

公益財団法人豊郷病院附属  
臨床精神医学研究所年報

第2巻

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry  
Vol. 2

2011年（平成23年度版）



公益財団法人豊郷病院附属  
臨床精神医学研究所

Toyosato Institute of Clinical Psychiatry

# 目次

巻頭言	1
公益財団法人豊郷病院基本理念	3
研究発表・報告など	
1. 感情病圏疾患の診断と長期経過について (林 拓二、成田 実、世一市郎、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信)	5
2. 精神医療の現在と今後を考える (林 拓二)	11
3. 非定型精神病と内因性 (林 拓二)	26
4. 統合失調症患者の責任能力 (林 拓二)	34
5. 非定型精神病の概念 (林 拓二、中江尊保)	38
6. 急性一過性精神病性障害 (上原美奈子、林 拓二)	45
7. 「なぜ」からはじめる認知症の人とのつきあい方 ～本人の気持ちになって考えてみよう～ (成田 実)	50
8. 精神科病棟における認知症患者の退院支援 (堀尾素子)	61
9. 多飲水がある統合失調症患者に対しての行動療法的アプローチの効果 (大森一史、谷 洋明、金丸貴行、仮屋 隆史)	69
10. 混乱状態から回復し他者との交流をもてるようになった事例 (岩田夏彦)	74
11. 外出活動を通して考えた連携 (岩田夏彦)	77
12. 慢性統合失調症の成年後見保佐開始審判鑑定書 (林 拓二)	84
13. 急性一過性精神病の鑑定書－器物破損事件 (林 拓二)	89
14. フーバー教授のこと (林 拓二)	94
症例報告	
損害賠償請求事件の原告がヒステリーであるかどうかの民事鑑定書 (林 拓二)	96
研究業績 (平成23年度)	113
公益財団法人豊郷病院精神科沿革	115
公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員	115
編集後記	116

## 巻 頭 言

### 臨床が第一

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所  
所長 林 拓二



「国民の生活が第一」といういささか手垢のついたスローガンとは異なり、「臨床が第一」と言うのが、私の恩師である満田先生が常々口にしていた言葉であった。

「林君、我々医者が、試験管を振って理学部や薬学部、あるいは農学部の連中とサシで勝負しても負けるのは決まっている。しかし、我々の強みは患者を知っていることだ。彼らはそれを知らない。分裂病がひとつの疾患でないのは明らかで、分裂病を一緒くたにして調べても何も分からない。分裂病の中のどのような患者を調べたら、どのような結果が出るかもしれないと予想出来るのは、我々臨床の医者なのだよ」とは、先生からよく聞かされた話である。統合失調症の研究にも医学部以外の研究者や基礎の先生方が多く参入するようになっている現在でも、研究の中心はなお我々臨床家でなければならず、それぞれの研究領域のスペシャリストと連携をとりながら、研究を進めていくべきなのである。

DSMなどの操作的診断が精神医学の主流となり、共通の診断基準により統合失調症の輪郭が明確となったと考えられたこの30年間、統合失調症に共通な遺伝子異常が見いだされると信じた研究者も多かった。基礎の研究者にとっても新しい診断は簡明で分かり易く、難解と思われた精神医学を身近に感じるようになったのであろう。10年ほど前、基礎医学領域でも統合失調症の研究が脚光を浴びていた。「あと5年で統合失調症の原因がわかります。今、私の持っているノックアウトマウスで自閉的なのがいいて、セレネースを入れると動き出すんですよ」と言う類の話をよく聞かされたものである。臨床の現場では、抗精神病薬の副作用でアカシジアが出れば動きが多くなることはよく知られた事実である。マウスが動き出しただけで単純に精神状態が改善したとは言えない。さすがに、5年たった頃には、「このマウスが神経疾患のモデルではあっても、精神疾患のモデルと言えるのか」と、至極当然な意見が基礎の研究者からも出されるようになり、臨床から遊離した楽観論は聴かれなくなっていた。

DSMの統合失調症は、とりあえず症状によって分類したものであって、疾患の名称ではない。当然ながらそこに共通な病因を見出そうとする研究は、ゲノム研究を含めてことごとく失敗に終わっている。それでもなお、DSM世代の若い精神科医と話をしていると、統合失調症は一つの疾患であると単純に考えている者が多いように思われる。我々はもっと臨床に忠実でなければならないと思う。精神科医としての臨床を数年経験したならば、統合失調症が経過

の良いタイプと治療の困難なタイプに分けられ、それぞれが異なる疾患ではなかろうかと考えるのが自然であろう。統合失調症が定型分裂病と非定型精神病とに大別され、さらにそれぞれの疾患群が細分されるであろうと考えて、生物学的な研究を進めることが、精神医学の新しい展望を切り開くであろうと考えるのは、我々だけであろうか。



尼ヶ岳山頂に咲いた卵の花（ウツギ）

# 基本理念

## 豊かな郷で心と体の健康を 家族のように

1. 郷土愛と博愛の創立精神に基づき、地域の医療・保健・福祉を支える。
2. 医学の進歩に同調し、わかりやすく信頼される医療を行う。
3. 温もりと心をこめたサービスで、快適な療養環境を築く。
4. 患者さまの権利を尊重し人権をまもる。
5. 職員の労働環境に配慮し、効率よい安定した病院経営を行う。

日本医療機能評価機構認定病院

一般病棟・精神科病棟・長期療養型病棟・回復期リハビリテーション病棟の複合病院

創立1925年（大正14年）4月

豊郷病院は大正14年に当地の篤志家、伊藤長兵衛翁の浄財で開院しました。丸紅株式会社の前身である丸紅商店の初代社長として経営に成功した伊藤長兵衛翁でしたが、幼少で仏教に帰依するほど信仰心が深く、純農村、過疎であったこの地で、多くの人が貧困のため医療をまともに受けられないことを憂えていました。当時は結核症、伝染病など感染症で亡くなる人が多く、お産は常に危険を伴い、生まれた乳児が亡くなることも少なくない時代でした。当初、内科、外科、耳鼻科、レントゲン科および避病舎(隔離病舎)から始まった診療でしたが、当時としては医療設備が整っていたため、湖東はもとより県内から広く患者が訪れ、生活困窮者には無料で診療が行われたそうです。間もなく産婦人科、眼科が加わり、昭和27年には整形外科、呼吸器科が開設されて、以来、感染症、産科、救急を含めた総合病院としてこの地の医療を支えました。昭和32年には社会的弱者、身体的弱者であった精神疾患患者のために精神・神経科が開設されました。精神科開設にご尽力を賜った京都大学名誉教授、三浦百重先生は、「精神医療はむやみに利潤を求めてはならぬ」「よくなったらできるだけ早く退院させる」と指導され、その高潔な教えは現在まで脈々と受け継がれています。

近年、疾患の多様化、医療の高度化、医療制度改革、介護保険制度の発足、超高齢時代など激変に医療を取り巻く環境が変化しました。私たちは医療環境の変化や地域のニーズに応えるべく介護事業を展開、病院近代化の一端として、平成14年10月に新館を竣工しました。なかでも、新館5・6階に精神科病棟を移転し、総合病院精神医療の特徴を最大限に発揮できるようになったことは豊郷病院の誇りです。

病院には医学の発展、医療環境の変化に追随できるように、人材、医療機器、設備を整える責任があります。私たちは医療安全管理体制、医療情報の中央化、密接な地域の医療・介護連携を推進してきました。その結果、平成18年9月、日本病院機能評価機構から三複合病院(一般、療養、精神)として認定されております。また平成22年4月には、豊郷病院の中に臨床精神医学研究所を設立しました。豊郷病院に培われてきた精神科医療の真髄を再発掘して、これからの精神医学の発展に寄与すると同時に、優秀な精神科医を育成することを目的にしています。

良い医療は治療を受ける側と医療する側が心を通じ合い、安心、安全、かつ安価でなくてはなりません。そのために、私たちは個人の資質を高めること、チーム医療の確立を重要な目標と設定しております。同時に患者・家族の方にも治療に参加していただき、医療事故のない、家庭のぬくもりと悲しみや喜びを共感できる病院作りを目指します。このような気持ちから職員一同が一層切磋琢磨して、地域の皆さまから信頼されるよう努力してまいります。

公益財団法人 豊郷病院  
代表理事 佐藤 公彦



豊郷病院・新病棟（一般科・精神科）

# 感情病圏疾患の診断と長期経過について

林 拓二、成田 実、中江尊保、世一市郎、中江尊保  
上原美奈子<sup>1)</sup>、義村さや香<sup>1)</sup>、壁下康信<sup>2)</sup>  
(豊郷病院附属 臨床精神医学研究所、<sup>1)</sup> 京都大学、<sup>2)</sup> 大阪大学)

内因性精神病においては、鑑別疾病学はなく、あるのは鑑別類型学でしかありません。しかしながら、生物学的な研究は常に疾病学を念頭に置いて行なう必要があります、単に横断面の病像による分類にとどまる限り、精神医学における新しい展開を期待することは困難であろうと思われます。そこで、われわれは精神症状のみならず疾病の長期経過を調査し、非定型精神病をはじめとする内因性精神病的疾患の疾病学的特徴を検討してきました。

本日は、前回の発表では症例が少なかったために、統合失調症圏の疾患との比較が出来なかった感情病圏の疾患における家族負因と最終的な病像の特徴をについて発表したいと思います。

本研究の対象は、豊郷病院に現在入院あるいは外来通院中の患者、および平成15年以降に退院した内因性精神病的疾患のうち、罹病期間が35年以上の235例（死亡者38名を含む）といたしました。これは、前回と同じく罹病期間を40年以上とすると、感情病では発症年齢が比較的高いために、経過観察が可能な症例が168例と少なくなったために、統計的な検討のために罹病期間を5年短縮して症例を増やさざるを得なかったことに因ります。

全症例の男女比を見ますと115：120、平均発症年齢は 24.0歳(12-48)、最終確認時の平均年齢は 67.0歳 (49-87)、罹病期間の平均は 43.0年 (35-64) となっております。

## 全症例(235例)の初診時診断

統合失調症圏 138	急性精神病圏 40	感情病圏 57
精神分裂病 98	非定型精神病 19	うつ病 27
破瓜病 25	変質性精神病 9	抑うつ状態 11
緊張病 3	心因反応 6	躁病 10
強迫神経症 2	産褥性精神病 3	躁状態 1
精神衰弱 8	急性妄想性精神病 1	躁うつ病 4
精神病質 1	分裂病反応 1	神経症 4
退行期パラフレニー 1	ヒステリー 1	

全症例の初診時診断をまとめた結果を上掲のとおりです。我々は、35年以上前（DSMの登場以前）のカルテ記載を忠実に読み取り、各症例で主治医が考えていたと思われる診断を初診時診断と致しました。それ故に、保険病名と思われる診断名は取り上げておりません。

まず、初診時に「いわゆる」統合失調症圏と診断された症例は138例あり、精神分裂病と診断された症例は98例、破瓜病が25例、その他に緊張病、強迫神経症、精神衰弱、退行期パラフレニーなどが計15例認められました。

次に、初診時に非定型精神病と診断された症例は19例であり、他に変質性精神病が9例、心因反応が6例、その他に産褥性精神病、急性妄想性精神病、分裂病反応、ヒステリーとされた症例が合計6例見られ、これらを急性精神病圏として一括しますと、合計は40例となりました。

最後に、感情病圏では、初診時にうつ病・うつ状態とされた症例が合計38例、躁病・躁状態とされたものが合計11例、初診時から躁うつ病とされていた症例が4例、その他に心気的な訴えなどで神経症とされた症例が4例みられ、総数は57名でした。

これらの初診時診断が、その後の経過によってどのように変化したのか、次の表で説明したいと思います。

## 全症例(235例)の経過後診断

経過後診断	235	初診時診断
定型分裂病(SCZ)	112	精神分裂病:71 破瓜病:26 精神衰弱:8 強迫神経症:2 非定型精神病:1 うつ病・うつ状態:3 心因反応:1
非定型精神病(ATP)	82	非定型精神病:18 変質性精神病:9 心因反応:5 産褥性精神病:3 うつ病・うつ状態:15 精神分裂病:14 緊張病:3 破瓜病:1 躁病・躁状態:5 躁うつ病:3 分裂病反応:1 ヒステリー:1 精神病質:1 急性妄想性精神病:1 神経症:2
うつ病(DEP)	14	うつ病:7 うつ状態:5 神経症:2
躁うつ病(MDI)	15	うつ病:7 うつ状態:1 躁病:6 躁うつ病:1
パラフレニー(PAR)	2	退行期パラフレニー:1 精神分裂病:1

この表は、初診時診断が、その後、どのように変わったのかを示しております。ここで用いた経過後診断という名称は、発表者の一人(林)が各症例のカルテを検討し、あるいは直接診察した上で、精神症状と経過型に基づいて行った最終診断を意味しております。

ここで我々の診断について簡単に述べておきたいと思います。我々は内因性精神病を、シュナイダーの一級症状や緊張病症状を示す分裂病性精神病と、心気・罪業・貧困などの気分に一致した妄想は認めるものの、それを超える症状は認めない感情病性精神病とに分類しております。そして、分裂病性精神病を定型分裂病と非定型精神病とに分類しました。定型分裂病は、潜行性に発症して推進性に経過し、幻覚妄想は存在するものの、単調で変化に乏しく、感情・意欲の鈍麻した慢性状態に陥り易いことが主な特徴であり、一方の非定型精神病では、急性に発症して挿間性ないし周期性の経過をとることが特徴であり、その病像は変化しやすく、躁うつ症状が前景に見られたり、活発な幻覚妄想体験をとともなう錯乱ないし夢幻様状態となったり、なんらかの意識障害が疑われることもあり、病相ごとに異なる病像を示すこともまれではありません。言うまでもなく、定型分裂病の中心は破瓜病、あるいは「精神衰弱」とされる精神症状の乏しい症例であり、一方の非定型精神

病の中心的な症例は、周期性の緊張病と考えられ、シュレーダーによる変質性精神病やカザーニンの分裂感情病、それにスカンジナビア諸国で用いられる反応性あるいは心因性精神病とは病的に重なっております。

話を元に戻しますと、初診時に統合失調症圏と診断された138症例のうち107例（78%）が、経過後診断で定型分裂病とされております。そして、初診時に急性精神病圏とされた症例でも、40例のうち38例（95%）が経過後診断で非定型精神病と診断されています。しかし、精神分裂病とされた14例、破瓜病とされた1例、そして緊張病とされた3例は、その後の経過から非定型精神病に診断が変更されています。非定型精神病との関連が深い緊張病はともかくとして、初診時に破瓜病とされた症例を含む15例の分裂病を詳しく見ますと、その後の経過は心因反応、非定型精神病、躁うつ病と病相ごとに診断が変わることが多く、最終的な判断としては非定型精神病が妥当であろうと思われました。ただ、初診時に非定型精神病とされた症例のうちの1例は、定型分裂病に診断が変更されております。この症例は体感症性分裂病と考えられるもので、全経過を見ても周期性の経過を示さないことから定型分裂病と判断されました。しかし、姉が非定型精神病であることから、遺伝的に同一の疾患と見なす可能性は十分に考えられるかと思われまます。

## 初診時に感情病圏と 診断された症例の経過

初診時診断	症例数	経過による診断
うつ病 (DEP)	27	ATP:12 <b>DEP:7</b> <b>MDI:6</b> SCZ:2
躁病 (M)	10	ATP:4 <b>MDI:5</b> <b>M:1</b>
躁うつ病 (MDI)	4	<b>MDI:1</b> ATP:3
抑うつ状態 (反応性、産褥性、 退行期を含む)	11	ATP:3 <b>DEP:5</b> <b>MDI:2</b> SCZ:1
躁状態	1	ATP:1
心気神経症など	4	<b>DEP:2</b> ATP:2
全症例	57	ATP:25 DEP:14 MDI:15 SCZ:3

最後に、感情病圏の57例を見ますと、疾患の経過に従って25例が非定型精神病に、3例が定型分裂病に診断の変更がなされています。そして、結局、うつ病あるいは躁うつ病のまま診断の変更がなされなかった症例は29例（51%）に過ぎませんでした。また、躁病・躁状態の11例のうち5例が最終的に非定型精神病とされ、5例が躁うつ病となり、経過後の診断で「単極性の躁病」と見做された症例は1例に過ぎませんでした。初診時から躁うつ病とされた例は4例ありますが、1例を除き非定型精神病へと診断が変更されています。このうちの2例は、レオンハルトの言う「カタファジー」と考えられ、気分の変動と言うより周期性緊張病に近く、非系統性分裂病とされるものであり、満田の分類では非定型精神病に含められると考えられます。なおこの2例とも痙攣発作が認められております。

これらの結果をまとめますと、統合失調症圏及び急性精神病圏の疾患で、経過後の診断において

診断が変更される例は多くはないと言えそうです。しかし、初診時に感情病圏とされた症例は35年の経過中に診断の変わらない症例はあるものの、かなりの症例で診断の変更がなされており、感情病圏の疾患の「姿形（すがたかたち）」を見極めるには、相当長期の経過観察が必要であると思われます。

ここで、「定型分裂病群」や「非定型精神病群」と、シュナイダーの一級症状や緊張病症状の認められない「純粹感情病群」の3群の間に、ある程度客観的な生物学的な指標と考えられる遺伝要因や「痙攣発作と老年性の痴呆の出現率」に差異があるかどうかを検討してみました。

## 経過後診断における統計学的差異

満田による診断	症例数	調査時年齢	罹病期間 (年)	発症年齢 (歳)	男女比
定型分裂病	114	65.2 (53-85)	43.6	21.7	79/35
非定型精神病	82	67.2 (53-85)	42.0	25.2	29/53
躁うつ病	15	70.6 (53-85)	43.5	27.1	6/9
うつ病	14	72.9 (62-82)	42.9	30.4	2/12
(純粹感情病圏)	29	71.7 (53-85)	43.2	28.7	8/21

上掲の表は、対象症例の統計学的な指標の差異を示したものです。調査時年齢は各疾患群においても85歳を超える症例はありませんでしたが、定型分裂病群の平均年齢が65歳に対し、純粹感情病群では72歳と若干差が見られます。これは、疾患ごとの発症年齢の差異が影響しているものと考えられます。

## 経過後診断による 精神障害負因の差異

満田による診断	症例数	負因(%)	一級親族負因(%)
定型分裂病	<b>112</b>	<b>42 (37.5%)</b>	<b>22 (19.6%)</b>
非定型精神病	<b>82</b>	<b>43 (52.4%)</b>	<b>32 (39.0%)</b>
躁うつ病	<b>15</b>	<b>7 (46.7%)</b>	<b>5 (33.3%)</b>
うつ病	<b>14</b>	<b>7 (50.0%)</b>	<b>6 (42.9%)</b>
(純粹感情病圏)	<b>29</b>	<b>14(48.3%)</b>	<b>11(37.9%)</b>

家族負因の調査は、親族に見られる精神病患者と自殺者をカルテの記載から調べただけのものであって、厳密な遺伝研究とは言い難いのですが、おおよその傾向を知ることは可能であると思われます。

すなわち、このスライドに示すように、純粹感情病圏の疾患では家族負因が48%と多く認められ、非定型精神病群の52%に近い値なのですが、定型分裂病群の38%との間には大きな差異が認められ、一級親族に限っても、純粹感情病圏の38%、非定型精神病群の39%と比較して、定型分裂病群は20%と明らかに家族負因は少なく、定型分裂病群と感情病圏の疾患とは、生物学的にも異なる疾患である可能性が疑われました。ただ、感情病群の症例に認められた負因には、うつ病者、自殺者の割合が多く、非定型群に認められる多様な遺伝負因とは若干異なるように思われました。

最後に示す表は、痙攣発作と老年性痴呆の出現率の差異を示したものです。痙攣発作は、非定型精神病群に多く認められました。このことは満田が非定型精神病とてんかんと関連を考えたことを裏づける一つの証拠と考えられ、非定型精神病には「とりわけ」生物学的研究が必要であることを示すものと考えられます。

## 痙攣発作と老年性痴呆の 出現率の差異

満田による診断症例数	痙攣発作	老年性痴呆(%)	(含・脳梗塞)	
定型分裂病	112	6 (5.1%)	7 (6.2%)	12 (10.7%)
非定型精神病	82	10 (12.2%)	14 (16.9%)	16 (19.5%)
躁うつ病	15	1 (6.7%)	4 (26.7%)	4 (26.7%)
うつ病	14	1 (7.1%)	4 (28.6%)	4 (28.6%)
(純粹感情病圏)	29	2 (6.9%)	8 (27.6%)	8 (27.6%)

老年性痴呆の出現率を検討したのは、古くから我々精神科医の間で「分裂病の患者さんは歳をとらない」と言われてきたことを、なんらかの形で明らかに出来ないかと考えたことによります。調査の結果、純粹感情病に老年性痴呆が多く認められました。一般人口では、65歳以上の方の10%に認知症が認められ、80歳から84歳までの方では15%に認知症が見られるとされていますが、我々の症例では約28%に老年性痴呆を認めました。しかし、定型分裂病ではその割合は6%と少なかったものの、脳梗塞後に痴呆を生じた症例を含めると約11%となり、一般人口とほぼ同じ割合となりました。非定型精神病における老年性痴呆の出現率は純粹感情病群に近く、結論として「非定型精神病群や、純粹感情病圏の疾患には老年期痴呆になり易い傾向がある、あるいは老年期痴呆になり易い症例が多い」と言ってよいのかも知れません。

この結果は、定型分裂病群と純粹感情病群とが疾患学的に異なる可能性を示しており、内因性精神病を統合失調症か感情病かに2分すると曖昧なデータしか得られないが、その中間に非定型精神病群を考えることで、定型分裂病群と純粹感情病群とは明確に区別されると言ってもよいのかも

知れません。

結論を、以下の表にまとめておきました。

## 結論

- 破瓜病を中心とする定型分裂病圏の疾患と、躁うつ病などの純粹感情病圏との間に、病像が変化しやすく、しばしば病相により異なる診断がなされる非定型精神病群が存在する。この3群間の比較をすると、非定型群と感情病群は定型分裂病群と比べて遺伝負因が多く認められ、これらは疾病学的に異なる疾患と考えられた。
- 長期の経過観察から、感情病の発症は遅く、老年性痴呆を生じる症例が少なからず認められた。一方、定型分裂病の発症年齢は若く、早期に欠陥あるいは荒廃状態に陥る症例が認められるも、老年性痴呆と判定される症例は少なかった。

ご清聴ありがとうございました。

本研究は、山本陽一郎先生およびこれまで豊郷病院に勤務された多くの先生方による病歴記載に基づくものであり、ここに深く感謝する次第です。

本稿の要旨は、第109回近畿精神神経学会（コラボしが21、2011.8.6、大津）、及び、第31回日本精神科診断学会（信州大学外来棟、2011.11.18、松本）において発表した。

# 精神医療の現在と今後を考える

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

昨年の看護研究会で、私は精神科医療の過去と現状についてのお話しをしましたが、このテーマについてはもう少し詳しい資料に基づいて再度検討する必要があると思っていました。そこで本日は、最近出版された「世界における精神医療改革」や「日本における退院促進事業の実施状況」などの著書や資料を参照しながら、「精神医療の現在と今後を考える」という演題で、もう一度精神医療の歴史を振り返ってみたいと思います。

まず、最初に前回私がお話しした内容を簡単にまとめておきます。

## 精神科医療改革の過去と現状

- 明治期以前の牧歌的精神医療
- 日本の私宅監置、西洋の巨大精神病院
- 呉秀三による「近代的」精神病院の建設の提言  
明治維新後の「西洋に追いつき追い越せ」の機運
- 欧米での公立巨大精神病院での不祥事と病床削減
- 日本での私立精神病院の増加と頻発する不祥事
- 国家財政の窮迫と福祉政策
- 精神医療改革運動「病院から地域へ」
- 欧米での医療改革運動の破綻
- 日本での精神医療改革の停滞
- 21世紀における精神医療改革の展望

わが国における精神科医療は宗教的施設に始まりますが、小俣氏によれば、それらは大きく4つに分けられます。すなわち、

1. 平安期に密教系の寺院で水を用いた治療が行なわれ（岩倉大雲寺）、病者及び家族の宿泊する茶屋が、明治期に精神病院となっております。
2. 鎌倉期以降、漢方薬や灸法による治療が浄土真宗寺院（三河：順因寺、和泉：浄見寺、安芸：専念寺）において行なわれ、精神病院に発展しました。
3. 江戸期より、日蓮宗寺院が読経と規則的な参籠による治療を行ない（下総：法華経寺）、明治に精神病院に発展する。
4. 江戸期には、漢方医による精神病専門の個人（有床）診療所が出来る。

東京大学精神科の初代教授である呉秀三は、明治以前の日本には、「個人トシテ仁恕ノ旨趣ヨリ

心カヲ傾ケテ精神病者ノ看護処置ニ尽シタ」山本・永井・武田・石丸・本多・奈良村などの医家がいたと記載しております。しかし、治療や処遇がどのようなものであったかについては、「今ヲ詳知スルコトヲ得ズ」としています。いわば、牧歌的な精神医療の時代と言ってもよいかと思います。日本が明治維新を迎え、「西洋に追いつき追い越せ」との機運が社会に溢れるようになると、精神医療も西洋医学の影響を受けて大きく変わることとなります。呉らは「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察」と題する報告書を書き、「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」（大正7年：1918年）と記載しました。この言葉は、欧米諸国に較べて、日本の精神医療の後進性を鋭く指摘した文章としてあまりにも有名ではありますが、西欧と日本の精神医療を比較しながら、次のように述べております。

「精神病者ノ措置ハ洋ノ東西ヲ問ハズ、往古ヨリ近代ニ至ルマデ冷酷ニシテ殊ニ西洋ニ於テソノ甚ダシキヲ見タリ」また、別の箇所をみますと、「我邦ニ於テハ、古クヨリ精神病ヲ以テノ疾病ト見做シタレバ、精神病者ニ対スル処置モ欧州ニ行ハレタルガ如キ残忍暴虐ナルモノ無カリシト雖モ亦、甚冷疎タルヲ免レザリキ」と記載しております。すなわち、日本では精神病は一つの疾病であると考えられていたので、西洋で行なわれたような残忍暴虐な措置は行なわれなかった、と言います。

## 西洋における魔女狩と 隔離・監禁の時代



中近世欧州での魔女狩



デュッセルドルフ癡狂院(1745年頃)

確かに、西洋では精神病者は魔女として迫害された時代があり、隔離・監禁の時代には、癡狂院に収容された精神病者は市民の見世物となり、格好の娯楽であったとも言われます。呉らは言います。「幸ニシテ我邦ノ精神病者ハ厄運ニ出会シタ事」はなかった、と。すなわち、此邦に生まれたる不幸は日本ではなく、西洋諸国の精神病者であったと言えます。ただ、日本には近代的な精神病院が無く、多くの自宅監置者を抱えていたために、呉はその調査を行ない、精神病院の建設を提言して、「この国に生まれたる二重の不幸」という表現で精神障害者の処遇の改善を主張しました。

## 私宅監置の惨状

近世の座敷牢は、世間体を気にした比較的裕福な家庭のもの



呉・ほか：私宅監置論文より

中等度以下の家庭での私宅監置は劣悪な拘禁状況であった可能性が大きい



西丸：  
精神医学教科書より

確かに、明治33年にできた精神病患者監護法では、精神病患者はその家族がこれを監護する義務を負うと規定し、私宅監置が認められていたのですが、その状況を調査した呉らが述べるように、それは劣悪な拘禁に過ぎなかったと考えられます。

呉らは、明治初期における精神病患者の処遇を3種に分けておりました。すなわち、

第一種：私宅又ハ一般病院ニ在リテ医療ヲ受クルモノ

(富裕者又ハ恒産アルモノ)

第二種：私宅監置ニ在ルモノ及ビ私宅ニ起居スルモ監置サレズ而モ医療ヲ加ヘラレザルモノ

第三種：神社仏閣ニ於テ祈祷・禁厭（きんえん：呪術）・水治方等ノ民間療法ヲ受クルモノ

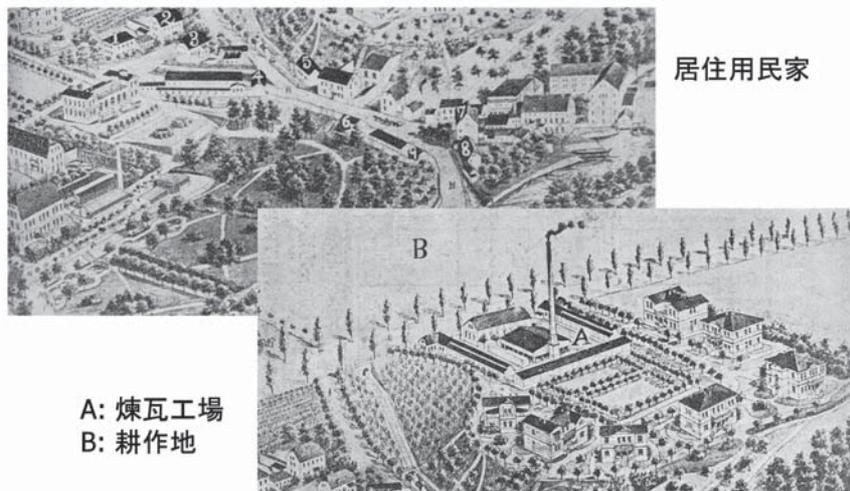
(資産中等以下ノモノ)

私は、これらに第四種として「家族よりみはなされ、放浪する者」を付け加えるべきと考えております。彼らは、何らかの事故・あるいは不審死により、保護されない限り長い生を維持することは困難であったと思われまます。

この時代、精神病患者は家族の経済状態に応じた格差が存在したように思われまます。経済状態の良い患者は、私立の病院で手厚い介護が受けられるものの、さほど裕福でない場合は、神社・仏閣での加持・祈祷や民間療法を受け、あるいは、自宅での監置または放置、最後には家族より見放されて放浪するという結果に至ったのであろうと考えられまます

私宅監置は1950年の精神衛生法施行によって禁止されましたが、私が精神科の医師になった1970年以降も、何人かの患者さんが座敷牢での介護が困難となったことにより精神病院に入院してきました。これらの患者は、世間体を気にした比較的裕福な家庭の出身でしたが、その介護の状況は劣悪としか言えず、蓬髪で、爪は伸び放題、風呂に入っていた形跡はありません。狭い空間で拘禁されていたために、関節の拘縮が生じていた者もあり、精神病院での入院治療によって改善されました。このような経過を見ると、家族は、時に他人より凶暴であり、第三者による冷静な看護が可能な精神病院での治療が必要であることを痛感致しました。

## 欧州の近代的な精神病院

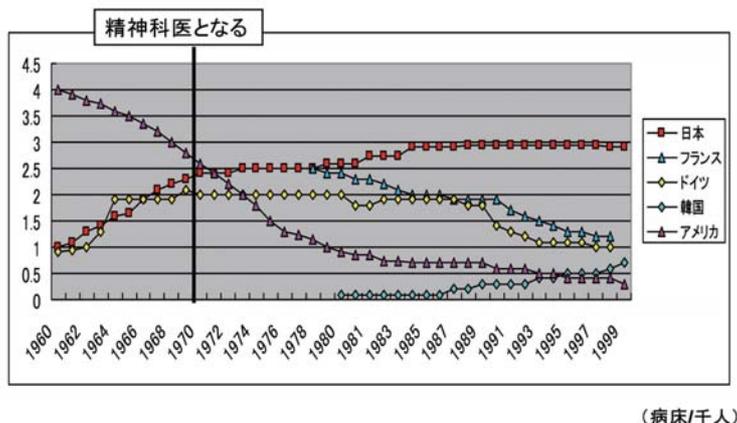


呉らは「完全ナル發展ヲ遂ゲタ精神病院ニ於ケル治療ハ自宅ニ於ケル療養ニ優ル」と確信し、私宅監置の廃止と精神病院の設立を日本政府に強く促したものでした。明治初期の頃の欧州では、近代的な精神病院で精神病患者の治療が行なわれており、欧州に留学した呉は、このような施設を見て、日本における精神医療の改革を考えたのであろうと思われます。ただ、欧州における巨大精神病院が、その後、如何なる批判にさらされ、如何なる末路を辿ることになったのか、当時の呉には思いもしなかったことであらうと思われます。

さて、呉による提言から40年、1960年代には日本の精神科病床数は急激に増加しました。しかし、一方、欧米諸国、とりわけアメリカでは病床を急激に減らしておりました。私が精神科医になった1970年には、人口一万人当たりの精神科病床数は、日本、アメリカ、ドイツがいずれも20床から25床とほぼ同数でありましたが、1980年代になると、日本の病床数は30床近くに増える一方で、アメリカの病床数は10床以下と半減し、ヨーロッパ諸国の病床は緩やかに減少しつつありました。

この時代、欧米先進諸国では精神病院の劣悪な環境が批判され、長期入院によるホスピタリズムの弊害が指摘されておりました。呉が考えた「完全ナル發展ヲ遂ゲタ精神病院ニ於ケル治療」は幻想として崩れ去り、州立の巨大精神病院が次々に閉鎖され、精神医療改革運動の結果として、地域ケアの重要性が指摘されるようになりました。日本でも、急激な精神病床の増加は劣悪な治療環境を招き、精神病院での不祥事が頻発する事態となりました。そこで、「病院から地域へ」というスローガンのもとに、若手精神科医を中心にした精神医療の改革運動が生じることとなります。

## 各国の精神病床数の推移 (OECD資料)



上の図は、OECD（経済協力開発機構）の資料に基づいた、1960年から2000年までの各国の精神病床数の推移を示しています。この図を見る限り、諸外国は精神病床を削減して、外来を中心とした地域精神医療の方向にシフトしている一方で、日本は相変わらず精神病院を中心とした入院治療に拘泥していると言えそうです。その大きな理由として、欧米諸国の精神病院がほとんど公的病院であったが、日本では経営母体の多くが民間であることが挙げられ、病床の削減は経営的に出来なかったのだとの説明がなされています。

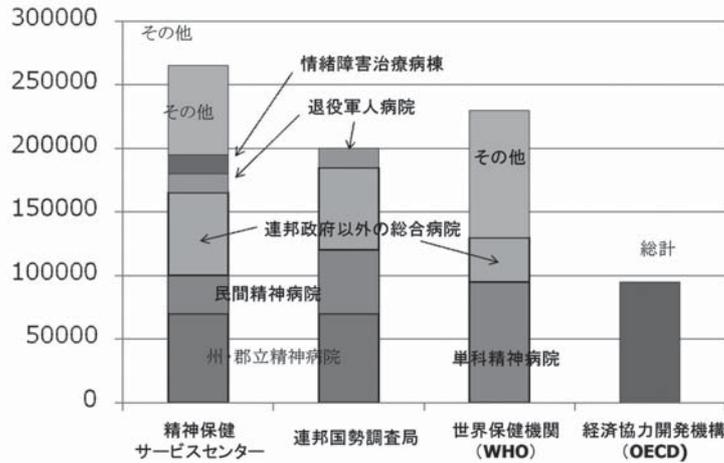
しかし、このような説明で十分納得できるものなのでしょうか。

この病床数の推移を見た時、私は精神医療の改革とは別な一面が見れるのではないかと思いました。すなわち、医療費が国家財政を圧迫した時、負担に耐えられなくなった政府から最も行きやすい福祉の切り捨てが行なわれているとも考えられます。日本では、国家が精神病床と医療費の削減を目的に、社会復帰施設としての中間施設を構想しましたが、激しい議論の末に、低医療費政策を具体化するものとして葬り去られました。皮肉な見方をすれば、欧米諸国では、経済的な困難を回避するために、反精神医学的ムードが利用されて患者の犠牲が強いられた面もあると言えるかもしれません。精神病床の削減によって、精神障害者がいかなる境遇に陥ったのかは、その後の精神医療の現実が証明しているように思われるからです。

ここで、OECD資料の国際比較について十分に注意しておかねばならないことがあります。すなわち、「精神病床」として採りあげる範囲が国際的に一致しておらず、多くの国では司法精神病床やアルコール病床をカウントしていないことが挙げられます。また、アメリカやスウェーデンの統計では民間病院を含んでおりません。一方、上の図では示していませんが、オーストラリアの統計では単科精神病院だけをカウントしており、異なる統計データを一つの図にして比較することは出来ず、OECD統計の2008年版では、「国際比較には使わないで下さい」という注意書きもつけられています。

この点で、急激な精神病床の削減が行われているアメリカの状況を他の統計で見ておきたいと思えます。

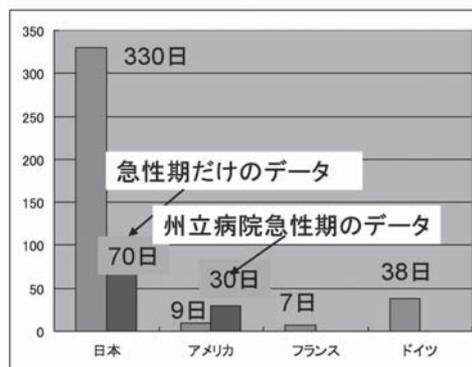
## アメリカの精神科病床数 (1997年に4種のデータがある)



