

# RPJ News

2022年 8月号

ホームページ <http://www2.ttcn.ne.jp/ref-pj/>

特定非営利活動法人(NPO法人)

精神保健福祉交流促進協会 Refresh Project

〒130-0001 東京都墨田区吾妻橋2-17-7-801

毎月1回発行

発行責任者：志井田美幸/ 長野敏宏/ 仁木守

E-mail [ref-pj@mx5.ttcn.ne.jp](mailto:ref-pj@mx5.ttcn.ne.jp)

## 内 容

### \* 第2回 Web セミナー

「重度の人をどの様に支えていくか」(3)

～クロザピンの基礎から～ 実施報告

社会福祉法人町にくらす会 理事長 志井田 美幸

### \* 2019年イタリア地域精神保健研修報告 第18回

4 ヴェネト州ヴェローナでの研修

4-3 南ヴェローナ精神保健センター

### \* 事務局からのお知らせ

○ 第3回 Web セミナーのお知らせ

### \* 第2回 Web セミナー

「重度の人をどの様に支えていくか」(3)

～クロザピンの基礎から～ 実施報告

社会福祉法人町にくらす会 理事長 志井田 美幸

ここから大友さん宜しく申し上げます。

(大友)大友と申します。よろしく申し上げます。

重度の人をどのように支えているかというところで、先ず KUINA では全登録者 810 人のご利用者様が登録をされております。その中には下に書いてありますが、障害者支援施設、私どもの法人で行っている事業がここに書かれていますが、5 事業のご利用者様を合わせて 810 人の登録者になっています。

重度の人をどのように支えているのか

※KUINAでは・・・  
全登録者は810人

(障害者支援施設、相談支援事業所、地域活動支援センター、障害者就業・生活支援センター、共同性生活援助事業)

※事例を省略させていただきます。

(志井田)クロザリル使用のご利用者様に関する報告は、福祉施設でありながら医療系の報告のように聞こえているかもしれません。医療管理ということで、管理という言葉は嫌いですが、医療管理的なことをやらざるを得ない、福祉施設なのに携わっている看護師さんが多いということもあります。

(長野)福祉施設で医療度が少し濃い方がでてくると、かなり可能性が広がってくると思っています。医療は精神科病院で、としないことがとても大事だと思っていますし、政策もその方向にどんどん行っていると思いますので、全く臆せずにはやっていただけると有り難いと思います。とても大事な視点だと思います。

(長野)ちょっとだけ補足をすると、クロザリルがなぜ必要になるのかです。皆さんはドーパミン仮説という言葉聞いたことが有ると思います。統合失調症のドーパミン仮説に基づいて、基本今の薬は開発されているものが多いです。因みに言うとクロザリルの作用機序は未だ不明です。ドーパミン D2 所謂ドーパミン

仮説、ドーパミンに依らないものとされています。そもそも作用機序は解らないですが開発されて、先ほど歴史の中で話がありましたように使い始めましたが、好中球減少・無顆粒球症の副作用が強過ぎて、一旦は諦めてしまったお薬です。それが再度見直されてきました。ドーパミン仮説を中心としたお薬や、そういうものの治療で治療抵抗性の方に限って、これが使えるようになっていくということで、他のお薬とは全く毛色が違うということが補足です。説明の中にもありましたが、その中で治療抵抗性と言われている方々でクロザリルに救われる方が沢山いらっしゃるって、それでようやく副作用の管理を医療機関でやるという前提の下で使われ始めて、それがまた経験を積んできて日本でも規制が少しずつ緩和されているということです。志井田さんこの様なことで間違いないですか？

(志井田)そうですね。

(長野)でもクロザリル治療は、始め入院でなくてはいけないので入院医療機関との連携がとても大事になるし、その後も通院の事など大変な労力を必要としますが、人生変わる方が絶対いらっしゃるって、この辺りを学び取っていきながらですが、更に就労迄繋がってきていることは凄いなと思います。

