書の捉え方とガイドライン施行後の相違点



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 3

特集

『**精神障がい者と家族**～それぞれが自立し、ささえあうために～』(上)  
みんなねっとフォーラム 2015 より (白石弘巳) 6

**精神科医療の現状と改革の展望**

【連載第2回】「二重の格差」を抱える精神科医療 (氏家憲章) 14

私と家族の手記

**母に、心からの「有り難う」** (野村忠良) 18

街の診療所からのお便り【連載 108】(増本茂樹)

…人が言うことではなく 自分の意見で決めなくっちゃね… 22

**知ることは生きること**

(連載5回) 障害年金の審査における診断書の捉え方とガイドライン施行後の相違点 (青木聖久) 26

メンタル障害をサポートするための知識—薬物療法を正しく理解する●連載22(姫井昭男)

**第3章「精神科の薬」の実際**(9)—精神科薬物療法についてよく質問されること(その1) 30

**真澄こと葉のつれづれ日記** (第62回) 34

**みんなのわ**—読者のページ・地域の話 36

## 知っておきたい 精神保健福祉の動き

■これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会・医療保護入院等の在り方分科会（第1回・3月11日）

分科会では①医療保護入院の手続きと移送②退院促進措置③入退院時及び入院中の意思決定支援及び意思表明支援の各論点を整理することが求められており、今回はそのうちの①と②に関することが議論されました。

①の医療保護入院の手続きと移送では「医療保護入院そのものが障害者権利条約に違反している」との意見が出されました。それに対し、事務局（厚労省精

神・障害保健課）は、「医療保護入院は、障害によって任意入院を行える状態でないときにのみ行うので、人権侵害に当たらない」と回答しました。

この任意入院が行なえる状態でないとは、障害があるため、判断能力を欠く、非自発的状态を指します。そこで、次のような意見表明をしました。

「一般医療や、権利条約でいう非自発的状态と、医療保護入院における非自発的というのは、少し違うのではないか。確かに一般医療においても意識不明等で、意思表明能力も判断能力も欠く場合は、本人のインフォームドコンセントを要せず家族の代諾だいたくもありうる。しかし、その場合は本人に応諾能力おうだくがな

いと同時に留保あるいは拒否能力もないということになるが、本人の意思に反する入院である医療保護入院は本人に留保ないし拒否能力があるということであり整理を要する問題である」

家族の同意要件については「反対である。しかし、家族に対する説明と同意に反対しているのではなくむしろ、入院時だけでなく入院中も十分行っている。本人抜きにということに反対しているのである」と意見表明しました。

移送については、「何らかの公的な規制を設け民間の移送を認めないと、数十万、数百万円を民間業者に払って依頼するということ、あつてはならない状態がなくならない」

また、こういう状況は「医療機関に『連れてこなければ診ない』と言われ、無理をして連れていくことから生じる。また、家族と本人の相克が生じる」と述べました。

さらに、退院促進については、「地域援助事業の紹介は重要な視点である。退院間際になってからではなく、入院直後から相談支援事業者の関与を義務付ける等をする必要がある」と意見表明しました。（理事長本條）

## お知らせします みんなねつとの活動

■みんなねつとフォーラム2015を開催いたしました

3月1日（火）に東京の池袋にある帝京平成大学沖永記念ホ

ールにて、「親あるうちの自立をめざして」と題し、当会主催でみんなねつとフォーラム2015を開催いたしました。

当日は、精神障がい者家族、当事者、行政機関や支援者の精神保健関係者等約600名の方々にご参加いただきました。

午前は、「精神障がい者と家族くそれぞれが自立し、ささえあうために」と題して、東洋大学ライフデザイン学部教授白石弘巳氏にご講演をいただきました。参加者より、とても分かりやすいという声が多く寄せられました（この講演については、今月号の特集に掲載しておりますので、ご覧下さい）。

午後は、「自立のための支援くさまざまな支援のかたちく

と題してシンポジウムを行いました。

シンポジストには、「家族会」の現場から当会理事長の本條義和、「英国メリデン版訪問家族支援」の現場から五稜会病院看護部長の吉野賀寿美氏、「訪問看護ステーション」の現場から株式会社ウイズユー代表取締役の與那覇五重氏、「生活支援」の現場から全国精神障害者地域生活支援協議会あみ代表の伊澤雄一氏の4名にお越しいたいただき、それぞれの現場での事例や実践の報告を交えながら、家族支援についてお話をいただきました。

今回は、例年とは別の会場で行い、定員も700名と増員いたしました。会場はほぼ満員

で、大盛況となりました。

多くの方々にご来場をいただきありがとうございます。

(事務局 鈴木)

### ■平成27年度第5回理事会

3月14日、東京都障害者福祉会館にて開催されました。

平成28年度重点課題（左記8点）とした事業計画案と予算案を全会一致で決めました。

・国会請願署名提出（5／13）

・政策委員会の機能化と政策的検討、提起に基づくとりくみ（特に精神保健福祉法見直し提言、精神科病院不祥事への介入）

・賛助会員拡大強化

・賛助会員新規規程、賛助会費改

定の実施（紙面改編含む）

・家族支援事業の推進（新規事業の展開を含む）

・8ブロック（各都道府県連）

実態把握

・自主収益事業の開発研究

この他に①精神障害者の交通運賃に関する請願運動②当会政策委員会の活動③障害基礎年金判定ガイドラインなどの報告がなされました。

とりわけ、魅力ある家族会活動の追及やみんなねっと誌の充実、会員拡大が当会を支える根幹であるとの審議がされました。家族支援事業については、しっかりとした方向性とそのあり方についての検討が求められました。

### ■国会請願署名中央行動

みんなねっとは、3月15日国

会請願署名活動を推進していくための中央行動を行ないました。

午前中は衆・参議院の国会議員43名（国土交通委員を中心に）、5月13日提出予定の精神障害者の交通運賃に関する国会請願についての要請をいたしました。

また、午後には、参議院会館で「障害者差別解消法で明日をひらく」をテーマに学習会を行ない、精神障害者の受ける差別の当事者の声として、4名の体験談と「差別解消法で元気になる」との池原弁護士とのミニ講演がありました。

そして、クライマックスには、当会をはじめ精神の障害関係団体8団体（日本精神神経科診療所協会、日本精神保健福祉士協会、日本精神科看護協会、日本

てんかん協会、日本作業療法士協会、全国精神障害者地域生活支援協議会の同席、日本精神科病院協会、全国精神障害者団体連合会より賛同）との合同会見となりました。

単なる割引制度の話ではなく、精神障害者への差別解消と生活の質の向上の面から、精神障がい者の地域生活支援の充実と、更なる発展を遂げるための訴えをいたしました。

（事務局長 小幡）

■四国ブロック・みんなねっとフォーラム2015 in 香川大会  
みんなねっとフォーラム2015 in 香川大会が、去る2月18日～19日に、香川県綾歌郡宇多津町のホテルサンルート瀬戸大

橋で行なわれました。

2日間を通して約400名の方の参加があり、「精神障がい者が共に暮らせる地域づくり」～当事者と家族が安心して地域で生活するために～というテーマを掲げ、開催されました。

1日目の記念講演では、「ACT・Zero 岡山」の藤田大輔氏による「岡山県におけるACT実践より」立ち上げの経緯、そして病院から地域へという支援の実態を聞くことが出来ました。次にみんなねっとの本條義和理事長から活動報告、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部の北澤直美氏より行政報告がありました。

