

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!!

2

2016

みんな ねっと



●特集●

精神障害者と差別解消法（池原毅和）

●私と家族の手記「夫としての立場から」

■誰でもわかる認知行動療法⑩「不安になったとき」（大野裕）

■知ることは生きること（言木聖久）連載2回

障害年金の新規請求及び更新手続きにおいて家族ができること

精神疾患がある人や家族に役立つ出版物

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)

みなさんからたいへん好評いただいた「精神障がい者と家族に役立つ 社会資源ハンドブック」の改訂版ができました！内容、ボリュームともにアップして、15年4月より発売しています。家族や家族会はもちろん、支援機関でもぜひご活用ください！【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>

もくじ

みんな
月刊ねっと

2016年
2月号

通巻第106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

精神障害者と差別解消法 (池原毅和) 6

【連載⑪】

誰でもわかる認知行動療法
《不安になったとき》(大野 裕) 14

私と家族の手記

夫としての立場から(柴田みのる) 18

街の診療所からのお便り【連載 105】(増本茂樹)

…原因のある『うつ状態』は早く元に戻せるはずなんです。… 22

知ることは生きること

(連載2回) 障害年金の新規請求及び更新手続きにおいて家族ができること (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19(姫井昭男)

第3章「精神科の薬」の実際〈6〉—抗精神病薬を処方するときの方針 30

真澄こと葉のつれづれ日記 (第59回) 34

みんなのわ—読者のページ 36

知っておきたい 精神保健福祉の動き

■ 社会保障審議会障害者部会

【第76回】（11月13日）

第76回では、「常時介護」「移動支援」「就労支援」「精神障害者」「意思決定支援」「意思疎通支援」がテーマとなりました。

先ず、常時介護支援のところでは「以前、地域移行促進のため障害者住宅債務保証人制度創設を提案したが、高齢者住宅財団に制度があるとのことである。確かに高齢者住宅財団が障害者の債務保証も行っているようだ、県によってはほとんど実績のないところもあるようだ。周知の徹底を図ると同時に

使いやすい制度になるようしてもらいたい」と述べ、移動支援のところでは、公共交通機関との連携が入ったことはありがたい。精神障害者等が交通運賃の割引の対象になっていないことは働きかけてもらいたい。割引対象を拡げることが負担増になるとは限らない。介助の人の分を割り引くことによって、今まで乗らなかった人が乗るわけだから売り上げ増になる」と述べるとともに、「ボランティア等を含めたインフォーマルサービスの活用が取り入れられた点は評価したい」と意見表明しました。その他、ピアサポーターについて、「専門的知識がある方が、質が高いという意見があったが、必ずしもそうではな

いのではないか、本人家族の体験もまた重要である。そういうことからすると本人だけでなく家族から家族『ファミリートーファミリー』、家族もピアサポーターに入れてもらいたい」
インフォームドコンセントについて、次回以降の議題にあげるため「一般医療におけるインフォームドコンセント、認知症の方に対するインフォームドコンセントがどのようになっているか？」と事務局に質問し、事務局の宿題としました。

【第77回】（11月27日）

第77回は、①高齢障害者に対する支援②障害者区分の認定を含めた支援決定のあり方③障害児支援④その他の障害福祉サービスのあり方でした。

「介護保険優先原則」について「介護保険優先原則は障害者総合支援法7条が根拠条文であるが、介護保険あるいは健康保険の介護給付、療養給付のうち総合支援法に相当するものがある場合には、介護保険を使うということであるから、訓練等給付等個別給付は65歳になっても支援法の給付が受けられる。周知を図ってほしい」と意見表明しました。

教育問題も取り上げました。「昭和52年ぐらいまで精神疾患等の教育が行われていたが、53年以降は実施されていない。精神疾患を含めこころの健康教育は必要である」

また、障害者の範囲及び定義があまり議論がありませんでし

たので、「障害の定義が身体的、知的、精神の三障害が障害種別ごとの法律に種別ごと異なる定義が定められている。そしてそのそれぞれが、障害者基本法等と異なっているので統一する必要がある」と述べました。

更に、利用者負担についても、次のように意見表明しました。「利用者負担は、負担能力のある人に能力に合わせ負担を求めるべきであり、そのことは必ずしも利用抑制につながらないのではないか。高齢者との比較で言うと、高齢者の自己負担を1割とすると精神障害者の多くは、他科診療（一般医療）については3割負担している。1割負担となっているのは自立支援医療即ち、精神科通院医療だ

けである。」との意見を述べました。

（文・理事長 本條）

■障害者政策委員会

【第27回】（10月26日）

【第28回】（12月18日）

国連へ提出する政府報告案が決まりました。

特記されることは、政策委員会で議論されてきた「医療保護入院」と「精神科に入院している人の地域移行」に関して述べられていることです。

医療保護入院については「医療保護入院についての規定である精神保健福祉法第33条の妥当性について再検証する必要がある」という文書が添えられました。つまり、非自発的入院に関

しては、患者の権利擁護のために家族や医療従事者から独立した権利擁護者の関与が必要とされたわれました。長年にわたり本人と家族の關係に課題が生じていましたが、解決される希望が出てきました。

精神科に入院している人の地域移行については、現在の精神科医療に改革を促す形になりました。今のままでは精神障害者の地域移行は進まない。精神科医療そのものが地域移すことが必要とされました。

私たちが望んでいる訪問型の医療を提供し、さらに精神障害者が地域で生活できるような資源の開発が重要という文が考えられました。

この政府報告は、国連に出さ

れるもので、必ずしも国がこの通りにしなくてはいけないというものではありませんが、国際的に見てわが国の精神障害者の状況が理解され、国際世論の元、国が改革の歩みを進めることを期待します。(顧問 川崎)

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を開催いたします

今年度もみんなねつとフォーラムを開催いたします。今回は、「親あるうちの自立を目指して」をテーマに、精神障害者の家族支援について講演をシンポジウムを行います。

今回は事前申込を受付けま

す。どなたでもご参加いただけますので、多くの方々の参加をお待ちしています。

詳細やお申し込みについては、今号巻末ページまたはホームページをご覧ください。

日時・2016年3月1日

会場・帝京平成大学 沖永記念

ホール

参加費・無料

お問い合わせ・みんなねつと事

務局まで

■年金局とみんなねつとの意見交換会

去る1月7日に、障害年金の等級判定について、厚生労働省年金局担当職員と当会との意見交換会が当会事務所でもたれました。年金局から2名、当会か

らは本條理事長以下4名と愛知県から見えた白石美佐子社会保険労務士が同席しました。白石氏は、愛知県で当事者の立場に立って熱心に障害年金受給支援をおこなっている方です。

今回は、昨年2月に年金局が設置した「精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会」でまとめつつある等級判定ガイドラインについての年金局からの報告と、そのガイドラインについて当会が昨年12月4日に年金局に提出した要望書についての意見交換がおこなわれました。

要望書の内容は、「障害年金等級判定に関わる認定医が、本ガイドラインの『障害等級の目安』と『総合評価の際に考慮す

べき要素の例』に強く縛られず、柔軟な判定がなされ、障害年金を必要とする全ての精神障害者が障害年金を受給できる環境を繰り返し整備すること」等の3項目でした。

年金局としては要望にそって柔軟な対応がおこなわれるようにしたいとのことでしたが、今回、特別に同席していただいた愛知県の社会保険労務士の白石氏からは受給を難しくしている認定医の実態が報告され、年金局の方はその実態を知らずに驚いているようでした。一例として、ある事例では障害年金は支給しないという認定医が挙げた理由として「環境因や治療方法を改善すれば障害は良くなるので不支給」とあったそうです。

