

1. 科目名 (単位数)	精神保健福祉論特殊講義 (4 単位)	3. 科目番号	SSMP7205						
2. 授業担当教員	大島 一成								
4. 授業形態	講義およびディスカッション、精神科病院での実習	5. 開講学期	通年						
6. 履修条件・他科目との関係									
7. 講義概要	<p>障害者権利条約 (2006 年) 以降の、精神保健福祉の現況にコミットするため、Michel Foucault の諸著作を参照しながら方法的視座を固める。この哲学者については、近年、障害論や福祉国家論の文脈でも多くの論集が編まれている。社会権と自由権の統合モデルが謳われるなかで、彼の生・権力論はますます現代的な意義を獲得した。Foucault の革新的な思想を理解するだけでなく、彼を生んだフランスでの同時代の精神医療における二つの動き、精神病患者への精神療法の試みから生まれた施設精神療法 (制度を使った精神療法) の J.Oury と P.C.Racamier の論争、そしてフランスの地域精神医療システム Sectorisation を対比して理解する。</p> <p>また、米国における米国精神医学会の治療ガイドラインを読み解き、コンテンポラリーな問題場面を抽出する。目玉は、ドイツ語圏精神病理学を背景にしたボン大学基底症状評価尺度 (BSABS) による統合失調症のアセスメント (実習) である。教員が花村誠一氏と精力的に取り組んでいる研究課題であるが、実際に評定者として同席してもらう。</p>								
8. 学習目標	<p>1) 本科目にとって、文書資料を読み解く作業はきわめて重要であり、今日、質的研究法の 1 つに組み入れられた「フーコー派言説分析」 (Foucauldian Discourse Analysis) の手法を学ぶ。</p> <p>2) 5 年後の見直しを経た医療観察法、障害者総合支援法の運用の状況を吟味しながら、「非自発的入院」のデュー・プロセスや統合失調症の「病名告知」について、根本から考え直してみる。</p> <p>3) 米国精神医学会治療ガイドラインにおける心理社会的アプローチ、フランスの地域精神医療システムセクトリザシオンについて調べながら、本邦の精神医療システムについて考えてみる。</p> <p>4) 岡田らの ICF に基づく「精神医療実施計画書」を参考にしながら、精神障害の障害特性によりフィットさせるべく、実際の援助実践を導きうるようないくつかの補助概念を創案してみよう。</p>								
9. アサイメント (宿題) 及びレポート課題	シラバス「14 学習の展開及び内容」の各テーマを参照。								
10. 教科書・参考書・教材	<p>【教科書】 世界保健機関 (WHO) 刊『ICF : 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版』中央法規、2002 年</p> <p>【参考文献】 佐藤光源監訳『米国精神医学会治療ガイドライン・クイックリファレンス』医学書院、東京、2006 年 G.ドゥルーズ著 (宇野邦一訳) : フーコー. 河出書房新社, 東京, 1987. M.フーコー著 (慎改康之訳) : 知の考古学(河出文庫). 河出書房新社, 東京, 2012 年 M.フーコー著 (渡辺守章訳) : 性の歴史 I. 知への意志. 新潮社, 東京, 1986 年 花村誠一 : 哲学と精神医学. 神庭重信ほか編, 専門医のための精神科リュミエール 30『精神医学の思想』, pp258-271, 中山書店, 東京, 2012. A.ハント、G.ウィッカム著 (久塚純一監訳)『フーコーと法—統治としての法の社会学に向けて』、早稲田大学出版部、東京、2007 年 広田伊蘇夫著『立法百年史—精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』、批評社、東京、2004 年 五十嵐禎人 : 強制治療が許されるのはなぜか. 神庭重信ほか編, 専門医のための精神科リュミエール 30『精神医学の思想』, pp191-207, 中山書店, 東京, 2012. 市野川容孝 : 生・権力論から見る精神医療の現在—二つの法のはざまで. 日本社会精神医学会誌 18 : pp 352-356, 2010. 伊藤哲寛 : 障害者権利条約と精神医療. 精神医学 54 : pp125-135, 2012. L.マーゴリン著 (中川伸俊ほか訳)『ソーシャルワークの社会的構築—優しさの名のもとに』, 明石書房、2003 年 L. R.モシャヤ、L.ブルチ著 (公衆衛生精神保健研究会訳)『コミュニティ・メンタルヘルス [復刻版]—新しい地域精神保健活動の理論と実際』、中央法規出版、東京、2003 年 岡田幸之ほか : ICF の精神医療への導入. 精神医学 49 : pp 41-48, 2007. 佐藤光源ほか監訳『米国精神医学会治療ガイドライン・コンベンディウム』、医学書院、東京、2006 年 Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, M., Linz, M. : BSABS. