

公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所年報

第 12 卷

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 12

2021年(令和3年度版)



公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所

Toyosato Institute of Clinical Psychiatry

目次

巻頭言

精神科治療の定量化について（阪上悌司）

公益財団法人豊郷病院基本理念

公益財団法人豊郷病院精神科沿革

原著論文・総説など

1. 現代日本社会と精神疾患（阪上悌司）…………… 5
2. 当院を18歳未満で初診した患者の動向と課題の検討（岡村恭子）…………… 36
3. せん妄対策 予防と治療を中心に（宮垣賢祐）…………… 40
4. 滋賀県における精神科病院の分布について（有福淳大）…………… 48

看護研究など

1. 精神科急性期治療病棟の現状（金丸貴行）…………… 52
2. 勉強会による意識変化と行動変容についての考察（脇 真郷 川口智未 杉本篤彦）…………… 58
3. 認知症を有する患者の、帰宅への支援を振り返る（野中志貴）…………… 63
4. 統合失調症患者の頭痛への対処方法について探る（児玉悠輔）…………… 66

エッセイなど

1. 精神科医として50年（5）（林 拓二）…………… 69
2. 精神科医として50年（6）（林 拓二）…………… 75
3. 精神科医として50年（7）（林 拓二）…………… 81

研究業績（令和3年度）…………… 87

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員…………… 88

編集後記…………… 89

表紙写真：横山岳の秋（滋賀県長浜市木之本町 H19.11.4 撮影 林 拓二）

精神科治療の定量化について

公益財団法人豊郷病院精神科
副院長 阪上 悌司



さて2022年（令和4年）も終わろうとしているが、今年もコロナに始まりコロナに終わるかと思っ
たら、ロシアのウクライナ侵攻が勃発して第3次世界大戦の危機が迫るなど、予想以上に激動の年となっ
た。しかし、新型コロナウイルスに関しては斯界の権威があらゆることを述べておられるので、筆者の付け加え
ることはないと思われる。ウクライナ危機に関しては、今年度号に筆者が「ウクライナと日本」という
エッセイで私見を述べる予定であったが、諸般の事情で没になってしまったので後日に譲ることにする。

そういうわけで、ここでは時事問題から離れて精神科医療の定量化について述べようと思う。医療の
存在意義は、言うまでもなく疾患を治すか軽くすることである。ただし寿命の延長やADLやQOLを高
めることも「疾病を軽くする」ことに含まれる。当然ながら精神医療も例外ではなく、治療の前後で何
らかの良い変化が生じていなければ存在価値はない。しかも放置した場合よりもいい結果でなくてはな
らない。したがって、他科とまったく同じように、精神疾患の重症度を何らかの尺度で数値化し、それ
を治療前後で比較することが極めて重要である。しかしなぜか精神科においては、精神疾患の重症度の
数値化も、治療成績の測定も全くといっていいほど行われていない。

確かに大半の精神疾患の原因はわかっておらず、良いバイオマーカーもないので、数値化が難しいこ
とは事実だ。そもそも精神疾患の診断の妥当性が確立していない。DSMを始めとする操作的診断基準は、
患者のある状態にある特定の障害名を当てはめる精度を高めたが、その状態が疾患であることは全く保
証していない。DSMは病因論をはじめあらゆる理論を排除しているので（atheoretical）、それが脳の病
気なのか、本人の性格や生い立ちによるものか、あるいはどの人にも見られる正常心理であるのか何も
語っていない。それにDSMが精神疾患を網羅している保証もなく、主要な精神疾患をカバーしている
保証すらない。極端に言えば、DSM-5にたくさん載っている障害は、全部病気ではなくて正常なバリ
エーション、または正常心理の一側面にすぎない可能性がある。例えばある種の天才とか、成長の一過
程とか、コミュニケーションの特殊な形態とか。そしてDSMにかすりもししていない問題が実は狭義の
疾患かもしれないのだ。原因不明の精神疾患を、あらゆる説明理論を排除して診断するということは、
無限にある人間の心的状態のうち一部を恣意的に選んで疾患にしているということだ。DSMは、ある
人のある心身状態を原因ではなく理論でもなく天から降ってきたアルゴリズムで診断するのだから、魔
女裁判と本質的に変わらない。「ほくろが左臀部に3つあったら魔女」という診断は完全に操作的であり、
診断者にかかわらず毎回同じ診断を与えてくれるだろうが、診断的妥当性は何もないのと同じである。

そういうわけで、現代においても内因性精神疾患の臨床上の定義は、(DSMやICDではなくて)本人
が苦痛に思っていること、社会適応を阻害しているらしいこと、診断者にとって異常（了解困難）に見
えることの3つなのである。つまり当事者、家族診断者のフィーリングで決まっている。このように精

神疾患の客観的診断が原理的に困難なので、その重症度の数値化はさらに困難だと思われるのは当然である。

例によってまた反精神医学的なことを書いてしまったが、それでもなるべく精神医学は客観的に数字で語られるべきだと筆者は言いたかったのであった。現在の精神疾患の診断が非科学的であり、その実在性すら本当は確定していないのは事実だが、それにも関わらず精神疾患の重症度の数値化は可能であると主張したい。バイオマーカーがないのならバイオでないマーカーを指標にすればいい。先ほど述べた①患者の苦痛度（QOL+ADL）、②社会適応の程度、③治療者と家族または主なケアギバーから見た主観的重症度を適当に点数化すればいい。それを治療のビフォーアフターで比べ、点数の改善が放置した場合と比べてどれだけ良好かを競うべきである。プラセボ治療などの対照群は不要と思われる。精神医療においてはプラセボ治療も立派な治療だからだ。何にせよ精神疾患の診断自体が全科学的でない以上、いたずらに科学的厳密性を云々しても無意味であり、大まかな治療の成否、優劣さえわかればいいのだ。



豊郷病院創立者 伊藤長兵衛 屋敷跡

ちなみにイギリスはブレア首相の頃から医療の質にシビアで、精神科でもhealth of the national outcome scales (HONOS) という簡便な評価尺度で治療成績をチェックすることが義務付けられている。全ての医療機関は毎年治療成績を公開しないと保険診療の認可が更新されないそうだ。日本でも真似すべきだが、国の対応を待っていたら埒が明かないので、とりあえず当院だけでも数値的治療評価システムを立ち上げるべきだと思う。結果が問われない仕事など仕事の名に値しないと個人的には思うし、治療結果が定量化できたら結果をフィードバックできるので、治療のみならず看護、リハビリの質も無限に高めることができる。そうすれば当院の競争力が格段に向上するだろうし、何よりも患者さんにとって福音であろう。

こんなことは誰でも思いつくはずだが、誰もやっていないのは、おそらく国と医師会が精神科治療の質的評価に積極的ではないからだ。すべての医師と医療機関が技量にかかわらず収益を得られるように、なるべく競争を抑制したいのであろう。いわゆる護送船団方式である。ユーザーの利益（医療の場合は患者の生命）よりも業界の利益を優先させる日本型行政の典型である。このようなものに甘えていたら、業界自体が衰退するのが歴史の教訓である。日本の行政や政策に対しては言いたいことが山ほどあるのだが、それは今年度号の拙稿でさんざん書いたので、ここは池乃めだか師匠の決め台詞で締めくくらせていただく。

「今日はこれぐらいにしといたるわ」。

2022年12月25日

公益財団法人豊郷病院

基本理念

豊かな郷で心と体の健康を 家族のように

1. 郷土愛と博愛の創立精神に基づき、地域の医療・保健・福祉を支える。
2. 医学の進歩に同調し、わかりやすく信頼される医療を行う。
3. 温もりと心をこめたサービスで、快適な療養環境を築く。
4. 患者さまの権利を尊重し人権をまもる。
5. 職員の労働環境に配慮し、効率よい安定した病院経営を行う。

日本医療機能評価機構認定病院
一般病棟・精神科病棟・長期療養型病棟の複合病院
創立 1925 年（大正 14 年）4 月

豊郷病院は大正14年に当地の篤志家、伊藤長兵衛翁の浄財で開院しました。丸紅株式会社の前身である丸紅商店の初代社長として経営に成功した伊藤長兵衛翁でしたが、幼少で仏教に帰依するほど信仰心が深く、純農村、過疎であったこの地で、多くの方が貧困のため医療をまともに受けられないことを憂えていました。当時は結核症、伝染病など感染症で亡くなる人が多く、お産は常に危険を伴い、生まれたての嬰兒が亡くなることも少なくない時代でした。当初、内科、外科、耳鼻科、レントゲン科および避病舎（隔離病舎）から始まった診療でしたが、当時としては医療設備が整っていたため、湖東はもとより県内から広く患者が訪れ、生活困窮者には無料で診療が行われたそうです。間もなく産婦人科、眼科が加わり、昭和27年には整形外科、呼吸器科が開設されて、以来、感染症、産科、救急を含めた総合病院としてこの地の医療を支えました。昭和32年には社会的弱者、身体的弱者であった精神疾患患者のために精神・神経科が開設されました。精神科開設にご尽力を賜った京都大学名誉教授、三浦百重先生は、「精神医療はむやみに利潤を求めてはならぬ」「よくなったらできるだけ早く退院させる」と指導され、その高潔な教えは現在まで脈々と受け継がれています。

近年、疾患の多様化、医療の高度化、医療制度改革、介護保険制度の発足、超高齢時代など急激に医療を取り巻く環境が変化しました。私たちは医療環境の変化や地域のニーズに応えるべく介護事業を展開、病院近代化の一端として、平成14年10月に新館を竣工しました。なかでも、新館5・6階に精神科病棟を移転し、総合病院精神医療の特徴を最大限に発揮できるようになったことは豊郷病院の誇りです。

病院には医学の発展、医療環境の変化に追従できるように、人材、医療機器、設備を整える責任があ

ります。私たちは医療安全管理体制、医療情報の中央化、密接な地域の医療・介護連携を推進してきました。その結果、平成18年9月、日本病院機能評価機構から三複合病院（一般、療養、精神）として認定されております。また平成22年4月には、豊郷病院の中に臨床精神医学研究所を設立しました。豊郷病院に培われてきた精神科医療の真髄を再発掘して、これからの精神医学の発展に寄与すると同時に、優秀な精神科医を育成することを目的にしています。

良い医療は治療を受ける側と医療する側が心を通じ合い、安心、安全、かつ安価でなくてはなりません。そのために、私たちは個人の資質を高めること、チーム医療の確立を重要な目標と設定しております。同時に患者・家族の方にも治療に参加していただき、医療事故のない、家庭のぬくもりと悲しみや喜びを共感できる病院作りを目指します。このような気持ちから職員一同が一層切磋琢磨して、地域の皆さまから信頼されるよう努力してまいります。

公益財団法人 豊郷病院

公益財団法人豊郷病院精神科沿革

- 昭和32年(1957) 4月 1日 精神科・神経科新設(精神科病床110床)
(京都大学名誉教授三浦百重先生指導)
- 昭和42年(1967) 8月30日 精神科病棟増築(精神科病床209床)
- 平成 7年(1995) 6月 1日 老人性認知症疾患センター開設
- 平成12年(2000) 7月 1日 精神科デイケア開始
- 平成14年(2002)10月 1日 新館5・6階に精神科病棟移動(精神科病床120床)
- 平成22年(2010) 4月 1日 臨床精神医学研究所設立

現代日本社会と精神疾患

豊郷病院精神科 副院長

阪上 悌司

1. 序文

社会の在り方が精神疾患の在り方に深く影響することは自明であろう。妄想型統合失調症の「電波に操られている」というような訴えは、電波の発見や普及以前にはありえなかった。摂食障害は先進工業国でしか見られず、日本での本格的増加は1970年以降である¹⁾。対人恐怖症はかつて日本特有の疾患と言われたが、後に社交不安症と名を変えて世界中に広がり、今では米国やロシアの有病率が日本の3倍である²⁾。社会と精神疾患の関係は、通常「精神疾患の病因は生物学的に決定されているが、その表現型は社会文化によって修飾される」と説明されている。以下の引用のように。

◀20世紀前半のドイツでBirnbaum Kは精神医学に構造分析 (Strukturanalyse) を用いることを提案した。その鍵概念である, pathogenetischとpathoplastischというドイツ語の邦訳語が, それぞれ「病像成因的」と「病像形成的」である。Birnbaumは精神疾患の病像に関わるさまざまな要素のうち, 病因に直接関わり, 当該の疾患に特異的な性質を与えるものを「病像成因的」な要素と呼び, 他方, 病因への直接的な関与はないが病像の内容に個別の特徴を賦与する要素を「病像形成的」な要素と呼んだ▶³⁾

しかし、精神疾患の原因が生物学的であり、社会や文化はうわべを修飾しているだけであるという説は科学的に証明されていない。例えば統合失調症のリスク遺伝子はたくさんあるが、今のところ相対リスク比の極めて低いもの（オッズ比1.1以下）しか発見されておらず、それだけでは発症を説明できない⁴⁾。内因性うつ病では、リスク遺伝子などの「内因」よりも、小児期逆境体験（ACE）や失業など社会心理的ストレスのほうがはるかに確実に因果関係が立証されている。実際のところ器質性精神疾患、双極1型障害、神経発達障害の一部などを除き、精神疾患の生物学的要因説はほぼ成り立たないと言ってよい。このように精神医学の定説には脆弱なものがやたら多いのであるが、それについては拙論を参照されたい（現代精神医学批判 臨床精神医学研究所年報第10巻 阪上）。

では逆に、精神疾患の主要な原因は社会心理学領域にあり、生物学的要因はそれを修飾しているにすぎないと考えることは可能だろうか。統合失調症は18世紀末まで存在しなかったという説が有力である。部分的な報告が現れたのが19世紀に入ってからであり、概念形成されたのが19世紀末、名称が与えられたのが20世紀初頭である。近年、欧米では同病が近代工業化社会の産物ではないかという議論が活発だそうだ⁵⁾。タイムマシンがないので統合失調症の起源は推測するしかないが、その終焉はリアルタイムで観測できるかもしれない。近年になって統合失調症の新規発症が減少し、軽症化したのは臨床家の一致した意見であろう。筆者が最近3年間で担当した入院患者約200名中、同病の新鮮例は2名のみであり、筆者が精神科医になった20数年前より激減している。若年人口の減少だけでは到底説明できない減り方だ。今のところ全国的な疫学調査が行われていないので何とも言えないが、いずれ真実が明らかになるだろう。ともあれ統合失調症が、数の上でも存在感的にもうつ病、ストレス関連疾患、発達障害、認知症の大波に吞まれて精神科臨床の主役の座を降りたのは確かである（図1）。

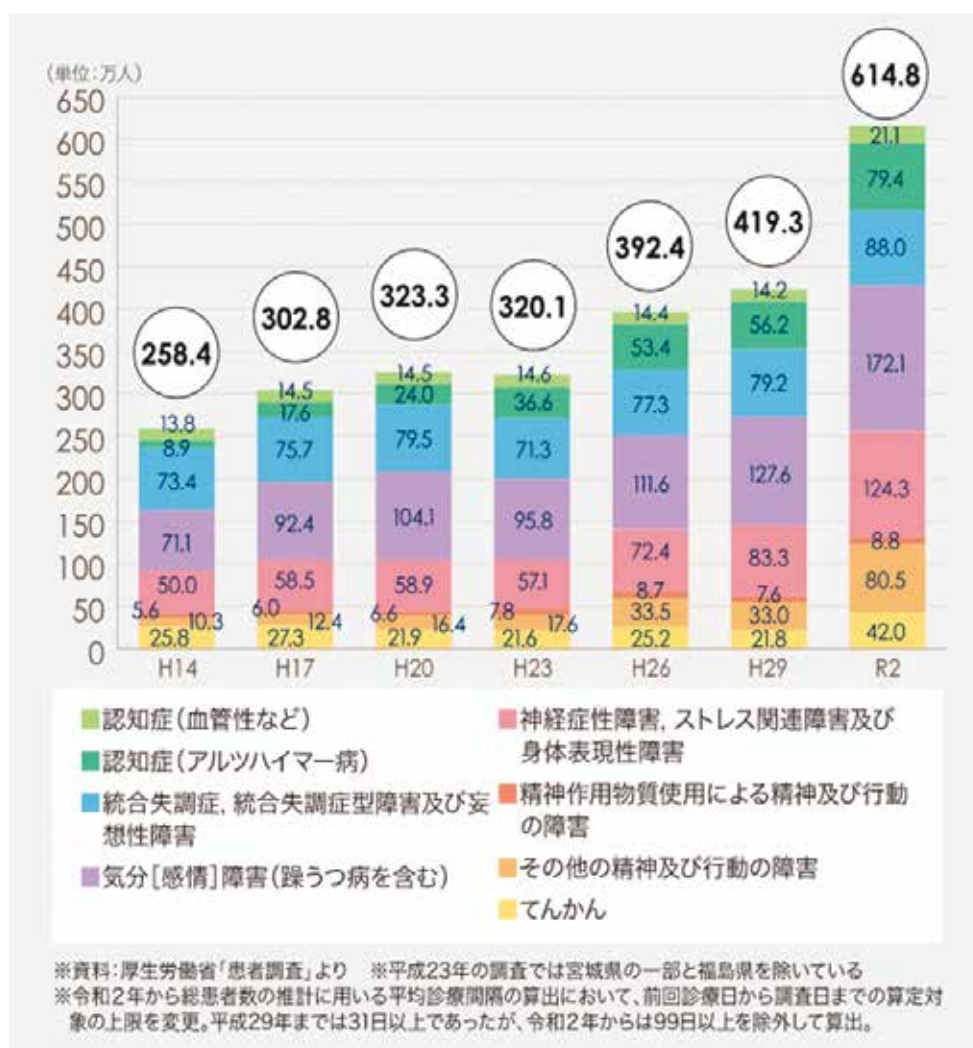


図1

図1は3年ごとに行われる厚労省の患者調査の結果であり、外来および入院の精神疾患患者数の推移を示している。図で明らかとなっており、紫の気分障害、ピンクの神経症性障害+ストレス関連障害及び身体表現性障害、オレンジのその他の精神及び行動の障害（ほとんど発達障害と思われる）、緑のアルツハイマー病に比べ、青の統合失調+統合失調症型障害及び妄想性障害の伸びは少ない。しかも青の中でも伸びているのは老年期精神病であって、狭義の統合失調症ではないと思われる。厚労省の患者調査を見る限り、精神疾患はとんでもない勢いで増加しており、コロナ後はさらに爆発しており、特に気分障害（紫）、心因性精神障害（ピンク）、発達障害（オレンジ）、アルツハイマー病（緑）が激増しているのがわかる。統合失調症は横ばいかおそらく減少しており、退潮は明らかだ。統合失調症は、あたかも摂食障害のように、産業革命とともに西欧で出現し、近代工業化社会の拡大に乗って全世界でパンデミーとなり、工業化社会の終焉と情報化社会の到来により衰退しつつある、と考えるのは荒唐無稽すぎるだろうか。統合失調症の生物学的要因が100年以上検索しても見つからない以上、社会要因説を一笑に付してはいけないと思われるが、その点には深入りしないことにする。本論で取り上げるのは、図1に示される我が国の外来および入院精神疾患患者の急増と、とりわけうつ病や神経症性（心因性）疾患のシェア拡大についてである。上のグラフを見て、社会的状況が精神疾患の「成因になっていない」と考える

のはむしろ困難であろう。なお、精神科医と精神科クリニックが急増して患者を開拓しただけだという説はここでは却下する。なぜならこれから筆者は精神疾患の社会要因説を展開するつもりであり、「精神科医と精神科クリニックの急増」も精神疾患の成因に含まれると考えるからだ。つまり精神医療の供給増によってその需要＝精神疾患の実数も増加するという考え方である。精神医療サービスが精神疾患を作り出すということだ。逆に言えば、人は状況次第で精神疾患という生き方を選択することがある、という仮説である。さらに言えば、精神疾患とは社会と個人の関係の一形態であり、犯罪や生涯未婚やフリーターのように生物学的というよりも社会学的現象である、ということを以下で論じていく。単純な例でいうといじめや引きこもりである。もう少し複雑な例を挙げると、宗教や伝統社会や日本の雇用慣行などの共通の価値観が衰退し、それまでそれらの文化的セイフティーネットで救われていた人々が、「発達障害」としてあぶりだされるといったことである⁶⁾。

そもそも現代の精神医学は「精神科医が了解できない人間は脳がおかしい」という根拠なきドグマに立脚しており、100年以上探しても内因性精神病の内因が見つからないなどのあらゆる反証にも関わらず、精神疾患の実在性についてあまりにも無反省であった。精神疾患が未発見の脳病だと断定する前に、いろいろな可能性を考える必要がある。異常な環境に対する正常な反応であったり、診断した精神科医とそのコミュニティーが異常であったり、異常なのは社会全体であったり、当事者と医者が共謀した結果であったり、社会が変化したためにかつての正常者が取り残されただけであったり、社会の多数派が自分たちの正常さを証明するために「異常者」を必要としただけであったり、様々な可能性があるのに、それらが十分吟味されたとは言えない。例えば内因性うつ病が本当に内因性なのかについてはほとんどエビデンスがない。内因性うつ病の大規模かつ縦断的疫学データはほとんどなく、全国レベルの有病率の推移を見るには自殺者統計が用いられることが多い。次の図2は日本人男性人口10万人あたりの自殺者数と失業率の推移を示したグラフである（去年の拙論「現代のうつ病論」より再掲）。

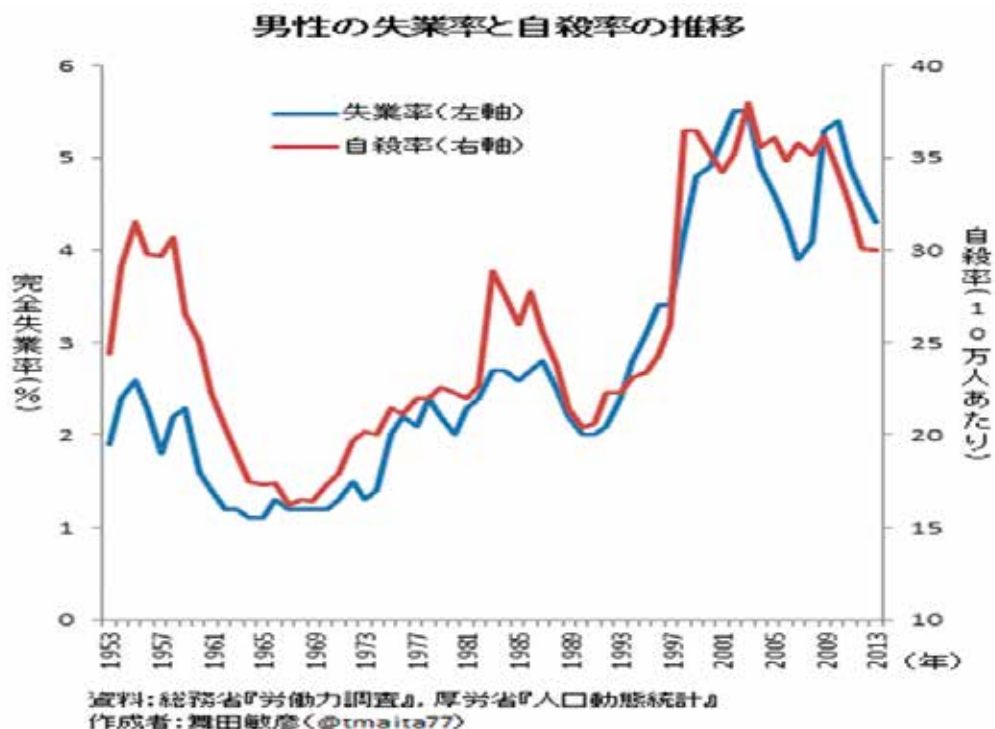


図2

日本人男性の自殺率は時代によってかなり大幅な変動が見られ、失業率と非常によく相関している。他の説明変数は不要と思えるほどに。1950年～2020年の間に3つのピークがあるが、左から順に戦後の混乱期、円高不況、バブル崩壊後の失われた20年の時期に重なる。失業率と自殺率を見る限り、2012年から始まるアベノミクスは明らかに成功している。自殺率は重症うつ病の有病率の有力な指標と言われる。自殺率は双極性障害や統合失調症の方が高いが、絶対数は単極性うつ病の方がずっと多いからだ。うつ病がまず大流行してそのために失業率が上がったという可能性はないから、少なくとも日本の男性においては、失業または不況という社会的要因が重症うつ病の成因と見て問題ない。なお、うつ病は正常な抑うつが重症化したものに他ならないから、重症化要因は事実上の成因である。うつ病の内因説はこのグラフだけでほとんど否定されているように思われる。精神疾患の原因を考えるにあたって、最初から「それ」が患者の脳の中にあると決めてかかるのは論外である。診断者自身の脳を疑ってかかったほうがまだ科学的だ。すべての精神疾患とは言わないが、多くの場合、社会と個人のダイナミックな関係性の中に「それ」はある。プーチン大統領は気が狂っているのかもしれないが、そうでないかもしれない。真実を知るためには彼の機能的MRI画像を見るだけではだめで、「現病歴」を聴取するだけでもだめで、旧ソ連や帝政ロシアやそれ以前のロシア政治史や文化史を紐解かなければならない。精神疾患のバイオマーカーがない以上、すべての患者に対してそのような作業をしなければならないのに、DSM-5をペラペラめくって精神疾患を診断したりしなかったりしている我々精神科医は、あまりにも知的に傲慢で怠慢だと言わざるを得ない。

本論は現在の精神疾患と精神医学の概念を根本的（ラディカル）に問い直すことを意図しているので、現状にあまり疑問を持っていない人には非常識に思えることもあるだろう。それどころか狂気じみた暴論にしか見えず、筆者の正気を疑う読者もいるかもしれない。しかし、誕生から100数十年たっても本質的な進歩がなく、無作為対照試験をやったら人類に利益より害をもたらしている可能性の高い精神医学のパラダイムを、これ以上放置してはならないと筆者は考える。精神医学は解体的出直しを必要としている。以下の議論に狂気が含まれているとすれば、それは溜まりに溜まった旧弊を打破するのに必要な蛮勇と理解していただきたい。

2. 筆者の臨床経験から。

筆者が大学を卒業した199X年頃は、初期研修も後期研修もなく、直接希望した科に入局することができた。筆者は医者になりたくなかったが、ほかに食うあてもなかったので、K大学病院の神経内科に入局した。なるべく医者らしくない医者、なるべく人が死なない科の医者になりたかったからだ。最近の若い医学生も同じ考え方らしいので、筆者は30年ほど時代を先取りしていたらしい。色々あって、卒後7年間ほど神経内科医や基礎研究をしたのち、精神科に転科した。K大学病院の精神科に入局して最初に受け持ったのは、パーソナリティ障害や摂食障害の女性が多かった。個人情報保護のため細部を変更して述べるが、その中で印象的だったのが当時50代前半の女性のSさんだった。未婚独身。両親死去後は実家で独居。妹が一人いて結婚している。もともと会社の事務職だったが、20年以上K大精神科に「うつ病」で入退院を繰り返すうちに無職となり、生活保護を受給していた。筆者が精神科医になった頃、Sさんは10数回目の入院中で、もう3年以上入院していた。この入院の間、すでに何人もの研修医が彼女の主治医となっていた。彼女が次々と主治医の交代を要求したからだ。オーベン（上級医）はその要求を100%飲んで、次から次へと主治医の首をすげ替えていた。筆者がSさんの入院中4代目か

5代目の主治医に任命されたのは、なり手がなくなったのと、筆者が研修医の割に年を食っていたからだろう。ちなみに前主治医は大学院卒のまじめな研修医だったが、ある朝突然Sさんに顔を3回平手打ちされ、「顔も見たくない」と宣告された。理由は特になかったようだが、彼は「患者を不安にさせた」罪でSさんに謝罪させられ、主治医を筆者に譲ることになった。その朝、Sさんは妄想幻覚に支配されていたわけではなく、いつものようにむしゃくしゃしていただけだった。要するに彼女はK大病院精神科に居座ってやりたい放題しており、オーベンは支持的治療などと称して言いなりになっており、実際の治療は研修医の主治医にやらせて、「うつ」が治らないことも含めて全責任を主治医に押し付けているのだった。そのような「治療」が初診時から長年続いており、Sさんはそれで良くなるどころか、リスカ、OD、家族や医師への暴言暴力、法外な要求、それが通らないと死んでやるとわめき荒れ狂うなど、年々人間らしさを失いつつあった。筆者が会った頃には、彼女はK大病院で若い研修医を虐待し、飽きたらチェンジすることでしか生きていけないような人になっていた。このころにはオーベンもSさんをどうしていいかわからず、投げやりになっていたのかもしれない。ところで筆者は、Sさんの主治医を仰せつかったその日から彼女の機嫌を損ねてしまった。態度が偉そうだったそうだ。ただちにSさんはオーベン先生に告発に行き、筆者はオーベンに「なぜ患者を怖がらせた」と叱責された。筆者は痩せた小男で風采も上がらず、決して怖くはなかったし、中途入局の研修医の分際で初日から担当患者を怖がらせるわけがなかった。不服であったが、それよりも、オーベン氏が治療の主導権を失い、50代無職女性患者Sさんのいいなりになっていることに驚いた。そして研修医とは言え、彼自身が主治医として任命した筆者の権限を否定し、理屈抜きで患者に媚びろという意味の発言をしたことに脱力した。この人は何を言っているのだろうか。患者を女王様にして主治医をバスター犬にしたら治療がうまくいくのか。是々非々ならまだしも、患者が「常に」医者より正しいとするのなら、患者は医者に頼らず自分で治せばいいので、医者も医学も不要になる。世の中にはそういうケースもあるだろうが、Sさんは断じてそうではない。彼女は、かつてはあったはずの常識と自律性を失い、暴言や自傷と自殺の脅しで要求を通すことしかできない。そして彼女をそのようにしたのは明らかにオーベンの治療だった。字数の関係でオーベンの名をHとしておこう。HはSさんの凶暴さや理不尽さを利用して、気に食わない研修医を叩きのめそうとしたのだろうか。それもあると思われる。一部の公立小中学校の教師が、自らの恐怖政治のためにいじめっ子を特高警察代わりに利用するように、Hも研修医を支配するためにSさんを利用した可能性はある。K大病院がそういう場所であることは、SNS等で個別に確認されたい。しかし、そういう邪な意図もあったであろうが、K大医学部卒のエリートを自認するH先生は、そもそも自分の治療が正しいという確信があったように思える。患者の人権を守るために、心神耗弱や喪失ではない場合でも、彼らの乱暴狼藉、嘘、醜行をすべて免責する（研修医に後始末させる）のは、H先生に限らず医局全体の正義であった。当時、たぶんK大病院に限らずどの精神科でも、患者を無条件に免責することが治療的だと信じて疑われていなかった。患者に正義や公正を問うのは、今の精神科臨床でも事実上禁忌である。患者様は治外法権なのだ。なぜそうなのか、そのように患者を扱うことで本当に予後が改善するのか、ちゃんと証明した論文や総説は皆無と思われる。PubMedの使い方がよくわからないので断言はしないが、少なくとも筆者は読んだことがない。だからこそ、この論文でそれを解明することにしたのだ。

さて、本人の反発やHの難癖にもめげず、筆者はSさんに対し常識的な分別を求めることにした。そうしないとこちらの身が持たなかったからだ。すると当時の定説に反してSさんの気分変動や痼癢はか

えって軽減していった。彼女もこれ以上道を極めたら、いくらH先生が甘やかしてくれても未来がないと思ったのかもしれない。それまで、退院の「た」の字を言われただけで「病院を出ていけと言われたから死にたい」と訴えて寝た切り、拒食になっていたSさんだったが、筆者とともに少しずつ退院について考えるようになった。徐々に自宅への試験外泊を繰り返し、やがて3年半ぶりに退院となった。退院後SさんはHの外来に通院し、筆者が大学病院を離れるまで再入院はなかった。Sさんが長年病院に依存して生きる力を失い、入院し続けるために病気が手放せなくなっていたのは、優秀な精神分析医でなくとも一目瞭然だった。第一本人がそう言っていた。ふつうに考えて、「プロ患者」を辞めるためには、病院を出て社会に居場所を見つける以外に方法はない。Sさんの病気はうつ病から医療依存症に変化しており、嗜癮治療に準じ、不要な医療的関与を漸減する必要があった。それがわからないような治療者は、精神科医以前に常識人として失格だろう。だいたい孤独な無職中年女性に、何年間も次々と若い男性研修医を言いなりのホストとしてあてがうのは、悪魔的な嗜癮形成システムとしか言いようがない。これが男女逆だった場合を考えてみればいい。しかも料金はタダで、その代わりに要求されるのが「なるべく精神的に病んでいること」であったのなら、普通のおばちゃんが廃人になっても全く不思議でない。これはどう見ても治療の逆である。Hをはじめとする当時のK大精神科医局は、いったい何を考えていたのだろうか。何をしたかったのだろうか。この疑問が本論執筆の出発点となった。

当時のK大病院精神科は学生運動の影響が色濃く残り、教授はほとんどの権限を奪われ、評議会と称するマルクスレーニン主義的な医師が徒党を組んで医局を支配していた。ちなみに評議会のことをロシア語でソヴィエトというそうだ。Hはその主要メンバーであり、切れ者の理論派で知られていた。その賢明なHが、どこでどう間違ったら、中高年女性の難治性うつ病はタダでホスト遊びをさせれば治ると確信するに至ったのだろうか。Hのホスト療法は、大量の研修医を犠牲にした挙句、Sさんのような多くの女性患者を再起不能にただけだった。平凡な治療の方が、または治療などしなかった方がよほど良い結果になっていただろう。さらに恐ろしいのは、失敗に次ぐ失敗にも関わらず、Hは決して自分の間違えを認めなかったことである。彼自身が病気でないとしたら、何か性質の悪いカルトに洗脳されているとしか思えなかった。Hの名誉のため付け加えると、当時のK大精神科にはSさんのような「うつの」な女性がたくさん集められていて、H以外のオーベンによってもっと独創的な治療を受けて、もっと破滅的な経過をたどっていた。特に若い女性が悲惨だった。悪いのはHだけではなかったのである。そのため、当時のK大精神科の当直は毎晩大荒れに荒れていた。当直室には一晩中外来患者から「いまから手首切ります」「父を刺します」「薬100錠飲みました」「私はしんどいのになんで寝てんねん！」などの外線電話がひっきりなしであり、救急外来には自殺企図患者が押し寄せ、病棟も悲鳴と罵声とガラスの割れる音が鳴り響き、当直した研修医は一夜にしてズタボロになった。当時のK大精神科の女子病棟は、うつ病、神経症、摂食障害、パーソナリティー障害に特化しており、そしてほぼ全例治療に失敗していて、さらに失敗に学ぶということが一切なかった。「患者に寄り添い、その重荷をすべて肩代わりする」という治療に固執し、それ以外の全て、つまり薬物治療の最適化やガバナンスや具体的な出口戦略が欠如していたことが原因であった。なぜ切れ者のスーパーエリートH先生を含め、当時のK大精神科医師団はここまで無能だったのか。カルトに汚染されていたのだろうか。実態はもっと根が深く、いわば人権原理主義に冒されていたのだった。少なくとも評議会系の医師たちは、患者の人権を守れば必ず治ると信じており、治らない場合は研修医が悪いか、もともと不治の病だったのであり、自分たちが間違っているはずはないと考えていた。ここでいう人権原理主義とは、患者の人権（要するにわがまま）を擁

