

『依存症について』～精神科疾病構造の変化を踏まえて～ そして、大阪の精神科クリニック放火事件

西脇病院 理事長 西 脇 健三郎

50年前から～

私は今年（2022年）で精神科医になって50年になる。何の感慨もない。歳月を重ね老いていただけのことだ。

ただその年（1972年）、一人のアルコール依存症者との出会いが今も強く記憶に残っている。もちろん新米ながらも私は取りあえず精神科医、彼は紛れもなくアルコール依存症者であった。詳細は【資料1】をお読みいただきたい。現在も彼とは月に1～2回会ってはいる。しかし、ほとんど言葉を交わすことはない。西脇病院が40数年、週一回続けている夜間集会（毎火曜日18時45分～20時）と称する集いに彼は参加し、私が指名すると5～6分間これまでの自らの過去を語る、それだけだ。その夜の他の参加者にとって彼の体験談は良薬らしい【資料2】。

今から15年前、私が還暦、そして西脇病院は開院して50年目にあたる節目の年でもあった。何故か分からぬがその年の夏、かなりの日数を費やし毎晩、一人で開院時から500名の新患カルテ全てを引っ張り出しては色々なことを調べた。その間、私の酒量が減ったのは確かだ。他に…開院当初の初診者500名の半数強が精神分裂病（現：統合失調症）と診断されていたことが分かった。だが、それを調べた2007年当時、統合失調症が初診者に占める割合は10%程度だった。2021年、今日に至るまでその割合はほぼ変わらない。

つまり、10数年前、いやもっと以前から精神科領域における疾病構造の変化はすでにおきていた、と言つていいだろう。

そしてやつと、2017年厚生労働省は第7次医療計画における精神疾患の医療体制の3つの大きな項目の一つとして、多様な精神疾患等に対応でき

る医療連携体制の構築をあげている。さらに2020年度から「依存症疾患が研修医のレポート作成要件に追加」を通知している。

2021年の一年～

2021年1月だったろうか日本精神科病院協会（以下：日精協誌）広報委員会の担当の先生から「日本精神科病院協会誌6月号で『メンターに聞く』といった特集を組むので何か書いていただけないか」と電話をいただいた。お引き受けして書き上げたが、かなり指定の文字数を超過してしまった。そこで、削った内容を雑感として別途追加投稿してみた。幸い、広報委員会のご配慮で日精協誌6月号の特集『故きを温ねて新しきを知る』【資料3】と日精協誌7月号では『意見コーナー』【資料4】との2回に分けて掲載いただいた。

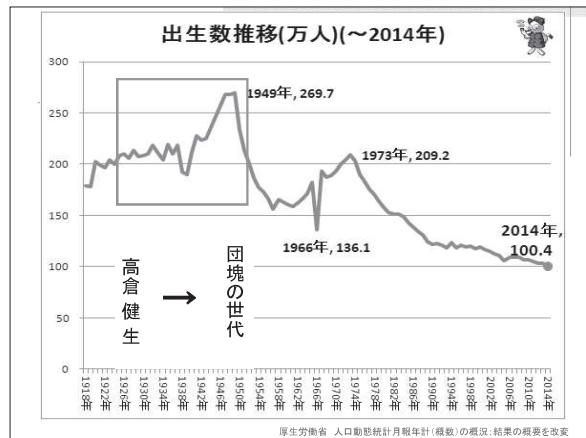
また、昨年（2021年）6月から8月にかけ、昭和大学医学部附属病院精神科・長崎大学地域連携児童精神医学と2つの大学病院の精神医学講座、及び青森県下で地域精神科医療に取り組んでおられる一精神科病院と、そことの連携が深い行政機関等の方々へ、「『依存症について』～精神科疾病構造の変化を踏まえて～」と題したオンライン講演を行わせていただいた。

そして、11月にはコロナ禍で延期を余儀なくされていた日本デイケア学会第26回年次大会をWEBで開催。特別講演、やはり「『依存症について』～精神科疾病構造の変化を踏まえて～」とした。さらに冒頭にふれた日精協誌の2つの私の小論を読まれてか、熊本県精神科協会（以下熊精協）より季刊熊精協会誌の寄稿文の依頼をいただいた。それもタイトルを「『依存症について』～

精神科疾病構造の変化を踏まえて～」とし、長崎大学地域連携児童精神医学講座の録音テープの掘り起こしを熊精協事務局に手伝ってもらい、12月末までにはと推敲と校正を進めてきた。一方、12月16日に一般社団法人日本能率協会主催のセミナー「ダイバーシティ・インクルーシブな経営～障害者雇用と健康経営の新しいあり方～」と題するセミナーに演者として参加のお誘いを受け、当初はオンライン参加のつもりだったが、新型コロナ感染症も落ち着きをみせた時期でもあり上京、対談相手のソーシャルハートフルユニオン書記長久保修一氏と肌感覚も感じながら無事セミナーを終了できた。そして、翌12月17日、大阪の精神科クリニックの放火殺人事件である。精神科疾病構造の変化に伴い良くも悪くも高機能精神疾患当事者に対する係わり方。これもまた、疾病構造の変化により既に機能不全に陥っている精神科救急重視の現行の精神科医療制度。そのため軽んじられてきた精神科リハビリテーション。これ全て、昨年一年間、私が指摘してきたことでもある。そんな精神科医療環境の大きな変化をこれまで関係行政、並びに多くの精神科医療従事者が見て見ぬ振りをしてきたことと、2021年12月17日大阪で発生した精神科クリニックの悲劇は無縁ではないと思う。そこで、この小論では日本能率協会セミナーでの対談内容と大阪の精神科クリニックについての私見も加えることにした。

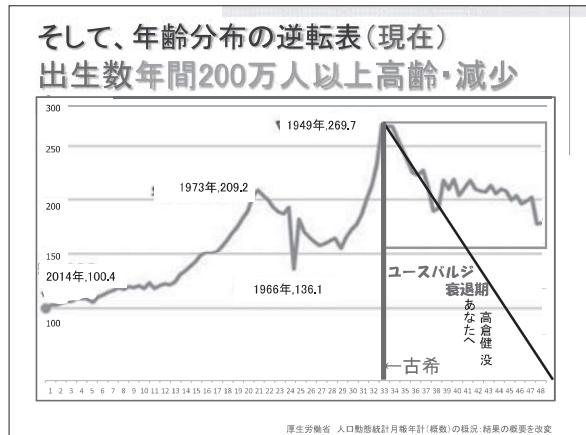
精神科領域の疾病構造の変化について

(図表1)は厚生労働省の人口動態統計月報年計(概数)の概況である。1920年代後半から1940年代半ばまで約20年間を枠で囲んでいる。この期間、概ね毎年200万人強が出生している。後半は250万強の出生が数年続いた団塊の世代である。つまりこの20年に約4000万人強の子どもが出生。戦後、時を経て彼らは思春期から大人へと…。その多くは中学校を卒業すると金の卵と呼ばれ、主に都市部での就労の道を選択し日本の復興と経済成長の下支えを担った。そしてまだ大学進学率1割強程度で大学へ進んだ若者は、一部学生運動に



図表1

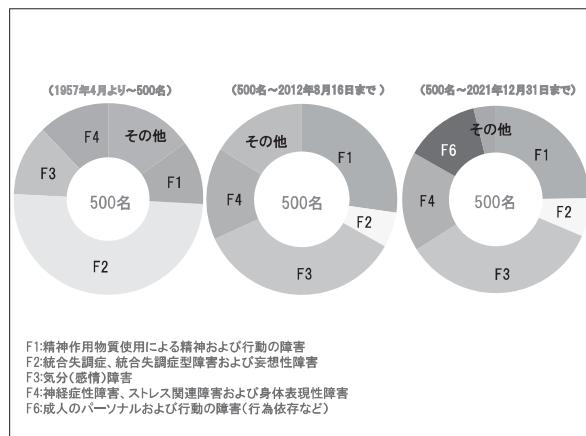
身を投じるも、社会人になると一転、企業戦士となり日本経済成長の先兵となった。日本人口の多くを若者が占めていたユース・バルジ(Youth Bulge)の時期である。では、当時の精神科医療はというと、思春期に多く発症する統合失調症は古今東西、概ね100人に一人とされている。ならこの時期20年間では約40万人である。その40万人が1950年代半ば以後、精神科病院、精神科医療の一大マーケットとなる。そして今、間もなく彼らも、そしてそれに係わってきた昭和の精神科医も全てが後期高齢者を迎える、すでに多死の時代が始まっている。(図表2)は統合失調症中心の精神科医療の終焉を意味する【資料3】。次に(図表3,4)は、西脇病院の開設日(1957年4月20日)からの初診500名の患者の紙カルテを引っ張り出してその診断名と初診日の処遇内容(即日入院か否か)について調べたものと、2012年8月16日までの初診者500名の診断名、初診日の処遇内容と、



