

公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所年報

第5巻

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 5

2014年（平成26年度版）



公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所

Toyosato Institute of Clinical Psychiatry

目次

巻頭言

焦らず、慌てず、諦めず（林 拓二）…………… 1

ごあいさつ（友吉 唯夫）…………… 3

公益財団法人豊郷病院基本理念・公益財団法人豊郷病院精神科沿革…………… 4

原著論文・総説など

1. 非定型精神病こそが精神病研究の突破口となり得る（林 拓二）…………… 7
2. 身体合併症を有する昏迷状態の高齢者に対し修正型電気けいれん療法が奏効した一例（白井隆光）…………… 25
3. 心理療法を通じてパチンコに費やす金額が減った事例（木津賢太）…………… 28
4. 患者の家族や医療・福祉関係職員の父性的・男性的対応が不十分であるために、患者の状態改善が遅れたと思われる5症例（堀川健志）…………… 35

講演記録

5. 摂食障害の臨床－見立て・治療・社会支援－（野間俊一）…………… 42
6. 知っていますか？認知症のこと（成田 実）…………… 51

看護研究

7. 閉鎖病棟におけるおやつ摂取に関する実態調査（能美峰子、中村祥子、西川由希子）…………… 62
8. 認知症患者との関わりを通じた再構成からの気付き－ウィーデンバック・ユマニチュードを用いて－（藤野恵子）…………… 66
9. 長期入院の終末期患者を支える医療従事者の役割（仮屋隆史）…………… 74

精神鑑定

10. 万引き緘黙事件－ヒステリーか潜伏性統合失調症か（林 拓二）…………… 77
11. 常習万引き幻聴事件－統合失調症および摂食障害（林 拓二）…………… 84
12. 傷害事件－抑うつ神経症（白井隆光）…………… 88
13. 公務執行妨害事件－統合失調症（林 拓二）…………… 91
14. 保佐開始の審判－自閉症スペクトラム障害（白井隆光）…………… 96
15. 暴行傷害緘黙事件－統合失調症（林 拓二）…………… 100
16. 後見開始の審判－脳血管性認知症（白井隆光）…………… 109
17. 万引き幻聴事件－統合失調症（林 拓二）…………… 113
18. 睡眠剤傷害事件－アルコール依存症（林 拓二）…………… 118

症例報告

19. 感情負荷パラフレニー（Leonhard, K）の一例（林 拓二）…………… 123

研究業績（平成26年度）…………… 135

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員…………… 139

編集後記…………… 140

表紙写真：炎天下に咲く百日紅（サルスベリ）

焦らず、慌てず、諦めず

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所長

林 拓二



もう40年くらい前になるだろうか、私が精神科医になって少しは自信も出来始めた頃のことである。「自分は死ななければならない宿命である」と言う強固な妄想に囚われていた女性患者がいた。私の同僚が、もちろん薬物療法をつづけながらも、濃密な精神療法的な治療を行っていたのであるが、体系的な血統妄想は揺らぐことなく、頻回に自殺企図を繰り返したことから、私が主治医を引き継ぐことになった。

当時、私が勤めていた病院の女性入院病棟には保護室がなかった。そこで、自殺企図を繰り返す患者はベッドに拘束し、薬物を静脈点滴あるいは筋肉注射するしかなかった。他の手段としては電気けいれん療法の選択があったくらいである（インシュリンショック療法は看護の負担が重く、現実的な選択にはならなかった）。電気けいれん療法が抑うつ状態による自殺念慮に劇的に奏功することを経験上知っていたが、頑固な妄想による自殺企図にどのような効果が見られるのかは分からなかった。しかし、主治医としては、長期の拘束を避けるために、電気けいれん療法の選択を考えざるを得なかった。

電気けいれん療法（ECT）を施行した後、妄想が減弱したようには見えなかったが、自殺企図（病棟の高所から、頭を下に向けて飛び落ちる）は無くなった。しかし、1-2週間後に、再び自殺企図が試みられ、その都度、ECTを施行していた。このようにして、患者をベッドに拘束することはなくなったものの、頻回のECTを施行するしかなかった。そして、この患者に対するECTは行動療法的な意味しかないのではないか、あるいはまた、私はECTに別の効果を期待しているのではないのかとも考えて、私自身、精神科における治療とは何かを深く考えざるを得なかった。

このような話をするのも、最近「死ね、死ね」という声がするからと自分の首に着衣（下着）を巻きつけ窒息しようと試みる女性患者がいるからである。「幻聴がうるさくて何とかして下さい」と自ら希望して入院して以来9カ月になるが、病状は改善するどころかますます増悪し、任意入院から医療保護入院に変更するしかなかった。そして最近では幻聴に支配されて頻繁に自殺企図を繰り返している。もちろん、近年、発売された新薬を一つ一つと試みたものの（当院ではまだクロザピンが採用されていない）、病状は悪化すれども軽快する兆しは認められない。

