

KSK

発行 KSK 神奈川県障害者定期刊行物協会  
〒222-0035 神奈川県横浜市港北区鳥山町1752番地  
障害者スポーツ文化センター横浜ラポール3F 横浜市車椅子の会内

# あゆみ会報

2020年5月号 第153号

編集 湘南あゆみ会  
〒254-0807 平塚市代官町21-4 SEA平塚ビル3F フレンズ湘南内  
TEL/FAX 0463-24-0420  
定価 50円 (会員は年会費に含まれています)

## 5月、6月行事中止のお知らせ！！

4月会報において、4月行事の中止をお知らせしたばかりですが、ひらつか市民活動センターの利用中止期間が6月30日まで延長となり、5月、6月の行事も全部、中止せざるを得なくなりました。新型コロナウイルス肺炎の緊急事態宣言が全国に出され、神奈川県感染者数も増え続けており、感染経路を特定できない人が6割にも上っているという今、このような事態を収束に向かわせるためには、8割の人が外出を控えてほしいと専門家が言っています。今、私達に出来ることは、感染拡大防止に協力することです。

従いまして誠に残念ですが、5月、6月の行事を全て中止致します。どうぞご理解の上、ご了承下さいませようお願い致します。

一時も早くこのような事態が収束し、会の活動が再開できる日を待ち望みます。

会員の皆様、くれぐれもご自愛の上お過ごしください。

### 《5月、6月の中止行事》

- ①5月11日(月) 家族交流会
- ②5月15日(金) サロンあゆみ
- ③6月19日(金) サロンあゆみ
- ④6月23日(火) SST勉強会

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

〈問合せ先〉 谷田川 ☎090-3519-8692  
渡辺みどり ☎080-2071-5909

令和2年4月30日

代表世話人 谷田川靖子



## 第15回定期総会の議案承認について

4月会報において第15回定期総会の議案について会員の皆さまに資料をお送りし、文書決裁をお願い致しましたが、4月25日現在、異議のお申し出のあった方は一人もございませんでした。従いまして、全会員のご賛同が得られましたので以下の全議案が承認されたとみなし、ここにご報告致します。

- 第1議案 令和元年度湘南あゆみ会事業報告
- 第2議案 同 決算報告
- 第3議案 令和2年度湘南あゆみ会事業計画
- 第4議案 同 予算
- 第5議案 同 役員名簿

## これからの行事予定

### ●7月定例会 家族交流会

7月13日(月) 13:30~16:00  
ひらつか市民活動センターA会議室  
DVD鑑賞「精神障害当事者と家族の相互理解プログラム」 ~なぜ親にあたるのか?~

### ●7月サロンあゆみ

7月17日(金) 13:00~16:00  
ひらつか市民活動センターA会議室

\*ひらつか市民活動センターの利用中止期間が延長される場合もあります。その際は会報でお知らせしますので会報をご覧になってください。

## 月刊「みんなねっと」購読のお薦め

月刊「みんなねっと」は一般の人が読んで楽しめるように内容が読みやすくなりました。その上、精神疾患に関係する役に立つ記事が毎号、特集として組まれています。小さい本ながらも充実した内容で、多くの参考になる情報を得ることができます。また、公益社団法人みんなねっとの活動を応援するためにも皆様の購読をお願いします。

4月号には薬に関する大事な記事が2つ載っていますので抜粋してご紹介します。

### I ベンゾジアゼピン系薬剤への 依存からの離脱方法 野村忠良

もしかすると、いま、あなたが耐えていらっしゃる体調の悪さは、薬の副作用かもしれません。

精神安定剤ベンゾジアゼピン系薬剤への依存による体調の悪化とそれからの離脱方法を、英国ニューカッスル・アボン・タイン大学のヘザー・アシュトン名誉教授が、2001年に『アシュトンマニュアル』にまとめました。

この日本語版が、インターネットで見られます。検索は『アシュトンマニュアル』日本語版無料公開で行います。

アシュトン教授は、臨床精神薬理学が専門で医学博士です。このマニュアルには、ベンゾジアゼピン系の薬の作用、副作用、離脱症状、減薬法などがまとめられています。

英国精神医学会では様々な声明の中で（1988年、1992年）、「ベンゾジアゼピンは長期使用に不相当であり、一般に2～4週間に限ってのみ処方されるべきである」としています。しかし、英国の医療現場では実際には何年にもわたり続けて使用されていて、患者の体調が悪化している例が多数あるそうです。そこで、アシュトン教授はこのマニュアルを発表しました。

