

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所年報

第 10 卷

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 10

2019年 (令和元年度版)



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

精神疾患の分類と診断について（林 拓二）

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. 精神疾患の40年以上の長期経過について—豊郷病院カルテの調査より—（林 拓二、岡村恭子、堀川健志、中江尊保、阪上悌司、上原美奈子、武本一美、西嶋泰洋、坂口恵美、成田 実、世一市郎）…………… 6
2. 現代精神医学批判（阪上悌司）…………… 18

看護研究など

1. 発達障害患者の青年期における排泄行動変容
～看護師のかかわりと発達段階における退行現象の意味と理解～（金丸貴行、林こず恵、小野将之）…………… 32
2. 精神科での心理社会的介入の充実化の試み（木津賢太）…………… 36
3. 箱づくり法の事例検討（伊藤優里）…………… 45

エッセイなど

1. 私の趣味の世界—歩き続ける—（林 拓二）…………… 55
2. 思い出すこと—髑髏（ドクロ）とメメント・モリ（死を忘るな）—（武本一美）…………… 57
3. 精神科医として50年(1)（林 拓二）…………… 63

研究業績（令和元年度）…………… 68

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員…………… 70

編集後記…………… 71

表紙写真：天城吉野サクラ（京都府立植物園にて、R2.3.25 撮影 林 拓二）



精神疾患の分類と診断について

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

私が臨床精神医学を業として50年を経たが、精神疾患の分類と診断に大きな進歩は見られないようだ。医学の中では精神医学は特殊な分野と思われていたようで、アメリカ精神医学会のDSM-IIIが登場してから、脳を研究している基礎系学者が「精神医学もよい診断基準が出来て、研究も発展するのではないか」と期待されたようである。それまで、精神科では学派によって異なる診断が行われ、同じ対象者に複数の診断名がつけられるのが普通であり、それが世間での精神医学に対する評価を下げることに繋がっていた。このようなこともあって、新しい診断基準に対して他科の医師が期待するのはよく理解できたが、そのような期待の声も今では全く聞かれなくなった。DSM-III はその後も改訂を重ね、それらを用いた研究が多くなされたが、その成果が乏しかったからである。DSMは信頼性を重視して診断の一致を試みたが、妥当性を軽視して精神医学をあまりにも単純化させたと批判される。そして、病因を探究する生物学的研究にはほとんど役に立たなかった。今ではすでにDSM-5の時代になり、精神疾患の細分への方向ではなく、その境界を曖昧にする連続性というスペクトラム概念が取り入れられている。分類や診断を考える従来の概念とは異なり、単一の精神病を考える傾向になっている。われわれは内因性精神病の異種性（原因が異なる疾患の集合）を考え、それぞれに生物学的な基盤があるに違いないと確信しているが、このような確信はわれわれの妄想に過ぎないと言われるのかもしれない。

内因性精神病は診断の出来ない一つの疾病であるとする単一精神病論は古来、多くの学者によって主張されてきたが、一方で、今日でも多くの臨床精神科医が躁うつ病かそれとも分裂病かというクレペリンの2分論に従っている。この2分論にとらわれず、われわれのように、更にいくつかの疾患に細分されると考える研究者も少なくない。このような状況を見れば、他科の医師からは「精神科の診断はやはり……」と思われそうである。

しかし、医学の他の分野でもよく似た事情があるのではないだろうか。内因性精神病は原因が明らかになれば、症状性あるいは器質性精神病とされる。一方、多数の患者さんが存在する生活習慣病、なかでも高血圧や糖尿病なども、原因が特定されておれば二次性高血圧症とか1型糖尿病として区別されるが、残りの多くは原因不明であり、本態性高血圧症とか糖尿病2型と診断されている。これらの患者は、ある基準以上の数値を超えれば、異常と判断されてそれぞれの薬物の服用を勧められている。この基準となる数値の有無が内因性精神病と他の生活習慣病との大きな相違ではあるが、これらの数値は正規分布をとることが多く、正常から異常へと連続的に移行するため、どこから異常値として疾病（疾患？）とするかにかなり人為的な要素が関与するようである。ここでは、精神医学でしばしば議論されるように、生活習慣病は疾患ではなく疾病を起こし易い「体質」、精神医学における神経症と同様に、「正常からの偏倚」と考えてよいのかもしれない。

生活習慣病とされる多くの疾病は、体質や遺伝、ストレスや生活習慣など、いろいろな要因が重なっているとして、病因についてそれ以上深くは議論されないようである。現今の精神科教科書では、内因性精神病の病因には多くの要素が入り混じっており、それは生物-心理-社会的な要因が極めて複雑に絡み合っているように説明されている。このような立場は、正常からの偏倚と見做す神経症との差異が不明明となってきたようである。内因性精神病も、情動の周期性や幻覚や妄想などの体験を、正常とは質的に違った明らかな異常体験とはせず、正常からの偏倚として一つの大きな疾病と考えられなくもない。

私が精神科医となった50年前、若手の医師の間で「精神病は幻覚や妄想が見られる人々に貼られたレッテルに過ぎない」と主張していた者も少なくない。このような「反-精神医学」の主張は、近代精神医学が100年かけて研究を続けても、精神病の病因を明らかにすることが出来ないのは、そもそもそれが医学的な疾患ではないからだとされたからである。そして、そのような人々を収容していた精神病院を解体し、収容されていた人々は解放されねばならないとされた。このような状況のもとで、私は精神科医となったのであるが、まず先入見なく実際の患者さんを見ようと考え、医師免許を取得と同時に大阪の巨大精神病院に就職した。約13年間の精神科病院での経験から、精神症状の悪化に施設化の影響があるにしても、精神症状の発生の原因が施設化であるとはいえず、原因が不詳と言わざるを得ないが、精神疾患は確かに存在すると思った次第である。しかし、多様な発症、経過、転帰を示す患者を分類し、その原因を究明して診断するのにどのようなことをすればよいのか、わたしには考えつかなかった。精神疾患の分類と診断の問題が混迷を重ねた最大の原因は、精神疾患にはいまだに何ら医学的な指標が見いだせないことにあるのであろう。

多くの精神医学を専門とする臨床家はいまだに原因不明とされているこの精神病に、必ず生物学的病因が見いだされるに違いないと考えている。しかし、われわれは、すべての内因性精神病にそのような病因が見いだされるとは考えてはいない。満田は、これらが大きく躁うつ病と分裂病とに分類されることを認め、さらに、臨床遺伝学的研究によって分裂病が非定型精神病群と定型分裂病群とに分類される可能性を示した。われわれはCTやMRI、さらにSPECTや精神生理学的手段を用いて、満田の言う非定型精神病群の独立性を検討し、その主張を裏付ける結果を得ている。しかし、非定型精神病の長期経過研究により、寛解と再発を繰り返しながら意欲・自発性に乏しくなり、いわゆる人格水準の低下を示す病型（満田が中間型と呼称）を非定型精神病に含めるなど、その概念が拡大するにつれ、他方の定型分裂病の概念が次第に曖昧になってきているようにも思われる。満田は非定型精神病の症状は意識の病理とし、定型分裂病の病理は性格にあるとしているが、潜行性の発症、穏やかな経過、そして自閉的な生活特徴などを示す定型分裂病は、神経症（重症の強迫神経症など）や最近しばしば取り上げられる発達障害に近いものとも考えられなくもない。ともあれ、精神疾患の分類・診断を今後もさらに精緻に創りあげることが必要であろうと思われ、個々の患者が示す精神症状の発症、経過、転帰をさらに詳しく検討し、その経過を長期的に研究していくことが必要である。非定型精神病のみならず、定型分裂病もさらに総合的に検討してゆくことで、われわれは正常と異常を峻別し、精神病の原因を解明してゆくことになるであろう。

参考文献

1. 林 拓二：非定型精神病こそが精神病研究の突破口となり得る．豊郷精神医学研究所年報、第5巻、7-24, 2015
2. 林 拓二：非定型精神病研究－これまでにわかったこと、これから明らかにすべきこと－．仁明会精神医学研究、第13巻、3-20, 2016
3. 林 拓二：非定型精神病研究と単一精神病．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、8-16, 2017



オニユリの蜜を吸うキアゲハ蝶（府立植物園、R2.7.22）

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、多くの人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随できるように、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



比叡の夕照（琵琶湖岸・草津にて、R1.8.12）

精神疾患の40年以上の長期経過について —豊郷病院カルテの調査より—

公益財団法人豊郷臨床附属精神医学研究所

林 拓二、岡村恭子、堀川健志、中江尊保、阪上悌司、上原美奈子、
武本一美、西嶋隆洋、坂口恵美、成田 実、世一市郎

I. はじめに

われわれは、平成22年に豊郷臨床精神医学研究所が設立されて以来、豊郷病院での外来通院あるいは入院治療を受けた精神神経疾患の長期経過を調査してきた。それは、精神疾患の発症の病像と最終段階である転帰の病像が大きく異なることが多く、精神医学では長期の経過研究が極めて重要であると思われるからである。これまで、多くの研究者が精神病の発症、経過、そして転帰を、患者の生涯にわたり観察し研究しようとしたが、人間を対象にする限り、一人の研究者が疾病の一連の経過を観察することは難しかった。それは、患者とともに研究者も老いていくという生物的な問題を無視できず、観察できる時間があまりにも少ないためである。同じ大学で学派に所属する精神科医が経過研究を引き継いでゆくことは可能であり、チューリッヒ（M.プロイラー）やボン（G.フーバー）での数少ない経過研究の多くはこのようにして行われている。ただ、地方にあるわれわれの病院では、先輩達の残した古い記録を丹念に読み、病気の発症からその経過を後方視的に調べることができる。考古学者のように、われわれが古いカルテを調べる作業を始めて10年が過ぎた。その間の観察期間を含め、40年以上の経過が追える患者の記録がここに集まったので、それらをまとめて報告したいと思う。

II. 患者資料

われわれが調査した約1万5千人のカルテから、40年以上の長期経過が追える患者は481名いた。そのうち、知的障害患者は37名（ダウン症候群を4例含む。男女比24：13）であり、その基盤の上に気分の動揺や精神症状が発症したと考えられる者が9名（男女比5：4）認められた。いわゆる接枝破瓜病とされていた患者もここに含まれている。てんかん性の患者は74名（男女比40：34）あり、てんかんを基盤に精神症状が発生したと見なされる患者は、13名（男女比9：4）あった。知的障害とてんかん及び関連の障害を含めた患者が総数で133名というのは多少多いのではとの印象もある。しかし、てんかんの場合では、その性格特徴から同じ医療機関に通院して医師の指示通りに薬を服用するという律儀さが挙げられるかも知れないが、豊郷病院に勤務する精神科医が、病院の近くにある障害児施設に定期的に往診しているためであろう。患者のほとんどが往診されているが、知的障害者は時に不安・焦燥が強まり、10名のものが不穏、興奮、暴力行為を生じた際に入院せざるを得なくなっている。また、てんかん患者でも20名に入院歴があるが、痙攣の重積状態やもうろう状態になったためであり、社会的脱逸行為で一時保護的に入院させざるを得なかったこともある。

神経症と診断された者が36名（男女比19：17）いるが、不安神経症と抑うつ神経症が各8名と多く、あとは強迫神経症やヒステリーなどと診断されていた。現在もなお通院を続ける者が11名いるが、時々処方される薬物を服用するだけで落ち着くと言う。ほとんどの者が外来通院であるが入院歴のある者も

5名おり、強迫神経症と診断された2名のほか、不安神経症や抑うつ神経症と診断された者が各1名、そして精神分裂病（現在では統合失調症と呼称される）の疑いとされた者も1名いた。性格異常の1名は、若年から矯正施設で過ごし、ある犯罪行為のために分裂病が疑われて当院に入院となった例である。しかし、病的体験は認められず退院して独居生活、その後に豊郷病院近くの施設で重大な犯罪行為をおこなしている。

薬物嗜癖の患者は12名（男女比 11：1）であり、アルコール嗜癖が10名、覚醒剤嗜癖が2名いた。入院歴のあるものは7名で、幻覚症やウェルニッケ・コルサコフ症候群、それに神経症傾向のために入院治療が必要であった。老人性疾患として4名が診断されているが、すべて退行期うつ病とされ、その後まもなく認知症になったものである。

内因性精神病の患者は295名いた。感情病圏で52名（男女比25：27）、急性精神病圏（主として非定型精神病）では94名（男女比33：61）、慢性精神病圏（定型分裂病を含む）では149名（男女比95：554）であった。

全症例(481名)の診断名

診断名	総人数	男性	女性
知的障害	37名	24名	13名
知的障害に精神障害が発生	9名	5名	4名
てんかん性疾患	74名	40名	34名
てんかん性精神病	13名	9名	4名
神経症	36名	19名	17名
性格異常	1名	1名	0
薬物嗜癖	12名	11名	1名
老人性疾患	4名	1名	3名
感情病圏	52名	25名	27名
急性精神病(非定型精神病群)	94名	33名	61名
慢性精神病(定型分裂病群を含む)	149名	95名	54名

全症例の男女比は263：218であり、平均発症年齢は、25.1歳（10-55歳）、最終確認時の平均年齢は73.1歳（53-100歳）、罹病期間の平均は48.0年（40-71年）である（なお、知的障害者の発症年齢は全員4歳とし、てんかん患者の発症は発作の出現時とした。このような事情から他の精神疾患との比較は困難であり、発症年齢、最終確認時年齢、罹病期間の数値は、知的障害とてんかんとを除外している）。

また、患者の資料中52名の死亡者がいる。下記の表にその詳細を掲げておくと、死因は自動車事故や薬死と記載されているものが各1名いるが、自殺との記載は全例でなかった。

58名の患者資料中の死亡者

診断名	死亡者数	男/女	死亡時 平均年齢
てんかん性疾患など	3名	1/2	68.0歳
神経症	2名	1/1	91.5歳
薬物嗜癖	4名	4/0	69.5歳
感情病圏	3名	0/3	71.3歳
急性精神病(非定型精神病群)	15名	7/8	68.3歳
慢性精神病(定型分裂病群を含む)	31名	19/12	70.3歳

*死因に、全例で自殺の記載はなかった

ここで、精神科疾患の分類と診断に対するわれわれの立場を明らかにしておきたい。

筆頭筆者（私）はこれまで臨床精神科医として精神科病院で勤務し、身体疾患を基盤に発症していると思われる症例（症状性精神病とされるアルコール依存による振戦せん妄など）や老年性認知症やてんかんなどの、脳の器質的な変化を基盤とする疾患を多く経験している。急性幻覚妄想状態や抑うつ状態を呈し、内因性の疾患と考えられた患者が副甲状腺機能低下症やハンチントン舞踏病、あるいはウィルソン病であった例も経験し、これらの症例は詳しくまとめて報告したこともある。また大学（愛知医大と京都大学）では、神経症や性格異常をみる機会も多く、知的障害で生理的な精神発達遅滞（正規分布するIQの下位群）とされる者も、主治医として関わったことも少なくはない。このような私の臨床経験からは、正常からの変倚と見なされる神経症などの疾病（K. シュナイダーは心的資質の異常な偏倚と称している）と、精神科病院で対応せざるを得ない精神病（身体に基盤のある精神病群と身体的な原因がなお不明な精神病）とを峻別しようとしたシュナイダーや、その弟子であるG. フーバーらの診断体系を自明なものとして理解している。しかし、原因がなお不明な精神病に関しては、臨床に忠実にきわめて忠実、かつ抑制的な姿勢で感情病と統合失調症とを区別しようとしたシュナイダーらとは異なり、臨床遺伝学的方法によってこの中間領域に非定型精神病と称する一群を仮定する満田の精神医学に親近性を感じてきた。そして、この領域でどのような分類、診断が可能かを常に考えてきたのである。

われわれは、シュナイダーに従って一級症状が見られない点を確認して内因性精神病（295名）から感情病（52名）を取り出し、残った243名の統合失調症群を急性群と慢性群に分類した。急性群は94名で急性精神病群とされたが、概ねわれわれが非定型精神病と呼称してきた一群である。その特徴は急性発症、その後寛解と再発を繰り返し、病像は何らかの意識の変容を呈する幻覚妄想状態が主で、比較的予後は良好とされている。慢性群は149名おり、発症は潜行性が多く、様々な経過過程を経て慢性の残遺状態あるいは欠陥状態になっている一群である。この中には、われわれが「定型分裂病」と呼んでいた患者が主として含まれるが、多様な発症状態、様々な経過や転帰を示す患者も多く見られ、この群はさらに細分して比較してみたいと思う。

全症例(481名)の発症年齢 経過時年齢、罹病期間				
診断名	総数	平均 発症年齢	平均 最終年齢	平均 罹病期間
知的障害	37名	3.0歳	61.7歳	54.7年
知的障害に精神障害が発生	9名	14.1歳	63.8歳	50.0年
てんかん性疾患	74名	8.1歳	62.1歳	52.7年
てんかん性精神病	13名	14.6歳	67.2歳	52.5年
神経症	36名	34.0歳	80.7歳	46.7年
性格異常	1名	20歳	72歳	52年
薬物嗜癖	12名	24.8歳	71.4歳	46.7年
老人性疾患	4名	44.8歳	89.3歳	44.5年
感情病	52名	26.8歳	74.5歳	47.7年
急性精神病(非定型精神病群)	94名	25.0歳	72.5歳	47.1年
慢性精神病(定型分裂病群を含む)	149名	21.7歳	70.8歳	49.1年

われわれは、陰性症状が主に見られ、慢性の定型分裂病であると考えていた患者が突然幻覚妄想状態を呈したので慌てて何十年前前のカルテを引っ張り出すと、初発時は非定型精神病とされていたという経験があり、初発で非定型精神病とされていた患者が、その後どのような経過を示したかをここで明らかにしなければならない。また、非定型精神病を取り出した時に比較された「定型分裂病」とは、一体

どのようなものなのかも検討する必要もあろう。そこで、この慢性精神病149名をさらに細分して、「純粋な」定型分裂病についても考えてみたいと思う。

Ⅲ. 目的と方法

本調査は、われわれ（カルテを記録した医師）が観察した最終時点での診断結果と、40年以上前の発症時点での精神状態（先輩の医師が記録したカルテによる）とを比較検討したものである。われわれの患者資料では、現在の診断結果を知的障害、てんかん、神経症、性格異常と嗜癖疾患、老年期障害、そして原因がまだ不明の内因性精神病に分類したが、最後に挙げた内因性精神病を除くと、病像は大きく変わっていなかった。ただ、てんかんとされる患者は、そのてんかん性の性格特徴が先鋭化して粘着性が増し、些細なことにこだわり、回りくどい話し方になってきたように思われるが、病状に大きな変化はないようである。老人性疾患とされる患者は、発症時の退行期に抑うつ状態であったが、その後速やかに老人性の認知症に発展していたことから、退行期から生じた一連の老化過程ととらえて老人性疾患に分類したものである。

内因性精神病的初診時診断

慢性精神病圏(149名)	急性精神病圏(94名)	感情病圏(52名)
精神分裂病:91名 破瓜病:24名 非定型精神病:5名 精神衰弱:5名 心因反応:5名 うつ病:5名 神経衰弱:3名 躁うつ病:3名 変質性精神病:2名 敏感関係妄想:2名 強迫神経症:2名 癡癡性神経症:1名 神経症:1名	精神分裂病:24名 非定型精神病:20名 うつ病:14名 心因反応:10名 変質性精神病:6名 躁病:6名 躁うつ病:4名 産褥性精神病:3名 神経症:2名 破瓜病:2名 急性精神病:1名 精神衰弱:1名 ヒステリー:1名	うつ病:28名 躁うつ病:6名 躁病:5名 うつ状態:4名 神経症:2名 反応性うつ病:2名 神経衰弱:2名 変質性精神病:1名 精神分裂病(疑):1名

内因性精神病とされる患者は、感情病圏52名、急性精神病圏94名、慢性精神病圏149名であるが、初診時ではどのような診断名であったかを調べてみた。われわれは、40年以上前（DSMの登場以前）のカルテ記載を忠実に読み取り、各症例で主治医が考えていたと思われる診断を初診時診断とした。それ故、保険病名と考えられる診断名は除外している。その結果は、表に示すように、感情病圏では躁病やうつ病が、急性精神病圏では非定型精神病が、そして慢性精神病圏では精神分裂病や破瓜病（この病名は、とりわけ「定型」分裂病と診断したい症例と考えられ、曖昧な精神分裂病との診断とは異なるという診断医の意志が読めそうである）と診断された場合が多かった。ここでは、感情病圏と比べて、急性・慢性の精神病圏に種々の病名がつけられていたことが注目される。急性精神病圏では非定型精神病や変質性精神病（非定型精神病とほぼ同じ病名と考えて良い）と診断された患者のほか精神分裂病とされた患者も多く、躁うつ病や心因反応とされた患者もあり、初診の診断名でその経過や転帰を考えるのは難しい。前回の報告でも指摘したように、様々な病像と経過をとるのが急性の、いわゆる「非定型精神病」なのであろう。慢性精神病圏は上述したように、破瓜病とされた患者のほか、精神分裂病や非定型精神病と診断された患者もいて、さらに詳しく検討する必要がある。

そこで、発症時の状況をフーバーに倣って最急性（1週間以内）、急性（1ヶ月以内）、亜急性（6ヶ

月以内)、潜行性(6ヶ月超)に分類して調査した。さらに、最終観察時点での幻覚・妄想など陽性症状の有無、意欲・自発性や自閉傾向など陰性症状の有無を調べた。また観察時点から前の1年間における病状の動揺傾向、作業所に通所の有無も調べてみた。フーバーは彼が行ったボン研究で、502例の患者資料での平均22.4年後の精神病理学的転帰を報告し、純粹残遺状態、混合残遺状態、典型的分裂病性欠陥分裂病などに分類した結果を報告しているが、われわれは転帰として客観的に捉えうる上述の指標のみを調査している(なお、表には最急性発症は急性発症と合計して示した)。

IV. 結果

慢性精神病圏(精神分裂病が主体)と急性精神病圏(主として非定型精神病)の患者を、発症状況と転帰とで比較したのが下記の表である。

慢性・急性精神病群の 発症状況と転帰の相違		
* 急性精神病における潜行性発症は、抑うつ状態が5例、被害念慮が2例、心気症状が1例、家庭内暴力が1例、持続したものである。		
	慢性精神病圏(149名)	急性精神病圏(94名)
潜行性発症	92	9
亜急性発症	15	2
急性発症	39	82
不詳	3	1
認知症	22(14.8%)	30(31.9%)
陽性症状	72	9
陰性症状	109	10
病状の動揺	6	9

急性精神病圏の94名では、ほとんどと言える82名が急性発症であり、潜行性の発症は9名に過ぎなかった。この潜行性発症の9名は、長らく抑うつ状態が続いていた5名、被害関係念慮が出発していた2名、それに心気妄想を訴えていた者や家庭内暴力が続いていた患者が各1名含まれる。ここでは、認知症発症の割合も調べているが、慢性精神病群と比べ、急性精神病群がはるかに高い割合で認知症に発展することを示している。一方、慢性精神病圏では、潜行性発症の患者が92名と多く見られるものの、急性発症も39名と比較的多く見られた。最終時点で陽性症状や陰性症状がみられる患者も、急性精神病圏の患者と比べると多く、また病状の動揺を示す患者も多く見られた。そこで、主として発症の状況から、慢性精神病圏の149名の患者をとりあえず「慢性緩行性精神病」と名付けた97名と、急性精神病との病状経過の違いから「階段状増悪(シュープ)精神病」と名付けた52名に分類し、その相違を検討してみた。

ここで、「慢性緩行性精神病」と名付けた病型は、われわれが今日まで「定型分裂病」と呼称してきたものであり、潜行性に発症し、漸進性に経過して意欲自発性の乏しい陰性症状を主体とする状態に至る一群である。一方の「階段状増悪精神病」は、満田が研究途中、非定型精神病と定型分裂病の中間におき、結局非定型精神病に吸収された「中間型」に類似し、レオンハルトが類循環精神病と系統性分裂病との間におく「非系統性分裂病」と呼称される一群かも知れない。

なお、急性精神病圏の患者は従来われわれが非定型精神病と呼称してきた患者でほとんどであるが、本報告では発症と経過型を踏まえて、「周期性精神病」と呼称しておきたい。

慢性精神病圏の149名の患者を、主として発症の状況から、2群に類別した結果は、下の表のようになる。すなわち、われわれが予想する通り、慢性緩行性精神病と名付けた97名のうち、そのほとんどが潜行性発症であり、階段状増悪精神病と名付けた52名のうちで46名が急性発症に分類された。2名が潜行性発症と分類されたが、4年間抑うつ状態が続いていたとされる症例など、長期にうつ状態が見られた例であった。



慢性精神病群を 発症状況から2群に分類すると

	潜行性	亜急性	急性	不詳
慢性精神病圏				
慢性緩行性精神病(97名)	90	4	0	3
階段状増悪精神病(52名)	2	11	39	0

両群の性差と発症年齢を比較すると、性差は慢性緩行性精神病で男性が女性の2倍になり、階段状増悪精神病では男女ほぼ同数になった。これは、定型分裂病は男性に多く見られるとするわれわれのこれまでの研究結果と類似する結果であった。平均発症年齢、最終年齢、罹病期間は、慢性緩行性精神病と階段状増悪精神病との間に大きな差異はなかった。