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. 1st English Edition. Shaker Verlag, Aachen, 2008. Huber, G., Gross, G.: Basic symptom concept – historical aspects in view of early detection of schizophrenia. Neurology, Psychiatry and Brain Research 5 : 183-190,1998. Klosterkoetter, J. et. al. : Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Ach. Gen. Psychiatry 25 : pp 158-164, 2002. Tremain, S. (ed.): Foucault and the Government of Disability. The University of Michigan Press, 2005. Hook, D. : Foucault, Psychology and the Analytics of Power. Palgrave Macmillan, New York, 2010.</p>								
11. 成績評価の規準と評定の方法	<p>○成績評価の規準 講義でのディスカッション参加の度合、実技の参加、課題論文 (論述のテーマをよく理解し、先行研究を踏まえ説得力ある展開論述ができているか)、によって決められる。</p> <p>○評定の方法</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">課題論文</td> <td style="text-align: right;">50%</td> </tr> <tr> <td>授業のディスカッション参加</td> <td style="text-align: right;">40%</td> </tr> <tr> <td>実技参加</td> <td style="text-align: right;">10%</td> </tr> </table>			課題論文	50%	授業のディスカッション参加	40%	実技参加	10%
課題論文	50%								
授業のディスカッション参加	40%								
実技参加	10%								

12. 受講生へのメッセージ	Foucault の仕事と精神保健福祉論との遭遇は、けっして奇を衒ったものではない。彼の著作群、『狂気の歴史』『臨床医学の誕生』『言葉と物』『知の考古学』『監獄の誕生』『性の歴史』をひもとけば、これは必然のなりゆきであることがわかるだろう。欧米ではすでに立ち上がったかにみえる「フォーコー派ソーシャルワーク」に向けて、本学の院生が第一歩を踏み出してくれることを期待する。新自由主義的な社会再編が進む現下の情勢を分析するのに、彼の生・権力論ほど鋭利に働くメスはないと思われる。
13. オフィスアワー	講義前後。初回授業で通知する。
14. 学習の展開及び内容【テーマ、学習の目標、学習の内容、キーワード、学習の課題、学習する上でのポイント等】	
1～3. テーマ	施設精神療法(制度を使った精神療法) la psychiatrie institutionnelle
<p>【学習の目標】</p> <p>Foucault の著作を繙く前にフランスの精神医療文化を知る。その特徴はセクトリザシオンと精神分析の浸透である。施設精神療法における病院における精神分析家と看護スタッフの役割の論争を参照し、現代の精神医療の治療チームにおける、医師、看護スタッフ、臨床心理士、精神保健福祉士の機能について考えてみる。</p> <p>【学習の内容】</p> <p>施設精神療法 la psychiatrie institutionnelle という言葉は 1952 年に G.Daumezon らによる精神病患者に対する院内の治療環境整備の必要性を主張した論文に端を発する。その後 institution(施設/制度)においてどのような枠組みで精神療法を行っていくのかという問題が提起された。ラカン派の J.Oury と正統派フロイディアン P.C.Racamier の間で論争が起こり、施設における分析家と看護スタッフの機能に関する理論的相違から施設精神療法は二つに分かれた。Racamier は看護者の精神療法への参入、とりわけ解釈する行為は、看護の葛藤状況にさらなる混乱を招くものとして警戒すべきで、看護者の職務を客観的現実性としての調停、伝達および看護に限定する施設看護が重要と考えた。一方で、入院治療の管理と精神療法を行う医師の二つの機能とを区別し、二重焦点性と呼んだ。セクターのなかで正統的な精神分析理論を遵守し、施設精神療法が展開されていた。これに対して、J.Oury の方はセクター医療には参加せず、地方の城館を改装した私設病院 Clinique La Borde で精神病患者の疎外 aliénation の問題を提起し続け、「制度を使った精神療法」として展開していった。