ベンゾジアゼピン系の薬の作用としては、抗不安作用、睡眠作用、筋弛緩作用、抗痙攣作用、健忘作用があります。

商品名では、ソラナックス、コンスタン、レキソタン、セニラン、コントロール、バランス、マイ

スタン、リボトリール、ランドセン、メンドン、セルシン、ホリゾン、ワイパックス、ベンザリン、ネルボン、ハルシオン等として売られています。類似作用を持つ非ベンザリン薬剤ではマイスリー等があります。必要な方はご一読を。

### II 特集 薬の使い方 多剤大量処方改善されたか

東邦大学薬学部臨床薬学研究室 吉尾隆

#### 1. 統合失調症の薬物治療の現状

国内における向精神薬の使用状況は、諸外国と比較して特異なものと言われてきました。特に統合失調症の治療における抗精神病薬の多剤併用大量処方、抗パーキンソン薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の高い併用率などは長い間大きな問題となっていました。

##### (1) 抗精神病薬の処方状況

国内における統合失調症の薬物治療は、数種類の薬を同時にしかも大量に処方する多剤併用大量処方が特徴と言われていますが、1996年に登場した第2世代（非定形）抗精神病薬であるリスペリドン以来、国内における統合失調症の薬物治療も単剤化そして低用量化が進むものと期待されました。

現在、国内においても単剤・低用量で使用することでコスト・ベネフィットが高いと言われる第2世代薬10剤（リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、ペロスピロン、ブロナンセリン、アリピプラゾール、クロザピン、パリペリドン、アセナピン、ブレクスピプラゾール）が使用可能となっていますが、依然として、多剤併用大量処方が大きな特徴であることが指摘されています。

一方で、第2世代薬は、第1世代（定型）抗精神病薬よりも服薬の忍容性が高いと考えられ、2005年以降は第1世代薬の処方率を上回っており、第2世代薬の処方率は現在、80%以上に達しています。また、抗精神病薬の単剤処方率は、2006年の30.1%から2018年には41.9%まで増加しました。

##### (2) 抗パーキンソン薬の処方状況

抗精神病薬の多剤併用大量処方により、錐体外路症状の出現や憎悪が生じるため、抗パーキンソ

ン薬が併用されます。また、錐体外路症状の予防目的での併用も多く見られました。錐体外路症状の発症は、身体的苦痛の増加(QOLの低下)のみならず、抗パーキンソン薬処方増加による抗コリン系副作用の増加は、身体的には口渇や便秘、排尿障害などを生じ、中枢性には認知機能障害の悪化が生じます。統合失調症の薬物治療により認知機能を低下させてしまうことは避けなければならない、抗パーキンソン薬の処方是最少用量で短期間に留めるべきです。

### (3) 抗不安薬・睡眠薬の処方状況

ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬使用問題として、脱抑制、常用量依存、認知機能障害など有害事象が多いことが挙げられます。

したがって最小限の用量と期間での使用が推奨されていますが、現状は併用率・投与量共に多い状況が続いています。

## 2. 多剤併用大量処方は改善されたか

2014年度の診療報酬改定において、抗精神病薬処方の剤数制限が行われ、4剤以上の処方で診療報酬が減算されることとなり、2016年度の診療報酬改定では、3剤以上に制限が強化され、精神病棟に入院中の患者が退院時に抗精神病薬の剤数、投与量(クロルプロマジン換算)を一定の割合で減薬・減量することで診療報酬が算定できる薬剤総合評価調整加算が新設されました。

また、外来においても薬剤総合評価調整管理料が新設され、向精神薬の減薬・減量が推し進められていくことになりました。

このように抗精神病薬の単剤化・低用量化は徐々に進んでおり、同様に抗パーキンソン薬、抗不安薬・睡眠薬の投与剤数・投与量も減少してきています。抗パーキンソン薬の併用率・投与量の減少は、第2世代薬の薬理的特徴から、薬原性錐体外路症状の発現が少ないことが原因と考えられます。また、抗コリン性薬剤の併用が少ないことは、認知機能障害を起し難いということであり、第2世代薬の処方率の増加が、統合失調症の薬物治療に有利に働くことが期待されます。

しかし、現在、新たな副作用として、体重増加、脂質異常症、糖尿病といった身体合併症の問題が注目されており、これらの生活習慣病は、心血管

系疾患の発症による突然死との関連が深いことから、第2世代薬の適正使用のためには身体的モニターの強化が必要です。

月刊みんなねっと 定価 300円

個人・年間 3600円

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

公益社団法人 全国精神保健福祉会

Tel03-6907-9211 Fax03-3987-5466



## 冊子紹介

### 『始まった精神科病院の“崩壊の危機”』

崩壊の危機の背景に何が

精神医療の新たな展望

氏家憲章著

今、全国各地の精神科病院で、在院患者の大幅減少や医師不足によって病棟閉鎖を行う病院が増えています。病院を廃院するところも出ています。この動きは今後、拡大していくことは必至です。精神科病院の“崩壊の危機”が始まっています。

