

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!!

1

2016

みんな ねっと

●特集●

世界から見た我が国の精神保健医療福祉

——我々は何を基軸に行動すべきか（長谷川利夫）

●私と家族の手記「毎日を前向きに過したい！」

■誰でもわかる認知行動療法⑩「アサーション」：自分の気持ちや考えを伝えよう（大野裕）

■知ることとは生きること（言木聖久）連載1回

障害年金が支給決定されるまでの流れと地域間格差



新春のごあいさつ（本條義和） 1

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

世界から見た我が国の精神保健医療福祉
——我々は何を基軸に行動すべきか（長谷川利夫） 6

【連載⑩】
誰でもわかる認知行動療法
《アサーション：自分の気持ちや考えを伝えましょう》（大野 裕） 14

私と家族の手記
「毎日を前向きに過ごしたい！」（高野喜代子） 18

街の診療所からのお便り【連載 104】（増本茂樹）
…丁度よく頑張るってむずかしいですけど… 22

知ることは生きること
（連載 1回）障害年金が支給決定されるまでの流れと地域間格差（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18（姫井昭男）
第3章「精神科の薬」の実際〈5〉——抗精神病薬のメリットとデメリット 30

真澄こと葉のつれづれ日記（第58回） 34
みんなのわ——読者のページ 36

新春のごあいさつ

謹んで新春をお喜び申し上げます。

ここ数年精神保健福祉をはじめとして、障害福祉施策は大きな変化の兆しを見せてきています。昨年も、障害者政策委員会(当会から川崎顧問が参画)で障害者権利条約の政府報告案に向け、活発な議論が交わされましたし、社会保障審議会障害者部会(当会から本條が参画)でも、改正障害者総合支援法制定後3年の見直しの審議会が20数回も開催されました。また、JR運賃割引や障害者医療費助成における他の2障害との格差是正は喫緊の課題でしたので、一昨年他の2障害同様の運賃割引をめざすプロジェクトチームを立ち上げ、要望に向け第一歩を踏み出しました。昨年は引き続き、4月27日厚生労働省の会見室で記者会見をおこない、下半期には請願署名活動を開始しました。その他、英国の家族支援の技術や制度の日本普及についても、5名を英国のバーミンガムに派遣するなど少しずつですが、前進しました。相談支援については「精神障害者家族相談事例集」の発刊のめどがついてきました。更に、ピアサポーターに家族のピアサポーターを加えることと、精神障害者相談員制度の創設等を提唱し、居住支援については家賃債務保証制度を訴えかけました。

しかし残された課題の多いことも否定できません。例えば医療保護入院における家族同意要件の問題や、心の健康教育、障害年金、医療費助成、自立支援医療(精神科通院医療)等々です。それらの諸課題の解決は皆様方のご支援ご協力なくして実現できません。幸い本年は精神保健福祉法改正3年後見直しの審議が行われます。本年も、本人と家族が住み慣れた地域で社会から本人を含めた家族全体が支援を受けながら生きていける社会をめざしてともに進んでまいりたいと思います。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会理事長 **本條義和**



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73回】（10月20日）

社保審障害者部会・第73回の議事の内容は、①精神障害者に対する支援の在り方②障害者の意思決定支援（成年後見制度を含む）③意思疎通支援でした。

このうち①では、私は、「ピアサポーターのピアには、本人だけでなく家族も含まれるので、家族を含めたピアサポーターとして検討してもらいたい。また、すなわち訪問による、本人を含めた家族全体を支援する行動療法的家族支援の方向性を検討する」よう提言しました。

居住支援についても、「居住の場の確保は言うまでもないが、その居住の場ができるだけ安全で、快適で、それでいて普通の生活ができ、騒音対策もあり、適時適切な医療・福祉提供体制を整えるという視点も必要である」と意見を言いました。

意思決定支援では、「①意思決定支援ではなく自己決定と位置付ける。②何処でだれと生活するかを選択権だけでなく、どのような生活を送るかの選択権も明記すべき」と意見を言いました。

また精神科病院の入院中や退院時の意思決定については精神保健福祉法改正時に議論すべきという意見が出ましたので、「その時に議論することに反対はしないが、日常生活においての意

思決定は、ここで議論すべきである。またインフォームドコンセントは精神科医療だけではなくのできちんと議論すべきである」と意見表明しました。

【第74回】（11月2日）

第74回の議題は、①高齢の障害者に対する支援②支給決定のあり方でした。

①では第68回（月刊みんなねつと10月号参照）と同様、障害者総合支援法の第7条にある介護保険優先原則との関係及び一般高齢者との公平性等に関する議論が中心でした。

「サービスについての公平性と、負担の公平性は分けて考えるべきである。サービスについては、支援の必要性が同等であれば同等のサービスを提供する

ことが公平である。そして、費用の負担については、その能力に合わせる。つまり応能負担によるのが公平でありフェアであるとの考えに立つべきである」と意見しました。

その他、親なきあとの問題では「親あるうちに、すべてのライフステージごとに社会の支援を含めたライフプランを立てることを含める」との意見も表明しました。

②では、「支給決定をするときに本人の意向が尊重されなければならぬことは言うまでもないが、障がいが心身の機能だけでなく社会的障壁もそうであること。又家族が社会的障壁のある障害当事者であるとともに、本人にとっては家族が社会

的環境（社会的障壁）ともなることを考慮に入れた計画となるよう要望したい」と意見表明しました。

【第75回】（11月9日）

75回は障害児支援、その他の障害福祉サービスがテーマでした。障害児支援のところでは、「家族の負担が大きいのは、医療的ケアが必要な障害児だけでなく、例えばびきこもりのように、いろいろな家族が、大きな負担を強いられていますので、本人を含めた家族全体を訪問支援するのがいいのではないかと。また、連携については横の連携だけでなく世代の枠を超えたライフステージごとの縦の連携も大事である」と意見表明しました。

その他の障害福祉サービスの

あり方のところでは「障がいの定義を少なくとも、障害者基本法と同等とすべきである。障害者基本法には、『心身の機能障害とともに、社会的障壁によって日常生活、社会生活に制限を受けている人』という定義をしているが、精神障害や発達障害、知的障害などは、心身の機能障害のほか偏見や法による障壁等さまざまな障害がある。社会の障壁というものを取り除き地域で支えていくという方向性を出すべきである」と意見を述べました。

更に費用負担については、利用者負担は経過的措置なのでこの機会に検討することはやぶさかではないが、忘れてはならないのは、障害程度もしくは支援の必要度に応じたサービス給付

即ち給付の公平性である。負担についてはその能力に合わせ負担するということが真の公平であり、フェアである」と意見を述べました。

(文・理事長 本條)

お知らせします みんなねつとの活動

■甲州・東海ブロック家族会精神保健福祉促進研修会浜松大会を開催——静岡県連

「誰もが安心してあたりまえに生活できる社会を」をテーマに静岡県浜松市の浜松市福祉交流センターにて11月12(木)～13日(金)に開催されました。

500名近い参加者で1日目は全国精神障害者地域生活支援

協議会代表の伊澤雄一氏による演題「まちでの暮らしを創る」地域生活支援拡充の方向」の講演、精神障害者を取り巻く環境、伊澤氏の実践報告、生活支援の視点等、熱く語られました。その後本條理事長による、みんなねつとの活動報告、参加各県連からの活動報告が行われました。18時からは会場を変え懇親会、その後、恒例の県連会長・役員会議を開き夜遅くまで熱心な話し合いが行われました。