2日目は四国ブロック各県家連の事業・活動報告と、「家族

の力と役割」、「支え、支えられる、当事者の力」の2つの分科会に分かれ、それぞれ家族、ピアスタッフから報告がありました。四国四県の取り組みを通し、学び合う、実りの多い大会となりました。

（香川県連）



特集

# 『精神障がい者と家族』

それぞれが自立し、ささえあうために

上

みんなねっとフォーラム2015より

東洋大学ライフデザイン学部教授

白石弘巳

今月号と来月号に掲載する特集は、「みんなねっとフォーラム2015」における白石弘巳先生の講演をお届けいたしますが、誌面の関係で講演の後半部分の「親あるうち」に自立するために何が必要なのか」に絞ってご紹介いたします。

## 「親あるうち」に自立するために 何が必要なのか

### 自ら立ち上がること

「自立」とは、どういうことかということですが、私の考えでは、「自立」というのは、一人で住むことでも、自分の食べるものを十分に稼ぐことでもなく、

できることは自分でやって、できないことは人に頼むことができる力を持っているということではないかと思っています。  
ですから、どんなに障がいがあっても「自立」した生き方をする



ことはできるのではないかと思  
います。その都度やれることの  
範囲は違いますが、できないこ  
とを周りの人が助けるようにす  
ることができれば、その人は「自  
立」した生き方をしていくこと  
ができるのではないかと考えた  
のです。

## 自立のための前提

そうなる、そのために何が  
必要なかということですが、  
やはり一番基本になるのは、本  
人が生きようとする姿勢です。

つまり、前向きな姿勢、それ  
から何かに対して希望を持って  
いるということです。

ある程度状態がいい患者さん  
でも、「何かやりたいことあり

ますか？」とうかがうと「いや、  
そんなものはない」、「わからな  
い」という人が結構いますが、  
そういうものを持てるというこ  
とが、それだけで、その人の強  
みではないかと思えます。

それから、コミュニケーション  
がとれる人間関係が必要です。  
一人で勝手によくなるというこ  
とはなかなか難しいわけです。  
やはり誰かと一緒にやっていく  
中で、回復・改善・リハビリがお  
こなわれてくるのですから、コ  
ミュニケーションをとる相手と  
しての人間が必要だと思います。  
それに加えて、制度と社会資源  
の裏打ちがあれば、今考えたよ  
うな「自立」が、すぐにできるので  
はないかと思われまます。

## やればできるのか？

それでは、すぐに本人が、希  
望を述べて、その希望が実現で  
きるように他の人にリクエスト  
ができるかという、なかなか  
できないという人が多いのでは  
ないかと思うのです。どうして  
そうなるのかということですが、  
まず統合失調症などの精神  
科の病気で起こってくる障がい  
というものがどういうものかと  
いうことについての理解が必要  
ではないかと思えます。

例えば目が見えない人とか手  
が動かない人と比べた場合、精  
神の病気の人の障がいというの  
は他の人から見えないというこ  
とが特徴としてあります。精神

の障がい。「見えない障がい」という人もいます。

年金をもらっている人が、前にお話をうかがった時に、「『どこが具合が悪いのか』とみんなから言われる。『なんで働かないんだ』と言われる。自分たちは、働こうと思ってもなかなか働けないのでつらい思いをしているのに、なかなかその辺のところを理解してもらえない」と



講演する白石先生

言っていました。ただ、本当にやればできるというところもあるのです、その辺をどういうふうに考えたらいいのかということが現実の問題としてあります。

### 能力のちがひ

精神の障がいの場合は全体として、何をやるについても病気になる前と比べると、あるいは他の人と比べると、平均して少しいろんなことがうまくいかなくなる、能力・活動が少し低下するというのが特徴です。

私も学位を取らせていただく時、患者さんに協力をさせていただいて目で作業をしていたかどうかという研究をしたんですが、患者さんと患者さんではない人の

違いは、作業を早くしてくださいと言った時に、病気でない人が1分でできることを、統合失調症の患者さんは重い人も含めて1分5秒ぐらいでした。たった5秒の違いしかないわけです。

だから瞬間的な能力ということでは5秒の違いしかないし、字が読めないとか書けないとかそういうような問題もない。でも、そんなちよつとの違いなのに、現実には働いている人が少ないというところが、この病気の理解しにくいところだと思っております。

### 刺激への反応

結局、いったん病気になる、とストレスとか刺激に対して、と

くに新しいこととか自分がまだやっつてないようなことに対して、非常に過敏になってしまうということがあります。

逆に、ある程度の刺激がないと意欲がわかないということがあり、結局自分で自分をコントロールするというのが思うようにできないというのが精神の障がいの一つの特徴なのです。

よく例えで話しますが、統合失調症の人が、デイズツーランドに行くということになった時に、あんまり行ったことがないところなので、前の日から何を着て行くのかとか天気はどうかとかいろいろなことを心配して、結局寝られず、「もう待っていてられないから、早く行こうよ」

と言う。それで、行ってみると、もうそれだけで疲れてしまう。

逆に、作業所に行くような時はずーっと寝ていて、家族の人が起こしてもなかなか起きてこないで、「今日は眠いから行けないよ」と言う。遊園地に行く時には、あんなに早くから起きて、行こう行こうと言うのに、どうして作業所の際は起きられないのか。このようなとき、「怠けているのではないか」と見られてしまうことがあります。

これに対しては、刺激に対する反応の仕方が非常に極端だということですが、理解する糸口になると思います。慣れてないことをやらなければいけないと感じたこと。それからやりたいこと

に対しては、油紙に火がついたように自分で抑えられなくなってしまうこと。それに対して、なんか、やらなくても済むんじゃないかとか、やるのが億劫だなあとかいう気持ちが少しでもあると、なかなか自分の気持ちを鼓舞して行動に移ることができない。そういうようなところが現実にあるのだらうと思います。

そこを十分にわかってあげないと、「怠け」だとかいうふうに見える見方が出てきてしまうと思います。たぶんそういうことの結果として、何かをやった時に疲れやすくなってしまう。ですから能力という面で言えば、例えば3日間だったらある会社で

働けるけれど、10日間、1か月、2か月とずっと続けて働くということは、非常に精神障がいの人は大変だということです。

## 今のままでの環境整備

家族会のアンケートの結果を見ますと、だいたい就労しているという方は5%とか7%です。だから100人に対して5人、7人ぐらいしか働いていないという結果が、少なくとも一昔前はほとんどでした。その人たちの中には、はたから見ると「どこが悪いの」というような人がたくさんいると思います。それは本人たちがいけないのではなく、その障がいに合わせて仕事を作ることができないでいる支

援の側の問題であると思います。

障害者差別解消法に盛り込まれた「合理的配慮」についてですが、例えば、今、ハローワークにあるのは、週20時間以上働くという仕事だけです。だから、週20時間以上やれるように鍛えなければと考えるのではなく、今の状態で働ける仕事の内容や働ける時間を工夫していくことが「合理的配慮」ではないかと思えます。

「いつかよくなる、もっと働ける」という可能性をいつも秘めながら、なかなかそこに一足飛びに行けないものですから、結果としてやれることもやれないままで過ごしている、そうなるってしまうことが今までは

あったのではないでしょうか。

これからは、法律もできたことで、自分たちに合った形の生活のスタイルを制度の運用で作っていくようにできるのではないかと思います。

## こじれる状況

次に、精神科の病気に罹患したあとの「対処の仕方」という問題があります。

専門家からみると病気のこと がわかって、こちらの言ったことを理解してそれに沿った行動をしていただければ一番ありがたいのですけれども、そうならないこともあります。

自分が病気であるということ をなかなか認めてくださらない

人も、特に病気の初めの頃はいますし、それから自己流の治療をして、こじらせてしまうような人もいます。それから逆に不適切な見通しで悲観的だったり諦めてしまっている人もいるのではないかと思います。