年金局では、日本年金機構への指導はできても認定医への指導はできないため、障害年金への理解のない認定医に、どのように研修をおこなうかが重大な問題として浮かび上がりました。

さらに、年金支給の対象外になつている診断名の人たちで「働くことができていない」状況にある人は、年金支給対象に加えてほしいという要望が、当会から伝えられ、海外では診断書が不要で、医師の「働ける状況ではない」という証明があれば支給される国や、障害の重さは「残存能力」によって決められる国があることが話されました。そのことは年金局も承知しているようでした。

(事務局長 野村)

精神障害者と 差別解消法

特集

東京アドヴォカシー法律事務所代表 池原毅和

1 障害者に対する差別を禁止する法律

障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（以下、「障害者差別解消法」）が平成25年に成立して、いよいよ今年の4月から施行されます。

この法律は日本で初めて障害のある人に対する差別をテーマにした法律ですが、この法律以外にも、障害者基本法も障害を理由とした差別をしてはならないことと、障害のある人に対して合理的配慮をしなければならぬことを定めています。

また、障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「障害者雇

用促進法」）は特に雇用の分野で障害のある人に対する差別の禁止と合理的配慮の提供について定めています。

さらに、障害者の権利に関する条約（以下「障害者権利条約」）は、これらの法律の上位にある法で、世界各国と歩調をそろえて、障害のある人の平等と完全参加を実現するためにさまざまな権利を定めています。

2 差別とは何か

障害者差別解消法は「障害を理由として障害者でない者とならぬ差別的取扱いをすることにより、障害者の権利利益を侵害してはならない。」と定めてい

ます(同法7条1項、8条1項)。人を差別することがいけないことは当然なので、ある言動や制度が差別に当たるとすれば、それが許されないことは当然と言えます。けれども、そもそもその言動や制度が「差別」に当たるのかどうかは人によって理解の仕方が違うかもしれません。

障害者差別解消法は、障害を理由とする差別の定義を規定していませんが、障害者権利条約は「障害に基づくあらゆる差別、排除又は制限であつて、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的その他のあらゆる分野において、他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を認識し、享有し、又は行使する

ことを害し、又は妨げる目的又は効果を有するものをいう。障害に基づく差別には、あらゆる形態の差別(合理的配慮の否定を含む)を含む。」と定めています(同条約2条)。

障害者権利条約は国際人権条約ですが、日本の国内法としての効力も持っていますから、この定義は、障害者差別解消法などの法律の上位にあつて、それらの法律がいうところの「差別」の内容を指導するものになります。

この定義で特に重要なことは第一に、差別は「区別、排除又は制限」によつて行われるものだということ。精神障害を理由にして、その人を他の人と

区別したり(例 精神医療は他の医療と区別して人員配置が少なくてもよいとすることや一般病床への入院をさせないこと)、排除したり(例 精神障害者のグループホーム等の開設の反対運動)、その行動や資格を制限すること(例 欠格条項)は差別行為に当たります。

第二に、こうした区別や排除や制限は、精神障害のある人の人権や基本的な自由を妨げる「目的又は効果を有するもの」とされるので、精神障害のある人の権利を侵害してやろうという意図や悪意がなくても、結果として権利を妨げる効果を生じれば差別になるということです。

第三に、「あらゆる分野」における「あらゆる形態の差別」が障害に基づく差別には含まれるということだ。

3 差別の種類

差別には、精神障害のある人のグループホーム開設に対する反対運動で「精神障害者大量入居反対」などというのぼり旗を立てるなど、精神障害を名指して差別をする形態があります。これを直接差別といいます。直接差別は露骨であからさまな差別的行為なので差別であることがわかりやすく、そのため現実の社会では、もっと巧妙な方法がとられることが少なくあり

ません。

表向きは精神障害を基準にして人を区別・排除・制限しているのではないけれども、結果としてその基準を使うと精神障害の人が区別・排除・制限を受けることになるようにする方法です。これを間接差別といいます。

道路交通法が運転免許の拒否の理由として「幻覚の症状を伴う精神病で政令で定めるもの」を基準とするのは、ほとんど精神障害を名指しているのと同じなので直接差別と言ってもいいのですが、そうでなくても間接差別になります。同じように「自動車の運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるものの影響により、そ

の走行中に正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で自動車を運転する行為であって、結果としてその病気の影響により正常な運転が困難な状態に陥ったもの」を危険運転致死傷罪で重く処罰するのも間接差別の類型に入ります。

もつとも、道路交通の安全を図るためにはこうした人たちの運転免許を制限することは必要であり合理的だから、差別には当たらないという意見もあります。道路交通法等はそうした発想から規定されています。けれども、これはグループホーム開設に対する反対運動をする人たちがあるのに万一のことがあった

ら誰が責任を取るのだ」という意見と同じ発想だといわなければなりません。「一定の病気等に係る運転免許制度の在り方に関する有識者検討会」の資料によると平成19年から平成23年ま

での5年間に統合失調症の人が起こした交通事故の報告は3件ですが、犯罪白書から同じ5年間に発生した交通事故の事件数をみると2万5288件もあるのです。こうした統計は統合失調症がむしろ道路交通の安全を害するような類型的な危険性のある病気ではないこと、統合失調症などをあたかも交通事故の起しやすいうえに危険な病気であることを見なす法律は実証的なデータに基づかない偏見に基

づくものであること、そして、そういう法律が存在することが一般の人たちに偏見を植え付け、さらに偏見を強化することになることを物語っています。

4 差別の本質

障害者差別解消法は、「全ての障害者が、障害者でない者と同じく、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有することを踏まえ、…全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に資することを目的と

する。」と定めています。「障害のある人が個人としてその尊厳を重んじられる」ということは、障害があっても人として尊重されること、言い換えれば、障害があるままの姿で人として受け容れられるべきことを意味しています。障害者権利条約はこのことを「その心身がそのままの状態尊重される権利」（同条約17条）として保障しました。障害者権利条約はさらにこの権利の前提として、障害のあることを含めた多様な人たちがいることが人間社会にとって重要であり、障害のある人はそのことに大いに貢献し、これからも貢献する存在であること（前文i、m）、障害を望ましくないマイ

ナスなものと考えるべきではなく、むしろ人間社会の多様性を作り上げるものとして尊重すべきものである（同条約3条d）、と定めています。

障害者権利条約は、障害についての理解を医学モデルから社会モデルに転換しているといわれます。医学モデルでは、精神障害のある人がほかの人と同じように仕事をしたり社会活動をする事ができないのは、統合失調症や躁うつ病などの精神の機能の障害があるからだと言明してきました。これに対して社会モデルでは、少なくとも機能障害があるだけでは、直ちにほかの人と同じ活動ができなくなるものではないと考えます。

車いすを使っている人がほかの人と同じように旅行ができないのは、足がマヒしているために車いすを移動手段としていることに加えて、交通機関や町の構造が車いすで移動することを想定しないで作られている（階段や段差だらけである）ことがあつて初めて発生する困難であると考えられます。もし、あらゆる設備が車いすで移動する人のことを考えて作られていたら、足がマヒして車いすを利用している人でもほかの人と同じように旅行を楽しめるはずです。

逆に突飛な発想ですが、もし、あらゆる設備が車いすの人を標準にして作られていたらどうなるでしょうか。列車やエレ

ベーター、建物の天井の高さは1メートル50センチも必要ない低いものでよく、車いすを使わない人は何時もしゃがむかお辞儀をしたような姿勢で利用しなければならず、とても不便なことになるでしょう。

