

全国精神衛生連絡協議会



平成 2 年 9 月

会報 19 号

目 次

卷 頭 言	藤 縄 昭…………… 2
「痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の施設整備基準について」の一部改正について	厚生省保健医療局長…………… 4
心の健康づくり推進事業実施要領について	厚生省保健医療局長…………… 5
調査研究：	
わが国の薬物乱用・依存の特徴について……………	6
老人保健施設内の痴呆の有病率の調査について……………	9
紹 介：	
1 横浜市が行った「精神障害者社会復帰援助活動調査研究」について……………	11
2 地域ケアシステムをバックアップする包括的保健医療センターの試み……………	14
お 知 ら せ……………	18

巻頭言：

第10回国際疾病分類日本版の作成をめぐる

全国精神衛生連絡協議会長 藤 縄 昭

私が国立精神・神経センター精神保健研究所に着任したのは、ちょうど3年前である。そして着任そうそうに与えられた厚生省精神保健医療研究事業の課題は、「精神疾患の診断基準の作成に関する研究」というのであった。精神医学に直接関わりのない方には、なにを今更「診断基準」かと奇妙に思われるかも知れないが、「精神の不健康」を診断し、分類することは世界の図々で大筋では一致しているものの、その文化的背景とか、学派・立場などによっていろいろである。国際化時代などと呼ばれるようになっていながら、各国の事情を比較することもできない。

10年前に、アメリカ精神医学会がアメリカ用の「精神障害の診断・分類マニュアル第3版(DSM-III)」を発表して、それが国際的に大きな反響を呼んだ。アメリカという国でどうして人工的に見える診断基準(操作的診断)を作り、また精神医学的臨床診断だけでなく、パーソナリティ診断、身体疾患、ストレスの有無・強さの程度、社会適応の状態などを同時に評定する多軸診断のマニュアルを作ったのか、考えてみれば興味ある問題である。操作的診断は、DSM-IIIに先だって研究用の診断基準(RDC)が開発され、そこで診断の信頼性・妥当性など検討されていたから、その方法の臨床への応用と考えられるが、診断分類から多軸評定までを精力的に作成したのはどうしてであろう。その理由はいろいろあろうけれども、その一つは精神科診断が専門家の独占物でなくなって、精神科医療の重点をコミュニティ・ケアにおくようになった医療政策と関連していたのではないかとと思われる。患者の住む地域のホーム・ドク

ターにも、地域医療を支えるパラメディカル・スタッフにも、その診断が理解しやすく、医療スタッフ間のコミュニケーションを円滑にする目的があったらしい。少なくとも精神科診断を、専門家の名人芸から解放して、マニュアルさえ会得すれば、一致した診断がつき、また非専門家でもおおよその判断がつくように考えられた。

もっとも、マニュアルですべて事足りるとする風潮には、アメリカでも反対があって、反マニュアル主義の人がいないわけではない。確かに、なにもかもマニュアル頼りと言うのは困るが、しかし近年の精密器機を日常的に使う時代には独立独歩のマニュアル嫌いも困る場合がある。DSM-IIIはたしかに「マニュアル時代」の落し子といえなくてはならないが、要はマニュアルとの付き合い方の問題であろう。精神科障害の診断に操作的診断基準を作ったり、共通の分類カテゴリーを考えたりするのは、いわば「エスペラント語」というか、あるいは「コンピューター言語」というか、要するに人工的共同言語(あるいは「標準語」と考えておけばよいのであって、A医師もB医師も、そしてC医師も「分裂病」と診断し、地域精神医療スタッフも「分裂病」と判断できる「文法」があれば、その診断基準はマニュアルとしては成功しているわけであって、その患者さんに対する関わり方もまた共通でありうると仮定することが、この人工語の目的である。このことはなにも分裂病の本質とは直接的には関係がない。ただ従来しばしばみられたように、1人の患者さんについてA医師は、「分裂病」、B医師は「非定型精神病」、またC医師は「境界例」というような診断の不一

致があり、その上パラメディカル・スタッフの眼には「パーソナリティの問題」にみえるといったことで、患者やその家族を混乱させないように配慮することが大切なのである。それぞれの医師の頭にたたき込まれた従来診断(標準語に対して「方言」と言えるであろう)を否定するわけではないが、地域精神医療に従事する医療スタッフの間では「標準語」で話そうということであると、考えおけばよい。

閑話休題。ところで、世界保健機構(WHO)は昔から全疾患の国際分類を作成してきた。国際疾病分類(ICD)と言う。現行はその第9回改訂版でICD-9と言うが、この春ICD-10が出来上がり2年後からはそれらを使うこととなった。そのなかで「精神・行動の障害(Fコード)」の章は、明らかにDSM-IIIの影響を受けていて、臨床像の分類や診断基準の作り方が従来の伝統と違うのだが、WHOはイギリスをはじめ、ヨーロッパ諸国の伝統を背負っていて、アメリカ製DSM-IIIの影響を受けたとはいえ、各所に伝統的精神医学の名残を残している。しかもWHOは、多くの発展途上国を視野に入れているから、ある程度の簡便性を考慮しなければならない。そういう意味では、ICD-10はDSM-IIIと比較して、長くドイツ精神医学の伝統を受け容れてきたわが国の精神科医には、納得し易いように思われた。したがって、私に与えられた研究課題を果たすのに、わが国の臨床の第一線で使用に耐える診断分類・基準の作成は、ICD-10の日本版を作製することにあると考え、その方針で作業を進めた。まず、ICD-10

の日本での使い勝手を検討するために、実地試行を計画したところ、大学精神科をはじめ、日本精神病院協会、日本精神科診療所医会の諸先生約600名の方々が協力して下さった。日本の精神科医のほぼ1割にあたる。その結果をもとに本年6月、「日本版ICD-10-CM」(草案)を報告することができた。これはさらに実地試行や、文献的検討を重ねて、より完成されたものにならなければならないと考えている。

WHOはさらに、このICD-10とともに非専門家が使用できる、「統合国際診断面接(CIDI)」という、精神障害の診断のための面接法を開発した。それによって国際的に世界各国の疫学的な調査をし、精神の健康・不健康についてのデータベースをジュネーブに作りたいようである。私個人の趣味としては、精神の健康とか不健康といったことをあまり画一的に捉えるのは好まないのだが、しかし、はじめにも述べたように「標準語」がないと医療スタッフ間の意志の疎通も悪く、また国際的にも通用しないのだから、標準語作りという作業も誰かがしなければならないであろう。そして、日本版ICD-10-CMを作ったからには、広く地域精神保健の分野で活躍されておられる諸氏に、好意的に受容して頂きたいと思うし、そうなるように修正も続けるつもりである。巻頭言の場を借り、お願いをこめて日本版ICD-10-CMの宣伝をさせて頂いた。

(この「日本版ICD-10-CM」の完成版は本年末には出版できる予定である。)

「痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア」
「施設の施設整備基準について」の一部改正について

〔各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長〕
健医発第800号 平成2年6月18日

老人性痴呆疾患対策については、かねてから特段の御配慮を煩わしているところであるが、今般、昭和63年7月5日付健医発第785号本職通知「痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の施設整備基準について」を次のとおり改正したので通知する。

