

(資料)「精神病患者」を支えるために

——当事者として考える支援と医療の問題点

笹 沼 朋 子

本稿は、2014年7月某日に、自殺予防を目的とするあるNPOのスタッフ研修のために行われた報告の記録である。

現在、職場や学校、その他あらゆる場面において、メンタルヘルス対策の必要性が強調されており、精神医療の役割はかつてのそれよりも大きく期待されている。他方で、精神医療のグロテスクなまでの荒廃ぶりについては、相変わらず、報道が相次いでいる¹⁾。仮に、こうした報道が事実であれば、現在進められているメンタルヘルス対策に関する政策の多くは、見直しを迫られることになるはずである。本稿は、15年あまりに及ぶ個人的な闘病の経験とそれに付随する考察であり、精神病当事者の状況改善に向けた作業の一環である。

1) 精神病当事者およびその家族に大きな影響を与えた、誤診・誤処方を受けた患者とその家族たち、笠陽一郎『精神科セカンドオピニオン—正しい診断と処方求めて(精神科セカンドオピニオン)』シーニュ(2008年)は、誤診誤処方の証言集であり、必読である。また、読売新聞では、継続的に精神医療の問題を取材してきたが、その一部が佐藤光展『精神医療ダークサイド』講談社現代新書(2013年)にまとめられている。その第1章で紹介されているユウキさん(精神病院にて暴行され、2014年、死亡に至る)の事件については、池原毅和弁護士が国連人権委員会に報告書を提出している。

一、自己紹介

精神病とはどういう病気なのか、精神病者とはどういう悩みを抱えるものなのか、それを知るために、自己紹介から始めたいと思います。もちろん、精神病は多様な形態をもつものであり、わたしの症状や悩みが、他の人に共通するものではありません。しかし、それでも、後のお話の参考にしていただきたいので、少し我慢して聞いてください。

(1) 経 歴

わたしは、1997年に松山に、今の仕事を求めてやってきました。その際、松山に引っ越しをしてくる直前に、わたしの身にちょっと大きな事件が生じ、その不安を抱えていました。さらに、松山に赴任後、地域にも職務にも慣れなかったわたしには、とても忙しく、心身ともにくたびれてしまったようです。そうした原因と環境によって、わたしは発病します。記憶が定かではないのですが、1997年の秋頃だったか、味酒心療内科に受診しました。カルテの中の診断名は、おそらく、最初は抑うつ症状、それが躁うつ病になりました。現在では、「発達障害の二次障害としての躁うつ病」になっています²⁾。2000年頃、寛解して、西洋薬を一切止めてしまい、2002年出産をしました。しかし、こどもが小学校にあがった2008年頃、教科書どおりに、再発の兆候を見て、再び心療内科に通い始めて、服薬をしています。

2) カルテには発達障害の診断名がついており、主治医には「発達障害について考えるよう」助言をいただいたが、現在に至って、発達障害という診断には、わたしにとってはなら実益がないと、わたしは判断した。つまり、発達障害であれ、ただの躁うつ病であれ、一生躁うつ傾向は変わるものではない。また、発達障害という診断によって、なんらかの制度上の便宜供与が与えられるものでもない。逆に、発達障害の意味を考える過程で、自己について、「健常者」との「違い」を探していくこととなり、障害者と「健常者」との共通点を見い出すことが困難となっていく。しかし、それでは、障害を理由とする差別をなくし、平等を構想することは難しい。自己の解放、すなわち、自由と平等の真の意味を知るために必要なことは、病者・障害者と「健常者」に共通の普遍的な原理を探し求めることである。

(2) 躁うつ病とはどのような病気か

1. 躁状態

発病は、躁状態から始まりました。この頃のことは、記憶があまりはっきりしていないのですが、全く眠らずに朝まで仕事をし続けたり、遊び回ったりしていても、くたびれることなく、精力的に活動することが可能でした。そのため、「わたしは、実は、すごい能力を備えた人なのだ」と思っていましたし、実際にそのように行動していました。とても刺激的で、楽しくて仕方がありませんでした。仕事はしますし、活動的で、楽しいですから、問題がないようなのですが、万事が行き過ぎで、例えば、ある日突然、髪を金髪に染めたり、深紅のパンツスーツで学会に出席したりもしました。しかも、なんとなく遊び心でそのような状態になったのではなく、それが必然で、そうする義務があるかのような気分でした。

一般に、躁状態では、お金を使いすぎたり、性的逸脱がひどかったりするのですが、わたしの場合も同じでした。破産するようなことはなかったのですが、松山に来て1ヶ月でマンションを購入しています。後々まで困ったのは、性的逸脱でした。女性で、性的逸脱がひどいということは、社会的信用を失うものでもあります。職場でも信用は落ちたと思います。一言で言えば、多くの人に迷惑をかけたということです。