上図は佐々木一氏によるものを一部変更したものです。アメリカの精神病床数を取り上げたデータは、1997年には精神保健サービスセンター、連邦国勢調査局、世界保健機関（WHO）、それにOECDの4種類あり、OECDの統計では、総合病院精神科、退役軍人病院精神科の病床を含まず、州立あるいは郡立の精神病院と民間の単科精神病院の病床のみをカウントしただけで、最も実態とかけ離れた数値であることが分かります。我々の感覚からいえば、精神科病床数はOECDのデータの倍以上あると理解してよいかと思われます。

## 精神科平均在院日数の国際比較

外国は急性期病棟のデータ: OECD調査(1996)  
日本は慢性病棟(20年以下)を含む: 厚生省調査(1996)



国際比較がなされる平均在院日数についても、同様に、誤解され易いものがあります。上図の青色の棒グラフは、教科書にもよく取り上げられているものですが、日本における在院日数が極端に長く、この点が日本の精神医療の問題点とされるものです。確かに、日本の在院日数は330日と圧倒的に長いのですが、ドイツは約40日、アメリカやフランスは10日以下であることを見れば、問題はなぜアメリカやフランスはこのように短いのか、患者にとって最適な精神医療がこれらの諸国

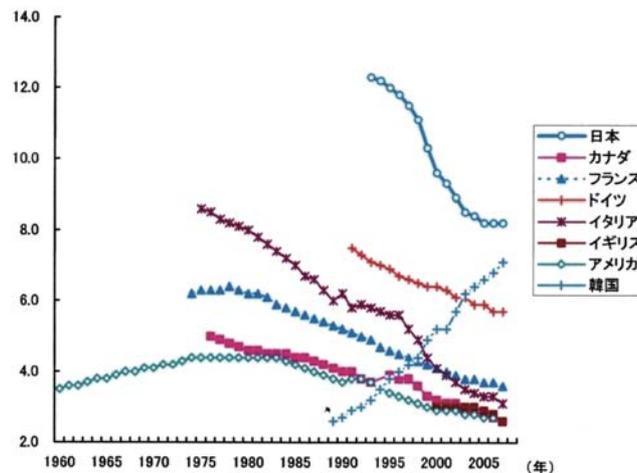
では行なわれているのかどうかもまた問題ではないかと思われます。

実はこのデータは、外国がOECD調査による急性期病棟でのデータであり、日本のデータは厚生省調査による慢性病棟を含むものであって、このような比較はほとんど意味を持たないものです。もし比較するとすれば、空色の棒グラフで示した急性期病棟のデータを比較するべきであり、そうすれば日本が70日、アメリカの州立病院は30日となり、かなり実態と近いものになります。このデータで読みとるべきは、日本の在院日数の長さとともに、アメリカの在院日数の極端な短さであり、これはアメリカの保険制度の問題点を大きく浮かび上がらせていると解釈されます。ちなみに、京大病院の精神科病棟の在院日数は65日であり、急性期の精神医療を適切に行なうとすれば、この位の日数が必要であろうと思います。

アメリカでは30日を過ぎても約15%が退院できず、彼らは中間期精神医療を行う病院に転院し、そこでの平均在院期間は110日であり、そこでも退院が困難な高齢の精神障害者は、病院とは異なるナーシングホームに収容されることになるようです。

## 病院などの急性期病床数の推移

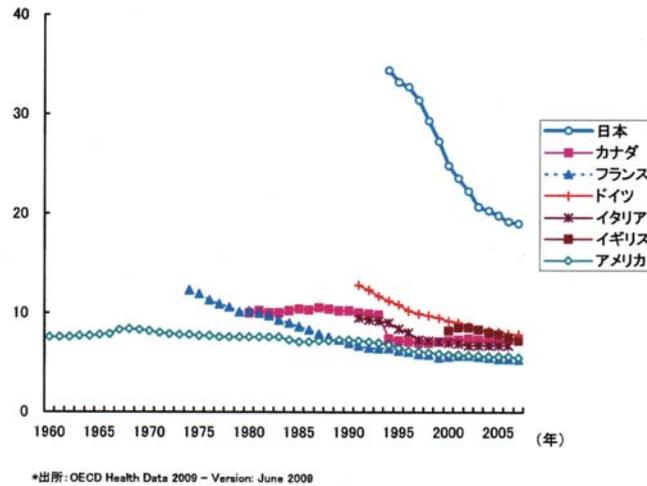
(精神科を含む全科:人口千人当たり)



ここで、精神科を含む全科病院の統計の国際比較（OECD資料）を見てみますと、先進7カ国は各国とも病床を減らしていますが、日本はなお多く、ついでドイツが多いものの、他の諸国は病床数を激減させております。ただ韓国が病床を増やし続けており、日本とほぼ同じレベルの数字に迫ってきていることが注目されます。

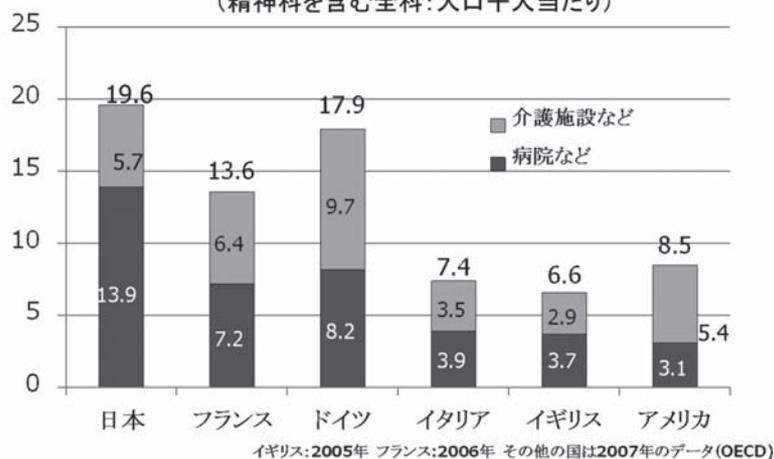
この図を見ておきますと、精神病床の増減の推移とよく似た傾向があるように思われます。ここでもまた、統計上の問題があり、「病院」のベッドを減らしてナーシングホームという施設へと患者を移動させていることを示しているように思われます。日本や韓国ではなお「病院」での治療を望み、いわゆる「施設」には移りたがらない「民族性」ということが、このデータを読む鍵なのかもしれません。

### 急性期医療における平均在院日数 (精神科を含む全科の病院)



上記の図は、同じくOECD資料の平均在院日数のデータですが、先進7カ国の中では日本だけが長期の在院となっております。ベッド数が比較的多かったドイツも、在院日数では他の欧米諸国と同じ傾向を示しており、その是非はともかくとして、病院から施設への移動がスムーズに行われていると言えるのかも知れません。

### 病院などの病床数および 介護施設などの病床定員 (精神科を含む全科:人口千人当たり)



このような統計を見ておきますと、病床数や在院日数の国際比較には、病院だけの比較だけでなく介護施設などを含む、各国の医療システム全体を考慮しなければならないと思われます。そこで、上記の図では病院などの病床数と介護施設などの病床定員のデータを挙げておきました。介護施設などとは、長期ケア病床を有する施設であり、日本では介護老人福祉施設と介護老人保健施設を含んでおります。日本では諸外国に比べて病床数が多いのですが、それは病院が介護施設などの役割

を担っているためと考えられ、日本とドイツとの差異は、病院と介護施設との病床数の比率に起因しているように思われます。

## 病床総数の日米の差は大きくない (人口千人当たり)

日本		アメリカ	
一般病床	7.1	短期入院病床	3.1
療養病床	2.7	長期入院病床	0.1
精神病床	2.8	精神入院病床	0.3
結核病床	0.1	結核療養病床	0
		ナーシングホーム	6.8
一般+療養	9.8	短期入院+ナーシングホーム	9.9
病床合計	12.8	病床合計	10.3

注：出典は医療施設調査2004(厚生労働省)、平成16年推計人口(総務省)  
アメリカ病院協会「病院統計2003年」、健康とヒューマンサービス調査1999  
アメリカの人口(外務省)より計算。

上の図は、日本とアメリカの病床数を比較したものです。人口千人当たりの病床総数は、ナーシングホームを加えると日米にさほどの差異が無いことが分かります。アメリカでは、亜急性期以後をナーシングホームが担当しており、人工呼吸器をつけた人を収容したり、終末期にも利用されているということです。ちなみにここで死を迎える人は全死亡者の19%といわれ、日本の療養病床のイメージと重なっているかと思えます。

再び、話を精神医療に戻します。

## 精神科病床と居住施設入居者数の比較

	アメリカ	カナダ (ブリティッシュ・コロンビア)	イギリス (イングランド・ウェールズ)	日本				
精神科 病床 (対万人)	州立・郡立	3.7	州立	7.6	NHS	4.9	国公立	2.1
	総合病院	2.1	総合病院	7.0	その他精神病院	4.5	公的病院	1.1
	その他	3.3			私立病院	3.2	私立病院	25.6
	私立病院	1.7	司法病棟	1.8	司法精神病棟	2.1		
	司法病棟	2.2						
括弧: OECD	合計:13.0床(4)	合計:16.4床(4)	合計:14.9床(11)	合計:28.8床(29)				
居住 施設	スキルド・ナーシング ホームなどの社会復 帰施設	ホステル、ショートス テイなどの社会復帰 施設	ホステル、グループ ホームなどの社会復 帰施設	生活訓練施設、福祉 ホームなどの社会復 帰施設				
	合計:15床	合計:11床	合計:4.7床	合計:0.6床				
合計	28.0床('97)	27.4床('97)	19.6床('93)	29.4床('97)				

(浅井邦彦氏による)

このデータは、精神科病床と居住施設入居者数とを、国際的に比較したものです。データは浅井先生から出されているものを引用させていただきました。

先ほど示したOECDのデータと数値において若干の相違がありますが、一万人に対する精神病床

数は、日本が29床、アメリカは日本の半分以下の13床となっています。ただ、アメリカでは、社会復帰施設が15床ありますので、合計28床となって日本の病床数とほぼ同じとなっています。すなわち、精神病院から退院した患者のおおくが、ナーシングホームに転院(?)していると言ったらよいのでしょうか。日本の実情に照らして考えれば、急性期病棟から療養病棟に転棟しているという比喩が正しいのかもしれませんが。

ここで、精神病床数の減少率に見る各国の精神医療の差異を見ますと、大きく3つのグループに分類されると思われます。

## 精神病床削減における各国の相違

### 1. 病床減少率の高い国

A: 1960年代に病床を急減させた国々:

(反精神病院運動が盛んで、政治活動家が主導権を取る)

イタリア、アメリカ、オーストラリア

B: 1980年代に病床を減少させた国;

(精神医療に国家の統制が強い)

フィンランド、スウェーデン、イギリス

### 2. 病床減少率の低い国

(大学中心の病院精神医学の古い伝統のある国)

オランダ、ギリシャ、ドイツ、フランス、カナダ、チェコ

### 3. 病床の減少が極めて少ない国

日本、韓国

1つは、病床を著しく減少させている諸国であり、1960年代に反精神病院運動が盛んにおこなわれ、政治活動家が主導権を取って病床を急減させたイタリア、アメリカ、オーストラリアなどの国々と、1980年代に病床を減少させたフィンランド、スウェーデン、イギリスなど精神医療に国家の統制が強かった国々が挙げられます。

2つ目のグループは、病床の減少が穏やかであるオランダ、ギリシャ、ドイツ、フランス、カナダ、チェコなどが挙げられ、これらは大学中心の病院精神医学の古い伝統のある国と言ってよいかと思えます。

3つ目に、病床の減少が極めて少ない国として、日本や韓国が挙げられます。

ここで、第1のグループのアメリカとイタリアについて触れたいと思います。

まず、アメリカのカリフォルニア州の場合、州立の巨大精神病院での長期収容の実態が次第に知られるようになり、ベアーズの著書「我が魂に会うまで」によってその実態が暴露され、1963年になりケネディー大統領による精神医療改革の方針が打ち出されました。そして、1970年後半になり、州経済の不振により州立精神病院の病床数を減らし、運営資金を治安と道路工事などにまわしたことから、退院患者の受け入れが出来ず、深刻な社会問題となりました。

そして、ホームレスが増加し、不自然死が増えたと報告されます。また、退院を余儀なくされた患者の多くが刑務所に収容されるようになり、精神病患者は病院から刑務所に施設を移動したに過ぎ

ないとも言われます。アメリカでは、刑務所が最大の精神病院であるという表現も聞かれるようになっていました。

## 脱施設化によるアメリカの現状

- 施設間転移 (Trans-institutionalism)
  - 1956: 55万6千人の州立病院入院
  - 2001: 6万6千人の州立病院入院
  - ホームレスの増加・不自然死の増加
  - 総合病院、私立病院の精神病床は増加
- 刑務所が最大の精神病院
  - 1956: 12万人の刑務所人口
  - 2000: 200万人の刑務所人口
  - 精神障害者はその15-20% (30-40万人)

イタリアでは、1971年、急進的な左翼活動家である精神科医のバザーリアが、公立サンジョバンニ精神病院（入院患者数：1182名、90%が強制入院）の院長となり、退院の促進が図られ、家族が協力的な人からアパートやグループホームへの退院が進みました。そして、1978年、「バザーリア法」の成立で精神病院の新設や新規入院が禁止され、精神病院が閉鎖されることになりました。バザーリアは「体制社会での精神科病院は政治的抑圧の手段として機能するゆえに、ナチスの強制収容所と文字通り同一である」と述べ、精神病院の解体を推し進めました。しかし、精神病院を無くしてしまったイタリアは、その後どのようになったのでしょうか。このイタリアの実験は、識者の間でも失敗していると断ずる者と成功していると賞賛する者が相半ばし、実際の状況が分かりづらいのですが、トリエステとヴェローナ地区を除けば大失敗というのが、大方の評価のように思われます。イタリアから漏れ伝えられる情報は、報告する者の政治的立場によって評価が大きく異なるのですが、精神病院の閉鎖が、必要な施設・資源・人員・財源・評価方法のないままに行われ、地域は大混乱に陥ったと言われます。また、退院させられた患者の追跡調査では12%がホームレスになり、対象者全員が消息不明という報告もあります。そして、病院の閉鎖が命令された後、病院の名称を「職員がいる居住施設」という看板に付け替え、患者を「お客さん」と呼び替えただけの収容施設が続出したと言われ、かつての病院よりもケアの質は悪化したとも伝えられます。さらに、精神病院の閉鎖の後に私立の病院が増え、経済的な格差によって治療に差異が生じているという報告を聞くと、この実験が成功しているとはとても考えられません。ちなみに、公立病院の閉鎖により、民間の精神病院が増加する傾向は、アメリカ、イギリス、オーストラリアでも認められるようです。第2のグループであるドイツやフランスなどの諸国でも、その精神医療改革には、最近しばしば影の部分の報告がみられるようになりました。

ドイツでは、民間営利会社による居住施設が多数建設され、バスも電車も無いアルプス山中の僻

地には、100人以上の慢性統合失調症患者が、鍵のかかる閉鎖施設に収容されていると言われます。このことは、脱施設化どころか、新たな隔離を生み出しただけであると言う批判もなされています。フランスやオーストラリアでは、脱施設化に対する反発が患者や家族に強くなり、「病院よりも小規模で人手の少ない居住施設に移るだけで何も変わらない」「重症患者が増えた居住施設が、新たな保安施設になるのではないか」とも危惧されています。アメリカのみならず、イギリス、オーストラリアなどでも、患者の刑務所への収容が常態化し、精神病院から刑務所への施設間移動が起こっているとされます。

このように、近年では精神医療改革の負の面が強調されるようになっていますが、精神医療にはつねに光と影があり、影の部分をどのように克服するのかを考えなければならないのだろうと思われれます。

カリフォルニア州の場合、州立精神病院の閉鎖による混乱の後、2004年に地域保健サービス法が成立し、精神保健への財源が確保されて24時間入院施設がつくられ、急性期への対応が可能となりました。そして、ナーシングホーム（日本では、療養型病院や高齢者の長期居住施設と類似するものか？）や、常時施設で24時間行動制限のある居住施設が造られ、ケア付き住宅（日本でのグループホームあるいはケアホーム？）が次々に新設されました。これらの施策は、精神障害者を社会に放置する政策が改められ、看護師主導の低価格医療施設への収容を強力に推し進めている印象がありますが、ACTプログラムによる包括型地域支援によって、再入院予防活動などの新しい試みがなされるようになっております。たとえ幻覚や妄想があっても、社会で生活が出来ることは素晴らしいことではありますが、地域での化学的拘束（デポ剤などの精神薬物による沈静）を持続させるようなものであってはならないでしょう。ACTの活動の評価は今後なお検討が必要であろうと思いますが、自助グループ活動に補助金が出され、就労促進などに役立っているとの報告もあります。しかし、アメリカ特有の自由、自己責任の国柄は、国民皆保険制度の導入を困難にし、低所得者層へのケアはなお未解決のまま残されています。このように、各国の現状を見ると、精神医療に正解を見出すことは極めて困難としか言えません。

最後に、日本の現状について考えてみたいと思います。

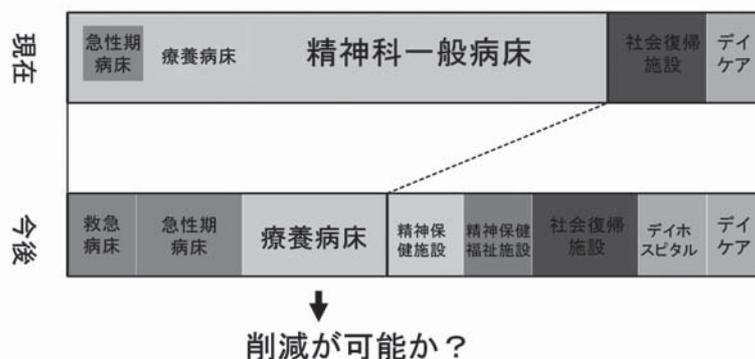
日本においては、諸外国のように急激な病床の削減や精神病院を全く無くすることはありませんでした。70年代、全世界を覆った反精神医学の熱狂の中で、我々もまた精神病院の改革運動に加わったのですが、疾病を如何に捉えるか、患者にとって必要な治療と保護とはいかなるもののかななどを冷静に、そして現実的に考え、欧米諸国のごとき性急な脱入院化を避け得たことは、日本における精神医療従事者のバランス感覚が健全であったことを示しているように思います。たしかに、精神症状の改善がはかばかしくない慢性患者が存在する限り、療養病床をなくすことは出来ません。彼らの治療を放棄して、欧米諸国のように、福祉施設での介護や保護で充分と割り切れば問題ないのですが、我々はそれが出来るのでしょうか。

## 日本では？ 精神病院における社会的入院患者

厚生省調査(1983)	退院可能・条件が整えば退院可能	30.4 %
日本精神病院協会(1989)	寛解・院内寛解	12.9 %
全国精神障害者家族連合会(1995)	社会資源の整備により退院可能な、 1年以上の入院者	39.7 %
日本精神神経学会(1999)	条件の整備で6ヶ月以内に退院可能な 2年以上の入院者	32.5 %

ただ、日本の現状をみると、社会的入院と言われる患者が多数存在することは事実であり、それらの患者の退院への努力は今後もなお必要であろうと思われま。厚生省調査(1983)では、退院可能・条件が整えば退院可能な患者が30.4%おり、日本精神病院協会(1989)の調査では、寛解・院内寛解者は12.9 %いるとされ、全国精神障害者家族連合会(1995)の調査によれば、社会資源の整備により退院可能な、1年以上の入院患者は、39.7 %であるとされています。また、日本精神神経学会(1999)の調査でも、条件の整備で6ヶ月以内に退院可能な2年以上の入院者は、32.5 %いると報告されています。このような調査結果を見ると、社会資源の整備によって退院可能な患者は、入院患者の約40 %くらいはあるであろうと思われま。

## 精神科病床と社会復帰施設の今後



上の図は、日本の精神科病床と社会復帰施設の現在と今後について、私の考えを大まかに図示したものです。療養病床がどの程度必要なのかは、社会復帰施設の量的・質的な充実度によって異なるかと思ひます。医師以外の医療従事者が、部屋の鍵をかけたり、あるいは身体を拘束することを

認める「規制緩和」が可能となれば、療養病床は激減して、社会復帰施設に大きく移行することになるのであらうと思われまゝ。しかしながら、現在、世界のトレンドにならうとしているこのような傾向は、医療の側からの発想ではなく、経済的側面を重視した施策であり、あくまでも精神科医の関与を無くするべきではないと思っております。

最後に、日本における精神医療の今後を考えてみたいと思います。

現在、政府は在宅医療・在宅介護を目標にして、入院医療から大きく舵を切らうとしております。このような流れの中で、2003年から、精神病院に入院中の社会的入院患者のうち、7万2千人を退院させようとするプロジェクトが発足しました。しかし、2009年までの6年間に退院者はわずかに2010人に過ぎなかったと報告されています。条件さえ整えば退院が可能であるとされる患者が、なお退院出来ない理由として、精神症状がなお持続していること、家族の受け入れが限界であると考えられること、患者あるいは家族が退院についてなお不安や躊躇を示すこと、単身での生活を保障する社会復帰施設が不十分であることなどが挙げられています。

確かに、7万2千人を退院させようとするれば、新たに7万2千人が居住する施設を整備しなければなりません。現在、療養病棟に暮らす多くの患者は、以前のように劣悪な環境で不自由な生活を強いられた患者さんではありません。狭いアパートでの一人暮らしや施設での共同生活ではなく、家族と一緒に生活を望む者もいますが、高齢の両親はすでに患者を受け入れる能力を無くしていることが多く、血のつながりはあっても兄弟は、患者を喜んで受け入れられる状況にあるとは限りません。最も安易に退院を促進させようとするれば、医師を解雇して職員を削減し、病院を福祉施設に改称することであらうと思われまゝ。

現在、世界的な緊縮財政の時代に入り、福祉の回せる財源が無いとすれば、病院から地域へというスローガンは、病院から施設へという方向を取らざるを得ないのであらうでしょう。現在世界で起こっている脱入院による状態は、まさにこのようなものであらうと考えられるまゝ。経済的に比較的余裕のあつた日本でも、福祉に回せる予算は乏しくなり消費増税が議論されていますが、財源がなければ日本もまた諸外国と同様な施策を取る以外に選択はなくなるであらうでしょう。そうすれば、呉秀三の生きた時代のように、「家族よりみはなされ、放浪する者」が増え、「自宅監置」が再び復活するかも知れません。そのような事態を防ぐには、予算的な処置を万全にしたうえで、政策の実行がなされなくてはならないであらうでしょう。

ただ、日本において考えておかなばならないのは、日本が確実に迎えるのは超高齢化社会であり、そこでは老年期の精神障害に如何に対応すべきかの重い課題に直面すると思われまゝ。慢性の内因性精神病の患者が、次第に病院から施設に移行するにしても、多くの合併症を抱えた老年期の精神病患者は内科病棟での介護は困難となり、確実に精神科病棟での治療を必要とするであらうと考えられるまゝ。現在、精神科病棟の空床率が徐々に増えていると言われますが、そこを埋めるのは合併症を抱えた老人性疾患であり、精神科医が身体疾患を見ないでよい幸福な時代は、間もなく終わるのではなからうかと思われまゝ。

精神医療において、世界にスタンダードとなるモデルは存在しません。我々は、日本が率先して受け入れざるを得ない超高齢化社会を視野に入れ、日本にふさわしい精神医療体制を作り上げてい

く必要があると思います。

ここで本日の講演の内容をまとめておきたいと思います。

## 総括

- 明治期に私宅監置の現状を告発し、近代的な精神病院の設立を提唱した呉秀三の意図は正しい。しかし、精神病院が精神病患者の治療と保護の役割を果たし得なくなった時、精神医療の改革が必須となった。
- 精神病床数や在院日数のデータの国際比較は、比較すべき対象の内容を正しく評価した上で検討する必要がある。
- 精神医療の改革は、精神病患者の人権を尊重し、処遇の改善をはかることが目的であったが、福祉予算の負担に耐えられなくなった国家ほど劇的な処置が取られているという傾向がある。財政的な裏付けのない改革は破綻し、それにより被害を蒙るのは精神病患者である。
- 世界にはスタンダードとなるモデルは存在しない。超高齢社会となる日本の現状にふさわしい精神医療体制を創りだしていかなければならない

ご清聴、有難う御座いました。

## 参考文献

- 1) 佐々木一：精神科医療の国際比較. 松原三郎、佐々木一（編）：世界における精神医療改革. 専門医のための精神科臨床リュミエール22、pp2 - 21、東京、中山書店、2010
- 2) 本間玲子：アメリカ・カリフォルニア州における地域精神医療. 松原三郎、佐々木一（編）：世界における精神医療改革. 専門医のための精神科臨床リュミエール22、pp80 - 93、東京、中山書店、2010
- 3) 清野 絵、水野雅文、安西信夫：イタリアにおける精神科医療改革. 松原三郎、佐々木一（編）：世界における精神医療改革. 専門医のための精神科臨床リュミエール22、pp105 - 117、東京、中山書店、2010
- 4) 前田由美子：医療関連データの国際比較. 日医総研リサーチエッセイ No.55、2009
- 5) 白石弘己、小川憲司：退院促進事業の実施状況からみた地域生活支援と医療・福祉連携. 精神医学 54：169-177、2012

（本稿は、豊郷病院看護研究会（2012.2.22、豊郷）において発表されたものである）

# 非定型精神病と内因性

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

## 1. はじめに

40年ほど前のことである。当時、駆け出しの医者であった私は、先輩医師達が同じような症状を有する症例であるにもかかわらず、異なった診断を下すことに戸惑ったものである。たとえば、急性に幻覚妄想状態となったり、あるいは昏迷や興奮をきたす症例を「非定型」と診断する医師がいる一方で、「リアクチオン」と言う医師もいた。私はこの「反応」という用語に多少の胡散臭さ、あるいは違和感を感じたものの、それぞれの精神科医の見方によっては、このような解釈も可能なのであろうと考え、理屈はともかくとして、臨床的に「非定型」と「リアクチオン」はほとんど同じであると理解していた。

## 2. 外因と内因、そして心因

当時、精神医学的診断に重きを置かない反精神医学の立場を堅持する者を除いて、臨床精神科医は伝統的な精神医学に則り、病気の原因を想定した診断を行い、精神病を内因性、外因性、心因性に分類していた。当然のことながら、「内因性」精神病は、外的要因なく発症するものの、遺伝要因などの関与が疑われ、生物学的研究の進展により身体的基盤の解明が期待されていたものである。そこで、内因性精神病とされた3大疾患、すなわち、統合失調症と躁うつ病、それにてんかんは、病因が解明されれば「内因性」とは見なされなくなる、あくまでも暫定的なものと考えられている。事実、てんかん性疾患は脳波の出現によって内因性から外因性に分類されるようになった。そもそも非定型精神病は、満田が臨床遺伝学的な研究によって、統合失調症を定型分裂病と非定型精神病とに細分類して以来、遺伝負因の多さ、なんらかの意識障害や家族内精神病におけるてんかんとの関係、精神的反応を起こし易い自律神経の不安定性から、もっとも身体的な基盤が解明される可能性の高いものとされてきた。我々も、長期にわたり非定型精神病あるいは躁うつ病と診断されていた症例のなかに、稀ではあるがけいれん発作を生じたり、なんらかの意識障害が疑われたりする症例を丹念に検索し、これまでに特発性副甲状腺機能低下症、ハンチントン舞踏病やウィルソン病、さらにはクラインフェルター病などを見出してきた。しかし、これらの症例は症状の類似にもかかわらず、通常の内因性精神病とは微妙に異なると感じる臨床的直観が働くものであり、ほとんどの内因性精神病の症例にはこのような特異的所見を見出すことは出来ず、その身体的基盤の解明はいまだに進んでいない。非定型精神病をはじめとする内因性疾患の研究は、その後の満田門下によるさまざまな研究にもかかわらず、いまだに十分な成果が得られているとは言い難い。

我々のように、生物学的方法によって内因性精神病を捉えようとする動きがある一方で、心因に

よる精神病の発症を考え（心因性精神病あるいは反応性精神病）たり、家庭や職場環境、あるいは社会状況によるストレスによって精神病が発症すると考える研究者もいる。しかし、なんらかの心的なストレスを契機に発症する精神病は、定型分裂病とは異なり、我々の言う非定型精神病が多いようである。我々の調査でも、非定型精神病の発症には、契機と見なし得る要因を容易に見出すことが出来る。スカンジナビアの精神科医が好んで使用していた心因性精神病は、我々が考える非定型精神病と臨床的に重なる部分が多い。本稿の文頭に述べた「リアクション」は、このような意味合いで使用されていたのであろう。我々は心因のみで精神病が発症するとは考えず、その基盤には反応しやすい素因あるいは脆弱性が存在すると考え、心因性精神病と言う用語を使用しないが、それぞれの医師の拠って立つ位置の相違によっては、「心因性」という言葉が使用されることも珍しくはなかったのである。

## 2. DSM-IIIの登場とその影響

このように、身体的基盤が明らかな外因性精神病はともかくとして、臨床診断を病因によって行うことは難しく、「内因性」や「心因性」概念の曖昧さが臨床の現場で相当な混乱を引き起こしてきたのは確かである。私は精神病院での勤務を続けるかたわら、大阪医科大学に通い、非定型精神病を中心とした満田流の診断に親しむようになったが、間もなく、満田先生から「最近アメリカでは、シュナイダーの一級症状についての論文が多くなり、診断を見直そうとする動きが出てきている。一級症状は分裂病に特異的なものではなく、むしろ非定型精神病に多いものであり、われわれの立場からの反論を準備する必要がある」と言われ、カーペンターの論文など<sup>1)</sup>を手渡された。すでに満田は、病態発生 (Pathogenesis) や病因 (Etiology) を抜きにした疾患分類の登場を危惧し、精神医学的診断と分類に関するWHOセミナー (1971) で、満田なら非定型精神病と診断するであろうと思われた症例に、あえて間脳症 (Diencephalosis) との診断を下し、たとえ仮説であるにしても、病因・病態による診断の重要性を主張していた<sup>2)</sup>。そこで、私も少しずつ資料を集めてはいたが、時代は我々の予想を超えたスピードで変動し、その後まもなく発表されたDSM-III (1980) は瞬く間に全世界を席卷し、非定型精神病の概念をはじめ、いわゆる伝統的な精神医学のほとんどが駆逐されてしまったのである。

我々は、DSM-IIIの登場時から、DSMの分類が精神症状による類型学的分類 (Typology) であって、疾病学的診断 (Nosology) ではないことを指摘し、あくまでも疾患学の中での病因的分類を追求すべきであると主張してきた。そして、そのためには、意識障害やプレコックス感などの、客観的には評価しがたいが重要な症状を等閑にするべきではなく、詳細な症状把握と長期の経過研究が重要であることを主張した。すなわち、疾患の本質を検討することなく、診断の一致、すなわち、信頼性を重視するDSMの姿勢を批判してきたのである。

私はDSM-IIIが登場した時、たかだか5年程度の流行りものであるだろうと思っていた。そして、ここまで長期に、日本の精神医学に大きな影響を与えるとは思ってもいなかったが、今日、時代は明らかにDSMの反省期に入っている。考えれば、精神医学の長い歴史に較べれば、操作的診断の流行はいまだに30年に過ぎない。我々は、精神医学の歴史から多くを学び、自らの立場を確立して、

時代の流れに左右されないようにするべきであろう。近年では、DSMの作成にかかわった米国の著名な精神科医でさえも、彼らが意図しなかったDSMの影の部分指摘している3)。すなわち、彼女によれば、アメリカでは、DSMによって精神症状の把握がなおざりとなり、チェックリストなどの使用で精神科臨床が浅薄になったと言う。さらには、信頼性を得るため妥当性を犠牲にしたことにより、DSMは研究にも有用であるとは言えないとも言っている。このような事態はすでに我々が予想し、これまでも折に触れ批判してきたことである。

### 3. 我々による非定型精神病の研究

この40年間、我々は「幻覚や妄想、あるいは奇異な行動異常」を示しながら、「身体的な基盤が明らかではない」とされる「内因性」分裂病性精神病の研究を行ってきた。そして、発症年齢と性差、遺伝と誘因、症状と経過についての統計的な研究をはじめ、CT、SPECT、MRIなどの画像研究、さらには事象関連電位や探索眼球運動行動などの精神生理学的研究を行ない、分裂病性精神病、いわゆる統合失調症とされる症例は、少なくとも定型分裂病群と非定型精神病群の2つのグループに分けられることを示した。そして、それぞれのグループがさらに生物学的所見などによって細分される可能性を指摘してきた<sup>4)</sup>。

## 非定型精神病の各亜型と定型分裂病との比較

	F23.0 (ICD-10) N=30	F23.1 (ICD-10) N=54	F23.2 (ICD-10) N=25	F25 (ICD-10) N=29	急性精神病 遷延型 N=45	定型分裂病 N=140
性差 (男性%)	33.3%	29.6% ↓	32.0%	34.5%	35.6%	45.7%
初発時の誘因	73.3% ↑↑	51.9% ↑↑	76.0% ↑↑	55.2% ↑↑	24.4% ↑↑	9.3%
家族負因 (一級親族)						
精神科的障害	17.4%	51.1% ↑↑	16.7%	34.6%	32.4%	24.6%
精神病障害	8.7%	25.5% ↑	11.1%	15.4%	18.9%	12.3%
感情障害	8.7%	6.4%	0.0%	11.5%	2.7%	2.5%
一級症状	3.3% ↓↓	98.1% ↑	100% ↑	96.6%	95.6%	83.6%
躁症状	40.0% ↑↑	16.7% ↑	4.0%	72.4% ↑↑	22.2% ↑↑	2.1%
抑うつ症状	43.3% ↑↑	25.9% ↑	12.0%	75.9% ↑↑	33.3% ↑↑	10.7%

χ<sup>2</sup>検定 ↑↑P<0.01, ↑ P<0.05 (分裂病との比較)

表 1

非定型精神病を細分した時、それぞれの病型はどのような特徴を示すのであろうか。ここに紹介するのは、とりあえずICD-10によって分類した急性精神病の各亜型と定型分裂病との性差、誘因、家族負因、そして精神症状を比較した我々の研究である (表1)。なお、ここで急性精神病遷延型と呼称されている症例は、ICD-10では精神病症状が3ヶ月、あるいは分裂病症状が1ヶ月持続して

分裂病とされたものの、周期性の経過を示すために定型の分裂病とは異なるとされたものである。本研究では、遷延型を含む5つの急性精神病群が非定型精神病と見なされている。一方の定型分裂病は、破瓜型や妄想型の統合失調症が中心となっているが、破瓜型にも緊張型にも類別し難い、いわゆる「破瓜-緊張」型の症例も含まれている向にあり、定型分裂病を細分する研究には利用し難いものである。当然ながら、このような研究では非定型群と定型分裂病群との類別に困難を来す症例もあるが、その数は多くはなかった。

我々の研究によると、一般的に非定型精神病は女性に多く、誘因がしばしば認められ、一級親族には負因が多かったと言える。しかし、一級症状の出現頻度は非定型精神病と定型分裂病との間に有意の差異は無く、定型の分裂病に特異的な症状とは言えなかった。ここで、非定型精神病的各亜型を検討すると、「分裂病症状を伴わない急性多形性精神病 (F23.0)」は、誘因がきわめて多く認められる一方で、家族負因は少なかった。この傾向は、「急性分裂病様精神病 (F23.2)」と類似しており、これらの病型は、環境の影響を受けて発症しやすく、従来から一般に心因反応あるいは反応性精神病と呼ばれている一群なのかもしれない。一方で、「分裂病症状を伴う急性多形性精神病 (F23.1)」は、フランスでの急性錯乱 (bouffées délirantes) やレオンハルトの類循環性精神病 (Zykloide Psychosen) などの概念に近いものであり、負因が極めて多い一方で、誘因は比較的少なく、これらは非定型精神病の中核群と言ってよいのではないかと思われる。

#### 4. 非定型精神病の長期経過研究

精神病の経過を長期に観察してみると、うつ状態から始まって時々躁状態に陥り、その後幻覚妄想状態となるが、次第に意欲・自発性が乏しくなる、そして年齢を重ねるにつれ、いわゆる「認知症」となる症例が少なくない。一方で、思春期・青年期に幻覚妄想状態で発症したまま、症状には大きな変化を示さずに経過し、「認知症」とはなり難い症例もみられる。最近、我々はこのような長期経過の差異から疾患の本質を捉えようと、40年以上の罹病期間を有する症例の経過と家族負因の調査を行なっている。

#### 初診時病名 (全102例)

<u>統合失調症圏</u>	65	<u>急性精神病圏</u>	19
精神分裂病	46	非定型精神病	14
破瓜病	15	変質性精神病	1
精神衰弱	2	産褥精神病	1
神経衰弱	1	心因反応	3
強迫神経症	1		
		<u>感情病圏</u>	18
		うつ病	12
		躁病	5
		神経症	1

表2

研究の対象とした症例は、現在私が勤務する豊郷病院に入院あるいは外来通院中の102症例であり、初診時の診断名は主治医によるカルテ記載をそのまま採用した。経過中、多くの医師が治療に関与し診断名の変更がなされている症例も少なくないが、最終的な判断は私が行った。平均発症年齢は22歳で、平均罹病期間は46年であった。