図表2

同じく2021年12月31日までの500名とを表している。つまり65年前と一昔前、そして現在とを比較したものだ。

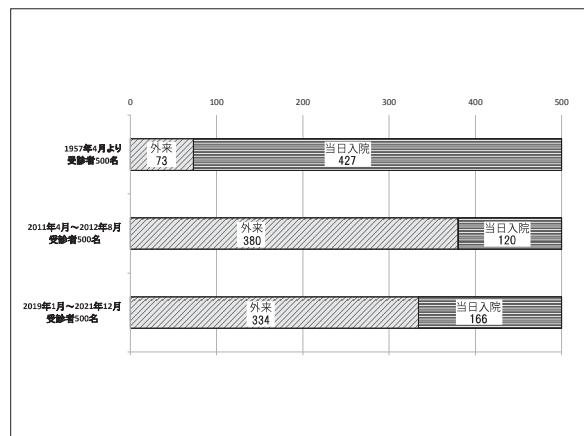
(図表3)では、半世紀の時の流れでF2の統合失調症の新規受診者の減少と、F3の気分障害の新規受診者の増加が顕著である。そして、その他とした分類枠の中に開院当時は「進行性麻痺（脳梅毒）」の診断が多くみられた。一方で10年代初頭は、単なる「非器質性不眠症」「神経症性不眠症」といったものが目立っている。また、19年から20年代に入ってからの集計でも統合失調症の占める割合はほぼ変わりはない。だが、新たにF6の成人のパーソナリティおよび行動の障害が分類枠に登場してきた。これは、行為依存である病的賭博（ギャンブル症）、病的窃盗がF63習慣および衝動の障害に分類されているからである。この疾病構造の変化は、多くの精神科病院の年報、ニュースレター、ホームページからも、その精神科病院の開設当初の疾病分類は計り知れないが、最近の新規受診者動向は統合失調症が20%を超える病院は限られてきている。明らかに、精神科疾病構造の変化がかなり以前からおきていた、と言っていいだろう。さらに図表4においては、当日の処遇内容についても、即入院とまずは外来通院からとの社会の要請、当事者（患者）の受診動機にも逆転現象がおきている。これをみるだけでも半世紀前の精神科病院が“暗い”“汚い”“怖い”，あそこに行ったら閉じ込められるといった印象を国民に与えるのに十分だったことが推察で



図表3

きる。それが今では、まずは外来からへと様変わりをしている。ここで19年から20年代に入ってからと、10年代初頭の受診者500名に注目いただきたい。直近の19年から20年代初期のほうが即入院割合が増え、まず外来からが減少している。これは数年前より電話相談レベルで、単なる「非器質性不眠症」「神経症性不眠症」を疑われ深刻な問題でないと判断した場合、相談者に対して市井の精神科クリニック受診を促すといった方針に切り替えてきた。その結果だとみている。そのため新患受診者が500名に達する期間も直近の19年から20年代までが、10年代と比較して7ヶ月ほど長くなっている（図表4）。このような電話相談業務は精神科医療において、この先、重要な住み分け作業（ある種のtriage）になるに違いない。こうした当事者側のニーズも含めた精神科疾病構造の変化は、厚生労働省が毎年行っている630調査では読み取れなかったはずだ。加えて、国は「精神科病院はいらない」のキャンペーンに惑わされ、「社会復帰、開放化」に始まり、地域移行、精神科救急とことを進めてきた。しかし今、日本の精神科医療は質（人材）、量（医療費）共にコンコルドの誤謬（Concord fallacy）に陥ってはいないか。依存症治療を生業とする立場から、この先の精神科医療の進め方、精神科病院の使い方について勝手な思いを述べてみることにした。

【精神科疾病分類について：「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下「ICD」と略）】の



図表4

第V章 (F00-99) に精神疾患が含まれている】

【630調査：毎年6月30日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が実施。毎年6月30日時点の精神保健医療福祉の実態を把握するものである。全国の精神科医療機関は毎年その調査に協力している】

陶醉的・自己破壞的・酩酊的・投機的

作家で精神医のなだいなだ（堀内秀）は、誰もが認める日本の依存症治療のパイオニアである。

彼が、最初に依存症を世に問うたのが、『アルコール中毒 その社会的人間としての病気』(1966年 紀伊国屋新書)である。そこで、「～社会的人間としての病気」であるなら、まずは、私（精神科医）なりにその社会的人間なるものに考察を加えてみたい。

約150年前、日本は近代的な国家を目指した。だが自然災害も多く、近代化に必要な資源が決して豊富にあるとはいえない島国である。そのため、人材の育成が不可欠だった。そこで、そのモデルとして江戸時代後期、農村復興政策の指導者であった二宮金次郎が選ばれ、全国の尋常小学校には、あの金次郎像が校庭に建てられた。みなさんよく御存じだ。

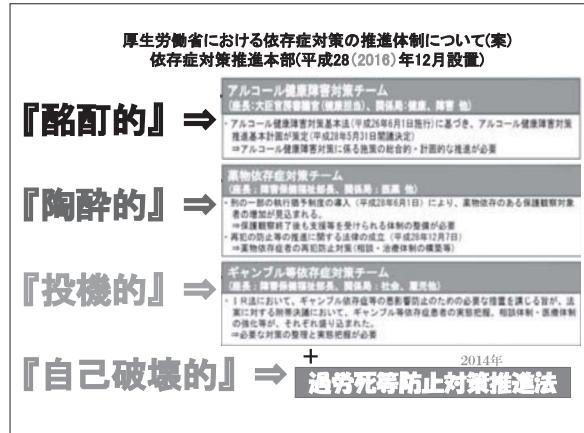
それから50年あまり経った1929年、当時の九州帝国大学下田光造精神科教授が「執着性気質」といった性格特徴を提唱した。その特徴は「気配り、控え目、几帳面、凝り性、責任感が強い、完璧主義的傾向」で、かつ日本人に多い性格特徴と指摘している。何だか明治時代以後の「金次郎」教育で培い、この時期になって実を結んだ感がある。だが、その先約15年間戦争の時代が続くことになる。そして、戦に敗れた日本の国は、世界の最貧国になってしまった。しかし、戦後の復興とその後の経済成長は、世界中を驚かせるほど目覚ましいものだった。それを成し遂げた一因には国民の多くが執着性気質であったからとされている。

そんな日本国民が豊かさを実感してきた1975年、神戸大学の中井久夫精神科教授が『再建の倫理としての勤勉と工夫』といった論文を発表した。その一部を紹介しよう。

「…高度成長を支えた者のかなりの部分が執着性気質的職業倫理であるとしても、高度成長の進行とともに、執着性気質者の、より心理的に拘束された者から順に取り残され、さらに高度成長の終末期には倫理そのものが目的喪失によって空洞化を起こしてきた。(中略)その後に来るものはあるいは、より陶酔的・自己破壊的・酩酊的・投機的なものではないかという…」

つまり、執着性気質者は、日本の復興と経済成長の担い手であった。しかし、その目的が達成されると心が空虚となり、結果、陶酔的・自己破壊的・酩酊的・投機的な状態に陥る、と中井久夫は指摘している。それは、陶酔的とは薬物依存、自己破壊的は過労死やうつ病（自殺）、酩酊的はアルコール依存、さらに投機的とはギャンブル依存ということになる。となると今日の精神疾患の主流は、これまた執着性気質がもたらしているようだ。

そして、中井久夫教授が警鐘をならして40数年の時を経て、やっと対策として形になった（図表5）。図で示すように自己破壊的とは過労死、ないしは自死（以下：自殺）である。そこで、過労死についてみてみたい。以下過労死等防止策推進法（2014年）の定義である。過労死等防止対策推進法第2条「業務における過度な負荷による脳血管障害若しくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管障害若しくは心疾患若しくは精神障害をいう。」と



図表5

ある。では次に精神障害者の定義をみてみよう。精神保健福祉法第五条「統合失調症、精神物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患有する者をいう。」となっている。ここでお考えいただきたい。過労死等防止対策推進法第2条の“精神障害者”は、精神保健福祉法第五条の精神障害者の全てが含まれるのだろうか。それは否である。統合失調症と知的障害（認知症も含む）は、障害者雇用促進法によって、やっと一般就労の道が開けたばかりだ。まだ過度に負荷がかかる仕事を任せている職場は少ないはずだ。

では、物質依存と行為依存（精神病質）はどうだろうか。陶酔的・酩酊的・投機的と中井久夫が列記したごとく、無意識下で過労死（自己破壊）を避けんがため、依存対象へと陶酔的・酩酊的・投機的となってのめり込み、その結果としての生物学的死（それは早死、あるいは間接自殺）、そして、不祥事等により社会的死（失職、懲罰）となる場合がほとんどである。ということで過労死の対象とは、精神保健福祉法第五条の精神障害者の中で「その他の精神疾患」のみとなる。「その他の…」との表記は、これまで精神科医療において軽んじられてきた、と言っていいだろう。だが、「その他の精神疾患」とは今日増加が著しいF3とかF4、それとF8の心理的発達の障害（発達障害）も該当する。

