

## 精神保健福祉法の改正について

医療相談部 藤岡慎也

### はじめに

精神保健福祉法の改正が平成25年6月に国会にて可決され、今年の4月1日に施行されました。

今回の法改正は精神科病院にとって、今までとは違う事が増えたと同時に、入院を中心にいつも患者さんをご紹介頂いている診療所の先生方や関係機関のみならず、知っておいていただかないといけない事も盛り込まれています。

今回の「くろおばあプラス」では、精神保健福祉法の改正について、医療機関にとって重要な部分を中心に、ご紹介の際の注意点などを含めてお伝えしたいと思います。

### 改正のポイント

大まかには、「精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定」「保護者制度の見直し」「医療保護入院の見直し」「精神医療審査会の見直し」の四点です。今回は上記のうちから二点について書かせていただきたいと思います。(改正のポイントは、厚生労働省のホームページ等にも掲載されておりますので、詳細はそちら ([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/kaisei\\_seisin/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/)) をご参照ください。)

### 保護者制度・医療保護入院の見直し

今まで保護者は、①後見と保佐人 ②配偶者・親権者 ③扶養義務者、となれる方に順位が決まっていた。また、扶養義務者が数人いる時は、家庭裁判所に行き保護者選任審判書を取ってもらう必要がありました。

また保護者には、治療の協力義務などありましたが、それらはすべて廃止され、

新たに医療保護で入院する際の同意に関しては、精神保健指定医が医療保護入院の必要を認めた上で、家族等(直系の親族・配偶者・兄弟姉妹)が同意した際に入院が成立する形になりました。今までのように保護者でなければ同意ができないのではなく、家族であれば同意ができるようになりました。

先日も、ご高齢の母親が保護者であった当院通院中の患者さんを、弟さんが連れて来られ、そのまま弟さんの同意で入院できることがあり、スムーズに手続きができてよかったと思いました。

### 具合が悪く来院されたのに入院できない事例

一方、家族が患者本人と疎遠になっている、関わりを拒否している場合などは、まったく身寄りがない方と同じように、今までは市町村同意を使うことができたのですが、厚生労働省から、家族が関わりを拒否している場合や意思を示さない場合は市町村同意は認めないと明確に文書で示されました。

当院でも医療保護入院で入院させた方がよいのではという方で、ケアマネジャーが連れてこられて、精神保健指定医が入院を必要と判断したが、受診時に関係機関に問合せたところ家族がいることが分かり、こちらから連絡を取ったところ関わりを拒否されたことによって、入院が成立せずにお帰りいただいたことがありました。

色々な今までの事情を抱えて精神科病院を利用される患者さんを、具合が悪いとわかっていても、制度上入院させられないというのは、医療従事者としては本当に心苦しい思いがします。

### 医療保護入院者の入院期間と退院支援会議

医療保護入院となった場合、病院は、家族等の同意書と医療保護入院の入院届以外に、入院時に作成する入院診療計画書に医療保護入院の入院期間を記載して都に提出することになりました。

入院診療計画書の入院期間を超えても、医療保護入院での入院が継続されている場合は、本人・家族にも参加を呼びかけて、関係者会議をすることが義務付けられました。地域関係者がいらっしゃる場合には参加を呼び掛ける必要があります。地域でご活躍の皆様にも当院の精神保健福祉士から連絡があるかと思えます。その際はよろしくお願いたします。

また、医療保護入院の方の退院を支援するための「退院後生活環境相談員」という新たな名称が増えました。各病院でどの職種がその業務を担うのかということはありませんが、多くは精神保健福祉士が行う形になるかと思えます。当院でも精神保健福祉士が担当いたします。

今回の法改正は医療保護入院を中心に今までとは大きく変わった法改正となりました。良い悪いの議論は多々あるかと思いますが、法律は成立し施行した以上それを守って病院は運用しなければなりません。しかし、患者さんが医療をスムーズに受けられるように、医療者側が入院を拒むような事態が起きる可能性をできる限り減らしていくために、入院前から関係機関の皆さんと病院が連携を深めていければありがたいと思います。可能であれば、医療保護入院を検討されている患者さんを受診させる場合は、ご家族にお付き添い頂き入院の同意をお願いしたいと思います。付き添いが無理な場合でも、電話で入院の同意が取れるようにしておいて頂ければと思います。よろしくお願いたします。



今回 70 周年記念誌を書くに当たり、私が当院に赴任後の 20 数年間を振り返ってみた。

赴任したのは昭和の最後の年。確かに今年迄の 26 年間、内科医は何時も募集を掛けながら平均 2 人体制の連続であり、増えない原因は「私に問題があり、そのために内科医が増えないのでは無いか?…」と時に思う事もある。その他、「当院に問題があるのか?」または「やはり精神科病院の中の一般科に人気が無いのか?」等も考えられる。一方で、当院の精神科への入局希望者は毎年何人かは有り、羨ましい。

