
2000～2012年の統合失調症の困難事例の変容

—医師による「事例相談」記事の分析から—

Transformation of difficult cases on schizophrenia during the period from 2000 to 2012
From the analysis of the articles of Consultation on cases by Doctors

真 柄 希里穂
Kiriho MAGARA

「医療から地域へ」の時系列の出発点となる精神障害者の（治療～回復期）の病期に着目し、そこで医師が治療モデルの視座を「医療から地域へ」に合わせて「生活モデル」へシフトさせたのか、について分析した。

分析方法は、精神科医療の専門雑誌「Schizophrenia Frontier」に掲載された「45の困難症例」の文献分析である。分析の結果は、1）診断治療に関する困難さ 2）薬物調整に関する困難さ 3）リハビリ・教育に関する困難さ 4）福祉・権利擁護に関する困難さ 5）家族問題に抽出できた。また、2003年前後に、困難症例は生活問題にシフトしたことが明らかになった。2003年は、まさしく病名変更がなされた時期である。医療機関内では、患者への告知のし直しなどの外圧から精神科における治療構造は変容していったと考えられる。しかし、患者の「生活問題」の見立てと治療は経験の浅い医師には難しいことが示唆された。

キーワード：統合失調症 困難事例 医学モラル 生活モラル

（種智院大学 講師）

1 はじめに

精神障害者が病院から地域に移行するには、当事者への対応が病気の医学的治療を中心とする「医学モデル」から、地域における生活の支援を中心とする「生活モデル」に転換する必要がある。本稿では、「医療から地域へ」の出発点とな

る精神障がい者の「治療～回復期」の病期に着目し、医師が治療モデルの視座を「医療から地域へ」に合わせてどのように「生活モデル」へシフトさせたのかについて分析する。

2 「医学モデル」から「生活モデル」へ

本稿では、『Schizophrenia Frontier』という統合失調症の専門誌に医師が投稿した困難事例を分析の対象として、統合失調症専門医における「生活モデル」への認識について考察したい。

『Schizophrenia Frontier』を用いたのは、この雑誌が日本の統合失調症専門医にとって数少ない専門誌であり、精神科病院に勤務する医師の日頃の臨床をタイムリーに記述される言説を広く収集し、かつ、第一線で統合失調症の治療に携わる医師の若手からベテランまで執筆者として挙がっているからである。

『Schizophrenia Frontier』は海外の最新の治療の動向なども含まれ、より専門性が高い。

もちろん、ここで得られたデータが統合失調症治療の言説の総体であるとは主張しない。しかし統合失調症の専門性に限定した内容、医師を読者と想定している『Schizophrenia Frontier』は、2000年から2013年時期にかけて医師がどのような治療モデルを想定していたかの動向を明らかにするには適切と判断した。また、統合失調症の治療の困難さが時代によりいかに意味づけられてきたのかも抽出できると考えた。

3 「困難な症例から学ぶ」の概要と分析方法

2000年から2012年にかけて『Schizophrenia Frontier』に掲載された「困難な症例から学ぶ」という医師同士で行われる誌上スーパービジョンが分析対象である。この期間（13年間）に全体で45回掲載されている。

「困難な症例から学ぶ」は、臨床医が、治療上困難さを感じた症例を誌上に提出し、他医師から指導を受ける内容となっている。つまり、「困難な症例を誌上に提出する行為」は、支援者が抱える多くの症例の中から1つを特定し、検討の場に呈示することであり、その事例が支援者にとってその時期に治療していた中で困難の度合いが相当高かった状態を示しているといえる。つまり、この掲載の内容は、過去13年間の時間軸での困難さが分析できるものと考えられる。

(1) 記事の形式について

まず、初めの1頁に要約が300字程度あり、症例（年齢・性別）既往歴・家族歴などの記載のあと、症例への治療経過が4000字程度で記載されている。その後、COMMENTとして2名の指導にあたる医師がそれぞれ症例提出者へ2000字程度、計4000字程度の記載がある。

(2) 分析方法

本稿では、まず「困難な症例から学ぶ」の45の事例の題名と要約部分と内容の症例への治療経過を読み込んだ。次に、症例提出理由要約へ戻り、提出者の主訴をラベルとして抽出した。提出者の主訴は、その後の治療経過4000字程度と併せて読み込んだところ、それぞれの事例につき1つのコードに特定でき、複数のコードをもつ事例はなかった。このコードを下記の判断基準によりカテゴリーとして分類した。判断基準の作成は、障害者福祉の専門家2名に確認を依頼し、その妥当性を検証した上で、分析は筆者が行った。最終的な分類は、精神保健福祉の研究会で発表しその時のコメントをもとに修正を行った。このため分類については十分に専門的な妥当性を確保できているものと考ええる。時系列の内容は表8、入院、外来別に分けての表記は表2、障害構造の「医学モデル」「生活モデル」に分けて整理した内容は図1に示した。

(3) 「困難な症例から学ぶ」45事例

次に「困難な症例から学ぶ」45事例の分類基準を次に示す。

①診断・治療一般に関する困難さ

ここでは、診断および治療一般について医師が困難を感じている事例を分類した。患者と医師の関係が治療上重要な問題となる場合も、治療上の問題としてここに分類している。ただし、薬物選択に関連することが主たる内容である場合は、下記の②に分類した

