

〔論 説〕

精神科医療における医師-患者関係 (7)
——精神科医療の契約法・序説

北 山 修 悟

はじめに

第1章 診断のプロセス

第1節 面接の進め方とその内容

1. 初診から診断まで (以上第92号)
2. 患者への説明から初期治療まで
 - (1) 精神科診断の特徴
 - (2) 患者・家族への説明 (以上第93号)
 - (3) インフォームド・コンセント
 - ① 問題の所在
 - ② 批判対象としての北村 = 北村理論
 - ③ 臨床の場でのインフォームド・コンセント (以上第94号)
 - ④ 医療水準との関係
 - ⑤ 非告知投薬について
 - ⑥ 同意無能力とされた場合のその後
 - (a) 立法論と留意すべき点 (以上第95号)
 - (b) 第三者判断の実体的基準 (以上第96号)

第2章 入院をめぐる

第1節 入院の基本3形態と諸問題 (以上第97号)

第2節 望ましい入院治療

1. 統合失調症の経過と治療の概要
 - (1) 統合失調症のおおまかな経過

精神科医療における医師－患者関係（7）

- ① 典型的な経過
 - ② 慢性化について
 - ③ 陽性症状に対する薬物治療
 - ④ 最近の治療システムの問題点
- (2) 基本としての薬物療法とその限界
- ① 薬物療法の効果
 - ② 副作用の問題
2. 治療の基本とされるべき臨床作法
- (1) 中井久夫と星野弘の臨床作法
- ① 中井久夫の臨床作法
 - ② 星野弘の臨床作法
- (2) 継承の必要性
- ① ある継承者による現状報告
 - ② 中井久夫の業績の評価 (以上本号)
3. 心理社会的治療（あるいはリハビリテーション）

第3節 病院から地域へ

第3章 治療の方法

第1節 薬物療法

第2節 精神療法

第4章 基盤としての精神医学

おわりに

第2章 入院をめぐる（承前）

第2節 望ましい入院治療

前節では精神科病院への入院に関する制度的な問題点を検討したが、本節では、精神科病院への入院時及び入院後の実際の入院治療の問題点について検討していく。ところで、精神科病院への入院については、次のような指摘がある。

「二十世紀後半に精神科医であるものは、たいてい二重の任務をもっている。一つは、新しく発生した分裂病を、その初期あるいは前駆期に治療し、できるだけ順調に寛解過程を通過するようにもっていくことである。

しかし、任務にはいま一つある。それは『慢性分裂病者』の名のもとに精神病院に長期入院している人たちをその『慢性分裂病状態』から離脱させるという任務である」。これは、中井久夫「分裂病の慢性化問題と慢性分裂病からの離脱可能性」という論文の書き出しである。1976年に書かれたものである⁽¹⁾。しかし、残念ながら今日でも、精神科医は同じ任務を担わなければならない状況にある。見渡すところ「慢性化させない治療」は定着したとは言えないし、慢性状態の人への治療的関心は低いままである。聞くところによると、都市圏の病院では新規入院を受け入れるための空床を作るために、長期入院の患者さんを遠方にある「後方病院」に転院させているという。転院とは名ばかりの追い出しに近いものもあるようである。転院させられる患者にとっては、過去には病院の都合で無理やり入院させておきながら、今ごろになってまた病院の都合で無理やり追い出されるという、二重の理不尽があるのではなからうか（横田 2019：178）。

なお、統合失調症が重症の病気であるかどうかを別の観点から見る指標がある。すなわち、平成 29 年の厚労省の患者調査によると、精神科受診患者数に占める統合失調症患者数の割合が 23% であるのに対して、これを入院患者数でみると 61% と、大きな差がでている（村井 2019：55）。

このように、精神科病院の入院問題の中心は、かなり以前から今日に至るまで、慢性統合失調症患者の長期入院・社会的入院であり続けている。そこで、以下では、統合失調症患者の入院治療に検討対象を絞ることにする。そして、まずは統合失調症の大まかな経過を確認し、その主要な治療法である薬物療法について概観する。そのうえで、（「科学的」な治療が強調されてきている現在ではあまり顧みられなくなっているようであるが、）その普遍的な意義は未だ失われておらず、ある意味で精神科入院治療のもっとも重要な諸要素を示していると思われる臨床方法（臨床作法）と呼ぶべきものを提示した、2 人の重要な先人（中井久夫と星野弘）の著作の内容を検討する。

(1) 同論文は、統合失調症のひろは編集部編『中井久夫の臨床作法』（日本評論社、2015 年）147-167 頁に再録されている。

1. 統合失調症の経過と治療の概要

(1) 統合失調症のおおまかな経過

① 典型的な経過

DSM-5では、統合失調症の症状を、1. 妄想、2. 幻覚、3. まとまりのない発話、4. ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動、5. 陰性症状、と定義している。これら5つのうち、幻覚、妄想、まとまりのない発話の3つのうちのいずれか1つがあることが、統合失調症の診断に必須であり、また、5つのうち2つ以上の症状があることが必須とされている。その上で、それぞれの症状は、1か月の間ほとんど存在することが診断に必要と規定されている。これが、DSM-5の統合失調症診断のA基準であり、これに加えて、仕事、対人関係などの日常生活の能力の低下（B基準）、症状の持続性（6か月以上の弱い症状の持続、C基準）、鑑別診断（D基準、E基準、F基準）で、診断基準が構成されている（村井 2019:41-42）。ただし、DSM分類は中立性を保つという名目で、あらゆる理論的背景を廃しており（atheoreticalがDSMのモットーである）、そのために、「統合失調症の本質とは何か」とか「その基本的な障害は何か」というような根源的な問いには、答えるどころか議論することすら難しくなっている（古茶 2018:159）。特に、統合失調症には一定の経過（病状の変遷過程）があり、それがDSMでは明確に分けて書かれておらず、わかりにくくなっている。

その経過には個人差があるが、全体として統合失調症の経過は、前駆期、初回エピソード、寛解と再燃、慢性期、と分けて理解することができる（村井 2019:43）。

前駆期のあと、はっきりとした症状が表われる時期が「初回エピソード」である。統合失調症は症状が悪くなったりよくなったりを繰り返すことの多い病気なので、その都度の悪化の期間を「エピソード」という言い方をする。この段階では急激な変化が見られるので、この数週間から長くても数か月の期間を「急性期」と呼ぶ場合もある（村井 2019:45）。

統合失調症の急性期における代表的症状である幻覚や妄想には、患者自身ではそれが幻覚や妄想であるとは気づかないという、他の病気では見られることが少ない独特の特徴がある。そのために、実際には「自分の悪口を言う声が1日中聞こえている」ということがあっても、患者が、医師の前ではそれを口に出さない、ということがある。統合失調症が持つこうし

た特徴、つまり「患者の言葉に頼らなければ病気の証拠を得る術がない」、「患者は自分の病気を病気と認識できない場合がある」という2つの特徴のために、統合失調症の診療では、信頼関係が損なわれてしまったら、治療どころか、診断さえももたもたにできなくなる。そういう意味でも、精神科医は、医師—患者間の信頼関係を大切にすることがある（村井2019:77）。

なお、統合失調症であると診断した場合、急性期（初回エピソード）であったとしても、必ずしも入院治療が必要となるわけではない。身体の状態が危機的ではなく、初診時の説明で、治療の必要性について理解し納得してもらえる場合には、外来のみで急性期の治療を行うことも頻繁にある（村井2019:104）。

初回エピソードの後、多くの場合、数週間から数か月の治療を経て、幻覚や妄想はその勢いを減じていき、幻覚や妄想に左右されての興奮状態も影をひそめるようになる。このような状態のことを「寛解」と呼ぶ（村井2019:46）。本人も家族も医師も、寛解を維持するというところに精一杯の努力をするが、それでも再燃ということが生じる。統合失調症という病気は、この病気になった人が皆同じように経過するわけではなく、もともと再燃しやすい人もいれば、再燃の可能性が低い人もいる。しかし、こういうことに気をつければ再燃しにくい、しやすい、ということはわかっている。再燃のリスクを高める最大の要因が、服薬の中断である。薬物療法を続けた場合と続けなかった場合で、7～12か月後の再燃率を比較した多数の研究を総合したところ、前者の再燃率が27%、後者の再燃率が64%というデータがある。この研究は、薬物療法の重要性を示していると同時に、統合失調症のおおよその再燃率の見積りにもなる。すなわち、治療を続けていても1年以内に4人に1人が再燃する。それでは4年たてば全員が再燃するののかというと、そのようなことはない。再燃率は、時間が経つとともに低くなっていくからである（村井2019:47）。

急性期のエピソードを1回のみ経験する人もいれば、多数回経験する人もいる。そして10年、20年を経過した時期には、一部の人では症状が完全に消失しているが、しかし多くの人では、何らかの症状が残存している。残存する症状は、薬物療法を行っても完全には消失しなかった幻覚・妄想という場合もあるし、経過とともに目立つようになってくる陰性症状ということもある。多くの場合、両者は組み合わさって生じてくる。ま

た、この時期に至っても、再燃する可能性は残されている。一方で、一部の人では、この時期になって予想外の回復をみせることもある（村井 2019:48）。

急性期を過ぎて幻覚や妄想が目立たなくなったとき、自発性が低下し、重い場合には終日臥床して過ごすといった状態がみられることがある。また、感情表出が乏しくなり、喜ばしい体験に対しても、逆に不安な体験や辛い体験に対しても、生き生きとした表情がみられなくなることがある。幻覚や妄想は、それまでなかった症状がみられるようになったという意味で「陽性症状」と呼ばれるが、それに対して、ここで述べているような症状は、それまでできていたことができなくなる、という意味で「陰性症状」と呼ばれる（村井 2019:35）。なお、統合失調症の本質的障害は幻覚・妄想・緊張病症状という陽性症状ではなく、その背景で徐々に進行する陰性症状・解体症状なのだという考え方があり、それはむしろ強化されつつある。その大きな理由は、薬物療法の発達に伴い、陽性症状は抗精神病薬によってかなりの程度コントロールされるようになったが、陰性症状は薬物療法によっては改善されにくく、こちらのほうがより根本的な障害であることが誰の目にも明らかになってきたからである（深尾 2015:97-98）。

② 慢性化について

統合失調症の回復過程のすべてが慢性化する可能性がある。急性統合失調症も慢性化するし、回復期の初期段階も後期段階も慢性化する。幻覚妄想がえんえんと続く場合も、恐怖が主な場合もあり、消耗が続く場合も、模索が続く場合もある。皆、そこで足踏みし、繰り返しに陥り、単純化し、ステロタイプ化し、時には断片化する。生活臨床でいう、生き方のパターンである能動型も受働型も慢性化する。これらが、慢性過程が一見多種多様でどうまとめたらいかに迷う1つの理由である。その上に慢性状態を生きてゆく間にこうむるさまざまな不利が重なる。いずれにせよ、慢性状態は、いったん成立するとなかなかそこから抜けにくいものである（中井 1998:64-65）。

ただし、慢性統合失調症状態をよく見ると、いつも同じではない。ある患者は、統合失調症状態になってもすぐ回復状態に戻る。これは「回復ベース」である。つまり、回復状態がベースで、時々統合失調症状態にな

るがすぐに戻るという場合である。逆に、時々回復状態になるが、また慢性統合失調症状態に戻ってしまう患者もいる。こちらは時々回復しても統合失調症状態に戻る「統合失調症ベース」である。いずれも、2つの状態、すなわち、統合失調症状態と回復状態との釣り合いに起こった揺らぎと考えることができる。つまり、統合失調症状態を実現しようとする力と回復しようとする力との準釣り合いが存在すると考えられる（中井1998:67）。

③ 陽性症状に対する薬物治療

クロルプロマジンという抗精神病薬⁽²⁾の登場は、統合失調症という病気に対する私たちの見方を大きく変えた。そこには多くの恩恵と若干の負の側面があったといえる。プラスの側面はなんとといっても、それまで治療が不可能と思われていたこの病気が「治る病気である」という希望を私たちに与えてくれたことにある。一方で、興奮し対処できない患者には薬で鎮静すればよい、という安易な考えを医療者が持つようになった面は否めず、身体拘束具に代わる「タブレット（錠剤）の拘束具」として、推奨用量を超えた使用が行われ、その副作用は、病気の症状そのものよりも患者の苦痛になることさえあった。不必要な大量処方によって生じた副作用（パーキンソン症候群）を持つ患者たちの緩慢な動きや無表情は、統合失調症の患者のネガティブなイメージとなり、新たな偏見を生むことになった。また、周囲からは理解されない症状に苦しむ人たちに対して、薬物療法のない時代であれば、なんとかその心に分け入り共感することで助けになろうという治療者は多かったかもしれないが、しかし、抗精神病薬を手に入れた後の時代には、とりあえず薬を処方しておけばよい、という発想を治療者が持つことによって、それぞれの患者の心に対する医師の感受性は低下したかもしれない（村井2019:150-152）⁽³⁾。

(2) 「抗精神病薬」とは、統合失調症の治療薬をいう。これに対して、「向精神病薬」とは、精神疾患全般の治療薬の総称である。

(3) この医師の感受性に関して、後に詳しく紹介する中井久夫は、次のように書いている。すなわち、この病気で一番難しいのは何か。それは、幻聴でもないし、妄想でもない。妄想はいらなくなったらかさぶたのようにとれていく。理屈で解けるといよりは環境と心、情で解ける。いらなくなったら消える（中井2020:44）。いちばん恐ろしいもの、それは恐怖である。患者の心の底には非常に深い恐怖がある（中井2020:46）。幻覚にせよ妄想にせよ、世

また、抗精神病薬は副作用を伴うことが多い。統合失調症の治療薬は、眠気や体重増加など我慢しようと思えばできないことはないけれども、服用している本人からすれば深刻な副作用を起こすことがある。こうした副作用を最小にする工夫を行うことが、医師には求められる。そして、それでも副作用が残る場合は、再燃の予防のためには若干の副作用は我慢してもらうことが必要であることの、合理的な説明を行わなければならない。こうしたことが不十分であれば、患者が服薬を中断したことに對して、医師はその責任を患者だけに押しつけることはできないはずである（村井 2019:111）。

④ 最近の治療システムの問題点

最後に、現在の精神科医療システムが生んでいる問題点を紹介しておく。特にこの問題は、精神科救急システムの中で増幅されて明らかになっている。精神科救急システムの中では、流れ作業のように電気ショック、薬の大量投与、拘束が行われているのが現実である。もちろん、それぞれの病院スタッフは医師、看護師、精神保健福祉士ともに頑張っているであろう。しかし、多くの患者がこのシステムに戸惑い、怒っている。このような当事者の観点からのフィードバックを、今の急性期病棟は受け入れられないようになってきている。なぜなら、その病棟の運営に携わる誰もが、自分が急性期の治療をした患者たちの人生に長いスパンを見たいうえで責任を持つことなく、すべての問題を「急性期の精神症状の問題」として処理するだけに終わっているからである。これは個々の問題ではなく、分断できないものを分断する現代の精神医療システムの問題であり、それが精神科急性期医療のシステムに象徴されている。このようにして「治療と戦う患者」（星野弘の言葉）を、それぞれが善意の治療に励むなかで、気づかぬうちにいやおうなく生んでいる（高木 2022:88-89）。