慢性精神病圏の性差と 発症年齢

	性差 (男/女)	平均 発症年齢	平均 最終年齢	平均 罹病期間
慢性精神病圏				
慢性緩行性精神病(97名)	70/27	21.6歳	70.6歳	49.1年
階段状増悪精神病(52名)	25/27	22.0歳	71.2歳	49.2年

次に、内因性の各精神疾患群において、精神病の負因と痙攣発作の出現率を調査した。家族における負因の調査は、親族に見られる精神病者と自殺者をカルテの記載から調べただけのものであって、厳密な遺伝研究とは言えないが、おおよその傾向を知ることは可能であると思われる。



内因性精神病の負因と 痙攣出現の相違

	精神障害負因 (%)	一級親族負因 (%)	痙攣発作 (%)
慢性緩行性精神病(97名)	22(22.7)	14(14.4)	6(6.2)
階段状増悪精神病(52名)	22(42.3)	18(34.6)	3(5.8)
周期性精神病(94名)	43(45.7)	30(31.9)	10(10.6)
躁うつ病(23名)	9(39.1)	8(34.8)	1(4.3)
うつ病(29名)	15(51.7)	13(44.8)	1(3.4)

われわれはすでに10年前（平成22年）、内因性精神病の長期経過研究を発表（40年の経過で全症例は102例）し、さらに観察期間を短くして症例を増やし（35年で235例）、うつ病や躁うつ病とされる感情病と非定型精神病、そして定型分裂病との比較を行なっている。そこでは、感情病圏の疾患では家族負因が48%で非定型精神病群が52%と負因が多く認められたが、定型分裂病群は38%と少なく、定型精神病と他の疾患群との差異は明らかであった。負因の有無を一級親族（親子・兄弟）に限っても、感情病圏が38%、非定型精神病群は39%であったが、定型分裂病群は20%と明らかに家族負因は少なく、定型分裂病群と感情病圏の疾患、あるいは定型分裂病群と非定型精神病群とは、生物学的にも異なる疾患である可能性が疑われた。ただ、感情病群の症例に認められた負因には、うつ病患者、自殺者の割合が多く、非定型精神病群に認められる多様な遺伝負因とは若干異なるようだと報告している。

今回の報告でも一部の症例が重なる点から同じような結果は予想されたが、非定型精神病とはほぼ同一と見做される周期性精神病と感情病圏疾患とは45%前後と前回と同様な高い負因の割合を示したが、定型分裂病と見做される慢性緩行性精神病の負因は23%となり、その負因の差異は明らかであった。一級親族に限ると、感情障害が40%、周期性精神病が32%であるのに比べ、慢性緩行性精神病の負因は14%と極めて少なかった。今回、あらためて慢性精神病群から類別した階段状増悪精神病群は、その家族負因が感情病群や周期性精神病群に類似し、慢性緩行性精神病の家族負因の割合と較べて明らかな差異を示していて、この病型は周期性精神病（非定型精神病）群に類似した病型と言えよう。

痙攣発作の出現率もまた、カルテに記載されたものを数えたに過ぎないが、周期性精神病群に多く認められ（約10%）、満田が非定型精神病とてんかん（内因性の）との関連を考えたことを思い出させる。このことは、この一群は痙攣閾値が低いと考えられ、生物学的に痙攣を起こしやすい体質があると考えられ、今後の病因研究の突破口になる可能性がある。



内因性精神病の 長期経過後の病状の相違

	認知症の 合併	陽性 症状	陰性 症状	病状の 動揺
慢性緩行性精神病(97名)	13(13.4%)	44(45.4%)	75(77.3%)	1(1.0%)
階段状増悪精神病(52名)	9(17.3%)	29(55.8%)	34(65.4%)	5(9.6%)
周期性精神病(94名)	30(31.9%)	8(8.5%)	10(10.6%)	9(9.6%)
躁うつ病(23名)	7(30.4%)	0	0	5(21.7%)
うつ病(29名)	12(41.4%)	0	2(6.9%)	15(51.7%)

次に、発症して40年以上の長期の経過の後、患者にどのような症状が見られるかを、上の表に示しておいた。

急性精神病圏の患者は、感情病圏の患者に類似して意欲自発性の乏しさなどの陰性症状や幻覚や妄想などの陽性症状が見られるのは約10%前後と少なかったが、慢性精神病圏の患者では、慢性緩行性精神病に陰性症状が77%残存し、陽性症状が45%に見られた。階段状増悪精神病群でも陽性症状が56%と若干多く認められ、陰性症状は65%と若干少なく見られるが、その差異が明らかであるとは言えない。ただ、急性精神病圏の患者と較べればその病状の差異は明らかである、

老年になり認知症症状の発症は、うつ病で41%、躁うつ病で30%と多くの感情病で認められた。一般人口では、65歳以上の高齢者でその10%に認知症が認められ、80歳から84歳までは15%に認知症が見られるとされる。われわれの症例では認知症の発症が30%を超えており、明らかに多いと言える。急性精神病群（すなわち非定型精神病）では32%に認知症状が見られ、感情病群の患者とほぼ同じパーセントを示していたが、慢性緩行性精神病（定型分裂病が主）では、その割合が13%と少なかった。しかし、一般人口と較べるとほぼ同じ割合となっている。古くから、われわれ精神科医の間で「分裂病の患者さんは歳をとらない」と言われてきたのだが、これは、「感情病や非定型精神病群の患者は、分裂病患者に較べて老年期に認知症となり易い」と言うべきかも知れない。

最後に、これまでの結果をまとめておこう。われわれは意欲自発性の低下などの陰性症状が目立つ慢性精神病群の患者が、潜行性の発症の他にも、急性の発症から亜急性の発症など多様な発症様式を示すことから、これらの疾病群を主として発症の様式に基づき2つのグループに類別して比較してみた。そして、それらを取りあえず慢性緩行性精神病と階段状増悪精神病と呼称しておいた。「とりあえず」と記載したのは、さらに細分される可能性があるものの、現在のところはこのような類別しか出来ず、新しく呼称するグループを発症と経過からわかりやすく名付けたに過ぎないからである。前者はわれわれが以前から定型分裂病と呼んできたものが主であり、後者は満田が研究の途中まで「中間型」と呼び、結局、遺伝様式の類似から非定型精神病群に含めたものに類似する。このように類別した両群を比較してみると、慢性緩行性精神病では階段状増悪精神病と較べて家族負因の見られる割合が少なく、一級親族に限ればさらにその差異が明確になった。われわれが前回行なった報告では、レオンハルトに従った診断を試み、系統性分裂病の家族負因が一番少なく（24%）、彼の言う非系統性分裂病（満田のいう中間型に類似）は家族負因が多く認められ（54%）、類循環精神病（満田の言う非定型精神病に類似）の負因（60%）とほぼおなじであった。これらの結果は、階段状増悪精神病がレオンハルトのいう非系統性分裂病や満田の中間型に類似すると言えよう。しかし、認知症の合併する割合や痙攣発作の出現は、慢性緩行性精神病と階段状増悪精神病との間にほとんど差異が見られなかった。そこで、本研究においては、階段状増悪精神病を独立した一つの疾患であるとは言えないものの、慢性精神病群がさらに細分され、詳細に研究されなければならないとは言えるであろう。

V. 考察

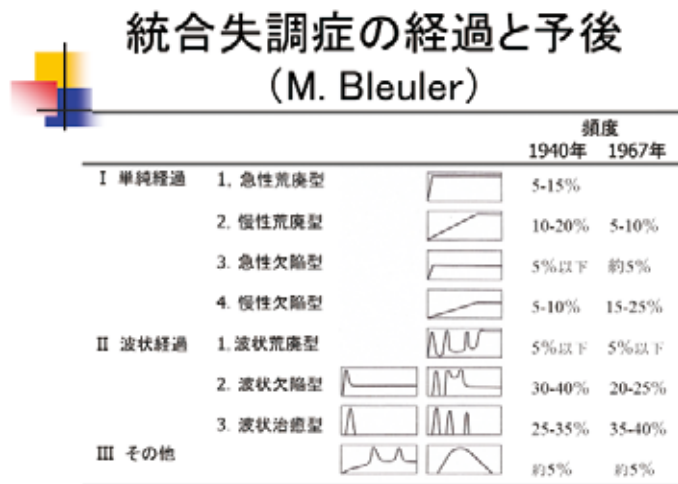
豊郷病院は大正14年に設立された総合病院であるが、昭和32年に精神神経科が110床の入院病床を持って開設され、滋賀県湖東地域の中核施設として運営されており、これまでに精神科で診察された患者は15000名を超えている。精神科が併設されて以降、診療の中心となってきた医師は満田の非定型精神病に親和的であるが、DSM-IIIの登場後は操作的診断基準に基づく診断をする医師が少なくない。しかし、経過及び転帰の確認は筆頭著者がすべてのカルテを確認して判断した。それゆえ、本論考のすべての責任は筆頭著者にある。本稿では、長期の経過を40年以上としているため、DSM-III 登場以前の発症という意味でDSM-III の影響はほとんどないと言ってよい。

観察の期間を40年以上とし、40年未満の観察期間は患者資料から除外したことで、患者総数481例と少なくなり、慢性の患者が多く認められる結果になったかも知れない。内因性精神病患者は大きく慢性と急性に分けられるが、急性精神病では1回の病相やシュープのみで寛解する患者も多い。そのような患者は本研究から除外されているきらいがある。そういう点で、内因性精神病全体を調査したとは言

えないかも知れない。発症して20年、あるいは30年で精神状態が安定し、外来通院や服薬せずに社会で生活している患者がいるかも知れない。あるいは病的体験があるにもかかわらず、奇人・変人として社会に適応しているものは本研究の患者資料には入っていない。

これまで統合失調症を対象にした経過研究で有名なのは、M. ブロイラーが行ったものである。彼は1940年に調査した316名と1967年に調査した208名の長期経過観察結果を8型に分類し比較している。すなわち、統合失調症を大きく単純な経過をとるものと波状の経過をとるものに分け、前者をさらに4型に、そして後者を3型に類別している。そして、1967年の結果は、波状経過型で治癒する例が多く(35-40%)、次いで波状に経過して欠陥を残す例が多かった(20-25%)。次に多いのは単純経過で慢性に進行し欠陥状態に至るもの(15-25%)や慢性に進行し荒廃状態に陥るもの(5-10%)であった。しかし、1940年の研究で5-15%見られた単純経過型の急性に荒廃する例は見られなくなり、同じく単純経過型の急性に欠陥状態に至る例は極めて少数(約5%)に見られるに過ぎなかった。1940年の結果と較べれば、1967年の結果は波状経過型の治癒型が増加し、欠陥型が減少していて、統合失調症の予後が良くなっていると言える。これが薬物療法の進歩の結果なのか、開放的な患者処遇の完全の結果なのか、それとも作業療法・生活療法などの進歩によるものかについては不明である。

われわれの研究で、急性精神病(非定型精神病)群、すなわち急性循環性精神病群(94名)は急性および慢性精神病(243名)の39%をしめており、M.ブロイラーの1976年の調査結果、すなわち波状経過型に治癒する例の割合(35-40%)と一致する。また波状経過型で欠陥状態に至るもの(20-25%)は、われわれの研究で階段状増悪精神病とされるもの(21%)とほぼ一致した値を示している。われわれの研究をM.ブロイラーの経過研究と比較するには少々乱暴ではあるが、ほぼ一致した値を示すことは興味深い。



統合失調症の経過研究では、フーバーのボン研究を挙げておかなければなるまい。彼は統合失調症の2/3が、波状に経過して寛解するか、シュープ状に悪化して大抵は軽い欠陥に陥り、あとの1/3は単純一直線状に進行性に経過し、多くはより強度の欠陥症状群に至るとの古くからの経験を確認している。彼は経過型を、経過様式と精神病理学的転帰とによって12の類型に分け、予後の良好なもの、比較的良好なもの、比較的予後が悪いもの、そして予後が不良なものに分類し、それぞれが統合失調症性疾患の1/4を占めているという。彼の経過様式の分類は、疾病の転帰の純粹欠陥や純粹残遺などの精神病理学

的検討から独特のものになっており、われわれの今回の研究との単純な比較は出来ない。ただ彼の研究で注目しておかなければいけないのは、502例の統合失調症患者の平均22.4年の経過のあと、ほぼ2/3が完全寛解する（22%）か精神病症状を認めない（非特徴的な残遺を認める：43%）状態であったと報告していることである。彼は州立病院の患者資料は大学での患者資料と異なり、その経過型2/3が単純－直線状－進行性に経過するとしている。慢性患者が多く見られ、施設化が起こっている精神科病院での患者資料は、大学病院での患者資料と異なるのはドイツでも同じなのであろう。

われわれは今までに計2回の内因性精神病の経過研究を報告してきた。1回目は、2010年に本研究所年報の第1巻に「内因性精神病の長期経過について」と題する報告を行ない、2回目には、翌年の2011年に「感情病圏疾患の診断と長期経過について」と題する報告を、本年報第2巻に掲載しておいた。ここでは、非定型精神病が感情病と定型統合失調症の間に独立した疾患として存在する可能性が示し、その病像は長期の経過中にも姿・形が変化し易いことが特徴であって、ひとつの病相における横断的な一面を捉えるだけでは、内因性精神病の疾病学的な診断を行なうことは出来ない、とDSMの操作的診断を暗に批判したものであった。

今回の報告では、いわゆる統合失調症が周期性精神病、階段状増悪精神病、それに慢性緩行性精神病の3型に分けられるかどうかを検討している。周期性精神病ととりあえず呼称したものは従来われわれが非定型精神病と呼んでいるものとほぼ同じであって、前回の報告とほぼ同じで一たが示されているために議論を要することは無かろう。

階段状増悪精神病と慢性緩行性精神病との類別は、K. レオンハルトが統合失調症を系統性と非系統性に分離し、非系統性統合失調症を類循環性精神病（非定型精神病に類似）の悪性の親戚と呼んだものに類似している。われわれの研究でも、階段状増悪精神病の転帰は慢性緩行性精神病に近く、経過様式は周期性精神病に類似して、病相性あるいはシュープ様に経過しているため、レオンハルトの言う非系統性統合失調症に近い類型であろう。彼はこれをさらに精神症状によって3群に分類するが、経過中に見られる病相の多様さから、われわれはこのような分類は出来なかった。

われわれは、いわゆる統合失調症をとりあえず3型に分けておこうとする立場を支持する。3病型間の特徴的な差異を認めるにしても、それぞれが独立疾患であるとはもちろん言えない。内因性精神病の病因を探求するために、このような分類がおそらく有用だと思われるからである。周期性精神病はもちろんのこと、階段状増悪精神病から生物学的な病因が見いだされるのではないかと思う（思いたい？）。

われわれの長期経過研究により、寛解と再発を繰り返しながら意欲・自発性に乏しくなり、いわゆる人格水準の低下を示す病型（満田が中間型と呼称）を非定型精神病に含めるなど、その概念が拡大するにつれ、他方の定型分裂病の概念が次第に曖昧となってきているようにも思われる。満田は非定型精神病の症状は意識の病理とし、定型分裂病の病理は性格にあるとしているが、潜行性の発症、穏やかな経過、そして自閉的な生活特徴などを示す定型分裂病は、神経症（重症の強迫神経症など）や最近しばしば取り上げられる発達障害に近いものと考えられよう。ともあれ、精神疾患の分類・診断をさらに精緻に創りあげることが必要であろうと思われ、個々の患者が示す精神症状の発症、経過、転帰をさらに詳しく検討し、その経過を長期的に研究していくことが必要である。非定型精神病のみならず、定型分裂病もさらに総合的に検討してゆくことで、われわれが正常と異常を峻別し、精神病の原因を解明してゆくことがこれからも必要であろう。

VI. おわりに

今回の研究の結果は以下のようにまとめられる。

1. 豊郷病院の外来あるいは入院し、発症後40年以上経過した精神疾患患者481名を調査した。主たる疾患は内因性精神病295名であったが、てんかん性疾患87名、知的障害が46名、薬物嗜癖12名、老年疾患4名と、身体に基盤が見られ精神疾患149名が見られ、神経症36名や性格異常1名など49名の正常からの偏倚と見做されるものもみられた。身体に基盤がなお見いだせない内因性精神病は、躁うつ病やうつ病など感情病が52名、急性精神病圏の患者は94名、定型精神病を主とする慢性精神病圏の患者は149名いた。これらはおおむね入院を必要としたが、てんかんや知的障害の患者の多くは入院の必要がなく、外来通院が多かった。
2. 急性精神病圏の患者は、感情病圏と慢性精神病圏の間にあり、急性の発症で、病像は多彩で変化しやすく、数か月での寛解と再発を特徴とし、いわゆる非定型精神病とされる患者群であった。慢性精神病圏の患者では、意欲自発性の低下などの陰性症状が目立つが、初診時を調べると急性発症から亜急性、そして潜在性の発症も多くみられ、これらの群はさらに細分して比較検討する必要があると思われた。
3. 慢性精神病圏の患者を2型に類別し、それぞれを「とりあえず」慢性緩行性精神病、階段状増悪精神病と呼称した。この2型に加え、感情病の2型（単極性と双極性）、そして周期性精神病（われわれの言う非定型精神病）の5型を、発症状況、経過、転帰、家族負因、けいれんや認知症の発生を調査して比較した。慢性緩行性精神病（定型分裂病が主）では、家族負因が見られる割合が他の4群と比べて1/2と少なかった。また、認知症の合併する割合も少なかった。階段状増悪精神病では、家族負因は感情病や非定型精神病と同じく、慢性緩行性精神病と比べて家族負因が約2倍と多く見られ、認知症の合併は慢性緩行性精神病と同様に少なかった。周期性精神病は、感情病の2型と同じく、家族負因が多く、認知症との合併も多かった。ただけいれん発作が発生する割合は周期性精神病に多く、非定型精神病のてんかんと親和性を指摘する満田の見解を想起するものであった。

謝辞

本研究は、山本陽一郎先生およびこれまで豊郷病院に勤務された多くの先生方による病歴記載に基づくものであり、ここに深く感謝する。また、1万5千人以上の患者カルテを整理し、本研究を支えて頂いた精神医学研究所の秘書、森香織氏に感謝したい。

参考文献

1. Leonhard K: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology (福田哲雄・岩波明・林拓二 監訳: 内因性精神病的分類)、医学書院、東京、2002
2. Huber G: Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. (林拓二 訳: 精神病とは何か―臨床精神医学の基本構造)、新曜社、東京、2005
3. 林拓二 (編): 非定型精神病?内因性精神病的分類と診断を考える、新興医学出版社、東京、2008
Hayashi T. (ed) Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
4. Hayashi T. (ed): Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
5. 林 拓二、成田 実、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信: 内因性精神病的長期経過について、豊郷臨床精神医学研究所年報、第1巻、5-9、2010
6. 林 拓二、成田 実、世一市郎、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信: 感情病圈疾患の診断と長期経過について、豊郷臨床精神医学研究所年報、第2巻、5-10、2011



シモツケ (京都鴨川堤、R1.6.5)

現代精神医学批判

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

阪上 悌司

本稿は現代精神医学の創造的破壊（J. シュンペーター）を目的とするが、諸般の都合により誰の興味も引きそうにない自分語りから始めねばならない。筆者は1990年京都大学を卒業後、大学付属病院の神経内科に入局した（当時は今と異なり、卒業後すぐに志望の診療科に入ることができた）。本当は精神科に行きたかったのだが、身体科の経験なしに精神科の医者になってしまうことにリスクを感じたからだ。身体科から精神科には転科可能だが、精神科からはどこにも転職できない。いきなり精神科に入って爆死する可能性を恐れ、まずは一般診療科に入ることにした。とはいえハードな内科や外科は筆者には無理そうだし、精神科に似た響きで本物の内科ほど怖くなくさそうな神経内科を選んだ。一生の仕事を選ぶ割には安易な判断であった。そのツケはすぐ回ってきて、入局初日から神経内科が陰鬱極まりない場所であることが判明した。患者の神経学的所見、画像（当時はMRIの黎明期であった）、電気生理学的検査、血清学的検査、たまに遺伝子検査などにより診断がついたりつかなかったりして、それでおしまいなのである。いろいろ調べて診断名が決まるか原因不明という結論に至ると、そこから本格的な治療が始まるのではなく、患者は後方の関連病院（当時の国立療養所など）に送られた。そこで彼らは肺炎や褥瘡や栄養失調などの対処的治療は受けるが、基本的に死を待つのみなのであった。神経内科に診断学はあっても治療学はないと言わざるを得なかった。その診断も、最終的な答え合わせは死後脳の病理検査を待たねばならぬことが多く、大半はうやむやに終わった。実は神経内科領域でも治る病気は多いのだが、大学病院においてはALSなどの悲惨な神経変性疾患が集積しがちであり、神経内科＝神経難病＝不治の病＝医師の存在意義なし、という等式が大体において成り立つのであった。当時はそんな神経内科がなぜか人気であり、同期の入局者が10人くらいいたが、その半分以上は基礎医学に転向している。筆者も臨床から足を洗うつもりで早々に基礎の大学院に進んだ。当時の若い神経内科医は皆、「臨床的に神経難病に挑むのは時期尚早であって、まずは基礎研究をしないと話にならない」と感じていたと思う。その後いろいろあって、まあ要するに基礎研究にも挫折して臨床に戻らざるを得なくなり、1998年に京大附属病院の精神科に入局した。本当は入院してもおかしくないほどの精神状態だったが、気を取り直して一から精神科の研修医として再スタートしたのであった。京大精神科の医局は、当時既に32歳で妻子持ちの筆者をよく受け入れてくれたものだ。その恩も忘れて、今から京大病院精神科および現代のアカデミック（正統派）精神医学に異議申し立てしようと思う。本稿はここからが本題であって、ここまでは「筆者が何様でもなく、正直であること以外とりえがない」ことを示すための自己開示であった。なぜそれが必要かという、自分が何者であるか何も言わないまま、大所高所から他人の思想や信念を叩くのはアンフェアと思ったからだ。また、これから吐くであろう数々の暴言に対するエクスキューズでもある。

さて、神経内科でも基礎医学でも落ちこぼれた筆者が言うのもなんだが、精神科の世界はまるで悪夢だった。神経内科医は医学水準の絶対的不足で何もできないのに対し、精神科医は決断力と努力の不足

で何もしていないように見えた。つまり患者へのネグレクト。しかも、放置というより患者様に徹底的に媚びて奴隷のようになることで、責任を放棄しているのだった。当時の京大病院精神科はボーダーライン（境界性パーソナリティ障害）と摂食障害をコレクションしていたため、女子病棟には若くて化粧の濃くて極度に痩せた、そして異常に美しい女性がたくさんいて、常に怒声と嬌声とガラスの割れる音が響いていた。彼女らには研修医が一人ずつ下僕のように付き従って、御用聞きやストレス解消用のサンドバッグになっていた。オーベン（指導医）はいるにはいたが、明確な指導は何もなく、ケースカンファレンスはほぼなく、治療方針も成り行き任せのノープランなのだった。方針があるとすれば、常にサポーター（支持的）であらねばならず、少しでもディレクティブ（指示的）であってはならないという事だけ。とにかく患者の言う事には絶対逆らわず、共感と傾聴しなければいけないのだった。それで治るならいいのだが、患者はたいてい悪性の退行を起こして、憤怒の嵐と自殺の脅しで医者と家族をいたぶるモンスターになっていった。なまじ美女・美少女なのでその恐ろしさや邪悪さは格別だった。外来でも入院でも約束は何一つ守られず、夜間当直中は外来患者から「今から死にます」「薬100錠飲みました」「父を刺します」などと朝までひっきりなしに電話があり、入院中の患者は研修医の何でもない一言に「傷ついた」と称して病院のガラスを割り、その破片が何かでリストカットを繰り返し、リストカットのせいで指が動かさしくい、手がしびれるから責任を取れといつまでも研修医を脅し続けた。そういう時だけオーベンが出てきて研修医を叱責して患者に謝罪させるのだった。外来患者は次々と悪化して入院し、入院するとさらに悪化して帰宅できなくなり、阿鼻叫喚の長期入院の果てに関連病院に転院していった。そして後日、風のうわさにあの子は自殺したらしいと聞こえてくることが多かった。こういう惨憺たる有様なのに、オーベンたちは、なぜ治療が失敗したのか反省したり、探究したりする姿勢が全くなかった。ディスカッションもしないし関連文献すら読まない。ただただ、患者の人権を守ると称して廃人と死人の山を築いているのだった。その背景として、当時は政治的に左寄りの先生が多く、「精神疾患の患者は社会的弱者＝被害者なので、徹底的な支持＝免責によって人権を回復させねばならない」という共通認識があった。さらに、「義務や責任などの社会的圧力を取り除けば、おのずと人間本来の純粋な心に戻るはず」と言ったルソー主義的な性善説が信じられていた。

しかし、そういった左翼思想よりはるかに有害だったのは、「病気だから仕方がない」という大前提であった。この前提は政治的立場とかかわりなくすべての精神科医に共有されていた。病気とはもちろん精神疾患のことである。精神疾患は生まれつきの脳の異常なので、自己責任は問えないし、治す方法もないし、甘やかすぐらいしかやりようがないというのが暗黙のコンセンサスなのだった。ある人が精神疾患と診断された途端、一切の社会的責任を問われず治外法権となるかわりに、人情や常識や論理が一切通用しないわれわれとは全く異質の存在とみなされる。普通の人々が患者と名を変えただけで、人間ではなくなってしまう。われわれと同等の存在として真剣に対峙すべき相手ではなくなってしまう。だからオーベンたちは、患者たちの乱暴狼藉、嘘、操作や搾取を放任し（研修医に被害担当役を押し付け）、人間としての嘆きや悲しみにも耳を貸さず、治療計画は最初から考えもせず、その結果患者がモンスターになろうが若くして自殺しようが「もともとの病気のせい。ナチュラルコース」で済ますことができたのだった。治療の失敗とはカウントされないのだから、当然反省点も改善点もフィードバックされず、悲劇は無限に繰り返された。まるで「夜と霧」である。これは言うまでもなく究極の差別であり、人間疎外であり、医師としての責任放棄である。