それから、ほかの人に過度に依存してしまうとか、責任転嫁をしてしまうというような人もいます。

私は、ほかの人に依存をするということは決して悪いことではないと思います。私も先ほど「自立というのは、人に対して自分のできないことを頼める力だ」と言ったわけで、人を頼めることは大事なことです。できることまでやらないという点

が、不適切となります。

現実からの逃避で、ひきこもったりゲームをやったりタバコを吸っているというようなことが起きてしまう。

結果的に、自分が「正しい、これでいい」と思うやり方を

### 日常生活 ↔ 心理面の悪循環

#### 日常生活面

- 1) 生活習慣の乱れ
- 2) 対人関係の疎遠化

#### 心理面

- 1) 自尊心が損なわれる(自己否定)
- 2) 自己の有効性に関する意識が損なわれる(無力感)

やっつけて、自分の病気がどんなに悪くなっているかわけではない、ということが現実ではないかと思えます。

### マイナスのループ

今までのことから考えて、精神科の病気がある人というのは、もちろんすべてではありませんが、その人の症状とか能力から推定される社会参加のレベルに達していないという場合が非常に多いと考える必要があるかと思えます。

その結果、家の中にいて非常に限定的な行動パターンを取り、それが二次的に続くことによつて悪循環が生ずる場合もあります。ここには日常生活と心理面

の悪循環と書きましたが、ともすると、日常生活面で生活習慣が乱れ、対人関係がうまくいかなくなってくるのです。

そういう時の本人の心理面というのは、自分のことが好きだということではなくて、「自分は嫌いだ」「いやだ」と思うような自己否定の気持ちがあったり、それから自分の有効性に関する意識ということで無力感があつたりするのです。

日常生活が乱れることによつて自己否定や無力感が強まり、自己否定や無力感が強まるからまた日常生活が乱れる、そういうことでぐるぐるぐるぐる回っていくことになります。

そのままにしていたら、いつ

かどこかでそのぐるぐる回る輪が切れるかという、なかなか切れない。

で、周りで見ている人、特にご家族も「何とかならないかなあ」と思いながら、そのような状態が長年続いていってしまうということが起るのではないかと思います。

### 解決しなくていいんだ

これをどうやって変えていくのかということです。

一人ひとり違う状況があるとは思いますが、基本はよくなったら生活があるというように考えるのではなくて、今のままでがんばる、今のままでやっていく、そのところが出発点だ

と思うのです。

今、肯定的に自分を見られないういうことを申しましたが、それでも自分の状態を肯定的に見ることができるといふようになることが、私は課題だと思えます。

最近、認知行動療法という治療法が非常に関心を高めています。認知行動療法の中でよく引き合いに出されるのは、コップの中の水の話です。コップの中に半分しか水が入っていないということに対して、ある人は半分しかないと言って嘆くわけですが、別の見方をすれば、半分もあるじゃないかという見方もあるわけです。それで、考え方の癖というものが、どうし

## 精神疾患からの回復

まず、自分の状態を肯定的に見ること  
「悩みの解決」の前に「悩みの中」で生きていけるようになっていることが重要!

そして

- 1) 希望、夢、可能性(変わることに対する期待)を信じていることができるようになる
- 2) 自分らしい目標をもって生きることができるようになる

でも一杯入ってないと心配だ、入ってなきゃいけないんだというほうから見ると、半分しか入ってないというふうにはしか見られないわけです。

そういうものの見方・考え方の癖を変えていくのが、認知行

動療法ですが、「半分しか」というふうを考えてしまうことについて「半分もあるじゃないか」というふうには思えるためには何が必要なのかというと、今のままでもいいんだという肯定的な事実に基づいたものの見方ができるか、ということですよ。

私は、私の病院に来ている患者さんには、自分が持てる力を精一杯発揮しているということをうかがい、それでいいんだと考えるください、と言っています。それ以上のことを望んでもできない。逆につらい中で精一杯やっているということは、それだけで十分称賛に値することである。それを続けることは決して容易なことではないけれど、

ど、それを続けることがまず出発点である。

「悩みの解決」の前に、「悩みの中」で生きていける、これが自分の状態を肯定的に見るといふことになると思います。

「自立」というのは悩みとか障がいとか、いろんなものを解決できた先にあるのではなくて、悩みの中・障がいの中で、成り立つというものだと考えないといけないと思います。

希望とか夢とか可能性が信じられるようになる、自分らしい目標をもてるようになる、それでもっと元気が出てくるということなのだと思っております。

(次号へつづく)

# 精神科医療の現状と改革の展望

昭和大学烏山病院家族会あかね会監事  
社会福祉法人うるおいの里・理事長

氏家憲章

## 《連載》第2回 「二重の格差」を抱える精神科医療

日本の精神科医療は、先進諸国の精神科医療と国内の一般医療の両方に、「二重の格差」があり、精神科医療の基本的あり方が問われる深刻な問題を抱えています。

### (1) 先進諸国の精神科医療との格差

まず先進諸国の精神科医療と日本との格差の状況をみてみましょう。

#### ① 先進諸国の平均在院日数18日前後

先進諸国の精神科医療と日本の大きな格差を端的に示しているのが平均在院（入院）日数です。日本を除く先進諸国の平均在院日数は18日前後です。アメリカやフランス・デンマークの平均在院日数となると一桁で、一番長いイギリスでも50日、ほとんどの国は1か月以

内の平均在院日数です。

〈各国の平均在院日数〉WHO(2005年)

イギリス	57.9日
ドイツ	22.0日
スウェーデン	16.5日
カナダ	15.4日
オーストラリア	14.9日
イタリア	13.3日
アメリカ	6.9日
フランス	6.5日
デンマーク	5.2日
日本(2011年)	298.1日

(i) 日本は20万人が1年以上の長期入院

日本の平均在院日数は298日です。先進諸国並みの1か月未満は8・7%の2万6千人です。残りの91%の27万8千人は、先進諸国では地域に移った在院者です。しかも在院者の3人に



2人にあたる20万人は1年以上の長期入院、約4人に1人の約7万人は10年以上という超長期入院です。

②世界最多の“精神科病床大国”

日本の人口は世界の1・7%です。しかし精神科病床では、世界の19%を占め、世界最多の“精神科病床大国”なのです。

〈世界の人口〉

世界の人口	7 2 億 5 千人
日本の人口	1 億 2 千万人 (1.6%)

〈世界の精神科病床〉 WHO (2014年)

世界の精神科病床	1 8 1 万床
日本の精神科病床	3 4 万 4 床 (19%)

日本の精神科病床が先進諸国並みになった場合の病床数

現在の精神科病床	人口万対5床	残りの精神科病床
3 5 万床	6 万 4 千床 (18%)	2 8 万 6 千床 (82%)

(i) 先進諸国で廃止されている病床をなお大量に抱える日本  
日本の精神科病床が飛び抜けて多い背景には、日本の特殊事情があります。先進諸国の精神科病床は人口万対

(人口1万人に) 5床前後です。この精神科病床を日本に当てはめると6万4千床です。しかし、日本には35万床もの精神科病床があります。35万床から6万4千床を差し引くと、28万6千床が残り、これは、先進諸国で廃止された病床に相当します。日