②薬物に関する困難さ

薬物の選択や副作用問題などの困難は、治療とは別に枠を設けた。ただし、服薬指導や服薬に関する患者教育問題が主たる問題の場合は③の「リハビリ・教育」に分類した。

③ リハビリ・教育に関する困難さ

他科とのリエゾンの方法や、他職種とのチームワークを形成すること、患者へ

の社会生活技能訓練の効果に関する内容はリハビリとして判断しここに分類した。医師自身が自身のコミュニケーション力が課題と捉えている場合には、教育プログラムに関する内容としてここに分類した。

④ 福祉・権利擁護に関する困難さ

「生活モデル」という語が明確に用いられている場合は、福祉の視点としてここに分類した。また、患者の権利擁護として行った介入が、結果として上手くいかなかった場合の苦難などもここに分類した。

⑤ 家族問題に関する困難さ

患者の家族自身が加齢や理解力が低いなどにより院内での治療環境が安定しない事例はここに分類した。また、患者—医師関係は良好であっても家族が医療不信を抱えていると考えられる例もここに分類した。家族が患者への虐待をする加害者であることが明確で家族療法が必要な事例もここに分類した。

事例の5つのコードを「医学モデル」と「生活モデル」という概念を用いて、カテゴリー化すると、おおむね、1)「診断・治療に関する困難さ」および2)「薬物調整に関する困難さ」を「医学モデル」とし、3)「リハビリ・教育に関する困難さ」、4)「福祉・権利擁護に関する困難さ」、5)「家族問題に関する困難さ」を「生活モデル」として解釈することができる。ICFを参考にすれば、心身の機能・構造については、1)と2)が該当し、活動については3)が、参加については4)と5)が該当するものとする。表1に45事例の概要を掲げた。タイトル、提出理由の要約、オープンコード、カテゴリー、事例の分類(入院・外来)をあげている。表2に、入院事例と外来事例に分けた上で、事例のカテゴリーを年度順に並べている。一見してわかるように、2003年までは「医学モデル」カテゴリーが多く、2004年以降「生活モデル」カテゴリーが増加している。図2は、年度毎のカテゴリーの件数を示している。少なくとも分析対象とした事例は2004年頃を境界としてかなり明確な内容の変化を示していると言ってよいだろう。次節以降は、この点について詳細に検討していこう。

(4) 各カテゴリーの内容について

診断治療カテゴリー

該当する事例：入院事例 6 件、外来事例 6 件

表 2 に示したように、大半の事例が 2004 年以前である。また、診断に関連するものは、3 件のみで、残りはすべて治療上の選択肢に関する困難である。診断や治療上の困難の事例の中には、医師患者関係の機能不全による診断や治療困難となる事例が含まれている。すなわち、診断に困惑することは少ないが、診断がついたものでも治療上困難に遭遇するものが多いということである。診断が治療選択において果たす役割に限界があるといえ、精神科における診断と治療の関係を象徴的に示すものと言える。こうした状況が 2004 年以降劇的に改善されたと考えられないため、診断治療カテゴリーの減少は、医師や専門誌の関心が伝統的な治療問題から別の種類の問題へとシフトしていったと推測できる。

薬物治療カテゴリー

該当する事例 入院 6 件 外来 1 件

薬物に関する困難事例の多くは入院事例である。大半の事例は 2005 年以前である。医師が院内での治療の際、薬物選択に苦慮している事例が主であった。ただ 2009 年の「遅発性ジストニア」はその症例の重症度が際立っていた。悪化時は、歩行困難、座位困難で食事でも難しくなる等の日常生活に支障があった。この症例へのコメントは「遅発性ジストニアの薬剤には耐えがたい副作用がある事、しかしながら入退院を繰り返す患者の QOL を考える妥協点としての第 2 世代の薬を試しなさい」と指導していた。そして、本症例のような高用量の処方が確認されていたことを憂い「薬物療法全体が迷宮入りをしている」と述べている。つまり、患者の症状を沈静させることが主であった過去の薬物治療が、ある場面では未だ続いていることが誌上で暴かれてしまったということだろう。

リハビリ・教育のカテゴリー

該当する事例 入院 4 件 外来 1 件

大半の事例は 2004 年以降である。精神科医療機関で行うリハビリテーションプログラムがいくつか呈示されている。SST (Social Skills Training) が 2009 年に、再発予防の心理教育のアドヒアランスが 2010 年に、2011 年にデイケアが取

り上げられている。しかし、リハビリテーションを行っている場に入院症例が多いのは、日本においては病院が重要な役割を担ってきた経緯を表している。本来であれば、地域でリハビリテーションの論議をしてもよいはずだが、病院内での訓練・教育の意味合いが大きいことが示唆される。又注目すべきは、これらの症例へのコメンターに、精神科リハビリテーション専門医が登場する。リハ専門医は「もう少し調子が良くなったらどんな生活をしたいですか。ほとんどもとの調子に戻ったらどんな生活を希望しますか」という問いかけを重視することを述べている。さらに「幻聴の軽減よりも生活の改善が身近な希望であるのが普通である」とコメントしている。リハビリ専門医が2004年以降に指導コメンターとして採用されるようになったことは、狭義の治療が、リハビリヘシフトしていると推測できる。