護すれば、本人と他者や社会との関係や、本人の能力や適性や、その他の全ての問題とは無関係に全てが解決するという思想である。なぜなら人権は、個人にもともと内在する、他の何にも依存しない天与の、至高の自然権だからであった⁷⁾。人権の抑圧こそが精神疾患を含むすべての不幸の原因であり、前近代的しがらみから患者の人権を完全に解放すれば、うつ病なんて数光年かなたに飛び去ると信じられていた。あたかも、憲法第9条を守りさえすれば、安全保障を含む他の具体的問題を無視しても平和が実現する、と一部の人たちに信じてられているように。しかし実際は、ホストクラブ形式で患者の人権を大切にしても、うつ病がパーソナリティ障害に移行して、高い確率で自殺既遂するのが関の山であった。さらに問題なのは、当時のK大精神科のマンガ的状况が過去の悪夢ではないことであり、精神科に限った話でもないことである。人権思想は、今では空気のように当たり前の正義になっているためにあまり気づかれていないが、筆者の見たところ過去の戦争にも似た惨禍を招きつつある。かつての大日本帝国やナチスドイツや旧ソ連など、何らかのイデオロギーに支配されて国ごと破局に向かう現象を狂気と呼ぶならば、今の日本社会も狂気に踏み出している。図1に見るような精神疾患の爆発的増加はその一面と考えられる。以下それにつき説明する。

3. 人権思想について

現代、少なくとも政治的には文句なく正しいとされている自由、平等、博愛、民主主義、人権思想、科学主義といった諸価値は、近代の産物である。それらは、後述するように18～19世紀の西欧社会が、キリスト教的秩序から抜け出して人間中心の世俗的秩序に革新する際の理論的支柱となり、今なお世界を支え続けている。だからと言って常に絶対に正しいというものではなく、例えば自由と平等は現実的には両立不可能だし、博愛は明らかに努力目標である。民主主義は感応精神病のように「全員が狂う」リスクを孕んでおり、国民の知的成熟と、官僚による運営や知識人やマスコミによるチェックが不可欠だ。つまり上記の近代的諸価値は、キリストの予言のような絶対の正義ではなく、人間社会の究極の目的でもなく、むしろ良き世俗的・非宗教的社会を築くための手段に過ぎない。しかし、近代の歴史は脱宗教化の歴史とはいいがたく、上にあげた諸価値がイデオロギー化・宗教化して暴走することの繰り返しだった。近代国家が怪物となって世界を焼き尽くす危険はいまだに去っていない。自由はリバタリアニズムとして絶対化、宗教化しうる。平等は共産主義として普遍宗教化し、20世紀に1億人以上の人を殺した。民主主義はナチズムを生んだ。そして人権思想は、現代日本の支配的イデオロギーとなって猛威を振るっている。どういう猛威かというと、巨額の社会保障費よって社会を破壊し、ミーイズムと独我論によって人々の絆を破壊し、結局日本人の人権を維持できなくなるようなことだ。微視的には、「患者の人権を絶対擁護することで、その人生を破壊してしまう精神医療」という先述のK大精神科のような愚行が社会のいたるところで発生した。なぜこんなあほらしいことになってしまったのだろうか（なお、科学も絶対化すれば害毒であり、科学原理主義のせいで精神医学にいろいろな悲喜劇が起きたのだが、それについては後述する）。

さて、ウィキペディアの「人権」のページには次のように記載されている。

人権（じんけん、英：human rights）とは、単に人間であるということに基づく普遍的権利であり^[1]、「人間の生存にとって欠くことのできない権利および自由」とされる^[2]。「対国家権力」または「革命権」から由来している^{[1][3]}。**ブルジョア革命**（資本主義革命）によって確立された権利であり、「近代憲法の不可欠の原理」とされる^[4]。

人権は人が生まれつき持ち、国家権力によっても侵されない基本的な諸権利であり^[4]、国際人権法 (international human rights law) によって国際的に保障されている^[5]。

なんだかよくわからないが、国家や社会よりも人権のほうが上と言っているようである。しかも万人が生まれつき持つ天与の自然権である。聞くだけで「それでどうやって世の中をまとめるの?」と思わざるを得ない。人権を持ち出せばなんでもありじゃないか。一応、1789年のフランス人権宣言では人権は他の人権によって制限されると言われているし、そもそも当時の人権は白人の成人男性にしか認められていなかったのもともとのコンセプトはなんでもありではなかった。しかし戦後日本においては、人権はオリジナルよりも過激化してオールマイティーカードの性質を強めている。例えば殺人事件の場合、「死んだ被害者の人権は消滅するので、犯人の人権のみ守られるのは仕方がない」と東大法学部の名誉教授は言っている (この発言と発言者の名前は現在ネット上から削除されているが)。しかし、この件については世界の大勢も死刑廃止であり、連続殺人鬼であってもその人権は国家権力より優越するとされている。その代わり死刑廃止国では凶悪犯は犯行現場等で「アクシデンタルに」射殺されることが多い⁸⁾。どの国も人権には手を焼いているようである。

上に書いた通り、人権とは近代の産物である。そして歴史的、大局的に見れば、近代とは西欧社会におけるキリスト教支配からの解放のことを言う。F.ニーチェが「ツァラトストラはこう言った」の冒頭で「神は死んだ」と言ったように、近代は神に替わって人間が全能者として君臨する時代であり、それは今も続いている。言い換えれば人間中心主義である。

(人間中心主義=人間が世界全体の中心あるいは目的であるとする世界観、また、すべての存在者のなかで、人間にもっとも根本的で重要な地位を与えようとする立場:コトバンク)

人間中心主義は、個人の神格化のニュアンスを持つ。人間が神の地位を奪ったのだから当然の結果である。民衆が、王権神授説によって神の力を振るっていた王を革命で倒し、ついでに神も殺し、神の神たる性質を篡奪したわけだ。これが人権であり、人権が本質的に神がかり的性質を帯びているのは、個人に内在化したキリスト教的唯一絶対神だからである。ただし「神の死」を唱えたニーチェ自身は、唯一神だけではなく全ての超越論的、彼岸的最高価値を否定した (ニヒリズム)。当然、彼は人権が神に替わる最高価値だとは考えなかつただろうが、一般大衆は唯一絶対神の代わりに人権や科学や民主主義や近代国家と言ったイデオロギーを信仰の対象にしていった。とくに、キリスト教との知的格闘なしに、近代をいわばタダで手に入れた日本人は、それらを容易に神格化し神棚に祭った。

ただし欧米における人権は、神のごとき権威や権力だけではなく、自ら世界を創造し運営するという無限責任も含意しているため、人権を振りかざして社会にフリーライドする弊害は日本よりましのようだ。例外はフェミニズムくらいだ。欧米人は、天地創造とまではいかないが、神に替わって世界を変革したり、画期的発明発見をしたり、人類の存続のために地球を守るといったことにかけては、日本人よりはるかに真剣である。欧米人は自分で近代を始めただけあって、まじめに神の後継者になろうと努力し、神の権力だけ頂いて義務は放棄すると言ったズルは遠慮しているようである。西欧は、聖書の世界説明に替わって自然科学を創始し、神の威光に頼らない近代民主主義を確立し、神による救済の代わりに近代国家による安全や豊かさの実現を図った。ニーチェが唱えたように、天上的な唯一神やプラトンの哲学を棄却し、地上的価値やシステムでそれらを代替しようとした。近代は、神への反逆というだけでなく、父なる神のもとを離れて独り立ちするという、人類の自立と成熟の物語でもあった。神頼みを止めて人間が自分と世界の責任を取るということである。しかし、それでも近代は、最初期のフラン

ス革命の時点から「理性崇拜」などという形で一神教を受け継いでおり、容易に現実から遊離し絶対化する「DNA」を持っていることは否定できない。

4. 我が国における人権思想。

以上のように、人権は単なる世俗的なルールとはいいがたく、近代における神話の性質を持つ。人権は聖なるものであるから、納税額によって重みを変えようとか、売買できるようにしようといったドライな議論を受け付けない。人権の神話性に、欧米人よりもむしろ日本人の方が無自覚で、人権を実体化し天与の自然権と考えるきらいがある。しかし人は、脳や肝臓を持って生まれてくるように人権という実体を持って生まれてくるわけではない。全身CTを施行しても人権の像が映ることはない。人権はそれ自体で存在するのではなく、上記のような歴史的経緯によって生み出され、近代国家によって法制化され、その経済力、軍事力によって維持されている。ミャンマーのロヒンギャのような無国籍者には事実上人権はない⁹⁾。人権は至高の権利かもしれないが、我々はそれを享受する代償に、人権を支える社会インフラの構築はもちろん、自分自身の人生や国家や人類や地球環境を含むすべての責任を自分自身で引き受けねばならない。人権はタダではない。神はもういないので人権神授説は成り立たない。

人権についてそういう当たり前のことを言うと日本では怒られる。少なくとも公式レベルでは、人権に現実的な制約を課してはならないことになっている。日本は人権後進国と言われるが、現実的なルールとして人権を取り扱うことに関しては後進的という意味であって、人権そのものを目的化することにかけては世界で最も急進的だ。人権が社会構成的概念であること、つまり社会あっての人権であることが忘れ去られ、人権が最強のカードとなり、殺人被害者の人権よりも加害者の人権の方が尊重され、人権のために社会が崩壊しても構わないというところまで先鋭化している。誇張ではない。本論からだいたい外れるが、我が国における人権の維持コスト、つまり社会保障給付費は2022年（予算ベース）で131.1兆円（対GDP比23.2%、対国民所得比40%）。これに医療や介護の自己負担分が加わる。社会保障関連費用は、経済はゼロ成長なのに毎年3－4兆円ずつ増えている。そして2050年まで増え続けてその後もその水準を保つと言われている。100兆円ともいわれるコロナ対策費を考えに入れなくても、絶対に持続不能であり、日本経済は破綻が約束されている。数少ない現役世代は、大量の生産活動していない年寄りを丸抱えしたうえで、自分たちの老後資金も蓄えねばならないので急速に困窮化している。他方で現在受益している老人は、自分たちが若い頃には当時の老人のためにほとんど負担しておらず、自分たちの老後資金も公的には積み立てておらず、年を取ってからは年金、医療、介護のかたちで現役世代に生活を支えてもらっている。彼らは、ただでさえ高度経済成長と年功序列と終身雇用のおかげで今の若い世代より良い目を見てきたのに、年を取ってからも、自分たちより割を食った若い世代からさらに搾り取っているわけだ。2019年時点で個人金融資産の63%が60歳以上に集中しており、この率は年々上昇しているが、これは明らかに若い世代からの所得転移によるものだ¹⁰⁾。

図3は一般会計収支と国債発行額（2022年まで）、図4は社会保険給付費と保険料収入のグラフ（2011年まで）である。国の歳入と歳出の差額は国債で埋められるが、その額は社会保険給付費（年金＋医療＋介護）と保険料収入の差額（赤字）にほぼ等しい¹¹⁾。

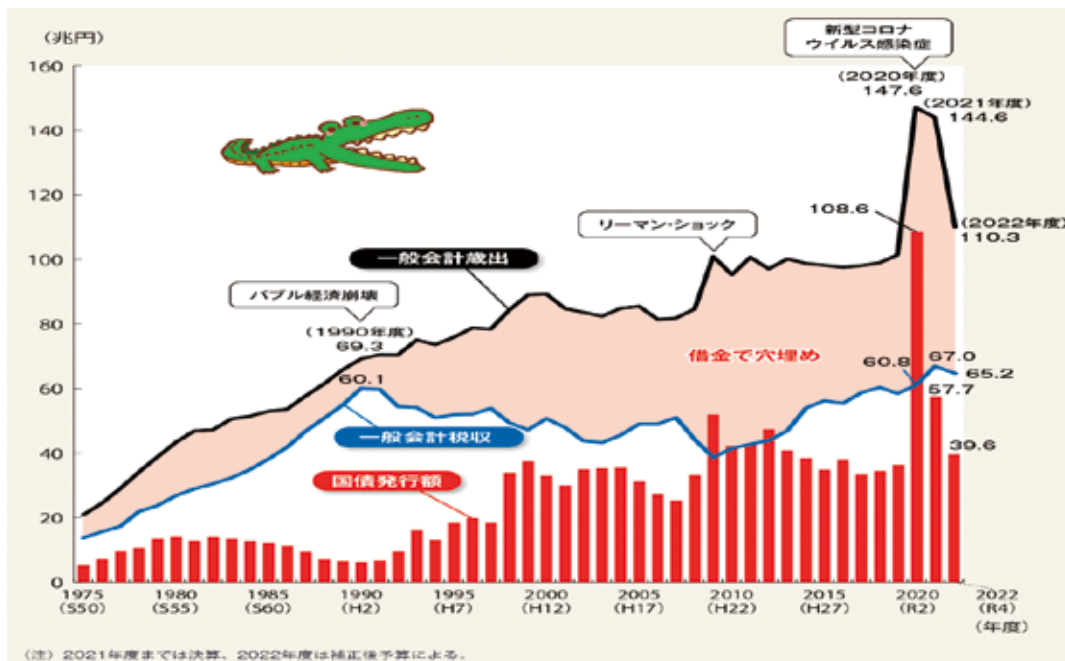


図3

社会保険料収入と社会保障給付費の推移



図4

つまり、国の財政赤字は主に社会保険の赤字を税金で補填することによって生じている。財政赤字の主要な要因は社会保障関連費用であり、決して防衛費や公共事業費ではない。そして社会保障給付費の大半が高齢者向けである。高齢者は、自らの社会保障によって政府の長期債務を累積させて、現役世代だけではなく、未成年やまだ生まれていない将来世代の税金まで先食いしてしまった。現在の高齢者以外のすべての国民、つまり現在の現役世代以下100年先までの未来の国民は、自分たちの収めた税金や保険料がほとんど自分たちに還元されないという地獄を生きることになる。

弱者の人権擁護の名のもとに、富める非生産階級（主に高齢者）が、貧困な生産階級を搾取し、さらに将来の税収まで全部使いこみ、日本の未来を非常に暗いものにしてしまった。まるでインパル作戦

である。なぜこのような無茶苦茶な不公正がまかり通るのか。なぜ政権交代も暴動も革命も起きないのか。何らかの権力が働いているのだ。あるいは狂気が。それが何であれ、このように現役世代を窮乏化させる体制は、経済の収縮と超少子化を引き起こすので物理的に持続不能である。それでも大日本福祉帝国は永遠に不滅だと主張する人は、議論の対象外なのでここで読むのを止めてどこかのお花畑に行ってほしい。おそらく10年位以内に日本の経済社会は臨界点に達し、まさに敗戦に匹敵する惨禍がやってくるのだが、そんなことは経済学者や財務官僚でなくてもみんな知っていて、外的要因ではないのだから改革すれば回避できるのに、なぜ自滅に突き進んでいるのだろうか。社会保障を持続可能な程度にしておくという、途上国を含めどの国も当たり前に行っていることを、なぜ日本はできないのか。はっきり言って人権のせいである。かつて軍国主義が一億玉砕を叫んだように、今度は人権思想が国民を皆殺しにしつつあるのだ。幾度となく繰り返された社会保障改革、医療改革、年金改革の試みが全部失敗したのは、年寄りや日本医師会や薬剤師組合や介護業者が反対したから、と言った技術的な問題ではない。人権思想が抽象化、絶対化し、それに異を唱える者を非国民として排除したからだ。日本経済が破綻したら年寄りも若者も共倒れで、人権も糞もないといった現実論は、反人権的なので議論すること自体がタブーである。同じ理由で本論も発禁処分になる可能性があり、たとえ公表できても世間から完全に無視されるであろう。我が国において人権が、ニーチェの嫌う超越論的、神がかり的最高価値となってしまったから、例えば超高齢の寝た切り認知症患者が、超濃厚な医療を受け、時に本人の意思に反してまで無期限延命治療されたりするのだ。他の先進国ではこういうことはなされていない。人権先進国とされる北欧諸国でも、高齢者が食事を拒否したらそこで寿命とみなされ、無理に食べさせて誤嚥性肺炎を起こしたら逆に家族に訴えられる。胃瘻もほとんど行われぬ。韓国や香港には介護保険も高額医療費制度もなく、自由診療との混合診療なので医療格差も大きい。平均寿命や健康寿命は日本と大差ない。我が国で費用対効果やエビデンスを無視した、無謀なまでに濃厚な老人医療・介護が強行されるのは、現実無視の人権イデオロギーに支配されているからだ。それ以外に説明しようがない。80年前の「お国のため」が今は「人権のため」に置き換わり、あらゆる非合理と不公正と暴力が正当化される。人権が医療福祉分野だけではなく、行政、教育、雇用、地方自治、安全保障、その他あらゆる分野で我が国の改革を阻み、腐敗と衰退を引き起こしていると言い切っている。たとえば「弱者の人権を守るため」には先に述べた通り巨額の所得転移を必要とするので、必然的に大きな政府となり首都一極集中が進む。同時に官僚組織やそれに近い業界が、中央集権と一極集中を無限に推進するために人権イデオロギーを錦の御旗にする。いずれにせよ地方は衰退し、医療福祉行政などの人権ビジネスしか成り立たなくなる。首都圏も一極集中に依存した公的部門や金融不動産などの非生産的産業が主流となり、一極集中にも関わらず経済成長しなくなる（東京の経済成長率は全国平均以下で、最下位に近い）。雇用は医療福祉行政分野に吸収され、優秀な人材はみな医者になり、稼ぐ産業分野に人材や投資が向かわなくなり、税金や社会保険料だけが上昇する。あるいは将来世代への借金だけが無限に積みあがる。だいたい人権に名を借りた所得再分配が国の主産業になったら、いったい誰が稼ぐのか。こんな国に未来はない。そもそも人権は、愛国心などと同様立派な考え方であって、悪魔の思想ではないのだが、どんな良い考えでも絶対化すれば悪魔化するの歴史の教えるところである。なんでこんなことになったのだろうか。

話を20数年前のK大病院精神科に戻すと、Hをはじめとする同科の上級医たちは、今考えると合理的に行動していたのだ。上述のように、人権がかつての軍国主義のように事実上の絶対正義となり、逆ら

うものを皆殺しにするほどの超権力となる流れの中で、そのビッグウェーブに乗らない奴がバカである。殺される側ではなく殺す側に立つことが処世術の基本であり、それは精神科医も例外ではない。とくに敗戦後の日本は、失われた国家的プライドを補償するために、勝った連合軍よりも先進的な政治体制になることが必要だった。当時の常識では、資本主義が行き詰って共産主義革命が起きて共産主義だか社会主義になるのが「歴史の必然」であったから、資本主義国アメリカにマウントを取り返すためには、アメリカに先んじて共産化するしかないのであった。同様に旧ソ連や中国も、経済的・思想的合理性によってではなく、欧米に対する劣等感を補償するために共産化したと考えられる（心理学者、岸田秀氏より）。

そのような政治的背景により、戦後日本や旧ソ連や中国では、大声で過激な左翼の言辞を弄すれば弄するほど、立場が有利になるという状況が長く続いたのだろう。やがて皆が競って革命的なことを口走ることになる。そうしないと競争から脱落するからだ。日本のとくに文系のエスタブリッシュメントが、ほぼ極左で占められるようになったのはこのせいであろう。日本の凋落は、文系優位のあらゆる分野でエリートが左傾化したことと関係がある。理系の世界では、科学的エビデンスが歯止めとなって比較的そういうことは起こりにくく、医学部でも左傾化は限定的であったが、精神科は特別だった。精神疾患の科学的解明が遅れていたせいと、精神医学には伝統的に臨床をないがしろにしており、精神科医自身が「精神病はどうせ治らない」と内心思っていたからだ。故・武見太郎日本医師会会長が「精神科は放牧業だ」と言ったのは実態を正確に反映していた。15年くらい前までは、精神科はただの隔離収容施設で、研究も臨床も教育も空洞化しており、精神科医はやることがなかった。小人閑居して不善を為すのが世の常である。仕事の結果が問われない場所、例えば役所や公立学校や旧国鉄やそして大学病院精神科では、皆やることがないので権力闘争ばかりしていた。すると、連合赤軍のように、現実無視のポリティカルコレクトネスを大声で主張する人が勝ち残り、組織や業界自体がどんどん過激化していくのだった。こうして我が国の精神医学界では人権が絶対正義となったと考えられる。

ちなみに人間が集団ごと狂うことは、オウム真理教のようなレアケースばかりではなく、家族や小中学校のクラスや大学医局などあらゆる場所で普通に起こり、戦時中の日本や今のロシアなど一国レベルでも稀ならず発生する。その場合、集団内の狂気に感応し同調するのがむしろ正常であり、流れに逆らうものが異常とされる。その意味で、20数年前のK大精神科におけるH先生のふるまいは完全に正常であった。空気を読まずに「王様は裸だ」と言ってしまうがちな筆者などよりはずっと。

なお敗戦後の日本は、GHQ（General Headquarters）のリベラル勢力により空想的社会主義に実験場になった面がある。彼らが1946年2月4日から12日までの9日間で作った憲法草案がほぼそのまま現行憲法になったが、天皇制の存続と引き換えに思い切りハト派に振る必要があったとは言え、「平和を愛する諸国民の公正と信義を信頼して、われらの安全と生存を保持しようと決意した」（憲法前文）というのはあんまりである。アンパンマンの世界にだってばいきんまんがいるのだ。一国の交戦権を認めないというのは「攻められたら死ぬか奴隷になれ」と言っているのに等しく、独立国の憲法としては狂気の沙汰だ。GHQ草案をまとめたホイットニー准将も、こんなものは敗戦国に押し付けるのでなければ便所の紙にするしかないと思っていたのではないか。問題は、そんなものを後生大事に抱え込み80年近く一文字も変えていない我々日本国民である。現行憲法は、我々が集団的狂気のただなかにいる一つの証拠である。その狂気的一面が、人権原理主義となって20数年前のK大精神科を支配し、たくさん患者を不幸にしたように筆者には思える。

確かに自由、平等、民主主義、人権思想など近代の諸価値をまじめに追求したら、初期条件を全部ク

リアして国富を全国民に平等に分配し、その後は全員公務員になって働きに応じて給料を得るという形しかない、と考えることはできる。実際やってみたら正反対になったのだが、今なお共産主義は正しいと考える人は世界中にいる。彼らの誤謬は、上記の近代的イデオロギーを、良い社会を築くための手段ではなくそれ自体を目的化したことだ。絶対の自由、絶対の平等、絶対の民主主義、絶対の人権など小学校の1クラス内でも実現できないし、無理やり実現するとしたら、全員同じクローンにして洗脳して自由意志をなくして違反者は粛清するとか、ものすごいディストピアになる。ごく常識的に考えて、自由、平等、人権その他はそこそこで我慢して、伝統文化や宗教など近代的でない価値もそこそこ尊重して、無理なくまああの社会を築く方が賢明である。社会の穏健な全体最適、持続可能性への配慮こそが住民共有の目的であるべきであって、それ以外は自由であれ平等であれ、あるいは経済成長であれ、手段であるべきである。良い社会を築くという最終目標を度外視して、良い社会の限定的な指標にすぎない自由、平等、その他を目的化するのは本末転倒だ。手段の目的化のことをフェティシズムというが、自由フェティシズムがアメリカ的銃社会、ひいては北斗の拳の世界に至るのならばそれは愚かである。共産主義は平等フェティシズムとすることができるが、共産国の実態を見れば同じくらい愚かである。医療に例えると、腫瘍の直径を小さくするためにADL、QOL、本人の意思を度外視して化学療法を強行し、あげくにケモ死させるようなものだ。腫瘍径の縮小はひとつの治療的指標であるが治療の目的ではない。我が国の人権思想も明らかにフェティシズムである。上にさんざん書いた通り、人権真理教は精神科においては患者の人生を破壊し、国家レベルでは経済を全面崩壊に追い込みつつある。だが「この国はバランスを欠いた極端な国だ」と言うと、どの国の人も「そんなことはない、普通だ」と言い返すものである。大半のロシア人も北イエメン人も戦前の日本人も「そういう君がおかしいんじゃないのか」と反論する(した)だろう。歪んだ国は必ず巧妙に情報統制されていることと、ゆでガエルはゆでられていることがわからないからだ。

5. 現代社会が精神疾患を生んでいることについて。特に高齢者の場合。

上記のように、人権をはじめとする現代のイデオロギーが我が国の社会を持続不可能なほどにゆがめているのだが、我々国民にその自覚がないということは、我々の認知も行動も強烈にゆがめられている(洗脳されている)可能性が高い。「憲法9条が敵のミサイルから我が国を守る」なんて理屈は、日本以外のどこでも通用しないだろう。ウクライナ政府に日本の誇る憲法9条を進呈してもごみ箱に直行だろう。もし外国で旭川市のいじめ凍死事件のようなことが起きて、「加害者にも未来がある」という理由で捜査もされず加害者の名前さえ公表されなかったら、暴動が起きて加害者と担任と教頭の命はなかったかもしれない。同様に我が国の精神疾患患者も、それを診断して治療しているつもり精神科医も、不可視のイデオロギーに踊らされているだけかもしれない。旧ソ連において、政治犯が精神病と診断されて「治療」を受けた歴史を我々は笑えないのではないか。20数年前のK大精神科のホスト大作戦療法みたいな悲喜劇が、形を変えていまだ全国の精神科で上演されているのではないか。

再びマクロの話に戻って恐縮だが、狂気のような人権原理主義と社会保障費の大膨張は、戦時中に政府が国民をゴミのように殺したことの反動の面がある。戦中の政府官僚は中学生レベルの空理空論を展開し、生身の兵士をおもちゃの兵隊のように思い思いの戦場に投入して大量に殺した。只今現在のクレムリンのように。作戦の稚拙さもさることながら、半分以上が戦死ではなく病餓死しているのだから、日本兵は連合軍ではなく日本政府によって殺されたというべきだ。特攻機「桜花」や人間魚雷「回天」

のような特攻兵器は、兵を人間とっていない者にしか実用化できない。敗北が確実になった後も無意味に継戦したために、沖縄戦や空襲や原爆で焼かれた一般国民も、戦争の犠牲者というより政府の犠牲者である。こうして日本の政府官僚は310万人の日本人とその数倍のアジアの人々を殺したが、戦後ほとんどその責任を取らず、公職追放されたごく一部の者も数年後には復活した。彼らは切腹して国民に詫げる代わりに、税金をばら撒いて国民の怒りをなだめることにしたのだ。その財源は1970年以後に生まれた国民から徴収することにした。上の図3、図4に示したような無茶苦茶な福祉の大盤振る舞いは、要するに官僚の保身である。過剰な福祉は敗戦に対する暗黙の国家賠償なのだが、そのコストをはるか後世に生まれた国民に背負わせて戦争との関連をうやむやにすることで、政府官僚は身銭を一銭も切ることなく、1千万人以上を殺した責任を華麗にスルーした。ここで人権イデオロギーが大いに利用された。「世代同士の助け合い」、つまり老人の人権を守るという名目で、戦争を知らない世代からいまだ敗戦を記憶している世代に所得を転移し、戦争責任の追及を封じたのだ。官僚は頭が良いと言われるのはこのような意味においてである。また彼らが人権大好きなものと同じ理由による。「人権のため」とっておけばなんでもできるからだ。それにしても敗戦の総括と責任追及をうやむやにしたことは、政府官僚が何をしていても絶対に責任を取らなくていいという前例となり、敗戦自体よりもはるかに大きな禍根を残すことになった。近い将来、日本経済が破綻しても官僚は絶対に責任を取らず、危機管理と称してさらに失態を重ねるであろう。下手したら日本を国民ごと中国に売る可能性もある。我々は80年前と同じように、官僚という、保身だけは悪魔的にうまいがそのほかは徹底的に無能なマフィアに生殺与奪の権を握られているのだ。社会＝世の中は大地のように盤石で絶対に正しいもの、という思い込みは単なる思い込みである。

そういう歴史的背景もあって、膨大な国費を注ぎ込まれて国策的に甘やかされた現在の高齢者は、概して恐ろしく幼稚と言わざるを得ない。自分たちがほとんど年金の掛け金も保険料も払っていないのに、それなりの年金を死ぬまでもらえることや、非常に安い自己負担で医療や介護が無限に受けられることに何の疑問を持たない。そして高額医療費制度があるにも関わらず、ちょっとでも自己負担が増えると弱者切り捨てだと大騒ぎする。自分たち以外の国民は自分たちの奴隷だと思っているのでなければ、彼らのふるまいは説明できない。筆者の精神科外来には他院から「救急受診しすぎる」という理由で紹介されてくる高齢者が何人もいる。ある80代の女性は、胸がしんどいと言って1日4回救急車を呼び、4つの異なる病院に搬送されてその都度「異常なし」として帰宅させられたが、その次の日も次の次の日も救急車を呼んだ。ある時はスマホがつかないという理由で警察に飛び込んで救急車を呼んだ。またある時は救急入院した病院を退院した日に救急車を呼んで別の病院に入院することを何回も繰り返した。彼女は地元救急隊に「もう救急車を呼びません」と念書を書かされていたが、それでも平気でそういうことをするので、最も被害を受けているかかりつけの病院から当科に紹介された。10年前から独居だが3人の息子が近所にいる。三男が仕事の都合で毎日顔を出せなくなってからそんな風になっただけ。彼女の使った医療費は1億や2億では済まないと思われるが、顕著な身体疾患はなく、認知症でも統合失調症でもなく、病名をつけるとしたら身体症状症（身体表現性障害）あたりになるのだろう。だが実際は「甘え」である。死の気配を感じて嫌だ嫌だと駄々をこねているのである。彼女は当院で介護保険を申請してデイサービスに行くようになって、ようやく救急車を呼ばなくなった。ここまでひどいケースはさすがにまれだが、老人の不定愁訴の多くが、甘えや寂しさや暇から生じていることは多くの医療関係者が認めるところである。

老人が心身症になるのが悪いというわけではない。問題なのは、我が国の医療現場で遭遇するご老人の多くが、自分が死ぬということを真剣に考えていないのではないかと、ということである。あまりにも死の受容ができておらず、現実が見えていない。自分が死ぬことなど生まれた時からわかっていたはずだが、ずっと考えないようにしてきたに違いない。些細な症状でしょっちゅう救急車を呼びながら「もう死にたい」と毎回訴える90歳を超えたお年寄りを見ると、じゃあなんで救急車を呼んだんだ、という疑問より先に、自分が死にたいと言えばみんなが大いに同情してくれると信じ込んでいることに衝撃を受ける。「勝手に死ぬ」と思われるとは全く思っていない。有名人や大富豪でもない自分が老いて死んでも、身内以外は誰も気にかけていないということを真剣に考えていない。自分は無価値のまま何も残すことなく消滅するという現実を十分にかみしめておれば、80にも90にもなってリスクする女子中学生みたいに死ぬ死ぬとアピールするはずがない。

「死に備えてこの世に何かを残す努力をするべきだが、それに成功してもしなくても死ぬときは一人であり、ことさら死ぬ死ぬと騒いだり、仮病すれすれの不定愁訴で家族や社会を巻き込んでも死の恐怖は去らない。だからそういうことはやめて、必要な医療を受けたらあとは静かに死を待とう」という最低限の諦観を持ち合わせていない年寄りがあまりにも多い。死の受容という、一生かけてなしとげねばならない心理的修養をほとんどしないまま、年を取ってしまった老人が少なくないように見受けられる。戦後の日本社会が国力を傾けて現在の老人世代を甘やかしたせいとしか考えられない。世界に類を見ない、幼児のまま年老いてしまった、3000万人になんなんとする未熟な高齢者集団を生み出すために、日本政府は返す当てもない借金1200兆円を積み重ねたと言っている。誰得である。

日本の高齢者は世界一通院頻度が高く、一人当たり入院日数も多いことが知られている（図5,6,7）。このため小児科以外の日本の全診療科がほぼ老年科と化しており、日本の大半の病院は事実上老人病院と化している。もちろん精神科も年々老年精神科になりつつある。ちなみにわが豊郷病院も、全入院患者のうち90歳以上の人が0歳～55歳の人より多い。

