

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!!

3

2015

# みんな ねっと



●特集●

精神障がい者の地域移行と地域生活を考える

——精神科病棟転換型居住系施設問題にふれながら

●私と子どものあゆみ——母として

二人で一緒に、泣いたり笑ったり

■街の診療所からのお便り（増本茂樹）

入院治療するか？ 家で治療するか？

# 「みんなねっと」のホームページをご覧ください



## 近畿府連合会の情報

- 各都道府県からの加盟企業
- 近畿府連合会の取り組みの一覧



## ピックアップ

**「自然」による家族交流、親及活動**  
家族交流を促す「プロジェクト」  
しくスタートします。

**みんなねっと相談室**  
お気軽にご相談ください。

**サポート情報室**  
メンタルヘルスと福祉サービス  
連携のことや生活に必要な情報を  
からやすく提供しています。

**家族相談ハンドブック**  
家族会の相談研修テキストをダウンロード  
して活用できます。

## 最新情報

**月刊みんなねっと**  
2013年9月号

**近畿府連合会 秋祭会**  
近畿府連合会イベント・秋祭会予定

**近畿府連合会 秋祭会**  
近畿府連合会イベント・秋祭会開催

**近畿府連合会 秋祭会**  
近畿府連合会イベント・秋祭会開催

**近畿府連合会 秋祭会**  
近畿府連合会イベント・秋祭会開催

**近畿府連合会 秋祭会**  
近畿府連合会イベント・秋祭会開催

**秋祭会のこと**  
精神障害者に対する医療の普及を後援する  
ための団体等に関する検討会への参加

**秋祭りのこと**  
障害者基本計画(第2期)へのパブリックコメン  
トの募集

**秋祭りのこと**  
障害者の地域生活の推進に関する検討会  
(策定中)

> バックナンバー

> 事務局のご注文方法について

みんなねっと 入会のご案内

月刊みんなねっと 最新号

2013年9月号  
【特集】暮らしにいろいろ  
役立つ情報から  
> 目次・詳細  
> バックナンバー

## 書籍のご紹介

**統合失調症を正しく理解するために「わたしたち家族からのメッセージ」**  
秋葉の知恵、生活ワーズ、家族の自衛でわかりやすくまとめました。

**うつ病を正しく理解するために「わたしたち家族からのメッセージ」**  
秋葉の知恵、生活ワーズ、家族の自衛でわかりやすくまとめました。

> 書籍の一覧 > ご注文について

## みんなねっと 無料メルマガ講座

メルマガジンははじめました。ぜひ、ご登録(無料)ください。

メールアドレス

> メールマガジンの詳細

ホームページのリニューアルに伴い、みんなねっとではメールマガジンを発行しています(無料)。当会の活動だけでなく、各都道府県連の情報なども随時お知らせするメルマガになっています。ぜひ、ご登録ください。詳しくはホームページをご覧ください(「みんなねっと」で検索ください)。

もくじ

みんな  
月刊ねっと

2015年  
3月号

通巻第95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

## 精神障がい者の地域移行と地域生活を考える

——精神科病棟転換型居住系施設問題にふれながら 6

発達障害の理解とサポート【連載最終回】

大人の発達障害の理解とサポート…これまでの歩みと今後への展望（加藤進昌） 18

私と子どものあゆみ—母として

二人で一緒に、泣いたり笑ったり（坂本ひとみ） 22

街の診療所からのお便り【連載 94】（増本茂樹）

…入院治療するか？ 家で治療するか？… 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 8（姫井昭男）

第2章「精神科の薬」の働き 1：「精神症状と神経伝達」 30

真澄こと葉のつれづれ日記（第48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

■労働政策審議会障害者雇用分科会（第65回11月18日・第66回12月15日）

### 【第65回】

第65回の議題は合理的配慮指針についての2回目の議論でした。前回の意見を踏まえた修正案が事務局から提示され議論されました。「合理的配慮の提供の義務については、事業主に対して過重な負担を及ぼすこととなる場合を除くこと」の文言のところでは、企業の規模については従業員の数で決めるのかを明確にすべきとの意見や企業の財務状態も関係し企業規模だけ

では決められない、大企業と中小企業に分けるべきではないか等の意見ができました。また、「事業主は、障害者から申出があった過重な負担に当たると判断した場合には、当該措置を実施できないことを障害者に伝えるとともに、障害者からの求めに応じて、当該措置が過重な負担に当たると判断した理由を説明すること。また、事業主は、障害者と話し合いの下、その意向を十分に尊重した上で、過重な負担にならない範囲で合理的配慮に係る措置をとること」と文言にあるが、第3者機関に相談に行く前に、相互理解（話し合っ）が極めて大事であると認識しました。

精神障害者への「業務指導や

相談に関し、担当者を決めること」の文言のところでは、「業務指導や相談に関し、障害特性を理解した担当者を定めること」に訂正をお願いしておきました。発達障害者についても同様に修正したほうが良いのではないかとの意見を述べました。

### 【第66回】

第66回の議題は両指針のまとめでした。両指針のまとめを事務局から最終の修正案として説明がありました。議論は今までに尽くしており、ここでは文言の修正や要望等の意見が多くだされました。当会からは、就労機関の職員として精神障害者のピア・スタッフ配置（就職）をお願いしたい、そうすれば、

より精神障害者の就労に繋がる  
のではないかとの要望をだしま  
した。  
(文・理事堤)

■障害福祉サービスの在り方等  
に関する論点整理のためのワー  
キンググループヒアリング  
(第5回2月4日)

厚生労働省内で当会をはじめ  
め、障害者関連10団体に対する  
総合支援法の見直しに向けての  
ヒアリングがありました。

当会としては、

①障害者権利条約及び障害者基  
本法に則った障害の定義を明記  
すること。

②個人因子のみに着目した医療  
(医学) モデルから社会モデル  
に転換を図ること。

③制度設計は本人(当事者)と

家族が中心となって行うこと。

④就労については、IPS  
モデル (Individual Placement  
Support) をおこなうこと、す  
なわち、まず就労させ、その後

ジョブコーチなどの援助を受け  
ながら仕事をする。

⑤障害児に対する療育だけでなく、  
すべての子供、生徒に対す  
る教育、オーストラリアで実施  
されているマインドスターズプ  
ログラム(教育に対する研修)、  
社会教育(地域教育)、家庭教  
育をおこなう。

⑥高齢者施策との連携が大切で  
ある。

⑦精神障害者に限らず、障害者  
本人を含む家族全体を家庭訪問  
して、家族支援をおこなうこと、  
の7項目を意見表明しました。

ワーキンググループから当会  
に、「障害者と家族は時には対  
立することがある」との質問が  
出ましたので、「本当の家族支  
援は専門職の人が、本人には本  
人の困っていること支援を必要  
としていることを聞き、また家  
族に対しても家族の困っている  
ことを聞き、最終的には本人、  
家族自身が問題解決できるよう  
に支援していくことであり、本  
人の再発予防、社会参加に大き  
な効果がある」との回答をしま  
した。またIPSについても質  
問があり、欧米では顕著なエビ  
デンスがあると説明しました。  
なお、7項目以外に精神障害  
者相談員制度の創設も提言しま  
した。  
(文・理事長本條)

■第9回国際アビリンピック派遣委員会（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構・2月9日）

議事は平成28年3月23日から26日まで、仏のボルドーで開催される国際アビリンピック大会の選手の選定です。委員会メンバーは障害3団体と関係者など9名からなっています。選定方法は、毎年行われる都道府県代表が参加する全国障害者技能競技大会の上位者から選出します。今回の国際大会は17の競技種目が設定されており、各種目に2名の選手と補欠1名の選出です。委員には評価票が配布され、全国大会の上位者の氏名と種目専門委員会の評価点が記されています。種目は、洋裁、家具、英文DTP、PCの図面作成、

英文ワープロ、ホームページ作成、フラワーアレンジメント、コンピュータ組み立てなど多彩です。専門委員会からは、選出の留意点として、競技種目の専門性だけでなく、健康、体調管理なども考慮にいった総合点から評価したと説明文があり、委員会ではその評価を妥当と考え、上位2名と補欠者1名を決め、精神関係は4名選出されました。（文・顧問川崎）