福祉・権利擁護カテゴリー

該当する事例 入院5件 外来7件

大半の事例は2004年以降である。精神医療において統合失調症患者の権利擁護の中核は、1人の人間として普遍的な権利を保障するものである。入院症例では、長時間の隔離施設が患者に与える心理的な負の影響や、出産を希望しても症状が増悪につながる事例への医療者の倫理観を問う内容であった。また、2006年に「統合失調症」の告知が刺激となり自殺未遂に陥る症例が出ていたが、2003年の「精神分裂病」から「統合失調症」への変更が日々の診察に与えたか否かについての言及はなかった。2011年の症例では、治療関係は良好だが復職が上手くいかないという就労問題が前面に出ていきている。この様に患者が社会で出会う多様な障壁が外来に持ち込まれ始めている。

家族問題に関するカテゴリー

該当する事例 入院6件 外来3件

大半の事例は2006年以降頻出している。

統合失調症患者家族への対応は、家族自身が問題を抱える者として治療対象にする場合と、患者にとって調整が必要な対象としての家族である場合がある。2006年の17才の患者への治療が母親の医療不信から行えない、2008年の薬を処方しても家族が非協力的な為、再発に結びつく等の問題である。医師は、家族成員

間の相互作用を変容させるべく様々な介入を行っている。2006年の症例へのコメントは、「家族療法的アプローチや、親と世帯分離をして生活保護受給と訪問看護により生活基盤を安定させること、入所型母子生活支援センターなどを活用した就労訓練も検討の余地はある」と述べている。近年、本人の利益のために保護者は治療に協力するもの、という暗黙の前提は成り立たない。医療者は、基本的に機能不全となった家族のサポートする必要性が多くなってきているといっ
てよいだろう。

(5) 13年間の変化

「Schizophrenia Frontier」の13年で取り上げられた全ての症例に共通していた点を述べておくと、図1で明らかになったようにほぼ2003-2004年を境界として、医学モデルから生活モデルへ問題の焦点が移行していたことである。入院と外来の傾向は、ほぼ1年のタイムラグがあるが同様である。旧来の「精神分裂病」から「統合失調症」という病名への変更が2002年、国の「精神保健医療福祉改革ビジョン」が2004年であり、この時期に統合失調症患者の処遇に関する精神医学会の態度が従来の入院治療から、社会生活への適応へとシフトしたであろうことは推測できる。こうした変化が、専門誌上の困難事例の紹介に際してどのようにして生じたのか、投稿事例そのものがそうした方向にシフトしたのか、あるいは、相談者の選択がそのような方向にバイアスがかかったのか、さらに雑誌の編集方針がそのように変更されたのか、こうした点については、今回は残念ながら確認できなかった。しかし、専門家が参照する雑誌におけるこうした変化は、少なくとも精神医学会における趨勢を読者である臨床家に強く印象づけたであろうと推測できる。