2日目は4分科会が午前中2時間にわたり行われました。第1分科会「日常生活支援と医療・福祉」、第2分科会「三本柱で前進しよう家族会」、第3分科会「偏見・差別とどう向き合うか」、第4分科会「ピア体験発表」

でした。

分科会後、一堂に会し、まとめが発表され、大会アピールを行い、次回開催県、全国大会開催県でもある三重県による参加呼びかけがあり閉会いたしました。

お知らせ& ご案内コーナー

■次年度より、みんなねつと賛助会員の会費が変わります

みんなねつとでは、諸物価の上昇に伴い、平成28年度より賛助会費を左のように変更することが決まりました。

(平成27年10月30日理事会承認)

団体賛助会費については各団体1名様あたり年額3600円となり、このうち600円はそ

賛助会員規程

(総則)

第1条 この賛助会員規程は、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会（以下「当法人」）の定款第7条の賛助会員に関する必要な事項に適用する。

(賛助会員)

第2条 家族会活動を柱とした当法人の目的に賛同し、その事業を支援または協力するために会費を収め、入会した者を賛助会員とする。また、賛助会員の種類は、個人賛助会員・団体賛助会員・特別賛助会員をもって構成する。

(会費)

第3条 賛助会員の会費は次の通りとする。一度払い込まれた会費の返還しないものとする。

1) 個人賛助会員

初年度（月割額）300円×月数

2年目以降（年額）3,600円

2) 団体賛助会員

初年度（月割額）300円×月数

2年目以降（年額）3,600円

*当法人は団体（2名以上の構成員であること）に対し、1名毎に月割額50円、年額600円を割引できる

3) 特別賛助会員（年額）一口5,000円

(会員資格の有効期間)

第4条 会員資格有効期間は、当法人の事業年度（4月～翌年3月）毎とする。

賛助会員より退会する申し出がない場合は、有効期間を自動更新する。

会員資格有効期間中は当法人の機関誌を配布する。

(その他)

第5条 この規程に定めるもののほか、賛助会員に関して必要な事項は理事長が別に定める。

平成27年10月30日理事会承認

（入退会については運用手引きを別に定める）

の団体の収入といたします。みんなねっとへ納入いただく賛助会費はこのうち3000円となります。ご了承のほどよろしく

お願いいたします。

「みんなねっとより賛助会員ご継続のお知らせ」（同封）
のお詫びと訂正 ※都合上、一部の方には同封しておりません
（お知らせ右上）
（誤）平成27年1月吉日↓（正）平成28年1月吉日
ご迷惑をお掛けしまして大変申し訳ありませんでした。

世界から見た我が国の 精神保健医療福祉

～我々は何を基軸に行動すべきか～

杏林大学保健学部作業療法学科精神障害作業療法学研究室 長谷川利夫

はじめに

「我が国十何万の精神病患者は、実にこの病を受けたる不幸の外に、この国に生まれたるの不幸を重ねるものと言うべし（日本の精神障害のある人は、精神病になつた不幸のほかに、この国に生まれた不幸の二重の不幸がある）」

この言葉は、東京府巢鴨病院（現在の都立松沢病院）院長だつた呉秀三くれしゅうぞうが、1918年（大正8年）に、自宅の一角に設けた座敷牢と呼ばれる精神病の家族を閉じ込める小さな部屋の全国調査を行った際に、その報告書である『精神病患者私宅監置ノ実況及び其の統計的觀察』に残した言葉です。

現代の日本において、「この国に生まれたる不幸」はなくなっているのでしょうか。我が国の方が入院をし、その内20万人以上が1年以上も入院しています。このなかには、入院加療の必要がなくなつても退院できない社会的入院の人たちが多く存在すると言われています。

今回は、このような世界にもまれに見る我が国の精神保健医療福祉の現状について、歴史的な観点もふまえてご一緒に考えていきたいと思います。

我が国の精神保健医療福祉の歴史と特徴

我が国初の精神障害者に関する

る法律は1900年(明治33年)に公布された「精神病患者監護法」というものです。

第13回帝國議會貴族院第一讀会記録(1899年1月16日)によると、精神病患者監護法案の提案理由は以下のようになされています。

「精神病患者について社会に害を流しまするのは意想外に大なるものであります。民法上に於て規定はありませんけれども是が民法に規定する所は主に財産上の保護でございます、此精神病患者という者について社会に障害を及す如きについての規定でございます。依てこの法律を制定して右等の者を能く保護して遂に社会に流す患害をなき

ように致したいという目的である」

ここからもわかるように、精神障害者は「社会に害を流す」ものであり、その人を「保護」して「患害」を流さないようにすることがこの法律の核心でした。

この法律の背景には、1899年に予定されていた諸外国との不平等条約改正を背景にした国内法整備の一環という側面がありました。

このような「治安維持」の色彩の濃い法律でしたが、後に呉秀三と檉田五郎の『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察』(1918年)では、「精神病患者監護法ニ対スル批判」として次のように記されています。

「本法の爲めに最惜むべき欠陥は同法が精神病患者を法律上に監督し保護することのみ眼中に置きて、その医療上の監督保護に關しては何等特別の条項を制定せざるしなし」

ここで呉は、精神病にかかった人たちに対し医療を施すのではなく、「監督し保護する」とのみに力を注ぐことを痛烈に批判しました。

この翌年1919年(大正8年)に、今度は新たに、精神病院法が制定されました。ここでは「道府県立の精神病院については、毎年、全国で2、3か所を作らせる考えである」としました。

しかし実際には、1920年の第一次世界大戦後の經濟情勢

の悪化から、公立病院の設置は進まず、1935年末の内務省衛生局の調査によれば、全精神科病院数は143病院、この内精神病院法に基づく公立病院数は6病院に留まったのです。

時代は下り1954年（昭和29年）に旧厚生省が行なった精神衛生実態調査において、我が国の精神障害のある人のうち、入院を必要とする人の数は35万人とされました。そしてその10年後1964年（昭和39年）に米国の駐日大使ライシャワーが精神障害のある少年に刺されるライシャワー事件が起きました。3月24日の事件当日の参議院予算委員会で江口警察庁長官は、「突発的に事件をおこす危

険性のある精神障害者は、全国に30万人近いと言われている。なんとか精神障害者を治安取締りの対象にできないかと考えている」と答弁しました⁽¹⁾。そしてライシャワー事件の翌年1965年（昭和40年）精神衛生法が改正されました。この法改正は、保健所機能の充実、通院費公費負担など地域医療の展開に向けた端緒となる内容も含まれていましたが、同時に通報制度の拡大、緊急入院制度の創設を含む患者さんを入院収容することを重視するものでもありました。これにより精神病床はさらに増加していくことになりました。