一般科、第 2 診療部にとって昭和 56 年から始まり平成 19 年迄の 27 年間は、

都の身体合併症事業を受け、手術室や理学療法室を持ち大学病院と人事交流もあり、内科医も 3 人迄増えた時期もあった。外科系も常勤医の人数は増えないが、手術して何ぼの世界である。やはり活気があった。手術場を失った外科系の医師においては断腸の思いだったかもしれない。現在、一般科における外来及び入院の依頼患者の診療科別の数を考えると、やはり内科が多いとはいえ、実際の内科外来の 1 日患者数も決して多いとはいえない。

当院一般科が今後発展的に生き残って行くためには何か「売り」「目玉商品」を作り★集客力（集客力：ネットで調べてみると「自分の店が集客力を上げる事は、経営者なら常に考えている問題でしょう。どのようにすれば、カフェの集客力を高めることができるでしょうか。これにはいくつかの方法がありますが、まず重要なものとしては「宣伝」が挙げられます。…どんなに宣伝しても客足が伸びない場合…基本的なことを見落としていたのが原因だったというケースが、以外と多いものです。」…とカフェ経営の基礎知識にヒットする。どの世界

も同じであろう。) を上げる必要がある。ひょっとしたら当院精神科も同様の必要があるかも知れない。今更、総合病院や大学病院のごとく一般科の各診療科を増やし、またそれに当たる診察医、病棟医を増やすなど採算や必要性から考えても妥当とは思えない。宣伝の前には目玉商品を作らないといけない。

当院一般科としての目玉は何なのか?

現在そう考えられるのは ①精神科医と共同の禁煙外来 ②脳ドック ③物忘れ外来 ④マンモグラフィーと乳腺外来 ⑤日本肝臓学会専門医がおり B 型、C 型の肝炎の治療可能 ⑥その他? 現実上記の目玉と思われる外来もそれほどの集客力になってない。宣伝が足りない為か? それとも、何かもっと目玉商品を作りその上で宣伝という事になるのか。

先日、脳外科医から痙縮に対するボツリヌス (ボトックス) 療法の新しい提案があった。今後、市場調査し、当院でも「目玉商品」にできるかどうか検討する必要がある。久々の現場から出てきた提案であり、今後、内科さらに外科また精神科にも繋がる第一歩となればいい。

## 東京武蔵野病院の精神科初診外来は 平成 26 年 5 月 12 日 (月) より予約制となりました

初診 (診療日 月～金 診療時間 9:00 ～ 12:30)

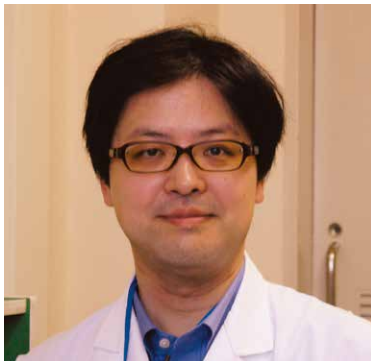
- ・ 予約窓口：初診受付専用ダイヤル **03-5986-3188**  
※入院をご希望の方は「地域医療連携室 (03-5986-3198)」へご相談ください (下記参照)
- ・ 予約受付時間：月～土 (日祭日を除く) 9:00 ～ 16:30  
(前日までにご予約ください。当日も空きがあれば予約可)
- ・ 保険証を必ずご持参ください
- ・ 紹介状、各種医療受給者証等をお持ちの方は、ご持参ください
- ・ 患者さまが来院できない場合は、ドクター相談として対応します (実費にて料金を申し受けます)

入院のご相談は (受付日 月～土)

- ・ 相談窓口：地域医療連携室  
**TEL・FAX：03-5986-3198**
- ・ 受付時間：月～土 (日祭日を除く) 9:00 ～ 17:00



# デイケア担当医より リハビリテーション部 部長 風野春樹



精神科デイケアは、治療の場と地域生活をつなぐ橋渡しの役割をしている場所です。病からの回復途中の方、症状は落ち着いたものの、不安があり閉じこもりがちの方、自信が持てず社会への一歩が踏み出しづらい方々などに、集団活動を中心としたプログラムや、個々人の目標に応じたケアを提供しています。体調を整えたい、家から出る機会を持ちたい、人との付き合いがうまくなりたい、生活時間を規則的にしたい、できることを増やしたい、悩みを話し合える友達が欲しい、働きたいけど自信がないなど、今の生活に悩みや課題を持つ方が集い、参加者それぞれの生活目標の達成を目指した取り組みを行っています。