表1 「Schizophrenia Frontier」に掲載された困難事例の分類

刊行年	タイトル	提出理由の要約	オープンコード	カテゴリ名	入院事例 外来事例
2000	頻回に自傷行為を繰り返す、書明な退行をした治療困難例	抗精神病薬による麻痺性イレウスを起した。安心を伝えると、患者はねたきりの麻痺性症候群になった。退行の扱いについて	麻痺性症候群の対応	診断治療	入院事例
2001	アカシジアを手とする副作用のため、抗精神病薬が制限された治療困難例	副作用が出現しやすく、薬物の選択が制限された、本症例の薬物治療および、治療関係の構築、維持について	副作用が出現しやすい人の薬物治療	薬物治療	外来事例
2001	保護室の中の'女王様'	保護室を「自室」として王女のようにするまい退院請求をする。筆者がacting outをおこして開放に移したところ無断離院になる	保護室で王女のようにふるまう患者	診断治療	入院事例
2001	隣人に対する被害妄想が持続し、治療に難渋した症例	隣人に被害妄想がある、トラブルがおきたら入院させてくださいという。自棄的な患者との面談でのやり取りについて	隣人トラブル時に入院したい要求する	診断治療	外来事例
2001	頻回の電気ショック療法を要する緊急性状態を呈し、外来治療が困難な一例	外来で、電気ショック療法を行うさいのアドバイスがほしい	電気ショック療法へのアドバイス	診断治療	入院事例
2002	麻痺性イレウスを繰り返す、病状の好転に乏しい思春期の精神分裂病	発症後20年と経過がながく、麻痺性イレウスを合併するため、十分な薬物投与が困難である	イレウス合併により薬物投与が困難	薬物治療	入院事例
2002	診断と薬物治療に苦慮した遅発性精神分裂病の症例	当初は抑うつ症状であったが、臨床経過で「遅発性精神分裂病」という診断となる、診断上考慮する点について	診断上考慮すること	診断治療	入院事例
2002	消化器症状が前量にたち、病状の好転に乏しい思春期の精神分裂病	思春期の精神分裂病の例、歯ブラシを洗う強迫行為が止まらない、根底にある消化器症状がとれない、家族への対応について	消化器症状がとれない	診断治療	入院事例
2002	40年以上経た、増悪を繰り返している症例	16歳頃発症で、20回以上同じ病院に入院退院している、悪性症候群もある、症状管理の上では、非定型精神病の診断が良いのか	非定型精神病の診断でよいのか	診断治療	入院事例
2003	ステロイドによる皮膚筋炎の治療中に多彩な精神症状を呈し、診断、治療に苦慮した一例	ステロイド投与中に多彩な精神症状を呈した事例、早期に選択するべき薬剤についてご教示してほしい	ステロイド投与中の薬物選択	薬物治療	入院事例
2003	定型的抗精神病薬から非定型的抗精神病薬への切り換えを行うも、効果不十分統合失調症の一例	主治医交代で、薬を絞り成功したかと思えたが、すぐに6回目の入院になった。多量剤に戻すべきか	6回目の入院により薬剤変更すべきか	薬物治療	入院事例
2003	身体症状が前量に乏しい統合失調症が疑われた思春期の一例	高校に在籍している16歳の不登校患者、身体的診断にふりまわされ、統合失調症の診断に到れない	統合失調症の診断に到れない	診断治療	入院事例
2003	非定型抗精神病薬による体重増加や血糖上昇があるにもかかわらず投与を拒否し、定型的抗精神病薬への変更を拒否する統合失調症の一例	体重測定、血液検査、薬の変更に関して患者が拒否する	検査を患者が拒否する	診断治療	入院事例
2004	非薬物療法を導入できずにいる薬物抵抗性統合失調症の一例	地域の精神保健福祉サービス活用で生活モデル改善を図るが、献身的に抱えていた家族が抵抗する	福祉サービス活用で家族が抵抗する	福祉・権利擁護	入院事例
2004	統合失調症と強迫性障害との区別が長らくつきかねた症例	早期寛解のためリハビリとholdingの心理療法を続けてきた。早期に診断がつきにくい思春期発症の症例について	心理療法をしている思春期症例	リハビリ・教育	入院事例
2004	初期に性別違和感が前量に立った統合失調症の一例	近年、性同一性障害の治療に精神科医が関与する機会が増えている、性転換治療を希望する患者への見立て	性転換の希望への見立て	福祉・権利擁護	入院事例
2004	他患を対象とした被害妄想により暴力行為が頻発した症例	同室の患者に対して暴力行為があるため、保護室を利用している、訴えが執拗で対応に難渋している、対応と薬物療法について	暴力行為で執拗な患者の対応	薬物治療	入院事例
2005	横紋筋融解症で歩行障害をきたした統合失調症の一例	合併症の治療のあとの薬物療法の再開にはどれくらいの期間が必要か、最近の地域ケアの実状など助言が欲しい	地域ケアの実状について	福祉・権利擁護	入院事例
2005	抗精神病薬により強い難性体外路症状と連発する排尿障害をきたした統合失調症の一例	62歳の女性患者にrisperidoneの治療を開始したところ、アカシジアとパーキンソン症状の歩行障害がでた	薬物の副作用	薬物治療	入院事例
2005	出産後の子供の処遇が問題になった統合失調症の一例	本人家族とも育児を希望したが、出産後に精神運動興奮となり、子供は乳児院に入所となる、本人、家族の意思尊重について	育児希望したが乳児院へ	福祉・権利擁護	入院事例
2005	長期間の隔離施設を必要とした統合失調症の一例	14年の間に4年の隔離となったが、そのことによる心理的影響も無視できない、開放処遇への医療者の対応について	隔離による影響	福祉・権利擁護	入院事例
2006	治療チームが妄想に取り込まれてしまったケース	患者の妄想対象に看護師、と医師になり迫害者として激しい怒りを向けられた。患者との関わり方と見立てについて	怒りの対象になった時の対応	診断治療	入院事例