## お知らせします みんなねつとの活動

■JDF10周年記念全国フォーラム「権利条約の批准と私たちの社会」私たちが抜きに私たちのことを決めないで」12月4日

### NEW! 新年度からの原稿募集

父、母、夫、妻、兄弟姉妹etc.：ご家族の皆様のご貴重な体験談をお寄せください

「私と子どものあゆみ」コーナーでは、今までお母様の手記を中心に連載してきました。新年度からは範囲を拡大し、父、母、夫、妻、兄弟姉妹etc.：さまざまな立場のご家族の皆様方に、ご本人とのあゆみ、エピソードの手記を募集することになりました。

内容を2400～2600字程度（原稿用紙・ワープロなどでも可）にまとめて、氏名（ペンネームも可）・住所・電話番号を記入の上、みんなねつと事務局（巻末住所）までご送付ください。いただいた原稿は編集会議で検討し、掲載の方にはご連絡致します。また、内容等についてのお問い合わせは、事務局（03・69907・9211）までご連絡いただければ幸いです。

この機会に、ご本人とのあゆみとその想いを振り返り、ペンをとっていただければと思います。皆様のご貴重な体験をお待ちしています。



当会も所属している、全国13の障がい者団体・関係団体で構成される日本障害フォーラム（JDF）は設立10周年を迎えました。障害者権利条約の批准と10周年を機に、障がいのある人もない人も、誰もが共に住みやすい社会を目指していくために、今回のフォーラムが開催されました（有楽町朝日ホール）。

フォーラムは午前、午後の2部構成になっていて、午前は嵐谷代表挨拶のあと、JDFの取り組みについての映像やイエローボンの紹介がありました。午後は記念シンポジウムが開かれました。

シンポジストには、マリア・ソレダード・レイエス氏（国連・障害者権利委員会委員長）、ジ

ユデイ・ヒューマン氏（米国国務省 国際障害者の権利に関する特別顧問）、林陽子氏（弁護士／国連・女性差別撤廃委員会委員）、久松三二氏（JDF幹事会副議長／全日本ろうあ連盟事務局長）の4名、コーディネーターは、藤井克徳氏（JDF幹事会議長）でした。

会場では同時通訳がパネルと通訳機による音声で流れていました。会場からは積極的な質問が挙がっていて、質問時間が足りなくなるほどでした。

また障害関連ブック／ビデオフェアとして、所属団体のブースも設けられていました。イエローバッジやリストバンドがよく売れていました。

（文・事務局 齋藤）

**メリデン版家族支援（ファミリーワーク）導入のための寄付のお願い**

当会では、メリデン版家族支援（ファミリーワーク）を日本に導入するため、昨年度はイギリスから講師を招いて東京と京都2か所で講演会を開催しました。今年度はいよいよハイミンガムに受講生を派遣し、トレーナー養成の一步を踏み出すことになりました。多くの支援者の養成が家族支援を現実のものとしめます。しかし、そのためには多くの費用がかかります。そこで、研修会開催のための資金を集めるため、寄付金をお願いすることにいたしました。ご支援くださいますようお願いいたします。

銀行口座名、郵便口座加入者名  
「みんなねっとメリデン募金」

■銀行口座番号

三井住友銀行 池袋東口支店  
普通 8729724

■郵便口座番号

00180-1-513048

【座談会】

## 精神障がい者の

## 地域移行と地域生活を考える

— 精神科病棟転換型居住系施設問題にふれながら…

### 特集

昨年、厚生労働省の検討会で、精神障がい者が病院から地域に移行して生活するには、どうしたらいいかという施策についての話し合いがおこなわれました。この中で、地域に移行することだけでなく、精神科病院の病棟をまるごと住居に改造して転換すればいいのではないかという意見が病院側からあり、そのための検討が始まりました。

今回の特集では、その転換問題にふれながら、精神障がい者が普通に地域で暮らすためには、どうしたらいいか、家族の立場から考えてみたいと思います。

本條義和 (全国精神保健福祉会連合会理事長)

野村忠良 (同連合会 事務局長)

良田かおり (同連合会 理事)

川崎洋子 (同連合会 顧問)

松沢 勝 (同連合会 副理事長)

佐藤智子 (みんなねっと編集委員)

谷 安正・司会 (みんなねっと編集委員)

### 出席者

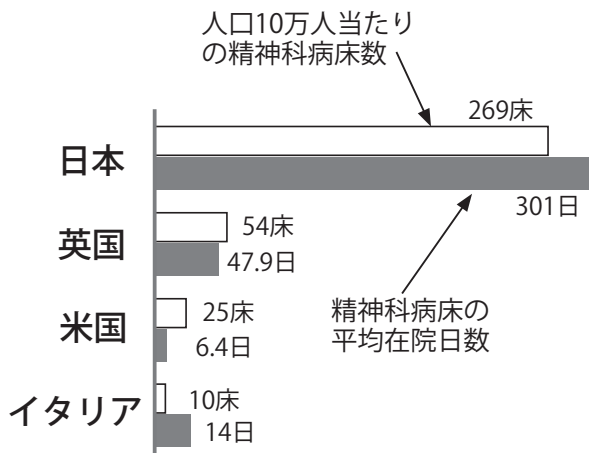
世界に飛びぬけて多い

精神科病床数と在院日数

司会(谷)・・・今、精神科病棟を改造して居住施設に転換しようという動きがありますが、精神障がい者が病院から地域に移り、地域生活を始めようとした場合、ということが課題としてあるか、座談会を通して考えたいと思います。



図表 日本の減らない精神科病床と長い在院日数



※ 2010年～2011年などのOECDのデータより

■現在、日本の精神科病床数は34万床といわれています。人口1億2600万人で計算すると人口10万人当たり269床のベッドがあることになり、世界で突出した多さです。これを英国並みに減らすと34万床は7万床弱で済みますので、27～28万人の人たちが地域に出て生活していることになります。

本條…地域生活を考える前提として、私たちは、日本が一番入院患者が多いというところを、今回ぐらい思い知らされたことは

なかったと思います。例えば、日本は全世界の人口の1.7%にすぎないのに精神科に入院している人が19%もいると

いう、ものすごいギャップを感じたわけですね。

私たちは、ある程度精神科医療というものを信用してましたから、入院しないといけないのかなあと思っていました。世界的に見ると、必ずしもそれだけ長期間入院しなくても治療できるということですから、病棟を転換して居住施設にするといいことではなくて、障害を抱えながらも地域で生活できるようなレベルに早く持って行きたいなあと思います。

谷…本條さんが言われたように、日本の精神科病床数は34万床近くあり、世界レベルでは飛びぬけて多いのです（上の図表）。その数を英国の水準に置き換え

ると、日本の場合、7万床ぐらいで済みますから、27万〜28万人ぐらいの方たちは、みんな地域で生活していることになります。

しかも、EUでは、入院しても、その期間は平均で2週間程度、長くても1か月半くらいです。ですから、地域の支援体制が整っているからこそ可能になることなのでしょうね。ちなみに、日本の平均は301日と、これまたダントツです。

## 日本は地域に支援体制が整っていない

野村：日本の場合、地域に支援体制が整っていないから、みんなが悪くなつてから病院に入つてしまい、退院できなくなつて

しまいます。今、そのツケが回ってきていると私は思っています。ですから、退院したら地域で丁寧にお世話をする体制を、一日も早く作らなければいけないと思います。

そして、地域でお世話をするのは家族ではなくて、家族以外の人が責任を持つて支援できる体制が、今日本ではとても不明確です。家族がいない人はずっと長期になるし、家族がいたとしても高齢だったり倒れたりすると家に引き取れないというところで長期入院になります。

公的な責任で、退院して地域に出てこられた方をしっかりと包括的に支援する体制を整えなければいけない。家族がお金を出

して雇うということではなくて、アウトリーチとかアクトとかの訪問支援の体制を、家族は望んでいるのではないかと思います。

良田：それは、私も大事なことだと思います。私は「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」という厚生労働省の検討会に委員として出ました。この検討会は長期入院の人を地域移行させる方策について検討する会でしたが、昨年の3月から6月頃までの短期間でおこなわれ、前半は関係者のヒアリングでした。そのヒアリングの中での話や当事者を対象とする調査結果も、病院内あるいは病棟内居住施設に否定