</p> <p>【キーワード】</p> <p>施設精神療法/制度を使った精神療法、セクトリザシオン、二重焦点性、集団精神療法</p> <p>【学習の課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 施設精神療法の議論では、精神分析家、看護スタッフの機能が論じられたが、現代の治療チームにおいてはどうか。</li> <li>2) 精神保健福祉士の機能が、各自のフィールドやオリエンテーションによってどう違ってくるのか、ユーザーにどう働くのか、ともに考えてみたい。</li> </ol> <p>【参考文献】</p> <p>大島一成、阿部又一郎著 『フランスの精神科入院制度』, 臨床精神医学4巻3号, 2015年 他の参考文献は授業中指示する。</p> <p>【学習する上での留意点】</p> <p>初期の Foucault に影響を与えた、施設精神療法とは別の「精神病院という institution」での経験について考えてみたい。 Foucault が「大いなる封じ込め」の古典主義時代の一つの終焉と考えた、Pinel が患者を閉鎖病棟から開放し traitement morale をはじめた 1793 年を精神医療の始まりとするなら、精神医療と Oury や Foucault の異議申し立てを対比して考えることができる。</p>	
4～6. テーマ	フランスの医療システム セクトリザシオン
<p>【学習の目標】</p> <p>フランスの医療システム セクトリザシオンについて理解し、他国の精神医療と比較して双方を検証していく。</p> <p>【学習の内容】</p> <p>現代のフランスの精神科医療の第一の特徴はセクトリザシオン sectorisation である。 セクトリザシオンとは、治療・看護の継続性 la continuité des soins を理念とし、一定人口区域（現在は約 8 万人）を一つのセクターとし、あらゆる精神科患者に対して精神保健相談と治療へのアクセスが保証され、疾患の早期発見、入院治療、外来でのフォローまでを、ひとつの地域の治療チームで担う公立精神医療システムである。1960 年に発令され段階的に行われ、1985 年に法制化され、1986 年に「12 の新しい治療構造」が法的に明記されフランス全土の各セクターでその治療構造を用いてチーム医療を行えるようになった。また、入院中心の治療から外来や院外施設で患者の主体性を重視した治療へ移行がみられ、それに関連して入院治療に関する法改正も行われた。入院治療を規定する法律についても概説する。</p> <p>【キーワード】</p> <p>セクトリザシオン、治療・看護の継続性 la continuité des soins、患者の主体性、入院患者の人権擁護 個人精神分析的サイコドラマ、乳幼児精神医学</p> <p>【学習の課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) フランスのセクリザシオンは、世界的な脱施設化の動き（アメリカ、イギリス、ドイツ、イタリアなど）と比べて、どう違うのだろうか。</li> <li>2) 1 2 の新しい治療構造にはどのようなものがあるのだろうか。</li> <li>3) フランスの小児精神科医の人口比率は欧州では一番高い。子供の精神医療はフランスではどうなっているのだろうか。</li> <li>4) ここ 20 年来劇的に変化してきた日本の地域精神医療と比べて、何が違うのだろうか。</li> </ol> <p>【参考文献】</p> <p>大島一成、阿部又一郎著『フランスにおける成人の精神科治療システムと法律：非自発的入院における臨床的考察と提言』, 精神神経学雑誌114巻4号, 2012年 阿部又一郎、大島一成著『2011年法の成立をめぐるフランス精神医療の動向：入院患者の人権擁護と治療をうける義務と権利』, 精神科 24 巻 5 号, 2014 年</p> <p>【学習する上での留意点】</p> <p>ヨーロッパで起こったことは日本の精神医療でも形をかえておこってくる。日本の制度と比較しながら考えてみたい。</p>	

7～9. テーマ	Foucault を社会理論として読む
<p><b>【学習の目標】</b>  コレージュ・ド・フランスの教授であった Michel Foucault の全仕事を概観してみる。精神保健福祉論の方法的手立てとするには、思い切って、彼の哲学を一種の社会理論として読んでみることをお奨めしたい。</p> <p><b>【学習の内容】</b>  1) Canguilhem によれば、生物学や医学など、生命にかかわる学問においては、認識の枠組みが歴史的に変遷していく。  2) Foucault の独自性は、こういう着眼を社会規範、つまり人が判断し行為するさいのルールに適用したところにある。  3) これがさらに、社会秩序を造り上げる実践的・政治的な関心や戦略との関係―「権力の問題系」―で考え抜かれる。</p> <p><b>【キーワード】</b>  有限性の分析論、人間学的眠り、身体、死、非連続性、ディススクール、ディススクール編成、分散、記録資料、エビステーマー、認識論的輪郭、出来事、外部性、歴史、知、限界、人間、他者、実定性、権力-知、主体、侵犯、思考されないもの、真理への意志</p> <p><b>【学習の課題】</b>  1) Foucault のいう「権力」とは、けっして誰かがもつ「もの」ではなく、人と人の中で働く作用のことである。  2) 70年代、彼の理論は管理社会論、反精神医学運動、ノーマライゼーションなど福祉国家批判の流れと連携していく。  3) 70年代終わりに、福祉国家に結びつくのとは別のタイプの、新しい統治形態(ネオリベラリズム)に括目を促した。</p> <p><b>【参考文献】</b>  A.ハント、G.ウィッカム著(久塚純一監訳)『フーコーと法―統治としての法の社会学に向けて』早稲田大学出版部、2007年</p>	