2. うつ状態

躁状態の時は、楽しくて仕方がありませんし、万能感にあふれていますので、医療の必要性を考えたりすることはありませんでした。しかし、本当に些細なことがあり、それをきっかけに、一瞬のうちに奈落の底に落ちたように気分が落ち込みました。それが、どうもおかしいのです。事件はそんなに大きなことではないはずなのに、苦しみはとてつもない。それがうつ状態の始まりでした。うつ状態は、単なる「悲しみ」と「苦しみ」というような言葉で言い表すことができるようなものではありません。わたしは、胸がえぐられるように痛むということを知りました。歯を食いしばっていなければ、絶えず涙が出て、止められず、社会生活に支障が出て、ここで初めて心療内科を受診しまし

た。

3. 混合状態

治療が始まって、混合状態という状態が続きました。これは躁状態とうつ状態が頻繁に交代してやってくるものです。ひどい場合は、一日の内に交代します。あるいはまた、躁状態とうつ状態と一緒にやってきます。気分が落ち込んでいて、イライラして、そわそわするというような感じです。当時のわたしは、「まるでジェットコースターに乗っているような感じ」と表現しています。これは、あまりよい状態ではありません。非常に疲労しますし、希死念慮を実行に移す機会も増えていくことになるからです。

4. 服薬の苦しさ

混合状態は、服薬によって生まれます。躁状態を薬で上手に沈静化できなかったり、うつ状態を薬で上手に賦活できなかった場合に、混合するというのは理解できると思います。つまり、薬物の正常な働きによって、狂気が生まれてしまうことがあるのです。しかし、薬物の正常な作用ではなく、薬物の副産物ともいえる症状もありました。副作用です。わたしの場合、副作用は、主に3つありました。①錐体外路症状（身体が震える、書痙といって字が書けなくなる、四肢や背中中部などがゾワゾワする感覚が続くアカシジア）、②倦怠感、意欲の低下、認知力の低下、③睡眠剤等による筋肉の弛緩などが、わたしが悩まされた副作用です³⁾。こうした副作用は、薬の服用を止めれば収まるものですが、躁うつ病は一生服薬を求められる病ですので、治療は難航しました。

日常的に非常に苦しいと感じましたのは、アカシジアという症状です。アカシジアが現れるような薬を避けなければならないのですが、アカシジアを起こさない薬を服用しますと、今度は認知力が低下して、仕事もできません。自分

3) 他にも、躁状態を抑えるために服用した抗精神病薬では幻聴が現れ、認知力を上げるために服用したSNRI（選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤、商品名トレドミン、新しいタイプの抗うつ剤の一つ）では、脈拍が上がり、少しの動きで息が切れて倒れそうになった。この状態で仕事を続けることの難しさを、当時学部長面談の際に報告をしたことを記憶している。しかし、職場関係者がそんな副作用の症状について、理解できるはずもないのは、当然である。

の書いた原稿の校正ゲラが読めないということも、何度もありました。わたしは、特に薬物に敏感なため、どんな薬を飲んでも、すぐに副作用が表れました。これは、発達障害者の特徴ということです。また、わたしは非常にわがままな患者で、どんな副作用についても、妥協しませんでしたので、主治医はずいぶんと苦労したと思います。

5. 躁うつ病の苦しさ

病気そのものの苦しさについても、お話しておきましょう。第一に、うつ状態の苦しさです。躁うつ病は、躁状態とうつ状態が繰り返してやってくるというものですから、単なるうつ病の状態を、何度も経験することになります。これはそれだけで苦しいということを理解できると思います。第二に、そしてより大きな苦しさというのは、躁病に対する恐怖です。躁病状態においては、多くのものを破壊し、混乱に貶め、社会的信用も失うものです。そのような狂気は、本当に恐ろしいと感じます。第三に、躁状態に味わった、あの幸福感、万能感がただの幻想であり、狂気であると認めることの苦しさです。それは、第四に、幸福を追求してはいけないという自制を要求される苦しさにつながります。これが一番苦しいもので、絶望につながります。わたしが少し躁状態にあり、元気で楽しいと、主治医をはじめとする周りの人々は心配します。軽うつ状態にあって、気分が塞いでいると、安心する人々が増えます。これは、とても悲しい毎日になります。最後に、躁うつ病は、躁状態とうつ状態の間をめぐらし、それを維持するよう要求されるのですが、これが非常に難しい。躁うつ病者ではない、通常の人々でも十分に難しいと思うのですが、それを病気であるというだけの理由で、常に要求されるわけです。何のために生きているのか、よくわからなくなるのです。しかし、逆に言えば、生きていこうと思えば、否応なく、どこを目指すべきなのか人生の意味について熟考していくことを余儀なくされますので、わたしは、いつしか、この病気を愛おしく思うよう

4) ケイ・ジャミソン（田中啓子訳）『躁うつ病を生きる－わたしはこの残酷で魅惑的な病気を愛せるか？』新曜社（1998年）は、わたしの闘病を助ける最も偉大な友人となった。