的な内容が多く占めていたと思います。当事者たちの多くが自由でないからいやだと答えていたと記憶します。検討会の前半は病床転換型施設には否定的な空気でした。私も当事者がいやだという結果が出ている、施設の実施は不適切だと反対意見を言いました。

**いろいろな施策がおこなわれたが結果が出ていない**

良田…国は、これまでもいろいろな施策をおこなってきたけれど、ちつとも結果が出ていません。それで、これからの精神科医療をどうしたらいいかという議論になりました。ところが終盤になってまた病棟転換型居

住施設是非が中心になり、最終的にはいいか悪いかだけの話になって終わってしまいました。私たちは本当は日本の精神医療というのはどうあるべきなのか、どうしたら長期入院者をこれから先つくりたくないですむような医療ができるのか、ちゃんと時間をかけて議論すべきでした。

家族会もどんな医療を求めているのか、福祉を求めているのか、そういうことについて、総合的なビジョンを持つべきじゃないかなと思います。

そのビジョンにもとづいてみんなまで主張していかなければと思います。関係者の方々に私たちが聞かれるわけですよ。家族はどんな医療を求めているんで

すか？ どんな福祉を求めているんですか？ どんな体制をあなたたちは希望しているんですか？ というのは、断片的に言ったんじゃダメです。総合的にどういうものを望んでいるのかということを私たちは求められていて、それを我々の中で確認し合うことが必要なんじゃないかなというふうに思いました。

**ボタンをかけ違え、民間病院中心になってしまった**

谷…今から10年前の2004年に、厚生労働省は改革ビジョンを出して、地域に移行させる施策をおこなってきましたが、結局、ほとんど変わってないという現状があります。その点につ

いて厚生労働省は、どう述べていますか？

良田…それは、日本の精神医療が民間病院中心であったためと、かという文書は出てますが、反省して今後はこのように変えていきたいと思いますものではないですね。

ですから民間病院中心にしてしまつたというボタンのかけ違いが、現在もずーっと尾を引いているんだなあと思いますし、じゃあそのかけ違いをどう直していくかっていうことになるかと、非常に難しいですね。

現在、病院に在る長期入院者の地域移行を考えていますが、これから入院する人たちも長期になる可能性はあるわけで、今

後、長期入院者を出さないという方策が、とても大事だということをしつかり主張していかなくてはいいけません。

### 3か月で退院させられる 回転ドア現象が始まつた

川崎…私が参加した厚生労働省の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」では、1年以上の入院患者を作らない、長期入院患者をこれ以上

増やさないということが決められました。地域の基盤整備ができていないから、また再発して入院するということが起こっているわけですね。要は地域の基盤づくりが必要なのです。

野村…入院医療の改革も必要だ

と思うんですね。最初に入った時に3か月で追い出されてしまふので、家族は困つてしまふます。治つてないので退院してきて、次の3か月が経つまで病院に入れないので、家族が大変な思いで支えているわけです。まさに回転ドア現象が始まつているのです。家族自身がうつ病になつちやつたりして追い詰められています。

佐藤…これもずっと言われてきていることですが、地域の資源やマンパワーの不足は、いまだに解消されていません。国は長期入院を減らすというふれ込みで、地域移行、退院促進といつたさまざまな事業を打ち出してきましたが、地域で思つたよう

な成果は上げていないように思えます。現場の地域活動支援センターなどでは計画相談が取り入れられて、個々の利用者の意向に沿えるように個別面接や他機関のコーディネーターが増え、連絡調整やケア会議、書類作成に多くの時間が割かれるようになっていきます。一人の利用者に関わる時間が長くなるのは良いですが、それをおこなう相談員や相談を受けるセンターの数は増えない。そういうことには予算をつけようとはしません。本腰を入れてその問題に取り組もうという姿勢は感じられないのです。家族会としては、法律や施策を小手先で変えるような漠然としたことではなく、地域の

資源やマンパワーを増やしている、もっと具体的な提案をしていきたいですね。

### 病院から地域に 専門スタッフを移す

松沢：病院転換の問題を放置した政策というのは、とてつもない国際的なルール違反だということには思いますが、今、良田さんのお話を伺って、反対するだけでなくて、じゃあどうしたらいいんだという点で申し上げたいのですが。

結局、病院にいる病気の方々が地域で生きていくためには専門家の力が必要なわけですよ。ところが社会資源がない。施設もないし、特にスタッフがいな

い。なぜかと言ったら病院が手放さないからです。病院は、医者も含め看護師および専門職の方々をかかえて手放さなのまま、「障がい者のみなさん、地域でどうぞ生活してください」と言っているわけで、それは不可能に近いわけです。やはり社会資源があつて、医者を含めた専門職の助けがあつて初めて、地域で生活できるんだという考え方にしないといけないと思います。

良田：当事者団体はアウトリーチに大反対なんです。なぜなら訪問に来て、すぐ入院になってしまふような、いわゆる入院中心体制が変わらないからです。その根っこには、不信感があるんですよ。職員がくれば、すぐ再入院させら

## 精神科病院は一般病院の3割しか収入がない

【1人1日当たりの入院料】

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

2010 年厚生労働省「社会医療診療行為別調査」より

## 精神科は特例により、医師の数は少なくともよい

一般病院	精神科病院(精神科特例)
入院患者 16 名に医師 1 名以上	入院患者 48 名に医師 1 名以上

れるという。その信頼感を取り戻すような訪問医療をやっていないかと、簡単にアウトリーチをやるべきではないかというだけの話じゃないかと思えます。

野村…日本の精神科病院のほとんどが民間だということが大問題なんです。

良田…一方で、例えば公立病院なんかで精神科を併設してたりするところありますが、そういうところはやめる所があるんです。それはなぜかというところ、精神科の医療費が安いんですよ。儲からないからです。

谷…精神科の病院は、一般病院の3割程度しか収入がないので、治療というより収容という面が強くなり、しかも、少ないスタッフでたくさんのお患者さんを見るという状態で、安上がりな医療に抑えられていますよね。  
川崎…だから、みなさん精神科医になりましたがらないですよ。

谷…そうですね。精神科で一番足りないのは、精神科の医師ですからね。

## 家族支援こそが本人の回復につながる

谷…総合的なビジョンが必要だと良田さんも言われましたが、ひとつは、松沢さんが言われたように、スタッフを外に出すというか、地域に出していく、そういう仕組みを作ることですね。具体的には、医師・スタッフ等に支払われる診療報酬も含めて、地域に重点を置くという仕組みが必要です。

本條…やっぱり私が思うのは、家族支援ですね。もちろん精神科だけだったらそういう声はまだ



小さいと思いますが、すでに介護保険のほうは家族支援を言っていますからね。そこを連携し

て、障害のある人、高齢者、認知症の人などは、家族支援をしないと本人の回復にもつながらないということを粘り強く…。

谷：今、地域で暮らす精神障がい者の7割は家族と同居しているわけですから、本人と家族を含めた「まるごと支援」が望まれますよね。

本條：ですから、家族支援の先駆けの英国も、まず一番最初にケアラーズアクト（障がい者などをケアしている家族を支援する法律）を作って、変わっていつ

\*英国のバーミンガム地方から広まった家族支援の技法。その家族の住まいに個別に訪問し、本人を含め家族全体を支援するもので、メリデン版ファミリーワークと呼ばれている（本誌2014年5・6月号の特集参照）。

たわけですからね。家族支援の必要性を浸透させるのは時間ばかりですが、法律を作るのは、そんなに時間がかかりませんか。国会議員が採決したら終わりですから。

松沢：英国のケアラーズアクトは毎年改定されています。一番新しいケアラー\*の定義では、本人と同居してる、あるいは関係する人たちは全部ケアラー（家族）という範疇に入っているのです。そういう意味では広く捉えています。そういう考え