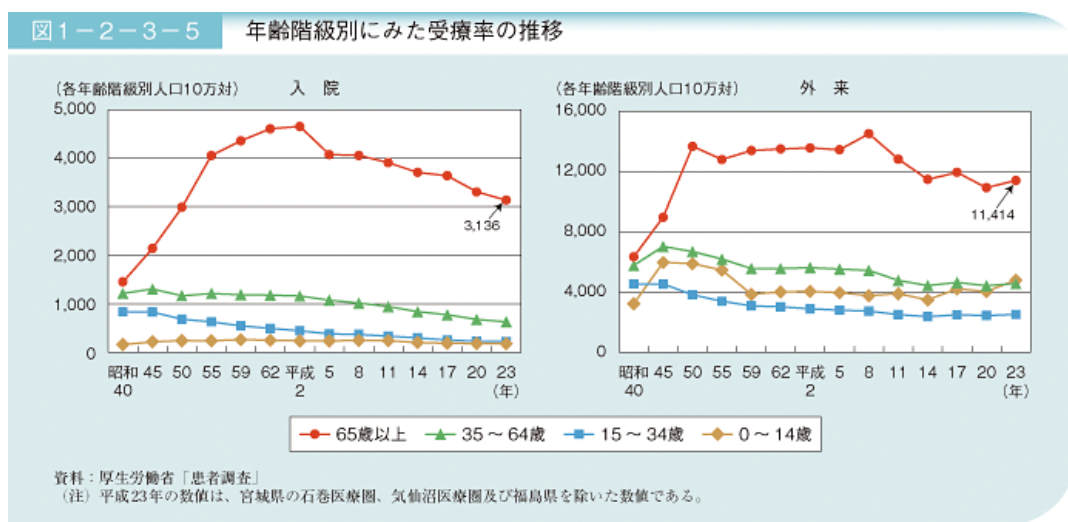


図5

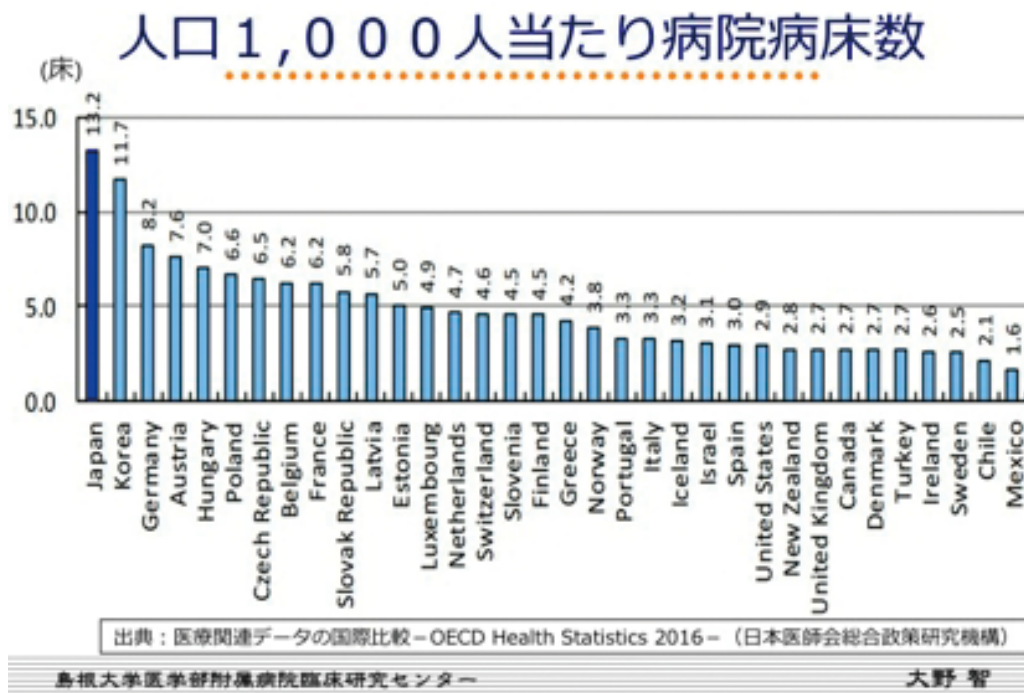


図6

◆ 1人あたり年間外来受診回数（医科）の国際比較

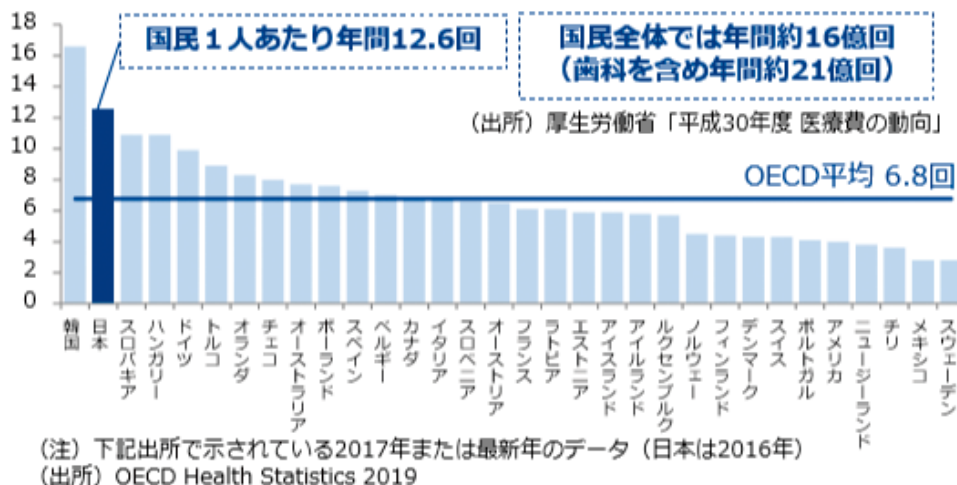


図7

内科と整形外科の高齢者人口カバー率はすさまじく、大半の日本の老人が双方に通入院していると思われる。だが最近、それに加えて精神科にかかる老人が爆発的に増えている。図1に示したとおり、我が国の精神疾患の外来および入院患者は凄いスピードで増加しているが、おそらくその半分以上は高齢者である。認知症も増えているが、それ以上に増えているのが高齢者の焦燥うつ病や不安症や身体表現性障害などICD-10で言うところのF3,F4 (気分障害、神経症・ストレス関連疾患)である。なお、うつ病も広義のストレス性疾患であることについては、昨年の拙稿「現代のうつ病論」を参照されたい。なぜ今、日本の老人にストレス性精神疾患のパンデミーが起きているのだろうか。単に老人の数の問題で

はない。一昔前の老人は精神科クリニックなんかに行かなかった。

米国の精神科医キューブラー＝ロス「死ぬ瞬間」(1969)という本で、死病の末期患者約200人にインタビューしたうえで、死の受容のプロセスに以下の5段階があると書いた。

- ①否認：患者は大きな衝撃を受け、自分が死ぬということはないはずだと否認する段階。
- ②怒り：なぜ自分がこんな目に遭うのか、死ななければならないのかという怒りを周囲に向ける段階。
- ③取引：延命への取引である。「悪いところはすべて改めるので何とか命だけは助けてほしい」あるいは「もう数ヶ月生かしてくれればどんなことでもする」などと死なずにすむように取引を試みる。神(絶対的なもの)にすがろうとする状態。
- ④抑うつ：取引が無駄と認識し、運命に対し無力さを感じ、失望し、ひどい抑うつに襲われなにもできなくなる段階。
- ⑤受容：部分的悲嘆のプロセスと並行し、死を受容する最終段階へ入っていく。最終的に自分が死に行くことを受け入れるが、同時に一縷の希望も捨てきれない場合もある。受容段階の後半には、突然すべてを悟った解脱の境地が現れる。

精神科を受診する昨今の高齢者は、上の①～④の段階であがいているとしか思えない。先述の通り彼らの多くがストレス性疾患だが、何のストレスに苦しんでいるのかというと、要するに「死」であろう。他国や過去の老人は、長い人生の中でキューブラー＝ロスのいう死の受容の5段階を消化したうえで死を迎えたと考えられ、晩年に俄かにストレス性精神疾患になったりしなかつただろう。ところが今の日本の高齢者は、政策的にあまりにも優遇されてきたために、死の受容が未熟のまま晩年を迎える。だからいよいよ死が現実的になってくると、多くの老人が急に死病の末期患者になったかのように、一斉に①否認②怒り③取引④抑うつのようなことを開始し、泣いたりわめいたり無意味に救急車を呼んだりすることになる。やたら家族や医者に怒鳴りまくったり(怒り)、些細な症状を針小棒大に訴えて医者を困らせたり(取引)、急性ストレス反応としての解離性昏迷や急性精神病となることもある。我々精神科医がそんな彼らを焦燥うつ病とか不安症とか身体表現症などと「誤診」するので、図1に見るようにそれらの疾患が急増しているように見えるのだ。またBPSD(認知症の心理・行動症状)と診断されているものの多くも、死の恐怖に対する心因反応と思われる。高齢者の精神疾患の激増を、全て認知症や身体疾患で説明するのは無理がある。いくら何でも認知症や身体疾患は年率10～15%で増えたりしないからだ。それに彼らを適切に治療すれば、軽度の認知症くらいなら精神症状ごと治ってしまうことが多いので、精神疾患は認知症の結果ではなくてむしろ原因のように見える。また彼らの治療で大切なのが、甘やかさないこと、受診のルールを守らせること、自立を促すことであり、ごね得を決して許さないことである。こうした治療により、他院が手を焼いていた問題老人や原因不明の奇病の高齢者がすっかり良くなることが多い。良くなると彼らは人格的にも別人のように成長するのが常である。せん妄が治ったからではない。せん妄はやや厳しめの精神療法で治ったりはしない。また精神病院を含む他院でいくら治療しても長年悪化の一途であったことが説明できない。せん妄ではなくて甘えが治ったのであり、死という現実を直視したせいで現実検討が正常化したのだ。

自分自身の精神を振り返ってみれば明らかなように、人間の精神は社会に埋め込まれているので、精神疾患を生み出したであろう社会的文脈から理解しなければならない。老人の精神疾患の多くは、日本の戦後社会の、もっとさかのぼると近代社会の歪みの結末であり、人権イデオロギーによって甘やかされた老人が、死という現実にも不適応となって起こした急性ストレス反応の面が大きい。世界や日本の歴

史と日本の経済社会状況と精神疾患のトレンドと目の前の患者さんの症状を、すべて矛盾なく一本の線でつなぐ説明があるのなら、それを採用すべきである。ある老人の訴えが、うつ病であるとかBPSDであるとかいった普通の診断だって確かなエビデンスがあるわけではない。どちらもナラティブに過ぎない。ならば、人間に関する現象をすべて整合的に説明するナラティブの方が信憑性が高い。「ブーチン大統領は妄想型統合失調症だ」という話よりも、彼のおかれた社会文化的背景や政治状況から彼の心境や行動を整合的に説明した話のほうが信憑性が高いのと同じである。

しかし「人間に関する現象をすべて整合的に説明する」と豪語するからには、老人の精神疾患について言わねばならぬことがまだ残っている。彼らは国に甘やかされて知らず知らずのうちに不老不死のつもりになっていて、いざ死ぬ段になると慌てふためいて発狂するのだ、といった説明だけでは十分ではない。考えてみれば、日本に限らず、近代以前の人間はほとんど何らかの宗教を信じていた。ほぼ全員有神論者だったと思われる。宗教は死の恐怖や生の苦しみをある程度説明し、救済するために不可欠な社会インフラであっただろう。近代になって宗教が衰えた後、その役割は不要になったわけではない。では何が宗教の代わりになったのだろうか。世界や人生を説明する機能は科学や、最近ではネットが担っていると思われる。うまくいかない人生は、かなりの程度近代国家が福祉の形で救済している。特に日本の高齢者の人生は国家丸抱えに近い。しかし、戦後日本における宗教の直系の子孫は、科学や行政や教育以上に「医療」であろう。日本の高齢者は、病院やクリニックを完全にお寺か神社のつもりで利用している。日々の悩みや心配事や、その背景に黒々とうずくまる死の恐怖は、胸部不快感や下痢や便秘やめまいや痛みなどに姿を変えて日夜高齢者のもとを訪れる。すると彼らはせっせと循環器科、消化器科、耳鼻科、整形外科と言ったご利益のある病院やクリニックにお参りに行く。最近では精神科にも足しげく参拝するようになった。身体的な不老長寿は不可能なので、もともとのニーズである精神的な救いにシフトするのは自然な流れだ。精神科は身体治療というステップを省くので、お年寄りにとってはますますお寺と変わりが無い。そこでお札やお守りの代わりに、霊験あらたかな色とりどりの薬をもらって飲むと、精神科医から見ても不思議なのだが、ほとんどの場合よく効くのである。「宗教施設に参拝して何らかの呪物をもって飲んだり（薬）身に着けたり（湿布）すると悪霊が退散する」という伝統文化に乗っかっているのが、強力なプラセボ効果が発現するのであろう。日本の津々浦々にクリニックが遍在するのは、日本のいたるところにあるお寺や神社の後継施設だからだ。こういう背景から精神疾患の外来・入院患者数はいくらかでも増えるのであろう。医学というよりは信仰心の問題である。だがこのような高齢者の「精神疾患」が偽物というわけではない。それは本当にうつ病であり、不安障害であり、身体表現性障害なのだ。少なくとも今の医学では、それらの精神疾患と宗教的救済を求める行動は区別できない。将来にわたっても区別できないだろう。精神疾患と、仏教のいう生老病死の苦しみとは本質的に同じだからだ。別の言い方をすると、生きる意味の喪失や死の恐怖などの本質的な苦しきは、宗教なき現代では、高齢者に限らず精神疾患という形を取らざるを得ない。

ちなみに、単極性うつ病が内因性（遺伝性）である証拠は何もない。昨年の拙論「現代のうつ病論」に詳述したのでくどくど繰り返さないが、19世紀半ばのドイツでW.グリーゼンガーが「精神病は脳病である」と言ったのと、その後E.クレペリンが二大精神病の一つに単極性うつ病を含めたという過去の経緯によって、うつ病は遺伝性の脳病ということになっているに過ぎない。うつ病は、神経症性疾患、ストレス関連疾患、身体症状症とひっくるめて「対処不能の困難に慢性的に暴露された時の人間の反応」と再定義したほうがいい。ナチスの強制収容所の被害者や、ルーマニアのチャウシェスク政権下の孤児

院の子供に見られたような心身の反応が典型的である¹²⁾。うつ病モデルマウスはまさにそのようにして作成される。つまり社会的敗北ストレス、慢性軽度ストレス、早期ストレス（離乳期に母子分離して単独飼育）などの心理的物理的ストレスの慢性的暴露によって作られており、まったく内因性などではない。これらのうつ病モデルマウスによって有効性がスクリーニングされた化学物質が、抗うつ剤として人間のうつ病にも投与されて、ちゃんと効いているわけだ。内因性うつ病の有力な指標は、抗うつ剤が効くこととされる。ならば人間のうつ病も、うつ病モデルマウス同様のストレス性疾患と考えるのが自然である。うつ病と不安障害のリスク遺伝子はほぼ共通しており、分子レベルでも両者は区別できない。何が言いたいのかというと、少なくとも高齢者の場合、うつ病を含む精神疾患の大部分が、社会心理的ストレス要因であるということ。それを否定するのはあまりにも無謀である。もちろん認知症や脳血管障害や糖尿病などの器質性疾患は精神疾患のリスクファクターではあるが、それらもまた社会心理ストレスの色濃い影響下にある。高齢者のストレスとは結局のところ、人生が期待したほどのものではなく、後に何も残さないまま終わってしまうという苦悩に帰着する。彼らにのしかかる死の恐怖や、うまくいかなかった人生への悔恨や、晴らすことのできなかった屈辱などのドロドロしたものが、身体疾患や精神疾患に形を変えて、日夜医療機関にたたきつけられているという実感を持たない医師は、まともに臨床をやっていないと言わざるを得ない。言いにくいことだが、教育レベルと知的レベルが低く、低所得の高齢者ほど心身の病気になりやすく、通院頻度と延べ入院日数が大きい。彼らは健康管理に失敗したという理由以外に、人生に失敗した怒りを誰かにぶつけるために医療のヘビーユーザーになっているという面がある。彼らは自力救済に失敗したので、医療という他力に頼らざるを得ず、そのために病気を「必要としている」。その際チョイスされる症状は慢性疼痛、胸腹部不快感、めまいなど耳鼻咽喉症状、そして鬱や不安である。もともと客観的な証拠の乏しい症状や病気が彼らの目的に適する。怒ること自体が受診の目的なので、どのような治療によっても満足せず、「お前の治療のせいでかえって悪くなった」と言い募り、医師の無能と不親切をののしり、何かにつけて訴訟をちらつかせ、若い看護師に下の世話をさせ、いびり、わめき、わざわざ病院に来て医療や看護を拒否し、しばしば暴力を振るう。彼らに必要なのは、医療ではなく宗教的救済である。

つまり、精神科医は（身体医もだが）少なくとも部分的には宗教家の役割を果たさざるを得ない。特に高齢の患者は、絶対他力の浄土真宗的な宗教観が身につけているため、死への恐怖と人生への悔恨を、現世利益のレベルで救済することを求めがちである。また医療にはそれが可能であるという幻想を抱いていることが多い。認知症のせいだけではなく、上に書いたように彼らは政府に徹底的に甘やかされた世代であるから、現実感覚が不全であり、政府や医療が万能でないことがわかっていないのだ。そして自分が不老不死でないことも心底納得はしていない。自分は政府や医療の怠慢により不当に死なねばならないので、無限の損害賠償を請求する権利がある、と心のどこかで思っている。彼らの傍若無人さと被害者意識の根底にはこれがある。いずれにせよ、高齢患者の本当のニーズが人生と死の救済であることを理解していないと、医療側も患者側もいたずらにフラストレーションをためて共倒れになりかねない。

高齢者として周囲の矚目を一身に集め、怒りと恥辱にまみれながら惜しまれずに逝くことは本意ではなかろう。準備不足で死を迎えねばならなくなったのは彼らだけの責任ではない。我々は彼らに「失敗した人生は取り返しがつかない。死の恐怖もどうしようもない。むしろそれが解決できるのではないか」と思い、救済を求める認知自体が歪んでおり、捨て去らねばならない」ということを段階的に教えていかねばならないだろう。「煩惱を捨てよ。そしてただ一人で八正道を歩め。それが救済である」という趣

旨の認知行動療法が、現代の高齢患者に最も必要とされている治療である。これは2500年前に仏陀が行ったことである。いかに良く死ぬかという問題に対しては、時代が変わっても同じソリューションしかないように思われる。

6. 現代社会と現代の精神疾患。高齢者以外の場合。

さて、筆者は高齢者のことを悪く書きすぎたような気がする。高齢ではない精神疾患患者にも、時代と社会の刻印が深々と押されているということにも触れなければ公平に失する。上に書いた通り、近代は、神がやっていた仕事を全部人間が世俗的な方法で解決せねばならない時代である。世界の説明は科学とネットが、経済など世俗的な救済は行政や企業やNPOが、社会のルールは立法と司法機関が引き継いだが、肝心の精神的救済については引継ぎがうまくいっていないようだ。

近代前半は、神に替わって人々の心の平安を支えたのが、共産主義や国家主義などのイデオロギーであった。それらはすぐに宗教化し、スターリニズムや毛沢東主義やボルボトのような、あるいはナチスドイツや大日本帝国のような悲惨な結果に終わった。共産主義の残党のリベラリズムは最近大変嫌われており、国家主義の残党も似たようなもので、米国のトランプ元大統領に救いを求める人々は米国にさえあまりいないことが先日の中選挙で明らかになった。また、会社や仕事や「家」に人生をささげ、それらに自分の死後の永続性を仮託するようなことも、やはりうまくいかなかった。会社も仕事も「家」もそんなに永続するものではなくなったし、全て機能集団化し、ウェットな情念の受け皿にはなりにくくなったからだ。特に、自分の未来を子供に託すという習慣は完全にすたれたと言ってよく、子供の人生を自分のために利用する人は「毒親」と呼ばれるようになった。これは子供を作るメリットが減ったことを意味し、少子化の根本的原因となっていると思われる。

そういうわけで、現在生き残っている救済の物語は自由主義的イデオロギーだけである。これは要するに「禅」によく似た絶対自力救済の思想である。自分の可能性を信じ、ただ信じ、自分が世界を創造して司ることを志向する。アメリカの心理学者A. マズローの自己実現理論が代表的。経済学の分野ではM. フリードマン、F. ハイエクらの新自由主義が代表的。というかこちらが自由主義の本山である。自由主義に明確な定義はないが、官僚やアカデミズムによる統制経済よりも、一般個人の活力と良識を信頼したほうが社会は良くなるといった考え方であろう。真に善きものは、個人の向上心と市場の競争の中にしかないということだ。人々の生き方としては、まず自助を旨として、次に自分の個性や信念を貫いて成功することが求められる。「みんな成功してハッピーになれ、歴史に名を残して不滅の存在となれ、そうしたら死んでも悔いは残らない」と言うような、大昔からあるような、あるいはディズニー映画に出てくるような、素朴な人生観が自由主義のエッセンスだと思われる。筆者はけっこう好きである。人権思想は、神を否定して人間中心主義を謳っておきながら、神聖不可侵の人権が天与である（天から与えられる）と唱える点、根本的な矛盾を内包しているが、自由主義はそうではない。自由主義においては、生存権や財産権以外の人権は天与ではなく、自らビッグになって獲得すべきものである。どこかの馬の骨がイーロン・マスクと同等の人権を持つことはできない。テスラやスペースXの創業者であるイーロン・マスク氏は、最近自身が買収したツイッターで以下のようにつぶやいた。「恐れや不安に思うことは多々ある。でも自分を信じて乗り越えなきゃいけない。あとは運命に委ねる。成功確率を受け入れられれば恐怖が紛れる。スペースXを始めた時も成功確率は10%以下だった。全てを失う覚悟でいた。でも、研究結果が次の世代に受け継がれればという思いでやった」。

彼ほどの者になれば、確かに人生に悔いは残らないだろうし、死の恐怖も超越できるかもしれない。そしてその可能性は、ルールの上では万人に開かれている。すごく平等だ。その代わり自分を救うのは世界で自分しかいないので、敬虔なキリスト教徒の100倍ぐらいの熱心さで自分を崇拜し、鼓舞せねばならない。上のツイートを見たら実際マスクもそうしていることがわかる。自己肯定感や自効力感、セルフエスティームと言った自分自身に対する信仰心が足りない人はそれだけで負け犬である。自由主義がキリスト教や共産主義に勝る点は、完全に世俗的で無矛盾でシンプルであり、現世にて誰にでも実践できることと、実際に現世利益があること、つまりリアルであることだ。欠点は、実際やってみるとほぼ全員が失敗し、成功率は神頼みと大差ないことだ。日本人の場合、自分を信じるという第一歩で大半の人が脱落する。原始仏教に似てスーパーエリートしか救わない思想なのである。リアルであることの代償であろう。では自己実現にすでに失敗したと思われる筆者を含め、イーロン・マスク氏ほど能力のない人はどうしたらいいのだろうか。大半の者はいろんなところにリスクを分散してしのぐ。こそこその仕事の達成感。家庭（心をささくれ立たせるものであっても）。ほんのわずかな友人知人。貯金。株式投資で少し勝つこと。筋トレ。ツイッターのフォロワー数（1000人以下）。時々行く回らない寿司。きれいな夕焼けでさえほんの少し救いになるような気がする。

そのようなささやかな「成功」にも恵まれなかった人、もしくはそんなのでは満足できない人の一部が、精神疾患という生き方を選択する。「私は精神疾患だから成功しなかったのであり、それさえなければ何の問題もなかった」と言ったナラティブにすぎない。とくにうつ病と発達障害が人気だ。双方、生まれつきの脳の病気ということになっているので、自己責任を問われにくい。そしてそれらにはバイオマーカーがなく、不在の証明は不可能。いつまでも病気にすぎり、時に病気をテコにしてプロのフリーライダーと化すこともある。どの精神科医もそんな患者を十人程度は抱え込んでいるものである。自由主義の極端な厳しさを医療に転嫁する装置が、精神疾患というわけだ。日本的雇用慣行の終わりの始まりが氷河期世代であった。終わりの終わりがもうすぐやってくる財政破綻である。植木等がスーダラ節を歌っていた時代とは雇用労働環境の厳しさが全く異なり、大量の脱落者の中からプロ患者が発生せざるを得ないシビアな状況がある。このような社会的背景なしに、図1のような精神疾患パンデミーを説明できないと思われる。しかし発達障害パンデミーについては別の説明が必要だろう。詐病者が増えたわけではなく暗数が表に出ただけでもなく、実際に発達障害が増えているようなのだ。生まれてくる子供の両親の高齢化が原因の一つだろうが、それだけではない気がする。職人や農民など、発達障害の方がむしろ向いている職業が減ったからであろうか。それよりも、日本的雇用慣行と国民皆婚制度がもともと能力の低い男性にとって極端に有利にできており、それらが崩壊して発達障害男性が会社や家庭の庇護を失い、一気に事例化した可能性の方が高いと思われる。しかし、発達障害の急増は途上国を含め全世界で起こっているのだから、日本の特殊事情だけで説明はできない。なにより実数の増加が説明できていない。陽キャのジェネラリストより陰キャのスペシャリストの方が現代社会において包括的適応度が高く、地味に発達障害の遺伝子を全世界にばらまいているのかもしれない。良くわからないので、この件については別稿に譲ろう。

自由主義イデオロギーは固い自己信仰を前提とするので、少しでも自己不全感のある人、自己肯定感の低い人、自信のない人を弾いて精神疾患にカウントしてしまう、という点は確実にある。ソースは筆者自身だ。しかし自由主義にはもっと本質的な副作用がある。「アナと雪の女王」のエルサのように、自分を信じて立場をわきまえず人の迷惑を顧みず我が道を行くひとばかりだと、合成の誤謬が発生

するのだ。私の自己信仰とあなたの自己信仰はともには成り立たない。自己信仰とはキリスト教以上に根拠のない思い込みに過ぎないので、他者の「ツッコミ」に弱い。だって君はただの人間だ、と言われたらおしまいがある。だから自由主義社会においては、個人は互いに内面には踏み込まず、互いに相手の自己信仰を侵害しないという暗黙の相互不可侵条約を結んでいる。しかしこれは核武装した自国中心主義の国が多数対峙している状況に似て、非常に不安定な「恐怖の均衡」である。自己信仰とは自分ファーストということであり、他者の尊重とはもともと相いれない。他者は自己信仰者にとって危険な異教徒に過ぎない。ホッブズ的な万人の万人に対する闘争状態になりやすいのだ。それこそトマス・ホッブズ（1588～1679）の時代からその問題に取り組んできた西欧では、伝統的にいろんな対策がとられて自己信仰＝個人主義と社会関係＝人間関係が何とか両立している。しかし日本社会は個人主義に対してナイーブなので、それが本格的に普及し始めたバブル崩壊後は、国中で人間関係が一時フリーズしたと言ってよい。酒飲んでじゃれあってなんとなく親睦を図る日本の国技が使えなくなり、すべてのコミュニケーションがストップし、すべての組織ががたがたになった。誰もこのことを言わないが、日本の失われた30年の根本原因はここにあると思う。このゲームチェンジに直撃されたのが氷河期世代であり、今なお不遇にあえぐ彼らを始めとして、我が国の人間関係や社会的絆はまだ十分機能を回復しているとはいえない。生涯未婚率の果てしない上昇はその傍証の一つだ。日本の男性の1/4以上が50歳時点で未婚であり、これは日本女性が日本男性を対等のパートナーとは見ていないことを示している。男性側の恋愛、結婚願望も急速にしぼんでいる。そして止めどもない少子化は、男女とも自分より他者（子供）を尊重するような人生を忌避している証拠と思われる。

実は、対等な個人同士が独自性を尊重しあう関係なんてものは、欧米でも成立していないと思う。ただ共通の目的や利害のもとに互いに利用する関係があるだけである。関係それ自体を目的とするような「閉じた」関係はもはや成立の余地がない。自由主義社会において、一人一人が主権国家のような人々をまとめて、社会を成立させる仕組みは市場にある。自由主義と個人主義とはイコールではなく、個人主義の欠点を市場主義によって止揚したものだと思う。個人の価値は市場で勝つことによってのみ認められるというルールが、個人主義的社会が独我論やホッブズ的自然状態に陥らない理由である。自由社会の我々は、人々とつながるために、市場での競争に勝たねばならない。金持ちになったり有名人になったり、誰もが認める才能（例えば美貌）を発揮せねばならない。または利害の共通するものたちと組んで、一儲けをたくらまねばならない。つまり我々は、一生孤独で過ごしたくなければ、イーロン・マスクのようにならねばならない。失われた30年が経過して、ようやくわが国もただの個人主義から個人主義+市場主義=自由主義に移行し、自己実現を焦る餓鬼の群れとしてはあるが、コミュニケーションが復活しつつある。SNSとか（W）。長きにわたったフリーズ状態がようやく解け始めた。人間関係は、かつての母子関係のようなオキシトシン依存的な関係ではなく、支配被支配の関係でもなく、ウィンウィンのビジネスのようなものになりつつある。当然、他人にメリットを与えられない者はウィンウィン関係からも排除される。神（宗教）や伝統習俗を破棄して、社会を全て世俗化、合理化したら単なる人付き合いもままならないような、ものすごく大変な世の中になったわけだ。しかし後戻りはできない。欧米はこの危機を乗り切ったようだが、日本はまだ道半ばであり、破滅的な敗戦でもまだ足りず、近い将来もう1回破局を経験しなければならないだろう。書いているだけでもしんどくなる状況だ。はっきり言って、こんなしんどいゲームに付き合ってもらえない人が多数発生して当然である。昨今、人間関係の基盤は成功（権力と金）かセックスぐらいしかなく、その両方に縁のない者は、革命を夢想するか病

気になるか薬をやるかこの世を去るしかない。実際、米国でもキリスト教原理主義国家に戻したがっている人は多数おり、オピオイドの乱用で死ぬ人が10万人以上おり、CDCによると2021年に銃が原因で死亡した米市民が約4万8000人と過去最高を記録した。世界ではイスラム教徒が15.7億人おり、彼らの多くがイスラム原理主義者ではないものの、自由主義にも社会主義にも背を向ける立場と言っているだろう。日本でも、人間関係のむずかしさに絶望した人と思われるが、15歳～39歳で54万1000人、40歳～64歳で61万3000人、合計110万人以上の引きこもりがいると推計されている（2018年、内閣府）。15歳～64歳の男性の実に33人に1人が引きこもりということになる。性的魅力という最終兵器をもたない男性は、市場価値がなければ「死ぬ」。この状況下で精神疾患になる人の方がならない人より、むしろ人間的に思えるのだが。非自主的に精神疾患になる人だけではなく、半ば自主的に精神疾患という生き方をチョイスする人も増えて当然であろう。

7. 精神医学が人々を精神疾患にしていることについて

精神疾患の社会要因説を論じるにあたって、精神医学自体が精神疾患の原因になっている可能性を避けて通るわけにはいかない。精神医学は任意の人が精神疾患であるかないかを決定する装置（制度）だが、血液の生化学データを分析する検査装置とは根本的に異なる。精神医学の診断基準に科学的根拠はなく、診断プロセスはほぼ精神科医の主観に頼っているからだ。検査装置のフタを開けてみたら中に人がいて、その人が「直感で」紙テープにデータを手書きしていたとすれば、ふざけるなど思うだろう。精神医学はそういうインチキ装置である。それはDSM5の時代になってもちっとも改善されていない。「ほとんど毎日、ほとんど1日中ゆううつである」みたいな子供の作ったアンケートみたいな数項目のうち、いくつか以上が満たされたらある種の精神疾患である、というような操作的診断基準は、操作的でも科学的でもない。第一に、なぜ特定の精神的現象ないし状態ないし状況が「疾患」として選ばれたのか客観的基準がない。第二に、それが正常心理の延長ではなく疾患であるという根拠がない。クラスメートを虐めて巧みに自殺に追い込む陽キャ児童は健常者で、虐められて自殺した児童が「メランコリー型の特徴を伴う大うつ病性障害」であったりする理由が不明である。前者が異常者で後者が正常者ではないのか。または悪魔的な正常者と気の毒な正常者がいるだけではないのか。そしてアンケートみたいな診断項目自体、アメリカ精神医学会が相談して決めたものであって別に科学ではない。DSM5やICD-11などの精神科的診断基準は単なるルールであり、水掛け論はやめてこういうことにしときましようという政治的妥結にすぎない。だがこの場合、人為的ルールが悪いというよりも、それを科学的客観的真實であるかのように偽装していることが大問題である。

なぜそんなインチキが必要だったのかというと、わすか100年ちょっとでしかない近代精神医学の歴史を紐解いてみたらわかるが、異常者と思われる人々を自分たちから区別（差別）したいという情熱がまず先にあって、それを後付けの理由で正当化する体系として精神医学が出発したからだ。科学に偽装した近代精神医学は、最初から差別を一つの目的としていたと思われる。さもなければ、「正常な精神」について何もわかっていない状況で、いきなり「異常な精神」に関する科学を始めようとするはずがない。そんなことをしても、自分たちと異なる人を恣意的に「異常だ」と決めつけることしかできない。これは差別に他ならない。つまり最初からそれが目的だったのだ。なぜ差別が必要だったかというと、近代は神に替わって人間の理性を神格化する時代だったからだ。そのためには、「我々人間は生まれつき神に劣らず理性的であって、そうでない人間がいるとしたら、それは我々人間ではない。遺伝的

劣等民族であるか脳が壊れているのだ」という物語が必要であった。近代的個人の非理性的な部分は抑圧され、精神疾患患者という他者に投影され、攻撃されたわけだ。

特に19世紀末のドイツ人は、自分たちが被差別者であるという劣等感があって、誰かを差別することによってそれを代償する必要があったのではないか。そのために近代精神医学を作り上げたのではないかと疑う。なぜなら近代精神医学を創始して50年もたたないうちに、ドイツ精神医学は、ナチスのT4作戦に加担して精神障害者やその疑いのある者や遺伝性疾患の幼児や果ては不登校児童に至るまで「安楽死」させたからだ。1941年にヒトラーがT4作戦の中止を命令した後も、ドイツの精神科医たちは安楽死作戦をむしろ拡大して続行し、合計20万人を殺害した。それは600万人のユダヤ人を抹殺することになるホロコーストへの扉を開いたとされる。その情熱はどこから来たのか。英仏米などに遅れて近代化したドイツは、自分たちが最も優れた近代的な種族だと自他に対して証明せねばならなかった。そのために後進的で劣等と思われる自国民を皆殺しにして、自らの内なる後進性を（心理的に）浄化したのであろう。決して認めたくない恥辱を心に秘めた者が、その汚れを洗い流すために洗浄強迫に陥るように。異端者を魔女として焼いて自らの信仰の正当性を示そうとした、近代前夜の欧米人のように。なお、ドイツよりも遅れて近代化したロシアが資本主義をすっ飛ばして共産主義革命を起こしたのも、日本が無理やり帝国主義政策に邁進したのも、ドイツと同様に英仏米への劣等感を補償するためと思われる。ちなみにドイツ精神医学界がナチスの安楽死政策に加担したことを公式に謝罪したのは、2010年になってからであった。要するに反省していないということである。このように精神医学は、その誕生時点から異端者への差別と排除を正当化するイデオロギーの一面を持っている。

そもそも精神医学が医学であり、自然科学であるということが問題だと筆者は考える。精神疾患という現象が実在するとして、それが科学の対象としてふさわしいのかどうか。なぜ文学や哲学の対象ではないのか。アインシュタインの相対性理論は科学的検討の対象だが、それを生み出したアインシュタインの思考は科学の対象になりうるのかどうか。彼の思考を追うには、論文だけ読んでだめで、彼の生い立ちから一般相対性理論に到達するまでの詳細な個人史生活史を調べる必要があるし、嗜好、趣味、教養、政治的信念を知る必要がある。いやその前に彼の両親の人物像や彼への養育態度、教育ポリシー、どういう家庭を築いていたかというところから論じなければならぬだろう。つまりアインシュタインの理論は科学の対象であるが、アインシュタイン本人は科学の対象にはならない。なぜか。科学は心のある存在、言い換えると能動性とオリジナリティーを備えた「主体」を扱うのには適していないからである。自然科学は一神教と同じく、呪術的思考、つまりアニミズムや擬人法の否定から出発している。唯物論、機械論を旨とし、対象を心が無いモノとみなす。または心をモノに還元しようとする。ここに重大な欺瞞がある。そのように全てをモノで説明しつくそうとしている科学者本人は機械でもモノでもなく、科学の埒外にある唯一の主体なのだ。一神教の世界において、全世界は神の被造物であるが、神だけが例外であるように。科学は形を変えた一神教であり、科学者（神）以外の主体の撃滅を目的とする。科学の世界では、科学者以外に科学者と同等の人間がいてはいけないのだ。科学が一神教の構造を引き継いでいる限り、科学者以外の主体の存在を認めることができない。認めたら多神教＝アニミズム＝呪術の世界に逆戻りしてしまうからだ。このように科学は、先ほど触れた後進国ドイツの差別マインドとは異なる意味で、人間性を徹底的に否定する構造を持っている。