その後、先進諸国が1960

年代に入院医療から地域医療へ政策転換していくなか我が国はその後も精神病床を維持し続け、現在でも33万床の精神病床に、30万人を超える人たちが入院を続けています。しかもこの内20万人以上が、入院期間で1年以上という長期入院です。この中には多くの社会的入院の方々が含まれていると言われています。さらに我が国の精神病床の平均在院日数は、283.7日であり、OECD（経済協力開発機構）加盟国の中でも群を抜いて高い水準にあります。

厚生労働省は、2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という

基本方針を打ち出し、具体的な病床削減の数値にも言及しましたが、削減はほとんど実現しませんでした。本腰の改革をしてこなかったと言えるでしょう。

欧米、アジア諸国との比較

さて、以上のような歴史を経て現在に至っている我が国ですが、これを国情、医療保険制度等すべて異なる世界各国の精神保健を比較するのは、かなり難しい作業です。今回は、欧米(西欧及び北欧と米国)とアジア(南アジア)を挙げ比較を試みます。日本、英国(イングランド)、ドイツ、フランス、フィンランド、米国、韓国、マレーシア、インド、カンボジアの10か国で、

いくつかの項目に沿って一覧表により確認してみよう(10か国精神保健比較表を参照)。

人口10万人当たりの精神科医師数は、日本は10.1人で、英国、ドイツより少ないが米国よりは多い数字です。さしずめ先進国で中位というところです。インド、マレーシア、カンボジアなどは極端に低くなっています。このうちインドは、人口は世界第2位の大国ですが、精神病床の3分の1は、マハラシュトラ州に集中し、州によっては精神科病床が皆無の州もあります。またいまだ4分の1の施設で治療薬が不足し、4分の3の施設では医療者が不足していると考えられています⁽²⁾。

長期入院の状況を見てみると、日本は1年以上が65%と圧倒的に長期入院が多いことがわかります。1年未満はドイツは100%、フィンランド82%、米国67%であることからしても我が国は長期入院が多い特異な状況にあることがわかります。

非自発的入院は、患者さん自身の意思にはよらない入院のことで日本であれば措置入院、医療保護入院がそれにあたります。この非自発的入院も日本は46.2%で、韓国の86.4%に次いで高い水準にあります。英国13.5%、ドイツ17%、フランス12.5%、フィンランド21.6%と欧州諸国では10%から20%台であり大きな開きがあります。平成25年6月30

10 か国精神保健比較表

精神科病院の 精神病床(B)	A+B	人口10万人 当たりの 精神科医数	長期入院の状況	入院患者のう ち非自発的入 院の割合(※)	人口100万人対 の非自発的入院 患者数(※)
259,580	352,434	10.10	1年未満 35% 1年以上 65%	46.2%	1,095人
4,171	30,619	17.65	データなし	13.5%	48人
39,072	72,777	15.23	1年未満 100%	17.7%	175人
44,980	59,210	22.35	データなし	12.5%	11人
450	4,050	28.06	1年未満 82% 1年以上5年未満 11% 5年以上 7%	21.6%	218人
61,753	107,375	7.79	データなし	データなし	データなし
72,378	92,382	5.12	1年未満 67% 1年以上5年未満 25% 5年以上 8%	86.4%	1,251人
4,190	5,106	0.83	1年未満 25% 1年以上5年未満 18% 5年以上 57%	データなし	データなし
17,835	27,835	0.30	1年未満 62% 1年以上5年未満 24% 5年以上 14%	データなし	データなし
0	15	0.23	データなし	データなし	データなし

Mental Health Atlas 2011 を参考に長谷川が作成。一部を川田龍平事務所が DPI 日本会議、

日現在の全国の精神科病院等の状況を調べた「精神保健福祉資料」によると、全国の精神病床に入院する30万2156人中、任意入院が16万2808人(53.8%)、医療保護入院が13万5740人(44.9%)、措置入院1666人(0.5%)となっています。多くが任意入院という欧州諸国と異なり、日本では医療保護入院、措置入院という強制入院が多く行われていきます。とりわけ医療保護入院が4割以上ということを実例に考えなければなりません。これは、強制入院に際して医療から独立し代理人が関与する欧州諸国に比べて、日本は2013年に「保護者制度が廃止」され

	人口	一般病院の 精神病床(A)	米 米
日本	126,995,411	92,857	
英国 (イングランド)	52,234,000	26,448	
ドイツ	82,056,775	33,705	
フランス	62,636,580	14,230	
フィンランド	5,345,826	3,600	
米国	317,641,087	45,622	
韓国	48,500,717	20,004	
マレーシア	27,913,990	916	
インド	1,214,464,312	10,000	
カンボジア	15,053,112	15	

※欄は入手できた年度が異なる。
出典：World Health Organization (WHO) Mental Health Atlas 2017
国会図書館からの資料を基に追加。

たといいなから、家族の同意による入院が残されており、言わば強制入院の敷居が非常に低いことが要因の一つと考えられます。医療保護入院は、強制入院であるにもかかわらず、国家の責任を明確にすることを回避しているとも言え、人権上重大な問題をはらんでいます。認知症をもった方が精神科病院に「医

療保護入院」し、閉鎖病棟に入る状況も増えつつあります。既に4万4000人を超える認知症をもった人が精神科病院に入院しています。このような医療保護入院を中心とした我が国の非自発的入院（強制入院）の問題は正面から取り上げるべき重要な問題です。なお、同じアジア諸国である韓国は、軍事情権

時代（1961年～1987年）が長くあり、国家による精神保健政策が行なわれてきていなかったこと、伝統的大家族制度と地域社会の支えが従来よりあったこともあり³⁾、日本と単純に比較することは難しい面があります。我が国は「先進諸国」としてあるべき精神保健医療福祉を指すべきでしょう。

我々の進むべき道と基軸

冒頭の我が国精神保健医療福祉の歴史と特徴で触れたように、我が国は歴史的に増えすぎたしまった精神病床の数に合せて症状如何にかかわらず人々が入院させられ続けてきたという負の歴史があることがわかりま

す。これが「施設症」(ホスピタリズムとも言う。長期の入院を続けることによつて無気力になったりすること)を多く生んできたことは容易に想像できます。日本が進むべき道は、作りすぎた精神病床を前提にした施策ではなくて、地域での保健医療福祉へのシフトを強力に推し進めるということ以外にないでしょう。

しかしながら未だに、今ある精神科病棟をグループホームやアパートにも転換できるようにする施策が出てきたり、減少しつつある統合失調症をもつた入院患者さんに替わつて認知症をもつた患者さんが精神科病院に多く入院しつつあるというような新たな問題も起こってきてい

ます。精神科病院の中での暴力、虐待による患者さんの死亡事件も後を絶ちません。冒頭に述べた呉秀三の言う「この国に生まれたる不幸」は未だなくなつていないように思えます。

私たちは何を軸にして進んでいけばよいのでしょうか。

2014年に我が国は障害者権利条約締結国になりました。私たちは障害者権利条約の内容を確実に実行、実現するために様々な人たちと共に手を合わせていく必要があります。以下に条約の主だったものを挙げてみましょう。◎法の前に平等に承認されること、◎身体的自由及び安全の権利を有すること、◎拷問又は残虐な、非人道的な若

しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由、◎搾取、暴力及び虐待からの自由、◎個人をそのままの状態で保護すること、◎移動の自由及び国籍についての権利、◎自立した生活及び地域生活への包容されること、◎表現及び意見の自由並びに情報の利用の機会がある権利、◎労働の権利及び雇用差別の禁止、◎相当な生活水準、社会的な保障を受ける権利等々です。

障害をもつた人、その家族の人たちが精神保健医療福祉のあるべき姿を共に追求する時に、障害者権利条約、そのベースにある「人権」の考え、こういうものをしっかりと軸に据えていく限り、方向性が大きくぶれる

ことはないと思います。例えば精神科病院だけ低い医療スタッフの人員配置を認めている精神科特例が未だ適用され残っていることなどは、差別的な扱いということなどで真つ先に問題にされなければならぬでしょう。また精神科病院内では、医療の名の下に患者さんを隔離室に入れたり、ベッドなどに縛る身体拘束をすることが精神保健福祉法によつて条件付きで認められています。2012年6月30日現在、隔離されている人は9791人、身体拘束されている人は9695人ですが、その人数は隔離は10年前比1.27倍、身体拘束はデータが存在する9年

前(2003年)比で実に1.89倍にもなっています。いくら医療が進歩し様々な新たな治療技法が出てきても、人の身体を直接物理的に縛るようなことがどんどん増えていることは決して望ましいことではないでしょう。やはり私たちは「人権」を守ることをベースにおきながらしっかりと精神保健医療福祉を前進させる必要があります。昨年(2014年)、病棟転換型居住系施設に反対する集会では、当事者の方々、家族の方々など多くの関係者が同じ日比谷の野外音楽堂の舞台に立ちました。それがあまりに障害をもった人たちの根本の人権をないがしろにする、権利条約にも反するもの、

考えたつたからです。このことは、これからの「運動」のあり方を示すとてもよいきっかけとなりました。障害をもった人、家族、良識的な保健医療福祉関係者、市民等、これらの人たちが手を携え共に前進すれば今よりも望ましい方向へ進むことができるかと確信しています。

(はせがわ としお)

文献

- (1) 広田伊蘇夫・立法百年史〈精神保健・医療・福祉関連法規の立法史〉批評社、2004。
- (2) 新福尚隆、浅井邦彦編・世界の精神保健医療〈現状の理解と今後の展望〉へるす出版、2009。
- (3) 趙香花、野中猛・韓国における精神保健医療福祉の歴史と現状・日本社会精神医学会雑誌、21巻1号、2012。

連載⑩

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

アサーション…自分の気持ち や考えを伝えましょう

言い方の両極端を考え、その中間にあるバランスがとれた言い方を考えだすようにします。

◆自分が伝えたい考えや 気持ちを大切にしましょう

えを上手に伝える具体的な方法を
紹介することにします。

先月号では、心の通い合う人間関係を作り上げるために役立つポイントを紹介しましたが、今回は、自分の気持ちや考

これは、専門的にはアサーション (assertion) と呼ばれていて、相手が反発するような強い言い方と、相手に真意がとんでも伝わらないような弱々しい

アサーションではまず、自分が相手に伝えたい気持ちや考えをはっきりさせるようにします。それには、まず相手の考えや気持ちを理解しておくことが大事で、そのために相手の話にじっくりぶんに耳を傾けるようにします。

カウンセリングでは「傾聴」といって、相手の話に耳を傾けることを何よりも重視します。そのように話に耳を傾けていると、相手の気持ちや考えがわかってきて、自分が何を伝えたいかが自然にはつきりしてきて、相手の心に届く話ができるようになります。

自分が伝えたいことがはつきりしたら、ちよつと立ち止まって、それを相手に伝えたいほうが良いかどうかを考えてみましょう。「話さなくてもわかる」ということはありません。でも、口に出してかえって人間関係がぎくしゃくしてくることもあります。冷静に、現実を見ながらどうすればいいか考えてみるよ

うにしてください。

私たちは、自分の考えや気持ちを相手に伝えようとしたときに、「こんなことをいうと相手が気を悪くするんじゃないか」「こんなことを言うのと嫌われるんじゃないか」「どうせ言ってもわかってもらえないだろう」などと考え、頭に浮かんだそのように考えに邪魔されて、本当に伝えたいことを口に出せなくなる場合があります。注意をする必要があります。

◆強い言い方と弱い言い方を考えてみましょう

さて、次に、どのように伝えればいいかを考えてみましょう。自分の気持ちをわかってほ

しいからといって、一方的に強い調子で気持ちを表現したのでは、反発を受けて自分の真意がうまく伝わらなくなります。逆に、あまり気を遣いすぎて曖昧な言い方をしても、相手に気持ちが変わりません。気持ちや考えを上手に伝えるためには、その中間あたりが良いのです。

そこでまず、非常に強いストレートな言い方を、頭の中で考えてみます。夫に、自分の仕事の不満を話しても耳を傾けてもらえなかった妻の場合を例に挙げると、「どうしてそんなにいい加減な聞き方しかできないの。私はこんなに辛くなっているのに、どうせ私のことなんか何も考えていないんですよ。

あなたは本当に自分勝手なんだから」といった言い方になりま
す。これだと、ケンカになって
しまいます。

逆に、ごく静かに自分の気持
ちを表現するとどうなるでしょ
うか。「あなたも疲れているよ
うね。また今度話を聴いて」と
言うかどうか。これだ
と、何を話したいのだから、相手
にはわかりません。

ですから。このような両極端
の言い方を考えた後で、その中
間の言い方を考えてみるよう
にします。そのために、強い言
方と弱い言方を紙に書き出し
てみると考えやすくなります。

先の例では、「あなたも疲れ
ていると思うけど、私の話を聞

いてほしいの。仕事のこと
どつても困っているから、あ
なに聞いてもらえるだけで気持
ちが楽になるから、お願いして
いいかしら」と言えば、夫もあ
なたの話に耳を傾けようとい
う気持ちになるでしょう。

ここまで考えたら、最後に、
伝える場面を具体的に想像して
準備するようにします。自分が
伝えたい気持ちや考えをいつど
こで伝えるか具体的に決めて、
相手に話をするようにするので
す。

そのときに、自分が話した方
が良いのか、他の人に伝言を頼
んだ方が良いのか、メールや手
紙を使った方が良いのかなど、
伝え方についても検討しておく

と良いでしょう。もし、簡単に
はわかってもらえないような問
題があれば、その問題にどのよ
うに対処するかを考えておくよ
うにします。

そして、実際に伝えた後には、
それで良かった点と改善した方
が良い点を振り返ってみる余裕
を持てることもつと良いと思いま
す。そうした体験は、次の機会
にいかすことができます。