利用方法は、一日参加のデイケア（6時間程度）と、半日参加のショートケア（3時間程度）があります。長時間参加することが難しい方は、ショートケアから始めてみてはいかがでしょうか。

当院のデイケアは、生活リズムを維持することを目的に利用されている方から、就労・復職に向けたリハビリテーションを行うことを目的に利用されてい

る方まで、幅広い目的を持った方が利用されています。一日の参加人数の平均は150人程度で、年齢層も幅広く、様々な年代の方が利用されています。スタッフも、精神科医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士など、幅広い職種が連携しており、利用者の幅広いニーズに応えられるよう努めております。

プログラムも就労支援や就労体験の場としての喫茶活動、カラオケやエクササ

イズなどいろいろと用意してありますので、通所者の目的に合わせて選択することができます。当院精神科に通っている方だけでなく、他の精神科に通院中の方も主治医の紹介があれば利用も可能です。

本年度も、スタッフ一同、参加者の皆様が心身ともに健康で充実した生活を送っていただけるよう、努力してまいります。

デイケアプログラム（2014年6月7日～）

午前	月	火	水	木	金	土	
8:45	デイケア開館						
9:30	ミーティング						
9:45~	健康チェック 健康相談 (第1・3・5週)	健康チェック 健康相談 (第2・4週)	健康チェック 健康相談 (第1・3・5週)	健康チェック 健康相談 (第2・4週)	健康チェック 健康相談		
	PSW相談 (第2・4週)	PSW相談 (第1・3・5週)	PSW相談 (第2・4週)	PSW相談 (第1・3・5週)			
	アクティビティ 書道	音楽	アクティビティ	アクティビティ	音楽		アクティビティ
	レクリエーション	話上手 SST	今度是可以 禁煙講座	ガーデニング	病気と上手に つきあう		生活セミナー
	ストレッチ エクササイズ	ゆるやか	ヨガ	女性グループ	ストレッチ エクササイズ		健康づくり (第1・3・5週) ヨガ (第2・4週)
カフェ ミーティング	カフェ	カフェ	就労セミナー	カフェ ミーティング			
11:40~	昼食						

午後	月	火	水	木	金	土
13:00~	デイケア担当医によるプログラム（月に1~2回程度）					健康チェック 健康相談
	アクティビティ	アクティビティ	アクティビティ 革工芸	アクティビティ	クラス活動	カラオケ
		ミュージック セラピー				
	健康セミナー	シアター	健康づくり	ストレッチ エクササイズ		
	スポーツ		スポーツ	ゆるやか		
	体調管理のコツ 就労SST		就労セミナー	カフェ		
14:50~	ミーティング					
15:45	デイケア閉館					

★ゆるやか：運動をする習慣がない方向けに楽しみながら自然とからだを動かすことができるプログラムです。



# アーサー・クラインマン先生講演会開かれる

副院長／教育研究部 部長 江口重幸

本年 3 月 18 日、当財団の創立 70 周年記念関連行事の最後を飾って、ハーバード大学（現・アジアセンター所長）のアーサー・クラインマン先生をお迎えし、C 館 5 階大講堂で記念講演会を開催した。クラインマン教授は、同大学で長年教鞭を執られている精神科医・人類学者であり、文化精神医学と医療人類学のパイオニアとして世界的にその名が知られた人物である。その初期の研究は台湾と中国における病いと癒し、それと医療をめぐるものであり、東アジアへの造詣が深い研究者である。中国研究家で共著もたくさんある故ジョーン夫人とともに、日本にも何回か訪れ、1996 年の日本精神神経学会総会における記念講演をはじめとする講演活動をおこなっている。



アーサー・クラインマン教授

当日は「ケアをすることについて (On Caregiving) : ケアに影響を及ぼす文化的要素」というテーマでお話いただいた。臨床に直結する話題だったこともあって、聴講希望の事前受けをしたところ、院外からたちまち 200 名を超える応募があり、しかも北海道や九州・沖縄からも希望者が申し込みをするという盛況ぶり、院内の参加を含めると 300 名を超える人数になってしまうことから、急遽 E 館 6 階から場所を変更しての講演会となった。司会は、李創鎬医師と江口が行ない、通訳は千葉大学国際教育センターのヤニス・ガイタニディス先生にお願いした。

当日の講演の概要は以下のような内容であった。今日の医療においてケアをすることが占める 3 つの逆説という話題からはじめられた。医療や医学教育の核心から次第にケアが乖離しつつある現状が指摘され、そこから改めて「ケアをする」

