



巻頭言 「コロナの時代」の森田療法

中村 敬（東京慈恵会医科大学森田療法センター）

新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）が世界を席卷し、我が国でも爆発的な拡大を見せた第5波がようやく収束したとはいえ、まだまだ予断を許さぬ状況が続いています。こうした「コロナの時代」にあって森田療法は何をなし得るのでしょうか。

2020年4月をピークとする感染第1波の波紋は私が院長を務めていた病院にも例外なく到来しました。感染者の受け入れを始めた当時、イタリアやニューヨークでは感染爆発と医療崩壊が生じており、医療スタッフの感染や死亡も日々報道されていました。マスクや防護衣の備蓄も十分とはいえない中、未知の感染症に対してどれだけの防御策を講じればよいのか、感染者にいかなる治療が可能なのか、すべては暗中模索だったのです。そのような状況で診療に当たる医師や看護師らの不安やストレスが相当なものであったことはご理解頂けると思います。地域の中核病院としてコロナに対応する使命があることはいうまでもありませんが、その一方で現場のスタッフをどこまで危険に晒してよいのか、正直なところ内心葛藤する日々でした。

いよいよ第1波が頂点に達した4月半ば、コロナ専用病棟を設置して看護師を集中的に配備することを決定しました。それによって生ずる各病棟看護師の欠員を補充するため、緊急性の低い森田療法病棟を一時閉鎖することにしました。「境遇に従ってなすべきことをなす」つもりでしたが、森田療法センター長を兼務する私としてはまことに苦渋の決断でした。森田療法に携わるスタッフが事情をよく了解してくれたことがせめてもの救いでしたが、残念なことに病棟再開の目途はまだ立っていません。

こうした中で森田療法はどのような展開が可能だ

ったのでしょうか。スタッフが知恵を絞った挙句、着手したことの一つが院内教職員を対象にしたメンタルサポートチームの活動でした。関連する病棟の訪問と希望者との面談、アンケート調査の実施、毎月の「メンタルサポートニュース」の発行などによって、現場の教職員が不安を抱えながら業務に当たることの後方支援に努めたのです。もう一つの展開が、森田療法的なグループ療法の立ち上げでした。森田療法を希望する不安症、強迫症の患者を対象に、十分な感染対策の下にミーティングを実施することにしました。途中、緊急事態宣言のために中断を余儀なくされたものの、6回のグループセッションプログラムに沿って数度目のクールが現在進行中です。このグループ療法には担当スタッフも確かな手ごたえを感じており、その一端は本年11月にWEB開催される第38回日本森田療法学会において報告される予定です。

ところでコロナの拡大とそれに伴う行動変容が多くの人々のメンタルヘルスに深刻な影響を及ぼしていることはご承知のとおりであり、メディアにおいて「コロナうつ」なる言葉を目にすることも多々あります。実際のところ、精神科外来の受診患者にはコロナ禍の影響がどの程度見て取れるのでしょうか。

私の経験した範囲では、急激に増加したというほどではないにしろ、一時期、コロナに対する恐怖症性不安を訴える患者が相次ぎました。彼ら/彼女らは自分が感染するのではないかと、あるいは感染した自分が家族や周囲のひとにうつしてしまうのではないかと、それ自体は自然であっても人一倍強い恐怖に駆られていました。その結果、極端に人中を避けて自宅に閉じこもる、頻繁な手洗いや着替え、消毒に長

時間を費やす、微熱や倦怠感から PCR 検査を受け、陰性であったにもかかわらず感染の懸念が去らないといった状態に陥っていたのです。こうした症状が示唆しているように、これらの人びとの多くは元々神経質性格の持ち主であり、コロナの禍中で急速に不安にとらわれていったのでした。それだけに森田療法的な対応が奏功することは多かったといえます。

他方、コロナに関連したうつ状態は、上記の恐怖症性不安より遅れて目につくようになってきた印象があります。これらの人びとには、新型コロナへの直接の恐れや不安というより、リモート勤務が続いて生活リズムが崩れたり仕事の進捗に支障を来したり、あるいは日常的な人との関りの場が休止状態になっ

て孤独感がつのるといった誘因が見出されます。抑うつ^{うつ}の程度は比較的軽く、うつ病というよりは適応障害と診断される人々がその大半です。こうしたうつ状態の人びとには単に抗うつ薬を処方するだけでなく、自ら生活を立て直していかれるよう援助することが重要であり、行動制限が緩和されつつある現在、森田療法を活用する余地は大いにあります。