こう考えてくると障害という現象は、社会が人間の多様性に対する想像力を欠くことから生じることがわかります。社会は意識的か無意識的か、さまざまの人が利用することを想定しないで社会の設備や制度を作ってしまうために、その想定から外れてしまった人にとっては社会の設備や制度は使いにくく、ひどい場合は使えないものになります。反面で想定に合致した人

にとつては使いやすい便利なものになります。社会がどんな人がその社会のメンバーだと想定するかによつて、社会活動がともしやすい人としにくい人が生じてしまうことになります。メンバーに想定された人は恩恵や便宜を受け、想定から漏れた人はそれが受けられない不便をこうむり、その社会に円滑に参加することができなくなります。そこに障害という問題が発生します。ですから、障害という問題はこの想定の仕事の偏りによつて生じるものということになります。言い換えれば平等性に対する配慮を欠いた偏った不公正な想定の下で社会が作られていることが障害という問題

を発生させているわけです。

障害者差別解消法は、社会的障壁という概念を使つて、このことを明らかにしています。

社会的障壁とは「障害がある者にとつて日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの」（同法2条2号）とされ、障害者とは、精神障害を含めて「心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」（同法2条1号）と定められています。つまり機能障害（例えば統合失調症）のある人に対し

て社会的障壁があることによつて障害者と呼ばれる人が生まれると理解しているわけです。社会的障壁は障害のある人の存在を想定しない社会によつて作られていきます。障害のない人にとってはそれは障壁どころか便利なものなので、それが自分とは違う心身の構造を持った人にとっては障壁になることを理解できず、差別をしているなどとは気づかない場合が少なくありません。しかし、それこそが根本的な差別の構造を生み出し、温存することになります。

5 合理的配慮

社会的障壁が障害のある人に

対する差別の構造を作り上げて

いるものだとすると、それを除去していくことが差別をなくしていくために必須になります。障害者基本法4条2項は、「社会的障壁の除去は、…それを怠ることによって前項の規定に違反することとならないよう、その実施について必要かつ合理的な配慮がされなければならぬ」と定めて社会的障壁を除去するという合理的配慮を行わないうことが「前項の規定」つまり差別禁止の規定に違反することになると定めています。社会的障壁が差別構造を作り上げていくのですから、これは当然のことですが、合理的配慮との関係でもう少し考えておく必要がある

ります。

障害のある人に対する合理的配慮は、障害のある人に対する特別な配慮や恩恵ではありません。もともと、障害のない人たちは社会からありあまる配慮を受けており、社会の設備や制度はすべて彼らの便宜を考えて作られてきたものです。これに対して障害のある人に対しては何の配慮もなされず、自分たちが社会のメンバーであることさえ忘れられていたのです。ですから、合理的配慮はむしろ今までの無配慮を埋め合わせる配慮、あるいは、障害のない人が受けてきた配慮と同じだけの配慮を求めめるものです。これが実現されて初めて私たちの社会は障害

のある人もない人も平等に共に暮らせる社会になっていくわけです。

しかし、障害者差別解消法は行政機関等については合理的配慮を法的義務としましたが、その他の事業者については、それを努力義務にとどめてしまいました。こうした点は今後の法改正で見直していかなければならない残された課題になっています。

6 法律をどう活用するか

では、最後に4月から法律をどう活用していったらよいでしょう。地域での生活の場面では、例えば精神障害のある人も公営住宅の単身入居は認めら

れるようになっていますが、精神障害の場合は市町村等の福祉所管部局に対して常時の相談対応や緊急時における医療機関等への連絡等の居住支援体制の状況を確認して判断するとされています。こうしたことは他の人にはしないことなので不当な差別的取扱いとして改善を求める余地があります。

雇用の場面では、特に対人関係の調整や緊張やストレスのかわりにくい仕事の割り振りや指示や注意の仕方の工夫を求めることが考えられます。同じ間違えを何度もするとか、指示されないと動かないなどを難詰なんきつされて仕事に挫折してしまう人もいますが、こうしたことは障害に

対する理解不足からきているものと考えられるので、職場の同僚や上司に障害を正しく理解して適切な助言や指導をするように求めることができます。勤務時間や通院のための休暇、勤務



地の調整なども合理的配慮として求めることができるようになります。

医療の場面では、いわゆる精神科特例の問題のほか身体の病気を合併しているときに一般病院での医療が受けにくいこと、社会資源の不足のために長期入院を余儀なくされていることなどについて差別解消の視点から改善を要求していくことも考えられます。障害者差別解消法施行の機会に家族会から精神障害に対するさまざまな差別の問題を提起して、改善を求める声を上げていくことが大切です。

(いけはら よしかず)

連載⑪

誰でもわかる認知行動療法

一般社団法人認知行動療法研修開発センター理事長 大野 裕

不安になったとき

でも、私たちは不安から解放されていません。

それは、不安が私たちにとって必要な感情だからです。うつや不安、怒りなどのネガティブ感情はアラーム（警報）だと言われます。不安は、何か危険が迫っているということを知らせるアラームなのです。アラームが鳴ったときには、ちよつと立ち止まって、危険がないかどうか

◆不安はアラームです

不安を和らげる抗不安薬が開発されたとき、「これで私たちは不安から解放される」と言った人がいたそうです。しかし、

それに対してある高名な精神科医が「けっしてそんなことはない」と言ったという話を聞いたことがあります。私がまだ駆け出しの精神科医だったころの話ですが、たしかにその通りです。それから何十年か立った今

か確認する必要があります。不安は危険から私たちを守ってくれているのです。一方的に大丈夫と考えて先に進んで、本当に危険なことが起きていたら大変です。無理をしないで、まず立ち止まってみましょう。

◆不安の3要素に目を向け ましょう

立ち止まって不安に目を向けるときには、不安に関係している認知行動療法で考える3要素に注目すると良いでしょう。3要素というのは、危険の程度と自分の力、そして周囲からの支援です。そして、それぞれの要素をどのように評価するかによって、私たちが感じる不安の

強さが変わってきます。

危険を大きく考えすぎたり、その危険に対処する自分の力を信じられなかったり、他の人からの手助けが得られないと判断したりすると、不安は強くなります。このように動揺したときこそ、冷静に一息ついて現実を見る余裕を取り戻すことが大切です。

自分のなかのこうした「不安の徴候」に気づいたときには、ちよつとひと呼吸おいて、最近の自分自身や、周りの状況などを振り返ってみてください。心配していることがどの程度危険なのか、その問題に対処する力がどの程度あるのか、まわりの人たちが手助けしてくれる可能

性はどの程度か、少し冷静になつて考えてみましょう。

◆一歩前に出て現実に目を 向けましょう

危険かもしれないと考えている現実に目を向けるのはかなり勇気がいります。「身が縮む思い」という言葉があります。不安や恐怖を感じているときには誰でも、すくんだような気持ちになりがちです。不安な場面から遠ざかり、閉じこもろうとするのは、人として自然な気持ちです。

しかし、そのように現実から距離を置いた状態をいつまでも続けると、現実が見えなくなつてきます。本当に危険なのかど

うか、自分が対処できるかどうか、他の人が助けてくれるかどうかを判断するために必要な情報が集まらず、かえって不安が高まることになります。不安を和らげようとして、逆に不安を強くしてしまっているのです。