初診時に「いわゆる」統合失調症圏と診断された症例は65例あり、主として精神分裂病、あるいは破瓜病とされていた。また、初診時に急性精神病圏とされる症例は19例で、そのうち非定型精神病とされた症例は14例であった。感情病圏では、初診時にうつ病とされた症例が12例、躁病が5例などあり、総数は18名であった（表2）。

これらの初診時診断が、その後の経過によってどのように変わったかを調べてみたが、初診時に統合失調症圏とされた65名の経過は、ほとんどの症例において診断の変更は無かった。しかし、6例が非定型精神病や分裂感情病、あるいは躁うつ病へと診断の変更がなされている。これらの症例は、3-4ヶ月の周期で興奮と制止を繰り返したり、緊張病症状の出現や、躁病としても「なんらかの意識の障害」を疑いうる錯乱躁病の病相を呈しており、経過から判断すると、これらは定型の分裂病とも、また純粋な躁うつ病とも言えず、いずれも非定型精神病と考えたほうが妥当な症例であった。なお、これらの症例のうちの3例に、痙攣発作が認められた（表3）。以下に掲げる表3・表5では、我々が最終的に非定型精神病と考えた症例をイタリックで表示している。

### 初診時の統合失調症圏 65名は、その後病名に変更があっただろうか

- 精神分裂病(46) → 分裂病(40)  
*非定型精神病(4)*  
*分裂感情病(1)*  
*躁うつ病/非定型/分裂感情病(1)*
- 破瓜病(15) → 分裂病(15)
- 精神衰弱(2) → 分裂病(2)
- 神経衰弱(1) → 分裂病(1)
- 強迫神経症(1) → 分裂病(1)

表3

急性精神病圏の症例では、初診時に付けられた非定型精神病が、そのまま変更なく経過した症例は2例に過ぎなかった。しかし、3例が躁うつ病などの感情病圏の診断に変更され、また2例は最終的に元の非定型精神病に診断が戻されていた。そこで、これらの症例は、分裂病症状や感情病症状の強弱の程度によって診断が揺れるものの、同一のグループに属すると考えられ、「症状の変わり易いこと」がこのグループの特徴であると思われる。また、初診時の非定型精神病が、その後分裂病へと変更された症例が7例見られたが、そのうちの6例は、周期性に精神病相を繰り返した後、急速に人格水準

の解体をきたしたものであり、我々が「非定型崩れ」と呼称してきた病像に一致し、一般には欠陥分裂病と見なされている症例であった。しかし、これらの症例は、レオンハルトが「非系統性分裂病」と呼び、類循環精神病の悪性の親戚と呼んだように、定型の分裂病とは明らかに異なる疾患であり、疾病学的には非定型精神病と捉えるべきものであらうと思われる。しかしながら、初診時に非定型精神病とされたものの、その後分裂病へと診断の変更がなされた症例のうちの1例は、全経過をみても周期性の経過を示さず、慢性持続性の身体幻覚を有することから、妄想型の分裂病と考えた。さらに、心因反応から分裂病に診断が変更された症例のうちの1例も、その後の経過から、無為・自閉・好褥を主症状とする破瓜型分裂病と考えるのが適当と考えられる。変質精神病、産褥精神病および心因反応の2例は、最終的に非定型精神病とされたように、非定型精神病的枠内での変更と考えられる。結局、初診時に急性精神病圏の診断がなされた19名は、長期の経過を見ても、2例の分裂病を除いて、ほとんどの症例が非定型精神病と診断してよいただらうと考えられた(表4)。

### 初診時の急性精神病圏 19名の その後の病名の変遷

- 非定型(14) → 非定型(2)、分裂感情/非定型(1)  
心因反応/躁うつ/非定型(1)  
躁うつ(1)、うつ(1)、躁(1)  
分裂病(6)、分裂病(1)
- 変質精神病(1) → 非定型(1)
- 産褥精神病(1) → 心因反応/非定型(1)
- 心因反応(3) → うつ/産褥精神病/躁/非定型(1)  
躁/非定型(1)、分裂病(1)

表4

最後に、初診時に感情病圏と診断された18名の中で、その後も感情病圏の疾病とされたのは、うつ病で発症した2例、躁病の2例、そして初診時に神経症とされていた1例に過ぎなかった。その他の症例は、非定型精神病あるいは分裂病へと診断の変更がなされている。これらの症例は、病初には抑うつ気分や自殺念慮からうつ病が疑われたが、次第に分裂病症状が認められ、周期性の経過を示すようになっていく。このことから、これらを定型の分裂病とは考えがたく、非定型精神病、あるいはレオンハルトが記載する「類循環精神病」や「非系統性分裂病」と考えてよいと思われる<sup>5)</sup>。ただ、分裂病とされた症例のうちの1例は、自殺企図の後に周期性の経過を示さず、慢性持続性の幻覚妄想状態を示すことから、定型の分裂病とするのが妥当であらうと考えられた(表5)。

長期観察の結果を踏まえて診断を再検討し、定型分裂病群(62例)、非定型精神病群(35例)、および感情病群(5例)の3群に分類した後、ある程度客観的な生物学的指標として遺伝負因を調査した。家族負因の調査は、親族に見られる精神病者と自殺者をカルテの記載から調べただけのものであって、厳密な遺伝研究とは言い難いが、おおよその傾向を知ることは出来る。結果は非定型精神病群に見ら

れる家族負因が57%と高く、定型分裂病群の26%との間に大きな差異が認められ、一級親族に限ると、非定型精神病群の51%に対し定型分裂病群は13%と明らかに少ない家族負因を認め、両疾患群が生物学的にも異なる疾患である可能性が疑われた。ただ、感情病群の家族負因は40%と比較的多いように思われるが、症例数が少ないことからさらなる調査・検討が必要であろうと思われる。なお、感情病群の症例に認められた負因は、自殺者2名とうつ病者1名であり、非定型群に認められる多様な遺伝負因とは若干異なる。

### 初診時感情病圏18名の その後の病名の変化

- うつ病(12) → うつ病(2)  
躁うつ/非定型/分裂感情病/分裂病(1)  
非定型/躁うつ/分裂感情病(1)  
非定型/更年期被害妄想(1)、非定型(1)  
破瓜病?(1)、分裂病(4)、分裂病(1)
- 躁病(5) → 躁うつ病(2)、非定型(2)  
心因反応/分裂病(1)
- 神経症(1) → うつ病(1)

表5

なお、ここにはレオンハルトの分類による家族負因の差異を併記している(表6)。満田の非定型精神病は、レオンハルトの類循環精神病と非系統性分裂病にほぼ相応すると考えられるものの若干の相違があり、満田の定型分裂病のうちの3例が、レオンハルトの非系統性分裂病に分類された。しかし、その結果に大きな相違はなく、類循環精神病と非系統性分裂病とに高い遺伝負因を認め、系統性分裂病との間には明らかな相違が認められている。この結果は、レオンハルト学派による双生児研究の結果6)とも極めて類似したものとなっており、今後の生物学的研究を進めるための興味深い結果であろうと思われる。

### 満田およびレオンハルトの診断による 精神病負因の差異

満田による診断	症例数	負因(%)	一級親族(%)
定型分裂病	62	16(26%)	8(13%)
非定型精神病	35	20*(57%)	18**(51%)
うつ病/躁うつ病	5	2(40%)	2(40%)

レオンハルトの診断	症例数	負因(%)	一級親族(%)
系統性分裂病	59	14(24%)	7(12%)
非系統性分裂病	13	8*(54%)	5*(38%)
類循環性精神病	25	15**(60%)	14**(56%)
うつ病/躁うつ病	5	2(40%)	2(40%)

$\chi^2$ 検定 \*\*P<0.01 \*P<0.05(定型との比較)

表6

## 6. おわりに

言うまでもなく、非定型精神病はいまだに病因・病態が不明の「内因性」精神病の一群である。しかしながら、定型分裂病群とは異なり、遺伝負因の多さなどから、身体的な基盤がもっとも解明される可能性の高いものと考えられている。我々は、これまでも臨床症状や長期経過研究を行ない、さらに近年目覚ましい発展を示す生物学的研究手法を用いて、分裂病性精神病が均質な疾患ではないこと、さらに非定型精神病もまたさまざまな疾患から構成されている可能性を示唆してきた。今後の内因性精神病の研究では、我々が指摘してきたように、より純粋で均質な疾患群への細分なくして十分な成果を得ることは無いであろう。

## 参考文献

1. Carpenter WT Jr, Strauss JS, Muleh S: Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? An empiric investigation of Schneider's first-rank symptoms. Arch Gen Psychiatry 28: 847-852 1973
2. Mitsuda H: Some note on the nosological classification of the endogenous psychoses, with special reference to the so-called atypical psychoses. In Mitsuda H and Fukuda T (Eds): Biological mechanisms of schizophrenia and schizophrenia-like psychoses. Igaku-Shoin, Tokyo, pp 1-9, 1974
3. Andreasen NC: DSM and the death of phenomenology in America; An example of unintended consequences. Schizophr Bull 33: 108-112, 2007
4. 林 拓二 (編) : 非定型精神病—内因性精神病の分類と診断を考える、新興医学出版社、東京、2008
5. Leonhard K: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology (福田哲雄・岩波明・林拓二監訳: 内因性精神病の分類)、医学書院、東京、2002
6. Franzek E & Beckmann H: Die genetische Heterogenität der Schizophrenie. Nervenarzt 67: 583-594, 1996

(本稿は、臨床精神医学、40: 1043-1049, 2011に発表されたものである)



大雪山のウコンウツギ

# 統合失調症患者の責任能力

## Criminal responsibility of schizophrenic patients

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

### 要約

近年の精神医療の進展で、開放化やコミュニティ・ケアなどの社会復帰活動が促進され、慢性の統合失調症者が社会で生活することも多くなったことから、統合失調症であれば責任無能力としてその刑が免ぜられるとは限らず、障害者に対して相応の権利と責任が求められるようになった。さらに、近年の操作的診断では「精神の障害」の概念が曖昧となったことから、責任能力の判断において生物学的要素としての「疾病性」が軽視され、心理学的要素としての「弁識能力」や「制御能力」などの比重を重視しようとする傾向が窺われる。しかしながら、我々精神科医は、精神鑑定における精神医学的診断の重要性を認識し、この「疾病性」こそが、責任能力判断の原点であること銘記しておかねばならない。

### Key Words

刑法39条、精神鑑定、責任能力、統合失調症、人格障害

### 1. 統合失調症か人格障害か

40年ほど昔のことである。私が精神科の医師になったばかりの時、「わしはキチガイやから、人を殺しても罪にならんや」とうそぶいていた入院患者がいた。事実、それまでにも、精神病院内で殺人あるいは傷害致死に問われるべき事件を起こすたびに、別の精神病院に転院し、さらに公立の精神病院でも処遇困難とされ、私の勤める病院に転院してきた患者であった。この患者とはその後数年間付き合うこととなったが、些細な事柄から看護職員や同室患者とのトラブルが再三みられたものの、幻覚・妄想は認められず、いわゆる「パーテン（精神病質＝人格障害）」ではあるものの、「シゾ（統合失調症）」とは考えられなかった。そこで、繰り返し退院を勧めていたが、社会生活での不安を訴えて退院を拒否する。そして、「あんたたち精神科医は、精神障害者として差別し、強制入院・転院を繰り返したうえで、今度はわしを追い出そうとするのか」と怒る。社会復帰への最大限の協力を約束しながら、私は「あなたは精神病ではないから、もし病院内で事件を起こせば警察に通報する」と何度も忠告していた。しかし、退院が具体化しそうになった時、彼は同室の患者に暴行し、死亡させてしまった。この残念な結果により、我々医療側としても、患者を司法による処遇へと移さざるを得なかった。彼としては、これまでと同様に殺人の罪を免れ、退院することなく入院継続が可能であると考えていたのかもしれない。

私はこの患者と出会うことにより、精神医療の現実に触れ、多くのことを学び、考えさせられた。

駆け出しの医者だったこともあり、精神科医を続ける自信をなくした時期もあったが、このことが、医療と司法の谷間にある困難な問題に関心を持つきっかけになったのも確かである。

患者に「精神障害者は人を殺しても罪に問われない」と思わせたのは、現実には「人を殺しても罪に問われなかった」からであり、言うまでもなく、司法が処理すべきものを医療の枠内で解決しようとした当時の精神病院の体質に問題があったのであろうが、今日でも、大阪池田小学校事件の犯人のように、精神病患者を装って精神病院への逃げ込みを図ろうと考える者が少なからずいるようで、新聞報道などを見ていると腹立たしく思うことも稀ではない。われわれ精神科医から見れば、免責されるべきは精神病患者であって精神障害者一般ではない。

## 2. 刑法39条

周知のごとく、精神病患者による犯罪が減刑・免責されるのは、古今東西を問わず人類に共通するものであり、わが国最古の法令とされる大宝律令にも知的障害者や精神病患者に対しては、刑を軽減するなどの規定があったとされる<sup>1)</sup>。これは、廢疾・癲狂者の犯した罪に罰を科すのはあまりに酷であろうとする「人情」を反映した規定と考えられるが、明治元年の仮刑律では「狂疾によって人を殺傷するもの」に対する同様な規定があり、社会的弱者を憐れむ儒教的思想に基づいているとされる<sup>2)</sup>。その後、わが国では明治13年に旧刑法が施行されたが、これはヨーロッパにおける近代的な市民社会の成立に伴って成立したフランスの刑法をモデルにしたとされ、「罪を犯す時、知覚精神の喪失によって是非を弁別せざるものは、その罪を論ぜず」と規定しており、精神病患者の免責は「責任なければ刑罰なし」という法理（責任主義）に基づいている。すなわち、行為の善悪を認識し（弁識能力）、その判断に従って自己の行為を制御する能力（制御能力）がない者にその責任を問うことが出来ず、したがって罰則を科すことは出来ないとされたのである。明治40年に成立した現行刑法では、その第39条に「心神喪失者の行為は、これを罰せず」、「心神耗弱者の行為はその刑を減弱す」と規定され、心神喪失・心神耗弱の具体的な内容については、昭和6年の大審院判決によって、心神喪失とは「精神の障害により事物の理非善悪を弁識する」ことが出来ない状態であり、心神耗弱とは「精神の障害がまだこのような能力を欠如する程度には達していない」が、その能力の「著しく減退した状態」であるとされている。これは、精神病であっても、必ずしも免責されるとは限らず、その程度によっては減刑されるにすぎないことを示している。すなわち、精神鑑定によって精神の障害の有無やその程度が確認され、被疑者の弁識能力や制御能力が検討されたうえで、司法によって免責か有責かの判断が最終的に下されるのである。

近年、精神病患者の免責批判し、法律家のなかでも、精神障害者を精神障害のゆえに健常者より有利に扱うことはまず平等原則に反し、次に精神障害者への差別や偏見を助長するのではないかと考える者もいる。一方で、精神障害者もまた、心神喪失による不起訴処分、心神耗弱による起訴猶予によって、自分たちは裁判を受ける正当な権利を奪われているとしてこの条文の廃止を要求する者もいる。しかしながら、われわれ臨床精神科医の立場からすれば、精神病患者の免責を規定する条文の規定は自明なことであり、多くの批判を浴びるとすれば、その運用で解決を図るべきであろうと考えている。

### 3. 統合失調症者の責任能力

最近、私が経験した例であるが、自宅への放火あるいは失火によって警察に保護された患者がいる。この患者を見た警官は彼を逮捕することなく、すなわち事件とはせずに直ちに病院に連行したのである。家族はもちろん、近隣住民もまたそのような処置を了承したのは、彼の話す内容が全く理解できず（精神医学的には統合失調症、カタファジー）、彼が誰の目にも明らかに「狂っていた」ために、刑務所よりも病院での治療が必要と考えたからであろう。これが、精神医療の現場であり、現実である。法を厳密に運用すれば、逮捕、拘留、鑑定、裁判となろうが、結局のところ、彼が収容されるべき場所は刑務所ではなく、医療観察法での入院施設となろう。

古今東西を問わず、いわゆる統合失調症（とりわけ早発性痴呆）は免責の対象であった。しかし、近年とみにこのことが問題とされるようになったのは、精神医学・医療が時代によって変化し、統合失調症などの疾病概念が大きく変わったための混乱も一因となっている。すなわち、精神医療はこの40年で大きく変化した。この間、向精神薬による治療が進展したために、病的体験を早期に沈静することが可能となり、開放化やコミュニティ・ケアなどの社会復帰活動が促進されたことによって、統合失調症に罹患しているとしても、慢性状態では社会で生活することも多くなっている。このことによって、統合失調症と言う診断が確定すれば、その者は常に責任無能力とする立場は取られなくなり、障害者に対して相応の権利と責任を求める傾向が強くなっている。このことは、昭和59年の最高裁判所第三小法廷での判決において、「被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからと言って、そのことだけでただちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるものではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様等を総合して判定すべきである」と判示したことに表れている。

### 4. 慢性状態での犯罪

以下に挙げる症例も私が最近経験したものであり、強制わいせつ事件で逮捕され、起訴前の精神鑑定を行った。被疑者は幻覚妄想状態により某大学病院やクリニックに通院し抗精神病薬治療を行っており、統合失調症の診断に問題は無い。しかし、彼は宇宙人に支配された人々が知らないうちにいろいろな作用や影響を与えてくると言う妄想を強固に保持しながら、自らが病気であるとの認識に乏しく、抗精神病薬の服用はともすれば中断しがちであった。そして、事件前には年金で貰いながら、所有する自動車に寝泊まりして旅行をしていたが、薬がなくなって不眠が続き、予期し得ない出来事に適切な対処ができず、「誰かが意地悪をしている」という被害妄想が出現して混乱、「頭が真っ白になって」多数の客がいる前での強制わいせつ事件を起こして逮捕されたものである。私は鑑定書の備考欄に、私見として、本人も認めているように、たとえ精神病に罹患しているにせよ、自らが服薬を中断したために病状の悪化を来たして犯した犯罪の責任は自らがその罪を償うべきであり、積極的な精神医療への導入・継続はそのあとに考えるのも一つの選択肢ではあろうと記載しておいた。しかし、本件犯罪に統合失調症の罹患が重要な意味を持っていることは否定しえず、心神喪失で免罪されることは無いにしても、減刑などの司法的配慮は必要であろうと思われる。

## 5. 「精神の障害」の意味

心神喪失とは、「精神の障害」により、事物の理非善悪を弁識することが出来ない状態であるとされる。この「精神の障害」は法律的な概念とされ、一般には精神病や重度の精神遅滞など、重度の判断能力の障害を伴う精神障害を指すと考えられてきた。すなわち、精神保健福祉法における「精神障害者」や、ICDやDSMなどの操作的診断による「精神障害」と比べると、かなり狭いものと考えられている。ちなみに、精神保健福祉法の「精神障害者」は、精神分裂病、中毒性精神病、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者と規定されており、ICDやDSMなどの操作的診断では、シュナイダー流に言えば「正常からの偏倚（神経症から性格異常）」から「身体に基盤を持つ精神病」までを含む、ほとんどすべての精神的な障害を「精神の障害」と考えている。

しかしながら、近年、精神科医は好んで、精神障害を状態像で分類するICDやDSMなどの操作的診断を使用するようになり、法律家もまた簡便な精神医学を求める傾向にあるため、病因的な診断である伝統的な診断よりも操作的診断が重宝されるようになってきている。さらに、「精神の障害」を法の下での平等の観点から精神病に限定せず、正常からの偏倚、すなわち性格異常にまで広げようとするものもある<sup>5)</sup>。近年のこのような傾向は、責任能力における生物学的要素としての「疾病性」を曖昧とし、心理学的要素としての「弁識能力」や「制御能力」などの比重を相対的に高くすることとなる。当然ながら、生物学的要素のみから責任能力を判断すべきとは思わず、心理学的要素を含めた総合的な判断が重要であることに異議を差し挟むわけではないが、中谷<sup>2)</sup>も言うように、責任能力判断の重点が過度に心理学的要素に傾斜することにより、疾病診断の意義が薄れてくることには危惧を感じざるを得ない。責任能力判断の原点は精神障害一般ではなく、精神病か否かの判断である。この「疾病性」を曖昧にしたまま、犯行時の是非弁別の有無のみを問えば、「かっとなって犯行時のことを覚えていない」とか、「頭が真っ白になり、ついやってしまった」と言う場合に「是非善悪の判断が出来ず、制御能力も無かった」と判断するしかなく、犯罪者のほとんどが責任無能力と見なされかねない。「わしはキチガイや、かっとなったら何しているかわからんのや」と言う文頭の精神病質者を前に、司法は如何なる判断を下すのであろうか。我々精神科医は、精神医学的診断の重要性を認識し、この「疾病性」こそが、精神鑑定における責任能力判断の原点であること銘記しておかねばならない。

## 参考文献

1. 五十嵐禎人：刑事責任能力総論。五十嵐禎人（編）専門医のための精神科臨床リュミエール1 刑事精神鑑定、pp. 2-15, 中山書店、東京、2008
2. 中谷陽二：責任能力の行方と精神鑑定。司法精神医学 2: 72-79, 2007
3. 井原裕：精神鑑定における精神科医－39条の謙仰と情状の考慮。司法精神医学 3: 93-100, 2008
4. 佐藤直樹：刑法39条はもういらぬ。青弓社、東京、2006
5. 安田拓人：責任主義と刑法39条。司法精神医学 3: 79-82, 2008

（本稿は、Schizophrenia Frontier (12:151-154, 2011) に発表された原稿である）

# 非定型精神病の概念

## The concept of atypical psychoses

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

### Summary

満田の非定型精神病は疾病学に基づく診断を目指すものであり、主として横断的な症状による類型学的な分類とは明らかに異なる。操作的診断などの類型学的分類では、同一の病因にもかかわらず、それぞれの症例が統合失調症、あるいは躁うつ病に分類されることもあり得る。このような分類においては、双方の疾病に同じ病因が見いだされることになり、統合失調症と躁うつ病との相違が見出されず、これらが単一の精神病であると見做されることもあり得る。しかしながら、疾病学的細分類を心掛けるならば、それぞれに別個の病因が発見され得る可能性がある。非定型精神病を第3の独立した疾患群として考える立場は、生物学的所見が最も見出し易い疾患をターゲットとすることが出来、精神医学が現在の昏迷から脱却する突破口になるかも知れない。

### はじめに

内因性精神病において鑑別疾病学はなく、あるのは鑑別類型学でしかないというシュナイダーの指摘は、残念ながら今日でもなお認めざるを得ないものである。事実、1980年のDSM-IIIの登場以来、約30年が経過した操作的診断学は、主として精神症状による徹底した類型学に基づいていた。しかし、精神医学が更なる発展を図ろうとするならば、生物学的な研究から病因を確定し、それぞれの病因に基づく診断（疾病学）を目指さなければならない。操作的診断がようやく反省期を迎えようとしている昨今、統合失調症(精神分裂病)と感情障害（躁うつ病）との間には遺伝子研究によっても薬物反応性においても相違が見出せず、これらが単一の疾患であるかも知れないとの説が提示されるようになってきている。これは、これまでクレペリンの2分法に対峙してきた単一精神病論の現代的な再登場とも考えられるが、同時に、クレペリンを超えようとして非定型精神病などの概念を提示し、疾病学的細分類を主張した満田やレオンハルトの立場の重要性を認識させ、その再評価を促す契機であるとも言える。

本稿では、満田の非定型精神病の概念を簡単に述べ、今後の研究の方向性に言及する。

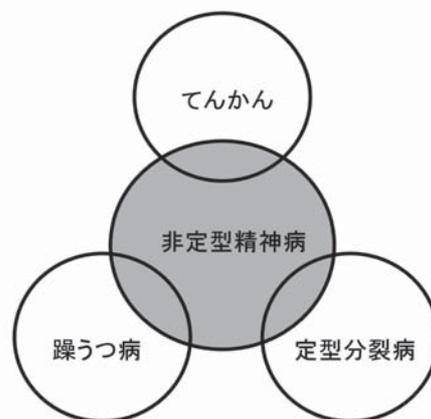
### 1. 非定型精神病は疾患概念であって類型学的分類ではない

筆者は駆け出しの精神科医として精神病院に勤めていた頃から、幻覚や妄想、あるいは躁うつ症状を示す身体疾患（症状性精神病）に興味を持ち、主治医としてかかわっている分裂病（統合失調症）の症例の中にも同様な病因を見出せないかと考え、家族負因あるいは些細な身体所見を見逃さないように気を配っていたものである。そうした中で、これまでに副甲状腺機能低下症やウイルソ

ン病などの症例を見出して詳細な症例報告を行ったが、なかでもハンチントン舞踏病の症例は興味深いものであった。その家系内には、身体症状が見いだされないかあるいは軽微であるために、症状面から分裂病とされたり、躁うつ病、あるいはてんかんと判断されたりする症例がしばしば見いだされる。現在では、遺伝子解析により病因を確定し得ようになっているが、病因が不明な場合、同一家系内のそれぞれの症例を異なる疾病と診断するのか、あるいは同一の疾患と見なすべきなのかは、なかなか悩ましい問題であった。現在なお多くの精神障害の分類は精神症状に拠るしかないとしても、病因を同じくする症例がさまざまな症状を呈する事実については十分に留意する必要があるだろう。

すなわち、病因がなお不明な内因性精神病の分類と診断を検討する場合、症状面での検討のみならず、疾患の本質に迫る疾病学的な検討を疎かにしてはならない。満田<sup>1,2)</sup>は自然な分類、すなわち病気の原因に基づく診断（疾病学）を求めて、分裂病性精神病の遺伝臨床的研究に取り組み、彼の言う「非定型精神病」の概念を明らかにしてきた。彼はまず従来の分裂病概念をいったん解体した上で、個々の症例を詳細に観察しながら、特徴的な臨床症状や経過が類似した各症例を再編・整理し、結局、分裂性精神病を中核群（定型群）と周辺群とに分類した後、周辺群を非定型群と中間型、それにパラフレニーとに類別した。そして、それぞれのグループの遺伝調査を行い、非定型群の遺伝負因が定型群に較べて多いことを明らかにし、さらに、家系内精神病の調査によって、定型群の家系には非定型群が全く見られず、他方、非定型群の家系内には定型群が認められないことを示し、これらが遺伝的には互いに独立した疾患である可能性を示唆した。さらに躁うつ病やてんかんについても彼はそれぞれに定型と非定型に分類し、躁うつ病であるにしる意識障害を伴うようなものや、てんかんにしても精神症状を伴うようなものを非定型群とし、これらが同じ遺伝圏に属する傾向を明らかにし、これらを一括して「非定型精神病」と総称したのである。そして、この「非定型精神病」がてんかんを含む3大内因性精神病の交錯する領域に位置するとしたことはよく知られている。

すなわち、躁うつ病か、さもなければ分裂病（統合失調症）というクレペリン以来の2分法に対し、満田はこのいずれにも属さない第3の（てんかんを加えれば、第4の）疾患群を提唱したのである。



このように、非定型精神病の概念は、内因性精神の病因論的診断を追求する「疾患概念」であり、近年流行の「類型学的分類」とは全く異なることに注意しておかねばならない。なお、非定型精神病に類似の概念として、現在でも「分裂感情病」なる呼称がしばしば使用されているが、各研究者の理解に多少の差異があるものの、分裂病症状と感情病症状とがともに認められるとするものであり、これもクレペリンの2分法の枠内での症状学的分類と言えよう。なお、「混合性精神病」の概念は両疾患の遺伝子の混合とする点で単なる「類型学」とは言い難いが、クレペリンの2分法の枠を出るものではない。

## 2. 非定型精神病は良好な経過を示すとは限らない。

満田は、定型分裂病と非定型精神病との臨床的な相違を次のようにまとめている。すなわち、定型分裂病は、概ね慢性かつ推進性に経過し、思考、感情、意欲など人格全般の障害を示し、症状は単調で変化に乏しく自閉的な生活態度を示し、その基盤には人格の退行過程が考えられる。一方、非定型精神病は急性に発症し、挿間性ないし周期性の経過をとり、予後は一般に良好であるとされている。とりわけ、その病像は、躁うつ病にみられるような情動障害がまれならず前景を占め、活発な幻覚や妄想体験をともなった錯乱ないし夢幻様状態が見られ、なんらかの意識障害が疑われることも多い。このように、満田は定型分裂病の背後に「人格の病理」を考え、非定型精神病の背後に「意識の病理」を見て、これが両疾患の基本的な差であるとしている。

ここで注目すべき点は、非定型精神病の転帰が、時には変動しながら、多かれ少なかれ重篤な状態に至ることもであるとされることである。このような症例は、操作的診断ならずとも、伝統的な診断において問題なく定型分裂病とされるであろう。しかし、満田は良好な経過を示す症例だけを単純に非定型精神病とみなしたわけではない。彼は家族内精神病の研究において、再発と寛解を繰り返しながらもある種の欠陥像を呈する症例を中間型と呼称していたが、これらが非定型精神病に類似の遺伝様式を示すことを明らかにして、結局これらを非定型精神病に含めている。すなわち、満田の非定型精神病の概念は、単なる症状と経過に基づく類型学的分類とは異なる疾病学的分類を指すものであって、当然ながら、操作的診断の中には受け入れ難い概念となっているのである。

## 3. 満田の非定型精神病概念の特徴はてんかんと関連にある

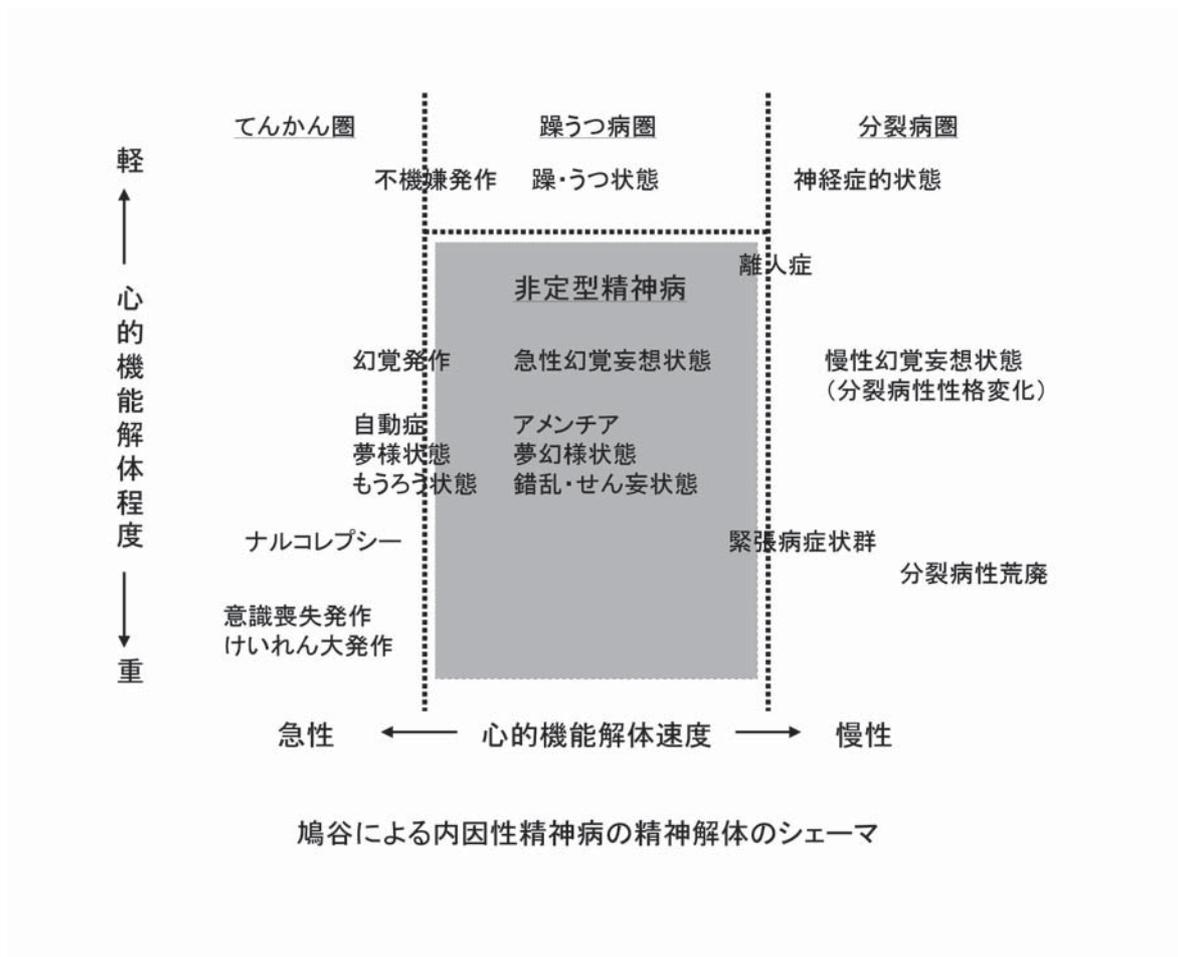
すでに言及したように、満田は家族内精神病の調査などから、今では精神疾患というよりも神経疾患と見なされているてんかんと非定型精神病との密接な関係を考えている。その根拠として、非定型精神病では幻視や夢幻様体験、激しい不安や恍惚感、制止や興奮などの意識のなんらかの変容が出現し易いこと、しばしばてんかん性異常脳波が出現すること、さらに定型分裂病や躁うつ病に較べて、その家系内にてんかんの出現する頻度が高いことが挙げられている。このように、てんかんと関連を考えることが、非定型精神病と他の国々における類似の概念との大きな相違点となっている。もっとも、早くからクライストもてんかんと関連を考え、彼は分裂病、躁うつ病、パラノイア、それにてんかんを定型精神病とし、類循環性精神病、類パラノイア精神病、そして類てんかん精神病を周辺群として取り出して、これらを「非定型精神病」という名称で一括していた。満

田の非定型精神病にはクライストの影響が窺われるが、その後の欧米圏でてんかんと関連に言及する研究者はいない。クライストの弟子であるレオンハルトもまた、てんかんと関係には全く触れなくなっているのである3)。

近年では、てんかんを研究する精神科医が世界的に少なくなり、この領域は日本の研究者の独壇場であるとも言える。これは、内因性精神病とてんかんと関連を常に考えてきた日本の研究風土が大きく影響していると考えられる。非定型精神病などの周期性精神病に、カルバマゼピンなどの抗てんかん剤がしばしば用いられるようになったのは日本の研究者の功績であるが、これも、このような日本の研究風土から生まれた業績であろう4)。今後、非定型精神病の研究が、この領域で活躍する日本人研究者によってさらに切り開かれていくことに期待したい。

#### 4. 非定型精神病の症状学は精神機能解体の深さと速度に基づく

言うまでもなく、非定型精神病は均質なものではなく、一定のまとまりを持つ疾患群と考えられる。そして、同一あるいは類似の遺伝型のもとで、さまざまな症状を発現するが、その表出にはある一定の幅があり、植物神経症や間脳症などの偽神経症状態から、躁うつ状態、そして分裂感情病や夢幻様精神病などの本格的な非定型精神病状態に至る一連の症状スペクトラムが考えられる。



内因性精神病における精神症状はあまりにも多様・多彩であるために、ここから診断に有用な所見を見出すことは相当に困難な作業である。しかし、いわゆる「意識障害」の観点からこれらを捉えれば、意識の急激な喪失と回復が見られるてんかん圏の疾患と、意識障害があるとしても緩徐で慢性的な進行を示す分裂病圏の疾患との間に、気分の動揺や意識のさまざまな障害を示す急性精神病圏の疾患を考えることが出来、3大内因性精神病を症状学の大きな枠で括ることが可能となる。この場合、当然のことながら、躁うつ病圏の疾患と非定型精神病圏の疾患との相違がさらに検討されなければならない。

