

公益財団法人豊郷病院附属  
臨床精神医学研究所年報

第4巻

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry  
Vol. 4

2013年（平成25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

<b>巻頭言</b>	
あまりにも遅い！（林 拓二）……………	1
<b>ごあいさつ</b> （佐藤 公彦）……………	3
<b>公益財団法人豊郷病院基本理念・精神科沿革</b> ……………	4
<b>原著論文・総説など</b>	
1. 反骨と異端 —京都大学精神医学教室—（林 拓二）……………	7
<b>講演記録など</b>	
2. 介護ストレスについて考える（成田 実）……………	23
3. 脳画像から見た向精神薬の副作用とその対策（高橋英彦）……………	31
4. 詐病か、それともヒステリーか？（林 拓二）……………	38
5. 法と精神医学—精神鑑定について—（林 拓二）……………	47
<b>随想など</b>	
6. 精神科の現場で考えること（木村千江）……………	57
7. 精神科修正型電気治療について（白井隆光）……………	59
<b>看護研究など</b>	
8. 精神疾患患者を持つ家族の思いの変容 — 精神科看護師が家族にナラティブ・アプローチを行って —（中村祥子、西川由希子、仮屋隆史）…	60
9. 被害的に受け止めやすく、周囲への要求が多い統合失調症女性への作業療法 ～気分の安定と対処行動の拡大を目指して～（岩田夏彦）……………	69
<b>精神鑑定</b>	
10. コンビニバン窃盗事件—類破瓜病（林 拓二）……………	72
11. 成人後見開始の審判—中等度精神発達遅滞（林 拓二）……………	77
12. 覚せい剤取締法違反事件—覚せい剤嗜癖（林 拓二）……………	81
13. 賽銭泥棒事件—前頭側頭型認知症（白井 隆光）……………	86
14. 傷害・放火等脅迫事件—妄想型統合失調症および軽度精神発達遅滞（白井 隆光）……………	89
<b>症例報告</b>	
15. 類循環性精神病について（林 拓二）……………	92
16. ケースレポート（中江尊保）……………	100
17. ケースレポート（堀川健志）……………	104
<b>研究業績（平成 25 年度）</b> ……………	107
<b>公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員</b> ……………	109
<b>編集後記</b> ……………	110

## 巻 頭 言

### あまりにも遅い！

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



殺人、放火、強盗、強姦、強制猥褻およびこれらの未遂と傷害に当たる行為を行い、心身喪失または心身耗弱と認められて不起訴あるいは無罪とされた精神障害者に、適切な医療を提供し社会復帰を促進するという目的で、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（いわゆる医療観察法）」が成立したのが平成15年で、施行されたのは平成17年であり、ほぼ10年が経ったことになる。当初は、地域により住民の反対などもあって入院施設の整備は遅々として進まず、十分な病床を確保するのが難しかった。とりわけ近畿地区では、平成19年に大阪府立精神医療センター（旧中宮病院）に5床が確保されただけで、必要な病床数の不足が際立っていたが、平成22年に国立病院機構やまと精神医療センター（旧松籟荘病院）で33床が稼働し、平成25年に大阪府立精神医療センターが33床に増床、さらに、同年、様々な困難を抱えながらも滋賀県立精神医療センターで23床の医療観察病棟が設置されたことで、当地方でも医療観察法による触法精神障害者の処遇の改善が、徐々にではあるが、軌道に乗ってきたように思われる。

私は、平成13年に発生し医療観察法成立の契機となった大阪池田小学校児童殺傷事件の鑑定に関わり、また司法精神医学領域の人材育成に関する研究（厚生労働省）の代表を務めた関係から、医療観察法の整備・運営について少なからぬ関心を抱き、京大病院での指定通院の取り組みについての報告も行ってきたが、停年退職後に勤務する豊郷病院での感想をここで述べたいと思う。

一つは対象事例の問題である。指定入院病床数も少なかった頃と思われる平成21年頃のことであるが、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た。彼は、事件の翌日、警官と保健所職員に連れられて豊郷病院を受診したが、多弁・多動、話す内容は支離滅裂で全く理解できず、診断は疑うことなく「統合失調症」圏とするのが妥当であったため医療保護入院とした。私はある時、裁判官などの司法関係者に精神鑑定についての講演をする機会があり、この件で検事に「もし放火であれば、医療観察法による処置をとるべきではなかったか」と訊いたことがある。当然ながら、検事の返答は「医療観察法の成立後は、法に則った形で事件を処理するように徹底している」とのことであったが、村のお巡りさんとしては、明らかに「狂って」いて話が出来ない患者を捕まえても事件にはせず、精神科の病院に連れていくというのが、家族や地域住民も納得する処置であったのであろう。また、穿った見方かもしれないが、法律的には意図的な放火と弄火による失火とを区別することはことのほか難しいようで、警察官としては裏付け調査などの膨大な労力が必要となる面倒を、敢えて避けたのかもしれない。しかし、この件の場合、医療観察法に基づいて簡易鑑定から不起訴、そして検察官の申し立てにより裁判所での審判という手続きが必要であったように思われる。

もう一つの事例は、発症以来合計20回の精神科入院歴があり、今でも私が主治医として診ている患者である。彼女には「母親に自分が盗られ、入れ替わってしまう」という妄想があり、それによって母親と口論、母親を包丁で刺すという事件を引き起こしてしまった。当然ながら、私は医療観察法に基づく処置があるものと思っていたが、警察官通報による知事の命令での措置入院となり、検察官通報による審判の話はなかった。そこで、入院後は速やかに修正型電気けいれん療法を10回実施し、精神的に安定したため3ヶ月後に退院した。退院後は訪問看護や保健所による指導を受け、主治医の外来には週1回は必ず通院し、精神的にも安定した状態が続いた。しかし退院3ヶ月後に「自分が母親と入れ替わる」と訴えるようになり、母親としばしば大声で口論、時には母親を叩いたり「死にたい」と訴えたため医療保護入院とした。入院後、病状は速やかに落ち着いたために退院を考慮していたが、突然、検事から電話があり、6ヶ月前に母親を刺した事件により医療観察法の鑑定入院をさせたいとのことであった。私も、事件の処理が気にはなっていたのであるが、正直なところ「今さら、何だ!」と思わざるを得なかった。事件後に入院して電気けいれん療法を行い、既に一度は寛解・退院しているのである!

我々としては司法の判断に従うしかなく、患者にその旨を伝えたが「母親と主治医がグルになって自分を陥れようとしている」と訴え、泣き叫び、ドアを叩き蹴るなどの興奮状態となってしまった。治療にはタイミングが必要である。事件後、速やかに簡易鑑定を行って不起訴、検察官の申し立てから医療観察法へというプロセスがなされておれば、その後の治療もスムーズに展開し、このような混乱が生じることはなかったのではないかと思われる。患者の治療に携わる臨床医としては、司法の判断が「あまりにも遅い!」と言わざるを得ない。

## 参考文献

1. 林 拓二 (主任研究者)：司法精神医学の人材養成等に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 平成17~19年度総合研究報告書. 京都大学精神医学教室、2008
2. 林 拓二：医療観察法の見直しに向けて－講座担当者の立場から. 精神医学50：1052-1054, 2008
3. 林 拓二：カタファジーについて. 豊郷精神医学研究所年報、第3報、102-109, 2013



犬上神社裏庭に咲く曼珠沙華



## ごあいさつ

公益財団法人 豊郷病院

代表理事 名誉院長 佐藤 公彦

日本の医療供給制度では2年ごとの診療報酬改定、3年ごとの介護報酬改定、5年ごとの医療計画の見直しが行われる。当然、居住費、食事代の自己負担化、患者や入居者の状態区分（要介護度・医療区分・重症度など）による入院基本料の設定などと、重要な改定は連動してきた。天体ショーのごとくこれらの周期が交わるのである。

この4月の改定では病床機能の再編として地域包括ケア病棟が新設された。高点数ではあるが甘くない。ご承知のようにデータ加算というトラップが置かれている。地域包括ケア病棟にベストマッチングな患者を入院させなければならない。DPC制度で大病院を丸裸にしてきた方策が、2014年内に始まる病床機能情報の報告制度に引き継がれ、中小病院もデータ管理下に置かれることになる。そのうち介護にも情報の報告制度が導入されるだろう。2018年の診療・介護同時改定、第7期医療計画のスタートでは、各病院ははっきりとした立ち位置を決めて、最終的な機能再編を行わなければならない。

国は、2025年を視野に、現在の一般病床90万床、療養病床33万床から、一般病床79万床、長期療養病床28万床への削減を計画している。イメージとしては高度急性期病床が制限され、地域で一定の実績がある中小病院には、地域一般病床と療養型、回復期リハビリ病棟などの機能分化型病棟への転換を迫られるだろう。実績とは医療機能分化が出来ていること、地域包括ケアがシステム化されていることである。

国が2012年に決めた社会保障・税一体改革のロードマップでは在宅医療の推進が走り出している。

高齢者が重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることが出来るように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が日常生活の場で、一体的に提供できる地域社会作り（厚生労働省 地域包括ケア）は始まっている。一方で、高度急性期病院には医療資源を集中し、若い世代、現役世代には医療・介護も守り、しかも低負担、公平性を模索するプランが進められている。

私たちにも10年先の社会保障制度改革を見据えた取り組みが必要である。しかし、基本的には、人的医療資源の確保、医療安全、医療データの管理など、良質な一般急性期医療の確保と維持であることは言うまでもない。同時に、これまで以上に地域密着性を強め、地域の医療センターとして、住民の皆様と顔を突き合わせた形が求められる。慢性疾患の急性増悪患者が地域包括ケア病棟に入院する可能性が強まり、地域のあらゆる疾患の入院の受け皿にならなければならない。時間外、休日救急の受け入れは地域ポジショニングの大きな得点である。2025年の超高齢多死社会では医療と介護の境界が定かなくなり、病院は在宅医療・在宅介護に主体性をもって取り組む必要があろう。

確かなことは、国が望むような患者の視点からの分かりやすい病院の形を作ることであろう。

平成26年（2014）8月

---

# 公益財団法人豊郷病院

## 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、生まれた乳幼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、超高齢時代など急激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従できるように、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

## 精神科沿革

---

- 昭和 32 年（1957） 4 月 1 日 精神科・神経科新設（精神科病床 110 床）  
（京都大学名誉教授三浦百重先生指導）
- 昭和 42 年（1967） 8 月 30 日 精神科病棟増築（精神科病床 209 床）
- 平成 7 年（1995） 6 月 1 日 老人性認知症疾患センター開設
- 平成 12 年（2000） 7 月 1 日 精神科デイケア開始
- 平成 14 年（2002） 10 月 1 日 新館 5・6 階に精神科病棟移動（精神科病床 120 床）
- 平成 22 年（2010） 4 月 1 日 臨床精神医学研究所設立

# 反骨と異端

— 京都大学精神医学教室 —

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

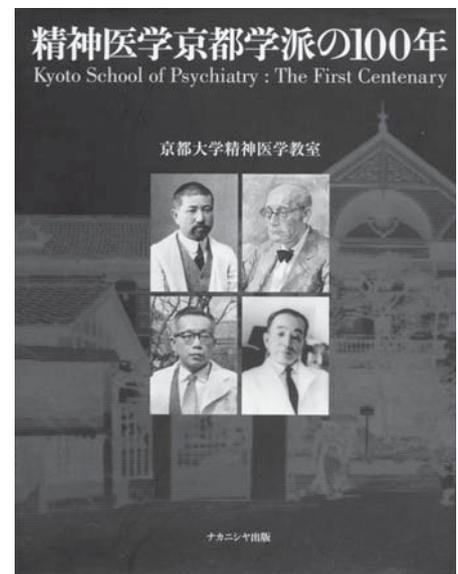
## 抄録

われわれが「精神医学京都学派の100年」と題した教室の記念誌を一般書として出版したのは2003年であり、もう10年も前のことになるが、そこでは多くの関係者の証言をもとにして京大精神医学教室の多面的で重層的な歴史をまとめることができたと思う。今回報告するのは、私自身が個人的に興味を持ち、あるいは個人的によく知る人物を中心に、私が精神科医になった1970年以降の京都の風景を、帝国大学以来の伝統とされる「反骨と異端」をキーワードにまとめたものである。取り上げる人物は、戦前は治安維持法違反で逮捕され戦後は宇都宮病院事件の処理に尽力した平畑富次郎や、非定型精神病学の研究によりクレペリンの二分法に異議を唱えた満田久敏などの明治生まれの方から、戦中・戦後生まれのいわゆる全共闘世代と称される小澤勲などにおよぶが、100年誌の編集方針と同様、詳しく紹介するのはすでに鬼籍に入られた方々に限ろうと思う。

## はじめに

われわれが「精神医学京都学派の100年」と題した教室の記念誌を一般書として出版したのは平成15年で、もう10年も前のことになるが、そこでは多くの関係者の証言をもとにして京大精神医学教室の多面的で重層的な歴史をまとめることができたと思う。今回、日本精神医学史学会の新宮一成先生より京大精神医学教室の歴史についての講演を依頼されたが、他に適当な人がいるのではと思ったものの、100年誌を編集した際に集めた資料を紹介しながら、私が精神科医になった1970年以降、私自身が個人的に興味を持ち、あるいは個人的によく知る人物を中心に、この40年の歴史をまとめてみる良い機会かもしれないと考えて引き受けた次第である。

「京都大学は元来、医学部にかぎらず他の文系、理系の各学部についても一般にいえることとして、中央の『オーソドックス』な学問思潮になびかず、『反体制的』ともいえる独自の学風を育てることを特徴としてきた。精神科教室もその例に漏れない」。これは、100年誌の巻頭に掲げられた木村敏先生の言葉であるが、彼は東京を中心とする諸大学には見られないオリジナリティのある研究として、初代の今村新吉教授から示された哲学的精神病理学の方角性と、大阪医大の満田久敏教授や三重大学の鳩谷龍教授を中心とする非定型精神病学の研究を挙げている。これらの研究については、本稿でも後ほど触れる予定であるが、京大の伝統とされる「反骨と異端」をキーワードとして、この40年を振り返ってみたいと思う。

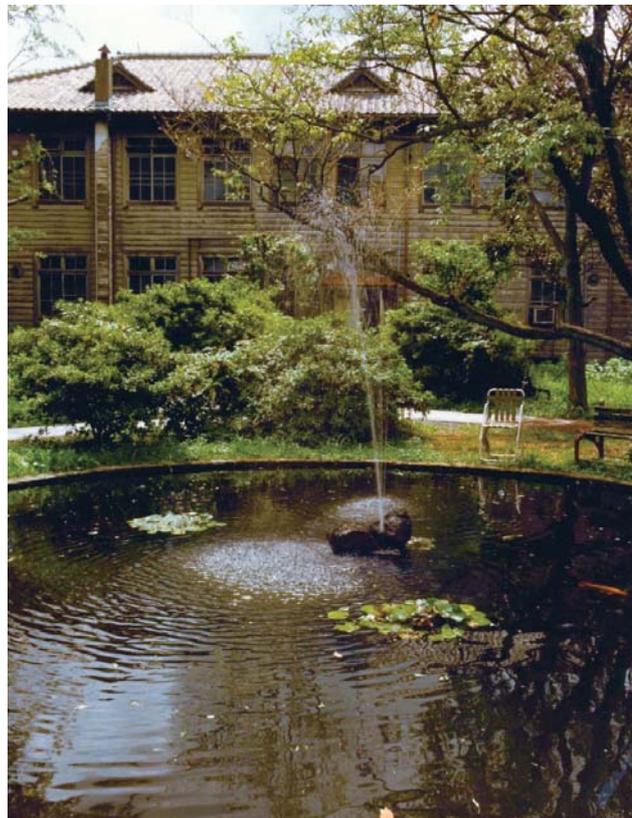


## 1. 京大精神科院庭

「外来棟の石段を下りると池があった。池から生い茂った木々や花に目をやり、土の具合を確かめ、空を仰いで雲の様子をみる。今日の行動を練る。5つの点在した病棟に入るには、病棟毎に心構えを変える。床の撓（しな）りようが違った。長い時間を患者と過ごした。相向かっているのはこちらの間がもたない。長椅子に横にすわって、卓球をしている患者を眺めながら、あるいは外にでて、広い庭を散歩し、ときにはベンチに腰掛けて、何も語らず、雰囲気確かめた」。少し長く引用したが、これは井上有史君が100年誌に寄稿した研修医時代の思い出である。この院庭は、京大病院が建設された時に、初代の今村新吉教授が「立派な建物はいらん、広い土地をほしい」と希望して病院の西部に広大な敷地を確保し、パリのサンタンヌ病院を模して設計したもので、パヴィリオン様式の建築群を噴水のある広大な庭の中に点在、配置し、入院治療中の患者さんはもちろん、京大精神科に集う多くの精神科医の心のふるさとであり続けた。「大学の構内が汚くなる」との理由で精神病患者を入院させられなかった東京帝大の呉秀三教授は、京大の今村教授を羨ましく思っていたと言われる。

院庭についてのエピソードをひとつ紹介する。

100年誌の編集のために、私が神経病理の故松岡竜典先生の資料を依頼した際、奥さんがわざわざ大学まで持ってきて下さった。その時、精神科の庭を是非見せていただきたいと希望されたので、昔とはずいぶん変わっていますが、と断ったうえで案内した。その時、「ここが、主人が私より愛した京大の院庭なんですね」と、亡きご主人の思い出を懐かしむように話されたものである。現在、精神科院庭の木々は伐採され、跡地には山中先生のiPS細胞研究棟が建設されている。京大の病院長だった同級の内山君から「これは京大のプロジェクトであるとともに、国のプロジェクトである。精神科の反対は受け付け」と厳命され、時代とはいえ、複雑な気持ちになったものである。



## 2. 昭和41年—医学部1回生

我々の学生時代は政治の季節であった。北朝鮮が地上の楽園と信じられ、中国では紅衛兵が既成の体制に反逆し、「造反有理」のスローガンが青年の心をとらえていた。南ベトナムではアメリカとベトナムの戦いが泥沼に陥り、資本主義への懐疑と日米安全保障体制への批判が次第に激しくなっていた。

### 昭和41年から昭和46年まで

- 昭和41年: 刑法改正に関する意見書(第三次草案)付議(12/3)
- 昭和42年: 青医連インターン制度廃止のため国試ボイコット(3/12)
- 昭和43年: 東大医学部学生自治会、インターン制度に代わる登録医制度導入に反対して無期限ストライキ(1/29)  
登録医制度への反対でストライキ(2/13)、大学院入学阻止事件青医連メンバー逮捕(4/7)、スト解除(6/13)  
医師法改正、インターン制度廃止(5/10)
- 昭和44年: 東京大学安田講堂封鎖解除(1/19)  
京大寮闘争委員会による学生部封鎖(1/19)、解除(1/23)から、医学部無期限ストライキ(2/5)へ  
精神神経学会66回(金沢)大会、理事会不信任(5/20)
- 昭和45年: 大阪万博開催(3/15)、よど号ハイジャック事件(3/31)
- 昭和46年: 石川清氏より台弘教授の告発(3/17)  
精神神経学会68回(東京)大会で保安処分制度新設反対決議(6/14)

医学部の1回生の時、すなわち、昭和41年は医学部のカリキュラムがぎっしりと詰まり、とりわけ解剖実習では「さあ、これから医者勉強だ」と気が引き締まり、教養部の頃とは違って大学には熱心に通った。ただ、解剖実習の相棒(実習は2人一組、彼は大学に12年間在籍したのち放校となる)に誘われて、学生自治会の仕事を手伝い、自治会の合宿に参加したり、またインターン制度の廃止を求めデモにも参加した。結局はこの医学生の運動がきっかけとなり、全共闘運動、70年安保闘争につながっていく。2回生になるとインターンに代わる登録医制度への反対運動がはげしくなり、医局講座制への反対から起こった大学院入学阻止事件では青医連メンバーが逮捕され、更には全国的な全共闘運動の激化の中で起こった京大寮闘争委員会による学生部封鎖から全学的な混乱が広がるなか、2回生では1週間、3回生では4カ月、そして4回生では無期限ストライキとなった。臨床科目でのポリクリや講義を受けることはほとんどなかった。入局を考えていた精神科も例外ではなく、残念ながら、私は、精神科の旧病棟や院庭に足を踏み入れた経験はない。

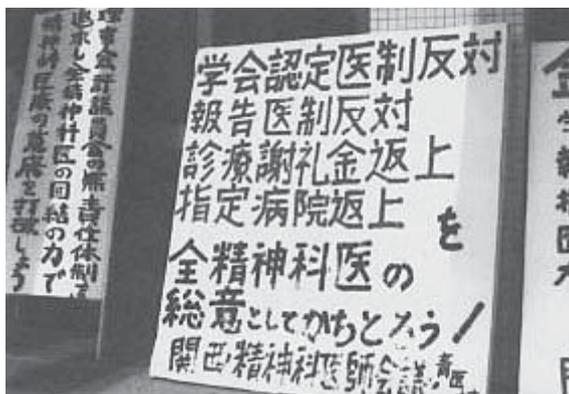
この時代、私は運動の中に積極的に入ることはなかった。フーテンがビニール袋を持って徘徊する東京新宿西口の、高度経済成長の象徴ともいえる巨大な建築現場を眺めながら、労働者・学生の大集会にも参加した。しかし、基本的にはこの運動を一步退いたところで客観的に眺め、観察しようとしていた。私は歴史を自らの眼で見ようとしていた。ものごころついて以来、歴史書に親しんできた私のこのスタンスは、今でも変わらない。

## 3. 昭和45年(1970)、精神科医となる

大学紛争のために卒業が半年遅れたために、私が精神科医となったのは昭和45年の秋である。その前年の昭和44年に金沢で精神神経学会が開かれている。そこでは、大学における無給医の問題、患者

を犠牲にした研究体制の問題、そして博士号による人事支配を中心にする医局講座制や社会防衛に重心を置く精神医療体制などが批判され、学会もまた、製薬資本や関連病院との癒着に対し痛烈な批判にさらされた。そして、学会理事会の不信任が決議された。その衝撃は大きく、その後まもなくして、全国の主要な精神医学教室の研究・教育体制はほとんど機能不全に陥ってしまったと言える。京大では、教授の権力を認めない精神科評議会が発足した。

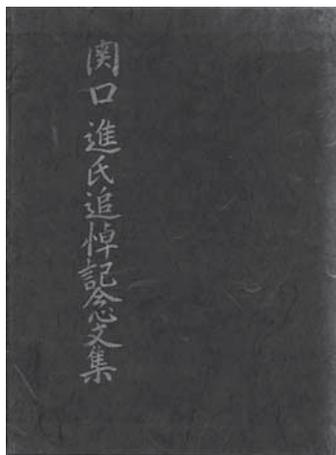
この写真は金沢学会の会場玄関の写真で、関西精神科医師会議／青医連の名前で学会認定医制度反対、報告医制度反対、診療謝礼金返上、指定病院返上を全精神科医の総意として勝ち取ろうというタテカンが据え付けられている。すでに45年前のことではあるが、今では、ほとんどの精神科医が学会専門医や指定医の制度を抵抗なく受け入れていることを見ると、この時代を生き残った世代としては複雑な思いを禁じ得ない。



精神科評議会から精神科の志望者に連絡があり、旧精神科本館2階の会議室を訪ねたとき、我々は中山太郎先生から「大学闘争での経験を総括し、どのような精神科医になろうとするのか、一人一人述べよ」と命じられた。この時期、京大精神科は精神医療改革運動の拠点として、多くの精神科医がそれぞれの志を持って全国から集まっていた。そこには、当然のこととして政治的な思惑が渦巻き、我々はその政治に辟易していた。私は同級の横山博君とともに、大阪府泉南郡の七山病院への就職をすでに決めていたため、「何故、大学に残らないのだ！」と問われ、「逃げるのか」とも批難されたが、我々の気持ちとしては、出来るだけ早く精神医療の現場に入り、先入見なく分裂病を見てみたい気持ちに変わりはなかった。

その時、私は精神科の会議室にあった「関口進氏追悼記念文集」と題する小冊子から、関口進という精神科医が前年の12月に自殺していたことを知った。遺書には、「短い在任中でしたが、自殺5、殴り殺されたもの1、そのあとを追うのみ、ここが病院でないことに気づくのが遅すぎた」と書かれていたと言う。

彼は学生の時から、60年安保闘争、大学管理法反対闘争に積極的にに関わり、精神科医になってからは、早くから「刑法改正と保安処分」の問題の重要性を指摘し、精神神経学会での保安処分反対運動を主導していた。しかし、活動家としてよりも臨床家であったと思われる。彼は赴任した四日市市永病院や兵庫県立病院光風寮における現場の人権を無視した医療の実態に対して激しい憤りを示し、悩んでいたようである。彼から相談を受けた久山照息先生が追悼集に寄稿した文章で



「短い在任中でしたが、自殺5、殴り殺されたもの1、そのあとを追うのみ、ここが病院でないことに気づくのが遅すぎた」

は、「自分があなたの立場だったら、私はその病院を辞めますね」と助言したと言う。私は、政治に関与する人間はもっとしたたかで、打たれ強いものと思っていたが、彼はあまりにも純粹で、妥協できず、原則に忠実であることを自分に課したのであろう。当時の精神病院の状況は、悪徳病院とされる病院に限らずいかなる精神病院においても、若く純粹な精神科医の神経には耐えられないものであったのであろう。だからこそ、全国各地で精神病院の現状を告発する運動が起こっていたのである。とりわけ、アルコールや覚せい剤の嗜癖患者が多く入院し、特に神戸市を抱える兵庫県立病院においては、臨床現場で患者と対決する場面が多く、精神病院が社会の保安的役割を果たし、精神科医がその先兵であるという現実を直視させられる。そこでは、精神科医は自らが行う治療とは何かを厳しく自問しなければならなかった。

#### 4. 小澤勲先生のこと

彼の同級生に小澤勲先生がいる。兵庫県立病院光風寮での同僚でもあり、彼もまた追悼集に寄稿している。「彼は治療者ではなかった。いや、治療者でしかあり得ぬ自らを呪いながら患者と狂気を分かち合った一人の人間だった」と。

私は小澤先生と話をしたことはなく、学会や集会の壇上で演説する彼を、ただ遠くで眺め、聞いたことがあるだけである。彼は颯爽と登壇し、時々顔にかかる長髪を手で払いのけながら熱弁をふるって聴衆を魅了した。彼は精神病院での作業療法は無給の強制労働であると批判し、生活臨床学派が推し進める「生活療法」も、自らを発病させるに至った社会にただ適応させようとする「適応論」であって、はたして治療といえるのだろうかと問う。そして、「キチガイで何がわるい」と開きなおる人たちと連帯し、労働と生活を自らの手に取り戻すべく闘わなければならないと言い、精神科医としての自己は否定されなければならぬと主張した。彼の主張は、疾病論をあいまいにした反治療論と言ってよく、病因がまだに不明な精神疾患に向き合った時に、しばしば生起する「反精神医学」的気分を表明していたかと思われる。しかし、あまりにもラディカルな発言が繰り返されるたびに、「やはり精神科医でしかあり得ぬ自分を呪う」とまで語った同級生で同僚でもあった関口進氏の印象と重なり合い、自らを追い込んで自殺するという同じ道をたどるのではないかと不安になったものである。

## 小澤 勲

(1938.6.10 - 2008.11.19)

- 昭和13年、神奈川県で生まれる
- 昭和37年(24歳)、京都大学卒業
- 昭和39年(26歳)、滋賀県中央児童相談所勤務
- 昭和40年(27歳)、兵庫県立病院光風寮に赴任
- 昭和41年(28歳)、京都大学医学部大学院入学
- 昭和43年(30歳)、大学院を自主退学
- 昭和45年(32歳)、京都府立洛南病院勤務、平成3年同病院副院長
- 平成6年(57歳)、介護老人保健施設「桃源の郷」施設長
- 平成13年(64歳)、種智院大学仏教福祉学科教授
- 平成20年(71歳)、肺がんにより死亡

彼は、昭和37年に京都大学を卒業し、昭和39年から滋賀県中央児童相談所勤務、そして昭和40年に兵庫県立病院光風寮に赴任している。昭和41年に京都大学医学部大学院に入学して、児童精神医学の道に進み、幼児自閉症論の再検討として昭和43年と44年に2編の論文を著わし、昭和47年には「「幼児自閉症論の再検討」の自己批判的再検討」と題する論考を発表している。このように、彼はアカデミズムの枠の中で華々しく登場したが、医局講座制批判のなかで大学院は教授が医師を支配する制度に過ぎないとして、昭和43年に学位を拒否して大学院を退学する。この時、同級生の中であくまでも研究者として生きていきたいと考える者は大学院に残ったが、多くの者は退学を選択した。彼もまた大学のアカデミズムから距離を置き、精神医療の改革運動に身を投じた。彼の同級生の中には、その後大学院を辞めたことを後悔する者もいたが、彼がそのようなことを周囲に漏らすとは（たと思ったとしても）考えられない。ただ、昭和45年に京都府立洛南病院に勤務して以来、若い世代の医師の教育にあたって勉強会を続け、64歳で種智院大学仏教福祉学科の教授に就いたことは、アカデミズムから離れることが出来ないインテリの「業」と言わざるを得ないものなのかもしれない。