界の一部である。考えることができるわけである。対象化というのは、愉快ではないけれども、声になったり考えになったりしたら、それについて考えるか少なくとも語るることができる。一方、恐怖というのは対象化できない。圧倒的で押さえつけられるようなもの、考えることすらできない（中井 2020:47-48）。恐怖に対しては、黙ってそばにいる、ということが大事である。患者のそばで30分でも黙って居ることが大事である。そのときは虚心坦懐で、「良くしよう」という心はなくすことが必要である（中井 2020:49-50）。中井久夫のたぐい稀な観察眼と洞察力の一端を示している。

また、1980年代の精神医療では、薬物療法はまだ今ほどの主役ではなかった。統合失調症で言えば、薬物療法と精神療法ではどちらが有効か、薬物療法をどの時点で終了するかといった議論が盛んになされていた。それが一変したのは、1990年代の、第二世代抗精神病薬とSSRI〔新規抗うつ薬の一種〕の出現である。どちらもそれが効果があったからというよりは、それらの薬物の販売に伴う製薬企業の宣伝の力に負うところが大きかった。実際には、抗精神病薬が第二世代に置き換わったことで統合失調症の予後が改善したこともないし、SSRIによってうつ病が以前よりも寛解しやすくなったという証拠もない。ともあれ、精神科治療の中心が外来での薬物療法となることで、精神科医の仕事は診断と薬の選定にまで切り詰められていった。それとともに、臨床現場では、エビデンスという医学界一般を席卷した方法論が精神科でも表面に据えられた。しかし、その背後にあるのは、精神症状の計量化と薬物効果の数値化によってすべてを評価するという思想である（高木 2022:216-217）。

(2) 基本としての薬物療法とその限界

統合失調症の治療では、薬物療法と心理社会的治療が2本の柱とされ、両者を統合的に行うことによって「リカバリー」の達成に近づくことができる、という認識が広く共有されている。とは言え、薬物療法の効果の限界が認識されながらも、わが国の精神科医療は、依然として薬物療法が主体となっている（鈴木 2021:1425）。

① 薬物療法の効果

抗精神病薬による多彩な症状への治療効果を考える際に、便宜的に症状全体を4領域に分ける方法がしばしばとられる。すなわち、(a) 幻覚・妄想を中心とした陽性症状、(b) 感情の平板化や自閉を主とした陰性症状、(c) 注意、記憶、遂行能力などを含む認知機能症状、そして (d) 疾患特異性は乏しいが実際にはしばしばみられる気分症状である⁽⁴⁾。では、抗

(4) 気分症状として最もよくみられるのは、抑うつ症状である。この症状があると生活が不活発となり、自己評価の低下につながる。いくつかの非定型抗精神病薬は、双極性障害のうつ病相に有効であり、また抗うつ薬に上乘せすると抗うつ効果を増強する作用があることが知られている。統合失調症の抑うつ状態の対策にも有用である（大森 2015:37）。

精神病薬はこれら4領域の症状をどの程度改善するだろうか。確実かつ顕著に改善するのは陽性症状であり、適量の抗精神病薬の使用により、過半数の患者で幻覚妄想が消失ないし大きく軽減する。初発や再発時の急性期の症状は陽性症状が主体となるので、適切な抗精神病薬の導入は必要不可欠である(大森 2015:36)。

陰性症状は、統合失調症の中核症状ともいえる。この中核症状としての陰性症状に対する抗精神病薬の効果は、確実にあるとはいいがたい。しかし、陰性症状として包括される症状は、さまざまな要因により二次的にも増幅される。たとえば、抑うつ症状あるいは不安症状があれば他者との交流が乏しくなり、引きこもりがちとなるので、これらを射程に入れた薬物療法は、二次的に生じる陰性症状を改善することになる。逆に、過剰鎮静や錐体外路性副作用が生ずると二次的な陰性症状の増悪にもつながるので、むやみな高用量や多剤併用は避けなくてはならない(大森 2015:36-37)。

統合失調症では、再発を繰り返しながら次第に症状や生活機能障害が進行する例が少なくない。抗精神病薬には、急性期消退後の安定状態を維持する効果と、再発を予防する効果がある。抗精神病薬を用いない場合の1年間の再発率は60~70%に上ると推定されるが、これを用いることによって再発率は30%程度に下がる。心理社会的治療の併用で、さらに再発率を減少させることができる。そして、再発を予防するためには、ある程度の量を持続的に使用する必要がある。中等量と低用量を比べた研究では、ほぼ例外なく中等量のほうが再発率が少ない。調子がよければ使用せず、不調の兆しがあれば使用を再開するという方法(間歇投与方法)は、持続投与と比べて再発率が高いことが知られている(大森 2015:37)。

維持療法をいつまで継続しなくてはならないのかについては、明確な答えがない。実証的な研究は、維持療法中断の危険性を指摘している。また、安定期間が長くなればなるほど、中断したときの再発率が低下するわけでは必ずしもない。アメリカ精神医学会(APA)のガイドライン第2版は、何度も再発を繰り返した患者や5年以内に2度以上の再発を起こした既往のある患者は、無期限に抗精神病薬療法を継続すべきであると述べている。実際には、精神症状が完全に安定していて、患者と家族の希望があれば、まずは第一段階として薬物の減量をはかる。急激な減量や断薬は再発につながるので、減量は緩徐に行うのがよく、減量中に症状増悪の徴

候があれば用量を元に戻す。患者と家族からすると、医師は減量と中止に対して歯がゆいほど慎重にみえるかもしれないが、リスクの大きさを考慮してのことである。一方で、最善の維持療法によっても再発や進行を常に完全に予防できるわけではない。他方で、文献的にも経験的にも服薬不要となる症例は存在するので、全例に無期限に相当量を継続するのは、一部に対する過剰治療となりうる（大森 2015:37-38）。

2000 年前後から、新規に非定型抗精神病薬（第二世代抗精神病薬）が続々と臨床導入され、それまでの定型抗精神病薬（第一世代抗精神病薬）にとってかわった。非定型抗精神病薬は、強いセロトニン 2A 型受容体阻害作用、比較的緩慢なドパミン D2 受容体阻害作用、あるいはドパミン D2 受容体部分作用作用などの定型抗精神病薬とは異なる薬理学的性質をもっており、そのため臨床特徴として錐体外路性副作用の出現が少ない。それだけではなく、陽性症状、陰性症状、認知機能などへの改善作用においても従来の薬物に優越するという研究結果が数多く報告された。しかし、実際の臨床に即した検討によると、優越性はあったとしてもそれほど大きくはないようである。また非定型あるいは定型の抗精神病薬はそれぞれ多様な薬物を含み、効果や副作用の特徴は二分法では整理しきれない幅をもっている。新規の非定型抗精神病薬を使用すれば、それだけで治療レベルの向上につながるとみるのは、楽観的に過ぎる。むしろ、その導入とともに定型抗精神病薬時代の多剤併用の習慣を脱却して、単剤処方の原則と適正用量の尊重の機運が広まり、治療コンセプトとして QOL 向上や社会復帰に力点が置かれるようになったことの意義が大きい（大森 2015:39）。

なお、現時点で、有効性において他の薬物に優越することが知られているのはクロザピンである。この最も古い非定型抗精神病薬は、定型抗精神病薬に反応しなかった症例に対しても、新規の非定型抗精神病薬に反応しなかった症例に対しても、優れた有効性をもつことが示されている。しかし、この薬物は、無顆粒球症という放置すれば致命的となる副作用が 1% 前後という高い頻度で出現する。そのため使用対象は他の薬が無効であった患者に限定されている。日本に導入されたのは欧米に比べて 20 年遅れたが、ようやく 2009 年に治療抵抗性症例と治療不耐性症例を対象とし、入院のうえで緻密な血液検査下で使用するという条件で承認された（大森 2015:39-40）。

抗精神病薬なしには統合失調症治療は成り立たないが、一方でその効果には限界もある。また、薬物に対する反応には個人差があり、1つの薬が無効でも他剤への切り替えが劇的な改善につながることもある。治療を継続しているうちに、心理社会的条件の変化や時間の推移などが関与して、症状や生活が改善に向かうこともある。リスクはともなうがベネフィットが大きいこの薬物を最適かつ最大限に活用することが大切である（大森 2015:40）。

② 副作用の問題

1996年にわが国で初めての非定型抗精神病薬であるリスペリドンが登場してから現在に至るまで、わが国の統合失調症治療における薬物療法の特殊性が問題視され、その是正が叫ばれてきた。その内容は、わが国では諸外国に比べて抗精神病薬が単剤で処方される率が著しく低い、さらに3剤以上併用されている率がきわめて高い、その結果として抗パーキンソン薬の併用率が高い、それらの副作用のために便秘薬や昇圧剤などの内科薬の併用率が高い、等である。この間に各種ガイドラインやアルゴリズムの普及もあり、入院しなくて済むような症例では単剤化が模索されるようになった。また、抗パーキンソン薬の使用も控えられるようになった。しかし、入院が必要とされるような症例においては現在でも、抗精神病薬を単剤で処方するという治療法が選択されることは多くはない。鎮静効果が乏しいと感じたり落ち着きがないと感じたら抗精神病薬の量を増やし、それでも足りないと感じたらさらなる抗精神病薬を追加投与して多剤大量処方とすることは、一般的な治療法であった。そして、そのような鎮静重視の統合失調症治療は、退院して地域で生活することを目指すことよりも、入院して管理することを目指すという、日本の精神医療制度に根差したものであった（大下 2014:31-32）。

(a) 錐体外路系副作用

定型抗精神病薬と比較して錐体外路系副作用を起こしにくいのが非定型抗精神病薬の定義であるが、それでも適正用量を超えると用量依存的に錐体外路系副作用の発現リスクは高まる。多剤併用の場合は定型・非定型を問わず、抗精神病薬の剤数が増えれば、錐体外路系副作用を発現するリスクは増大する。「手がふるえる・体がスムーズに動かない」などパーキンソン症状が出現すると、運動機能が直接損なわれることに加えて、それを

他の人に見られるという心理的な負い目を感じることになる。「じっとしていられない」というアカシジアは他人にはなかなか理解してもらえない耐え難い副作用であり、自殺の誘引となると言われる症状である。わが国では抗パーキンソン薬の併用率は69.1%~71.8%と海外に比べて著しく高いことが知られており、そのことから、かなり多くの患者が錐体外路系副作用で生活の質を落としていると考えられる。また、長期のドパミン D₂ 受容体遮断による遅発性の錐体外路系副作用は非可逆的な症状とも言われ、一度出現すると、抗精神病薬の減量を行っても改善することはきわめて困難である（大下 2014:32）。

(b) 抗コリン性副作用

抗精神病薬に加えて抗パーキンソン薬を併用することによる抗コリン性副作用がある。抗精神病薬には抗コリン作用が認められるものが多い。薬剤性パーキンソン症状の治療のために抗パーキンソン薬の併用が行われるわけであるが、抗パーキンソン薬は中枢性の抗コリン性副作用と末梢性の抗コリン性副作用をもたらす。中枢性の抗コリン性副作用としては注意力低下、認知機能低下、記憶障害などがあり、退院して自立した生活を送る上で大きな障害になる。末梢性抗コリン性副作用としては、便秘、排尿障害、口渇、霞目などがあり、これらも大きな負担になる（大下 2014:32-33）。

(c) ドパミン系機能低下からくる意欲低下

統合失調症治療薬は現在のところ、基本的にドパミン受容体を遮断することで抗精神病効果をもたらしているが、ドパミン神経系は意欲や喜びの感情に大きく関与している神経系である。そのため、抗精神病薬を過剰に投与することで、「意欲がわかない、何もする気にならない」などの意欲低下や、「喜んだり、楽しんだりできない」などのアンヘドニア（快感喪失）を引き起こしてしまう。また、ドパミン神経系は報酬系とも言われており、将来に目的を持って努力するという人間らしい感情や行動に関与している。その機能が損なわれると、退院後の生活を楽しみにして治療に励むという最も重要な部分を阻害してしまう。急性期から漫然と続いている多剤大量処方でもドパミン D₂ 受容体を 100% 近く遮断してしまうことは、退院するという意欲や希望を持つことを阻害することであり、いちばんの退院阻害要因と言えるかもしれない（大下 2014:33）。

(d) 過鎮静、血圧低下

鎮静目的で投与されているフェノチアジン系など低力価薬の抗ヒスタミン作用や α_1 遮断作用による、眠気、頭がボーとする、だるい、めまい、立ちくらみ、過鎮静や血圧の低下も、生活する上で大きな障害となる。統合失調症患者の 9.7% に低血圧治療薬の継続投与が行われていたというわが国の調査がある (大下 2014:33)。

(e) その他の副作用

抗精神病薬の中で高プロラクチン血症を引き起こす薬剤は少なくない。男性で勃起しない・射精しない、女性では生理がない・不規則などの性機能障害を引き起こす。また、長期的には骨粗鬆症を引き起こすこともわかっている (大下 2014:33)。

また、急性期の興奮を鎮めるためにベンゾジアゼピン系や sodium valproate などを併用する処方が非定型抗精神病薬の使用とともに浸透してきたが、維持期になって興奮が鎮まった後も漫然と投与されている例が多く認められる。そのため、日中の眠気や認知機能低下が出現する。高齢者では筋弛緩作用から転倒のリスクが高まり、高プロラクチン血症による骨粗鬆症と合わさり骨折に至る例も少なくない (大下 2014:33)。

さらに、抗精神病薬の中には、体重増加をきたす薬剤は少なくない。多剤が組み合わされることでさらにリスクが高まる。体重増加だけでなく、高脂血症、糖尿病のリスクも高まっていく (大下 2014:33)。

(f) 減薬と単剤化に向けて

単剤化は目的ではなく手段である。患者の生活の質が向上し、より満足してもらえるように処方を改良し治療していくのであるから、患者の人としての全体像を把握することから始める。その人がどういう家庭に生まれ、育ち、病前性格はどうだったか、ストレス因があったのか、発症時の状況は、その時の症状、それに対しなされた治療は、使用薬剤は、その後の治療経過は、よくなっていた時期があったのかなかったのか、服薬コンプライアンスは、今回入院に至るまでの治療経過、入院してから現在までの治療内容と症状、といったことに関して情報をそろえ、今服用している薬剤の影響下にある現在の状態につながるように、その人の人生と治療の流れをイメージする。もちろん、その人の人生を正確に把握できるわけではないが、何十年か生きてきた人としてのイメージを持った上で対峙しなければ、治療者は責任のある良い治療はできない。そこから現在使用している薬剤の効果と副作用を考えて、一枚一枚そっと剥ぎ取るようなイメー