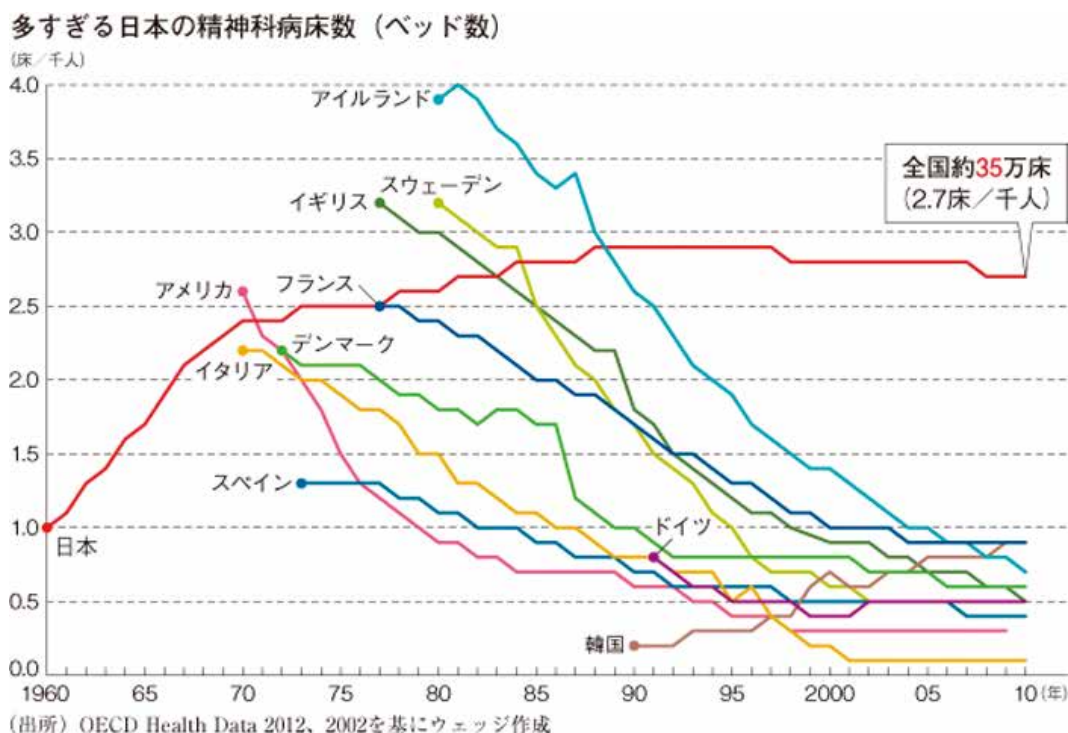
医学も自然科学なので、基本的に患者の主体性、能動性は問題にしない。患者に医者と同様の心があることを認めない。E.クレペリンの始めた記述精神医学はまさにその思想に沿っており、患者の内面は

相手にせず、その外面的な行動や状態を客観的に記述しようとする。例えば、患者を騙してガス室に閉じ込め、命乞いを無視してホスゲンガスを充填する際に、「患者は眉を上げて目を見開き、大量に涙液を流し、何ヘルツに及ぶ何デシベルに達する叫び声を発し、壁を何回叩き、何十回かきむしり、爪を全てはがして出血させ、頻呼吸となり・・・」という風に客観的に記述する(らしい)。患者が理不尽さに怒り、混乱し、恐怖におののき、絶望し、死の間際に家族のことを思ったというようなことは一切無視する。科学は対象をモノとして扱うからだ。患者をマウスのように、遺伝要因と環境要因の結果としか考えないのも科学的人間観である。他科の先生はそんな浅薄な人間観を持っていないことが多いが、精神科医に限ってそういう考えの人が多し。近代精神医学の創始者であるE.クレペリンからしてそうであった。人間が遺伝または環境の受動的な産物に過ぎないのなら、なぜマウスとは違って文化や文明を創造し、科学や医学を創始し、自分がこうやって偉そうに患者をマウス扱いすることができるのかの説明できない、という矛盾には気づかないらしい。科学は科学者自身を説明の対象外にするからであろう。内科医や外科医は臓器を相手にするので、患者をマウス扱いしてもぼろが出にくいかもしれない(そんな先生はいないが)。臓器には自由意志や主体がないので、機械論や唯物論が機能するからだ(完全にはではないが)。しかし精神を相手にする精神科医が、患者をマウス扱いしたらどのようなことがおきるであろうか。その悲劇を筆者は数多く目撃したが、ここでは多くを述べない。ただ上述の20年数前のK大病院精神科が、異様な雰囲気と言い、治療成績の悲惨さと言い、それに対する鮮やかな反省の欠如と言い、絶滅収容所に似ていたことは付言しておこう。さすがドイツ精神医学の薫陶の誉れ高いK大病院精神科であった。

さらに付け加えたいのは、人間の歴史を科学的に解明したと称するK. マルクスの史的唯物論についてである。マルクスは、物質的な生産力の向上が歴史を既定の方向に推し進めるのであって、人間の意志やイデオロギーは関係がないと言った。人間の社会は人間の思いとは何の関係もなく、物質的条件のみに従って原始共産制からゴールの社会主義へと進んでいくというのだ。いくらでもツッコミどころはあるが、物質ではなくてイデオロギーである史的唯物論自体が、歴史の必然ではなくて暴力革命によって社会主義を実現し、結局失敗して1億人以上を殺したというところにおかしみを感じる。マルクスは、自分の本を読んだ人が旗を振って歴史を動かすことを計算に入れていなかったのだろうか。人間を科学で解明した(すべき)と称する者は、今のところ全員失敗している。科学は人間の主体性を認めないので、人間が自ら変える能力を見落とすせいで。人間を舐めている。仮に史的唯物論が正しいとしても、それを知った人間は、マルクスのいう歴史的必然に逆らうことができる。また彼のいうように「社会的存在が意識を既定する」のだとしても、それを知った人間は、その瞬間に社会的存在の奴隷であることを止めるだろう。人々はマルクスと同じくらい賢いので、歴史の必然とかその程度の法則など簡単にハックすることができる。世界のハッカーは自分だけでないと気づかなかったことが、マルクスの敗因であろう。科学的人間観の一種である精神医学も、マルクス主義と同じ誤謬に陥っている。つまり、患者をモノのように操作しようとして失敗し、逆に患者に足元を見られていいように利用され、深刻なモラルハザードを生んでいる。

精神医学がマッドサイエンスというわけではない。それが疾患であるかどうかはさておき、心理行動面で持続的困難に陥っている人は膨大であるし、彼らを救う技術というものは確実に存在する。太古の昔から人類社会にはヒーラーがいたのだ。精神科医が伝統社会のスピリチュアルヒーラーと同様に、あらゆる手段を用いて人々を癒すならば、その技術の体系はマッドサイエンスではない。しかし精神医学

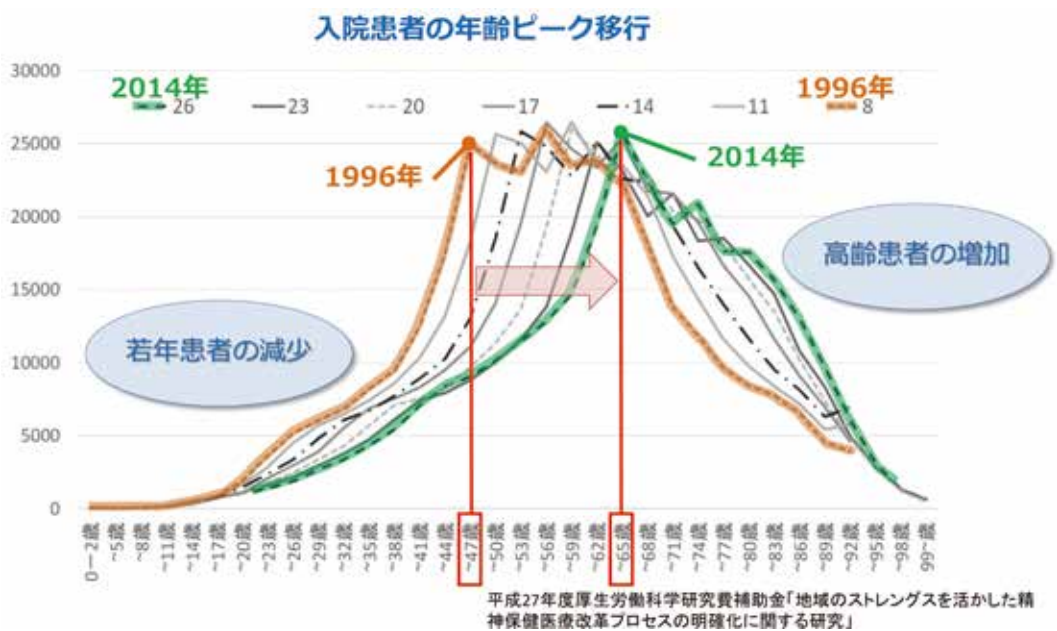
が結果にコミットしなくなり、長期予後（患者の人生）に関心を払わなくなり、純粹科学になろうとした途端、ナチスの御用医学に先祖返りする運命にある。昔の精神科が故・武見太郎のいうように「放牧業」であったのは、患者を人間扱いしておらず、思春期から何十年もむなしく病院で朽ちていく患者の「心」に関心がなかったからではないか。ホスゲンやチクロンBやサリンガスを使用しなかっただけで、やっていることは大戦中のドイツの精神科医と大差なかったのではないか。日本の精神医学はドイツに学んで成立したので、体質が似ているのだ。先進国でダントツに多い精神科病床数（約30万床）は、恣意的な診断と隔離収容主義と貧弱な治療やケースワークの産物ではないだろうか（図5）。要するに、科学を詐称して根拠なき診断と分類にうつつを抜かし、肝心の治療を放棄した精神医学が膨大な慢性患者を生んだのではないだろうか。何十年も入院している患者がこんなに多い国は他にない。科学的な記述精神医学者は患者の内面を考慮しないので、10代で強制入院となって病院の壁を見つめて60代になってしまった患者の境遇を想像する習慣がない。科学的には、患者は心のないモノだからだ。せいぜいケージの中のマウスのようなものだ。科学においては、観察者と観察対象の間には何の関係もあってはならない。こんな体質だから、治療への決死のこだわりと、患者への最大限の想像力を欠いた場合、精神医学は容易にマッドサイエンスになってしまうのだ。そして以下の図を見れば、日本の精神科はかなり最近までマッドであったことがわかる。



(図5)



(図6)



(図7)

最近になるほど入院患者の平均在院日数が減っており、近年の入院に限ったら80日を切っているはずだが、昔はなんであんなに長かったのだろう(図6)。治す気がなかったのではないか。昔は精神科医師一人あたり担当入院患者は100人以上がざらだったが、それでも暇だったという。いったい何をしていたのだろう。単科精神病院は、数十年前に入院した患者がたくさん残っているのどこも老人病院化している(図7)。新規入院患者が高齢化していることもあるけれど、主に古くからいる患者が滞留しているせいだ。今でも長期入院患者は一定数発生するし、昔は今ほど退院させるためのインフラが整っていなかったし、良い薬もなかった。それにしてもひどすぎる治療成績と言わねばならない。ちなみに欧米で精神科病床数が劇的に削減され、平均入院日数が短縮したのは、ナチスの衝撃抜きには考えられない。大戦後の世界では、精神疾患の患者を長期間収容するのは政治的に不可能になったのだ。戦前は

盛んだった優生学が減じたのも同じ理由である。しかし、なぜ日本の精神医療だけナチスの衝撃とは無縁なのか謎である。戦前のドイツ精神医学が凍結保存されているのだろうか。思うに、異端者を嫌う我が国の文化と、異端者を差別し排除するという精神医学のイデオロギー性が共鳴してこんなことになってしまったのではないか。

ここまで、科学としての精神医学が、科学の持つ本質的非人間性によって精神疾患をむしろ生み出したのではないかということ述べた。しかし科学の枠組みは、医療側だけではなく患者側の暴走も引き起こす。精神医学が科学的であろうとするほど、患者が医師と同等のプレーヤーであることが見えなくなってしまう。患者がモノではなく、まな板の上の鯉でもなく、医師と同じ主体として利己的に行動した場合どうなるだろうか。精神疾患や心身症には客観的指標がないので、原理的に詐病を見破ることができない。そもそもそれらの「疾患」には少なからず疾病利得があり、もともと詐病的要素があると言える。「死にたい」と言って毎日毎夜電話をかけてきて救急車でやってきて無理やり入院して傍若無人の限りを尽くす患者に対し、科学的精神医学は手も足も出ない。「あなたは病気ではなくズルだ」ということは決してできない。そういう人でも単なる詐病ではなくて、本当にたくさんの精神疾患を抱えていることがほとんどだからだ。うつ病、不安症、身体症状症、適応障害……。そもそも患者がズルすることを精神医学はほぼ想定していない。作為症や虚偽性障害、ミュンヒハウゼン症候群と言う概念があるにはあるが、それらは詐病性を確実に立証できるケースにしか診断されない。万年「死にたい」と言って死なない程度のODとリスクを繰り返すような患者や、病休の診断書が切れそうになると毎回「私っていなくなった方がいいのかな」と言いだす患者は、本当に死にたいと思っていなくもないので詐病ではないのだ。それらは抑うつによる自殺企図や希死念慮であって、絶対にズルではないとされる。

繰り返しになるが、実際はすべての精神疾患、心身症には援助希求シグナルの意味があり、多かれ少なかれアピールの要素がある。つまり患者が自ら病気になっている面がある。精神医学は、その面を認めることができない。患者の意図（主体）を認めたくないからだ。患者はモノでなければならないから。さらに精神疾患も実体（モノ）として存在しなければならない。精神疾患が患者の意図や、周囲との駆け引きの産物であることを精神医学は絶対に認めたくない。それを少しでも認めると科学としての精神医学が崩壊するからだ。そして精神疾患に実体はなく、患者と自分が疾患の壁によって区別されていないという可能性は、ある種の精神科医にパニックを引き起こす。そのような精神科医の精神は「自分は正常だからその思考は正常であり、反省や吟味の必要はない」という前提で成り立っているので、自分も患者と同じだと認めたら精神が崩壊するからである。そういう医者は、おとなしい患者を平気で何十年も入院させる一方、こわもての患者の言いなりになって公的扶助の不正受給に喜んで協力したりする。患者がモノでなくて人間だと対処できないのだ。

こんな精神医学を手玉に取るのは小学生でも可能だ。死にたいと言えば、おなかが痛いと言えば、薬を出して診断書を書いてくれる。医者が詐病を疑うようなそぶりを見せたら、「患者の気持ちを踏みにじった」「ドクハラだ」「余計死にたくなった」などと言えば簡単に制圧できる。女性ならついでに泣いて見せたら完璧だ。このように精神医学は、医者が病気を作る体質とともに、患者に病気を作らせる体質も有している。恐るべきマッチポンプである。

精神医学が科学であり、医学であることの有害性はまだまだある。

どんなに科学的な精神科医でも、精神疾患が純粋な脳病としてではなく、患者の人生上の問題として

立ち現れることを否定できないだろう。DSM5においても「その症状が、臨床的に意義のある苦痛の原因となる、または社会的、職業的、または他の重要な分野における機能的な障害の原因となっている」ことが全ての精神疾患に必須の要件になっている。実際の臨床では、精神疾患は「脳病」であるよりも「人生戦略の失敗」であることのほうが圧倒的に多い。したがって精神疾患を実際に解決するにあたっては、5HT-1Aレセプターの話だけではだめで、もっと大局的に生き方の問題を取り扱わねばならない。治療論は、道徳や倫理学や人生論でないと結局何の役にも立たない。科学的精神医学は薬のチョイスにさえ役に立たない。薬物療法は患者の人格特性や適性能力や人生戦略を踏まえて行わなければ、短期ではともかく長期的には必ず失敗するからだ。そして、科学的であるだけでは詐病や利己的な患者に対処できず、精神科がフリーライダーの草刈り場になる。「患者にも医者と同じくらい悪いやつはいるし、フリーライダーもいる」という当然の現実を否認しているというだけで、科学は机上の空論以下である。つまり精神医学は問題を医学的、科学的問題に矮小化するため、人生全体、社会全体を視野に収めた戦略的治療を不可能にする。だから子供の詐病にさえ勝てない。お年寄りの甘えにも有効な解決法を見いだせない。会社に行けない適応障害に診断書を出すことしかできず、何年も慢性化させた挙句破滅させる。患者の人生や人格を再建し、持続可能な社会的ニッチを確保させるという戦略的・経営的視点が欠如しているからだ。このように科学的精神医学は無益なだけでなく、有害と言い切ってもよい。ならばなぜそれが科学であり、医学である必要があるのだろうか。くだらない見栄のために患者を作り出した破滅させるくらいなら、医学的知識や手段も使うことのできる宗教になったほうがいいのではないか。

他にも問題がある。精神疾患に客観的証拠がなく、実在するかすら定かでないということを手返にとつて、自分の治せないケースは全て「もともと不治の病だったのだ」ということにして、治療の失敗を認めなかったり、治療を放棄したり、病院に閉じ込めてほったらかしにする超科学的精神科医が後を絶たないことだ。精神疾患の治療目的を、巧妙に「精神疾患の科学的解明」にすり替えて、それができないから残念ながら今できることはありませんと主張する。「一人よがりな科学などどうでもいいからとにかく治せ、解決しろ、せめて事態を今より改善しろ。それが医者の仕事だ。何のために高い給料もらってるんだ」という声は彼らには届かない。このような科学的精神科医はフリーライダーの患者よりさらに100倍悪質と言わねばならない。

また、繰り返しになるが、精神疾患が疾患（病気）と定義されているからこそ、意識的無意識的詐病者が発生する。または自分の人生は医者責任だと思っている人が発生する。病気という枠組みは患者の主体性を認めないため、当然自己責任も問えない。ある人の人生上の大問題を、その人の主体性や自己責任を否定して解決できるであろうか。最終的には本人に頑張ってもらうしかないのではないか。病気という枠組みはそれを不可能にするため、結局は問題解決を阻害し、モラルハザードを生む。つまり自分自身の問題を精神疾患ということにして医療に丸投げする人が大量に出てくる。これは患者の問題ではなくて仕組みの問題だ。麻薬を合法化したら麻薬中毒患者が大量に出てくるのと同じである。

8. 結語

ならばどうすればいいかについて最後に述べる。社会も、精神医療も、患者（ユーザー）も神様や人権などといった超越論的な価値になるべく頼らず、真の世俗化を図らねばならない。みんなが、神も仏も人権その他のイデオロギーも捨てて、無垢の現実と直面する必要がある。特に努力しないといけないのが精神科医である。なぜなら精神医学は、精神病というフィクションを創作することによって、「精

神病ではない理性的な正常者」というフィクションを作り上げ、正常者を自認する人たちを正当化するというイデオロギーの一面を持っているからだ。そのようなものに毒されている分、精神科医は一般人よりもむしろ無明であり悟りから遠い。そして精神科医を含むすべての人々は、上にも書いた通り、「失敗した人生は取り返しがつかない。死の恐怖もどうしようもない。むしろそれが解決できるのではないか」と思い、救済を求める認知自体が歪んでおり、捨て去らねばならない」といった身もふたもない現実には耐えなければならない。これさえあれば救われるとか、全て解決するといった、絶対的価値をいかに排除するかが21世紀の課題だと思われる。注意すべきは「自分」を絶対化してもダメだということ。自己肯定や自己実現を絶対化したら、共産主義とは別の形のディストピアがやってくるに違いない。社会も、精神科医も、患者も、過去と現在の現実を直視し、変えられるものは果敢に変え、変えられないものは受容すべきである。そしてすべての主体が仏教でいう八正道のようなありきたりな正しい行いをひたすら行う。革命的な解決法はなく、皆がそれぞれに成熟していく以外に方法はないと考える。遠回りに見えてもそうするしかない。

具体的な提案を一つだけ言えば、精神疾患を病気ではなく、美容のような個人的問題として再定義したほうがいいのではないだろうか。もちろん器質的精神疾患や強制入院を要するようなケースは保険適応、または国費のままでよいが、他は自由診療にゆだねた方が、いろいろな面でうまくいくと思う。精神科を美容外科のような混合診療にするのだ。「精神疾患は病気ではなくあなた自身の問題である。だから誰かの助けを借りるにしても相応の負担が必要だし、最終的にはあなた自身が解決しなければならない。幸運を祈ります」というスタンスの方がより早く、より楽に根本的解決に到達できると確信する。S.フロイトが精神科医としてウィーンで開業していた時代に戻るわけだ。そのためには精神科医療機関の治療成績をはじめとする徹底的な情報公開や、公的および民間の評価機関が必要であろうが、美容外科でできることは精神科でもできるだろう。だいたい世界では混合診療の方が主流なのだ。コスメティック・サイカイアトリーが本論で述べた多くの課題を解決するとはいわないが、かなりマシにするであろう。

参考文献

- 1) The Rise of Eating Disorders in Japan: Issues of Culture and Limitations of the Model of “westernization”
・ [Kathleen M. Pike MD, PhD](#) &
・ [Amy Borovoy PhD](#)
Culture, Medicine and Psychiatry volume 28, pages493-531 (2004)
- 2) Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder
[Stefan G. Hofmann Ph.D.,M.A. Anu Asnaani,Devon E. Hinton M.D. Ph.D.](#)
First published: 03 December 2010 Depression and Anxiety
- 3) 「病像成因的と病像形成的」：清水光恵・神戸大学保健管理センター、神戸大学大学院医学研究科病態情報学（精神医学 56巻2号（2014年2月）
- 4) [[Risk factors for the development of schizophrenia](#)] .
Löhrs L, Hasan A.Fortschr Neurol Psychiatr. 2019 Feb;87 (2) :133-143. doi: 10.1055/a-0836-7839. Epub 2019 Feb 25.PMID:30802921 German.

- 5) 統合失調症の仮想史 酒井明夫 岩手医科大学精神神経科 第105回日本精神神経学会総会 2015。
- 6) 発達障害が増えたのは「知名度が上がったから」だけではない…心理学者がたどり着いた"社会のある変化"「こころの問題」には時代ごとの流行がある。
2022/06/21 10:00PRESIDENT Online チーム・パスカル
<https://president.jp/articles/-/58013?page=1>
- 7) 世界人権宣言 前文 1948
- 8) 事実を整える 2019-12-27死刑廃止国が犯人を殺害・射殺した人数の統計と日本との比較資料
<https://www.jijitsu.net/entry/shikeihaishi-syasatsu>
- 9) ヒューライツ大阪 アジア・太平洋の窓 ビルマ西部：ロヒンギャ問題の背景と現実 宇田 有三
(うだ ゆうぞう) フォトジャーナリスト 国際人権広場2010年3月発行号
- 10) 2019年全国家計構造調査 所得に関する結果 及び 家計資産・負債に関する結果 結果の概要 2021年(令和3年) 5月18日
- 11) 社会保障亡国論 34ページ 鈴木亘 講談社現代新書 2014
- 12) Ceausescu' s Legacy: Family Struggles and Institutionalization of Children in Romania
[Lynn Morrison](#)[View all authors and affiliations](#)
[Volume 29, Issue 2](#) Journal of family history



イカリソウ

当院を18歳未満で初診した患者の動向と課題の検討

公益財団法人豊郷病院精神科医師

岡村 恭子、坂口 恵美、阪上 悌司、林 拓二

【目的】

公益財団法人豊郷病院（以下、当院）は滋賀県の7つの医療圏の1つである湖東医療圏の総合病院である。総床338床でありそのうち精神科は120床（急性期病棟60床、療養病棟60床）。平成30年より精神科急性期治療病棟として運用し、通常精神科治療の他に、修正型電気けいれん療法を施行、難治性の統合失調症の治療剤であるクロザリルも使用している。精神科外来は3診体制で、医療観察法指定医療機関として通院患者の担当もしている。

湖東医療圏は人口約15万人で、圏内には単科精神科病院はなく4つの総合病院のうち精神科があるのは当院のみであるが、4か所の精神科・心療内科クリニックを含めいずれも児童思春期外来を標榜していない。しかし、当院では親からの直接の電話予約以外に、学校や地域からの受診依頼、小児科からの紹介など多方からの相談を受け、比較的多数の18歳未満の患者を引き受けている。この度、当院精神科を18歳未満で受診した患者について調査することでその動向を明らかにし、当院が果たすべき役割や課題について検討する。

【方法】

2021年1月から同年12月の期間に、当院精神科を受診した18歳未満の患者について、初診時の年齢、性別、居住地、診断名、生育歴、治療内容、転帰などについてカルテを後方視的に調査した。診断基準はICD-10を使用した。

【結果】

対象となったのは52症例であり、男性13例、女性39例であった。初診時の年齢は9歳から17歳で平均 14.57 ± 2.13 歳、男性平均 13.69 ± 2.92 歳、女性平均 14.87 ± 1.82 歳 ($p = 0.09$) であった。年齢別の人数についてはグラフ1に示した。居住地については湖東医療圏内が37例。診断については、統合失調症2例、自閉スペクトラム症18例、注意欠陥多動症11例、知的障害6例、不安や解離、転換性障害などの神経症が18例であり、合併例もあった（グラフ2）。生育歴に関しては両親の離婚や死別によるひとり親家庭は16例、両親いずれかまたは両方の精神疾患は6例、明らかな被虐待歴は9例に認められた（表1）。不登校歴のある患者は15例であった。薬物療法を受けた患者は35例、その内抗精神病薬の使用は16例、抗うつ薬は11例、ADHD治療薬は7例、抗不安薬は6例、睡眠薬は7例、気分安定薬は6例であった。転帰については26例は通院継続、15例に治療中断を認め、11例は転院または終診であった。通院継続と中断例の比較についてはグラフ3に示した。

【考察1】

今回調査した患者の中に、逆境的小児期体験（以下、ACEs）を有する症例が多数あり、それらを複

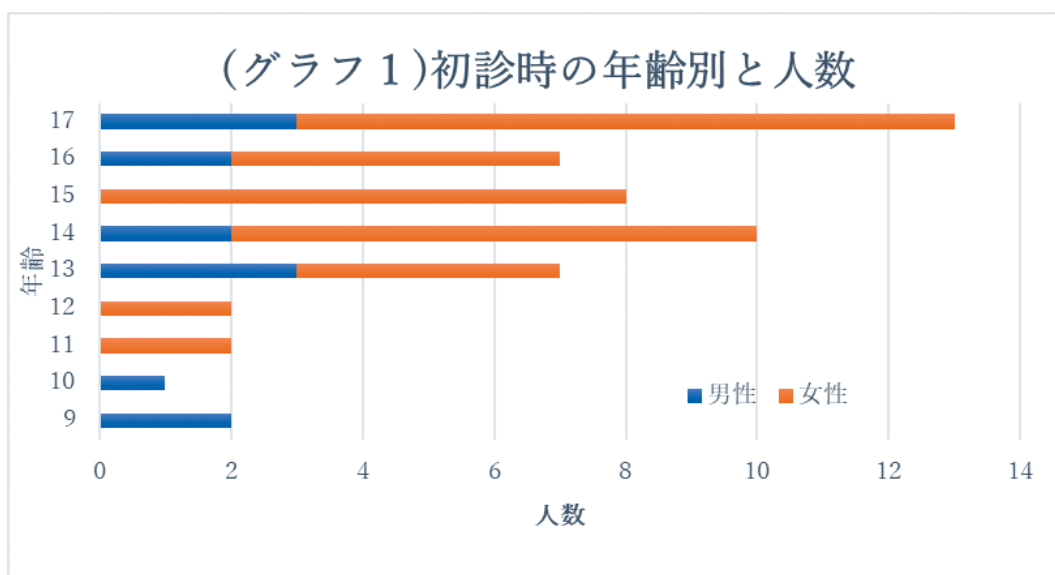
数有するものもあった。Felitti¹⁾によりACEsがその後の人生の、身体・精神疾患罹患のリスクを高めたり大きな経済的損失に繋がることが示唆されており、ACEsの理解と介入が望まれている。児童思春期症例の場合、患者の疾患だけでなく、その患者が置かれる養育・生活環境にも広く着目する必要があると言える。ただ、それらは診察室における問診で簡単に明らかになるわけではない。患者自身が隠そうとしたり、もしくは境遇の異常さに気づいていないことさえある。また、虐待などの逆境的体験が明らかになったとしても、親への指導など単純な方法で解決するものはほとんどない。状況によっては、児童相談所への通告が必要であったり、親への治療介入、生活困窮に対する福祉的支援が必要となることもある。病院のみで完結できる治療や支援はなく、地域との連携が必須と言える。

【考察2】

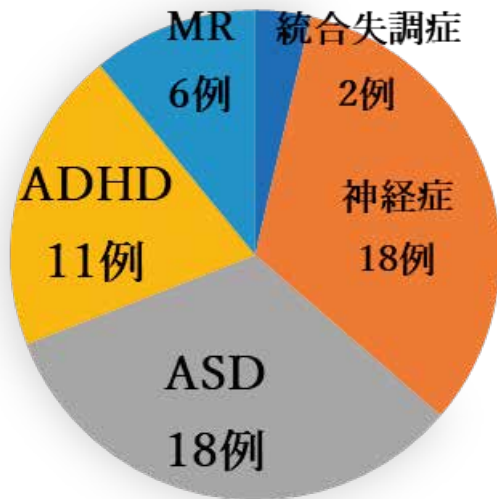
治療中断例を約3割に認めた。中断例では過去の不登校歴を多数認めた。その他、今回の調査では明らかではなかったが、投薬により定期通院が意識される可能性や、圏域外からの受診など通院時間が長くなると通院中断に影響する可能性も考えられる。当院では、土曜診療や夜間の診療を実施していないため中断例の中には他院クリニックへの紹介によって中断を防げた可能性がある。

【考察3】トラウマインフォームドケア²⁾ (以下、TIC) について

トラウマ体験や家族の機能不全などACEsは、その後の人生において、感情調節や対人関係の問題、否定的な自己概念（低い自尊感情）、種々の身体不調など広く影響を及ぼすことが示唆されている。TICでは個々人に現れる数々の異常をトラウマ体験の影響という視点で理解し、患者の安心と安全を目指した配慮ある関わりを重視する対応である。TICの理解なしでは、現れる行動の異常は批判の対象となるばかりで状況の改善につながりにくい。TICについてはまず医師や心理士など医療現場が率先して地域や学校などの機関に情報提供していくことが望ましい。具体的には、トラウマが及ぼす影響についての理解を促し、患者の異常についてトラウマの症状として気づけるようになること、そしてトラウマの配慮を組み入れ再受傷を防ぐといったアプローチの実践が目指される。

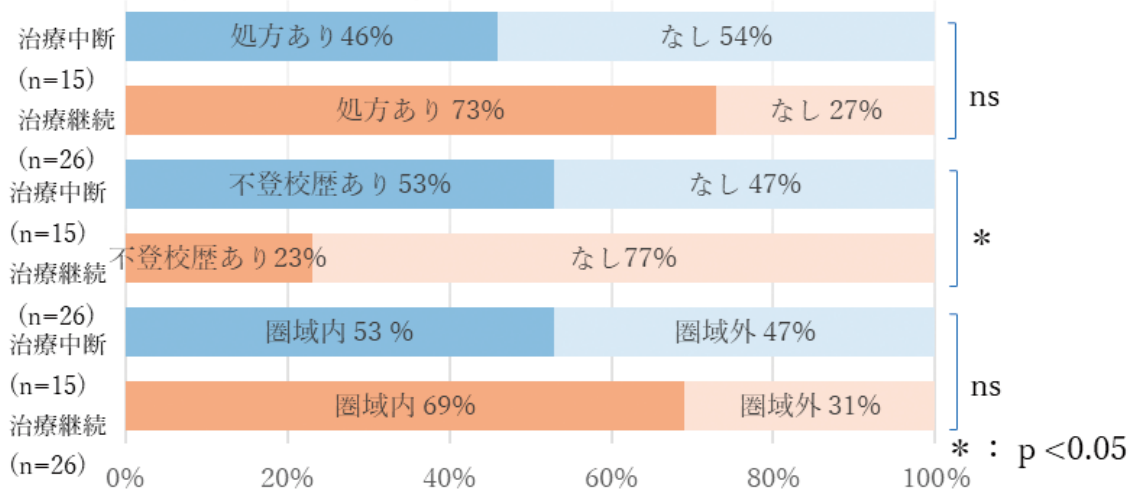


(グラフ2)診断数(合併含む)



(表1) 逆境的小児期体験該当項目 ACEs:Adverse childhood experiences	症例数 (重複あり)
心理的虐待	3
身体的虐待	4
性的虐待	3
ネグレクト	2
両親の離婚や別居	16
両親の精神疾患・薬物依存	6

(グラフ3)治療継続と中断例の比較



【まとめ】

当院における児童思春期症例について検討すると、患者の生育歴を含めた周辺情報に着目したり、地域との連携をはかることの重要性を再認識した。当院は心理士や作業療法士、ソーシャルワーカーが複数名在籍しており、治療だけでなく地域との情報共有を図りやすい。そのような強みを生かして児童思春期症例の診療体制の充実を目指したい。

利益相反

この研究は当院の倫理委員会で承認された（医療倫理委員会 受付番号42）ものであり、開示すべきCOI状態にある企業や組織は存在しない。

参考文献

- 1) Adverse Childhood Experience, ACEs Study ; Felitti VJ 1998
- 2) 野坂裕子著 ト라우マインフォームドケア 日本評論社 2019

（なお本稿は、第63回日本児童青年精神医学会、および第35回総合病院精神医学会総会におけるポスター発表に若干の加筆をしたものである）



コスモス

せん妄対策

～予防と治療を中心に～

公益財団法人 豊郷病院附属精神医学研究所

宮垣 賢祐

1. はじめに

せん妄は身体疾患や薬剤の使用または離脱、手術などが原因となって発症する、意識及び注意の障害を中心とする精神疾患である。世界保健機関（WHO）による国際疾病分類（ICD）では認知症と並んで神経認知障害の中に位置づけられ、文字通り認知の障害や行動異常、睡眠覚醒リズムの障害を引き起こす。どちらかと言えば精神科病棟よりも総合病院の一般病棟に入院した患者で発症することが多く、せん妄がストレスといった精神的な影響よりも身体疾患によって引き起こされる疾患であることを改めて理解しておく必要がある。実際にコンサルテーション・リエゾンへの依頼では最も多く、早期介入しなければ転倒・転落リスクの増加、在院日数の延長、認知症の発症率増加などの弊害をもたらすため、入院患者のQOLを著しく低下させる疾患と言える。またせん妄状態が悪化し入院期間が長引くと結果的に医療経済にも損失を与えかねない。本稿では主にせん妄の症状、要因、予防法、評価法、実際に発症した際の治療方法などについて解説を行う。