なお、貴管下市町村、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

- 1 標題中「痴呆性老人専門治療病棟」を「老人性痴呆疾患専門治療病棟」に、「痴呆性老人デイ・ケア施設」を「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設」に改める。
- 2 本文中「痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設整備基準」を「老人性痴呆疾患専門治療病棟施設整備基準」及び「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設整備基準」に改める。
- 3 別添の「老人性痴呆疾患専門治療病棟施設整備基準」を次のとおり改正する。
 - (1) 基準中「痴呆性老人専門治療病棟」を「老人性痴呆疾患専門治療病棟」に改める。
 - (2) 第2の2(1)中「おおむね50床」を「おおむね40～60床」に、同(2)中「1床あたり」を「患者1人あたり」に改める。
 - (3) 第2の3(8)のA中「全長50メートル以上」を「おおむね全長50メートル以上」に、同イ中「2.7メートル以上」を「おおむね1.8メートル以上」に改める。
 - (4) 第2の3(9)中「不要であること」を「必要としない」に改める。
- 4 別添の「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設整備基準」中、「痴呆性老人デイ・ケア施設」を「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設」に、「痴呆性老人専門治療病棟」を「老人性痴呆疾患専門治療病棟」に改める。

心の健康づくり推進事業実施要領について

〔各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長〕
健医発第930号 平成2年7月11日

心の健康づくり対策については、昭和60年6月18日健医発第727号「心の健康づくり実施要領について」に基づき、心の健康づくりに関する相談指導等が行われているところであるが、今般、上記本職通知を下記のとおり改正し精神保健センターに「こころの電話」を設置する等心の健康づくりに関する相談事業の充実を図ることとしたので、その円滑な実施について、遺漏なきよう御配慮願いたい。

記

心の健康づくり推進事業実施要領の2の(2)を次のように改める。

(2) 心の健康づくり相談事業

精神保健センターにおいて、専門知識を有する者による面接相談及び電話相談（「こころの電話」）の窓口を設置し、地域住民が気軽に心の健康づくりについて相談できるような体制を整備する。

なお、電話相談においては、専門電話を設置するとともに、利用者の便宜をはかるため、窓口の開設時間等についても十分配慮する。

医師は必要に応じ診断を行い、医療機関への紹介、医学的指導等必要な処理を行う。

相談を行ったものについては、相談指導票を作成し、保管する。

調査研究：

わが国の薬物乱用・依存の特徴について

国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部長 福井 進

薬物乱用・依存問題はアメリカの薬物戦争に象徴されるように、各国とも深刻な社会問題に発展しており、薬物乱用対策が重要な社会対策の一つになっている。

欧米諸国ではヘロインを中心としたあへんアルカロイド系の麻薬、コカイン、大麻、LSDやCPCなどの幻覚剤、睡眠薬・抗不安薬・鎮痛剤などの医療用薬物、有機溶剤、覚せい剤など多種の乱用薬物が乱用されている。

著者はわが国の薬物乱用・依存の実態を把握すべく全国の精神科医療施設を対象に薬物依存の実態調査を施行してきた。

その結果よりわが国の薬物依存の特徴を報告する。

1) 薬物依存の全般的傾向

最近15年間の薬物依存の推移を示した。

昭和51年は覚せい剤と有機溶剤が社会での乱用を反映して、精神病院への受診が目立ってきた。またそれまでの薬物依存の主体であった睡眠薬、

乱用薬物の推移 (%)

	昭61年	昭62年	昭63年	平元年
覚醒剤	31.3	42.7	39.2	40.8
有機溶剤	17.7	38.9	34.2	38.7
睡眠薬	13.5	5.4	9.6	5.6
抗不安薬	9.4	2.0	2.4	1.9
鎮痛薬	25.0	9.6	9.5	7.0
鎮咳薬	0	0.7	3.4	3.9
大麻	0	0	0.1	0.8
コカイン	0	0	0	0.2
症例数	96	803	881	915

抗不安薬は昭和50年までに依存性を有するこれらの薬は要指示薬に指定されたため減少している。

昭和57年以降では覚せい剤と有機溶剤は80%を占め、わが国の主要な乱用薬物であり、わが国の社会で広く乱用されていることを示している。

それに対し、睡眠薬、抗不安薬は著しく低下しており、これらの薬物依存が現在、医学的、社会的にそれほど問題になっていないことを裏づけている。要指示薬に指定された効果がでており、また睡眠薬、抗不安薬の殆どが依存形成の低い Benzodiazepine 系薬物になっていることが影響していると考えられる。

昭和62年、平成元年の実態調査で大麻が少数であるが認め、増加傾向があり、また平成元年の調査でコカイン依存を初めて認めたが、大麻、コカインの乱用が海外の影響を受けて今後問題になってくるかと危惧される。

2) 薬物別の依存例の特徴

平成元年の実態調査により、依存例の特徴について報告する。

対象は、平成1年8月1日から9月末日までの2ヶ月間に受診した薬物依存患者について、1964施設に質問表を送り、50%の施設より回答を頂いた914例である。

平成1年度薬物依存例の薬物別、性別、年齢別分類

	覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	液状鎮咳剤	大麻	コカイン	その他	不明
全体	373(40.8)	354(38.7)	51(5.6)	17(1.9)	64(7.0)	36(3.9)	7(0.8)	2(0.2)	7(0.7)	4(0.4)
男性	297(79.6)	283(79.9)	30(58.8)	13(76.5)	30(46.9)	28(77.8)	7(100.)	—	4(0.4)	2(0.2)
女性	69(18.5)	68(19.2)	18(35.3)	4(23.5)	33(51.6)	8(22.2)	—	2(100.)	3(0.3)	1(0.1)
不明	7(1.9)	3(0.8)	3(5.9)	—	1(1.6)	—	—	—	—	1(0.1)
19歳以下	12(3.2)	144(40.7)	—	—	2(3.1)	2(5.6)	1(14.3)	1(50.0)	2(28.6)	—
20~29歳	111(29.8)	153(43.2)	4(7.8)	1(5.9)	3(4.7)	18(50.0)	4(57.1)	1(50.0)	3(42.9)	—
30~39歳	118(31.6)	47(13.3)	15(29.4)	3(17.6)	11(17.2)	8(22.2)	1(14.3)	—	2(28.6)	—
40~49歳	91(24.4)	2(0.6)	12(23.5)	7(41.2)	15(23.4)	3(8.3)	1(14.3)	—	—	2(50.0)
50~59歳	29(7.8)	—	10(19.6)	2(11.8)	17(26.6)	2(5.6)	—	—	—	—
60歳以上	—	—	6(11.8)	1(5.9)	10(15.6)	—	—	—	—	1(25.0)
不明	12(3.2)	8(2.3)	4(7.8)	3(17.6)	6(9.4)	3(8.3)	—	—	—	1(25.0)

初回使用動機—1

	調査数	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛剤	有機溶剤	覚せい剤	鎮咳薬	筋弛緩剤	大麻	その他	コカイン	不明	無回答
全体	914	51	17	64	354	372	36	2	7	5	2	1	3
自発的	264	30	4	34	97	80	15	—	1	2	—	1	—
誘われて	542	7	1	5	263	242	14	—	5	3	1	—	1
強制されて	36	1	—	1	7	24	1	—	—	—	2	—	—
医師から処方されて	57	19	8	24	1	3	—	2	—	—	—	—	—
薬局から勧められて	16	3	2	4	—	—	7	—	—	—	—	—	—
その他	22	—	—	—	9	10	3	—	—	—	—	—	—
不明	103	3	5	5	30	53	4	—	2	1	—	—	—
無回答	12	—	—	1	5	4	—	—	—	—	—	—	2
	1.3	—	—	1.6	1.4	1.1	—	—	—	—	—	—	66.7

(1) 性別

覚せい剤、有機溶剤依存例では男性が圧倒的に多くを占めているのが特徴であった。それはこれらの薬物乱用が反社会的・非社会的行為と関係しているためと考える。社会医学的に流行病型乱用に属する。