ジで薬の整理をしていく。患者との共同作業として薬剤減量をやっていくわけである。患者もその変化に少しずつ慣れていかなければならないので、年単位になることもある。減量の過程で新たな人間的発見があれば、柔軟にストーリー（人生の物語）を変更し、減量の手順を見直す。新たに見えてきた症状や患者の人間性に、現在服用中の薬剤が薬理的にどう影響しているか、どのような作用が有用なのかを考え、必要がないと考えられる薬剤をそっと引いていく（大下 2014:33-34）。

重要なことは、患者と話し合いながら慎重に減量していくことである。患者に減量の前後での感覚の違いを丁寧に聞いていく。観察も十分に行うが、患者の脳内で起こっていることは、患者の言葉から推測するしかない。効果や副作用についても説明して、共同作業で減量していくことが、何より重要である（大下 2014:34-35）。

2. 治療の基本とされるべき臨床作法

以上にみてきたように、統合失調症の治療においては、薬物療法が重要である。また、(次項でみる)心理社会的治療の重要性も、特に近年は強調されるようになってきている。しかし、これら以前に、医師と患者の「接触」（個別精神療法と言えるもの）が存在しており、有効な抗精神病薬が存在していなかった時代には、その重要性は十分に認識されていた。だが、近時、薬物療法に関するエビデンスや治療全般に関するガイドラインを重視する傾向が進み、この「接触」という基本的な治療法への関心は急速に薄れていっているようである。しかし、それは時代を問わず重要なものであろう。以下でみていくのは、治療の基本とされるべきその「接触」のノウハウ以前の、治療における患者に対しての基本姿勢ないし基本態度であり、あえて名付けるならば「臨床作法」と呼ぶべきものである。

この「臨床作法」については、2人の達人の名前がよく知られている。中井久夫（1934-2022）と星野弘（1945-）である。中井久夫の『精神科治療の覚書』は1982年に出版され、2014年に若干の補足コメントが付された「新版」が出版されている（中井 2014 [1982]）。また、星野弘の『分裂病を耕す』は1996年に出版され、2017年に（ほとんど内容に変更はない）「新編」が出版されている（星野 2017 [1996]）。これらはいずれも初版の出版当時、精神科医の仲間内でベストセラーになった。以下ではこの2冊を含めた、中井・臨床作法論と星野・臨床作法論の概要をみていく。

（1）中井久夫と星野弘の臨床作法

① 中井久夫の臨床作法

入院初期の重要性

入院治療の場合、入院第一日が重要であることはいうまでもない。医師の判断で入院するということが通じるように努めねばならない。第一日でなければ話し合えないこと、聞きそびれることが存外多い。そして、第一日の内容は、振り返ってみれば、その後の治療の成行きを縮図的に表していたと分かることが少なくない。また、第一日に家族と医師が会っておくことは欠かせない。当然家族は患者の予後に不安を持つが、「本人と家族と医師の呼吸が合うか合わないかで予後が大幅に違う」趣旨を告げるべきである。これは美辞麗句ではない。呼吸合わせの上手下手は人によって異なるが、その重要性の認識の合意は少なくとも有害ではない（中井 2014 [1982]:38）。

入院後の少なくとも 1、2 週間は家族との面会を差し止める必要が生じることが多いが、面会を最初のある期間行わないのは、ひとつには家族の統合（まとまり）の回復期をとるためでもある。患者の入院までのかなりの期間、家族の主な構成員は奔命に疲れており、各種の不安に苛まれていることが通常である。家族が余裕をとりもどすには、おおよそ 3 週間以上かかる。これは患者が入院後急性期を脱するのに要する時間とほぼ一致している。この 3 週間に家族に余裕をとりもどしてもらうことは、非常に大事なことである。この 3 週間という期間は、延長できても大体短縮はできない重要な時間的パラメータである（中井 2014 [1982]:40）。

治療の滑り出しと治療的合意

治療者は“山頂”で患者と出会う。そうでないことは例外である。治療者は家族とともに下山の同行者である。そういう者として何が要求されるか。重要なことは、本人と家族と治療者の三者の呼吸が合うかどうかである。この呼吸合わせのための努力は、いくら払っても払い過ぎということはない。それが患者の予後の最大決定因子であり、それを怠ると、最初の外泊時に両親が患者にマラソンを強いたり、患者が職を探しに出たりして、もっと悪いことに治療者がそれを知らないということさえ起こりうる。この呼吸合わせに治療者はイニシアティブをとらなければならない。必要なのは、絶対に加速してはならない過程と加速可能な過程とを見分けることである。加速してはならない過程を加速しようとして、本人を焦ら

せ、家族を焦らせ、そして医師本人が焦りのなかに巻き込まれて、結局、焦りの塊りが3つ渦を巻いて回っているだけという場合は、残念ながら皆無ではない。このために必要なのは、なによりもまず、治療的合意である。それは「メリハリのきいた治療的合意」でなければならない。ありうる合意としては、まず三者をまとめて医師が自己紹介を行い、そして「本人と家族と治療者の呼吸が合わなければ治るものも治らない」という表裏のない事実を述べる。実際この“呼吸合わせ”が成功し持続するかどうかで、治療の9割は決まるといって差し支えないであろう。この合意は、初診においてやっておくべきである。入院中の患者を引き継ぐ時も、同じく三者の合意をとり直すべきである。漠然と引き継ぎを重ねていると、みごとに慢性患者ができてしまう。しかし、合意をとり直すと、しばしば患者は一段階新しくなり、時には新患のようにみえてくることも絶無ではない（中井 2014 [1982]:46-48）。

医師から本人に向かっては、「私は安請け合いはしないが、できるだけ努力をする」と約束する。そして「しかし、ひいきのひき倒しはしない」と付言する。患者の早きにすぎた退院の申し出に対しても「ひいきのひき倒しはしない」とくり返すし、「君が今やれてできないことはないかも知れないが、医者（私は）冒険をしないものだ」と答えるし、さらには「君があせり、家族があせり、そして医師まであせっちゃおしまいだからね」と家族の方にも顔をむけて、お互いに“あせらない”合意を行う。しばらくして、「しかし、医者がサジを投げない先にあなた方が先にあきらめたりしてもらっては困る」「私が希望を持っている間に君たちが先走って絶望しないよう」とも言うべきである。これは言うべきなのだ。医者ができる最大の処方（願わくは空疎でない）“希望”である（中井 2014 [1982]:49）。

そして、薬物が必要と判断される場合は、薬物服用についての合意を求める。その際「薬の効き方には人によって差がある。私はまず苦情をききたい。それによって私は正しい処方に達することができるのだ。かりに、君がほくによいことばかりいって、こっそり薬を飲んでいないとしたら、ほくは、ははあこれはまだ量が足りないと思って量を増やしてゆく。君はますます薬を捨てる。これでは何をしているかわからないからね」と理由を述べて、「これが本人が医師にしていただける最大の協力です」としめくくる（中井 2014 [1982]:50）。

治療においては、「信頼性の溝」(credibility gap)を最小限にするようにもってゆく。これは、治療における合意形成のための努力を続けることである。困難な時でも、少なくとも、治療者が今何をしつつあるか、たとえば「医師の判断と責任で君を鎮静させるための注射をしようとしていて、それはかくかくの時間眠って後日覚める時にはいくぶん頭の中の騒がしきは減っているかもしれないのであって、そうなる望みがある。一方、いつまでも残る副作用はないはずだ」ということを注射の寸前にでも告げるようにする。たとえ一方的でも「やむなくする」という遺憾の気持ちと「医師が医師の責任でする」という責任の所在の明言は、しないに勝り、長期的には治療者患者関係の成立と維持に役立つ(中井 2017a:42)。

また、治療的対話において、患者に「言いたくないことを言わない権利」と「(治療者側を怒らせるかもしれないと患者の推定するような)言いにくいことを言う権利」を明言するほうがよい。言いにくいことを告げることが治療への最大の協力であり、それが「信頼性の溝」を減少させることを実例を挙げて話しておく。たとえば薬をのんでいないことを治療者が知らなければ、効いていないと思って処方量を更にふやし、ますます患者がのめなくなり、治療がますます間違った方向に迷い入るであろうことを話す(中井 2017a:42-43)。

服薬について

処方するとき患者に薬のことを話すのがよい医者だ、とはどの医療案内書にも書いてある。しかし、患者の知りたいのは薬の化学構造式や教科書的な作用・副作用ではあるまい。医者が治療の戦術や戦略、あるいはそれを包む、広い意味で「治療の哲学」としか呼びようのないものを考える必要があるのは、何よりもまず、医者と患者との治療的合意に不可欠だからである。それをできるだけふつうの言葉で語りうるならば、それ自体が治療行為であり、具体的に、薬の種類や量を減らす能力さえ持つものだと思う。私[中井]は、実際、「医者」というものが同時に処方されれば、薬だけの場合に比べて薬用量はぐっと減るか、それと同じ値打ちの好ましい効果が現れるものだとさえ思う(中井 2014 [1982]:66-67)。

また、われわれは服薬の心理について考えてみる必要がある。ことは精神科に限らない。患者が赤や黄やその他さまざまな色の、えたいの知れない化学物質をのみくだすことは、医学あるいは医師への、考えてみれば途方もない信頼である。この信頼をわれわれは非常にありがたいと感じない

とすれば、それは医者側の職業上の感覚麻痺だろうと思う。この信頼が、実は大きな不安を克服してなされるものであることをわきまえておいたほうがよい（中井 2014 [1982]:68）。

また、薬物療法の標的は、恐怖であり、不安であり、その背後にある自律神経系の不調であり、心身の全体を整えたいのであって、決して幻覚や妄想などの特異症状ではない。症状を標的とし、病を圧倒するために徹底的にそれを絶滅しようとして大量の薬物を使うと、悪化と薬物副作用も見えにくくなり、悪循環に陥る。薬物療法単独では、戦火の空爆のようなものであり、爆撃だけでは眼下で行われている悲惨な状況を止められない。現地に降り立つことが必要である。薬物は必要であるが、対人的な支持のないところで症状だけが消えたとしたら、たとえば患者にとって幻聴は馴染み深いもので、それが消えてしまったら逆に孤独にさいなまれることもある。患者にとって不安よりもさらに恐ろしく、何としてでも逃れたいのは孤独である。薬物的飽和以上に、生身の人間による治療の飽和も必要である。そして、いずれの治療法の飽和量も、改善とともに次第に減っていくであろう（中井 2017a:36-37）。

患者が幻覚や妄想を語るにしても、その基底には不安、恐怖、孤独、絶望があると言ってよい。彼らのこのような心情をまずはじめに汲む姿勢が治療者に必要な条件である。この恐怖に比べたら、妄想や幻覚がいかほどのものであるのか。統合失調症治療の基本的標的は、不安、恐怖、孤独であって、決して幻覚・妄想ではないのである（星野 2017:15-16 注 14）。

また、再発の恐れはすべての患者の心の底に深く沈んでいる恐れである。患者が口にしないとしても、それは、この恐怖がないためでなく、恐怖を口にするだけの余裕がまだできていないと考えたほうが当たっている。再発の怖れを医者が語って、たとえば服薬の継続を促すことは、無益だとはいわないが、不安を一方で増大させつつ不安を鎮める薬を出すのであるから、薬の効力自体もかなり低下し、そこから悪循環が起ることもありうる。再発の怖れを患者から尋ねられた場合には、単なる否定や肯定では、控えめにいっても不親切というものである。「たしかに麻疹のように1回かかれば免疫ができるわけではないでしょう。しかし、再発しない人の方が多いし、（心身の）余裕感の大きくなる方向へ方向へと舵をとってゆけば、再発しない可能性が時間とともにふえてゆく。余裕が十分な状態から突然再発した人を私は知らない。少量の薬は、何かの形で、余裕が

減っていることをわかりやすくする役に立つことが多い。たとえば、同じ量の薬で妙に眠くなってくるとか。自分でわかるようになってくれば、それだけ薬の必要性が少なくなる。また、私の医者としての腕や判断にもよるでしょう」（と医者としての共同責任性をはっきりさせておく方がよい。将来再発するかどうかは患者だけによるものでないことは事実だが、医者はここで何となく逃げ腰になりがちである。）（中井 2014 [1982]:246-247）。

看護できない病人はいない

一般論として、医学の力で治せる病気は少ない。医学は依然きわめて限られた力なのである。しかし、いかなる重病人でも看護できない病人はほとんどない。看護というものの基礎は、医学よりもずっと安定したものである。実際、急性精神病状態においては、医師の行為の大部分も看護と同じ質のものであろう。患者の側に黙って30分座ることの方が、患者の語りを3時間書き取るよりも耐えるのが難しいことは、経験した者は誰でも知っていよう（中井 2014 [1982]:100-101）。

患者への語り

患者と語る言葉は、短い文章で、なるべく漢語が少なく、低声で、しかも平板でない音調のほうがよい。言葉は途切れ途切れであってよい。錯乱状態でも、ちょうど台風が息をしているように、緩急はあるもので、この緩急のリズムをつかみ、それに合わせて語ると、意外に多くを語れるものである。時にはまったく押し黙っている患者の耳元で低声で「ほんとうは大丈夫なのだ。君はいまどうていそうは思えないだろうけどね、ほんとうは大丈夫なのだ」とささやき続けるより他はないこともある。この場合も決して馬の耳に念仏ではない。むしろ、患者は全身を耳にして聞いている、と行ってよいであろう。完全な緘黙不動不眠患者の隣室に泊まり込んで私は小さく壁をノックしつづけたことがあったが、あとで患者は、私がずっと醒めていて、そのしるしを送り続けていたことが判っていた、と話した（中井 2014 [1982]:140）。

長期入院患者

再発をくり返したり、長期に不安定な精神状態で治療を受けた歴史を持つ患者を新しく受け持つと、患者と話しているのか、過去にその患者を診た精神科医たちのおぼろな影と対話しているのか分からなくなる。これは、一種の、精神科医の憑依現象といってもよいかも知れない。憑依して

いるものとされている人との仲は、決してよいものではない。時には、自分の中にとり込まれてしまった精神科医と苦しい暗闘を続けている患者もいる。ここでは、患者と社会の接点は、ほとんど治療者1人に絞られていることを忘れてはならない（中井2014 [1982]:141）。

一般に、入院数3年を超えると患者の社会復帰は目にみえてむずかしくなるのが、われわれの印象である。しかるべき治療が3年以上続けられたとして、なお退院までいけない人は、もともとそれだけ重症だったといっせまえばそれまでだが、長期間自然な社会生活から隔離され続けてきたハンディキャップが困難をより一層深いものとしている事実は否めない。精神病の古い症状として記述されているものどこまでが病気そのものか、の議論は昔からある。かなりの部分が、病院の中で、閉ざされた、情報に乏しい、自由選択や意思決定の余地の少ない、単調な生活を長期間強いられた結果の人工産物ではあるまいか、という考えがありうる。人工産物というのは極端としても、少なくともどんな症状も何らかの治療アプローチの関数ではなからうか（中井2014 [1982]:210-211）。