そんなときこそ、一歩前に出る気持ちで現実を目を向けてください。現実を目を向けると不安な気持ちが強くなるかもしれませんが、すぐに逃げ出したり、無難に手早くすませようとしたりせずに、その場に踏み止まるような気持ちで、ちょっとだけ頑張ってみましょう。そうすると、少しずつ不安が和らいできます。心配な場面を避けると不安が高まり、現実と向き合うと

不安は和らぎます。

私は人前で話したり講演したりすることが苦手です。以前に、講演の後で録音テープを聞き返してみたことがあります。そうすると、最初の5分ほどはシドロモドロになってあがっていることがわかりました。しかし、その後は、少しずつスムーズに話せるようになっていきます。不安や緊張のピークは長続きせず、その後はしだいに落ち着いていくものだということを、身をもって体験しました。

不安な場面を避けたり、不安になったときすぐ逃げ出したりすると、そのときはラクになりますが、不安はなくならず、自力で対処できなかったという感

覚が長く残ります。それに、不安がそんなに長引くことはなく、ピークに達した後はゆるやかな下り坂のように下降していくものだというのを、いつまでも実感できません。

◆「逃げない」ための方策

「逃げない」というのは、根性論や精神論ではなく、不安と上手につきあっていくための、実際的で大切なポイントです。もちろんそこで無理をしすぎないことも大切です。あまり緊張しているときには、ゆっくりと腹式呼吸をして自分を取り戻すようにすると良いでしょう。腕など、体の一部に力を入れた後

に力を抜いてみて、リラククスする方法も役に立ちます。そうすることで、自分で対処できると考えられるようになることも不安を和らげます。

「段階的暴露法」といって、急に難しい場面に直面するのはなく、不安を感じる状況を難しいものから順番に10〜20場面に仕分けして、簡単な場面から少しずつ足を踏み入れていく方法も役に立ちます。

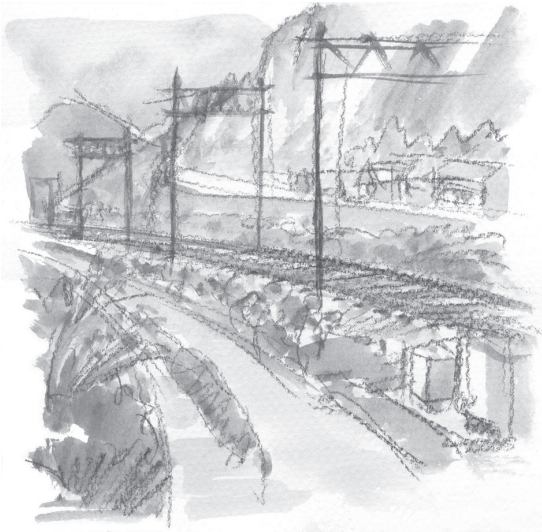
電車に乗るのが恐いのであれば、「空いた時間帯に1駅乗る」「空いた時間帯に2駅乗る」「混んだ時間帯に1駅乗る」というように、具体的に細かく段階を付けたプログラムを作って、段階的に足を踏み入れるようにし

ます。そのようにすることで、「自分ではどうにもならない」「大変なことになる」という思い込みから徐々に解放されてきます。

こうすることで、「そんなに危険なことではないんだ」「自

分にもできる」「いざとなれば他の人が助けてくれる」と実感できるようになると、不安に負けないで行動できるようになってくるものです。

(おおの ゆたか)



夫としての立場から

(神奈川県) ペンネーム 柴田みのる

若者の交流会での出会い

最初の妻は大学の教育学科の後輩で、ともに養護学校で教職に就いていたが、6年間の結婚生活の後、脳血栓で倒れ、三十四歳で還らぬ人となった。その間に男の子を流産、女の子を死産している。「子どもが欲しかった」とつぶやいたことを覚えている。

その後の四年半は独身生活を送った。ひとり身の気楽さで、ボランティア活動にもめりこんだ。「若い根っここの会」という若者同士が交流する会に入り、出会ったのが、いまの妻S江(仮名)である。

職業は、大学病院の看護師で、

私の職業とも近接する分野である。養護学校で私は主に、肢体不自由児を担当することが多く、痰の吸引や、経管栄養の必要な生徒も少なくなかった。

朝は、保健室からネブライザー(吸入器)を積んだワゴンを持ってきて、痰のからみやすい生徒に蒸留水か生理的食塩水を霧にして、鼻孔や口腔から吸引させることもしばしばであった。重度の障害のある生徒は毎朝、体温・脈拍・呼吸数などのバイタルを取っていた。共通する話題も多く、また、私がボランティアとして介助に入っていた身体障害の女性があるとき、ジャズコンサートがあるので行きますか、と紹介されたので

行ってみることにした。会場は、偶然S江の家の近くであった。そこで、はがきで誘ってみたところ、たまたま習いごとが休みになったということで、来てくれることになった。

料理が趣味だというS江は、私の家まで来てなにか作ってくれたか、作ったものを持ってきてくれるかして、次第に交際が深まり、結婚を申し込むに至った。十三歳年下のS江が看護師だということも決め手になった。看護師であれば、自分の健康も気遣って、健康に違いないと思ったのである。これが、最初の判断の誤りであった。自分の勤務先の看護師さんを見れば、保健室でスパ。煙草を吸

うベテランもいたのだから、看護師といえど健康とは限らないと思うべきだった。

結婚前後から起きた変化

S江の両親の承諾も得、結婚式の日取りも決めた。結婚に至るまでの間に、なぜか、S江は結婚への不安をもらすようになつた。もう、結婚はやめたいとも言った。私は、勤務先の同僚に相談したが、人の心理に詳しいはずの同僚は、一時的なものだと判断した。いわゆるマリッジブルーだと思ったようだ。私も大学の専攻だけは心理学だが、結婚前の女性の心理に詳しいわけではない。

なんとか結婚式にまでこぎつ

けた私は、これで「一件落着」と思った。最初の妻は病没したが、今度こそは、子どもも生まれて、絵に描いたような幸せな家庭がつけれると夢想した。

一戸建ての家で私は昼間、外で働き、S江は家事に専念した。休むことを知らない性分のS江は、庭の雑草も毎日抜き、買い物に洗濯にきりきりまいであった。私は定刻に帰るのが苦手で、ずるずると残業してしまう毎日だった。日中、一人で過ごすS江はさびしかったことである。土地柄も古く、町会長夫人がS江にいじわるなことを言ったという。

異変は突然に現れた。結婚して二か月もたたないある日、S

江が言った。「この三日ほど一睡もしていない、水さえも飲めない」そういうえば前の晩も、夜中にS江は二、三度起きては、私に話しかけた。「殺して欲しい」とも言っていた。明らかに精神的に動揺していた。

翌日、S江の母親と弟に来てもらった。それで、少しは落ち着くかと思われたが、その翌日、私が内科に通院するのと同行した帰り道、車道に飛び出したり、陸橋から飛び降りようとしたりした。「自分は生きている価値がない」とも言う。S江の実家に寄り、落ち着いたが、帰宅するとまた悪化した。

その後は、一進一退、変化に富む日々であったが、S江にな

にが起こったのか、本人から聞いてわかった。結婚前には、「かつて精神科にかかったことがあるが、いまは治ってなんでもない」と聞いていた。実はそういうわけでもなかったのである。

再発に至った経過

かいつまんでいうと、大学病院に勤務中、本人が異変を感じた。看護師になるための国家試験に出た問題と同じことがいま自分に起こっていることを自覚したそうだ。そこで、上司に相談した結果、勤務先の病院の精神科にしばらく入院することにしたそうだ。職員なので、費用は安く済んだ。服薬も始まったが、退院後は復職できた。しか