コロナとの攻防はまだ当分続きそうです。今後もメンタルヘル스에生起し得る様々な問題に、森田療法家として臨機応変に対応していきたいと思っています。

『認知症』を考える

齋藤 正彦（都立松沢病院 名誉院長）

ご縁があって、拙文を寄稿することになりましたが、私は森田療法については全くの門外漢です。数年前、高良興生院で、「認知症と心のケア」というお話をさせていただいたことがありましたので、今回も、認知症に関するお話をしようと思います。

私が認知症の診療を本格的に始めたのは1988年のことでした。この年、松沢病院に開設された認知症専門病棟の一つを受け持つことになったのです。それまで松沢病院の認知症病棟には、松下正明東大名誉教授、小阪憲司横浜市立大学名誉教授など、日本の認知症医療をリードしてきた先学が築いてきた大きな伝統があります。それらの病棟が、都の政策によって内装を一新し、医師、看護師のほか、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士などを専属で配置してリニューアルオープンしたということです。長い間、痴呆症は治らない病気と考えられていて、病院の入院機能は治療というより、家族介護が限界に達した患者さんを最期までお世話し、死後、脳の標本をいただいて研究することが主目的と考えられていました。言ってみれば治療というより、医学研究モデルです。実際、レビー小体病は、松沢病院の患者さんに関する研究から小阪先生が世界に提唱した疾患概念です。

それが、この時を機に、短期間の入院で患者さんの症状をやわらげ、社会に戻すことを目的とする医療モデルに転換したのです。新しい医療モデルを推進するためには、浅学菲才でも馬力がある若い医者がよかったです。

それから33年が経過しました。この間に、痴呆症という名前が消え、認知症と呼ばれるようになりました（以下、時代を考慮せず、すべて認知症という用語を使います）。認知症の医療、福祉施策も大きく変わりました。しかし、1988年と現在を比較して、一番大きく変化したものは、私自身です。1988年、私は36歳でした。自分が年を取ってやがて認知症になるかも知れないなどというようなことは、ほとんど想像^{らちが}の外でした。1988年に新しい認知症専門病棟ができたことが象徴するように、時代はまさに、認知症を医療に取り込もうとしていました。十把一から^{じっぼ}げに『呆け』と片付けるのではなく、医学的な検査を行い、アルツハイマー型認知症、血管性認知症等々と診断をし、各々の疾患特性に見合ったケアをしなければならぬ、認知症は病気なのだとしきりに言われた時代、認知症の医療化の時代だったと言っよいでしょう。

2021年4月、私は69歳になり、来年は古希を迎えます。大学の同窓会名簿には物故者も出ています。私の世代は13人です。古希と言っても生きている同窓生（その多くはまだ仕事をしています）はちっとも『希』ではなく、物故者の方がむしろ希です。現在、50台、60台で認知症と診断される人は、実数でも有病率でも30年前と大きな変化はありません。激増したのは後期高齢期の認知症で、80台では235万人（26.1%）、90歳以上では100万人（50%）が認知症と診断されます。さて、80台の有病率26.1%、90歳以上50%という数字を見て皆さんは何を感じるでしょう。同じ検査成績を基準に認知症の診断をしても、50台～60台の認知症と80台以降の認知症は全く別物だということです。同世代人口の50%が認知症の診断基準を満たすのだとすれば、これはもはや、病気ではなく加齢現象そのものです。私は毎週3、4人の物忘れ外来初診をしますが、半分以上は85歳以上です。心理検査をしても、脳の画像検査をしても、認知症の診断基準を十分に満たします。30年前なら、迷わずアルツハイマー型認知症と診断していたでしょう。でも、このごろ、私は、病名なんかつけなくてもよいじゃないかと思うようになりました。90歳で元気に一人暮らしが出来た人、物忘れをしない人はすばら

しいと思いますが、一方で、歩けなくても、一人暮らしが出来なくても、物忘れがひどくても、「ううん・・・年をとりましたね」、と言えば済むような人がたくさんいます。本人もご家族も、診断と治療を求めて病院にいらっしやいますが、検査の後、私の説明に納得して安心した様子でお帰りになる方もたくさんいらっしやいます。実は、これは私の恩師である松下正明先生の受け売りです。10年近く前、松下先生のご講演で、「80、90の人の脳が委縮して物忘れがひどくても、それは病気ではなくいわば^{もうろく}耄碌だ」というお話を伺ったときは、内心、えっと思いましたが、その後、社会情勢が変化し、自分が年を取って当時の先生の年齢に近づくとつれ、心の底からその通りだと思うようになりました。