2. せん妄の要因

せん妄を予防するためにはまずせん妄の要因を把握しておく必要がある。せん妄の要因は以下の「準備因子」、「直接因子」、「促進因子」の3つの因子に大別される。

☞ 準備因子

高齢や認知症の既往、脳器質性疾患の既往などせん妄を引き起こす上での素因となるリスク因子。

☞ 直接因子

身体疾患や薬剤、手術などせん妄を直接引き起こす引き金となる因子

☞ 促進因子

疼痛や身体拘束、環境変化など身体的・精神的苦痛が原因となってせん妄を増悪、遷延させる因子

この3つの因子はしばしば焚き火に例えられることが多い。

つまり準備因子はせん妄の下地になるといった意味で「薪」に、直接因子はせん妄の火をつけるといった意味で「ライター」に、促進因子はせん妄の炎を燃え続けさせるといった意味で「油」に例えられる。このイメージを頭に入れておけば、「薪」や「油」があるだけでは火が起こらないこと、つまり高齢や環境変化といった因子だけではせん妄が起こらないということが理解できる。大切なのは火がつく要因、つまり直接因子を早く見つけることであるが、それはせん妄が発症してからの議論であり、予防という観点からまずやるべき事としては準備因子にアプローチすることだろう。

ここで準備因子について詳しく説明する。準備因子は先ほども説明した通り、せん妄のハイリスク因

子であり患者が入院してきたら以下の5つの事項を確認する。

- ① 高齢（70歳以上）
- ② せん妄の既往
- ③ 認知症
- ④ 脳器質疾患の既往
- ⑤ アルコール使用障害

この中に1つでも当てはまる事項があれば原則としてせん妄予防策を講じたほうがよい。

また同時に身体的・精神的ストレスなどの促進因子を把握しておけば、万が一、せん妄を発症したとしても早期介入によって重症化を防げるため、患者、及びその家族からの情報収集はせん妄予防において欠かせないプロセスと言える。またこういった情報は医師だけでなく看護師や薬剤師など日頃から患者に接するスタッフと情報共有しておく必要がある。患者の感じている身体的苦痛や精神的苦痛を医師のみで把握するには無理があるからだ。そういった点でせん妄は他職種による連携が必要であり、現代の医療に即した疾患と言えよう。

次に直接因子について説明する。

直接因子は言わばせん妄を引き起こしている「犯人」であり、直接因子を同定し、取り除くことがせん妄の根本的治療と言える。（抗精神病薬の使用はあくまでも対症療法）

身体疾患、使用薬剤などを細かく把握しておくために入院時には診療情報提供書や持参薬、血液検査、画像検査などを詳しくチェックしておく必要がある。また手術はそれ自体が直接因子となりうるため、術前からの予防的介入が非常に重要となってくる。

以下にせん妄を引き起こしやすい身体疾患、薬剤を記載しておく。

またせん妄を発症した際の採血項目も記載しておくので参考にされたい。

① 身体疾患

- ・中枢神経疾患（脳血管障害、頭部外傷など）
- ・感染症（敗血症、肺炎など）
- ・呼吸器疾患（呼吸不全など）
- ・内分泌疾患（甲状腺疾患、副腎疾患など）
- ・電解質異常（主に低Na血症、高Ca血症）
- ・ビタミン欠乏症（主にビタミンB1）
- ・血液疾患（貧血など）
- ・悪性腫瘍

② 薬剤

- ・抗コリン薬（ピペリデン、トリヘキシフェニジル）
- ・抗ヒスタミン薬（ヒドロキシジン、ファモチジン）
- ・抗精神病薬（クロルプロマジン、レボメプロマジン）
- ・ベンゾジアゼピン受容体作動薬（トリアゾラム、エチゾラム、プロチゾラム、フルニトラゼパム、ゾルピデム、ゾピクロン、アルプラゾラム）
- ・ステロイド（プレドニゾロン、デキサメタゾン）
- ・オピオイド（トラマドール、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル）
- ・その他、アルコール、覚醒剤など中枢神経作用物質

■せん妄セット

- ・血液一般、肝機能、腎機能、電解質、血糖値、甲状腺ホルモン、CRP、ビタミン類（ビタミンB1、B12）

続いて促進因子について説明する。

促進因子はせん妄を増悪、遷延させる因子であり、主に身体的苦痛、精神的苦痛、環境変化に大別される。身体的苦痛は脱水、不眠、疼痛、不動状態などである。日頃からこれらの症状がないかを確認するためにも看護師による定期的な評価が必要になる。医師もきちんと日々の記録をチェックしておくことが重要である。

精神的苦痛は患者が入院中に抱えている心理的ストレスや不安のことである。医療スタッフが患者の思いを傾聴し不安やストレスを低減させることが大切になってくる。

環境変化は緊急入院、ICU入室、騒音（モニター音）など自宅からの生活環境の変化のことである。ただでさえ自身の病気で不安を抱いている患者が入院によっていきなり生活環境が変われば混乱しやすくなるのは当然である。入院環境を普段の生活環境に近づけることがせん妄の発症を予防する上での大切な試みと言える。

以上、せん妄の要因について述べた。

次頁ではせん妄の予防法について説明する。

3. せん妄の予防法

実際に患者が入院した際には上記で述べたようにせん妄のリスクを評価した上で、せん妄ハイリスク患者と分かれば予防策を講じる必要がある。では予防策にはどういったものがあるのだろうか。ここでは非薬物療法と薬物療法に分けて説明する。

☞非薬物療法

非薬物療法は患者自身がなるべく身体的・精神的苦痛を伴うことなく入院生活を送るにはどうすればいいかを考えれば自ずと答えが出てくる。すなわち聴覚低下や視力障害があれば眼鏡や補聴器の使

用を、手術後で動けない状態が続いているのであればリハビリ開始による早期離床や音楽などのリラクゼーションを、ICUへの転室など環境変化があれば騒音軽減やカレンダーの設置、ルート・モニター類の整理など、患者に応じたテーラーメイドかつケアフルなアプローチを目指す。せん妄の予防や治療というと、どうしてもどの薬を使うかといった薬物療法に終始しがちであるが、今述べた非薬物療法もそれと同等かそれ以上に大切な方法であることには間違いない。

薬物療法

薬物療法はあくまでもせん妄予防の観点から説明を行う。実際にせん妄が起こった際の薬剤選択についてはせん妄の治療法で述べる。

せん妄予防の薬物療法は以下の点が要になってくる。

- ①せん妄のリスクとなる薬を中止、または代替薬へ変更する
- ②不眠時、不穏時指示を統一化する

- ①せん妄のリスクとなる薬を中止、または代替薬へ変更する

患者が入院してきた時には診療情報提供書や持参薬をチェックした上で、せん妄を引き起こしやすい薬（上記参照）を中止、または代替薬へ変更することが最初のステップとなる。（ファモチジン→PPIなど）しかし入院患者の中にはエチゾラムやトリアゾラムのような短時間作用型のベンゾジアゼピン受容体作動薬を長年内服しているような高齢者も多いため、即座に中止すると離脱症状が引き起こされる可能性がある。その際には精神科医師・薬剤師へ相談して減量スケジュールや代替薬への切り替えを提案してもらうのが望ましい。

- ②不眠時、不穏時指示を統一する

患者が入院してきたら一般指示を入力するが、残念ながら一般病棟ではいまだにベンゾジアゼピン受容体作動薬を不眠時指示として処方しているところも多い。病棟常備薬の中にプロチゾラムがあるというだけでそれを選択してしまえば、それ自体がせん妄の発症リスクを高めてしまう。手間はかかるが一步踏み込んで不眠時、不穏時指示の薬を処方しておけば、結果的にせん妄の発症リスクは有意に低下するはずだ。

以下に不眠時、不穏時の指示を記載しておく。

それぞれの薬の特徴については成書を参考にされたい。

不眠時

I. トラゾドン25mg 1時間以上空けて1日2回まで可

II. レンボレキサント5mg 1時間以上空けて1日2回まで可

（レンボレキサントはイトラコナゾール、フルコナゾール、ジルチアゼム、ベラパミル、クラリスロマイシンなどCYP3A阻害剤との併用下では2.5mgが上限）

I、IIいずれでもよい。(I：大体100mgまで II：10mgが上限)

不穏時（内服可能時）

糖尿病なし	クエチアピン25mg	1時間以上あけて1日2回まで可
糖尿病あり	リスペリドン内用液0.5ml	1時間以上あけて1日2回まで可
糖尿病、腎障害あり	ペロスピロン8mg	1時間以上あけて1日2回まで可

不眠時、不穏時（内服不可時）

ハロペリドール0.5A +生食20ml	1時間以上あけて1日2回まで可
---------------------	-----------------

※ハロペリドールは重症心不全、パーキンソン病、レビー小体型認知症には禁忌

4. せん妄の評価方法

まずここでいう評価方法とは主にせん妄を疑ったときに使用するスクリーニング目的であることに注意されたい。繰り返し述べている通り、せん妄は発症の予防が重要であり、軽微な症状を見逃すと悪化の一途を辿るおそれがあるからである。以上の留意点を踏まえた上で、病棟で用いられることの多い2つのツールを紹介する。いずれの方法も看護師が実施可能である。

・CAM (Confusion Assessment Method)

評価項目が4つであり、簡便に行えるのがポイントである。

急性発症と症状の変動、注意障害のどちらも満たし、まとまりのない思考、もしくは意識レベルの変化のいずれかを満たせばせん妄と診断する。

・DST (Delirium. Screening Test)

計11項目の評価項目を順に評価することでせん妄のスクリーニングを行う。

7項目（現実感覚、活動性低下、興奮、気分変動、睡眠・覚醒リズム・妄想、幻覚）について1つ以上該当するものがあれば、2項目（見当識障害や記憶障害）の有無を確認する。こちらも1つでもあると評価された場合は、2項目（急性発症か症状の変動がないか）を確認し、1つでも該当すればせん妄の可能性を考慮する。所要時間は概ね5～10分であり、CAMと同じく短時間で簡便に行うことができる。

* 注意障害とは

見当識障害については救急医療の現場でよく確認されていることから馴染みがあると思われるが、注意障害については実際の臨床現場で評価したことがないスタッフが多いように思われるため、エピソードの一部を紹介する。注意障害でよく観察されるのは、スタッフの訪室に気づかれないことである。終始ぼんやりとしており、正面で大きな声をかけてから気づかれることも多く、質問をしても返答に時間を要することが多い。具体的に注意障害を評価するための評価法としては、シリアルセブン

と数字の逆唱が挙げられる。シリアルセブンは患者に100から7を順番に3回引いてもらうが、答えを保持しながら引き算をしなければならないので注意力を要する。また、評価者は解答途中で患者に何を引くかを求められても答えてはいけない。数字の逆唱は4桁の数字を逆の順番で答えてもらう。注意障害があると最初の数字は答えられるが、その後の順番がばらばらになることが多い。

5. 治療方法

いよいよせん妄の治療法について述べる。

ここで再度強調しておきたいのはせん妄は治療よりも予防が最優先される疾患ということだ。すなわち入院時にせん妄ハイリスクかどうかの評価を行い、実際にハイリスクであれば内服薬や不眠時、不穏時指示の見直し、環境調整を行えばせん妄の発症を未然に防ぐことが可能であろう。また治療に関しても、まず薬剤を検討する前にやるべきことはせん妄を引き起こしている要因、すなわち直接因子を同定することである。

しかし実際にせん妄が起こってしまった場合は興奮、徘徊などが出現し夜勤の看護師も目が離せないような状況に陥る。ここではそういった症状を鎮火させる目的で使用される薬物を中心に紹介する。(注意点として、せん妄治療で使用される抗精神病薬は、ほとんどが適応外使用であるということである。唯一保険適用となる薬剤は本邦ではチアプリドのみであるが、実臨床で使用されることは少ない。こういった事実を踏まえて2011年9月に厚生労働省からクエチアピン、リスペリドン、ハロペリドール、ペロスピロンの4剤に関して器質性疾患に伴うせん妄に対する適応外使用を「審査上認める」旨の通知が出された。しかし依然として保険適応はないため実際にこれらの薬剤を使用するには患者ならびに家族に十分説明を行い、リスクとベネフィットを天秤にかけた上で慎重に検討する必要がある。)

・せん妄治療で使用される薬剤

薬物療法で重要なのは内服の可否を含めた薬剤投与経路の確認と投薬タイミングである。内服可能であれば何ら問題はないが、そうでない場合は経静脈投与や筋肉注射が選択肢となる。薬剤としてはハロペリドールが主に使用されることが多いが、錐体外路症状が出やすいことや鎮静効果がやや弱いといった点に注意しなければならない。

投薬タイミングに関しては就寝前投与だと既に不穏状態になっているケースが多いため、基本的には夕食後投与が望ましい。(せん妄は早くても夕方から症状が出現するため、火は早いうちから消火しようという話である。)

■ 内服可能な場合

・糖尿病なし

定期：クエチアピン25mg 夕食後

不眠時：クエチアピン25mg 1時間以上あけて1日2回まで可

不穏時：クエチアピン50mg 1時間以上あけて1日2回まで可

・糖尿病あり

定期：リスペリドン0.5ml 夕食後

不眠時：リスペリドン0.5ml 1時間以上あけて1日2回まで可

不穏時：リスペリドン1.0ml 1時間以上あけて1日2回まで可

- ・糖尿病、腎障害あり

定期：ペロスピロン4mg 夕食後

不眠時：ペロスピロン4mg 1時間以上あけて1日2回まで可

不穏時：ペロスピロン8mg 1時間以上あけて1日2回まで可

- ・脳血管傷害後（脳出血、脳梗塞、認知症等）の易怒性、興奮、徘徊がある場合

定期：チアプリド25mg 夕食後

不眠時：リスペリドン0.5ml 30分以上あけて計3回までOK

不穏時：リスペリドン0.5ml 30分以上あけて計3回までOK

■ 内服不可能な場合

- ・ルートが留置されている場合

定期：ハロペリドール1.0A+生食100ml 17時から1-2時間かけて点滴

不眠時：ハロペリドール0.5A+生食20ml 1時間以上あけて1日2回まで可

不穏時：ハロペリドール0.5A+生食20ml 1時間以上あけて1日2回まで可

- ・ルートが留置されていない場合

定期：ロナセンテープ20mg 1日1枚

不眠時：アセナピン舌下錠5mg 1時間以上あけて1日2回まで可

不穏時：アセナピン舌下錠5mg 1時間以上あけて1日2回まで可

- ・ロナセンテープ（以下、LT）について

LTは2019年に日本で上市された統合失調症に適応を有する経皮吸収型製剤である。

貼付剤のため嚥下機能の低下や拒薬などで経口摂取ができない患者に対してでも有効であり、最近ではその製剤特性を生かして、あくまで適応外使用ではあるがせん妄患者に対する有効性が期待される。即効性はないため頓用で用いる場合には適さないが、14-16時頃に貼付すれば夜間不穏に至らないケースが多いように思う。また万が一鎮静効果が強すぎた場合でも、内服薬と違って剥がすことができるのも本製剤の特徴と言えよう。使用する上で注意点すべき点を以下にまとめた。

- ・部位を変えながら体幹（胸、腹、背中）に、1日1回貼り替えて使用する。
- ・使用后しばらくはバイタルに異変がないかを確認する。
- ・日中に過鎮静が見られる場合は12時間貼付とする。（例：17-5時）
- ・勢いよく剥がすと角質が障害されて皮膚の有害事象が増えるため、貼り替える際はゆっくり剥がす。
- ・貼っていない間、貼りうる部位をヒルドイドローションで保湿する。
- ・光線過敏症があらわれることがあるので、使用中および剥がした後1～2週間は、貼った場所を衣服などで覆うなどして、直射日光が当たらないようにする。

6. おわりに

せん妄は予防する疾患という意識が医療全体の中で高まりつつある。

その証拠に令和2年度から「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が新設され、リエゾンチームを中心に病院全体で組織的に予防的介入が行われるようになってきている。

せん妄は正しい知識も持ってすれば、日頃から患者と関わる全ての医療スタッフがそれぞれの立場から対策を講じることができる疾患である。本稿がせん妄対策の普及に少しでも役立てていただければ幸いである。

7. 参考文献

- 1) 井上真一郎：せん妄診療実践マニュアル,羊土社,2019
- 2) せん妄治療の現在：精神科治療学 第36巻 第12号,星和書店,2021
- 3) 日本総合病院精神医学会せん妄指針改訂班：せん妄の臨床指針,星和書店,2015



セツブンソウ

滋賀県における精神科病院の分布について

公益財団法人 豊郷病院附属精神医学研究所
有福 淳大

このたび、2022年4月、豊郷病院にて専攻医として勤務することとなったが、実は滋賀県で勤務するのはこれが初めてである。大学時代は医学部合唱団に所属しており、慰問コンサートとして滋賀県内の病院や介護施設を訪問したことはあったものの、ポリクリでさえも訪れたことがなかったため、新鮮な気持ちもあった。そして、勤務が始まるとこれまであまり体験しなかったものに触れることがある。その中で、今回一つ挙げたいのは「最寄り駅から送迎バスでの通勤」である。

私は、これまで通勤通学での移動手段はほぼ鉄道であり、最寄り駅から学校までの移動も徒歩、市バスが多かった。つまり、今までの通勤通学において、公共交通機関はほぼ常に利用でき、利用していた状態だった。

もっとも、自宅から豊郷病院に通う際に降りる駅はJRの某駅である。Google Mapで検索してみると、駅から病院までは徒歩で52分もかかる。そのため、駅からの徒歩は非現実的であり、病院の送迎バスを使わせてもらっている。つまり、公共交通機関でない「クルマ」通勤を経験したのである。

他の職員に伺ってみると、駅から送迎バスを使う人もいるほか、自家用車で自宅から通勤する人もいるとのことであった。なるほど車通勤は決して珍しいものでないのだろう。そして、ほかの精神科病院でも同様なのかと考えてみたところ、自分が今まで研修したことのある精神科病院は駅から離れた閑静な場所にある印象であった。そこで、滋賀県の精神科病院はいわゆる人里離れた場所に多いのかどうか検討することとした。

まず今回検討する病院は、滋賀県内の病院のうち、精神科専門研修のプログラムに含まれており、かつ精神科病床での入院治療を行っている10病院である。また、「人里離れた」を定義づけるのは困難かもしれないが、逆に「人里離れていない」病院だと中心市街地にありそうだし、最寄り駅に近く駅の利用者数も多いイメージがあった。すると、人里離れているかどうかは、例えば①病院周辺の人口と自治体の中心市街地周辺の人口との比較②最寄り駅からの距離③最寄り駅の乗降客数等が指標になるのではないかと考えた。そこで、これらに関するデータを収集すべく、「地図で見る統計 (jSTAT MAP)」(以下、jSTAT) を活用することとした。jSTATとは、総務省統計局が提供したオンライン地理情報システムであり、統計地図の作成等に利用できる。jSTATには、国勢調査のデータを利用して任意の地点周辺の推定人口を算出することができるため、今回の検証に資すると考えた。

検証の仕方は以下の通りである。まず、①については、jSTATを用いて、病院から半径1kmに含まれる推定人口(国勢調査のデータを参照している)を算出した(図1)。また、「自治体中心市街地周辺の人口」については、厳密な中心市街地を決定するのが困難であるものの、便宜的に何らかの施設がある地点を基準にすることとした。そこで、「自治体の中心市街地周辺の人口」は、「病院の所在する自治体名を冠する駅から半径1kmの推定人口」とした(例えば、豊郷病院は「豊郷町」に所在するため「豊郷駅」が該当する。ただし、甲賀市については、2004年に甲賀町、水口町等が合併したことを踏まえる。

例えば甲賀市水口町に病院が所在する場合は、対象の駅は「水口駅」とする)。②については、Google MAP等のオンライン地図サービスを用いて病院と最寄り駅との直線距離を算出した。形式的ではあるが、病院から最も距離の近い駅を最寄り駅と見なしている。③については国土交通省国土数値情報ダウンロードサービスで公開された駅別乗降客数（2019年度）のデータを参考にした。

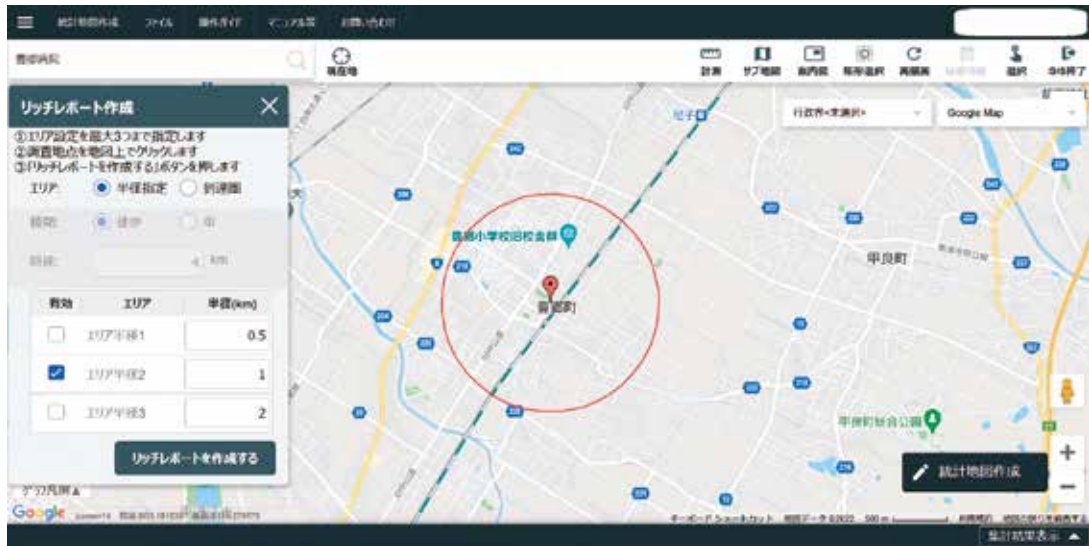


図1 jSTATで豊郷病院周辺1kmの同心円を作成している途中（一部加工）

結果は表1の通りである。①については、病院の周辺人口と中心市街地周辺の人口との比も算出しており、豊郷病院以外の病院については匿名化した。中心市街地周辺の人口より病院周辺人口の方が少ない傾向にあるものの、中心市街地周辺の人口とほぼ変わらない、または上回る場合もあった。

表1

病院	病院周辺人口	中心市街地周辺人口	比
豊郷病院	3,768	3,611	1.04
A病院	13,115	15,619	0.84
B病院	7,257	15,619	0.46
C病院	4,243	15,619	0.27
D病院	5,109	28,760	0.18
E病院	2,779	10,449	0.27
F病院	7,639	7,352	1.04
G病院	13,486	14,503	0.93
H病院	3,886	9,703	0.40
I病院	12,172	9,703	1.25

また②、③については以下の通りとなった（表2）。半数以上は最寄り駅から1km以下であり、それ以外も4km未満で収まっていた。一方最寄り駅の乗降客数については、万単位の利用者がある駅もある一方、3桁程度の利用者しかいない駅も存在した。また、G駅を除き、1万人以上の乗降客数の駅が最寄り駅の病院の場合、最寄り駅からは2km以上離れていた。

表2

病院	最寄り駅からの距離 (km)	最寄り駅の乗降客数
豊郷病院	0.3	140
A病院	0.3	1,763
B病院	0.7	1,399
C病院	2.6	36,448
D病院	3.3	60,886
E病院	2.8	30,626
F病院	0.3	350
G病院	0.2	35,468
H病院	0.9	2,540
I病院	1.0	8,782

これらの結果を踏まえた印象としては、思ったほど精神科病院周辺の人口が少なくないということであった。確かに、過半数の病院では中心市街地周辺の人口を下回っているものの、どの病院の周辺1 kmにおいても推定人口は2500人を上回っており、「人里離れた」と呼ぶにはやや誇張されているようにも思える。A・F・G病院のように、中心市街地周辺と比べて人口に大きな差がないケースが複数見られるのは特筆すべきである。

また、最寄り駅との距離と最寄り駅の乗降客数を見ると、最寄り駅との距離が1 km未満の病院が過半数を占めた。よって、「人里離れた」は言い過ぎにも見える。しかし、G病院を除き、最寄り駅との距離が近い病院だと最寄り駅の乗降客数が少ない傾向にある。そうすると、駅の近くに病院があるといっても人口が多い地域に病院が存在するとは言いがたい。さらに最寄り駅の乗降客数が多い病院だと駅からの距離は2 km以上離れている傾向にある。これを踏まえると、滋賀県において精神科病院は「人里離れた」は言い過ぎだとしても比較的人口の少ない地域に存在しがちといえる。

なお、これらの検討にもいくつかの限界があることを付記する。まず、病院の周辺人口を一律半径1 kmとしたが、これはそれぞれの自治体の面積を考慮していない。例えば小さい面積の自治体において、病院を中心とした半径1 kmあるいは2 kmの範囲を周辺とすると、自治体の面積の大半を占めるどころか別の自治体も多分に含むだろう。また、自治体の名称を冠する駅を中心市街地とみなしたがこれも必ずしも適切かは疑問である。例えば、大津市内では大津駅よりも瀬田駅、石山駅の方が乗降客数が多い。また地域によっては駅前よりも国道沿いの方が人口が密集している可能性もある。ドーナツ化現象が進んでいる地域だと、役所や駅がある地点より郊外の方が人口が多いかもしれない。鉄道利用が盛んな場合だと駅の周囲人口が多いと推定できそうだが、そうでないなら指標にしづらそうである。中心市街地をより適切に定義づけられれば、病院周辺の人口との比較もより精度が上がるだろう。

最後に、上記結果を基に、精神科病院への通勤・通院と滋賀県の交通事情を考察する。表2を見るに、私の予想に反し多くの精神科病院は最寄り駅から徒歩圏内にある（最寄り駅から離れている病院でも、駅からのバスが運行されている例もある）。そうであるならば、精神科病院への通院に際しても公共交通機関を十分利用できるようにも思える。

もっとも、それぞれの駅の利便性も考慮すべきである。乗降客数が10000人以上の駅を除くと、最寄

り駅における昼間の運行本数はおよそ3本/時以下である（4病院の最寄り駅は1本/時しかない）。ここ数年は新型コロナウイルスの流行で鉄道の利用が落ち込んでおり、一部の路線ではダイヤ改正により日中の減便がなされている。よって、鉄道等の公共交通機関を利用しようにも利便性が下がっており、結局のところ利用されない状態が拡大するのではないかと考える。

もし公共交通機関が使いづらくなれば車での通勤、通院となる。この点、滋賀県は自家用車の通勤が比較的多い都道府県である。2010年国勢調査によると、自家用車のみで通勤・通学するのは全国で46.5%だが、滋賀県では55.8%と高い（なおお隣の京都府は29.5%である）。鉄道のみ利用に至っては10.9%と低い。どちらかといえば、滋賀県は車社会といえる。これを踏まえると、車での通勤・通院もさほど珍しいものではないのだろう。車での移動なら、病院が駅の近くであろうとなかろうと利便性は大きく左右されないし、そもそもドアtoドアの移動となると「人里離れた場所か」という点も影響が薄くなる（あくまで移動に関して、だが）。むしろ大事なのは駐車場の確保、周辺の混雑率、道路整備の具合あたりになってきそうだ。

そうすると、自家用車が比較的多い地域では、病院の近くに駅がなくても通勤・通院で困る割合が少ないと主張されそうである。もっとも、これはどの程度正しいのであろうか。確かに自家用車があれば、駅まで歩いたりタクシーで移動したりする必要はない。雨に濡れる心配も薄い。駅での待ち時間やダイヤの乱れも気にしなくていい。しかし、それは、自家用車を自由に利用できる場合に限られる。服用している薬のせいで運転を控えるよう指示されている、高齢のため運転免許証の返納を促されている、運転できる家族が忙しくて気軽に遠出できない、といった事情があるならどうだろうか。これでは、家に車があっても実質的には自由に利用できないも同然である。昨今交通政策に目を向けると、赤字の鉄道・バス路線や高齢ドライバーの事故が話題になることがある。病院は簡単に移転できない以上、利用者の交通の便をいかに確保するかが引き続き問題となるだろう。

参考URL

総務省統計局：平成22年国勢調査 <https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.html>

e-Stat 政府統計の窓口：地図で見る統計 <https://www.e-stat.go.jp/gis>

総務省統計局：平成22年国勢調査最終報告書「日本の人口・世帯」 264-266頁

<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/final.html>

国土交通省：国土数値情報ダウンロードサービス 駅別乗降客数 第2.7版

https://nlftp.mlit.go.jp/ksj/gml/datalist/KsjTmplt-S12-v_2_7.html

精神科急性期治療病棟の現状 ～未成年患者の入院増加と入院長期化～

豊郷病院精神科 看護部係長
金丸 貴行

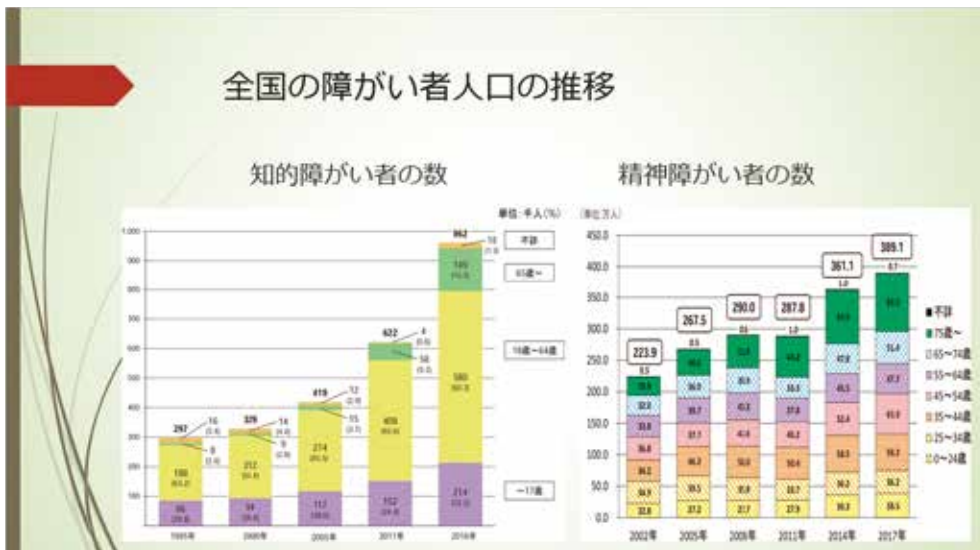
①



当院は1市4町で構成された圏域内にある、精神科病床を持つ総合病院である。

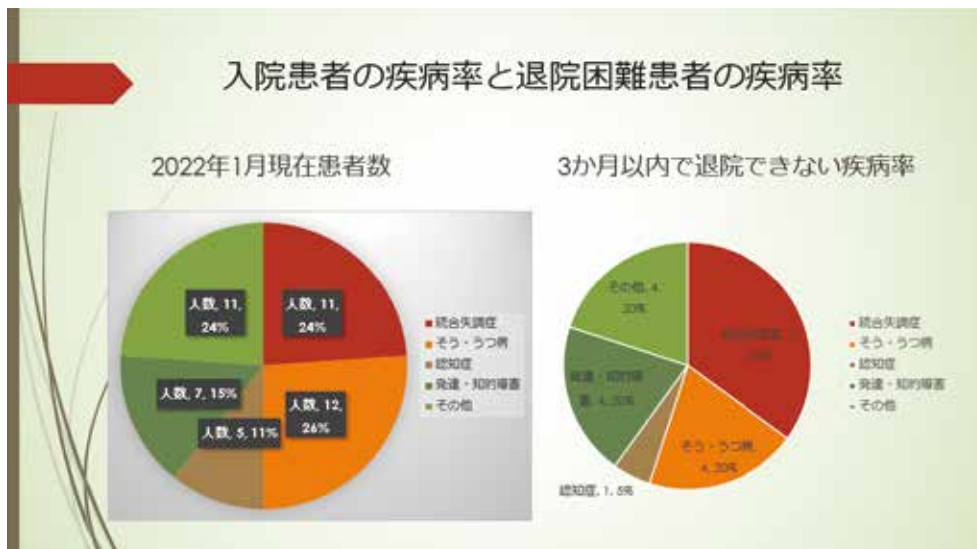
当院の役割は、合併症を抱える精神障がい者や認知症への対応を充実させ、精神障がい者や認知症を持つ在宅療養患者の急変時の対応やレスパイト入院。さらに、心理行動症状を伴う認知症、発達障がい者など、圏域を超えた受け入れをする事が求められている。

②



これは知的障害者と精神障がい者数の推移である。知的障がい者はここ20年ほどで3倍になっており、精神障がい者の数もここ15年ほどで2倍となっている。高齢化により認知症患者の増加という部分で75歳以上での増加が特に多いが24歳以下の患者数も約2倍へと増加がみられている。

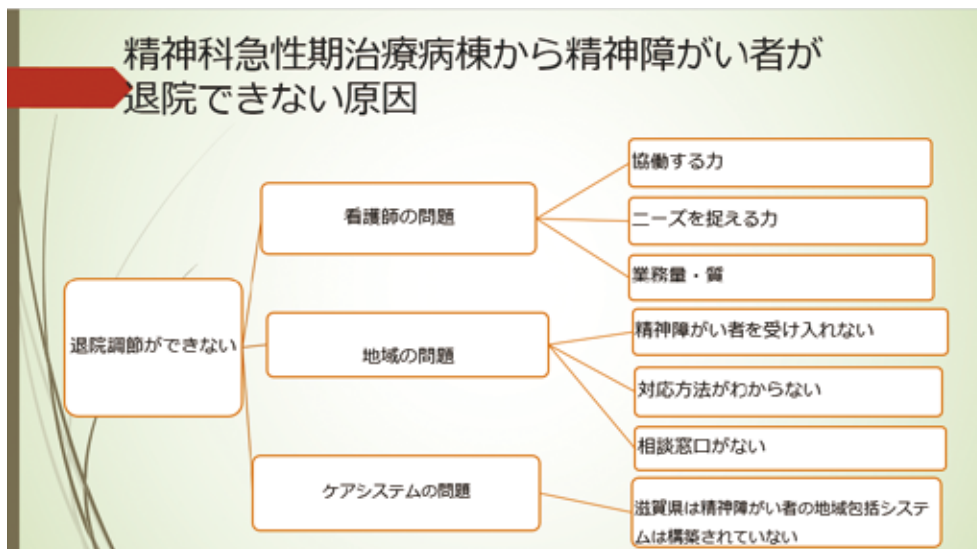
③



これは当院の入院患者の疾病別の割合である。新規患者の入院期間は短縮傾向にあり、約9割の新規入院患者が1年以内に退院しており、特に統合失調症患者の入院が減少している。一方でうつ病等の気分障害や認知症の患者が増加し、薬物依存や摂食障害、発達障害への対応などの社会的要請が高まっており、精神科医療に対する需要は多様化している。

その中で各疾病ごとに3か月以内の退院ができていない割合が右のグラフである。疾病ごとにみると、統合失調症11人中7人の63%。知的障害・発達障害で7人中4人の57%が3か月以内の退院が困難となっている現状である。