それに比べて睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬は男女差が縮小している。鎮痛剤では逆に女性の方が多い。今回の調査では抗不安薬は男性

の占める率がより高いが、過去の調査では女性の方が高い結果がでている。

男女差が縮小している薬物依存を医源性薬物依存と社会医学的に分類されている。

不眠、不安、疼痛などの治療の目的から薬を使用し、依存に陥ったものが多いことを示している。

(2) 年齢別

覚せい剤依存は30歳代、次いで20歳代と青

壮年が中心であり、40歳代と続いている。過去の調査に比べて、40歳代が増えており、最近の特徴である乱用者の高齢化、乱用の長期化を示す結果である。

有機溶剤依存は、20歳代、10歳代そして30歳代の順になっている。有機溶剤の乱用者の殆どは未成年者であるが、精神科を受診する例は乱用が長期化したものが多く、動因喪失症候群や幻覚・妄想などの精神病状態を呈して受診するためであろう。

睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬依存例は30歳代から多くなり、中高年者が中心であることが特徴である。初回使用の動機は不眠、不安、疼痛の改善のため医師より投与を受けたとするものが多かった。社会的にも家庭的にも負担がかかる年齢であり、不安、不眠、疼痛など精神・身体的苦痛が顕在化してくることと関係がある。

【まとめ】

わが国の薬物乱用は戦後の覚せい剤乱用に始まり、その歴史は浅い。しかしその後ヘロイン、睡眠薬、鎮痛薬などが社会で乱用されて、その都度

社会的にも医学的にも問題となった。

そして現在は覚せい剤と有機溶剤が20年以上にわたり主要な乱用薬物として乱用されており、諸外国とは異なるわが国特有の状況にある。

外国の薬物乱用の状況に比べ、あへんアルカロイド系麻薬、大麻、コカインの乱用が殆どなく、医療用薬物の乱用が少ないことが、わが国の薬物乱用・依存の特徴であり、社会への影響をより少なくしている。

しかし、最近の覚せい剤乱用の長期化による遷延持続型の覚せい剤精神病や人格障害を中心とした残遺症候群が増加することが考えられ、今後は長期乱用者対策が必要である。

有機溶剤は最近では乱用開始の低年齢化がいわれており、発達過程の未成年におよぼす影響は非常に大きいものがある。学校、社会生活を含め早期の解決が望まれる。

現在の睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬依存例の多くは医源性のものであり、医師の責任は大きい。患者の愁訴に安易に迎合することなく慎重な投薬が望ましい。

老人保健施設内の痴呆の有病率の調査について

国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部長 大塚俊男

はじめに

精神病院、一般病院および老人病院に在院中の痴呆患者の有病率についてはこれまで調査が行われ、おおよその割合は明らかとなっている。老人保健法の改正に伴って創設された老人保健施設は最近、その数も増えてきているが、それに伴って痴呆の老人の入院も増加してきていると言われていた。しかし、その実情は明らかではない。そこで今回、全国老人保健施設協会の協力を得て調査ができたので、その結果を報告する。

1. 調査方法

全国老人保健施設協会所属の老人保健施設を対象として、一定の調査票を郵送し、アンケート法によって調査を行った。

調査は、在所中の老人を対象に第1に、痴呆疾患（脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆、その他の痴呆疾患）の疾患別、男女別、年齢段階別の患者数、第2に痴呆疾患のうち、ねたきり状態の患者数、失禁のある患者数、徘徊、叫声、不潔行為などの問題行動を伴う患者数、痴呆が主症状で入所した患者数、痴呆の重症度別の人数の調査を行った。その際の痴呆疾患の診断基準は、以下の如くとし、その診断は調査対象病院の医師によって行われた。

2. 調査結果

全国老人保健施設協会所属の202ヶ所の老人保健施設を対象として、平成2年1月17日現在の在所痴呆患者の状況について一定の調査票を郵送し、アンケート法による調査を行った。その結果、148ヶ所の老人保健施設より有効回答が得られ、回収率は73.3%であった。148ヶ所の老人保健施設の全在所老人数は9,923人(男2,945人、女6,978人)であった。

表1 1990年2月17日現在、在所中の老人の男女別、年齢段階別の人数

	70歳未満	70歳～79歳	80歳以上	合計
男	174人	1,297人	1,474人	2,945人
女	229人	2,870人	3,879人	6,978人
合計	403人	4,167人	5,353人	9,923人

痴呆患者は、全体で4,820人であり、全在所老人の48.6%を占めている。

疾患別の患者の割合をみると、脳血管性痴呆が3,066人で全在所中患者の30.6%を占め、アルツハイマー型痴呆が1,003人で10.1%、その他の痴呆患者が751人で7.6%を占めている。

表3 疾患別・男女別痴呆患者

	総計	男合計	70歳未満	70～79歳	80歳以上	女合計	70歳未満	70～79歳	80歳以上
脳血管性痴呆	3,066人 (63.6%)	1,063	51	459	553	2,003	39	769	1,195
アルツハイマー型痴呆	1,003人 (20.8%)	240	2	86	152	763	6	277	480
その他の痴呆疾患	751人 (15.6%)	195	12	73	110	556	13	209	334
合計	4,820人 (100%)	1,498人 (31.1%)	65人	618人	815人	3,322人 (68.9%)	58人	1,255人	2,009人

表2 全在所中の老人に対する痴呆疾患別の患者の割合

脳血管性痴呆	30.9%(3,066人)
アルツハイマー型痴呆	10.1%(1,003人)
その他の痴呆疾患	7.6%(751人)
合計	48.6%(4,820人)

痴呆患者の中での割合をみると、脳血管性痴呆が全体の63.6%を占め、アルツハイマー型痴呆が20.8%、その他の痴呆が15.6%を占めている。性別では男が1,498人、女3,322人で、女の患者が男より多い。

痴呆患者の身体状態別の割合をみると、ねたきり状態の患者は19.6%、失禁のある患者は51.1%、問題行動を伴う患者は28.0%、治療を必要とする内科的合併症のある患者は51.2%を占めている。これらの老人保健施設に痴呆を主症状として入所

した患者は43.8%を占めている。

表4 痴呆患者の身体状態と割合

状態	人数	合計(割合)
ねたきり状態の患者	946人	19.6%
失禁のある患者	2,465人	51.1%
問題行動を伴う患者	1,349人	28.0%
治療を必要とする内科的合併症を伴う患者	2,470人	51.2%
痴呆が主症状で入所した患者	2,110人	43.8%

痴呆を重症度別にみると、軽度1,341人(27.8%)、中等度1,820人(37.8%)、高度1,199人(24.9%)、最高度460人(9.5%)であった。

表5 痴呆の重症度別の人数と割合

軽度	中等度	高度	最高度
1,341人 (27.8%)	1,820人 (37.8%)	1,199人 (24.9%)	460人 (9.5%)

紹介:

1 横浜市が行なった

「精神障害者社会復帰援助活動調査研究」について

1. 本研究の背景と調査の概要

本調査は、昭和62年度に横浜市精神障害者家族会連絡会が横浜市と協力して行なった、「精神障害者をかかえる家族のニーズ調査」を補完するものとして企画されたもので、横浜市における在宅精神障害者に対する社会復帰援助活動の現状を明らかにするとともに、課題と今後必要とされるサービス内容を明らかにしようとしたものである。

調査方法は、専門職を対象としたグループインタビュー方式によるヒアリング調査及び、保健所医療ソーシャルワーカー、福祉事務所生活保護担当ケースワーカー及び地域作業所指導員を対象としたアンケート調査によって行なっている。