しかしこのような非道がまかり通るのにはそれなりの理由があった。その理由の最大のものが精神病

理学である。最近、精神病理学は衰退したとか失敗したとか散々言われているが、今なお精神医学のバックボーンであり続け、現在主流のDSMも生物学的精神医学もその延長線上にある。精神病理学のエッセンスは「内因説」にある。頭部外傷のような外因によるものではない狭義の精神疾患は、PTSDなどの少数の例外を除いて、正常心理や深層心理などの心因ではなく、「内因」という未知の脳障害が原因であるという説である。つまり精神疾患の発症も予後も、生まれつき内因というものによって決定されているという説。内因の確たる証拠は100年以上探索しても何も見つかっていないし、そもそも初手からそういう謎のファクターXを持ち出して何かを説明するのは説明になっていないのだが、今も内因説は事実上の標準である。例えば生物学的精神医学は、精神疾患の原因として生物—心理—社会の相互作用などには目もくれず、内因（原因遺伝子・リスク遺伝子）探しばかりやっている。そしてほとんど成果を上げていない。

（なお上述の京大精神科の状況は、2001年林拓二先生が教授に就任されてからは漸次改革が進み、現在は急性期病棟1の加算がある病棟となって、当時とは随分と変わったようである）

外因、内因、心因の区分けはK.ヤスパース（1883-1969）というドイツの精神科医が始めた。外因は外的身体的要因、心因は読んで字のごとくだが、内因というのは要するに生まれつきの遺伝子異常のことである。わけのわからない（了解不能な）ことを言う人の脳はどこか壊れているに違いない（自然科学的因果を要請する）というK.ヤスパースの理論がその大きな根拠になっている。誰が何と言おうとこれは「自分の理解できない人間は生まれつき脳に欠陥がある」という先入見に他ならない。筆者に言わせれば、このような傲慢な差別主義的主張がまかり通ること自体が狂気である。ヤスパースにとってはアインシュタインも精神疾患ということになりかねない。そんな診断能力だから、たった4年で臨床医を辞めて物書きに転職せねばならなかったし、ナチスの狂気を見抜くこともできなかったのだ。以下は彼の責任ではないが、だいたい正常な人間精神について何もわかっていないのに何でいきなり精神「病理学」から始めるのだ。身体医学に例えれば、生理学も組織学もすっ飛ばして病理を語るような暴挙である。なぜそんなバカな話が100年以上もまかり通っているのか。この問いに対しヤスパースならすぐ了解不能と言うだろうが、筆者に言わせればどんな狂気にも三分の理があって、近代精神医学の成立から順々に解き明かしていけば了解可能だと考える。そのためには若干時代をさかのぼらねばならない。

19世紀中葉の精神医学者W. グリーゼンガーは「精神病は脳病である」と言った。彼がそう言ったのは、当時悪魔のせいとされていた精神疾患を医学の対象にし、患者を医療と福祉の対象にするためであった。つまり思想的表明であって科学的言明ではなかった。その善意のスローガンは、E. クレペリン（1856-1926）に引き継がれ、精神医学を100年以上支配するドグマと化していく。クレペリンは19世紀後半の最新医学（細菌学）と最新科学（博物学）を参考にして、現代まで続く近代精神医学の礎を作った。ウィキペディアによると「1899年の彼による教科書6版は、精神病を「早発性痴呆」（現在の統合失調症、旧称「精神分裂病」）と「躁うつ病」（現在の双極性障害）に分類し、現代の『精神障害の診断と統計マニュアル』（DSM）まで続く影響を与えることになった」とある。

クレペリンが精神疾患一般のモデルにしたのが進行性麻痺と甲状腺機能低下症（クレチン病）だった。当時原因が分かっている精神疾患はその2つしかなかったからだ。彼は、「精神疾患は脳病であり、様々な種類があり、その種類ごとに梅毒や甲状腺機能異常のような特異的な原因があるはずである」と考えた。しかし、その原因が不明だったので、まず精神疾患を原因ではなく予後によって分類し、それぞれの症状を客観的に記述し蓄積することによって、いつの日かそれぞれの原因が判明すると信じた。彼の

思想は、患者の内的な意図だとか気持ちを汲み取ったりせず、外から観察可能な言動をひたすら客観的に記述することから（そんなことが可能なのか大いに疑わしいが）記述精神医学といわれる。これは現在のDSMの操作的診断基準にも引き継がれている。彼の戦略は妥当だろうか。S. フロイトと同年の彼は、その時代の精神医学者としてベストの仕事をしたと言えるだろうか。答えは否と思う。

その第一の理由は、誰のどんな側面を精神病とみなすのか基準が明らかでない。いくら頑張っても客観的に記述しましたと言っても、なぜその人を患者として選び、その症状を記述の対象として選んだのか根拠が不明なので全く客観的ではない。かつて中国やソ連では、多くの政治犯が精神病と診断されて精神病院に拘禁され、抗精神病薬を投与された。マルクスレーニン主義が自明の正義なのに、それに異を唱える人物は気が狂っているという理由だった。今から見れば気が狂っているのはむしろ治療したほうであるが、渦中にある人にはそれが見えないのだ。クレペリンも同じ轍を踏まなかったという保証はない。例えば自説にうまくあてはまるケースだけを精神病として選抜した可能性はないだろうか。狂気は人間社会のいたるところにあるので、そのどれを病気とするかによってどんな理論でも作れてしまう。最重症の統合失調症を最も典型的な精神病であるということにすれば、精神病は脳病であると主張しやすくなるだろう。本当は急性一過性精神病的のほうが多く、うつ病のほうがもっとずっと多いが、心の風邪呼ばわりされるうつ病を精神病代表にしないところがミソである。同様な工夫によって精神病は資本主義のせいであるとか、母親のせいであるとか、任意のお話を作ることができる。つまり論者の感性で正常と異常の線引きをするような論理は、それだけで失敗である。

第二に、精神病が原発性の脳病であることは全く自明でないのに、それを前提にしたのは大問題である。そのような決めつけに基づいてデータを集めて論理を構築するのは、聖書が正しいという決めつけに基づいて世界を説明するファンダメンタリストと同じである。脳は脳病以外の様々な原因で機能障害に陥る。寝不足やストレスや月経や飢餓、疼痛、日照不足、教育の不足、睡眠の不足、愛情の不足、DV、機能不全家族、未熟性格、適応障害、カルチャーショック、孤独、そして失敗が失敗を呼ぶ負のスパイラルというものがある。スランプ、不登校、引きこもりなどに限らず、およそ全ての精神疾患にある種の悪循環が働いている。この場合、病気であることが病気の原因となっており、プライマリーの脳病とは言えない。精神疾患の頻度は脳病としてはあり得ないほど高く（生涯有病率25%と言われる）、そしてその大半が結局治っている。この現実だけ見ても、脳病説より悪循環説のほうがまだ真実に近いと思われる。クレペリンの時代だって、上流階級の女性の大半がヒステリーやメランコリーだったわけだから、そんなに安易に脳病と決めつけるのは当時の常識に照らしてもおかしかったのではないか。人間精神の本質的多因子性と不安定性と多様性を考えれば、精神疾患を生まれつきの脳病と決め打ちするのはセンスが悪すぎる。なぜそんな非現実的な静的モデルを採用したのだろうか。もし人間の行動様式が昆虫のように生得的にがっちり決まっていたとしたら、人間とその社会が古今東西でこれほど違うはずはないし、こんなに猛スピードで変化していくはずがない。一人の人間だって変わるときには劇的に変わる。精神病は、機械の故障のようなものではなく、むしろ国家や企業の衰亡のようなダイナミックな動的平衡の破綻と見るべきである。動的モデルを根拠もなく却下したクレペリンは、人間を知らないあほだったのだろうか。いくらなんでもあほではあるまい。おそらく彼は確信犯である。これについては後述する。

第三に、ヤスパースのところで述べた通り、精神生理学や正常心理学をすっ飛ばして精神「病理学」から出発するというのは絶対にインチキである。異常とは正常の対比において成り立つ言葉であり、正

常心理の途方もなく広大な領域を確定せずして異常心理を語ることはできない。そういう基礎的な知見がないのに、「これは正常心理の延長線上では到底説明できないから、質的に異常である」などと主張しても無意味だ。それは論者の見識が狭いだけかもしれない。実際そういうことはよくあって、例えば政治的右翼と左翼は互いに相手のことを質的に異常だと思っている。「憲法9条が日本をミサイルから守ってくれるなどと言う輩は、脳病に違いない」「国民のために国家があるのに、国家を守るために国民を犠牲にする人は頭がおかしい」と双方がクレペリンのようになって他方を客観的に記述しているつもりになっている。このような悲喜劇を避けつつ精神を客観的に記述したいのなら、まずクレペリン自身を含むすべての人間の心理や行動を体系的に記述しなければならない。そうすれば、狂気が精神疾患の専売特許ではなく、むしろ普遍的（正常）な現象であることが明らかになるだろう。そんなことは胸に手を当てて自分自身の「黒歴史」を直視すれば、だれにでもわかるはずである。個人的黒歴史はさておいても、人類の歴史は狂気の歴史だ。旧日本軍やナチスや毛沢東やスターリンやポルボトやマデュロ大統領やトランプ大統領を持ち出すまでもなく、歴史的人物はおおむね自傷他害の恐れのある危ない人たちだった。それはクレペリンの時代でも常識だったはずである。「歴史的人物や英雄に異常者が多いだけ」では済まされない。インパール作戦の牟田口廉也中將も、ナチスのアイヒマンも、ポルボトとその側近も、天才でも異常者でもなかった。権力を失ってしまえばそこらへんによくいる俗物にすぎず、その凶行の理由を問われても「命令に従っただけ」「空気に逆らえなかった」などと苦しい言い訳しかできない程度の連中だった。その時代の文脈や、集団的狂気や、複雑な政治的事情が絡み合って自国民を数百万人から数千万人殺すくらいの狂気は誰でも潜在的に持っているという事だろう（「イエルサレムのアイヒマン」ハンナ＝アーレント）。それに比べて統合失調症の患者のほうが質的に純粋な狂人だと言えるだろうか？ 言えるとしたらどういう理由で？ ドイツ第三帝国において、ナチスに喜んで協力して精神病患者をガス室に送った精神科医が正常で、殺された患者が異常であるという価値判断のほうがおかしいのではないだろうか。

正常な精神に狂気が内在している理由として、そもそも人間は無理する必要のない理想的環境に置かれたら（つまり甘やかされたら）、妄想的自閉状態にとどまるという現実がある。それが人間のデフォルトモードであり、未熟性とか幼児性などと称する。理性的・合理的な人間のほうが特殊（異常）であり、近代になって出現したある種のファッションに過ぎない。現代精神医学が正常と措定する理性的・合理的で社会的に成熟した大人（近代合理人）は実際にはほとんどおらず、DSMを厳密に適応すれば、世の中異常者ばかりなのはそのためだ（Copeland ら（2011）は、9歳、11歳、3歳で調査した子どもを21歳まで追跡したところ、DSM-IVで診断された障害の累積有病率は、明確に特定される障害では61.1%であり、「他に特定されない障害」を含めると82.5%になると報告している）：石坂 好樹、DSM-5 拾い読み ―子どもの精神障害を中心として―（2016）。つまり正常と異常の基準があべこべになっているのである。誇大妄想的で社会性のない幼児性格者のほうが実は自然であって、彼らが幼児的であることについて精神疾患などの特別な要因を仮定する必要はない。人間は相当努力を積まないと近代合理人になれないのに、そういう不自然な状態を「正常」としてしまったことが誤りであった。この致命的誤りに比べれば、精神疾患の分類の仕方が恣意的であるとか、病気の数がいくらなんでも多すぎるとかは些細な問題である。「正常」が人為であり、「非正常」が自然であるならば、後者に無限の多様性があるのは当然である。人は自由自在に正常ではない生き方をする能力を持っているからだ。

しかし、精神疾患が近代社会によって生み出された人為的産物と言いたいわけではない（そういう面

もないわけではないが。例えば統合失調症がそうだ)。近代社会ほど極端ではないが、古今東西のすべての社会にもそれぞれに「正常の大人」の規範があり、それらはそれぞれの社会の成員が必死に努力して達成されるものであって、自然の摂理でそうなるものでは全くない。全ての社会は他の社会と競合しているので、成員の必死の努力を要請せざるを得ない。さもないと社会ごと淘汰されるからだ。それと同じことかも知れないが、人間は社会的動物なので、他の大型霊長類と同じく、意識的な努力で社会化することでしか正常に成熟できないような動物なのだ。日本の男性の生涯未婚率が25%という数字を見ても、社会適応度の低い個体は子孫を残せない程度に「異常」なのだが、だからと言って彼らが脳病というわけではない。結果的に競争に敗れたというだけである。ヒトが文化と共進化している特殊な生物種であることを見落として、社会不適応をすべて遺伝子で語ろうとするからおかしな話になる。DSMはすべての社会不適応のパターンを「障害」としてカウントしているので、改訂ごとにページ数が増えて支離滅裂になっているが、それは社会不適応を「人の世の常」ではなくて暗に遺伝子の欠陥（内因性）と思っているからだ。DSMは、病因論を排除したり正常との連続性を強調することで内因説の破綻を隠蔽しようとしているが、そもそも社会不適応というコトを、内因のようなモノで説明すること自体に無理があったのだ。たとえば日本人の大半が東京大学に合格しなかったという出来事を、英語障害、数学障害、他の大学を志望した障害、そもそも大学進学に興味なかった障害などなどに細かく分類し、それぞれに内因を仮定するようなものである。このようなコトとモノとの混同というカテゴリーミスは、間違いなくクレペリンの創始した精神病理学の遺産である。

ここでまたクレペリンの批判に戻る。彼のプロジェクトに対する第4の批判は、予後による精神疾患の分類についてである。ここまで色々述べたように、正常な精神というのは正常な企業経営と同じく、日々の意識的努力やその他さまざまな条件に支えられた動的平衡である可能性が高い。そんなことは自分自身の日常を振り返ればだれでもわかることだ。みんな毎日が大変であり、ぎりぎりであり、常に破綻の瀬戸際にある。現状維持は死を意味する。もしそうでなければ、資本主義社会なんて成立するわけがない。それ以前に人類社会がこれほどダイナミックで多様なはずがないし、そもそも人類はアフリカのサバンナから出なかつただろうし、たぶん滅亡していただろう。そしてより精神的に不安定で可変性に富む別のホモ属が世界を制覇していただろう（ちなみにいわゆる未開社会も全く定常的ではないことが知られている。それらの社会でも人は日々争ったり協調したり謀略を巡らしたりするのに忙しく、常に頭脳をフル回転させないと生き残れない。戦国時代の日本が全く定常社会でなかつたのと同じである）。以上が正しければ、精神の不調や破綻は常にだれにでも起こりうる。それは人類という生物種としての「仕様」であり、何人たりとも逃れることはできない。確かに企業の衰退や破綻にありがちなパターンがあるように、精神の不調や破綻にもパターンがあり、それを分類することは可能であろう。しかし資本主義の荒波にもまれる企業の命運があらかじめ決まっていないうように、人間関係の荒波にもまれる人の心の行方もあらかじめ決定されていないと思われる。この場合、予後から病因を決定する危うさは理解できるだろうか。勝負は時の運であって、たまたま不運が重なって敗北するということはある。何かの拍子にスランプに陥り、そこから抜け出せないこともある。鋼のメンタルというものは存在しないので、負けが負けを呼んである限界を超えれば誰でも再起不能になる。たしかに遺伝的に弱いメンタルというものはあり、そういう個体が精神疾患になりやすく予後が悪い傾向があるだろう。しかし予後から病因を決定するのは悪しき結果論に他ならない。不安障害だってうつ病だって治療が下手糞だと何十年もこじれることがあり、その場合は精神症状が出たり人格水準が低下することが多い。30～40代

まで普通に働いていたサラリーマンが、引きこもりになって長年経過すると、やはり精神症状が出たり人格水準が低下し別人のようになることがある。彼らを「もともと統合失調だったのだ」とエビデンスもないのに断定するのは、全く科学的態度ではない。そもそも精神疾患、つまり社会機能の障害を、進行麻痺やクレチン病のような脳病と決め打ちし、あらかじめ経過と結果が決まっているに決まっていると思っているからこういう粗雑な議論ができるのだ。科学者たるもの先入見を排除し、色んな可能性を排除しないことが求められるのに、クレペリンは明らかにその要請にこたえていない。

ここでクレペリンやヤスパースなどの一味が、本当はなにを目的にしていたのかを考察する。本稿は現代精神医学の批判を目的にしており、そのためにはその基調となっている精神病理学を精神分析する必要がある。そのためには精神病理学の創始者と大成者の両名を「単なるあほだった」で済ませるわけにはいかない。それは説明の放棄であって、自分の理解できない人を安易に脳病だの了解不能だのと言う彼らの愚を嗤えなくなってしまう。ヤスパースは「患者さんの思っていること以外は了解したらダメだよ。人の真の意図とか隠された動機を洞察しちゃったらいけないよ」と言う意味のことを言った。そういうのは「かの如き了解 Als ob Verstehen」と言って大変良くないのだそうだ。精神医学事典によると了解 Verstehenとは「精神的なものを内的、直観的にとらえること」だそうだ。ふつうに他人の心を読むと言う事であり、他人の言い分を聞くということではない。なのに相手の意識していることしか了解してはならないと言うルールは明らかにおかしい。「この人は口ではこういっているけど、あんなこともこんなこともしたし、態度がキョドっているし、実は違うことを思っているに違いない。だとすれば次に打つべき手は何だろう」と言うような思考は、小学生でも日常的にしていることであり、対人関係に不可欠である。それを禁じるかのようなヤスパースの発言は、かの如き了解を駆使して了解すれば、フロイトへの嫌味というよりも、単に自分の真意を洞察されなくなかったということだ。そう思わざるを得ないほど、彼といい、クレペリンといい、記述的精神病理学者の言動は不審すぎるのだ。脳病と言ひ、内因と言ひ、客観科学にあるまじき先入見にまみれながら、我こそは先入見なしに客観的に精神を記述できると豪語するところからして尋常ではない。再び問う。彼らはあほなのか。否。いろいろな情報を総合すると、彼らは精神病の解明を目指していたのではなくて、最初から別の意図があったのだ。結論から言うと、彼らは啓蒙思想家の成れの果てであった。

西欧は、自らのキリスト教信仰から自らを解放しようとして、ルネサンス期ころからずっと苦しみがいてきた。自らの信仰とはいえ、中世ヨーロッパのキリスト教支配は、暗黒時代と呼ばれるようにあまりにも非人間的だったからだろう。西欧人は、キリスト教からの解放のためには、唯一絶対性と万能性を神から人間の手に奪還せねばならないと考えた。その発想自体が一神教に囚われていて、唯一万能にこだわりすぎであるが、西欧人は「全か無かの思想」しか知らないようだ。17世紀末から18世紀にかけての啓蒙時代は、神と人との一騎打ちの時代だった。啓蒙とは蒙を啓く、つまり神頼みの蒙昧な状態に理性の光を投げかけると言う意味だ。啓蒙思想とは人間の理性を絶対視し、理性の力で神の超自然的な力を一掃し、人間が神に代わって世界を支配するというムーブメントである。これはその後も西欧社会の基調となり、今なお続いている。例えば民主主義も人権思想も平等主義も、万人が理性というスーパーパワーを等しく分有しているという前提で成り立っている。啓蒙思想は理性の独裁を謳いながらも、実際は裏返しの一神教であり、キリスト教の神にかわって人間を神格化する宗教運動でもあった。フランス革命において、キリスト教に代わって理性教が創始され、「理性の女神」に選ばれた生身の美女が

崇拜されたように（ちなみに彼女は娼婦だった）。啓蒙思想家にとって人間はあくまでもどこまでも理性的・合理的でないとはいけない。しかも教育によって幾分そうなるのではなく、生まれた時から完全無欠にそうでなければならない。人間は神でなければならないからだ。さもないと神の反撃を許し、暗黒の中世に逆戻りしかねない。彼らにとって最大の脅威は、人間の内なる反理性、非合理性、つまり狂気であった。神であるはずの人間に、そのようなものは存在してはならない。とくに精神病の存在は啓蒙思想に対する重大なアンチテーゼになるので、絶対になかったことにしなければならない。17世紀後半にイギリスに興った啓蒙思想が100年遅れて波及したドイツでは、19世紀になっても20世紀になってもそのような「宗教的熱意」が知識人を中心に色濃く残っていた。その中の一人がE. クレペリンだったと思われる。彼は精神病を分類すると称して、精神病は生まれつきの脳の欠陥であって、正常な人間とは全然関係のない例外にすぎないという政治的キャンペーンを行った。精神病者は異質である。われわれと同じ人間ではない。ミュータントである。怪物である。彼らが狂っていることと、われわれが神の如く理性的であることは全く矛盾しない。彼らはわれわれとは質的に隔絶した、別種の生物なのだから……。そのような差別主義の塊のような「学説」により、彼は自分を含む人間（特に白人男性）の名誉を守ろうとしたのだろう。上に詳しく書いたように、その学説は科学の名に値しないドグマに過ぎなかったが（もともと宗教なのだから当然だが）、自分の内なる理性を絶対視したい西欧社会の思想的ニーズにマッチして一世を風靡した。実はクレペリンとは全く逆のアプローチのフロイトもやや遅れて一世を風靡したのだが、あまりにも人間の暗部と恥部を暴きすぎて西欧文明自体を敵に回してしまい、やがてすたれていった。

精神病理学は、学問を装った政治的宗教活動であり、その目的は精神病の解明ではなく、西欧文明と西欧人のプライドを擁護することであった。西欧人は唯一絶対の神のようなものを常に必要とする人たちなので、その神を殺して人間の内なる理性を絶対化した以上、内なる狂気を合理化ないし否認せざるを得なかった。これは西欧人の自我の安定がかかっているので科学よりも人道よりも優先度が高く、どんな非科学的で非人道的な屁理屈でもいいから、とにかく自分たちの狂気を自分たち以外の何かのせいになければならなかった。近代西欧人にとって狂気は絶対に正常心理の延長であってはならず、正常とは隔絶した脳病のせいではならなかった。あるいは汚れた血のせいでも良い。とにかく狂気の責任を転嫁したい。そして自分とは無関係として切り捨てたい。そのようなニーズにこたえて生まれたのが精神病理学という物語だった。つまり精神病理学は、自己神格化という与太話に活路を求めた西欧文明の、ボロを隠すための合理化であった。筆者は非西欧人だから気軽に与太だのボロだの言えるが、西欧人にとっては存在のかかった必死の自我防衛なので、どんなに論理的に批判されようが反駁されようが絶対に撤回できないのであった。それ自体一種の狂気である。このような経緯により、精神病理学はその始まりから差別主義的で優生学的であった。ナチスとの相性はもともと抜群に良かったのだ。1939年にT4作戦としてドイツ第三帝国で始まった精神障害者等の「安楽死」は、1941年のヒトラーによる中止命令の後も、ドイツの精神科医と看護師らの手でより大規模に続行され、20万人が犠牲となり、ホロコーストの先駆けとなった。K. ヤスパーズが「かの如き了解」（批判的洞察）を禁じた理由は、かの如き陰惨な精神病理学の正体を隠蔽するためであった。

以上の批判は筆者の個人的な好き嫌いの問題ではない。精神病理学、とくに記述精神医学は、ナチスの「安楽死」を別にしても、実際に精神医学と精神障害者とその家族に甚大な被害を与えている。これ

以上の被害の拡大を防ぐために、精神病理学によって具体的にどういう問題が生じたか、また生じつつあるか、以下に列挙する。

①精神医学を100年停滞させた。精神病理学がなければ、精神病は脳病ではなく、誰にでも起こりうる生理的ないし心理的ないし社会的現象としてイーブンに捉えられた可能性がある。認知症や他の生活習慣病のように。そして一般人や当事者や生理学者や心理学者や社会経済学者の知恵を借りて、今頃は解決していたかもしれない。少なくとも脳病とか内因とかありもしない原因追求に100年以上無駄に費やすことはなかっただろう。脳病説や内因説はいくら反証しても「まだ真の原因が見つかっていない」としてゾンビのように生き返る性質がある。世界中の共産国がことごとく失敗しても、「あれらは真の共産主義ではない」としていまだに左翼思想が健在なのと同じである。史的唯物論が科学ではなかったように、この手の反証不能のドグマは科学ではないので、脳病脳病脳病、内因内因内因と呪文のように繰り返すばかりで、進歩とは無縁である。最初から結論が決まっていて、現実からのフィードバック（反証）を受け付けないからである。

②精神疾患は不治の脳病なので何をしても無駄、という誤った悲観論を世間に植え付けた（実際は非常になりやすいが非常に治りやすい）。これが患者とその家族をどれだけ絶望させ、士気をくじき、予後を悪化させたか測り知れない。全ての病気に言えることだが、精神疾患では特に、当事者自身の工夫と改善の積み重ねが最も重要である（ちなみにこういう現場の工夫を洗練して体系化したのが認知行動療法だ）。トヨタのカイゼン運動と同じく、医療においてもボトムアップは問題解決のカギなのだ。だから中井久夫が言うように、患者と家族のモチベーションを鼓舞することが医者仕事の第一歩なのである。精神病理学は根拠なき生得説でこの貴重な治療のボトムアップインフラを破壊した。万死に値する。