製薬会社の宣伝を信じるとすれば、精神科薬物療法は劇的に進歩しているのであろうが、この40年の時を隔てて私が感じるのは、精神医療をめぐる状況、すなわち、精神医療状況が大きくは変わった点（精神科病院での精神障害者の処遇など）を認めるにしても、精神医学に大きな進展があったとは思えない。精神障害の病因はなお不明であり、精神科診断学はなお混迷を極めていると言わざるを得ないのは、近年アメリカ精神医学会が改訂発表したDSM-5を見ても明らかである。昔も今も、精神療法あるいは薬物療法などの身体療法によって寛解する患者は多いが、また再発する患者も少なくない。家族に支えられて辛う

じて外来通院を続ける患者や、あらゆる治療に抵抗して長期の入院治療を余儀なくされる患者はなお多い。そのような患者さんの診療には、今なお多くの困難を感じざるを得ないのが現状である。家族によっては、「先生、早く治してやってよ。先生は精神医学研究所の所長さんでしょ!」と皮肉る?者もいて、私としては「焦っては駄目、時間をかけて治してゆこう」と、何十年来の決まり文句で応答するしかない。

先ほど紹介した幻聴によって自殺企図を繰り返す患者には、40年前と同様、現在でもベッドに拘束して薬物の点滴静注、あるいは着衣に十分注意しながら隔離室を使用するか、あるいは修正型ECTを選択するしかない、のかもしれない。

ただ、現今の精神医療では、患者家族と多くの情報を共有しながら治療を進めていかなければならないために、治療者にとっては以前とははるかに面倒な配慮が求められている。インターネットには様々な情報があふれているようで、家族はそのような情報に基づいて治療者に訴える。「精神医療は開放的に行うべき」というのは、我々の世代の精神科医師が繰り返し唱えたスローガンであるが、病識が全くない患者を開放病棟で看護し治療するのは極めて困難であることは、臨床の現場を知る者にとっては常識であろう。しかし、家族は時として次のように訴える。「保護室などに入れられたら、私でもおかしくなりますよ。閉鎖ではますます悪くなるばかりです。何とかなんのですか」と。残念ながら、我々はこのような場合「出来るだけ開放で診るようにしたいが、今の病状では保護室でしか診れない。不満であるなら自宅で看護しなさい」と言うしかない。また、家族は時に「精神病のクスリで突然死することがあると書いてありました。そんな恐ろしいのは使わんで下さい。カウンセリングや漢方薬では治らなんのですか」と言う。たしかに、患者・家族の疑問に一つ一つ丁寧に説明しても納得してもらえず腹立たしくなる時もあるが、その苛立ちの対象は、患者・家族ではなく、自分、あるいは現在の精神医学の状況に向けられるものであろう。現在では、書面で十分なインフォームド・コンセントを得ることが必要不可欠となっており、医療者にとっては面倒ではあるにしても、精神医療の進歩と言わざるを得ない。修正型ECTなどの治療においても、現在では「ECTでの治療による死亡の確率は1万人に一人です」などと説明する。患者は「その一人に私になることもありですね」とは言うが、病状による場合もあろうが、何となく了承してもらえることが多い。

精神医療の要諦は「1に我慢で、2に我慢、3・4がなくて5に我慢」であるのは、今も昔も変わらない。そして、精神病に対処するには、「焦らず、慌てず、諦めず」と唱えざるを得ないのは、患者・家族はもとより医療者自身にとっても同様である。診察の場面で、私が最も重宝している言葉である。



紫蘭の剣葉にとまる赤蜻蛉（アキアカネ）

ごあいさつ



公益財団法人 豊郷病院 代表理事・名誉院長
介護老人保健施設パストラルとよさと 施設長
附属准看護学院 学院長

友吉 唯夫

私たちの公益財団法人 豊郷病院は、ことし（2015）創立（開院）90周年を迎えております。先輩たちが努力を重ねて維持してきた結果として、今日の（公財）豊郷病院が存在しております。縁あってこの節目の年に（公財）豊郷病院の職員である私たちは、この先人たち、そして、この病院を支えてくださった多くの人びとに感謝することにより、90年の伝統を誇る資格が与えられるものと理解しております。