になりました⁴⁾。

(3) 病からの解放を目指して

このような病状で、少し気分が落ちても、少し気分が上がっても正常ではないとされ、薬物のコントロールも容易ではなく、毎日気分のことばかり気にして暮らす日々を送っていたのですが、当然のことながら、薬物に敏感で、わがままなわたしであっても、なんとか落ち着きたいと思いました。しかし、「落ち着く」とか「治る」とか「寛解」ということがどういうことなのか、まるで意味が分からなかったんですね。医師も患者も、そして、病気とは何の関係のない通常の人々も、安易に「治る」とか「寛解」ということを言います。しかし、それはどういう状態を言うのか、案外、理解されていません。そして、「治る」という状態がどういう状態をさすのか理解できなければ、目標がないままに治療をすることになりますので、治療は場当たり的になってしまいます。わたしも、何年間かはその場当たりのな実験を繰り返していました。

それでも、何年もそうした試行錯誤をしているうちに、少しずつ治療の目的、ゴールが見えるようになってきたのです。それは、効果的な治療を探していく中で得られてきた部分と、他方で、直接、目的を熟慮してきたために得られてきたという部分の二つの側面がありました。

1. 治療の自己決定

まず、第一の効果的な治療を探していく中で得られてきた経験的な部分ですが、自分の健康というものは、誰のものでもなく、結局自分の責任において管理するしかないものであるという発見です。自己責任と言う言葉を使いますと、援助を拒否するような冷たい感じがして、アレルギーを持つ人もいますが、それは違います。つまり、自分の健康について、どうありたいかということを決めることができるのは、結局のところ、自分しかいないということです。例えば、わたしの場合、薬による副作用がありました。アカシジアは受け

5) 躁うつ病の第一選択薬である炭酸リチウム（商品名リーマス）は、とてもよく効いたが、ただアカシジアだけには悩まされた。

入れ難いのですが⁵⁾、そのアカシジアを止める薬⁶⁾もあります。その薬を飲めば、これはとてもよい気分になりますが、認知力も落ち、たえず眠気を誘います。アカシジアのない薬をえらぶこともできますが、この薬⁷⁾は、身体がとても重く感じられ、そればかりか認知力が低下して、職務遂行がとても辛かったことを思い出します。しかし、それでも、このような薬しか選択肢がない場合、わたしは、どの薬かを選択して生活していかなければなりません。それは、限界のある中で、どのような生活を選択するのかということと等しくなります。実際には、わたしは、アカシジアはどうしても受け入れ難かったですし、そもそも薬は身体に負担を感じましたので、薬を最小限にできるよう、思い切って、生活の方を変えました。具体的には、生活におけるストレスと刺激を抑えて、気分の高揚するような状態を極力避ける方法を考えました。ノルマを下げるために願い出によって降格し、学会、教授会などの人の集まる場所には参加しませんし、宴会等もすべてお断りをしています。

もし、わたしが薬を飲んで、多少の副作用にも耐えてでも、もっと仕事をしたいと思えば、そのように治療をします。しかし、わたしはそれを選択しなかった。わたしの生活をわたしが設計したわけですが、これは、わたしが治療の方針を決めるということと同じなのです。

このように、一つの薬について、それがどのように効果があり、どのように副作用があり、どの程度許容できるかは、実は、医師ではなくて、その薬を飲むその当事者でなければ、分からないことなのです。そして、その上で、

-
- 6) ランドセンというベンゾジアゼピン系の薬である。ちなみに、ベンゾジアゼピン系の薬は、睡眠剤および抗不安薬として製剤されているものが多く、比較的安全であるといわれているものの、その依存性の高さから、最近になって話題となっている。服用感として、ベンゾジアゼピンは、アヘンのような気持ちの良さをもたらす。それがなくなると、不安になり、服用したくなるという種類の薬である。他方で、抗うつ剤は、どちらかというところ、服用すると元気になるという意味で、覚せい剤のような働きをする。過労状態にある人々が抗うつ剤を服用しながら、就労し続けるのを見ることがあるが、過労を加速させるものであって、危険であろう。どちらも依存性が高いが、その依存性の意味が異なる。
- 7) パルプロ酸（デパケンR）、抗てんかん薬である。躁うつ病には、炭酸リチウムの他は、抗てんかん薬が適用にある。パルプロ酸は、抗てんかん薬の中でも一般的な薬の一つである。

その当事者がどのような生活をしたいのかによって、服薬する薬もその量も決まるはずなのです。ですから、治療は、最終的には当事者の責任をもって為されるべきであり、その人の意思と責任の機会を奪ってはいけないと思っています⁸⁾。