2. 調査結果の概要

グループインタビュー調査結果については表1の通りである。ここでは、社会資源の不足、マンパワーの不足、受け皿の不足が課題としてあげられたほか、地域の偏見や理解不足からくる住宅難問題が指摘され、今後の課題として、地域で生活しやすくするためには、「衣・食・住」が望ましい環境づくりとして指摘されている。

アンケート調査では、先のグループインタビュー調査の結果に指摘された問題点、今後必要とされるサービス等を学的に把握するのを目的とした。専門職の日常的な活動の中で得られたケースの分析を行なったものである。

有効回答は391で、これについて分析している。男女比は64.2対29.4(不明6.4)。35~39歳が18.4%、25歳以上50歳未満が65.5%。調査対象の住居状況は70%が家族と同居、単身者は20%その他10%である。主な生計維持者を父母とするものは56.2%だが、本人とするものが27.9%あった。以

下、現在の状況、対象者の問題点、家族の問題点、援助者側の問題点等について表及び図で結果を示すことにする。

さらに、今後必要と思われる施策及びサービスの内容についても調査されているので、その一部について紹介することにする。

図1 現在の状況

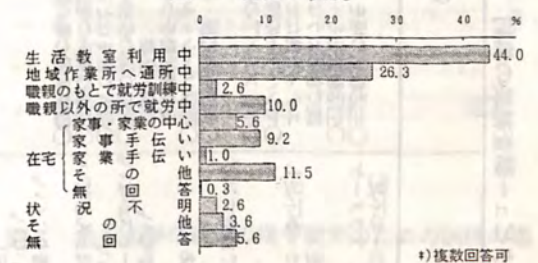


図2 対象者の問題点

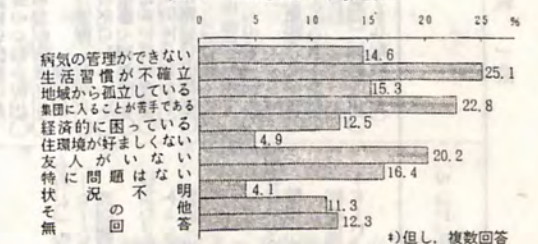


図3 家族の問題点

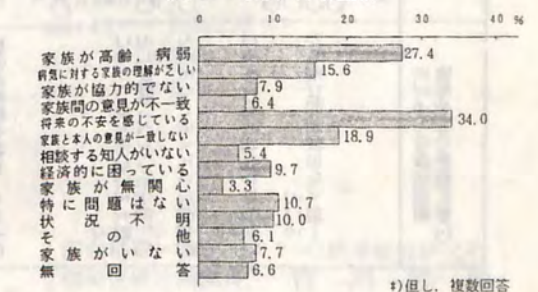


表1 グループインタビュー調査結果の集約

①専門職等の社会復帰 援助活動のとりえ	②専門職等が果たしている 役割	③問題点	④改善策	⑤新たなサービス課題
<ul style="list-style-type: none"> ○専門職等の社会復帰援助活動のとりえ ○一人の日常生活に近づけること ○自分なりの生活ができること ○生活のリズムをつくること ○「自分がいてよい場所」と思える心の支えをつくること ○人によって社会復帰の目標が異なる。(その人に合った援助の提供) ○社会復帰のことでなく、いかに良い医療を確保すべきかについても考えるべき 	<ul style="list-style-type: none"> (保健所) ○医療ソーシャルワーカー ○普及・啓発としての教育 ○個別相談・指導 ○生活教室での相談・指導 ○生活教室で仲間づくりの場を提供 (保健所保健課) ○生活教室での指導・訓練 ○老人性痴呆症のデイケア ○アルコール依存症への対応 (福祉事務所生活保護担当) ○生活保護申請のサポート ○経済的援助を中心としたかわり (病院の精神科) ○医療ソーシャルワーカー ○患者の受け入れと退院、病棟での生活訓練 (精神科医師) ○病院での精神科デイケア (施設指導員) ○生活保護受給者の受け入れと生活訓練 (地域作業所指導員) ○就労を通じての指導・訓練 	<ul style="list-style-type: none"> (社会資源やサービス、マンパワーの不足) ○生活教室(目的、回数、内容、アフターケア)など問題 ○保健所マンパワーの絶対的不足 ○生活教室の医療ソーシャルワーカーが不足している ○多忙である ○一人の患者を継続して支援できるマンパワーがない ○保健所の応援体制が不十分である (受け皿の不足) ○相談されても紹介できない施設がない ○生活教室と職員の中間的サービスがない ○デイケアの次のステップがない ○大企業が職親になるケースがほとんどない (住宅難) ○生活保護受給者はアパートが借りにくい ○住宅を借りる場合の保証人がいない (他の機関や専門職との連携不足) ○保健所保健課と医療ソーシャルワーカーとの連携が不十分 ○チームワークが足りない ○救急対応に一番困っている ○福祉事務所と保健所との定期的な協議の場がない ○家族の協力の問題 ○家族関係が希薄な人が多い ○家族の協力が得にくい場合がある (地域の偏見や理解不足) ○退所しても偏見が強く、地域社会での生活がむずかしい (その他の問題) ○保健所は精神保健活動の役割が明確でない ○こともあり、訪問しにくい体制になっている ○退所しても服薬管理がむずかしい ○患者の高齢化が目立つ ○対象者の状況がきちんと把握できない ○職親の期間が6ヶ月では不十分である ○病歴はわかっても職業適性が不明 ○職親に対する優遇処置が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活教室の場をもっと地域に広げる ○生活教室をもっと身近に気懸けに行けて相談できるような場にする。内容にもバラエティを持たせる。(戸外活動の採用) ○マンパワーの待遇改善 ○ボランティアの確保 ○保健所の応援・体制の強化 ○医療ソーシャルワーカーは地域関係機関及び活動をつなぐコーディネーター的役割が必要 ○就労の場の多様化と仕事の種類の開発 ○選べるように施設数を増加させる ○地域作業所の増設 ○職業実習の場の開拓 ○住宅の確保(単身者住宅など) ○救急医療など病状との連携の強化 ○病状が悪化した場合の往診体制の確立 ○福祉事務所と保健所との定期的な協議 ○関係機関の総合的支援体制づくり ○病院や保健所等からの必要な情報提供 ○家族や職場での理解を深める ○家族及び家族会との協働体制づくり ○地域の偏見や誤解を取り除く努力 ○医療水準の底上げ ○職員の研修の充実 ○マスコミやビデオを通してのPR活動 ○職親の訓練期間の延長と補助金の増額 ○職親の受け入れルートの一元化と職業適性や医学的知識に関する情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ⑤新たなサービス課題 (医・職・住の環境整備) ○望ましい環境づくりの方向 ○社会復帰のための一貫した施設づくり ○地域性を重視した身近な施設づくり ○夜間や救急時の対応可能な施設づくり ○多様性を持ったサービスメニューの提供 ○24時間オープンな相談、ケアができる施設 ○職親自身が選べるような柔軟性のある施設づくり ○職親が一人でも生活できるような環境の整備(保証人の組織づくりなど) ○交流の場としての受け皿づくり ○行政、医療機関、家族によるバックアップ ○施設間のネットワークづくり ○行政が情報伝達の役割を果たす ○家族、住民、職場理解の促進、普及活動 (具体的なサービス課題) ○川崎市ハビリテーション医療センターのよきな専門施設の整備 ○職親、地域作業所と異なる職場の開拓(保護工場的な施設) ○受け皿づくり(病院と家庭との間の施設、就労の場) ○生保以外の人も受け入れられる施設づくり ○生活ホーム ○短期利用施設 ○医療水準の底上げとデイケア等生活訓練の実施 ○教育・研修の充実 ○職親や能力の評価を明確にして職親につなげていく工夫 ○就労の場の開拓 ○職親の開拓 ○職親に対する優遇処置の検討 ○精神障害者の雇用に対する助成金 ○地域作業所の仕事の共同受注システム ○良質な住環境の確保 ○ケア付き共同住宅の建設 ○公営住宅の優先入居(保証人組合)