とにかく、図表にあるように依存症対策、過労死等予防対策、それに加えて自殺対策基本法（2006年）と法と制度は整備された。だがまだ「仏作って魂入らず」だ。ならこれから、自殺対策、依存症対策、そして過労死等対策については、同じ土俵の上で実践を進めるのが合理的だと思うが如何なものだろうか。【『再建の倫理としての勤勉と工夫』『躁うつ病の精神病理1 笠原 嘉 編』中井久夫 1975年 弘文堂】

高機能精神疾患とGAF

精神科医療の能力評価数値として、Global Assessment of Functioning（通称GAF）という

心理的、社会的、職業的機能を考慮した精神健康度の尺度がある。100から0までで評価する。数値が高ければ、精神健康度は良好とされている。よって、「GAF」の50以下（50～41）「社会、職業的、または学校の機能において何か重大な障害」、あるいは40以下「仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での重大な欠陥がある」、さらにそれ以下が、これまで精神科医療の対象とされてきた。

では、執着性気質の特性である「気配り、控え目、几帳面、凝り性、責任感が強い、完璧主義的傾向」とされる人のGAF評価はどうだろう。まず、81以上の評価に「…社交的にはそつがない」と、次に91以上の評価、「…多数の長所があるために他の人々から求められている」と、いずれも高評価だ。彼らは社会をリードし、そしてGAF90以上には「何も症状がない」としている。確かにGAFの80以上、ましては90以上の人格の社会的能力、その社会的立場も一般的に高い。

だが反面、その「…社交的にはそつがない」、「…他の人々から求められている」とは、気配り、気遣い、そして結果として、気疲れ、消耗状態に陥ることもしばしばではなかろうか。

米国においても、セイラ・アレン・ベントンの著書には、高学歴で、高度な仕事をこなす能力があり、社会的にも地位が高い人たち、いわゆる「仕事ができる奴」がアルコール依存症に陥る高機能アルコール依存症者の実態が記されている。その特徴と特性は「見栄えのする成功に固執する。承認欲求が強い。コミュニケーション能力にたけている。エネルギーで身体的にタフ。競争心が強い。仕事が几帳面。頼まれると断れない傾向が強い。専門的なスキルや学業をこなす能力が高い」といったものである。私が診察室でよくお会いするタイプの方々でもある。これはアルコール依存症に限らず、依存症者全般と、さらには依存症疾患をしばしば併存、重複するうつ病圈等の精神疾患の患者に多くみられる特徴、特性である。また、私の診る患者は全てが日本人であり、「協調性、過度の思いやり（気遣い）」と「おもてな

し（気配り）」をベントンがあげた特徴に加えた。まさしく作家なだいなだが半世紀以上前に指摘した「～社会的人間としての病気」である。

日本はこの30年、多くの企業が国際競争力を落としている。そしてコロナ下だ。今後も経済はさらなる低下が懸念される。それに移動・集会・対話の回避・共食の自粛などと人の基本的な営みの委縮が求められている。加えてこの先、制度改革。それも制度改革と規制改革が絡み合い加速するとなると私たちの社会活動に深刻な影響を与えかねない。執着性気質はこうした変化に弱い。既得権の喪失、新たな制度に馴染めないと自殺、依存症（間接自殺）問題が顕在化するのは明白だ。よって、先にも述べ、くどいようだが自殺対策と依存症対策は同じ土俵で行うべし、それが効率的、効果的である。自殺・依存症対策の基本は、まずはポストコロナを見据えた経済回復、そしてこれからも続くであろう消費と欲望の社会が「富の分配の平等と多くの人々の努力が報われる社会」といった大きな目標（理想かな？）を掲げて、できることをコツコツ実践することだ。何か大きな国家事業（IR）の推進派も反対派も「鹿を追って、山を見ず」でただただ旗を振っているだけではダメだ！では次は、その自殺対策、依存症対策をコツコツ実践するコツ（術）について語ってみたい。【セイラ・アレン・ベントン著『高機能アルコール依存症を理解する』水澤都加佐監訳、伊藤真理ほか訳、2018年星和書店】

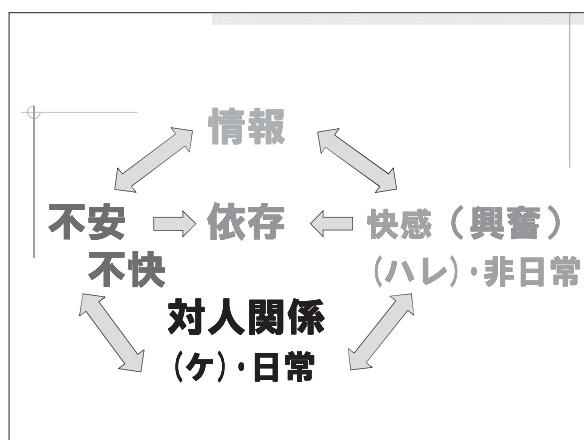
依存症とうつ病との重複障害について、「仏さまでは生きていけない」

昭和の時代、作家なだいなだはアルコール中毒（アルコール依存症）は「社会的人間としての病気」であると世に伝えた。そこで、昭和の時代の私とアル中（アルコール依存症）のおカアちゃん（妻）との会話から始めよう。疲れ果てたおカアちゃん曰く、「先生、うちの父ちゃんは、飲まんときは仏さまのごったですよ！ どうかしてください。飲まんごとしてくださいよ」と。私、それに対して「仏さまじゃ、このせちがらい世の

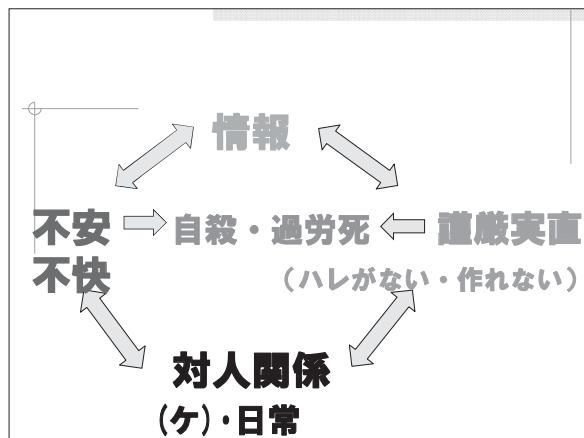
中生きていけんよ」と、いい加減な返答をするしかない。つまり、父ちゃんが（図表6）のような状態になったので疲れ果てたおカアちゃんは、父ちゃんを（図表7）のような仏さまにしたいのだ。でもこれでは大変、自殺か過労死かしかねない。

要するに「ケ」で根を詰めれば、体が悲鳴をあげて心身症、心が反応したらうつ病とか適応障害等、あるいは「ハレ」の時には依存対象物で一息いれと、体と心を一時的に守ろうとするが何時の間にやら「ケ」にも悪い影響を及ぼす、それを依存症と言う。根っこは一緒だ（図表8）。そして、そんなこんなでうつ病になったり、依存対象物に逃避したりと…（図表6）と（図表7）を行ったり来たりする。それが重複障害、結構多いんだよね。お見逃しなく…。

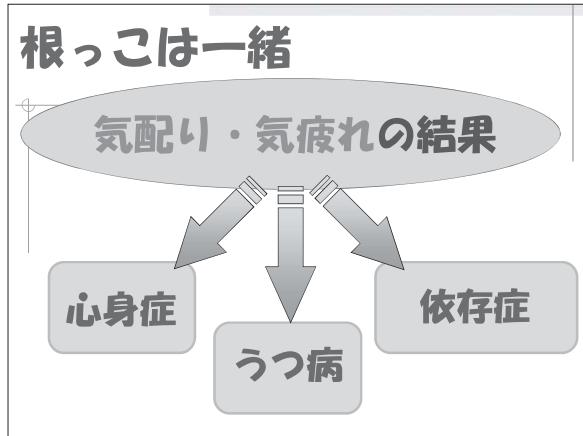
そこで、父ちゃんを仏さま（生き仏もだが、本当の仏さまにも）にならないで、社会的人間としてこの先、それなりに人生を過ごしてもらう術を



図表6



図表7



図表8

身に付ける必要に迫られる。それが治療であり、回復支援なのだ。「絶対、ダメダメ」ではダメだよ～！

【「ハレ」、「ケ」とは：「非日常」と「日常】

治療と回復支援について

精神科医療における治療とは、生物学的アプローチ、社会的アプローチ、心理的アプローチと3つがある。生物学的なアプローチは概ね薬物療法である。ただ依存症に関しては、まずは質のいい睡眠を確保できる処方薬で十分だ。次に社会的アプローチだが、生活リズムの改善も含めて当初は療養空間や居場所の確保が大切だ。依存症当時者が求める療養空間、居場所については、彼らが体験談の中で次のように語っている。「…やはり、僕には居場所が必要なんですね。入院でもいいし、仲間たちと過ごす施設、NAのミーティングと色々利用させてもらって、…僕自身が居場所だと思えないとだめなんですね…」と…また他の当事者は「…自分の中にある自分の居場所を見ついたら楽になりました…」とも…。つまり、我々医療従事者等が良かれと思って提供する居場所は、居場所として好ましくない場合があることを我々は心得ておくべきだ。時間はかかるが「説得より納得」が肝心である。そして、最後の心理的アプローチだが、そんな彼らが納得できる居場所で語り合われる体験談ということだろう。