し、心の病気だけに同僚の看護師たちからは冷たい目で見られたそうである。

回復したので、薬も飲まなくてよくなった。しかし、結婚が決まると不安がもたげ、本来ならば、その段階に勤務先でいいから精神科に通院すべきだったのであろう。そして、服薬を再開すべきだったのである。しかし、S江は、結婚後は子どもをつくることもあろうと、服薬の再開を避けていたのである。

最初の診断名は、心因反応だった（その後、非定形精神病を経て統合失調症に落ち着く）。S江は、病院では夜勤を免除されたが、ほかの看護師から「どうしてあの人だけ、夜勤をしな

「いんですか」と訴えられ、上司はしぶしぶS江を夜勤に就かせた。健康状態に十分な配慮をしてももらえない中、結婚が近づき、精神不安定になり、上司から退職を勧められ、辞めるに至ったのである。結局、健康な女性と結婚し、こどもも設けるという私のもくろみは崩れ去った。

妻を支える日々

私は、予想もしない疾病に冒されているS江を救うことに必死だった。少しでも心をなぐさめようと仕事から帰ると、いっしょに近所の散歩に連れ出した。これが間違いだとわかったのは、ずっと後のことである。S江は外に連れ出されること

苦痛だったという。ほんとうは、じつと家の中で刺激を遮断して過ごしていたほうがよかったのである。

S江の看護学生時代の同級生も、養護教諭になってから精神疾患に冒されたそうだが、やはり家族に旅行に連れ出され、「いかげん、これで満足したろう」と言われたそうだとかく人は、ふさぎこんでいる人を見ると、やたらと光や風にあてたくなるのである。しかし、それは健康な人がたまたま気分がふさいだ場合にはいいだろうが、ほんとうに精神疾患にかかっている場合は、部屋にとじこもっていたほうが、刺激を遮断できていいのだ。

結婚して、はや二十八年。S江は、その後、服薬しながら内科の診療所や、精神科の単科病院に勤めることもあったが、いまはそういう力も失せ、精神科の病院のデイケアに通い、訪問看護を受ける身の上である。

私がそばにいないと不安定になるが、私も退職し、年金生活となり、そばについていられるので、持ちこたえている。私の人生も最終章に入ったようだが、可能な限り、最後まで妻を支えていきたい。

(ペンネーム) しばた みのる

街の
診療所から
の便利

：原因のある『うつ状態』は
早く元に戻せるはずなんです。：



連載
105回

ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈1か月前に〉

初診時には、Dさん（45歳女性、会社員）は1か月前に後輩の社員から『指導が厳しすぎる』と上司に訴えられたということでした。自分では厳しくしているつもりはなかったのですが、上司から言われた時にはちよつとシヨクでした。その後、職場はぎくしゃくしていました。10日前にDさんは隣の市の営業

所に転勤するように言われました。急に、長く協力し合ってきた同僚から切り離され、仲間の居ない職場で慣れない仕事をすることになり、転勤初日から彼女は参ってしまいました。

もう人生が上手くは行かないように感じ、家でも気持ち悪く休めることができず。食事も取らず、夜も眠られずに考え込むようになりました。職場では仕事の手順を聞くこともでき

ず、転勤して数日後にうちを初診されています。

〈うつ病の手前〉

暗い表情で打ちひしがれたDさんの精神状態は『うつ状態』でしたが、『うつ病』ではありません。症状を起こした原因があります。症状を起した原因がありますから、急性ストレス反応（うつ状態）という診断です。Dさんは、新しい職場と新しい仕事

が十分にできないことで自分を責める気持ちもありますが、それよりも、自分の指導に従わないで上司に訴えた後輩に怒っていますし、後輩をたしなめることなしにDさんを異動させた上司に対して裏切られたという思いを持っています。



転勤後の職場では、慣れない仕事なのに相談する人もなく、今では、処遇の不備を怒るよりも、できない自分を責める心境になってきています。このまま、自分を責めながら頑張っている、うつ病を発病するかも知れません。

〈精神的な疲れ〉

Dさん、あなたは今、疲れています。あなたはここ数年ずっと働いてきました。まず何日か有給休暇を取ってみませんか？薬はほんの少しの抗うつ薬が助けになります。そんなに一所懸命頑張らなくても何とかできるよう、と言ってくれるはずですよ。もう少し長く、元気が出るま

で休むのはどうでしょう？」と気弱な様子です。

長く休むと反って出社しづらくなります。日中国家に籠っているのも辛いものですよ。

休む期間について両者の意見が違いましたから、話し合っ、まず1週間の診断書を書きました。次は、薬で眠れたかどうか3日後の受診で確認する予定です。

〈うつ状態の改善〉

ところが、3日後のDさんは初診時とは表情が変わって明るい顔付きです。

あれっ、気分が良くなったんですか？

「実は、あの日診察から帰っ

た後、今度の営業所の所長が家に訪ねて来られ、仕事の割り振りに配慮が足りなかった、出社を待っているのではばらく自宅療養してくれと言われました」

そうですね。所長が対応してくれば、安心な気持ちになりますよ。

薬は抗うつ薬も抗不安薬もほんの少しです。薬が主に調子を持ち上げたものではありません。周囲の対応も良かったのですが、一番は本人が考え方を変えたからだと思います。

〈自分を観察する〉

彼女は自分から、後輩や前の上司に対する怒りがあったこと、自分は仕事に対して几帳面

過ぎたこと、そのやり方を後輩にも押し付けていたことを話されました。また、新しい職場での仕事も、難しい分野を引き受けてしまい、上手くできない羽目に陥っていました。それから、自分が休んでその仕事が滞っていても、会社は動いていると気付いたと言われました。

「もつとゆっくり仕事しても良かったのです」

その4日後の1週間目に、彼女は、「大丈夫ではないですけど、出社してみようと思いません」と言われます。

そうですね。少し心配ですけど、オリンピックに出るわけでもない普通の人は、70%位の体調でもそれなりに働けている

ものです。それから、馬力が出ない時に根性で上乗せできるのは10%程度だと思います。

〈10年前の経過〉

今回、Dさんはうつ状態に陥ってから早めに精神科を訪れました。〚うつ状態〛が2週間以上続いている場合に〚うつ病〛と診断するという考えもありますから、彼女はうつ病になるのを予防した、と言って良いでしょう。

実はDさんは10年ほど前にもうつ病でうちの医院に通院されたことがあります。昔のカルテを出してみると、この時の初診時に私は会社を1か月休ませようとしています。Dさんが仕

事を休むのを拒否されたので、2週間の休職診断書から始めていました。抗うつ薬をちよっと多めの6錠を飲んで半年間休職した後、うつ状態は改善しましたが、勤めていた会社には居づらくなって退職しておられま

〈うつ病治療の変化〉

10年前と比べると、精神科医の私の考え方はかなり変わってきています。昔はうつ状態の重症度を見て薬を決め、休養を勧めるのが主でした。この頃は、悩みのあるうつ状態の人ではその悩みを聞いて、それにどう対処するかとか、あるいは本人の感じ方を変える方向で話し合う

ことを心掛けるようになっていきます。それが上手く行つて、少量の薬で患者さんが元気を取り戻されると、精神科医にとつて本当に嬉しいことです。今回は数回の受診で済むとしたら、10数回受診した前回の何分の一しか治療費もかからないことになります。

〈新しい薬?〉

今は「うつ」の時代で、町の精神科診療所の収入の大きな部分が「うつ」と関係しています。新しい抗うつ薬が数多く発売され、副作用が少ないという宣伝文句で高価な薬が多く使われています。製薬会社が値段の高い薬をたくさん売りたいのは当然