本が世界最大の“精神科病床大国”になつて背景には、先進諸国で廃止された精神科病床・28万6千床(82%)を今日になつても抱えていることがあります。

(ii) 先進諸国の数分の一の日本の医療従事者

このように日本は世界最大の“精神科病床大国”です。しかし医療従事者数でみると、日本における医療従事者全ての職種は、先進諸国の数分の一です。

精神科医療の医療資源は多職種の豊富な人材で成り立っています。そのため医療従事者が多いか、少ないかは医療の“質”に直結します。日本は病床では“世界最多”でいて、医療の質

では、先進諸国で「最低」であることを意味しています。

## (2) 国内の一般病院との格差

日本は先進諸国の精神科医療との大きな格差と同時に、国内の一般病院において大きな格差があります。

### ① 精神科病院の職員は一般病院の半分

精神科医療にとって人材（職員）は最も重要です。しかし精神科病院の医師は一般病院の四分の一、薬剤師は三分の一、看護師（准看護師含む）・職員総数は半分、と深刻な人手不足です。この状況は、50年以上今も、基本的に変わっていません。

(i) 精神科特例を設ける

〈100床当たりの職員数〉「病院報告」2012年

	職員総数	医師	薬剤師	看護師 准看護師
一般病院	135人	14.7人	3.1人	59.7人
精神科病院	66.7人 (49.4%)	3.4人 (23.1%)	1.2人 (38.7%)	32.5人 (54.4%)

精神科病院の職員が一般病院の半数になっている背景には、

精神科病院が一般病院と区別され、差別的扱いを受けているためです。

1958年当時の厚生省は、局長通達を出して、医療法（一般病院）では認めない「職員が少なくてもよい」という「精神科特例」を暫定

的に設けました。精神科病床は1958年から、この精神科特例を前提にして急増しました。その結果、精神科特例は決して暫定的なものではなく、特に民間精神科病院では「標準的な基準」となっていました。

精神科特例は、医療で最も重要な資源である人材を削減する、精神科医療の質の低下を前提にした医療体制です。

### ② 精神科病院は一般病院の三分の一の収入

精神科病院の収入は、その9割前後を入院料収入が占めています。入院料収入の基礎となっています。患者一人一日当たりの入院料単価（日当点）は、一般病院の三分の一と超低額です。この

〈日当点〉「社会医療診療行為別調査」2010年

	日当点
一般病院	38,114円
精神科病院	12,019円 (一般病院の32%)

実態が、一般病院の三分の一日当点の要因になっているのです。

### “安上がりの精神科医療”

病院に入院している全疾患の在院患者（2013年）は、127万人です。その内精神疾患の在院患者は30万7千人で、精神疾患は全在院患者の24%を

背景には、病院に支払われる入院料は、基本的に職員数に比例して設定されます。精神科病院の医師は一般病院の四分の一、看護職員・職員総数は半分という

占める最多の患者です。しかし精神科医療に使用している精神科医療費は、国民医療費の6.7%です（2012年）。精神科医療は患者数では最多ですが、医療費では数%と国家財政を圧迫せず、“安上がりの医療”なのです。

そのため日本の政府は、先進諸国のように医療費（医療経済）上の問題から、精神病床の大幅削減の必要性を感じていません。

### “病院本来の役割を果たせていない精神科病院”

このように、こころの健康問題に対応する精神医療政策が安上がりの状態では、精神科医療を利用する当事者に対して、今

日先進諸国が到達している精神科医療と処遇、そして国内の標準的レベルの医療（人員）体制を提供できません。そのため精神科病院は“病気を治し、症状や障害を軽減し、社会生活に1日も早く復帰する”という病院の本来の役割を果たせません。

また、安上がりの精神医療政策は、当事者と家族に犠牲を強いており、同時に、精神科病院の医師や看護職の犠牲の上に成り立っているといっても過言ではありません。

では、なぜ日本の精神科医療が、今でも「重の格差を抱えているか、その背景を第3回・第4回で振り返ってみます。

（つじいえ のりあき）

## 母に、心からの「有り難う」

(東京都) 野村忠良

### 母の発病

最愛の7歳の次女を急病で亡くして以来、母は精神を病んだ。形見の服を抱きしめ、毎日泣いてばかりいたという。そのとき30歳。私はまだ生まれていなかった。母は家事ができなくなり、父は叱ってばかりで、ときには家から追い出されたこともあったと、後年母から聞いた。やがて父は、母が精神の疾患にかかったことを悟り、母を精神病院に預けた。しかし、その頃はまだ向精神薬はなく、病室に収容されるだけの治療。それに我慢できなくなった母は脱走し、家に帰ってきた。それから80歳で亡くなるまで、ほとんど

の年月を治療を受けず家で過ごした。

### 会話のない家族

父と母とは会話をしなかった。いや、家族の間に対話がなかったと言った方が分かりやすい。姉、妹、長男の私と両親の5人暮らし。母は、病のために子供たちと話そうとせず、どの子も愛情に飢えていた。父は、毎日の会社勤務に加え、家事を担っていたから、いつも疲れていた。疲れていないときには私の話し相手をしてくれたが、それはめったにないことだった。寂しさと不安が、家族全体を包んでいた。後年、私が高校生であったころ、下校途中に深い孤

独とともに言い知れぬ寂寥感に襲われ、家に着くなり激しく泣き続けたことがあった。

病の母は、話し相手が誰もなく、まるで捕らわれの身であるかのように、恐ろしい世界に独りで住んでいた。まわりに家族はいたが、誰も口をきかなかつた。言うことがあまりにこの世からかけ離れていて、返す言葉が出ないのだ。凶悪な人物から、私たち家族の命や財産が狙われていて、片時も安心できない。そんなことを、一日中ひとりでつぶやいているから、私たちはうんざりし、常に気が滅入っていた。実際、一家は、母から絶え間なく伝わってくる破壊の予感に、心底、悩まされていた。

## 加害行為と転居

突然に、ふだんは床に伏している母が思い立ち、家から出て行って何かをし遂げて帰って来ると、私たちの心は凍りついた。なぜなら、それはいつも凶事の始まりであったから。恐れていた通り、しばらくすると近所の住人が血相を変えて玄関に現れる。オロオロと応対する父に、「お宅の女がガラスを割った。この土地から出て行ってほしい」。父は平身低頭して謝り、身支度して転居先を探しに出かける。こうして幾たび転居を繰り返したのか。その苦痛に耐えて、父は83歳で亡くなるまで、母と私たちを養ってくれた。

## 母の愛

降り続く雨の日に、ほんの一瞬间、雨が止んで空が明るくなるように、母には稀にはあるが健康的な行動も見られた。私の幼少の頃、お風呂と一緒に入ってくれた母が、歌を歌ってくれたのだ。楽しいインディアンの歌、相思相愛の明るい若夫婦の歌。なんと健康的な母だろう。その場がこの世ならぬ天国のようを感じられた。もしかすると、次第に病気が治るのかもしれない。幼い心にも淡い希望が芽生えた。しかし、ぬか喜びだつた。すぐに空笑が始まり、怪しげな空気が支配した。

あるとき、私は行きたくない

学校に行き、給食費の封筒を持たされて帰宅したことがあった。寝ている母に黙って渡すと、母はやがて着替えをはじめ、私を連れて外に出た。町はずれの黒い板塀の店に入ると、着ていたカーディガンを脱いでお金に換えた。家に帰り、それを封筒に入れて渡されたとき、私は泣いた。母への感謝と切なさで、心がいっぱいだった。