彼は「何度か精神科医を辞めようかと思ったことがある」と述懐する（「こころの時代」NHK教育テレビ、H.17.3.16放映）が、最後まで精神科医を続けた。彼は才能が豊かで精神的にもしたたかであった。洛南病院では専門領域を小児から成人に、そして痴呆老人に変えた。小児・思春期精神医学や内因性精神病の領域とは異なり、疾病論や治療論での議論の余地が少ない老年痴呆のこの領域は、彼にとっては反精神医学からの絶好の避難地だったのかも知れない。彼は、ますます重要となる痴呆老人の介護や福祉の領域にも活躍の場を移し、「痴呆老人からみた世界－老年期痴呆の精神病理」や、「痴呆を生きるということ」、「認知症とは何か」などの一般書を著わして多くの読者を獲得した。

## 5. 山崎光夫先生に師事する

大阪の南部、和歌山に近い熊取町の七山病院という精神病院に、私が同級の横山博君と一緒に勤めるようになったのは、先輩の若い医師が二人そこに勤めていたからである。国家試験が終わった直後に病院を訪れると、医局長の山崎先生から二人ともここに来ないかと誘っていただいた。ただ、医師免許を取ってからと言われ、働き始めたのは確か昭和45年の11月からである。病院では山崎先生が実質的な院長の役割を務め、我々若手の医師は、山崎医局長のもとで臨床の経験を積んだ。とりわけ私は男子入院病棟の患者さんを山崎先生と一緒に診ることが多かったので、山崎流の精神医療を身近で吸収することが出来た。患者の診断・治療、あるいは患者との対応などに迷って相談すると、すぐに的確な答えが得られた。この時の経験から、60歳を過ぎた今日でも、私は困った時には必ず「山崎先生ならどうするだろう」と考え、決断することが多い。

七山病院は定床が700を越え、実質入院患者が650人ほどに抑えられてはいたものの、10病棟で構成される巨大病院であった。入院患者は慢性の分裂病者が半数以上を占め、閉鎖処遇の不必要な患者も多かった。山崎先生は我々が赴任する十数年前から病院の開放化を進めてはいたが、我々4人の若手医師は、更に慢性病棟を徐々に開放病棟とし、服薬の自主管理を含め最小限の看護職員による「自主管理病棟」をも運営するようにしていった。このような試みも、医局長である山崎先生の助言と全面的なサポートによることが大きい。この「自主管理病棟」は、現在しばしば議論になっている「病院敷地内の共同住宅」と言ってよいものであろう。



山崎先生と私  
(立山室堂)

山崎先生は、身体が「拘縮している」時には、リハビリで治していくしかないとして、レクレーションよりも作業を重視した院内作業療法や外勤（ナイトホスピタル）の体制を作り上げていた。売店も患者が自主的に運営し、患者に安く日用雑貨を提供すると同時に、作業や売店で上がる収益を各患者に還元、剰余金は生活指導部会計として病院会計から独立させ、そのすべてを患者全体の福祉に使っていた。こうしたことから、作業療法批判が全国的に沸きあがり、作業は病院のための強制的な使役にすぎず、療法とは言えないとされて精神神経学会が実態調査に来た時にも、七山病院では何ら動ずることなく作業療法を継続したのである。

## 山崎光夫

(1924.2.18-1990.3.2)

- 大正13年、岡山県で生まれる
- 昭和23年(24歳)、京大医専卒
- 昭和25年(26歳)、京大精神神経科志願医員
- 昭和25年(26歳)、兵庫県立病院光風寮勤務  
神戸医科大学精神神経科研究嘱託
- 昭和30年(31歳)、私立倉敷仁風荘病院勤務
- 昭和30年(31歳)、私立七山病院勤務
- 昭和33年(34歳)、学位取得
- 昭和55年(56歳)、私立三光病院勤務
- 昭和57年(58歳)、医療法人三光病院常務理事、のちに専務理事
- 平成 2年(66歳)、大腸がんで死亡

山崎先生は昭和23年に京大医学専門学校を卒業している。戦争で死ななくても良い道は何かと考えて医者を選んだと言う。京大では早くから、教官が「この戦争は負ける、だから君たちは死ぬな、日本を立て直すために生きよ！」と講義で話していたと言うが、山崎先生もまた、朝鮮から来た友人に「朝鮮に帰って独立運動をするべきではないか」とけしかけていたようである。いわゆる軍国少年でなかったことは確かである。戦後、その友人は北朝鮮に帰ったため、日本から書籍などを送っていたとのことであるが、そのことが原因であろう、七山病院の医局旅行で韓国に行った時、なかなかビザが下りず、やっと入国が許された時にも、添乗員はグループの一日の行動を毎日警察（秘密？）に報告せよと

いう命令を受けていたようである。

山崎先生は、前任の倉敷の病院で経営者と衝突し3ヶ月で退職している。その時、「山崎君は喧嘩っ早くて困る、せめて1年間は勤めてくれ」と満田先生に言われて七山病院に就職したと言うが、25年間も同じ病院に勤めることになるとは誰も予想しなかったようである。常々「喧嘩は負けることを考えてするな」と言い、「喧嘩の作法」についての講義もして貰ったが、要するに「救援対策」などハナから考えない純真素朴な「喧嘩学」だったように思われる。山崎先生は大柄でどちらかと言えば肥満型、朗らかでよく喋り、妙齢を過ぎた女医さん達からは「慢性躁病」、あるいは、「あまのじゃく」とも評されていた。私は大学での研修を受けなかったが、かえって素晴らしい臨床医、指導医に恵まれたことに感謝している。

山崎先生は、その後、56歳時に七山病院を辞め、廃院の危機にあった三光病院（香川県）に請われて常務理事として再建に取り組み、現院長の市川正浩先生とともに見事に病院を立て直している。平成2年、大腸がんで死亡、享年66。

## 6. 平畑富次郎先生を知る

山崎先生からは、臨床の合間に京大の先輩・同僚のさまざまな先生のお話を伺ったが、中でも私が興味を持った先生は平畑富次郎先生であり、俳句界では平畑静塔として有名な方であった。

### 平畑富次郎(静塔) (1905.7.5-1997.9.11)



- 明治38年、和歌山に生まれる
- 昭和6年(26歳)、京都帝国大学卒業
- 昭和8年、「京大俳句」編集長
- 昭和15年(35歳)、治安維持法で逮捕拘留
- 昭和19年応召、陸軍病院軍医、中国で終戦
- 昭和21年(41歳)、大阪女子医専(現・関西医大)精神科教授、京阪病院院長
- 昭和25年(45歳)、阪本病院院長
- 昭和37年10月(58歳)、報徳会宇都宮病院長
- 昭和59年(80歳)、昭和46年に院長を辞していたが、宇都宮病院事件で、院長に再度就任する
- 平成9年(93歳)に死亡

私は平畑先生には会ったことも、無論、親しくお話を聞く機会もなかったが、不敬罪、治安維持法で逮捕され、裁判では懲役2年、執行猶予4年という弾圧を受けた「京大俳句事件」の首魁(?)であったという点と、還暦を前にして身の回りを世話する女性一人を連れて関東に往ってしまったという点に、謎めいた魅力を感じたものである。

彼は、和歌山に生まれている。大正13年に第三高等学校を卒業。第三高等学校及び京大在学中から俳句の同人誌を作り主宰する。昭和6年に京都大学を卒業したあと昭和8年に「京大俳句」編集長を務める。「京大俳句」では従来の俳句に抵抗し、季語を詠まない無季俳句の運動を行っていたが、昭和12年頃より日中戦争が次第に激しくなる中で傷病兵などを詠んだ俳句、いわゆる「戦争俳句」を詠むようになった。そして、昭和15年に不敬罪、治安維持法違反で仲間15人とともに逮捕された。当時の精神

科教授三浦百重先生が彼の身柄を引き受けに川端署に出向いたと言うのは当時有名な話であった。

この事件で、彼は非国民とされ家族から除籍（と言われている）されたが、昭和19年に応召して陸軍病院軍医、中国で終戦となり帰国する。昭和21年に大阪女子医学専門学校（現・関西医科大学）精神科教授となり、京阪病院院長を経て、昭和25年に阪本病院院長となる。阪本病院に勤務した川越知勝先生は「平畑先生は口数も少なく温厚な人柄で、どちらかといえば院長職には向いていなかった」と言う。彼は精神科医であるとともに俳人であったが、やはり俳句に大きな力を注いでいたようで、昭和31年に俳句誌「天狼」の編集長となっている。精神科医としては学会に顔を出すも、誰遠慮することなく「つまらない」と去っていった、と知人は言う。越賀一雄先生は彼を評して「静塔は仙人とあだ名さる。精神医学会に影の如く来たり、音もなく影の如く去る」と。

昭和37年10月に、知人を通じて強く懇願され、新設されたばかりの報徳会宇都宮病院院長に就任する。しかし、昭和46年には院長を辞して、院長は設置者の石川文之進氏に代わっていた。私が山崎先生から平畑先生を知ったのは悠々自適、再び俳句に打ち込んでいた頃のことであろう。昭和46年には俳句界最高の栄誉とされる第5回蛇笏賞を受賞している。

「平畑先生は関東に往かれた」とは聞いていたが、私はどこ？とまでは知らなかった。それを知ったのは、昭和58年に栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院で、看護職員らの暴行によって患者2名が死亡した事件で石川院長が逮捕されて辞職、翌59年3月に同病院の新院長として、テレビに平畑富次郎先生が登場した時である。この時、平畑先生は79歳、お顔を初めて見たがずいぶんとお年を召されており、老躯に鞭打って登場したのは、ここで逃げてはいけないと言う使命感があったのであろう。

## 宇都宮病院入院患者数 (昭和58年12月現在)

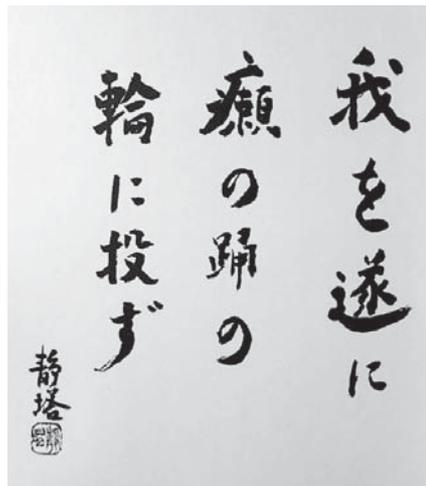
	在院患者総数	年間入院患者数	年間退院患者数
精神分裂病	328名	46名	34名
てんかん	28名	4名	3名
躁うつ病	45名	14名	19名
アルコール症	276名	170名	144名
薬物中毒	48名	8名	42名
老人性精神障害	65名	14名	23名
内科系疾患	76名	76名	63名
その他	108名	26名	51名
合計	974名	358名	379名

事件後にマスコミなどによって初めて知った報徳会宇都宮病院の実態には驚くばかりであった。この病院は昭和36年に57床でスタートしたが、開設者の石川文之進氏が内科医であったことから、東大精神科の研究生になるとともに、関西から平畑先生を院長として迎えた。そして、関東一円から処遇困難と見なされた患者を積極的に受け入れ、昭和40年には300床、更に昭和42年に375床と収容患者を増やしている。平畑先生は院長としてさほど関与していないようであるが、開設者の石川氏が院長となった昭和46年以降、患者数はさらに増えて昭和50年の病床数は722床にまで拡大、翌年には852床にまで増大することになる。

ここに、昭和58年12月現在の宇都宮病院の統計資料がある。総入院患者数は974名、内、アルコールが276名、覚せい剤やシンナー中毒の薬物中毒者が48名入院しており、当時の常勤医は、院長のほかには2名、合計3名が勤務するだけであった。この資料を見る限り、単純に計算して900人の患者を3人で診るとなると一人当たり300人、アルコール薬物中毒者は一人当たり100人を担当するということとなり、我々が当時、慢性の分裂病患者を100人ほど担当していた感覚からしても、精神科医の常識をはるかに超えた信じ難い数字である。この病院で通常の治療が可能であるとはとても考えられないものであった。

「ある時数人の患者、看護師等留守の際にベッドを壊した鉄パイプ、木の棒を振り回し、窓ガラス等破損一大暴動が起る。文之進手に負えず機動隊を呼ばんとするが、静塔驚かず慌てず吾一人行かんと言う。文之進制止するも聞かず、鍵を開かせて一人病棟に入る。静塔は恐れず慌てず首謀者の所に歩み寄り「なにすんね」と軽く一発横ビン（夕）を張った。大暴動は静粛となっておさまる」。これは、石川氏の回顧に出てくるエピソードであるが、医者一患者間の信頼があればこそ事態が終息することもあるが、医師・看護職員がことのほか少ない状況では、このような展開になることはほとんどあり得ず、警察による暴動の鎮圧、さもなければ日常的な暴力や威嚇による治装置が必要だったであろう。まさに、この病院は病院ではなく、困った患者をただ収容するだけの保安施設であったと言っても過言ではない。しかし、かといっても、前院長としてこのような病院にしてしまった責任を回避することは出来ず、病院の経営者である現院長の暴走を臨床医としてチェックできなかった責任は大きい。このことは、多くの研究材料が得られるという魅力から集まった東大精神科関係の非常勤医もまた、精神科医としての感覚が麻痺して悪しきアカデミズムに毒されていたと批判されて当然であろう。まさに、「ここが病院でないと感じるのが遅すぎた」のである。

報徳会宇都宮病院の事件は、精神医療の現場に強い衝撃を与えた。その結果、昭和62年に精神保健法が成立することになるが、精神医学が懸案として抱えてきた大きな問題をもあぶり出したとも言える。それは以前から議論のあった処遇困難者に関する問題である。処遇困難な患者としては、触法精神障害者、保護室等に長期隔離を要する重症精神障害者、および重症精神発達遅滞者などであろうが、国公立病院をはじめとして、開放化した民間病院ではこのような患者の収容を避ける傾向にあった。そこで、宇都宮病院が積極的に収容したのであり、社会的には「必要悪」の病院として機能していたと言える。ここで、平成2年に道下忠蔵先生が「保安処分の導入に反対するからには、公立精神病院は犯罪精神障害者の精神衛生鑑定や措置入院等にも積極的に対応すべきである。それが精神科医としての社会的責務である」と述べ、長年のあいだ、精神神経学会の「保安処分に反対する委員会」の委員長であった中山宏太郎先生もまた「精神科医療の現実には保安的機能をも果たしていることを率直に認め、処遇困難者対策を受け入れ、保険者、支払者、国家から精神科医療に対する医療費の増大を説得し、精神医療の改革に資すべきである」とし、処遇困難者専門病棟の実現に向かって動き出したのである。このような流れを引き起こしたのも、宇都宮病院事件が与えた衝撃があまりにも大きかったことを物語っている。なお、中山先生は宇都宮病院調査団の団長であった。



平畑富次郎、精神科医としてまた俳人としても有名であるこの先生は、どのような人なのであろうか、私としては極めて人間的で魅力的な人であったように思う。阪本病院で御一緒された川越先生は、「今にして思うに、平畑先生は京大俳句で傷病兵を詠み反戦主義者と思われたり、大阪女子医専の教授だったときに学生を連れて瀬戸内海のハンセン病の隔離収容所の島を訪問し、世間の差別に敢然と立ち向かう人道的な方のようにも評価されてきたのですが、先生の考えのなかには、そんな大それた気持ちはなく、その時々的情景を素直に受け入れてこられただけだったような気がします」と言う。しかし、90有余年の波乱万丈の人生を飄々と生き抜き、俳人としても精神科医としても、いかなる困難に遭遇しても逃げなかった気骨の人と言ってもよいであろう。

### 7. 満田先生に師事する

話が平成の時代に入り、ややもすれば医療観察法にまで話が脱線しそうになった。ここで、話を再び、私が若かった昭和45年に戻したい。

七山病院には、大学の研修を受けずに臨床の現場に飛び込んだ医師が4人いた。我々はそれぞれ山崎先生の指導のもと、担当する病棟の改善・改革に取り組んでいたが、3年ほど経過した時点で、山崎先生から「どっぷりと臨床に浸かっているのではなく、週に何日かでもよいから、大学などで研修することも考えたらどうか」と勧められた。

満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究  
精神神経学雑誌（昭和17年）  
充分な時間をかけた徹底的な調査



山崎先生は根っからの臨床医ではあるが、満田先生と一緒に交通の不便な山奥の病院に出かけ、カルテを閲覧させてもらうなどして患者家族の遺伝調査に関わったり、兵庫県立精神病院光風寮に勤務していた時は矢野賢治先生（神戸医科大学教授）の命で死亡した患者の脳を調べ、岡本重一先生（関西医大教授）のもとでは「精神分裂病とてんかんの合併例に関して」という論文を著わして学位を取っており、「学位はあってもなくてもいいのだが、若い時になんらかの研究に打ち込む経験はするべきだ」と常々私たちに話をしていて。そして、満田先生が昭和17年に書いた「精神分裂病の臨床遺伝学的研究」という論文はぜひ読んでおくべきものだと言われた。そこで、私は初めてこの長大な満田論文を読みたが、精神分裂病の概念を臨床遺伝学的調査によって解体しようとする研究に深く魅せられてしまった。そこで、自分もまたこのような研究をしてみたいと思ったものである。当時は、精神神経学会などによって、台弘東大精神科教授によるロボトミーの際の脳の研究が人体実験であるとして批判され、生物学的な研究を行うには相当の覚悟が必要な時代であった。ましてや、遺伝研究などは精神障害者への偏見・差別を助長する学問として論外のものとしてされていた。しかし、私は短い臨床経験ではあったが、分裂病が脳の何らかの疾患であり、その病因を研究するには生物学的な方法が必要であると思うようになっていた。そのようなことで、激しい逆風の中でも全く姿勢を変えることなく対処していた台先生は、政治的な立場は別として、私にとっては魅力的な研究者であった。当時は、批判されないように研究の方向を変えたり、批判されると直ぐに自己批判するような研究者がいて見苦しかった。自分のしてきた研究が間違っているのなら謝らなければならない。しかし、自らの研究に自信があるのなら、批判には厳しく対処するべきであろう。

私の治療スタイルは、患者を客観的に診ること、患者からの情報を収集すること、そして薬物などを用いて治療し、長期の観察をすることであった。同級の横山君は患者の心の中に入ろうとしたが、私はこのことに臆病であった。そこから生じる事態に対処する自信がなかったのである。私はここで、精神医療の改革運動に少し距離を置き、臨床家の視点で生物学的研究に関わろうと考えた。この時、同級の横山君は教育学部の河合隼雄先生のもとでユング心理学を勉強することを選択したが、私は満田先生がいる大阪医大に週2日通うことにした。

大阪医大では、「京都の若い医者が満田先生の主催する国際学会をつぶすためにくるのではないか」とずいぶん警戒されていたようである。そこで、「学会が終わってから」ということになり、やっと教室への出入りを許された。

## 満田久敏 (1910.6.15-1979.7.14)



- 大阪で生まれる
- 昭和 9年(24歳)、京都帝大医学部卒業
- 昭和12年-14年、独逸国留学
- 昭和14年(29歳)、京都帝大講師
- 昭和18年(33歳)、ジャワ・マラン州邦人病院長
- 昭和22年(37歳)、京都帝大附属医専教授
- 昭和25年(40歳)、京都医療少年院長
- 昭和28年(43歳)、大阪医科大学教授
- 昭和51年(66歳)、新阿武山病院理事長
- 昭和54年(69歳)、心筋梗塞にて死亡

この年以降、私は週に2日高槻市の大阪医大精神科に通い、満田先生の外来につき、病棟の回診にもついて回った。私はこれまでに経験しなかった大学の研修に触れ、新鮮な気分で抄読会にも参加した。そして、大阪医大の精神科助教授を経て心理学の教授をしていた越賀一雄先生（S21年卒）や大阪医大の精神科講師を経て同志社大学教授をしていた福田哲雄先生（S25年医専卒）にもお会いする機会を得て、論文の作成や研究についてしばしば相談に乗っていただいた。私が初めて書いた論文は満田先生に見てもらったが、私の文章が見えなくなるほどに朱を入れられ、書き直すたびに「ここはこれでもいいのだが、こうした方が格好いいのだよ」と、また朱を入れられた。ワープロがない時代である。原稿用紙を使用した先生方は、痛いほど同情してくれるであろうと思う。満田先生の完璧主義には参った！が、学者はすごい！と感じたものである。満田先生が大学を停年で辞め、新阿武山病院の理事長となった時には、「林君、山崎君には話をつけておいたから来ないか」と誘われ、満田先生が亡くなるまで、私は新阿武山病院の常勤医師として働いた。

ここで満田先生の略歴を紹介しておく。満田先生は大阪の医家で生れ、昭和9年に京大医学部を卒業している。ベルリン・ダーレム遺伝学研究所に1年半留学したあとナチスの台頭により風雲急を告げるドイツを去って帰国する。昭和14年に京大講師となるが、膨大な症例の詳細な家系調査に基づいて、昭和17年に、統合失調症が単一の疾患では無く、少なくとも定型分裂病と非定型精神病とに分類されることを示唆した論文を精神神経学雑誌に発表し、クレペリン以来の伝統的精神医学体系を痛烈に批判した。その後、ジャワ・マラン州邦人病院長として日本占領下のインドネシアにわたり、そこで終戦となって引き揚げる。戦後は京大附属医専教授を3年、京都医療少年院の院長を3年勤め、昭和28年より初代大阪医科大学精神科教授として研究を続ける。その成果はClinical Genetics in Psychiatry (1967) にまとめられている。彼は、非定型精神病と意識障害およびてんかんとの密接な関係を指摘しているが、このてんかんと関連は、満田による独創的な視点であり、国内のみならず国外の研究者から注目され、多くの反響と賞賛を得ている。非定型精神病の概念は、統合失調症という曖昧な名称を解体し、疾病学的に同質な疾患に細分類していく研究の礎となったものである。

満田先生は、学生時代から「どちらかというとき口の少ない、よく一人で少し上を向いて歩く、ちょっと気取っているようでもあり、考え事をしているようでもあり、その為か友人の間ではプロフェッサーという綽名で通っていた」と言う。先輩医師からは「満田君は偉そうに上を向いて歩く」と冷やかされていたようであるが、弟さんが法学部の学生だった頃、兄のいる精神科を訪ねると「机の上に足を投げ出して悠然と」座っていたので、「これでは兄貴をよほど理解する器のものが上におればともかく、まあ京大の教授にはなれないな」と思ったと言う。今は昔、ともかくも戦前の話である。

昭和17年に満田先生が論文を発表した時、当時の三浦百重精神科教授は「満田君がクレペリンの疾患分類に対して異説を唱える論文を書いた」と絶賛したと言う。当時、京大では助教授の村上（仁）先生が「精神分裂病の心理」と題する著作を発表していたが、満田先生の論文のインパクトは強烈であり、京大ではその後、久保喜歳（S9年卒）、久山照息（S16年卒）、岡本重一（S16年卒）、鳩谷龍（S18年卒）、加藤清（S19年卒）の各先生がそれぞれの研究方法を用いて満田の研究を発展させた。なお、加藤清先生は精神病理畑の学者として数々の著作で有名であるが、若い頃にはアドレナリンを使って血糖値を測定する研究に従事し、非定型精神病の研究に寄与している。最近、「精神医学」誌に掲載された加藤先生の追悼記事で、加藤先生が満田先生を薫陶したと書かれていたが、全く逆の信じ難い誤解としか言いようがない。

この頃、村上助教授、満田講師の2人を、光風寮から岐阜大学教授になった岡田強先生（T12年九大卒）は「学問をしているのは満田君」だと言い、「村上君は外国の考えを紹介するだけではいけない」と評していたと言う。誰が三浦先生の後継になるかは、いわゆる大学人の間の関心事であったが、満田先生は村上先生の一年後輩であるとしてさっさと大阪医大の教授になって赴任した。ジャワ・マラン州の病院長や京都医療少年院の院長は、やむなく、あるいは心ならずも、引き受けざるを得なかったようであるが、最後の任地は自分が一番格好いいと考える選択をしたように思われる。この決断によって、大阪医大で多くの人材を育てることが出来た。そして、彼らの協力のもとに満田精神医学を完成させることが出来たと言えよう。1970年以降、母校の京大では学問が出来る状況でなくなったことを常に心配していたが、それでも「京大には松本君がいるから大丈夫だ」と期待し、京大が大学本来の姿に戻ることを願っていた。

満田先生の研究は泥臭く、土の匂いがすると評される。決して都会風の知があふれるものではなく、時間をかけて、コツコツと足で稼ぎ、執拗に粘った根性の作品とも言える。彼はエPILEPTOIDである。「てんかん友の会」の会員と自称するごとく完璧癖があり、研究ではすべての症例で発端者の祖父母までを丹念に調べあげ、「レオンハルトの遺伝研究は少し雑だね」と批判するほど自らの調査・研究には自信を持っていた。また、「へそまがり」を自負し、新奇なことを好み、陳腐で月並みなことを忌避した。その懐は深く、非定型精神病に一定の距離を置いていた精神病理学者の越賀一雄先生（S21年卒）の才を認めて大阪医大の助教授とし、病跡学の対象としても興味深い小倉日出磨先生（S20年卒）の精神病理学を高く評価していた。

## 8. 愛知医大から京都へ

満田先生が亡くなったあと、私は新阿武山病院を辞め、七山病院に帰ったものの40歳を前にドイツに留学、帰国後は愛知医大に勤め、その後京大、そして現在は豊郷病院に勤めている。これまで、学問は満田先生、臨床と生き方は山崎先生を師として、私が果たさねばならない役割は逃げることなく、「焦らず、慌てず、諦めず」に実行してきたと思っている。これからも、限られた時間を精一杯生きたいと思う。

先日、と言ってももう一年が経ってしまったが、岡江晃君（S46年卒）が亡くなった。彼は京大精神科評議会の主要メンバーの一人であったが、評議会運動の限界を見極め、大学院再開と学位の取得を認めた（詳しくは100年誌参照）。私が京都に帰った時には、評議会権力を教授に「大政奉還」するべきと発言し、京大精神科評議会の歴史に幕を引くきっかけを作った。彼は司法精神医学を専門とし、多くの鑑定を行っているが、歴史的に重要と考えられるのは私と一緒に行った「附属池田小学校児童殺傷事件」の鑑定であろう。この事件により医療観察法の成立が加速され、保安処分反対運動から処遇困難者専門病棟問題への議論に（問題はなお多く残されているものの）ひとまずの決着をみた。彼は指定入院病棟を洛南病院に作ろうとしたが、経済的な問題を理由に京都府からの許可がおりず、洛南病院の停年を待たずに退職、滋賀県の医療観察法病棟の建設に力を尽くした。残念ながら扁桃腺がんで67歳にして死亡したが、死の床にあっても「宅間守精神鑑定書」など数冊の本の執筆をつづけたことは、アカデミズムに距離をおいていたとはいえ、この世に生きた証を残しておきたいと考える我々の「業」ではないかと思う。彼は私の一年後輩である。我々の年代も次々と歴史の中の一員となっていく。



旧病棟・男2病舎

### おわりに

京大精神医学教室の全体の流れは、すでに「精神医学京都学派の100年」として報告している。そこで、今回は私の個人的な経験を振り返りながら、京大関係の精神科医が関与した運動、事件、研究などを思い出すままにまとめてみた。ここに取り上げたのはみな、群れることなく、自分の生き方にこだわった人たちである。ある者は体制に抗い、悩みながらも、着地点を見出して人生を全うした。ある者は欲得なく自分の思う人生を生き、ある者は医師と俳人の二役を飄々となしながらも逃げることなく責任を全うした。またある者は黙々と学問に励んで精神医学の常識を覆し、自分の生き方を頑固に守った。誰かが「いくらやんちゃをしても、最後に締めくくるのが京都の人だ」と言っていたが、我々の世代も、そろそろ締めかたを考える時期に来ていそうである。