◆「ミカンていいな」の 伝え方

もうひとつ、自分の考えや気
持ちを伝えたいときに「ミカン
ていいな」という表現を意識す
ると役に立ちます。

これは、「見る」の「ミ」、「感じ

る」のカン、「提案する」のテイ、否定を意味する否（いな）を組み合わせた表現です。

「見る」というのは客観的な事実を伝えるということですから、それで、相手の人に事情が伝わります。

「感じる」というのは、そのときの気持ちです。これで気持ちが変わります。そのうえで提案すると、提案が受け入れられやすくなります。

それで、受け入れられれば良いでしょうし、「いや、違う」と言われたら、そこで代案を提示します。

このように話すことができれば、事情や気持ちが変わって、お互いに理解し合えるようにな

ります。こうしてきちんと話し合うことができれば、ずいぶん気持ちが悪くなりますし、生活のなかで出会ういろいろな問題に上手に対処できるようにもなってきます。

（おおの ゆたか）



「毎日を前向きに 過ごしたい！」

(東京都) 高野喜代子

病気と付き合う

長男（現在61歳）が統合失調症を発症したのは、就労中の時で19歳でした。医者から「精神分裂病（当時）の中の破瓜^{はか}型」と診断され、即刻、会社指定の都内のI病院へ入院しました。

入院に付き添ったのは会社の保健婦（当時）と父親（夫）でした。私は、三男が幼かったので、家で待っていました。

夕方遅くに帰宅した夫の話では、長男は入院するのを嫌がり、暴れたことで注射をされ、看護師に抱えられ、そのまま鉄格子がはまった部屋へ強制的に入れられたそうです。私はその事実

を聞かされるや、「ギョーッ！」と絶叫し、その場に顔を突っ伏せ、声を押し殺して泣きました。それからの毎日は涙も洒れるほど泣き続けました。あの時の辛さは忘れられません。

長男は一年半後に退院、復職。その一年半後に希望退職しました。その後は都内のI病院を受診し、数年後に主治医より、本人が希望している一人暮らしについて許可がでたことで、夫の姪の骨折りで、埼玉県K市の民間のアパートを借りることが出来、一人暮らしを始めて28年になります。

当初の生活費は親からの援助で、現在は公的なもの（年金・生活保護）でやれています。28

年の間にはK市内の病院に短期入院しています。退院後は週1回の外来と1日3回の服薬は自覚しています。

私は一人暮らしを始めた直後より、長男に手紙を書き続けました。このくらいのことならできるとの思いで…。あるとき、長男が公衆電話から、「手紙、もういいよ」と言ってきました。そんなことが遠い日にありました。

家族会活動に向かう

私は長男が一人暮らしを始めたころから、家族会活動に前向きでいました。「何かに燃えなかつたらたまらない！ 自分に

できることをさせていたただこう！」という信念に徹していました。

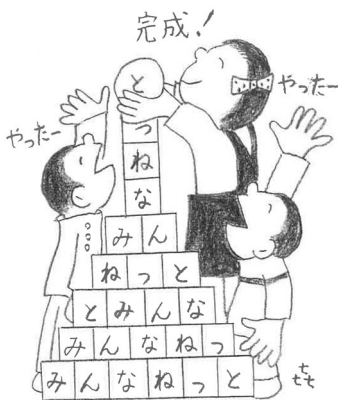
今思えば、からだも若かったので行動が伴っていたのです。家族会活動では多くの方と出会いました。（専門医・者、関係者、保健師、家族、その他）。いろいろ学ぶ中から実感ができたことは、「家族も勉強していかなくてはいけないんだ！ 泣いてなんかいられないだ！」ということでした。

また、定期的に届く精神保健福祉情報誌・紙からは、精神障害者問題への取り組みや、その他の動きが分かり、居ながらにして知識になりました。

わかりやすいことば

左記は、精神科医の故小田原耕三先生がある日の家族会で話された中の一言です。

「ご本人さん方は、どんな時も『患者さんである』ということとを、ご家族のみなさんは、い



イラスト・高野

つも忘れないでください」「
と言われました。

今も頭の中に残ることばです
が、日頃、当事者と上手に関わ
る上の示唆に思えます。私は、
小田原先生に出会うまでは、本
当に泣き虫の母親でした。それ
がだんだん泣かない、否、泣け
ない母親になっていきました。
自分の中の成長です。今は、も
うはつきり「泣きません!」と
言い切れます。生きたことばは、
人を立ち直らせることのできる
「ちから」をもっています。

小田原先生は、平成22年の10
月に77歳で他界されましたが、
生前中は精神障害者問題へのこ
理解とご尽力をくださり、その
数々は枚挙にいとまがありません

ん。そう申し述べさせていただ
きます。

最近のあれこれ

長男は最近より体調が不良の
ために、続けての一人暮らしが、
困難になってきました。そんな
ことで週のうち半分は両親とと
もに暮らし、半分はK市での一
人暮らしをしています。K市に
もどるときは、つい私の一言が
出てしまいます。

「あなたがどこにいても、い
つも思っているからね。長い間、
一人暮らしをしてくれていたお
かげで、家族会をやらせていた
だけだと思っているよ。ありが
たかったと和久に感謝している

…」

「わかっている」

そういわれると、口に出して
言ってよかったという私の安心
感になっています。

私の体調不良

私も約10年前くらいから、腰
痛で体調が思うようにいかず、
家族会活動から足を遠くにして
おります。

日頃は、シルバーカーのお世
話になりながら、医者通いをし
ています。医者から繰り返し言
われることは、「転ばないよう
に」。転ぶことが一番悪い。転
ぶと若い人でも、骨が折れてし
まう。「それ、ごらんなさい」

と言われられないように注意をしています。

無理をしないで

過去は泣きの人生だった？そうではないでしょう！あの逆境を乗り越えて現在があるのでありませんか。そうでしょう！ 自問自答する近頃です。

振り返れば、長男の発症から42年が経ちました。月日の流れを非情に思ったり、恨めしくさえあったのもほんとうです。Uさん（家族会の協力者の女性）のことが思い出されます。「50年以上、妹の面倒に明け暮れ、疲れ果てたわ」とこぼされつつ84歳で急逝されて5年になりま

す。「^{かんなんなんじ}艱難汝を玉にす」の通りにはなりませんでした。

私の場合、これまで生かされ

ていたことに感謝をしながら、

毎日を前向きに“無理をしないで”過ごしていきたいと思っ

ております。

（たかの きみこ）



街の 診療所から の便利

…丁度よく頑張るって
むずかしいですけど…

連載
104回



ましもと しげき
増本 茂樹
増本クリニック院長

〈相談の手紙〉

つい1か月前に、以前にうちへ通院していたAさん（30歳の女性）の学校時代の友人だったという遠方に住む人から、手紙が届きました。Aさんから大量のメールが届いて困る、という相談でした。始まってから3か月も続き、一日100通の日もあるということです。内容はその人を責めているのではなく、

「自分は完璧な頭脳」とか、「実行しないけれど、私には人類を皆殺しにできる能力がある」とかで、知らない人の悪口とかも多いらしい。

今では遠く離れた同級生にとつて、読みたくもないメールが大量に届くのは不安なことでしょう。こんなふうに、統合失調症であるらしい患者さんから迷惑をこうむっているという相談を精神科医が受けることは

時々ありますが、家族でない人に個人の事情を話すことはできません。でも、この方が困っておられることも分かります。

〈ユウの返事〉

今は交流が薄いのですから、あまり恐れたり、心配したりし過ぎないように思ってください。『妄想のある人』も、うまく行かない人生を何とかしたいと思っておられて、その思いを

