

書 評

吉松 和哉 (東京大学講師) 著

「精神分裂病患者の入院治療」

—すべての治療スタッフのために—

日精協 OTA 教育部長
紫雲会 横浜病院 顧問

上村 安一郎

このごろ中堅精神医学者の手になる“精神医療の実際”とても言いたい書物が目につくようになった。実際というとか学問的に低い次元でとらえられているようなひびきを感じるかも知れないが、精神医学は未だ決して確立したものではなく、臨床場面で患者との対決、言葉をかえると患者の些細な心の動きを大切にandraえて考えるという実際が精神医療の基礎だと思ふ。医学は医療の實際を解析することである。さて、精神医療の實際を説くためには、患者を診ることに余程熱心な学者でないとなし得られない。このたび、精神医療体系の一環のなかで、病院の現場にいる私達にとってもっとも大切な“分裂病者の入院治療”を拝読する機会を得た。著者の吉松氏は、まさに中堅の精神医学者で、有名な“精神医学”の誌上に、昨年、“精神分裂病者の治療について”のシンポで、“入院治療”を發表している。吉松氏は、千葉県銚子に近い海上寮という精神病院における5年半の臨床経験を基にして、精神力動的立場に立って入院する、また入院している分裂病者のとらえ方や考え方を中心に、わかり易い文章でまとめられた。私は暫く精神科看護教育にとり組み(日精協・OTA通信教育)、一番苦心したのは、入院中の分裂病者にまつわる看護面であり生活療法面である。分裂病者の医療活動は、入院治療から地域治療(外来治療を含めて)へと転回しているが——多くの病院が外来患者であふれている——依然ベットは空にならない。理由はいろいろ考えられるが、その一つにはベットの重要性を否定できない結果であろう。ちなみに私共が最近神奈川県下の私立精神病院で行った2つ

の調査によると(1969年、1976年)、在院分裂病者の総入院患者に対する割合は前者で、67.2%、後者で68.3%であるが、5年以上在院している分裂病者は平均で44.1%(1976年)を占めている。さらに2つの調査間隔(6年余)で、年齢階級の構成割合の変化をみると、両調査とも最多年齢層は30歳台にあるが、在院分裂病者の平均年齢が39.16歳から41.92歳へと高くなったことと、40歳台の患者数が30歳台の患者数に迫っており、近い将来には40歳台が最多年齢層となってゆくものと推測された(高齢化)。このような在院分裂病者の高齢化、長期化の現実に対して、どう対応したらよいのか、いわゆる入院治療の最重要課題であるように思う。勝手な前文句が長くなったが、以下本書の内容にふれてみよう。

まず本書には“すべての治療スタッフのために”という副題がつけられている。その意味について著者は次のように述べている。

「この本には特に精神分裂病者の入院治療に関するいくつかの大切な事柄を書き記したつもりです。そして精神科医にとどまらず、看護者やパラメディカル・スタッフなど、この治療に携わるすべての治療スタッフの方々と、同じテーマあるいはエピソードが何箇所かに繰り返して出てくることがあります、この本を精神病院において日夜精神分裂病の患者さんのために治療看護を続けておられる方々が読んで下さることであり、特に目の前の具体的な患者さんについて、その治療看護方針の検討をスタッフ会議の席上、この本の中味を一つのたたき台と

して使って下さることです。」

目次をみると、16章に分けられている。7章までは分裂病という病気の捉え方考え方の歴史的変遷、治療する対象とその目標は、精神医療においては十分吟味し確認しておかなければならない重大事であるということ、これについて身体病の卑近な例として風邪をとりあげ、病気の経過が大体分かっている、かかっても安心できる点、万人の病気であるという点、自他共に助けを得られやすい点(注・共感と受容)、そして一般に完全治癒する点の4点を特徴としてあげ、これと精神分裂病を対比し検討している。なかならず、前に述べた共感と受容という点である。他の病気なら得られるはずの同情と配慮を得ることがむづかしく、患者の側でも助けを求めたり、理解を得る努力をしたりすることが少ない点にこそ、精神分裂病に関する世間の理解が得にくい最大の鍵があるということになる。そしてこの同情と理解を得にくい点は相手の側(社会の側)にも、患者自身の側にも共にその原因があるといえる。精神分裂病の治療とは、いわゆる病気そのものの治療とともに、社会の中における病気として大きなハンディキャップを持つ点、すなわち如何にしたら社会の理解を得られるようになるかという問題を巡って、その改善に重点が置かれる必要がある。このことは加藤正明博士が既に提唱している分裂病の疾病性としての次元と事例性としての次元を考慮すべしということに結びつくのではなからうか。

3章と4章は患者への治療的接近(働きかけ)の問題点や治療者の心構えと精神療法的治療の要点について述べている。治療的接近とは、日常患者に接するとき、入院時のオリエンテーションや与薬行為、日頃の言葉のかわし合いを含め、あらゆる場面、あらゆる行為が治療に通ずるものと考えべきことである。一般に精神分裂病患者はたとえ著しく精神病的な混乱状態にあっても、どこかで周囲の状況に鋭く反応しているものである。仮に病的曲解や歪曲的認知が多分に含まれていようとも、実体の全くないところには反応も起こらない。そうであるとすると、患者は辺りの雰囲気、周囲の人間の動きから何か予兆あるいは事柄の片鱗を嗅ぎ取って、それを病的に肥大化した形で現象化させているといってもよからう。

これを奇異なものの不可解なものとして切り捨ててしまうのでは治療は開始されない。

その世界への共感がそもそもの出発点となろう。一方、治療者は成熟した現実感覚を十分持っている心要がある。こうして治療者とはこの両方の感覚を併せ備えつつ、この不可能なものを単なる病的体験として記述するにとどまらず深く考え理解しようとする態度を堅持しなければならない。

5章では病前性格、発病状況をめぐる問題、6章では再発状況とその分析、そして7章の入院前状況で分裂病患者の発病がそのまま受療に結びつかない。このことこそ分裂病治療の最も本質的課題の一つであると述べた。

ここまでが本書の全体の三分の一を占め、分裂病患者の臨床面における本質的課題について、より理解し易く、むづかしい分裂病患者の内面に立ち入りながら“物狂い”と“気違い”の相異、あるいは“巣立ち”と“巣づくり”といったことばを用いて発病状況の過程を考察するなど、入院治療に至るまでの状況そして何を治療し看護するのか、そのことは何なのかいささか名文すぎたきらいを感じながら著者の分裂病患者に立ち向う姿勢のすべてを知ることが出来る。

8章から11章までは、いよいよ入院治療を受ける患者の訪院に至る経路、訪院に至る諸形式、患者の気持ちと家族の気持ちのずれの実際、そして入院決定に至る受けとる病院側の諸問題について具体的に述べ、そのなかで再発・再入院の状況もとりあげている。

12章は入院治療の実践、13章は外出、外勤など周りの社会との関係、14章は面会、外泊(家族のつながり)そして15章と16章で退院決定それから退院後の社会復帰、治療法へのつながりを述べ終章となっている。

これらは、いずれも病院における医療従事者のすべてが日常の業務のなかで、どれもこれも知悉していなければならぬ精神医療実践の真髄ではなからうか。勝手な意見を混えながら本書の書評めいたものを書かせてもらった。なお、本書は私共の日精協 OTA 教育部の今回の教材に採用することになった。