③精神科医と患者との関係性を破壊した。精神病が了解不能なものとして定義されたので、精神科の業界では、いつしか了解不能の部分が患者のエッセンスと見なされるようになった。患者の了解可能な部分（健康な部分、人間的な部分）は非本質的なノイズとして切り捨てられた。用があるのは患者の病理だけで、患者本人には用がないと考える精神科医ばかりになった。まるで画像と神経学的兆候だけ見て患者を見ない神経内科医のように。このような医者の態度は非治療的なのはもちろん、精神医学（と神経内科学）の学問的停滞や魅力低下の元凶になっている。アメリカでは精神科医の精神恐怖症（Psychiatrist's psychophobia）とよく言われる。精神科医が患者の精神に対峙する気力と能力を失い、治療の実権をセラピストに奪われつつあることを指している。かの国では精神科医は薬だけ処方する自動販売機のようなものになり、医学生就職人気も年取もダダ下がりだそうだ。その原因は、精神病理学が精神医学を役立たずの形而上学にしたせいだと思われる。少なくともかつて京都大学において Psychiatrist's psychophobia が顕著だったのは、精神病理学的スノビズムが大いに関係している。

④前項と被るが、精神科医と社会の患者差別を助長した。既述の通り、精神病理学は精神障害者の絶対的異質性をセントラルドグマとしているから、差別を助長しないわけがない。というか差別が目的なのだ。人間（診断する側）の理性の絶対性を防衛するために。つい最近まで精神科医の仕事は、精神障害者を治すのではなくて「いかに正常とは隔絶した異常者か」を証明（記述）することだった。ちなみにDSMは記述精神医学に範を取りながらも、その18世紀的理性崇拜の弊害を消すべく努力している。病因論を含め全ての説明原理を排除したり、全てのエンティティの定義に「症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている」という基準を導入したり、スペクトラム方式を拡張し正常者との連続性を強調した。脳病とは限りませんよ、内因性とか

知りませんよ、精神障害の定義は精神の障害と言うよりも社会機能の障害ですよ、正常と障害の間には程度の違いしかありませんよ、と言う立場を取った。精神病理学者にはおおむね不評だが、これによって確実に患者差別が減ったと思われる。その代わり患者の激増と社会問題の精神医学化という別の問題が発生したが。DSMは研究や統計や保険行政手続き上のマニュアルであって精神医学の教科書ではないが、それでも「科学的に存在が確定した精神疾患はほとんどなく、たぶん実際にも存在しないから、細かい分類は無意味」という所まで突き抜けるべきであった。

⑤とにかく患者を治さない。治せない。精神病理学の実践性のなさ、治療的無力さは異常である。精神病理学が精神疾患＝原因不明の脳病＝不治の病というお墨付きを与えたせいで、精神科医は何もできないし何もしなくていい仕事となった。精神病院は長らく患者の治療施設ではなくて隔離収容施設であった。少し前までは単科精神病院の医者担当入院患者は100人とかがざらであり、全然治す気がなかったとしか思えない。故武見太郎日本医師会会長が日本の精神病院を「牧畜業者」と言ったのは、事実そうだったからである。墮落した民間精神病院とは違って、ちゃんとした大学病院ではちゃんと治療していた、というわけでもないのは上述の通り。もともと正常人が何かの拍子に病気になる、という常識的な疾病観を排除し、「精神疾患に限ってはもともと異常であって、正常からの移行ではない」とされたために、患者の正常心理という最大の治療資源をないがしろにしたせいだと思われる。経営不振の会社に就任した新社長が、社員一同を前にして「お前らが生まれつきダメだから会社がだめになったのだ。打つべき手は何もない」と言い放つようなものだ。優れた社長は、ダメな会社のいい部分を最大限活用して経営再建するものであるし、たとえ社員が全員ダメであっても、創業の精神に立ち戻ったりして何とかするものである。精神病理学は、そういう現実的なマネジメントを頭から無駄と決めつける論理構成なので、反治療的体質を有していると言わざるを得ない。

さて、ここまで精神病理学（正確に言うと記述精神医学）のことをぼろくそに書いて来たが、100年以上の営みが全部無駄と言いたいわけではない。人間学的精神病理学（人間学派）は、精神病理学の非人間性への反省に立ち、「病者をもっと全体的、人格的、状況的にみていこうとした」（精神医学事典より引用）。その洞察には見るべきものがあると思う（たぶん。筆者には難しすぎて全然わからないが）。しかし、いかんせん傍流にとどまり、グリーンジガーの「精神病は脳病である」というテーゼを超克するには至らなかった。人間学派はグリーンジガーの直系の子孫である生物学的精神医学に押しのけられ、フロイトの精神分析の後を追うように衰退していった。彼らの業績は、天動説に立ったティコ・ブラーエの膨大な観測データが弟子のケプラーによる地動説の樹立に役立ったように、いつの日か精神医学の革新に資すると信じた。他に精神病理学を評価すべきとすれば、やはりDSMを生んだことであろう。精神疾患が実在するかどうか知らないが、とりあえずパターン分類して名前を付けないと治療、研究、実務が進まないことは事実だ。人の名前がその人物の本質や本性ではないが、とりあえず名前を付けないと大変不便であり、世の中が成り立たないのと同じだ。精神医学にも、メートル法のような国際標準規格は実用上どうしても必要である。臨床的にも、暫定的な診断名は治療の見通しを得るうえで必要である。それを提供したのは偉大な功績と言ってよいと思われる。



ハナニラ（京都府立植物園、R2.3.25）

精神病理学の批判はここまでとして、他人をばろくそに言った以上代案を出さねばならないと思う。「精神病は脳病である」という精神病理学の、そして現代精神医学のドグマに代わる精神疾患のモデル構築は可能だろうか。先述の通り、精神病という現象（コト）の説明に脳病という実体（モノ）を持ってくることにそもそも無理があった。治療的にもほとんど打つ手が無くなり、頭をカチ割ってそのモノを取り出すとか断種するとか不毛な発想しかなくなってしまう。精神病という出来事は出来事として定義すべきである。精神病において確実に実際に起こっている出来事はなんであろう。「狂気」や「了解不能性」は単なる価値観の相違かもしれないので確実ではない。K. シュナイダーの1級症状のごとき精神症状も精神病に特異的ではなく、解離性障害でも見られるので、誰にでも起こりうる心的反応かもしれない。患者の発言や内的経験は何であれせいぜい中等度の確実性しかなく、学問の基礎に据えるのは危うい。精神病において確実に起こっているといえるのは、社会的機能の低下、または社会不適応しないのではないだろうか。実際問題として信頼のおけるバイオマーカーが見つかっていない以上、外的に確実に観測可能である「社会的機能が損なわれていること＝事例化したこと」を精神病の唯一の定義とせざるを得ない。既述のようにDSMも「症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている」という事を全ての精神障害の必須の条件としている。確かに、これだけだと精神病も神経症も発達障害も知的障害もいっしょくたになってしまうのだが、脳病などの実体的本質をあらかじめ措定するよりましである。あえて本質を抽出するなら、「精神疾患とは、個人の人格と社会との止揚の失敗である」と考える。もっと平明に言えば人生が上手く行かないことである。精神疾患を、エビデンスも何もない「モノ」としてとらえるのではなく、実際に起こっている「コト」としてとらえるのだ。この立場は新しい単一精神病仮説とも言えるし、全例がケースバイケースなので精神疾患概念の否定ともいえる。離婚が離婚病と言う単一の病気によるものではないように、不幸な家庭が皆それぞれに不幸なように、個々のケースが全てユニークであって、疾患分類自体あまり意味がないということだ。哲学者の石原孝二は、精神疾患の「原因」の探求が進まない理由として5つの可能性を呈示した。その1～4は省略して5番目の説明モデルを引用する。

「(5) 同一の症候群（精神障害）という考え方がそもそも不適切であり、それぞれの症候群は、非常

に多様なものであって、カテゴリー化できるものではない。その場合、個々の精神障害をカテゴリー化することは不可能であり、精神障害は個別（個人）のレベルまで解体されるということになる」（「精神障害を哲学する」石原孝二 2018年 248ページ）。

石原によると、このモデルに親和性の高いのはイタリアのトリエステモデルとオープンダイアログだそうだ。筆者はこの2つとも今から勉強するところだが、とにかく筆者と似た考えを持った哲学者が1名と、精神科医グループ2つが世の中に存在するらしい。これは筆者にとって心強いことである。これに力を得て以下の仮説を提示する。

大きく言えば人類の進化は文化との闘いであった。人類は、自らの生み出した文化によって淘汰選択されて、他に類を見ないユニークな種となった。ヒトの犬歯が小さく、噛む力が弱く、消化管が短いのは、火で肉を調理して食べることへの適応であり、火を起こす技術や使う文化とセットになっている。ヒトが異常に長時間の走行が可能なのは、解剖学的に長時間走行が難しい四足動物を、何日でも追跡して狩るためと言われる。しかしその能力を発揮するためには「水筒」が不可欠であり、水筒を加工製造可能な文化とセットになって進化した可能性が高い（「文化がヒトを進化させた」ジョセフ・ヘンリック 2019年）。

文化による選択は現在も進行中と思われる。なぜなら遺伝子の進化より文化の進化のほうがはるかに速いからだ。例えば、ITに対する学習障害のある個体は、今後100年以内に淘汰されるだろう。10万年ほど前に、音声言語を学習困難な個体が一掃されたように。現在世界的に文盲が激減していて、遺伝的な書字読字障害に淘汰圧がかかっているように。一個人レベルでも、文化（社会）への適応は決して遺伝的に保証されておらず、個人的な必死の努力と、周囲のサポートと、運によってなんとか形にしているのが実情ではないか。人類は既に文化に適合する方向に相当特殊化しているとはいえ、個々の赤ちゃんにとって、成育社会への適応は本質的に危険な挑戦である。遺伝的に正常だからと言って成功するとは全く限らない。他の生物種において、雌雄一組から生まれた子孫は、遺伝的で正常であっても平均2匹しか生き残らないように。われわれは構造的に文化的社会的淘汰圧に曝されており、不幸にして淘汰された場合、精神構造（自我）及び環境の変更によって再適応に成功するか、さもなくば精神疾患に陥ると考えられる。

ここで文化への適応、社会への適応とはなにか考察しよう。持って生まれた素因、あるいは初期の成育環境に培われた人格が、本人の意識的努力や決断によってダイナミックに変化しつつ、これもまたダイナミックに変化し続ける社会と相互作用し、サステナブルなウィンウィン関係を築けるかどうか。短く言うと、個人と社会という異なる二つの論理の止揚に成功するか否か。もっと短く言うと、この世界に居場所を見つける（または作る）ことができるかどうか。このことの成否は、その人の遺伝子とは無関係ではないけれど、遺伝子だけでは決定されないし説明もできない。たくさんのスタートアップ企業の中からどれが生き残って発展するかということと同じくらい、森羅万象が関わっているからだ。まさにバイオ＝サイコ＝ソーシャルモデル（エンゲル、1977年）のような多元主義を持ってこざるを得ない。念のため付け加えると、筆者は社会ダーヴィニズムとか進化心理学的主張をしているのではない。ここでいう社会適応は生殖率を高めるかもしれないが、現実問題として美男美女は生殖成功率が高いので精神疾患にならないわけではないし、生涯未婚の男女や不妊症の男女が精神疾患になるわけでもない。強姦魔でも精神疾患の人はいるし、シングルマザーは残念なことに未婚女性より精神疾患の有病率が高い

ようだ。巨視的にはともかく、臨床レベルでは精神疾患は生殖の可否とは関係なく、むしろ自分の文化的遺伝子（自我）が社会に容れられず、他者に伝達されなかったことへの反応のように見える。A. マズローの言う承認の欲求や自己実現の欲求の不充足に対する反応と言ってもいい。このことは精神疾患が生物学のレベルではなく、文化のレベルで生じていることを示唆するが、ここでは深入りしないことにする。

筆者は、ある人の自我（自己、人格）と社会との止揚が失敗に終わり、かつ失敗が失敗を呼ぶような負のスパイラルに陥り、適応不全が持続する状態が精神疾患だと考える。遺伝的関与はあってもなくてもいい。従ってすべての精神疾患は適応障害である。狭義の精神病はその劇症型であって、異文化ショックに伴う急性精神病状態がその典型例である。DSM5があっさり片付けてしまったように、統合失調症は、急性精神病を含む統合失調症スペクトラム障害の特殊な1型にすぎず、別に精神病の代表ではない。筆者の見解では、近代工業化社会という人類史上もっとも狂暴な文化への適応を余儀なくされた人類が、近代初期～中期にかけて多発させた心因反応の一種が統合失調症である。この病気が存在が知られたのは19世紀に入ってからであり、クレペリンによって早発性痴呆として概念化されたのが19世紀末であった。人類が近代社会に充分習熟するまで再発性、慢性の経過をたどりやすかったが、20世紀後半には軽症化し、21世紀に入ると発症者が激減している。そのうち消滅するであろう。これは保因者が淘汰されたせいというより、人々の近代社会への対処法が成熟し、社会の方も人々をクレイジーにしない方向に進化したからであろう。薬物療法の普及もちょっとは関与していると思うが、それでは新規発症者が減ったことが説明できない。

以上の精神疾患に関する仮説は荒唐無稽にすぎないだろうか。少なくとも脳病仮説より優れている点は、第1に脳病あるいは内因という未知のファクターXを導入せず、既知の事実だけで組み立てられていること。第2にそれゆえ反証可能であること。第3に個々のケースが全てユニーク（唯一無二のごと）という立場なので、分類が不要であり、分類カテゴリーの実在性について不毛の議論をする必要がないこと。第4に治療指針として極めて明確なことである。なにしろ精神疾患は全部適応障害なので、生物学的、心理的、社会的その他動かせるパラメーターは全部動かして、社会適応を図ればよい。ここで注意しなければならないのは、社会適応とは社会的成功という意味ではなく、個人と社会との止揚、あるいはすり合わせを意味する。当事者の素因や個性や希望を殺して正社員や公務員や専業主婦にするのはアウフヘーベンではない。当事者と治療者と社会（家族、教師、福祉行政関係者など）の3者が緊密にコミュニケーションを取り合って、現実的なソリューションを見つけるとのことである。当事者の人生をデザインすることまではいかずとも、最低限の出口戦略は立てないといけない。その際必要なのは、気付きと改善である。あらゆる問題とあらゆる治療資源とあらゆるチャンスについて、3者で頭を付き合わせて検討し、あらゆるアイデアを絞り尽くし、暫定プランを作り、それを試し、失敗点または成功点を評価し、次の暫定プランに活かす。日本の製造業のTQC（品質管理）サークルで使われているPDCAサイクル（Plan-Do-Check-Act Cycle）というやつである。PDCAサイクルの欠点を潰したOODA（ウーダ）ループというのもあるそうだ。精神科臨床に必要なのは抽象論や精神論ではなく、むしろ工学的なエンジニアリングである。あるいは戦略・戦術論。

「姑息の治療は無効」という考えは幻想にすぎないことに注意。というか精神疾患の根本的原因は存在しないので、原因治療というものも存在しない。経営や戦争と同様に、治療に王道はなく、やるべきことは戦略的姑息治療しかない。あらゆる工夫を重ねて当事者よし、治療者よし、世間よしの三方よし

の方向に持って行けばいい。おおむね三方よしが達成できれば、症状の消失はあってもなくてもいい。最後に付け加えねばならないのは、ここでいう精神疾患（持続的社会機能または適応不全）に陥るかどうかは別に、グリージンガー的な脳病と言えるものは存在する。知的障害、発達障害、認知症がそれである。それらが結果として精神疾患に結びつきやすいのは当然である。その場合であってもやることは同じだ。当事者と、治療者を含む社会との共存共栄を目指す。最低限、両者の持続可能な関係を構築する。そのために細部にこだわり、大局にも目配りし、当事者だけではなく治療者を含む周囲も変わっていかねばならない。それ以外の正義はない。

（補遺）

筆者が豊郷病院精神科に2019年8月に赴任して1年4か月が過ぎたが、その間に筆者が担当した新規入院患者の治療実績を開示する。

延べ新規入院患者数	83名
内、退院した者	71名
（内、改善なく退院した者	4名）
内、最近1年4か月内の再入院者	8名
（内、最終的に軽快退院した者	6名）
内、死亡者数	5名
現在入院中の患者	12名

月に5.18名の新入院患者を担当し（15～90才、ほとんど医療保護または措置入院）、平均約3か月で退院させている。新規入院患者83名の予後の内訳は、死亡5名、再入院8名、退院71名（うち軽快なく転退院した者4名）、現在入院中12名。退院率85.5%。現在入院治療中を除くと治療成功率84.5%。退院先は自宅が最も多く、次に施設で、転院は少数にとどまり、ほぼ全員外来フォロー中である。1年4か月以内の再入院率は9.6%と非常に低い。つまり治療のクオリティーは高い。筆者の精神疾患論はともかく、少なくとも治療論は机上の空論ではなく、実際の臨床で十分に機能していることを示せたと思う。



コパノミツバツツジ（京都府立植物園、R2.3.28）

発達障害患者の青年期における排泄行動変容 ～看護師のかかわりと発達段階における退行現象の意味と理解～

公益財団法人豊郷病院精神科3-6病棟

金丸 貴行、林 こず恵、小野 将之

KW：発達障害・排泄行動・退行・かかわり

I.はじめに

近年、発達障害の学童数は増加傾向にあり、2012年文部科学省の調査によると軽度発達障害の学童が通常学級に6.5%（約15人に1人）在籍していると言われている。発達障害の子どもは場の空気を読んで行動することや、相手と適切な距離をとって接することが苦手な特性があり、その特性を理解されず不適切な対応を受け、うつや強迫症、統合失調症やパーソナリティ障害などの二次障害を呈するケースもあるという。そのため発達障害にかかわる看護師に求められるニーズや担うべき役割は大きいと言える。

これまで、当病棟では統合失調症や双極性障害、認知症患者が多く入院しており、勤務する看護師はこのような患者に対するかかわりや看護については習熟しているが、発達障害児については知識も浅く経験不足であり、看護師によって、かかわりや対応方法が異なり統一されていない状態であった。

現在入院中の、発達障害の診断を受けた青年期の女性は、小学校まで定型発達であったが、その後発達障害の特徴であるこだわり・落ち着きのなさが顕著になり自傷や他害、セルフケアレベルの低下などの二次障害が悪化していった。このケースをマズローの欲求5段階の低階層である生理的欲求（排泄行動）に着目し、フロイト、エリクソンの理論を用いて発達障害児の行動変容に向けた看護実践を振り返り、今後の支援のあり方を検討したのでここに報告する。

II.研究目的

事例を振り返り、看護実践の中でどのようなかかわりが排泄行動の変容につながったのかを明らかにする。

III.用語の定義

発達障害：本研究では自閉スペクトラム障害を示す。

退行：心理学において防衛機制のひとつであり、自我を一時的または長期的に発達段階の初期に戻してしまうこと。

かかわり：看護師と発達障害児との言語的・非言語的なやりとりや相互の行動、対象者の反応などを通し、看護師が感じ考えたことを含む。

IV.研究方法

1. 研究デザイン：排泄行動について、A氏と看護師相互の言動、看護師のかかわりと、その反応をカルテより抽出し内容を分析した。

2. 研究期間：2018年7月12日～2018年9月3日までの2か月
3. 患者紹介：A氏、10代、女性、自閉スペクトラム障害。家族構成は、父・母・妹と本人4人の核家族。乳児期は啼泣が多かったが、絵本を見せると集中して読んだ。幼児期より勝ち負けに固執すること、奇異行動や相手の気持ちを読みとれないことがあった。小・中学校は普通学級に通学したが衝動行為やパニックを頻回に起こすようになり、高校を機に養護学校へ入学する。しかし、一層こだわりが強くなり周囲との調和が保てず、自傷行為や他害が出現し家庭での対応が困難となったため、入院となり現在に至る。入院時家族からの聞き取りと、入院中のA氏より得た情報から、幼児期は言語による意思疎通が可能で、習い事のエレクトーンもそつなくこなせていた。しかし、本人は友達とは違う『何か』をこの時期から感じていたという。そして、学童期より急激に退行し食事・排泄面の日常生活ができなくなった。発語による意思疎通はできないが50音表にての意思疎通はできる。

V.倫理的配慮

対象者および家族へ、研究の方法、目的、研究期間、参加の自由意思、不利益は生じないこと、個人情報取り扱いについて記載した書面を用いて口頭で説明し、同意を得て実施した。また、所属施設の倫理委員会の承認を得て研究を実施した。

VI.研究結果

(入院時)

入院後の経過は、自傷他害と衝動行為を認めたため静穏な環境を提供する目的で保護室に入室した。本人の下着はパンツと尿取りパット（以下パット）であった。本人は話せないため尿意・便意を感じてもすぐに周囲に伝えられなかった。看護師が巡視に行くと、気配で気づき発語はないがジェスチャーで股間を指し示すなどの意思表示はできていた。排尿があったかを看護師が確認すると頷く。排便があった場合は、便を手に取り、手に持った便を壁に塗る等の弄便が見られた。その時の看護師の対応は、「いっぱい便出たね」と受容し「きれいにしようか」と肯定的な言葉がけをし、弄便に対する否定的な対応・発言はしなかった。新しいパットを渡すと、パットを噛み感触を確認してから装着するといったA氏の中で決まった手順があった。

排尿・排便後の不快感は看護師に伝えることはできていたが、終日保護室対応中、便意・尿意の有無は発語ができない等の原因で不明であった。

(入院10日目)

終日保護室対応から総室への時間開放観察に変更となる。そのタイミングで弄便に対するカンファレンスにてトイレトレーニングをする方針を立てた。内容は、看護師が時間を決めてA氏をトイレへ誘導し、排泄をするように促すこととした。トイレ誘導すると、拒否せず応じることが出来た。そして便座に座ることはできるが自立排泄はなく、排泄行為に集中できず、トイレトペーパーで遊ぶ行為等が見られ、排泄行為以外のことに誘引される状態であった。誘引されている状態の時に看護師は、「トイレトペーパーで遊ばずおしっこしましょう」と声掛けするが、A氏は話題を逸らし、看護師に笑顔でいるように頬を触る行為等がみられた。

養護学校教諭の情報では、就学時にも時間を決めトイレ誘導を行っていたが、自立排泄はできなかったとのことであった。

(入院17日目)

この日より、隔離終了となる。再度トイレットトレーニングについてのカンファレンスを行い、看護師からの声掛けだけでなく、A氏自ら尿意・便意があれば伝えるように方針を変更した。A氏からは、「次、トイレいつ?」とトイレ時間を確認する自発的表現はみられたが、自立排泄をトイレではできなかった。その後、弄便はあったが、看護師が後始末を行う姿を見てA氏も一緒に手伝う行動がみられるようになった。弄便に関しては、入院2か月で消失した。

VII. 考察

(入院時)

フロイトは「排泄に関して大便是汚いものではなく、自分に付属している身体の一部とみなし、子どもには貯めたり、出したり、眺めたりして楽しむ時期である」¹⁾、また、アンリ・ワロンは「子どもにはフロイトが言う口唇肛門期が存在し、何でも口に持っていき口でためしたり、自分がした糞便に夢中になる時期がある。口と肛門は子どもを没頭させる感覚の座である」²⁾と述べている。このことから、A氏が排便をした際に弄便行為を行うという行動は自分の手に便を塗って感覚を楽しむ行動であり、看護師に便を差し出してくる行動は、私たちにとってみれば便は汚物としか考えないが、A氏にとってみれば生産する大切な物・身体の一部とみなし自分の大事なものであったと考える。このことから発達段階は実年齢に合ったものではなく、発達段階は初期の口唇肛門期まで退行していたと考える。この時期は人との信頼関係を確立する重要な時期である。弄便がA氏にとってのコミュニケーションツールと考え、相手は自分の行いに対しどう受け止めてくれるのか弄便することで確認していたのではないかと考える。

看護師の対応としては、叱ることや否定をするのではなく「いっぱい便が出て良かったね」と肯定的な言葉掛けをした。自分自身も便を失敗したと考えるのではなく大切な物をプレゼント出来たと、自信に繋がり次のトイレットトレーニングへの足掛かりになったのではないかと考える。

(入院10日目)

エリクソンは「乳児期の発達課題は信頼対不信である」³⁾としている。安心感のある一貫した養育者の態度によって、乳児が養育者に対して肯定的な像を持つことができれば、人間に対する基本的な信頼関係を形成すると同時に、自分への信頼とさまざまな能力への信頼を形づくることができる。しかし養育者との関係で不快感や不安感が先行すると他者のみならず、自分自身への不信感を抱くようになる。こうした危機的状況を克服すると、人生に対する「希望」を抱き自信と可能性をもつようになるとも言われている。今回、弄便についてその都度受容し、肯定的な言葉がけやかかわりをしたことでA氏との信頼関係の構築と、安心感をはぐくむことに繋がったと考える。また看護師とのかかわりの中でA氏の自己肯定感が高まり健康的な発達が促進されたことで弄便が消失し、自発的に自立排泄に取り組むことができたと考える。