伝統はともすれば発展のさまたげになることがあります。伝統の上に安住し、外部の人びとが信頼を寄せてくれて当然という幻想に陥るのです。しかし、患者さんは単に歴史のある病院だからということだけでは受診されません。自分を心身の苦痛から解放してほしい、その力がその病院にはあるだろうと期待するからこそ訪れていただけるのです。その期待に応えてくれないとわかれば、引き続いて受診することはなくなり、他院へ移ったりすることになります。

医療領域の技術面の進歩は、IT関係をはじめ、最近めざましいものがあります。伝統だけで病院が評価されることはなく、つねに病院力の向上が求められております。さらに、2025年を見据えた医療・介護の変革が国家的規模ではじまりつつあります。人口動態と連動した病床数再編などの計画も具体化されようとしております。そのような時期の（公財）豊郷病院附属臨床精神医学研究所の一年の歩みが記録された年報となりました。今後とも（公財）豊郷病院へのご支援をよろしくお願いいたします。

2015（平成27）08.31

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随できるように、人材、医療機器、設備を整える責任があ

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

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

公益財団法人 豊郷病院

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



伊藤忠兵衛旧宅（豊郷町）

非定型精神病こそが 精神病研究の突破口となり得る

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

1. はじめに

私が精神科医となったのはいわゆる大学紛争の直後であり、大学の先生からは「自分達が教えることは何もない、精神病院で患者さんと格闘しながら、自分で新しい精神医学を創り上げるのだね」との助言もあって、私は同僚とともに私立の精神病院に就職し、全く先入見なしに患者を診ることから始めました。そして、出来れば自分の「精神医学」と思っていたのですが、ずぶずぶの臨床の中で数年間を過ごした後、抜き差しならぬ深い泥沼に嵌ってしまったように感じた私は、大阪医大の精神科教授をしていた満田久敏先生の論文¹⁾を読んで感動し、自分の一生をこの研究に賭けてみたいと思うほどのインパクトを受けました。そこで、満田先生にお頼みして週に2日、大阪医大に通うこととなり、越賀一雄先生や福田哲雄先生の教えを受けながら、私は現在まで一貫して、満田精神医学とも言うべき非定型精神病を中心にした内因性精神病的分類と診断についての研究を行ってきました。

私が満田の精神医学に魅かれたのは、そこでは精神医学研究の方向性がしっかりと示されていたためであり、内因性精神病が多くの疾患によって構成されていること（すなわち異種性の問題）を踏まえて、遺伝と臨床をつなぐ病因（Etiology）や病態発生（Pathogenesis）の研究を促していることでした。すなわち、病因や病態発生の異なるAという疾患とBという疾患を分類せず一緒にして研究すると、言うまでもなく、AとBの疾患のデータは平均化され、AあるいはBというそれぞれの疾患の特徴的な所見は見出されません。内因性精神病の研究は出来る限り純粋な病型に細分することから始まります。満田もまた、病棟での患者を終日観察することから始め、病像からいくつかのグループを取り出し、結局のところ、精神分裂病は大きく定型分裂病群と非定型分裂病群の2つに分けられることを示唆しました²⁾。そして、アンリ・エーの考えを取り入れて定型分裂病群が性格の病理と考えられるのに対し、非定型分裂病（精神病）群は意識の病理が症状の基盤にあること、しかしながら、なお、両群とも単一の精神病ではなく、いくつかの精神病に細分されるであろうと考えていました³⁾。このことは、極めて重要なことであり、非定型精神病もまた病因を異にする疾患の集合体であり、症状もまた多様であると考えられていました。この点で、満田精神医学は内因性精神病に大きな2つの枠を設定しただけであり、定型分裂病群と較べて非定型精神病群に家族負因が多く、なんらかの意識障害を想起させる症状や痙攣発作もまた見られ易いことから、非定型精神病群こそがまず最初に生物学的研究によって成果が得られる可能性の高いものであり、少なくともこの領域での研究が内因性精神病の病因解明の突破口になり得る可能性が示唆されていると考えられます。

このように、非定型精神病は内因性精神病研究のための暫定的な概念であると私は考えており、疾患として単一の非定型精神病が存在するとは思いません。そこで、DSMの如き診断基準を用いて非定型精神病の輪郭を確定させる必要はなく、そのような試みはかえって今後の生物学的な研究を阻害するものと思われます。非定型精神病の概念は、今後もなお行われるべき詳細な臨床および経過研究による更

なる細分化により、病因を同じくする疾患を取り出すために必要な生物学的な研究の最初の一里塚である、と私は考えております。

ここで、私が40数年にわたり研究を続けた非定型精神病について、大阪での精神病院勤務における臨床経験をもとに、愛知医科大学や京都大学で行ってきた生物学的研究や現在勤務している豊郷病院の臨床データを少し詳しく紹介しながら、今後の課題を検討してみたいと思っております。