入院患者の実に多くの面——その“全体像”といいうる程のものが病院ごとに違っているのは、周知の事実であろう。かつて勤めていた病院に、たまたま、廃院になった別の病院から患者が数名転院してきたことがあった。この人たちの「顔」は、行動、表情、テンポなどの一切を含めて、ほかの患者たちからくっきりと区別できた。この「異邦人」たちは、新入の職員にもすぐそれと分かった。そしてこの人たちは、数年以上その「異邦人性」を保ちつづけたのである。いくつかの病院に勤めた医者には言うまでもないことであろうが、精神病院の雰囲気は1つ1つ独自なものである。それは強固な自己維持力をもつ1つの「下位文化単位」と言えようか。夏の昼下りの静けさがいつもあたりを領しているような病院があれば、逆に、大洋のごとくたえず揺れて止まない病院がある。患者はそれぞれ各種各様の家庭から入ってくるはずであるのに、入院後さほどたたないうちに同じ色合いに染まってくる。これに応じて精神科医の統合失調症観も実に区々である（中井2015 [1976]:149-150）。

また、適不適は別として、慢性化状態からの離脱の場としての精神病棟というものを考える必要がまずあるだろう。私見によれば鉄格子があるかないか、扉に鍵がかかるか否かなどよりも重要な問題がいくつもある。慢性化状態の維持を強化するのに力のある要因は、何よりもまず人間の要素

である。医師が——たとえいつも多忙なのが医師であるにしても——患者がまるでいないかのように病棟内を往来するならば、患者からもさぞかし医師の姿は「自閉的」にみえることであろう。軽く会釈して通ることを病棟の医師が日々行うならば、病棟の雰囲気は次第に変わる。少なくとも職員が病院において“Patient does not count”ではないことを言葉でなく態度で示すことが行われれば行われるほどよい。また、患者が日々持ち出す問いに対しても——患者はしばしば無理難題と思えることを出すことが事実としても——その場限りの、合理化の行き届いた、もっともらしい答えを返すことがなければならないほどよい。無理難題に対しては治療者は、即座に滑らかに合理化された答えを繰り出すのではなく、むしろ端的に困る方が、表裏のない態度である。むしろそれは患者を満足させはしないが、治療者が困る態度を表明することによって、事態は意外に悪化しない（中井 2015 [1976]:159）。

医者は、1人の患者を3年以上は診るほうがよいと強調するほうが大事かもしれないが、それを下限とすれば、上限は10年あたりにありそうに思う。10年たって医者の方で離れたい思いがあるとすれば、それ自身が問題であるかもしれないが、あるいはそれまでも、医者のほうで、患者を自分のほうにひきつけておくキュー（信号）をそっと出してきたかも知れないのである。結局、10年もたつと、医者と患者との距離があいまいになり、医者患者関係の輪郭がぼやけがちになる（中井 2014 [1982]:302）。

多くの精神科医たちが二の足を踏む「患者のヴェテラン」もいるが、こういう場合にそもそもの始めまでたどってみると、決して全ての場合ではないが、医者的一种の勇み足が存在することが多い。1つの極は、患者を甘くみた場合あるいは病気にたかをくくる場合である。ああ、こういう患者は前にもみた誰それにそっくりだ。あの通りやればよい、とか。典型的な何病さ、とか。こういう場合には、治療関係に入るための初歩的な合意が大幅に省かれがちである。もう1つの極は、患者に医者が、ふつう以上の熱意と関心を抱く場合である。いろいろな場合がある。いちばん単純なのは、何か論文か著書の種にしようと思う場合である。これがまだしもいちばん害が少ないと思うが、それでも、“みごとな”症例報告の種になった患者のその後は、一般に、他の患者より良くないといってさえよいと思う（中井 2014 [1982]:303-304）。

もしも、精神科医が患者にある観念を注入しようとしたり、患者の観念を奪おうとしたり、内面を全部分かろうとしたり、患者の前で他責的になったり、患者を操ろうとしたり、幻想を抱かせようとしたり、人格的影響を与えようとしたりするものが、いくらかでも正当であるかのように思っているとしたら、それは、公衆であろうと精神科医であろうと、誤りであり、よいことであると思っているとすれば、とんでもない錯覚である。誰その患者であった痕跡が、ほとんど体臭のように直覚的に明らかな患者がいるが、この刻印は決して幸福な刻印ではない。この体臭あるいは持ち味には「甘えるような恨むような」ニュアンスが混じっているはずである。自分の信念や人生訓を説いたり、逆に患者の妄想や夢を奪おうとすれば、患者は錯乱するか、いっそう妄想にしがみつくなか、どちらかであろう(中井 2014 [1982]:309-310)。

治療者と患者は本質的に不平等なもので、この不平等性を少しでも小さくする努力が必要である。「だれもが病人でありうる、たまたま何かの恵みによっていまは病気でないのだ」という謙虚さは、ともに生きる社会の人間の常識であろう(中井 2017a:30)。

治療の目標

われわれの治療目標は、患者の周囲の人間的環境に即していえば、「患者が安心して治れるような条件をつくること」である。これがいちばん、簡明で直接的な条件である。患者が安心して治れない条件にはいろいろある。とても枚挙しきれない。臨床経験というものの大きな1つは、患者が安心して治れない条件の種々相に通暁することでなかろうか、とさえ思われる。第三者からみれば非常に他愛ないものが、意外に強く利いている場合もあれば、本当に複雑なものもありうる(中井 2014 [1982]:260)。

また、治療の順序は、鎮静→休息→賦活の順である。賦活とは、おおよっぱにいえば元気を出す方向である。そのあとに、模索的社会行動再開→試行的社会加入ということになろうか。精神科医のしばしばおかし過ぎの1つは、鎮静直後の消耗状態を、病の結果の「欠陥状態」と捉えて、「作業療法」によってこれを改造しようとすることである。急性精神病状態のあと、消耗状態が続いても、それは自然であり、最小限、急性精神病状態と同期間はあきらかな消耗状態が続くのが、むしろ普通である。急性精神病状態からの心身の回復は予想外に長い。それは、急激に歪力を加えられた物質が、そのひずみを回復するのが徐々であることに似ているであ

ろう。一般に、ほんの1週間の急性精神病状態であっても、修復には8か月くらいを最低限必要とする、と考えられる(中井 2014 [1982]:272-273)。

治療でいちばんむずかしいのは賦活(元気づけ)であり、分かっていないところが少なくない。しかし、一般に、鎮静や休息の方向性をとるのに比べて、賦活の方向性をとることは、より慎重でありたい。休息して心身の余裕が自覚されてから、患者自身が自然に自己賦活してゆくのが望ましく、周囲はむしろ、それを軽く抑え気味に対応するのがよいだろう(中井 2014 [1982]:280)。

また、今が「変化期」か「安定期」かを考えながら治療することは回復期には重要である。一見動かないように見える慢性患者でも、風の呼吸のように両者の間を往復している。統合失調症の治療には数年後に効果が現れるという場合があるので、安定期でも手抜きしていいわけではない。改善の努力が今日に見えて現れないからといって治療が無効だとか治療抵抗性だとレッテルを貼って治療者が悲観してしまうのは間違っている。その時は、穏やかに現状維持に努めて自然回復力が働いてくるのを待つ時機であろう。「待ちの治療」も重要なのである。「攻めの治療」より重要であるかもしれない。実は「待ちの治療」のほうが気が抜けないものである(中井 1998:20)。また、回復の過程には加速できる過程、加速してはならない過程がある。積極的に治療すべきか否かは、症状よりも症状の勾配が目安となる。つまり、顕著な症状が数年来大きな変化なく持続している場合よりも、目立たない症状であっても一昨日より昨日、昨日より今日と増強していく方が、早急な治療介入が必要なこともある。急に変化するとき、急に治るときが危ないものである。突然治ってきたときは要注意で、急激な変化はできるだけ避けてゆっくりさせる。変化するのは自動車が急カーブを曲がるようなもので、スピードを落とさなければ曲がれない。回復に耐えられないこともあるのである(中井 2017a:35-36)。

では、治療者は漫然と自然的機会を待つべきか。実は萌芽のチャンスはもっと多く起こっていると推測される。これが見えてくるための治療者への具体的なアドバイスをすれば「慢性患者を慢性患者とみなすのを止めたらいろいろなものが見えてきて、離脱への萌芽はその中に混じっている」ということである。無理をしてでも「慢性患者」というラベルを心の中で強引に剥がすのである。するといろいろな緩急が見えてくる。風

の呼吸のような——。実際、慢性統合失調症状態は、睡眠障害と夢活動と身体化と、そして対人関係や日常生活の試みや思わぬ事件がからみあって展開する、きわめて複雑な過程である。慢性統合失調症状態は絶えず揺らいでいる。その中に離脱のチャンスが、明滅する灯のように見え隠れしている。おそらく、この状態からの離脱の前提条件は、患者の自己尊敬と士気とを回復し維持することであろう。そのために治療者は、患者に対してどこか畏敬の気持ちを持っていることが必要である。殺風景な環境と単調な日々と、患者の力をそぐような治療、押しつけがましい治療は、患者の中の大切な何かを擦り切れさせる。そして、ただ回復すればよいというだけでなく、やわらかく治すことを心掛ければ、それは再発の確率を低める(中井1998:75-77)。

精神科治療の難しさは、ただ発病前に戻すのでなくて、それ以上の安定した状態が成立するようにしなければならないことにある。発病前の状態は、発病の可能性を秘めた不安定なものであることが多いからである。病気の前よりも“よく”ならなければならないのである。医者は「とにかく治す」ことに努めてきた。今ハードルを一段上げて「やわらかに治す」ことを目標にする秋(とき)であろうと思われる。かつて私[中井]は「心のうぶ毛」ということばを使った⁽⁵⁾が、そのようなものを大切にするような治療である。そのようなものを畏れかしこむような治療である。それは社会復帰の道をなだらかにするものでもあるはずである。統合失調症の人のどこかに「ふるえるような、いたいたいほどのやわらかさ」を全く感じない人は治療にたずさわるべきであろうか。実際、患者であろうと医者であろうと「心のうぶ毛のすり切れた人」は、本人も不幸であるが、周囲の人もそういう人とつき合いたいであろうか(中井1998:83-84)。

心のうぶ毛をすり減らさないためには、どのような配慮が必要か。治療者は、心のうぶ毛を失わない配慮を、治療を貫いて持ち続けることが大切

(5) 「急性精神病状態の時期に、彼らが『心のうぶ毛』とでもいうべきものを摩り切らせないことが大事である。彼らの繊細さ、やさしさ、そして人への敏感さを。なぜなら、この『心のうぶ毛』のようなものこそ、彼らの社会復帰——というべきか加入というべきか——におけるもっとも基礎的な資本であるからである。急性期において、われわれのまずめざすべきものは患者の心身の休息であり、保存に努力すべきものは『心のうぶ毛』であるといいたい」(中井2014 [1982]:186)。

である。まず、患者の言動の基底にある気持ちをくもくと心掛けることであろう。患者がほんとうは何を望んでいるか、何を望んでいないかを絶えず考えていること。それは、待っているとそのうちに分かってくるものである。その中には、少し変形すれば、現実の中で充足できるようになるものも決して少なくない。そして、患者に無理を強わず、安心安全感を送り続けること、患者の自己尊厳を確立していくこと。自己尊厳を1人で確立することはできないので、共同作業が必要である。共同作業の第一歩は、症状にとらわれず、治療という大仕事に向き合っているその人自身を見ることである。私 [中井] は、患者を尊敬している (中井 2017a:23-24)。

治癒のために必要なもの

一般に、回復の過程は、病気をしたことのない人生には全然みられないほど、思いがけない展開や驚きに満ちたものである。治療者も、面接のたびごとに、なにがしかの驚きを味わう。慢性的治療者というか、退屈した精神科医になることを救ってくれるのは、(少なくとも私 [中井] にとっては) 回復期における患者との面接である (中井 2014 [1982]:283)。

統合失調症の治療を貫いて最も必要なものは、「自然治癒力への信頼と自己尊厳の回復」である。足もとを照らすために必要なことを最小限1つだけ挙げるとすると、「健康な睡眠と、安心して休める環境」だと考えられる (中井 2017a:16)。統合失調症に限らず、精神の疾患は、自然回復力がそうとう強く働く病である。ただし、自然回復を邪魔する内的外的要因も多くある。その結果、経過が遷延したり、自己免疫疾患のように自然回復力自体が新しい病的展開を生む、という事態も起こってくる (中井 2017a:20)。

そして、回復期、生活を取り戻しつつあるときには、ハプニングに開かれていることが重要である。私たちの上には日々宇宙線のようにハプニングが降り注いでいる。それは運であったり、出会いであったり、偶然としか言いようのないもので、これをどうつかまえ、生かすか。患者がハプニングに開かれた目を持ち、それを活用できることが長期的に重要なのである。入院生活にはどうしてもハプニングが少ない。患者はただでさえ大問題の解決を求め、日常から遠く離れてしまいがちである。治療の場の対話がハプニングに希望を見だし、日々の暮らしに目を向ける触媒のようであればよい (中井 2017a:24)。このように、回復と生活世界への加入とは、大きく偶発事に依存する。したがって、治療者は患者の周辺に発生す

る偶発事に気をつけ、その活用を心掛ける必要がある。患者の本質的改善は、ほとんどすべて、患者の周辺の変化と相応じるといってよい。長期予後はしばしば偶発事の活用（ひらたくいえば“運”）に大きく左右される⁽⁶⁾。伝統的精神病院の1つの問題は、偶発事の発生が乏しいところにある（中井 2017a:51）。

ただし、変化をおこす力は、究極的には患者に発するものでなくては実らない。患者のなかの力を強め、「発揮する力」と「蓄える力」を大きくしてゆくことが本筋である。薬物も精神療法も、そのきっかけをつくり、その道をなだらかにするためのものである。逆に、患者の力を弱めることは何であるかを考え、それを最小限にしなければならない。私たちは予想以上に患者を弱くする言動を、意識的・無意識的におこなっている。患者を凹ませたり、子ども扱いしたり、納得していない結論を押しつけると、患者は弱くなる。強くなるとは、暴力的になるとか、押しつけがましくなるとか、セクハラをするとか、何ごとにつけてくどくなることの「反対」である。これらは弱さのあらわれである（中井 2017b:121-122）。

② 星野弘の臨床作法

星野は、中井理論について、次のようにいっている。すなわち、生物学的精神医学や精神薬理学の発展に比べて、治療者という生身の人間が患者のこころと身体にじかに関与するオーソドックスな精神科治療は、長年の

-
- (6) この点に関連する、精神科医による次のような記述がある。すなわち、この社会での私たちの人間関係では、関係の絶対性から免れないことがおそらくほとんどではある。それにもかかわらず、思ってもいなかった良い事、奇跡のような人間関係に出くわすことがある。私たち、対人支援という職業に携わる者は、そのことをよく知っているはずだ。その経験がなければ、この仕事は続かない。「奇跡」は手垢にまみれた宗教的な作り話のことではない。宗教のもっとも純粹なところに生じる奇跡は、すべて人と人との関わりの中で生じている。私たちの対人支援実践の中でしばしば“奇跡”的なことが起こるとしても、いささかも不思議ではない。個から家族に、家族から社会へ、社会から世界へ、そして世界からふたたび個への、この奇跡的な循環の上に、私たちの対人支援の姿勢とその実践は構想される（高木 2022:247-248）。対人支援もまた、多くの偶然性の重なりあいのなかで行われる。対人支援とは、人間が他者に何らかの力を及ぼすことではなく、生にとって良い偶然を、支援関係のうちに逃さず引き入れることである。「偶然の力」を関係の場に集めることである（高木 2022:254）。