### 参考文献

1. 京都大学精神医学教室：精神医学京都学派の100年。ナカニシヤ出版、京都、2003
2. 林 拓二：精神科医としての30年。精神医学 46:790-791, 2004
3. 山田亮三（編集世話人）：関口進氏追悼記念文集（非売品）、1970
4. 青木薫久：保安処分と精神医療。社会評論社、東京、1975
5. 小澤 勲：幼児自閉症論の再検討（1）症状論について。児童精神医学とその近接領域、9:147-171, 1968
6. 小澤 勲：幼児自閉症論の再検討（2）疾病論について。児童精神医学とその近接領域、10:1-31, 1969
7. 小澤 勲：『『幼児自閉症論の再検討』』の自己批判的再検討。児童精神医学とその近接領域、13:54-63, 1972
8. 小澤 勲：呪将と陥穽－精神科医の現認報告－。田畑書店、東京、1975
9. 小澤 勲：痴呆を生きるということ。岩波新書、東京、2003
10. 山崎光夫：精神分裂病と癲癇の合併例に関して－精神分裂病の経過中に癲癇性発作の出現した症例について。精神経誌 63:913-927, 1961
11. 横山 博：心理療法と枠－治療構造と出会う時。横山博（編）心理療法－言葉/イメージ/宗教性、pp295-335、新曜社、東京、2003
12. 平畑富次郎：被暗示性検出ニ関スル一実験。今村教授還暦祝賀記念論文集、294-315、1935
13. 川越知勝：阪本病院にいた教授たち。広報誌「さかもと」4号、2011
14. 富田三樹生：東大病院精神科の30年。青弓社、東京、2000
15. 石川文之進：静塔文之進百物語－第3版真蹟集－。近代文芸社、東京、2004
16. 臺 弘：誰が風を見たか－ある精神科医の生涯。星和書店、東京、1993

17. 満田久敏：内因性精神病の分類について. 医学春秋 金芳堂出版 東京/京都
18. 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
19. 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 55; 195-216, 1953
20. 岡本重一：テタノイド素因に基づく癲癇. 精神経誌 55; 161-179, 1953
21. 久保喜歳：真性癲癇の遺伝臨床的研究. 精神経誌 55; 217-243, 1953
22. 久山照息：性格より見たる精神分裂病家族像に関する研究. 精神経誌 55; 244-264, 1953
23. 加藤 清：精神患者の精神生理学的研究（其一）. 精神経誌 55; 297-335, 1953
24. 林 拓二：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、東京、2008
25. Mitsuda, H.: Clinical Genetics in Psychiatry: Problems in nosological classification. Igaku-Shoin, Tokyo, 1967
26. 満田久敏：随筆・アルバム へそまがり（非売品）. 1976
27. 満田久康（編集）：志のぶ（非売品）. 1980
28. 福田哲雄：追悼 満田先生のこと. 精神医学 22; 678-679, 1980
29. 越賀一雄：大脳病理と精神病理の間. 金剛出版、東京、1982
30. 中谷陽二：刑事司法と精神医学—マクノートンから医療観察法へ. 弘文堂、東京、2013
31. 岡江 晃：宅間守 精神鑑定書. 亜紀書房、東京、2013

# 介護ストレスについて考える

認知症疾患医療センター（オアシス）

成田 実

## はじめに

まず確認しておきたいことは認知症が病気であり、徐々に進行していく日常の中で、本人も困っているということです。認知症の進行による認知機能障害は、本人の日常生活の送り方に影響を与えていきます。うまくできないことに本人も困っているのですが、周りの者が病気であるということに気付かないと、本人の日常の失敗を目の当たりにしたときに「本人が悪い」と責める口調の会話になり、感情的なやり取りに発展していく可能性があります。その結果、責められる本人の混乱を強めてしまいます。

一方、「病気を抱える人」として、認知症の症状により日常生活に影響を受けている本人に気付くと、「出来なくなったのは病気のせいで、本人も振り回されている」と考え方を切り替えることで、本人を直接責める場面を少なく出来ます。本人との良好な関係が保てることにより、介護を困難にする症状（BPSDの症状）が、出現しにくくなる可能性があります。

今回は、認知症の本人の介護の中で、悪いストレスがどのように生まれてくるかということを整理し、介護負担を少なくする付き合い方を考えていきます。

## 症状の理解（何度も同じことを問う）

病気であることに気付かないときの例として「同じことを何度も問いかける」場面を考えてみましょう。何回も同じ問いかけをされると、腹立たしくなる事は当たり前だと思います。わかりやすく丁寧に説明したつもりでも、同じ会話が繰り返されるので覚えようとしないうちに本人を責めてしまいたくなります。けれども、これは認知症の中核症状である物忘れであり、覚えられないで気になり、問いかけていることに気づくと、本人を責めても仕方がないと割り切りが出来るようになります。

他にも認知症のために出来ないことが現れます。病気に気がついて、同じことが起こらないようにする工夫、例えば出来ないことは本人にさせず済ませてしまうなど、周りの人が困らないように予測して行動することができます。早く認知症であるということに気付くということは、心のわだかまりを軽くする為には有効です。

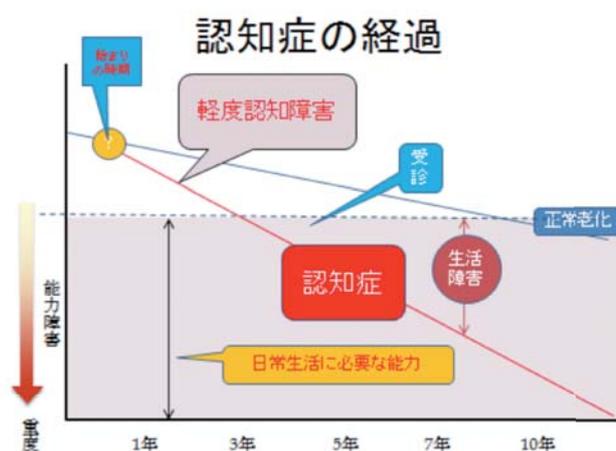
## 認知症の経過

ここで、認知症の経過について考えてみます。認知症は、日常生活に必要な能力が低下することで日常生活に支障を来す病気です。ここに挙げたとおり、一定の能力以下になったときに認知症であると診断します。病気であると診断する基準があるわけですが、それならばその直前、認知症の症状はありそうだけでも認知症ではないという状態がありそうです。

認知症の治療は、認知症と診断されたところから始まると考えます。それでは、認知症になる直前の状態では何もしなくてよいのかという疑問が出てきます。現在、認知症は完治が難しい病気であるため

に早期発見、早期治療が必要であるとされています。この事から、さらにさかのぼって認知症と診断される前の状態を知ることで、より早期からの対応について考えるようになりました。軽度認知障害（MCI）といわれる状態です。

次に、軽度認知障害について整理します。



### 軽度認知障害（MCI）

軽度認知障害とは、認知症の症状としてあげられる能力障害があるが、自覚があることで自分自身が注意して生活している状態をいいます。物忘れがある、同じことを何回も言う、問いかける、置き忘れや探し物が多くなる、片付けが下手になるという体験や出来事が増えていても、自覚し、注意することで自立した生活が送れている状態です。時には、出来にくくなっているという自覚から、おどおどして自信がなく、憂うつになり、やる気が出てこなくなることもあります。

MCIの状態は、そのままの状態で経過することも多いのですが、2—3年の後には認知症に移行する危険性がある状態とも考えられています。MCIの状態にあるときに、認知症にならないためのリハビリなどを実施することは、認知症の早期発見、早期治療につながるものと考えます。

### 認知症の人の日常生活と介護の割合

次に、認知症の介護の内容について考えます。認知症の介護の内容は認知症の重症度によって異なってきます。軽度の時期には、本人の意志が確認できるわけですから、本人の身辺援助よりは本人の生き方や志向に沿った日常生活が送れるように温かく見守るという考え方が重要になります。一方、重症度が進むに従い、日常の多くのことが一人ではできなくなり、日常生活がうまく送れるように身辺のことをしっかり管理しなければならない場面が多くなります。

## 認知症の症状の出現する時期

認知症の重症度と中核症状やBPSDの症状などが現れる時期を表にしました。中核症状の出現と同じく、BPSDの症状についても、軽度では心の動きに関連した症状、重度になると行動上の症状が出現しやすくなることは知っておくとよいでしょう。

### 認知症の症状の出現する時期

	初期	軽度	中等度	重度
① 記憶力障害	○	○	○	○
失見当識	(日時)	日時	場所	人
失語、失行			○	○
② BPSDの症状を伴うか もしれない	BPSD=	心理行動の 症状		
不安、焦燥	○	○	○	△
抑うつ	○	○	○	
身体愁訴	○	○	○	
妄想、幻覚	○	○	△	
徘徊		△	○	△
③ 介護への抵抗 (内容は 変わる)	○	○	○	○

## 認知症の介護は表裏一体

認知症の介護についての考え方を整理していきます。二つの視点で認知症の介護を考えていきます。まず、認知症は病気ですから、進行予防の為にリハビリテーションが重要となります。日常生活場面でできる内容は手を差し伸べることはせず、自分の力でやってもらうというものです。悩みながらも自分の力でこなせる状態を維持するというものです。

もう一つは、認知症の人にとって安心できる状況をつくるということです。自分の力で物事を処理するという事は、心理的に負担となり時には混乱することもあります。その際に寄り添い安心感、安定感を持ってもらうための支援です。手伝うことは安心感を与える一方、能力低下を助長するという、相反する視点で介護を進めてきます。場面に応じた視点の切り替えが必要です。

## 介護者目線で何が問題となるのか？

認知症の人は、自分が病気であり、できないことがあるという発想ができません。生活リズムの乱れや場違いな言動があり、援助を時には拒絶するといった抵抗を示します。また、身体疾患を患ったときに時には全面的に介護する必要があります。このような状況が続くと本人や介護者双方の負担につながります。

## 認知症の介護の困難さ

認知症の人の介護の困難さは、病気に対しての援助と、病気を抱えて生活する人に対しての援助が重なることであり、同じ症状に対しての援助でも、個人の人柄や生き方や環境に左右されます。認知症の人それぞれにあわせた個別の方法をとる必要があります。本人の個性を知ることが必要になります。教科書通りの介護を進める際には、本人の人柄を考慮する必要があります。コミュニケーションの取り方にも工夫が必要です。この点がうまくいかないと、介護負担感が強まります。

## 介護者が気疲れする場合

介護者の立場では、自分の本来の生活を保ちながら介護するという必要があり、基本的に負担は増えています。本人の依頼心が高いと介護者への要求が多くなり、全ての場面で介護に追われ、介護者の生活リズムを乱す危険があります。また、本人の行動予測がつかない、あるいは自分本意で行動してしまいがちな方では、予想外のことをしてしまう可能性があり、気を休める場面が作れなくなって休息が取れません。このような状態が続くと、「いつまでこの生活が続くのか見通しがつかない」、「介護に、これだけががんばっているのに…」などと考え、発想が狭まり追い込まれていくことになります。

認知症の人の介護は、認知症の人自身の物事に対しての考え方や行動の起こし方を少しでも知ることができれば、介護上の負担を少しでも軽くできる可能性があります。認知症を患ったことで、日常生活の普通の考え方ができなくなったというものではありません。特に重症ではないときにはなおさらです。場違いなときに行動を起こしていても、その行動自体に誤りはないことから、本人の立場で考えたときには、理解できる筋書きに基づいた言動であることがわかります。

認知症の人の言動が「わからない」というところが、少しでも「わかる」ことができれば、介護しやすさにつながります。この「わかる」という点について、認知症の人と介護者の心の持ちようについて整理しておきたいと思います。

## 認知症の人の認知症の心配

一つ目として、認知症に対しての認識という点で考えてみます。

認知症になったとしても健常者と同じ発想は可能です。認知症であることの自覚がないわけですが、認知症になりたくない気持ちで生活しようとしているはずですが。特に軽度の時には認知症になりたくないという考えと、「認知症に見られている」「認知症扱いされている」と感じる体験が重なることで、心理的混乱があると考えられます。

表に挙げた項目は、アンケート結果に基づいた健常者の心配のうちの上位のものをあげています。個々の項目の内容に対して「自分がどのようにありたいか」という考えを表すと下のようになるのではないのでしょうか。言葉には表現されないものの、心の奥にあるもので本人の言動につながるものであり、健常者にも共有できる拠り所となる考え方ではないかと考えられます。

### 認知症の人の認知症の心配

健常者の心配	認知症の人の日常生活
<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 病気になることで、「自分らしさが失われる」</li> <li>➢ 病気になることで、「他人に迷惑をかける」</li> <li>➢ 仲間はずれにされる</li> <li>➢ 変に見られる</li> <li>➢ 社会とのつながりが薄れる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 自分らしく生きたい</li> <li>➢ 他人に迷惑をかけたくない</li> <li>➢ 仲間はずれにされたくない</li> <li>➢ 変に見られたくない</li> <li>➢ 社会につながっていたい</li> </ul>

自分らしく生きている、周囲とつながって生活できているという実感は、本人の心理的負担の軽減につながる可能性があります。

## 見当識障害

次に認知症の人の置かれている状況の心理について、見当識障害という症状を例に考えてみます。見当識障害は、① 記銘力障害により日時がわからなくなる。② 地誌的見当識の障害により場所の見当がつけられなくなる。③ 相貌失認により、人の顔の見分けがつかなくなる。というものにまとめられます。見当識障害を持つとき、本人の健康な部分の発想としては見当がつかない、すなわち「自分は誰であり、今はどんなときであり、自分は今どこにいるのか、自分は今何をしているのかがわからない」という状況に陥ることになります。そのような場面に出会ったとき、健常者の発想と同様に「不安」というものが現れると考えられます。認知症の人は、介護される生活のなかで、自分の置かれている状況がわからなくなっているために、結果的に周囲の環境に容易に影響されてしまいます。そこで、その場の不安感を軽減することが、介護負担の軽減につながります。

## 認知症の人の（行動）心理

このように、多くの場面で不安・混乱の中に置かれている認知症の人は、どのように行動していく可能性があるのでしょうか。不安や混乱を解消していくために、できることをしていくものになると考えられます。例えば、自分が安心出来るためや、時には欲求を満たすためであったり、安心できて自分の居心地をよくすることを目的とした行動になると考えられます。このような場面での本人の行動は、本人の人柄に基づくものであり、人に聞いたり要求する、行動する、安心できる場所や人を探す、安心できる人や物を離さない、自分を安心させるために間違っていないと言い訳する、人のせいにするというものであり、時には不安げに、時には強引に行動するという姿にあらわれてくるものと考えられます。他者に配慮するという姿勢は、時には弱くなり、直情的に行動することで周囲の介護の枠組みに強く影響を与え、負担感につながります。

このように、行動を起こす場面では、本人の立場で行動を起こしたくなかった心理的背景を押し量ることと、それに基づいて安心し納得できるような接し方の工夫が、介護負担の軽減につながるということが、多くの書籍で紹介されているものです。

## 認知症における介護負担

介護する側の精神的健康に寄与する因子としては、次のようなものが上げられています。介護者の基本的属性として、介護者が配偶者であるか否か、その性別や年齢により負担感が変わります。また介護者が自分の生活を保つために必要な収入も、介護者の介護力を評価するために必要な項目です。次に介護者の健康状態が社会・心理的要因として挙げられます。全般的健康状態、医療機関の受診、持病の具合、特に精神疾患の既往は、心理的な負担に影響を与える項目です。

一方、認知症の本人については、認知症の重症度をはじめ、元々の性格傾向やBPSDの症状の程度が、介護者の負担感に影響を与えるものとして考えられます。

介護力は、本人の課題の程度と介護環境とのバランスで成立しているものです。

## 介護者との関係性によるつながり

今回は、特に介護者と介護される本人との関係による心理的な課題について踏み込んで説明します。介護者が親族であるかどうかという点は、心情の問題として影響を受け、時には心理的負担感を増すも

のとして注意していきたいところです。介護者が、容姿は変わらないものの見かけとは関係なく変わっていく本人と生活を共にしていくことは、過去の本人と眼前の本人とを日々比較していく日常の中で、精神的な葛藤を生む可能性があります。介護する際の言動には、介護者の心情が反映された態度が現れることにより、介護される側も影響をうけます。

介護者が配偶者であれば、ある程度の心理的な負担、身体的な負担は容認できるのですが、他者に介護負担をかけないように無理をしてしまうことも多く、共倒れにならないように注意していく必要があります。介護者が夫であるか妻であるかにより、日常生活能力の差異も負担感として考慮される問題です。

介護者が子供である時には、これまでの本人との関係が介護の際の負担感に影響すると考えられます。本人との関係が良好であった場合には、介護負担がかかるということの受容が可能ですが、良好でない関係が過去にあったときには、以前の関係の中で生まれてきた心情が介護負担感に影響します。血縁者であることにより、自分の将来を重ね合わせて感じ取ることもあるかもしれません。介護者が嫁（婿）の場合にも、過去の本人との関係は心理的負担として影響します。一方で、血縁関係ではないことから、心情的に巻き込まれる事がなく、介護を進められる可能性もある立場です。

介護者が親族ではなく第三者の立場では、良くも悪くも本人の現在の病状に基づいて冷静に接することが可能となりますが、介護される人との心理的なつながりを保つのに苦労するようです。

介護の負担感とは、時に介護される者と介護する者との心情的なつながりが介護に影響を与えるため、介護者の心理的支援にも配慮した関わりが、必要となる場合があると考えられます。

## 認知症の介護

認知症の介護では、認知症の人の性格傾向やその時の心情に配慮した対応が必要とされますが、そのために必要なものとしては、介護者にとっても余裕のある介護環境であり、身体的・精神的に余裕のある介護環境ということです。認知症の人の介護は長期にわたります。このために、現在の課題と日常生活の安定を考えると共に、一方では長期的な経過を意識しながら事前に予定を立てて介護を進めていくことが必要となります。また、役割分担により、長期に続けられる介護環境を維持していく必要があります。

介護者が倒れてしまうと、介護されていた認知症の人の介護環境が大きく変化してしまい、がんばった意味がなくなってしまうかもしれません。介護する立場としては、一人で抱え込まずにがんばらないという発想を持って、頼るところを早い時期から見つけておき、介護者自身が倒れないようにするという視点も持つことが必要です。

## どこまで介護をするのか

どこまで介護するのかということを考えていくときには、現在の状態と、今後の計画の双方を常に考えておくことが基本にあります。介護者、特に主介護者の余裕が確保できる介護環境の長期的な維持が必要になります。余裕があればこそ、万が一の時に無理ができ、あるいは適切な行動を起こすことが可能になります。

認知症の進行により、介護に使う時間と手間が増えていくのは現状ではやむを得ないところです。一人または少人数で全部のことをこなそうとせずに、割り切って任せられることは人手をかけて任せるという考え方を持ちましょう。本人の能力低下を防ぐために時間がかかっても本人にしてもらおうという方法は、根気が必要で介護疲労が加わることがあります。出来ないことは、本人にさせず済ませてしまう

場面も作りましょう。

寄り添うことが心情的にきついときには、離れるという方法が適切であるということもあります。特に一人で抱え込みがちな介護者については、少しずつ、日常の介護の中で課題を解決していくように、早期から困ったことを相談できる人を作っておくことが必要です。また、介護者の周囲が、負担が軽い時期から困ったときには相談に乗れるということを常々伝えておくことも必要と考えます。

## 妄想

最後に介護上負担になり易いものとして、現在存在する個別の症状について説明します。まず妄想と介護負担との関係について簡単に説明します。

妄想は現実とは異なった解釈を加えて、その内容が訂正できないものですが、勘違い行動で状況判断が悪くなっている一方で、認知症の記銘力障害が軽度であり、周囲の状況や身辺のことに對して注意を払い、社会的なつながりを意識していると考えられます。妄想を持続できるほどの記憶力は残っており、妄想を組み立てられる分析力、推理力、想像力があるということになります。従って、軽度の時期に出現して負担感が最も強くなります。認知機能障害が高度になるにつれ、自覚はあっても執拗さがなくなり、結果的に介護負担は軽くなっていく経過があります。この事から、軽度の時期の介護負担を切り抜けることが、特に在宅で継続した介護を進めていきたい状況では重要なポイントになります。

具体的な対応については、いろいろな書籍に記載されていますので読んでいただきたいと思います。

## 不眠

介護者の負担の大きいものとしては不眠も上げられます。介護者の生活リズムに合わせる必要があります。不眠についての介護のポイントは、「夜間眠れるように考えていく」というよりは、「日中を眠らないようにするにはどうするか」という発想が必要です。日中の過ごし方はどうなのかを知ることが重要で、睡眠薬を投与するというだけではうまくいかないことが多いものです。かえって、睡眠薬を服用することによる転倒のリスクが多くなります。日中の覚醒時間を延ばすような働きかけが重要であり、一日の生活の状態を知ることが解消の第一歩になります。日中の過ごし方を把握し、生活リズムを介護負担が軽くなるように修正するために、活動量を高めるという方向性を常に意識していただきたいと考えます。

睡眠薬が処方されてうまくいっていても、減薬できるように考えていく必要があると思います。

## 介護環境や介護者との関係

介護環境と介護者との個人の関係についてもまとめてみたいと思います。不用意なやり取りをきっかけに、混乱や興奮が増すことで介護負担が強まることがあります。

介護環境について考えるときに、介護ストレスは介護される本人の受け止め方、介護する周りの受け止め方で負担感が変わるものであるということを説明しました。介護されるものとしては、介護される場所や時間により、本人が考える内容が変わります。例えば、自宅とデイサービス先、ショートステイ先では、本人の受ける印象も変わります。従って、自宅では起こらないことが、自宅以外のところで本人の言動として現れるということがしばしばおこります。

また、援助するときには、本人と介護者の間で常に1対1の関係を考慮することになります。関わる人との考え方や口調で本人の受け止める印象が変わることもあり、この点では、本人の性格傾向を把握

しておくことが介護負担を増やさないために重要なところです。特に、介護を専門とする立場では注意していただきたいところです。

## 本人の困った行為への接し方

妄想と不眠が介護負担になっているときの考え方について説明しましたが、その他の状態でも共通していることは、個人の考え方、生活の仕方に配慮しつつ、焦らず、急がず、危なくない範囲で見守るという姿勢です。本人の認知機能の低下が存在する中では、根気のいる作業であり、時には月単位やそれ以上の期間を要することがあるということを確認しておきたいものです。骨子はスライドに挙げておきます。

## 本人の困った行為への接し方

### 個人の考え方、生活の仕方に配慮しつつ、焦らず、急がず

- 危なくない範囲で、見守る
  - やたらと止めに入らない。タイミングを見計らう
  - 時には、お節介にならないように見守る
- 困った行為をする(受ける)時間を減らす
- 介護者も気分転換
  - 違うものに気をそらせる
  - デイサービス(サロン)などの利用
  - 生活のメリハリをつける
- 薬物療法(興奮し感情的になることを押さえる)
  - 必要に応じて抗精神病薬(保健適応外)を少量を短期間用いる
  - 薬物をできるだけ用いない方策を考える
  - 投薬は本人の行動を、許容できる程度に留める

ここで確認しておきたいものは、BPSDの症状に対する薬物療法についてです。必ずしも薬物療法が優先されるものではないということは、多くの介護に関しての書物や講演で話される内容ではありますが、注意深く併用することで日常の支援がよりうまく働くことはまれではありません。抗認知症薬以外の薬物療法が全くなしで何とか切り抜けていたとしても、認知症の進行により症状が悪化し、BPSDの症状として待ったなしの状況で相談を受けることがあります。そのような場面では、選択肢が限られてしまいます。早い時期から対策が立てられるような、長期的な見通しも持って準備をしていただくようお願いいたします。

(本稿は、平成26年3月29日に行われた豊郷病院公開セミナーで発表した原稿である)

# 脳画像から見た向精神薬の副作用とその対策

豊郷病院 精神科

京都大学大学院 医学研究科脳病態生理学講座 精神医学教室 准教授

高橋 英彦

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

Hidehiko Takahashi

Department of Psychiatry, Kyoto University, Graduate School of Medicine  
54 Shogoin-Kawahara-cho Sakyo-ku Kyoto 606-8507 Japan

## はじめに

脳画像が精神・神経疾患の臨床において役立っている場面と言え、認知症を含めた神経疾患の診断・鑑別くらいで、狭義の精神疾患の臨床にはあまり役に立っていないと思っておられる方もおられるかもしれない。確かに、これまでは脳画像は主に病態研究に利用され、何か異常を検出できたとしても、必ずしも臨床に直結するものではなかった。しかし、そうした病態解明のための研究の積み重ねや方法論の成熟から、臨床に直結する成果や臨床の問題を解決するヒントを与えてくれる脳画像研究も増えてきており、そうした研究を私達の研究を中心に紹介する。

## PETによる抗精神病薬のドーパミンD<sub>2</sub>受容体の占有率測定

PETを用いることにより抗精神病薬の受容体への結合をin vivoで評価することが可能となる。標的とする受容体が薬物によって占有されると、その分だけ同じ受容体に結合する標識リガンドの結合が低下する。薬物が標的とする受容体にどの程度結合しているかは投与前後での標識リガンド結合能 (BP) の減少量 (占有率) によって評価できる。標的とする受容体が薬物によってどの程度占有されているかを示す占有率は、投与前後の結合の差分を投与前の結合で除した値に100を乗じて求めることができる。

$$\text{占有率 (\%)} = 100 \times (\text{無服薬時のBP} - \text{服薬時のBP}) / \text{無服薬時のBP}$$

Fardeらは [<sup>11</sup>C] racloprideを用いてハロペリドールをはじめとする抗精神病薬治療中の統合失調症患者の線条体ドーパミンD<sub>2</sub>受容体の占有率を測定し、70-89%の線条体ドーパミンD<sub>2</sub>受容体が抗精神病薬で占有されていることを示した。Kapurらによる同様の検討でも65%以上の占有率で臨床効果が出現したと報告がされており、抗精神病作用が発揮されるには約65-70%以上のドーパミンD<sub>2</sub>受容体の占有率が必要と推定されている<sup>3, 6)</sup>。

また、Fardeは上記の [<sup>11</sup>C] racloprideでの検討で錐体外路症状を呈する群で呈しない群に比べ、線条体におけるドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率が高いことを報告している。また、Kapurらは線条体のドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率が78%以上になると錐体外路症状が出現すると報告している<sup>3, 6)</sup>。これは抗精神病作用をもたらす受容体占有率よりも錐体外路症状をもたらす受容体占有率の方が高いということであり、不必要な高占有率をさけることにより副作用を出さずに薬物治療を行うことが可能であることを示している。つまり、抗精神病薬による錐体外路症状を予防し、抗幻覚妄想作用のみを引き出すための治療の窓 (占有率がおおよそ60-70%) を想定することが可能となる (図1)。

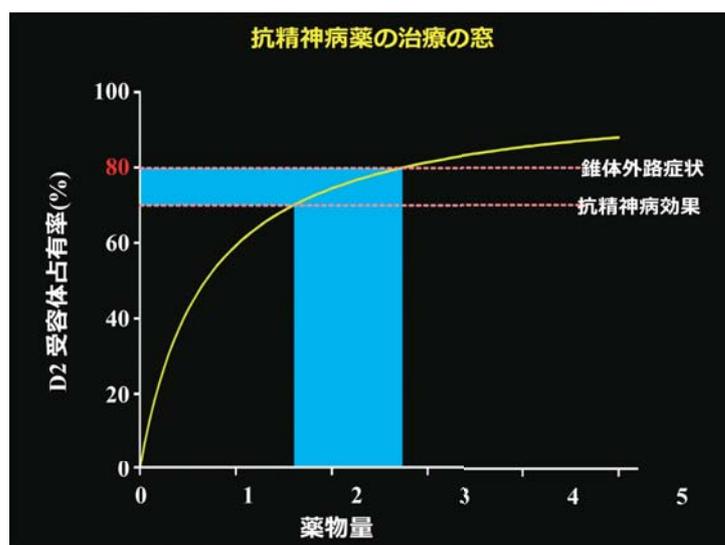


図1 抗精神病薬の治療の窓

抗精神病薬によるドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率が70%程度で抗精神病作用が得られるが、80%以上になると錐体外路症状の副作用が生じてくる。そのため、錐体外路症状を惹起せず、抗精神病作用のみを引き出すにはドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率が70–80%の間になるような用量設定が望ましい。

第二世代抗精神病薬に分類される薬剤についてはこのように受容体占有率のデータが蓄積され、臨床的な推奨用量と占有率との関連が様々に検討されている一方、第一世代抗精神病薬については占有率のデータは多くはない。私達は、D<sub>2</sub>受容体に比較的選択的な遮断作用を持つ第一世代抗精神病薬であるスルピリドとスルトプリドを投与してD<sub>2</sub>受容体占有率を検討し、スルトプリドは従来の臨床用量の十分の一でも高い受容体占有率が得られることを見出しており<sup>12)</sup>、第一世代の定型抗精神病薬についてはD<sub>2</sub>受容体占有率に基づく用量の再設定が必要であると考えている。