表2 対象者の問題点(居住状況別)

順位	家族と同居	一人暮らし
1位	生活リズム・金銭管理等の生活習慣が確立していない。(32.1%)	近隣となじまず、地域から孤立している。(27.8%)
2位	集団に入ることが苦手である。(26.6%)	友人がいない。(22.8%)
3位	友人がいない。(21.2%)	集団に入ることが苦手である。(16.5%)
4位	通院・服薬等の病気の自己管理が充分でない。(15.7%)	通院・服薬等の病気の自己管理が充分でない。(16.5%)
5位	近隣となじまず、地域から孤立している。(13.5%)	経済的に困っている。(13.9%)
	特に問題はない。(16.4%)	特に問題はない。(21.5%)

表3 必要と思われる施策・制度

順位	複数回答	最もあてはまるもの一つ
1位	疲労・不安等を解消するための一時的に休息できる場(専門職員によるケアサービス) (47.3%)	疲労・不安等を解消するための一時的に休息できる場(専門職員によるケアサービス) (12.0%)
2位	一般企業の雇用促進を図るための諸施策(例えば企業内相談員設置の充実など) (32.7%)	一般企業の雇用促進を図るための諸施策(例えば企業内相談員設置の充実など) (10.7%)
3位	夜間・休日の電話相談 (22.5%)	職親制度の期間・訓練手当等の見直し (4.9%)
4位	職親制度の期間・訓練手当等の見直し (21.7%)	夜間・休日の救急医療・相談体制 (2.6%)
5位	夜間・休日の救急医療・相談体制 (19.7%)	夜間・休日の電話相談 (2.3%)
6位	関係機関等との合同カンファレンス (14.6%)	関係機関等との合同カンファレンス (1.5%)

図4 援助者側の問題点

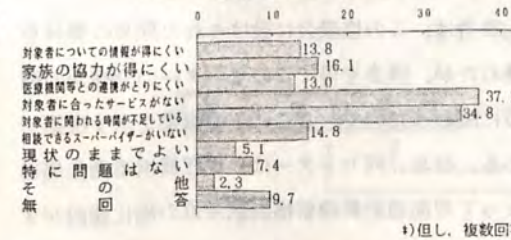


図5 対象者にとって最も必要な生活の場

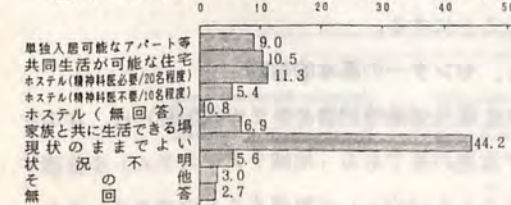


図6 対象者にとって最も必要なケアや活動の場

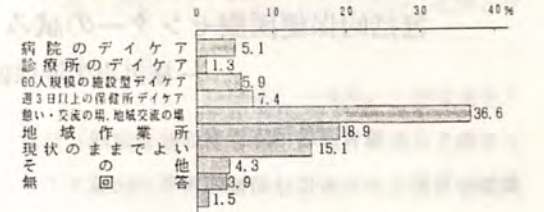


図7 最も必要なケアや活動の場(対象者の年齢別)

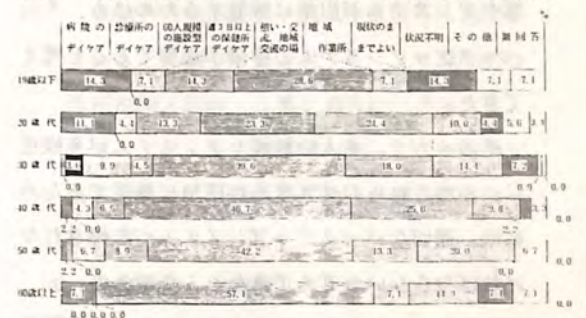


図8 最も必要な就労の場や就労のための訓練の場

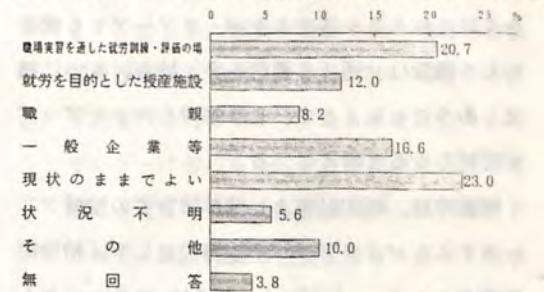
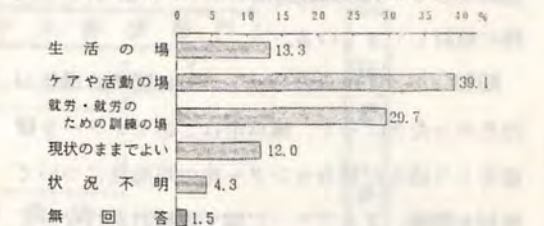


図9 対象者にとって当面最も必要な場



(国立精神・神経センター 精神保健研究所
精神保健計画部長 吉川 武彦)

2 地域ケアシステムをバックアップする 包括的保健医療センターの試み

—横浜市生涯保健医療総合センター—

かねてより筆者は精神障害者の社会復帰と社会参加の常態化のためには精神障害者の地域ケアシステムが多様化し、かつこのシステムが円滑に機能することが求められていると述べてきたが、地域ケアシステムが円滑に機能するためにも、そのバックアップシステムの整備が必要であると考えてきた。

その一方で、老人の地域ケアシステムが多様化し、かつこれらのシステムが円滑に機能するためには、適切なバックアップシステムが整備されなければならないと考えてきたところである。

さらに、これらのシステムすなわち、精神障害者の地域ケアシステムと老人の地域ケアシステムはかなり共通する要素をもつことが明らかであり、とくにこれら2システムをバックアップする機能をもつ施設は共通する要素を多く持ち、互いに補完しあうことによって、より強力なバックアップが可能となると考えている。

横浜市は、昭和61年より精神障害者の地域ケアシステムをバックアップする施設として「精神衛生総合センター（仮称）」を検討してきた。さらに、老人の地域ケアシステムをバックアップする施設として「生涯保健医療センター（仮称）」も同時に検討してきている。

昭和62年、これらの2センターに関する構想が出そろったところで、横浜市はこのセンターを機能を取り込んだ総合センター化の可能性について検討を開始、2センターに関する検討を行ってきた委員に加え、総合化に向けて新たに検討委員を選任して、3部会から成る「生涯保健医療総合センター（仮称）建設協議会」を設けた。

この建設協議会の要綱の第1条に会の趣旨が以下のように述べられている。

「生涯にわたる健康づくりを推進するとともに、保健・医療・福祉の連携による成人・老人の在宅ケア、心の健康対策等21世紀に向けての重要課題に総合的に対応することを目的とする生涯保健医療総合センター（仮称）の整備に関する事項を協議する（後略）」