### 救いを求めていた母

また他の日に、小学校の校庭で、私は体育の授業を受けていた。ふと見ると、遠くで何かが動いている。よく見ると母だ。手招きしている。先生に断って母の処に走っていく。これから

教会に行くから、献金用の100円を貸してほしいと言う。母の異様な姿を級友たちに見られている恥ずかしさに混乱しながらも、母の願いに応えようと更衣室に財布を取りに走った。母は救いを求めていたのだ。別の日に、母の布団の側に、新興宗教の冊子が置いてあったこともあったようだ。

助かりたかった母の願いに、私は今、痛いほどの共感を覚えている。

### もし話を聴いてくれる人がいたら

もし母が、次女の死を受け止められずに泣いていたとき、誰

かがそっと寄り添って、母の気持ちを聴いてくれていたら、母は孤立せず、元の生活に戻っていたのかもしれない。父と母とに健康的な人間同士の親しい対話の習慣があったなら、我が家は精神疾患の試練を受けなかったのかもしれない。

### 心の奥底に残る母の愛の記憶

子供のころから、筆者は無限とも感じられる孤独と寂しさのなかで生きて来たつもりでいた。しかし、実はその寂しさは底無しではなかったことを、いまになって筆者の心全体が感じている。劣等感との長い付き合いから解放されたいま、お腹の

底から自分自身に対する温かい  
全面肯定と安心感が沸き上がっ  
てくる。この深い安心感は、母  
が生まれたての筆者を愛情をこ  
めて抱擁し、授乳してくれたこ  
とを抜きにしては考えられな  
い。それは筆者が一度だけ会っ  
たことのある伯父から、母は筆  
者が3歳を超えても授乳してい  
たと聞いたことも一致する。

加えて、この安心感は、人生  
途上で出会い今日に至るまで筆  
者を理解し親愛を込めて心を通  
わせてくださった多くの方々に  
負っていることを、筆者は深く  
感じている。終生、感謝したい。

### 自己肯定は人をも肯定する

この自己肯定の安心感は、人

に対面したときにも同じように  
相手のすべてを快く肯定し、敬  
意をもってきずなを深めようと  
する。

### 家族会相談に生きる母の愛

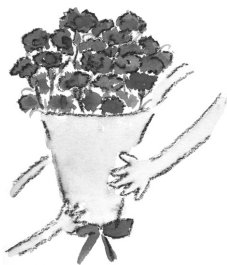
家族会の相談員を務めてい  
て、筆者が相手のすべてを納得  
して受け入れることができ、人  
生を一緒に歩んでいく確かなつ  
ながりができた時には本当にう  
れしい。命の道程を、親しく語  
り合いながら共に歩んでゆく喜  
び。相談者が切実な課題に向き  
合い、真剣に求めているときに  
は、お互いにいつそう充実した  
対話となる。

傾聴と対話には、人を支える  
うえで重要な働きがあることを

最近の先進国の精神保健医療は  
伝えている。筆者はその実践の  
末端に携われていることを心か  
ら有り難く感じ、いつそうの貢  
献をしたいと願っている。

筆者をこの世に生み出し愛撫  
してくれた母に、万感を込めて  
「有り難う」と言いたい。

(のむらただよし)



## 街の 診療所から のお便り

…人が言うことではなく  
自分の意見で決めなくっちゃね…

連載  
108回



ましもと しげき  
**増本 茂樹**  
増本クリニック院長

### 〈早く死にたい〉

「なーんも楽しいことはありません」と85歳のおばあさんのHさんのいつもの口癖です。この会話は、近くのグループホームを定期的に訪問した時に繰り返されます。このグループホームは介護保険で入所できる認知症の人のための施設で、9人の入所者が自分の部屋と大きな居間とで暮らしておられます。私

はこのうちの数人の掛り付け医として、話を聞いて、薬を処方しています。どの人も少なからず精神的な症状を出したことがあつた人ですが、今では落ち着かなくて抗精神病薬を中止している人もあります。

Hさんはホームに入所した当初、「早く死にたい」と毎日繰り返し言われたので、診察を依頼されました。

### 〈認知症になった〉

Hさんは、子供たちが都会に出て行った後に夫を亡くし、畑を作ったりして一人暮らしをしておられました。認知症となつて記憶力と生活能力が低下し、一人では日常生活ができません。一人では日常生活ができません。年金を受給し、子供たちの金銭的な援助もあつたのですが、いつとはなしに毎年育てていた大根や人参などの



野菜を上手く作れなくなつて、畑がほつたらかしになりまして。そのうち食事の用意ができなくなつたので、介護保険の施設に入所することになったのです。近年は、子供は成人すると仕事を持つて独立し、年老いた親と同居することは少なくなつていきますから、介護保険が始まり、特に認知症の場合に介護付きのホームに入所するのも社会情勢に合ったことでした。

### 〈認知症を治す薬〉

最初に出会つた時、精神科医が往診してきたことを告げると、Hさんは、

「私はどこが悪いんですか？  
頭が悪いことは判っているが、

あなたには治せまい？ 治せないなら、早く死ぬる薬をくれ」と、挑戦的です。



頭をうまく回すためには、おいしいものを食べて、夜は良く寝て、日中は何か楽しいことをやつて行く、というものだと思いますよ。

「やつぱり、馬鹿につける薬は無いんじゃない？ それなら、死ぬる薬の方が良い」

確かに、認知症を直接治す薬はありません。進行を遅らすという薬や、あんまり考え続けんようにしよう”という抗精神病薬、”暗く考えるのは止めて、何とかなるだろうと思おう”という抗うつ薬になります。

### 〈お薬じじいがない〉

次に訪問した時にはHさんは新聞を読んでおられました、

精神科医のことは忘れていて、また同じ会話が始まります。

「何もすることが無いから、早く死にたい」

新聞で何か楽しそうな記事はありませんでしたか？ 昔から新聞を読むのが好きだったんですか？などと聞いても

「面白い記事は何もない」と言われます。

ホームの裏の畑に一緒に何か植えましょう、と持ちかけても、「いまさら百姓はせんよ」と取り付く島がありません。

## 〈楽しいことがない〉

認知症の人では、Hさんのように「楽しい」という感覚を忘れてしまう人があります。

例えば、「〇〇を食べたい」

とも思わないようになったり、食べているものを「おいしい」とも「おいしくない」とも感じなくなったりします。お腹がいっぱいになると幸せな気持ちになるって原始的な幸福感ですが、Hさんは「何を食べて、気持ちが良いということもないらしい。」

とはいえ、もう2年にもなる経過の中で、最近は「死ねる葉をくれ」とは言われなくなり、「つまらん」という言い方が優しくなっているように思えます。職員が良く面倒を見てきたことと、Hさんがホームでの暮らしに安心されたことがあるのでしよう。

## 〈受身では楽しくない〉

人間が幸せな思いで生きて行くためには、「食う」「寝る」「休む」を整えて、そして、お金になるとか人の役に立つとかの「仕事」があつて、その上で、適度に「遊ぶ」ことが必要なのです。認知症の人では、これまでの人生では確かにあつた「自分が何が好きで、何をしたら楽しい」という感覚があやふやになつてしまうのですから、つらいものがあります。極端な考えでは、したいことが本当に何もなければ生きていても仕方がない、とも言えるのかも知れません。ともかく、人間は自分の楽しいことは他人に決めてもらう