刊行年	タイトル	提出理由の要約	オープンコード	カテゴリ名	入院事例 外来事例
2006	母親の拒絶により治療が困難であった思春期統合失調症の一例	母親の不自然な医療不信があり、減薬してしまふ。17歳のため母親の同意が必要であるが、その他の方法はないのか	母親の医療不信への対処	家族問題	外院事例
2006	家族間で意見がまとまらず一貫した治療継続が困難である統合失調症の一例	保護室に母、妹が動揺し入院翌日に退院となる。その後も治療方針に対する両親の考えがまとまらず、一貫した治療が行えない	両親の考えがまとまらない	家族問題	外院事例
2006	自殺企図を含む動揺性の経過をとり、薬物治療への反応性が悪かった統合失調症の一例	「統合失調症」の告知により医療不信となり焼身自殺企図に至る。どのように治療関係を維持し、処方調整を行えばいいのか	告知により焼身自殺を図る症例	福祉・権利擁護	外院事例
2007	精神疾患の並存が全く気づかれず、入院直後に精神運動興奮を呈し、当科に入院依頼があった統合失調症の一例	一般病棟で強制的治療を行う際の法的根拠とは、さらに他科との連携やチーム医療のあり方について	他科との連携とチーム医療	リハビリ・教育	外院事例
2007	入院を繰り返すうちに能力低下を認めた持続性身体表現性疼痛障害の一例	入院すると疼痛軽減、復職すると疼痛が増悪することを繰り返す。この悪循環を断ち切る方法	復職と疼痛の悪循環を切る方法	福祉・権利擁護	外院事例
2007	自殺企図、衝動行為を繰り返した強迫性障害の一例	難治性の強迫性障害の治療に関する一般的な指針について	強迫性障害の治療	診断治療	外院事例
2008	家人の精神疾患の発症により介入困難となった症例	治療に手をこまねているうちに家人の加齢から新たな問題が出現し介入に難渋している事例	家族の加齢の影響	家族問題	外院事例
2008	治療アドヒアランスが低く、再発を繰り返す統合失調症の一例	本人、家族に病名告知、服薬の必要性の情報提供をしても、家族の協力を得られない。服薬アドヒアランスが低い人への指針	家族が非協力でアドヒアランス不良	家族問題	外院事例
2008	体系化された妄想に支配され、著しい衝動性から放火を繰り返すため、措置入院および隔離の解除が困難であった症例	著しい衝動性があり、放火をくりかえすため、措置解除が困難である。危険な衝動行為への対応方法	衝動性があり措置解除が困難	福祉・権利擁護	入院事例
2008	虐待があり、青年期に幻覚妄想を呈した症例	父親からの虐待がありPTSDが先行する。統合失調症とPTSDの鑑別診断について	父親からの虐待があり鑑別診断困難	家族問題	外院事例
2009	遅発性ジストニア・ジスキネジアを認め治療が困難である妄想性統合失調症の一例	遅発性ジストニア・ジスキネジアを認め薬物療法に苦慮し、精神症状の悪化のために入院退院を繰り返している人への治療選択	繰り返す入院退院者の治療選択	薬物治療	入院事例
2009	暴力行為によって家族との関係が悪化した残遺型統合失調症	SSTを導入したが、治療関係構築、地域医療サービス活用、患者とのコミュニケーションの取り方が上手くいかない	地域ケアの実状について	リハビリ・教育	入院事例
2009	手首自傷を繰り返す初発統合失調症の一例	幼少からの家族機能に問題がある。父親不在の家庭で患者の予後が懸念される	父親不在の家庭の予後	家族問題	入院事例
2009	興奮や易怒性のコントロールに困難した統合失調症の一例	長期に隔離が必要な症例についての治療の問題点は	隔離の問題点とは	福祉・権利擁護	外院事例
2010	医療者側に強い抗腫を繰り返す家族の対応に苦慮した一例	共揺れる形で母親が抗腫をくりかえす。全体で患者家族をサポートするにはどうすればいいのか	抗腫をくりかえす家族のサポート	家族問題	外院事例
2010	治療関係の構築が困難であった妄想性統合失調症の一例	アドヒアランスが不良で入院退院を繰り返す。主治医が妄想対象になって治療構築が壊れる	アドヒアランスが不良	リハビリ・教育	入院事例
2010	家族から入院治療の同意が得られず対応に苦慮した一例	中耳炎に罹患したという妄想をもち、外来で騒ぎ立てる症例。保護者が治療の同意しないため治療につなげる方策について	家族が治療同意しない	家族問題	入院事例
2011	怠薬により症状増悪し難治化した統合失調症の一例	33歳の女性、結婚の希望があったため薬を自己判断で怠薬して再燃した事例、その後の対応について	結婚の希望により薬中断し再燃	福祉・権利擁護	入院事例
2011	治療経過は良好であったが復職が困難であった統合失調症の一例	医師と職場では復職の判断基準に相違があり、その後の判断も平行線となった	職場の復職判断の相違	福祉・権利擁護	外院事例
2011	再発・再燃を繰り返す統合失調症の一例	母親が死亡してから入院の頻度が上昇している。家庭環境が背景因子がある。どのような治療方針を採用すべきか	母の死から入院の頻度が上昇	家族問題	外院事例
2011	妄想を起因とした恐怖感により自殺企図を繰り返す統合失調症の一例	デイケアで自罰的な思い込みを変える試みしているが、離院して自殺企図を行う症例への介入方法	デイケアでリハビリ中だが、離院	リハビリ・教育	入院事例
2012	全身性エリテマトーデスの既往がある統合失調症の1例	確信を持って治療に当たれない。基本的治療関係の構築、支援体制の整備について	支援体制の整備に関して	福祉・権利擁護	入院事例
2012	経過とともに診断が変遷していった統合失調症の一例	性格傾向やてんかんの既往薬物使用歴から診断が難しい	病歴の複雑さから診断がつけにくい	診断治療	外院事例

*外来/入院かは内容から判断した

表2 Schizophrenia Frontier (入院・外来事例)

SchizophreniaFronteir入院事例		SchizophreniaFronteir外来事例		医学モデル
年	事例	年	事例	
2000	診断治療			
2001	薬物治療	2001	診断治療	
2001	診断治療	2001	診断治療	
2002	薬物治療	2002	診断治療	
2002	診断治療	2002	診断治療	
2003	薬物治療	2003	診断治療	
2003	薬物治療	2003	診断治療	
2004	薬物治療	2004	福祉・権利擁護	
2005	福祉・権利擁護	2004	リハビリ	
2005	福祉・権利擁護	2004	福祉・権利擁護	
2005	福祉・権利擁護	2005	薬物治療	
2006	診断治療	2006	家族問題	
2006	家族問題	2006	福祉・権利擁護	
2007	リハビリ・教育	2007	福祉・権利擁護	
2007	診断治療	2008	福祉・権利擁護	
2008	家族問題	2008	家族問題	
2008	家族問題	2009	家族問題	
2009	薬物治療	2010	家族問題	
2009	リハビリ	2010	家族問題	
2009	福祉・権利擁護	2011	福祉・権利擁護	
2010	リハビリ・教育	2011	福祉・権利擁護	
2011	リハビリ・教育	2011	家族問題	
2012	福祉・権利擁護			
2012	診断治療			