(長野)クロザリルの治療の方を初めて受けたときの、皆さんの反応は如何でしたか？

(志井田)とにかく簡単に、アウトラインで、体温に気を付けるということと絶対に怠薬はあってはいけない、それと吐き気に気を付けて、それだけはきちんと見るようにして、絶対に怠薬、お薬の飲み忘れが有ってはならない。ということで申し送りをしっかり行ったということ覚えてます。それと受診がとても大変だったことを覚えています。先生から2週間に1回受診が必要な患者さんを受けてもらえるかという話をいただき、「我々は受けますよ」という話から、「あそこは2週間に1回のモニタリングができる施設」ということで、茨城県でクロザリルを使用した最初の患者さんから、KUINAでの受け入れは始まりました。

(長野)初めは勇気が必要だったと思います。その時のサポートで、先方の医療機関は十分にしていただけでしたか？またカナダでの話も出ましたが？

(志井田)カナダのセミナーで聞いてはいたのですが、医療機関から、何かあった時は24時間365日何時でも、体調が悪くなったら電話で質問して頂ければ受け入れますという安心感は頂きました。その医療機関は公立病院なので何時でも受け入れてもらえます。私どもからも「常に受け入れて頂ける体制で無いと、患者さんを受け入れることは出来ません」と最初にお断りさせていただきました。医療機関さんが常に手を広げて待っていて下さるということは、とても安心です。少し熱が出たときや、薬を飲む時間が少しずれたときにも電話をかけて、怖いので聞いていた記憶があります。

(長野)クロザリル指定機関では24時間対応が必須条件でした。しかし1年位前にそれが外れたかと思いますが、その後は如何ですか？

(志井田)もうだいぶ慣れた後でしたので、別段変わらなかったと思います。

(長野)医療機関の24時間対応に変化は無いですか？

(志井田)特に変わりなく24時間対応は継続しています。

(長野)知らない方のために少し捕捉します。基本的にクロザリルを処方する医療機関になる場合、それに対して24時間対応できるということが必須条件でしたが、1年程前にそこが無くなりました。慣れてきたということもあると思います。24時間対応必須というところは安心感としても重要なところだったと思いますが、必須条件から外れました。

(志井田)我々のところはクロザリルの患者さん以外でも24時間対応を医療機関にお願いしており、それも継続的に対応いただいておりますので、非常に安心です。

(長野)尾道ではクロザリルの治療をしている方はいらっしゃいますか？

(参加者)尾道では未だ無いです。尾道の病院でクロザリルを処方してくれるところが無いということと、三原・福山には有るのですが、私たちが関わっていらっしゃる方でクロザリルを処方されている方はいらっしゃらないので、そこまで広がっている感じがありません。

(長野)志井田さん、他の福祉施設とクロザリルについて話し合う事は有りますか？

(志井田) クロザリルについてということで特別話し合ったことは無いです。福祉施設で受け入れているところは 1 か所あると思うのですが、その施設とは月に 1 回アウトリーチ研究会という会議を通して意見交換はしています。

(長野) 特別な事では無いと思いますが、如何ですか？

(志井田) 特別な事では無いですが、怠薬が有ってはいけないということで、その緊張感は何時もち続けています。グループホームなど施設内にいる方は良いのですが、地域のお住いの方で電話が通じなかったりしたときは、態々聞くために訪問することもあります。地域で独居住まいとなる方には主治医が独居を猛反対します。私どもでは独居は 1 例ありますが、上手に大過なく上手くやって就職もしています。怠薬が有ってはいけないというプレッシャーだけです。後は入所の方で、熱が長く続いて何だろうということで入院し、「薬を止めて熱が下がったからクロザリルが原因だよね」ということが一度ありました。

(長野) それから先程、喫煙の話が出ましたが喫煙は禁忌では無いですよね。

(志井田) 禁忌では無いです。でも 2 年前から KUINA では敷地内はすべて禁煙にしましたので、全員禁煙になりました。

(長野) あと白血球が減少傾向なので採血前に少し運動する話がありましたが、運動負荷をかけると直後は白血球が増加すると言われており、好中球が増えると言われています。