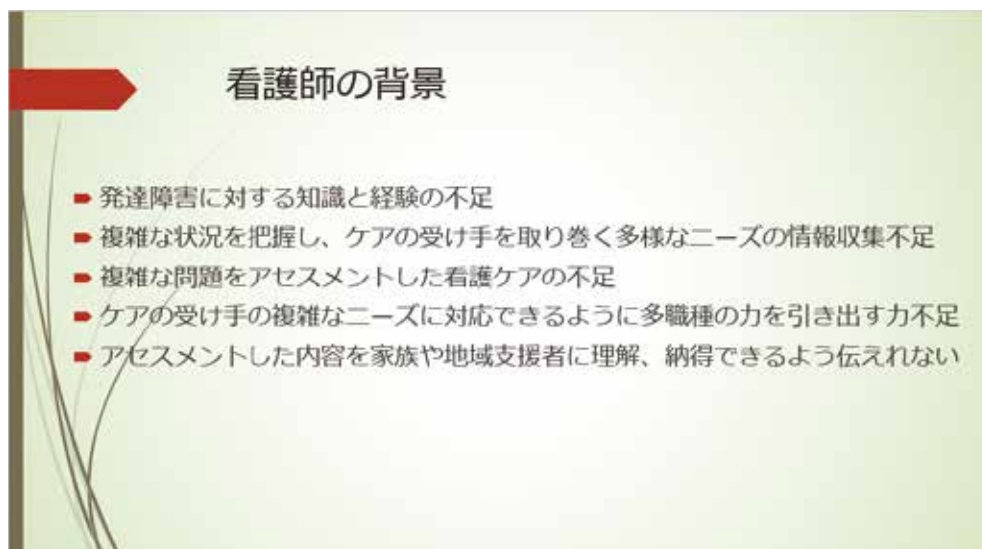
④



では、なぜ急性期治療病棟から精神障がい者が退院できないのか。退院調節ができない要因を看護師・地域・ケアシステムそれぞれの背景から要因を推察した。

現在ではここにコロナ禍という部分もありそこも原因として挙げていく。

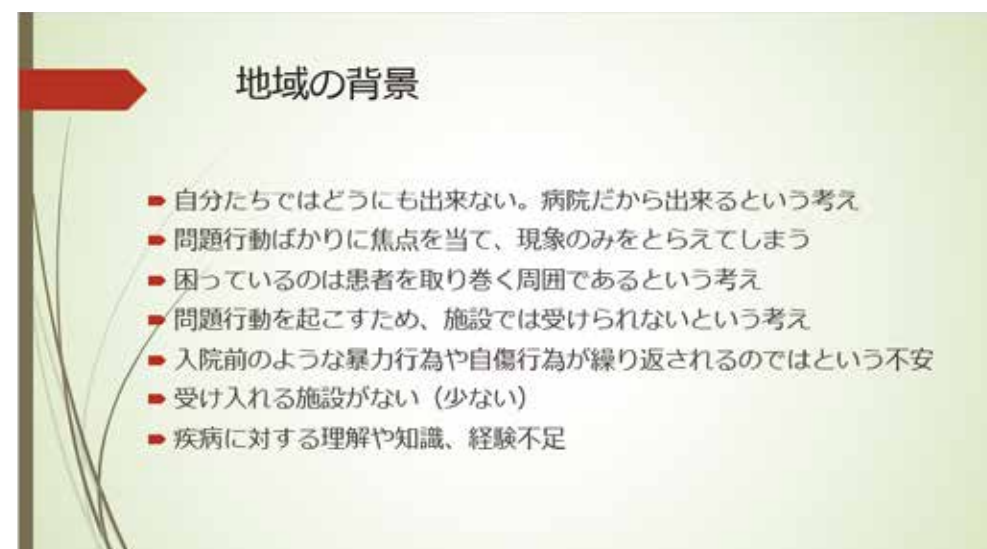
⑤



まず、看護師を背景とした問題について。発達障害は近年では約20人に1人の割合とされ急激に増加している状況であり、看護師は発達障害に対する知識と経験不足がある。

発達障害は感覚過敏や感覚鈍麻により生活のしづらさがある。その症状は多様であり、理解されないまま、サポートがないことで二次障害が出現する。それは引きこもりや気分障害等の心理的な影響と、反抗挑戦性障害といった行動面に影響する。看護師は本人に起こっているその複雑な状況を把握し、問題をアセスメントしケアに繋げなければならない。またそのためには看護職のみならず、多職種力を借りる必要がある。そしてそのアセスメントした内容を家族や地域支援者に理解・納得できるように伝える事が求められるが、こういった部分で知識の乏しさや経験の少なさが影響し不十分なものになってしまっている現状がある。

⑥



次に地域の背景について。家族や地域は、入院前に長期に渡り本人の生活支援に苦慮している事が多く、患者本人もその生活のしづらさから暴力や自傷行為へと発展している場合も少なくない。その為、退院調整の場面では、自分たちではどうにもできない。病院だから出来るといった言葉が返ってきたり、

問題行動にばかり焦点を当てその現象のみを捉えてしまう。またそういった理由から施設では受け入れることができない。そもそも受け入れを出来る施設の数が少ないといった現状もある。看護師も同様であるが、疾病に対する知識や経験が不足しているといったことが挙げられる。

⑦

ケアシステムに関する背景

- 滋賀県は精神障がい者の地域包括システムは構築されていない
- 重度の精神症状が出現するまでへの介入不足
- 支援体制の不足
- 医療と福祉の連携がとりにくい
- 住民の理解が得られにくい
- 自分らしさが出しにくい、役割が持ちにくい
- 病院機能分化に伴い、精神障害で合併症を抱える患者対応における病病連携が必要

次にケアシステムに関した背景について。精神障害や認知症、発達障害患者は人との関わりの中で落ち着き安定し、薬だけで治る病気ではない。暮らしの中の環境を整えるとともに周囲の理解が必要となる。これまでに高齢者や身体疾患に関する地域包括ケアシステムは構築されてきた。しかし、精神障害や発達障害を持つ患者に対しての地域包括ケアシステムが構築されていない現状がある。病院に受診させるほどでもないが、とか、医師に相談するほどでもないがと躊躇している間に患者の状態は悪化し、生活のしづらさから重度の精神症状が出現してしまう。そうなる初めて病院や地域に相談がかかるケースも少なくない。また退院調整では地域住民の理解が得られにくかったりと課題が多くあると感じている。

⑧

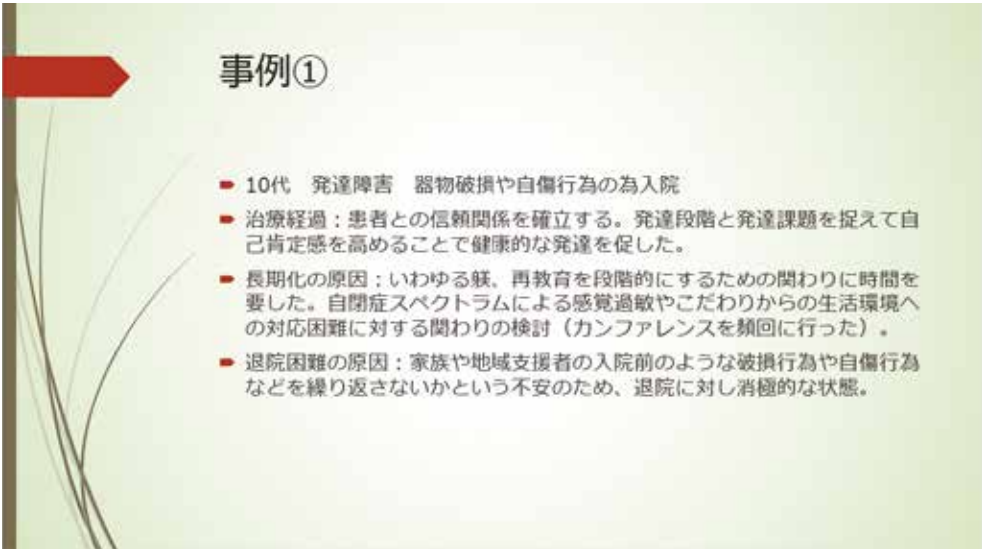
コロナ禍での変容

- 入館制限
- ⇒面会の禁止
 - ・ 患者－家族関係の希薄・・・状態改善が見えない
 - ・ 家族－職員の関係性の希薄・・・関係構築が希薄な事による様々な弊害
(対応) 家族への電話連絡。オンラインの活用。
荷物受け渡時、家族に状態報告
- ⇒外出、外泊の禁止・・・適応への不安・イメージが沸かない
- ・ 病棟限定の閉鎖的な空間での生活によるストレス
(対応) オンラインを活用した院外レクリエーションの実施
オンラインを活用した就学期にある患者の授業実施

最後にコロナ禍に関連した背景について。当病棟は閉鎖病棟であることや、患者が自身の健康管理が不十分であったりすることから、以前にインフルエンザやノロウイルスといった流行性の感染がもちこまれた際にアウトブレイクをしたことがある。その為、コロナ禍の対策として入館制限がされた。これにより病棟では面会の禁止や外出泊が禁止となっている。以前は家族の面会は病棟で行われ、衣類の整理や管理についても家族が行う事が多くあった。面会というのは、本人の不安の解消のみならず、入院加療により状態の悪かった患者がよくなっていく過程を家族が確認する事で、病気・病状への理解を得るとともに、退院に向けた気持ちの準備にもつながる重要なものであった。面会の制限により対策のない当初は、入院後の連絡が、退院許可といった状況もあり、「大丈夫なのか？」という家族の不安を増強させ、退院に消極的となる場合もあった。その後はオンライン面会という形で患者一家族をつなぐことができるようになり、病棟としても受け持ち看護師が家族に連絡を入れ状態を伝える等行った。また、患者の写真を患者本人が書いた手紙を添えて送付するなどの対応も行った。面会の禁止は患者一家族関係のみならず、スタッフ一家族関係をも希薄にさせた。これにより、信頼関係が築けておらずカンファレンスの場において看護師の発言に対する信頼が得られにくくなってしまったり、病棟での衣類管理という業務が増える中で取り扱いのミスが出た際にクレームとして大きく怒りをかうなどの弊害が出ている。

外出・外泊の禁止では、院外散歩や院外レクリエーションの中止に伴い、気分転換の不足や拘禁不満により円滑な治療継続が困難になるなど弊害がある。また、自宅への試験外出泊、GHや作業所への体験外出が禁止となることで、退院調整が困難となっている現状となっている。病棟の対策としてはオンラインを活用した院外レクリエーションの実施や、就学期にある患者のオンライン授業の調整を行った。GHや作業所に対してはパンフレットなどでなくオンラインによるイメージ共有をお願いしたが、それは叶わなかった。特に長期的に入院している患者においてはイメージを持ちにくく、環境の変化への反応が著しいことから退院調整への困難さにつながっており今後の課題であると考えられる。

⑨



事例①

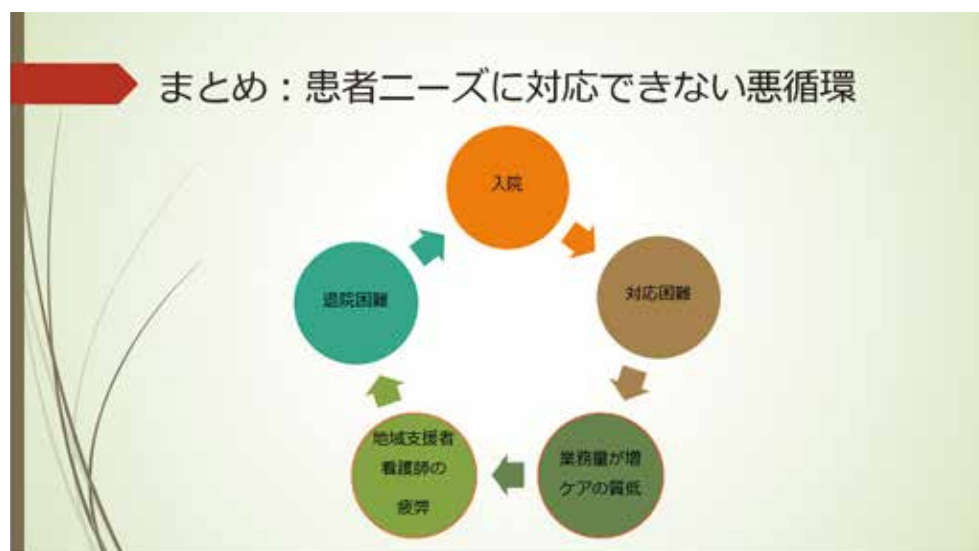
- 10代 発達障害 器物破損や自傷行為の為入院
- 治療経過：患者との信頼関係を確立する。発達段階と発達課題を捉えて自己肯定感を高めることで健康的な発達を促した。
- 長期化の原因：いわゆる躰、再教育を段階的にするための関わりに時間を要した。自閉症スペクトラムによる感覚過敏やこだわりからの生活環境への対応困難に対する関わりの検討（カンファレンスを頻回に行った）。
- 退院困難の原因：家族や地域支援者の入院前のような破損行為や自傷行為などを繰り返さないかという不安のため、退院に対し消極的な状態。

事例を1つ紹介する。発達障害者への関わりには環境を整え、患者の行動から地域支援者、看護師が患者の問題行動と捉えているその要因をアセスメントし、提供することが必要である。例えば、10代の発達障害患者は入院前、両手で排泄物を手に取り母親に渡し、入院後には看護師にも同じ行動をおこ

なっていた。ここでこの行動の意味を本を読み学習し、この行動への意味を考えた。患者が抱えている問題は、母親から躰として注意を受けていたが、妹は同じことをしても注意をされなかったという事実をみて矛盾な感情を抱いていた。患者は妹と自分への母の愛情に疑問をもち、無意識のうちに退行という手段をとり排泄物を母にさし出すという不潔行為をすることで、母の思いを確認しようとしたと考えた。

そこで関わりとして、患者が排泄物をもって来た時、必ず「ありがとう、たくさん出たね」と笑顔で排泄物を受け取り、手を丁寧に洗いふき取る行動をとった。スタッフに毎回同じ行動を周知したことで、患者は1か月後には、排泄行動が自立できるまで回復した。この後も生活環境への対応の検討を積み重ね本人の行動の意味を考えていくカンファレンスを行い退院に向けた調整をした。その結果、器物破損や自傷行為は減少し長期間の入院期間を要しましたが退院へ繋がった。

⑩



最後に。現在入院前に患者は、地域生活において相談を適切に受けられず、困難な関わりを強いられその生活の中で悪化しきった状態で入院となっている。また、その入院で看護師は患者の理解に苦慮し対応が困難となり結果的に業務量は増加し、地域の支援者や看護師の疲弊もあり退院が困難となる。この悪循環を打破するためには、不安なく相談できる場所があり、患者状態が悪く成りきるまでに、家族や支援者の相談を受け早めの入院を行い患者の状態を把握する、その結果を家族や地域にフィードバックすることで、誰もがその人らしく地域で安心して生活できる環境を作れるような体制を作ることが当院の役割と考える。また、コロナ禍により直接足を運ぶことが困難な状況下でもあり、感染リスクを抑えながら適切な支援が受けられる事も今後継続した課題と考える。

勉強会による意識変化と行動変容についての考察

キーワード:勉強会 身体管理 意識変化 行動変容 不安 マニュアル活用

看護部

3-6病棟 脇真郷 川口智未 杉本篤彦

I. はじめに

精神科病棟では、入院患者の高齢化や抗精神病薬を服用することに伴う身体への副作用などから、身体合併症を併発するリスクが高くなっている。それにも関わらず、精神疾患患者は、認知障害等で自らの精神や身体の症状について正確な自己評価ができなくなったり、抗精神薬の使用で痛み耐性が高くなり身体症状に気付きにくかったり¹⁾して、症状を他者に訴えられない²⁾ことがある。

当病院の精神科病棟は2018年1月より精神科急性期治療病棟入院料2の施設基準を提出している。精神科急性期治療病棟は、精神障害者へ短期間で濃厚かつ集中的な治療を行い、患者の早期社会復帰を目指す事を目的として導入されている。精神科急性期治療病棟加算に伴い、当院も身体合併症を併発している患者が増えてきているが、当病棟は一般病棟の経験がない看護師が半数以上を占めているため、身体看護に対する不安が常にあった。フィジカルアセスメントの知識や技術の自信のなさなど看護師側の要因、精神面の観察が優先されたり、身体の病気を勉強する機会が少なかったりするなどの精神科病院の特色に関係する要因があり、看護師の身体合併症看護への不安は大きい。³⁾ 身体疾患の早期発見を困難にする医療者側の要因として、「患者の身体症状を軽く見る傾向」「発見の為の働きかけ不足」「身体に関する看護の基礎知識・基本技術の不足」などがあげられる。適切な観察を行い、その結果をアセスメントするためには、身体疾患に関する知識や技術を習得し、対応力を高める必要がある。その為、当病棟では、2021年度から月に1度勉強会を行う事になった。今回はその勉強会を通して看護師の身体管理に対する不安の変化とその行動の変容に対して評価する。

II. 研究目的

身体看護に関する勉強会を行い、身体看護に対する意識・行動の変化と効果について考察する。

III. 研究方法

1. 対象：新人看護師を除く当院精神科急性期病棟看護師17名
2. 研究期間：2021年11月20日～11月30日
3. 調査方法：アンケートの実施・集計
4. 分析方法：アンケートの単純集計、クロス分析
5. 倫理的配慮：本研究は、公益財団法人豊郷病院看護倫理審査委員会および、研究協力部署の承諾を得て実施。研究対象者に研究参加の任意性と中断の自由、不利益の回避、プライバシーの保護、匿名性の保証、使用データの機能性の保証、データの保管と破棄、個人情報の保護、研究結果の公表について書面を用いて説明し、署名による研究参加の同意を得た。

IV. 研究結果

10月～11月にかけてアンケートを実施。

新人看護師を除く看護師17名にアンケートを配布し16名から回答あり。

表 1

性別	
男性	5
女性	11
看護師経験年数	
5年未満	7
5～10年	1
10～15年	2
15～20年	3
20年	3
精神科病棟以外の経験	
有	7
無	9
精神科での看護師経験年数	
5年未満	10
5～10年	1
10～15年	2
15～20年	1
20年以上	2

【アンケート】

1. 勉強会を行う前に身体管理に関する不安はありましたか
2. 勉強会は必要だと思いますか
3. 勉強会の頻度は適切ですか
4. 勉強会の内容は理解できていますか
5. 勉強会を行う前後で、身体管理に関する不安は変わりましたか
6. 業務をする上でなにか変化はありましたか
7. マニュアルは使用出来ていますか

一般科経験がある看護師は16名中7名と半分にも満たない。さらに、経験年数では5年未満の看護師が大半を占めている事が分かる（表1参照）。経験年数5年未満の看護師は、いずれも精神科経験のみである。

問1では、勉強会を行う前は16名中14名の看護師が身体管理に関する不安を感じており、ないと答えたのは身体管理が必要な部署にいたことのある看護師1名だけであった。どちらともないと答えた看護師も1名いるが、一般科経験年数18年の経験豊富な看護師である。不安があると答えた看護師の意見として、精神科経験のみで身体管理に関する知識が乏しいと答えた看護師が多かった。経験値が少ない、急変が少ない、忘れてしまっている事が多いといった返答が多く、身体管理に苦手意識がある看護師が多い事が分かる。

問2では、16名中14名が勉強会を必要であると答えた。理由として、身体管理の勉強になる、振り返りになる、忘れていた事が多いと答えた看護師が多かった。また、看護師内で身体管理が出来ていないと感じていた、経験年数19年、内精神科経験年数1年の看護師もいた。一般科経験が長い看護師から見ると、精神科経験が長い看護師の身体管理には知識面、技術面での不足を感じている事がわかった。どちらともないと答えた看護師は2名いたが、自身で学べれば勉強会は必要ではない、知識に個人差があるのですで知っていることもあるとの回答であった。

問3では、勉強会の頻度について全員がこのままでよいと答えた。頻回だと参加できない、多いと負担になると答えた看護師が多く、なかには勉強会の実施者の幅を広げればさらに学習が深まると答えた看護師もいた。

問4では、16名中12名が勉強会の内容について理解出来ていると答え4名がどちらともいえないと答えた。理解出来ていると答えた看護師の中には、資料があり分かりやすい、復習になると答えた看護師が多かったが、中にはすでに知っている事が多く新しい発見が欲しいと答えた看護師もいた。どちらともいえないと答えた看護師は、勤務の都合で参加できないときもあり理解できているか不安、忘れてしまうと答えた経験年数5年目未満の看護師が2名いた。また、その場で理解出来ても実際に出来るか不安と答えた経験年数17年の看護師や、興味がないと内容が入ってこないと答えた経験年数20年の看護師もいた。

問5では、16名中10名が勉強会を行う前後で身体管理に関する不安は変わったと答え、4名が変わらない、2名がどちらとも言えないと答えた。

変わったと答えた看護師は、身についた、不安は減った、eラーニングを見るようになった、観察する所が増えたと前向きな意見が見られた。一方で、変わらないと答えた看護師のなかには、実施する機会がないと忘れると答えた経験年数2年目の看護師や、行動に移せるか観察できるか、自信は増えていない。と答えた経験年数13年の看護師や、身体と精神の見極めに不安を感じると答えた、経験年数は19年であるが、精神科経験1年の看護師もいた。どちらともいえないと答えた2名は経験年数4年と17年の看護師であったが、どちらもまだ不安であると回答した。

問6では、16名中14名が業務をする上で変化があったと返答。なかったと、どちらともいえないはいずれも1名であった。あったと答えた看護師のなかには、観察する所が知れた、記録が深まった、学んだ事を意識する様になった、以前は少なかった聴診をする看護師が増えたとの意見があった。

問7では、1名未回答であったが、15名中10名がマニュアルを使用出来ていると答え5名が出来ていないと答えた。出来ていると答えた看護師のなかには、分からない時に使用している、久しぶりの手技など見る機会が増えたと答えた看護師が多く、分からないままの方が怖いと答えた一般科経験ありの経験年数18年の看護師もいた。出来ていないと答えた看護師の中には、毎回は見返さない、久しぶりの業務では見るが、日常業務では見返さない、新人の頃は見ていたと答えた経験年数5年目未満の看護師が3名いた。

V. 考察

勉強会前の身体に関する不安については、看護師経験年数の少ない看護師は知識不足に関する不安や、漠然とした不安が強く、経験年数の長い看護師は、経験不足に対する不安が強い事が分かった。また、身体科経験がある看護師は不安は強く無いものの、身体症状と精神症状の見極めに苦渋しており、経験

年数に関わらず、不安はあるものの不安の内容は違いが見られている。

勉強会は必要であるかに関しては、経験年数の少ない看護師は、自分の業務や知識の吸収に思考をめぐらす傾向にあり、経験の長い看護師は、後輩看護師の知識・経験不足を補足するという視点で勉強会の必要性を感じていることが分かった。精神科で勤務する看護師自身が身体合併症について学習する機会を提供する必要性を示唆されており⁴⁾、清野は、精神科で勤務する看護師自身が身体合併症を円滑に実施するために必要だと考える対策には、身体への看護技術に関する院内研修の充実、病棟単位の勉強会や事例検討会の開催などといった現任教育の充実があげられたことを示しており⁵⁾、精神科における定期的な勉強会の必要性はあると考えられる。

勉強会を行ってからの不安に対する変化は、経験年数の少ない看護師は、学習意欲の増加に効果があり、経験年数の長い看護師には、実践的に変化が起こったことで不安に対しての変化が見られている。また、変化が無いと回答した理由として、精神症状を有する患者に対して、学習した身体合併症（水中毒、褥瘡、肺炎、不整脈、イレウスなど）の看護の知識や技術をどのように用いていくのか、具体的な観察の留意点や関わりの工夫を看護研修プログラムの内容に反映させることができれば身体合併症看護に対する不安の軽減が図られるのではないかと示されており⁶⁾と示されており、マニュアルや手順を踏まえた勉強会の内容に工夫が必要であることがわかった。

業務をする上での変化に対しては、観察の視点や意識の変化を見られる、マニュアルを見るようになった等の回答が多く、勉強会の効果はあったと考えられる。

また、勉強会に勤務のため、参加できないことで内容の理解ができないという意見もあり、不参加の看護師に対して勉強会の内容をどのように伝達するかも今後の課題と言える。

VI. 結論

- ① 看護師経験により身体管理に対する不安の内容は違う。
- ② 勉強会の内容をより実践的にするための工夫が必要。
- ③ 不参加の看護師に対する伝達方法の考慮が必要
- ④ 勉強会、行動変容と不安の軽減に関与しており、定期的な勉強会は必要。

謝辞

本研究への協力を快く受け入れて下さった当該病棟の皆様方に心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 藪崎元浩、河内俊二：イレウスの早期発見につなげる看護プロセス；精神情緒状態や生活活動の変化と身体合併症の存在を結びつける気づき、精神科看護、46-52、2007
- 2) 大川貴子、中山祥子：入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析、日本精神保健看護学会誌、447-452、2004
- 3) 荒木孝治、瓜崎貴雄、正岡洋子、他：精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討、大阪医科大学看護研究雑誌、100-108、2013
- 4) 橋本敏子、池田静子：精神科病棟における身体合併症からみえた看護師教育の課題；術後身体管理が長期化した認知症患者を通して、日本精神科看護学会誌、216-220、2011

- 5) 清野由美子：精神科病院における身体合併症看護の現状と課題（その2）；看護師が抱く困難性にかかわる要因と円滑な看護への対策、日本看護学会論文集；精神看護、222-225、2012
- 6) 荒木考治、瓜崎貴雄、松尾淳子、他：精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護に関する看護実践能力の向上を目指した研修プログラムの効果；大阪医科大学看護研究雑誌、84-85、2014

参考文献

- 本田明：身体合併症にどう対応するか；医学会新聞、2018
- 上村千鶴、高瀬美由紀、川元美津子：看護師による学習行動と看護実践能力との関連性；済生会滋賀県病院医学誌第28巻、2019
- 桑原達郎：精神科医療における身体合併症の対応策と医療関連のあり方；沢井製薬株式会社、2016
- 吉浜文洋、岩下由美子、工藤正志、他：精神科看護ガイドライン；株式会社精神看護出版17-18、2011
- 清野由美子、中村勝：精神科病院における身体合併症看護の現状と課題（その1）；身体観察および身体ケアの困難性、日本看護学会論文集；精神看護、218-221、2012
- 荒木考治、瓜崎貴雄、岡部英子、他：精神科看護師の自律性についての検討と身体合併症看護への不安と関連、大阪医科大学看護研究雑誌、29-36、2013



認知症を有する患者の、帰室への支援を振り返る

3-6病棟
野中 志貴

I はじめに

認知症とは、正常な社会生活を営んでいる人の知能、記憶、判断力、理解力、認識、見当識などさまざまな精神機能が脳の器質的障害によって障害され、自立した日常生活や社会生活や円滑な人間関係を営めなくなった状態とされている。

今回認知症を患うA氏は、入院による環境の変化や記憶障害により病室がわからずに徘徊や他室訪問をくりかえしていた。そこで、チームで話し合い帰室できるよう対応を工夫していったが、名札が認識出来なかったり、名札を外してしまう等、帰室できずに部屋を間違える行動が続いた。しかし、ある看護師がイラストを使って、患者が困っている場面で声をかける事で、徐々に自室が認識できるようになり、自力で帰室できるようになった。私が行った対応はうまくいかず、ある看護師がおこなった対応がうまくいった違いは何か、事例について振り返り、今後の看護に生かしたいと思い報告する。

II 目的

認知症による記憶障害がある患者へ、自室が認識できるよう工夫し、帰室できるようになった事例について、考察し要因を明らかにする。

III 方法

患者の行動や反応をカンファレンスによって情報共有し、行った支援と、ある看護師が行った支援に対する患者の行動と反応を比較する。

患者と看護師の相互作用について文献を用いて考察する。

実施期間 20××年6月21日～20××年8月31日

IV 倫理的配慮

患者本人・家族に対して研究目的と論文にまとめ学習発表を行ううえで、プライバシーの保護と個人情報の守秘義務を厳守する事を約束する。研究への参加は任意で、辞退が可能であり、辞退により将来的に何らかの不利益がないことを、口頭および書面を用いて説明し承諾を得た。

V 患者紹介

A氏 70代 女性 長谷川式21/30点

14年前からうつ病を患い治療をうけ、当院にて入退院を繰り返す。加齢に伴い徐々に認知症状が見られる様になり、2年前の10月から当院の認知症疾患医療センターに通院していた。

昨年1月には物忘れは出現するものの日常生活に支障はなく、落ち着いて在宅生活を送っていた。しかし、孫の留守が続くという環境の変化から妄想発言がみられるようになり、昨年5月末頃入院に至る。

入院後、見当識障害・妄想・帰宅願望・徘徊があった。入院中であり、今A氏がいる場所が病院であ

ることや「目（緑内障による点眼を施行）や身体の治療を行い、良くなって帰りましょう」と統一した声かけを繰り返し、現状を伝える事で、患者自身に入院している事実の理解を促した。徐々に病院の生活リズムに適応すると、窓から景色を眺め、疲れた時にベッドへ臥床しにいく行動がみられるようになる。しかし、自室を記憶する事がむずかしく、6月頃から他患者の病室に入りベッドに臥床したり、廊下を徘徊する事が増えた状態で、困惑の出現や他患者とのトラブルが発生した。

VI 看護の実際・結果

患者の現状や、反応を確認するため、チームカンファレンスを行った。患者はすり足で手すりを使ってゆっくり歩行している。左右を確認しながら歩行する様子はなく、前方だけを見ていた為、自室の扉横に扉と同方向に貼り付けられたネームプレートが視界に入っていない事実を共有する。そのため、名札を患者が歩行していると視界に入る様に扉と直角になるように表示を提案する。6/20から白紙の紙に黒色で名前を記入し、患者の自室手前に貼り付け、患者の行動を観察する。廊下を歩行時、なかなか視界に入らずに通り過ぎてしまう事が多く、自室に誘導する時に、そこに名前が表記された事を伝えると頷いて部屋に入られる。しかし翌日、紙の名札を触って外してしまっていた。

再度カンファレンスを実施し、自力で名前をなかなか見つけられない前日の様子から6/21には赤地に黒色で名前を表記した名札を、扉と直角になるように表示し、患者の行動を観察する。自室方向へ向かうと名札を見つけて自室へ入る事ができたが、その日の夕方には、再度紙の名札を触ってしまい外してしまった。

6/22から白地に赤色で名前を表記するや、白地に黒色で名前を表記し、その周りに赤色で花を描いた名札の表記を繰り返し施行するが、どれも1～2日ほどすると名札を触って外してしまう。

7/18から、ある看護師がトイレから出てきた時、視界に入るように廊下の壁に赤色の矢印を貼り付け、矢印の先をたどっていくと自室前に赤色のリングのイラストを貼り付けた。また、患者がトイレから出てきた時に自室がわからずに困っている場面で、A氏の病室はリングの部屋であると説明を行い、そのほかの看護師も統一した対応を繰り返した。その後は矢印やイラストを剥がす事はなくなり、患者から「部屋に帰りたい」と言ってこられた時には「Aさんの部屋はリングの部屋ですよ」と統一した対応を繰り返す事で、徐々に自力で帰室できている事が増えた。部屋の理解度を確認すると、退院前には「リングの部屋」と返答するようになった。

VII 考察

認知症状の中核症状である記憶障害は記銘（物事を覚える）、保持（覚えた事を脳に保存する）、再生（覚えていることを呼び起こす）という3つの段階のどれかが障害された状態である。今回A氏は帰室行動をとるが、帰室できない為に、他室に入ってしまう、他患者のベッドで臥床するや、徘徊する認知症周辺症状が出現した。自室を記憶する事ができないという記銘力の低下が要因と考える。自身の名前という見慣れたものを、自室近くに表記する事で、場所の記銘を促し帰室行動を援助する。白地に黒地で表記しても患者が認識できていない事が多かった事例についての要因は、年齢を重ねると水晶体は紫外線により濁る、後天的色覚異常が原因と考える。濁りは透明から黄色、褐色へと徐々に変化する。その結果、青色の光の識別能力が低下し、寒色系の色は見えにくくなる。反対に赤色やオレンジ色の暖色系は識別しやすい色であった事から、赤色を取り入れた名札は、患者に名札の認識を促す事ができた。

しかし、名札という自身の名前が書かれた物に対して、患者自身の所有物であるという思いが働き、患者は名札を触ってしまう行動につながり、破損や外して鞆に入れる等の行動につながったと考える。

トラベルビー¹⁾は、「病気の人は、行動・しぐさ・表情・いつもの癖・身振りなどによって看護婦に何かを伝えている。(中略) ひとりの病人とのあらゆる相互作用が、その個人を理解し、その人の有する看護上のニーズをたしかめ、みたすような機会を、看護婦に与え、それによって人間対人間の関係が確立して、看護の目的は達成されるのである。」と述べている。私が行った名前の表記の変更時には、患者と共に問題を解決しようと働きかける事ができていなかった。矢印やイラストを使い、自室へ誘導する事に成功した看護師は、患者の困っている場面で積極的にはたらきかけていた事や、患者が困っている事はないか気にかけてコミュニケーションがとれていた。そのため、患者と信頼関係を構築する事につながり、患者の帰室に対するニーズを確かめられるようになった。患者から帰室したいと看護師に伝える事ができる関係の構築と、「Aさんの部屋はリンゴのお部屋です」と患者が困っている場面で声かけができる環境につながり、帰室に対するニーズに対応をとる事ができるようになったと考える。

VIII 結論

- ・患者との信頼関係を構築する事が、患者のニーズを理解して、充足するための看護を行う事につながる。
- ・認知症の周辺症状の原因をアセスメントし対応する事で、周辺症状を減らす事につながる。
- ・チームカンファレンスを実践し、情報共有の大切さを学んだ。

謝辞

今回このケーススタディをとるにあたり、協力していただいたA氏とご家族および先輩看護師に感謝の意を表明します。

引用文献

- 1) トラベルビー著，長谷川浩，藤枝知子訳：人間対人間の看護. 医学書院 第9章 P131

参考文献

- (1) 梶井文子，亀井智子，久代和加子，小林百合子，関由香里，広瀬幸子，森實詩乃，六角僚子：新看護学13 老年看護. 医学書院 第4章
- (2) 山田律子，萩野悦子，内ヶ島伸也，井出訓編集：生活機能からみた 老年看護過程+病態・生活機能関連図 第3版. 医学書院 第2編第1部
- (3) 吉岡充：よくわかる最新医学 新版認知症・アルツハイマー病. 主婦の友社

統合失調症患者の頭痛への対処方法について探る

看護部
児玉 悠輔

I はじめに

統合失調症のA氏はほぼ毎日頭痛を訴え疼痛時の頓服を服用している。慢性的に頓服の使用をしており、どういうときに頭痛が出現しているのか、痛みの強さはどうなのか、頓服以外の対処法は無いのかが気になった。頓服がプラセボになっても頭痛の軽減が得られておりプラセボに代わる対応はないか、また頓服を使用せずに対処ができ、退院先の生活の中で薬を飲めない状況でもA氏が自ら対処ができる方法はないかと思いA氏と一緒に対処方法を探ったのでここに報告する。