精神科病院の“崩壊の危機”は精神医療の“崩壊”ではありません。戦後70年間進めてきた入院中心の精神医療政策の破綻です。入院中心の日本の精神医療こそ問題があるのです。

そのため病院の“崩壊の危機”は精神科病院の問題にとどまらず、わが国の精神医療のあり方が問われる問題でもあります。

みんなでわが国の精神医療の現状と今後を考えてみませんか。

## 深刻化する精神科病院

### ◆進む在院患者の減少

全体に共通している問題は、在院患者の減少幅が大きくなっていることです。地域や病院によっては、医師不足・看護師不足も深刻化しています。

### ◆急性期病棟でも不安定化が強まる

30%前後の空病床が出るなど空病床率が大きくなる病院が増えています。これが常態化する可能性が高いと心配する事態です。

◆高齢者の比率年々増加

65歳以上の在院患者の比率は年々高まっています。同時に高齢者の死亡退院・合併症で転院・介護施設へ移る人も増えています。

◆精神療養病棟の病床減少が進む

2010年をピークに9年間で9000床近くの病床が減少しています。

◆全病棟（入院部門）を閉鎖し外来のみに

2019年、5病院（50床・100床・123床・150床・180床）が全病棟閉鎖。その背景には入院料はアップしていないため、病床は“重荷”と感じる病院が増えています。

**在院患者の大幅減少の原因は何でしょうか**

1) 新入院者数が減り更に短期入院が進む

入院ではなく外来通院の増加

2) 進む長期入院者の高齢化

高齢化の推移 1981年 45,000人

2014年 183,000人

精神科病院の1人1日当たりの入院料単価（日当点）は一般病院の3割です。そのため、精神科病院は一般病院以上に患者数を追及する経営構造になっています。それが在院患者の二極化によって成り立たない時代を迎えています。

**致命的欠陥を抱える日本の精神医療**

日本の精神医療には、世界標準の精神医療を受けられないという海外の精神医療との格差と、日本国内の一般医療と区別されている格差という二重の格差があります。

♥精神医療政策を転換した欧米諸国

1963年欧米諸国の精神病床数はイギリスで50万台など、今日の日本の精神病床数を上回る病床を抱えていました。日本のように精神科病院の入院収入が一般病院の3割という差別がなかったため深刻な財政問題となり、これを解決するためには、精神病床の大幅削減・精神医療改革が避けられなかったのです。

♥各国の平均在院日数（WHO 2005年）

日本 378.2日 イギリス 57.9日 ドイツ 22.0日

イタリア 13.3日 アメリカ 6.9日 デンマーク 5.2日

♥各国の人口万対精神病床数（OECD 2011年）

日本 26.9床 イギリス 5.4 ドイツ 12.1

イタリア 1.0 アメリカ 2.5 スウェーデン 4.7床

**国内の一般医療との格差（対一般病院）**

①職員総数 48% 医師 23% 看護師 36%

②病院収入（1人1日当たりの入院料単価）

一般病院 38,114円 精神科病院 12,019円

③在院患者数

一般病院 127万5千人

精神科病院 30万0千人 (23%)

④医療費（2013年）

国民総医療費 28兆7,447億円

精神科医療費 1兆8,810億円 (6.5%)

日本では海外と違って、大量の精神病床でも「安かろう・悪かろうの精神医療」のため、財政問題が起きません。この解消は、国民に「安全・安心の精神医療」を提供するために喫緊の課題となっています。

**ベルギーは2010年から病院改革開始**

民間病院中心のベルギーで精神医療改革が進んでいます。

- ・急性期と慢性期の2つの訪問医療チームを設置
- ・職員の身分保障をして地域へ転換
- ・入院中心から地域ケア中心へ改革の道筋を明確

**日本の精神医療の改革とは**

- ・世界標準の精神医療（地域ケア中心）の医療を行う
- ・安かろう・悪かろうの精神医療の解消
- ・個人の尊厳を守り基本的人権を保障した医療の実現

**一人ひとりがまとまれば大きな力を発揮します**

精神医療の改革を願う人たちが大同団結し、改革可能な新しい情勢を、多くの国民に知らせる取り組みを開始する時です。みんながまとまって取り組むなら、世論を変えることができます。世論が変われば政治も変わります。（一部抜粋）