精神障害者に対する直接サービスを行なう機関であるとともに、市民に対して精神保健に係る啓発、教育及び相談、診療をも行なう総合センターの設置を旨としていたものと、寝たきりあるいは痴呆性老人の在宅ケアの推進をめざす地域ケアシステムのバックアップ施設として特別養護老人ホーム（福祉施設）、老人保健施設（保健施設）、老人病院（医療施設）の三機能をもつとともに、地域開業医に対するオープンシステムをとる医療機関をめざした複合施設「生涯保健医療センター」の建設は、当初はなかなかすり合わなかった。

通算25回の会合を経て、センターは6部門より構成されることが合意された。さらに、6部門の分担も明らかとなり、生涯保健医療総合センターの全貌がはっきりとしてきたのであった。

筆者は、この協議会に設けられた部会の委員を務めたが、機会を得てこのセンターの全構想の纏めに関わったので、ここにその概要を示す次第である。なお、同センターは、現在横浜市衛生局によって東海道新幹線新横浜駅至近の地に建設がすすめられている。

以下、資料として基本構想から抜粋を掲げておくことにする。

1. センターの基本的役割

生涯保健医療総合センター（仮称）は、在宅ケア推進の要である「地域ケアシステム」を支援することを目的として整備するものである。また、

このシステムを支援するに当たっては、総合相談から総合的な評価・判定を行い、在宅での生活を可能ならしめるためのケアプランを策定し、関係機関等と十分な連携を図りつつ支援を行う必要がある。

このことを前提にして、次のような基本的役割を持つものとするべきである。

(1) 心身の生涯健康づくりへの支援

保健所や地域医療機関等の諸活動により効果的なものにしていくため、成人病患者やその罹患のおそれの強い者、並びにストレス等により生活不適應を生じている者に対して、実践を通して生活習慣の変容を結びつける健康教育入所等を実施する。また、生涯健康づくりの推進をめざした健康教育教材の開発や最新の視聴覚教材の提供、健康教育関係者への研修等を実施する。さらには、子供から高齢者に至るまでの一般市民が気軽に利用し、健康知識を身につけることをねらいとした各種展示コーナー等も設置する。

(2) 要援護老人の在宅ケアへの支援

病状不安定な要援護老人の長期にわたる在宅ケアの継続には、昼夜の介護に明け暮れ、身体的にも精神的にも過大な負担を強いられ、

家族の負担・不安の軽減を図っていく

ことはもちろんのこと、在宅での医療面の保障を適切に行っていくことも同時に必要となってくる。

このため、介護者の介護疲れや要援護老人の病状の変化により一時的に介護が必要となった時などに、医学的管理のもとで、短期入所・デイケアなどの諸サービスを提供する。

(3) 心の病をもつ者の社会復帰への支援

保健所の生活教室や地域作業所等に通所している心の病をもつ者のうち、より専門的な生活指導・訓練が必要な場合に、デイケア・ナイトケア・就労指導等のサービスを提供するとともに、社会復帰活動への援助等も併せて行う。

(4) 地域医療への支援

在宅においても必要な医療が提供され、家族や介護者が医療への不安をもたずに介護に専念できることが、在宅ケアの基本条件である。このため、家族医機能を担う地域医療機関の診療活動をバックアップし、在宅での医学的管理を行いやすくすることを目的として、センターにおける高度検査機器の共同利用を図るとともに、地域医療機関からの依頼による検査入院、医師の生涯研修等を通じて地域医療への支援を行う。

図1 センター各部門の構成

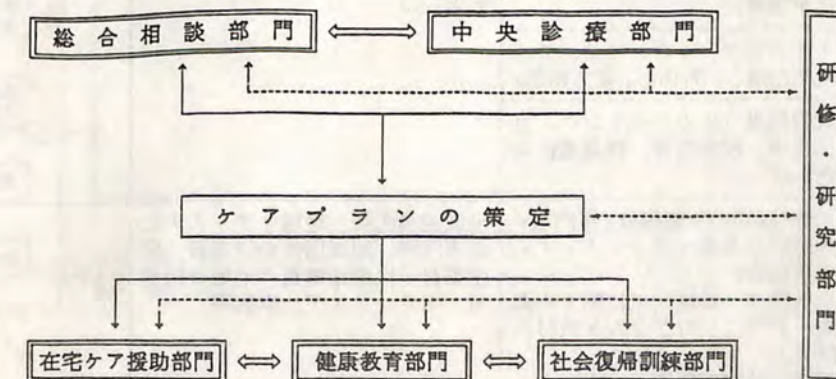
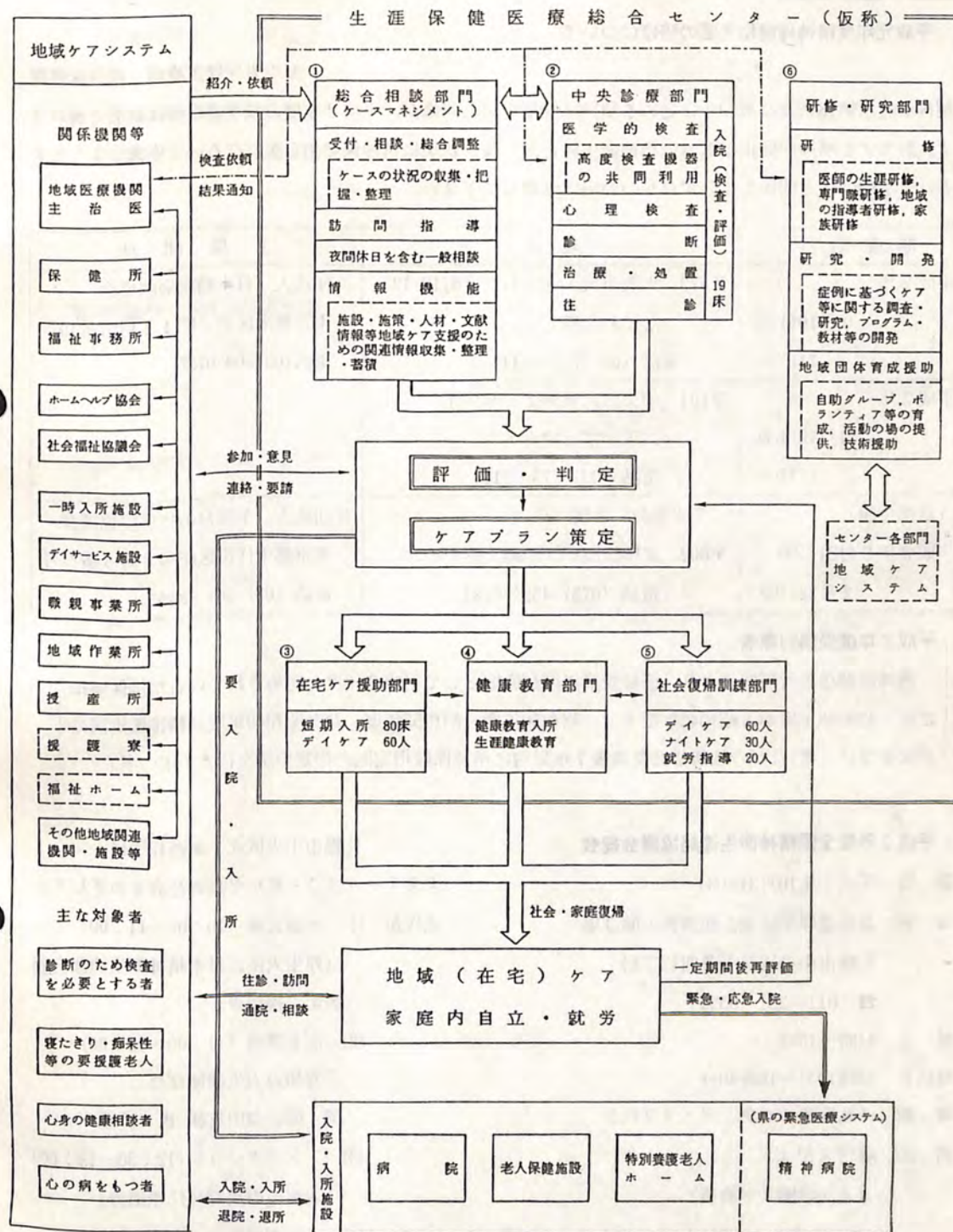