統合失調症とは脳神経の疾患であり、思考障害、自我障害、感情障害、人格障害などを主徴とする。

頭痛とは脳、頭蓋骨、顔面、副鼻腔、または歯の内部または周囲における痛覚感受部位が活性化されることによって生じる。頭痛は一次性疾患として起こることもあれば、その他の疾患に続発する二次性疾患として起こることもある。一次性頭痛としては片頭痛、群発頭痛、緊張型頭痛があり、二次性頭痛には、幾多の原因がある。頭痛の一般的な原因としては緊張型頭痛、片頭痛などである。

2 研究目的

A氏の頭痛の原因の追究と薬以外の対処方法を探り退院後の生活に役立てる

II 方法

- 1 研究期間：患者A氏に頭痛軽減の提案と説明後から1週間
- 2 カルテの記録からA氏の情報収集

用語定義

- 1) フェイススケール：紙に描かれた顔の表情から疼痛の程度を表現する方法。
- 2) プラセボ効果：プラセボ効果とは、本来は薬としての効果をもたないプラセボを服用し得られる効果のこと。

III 患者紹介

A氏60代 男性

統合失調症の患者であり過去に何度か入院歴がある患者。幻覚妄想に左右されており、中波という妄想に囚われている。効果の自覚がある頓服薬を使用し穏やかに過ごしていた。何かイベントなど刺激によって気分の高揚により多弁多動がある。お茶を飲むことが多く多飲水傾向であった。

IV 看護の実際

今回は頭痛の訴えから何度も電話を掛けるなど落ちつかずA氏希望の入院である。入院後はほぼ毎日頭痛を訴え頓服としてプラセボのミヤBMとレバミピドを使用している。頭痛時の対応で頓服以外の対処方法を勧めても「薬飲んだらましになる」とほかの対処法の行動には移せない。A氏が頭痛を訴える時間帯としては朝方の8時から10時までの間が多くフェイススケールにて4を訴えることが多い。頓

服薬なければ飲まなくても我慢できており実際のフェイススケールは0～1程度。またプラセボ薬としてミヤBMとレバミピドを使用しており使用後は「ましになった」と話しており痛みについてもフェイススケールにて1～2程度と話し軽減している。患者A氏は既往歴には何もなく、不安や心配事があると感情の高ぶりや不眠、妄想や独語が見られる。頭痛に関して理由を本人は近隣住民が中波を飛ばしてくるからと話している。

頓服以外でも頭痛の軽減が出来るように様々な関わりを行った。関わりをしていく中で患者の不安などが出現すると根本的な治療の妨げになるために方法として温タオルなどで温めて血行を促進する、ツボ押しで筋肉を緩ませる、適度な運動、頭痛体操を提示しその中で患者が選んだ方法を行った。患者の選んだ方法としては、蒸しタオルで目や首や肩を温めて血行を促進。頭痛体操の2種類の方法であった。温タオル使用し首筋などを温めてもらったが首筋にタオルを当ててすぐに「あまり変わらない」と話す。

頭痛体操をA氏に用紙を用いて説明し行ってもらった。頭痛体操とは頭痛の引き金となる首や肩の筋肉を鍛えて血流を良くする体操で一通り体操を行っても15分～20分でできる体操であった。体操を1週間行ってもらったが頭痛に関しては痛みの程度は変わらなかったが肩回りが楽になったとA氏は喜んでいた。

飲水も頭痛の原因であるため説明しお茶を飲む回数を減らす様伝えていたがその場では「わかった」と話す飲む回数や量は減ってはいなかった。飲水の理由として「昔先生に健康のため朝のうちに1L以上お茶を飲まないといけないと言われた」と話す。

V 考察

A氏に既往歴などなく頭痛以外に身体的症状はなかった。頭痛時に血圧の上昇などはなく普段の血圧も100～120mm Hg。A氏は頭痛に関しての理由を近隣住民が中波を飛ばしてくるからと話している。入院時も頭痛を訴え、何度も電話を掛け、試験外泊などが近づくと妄想、独語が活発となっている。不安などで自身にストレスがかかった際に症状が悪化していると考えられる。頭痛の種類の一つである緊張型頭痛は正確な病態や発生機序はいまだ不明ではあるが身体的・精神的なストレスが複雑に関係していると考えられている。そのためか精神疾患を随伴しやすい。それらのことからA氏の頭痛は身体的な理由よりも精神的な理由の方が大きいのではないかと考えられる。

頭痛の原因はストレスがかかり血流が悪くなると、酸素や栄養が行きわたらず首や肩の筋肉が緊張して緊張型頭痛であると考えた。緊張型頭痛による痛みの緩和には、緊張している筋肉を緩ませリラックスさせることや、血行を促進させること、適度な運動を心がけることが有効であるため対処方法として提案を行った。

頭痛体操を継続してできた理由としては頭痛体操が簡単に行えること。頭痛には効果がなかったが肩回りが楽になったと話しておりポジティブな効果があったことから継続して行えたのではないかと考える。

頓服の使用で頭痛の軽減になっていたのはプラセボとして使用していたが薬を飲んだという安心感から不安の軽減になり頭痛の軽減に繋がっているのではないかと考えられる。

飲水に対して回数や量が減らない理由として過去に1L以上飲まないといけないと言われており、既往歴として身体的な疾患はない。お茶を朝のうちに1L以上飲むことが健康に繋がっていると考えており、飲む回数や量は減らなかったと考える。

頭痛の原因が妄想から出現し、関わっていく中で頭痛の原因など説明していったが本人に認知してもらえなかった。今後、妄想がストレスになって、そのストレスが頭痛につながっているのではないかと考えられる。頭痛の軽減のためには頭痛の対処法だけではなく精神的援助や工夫が必要だったのではないかと考えられる。精神的側面からの頭痛に対し、薬に代わる安心感や、不安の軽減に繋がる対応を考慮していく必要がある。

VI 結果

今回の関わりの中でA氏に有効なものは見つからなかった。しかし普段は頭痛の対応として頓服のみしか行動しないA氏に対し効果はなかったがA氏が頭痛体操を自らできたことは1つ前進できたのではないかと考えられる。

VII 終わりに

今後の看護に生かしていくために身体的な症状のみを見るのではなく精神的な部分も併せてみられるようにしていきたい。

【参考文献】

- 向井直人、編、株死会社学研メディカル秀潤社、(2015)：精神疾患ビジュアルブック。
坂田三允、中央法規出版株式会社 (2017)：症状別にみる精神科の看護ケア。
遠藤淑美、徳山明広、南方英夫、編、中央法規出版株式会社 (2017)：統合失調症の看護ケア。
頭痛の診療ガイドライン作成委員会、編、株式会社医学書院、(2021)：頭痛の診療ガイドライン。
福田正人、糸川昌成、村井俊哉、笠井清登、編、株式会社医学書院、(2013)：統合失調症。
陣内敬文、現代書林、(2013)：頭痛薬をやめて頭痛を治そう！。



福寿草

精神科医として50年

(5)新阿武山病院でのことなど

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長 林 拓二

大阪医大の精神科教室は昭和29年に満田先生が教授として発足させ、越賀先生が助教授として赴任、その後、越賀先生は心理学教室の教授となったが精神科教室には従来通り関わっていた。大学闘争が激しく全国の大学がほとんど機能停止となったところ、関西では大学の機能を保持した唯一の精神科教室と言われていた。満田教授を中心に4天王と言われた4人の講師がそれぞれの専門領域の研究を分担し、開講10周年記念として満田門下の業績を「Clinical Genetics in Psychiatry」という一冊の本に集大成していた。私は開講20周年記念のKCCBPには参加を許されなかったが、懸念された妨害もなく、海外からも多くの著名な学者が参加して成功裏に終わったという。その後、満田先生らが尽力し平安神宮で行われた藍野学術財団の主催する国際会議には、私も出席させてもらった。その後も、生物学的な精神医学会の立ち上げに満田先生や福田先生が尽力してアルゼンチンで第一回の世界大会が開かれ、また、日本側から満田先生と東京女子医大の千谷教授が代表となって、第一回の日・独・墺（オーストリア）の精神病理学会がオーストリアのグラーツで開催された。この会はドイツのパウライコフ氏が来日した折、日本の精神科医がドイツ語でカルテを書いているのに感激し、ドイツ語での会議を持ち掛けたのが開催のきっかけであるという。この会議には大阪医大や東京女子医大を中心に多くの日本の精神科医が参加した。大阪医大では、満田の教授時代の最後は国際会議ばかりやっていたと批判する向きもあるが、われわれ若手の医者にとって、国の内外の著名な学者と知り合う機会となり、良い経験わせてもらったと思う。

私は精神科医になって学会に参加したことがあまりない。初めて参加した病院精神医学会では演者が髪を振り乱しながら精神病院の改革運動について熱弁をふるっているのに喝采はしたものの、わざわざ時間を割いて出席する必要はないと思った。日本精神神経医学会など、他の精神科関係の学会も同様であるとのことであった、しかし、「先生はどこの病院に勤めているのですか」と聞かれて「七山病院」と答えても、「専門は何科ですか」と問われる。そこで、七山病院に勤めていることは精神科医であることの証明にはならないと思い、ともかく精神神経学会には入っておくべきだと思って、大阪で開かれた学会場に一度だけ足を運んだ。会場には京大の先輩（中山幸太郎先生）がいたので推薦のハンコを押して貰い、持参した七山病院の副院長の推薦状をあわせて入会した。学会は評議員の選挙があるたびに投票用紙が送られてきたので、まだ学会が存続しているのを確認できたが、精神病院の改革運動を主導しようとする精神神経学会とは別に、学問の交流の場を作ろうとする動きもあった。それらの動きが、満田先生を中心とした日本生物学的精神医学会の発足に繋がっていったのであろう。ともかく、われわれは臨床精神医学を志向していたが、学問に飢えていたともいえる。私がそういう意味での学会らしい学会に参加を申し込んだのは、海外旅行の魅力もあったが、グラーツでの学会が初めてである。

グラーツでの学会では、ドイツ語で行われる講演はほとんど聞き取れなかったが、スライドは読めるので内容は少し分かったつもりである。その後に行われた質疑応答はついて行くのが難しく、実際によ

くわからなかった。しかし、藤縄昭先生や木村敏先生は講演して質問にも対応していた。いずれはあの演壇で自分の研究を発表したいと思ったことである。満田先生からは「林君は会場でよく会うね」と声を掛けられた。私は「枯れ木も山の賑わいですから」と答えておいたが、学会に参加したのだから、この場の雰囲気は味わっておこうと思った次第である。



この写真の裏には、満田先生の自筆で、
われら「脳狂団」一行、於リンドウ、1975年10月4日、林拓二君へ、満田、と署名されていた

学会が終わると日本からの参加者はそれぞれのグループに分かれてヨーロッパを旅行した。私は満田先生らの大阪医大グループについて回った。ホテルはツインルームなので、関西医大の錦織先生と相部屋になることが多かった。そこには、関西医大の助教授の木村定先生がよく訪ねてきたので、彼らから関西医大の教室の話聞いた。錦織先生は私が学生の頃、顔を合わせたこともある先輩であるが、私が七山に就職したころには豊郷病院に勤めていて、「精神医学」誌にしばしば電気ショック療法の投稿していたのを記憶していた。片側性の電気ショックは記憶障害が少ないという紹介だったが、京大の村上教授が、「現在では関心が薄れている電気ショック療法に、新たな光を当てる若い精神科医が現れたのは頼もしい」という趣旨のコメントを投稿していた。その時に錦織先生の所属の豊郷病院とはどんなと

ころなのだろうか興味を持った次第である。錦織先生は、その後、関西医大に移ったとのことで、関西医大の2人と連れ立ち、3人で街に出ると、木村先生は英・独・仏語の3か国語に堪能であり、錦織先生は以前ドイツを放浪していた？ことがあると言い、ウインクラーの病院でも過ごしていたようで、私は語学の達者な2人のあとをついて回った。この時、外国語に堪能であることが本当にうらやましく思った次第である。そうこうして、オーストリア、スイス、イタリア、ドイツ、フランスを回って帰国した。

その後、満田先生が大阪医大を退職された。後継者についてはいろいろ悩んでいたようだが、結果は自分の意に染まない人事だったようで、翌年の同門会では教室の研究について厳しい発言をしていたように思う。なにはともあれ、満田先生は大学を退職後に新阿武山病院の理事長になった。私も請われて新阿武山病院に移った。昭和52年4月のことである。

新阿武山病院は民間の精神病院が売りに出されたのを大阪医大の教授の満田先生と同門会の会長が会社を作って買い取り、大阪医大精神科の附属病院のような役割をしていた。「山崎君には了解してもらっている」と満田先生から自宅に電話があったが、山崎先生からは「あそこは大阪医大の病院だから、居心地が悪くなったらいつでも帰れるようにしておくように」と言われ、七山病院には週1日の勤務を続けた。

新阿武山病院は大阪の高槻市の郊外、今では大阪のベッドタウンになっているが、阿武山という丘陵地の山里にあった。近所の国鉄の駅まで、病院の車が迎えに来てくれるが、運転手に申し訳ないと思って自動車の免許を取った。以前から私が「自動車とスキーとゴルフはやらない」と公言していたものだから、大阪医大の同僚から「先生の信条は一体どうなったの？」と言われたものである。院長は、嘘か真かはさだかではない色々な噂があったものの、あえて自分の弱点を弁解せず、人間的な魅力がある人物であった。満田先生は彼に大きな期待を抱いていたようだが、満田先生のアカデミズムにはついていけないと言って大学を離れたようである。彼は日本が戦争に負けた時、自分は一度死んだのであり、今は第2の人生を生きているのだと言う。彼らの世代は軍国少年として成長して海軍兵学校に入った。そして、多くのものが特攻隊で華々しく散ったものの、生き残った者の多くが医者になり、新たな人生をやり直そうとしたのであろう。

新阿武山病院では、満田先生や越賀先生、そして福田先生なども見えられ、お話を聞く機会も多く、短期間ではあったがアルコール中毒の断酒会を担当するなど、これまでにない経験をした。そして、精神科医となって10年が過ぎたので、満田先生との約束どおり、いくつかの症例をまとめて論文にしてみた。1つは、レオンハルトの分類で類循環性精神病の病像を呈する特発性副甲状腺機能低下症であり、2つ目は、精神症状で発症したハンチントン舞蹈病、3つめは全生活史健忘を呈したてんかん患者というものである。私に興味があったのは、非定型精神病とされるグループには身体疾患が見逃されているかもしれないことであり、これらの疾患には、なお未知の疾患が隠れているかもしれず、生物学的な研究の対象としての非定型精神病の重要性をここで指摘しておいたのである。

副甲状腺機能低下症の症例については、私はカルシウムの代謝に興味を持ちいろいろと調べたのだが、満田先生はテタノイドエPILEPSYとの関係に興味を持ち、「関西医大の岡本君に脳波を見てもらうように」と言われ、また、「われわれ精神科の医者が内科の疾患の話をして、ほかの科の先生には信用されないのだよ」とおっしゃり、「内分泌の疾患は北野病院の八幡君に相談するように」と指示された。また、「三重大学の鳩谷君のところに、文献をコンピューターで検索する機械が最近入ったと聞

いた。彼に関連の文献を送ってもらうよう私から連絡しておく」と言って頂いた。

このようにして、私が初めて書いたこの論文には多くの思い出がある。北野病院に八幡先生を訪ねると、「これだけの材料があれば、内科では3つの論文を作りますよ」と言われ、精神科医とのカルチャーの差に驚いたものである。鳩谷先生からはすぐに毛筆で書かれた返事をもらい、満田先生には文章を何度も書き直されたあと、「ここの文章は、こうした方が、シャレているのだよ」と、文章のはじめの部分に書き直しを勧められ、多少腹立たしく思ったことなども今では懐かしく思い出す（当時は、まだパソコンという重宝なものはなく、400字詰め原稿用紙に万年筆を使っていた）。結局、この論文は、満田先生が心筋梗塞で入院したあとベッドの中で手を入れて頂いていたらしく、先生が亡くなられたあと一時、行方不明になっていた。その後しばらくして、奥様から「林先生のものようだ」と原稿を送っていただき、やっと精神医学雑誌に投稿することが出来た。

新阿武山病院では、大阪のいくつかの精神病院が集まって身近な問題を話し合う「大阪精神医療を考える会」に参加してもらい、看護婦さんに病院の活動報告をしてもらった。また、職員の結婚式に招かれて尺八を披露したことがあり、若い医者がギターを弾くというので尺八との合奏で「春の海」を披露したことがある。そこで、尺八に興味を持った看護士がいて是非に教えてほしいと希望したので、私の最初の弟子になってもらった。この病院には看護婦さんの民謡クラブがあり、尺八の伴奏を引き受けているうちに、先生も一緒に唄いませんかと持ち掛けられ、民謡を本格的に習うようにもなった。そこで、伴奏を専門にする尺八の流派があることを知り、私はそこにも弟子入りをした。民謡クラブは年に一度のおさらい会が大阪の御堂会館であり、恥ずかしいものだが、私もそこで喉を披露したことがある。その時に着た衣装は浴衣ではあるが会専用にあつらえたものであり、今でも自宅のどこかに仕舞っているはずである。そのあと、この民謡尺八の先生から、「素人名人会で唄いたいのので、林さん、私の伴奏をしてもらえないか」と頼まれた。その時は軽く予選だけだろうと引き受けたのだが、千里山にある毎日放送での予選会では合格してしまった。次は本番の劇場でテレビ中継もある。司会は西川きよしであったと思う。どうしようかと思っていると、ちょうど、「精神医療を考える会」と日程がかぶさり、私が行かないと看護婦さんは困ってしまうとおもったので素人名人会の伴奏を丁寧で断った。先生にはもう一人お弟子さんがいて、自分の代わりは務められると思ったからである。そして、当日の梅田花月劇場で先生は見事に名人となった。テレビ出演の機会を逃したのは今になると残念と思わないでもないが、テレビの娯楽番組で「伴奏で尺八を吹いておられる方、一言！」と、マイクを向けられることを考え、尻込みしたのは確かである。

満田先生が亡くなったあと、新阿武山病院では保護室における失火をめぐる、事務と組合が院長の管理責任を追求する大騒動に発展した。そもそも、興奮した患者さんを隔離室に入れなければならない時は慎重に身体検査をするのは当然であるが、ライターなどが持ち込まれて布団を焦がすことが時にある。検査をどこまで厳重にできるのかが問題であることは精神科医であれば周知の事実であるが、「出来るだけ厳重に注意するように」と言うしかなく、もしボヤなどになればそれに早急に対処できるようにするべきであろう。ところが、このような事件に発展したのは、病院の事務と組合の執行部が、長年の院長の脇の甘さに我慢できなかつたこともあり、院長を辞めさせようという意図で院長の管理責任を迫及した？ようである。院長の人柄に文句をつける者はないと思うのだが、院長としてはどうかという判断は各人で異なるのであろう。失火には、私の尺八の弟子が関わっていたこともあり、私は自分の発言には注意しながら、院長の管理責任を云々する問題ではないことを主張し、病院事務に謝罪させて決着し

た。しかし、院長はもう病院はやめると言って退職してしまった。私もこの事件を契機として退職したのであるが、院長をそれとなく擁護していた満田先生亡くなっていたのが、この事件の大きな要因であったのではないかと思う。山崎先生が、「新阿武山病院の騒動で、大阪医大と関西医大では林先生の評判が悪くなっている。そろそろ七山に帰ったらどうですか」と忠告されたのも、そろそろ辞め時だなと感じた次第である。

山崎先生は満田先生の弟子であるが、関西医大の岡本重一先生のところで「非定型精神病と癲癇の合併について」の研究で学位を取っていて、関西医大の医局にもよく出入りしていた。その頃、岡本先生に呼ばれて教室に行ったが、雑談ばかりで要件が何なのかわからない。そこで「先生が私に話があるというのは、私に七山を辞めろと言いたいのではないですか」と訊いたという。七山病院では、その頃から山崎医局長が中心の体制を変えたいと思っていたようだが、山崎先生に誰が鈴をつけるのかを苦慮していた様である。

私が新阿武山病院を辞める時には、たくさんの職員が「病院を辞めないで下さい」と請願、署名・捺印した書類を受け取った。私の退職の決意は変わらず、「この文書は有り難くいただき、自分の宝にします」と言って、職員の希望に添えないことを謝っておいた。

このような経緯で復帰した七山病院であるが、病院はこれまで山崎先生が中心の医局体制を、院長の息子さんを中心とした医局に変えようとしていた。400年の歴史がある病院としては、そろそろ代替わりの時期であると思ったのであろう。そこで、まず3年先輩の医師を解雇した。いろいろな理由をつけているが、彼の診察時間が長く看護師が付いておられないということなどが挙げられている。確かに、彼は患者さんを入院させるため、診察が夕方から始まり翌朝までかかったことがあり、患者さんは「もう眠い、どこでもいいから眠らせて」と言って入院したという。彼は出来るだけ強制的な入院はさせないという方針で診療していたが、それが解雇理由になるとは思えない。他にも多くの解雇理由があったが、辞めさせる口実を探し出したとしか思えず、到底、まともに了解できるものではなかった。そこで、不当解雇、地位保全の訴えを起こすという、お決まりの裁判になる大騒動となった。裁判では、まもなく地位保全が認められて給料は支払われたが、患者を診ることは出来ず、病院に立ち入ることは出来なかった。彼は、「医者にとって、患者さんを診ることが出来なくされるほど、辛いことはない」と言っていたが、裁判は延々と続いた。病院としては、医師が音を上げるまで裁判を続け、そのうちに期を見て和解に持ち込み、医師の退職を目指していた。山崎先生を含めた昔からの医局員はもう必要はなくなり、新しい医局員の確保も目途が付いたようであった。われわれと同調していた職員も活動が制限され、多くの職員が病院の意図に逆らうことはなかった。既に、大勢は決まったように思われた。問題は、われわれが抵抗をどこまで続けられるか、だけである。山崎先生は、以前から再建を頼まれていた四国の精神科病院（三光病院）に副理事長として赴任し、七山で非常勤医師として勤務していた市川先生を病院長として、病院の再建に従事することになった。先輩のもう一人の医師は開業を意図しており、同級の横山君は、チューリッヒにあるユング研究所に留学を考えていた。さて、私はというと、卒業後も休む暇なく精神病院で働き続けたので、のんびり息抜きができるようなところでしばらくゆっくりしたいと福田先生に相談したところ、ボン大学のフーバー教授のもとでのんびりさせて貰わないかとのことであり、早速連絡を取ってくれた。日本で失業者の身分では格好も悪いので、鳩谷先生に頼み三重大学の研究生にさせて貰った。大阪医大の越賀先生も私のことを心配して、食事をしながらゆっくりと話をしようと自宅（越賀城と自称されていた）に招いてくれた。そして、「ドイツには行かずに、私と一緒に

非定型精神病は無いという研究をしようや」と誘われた。非定型精神病は、病初は定型統合失調症と明らかに異なる病像を示すが、長期の経過を見ると次第に区別がつかなくなる症例も多い。越賀先生は満田先生の一門ではあるが、精神病理学者として単一精神病説に親和性を感じていたようである。私は「フーバー先生にも頼んでドイツに行くことに決めたから」と、丁重にこの提案を断った。

七山病院を退職したのは、昭和57年の7月である。その時、病院から、「今後、一切、病院の敷地内に立ち入りを禁ずる」という辞令？を貰った。昭和45年11月に就職して以来、山崎先生からは「あんた達は高校では秀才だったらしいが、社会的には白痴同然だね」と厳しく？指導されながら、七山病院にはこの12年間、一人前の精神科医になる貴重な経験をさせてもらったと非常に感謝している。しかし、このような経緯から、その後、残念ながら、七山には一度も足を向けていない。

なお、山崎先生は廃院の危機にあった三光病院を院長の市川先生と共に見事に立て直し、平成2年、66歳の時に大腸がんで死亡した。七山病院で共に働いた医師や看護師などが先生を偲び、時々三光病院のある四国の高松などで集まっていたが、最後の会にしようと集まったのは大阪泉南のみさき公園である。空も海も真っ青に晴れた日、爽やかに潮風が吹き抜け、遠くには淡路島や明石大橋が望まれる先生のお墓の前に20人近くの関係者が集まってから、もう20年も経ったであろうか。



キンモクセイ

精神科医として50年

(6) ドイツに留学から帰国して愛知医大に

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長 林 拓二

ドイツ滞在は2年の予定であった。当初は単独生活であるとしても、あとから妻と子供たち3人（11歳、9歳、5歳）を呼び寄せつもりであり、それまでは、退職金で経済的には充分やっていると考えていた。妻は私のドイツ行きに反対はしなかったが、妻の親戚からは「妻子を残して一人で留学」するなど随分酷い旦那だと非難されていたらしい。フランクフルト空港に着くと、置き引きにあつてドイツに到着早々警察に盗難届を出す羽目に陥ったが、なくなったのはパスポートやトラベラーズ・チェックなどの再発行が可能なものばかりであり、実質的な被害はなかった（その後、空港で落とし物を拾ったので送るが謝礼が欲しいとの手紙が来た。お礼の手紙を出したが、宛先に該当者は存在せずとのことであった）。ゲーテ・インスティテュートの語学研修をローテンブルグで行った後、国鉄の列車でボンに着き、大学からの迎えの車でゲストハウスに到着、そこに住むことになった。大学病院は森の中にあり、各科の建物が散在していた。神経科の病院もその中にあり、地下ではあるが、かなり広い部屋が私に用意されていた。この部屋は私が主に使っていたが、フーバー教授にアルゼンチンの教授が会いに来たからと、一週間ほど部屋を替わってほしいと言われて譲ったことがある。毎朝、森の中を歩いて大学の私の部屋に通ったが、朝霧の中から急に白馬に跨った銀髪の少女が出現して吃驚したこともある。大学病院ではフーバー教授の回診や授業にも参加した。ドイツ語を喋ることは難しくストレスが大きかったものの、何となく彼らの会話の意味は分かったように思う。時間があるときは、フーバーの「精神医学教科書」を日本語に訳して過ごした。意味が取れないときは、秘書のリンツ女史に聞いて不明な箇所を訂正した。ホームシックにならないようにとの福田先生の忠告に従って中古のフォルクスワーゲンを買って、土・日の休日にはフランスやベルギーまでドライブをして過ごした。

ただ、日本語を喋る機会が少なく日本からの来客があると懐かしく、嬉しかった。富山医大の遠藤正臣教授夫妻がヨーロッパ旅行中にボンに一週間ほど滞在するとのことで、ゲストハウスから大学への送迎をフーバーから命じられたことがある。初対面ではあったが一緒にフーバーの授業などを聴講したり、ボン大学を案内したりして楽しく接待？した。奥さんはシューマンに関心があり彼の自殺未遂があったライン川の岸辺やお墓を訪ねたと言う。近畿大学の池村義明先生が教室員を連れてフーバー教授を訪ねてきたこともある。福田先生は生物学的精神医学世界連合の理事長をしていたので各国から招かれて講演をしなければならず、私の滞独中にドイツに来ることはなかった。しかし、ハンガリーの精神医学会に参加するとの知らせがあった時には、急遽、私も夜行列車でブダペストに向かったものである。ウィーンで開かれたWPAの第7回世界大会には福田先生が参加するとの連絡が入ったので、ウィーンまで車を走らせたこともあり、一緒に中華料理店でラーメン（出された料理はインスタントラーメンであったが）を食べたことも、懐かしく思い出す。

ドイツでの生活に慣れたため、そろそろドイツに妻子を呼び寄せようと思った。子供の教育に支障がないようにするためには、日本人学校のあるデュッセルドルフに住んでボンに通うのが一番良いと思い、

適当な物件がないかをあたってみた。現地で知り合った製薬会社の駐在員も骨を折ってくれたが、親子5人が住む適当な貸家が見つからず、春休みや夏休みには狭いながらも一緒に住める部屋を探し、結局、ゲストハウスの掃除に来ていたお婆さんの家の屋根裏部屋（といっても、風呂も附属するかなり大きい部屋だった）を借りることにした。そこで、昭和58年の夏休みは子供たちにとっては印象深いものになったはずである。この屋根裏部屋を拠点にして、家族5人の長期の自動車旅行を試み、ベルギー、オランダ、フランスを巡った。田舎の古い町で一泊したり、パリやアムステルダムのような歴史のある都会に泊まったりもした。日中はヨーロッパの街を巡り、景色を楽しんでは、日が暮れて宿屋を探すことが多かったが、旅行中は難なく快適な宿泊場所を確保することが出来た。

ただ、フランスから山道を通ってベルギーに向かった時には、国境の検問所で厳重な取り調べを受けたことがある。国境のさびしい道を怪しい東洋人が家族連れで突破しようとしている、と警戒されたようである。私は、ボン大学に留学中の日本の精神科医である旨を説明して、確認に時間がかかったが無事に釈放された。しかし、自動車の中では、「お父さんが鉄砲を持った大柄な警官数名に取り囲まれ、別な建物に連れて行かれた」と心配していたようである。当時、日本赤軍のテロの噂があり、とりわけ日本人が警戒されていたのかも知れない。

ボンは、元来ベートーベンの生誕地として、また大学町としても有名であったが、当時の西ドイツの首都でもあり日本大使館もあった。そこで、下宿していた屋根裏部屋には大使館の関係者が訪れることもあったので、息子が将来は自分も外交官になると言いだしたのには驚いた。このドイツ旅行は子供たちにとって、自分たちの視野を広げ、将来を考えるのに少しは役に立ったのではないかと思う。



ドイツでの下宿（屋根裏部屋だがかなり広い）で家族と一緒に

同級の横山君は、私より少し遅れてチューリッヒのユング研究所に留学してきた。私とは異なり、奥さんと就学前の息子さんを連れていた。ボンとチューリッヒとの間の距離はどの位なのかわからないが、留学した者にとってそれは極めて近く感じるものである。私は彼がスイスにきたとの連絡が入ると、チューリッヒまで自動車を走らせた。その後、彼は妻子を連れてボンまで私に会いに来てくれた。その時に、私はベルギーの鍾乳洞に彼らを案内した。今は精神科医になっている彼の息子さんが結婚式でその鍾乳洞での写真を紹介したのを見ると、当時幼稚園児だった息子さんにも強い印象を与えたものであろう。

ドイツでの二回目の冬を迎えようとする時、愛知医科大学から講師の話があり、昭和59年1月に急遽私は帰国した。38歳であった。どうも助教授の中澤先生から、三重大学の鳩谷先生を經由して福田先生に話があったようで、「精神科医の本来の仕事は精神病院での臨床にこそあり、大学の生活に魅力はない」と常々口にしていたものの、大学を卒業して約15年が経ち、一度、大学での生活を経験したくなったというのが本当の気持ちだったと思う。愛知医大では学位がないと講師になれないようで、教授の大原先生から「早く学位を取ってよ」と言われ続けていたが、私には研究歴がなく博士号の申請が出来ない。4年間は助手を続け、三重大学の研究生だった期間を加えて所定の研究歴を満たしたのは、私が42歳になった時であった。そこで、やっと学位を貰え、講師になった。それまでは、妻からも「白髪になって大学の助手を勤めているのは偉いわねー」と皮肉めいたことを言われていたものである。資格というものは、若い時に早く取っておくべきであると反省した次第である。

愛知医科大学が新設された当時は不正入学などでマスコミなどを賑わせていたが、そのような不祥事の反省から、私が就職した頃は文部省の方針を忠実に順守する大学であった。精神科は有名な西丸四方先生（前信州大学）が初代教授をつとめ、そのあとを大原貢先生が教授となっていた。当時のスタッフは、大原先生は精神病理学を専門としてヒステリーの研究を行い、助教授の中澤欽哉先生が精神薬理学を専門分野としてねずみを実験動物として抗うつ薬の研究をしていた。講師であった平井浩先生が、出身の名古屋市立大学の人事で豊川市立病院に赴任して空席ができたので、私が招かれたというわけである。もう一人の講師が伊達徹先生でてんかんを研究していたが、ケルン大学に留学して帰国したばかりであった。彼は、その後西丸先生らとクレペリンの教科書の翻訳に関わったが、白血病に罹り、若くして亡くなった。私は大学での経験がないので、さあて、何をするかと考えていたが、大学というところは、まずは文部省の科学研究費に応募することから生活が始まるらしかった。それで、これまでに大阪医大で行われた非定型精神病研究の報告書を読みなおし、そのころ臨床に使われ始めた頭部CTを用いた研究を念頭に、「精神分裂病と非定型精神病の画像診断的研究」という題で文部省の科学研究費を申請した。私の申請書を読んだ教室の秘書さんが、「先生、これは通るよ、だって、ほかの先生とは文章が違うもの」と言ってくれたが、彼女の予想通りに科学研究費をもらうことが出来た。

私は、非定型精神病の研究をしながら、日常臨床の中で興味深い症例があるとすぐに症例報告としてまとめることを心がけていた。愛知医大でも同じ姿勢で、精神病症状を示す身体疾患としてハンチントン舞踏病やウイルソン病、七山病院で詳しい報告をしたこともある全生活史健忘、それに初老期にしばしば見られる皮膚寄生虫妄想などを詳細な症例報告としてまとめ、そのいずれも、病態の生物学的基盤に焦点を絞り、一貫して私が研究している非定型精神病との関連に言及して考察を加え、精神医学雑誌に報告した。

また、愛知医大精神科が設立されて以来の入院患者資料をまとめ、平成7年から8年にかけて「分裂病と非定型精神病（満田）の負因と誘因の相違について」を愛知医大誌に、続けて「分裂病と非定型精神病（満田）の発症年齢と性差について」と「分裂病と非定型精神病（満田）の精神症状と経過について」を精神医学誌に連続して投稿した。

大学での教員の仕事は、診療、研究、教育が義務ではあるが、まずは学生を医師国家試験に通すように指導することであり、さらに博士号を取って博士になってもらうことである。私は大学院生に研究を手伝ってもらい、それぞれの学位論文として博士号を取ってもらった。私が愛知医科大学に就職した当時、アメリカの診断基準であるDSM-IIIが世界標準となっており、非定型精神病の研究論文を国際的な

医学雑誌に投稿すると、日本のローカルな診断基準でなく、グローバル・スタンダードで書き直してみても如何でしょうかという、まことに慇懃・無礼なコメントが返ってきていた。そこで、論文の掲載には愛知医大誌という自前の雑誌もあったが、出来るだけ英文誌であるフーバー主宰の「Neurology, Psychiatry & Brain Research」誌に投稿するようにした。この雑誌の良い点は、グローバル・スタンダードでの書き直しを求められることが一切なかったことである。しかし、有名な雑誌ではなくて、インパクトファクターが低いことが問題であると言えはいい。それは、学者として偉くなろうと思うと多少の不利を覚悟しなければならないことだが、われわれが気にする問題ではなかった。しかし、雑誌が本当に存在するのかどうかを疑われたことがあり、この雑誌が確かに発行されていることを示さねばならないことには閉口したものである。