(志井田) それは確かで、運動しないで採血すると基準値を満たしません。

(長野) それは主治医から指導が有ったのですか？

(志井田) 受診のたびに数値が下回るので、採血前に少し運動して採血すると基準値に収まったので、その後はいつも運動してから採血しています。

(長野) 内緒の話なのでしょうが、これでクロザリルを諦めて、生活諦めてしまうよりは絶対良いですね。

(志井田) この結果、数値が悪化する様な悪影響は無いので、これで良いのかなと考えています。

(大友) まとめとしまして、24 時間 365 日の普段(睡眠・服薬・悩み)を見ていることで、変化に直ぐに気付けること。それから変化が有った時には、直ぐに主治医と相談して策を講じていること。それから本人の訴えに十分に耳を傾けていること。クロザリルを使用することでの難しい約束をご利用様が守ってくれているので、我々もご利用様との約束は必ず守るということを念頭に活動しております。

ご清聴いただき有り難うございました。

(長野) 有り難うございました。

重度の人をどのように支えているのか

- ・ご清聴いただきありがとうございました。
- ・次は、福祉避難所についてを廣瀬からお話します。



第 2 回 Web セミナーも多くの皆様にご参加いただき有り難うございました。次回(9 月 14 日)は先送りさせていただいた「福祉避難所」について、今回に続き社会福祉法人町にくらす会の皆様にお話しさせていただきます。参加ご希望の方は事務局までメール(ref-pj@mx5.ttcn.ne.jp)でお知らせください。

## \* 2019年イタリア地域精神保健研修報告 第18回

### 4 ヴェネト州ヴェローナでの研修

#### 4-3 南ヴェローナ精神保健センター

南ヴェローナ精神保健センターはサンジャコモ旧精神病院跡地の建物をリニューアルして入居しています。またヴェローナ大学医学部に併設されるボルゴ・ローマ総合病院に隣接した場所です。



ブルチ先生にご案内いただきましたが、最初に偶然センターに来ていた利用者アレキサンドラさんにお話を伺います。

僕はアレキサンドラです。私はゴッホが罹っていた境界性障害で双極性障害でもある精神病患者です。父は普通だったのですが、母がかなり不安定な人で、その遺伝子を受け継いでいると考えています。そういう母だったので食事も普通ではありませんでした。

Q)今お幾つですか？

A)44歳です。

Q)今はどの様に生活されているのですか？

A)コーペラティーバで働いています。それを基盤にして5人で共同生活しています。モロッコ人、ブラジル人、パキスタン人、ルーマニア人と私がイタリア人で5人です。

・・・参加者：国際的なグループホームですね(笑)

・・・ブルチ先生：確かアルコール依存症のはずです。

政治的な亡命者もいますよ。人種差別があるのと同じように、我々も差別を受けています。

Q)薬は飲んでいますか？

A)4種類飲んでます。アルコール依存症用の薬とオランザピンと不安解消薬、2週間毎にクロピクスも飲んでます。

・・・ブルチ先生：お酒も飲んでるの。

A)お酒も沢山飲んでますよ。

・・・ブルチ先生：有り難う。



ブルチ先生：人間は生きていく中で必ず1つのポジションを持っていかなくてははいけません。だから良い意味でも悪い意味でも彼は精神病患者だという地位を確保しています。でもそれは精神病院の外でも精神病患者だという地位しか持てないという事も意味しています。障害を持っているという事は個人的な事であり、他人に話す必要はないのですが、障がい者と認めってもらうために「私は障がい者だ」と主張する必要性があるのです。そして社会に認知されて初めて自分が障がい者としての生活ができるのです。これはとてもおかしなシステムだと思います。

(ブルチ先生)彼はアントネッロ・サルピア先生です。精神医療の理想を検証している数少ない若い医師です。

(アントネッロ先生)ブルチ先生は私のマエストロです。この建物は精神医療のセンターとして、ここに通ってくる人たちのために機能しています。AM8時からPM8時まで開いており、その間はデイセンターとしても機能しております。活動は色々あり重なって行われることもあります。社会的に問題のある人たちがデイセンターで色々な活動をする事が出来ます。症状が軽い人は、ここに来て話をしたり自宅で生活をしたりしています。症状が重い人でデイセンターに来て一日過ごしている人もいます。私たちの活動は小さなチ