\*英国では、ケアをする人をケアラーと呼びます。その範囲に家族はもちろん含まれますが、かなり広い範囲で捉えられています。

方を入れた法律を日本で作れるかどうかというのは大きな問題です。日本の場合、家族法（民法）との関係があるから、家族の機能とは何かという議論をしないといけないわけですよ。それは時間がかかりますよ。

本條：以前の障害者施策は、障害のある人に責任があると言われていませんが、個人因子が中心だったわけです。ところが、やっぱり環境も大事で、環境の影響が大きいというのは今や常識になってるわけです。だから家族を支え、支援することに  
よって本人の病状も回復して再

発予防になるということが国民の意識になれば、大きく変わっていくわけです。やはりこれは、粘り強く法制化を訴えていくべきだと思います。確かにメリデン版家族支援\*を普及していくのは、ものすごく時間がかかると思いますが。

谷：どちらにしても、日本版の家族支援というのを作らないといけないですが、一番大きなネックはやはり民間病院が8割近くを占めていることですね。精神病院も、最近では、満床率の下がり、空きベッドが目立つようになってきています。おまけに最近では、病棟を新しく建て替えて、その改築費用も減価償却していかないといけないと

いう苦境に立たされています。

良田：病院も改築してとてもきれいになっていきますね。入院生活を快適にするための努力をしている感じですね。ずいぶん費用がかかったことと思いますね。

松沢：病院はたくさんあって、ものすごい設備投資をやってきました。だから、政府がそういう悪い償却資産を買い取るぐらゐの施策を打ち出さないと、経営上の転換はできないんですよ。それはそれで別の施策ですよ。

良田：病院は国に、退院して空きベットになった分のお金を出せと言ってますよね。

松沢：あるいは認知症のベッドに切り換えるから、ちゃんとお金を出してくれと、診療報酬(保

険点数)もそれなりに上げてくれと言っていますね。

良田：でも財務省は、それほど甘くはありません。

**病棟転換よりも地域の方にその予算を使いたい**

野村：私は、空いた病棟にアパートをつくるお金があるとしたらね、そのお金をやはり地域に向けるべきだと思います。

「みんなねっと」も反対の意思表示をして、とてもよかったと思うんです。病棟転換は本道ではないんですよ。この間、病棟転換型居住系施設を考える会のみなさんが厚生労働省に行って交渉したでしょ。

やはり厚生労働省も、日本精神科

病院協会（病院側）の言い分と、地域になかなか適応できない患者さんたちがいて困っていることはわかっていて、それをどうしようかと考えていて、そこで反対意見がなければ、ズルズルいつちゃったと思います。やはり反対意見が出るから、あんまりそれを大々的にやることできない。

病棟を居住施設に転換する制度化を検討している方々は、利用者の利用期限を2年にする、制度は数年後には廃止すると言いますが、私は2年では終わらないと思います。いったんつくるとそれがずっと続いていくだろうし、ノーマライゼーション（普通に暮らす）からいつて

も決して好ましいことじゃない。地域で暮らして周りのみんなとふれ合ってこそ、やっぱりしあわせとか安心感があるんです。

谷…それで、病棟転換は、あまりにも安直でおかしいのではないかと、いろいろな取り組みがおこなわれたのですね。

野村…そうです。これまで行われてきた昨年6月26日の日比谷野外音楽堂での反対集会や11月13日の院内集会、12月15日の厚生労働省との意見交換会などはとても大切なことだったと思います。私はそこに「みんなねっ」と関わって意思表示して「反対です」って言ったことがよかったです。

しかし、病院の中には、地域

に出られなくて困っている患者さんがいらして、「病院の中側の敷地だったらいい」とおっしゃってる方を、どうするかという問題はやっぱり相当考えなくてはいけないでしょうね。場合によっては、敷地内に居住施設をつくることもやむを得ないのかもしれないけれど、すでに敷地内につくって運営している病院もあるわけでね、そこで暮らしてる方たちのアンケートなんか取ってみたらどうかと思うのですが。

### **家族会として代案を提案していくことが必要**

良田…病棟転換の問題は、それは、もう私たちも根本的には反

対なんです、じゃあどうするかってことです。

病棟転換に反対して、代わりに私達はどんな方法を提案していくのか、できるだけいい別にして、入院患者や地域で暮らす人の高齢化も含めてどうしたか私達は考えなくちゃいけない。

佐藤…地域移行についても、家族に同居などの負担がかからないことが前提ですが、精神科に1年以上入院している人は約19万人、そのうちの半数は65歳以上の高齢者といわれていますから、そういう人も含めて、どうするかという提案をね…。  
松沢…野村さんの言うように、病棟転換を認めちゃ絶対にダメ

なんです。本当にズルズルといつちやいますよ。

谷…ですから病院側にも受け入れてもらえるような提案、財政的な面でも説得力のある提案をしていく必要があると思います。

あと、治療効果の面でも、アウトリーチで在宅に行つて、生活の状態を理解した上で治療したほうが早く改善するとか、家族を含めて支援をしたほうが効果が出るとか、治療効果・医療費という面からいっても、やはりこちらのほうがトータルで見れば有効だという提案が必要です。今のように回転ドアで、結局3か月入院してまた3か月地域に行つてまた3か月入院…というお金の使い方をするん

じゃなくて、長い目でみて、医療費なりの費用を抑えていくというやり方を提案していく必要があるかなと思います。

野村…病院から地域に移行するにしても一度に移すことはできませんから、長期的で計画的なビジョンを持たないといけないね。

### 地域に出るスタッフへの 研修体制も大切

良田…さつきも病床が少なくなつて、いわゆるコ・メディカルがどんどん余裕が出てくるという話でした。そういう人たちを、単に地域に行かせて仕事させればいいって問題でもなくて、やっぱりそういう人たち

に、地域医療について学んでもらわなくてはいけないんです。

**谷**…ベテラン看護師が、職場移動で訪問看護ステーションなどに移って、訪問してみると、今までの病院での看護技術が通用しないことがわかったという話を聞きました。病院の中にいる患者さんを見る場合と患者さんの住まいに向いて支援する場合とは、対応がかなりが違います。そのため、支援が難しいと言われていきます。ですから、研修などでバックアップするような形を取らないと、治療効果が出てこないかもしれません。

**松沢**…例えば、英国のブレア首相の時の精神医療改革で、2〜3年のあいだに専門職を英国全

体で700人ぐらい増やしました。日本でも、こういうことができるはずはないと思います。日本の人口からいえば地域で活躍できる看護師を、1400〜1500人増やすということとか、例えばライシャワー事件の時に保健師を全国で増やしたという、あのやり方です。

**良田**…私ね、今看護学校がいっぱい増えてますでしょ。そこに地域の教育の分野を入れ込んだらどうかと思います。若い看護師さんたちはね、夜勤がないから結構地域の仕事に行くと思うんですよ。やはり病棟辞めちゃうのは夜勤がつかなくて辞めちゃうんですよ。だから、地域だったら皆さん元気があるからやつ

てくれるんじゃないでしょうか。

**川崎**…じゃ、看護師の教育カリキュラムに、地域生活支援を入れるとか。そのところをもっと強力に家族の大変さとか、こういう支援が欲しいとか訴えていけばいいんじゃないかな。

**野村**…最後に、私としては、当事者の方の権利擁護の問題や成年後見制度、処遇改善、虐待防止についても議論したかったのですが、時間がないので、またの機会に譲りたいと思います。

「みんなねつ」としては、精神障害者の地域移行・地域生活についての総合的で長期的なビジョンがもてるように、これからもみなさんといっしょに考えていきたいと思います。

連載最終回

# 発達障害の 理解とサポート

大人の発達障害の理解とサポート  
～これまでの歩みと今後への展望～

昭和大学発達障害医療研究所  
公益財団法人神経研究所晴和病院

加藤進昌

## はじめに

成人期の発達障害について、  
これまで連載形式で概説してき  
ました。

昭和大学附属烏山病院では  
2008年から専門外来とデイ

ケアを運営してきました。当初  
は、職員はもちろんですが、提  
唱した私すら今から考えると  
「大人の発達障害って？」とい  
うレベルに近かったと言わざる  
を得ません。