また、トイレットトレーニング時に看護師の言動に対して話題を逸らし看護師の頬を触り笑顔でいるようにする行動は、A氏に対して肯定的なかかわりを継続したことで、「この人には甘えてもいい」「わがままを言っても許してくれる」という安心感や信頼感が看護師とA氏との間にコミュニケーションを通して確立できたため、そのような行動に至ったと考える。

(入院17日目)

看護師がA氏の行動に対して受容的にかかわることで、「この人には甘えられる」という安心感・信頼感が与えられて健康的な発達段階を踏む事が出来た。そのことによりA氏自身の自立心が芽生えたのではないだろうか。その結果、A氏から「次トイレいつ？」という自発的表現や看護師が便を後始末する行動を手伝うようになったと考える。

VIII. 結論

青年期発達障害の患者の行動変容を促すには、

- ①患者との信頼関係を確立する。
- ②A氏の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すことが効果的であった。

謝辞

今回、研究を行うにあたりご協力いただきました患者様、ご家族様、ご指導いただいた皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) ジークムント・フロイト：撰集5 改訂版、性欲論、日本教文社、1969
- 2) アンリ・ワロン：児童における性格の起源 明治図書、1974
- 3) 藤丸 成：実践・精神科看護テキスト第15巻 児童・思春期精神看護、精神看護出版、2008

参考文献

- 1) 戸田由美子：看護者の捉える精神疾患患者の退行、高知女子大学看護学会誌、30：60、2006
- 2) A. H. Maslow: A theory of human motivation. Psychological Review 50：370, 1943
- 3) 渡辺俊之：ケアを受ける人の心を理解するために、中央法規、2008
- 4) 小林隆児：関係の病としてのおとなの発達障碍、弘文堂、2018



エビネ（京都北山、R14.23）

精神科での心理社会的介入の充実化の試み

公益財団法人豊郷病院医療技術部
(公認心理師)

木津 賢太

I. 問題と目的

1. 患者の増加

当科では、外来診療体制が2015年から2診制から3診制となった。それに伴い、外来患者数は増加している（図1）。また、入院診療では、2018年に精神科急性期病棟への変更によって、病棟稼働率もまた上昇している（図2）。このように患者は増える一方で、精神科デイケアなど心理社会的な介入体制は減少しており、医師や看護師の負担が増加しているのではないかと考えられる。したがって、患者の増加に見合った心理社会的な介入体制を整えることが早急の課題であるといえる。

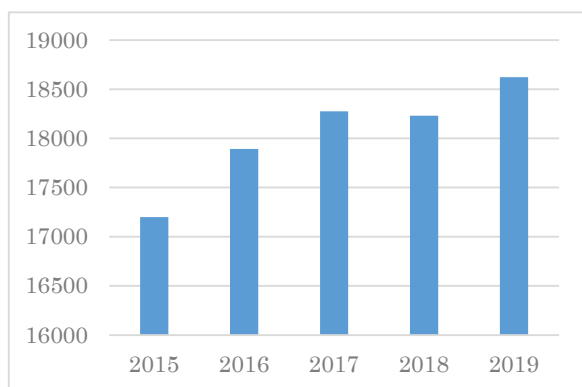


図1 外来患者数の推移（人）

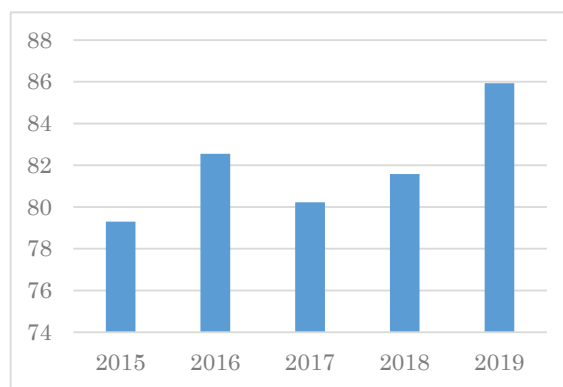


図2 病棟稼働率の推移（%）

2. 精神疾患と心理社会的要因の関係

諸説あるが、一般的な精神医学では、精神疾患は生物的要因、心理的要因、社会的要因の複数の要因から引き起こされるという仮説がある（鈴木2016）。これは、精神科医のジョージ・エンゲルが1970年代に提唱した生物・心理・社会モデルである（図3）。

生物的要因とは、神経、細胞、遺伝子、細菌やウイルスなどが問題の要因として挙げられる。これらに対して薬物療法や手術など、生物医学的な介入が行われる。

心理的要因とは、認知、信念、感情、ストレス、対人関係、対処行動などが問題の要因として挙げられる。これらに対して、心理療法やカウンセリング、心理教育を行い、患者の認知の変容や感情コントロール、ストレスへの対処、対人関係や環境に適切に対応できるように心理学的介入が行われる。

社会的要因とは、家族や地域の人々のソーシャルネットワーク、生活環境、貧困や雇用などの経済状況、ジェンダーや人種や文化、教育などが問題の要因として挙げられる。これらに対して、社会復帰のための訓練、入退院時の各種手続きのサポート、公的機関の紹介などの社会福祉的介入が行われる。

当科は、周辺地域の診療所から多様な患者が紹介されてくるため、3つの要因が複雑に絡み合った患者が集まりやすいと思われる。したがって、生物医学的な介入だけでなく、心理社会的な介入も不可欠

になるのではないだろうか。もちろん、筆者は決して生物学的要因を軽視しているわけではない。

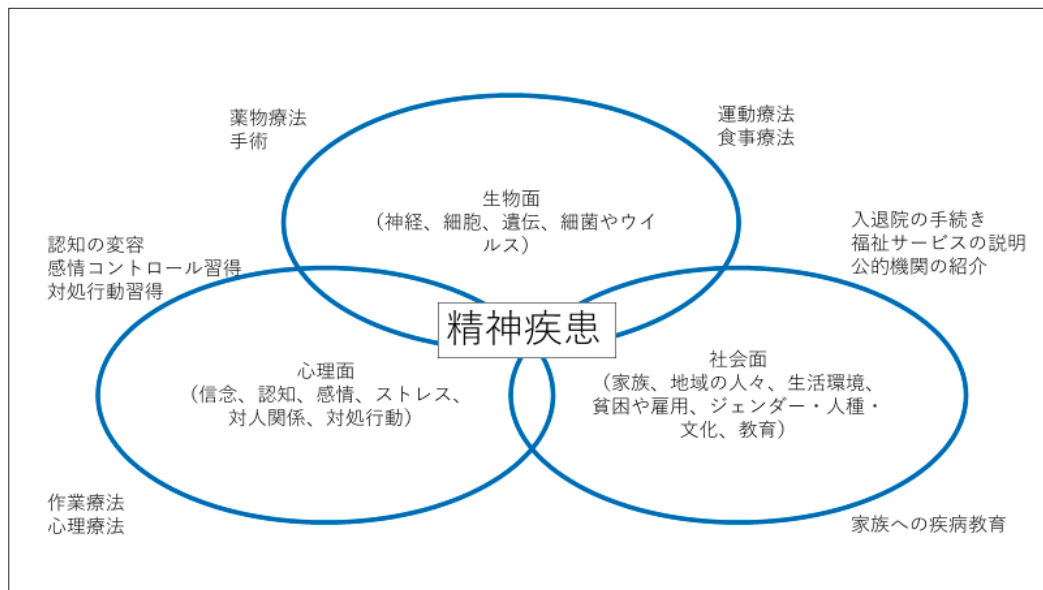


図3 生物・心理・社会モデル

3. 当科でどのような心理社会的な介入体制を整えるか

厚労省による精神疾患患者の内訳を以下に示す（図4）。このデータによると、近年、気分障害や神経症性障害（不安障害など）の患者が増加している。このことから、当科においてもうつ病や不安障害への治療ニーズが高まっているのではないかと考えられる。

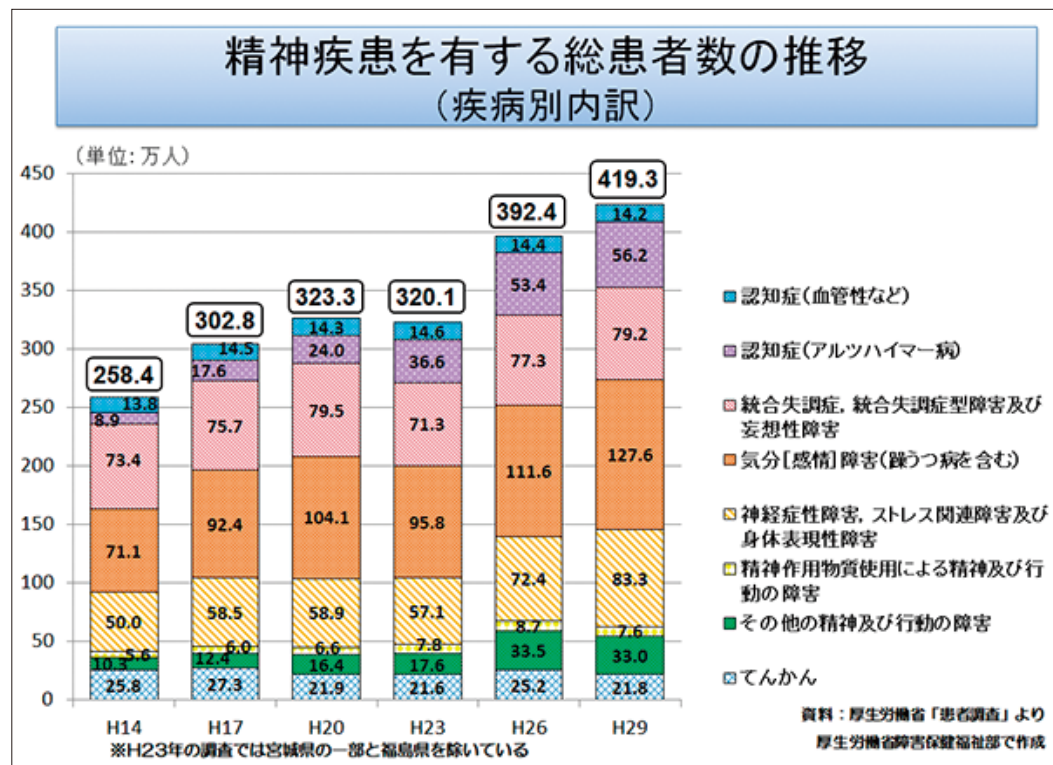


図4 精神疾患を有する総患者数の推移

次に、アメリカ心理学会が発表している、科学的根拠が現時点で認められている心理療法を抜粋したものを以下に示す（表1）。うつ病と不安障害では一貫して認知行動療法に強い科学的根拠が認められている。

したがって、今回の研究では、うつ病および不安障害患者に集団での認知行動療法プログラムを行い、その効果を検証し、今後の当院の心理社会的な介入のニーズを探索することとした。

表1 科学的根拠の認められた心理療法（APA臨床心理学会第12部より抜粋）

	強い	控えめな
うつ病	行動活性化療法 認知行動分析療法 認知療法 対人関係療法 マインドフルネス認知療法 問題解決療法 セルフマネジメント療法	Acceptance and Commitment Therapy Emotion Focused Therapy Mom Power 論理療法 Self-System Therapy 短期精神力学療法
パニック障害	認知行動療法	リラクゼーション 精神分析的な心理療法
全般性不安障害	認知行動療法	
社交不安障害	認知行動療法	
強迫性障害	認知行動療法	Acceptance and Commitment Therapy
心的外傷後ストレス障害	認知行動療法 持続的曝露療法	Accelerated Resolution Therapy Stress Inoculation Training

II. 方法

1. 研究方法

本研究では、集団での認知行動療法プログラムとして、“うつ病のためのメタ認知トレーニング”を実施した。メタ認知トレーニングとは、2007年にドイツのハンブルク大学のMoritz教授が考案した心理学的介入方法の一つである。その内容は、誤った物事の捉え方の癖を減らすためのトレーニングである（表2）。このプログラムの特徴は、うつ病の心理学的メカニズムの説明を行いながら、楽しんで学ぶことができるため、集団でのプログラムに適していると考えた。研修を受けた筆者と作業療法士の2名が実施した。

2. 研究の対象

研究対象は、プログラムを希望した外来通院するうつ病、不安障害の患者9名（男性4名、女性5名、平均年齢37.6歳）であった。彼らに全8回、1回あたり2時間のメタ認知トレーニングを週1回のペースで実施した。なお、プログラム参加前後で、他の治療法に大きな変化はなかった。

表2 うつ病のためのメタ認知トレーニング内容

番号	モジュール名	中心的テーマ(扱われる認知の歪み)
1	考え方のかたより1	メンタル・フィルター、過度の一般化
2	記憶力の低下	歪んだ記憶
3	考え方のかたより2	すべき思考、ポジティブなことへのダメ出し、白黒思考
4	自尊心の低下	完全主義、自己価値の感覚
5	考え方のかたより3	拡大しすぎと値引きしすぎ、うつ病に特徴的な帰属スタイル
6	不具合な行動	非機能的な対処行動=社会的ひきこもり、反芻、思考抑制
7	考え方のかたより4	結論への飛躍=マインド・リーディング、運命占い
8	感情の誤解	感情的な認知と感情的な推測

3. 効果測定指標

メタ認知トレーニングの治療効果を測定するために、プログラム前後のうつ症状、不安症状、社会的スキル、認知の柔軟性を測定した。以下にそれぞれの評価に用いた尺度を示す。

うつ症状にはPHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9) を用いた。PHQ-9は、Kroenke らによって開発された、うつ病のスクリーニング・重症度評価を目的とした質問紙である。Muramatsu (2018) らによって日本語に翻訳され、信頼性・妥当性が確認されている。この質問紙では、0～5点は症状なし、6～10点は軽度、11～15点は中等度、16～20点は重度、21点以上は最重度と分類される。回答は「全くない：0点」「数日：1点」「半分以上：2点」「ほとんど毎日：3点」の4件法で評定を求めた。

不安症状には、GAD-7を用いた。GAD-7は、Spitzer RLらによって開発された全般性不安障害のスクリーニング・重症度評価のための有効な質問紙である。村松ら (2010) によって日本語に翻訳され、信頼性・妥当性が確認されている。この質問紙では、0～5点は症状なし、6～10点は軽度、11～15点は中等度、16～21点は重度と分類される。GAD-7は全般性不安障害だけでなく、他の不安障害も検知することができる。全般性不安障害の感度は89%、特異性は82%、パニック障害では感度74%、特異性81%、社交不安障害では感度72%、特異性80%、PTSDでは感度66%、特異性81%とされている。回答は「全くない：0点」「数日：1点」「半分以上：2点」「ほとんど毎日：3点」の4件法で評定を求めた。

社会的スキルには、KiSS-18 (Kikuchi's Scale of Social Skills) を用いた。この質問紙は、対人関係を円滑に営むスキル (社会的スキル) を総体的に測定する尺度であり、信頼性・妥当性が確認されている (菊池1988)。回答は「いつもそうではない：1点」「たいていそうではない：2点」「どちらでもない：3点」「たいていそう：4点」「いつもそう：5点」の4件法で評定を求めた。

認知の柔軟性には、認知的統制尺度を用いた。認知的統制とは、認知のネガティブな歪みを統制する機能であり、認知療法の技法を参考に尺度化されている。杉浦 (2007) によって尺度が作成され、信頼性・妥当性が確認されている。ストレス状況を客観的に分析し積極的に解決に取り組むスキルの「論理的分析」と、否定的な思考が浮かんだときに、その暴走を防止するスキルの「破局的思考の緩和」の2つの下位尺度で11項目から構成されている。回答は「全くできない：1点」「あまりできない：2点」「まあまあできる：3点」「確実にできる：4点」の4件法で評定を求めた。

4. 分析方法

プログラム前後で、それぞれの質問紙を測定し、その得点の差を、Excelを用いて統計処理（対応のあるt検定）を行った。

Ⅲ. 結果

メタ認知トレーニングの治療効果を検証するために、プログラム前後に質問紙を測定した。その得点を比較したところ、表3および、図5～8のようになった。対応のあるt検定（有意水準5%で両側検定）の結果、プログラム前後において、すべての質問紙で有意な差が認められた。うつ症状と不安症状は有意な低下が認められ、社会的スキルと認知の柔軟性は有意な向上が認められた（PHQ-9： $t(8)=4.26, p=.003$ 、GAD-7： $t(8)=3.84, p=.005$ 、KISS-18： $t(8)=2.00, p=.008$ 、認知的統制： $t(8)=2.03, p=.008$ ）。このことから、メタ認知トレーニングの前後で治療的な変化が認められたといえる。

表3 プログラム実施前後の平均値（SD）およびt検定の結果（ $N=9$ ）

	実施前	実施後	t 値	効果量 r
PHQ-9得点（うつ症状）	14.11 (5.38)	9.67 (4.99)	4.26 **	0.84
GAD-7得点（不安症状）	10.78 (3.29)	6.78 (4.44)	3.84 **	0.75
KISS-18得点（社会的スキル）	44.11 (12.44)	51.67 (7.73)	2.00 *	0.52
認知的統制得点（認知の柔軟性）	23.68 (5.09)	28.12 (4.08)	2.03 *	0.10

$n.s.$:非有意, *: $p<.05$, **: $p<.01$, ***: $p<.001$

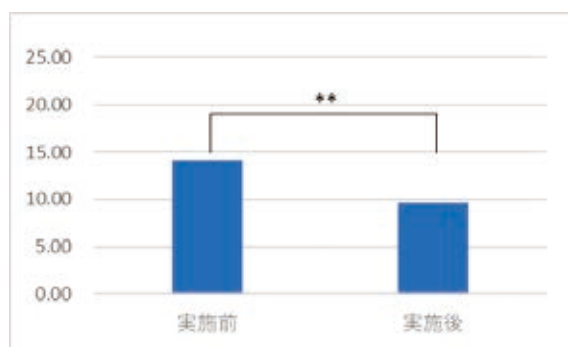


図5 PHQ-9得点（うつ症状）

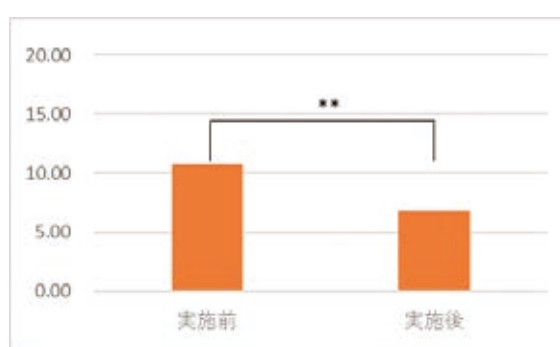


図6 GAD-7得点（不安症状）

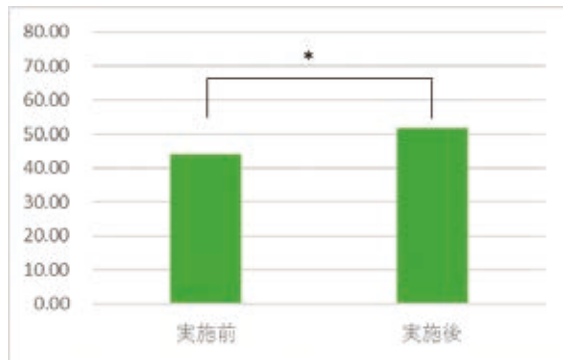


図7 KISS-18得点（社会的スキル）

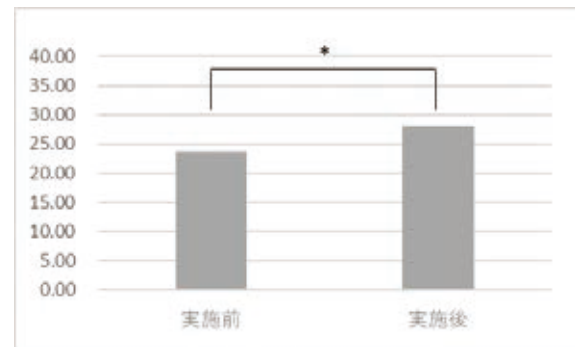


図8 認知的統制得点（認知の柔軟性）

IV. 考察

本研究目的の1つは、うつ病および不安障害患者に集団での認知行動療法プログラムを行い、その効果を検証すること、もう1つは、今後の当科での心理社会的な介入のニーズを探索することであった。

1. 集団での認知行動プログラムの効果の検証について

認知行動療法プログラムを実施した結果、プログラム実施後にうつ症状および不安症状の点数が有意に低下した。効果量はそれぞれ0.84、0.75でどちらも大きな変化が認められた。つまり、プログラム前後で治療的な変化が認められたと考えられる。

一方で、社会的スキル得点と認知の柔軟性得点はプログラム実施後に有意な向上が認められたものの、効果量はそれぞれ0.52、0.10と中～小程度であった。このことから、“プログラムの内容で認知の柔軟性が向上したため、うつ症状や不安症状が低減した”とは考えにくい。参加者がプログラムの内容を習得できなかったと思われる。その理由としていくつかの要因が考えられる。集団プログラムの要因としては、個人での認知行動療法とは異なり、それぞれの患者個別の課題をきちんと扱えないことが考えられる。そのため、個人面談を設定して、フォローアップする必要がある。実施者側の要因としては、自動思考の抽出の仕方と客観的事実を踏まえた適応的思考の作成の仕方を参加者に十分に伝えられなかったと思われる。8回終了後の参加者の感想にも「別の考えが浮かばない」という声があった。そのため、プログラムの内容には、メタ認知のトレーニングの要素だけでなく、認知再構成法の要素も入れる必要があるのではないかとと思われる。参加者側の要因としては、ホームワークを出しても参加者にあまり取り組んでもらえなかったことが考えられる。認知療法を開発したBeck, A.は、“認知療法において、ホームワークは、付加的なものではなく中心的なものである”と述べ、また、我が国に認知行動療法を広めた大野（参考文献10）は“認知の修正は、頭の中だけでできるものではなく、日常生活の中から肌を通して得られるものである”と述べている。今後のプログラムでは、参加者にホームワークを提出してもらい、ホームワーク実施率を高めることが必要だと思われる。

今回のプログラムでは、社会的スキル得点の効果量が0.52と中程度であることから、認知行動療法の効果よりも集団精神療法の効果があったのではないかと推測される。集団精神療法の基礎を築いたアメリカの精神科医I. D. Yalom（2012）は、「グループが与える11の治療的因子」を挙げている（図9）。本研究での参加者においても、集団認知行動療法プログラムに継続参加をすることで自己効力感を取り戻し、また、参加者同士で友好を深めることにより集団凝集性を高めて孤独感が和らいだのではないかと推測される。

今回の研究では、統制群を設けていないため、プログラム実施後のうつ症状と不安症状の低減が、本プログラムのみ効果とは言えない。各参加者は、薬物療法や精神療法、作業療法を受けている。それらの効果も慎重に判断する必要があるといえる。

1.希望をもたらすこと	他者の回復を見て、自分の回復に希望が持てること
2.普遍性	他者も自分と同じ問題を抱えていることを知り、安心感を持てること
3.情報の伝達	他者から説得力のある情報を得ることで、行動の変容が促されること
4.愛他主義	他者の役に立つことで、悲観的考えから抜け出し、自尊心が回復すること
5.社会適応技術の発達	人との距離感や対人技能を、参加する中で学んでいくこと
6.模倣行動	自身と同じような他者の変容していくのを見て、行動の変容が起こること
7.カタルシス	強く深い感情を他者に受け入れられることで、昇華が促されること
8.初期家族関係の修正的繰り返し	幼児期の葛藤が修正的に繰り返されること
9.実存的因子	苦しみや孤独などを避けて通れないものとして、あるがままに受け入れること
10.グループの凝集性	グループが成長していくと、お互いを自然に助け合う行動が増え、居場所として機能すること
11.対人学習	自分の対人関係パターンを振り返り、修正していくこと

図9 グループが与える11の治療的因子

2. 今後の当科の心理社会的介入のニーズについて

今回のプログラムは、外来にてポスターやチラシを作成し、参加者を呼びかけた。多くの参加者が集まると予想したが、実際は十数人程度であった。そこで、外来患者の病状をざっと見てみると、社会的な場所に参加すること自体が難しい患者が多かった。そのため、いきなり集団での認知行動療法プログラムに参加するのは、ハードルが高いと思われる。そこで、病状に合わせた心理社会的介入体制を整えることが必要だと考えられる。日本うつ病学会の治療ガイドライン（2016）では、重度のうつ病により療養が必要となった場合、患者は社会的役割から距離を取る期間が長くなるにつれて、復帰の際に不安が高まりやすいと指摘している。そこで、療養中に必要なリハビリテーションを推奨している。それは、生活リズムの調整、作業能力の回復、対人接触場面を持つ、試し出勤の4つである。また、西川（2019）は、うつ病の段階的なリハビリテーションの方法を具体的に示している（図10）。