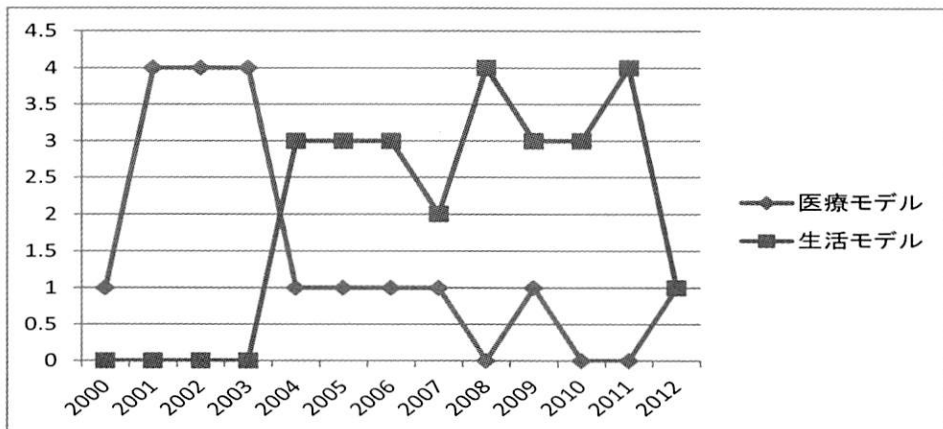


図1 医学モデルと生活モデルの掲載状況

4 困難症例にみられる「生活」という表記について

医学モデルから生活モデルへ問題の焦点が移行していたとはいえ、医師の「生活」への視座は、やはり「医療」の文脈を超えることはないという点は強調されるべきだろう。そもそも、医師—患者関係は、端的に言えば「治療する者」と「治療される者」の非対称な関係である。医師同士での、誌上でやりとりされた困難事例の記述の仕方は「医療」の下位概念として「生活」という表現を用いている点に特徴があり、福祉関係者が用いる「生活」とはその意味内容が異なると推測される。

困難事例を提出した医師が語る「生活」という言説の特徴を取り出してみると、初期には特に「生活指導」「生活管理」といった表現が目立つ。医師にとっての「生活」とは、病の増悪を防ぐための教育と管理の背景として捉えるべき「生活」という意味合いが強い。精神障害者の「生活」とはあくまで、親・兄弟が責任を持つべきであり、医師が語る「生活」はあくまで「医療あってこそその生活」という文脈であった。例えば、No14事例では、リハビリテーションの延長線上に「生活モデル」は呈示されている。患者の生活範囲は、医師が広げると見ていることがわかる。

精神科リハビリテーションにより生活モデルを改善することを提案しているが、家族の強い抵抗があり実現困難な状況である。発病以来、献身的に患者を抱え込んできた家族に疎外感を与えることなく患者の生活範囲を広げることの難しさを痛感している症例である
(2004年No14事例提出者より)

また、No16の事例では、生活指導という言葉が示唆するように、生活療法⁽¹⁾の流れを継承している医師なのだろうか。この点は明らかではないが、医師は、自分は患者に甘えた末に患者への生活指導を怠っていたと述べている。

「多忙な外来業務の中で漫然と患者に甘え、治療関係が確立しつつあると思いついでいるうちに薬物療法、生活指導、精神療法および母親への家族療法的関与をはじめとするケースワークを怠る結果となり反省している」

(2006年No16事例提出者より)

次のNo30の事例では、疾病管理の中に「生活管理」があるという表現である。

「本患者は幻覚妄想状態にあると考えられ、服薬、生活管理、指導目的から入院加療が必要な状態と判断された」
(2008年No30事例提出者より)

しかし、2002年に精神神経学会が統合失調症は不治の病ではないことを提示したからだろうか、困難事例への指導をする立場の医師の語りは変容している。「生活」という言説の特徴を取り出してみると以下のような「生活」の概念をわざわざ説明する医師が登場した。

「どのような日常生活を送り、そのための社会メニューには何が必要か、など特徴が残念ながら(提出事例からは)理解できない。生活目標とは、人間一人一人が本来持ち得ているはずの生きる希望、夢あるいは願いというものである。たとえば「結婚したい」「金を稼ぎたい」「有名大学に入学したい」などといったことである。また生活課題とは、生活目標を達成するために必要な生活技能あるいは技能を身につけるための訓練とでもいうべきものである。」

(2003年No11事例提出者へのコメント)

さらに2009年には、患者の内面の豊かさを捉えようとするコメントが記されている。

「無為自閉」と表現されているが、非生産的でかつ閉じこもりがちな生活をそのまま「無為」「自閉」と捉えていいものかは疑問である。なぜなら、この患者の内面にはまだ豊かなものがある印象を受けるからである。」

(2009年No34事例提出者へのコメント)

2003年以降の症例提出者へのコメントをする指導医の表記からは、医師の生活モデル移行への視座の変更の努力が読みとれる。それは、国際的にもDSM 5にWHODAS⁽²⁾が入り日常生活までを診るようになったことも影響しているかもしれない。

(1) 精神医療における「生活モデル」

2003年以降の入院事例で「生活モデル」と解釈した事例は、12/19例、外来事例では14/17例である。統合失調症患者は、幻聴、妄想が収まってからも日々の生活の中で様々な生きづらさを経験している。2003年以降の症例では、その生きづらさにややスポットが当たり出した。