私もそれなりに勉強して、そ  
の概念をまとめ、いくつもの  
作業仮説を頭の中で作っていた  
のですが、実際に始めてみると  
「これは違うなあ」という連続  
でした。それくらいにこの領域  
は未開拓であったということも  
できます。

## 発達障害外来ことはじめ

2008年以来約7年を経過  
して、烏山病院の外来は累積初  
診患者が4000名に近くなっ

ています。デイケアに通う発達  
障害当事者の登録者数は300  
名を超えます。2年前から晴和  
病院にいわば「支店」を出して、  
そちらも累積初診は400名弱  
になりました。電話予約でお断  
りせざるを得ない患者さんの数  
もまったく減りません。それだ  
けのニーズがあることを改めて  
認識しています。

私も相当数の患者さんと接し  
てきて、それなりに整理されて  
きました。振り返ってみると最  
初からデイケアと並行して外来  
を続けてきたことが大きな力に  
なったと感じます。本シリーズ  
に寄稿してくれた皆さんが築い  
てくれた集団の力です。試行錯  
誤の連続で数限りなく修正を重



ねてきましたが、最初に設定した大前提は間違っていないませんでした。

それは、自閉症スペクトラム（ASD）の場合は、薬は現状では頼りにならない、外来を維持するにはデイケアでのサポートが鍵になるだろうということでした。今でも過半数の通院患者さんは無投薬です。そして、デイケアで経過を長く見ていく中で、診断の精度も上がっていきましました。

### なぜ診断が難しいのか

ASDは、本質的には子どもの自閉症が大人になった状態に近いはずですが。

子どもの自閉症はカナーが

1943年に記載して以来すでに半世紀を超える蓄積があります。しかし、多くは重知的障害を伴うために、その精神内界は不明のままでした。そこで観察者である医師や研究者が憶測によって、その症状の由来を解釈するしかなかったのです。

それは一方で力動的な解釈に流れてしまい、母原病（自閉症は母親の養育の失敗によるという決めつけ）などという忌まわしい過去にもつながりました。

行動観察だけで診断するという手法は、一方で多くの「似て非なる」状態も自閉症のスペクトラム（連続体）に入ってしまう傾向になることも見逃せません。根っこにある自閉症概念が

のものに不確実性が内在しているのです。

国際的な診断基準としてDSMやICD\*が良く知られています。しかし、そこに書いてある症状はかなり一般的なもので、それだけを見ても典型的な病像が浮かんできません。

よく患者さんが主張する症状に「感覚過敏」があります。しかし、よく聞くと音に敏感、嫌な音になると耳をふさいでしまふというもので、その内容は敏感な人ならだれもが持ちそうな症状にすぎません。複数の指示に混乱するという症状も外来でよく聞かれます。これも単に能力が追い付いていないだけというところもよくあります。

ネットなどでしきりに発言する自称アスペルガーの人たちの主張も混乱に拍車をかけます。

私の印象では典型的なアスペルガーの人たちが他人を説得できるような論説を述べることは想像しにくいです。当事者の手記も多く出ています。この場合圧倒的に女性の当事者であることが多いのです。

私の経験では、アスペルガー症候群の典型例は男性に多く、女性の場合はかなり病像が違いうように思います。元来ASDは男性優位で、脳の男女差が病像形成に大きく影響します。ADHDの混在も見逃せません。テレビに登場する自称アスペルガーの人たちは大部分がADHD

Dのように私には見えません。

## デイケアは本当に効果があるのか

講演会で、「ASDはイクラみたいなもので一緒にしてもバラバラじゃないですか？」という質問を受けたことがあります。例えの当否はともかくとして、一瞬言葉に詰まりました。

別の学会では「発達デイケアはネコ会議」なんていう講演者もいました。日なたのネコみたいに互いは干渉しないで等間隔に集まっているのが彼らには良いという評価です。これは多少傾聴に値します。

ASDの人たちの世界は独特である可能性が高いですし、居

場所としてのデイケアは、社会から疎外されてきた彼らの「ネコの間」になる価値は確かにありそうです。

デイケアに限らず、精神障害者のケアに関わる人たちはみなさん、熱い人が多いです。自分たちが守ってあげなくては！という思いが伝わってきます。

そういう場合、自分たちがここまでやっているからには効果が無いはずはないという落とし穴にはまる危険性があります。効果判定のアンケートも、はじめから否定しにくい設問になっていくことがよくあります。ここは客観的な評価を心がけないとひとり相撲になってしまいます。

## でもやっぱりデイケアは彼らを変える

ASDの人たちは、自分が見えない人たちのように私は考えています。透明感があるという表現をしばしば雑誌の取材などで使いましたが、まるで透明人間みたいに中身が見えません。自己像というものは他人が自分をどう見ているかを想像してはじめてわかるということだと思えます。こういう機能をこの頃はメタ認知といいます。このあたりに鍵があるのではないのでしょうか。

自分が見えない人にはカウンセリングは無効です。洞察を促しても「無い袖は振れない」か

らです。

でもデイケア(シヨートケア)を重ねるとすべてではないのですが、変わっていく人たちがいます。これが当事者の集団の力だと思えます。ここで客観的な証拠を述べる事ができればいいのですが、まだまだです。

現在私たちはシヨートケアプログラムの標準化を、厚労省の援助と全国の共同研究者たちと進めています。違う施設、スタッフで同じような効果を挙げることができれば何よりの証拠になるのではないかと期待しています。

## おわりに

シヨートケアで確実な効果を

あげるためには、ASDの確実な診断が何よりも重要です。

均一でない集団に働きかけても何をしているかわからなくなりますし、集団内に違うベクトルが働いて、集団そのものが瓦解してしまうように思います。

社会参加の方向に彼らの気持ちを向けて、就労支援の具体的な段取りにはじめて取り組めるのではないのでしょうか。

そのためにも診断を確実にする、客観的評価を導入する、そして誰がやっても同じ効果を生むシステムを作っていきたいと思っています。

(かとうのぶまさ)

私と子どもの  
あゆみ  
—母として—

## 二人で一緒に、 泣いたり笑ったり

佐賀県 坂本ひとみ

### 息子と二人の母子家庭

私は現在、47歳、息子も今年20歳の成人式を無事に迎えました。子どもが小さい頃に離婚して、母子家庭として、息子と二人、共に泣いたり、笑ったりしながら今があります。

私は28歳の時に、うつ病になりました。息子も、幼稚園の頃より、ぜんそくがひどくて、入院も多く、小学校六年生の頃から、学校も休みがちになり、修学旅行や卒業式にも、みんなと一緒に参加することができませんでした。

息子は、「死にたい…」と言ったことがあります、様子がいつもと違うと私を感じて、私の通っているクリニック（心療内科）に受診しました。私の主治医でも

ある院長先生に相談したところ、アドバイスとして、しばらく、学校を休ませてあげるようにと言われました。息子も、週に一度、病院の心理カウンセラーの方のカウンセリングに通うことになりました。

### 周りにわかってもらえず…

しかし、学校の先生や、私の父や母、妹たちなどには、なかなか分ってもらえませんでした。なぜ、息子を、心療内科に連れて行くのか？ 学校を休ませろという病院の先生のほうがおかしいと、家族から言われ、私自身もとても苦しかったです。

私と息子は、病院の先生に勧められて、このまま実家で住むのはよくないから、家を出るように言われ、息子と二人で住む

家を借りることにしました。

息子の病名は、広汎性発達障害です。

私と息子は、二人で共に笑い、共に泣き、一緒にどうしたらいいかを話しながら生きてきました。

### 地域の適応教室に通いながら

私の住んでいる伊万里市に、適応教室という、学校の出席になる所があり、息子は、中学一年生の頃は、その適応教室に通いました。そこで出会った子どもたちも、いろいろなことがあつて学校に行けず、適応教室に通つてきていました。

最近、学校に行けない不登校の子どもたちも昔の何十倍もいるそうです。私の息子や、適応教室の子どもたちも、その居

場所に行けるだけまだいいそうです。今は、フリースクールなどもありますが、そういう場所さえ行けない子どもたちもたくさんいるそうです。

私は、子どもの表情に気をつけるようにしてきました。何かあるときは、子どもは何らかのサイン（SOS）を出しています。ちよつとした声かけ、ちゃんと話を聞いてあげる時間を大切にしました。