とは何かという核心的な問いかけがなされた。ケアについての人類学的＝民族誌学的な再定義をすると、実はケアとは、医療者や専門職によってではなく、その大部分が、家族や親しい友人、あるいは患者本人によって、日常生活をベースとして行われる相互的なものではないかという現実が明らかになる。そしてその中心的な課題として、①実際の支援、②認められること (acknowledgement)、③肯定すること (affirmation)、④情緒的な援助、⑤精神的 (モラル) な連帯と責任性、が挙げられることになる。さらにそれらに、⑥財政的、法律的、宗教的、医学的、心理学的助言者との相談と協調、⑦現前性 (プレゼンス) を加えることができる。現前性とは、たとえ実際にできることがなく、希望そのものが失われた場合においても、存在としてその場にいることを指す。しかもこうしたケアの多くの場面は女性によって担われ、その地位は医療中心の階層性からみると低位の人たちによって行われている。

こうした現状を率直にながめると、われわれの人間性や他者との関係を明らかにする存在論的な行為としてのケアという面が浮かびあがり、こうした側面こそが本当に重要なものであることがわかる。それは、人間のさまざまな状態を定義づける危機や不確かさという文脈への応答であると解釈できるからである。今日世界的な規模で表層的な文化が拡大しているが、ケアは、そうした中でケアをする側とされる側のモラルリティが析出する数少ない貴重な瞬間ではないかという指摘がなされた。

クラインマン先生は、このような議論をへてさらに、ケアに影響を及ぼす文化的な要素というテーマに分け入っていく。どのようにしたらケアへの文化的アプローチが可能かという 6 段階の具体的なステップ (①エスニックアイデンティティと病いの経験の肯定、②何がもっとも問題となっているか?、③病いの語りの展開、④心理社会的ストレスを視野に入れること、⑤臨床的関係／ケアをすることへの文化の影響の省察、⑥文化的アプローチの問題点) が呈示された。

なかでも 1970 年代にハーバードグループを中心に展開されたアプローチ、すなわち「疾患 (disease)」と「病い (illness)」の二分法、その上での患者と医療者の抱くそれぞれ異なる「説明モデル (explanatory models)」という視点、それを有効に引き出していく技法は、先生の独壇場である。さらに文化は患者や家族の側にだけあるものではなく医療者や専門職側も「生物医学の文化 (culture of biomedicine)」を体現していることを自覚することの大切さを含めて、さまざまな重要な点が織り込まれる講演となった。

そして最後に、美術や壁画に描かれた、世界各地の医療やケア場面の映像を示しながら——ミケランジェロの「ピエタ」、レンブラントの一連の病床作品から、ケーテ・コルヴィッツの「嘆き」、敦煌壁画から日本の絵巻物まで——そこに貫かれている、苦悩とその主観的経験、思うこととケア、さらにはそのケアをめぐる共感と共同性の生成が指摘され、ピカソの作品「片目をつむる医学生の肖像」の象徴的な意味について語られた。



司会の江口副院長

以下私の感想もまじえながら書かせていただく。私は、この講演会に先立って 3 月 16 日に京都大学 (芝蘭会館・稲盛ホール) で開催された講演会にも参加した。それは、「21 世紀における感性と主観性の変容：人類は生き残れるか?」という演題だった。この講演会も立見も出るような会であったが、クラインマン先生は、病いや苦悩へのケアを、人が生きる上で必然的に引き受けざるを得ない人間的過程と考え、それと率直に向き合うことが、今日の複雑な文化状況の中で稀な、人間

的な成熟に至る好機であるにとらえているような印象を私は強く受けた。そしてこれは、21世紀に入って、先に紹介した長年の伴侶であったジョン夫人の認知機能の障害を伴う神経疾患のケアと死別という先生ご自身の具体的な経験を通して、さらに深化されたものではないかと感じた。



以下は、当日配布した講演会用の小冊子にも記した内容だが、私は、1987年に（後に私が友人たちと共同で邦訳することになる『病いの語り』や『精神医学を再考する』の原著が出版される前年）東京で開催された、クラインマン先生が演者として登壇する講演会に参加した時を思い出す。錚々たる人類学者や社会学者が集う、日本における医療人類学の旗揚げの会のような熱気溢れる集会で

あった。当時30代半ばだった私は、先生の講演を聴いて大いに刺激され、ここで語られたことを精神医療の臨床に何とか生かせないかと考えて、今に至っている。それらは幸運にも、翌1988年に同時に刊行された先の2冊の著書の訳者になることで、必然的に日々対話をするようにくりひろげられ、いわば私が身に染