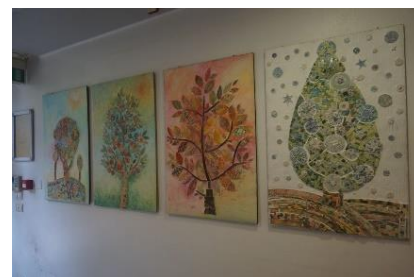


ームで行うのが普通です。そのチームは色々な役割を持った人で構成され、3 台の車と 1 台の小型トラックを持っています。そして在宅ケアなどを行うわけですが、ここが全ての活動の出発点です。このセンターは南ヴェローナ地区を管轄しており、人口は 10 万 5 千人です。人員は心理療法士が 1 名でこの人がコーディネーターの役割もします。理学療法士が 2 名、英語や絵画や陶芸を教える外部のコンサルタントが 4-5 名、看護師が 9 名、所属する医師は 8 名いますが全て常駐ではなく他の病院やセンターでも働いています。

センターではデイケアとして絵画や陶芸などを行っていますので、後で是非ご覧になってください。それから食事コースがあります。食事は利用者も職員も理解していかななくてはいけないので一緒に勉強を始めました。食事の摂り方は色々あり良くない食事の摂り方をするとという事は患者さんにはよくあることで、どの様な食事を摂れば良いのかという事は非常に重要で大切なことです。精神疾患よりも危ない症状が出てくる場合があります。そのために利用者さんと知識を得るため職員に対しても食事の講習を行っております。

センターの活動はイタリアの色々なところで見てこられたと思いますが、ヴェローナは如何ですか？ ヴェローナがトリエステなどと違うところは、医師も含め職員は白衣を着ていません。精神保健センターという名前ですが、ここは国の医療機関です。私も出来る限り白衣は着ないで過ごしています。このことで利用者さんと気軽に接することが出来ると考えています。センターの中ではだれが医師か、看護師か、名札を見ない限り全く見当が付きません。患者であるか患者の家族であるかもしれません。ここに入ってくるうえで、その様な差別は全くありません。衣服などで患者を区別せず、医師や看護師、職員が患者を対等な立場で迎え入れる医療機関として機能するという事が我々の原則なのです。

またこのセンターでは 6 年間の医学部課程を終了し医師資格を得たのち、4 年間の専門課程に進んだ学生が職員の指導のもと一緒に在宅ケアなどの業務当たっております。当然専門医師の指導のもとで業務にあたるわけで、現場での実習を重ねることができ大変有意義なことです。専門課程 4 年間のうち 1 年間は、学生 30 名が 4 つのチームに分かれてセンターで業務実習を行っております。



Q)毎日どの位の業務があるのですか？

A)日によって違いはありますが、在宅ケアは毎日 10 件くらいです。

Q)フォローされている人数はどの位で、医師一人当たりの対象人数は何名位ですか？

A)医師一人の担当数は決まっていますが、センターがフォローしている人数は 500-600 名位です。それから研修している実習生が同行している訳ですが、実習生が担当しているのは 1 人が 40 名位です。そして担当する患者の症状は様々で、訪問形態も毎週訪問する人もいれば、月に 1 回や 2 か月に 1 回の人など様々です。私の担当は実習生が 2 名ですので、実質 100 名位を担当していることになります。

Q)看護系の学生もいるのですか？

A) 全員医師資格を持った学生で、精神医療の専門医師を目指す方になります。卒業後は全国どこに行っても精神医療の専門医師として働くことができますので、国がおこなう精神科専門医の募集に応じて各地で勤務することになります。

Q) 学生の中で精神医療に向かう事は人気がありますか？

A) 現在イタリアでは医療全般で医師が 10-20% 不足していると言われています。精神医療が特に人気があるとか無いとかではなく、政府の医療に対する施策が不十分で医師を含め医療従事者が減少しており、医療従事者を目指す学生も減少しているのが実態です。そしてその中でも精神医療を目指す学生が多いかという、決して人気があるとは言えない状況と思っています。若い学生に人気があるのは、お金が儲かることやリスクの少ないことといった医療部門になってきています。

Q) 薬剤部門を見せていただいて、担当の医師から処方箋が出るとお聞きしましたが、医薬分業の意味として処方ミスや薬物の相互干渉防止などがあると思うのですが、薬局や薬剤師などから処方の変更や停止などを求めるシステムは有るのでしょうか？

A) 医師の処方箋に書かれている薬を変更することはまずありませんが、ジェネリック薬に変更したらどうかという提案はあります。それ以外で薬剤師側から医師に提案するシステムは無いと思います。