西脇病院の場合は、四十数年前、病院施設の一室を断酒会の例会場として月1回提供、そして、

夜間集会を週1回行うようになったのが始まりだ。それが今では、(図表9)のような治療メニューを当事者と家族に提供できるようになった。治療メニューへの参加は原則無料であることから、相談初期の家族と当事者にすこぶる好評である。(図表9) 向かって左の面が病院主催の集団療法もどき、(図表9) 右面が当事者グループに施設提供の集いである。このコロナ下でも〈マスク・換気の徹底〉続けている。【資料5】

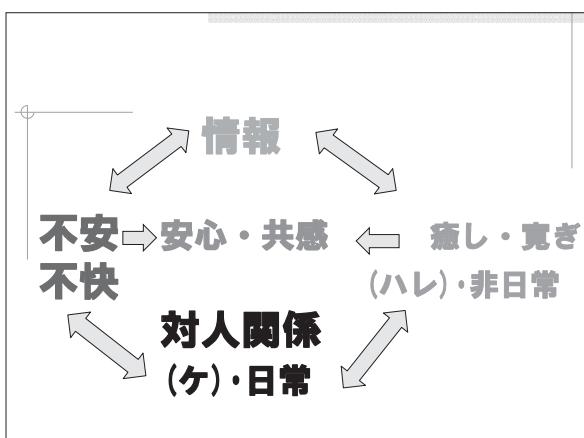
西脇病院における治療プログラム			西脇病院における治療グループ会場の開催日程		
名前	対象者	開催日程	名前	対象者	開催日程
ABP (アダルト・メンタルヘルスアドバイザリーグループ)	アダルトメンタルヘルスアドバイザリーグループ	(月)～(金) 18:45～20:00	断酒会	アダルトメンタルヘルスアドバイザリーグループ	火曜日～木曜日 18:45～20:00
GA	GA	火曜日～木曜日 18:45～20:00	GA	アダルトメンタルヘルスアドバイザリーグループ	火曜日～木曜日 18:45～20:00
NA	NA	水曜日～金曜日 18:45～20:00	NA	アダルトメンタルヘルスアドバイザリーグループ	火曜日～木曜日 18:45～20:00
DA	DA	火曜日～木曜日 18:45～20:00	DA	アダルトメンタルヘルスアドバイザリーグループ	火曜日～木曜日 18:45～20:00
夜間集会			夜間集会		
ABP メンタルヘルスアドバイザリーグループ	ABP メンタルヘルスアドバイザリーグループ	毎月第1火曜日 18:45～20:00	ABP DA NA	ABP DA NA	毎月第1火曜日 18:45～20:00
女性の集い	女性の集い	毎月第1火曜日 18:45～20:00	女性の集い	女性の集い	毎月第1火曜日 18:45～20:00
精神疾患 MA (精神疾患)	精神疾患 MA (精神疾患)	毎月第4火曜日 18:45～20:00	精神疾患 MA (精神疾患)	精神疾患 MA (精神疾患)	毎月第4火曜日 18:45～20:00
精神疾患 MA (精神疾患)	精神疾患 MA (精神疾患)	毎月第4火曜日 18:45～20:00	精神疾患 MA (精神疾患)	精神疾患 MA (精神疾患)	毎月第4火曜日 18:45～20:00
AP プライド (アダルト・メンタルヘルスアドバイザリーグループ)	AP プライド (アダルト・メンタルヘルスアドバイザリーグループ)	毎月第1火曜日 18:45～20:00	APDA NA	APDA NA	毎月火曜日～金曜日 18:45～20:00
HOPE (アダルト・メンタルヘルスアドバイザリーグループ)	HOPE (アダルト・メンタルヘルスアドバイザリーグループ)	毎月第1火曜日 18:45～20:00	HOPE NA	HOPE NA	毎月火曜日～金曜日 18:45～20:00
電通の会	電通の会	毎月第4火曜日 18:45～20:00	電通の会	電通の会	毎月第4火曜日 18:45～20:00
SNS	SNS	毎月火曜日～金曜日 18:45～20:00	SNS	SNS	毎月火曜日～金曜日 18:45～20:00
精神疾患会議	精神疾患会議	毎月第4火曜日 18:45～20:00	精神疾患会議	精神疾患会議	毎月第4火曜日 18:45～20:00

図表9

当初は、夜間集会と断酒会のみだった。近年は当院が施設を提供のミーティング等がこれだけ多くなり、それに加えて今では、それが地域全域への広がりをみせて多くのミーティングが、地域内でも開設されている。おかげで私が唯一主催する夜間集会（毎火曜日18時45分～20時）が斜陽産業になってしまった。外来通院の依存者に参加の声掛けをしても、「…地区のAAミーティングのチアマンしてるんで…」、あるいは「家の近くにGAの会場がオープンしたんで…時間があったら夜間集会も参加します」と、やんわりと断られることが多い今日この頃…。それでいいのだと思っている。個々個人が自分自身の居場所を見つけてくれたら…。ただ、10数年前に始めた「女性の集い」（毎水曜日15：30～16：30）が成長産業だ。やはり女性が、女性の抱える様々な問題、課題を吐露できる場は、まだまだ限られているようだ。【資料6】

依存症とは、プライドの病であり、自分の弱さを弱さとして認めきれない否認の病でもある。自

分の弱音を吐露でき、自らに正直に向き合える場を見つけることが、治療、回復の第一歩だと確信している。いや、言うは易くだが、誰もが自分の弱さを中々吐露できないものである。そうそう、昭和のアル中の父ちゃんとおカアちゃんのこと、その後を話すのを忘れていた。ネット社会の中、そろそろ年賀状、暑中見舞いは失礼しようかとも考えている。だが、今年も長いことお付き合いが途絶えている昭和のアル中の方々から何枚か年賀状をいただいた。お元気なのだろう、飲酒しているか否かはどなたも書いてない。きっと〈…自分の中にある自分の居場所を見つけて…〉、悠々自適の老後かな！懐かしくもある！（図表10）



図表10

マルトリートメント (maltreatment) の理解は依存症疾患からの学びが多い！

厚生労働省は、大人の子どもに対する身体的、心理的、性的虐待、そしてネグレクトを包括して、マルトリートメント (maltreatment) といった用語を用いている。直訳すると「mal」とは悪い、「treatment」は扱い。この「悪い扱い」は、与えている側もだが、受けている側も気付かないまま時が過ぎていることが多い。また、環境とか時代によつては、それを「駄目」あるいは「孝行者」といった好ましい評価がなされることもあり、実はその判断、判定は中々難しいものだ、と私は思つてゐる。依存症疾患との付き合いを続けてゐる中で、依存症当事者とその妻、子どもの関係から、その家族が機能不全状態にあることに気付

かされる。しかし、それを私が依存症当事者、ないしは妻、あるいは子どもたちに伝えて理解を得ることは困難である。例えば加害者の依存症当事者（父）も幼いころ「悪い扱い」を彼の父から受けてきたがそれを当然のこととして受け入れてきた。また、母の祖父が昔堅気の頑固者、酒を飲んでは両親を叱責し、父と母の影が薄い家庭であった。そのため、幼少期は祖父の顔色をうかがい、祖父の晩年には彼の介護に携わった。その二人が結婚、子ども（息子）が生まれた。父（依存症当事者）はその子が成長するにつれて、彼が父（息子にとっては祖父）から受けたのと同じことを息子にした。妻はそれを止めようとはしなかつた、いやできなかつた。見かねた近隣住民の通報で警察と児童相談所が介入、子どもは一時保護になつた。最近、よく聞く地域の出来事だ。それは確かにマルトリートメント (maltreatment) として取り扱われるべき事案である。だが、これといった打開の術はなく児童虐待、アルコール使用障害、機能不全家庭、アダルトチルドレン (AC)、共依存、さらに最近では、ヤングケアラー等々と他にも色々な舶来の技法と用語が飛び交い、最後に相談機能の充実を！とメディアを通してその相談機関の電話番号が告知され、そこで取りあえず一見落着だ。ここで興味深い新聞記事を紹介しよう。ほぼ一面をとつてヤングケアラーについて詳しく報じている。そこに次のような文が「…今年2月、ケイコは会社を辞め、精神科を受診した。「愛着障害」と「注意欠陥多動性障害 (ADHD)」と診断された。夏、ヤングケアラーの支援団体につながつた。似た境遇の人が大勢いることを知つた。父は会社員だった若い頃から虚言や暴力が絶えなかつた。…」【西日本新聞2021年11月26日付】。「注意欠陥多動性障害 (ADHD)」は「生まれつきの脳の特性」だとされている。「愛着障害」は「幼少時の愛着形成期に問題を抱えた結果の障害」。そして、父の虚言、暴力下で育つた経緯は、ACと言つていいだろう。この記事でもどれが適切なのかよく分からない用語や文章が次々と登場している。別に診断を下した精神科医、また、この記