これらを受けて、私達は、パリペリドンの第二相試験、つまり用法、用量の設定が主な目的である創薬のステージで、PETを用いて用量を設定する国内初の治験に協力した。従来の第二相試験では、様々な用量に振り分けて数百人単位の患者に参加していただくところ、わずか十数人の患者のPETデータを得ることで、客観的な用量設定が可能となった。その結果、治験参画患者、創薬にかかる時間的、経済的コストの削減を達成でき、創薬においては画期的な事であると考えられる。

またこれまでには血中濃度の半減期を薬物動態の指標とすることが多かったが、生体内の受容体占有率の半減期との間には乖離が見られる（図2）<sup>11)</sup>。このことは、主に脳内の受容体に作用する向精神薬においては血中半減期のみを指標とすることだけでは必ずしも十分ではないことを示している。Takanoらは、抗精神病薬の血中動態と薬物の生体内での受容体親和性の指標（In vivo ED<sub>50</sub>）を用い、受容体部位における薬物動態のシミュレーションを行いD<sub>2</sub>受容体占有率の経時変化を推定し、実測値とよく相関することを示した。受容体占有率の経時変化に関してはクエチアピンやクロザピンについて、投与直後にはドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率が比較的高値であるが、その解離は速やかで比較的短時間で低値となるが、一方、D<sub>2</sub>受容体への親和性の高いリスペリドンは、血中半減期は一日未満なのに対してD<sub>2</sub>受容体占有率の半減期は三日程度も持続することが示され、服薬の指導においても重要な知見と考えられる。

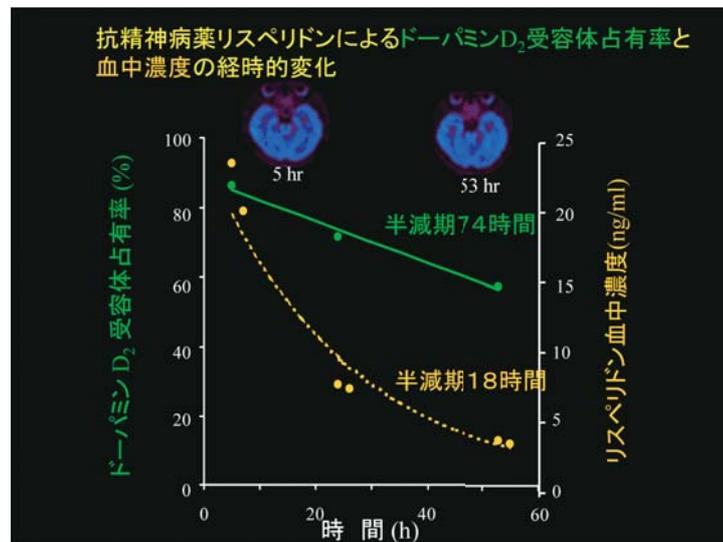


図2 抗精神病薬の血中濃度と脳内ドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率の経時変化の乖離

リスペリドンの場合、血中濃度の半減期が18時間なのに対して脳内ドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率の半減期が74時間と長い。

### “非定型”抗精神病薬の興隆と衰退

2011年のBr J PsychiatryにRise and fall of the “atypical” antipsychoticsという表題のeditorialが掲載された<sup>7)</sup>。クロザピンを除いた非定型抗精神病薬が登場した時に、その非定型性に関して様々なことが言われた。①ドーパミンだけでなくセロトニン系に作用する、②陰性症状にも効果が期待できる、③運動系の副作用が少ない等である。しかし、現在、①や②は否定的で“非定型”性の意味するところは③に落ち着いてきている。しかし、その③もPETによる占有率の観点から考えると古い抗精神病薬は用量設定が高く設定されていて、“非定型”抗精神病薬の用量設定が適切であったに過ぎないという解釈も可能である。逆に“定型”抗精神病薬でも用量の設定が適切であれば、その“非定型”性を引き出すことが可能であると考えられる。このように今では“非定型”という言葉がナンセンスとなり、第二世代あるいは新世代と呼ぶのが一般的である。また、同誌の2012年のRCT研究では第一世代と第二世代抗精神病薬を患者にランダムに割り付け、両者の間で錐体外路症状の発生頻度には明確な差がないと報告している。むしろ、一部の第二世代抗精神病薬は命を脅かす代謝系の副作用があり、第一世代を適切に使うことも時には必要であるが、若い精神科医は第一世代抗精神病薬の使用経験が少なく、臨床教育の課題であるとしている<sup>8)</sup>。

### 下垂体ドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率と高プロラクチン血症

前章では抗精神病薬の脳内ドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率を測定することにより、抗精神病薬による錐体外路症状を予防し、抗幻覚妄想作用のみを引き出すための治療の窓を想定することが可能となり、適切な抗精神病薬の用量設定に貢献してきたことを述べた。

本章では高プロラクチン血症という副作用の予測にも役立つ例を紹介する。高プロラクチン血症により無月経、乳汁分泌などが引き起こされる。しかし、高プロラクチン血症は錐体外路症状と比べるとどちらかというとマイナーな副作用としてあまり注意を払われてこなかったように思われる。しかし、最近のスウェーデンからの論文で統合失調症やその親族は総じて、一般人口に比べて癌の発生率が低い

例外があり、統合失調症と診断がつけられた後の女性患者の特に乳癌、子宮頸癌、子宮内膜癌は高い発生率であると報告されている<sup>5)</sup>。この論文の著者らは抗精神薬による高プロラクチン血症が一因ではないかと結論付けている。私も、単科の精神病院で長期入院している女性患者が乳癌で亡くなった例をいくつか経験している。長期間に渡って服用し続ける抗精神薬においては高プロラクチン血症は決してマイナーな副作用ではないといえよう。このため、高プロラクチン血症を予測し、それを最小限にする用量設定、薬剤選択の戦略が必要となる。

抗精神薬が下垂体のドーパミンD<sub>2</sub>受容体を阻害することにより、高プロラクチン血症が引き起こされる。そこで私達は抗精神薬の下垂体のドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率を [<sup>11</sup>C]FLB457 によるPETにて評価し、プロラクチンの血中濃度との関係を検討した。対象は様々な抗精神薬の単剤投与を受けている統合失調症患者およびスルピリドを単回投与された健常者である。その結果、下垂体の占有率と大脳皮質（側頭葉）の占有率には乖離があり、薬剤によらず大脳皮質の占有率が低い傾向にあった。例えば、スルピリドを200mg服用している場合、下垂体の占有率はほぼ100%であるのに対して、大脳皮質は約25%しかなかった。一方、オランザピンはその乖離の程度が低かった（図3）<sup>1)</sup>。この乖離は何によるものかという点、下垂体は脳血液関門の外にあるのに対して、大脳は脳血液関門の内である事実である。脳内に作用する薬物は脳血液関門を越えて行かなければならない。脳血液関門の透過性はいくつかの要因が規定因子となるが、その薬物の脂溶性が高いほど、脳血液関門を通過しやすい。スルピリドは脂溶性が低く、脳内に移行しにくく、主に脳血液関門の外に下垂体に結合する。一方、オランザピンは脂溶性が高く、脳内に移行しやすく脳血液関門の外と内での、占有率の乖離が小さい。さらに、抗精神薬の種類によらず、下垂体の占有率が高いほど、プロラクチンの血中濃度が高い関係が確認されたが、大脳皮質の占有率はプロラクチンの血中濃度を予測しなかった。当然、抗精神薬の用量や薬剤の決定は様々な因子で決定されるが、少なくとも女性関連の癌のリスクを高めないという観点からは、下垂体と脳内のドーパミンD<sub>2</sub>受容体占有率の乖離が小さくなるような処方望ましいと考えられる。

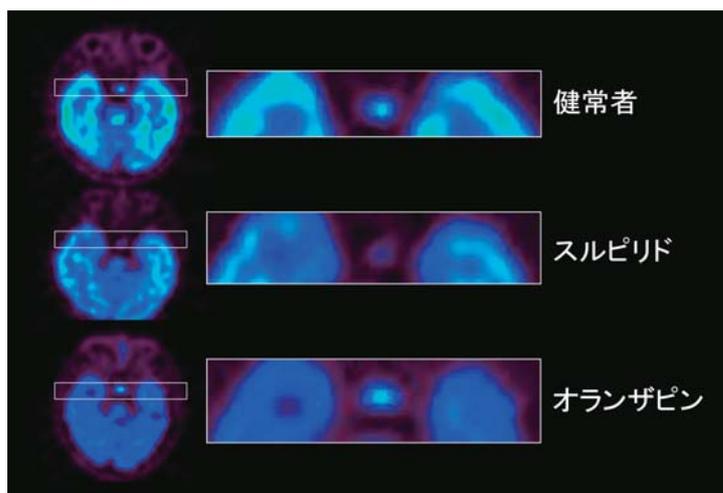


図3 抗精神薬の下垂体と脳内（大脳皮質）ドーパミンD<sub>2</sub>受容体への効果

健常者（未服薬）の [<sup>11</sup>C]FLB457 によるドーパミンD<sub>2</sub>受容体結合能。下垂体（中央）と大脳皮質（側頭葉）に同程度の高いD<sub>2</sub>受容体結合能が観察される（上段）。

スルピリド服用中の統合失調症患者のD<sub>2</sub>受容体結合能。健常者と比べると側頭葉も若干、D<sub>2</sub>受容体結合能も低下しているが下垂体の低下が著しく、下垂体と脳内の乖離が大きい（中段）。オランザピン服用中の統合失調症患者のD<sub>2</sub>受容体結合能。健常者と比べて側頭葉、下垂体とも同程度に低下しており、乖離は小さい（下段）。

## 副作用対策としての運動療法の脳への効果

これまで述べたように第二世代抗精神病薬が広く使用されるようになり、体重増加、血糖上昇に対する認識は、医療関係者だけでなく、患者やその家族の間でも高まっており、食事療法・運動療法の関心や重要性は増している<sup>13) 4)</sup>。ここでのこれらの療法の主たる目的は生活習慣病予防ではあるが、精神科臨床やリハビリテーションにおいて運動療法や理学療法という広義の社会心理的介入として実施されてきた。社会心理的介入は精神疾患に対する何らかの治療的効果のエビデンスがしっかりあるものがある一方、十分なエビデンスがないものもある。そのため、メカニズムや効果判定が明確でない事から、治療にあたる医療者も患者への説明に困ったり、患者本人も半信半疑であったりすることが少なくない。今では画像を使って認知行動療法や認知リハビリテーションといった社会心理的介入のメカニズムや効果判定を検討する研究が増えてきて、このような介入も確かに脳に作用していることは周知の事実となっている。その結果、生物学的な治療、心理的な治療といった二律背反の考え方が既にナンセンスとなっており、画像研究の果たした役割は少なくない。

私達も運動やスポーツの治療的効果の脳内メカニズムを検討するため、次のような一連の研究を行った。まず、横断的研究として統合失調症患者がスポーツ（バスケットボール）関連動作を見ている最中の脳活動をfMRIで検討した。その結果、統合失調症患者では、biological motionや行動の意図の理解に関わるとされる superior temporal sulcus (STS) の活動低下を認めた。それに加えて、患者では extrastriate body area (EBA) の活動も低下していた<sup>9)</sup>。元来、EBAは静的な体のパーツの刺激に選択的に反応する部位として報告された<sup>2)</sup>。しかし、その後、相手の意図を読み取るなどの機能にも関与しているのではという考えを示唆する報告も相次いでなされている。ミラーニューロンシステムの入り口に位置しているとも考えられるEBAの機能異常は、統合失調症の運動認知障害だけでなく、運動学習や他者の行動の理解といった機能の障害にもつながる可能性があると考えられる。

次に、縦断的研究としてEBAの活動低下を認めた統合失調症患者13名を対象に運動プログラムの脳活動や精神症状への効果を検討した。運動プログラムは、精神科医、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士という多職種で構成され、月曜から土曜の週6回、一日1-2時間で、3か月間実施された。運動としては、ストレッチ運動、有酸素運動、それからスポーツとしてバスケットボールが行われた。その間、薬物療法の処方の変更せず、一定とした。プログラムの前後で、体重、精神症状に加え、上記で示した自身が体験する（した）バスケットボールの動きに関する動画を見ている最中の脳活動をfMRIを用いて検討した。比較対照群は、プログラムに参加しない統合失調症患者10名として、3か月の間隔において参加群と同じ指標を評価した。その結果、期待通り、プログラム参加群ではbody mass index (BMI) は減少し、対照群ではBMIの減少は認められなかった。加えて、参加群ではPANSSの一般精神病理尺度が改善したが、対照群では変化はなかった（図4）。fMRIを用いたバスケットボールに関連する動きを見ている際の脳活動の結果は、プログラムに参加することで、低下していたEBAの活動の程度が上昇した。非参加群では3か月の間隔の前後でそのような変化は認められなかった。さらにEBAのプログラム前後における活動の変化（上昇）の程度とPANSSの一般精神病理尺度の変化（改善）との間に相関が認められた（図5）<sup>10)</sup>。つまり、バスケットボールに参加して、EBAの活動の上昇が大きい患者ほど、一般精神病理尺度の改善も良かった。一方、対照群では3か月の間隔の前後でEBAの活動に変化は認められなかった。

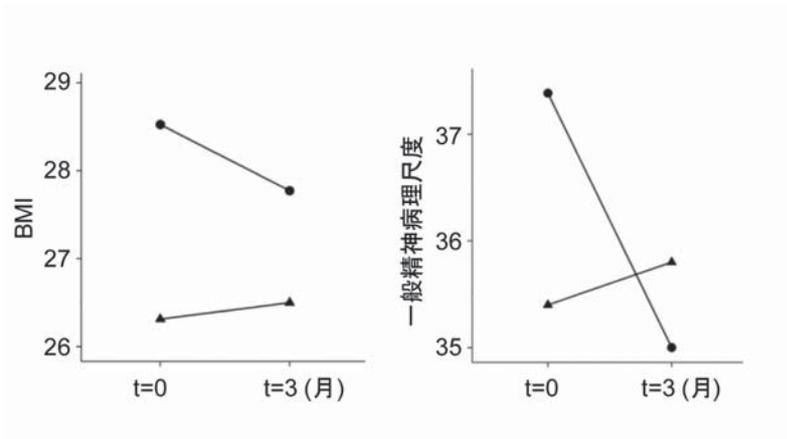


図4 運動プログラム前後でのBMIと一般精神病理尺度の変化

プログラム参加群では体重が減少し、PANSSの一般精神病理尺度が改善したが、非参加群では両者とも変化はなかった。

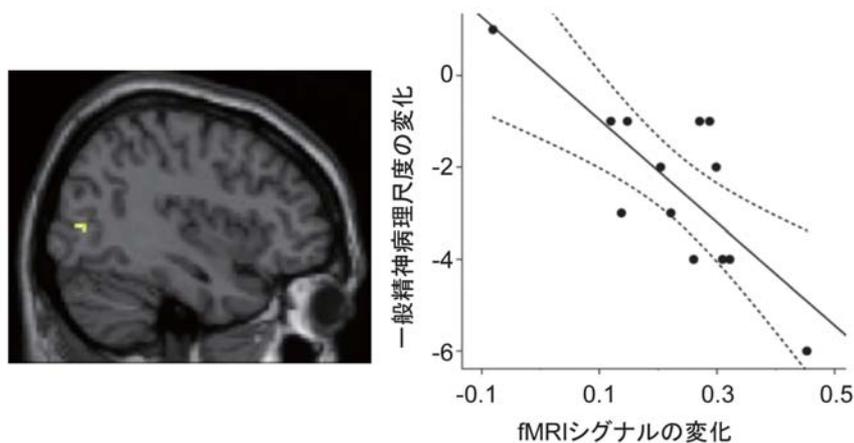


図5 運動プログラム前後でのEBAの賦活の程度の変化と一般精神病理尺度の改善の程度との関係

プログラム参加群ではプログラム前と比べてプログラム後にバスケットボール関連動作を見ている際のEBAの賦活の程度が上昇した（左）。EBAの賦活の程度の上昇と一般精神病理尺度の改善の程度との間に相関関係が認められた（右）。

慣れ親しんで上達した運動とそうでない運動を見たときには、上達した運動を見たときの方がミラーニューロンシステムの賦活が高まっていたり、脳梗塞で運動麻痺のある患者に運動を見せることを続けると、ミラーニューロンシステムの賦活が高まり、実際のリハビリテーションでも運動機能の回復が促進されたという報告もある。今回の結果はRCTではなく、統合失調症患者がスポーツや運動に参加した結果、EBAの賦活が高まることとPANSSの一般精神病理尺度が改善することとの因果関係や詳細なメカニズムは明確でない点も多いが、自身が運動に慣れ親しみ、また他者の運動しているところを目にすることは、ミラーニューロンシステムの機能を高め、運動学習、スキルの獲得のみならず、他者の理解といった効果にもつながる可能性もある。

## おわりに

昨今、若い医師の研究離れが進んでいると耳にする。様々な要因があると思われるが、治療に役立ちそうと少しでも思えたら、取っ付きやすくなったり、興味を持っていただけるのではないかと考え、治療という出口に近いステージの研究を紹介した。私自身、脳画像は、疑問や課題を解決するツールに過ぎないと考えているので、どうしても費用がかかりがちな脳画像に必ずしもこだわっているわけではない。後半に紹介させていただいた運動療法の脳への効果の研究は、私が以前にいた、豊郷病院よりも小さな病院で、古いMRIとコメディカルの協力を得ながら進めたローコストの研究である。豊郷病院からも、臨床に根差した研究がますます発信されることを期待する。

## 参考文献

- 1) Arakawa R., Okumura M., Ito H., et al.: Positron emission tomography measurement of dopamine D (2) receptor occupancy in the pituitary and cerebral cortex: relation to antipsychotic-induced hyperprolactinemia. *J Clin Psychiatry*, 71; 1131-1137, 2010.
- 2) Downing P. E., Jiang Y., Shuman M., et al.: A cortical area selective for visual processing of the human body. *Science*, 293; 2470-2473, 2001.
- 3) Farde L., Nordstrom A. L., Wiesel F. A., et al.: Positron emission tomographic analysis of central D1 and D2 dopamine receptor occupancy in patients treated with classical neuroleptics and clozapine. Relation to extrapyramidal side effects. *Arch Gen Psychiatry*, 49; 538-544, 1992.
- 4) Gorczyński P., Faulkner G.: Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*; CD004412, 2010.
- 5) Ji J., Sundquist K., Ning Y., et al.: Incidence of cancer in patients with schizophrenia and their first-degree relatives: a population-based study in Sweden. *Schizophr Bull*, 39; 527-536, 2013.
- 6) Kapur S., Zipursky R., Jones C., et al.: Relationship between dopamine D (2) occupancy, clinical response, and side effects: a double-blind PET study of first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 157; 514-520, 2000.
- 7) Kendall T.: The rise and fall of the atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry*, 199; 266-268, 2011.
- 8) Peluso M. J., Lewis S. W., Barnes T. R., et al.: Extrapyramidal motor side-effects of first- and second-generation antipsychotic drugs. *Br J Psychiatry*, 200; 387-392, 2012.
- 9) Takahashi H., Kato M., Sassa T., et al.: Functional deficits in the extrastriate body area during observation of sports-related actions in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 36; 642-647, 2010.
- 10) Takahashi H., Sassa T., Shibuya T., et al.: Effects of sports participation on psychiatric symptoms and brain activations during sports observation in schizophrenia. *Transl Psychiatry*, 2; e96, 2012.
- 11) Takano A., Suhara T., Ikoma Y., et al.: Estimation of the time-course of dopamine D2 receptor occupancy in living human brain from plasma pharmacokinetics of antipsychotics. *Int J Neuropsychopharmacology*, 7; 19-26, 2004.
- 12) Takano A., Suhara T., Yasuno F., et al.: The antipsychotic sultopride is overdosed--a PET study of drug-induced receptor occupancy in comparison with sulpiride. *Int J Neuropsychopharmacology*, 9; 539-545, 2006.
- 13) Vancampfort D., Knapen J., De Hert M., et al.: Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Phys Ther Rev*, 14; 388-398, 2009.

(本稿は平成26年1月30日に豊郷病院9病棟2階ホールで行われた臨床精神医学研究所「新春学術講演会」での講演の原稿である)

# 詐病か、それともヒステリーか？

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

最近、簡易鑑定を頼まれば必ず引き受けることにしていますので、コンビニでの窃盗・万引き事件などの被疑者をしばしば診察するのですが、万引きが見つかりと声が出なくなるとか「盗れ、盗れ」と言う声が聞こえてきたと主張する者がいて、「嘘だろう」とは思いながらも詐病とは断定できずに、「限りなく詐病に近いヒステリー」などという表現を用いて、「いずれにしても」責任能力に問題はないと回答することがしばしばあります。幻覚などがあると主張されると、「嘘つくな！」と叱りつけることは殊のほか難しく、40年以上精神科医をしているものの、「嘘つくな！」と怒鳴ったことはこれまでに1回しかありません。この時も、はたして妥当な判断だったか気にはしているのですが、その後には何ら問題が生じなかったことから、間違っただけなのだろうと胸をなでおろしています。

このように、「詐病か、それともヒステリーか？」は精神科医の頭をいつも悩ませる難問ではあります。

これからお話する3例はいずれも女性で、限りなく詐病に近い症例、ヒステリーてんかんと考えられるものの最後に「嘘ついていたの」と言って退院した症例、そして間違いなくヒステリーと考えてよい症例であり、詳しく紹介しながら、詐病とヒステリーの問題の難しさを考えてみたいと思います。

症例1は、46歳の女性で元スーパー店員です。中学卒業後、スーパーでレジ担当として5年間働きましたが、20歳過ぎよりアルコール乱用のため精神科病院で入院治療を受けています。その後、飲酒はしなくなったものの、過食・嘔吐を主症状とする摂食障害で、計4回の精神科病院での入院治療歴があります。そして、平成11年（31歳）から平成24年までの間に10回、万引きにより逮捕され、平成24年には懲役2年（執行猶予4年）の判決を受けました。その後も平成25年になり2回の万引きをしています。この時に初めて、万引きが見つかった時に「空の方から男の人の声で盗め、盗めという声が聞こえた」と供述しました。

そこで、簡易鑑定が要請されたのですが、万引きをした際、一部の品はレジで代金を払っており、こうすれば万引きはばれないと思ったと陳述しており、「万引きは犯罪であり、ばれると逮捕される」ということは認識しており、善悪を判断する能力に問題はなかったと考えられました。

しかし、鑑定では医師の質問に対し、被疑者は容易に陳述を変え、たとえば、平成25年11月に被疑者が万引きで逮捕された時、「盗め、盗めという声が聞こえた」と述べたことに関し、私が「精神科の臨床経験からは、幻聴は持続するはずであり、捕まった時にだけ聞こえたということは信じられないね」と尋ねると、「他の時にも聞こえた」とか「その前に逮捕された時にも聞こえた、1回だけではない」と答え、「このような場合、一般に幻聴ではなく、幻視があるはずだが」と尋ねると、「そう言えばぼんやりと男の人の顔が見えた」と答える。さらに「一般に、幻視とか幻聴が見られるのは身体が極度に疲弊した時だけであるが、見えたり聞こえたりした時、あなたはガリガリに痩せていたのか」と尋ねると、「ガリガリではなかった」と言い、幻視や幻聴が何回もあったという主張をしなくなっています。このような受け応えから、被疑者は他人の話に誘導され易く、被影響性が高いと考えられ、他人や環境

によって容易に自分の意志を変えてしまう、いわゆる「風にそよぐ葦」のような性格と判断されます。いわゆる、シュナイダーの言う人格障害の中の「意志薄弱者」に近いと言ってよいと思います。

ここで、万引きをした際に、「盗れ、盗れ」と言う声が聞こえたとの被疑者の発言には、次の3つの可能性を考えるべきだと思います。すなわち、1) 一過性の精神病状態、2) ヒステリー、3) 詐病、の可能性です。そして、鑑定時に、幻聴について質問したが、被疑者の回答が二転三転し、結局、被疑者は「一度だけ聞こえてきた」、「盗ったら聞こえなくなった」と主張するようになりました。すなわち、「悪魔のささやき」が聞こえたという表現と類似し、このような表現は日常語でも一般に使用されるものであるものの、精神医学における「精神病に見られる真正の幻聴体験」とは全く異なります。しかし、被疑者はこのような体験をもとに、衝動的・無意識的に、あるいは意図的・意識的（詐病）に幻聴の存在を主張した可能性が高いと思われます。いずれにしても、これらが精神病性の幻聴体験ではないことは明らかと思われます。結論として、私は被疑者の語る幻聴は詐病である可能性が極めて高いものの、意識的（詐病）か無意識的（ヒステリー）かの判断は極めて難しいと報告しました。そして、被疑者が、飲酒、摂食衝動をコントロールし難い、意志薄弱者であることは確かであろうと結論付けた次第です。

症例2は、全生活史健忘の症例です。この病態は心因性に生じることが多く、従来からヒステリー性健忘と呼ばれていました。しかし、近年、ヒステリーと言う用語は、さまざまな意味で用いられるためになるべく使用しない方が良くとされ、アメリカの診断基準であるDSMや国際分類であるICDでは、解離性あるいは転換性障害と身体表現性障害という名称に置き換えられています。下図はICD-10の分類なのですが、全生活史健忘は、「意識あるいは人格の統合性が一時的に失われる」解離性障害の中の解離性健忘に分類されています。

## ヒステリー性健忘について

- 変質性疾患・ヒステリーから解離へ
- ICD-10における解離性障害(身体表現性障害との比較)

解離性(転換性)障害	身体表現性障害
〈含〉転換ヒステリー、転換反応、ヒステリー、 ヒステリー性精神病 〈除〉詐病(意識的な模倣)	〈除〉解離性障害
解離性健忘、解離性遁走、解離性昏迷、 トランス・憑依障害、解離性運動障害、 解離性けいれん、多重人格、 ガンザー症候群	身体化障害、醜形恐怖などの 心気障害、心臓神経症、 疼痛性障害

ここで、この健忘について簡単に説明しておきます。記憶は、記銘・保持・追想の3機能に分類されますが、記銘障害や保持障害は疲弊した状態での注意力低下や、情意鈍麻が主症状である分裂病に認められる他には、ほとんどすべてが頭部外傷やてんかん、老年痴呆などの器質的原因により起こります。しかし、追想の障害すなわち健忘は、日常見られる度忘れや電撃療法後の逆行性健忘などを除いて、そのほとんどが心因により生じるとされます。そこでは、一般的な知識や知的機能は保たれるものの、特定の事柄だけが選択的に思い出せず（選択的健忘）、この中で自己の生活史全般を想起出来ないものを一般に「全生活史健忘」と呼んでいます。一般に「忘却」とは、自我防衛機制としての抑圧の機制に

より、不愉快な体験を意識の辺縁、無意識の領域へと追いやる積極的な過程であると精神分析学は教えているのですが、その基盤になんらかの生物学的所見はないのだろうかとは私は常々考えていました。非定型精神病はスカンジナビア諸国では心因性精神病と呼ばれることがあり、その発症にはなんらかの心因が契機となることが多いというのも、私がこのような心因性（いわゆるヒステリー性）疾患に興味を持っている理由でもあります。

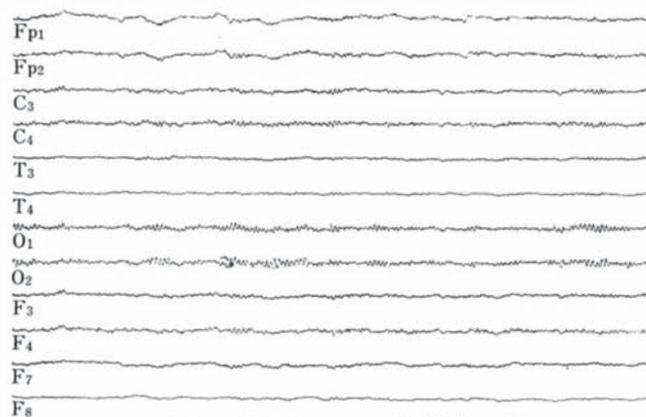
症例は24歳女性、無職、独身です。経過から述べると、昭和50年11月の夕刻、20歳前後の女性が大阪のとある警察署を訪れ、「男に騙されたようだ」と言い、自分の氏名、年齢、住所など思い出すことができないと言って保護を求めてきた。そこで、翌日に精神科医による診察が行われ、全生活史健忘として精神病院に収容されました。

患者の体格は細長闘士型、表情は乏しく無欲状、頭部や身体に外傷はなく、身体的検査で特記すべき所見は認めません。質問には返答するものの受動的で幻覚・妄想などの病的体験を窺うことはできませんでした。時間や場所に関する見当識は保たれ、記銘力の障害もさほど顕著ではなく、事物の名称もほぼ正確に答えることができます。知能検査の結果はIQ=91であり、脳波に異常所見は認めませんでした。