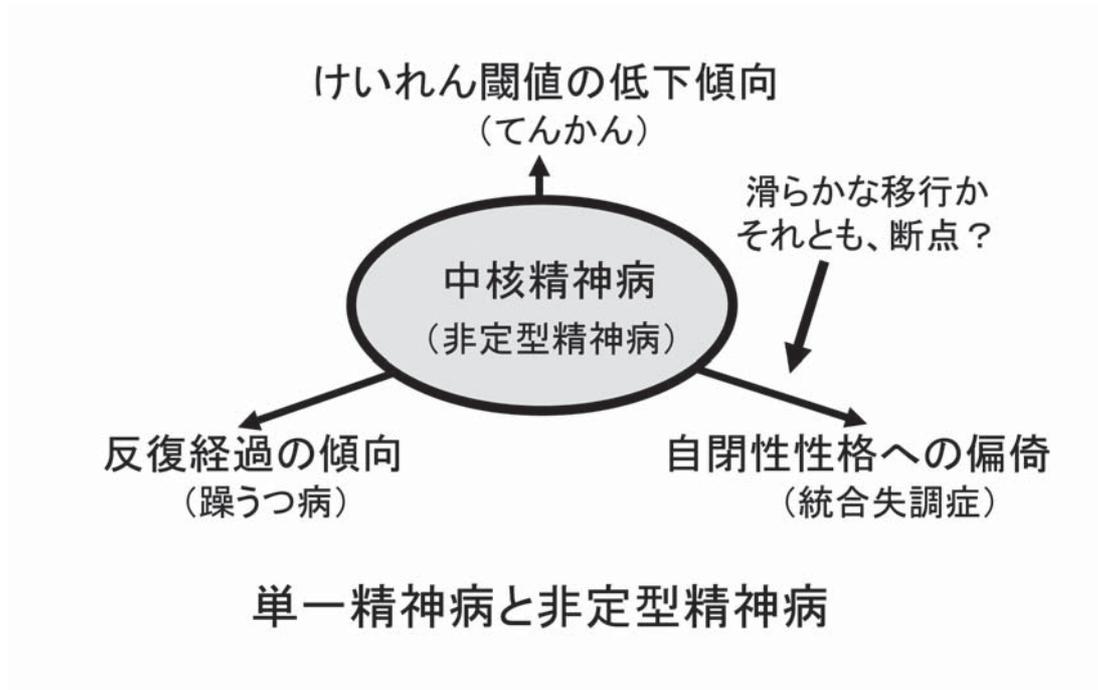
伝統的精神医学では、てんかんはともかくとして、内因性精神病に「意識障害」の存在を認めることはタブーであり、ましてや躁状態やうつ状態をなんらかの「意識障害」と関係づけようとする試みには多少の抵抗があった。しかし、急性精神病的長期経過をみると、非定型精神病は抑うつ状態や躁状態で発症することが多く、経過を経るにつれて明らかな意識障害と見なされる錯乱状態や夢幻状態に至る例もまれではない。この点で躁うつ病は非定型精神病と極めて近い関係にあるのは確かであり、躁うつ症状を軽度の意識障害と解釈する点にさほどの無理は無い。鳩谷は非定型精神病を中心にして、てんかん、躁うつ病、それに分裂病の症状学を精神機能の解体の速度と軽重から捉え、いわゆる「鳩谷シェーマ」を提示している<sup>5)</sup>。彼は、躁うつ病圏と非定型精神病圏の症状を精神機能の解体の速度がてんかんと分裂病との中間にあるとし、躁うつ病圏と非定型精神病圏との相違が、意識障害の深浅にあるとしている。この鳩谷シェーマは、内因性精神病的症状学を疾病学的観点と重ね合わせて考えており、臨床的にはきわめて理解しやすいものである。

しかしながら、非定型精神病と躁うつ病との相違については、なお明確な相違を見出しているとは言いがたい。筆者らは最近、滋賀県湖東地域の中核病院である豊郷病院に入院した精神病患者の古いカルテを調査してその長期経過研究を行っているが、非定型精神病と定型分裂病とはその症状や家族負因のみならず、その経過においても際立った相違を示している。しかし、躁うつ病は、30年以上の経過中にも分裂病症状を示さない症例を純粹感情病として取り出すと、それらの症例は発症年齢が遅いために症例数が少なく、非定型精神病と比較することが出来なかった。これまでに行われた筆者らの生物学的研究でも、発症年齢が遅いために加齢の影響を無視できず、結果の評価がきわめて困難であった。現在のところ、非定型精神病と躁うつ病との最も大きな相違は、発症年齢における顕著な差異であると言うしかない。

## 5. 非定型精神病こそ内因性精神病の中核である

満田のシェーマでは、非定型精神病は3大内因性精神病的周辺にあり、それらが重なる領域として中央に非定型精神病が図示されていたが、非定型精神病が定型分裂病、躁うつ病、てんかんの中心に存在すると考えれば、それぞれの疾患群は非定型精神病の周辺群となり、非定型精神病こそが内因性精神病的「中核精神病」と見なせるかも知れない。筆者らは、生物学的研究によってそれぞれの疾患が互いに独立していることを証明しようと努力し、ある程度それらしい所見も見出しているが、なお検討すべき課題が多いことも事実である。もし、明確な疾病学的な差異が認められず、自閉的傾向、周期的再発傾向、それに痙攣閾値の低下傾向において、それぞれの疾患群とは連続的

な移行があり、明確な差異（断点）ではないとされるならば、内因性精神病の全体を「単一精神病」という一つの枠の中で考えざるを得ないのかも知れない。筆者らの考える「疾病学的細分類」が正しいのか、あるいは「単一精神病」と考えるべきなのか、このどちらの考えが正しいのかの決着は、更なる研究によって明らかとなるのであろう。



## おわりに

これまでに繰り返し述べてきたように、満田の非定型精神病は疾病学に基づく診断を目指すものであり、主として横断的な症状による類型学的な分類とは明らかに異なる。昨今流行の操作的診断などの類型学的分類では、同一の病因にもかかわらず、それぞれの症例が統合失調症、あるいは躁うつ病に分類されることもあり得る。このような分類においては、双方の疾病に同じ病因が見いだされることになり、統合失調症と躁うつ病との相違が見出されず、これらが単一の精神病であると考えざるを得なくなるのかも知れない。しかしながら、疾病学的な細分類を心掛けるならば、それぞれに別個の病因が発見され得る可能性がある。非定型精神病は、薬物への反応性にしろ、遺伝要因にしろ、定型分裂病とは明らかに異なるものであり、統合失調症や躁うつ病とは異なる第3の独立した疾患群として非定型精神病を考える立場は、最も生物学的所見を見出し易い疾患としてターゲットを限定することにより、昏迷する精神医学を更なる発展へと誘う突破口になるかも知れない<sup>6,8)</sup>。

## 参考文献

1. 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 46: 298-362, 1942
2. 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 55: 195-215, 1953.
3. 福田哲雄・岩波 明・林 拓二監訳：内因性精神病の分類 (H. Karl Leonhard: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology) . 医学書院, 東京, 2002

4. Okuma T et al.: A double-blind study of adjunctive Carbamazepine versus placebo on excited states of schizophrenic and schizoaffective disorders. Acta Psychiat Scand 80: 250-259, 1989
5. 鳩谷 龍：非定型精神病. 精神医学 (村上仁、満田久敏 監修)、医学書院、pp 587-604, 1963
6. 林 拓二 (訳)：精神病とは何か (G. Huber: Psychiatrie). 新曜社, 東京, 2005
7. 林 拓二 (編)：非定型精神病—内因性精神病の分類と診断を考える、新興医学出版社、東京、2008
8. Hayashi T. (ed) Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009

(本稿は、Schizophrenia Frontier (12: 205-209, 2012) に発表された原稿である)



稲村が岳のオトギリソウ

# 「急性一過性精神病」

上原美奈子<sup>1,2)</sup>、林 拓二<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 京都大学精神科、<sup>2)</sup> 豊郷病院附属臨床精神医学研究所

## I 受診理由（請託内容）の事前確認

### 1. お困りの症状は？

本症では多彩な精神症状が現れるが、多くの場合患者の思考はまとまらず、病識も欠いているため、症状を自らそれとして認識し陳述することが難しい。妄想や幻覚に基づいたことを述べたとしても、それらも得てして浮動的・断片的である。著しい情動の不安定や、精神運動性の興奮あるいは昏迷があれば、このように尋ねてもほとんど返答できないことが多く、何よりも身体保護を優先しなければならないこともある。

### 2. 症状のこれまでの経過は？

これ以降の内容についても、患者本人の陳述から得られる情報は一般に乏しく、家族など周囲の者からの聴取が必要となる。

ICD-10では、本症の発症の特徴として、精神病性の症状が全く認められない状態から病像が完成するまでの期間が2週間以内であること、発症に急性のストレスが先行することを挙げている。身体的消耗や様々な心理的負荷がこのストレスに含まれるが、その存在が確認されない場合もある。

### 3. 生活への支障は？

多くは不眠傾向を伴い、これは患者本人にも自覚されていることが多い。注意は散漫で持続せず、認知や見当識が混乱し、思考も散乱傾向でときに困惑状態となるため、おそらく仕事の能率は大幅に低下するかほとんど手につかない。これに情動の混乱が加わり、多幸的であったかと思うと急に強い不安が生じたりするので、日常生活もままならない。興奮や昏迷のため食事や飲水すら不十分となっている場合もある。

### 4. 今日来たきっかけは？

情動の不安定、まとまらない会話、奇異な行動などから、家族など周囲の者が異変に気づき、受診を説得して連れて来る場合が多い。

### 5. ご自分では「何のせい」だと？

「最近、ストレスとして思い当たるようなことや、生活上の大きな変化がありましたか」程度

に確認しておくのはよいが、ストレス因へのそれ以上の洞察を患者本人にこの時点で求める必要はない。詳細な聴取は症状がある程度回復した後に行なうべきであろう。

## 6. 医療側への期待を確認する

患者は周囲の説得で受診したものの自分では医療を受ける必要性を理解していなかったり、意思に反して連れて来られた結果、医療側に対し拒絶的な場合すらある。睡眠の問題など患者本人が症状として捉えやすいものに焦点を当てながら、医療として対応できることが多いことを丁寧に伝えておく。

## II 診察・診断・症例定式化

### 1. 問診

上述のように、問診での返答そのものから何か確かな情報を得られるわけではないが、そこにかがわれる思考障害の存在や、返答する態度などが診断の材料となる。ストレス因の存在や、過去に同様のエピソードを経験しているかについては家族などに確認しておく。

### 2. 身体診察・検査手順

精神病症状が急性に出現した際、いわゆる外因性（すなわち症状性を含む器質性、および中毒性）精神病の可能性を除外しておくことが重要である。原疾患に対する緊急の治療を要する場合もあるので、その除外に確信が持てなければ必要に応じ頭部CTや血液検査を行う。例えば頭部打撲による脳損傷後に神経症状を呈さず精神症状のみが出現することがあるし、身体疾患においてもときに精神症状が先行する。急性の外因性精神病の多くは、意識障害を伴うものの必発ではなく、意識障害がないからといってその可能性を排除できない。

狭義の器質性精神病は脳挫傷、脳炎、脳腫瘍などの脳疾患によるものであり、症状性精神病は全身性エリテマトーデスなどの自己免疫性疾患、肝不全や尿毒症などの代謝障害、甲状腺機能亢進症やCushing症候群などの内分泌疾患など様々な身体疾患を基盤に生じる。中毒性精神病の原因となる精神作用物質には医薬品も含まれる。

### 3. 分類、あるいは診断

本症は急性に発症し、妄想や幻覚を含む多彩な精神症状が刻々と変化・交代しながら現れる多形性の病像、あるいは統合失調症性の症状を中心とした病像を呈し、そのいずれが前景にあるかでさらに下位分類がなされる。非定型精神病など従来診断での急性精神病概念との重なりが大きいのが多彩な症状を中心とする急性多形性精神病性障害であり、情動や精神運動性の症状が、爽快と抑うつ、興奮と昏迷、不安と恍惚などの両極間で動揺・混合しながら現れ、妄想や幻覚もまた次々と変化し体系化せず、ときに錯乱や夢幻様状態、緊張病様症状などを呈する。その他の亜型のうち、統合失調症性の症状を伴う急性多形性精神病性障害と統合失調症性の症状を中心とする急性統合失調症様精神病性障害は、操作的基準によって、統合失調症症状が1ヶ月以上持続す

れば統合失調症に診断が変更されると規定される。比較的安定しているが統合失調症の診断基準を満たさないような妄想や幻覚が中心である亜型も、症状が3ヶ月以上持続した場合は持続性妄想性障害などに診断が変更されることになる。

感情障害エピソードの診断の除外は本症の診断の前提とされている。すなわち情動症状などが前者の診断基準を満たすような安定したものであれば、その診断が優先される。統合失調症とは症状の持続期間で区分されることになるが、過去の病歴が明らかでその急性増悪と判断できればあえて本疾患とすることはないとされる。

言うまでも無く、器質性および中毒性の精神病はまず除外されなければならない。ICD-10では、意識障害について器質的原因によるせん妄を除外すること以外に触れていないが、本症ではしばしば意識の変容が見られ、回復後に病相時の健忘が認められる。

#### 4. 症例の概観

本症では、亜型間で差はあるものの全体として遺伝負因が強いことが知られ、この遺伝的素因に心理的あるいは身体的ストレスが加わって急性に発症する。病前の性格傾向として社会的で適応の良い人が多い。比較的短期間で後遺症を残すことなく寛解するものが多いが、再発の頻度は高く、同種のストレスを契機に同じ病像を反復することも多い。

### III 患者への説明と治療契約の手順

#### 1. 病態・治療法の説明

##### ① 診断の説明

急性の錯乱状態であるならば、「急性錯乱」あるいは「急性精神病」と説明し、1か月以内、長くて3か月で寛解するであろうと伝え、医師の指示に従うことを求める。治療により症状がある程度落ち着いた後、今後の治療計画などを含め統合失調症との鑑別・相違について説明をすることが大事である。

##### ② 病態の説明

初診の段階では、強い疲労やストレスを引き金に神経が過敏になっている状態として説明しておく。

##### ③ 転帰の説明

本人には、十分な睡眠と休養により症状は必ず落ち着くこと、そのために多少の服薬も必要であることを、出来る限り丁寧かつ簡潔に説明しておく。特にエピソードが初回である場合、症状の急激な変化や激しさに家族など周囲の者も動揺し、転帰に不安を抱いていることが多いので、比較的早期の良好な回復が予測されること、そして統合失調症とは異なるであろうことを伝える。

##### ④ 治療法の説明

上述のように、十分な睡眠と休養の確保、およびそのための薬物療法が必要であることを説明する。自然経過に任せても症状は数週以内に消退するとされるが、病期を短縮し、生

活への種々の影響を軽減するためには、対症的な薬物療法を行うのが最善であることを伝える。

## 2. 治療契約の協議

症状が軽度で家族が見守りできる場合は外来での治療が可能だが、症状の変化が速いので比較的短い間隔で通院してもらい薬剤調整する必要がある。一方、症状が激しい場合は入院治療の適応となる。これらの状況に応じ、適切な治療環境を備えた他院、他機関への紹介を要することがある。入院に本人の同意を得ることは困難な場合が多く、ときに隔離室も使用されるが、それらの必要性については、本人が理解できる範囲内で、わかりやすく伝えておく。

# IV 治療

## 1. 初診時

治療の中心は薬物療法である。鎮静を要する急性期での投薬内容は統合失調症の場合に準ずるが、より少量で効果を認めることが多い。抗精神病薬の単剤投与が基本で、最近では非定型薬（リスペリドン内用液2-6ml、オランザピン10mgなど）が第一選択とされるが、定型薬（ハロペリドール筋注1A、クロロプロマジン100-300mgなど）もなお用いられる。適宜抗不安薬や睡眠薬を併用する。緊張病様症状が重度かつ遷延するような場合に電気けいれん療法（ECT）が選択されることもある。

入院の場合、外部からの刺激を避け安静・安全を確保する目的で、必要に応じ隔離室を使用する。急性期における精神療法的介入の効果は限られているが、患者が安心感を感じることでできる良好な治療関係、信頼関係の構築が不可欠であることは言うまでもなく、その意味で看護職員の役割も大きい。

## 2. 維持期に至るまで

多くは数日のうちに症状は軽減していくので、それに合わせて薬剤を漸減する。ある程度の鎮静が得られた後は、抗てんかん薬を含む感情調整薬（バルプロ酸200-600mg、リチウム200-600mg、カルバマゼピン200-600mgなど）を追加あるいは抗精神病薬から置換していくことがよく行われる。リチウム中毒をはじめとする重篤な副作用の出現に注意する。非定型（リスペリドン2-6mg、オランザピン5-10mg、クエチアピン100-600mg、アリピプラゾール6-24mgなど）や定型（クロロプロマジン50-150mg、ペルフェナジン4-12mgなど）の抗精神病薬を引き続き用いる場合もある。

## 3. 維持期以降

症状が完全に消失した後の維持療法については意見が分かれる。再発予防の目的で少量の抗精神病薬（ペルフェナジン4mg程度）や感情調整薬（バルプロ酸200mg程度）が継続されることが多いが、寛解後の服薬は不要という考えもある。初回エピソードであれば3-6ヶ月で投薬中止

して経過観察の上、一旦治療終結としてもよいだろう。再発の頻度が高い疾患であること、不眠などの前兆があれば早期の受診が望ましいことを説明する。再発を繰り返す場合はその周期の長短や症状の重症度を考慮して判断するが、誘因となるストレスを回避するための環境調整やストレスへの対処法などについても、患者本人と、ときには家族も交えて共に考え、助言を行う。

まれに再発を繰り返すうちに、統合失調症の慢性期のごとく残遺症状を残すことがある。このような場合、操作的診断では統合失調症と同一の「疾病」と見なされるものの、同一の「疾患」と言い得るか否かについてはなお議論のあるところである。しかし、臨床的には統合失調症に準じ、社会生活機能の維持・回復などを目的としたリハビリテーションが必要となる。

(本稿は、臨床精神医学 (40S: 140-142, 2012) に発表された原稿である)



巻機山のニッコウキスゲ

# 「なぜ？」からはじめる認知症の人とのつきあい方 ～本人の気持ちになって考えてみよう～

豊郷病院認知症疾患医療センター（オアシス）

センター長 成田 実

## 1. はじめに

- 認知症とは、脳機能の低下による慢性疾患の総称です。認知症状の原因とされる疾患には、アルツハイマー型認知症（半数以上）、レビー小体型認知症（1-2割）、前頭側頭型認知症が約1割、脳血管性認知症が2-3割で存在します。
- 認知症では脳の病気であるために病気の影響で、「自分の面倒が自分でみられなく」なり本人の自立を損なう事になります。日常生活の特徴として ①病気という自覚がなくなる。②進行すると毎日のほとんど全ての場面で自立した生活ができにくくなる。ということから③介護者の生活にも影響する状況になります。

本日の話では、病気であることに気付く為の診断、症状、治療の考え方の流れを知る事と、病気で振り回されている日常のつきあい方に、感情に働きかける発想（安心、安定、心地よさ）を重ねることを考えていきます。そのためには本人らしさを考慮に入れる事で、本人の混乱を知ることが必要です。本人の混乱を知ること、つきあい方に余裕を作る事ができます。日常の介護で折り合いのつくところを探す手助けになればと思います。

## 2. 認知症の症状

- 認知症の人の日常生活の中で病気に振り回されている本人がいます。本人の言動は、認知症の症状に影響を受けている結果であり、介護者は病気で出来ないことがあるのを割り切る必要があります。
- また、本人の行動の中には理由がある事が多いので「訳がわからない事をする」ことがわかること」に気づき、認知症の人とのつきあい方を知る事が必要です。

認知症の中核症状としては、次のような症状があります。

### 1. 記銘力障害：

- 1) 同じ事を何度も聞く。
- 2) 何回説明してもわかってもらえない。

- 記銘力障害（海馬の障害）は短期記憶の障害として症状として現れます。物忘れは加齢と共に強まることはあります。しかし、「時間(日時)の経過に沿った記憶の帯」を想定した時に、一般的な物忘れはある場面の一部だけが部分的に忘れ去られるのみで記憶の帯を繕い治すの

ではなく、“虫食い”のような状態になるものをいいます。しかし、認知症の場合の物忘れは記憶の帯のある時間帯の記憶の全てが途切れ、抜け落ちてしまいます。その結果、認知症の人の記憶の帯は、抜け落ちた時間帯を除いて短くつなぎ合わされただけのものになり存在を無くします。この為に、本人の経験はまるまる抜け落ちるといった状況に陥ります。

- ここで、感情に働きかける発想の根拠として記憶と感情についての考え方を示します。「感情が動かされる内容や、感情を伴った思いは、記憶されやすい。」経験をお持ちの方は多いことと思います。感情と記憶の間の神経のつながりは強く、時には形としては残されていないものの感情自体が蓄積されている可能性も想像されます。感情（好き・嫌い、快・不快…）は考え方や行動の流れのもとになっています。途切れ途切れとなりつつある記憶の帯の中では感情が関わるものの記憶がより残されやすくなります。
- また、出来事を体験した時にも怒り、恐れ、快感が特に重要であり、満足感を満たそうとする感情や不快感を避けたいという感情がその後に連なる自身の行動を決めていることとなります。
- 快感（満足感）を得られる支援が続くと充足感を得られる記憶が残され安心した生活を記憶させることができます。一方、不快な感情の続く状況では、不安定な気分を毎日過ごしているという記憶の蓄積があります。非薬物的治療（リハビリ）、日常生活介護を考える時にこのような感情に働きかけることにより満たされた生活を送ることができるようになり安心感のある日常を送ることができる可能性があります。

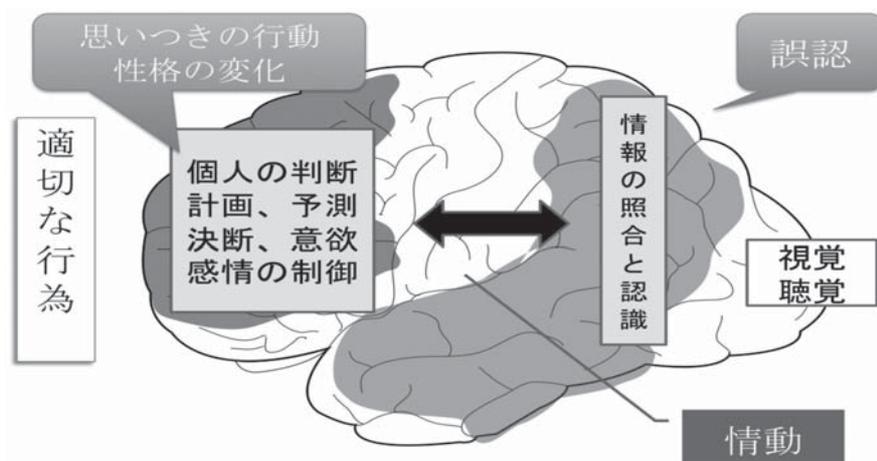
## 2. 見当識障害（見当をつけることができない）：

- 1) 時間の見当識の障害：日時がわからない
- 2) 場所の見当識の障害：場所がわからない
- 3) 人の見当識の障害：顔がわからない

記銘力障害が強まることにより、日付といった変化しやすいものから覚えられなくなります。また、状況をうまく認識することができなくなることから、場所の把握ができなくなったり、人の見分けがつかなくなる見当識が病気の進行と共に強まります。

## 3. 判断力、遂行機能の障害：

- 1) 状況の理解が悪い
- 2) 適切な判断、行動がとれない。
- 3) 思いつきの行動。



- 大脳の後方部の働きの障害があると、誤認（誤って認識する）ということが起こります。その中には、物事の形や奥行き、把握が悪くなる、場所（景色）、人がわからない、ことにより、結果的に周りの様子を受け止め把握することが苦手になるということです。誤って認識された結果を元に行動を起こす事による不適切な行動につながります。
- また、前方部の働きの障害されると行動や感情の制御に影響が出ます。状況把握が適切であっても、その言動がそぐわなくなります。手順が雑になる、わからない。あるいはやり始めると訂正が利かない、やり遂げないと気が済まない。あるいは、一連の経過を記憶に留めることができなくなると、覚えている事に沿って行動するということができなくなります。
- 基本的には状況を認識するというところまでは、脳機能本来の働きに依存することになりますが、一方受け止めた状況に対しての行動の起こし方については本人の経験や個性が関与するところです。

## 2. 認知症の診断

認知症の診断は、他の根本的な治療が可能な認知症の除外から始まります。

1. まず、現在の症状とそれまでの経過を確認し見当をつけます。
  - 1) 合併症の有無、服薬内容
  - 2) 神経学的所見の確認
2. 次に、画像検査、知的機能検査、他の観察票を利用し診断の確定をします。
  - 1) 頭部画像診断：頭部CT MRI（必要に応じて、脳SPECT PETなど）
  - 2) 知的機能検査：日常生活の自立度などで現在の重症度を推定します。  
長谷川式、MMSE など
3. かかりつけ医など身近なところで相談してください。

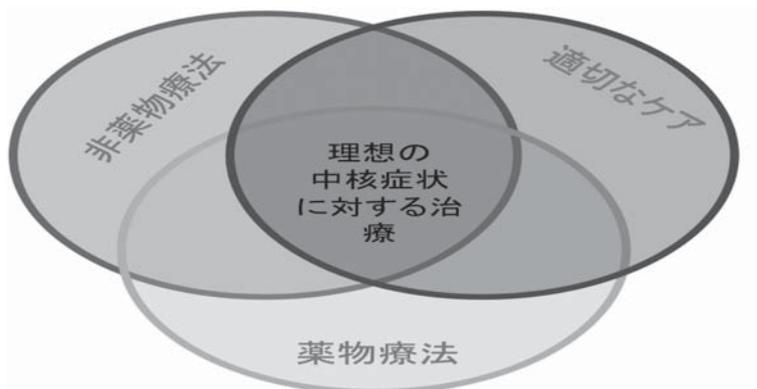
専門医：神経内科、精神科、(脳外科)が専門的な標榜科です。

「物忘れ外来」、「認知症医療疾患センター」などの専門外来を標榜しているところもあります。

認知症の中核症状に対しての診断、薬物療法の選択などの専門治療を担います。

## 2. 本人の生活場面を考慮した治療、介護

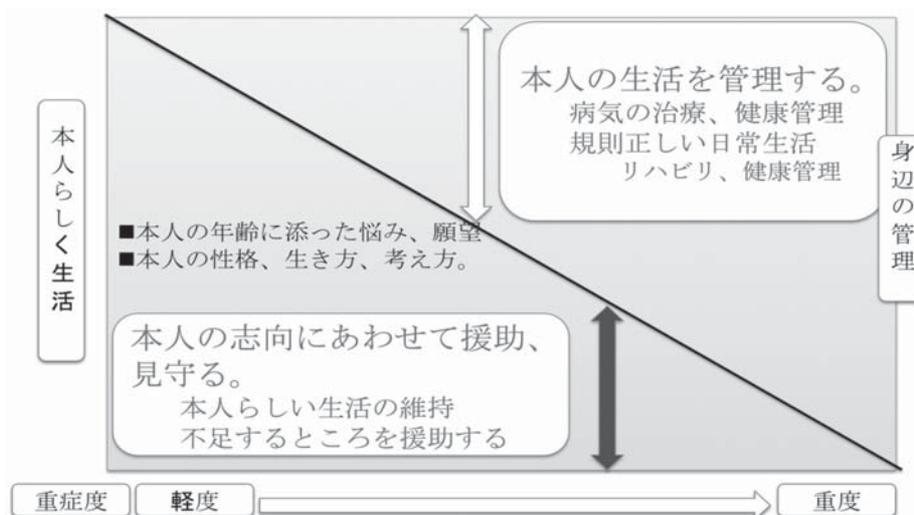
- 万国共通の病気の治療と、個人の個性にあった介護を考えていきます。



- 周囲の思いと本人の思いにどのような折り合いを付けるかが目安と考えています。
- 認知症の人の日常生活を見守る

医療的な発想としては、本人の健康を維持するために管理するという視点での支援になります。課題に対して正面から向き合う立場での支援になります。一方、本人らしく生活するという視点から考えると本人の志向に沿って支援の様式を考えることになります。課題に対して寄り添う視点での支援になります。それぞれの視点で発想の様式が異なり時には正反対にもなるわけですから、折り合いを付けることで支援の枠組みを定めます。さらには、認知症症状の重症度によっても違ってきます。

重症になるほど中核症状による問題、影響が強くなるために支援の内容は身辺介護全般に広がります。軽度であれば、本人の戸惑いを考慮した心理・社会的対応の割合が多くなります。



### 3. 認知症の症状に関連する要因

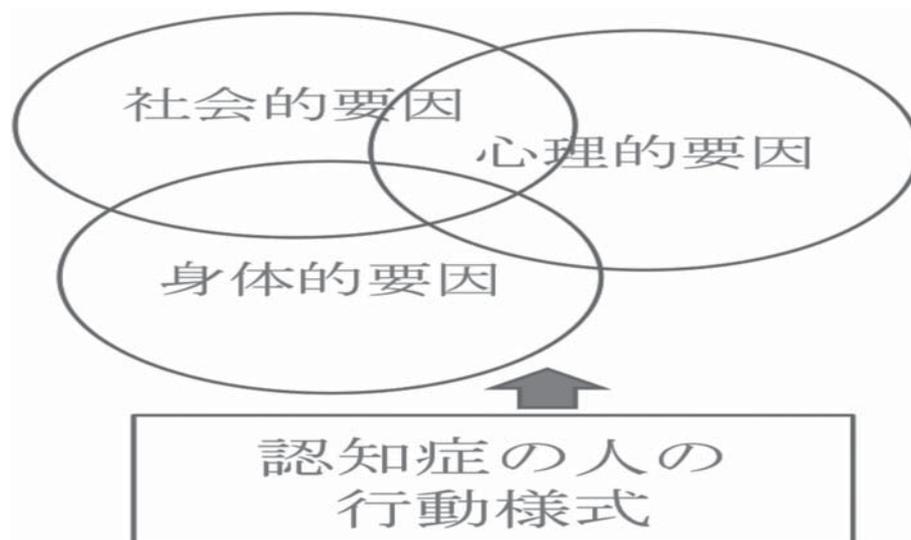
本人は病気の影響で病識がなく自発的な修正が利きにくい(利かない)ということから、病識が出にくい認知症は介護の枠組みは周囲が定めていくことになります。この為に本人がどのように生きたいのかについても、介護者が注意を払う必要があります。本人が日常示す行動や意思表示は、介護の枠組みを作る場所、条件などの環境や対応する人によっても変化する可能性があり、この場面では本人らしさが現れることによりその方らしい個別性に合わせた接し方が必要です。

時には、治療・介護プランに抵抗するような意思表示を表すこともあります。

- 本人の言動は時に感情的であり原因を突き止めることは難しいことです。「なぜ?こんな事をするのか?」と戸惑ってしまいます。認知症を患う人としての視点で整理し考えていくと原因を気づける可能性があります。次に、原因を知るための整理の方法について考えます。
- まず、本人の言葉使い、行動に一定の傾向があるのかどうかについて、観察(特徴があるか)整理します。次に揚げるような発想で観察し、記録していくことが役立ちます。

変動(特徴)があるだろうか?

- 1) 一日の中で変化があるか?
- 2) 一日の日課と関係ある?
- 3) いる場所で変化があるか?
- 4) 場面が特定できる?
- 5) 特定の相手がある?



記録は、一日の流れに沿って対象となる出来事がどのように起こっているかが、一目でわかるように工夫をした用紙を作り記録していくことをおすすめします。

「夕方に起こりやすい」「午前中に起こりやすい」等の、傾向があるようであれば、病気そのものの問題と共に、一日の日課に関連した何かが背景にひそんでいるのではないかという見当が付きますし、その時の状況に調整の余地があるという事になります。

- 心理的な理由があるかもしれない（理解）という視点で観察するには  
その時の本人の表現する言葉に注目し、健康な時の本人の日常生活送っていた時の情報を参考にします。結果的に誤った認識であったとしても、その認識を元に本人らしく振る舞っているというのであれば、現在「本人と同じ状況におかれた時に、自分も同じ行動や考え方をするだろうか？」という自問を繰り返す中で言葉の内容から本人の考えている事（内容、悩み）を推測することができるようになるかもしれません。
  - 本人の行動様式を考える時に知っておきたい事柄としては、次のようなものがあります。
    1. 【現病歴】 病気を知る
      - 1) 経過、認知症の診断、程度、障害される能力
      - 2) 過去の病歴、現在の病気の有無
    2. 【生活歴、人柄】 本人の生活する流儀を考慮する
      - 1) 生活歴：どのような生き方をしていたのか？  
学歴、職歴、生活歴
      - 2) 病前性格：物事に対する対処様式が症状(介護負担)を強めているのか？  
勝ち気？几帳面？心配性？まじめ？  
介護を受け入れやすい性格？集団生活に馴染む？  
癖、習慣
    3. 【年齢相応の社会的背景】
      - 1) 役割の喪失、生活の不安など不安感を持ちやすい背景があるか。  
高齢者の心理・社会的背景で抱きやすい考え方を拠り所にしたときに、本人の個人的な背景で本人の言動に納得できるようであれば…本人の誤認を修正し本人にとって納得できる受け止め方ができる工夫（環境調整、言葉がけなど）の参考にします。
  - 特定の行動には意味があるという前提で、本人の立ち位置で本人の視点で同じ状況に直面している場面を想定します。その時の本人の行動に共感できる程度により問題の引き起こされる背景に同意できる程度により次の対応が考慮されます。
    1. 思い当たることがある。  
接し方、人、環境への配慮が必要。
    2. 思い当たることがあるが、程度の問題がある。  
接し方、人、環境への配慮が必要。  
薬物療法も必要かもしれない。
    3. 同じ立場で考えても考えられない。  
薬物療法の適応の可能性を考慮する。  
接し方、人、環境への配慮の可能性を考える。
- 「周囲にどの程度の影響があるか？」を考慮し対応方法を考え、何らかの方法で積極的に介入し状況を改善する必要があるかを判断します。後で整理しますが、薬物療法の選択は、抗認知症薬以

外は周囲への影響を少なくすることを目標に他の手段での改善が困難な時にやむを得ず本人が服薬するという選択肢であり、安易に選択する手段ではないと考えています。薬物の服用によって、副作用の出現の可能性もあることから、介護負担を増してしまう可能性があるからです。

#### 4. 次に具体的な状況での注目するポイントを考えていきます。

##### ● 夜間せん妄（夜中に起きてごそごそする）

夜間寝ないということは本人にも周囲にとっても影響を及ぼす問題点で薬剤を用いることにより改善する可能性もある症状です。しかし、薬剤の服用を選択する前に毎日の過ごし方を記録し整理していくことにより薬物療法の選択をしない方法で対応できるかもしれません。

「眠れない」という相談があった時に、まず問いかけることは日中の過ごし方の確認です。また、症状が特定の曜日に限るものであるかどうかを問いかけるようにしています。日中の本人の昼夜通して一日の睡眠、覚醒の状態を選択的に1週間以上記録していくと、特徴が見えてくることがあります。日中の日課により夜間の睡眠が影響を受けていることがあります。生活リズムの乱れが、非薬物的な手段でも解決困難であると判断した時に薬物療法を考慮します。

##### 1. 夜間に目覚める原因

- 1) 病気の症状：幻覚症状がある。気分が高ぶっている。
- 2) 心理状態：お腹が空いた。トイレに行きたい。
- 3) 身体疾患の影響：例（風邪など）熟眠できていない、頻尿
- 4) 薬の副作用で気分を高ぶらせる、もうろう状態
- 5) 昼間寝ている。

##### 2. 非薬物的対応として生活リズムをつくる。

- 1) 日中（夕方以降）の睡眠の予防
- 2) 昼寝は熟眠しない程度の短時間の睡眠はよい。

##### 3. 薬物療法

- 1) 抗精神病薬を夕食後（または眠前）
- 2) 不眠のみであれば、眠前服用、または再覚醒時に眠前薬（睡眠導入剤等）の服用もあるかもしれません。

夜間の問題の中には「早寝」の人が夜中に目覚めてしまい、介護者との生活リズムのずれが生じている人がいます。また、デイサービスに行く日とそうでない日により差がある方もあります。睡眠リズムのどのような工夫が必要になるかは個々に考える必要がありますが、日中の過ごし方と関連して考えていく必要のある症状です。

##### ● 興奮する、落ち着かない

いつどのような場面でどのような行動ができるのかが観察のポイントであり、対応の選択する際の情報源となります。感情が高ぶるような状況を作っているのか、本人の行動が自発的

に出るものなのかで関わり合い方の工夫の余地があるのかもしれません。感情のコントロールに対して薬物療法が効果がある場合があります。

#### 1. 原因

- 1) 精神症状：衝動性の亢進、躁状態、不眠をきっかけとしたもうろう状態
- 2) 認知症の症状：状況判断ができない
- 3) 心理的問題：うまくいかない。やりたい事を止められた。怒られた…
- 4) 対象があるのか、自分の思うとおりにならない
- 5) 周囲からの刺激が強すぎる、不快な状態にある。
- 6) 体調の不良を表現できない。やりたくないことをさせられる。

#### 2. 非薬物的対応

- 1) きっかけの除去
- 2) 声かけの方法の検討
- ☆ 本人の心情を引き出し緩和させるように

#### 3. 薬物療法（攻撃性を許容できないとき）

抗認知症薬、抗精神病薬、気分安定剤、抗うつ剤を日中（あるいは夕方）に

治療や看護に対して強く抵抗をする方では、関係者のストレスを高め「興奮する嫌な患者」という悪い雰囲気になりがちです。この雰囲気が作り出されることで知らず知らずのうちに興奮させやすい状況を作っているかもしれないということに留意が必要です。病気に左右されているだけと割り切ることに努めて考え、本人に感情をぶつけることが減らせるような工夫が必要です。感情をぶつけ合うことにより、症状を悪くしていることも多いので、一息ついて冷静に検討する状況を作ることも必要になるかもしれません。

- 妄想：誰を対象に、どのような状況があるのか。対象者の本人との関わりを持ち方はどのようなのか？等を整理しまとめ上げることで、本人の心情の背景を推測し(仮説を立て)対応を考えます。まず、かつて周囲とどのような関係を保ちながら生活していた人なのかという事をまとめます。そして、数多くの関わりを持っていた本人が、現在の生活に不安感や孤独感を意識させられてしまう背景がある時、周囲の人との関係の希薄化を本人が見捨てられていると受け止める時に、結果的に妄想的言動を作り出す可能性があります。