しかし、医師にとっての「生活」とは、病の増悪を防ぐための教育と管理の背景として捉えるべき「生活」の文脈のままであることがわかった。唯一、指導医2名のコメントのみ、ICFの視座を意識した文脈であった。久繁が述べるように、国際的に統合失調症についてはQLS (Quality-of-Life Scale), SPS (Social Performance Schedule) などが用いられ、基本的な医療のあり方は、判断の分かち合い (Shared Decision Making : SDM) へと医師—患者関係に変化をもたらしているが、わが国では、医療問題の解決に生活の質を利用する取り組みは未だ限定的である。(久繁2001:46)。

同じく、伊藤も「精神科医の間では、障がい者だとしても他障害と違って常に医療は必要な存在であり、『医療あつての生活である』とする生活と医療の非分離論が根強く続いている」と述べている (伊藤2008 : 408)。また、青木は研修医の時代に先輩医師から「臨床医として経験を積むと、症状よりも生活をみるようになる」といわれたことを紹介している (青木2012)。内海は、「DSM世代の医師は、DSMから精神科臨床を学ぶという倒錯的な状況が置きている」という。そして本来、「エビデンスは治療の奉仕をするものである (略)、診断は治療の下僕である」と現代の臨床医へ苦言を呈している (内海2012)。

つまり、経験不足の若い病院勤務医が、DSMによる「診断」を第1にしている限りは、ICFレベル (mentally disabled) として対象者を包括的に捉えることは、ハードルの高い作業であることが示唆された。

5 おわりに

さて、この動きをもっと進めるべきであろうか。厚生労働省は、病院内での預かり金の不適切な管理、任意入院を閉鎖処遇、告知行為の診療録不備、隔離、身体拘束の際の告知行為の診療録不備など精神病院の人権侵害事案の発生を鑑み、改正精神保健福祉法改正に基づく公示として、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針を定め、指針において急性期の病床においては医師と看護職員の配置を一般病床と同等にすることを目指すこと、新たに入院

する精神障害者は、原則1年未満で退院する体制を確保することを記載した（2014年厚生労働省告示第65号）。さて、退院への道筋が短くなったことで、これまでの問題は改善するだろうか。

医学モデルから生活モデルへのパラダイムの変更による治療が、かえって精神障がい者の生活の基盤を奪う危険性もある。2003年を境にして、「統合失調症患者」は、それまで入院促進の対象であった「精神分裂病」から、「統合失調症」という退院促進の対象となった。「生活モデル」台頭の背景には、「治療して回復する」よりも「退院して生活する」という目標の転換が医療者に課せられたことがあるだろう。しかし、おそらく、精神障がい者の中には、社会の中で自立して生活することが困難な者も多く、病状が不安定になる人もある。前に述べたように「生活」の質の評価は本来、臨床判断で共通のものはない。医療者が、世間の最大公約数の「生活」をあたかもわかったように当事者におしつける可能性もある。結果的に通りのいい言葉の「生活」は「退院」というニーズの隠れ蓑となる可能性もある。

浅野は「医療の傘論」⁽³⁾は、過去のものとなり、現在は「医療を内包した福祉」論へパラダイムシフトが起こっているとしたうえで、「医療の傘」も「福祉は善」と考える立場も、いずれも障がい者の自律性を尊重しないパターンリズムであるという点では同罪であり、「医療」と「福祉」の統合は「人間の尊重」を前提として進められるべきであると強調した（浅野2006）。

また、社会学者の猪飼は、ヘルスケアの福祉化により病院が終焉すると指摘する。医療が福祉に飲み込まれ、最終的には一体となるという。つまり、最終目標はQOL（生活・生命・人生の質）の向上という福祉に病院は飲み込まれ終焉する。（猪飼2010）。確かに、ヘルスケアの福祉化は、慢性疾患が増加する時代では、推進されるだろう。

しかし、筆者は「医療を内包した福祉」ではなく「福祉を内包した医療」へのパラダイムシフトが起きていると考える。なぜなら、施策の財源において、医療97対福祉3という極端な格差の事実があるからである。この圧倒的格差の事実を前にし、精神医療者と福祉関係者の間では「医療の傘」も「福祉は善」の論争そのものがいつしかなくなってしまった（浅野2006）。

97：3という数字にも関わらず、なぜ「福祉を内包した医療」ではなく「医療を内包した福祉」と表現されてしまうのだろうか。たとえば、「精障害者地域移行・地域定着支援事業」は、2011年に、成果を出せないまま「精神障害者ア

ウトリーチ推進事業」に引き継がれた。この制度化前には、地域主導でアウトリーチ推進事業をする計画案で進めていたはずが、蓋を開けたところ通達には「医療」（病院）が主導の訪問看護に利益が出る制度になっていた。つまり、「医療を内包した福祉」は、実態としての「福祉を内包する医療」を進めるための口実の役割を果たしていると言える。

問題なのは、「医学モデル」と「生活モデル」の境界が曖昧になり「医療を内包した福祉」と御膳だてをしながら、実は「福祉を内包した医療」が進められているレトリックである。本稿で明らかになった医師の「生活モデル」への変更も分類上は「生活モデル」だが、「福祉を内包した医療」の文脈を持つ。その先には、福祉が医療に飲み込まれ、その医療が地域に出てくる姿である。退院した「精神障害者(mentally disabled)」を「精神疾患患者(mentally disordered)」のまなざしをもつ医療者が一生抱え込むという図式である。おそらくこれは、「予防」という名のもとで推進されていくだろう。高木は、訪問看護師が在宅に行き「お薬飲んだ？」とばかりを聞くことを「アスピリン訪問」と指摘し批判している（高木2008）。