入院当初、患者は自己の健忘について深刻に悩む風情はなく、閉鎖病棟の窓際に坐り、茫然と庭を眺めているか、読書して過ごしていました。他の患者さんや看護者とも積極的に交流しようとはせず、医師への希望・要求もほとんどありませんでした。

入院後、イソミタールによる麻酔面接を数回行いましたが、「自宅にはピアノやオルガンがあったように思う」などと述べる程度で、氏名・職業についてはただ「わからない」と言い、記憶回復への十分な資料とはなりませんでした。

下図は入院直後の脳波です。特に異常所見は見られません。



年があけて昭和51年になると、患者は「早く退院したい」と訴えるようになり、1月中旬頃より、「少しずつ思い出してくる。家は天王寺の近くで、父親と喧嘩したら、男の人が来て、どこかに連れてゆかれた」と語りました。しかし、「家庭は複雑だったようで、あまり思い出したくない」とも述べます。この頃から、時々頭痛を訴えていたのですが、1月23日午後、2～3分の意識喪失を伴う痙攣発作を起こして舌に咬傷を認めました。そこで、翌日脳波検査を行うも、ほぼ正常範囲の所見であったため、2月7日に再検査すると安静閉眼時にphantom spike&waveが出現し、メジマイド賦活40mgにより約3Hzの不規則棘徐波結合が頻発していました。

その後も、健忘の回復はみられなかったのですが、2月10日に行先不明者の照会から本人と確認され、翌日、父親および知人のS氏が面会に来院しました。

次に、父親面会後に判明した家族歴と生活歴について述べます。

家族は父母と本人の3人家族で、父親は生真面目なジャーナリストで、母親は心気的で細菌恐怖・洗浄強迫のため精神病院で治療を行っています。母親の姉は感情の動揺激しく、いわゆるヒステリー性格であり、その娘は高校3年時、一過性の精神病で約3カ月の入院歴があります。なお、家族・親族に痙攣発作を有する者はありません。

患者は満期安産。一人っ子。1歳時に無熱性痙攣がありました。幼児期から虚弱で、疲労時にチック様の不随意運動がみられました。母親の不潔恐怖・洗浄強迫が激しい時は、患者は満足に食事もとれませんでした。中学1年時に、患者は室内を歩きまわった後、全身の痙攣発作を起こして2～3分の意識喪失がみられ、中学2年時にも校庭で遊んでいた時に全身痙攣を起こして倒れています。翌日にO医大神経科を受診、てんかんの疑いのために通院を指示されましたが、学校での服薬を嫌がり、また友人にからかわれたことから、次第に服薬を拒否、母親が注意すると「こんな薬を飲まなければいけない子供を産んだのは親の責任だ」と反発、結局、通院もしなくなりました。学校では、体育を休むように指示されたことをきっかけに担任の教師を恨むようになり、中学2年の夏頃より登校拒否が始まっています。父親が登校を勧めると全く口をきかなくなり、母親とだけ一定の関係を保っていました。すなわち、母親は強迫症状のため家事が出来ないことから娘を頼りにし、泥酔して帰宅する父親を嫌悪していたため、娘のわがままな要求をしばしば受け入れていました。そして、患者が音楽関係の学校へ行きたいと希望すると、ピアノの練習の邪魔になるからと母と娘が一致して、父親に自宅から出るように要求します。そのため、父親は親戚宅から通勤したが、自宅に戻ると、娘が「なぜ家に帰ってきた」と激怒、やむなく父親は親類と相談の上、いやがる娘をM精神病院に受診させました。その際、娘は「性格神経症」と診断され、娘につき添って母親も一緒に入院することとなります。しかし、母と娘との特異な結びつきが問題とされ、患者はH病院に転院、治療は別々に続けられる。

H病院での入院中、起床後まもなく咬舌を伴う典型的な大発作が見られる。その後、面会に来た父親と機嫌よく一緒に外出するようになって退院しました。しかし翌年には、今度は退院してきた母親に乱暴することが多くなってH病院に再入院しましたが、まもなく落ち着き退院しました。その後は、エレクトーンの練習に通ったりして機嫌のよい時期が続いています。

しかし、昭和46年春頃より、次第にわがままな要求が多くなり、父親には、「入院させられて気狂いのレッテルを貼られた」と言っては怒り、また「隣家の人自分が監視している」とか、「同じ車がいつも自宅の前に停まっていて自分を見張っている」と言い、隣家に空びんを投げ込んだりしたため、A精神病院に入院させられました。入院当初は、極めて不機嫌、拒絶的で、猜疑的であったが、治療により次第に情緒が安定し、この頃、母親がM病院に再入院してより、患者は母親を非難する一方で父親との関係が好転しています。そして、職業訓練所に通って仕事を身につけたいと述べ、昭和48年2月に退院した。なお、A病院入院直後に詳細不明な発作を一度起こしています。

退院後、しばらく落ち着いていましたが、次第に「自分は病気でもないのに入院させられ、将来が滅茶苦茶になった。入院する前の自分に返してほしい」と、父親を責め、父親のネクタイをはさみで切り、背広のポケットに油を流し入れたりして出勤を妨害するようになります。

そこで昭和49年末、父親は娘を自立させようと娘一人を自宅に放置したまま親類宅に移り、10日後

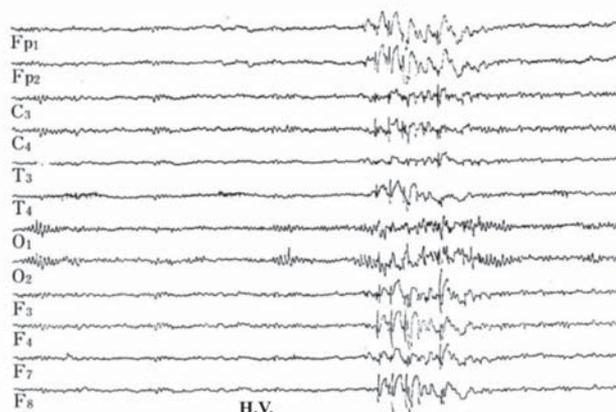
に、様子を見に自宅へ戻ってみると娘は見あたらず、警察に捜索を依頼したところ、深夜に徘徊中、警官に職務質問されても無言でいたため、精神異常の疑いでS精神病院に収容されていた。そこで、父親は患者をO病院に転院させたが、そこでも一切の検査を拒否するなど拒絶的だったとのこと。しかし、次第に反抗的態度が和らいだため、昭和50年の春に退院する。なお、O病院入院直後に1回、大発作を起こしています。

O病院退院後は、父親が知人のS氏と相談、その勧めもあり再び家族3人での生活が試みられたが間もなく破綻、今度は、S氏が父親の代わりに患者の今後の生活を指導することとなる。そして、患者のさしあたりの住所を従姉宅としたが、叔母の強い反対で数日のうちに某宗教団体の寮に転居、約1カ月間そこで過ごしたものの、適当な仕事が見つからず、結局アルサロに勤めることとなります。しかし、10日後に「こんな仕事はいやや」と言ってやめてしまい、その後は仕事が見つからないまま、10月中旬、マンションを借りて一人で暮らすことになりました。S氏はときどきそこを訪問しては仕事のことなど相談にのっていましたが、患者は次第に「自分一人ではようやってゆけんわ」とこぼすようになっていたとのこと。

父親らが面会した翌日、患者は「あの人たちを知っているように思うが、名前も何をしている人かもはっきりしない」と述べ、父親について質問すると不快な表情を浮かべてあまり答えず、S氏については「自分とどういう関係なのか」と尋ねていました。そして「自分がどういう所で、どんな生活をしてきたのか教えてほしい」と訴えました。このとき、本名などを教えたところ、数日間、極めて不機嫌となり、いらいらしながら病棟内を歩きまわっていました。1週間後の診察では、患者はすでに自己の生活史全般を詳細に語る事が出来る。S氏についても、氏名や連絡先の電話を想起しており、「あの人に騙されて連れまわされた」と不信感を露わにする一方で、「今後のことを相談したいので連絡してほしい」と訴えました。警察署に保護を求めるまでの経過について詳しく尋ねると、明確な答えは得られず、「従姉宅に相談に行き一泊したが、翌日の夜、帰れといわれて家を出たあと、自分がどうしたかよくわからない。そのとき、発作が起こる前のような、頭の痛む独特な感じがあった」と答えています。

その後、面会に来る父親には、「父や母の病気のために自分が精神病にされ、学校にも行けなくなった。それで自分は大損害を受けたから賠償してもらいたい」と言い、主治医に対しても「精神病と誤診した」と訴え、現実を受け入れたうえで、今後の生活を考えてゆくべきだと説得する主治医に不満をあらわにしました。

健忘の回復後に脳波をとっていますが、過呼吸賦活約1分で約6Hzの棘徐波結合が前頭部優位に出現しています。



健忘回復後の脳波(H.V.後1分)

その後、3月20日（健忘回復後40日）になると「今まで自分は健忘のふりをしていただけ」と言います。しかし、警察署までの経路については、「従姉宅へ2回行ったが相談にのってもらえず、やむなく健忘を装って警察に行った」と繰り返すだけで、従姉宅へはただ一度だけしか訪れていないことを確認し本人に伝えるも、この間の十分な説明はできなかった。そして、まもなく無断離院したため、やむなく退院（入院後4ヶ月）とし、その後の経過は家族から報告を得ていましたが、1年後、彼女は再び水商売に戻っているとのことでした。

ここで、本症例をまとめますと、診断としては「真性てんかん」としてよいと思います。発作は寡発性ではあるも、24歳までに計6回の大発作が見られ、その特徴は、覚醒時に多く、ヤンツの言ういわゆる「覚醒てんかん」であり、睡眠中に発作を起こし易い「睡眠てんかん」とは異なります。その性格特徴は感情の不安定性と爆発傾向にあり、睡眠てんかんの性格特徴と考えられる冗長・迂遠、緩慢・鈍重、そして几帳面という、従来から考えられてきたてんかん性格とは異なっています。てんかんの診断は脳波でも確認されています。それ故に、ここで見られる健忘は、確かにヒステリー性の心因健忘とみなされるものの、その基盤には、意識の障害を伴うてんかん性の病態があると考えていいのかも知れません。健忘時と健忘回復時に施行された脳波検査では、健忘時の正常所見に対し、健忘回復時には異常脳波が出現しているようにも見え、ランドルトの言う脳波の強制正常化、あるいは木村敏の言う脳波のシーソー現象と捉える事が出来ます。テレンバッハは、このような発作と精神状態との関係を、「発作の代わりに精神症状によって自己を表現しているのもあって、これらは単一の基礎状態の二様の発現様式である」としていますが、この症例にもまた、このような解釈が可能のように思われます。

最後の症例も心因性の健忘ですが、健忘が全生活史にわたるものではなく、ある期間に限った選択的な健忘と考えられるものでした。

症例は41歳の女性で、パブの経営をしていた時に不倫、妊娠、男の心変わり、中絶、別れ話、自殺未遂という男と女のドロドロの愛憎劇から、4年の交際期間中に限定した選択的な健忘が見られました。

家族は、父親がすでに死亡、母親はパーキンソン病で療養中、同胞6人の末子です。

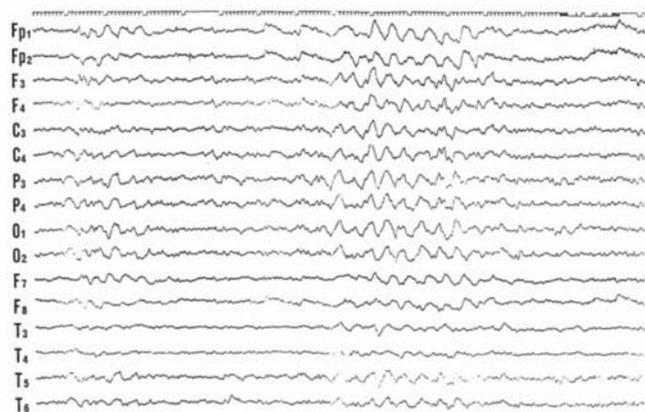
高校卒業後、彼女は叔父の会社でOLとして働いたあと、23歳時に結婚、まもなく長男を出産する。しかし、1年後に夫に女が出来たため離婚。その後、ホステスをしながら子供を育てたが、29歳時に息子を骨髄性白血病で亡くす。彼女は最愛の一人息子を失って悲しむが、30歳からパブを経営してママとして働く。経営は順調で常連の客も多かったが、昭和60年頃（37歳）から、客の一人で妻もある勤務医と特別に親しくなる。そして、彼は彼女のマンションから通勤するようになる。彼には子供がなく、しきりに子供がほしい、まだ子供は出来ないのかと言っていたという。その後、彼が開業を計画したため、彼女はその資金として平成元年1月に自分の店を売却、また彼の医院で働くために医療保険事務の教育を受け資格も取っている。

平成元年9月になって彼女の妊娠が判り、彼も出産する病院とか子供の名前も考えて喜んでいたが、1週間後には「墮ろしてくれ」、「自分は親を捨てられず、妻も捨てられない」と言う。彼女は彼の言葉に絶望して妊娠中絶の処置を受ける。しかし、中絶に対する罪業感から男性の目の前で自分の手首を切ります。しかし、彼は弁護士を立て事務的に慰謝料の交渉を進めたため、死ぬつもりでブランデーをがぶ飲みしてハルシオンを30錠服用したあと意識がなくなる。

彼女は海岸で倒れている所を通行人に発見され、救急車で病院に運ばれる。翌日の夕方、彼女の意識が戻ったとき、自分の名前や以前の住所の電話番号などは覚えているが、最近の記憶が無いことに気が

付く。彼女はいつ髪を短くしたのだろうと不思議に思い、着物に着替えて自分の店に出なければいけないと思う。姉から、「あなたの店は売ったのですよ」といわれても、覚えていなかった。姉と共に自分のマンションに帰っても、自分の部屋である実感がわかず、昔買った姿見の鏡に見覚えはあるが、新しい絨毯やソファを買った覚えはない。洋服も手を通せば自分にぴったりなので自分の物かなと思う。隣近所の住人に挨拶されても誰か判らず、鉄道に乗って「JR東海」といわれてもなんのことも判らなかった。自分の車は三菱ギャランだと思っていたのにBMWが置いてあり、乗ってみると抵抗なく左ハンドルの車が運転出来るため、やはり自分の車かと思う。そこで、愛知医大精神科に精査及び治療のために入院した。

入院時、意識は清明で、礼容は保たれ、質問には速やかに応答し、救急病院で意識が回復してからの記憶は完全に保たれている。そして、レセプトやリンコデなどの医療事務で使用する言葉の知識は想起し得たが、最近数年間の自らの生活史に関する健忘が認められ、その健忘は、買い換えた自動車の車種の記憶や、頻繁に変わる日本の首相の在任の知識から判断し、自殺企図の時点から昭和61年までの約4年間であった。入院時検査では特記すべき所見はない。当初、頭痛を訴えていたこともあり、CT、MRI、SPECTによる画像診断的検査を行うも異常所見は認められなかった。ただ、11月1日に行った脳波検査では、過呼吸賦活1分後に、左後頭葉を中心に2-3Hzの高振幅徐波群発が認められた。



入院3日目の脳波

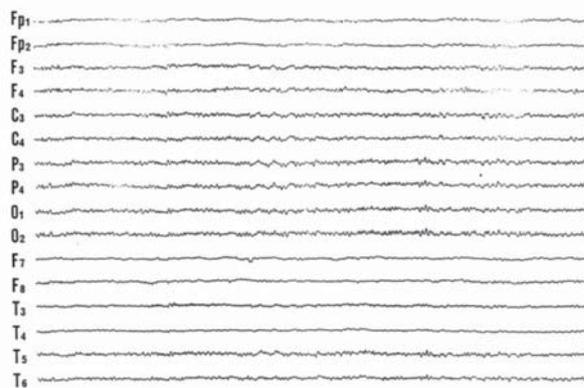
この脳波所見以外に明確な器質性の所見は認められず、発症の状況から考えて心因性健忘と推測されたため、治療は精神療法を主として薬物は使用しなかった。そして、最近写した写真を頼りに、以前訪れたはずの土地にドライブすることや、自宅への頻回な外泊を許可した。しかし、外泊時に面識の無い人に親しく声をかけられても、どう対応しているのか判らず、姉から「男の人とつき合っていてひどい目にあったんだよ」といわれてもピンとこず、相手の人に「貴方とつきあっていたのですか、何か失礼なことをしたのでしょうか」と電話したら、「すべて弁護士に任せていますので、そちらに連絡して下さい」と言われ、やはり何かがあったようだと言っていた。

健忘の回復は、入院後約40日の朝、看護師とピカソの話をしていて突然起こったと言う。それまでは、姉や友人から聞かされる話に実感がなかったが、スペインに旅行した時に見たピカソの絵が実感を伴って思い出され、他のことも続けて思い出したと泣き崩れる。昼食時に食事の盆を持ったまま倒れてうずくまったが、けいれんはなかった。

彼女は「嘘よ、嘘」と涙を流しながら、相手が目の前にいるように静かに話す。「どうしてそんなこ

とをいうの。なぜそんなことが言えるの。だって、あなた、子供作ってくれってずっと言ってたじゃないの。どうして、出来たら1週間もしないうちに 墮ろせなんて言うの、お金で解決することではないでしょう、あなた、医者でしょう、お医者様は人の命を助ける仕事でしょう、自分の子供を殺せとと言うの、名前まで決めていたでしょう、男の子なら〇〇、女なら〇〇って」「子供と一緒に死ぬはずだった、どうしてここにいるの、どうして死ななかったの、あんな人信じられない、人間じゃない」

その後彼女は、きわめて不安定な状態に陥り、他の患者さんが歌っているのを聞いては、彼と一緒によく唄った歌だと涙ぐんだ。そして、一人になると思い出された現実が悲しく落ち着かないと言い、あてどなくドライブすることが多かった。しかし、まもなく「この病院で生まれ変わったと思います」と言うようになり、入院後3カ月目に退院した。最後に主治医に書き残した手紙には、次のように書かれている。「私にとって、これからが本当の正念場なのかも知れません。もう少し、気持ちに余裕を持って、人生を歩んでいきたいと思います」



健忘回復後の脳波

脳波検査はその後2回施行したが、前回の所見は確認できなかった。

上図は健忘回復後の脳波です。SPECTなどの画像検査は健忘中に行っているのですが、回復後の所見と比較しようと患者さんに頼んだものの、あっさりと断られてしまいました。このような症例では、健忘が回復するとすぐに、入院したことをも忘れてしまいたくなるもの様です。

ここで、本症例のまとめを行っておきます。本例では自殺企図時に大量のベンゾジアゼピン系薬物とアルコールを飲用した後に意識がなくなったことが、心因性健忘の発症の引き金になっていると思われます。それ故に、診断に際して、あえて器質的な原因を求めるとすれば精神作用物質の急性中毒と言ってよいのかも知れませんが、症状的には心因性の選択的健忘、近年の呼称で言えば解離性健忘ということになります。しかし、症例2のように、この健忘発症の基盤となる生物学的所見はないのでしょうか。本例では脳波上てんかん性の所見は認められなかったものの、過呼吸賦活によって顕著な高振幅徐波群発が出現し、1分後も持続しておりました。このような所見が、意識の障害を引き起こし易い脳機能の脆弱性と関連付けられるかどうか、今後多くの症例をもとに検討すべき課題かと思われます。

全生活史健忘の場合、しばしば詐病との鑑別が問題となります。ヒステリーでは「疾病への逃避」や「疾病利得」が無意識的に行われるとするのですが、詐病では、虚偽なることを意識し、欺瞞しようとする意図があり、特定の状況で一定の目的性が認められるとされます。拘禁中の犯罪者や賠償問題で係争中の者が、苦痛に満ちた状況から逃れたり、経済的利益を得るために、病気を装う例はその代表的な

ものであり、当初の意識的な試みが、しだいに自己暗示により本当の病気へと移行する場合があります（詐病性神経症）。空想虚言症の場合も、意識的に欺こうとした虚言がしだいに現実と錯覚し、ついに確信するに至ります。過去の汚点やいやなできごとを「忘れました」、「知りません」と答えるのは、政治家はじめ憂き世に住む人々の処世術でもあるのですが、この意識的な健忘と空想虚言、過去を忘れたいという願望を無意識のうちに達成する全生活史健忘との本質的な差異は、さほど大きなものではないのだらうと思います。

ご清聴有難うございました。

#### 参考文献

1. 山田 治、木村 駿：全生活史健忘の臨床的研究. 精神経誌 66: 800-817, 1964
2. 木村 敏：非定型精神病の臨床像と脳波所見との関連に関する縦断的考察. 精神経誌 69: 1237-1259, 1967
3. 大原 貢、工藤 勉：てんかん発作とヒステリー発作のKombinationについて. 精神医学 14: 229-236, 1972
4. 林 拓二：全生活史健忘を呈したてんかん患者の一例. 臨床精神医学, 15: 1353-1361, 1986.
5. 林 拓二：全生活史健忘. 医学のあゆみ, 139: 1001-1002, 1986.
6. 林 拓二、西大條公一：特異な心因性健忘の一例 —全生活史健忘との関係について—. 愛知医科大学雑誌, 18: 477-483, 1990.
7. 藤田和幸、林 拓二、大原 貢：過去への退行を繰り返す“多重人格”の1症例について. 臨床精神医学, 24: 407-415, 1995.

（本稿は、平成25年6月6日に豊郷病院3－5病棟作業療法室で行われた「看護と医師のためのやさしい精神医学講座」での講義原稿に加筆したものである）



木瓜の花

# 法と精神医学

— 精神鑑定について —

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

40年ほど昔のことですが、私が初めて勤めた精神病院に「わしはキチガイやから、人を殺しても罪にならんのか」とうそぶいていた患者がいました。事実、それまでも、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しており、そのたびに、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て、私の勤める病院に紹介・転院させられてきた患者でした。この患者とはその後数年間付き合い合いましたが、些細な事柄から看護職員や同室患者とのトラブルはみられたものの幻覚・妄想は認められず、いわゆる性格の異常であって精神病ではないと考えられました。そこで、我々医療側としては繰り返し退院を勧めていたのですが、社会生活での不安を訴え、「あなたたち精神科医は、これまでワシを精神障害者として差別し、強制入院と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」と怒ります。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して罪を償ってもらおう」と忠告していました。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て死亡させたので、病院から警察に連絡、患者を逮捕してもらいました。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。当時、私は駆け出しの医者だったこともあり、全く落ち込んでしまい、精神科医を続ける自信をなくしたのですが、人格障害と精神病との区別がことのほか大事であることを認識し、このような医療と司法の谷間にある困難な問題に関心を持つようになりました。

## 精神病患者は何故 罪に問われないのか？

刑法 第三十九条 心神喪失者の行為は、罰しない。  
2 心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する。

- 大宝律令(701):「癡」「狂」者の犯罪は、罪を減じる
- 御定書百箇条:[「乱心者」]の犯罪に対する減刑や赦免の規定がある
- 唐の法律、インドのマヌ法典、西洋カロリング法典に見られるように、狂気乱心の者を、正常者と同じようには罰しないというのが人類共通の観念である
- 明治四十年刑法:現行刑法の原形

(なお、正当防衛:刑法第36条、緊急避難:刑法第37条、  
14歳未満の者:刑法第41条、も処罰の対象にならない)

最近では、精神科の患者さんにもよく知られていますが、精神病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者に対しては、刑を軽減するなどの規定があったとされます。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ます。わが国では明治13年に旧刑法が施行されましたが、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）に基づいています。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ました。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」ものの、その能力の「著しく減退した状態」とされています。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ます。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こととなります。

近年、精神病者の免責を規定する刑法第39条は、多くの批判に晒されています。犯罪被害者や遺族は、この法律を盾に精神障害者は不当に刑罰を免れているのではないかと批判し、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、精神障害者への差別や偏見をかえって助長するのではないかと考える者もいます。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ます。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ます。

さて、精神鑑定でまず問題とされることは、被告が精神障害者であるかどうかであり、精神障害者であるならば、その病気の症状によって自分の行為の善悪を適切に判断する能力、およびその判断に従って自分の行動をコントロールする能力が失われているか否かが問われます。法律的には、「自分の行為の善悪に関して適切に判断する能力」を「弁識能力」と呼び、「その判断に従って自分の行動をコントロールする能力」を「制御能力」と呼んでいます。この弁識能力と制御能力をあわせたものが「責任能力」と呼ばれています。

通常、健康な人間はこの責任能力を備えており、犯罪行為は悪いことであると判断され、その判断に従って犯罪を行うことをやめることが出来るとされます。それにもかかわらず、犯罪を行った場合には、司法によって刑罰が科せられる。これが、「責任刑法」と呼ばれる現行刑法の根本的な考え方です。そこで、精神障害によってこの責任能力が欠けているか、あるいは、かなりの部分が失われておれば、責任能力なしとして無罪、あるいは刑罰が軽減されることとなります。

ここで、精神鑑定について少し説明をしておきたいと思います。

## 精神鑑定の種類

- 精神保健福祉法の規定による措置入院の可否を判断する診察
- 民法・民事訴訟法の規定による民事精神鑑定
  - 成年後見制度による鑑定
  - 民事訴訟での鑑定
  - 遺言能力や養子縁組能力などに関する鑑定
- 刑法・刑事訴訟法の規定による刑事精神鑑定
  - 起訴前鑑定(簡易鑑定と嘱託鑑定)
  - 正式鑑定
- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(いわゆる医療観察法)の規定による鑑定

精神鑑定には、精神保健福祉法の規定による措置入院の可否を判定するための診察を除けば、民法・民事訴訟法の規定による民事精神鑑定と刑法・刑事訴訟法の規定による刑事精神鑑定、それに医療観察法に基づく精神鑑定の3つに分類されます。民事鑑定は高齢者が増えるに従い成年後見制度による鑑定が増えており、民事訴訟での鑑定や、遺言能力や養子縁組能力などに関する鑑定もまた精神科医に求められることが多くなっています。

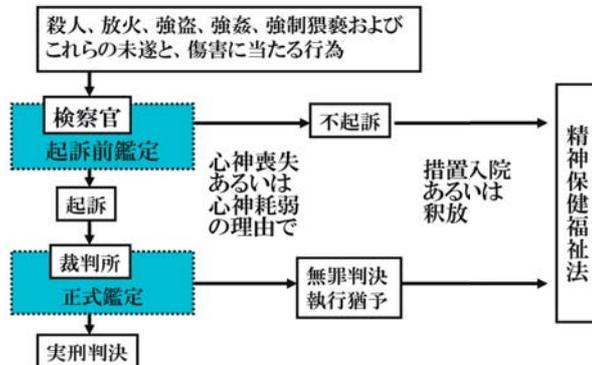
刑事鑑定は、検察官による起訴前鑑定と、裁判官による本鑑定の2つに大きく分けられ、検察官による起訴前鑑定はさらに簡易鑑定と嘱託鑑定に分けられています。

簡易鑑定は、最長23日間の勾留期間中に検察官の判断によって実施される精神鑑定で、鑑定に要する時間も勾留期間に含まれています。簡易鑑定の実施に際しては、被疑者の同意が必要とされていますが、裁判官の認可は必要ありません。これらが、嘱託鑑定との主要な相違点となっています。

簡易鑑定を実施しているのは、検察官の依頼を受けた鑑定人であり、鑑定のための診察は通常1回に過ぎず、鑑定結果は数日以内に文書「精神衛生診断書」で提出されます。このような簡便性のために「簡易」鑑定と呼ばれているのですが、このような鑑定書の結果が、検察官による被疑者の処分に重大な影響を及ぼしています。この簡易鑑定の最大の長所は、罪を犯した精神障害者に対して迅速に精神医学的治療を行うことが出来ることにあります。

正式鑑定は、裁判官の命令によって公判の過程で実施される精神鑑定で、「裁判所は、学識経験のあるものに鑑定を命ずることが出来る」という刑事訴訟法の規定に基づいて行われ、一般には、弁護人が精神鑑定の実施を要望する文書を裁判所に提出することから開始され、裁判官が弁護人の依頼を容認するという経緯で決定されます。鑑定人は裁判所に召喚され出頭し、誠実に鑑定を行う旨の宣誓を行い、場合によっては喚問され尋問を受けます。当然ながら陳述に虚偽があれば偽証罪に問われることとなります。我々が附属池田小学校事件で行った鑑定は裁判所による正式鑑定でした。