でしょうが、医者の方も副作用を軽く考えてしまえば、薬を多く処方しがちです。その結果でしようか、他の病院で不調だった患者さんが来られた時、薬量を減らしただけで体調が良くなる場合も多いのです。うちでもそうならないように気を付けな

いとけません。
統合失調症の治療の場合でも新薬が高価になっていて、困ったことだと思えます。



知ることは生きること

連載2回

障害年金の新規請求及び更新手続きにおいて家族ができること

日本福祉大学
みんなねっと理事

青木聖久

働くと支給停止になるのですか」と問われることが少なくありません。人は、知らないことがあると、不安が不安を呼び、日々の暮らしが消極的になったりします。だからこそ、私は、「知ることは生きること」だと思っています。

先月号において私は、2016年2月号（今月号）と3月号（次月号）で、「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」で作成している、①障害年金の審査のガイドライン、②診断書を作成する医師向けの作成文書、③日常生活や就労状況を記載する照会文書について説明します、とお伝えしました。ところが、現在、①

③は検討途上にあります。そのことから、これらについては内容及び実施時期が確定した段階で、改めて説明させていただきます。とはいえ、精神障がいのある本人（以下、本人）や家族の中には、障害年金のことが検討されているのを伝え聞くにつれ、不安な思いを抱いている人が少なくないと思います。実際、「障害年金は、

そのようなこともあり、昨年の12月4日に、「中央法規出版」のご協力をいただき、「みんなねっと」と共催して、『経済的支援の中心に位置づく障害年金のいま〜家族会の方々に絶対に知ってほしいこと・伝えたいこと』というタイトルで講演会を東京で実施したのです。そのなかで今月号では、私が講演時に、「家族ができること」としてお話

をした4点のことをお伝えさせていただきます。

1. 日常生活能力を見る視点

①診断書では、「単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください」という記載のもと、日常生活能力を判断することになる。

②「適切な食事ができる」とは？
1年間を通しての障がいの波を考える。

診断書裏面の左上には、小さい赤文字で、①の記載があります。一方で、②に記載していませんように、精神障がいの特性として、日常生活が安定している時と、不安定な時期を繰り返す人が少なくありません。その波

が、なだらかに、大きな弧を描くような人もおれば、小刻みに揺れ動く人もいます。

他方、翌日に診察を控える中、

「今日は早めに寝て、明日は、特別に朝食をきちんととり、化粧を丁寧にして、主治医の先生にお会いしましょう」という人がいるのです。となりますと診察室の場面では、「適切な食事」「身辺の清潔保持」が、さも問題が無いかのように見えます。でも、なんです。前述しましたように、診断書作成医には、本人が、単身で生活しているという仮定のもと、1年365日の暮らしの変化の中で、障がいの波をみて、評価することが求められています。そのことから、普段の日常生活

の暮らしぶりを、診断書作成医の先生に伝えてほしいのです。

2. 客観的な評価

①本人や家族は、専門職から見ればかなりの日常生活の困難さが伴うと思われるような事柄に對しても、長年にわたる疾患や障がいの付き合いから、それが当たり前のごとして、常態化していることが少なくない。

前述1.の①及び②の二つの視点から、例えば支援者が、本人や家族に対して、「日常生活で、お困りのことは無いですか？」と問うことがあります。すると、意外にも、「特に…」と首をかしげられることがあるのです。不思議に思われるかもしれません

が、人は、暮らしを継続するなかで、適応する、あるいは慣れることができるのです。また、時々遭遇する事柄に対しても、対応の仕方を身につけたりします。

でも、支援者が様々な観点から話を続けると、「そう言えば、不注意で財布を落としたことがありません」という話が出てきたりします。そこで、支援者がさらに、「そのようなことが、かつてあったのですね」と問うと、きよとんとされ、「いえいえ、しよっちゅうですよ。年に数回はあります」と答えられたりするのです。そして、さらに話を進めると、その対応として、家族がカード会社への連絡方法等を熟知するようになったことに

気づかされたりします。

これらのことから、日常生活の困難さについて、多くの情報を本人や家族が知っていることと、客観視できていることを、別次元の事柄として理解することが重要だと言えます。なぜなら、本人や家族は、様々な困難が当たり前のこととして常態化していることが少なくないからです。

3. 就労との関係

①「働くと障害年金が支給停止に？」という質問への受け止めをはじめ、事実を把握する。

②就労では、結果の収入や労働時間よりも、論点は、「どのような周囲の支援等があって、いま

の仕事ができているのか」

③これまでの経過のなかで、苦勞したことを文章にまとめる。今後は、その都度、ノートにとっておく。

冒頭で述べましたように、①のような質問はよく聞かれます。このことについては、後述することになります。ですが、大事なこととして、このように本人や家族が不安な思いになっていることは紛れもない事実だ、ということなのです。このことをふまえたうえで、障害年金と就労との関係について見ていきましょう。先月号で、障害年金の地域間格差の実態をお伝えしました。現在、障害基礎年金の審査は、都道府県ごとに行われています。

その障害基礎年金の認定審査では、就労ではなく、日常生活能力が問われることになるのです。

とはいえ、②の就労状況は、日常生活能力を推し量るにあたって、大いに参考になります。ですが、本人は、周囲の支援体制をはじめとする環境によって、結果の収入や労働時間に、大いに差が出るのです。そのようなことから本人は、そもそも、どれぐらいの日常生活能力があり、就労場面において、いかなる周囲の支援を受けているかが問われることになっています。したがって、本人の日常生活の困難さが認められた時には、ぜひノートや電子媒体等に記しておいてください。それが、後

に重要な情報となります。

4. バトンをつなぐ

①日常生活場面での情報を主治医やPSWに伝える。

②口頭ではなく、簡潔な文章で伝える。

③具体のエピソードを、正確な情報として伝える(いつ・どこ・どのような状況で、何を、誰と、何回、いくらで、等)。さらに、表情、あせり、いらだち、汗をかいて、声を出して。周囲の反応は…。

前述した1.、3. についての日常生活場面でのことを、主治医に直接、あるいは、PSW等が医療機関にいるようであれば、その人たちに、口頭ではなく、簡潔な文章で伝えることをお勧め

めします。正直、文章でまとめるとなると、ちょっと大変に感じるかもしれませんが、ところが、文章にまとめるプロセスの中で、本人や家族は、精神障がいによる日常生活の困難さを、客観的に捉えることができたりするのです。文章は客観的であり、かつ、具体的であることが大切です。たまに、「困っているから困るんだ」というようなことを言われる人がいますが、それでは説得力がありません。

ただし、これらの取り組みを本人や家族だけするのは難しいです。ぜひ、信頼できる支援者に相談なさってください。つまり、バトンをつなぐことが、重要だと言えるでしょう。

(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 〈6〉

—抗精神病薬を処方するときの方針

抗精神病薬を処方するときの方針

精神科薬物療法のガイドラインをいち早く発信するのは米国です。その米国では、抗精神病薬での治療が必要な患者さんに、初めて投与する抗精神病薬は、ほとんどが新しい非定型抗精神病薬です。皆保険制度でない医療保険事情から、新しい薬の費用は高いのですが、単剤で