昔の友達に話したいのだと思います。「私にはよく分からないところもあるけど、あなたも大変なのね。私も大変だけど、なんとかやっています」という感じで返してください。返事は毎



回でなく、時々の方が良いですよ。昔の友達ですからね。そしてそのうち、頻回のメールは迷惑だ、ということ伝えたいですね。数が多いのですから、メールを読まないのが基本です。長期になって止まらない時には「数が多いからしばらく着信拒否をする」と知らせ、受信を止めるのも仕方がないです。あなたは友達としてAさんを助けたいと思うかも知れませんが、近くに居る人しか丁度良い援助はできないものです。と返事しています。

〈治っていたはずなのに〉

Aさんは、10年ばかり前の大学生の頃、幻聴と被害妄想が生

じて大学を退学しましたが、少量の服薬で症状は収まり、親元から就職しておられました。その後、幻聴に悩まされることはなくなり、妄想は感じなくなつて、クリニックに定期的な通院はされなくなっていました。私は、病気は過去のものになり、服薬しないでも落ち着いて生活しておられるものと思っていましたから、ショックでした。

症状が再燃しているのなら、予防のために服薬を勧めるべきだったでしょう。Aさんが妄想が原因でストーカーという犯罪行為に走ってしまうのなら、精神科医はそれを防止するように助けたと思います。でも、個人の精神の調子はそんなに分

かるものではありません。こちらから、"そろそろ、再発する頃ですが?"と尋ねるものではないのです。

〈病氣と犯罪〉

ストーカー行為は統合失調症の人よりも、他の病氣の人の方が起こす場合が多いです。

Bさん(40歳女性、会社員)はうつ状態や軽い躁状態を繰り返す"双極性感情障害"のある人ですが、結婚するつもりだった男性から付き合いを止めたいと言われました。普通はガツクリするものですが、Bさんは逆に鬼のように怒りました。彼の携帯電話に毎日何十通も電話やメールを入れ続けたのです。精

神科医は躁状態を抑える薬を加えて、彼女の感情が落ち着くのを待ちましたが、この状態は何十日も収まりませんでした。彼がBさんを説得している間はBさんの怒りは収まらず、とうとう電話番号を変え、警察にも相談して警告してもらった頃、ようやく感情の高ぶりは収まり、諦めるようになったことでした。

〈お金を貸した〉

Cさん(35歳、男性、工員)の場合は精神科の病氣そのものではありません。小学生の頃から頭部が震えるのです。あちこちの大きな病院の神経内科を受診しましたが、神経内科の病氣



ではないと言われています。うちのクリニックに辿り着き、今は緊張しないようにリラクゼーションという方向に努力しています。最近、Cさんは別の悩み事が在ります。頼み込まれて同僚に大事な貯金のお金を貸したのに、なかなか返してくれませんでした。そして、あろうことか相手は自己破産をして"返さ

ない”と言うのです。彼は怒って、返済要求を毎日何十回と繰り返すようになりました。その挙句に、相手から脅迫行為だと警察に訴えられ、これ以上続けると彼の方が犯罪者になってしまうのです。でも、苦勞してやっとな働いているCさんのお金を返さないなんて許せませんね。

〈精神病と犯罪〉

精神科では、治らない病気も多い他の科に比べれば、来られた人に明るくなって帰ってもらえることの方が多いいのです。最初は大変な性格異常だと思っていた人でも10年間安定した生活を保っておられる人もあります。しかし、長く精神科医をし

ていると、うまく行かないことがたくさん起きてきます。万引きが累積してしまった人、覚せい剤を繰り返す人もあります。家庭内暴力を訴えられ、元の妻子と会うことを禁止されていた人で、新たに別の変な事件を起こしたこともありました。自死されたという知らせも毎年のように入ってきます。今年も殺人事件も起きてしまい、どうすれば良かったのか、私自身の考えがまとまりません。

〈頑張り過ぎない〉

逸脱した行為になっちゃったのは、うつ病や精神病が重症だからということではないようです。重症ではない人で、自分に

できないことを諦めずに頑張りすぎているうちに、自傷や犯罪行為を起こしてしまうことはよくあるのです。基本的には実行できる力のある人は自分でブレーキを掛けなければいけません。

重症の人では、ただただ迷って繰り返して考え続けてしまい、動けなくなってしまう。結果としてピンチから逃れられませんが、この時本人は苦しいのです。周囲が気付いて、考え続けなくてもいいよ”と助言できれば、丁度良く頑張れるというものだと思います。

知ることは生きることに

連載1回

障害年金が支給決定される
までの流れと地域間格差

日本福祉大学
みんなねっと理事

青木聖久

今月号（2016年1月号）より、しばらくの間、青木が「知ることは生きることに」と題して、経済的支援の意義やしくみ、精神障がい者を取り巻く時事問題、さらには、これまで出会ってきた方々からお聴きした、心に残る話を連載させていただきます。ですが、より正確な情報をお伝えしたいことと、多くの支援者の存在を読者の方々に知って

ただきたい、という気持ちから、この連載には、青木以外の方にも登場していただきます。

さて、1回目の今回は、障害基礎年金（国民年金）の地域間格差の問題について取り上げます。このことについては、本誌2015年6月号の4〜5頁に、本條理事長が少し紹介しています。それは、平成22年度から24年度の3年間、精神・知的・

発達障がい者の障害基礎年金の新規の請求（裁定請求）において、不支給率が都道府県間において、最大6倍の格差がある、ということに端を発したものです。その事態を受けて、厚生労働省年金局は、2015年2月より「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）を設けました。ちなみに、2011年改正の障害者基本法において、発達障がい者は精神障がい者の中に含まれることになりましたので、このような検討会の名前になったと考えられます。また、障害厚生年金は、日本年金機構の本部で一括審査をしますので、地域間格差が生じませ

ん。ですが、この検討会では、審査基準を明確にするために、障害基礎年金と障害厚生年金の

両方を含めたガイドラインの作成に取り組みました。その作成過程において、パブリックコメント

（国民からの公募による意見）を求めたところ、395通という、異例の数の意見が寄せられました。このことを見ても、障害年金（以下、障害基礎年金と障害厚生年金を併せて）に対する国民の関心の高さが伺えます。

とはいえ、障害年金の審査の流れがわからないと、地域間格差の解消の意味を理解することができません。そこで、今号では、①障害年金が支給決定され

るまでの流れ、②地域間格差の実態、の2つを中心にお伝えさせていただきます。

障害年金が支給決定されるまでの流れ

障害年金の新規の請求を「裁定請求」と言います。裁定とは、確認に近い意味で、保険料の納付要件や障害状態が、障害年金を受給できる状況にあると考えられるので、請求をします、というものです。