事を書いた新聞記者を責めるつもりは全くない。ただ、私みたいに諸々の依存症疾患を診てきた者にとっては、発達障害との併存も気分障害の重複障害と同様に多いといった感触を持っている。そして加えて、依存症疾患の背景にあるAC問題と発達障害との判別を重視すべし、といった認識も必要だと思う。しかしこの20年余り、統合失調症の治療を意識した精神科救急、地域移行を軸とした精神科医療制度に多くのエネルギーを費やしてきた精神科医にとっては、こうした諸々の依存症疾患、気分障害圈、発達障害等々の精神科疾病構造の変化への対応が疎かになっていなかつたか、と余計な心配をしてしまう。

ここでヨッさんことを話しておこう。彼は九州北部の生まれだ。子どものころはいじめられっ子だった。高校を中退…その後も定職にはつかずブラブラしている時期に覚せい剤を入手。それからは覚せい剤所持で刑務所に複数回の収監、あるいは薬物（覚せい剤）依存で非自発的入院を繰り返してきた。また、彼の多動、落ち着きのなさから発達障害と診断され、その状態に有効とされる多くの薬物を処方されてきた。そんなヨッさんが西脇病院に入院したのは、長崎の回復施設に入所したが不眠と仲間と馴染めず、薬剤調整を目的としたものであった。これといった精神症状もみられず、本人から入院の同意も取り付けての入院だった。2ヶ月ほど入院してくれていたが、やはり実家に戻りたいと強く希望するので一旦退院させた。だが、1ヶ月ほどで再入院してきた。その再入院時、多動と落ち着きのなさは周期的であること、そして父はギャンブルとアルコール問題を抱えていると母が語ってくれた。となると、発達障害ではない。急速交代型（rapid cycler）の双極性感情障害と診断。そこで早速、双極性感情障害に対して使用が認可されたばかりの月1回の筋注のみで済む持続性抗精神病注射薬剤を使用してみた。その後、約2年が経過した。行動、情動面共に安定、穏やかに回復施設で入所生活を送っている。

後ほども紹介するが、厚生労働省は2017年に

なって、やっと『第7次医療計画における精神疾患の医療体制』の中で「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を打ち出した。だが、中身は今からだ。気分障害園、諸々の依存症疾患に加えて、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害等が混在した精神疾患が今日の社会の中で様々な影響を及ぼしているのは確実だ。そのための「ヒト」、「コト」、「モノ」の整備は急務を要する。

【AC（アダルト・チルドレン）アルコール依存症やその他の問題により健康で柔軟な機能が損なわれた家庭（機能不全家庭）に育ち、大人になった人。問題状況に適応して身につけた行動パターンや役割のため、生きづらさを感じることも多い。（季刊誌 Be!-Be! 用語集－より ASK（アルコール薬物問題全国市民協会）】

ここで推薦図書を紹介しておこう。

依存症治療版「学問のすすめ」

●まずは初級編について、依存症拠点病院、専門医療機関とやらで色々な依存症の研修会が行われている。アルコール、ギャンブル、薬物、最近はゲームと依存症ごとの研修会が多彩である。何故そんなに分けるのか私には理解できない。研修資料も色々と渡されているようだ。そして、SMARPP、CRAFTといった技法、さらに少し畠違いかなとも思えるOPEN・DIALOGUEも依存症回復に有効といった書籍、ネット情報も巷に溢れている。だが、これら書籍、情報は現場でホボホボ役立たないと気付いたら、初級コース卒業と言っていい。ただ、そんな研修会、情報誌が不要とは言いたくない。私もそんな研修会のはしりである1976年に行われた「第1回アルコール中毒臨床医研修会」を受講している。当時は、3ヵ月入院の「久里浜方式」が流行だった。私は指導医だった国立療養所久里浜療養所（現・久里浜医療センター）副院長河野裕明医師に「3ヵ月間入院させる意味が分からない。地方の病院ではできるわけない」等とざい分離について困らせたのを記憶している。でもその研修はとても有益だった。その理由は【資料1】の久里浜研修の件に書いて

いる。関心のある方はお読みいただきたい。

また、信田さよ子原宿カウンセリングセンター所長も次のように語っている。「…私が危惧しているのは、治療や支援がことごとくパッケージ化していることです。CRAFT や SMARPP もそうですよね。アメリカから輸入されたこのようなプログラムは、ツールとして有用でも、支援がそればかりになっていくと、人の生き死にの物語が伝わってこない。アディクションの特殊性がなくなつて平板化していくような気がします。力量に自信のない人たちが、とりあえず「専門家」であると思えるメリットもありますが」と。要するに、回復のイメージが育たないってこと！だから繰り返すが、「…現場でホボホボ役立たないと気付いたら、初級コース卒業…！」

松本俊彦×信田さよ子「掘下げ対談 アデクションアプローチとハームリダクション」【『Be! 137』、ASK（アルコール薬物問題全国市民協会）、Dec.2019】

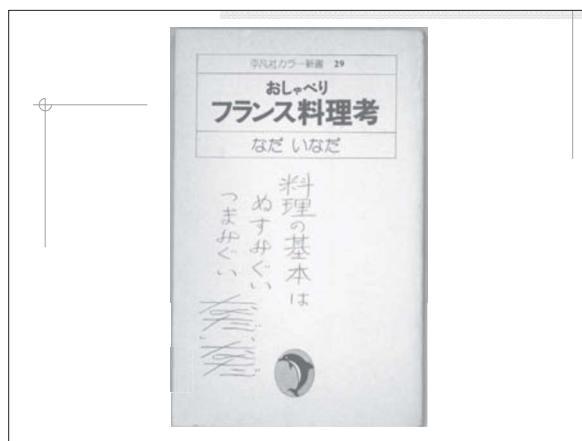
●次は中級編だが、私の小著『依存するということ』の結びの一節「地域に根ざした依存症対策とは、街から断酒会の連鎖握手の掛け声や、AA, NA, GA の12のステップの朗読が聞こえてくる日常が、当たり前になること…。そんな文化が地域社会で根づいたら、…こんな冊子はいらない。」と。この最後の文脈に共感できたら中級編は卒業。ただ、そんな当事者グループの集いの大切さは、断酒会の小林哲夫、日本ダルクの近藤恒雄、ギャンブル依存症を考える会の田中紀子等の自伝的著書でもふれている。そんな書籍のほうがもっと説得力があるのはもちろんことだが、『依存するということ』（幻冬舎 西脇健三郎著 2019年）も買ってほしい。

●そして上級編、ひろゆき（西村博之）著『ラクしてうまくいく生き方』（きづな出版2021年）だ。理由は非常に読みやすい、それだけ！

1章：自分の行動を変えてみましょう 2章：お金の使い方を変えてみましょう 3章：人間関係を変えてみましょう 4章：働き方を変えてみましょう 5章：心の持ちようを変えてみましょう、となっている。この本が依存症回復支援に有

効だと理解できたら、あなたは上級者。そして、ひろゆき著『無敵の独学術』（宝島社2021年）がもっといい。そこに書かれている「真面目じゃなくていい」は、作家なだいなだが好きな「いい加減が一番」に通じるところがある。また、「無能であると自覚」は、AAの12のステップ「無力である」と同じだ。加えて、「上手な人からパクる」となると達人だ。

●1975年に出版されたグルメ本のはしり『おしゃべりフランス料理考』（著者：なだいなだ・平凡カラー新書・1975年）。40年ほど前、彼からいただいた自筆サイン、『料理の基本は ぬすみぐい つまり つまみぐい』と…これ「上手な人からパクる」と同じこと。なだいなだは誰もが認める依存症治療の第一人者、達人だよね！（図表11）



図表11

ここまでまとめ

◎拠点病院はいらない！拠点病院の研修は現場ではホボホボ役に立たない。

普通の精神科病院で片手間にできる依存症治療の確立が大事！

何となれば研修医のレポート作成の必須要件なんですよ！

◎支援センター等で行う相談業務とは、現状のスキルでは、まず無力である認識を持つこと。

むしろ地域の社会資源の把握に努め、そのMAPを作成の上、相談者への必要な情報提供を行うのが大事！

また、そのMAPは常に更新され、さらなる進

化、充実は言うまでもないこと！

◎依存症当事者とその家族は社会的人間として接すべし！

そのためには、『説得より納得』が大切！それは医療行為の基本「説明の上での同意」と同義。

★この3点は、自殺対策等の多様な精神疾患の精神科医療対策へも応用可能。

★自殺関連記事の中見出しで「受け手の力量向上が不可欠」【西日本新聞2022年1月22日付】と、然りだ。

一般企業向けセミナーと大阪の精神科クリニック放火事件

2021年12月16日の日本能率協会主催のセミナーと翌日おきた大阪の精神科クリニック放火事件にふれてみたい。

私は、5～6年前から独立行政法人労働者健康安全機構の依頼で年に4～5回の長崎県内の産業医の先生方に向けての職場のメンタルヘルスに関する講義を行ってきた。

今回、全国3000強の企業が加入している日本能率協会主催の企業セミナーである。以前、東京で精神科クリニックを開業しておられる私より少し年長の精神科医が「精神科医は蛸壺から抜け出さないといけない」と語られておられたのを記憶しており、これまでになく気合いが入っていた。私がこのセミナーで伝えたことは、まさしく「ダイバーシティ」についてだ。精神科疾病構造の変化に伴う多様な精神疾患の対応の中での精神障害者雇用と職場のメンタルヘルスの捉え方と係わり合い方である。係わり合い方に関しては、対談相手のソーシャルハートフルユニオン書記長久保修一氏にお任せし、私は精神科メンタルヘルスにおける3つの捉え方というか、課題を述べてみた。一つ目は2015年12月から企業で実施されているストレスチェック制度である。このチェック用紙の書き込みは、あくまで本人の主観で記載されることにあると…。そこで生じる問題は、記載者本人の否認、あるいは依存と回避、他罰等々が高得点と