10～12. テーマ	フーコー派言説分析の要諦
<p><b>【学習の目標】</b>  医学における精神医療も、行政における福祉政策も、いわば「抵抗減弱部」(locus minoris resistentiae) に属する。それだけに、Foucault 的な意味で知と権力の絡みが浮上しやすいわけで、彼によって創始された言説分析の威力が倍加されることになる。</p> <p><b>【学習の内容】</b>  1) なぜ Foucault はラングやパロールではなく、ディススクール(言説)を問題にしたのか。  2) なぜ彼はエノンセ(言表)という概念によってそれを基礎づけようとしたのか。  3) 言説がなすのは、ものを描写するために記号を使うこと「以上のこと」だからである。</p> <p><b>【キーワード】</b>  行為、関係、身体、力、他者、監視(パノプティスム)、権力(間接的)、暴力、権力と知、身体の政治的テクノロジー、装置、言説(ディススクール)の編成、言表(エノンセ)の機能、編成システムと規則</p> <p><b>【学習の課題】</b>  1) 精神保健福祉の変貌のさなか、われわれは Foucault の言う「以上のこと」を見いだすべく努めなければならない。  2) フーコー派言説分析の要は、言説よりもその基礎をなす言表の概念のほうで、これを自家薬籠中のものにすることが難しい。  3) 精神医学を例にとると、ドイツでは「全体」「類型」、英米圏では「基準」「操作」が言表のレベルに相当するものである。</p> <p><b>【参考文献】</b>  G.ドゥルーズ著(宇野邦一訳): フーコー. 河出書房新社, 東京, 1987年.  M.フーコー著(慎改康之訳): 知の考古学(河出文庫). 河出書房新社, 東京, 2012年  花村誠一: 哲学と精神医学. 神庭重信ほか編, 専門医のための精神科リュミエール 30『精神医学の思想』, pp258-271, 中山書店, 東京, 2012年.  Tremain, S. (ed.): Foucault and the Government of Disability. The University of Michigan Press, 2005.  Hook, D.: Foucault, Psychology and the Analytics of Power. Palgrave Macmillan, New York, 2010</p>	
13～15. テーマ	生-権力論からみた精神科医療
<p><b>【学習の目標】</b>  後期 Foucault の「生-権力」は、私たちの生きる現在を規定し続けている磁場を表現する言葉である。とすれば、援助専門職にとって、これほど勉強しがたいあるアイテムに遭遇する機会はないだろう。手ごわいが、ここは踏ん張りどころである。</p> <p><b>【学習の内容】</b>  1) 「死なせるか生きるままにしておくという古い法/権利に代わって、生きさせるか死の中に廃棄するという新たな権力が登場した」。  2) 「古い法/権利」においては、生は「不作為(laisser)」の結果として、死は「作為(faire)」の結果としてもたらされる。  3) これに対して、「生-権力」においては、生は「作為(介入)」の結果として、死は「不作為(不介入)」の結果として現れる。</p> <p><b>【キーワード】</b>  規律権力と生-政治、生-権力、ネオリベラリズム(新自由主義)、統治性(governmentality)、ポスト福祉国家型の新たな統治形態、ポスト・フォーディズム、管理社会、治安と保障のトレード・オフ、精神保健福祉法、医療観察法、自立支援法</p> <p><b>【学習の課題】</b>  1) 医療観察法、自立支援法の相次ぐ成立の背景には、日本の社会の新自由主義的な転回があったと考えるべきである。  2) ある人のある状態はその人の責任であり、その人が負担を負うべきもので、他の人には義務も責任もないとされる。  3) 市野川にならって、こういう「不作為の正当化」こそ、生-権力の現代的な現象形態であると考えてもよいだろう。</p> <p><b>【参考文献】</b>  M.フーコー著(渡辺守章訳): 性の歴史 I. 知への意志. 新潮社, 東京, 1986年  花村誠一: 精神科医療における身体の問題―医療観察法の時代に. 日本社会精神医学会誌 18: pp 363-370, 2010.  市野川容孝: 生-権力論から見る精神医療の現在―二つの法のはざま. 日本社会精神医学会誌 18: pp 352-356, 2010.  伊藤哲寛: 障害者権利条約と精神医療. 精神医学 54: pp 125-135, 2012.  L.マーゴリン著(中川伸俊ほか訳)『ソーシャルワークの社会的構築―優しさの名のもとに』, 明石書房, 2003年</p>	