治療経験から得たソフトウェアの蓄積があるにもかかわらず、ないがしろにされてきた感がある。中井久夫が1982年に出版した『精神科治療の覚書』（日本評論社）が十数年の年月を経た今日でも新鮮な感動を読者に与え続けていることが、精神科治療において未だに治療の「常識」が確立されていない証明となろう（星野 2017 [1996]:261）。

幻覚や幻聴について

統合失調症治療の目標は不安や恐怖であって、妄想や幻覚ではない。不安や恐怖が減弱すれば、妄想や幻覚が消えてなくなるのは臨床上の事実である。その逆は決して真ではない（星野 2017 [1996]:107）。

実際の面接では症状レベルの事柄が話題になりやすい傾向にあるようである。「テレパシーはどうなった?」「まだ聴こえてくる?」と面接で延々と長期に問われ続けられている患者がいる。いわゆる「陽性症状」に焦点が当てられているのである。むしろ治療的に無意味であるというのではないが、症状からの離脱よりは固定を促す作用があるのではないかと思われる。治療者が症状を完成させる感がある。患者の方から幻聴や妄想を話題にするときは、専門用語を使わずに話し合う必要がある。通常はサラリとするのが良いだろう。治療者は好奇心を持たない、禁欲的態度で接すべきである。過去に病的体験を聞かれ続けた患者が幻聴や妄想を語る時は、治療者へのサービスであることが多い。それとなく話題の方向を、たとえば身体感覚などに転換する工夫をしてみることが大切である（星野 2017 [1996]:103-104）。

患者がテレパシーや妄想を訴えるにしても、それが問題というよりは、背景に不安があることを知るべきである。そもそも宇宙的大問題が語られるにしても、それは患者に特有なものではなく、人間という存在が内包する普遍の問題である。また、「ヒトは何故、生きねばならないのか」「人生とは何か」という正解が出ないか、いくらでも正解があるような哲学的命題に絶対の解を求め続ける患者がいても、それ自体は病とは無関係である。問題を真正面から話し合うのはおよそ不毛である。患者と共有できる体験をもっと積極的に取り上げ、背景にある心情を話題にして良いのではないか。患者が抱いて当然な事柄を汲みとり、努めて支持し共感する姿勢が治療的だといえるであろう。統合失調症患者は未来を先取りして不安や恐怖に脅かされやすい人たちであるから、これを理解して共感的態度で接することは不安を弱め、回復を進める力にもなるだろう。病的体験を話題

の直接の対象にするより、よほど稔りがある（星野 2017 [1996]:106）。

統合失調症の急性状態では、幻覚や妄想をはじめ、どのような病的体験が出現しても不思議ではない。体験そのものが急場をしのぎ、人格の解体を防ぐための保護的な機構の発動であると考えることができる。患者が語る症状を聞き、その時点で患者が症状をどう考え、本当は何を悩んでいるのか、何が辛いのかを判断する。良質な睡眠や疲労がとれば消失するであろう症状については、「まず、よく寝よう」と勧める。長期に患者が苦痛を感じていたことでも十分な睡眠と休養で問題性が解消することは、しばしば認められる現象である。それをわざわざ、治療者が問題として取り上げるのは愚の骨頂であろう。自然解消するものはそれでよいのであって、残った問題を話し合うことが重要なのである（星野 2002:103）。

多くの患者は病的体験を自分だけに起こった特別な現象と考えているが、不眠をはじめとする諸々の状況のもとでは、「こんな現象（幻聴、聴覚過敏、妄想気分、妄想知覚など）が起こっても不思議ではないね」と話して、体験の非特異化・一般化に努めることも大切である。世界、広く宇宙ではどのような不可解な現象でも起こりうると伝えておくことは無駄ではない。布石しておくのである。そのうえで発病を促した状況や履歴を聴取して、「この時期に病気にならざるをえなかった」事情を察し、その事態下で患者は何を考え、どう感じ、どんな心境にいるのか、世界がどう見えているのか、これらについて治療者が理解することが肝要である（星野 2002:105-106）。

患者の実際

学生時代の精神科の授業では、幻覚、妄想、病識欠如、作為体験、連合弛緩、感情の平板化・鈍麻、荒廃などの症状名を覚えさせられたが、要するに統合失調症患者にはこのような症状があり、それらがあれば統合失調症と診断され、わけの分からない予後の悪い病気とされていた。しかし、現実に病院で知った統合失調症患者は、授業で学んだ知識からイメージした像と非常に違っていた。治療者の小さな好意や僅かな援助、時にはちょっとした一言にさえも過分な謝意を述べる人たちであった。理由なく（理由があっても）治療スタッフに乱暴する人は少なく、礼儀正しい人が大多数であった。スタッフの方がよほど乱暴で横柄だった。医師も例外ではなかった。患者が興奮したり荒れる時はそれなりの経緯があるのであり、患者の言動が「了解不能」でないことを知った。授業では決して教わ

ることのなかった多くのことを体験した(星野 2017 [1996]:116)。

現状では、慢性患者のほんとうの実態把握はまったく不正確かつ不十分な状況にある。また、慢性患者の横断的症候レベルの報告には多くの留保が必要である。彼らが受けた治療、投与された薬物、置かれた環境、スタッフとの諸々の対人関係等々が考慮されてしかるべきである。関係の場で生成された医原性二次障害による症状が少なくないのであり、それを無視して統合失調症の本質を論じるとすれば、いささか見当違いである(星野 2017 [1996]:165 注 1)。

なお、一般に、患者は鋭い観察者である。看護者や医師が観察する以上に、彼らはわれわれを観ていて治療スタッフの性格や特徴を实によくつかんでいる。病棟がさしあたりの生活の場である患者にとっては、特に毎日かかわりを持たねばならない看護者の特性を知っておくことは「安全」確保の必須条件である。スタッフに関する患者間の情報交換は活発であり、実際、われわれの想像を超えている(星野 2017 [1996]:52)。

スタッフの治療的なソフトウェアによって、精神科の管理性や強制力を発動しないですむ場合が実際は多い。たとえば、患者を社会の一市民として遇するスタッフの言葉や態度は当たり前とはいえ、それだけで向精神薬の数十mgと同じ鎮静的効果があるであろう。治療にはある程度の強制力が必要になる場面があるけれども、常にそれがないと困るというものではなく、なければそれに勝つことはない。患者・治療者間にしっかりした信頼関係(患者が治療者に対して都合の悪いことを言っても受容される関係)があれば、その種の強制力を意識することが少なくなる(星野 2002:153-154)。

患者の経過は、病院や病棟のシステムやスタッフによって違うであろう。主治医による治療的対人関係の及ぼす影響はさらに大きい。慢性患者には慢性に経過するだけの理由が十分にある。患者の特性にすべて帰するのは単純に過ぎる。仮に退院は無理としても、この人たちにも時間をかけて、過ごしやすい環境作りと苦悩を受けとめる努力がなされても良いであろう。そしてもう二度と慢性患者を作らないことがわれわれの使命である(星野 2017 [1996]:82)。

治療者の責任

一般に、患者は主治医のカラー(治療特性・姿勢、哲学、人そのもの)に染まって当然である。病歴の長い人に特に顕著に見られる。大半の患者

の経過は、統合失調症という病の特異性や患者個人の特性によるものではなく、主治医にほぼ規定されていると言えるほどである。主治医は程度の差はあれ、患者にカラーを残す。われわれが治療に関与した時点から、すでに統合失調症の過程は患者と医師の合作となるのであり、「生」の統合失調症の経過というものはない。治療は常に絶対の善ではなく、悪をなす場合もある。治療を受けなくて良かったと思われる人、治療の大義のもとに空しく精神科病院で一生を終える患者もいる（星野 2017 [1996]:28-29 注 6）。

そして、治療は患者と治療者の共同作業であるべきである。性急でない鎮静の過程における治療者の現前、言語的関与（沈黙を含む）、身体看護にこそ重要な治療的意義がある。それが精神科治療である。やみくもに回復を早めようとするのは危険である。治療者の患者への早期回復・早期退院の圧力は、きめ細かな治療を遠くする。再発や慢性化をもたらす要因になるかもしれない。一般に、統合失調症患者がいわゆる発病に至るまでに、少なく見積もっても年の単位で長期の経過が先行（潜行）しているだろう。それを短期間で治そうという試みは、過重な負担を強いることになる。再発を防ぐためには長期にわたる細心の注意と関与が必要である。回復に要する時間と予後は、初期治療のあり方で大幅に変動する（星野 2017 [1996]:36）。

私 [星野] の医師としての自己規定は、少しはマシな臨床医になることだけであった。患者の病理が分からなくても、治ればそれで良いと考えていた——これでは科学にならないという批判はもっともだが、精神医学が科学性を求めすぎることに対して私は疑問を持っている。精神科では、治療者による患者の回復に及ぼす影響力の大きさは、他科の比でない。他科では、診断が確定すれば、先端的・試行錯誤的な治療は別にして、誰がやっても治療内容は同じであり、患者の治り方にも明らかな違いがないことで、精神科治療と対極の位置にある（星野 2017 [1996]:136-137）。

治療の手法やアプローチの仕方によって患者の予後は変わるが、患者の予後はしばしば患者の個人特性に帰せられてしまい、治療者の言い訳になっている。しかし、治療者特性の方がよほど問題であると思われる。端的な例は、患者の自殺に表れる。精神科の患者は自殺のリスクが高く、精神科医が治療活動を続ける以上、患者の自殺を避けて通ることは困難であるとはいえ、特定の治療者に高率に発生する傾向は厳粛な事実である。し

かも当の治療者本人が気づいていない場合が少なくないのは、原因を患者の個人特性や精神病患者の特性に帰して己の治療を省みないためであると思う。「しかたなかった」と言うのは、患者の自殺から何も学ばなかったことに等しい(星野 2002:24 注 5)。

慢性化の問題

一般に、慢性患者はいつも同じだというのは精神医学的にまったく根拠がない。これまでわれわれは、観るのを諦めていただけなのだ。慢性患者といえども、日々揺れてやまないものである。観察の精度を上げたり、診察のやりようによって、彼らの病態が微妙に変化していることがわかる。そして変化や回復の兆しが見え始める時がくる。慢性状態からの離脱・回復への重要なチャンスである。急性期ほどには華々しくはなく、遅々とした印象さえあるけれども、急性期と同じく治療の絶好の期間である。慢性患者の診察に手を抜いたり、安易に匙を投げてはならないのである(星野 2017 [1996]:166)。

画期的に治療技術が向上したとしても、慢性化を防ぐ基本的治療方針は変わることがない。まず、治療に導入する初期が重要である。幻覚妄想状態の患者には、穏やかな鎮静を図りながら、幻覚・妄想など、すなわち「症状の消失」に治療の目標を置かないで、基底にある苦悩と恐怖を受容し、気持ちを汲む態度を維持することが肝要である。幻覚・妄想の消去が一義的に治療目標にされるが、それは一時の安定は得ても長期的に見て成功と言えず、容易に再燃する。治療者が患者の信用に足る存在、悪くても無害な存在として現前すること・できるようになることが本当は大切なのである。この時期の治療関係の安定化は、治療の終結あるいは後任に引き継いだ後も好ましく作用する。初発患者や急性期患者に限らず、慢性病態にいる患者でも同様である(星野 2017 [1996]:215)。

一般に慢性患者は、その硬さによって病態が常に同じか悪化の方向にベクトルが向いていると考えられがちであるが、実際は可塑性が認められることが少なくない。ただし、可塑的要素の多寡は個々の患者の特性にもよるのであろうが、おそらくそれは僅かである。むしろ患者の治療の歴史の中で作り上げられることが圧倒的に多い。患者と治療者(広く治療スタッフ、病院環境、地域文化)の関わり方によると考えられる。統合失調症の病態は患者と治療者の合作であって、関与の仕方次第で経過が全く別ものになることが決して珍しくない。治療者が患者を柔らかくもし、硬くもす

る。それが患者の表情に表れるのであり、顔を作る（星野 2002:53）。

他方で、治療者側の心性として、患者の回復が停滞するとタイムラグにおいて無力感が発生し、急速に惰性に流れる傾向がある。せいぜいが対症療法に終始するか、新薬を追加したり、他の薬物に変更して観察する程度になる。しないよりは良いだろうが、これでは精神症状や全身状態の改善に結びつかない。仮に安定しても一時的である。慢性患者が決して小さくない振幅で日々揺れている状況にいるという認識が浅いことも関係しているかもしれない。たいていは病像が固定しているとして、新たな治療的アプローチの導入や仕切り直しがなされない。入院期間が長くなっている慢性患者の診察は、本来、急性期患者と同程度の密度で行われて然るべきであり、安定と改善は十分期待できる（星野 2017 [1996]:215-216）。

精神科医療は周辺の受け皿が豊富になり発展したが、早期退院、薬物万能、患者のマテリアル化と個別性の排除の風潮は、頻回再発と治療的こじれを生む可能性が大きい。生物学的精神医学は、患者のその人なりの生き方に関心が薄い。それは精神科医療に普遍性を求める科学が重視されるためかもしれないが、反面では患者の人間の尊厳が尊重されない傾向がより強くなっているといえよう。また、患者が精神病患者としての自己規定をさらに強く持つことも珍しくない印象がある（星野 2017 [1996]:216-217 注 13）。

なお、抗精神病薬を過信するあまり、患者のもっともな心情・訴えを取り上げない医師もいる。頻回な変薬の結果、患者は薬に振り回されるか、逆に薬に抵抗することになる。こういうケースが現実には少なくない、いや多いのだろうと思われる。薬物療法であれ何であれ、どんな治療法もこれしかないというような執着は、治療の幅や懐を狭くする。良いと思われることはどんなことでも取り入れるという、柔軟で折衷的・補完的な姿勢が治療には欠かせない（星野 2017 [1996]:226）。

われわれは、治療的に一時的な見かけ上の回復を求めるのは止めようではないか。長期のタイムスパンで患者の回復を考えるべきである。寛解前期の治療は、一見遠回りに見えても、定期的で焦らない日常精神療法による関与と補給を続け、支持しつつ「待つ」ことが大切であると何度でも強調したい。そうすることで自然治癒力の発動を促し、柔らかく回復が進んだと思われる症例が新鮮例に限らず、慢性患者にも少なからずいる（星野 2002:93）。