みつけるように学び、現在の臨床スタイルへと至った源流と呼んでもいいものである。それは何か目新しい知識や概念の獲得というレベルのものではなく、患者や家族の主観的経験、つまり患者の話に十分耳を傾け、その人への関心を持ちつづけ、慢性期であろうと援助の可能性を広げられるという「身体技法」のようなものである。そればかりでなく、これもまたクラインマン先生の重要な貢献であるが、例えばベトリーナらとの共編著『Global Pharmaceuticals（グローバルな製薬企業）』（2006）、ポール・ファーマー（現・ハーバード医科大社会医学科長）、ジム・ヨン・キム（現・世界銀行総裁）らとの共著『Reimagining Global

Health（グローバルヘルスを再構想する）』（2013）に示されるような、社会的、制度的な文脈にも十分に批判的な視点を行き渡らせること…つまり簡単に言うならば役に立つ臨床家になるための無数のヒントがそこには隠されているように感じている。

今回は京都大学大学院・教育学研究科の皆藤章教授（クラインマンの『八つの人生の物語』の監訳者）のご尽力により、京都大学グローバル生存学大学院連携プログラムと当院の共催でこのような講演会が実現できたことに感謝しています。併せて、参加人数の予想外の増加で会場の移動等のさまざまな不測の事態が出ましたにもかかわらず、完璧な準備と運営に当たられた当院70周年記念実行委員会・記念講演担当部門の皆様、心よりお礼を申し上げます。

（なお当日講演会に参加できなかった方で、本講演やクラインマン先生の業績に関心のある方は、パワーポイントスライドから構成された講演会参加者に配布した小冊子を（多少残部があるので）差し上げることができます。ご連絡ください。また上記の講演内容の概要をもうすこし詳しくまとめたものが『週刊医学界新聞』（医学書院）第3076号（2014年5月19日）に掲載されています。ネットから「医学界新聞」で検索すると容易にPDF版とWeb版を読むことができます。）

## 70周年記念事業実行委員会事務局より

昨年4月に創立70周年を迎えた当院は、講演会、記念誌の発行など、いくつかの記念事業を実施いたしました。ここであらためて、昨年から実施された記念事業をご紹介します。

### ●記念講演第一弾 平成25年11月10日 東京武蔵野病院

第一部は中央大学名誉教授・渡部芳樹先生に「東京武蔵野病院入院と太宰治の文学」、第二部は筑波大学教授・斎藤環先生に「ひきこもりと“現代型うつ”」というテーマでそれぞれお話しいただきました。

渡部先生は太宰治に関する研究の第一人者で、太宰治が昭和10年に当院に入院していたことが彼の作品にどのような影響を与えたのかという点についてお話

しいいただきました。会場には当院に保管されている太宰治のカルテの一部なども展示されました。

斎藤先生は思春期・青年期の精神病理及び病跡学がご専門で、ひきこもりとは青少年が社会から疎外される形式のひとつであり、「現代型うつ」も疎外のひとつであると述べられました。

参加者からは「太宰治の文学と人生がととてもきびしくも美しいものであることを感じさせられた」「ひきこもりの現状を詳しく知ることができた」といったご意見を頂戴しました。

### ●記念講演第二弾 平成26年3月18日 東京武蔵野病院

アーサー・クラインマン（Arthur Kleinman）教授をお招きした第二弾は、

クラインマン教授の著書の訳者であり、かねてから教授と親交がある当院の副院長 江口の働きかけと京都大学のご協力により実現したものです。当日の様子は上記記事をお読みください。専門性が高い内容であるにもかかわらず遠方からの参加者も多く、教授の知名度の高さにあらためて驚かされ、多くの方が興味を持つテーマであることを再認識しました。

### ●記念誌 平成26年6月発行予定

当院が創立70周年を迎えた記念であると同時に、70周年の年に在籍した職員の記念にもなる内容を目指して、現在、編集作業も佳境に入っています。貴重な写真や諸先輩の方々からのメッセージも掲載される予定です。



# 精神科治療の最近の動き —統合失調症の薬物療法—

第一診療部長 林 直樹

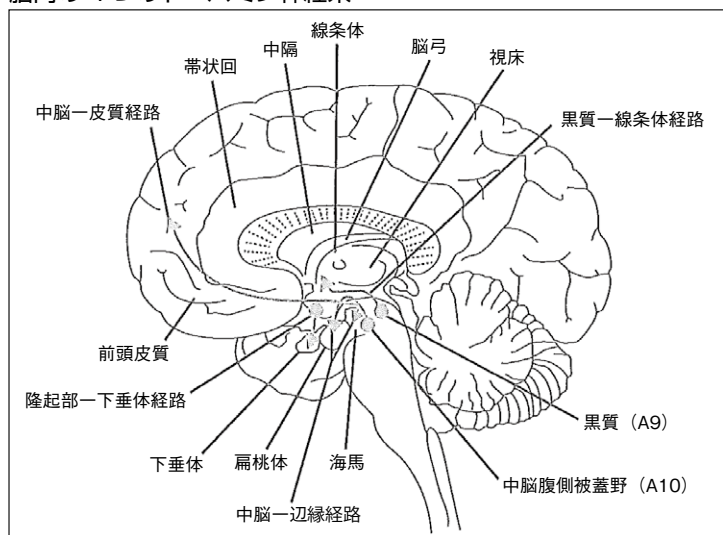
最近の薬物療法をはじめとした精神科治療の進歩や、地域生活を支える資源の充実により、精神科治療のやり方が以前とは大きく変わってきました。

