

# 精神科セカンド オピニオンの展開

- 当初のもくろみ
  - 問題: 旧薬しか使わない医師達→QOL改善進まず
  - 経験深い医師のカルテを公開→有能な医師増える
  - 予定: 5年積み上げて一区切り



# 思わぬ展開

- 誤診および多剤大量処方の事例が圧倒する
  - 笠ドクターは1000人の救済を目指す
  - 手法: 減薬の推進による、原疾患の見極め
  - 目標: 「患者および家族の学び」に変更



# 社会へのインパクト

- 医療サイドの反応は冷やかか  
→ 笠ドクターの処方一般医師には難しかった  
→ 内海ドクターの訓練と教育、カウンセリングも収益確保には逆行
- 骨のある家族と当事者、医師が名乗る
- 出版という形で、同じ境遇の方達に訴えた  
→ さらに多くの被害者が、集まった



# 何をなすべきか？

- 1980年代から問題視されてきた多剤処方方は、表面上は、その価値を否定されている。
- インターネットの普及により、多くの人が、その事実を知っている。
- にも拘らず、多剤処方をする医師は後を絶たず。
  - 不思議でならない→次の検討に進む



主治医にひどい  
処方をされて  
どうしたらいい？

# 次なる展開の検討

- 5年を経過し、1700名のメンバーが集まった  
→もはや、ボランティア運営の範囲を超えている
- **流れを止める訳にいかない。**
- 分析: 医療現場における、主治医の権限が強すぎる。  
→無能な医師とわかってても、所望の薬を得たい  
→有能な医師の応援があっても、自己責任での対応が必要  
→医療ユーザーに対する、リアルな支援が不足  
→更なるQOL改善には、カウンセリング制度充実が必須  
英国は、認知行動療法を制度化



諦めたら、そこで  
おしまいじゃけんね

# 地上の旅人の対処(案)

- 精神保健福祉士の勉強を1年間しました  
普通1ヶ月の実習を3ヶ月行い、30年選手から相談支援を学んだ  
精神医学、精神保健学、一般医学の3人の医師からも違いを学んだ
- 当事者の価値観による支援が圧倒的に不足(医療も教育も社会防衛寄り)
- ボランティア活動で笠ドクターを過労に導いた責任をとります
- 今後20年間の私の時間の100%を提供致します
- ゼロからのスタートです

患者および家族の方達と共に歩むことから始めます

全国の鯨会の運営に、口は出さずに、連絡ルートを提供します



精神科では  
主治医の処方  
で人生が変わります  
自己防衛には知識が必要

# セカンドサポートセンター(案)

- 「セカンド本2」の有能な医師であっても、細かな方針は異なる
- 医師と患者の適性を調整し、使い分ける機能が必要
- 生活支援、SST,CBTの時間を要する身近な支援

B医師じゃ、しんどい



A: 単剤、ミニマムの原則



B: 服薬感を重視  
発達障害には心理教育



C: 患者の言葉を傾聴