して反映されかねないことを考慮すべきだ。この問題は、すでに2012年の段階で、日本精神神経学会の「精神保健に関する委員会」（委員長：中村純産業医科大学精神科教授）が『改正労働安全衛生法における「職場メンタルヘルス対策の充実・強化』に対する見解の中で「精神疾患の状態にある人が高得点を示さない…見落とされる…懸念される」、そして「…精神医療の現場に混乱を起すような事態も予測される。…職場のメンタルヘルスに対応できる医療の供給体制の整備が急がれる。…」と指摘している。つまり、このストレスチェック制度は信頼性に欠けていること、そして、それを受け入れる精神科医療体制も決して十分でないことをまず語った。次に、安全衛生法第65条・3項『事業者は、労働者の健康に配慮して…』によって作成される「診断書」についてである。この診断書が求める「労働者が休業を保証される」、「企業側が安全配慮義務…果たす」といった点では、精神科の場合も他の身体科同様に労使双方で理解がなされていることから、労働者への「自己保健義務」に関する精神科領域の問題に言及した。

この「自己保健義務」における医療者側に与えられている役割はというと、リハビリテーションとその結果としての回復段階の評価である。精神科の場合、この段階の可視化（他科であれば検査データの正常化、患部の可動域の改善等）が極めて困難なことから、それは当事者（患者）の様々な表現を読み取る精神科医の判断に委ねられている。それも精神科医の臨床経験、技量は問われない。診断書による「～復職可～」のみで企業側は就労ができるとして職場に受け入れなければならない。これは、職場のメンタルヘルスの最大の難題、そして、今後の課題であることを強調した。

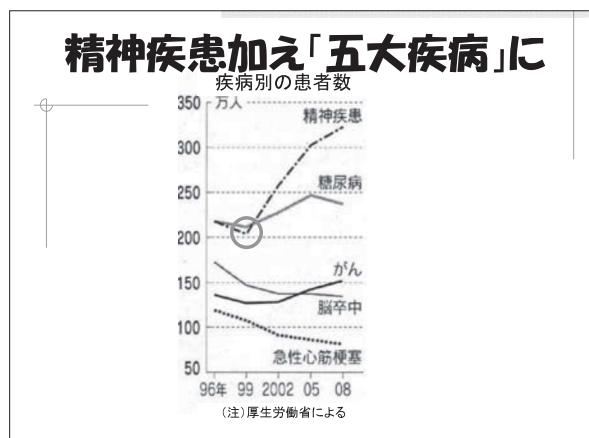
最後にふれたのが、我々精神科医側の職場のメンタルヘルスに対する対応についてだが、日本精神神経学会の「精神保健に関する委員会」でも「…職場のメンタルヘルスに対応できる医療の供給体制の整備が急がれる。…」と述べているが、私の私見も交えて、次のことを伝えた。精神科医

がクリニックの開設にあたって、第一標榜として「心療内科」を掲げることが多い。これは別に医療法には反するわけではないが…。では何故なんだろう。今日のように多くの精神科クリニックが市井に開業していなかった昔のことだ。冒頭の「精神科領域の疾病構造の変化について」でもふれたが、精神科といったネーミングは、“暗い”“汚い”“怖い”，であることは否めなかった。そこで、精神科のイメージが悪いから生じる偏見・差別はなくそうと熱意ある精神科医が標榜科を心療内科として、多くのクリニックが開設された経緯がある。だが、その開設者は心療内科医でなく精神科医のまま…。確かにその後、偏見はかなりなくなり、利便性も確保できたことから、心病むとされる人々が気軽に精神科を訪れることができるようになった。結果、精神疾患は21世紀に入って急増、5大疾病の一つとなった（図表12）。だが、これも冒頭にふれているが「…精神科救急重視の現行の精神科医療制度。そのため軽んじられてきた精神科リハビリテーション…」と、実は「地域で支える」と掛け声はよかったです、地域精神科医療はただ精神科クリニックが増えただけで未だ貧困なまま…。とくに高機能精神疾患への対応は無能といって過言ではない精神科医療環境にあると伝え、無事日本能率協会主催の企業セミナーを終えることはできた。

そして翌12月17日、大阪の精神科クリニック放火事件である。被害にあったクリニックではリワークプログラムが行われていた。対象患者は高

機能精神疾患だ。加害者もマスコミ報道で知る限り、通院患者で、彼の経歴から腕のいい職人だったらしいが、ここ10数年は不遇であったようだ。リワークの対象としてつなげるのは難しかったに違いない。だが、執着性気質でプライドは高い、そして、気分障害圈の問題を抱え、アルコール使用障害も併せ持っている。日本の公的保険制度で利便性がいい立地にあり、かつ、うつ病圏の復職、就労支援を掲げた精神科クリニックに彼のような患者が受診、通院するのは容易なことだ。全国の精神科医療機関で彼のような患者との小さな諍いが日常的に生じているはずだ。しかし、精神保健指定医の診断によっての判断を良しとする現行の精神科医療制度では、そんな諍いをそれこそ任意契約下で扱う術は身につかない。

そんな指摘はすでに1998年になされている。当時の牛島定信東京慈恵会医科大学精神医学講座教授は「精神科病院の構造改革は不可能か」と題した論文の中で、次のように述べておられる。「…ここで特に注目してほしいことは、人格障害や思春期患者たちがもたらしている行動障害、あるいはうつ病や神経症水準の患者たち、さらには心身症への対応という現在の精神医療に対する社会的ニーズである。（中略）分裂病（現：統合失調症）と痴呆（現：認知症）患者の入院だけで事足りるとするならば、やはり従来の「精神病院」に過ぎないのではないだろうか。精神科病院であるためには、ICD-10やDSM-IVに収録されている精神疾患を対象とする必要はないであろうか。もちろん、すべての病院がすべての疾患を扱えるような体制を作るべきであるなどということが非現実的であることぐらいは十分に承知している。だからといって、日精協の会員病院すべてが、慢性分裂病と痴呆だけを担当すればよいという雰囲気を作ってしまっては、わが国の精神保健を担うということにはならないのではないかと、思うのである。こうしたマイナーの疾患にも対応する姿勢はもっておくべきではないか」と。【日本精神病院協会雑誌（現：日本精神科病院協会雑誌）平成10（1998）年6月号】



図表12

今日、このマイナーな疾患はすでにメジャーな疾患になって久しい。よって当時の牛島教授の指摘は今では、精神科病院のみでなく精神科クリニックにおいても然りである。大阪の精神科クリニックの悲劇、それは附属池田小学校事件以降の道を誤った精神科医療対策の延長上にあると私は確信している。是非、精神科疾病構造の変化に見合った大胆な精神科医療の制度改革を求めたい。大阪の精神科クリニック放火事件で亡くなられた方々のためにも…。

これまでの精神科医療制度の流れと今

日精神協誌7月号特集「若きリーダーたちは何を目指しているのか？」で、若き院長が、今後20年先には統合失調症と認知症の長期在院者は減少し、気分障害圏の長期入院が2倍強に増える、と述べておられた。同感である。では今、その気分障害圏内の患者はどうしているのだろうか？統合失調症者のように若くして発症、そしてその多くが長期在院に至った不運な経緯とは異なる。かと言つて、認知症のように老いて発病し、そこで精神科病院への入院受入となるわけでもない。むしろ、現在は全く問題なく社会活動に深く関与し、普通の日常生活を営んでいる人たち、あるいは発症はしているものの、否認と病の狭間で苦しみつつ、そんな社会的（長期）入院の扉を開こうとしている人々。かつ、発症しながらも「運よく」、そう「運よく」現状では回復の術を見出し社会活動に再び参入できている人、と大きく分けることができそうだ。いわゆる1次予防、2次予防、3次予防の概念が気分障害園の精神科医療では本気で必要なのだ。「運よく」では困る。

また彼（若き院長）は、長期入院患者は政策誘導をせずとも自然に減る、とも語っておられた。おっしゃる通り、我々昭和の精神科医が消えるのとほぼ時を同じくして、長期入院患者も自然減をする。これから多死の時代に入るからだ。