特に薬物療法は、この10数年の間に大きく変化して、従来問題となっていたような副作用はより少なく、より日常生活への負担が少ないものが主流となってきました。その結果、多くの精神科の患者さんが、以前のように入院せずに、自宅などの「地域」で生活できるようになってきました。

## ●従来の統合失調症の薬物療法

統合失調症の病因として、長年「ドーパミン仮説」というのが、多くの人に信じられてきました。これはつまり、脳内に多くの種類がある神経伝達物質のうち、ドーパミンという物質が過剰にあることが、統合失調症を引き起こすのではないかという説です。これは、もともと偶然から幻覚・妄想などの精神病症状を抑える働きがあることがわかった薬に、ドーパミンの働きを抑制する作用（抗ドーパミン作用）が共通してあることがわかったことから導かれた「仮説」です。このため、長年、統合失調症に対する治療薬というのは、いかにうまくドーパミンを抑えるかを課題として開発されてきました。

## 脳内の4つのドーパミン神経系



〈出典〉 樋口輝彦、小山司、神庭重信編：臨床精神薬理ハンドブック、P96、医学書院、2003。

しかし、上図のようにドーパミンがかかる神経経路は、脳内には大きく4つあって、このうち中脳-辺縁経路を薬が抑制すれば幻覚・妄想は軽減するけど、ここだけを選択的に抑えるというわけにはいかず、他の3つの経路も抑制してしまいます。これが従来の統合失調症の治療薬（定型抗精神病薬）に多く見られた

副作用のしくみです。つまり、「意欲がなくなる」「認知機能が障害される」「パーキンソン様症状などの薬剤性の錐体外路症状（Extrapyramidal Symptom：EPS）が出現する」「乳汁分泌がある」などです。EPSのうち、特に遅発性ジスキネジアやジストニアは難治性で、また見た目の印象もあいまって問題となってきました。

従来型の薬は、併せて抗コリン作用や抗アドレナリン作用も持つので、便秘（麻痺性イレウス）になったり、尿閉気味になったり、心血管系に影響したりしました。

日本では、これらの薬剤を細かに症状に応じて数種類併用するという処方習慣がありました（多剤併用）。その結果、これらの薬剤の影響が患者に対して、統合失調症の残遺症状にかぶさるような形で、精神的にも身体的にも負担をかけ、日常生活を困難にしていました。

このため、なかなか退院ができない、退院しても地域での生活が持続できないことが多かったのです。

## ●新しい統合失調症の治療薬

その後、統合失調症の治療薬に、これまでとは違った視点で開発された薬が、日本でも登場するようになりました。1996年のリスペリドン（製品名：リスパダール）を最初に、2000年代に入り、ペロスピロン（ルーラン）、オランザピン（ジプレキサ）、クエチアピン（セロクエル）、ブロナンセリン（ロナセン）、アリピプラゾール（エビリファイ）、パンベリドン（インヴェガ）などが次々と発売されました。

これらは、ドーパミンを抑えることだけを目的としないで、セロトニンなど他の伝達物質にも働く、あるいはもっと多種類の伝達物質に働いて、中にはドーパミンの部分作動薬（ドーパミンを増やすように働く）となるものもあります。簡単に言うとドーパミンを「叩く」のではなくて、神経伝達物質の「バランスを整える」方向に働くよう開発された薬たちです。これらの薬を従来型の「定型抗精神病薬」に対して、「非定型抗

精神病薬」と言います。

さらには、治療抵抗性の統合失調症への有効性が認められながら、時に見られる白血球減少などの重篤な副作用から、長年、日本では使えなかったクロザピン（クロザリル）も認可されて、発売されました。

## ●新しい治療薬の副作用

非定型抗精神病薬も、ドーパミンに対する作用はありますので、薬剤性のEPSは、なお起こる可能性があります。流涎や嚥下障害、ふらつき、転倒などは、今後さらに増えるであろう高齢の患者では、常に注意が必要です。また、アカシジア（静座不能症）は、じっと座ることができず絶えず動きたくってしまうという症状が特徴的ですが、非定型抗精神病薬の一部でも比較的に見られ、病状の悪化と間違われやすいので知っておく必要があります。