2. 治療の目的

第二の治療の目的を直接考えるという、より演繹的な作業ですが、これは当初は考えてもみなかったことです。考えても見なかったのですが、これは、わたしが躁うつ病というメンタルな病気に罹患したということと関係しています。わたし自身を含め、精神的な病というものには、偏見がつきまといまいます。主治医を選択するときから、それは否応なく意識せざるを得ませんでした。幸いなことに、愛媛県には「ごかい」⁹⁾という、かなり急進的な病者集団が古くから存在しておりまして、個人的なかかわりを持っているわけではないのですが、不十分ながらも「ごかい」の人々の思いを考えて、自分の偏見を見つめていくことができました。そうしていく中で、いつしか、「精神病患者を差別せず、その存在を尊重」しつつ、「治療して良くなる」ということはどういうことなのかを、熟考させられていきました。治療して良くなりたいという思いは、精神の健全性を追求したい、すなわち、精神の異常と正常を区別し、正常を良しとすることとどうちがうのか、自分自身に絶えず問いただすことになったわけ

8) 参考までに、現在の治療方法について紹介しておくならば、西洋薬はほとんど服用していない。ラミクタール（ラモトリギン）という新しい抗てんかん薬をほんのわずかばかり服用しているだけで、他に睡眠剤等も一切ない。代わりに、漢方薬の専門家に薬を処方してもらっている。西洋薬のよいところは、どんな医師であってもマニュアルどおりに処方すれば、患者の苦しみを楽にすることができるという、万人のにとって優しい点である。これに対して東洋医療は、最終的に自己回復力に働きかけるところがある。このため、患者には、自己に対する信頼が要求される。また、東洋医療は、マニュアルによって伝達されるものではなく、施術者の能力に左右されるところが大きい。

わたしの場合は、漢方薬の他、ヨーガなど東洋の智慧に恩恵を受けている部分が多い。それは、自己の確立ということを考えているからではなく、西洋薬が服用できないため、そうした西洋薬のない時代に発達した技術に頼ることにしたからである。しかし、その結果、身体健康維持のみならず、より根本的な問題に関する知見を得ることができた。

9) 精神病患者グループごかい『わしらの街じゃあ！－「精神病」者が立ちあがりはじめた』社会評論社（1984年）参照。

です。そして、こうした「問いただし」は、逆に言えば、何のために治療をするのかを明確にする作業でもあります。要するにわたしは、「ごかい」の人々を差別したくない一心で、治療の目的を探していたことになります。

この第一と第二の側面から、結局、自己決定、すなわち自由とは何なのか、そして狂気の人と正常の人の平等とは何なのかを、日常的に、毎日の生活の中で追求することになりました。言い換えるならば、わたしの闘病とは、人が生きることの自由と平等の意味を考えて、実践して確認していく作業であるということになったわけです¹⁰⁾。そして、これが、わたしの治療の目的でありますし、おそらくすべての人々の治療の目的であるはずのところだと思います。

さて、この目的に照らしてみますと、わたしの治療の方針は決まります。これを機会に少しまとめてみたのですが、①「死なない」ためだけに、わたしは薬を飲むことはありません¹¹⁾。②精神的自立、自己決定を損なうような治療を、わたしは拒否します。③病気を引き受ける権利は、わたしにあります。④闘病は、生きるための一つの仕事でしかありません。

二、精神医療の問題点

さて、前置きが長くなってしまいましたが、本題に移りましょう。移りましょうと言っておきながら、前置きの確認なのですが、自己紹介を兼ねて、病気とのかかわり合いで気付いたことについて、まとめておかなければなりません。

第一に、精神病というものは、向精神薬では治らないものです。対症療法が

10) この作業の中で得られた成果は数限りないが、この場での目的とは外れるため、詳細しない。

11) 躁うつ病は、比較的致死率の高い病気と評価されていて、平常状態と維持するためだけに服薬するよう指導されるものである。しかし、人は、誰しもなんらかの原因で必ず死に至る存在である。死ないようにするために、ただそれだけのために、服薬し、その副作用を甘受することにはどんな意味があるのだろうか。

できるだけ、精神の狂いを根本的に治すものではありません。第二に、向精神薬は症状を改善しますが、個別当事者の症状を改善する薬の量は千差万別です。第三に、当事者にとって必要な薬の種類と量は、当事者の感覚のみならず、日常生活や人生に関する価値観によって変わります。第四に、一般に社会環境が変われば、健康概念そのものが変わります。これは、例えば、地域時代に応じて、暴力さえふるわなければ健康であると言えるような場合もあれば、仕事をしなければ不健康と考える場合もあるということですね。

(1) 問題のある診断処方例

こうしたことを念頭に置きながら、いよいよ今日のテーマの一つである、精神医療の問題についてご紹介させていただきます。とはいえ、非常にセンシティブな情報を含みますので、個人が特定されないよう、差し障りのない程度に事実を修正させていただくこともあるかもしれません。