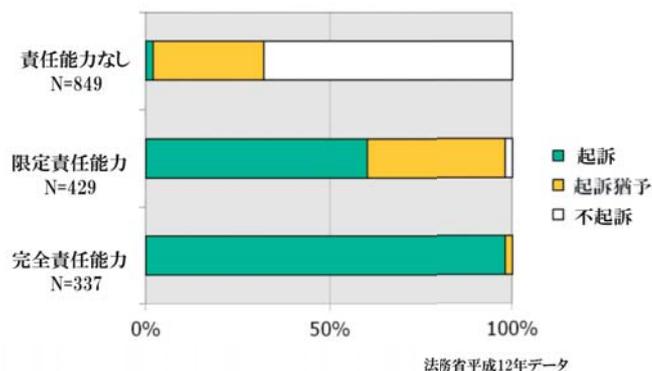
## 医療観察法成立前の状況



この図は、平成17年から施行された医療観察法以前、精神障害者が罪を犯したとき、どのような措置が取られるかを示したものです。言うまでもなく、医療観察法は平成13年に起きた附属池田小学校事件の惨劇を契機に、平成15年に成立したものです。

罪を犯した精神障害者が逮捕されると、検察官によって起訴前鑑定を受け、起訴されるか不起訴となるかが決定されます。そして、心神喪失あるいは心神耗弱の理由で不起訴となれば、精神保健福祉法による入院、あるいは釈放となります。責任能力ありとされれば、起訴されて裁判となり、公判中に責任能力に疑わしい点が出てくれば正式鑑定となり、責任能力の有無により実刑判決か無罪判決かが決定されます。

## 鑑定結果と刑事処分



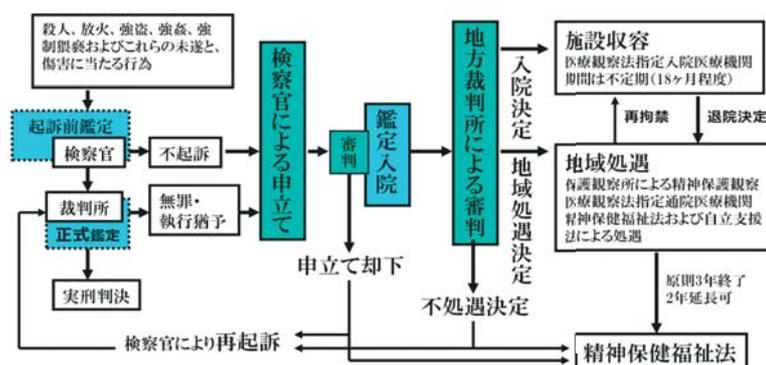
平成12年のデータで少し古いものですが、起訴前簡易鑑定は全国で2042件であるのに対し、本鑑定は191件に過ぎず、起訴前鑑定の約90%が簡易鑑定で占められていたとされます。この簡易鑑定の結果は、約50%が完全責任能力あり、約25%が限定責任能力、責任能力なしは20%で、残りの5%で本鑑定が推奨されていました。この結果を受けて、検察官は55%を起訴し、12%を心神喪失で不起訴、15%を心神耗弱による起訴猶予処分としています。残りの18%を証拠不十分などの理由で不起訴としております。

図は、医師の鑑定結果と検察官の司法判断との相関を示したものです。

鑑定医が責任能力なしと判断した被疑者の98%が起訴か起訴猶予となり、完全責任能力ありとした

被疑者の98%が起訴されているのを見れば、検察官は概ね鑑定医の判断を踏襲しているように見えます。しかし、限定責任能力と判定された者は起訴が約6割、不起訴が約4割となり、司法判断が割れていました。もちろん、起訴するかしないかは検察官の裁量に任されているのですが、鑑定する側も極めて悩ましい判断をせざるを得ない症例が少なくないことも確かです。

## 医療観察法の手続き



鑑定入院は、精神科病院で実施(期間は2ヶ月が原則)

既に述べたように、平成13年に起きた附属池田小学校事件を契機に、平成15年に成立した医療観察法は、触法精神障害者が、検察官によって不起訴、あるいは裁判所で無罪判決を受けた後の治療と保護の体制を、法律によって規定しました。平成17年に法が施行されて以降、最も大きく変わった点は、検察官の申し立てによって「医療観察法病棟」への入院を検討する「鑑定入院制度」が新設されたことです。「刑法39条」は、一部ジャーナリズムから「そして殺人者は野に放たれる」などの刺激的な題名の著作などによって批判されてきましたが、医療観察法の成立が、ある程度の解答を行ったのは確かであろうと思います。

司法精神医学の領域では、医療観察法の成立や司法精神医学会の設立（平成17年）などによって法的・制度的な整備が行われてきましたが、精神医学や精神鑑定は一般社会で理解され、信頼されているのでしょうか？

確かに、70年代の「反精神医学」による大きな混乱は収拾されたものの、病気の原因が解明されていない現在、統一した理解が得られるにはなお多くの時間が必要であろうと思われます。標準的な診断基準であるDSMもまた、数年おきに改訂が繰り返され、精神医学の非科学性に対する誹謗・中傷は絶えないのが現状と言えます。しかし、ほとんどすべての臨床精神科医は、「精神病の実体は不明ながら、精神病は存在する」という点で合意しており、精神鑑定において、精神科医はその者が精神病であるかどうかを判断すること（生物学的要素である精神障害の有無及び程度）は可能とされます。しかし、「是非善悪を弁別し、その弁別にしたがって行為する能力（心理学的要素）」を判断することが容易であるとは言えません。また、精神障害の有無及び程度についても判断が難しい症例が存在することは認めざるを得ません。金閣寺放火事件のように、時間の経過とともに症状が変化することもあり、3組の精神科医が3種の異なる鑑定結果を出して精神医学の信頼を少なからず失墜させた少女誘拐殺人事件のように、性格の異常なのか、あるいは精神病が発症しているのかを見極めることは、ことのほか困難である

場合も少なくありません。

ここで、鑑定の困難さを示す代表的な症例を挙げて、簡単に紹介したいと思います。まず最初に金閣寺放火事件を取り上げたいと思います。

この事件は、昭和25年7月2日未明、鹿苑寺金閣が火災により焼失、ほどなく、同寺の一徒弟僧・林養賢（21歳）によることが明らかになりました。裁判では弁護人が心神耗弱を主張したため、鑑定人として京都大学精神科主任教授三浦百重氏が選ばれ、林は精神病ではなく性格異常であって軽度の「分裂病質」とし、責任能力は完全であるとしました。そして、判決は懲役7年となり、林は控訴せず受刑しました。翌昭和26年1月に、林は加古川刑務所に入るも、2月から異常行動が見られ、4月から「毎晩誰かに精液を吸い取られる」との体感幻覚や被害妄想が始まっています。昭和27年4月からは手紙の内容が支離滅裂で奇怪な表現が多くなっています。昭和28年3月、林は精神障害および結核のために八王子医療刑務所に移送されましたが、拒食、緘黙、幻聴、被害妄想、被毒妄想、感情鈍麻が見られ、しばしば独語・啼泣し、時に衝動的行為が見られました。昭和30年に京都刑務所に移り、まもなく満期釈放されましたが、直ちに京都府立洛南病院に措置入院となり、昭和31年3月に結核のため全身状態不良となって死亡しました。

林の死後、昭和35年に洛南病院での主治医であった小林淳鏡は、犯罪学雑誌に「金閣放火僧の病誌」と題する論文を発表し、林の分裂病の発病は刑務所に拘禁された後ではなく、事件の前年、昭和24年ごろには動機不明の自己関係づけ体験（住職や周囲から排斥されている）と活動性の欠如、高等感情の鈍麻が見られ、精神分裂病が既に発病していたと推定しています。この小林の見解は、分裂病ではなかったとする三浦の見解と真っ向から対立するものですが、一級症状がなかったとする点では分裂病とはいえないものの、その後の経過を見れば、犯行当時すでに分裂病が発症していたと考えられなくもありません。なお、三島由紀夫はこの事件をもとに「金閣寺」(昭和35年)、水上勉は「五番町夕霧廊」(昭和37年)と題する小説を著わしています。

次に紹介する東京／埼玉連続幼女誘拐殺人事件も、事件の異常さとともに鑑定に対しても注目されたものでした。事件は昭和63年から平成元年にかけ、4歳から7歳の女児が誘拐されて殺害され、犯行声明が新聞社に届けられ、また野焼きされた被害者の遺骨が遺族に送りつけられるなど、犯人の異様さが際立った事件でした。

平成元年7月、別件のわいせつ事件で宮崎勤（27歳）が現行犯逮捕され、8月に東京地検で簡易精神鑑定（徳井達司医師）を受けます。そこでは分裂病の可能性は否定できないが、現時点では人格障害の範囲に留まるとされ、これを受けて検察は起訴に踏み切りました。宮崎は公判において、「犯行は覚めない夢の中でやった」「ネズミ人間が現れた」「俺の車とビデオを返せ」など、不可解な発言を繰り返していました。公判開始後の平成2年12月より、5人の精神科医と1人の臨床心理学者による精神鑑定（正式鑑定）が実施されましたが、この鑑定では動物虐待等の異常行動に目が向けられ、祖父の遺骨を食べた事などは供述が曖昧なため事実ではないとみなされ、平成4年3月、精神鑑定書（保崎秀夫慶大医学部教授）が提出されて、人格障害と結論付けられました。

しかし、平成4年12月には、弁護側の依頼により3人の鑑定医による再鑑定が始まりました。2年後の平成6年12月に鑑定書が提出されましたが、鑑定の意見が分かれ、1人は統合失調症（中安信夫東大医学部助教授）、2人が解離性同一性障害（内沼幸雄帝京大文学部教授、関根義夫東大医学部助教授）と2通の鑑定書が作成されました。

その後、平成9年に東京地裁で死刑判決が出され、控訴するも平成13年に高裁で控訴棄却。上告するも平成18年に最高裁は上告を棄却して刑が確定。平成20年（47歳）に東京拘置所で死刑が執行されました。

事件は、被害者家族や社会による犯人への処罰感情が強いなかで、人格障害とする鑑定結果を採用した司法の判断で決着しましたが、精神科医としてはやや割り切れないものが残ります。被告が鑑定後にいかなる経過を辿るのかを知りたいのは、精神医学を職業としている我々だけではなかろうと思います。「宮崎勤精神鑑定書別冊」を出版した中安は、犯行から5年以上経過した時点では分裂病が発症しており、鑑定医間の見解の相違は、時間の経過が大きく影響していると述べています。宮崎勤も金閣寺の林と同じように、生きながらえて再び精神科医の診察を受ければ、分裂病の姿かたちがさらに明確になったかも知れません。

最後の症例は、我々が鑑定した附属池田小学校事件です。

事件は平成13年6月8日午前10時に突然起こりました。包丁を持った男が大阪教育大学附属池田小学校に侵入し、次々と同校児童を襲撃、児童8名が死亡、児童13名と教諭2名が重軽傷を負いました。現場ですぐ取り押さえられて逮捕された宅間守（37歳）は、その後、殺人罪などで起訴されました。犯人は逮捕当初、精神病者を装った言動を取っていたために、精神科医による鑑定が行われ、妄想性人格障害と診断されて起訴されました。

裁判では、弁護士から鑑定の要請があり、京都大学精神科教授および京都府立洛南病院院長の2名を代表とし、鑑定助手3名を加えた鑑定団が組織されました。そして、大阪拘置所で面接および心理検査が行われ、さらに京都大学附属病院では脳波およびMRIやSPECTなど脳画像検査が行われました。その後さらに、確認のためPETなどの脳画像検査が追加施行されました。

まず、被告の生活歴を多少詳しく紹介します。

被告は、小学校時より、窃盗、乱暴、虚言、弱いものいじめを行い、協調性はなく、自己中心的で、高校2年時には強姦未遂事件を起こしています。

高校を退学した後の17歳の時、被告は心身の不調を訴えて精神科を受診し神経症と診断されています。その後、18歳の時に自衛隊に入るも、家出娘を自室に連れ込み、青少年保護条例違反として事情聴取され自衛隊を退職、その後は自宅でごろごろしては家族に暴力を振るい、困り果てた父親が被告を精神病院に連れて行って相談しましたが、精神医学的な問題はないとされて帰されました。その後、20歳時に就職したものの、集金を口実に女性宅に上がり込んで強姦して逮捕されました。その後も傷害・器物損壊などの粗暴な事件を重ねたあと、自ら希望して精神病院に入院しました。この入院は、裁判を逃れるために、母親と話し合っただけで病気を装ったもので、当時の精神科医は被告を精神分裂病と診断しました。しかし、被告は退院がままならないことがわかり、脱走を企てて病院の屋上から飛び降り、重傷を負いました。

その後も傷害・器物破損などの粗暴な事件を繰り返し、警察官通報による措置診察では、精神分裂病の疑いとされるも、入院の必要はないと判定されています。結局、23歳の時に、20才時の強姦事件で起訴され、裁判では精神鑑定が行われ、その結果は「精神分裂病ではなく性格異常」であり、「理非弁別の能力あり」とされ、懲役3年の実刑判決が確定しました。

被告は、25歳時に少年刑務所を満期出所したあと、泌尿器科の医師を装って結婚、経歴詐称がばれてすぐ離婚、しかし、また別の女性と結婚するも強姦事件を繰り返し、30歳の時に離婚されています。

その後も、75歳の女性と養子縁組をし、さらに3度目の結婚をしましたが、暴力事件などで養子縁組は解消され、3回目の妻からも離縁されています。そして、結婚相談所主催のパーティーに参加しては多くの女性と深い関係を持ち、結局4度の結婚と離婚を重ねました。そして、離婚の際には高額な慰謝料を要求し、養子縁組の解消や離婚の慰謝料としてかなりの額を得ています。この間、バスの運転手、清掃局職員、学校の用務員などをしていますが、休職しては精神科医を受診し、傷病手当金の診断書の作成を希望していました。

小学校の用務員をしていた36歳の時、些細な動機から精神安定剤入りのお茶を同僚の教師に飲ませて逮捕されました。しかし、簡易鑑定で、「精神分裂病の疑い」とされて不起訴となり、措置入院になりました。しかし、入院直後には4番目の妻に電話をして「起訴を免れて入院になった。何かが聞こえるように演技したんや」などと伝え、医師に対しても、幻覚、幻聴はなかったと言って退院を要求しています。主治医は、精神分裂病の診断に疑念を持ち、むしろ人格障害ではないかと考え、入院継続の必要はないと判断して約1ヵ月後に退院させています。

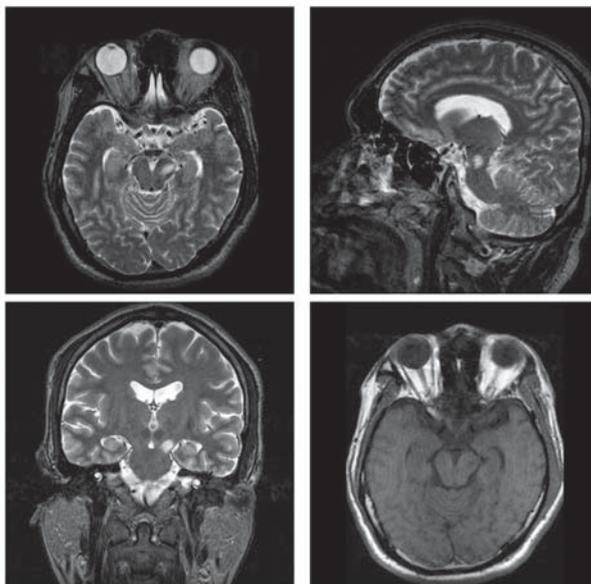
その後も、精神科病院に通院していますが、養子縁組をした老女への嫌がらせや住居侵入で逮捕され、警察から保健所に通報されるも、自傷他害の恐れはなく、措置入院の必要はないと判断されました。しかし、被告は憂鬱で仕方がないと訴え、自ら希望して短期の任意入院を繰り返し、精神障害者保健福祉手帳を申請して年金も受給していました。

このように、被告は司法と医療の間隙を縫ったきわどい生活を送っていましたが、35才時の3番目の妻に対する暴行事件で起訴され、また、36歳時のホテル・ボーイの殴打事件でも逮捕・起訴され、さらに、37歳時には、ダンプの運転をしている最中に大学生の車が進路を妨害したと腹を立て、学生の車を壊して暴行した事件でも逮捕されました。この時は、精神障害者手帳を所持していることを理由に不起訴を求めたものの取り上げられず、これらの事件により裁判所からの出頭命令が出されました。このような経過から、ついに進退窮まって今回の犯行に至りました。

鑑定に際して行った脳波検査では、明確な癲癇性活動は認められませんでした。ただ、過換気賦活時においてのみ、両側前方優位の徐波群発が反復的に出現し、光刺激を施行中に両側前方優位の高振幅徐波が出現し、前部前頭葉機能の低下が示唆されました。しかし、衝動性と関連すると言われる側頭部棘活動は認められませんでした。

これは、被告のMRI検査結果です。中脳の左外側部位に低悪性度の星細胞腫の可能性が高い病変が認められます。

しかしながら、左に限局した病変であるにもかかわらず、SPECTの所見では脳血流の左右差が認められず、中脳の病変が脳に影響している可能性は否定され、被告人の精神状態への影響は無いと考えられました。



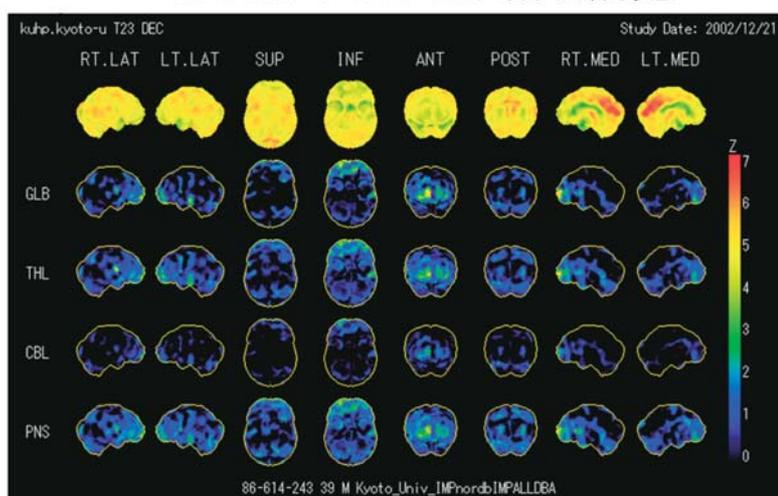
### MRI所見

T2強調画像 横断像	T2強調画像 矢状断像
T2強調画像 冠状断像	T1強調画像 横断像

下図は、被告のIMP-SPECTによる検査結果です。前頭葉の血流の低下が窺われ、先ほども言及したように左右差は認められません。

このように、両側前頭葉の眼窩面を中心とした脳血流の低下所見を認め、微細ではあるにしても、脳の機能異常が示唆されました。そこで、ウイスコンシン・カード・ソーティング・テストを行いますと低得点が得られ、前頭葉の機能低下を補強する結果となりました。しかし、PETではこのような所見を確認することが出来ませんでした。

### SPECTの3D-SSP解析所見



近年の脳機能研究の進展を受けて、精神鑑定でもさまざまな検査が行われ、興味深い所見が報告されるようになってきました。しかし、人間の脳は、胎生期や周産期にさまざまな環境の影響をうけて多くの偏倚を生じるものであり、たとえ脳に偏倚が見られるにしても、多くの者は、社会的な慣習や道徳というルールを身につけ、他者の感情を思いやり、社会の中で協調しながら生きていく術を身につけています。脳の顕著な器質的所見でなければ、精神や行動の異常が必ず生じるとは限りません。我々の研究でも、正常対照群としてMRI検査を行った多くの医学生の中で、全脳に対する前頭葉の比率が、被告よりも小さかった者が5名もいたことは、脳画像による検査結果の判断は、なお慎重であるべきことを示しております。

最後に、被告の診断について検討しておきたいと思います。

被告には空想癖や虚言癖があり、共感性に乏しく、自己中心性、攻撃性、衝動性が顕著であり、一方で、穿鑿癖、猜疑心、視線や音への過敏さ、そして権力への強い憧れと劣等感などの特異な性格傾向が窺われます。わざと咳をしたと子供を追いかけ、自分へのあてつけに音を立てて不愉快にさせるという被害的な発言、あるいは、3番目の妻が男と一緒に車に乗っていたという嫉妬妄想とも言うべき発言は、このような被告の性格傾向と被告のおかれた状況から、心理学的に了解可能なものであり、一級症状としての妄想知覚ではなく、二次性の妄想体験と考えました。

幻聴の体験は虚言であると自ら述べていますが、このような虚言癖の患者を外来の短期間の診察で見破ることはきわめて困難であると言わざるを得ません。しかし、入院後も演技を続けることはほぼ不可能であり、多くの精神科医は被告が入院後まもなく精神病ではないと判断しておりました。我々もまた、被告が分裂病ではなく、正常からの偏倚である性格異常と鑑定しました。

ここで、本日の講演をまとめておきたいと思います。

- 1) 精神鑑定は、精神保健福祉法による措置入院の診察、刑事鑑定、民事鑑定、それに医療観察法での鑑定の4種類が区別される。
- 2) 刑事鑑定は起訴前鑑定と正式鑑定に区別され、起訴前鑑定は簡易鑑定と嘱託鑑定とに分かれる。
- 3) 触法精神障害者の責任能力判断と医療観察法について解説した。
- 4) 金閣寺放火事件、東京／埼玉連続幼女誘拐殺人事件、附属池田小学校事件の3事件について紹介し、精神鑑定の問題点を検討した。
- 5) 精神鑑定で判断が分かれるのは、鑑定医師の精神医学的立場、鑑定の時期の差異、そして画像検査などの新しい検査結果をどの程度評価するかの差異であろう。

ご清聴有難うございました。

#### 参考文献

1. 林 拓二：統合失調症患者の責任能力. Schizophrenia Frontier, 12:151-154, 2011
2. 日垣 隆：そして殺人者は野に放たれる. 新潮社、東京、2003
3. 佐藤直樹：刑法39条はもういらぬ. 青弓社、東京、2006
4. 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
5. 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
6. 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
7. 安田拓人：責任主義と刑法39条. 司法精神医学 3: 79-82, 2008
8. 三浦百重：放火兼国宝保存法違反事件被告人林養賢精神状態鑑定書. 内村祐之、吉益脩夫（監修）日本の精神鑑定、pp.313-350, みすず書房、東京、1973
9. 福島 章：金閣放火事件解説. 内村祐之、吉益脩夫（監修）日本の精神鑑定、pp.307-313, みすず書房、東京、1973
10. 中安信夫：宮崎勤精神鑑定書別冊 中安信夫鑑定人の意見. 星和書店、東京、2001
11. 岡江 晃：宅間守精神鑑定書 精神医療と刑事司法のはざままで. 亜季書房、東京、2013

（本稿は、平成25年6月13日に豊郷病院3－5病棟作業療法室で行われた「看護と医師のためのやさしい精神医学講座」での講義原稿である）

# 精神科の現場で考えること

公益財団法人豊郷病院 3 - 6 病棟

木村 千江

最近、私が経験した症例なのですが、症状が落ち着いたためにそれまで居住していたグループホームに退院してもらおうと話し合いをしたところ、明白な理由もなく受け入れを頑強に断られました。これまでも、このような例が少なからずあります。そこで、ここに報告して関係各位のご意見を伺いたく思う次第です。

症例は50代の男性、統合失調症とされていました。グループホームに入所し5か月経過しましたがやや軽躁状態となり、作業所での賃金が安い、仕事が過酷であるなどの不満が強くなり、薬も飲まなくなってさらに精神状態が悪化、グループホームを飛び出したため、捜索のうえ発見されて当院を受診、入院となりました。

入院時に、主治医からは状態が安定すればグループホームに退院させるという約束をし、ホームの所長も「ハイ、わかりました」と返事をしています。

しかし、状態が安定したため退院調整をするため各関係機関とのカンファレンスをしたのですが、グループホームの所長は我々医療側の意見を頑として受け入れてくれません。カンファレンスでは、主治医が患者さんの治療の流れを説明した後、心理士から患者さんとの関わり方で気をつけなければならないことなどを話し、それらを踏まえた上で、私達看護師がどのように関わっているかを説明し、どのようにすれば退院後も患者さんが地域で生活できるようになるかを伝えました。そのうえで、グループホームが受け入れる際の不安な点について話し合うことにしていました。しかし、主治医や看護師が患者さんの説明をしたところで、グループホームの所長より「病院だから出来るんでしょ、うちの施設は素人ばかりなんだから（無理）。病院だから出来る」と言い、「このひとはうちでは受けられないと言うことを、入院して二日目に支援員や市（福祉総合支援課）の人に伝えました。そして、市が別のグループホームを見つけることになった」と言います。そして、繰り返し、「病院だから専門的な関わりができるので」と言い、「この人が帰ってきたらキーパーが辞めると言っています。これ以上キーパーがいなくなったら困ります」と主張する。患者が躁状態の時、ホームとしても困っていたと何度も繰り返し喋り、精神状態が落ち着いた後も受け入れが出来ないと言って、主治医や看護師の話をまともに聞こうとせず、入院させた後は自分たちは関係が無いとでもいう態度を崩しません。

患者さんが入院する前にはグループホームでも大変だったのですね、と私達はグループホームの立場も理解できないこともないとは伝えたものの、現在の患者さんの状態は入院時とは全く違い、病状は落ち着いているので、特別な関わり方をすることも無く、みんながまちまちな対応をするのではなく、一定の関わり方をしてもらえばいいのではないかとお願いしました。しかし、所長は「できません」の一点張りで、繰り返し話しをするも返答は同じであり、患者さんにもとのグループホームに退院してもらうことは無理であると判断せざるを得ませんでした。患者さんとしては、入院治療により精神状態が落ち着いたら、グループホームで生活することを目標にしてきたため、「なんで帰れないんや」という思

いが強い。市の福祉課が他のグループホームを探すという約束であるも、具体的には何ら動きがなく、数カ月が過ぎており、「なんでや」という不満が時々口に出ます。

このように、施設から入院した際、もとの施設に帰ることを約束しているにもかかわらず、退院が現実的になったとたん施設が受け入れを拒否してくる症例は、さほど珍しくはありません。患者さんの病状が悪くて入院したのであれば、病状が完全に落ち着いたならばもとの施設は無条件に受け入れるべきでしょう。ある程度症状が残っており、これ以上の軽快が望めないならば、施設側とどのような受け入れが可能か話し合う必要があるでしょう。病状に大きな変化が無く、もとの施設での生活が難しいと判断されるのならば、他に適切な施設があるかどうか、患者さんが生活するのに一番ふさわしい場所として、どのようなところがいいのか、地域の各関係者を含めたカンファレンスが必要であろうと思います。

現在、精神障害者のアウトリーチが推奨され、滋賀県でも多職種対象の研修会が多くもたれるようになっていきます。私達は、精神科入院病棟の看護師として、精神障害者の社会復帰に深く関わっていますが、いまだに施設や行政関係者の意識に首をかしげる場合も少なくありません。地域における施設間の連携をスムーズに行うためには、施設や福祉の関係者を含めた幅広い領域の関係者が集まって、個々の患者さんの適切な居場所について話し合う機会があればと思っています。



第38回日本精神科看護学術集会、仙台国際センター玄関前にて

# 精神科修正型電気治療について

公益財団法人豊郷病院精神科

白井 隆光

2013（平成25）年7月から豊郷病院において、修正型電気治療（修正型電気けいれん療法、modified-electroconvulsive therapy、m-ECT）が導入・施行された。滋賀県下では二番目、滋賀県湖北・湖東地域内では唯一、同治療を施行している機関となった。

そもそも、修正型電気治療とは、頭部に通電して全般性けいれんを誘発することにより、主として重症うつ病や緊張型統合失調症などの精神症状を改善させる治療のことである。これら疾患群の中でも治療反応性が高いものもあれば、乏しいものもあり、詳しくは精神科専門医受診が必要とされる。

当院では専門医により治療反応性が高いと判断した場合は、原則、患者様及び家族と充分話し合い、同意が得られた後、施行という形をとっている。勿論、副作用やリスク評価の為、頭部MRI、胸腹部CT、心電図、採血、過去の既往の問診などを事前に行って臨むのは言うまでもない。

同治療導入により、従来の薬物療法で改善を認めなかった患者様に対して治療選択肢が増え、症状の改善が図れば幸いと考える。



（本稿は、豊郷病院広報誌「医心伝心」の平成25年秋季号（No.38）に掲載されたものである）

# 精神疾患患者を持つ家族の思いの変容

病棟看護師が家族にナラティブ・アプローチを行って

公益財団法人豊郷病院 3-6病棟

中村 祥子、西川由希子、仮屋 隆史

## Key Word

精神疾患患者 家族看護 ナラティブ・アプローチ

## I. はじめに

良田は、「最近では家族教育の必要性からいろいろなところで『家族教室』が行われるようになってきた。病気や制度についての情報を得られることや、同じ立場の家族との出会いがあり家族としては有効な場である。」<sup>1)</sup>と述べている。