ものではなく、自分で思いついて行動して楽しむものです。

## 〈統合失調症では〉

統合失調症の人では自分で何をしたらいいか決めるのが下手ですから、これからそれを上手になるのが目標です。

Iさんは長い間、自分が病気であると非難する声や、自分の行動を批判する声に悩まされてきました。例えば、家の外に出ようとすると、『出てはいけない』と聞こえて来るのです。リスパダール3mgで、その声はだんだん聞こえなくなるのですが、『病気ではないから、薬を飲んではいけない』などと言つて来て、なかなか服薬が一定し

ませんでした。Iさんは自分の意見に自信がなく、他人の意見を気にし過ぎて、それが幻聴になって聞こえているようです。

Iさんは自分の考えをしっかりと持つことで、病気を乗り越えたものです。

Iさんは数年間も行ったり来たりしましたが、今では、薬は飲んだほうが良いと確実に感じてもらえるようです。

## 〈自分を感じられるように〉

今では、お母さんを助けて料理をしたり、家の掃除をしたりするのですが、Iさんはそれを「楽しい」と感じることはあまりないようです。

自分の作った料理を、「おい

しいな」と思った時には、「やったね!」としっかり思つて、声にも出してつぶやいてみよう。そうしたら、今度は「もつとおいしく作ろう」っていう気持ちで湧いて来るはず。掃除をして部屋がきれいになったら、「ビューティフル! 気持ち良い」と言ってみよう。そうすると、周りの環境を整えて、もつと快適に生きて行こう、という気持ちで湧いて来るはず。

若い人は誰でも、病気でない人でもそうですが、どうやって人生を楽しむかを各人が探しながら大人になって行くものだからね。Iさんもこれからです。

# 知ることは生きること

連載5回

障害年金の審査における診断書の捉え方とガイドライン施行後の相違点

日本福祉大学  
みんなねっと理事

青木聖久

でも過言ではないのです。

**診断書による書面審査が意味すること**

私たちが他者の日常生活を正しく理解するためには、対面することが不可欠となります。その際、非言語の表情にも気を配ってコミュニケーションをとれば、さらに他者の日常生活への理解が深まります。また、そのコミュニケーションが、診察室等の特別な空間ではなく、自宅であれば、より他者の日常の暮らしが伝わりやすくなります。ただし、人は案外自分身のことを客観視できているとは限りません。ですので、他者の身近な人から直接話を聞くことができれば、多様な、かつ多角的な側面から、日常生活の様

前月号では、障害年金の審査の流れについて、概要を説明しました。ですが、普段障害年金の実務に関わった経験の無い人にとっては、難しく感じられたと思います。そのような中、今月号では、前月号の続編という性質の部分もありますが、障害年金の審査のしくみについて、極力シンプルに、かつ、別の視点も含めて伝えることにします。

一方で、この連載において伝えていかなかったことがあります。

それは、1回目の連載から話題に挙がっている「精神・知的障害に係る障害年金の地域差に関する専門家検討会」（以下、検討会）ですが、私は委員を担っていた、ということでした。また、障害年金に着眼した精神障がいのある本人（以下、本人）や家族のよりよい暮らしの追究は、私はずっとこだわってきたテーマでもあります。ある意味、障害年金への実践的な取り組みは、私のライフワークだと言っ

子を知ることができるとのことです。

ここで、障害年金に話を戻します。障害年金は、「診断書」という書面を介して審査が行われるのです。本人の暮らしの基礎部分を左右する重要な所得保障の審査が、対面ではなく書面によって左右されることとなります。診断書では、「一人暮らしを想定し、1年365日のアップダウンの波も含めて、日常生活を測ることが重要です」という旨の発言を、私は検討会の場において、何度となくしました。とは言うものの、障害年金の審査では、あくまでも診断書が基になるのです。

そのようなことから、より①客観性をもった、②具体性に富む診断書作成が求められることとなります。ところが、作成

された診断書が、日常生活の様子が反映されないものになってしまえば、審査に齟齬そごが生じてしまうのです。だからこそ、支援者が生きづらさを抱える本人の日常生活をどのように捉え、いかにして診断書作成医に伝え、理解をいただくかは、本当に大切なことだと言えます。

### 審査における入口は医師が作成した診断書

「障害年金を新規に申請したい」という場合は、年金事務所や市区町村役場の年金係で診断書の用紙を求めることになります。また、「既に障害年金を受給しているけど、再認定の手続きをどのようにすればいいのですか」という場合は、本人や家族から依頼をしなくても、日本

年金機構の事務センター等から障害状態確認届が誕生月の少し前、あるいは、6月ごろに本人の自宅に郵送で届きます。そうしますと、本人や家族は、診断書や障害状態確認届（以下、診断書等）を医師に作成依頼することになります。ここまでは、現在の流れと同じです。

その一方で、本誌2016年2月号の27頁において、診断書等の日常生活能力を見る視点を掲載しました。それは例えば、診断書等のなかの項目の「適切な食事ができる」とは、どのような基準をもって判断するのか、というものです。仮に、その基準が個々の医師によってバラバラであれば、結果的に本人の障害状態が反映されない診断書等によって、審査が行われること

になります。そこで、ガイドライン施行後、①「診断書の記載要領」(以下、記載要領)を設け、診断書等を作成する医師に対して、周知徹底を図ることにしていきます。なぜなら、入口部分の医師が作成した診断書等が根拠になって、後の審査が行われることになるからです。しかるに、ここに誤差が出ると、後々の審査に大きく影響しますので、いかにして、診断書等を作成する医師に記載要領の活用を促すかについて、第8回検討会では様々な意見が出されました。

### 診断書等の審査を担う障害認定審査医員

医師が作成した診断書等は、年金事務所等を経由して、日本年金機構のなかにある事務セン

ターに送られることになりま  
す。すると、図(前月号)に記  
しているように、最初に事務職  
員が、ガイドラインの一次審査  
にあたる②「障害等級の目安」  
をマトリックス表に基づいて定  
め、そのうえで認定医に、③認  
定依頼を行うこととなります。

次に、認定医は、②の目安を  
参考にしつつ、ガイドラインの  
二次審査にあたる④「総合評価  
の際に考慮すべき要素」の表を  
用いて、等級判定をすることに  
なります。その際、現行でも使  
用されている「病歴・就労状況  
等申立書」、その他、本人や家  
族等から提出された資料等を用  
いて、認定医は、総合的な判断  
をすることになります。

ところが、とりわけ現行の再  
認定では、病歴・就労状況等申

立書が義務付けられていないこ  
と等から、日常生活をくみ取る  
には情報不足となることが多い  
のです。そのことから、審査に  
あたって、認定医が「日常生活  
の情報が必要である」と判断し  
た場合に限って、⑤「日常生活  
及び就労に関する状況につい  
て」という、照会文書を、事務  
センターを経由して、本人に求  
めることとなります。ただし、  
2点のことをお知りおきくださ  
い。それは、1点目として、照  
会文書を受け取った人は、書式  
の全ての項目に記入するのでは  
なく、認定医からの依頼項目に  
ついてのみ回答すればよいこと  
になっている、ということであ  
す。2点目として、回答は本人  
や家族のみならず、ソーシャル  
ワーカー等の支援者が答えるこ

とも認められていますので、より具体的で、かつ、客観的な情報が求められる、ということですから。実は現行でも、一部の都道府県において、独自の様式を用いて、これらの照会が行われています。それを、統一的なものにするというのが、ガイドライン施行後の変化です。

また、障害厚生年金においても、障害基礎年金と同様にガイドラインが用いられることとなります。ただし、審査は日本年金機構の本部で一括して行われることから、地域間格差という問題は、現行においても起こっていないのです。