国の行政府も何時までも「少子・高齢化」ではなく、「少子・多死」に備えるべきだ、と私はずい分前から訴えてきたつもりだが…まあいいだろ

う！

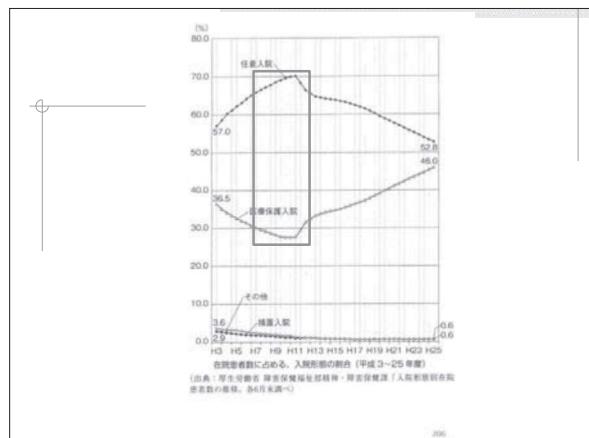
しかしやっと、厚生労働省は2017年になって統合失調症中心からの脱却の姿勢をみせ始めた。『第7次医療計画における精神疾患の医療体制』の中で「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を打ち出した。ただ、中身がよくない。各医療機関の役割分担、連携ですか？そのためには実施している研修会、そこではマニュアル化した技法はほとんど現場では役に立たない。連携、連携とおっしゃるなら、せめて全国一元化のネットインフラの整備を早々にお願いしたい。

そこでまず、これまでの精神科医療制度の変遷をたどってみたい。1950年の精神衛生法の成立から現在までを三つの時代に分けてみた。1950年精神衛生法成立、その後の精神病院ブーム。そして、1964年 ライシャワー事件（緊急措置入院・精神衛生センター設置）。1969年、精神障害者の処遇で紛糾した精神神経金沢学会。ここまでを第一期の時代とする。いわゆる統合失調症中心の処遇のあり方が議論された時期だ。そして、1970年ルポ精神病棟（朝日新聞）。1983年に宇都宮病院事件がおき、それを契機に1987年大幅な法改正が行われ3本柱（任意入院・精神保健指定医・精神医療審査会）が生まれた。これは何れも精神科医療施設の不備、不祥事が告発、事件化されたことが契機となっている。しかし、ルポ精神病棟は記者が当時アル中と称して潜入している。宇都宮病院事件においても、そこで入院処遇のかなりの患者は人格障害、中毒患者であったようだ。これらの事件、告発で精神科病院の処遇改善を図る動きはみられた。だが当時から処遇対象患者の裾野の広がりにも関心を寄せるべきではなかったか。この期間を第二期時代とする。そして、2001年附属池田小学校事件。その後、医療観察法・精神科救急医療制度が設けられた。さらに、2016年相模原殺傷事件で措置入院退院後ケアが検討されるが、もちろんこれは廃案となる。これら何れも、措置入院歴があるものの事件後、司法化され死刑、ないしは死刑確定となっている。この期間を第三期

の時代としたいが、ここにきて処遇患者の対象が際限なく拡大してゐるにも係わらずそれを十分に検証されることなく今日に至っている。よって、この第三期は継続中であると言つていいだらう【資料3】【資料4】。

では何故、未だ継続中なのか今一度少し前にさかのぼつてみたい。

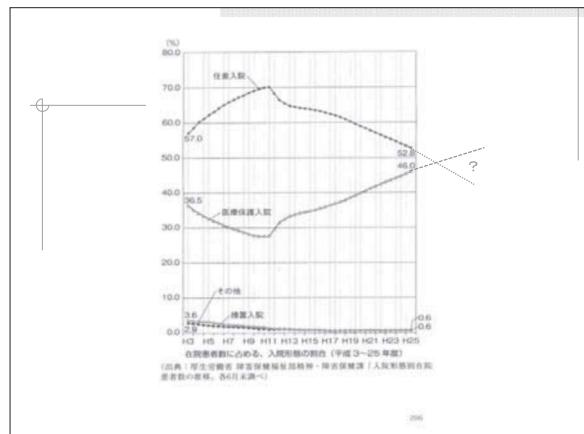
1987年、宇都宮病院事件を受けて、それまでの精神衛生法が改正され、任意入院・精神保健指定医・精神医療審査会を制度改革とする精神保健法が成立した【精神科医療における自明性の検証】・精神科治療学、星和書店、2019.8平田豊明】。だが、その要となるはずの任意入院制度はその後残念ながら、その大きな役割としては、それまでの長期在院患者への社会的入院としての保証を取り付けるに留まつた(図表13)。



図表13

2001年附属池田小学校事件がおきる。加害者は措置入院歴があったが逮捕後、司法で裁かれ死刑となる。だが、何故かその後、統合失調症急性期症状を意識した精神科救急制度(精神科救急病棟)等が誕生。結果、ここで医療の基本であるはずの説明の上の同意、つまり任意契約の技法が、精神科医療の下では軽視され、関心が著しく薄れた。結果、行動制限、隔離、拘束を認める医療保護入院による入院処遇が増加する(図表14)。

2014年7月16日佐世保高1同級生殺人事件が発生した。その事件発生約1ヶ月半前、一人の精神科医(精神保健指定医)から、「私が担当する少女が殺人をおこす恐れがある」と行政の担当部署



図表14

に約2時間にわたつて電話での通報、相談がなされている。その少女とは7月16日の同級生殺人事件の加害者であった。そこで、彼(精神保健指定医)は、精神科医療(精神保健福祉法)の範疇では対応できないと判断、行政に対してその少女のために要保護児童対策地域協議会の開催を要請した。

しかし、彼の通報は行政当局に無視された。これまた、ここでも3本柱の一つである精神保健指定医の権限が軽んじられた、いや否定されたのである【資料4】。

【要保護児童対策地域協議会：虐待や非行などさまざまな問題を抱えた児童の早期発見と適切な保護を目的として、市町村などの地方公共団体が児童福祉法に基づいて設置する協議会(デジタル大辞泉より)】

それから丁度2年後2016年7月16日、今度は相模原障害者施設殺傷事件がおきている。犯人が犯行直前に大麻精神病等での措置入院歴がある。当時、その診断を妥当とした精神医療審査会もだが、この事件後設置された「検証及び再発予防策検討チーム」(構成員には複数の精神保健指定医も…)の「中間とりまとめ」によると、「ダウナー系の大麻使用による脱抑制状態が措置入院の適応である」としている。では、多少の違いはあるが同じダウナー系のアルコール使用障害による飲酒運転検挙者は、何故措置入院にしないのか。お分かりいただけただろうか。ここ数十年間、精神科医療業界は思考停止状態にあることを…。疾病構造が変化する中で、様々な悲劇がおきたにも係わらず、

「精神科救急制度、地域移行」にしがみ付いていいる精神科医療に終止符を、それでもしないと何がおきてもおかしくない。これだけ説明すれば、3本柱（任意入院・精神保健指定医・精神医療審査会）が形骸化しているのはお分かりのいただけるはずだ。大阪の精神科クリニック放火事件はおきるべきしておきた悲劇である。

精神科医療における、「適応性」、「説明責任性」、そして「受容性」

佐久間啓日本精神神経学財務担当理事は、精神神経学雑誌2021年12月号、巻頭言「今後の精神医療・福祉のあり方について」の中で、イアン・ファルーンが地域で展開する精神医療・保健福祉サービスの評価すべき指標として4つの“A”をあげている、と紹介している。

その4つの“A”とは「① Accessibility（利便性）：アクセスしやすく短期間に最大の効果、至適なサービスを提供できる。② Acceptability（受容性）：スティグマを感じずに利用でき、コストに見合うかそれ以上のベネフィットがある。③ Accountability（説明責任性）：提供するサービスの内容が科学的エビデンスに基づいて、スタッフの技量が質的に担保されている。④ Adaptability（適応性）：各障害のさまざまな時期やニーズに応じ、時代の変化や地域のニーズの変化にも適応していくべきサービスである。」となるほど！

確かに私は大阪における精神科クリニック放火事件で利便性をマイナス要因の一つにしていた。しかし、ファルーンの指標のAccessibility「利便性」とは、他の3つの“A”とを上手く融合させてのサービス提供ができる Accessibility「利便性」であると理解したい。

また、④ Adaptability（適応性）に関しては、確かに、各障害（多様な疾患）の特性を見極め「できること、できないこと、しなければならないこと、してはならないこと」を踏まえ、差別はいけないが区別は必要との認識をもっておくべきだと思う。

この先、情報通信技術、AI等の飛躍的な進歩の中、一方で人間のあり方も、ますます多様化するに違いない。いや、すでにそうなっている。そんな時代に精神科医、精神科医療従事者がマニュアル化した研修会の受講、技法の取得（形式知）で事足りるとするのは如何なものだろうか。むしろ、これから、いや今でも精神科医療に携わる者は、この『4つの“A”』を基盤として実践を積み重ねる中から実践知（暗黙知）を身に付けるべきだし、それでもって精神科医、精神医療従事者として生業をなすべきだ。