実は、こうして病気になっていますと、いろんなところで同じように精神の不調を持つ方とお知り合いになる機会が増えてまいります。また、わたしはぜひぶんとわがままな患者ですから、薬のことにも病気のことにも詳しくなりましたので、同僚とか身の回りの方で、ちょっと不調だと思われる方は、なんとなくすぐに見分けられるようになりました。ところが、そんな知り合いの中のいわゆるメンタル不調者で、適正な医療を受けられている方がほとんどいないのです。これは、当事者とお話をしてみて気がつくこともありますし、お顔を見てすぐに分かることもあります。例えば、倦怠感のために元気がない方とお話をしていて、たまたまお薬の話になったときに、12種類もの薬を飲んでいるとか、それに対して病名はただの神経症だとか、そういうことを聞いたりすることもあります。また、ただの抑うつ状態のはずなのに、身体が震えているという方は、これは明らかな副作用ですから、見ただけでおかしいと思います。体重増加の方もぜひぶんいらっしゃって、薬を一つ止めただけで、すっきりされたという方もいます。

実は、最近になって、精神医療の荒廃とか、セカンドオピニオンとかそうい

うことが言われていますが、わたしは比較的めぐまれた環境で治療を続けていますので、こうした誤診誤処方、どこか特殊な事例で、極端な事例だと思っていたのです。ところが、実際に会う人会う人が、どうも処方がおかしい。そして、もっとショックだったことに、多くの例で、診断そのものが出来ていないのです。いくつか、差し障りのないように、例をお出しします。いずれも、セカンドオピニオン¹²⁾によって病気を特定してもらっていますが、それ以前に、専門家ではないわたしの印象は、セカンドオピニオンで特定された診断と一致しています¹³⁾。

①薬剤性強迫障害

長く心療内科に通っている中年男性ですが、言語チック（イヤな言葉が自分の意思と関係なく、繰り返しリズムカルに聞こえたり、口から発せられたりする）という強迫障害がありました。チックが本当に辛そうだったのですが、薬を飲む前は、そういう症状はなかったということで、薬剤性強迫障害と思われました。被害妄想もあったのですが、それも強迫の症状などがあまりに苦しくて、解離したのだと思います。ある種類のSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬、新型の抗うつ剤で効果が強く、衝動性を促す）が処方されていたため、衝動性と攻撃性がひどくなり、チックも激しくなったようでした。そのチックを幻聴のように考えて抗精神病薬で抑えるわけですが、もともと薬剤性なので治らず、悪循環を繰り返していました。ようやく、最近になって減薬の方針がでて、減薬を始めています。

強迫障害というのは、潔癖性とか摂食障害などを含む一連の症候群を言いま

12) 注1) 掲載の笠陽一郎氏は、わたしの最初の主治医である。笠氏は、長く、インターネット上の実名のHPで、セカンドオピニオンを実施してきたことで著名である。注1)の文献はその成果の一部でしかない。実際に、全国における膨大な量の相談を受けてきたため、全国の治療傾向の膨大なデータを蓄積させている。今回、ここで紹介する例は、すべて笠氏の確認を得ているものばかりである。しかし、笠氏の確認を得るまでもなく、専門家以外の者が観察して、病状および誤診誤処方が把握できる程度のことを報告している。つまり、笠氏の診断と、わたしの受けた印象が一致しているものばかりであるという意味である。

13) ここで紹介している医療機関は、この界限では一定の信頼を得ている機関がほとんどであり、当日は、「まさか!」というような声が多かった。

すが、止めたいと思ってもどうしても止められないというような行動のパターンですね。経験から言って、強迫障害というのは、どうにも一番治りにくい病気のひとつという印象があります。心にストレスがあって、それを回避するために生じてしまう症状ですから、薬でも良くならないし、かといって、物理的に周りの環境を改善するのも難しい場合がありますよね。一度治っても、別の形で出てきたりするような、そんな感じの病気だなと思っています。ところが、実は、薬害による強迫障害は、案外普通に見られます。ストレスの原因が、薬の作用（正常な作用および副作用を含む）なのです。この方の他にも、いろいろなことが気になって仕方がないという女性が、SSRIを減薬したことによって、ほとんど症状が消えた方がいました。

②多剤処方

広汎性発達障害の方で、ほとんど病的な部分がないにもかかわらず、心療内科で薬を飲む人は少なくありません。ちょっと変わった感じの人という印象の方々ですね。こういう人の場合、人間関係が上手く行かないので、「優しい人」だけを信用して頼る傾向にあります。ある女性の主治医は、もともと大きな総合病院で勤務されていた先生で、優しい先生だったようです。けれども、この方は、処方されている薬が10種類くらいでした。抗うつ剤も抗精神病薬も睡眠剤も、少しずつ2、3種類が出ていました。どれかはヒットするだろうというような感じでしょうか。それで、栄養剤が沢山でていたのですが、本人は体重増加で悩んでおりました。おまけに、抗コレステロール剤も出ていました。

③誤診断

知人の一人に、季節の変動に応じて気分が塞いだり、上がったたりするような軽い双極性障害（躁うつ病様症状）が見られる女性がいました。こうした場合、抗うつ剤は禁忌なのですが、かなり強いSSRIが処方されており、躁状態に陥っても、薬が変わりませんでした。つまり、診断ができていないという意味です。