Q) 基礎疾患等で使ってはいけない薬が処方されていた場合はどうなのでしょう？

A) その場合は処方した医師が全ての責任を負うことになり、処方内容に薬剤師が絡まないというのがイタリアのシステムです。これは精神医療のみではなくイタリアの医療全般に言えることです。

Q) 障害がある人は自己申告してセンターに症状を理解してもらう必要があるという話を伺いましたが、センターとして地域の一般住民に障がい者がいることを認知していただくような啓蒙活動はされているのでしょうか？

A) このセンターが地域のどの様な位置にあるか、職員が地域でどの様な立場にいるのか、センターはこの地域で 40 年活動をしています。そして地域に定着し安定した形で認知されています。地域の人たちは、どの様な人がセンターに出入りしどの様な活動をしているのかを十分に理解しております。40 年の間には地域との関係が悪化した時期もあり、当時は頻繁に地域に出向いたりセンターに来ていただいたりし交流の場を設けていましたが、現在は存在を否定するような意見は無く安定しているため逆に地域との交流が途絶えているという事は有るかもしれません。私は現在の状況は特に問題が無いので良い状態だと考えていますが、地域との交流はやはり行っていくべきと考えます。ブルチ先生の時代と私たちの世代では変わってきていると思いますし、地域住民も世代が変わっていると考え方も変わってきていると思いますが、これから注意していかなくてはならない事の 1 つだと思います。現在でも年に 1-2 回はセンターの開放日がありますが、多くの住民が集まるということは無く障がい者やその家族が殆どという状態です。

Q) 他の地域の研修で、職員がプライベートの時間を使用して活動の幅を広げるような動きをしているという話を聞きましたが、こちらの地域では同じような動きは有るのでしょうか？

A) この地域でもそうです。イタリア全土で同じようにプライベートの時間を使って活動を行うため、医療従事者は休みが取れないという実態は同じです。

ブルチ先生はどの様にお考えでしょうか？

(ブルチ先生) イタリアは精神医療のシステムは良い形で出来ています。40 年積み重ねた経験がありますので、更にその上をいくシステムがあるのではないかと考えます。センターでソーシャルワーカーとして働いていた方の話なのですが、とても良いアイデアを持っていました。現在のシステムは昔精神病院の中で行って来たことを地域に拡散しただけではないか、市民生活に医療的では無く、より市民的な参加という事がコミュニティだが、実際はそのレベルに行っていないのではないかとっていました。私の時代は住民会議などにも積極的に参加していました。現在は色々やる仕事も多くなっているでしょうが精神科医がそ

の機会を減らしているという事もあると思います。住人との交流は必要が無くなったかというとその様なことは無いが、積極的に進めているかというとその様な事でもない。障がい者をコミュニティで生活させていかなくてはいけないので、医師は積極的にコミュニティに出ていかなくてはいけないと思います。私の考えですが、医療というものが企業化してしまい、医師や医療従事者が非人間化して企業活動になってしまったという事ではないかと考えています。学生もその様な環境で指導されているので、儲かる形で採算性という様な方向に目が向いてしまったのではないのでしょうか。

ドイツ映画に「Uボート」というのがあります。これは大変小さな潜水艦 Uボート 96 の話で、魚雷を敵艦に撃つことが使命の潜水艦です。その中に精神障がいの話が出てきて精神障がいという事が良く解る映画ですので、是非見てください。

(アントネッロ先生) 医師や看護師なども技術偏重の様なスタイルになってきているように感じます。住民との交流が少なくなった原因には、このような教育やシステムの作り方もあるでしょうし、小さな法律がいくつも作られ医療事業体としての採算性も重視されるようになり、小さな地域の統合が進められ医療従事者が窮屈な立場に置かれたことも影響していると思います。これはここだけの話ではなくイタリア全土で起こっている事です。

(ブルチ先生) アントネッロ先生はスティグマを乗り越える活動を数多く行ってきましたが、イタリア全土においては精神障がい者を隔離するという考え方が無くなった訳ではありません。

(アントネッロ先生) 南ヴェローナ地区では多くが理解されていますが、新しいシステムで地域に施設を作ろうとすると、残念ながら反対する地域もまだまだ沢山あります。

(ブルチ先生) 車を運転している時、後ろの車に追突されたとします。その時運転手の腹の立て方は「外国人」「障がい者」「一般の人」で違うのです。でも車の損害は同じですよ。