16～18.テーマ	米国精神医学会治療ガイドライン
<p><b>【学習の目標】</b> 精神保健福祉領域の援助専門職は、精神疾患ないし精神障害に関する知識を不断にバージョンアップし続けなければならない。ここでは、米国精神医学会(A P A)の治療ガイドラインを批判的に検討してみる。</p> <p><b>【学習の内容】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 米国の精神医学は生物学的精神医学を標榜しながらも、心理社会的アプローチとの連携体制を強化している。</li> <li>2) 北米で広く展開中の包括型地域生活支援プログラム(AC T)が本邦にも波及してすでに久しい。</li> <li>3) 援助(ケア)でなく治療(キュア)のためのガイドラインであれば当然かもしれないが、薬物療法が中心に置かれている。</li> <li>4) 新薬の開発ラッシュが続き、精神科医療全体に、これまでに例のないような変化やひずみをもたらしている。</li> </ol> <p><b>【キーワード】</b> クイックリファレンス目次：せん妄、アルツハイマー病と老年期の認知症、HIV/AIDS 患者の精神医学的ケア、統合失調症、大うつ病性障害、双極性障害、パニック障害、摂食障害、境界性パーソナリティ障害、自殺行動の評価と精神医学的ケア 統合失調症のアウトライン：A. 精神医学的マネジメント(症状評価と診断の確定、治療計画の立案と実施、治療関係の確立と治療アドヒアランスの促進、患者および家族への教育と治療の提供、併存症の治療、患者の社会的な環境と機能への対応、複数の治療者による治療の統合、入念な治療の記録)、B. 急性期、C. 回復期、D. 安定期、E. 治療抵抗性患者のケアにおける特別な問題、F. 欠陥症状の治療、G. 治療環境と住宅の選択</p> <p><b>【学習の課題】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) この種の医学的文書はもとより、自立支援法にとって代わった障害者総合支援法に対しても言説分析を徹底してみよう。</li> <li>2) グローバリゼーションおよびIT革命の進展によって、メンタル・ヘルスの全領域に不可逆的な変化が生じつつある。</li> <li>3) 2013年のDSM-5の登場によって、精神疾患のディメンショナルな病態把握がより必要とされてきた。</li> <li>4) 統合失調症の軽症化がささやかれ始めて久しいが、これはすなわち多様化でもあり、援助実践はより病態把握を前提とした個別な繊細なものになるだろう。</li> </ol> <p><b>【参考文献】</b> 佐藤光源監訳『米国精神医学会治療ガイドライン・クイックリファレンス』、医学書院、東京、2006年 佐藤光源ほか監訳『米国精神医学会治療ガイドライン・コンペンディウム』、医学書院、東京、2006年</p>	
19～21.テーマ	Huber 派の基底障害学説について
<p><b>【学習の目標】</b> 統合失調症の病態理論、「9つの区画」(花村誠一氏)は精神病像に即して作図されたものである。統合失調症においては、しかし、精神病像が消褪しても困難な問題が立ちはだかる。こういう全体経過を包括しうる理論構想として、Huber 派の基底障害学説に括目する。</p> <p><b>【学習の内容】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 基底症状とは、統合失調症の患者が主観的に体験する、病訴としての性格をもつ要素症状である。</li> <li>2) 完成した精神病像の基底をなし、想定上の身体的基体により近い症状と目される。</li> <li>3) 病前の前駆症および前哨症候群、また病後の基底段階において高い一致度で現れる。</li> <li>4) 患者自身によって、欠損として知覚されるが、周囲の者にはまれにしか気づかれない。</li> </ol> <p><b>【キーワード】</b> 体感症、純粋欠陥、気脳写、基底障害、基底症状、基底段階、前駆症、前哨症候群、残遺状態、一級症状(first rank symptoms)、移行系列、混合性残遺、習慣階層の喪失、フィルター障害(過包含)、デコーディング障害(反応-干渉)、過程活動性(process activity)、中核症状(core symptoms)、長期経過、リハビリテーション、早期発見・早期介入</p> <p><b>【学習の課題】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 非特徴的な症状(段階1)、幾分か統合失調症に特徴的な症状(段階2)に分けられることを理解する。