しかし、他方では、「生活モデル」の最大の障壁が「なんでもあり」で無責任な概念であるという点も留意されるべきである。「生活モデル」を提唱する人で「生活モデルシステムの責任を取る」と述べた人を見た事がない。「生活モデル」は、QOLを究極に目指す概念だが、手放して喜ぶような美しい概念ではない。障がい者制度改革推進会議総合福祉部会は、2011年8月「障害者総合支援法の骨格に関する総合福祉部会の提言―新法の制定をめざして」（骨格提言）をとりまとめた。そして「障がい者制度改革推進のための第二次意見」においては、障害概念の医学モデルから生活モデルを経て、「社会モデル」への転換が掲げられたが、これについても同様である。

例えば、「精神分裂病」の病名変更直後の2003年に、内海が「分裂病の消滅」の著の中で、「名をつけて居直る健常者に怒りを禁じえない（略）力の病理に盲目である限りこうした意図に反して、患者の社会参加はある種の「囲い込み」あるいは「飼いならし」になるのではないだろうか。暴力がソフト化されるとき、その所在はより捉えがたく、隠微なものとなる」と指摘していた（内海2003）。また、新宮は「精神医学固有の歴史というものは、いまだに精神医学自身によって正当化されていないのです・・・（中略）・・・呼び名がかわったことにも反映されているように、この精神状態が、自分たちの生きる社会とどのような関係

があるのか、そしてそれをどのように社会の中に位置づけるのかということに、社会自身が苦悩していなかった時代はない。操作的に切り離しても歴史は帰ってきます」と常に病名と社会が上手く接続できていないことを述べている（新宮2014）。

しかし、障がい者自身は、精神医療を「半精神医学」（quasi-psychiatry）と提唱しパロディ化することで医療を活用する実践を始めている（石原2013）。これは、クーバーが1960年代に提唱した「反精神医学」をもじったものである。これこそ、「医療を内包した福祉」の実績例といえよう。

昨今では、1980年以降の精神医学の側の重要な変化として、統合失調症をエピソード（挿間性の出来事）として捉えようとする浸透がある。「精神障害者」（schizophrenic）という呼び方を避け、「統合失調症を持つ患者」（patient with schizophrenia）という呼称が推奨する視点もでてきている。（鈴木2014:205）

本稿では、「医学モデルから」「生活モデル」への変遷を文献から考察したが、「生活モデル」を提唱するのであれば、リアルな実効可能性を示す必要がある。医療者の語る「生活モデル」は好ましい事ではあるが、それによって福祉関係者の個人の献身と努力が助長されてしまってはならない。初めに述べたように、意欲のある臨床家が孤軍奮闘した挙句に事業仕分けにされるような事を繰り返してばかりはいられない。退院したいと願う人を地域で受け入れる生活モデルの質と量の確保が優先課題である。「パラダイム」転換は、手の届くものとして議論する必要がある⁽⁴⁾。それができてこそ、安心して病院もダウンサイジングし病院は終焉となれると考える。

引用文献

- ・浅野弘毅、2006、「精神医療から精神福祉へ―戦後の論争をふりかえって」『精神神経学雑誌』、108(8):823-837.
- ・石原孝二、2013、『当事者研究』、医学書院.
- ・猪飼周平、2010、『病院の世紀の理論』、有斐閣.
- ・伊藤哲寛、2008、「退院支援施設問題―中間施設論争と障害者の権利保障」精神神経学雑誌110: 405-410.
- ・伊藤哲寛、2008、「退院支援施設問題―中間施設論争と障害者の権利保障」精神神

経学雑誌110: 405-410.

- ・内海健、2003、『分裂病の消滅 精神病理を越えて』青土社.
- ・——、2012、「精神科臨床における誤診 診断は治療の下僕である」『こころの科学』164:25-19.
- ・鈴木國文、2014、「同時代の精神病理」ポロフォニーとしてのモダンをどう生きるか 村井俊哉編 創元社
- ・新宮一成、2014、「精神医学にとって歴史とは何か？」第18回日本精神医学史学会集
- ・高木俊介、2008、『ACT-Kがひらく精神医療・福祉の未来』、批評社.
- ・「Schizophrenia Frontier」、2000-2012、メディカルレビュー社.No1-No45.
- ・久繁哲徳、2001、「医療における生活の質の評価—その測定と利用を巡って—」Schizophrenia Frontier2:39-50.

注

-
- (1) 生活療法とは、患者の生活を指導し、患者が「問題」を起こさず働くようにすることが精神医療従事者の任務であるとする思想。「しつけ療法」とも言われた。1970年代はこの療法を否定した野村満医師が烏山病院で解雇され、裁判になった経緯がある。
 - (2) DSMIVで評価として用いられていた「機能全体の適応評価」(GAF)は、測定や定義が難しいという理由から、WHODAS2.0(世界保健機構障害評価尺度第二版)がDSM V Section IIIに採用されることになった。
 - (3) 精神保健福祉法の成立時におきた議論。精神病者は「一生医療の傘の下におくべきだ」という医療側の論と、「精神病者も福祉が必要な障害者だ」とする福祉側の論の対立である。
 - (4) 大野は、DSM-IVをつくった委員のアレン・フランシスとの対談で「パラダイムシフト」の語は美しい響き故に慎重に使わなければならないと述べている。そして「DSM-Vは、間違った方向でパラダイムシフトさせようとした」と指摘している(大野2012)。