#### 1. 原因

- 1) 精神病としての妄想
- 2) 認知症の周辺症状としての妄想（心理的要因としては何らを原因とする不安。）
- ☆ 自身の能力低下の自覚、将来の生活への不安
- ☆ 見捨てられ不安、自分の立場が脅かされている。

#### 2. 非薬物的対応（生き方に対するの援助）

- 1) 不安の除去（安心感）

2) 嫉妬妄想：本人の自信を取り戻す

☆自宅での立場の向上

☆家事への参加

3. 薬物療法（攻撃性を許容できないとき）

1) 抗精神病薬を日中に

☆妄想への効果は期待しにくい

☆過敏さや焦燥などへの効果を期待する。

妄想は、記憶力が保たれている時期に出現するとより困難な状況を作ります。自己の日常生活の中での立場や周囲との関係を意識できる能力が残されていると解釈されます。対応困難なことも多いのですが、病気が進行すると記憶力障害の悪化や無関心さが加わることで、対応しやすくなります。

## 5. 抗認知症薬：アルツハイマー型認知症の中核症状に対しての薬物治療で全ての場合に適応となります。

認知症の症状については、何らかの神経伝達系の障害の結果としての認知機能障害が考えられ、この仮説に基づいて抗認知症薬が作られています。従来はアセチルコリン神経伝達系の治療薬としてのドネペジルのみでしたが、昨年新たな薬剤が発売され、計4種類の薬剤が服用できるようになりました。それぞれの薬剤の特徴を知った上で、選択することが可能となってきています。選択肢が広がったことにより治療の幅が広がっています。

残念ながら、抗認知症薬の継続的な服用により、症状の進行を遅らせることが期待できますが完治するというものではありません。従って、認知症の症状に早く気づき軽度の時期から服用を始めることが望まれます。

また、アルツハイマー型以外の認知症に対しての効果についても検討されています。

①アセチルコリン（Ach）作動性神経の減少がある。

②興奮性アミノ酸（グルタミン酸）作動性神経の過活動

☆アルツハイマー（AD）型以外にもレビー小体型認知症（DLB）、脳血管性認知症（VD）においても、効果がある可能性がある。

1. ドネペジル（アリセプト他）

（ア）（アセチルコリンの利用を促進）

（イ）1回/日投与（血中半減期70時間）

2. ガランタミン（レミニール）

（ア）（アセチルコリンの利用を促進）

（イ）2回/日投与（血中半減期5-7時間）

3. リバスタグミン（リバスタッチ、イクセロン）

（ア）（アセチルコリンの利用を促進）

（イ）貼布剤

#### 4. メマンチン（メモリー）

##### （ア）（グルタミン酸興奮神経阻害）

##### ● 向精神病薬を併用することがあります

認知症に対しての薬物療法は、抗認知症薬に限られますが、認知症の周辺症状に対して向精神病薬が使われることがあります。落ち着きのなさや興奮といった活動が強まる方向にある過活動の状態を示す症状に対しては鎮静作用を有する薬剤を使用します。一方、意欲の低下、活動量の低下といった低活動性の症状に対しては、活動を賦活される薬剤を用いることがあります。薬剤には、抗精神病薬、抗うつ剤、抗不安剤、睡眠剤、抗てんかん剤等の神経活動に作用する働きのあるものや、脳循環改善剤といった働きを持つ薬剤や漢方薬などの効果があることが知られています。一方で、これらの薬剤の効果は期待できるものの、認知症そのものへの効果はなく、限られた範囲での効果であることを知っておく必要があります。

また副作用も出やすいことから服用には十分な観察が必要となります。

##### ● 薬物療法の際の注意点には次のようなものがあります。

1. 本人の病識のなさから服薬の不遵守がある可能性。
2. 特に向精神病薬の服用の際は副作用への理解する必要がある
3. 社会適応性の改善を目的とした生活療法の併用は継続する必要があり、慢性疾患として社会生活と両立させつつ行われるのが望ましい
4. 患者・家族の治療への主体的参加（協同作業である）が必要であり、薬剤についての理解は双方に必要なことです。

認知症の周辺症状は本人と周囲の状況に左右されて引き起こされることが考えられており、関わり方や環境を調整することで回復することが数多くあります。

向精神病薬を用いることはあくまでも一時的なものであり、副作用の影響との兼ね合いで日常生活に影響を及ぼさない程度の服用期間にとどめとおくことが必要です。心理・社会的背景を精神的安定を得るための接し方への工夫は常に必要であり並行して検討します。

前での揚げましたが、向精神病薬による治療だけで改善するということではないということを知っておく必要があります。

## 8. 適したつきあい方を、誰が（誰と）考える？

薬だけでは効果は限定的で出にくいことから、治療に当たって薬物療法の効果をあげるには介護、医療分野の様々な立場での役割分担が必要です。どのような時にどのような立場の支援者と協同で関わりを持つかは、介護負担の体力的・精神的軽減に役立ちます。

一人で悩まないことが必要です。良い方法を見つけるために、関係者と相談を続けましょう。その時に、誰と相談することが役に立つか、介護の相談を医師にすることはないと思います。それぞれの立場での得意分野がありますからそれぞれの専門職に相談をすることを勧めます。

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. 適切な治療は誰と相談する？ | 2. 適切な介護は誰と相談する？ |
| 1) 本人？           | 1) 本人？           |
| 2) 家族？           | 2) 家族？           |
| 3) 医師？           | 3) 医師？           |
| 4) ケアマネージャー？     | 4) ケアマネージャー？     |
| 5) 看護師？          | 5) 看護師？          |
| 6) デイケアの職員？他     | 6) デイケアの職員？他     |

## 9. 最後に、気をつけること

最後のまとめとして、日常で時折振り返っていただきたいことをまとめています。

認知症の治療・介護にはこの方法が良いというものはありません。認知症と自覚のないままの本人がいます。日常の混乱は、本人の意志ではなく認知症の症状に影響を受けて振り回されている本人がいるということを知っておいてください。

本人の病気を知ることで病気の症状を知り本人の言動の意味に気づけることが必要です。余裕を持ちつつ介護が続けられるように工夫していただきたいと考えます。

1. 感情を本人に向けない
  - 1) 本人も困っています
  - 2) 病気に振り回される本人は悪くないはず…本人に怒りに向けないように。
2. 病気だとわかる事は、介護者の気持ちを高ぶらせないために必要
  - 1) 本人は周りのことを気にかけています。周りが落ち着かないと本人も落ち着きません。
  - 2) 本人が病気に振り回されなくなると周囲が落ち着く。
  - 3) 介護も少し楽になると、余裕ができる。
  - 4) 周りの雰囲気落ち着くと、本人の混乱が少なくなる。

(本稿は、第13回公開セミナー（H24.3.17、豊郷病院）における講演原稿である）

# 精神科病棟における認知症患者の退院支援

豊郷病院（3-5病棟）

堀尾素子

## はじめに

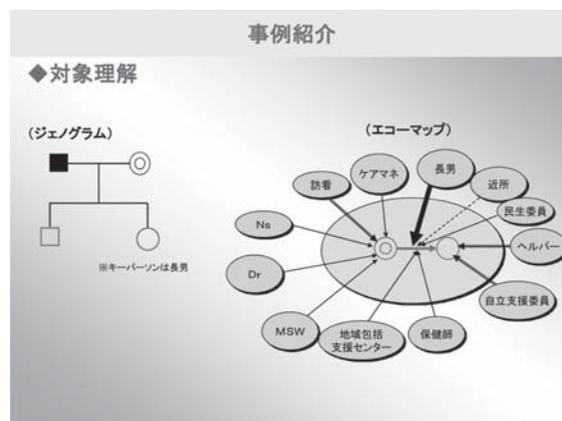
豊郷病院は一般病棟と療養病棟、精神科病棟、認知症疾患医療センターをあわせもつ総合病院です。認知症状を抱える患者の入院件数は年々増加しています。院内で心と体の専門的なケアを行うという点が当院の重要な役割だと感じています。

今回、認知症状を抱える患者の退院支援の事例についてご紹介させていただきます。

キーパーソンである息子は、母親が入院したことをきっかけに「双方が安心して暮らしたい」という気持ちから、退院については消極的でした。患者自身も「息子の安心のために」と1年近い入院となりました。また、認知症を抱える患者が自宅に帰って安全に生活していけるだろうかと、家族の不安が大きかったため、施設入所の調整を行っていました。

しかし、長期外泊をきっかけに「私、家で生活できる！」という気持ちが本人に芽生え、帰院しない状態になりました。「帰りたい」という患者自身の意思決定は、退院にかたくなであった長男の心を自宅退院の方向に動かし始めたので、今が退院支援のタイミングだと思い在宅に向けての調整をスタートしました。認知症を抱え見当識に問題があっても、「家で庭いじりをしたい、美容室に行きたい」と話す患者の気持ちに沿って退院支援するためには、家族を含めた本人の意向を確認しながら話し合えるツールが必要でした。

今回私達は、退院支援シートを活用して家族に話を聞き取ることを試みました。すると患者や家族から、その人らしく生きるための情報が聞きだせました。昔ばなしという回想会話を繰り返す事で認知症患者に笑顔が増え、家族は大切に育ててもらった母親像を思い返すという、一連の過程を通して離れかけていた家族関係が再構築される事を体験しました。この経過を踏まえて本人と家族参画の退院支援に対する考え方をまとめましたので、ご紹介させていただきます。



## 事例紹介

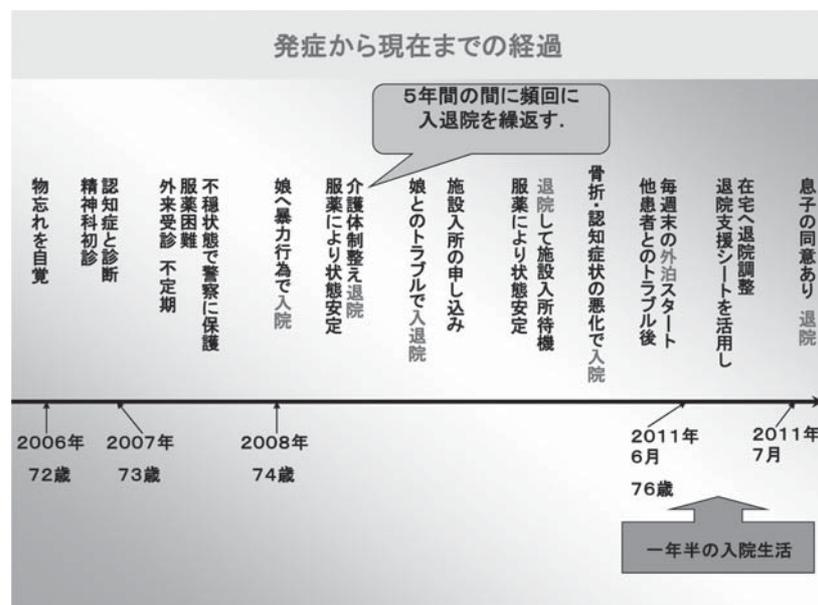
患者さんは、7人兄弟の第2子として出生。社交的で明るい性格。高校卒業後21歳で結婚し2児をもうけられました。しつけに厳しく、完璧な母親として専業主婦で過ごされました。55歳で夫が他界。息子は45歳、独身。大学卒業後、大手企業に就職し名古屋に単身赴任中。幼い頃から遊園地やお城巡りなど親子で色んな所に出かけてられました。また、学業優秀であったため自慢の息子でした。

一方、53歳の娘は知的障害があり作業所に通所し、また、てんかんでも当院に通院しています。障害がある分しっかり育てようと、食べ物のことや服装についてなど細かく指示して育ててこられました。現在は娘と2人暮らしです。

2006年、72歳の時に「何のために外出したのか思い出せない」などの物忘れを自覚されました。買い物に出ると迷子になり料理中であることを忘れて鍋を焦がすなど、徐々に症状が進行しました。心配した本人の兄弟たちに付き添われ、73歳の時に当院を受診されました。長谷川式17点、頭部CTで脳全体に萎縮が見られました。アルツハイマー型認知症と診断され薬を処方されましたが、服薬はできず外来受診も不定期。介護申請をしてケアマネジャーは決まりましたが、本人の拒否が強く介入困難でした。深夜に屋外で叫び近隣の玄関を叩くなど、警察に保護されることがたびたび出現しました。

翌年2007年には、不眠、多弁、被毒妄想、娘への暴力などを認めたため6ヶ月間程度の入院加療をされました。この時点が初回入院になります。

服薬により精神状態が安定した段階で家人と面談を重ねたところ、娘が自分の思うように従わないと口論になり、娘に対して暴力を振るうことが判明しました。娘との距離をとる目的でショートステイを導入し、介護体制が整った時点で自宅に退院されました。しかし娘との衝突は続いたため、安全な生活を確保する目的で施設入所の申し込みをおこない、入退院を繰り返しながら入所待機をしました。



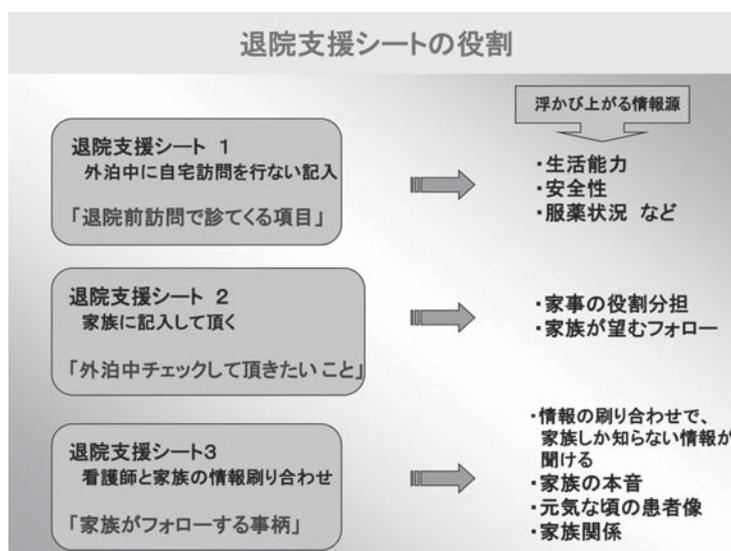
続いて入院中の経過についてお話しします

2010年3月、入院治療により精神状態が安定したため一旦、自宅退院されました。しかし退院後一ヶ月も経たない内に散歩中に転倒し左手を骨折されました。自宅では服薬が出来ない状態に戻り、たびたび迷子になり警察に保護され、また放尿をするなど周辺症状も悪化していたため本院に再入院となりました。

入院直後は落ち着いていましたがふらつきは存在。けいれん発作もあり、抗てんかん薬を追加して服薬が開始となりました。骨折のために不自由さがあり精神的な不安定さを見せていましたが、6月にギプスが取れた頃から幾分、気分は安定しました。家族の意向もあり施設入所を待機していましたが、他患者とのトラブルをきっかけに入院生活の居心地が悪くなり、2010年の9月以降は自宅生活を渴望するようになってきました。息子に外泊の協力を依頼したところ、「退院されるよりは外泊のほうがまだ」という気持ちで、毎週末の外泊がスタートしました。しかし、外泊がスタートすると息子は料理を作って母をもてなし、一緒にワインを飲みながら二人でゆったりと過ごされました。息子の協力は大きいものでした。患者は息子と過ごす週末の外泊を待ちわびる様になりました。

次に2011年5月の連休を利用した、長期外泊を体験すると「私、家で生活できます」と退院要求が強くなりました。6月の外泊では帰院しない状況となったため、外泊を延長して様子を見ることになりました。本人は「息子が毎週末、帰ってくるので何の心配もない。家がいい」と自宅生活に対する不安感はありませんでした。服薬が出来ず迷子になる事もありましたが、息子は「母が、近所に迷惑を掛けないのであれば」と退院への条件を口にしたりと、面談要請に応じなかった息子から「先生と話がしたい」と申し出られるようになりました。また、外泊時の状況を尋ねると「母と、ゆっくり過ごせました」「薬は飲みませんが、困った事はありませんでした」と報告され、落ち着いて過ごせる母親の状態に安心した様子でした。このタイミングで、在宅退院について話をすすめていきました。

次に6月の外泊中の退院要求時に使用した退院支援シートの活用についてお話しします。



## 退院前訪問シート 1

### 退院前訪問で見てくる項目

確認事項	
・インターホンはあるか（難聴あり）	・室内の掃除は必要な程か？
・連絡手段はあるか（電話）	・庭 庭掃除、草むしり等必要か 段差はないか
・最低限の調理器具はあるか （箸、包丁、鍋、フライパン、やかん、まな板、食器など）	溝はないか（家と道路の境目など）
・電化製品はあるか （冷蔵庫、コンロか電子レンジなど）	・時間を過ごすものはあるか（TV、ラジオなど）
・洗濯機はあるか（全自動？）	・暖房器具はあるか（電気？ 灯油？ ガス？）
・洗濯干し場はあるか	・家の近辺（住宅街？ 隣とは隣接それとも離れている？）
・風呂場、洗面場の状態 湯沸かし器は使えるのか	・近くにスーパー、弁当屋、雑貨屋など店はあるか
・鍵の開閉	・移動手段はあるか 最寄り駅、バス停、自転車など
・布団 ベッド 毎回布団は敷くのか	・公共施設は近くにあるのか？ （市役所・郵便局・銀行・ATMなど）
・床 壁の状態 雨漏りはないか	・ゴミ出し場は近くにあるか
・段差（転倒のリスク）	・保険証、年金手帳の存在
・階段はあるか	・近所とのコミュニケーションはとれるのか

家やその近所の見取り図

- ・ガスを止め忘れ鍋が焦げている
- ・近所は助けを求められる距離
- ・調理台は清潔
- ・娘は個室で過ごす
- ・部屋は散らかっている
- ・薬は飲めていない

外泊中の様子

## 退院支援シート 2

### 外泊中チェックして頂きたい事

	チェック項目
1	薬は飲めているか
2	米が1人で炊けるか
3	食事準備は一人で出来るか
	米、おかずを器に盛れるか
	ガスコンロ使用できるか
	火の消し忘れはないか
	使用したゴミはゴミ箱へ入れているか
4	食事の片付けは一人で出来るか
	食器洗いはしているか
	食器の片付けはしているか
5	鍵の開閉はできるか
6	布団は自分で敷くことはできるか
	布団は自分で片付けられるか

退院に向けての準備  
事項を息子に確認

・息子が家事を行い  
問題はないと判断  
出来た

今回のケースは退院後、家族協力が得にくい点が気かりの大半を占めていました。

そこで2011年6月、看護師の視点で在宅での生活能力の見極めを行なうために、退院支援シートを活用して情報収集を行ないました。

まず外泊時に退院前訪問を行って退院支援シートの1、『退院前訪問で見てくる項目』のシートを用いて生活能力と安全性、服薬状態の確認を行ないました。

次に外泊より帰院された時に、退院支援シート2の『外泊中チェックしていただきたい事』のシートを用いて、息子と家事の役割分担について話し合いました。

## 退院支援シート 3

家族がフォローする事柄の確認	
項目	
・洗濯	看護師と息子の情報の刷りあわせ
・金銭管理	
・食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・息子に、家事の負担感はない事が分かった。</li> <li>・薬は無理強くないで関係性を優先する</li> <li>・火元の心配が残るので、火災警報器を取り付ける。</li> <li>・外泊中は、母と息子でお酒を楽しんでいる。リラックスしながら、昔話に花が咲く。</li> <li>・緊急時は娘が連絡できる。</li> </ul>
・日用品	
・衣類	
定期的にお金を本人に持たせるのか	
持たせるならばその金額設定は？	
・食事の準備	
本人に調理させるのか(火の始末の心配具合)	
本人に出来合いのものを購入させるのか	
出来合いのものを準備するのか	
宅配サービスの導入の検討はどうか	
・ゴミ出し	
・家の修繕は現在検討されているのか (水漏れ、風呂のボイラー、換気扇、家の鍵など)	
・服薬のチェック(服薬カレンダー使用)	
・家人が居ない時の家の鍵の管理 (宅配や訪問看護導入するのなら・・・)	

最終的に退院支援シート3の『家族がフォローする事柄の確認』の項目に沿って、息子の思いについての聞き取り調査を行い、看護師の情報と家族しか知らない情報の刷り合わせを行いました。

以上の3枚のシートを活用して聞き取り調査を行う事で、退院支援カンファレンスに必要な情報源はほぼ揃いました。

次に、退院調整シートを活用して、情報収集した事項の活用についてお話しします。

退院支援シート1から分かったことは、患者の自宅が住める家で調理器具もそろっている、患者が困った時には、隣に助けを求められること、娘への干渉は見られるが母と距離を取るために娘は自室に引きこもって過ごしている事などが確認できました。

問題点は安全面にあり、ガスを使用してお茶を沸かすと忘れてやかんを焦がすなど、火元の心配があることと、リビングの床は物が散乱していて足の踏み場がないので、転倒のリスクがあることだと分かりました。

退院支援シート2からは、家事全般は息子が週末に行なうこと、そして単身赴任中の息子にとって家事は得意分野であることが分かり、日々の食事など暮らし事体に問題はないと判断できました。退院支援シート3からは、家族の思いと、思い出話について聞きだすことが出来ました。息子は、母には穏やかに暮らして欲しい。母に服薬を強制してまで飲ませないで欲しい。火の始末以外は何が起きても止むを得ないと思っている。と率直な気持ちを語られました。私たちは外泊中の飲酒を危惧していましたが、お酒が母と息子のリラックスタイムであり、思い出話をしていれば母の笑顔が増えることが分かりました。私たちが聞かせて下さいという姿勢で聞き取ると家族は話したい事がたくさんあることを知りました。

以上の情報アセスメントをもとに在宅生活のプランニングを行いました。地域でサポートするスタッフと退院支援シートを下に、退院前カンファレンスを一度だけ行いました。



見守り体制は、ケアマネジャーが服薬援助と安否確認に入ることになりました。服薬に関しては無理強いをせず、母との関係性を大事にして欲しいという息子の意向に沿って服薬状況の確認のみ行なう事に決まり、緊急時は救急車で対応して欲しいと割り切った考えを示されました。娘のサポートに携わる保健師からは、「娘は、SOSは出せるよ、母が帰宅しない時は警察に連絡できるし、倒れていれば救急車が呼べると思う」と新たな情報をもらい、安全の確保に目途がつかしました。また、娘のデイサービスで関わっているスタッフからは母との距離をとるために、利用回数を増やすことを提案されました。また、娘の送迎時に母親の安否確認をしますと協力の声があがりました。悩み相談として娘の心理的サポートも担当して頂きました。

訪問看護師は週末に訪問を行い、母親と息子の両方から話を聞く事に決まり、火元については火災警報器を取り付けていただきました。安全確認と家族のサポートについて具体的に話し合いました。また、主治医と相談してワイン1杯程度なら生活の中での楽しみとしての飲酒ととらえ、量が増えないようにとアドバイスをもらいました。

退院支援シートの活用により認知症患者が、穏やかに暮らすための情報を集めることが出来ました。病棟スタッフと地域でサポートするスタッフの連携方法がより具体化したと感じました。以上のサポート体制について息子に説明を行ったところ、母の在宅生活に同意が得られましたので2011年7月に退院されました。

正直に言って一度だけのカンファレンスでは、前回と同様に退院後すぐに再入院されるのではと心配していました。しかし退院後半年が経過しても在宅生活を継続されていました。そこで、今年1月にどのような生活をされているのかを確認するために、訪問看護師と同行訪問を行ないました。主治医からは、「退院して半年程経っているから拒否される可能性もある。明るい服装でさわやかな印象で何うように。」とアドバイスを受けました。当日、私の顔を見て思い出せないようでしたが、

自己紹介をすると「来てくれたの！」と快くリビングに案内して下さいました。退院後内服は、全くされていませんでしたが患者の表情は穏やかでした。部屋全体は物が多いのに、歩くスペースが確保できており転ばないように気をつけて歩いておられました。息子は変わらず、毎週末に一週間分を料理されており、冷蔵庫にはサーモンサラダに豚の角煮と本格的な料理が並んでいました。私達訪問者に冷蔵庫の中を見せながら、息子を自慢を行なわれる時は、本当に嬉しそうな表情を見せていました。また、訪問看護師は、リビングに準備された、息子のアルバムを見せてもらいながら、息子との思い出を毎回聞くそうです。その時、娘の話は出てきませんが、障害を持つ娘を心配して悩みながら育ててきた感情を私たちが聞き出す必要はないことだと思いました。患者と訪問看護師の会話から、専業主婦として母として生きた頃の思い出や、楽かった時代の回想を通して繰り返し生きること、家族と患者を温かく見守る環境を整えることは在宅で穏やかに暮らすために重要なポイントになることを学びました。また、患者は繰り返し息子の手料理や家族の自慢話を行い、サポーターはその都度新鮮な話を聞くように褒める単純ともいえるやり取りこそが、本人・家族・サポートスタッフの気持ちを結び付けていると感じました。

入院中の状態と比べると、穏やかなその人らしい生活が伺えました。

## 終わりに

精神障害・認知症患者の長期入院は、「社会的入院」と呼ばれるものが大半であると指摘されています。入院中の患者の姿は「病棟」という器の中で、作られた日常生活を送っているといっても過言ではありません。このような状況が長く続くことによって生活のこまごまとした決断ができなくなり、つまりしなくなり、指示や管理によらなければ行動できなくなる傾向にあります。自己決定能力が低下することは、退院支援を行う際にどのような生活が可能か様々な選択肢を狭める事につながります。しかしこの事例のように、病棟という場を離れ楽しい時代を生きたその場にいる事で、とたんに生き生きした表情を見せる人もいます。「病棟」という枠を外せば、思いもよらない能力や健康さが見えてくると感じました。

今回、認知症患者の退院支援のプロセスを振り返り、学びを整理しました。

- 1 外泊中に自宅訪問するなど、退院支援スタッフが早期から関わることで患者と顔なじみの関係になり、認知症患者の困惑を避けることにつながる。
- 2 退院支援シートを活用して、患者と患者を支える家族と両方の生活過程の情報収集を行なった上でカンファレンスすることは、同じ目的での対応が出来てそれぞれの役割を整理することにつながる。
- 3 退院支援シートをツールとして、家族の話聞くことで患者の生活過程を家族と共に見つめなおすことができる。結果、患者に対する眼差しが変化し在宅生活を安定させることに結びつく。

今回の事例は、娘も息子も認知症になった母親を受け止めることが出来ずに排除的な態度を示されていました。しかし、退院支援シートというツールを活用して母親についての思い出や、服装や口癖など息子しか知らない親子関係を聞かせて頂くことが出来ました。語っていただくという経過

のなかで息子は、母親に大切に育ててもらった記憶を回想された事と思います。仕方なく母親の外泊要求に応じた息子の、母に対する眼差しが受け入れの気持ちへと切り変わり、またワインを飲みながら母親の話を聞いて「お母さんは300歳ぐらいまで長生きするよ」と、冗談を言うまでの気持ちのゆとりも出てきました。娘も「母が家にいてくれると、冷蔵庫の食事を温めてもらえて助かる。」と、母親に感謝する言葉がでてきました。

この様に家族が患者を受け入れることが出来るように心のサポートを行うこと、そして家族関係を再構できる機会を一緒に見つけて、患者の存在意義を取り戻すことが認知症患者の退院支援における、重要な役割だと学びました。

患者を含めた家族の思いに寄り添った退院支援ができるように、実践的な見通しを立てて関わっていきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

(本原稿は、2012年3月10日に開催された看護師職能集会で発表されたものである)



# 多飲水がある統合失調症患者に対しての 行動療法的アプローチの効果

豊郷病院（3-6病棟）

大森一史、谷 洋明、金丸貴行、仮屋隆史

Keyword：統合失調症・多飲水・行動療法的アプローチ

## I. はじめに

川上ら<sup>1)</sup>は「多飲水症とは、水を飲むことを自分で止められないために、体重が著明に増加するほどの飲水をしてしまうことであり、精神科の長期入院患者の約20%前後に起こるともいわれている」と述べている。一般に、健常者では1日の体重変動は±1.2%にたいして、飲水による体重増加が4%を超えた場合水中毒となる危険性が高い。

水中毒は多飲水により誘発されるもので、希釈性の低ナトリウム血症による諸症状を呈している状態である。希釈性の低ナトリウム血症によりもたらされる精神症状としては、イライラ、ぼんやり、怒りっぽいなどがあり日常生活や健康に支障をきたす。多飲水症についてはまだ多くの事が明らかになっておらず、治療的に正しく介入するのは難しいと言われている。

現在、当病棟では多飲水症の患者に対し毎日5回の体重測定を行い、多飲により体重の増加が著しい患者に対して声掛けやコップを預かるといった対処法を行っている。今回の対象となるA氏は、体重の増加に伴い夕方に意識混濁や焦燥等の症状が出現、欲求のコントロール不良となり強引なオヤツ要求や通らない事で威嚇行為が出現する事がある。

A氏は過去に低ナトリウム血症によって倒れ保護室に入室した既往が過去2007年から12回ある。その都度、水分コントロールの指示や飲水量の把握をしてもらうなどの教育を行ったが、保護室解除となった途端に再び多飲水が目立つようになり十分な教育効果は得られておらず、再度低ナトリウム血症を起こす可能性やそれに伴う精神症状の悪化が懸念される。

今回、先行研究で効果が得られた例のある行動療法的アプローチを実施し、介入の前後で本人の飲水に対する意識に変化が生じ体重のコントロールに良い結果がみられたので報告する。

## II. 目的

行動療法的アプローチを行い多飲水を減らし体重の増加を減らす。

## III. 研究対象患者

A氏、統合失調症 30代の男性、入院期間は7年。病職の欠如がある。2011年3月まで参加していたOT活動へも「する事がないから」と参加しなくなっており、孤立的に自室で過ごすことが多くみられる。内服の副作用には口渇があり、飲水が増える事もあるがそれとは別に、常同行為とし

て習慣化している事や、入院によるストレスなどで飲水が増えている事が考えられる。体重が増えた準夜帯になると、空腹や自制がきかず強引に詰め所へ入る行為、威嚇した発言や暴力に走る行為がある。

#### IV. 研究方法

研究期間 2011年8月20日～2011年10月28日

①トークン・エコノミー式の動機づけ

1日5回の体重測定を行い1日の体重が4%以内（+2kg以内）であれば本人の要求に応じてオヤツを渡す。意識づけの為本人に説明する。

②リラクゼーション

対象患者が好む音楽を提供し、朝6時から21時に聞ける様に促していく。

③水の代用品

飲水時間を減らすことを目的として、アメを1日5回の体重測定時に渡していく。

④スタッフ間のA氏への対応統一

水分を飲まれているA氏に対して、その行動を受け入れる様に意思を変え、スタッフ間での意思の統一を図る。①、②、③を病棟スタッフ内で、統一して関わる。A氏がストレスをため込まないように、状態に合わせて面接を行う。

⑤体重測定による行動療法的アプローチ実施の評価

6時、9時、11時、16時、19時の5回/日行う。

#### V. 倫理的配慮

本研究は、院内看護部倫理委員会の承認を得て、対象者には口頭及び、文書にて説明し同意を得た。

#### VI. 結果

8月20日プラン開始。研究方法①、②、③をA氏に説明し「わかった」と言う言葉が聞かれた。しかし、①について、8月中、体重目標+2kg以内の日が12日中7日間あったが、オヤツを希望することはなかった。②については1日だけ要求があったが、病棟規則の21時以降だった。③についてプラン開始から4日までは、「アメはいらんわ」と話し、アメを受け取られなかったが、その後は、1日1回のペースで受け取っていた。

8月20日から31日までの平均体重は、約54kgから始まり56kgまで終わるようになった。

プラン施工前の6月から8月の平均体重の推移は、54kgから始まり19時は58kgで経過していた。

9月に入り①について、9月10日に「オヤツ欲しい」と初めて詰め所に要求してくる。体重は朝から+2kgで経過していたため、スタッフは体重をみて頑張った事を評価し伝えオヤツを渡した。オヤツをもらえる日が30日中16日あり、本人のペースで30日中4日もらいにきた。②については、週に1回から2回ペースで音楽を聴くようになった。③については、3回のみであり、「アメでごまかされている」と発言があった。

体重が、19時の時点で、59kgと+6kgになっており、スタッフが「体は大丈夫ですか」と声掛けすると驚いた表情で「音楽きいとくわ」と言う。

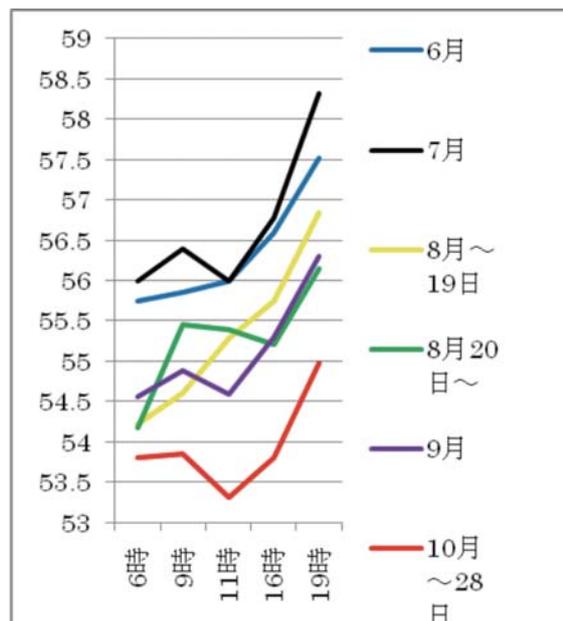
体重平均は54kgから始まり56.5kgで経過するようになった。9月27日に面接を行った時に、なぜ飲水をしているのかを聞いてみると、「なんか知らんが飲んでいる」という返答がかえってきた。「喉が渴いたから飲んでいるのですか」と尋ねると「そうではない」と。「イライラして飲んでいるのですか」と伝えると「イライラしていない」と話す。「水を飲みすぎると体調が悪くなり倒れたりするのですが、体に悪い事知っていますか」と尋ねると「なんとなく」と話す。「今日の体重は55.5kgで、いつも飲み過ぎているときの体調と比べてどうですか」と尋ねると「体調はいい」と返事する。飲み過ぎている日は、どうですかと伝えてみると「なんか知らんけどしんどい」と話す。また、アメを渡すようになって、「なんかいらんわ」「アメでごまかされている」と話していた。スタッフから「アメが欲しいときは、必ず伝えてください」と約束する。オヤツは、体重が日内変動+2kgですと話す「知っている」と返事が返ってきた。

10月に入り①について28日中17回もらえる日があり、11日もらいに来た。呼びかけなくても「今日はもらえる」と自分から聞いて来るようになった。オヤツをもらった日は、消灯時からの水飲みは、少なくすぐ睡眠するようになった。②については音楽を聞いた日は28日中2回であった。③については28日中12回もらいに来た。

詰め所に強引に入るなどの威嚇や粗暴行為はなかった。

平均体重は53kgから始まり54kgで経過するようになった。

飲水の状況を体重測定にて評価していき、6月から8月のプラン実施前に比較し、最終10月は起床時体重約2kg、19時体重3.5kg減少した。一日の増加平均もプラン前の8月に2.6kgに比べ10月は1.3kgと減少した。



6月～10月の平均体重の変化

## VII. 考察

飲水時間をへらす事を目的としてアメを取り入れたが、プラン導入時は「いらんわ」「アメでごまかされている」と拒む場面が多くみられた。

坂田<sup>2)</sup>は「そのズレの最大のものが患者のもとめのないところから援助を開始しなければならない場合が多い」と述べている。これは本研究に取り組むにあたってA氏の多飲水に対する問題意識が薄いことから、本研究に取り組む目的意識にズレが生じたために、このような反応になったと考える。

スタッフとA氏との認識のズレが出てきたため行った面接では「なんか知らんけどしんどい」と返答があったことから、多飲水に対して体の反応に気づくことができたと考える。また、アメやおヤツについて、自分で飲水量を調節するために渡していると説明することで、少しずつ本人のペースで理解してきており体重が減ってきたと考える。

研究前は体重を計測する時の声掛けについて、「体重を計って下さい」とスタッフが声掛けしていた。

田島ら<sup>3)</sup>は「ある程度の精神症状が安定している患者にとって、水分制限は、ストレスでしかなく、(中略)水を飲むことについて、スタッフから叱責されると患者の自尊心を大きく損ねる可能性がある。」と述べている。そこで病棟スタッフ内での飲水に対する指示、制止等の関わりを中止し、A氏の「飲みたい」という思いをまず受け入れ、「だいたい飲んでいて体は大丈夫ですか」、「今日はいい調子で飲まれていますね」「アメどうですか」「音楽を聴きますか」などコミュニケーションを図ることや、関わりが増えたことで次第に患者との関係が和らぎ、スタッフの関わりに対して抵抗感も少なくなり行動療法的アプローチがスムーズに受け入れられ、その結果「アメが欲しい」や「2kgやし、おヤツちょうだい」、「音楽を聴いてもいいですか」など自発的な言葉が出てきたと考える。