</li> <li>2) ここから、さらに高度に複合的で典型的な統合失調症の病像(段階3)が結実すると理解されたい。</li> <li>3) Huber らは大規模な実証的研究を展開し、Gross らは「ボン大学基底症状評価尺度」(BSABS)を開発した。</li> <li>4) 英米圏の尺度に比べ、要素的な体感症(身体感覚の障害)にあたる項目が数多く含まれている。</li> </ol> <p><b>【参考文献】</b> Huber, G., Gross, G.: Basic symptom concept – historical aspects in view of early detection of schizophrenia. <i>Neurology, Psychiatry and Brain Research</i> 5 : pp 183-190,1998.</p>	
22～24.テーマ	ボン大学基底症状評価尺度の実習
<p><b>【学習の目標】</b> このテーマについては、精神科の入院患者を対象に、教員との同席面接を介して評価を行ってもらう。統合失調症の基礎的な症状をとり出すための実に鋭敏なインストルメントであり、この病気をもつ人になぜソーシャルワークが必要なのか納得できるだろう。</p> <p><b>【学習の内容】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 基底症状は、しばしば自己知覚可能(self-perceivable)なだけにとどまり、客観的に評価可能な陰性症状とは異なる。</li> <li>2) 半構造化面接によって、「ある」「ない」「疑わしい」の三段階で評価するが、評定者間の信頼性の検定が必要である。</li> <li>3) 検定にはCohenの<math>\kappa</math>係数を用いるが、base rateの算定により、データにひずみがないことを確認しなければならない。</li> <li>4) 英米圏の陽性症状評価尺度(SAPS)、陰性症状評価尺度(SANS)とどのように相関するか、興味もたれる。</li> </ol> <p><b>【キーワード】</b> クラスター1：思考・言語・知覚・運動の障害(21項目)、クラスター2：身体感覚の障害(13項目)、クラスター3：通常のストレスに対する耐性の低下(5項目)、クラスター4：情動ないし感情の障害(7項目)、クラスター5：情動反応性の増大(6項目)、評定者間信頼度の検定、Cohenの<math>\kappa</math>係数、base rate</p> <p><b>【学習の課題】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 精神科医はかつて「プレコックス感」という直観診断にたよっていたが、そのどこに問題があったのだろう。</li> <li>2) 熟練した精神科医であれば、高い感度(sensitivity)を有するが、特異度(specificity)においては劣っていた。</li> <li>3) BSABSによる症状評価は両方において優れるも、患者の側に「言い当てられる」ような恐怖感が生じうる。</li> <li>4) したがって、治療的にフォローしやすい入院患者を対象に、熟練した精神科医によって実施されるべきである。</li> </ol>	

	<p><b>【参考文献】</b>  Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, M., Linz, M. : BSABS. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. 1st English Edition. Shaker Verlag, Aachen, 2008.  Klosterkoetter, J. et. al. : Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Ach. Gen. Psychiatry 25 : pp 158-164, 2002.  <u>Kazunari Oshima</u>, Tsukasa Okimura, Tomoaki Yukizane, Katsuhiko Yasumi, Astushi Iwawaki, Toru Nishikawa and Seiichi Hanamura : Reliability and diagnostic validity for schizophrenia of the Japanese version of the Bonn Scale for Assessment of Basic Symptoms (BSABS). Med Dent Sci (57) pp 83-94,2010 ; 57ed</p>
25～27.テーマ	「非自発的入院」と「病名告知」の問題