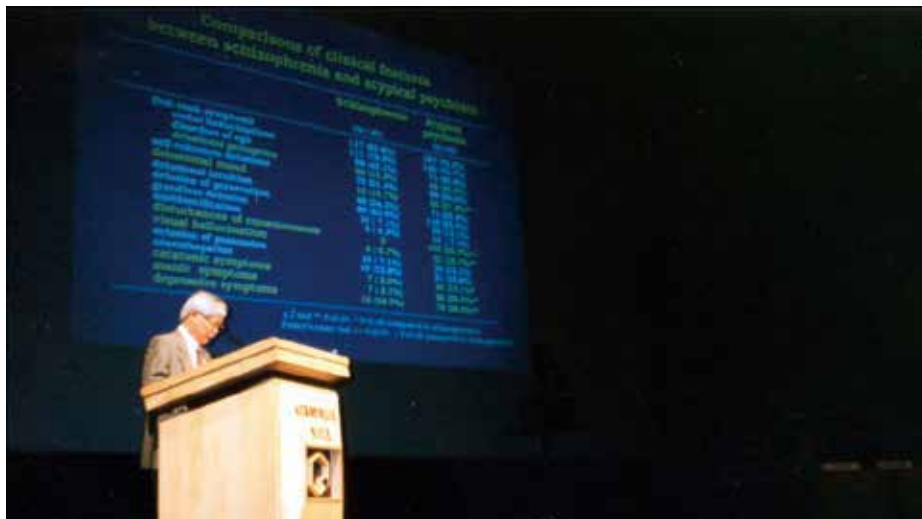
愛知医科大学では、CTやMRI、さらにはSPECTなどでの画像研究を行った。ただ、SPECTの研究では、放射性物質を静脈に注入する研究に対して、京大の若い医師達が名古屋まで押しかけてくるのではないか、その時にはどう対応するのか、愛知医大での研究は止めたらどうかとの意見もあったが、放射線の被曝量についてその量が極めて低く安全であることを丁寧に説明し、外部の大学の若手医師に対する対応は、私が責任を持って全て行うとして了承され、研究を中止することはしなかった。しかし、SPECTに関する研究の動向が気になったので、京大での情報に詳しい同級の横山君に訊いてみると、SPECTなどの研究に反対する動きは全くなく、むかし研究に反対していた人達もみんな歳を取ったからなあとのことである。当時は、生物学的研究には過剰なほどの配慮が必要であったのは確かである。さらに、私たちは事象関連電位や探索眼球運動を用いて、統合失調症を定型と非定型に分けてその相違を精力的に研究してきた。探索眼球運動については、日本大学の小島卓也教授にお願いし、毎年の研究会にも参加させて頂き丁寧に指導してもらった。

私は大阪医大での勉強会やドイツ留学に関して、同志社大学の福田哲雄先生（生物学的精神医学世界連合名誉理事長）に随分と世話になったが、愛知医大に就職してからも、毎年何回かは京都・先斗町のおでん屋（山とみ）で会い、おでんをつつきながら精神医学の現状について話し合い、大学での今後の研究について相談していた。そして、しばしば名古屋行き最終の新幹線で帰ったものである。CTがようやく一般的となり、脳の画像研究が始まったばかりのころである。精神医学領域でも多施設共同研究が行われていたが、精神疾患の異種性を念頭に置いた研究はなかった。そこで、私は第10回生物学的精神医学会（S63年：京都府立医大）で「精神分裂病と非定型精神病の頭部CT研究」と題する発表を行った。この研究は、当時、精神分裂病には発症時よりすでに脳の萎縮が認められるとされていたのに対し、定型分裂病と非定型精神病とに類別した時、非定型精神病の脳所見が進行性である可能性を指摘しておいたものである。多少のインパクトがあるものと期待したが、当時はDSM診断が全盛であり、三重大学の鳩谷先生以外に興味を示してくれる人はいなかった。ただ、我々の研究の弱点として臨床的な診断が主観的であるとの批判を承知していたために、これに対して如何に答えるべきかが私の最大の課題であった。この点について福田先生と話をした時、「満田門下がこれまで行ってきた非定型精神病の研究はまず臨床的な診断から始めたが、その逆はまだ行われていない」と話された。その時「なるほど、逆ならば診断の問題はなくなる」と合点がいき、霧のかかった如く、すっきりとしなかった我々の研究にも薄日がさした感じがした。この夜は、ことのほか気持ちよく酔い、先斗町の狭い路地を歩きながら、多変量解析の応用可能性について思い巡らしたことを今でもはっきりと思い出す。

もともと学会嫌いだっただけで、DSMが造った大きな流れに逆らう研究を続けたことから、グラーツ

の時とは違って気楽に学会に参加することは出来なかった。このような経緯もあって、私が参加する学会は満田先生や福田先生がその設立に関わった生物学的精神医学世界大会と、ウェルニッケークライス トーレオンハルト（WKL）学会などに限られていた。WKL学会は、非系統性分裂病や類循環性精神病など、定型分裂病と躁うつ病との間に第3の疾患群が存在することを主張し、満田とは学問的に近いレオンハルトを記念して弟子たちが設立したものである。

生物学的精神医学会は、福田哲雄先生が会長を務めた第5回大会（1991：フローレンス）に続き、第6回大会（1997：ニース）と第7回大会（2001：ベルリン）に参加して演題を発表した。ニースでの大会では、DSM一辺倒の反省も感じられるようになり、私の発表に興味を持った人がいたようで、会場から質問されたり、演壇を降りた後も見知らぬ外人から握手を求められ、もっと話をしようと誘われた。さらに、三重大大学の鳩谷龍先生からは「今日は、林君の発表が一番よかった」と身内とはいえ最大級のお褒めをいただいた。英語での質疑応答を思い返すと冷や汗ものではあるが、研究の内容が評価されたことは間違いなく、ただただ嬉しかった。研究は辛く苦しいものではあるが、辛抱の先には希望もあることを実感し、その後の数日間は高揚した気分で過ごしたものである。



第6回生物学的精神医学世界大会（ニース、1997）で発表する筆者

WKL学会はこじんまりした仲間内の研究会のようなものであって、私にとって一番気楽に参加できる学会だった。第3回のブダペスト大会（1995）には、Soziodemographische Untersuchungen über atypische Psychosen bzw. zyklische Psychosen mittels ICD-10 Kriterienと題する発表を行ない、第4回のゲッチンゲン大会（1998）では、Magnetic resonance imaging findings in typical schizophrenia and atypical psychosesという演題で発表した。第4回大会では発表内容に若干の自信もあり、何らかの賞が貰えるのではないかと考えてフランクフルトまでの飛行機の中で受賞式の際の挨拶文を考えていたものである。実際、500マルクの賞金と賞状をもらったが、授賞式は遅刻したために用意していた挨拶は出来なかった。と言うより、気恥かしさもあってか無意識的に遅れたと言って良いのかも知れない。ただ、知らない外人に取り囲まれ、おめでとう、おめでとうと言われて酒を注がれた時は率直に言って嬉しかった。

私はこれまで、DSMなどの操作的診断ではほとんど無視されてきた非定型精神病について研究し、

内因性精神病の分類について自分の思うところを臨床のデータで証明しようとしてきた。そして、一流ではなくとも採択してくれる雑誌に投稿し、いつかは、誰かが評価してくれるだろうと密かに期待してきた。しかし、一人でも多くの精神科医に自分の研究を理解してもらいたいと願う気持ちがあったのは確かで、機会を見ながら内外の学会で発表した。会場での反応に一喜一憂したのも、学問に携わる研究者としての性（さが）なのであろう。外国語は書けるがさほど喋れないにもかかわらず、それでも参加してきた理由を聞かれれば、国際学会にはそれなりの魔力があるからと答えるしかない。



大文字草

精神科医として50年

(7) 愛知医科大学にて

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長 林 拓二

愛知医大はこぢんまりとした大学で、学生や医局員はどちらかと言えばのんびりした人たちが多く（今はどうか知らないが）、私にとっては仕事がしやすい環境であった。医局には、国家試験を10回以上受けたという豪の者も2-3名いたが、臨床には熱心に取り組み、患者さんからの受けもよく、精神科医としてはとても優秀である。何故、試験をそんなに受けたのかを問うと、試験は3ヶ月前からみっちり勉強すれば受かると思って、毎年反省しているんですけど、少し遊びすぎたと思います、と言って笑う。浪人は絶対にダメ！で、なんとなく気ぜわしく生きてきた私からすると、羨ましい気分である。その中の一人に山好きな者もいて、小太りの中年男の二人連れが四国の石鎚山とか近畿の大台ヶ原を、「ヨイショ、コラショ」とウォーキングを楽しみ、帰りには山里の温泉旅館で汗を流したのも、良い思い出として記憶に残っている。医師国試浪人というわれわれは何となく暗い印象をいただくが、彼らは思いのほか優雅な人生を送ってきていると思う。浪人生活を始めて、最初はアルバイト気分だった寿司屋の経営が順調で試験勉強どころではなくなった猛者もいるようだ。しかし、国家試験だけは毎年受験している（噂では、もし合格すれば精神医学教室に入局を希望しているとのこと）。彼らは医師の子弟が多いのか、ともかく医者になり、博士号を取ってもらいたいと願っているようだ。われわれの仕事は彼らが学位をとれるように準備することである。時に、仕事をよく手伝ってくれる医師がいると助かった。しかし、肩ひじを張った個性の強い医師の指導には殊のほか気を使った。ある時に、私が彼の論文に真っ赤になるほど朱を入れた際に、自尊心を傷つけられたと感じたのか不機嫌となり「これは私の論文ではありません！」と怒る。それはそれで偉いとはしか言えないのだが、私も若い時に満田先生から論文に朱を入れられた時には「ここまでするか・・・」と思ったものの、「これで君も一人で論文を書けるようになるだろう」と言われて気持ちが収まったことがある。われわれのような紛争時代の医師を指導するのは、上の世代の医師も苦労したのではあろう。しかし、そのような個性の強い医師はあまり多くはなかったので、医局は和気藹々とした雰囲気、まとまっていたと思う。

愛知医大の医局では、時々精神科関係の先達を招待して話を聞く機会があった。西丸四方先生は初代の愛知医大教授であり、大原先生や伊達先生の恩師であるが、私は初対面であった。講演内容は、自分が大学で治したと思っていた患者が、退職後に精神科の病院で遭遇したという「我亡霊を見たり」や、認知症のおばあちゃんの介護経験などで、エッセイとして雑誌によく書いている話であったが、改めて著者本人から興味深く話を聞かせてもらった。国立京都病院の院長であった大橋博司先生も愛知医大に來られた。彼は大原先生が名古屋市立大学時代の教授であり、その後京都大学の教授になった。しかし、京大では教授室が封鎖されており教授室には結局入ることがなかったと言う。講演の後に食事をご一緒したが、中澤助教授には「あなたたちが京大に戻って大学を再建しろ」と説得していたのを憶えている。その後木村敏先生が京大教授となったが、精神科評議会が主導権を持つ状況は大きく変わらず、次の教授選には中澤先生も立候補したようだが三好功峰先生が教授となった。中澤先生（当時、特任教

授)は愛知医大を辞め、山科で開業した。

私が50歳を過ぎる頃になると、学会で大阪医大時代の先輩に会うと「先生、どっかの教授のポストを狙う時期ですよ。英語の論文は10本位が必要だけど、もうあるでしょう？」と訊ねてくる。論文の数を云々されるのは嫌なので数えたこともなかったが、そのように見られているのかと思って数えてみたところ、さほど多くはなかった。愛知医大を辞めるつもりはなかったのだが、健康であった父親が胆嚢炎で入院した時には、そろそろ郷里の四国に帰ったほうが親孝行かなと思うこともあった。そこで、私を受け入れてくれる大学はないかなとネットの公募欄を探したこともあるが、父親はその後、余病もなく健康を取り戻し、田舎に帰らねばならぬことも無くなった。

その後、福田先生から三重大学の教授に立候補しないかと連絡があった。鳩谷先生などの京大出身者との関係が深く、非定型精神病の研究を続けている私が候補に最適だと思っていたようである。これまで世話になった福田先生からの話だから断るのが難しい。どうせ落選するだろうが、立候補だけならしてもよいかと思って応募書類を書いていると、教室の秘書さんが「選ばれる確率はどのくらいと思うの？」と聞く。「善戦？位かな」と答えると、「もし、通ったら断ることが難しいでしょ。先生はここにおれば教授になるのは間違いないし、その方が先生にとってはハッピーでしょう？」と言う。選考される確率もそれなりにあることを考えれば凶星を刺された感じで、福田先生には丁寧に断り、書きかけの書類は結局出さなかった。

私が愛知医大の助教授になったのは平成8年、丁度50歳になった頃である。それまでは、助手、講師の期間中も医局長として過ごしていたので、ほかの科の先生から「先生は何年医局長を続けるの？」と言われていたものだが、やっと医局長は辞めることが出来た。しかし、その後に「愛知医大に民主主義はなく、助教授の独裁体制である」と批判する医局員もいた。それは、他の国立大学から講師として赴任してきた医師であり、彼を紹介・推薦してきた先生が「林先生には迷惑をかけています。彼には波がありますか？」と謝ったので、「彼本来の性格なのでしょう」と答えておいた。彼はその後数年を愛知医大で過ごしたものの、私が教授に選考された時に「右翼反動が教授になったから私は辞める」と言い残して愛知医大を去っていった。私は右翼でも反動でもないと思っているが、医局会で延々と行う議論を好まなかったのは確かであり、あらかじめ結論が出るように関係する医局員には話を通していたのが、批判を招いたのかもしれない。どのような医局でも教授が不在がちとなり次期教授の選考が始まると、どこからか不満・不平が噴出するということではあろう。

京大では、三好功峰先生が定年で辞めていた。三好先生の任期は4年と短かった。三好先生は七山病院に非常勤であるが勤めていたこともあり、アメリカから留学して帰ると山崎先生に報告に見えられ、一緒に食事をしたこともあるので、三好先生の退職祝賀会には出席した。来賓祝辞で学部長の本庶先生が、三好先生には精神科の体制を変えて貰おうと期待したがこの4年間で何も変わらなかった、と苦言を呈されていたのを憶えている。「木村(敏)先生が8年、三好先生が4年だったので、次の教授は2年の任期かな」とか、「教授会は、もっと長期に勤められる人で、精神科を立て直すことが出来る人を選考してほしい」との声も挙がっていたが、さて、そのような大任を誰が果たすことが出来るのか、誰にもわからなかった。私は京大精神科の人事について関心があったものの、愛知医大の日常の臨床や研究、そして学会の発表の準備に忙殺されていた。

愛知医大では大原先生が定年退職前に肝臓がん亡くなり、後任の教授は当然のこととして助教授の私になると思っていたし、私も教授になろうと思って立候補し、教授選考の講演にも力を入れて準備した。

平成11年9月に愛知医大の教授になってみると、早速助教授の人選をしなければならない。教授になって間もなく藤縄先生から電話があり、宇多野療養所に勤める兼本浩佑先生が適任ではないかを推薦された。彼はてんかんの研究者として有名であり、非定型精神病の研究もてんかんの研究者から助力を期待できると思ったが、それまで面識がなかった。そこで、一度、話をしないかと電話を入れ、京都・宝が池のホテルで会った。指定医の資格を持っていなかったため、名古屋の精神科病院にまず勤め、措置入院などの臨床経験をした後で、助教授として愛知医大に来てもらうことを約束した。愛知医大には措置入院をとっておらず、まず指定医の資格が取ってから大学の教官になったほうが良いと思ったからである。それは、どこかの大学から教授にと声がかかった際に、不利にならないようにしなければならないと思ったからである。ざっくばらんな人柄は申し分なかった。国立大学出身者によくある偉ぶることもなく、これなら、愛知医大の教職員ともうまく協調できると思って安心した。大阪医大時代の同僚に兼本先生を助教授にしたと言うと、「本当ですか？彼が愛知医大なんかに行くとは信じられにない」と言われたものである。「なんぞに」とは失礼ではないか、と抗議しておいたが。



愛知医大精神科医局（前列左端が筆者）

愛知医大の人事もこれで固まってほっとした時、突然、京大の精神科教授選考委員会から次期教授には誰が適任と思うか、意見を聞きたいという電話があった。私には関係ないと思っていたが、やはり卒業した大学であるから気に掛かっていたのは確かである。大学に出入りのプロパー（今では、MRと呼んでいる）に、それとなく選考の経過がどうなっているのか聞いてみたが、インパクトファクターが断然高い他大学の出身者が有利だが、本人は最後まで残ることはあるまいと言っているとの情報ぐらいで、目ぼしいものは得られなかった。選考委員会もずいぶん困っているのだなと思ったが、すでに教授の空席は1年半ほどになっていた。私は電話で候補となる人物を数人挙げておいたが、最適と思われる人は正直思い浮かばなかった。委員会メンバー全員の前で先生の意見を聞きたいとのことだったので、その時は承諾して、後日私の意見を言っておいた。しばらく経って、先生の業績を送ってほしいと連絡が入り、その時に私が候補になっているのかと驚いた。しかし、自分の書いた論文を呼んでくれるのは光栄であると思い、若い時に書いた副甲状腺機能低下症などの日本語論文などを中心にインパクトファクターは無視した選択をして、選考委員会に送っておいた。私には、自慢ではないが、有名な雑誌に投稿して返

却された経験はあるが、採用されたことが少なかったからである。

そのようなやり取りをしながらも京大には何回か出向いたが、京大の教授になるつもりはないかと問われ、私は「ありません」ときっぱりと断った。「あなたは精神科では唯一の京大出身の教授ではないか。他大学で教授になっている者が1人しかいないのは精神科だけであり、この現状をあなたは思うのか」と問われ、「あなたの母校は京大だろう」とまで言われたが、「私の母校は大阪医大と愛知医大だと思っている。京大はただ単に卒業しただけです」と答えて名古屋に帰った。

その後、本庶先生から電話があり、医学部長室に来てくれとのことで京大に出向くと、「今から教授会が始まる。そこであなたの意思を聞いておきたい。教授会があなたを教授に選考すれば、京大に来るつもりはあるか」と聞かれた。私は「教授会が決めても、京大に来るつもりはありません」と答えておいた。本庶先生は、「あなたの意思は分かりました。そのように教授会では伝えておきます」と言って教授会に戻っていった。私はすっきりした気持ちで名古屋に戻ったが、その日の夕方、京大から愛知医大の教授室に電話があり、「京大医学部教授会は、あなたを精神科の教授に推薦することにした」との連絡であった。私は医学部長に言った通り、受諾は出来ないと答えておいたが、考えておいてほしいとのことである。

私としては、まさか、まさかの展開である。京大を卒業して七山病院に就職して以来、京大精神科にはほとんど足を踏み入れたことはなかった。同級の横山君が、時々大学に顔を出していたので、彼から大学の状況は知っていたが、私は大阪医大や愛知医大のほうが親しみを感じていた。愛知医大では教授選に立候補し、教授になったばかりである。大阪医大から同じ話があれば迷ったであろうが、京大の場合は迷うことはなかった。

その後、医学部長の本庶先生が新医学部長と一緒に愛知医大にあいさつに見えられ、学長の祖父江逸郎先生から「京大から偉い先生が見えられ、先生に京都に来てくれということであった。愛知医大としては名誉でもあり断ることが出来ない。愛知医大に残ってくれとは言わないので、先生の判断に任せる」と答えておいた」とのことである。私は、「自分が立候補したのは愛知医大であって京大ではない。京大から来てくれと言われても行くことはない」と話しておいた。

京大の教授に誰がなるのだろうと、半ば興味本位で見ていた見物人に、突然「お前がやれ」と言われたようなものである。面食らったのは当然であるが、その当時の京大の状況を見れば、自分がやりますと言える者は、大学の事情をほとんど知らない者であっただろう。「反教授会、一人1票で直接民主制」を掲げる精神科を、教授会が選考した教授を率直に受け入れるとは考えられなかったし、大きな騒動に発展する惧れも十分にあったのである。

その後いろいろな人から電話があった。世話になっていた福田先生からは何度も電話があり「お前が引き受けなければ、また、教授選考委員会を立ち上げて候補を決定するのに数年かかる。そうすると教授不在がまだまだ続くことになる」と心配する。この問題はしばらく放置したままでいたが、大学の先輩達から「お前が断ると誰も候補がいなくなる。お前がなるしかない」という電話が多く、同級の横山君に大学の状況を聞くと、精神科評議会はもうそろそろ幕を引く時だが、誰も言い出すものがないと言う。人事でも延々と議論が続いて結論が出ないので、早く教授を決めてほしいと思っているのが本音ではないかと言う。そこで、福田先生を愛知医大での講演会に招待した際、「京大の話を受けようと思う」と自分の判断を明らかにした。「そうか、よかった、よかった」と言い、福田先生は喜んでくれた。その夜、先生は名古屋のホテルで明け方まで眠れなかったという。

それから、京大、愛知医大の関係先に私の判断が遅れたことを詫び、愛知医大の医局には兼本先生を中心に運営をしてゆくように段取りした。そして、京都にすぐに赴任するのは難しいので、平成13年1月から京大の特任教授として、週に1回京都に通い外来を担当し、精神科評議会にも出席するが、平成13年7月にベルリンで開催される第7回生物学的精神医学会の世界大会に多くの愛知医大の教員とともに参加し、学会から帰国後の平成13年9月に愛知医大を辞職して京大精神科の主任教授を受けることにした。

私は以前から自分が才能に恵まれているとは言えないが、コツコツと自分の目の前にある課題を克服しようとする、愚鈍ともいえる馬力はあると自覚している。そこで、生涯を一つの研究テーマに賭けて、出来れば研究の成果を一冊の本をまとめたいたいと考えていた。他人からの評価は気にせずに、どのように思われても良いが、自分が死ぬ時に満足出来ればそれで良い。

このように思うようになったのは、長年付き合ってきたある昆虫研究者柴崎篤洋氏の影響でもある。私が京大の学生の時に下宿に帰ると見れない男が庭の石の間を覗き、石を転がして地面を這う虫を眺めていた。農学部に通う同じ下宿の住人（そのうち、京大昆虫学教室教授）に聞くと、大学院を受験するため今日からここに下宿するという。江戸っ子で、高校を卒業して町工場で働いていたが、根っからの昆虫好きで農業大学に入り直し、卒業後に京都に来たとのことである。多少変わっているがなかなか面白い男で、下町の文化人という風情があり、趣味の良い湯のみでよくお茶をご馳走になった。その後、三重学の昆虫学教室の大学院生となり、大台ヶ原の山中でトウヒツヅリハマキという昆虫の長期観察に没頭していた。三重では同じ大学院生に可愛い娘がいたので「オレ、お前と結婚してやってもいいぞ」とプロポーズしたこともあるようであるが、「アンタは面白い人だけど、経済力がねー」とあっさり断られたようである。それから、私が医者になった1970年から1985年までの15年間、彼は金も名誉も、また、女の子にも目をくれず、単身山に入って木に登り、虫を眺めながら、黙々とデータを取って過ごしていた。米と味噌と酒を買うだけの金があれば生活に困ることはないと言い、虫と戯れて過ごす生活は、世間の常識から言えば変人・奇人の類である。最初に住んでいたのは山頂の大台教会だったようだが、研究の場に近いところに山林作業員の宿舎があり今は住人なしというので、そこに住もうかという。もし一人で住むならバスが通る道に近いところがよい、病気になったり事故にあったりした時に、発見されたときには白骨になっているかも知れないかもと助言すると、もう1か所バスが通っているところが見つかったとのこと、結局、そこを研究の拠点とした。以前、労務者住宅であった新しい住居には早速「森林生物研究所」という自筆の看板が掲げられた。

彼は山を下りてきたままの汚い格好で、時々私の勤める七山病院の当直室に現れて1泊して山に帰っていったが、その後も山を下りてくると、私の住居とする堺市・鳳、奈良・学園前、大阪・南千里などで泊まることもあった。しかし、名古屋に住所を移したころは子供たちも大きくなり、とりわけ長女が「魚屋のおっちゃんを家に泊めたらいかん、家が汚れる」と言うので、仕方なく子供が寝静まるまで駅前まで飲んで帰宅の時間を遅らせるしかなかった。子供たちも「魚屋のおっちゃん」と呼んでいたように彼には可愛がられていたのだが、何分服装の汚さには耐え難かったようである。なお、魚屋というのは、子供たちとバス終点の秘湯に旅行した時に大台ヶ原の彼のねぐらを訪問したが、家の前に川が流れ、ウグイが群れていた。彼はそれを食用に捕り、研究資料を保管する大型冷蔵庫に貴重なたんぱく源として保存していたからである。

彼は、時々、NHKの大台ヶ原特集に現地の案内人として登場していたが、出演料が安いとして値上

げを要求したようである。その時、NHKの担当者は、教授はいくら、講師はいくらと決まっており、博士号を持っておればいくらか謝礼は高くなるというらしい。「あなたは博士ですか」と問われ、やはり博士号はもらっておいたほうが良いと言う。



大台ヶ原・大蛇岳にて柴崎氏と一緒に（左が筆者）

大台ヶ原にこのような人が住んでいることを自然保護の雑誌が取り上げ、何回か特集が組まれたことがある。その記事の中で、ある昆虫が杉の樹冠に産み付ける卵の数の、毎年の変化を15年間調べたデータが掲載されていた。このデータを見たとき、彼が単なる変人ではないと私は確信したものである。彼は「この15年のグラフにどのような意味があるのか、そんなことは知ったことじゃない」と言うが、「お前、ワシのすごさが分かるか」と言うのを聞くと、「大学の学者さんには、こんな馬鹿なことは出来まい」という自負が窺える。私自身、大学の医者には出来ない精神病の経過研究をしたいと考えていながら、精神病院をクビに近い形で辞めざるを得なくなってしまい、大学に拾われた格好の境遇だったので先を越された気分になってしまった。彼はその後、昭和62年に一冊の本を出版し、まもなく癌で他界した。

「息子は好きなことをして人生を終えることが出来たのだから、思い残すことはなかったでしょう」、彼がなくなったことを知らせるお母さんからの手紙にはこのように書かれていた。

以下、次号（本年報13号）に、

精神科医として50年（8）京都に帰る

精神科医として50年（9）豊郷病院精神科に勤務

精神科医として50年（10）歩き回っていた頃、そして病気になって歩けなくなる、の3稿を掲載予定である。

研究業績

令和3（2021）年度業績

豊郷病院精神科の特色、治療、および実績

精神科及び認知症担当の医師スタッフは、常勤医師6名（精神保健指定医3名、専門医2名、指導医2名）と非常勤医師5名である。

当精神科は、滋賀県湖東地域における中核的病因として多様な患者を診る必要があり、外来・病棟とも内因性精神病を中心に老年期精神疾患、アルコール、思春期、さらに精神遅滞の患者も受け入れ、措置入院も数名引き受けている。なお全国的に希少な総合病院有床精神科として、身体疾患合併例も県内外から受け入れている。

精神科病棟は、平成14年竣工の新病棟の5階と6階の2フロアを占め、3-6病棟（6階）は入院病棟（閉鎖病棟）であり、保護室4床と観察室2床を備え、3-5病棟（5階）は療養病棟（一部開放の閉鎖病棟）で、いずれも男女混合であり、定床はそれぞれ60床の計120床であるが、実働100床前後で運用されている。近年の精神科医療の趨勢を踏まえ、平成30年1月より入院病棟は精神科急性期治療病棟として運用し、近隣の精神科クリニックや病院との連携を深めながら新規入院患者を確保し、救急を含め地域の精神医療に果たすべき役割を引き受けている。

治療としては通常精神科治療の他に、今年度は修正型電気けいれん療法を2名施行し、難治性統合失調症の治療剤であるクロザリルも1名使用している。

精神科外来は3診体制であり、一日平均の外来患者数は73名であった。当科は医療観察法指定医療機関として通院患者の診療を担当し、大津地方検察庁長浜・彦根支部管内の刑事精神鑑定も随時引き受けている。また近隣精神科病院での措置鑑定出張診察も積極的に行っている。なお、年間患者数は外来がのべ18016人、入院は36803人日、手術件数（電気けいれん療法）が20件であった。

原著論文など

1. 林 拓二：非定型精神病の40年以上の長期経過－豊郷病院の病歴調査より。（豊郷精神医学研究所年報、第10巻）
2. 林 拓二：内因性精神病の分類と診断について－豊郷病院の病歴調査より。（同上）
3. 阪上悌司：現代のうつ病論。（同上）
4. 岡村恭子：自閉症スペクトラム症と診断された14歳男児への治療的関わりについて。（同上）
5. 西川由希子、能美峰子、村越紀子：自閉症スペクトラム症の障害特性を活かした、生活スキル獲得への取り組み～自分の意思で生きる時間づくり～。（同上）
6. 木津健太：精神科での「うつ病のためのメタ認知トレーニング」実施－経過報告。（同上）
7. 林 拓二：精神科医として50年（2）、（3）、（4）。（同上）
8. 阪上悌司：コロナ後の世界。（同上）

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所 所員

(令和4年3月31日現在)

所長	林 拓二 (京都大学名誉教授)	所員	上原美奈子
顧問	尾関祐二 (滋賀医科大学精神科教授)	所員	坂口恵美
顧問	村井俊哉 (京都大学精神医学教授)	所員	西村三佐子
所員	阪上悌司	所員	木村千江
所員	成田 実	所員	古田成年
所員	中江尊保	所員	岩田夏彦
所員	堀川健志	所員	木津賢太
所員	岡村恭子	所員	上野志保
所員	世一市郎	秘書	森 香織



豊郷町くれない公園 (左奥：豊郷病院)
初代伊藤忠兵衛の功績を偲んだ公園

編集後記

豊郷病院精神科 副院長 阪上 悌司

豊郷病院附属臨床精神医学研究所の年報は今号で12巻目となった。当院精神科の中興の祖であり、当研究所の創立者である林拓二先生は、当年報の11巻まで主力執筆者兼編集者として活躍されていたが、ご病気のため2022年半ばより療養中である。そのため林先生に替わり阪上は今号の編集を担当することになった。出版物の編集をするのは初めてであり、実際やってみると思った以上に大変で、林先生はこのような骨の折れる作業を11回も繰り返されたのだと思うと、より一層頭が上がない思いでいっぱいである。しかも林先生は、ご闘病中の身でありながら原稿を送ってくださり、また発行の遅れを常に気にされて、阪上をはじめとする編集、執筆陣を叱咤激励してくださった。林先生のファシリテーションがなければ、この年報は頓挫して立ち消えてしまったかもしれない。12巻目の年報が形になったのは林先生のおかげなのだが、その内容は林先生をはじめ良識ある人々のご気分を害するものになってしまった可能性がある。その理由は、他ならぬ阪上が、政治的中立性やポリティカルコレクトネス（PC）を無視してサボテンのようにとげとげしい総説を掲載したせいである。林先生の不在をいいことに書きたいことを書いたらこうなってしまった。林先生をはじめ他の筆者は節度と良識をもって質の高い論文を執筆しておられるので、極論を嫌う読者は阪上の所を飛ばして他の部分を熟読するようお願い申し上げます。しかし精神疾患に関して従来とは違った考え方に興味がおありの方は、通読しても十分楽しんでいただけるものと確信している。

明らかに読者を選ぶ年報になってしまったのは、ひとえに阪上の責任であり、ここに謹んでお詫びを申し上げます。不快感を持たれた読者の方々と、そのとばっちりを受けて読者を失ったかもしれない他の執筆者の方々には、特に重ねてお詫び申し上げます。

さて、コロナ禍は第8波のさなかであり、ウクライナでは戦争が続いています。来年も多難な1年になりそうですが、皆様方に置かれましてはご健勝とご清栄がありますようお願い申し上げます。最後に、ご闘病中の林拓二先生の快癒を祈念して編集後記に替えさせていただきます。

(2022年12月25日 阪上 悌司)

豊郷病院

内科・外科・消化器外科・整形外科・消化器内科・呼吸器内科・呼吸器外科・循環器内科・脳神経外科・眼科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・歯科・歯科口腔外科・小児科・婦人科・皮膚科・麻酔科・精神科・心療内科・神経内科
リハビリテーション科・放射線科・血液浄化センター
TEL 0749(35)3001 FAX 0749(35)2159

認知症疾患医療センター

オアシス

TEL.0749(35)5345
TEL.0749(35)3003 (夜間・日曜・祝日)

介護老人保健施設 パストラールとよさと

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑212
TEL.0749(35)3002 FAX.0749(35)3122

居宅介護支援センター

MAX マックスとよさと

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑212
TEL.0749(35)0151 FAX.0749(35)3122
(パストラールとよさと内)

居宅介護支援センター

MAX マックスUこね

〒522-0086 滋賀県彦根市後三条町520-1
TEL.0749(21)4800 FAX.0749(21)2810
(レインボウひこね内)

訪問看護ステーション

レインボウとよさと

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑199-7
TEL.0749(35)3035 FAX.0749(35)4799

サテライト

レインボウはたしゅう

〒529-1234 滋賀県愛知郡愛荘町安孫子1216-1
TEL.0749(37)8181 FAX.0749(37)8182

訪問看護ステーション

レインボウひこね

〒522-0086 滋賀県彦根市後三条町520-1
TEL.0749(21)2855 FAX.0749(21)2810

訪問リハビリテーション

アールとよさと

〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12
TEL.0749(35)3001 FAX.0749(35)2159
(豊郷病院内)

彦根市デイサービスセンター **きらら**
彦根市地域包括支援センター

彦根市グループホーム **ゆうゆう**

〒522-0223 滋賀県彦根市川瀬馬場町1015番地1
TEL.0749 デイサービス (28)7353 FAX.0749(28)9322
支援センター (28)9323 (28)9322
グループホーム (28)7662 (28)7662

甲良町デイサービスセンター **けやき**

甲良町グループホーム **くらくら**

〒522-0244 滋賀県犬上郡甲良町在土625番地
デイサービス TEL.0749(38)8181 FAX.0749(38)8180
グループホーム TEL・FAX.0749(38)8182

認知症初期集中支援チーム

オレンジファイブ

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑212
TEL.0749(35)3117 FAX.0749(35)3122
(パストラールとよさと内)

在宅療養サポートセンター

とよサポ

〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12
TEL.0749(35)5096 FAX.0749(35)5097
(豊郷病院内)

グループ施設



交通アクセス

■電車利用の場合
 JR河瀬駅または稲枝駅から車で10分
 JR彦根駅から車で20分
 近江鉄道 豊郷駅から徒歩1分

■車利用の場合
 湖東三山スマートI.C.から10分、名神彦根I.C.から20分
 国道8号線 高野瀬交差点を東へ5分

2021(令和3年度版)
公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所年報
vol.12

2023年3月31日 発行

発行 公益財団法人 豊郷病院
〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12
TEL (0749)35-3001 FAX (0749)35-2159

編集 公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所 編集委員会

印刷 近江印刷株式会社
滋賀県愛知郡愛荘町川原771-1
TEL (0749)42-8400(代)