体重が53kgから+2kg前後になった8月下旬・9月・10月に関しては詰め所に強引に入る行為や威嚇した発言はなかった。研究として夜間希望時にオヤツを渡した結果、空腹に対するストレスが軽減したことや、多飲水により意識がもうろうとする状況が少なくなり、冷静な判断ができるようになったことで粗暴行為がなくなったと考えられる。また、夜間の睡眠に変化がみられ、オヤツを貰った日は不眠での多飲が減少し、朝の体重が減ったと考える。

リラクゼーションは体重の増加を伝えた際に自ら「音楽聴いとくわ」と発言あり、これ以上飲んではいけないという思いから、水から離れる手段や気分転換になったと考えられる。しかし、本人の希望する時間が19時以降であることや、体重測定が19時までであったことで、リラクゼーションによる多飲水に対す評価には至らなかった。

## VIII. 結論

- 1) 行動療法的アプローチを行うことで、多飲水に対する動機づけができ、飲水量と体重の増加が減った。
- 2) 飲水を否定せず思いを受け入れ、根気よく統一した関わりを実践することで、関係性が深ま

り行動療法的アプローチをスムーズに受け入れられた。

- 3) 患者とスタッフ間の目的意識のズレを理解したうえで関わることが重要である。
- 4) リラクゼーションについて、19時以降の体重測定ができなかったため、有効なデータがとれず効果が検証できなかった。

## 文献

- 1) 川上宏人・松浦好徳：多飲症・水中毒—ケアと治療の新機軸. 医学書院、東京、2010
- 2) 坂田三允：総合失調症・気分障害をもつ人の生活と看護ケア 中央法規、東京
- 3) 田島愛子：精神看護と水中毒（第2報）～トークン・エコノミー式の動機付けをおこなって～  
筑水会精神情報研・病院年報 27：60-62、2008



# 混乱状態から回復し 他者との交流をもてるようになった事例

豊郷病院 リハビリテーション科

岩田夏彦

## 【はじめに】

50歳代の知的障害を有する事例を担当した。精神科急性期病棟から慢性期病棟へ転棟した直後は環境変化に適応できず、拒食、拒薬、閉じこもりなど混乱状態が見られていたが、早期より関わることで、比較的早く落ち着きを取り戻し、他者との関わりを求めるようになったので報告する。なお、発表について事例の同意をいただいている。

## 【事例紹介】

50歳代で知的障害を有する男性。慢性胃炎、便秘症もある。乳幼児期より言葉・運動の遅れがあったが普通学級で中学卒業。印刷業など転々とする。過去に2度自宅に放火し服役をする。抑うつ、不眠、食欲減退などで他病院に通院していたが、転居してからは遠方になるためX-1年当院初診、軽度知的障害（WAIS-R：TIQ66、VIQ77、PIQ60）と診断される。家では家族と口論になることがあった。数カ月して自宅に引きこもり、食事をとらず家庭での介護が困難となり、X年に4カ月ほど入院。更衣・保清困難。「肛門がなくなった」と困惑しており、演技的に他者に向かって倒れこむこともあり隔離室も使用する。食事もとれるようになり一旦退院した。退院約1週間後、父親を突き飛ばし大けがを負わせ、警察沙汰となり再入院となる。家族の退院拒否より退院が進まず、X+3年OT処方が出され、カラオケや音楽鑑賞に参加していた。X+4年筆者が担当する病棟に転棟となる。

## 【作業療法評価】

転棟直後から表情硬く、デイルームに出てこず、「胃が消化しない」「肛門がない」などと言って拒食・拒薬・入浴拒否が見られ、介助も拒む。部屋で臥床していることが多く、ナースステーション前や廊下で「どうすればいいんや、倒れてても誰も来ない」と言い寝そべっていることもある。2・3日して促しで飲水できたり服薬できたりする。デイルームに出てくることや、わずかだが食事をとることは強い促しで何とかできるようになる。筆者が話しかけることには拒否感はない様子である。「肛門がない」などと繰り返し言っている。

初期のアセスメントとして、わずかに病棟に適応しつつあり、切迫感も少し軽減しているが、転棟してどう過ごしていればいいのかかわからない混乱状態であると考えた。OTでは過ごし方がわかりやすい受け身のプログラムを通して混乱状態をまとめ、安心して過ごせるようになることを初期目標とした。

## 【作業療法実施計画】

環境変化への脆弱性を考慮し、OT室ではなくデイルームでの活動（音楽・体操：それぞれ30分を週1回ずつ、参加や退席は自由）を提案した。拒否があっても認め、少しでも参加できれば肯定的に伝え、事例に関心を持っていることを感じてもらい、安心感の持てる関係性を構築していくように努めた。第4期からはOT室での活動にも誘い、活動範囲拡大、対人交流促進を図る。

## 【介入経過】

第1期（2週間）：転棟後1週間後に声かけを開始した。「歌は嫌いです」などと拒否されることもあったが、何とか一緒にデイルームまで行くことはできた。5～10分で退席することが多かった。音楽では静かに聞けており、体操では動きは緩慢で小さいが取り組める。「少しずつ参加の時間も延びてきてますね」と筆者が伝えると素っ気なく「ええ」とだけ答える。食事場面ではときどき拒食が見られるがほぼ全量自力摂取可能になっている。

第2期（2週間）：普段から廊下を少しうろろしている様子が見られ始める。入浴は誘導で可能。「もっとうまいものはないか」と話し、看護師同伴で売店に買い物に行き始めている。「肛門がない」が「肛門が1つしかない」に変化している。OT活動にはデイルームで少し参加し、部屋に戻り、またデイルームに来るということを繰り返すようになる。体操の動きも少し大きくなっているようである。表情が少し穏やかになっている。

第3期（1カ月）：部屋から出ていることがほとんどで、スタッフの周りをついてきて笑顔が見られ、かまってほしそうにしている。OTでは誘われてすぐにデイルームに来ることができ、部屋との往復はあるが、最初から最後まで参加できることが増える。参加時間が増えていることを伝えると「そうかな？体調は良くないけど」と話す。以前ほどではないですよ、と聞かれると「うん」と答える。OT室を少しのぞいているのがしばしば見られるようになった。

第4期（1カ月）：「肛門」の発言はほとんど聞かれぬ。売店には一人で行ける。スタッフに誘われてOT室での活動（個人OT）に参加するようになる。将棋に誘われると少し微笑んで1時間ほどでき、カラオケも歌えている。「今日の昼飯は何や」と自ら話しかけてくるが増え始めた。看護師と練習して、買い物に行きたいと筆者に言っている。スーパーでも特に混乱・困惑なし。

第5期（2週間）：声かけなしでOT室に入ってきてはうろろして退室するようになる。筆者が会釈すると会釈を返す。将棋に誘われるとうれしそうに取り組む。OT室での手芸クラブでは自ら参加し、厚紙で作る引き出しのキットを40分ほど取り組める。説明書は読もうとしないが、指示があれば取り組める。面談では、料理や洗濯、風呂沸かしなどについて話せる。退院に関しては「あんなとこ（家）いらん」と話す。〈怒られるから？〉と聞かれて「うん」と答え、〈怒られなかったら帰ってもいい？〉と聞かれて「そらそうや」と話す。

第6期（1カ月）：個人OTでは一人でいることも多いが、かかっている音楽の鼻歌を歌う様子が見られる。気温や食事の話から自らしてくる。手芸クラブでは「これでええんか？」と確認を求めたり「できた」と作業完了の報告ができたり自発的に声をかけられる。説明書も促すと読めるが、平面図を立体的にイメージするのが難しく、筆者が仮組立をすると理解できる。院外レクでは自

ら筆者にうれしそうに土産を見せてくれる。

### 【結果】

ADL支援が必要な時期から、デイルームで数分のわずかな参加から開始し、次第に落ち着いて過ごせるようになり、OT室での活動にも参加できるようになった。現在では将棋や作品を作り、必要があれば自発的に交流もできている。

### 【考察】

当初は、転棟による環境変化への脆弱性と、「他者と関わりたいがどう関わっていいのかわからない」というこの事例の特徴により、拒食や拒薬、介入拒否、アピール的に廊下に寝転ぶなどの行動が見られる混乱した状態であった。

OTでは早期からいつでも出入りしやすいデイルームでの活動を通して、安心感の持てる関係性になるよう接したことで、事例の安心感や受容感につながるとともに、参加意欲や自主的な交流が増加した。

さらに体操による現実的な身体感覚の回復や、空腹感をしっかり感じることによる食事の安定が、肛門に関する妄想の減少につながったと考える。

今後は退院調整の動向に合わせて、生活技能の確認・向上に向けて関わっていきたい。

(本稿は、現職者研修事例発表会(2012.1.22、近江八幡市立総合医療センター)にて発表されたものである)



(精神科作業療法室にて)

# 外出活動を通して考えた連携

豊郷病院 リハビリテーション科

岩田夏彦

## 1. 初めに

精神障害リハビリテーションでは、入院中心医療モデルから地域生活支援モデルへと転換している。いわゆる長期入院者には従来の治療に加え、リビングスキルの獲得や社会資源の活用を図ることが期待されている。

また、生活を支援するためには多様な視点と技術が必要となり連携を欠くことはできない。香山<sup>1)</sup>は「対象者にとっての作業療法の意義を作業療法だけで語ることはナンセンスであることは言うまでもない。作業療法が対象者の支援のどの部分を担うのか、という意識が作業療法を活かす道であり、対象者の本当のニーズに沿った作業療法を展開できる道でもある」と述べているように、連携を重視した作業療法（以下OTとする）の展開が求められている。

当院の精神科OTでも、まだまだうまくいかないことは多いが、地域生活や連携を重視して外出活動を行っている。最初は看護が買い物として行っていたが、OTが担当するようになり、行き先も少しずつ増えるようになった。これまでの外出活動を振り返り、連携とOTについて考察する。

## 2. 外出活動の始まり

以前は病院から歩いて約5分のところにスーパーがあり、外出許可の出ている患者が必要なものを買いに行っていた。しかしそのスーパーの閉店がきっかけで、2006年2月から病棟看護が呼びかけて外出活動(内容は買い物)が社会復帰への自立生活プログラムの一環として始まった。車で5分ほどのスーパーへ病院職員が運転し、外出許可の出ている患者は自由に参加でき、同伴が必要な患者は看護師が付き添って参加していた。

当院の精神科病棟は5階（療養病棟）と6階（一般病棟）にあり、第1・2週目は5階、第3・4週目は5階と6階が合同で火曜日に外出していた。しかし、半年ほどして6階で付き添いが必要な患者が増え始め、6階の外出活動は中止となり、5階の患者のみで、月に2回ほどの頻度になった。

## 3. OTが行っている外出活動

### ①OTが行うようになったきっかけ

それまでのOTでは院内での症状や気分の安定のため手工芸やレクリエーション活動が中心で、地域生活を想定したかわりが希薄であった。そこでリビングスキルや社会資源の活用など、OTで担当できる部分を探していたという背景があった。筆者は5階の担当であり、看護と相談

し、2009年4月より看護が行っている外出活動に筆者が同行し、引き継ぎを行った。参加者は食べ物や歯磨き粉、洗濯粉、衣類、本などを買っている。

## ②変遷

OTの外出活動は2009年6月に開始し、月に2回（火曜日）、内容は買い物で、対象者一人一人へ声かけをしたり、レクレーションなど集団プログラムの時に全体に呼び掛けたりして参加する方を募った。そして筆者が対象者と病棟の間で「誰が」「何を買いたいのか」「いくら必要か」といったことをやり取りしていた。そして実際に買って来て看護ステーションに立ち寄り、買って来た物、釣銭などを病棟に確認してもらい解散するという順序である。

筆者は対象者と病棟の間に入って情報のやり取りをしていたが、それまで参加していなかった人を誘うときは、経済的に苦しかったり、家族が面会に来てくれる時に持ってきてくれるから買い物で買って来てしまうと家族とのつながりがなくなってしまうという家族関係だったり、対象者自身の収集癖の表れであったり、外出が禁止となっていたりといった背景がわかってきて、対象者に断らなければならないことが増えてきた。その際に筆者に過剰な期待を持っていたと思われる対象者が反応することもあった。そして筆者も対象者への声のかけ方、断り方や、病棟への相談の仕方などで難しさを感じ、調整する意欲が減退していたと思う。

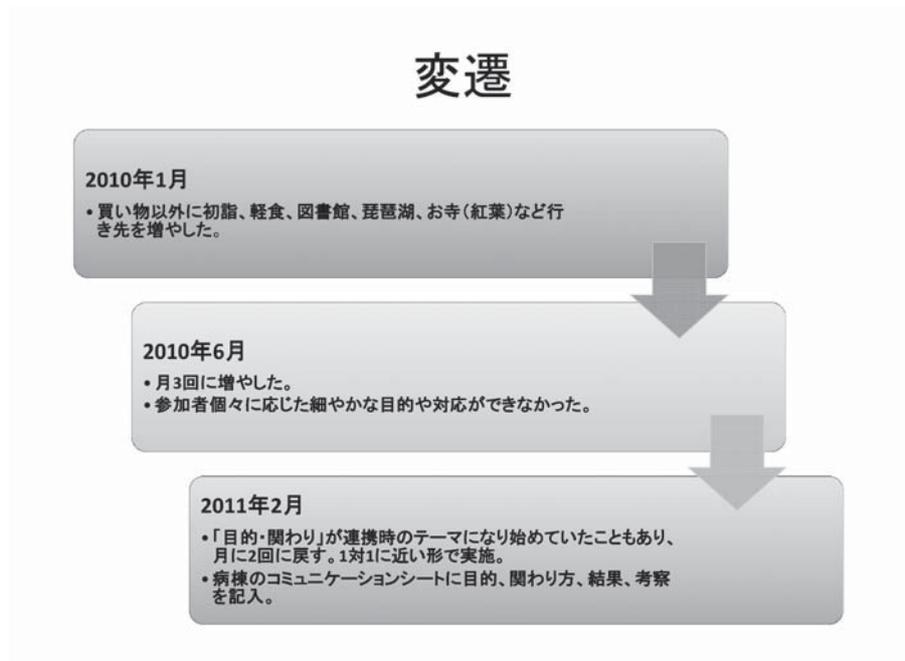
## 変遷

- 2010年4月から申し送りに参加させてもらい、申し送り以外でも調整をして、連携の頻度を上げた。
- 看護でも参加者と確認してくれるようになった。
- 何でも相談しやすい雰囲気や関係性が築けるようになった。



しかし調整しなければリスクが高まると考え、2010年4月からは病棟の申し送りに参加させてもらったり、(OT室が病棟内にあることを利用して)申し送り以外でも普段から連携を意識して調整したりして、連携の頻度を上げていった。そうすることで少しずつ病棟と相談しやすい関係性が築けるようになってきたし、さらに対象者への対応もうまくいくようになってきたと感じる。行き先は毎回買い物であったが、2010年1月からは初詣や軽食、図書館などに行くようにした。いろんなところに出て行き、地域との接点の幅を広げるためである。そして2010年5月から効率

よく参加メンバーを募集するためにデイルームにホワイトボードを掲示して「日時、場所、内容、参加申し込み締め切り」を知らせた。頻度を増やした方がもっといろんなところに行けると考え、2010年6月より月に3回外出の時間として設定した。



しかし、月に3回では前述の「誰が参加できて、何を買えていくら必要か」といった調整だけでなく、病院の所有車の利用手続きや参加者の募集、新しく行くところでは目的や方法の他職種への説明などかなり複雑になった。そのため、対象者個々の細やかな目的や関わり方は考えられず、外出活動は形骸化していたように思われる。

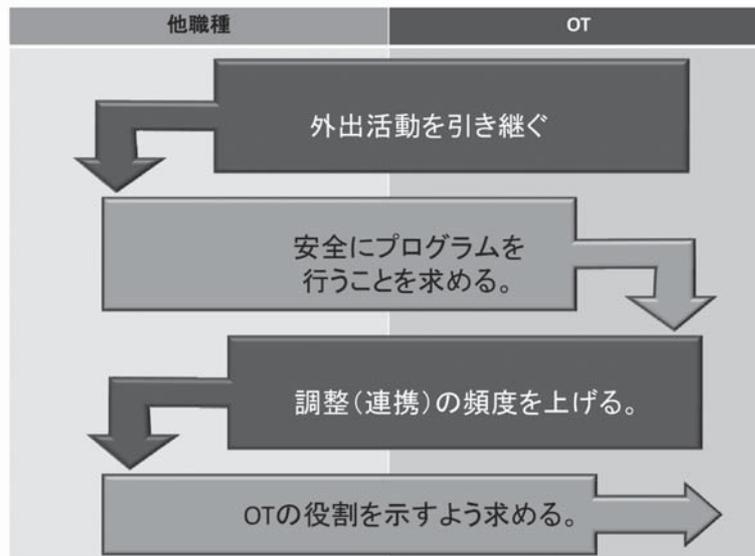
病棟とのやり取りで、OTでは「どのような目的で」「どのように関わるのか」といったことがテーマになり始めていたこともあり、2011年2月からは月に2回の頻度に戻し、そしてホワイトボードの掲示は止め、対象者とスタッフがマンツーマンに近い形で関わるようにした。対象者個々の目標に沿って行き先や関わり方を設定するようになった。特に退院が現実的に見込まれる対象者に対しては、さまざまな状況や都合を考慮して火曜日以外の日や時間を設定して個別で外出活動を行うこともある。しかし、OTでの目的や関わり方をどのようにして多職種に発信するかが今後の課題であると感じている。

## 4. 考察

### ①連携について

外出活動開始当初は「誰が、何を買いに、いくら必要か」といった部分の調整が難しく、筆者は消極的になっていた時期もあった。この原因としては、今思えば引き継ぎ期間が短すぎたことが考えられる。引き継ぎ期間が短すぎたことで、対象者側も、病棟側も、筆者にも、混乱が生じていたのではないだろうか。しかし申し送りなど連携の頻度を上げることでOTと病棟がまとまることができ、その安心感からうまく対象者に伝わるようになっていったと考えられる。

これまでの振り返りを通して連携時のテーマは「誰が、何を買いに、いくら必要か」というものから「目的と関わり方」というものへ変化してきている。これは病院外という操作しにくい環境でのリスク管理の側面を少しずつクリアしてきているがゆえに直面しているのだと思う。しかしそれは換言するならば、これまではOTの専門分野での連携ができていなかったといえるのではないだろうか。今後は多職種内でOTの役割を意識した連携をしていかなければならない。



今までのOTの外出活動はどういった役割を担ってきたのだろうか。当初、筆者は外出活動を通してリビングスキルの獲得や社会資源の活用などの面で役割を果たそうとしてきたが、「誰が、何を、いくら必要か」の調整が多く、OTが果たした役割というのは、病棟の代わりに外出を手伝っているというものに近かったと思う。しかし、少しずつ「目的や関わり方」を求められるようになっていく。今後は目的や関わり方、そしてその効果を示すことで、地域生活志向の役割を担っていきたいと考えている。

## ②地域生活を視野に入れたOTをするために

岸本<sup>2)</sup>は「作業療法における学習理論に基づく考え方や治療手段は、自然な形で広範囲に活用されており、日常場面でも特に意識されずに用いられてきわめて親和性は高い。しかし作業療法士があまり意識せずに用いてきたという点は、対象者の適応的な認知行動面での変容（すなわち認知行動障害の改善）に対して、評価や治療的介入のうえでの操作性、計画性、意図性の弱さが感じられる」と述べている。これは「目的や関わり方」をしっかりと設定し示していくことが課題である筆者にとって重要な指摘であると思われる。

OTのプログラムは対象者にとっても作業療法士にとってもあまり特別なものではなく何気ない活動であることが多いように思う。ゆえに何となくプログラムを運営し、とりあえず対象者が参加し作業をするだけでこちらが安心することもある。外出活動でも細かく目的や関わり

方を設定していない時期があった。それが操作性、計画性、意図性の弱さという指摘に筆者が注目する要因なのだと考える。

例えば、外出活動を利用して買い物に行き、その対象者が買い物のスキルを身に付けた場合、操作性、計画性、意図性を考えて細かく評価・介入を行っていけば、行動変容の要因について説明できOTの役割や意義を示すことができる。しかし何となく買い物に同行しているだけであつたならば、対象者の認知行動過程でどのような変化があつたかを説明できず、誰が同行してもできるのではないかと思われかねない。このように筆者が地域志向を目指す前に、認知行動障害に対してのしっかりとした操作性・計画性・意図性が必要不可欠である。

### ③認知行動障害へのアプローチ

認知行動障害について亀山ら<sup>3)</sup>は「通常的意思決定は①主題設定→②関連する情報収集→③情報の整理・起案→④検討・吟味→⑤判断・決定の順に進むが、統合失調症患者の場合、②と④がなおざりにされる傾向があり、いきなり⑤に至る」と述べている。

外出活動の買い物で服を買う場合、試着室があることを知らずその場でズボンを脱いで試着しようとしたり、洋服サイズの表示（S・M・L）の意味がわからなかったり、衣類コーナーのレジに気づかず食料品コーナーのレジで買おうとしたりする方がいた。これらの行動は、亀山らの指摘通り②と④が十分でないことが原因と考えられる。

そのため、特に②では必要であろう情報を外出前に提供しておくことが、認知行動障害の改善に役立つと考える。例えば店の簡単な見取り図を見てもらい、どこに何が売られているのか、どこに試着室があるのか、どこにレジがあるのか、などの情報を視覚的に提示する。そうすることで妨害刺激が多い店内で情報収集しなくてもよく、失敗せず遂行できる可能性が高まると考えられる。また、別のプログラムで「生活講座\*」というものを実施しているが、そこで買い物をテーマにし、他の情報（SMLの意味・案内板の使い方・レシートの重要性など）を提供することも同様の支援につながると考える。

## 考察(認知行動過程へのアプローチ)

### ・ 通常的意思決定の過程



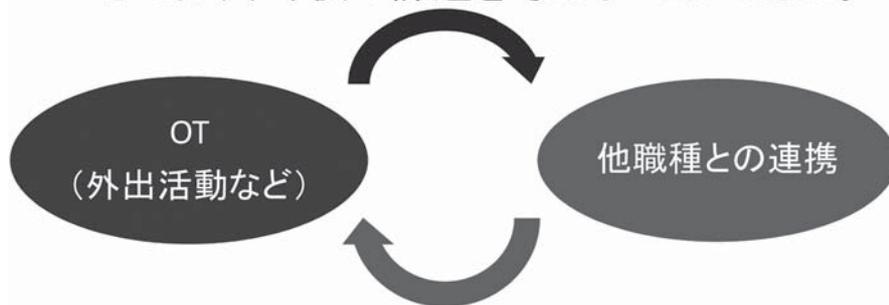
- ・ 統合失調症患者の場合、②④がなおざりにされる傾向があると言われている。
- ・ これらの特徴を踏まえてどう関わるのか、が今後の課題。

これらのことから、認知行動障害に対して操作性、計画性、意図性をもって介入することは、適応的な行動や作業・生活につながり、多職種の中でのOTの役割というものが示しやすくなると思われる。

今回、外出活動を通して連携について考える機会が得られた。その中でOTの役割について振り返り、意識を新たにすることができた。それがOTのレベルアップにつながり、そのことが連携に生かされていけば対象者の支援もさらに充実したものになるのではないだろうか。

## まとめ

- 外出活動を通して連携の量・質が上がってきている。
- 連携を通してOTに求められる役割が変化してきており、今後の課題を考えることができた。



\*生活講座：2011年5月から週1回の頻度で始めた。5階では長年療養生活をされている方が多く、退院の話が多職種で話し合われても生活課題に対してモチベーションが低く、取り組めないことが多い。そこで生活講座では、生活への意識を高めることを目的に、生活に関係する話を筆者が行っている。テーマとしては洗濯・食事・生活リズム・コミュニケーション・掃除・料理・収納整理・転倒・清潔・金銭・健康・買い物・交通機関など。デイルームで行っており、だれでも自由に参加できる。

## 参考文献

- 1) 香山明美：本特集を取り上げる意図—対象者のニーズに沿った作業療法展開のために。OTジャーナル 36：96-99, 2002
- 2) 岸本徹彦 他：SSTを生かした作業療法の展開—認知行動障害へのアプローチ。三輪書店, 2008
- 3) 亀山知道 他：精神分裂病患者小集団の意思決定過程と治療的関与。精神医学 24：47-55, 1982

(本稿は、第8回滋賀県作業療法学会 (2011.11.13、コラボしが) で発表されたものである)



(精神科デイケア室にて)

## 鑑定書（成年後見用）

1. 事件の表示：〇〇家庭裁判所〇〇支部平成24年(家)第4054号  
保佐開始の審判申し立て事件

2. 本人：氏名 〇澤〇三 男  
昭和〇〇年〇月〇日生（59歳）

3. 鑑定事項および鑑定主文：

### 鑑定事項

- ① 精神上の障害の有無、内容および障害の程度
- ② 自己の財産を管理・処分する能力
- ③ 回復の可能性

### 鑑定主文

- ① 破瓜型統合失調症に罹患して慢性期にある。
- ② 自己の財産を管理・処分するには、援助が必要である。
- ③ 回復の可能性は極めて低い。

4. 鑑定経過：

受命日 平成24年2月13日

作成日 平成24年3月15日 所要日数 32日

豊郷病院精神科閉鎖病棟において、平成24年2月14日、2月16日、2月27日、3月1日、3月6日、3月8日、3月13日の7日間、それぞれ約10分間の問診および30分を越える時間の行動観察を行う。また、3月12日に次兄〇澤〇雄氏に電話して家族関係などを聴取する。

### 参考資料

豊郷病院精神科外来診療録、及び入院診療録

5. 家族歴及び生活歴：

〇〇県〇〇市で灯油やプロパンガスを販売・配達する燃料店を営む両親の4人兄弟の三男として出生、率直で手のかからない子であったが、積極性に乏しく、内向的、友人は少なかった。なお、母親は再婚で前夫は戦死している。前夫との間に出来た長兄（本人にとって異父兄）はガンで死亡（昭和55年頃）、母も死亡（昭和62年）し、父も（平成23年）死亡した現在、本人の親族は兄一人、弟一人となっている。

家族歴に精神疾患の負因は認められない。

## 6. 既往症及び現在歴：

### 既往症

薬物依存症などの特記事項はない。

### 現病歴

中学3年2学期（15歳）頃より、学校に行かず家でゴロゴロするようになった。勉強にはむらがあつて、成績は良かったり悪かったりした。高校に入学するも、1年の1学期末より休むことが多くなり、家でぶらぶら過ごす。2年になると、散髪・入浴もしなくなり、起床も遅くなる。その年の7月頃から休学し、その年は留年した。家ではほとんど寝て過ごした。そして、絶えず「エライ、エライ」と言う。家人が、病院に行くように言ってもほっておいてくれと言う。翌年にはふたたび学校に行くが、再び、7月頃から休みだし、結局中退した。そのため、父の仕事を手伝う。父は家業の後継を考えていたようだが、何をするにも気力がなく、投げやりな態度で満足な仕事は出来なかった。昭和46年11月に長兄が結婚した時、背広を着ながらも式には出ず、家の中の家具の整理をしていた。時々「眠れない」と言い、「死んだ方がよい」と漏らしたり、「どこか南方の島に行きたい」と言う。昭和47年3月頃からは一日中、夜具の中で過ごすようになった。

そこで、昭和47年5月6日に豊郷病院精神科を受診、硬い表情で感情の表出に乏しくあまり喋らなかった。そして、幻覚妄想などの病的体験が明確ではない破瓜型統合失調症との診断のもとに、①昭和47年5月10日より12月14日まで入院した。

しかし、病状はほとんど変わらず、いったん退院して外来通院を続けた。昭和50年頃の診療録には、頭髪を伸ばし、髭も剃らず、無関心、問診にはほとんど答えない。時々やりと笑い、額にしわを寄せて渋面をつくる。風呂にも入らず、独語、空笑が見られ、「何か聞こえる」とか「自分の若さを吸い取られている」と言う、との記載がみられる。昭和56年頃からは、欠陥状態との記載が見られるようになる。

その後、幻聴も明らかに認められるようになり、独語、空笑も目立ち、客が来ると家が乗っ取られると言って暴言を吐いたり、錠をかけるなどしたため、②平成2年1月27日から平成3年1月19日まで豊郷病院に入院した。しかし、大きな変化はなく退院している。その後、③平成7年1月30日から5月23日まで豊郷病院に3回目の入院をしている。この時は、深夜、軽トラックを運転して電柱に激突、前頭部を受傷した後言動にまとまり無く、奇妙な動作が見られたからであるが、頭部に器質的な障害を残すことなく退院した。しかし、幻聴が見られ、「自分が狙われている」と言い、父親に暴力をふるうようになる。服薬は不規則で、本人が受診せず、家族のみ来院することも多かった。平成8年11月には「臭いがする、家に誰かがいる」、「父親が夜に誰か人を家に入れている」と言い、「戸締りをしない」と言って父親に暴力を振るう。平成9年3月には、「臭いがする」と言い、父親の手をねじり上げたり、胸を踏みつけたりした。そして、「出刃包丁で首を切った」とか「最後のとどめを刺すぞ」とか言うため、父親が親戚宅に避難することもあった。

その後も、無為・自閉的な生活を続けながら、時々被害的となって父親に暴力をふるっていた。そこで、父親が網膜変性症で入院したことを契機に、④平成12年4月15日より豊郷病院精神科に第4回目の入院（医療保護入院）となった。

今回の入院後より約10年が経過するも、時にカタレプシーなどの緊張病症状が見られるもの

の、周囲に対する無関心、感情・意欲の減弱、自閉・好辱傾向を主症状とする破瓜病像に大きな変化はない。

## 7. 生活の状況及び現在の心身の状態：

### 日常生活の状況

主治医が話しかけてもプイと横を向き、無言で通り過ぎることが多い。診察室で話をしようと誘うも、「ありがと、話すことない」と言って応じない。「一人の方がいい」、「喋るのは好きでない」と言う。病棟でも周囲の者と協調することなく、孤立して過ごす。硬く、冷たく、厳しい表情で、他を寄せ付けぬ雰囲気がある。日中は自分のベッドに寝転んだり、座って過ごすことが多いが、沢山買い込んだタバコを個人用の戸棚に整理したり、マジックで自分のコップに名前を書き続けたりしている。また、しばしば革のカバンや袋を持って廊下を徘徊している。なぜかと問うと、「持っていたいんや」と言うが、「誰かに盗られそうで、かな（わ）ん」とも言う。夏の暑いときでも、背広を着たまま過ごし、看護師の指導に従わない。看護師が声をかけても「喋ったらあかんと言われてる」と言って、返答はない。短く「うん」とうなずくこともある。

平成24年の現在、なお閉鎖病棟で過ごしているが、買い物には単独で外出し、院内の売店あるいは病院近辺の店舗でタバコやパン、あるいはおやつを買ってくる。しかし、一度に必要なものを買こむため、小遣い帳をつけるように指導したが、金銭を適切に管理することが出来なかった。そこで、現在では、毎週必要な金額を決め、その範囲内で買い物をするように指導・介助を行なっている。

### 身体の状態

今回の入院中、飲水の自制ができずしばしば水中毒となっている。平成14年3月19日から4月29日までは、もうろう状態やけいれんの重積により隔離室への収容を要している。また、平成16年3月17日および平成19年9月11日にも、水中毒による低ナトリウム血症によって隔離室に収容されている。

#### ①理学的検査

EKG異常なし（H23.10.21）

#### ②臨床検査(尿、血液など)

血液検査所見（H24.3.7）では、軽度の貧血があるほか、軽度の低ナトリウム血症（Na:129 mg/dl, Cl:92mg/dl）が見られる。この所見はなお、飲水を自制することが出来ていないことを示している。検尿において糖尿の所見は認められない。

#### ③その他

EEG：正常範囲（H23.10.21）。MRI：特記すべき所見はない（H24.3.12）。

### 精神の状態

#### ①意識／疎通性

主治医が「診察室で話をしよう」と声をかけるも、「何もない」と言って拒否すること

が多い。険しい表情のまま、ちらと一瞥するだけで通り過ぎることが多い。ベッドに座って問診することもあるが、意欲・集中力に乏しく、時間をかけた面談は難しい。他の患者との交流はほとんどない。

## ②記憶力

疎通性に乏しく、意欲・持続力・集中力が乏しいために、簡単な質問には回答可能であるが、多少複雑になると「できません」と言って、すぐにあきらめる傾向がある。数字の逆唱の課題を与えると、即座に「できません」と言う。5つの品物を想起してもらう課題では、1つの物品名を答えたきり、さらに思い出そうと努力する気配なく「あとはわかりません」と答える。しかし、機嫌の良い時には、家族の名前、両親・兄弟の現況などについては速やかに答えが得られ、3つの単語を想起する課題も、問題なく正解する。このようなことから、記憶力自体には大きな問題はなく、問題なのは意欲・集中力であろうと考えられる。

## ③見当識

生年月日、年齢、面接時の年月日、入院の病院名などは正しく即答する。それ故、見当識に問題はないと判断する。

## ④計算力

ある日の買い物について質問すると、「540円を持って行った。売店でパン115円、コーヒー120円。「とよせ」(近所のタバコ屋)でエコー240円」、そして、「65円残った」と正しく記憶、その計算も正確である。面談時には100-7の簡単な引き算を課したが、解答は迅速、正確であった。そこで、計算力には大きな問題はないと考えられる。

## ⑤理解・判断力

今回の鑑定について説明するも、財産などの関心はないようである。父親が施設に入所、その後入院した時に、兄や弟と一緒に見舞いにも行ったため、父親が死亡したことは認識しており、「悲しかった」と言う。母親は「過去。死にました」、長兄は「亡くなった。過去」と感情をまじえず、淡々と答える。そして、「兄はいい人です」とポツリと答える。

周囲に対して無関心であり、物品への関心もないようであるが、特定の物品にはこだわりがある。タバコをたくさん買い込んで、一本ごとに自分の名前を書き込む。自分のカバンを持ち歩くのは、カバンの中の雑品を「盗られるとかなわんから」と説明する。このように、目の前の具体的な物に対する執着はあるが、一般的な物に対する関心は乏しい。

買い物では、バランスを考えて全体的に判断することが出来ないようである。タバコやおやつを沢山買い込んで必要な物を買えなかったりするため、金銭の管理には常に介助が必要となっている。

## ⑥現在の性格の特徴

周囲のものとはほとんど交流がなく、孤立的・自閉的な性格特徴を示す。時に不機嫌となるが、周囲の者とトラブルになることはない。

## ⑦その他(気分・感情状態、幻覚・妄想、異常な行動等)

感情の表出は乏しく、冷たく硬い表情であり、時に眉をひそめ、額にしわを寄せる。少

し首を上下に揺らしながら、低い声で話をする。質問に答えることは少なく、返答があっても極めて短い。幻聴の存在を尋ねると、「昔少し、今も少し」と答える。独語していることが多く、不自然な笑いも見られる。機嫌の悪い時には独語が大きくなる。食事の時に箸を使わず、素手で食べようとし、茶碗を持ったまま立ち上がり、食べながら歩くこともある。いつも持ち歩いているカバンの中に雑多な品物を入れていて、それを食事の際にテーブルの上に広げ、その上に食膳を置こうとする。時には、椅子に座ったまま両手を前方に突き出し、右手を幾分上方に挙げ、左手を少し下げたままの状態でも30分以上動かさず(カタレプシー)、話しかけても返答はない。また、主治医が手を差し出すと、その手を何度も握り返し(握り返し)たり、主治医が両手を上下に動かすと、同じ動作を繰り返す(反響動作)などの緊張病症状が認められる。

#### ⑧知能検査、心理学的検査

初対面の臨床心理士によって知能検査および心理学的検査を施行しようとするも、「私は人と喋るのがいや。結構です」と言って検査を拒否する。しかし、その後、主治医が長谷川識簡易知能評価(HDS-R)を行い、13点(20点以下は痴呆)という低い得点を得た。この結果は、簡単な質問には正しく即答するも、少し複雑な質問には集中力・持続力に欠け、簡単にあきらめて「わかりません」と答えたためである。本人の生活状況や検査時の全体的状況を判断すれば、知的レベルに問題はなく、痴呆の状態にはない。

## 8. 説明：

本人は昭和42年頃(15歳頃)より意欲がなくなり、無為・自閉・好褥傾向を示しはじめ、心気的な訴えもあって学業を継続することが出来なくなり、高校2年時に中退する。昭和47年(21歳時)に豊郷病院精神科を受診し、情意鈍麻を主たる症状とする破瓜型統合失調症と診断され、入院治療を受けている。病初には明確な幻覚妄想は認められなかったが、その後の計4回の入院を含む経過をみると、幻聴や被害関係妄想、さらに緊張病症状も出現しており、統合失調症に罹患していることは明らかである。

本人は前述の症状を示し、主治医を含め看護スタッフとの疎通も極めて悪く、規則的な行動は辛うじて行いうるものの、課題がやや複雑になると集中力・持続力に欠け、合理的に判断して行動することは困難である。そこで、自己の財産を処分・管理する能力は著しく障害されていると判断される。

本人の精神障害は15歳時に発症して以来、情意鈍麻の傾向は徐々に進行し、豊郷病院での計4回の入院治療にも全く反応しなかったことから、その回復を期待することはほとんど出来ない。