今、日本の社会に求められているのは、認知症対策ではなく、高齢者対策です。私たちが目指すべきは、高齢者だけでなく一人で生活を維持することが難しい、あらゆるハンディキャップを持つ人が安心して安全に暮らせる社会、自分の老いに身を任せることが出来る社会だと思うのです。

【編集：注】3行目の「高良興生院」とは、現在の就労センター「街」のことです。

報告「森田療法と出会えて」に出会って—Zoomでトーク&シェア—

7月21日（水）、高良興生院・森田療法関連資料保存会（以下、高良保存会）と生活の発見会のコラボ企画として「トーク&シェア」がZoomで行なわれました。ファシリテーターは精神科医の増野肇先生がつとめました。平日の2時からの開催にも関わらず、13名の方が参加され、その多くは発見会会員の方々に、南は九州、海外は台湾からも参加されました。

「トーク&シェア」は、高良保存会が毎月第二水曜日に東京新宿で開催しているグループ交流会です。増野先生ご出席のもと、だいたい7、8人が集まっています。普段は、近況や話したいことを話しますが、増野先生の動画『森田療法と出会えて』がYouTubeにアップされたことから、事前にこの動画を観てから参加し、感想を述べ合うことになりました。

この「トーク&シェア」にはルールがあります。まず、1周目で自分の話したいことを話し、2周目では他の人が話したことから、つながりのあることや共感したことを話します。それによって広がりが出てきたり、グループができてくるので、2周することがとても意味のあることです。

安心して話ができるためには、順番に話すこと、他の人が口をさしはさまないこと、そして、「私メッセージ」で話すことが大事です。

さて、今回は1周目に自己紹介と動画を観た感想を五十音順に話し、2周目は逆順に共感したことなどを話しました。そのつど増野先生からコメントがありました。「安心を贈る」「自然治癒力を引き出す」に関心を持ったかたが多くおられました。

安心を贈ることによって、自然にいいグループが出来上がり、それによって「自然治癒力が働きます」というのが増野先生のコメントです。また、最後に皆で歌を歌いました。先生によると、悩んだり、考えることは「左脳」の分野だから強化させずに、「トーク&シェア」で話した後は、歌を歌い「右脳」を使って、切り替えることが大事だと仰っていました。

ただ、今回設定した1時間半では短く、十分お話しできなかったのではと思います。時間を増やすか、人数を少なくする方法が考えられます。

開催後、参加者の方から、お礼のメールが、感謝の

朝顔の花束(写真)と共に届きました。増野先生も一番基本をわかって頂けたと喜んでおられました。

今回の「トーク&シェア」との出会いから、安心を贈り合えるグループが、世界各地に広がることを願っています。

以上、まとめましたけど、今後、このやり方で集まりを開催したい方がいらっしゃいましたら、高良保存会までご相談ください。

(報告：諸藤真美、藤田嘉信)

◎ニュースレター『あるがまま』の保存会ホームページ掲載のお知らせ

このたび、会員向け限定で、ニュースレター『あるがまま』のバックナンバーをホームページに掲載いたしましたので、お知らせいたします。

ニュースレターには、現在まで、高良興生院に関わられた多くの先生方の寄稿もございます。ぜひ一読ください。

なお、前身の「高良武久・森田療法関連資料保存会」のニュースレターも、あわせて掲載いたしました。閲覧には下記のリンクから、パスワード；shimoochiai をご入力の上、ご覧ください。

<http://www.hozonkai.net/news/nlbacknumber/>

新刊紹介

『都立松沢病院の挑戦』—人生100年時代の精神医療—

齋藤正彦著、2020年11月発行、岩波書店

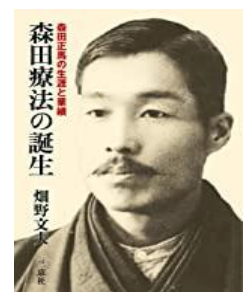
170ページ 定価1980円



『森田療法の誕生』—森田正馬の生涯と業績—

畑野文夫著、2016年11月発行、三恵社

460ページ 定価3300円



■編集／発行 高良興生院・森田療法関連資料保存会

◇連絡先 〒161-0032 東京都新宿区中落合1-6-21 就労センター「街」内

☎03-3952-9975 ただし、火・水・金曜日の10時から16時まで。

◇電子メール info@hozonkai.net

◇ホームページ <http://www.hozonkai.net/>