## ガイドライン施行後の再認定についての審査のあり方

本人にとって障害年金は、暮

らしの基礎部分を支えている側面が少なくありません。ところが、本誌2016年1月号の28〜29頁に掲載しているように、平成25年度において、精神・知的・発達障がいのある2650人の障害年金が支給停止になっています。障害年金が支給停止になるといことは、生活の基礎部分を支えている土台を外されるようなもので、精神的なバランスを崩すことにもつながりかねません。障害年金の支給停止は、暮らしに直接的に影響するものなのです。

第8回検討会では、前述したような、障害年金が本人の暮らしに果たしている意義や役割を、厚生労働省の専門官が述べました。このことは、これまでの検討会のなかで、第3回検討

会に訪れた当事者団体からの意見、第1回〜第7回までの検討会における暮らしの視点からの資料や議論等々をくみ取ったものであり、評価できるものだと言えます。

以上のことをふまえ、既に障害年金を受給している精神・知的・発達障がいのある人の再認定について、障害状態が前回提出の診断書等の内容と変わらない場合は、当分の間、支給停止にしないことを基本とする考え方が、第8回検討会で示され、合意が得られました。なお、ここでいう「変わらない」とは、ガイドラインの内容はもとより、診断書等全体の情報に基づき、認定医が総合判断することになります。

(あおき きよひさ)

メンタル障害をサポートするための知識  
 ——薬物療法を正しく理解する

PHメンタルクリニック

姫井昭男

### 第3章 「精神科の薬」の実際〈9〉

——精神科薬物療法についてよく質問されること(その1)

これまで、精神科における薬

物療法を正しく理解していただき、当事者の理解を深めることやメンタル障害をサポートする方々が病気や治療を正しく理解してもらえるように、さまざまな角度から、できるだけ分かりやすく説明してきたつもりです。

この連載は今回と次回の2回で終了となります。最後の2回は、筆者が薬物療法に関連したセミナーや講演会などで良く訊かれる質問とそれに対しての説

明をまとめて綴ります。

\* \* \*

質問・・「薬は飲み出してからどれくらいで効いてくるのですか？」

説明・・薬物療法で抗精神病薬を服用するような状態になるのは、さまざまな状況が存在します。幻覚や妄想などの病気の症状が出現したとき、それらの病的体験に対して、当事者が批判力をもたない場合には、「この状態を改善させたい」、「症状を取り除きたい」という意志を示す

ことはありません。このため、症状が激しくなってから薬物療法を開始したとしても、その効果の実感は、当事者からリアルタイムで語られることはないため、具体的にどれくらいで効果があるということを表すのは難しいと言えます。

さらに妄想の一部は、抗精神病薬で完全に改善させきれないこともあるので、何をもって「効果が現れた」とするかは、評価する人によって判断は異なりま



す。この点について当事者は、妄想は存在したとしても「気にならなくなった」状態を、「よくなった」ということが多いのです。

このようなことを前提としていうならば、抗精神病薬は、劇的に即効性を持つものや病状が安定した時にしっかりと維持するために用いるものなど、さまざまです。また、症状には効果を示しても副作用が強すぎるなど、そのケースに合った薬が見つかるまでに非常に時間がかかる場合もあります。

「薬は飲み出してからどれくらいで効くか？」の答えとしては、あくまで他覚的な判断で効果が出はじめる平均的な期間について

てという条件付きでの答えとなります。

筆者の臨床経験からすれば、幻覚や妄想などを自分から悩み受診するようなケースでは、治療欲も高く服薬の必要性も理解しており、服薬も遵守じゅんしゅされる傾向があり、他覚的にも自覚的にも比較的效果は早く、2週間程度で変化がみられます。概ね80%のケースにおいて、病状が安定し、自覚他覚ともに明らか  
に効果が発現したと実感できる  
のには8〜12週間は必要であると  
考えます。

8〜12週間というのは、回復を願うご本人、家族やケアにたずさわる人にとっては非常に長く感じられることと思います。

しかし、この期間を「待つ」ということは非常に重要な意味を持ちます。最低8週間という期間を待たずに、服用している薬が「効かないから薬を変えて欲しい」と訴えていくことは、医師を追い立てることになります。

薬理学的知識に自信がない医師や臨床経験の浅い若手精神科医は、説明して納得させることができず、薬剤の治療効果を正確に評価できないままに、変薬や追加処方をしてしまいがちです。また、それが多剤併用へのきつかけとなってしまうことがあるのです。

当事者に病識がない場合口には、支援する方々が様子を観察していただき、当事者の焦りによる

薬剤の効果不良の訴えが妥当かどうかを見極めて医師に伝えてください。

\* \* \*

質問…もし薬を飲み忘れたとき、どうすれば良いのでしょうか？

説明…近年、薬物療法による治療効果が高くなり、普段の生活では病気を感じさせない程度の回復をみるのが少なくありません。治療は継続しながら会社勤めをするケースも増えるにつれて、就労時間帯の服用ができません。または失念するということが多くなり、このような質問が多くなってきたように思います。また、病状も安定して旅行や遠出する方が増えると、普段きちんと服用し、服用には細心の注

意を払っているにもかかわらず、出先で紛失や、持参するのを忘れたなど、結果として質問のような状況となってしまうケースも増えています。

さて、質問に対しての答えですが、一回分を服用しなかったことで大きな問題が起きたということは筆者の担当したケースでは経験したことはありません。これは服用しなくても問題はなれないという意味ではありません。できるならば、気付いた時点で速やかに服用することをお勧めします。ただし、その薬を処方されたときに、「この薬は必ず〇〇に服薬してください」といったように、医師から何らかの用法指示がある場合や、薬剤情報

に細かな時間指定や特別な服用方法や注意の記載がある場合はそれに従って、その注意を守ってください。

ただし、気が付いた時点で服用すると次の服用時間までの間隔が短くなってしまう場合があると思います（例えば、昼食後の薬を飲み忘れたが、もう夕食間近で、次の服薬時間まで1時間しかないなど）。そうした場合は、服薬の間隔がおよそ3時間以上は空くように、次の服用を上手にずらして遅らせてください。そうすれば支障が少ないと思われる。

夕食と就眠までの間が極端に短いライフスタイルの方の場合は、夕食後薬と就眠前薬をほぼ

同時に服用することになりほとんど時間が空けられないかもしませんが、服用しないで不調を招くよりはよいと思います。できればこのような場合は、担当医に相談し、服用方法を変更してもらうことを勧めます。

忘れるという行為は人間ならば誰にでもあることです。方ありませんが、治療者側からとしては、症状安定のためには絶対に服用を忘れないでほしいというのが本音です。

\* \* \*

質問・・「粉の薬を飲んでいますが、少し残ってしまったり、こぼして量が少なくなってしまうことがあります。症状や効果に影響はありますか？」

説明・・「粉の薬」の成分がはっきりしないので、どの程度影響

が出るかは言いにくいのですが、担当医師が不要な薬剤は処方していないという大前提でなければ、薬が残るまたはこぼす用量が少なくなるので問題です。仮に、頻繁に残したり、こぼしたりしても症状が治まっているというならば、それも問題です。処方した医師はすべての量を服用していることを前提に、症状をみて効果判定をしていますから、処方した量と症状への効果の判定が相関しなければ治療に影響するからです。錠剤が服用できないという特殊な事情がない限り、このような場合は錠剤の処方に切り替え