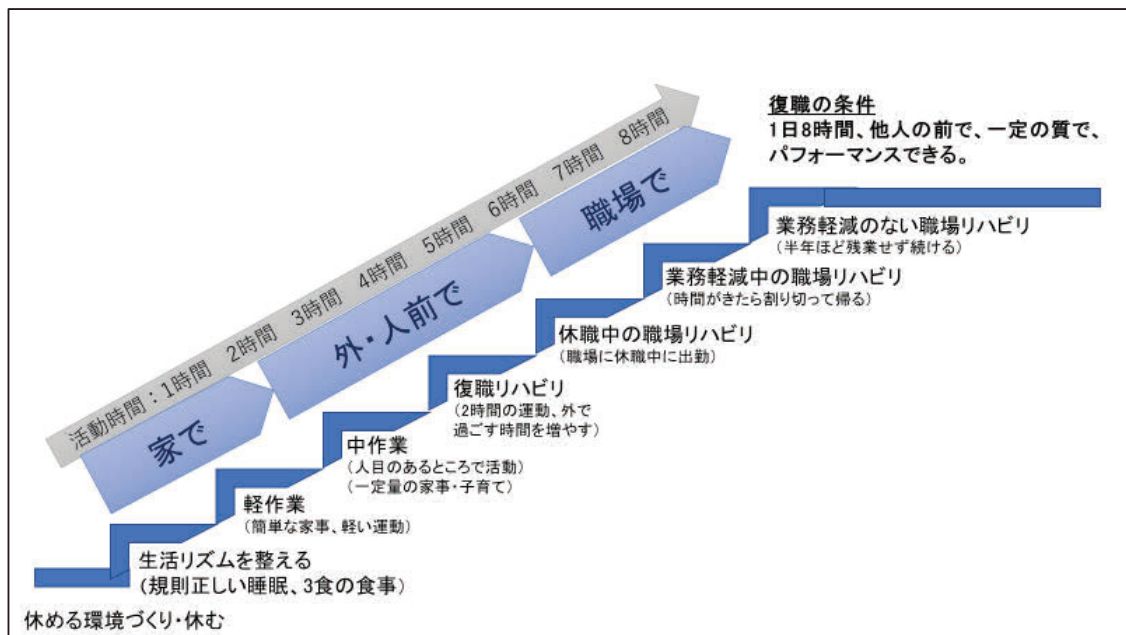


図10 うつ休職からのリハビリ・復職について（西川の図を元に作成）

現在、当科での外来の治療資源の1つに個人作業療法がある。上記の段階的なリハビリテーションを参考にして、今後は、外来の個人作業療法と連携しながら、心理社会的介入体制をシステム化していくことが有効ではないかと思われる。(図11)。

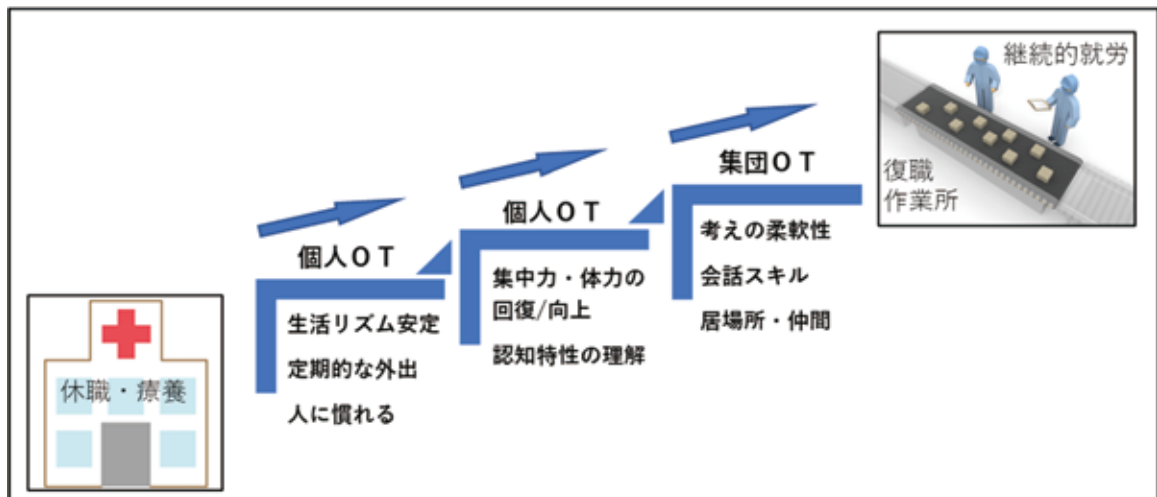


図11 当科での心理社会的介入体制の構想

認知行動療法はスキルの習得がメインであるため、継続的な練習が欠かせない。患者の中には精神疾患の持つ疾病利得や疾患の態様により、治療になかなか乗りにくい者もいる。そのため、医師や看護師、患者家族にもこの取り組みを理解してもらい、プログラム外でも、スキルの習得やその般化が起こるような仕組みを作っていく必要がある。そのためには、今後も多方面の広報や説明が必要であると考えられる。

V. 参考文献

- 1) 鈴木貴之：精神医学における折衷主義と多元主義-ナシア・ガミーの著作を読む- 南山大学紀要『アカデミア』 人文・自然科学編. 第12号. 253-259. 2016
- 2) 厚生労働省：精神疾患による患者数. <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>.
- 3) Society of Clinical Psychology Division 12 of the APA : Psychological Diagnoses and Other Targets of Treatment. <https://div12.org/>.
- 4) Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Steffen Moritz (石垣琢磨, 森重さと里監訳)：うつ病のためのメタ認知トレーニング. 金子書房. 2019
- 5) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al. : Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary care. General Hospital Psychiatry 52: 64-69, 2018
- 6) 村松公美子, 宮岡等, 上島国利ほか：GAD-7 日本語版の妥当性・有用性の検討. 心身医, Vol 50 (No.6) p166, 2010
- 7) 菊池章夫：思いやりを科学する. 川島書店. 1988
- 8) 杉浦知子：ストレスを低減する認知的スキルの研究. 風間書房. 2007
- 9) I. D. Yalom (中久喜雅文, 川室優監訳)：グループサイコセラピー 理論と実践. 西村書店. 2012
- 10) 大野 裕：こころのスキルアップ・プログラム 認知療法・認知行動療法の視点から. (独) 国立精神・神経医療研究センター, 認知行動療法センター, <http://www.ncnp.go.jp/cbt/>.
- 11) 日本うつ病学会：日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害 2016. <https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/>
- 12) 西川公平：うつ休職からのリハビリ・復職について. CBTセンター, <https://cbtcenter.jp/>. 2019



イカリソウ (京都北山、R24.21)

箱づくり法の事例検討

公益財団法人豊郷病院精神科作業療法部

伊藤 優里

はじめに

今回の症例A氏は既に退院しており、定期的には通院しているものの、外来OTには繋がらなかったケースである。A氏とは年齢に近いOTRが約2か月間介入した。突然の退院ということもあり、OTの介入は期間が短く十分には出来なかったが、今回のケースの発表でどのような介入が可能だったのかの意見が聞かせて頂けたらと思う。



【事例紹介】

A氏：20代、女性、妄想型統合失調症

[第一印象]

明るそうな、やや幼い印象の20代女性。

話してみると多弁でおかしなことを話し、近寄りがたい印象。

[家族構成]

父・母・姉・弟・祖父の6人家族。父は働いておらず、母は生計を立てるために仕事で忙しい。姉は企業で働き、弟は高校3年生。父と家族の関係性は不良で、特に弟とは一言も話さないほど犬猿の仲。情報収集のため、家族と話す機会を得たが、表面上は良くしているためか、家族同士の仲は悪そうには見えなかった。

[生活歴]

3人姉弟（姉・本人・弟）の次女。出生・発育に異常の指摘はない。家族にも精神科通院・入院歴はないが、父は「仏壇の左右が逆になり、祖先が成仏出来ていないため、今回A氏に災いが起こった」等の発言をされており、瞑想やスピリチュアルな事への関心が高い。A氏は地元の小・中学校に通うが、

小学校の頃から数学が苦手な補講を受けていたとのことである。大人しく真面目な性格で中学2年生の頃にいじめにあった。高校では地元の食品化学科に入学し、先生・友人に恵まれ、楽しい学校生活を送っていた。高校卒業後は、学年主任に勧められた農協に就職して5年間働いた。5年間のうち3年間は事務の仕事、2年間は金融の仕事を行った。趣味はドライブ、1人カラオケ、風景をカメラで撮影することであり、友人は元来少ない方である。

[現病歴（カルテより）]

農協に就職したが、2年前に事務仕事から金融の部署に変わる。そのことにより部署の上司が厳しくなる。仕事内容が難しくなる。頼れる人もいないという状況に変化した。徐々に有休を使って仕事を休み始め、その半月後に退職。人間関係や仕事で悩んでいた。不眠にてAクリニックに通うようになったが詳細な時期は不明。不眠以外の症状はなく、周囲から見ても不自然な振る舞いはなかった。しかし、祖父の兄弟の妻が死去し、症状が一変した。お通夜や葬式会場にてあまり親しくない人に多弁に話しかけ、それは明らかに異常な程度で親が止めていた。その夜、お寺の事に関し、本人が意見したことで親と喧嘩になる。車を運転して家を出て、父の姉の家に泊まった。翌日、就労予定のアルバイト先に行き、何か不適切な発言をして去る。その後、姉と2人で買い物に行ったが「行くところがあるので」と姉を置き去りにして車で去った。翌朝、本人から母の姉にLINEで「助けて」と送り、殺されていると言って服を脱いで家を出ていた。同日開業医を受診し、その翌日、家の人より、知らないうちに服を脱いで近所を歩き、自分は猫だと言っていると当番病院であった当院に緊急初診。車の中で弟と伯父が抑えているが抵抗し、大声で叫んで暴れていた。興奮・妄想が著明で、興奮が落ち着いてからも突然怒ったり謝ったり笑ったりと情緒不安定であり、父の同意による医療保護入院となった。

【OT経過】

約2週間の隔離を終え、気分の安定・対人交流・就労援助を目的にOT処方が出された。病棟ではスタッフに多弁に話しかけ、OTの場面でもその行為がしばしば確認された。他患にはスタッフのように振る舞い、気分が落ち込んでいる患者に対し、「どうしたん、大丈夫やで」などと話を聴いていた。初回OTでは、エレベーターに乗る前に「怖い」「4歳の時に親か誰かに閉じ込められた。それがトラウマ」と発言され、アイロンを用いる際に「根性焼きされた事があるから先生やって」と恐怖心を訴えていた。また、漫画の表紙を見て、「これ、私の彼氏」と発言した。また、OTRを見て、「あれ？先生、幼稚園の時の先生やったんかなあ？」と言ひ、数分後には「あーわかった！先生〇〇ちゃん（近所の友達）かもしれん」と言った発言が聞かれた。作業時でも自分の気ままに作業を変えようとし、また、「あ！これしたい！これしたい！」と興味対象を転々と変えていた。初回は、したいと言ひ出したら譲らなかった為、簡単に本人がしたいと訴えていたアイロンビーズを実施した。下絵は自ら描いていた。完成した作品は特定の色のみであった。理由を聞くと、「彼（妄想の中での彼氏）の好きな色だから」と述べていた。完成後に点数を尋ねると100点と述べ、理由は「彼の好きな色で作れたから」と話していた。数日後、作業能力評価の為、和小物（小さなタンス）の作成を行うことを約束していたが、必要物品を開始前に準備せず、開始してから無いことに気付いていた。説明書は見ているが、全部を見ることはなく、自己流に作成しており、援助が無くても作品は一応完成出来ていた。しかし、自己流で行っている為、本来余らない用紙が余ったり、接着をのりでなくテープで貼ったりしている。並行して、本人の考えて

いることを聞くため、生活体験チェックリストをもとに面談も実施した。「自分が出来過ぎて、出来ん人を見てイライラする」、「私はライトワーカーで、世の中は闇と光で作られているけど、光に導くのが私の仕事」と話し、質問紙をもとに話をするが、話がそれていく。生活上困っていることはないと述べられ、「家で見たいTVを見て過ごしたいから、退院したい」と訴えていた。しかし、どうしたら退院できると思うかを聞くも答えられない。生活上での心配事も聞くが、「いつ好きな人に会えるのか」と話す。したいことは何なのかを聞くも、「早く外に出て遊びたい」と述べ、その理由を聞いても「え、遊びたいからですよ」と答え、内容がぼんやりしており、具体性もなかった。OT処方から3週間後、今後どういった関わりをしていくか検討する手段として、箱づくりを実施することにした。

1. 総所要時間と箱の採点（箱の形はサイコロ型、見本利用あり）

総所要時間：1時間14分21秒

箱作成時間：33分7秒（展開図作成20分33秒、裁断仮組立9分50秒、接着仕上げ2分44秒）

質問紙記入：10分11秒

終了時面接：21分22秒

自己採点：75点

他者採点：69点

2. 検査時の行動観察

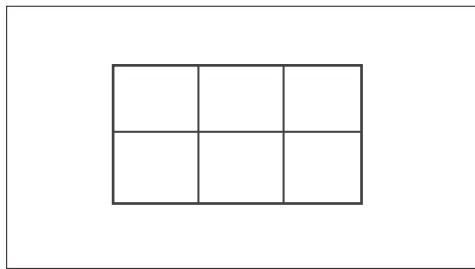
I. 導入

最初の挨拶と自己紹介では視線を合わせ、「宜しくお願いします」と会釈をしたため、2：挨拶と自己紹介は4と判断した。基礎事項の記入、署名用紙の説明時は、OTRと視線を合わせ、机上を見ながら静かに無言で聞いており、1：検者の説明・指示は5、4：検者への初期関心は4と判断した。署名時は「はい」と頷きながら返事をしたため、6：署名は5と判断した。記入用紙は選択項目欄のみ漏れなく記入出来ているが、自由記載欄は記入できていなかった。よって、7：基礎事項の記入方法は4と判断した。教材や道具の説明中は書面に目線をおとし、集中して聞けていた。道具は時々見ていたため、3：教材提示と指示の説明は4と判断した。服装・容姿は清潔なTシャツにゆったりとしたズボン、クロックスを身につけ、髪も綺麗に整えていた。よって、8：服装・整容は5と判断した。

II. 展開図作成期、裁断・仮組立期

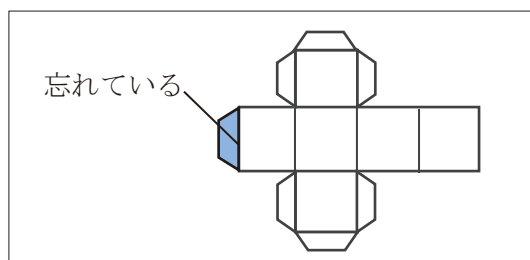
展開図作成期①

「どうぞ始めて下さい」とOTRが指示を出すと、「箱って箱ですか?」「1個ですか?」と開始すぐに質問されたため、9：作業の初動は3と判断した。その後、鉛筆を持ち、縦と横の升目を数え出し、用紙に数えた数を小さくメモ書きのように記入し、「真ん中どこやろ...」と呟いていた。しかし、中心を採せなかった為、おおよそ中心だと思える箇所に長方形を描いた。図としては以下の通りであった。



その後、1分程悩んで着手しなかった為、OTRが（見本ありますが見ますか？）と問うと「はい」と答え、フタありとフタなしの選択を与えた後、完成見本を提示した。完成見本を手に取り、長方形の展開図に書き足したり消したりした。しかし、数分経っても長方形の形から抜け出せず、十字の展開図を書くことができていない。その為、（他の見本もありますが、見ますか？）と聞くと「見たいです」と発言されたため提示した。

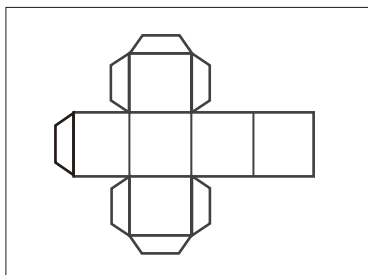
見せると「えっ...、あ...そっかー」と言ってみ本を見ながら定規を用いて、5cmと10cmの線を、縦と横の順序性なく書き直している。この時点での展開図は以下の通りであり、一辺のりしろを忘れている。



裁断・仮組立期①

間違っていないか自身が書いた作図を目視にて確認をしているが、一辺のりしろを書き忘れたまま一筆書きのように裁断していた。裁断完了後、「あ、先生間違えてもた」、「どうしよう...」と呟き、OTRが援助したために、17：展開図の確認と裁断着手は2と判断した。裁断方法としては一筆書きのように裁断し、反復して折っていたために、18：裁断の方法は3と判断した。

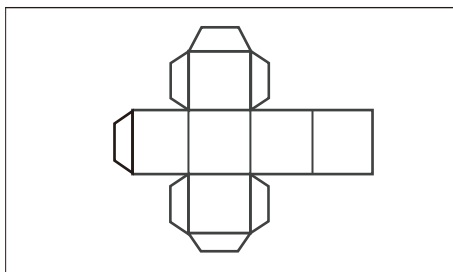
OTRがもう一度作成するか、そのまま続けるか選択肢を提案すると、「作り直します」と発言された。



展開図作成期②

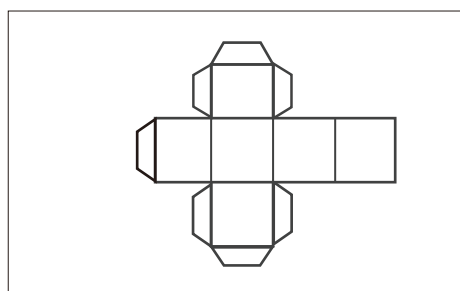
新しい用紙を渡すと展開図切り取り見本を手に取り、「これ、どうやって使ってもいいんですか？」とOTRに確認後、用紙の上に重ねて置き、定規を使わずに見本の縁に沿ってなぞり書きを開始した。よって、線引き方法はフリーハンドであるために、11：線引き方法は1と判断した。最初、見本を見るかどうかの誘導にて見本を利用したために、10：最初の見本の利用は1と判断した。用紙の使い方としては、

升目側の中央部分を使用しているために、14：用紙の使い方は3と判断した。作図を完成するにあたって、のりしろを1つ忘れた時に、OTRがどうするのか選択肢を与える援助を行ったため、12：裁断前の展開図の形、15：作図、16：のりしろの位置・数・修正は1と判断した。



裁断・仮組立期②

裁断方法は1回目の裁断と同じく、一筆書きのように裁断されていた。切り取った展開図を折る際は机上と非机上にて四角単位で折っており、机上では、定規を使って折っていた。よって19：折る順序は4と判断した。接着前には空中で仮組立を行っており、微調整はなかったために21：裁断前の仮組立と微調整は5と判断した。



Ⅲ. 接着・仕上げ期

1つずつ順番にのりしろ部分を接着していた。空中で指圧をかけて接着しているが、反復している。手や箱にのりが付くとおしぼりで何度も拭いていた。よって、22：のり付けと接着は3、24：仕上げと確認も3と判断した。のりしろの不足には気付いているが、対処はOTRの援助を要したため、23：のりしろ・辺等の過不足への気づきは1と判断した。接着完了後は箱を机上に置いて、数秒後に「できました」と口頭での意思表示のみであったため、25：終了告知は4と判断した。終了時の机上面としては、道具は元あった位置に戻し、切りくずも端にまとめて置いていた。整理整頓は出来ていると判断し、26：箱作成終了時の机上面は5とした。箱作成中は、のりしろを忘れた際「どうしよう…」と自問自答していたため、27：箱作成中の言語表現の内容は3と判断した。また、話している際にはしっかりと視線を合わせてくるなどの表面上の関わりは出来ているが、OTRが見本提示の際に手伝う必要があると接し方に気を遣ったため、28：箱作成期中の被検者の印象は2と判断した。何度も接着を繰り返し、非効率なはさみの使用をしていたため、29：用具・材料の取り扱いは3と判断した。

IV. 区切り・休憩期

休憩の有無を確認すると「あ、大丈夫です」と答え、判断理由が明確でないため、30：休憩／継続の自己決定は4と判断した。OTRが机上面の片づけを行うと、手を出して協力的に手を出してきた。その後OTRの指示が出るまで静かに待っている。よって、31：休憩／間合いのとり方は5、32：検査の続行・再開は5と判断した。

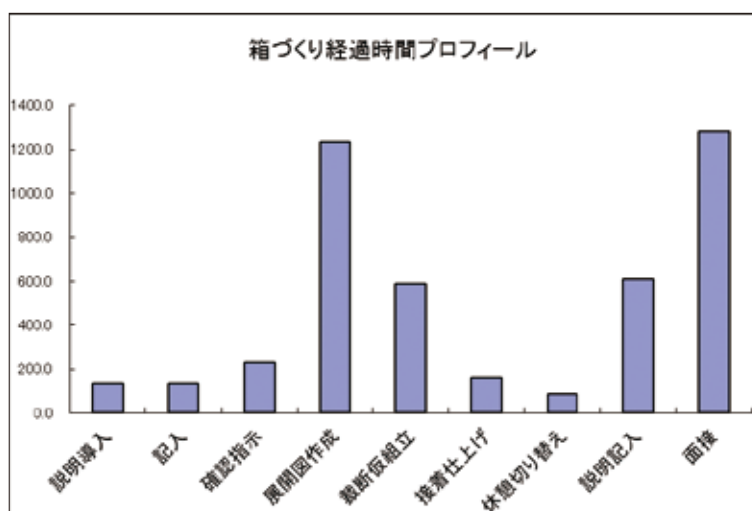
V. 振り返り・確認期

質問紙の説明がまだ終わっていないにも関わらず、質問紙を書きだそうとされていた。しかし、OTRが話を続けると説明が終わるまで待っていた。説明終了後、「あっ、名前、名前...」と呟いて名前から書き始めている。数字の箇所を指であて、「抜けないかな...」と独り言をし、確認しながらチェックしていたため、33：質問紙の記入は3と判断した。自由感想では「最初は箱ってある程度想定してたけど、のりしろのところをうっかり忘れてた。箱って聞くと四角だけってイメージしてて...、何事もやってみないと分からないですね。ただの箱づくり...って言っても手順踏まえて...」などと話していた。明確さに欠け、言葉が途中で途切れ、推測が必要であるため、34：自由感想・質問は4と判断した。箱のイメージの言語化では、「何でしたっけ?」とすぐに聞き直した後、再度OTRが説明、「この箱、両面方眼紙やと思った。カクカクの方眼紙のイメージ。これ、丸みおびてるけど、ほんとにカクカクやと思っていた。イメージ通りにできた点...。イメージも何もなかった。作ってみて、はーんって感じ。のりしろをうちに入れて、はまる感じおもしろいなって思った。イメージ通りにできなかった点は、ここ、ペキッと折れてて、そこらへん上手くできへんかったです」と話した。イメージの回答は曖昧であったが、曖昧なイメージながらも上手くできなかった点は答えられていると判断し、35：箱のイメージの言語化は3と判断した。再実施時の工夫は、展開図を見ながら話し、「もうちょっと想像力を活かしたい。頭を柔らかくしたら、いろんな箱が作れると思った。今回、1人やったから1人舞台に立たされた感じですけど、皆がみんな、いるわけじゃないから、こういう経験も出来て良かったです。ま、そんなに難しく考えてはダメですね。勇気をもって取り組む」と話し、再実施時の工夫点が言えておらず、工夫とは関係のない話をしていたために、36：再実施時の工夫は1とした。箱の振り返り時は、箱を持って、指で示しながら説明されており、37：箱の取り扱い方は5と判断した。箱の自己採点では、「このしわ、なかったらなー」と両手で見ながら75点と用紙スケールに印と点数を記載していた。また、サイコロみたいと言って、作った箱を机上で振っていた。点数をつけた理由を尋ねると、「75点にしてみました。へこみとしわが気になる。自分の物ならいいけど、誰かにあげるなら、ちゃんとしなあかなー」と話す。よって、38：箱の自己採点は4と判断した。出来栄えのみを話しているため、39：得点・減点の理由は3と判断した。箱の現実的利用では「引きだし...大切なものをしまう。分類して入れる」、「新幹線。あれは、箱じゃないけど。あー車好きだなー」、「空き箱。お土産の箱好きなんですよ。けっこう大事にする。大事なものを入れる。物を大切にする傾向あるのかなー?以上ですね」と話されている。形と用途の2項目を話していると判断し、40：箱の現実的利用は3と判断した。魔法の小箱に関しては、「運べるくらいの小人になってみたい。人間に踏まれないように、床に落ちている物を拾いたい。ねずみみたいですね。ねずみさんと友達になる...。なんかシンデレラみたいになってきた。あー、ティンカーベルみたいに空飛べたらなー」と答え、他にあるか聞くと、「んー、これかー、箱。(箱を触る)箱に乗って空を飛んでみたい。宇宙に行ってみたい。銀河とか宇宙系が好き。あー。歴史も好き...。あ、人生ゲー

ムしたい。けど、人生が人生ゲームしてるみたいです」と話した。よって、箱に乗って空をとんでみたいという内容が、物、事、合わせて1項目に該当すると判断し、41：魔法の小箱としての利用法は3と判断した。面接中の会話は世代特有の友達言葉が混在しており、42：面接中の会話は3と判断した。質問内容と発言内容が的を射ておらず、表現が独特であり、43：言語内容の分かりやすさは2と判断した。面接終了時、労いの言葉をかけた後、「これって繰り返してやります？」と使用した箱の見本について聞いていた。よって、44：検査終了時の態度は3と判断した。