ところで、非定型抗精神病薬の副作用で、なんといっても注意しなければならないのは、肥満や糖尿病、高脂血症などの代謝系の副作用でしょう。いわゆるメタボリック症候群を起こしやすいということです。

定型抗精神病薬でも、一部の薬剤には太りやすい傾向がありましたが、非定型抗精神病薬になっていっそう大きな問題になってきました。肥満は直接代謝に働きかける作用と、食欲を増す作用の両方によるものようです。それに加えて、耐糖能異常や脂質代謝異常を引き起こし、糖尿病や高脂血症を起こしやすくなるようです。中でもオランザピンとクエチアピン、クロザピンは、糖尿病患者には「禁忌」または「原則禁忌」となっています（その他の非定型抗精神病薬は「慎重投与」）。

これらの副作用を予防するには、定期的な体重測定と血液検査によるチェック、そして食生活や運動などの日常生活の指導が欠かせません。（コミュニティケア Vol.16, No.5 より一部抜粋）



# 「家族のための学習会」

この会は、当院で治療を受けていらっしゃる統合失調症の患者様のご家族向けに、2003年度より精神科外来看護師と臨床心理士の共催で、「家族SST」としてはじまりました。その後、2013年度に現在の名称「家族のための学習会」に変更となっています。

当初は、年2～3クールを実施し、1クールは全6回という形態でした。現在は、年3クール、全5回という形態で実施しています。会の構造は、患者様のご家族数人で行うグループで、隔週、約1時間半程度となっています。

内容は、1回を前半と後半に分け、前半では統合失調症という疾病を理解するための知識学習となっています。基本的な概念や知識をご提供しながら、ご家族が疑問に思っていること、気になっていることなどを、自由に質問したり話し合ったりしています。

後半の時間は、ソーシャルスキルズトレーニング(SST)を取り入れて、よりよいコミュニケーションの仕方を学んでいただいています。ここでは、人と関わる上で基本的なスキル(傾聴する、良い感情を伝える、頼みごとをする等)を学びます。知識やスキルを学び合うことで、ご家族自身が暮らしやすくなる事を目指しています。

また、グループで実施することで、ご家族同士の交流の場ともなっています。

次回の開催は第2期(9月開始)です。参加の進め方や、手続きなどについて、以下にも記しておりますが、詳細についてお知りになりたいことがありましたら、当院臨床心理科および外来看護師までお気軽にお問い合わせください。

**【対象】** 当院で治療を受けていらっしゃる統合失調症の患者さまのご家族。

\*入院・外来は問いません。

**【料金】** 1回につき1家族3,000円+消費税(全5回)

\*但し入院中の患者様のご家族については、入院費のお支払い時に一括払いとなります。

**【時間】** 月曜日(隔週) 15:05～16:30

**【申し込み方法】** 参加ご希望の方は、主治医の先生にご相談ください。

\*主治医の先生からの依頼票の発行が必要です。

**《平成26年度、今後の日程》**

第2期 ①9/22 ②10/6 ③10/20(←1週→) ④10/27 ⑤11/10

第3期 ①1/19 ②2/2 ③2/16 ④3/2 ⑤3/16

\*①～⑤で1シリーズですので、原則として全回ご参加いただいています。



## 外来患者さま・ご家族のための医学図書サービスを開始しました

2014年4月より精神科外来待合室で医学図書の貸出サービスを開始しました。

ご自分の症状について不安でいっぱいの方、ご家族の方に、病気について知っていただき、治療について正しい知識を持っていただけるよう、わかりやすく書かれた図書を集めました。図書はこれからも少しずつ増やしていく予定です。診察やお薬の待ち時間などにご利用ください。

図書は病院内の医学図書室で保管しています。

ご利用を希望される方に図書室担当者がお届けします。

精神医学情報センター(医学図書室)



精神科外来待合室



患者相談窓口カウンター

### 【ご利用方法】

- ①精神科外来待合室に医学図書の見本(表紙と目次のコピー)が置いてあります。  
どんな図書があるのか見本を自由にご覧ください。
- ②お読みになりたい図書が見つかったら患者相談窓口の担当者にお知らせください。  
患者相談窓口が閉まっている時は、直接、図書室担当者(精神医学情報センター)にお電話ください。(TEL:03-5986-3145)
- ③図書室担当者が図書をお届けしますので待合室でお待ちください。
- ④読み終わった図書は患者相談窓口カウンターの図書返却箱にお返しください。