表1 生涯保健医療総合センター（仮称）の各部門

部門	機能及び事業内容	対象	他部門との連携等
総合相談部門	● ケースマネジメント（総合相談、評価・判定・ケアプラン策定、訪問指導）	地域ケアシステムだけでは対応が困難な者 （診断のため検査を必要とする者、寝たきり・痴呆性等の要介護老人、心身の健康相談者、心の病をもつ者など）	地域でのケアを継続援助するために医師及び専門職等からの指示及び要請を統合化する。ケアを受けているものとその家族に最も適した形での諸サービスが提供しうよう総合的な調整を行なう部門
	● 一般相談（面接、夜間休日を含む電話相談）	心身の健康に関する相談・援助を求める一般市民	
	● 情報機能（施設・サービス・人材・ニーズ・医療情報等）	地域ケアシステムに従事する地域開業医師、その他の専門職、家族等	
中央診療部門	● 医学的検査、心理検査、診断、治療、介護者の健康管理、入院及び外来	総合相談に結びついた者のうち、医学的検査・管理を必要とする者	当部門は、総合相談部門と結びつき、施設利用者の医学的・総合評価を行う中枢部門
	● 高度検査機器の共同利用（オープンシステム）	地域開業医師	
在宅ケア援助部門	● 短期入所（医学的管理、機能訓練、軽体操、軽作業、音楽、レクリエーション、給食・入浴サービス）	寝たきり・痴呆性等の要介護老人のうち、ケアプランにより、短期入所・デイケアが必要であると判定された者	医学的管理は、中央診療部門の外来を利用
	● デイケア（医学的管理、機能訓練、軽体操、軽作業、音楽、レクリエーション、給食・入浴サービス）		
健康教育部門	● 健康教育入所（医学的管理、栄養処方、運動処方、相談・指導等）	成人病・ストレス等心身の健康相談者のうち、ケアプランにより、健康教育入所が必要であると判定された者	検査は、中央診療部門の外来を利用
	● 生涯健康教育（健康教室・相談会の開催、教材貸出、情報提供・人材派遣、パネル・介護機器・作品等の展示）	心身の健康に関する相談・援助を求める一般市民	
社会復帰訓練部門	● デイケア（医学的管理、カウンセリング、生活指導、グループワーク、レクリエーション指導、作業指導）	心の病をもつ者のうち、ケアプランにより、デイケア・ナイトケア・就労指導が必要であると判定された者	医学的管理は、中央診療部門の外来を利用
	● ナイトケア（カウンセリング、生活指導、一時休息、就労相談）		
	● 就労指導（カウンセリング、生活指導、授産指導、職業適性判断）		
研修・研究部門	● 研修（医師の生涯研修、専門職・地域の指導者・ボランティア・家族研修） ● 研究開発（地域ケアに関する調査・研究、プログラム・教材の開発） ● 地域団体育成援助	地域開業医師、地域ケアシステムの専門職、地域団体の従事者、民生委員・保健指導員等地域の指導者、ボランティア、家族等	

図2 生涯保健医療総合センター（仮称）の機能と流れ



（国立精神・神経センター精神保健研究所）
精神保健計画部長 吉川 武彦

お知らせ

1 平成元年度精神保健指定医の研修について

厚生省保健医療局 精神保健課

精神保健法第18条及び第19条に定める精神保健指定医の研修が、平成2年度の残りの日程は以下のとおりです。該当する精神保健指定医（旧精神衛生鑑定医）及び新規に精神保健指定医になるべく申請しようとする者は、主催団体と関係なくいずれかの会場で受講して下さい。

開催期日	場所	主催団体
平成2年 9月10日(月) 11日(火)	〒573 大阪市天王寺区石ヶ辻町19-12 なにわ会館 電話(06)772-1441	社団法人 日本精神病院協会 東京都港区虎ノ門1丁目21番19号 電話(03)508-0735
平成2年 11月16日(金) 17日(土)	〒104 中央区八重洲2-9-1 八重洲富士屋ホテル 電話(03)273-2111	
[京都会館] 平成3年2月21日(木) 2月22日(金)	[平安会館] 2階 東山 〒602 京都市上京区烏丸通上長者町ビル 電話(075)432-6181	社団法人 全国自治体病院協議会 東京都千代田区紀尾井町3番27号 電話(03)261-8555

平成2年度受講対象者

精神保健法施行規則により、研修受講年度が原則として平成2年度と定められている精神保健指定医（昭和38年度から昭和42年度まで、昭和50年度、昭和55年度、及び昭和60年度に精神鑑定医の指定を受けた者）及び今後研修会受講後1年以内に精神保健指定医の指定申請を行う予定の者。

2 平成2年度全国精神衛生連絡協議会総会

札幌市中央区北1条西12丁目

期日 平成2年10月31日(木) 大会テーマ「ころ豊かな長寿社会をめざして」
会場 北海道厚生年金会館清流の間3階 札幌市中央区北1条西12丁目 式次第 (1) 大会式典(10:00~11:00)
☎ 011-231-9551 (厚生大臣、日本精神衛生連盟会長表彰、挨拶等)
総会 14時~15時 (2) 記念講演(11:00~12:00)
懇話会 15時10分~16時40分 「喜頓の人生楽屋ばなし」
講演 「北海道の歴史とアイヌ文化」 講師 益田喜頓氏(俳優)
講師 藤村久和氏 (3) アトラクション(12:30~13:00)
(北海学園大学教授) 北海道の民謡「江差追分」
(4) シンポジウム

3 第38回精神保健全国大会

期日 平成2年11月1日(木)
会場 北海道厚生年金会館(☎231-9551)

「今、心の健康は！ライフサイクルからみた心の健康づくり」

4 第33回病院・地域精神医学会総会

平成2年10月8日(月)~9日(火)
新霞が関ビル〈全社協ホール〉他

5 第6回日本精神衛生学会大会

平成2年10月25日(木)~26日(金)
東京ガーデンパレス湯島会館(東京お茶の水)☎03-813-6211

6 精神科診断に関する国際会議

平成2年9月5日(水)~7日(金)
明治記念館

7 日米薬物依存シンポジウム'90

「コカインと覚せい剤をめぐって」
平成2年9月7日(金)~8日(土)
国際研究交流会館
☎03-542-2511

8 映画完成「150万人の訴え」

—精神障害者・その人権と差別—
(文部省選定。市民教育。社会福祉・医療・行政・雇用関係者研修用作品)
東映株式会社 教育映像営業部
〒104 東京都中央区京橋2-4-12
(☎03-272-5191)

事務局だより

- 今年度の精神保健全国大会は「お知らせ」欄のとおり11月1日札幌市で開催されます。また、大会前日の10月31日には当連絡協議会総会に引き続き懇話会を開くことによりありますので、関係各位の御出席をお待ちしております。
- 事務局では、皆様からの当協議会の運営に参考となるような御意見、その他精神保健に関連する興味ある事例等の投稿をお待ちしています。