陰性症状について

「集中力がない」「根気がない」「元気が出ない」「やる気がしない」「忘れっぽい」「頭の回転が悪い」「疲れ易い」「動作が鈍い」「興味がわかない」「横になりたくなる」など、入院の回復途上や退院後の病み上がりに訴えられやすいのが、陰性症状である。これらの改善に重点を置く医師がいることは知っている。しかし、時間を待てば解決することである。統合失調症は現代でも大病である。疲れや消耗が尾を引くのはむしろ当然である。解決を急いではいけない。時間が必要である。支持的に接したうえで時間がかかる。ここで無理・焦りは治療者・患者とも禁物である。急がないことがコツである。治療者の賦活剤の投与や就労の促しは、一種の焦りの表現であろう。経験的に、陰性症状の早急な解消の試みは有害である。「待つ姿勢」と支持的態度が肝心なのである。患者の後の人生は長い。あわててはいけない（星野 2017 [1996]:243）。

現在は陰性症状を改善するというコマーシャルベースに乗った薬物の使用が流行しているが、いわゆる賦活剤あるいは抗うつ剤は統合失調症患者には駆使できないであろう。それらがなくても陰性症状は改善すると強調したい。なによりも患者のももとの回復過程をあえて加速しようとしたりねじ曲げないことが良い（星野 2002:72）。急性期を終えた患者にとって「陰性症状」は外的刺激を遮断する保護的なものである。無表情、感情の平板化等は患者の安全を保障し、身を縮めて引きこもることが脅威・危機を回避するために有効な方法であると考えれば、陰性症状は一時的にとらざるを得ない「生の戦略」であって、生物学的に副交感神経優位の「屈服の状態」である。これは統合失調症の予後を悲観させるものでは決してなく、実に保護的な病態なのである。彼らの戦略を成功させるために、われわれはそれを支持しながらアプローチしなくてはならない。そのうちに患者は秘かに試行錯誤的に対人関係や社会的行動にチャレンジするようになる。表情や感情、言語、表現もその人なりに変化し、豊かになる時期が来る。治療者はその時のために患者の杖になる心準備をしておくことが大切である（星野 2002:83-84）。

外泊・外出の許可について

外泊や外出の許可には、タイミングをはかる必要がある。患者の希望する時期が適当でないと判断されるならば、待ってもらわねばならない。この場合にも説得する責任と義務があつて然るべきである。このような手続

をすることで、荒れた患者でも待つのが普通である。この手続を省くのは、治療者の怠慢である。事態を一層紛糾させることになるであろう。患者が希望したらいつでも許可するとしたら、それは治療者の許容度の高さというよりも、まさに治療上の無方針・無節操・無責任さの証明と言ってよい（星野 2017 [1996]:59）。

この外泊や外出の制限についての説得に時間をかけることが、実は通常の面接の数倍も重要なのである。いうまでもなく説得とは患者に治療者の姿勢を示し理解を得ることであって、屈従させたり、高圧的な指示になってはならない。彼らの要求の裏にある気持ちを汲んで、「今はまだ早いと思う。楽しめない時期に外泊してもつまらない。くつろいで外泊できる時がきつとくる。その時は君にも分かるはずだよ」と話すことがある。理解してもらうまで真剣に話し合う。治療者に真剣さと開かれた態度があれば、彼らは信用し納得するのが通例である。これが治療を軌道に乗せる契機になることも多く、私は入院治療のコツのひとつと考えている。こうした前提の上で「外出や外泊を安請け合いない」ことが、治療的な方針となる（星野 2017 [1996]:61 注 14）。

退院時期の決定

退院後の患者の生活が治療者の頭に思い浮かばなかったり、退院後のコンプライアンスが維持できない時に退院を決めるのは、無茶というものである。数か月以内に再入院してくるケースは、ほぼ、そのような退院の決め方によるといっても過言ではない。それまでの入院期間や体験が無駄になるうえに病像が混沌化し、その後の回復が停滞する契機になることもある。そして家族も消耗する（星野 2017 [1996]:17-18）。医師が個別的な治療的関与をしないで、患者の自由意思にまかせた入退院の決定は、患者の意思を尊重することには当たらない。患者を海図や羅針盤のない船に乗せるようなものであり、行き着く先がわからない航海をさせることになる。単に治療責任の放棄にすぎない。こういう患者が頻回に再発を繰り返し、病院の放浪を始める。われわれは、患者を悪化させたり、治療困難・処遇困難化させることは容易にできる。しかし、回復は即効性のない日常のささいな営為の積み重ねでしかできないのである（星野 2017 [1996]:198-199）。

この点に関して、一般に精神科救急の入院は3か月がメドである。それまでに退院するか（彼らの予後はどうか。私は統合失調症患者を3か月で

安心して退院させたケースはほとんどない)、入院治療の継続が必要な患者は、民間病院に移される。精神科救急の治療者は3か月間だけ責任をもち、その後の経過を考慮する必要も義務もないのである。そのために、回復が不十分な状態にあっても患者は早期に退院させられることもあり、結果として短期間で再発を余儀なくされるケースが少なくない。こういう治療は、患者が再発した場合に、ある段階以上に回復を進める上での大きな障害となる(星野 2017 [1996]:120)。

患者の回復にはどう頑張ってみてもある期間は入院治療を必要とする場合があって、数年に及ぶことも少なくない。やみくもに入院期間を短縮しようとする動きは大きな圧力となって医療スタッフを焦らせ、中途半端な治療を促進させることになる。頻回な再発をもたらしたり、回転ドア的な入院を増加させることになりはしないか(そのほうが精神科病院の経営効率を上げるという皮肉な現象がある)。だとしたら、患者はもとより関係者にとっても不幸なことである。患者に病気を職業化させる可能性もあるだろう。私は患者の自殺をもっとも恐れる(星野 2017 [1996]:121)。

一般に患者の入院を決める時、個々の精神科医の判断にそれほど大きな隔たりはない。それと対照的に、退院の決め方は、入院時と違って実にさまざまである。これにはケースの個別性と治療者の統合失調症治療観・治療姿勢・治療哲学などが関係しているものの、退院を決める一応の判断基準としては「寛解」という概念があり、精神科の治療は病気の「寛解」を目標としてきた。「寛解」は、定義上再発を必然とする概念である。しかし統合失調症患者が短期で再発するのに理由がないわけではない。たとえば「寛解」を症状レベルで判断したり、安定の内実を考慮しないで症状の消失を治療目標とするならば、患者が再発を免れることは困難になる。症状は病のひとつの表現形態であって、症状の消失が統合失調症の基底にある統合失調症的なものの消失、収束、解決を意味するわけではない。症状が消え状態像が安定しているように見えても、安定には見かけだけの浅い安定と人間や世界を信用する膨らみのある懐の深い安定とがある。われわれは安定の質を考慮すべきである(星野 2002:57-58)。

私[星野]の統合失調症患者の治療目標としての「寛解」は、その先にある「治癒」を見据えたもので、症状消失は二義的になる。症状以上に患者の言動の基底にある心情を汲んで、彼らが置かれている状況を理解するように努める。患者の孤独や矮小感、寂寥感、無価値感、生きる重圧感な

どに対して支持を絶やすことなく補給しながら、低下した自己評価の再生と安全保障感の確立を図り、治療者としての私が人間の代表として信用されるようにする。患者にヒトは信用しても大丈夫なのだという「基本的信頼」をもって欲しいためである（星野 2002:59）。

なお、入院治療で「寛解」といわれる程度の回復がもたらされるにしても、院内での「治癒」は理論的にはあり得ない。治癒は、生活の場である家庭や社会を媒介とした対人関係の中でしか求めることができない。したがって退院の決定は、寛解して病が完全に回復したというより、患者が家庭や社会で安んじて生活の再開に耐えられるだけの心理的・身体的準備が整い、家族側の受け入れと調整ができた時期になされるのが普通である。身寄りのない単身者の患者の場合は、より慎重な配慮と絶えざる支持が必要であり、パラメディカルとの連携が大切となる。入院治療は、そういう時期が円滑にもたらされるように計らい準備するのが目標であって、回復ないし治癒はあくまでも外来治療を継続し、病み上がりの療養をしながら家庭や社会の中で達成するのが通常の道程である（星野 2002:65-66）。

また、一般に患者は退院が決まると、その後の生活を先取りして不安（すでに入院中から）を感じやすいものである。待ち焦がれていた退院が決まっても明らかに不安げな様子を見せたり、医師にはなく看護者や夜勤者に退院後の不安や悩みを相談している場面をしばしば目撃した。勇んで退院する患者は再発しやすかった。不安を生活拡大や行動で解消しようとするのであろう。主に能動型の人たちである。自信なさそうにおずおずと退院していく患者の経過が良いのは、慎重で急がない生活から始めるためかもしれない。繰り返される退院要求やアクティング・アウトに治療者が閉口し、妥協の結果として退院した患者は、次回入院を予約しているようなものであった（こういうケースが案外に多い。難症患者が生まれる一因になることも多いにある）（星野 2017 [1996]:130）。

そして、患者が退院したら、数年に及ぶケースも少なくないけれども、しばらくの間は社会的・家庭的義務や拘束からの猶予が、性別に関係なく必要である。この猶予期間は自然治癒力を発動し、患者の内的部分の健康化を推進する。今では急性期の患者ですら数か月で退院させる時代である。これでは外来でよほど慎重に治療を継続しない限り、再発者や慢性患者、自殺者を増やすことはあっても減らすことはないと言われ、とりあえずの鎮静に何ら治療的意味はない。10年とは言わないが、数年先の

患者を見据えた治療が必要であると強く思う (星野 2002:168)。

普遍的な要素

今日の精神科医療は多岐にわたった関連学問の発展によって、知見が豊富になり洗練されてきた。しかし、精神科医療の方法論全体の華やかさにもかわらず、統合失調症の治療、とりわけ寛解前期において基本となる治療法やアプローチの技法が発展していないのか、発展しつつあるのに広く知られていないのか、あるいは地道さが要求されるために実践されていないためなのか、いかんせん遅れている感がある。論文にしばらくという事情があるのかもしれない。このごろは、統合失調症患者の発病から寛解まで長期に携わった経験のない人が精神科の指導者 (大学教授) になる時代である。学生や初学者たちが統合失調症患者に対して血のかよった治療法を教わらない不幸がないように願うのみである (星野 2002:88)。

治療には、人間対人間、同じ生命をもつ人間としての共振・共感と症状の先鋭化を和らげるアプローチが大切である。精神科治療には、生を共にする人間どうしの礼節と共感的心情が基底にあること、そういう意識をもって接することが、たとえ平凡でアカデミズムから遠いことであっても、実はもっとも大切なのではないか。「病理はよくわからなかった。治療はスッキリいかなかったが、患者は何かやっている」というのが素人の治療である。「病理はわかった。治療はうまくいった。だが患者は自殺した」「回復が停滞した」とは、生身の人間を対象にする精神医学に科学性を求めすぎたヴェテラン医師のケースにしばしば認められている。自戒せねばならない (星野 2002:116-117)。

人は病気と診断された時から「患者」と呼ばれ、一般社会では自明のことであった対等性が医療の場では失われる。入院した瞬間から、患者と治療スタッフの間に厳然たるヒエラルキーが発生する。患者の立場は治療を受ける者としての弱者にならざるを得ない。入院という事態には、患者は文句を言わずに全てを治療者 (病院) に委ねて我慢をなさいという、拘束と強制が含意される。弱者になった患者に環境があらたな病理を生むことも少なくない。治療関係や治療環境が、病の回復に無視できない影響力を持つのである。精神科だけでなく、治療者側には弱者をさらに弱体化させない姿勢が求められて然るべきであろう (星野 2002:152)。

他科は知らないが、精神科医療は治療者に豊かな「情」が求められる医療である。「知性」がなければまともな治療はできないが、精神科はヒト

の「こころ」を対象にするのであるから、患者の「心情」を理解する感性と竿をさしても流されない「情」が必要であろう。患者は諸々の環境（治療環境も含む）の中で、「こころ」が傷つき、翻弄されて歩んできたと言ってよい。統合失調症患者がもっとも希求するのは「こころの平和」であり「安全」である。治療者の「論理」ではなく、「情感」である。治療者と患者が精神の深いところで共有できるのは、安定した良好な治療関係に支えられた「同じ生命をもつヒトとしての情」であろう。誰も声高には言わないが、治療者のひそやかな「惻隠の情」が、理論や仮説を超えて、回復の進め手になったケースが少なくない（星野 2002:156-157）。

(2) 継承の必要性

① ある継承者による現状報告

中井理論と星野理論から多くを学んだという横田泉（1957-）は、自身の統合失調症治療に関して、以下のように述懐している。

人間的なやまい

統合失調症は人間的なやまいである。治療対象としての「病気」という視点からだけでは理解できないものをたくさん含んでいる。統合失調症の症状は、外科手術のように切り取って治すべき悪いものだけではない。ときには症状の中に、その人の深い思いや切実さ、理想、希望などが読み取れることがある。とりわけ慢性期の統合失調症患者と接していると、そういう感が深い。標的となる「症状」を抽出してアルゴリズムにしたがって治療するという合理的な方法論は、長期化した統合失調症には必ずしも向いていない。「症状を取る」のではなく、「症状」が物語るものをメッセージとして理解し、そこに託されたニーズに応えていくという態度が必要とされることがある（横田 2012:3-4）。

幻覚・妄想のあるなしが回復の指標ではない。幻覚・妄想が本人を苦しめているときには、たいてい妄想を持たないとやりきれない境遇や幻覚に拠る所を求めざるを得ない孤立がある。私たちは、そこにこそ目を向けなければならない。人との信頼関係が回復し、もはや孤立しないでもよいようになると、幻覚・妄想はおのずとお役御免になっていく。あるいはまた、穏やかなものに形を変えていく。「責める声」が、「助ける声」「励ます声」になった人もいる（横田 2012:7-8）。

退院や就職というのは、統合失調症者にとっては非常に緊張を強いられ

ることである。やってみるといったものの、いざとなると不安が強くなり、やめたくなったり逃げ出したくなったりするのも無理はない。このような心境にある人を援助しているのだということを忘れないようにしたい。本人の一步後ろからついていく姿勢が大切である。退院や就労は、本人にゆとりが戻り現状に飽き足らないくらいの回復が得られれば、おのずと望まれてくるものである。それから一步後ろを歩くスタンスでついていっても決して遅くはない（横田 2012:14-15）。

統合失調症は人間的なやまいであり、人間的な交流をとおして回復する。一見頑固な幻覚・妄想や「問題行動」にニーズがこめられており、治療者・援助者がそれを汲み取り共感することにより、信頼関係が回復し、ひいては豊かな回復が望まれる。統合失調症の治療とはそういう営為の繰り返しであると思う（横田 2012:17）。

なお、精神科病院では、病棟を治療的雰囲気を保つための病棟の管理も治療者が担うよう要請される。この要請と、患者の関係修復への打診を汲むことが両立しにくく、葛藤させられる状況も起こりうる。しかし、このような場合、治療者は安易にこの管理的要請を捨てるべきではない。むしろ、管理的要請のためにすぐには患者の要請を受け入れられない場合には、そのことを十分に意を尽くして説明すべきであろう。ここを越えて患者の要請をのむときには、他のどの患者からの同じ要請に対しても同じ態度で接する平等性が保たれることが必要となる。入院中の患者は「治療者がそれぞれの患者に平等に対応しているか」ということにきわめて敏感である。ここに治療者は誠意をもって応える必要がある（横田 2012:50）。