ただ、一定数の患者の非自発的入院処遇を要件としている現行の精神科救急制度は、その非自発的入院処遇者に対して、適正な時期に③ Accountability（説明責任性）を適切に行っていけるのだろうか。精神科救急病棟にある「…3ヵ月以内…、非自発的入院6割…」が気がかりである。とくに3ヵ月以内だが、何故3ヵ月なんだろう。精神科医で作家のなだいなだが、彼の著『アルコール中毒－物語風』（五月書房 1992年）の中で、「何故一律、三ヶ月にしたか。理由は簡単だ。年間入院希望者の数をベッド数で割ったのだ。まったくの機械的な算出である。これなら計算上、年間に入院したい患者をほとんど待たせずに、全員入院させることができる。いろいろ検討した結果、三ヶ月治療上適当だという結論に達したわけではなかった」と。私の知る限りにおいて、唯一3ヵ月入院の根拠を明記している資料である。つまり、病院経営上重要だと…。日本の公的保険制度で、精神科医療における最も高額な入院費を請求できるのが精神科救急入院料病棟である。経営的には病床を埋めることが重要である。治療的、人権とやらの観点からは納得できないが…。となると、入院期間の規定は「3ヵ月以内」は、経営的なことを意識すると、3ヵ月の入院を要しない患者を「3ヵ月縛り」といった不当な入院を行うことやむなしである。次に精神科救急入院料病棟の取得要件でもある「6割が非自発的入院であること」だが、先に紹介した1998年、牛島定信教授の論文にある「…ここで特に注目してほしいこと

は、人格障害や思春期患者たちがもたらしている行動障害、あるいはうつ病や神経症水準の患者たち、さらには心身症への対応という現在の精神医療に対する社会的ニーズである。…」を思いおこしていただきたい。牛島定信教授がその論文の中で「マイナーな疾患」としてふれておられるが、今や「マイナー」でなく「メジャー」だよね。そんな「メジャーな疾患」の患者が救急で、非自発的入院を要する時期は長くとも10日程度である。離脱、せん妄状態を呈するアルコール依存症においても、樋口進ほか編『新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン』(新興医学出版社2018年)で「アルコール使用障害の患者が救急搬送されてきた場合の初期対応」として〈…幻覚等もほぼ消失…入院7日目…本人も同意…〉と記されている。では、今やその「メジャーな疾患」となっている気分障害、依存症疾患等だが、その治療、回復支援の対象は「病識欠如」より、むしろ「否認とプライド」である。もちろん精神保健指定医の資格、研修は、そんな「否認とプライド」に向き合う上で何の役にも立たない【資料4】。ただ、「メジャーな疾患」が増加する中で、現行の要件(入院3か月、非自発的入院6割)を求める精神科救急入院料病棟の運営に支障をきたさないか懸念されるところだ。となると、もうこれからは「患者の人権どころか」、精神保健指定医の作文能力と精神医療審査会の書類人権主義に頼る他あるまい。

最後に、この精神科救急入院料病棟と医療觀察法病棟を併設することにより、公的精神科医療機関の多くの病院経営は、多大な赤字から一転して黒字となっている。しかし、入院処遇を受けた患者が②Acceptability(受容性)ステイグマを感じずに利用でき、コストに見合うかそれ以上のベネフィットがあるかは、疑問符がつく【資料3】。だが、こうした精神科救急制度のあり方に対して良識があるとされる精神科医療従事者、並びに患者の権利擁護の立場に立っておられる方々から疑義、あるいは批判の声はあがらない。これはまさしくコンコルドの誤謬(Concord fallacy)だ。や

はり現行の精神科医療体制の抜本的改革は必要だね！

【ファレール、IRH., ファユデン、G. (水野雅文、丸山晋、村上雅昭ほか監訳) : インテグレイティッドメンタルヘルスケアー病院と地域の統合をめざしてー. 中央法規出版、東京, 1997】

補足) 私見としてのるべき精神科救急について

ちなみにヨーロッパのある大学病院(年間の受け入れ対応患者数7500人、入院期間2~10日)の精神科ERで、受け入れている精神疾患の順位は、一番多いのが感情障害、次がアルコール依存症、そして不安障害、薬物乱用、最後に統合失調症となっている。このヨーロッパの大学病院が受け入れる患者数の順位は、西脇病院における新患受診者の疾病順位と同じだ。

となると、これから日本においても、社会が求める精神科救急とは、疾病構造の変化を踏まえ多様な精神疾患への適正、適切な対処だ。では、多様な精神疾患だが、国が2017年の定めるところによると、「統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん」と確かに多様、多岐にわたっている。だがこれら疾患は、重複、合併、先にふれたマルトリートメントといった根深い家族病理も抱えているケースをも想定しておかねばならない。臨床現場では息の長い取り組みが必須となる。

よって、救急での取り扱いは、概ね72時間から1週間あるいは10日程度でいい。

その後は

①任意契約に基づく急性期入院治療あるいはリハビリ入院に努める。「努める」としていることから新たな精神科専門医(現行の精神保健指定医はその役割は果たせてない。新たな資格制度が必要。そこで暫定的に精神科専門医としておく【資料4】)の判断の下で、引き続き急性期治療を目的とした非自発的入院の継続は可。

②外来転帰。もちろん「病識欠如」と「否認」と

の判別は精神科専門医の責務である。その上で、退院を判断、外来通院を促すか、精神科クリニックへの紹介を！

③他科と連携、合併症への対応も含めて、総合病院精神科が外来のみというのは問題だ。今後は有床病棟確保に努め、身体、精神両面のER機能構築を！【資料7】

④自助グループ・回復施設活用。精神科専門医、および精神保健福祉士等は、少なくとも地元の自助グループ・回復施設の運営、内容に関しては熟知しておく必要がある。

⑤警察等、他関係機関への適正、適切な介入要請。これは是非行政、関係機関側に求めたい。2014年7月16日佐世保高1同級生殺人事件発生前の精神保健指定医の要請に行政当局は無視。のような対応は二度とあっていけないことだ。その反省を踏まえて関係行政機関は、新たな精神保健専門医の要請に応える体制作りを！

こういった見直しを行うことなく、「地域包括医療における精神医療」の枠組み作りにおいて、

精神科クリニックにも夜間精神科救急の一翼を担わせようとの検討が進められていると聞く。とんでもないことだ。第2、第3の精神科クリニック放火事件につながりかねない。

西脇病院のテーマは『LIFE』である。「生命に関わる」、「生活を支える」、「人生を見守る」だ。ひょっとして、精神科医療にとって最も大事な『LIFE』とは、多くの居場所を提供し、ただただ個々の当事者（患者）の「人生を見守る」ことができれば一番いいってことかな…。いわゆる「息の長い付き合いがそれなりにできる」。そんな精神科医療・福祉を目指したいものだ【資料1】。

【巷では「…心療内科クリニック放火事件」と呼んでいる。だが私は「精神科クリニック放火事件」とした。その理由とは、『精神科は、統合失調症やうつ病、不安障害といった、…つまり精神疾患を診断・治療する診療科。心療内科は…、あくまで内科の一つ…』と。－日本心療内科学会中井吉英理事長「病院の実力2011総合編」読売新聞医療情報編－】



【資料1】 出会い、そして切れ目のない関わりを！

『一億総活躍時代のメンタルヘルス』 西脇健三郎 著

幻冬舎メディアコンサルティング 2017年

https://www.nishiwaki.or.jp/kenslec/essay_20210610.pdf



【資料2】 体験談の価値：「ツボにはまった話」

QSK Wake up JOURNAL vol.3 掲載

https://www.nishiwaki.or.jp/kenslec/doc_part03.pdf



【資料3】 日本の精神科病床は何故、未だ30万床のままなのか？

日本精神科病院協会雑誌 2021年6月号掲載

https://www.nishiwaki.or.jp/kenslec/doc_gen01.pdf



【資料4】 制度疲労を起こしている精神保健福祉法

日本精神科病院協会雑誌2021年7月号掲載

<https://note.com/niken/n/n2a77f4221874>



【資料5】 「依存」と相互連携

－断酒会、夜間集会、そしてダルク

『依存するということ』 西脇健三郎 著

幻冬舎メディアコンサルティング 2019年

https://www.nishiwaki.or.jp/kenslec/doc_2022012401.pdf



【資料6】 女性が集う意味

長崎新聞 LINE ニュース 2020年1月29日掲載

https://news.line.me/issue/oa-nagasaki/d834e43a048b?utm_source=Twitter&utm_medium=tweet&utm_content=LN_oa&utm_campaign=200129



【資料7】 総合病院精神科の大切な役割

『一億総活躍時代のメンタルヘルス』 西脇健三郎 著

幻冬舎メディアコンサルティング 2017年

https://www.nishiwaki.or.jp/kenslec/doc_2021102804.pdf