てもらうことが望ましいと考えます。筆者の場合、処方数全体のうち「粉の薬」を処方する割合は5%程で、ほとんどが高齢者に対しての処方です。一般的な処方でも錠剤の占める割合は多くなっているのですが、それでも頑なに「粉の薬」でなければダメだという精神科医は存在します。その理由で最も多いのは、微量な調整をする必要があるから、とのことなのですが、微量な調整が必要な状態であるにもかかわらず、質問者のようにすべての量が服用しきれないのならば、意味をなさないと思います。

(ひめいあきお)



きない規則があるそうで、質問も相談もすることができません。家には幼児もおり、なかなか身動きが取れない中、水曜日のみの電話相談もかけづらく、少しでも正確な情報を得て、相談できる場が欲しく、貴会にめぐり合いました。近郊の家族会にも是非一度伺いたいと思っております。

#### ◆神奈川県 ぽちこ 家族

私の父がおかしくなったのは今から約10年ほど前のこと。私が小学校の低学年の頃、父親は突然、仕事へ行かなくなりました。

その時の私はよく理解していませんでしたが今思えばあの時から彼の病気は始まっていた。仕事へ行かなくなった父親はその後何をしてたかというと在宅ワーク、自営業をしていた。そうやって母に伝えていたらしい。

しかし、これも全くの嘘。ただ仕事を辞めて引きこもっていた。母親はそれになんとなく気づきながらも追及しなかったため月日が流れてしまった。つまり彼が病気だと正式に診断されたのは私が大学に進学してからの話。何故、母はここまで父親が精神疾患だと気づかなかった？

私の家は二世帯住宅で、父親方の親と共に住んでいた。私が小学生の頃には祖父が闘病を患ったために母親が働きながら介護をしていた。だから父親のことを考える余裕がなかったのである。

今思えば小学生の頃、父と母が喧嘩ばかりしていたり父親がよく分からない発言をして私たちが変な気持ちになっていたのを思い出す。

彼も長い間、精神疾患に苦しめられてきた。辛かったであろう。

しかし、私たちの方がもつと辛い。私の一番の悩みはずっと同居しているのにもかかわらず、父親という存在が分からないこと。何を考え、何を目標に生きてるのかも分からない彼とずっと同居している事実。はつきり言って「父親」だなど感じたことは一度もない。

むしろ首を絞められたり、トラウマになるようなことをされてきたので父親に対して可哀想な感情より憎しみや怒りの方が強い。

誰も悪くない。彼も精神疾患に苦しめられているうちの一人。

だけど、私たち家族もまた彼の症状に悩まされ苦しんでいるうちの一人。

家族だからといって全てなんか理解できない。ましてや将来のある子どもにその苦しみで埋め尽くしてはいけないのである。





■みんなねっと事務局で仕事をさせていたかどうかは、早や1年半がたちました。良き職員の方たちに囲まれて、充実した日々が続いています。

社会が私たちの願いとは違う方向に進んでいることを感じながらも、あるべき社会を目指して役員の方たちとともに、心を尽くして課題に取り組んでいます。

重過ぎる家族の負担を減らすためには、社会が責任を持って家族とともに当事者を支えるあり方への転換を、できるだけ早く実現させなければなりません。当事者の人権が守られ、人間としての回復を果たせるようになるためには、精神科医療

と福祉をさらに改善しなければなりません。生活を守るためには、交通運賃や医療費負担の軽減を進めなければなりません。社会の偏見をなくすための啓発教育も必要です。

いつか、きつと、これらの課題が解決すると信じて、毎日、たくさんの方の事に追われながらも、張り切って満員電車で通勤を続けています。

この3月で、事務局長の役割を離れ、事務局付きの一理事になります。「みんなねっと」誌の編集長として、今後も関わらせていただきます。

事務局長の後任は、小幡恭弘が務めます。今後とも、どうぞよろしくお願ひいたします。

(野村)

【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 みんなねっと

月刊 **みんなねっと** 通巻第 109 号 (2016年 5 月号) 定価 300 円

発行日	2016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 3600円
理事長	本條義和	団体・年間 (お問い合わせください)
	〒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 <a href="http://www.seishinhoken.jp">www.seishinhoken.jp</a>	

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／(投稿)私と家族の手記／連載  
①街の診療所からのお便り／連載②メンタル障害をサポートする知識／連載  
③精神科医療の現状と改革の展望／連載④知ることは生きること／連載  
⑤真澄こと葉のつれづれ日記／みんなのわ(読者のページ)ほか

### ●「月刊みんなねっと」これまでの特集の紹介●

#### ■ 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：葉を減らすガイドラインへの期待
- 4月号：その人のできることを実現するための就労支援
- 5月号：本人・家族をともに支える訪問家族支援【その①】
- 6月号：本人・家族をともに支える訪問家族支援【その②】
- 7月号：奈良県で福祉医療制度が実現
- 8月号：いきいき家族会
- 9月号：障害者差別をなくす地方条例をつくろう
- 10月号：高齢化する精神障がい者にどんな支援が必要か
- 11月号：メンバーとスタッフが協働して運営するクラブハウス
- 12月号：「あなた病気の人、私治す人から「私も家族の一人です」となって見えてきたこと

#### ■ 2015年■

- 1月号：身体・知的障がい者と同等の交通運賃割引制度の実現を求めて
- 2月号：精神障がい者同士で結婚して11年目のわたしたち
- 3月号：精神障がい者の地域移行と地域生活を考える
- 4月号：地域医療の発展をめざした「府中こころの診療所」を訪ねて
- 5月号：精神障がい者の「住まい」を考える—英国の居住支援から学ぶ(上野勝代)
- 6月号：精神障がい者にも交通運賃の割引を
- 7月号：グループホームの運営ってどうなっているの？
- 8月号：家族をひろげ元気にする家族相談活動—愛知の経験から(木全義治)
- 9月号：全科が無料になる医療費助成—地域家族会のとりのくみ
- 10月号：精神障がい・精神保健の正しい教育を—世界の教科書比較(山田浩雅)
- 11月号：日本でも本人と家族をともに支援する家族支援の実現を
- 12月号：戦後70年と障害者権利条約(藤井克徳)

#### ■ 2016年■

- 1月号：世界から見た我が国の精神保健医療福祉(長谷川利夫)
- 2月号：精神障害者と差別解消法(池原毅和)
- 3月号：障害者総合支援法施行3年後の見直し(本條義和)
- 4月号：家族だからできる家族支援「家族による家族学習プログラム」(岡田久美子)
- 5月号：精神障がい者と家族—それぞれが自立し、ささえあうために(白石弘巳)

### ●「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



### 精神障がい者家族 相談事例集

A4判・112頁  
定価 1000円  
(別途送料)

#### 家族相談の活動は家族会の原点です

本書は、全国から寄せられた家族による相談事例の中から32事例を掲載しました。事例を、日常生活、医療、家族会、家族依存、地域連携、親亡き後、制度の七つに分類し、それにコメントを加えた初めての家族相談事例集です。同じ家族としての立場から相談のり、情報を伝え、家族会につなげていく活動は家族会の原点ともいえます。みなさんの活動に役立てていただければと思います。

### 精神障がい者と家族に役立つ 社会資源ハンドブック

改訂版

B5判・180頁・定価1400円(送料込)

【内容】医療に関する制度/地域で生活するための支援/日中活動の場、就労や復学の支援/経済的な支援を受けたいとき/財産の活用や保護、法的な支援など/家族が情報を得る、相談できるところ



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活用を！【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



### 問い合わせ先

公益社団法人 全国精神保健福祉会(みんなねっと)

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

ホームページ <http://www.seishinhoken.jp>