慢性状態についての理解

慢性期の統合失調症の状態を表現することばとして、欠陥状態とか残遺状態などという言い方がある。しかし、このような見方が皮相的であることに、やがて気づかされる。ともに過ごす時間が長くなるにつれ、彼らの微妙な変化がわかるようになってくる。慢性期の人たちはいつも微妙に揺れ動いており、時には再発し、時には回復に向かって動き出す。欠陥や残遺という見方ではどうも理解できないような大きな変化が起こることもある。十年一日のごとく変化のないように見える人でさえ、長い時間をともしていると、彼らの回復への衝動が伝わってくることもある。この衝動は長年の風雪と病圧に耐え、彼らの中に保たれている。そして、決して目立つ形ではないが、回復の機会をうかがいながら、治療者に控えめな

メッセージを出している。治療者がそれを察知することができ、患者が治療者を信頼に足ると感じると、回復過程が再開することがある（横田 2012:143-144）。慢性状態を不動不変な病態とみるのか、いずれは変化・回復するものとしてみるのか、この違いは有形無形に治療者の態度となって現れてくる。そして「見ようとしない」治療者の下では、回復への変化は起こらない。まさに治療関係の中でしか、慢性状態からの回復は始まらないといえる（横田 2012:146）。

「強制性」の問題

精神科医療には、暴力と威圧で患者を収容し服従させてきた負の歴史がある。こういうものは論外としても、治療者が「善いこと」「正しいこと」と考え行ってきた医療行為が、患者を苦しめ病気を悪化させてきた側面もある。強制的治療、大量薬物療法、電気ショック療法などの強力な治療はもとより、精神療法、退院促進、自立支援など常識的には望ましいとされることも、時には治療者の善意とは裏腹に、病状を悪化させ回復を阻害する。「正しさ」の弊害である。そして、その弊害に最もさらされてきたのも統合失調症患者である（横田 2019:56）。筆者はかつて、病院を挙げての退院促進の取り組みの中で、多くの長期入院患者を退院させた。躊躇する人を激励し、不安がる人にも繰り返し説得した。むろん、病院の利益や患者排除のためではなく、それぞれの人に充実した地域生活をしてほしいという「善意」からである。しかし、不安を抱えたまま退院した人の中には、直後に再発する人や、自殺を図る人まで見られた。「正しさ」「善さ」への意識が強すぎるあまり、当人の不安や声なき声を聴く「感性」を欠いていたのである。このことへの後悔は重く、以後は自戒を込めて「治療者の暴力性」「正しさの暴力性」を強く意識するようになった。どのようなものであれ、病院を挙げて行う取り組みは、統合失調症患者にとっては「正しさの暴力」となる危険性があることを忘れてはならない。個別性を重んじ、敬意を払い、土足で踏み込まぬデリカシーを保ちながら、一人ひとりの患者と向き合うことが統合失調症の治療である（横田 2019:57）。

また、精神科病院は長年、患者の心を支える場ではなくて、問題のある人を閉じ込める場所として機能してきた。精神科医はその中心としての働きを担う。その権限を法的に担保するために、精神科医師（指定医師）には、対象者の意思に反して入院治療を行いその人の自由を制限する権限が国家から与えられている。しかし忘れてならないことは、この権限は「患

者の利益に寄与する場合にしか認められていない」ということである。逆に言えば、家族や関係者の安全や利益のために強制入院や行動制限の権限を行使してはならないということである。このことを忘れると、精神科医の仕事は、苦しんでいる人の心を支える仕事から、問題を起こす人を閉じ込める仕事に変質してしまう。そして、この変質が引き起こすものは、利用者への虐待に留まらない。変質を受け入れた自分自身の誇りの喪失、そして周りの職員の絶望、それも精神科医療そのものに対する絶望を引き起こしかねない（横田 2019:77）。

中井久夫の考え方を実践し、詳細な経過報告を書いたのが星野弘である。私〔横田〕は星野の論文を参考にして、患者に対する姿勢を改めていった。とりわけ、治療関係が悪化してこじれている人・誰とも信頼関係が結ばず孤立無援になっている人・腫れ物に触るように処遇されている人に対する治療について学ぶことが多かった。星野はこのような患者について次のように書いている。このような人は、人間に対してあまりにも誠実なので、治療者の不誠実が許せない。結果として、治療と闘う患者になってしまっている。だから、治療者が患者のその誠実さを受け止め、治療関係を修復することができさえすれば、この人たちは私たちの予想をはるかに超えて回復する。よくなってみると、みんな竹を割ったようにさっぱりとした人である——。これが星野の力強い主張であった。私はこの確固たる信念に、統合失調症臨床に対する希望と勇気をもたらした。私にとって、後にも先にもこれほど力強いメッセージはない（横田 2019:172-173）。

「パワーで勝負しない」というのも、星野の言葉である。ドラマチックな治療効果を望まない・強力な治療を選ばない・高用量の薬を使わない・痛いところにいきなり触れない・治療合意をめざして時間をかける・落ち着いた穏やかな回復をめざす等々。「パワーで勝負しない」という言葉が示唆することは実に多い。逆に言えば、精神科において「パワーで勝負しない」臨床を行うことは、それくらい難しいということである。患者、家族との対話を欠かさず、スタッフとの情報交換を大切にすることが、ひとりよがりな治療、パワー勝負を避ける知恵につながる。残念ながら、見渡せば最近の治療理論にもパワー勝負と思われる強引なものが散見される。その代表的なものが「治療抵抗性統合失調症」という概念である。これは、通常の薬物療法が奏功しない患者を「治療抵抗性」と決めつけて、より強力な治療を進めるという思想である（横田 2019:174-175）。インター

ネットで「治療抵抗性」を検索すると、「治療抵抗性統合失調症治療薬・クロザピン」という項目が見つかる。また、「薬剤が無効なものを治療抵抗性として、電気ショック療法が考えられる」などという記述にも簡単に会おう。要するに、「薬が効かない統合失調症」が「治療抵抗性」であり、「治療抵抗性」には、リスクは高いがより強力な薬「クロザピン」か、電気ショック療法がお勧めですという文脈なのである。「治療抵抗性」とは、そういう流れをもっともらしく説明する言葉である。ここには、「薬が効かない人は、薬だけでは決して解決できない苦悩を持ち、日々それと格闘しているのだ」というごく自然な考え方がされず、「より強力な治療」へと舵を切っていく思想がうかがわれる。この思想には、統合失調症の心の部分、一人ひとりのマインドに思いを寄せるというアプローチが、最初から放棄されている（横田 2019:205-206）。

また、中井久夫のいう「心のうぶ毛あるいはデリカシー」というものは、精神科病院で働いたことのある人には直観でわかるものである。これが保たれている人と摩耗させられている（「させられている」と書いたのは、ほとんどの責任は医療側にあるからである）人との違いは歴然としている。摩耗させられている人との治療は、治療が治療らしいものとしてスタートするまでに多大な努力を必要とする。古くは「処遇困難」、近年では「治療抵抗性」と呼ばれている患者の大部分は、デリケートな部分を尊重されなかったり傷つけられたりしていることが影響している。回復の困難さが病気だけに由来していることは極めて少ない。「処遇困難」や「治療抵抗性」という言葉は、医療者の言い訳に過ぎない。しばしば精神科治療自体が「心のうぶ毛あるいはデリカシー」を摩耗させてしまっている。乱暴な治療、機械的な治療、一方的な治療が医原性のこじれを引き起こし、その繰り返しがそういう結果を招いている。特別なことをする必要はない。患者の訴えをしっかりと聞き、治療の合意点を探し、治療の必要性を説明し、医師を信頼してもらう努力を重ねる。こちらが間違っていた場合には率直に謝り、話し合いを重ねて治療関係を円滑にする。これは、星野弘が繰り返して説いていることである（横田 2019:181-182）。

DSM 診断の問題点

精神科では、DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：精神障害の診断と統計の手引き）のような診断基準、ガイドライン、診断のためのチェックリストなどが多々ある。これらを参考にして診

断している医師もいるであろうが、チェックリストを順にもれなく確認していくような診断面接が、必ずしもよい面接とは言えない。むしろ、対話を進めているうちに患者の病態や不安のありよう、苦悩のありようが浮かび上がり、それに精神医学の知識を加味して適切な診断に至り、それが関係者で共有できるような面接が理想的である。対話を進めているうちに、診断と治療方針が見渡せるようになり、これが本人や家族と共有され、患者の治療者に対する信頼が深まり、気持ちが楽になり、気がつけば半分くらいはよくなっている。理想的な精神科面接とは、このように対話と診断と治療とが一体となっているものであろう (横田 2019:192-193)。

② 中井久夫の業績の評価

2022年に中井久夫が亡くなり、その後、中井の数多くの——精神科治療論に留まらない多くの分野のものも含めた——業績について、回顧し評価する書籍や雑誌特集が多く出版されており、現在でも続いている。以下では、『精神科治療学』38巻3号(2023年3月)の「特集・中井久夫の臨床と理論」、及び、すでにその生前に公刊されていた、統合失調症のひろば編集部編『中井久夫の臨床作法』(日本評論社、2015年)から、中井の業績についての主要な評価や検討を記しておく。

精神科医療の「専門性」

最近の精神科医療では、診断や治療の考え方が一般の内科・外科的な治療観というのか、要するに病気の症状を的確に見つけて、その症状を叩く、あるいは患部を外科的に切り取るのと同じように、精神症状を取っていくという発想が強いように思われる。内科や外科と同じように、精神科も病気と闘う治療にシフトしているようである。しかし、基本的に「治療観」というのは、症状を叩くというものだけではない。精神科医を長くやっていたら、症状があろうとなかろうと、その人の生活が少しでもよくなったり、楽しみができたり、生活に潤いが出たりといったことが、実は病気の勢いを弱めるには大切だということがわかってくる。「生活」に目を向けることが、治療として大切だと思うようになる。精神科医の「専門性」というのは、病気の背景にあるその人の生きてきた人生や生活を思い描いて、それが少しでもよいものになっていくようにすると、ほろっと症状が取れる時もあるというような技術ではないか。あるいは症状があっても、その人がその人らしく生きていければよい。そういう意味での専門性

が求められているのだと思われる。今の治療は、症状を捉えてやっつけて取ろうとする。その後、その人の人生がどうなっていくのか、生活がどうなっているかということのを頭の中に描かずに、症状を取ることに専門性を見出していくことになると、これはちょっとまずいであろう（座談会 2015:20-21 [青木発言]）。

患者との一貫した関わり

保険診療での精神科急性期医療には3か月間という目安があって、医療経済的に規定されているというところがあるかもしれないが、入院を短期間にして、長期入院を防ぎ社会の中で生きていくということを支援するという意味は非常に大きい。一方で、十分に回復していない患者が支援の乏しい社会の中に戻されてしまうということが起こっているのも、現状としてある。もちろん短期間をベースにしていくことは決して悪くはないが、1つの問題として、急性期を診る医者、外来で診る医者、地域で診る医者など、担当する医師が次々とかわっていくということも、現実には起こりやすくなっている。1人の患者が、しんどい時から回復して地域に戻るところまで、ずっと同じ医者がフォローしていく上での短期間ならば意味があると思うが、時期によって担当者が変わるところに問題がある。通して診ていくことで初めて回復が見えて来るし、その人を応援できる。患者側からすると、ようやくこの人と関係ができ始めたというところで、次の人にバトンタッチということになる。さらに、地域に行くと別の人にバトンタッチになる。どういうふうにしたらそこに一貫性——人との関わり継続性——を作れるかということが大事である（座談会 2015:125 [青木発言]）。

基本としての「出会い」と「相互援助」

技術といわれているものの一番のものは、統合失調症であろうとなかろうと、困っている人に人間としてきちんと対するということであろう。どういう言葉かけをすればいいか、あるいはどういう態度をとればいいか、どういう接し方をすればいいか。人間としての基本的な振舞いのようなものが、基本的な技術の一番だと思う。それは特殊な技術ではなく、どんな状況であろうと、人が人に接するときに、相手のプライドや中井久夫の言葉で言えばディグニティ（尊厳）を破壊せずにきちんと接する。きちんと言葉を選び、相手に伝わる言葉を探し、相手の言葉をキャッチし、相手の気持ちを思いやり、病気であろうと症状であろうとなかろうと、相手は今

どんなふうを感じているのか、どんなことを体験しているのかを思いやる。1人の人が1人の人にきちんと出会うということはどういうことなのかというのが、精神科の技術の基本であろう。その上で何か害のない治り方——自然回復力を一番発揮する治り方はどういうものだろうかということを考える（座談会 2015:139 [青木発言]）。

健康な人間が病気をもつ人間を治療するという中井の疾病観・治療観に示唆を受けて、「人は皆、大なり小なり不健康であり、健康と言われている人の中にも病的な部分はあるし、病気の人の中にも健康な部分はある」と思うようになっていった。治療とは、「いくらか病的なものが薄い人が、いくらか病的なものが強い人を援助する」という相互扶助に近いものではないか。治療する側の人間が自分の中にもいくらかの病気があると感じることで、「もし自分が患者の立場であったとしたら、してほしくない」ことが想像できるようになる。それが、治療が侵襲的となったり加害的となったりすることへのブレーキになるのではないか、と思う。また、病んでいるかどうかは別として、全ての治療や支援の目標は、その人が生活や人生の質を少しでも良くし、生きていく中に苦しみや悩みはあるが、楽しみや喜びもあるという、その人らしい良い人生を送ってもらうように応援することではないか、と考えるようになった（青木 2015:47）。

※ ちなみに、以上のように書いている青木省三が中井久夫の論文に初めて接したときの経験はなかなか印象的なものなので、以下に引用しておく。

「精神症状のために混乱し治療と保護が必要な患者さんに、どのようにしたら合意が得られるのか、どのような態度をとればよいのか……さまざまなことで悩み、精神科医を続けてよいのかとさえ悩み迷っていた。ある当直の夜、医局のソファーに寝転んで精神科の雑誌を読んでいた。何気なく読んでいるうち、一文一文に心が惹きつけられる文章に出会った。読んでいる途中で、ソファーから起き上がり座りなおして、真剣に読みはじめた。そこには、患者の尊厳 (dignity) をできるだけ尊重し、丁寧な治療の合意のもとに、きめ細やかに回復に導くという治療理念とその具体的な方策が書かれていた。こんな臨床があるのか！ と心を揺さぶられた。精神科の医療で私を感じてきた『[閉鎖病棟の] 鍵』『強制入院』などに対する『人が人に、このようなことをしてもよいのか』という疑問、迷い悩みは、患者さんの尊厳をいかに守るかということであったと感じた。そして、尊厳を破壊しない丁寧な臨床を心がける。それは決して容易なことではないが、それが目指すべきものであろうと感じた。『鍵』『強制入院』だけでなく、日々の臨床のさまざまな場面における治療者の言葉や態度にも繋がるもの