	<p><b>【学習の目標】</b>  Huber 派の基底障害学説は主に幻覚妄想が生じる前後の主観的欠損症状を扱い、施設精神療法は施設における妄想型統合失調症と他者との関係を扱った。ここでは、精神保健福祉論に属する2つの問題を取りあげるが、統合失調症の「9つの区画」のスペクトラムを念頭に置いて、統合失調症の患者さんへのインフォームに関する問題点について議論する。</p> <p><b>【学習の内容】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 精神保健福祉論にとって、精神障害者の「強制入院」の是非をめぐる議論は古くて新しいアイテムである。</li> <li>2) 昨今、心理教育的アプローチの普及とともに、差別・偏見の克服と絡めて「病名告知」がしきりと推奨されようになった。</li> <li>3) いずれもケース・バイ・ケースであるが、こういう自在さが失われるほど、議論が硬直しているように思われる。</li> <li>4) その一因として、統合失調症の病像および経過におけるヴァリエティが度外視されていることがあげられる。</li> </ol> <p><b>【キーワード】</b>  パレンス・パトリエ (治療必要性基準、メディカル・モデル、後見的機能、パターナリズム、社会権)、ポリス・パワー (危険性基準、リーガル・モデル、保安機能、オートノミー、自由権)、強制入院 (精神保健福祉法、医療観察法)、統合失調症に対する差別・偏見(社会からの偏見、内なる偏見、リカヴァリー)、インフォームド・コンセント、病名告知、心理教育</p> <p><b>【学習の課題】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 「9つの区画」のパトリスのスペクトラム、「情態の変化」「両方の共存」「行動の異常」に即して考えてみよう。</li> <li>2) それぞれの規定は、「病感も病識もある」「病感はあるが病識はない」「病感も病識もない」と言い換えることができる。</li> <li>3) 強制入院させざるをえないケースの大半は「行動の異常」に属するであろう、という仮説を導くことができる。</li> <li>4) 病名告知は「情態の変化」に属するケースで比較的スムーズに行えるだろう、という仮説を導くことができる。</li> </ol> <p><b>【参考文献】</b>  花村誠一：精神科医療における身体の問題—医療観察法の時代に。日本社会精神医学会誌 18 : pp 363-370, 2010.  伊藤哲寛：障害者権利条約と精神医療。精神医学 54 : pp 125-135, 2012.  五十嵐禎人：強制治療が許されるのはなぜか。神庭重信ほか編、専門医のための精神科リュミエール 30『精神医学の思想』、pp191-207, 中山書店, 東京, 2012.</p>
28～30.テーマ	ICFの精神保健医療福祉への導入
	<p><b>【学習の目標】</b>  本科目を閉じるにあたり、援助専門職にとっての日常的なツール、ICFとのインターフェイスを行う。精神障害者ケアマネジメント従事者も、ケア会議のたびにこれを携え、当該クライアントの援助活動に役立てているのではあるまいか。</p> <p><b>【学習の内容】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 改めて、国際障害分類 (ICIDH) からその改訂版である国際生活機能分類 (ICF)への変化を取りあげる。</li> <li>2) フーコー派言説分析によれば、それぞれ言表のレベルに1つの概念図が据えられていることがわかる。</li> <li>3) いずれの場合も、この概念図を基礎にして、数多の「障害」をめぐる言説が紡ぎだされることになる。</li> <li>4) そもそも尺度ではなくて、援助専門職の実践を促進するための「触媒」として働いているかに見える。</li> </ol> <p><b>【キーワード】</b>  国際障害分類 (ICIDH)、国際生活機能分類 (ICF)、健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、機能障害、活動制限、参加制約、ストレングスモデル、相互作用モデル、背景因子：個人因子・環境因子、統合失調症圏の「9つの区画」</p> <p><b>【学習の課題】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 「9つの区画」の疾病論的スペクトラム、「構造の変形」「欠損の媒介」「力動の逸脱」について考えてみよう。</li> <li>2) それぞれの規定は「人格に規定される」「精神病が持続する」「再発を繰り返さず」と言い換えることができる。</li> <li>3) 中間の病態については、両極の循環のプロセスのフィード・フォワードによって進行していくと考えればよい。</li> <li>4) こういう病態の把握とICFの使用とを両立させれば、治療および援助に、新たな視界が拓けるかもしれない。</li> <li>5) ここでは、あくまでも統合失調症圏だけに限定して、ICFの掲げるストレングスモデルを引き受けようとする。</li> </ol> <p><b>【参考文献】</b>  世界保健機関 (WHO) 刊『ICF：国際生活機能分類—国際障害分類改訂版』、中央法規、2002年  岡田幸之ほか：ICFの精神医療への導入。精神医学 49 : pp 41-48, 2007.</p>