当院でも家族主体の家族会があったが、家族の高齢化と共に家族主体の家族会の開催が難しくなり、2012年度で解散となった。

前年度、看護師対象のナラティブ・アプローチの研究で他のスタッフの意見を聞き、自分の思いを話す事で「自分だけが辛くて悩んでいたのではなかった」「また明日から頑張ろう」と前向きな気持ちになる事が出来た。

前年度の研究を活かし、家族にも気持ちの変化がみられないかと考え、家族を対象としたナラティブ・アプローチを行った結果、精神疾患患者を持つ家族も生活のしづらさから、辛く誰にも言えない悩みを持ち、葛藤している事を明らかにする事が出来た。その結果、家族の思いに変容がみられた為、若干の考察を加え報告する。

## II. 目的

精神科病棟に入院する患者の家族にナラティブ・アプローチを行うことにより、実施前後で家族の思いにどのような変化があるのか検証する。

## III. 研究方法

1. 対象：当病棟に入院する患者を持つ家族（20XX年6月21日の時点で入院されていた家族に研究協力を依頼する文書を送付し、返信をもって同意を得られた家族）14名（参加者は患者からみて、母親5名、父親1名、子ども1名、夫1名、妻1名、同胞4名、後見人1名であった。またそれぞれの患者の入院歴は10年以上が3名、5年以上が3名、1年以上が4名、1年未満が3名）・研究担当看護師4名（ファシリテーター1名を含む）
2. 研究期間：20XX年7月～9月 合計4回
3. 方法：精神疾患患者を持つ家族の精神的・身体的な苦痛や悩みについて2時間程度、自由に語り合う（以後、ナラティブの会とする）。話しやすい雰囲気を作るため、ファシリテーターから「最近あった楽しい事・嬉しい事を話してください」と初めに話題を振る。各回の最後に、自由記載で

感想を記入してもらう。

4. 分析方法：参加者の発言をレコーダー録音し、内容を逐語録に起こし、ナラティブの会前後の家族の言葉の変化を2つの主題（〈ネガティブ〉〈ポジティブ〉）に分けた。精神疾患患者を持つ家族の抱えている悩みを、3カテゴリー、8サブカテゴリーに抽出し、カテゴリーを【 〃 】, サブカテゴリーを[ ]で示す。カテゴリーには【身体面】【精神面】【社会面】、サブカテゴリーは[恐怖体験][周辺トラブル][後悔][罪悪感][葛藤][疲弊][抱え込み][偏見]とした。また、〈ポジティブ〉〈ネガティブ〉のカテゴリー・サブカテゴリーは変化を比較する為、同一の内容とし、表1、2にまとめた。

## 結果 表1 ネガティブ発言

カテゴリー	サブカテゴリー	
身体面	恐怖体験	布団・服などの破損・破壊行動 子どもへの暴力行為
	周辺トラブル	学校・施設での暴力トラブルによる電話 警察沙汰を起こして連絡を受けた
精神面	後悔	患者に対してプレッシャーを与えすぎたこと 引きこもりや精神症状を普通のことと思いついたこと 症状を客観的に気づかなかつたこと 前の状態(健康時)に戻ってくれと信じて治療が遅れたこと 患者にあのときこういう対応をしておけばという思い
	罪悪感	子どもが入院しているのに自分だけが楽しんだりしているのかという思い
	葛藤	連れて帰りたいが、良い時と悪い時の差がありなかなか受け入れることができない 患者に何かしてあげたいが、実際できることがないということ 子どものとき(健康時)と今の状態を比べるとつらくなる
	疲弊	介護に疲れた 学校・施設からいつ電話がかかってくるかという思いから毎日眠れなかった 患者のはげけがいつも自分でも疲れた
	抱え込み	一人で患者の看病を頑張る 発症当初はなかなか外へは出せないで一人で抱え込む 自分の気持ちを兄弟でも話をしたくない状態であった 自分が一生懸命になってなんでもしてあげなと思って抱え込んでしまった 世間に自分の辛さや弱みを見せたくない 孤独になって自分が抱えてしまっているのを参ってしまう 家族だけで抱えてしまいがち 日々の生活でいっぱいばいばいでどこかに相談できない状態
社会面	偏見	近所の人に知れ渡ることが嫌だった 一般に理解してもらうことは難しい スーパーで周りの人の目が冷たく、珍しい人を見るような差別したような目で見られた 殺虫剤を飲んで救急車や警察が来たとき、周りが偏見の目で見ていた 不登校になって、学校に来さすと言われた 近所から避けられているような感じがした 子どもが「お父さんもう終わってる」って周りの子らに言われた 近所の目があるから、病院は遠い所を選んだ(家族も知られたくないという思いもあり) 兄弟間でも障害は恥ずかしいと感じていた 話してもわかる人が全くだめなので、常識のある目で話ができないのもう隠すしかないと思ってた

結果 表2 ポジティブ発言

カテゴリー	サブカテゴリー	
身体面	恐怖体験	皆さんの話を聞いて、私もふさぎ込んでたらダメだと思った 患者の病状が安定し、ホッとした
	周辺トラブル	自分だけではないと思った 色々大変な思いをされている人もたくさんいるから自分も励みになる
精神面	後悔	今自分にできることを精一杯する
	罪悪感	上を向いて帰れる 笑えるようになった 自分を強く持って前を向いて進むことを心がける
	葛藤	いい時も悪い時も多々あると思うが、皆さんの話を聞きながらいい方向に向かえばいいかと思う 皆さんの気持ちを聞いて、私一人じゃないと思った 自分の人生をまず生きて自分を取り戻してから考えよう 疲れて放っておきたいけど放っておけない、大切な家族への気持ち 子どもから「(患者は)きっと元気になって帰ってくるよ」と言われたとき
	疲弊	長年病氣と闘ってきて、これからも続くであろうけど、でも明るく前向きに進んでいこうと思う 皆様の話の中身に苦労や大変さが感じられ、自分だけが辛いのではない
	抱え込み	いつも話すことで頑張ろうという気持ちになれます 勇気と希望をもらった 皆さんの話を聞かせていただいて、自分のことと共通する部分もあり、すぐに悩みが解決するものではないが、気持ちの持ち方が変わった気がする 頑張っている気持ち、勇気をいただいた 心の中に思っていたものを話して本当に良かった 皆さんと話したら自分の気持ちも整理できる。わからないことを話し合えて、みんな共感することがある 苦しいのは自分だけではない、八方塞がりだったが来て良かった 決して私一人だけが辛いのでは無かった 子どもが助けてくれる存在に成長し、こころにゆとりができた どんな苦しい時でもちよつとでも笑うといい 助けてもらいながら、やっていくことが大事 自分だけで頑張ろうとは思わず、人に助けを求めるのが一番かもしれない
社会面	偏見	一人で抱えていないで、聞いてくれる人がいる限り、自分の思いを言葉にしよと思う 色々な話を聞かせていただき一人じゃないという気持ちになれる 家族の会はやっぱり、同じというのが共感してもらえる (患者が)退院したら希望を持って頑張っていきたいと思う 入院して人のあたたかみに触れて自分のこれからを考えていい方向に向いてくれたらいいなあ

5. 倫理的配慮：研究の趣旨やナラティブの会の内容を記載した用紙を用いて、研究の目的と方法、参加する事で（または、参加しない事で）不利益を患者・家族ともに被る事がない事・研究以外に使用しない事・患者家族のプライバシーを保護する事・ナラティブの会で語りたくない事は語らなくてもよい事、患者・家族の名前は伏せておく等を対象者に伝えて同意を得た。研究結果を発表する際には個人が特定できないよう配慮した。また、アンケートは研究目的以外には使用しない事、本研究が終了次第、記録は破棄する事を説明した。院内の看護倫理委員会において承認を得た。

また、ナラティブの会を始める前に、ナラティブの会の趣旨説明を口頭で行い、ここで話をした内容は一切漏えいしない事を伝え、再度参加・協力の意思を確認した。そしてナラティブの内容分析の為、ナラティブの会中はレコーダーを用いて録音する事を説明し同意を得た。花の名前の名札を使用し、ナラティブの会中は花の名前で呼び合った。また、他の参加者の発言や、自分の語った内容についてメモをとらないよう、プライバシーの保護を再度依頼した。

#### IV. 結果

1回目は参加者10名と多く、発言にばらつきがみられたが、その発言を聞き参加者それぞれが相づちをうったり、共感する所には「私もそうです」などと発言していた。2回目は参加者5名（内3名は

引き続き参加)で、参加経験のある家族のリードもあり、自分の子供・兄弟・配偶者とそれぞれの抱える家族背景は違っていたが、主に発症前の家族の苦悩についての話になった。3回目は参加者4名(全員1回以上参加者)で、一度顔を合わせている家族であった為、ナラティブの会開始から前回の発言で気になっていた事などを質問し合ったりと、家族の中で意欲的に話が出来ていた。4回目は参加者5名(内2名は初参加)で初参加の2名の今までの苦悩を聞き、その他の家族が共感し、同じように体験した事を話し、「うちの所だけではなかったのですね」と共感する発言があった。

### 1.【身体面】

[恐怖体験]:「子供への暴力行為」が出たが、「皆さんの話を聞いて、私もふさぎ込んでたらダメだと思った」へと変わった。

[周辺トラブル]:「学校・施設での暴力トラブルによる電話」「警察沙汰を起こして連絡を受けた」と話が出たが、「自分だけではないと思った」「色々大変な思いをされている人もたくさんいるから自分も励みになる」へと変わった。

### 2.【精神面】

[後悔]:「患者に対してプレッシャーを与えすぎた」「症状を客観的に気付かなかった」「前の状態(健康時)に戻ってくると信じて治療が遅れた」と話が出たが、「今自分にできることを精一杯する」へと変わった。

[罪悪感]:「子供が入院しているのに自分だけが楽しんだりしていいのか」と話があったが、「自分を強く持って前を向いて進む事を心がける」へと変わっていった。

[葛藤]:「患者を連れて帰りたいが、良い時と悪い時の差がありなかなか受け入れる事が出来ない」「子供の時(健康時)と今の状態を比べると辛くなる」と話が出たが、「良い時も悪い時も多々あると思うが、皆さんの話を聞きながらいい方向に向かえばいいかと思う」「皆さんの気持ちを聞いて、私一人じゃないと思った」と変わっていった。

[疲労]:「介護に疲れた」「患者のはげ口がいつも自分でとても疲れた」と話が出たが、「長年病氣と闘ってきて、これからも続くであろうけど、でも明るく前向きに進んでいこうと思う」「皆様の話の中身に苦労や大変さを感じられ、自分だけが辛いのではない」へと変わった。

[抱え込み]:「一人で患者の看病を頑張る」「孤独になって自分が抱えてしまっているのが参ってしまう」「家族だけで抱えてしまいがち」と話が出たが、「皆さんと話してたら自分の気持ちも整理出来る」「助けてもらいながら、やっていく事が大事」「自分だけで頑張ろうとは思わず、人に助けを求めるのが一番かもしれない」へと変わった。

### 3.【社会面】

[偏見]:「近所の人に知れ渡る事が嫌だった」「殺虫剤を飲んで救急車や警察が来た時、周りが偏見の目で見ている」「近所の目があるから、病院は遠い所を選んだ」「兄弟間でも障害は恥ずかしいと感じていた」と話が出たが、「一人で抱えていないで、聞いてくれる人がいる限り、自分の思いを言葉にしようと思う」「家族の会はやっぱり、同じというのが共感してもらえる」へと変わった。

#### IV. 考察

【身体面】患者から受ける[恐怖体験]や[周辺トラブル]から家族自身が不眠などに陥り、慢性疾患を持ち日常生活に支障をきたしていると考えられる。

【精神面】「患者に対してプレッシャーを与えすぎた」という言葉から家族自身が患者への関わり方が過度となり、負担をかけすぎた事が発症のきっかけになっていると自分を責め、[罪悪感]を抱いていると考えられる。また、「症状を客観的に気付かなかった」「前の状態（健康時）に戻ってくれると信じて治療が遅れた」という言葉から自分の家族が精神疾患を発症するなんて、という思いから客観視出来ず、症状が悪化してしまったと自分の行動を[後悔]し、自責感を抱いていると考える。しかし、他の家族の前向きな意見を聞く事で、過去よりも「自分を強く持って前を向いて進む事を心がける」「今自分にできることを精一杯する」という事が大切だと気づき、そして自分の役割を果たそうとする考えに変わっていったと考えられる。

### 考察(精神面)

- 家族自身が患者への関わりが過度となる
  - 患者に負担をかけすぎた
  - →発症のきっかけになったと自分を責める …罪悪感
  
  - 症状を客観的に気づかなかった
  - 前の状態に戻ってくれると信じて治療が遅れた
  - →自分を客観視できず症状が悪化した …後悔
- ↓
- 自分を強く持って前を向いて進むことを心がける
  - 今自分にできることを精一杯する

「患者を連れて帰りたいが、良い時と悪い時の差がありなかなか受け入れる事が出来ない」という言葉から家族自身が患者を受け入れる事について[葛藤]していると考えられる。精神疾患の場合、長期治療が必要で、症状の再燃に伴い自分がどう患者に接すればいいのかと悩み、また自分の接し方が悪かったのではと自分を責め[葛藤]する。その事で家族は無力感を感じていくと考える。しかし、同じ悩みを持つ家族と語り合う事で「良い時も悪い時も多々あると思うが、皆さんの話を聞きながらいい方向に向かえばいいかと思う」「皆さんの気持ちを聞いて、私一人じゃないと思った」と前向きに患者と向きあおうとする気持ちに変化していったのではないかと考える。

- 患者を連れて帰りたいが、良い時と悪い時の差があり、なかなか受け入れることができない
  - →長期治療、症状の再燃
  - →どう接すればいいのか？
  - 接し方が悪かった？ …葛藤
- ↓
- 良い時も悪い時も多々あると思うが皆さんの話を聞きながらいい方向に向かえばいいかと思う
  - 皆さんの気持ちを聞いて、私一人じゃないと思った

「介護に疲れた」「一人で患者の看病を頑張る」という言葉から家族は、自分が患者を看なければならぬという思いから介護に没頭し心身共に[疲労]していくと考えられる。しかし、語り合う事で、「長年病氣と闘ってきて、これからも続くであろうけど、でも明るく前向きに進んでいこうと思う」「皆様の話の中身に苦労や大変さを感じられ、自分だけが辛いのではない」とこれからの生活について前向きに考えられるように気持ちの変化が見られたと考えられる。「患者のはけ口がいつも自分でとても疲れた」「孤独になって自分が抱えてしまっているのが参ってしまう」「家族だけで抱えてしまいがち」という言葉から、家族だけで患者を看なければという思いから家族だけで患者を[抱え込む]事で、社会からの孤立や疎外感を感じていると考えられる。その事で家族はますます[疲労]感が増していくのではないかと考えられる。しかし、同じ悩みを持つ家族と話をする事で、「皆さんと話してたら自分の気持ちも整理出来る」「助けてもらいながら、やって行く事が大事」「自分だけで頑張ろうとは思わず、人に助けを求めるのが一番かもしれない」と第三者のサポートを受けながら患者を支えていこうとする考えに変わっていったと考える。

- 介護に疲れた
- 一人で患者の看病を頑張る
- →自分が患者を看なければ …疲弊



- 長年病氣と闘ってきて、これからも続くであろうけど、でも前向きに進んでいこうと思う
- 皆様の話の中身に苦労や大変さを感じられ、自分だけが辛いのではない

- 患者のはけ口がいつも自分でとても疲れた
- 孤独になって自分が抱えてしまっているのが参ってしまう
- 家族だけで抱えてしまいがち
- →家族だけで患者を看なければ …抱え込み
- →孤立・疎外感



- 皆さんと話してたら自分の気持ちも整理できる
- 助けてもらいながらやっていくことが大事
- 自分だけで頑張ろうとは思わず、人に助けを求めるのが一番かもしれない

【社会面】では、「近所の目があるから、病院は遠い所を選んだ」という言葉から精神疾患に[偏見]がある。家族は、病気を周囲の人々に知られる事によって、周りから偏見の目で見られると思い、病気を告げる事をためらう事が多いと考える。また「兄弟間でも障害は恥ずかしいと感じていた」という言葉から、社会だけでなく兄弟親戚間にさえ病気のことを話せない現状がある。精神疾患患者を持つ苦悩は決して他人にはわかってもらえない、という家族の思いも病気を他者に話す事を躊躇させていると考えられる。しかし、語り合う事で、「一人で抱えていないで、聞いてくれる人がいる限り、自分の思いを言葉にしようと思う」「家族の会はやっぱり、同じというのが共感してもらえる」と同じ境遇を持つ家族ならではの気持ちの変化がみられたのではないかと考える。

## 考察(社会面)

- 近所の目があるから、病院は遠いところを選んだ
  - 兄弟間でも障害は恥ずかしいと感じていた
  - →病気を知られることで偏見の目で見られる …偏見
- 
- 決して他人にはわかってもらえない
- 
- 一人で抱えていないで、聞いてくれる人がいる限り、自分の思いを言葉にしようと思う
  - 家族の会はやっぱり、同じというのが共感してもらえる

滝沢は、家族が家族会と出会い、成長していく段階を4段階に表し、そのうち第2段階に「家族会で同じ悩みをもっている人々と語り合い、心の底で思いを詰めていたことを吐き出して心が軽くなり、悩みが続いても気持ちが安定してくる時期」<sup>1)</sup>と述べている。それぞれが抱える苦悩を自由に語り合う事で、家族自身が自分の体験した事などに重ねて考え共感していたのではないか。その事で家族が持つ気持ちに変化がみられたのではないかと考えられる。

今回の参加者は、抱える背景が違った為、同じ立場で語りあうより苦悩や気持ちの変化に差があったと考える。しかし、抱える背景は違うが、精神疾患患者を持つ家族として、苦悩や今まで体験した事を自由に語り合い、また他の家族の意見を聴く事で気持ちが前向きに変化していったと考えられる。また、4回実施した中で参加者は初参加であったり、連続しての参加であったが1回でも参加し、語り合う事で気持ちに変化が見られるということが分かった。

そのことから、家族同士の関わりの場（ナラティブの会）が重要な場であると考えられる。前年度の研究結果と本研究から家族を対象としたナラティブ・アプローチは効果的であると考えられる。

## VI. 結論

病棟で働いていると看護師－患者という考えになりがちではあるが、患者の背景には家族がいること、家族が発症したことにより、他の家族がどのような苦悩や体験をしたかを知ることが患者理解につながる事がわかった。また、同じ悩みを抱える家族と自由に語り合う事で、気持ちに変化がみられるという事が検証出来た。よって精神疾患患者を持つ家族にとって自由に語り合える場は必要で、癒しの場であると考えられる。

## 結論

- **患者の背景には家族がいること。家族が発症したことにより、他の家族がどのような苦悩や体験をしたかを知ることが患者理解につながる**
- **同じ悩みを抱える家族と自由に語り合うことで、気持ちに変化がみられる**
- **精神疾患患者を持つ家族にとって、自由に語り合える場は必要で、癒しの場である**

## Ⅶ. おわりに

本研究を行うにあたり、当病棟に入院する患者を持つ家族全員に自筆の手紙を郵送し、ナラティブの会への参加を募った。結果、時間の都合で参加できない家族からも、心情を綴った返信の手紙があった。「家族会が無くなってしまったが、またこういう場を設けていただいております」など参加の有無にかかわらず、家族から好意的な意見を貰う事が出来た。そのことから、継続していく事が重要であり、今後の課題であるといえる。

## 謝辞

本研究を行うにあたり、快くご協力くださいました家族の皆様、指導いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 良田かおり：精神障害者の家族理解と家族支援・看護との連携に向けて-2000.2 VOL.27 No.2 通巻第89号pp.27-31, 2000.1.20発行, 特例社団法人日本精神科看護技術協会
- 2) 滝沢武久：ストレス下における家族の自助集団—精神障害者家族会（親の会）の現場から— 家族生活とストレス, 石原邦雄編, 垣内出版, 302-332, 1986

## 参考文献

- 1) 野口裕二：ナラティブ・アプローチ, 2009, 頸草書房
- 2) 野口裕二：物語としてのケア, 2002, 医学書院
- 3) 松枝美智子：精神科長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因：日本版治療共同体における看護師の変化, 日本精神保健看護学会誌12（1）, 45-57, 2003-5-15, 精神科看護第89号, 2000
- 4) 坂田三允ほか著：精神障害をもつ人の看護, 2002, メヂカルフレンド社
- 5) 柴田美恵子：患者対応で受けるストレス軽減の効果-精神科病棟におけるナラティブ・アプローチを用いた看護師への支援の取り組み-2013. Vol.56 No.1 日本精神科看護学術集会誌 182-183

本稿は、日精看滋賀県支部看護研究発表会（滋賀県立男女共同参画センター、H25.11.30、大津）で発表した原稿である。なお、本報告は第39回日本精神科看護学術集会（広島国際会議場、H26.6.8、広島）に於いても発表した。



3-6病棟（精神科入院病棟）にて

# 被害的に受け止めやすく、 周囲への要求が多い統合失調症女性への作業療法

～気分の安定と対処行動の拡大を目指して～

公益財団法人豊郷病院リハビリテーション科

岩田 夏彦

## 1. 初めに

精神科療養病棟に入院している50歳代統合失調症の女性を担当した。他患者や職員に対し被害的で批判や要求が多く、集団活動への参加も難しいため個別に関わることとした。個別の散歩と幻聴への心理教育を行った結果、穏やかさが増し、集団へも参加できるようになった。また日々の調子の波に対処しようとする意欲も出てきた。なお、学会発表の同意は本人より得ている。

## 2. 事例紹介とOT評価

A氏50歳代、統合失調症の女性。兄の結婚前夜から調子が悪くなり、仕事を辞め、宗教団体に入りが家に連れ戻され自閉や独語など精神症状が見られ始める。何度も入退院を繰り返し、今回はX年入院、X+4年にOT処方が出される。

頭痛やふるえ、息苦しさなどの訴えがあり、頓服を要求する。薬の増減、変更の訴えや、小遣い金アップの要求も多い。要求が通らないと動揺しやすく被害的で他患者・職員批判になりやすい。それ以外の話題だと交流はおおむね穏やか。OTプログラムには注察感があり参加できない。面談をするとほとんどが妄想めいた被害的な話になる。「死んだほうがいいんです」と話すこともある。話を中心にせず作業を介した関わりを行い、個別でロールピクチャーや簡単な料理などをしていった。

X+5年、ダイエットを意識し始めたころより、個別での散歩を提案した。散歩中、幻聴によりその場に座り込み動けなくなってしまうことがあった。幻聴が聞こえた時の対処も必要だと説明し、幻聴の心理教育本を用いた話を提案すると了承された。この時期のBPRSは37点、LASMI改訂版は日常生活70%、対人関係75%、労働・課題遂行85%、持続性・安定性37%、自己認識50%であった。

### 3. OTプログラム

A氏の思いを受け止めることを心掛け、主に以下の内容を中心に実施した。どれも継続して参加できた。

- ①散歩（5か月）：病院周辺の散歩範囲内で、週2回のペースで行った。季節や食事、思い出など当たり障りのない話題をしながら、往復約30分を目安にした。気持ちが乗らない時、不調がある時は散歩経路の公園で過ごすようにした。
- ②幻聴の心理教育（4か月）：本と一緒に読むという内容で週1回、約1時間、計8回実施。その後幻聴が聞こえてきた時の対処プランを作成し、実践してもらった。週1回のペースで見直し・修正を行い、計5回行った。

#### 幻聴の心理教育



「正体不明の声」幻覚妄想体験の治療ガイド 対処するための10のエッセンス  
原田誠一／著, 2002.3, アルタ出版

- 筆者がパソコンで打ち直し、一緒に読んでいく。週1回、約1時間、計8回実施。
- 今回は薬については扱わなかった。

- ③WRAP（元気回復行動プラン）（2か月）：幻聴以外にも日常生活における全体的な対処ができるように、幻聴の心理教育の後に導入した。本と一緒に読み、オリジナルのWRAPを計6回で作成し、現在も実践中である。

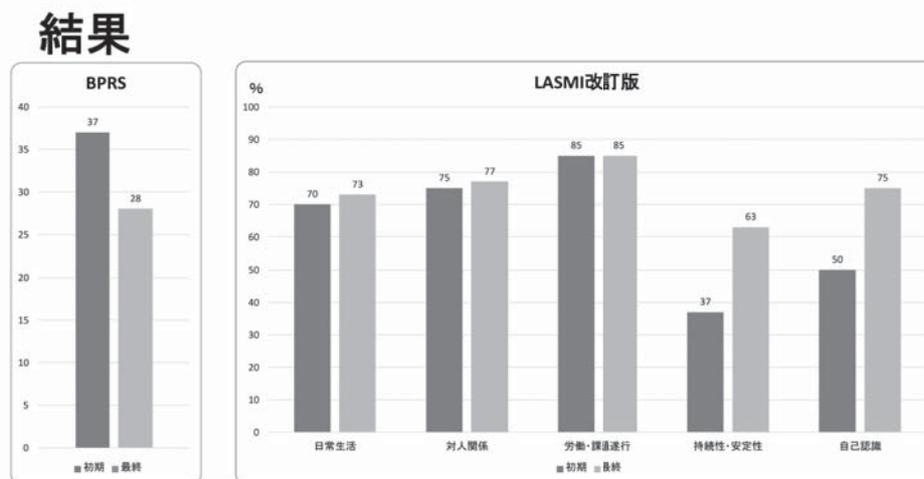
#### WRAP(元気回復行動プラン)



- 発行 工具箱
- 幻聴以外にも(他者とのトラブルなど)日常生活における全体的な対処ができるようになることを目的に導入。
- 本と一緒に読み、オリジナルのWRAPを計6回で作成した。
- その後修正して「日常生活管理プラン」と「調子が悪くなっているとき」に限定したプランにした。

#### 4. 結果

BPRS28点、LASMI改訂版は特に持続・安定性63%、自己認識75%に改善しており、攻撃性が穏やかになり、体操や音楽の集団活動にも参加できるようになっている。また、幻聴は「怖いけど、通らなあかん道やね」と受け入れる発言をしたり、「Nsやケアワーカーの笑顔を見るとうれしいし、ありがたく思って過ごしたい」と語ったりするようになっている。依然として時々他患者や職員への要求はあるが、「通らないとわかっていてもとりあえず言いたい」という姿勢であると話す。被害的になっている時に筆者が話題を切りかえるとA氏も切りかえられることが多い。



#### 5. 考察

散歩による現実的な身体感覚の回復が促され、症状や困りごとについて少し距離を置いて話せるゆとりが得られた。また、個別での関わりの中で、被害的な思いも継続して安定して筆者が受け止めたことがA氏にとって安心感につながった。A氏が「何でそんなに強いんですか？」と筆者に話したことがあったが、筆者を一つのモデルとして認識し、そこに心理教育の要素も重なり、少しだが受け止め方が前向きに変化したと思われる。

本稿は第33回近畿作業療法学会（兵庫医科大学，2013.9.1）にて発表したものである。



3-5病棟（精神科療養病棟）にて

# ケースレポート

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

中江 尊保

【第1症例】 K.D. 29歳 男性

【診断名】 双極性感情障害

【家族歴・既往歴】 特記事項なし

【生活歴】 ○○県で成育、父母と3人暮らし。

【現病歴】 高校卒業後、農業機械の会社に勤務したが、1か月もたないうちに退社した。その後土方の仕事やガソリンスタンドなどの職を転々とした。平成19年3月1日からパチンコ店に勤務したが、遅刻、無断欠勤を繰り返した。そして、次第に気分が高揚し、コンビニで女性店員に付きまったり、暴力をふるったり、無銭飲食をするなど問題行動が続いた。躁状態を疑われ平成19年5月1日（23歳）豊郷病院精神科に初診し、同日医療保護入院となる。著しい躁状態で双極性障害と診断され、治療により症状は軽快し、同年6月27日に退院した。退院後は平成21年3月18日まで外来通院したが、それ以後、通院は途絶えた。平成25年3月頃から再び無銭飲食やタクシーの無銭乗車を繰り返し、たびたび警察に保護された。そして同年3月29日には実家の家財を質屋に持ち出そうとしたのを父が制止したところ一方的に暴力をふるったため、父の通報により警察に保護された。警察署内でも言動はまとまらず精神保健福祉法（以下「法」）第24条による警察官通報がなされた。そして法第29条の2に規定される精神保健指定医（以下「指定医」）の診察命令があり、同日に豊郷病院精神科を受診した。夜間であるため指定医1名の診察が行われた。