この方の支援をされていた方が介入して、一度転院に成功したのですが、自治体の保健所が「転院したくなかったら、しなくてもいいんだよ」などと当事

者を指導するなどしたりして、少し問題になりました。いまは、少しずつ減薬に成功し、落ち着きを取り戻しています。

④バイト医師による試験的な投与

もう一人、広汎性発達障害の方で、ほとんど病的な部分がない男性の例です。

通っていたクリニックに臨時で来ていた某精神病院の若い医師が、とても優しい医師だったので、すっかり信用してしまいました。ところが、この優しい医師は、優しいのですが、薬をどんどん増やしていき、しかも、新しい薬が出ると、次から次へと変薬をしていたのです。おそらく、自分の職場である精神病院では下手なことはできないので、アルバイト先のクリニックで試験的に使っていたのだと思われます。

⑤体重増加の例

体重増加で悩まれる方は多いのですが、薬の副作用であるということをご存じない方が多いです。中には、糖尿病を併発される方もいて、そこまで重症化しているのに、変薬することなく、漫然と原因となる薬を投与しつづける医師もいます。しかも、医療機関からは「食事制限をしなさい」という指導までされますので、その苦しみは想像を絶します。

体重増加をもたらす薬は少なくありません。統合失調症などに処方されます、新しいタイプの薬のほとんどは体重増加をもたらします。特に、セロクエル（クエチアピン）という薬は、睡眠薬が効かなくなると、その代わりに、わりと気軽に処方されるようで、妄想などの症状をもっていない方が睡眠薬だと思って飲み始めたところ、あっというまに太ったという人が目立ちました。

⑥こどもの例

発達障害と診断されて、薬を投与されるこどもは増えてきました。身近なところでも増えていますが、間接的なご相談も少し増えてきました。自閉症に対してエビリファイ（アリピプラゾール）という抗精神病薬が投与されて、ひどい副作用が出て、全身をかきむしるとか、不登校児に対してリスパダール（リスパダール）という少し強い抗精神病薬が投与されるという例も耳にしまし

た。エビリファイは自閉症に適用が認められるよう、現在治験がされていますが、リスパダールは基本的に統合失調症の薬です。また、注意欠陥障害のこどもに適用できるコンサータ（メチルフェニデート、覚せい剤と類似の薬）やストラテラ（アトモキセチン）というような薬もありますが、かえって興奮したり、逆に元気がまるでなくなってしまうたりというような例もあります¹⁴⁾。

以上のように、少し知り合ってみると、どの方の場合も、診断と処方に問題を抱えていました。実際に、当事者と一緒に主治医と話をしたり、保健所に説明をしに行ったりするなどして、減薬の対応を行ってきました。当初は、おばちゃんの出しゃばりで減薬を開始していますが、ほとんどの当事者は、減薬を進めている中で、自分の健康は自分で管理するというを身につけていくように感じています。つまり、減薬は、治療の自己コントロールを身につけ、精神的自立を促すきっかけの一つになっていると思われます。

(2) 精神医療の問題点—当事者に関する情報の不足

みなさんは、ここで、どうして専門家でもない、ただのおばちゃんがここまで医療に口を挟んでくるのかと、疑問をお持ちになるでしょう。たとえ医師に診断ができないとしても、おばちゃんに何か分かるのだろうか、分かるはずはないではないかと、思われるのは当然のことだと思います。

しかし、これが、おばちゃんには分かるのです。といいますのも、おばちゃんには、医師とは比べ物にならないほどの当事者に関する情報が蓄積されます。当事者の世間話や愚痴は、1回につき1時間ではおわりません。その人の全生涯について話を聞いたりする場合があります。そうしますと、その人の悩

14) こどもに対する抗精神病薬の投与については、最近になって非常に「流行」しており、深刻な状況にある。この問題については、嶋田和子『ルポ 精神医療につながる子どもたち（フィギュール彩5）』彩流社（2013年）が詳しい取材をしている。同書は、薬に関する説明が、門外漢にもとても分かりやすい。なお、笹沼朋子「愛媛県松山市における「医療と学校の連携事業」に関する資料」愛媛大学法文学部論集（総合政策学科編）34号（2013年）17頁以下も参照のこと。

んでいる症状の背景を知ることでもありますので、症状の本体を知ることになるのです。

例えば、①の場合ですが、「薬を飲む前は、チックはなかった」という情報は、当時の主治医には伝わっていませんでした。そのため、適格な診断ができなかったのです。③の場合については、一年を通じて、その方を見ていましたので、双極性障害の傾向があるということは簡単に知ることができます。あるいは、過去に非常に辛いことがあるような方には、必ずPTSDのような傷がありますので、妄想があっても、統合失調症ではなくて、解離だろうという予想ができます。そして、何よりも、こどものころの話を聞いていけば、発達障害（こだわりの強さ、人間関係構築の困難さ）の傾向を知ることができます。