私は、それはとても大事なことでだと思います。

### 多くの人たちに支えられて

息子は、中学二年生から、学校に戻りました。しかし、教室に入ることができなくて、別の教室で何時間しか居ることができませんでしたが、そのあいだ、

学校のスクールカウンセラーの先生や地域の相談員の方、病院の主治医、心理カウンセラーの方々と、私もたくさん話をしてきました。

本当に、その時、出会えたいいろいろな方のアドバイスが私にとっては、涙が出るくらい……感謝してもきれないくらい……です。みなさん、優しく相談にのってくださり、私の心の支えになってくださいました。その方々の支えがなかったら、私も息子も生きていかなかったかもしれませんね。

息子自身も、寝たきりだった頃もあり、どうしてあげたらいいかを、私も必死で考えました。一緒に、お弁当を作つて、自然を見せにもいきました。学校の先生方とも交換ノートを作り息

子の様子を書きました。

私も息子も、本当に二人で一緒に、泣いたり笑ったり、ありのままの姿で、学校の教室にも走りましたネ！

### 特別支援学校で自信が戻る

高校は、特別支援学校に行きました。私は、特別支援学校で良かったと、今は思っています。そこで、出会えた子どもたち：本当に、素直でキラキラ輝いており、私のほうが元気をもらいました。

特別支援学校は、自立にむけて、厳しかったかもしれませんが、私の息子は、特別支援学校で、とても大切なことを学んだと思います。そこで、自信を取り戻し、うそのようにリーダーシップをとれるようになり、学

校も休まずに行けるようになりました。そして、高校三年生の頃は、生徒会長もやって、修学旅行や卒業式のお別れの言葉、漢字検定、車の免許などを経験し、それから、就職も介護の仕事につくことができました。

介護の仕事も二年になるとしています。彼なりにがんばっているようです。

高校三年生の頃から、ヒップホップのダンス教室に通うようになり、今も好きな、そのヒップホップを、仕事に行きながら、踊っているようです。彼にとってもヒップホップは、とてもプラスになったように思えます。私自身も、障害者になりました。何度も何度もズッコケて：心がこわれそうになりましたが、そのたびに、いろいろなか

ウンセラの方や、相談員の方々の声かけ、それに、病院の主治医、スタッフの方々、恩師の先生、大事な友達に本当に助けていただきました。

ちよつとした声かけ、優しさが本当に心に響きました。それがなかったら、私も心がめっちゃくちゃで、のりこえられなかったでしょうね：きつと！？

### 実家を継ぐことになった息子

家族には、病気を分つてもらえず本当に苦しかったです。

いま、私は、病院の主治医に言われ、一人暮らしをしています。息子は、実家の父が何年か前に亡くなったり、実家の母が一人でいるのが淋しいと言ったので、実家を継ぐことになり、母が勝手に決めて、私も悔しい



ですが、実家で、母と息子と二人で住んでいます。

私も今は、息子にもほとんど会えません。でも、きつと、息子と二人でのりこえたことは、わかってくれている人たちは、ちゃんとわってくれているから……(涙)

私は思います。出会い・ご縁・ちよつとした優しさ、大切な友達……本当に、ありがとう！ 本当に感謝してるって……私は思います。

何度も、何度もズッコケて……心がこわれそうになった時も、誰かが上手にリードしてくれたから……



「みんなねつと」の読者の皆様も、たくさんいろいろなことをのりこえられてきたと思います

す。私も息子も病気をしました。

でもね。今は、書いていても自然に涙が出てきてしまいますが……みんな生きていきましようね。お天気のようにね……晴れ、時々、くもり、そして雨……ありのままの自分で……ありのままの自分で……自然体でネ！

泣いていいんだヨ！ おこっ  
ていいんだヨ！ 笑いたいとき  
には、いっぱい笑ってネ！

上手くできなくてもいいの……  
楽しんでやれたらいいんだと思  
います。

心がつかれたら、みなさんも  
休憩を入れて、一步、一步、ゆっ  
くり、ゆっくり、たまにはス  
ピードあげて、ブレーキもふん  
でネ！

いろいろあったから、でも、  
私も今、生きているから。

障害者になったけれど、息子も20歳の成人式を迎えたから、私も、これからの人生を感謝とありがとうって思いながら生きていこうと思います。

～大切な息子へ～

お母さんの子どもにも生まれてきてくれて、ありがとう。あなたがいてくれたから、お母さんものりこえられたんだヨ。ありがとう!!

私が今回ペンネーム(エンジェル)で書かず、実名で書いたのは、本当に少しでも、読んで下さるみなさまの参考になればと思います、実名で書きました。上手には書けなかったかもしれないですが、少しでも、みなさまの心に少しでも響いてくれたら、私はとても嬉しいなあ……。

(さかもとひとみ)

## 街の 診療所から の便利

……入院治療するか？  
家で治療するか？……



連載94回

ましもと しげき  
**増本 茂樹**  
増本クリニック院長

### 〈作業服で受診〉

その日の午後の待合室では、作業服を着た中年の夫婦が落ち着かない様子で待つて居られました。待ちくたびれて帰ってしまわれないかと心配です。

順番が来て診察室に引き入れますと、疲れ果てた感じの奥さんに心配そうな旦那さんが付き添っておられます。予診票には、このEさん夫婦は近くの町で果

樹を作っておられる農家で、最近奥さんが大量に飲酒して困っていると言われていました。この辺の農家で女性のアルコール依存症というのはあまり聞かないことですね。

いつ頃から、どのくらい飲んでおられるのでしょうか？

「お酒は好きで、10年くらい前からです。酎ハイとかです」とEさん。

お酒が好きなんですね。でも、

今回は何かつらいことがあったのでしょうか？

Eさんはおどおどした感じが強く、それになにか他人事のような話し方をされますから、精神科医は、悩みで疲れているだけではなく、他の病気の可能性もあるように感じました。

### 〈心配事〉

旦那さんは「妻はこの1〜2か月夜眠れないらしく、何回も



起きていました」そして「妻がそんなに飲んでいたとは知らなかった。昨晚、私は新しく瓶を開けて少し飲んだのですが、朝起きてみるとほとんど空になっていて、妻が飲んでいたと判りました」と言われます。

「昨晚眠れなかったのは、どうしてですか?と聞くと、Eさん

は、躊躇しながら、少しずつ心配を話してくれます。

「お義父さんに白菜の収穫をしておくように言われたのに、昨日はしなかった。それを告げ口をする人があるのではないか?」

「家の中が片付いていないのを見られています。家が汚いと批判する人の声がある」などと言われます。

### 〈監視されていく〉

何年間も心配をしながら暮らして来られたのですね。それでこんなにお疲れの様子なのですか?と言いますと、Eさんは苦しかったことを重ねて話されます。「私が仕事ができないの

を責める人がいるようで、夜中に眠れません。お酒を飲むと眠れますが、2時間もすると目が覚めて、また飲んでしまいます」

お酒の効き目は2〜3時間です。それに、お酒での眠りは浅いものなんです。充分眠れないから追加して飲んでしまい、結局、次の日も不調になってしまっているのです。

でも、Eさんはお酒のことよりも「周りから監視されている。自分のことがばれている」ことの方が悩みだったように、私は思いますか?