【入院時現症】 診察時、易怒的で落ち着かず「エグザイルのソロでCDデビューをします。本当です。入院している場合じゃない」と多弁に訴え診察に抵抗を示す。無銭飲食を繰り返したり、父に暴力をふるったりしたことに反省はなかった。言動にまとまりなく、気分高揚、誇大妄想、興奮を認め、誇大妄想を伴う著しい躁状態であり、自傷他害のおそれが著しいと判断され、法第29条の2により同日緊急措置入院となった。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知した。

【入院後経過】 著しい躁状態であり衝動行為に及ぶおそれが高く、また同日の血液検査ではCPKの著しい高値を認め、悪性症候群が疑われ輸液などの治療が必要と考えられたため、指定医の判断により法第36条第3項に基づく隔離と身体拘束が開始された。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知し必要事項を診療録に記載した。同年4月1日、法27条により県職員立会いの下で指定医2名による診察が行われた。そこでは躁状態で、医療及び保護の為に入院させなければ自傷他害のおそれがあるとの診断結果が一致し、法第29条第1項により措置入院となった。法第29条第3項により県職員がその旨を本人に口頭と書面で告知した。措置入院時より申請者が主治医となった。

身体拘束中は精神症状の推移を毎日頻回に診察し、診療録に記載し、その必要性を指定医と慎重に協議した。治療により悪性症候群は治癒、輸液に加えてハロペリドールを点滴し、精神運動興奮も次第に改善、衝動行為のおそれも軽減した。そこで同年4月1日に拘束は解除しその旨と解除日時を診療録に

記載した。誇大妄想、多弁多動、易怒性は持続しており、指定医の判断により、法第36条第3項に基づき、本人の保護を目的とした隔離は継続された。隔離中は精神症状の推移を毎日診察し、その必要性を指定医と慎重に協議した。リスペリドンを中心とした薬物治療を行い、躁状態が軽減し衝動行為のおそれなくなった為、4月26日に隔離を解除し、その旨と解除日時を診療録に記載した。そして指定医の診察の結果、自傷他害のおそれなくなったと判断され、法第29条の5により措置入院患者の症状消退届を提出し、5月13日に法第29条の4により措置解除となった。指定医がその旨を本人に告知したが、誇大妄想、思考奔逸などの躁症状は残存し、入院継続の必要性はあるものの、病識が無く入院の同意が得られなかったために既に家庭裁判所にて保護者に選任されていた父の同意を得て、法第33条第1項による医療保護入院とした。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知し、法第33条第7項により入院届を提出した。その後も薬物療法を継続した結果、精神状態は改善、実家への外泊を行うも安定していたため医療保護入院のまま5月29日に退院とし、法第33条の2により退院届を提出した。退院後は定期的に外来通院を行っている。

**【考察】** 休日に受診し自傷他害のおそれが著しい躁状態でただちに入院させる必要があった為、緊急措置入院となった例である。後の身体拘束・隔離も患者保護の観点からやむを得なかった。同日に行われた2名の指定医による診察によって措置入院となった。措置解除後も入院継続が必要であり、病識に欠け本人の同意が得られなかったため医療保護入院に変更した。今後は外来通院を途切れさせることなく続けていくことが再燃防止に必要であると考ええる。

**【症 例】** O.K 49歳 女性

**【診断名】** アルコール依存症

**【家族歴】** 特記すべきことなし

**【既往歴】** 軽度精神遅滞

**【生活歴】** 出生時、陣痛は微弱で半日仮死状態であった。初歩、発語は1歳半であり、保育園に3年通ったが協調性に乏しかった。小学3年より登校拒否となり、児童相談所に何度かかかり、小学5年から特殊学級に通学した。中学校に1学期のみ通学し、その後〇〇学園に3年間通学した。その後〇〇〇〇作業所に通所したが、気分のむらがあり、根気が無く、仕事はあまりできなかった。かつとし易く、おもちゃや茶碗を投げ、時々家を飛び出して帰らなかった。昭和56年6月27日豊郷病院精神科（当科）に受診し、知能検査（鈴木ビネー式）によりIQ=72で軽度の精神遅滞とされた。

**【現病歴】** 父が平成18年4月23日に他界した後、患者の行動を抑える役目をする者がいなくなったことから、昼からビールを飲んだり、パチンコに通うことが多くなった。パチンコに負けると酒を飲み、家族に暴言を吐いたり、暴力を振るったりしている。そして、平成18年6月5日には酒を飲んでパチンコに行くのを母が制止したところ、包丁を持って暴れたため、平成18年9月12日まで当院に医療保護入院となった。退院後、一時酒は飲まなくなっていたが、平成18年10月頃より再飲酒し、1日に日本酒を4升ほど飲み、酩酊による暴力行為が頻回となっている。そして、10月26日から31日まで長浜日赤整形外科に手根管症候群で入院した際、幻視を主とする幻覚妄想状態に陥ったが、アルコールの離脱症状と考えられている。その後、泥酔して路上で寝ているところを警察に保護され、平成20年8月21日から同年9月11日まで当院に医療保護入院となっている。退院後は抗酒剤であるシアナマイドの服

用を勧めていたが、アルコールを止めることは出来なかった。結局、家人の希望による医療保護入院や自らが希望する任意入院が繰り返され、当院では計8回の入院歴がある。

**【入院時現症】** 豊郷病院精神科を平成24年1月5日に退院後、平成24年11月30日に本人の希望で滋賀医科大学精神科へアルコール依存症で入院したが、病棟の指示に従わず飲酒したため12月3日に強制的に退院させられたとのことである。その後も飲酒による問題行動が多発し、タクシー料金を窃取したり、女性の首を絞めたりして警察に保護され帰宅することが再三に及んだ。そこで、平成25年10月18日に滋賀医大からの紹介状を持参し当科を受診した。精神保健指定医（以下「指定医」）の診察の後、すでに家庭裁判所にて保護者に選任されていた母親の同意を得て精神保健福祉法（以下「法」）第33条第1項により同日医療保護入院となった。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知し、法第33条第7項により入院届を提出し、入院時より申請者が主治医となった。

**【入院後経過】** 入院後、警察に保護された事件はいずれも窃盗や傷害であり、立派な犯罪であることを説明し、このようなことを引き起こした飲酒は今後、絶対に止めるように繰り返し説明した。患者は「すみません、もう絶対にお酒はやめます」と謝ったが、どこまで真剣に考えているのか疑問が残った。そこで、毎朝必ずシアナマイドを服用するように指示し、入院中に何度か飲酒テストを行うことにした。断酒会などの自助組織への参加は、近隣の地区にそのような会がないこと、知的レベルが少し低いこと、そして女性であることから積極的には勧めなかった。第一回の飲酒テストは、日本酒を1合用意して平成24年11月28日に試みたが、患者は「臭いで気分が悪くなる。もういやです」と言って、日本酒を飲もうとはしなかった。その後も、飲酒テストを試みたが、「もう結構です。口にまでもっていっただけで気持ち悪くなる」と言い、日本酒に口をつけようとはしなかった。そこで、退院後もシアナマイドの服用を続けることを条件に、平成26年2月14日に医療保護入院のまま退院とした。そして、法第33条の2により退院届を提出した。なお、入院中にアルコールの離脱症状は見られなかった。退院後は豊郷病院精神科の外来通院を続け、毎朝シアナマイドの服用は続けているとのことである。

**【考察】** 41歳時に父の死をきっかけに飲酒をはじめ、次第に増量して依存が生じ、泥酔しては社会的迷惑行為を繰り返している軽度精神遅滞の患者である。今回の入院では不法行為に対する病識が不十分であり、医療保護入院とせざるを得なかった。最近も飲酒しては救急搬送されており、知的レベルが低いために断酒の継続のためには、繰り返し丁寧に指導を続けるしかない。

**【症 例】** O.Y 10歳 女性

**【診断名】** 広汎性発達障害

**【家族歴・既往歴】** 特記事項なし

**【生活歴】** ○○県にて生育。両親、妹との4人暮らし。

**【現病歴】** 乳幼児期より、誰にでも体を寄せて甘えるなど人見知りが全くなく、一人遊びをして過ごすことが多く同年代の子供と交流に乏しく、多動傾向が大きいといった特徴がみられ、3歳時より療育指導を受け広汎性発達障害と診断された。小学校入学後は特別支援学級。入学後他の児童とのトラブルが多く、他の児童や教師への暴言暴力が激しくなり、児童に怪我を負わせたことを契機に平成25年1月（10歳）より南彦根クリニックで通院治療を開始する。心理テストにより精神遅滞は認められなかった。通院加療を開始した後落ち着いた状態で経過していたが、同年4月に担任教師が変わったことを契機に

問題行動が再燃し、母への暴力が出現し、家庭内暴力が激しくなり、警察がたびたび介入する事態となった。そこで平成25年9月20日（10歳）豊郷病院精神科に紹介され受診した。

**【入院時現症】** 当日朝から、部屋の物を壊し、周りの人に殴る、蹴る、噛みつく、引掻くなどの暴力が続いたため、両親より警察に通報があり、警察官が介入するもおさまらず、両親、警察官、保健師に伴われて来院した。診察時、本人の身体にはあちこちに擦過傷があり、暴れ続けて疲れていた。診察室では泣きじゃくりながらもおとなしく診察を受けた。精神保健指定医（以下「指定医」）の診察の結果、著しく情動が不安定であり、衝動性・粗暴性の亢進を認め、入院治療が必要と判断され、その旨の説明が行われたが、病識に欠け、入院の同意が得られなかった。未成年者である為、親権者である両親双方の同意を得て、精神保健福祉法（以下「法」）第33条第1項により、同日医療保護入院となった。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知し、法第33条第7項により入院届を提出した。入院時より申請者が主治医となった。

**【入院後経過】** 入院時、衝動行為の可能性が著しく高い状態と判断され、指定医が診察した結果、法第36条第3項に基づき本人の保護を目的のために隔離を開始した。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知し、その旨と開始日時を診療録に記載した。当初は「ママに会いたい。出して。」と訴えて泣く場面も見られたが、面接で支持的に接すると、間もなく落ち着いた。基本的には本を読んでおとなしく過ごしたが、精神的負荷がかかると、壁に落書きをしたり、トイレットペーパーや雑誌の切れ端をトイレに詰める行為が時々見られた。入院中、胸部レントゲン、頭部CT、血液検査、脳波の検査をしたが抵抗なくスムーズに施行でき、いずれも特別な異常所見を認めなかった。オランザピン5mg投与し、面接では支持的に接することを心掛けた。不穏、暴力行為、衝動性が治まり、9日間の入院により平成25年9月29日に退院となった。

**【考察】** 対人的相互反応の著明な障害、多動傾向、見通しがつかないと他児や教師への暴言・暴力、自傷、パニックが出現することなどから広汎性発達障害と診断された症例である。暴行、自傷が著しく緊急避難のため入院治療は必要であったが同意を得られず、医療保護入院は妥当であった。周囲の環境要因が引き金となり問題行動が顕在化した。入院によって周囲からの刺激が少ない環境でクールダウンができた。母親の育児ストレス、疲労感が非常に強いケースであり、育児ストレスや疲労感に対する家族への周囲のサポートが重要であると考え。今回の入院により、母親にとって冷静に子どもと向きあう機会ができたことも有意義であったと考える。今後も家族を含めたサポートが必要である。

（本報告は、精神保健指定医のためのレポートの準備草稿である）

# ケースレポート

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

堀川 健志

【症 例】 T.M 40歳 男性

【診断名】 統合失調症

【既往歴】 特記事項なし

【生活歴】 ○○府に出生。4歳から38歳まで△△府で暮らす。成育歴に特記事項なし。

【現病歴】 高校卒業後1～2年は問題なく、平成5年11月から運送屋のアルバイトをしていたが平成6年11月で突然辞め（20歳）、その後は閉居がちになり友人との交流も避けるようになった。平成8年5月より△△府の精神科開業医に通院するようになるも薬疹が出たとのことで通院をやめ、同年9月より別の開業医に通院加する。しかし、平成11～12年頃より「薬漬けにされる」と言い出し自己判断で通院をやめた。その後、2～3年間アルバイトをした時期もあったが、平成15年頃からは車で買い物に行く程度の外出しか行わなくなった。自宅では苛立って壁を蹴ることがよくみられた。平成19年、発言内容の不自然さ、髪や髭を伸ばしっ放しにしていることから家族が精神科開業医に相談し、以後抗精神病薬を本人には内緒で飲み物に混ぜて投薬するようになった。その後、平成24年に○○県○○市に転居する。

平成26年3月29日深夜、「携帯電話の使い方が分からない」「電話がとれないと殺される」と不穏状態となり、会話内容は意味不明であった。翌朝より一見普段通りに過ごすも落ち着きなく、ほとんど寝ていない様子だった。また飲食する姿を家人が見かけなくなった。4月2日、夜間に両親の部屋を急に開け、理由を聞かれると「何でもない」と答えていたものの、何かが居ると思った様子であった。4月3日、突然○○県内の著名な神社に行こうと思い立ち、家族に黙ってバスと電車で神社に向かった。「帰依」するために「お金・名前・住所など全てを捨て去って無になろうと」考え、神社近くの駅で所持金を財布ごと捨て、一度は脱衣もした。更に、無になったならばホームから空中に足を踏み出してもそのまま歩いていけると考えたがホーム下に転落、上顎部を受傷した。その後、線路上に居るところを発見されて駅員に注意を受けたところ、相手に暴言、暴行を加えて警察に通報され逮捕された。取調べでは不可解な発言が多く、精神保健福祉法（以下「法」）第23条による警察官通報がなされ、法第29条の2に規定される精神保健指定医（以下「指定医」）の診察命令あり、同日豊郷病院精神科救急外来受診となった。緊急のため指定医1名による診察が行われた。

【入院時現症】 警察官により手錠、腰紐で拘束を受けた状態で来院する。質問に対し、氏名や生年月日等以外の返答はほとんど得られず、逮捕時の状況についての質問に明瞭な返答はなかった。著明な発汗から強い緊張が伺われ、被害的な内容の病的体験を思わせる言動を認めた。指定医の診断の結果、精神運動性興奮、被害関係念慮あり、自傷他害のおそれから法第29条の2によるいわゆる緊急措置入院となった。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知した。

**【入院後経過】** 救急外来での指定医の診察後、強い興奮状態のためフルニトラゼパム・生理食塩水混合液を緩徐に静注して鎮静を得た。その後、採血所見などから脱水及び上顎部外傷による急性炎症の所見が得られ、感染増悪も予想されたため輸液療法が必要と考えられたこと、また粗暴行為に及ぶ恐れあり、入院と同時に指定医の判断により法第36条第3項に基づく隔離と身体拘束が開始された。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知し、必要事項を診療録に記載した。翌日の同年4月4日、法第27条により県職員立会いの下、指定医2名による診察が行われた。そこでは統合失調症で、医療及び保護の為に入院させなければ自傷他害のおそれがあるとの診断結果が一致し、法29条第1項による措置入院となった。法第29条第3項により県職員がその旨を本人に口頭と書面で告知した。

身体拘束中は精神症状の推移を毎日頻回に診察し、診療録に記載し、その必要性を指定医と慎重に協議した。そして、内服に応じられる程度まで興奮が落ち着いたので、4月4日夕からオランザピン20mg/日を内服投与した。しかしその後も1週間ほどは夜間を中心に不穏が頻回にみられ、フルニトラゼパムやレボメプロマジンを眠前に内服投与したうえ、必要に応じハロペリドール5mgを点滴静注した。そして、不穏が改善され、粗暴行為の恐れが軽減したため4月14日に拘束を解除し、その旨と解除日時を診療録に記載した。しかし依然として被害妄想、病識のなさや服薬への抵抗感等は持続しており、指定医の判断により法第36条第3項に基づき、本人の保護を目的とした隔離は継続された。隔離中は精神症状の推移を毎日診察し、診療録に記載し、その必要性を指定医と慎重に協議した。薬物療法により被害妄想が軽減し病識がみられ始めた為、4月22日に隔離を解除し、その旨と解除日時を診療録に記載した。そして指定医の診察の結果、自傷他害のおそれなくなったと判断され、法第29条の5により措置入院患者の症状消退届を提出し、4月28日に法第29条の4により措置入院を解除とした。指定医がその旨を本人に告知したが、被害関係心慮は残存し、入院継続の必要性はあるものの病識の乏しさにより入院継続の同意が得られなかったため、保護者としての父の同意を得て、法第33条第1項による医療保護入院とした。指定医がその旨を本人に口頭と書面で告知し、法第33条第7項により入院届を提出した。その後も薬物療法を継続した結果、妄想的発言・内服への抵抗感の表出とともに入院後2ヶ月で全くみられなくなった。実家への外泊を行うも精神状態は安定していたため6月29日退院とし、法第33条の2により退院届を提出した。退院後は地元開業医への定期的な外来通院を行っている。

**【考察】** 自傷他害のおそれが著しい状態で救急外来を受診し、ただちに入院させる必要があった為、緊急措置入院となった例である。後の身体拘束・隔離も患者保護の観点から必要であった。入院翌日に行われた2名の指定医による措置によって措置入院となった。措置解除後も病識に欠け、入院継続が必要であるも本人の同意が得られなかったため、医療保護入院とした。

4月23日でレボメプロマジン内服は終了、5月14日よりフルニトラゼパムを4mgから漸減し6月4日より1mg/日で維持量とした。6月4日よりオランザピンを漸減し、6月11日から10mg/日で維持量としたが症状再燃はみられなかった。入院前は自宅で自閉的な生活をしてきたことから、退院後の作業所への通所を視野に入れて5月8日より作業療法を開始し、6月上旬からは週5日まで頻度を増やした。5月中旬から数回の帰宅・外泊を試み問題ないことを確かめた上で6月29日に自宅退院とした。

患者、患者家族ともに自宅近くの精神科通院を希望したため、先方での通院加療継続を依頼する紹介状を作成し、退院後の作業所通所の開始時期等に関しては転院先の医師の指示に従うよう伝え

た。今後、社会的な関わりを増やすことにより、通院加療の長期的な継続・症状再燃が防止されるものと思われる。

(本報告は、精神保健指定医のためのレポートの準備草稿である)



豊郷病院デイケア棟裏庭に咲くトキワハゼ

# 研究業績

## 平成25（2013）年度研究業績

### 原著論文等

1. 林 拓二：修正型電気療法について．豊郷精神医学研究所年報、第3報、1 - 2, 2013
2. 林 拓二：カタファジーについて．豊郷精神医学研究所年報、第3報、102-109, 2013
3. 林 拓二：内因性精神病の長期経過と転帰に関する研究－豊郷病院での研究計画書．豊郷精神医学研究所年報、第3報、110-119, 2013
4. 白井 隆光：修正型電気治療の適応疾患について．豊郷精神医学研究所年報、第3報、11-14, 2013

### 学会発表など

1. 白井 隆光：電気けいれん療法について．修正型電気けいれん療法説明会、豊郷病院、2013.04.13、豊郷
2. 林 拓二：治療と矯正、そして共生－精神医療の基本－．看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2013.5.9、豊郷
3. 林 拓二：精神医療の過去と現在、そして未来．看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2013.5.16、豊郷
4. 林 拓二：一級症状について－精神科症状学－．看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2013.5.23、豊郷
5. 林 拓二：統合失調症と躁うつ病の中間領域．看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2013.5.30、豊郷
6. 柴田美恵子 仮屋隆史 松井理沙：患者対応で受けるストレス軽減の効果～精神科病棟におけるナラティブ・アプローチを用いた看護師への支援の取り組み～第38回日本精神科看護学術集会、仙台国際センター、2013.6.1、仙台
7. 林 拓二：法と精神医学－精神鑑定について－．看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2013.6.6、豊郷
8. 林 拓二：全生活史健忘（解離障害）に生物学的基盤はあるか．看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2013.6.13、豊郷
9. 成田 実：看護に苦勞する人、しない人、認知症の治療・解後の工夫．滋賀県老人保健施設協会研修会、豊郷小学校旧講堂、2013.6.28、豊郷
10. 成田 実：BPSD症状に対する薬物療法．野洲病院研修会、野洲病院、2013.7.25、東近江
11. 成田 実：家族が気付く認知症の早期発見と家族の対応．介護家族のつとめ「ほっこり」研修会、彦根市福祉保健センター集団指導室、2013.8.17、彦根
12. 岩田夏彦：被害的に受け止めやすく、周囲への要求が多い統合失調症女性への作業療法～気分の安定と対処行動の拡大を目指して～．第33回近畿作業療法学会、兵庫医科大学、2013.9.1、西宮
13. 白井 隆光：精神科修正型電気療法について．愛知犬上医師連絡会 豊郷病院、2013.09.13、豊郷

14. 成田 実：レビー小体型認知症について. 難病従事者研修会、東近江総合医療センター、2013.11.23、東近江
15. 中村祥子 西川由希子 仮屋隆史：精神疾患患者を持つ家族の思いの変容－病棟看護師が家族にナラティブ・アプローチを行って. 日精看滋賀県支部看護研究発表会、滋賀県立男女共同参画センター、2013.11.30、大津
16. 林 拓二：法と精神医学－精神保健福祉法について－.看護研究会、豊郷病院、2013.12.19、豊郷
17. 高橋英彦：脳画像から見た向精神薬の副作用とその対処. 豊郷精神医学研究所新春学術講演会 豊郷病院、2014.1.30、豊郷
18. 成田 実：介護ストレスについて. 豊郷病院公開セミナー、豊郷病院、2014.3.29、豊郷

### 随想など

1. 堀尾素子：私の看護観－看護実践の振り返りから. 豊郷精神医学研究所年報、第3報、70-71、2013
2. 白井隆光：精神科修正型電気治療について. 医心伝心、No.38、2013

### 著書

なし

### 精神鑑定

3. 林 拓二：覚せい剤取締法違反事件－覚せい剤嗜癖 2013
4. 林 拓二：成人後見開始の審判－中等度精神発達遅滞 2013
5. 林 拓二：コンビニパン万引き事件－類破瓜病 2013
6. 白井 隆光：賽銭泥棒事件－前頭側頭型認知症 2013
7. 白井 隆光：傷害・放火等脅迫事件－妄想型統合失調症および軽度精神発達遅滞 2013
8. 白井 隆光：成人後見開始の審判－統合失調症 2013



犬上神社境内（犬上郡豊郷町）

# 公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所 所員

(平成26年3月1日現在)

所長	林 拓二 (京都大学名誉教授)	所員	白井 隆光
顧問	山田 尚登 (滋賀医科大学精神科教授)	所員	堀川 健志
顧問	村井 俊哉 (京都大学精神医学教授)	所員	木村 千江
所員	成田 実	所員	堀尾 素子
所員	中江 尊保	所員	石田 正樹
所員	世一 市郎	所員	木津 賢太
所員	上原美奈子	所員	菅原 幸一
所員	高橋 英彦	秘書	森 香織
所員	義村さや香		



豊郷病院の近隣にある「犬上の君」屋敷跡 (犬上郡豊郷町)

## 編集後記

ここに豊郷臨床精神医学研究所年報第4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。とりわけ作業療法士や看護職員の実践報告は貴重なものであってここに掲載させていただきました。看取りの看護についての2編の論考が寄せられましたが、これから極めて大きい問題になると思われるものの、大変難しい内容であるために十分な考察を加えた上で、次回の第5号に収載することとしております。

今年の4月から豊郷病院の精神科には常勤医師として小林恭子先生が加わり、常勤医は合計6名となりました。昨年の堀川に続き、大学に入局せずに直接豊郷病院に就職することを選択していただきましたので、我々としては大学に負けない十分な指導体制を保障し、非常勤の3名の先生方の力も借りて臨床・研究の体制を充実してゆこうと考えています。臨床精神医学研究所の将来も非常に楽しみになってきました。白井隆光先生を中心とした修正型電気療法も定着し、若い先生方が少しずつ力をつけ、研究成果を次々に発表されるものと期待しております。

最後になりましたが、本誌の出版には豊郷病院法人統括本部長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。

(H26.9.9 編集委員 林 拓二・堀川健志・森 香織)



管山寺山門の千年ケヤキ（湖北・木之本）

# 豊郷病院

内科、循環器科、消化器科、心療内科、呼吸器科、呼吸器外科、外科、肛門科、泌尿器科、皮膚科、脳神経外科、整形外科、婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科、精神科、神経科、歯科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、放射線科  
TEL 0749(35)3001 FAX 0749(35)2159

認知症疾患医療センター

## オアシス

TEL.0749(35)5345  
TEL.0749(35)3003 (夜間・日曜・祝日)

## 介護老人保健施設 パストラルとよさと

TEL.0749(35)3002 FAX.0749(35)3122

居宅介護支援センター

## MAX マックスとよさと

TEL.0749(35)0151 FAX.0749(35)3122  
(パストラルとよさと内)

居宅介護支援センター

## MAX マックスUこね

TEL.0749(21)4800 FAX.0749(21)2810  
(レインボウUこね内)

ヘルパーステーション

## FINE PONG ピンポンとよさと

TEL.0749(35)0150 FAX.0749(35)3122  
(パストラルとよさと内)

訪問看護ステーション

## レインボウとよさと

TEL.0749(35)3035 FAX.0749(35)4799

訪問看護ステーション

## レインボウはたしろう

TEL.0749(37)8181 FAX.0749(37)8182

訪問看護ステーション

## レインボウひこね

TEL.0749(21)2855 FAX.0749(21)2810

訪問看護ステーション

## レインボウ たか

TEL.0749(37)8181 FAX.0749(37)8182

訪問リハビリテーション

## アイルとよさと

TEL.0749(35)3001 FAX.0749(35)2159

彦根市デイサービスセンター **きらら**  
彦根市地域包括支援センター

彦根市グループホーム **ゆうゆう**

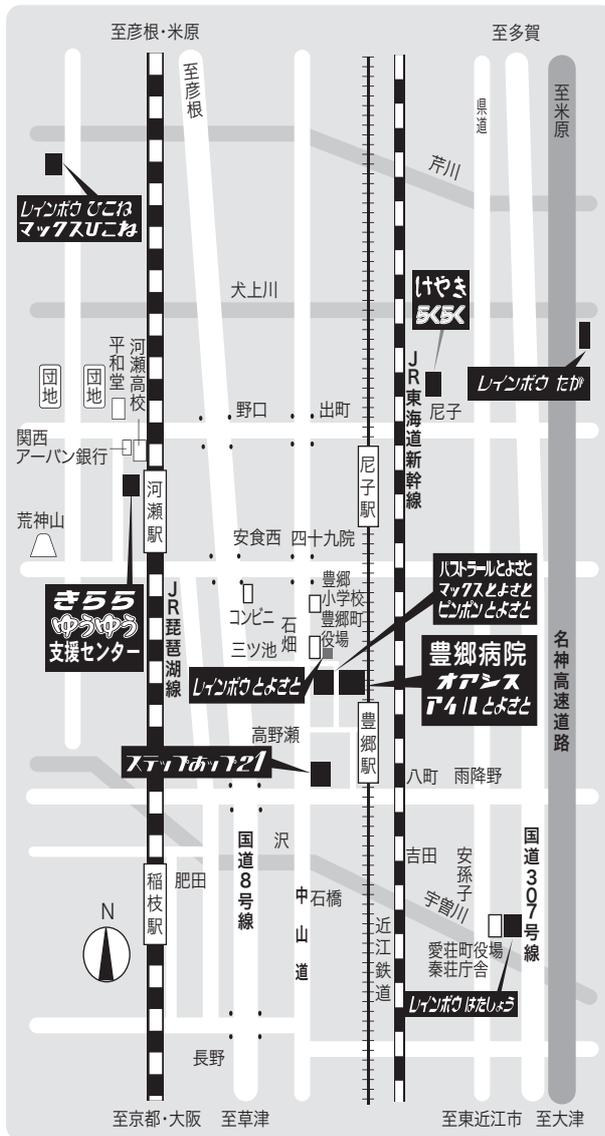
TEL.0749 デイサービス (28)7353 FAX.0749(28)9322  
支援センター (28)9323 (28)9322  
グループホーム (28)7662 (28)7662

甲良町デイサービスセンター **けやき**

甲良町グループホーム **らくらく**

デイサービス TEL.0749(38)8181 FAX.0749(38)8180  
グループホーム TEL・FAX 0749(38)8182

### グループ施設



### 交通アクセス

#### ■電車利用の場合

JR河瀬駅または稲枝駅から車で10分  
JR彦根駅から車で20分  
近江鉄道 豊郷駅から徒歩1分

#### ■電車利用の場合

名神彦根I.Cから20分  
国道8号線 高野瀬交差点を東へ5分

2013(平成25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. 4

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)