このように膨大な情報をもつおばちゃんに対して、精神科医は、患者の話を聞く物理的余裕がありません。1回につき、10分でも時間を割くことができれば、素晴らしい医師ということになるでしょう。そして、それにもかからず、精神科医は薬や学会の情報を信用していますし、頼っています。生身の当事者を観察して得た情報という点では、おばちゃんには、実は、かなわないのです。

薬や学会の情報は、それはそれで大事な情報であることは言うまでもありません。しかし、ここでもう一度、二の冒頭で述べました「前置き」の、特に第二と第三を思い出してください。「第二に、向精神薬は症状を改善しますが、個別当事者の症状を改善する薬の量は千差万別です。第三に、当事者にとって必要な薬の種類と量は、当事者の感覚のみならず、日常生活や人生に関する価値観によって変わります」。当事者に関する情報が、どれだけ重要なことなのかということなのです。

(3) 精神医療の問題点—より根本的な問題

しかし、精神医療の問題は、情報の質と量に限定されません。実は、もっとも大きな問題は、おそらく、精神医療専門家は「治る」ということの意味を理解できていないのです。

例えば、精神病の典型として、幻聴や幻覚があり、精神科医の仕事の一つとして、これをなくそうと考えます。しかし、これは本当に完全になくさなければならぬものなのでしょうか。こどものケースで、友だちができないことの苦痛を避けるために、空想の中に逃避していたところ、統合失調症にされたという話もあります。わたしの身の回りにいる「健常者」で、なにかというと「わたしなんか、どうせ、何も出来ない」と言い出す人がいますが、これも一種の妄想です。

希死念慮についても、精神科医にとっては大きな敵の一つです。ですが、それでは、どうして「自殺をしてはいけない」のでしょうか。この問いに適確に答えることのできる医師はほとんどいないでしょう。多くの医師は、自殺をするのは、精神が異常な証拠で、健全な精神を持っていれば自殺などしないと仰います。しかし、明治維新以前の切腹や太平洋戦争の特攻の経験でも分かる通り、自死に対する社会の許容度は、地域時代に応じて変遷しているのではないですか。

なんらかの仕事に従事できるようになることを、治療のゴールと考える医師も少なくないと思います。しかし、「仕事ができる」というのは、どんな状態なのでしょう。小説家であれば、どんなに人見知りでも仕事になるかもしれません。あるいは、企業では対人関係に問題があっても勤まらないような人でも、農家の長男であったなら、思う存分にその能力を発揮できるかもしれません。ようするに、仕事ができるとは、病状とは直接関係なく、むしろ、どんな社会生活を営んでいくのかということに、深く関係しているのです。

暴力や依存が病気であると考える人もいるでしょう。しかし、暴力は、病気が原因とはかぎりません。そもそも、わたしたちは、直接手を出さないまでも、心の中で誰かを一度は殺しているかもしれません。多くの女性は、人生の中で、自らの子を心の中で邪魔に思うことは一度や二度ではないはずで、あるいは実際に、墮胎という形でその存在をないものにしてしまいます。つまり、暴力は異常なものではなく、医師自らの中にも内在しているものです。依存に至っては、どんな人でも何かに依存していることでしょう。

このように、正常と異常の間には明確な区別があるわけではなく、にもかかわらず、それを治療して治そうというのです。つまり、精神の健康というからには、マニュアル¹⁵⁾ や量的な判断によって解決する問題ではなく、目の前の当事者がどういう人生を送ることがふさわしいのか、そうした深く哲学的な知見が必要なのです。しかし、残念ながら、現在の医学教育においては、そのような視点は不十分なのではないかと予想されます¹⁶⁾。

(4) 精神医療の問題—身分保障

わたし自身の治療にあっても、また、何人かの当事者の服薬調整をお手伝いさせていただいて、その中で気がついたことに、実は、精神医療専門家というものは、自由に発言ができないということがあります。自治体の保健所に所属しているような、特定の医師からは独立している専門家でさえ、医師の治療に関して自分の意見を述べるということがありません。それどころか、医師自身に身分保障がないということも少なくありません。医師という職業は、大学の医局の指示に従って配置されることもありますが、その場合は、医局の指示

15) 精神医療は、現在、症状をマニュアルに当てはめて診断を行うという方法を使っている。こうしたマニュアル化は、どんなに未熟な医師であっても病気を診断できるという意味で、あるいは裁判等において医療専門家以外のものであっても一定の判断ができるという意味で、すぐれた手法ではある。しかし、病気の本当の原因を突き止め、それを根絶するためには不十分であると言わざるを得ない。現在、信頼されているマニュアルは、世界保健機関による「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) と、アメリカ精神医学会発行の「精神障害の診断と統計マニュアル」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) である。ICDは10版、DSMは5版まで改訂されており、いずれも日本における労災等の判断でも参照されているものである。ICD-10については、『精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン』医学書院(2005年)、DSM-5については、日本精神神経学会(監修)『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院(2014年)を参照。