の症状への効果が高いことや、定型抗精神病薬に比べて副作用の発現率が少ないため総合的には費用対効果が高いということが最大の理由です。

また、抗精神病薬での治療は長期間となるため、遅発性の副作用発現リスクが軽減されることも非定型抗精神病薬が第一選択とされる理由です。

近年、さまざまな方法で情報が得られるため、精神科では患

者さん自身から新しい抗精神病薬を処方して欲しいと申し出られることが少なくありません。また、定型抗精神病薬で治療中の患者さんからも、非定型抗精神病薬への変更の申し出をよく受けるようになりました。

筆者は、できるかぎり患者さんの希望を重視しています。その希望が精神医学的に理にかなっているかどうか、生活する上でどのような支障があるの

か、患者さんの病状（状態像）、社会参加の程度などのさまざま要素を判断して、処方する抗精神病薬を決めていきます。

筆者の場合も、初めて抗精神病薬を服用される患者さんに処方する抗精神病薬は、新しい非定型抗精神病薬としていきます。すでに抗精神病薬で治療中の患者さんでは、まず、それまでの薬剤の効果について、厳密な評価をします。これまで定型抗精神病薬で治療が適切で病状も安定した状態で経過しており、単剤化ができていて、副作用の問題もないという場合は、敢えて新しい薬剤に置き換えるなどせず、定型抗精神病薬のままとします。それでも新薬（非定型抗

精神病薬）の処方を望む方には、何を期待しているのか、ということをしつかりと聴取し、その期待しているものが非定型抗精神病薬への切り換えで実現できるのかどうかを説明確認し、患者さんが納得いくまで話し合いをしていきます。また、非定型抗精神病薬での治療は、それまでも医師費がかかることも伝えるようにしています。

抗精神病薬を選択する際に考慮すること

科目に拘わらず治療においては、まず緊急性の有無を判断します。特に精神科の場合は、患者さんが興奮状態にあるかどうかを見極めます。行動化が激し

くなくとも精神的に興奮状態にあることは少なくとも、そのエネルギー量を速やかに低下させなければ、脳へ大きな負担がかかってしまうからです。そして、治療に対して拒絶的であるかどうかを判断します。

以前にもお話ししましたが、脳は急性期の激しい状態が長く続けば、その後の病状に影響する（陰性症状が助長されるリスクが高まる）ため、少しでも早く治療を行う必要があります。ですから、治療への拒絶は薬物療法において重要な要素となるのです。服薬を拒絶するときには、注射剤など普段と違った剤型を選択することとなります。

次に精神症状を細部にわたつ

て分析し、症状を把握し薬剤特性に当てはめて薬剤候補を絞ります（この薬剤特定については次号でお話します）。

ただ、絞り込んだ抗精神病薬が病状に合った薬剤であるとはいつても、その薬剤と患者さん個人の体質には合わないという可能性は否定できません。抗精神病薬での治療が初めての場合には適合を知る由がありませんが、治療歴がある場合には、服薬したことがある薬剤の履歴つまり薬歴は薬剤選択の重要な情報となるのです。著しいEPS（錐体外路症状）や起立性低血圧は、生活するのに大きな支障となります。過鎮静を起こす

薬剤は、本来の治療の意味を幻滅させてしまいます。また、悪性症候群は生命の危機にも関わる重大な副作用ですから、この原因を作った可能性のある薬剤は、除外せねばなりません。

このようにさまざまな要件との照らし合わせの中から最適な薬剤を選択するのです。これらのプロセスを経て、薬剤の選択が終わった後には、薬剤の用量を決めなければなりません。薬剤は、初期用量と最大用量が決められていて、症状によって適宜増減とされていますが、症状評価だけでは用量を決められないことが少なくありません。

それは、体格と脂肪組織量です。抗精神病薬は、脂溶性の性

質を持つため体内の脂肪組織が多いとそれらの組織にも結合してしまうことがあるため、肥満体型の人には用量が多くないと効果が得られないこともあります。また、体重は同じでも皮下脂肪の量が少ない痩せ型の人では、過効果となり過鎮静状態になる可能性があります。よって薬剤用量の調整には栄養状態についての検討も必要となります。

その他にも薬剤量の調整に重要な要素があります。内服された抗精神病薬は、吸収されて血液の流れに乗って脳へと運ばれます。ですから血液の状態も用量調整に影響するのです。急性期では食事を取っていない状態

や、興奮により多量に発汗して脱水状態になっていたり、水中毒を引き起こすような電解質異常となつていることも少なくなく、水分摂取量について考慮する必要があるのです。

このようなプロセスにより処方する抗精神病薬を選択するのです。

(ひめいあきお)

抗精神病薬選択の際に考慮すること

1. 精神運動的病状
緊急性・拒絶
2. 精神症状
陽性症状・陰性症状・睡眠状態
3. 既往歴と薬歴
副作用（EPS、起立性低血圧）
過鎮静・悪性症候群
4. 身体症状
栄養状態（るいそう^{*}・肥満）
水分摂取（発汗・多飲水・下痢・嘔吐）

* るいそう：臨床的には標準体重より 20% 以上少ない状態を羸瘦（るいそう）という

読者のページ



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

「みんなねっつ」の感想

◆石川県 鹿島弘子 家族(60代)

12月号の伊澤希久子さんの投稿に我が意を得たと思います。親の対応が遅かったことは死ぬまで悔いが残るでしょうが、情報や知識も皆無でした。学校(東京在住時)の対応もいい加減で、当人の学校生活での変化については、一切の連絡や電話すらなく、学校内で隠蔽されていたのではないのかという疑

念と腹立たしきは罹患りかんして20年来の歳月を経た今も無念の一言です。日本人の心や人間性が根底から揺らいでいる危機感があり、「時代が変わった」と言う一言では看過されない事態ではないでしょうか。政府も使命感を持ち、全力を注ぐべきである。現今の理解に苦しむような事件や諸問題の根幹は心の問題です。自分さえ良くても世の中は良くならないのです。思春期に発症することからも学校での精神教育は肝要であることは自明の理です。

◆愛知県 悩める母 家族(60代)

妄想に悩んでいる娘を持っている母親です。いつもとんでもない妄想を言うのですが、どうして受け答えしていいものか迷ってました。

10月号増本先生の『統合失調

症は『勘違い』の病気です”を読んで、なるほど、いつも「それ妄想でしょう」と言ってるかになりました。「貴女の勘違いだと思うよ」という事にしました。すんなり受け入れてくれるようになりました。

◆千葉県 後藤淳子 家族(80代)

街の診療所からのお便りの増本先生の記事を嬉しく拝読しています一人です。患者さんへの温かいまなざし、そして症状ばかりでなく生きる力が育つような診療をされておられる様子がわかります。こんな先生に診て頂いている患者さんは幸せだなと思います。

12月号で家族の優しい仕事のところ家族が人知れず苦勞をしている姿を認めてくださって、とても嬉しくなりました。これが家族が望んでいる支援助と

人の力と 생각합니다。

◆無記名 家族

全家連の購読時代から21年愛読しております。みんなねつと、又編集の皆様には深く御礼申し上げます。

11月号22頁のお父様のお気持ち大変良くわかります。

私は21年家族会に出席し 娘の為に治してやれることなら何でもと思う気持ちで講演もこの20年間で100回以上聴きに行きました。

娘は障害者1級で特に幻聴が強く、寝ている時以外は幻聴(こわい命令)の中にいます(例えば死ぬとか)。

家族会の仲間の方達や他の家族会の方達から大変切実な声を聞いております。

本号22頁3段に親の対応如何で自殺した当事者とか、会長

の母親を殺した、とか書いてあります。これは全部親御さんのせいではないと思います。何人も知っていますが、どの親御さんもとて無理がある方達です。これは一つには幻聴で相手に命令されていることが多々あります。この方達は幻聴、妄想が強いでした。