### 〈入院治療?〉

Eさんは肯かれて、「ずっと心配でしたから、逃げ出したい

気持ちです。病院で休みたいです」と言われます。

お話を聞いて、この10年間の悩み方が微妙にずれていて、そこは統合失調症の悩みのように思えます。

Eさんは、見られていると感じて、ずっと監視されていると思ひ込み、長期間悩み続けられました。これまでは薬を飲まないで頑張つて来られたけれど、これからは薬に応援してもらいましよう。一日中考えて悩むということは少なくなりそうですし、夜睡眠薬で眠れたら、次の朝その分だけ元気が出ています。

この時旦那さんは、「自分一人で今忙しい時期の果樹園の仕事と子供たちの世話をしてお

り、妻の看病を加えることはできません」と言われます。

統合失調症を地域で治療できると考える精神科医は、薬なしで10年間頑張つて来られたEさんなら、自宅療養で良くなると思うのですが、それを押しつけることはできません。特に、症状が落ち着くまでの数週間は人手をかけて見守る必要がありますからね。

Eさんにはリスパダール液1mlを飲んでもらい、精神科病院に入院をお願いしました。

### へうつ状態で入院

この前日には店員のFさん(60歳、女性、離婚して一人暮らし)が精神科病院に入院され

ています。

1年前に躁状態になり、その後少し落ち着いた軽い躁状態で、上司の悪口を言いながら勤めておられました。この1か月うつ状態だったので。

このたび1週間仕事を休んで受診され、「ご飯を作れない。入浴したくない」「何もしたくない」と言つて、入院を強く希望されました。家で待つておこう、と説得しましたが、この1年間の生活に疲れ果てて、逃げように入院されました。

精神科医は、Fさんが辛い境遇にありながらも自分の考え通りに生きておられるのを応援して来たつもりでしたが、「自由」は辛いものでもあり、時にはそ

れを捨てても保護をして欲しいものでしょう。

## 〈地域に人とお金を〉

ひと月前に10数年ぶりに統合失調症の症状が悪化した40歳の女性患者さんがありました。が、週2回の通院と両親のケアの元で、入院しないで落ち着きを取り戻しておられます。

でも、一人暮らしでは、体調が悪くて、食事の用意や入浴、洗濯などの日常生活が保てない時があるでしょう。これをホームヘルプや往診、訪問看護で助けることができれば、入院しなくても自宅で病状を良くすることはできるはずです。

入院の費用は1か月で約40万

円ですから、自宅で療養する場合でも、症状が重い時期には1日1万3000円の費用と職員を使えるような体制を用意できるはず。

そうは言っても、お金と人材に限界があるわけですから、地域で精神科治療をやって行こうとすれば、今は入院医療に使っている医療費と職員を分けてもらう必要があります。

## 〈暮らしやすい社会〉

それには、これからの日本をどんな国にしたいかを話し合うことが必要です。

実は、EさんやFさんは「精神病ではない」と思って生きてきた人たちです。他にも精神科

を受診しないで、職場や家庭で存在しない疑いを長期間持ち続け、苦しく生活している人もおられるでしょう。

また、一般の人にも精神病的な部分が相当あって、変なストレスがかかると妄想を発症してしまうこともあるようです。

つまり、重症の障害を持つ人が健康に暮らせるような世の中になつていくと、一般の人も暮らしやすい社会になるはずなんです。その逆も言えるでしょう。



## 第2章 「精神科の薬」の働き

### 1. 精神症状と神経伝達

精神症状や精神的不調が出現するという状態は、脳の定常な状態が崩れた状態ということだ。

これまでの話を理解していただいているという前提で、もっと詳しく言えば、脳内の神経伝達において、伝達異常が起きている状態が、精神症状や精神的不調を引き起こしているということになります。

では、このように通常でない

伝達異常は、脳神経伝達のどこに問題が発生しているのでしょうか？ それは、大きく分けると次に示すような3つの問題が考えられます。

#### 1. 神経伝達物質量の増加

神経伝達物質がシナプス間隙かんすき（神経細胞と神経細胞の継ぎ目）で量が増えることによって、伝達が増幅される状態です。

原因は、神経伝達物質の生産量が過剰となり、放出も過剰となる場合か、生産量は普通であるものの放出だけが過剰となる場合と考えられますが、現代の科学レベルでは、その原因がどちらであるか、またどうしてそのような変化が引き起こされるのかは解明できません。

シナプス間隙への放出が過剰となれば、次の神経細胞には過剰に信号が伝わります。小さな外界からの刺激であっても、神経伝達物質が過剰になれば、大きな刺激として認知されてしまうという状態です。神経伝達物質量が過剰となると考えられる症状のわかりやすい例は、幻覚や妄想です。



## 2. 神経伝達物質量の減少

1. のケースとはまったく逆で、シナプス間隙の神経伝達物質の量が減少する場合です。シナプス間隙への放出が減少してしまうと、神経間の信号が減弱したり、信号が伝わらなくなってしまうです。

神経伝達物質量が減少となっていると考えられる症状には、欲求の減退、活動性の低下など抑うつ状態でよく見られる症状があります。

## 3. 神経刺激伝達の不安定

神経伝達物質の量には異常は

なく、外界からの刺激に対して反応が過剰になる状態です。疲労が溜まっているときや、ストレスが長期または急激に過大に負荷されたときには、感受性が変化して神経伝達が不安定となり異常を来きたします。

多くの場合、その不安定さは脳神経の興奮として現れます。このような状態で現れる症状は、不眠や不安です。

ただし、興奮状態が長期になり、反応する脳神経細胞が疲弊すると無反応の状態に転じます。この時期には二次的に2. の神経伝達物質量の減少の状態と同じ状態となります。

「精神科の薬」は精神症状や精神的不調にどのような役目をしているか

このように精神症状や精神的不調の成因を考えると、原因となる神経伝達物質を生成する過程やシナプス間隙への放出の部分を制御すれば、メンタル障害は原因を元から正すことができるといことがわかります。

ところが、現在の医学と薬理学の技術を総動員しても、この制御が出来る薬は創造することが出来ないのです。そして、もしそれが造れたとしても、脳神経の一部分にのみ効果するような薬剤でなければ、他の健康な部分へも影響し生体機能自体が変化して命を落としてしまうよ

うな強い副作用が出現することが予想されることから、科学の力が相当進んでも薬物療法で根治的な治療することはできないでしょう。

ですから、現在行われている精神科での治療の主体となる薬物療法は、症状の軽減のために行われる対症療法ということを理解してもらうことが必要です。

### 「精神科の薬」による薬物療法の意味

「根治ができない、症状を軽減するためだけの薬物療法に治療の意味はあるのか?」、「薬を使わずに安静にして、自然に症状が治まるのを待つ」という方法

はどこが問題なのか?」ということを質問されることがあります。それらに対する答えはこうです。

Q.. 「根治ができない、症状を軽減するためだけの薬物療法に治療の意味はあるのか?」

前回の内容を思い出してください。脳内では、ある一部分に問題が起こっても脳内全体の神経伝達系に問題が波及していくということを説明しました。根治ができないからといって症状を放置することは、その症状によって直接引き起こされる生活への支障が生じるだけでなく、

それが引き金となって脳全体へ波及した問題が生じるのです。ですから、症状を軽減することは重要な意味を持ち、根本解決にならなくとも薬物療法を行わなければならないです。このような薬物療法を対症療法といいます。ほとんどの「精神科の薬」は、神経伝達の状態を是正させて症状を消褪ないし軽減させる対症療法を目的として治療に用いられているのです。

Q.. 「薬を使わずに安静にして、自然に症状が治まるのを待つ」という方法はどこが問題なのか?」

「精神科の薬」がなかった時

代には、精神的な不調は、外的刺激を遮断してストレスを緩和するという目的で入院治療が行われました。

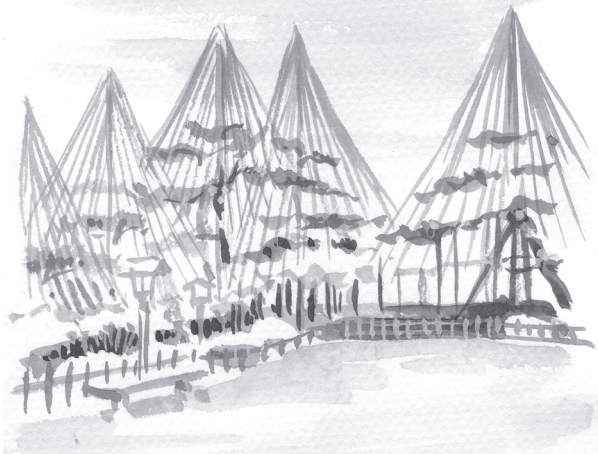
当時の治療方法は入院が唯一の治療法でした。その頃の記録を読み解いて分かることは、時間が経てば、不調や多くの精神症状は自然に消褪していったことがわかります。