以上のとおり鑑定する

住所： 滋賀県犬上郡豊郷町八目21

所属・診療科： 豊郷病院・精神科

氏名： 林 拓二

# 精神衛生診断書

平成23年11月17日

医師 林 拓二

被疑者氏名 ○山○伸 男

昭和○○年○月○日生 (34歳)

被疑者は、平成23年10月27日、○○県○○市○○町○○○○番地の○○寮別館○○号室において、窓ガラスを傘で叩いてヒビを入れ、さらに11月4日ころ、同ガラス1枚（損害額9,000円相当）を傘で叩いて割り、もって他人の器物を損壊させた被疑者であり、私は、○○地検○○支部の求めにより、平成23年11月17日午後3時から午後5時30分までの約2時間半、○○地方検察庁○○支部庁舎内で被疑者を診察した。その結果を以下に報告する。

## 1 現在の精神状態

- (1) 身体：被疑者の身長は170cm、体重は58kgである。24歳頃、足に浮腫があり西尾市民病院に10日間ほど入院したことがあるも、その後は身体的な症状を認めず、健康診断においても血液検査等の異常を指摘されたことはない。煙草は1日に1箱、酒はビールをたまに飲む程度である。
- (2) 知能：本人の陳述によれば、小学校や中学時代の成績はクラスで中の下位であったとのことである。診察時の問診において、医師の質問には適切に応答し、知的水準は平均的なレベルと思われる。
- (3) 性格：脳波や脳機能画像の検査はおこなっていないが、痙攣発作や意識障害、あるいは偏頭痛の既往はなく、「腹が立っても、仕事上では口に出さず、我慢していた」と言うように、衝動的な行動や爆発的な行動を伴う性格傾向は認めない。平成21年4月から平成23年9月まで勤務した派遣会社（○○○中部）の関係者による聴取では、勤務態度はまじめで几帳面、決められたことは絶対に守る性格であったとされ、寮生活や勤務中に問題あったとは聞いておらず、長期に休むことは無かったとのことである。本日の面談においても、部屋の鍵の開閉を数回確認せざるを得ないなどの強迫的傾向はあるものの、不潔恐怖・洗浄強迫などの強迫行為はなく、生活に支障をきたすことはない。叔父からの聴取では、これまでに些細な出来事があると自己に関係づけて被害的になることがあったと記載されているが、被疑者が語るところでは、このような傾向は常に認められたわけではなく、どちらかと言えば誰かと話をしたり騒ぐのが好きであり、敏感性の関係妄想を生じやすい妄想性の性格傾向であったとは言い難い。また、空想性、孤立性、非社交性を特徴とする統合失調症性の性格傾向を有するとも思われぬ。
- (4) 精神障害の有無：被疑者は、診察において医師の質問に対し時に笑顔を見せながら、自らが経験した幻覚妄想体験を詳しく陳述した。その際、虚偽の事実を述べるとか、真実を隠

蔽するかの様子は認められなかった。もちろん、今回の診察は11月8日に逮捕されてから9日を経過した時に行われ、逮捕直後の精神状態ではなく、精神症状がほとんど消腿した時期に行われている。そこで、幻覚はなくなり、警察で話を聞くにつれ自分が嫌がらせを受けていたのではなく、自分が病気だったのではないかと思うようになったと述べ、病識も出現しているように思われた。また、意欲や自発性の減弱、あるいは奇異な振る舞いも認めず、精神科医が統合失調症の患者から感じる独特な感覚（プレコックス感）を感じることはなかった。

被疑者は、中学1年頃からシンナーの吸引歴があり、1週間に2-3回ほどであるが3年ほど続けたと述べている。しかし、ふらふらして頭が痛くなったことはあるが幻覚体験は見られなかったとのことであり、その後は、シンナーはもちろんのこと覚醒剤や違法薬物の使用歴はない。被疑者はこれまで精神科を受診したことはないが、叔父からの聴取によれば、自転車窃盗事件で検挙された平成20年11月にはじめて、急性の精神病状態に陥っている。被疑者が自ら語るところによれば、それはリーマンショックにより派遣切りが問題になった時であり、彼もそれまで勤めていた派遣の仕事が無くなって、寮を出ざるを得なくなり、お金が無くて飲まず食わずのまま公園で野宿をしていた。その時、周囲に怖い人がいっぱいいるように感じ、「殺すぞ」とか「後をついていけ」という声が聞こえ、笑い声したり、携帯で写真を撮られたりする音がして、「誰かにつけられている」、「誰かに追いかけられている」と感じたと言う。そして、電車に乗ったり降りたり、いきなり走ったり、角をまわったりして逃げ回ったとのことである。そして、道路に止めていた自転車に触っていたら、おかしい人がいると言われて警察に通報されたが、逮捕された時のことは記憶が曖昧であり覚えていないと言う。この状態は、叔父が警察からの連絡によって彼を引き取りに来て、食事をしたあと少しはっきりしたと言う。この間の経過を詳しくみると、幻聴や被害関係妄想などがまず生じ、その後に意識の混濁が疑われる状態に陥っているために、このエピソードは疲弊状態から生じた症状性精神病と考えるよりは、身体的な原因がなお不明な内因性精神病と考えるべきであろう。しかし、症状の持続期間は極めて短期間であり、野宿したのは3日間を含め、叔父宅で静養した期間を入れても一週間以内と考えられる。そこで、このエピソードを国際分類であるICD-10に基づいて分類すれば、急性一過性精神病性障害となり、その中の亜型を見れば、分裂病症状を伴う急性多形性精神病性障害（F23.1）となるであろう。

自転車窃盗事件のほかに、被疑者は平成23年6月に隣人とのトラブルによる暴行で検挙されたことがある。しかし、この時は被疑者の精神状態に異常は無かったようであり、隣人の酒癖が悪く、昼間から飲んで近所を歩きまわったり、大声で怒鳴ったりしたのに注意したことを契機に事件が生じたものである。

被疑者が警察に検挙されたのは今回が3回目であるが、精神病エピソードとしては2回目と考えられる。すなわち、新しい職場の寮に入って2-3日目の平成23年10月22日か23日頃に、隣の部屋から事務机を移動させた時に床とこすれて生じるようなキーという金属音が聞こえるようになり、この金属音は11月8日に逮捕されるまでの間続いたとのことである。

る。そして、隣人の部屋に何人かが集まって喋る声、男女の喘ぐ声が毎日聞こえるようになったと言う。さらに、アパートの外の道路からも人の声がしたとのことであるが、その時は窓を開けてみても誰もいなかったとのことである。人の声は、テレビとは反対側から聞こえるのでテレビの音ではなく、金属音は工場とは逆方向から聞こえるので工場の機械音ではない。そして、この騒音は午後8時から深夜までがひどく、確かに隣の部屋から音や声がするので、隣人の嫌がらせであると確信し、仕返しをしてやろうと10月27日、11月4日、11月8日の3回にわたり、執拗に隣の部屋の窓ガラスを破損させている。これらを表面的にみれば、騒音をめぐり隣人とのありふれたトラブルと考えられないこともない。しかし、隣の部屋から漏れてくる金属音や毎日聞こえる男女の喘ぎ声は現実に存在せず、その存在を確信して嫌がらせと判断し、その仕返しを執拗に試みている状況は単なる錯覚やそら耳、あるいは邪推とは異なり、真正の幻覚であって、あるいは些細な物音や声を自己に関係づけて被害的な観念を生じる妄想知覚と考えられないこともない。そこで、このエピソードもまた急性一過性精神病性障害と分類され、亜型に分類すると、妄想を主とする他の急性精神病性障害（F23.3）と判断される。

この2回のエピソードの病状は多少異なり、今回みられた幻聴は指示性・命令性の幻声ではなく、前回のエピソードで認められたような「殺す」などと被疑者に話しかける内容は認められなかった。しかし、急性発症や短期間で消腿する幻覚妄想状態の類似性を見れば、それらを同一の疾病に基づく病態と捉えるのが妥当であろう。急性の精神病の場合、性格的な要因や心的な要因が絡み合って発症することが多いが、すでに述べたように、被疑者には妄想を抱きやすい持続的な性格的特徴や統合失調症患者に多い性格特徴はみられなかった。ただ、心的な要因として、初回のエピソードでは経済的に追い詰められた困難な状況があり、今回のエピソードでは見知らぬ土地で働き始めて新しい寮に入居したばかりの状況で発症している。このような状況では、とりわけ精神的な緊張を強いられていたことは容易に推察されるが、このような状況におかれた者が必ず精神的に追い込まれて、精神病症状を呈するとは限らない。ここには、精神病症状を呈し易い体質的の要因を考えるべきであり、これらは一般には急性内因性精神病と呼称され、ICD-10 においては急性一過性精神病とされているものにおおむね一致している。われわれは、これらを非定型精神病と呼んでいる。

- (5) 自己の行動の是非善悪を判断し、それに従って行動する能力の有無：非定型精神病などの急性精神病では、急激な発症と顕著な幻覚妄想状態が特徴的であり、この状態においては、自己の行動の是非善悪を判断し、それに従って行動する能力が一般的には障害されている。しかし、急性精神病の病相は短期間で消腿し、幻覚や妄想は完全に消失することが多い。今回、被疑者を診察した時点では、病状は完全寛解の状態と判断され、あり得ない幻覚体験を真実であると認識し、誤った確信のもとに行動していたのかも知れないとの反省が見られる。いわゆる病識が出現しており、犯行から3週間を経過した現時点では、是非善悪の判断およびそれに従って行動する能力の障害はないと判断される。

## 2 本件犯行時の精神状態

すでに詳しく述べたように、被疑者は平成23年10月20日に〇〇県の派遣会社に就職し、〇〇県から引っ越して新しい会社の寮に入って間もない10月22日か23日頃から、隣の部屋でキーという金属音がするようになったと言う。さらに、何人かが集まって喋る声や男女の喘ぐ声が毎日聞こえるようになったことから、自分への嫌がらせがなされていると感じるようになっていた。そして、寮の管理人に注意してもらったものの状況は変わらず、隣の部屋に直接出向いて問い質したがそのようなことはないかと否定されて口論となっている。その時に相手が横柄な態度を取ったことから、腹を立てて「殺してやりたい」とも思ったが、殺せば警察に捕まると思い、捕まらないように仕返しをするため、窓ガラスを割ってやろうと考えたとのことである。10月27日は、窓ガラスを傘で叩いてヒビを入れたが、誰かが来たので完全に窓ガラスを割ることなく自室に戻ったと言う。そして、11月4日には予定通りに傘で叩いて窓ガラスを破損させている。そして、11月8日には補修してあった窓ガラスをハサミで切り裂こうとしていたところを見つけて逮捕されている。

被疑者は平成20年に急性の幻覚妄想状態に陥ったように、何らかの困難な状況を契機に短期間ではあるが精神病症状を生じやすい素質を持っていると考えられる。今回は、現実には存在しない金属音や男女の喘ぎ声などが隣人の部屋から聞こえたために、自分に対する嫌がらせであると確信して、その仕返しを企図したものであり、窓ガラスを割るという行為が犯罪であるということは認識しているものの、幻覚や妄想にとらわれたまま、正常な判断を失って犯行を制御しえなくなっていたと考えられる。

## 3 本件犯行時の自己の行動の是非善悪を判断し、それに従って行動する能力の有無

被疑者は、隣人の部屋から聞こえる金属音や男女の喘ぎ声などを嫌がらせと確信し、仕返しを企図して窓ガラスを傘で破損させたものであり、窓ガラスを割るという行為が犯罪であるとの認識はあるものの、妄想に左右されたまま、仕返しをやめるという判断が出来ず、自らの行動を制御することが不可能であったと判断される。

## 4 精神障害と本件犯罪発生の機序との関係

被疑者はこれまでに精神科の受診歴はないために、幻覚や妄想などの精神病状態に対する医学的知識はなく、精神病における免責などの知識もないと判断され、被疑者が虚偽の陳述をする理由は認められず、従って被疑者の陳述は信用し得ると判断される。

被疑者はこれまで2回の精神病エピソードを経験しているが、いずれも幻覚妄想に支配されて行動しており、このような精神病状態において行われた違法行為の動機を理解することは困難である。

本件の犯罪に関して言えば、被疑者の隣の部屋に何人かが集まって喋る声が聞こえ、さらに男女の喘ぐ声が毎日聞こえるようになったため、独身男性である被疑者は「嫌がらせ」と考えたことが事件の発端となっている。これは正常心理における錯覚やそら耳、あるいは邪推と考えられなくもないが、このような音や声が現実にはありえないことが説明されてもなお訂正

不能であり、誤った確信を保持し続けていたと考えられることは、正常心理では了解されえない妄想と考えてよく、この点が、両者を区別する根本的な差異と考えられる。被疑者は嫌がらせに対する仕返しとして窓ガラスを割ることを考え、失敗しても一貫して執拗に計画を実行している。しかし、この仕返しが違法であるとの認識は存在しており、警察に捕まらないように配慮し、人の気配がした際はすぐに自室に戻っていることは、周囲の状況の認識が全く不可能であったわけではない。

被疑者が罹患する急性精神病は、短期間に完全な回復がみられるものであり、今回においても3週間以内に病的な症状は消褪しており、金属音や声が幻覚であったかもしれないと述べるようになっている。このように、犯行時は通常の状態と著しく異なるものであり、病的な体験に支配された異質な状態であったことは明らかであろう。

以上の事実から、本件の犯行は、妄想に支配されて実行されており、被疑者の弁識能力や制御能力は著しく障害されていたと考えられる。

## 5 今後の処置に関する意見

### (1) 正式鑑定の要否

身体疾患や脳の器質性疾患の可能性を完全に除外するためには、一般献血、検尿、CT、EEGなどの検査が必要であるかもしれない。しかし、精神障害の存在とその影響に関して、異なる判断が下されるとは思われない。

### (2) 精神障害者等通報の要否

急性期の症状は消褪しており、現時点では自傷他害の恐れはない。このような急性精神病の場合、病状の悪化や犯罪行為の再発を防ぐためにも、精神科医の継続的な関与が必要と思われる。ただし、精神科薬物は少量、あるいは使用せずに経過をみるという選択も可能であろう。

### (3) その他

なし

## 6 備考

なし

# フーバー教授のこと

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

今年（平成24年）4月17日に、ドイツ・ボン大学の主任教授であったゲルト・フーバー教授が亡くなられたとの連絡を受けました。90歳を越えた御高齢でもあり、いつかは訃報を受け取る時期が来るだろうとは思ってはいましたが、まさかこんなに早くとは思いませんでした。

私は、昭和45年に精神科医となって民間の精神病院に勤めはじめたのですが、数年後に初めて読んだ外国語論文がフーバー教授の「内因性精神病の純粹欠陥症状群と基底状態」でした。病院では数多くの慢性分裂病者の主治医をしていたために、その欠陥状態にはなんらかの生物学的な基盤があるに違いないと確信するようになっていましたので、彼の主張には違和感なく納得することが出来、この論文を同期卒業の仲間との勉強会で紹介したことがあります。その後、フーバー教授はボン研究と称される長期経過研究はもとより、分裂病の症状学を詳細に検討して、シュナイダーの一級症状が前駆症状から段階的に発展する過程を記載した論文などの刺激的な研究を発表しておりました。私は大阪医大の満田教授に師事しておりましたが、フーバー教授の研究に興味があったものですから、昭和57年から58年末にかけてボン大学の精神科病棟の見学を許可していただきました。そして、彼の教科書（Psychiatrie - Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte）の日本語訳（精神病とは何か－臨床精神医学の基本構造、新陽社、東京、2005）を出版する機会を得ました。

彼が80歳の誕生を迎えた時、記念のシンポジウムが10年前の平成14年12月にボンで開催されましたが、私は「非定型精神病とシュナイダーの精神医学」という演題での講演を依頼されて出席致しました。その時、中部ヨーロッパ精神医学の伝統を引き継ぐ日本人研究者として紹介されたと記憶しております。このような経緯もあり、昨年の12月にフーバー教授の90歳記念シンポジウムがボン大学で開催されるとの案内がありましたので、私も家内と参加した次第です。

フーバー教授は、車椅子を使用していたものの、シンポジウムの最後には現役時代とさして変わらぬ大きなしっかりとした声で謝辞を述べておりました。そこで、年明けてまもなく急逝されるとは思いませんでした。彼はシュナイダーの教えを守りつつ発展させた、ある意味で最もドイツ人らしい頑固一徹の大神経科医（großer Nervenarzt）であったと思います。一つの時代が終わった、という感がしてなりません。

フーバー教授の御冥福をお祈りいたします。

DSMなどの操作的診断が精神医学の主流となっている現在、私は折に触れ、臨床精神医学の原点であるシュナイダーに帰れと主張しております。シュナイダーの基本的な立場は、ドイツで最も

読まれているフーバー教授の「教科書」に受け継がれ、日本でも西丸先生の「やさしい精神医学」などの教科書に大きな影響を与えています。シュナイダーは、精神障害を大きく「心的資質の異常な偏倚」と「疾患による結果」との2つに分類し、後者をさらに「身体に基盤のある精神病」と原因不明な「内因性精神病」とに類別します。時代に関わらず、臨床精神科医に委ねられた最も重要な任務は、量的な偏り(変わっているに過ぎない)なのか、それとも質的な変化(狂っている)なのかを見分けることであると考えますが、近年ではこの区別が無くなり、結果として臨床との乖離が顕著となり、研究においても袋小路に迷い込んだように思われます。神経症性と内因性のうつ病とは症状的に類似しているとしても、発症状況や治療方法における差異は大きく、当然ながら両者を区別する必要があります。シュナイダーからフーバーに引き継がれる臨床精神医学は、仮説とは言え、臨床精神科医がその経験に基づいて樹立し、多くの臨床家によって共有され、支持されたものであり、真実に最も迫っているものと思われます。今後の精神医学研究もこの原点に返らずして、新しい展開はないであろうと思われます。



(京都大学精神科玄関にて。H17.5.12)

## 症例報告

損害賠償請求事件の原告がヒステリーであるかどうかの民事鑑定書

林 拓二

本事件は、平成12年に中国地方某市の精神科病院外来で発生したものであり、筋肉注射後のショック症状およびその後生じた精神症状が、薬物による低酸素脳症に起因するとして原告が損害賠償を請求したのに対し、精神科医である被告は原告の症状がヒステリーであると主張したために裁判所から鑑定が要請されたものである。事件の特殊性から鑑定を引き受ける医師が見つからず、平成20年になり日本精神神経学会から依頼された私と、日本麻酔科学会の依頼による某大学麻酔科教授により、2通の民事鑑定書が作成された。ここに掲載する本鑑定書と麻酔科医による鑑定書とに大きな相違はなく、鑑定書が提出されてまもなく、原告は請求金額を減額し、被告は相応の賠償に応じて和解をしたとのことである。

## 損害賠償請求事件鑑定書

鑑定人 林 拓二

私は、平成20年1月22日〇〇地方裁判所〇〇支部、裁判長裁判官〇田〇平氏より、平成15年（ワ）第〇〇号、〇〇号損害賠償請求事件における鑑定を依頼されたため、宣誓の上これを承諾した。本件において、精神科医である私に依頼された鑑定内容は以下の6項目である。

1. 被告〇〇医師が原告〇山〇子（以下「原告」という）に対して、平成12年10月13日に施行した、ネオビタカインの局所注射措置（特に注射手技）は、適切であるか。
2. 注射後の原告の急変に対して、〇〇病院でとられた救急処置は、適切であるか。
3. 本件における原告の既往歴、現病歴、その他精神症状に関する経過に照らし、本件注射時のショック様症状が、転換性障害等の精神症状に起因する可能性はあるか。また、その可能性がある場合、それはどの程度と判断されるか。
4. 本件注射以降に原告に認められた四肢の運動機能障害が、転換性障害等の精神症状、あるいは、リハビリテーションに対する意欲の欠如に起因する可能性があるか。また、その可能性がある場合、それはどの程度と判断されるか。
5. 原告は低酸素脳症により脳を器質的に障害し、四肢麻痺という運動機能障害が固定した、と判断されるか。

6. その他、本件注射時のショック様症状以降の原告の症状の原因として考えられる事項があれば伺いたい。

鑑定人である私は、〇〇地方裁判所〇〇支部に保管されている本件記録を調べるとともに、〇〇県〇〇市〇〇町にある身体障害者療護施設〇〇に入所中の〇山〇子氏を訪ね、平成20年4月11日13時15分より16時30分まで、また4月15日13時15分から15時30分までの2回にわたり面談した。11日は京都大学精神科神経科助教の山崎信幸医師を同行し、彼とともに長谷川式痴呆検査とミニ・メンタルステート・エグザミネーション (MMSE)、および一般的な身体診察と神経学的検査を行った。15日は生活歴などいくつかの確認を行なった後、私のみで矢田部・ギルフォード性格テストを施行した。身障施設〇〇では、〇玉〇也所長ほかから、〇山氏の療養状態を聴取した。

〇山〇子氏の妹である〇中〇子氏と〇川〇子氏との面談は4月11日に予定していたが、裁判には関わりたくないとの意向が強く感じられ、協力を得られなかった。しかし、4月11日に〇中〇子氏と、4月12日に〇川〇子氏と電話で話を聞くことが出来、若干の情報を得た。

脳波所見に関しては、〇〇大学の脳波記録は保存されておらず、実物を検討することは出来なかった。しかし、平成13年1月5日（事故後2ヶ月半）に、△△病院で施行された脳波記録があり、京都大学精神科神経科助教の深尾憲二朗医師とともに詳しく検討することが可能であった。

画像所見は、CTおよびMRI検査記録がすべて保存されており、京都大学放射線医学准教授の三木幸雄医師とともに、これら記録を再検討した。

以上の診察および調査検討をもとに、本鑑定書を作成した。

まず最初に、平成20年4月11日に行った、身障施設〇〇に入所中の〇山〇子氏の身体的な診察結果から述べる。これは、事故より7年6ヶ月を経過した時点での所見である。

### 身体所見

- ① 身長：152cm、体重：45.1kg、血圧：113/84、脈拍：72（整）、体温：36.0℃
- ② 眼球結膜：黄疸なし、眼瞼結膜：貧血なし、口腔内：発赤腫脹なし、扁桃：腫脹なし、頸部リンパ節：腫脹なし、甲状腺：腫脹なし、頸動脈：雑音聴取されず
- ③ 心臓：心尖部に収縮期雑音あり、肺：聴診上問題なし
- ④ 腹部：触診・聴診上問題なし
- ⑤ 下肢：浮腫なく両側足背動脈の触知良好

### 神経学的所見

- ① 意識清明で見当識障害認めず。長谷川式簡易知能評価スケール：25点（30点満点）、ミニ・メンタルステート・エグザミネーション (MMSE)：26点（30点満点）と認知機能に大きな問題なく、いわゆる痴呆は認められない。
- ② 瞳孔：直径3mm、正円形、両側対称、対光反射は速やかで輻輳反射も正常、視力：正常、顔筋：左右対称で問題なし、聴力：正常、顔面の触覚：正常、軟口蓋および舌にミオクローヌスあ

り、舌萎縮・偏倚なし、構音障害あり、僧帽筋の筋力は問題なし。

- ③ 両手の遠位・近位指節間関節に拘縮あり、立位保持不可能、歩行不可能（両側手すりを掴んでの歩行は辛うじて可能）、筋緊張は正常、握力は測定できず。三角筋・上腕二頭筋・上腕三頭筋：(右)3/5、(左)4/5、大腿四頭筋・腸腰筋・大腿屈筋・前脛骨筋：(右)2/5、(左)3/5と右優位に両側に筋力低下を認める、下肢の挙上：(右)10° (左)30°、右膝関節に屈曲制限あり。
- ④ 上下肢の触覚・温度覚は正常、振動覚は両下肢で軽度低下。
- ⑤ 下顎・上腕三頭筋・上腕二頭筋・腕橈骨筋・膝蓋腱・アキレス腱反射：正常、バビンスキー反射なし。
- ⑥ 指鼻指試験：(両側) 安静時に不随意運動は認めないが運動時にミオクローヌスあり。踵膝試験：(右) 不可能、(左) 運動時にミオクローヌスを認める。

以上の身体診察の結果をまとめれば、軟口蓋、舌、上下肢に、動作性ミオクローヌスを認める。これは低酸素状態後のミオクローヌスと考えられ、ランス・アダムス症候群の症状である。また、右側優位に両側上下肢に筋力低下を認め、両側指節間関節には拘縮を認める。これは、右側上下肢のもともとの身体障害（平成9年：身体障害者3級認定）に、低酸素状態後の脳障害によると思われる後遺症が合併した状態と考えられる。

次に、脳波検査の結果について述べる。

原告の○山○子氏は、平成12年10月13日に、○○病院でのネオビタカインの局所注射によりショック様症状が出現して、○○大学付属病院に救急搬送されたが、呼吸停止を来し、一時、意識を回復した後に、強直間代性のけいれん発作重積状態となったため、脳波検査を計6回施行している。○○大学での脳波所見は以下のとおりである。

### ○○大学での脳波所見

10月15日、ポータブル脳波では、明らかな発作波なし。

10月16日、薬物の影響か、速波が優位。高振幅の棘波や鋭波の混入あり。

10月19日、基礎波は18Hzの速波、2-3 Hzの $\delta$ 波の混入、前頭一側頭部に多棘波が認められる。  
明らかな左右差はない。

10月23日、低振幅の波に高振幅徐波を混入する。

10月27日、鋭波の頻発が認められる。

11月14日、 $\theta$ 波、遅い $a$ 波が優位に認められ、 $\delta$ 波も認められるが、明らかな棘波や鋭波は認められない。

○○大学の脳波所見を見るに、10月16日、19日には、高振幅の棘波や鋭波の混入、2-3 Hzの $\delta$ 波の混入、前頭一側頭部に多棘波との記載がある。これらの所見は、特異的なてんかん性の発作波であり、脳に何らかの障害が存在することを否定することは出来ない。

〇〇大学の脳波検査は保存されておらず、カルテに記載された所見のみで判断するしかないが、事故後2ヶ月半を経過した平成13年1月5日に、△△病院において施行された脳波検査が現存する。この記録を再度、詳しく検討し、以下にその所見を記載する。

### △△病院での脳波所見

(平成13年1月5日)

① 背景活動：

基礎律動は後方優位ながらかなり広汎性に分布する約8Hz律動で、波形は規則的で連続性は良く、出現頻度は高い。

振幅は後頭部でのみ左右差があり、左側は50~100 $\mu$ V、右側は50 $\mu$ V以下で、どちらも周期的振幅変動(waxing and waning)を伴う。

両側中心部には15~20Hzの速波の出現も多く見られる(下記「突発波」参照)。

② 開眼抑制：前方・後方とも十分。

③ 間欠性光刺激(7Hz,14Hz,21Hz)：光駆動反応なし。

④ 過換気負荷：ビルド・アップはなく、広汎性徐化は認められない。

しかし開始後1分半頃より両側中心部に速波が目立ち始め、棘波様の波形を呈してくると同時に、左前方優位の高振幅徐波群発が出現し始めている。おそらく高振幅徐波群発が目立ったために、検査は2分20秒で中断されているが、負荷終了後も左前方優位の高振幅徐波群発は頻繁に出現し続け、負荷終了15秒後には両側中心部優位の棘徐波群発が3秒間程度出現している。その後も左前方優位の高振幅徐波群発は出現し続け、7分半後の記録終了時まで止んでいない。

⑤ 睡眠：記録中に睡眠時と考えられる部分はない。

⑥ 突発波：

2種類のでんかん性活動が認められる。

一つは両側中心部優位の棘徐波群発であり、入院中に観察され、カルテに記載されているのと同じものと考えられる。上記のように過換気負荷中に出現しているほか、記録前半にも何回か出現が認められ、その前後には両側中心部の活動は15~20Hzの速波が支配的になっている。この速波(棘律動)と棘徐波群発はおそらく一続きのでんかん性活動であり、全般性けいれん性発作活動と考えられる。

もう一つは左前方優位の高振幅徐波群発であり、これも上記のように過換気負荷中および終了後に多量に出現しているほか、記録前半にも出現が認められる。徐波の持続はさまざ

まで、数10msecの鋭波の場合もあれば、1秒間以上の場合もある。振幅はときに極めて高くなり、記録針が振り切れている（200 $\mu$ V以上）が、優位部位は一貫しており、左前側頭部で最も高く、次に左前頭極部で高い。この群発に棘波が伴うことはない。また振幅が極めて高くなった際にも後頭部の基礎律動を中断させることはなく、左側頭葉前部（+左前頭葉前部）に局在した活動と考えられる。

⑦ 総括：

背景活動は概ね規則的であり、瀰漫性脳症の所見はない。

おそらく入院中に観察されていたのと同じ両側性の棘徐波複合および速波（棘律動）が覚醒安静時に出現しており、過換気負荷による誘発も見られている。この活動はてんかん性活動に間違いなく、全般化けいれん発作の原因となりうるものと考えられる。

それとは別に、左側頭葉前部由来と考えられる高振幅徐波の出現があり、過換気負荷によって著しく増強するが、局在性が強く、拡張傾向は低い。しかしこの活動が意識減損発作の原因となっている可能性はあると考えられる。

△△病院では、平成13年3月16日にも脳波検査を施行しており、前回よりも癲癇性発作波は減少しているとの記載がある。

事故後2ヶ月半を経過した時点で記録された△△病院での脳波所見を仔細に検討した時、〇〇大学で記録された脳波所見とほぼ同じ両側中心部優位の棘徐波複合および速波（棘律動）が認められた。この所見は、てんかん性活動と考えられ、全般化けいれん発作の原因とみなすことが出来る。そして、脳に何らかの障害が存在することは確実である。

ネオピタカインの局所注射事故以前にけいれん発作が存在したか、あるいは抗けいれん剤を服用していた既往があれば、これらの脳波所見が以前から存在し、今回の事故との関連は少ないと判断できるが、これらの事実は確認できなかった。少なくとも、本件注射事故以前には、けいれん発作の重積状態に陥ったという事実は見出せないために、今回の事故の結果として、この脳波所見が出現したと推測することに問題はないと考えられる。ただ、左前方優位の高振幅徐波群発の所見は、必ずしも、けいれん発作を惹起するものではなく、注射事故以前から存在した可能性は否定できない。

CT検査やMRI検査は、脳の障害を検討する際の重要な資料である。今回の事故後においても経時的に画像検査を行っているので、再度、詳しく画像所見を検討した。

## 画像所見

### CT検査：

平成12年10月13日、10月16日、10月24日、11月2日、平成13年2月26日の画像所見に、脳浮腫

の所見は認められない。

## MRI検査：

平成12年11月27日、平成13年3月28日の画像所見に、低酸素の影響を認めない。両側淡蒼球の高信号が認められるが、これはマンガンの沈着であり、慢性肝炎あるいは持続的な中心静脈栄養の影響と考えられる。

結論として、事故直後からの一連のCTやMRI検査で、画像で見ると脳浮腫はなく、虚血性低酸素性脳症の影響を認めなかった。しかしながら、器質的な変化の認められない低酸素脳症が存在した可能性は排除できないと言える。画像所見から言えることは、なお限定的といわざるを得ない。

身障施設〇〇での〇山〇子氏との面談は、平成20年4月11日と4月15日の2回にわたり行なわれたが、意識清明で見当識障害認めず。長谷川式簡易知能評価スケールで25点、ミニ・メンタルステート・エグザミネーション（MMSE）では26点となり、認知機能に大きな問題はなく、予想とは異なり、いわゆる痴呆は認められなかった。

軟口蓋および舌にミオクロヌスが存在のために構音障害が認められるが、ゆっくりとしたテンポの喋り方ではあるものの、意思疎通に支障は見られなかった。

精神医学的診察は、一般に認知機能障害の有無を確認するため、まず簡単な生活歴の聴取から始めた。〇山〇子氏に対しても生活歴を聴取したが、2人の妹から聴取した内容とは若干異なる内容の回答を得た。

〇山〇子氏によれば、〇〇銀行に勤める父親の転勤によって、たびたび転校を余儀なくされ、高校は〇△県の〇島市（当時は〇島町）の〇島高校に通い、結核に罹患して入院したために、5年ほどかかって通信性の高校を卒業、京都の左京区にある私立大学に入学、卒業したと言う。しかし、大学名については、2回の面談でも思い出せないとのことであった。そこで、妹の〇中〇子氏に電話で確認したところ、姉は中学卒業しただけで、大学の話は聞いていないとの回答であった。そこで再度、〇山氏に確認したところ、話の内容は変わることなく、「妹とは9歳もの年齢差があるので、自分のことを知らないのではないか」と言うものであった。もう一人の妹の〇川〇子氏にも電話で確認したが、「姉は中学を卒業しただけで就職、父親の職業に間違いはないが転勤はなく、〇〇から離れることはなかった。大学などの話は、姉の願望が入り混じっているのではないか」と言う話であった。

本人の生活歴については、事情を知る他の近親者、とりわけ二人の弟による確認が必要であると思われたが、父親の葬儀の時以外に会ったことはなく、兄弟姉妹の関係は疎遠であって連絡先も分からないとのことであり、残念ながら、事実を確認すべき方法を見出せなかった。

ここで問題となるのは、4つの可能性である。すなわち、〇山〇子氏の経歴について、1) 妹が知らなかった、2) 本人の願望の表現、3) 意図的な嘘言、4) 健忘による作話、の4つである。

本人が真実を語っているとは思うものの、知的能力に問題が無いにもかかわらず、3日の時間をおいて2度目の確認をした時にも、自分の卒業した大学名を想起出来ないと述べたことは、本人の話の信用性に若干の疑問を抱かざるを得ない。また、若い時の経歴を想起出来ず、適当に話を作り出した作話の可能性は、明らかな痴呆が認められないために否定されよう。そこで、意図的な虚言、あるいは願望充足的な発言という可能性が考慮されねばならない。もちろん、事実の確認が出来ない中での判断は出来ないが、○山氏の面談から受ける印象としては、他人から注目され、尊敬されたいという願望が自ら述べる経歴に反映されているように思われてならない。

○山○子氏との面談で感じることは、常に他人の評価を気にしているかに思われることである。私の質問に答えて、○山氏は、平成5年に店の客と再婚して京都へ行ったが、互いの価値観が違ったために、最終的に工場長に入ってもらい離婚したと言う。そして、「この話は、ここ(○○)の人にはしてないので、内緒にしてくださいよ」と、突然、小さな声になって、私の耳元で囁いている。離婚を2回もしたことは知られたくない、とのことである。

○山○子氏の性格については、自らはのんびりした性格と言い、息子の○司氏はお嬢様、少し天然がかった性格と表現している。主治医の○○氏によれば、依存的で、甘え、人に頼る傾向が見られるとされ、社交的な面とともに子供っぽい面が指摘されている。

しかし、本件局所注射以降の医療者による評価は若干異なる。これは、身体の状態を悲観して愚痴が多い状況に因るものであり、病前の性格とは少なからず相違するものと思われる。身障施設○○における療養態度を数人の職員に尋ねた時にも、全体にネガティブな評価が多いように感じられた。すなわち、わがまま、自己中心的、苦情が多い、自分の都合のよいように職員を動かす、などである。しかし、「振戦のために食事が困難であるにもかかわらず、タバコを吸うときに震えは見られない」との指摘には、タバコを吸う時には両肘を椅子の肘掛に固定するなど、彼女なりの工夫がなされており、ここで自分勝手、わがまま、あるいは「ヒステリー」などの批判は当たらない。もちろん、不随意運動などの身体状況を理解して、○山氏に同情的な発言をする医療従事者も見られる。

以下に、平成20年4月15日に身障施設○○で施行した矢田部ギルフォード性格検査における所見を記載しておく。

### 矢田部ギルフォード性格検査

YG検査の解釈は、尺度水準・因子水準・類型水準の三水準から行われる。それゆえ、本所見では、大枠から始めて徐々に細部へと解釈を行って行くことが、被検査者のパーソナリティを理解するうえで有益だと考える。

類型水準で捉える時には、被検査者は右下がりのプロフィールを描いていることから典型的なD型、すなわちDirector Typeだと判断される。この型のものは、基本的に情緒的な安定がみられ、積極的外向的で対人関係を円滑に進めることの出来るタイプだと判断される。それゆえ、組織など

ではリーダーシップを発揮する事が少なくない。ただし、このタイプは、上述したようにきわめてポジティブなイメージを想起させる故に、被検査者の心理的な防衛の結果であることも少なくなく、留意する必要がある。自分を良く見せたいなどの自己顕示欲求を反映させやすいのが、D型である。因子水準でも、情緒的に安定しており、適応的・活動的であり、外向気質を示唆するものであり、類型と大きな相違はない。

ただし・尺度水準で見るときに、Ag尺度とR尺度がD型類型とは異なるプロフィールを描いていることに留意する必要がある。特に、この二つの尺度は、ウソがつきにくい尺度として知られており、それゆえに本結果の自己防衛の可能性からすると興味深い。これらの尺度では、気が長く、愛想がいい一方で、気難しくて、慎重な人格像が示唆される。それゆえ、リーダータイプである一方で、どこか消極的な気質が反映されていると考えられる。