裁定請求の流れは、以下の通りとなります。

①年金事務所等の窓口で病歴や病状を説明して、診断書等の交付を受けます。

②診断書を主治医に記載しても

らい、それに、「病歴就労状況等申立書」（本人や家族、支援者等が作成）等の補足書類を付けて、年金事務所等に提出します。

③障害基礎年金は都道府県ごとに事務センターにおいて、障害厚生年金は日本年金機構の本部において、障害認定審査医員（以下、認定医）が、診断書を基に審査をします。

④そして、裁定請求の審査では「支給決定」「不支給」等の決定が、再認定の審査では、「継続支給」「支給停止」等の決定が、認定医より下されることとなります。

後に挙げている資料1は、裁定請求に対する審査結果であり、資料2は再認定に対する審査結果を示しています。

「精神の障害」とは何か

「精神の障害」という言葉を
ご存知でしょうか。この言葉
は、『国民年金・厚生年金保険
障害認定基準』という、障害年
金に関して国が出している通知
文書に記載されている正式用語
です。その対象は、精神・知的・
発達障がい者となります。前述
の検討会での議論は、基本的に
「精神の障害」に特化したもの
です。ちなみに、障害年金の対
象区分は18に分かれており、他
には、「眼」「聴覚」「肢体」等
の外部障害や、「呼吸器疾患」「心
疾患」「腎疾患」等の内部障害
があります。

ところが、外部障害は、障害

が数値に現れやすいことから、
審査結果に差が生じにくいので
す。それに比べ、内部障害や精
神の障害、とりわけ、精神の障
害は、「障害によつて、日常生
活の制限がどのように」と言っ
ても、それが検査データとして
客観的な指標を作りにくいの
で、結果として、資料1や資料
2のような地域間格差が生じて
いるのです。

地域間格差の実態

資料1から見ていきましょう。
これは、障害年金（精神の障害）
の裁定請求における、平成24年
度の審査の決定状況を示したも
のです。前述の「障害年金の地
域間格差が最大6倍」というの

は、平成22年度から24年度の平
均によるものです。ところが、
平成24年度のみで見ると、岩手
県・秋田県・徳島県・宮崎県で
は不支給になった人が0である
ことに対して、兵庫県では55・
56%が不支給となっています。

この不支給の格差もさること
ながら、注目すべきは、支給停止
の実態と言えます。なぜなら、
支給停止とは、今まで定期的に支
給され、生活の基礎部分を支えて
いた経済的基盤としての障害年金
が急に無くなることを意味するか
らです。資料2によると、最も支
給停止割合が低いのは、宮城県の
0・16%で、一方、最も支給停
止割合が高いのは兵庫県での8・
52%となります。

資料1 障害基礎年金「精神障害」の不支給(平成24年度)
上位・下位5都道府県の抜粋

都道府県名	新規支給決定件数	不支給件数	不支給割合
岩手	109	0	0.00%
秋田	49	0	0.00%
徳島	90	0	0.00%
宮崎	58	0	0.00%
長野	98	1	1.02%
岡山	67	15	22.39%
埼玉	99	28	28.28%
佐賀	113	35	30.97%
大分	112	37	33.04%
兵庫	99	55	55.56%
47都道府県総計	4,013	484	12.06%

出典：厚生労働省（2015年2月）「障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査：9頁」を基に作成

資料1の不支給割合、資料2の支給停止割合共に、最大50倍以上の格差となつていことがわかります。この格差自体、大

資料2 障害基礎年金「精神障害」の支給停止割合
(平成25年度)上位・下位5都道府県の抜粋

都道府県名	継続支給決定件数	支給停止件数	支給停止割合
宮城	1,874	3	0.16%
宮崎	1,185	3	0.25%
栃木	1,573	6	0.38%
長崎	1,773	7	0.39%
岩手	1,190	5	0.42%
広島	2,951	108	3.66%
茨城	1,966	81	4.12%
大阪	3,495	188	5.38%
岡山	1,204	95	7.89%
兵庫	5,279	450	8.52%
47都道府県総計	109,028	2,650	2.43%

出典：厚生労働省（2015年10月）「障害基礎年金の再認定（障害別）の状況：1頁」を基に作成

きな問題ですが、視点を變える
と、最も深刻なのは、1年間に
支給停止になつた精神・知的・発
達障がい者が全国に2650人

いるという事実です。これらの人たちの暮らしが、支給停止後にどのような變化したかについて、私たちは想いを馳せることこそが大切ではないでしょうか。

これらの実態をふまえ、検討会では、①障害年金の審査についてのガイドライン、②診断書を作成する医師向けの説明文書、③本人や家族等が作成することになる新たな日常生活や就労状況を記載する照会文書、の3点を作りました。そして、近いうちに、これらが実際に運用されることとなります。そのことから、次号、次々号では、この①③のことについて説明させていただきます。

(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 〈5〉 — 抗精神病薬のメリットとデメリット

薬理作用からみた抗精神病薬のメリットとデメリット

第3章の1—3では、抗精神病薬がどのように脳神経に作用するかというメカニズムを説明しました。

おさらいになりますが、健常時には存在しない陽性症状、つまり幻覚や妄想は、ドーパミンが過剰に放出され、神経に実際には存在しない刺激や過剰な信

号が伝わることで原因で発現すると考えられています。

このことから、それらの症状を抑えるには、誤った信号が伝達しないように、ドーパミン受容体を遮断することが必要となります。

定型抗精神病薬は、数ある神経伝達物質受容体のなかでも、ドーパミン受容体に対する結合能力が特別に強力です。そのため、脳内に移行すると即時に

ドーパミン神経を遮断し、治療効果を示します。

つまり、定型抗精神病薬のメリットは、幻覚・妄想症状を抑える効果に優れ、また比較的その効果が早く現れるところです。デメリットは、血中濃度が少しでも高まると、急に副作用が発現することや、気になる程度では無かった副作用が著しく目立つ程度に変化する点です。これに対して非定型抗精神病

薬は、ドーパミン神経系に対する受容体遮断作用を備えるだけでなく、それ以外の神経伝達物質系、特にセロトニン神経系やヒスタミン神経系などの神経伝達物質受容体にも作用する能力を備えています。

もちろん抗精神病薬なので、さまざまな神経伝達物質受容体に作用するといっても、ドーパミン受容体に対して一番強く作用します。非定型抗精神病薬は、脳内でドーパミン受容体に結合して、ドーパミン神経系を遮断しつつ、その他の複数の神経伝達物質受容体とも結合するような動態を示します。脳神経全体にちょうどその均衡が保たれているような状態で作用

していれば、副作用を発現させることなく、陽性症状を抑えることができることがメリットです。

ただ、この均衡状態に達するには多少時間がかかり、症状改善を実感できるまでの速さでは定型抗精神病薬に劣ると言わざるを得ません。また、この均衡がドーパミン受容体寄りつまりドーパミンを遮断する側に傾いた途端、副作用が発現しにくいというメリットは失われ、定型抗精神病薬と何らかわらない動態を示します。

逆に均衡がセロトニン受容体やヒスタミン受容体寄りになると、さまざまな不測の副作用が発現します。耐糖能異常などが

引き起こされ、糖尿病になりやすい体調になることや、糖尿病に罹患している場合その症状が悪化するなどもこれらが原因であると考えられています。これらが非定型抗精神病薬のデメリットです。

抗精神病薬治療の処方内容の理想型

定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬のそれぞれのメリットとデメリットを比較してわかることは、最良の抗精神病薬は存在しないということなのです。