日常生活

◆長野県 としちゃん 本人 (60代)

私は統合失調症になって35年になります。今日、埼玉にいる私の実の妹と話したのですけれど、「姉ちゃんも傷害をもってゐるのに、仕事をしてきたのはがんばってきたねといってくれた」何があっても、人を許して自分も許すことが大事だと言った。そして人と比較してはいけ

ない。自分のいまでできることをやること。

◆北海道 れいちえる 本人 (40代)

私は今年の春、恋活イベントに参加して一般の男の方と知り合い、今までつきあうようになりました。初めは病気のことを言うべきか悩みましたが、つきあいはじめに統合失調症の病気を持ってゐる事を言うと、すんなり、それでもいいといってくれ、病気を理解してくれ、今までつきあうことができています。

仕事がつらく忙しい時ストレスで母にあたってしまふことも多い中、彼氏は私の話を丁寧にきいてくれ、時には仕事のアドバイスなどもしてくれます。いい人にめぐりあつたと感謝しています。これからも末長くつき

あつていきたいです。

◆千葉県 スカイ 本人(50代)

いつも楽しみに愛読させて頂いております。実はその私も5年前に『うつ病』と診断され、2年間(リハビリも含む)の療養休暇を経て職場復帰することが出来ました。

当初は自殺願望が強く初診で訪れたメンタルの先生に『○○さん絶対に死なないと約束してくださいね』と言われました。そしていつも私の傍らで支えてくれた娘に「お母さんは私のたった一人のお母さん」と言われ職場の方、友人などに支えられて、現在命の尊さを実感し日々暮らしております。皆様への感謝の毎日です。

◆熊本県 本島孝行 本人(60代)

僕は30歳の時にうつ病にな

り、治る見込みのない病いと知り、地元の熊本に帰り、くまもと心療病院で治療を受けることになりました。主治医は荒木那生院長先生でございました。月に1回の受診で体の調子の良い時は障害者の事業所に勤めなが

ら生活をし、僕の病気を理解してくださる院長、職員さんスツフの方、そして僕の回りの方々に対して理解のある方々のおかげで、今まで無事生きてこられました。そして最近平成二十七年四月十六日より、第三



◆京都府 TAKAHITO 本人(30代)

■事務局に応援に入
て、はや1年3か月が過
ぎました。国内や世界の
あわただしい動きのなか
で、理事長はじめ役員や
県連の皆様、萌文社の谷
さんなどから、ご指導を
いただきながら、この月
刊誌の発行に携わってま
いりました。

地域でご家族や当事者
の方々の相談を受けてお
りますと、そのあまりの
苦難の深さに胸がつぶれ
る思いがいたします。家
族会の活動で手を差し伸
べ、ほんのわずかな支え
にはなれても、社会が大
きく変わらなければ、と
ても解決には至りません。
当会では、新しい政策

委員会にベテランの専門
家の方々にも加わってい
ただき、さまざまな問題
について国や社会に表明
する意見をまとめつつあ
ります。今は精神保健福
祉法の見直しと、当事者
の家族間での痛ましい事
件の再発防止策の検討を
始めたところです。

今後の誌面に掲載され
るこうした当会の動き
に、ぜひご注目ください。
当事者の方々とご家族の
人権が回復され、苦しみ
が過去のものとなります
よう、そのために当会の
活性化に少しでもお役に
たてますようベストを尽
くしてまいります。

(事務局長 野村忠良)

【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 106 号 (2016年 2 月号) 定価 300 円

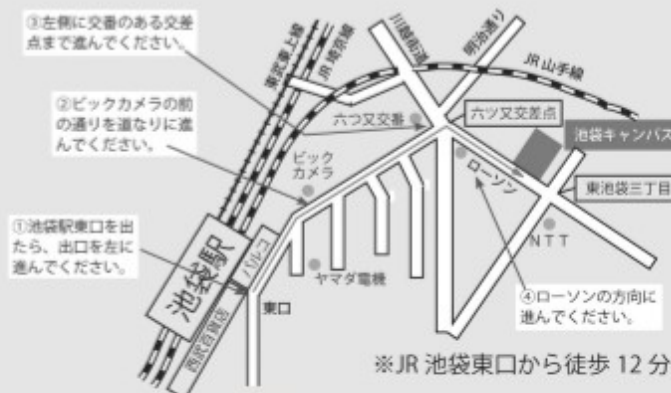
発行日	2016年2月1日	賛助会費 (会費に購読料含む)
発行者	公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会	個人・年間 3 5 0 0 円
	理事長 本條義和	団体・年間 3 0 0 0 円×人数 (2人以上)
	〒 170-0013 東京都豊島区東池袋 1-4 6-1 3 ホリグチビル 602	
	TEL 03-6907-9211 FAX 03-3987-5466	
	郵便振替 00130-0-338317 ホームページ www.seishinhoken.jp	

印刷・製本/倉敷印刷株式会社 表紙の絵/織田信生

2015 みんなねっとフォーラム

2016年3月1日(火)10:00～16:00 (受付9時30分～)

帝京平成大学 沖永記念ホールの地図



● JR池袋東口から徒歩 12分

●事前申込締切●フォーラムへの参加は、事前にお申し込みください!!

2月14日締切

事前にお申し込みされる方は、下記の申込書に必要事項を記入し、FAX(03-3987-5466)または郵送でお申し込みください(当日参加も可能ですが、事前申込を優先します)。

- *個人でも団体(家族会等)でも申込ができます。用紙の足りない場合はコピーしてご使用ください。
- *軽食は各自ご用意ください(大学内に軽食場所は用意しております)。周辺の飲食店もご利用いただけます。
- *先着順のため定員に達した場合はお断りすることがあります。連絡先もご記入ください。

●参加申し込み●

申込者(代表者)氏名			
所属		参加人数	
連絡先	〒		
	TEL ()		

主催・問合せ先：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 / <http://www.seishinhoken.jp>
☎ 170-0013 東京都豊島区東池袋 1-46-13 ホリグチビル 602

みんなねっとフォーラム2015

“親あるうち”の自立をめざして

■日 時：2016年3月1日(火)10:00～16:00 (開場9:30～)

■会 場：帝京平成大学 沖永記念ホール(東京・池袋)

■参加費：無料(事前にお申込み下さい) / 定員700名

〈午前の部〉

【講 演】10:15～12:00

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～

■講師 白石 弘巳氏 (東洋大学ライフデザイン学部教授)

〈午後の部〉

【シンポジウム】13:00～15:45

自立のための支援～さまざまな支援のかたち～

■シンポジスト

・「家族会」の現場から

本條 義和氏 (全国精神保健福祉会連合会理事長)

・「英国メリデン版訪問家族支援」の現場から

吉野 賀寿美氏 (医療法人社団五稜会病院看護師)

・「訪問看護ステーション」の現場から

與那覇 五重氏 (株式会社ウィズユー代表取締役)

・「生活支援」の現場から

伊澤 雄一氏 (特定非営利法人全国精神障害者地域生活支援協議会 あみ代表)

■コーディネーター

白石 弘巳氏 (東洋大学ライフデザイン学部教授)

松澤 勝氏 (全国精神保健福祉会連合会副理事長)



※詳細が決まり次第、月刊みんなねっとや当会ホームページ等でご案内いたします。多くの方々のご参加をお待ちしています。

主催・問合先：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 / <http://www.seishinhoken.jp>

〒170-0013 東京都豊島区東池袋 1-46-13 ホリグチビル 602