しかしながら、その復調までの期間は短くとも数か月、長いときには数年という時間を要し、しばしば入院は長期間に及んでいました。入院によって社会から長く離れていると、退院後、社会に戻ってもストレスを感じざるを得ず、また症状再燃という悪循環を繰り返します。

そのため症状がほとんど無く、安定していても、再発予防のため病院を生活の場にするという時代があったのです。

「精神科の薬」を用いて症状を早く軽減することは、前述のように、健康な他の脳部位に影響を及ぼさないようにするためであると同時に、社会生活を行ううえで、メンタル障害であることがハンディキャップとならないようにすること、再燃の予防のために重要な役割をしているのです。

(ひめいあきお)





川県家族（60代）の手記を読ませて頂きました。

私の家の二階に、うつ病（70歳）男性が住んでいます。食事は自分でしていて、台所・トイレ・風呂は共同で、8年間位私と主人（統合失調症）で住んでいます。

私の弟経営のアパートには、統合失調症（64歳）男性が住む事になっています。グループホームに2年間住んでいましたが、おとなしい方でアパートの方がいいだろうという事で、母親が実家とアパートを往復しながらの生活です。病人はもうすぐの退院です。生活保護を受けています。

◆新潟県 ボランティア（70代）  
先日、家族会の研修会があり、ボランティアですが参加しました。

精神保健福祉法の一部改正についての説明に、皆さまに伝えたい事で、本人の受診拒否の対応、陥りやすい家族の気持ちの反応、保健所が出来ることなど、細部にわたってお話がありました。

知らない事も多く、家族でなくとも知っていた方が、これらのボランティア活動に役立てる事が出来たらと思います。それにしても若くないから残念です。

◆神奈川県 K・K 本人（40代）  
いつも「みんなねっと」で一番最初にマンガを読ませてもらっています。とてもかわいらしく面白いです。

真澄こと葉ちゃんはいろいろな事に挑戦していて、学校に行ったり仕事について、ほんのささいな日常生活にも挑戦して

は学んでいく姿に好感が持てました。

いろいろやってみてはちよつと失敗や挫折をして、そんな中で、ふと人にやさしい言葉をかけられたりして心があたたまり、最後にはああよかつたな、というしめくくりになっていますね。

真澄こと葉ちゃんは、いろいろやってみていろいろ体験をして、最終的には自分自身がやさしく成長していきますね。

頑張るだけでなく少し休もうよとか、まあいいじゃないかこれもありだよ、みたいな感じでユーモラスにしめくくっていて、そういうほのほのとした生活ってすてきなあとだと思います。

私自身、病気にぶち当たってイライラした時、こののんびりとした感じのマンガを読んで、

心がほっこりしていくような気持ちになります。今後もマンガの連載頑張ってください。応援しています。

◆東京都 デルフィンニウム 家族 (60代)

いつも参考になる記事が必ず一つ以上あって、ありがたく読ませて頂いております。

地区の家族会に参加して、早20年程になりますが、世話人の交替がなかなかできず、年齢が進みやりづらくなつて参りました。区の保健師さんが時々参加して下さり、不明な手続きなどは教えて頂いております。

40名くらいあった会員も、今は10人そこそこです。お様が当事者の方や、御兄弟、奥様が当事者の方もあり、和やかなお話し合いにはなっております。

私の場合、娘ですが、家から

離れ病院の近くでアパートに住んでいます。45歳、自分で住民票を移して、引越も手配できました。しかし、時折妄想に悩まされ電話してきます。絵を画く事でデイケアの先生から励まされ、主治医を信頼しています。

**日常生活**

◆新潟県 大里賢一 本人 (60代)

グループホームに住んでみて

私は今のグループホームに生活して12年目です。とかく世間では、障害者の寄り集まりの場所と考えられてますが、ここグループホーム上除寮では、理事長の「寄りかかって生きる」の環境の中、職員の支援をこりないメンバー達に個々に対応していただき、立派に社会にとけこ

み一同生活してます。

月に一度のレクリエーション、そうじの分担やあたたかい食事と、生活がマンネリにならない様に考えていただいております。

私も広い日本の中で、こんなホームがあるのだとありがたく思っています。

私は症状も落ち着いて週3回系列の作業所に行つて4年目です。障害者も適切な支援を受ければ、社会の中で自立できることの証明だと思えます。

◆茨城県 TA 本人 (20代)

欲しいもの

○近所の人、親せきの人の理解↓病気の事をオープンにする、それは抵抗がありすぎる。もし変な目で見られたら、果たして言った所で、優しい目見てく



れるのか？

○職場での理解

↓病気をOPENにして、その代わり自分のできる事はちゃんとする。そんな温かい職場はな  
いかなあ。

○生きている証や堂々と歩ける力  
↓結局、病気だから健常者と話  
がかみ合わない。いつも何かま  
ちがっていないかビクビクす  
る。ただただ病気と向き合っ  
ても、つまらなくて変化が欲  
しい。

### 詩・その他

◆群馬県 篠原美穂 本人(30代)

私が生きているということは

あなたが生きるといことは  
生涯アリを踏まずに  
歩くことより

ホナ

ビートたもつ

このホナは 死んでしまっ

ぽぽ 絵を描く 悼み

彼は 生きてこそ

それなりによき 一生のそぼぼなれ

家族の 息として

彼を 奪った 人の 心

よき 一生のそぼぼなれ

ほくも 奪った …

ホナッ



更に難解かもしれない  
それでも大腕を振って  
あなたが生きるのなら  
私はあなたを  
素敵だと思おうよきつと  
まるで他の人たちと同じように

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

◆島根県 ビートたもつ 本人

# 編集後記

## 編集後記

■寒かった冬も終わり、やっと温かい季節へと移り変わるうとしています。毎年、近所にある河川敷の桜が満開になると、花見に来る人でにぎわっています。この編集後記を書いているのが1月なのですが、桜はそろそろ咲き始めているのでしょうか。

一方で、日々業務にあたって感じてきたことは「勉強不足」ということです。全国からいたただく問い合わせにスムーズに答えることができず、自分に対して悔しい思いをし、家族会の全国団体で働く立場として、困っている家族のために自分にはどんなことができるのかを悩むことも多くありました。

私は今年度の途中に、みんなねつと事務局に入りました。新年度になる前に、ここで入職1年目の振り返りをしてみようと思います。

みんなねつとは働きながら勉強することができ、最高の環境です。間違えることもありますが「分からないままにしておくよりずっと良い」と思い、時には息抜きをしながら頑張りたいです。

(齋藤)

【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95号(2015年3月号)

定価 300円

発行日 2015年3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](http://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／(投稿)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メンタル障害をサポートする知識／連載③発達障害の理解とサポート／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■

- 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：ホ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：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

### ●「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)

## みんなねっとフォーラム2014

本人と家族が安心して生活していくためには

～居住支援と訪問支援から考える～

- 日 時：2015年3月6日（金）10:00～16:00（受付9時30分～）
- 会 場：津田ホール（JR千駄ヶ谷駅）
- 参加費：無料（家族、当事者、専門職、学生 どなたでもご参加ください）
- 定 員：490名（事前の申し込みは不要です）

＜午前の部＞

【講 演】

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～

- 講師 上野勝代氏（神戸女子大学家政学部家政学科教授）

＜午後の部＞

【シンポジウム】

英国メリデン版訪問家族支援を日本で実現するために…

■シンポジスト

- 家族の立場から  
丸山美恵氏（NPO法人世田谷さくら会）
- 訪問家族支援トレーナーズコース受講者の立場から  
宗未来氏（〈独〉国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、精神科医師）
- アウトリーチ・ACTの立場から  
上久保真理子氏（びあクリニック〈浜松市〉、精神保健福祉士）
- コーディネーター 佐藤純氏（京都ノートルダム女子大学准教授）

主催・問合せ：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

- 事前申し込みは不要です。直接会場にお越しください。なお立ち見  
ができませんので、定員に達した場合はモニターでの聴講になります。  
ご了承ください。
- 昼食は各自で用意ください。周辺の飲食店もご利用いただけます。

Supported by  
  
THE NIPPON  
FOUNDATION