誤解がないように説明しますが、普遍的な最良の抗精神病薬はないという意味であって、個々のケースに対して最適な抗

精神病薬はあります。その最適な薬剤を選択することが、精神科医の最大の任務なのですが、やはりいくら経験を積んだ医師でもたった一度の処方で最適な抗精神病薬を選択するというのは、容易なことではありません。

では、精神科医はどのようなことを念頭において薬物治療を始めるのでしょうか？ 抗精神病薬を選択する際に重視する点は、病的体験（幻覚や妄想など）から患者さんをいかに早く解放させられるか、不快な思いをさせ、それが原因で治療継続が妨げられるような副作用をどれだけ発現させないかの2点だと思います。

ただ、この2つの点を同時に

満たすことができる薬剤は、定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬のメリットを都合良く抜き出すようなもので、そのような都合の良い抗精神病薬は存在しません。ですから精神科医は抗精神病薬の選択に苦悩するので

す。以前にもお話ししましたが、精神科の薬物療法において多くのケースで多剤併用となってしまうている原因には、このような背景があったのです。ただ近年の脳科学の発展と精神科治療学における検証から多剤併用による薬物療法は単剤に優ることはなく、弊害の方が大きいということが明らかとなりました。ですから、抗精神病薬は出来る

限り単剤で処方されるべきなのです。

そこで、筆者の考える理想的な薬物療法とは、どのようなものかを述べてみます。

考え方は、状態像と経過に着眼した薬物療法の在り方です。まず状態像についてですが、これには治療を行う場所も大きな要素として重要です。つまり、外来治療と入院治療では、薬剤選択の考え方が違うはずだということなのです。

初めて治療を受けることになった場合と症状の再燃（再発）における急性期治療においては、外来通院で治療ができる程度と入院が必要な程度のどちらであるかで、選択する抗精神病

薬が違って当然と考えます。前者では症状の程度が入院の必要はないほどだが、通院治療が中断せず継続できるようにという観点が必要です。

ですから、私は、外来通院初期には、非定型抗精神病薬を推奨初期用量から処方開始し、また入院治療においては、定型抗精神病薬の維持用量の半分から処方開始します。いずれの場合も、著しい副作用等の有害な問題が出現しない限りは、1週間程度は経過を観察します。その後、症状が著しい状態から回復した時点で、症状改善度と副作用の発現の有無を評価し、用量を調節します。薬剤量を固定し、2〜4か月状態を観察し、再度、

定型抗精神病薬での治療を行っている場合はそのままの薬剤で治療するか、非定型抗精神病薬に変更するかを再評価します。次に出来る限り減量を行ったうえで維持用量として経過観察しながら、睡眠薬や抗不安薬など、他にも薬剤が処方されている場

合はそれらの要否について検討します。

つまり、著者が理想的と考えている処方内容は、抗精神病薬単剤と睡眠薬単剤（できれば頓服）、不調時や不安時に頓服としての抗不安薬といった形です。
(ひめいあきお)



◆愛知県 立松あや子 本人
(30代)

いつもみんなねつとを読ませてもらっています。なかでも、わたしは、ついほのぼのして笑ってしまふ「つれづれ日記」が大好きです。

わたしも、結婚に憧れた時期もありました。けれど、20代の頃から入退院を繰り返して、ついた病名は非定型精神病。

そんなわたしが選んだのは精神障がい者でも楽しく毎日を生きていくことでした。

公募で川柳や小説を送ったり、施設の軽音サークルでボーカルとコーラスをしたり…。

わたしは結婚しなかったけれど、弟は結婚して、今では二人の子持ちです。だからわたしは可愛い甥っ子が二人もいて、今、幸せです。

◆兵庫県 時の旅人 本人(50代)

私は、大学在学中の21歳の時に統合失調症を発病し、20年近く前からずっと作業所に通所しています。現在80歳代前半の両親と同居しており、両親に天寿を全うさせるのが私の責任と考えております。ところで貴誌9月号に社保障害者部会で障害者に対する支援について本條理事長が「家族・ボランティア等のインフォーマルサービスを導入すべきである。それも有償ボランティアとする」という意見を述べられています。それを高齢者介護にも、家族を有償ボランティアとして認めてもらえれば、経済的に苦しい老障介護をしている障害者は大いに助かると思います。一般の介護者も介護離職している現状からも。

◆神奈川県 滝沢俊子 家族
(60代)

家族会活動について
兄が統合失調症と診断されてから今年で35年がたちました。32年前、私もうつ状態で入院したことがあります。

看護職の仕事と家族のことでの過労でした。今は回復していますが、長い間考えてきて、患者や家族の困難の解決策の一つとして、できたら良いと希望していることですが一緒に考えていただけませんか。

患者・家族・関係者・一般市民の有志に呼びかけて「相互支援」広域の支援の組織を公益法人としてつくれないか?と思っています。ACTも各地域に、他にフィンランドでの「オープンダイアログ」やオランダの意思決定支援「ファミリーループカンファレンス」などを日

たと思うからです。私にとって精神の病気はイコール社会からのドロップアウトで、周囲の無理解以上に私自身の失望に長いこと苦しみました。「ありのままでよい」と折に触れて様々な方から肯定的な言葉をいただくようになり、私自身もそのように思えるようになって「一病息災」で良いのだと感じられるようになりました。後悔は消えないと思いますが、日々の暮らしの中で小さな幸せを大切に行きたいと思うようになりました。20年かかりました。

詩・その他

◆京都府 うみのさち 本人 (30代)

店で売っていた生け花を買った。家で生けるとそれだけで家が明

るようになった。
いのち
生命あるものの輝き。
生命力にあふれていてとても綺麗な。



精いっぱい輝いて生きているんだな。
私もそういう花のように生きていきたい。

◆群馬県 Flower 本人 (30代)

編集後記

編集後記

■みんなねっと誌の編集に携わるようになって半年になります。

みんなねっとの役割の一つに「要求の実現」があります。この要求運動に役立つ誌面になってほしいと思いい参加することにいたしました。

秋が過ぎて冬になりました。私は以前、秋の紅葉が好きでした。最近木の葉の落ちる様を見て、「自分も老いて散っていくのかなあ」と少しさみしくなることがあります。最近では春の新緑の方が好きになりました。

私の好きなサミエルウルマンの詩には「青春とは人生のある期間ではな

く、こころの持ち方をいう。理想を失う時、人は老いる。頭を高く上げ希望の波をとらえる限り、80歳であろうと人は青春でいられる」と言っています（ネットで検索して全文を読んで下さい）。

日本は「世界先進国の4倍の入院患者」です。公共交通費、医療費等にも障害者間格差もあり、世間の偏見の目も多くあります。一方障害者権利条約、差別解消法という追い風もあります。まだ「老いた」とは言っておれない。「いつまでも青春の気持でがんばって行くこう」と思っているこの頃です。
(木全)

【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 105 号 (2016年 1月号) 定価 300 円

発行日 2016年1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 本條義和 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

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利用ください！【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>

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
- 会 場：帝京平成大学 沖永記念ホール(東京・池袋)
- 参加費：無料(どなたでもご参加ください)

〈午前の部〉

【講 演】

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】

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 (当会家族支援プロジェクト協力委員・基礎ワークショップ受講者)
 - 「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・問合せ：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 ホリダチビル 602