3.プロフィール別にみた特徴

①経過時間と行動特徴

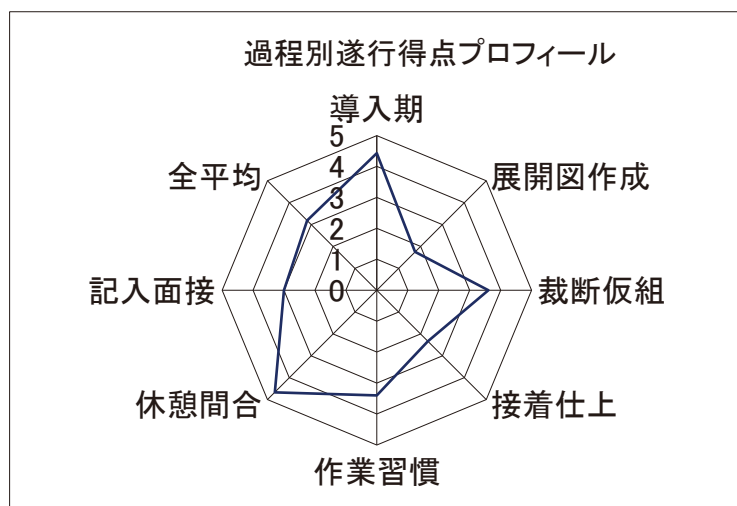


グラフは右下がりであり、総所要時間は1時間14分、箱制作時間は33分であった。面接時間は21分。箱作成時間は全体の39.1%であった。この4項目は統合失調症の人の平均値範囲内であるが、平均の中でもやや高めの数値であり、多くのエネルギーをかけている。

箱作成期では、特に展開図作成期に時間を要しているが、それは展開

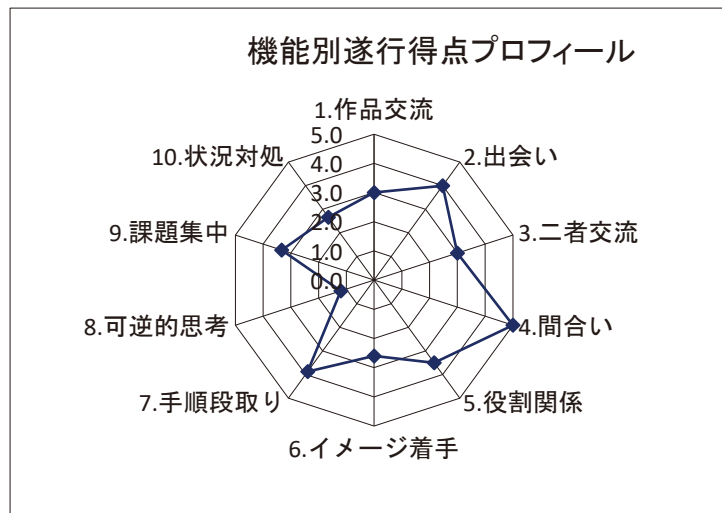
図作成中に間違っていないか確認したにも関わらず、裁断に入ってしまう展開図を2回作り直したことや、線を何度も修正したことが影響している。また、OTRが見本を提示するまで長方形の下図を書き続けた上に、後の機能別遂行機能プロフィールにもあてはまるが、可逆的思考・イメージ着手が低く、思考障害も時間に影響していると考えられる。更に、面接時間も展開図作成と変わらないほど時間をかけている。その背景にはA氏の特徴として話がずれ、飛躍して長くなる傾向にあることや、頭の中で考え、言語化するまでに時間がかかることが影響しているのではないかと考えた。

②過程別遂行機能特徴



平均は3点台であり、統合失調症の平均値とほぼ同一であるが、顕著に展開図作成の得点が低く、次いで接着仕上げも低い。それは、ぼそぼそ呟きをするものの、自ら援助を求められなかったことが影響している。よって、作図の際に援助が必要であり、ここでも思考障害の影響が考えられる。

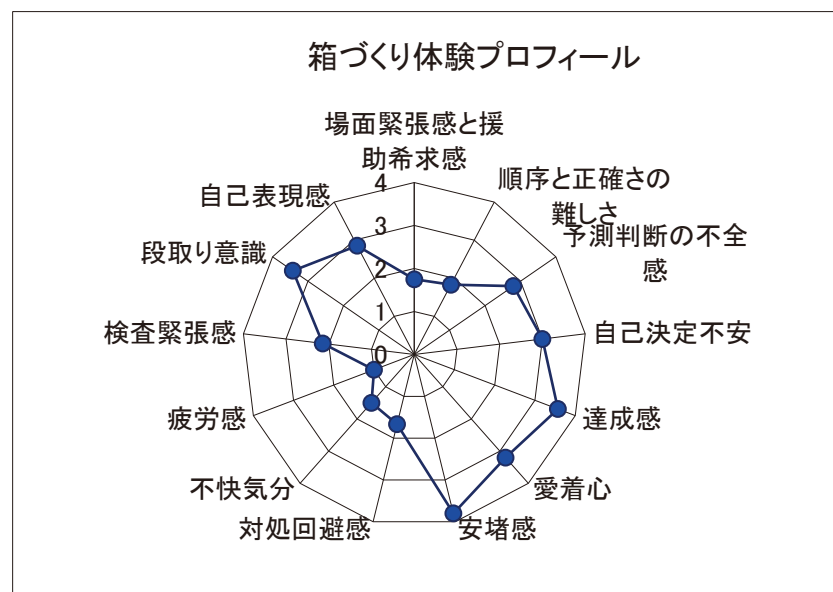
③機能別遂行機能特徴



対人能力と作業能力を分類した際、作業能力面では、可逆的思考・イメージ着手・状況対処の項目が低い。箱のイメージがつきにくく、頭の中で組み立てたり、戻したりするという思考が弱く、裁断してから間違いに気づいていた。加えて、失敗した際、どうすべきか対処できず、援助を必要とした。また、OTRの指示や説明の後に、「箱って箱かな…」「1個ですか?」と確認した。これは、理解が十分でないことに加え、初期不安があるのではないかと考えた。

その反面、対人能力を見ると、作品交流や二者交流が低めであるが、他の項目では数値が高い。作品交流の低さからは箱のイメージの言語化や、得点減点の理由など、箱を客観的に多面的にみることができず、失敗から学ぶ経験が弱いことが考えられ、二者交流の低さからは自分の思いを相手に伝えることが苦手であることが分かる。よって、積極的に他患に話しかけるなど、表面上の交流をして生活をする上での十分な能力を持ち、関係者からは一見できる人と認識されやすい特徴がある。しかし、上述したように、作業能力が弱いことに加え、振り返りなどの本質的なバーバルの交流も苦手であると考えられる。（自己理解も不十分だと考えられる）

④体験特徴



手際よく貼り付けることが出来なかったと感じているが、援助希求が低く、助けてほしいと思っていない。また、予測判断の不全感や自己決定不安が高いため、戸惑いの気持ちがあることが分かる。実際、質問紙記入の際に、番号を指であてながら進めていた行為も不安な感情から来ていたものではないか。そして、この気持ちになった背景には、自分でも予測がつかないことや、

頭の中で情報や自分の思いを整理することが難しいことが関係しているのではないかと考えた。また、疲労感や不快気分、対処回避感が低い。今回であれば、箱を完成した達成感・満足感が強く、自分がうまくできないことは分かっているが、その場を逃げ出したい・見られて恥ずかしいという感覚はなく、

内省せずにポジティブ評価をしてしまう。よって、体験プロフィールでは自分のできなさを少しは感じていながらも、そのことに恥じらいなどの感覚はないことに加え、自分はできる人と認めてもらいたいという思いもあるのではないか。或いは、そうでもしないと自己を保つことができなかったのかもしれない。

4. 考察・今後の提案と助言

作業をしても結果に満足し、ポジティブな発言ばかりであり、自分の出来事を振り返ることが難しい。導入期の段階でも、説明をしたにも関わらず、「箱って箱ですか？」と聞いていたように、言葉による理解が難しい、或いは情報が伝わりにくいのかもしれないという予測を立てた。また、箱づくり中、悩んでいる際に悩みを呟きはするものの、援助を求めてこないため、今後、OTの場面では、本人が本当に援助が必要なタイミングを見計らって支援を行う、更に、本人にとって大切な情報を伝達する際は、書面を用いて視覚的にも情報を入力するという計画を立てた。また、作業をしても形にはなるが、今後の生活や本人の希望でもある就労先で自由に作業を行ってしまう可能性を考慮し、自己流で行うのではなく、説明書を読む、スタッフに聞くなど、OT場面でも考えるツールを提供することにした。加えて、OTでの感想記入では上手にできたこと、難しかったこと、次回の課題欄を設け、自己を振り返る経験を積んでもらうという計画を立てて実施することにした。

5. 箱づくりのフィードバックとその反応

OTRの話に深く頷きながら共感的に聞いている。データから考えられた、①頭の中で箱をイメージして箱を裁断したり、組み立てたりすることが苦手であること、②自分の行った事を振り返る事が苦手であること、の2点を伝達し、今後一緒に考えていきましょうと本人に伝えた。OTRの意図は主に2点がある。1点目は、自分の特徴を知ってもらい、今後の就労に活かしてもらいたいということ。2点目は、今まで経験してこなかった自身の事を話し合うということ、この箱づくりを契機に振り返ってもらいたい。この2点の思いで介入した。すると、今まで何かを作る時に、イメージして順序立てることをしてこなかったと話し、真剣な表情をして「どちらも図星すぎて…」との返答が聞かれた。

6. フィードバックのOT介入

フィードバック後、妄想や精神興奮状態が軽減し、本人と家族のなるべく早く退院したいという意向で急遽、退院が決まった。その為、今回、OTはフィードバック後3回しか介入できなかった。

具体的な介入は次の通りで実施した。刺し子を実施しており、その中で介入しようと試みた。工程見本を見せ、まずは簡単な絵を描いて頂き、小さな布で工程の確認を一緒に進めながら行った。その中で、どうしたらできるか工程見本を見せたまま、考える時間を与えつつ、（こうしたらできるんじゃない？）、（あーこうかなー？）、（こういったやり方もありそうですね）などとOTRが呟き、一緒に考えながら介入した。また、箱でも見られた行為を（箱の時は～してたよね）などと、作業中に話した。また、OT終了時には、上手くできたこと、難しかったこと、次回の工夫の3項目の振り返りを行ってもらい、感想記入を行ってもらった。

7. 退院前の状態

退院前日にOTを行なった。OTRが病棟に伺い、話をしに行くと「先生のおかげで色々考えることが出来ました。先生と出会えてよかったです。退院できるのは嬉しいけど、先生に会えなくなるのはちょっと辛いです」と話されており、OTRが自分の事を真剣に考えてくれたという印象を持ってくれたのが分かった。外来OTの導入も検討したが、家族の意向で外来OTには繋がらなかった。

8. 今後と振り返り

今回、箱のフィードバック後の入院期間が限られている環境で、作業を通してA氏と考えや思いを共有するという経験が少なかったと感じている。また、OTR自身、今後、A氏が就労等をする上で振り返りをする能力は必要であると考え、振り返りの経験をしてもらいたいという想いが強かったと思う。しかし、本人は何がそもそも原因なのかなどを感じとる体験、振り返りが難しかったと考える。その為、作業を行っている中でより密な介入ができれば良かったのではないかと反省している。

現在、通院はされているため、Drに頼んで通院時に話をさせて頂く時間を設けることにした。その際、困ったことや不安なことはないかなど聞き、話す中で思考の幅を広げて貰い、状況に応じてその時期に必要な生活での困りごとを共に考えたいと思った。そして、状況をみて外来OTに繋げ、分量などを間違えると完成しないお菓子プログラムなどに参加して頂き、自分のできなさや失敗体験などを味わってもらい経験をしてもらいたいと思った。更に、1人では考えにくい就労支援のサポートを行いたいと検討している。

参考文献

1. 富岡詔子（編著）：作業面接としての箱づくり法—実習ノート第二版—。箱作り研究会、2017

（本稿は、2019年10月13日にのぞみの丘ホスピタルで行なわれた、箱づくり法定例会—事例を通して学ぶ「箱づくり法」—において発表した原稿である）



ラショウモンカズラ（京都府立植物園、R2.3.25）

私の趣味の世界

—歩き続ける—

顧問（精神科）

林 拓二

下手の横好きで若い時から絵や尺八、民謡などに凝ったこともありますが、いまだに細く長く続けているのはウォーキング（登山を含む）になります。

これは、大学の5年と6年の夏に富士登山道の八合目小屋で各1週間、診療所の手伝いをしたのが始まりで、テントを担いで春や秋に京都近郊の山を歩いていました。本格的に歩き始めたのは30年前に名古屋に転居してからで、内科医に糖尿病の薬を勧められたことに反抗し、休日には必ず鈴鹿の山を歩くことにしました。効果はテキメン、薬は必要ありませんでした。しかし、京都に帰ってから仕事が忙しいのとストレスも多いので、糖尿病薬の世話になるようになりましたが、豊郷病院に就職してからは山歩きを再開しています。日本100名山でまだ登っていない山がいくつかあったので少しずつ登り、2012年には最後に残っていた幌尻岳に登頂しました。慌てず、焦らず、諦めずが、私のモットーです。



富士山頂にて（S43年・22歳時）

その後、2015年2月から2016年5月までの休日に、四国の88ヶ寺を1番から88番まですべて歩いて参拝しました。続いて、中山道を三条大橋から歩いてみようと思い立ち、醒ヶ井まで歩きましたが、昨年、思わぬ事故で「街歩き」は中断しています。現在は自宅近くの宝ヶ池をゆっくりと周回したり、府立植物園を散策したりしていますが、お江戸に到達するのはいつごろになるのかな？と思っています。

本稿は豊郷病院広報誌「以心伝心」に掲載されたものであるが、ここに掲載しておく。



吉野川堤にて（H27.2.15）

思い出すこと

— 髑髏（ドクロ）とメメント・モリ（死を忘るな） —

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

武本 一美

1. 髑髏

子供のころ、髑髏は、マンガなどでよく見たものだ。悪の組織のメンバーは、髑髏の仮面をかぶっていたし、骸骨が戦うものもよくあった。海賊船には、髑髏と二本の骨の旗が掲げられていた。正義の味方にも、黄金バットという髑髏のヒーローがいた。

けれど、生々しく髑髏を意識したのは、織田信長のエピソードだった。織田信長が、頑強に抵抗した浅井久政、浅井長政、朝倉義景の頭骨から髑髏杯を作り、酒宴をはったという話は、子供の私に強い印象を残した。信長という人に似合いすぎるぐらいのエピソードで、信長の天才性とそれと表裏一体をなす精神的奇形性を余すところなく伝えていた。

後々調べてみると、一級資料とされる「信長公記」にも、若干小説を交える「信長記」にも、信長が髑髏杯を作ったとか、それで酒を飲んだとかの記録はない。ちなみに、「信長記」の記載は、「已に三献に及びける時、珍しき肴あり、今一献あるべきとて、黒漆の箱出て来る。何ならんと怪しみ見る処に、柴田修理亮勝家が呑みける時、自ら蓋を開けさせて玉ふに薄にて濃なる頸三あり」である。「薄にて濃なる」とは、薄濃または箔濃（はくだみ）のことで、漆と金を施したものをそう呼ぶそう。つまりは金色の髑髏で、それを飾って宴会をしたのである^{註1)}。それでも、十分に信長の異常性を伝えているだろうが、髑髏杯には劣るだろう。

では、頭骨で髑髏杯を作ったという話の出典はというと、「浅井三代記」であるらしい。しかし、「浅井三代記」は、寛文11年（1671）ごろ、つまり浅井・朝倉滅亡の約百年後にできた書物で、内容は架空の軍談が多く史料的価値は低いと評価されている。

やや長じて10代の終わりごろか、匈奴の冒頓単于（ぼくとつぜんう）（生年不詳 - 紀元前174年）に関して、敵の「頭をもって飲器となす。」との記載を読み、ひどく驚いた。その頃はまだ、信長は髑髏杯を作ったと信じていたので、「それでは、髑髏杯は信長の独創ではないのか。」と、信長に対する畏敬の念が薄らいだことを憶えている。

これも今回調べなおしてみると記憶違いで、史記の大宛伝 卷123や漢書の匈奴伝 卷64下に記されているのは、冒頓単于が対立していた月氏を破り、冒頓の子老上単于が月氏の王を殺し、その頭部を飲器にしたようだ。

（大宛伝）及冒頓立 攻破月氏 至匈奴老上单于殺月氏王 以其頭為飲器

更に後年、いつだっただろう、ヘロドトスの「歴史（中）」（岩波文庫）を読むと、P40以下に次のようなスキュタイ人の習慣が記されていた。「最も憎い敵の首だけをそうするのであるが。眉から下の部分は鋸で切り落とし、残りの部分を綺麗に掃除する。貧しい者であれば。ただ牛の生皮を外側に張って

そのまま使用するが、金持ちであれば、牛の生皮を被せた上、さらに内側に黄金を張り、盃として用いるのである」。スキュタイ人も、髑髏杯を用いていたのだった。

草原の道、英語でステップロードは、シルクロードの北を走り、アジアとヨーロッパを繋ぐ壮大な交通路だ。匈奴とスキュタイ人はその東と西で活躍した。それが、同じ髑髏杯を使っていた。そして、スキュタイは、北方アジアから黒海東北部に移動したとされている。なぞの多い二つの民族が実は同一であったのではないかと長く空想していたが、現在は、匈奴はトルコ系かモンゴル系、スキュタイはイラン系という説が有力であるようだ。

髑髏を何らかの器物とすることが、思ったより広く行われていことに驚き、調べてみたこともあった。

古くは、イッセドネス人に関する記録がある。イッセドネス人は、父親が死ぬとその髑髏に金を被せ礼拝の対象としたと、同じくヘロドトスの歴史に記されている。イッセドネス人は、古代ギリシャ時代に北方アジアに住んでおり、チベット系ではないと言われる。そして、チベット人は、髑髏杯はもとより、人骨からさまざまな器物を作っていたという記録が数多く残っている。

古代の支那人も、BC456年、晋の趙無恤（趙襄子）が、同じく晋の智瑤（智伯）の頭部を盃にしたという記載が、史記、戦国策、韓非子、呂氏春秋などに見られる。例えば、戦国策趙襄子の條には、「趙襄子最怨智伯 而将其頭以為飲器」、史記刺客伝 卷86には、「趙襄子最怨智伯 漆其頭以為飲器」とある。趙無恤は智瑤の頭骨を、信長と同じく漆塗りにして飲器としたようだ。

5～6世紀にモンゴル高原を支配した遊牧国家柔然（匈奴と同一民族ともいわれる）も髑髏杯を用いていた。モンゴル帝国成立以前の時代にモンゴル高原西北部にいたトルコ系のナイマン族は、敵将の髑髏を銀器の中で保管したと記録にある。

髑髏の使用は、草原の道を往来したチベット人、トルコ人、モンゴル人には、風習と言えるまでに一般的であり、日本や中国では、信長と趙無恤、加えて元代の呉元甫ぐらいしか記録なく、例外的なものであった。

西欧においては、ずっと時代は下って、16世紀に成立したカプチン・フランシスコ修道会のサンタ・マリア・デッラ・コンチェツィオーネ教会納骨堂では、修道士の髑髏が装飾的に使用されている。類似の墓所は、ヨーロッパ周辺には多数見られるが、有名なのはパリのカタコンベ（地下墓所）だろう。これは、18世紀後半、墓地不足からそれまでの遺骨を地下採石場に集めたもので、やはり髑髏や人骨が装飾的に積み上げられている。

また、16世紀から17世紀ごろ、ヨーロッパ北部でヴァニタス（ラテン語: *vanitas*）と呼ばれる静物画のジャンルが成立する。ヴァニタスでは、さまざまな象徴的な物品が画かれるが、一番目を引くのは髑髏である。髑髏は、机の上に置かれていることが多く、人の死の確実さ、死すべき運命を象徴している。ヴァニタスとはラテン語で「空虚」「むなしさ」を意味する。西欧絵画にはキリスト教的な意味が求められるが、ヴァニタスは、旧約聖書の「コヘレトの言葉」の中の「*Vanitas vanitatum, omnia vanitas.* 空虚の空虚、すべては空虚。」を意味するとされた。

ヴァニタスは髑髏そのものの使用ではないが、ヨーロッパの修道院などでは、修道士が死を忘れないために、絵そのままに髑髏を身近においていたという。

註1)「信長記」の記載には、「頸」としか書かれていないが、この宴が行われたのは浅井・朝倉を討ちとった3カ月ほど後の事であるので、髑髏であろうと思われる。

2. 髑髏の意味

なぜ、信長が黄金の髑髏を作ったかについては、その武将を讃える為の行為であるとか、敵将の供養のためとかいう説もあるが、「信長公記」の記載からは、そのような気持ちは読み取れない。「信長公記」には、「各御謡・御遊興 千々万々 目出たく 御存分に任せられ」とあり、黄金の髑髏を見た酒宴の出席者たちが歌い騒ぎ、敵が倒れたことを喜びあっていることがわかる。

匈奴も長年戦ってきた月氏の王の首から髑髏杯を作ったのであるから、当初の髑髏杯の目的は復讐心を満足させるためであったのだろう。

しかし、漢書匈奴伝によると、王昭君を妻にしたことで知られる呼韓邪単于（こかんやぜんう）は、漢と同盟を結ぶのであるが、その時の儀式に月氏王の髑髏杯が用いられている。月氏の敗北から約120年後のことである。月氏王の髑髏杯は、1世紀以上伝えられ、重要な儀式に使用されていたのである。こうなると、もう復讐心の満足とは言えず、敵将の勇気に対する崇敬や髑髏の霊力が意識されていたと思われる。

儀式に際して髑髏杯を使うことは、匈奴では、慣習となっていたようである。淮南子巻11に「胡人弾骨」とあり、高誘がこれに註して「胡人之盟約置酒人頭中 飲以相詛」（詛は、誓う）とする。胡人が盟約を結ぶときは、髑髏杯で互いに酒を飲むという意味である。そして、胡人とは、淮南子が成立した前漢期は匈奴のことを指す。匈奴は、盟約を確かなものにするため髑髏の霊力を頼ったのである。

イラン系と言われるスキュタイ人は、「最も憎い敵の首だけ」を髑髏杯にするのであるから、やはり復讐心に基づく髑髏の使用だろう。しかし、同じくスキュタイ系と言われるタウロイ人の習慣として、次の話が出てくる（ヘロドトスの「歴史（中）」（岩波文庫）p62）。「敵を捕らえたものは、その首を刎ねて家へ持ち帰り、長い棒に刺して屋上高く一たいていは煙突の上に掲げておく。この首が守護者として屋敷全体を見張ってくれるように。高く掲げておくのだと彼らはいっている」。これは、髑髏ではなく生首だが、長く掲げておけば髑髏になる。ここでも髑髏に何らかの霊力を認めているのである。ずっと後のイスラムに起源をもつ髑髏の海賊旗ジョリー・ロジャー（Jolly Roger）は相手を脅す意味が強いが、やっていることはよく似ている。

チベット系と言われるイッセドネス人の髑髏使用は、祖先の髑髏であり礼拝の対象であるから、かなり異なっている。死者を忘れないということや家系の誇りや髑髏の霊力などに関係しそうである。

チベット人が人骨を器物にして使用したという記録が最も多い。これは、チベット仏教が、人骨、特に高僧の人骨を聖なるものと考えたことによる。カパーラ（あるいは、カバラ）という髑髏杯は、「有と無の分別を断つ」として儀式の際に用いられる。周囲に金属飾りがなされ、一見髑髏杯とは分らない。ダマルという髑髏の太鼓、大腿骨の笛、人骨の数珠（これもカパーラという）などが作られていた。そして、現在も使われているようである。ただし、チベット系と言っても7世紀初めから9世紀の吐蕃には、髑髏使用の記録がないので、チベット人がいつの時代もそのような風習を持っていたかはわから

ない。

支那の趙襄子が智伯の頭骨から髑髏杯を作ったのは、「趙襄子最怨智伯」とあるように智伯に対して限りなき怨恨を抱いていたからとされる。また、史記卷43趙世家には、趙襄子が酔った智伯に酒を首にかけられたとか、智伯が趙襄子を太子の地位から落とそうと画策したというエピソードを掲げ、趙襄子の智伯に対する恨みが骨髓に徹していたと解釈している。おそらく髑髏の使用する風習が一般的でなかった古代支那人は、よほどの恨みがなければ、髑髏杯を作ったりしないと考えたのだろう。

髑髏をめぐっては、怒り、復讐心、怖れ、愛情・・・様々な感情が渦まき、それが髑髏に不思議な力を与えている。髑髏の使用は、復讐心の満足のためであったり、髑髏の霊力による儀式用やお守りとしての使用であったりしたのである。髑髏の意味が、敵の死を忘れ敵が死んでいないかのように復讐し続けることであったり、親族の死を忘れないためであったりすることが、すこし不思議ではある。しかし、それ以外にも、中世以降の西欧ではメメント・モリ（memento mori死を忘るな）のための使用が多かった。

3. メメント・モリ（死を忘るな）

ミスチルの曲に「花～Memento-Mori～」があり、機動戦士ガンダム00『2nd』では巨大自由電子レーザー掃射装置の名がメメント・モリになっているが、メメント・モリ（memento mori）とは、元来はラテン語で「死を忘るな」という意味である（memento：記憶せよ mori：死）。

ローマ時代には、メメント・モリは、明日死ぬかもしれないから今日を楽しもうという意味で使われていたが、キリスト教の普及とともに、現世の富や名誉や享楽の虚しさを自覚せよという意味に変わった。

中世以降、西欧では、この意味でのメメント・モリとして、髑髏が使われてきた。墓所のむき出しの人骨、ヴァニタスで描かれた髑髏は、共に人生の虚しさを見る者に印象付けている。それ以外にも、中世以来、死の舞踏というモチーフもメメント・モリのために好んで画かれる。これは、骸骨が踊る、あるいは骸骨と踊るというものである。現在でも、東京ディズニーランドのお化け屋敷ホーンテッドマンションで、骸骨と踊る花嫁、髑髏に変わる花嫁というアトラクションを見ることができる。