矢田部ギルフォード性格検査では、情緒的に安定し、積極的・外向的であって、対人関係を円滑に進めることの出来るタイプだと判断されている。しかし、このような質問紙法は、120の質問に「はい」「いいえ」を記入していく自己評定法であり、実施の簡便さや判定の容易さという利点がある反面、被験者が意識している側面だけしか測れないこと、被験者が自ら望む像を意図的につくる事が出来るなどの限界がある。それゆえ、検査によって認められる性格類型は、被検査者の心理的な防衛の結果であることも少なくなく、自分を良く見せたいなどの自己顕示欲求を反映させている可能性も考えられる。本検査では、嘘がつきにくいという結果も見られたが、これもまた自己防衛を反映しているのかもしれない。

精神医学では、性格の異常をいくつかの類型に分けて考えることが多い。シュナイダーは、「その異常のために、自分自身が悩み、あるいは社会が悩むもの」を精神病質と呼んで10の類型に分けている。すなわち、自分自身が悩むものとして、抑うつ者、自信欠乏者、無力者を、社会が悩むものとして、発揚者、熱狂者、顕示者、気分変動者、爆発者、情性欠如者、意志欠如者を取り出している。もちろん、○山氏は「自分自身が悩み、あるいは社会が悩んでいる」ものではない。それ故に、精神病質に含めることは出来ず、性格の異常と判断することは出来ない。しかし、性格の異常は正常からの偏倚であり、連続的に移行するものであるため、○山氏がいかなる性格類型に近縁であるかを検討しておく価値はあろう。シュナイダーの類型の中では、顕示者として記載される性格特徴が、多かれ少なかれ、○山氏の性格傾向に類似していると言える。

顕示者は、従来、一般にヒステリー性格と呼ばれていたものに近く、自己中心的でわがままで未熟な性格である。彼らは、実際以上に自分を良く見せようとする。○山氏の経歴に関する疑問なども、事実はお不明ではあるが、他人の評価を気にする性格傾向から解釈出来るのかもしれない。顕示者では、虚栄心から自らの自慢話をし、願望が加わって虚言に及ぶこともある。虚言の中の空想が、現実と混同されるとき「空想虚言」と呼称される。

現在、多くの臨床家が使用する代表的な診断基準は、ICD-10とDSM-IVであるが、それぞれに性格の異常の類型が呈示されており、演技性人格障害の呼称で、シュナイダーの概念に近縁の類型が

記載されている。

再度、ここで強調しておきたいことは、性格の異常は、正常からの偏りであって、正常からの連続的な移行であるということである。多かれ少なかれ、人間は自己中心的でわがままであり、他人の評価を気にしながら生きている。時と場合によっては、体裁を装ってウソをつくこともあるのは、われわれのよく知るところである。

最後に、○山○子氏の精神医学的な判断を述べたいと思う。

昭和56年2月に、救急車で病院に運ばれたときの状況は、(本人が話すところでは) 以下のようなものであった。この日は、夫と一緒に買い物に行き、スーパーに入ったとたんに眩暈がした。パタンと座ってしまい、ぱちぱちと星みたいのが出たと言う。上半身がカーとなって動悸がしたが、頭痛はなかった。そこで、救急車で△△病院に運ばれて入院した。脳波はとらなかった。しかし、△△病院に入院したものの原因がわからず、知り合いもいたので○○大学に転院した。○○大学内科には2週間くらい入院して、CTと脳波をとったが所見はなく、更年期障害と言われた。

この際の症状から判断して、まず疑うのはてんかんの可能性である。そこで、私は○山氏に、幼児期・小児期にひきつけはなかったかどうかを尋ねたが、今までに、ひきつけも泡を吹くようなこともなかったとのことであった。ここで重要なことは、○○大学でCTと脳波をとっており、異常な所見はなかったとされることである。すなわち、本件の局所注射事故以前には、てんかんの既往、脳波の異常はなかった可能性が高いと判断される。

ただ、すでに記載したように、けいれん発作を起こさない程度の脳波異常が存在した可能性は否定できない。

次に、昭和56年5月に○○病院を受診した時の状態である。○山氏は、肩が痛いので、夫の母親から注射したら治ると薦められて○○病院を初診し、院長先生に注射はありますかと自分から聞き、注射してもらったとのことである。このころ、時々、不安になるため安定剤を出してもらったと言い、そのような時には妹に話し相手になってもらうために自宅に来てもらったとのことである。このような本人の話を聞く限りでは、典型的なうつ病とは考えられない。まず、不安神経症あるいは抑うつ神経症と言うべき状態であったと推察される。ただ、臨床的には、うつ病という診断が幅広く使用され、抑うつ状態には抗うつ剤がしばしば奏功することから、精神医療の現場では抗うつ剤が一般的に投与されている。

○山氏は、その後も○○病院に定期的に通院している。そして、平成元年3月にネオビタカインの注射で右肺気胸を起こした後も、同じ注射を続けている。この頃、夫が女性を囲うなどの女性問題があったため、○山氏は離婚してスナックで働き始めている。

この後、本件の事故が起こるまでの間に、関連のある出来事が2件ある。

一つは、平成3年頃に酔っ払った女性に投げられ、右腕のほか、下肢、肩、背中も打撲して、右手が動かなくなったということである。この時に頭部打撲はなかった。

二つには、平成5年7月に、店の客と結婚して京都に引っ越したが、相手の男は勤めに出ても帰らず、帰宅すると酒浸りとなり、離婚を決意して家を出て3日間旅館に泊まったということである。

この件は情報が少なく、仔細の確認ができていないが、本人の話すところによれば、〇〇済生会病院を受診したのは肩の痛みのためであり、主人に勧められて、リハビリ目的の通院をはじめたとのことである。噂されるような自殺未遂とか行方不明となって受診したのではないと言う。結局、済生会病院には計3回の診察のみで〇〇市に帰っている。

平成3年頃の右腕打撲事件では、その後遺症が次第に悪化し、結局、身体障害者手帳の3級が認められている。この件に関しては、〇〇病院（精神科）理事長の〇〇先生に取得を勧められ、身体障害の診断は身体科の先生に頼む必要があり、〇△病院の〇〇先生に書いてもらったと言う。この障害は、精神科医によって身体疾患と考えられ、身体科の医師によって身体疾患であると確認されたものであり、現時点で、精神医学的な評価を行なうことは差し控えざるを得ない。

平成5年の京都での事件は、抑うつ状態からの遁走の可能性が言及されている。しかし、詳細は不明と言わざるを得ない。本人の話によれば、離婚を決意したための家出に過ぎず、3日間の行方不明は旅館に泊まっていたと言うもので、「遁走」と言う精神医学用語を使用することが適当であるとは思われない。たとえ、遁走という用語を使用したとしても、旅館に泊まるなどを記憶しており、解離性の遁走とは考えがたい。

本件の注射事故以降、〇山氏は〇〇大学にて入院治療のあと、△△病院、〇〇リハビリテーション病院（〇〇東病院）を経て、身体障害者療護施設「〇〇」に転院してリハビリテーションを行なっている。この間のカルテを詳細に見ると、〇山氏にみられた精神症状は大きく2つに分けられる。一つは状況に起因する反応性の抑うつ状態と考えられるものであり、もう一つは脳の器質性変化を基盤に生じていると考えられる幻覚性の症状である。

〇山氏に認められた抑うつ状態は、局所注射事故以前の身体障害や全身の疼痛に加え、事故以後に生じたミオクローヌスなどの神経症状などにより、見通しのない長期の療養生活を余儀なくされたために反応性に生じたものである。〇山氏は、〇〇大学から△△病院、そして〇〇リハビリテーション病院へと転院を繰り返し、療養が長引くにつれ、焦燥感、心氣的傾向、悲哀感を訴え、「体が痛いし、良くなれないし、私だって人間だから（リハビリに）がんばろうと思う時も、そうでないときもある」と言って泣き、「たった一本の注射でこんなになってしまった」と嘆いている。〇山氏がおかれている状況を考えると、抑うつ的な気分となり、嘆き、悲しみ、愚痴が多くなったことは、極めて容易に了解できる。

伝統的な精神医学的理解によれば、精神的な原因によって、精神的あるいは身体的な症状が引き起こされた場合を体験反応と呼び、これを、ヤスパースは以下の基準で表現している。すなわち、1) 原因となった体験がなければその反応性の状態は出現しない、2) 状態の内容と主題は、その状態の原因と了解可能な関連がある、3) その状態の時間的な経過は原因に依存する、すなわち、原因が解消されるとその状態も終息する。このような体験反応の例として、子供が病気になったときの母親の反応が取り上げられ、病気の心配から不安な状態に陥るが、良くなるに一致して、母親の心配も消失することが記載されている。このような反応は、一般的に認められる正常な反応であるが、抑うつ・不安症状の程度、持続時間、それに症状や行動の異常さにおいて、正常な反応の偏倚として「異常体験反応（シュナイダー）」が考えられている。すなわち、正常な体験反応から異常体験

反応へは連続的な移行があり、両者には量的な相違があるものの質的な差異はない。

○山氏が示す抑うつ状態は、いかなる者でもそのような状況に遭遇すれば、そのような状態に陥るであろうと考えられるものである。そして、状況の改善が見られるならば、この状態は速やかに消滅するものと予想される。この意味で、了解可能な体験反応と判断される。ただ、このような反応には、素因としての性格要因が密接に関与し、それぞれの性格によっては病状や経過に多少の相違がみられる。確かに、状況に反応し易い人と反応し難い人がおり、病状が遷延しやすい人がいるかと思えば、状況を簡単に克服しうる人もいる。このような場合、顕示性（ヒステリー性）の性格傾向であるからといって、抑うつ状態になりやすいというものではない。ヒステリー性の性格傾向の故に、抑うつ状態が遷延し易いとも言いがたい。確かに、○山氏は現在、損害賠償にかかわる裁判中であることから、疾病利得の機制が働いてリハビリテーションへの意欲が減じていると推測することは出来る。しかし、本人との面談では「息子には、裁判にかけられるまでもないと言ったのだが、息子がどうしても許せんとって裁判になった」と言い、○山氏自身、裁判についての関心はあまりないように見うけられる。

○山氏のカルテには、若干奇異な色彩を有する抑うつ症状あるいは躁症状も散見される。平成13年10月には、「同室者が悪口を言っている、私は寝たふりをして黙って聞いていた」と涙ながらに語り、平成14年2月には、「昨夜ベッドに電気を流された」と涙ぐむとの記載がみられる。また、「ナースコールしたけど1時間半経っても来てくれなかった」と嘆き、職員に苛められたと訴えている。このような被害念慮あるいは被害妄想を伴う抑うつ症状の記載のほかに、平成14年1月のカルテには、「怖い夢を見た」と語り、「猿がたくさん出てきて、数が増えれば痛みが増す」と言い、「ベッドが天井くらいまで高くなり床に足が着かなくなった」などの発言がある。これらは、寝惚けている状態ではないかと思われる症状であり、意識清明時の体験なのかどうかを確認することは困難である。ただ、ここで断片的に見られる被害妄想は、○山氏のおかれた状況から了解可能な、二次的妄想とみなすことが出来る。最も奇異な妄想と考えられる電気の訴えにしても、慢性的な身体の痛みが突然に増悪した際に、誰かに電気をかけられたと被害的に考えた可能性もなくはない。すなわち、抑うつ的な気分を基盤にした続発性の妄想発現と考えられ、原発性の妄想とは異なる。また、目がランランと輝き、多弁、躁状態との記載も見られるが、躁状態とされる状態もせいぜい1週間の持続に過ぎず、短期間の気分の動揺と表現するのが適当なのかもしれない。このように考えてみると、幾分奇妙な症状もまた、被害的になりやすい状況から理解される異常体験反応の一症状とみなすのが適当である。

○山氏が示したもう一つの精神症状は、平成13年8月と平成14年11月に見られた性的内容のものである。すなわち、他患のベッドの周りに不審な男がきてごそごそし、ベッドで一緒に寝ていると訴え、同室の患者が組んで自分をやって（殺して？）やるというので、怖くてたまらないと言う。また、一年後には、男女がセックスする声が毎晩聞こえろと言いつつ、「ここは病院なのに、ハーレムなのですか」と尋ねたとの記載がある。このような症状は、近年、高齢の夫婦が多くなるとともに、その数が次第に増えているように思われる嫉妬妄想に類似している。このような場合、夫婦の寝室で、配偶者が女（あるいは男）を連れ込み、隣でセックスをしていると訴える。このような嫉妬妄

想は、夜間に幻視・幻聴を伴って認められることから、夜間せん妄からの発展が考えられる。また、おおむね初老期以降に生じるために、脳の器質的な変化が基盤になっていると推察される。嫉妬妄想は、慢性のアルコール嗜癖の患者にも少なからず認められる。この場合には、自らのインポテンツの悩みから、配偶者の不実を邪推し、妄想へ発展すると考えられており、このような嫉妬妄想は極めて泥臭く、人間的なものである。○山氏の場合を考えてみると、不幸にして生じた神経障害により不満足な生活を強いられ、年齢とともに身体的な衰えも自覚される状況にあり、スナックなどの職業の経験もあって、若さへの嫉妬から他の患者の男女関係を邪推し、性的な内容を持った精神症状へと発展したとも考えられる。しかしながら、たとえ、彼女のおかれた状況から理解されるにしても、このような体験は、脳の器質的な変化の基盤なしには生じ難いものであり、単純に、心因性の異常体験反応と考えられるものではない。

最後に、本件で議論となる「ヒステリー」について簡単に述べておく。

現在では、「ヒステリー」の用語を積極的に使用する精神科医師は少ない。それは、「ヒステリー」という言葉が医学的な概念を離れて、虚偽性、演技性、作り物などのネガティブな価値判断を含むためであり、近年頻用されるICD-10やDSM-IVの操作診断では、転換性障害（身体表現性障害に含まれる）や解離性障害という呼称が用いられるようになっている。しかし、いかなる精神医学においても、「ヒステリー」あるいは他の用語で表現される病態の診断は共通しており、まず、1) 器質性の疾患あるいは所見が認められないことである。そして、2) 心因性の発症と、3) 特徴的な症状が挙げられる。そこで、本件の局所注射後に見られた症状を見ると、両手のしびれ、めまい、尿失禁、血圧低下、呼吸停止、チアノーゼ、意識喪失という一連の症状は、まさに典型的なショック症状であって、「ヒステリー」ではない。また、その後に発症したけいれん発作の重積は、脳波所見が明らかに示すように、てんかん性のものと断定出来る。さらに、けいれん重積の後に生じた動作性ミオクローヌスおよび四肢の運動機能障害は、低酸素脳症によって生じた神経障害であって、「ヒステリー」ではない。

私自身は、「疾病への逃避」あるいは「疾病利得」という機制によって生じる病態を少なからず経験し、「ヒステリー」と称されるそのような患者群が存在することを否定しない。しかしながら、「ヒステリー」と判断するかぎり、丹念な身体的検索を行ない、既知の身体疾患や客観的な身体所見が存在しないことを確認しなければならない。これは精神医学の基本であり、いかなる精神医学的な立場においても異なるものではない。本件に見られる症状・病態を「ヒステリー」と見なすことは、身体医学に対する無知、あるいは「ヒステリーの濫用」と表現するしかなく、精神医学がこれまでに培った社会的信頼を失墜しかねないものと危惧される。

結論として、○山○子氏の精神医学的な判断をまとめておく。

- 1) 性格的には、自分をよく見せたいなどの欲求を示す顕示性の性格傾向を示す。
- 2) 本件事故以前にてんかん発作はなかった。しかし、発作を起こしやすい素因（脳波所見）が以前に存在した可能性は否定できない。

- 3) けいれん重積状態の基盤となる脳波所見は事故後に生じたと考えられ、後遺症と考えられる動作性ミオクロームスが残存する。
- 4) 昭和56年以降、不安神経症あるいは抑うつ神経症で精神科に通院していた。
- 5) 本件事故以降に見られる抑うつ状態は、異常体験反応と考えられる。
- 6) 嫉妬妄想を伴う幻視や幻聴は、初老期に見られる脳の器質性変化を基盤に生じたものと判断する。本件事故と直接の関係はないと考える。

以上が、私が行なった診察と、これまでの資料を検討した結果である。  
これらの結果に基づき、以下のごとく、鑑定事項を項目に従って回答する。

1. 被告〇〇医師が原告〇山〇子（以下「原告」という）に対して、平成12年10月13日に施行した、ネオビタカインの局所注射措置（特に注射手技）は、適切であるか。

原告〇山〇子氏は、更年期障害のゆえに〇〇病院に通院していたと述べている。〇〇病院への通院は、夫の母（義母）の勧めによるものであり、初診時には病院の外来に付き添ってもらったとのことである。義母は、以前から肩の痛みがあったが、〇〇病院で注射してもらって良くなったと言い、同病院で継続治療を続けていた。また、立川のおばさん（義母の妹）という方も、年に数回、〇〇病院を受診して、肩痛の注射をしてもらっていたとのことであり、〇〇病院でのネオビタカインの局所注射措置は、患者の要請に応える形でおこなわれていたと考えられる。原告である〇山〇子氏も、〇〇病院で注射をしてもらって肩の痛みがおさまったと述べて通院を続けており、平成1年3月27日の局所注射によって気胸を生じた事故のあとも、本治療を継続している。

平成12年10月13日に施行したネオビタカインの局所注射措置も、肩が痛いので注射をお願いしますという患者の要請によって行なわれたものである。被告である〇〇医師は、これまでに〇山〇子氏に対して、5回の注射を行なっているに過ぎないが、他の患者を含めて本注射を週に約1回の割合で行ない、年間50件ほどの回数を経験しており、本注射の経験は豊富と言える。そこで、本注射の手技に問題があったと考える根拠は薄弱である。

ネオビタカインの局所注射は50年の歴史がある。肩筋痛などの症状の軽減には、現在さまざまな治療法が実施されるようになり、本局所注射は、現在、第1に選択される治療法ではないものの、長年外来に通院する患者の中にはその即効性を期待する者も多く、患者の強い要請に応じて本注射を選択する精神科医も少なくない。私自身も、30数年前に精神科病院で本注射を施行した経験があるが、手技は簡便であり、精神科医が行なうにしても慎重さを欠かない限り問題となるものではない。

本件においても、ネオビタカインの局所注射は〇山〇子氏の強い要請に基づいて行なわれている。患者の訴えに対して真摯に対応し、患者の苦痛を和らげるための手段をとることは医師としてなすべき当然の行為である。原告訴状には、「何故に精神病の単科病院において、精神病の治療ではない内科的治療（薬剤注射）が安易に行なわれているのか根本的に疑問」と記載されているが、これ

は精神医療に対する無理解と精神科医師に対する偏見に基づく主張と言わざるを得ない。

2. 注射後の原告の急変に対して、〇〇病院でとられた救急処置は、適切であるか。

適切な救急処置かどうかの判断は、私は専門外であると認識しており、意見を述べる立場にない。一般的に言えば、薬剤によるショック様症状は医療の現場で予期せずに生じ得る事態であり、精神科医師といえども、医師として常に緊急の措置を考えながら医療行為を行なっている。精神科病院で事故が発生した場合であれば、早急な専門施設への搬送を優先させ、現場での救急措置は必要最少なものにならざるを得ない。この点において、今回のネオピタカインの局所注射後の緊急事態では、注射後5分位して両手がしびれ、天井がまわるとの訴えがあり、そのあとに続く血圧低下、呼吸停止、チアノーゼを認めた時点で、その緊急性を認識し、身体的に重篤な事態として直ちに救急隊に連絡している。ここで「ヒステリー」との認識があったならば、救急隊の要請はなく、全く異なった結果になったであろう。この点で、救急隊が4分程度で病院に到着し、〇〇大学に搬送して救命されたことは、極めて迅速な対応であったと考えられる。人工呼吸や心マッサージ、エホチールの使用や酸素マスクでの換気などの救急措置は、救急隊が到着するまでに、病院の設備や医師の技量に応じて行なったと考える。

3. 本件における原告の既往歴、現病歴、その他精神症状に関する経過に照らし、本件注射時のショック様症状が、転換性障害等の精神症状に起因する可能性はあるか。また、その可能性がある場合、それはどの程度と判断されるか。

まず、はじめに結論を言えば、本件における局所注射時のショック様症状は、転換性障害、すなわち、「ヒステリー」に起因するものではない。いかなる精神医学においても、既知の身体疾患、客観的な身体所見が存在しない場合において、ヒステリーの診断を考慮するものである。ヒステリーの診断は慎重に行うべきものであって、丹念な身体的検索を行なった後に、初めて可能となるものである。

本件の注射後の症状は、両手のしびれ、めまい、尿失禁、血圧低下、呼吸停止、チアノーゼ、意識喪失であり、これらの一連の症状はまさに典型的なショック症状であり、これをヒステリー症状と見なすことは、身体医学に対する無知、あるいは「ヒステリー」の濫用としか表現し得ないものである。このような重篤な症状を、ヒステリー症状として見なすならば、患者は確実に死への転帰をとるであろう。この状況に遭遇した精神科医師も、これを緊急の事態と認識したはずであり、放置できない身体的疾患として救急による搬送を選択したと考える。

本件は、症状の重篤さだけでなく、無視できない身体的な所見が見出されている。すなわち、本件に見られたけいれんの重積状態では、脳波に高振幅の棘波や鋭波の混入、2-3 Hzの $\delta$ 波の混入、前頭一側頭部に多棘波との記載があり、これらは特異的なてんかん性の発作波であり、脳に何らかの障害が存在することを強く示唆している。また、事故のあと2ヶ月半を経過した時に△△病院で施行された脳波記録でも、両側中心部優位の棘徐波群発や左前方優位の高振幅徐波群発などのてん

かん性波形が見られ、脳に何らかの障害が存在することは間違いない。さらに、本鑑定に際して行なった神経学的検査において、軟口蓋および舌にミオクローヌスが認められ、指鼻指試験では安静時に不随意運動は認めないが、運動時にミオクローヌスが認められ、踵膝試験では運動時にミオクローヌスが認められた。これらの所見は、低酸素状態後に見られるミオクローヌスと考えられ、ランス・アダムス症候群の症状と見なされる。画像上において、たとえ脳浮腫の所見が見られなかったとしても、これらの脳波所見や神経学的所見を考えれば、ショック様症状からけいれん重積状態、そしてミオクローヌスの出現という一連の症状を、ヒステリーと考える根拠はどこにも存在しない。

4. 本件注射以降に原告に認められた四肢の運動機能障害が、転換性障害等の精神症状、あるいは、リハビリテーションに対する意欲の欠如に起因する可能性があるか。また、その可能性がある場合、それはどの程度と判断されるか。

四肢の運動機能障害については、本件注射以前の状態を確認しておく必要がある。

原告は、平成9年11月14日に、左上肢機能障害のために、〇〇県の身体障害者3級の手帳を取得している。しかしながら、鑑定人が平成20年4月11日と4月15日に〇〇において聴取し確認したところ、原告は平成3年頃（訴状では平成5年12月28日となっている）に、酔っ払った女性に投げられて右腕（訴状では左腕）を打撲し、その後、次第に右上・下肢の障害（訴状では左上肢機能障害）が生じてきたと述べている。△△病院でのカルテ資料（乙8号証：p85）を確認しても、平成5年に右上下肢麻痺出現と記載されており、同資料の他の箇所（乙8号証：p169）にも、以前より右上下肢関節痛があると記載されている。これらの聴取内容とカルテ記載から判断し、本件注射以前から、右上下肢の機能障害が存在したと考えてよいだろう。身体障害者3級の手帳に記載された左上肢機能障害は、右上肢機能障害の単純な記載ミスなのであろう（この点は裁判所に確認を要請したが、現在の時点でまだ未確認である）。

本鑑定に際して行なった身体的な診察では、右側優位の上下肢筋力低下を認めている。この右側優位の筋力低下は、もともとの身体障害（右側の上下肢機能障害）に、低酸素状態による脳障害の後遺症が合併したものと考えられる。現在の四肢の運動機能障害は、立位保持不可能、歩行不可能（両側手すりを掴んでの歩行は辛うじて可能）、両側指節間関節拘縮および右膝関節屈曲制限が認められる。これらは、加齢性変化に起因すると考えられる変形性膝関節症などの影響を考慮すべきものもあるが、右側より弱いとはいえ左側の上下肢筋力低下を含め、低酸素脳症が大きく影響していると考えられる。しかしながら、意欲的にリハビリテーションが行われれば、ある程度の症状の改善や悪化が阻止されることもあり、リハビリテーションへの意欲の減弱によって、廃用萎縮や拘縮を来している可能性も考えられる。

以上述べたように、これらの四肢運動機能障害については、さまざまな要因を考える必要がある。まず、事故前から存在する右上下肢の機能障害に加え、変形性膝関節症の存在、そして、低酸素脳症の結果として生じた動作性ミオクローヌスによる不随運動の存在は、リハビリテーションの重要性を認識しているにせよ、その実施には困難が伴うことは容易に理解できる。リハビリテーション

への意欲が乏しいとしても、これを本人のネガティブな性格傾向に帰すことは出来ない。  
ただ、原告は損害賠償にかかわる医療裁判中であることから、疾病利得などのヒステリー性機制から、リハビリテーションの意欲が減弱している可能性が考えられなくもない。しかし、ここでは、まず器質性の要因を重視するべきであろう。本人との面談では、「息子には裁判にかけられるまでもないと言ったけれど、息子がどうしても許せんと言うので裁判になった」と言い、人間に完璧なものはないと思いますとも述べている。原告の○山○子氏本人は、裁判の状況に関心がないようであり、原告の性格傾向による影響は限定的と考えてよい。

5. 原告は低酸素脳症により脳を器質的に障害し、四肢麻痺という運動機能障害が固定した、と判断されるか。

○○大学で撮像された一連の画像所見では、脳浮腫を認めず、低酸素による脳への影響をうかがわせる所見はなかった。しかし、画像において所見が見られないとしても、器質的な変化を認めない低酸素脳症の存在した可能性は排除できない。

本件では、脳波において、高振幅の棘波や鋭波の混入、2-3 Hzの $\delta$ 波の混入、前頭一側頭部に多棘波棘波などが認められ、脳に何らかの障害が存在することは否定し得ない。また、けいれん重積状態の後に、両側の上下肢のみならず、軟口蓋や舌にも動作性ミオクローヌスが認められていることは、ランス・アダムス症候群として、低酸素脳症による脳の器質的な障害をうかがわせる有力な証拠である。

ただし、現在の運動機能障害に関しては、本件の局所注射事故の前から存在する障害や加齢性変化を考慮する必要があり、前項で詳しく説明したとおり、すべての症状を低酸素脳症による器質的障害に帰すことは出来ない。

6. その他、本件注射時のショック様症状以降の原告の症状の原因として考えられる事項があれば伺いたい。

本件注射事故以降の最重要な症状は、けいれん発作の重積とランス・アダムス症候群であり、この原因としては、脳波所見が示すように、脳の器質性・機能性的変化が推測される。そして、この脳波所見は、本件注射事故以前には見られず、注射事故以後に発現したと考えられるために、本件注射によって生じたショック様症状による低酸素脳症の影響が最も考えられる。

○山○子氏は○○大学にて入院治療のあと、△△病院、○○リハビリテーション病院（○○東病院）を経て、身体障害者療護施設「○○」に転院してリハビリテーションを行なっている。この間のカルテを詳細に見ると、精神症状は大きく2つに分けられる。一つは状況に起因する反応性の抑うつ状態と考えられるものであり、もう一つは脳の器質性的変化を基盤に生じていると考えられる幻覚性の症状である。

○山氏に認められる抑うつ状態は、注射事故以前の身体障害や全身の疼痛に加え、事故以後に生

じたミオクローヌスなどの神経症状などにより、見通しのない長期の療養生活を余儀なくされたために反応性に生じたものであり、「体が痛いし、良くならないし、私だって人間だから（リハビリに）がんばろうと思う時も、そうでないときもある」と言って泣く、との記載は、彼女のおかれた状況をよく表わしている。抑うつ状態には、被害念慮あるいは被害妄想を伴っている場合も認められる。しかし、これらの被害妄想も抑うつ的な気分を基盤にした二次的な妄想発現と考えられ、原発性の妄想とは異なる。それ故、幾分奇妙に見える訴えもまた、被害的になりやすい状況から生じた異常体験反応の一症状とみなしうる。

○山氏に認められたもう一つの症状は、性的な内容の訴えである。すなわち、他患のベッドの周りに不審な男がきてごそごそし、ベッドで一緒に寝ていると訴える。また、一年後のカルテには、男女がセックスする声が毎晩聞こえると言い、「ここは病院なのに、ハーレムなのですか」と尋ねたとの記載がある。近年、高齢の夫婦が多くなるとともに、配偶者が女（あるいは男）を連れ込み、隣でセックスをしていると訴えることはさほど珍しいことではない。このような嫉妬妄想は、夜間に幻視・幻聴を伴って認められることから、夜間せん妄からの発展が考えられ、おおむね初老期以降に生じるために、脳の器質的な変化が基盤になっていると推察される。本件においても、脳の器質的な変化が考えられ、低酸素脳症の影響を無視することは出来ないものの、加齢性の変化による結果と考えるのが妥当であろう。嫉妬妄想は、慢性のアルコール嗜癖の患者にも少なからず認められる。この場合には、自らのインポテンツの悩みから、配偶者の不実を邪推し、妄想へ発展すると考えられており、嫉妬妄想は極めて泥臭く人間的なものであって、了解可能であることが多い。そこで、○山氏の場合には、身体的な衰えと若さへの嫉妬、それに不満足な生活状況があいまって、他の患者の男女関係を邪推、性的な異常体験へと発展したのではないかと考えられる。しかしながら、このような症状は、脳の器質的な変化を基盤にして発症したと考えられるものであり、心因による異常体験反応と判断することは出来ない。

以上

（京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座・精神医学教授）

## 研究業績

### 平成23（2011）年度研究業績

#### 原著論文等

1. 林 拓二：非定型精神病と内因性. 臨床精神医学、40: 1043-1049, 2011
2. 林 拓二：統合失調症患者の責任能力. Schizophrenia Frontier、12:151-154, 2011
3. 義村さや香、村井俊哉：精神症状と脳の左右差. Brain Medical、23: 173-177, 2011
4. 上原美奈子、林 拓二：急性一過性精神病性障害. 臨床精神医学、40（増刊）：140-142, 2012
5. 林 拓二、中江尊保：非定型精神病の概念. Schizophrenia Frontier、12: 205-209, 2012

#### 学会発表など

1. 林 拓二：わかりやすい精神医学. 豊郷病院看護研究会、2011.2.2、豊郷
2. 林 拓二：精神科診断学の現在. 群馬病診連携・精神病理研究会、群馬ロイヤルホテル、2011.6.16、前橋
3. 林 拓二、成田 実、世一市郎、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：感情病圏疾患の診断と長期経過について. 第109回近畿精神神経学会、コラボしが21、2011.8.6、大津
4. 義村さや香：「いま、学校に求められること」－発達障害と不登校－. 平成23年度発達障害と不登校問題巡回研修会、2011.10.14、近江八幡、2011.11.18、東近江
5. 林 拓二（座長・教育講演）：五十嵐禎人、医療観察法の現在. 第107回日本精神神経学会、ホテルグランパシフィックLe DAIBA、2011.10.26、東京
6. 義村さや香、岡田俊、十一元三：広汎性発達障害における強迫性障害の合併とその特徴. 日本児童青年精神医学会第52回大会. 2011.11.12、徳島.
7. 岩田夏彦：外出活動を通して考えた連携. 第8回滋賀県作業療法学会、コラボしが、2011.11.13、大津
8. 林 拓二、成田 実、世一市郎、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：感情病圏疾患の診断と長期経過について. 第31回日本精神科診断学会、信州大学外来棟、2011.11.18、松本
9. 大森一史、谷 洋明、金丸貴行、仮屋隆史：多飲水がある統合失調症患者に対しての行動療法的アプローチの効果. 豊郷病院看護研究会、2011.12.3、豊郷
10. 義村さや香：児童生徒のメンタルヘルスへの理解と対応～メンタルヘルスの理解と教職員の健康観察の重要性～. 平成23年度文科省健康教育指導者要請研修、2011.11.8、筑波、2011.12.6、福岡
11. 岩田夏彦：混乱状態から回復し他者との交流をもてるようになった事例. 現職者研修事例発表会、近江八幡市立総合医療センター、2012.1.22、近江八幡
12. 義村さや香：広汎性発達障害（2）成人期の併存障害とその背景を理解する. 平成23年度明治

安田こころの健康財団集中講座「青年・成人期の広汎性発達障害の理解と対応」、2012.1.22、大阪

13. 林 拓二：精神医療の現在と今後を考える。豊郷病院看護研究会、2012.2.22、豊郷
14. 堀尾素子：精神科病棟における認知症患者の退院支援。看護師職能集会、2012.3.10、豊郷
15. 西岡和郎、林 拓二（座長・シンポジウム）：非定型精神病概念と今日の精神科医療（津田均、山岸洋、鈴木國文）。第7回日本統合失調所学会、愛知県産業労働センター、2012.3.16、名古屋
16. 成田 実：「なぜ」からはじめる認知症の人とのつきあい方～本人の気持ちになって考えてみよう～。第13回公開セミナー、2012.3.17、豊郷

## 著書

1. 精神疾患と認知機能研究会（編）、山内俊雄（編集統括）、林 拓二・他（編集担当）：精神疾患と認知機能－最近の進歩－。新興医学出版社、東京、2011
2. 林 拓二：急性一過性精神病性障害（非定型精神病）。今日の精神科疾患治療指針、医学書院、東京、2011
3. 林 拓二：今村新吉。現代精神医学事典、pp.70、弘文堂、東京、2011
4. 林 拓二：周期性精神病。現代精神医学事典、pp.456-457、弘文堂、東京、2011
5. 林 拓二：非系統性統合失調症。現代精神医学事典、pp.866、弘文堂、東京、2011
6. 林 拓二：満田久敏。現代精神医学事典、pp.990、弘文堂、東京、2011
7. 林 拓二：レオンハルト。現代精神医学事典、pp.1079、弘文堂、東京、2011
8. 義村さや香、十一元三：双極性障害。専門医のための精神科臨床リュミエール23。成人期の広汎性発達障害、中山書店、東京、2011

## 精神鑑定

1. 器物破損事件－急性一過性精神病 2011
2. 成年後見・保佐開始審判－慢性統合失調症 2012

## 精神科沿革

- 大正14年（1925） 4月27日 七代目伊藤長兵衛翁の寄付により設立
- 昭和32年（1957） 4月 1日 精神科・神経科新設（許可病床290床）  
（京都大学名誉教授三浦百重先生指導）
  
- 昭和33年（1958） 10月 1日 総合病院の指定
- 昭和42年（1967） 8月30日 精神科病棟3階増築
- 平成 2年（1990） 7月 1日 総病床394床
- 平成 7年（1995） 6月 1日 認知症患者医療センター開設
- 平成12年（2000） 4月 1日 介護保険制度発足
- 平成14年（2002） 10月 1日 近代化建築事業・3病棟開所 精神科5・6階に移動
- 平成18年（2006） 9月25日 日本医療機能評価認定（ver4）
- 平成22年（2010） 4月 1日 臨床精神医学研究所設立
- 平成23年（2011） 9月25日 日本医療機能評価認定（ver6）
- 平成24年（2012） 4月 1日 公益財団法人 豊郷病院 認可

## 臨床精神医学研究所 所員

（平成24年3月1日現在）

- 所長 林 拓二（京都大学名誉教授）
- 顧問 山田尚登（滋賀医科大学精神科教授）
- 顧問 村井俊哉（京都大学精神医学教授）
- 所員 成田 実
- 所員 世一市郎
- 所員 中江尊保
- 所員 上原美奈子
- 所員 義村さや香（京都大学大学院生）
- 所員 壁下康信（大阪大学大学院生）
- 所員 木村千江
- 所員 堀尾素子
- 所員 石田正樹
- 所員 小川奈保
- 所員 菅原幸一
- 秘書 森 香織

## 編集後記

ここに豊郷病院附属 臨床精神医学研究所年報第2号をお届けいたします。今年もまた、各職域の皆さんから多くの原稿をいただきました。本年報には、我々が平成23年度に発表した原稿、講演、報告を主に掲載しておりますが、今回は「症例報告」として、平成20年に行われた民事精神鑑定の結果を鑑定資料として掲載しました。今後、この欄には長期の経過観察が可能であった症例を様々な観点から検討した報告を取り上げていきたいと考えております。本年報に掲載された報告が精神医療に携わる多くの人々の参考になり、今後の研究や臨床活動になんらかの刺激になっていただければと考える次第です。

最後になりましたが、本誌の出版にはパストラールとよさと副施設長の種村氏に大変お世話になりました。ここに厚くお礼を申し上げます。

(H24.7.14 編集委員 林拓二・中江尊保・森香織)



(豊郷病院附属 臨床精神医学研究所研究室にて)

2011 (平成23年度版)  
公益財団法人豊郷病院附属  
**臨床精神医学研究所年報**  
vol.2

発行 公益財団法人 豊郷病院  
〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12  
TEL (0749)35-3001 FAX (0749)35-2159

編集 公益財団法人豊郷病院附属  
臨床精神医学研究所 編集委員会

印刷 近江印刷株式会社  
滋賀県愛知郡愛荘町川原771-1  
TEL (0749)42-8400(代)