であった。中井久夫先生の論文に最初に出会った衝撃であった」(青木 2015:46)。

今日の精神科医療の諸問題

今日、一昔前とは打って変わり、精神科医療の機能分化・分業は進み、患者さんの療養の場は広がり、1人の治療者が患者に寄り添い、その歩みの様々な場面を見渡すことすら困難となっている。医師は、多くの場面でむしろケアの中心にはおらず、治療薬の処方と診断書の作成といった役割に押し込められることすらある。家族やコメディカルの意見、ネットの評判によって、いとも簡単に転医していく患者も珍しくない。現在は、精神科医師にとってこれまで以上に厳しくその存在意義を問われる時代である(池田 2015:67)。

近年の精神医学では、操作的診断と、治療のアルゴリズムが論じられることが多くなっている。多くの臨床家が語っているように、そこには患者の「こころ」は存在せず、まして「生活」は不問に付されている。そして、多くの患者から語られるのは、「話をよく聞いてもらえなかった」「自分が見つけたチェックリストを見て、薬を出された」という言葉である。彼らの言葉には、不満のみでなく、(エビデンスを唱える診断法と治療法であるにもかかわらず)医師に対する不信感もまた感じられる。やはり患者は、自分の生活を診てくれる医師、そして自分の病理(や健全さ)を的確につかんでくれ、適切なアドバイスを与えてくれる医師、さらに言えば、それでいて患者が負担を感じる事のない医師の存在を求めている(広沢 2015:84)。

医学的知識が「医学」であるためには、再現性・検証可能性・客観性が高く、伝達可能な知識であることが求められる。ことさらエビデンスに基づく医療として強く意識することがなくても、普段そのような知識を基礎にして医療をしている。そこでは、こういうときにはこうすればよいという「あらかじめ用意している知識」が大切となる。ところが、慢性統合失調症の回復のきっかけは、「自分でも用意していなかった問い」なのである。再現性がない、伝達不能な、一般化することができない、いわば「非科学的な知識」。これこそが慢性統合失調症の治療に必要とされる要素なのである(横田 2015:116)。

精神医学は、ひとつの制度であり、その限りで効率化、形式化、画一化の弊害をはらんでいる。操作主義、マニュアル、アルゴリズム、ガイドラ

イン、エビデンス、これらはすべて「科学」の名の下に推進されるが、しよせんは人間管理の技術である。その結果もたらされるものは、人間の規格化であり、適応を強いる抑圧であり、「傷害的でない拷問」にすぎない。中井久夫が生涯にわたって追求したのは、精神科臨床を患者のため、個人のため、人間のための営みにすることであった。全ての人間は生きるに値する。全ての人間は幸福を追求する。全ての人間は自分の可能性を發揮しようとする。人間の能力・個性に個人差はあっても、生きる価値には差はない。著作の行間から読み取れるのは、このような中井の人間観である (井原 2023:275)。

回復の過程について

回復の過程を患者の体験からみれば、人がそばに近づいてくるのがとても怖い状態から、その恐さが減り安心できるものへ、さらには安心を与えてくれるものへと変化していく過程である。中井は、治療者が安全で安心な人と感じられ、それが周囲の人へ、そして人全般へと広がって、人社会の中に復帰していくことが治療だと考えたのである。急性期にいる患者の圧倒的な恐怖と孤独を、ひしひしと感じていたのであろう (青木 2023:261)。

中井による統合失調症の経過は、その著書を総括すると、(a) 発症前夜、(b) 急性期、(c) 臨界期、(d) 寛解前期、(e) 寛解後期の順に並ぶ。これらの病期は、疾病経過とともに変化していく統合失調症患者の内的世界を、臨床目線で追体験しやすい形で示してくれる。中井の記述の特異性は、患者の日常生活体験、対人指向性、課題 (仕事や学業) への指向性、時間体験、身体感覚など、1人の「生きる人間」の体験をベースに置いた点にある (広沢 2023:315-316)。

わが国では、精神科病床入院患者の退院促進が急がれてきたが、精神科病棟では今なお、多くの統合失調症患者が長期の入院治療を受けている。彼らに如何に接し、如何に今後の治療計画を立てるかが喫緊の課題である。慢性期の彼らの病態は、その長い経過と相まって多種多様である。一方で治療の手掛かりとなるエピソードや情報は、経過の中に埋もれがちであり、とくに途中で引き継いだ治療者には、関与の糸口が掴みにくい。このようなとき、中井の経過論の記述が、大いに参考となる (広沢 2023:317)。

中井によれば、慢性化は、いずれの病期においても、次の期への移行が

滞れば生じ得る。すなわち、急性期に停滞すれば常に幻覚・妄想に苛まれ続ける慢性期の患者へ、臨界期に停滞すれば自我障害や幻覚・妄想、焦燥感が混在した不安定な病状が持続、寛解前期に停滞すれば、いわゆる無為・自閉が前景化した慢性期の患者へと至る。このような中井の視点に立てば、現在の患者の状態像を、単に静的に捉えるのではなく、ある程度動的に捉えられる。すなわち、眼前の患者が、その経過のどの病期で頓挫しているのか（次の病期へと乗り越えられなかったのか）、その背景にいかなる要因が働いていたのか、そして今はそれがどのようになっているのか、といった視点を持って患者に臨める。それによって慢性化に至った患者の経過を整理しやすくなり、彼らの内的世界を多少なりとも追体験しやすくなる。そこから、膠着した状態を突破する窓を開く可能性が拡がることがある（広沢 2023:317）。

中井の経過論をめぐる主な論文が発表されて、すでに半世紀が経過している。その間に統合失調症の病像にも幾分の変化がみられ、妄想が構築される典型像が少なくなってきた印象がある。したがって、中井の記述にも変更や更新を迫られるところがあるかもしれない。しかし、それは中井論の真髄に迫るような作業ではない。中井論の真髄は、各患者の病的体験の発現と消失に至る内界体験を、その生活様態、指向性、身体感覚を総合的に観察することによって、追体験する目を開くこと、それによって各治療者の内面に、実践的な（生き活きとした）「臨床モデル」を構築できるよう、われわれを導いてくれる点にある。だからこそ、時代が変わってもその都度応用が効く理論なのである（広沢 2023:317-318）。

病者を見る目

中井は「寄り添う」という言葉を嫌っていたが、その言葉を使う人の嘘っぽさを直感的に感じていたからに違いない。しかし彼が行ってきた臨床は「寄り添うこと」そのものである。不安で眠れない患者の隣室でコツコツと壁を叩いて「ここにいる」という信号を送り届けるなどということは普通の精神科医にはできないし、発想もしないであろう。彼は「誰からも理解されないこと」、「容易に他者を信頼できないこと」、「孤立すること」の凄まじい恐怖を知っていたのだと思う（市橋 2023:270）。中井から教わったことは、なにより病者を見る目である。自分自身を観察し、相手との交互関係に敏感であること、相手をわかろうとすること、相手に侵入しない、安心感を与えてゆくこと、経過の変化に敏感であることなどであ

る（市橋 2023:272）。

「患者を好きにならないと治療はうまくいきませんよ」とは何度か中井から聞いた言葉である。また「病気が治ることを目指すよりも、患者が人から好かれる人になることを目指した方がいい場合があるよ。病気が治っても、人から好かれなくなったら大変だからね」とも。ここで使われている「好きになる」「好かれる」という言葉は、わかりやすくストンと腑に落ちる。患者の人間の魅力を見つけ出して、それを増していく方向に進むように心がけることの重要性を説いているのである。また「患者をえり好みしてはいけない」ともよく聞いた。「患者を好きになる」ことの副作用についての、的確な注意喚起であった（杉林 2023:301）。

永田俊彦は、中井に強く影響を受けた人物の1人であり、「患者さんを診るということは、症状を見つけ出すことではない。患者さんが今どのような世界に住んでいて、そこでどのような体験をしているのか。そしてそれをわれわれはどのように（医者として）捉えて、どのように接するのか。それによって患者さんの体験がいかように変わり得るのか、以上を患者さんの視点で見る姿勢が必要だ」、これが永田の口癖であった。それはまさに「中井スタイル」と呼べるものであり、中井が書いた統合失調症論の基盤であるように思われる（広沢 2023:315）。

将来への危惧

統合失調症は誰もがなりうる病であるのに、誤解や偏見が長く続いた。1960年代、日本では民間の精神科病院が続々と建てられ、その後「収容」ともいわれる長期入院が当たり前となった。「精神病は治らない、一度入院したら退院できない」との誤解は根強く、希望が見出せないでいた。そんな時代に、中井は「本来統合失調症は、治りにくい病気ではない」と書いた。悲観論に陥らず、「自然回復力を妨害せず、患者の自尊心を再建する治療」を書いた。「その人の人柄に則して治療をしていく」ことを大事とし、「現れている症状に目をとらわれずに、その人自身をみること」、「統合失調症の人が持つ優しさや生の喜びを感じ取る心のうぶ毛を大切に、病抜けすること」を治療の大前提とした。中井の治療思想は、治療者としてよりもまず人としての礼節を問うものであり、患者への1つの言葉、1つの行為、関わりの全てを治療とする「臨床作法」とも呼ばれている（森越 2020:3-4）。

しかし、昨今では、医療の標準化が目指されて治療のマニュアル化が進

み、入院中の隔離拘束は増え続け、中井が「医者心が壊れていくよう」と表現した電気ショック療法も日常的に行われている。医師は、患者その人自身と向き合う余裕も持てずに、臨床の現場を急ぐ。「回復を妨害せず自尊心を再建する治療」とはかけ離れた治療を強いられるとき、医療者自身の尊厳も奪われているのではないか（森越 2020:6）。

最後に若干の蛇足（私見）を付する。

以上に見てきた精神科医と患者との治療関係においては、それを法的に分析するならば、具体的な治療内容についての「合意」以前の、医師と患者のそれぞれの「立ち位置」の問題が重要であると思われる。星野弘は、多くの病的事象に対する治療の関与は初めが肝心であって、安定した関係作りは症状の背景にある気持ちを汲み取ることにあり、その重要性は「症状の消失」の比ではない、と書いている（2017:218注14）。この「立ち位置」というものを法的にどのように概念構成するかが、重要な課題である。

また、精神科治療では、患者の「人格の尊厳」とともに、患者と医師の「人格の相互交流」が不可欠である。そこでは、「独立性」を尊重したうえで「相互交流」が目指される。このことは、「独立した個人の尊重」と「個人間の相互交流」の同時実現は不可能ではない、ということの意味しており、精神科医療契約が実現すべき目標であろう。

[未完]

[引用文献一覧]

- 青木 2015：青木省三「中井久夫先生から学んだこと——臨床の考え方と姿勢」統合失調症のひろば編集部編『中井久夫の臨床作法』（日本評論社、2015年）45-47頁
- 青木 2023：青木省三「中井久夫先生から学んだ臨床姿勢」精神科治療学 38 巻 3 号 259-263 頁（2023年）
- 池田 2015：池田友彦「仄暗き暗闇のなかを歩む勇気をもつために」統合失調症のひろば編集部編『中井久夫の臨床作法』（日本評論社、2015年）64-67頁
- 市橋 2023：市橋秀夫「中井久夫先生の思い出」精神科治療学 38 巻 3 号 269-272 頁（2023年）
- 井原 2023：井原 裕「中井久夫の精神療法思想——抵抗的医師とは何だったのか？——」精神科治療学 38 巻 3 号 273-276 頁（2023年）
- 大下 2014：大下隆司「退院のための薬物療法の工夫——単剤化・clozapine——」精

精神科医療における医師—患者関係 (7)

- 精神科治療学 29 卷 1 号 31-36 頁 (2014 年)
- 大森 2015: 大森哲郎「抗精神病薬の効用と限界」こころの科学 180 号 36-40 頁 (2015 年)
- 古茶 2018: 古茶大樹「統合失調症とは何か」精神科治療学 33 卷 2 号 155-160 頁 (2018 年)
- 座談会 2015: 座談会「中井久夫に学ぶ」統合失調症のひろば編集部編『中井久夫の臨床作法』(日本評論社、2015 年) 4-28 頁、125-146 頁
- 杉林 2023: 杉林 稔「中井久夫外来診察見学記」精神科治療学 38 卷 3 号 299-302 頁 (2023 年)
- 鈴木 2021: 鈴木道雄「特集にあたって (特集・統合失調症の心理社会的治療)」精神医学 63 卷 10 号 1425 頁 (2021 年)
- 高木 2022: 高木俊介『危機の時代の精神医療——変革の思想と実践』(日本評論社、2022 年)
- 中井 1998: 中井久夫『最終講義——分裂病私見——』(みすず書房、1998 年)
- 中井 2014 [1982]: 中井久夫『[新版] 精神科治療の覚書』(日本評論社、2014 年) [初版は 1982 年刊]
- 中井 2015 [1976]: 中井久夫「統合失調症の慢性化問題と慢性統合失調症状態からの離脱可能性」統合失調症のひろば編集部編『中井久夫の臨床作法』(日本評論社、2015 年) 147-167 頁 [初出は 1976 年]
- 中井 2017a: 中井久夫「統合失調症は癒える」中井久夫と考える患者制作委員会編『中井久夫と考える患者シリーズ 3 統合失調症は癒える』(ラグーナ出版、2017 年) 13-60 頁
- 中井 2017b: 中井久夫「統合失調症の治療」中井久夫と考える患者制作委員会編『中井久夫と考える患者シリーズ 3 統合失調症は癒える』(ラグーナ出版、2017 年) 109-141 頁
- 中井 2020: 中井久夫「講演 統合失調症の過去・現在・未来」中井久夫ほか著『統合失調症の過去・現在・未来』(ラグーナ出版、2020 年) 11-101 頁
- 広沢 2015: 広沢正孝「統合失調症患者への面接に臨む姿勢——患者さんの生活を診る姿勢」統合失調症のひろば編集部編『中井久夫の臨床作法』(日本評論社、2015 年) 81-84 頁
- 広沢 2023: 広沢正孝「統合失調症の経過と患者の内的世界の変遷——中井の「経過論」がわれわれに教えてくれること」精神科治療学 38 卷 3 号 315-319 頁 (2023 年)
- 深尾 2015: 深尾憲二郎「統合失調症の精神病理学——三つの側面、それぞれの課題」こころの科学 180 号 96-101 頁 (2015 年)
- 星野 2002: 星野 弘『精神病を耕す——心病む人への治療の歩み』(星和書店、2002 年)
- 星野 2017 [1996]: 星野 弘『新編 分裂病を耕す』(日本評論社、2017 年) [初版は 1996 年刊]
- 村井 2019: 村井俊哉『統合失調症』(岩波新書、2019 年)

- 森越 2020：森越まや「はじめに」中井久夫ほか著『統合失調症の過去・現在・未来』
（ラゲーナ出版、2020年）3-7頁
- 横田 2012：横田 泉『統合失調症の回復とはどういうことか』（日本評論社、2012年）
- 横田 2015：横田 泉「自分でも用意していなかった問い」統合失調症のひろば編集部
編『中井久夫の臨床作法』（日本評論社、2015年）116-122頁
- 横田 2019：横田 泉『精神医療のゆらぎとひらめき』（日本評論社、2019年）