### 【ご利用時間】

貸出受付 月～金(および不定期の土曜日) 9:30～15:00  
返却期限 貸出し当日の17:00まで  
貸出し冊数 2冊まで

### 【注意事項】

- ・ご自宅など、病院外への持ち出しはできません。図書は病院内でお読みください。(お薬の申込時の持ち出しのみOKです)
- ・図書室担当者不在の場合は、ご迷惑をおかけいたしますが少しお待ちいただくか、別の機会にご利用ください。
- ・医療相談室や外来受付カウンターでは利用申し込みは取り扱

ていません。必ず患者相談窓口カウンターに申し込むか、図書室担当者に直接お電話ください。

- ・図書の購入手配やコピーサービスはできませんのでご了承ください。
- ・図書室担当者は医療の専門家ではありません。病気の相談はお受けできません。

### 【巡回サービス】

不定期ですが、図書室担当者が図書をワゴンに載せて精神科外来待合室を巡回します。

滞在時間は15分程度です。図書を手に取ってご覧いただける機会ですのでご利用ください。(巡回日程は患者相談窓口担当者にご確認ください。※巡回サービスはやむをえない事情により事前の連絡無しに実施時間が変更になったり中止になる場合があります。)

### 【医学図書の利用にあたってご注意いただきたいこと】

- ※提供している図書は、特定の治療法・薬・医師・病院を推奨するものではありません。
- ※図書から得た医療情報はあくまで参考にとどめ、個別の症状等については医師の診断を受けてください。

皆様のご利用をお待ちしています。

また、このサービスをより良いものにするため、ご意見・ご感想などをふれあい箱にお寄せください。



## 外来のご案内

### 初診の方へ

精神科外来、もの忘れ外来、禁煙外来は予約制です。  
(その他の一般科外来は予約不要です。午前 11 時まで直接ご来院ください)

**精神科初診受付専用ダイヤル：03-5986-3188**

(受付時間：午前 9 時より午後 4 時 30 分まで)

もの忘れ外来・禁煙外来初診受付：03-5986-3111

(受付時間：午前 9 時より午後 4 時 30 分まで)

当日の予約も空きがあれば可能です。

初診当日に入院ができない場合もありますので、ご了承ください。

### ご準備いただくもの

**健康保険証**：必ず保険証をご用意ください。(コピーは不可)

**健康保険証以外の各種医療証 (お持ちの方)**：70 歳以上の方はお持ちの高齢受給者証などをあわせてご用意ください。

**診療情報提供書 (紹介状・お持ちの方)**：他の医療

機関で発行された紹介状をお持ちの方は受付にお出しください。

### 受付窓口について

精神科は A 館 1 階 (精神科)、それ以外の科は B 館 1 階 (一般科) となります。

### その他

・ご本人が他の病院等に入院されるなどしてご来院できない場合は、医師相談もしくはソーシャルワーカー相談となり、保険証はご利用になれません。(料金は自費扱いになります)

・3ヶ月以上ご来院がない場合は、初診扱いとなります。保険証をご用意ください。

### 再診の方へ

・全科予約制です。

・受付窓口で診察券をお出しください。

・健康保険証は毎回ご提示ください。

## 入院のご案内

### 入院のご案内

入院をご希望の場合は、外来受診の際、かかりつけの医師にご相談ください。

初診の方は、お電話にて地域医療連携室へご相談ください。

### 入院の手続きについて

入院手続きは外来で診察を受けてからになりますので、外来受付で診察手続きをしてお待ち下さい。入院手続きの詳細につきましては当日ご説明いたします。

#### —入院手続きに必要なもの—

- (1)健康保険証、その他医療証 (高齢受給者証、心身障害者医療受給者証など)
- (2)印鑑 (ご本人と、保証人の方の印鑑が必要です (シャチハタは不可))
- (3)保証金：使用されている保険証によって金額が異なりますので事前にご確認ください
- (4)診察券 (初診の場合は必要ありません)

\*精神科で医療保護入院になる場合は、別途書類が必要になりますので事前に医療保護入院になるとお分かりになる場合は医療相談室・地域医療連携室にお問い合わせください。

### 室料差額について

個室・二人部屋もありますので、希望される方は窓口にお申し出ください。

### 敷地内禁煙と禁煙推進の取り組みについて

当院は、みなさまの健康増進と受動喫煙の防止のため、敷地内完全禁煙とさせていただいております。

喫煙所はございませんのでご了承ください。

### ❖院内での携帯電話のご利用について❖

病院内での携帯電話 (PHS 含む) のご利用に際しては、院内の規程をお守りいただき、決められた場所でご使用下さい。

## くろおばあプラス編集後記

春のバタバタ、そわそわが落ち着き、気がつくとも新緑の美しい季節になりましたね。

今年は増税 etc...により、様々なことが変化した春だったのではないのでしょうか。

過ごしやすいこの時期に、新しい

芽吹きを楽しみましょう。

暑いであろう夏はすぐそこですよ!!

(noara)