Q) 義務教育時に障がい者を理解するようなプログラムはありますか？

A) 私には高校生の息子がいますが、息子に聞く限りその様なプログラムは学校にはありません。精神障がい者に対する知識は持っていませんでした。私たちは地域の学校に持ち掛けプログラムを作り出かけて行きますが、学校側が独自にプログラムを作り我々を招聘するような事は有りません。これはイタリアの公立の学校の話ですが、イタリアの教育省の側からも保健省の側からも精神疾患についてのプログラムは持っていません。

Q) 日本では何かありますか？

A) 日本では近年若年層の自殺率が高いため、ここ数年は精神保健部門と保健部門が教師を交えた話し合いを行い、カウンセリング等の充実を図っています。

イタリアでも進歩的な先生がいて進めれば一部では出来るのかもしれませんが、全国では難しいのが実情でしょう。一人の先生が頑張ることができるのではなく、全国でシステムとして動かなくてはいけない訳で教育省等が旗振りをする必要があります。そして現在イタリアでは実現できていません。

Q) イタリアでは青少年の自殺は問題になっていませんか？

A) イタリアの 15-18 歳の死亡率は、最も多いのが交通事故で 2 番目が自殺です。でも年間自殺率は 10 万人に対して 6 件程度でヨーロッパや世界中見ても少ないと思います。

Q) どうしてイタリアでは自殺率が低いのでしょうか？

A) 面白いことに、予防や医療システムが進んでいない南イタリアで自殺率が大変低いのです。私も理由を答えることはできませんが、ヴェネチアやヴェローナ、トリエステなど予防や医療システムが整った北イタリアのほうが自殺率は高いのです。これはデータが示している事で、何故かは解りません。他の社会的な要因など様々なことを考えなくてはいいなく精神科医だけで解決できる事ではないと思います。

Q)教育の問題で、いま日本ではアルコール依存や薬物依存などの分野で当事者が出かけ、話をする機会を持っているのですがイタリアでは如何ですか？

A)私は極端な話をするかもしれませんが、イタリアにおいて予防という観点のプログラムは無いと言う位遅れています。このセンターで予防的な活動はしていますし、各地の先生方が独自の活動をされているところも多くありますが、全国的な共通のシステムは無いです。イタリアでは各州が医療システムの責任と権限を持っており、特に我々のヴェネト州は最強の医療システムを持っていると言われていますが、残念ながらヴェネト州の現在のトップが精神医療に対して関心が無いのです。

(ブルチ先生)自殺には宗教観も大きく関わっていると思います。カトリックの教えでは自殺は罪なのです。自殺願望があるときは懺悔をします。自分の持っている悪を神に告白します。日本とは違うのでしょうか。

(通訳)日本は恥の文化で告白することができないのだと思います。国民性というか文化のところで大きな違いがあるのでしょうか。

(アントネッロ先生)ロシアや北欧は正教会でカトリックの教えを持っていますが、残念ながら自殺率は世界で最も高いです。だから宗教観だけでイタリアの自殺率が低いことを論じることも出来ないと思います。

有り難うございました。

#### \* 事務局からのお知らせ

##### ○ 第3回 Web セミナーのお知らせ

日時 2022年9月14日(水) 19:00~21:00 予定

セミナー1 「災害への対応」

～協定福祉避難所について～

社会福祉法人町にくらす会

志井田 美幸

大友 智美

廣瀬 聡子

2 ディスカッション

※ 参加ご希望の方は、メールでご連絡ください。招待状をお送りします。



#### — 編集後記 —

私自身、福祉現場からのクロザピンの話をお伺いすることはこれまでなく、とてもとても貴重な情報になっているのではないかと思います。有用な引き出しをフル活用して、取り組んでいきたいと気持ちを新たにしました。

イタリアへまた行きたい気持ちが強くなりました。毎日コロナ、コロナ、にちょっとうんざりしたりして。なんとか乗り越えて、新たな社会へつなげていきたいと奮闘しているつもりなのですが、なかなかおよびません。

また、皆さんとも情報交換できたらと思います。(長野)

特定非営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会