16) この点に関連して注目したいことは、2014年8月、文部科学省は、「国立大学法人の組織及び業務全般の見直しに関する視点」において、「教員養成系、人文社会科学系は、組織の廃止や社会的要請の高い分野への転換」すべく通達を出したことである。医療などの直接利益を産む技術についても、高い倫理上の見識が必要であるが、その教育を担ってきた人文社会学系の組織を軽視して、その養成が可能なのであろうか。「国立大から文系消える? / 文科省改革案を通達 / 教員ら反発『教養は無形の力になる』」2014年9月2日東京新聞朝刊も参照のこと。

が絶対的なものであるように、聞いています。あるいは、病院に勤務していても、非正規雇用であることも少なくありません。精神病院の経営のために、多量の薬を処方することが優先されますと、医師個人の良心は役に立ちません。

そして、また、精神医療の特殊な点ですが、病者である当事者には、判断力も認知力も欠けていると信じられていますので、当事者が服薬をコントロールすることが許されていないのです。現在、精神医療に関し、アウトリーチといって地域医療が推進されています。しかし、たとえ、当事者が病院の外で、地域で暮らしていたとしても、医療専門家が当事者の服薬を管理することになれば、結局、「先生の言う通りに薬を飲みなさい」という指導が進むだけです。その当事者個人が自立して、自分にとってふさわしい治療を考えるようになることが生まれないと思うのです。

三、必要な支援とは

さて、みなさんのお仕事は、当然、精神病当事者とかかわることも少なくないと思います。ここで一当事者からのお願いがあります。

いわゆるメンタル不調の方に出会ったら、なるべく、精神医療にはつなげないで下さい。わたしは、精神医療を否定するものではありません。何よりも、わたし自身がお世話になっているところです。しかし、残念ながら、「物理的に」つなげることのできる場所ではありません。まだ精神医療の敷居が高かった頃のことを、思い出してください。当時、わたしたちは、悲しみに打ち沈んでいる人を見て、すぐに精神医療につなげるようなことはしませんでした。励まし、慰め、あらゆることをして、その人を癒そうとしました。そうやって、わたしたちは、自分たちの精神を立て直していったではありませんか。医療につなげ、薬を飲ませることは、簡単で便利のように思われます。しかし、もう一度、自分たちの力を信じて、がんばってみることを考えていきたいのです。

そうは言っても、どうしてもつなげなければならない場合もあります。その

場合は、すべてを医師の責任を委ねないでください。先にお話ししましたように、医師には情報が足りません。支援できる方が、必ず、当事者の顔を見て、経過を見て、そして当事者の悩みとその原因を分解してください¹⁷⁾。

当事者の悩みとその原因を分解するというのは、つまり、その悩みが病気かどうかを見極めるということです。精神医療は、投薬で悩みを解消しようというものですが、悩みには、いろいろあって、本来は医療措置（カウンセリング等も含みます）ではどうにもならない悩みもあります。それなのに、それでも医療措置に期待をし、依存してしまうのです。例えば、以前、パワハラ被害を医療で解決しようとした人と出会いました。でも、パワハラは、薬では治りませんよね。そして、医療措置からの脱依存（「脱依存」であって、医療の拒否とか否定ではありません）のための過程は、当事者が病気および病気以外の苦しみに、自ら対峙するための準備になります。ですから、当事者の悩みを分解できなければ、支援にならないのではないかと思います。本来は、それは医療専門家が実践すべきことなんでしょうが、困難な状況がありますので、どうか、支援者の方も少しだけ意識していただければと思います。

最後に、もう一度、わたしの治療の方針を確認しましょう。ごらんください、これは、治療の方針でもありますが、支援を受けるときの姿勢になっていることもお分かりになることでしょう。

- ①「死なない」ためだけに、わたしは薬を飲むことはありません。
- ②精神的自立、自己決定を損なうような治療を、わたしは拒否します。

17) 当事者の悩みとその原因を分解するとは、例えば次のようなことである。

当事者の悩みを分解する(1)
<ul style="list-style-type: none">● 例え：妄想の種類● 持って生まれた性格などによる思い込み 「どうせわたしなんか、誰も愛してくれない」● 解離 フラッシュバック、PTSD、逃避● 強迫性障害 潔癖症、「犯罪を犯してしまったらどうしよう」● 空想● うそ

当事者の悩みを分解する(2)
<ul style="list-style-type: none">● 物理的な問題によって引き起こされている<ul style="list-style-type: none">● 長時間労働、貧困● 病気による気分の変動● 社会的な問題によって引き起こされている<ul style="list-style-type: none">● 自閉的な性格、発達障害による生きづらさ● 差別、パワハラ● 本人の心に原因がある場合 ← 最も根源的な領域<ul style="list-style-type: none">● 喜怒哀楽、欲望● 病気 ← 精神医療の領域はここだけ

③病気を引き受ける権利は、わたしにあります。

④闘病は、生きるための一つの仕事でしかありません。

そして、最後に、わたしに、依存はさせないでください。精神病患者も一人の人間であり、自己の意思でその人生を切り拓く権利を持ち続けているのです。