強力な抗幻覚・妄想作用



インプロメンは新しいブチロフェン系の抗精神病薬で――

- 1.強力な抗幻覚・妄想作用を示す。
- 2.鎮静作用は緩和で、過鎮静が少ない。
- 3.効果の発現が速い。
- 4.作用が持続的で、1日1回投与も可能。
- 5.錐体外路系、自律神経系の副作用が比較的軽度。

Impromen®

- 精神分裂病の幻覚、妄想、接触障害などの改善に
- 外来例および寛解維持期にある症例に

精神神経安定剤

劇指要 **インプロメン®** 錠 1mg・3mg・6mg
細粒
ブロムペリドール

＜効能・効果＞ 精神分裂病

＜用法・用量＞

ブロムペリドールとして、通常成人1日3～18mgを経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日36mgまで増量することができる。

＜使用上の注意＞

(1) 一般的注意

眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。

(2) 次の患者には投与しないこと

1) 昏睡状態の患者、またはバルビツール酸誘導体等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある患者

2) 重症の心不全患者 3) パーキンソン病のある患者

4) ブチロフェン系化合物に対し過敏症の患者

(3) 次の患者には慎重に投与すること

1) 肝障害のある患者

2) 心・血管疾患、低血圧、またはそれらの疑いのある患者（一過性の血圧降下があらわれることがある。）

3) てんかん等の痙攣性疾患、またはこれらの既往歴のある患者（痙攣閾値を低下させることがある。）

4) 甲状腺機能亢進状態にある患者（錐体外路症状が起こりやすい。）

5) 高齢者（錐体外路症状が起こりやすい。）

6) 小児 7) 薬物過敏症の患者

8) 脱水・栄養不良状態等を伴う身体的疲弊のある患者（Syndrome malinが起こりやすい。）

(4) 副作用

1) 循環器 ときに血圧降下、頻脈・心悸亢進、胸内苦悶感等の症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い慎重に投与すること。また、心電図変化（QT間隔の延長、T波の変化等）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には減量または投与を中止すること。

2) Syndrome malin 無動減熱、強度の筋強剛、嚥下困難、頻脈、血圧の変動、発汗等が発現し、それに引き続き発熱がみられる場合は、投与を中止し、体冷却、水分補給等の全身管理とともに適切な処置を行うこと。本症発症時には、白血球の増加や血清CPKの上昇がみられることが多く、また、ミオグロビン尿を伴う腎機能の低下がみられることがある。なお、類似化合物（ハロペリドール等）の投与中、高熱が持続し、意識障害、呼吸困難、循環虚脱、脱水症状、急性腎不全へと移行し、死亡した例が報告されている。

3) 肝臓 ときに肝障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。

4) 錐体外路症状 パーキンソン症候群（振戦、筋強剛、流涎等）、ジスキネジア（痙攣性斜頸、顔面及び頭部の掣縮、後弓反張、眼球回転発作、構音障害、舌のもつれ等）、アカシジア（静坐不能）、アキネジア、嚥下障害があらわれることがある。また、長期投与により、ときに口周部等の不随意運動があらわれ、投与中止後も持続することがある。

5) 眼 ときに眼の調節障害があらわれることがある。また類似化合物（ハロペリドール等）で長期または大量投与により、角膜・水晶体の混濁、角膜等の色素沈着があらわれることが報告されている。

6) 過敏症 ときに発疹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。

7) 血液 ときに貧血、白血球減少があらわれることがある。

8) 消化器 類似化合物（ハロペリドール等）で、まれに腸管麻痺（食欲不振、悪心・嘔吐、著しい便秘、腹部の膨満あるいは弛緩および腸内容物のうっ滞等の症状）を来し、麻痺性イレウスに移行することが報告されているので、腸管麻痺があらわれた場合には投与を中止すること。なお、この悪心・嘔吐は、本剤の制吐作用により不顕性化することもあるので注意すること。また、食欲不振、悪心・嘔吐・胸やけ、便秘が、ときに腹部膨満感、下痢等の症状があらわれることがある。

9) 内分泌 ときに月経異常、体重増加、体重減少等が、まれに女性化乳房、乳汁分泌があらわれることがある。また、まれに低ナトリウム血症、低浸透圧血症、尿中ナトリウム排泄量の増加、高張尿、痙攣、意識障害等を伴う抗利尿ホルモン不適合分泌症候群（SIADH）があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止し、水分摂取の制限等適切な処置を行うこと。

10) 精神・神経系 睡眠障害、集線感、眠気、めまい・ふらつき、頭痛・頭重が、ときに知覚異常、性欲異常、痙攣発作が、まれに意識障害、抑うつ等の症状があらわれることがある。

11) その他 口渇、脱力・倦怠感が、ときに鼻閉、発熱、発汗、紅潮、浮腫、排尿障害、手足のしびれ、運動失調、立ちくらみがあらわれることがある。

※（妊婦・授乳婦への投与）（小児への投与）（相互作用）等については添付文書をご参照下さい。（健保適用）



＜資料請求先＞
吉富製薬株式会社

〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号 1P-3 (B5) 1989年8月作成

平成2年9月発行
編集・発行 藤 縄 昭
発行所 〒272 市川市国府台1～7～3
国立精神・神経センター
精神保健研究所内
全国精神衛生連絡協議会
(Tel. 0473-72-0141 内線1311)

Eisai

脳梗塞・脳出血後遺症に伴う意欲低下・
情緒障害(うつ状態)の改善に…
ニューロンネットワークの機能を賦活するセレポート。

心・ 気・ 一・ 転



セレポートは脳虚血によるアセチルコリン・
ルアドレナリン神経系の機能低下を改善し、
脳血管障害に伴う精神症状、
特に意欲低下・情緒障害(うつ状態)
に優れた効果を示します。

効能・効果

下記疾患に伴う意欲低下、情緒障害の改善
脳梗塞後遺症、脳出血後遺症

用法・用量

通常成人には、塩酸ピフェメランとして1回50mg
(錠：1錠、顆粒：1g)を1日3回食後経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

使用上の注意

1. 副作用

- (1) 消化器
ときに食欲不振、胃部不快感、腹痛、胸やけ、嘔吐、
嘔吐、下痢、口舌、にがみ、またまれに便秘、食道閉
塞感、腹部膨満感等の症状が現われることがある。
- (2) 精神神経系
ときに眠気、頭痛、頭重感、興奮、不安、不眠、めま
い、またまれに徘徊等の症状が現われることがある。
- (3) 過敏症
ときに発疹、掻痒等の過敏症状が現われることがある。
- (4) 肝臓
ときにGOT、GPTの上昇が現われることがある。
- (5) その他
ときに倦怠感、胸痛、耳鳴、筋痛、またまれにしびれ
感等が現われることがある。

2. 妊婦・授乳婦への投与

- (1) 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、
妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しな
いことが望ましい。
- (2) 動物実験で母乳中へ移行することが報告されているの
で、授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、
やむをえず投与する場合は授乳を避けさせること。

3. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない。
(使用経験がない。)

4. 相互作用

ワルファリンと併用することにより、プロトンポン
プ抑制剤の効果が認められることがあるので、併用する場
合には、慎重に投与すること。

5. 適用上の注意

薬剤自身の味である苦味感が現われることがあるので、
水とともにすみやかに服用させること。

エーザイ株式会社

東京都文京区小石川4-6-10

資料請求は、弊社医薬事業部セレポート係まで。

脳機能・精神症状改善剤



薬価基準収載

セレポート® 錠50mg 顆粒5%

Celeport® (塩酸ピフェメラン製剤)

●ご使用にあたっては、添付文書をご参照ください。

J-B₃ 9202