メメント・モリのために髑髏を用いることは、西欧だけに限られたことではない。日本でも、一休和尚が、元旦、みな新年に浮かれているところへ、竹竿の先に髑髏を括りつけ、「御用心。御用心。」と門々を廻った。これに腹を立てた人が、「縁起でもない事をするな。」と一休和尚に食って掛かると、「門松は 冥土の旅の一里塚 めでたくもあり めでたくもなし」と詠んだのである。

メメント・モリを知ったのは、20代の後半だったのだろうか。絵画を通じてであった。その絵の中では、修道士が机の上に髑髏をおいて沈思していた。つまり、ヴァニタスである。かたわらには蠟燭が燃え、静謐という印象を与える絵だった。

われわれはいづれ死ぬ。それを忘れないことは、大切なことだと私は思った。修道士のように、メメント・モリのために何かを身近に置きたかった。現代の日本では、当然ながら髑髏を置くことはできないし、それを置きたいわけでもなかった。

暫くあれやこれやと考えて、見つけ出したのが徐渭の詩だった。

徐渭（1521-1593）は、明代の文人で、書・画・詩・詞・戯曲・散文でそれぞれ天才的な作品を残した。科挙には及第できず、役人になれなかったが、前半生はそれなりに恵まれていた。しかし、中年以降は困窮し、9回の自殺未遂をする。45歳ごろには嫉妬妄想からだろろうか妻を殺害し、7年の獄中生活を送る。自ら「書が第一、詩がこれに次ぎ、文はこれに次ぎ、画はまたこれに次ぐ」と言っていたというが、私は、書の鑑賞から徐渭を知った。不気味な感じすら受ける特異な書だった。次いで、数は少ないが詩も読んだ。

私が見つけた徐渭の詩は、葡萄図（題葡萄図、墨葡萄図とも）というものである。

葡萄図
半生落魄已成翁
獨立書齋嘯晚風
筆底明珠無處賣
閒拋閒擲野藤中

（葡萄図 半生落魄して已に翁となり 一人書齋に立って夕べの風に詩を吟じている 傑作はできるのだが売るところがない いつも野の藤の中に投げ捨てている）

この詩を自分の髑髏にしようと決め、20代の終わりから、時に口にし、時に紙の端に書いた。そして、自分の死を思った。この詩は、零落した老年期のことを詠んでおり、死を言っていないが、20代の私には、死も年老いることも大きな違いがなく思っていたのだろう。髑髏と比べるとかなり霊力は落ちるが、メメント・モリのために、この詩は貴重であると思ってきた。

しかし、年を重ねて今思い返すと、残念なことにメメント・モリは私の人生に、たいした影響をもたらさなかったように思える。メメント・モリは警告する。「死は確実に訪れ、われわれから全てを奪う。現世の富や名誉や享楽は虚しい」と。それは、まぎれもない事実だ。では、人生に虚しくないもの、真に価値あるものが、どこかに準備されているのか？そんなステキなものは、絶対に見当たらない。のみならず、有ってはならないものなのだ。

神様や仏様がおわせば、真に価値あるものを示してくれるだろう。中世の西欧なら、現世のすべては虚しいからキリストを信ぜよと、一休和尚なら、一念発起して仏道に励めと。それらが真に価値あるものであったのだ。だが、現代に人は、受け入れられることではない。

結局、わたしは、現世の富や名誉や享楽は虚しいとわかっていても、真に価値あるものへ向かって歩き出すことはなかった。その意味で、メメント・モリは私の人生にたいした影響をもたらさなかったし、徐渭と同じように失敗した人生を送ってしまったという悔恨もある。ただ、失敗した人生を送ってしまったとしても、もともと人生は虚しいのだから、悔やむ必要もない。メメント・モリは、私に人生において、こうした言い訳にのみ役立ったかもしれない。



花菖蒲（京都府立植物園にて、R2.5.24）

精神科医として 50 年（1）

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

私が精神科医となったのは、1970年の11月14日である。就職したところは、大阪府泉南郡熊取町七山にある七山病院である。実は、その前に就職を決めていたのだが、医師免許証を貰ってから来てくれと言われたので、厚生省から医師合格を通知する葉書を持って病院に行ったものである。もちろん、その年の9月に私は大学を卒業して、10月に国家試験を受けていた。そこで、滑ることはあるまいと思って結果を待っていた。すると、精神科希望者は自分で就職先を決めんといかんらしいとの情報があり、先輩のいる病院に見学に行かないかと同級の横山君が誘ってくれた。そこで、彼の話に乗り病院見学について行った次第である。確か大阪だと聞いていたから騒がしいところかと思ったが、あにはからんや、住んでいた京都の一乗寺から叡山鉄道で出町柳に、バスで京阪三条に出て京阪鉄道で大阪環状線の京橋へ、そこから天王寺に出て阪和線に乗り換え、和泉橋本という何もない駅で降りるという往路2時間を超える旅行であった。橋本駅ではタクシーが一台停まっていたので病院の名前を言って走って貰った。「ここです」と言われて降りたところは、小高い丘のそばで周りは田んぼしかないところ。何処に病院があるのかと戸惑ったが、丘の石垣を少し回ると病院の玄関らしき建物があつたので安心した。病院で医局長に会うと2人とも常勤で来てほしいとのことで即決、この病院で働くことにした。あとから聞いたところ、病院で中心的に働いているのは医局長の山崎先生、あとは院長の弟の本多副院長、それに3年先輩の2人が常勤として働いており、われわれ2人が常勤になり計6人の常勤医体制となった。私は10年以上この病院で働いていたが、院長を2度位姿を見かけただけで話はしたことが無い。パートで、関西医大や京大、和歌山医大から医者が派遣されていたのであるが、入院患者数は650人前後で、許可ベッド数は701床であった。

これが私の精神科医としての始まりである。その後、大阪医大の満田教授や同志社大の福田教授に師事、高槻の精神科病院に勤務、ドイツ留学の後、愛知医大に勤務して、その後京大から教授として招聘、定年退職後は豊郷病院の顧問として臨床にかかわる、という波瀾万丈の人生を送ることになる。先輩の医者が「精神病院の医者に始まり、精神病院の医者で終わる。君の人生は一本、筋が通っている」と言ってくれる。私も、精神病院の医者として七山で勤務しながら精神病患者の経過研究をして過ごそうかと思っていたが、やむを得ず勤務先を変わり、周囲の状況から色々な病院や大学を巡ることになったが、臨床精神科医としての筋は、この50年通してきたと思っている。

元来健康に恵まれて、病気らしい病気は学生時代に虫垂炎にかかって京大で手術した以外に無い。しかし、去年の12月に地下鉄階段で倒れ、救急車で京都府立医大病院に搬送、小脳出血ということで10日間入院した。それ以来、急に筋力の衰えを自覚し、いよいよ人生に残された時間を考えるようになってきた。年齢も75歳を数えて立派な後期高齢者となっている。ここは、終活を始める時期であり、身辺を整理しなくてはならないようである。田舎の観音寺（香川県）には、相続して空き家となった実家と仏壇、それにお墓があり、今までもどうするかに頭を悩ませていたのであるが、そろそろ決断しよう

と思う。関東や九州で生活する子供達に、遺言書を書き残さなければいけないな～、その前に、大学を退職したときに半分は処分したが、家や病院に運んである蔵書をどのように処分するかを考えないといけないし、その前に、病院の顧問室や研究室の乱雑を見るとこれらの書類を整理しておかないと・・・などなど、考え出すと切りが無い。いろいろ考えていると、まだまだ、時間は充分に残されているのだと考えようと思い、本年報に「精神科医としての50年」という題で文章を書き、連載させて頂こうという考えが浮かんできた。日本経済新聞に毎日載っている「私の履歴書」を参考にした企画である。一応、予定では10回、10年にしようと思い、完結することを願いながら執筆する。完結号が「精神科医として60年」になるまで、続ければ良いのだが、と思う。

それでは、私の生い立ちから始めよう。

私が生まれたのは、1945年9月9日、昭和20年8月15日に日本が太平洋戦争に負けた日の3週間後である。生まれた場所は朝鮮の江原道春川郡春川邑大和町120番地となっている。今、春川と言えば韓流ドラマ「冬のソナタ」のロケ地で有名だが、長姉はこの景色は知っていると言う。もちろん、私は出生地であるが記憶はない。大和町という場所は、現在どうなっているのかは知らないが、地名が示すように日本人が比較的多く住んでいたようで、そこに病院もあったという。私の家族はそこからまだ北にある鉄原という小さな町に住み、父親はその町で国民学校の校長をしていた。8月15日に終戦となつてから世情は騒然となり、日章旗は塗り替えられて一夜のうちに太極旗になったという。日本人は持てるだけのものを持ち、京城（ソウル）を目指した。ともかく京城まで歩けば日本に帰れると思ったようだが、身重である母親が3歳と7歳の姉を連れて歩くのはきつかったようである。今でも、次姉が歩かなくなって泣いて困ったと、長姉がその時の様子を思い出しては話をする。8月6日にソ連が参戦して満州に侵攻、ソ連兵が行なう民間人への残虐非道ぶりから、女性は髪を切り泥だらけの格好で朝鮮半島を南下していた。これらの避難民とともに、ともかく京城までは歩かなくてはと思ったようである。しかし、途中の春川で母親が産気づき、私はこの世に生まれてきた。もし女の子だったら、と母親は口にするが、その時は私がこの世に居るかどうかは分からない。両親は長男を幼くして亡くしていたから男児を渴望していた。両親としては幼い女兒2人と生まれたばかりの女の子を連れて、日本への避難をまた開始するのには世の情勢が過酷過ぎたかと思う。

昭和20年9月9日の朝日新聞の記事を見ると、アメリカ軍が京城に入城したとある。両親からは朝鮮からの引き揚げについて聞いたことはなく、両親も子供達に喋ることはなかった。次姉が母親に引き揚げの時のころを聞いたところ、藤原ていさんが書いた「流れる星は生きている」という本に書かれているとおりだよ、と言ったという。京城からはアメリカ軍の進駐で治安は良くなって身の危険を感じることはなくなったようだが、母親は食べるものがなく乳も出なかったので、アメリカの兵隊さんが乳飲み子のために牛乳を分けてくれたとか、引き揚げ船では博多に寄港する直前、船が機雷に接触しそうになって上陸が遅れたという話を時々耳にしている。観音寺に帰ったのは田舎の祭りの日だったと言い、10月の半ばだったとのことである。父親は97歳、母親は98歳ですでに死亡したが、父親が亡くなる前に時々せん妄状態となり、「まだ岡山か、高松にはまだ着かんか」と言っていたと聞くにつけ、終戦時の引き揚げ体験の記憶が、相当に過酷であったことがうかがわれる。



朝鮮では連翹の花が咲くころ本当に奇麗だった、と母は言う

私の家は代々百姓である。香川県で言う「5反百姓」であり、朝鮮に渡ったのは給料が内地より高かったからお金を貯めて土地を買い足そうとしたようであるが、一文なしになって日本に帰ってきた。貸していた田んぼのうち、家族が食べる2反ほどの土地を返してもらい、貸していた残りの農地は只同然で売らねばならなかった。日本に帰ってからの1年間は食糧が乏しく、親戚に無心しても良い返事が貰えず、母の兄が夜中になって、これで我慢してくれと米俵1俵を背負ってきたという。つらい日々だったという。父親は教師の仕事が香川県の島嶼部にはあったが、食べるためには自分の土地を耕さなければならず、教師は辞職して、あらためて通勤可能な公務員の口を探して働いた。私の小さい頃は、妹が生まれて姉妹が3人になったので、姉の友達が遊びに来た時、私も姉の着物を着て遊んでいた記憶がある。家で牛を飼っていたこともある。また、鶏やウサギを飼い、田んぼでヒルに血を吸われながらも、苗代や田植えの手伝いをし、田んぼではフナやコイ、時にはウナギなどもいて、捕って遊んでいた。朝食時には、朝起きて飼っている鶏のところで卵が3つもあればうれしかった。どんぶりに卵を割り醤油をかけてかき混ぜ、姉妹と分けあった。卵がなかったときは、ご飯に醤油をかけるしかなかった。高校生ころまで麦飯が普通であり、弁当はご飯が出来るだけ白く見えるように、麦は釜の表面に集まり易いため、麦の割合が少ないところを選んでくれた。その後、少しずつ麦の割合が少なくなり、ご飯が白くなってきた。今、ご飯と言えば白米であるが、最近では麦飯がおいしいと言う者もいる。外食ではトレンドになっているようだが、われわれの世代では考えられない。ご飯はやはり、真っ白のコメだけのものが一番おいしい。

両親は高齢になるまで生きて、すでに亡くなった。2反（600坪）の田は私が住んでいた50坪の名古屋の家に替わった（今は京都の家に買い替えた）。叔母（父の妹）は満州からの引き揚げ者であるが、「林の家は代々農家としてやってきたが、土地は全部なくなった。あんたの父親がなくなってしまった」と嘆く。私は百姓の血を継承しており、叔母の気持ちもわからぬこともない。しかし、土地にしがみついて生きた時代は過ぎたように思う。地方都市の周辺にある田園地帯に田畑はなくなり、自分の家の田んぼだった所には新しい家が建っている。帰郷するたびに変わっている田舎に、築100年以上になる実家と3畝（100坪位）の野菜畑が残っているが、もはや処分するしかあるまい。

小学校は常盤小学校に通った。通学する子供達はほとんど農家の子であった。小学3年生（昭和30

年）のころだったか、香川県三豊郡常盤村だったのが町村合併で観音寺市になった。われわれの学年は出生数が少なく、クラスは2つしかなかった。自宅から小学校までは歩いて15分位であろうか、途中で文房具を売っている店が一軒あり、学校から帰る途中に5-6人で寄って買い物をする。お金を払わずに出てきたが見つからなかった、と子供達の中で話しているのを聞き、私も一度、そういうこともあるんだと、お金を払わずに店から出たことがある。しかし、両親から買ってはいないものを持っているのを問い糾され、「泥棒はうちの子ではない」と家から追い出された。夜が更けても家には入れず、泣きながら「中に入れて～」と戸を叩くが、中から何の反応もなかった。とりわけ、父は厳しかった。母も、結婚する前は小学校で教員だったからか、子供の教育には厳しかった。悪さをすれば叱られ、納屋の2階に放り上げられて梯子を外された。灯かりもなく「降ろして～、降ろして～」と泣き叫びながら、暗闇の中で一人、数時間泣いていた。今でなら、虐待？と言われるかもしれないが、決して手を出された記憶はない。無口で厳しい父親であったが、一緒に釣りに行ったり、カレイをモリで突きに行ったりしたことが思い出される。母親は父親を尊敬しながらも、愚直にしか生きられぬ父親を嘆いていたが、両親とも子供達には優しくかったと思う。

中学校は観音寺中学校に通った。自宅から自転車で15分位のところにあり、農家がほとんどの生徒だった小学校とは違い、町の子供達と一緒にになった。商家や漁師の家の子供達と混じって、世界が一気に広がった。私は小学校後半から成長期となり、身体も大きくなったので、中学校では柔道部に入った。稽古は厳しかったが、体力で相手をねじ伏せることは出来たが技の上達はなく、小柄な上級生に背負い投げをかけられ参ったと言わざるを得なかった。柔道部に入ったおかげか、いわゆるワルから目をつけられることもなかった。しかし、入学早々に、身体が大きな同じ小学校出身者が学校裏の松林に呼び出され、何人かが見守る中で決闘させられていた。虐めと言うのではなく、自分たちの仲間に入れるかどうかを試すリクルート試合だったのかも知れない。授業は楽しかった、と言うのか、あまり記憶はない。教師は授業が出来なくて、泣いて職員室に帰ることが多かった。そのあと体育の先生が教室に来て説教し、「級長！あとから職員室に來い」と言う。私が級長をしていたから、命令通りに職員室に行くのだが、自分も教師を泣かせる側である。私も授業中に自分の席に留まっておらず、授業中にもかかわらず教室の中を歩いていた。外を見ると、別のクラスの生徒が2-3人、運動場をぶらぶらと歩いている。窓ガラスは割れていたことが多い。これだけ割れていると、ガラスを割っても罪悪感がない。教師にとっては、教育の場の秩序を守らなければならないし、大変だったと思うが、われわれにとっては良い教育の場であったと思う。その後60年たっているが、市の偉いさんとか会社の社長を務めているものも多い。このような経験も役に立っているのであろう。これは、今で言う「荒れた中学校」だったのであろうが、息子の中学時代も同じ状況だった（名古屋でいたころ）ようである。学校から授業が出来ないから塾に行かせたらどうかと家に電話があったとのことであるが、息子は授業が止まってしばしばホームルームがあり、そこでの議論が極めて「エキサイティング」だったと言う。もちろん、塾には行かなかったが。現在、小・中・高校と一貫する学校に入り、社会的に同一の境遇、生活水準や考えをする生徒たちの中での教育が人気になっているものの、少なくとも中学時代は社会を構成するさまざまな人たちと友達になり、多様な経験が出来るところが必要なのではないかと思う。大人になる前に、観音寺中学での1年間は、非常に面白く楽しい経験をさせて頂いたと思っている。

観音寺中学校での1年間と書いたが、2年になると観音寺中学は生徒数が多くなったために、われわれは自宅から歩いて10分に新設された観音寺中部中学校に移った。新設中学校の運動場には稲の切り

株が残るなど、学校は田んぼの真ん中にあった。戦時中、軍の飛行場として使われていたが、戦後、水田に変わった場所である。観音寺市の郊外の農村地帯にあり、生徒は農家の師弟の割合が再び多くなり、静かな中学生活で、思い出もあまりない。自宅から近くなので、高下駄を履いて田んぼのあぜ道をのんびり通学していた。高下駄はもちろん推奨されるものではなかったが、禁止されたものでもなかった。当時は、服装に厳しいチェックはなかった。

新設校なのでクラブはあまりなく、クラブには何も入らなかった。柔道部はなかったと思う。2年をそこで過ごし、観音寺第一高等学校に入学した。

入学したとき、観音寺中学で同じクラスだった連中から誘われ、観音寺の町なかにある友達の家集まった。2年経つうちにみんな精悍になったなあと思った。ほとんどが中卒で就職している。その後、誘われて店に入り、みんなそれぞれ勝手に注文したので、私も同じくハイボールを注文した。アルコールとは思わなかったが、顔がほてってきた。将来漫画家になるという友達を自分の自転車の後部に乗せて、観音寺市の銀座通りと言われる柳町を走って家まで送りとどけた。翌朝、高校の朝礼で校長が、うちの制服を着た生徒が酒を飲んで自転車に乗っていたとの通報があった、こういうことは絶対にしてはならない、と訓示していた。

ハイボールが酒とは知らずに飲んだのが、私がはじめて酔っ払った高校1年、15歳の時である。



観音寺の秋祭り（H30.10.21）

（以下、次号）

研究業績

令和元（2019）年度業績

豊郷病院精神科の特色、治療、および実績

精神科および認知症担当の医師スタッフは、常勤医師7名（精神保健指定医4名、専門医2名、指導医2名）と、非常勤医師の3名である。

当精神科は、滋賀県湖東地域における中核的病院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人疾患、アルコール、思春期、さらに精神遅滞の患者も受け入れ、措置入院も令和元年度は3名を引き受けている。

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、100床前後（令和元年度平均103名）で運用されている。しかし、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ほかに、修正型電気けいれん療法（令和元年度：2名、21回）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（令和元年度：1名）。

精神科外来は3診体制であり、一日平均の外来患者数は68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（2名）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。

なお、年間患者数は外来が16589人、入院は37878人、手術件数（電気けいれん療法）が21件であった。

原著論文など

1. 林 拓二：「めくら判は押したらあかん！」. 豊郷精神医学研究所年報、第9巻、1-4, 2019
2. 阪上 悌司：少年犯罪と発達障害(1). 豊郷精神医学研究所年報、第9巻、7-15, 2019
3. 林 拓二：古典紹介、カール・レオンハルト・著、『Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie』. 精神科臨床Legato 5(2): 104-108, 2019
4. 林 拓二：DSM時代における非定型精神病. 豊郷精神医学研究所年報、第9巻、22-46, 2019
5. 林 拓二：私が考える精神医療の基本—治療と矯正、そして共生—. 豊郷精神医学研究所年報、第9巻、47-55, 2019
6. 武本 一美：世界は救いに満ちている. 豊郷精神医学研究所年報、第9巻、98-100, 2019
7. 林 拓二：万引き常習事件—軽度精神遅滞. 豊郷精神医学研究所年報、第9巻、101-110, 2019

講演など

1. 林 拓二：DSM時代における非定型精神病．精神医療を考える会、ホテルエミシア札幌、2019.10.10、札幌
2. 林 拓二：私が考える精神医療の基本―治療と矯正、そして共生―．札幌トロイカ病院・院内後援会、2019.10.10、札幌
3. 成田 実：認知症の在宅医療について．愛知・犬上医師連絡会、パストラールとよさと、2019.6.14、豊郷
4. 成田 実：認知症と介護負担．公開セミナー・出前講座、甲良町保健センター、2019.11.9、甲良
5. 岩田 夏彦：滋賀県の精神科作業療法におけるインフォームとコンセンツの実態調査．第53回日本作業療法学会、福岡国際会議場、2019.9.6、福岡
6. 伊藤 優里：箱づくり法の事例検討．箱づくり法定例会―事例を通して学ぶ「箱づくり法」、のぞみの丘ホスピタル、2019.10.13、美濃加茂
7. 金丸 貴行／林 こず恵／小野 将之：発達障害患者の青年期における排泄行動変容～看護師のかかわりと発達段階における退行現象の意味と理解～．看護院内研究発表会、豊郷病院、2020.2.29、豊郷



ユキヤナギ（京都府立植物園にて、R3.3.25）

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2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	武本一美
所員	成田 実	所員	木村千江
所員	阪上悌司	所員	古田成年
所員	中江尊保	所員	岩田夏彦
所員	西嶋泰洋	所員	木津賢太
所員	堀川健志	所員	上野志保
所員	岡村恭子	秘書	森 香織
所員	世一市郎		



知恩院山門にて (R2.1.1)

編集後記

豊郷臨床精神医学研究所年報第10号をここに発行し、お届けいたします。

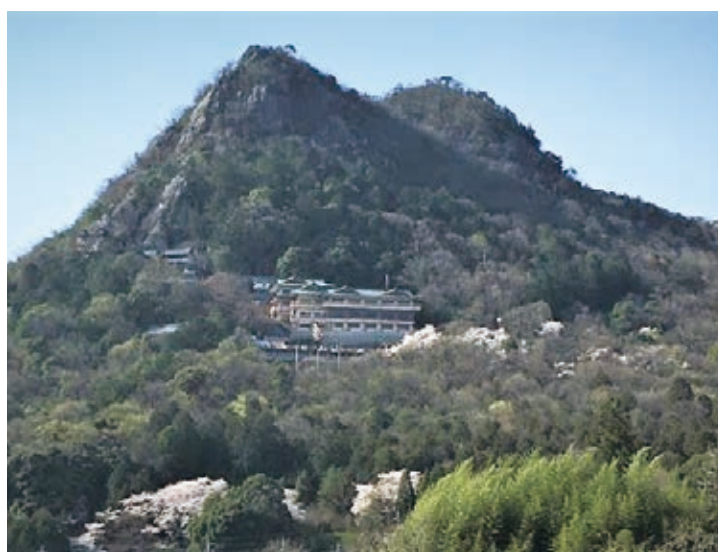
当研究所が発足して10年が過ぎて研究体制の若返りを図っております。しかし、なお当病院に残されたカルテに基づく経過研究は継続中であり、膨大な量の資料の整理がまだ残っています。研究に協力していただける方がおられれば有難く思います。10年経てば研究のまとめが出来ると思っていたのですが、まだ10年は必要かと思えます。今回の報告はひとまず中間的なものと考え、お読みいただければと思います。

今号も各医師からの寄稿、看護・心理からの研究報告、作業療法士からの研究発表があり、皆様方の研究に少しでもお役に立てればと思います。

令和2年の年初から新型コロナが全世界的に流行、第2波、3波とますます猛威を振るっており、豊郷病院もその影響は避けられませんでした。人類に残された医学的な課題は癌と精神病の2つと言われてきましたが、解決されたと思っていた感染症とも人類はまだまだ戦い続けていかなければならないのでしょう。

最後になりましたが、本誌出版には豊郷病院法人統括本部長種村氏に大変お世話になりました。ここに厚くお礼を申し上げます。

(R2.12.15. 編集委員 林拓二・阪上悌司・堀川健志・森香織)



八日市・太郎坊宮遠景 (R2.4.4)

グループ
施設

認知症疾患医療センター

オアシス

介護老人保健施設
パストラルとよさと

居宅介護支援センター

MAX マックスとよさと

居宅介護支援センター

MAX マックスビこね

訪問看護ステーション

レインボウとよさと

サテライト

レインボウはたしやう

訪問看護ステーション

レインボウひこね

訪問リハビリテーション

HP 1411 とよさと

彦根市デイサービスセンター **キラ石**

① 彦根市地域包括支援センター

甲良町デイサービスセンター 1つやま

甲良町グループホーム **らくらく**

認知症初期集中支援チーム

Orange Five オレンジファイブ

在宅療養サポートセンター

とよサポ

[illegible]

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

2019 (令和元年度版)
公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所年報
vol.10

2020年12月25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)