2. 非定型精神病の概念

40年をはるかに過ぎた前のこととなります。当時、私はまだ駆け出しの医者であったのですが、先輩医師達が同じような症状を有する症例であるにもかかわらず、異なった診断を下すことに戸惑った経験がございます。たとえば、急性に幻覚妄想状態となったり、あるいは昏迷や興奮をきたす症例を「非定型」と診断する医師がいる一方で、「リアクション」と言う医師もいました。私はこの「リアクション＝心因反応」という用語に多少の胡散臭さ、あるいは違和感を感じていたのですが、それぞれの精神科医の見方によっては、このような解釈も可能なのであろうと考え、理屈はともかくとして、臨床的に「非定型」と「リアクション」はほとんど同じであると理解していました。

当時は、精神医学的な診断を重視せずに反精神医学の立場を堅持する者を除いて、臨床精神科医は伝統的な精神医学に則り、病気の原因を想定した診断を行い、精神病を内因性、外因性、心因性に分類していました。当然のことながら、統合失調症や躁うつ病などの内因性精神病はあくまでも暫定的な名称であり、医学的研究の進展によって身体的基盤が解明されれば消滅するものと考えられていたわけです。事実、てんかん性疾患は脳波検査が実用化されることによって内因性から外因性に分類されるようになりました。我々もまたこれまでに、長期間、非定型精神病あるいは躁うつ病と診断されていた症例のなかに、稀ではあるがけいれん発作を生じたり、なんらかの意識障害が疑われたりする症例を丹念に検索し、特発性副甲状腺機能低下症⁴⁾や、ハンチントン舞踏病、ウィルソン病⁵⁾、さらにはクラインフェルター病などを見出してきました。しかし、これらは通常の内因性精神病とは微妙に異なると感じる臨床的直観が働くものであって、内因性精神病のすべてにこのような特異的所見が見出されるわけではありません。

そもそも非定型精神病は、満田の臨床遺伝学的な研究によって、定型の分裂病とは異なることが示唆されており、遺伝負因の多さ、なんらかの意識障害やてんかんとの関係、精神的反応を起こし易い自律神経の不安定性などから、もっとも身体的な基盤が解明される可能性が高いものではありませんが、その後の満田門下によるさまざまな研究にもかかわらず、それらしい所見が見出されるものの、いまだに十分な成果は得られていません。

我々のように、内因性精神病を生物学的方法によって解明しようとする一方、心因による発症を考えたり、家庭や職場環境、あるいは社会状況によるストレスによって精神病が発症する（心因性精神病あるいは反応性精神病）と考える研究者もいます。しかし、なんらかの心的なストレスを契機に発症する精神病は、定型の分裂病とは異なり、我々の言う非定型精神病が多いようで、我々の調査でも、非定型精神病の発症には、契機と見なし得る要因を容易に見出すことが出来ます。スカンジナビアの精神科医が好んで使用していた心因性精神病は、我々が考える非定型精神病と臨床的に重なる部分が多く、本日の話の冒頭に述べた「リアクション」は、このような意味合いで使用されていたと思われます。我々は心因のみで精神病が発症するとは考えず、その基盤には反応しやすい素因あるいは脆弱性が存在すると考え、心因性精神病と言う用語を使用しませんが、それぞれの医師の拠って立つ位置の相違によって、

「心因性」という言葉が使用される場合も珍しいことではありませんでした。

3. 病因 (Etiology) や病態発生 (Pathogenesis) による診断は？

このように、身体的基盤が明らかな外因性精神病はともかくとして、臨床診断を病因に基づいて行うことは難しく、「内因性」や「心因性」概念の曖昧さが臨床の現場で相当な混乱を引き起こしてきたのは確かであろうと思われます。私は精神病院での勤務を続けるかたわら、大阪医科大学に通い、非定型精神病を中心とした満田流の診断に親しむようになりましたが、間もなく、満田先生から「最近アメリカでは、シュナイダーの一級症状についての論文が多くなり、診断を見直そうとする動きが出てきている。一級症状は分裂病に特異的なものではなく、むしろ非定型精神病に多いものであり、われわれの立場からの反論を準備する必要がある」と言われ、カーペンターの論文などを手渡されたことがあります。その当時、すでに満田は、病態発生 (Pathogenesis) や病因 (Etiology) を抜きにした疾患分類の登場を危惧しており、精神医学的診断と分類に関するWHOセミナー (1971) で、満田なら非定型精神病と診断するであろうと思われた症例に、あえて間脳症 (Diencephalosis) という診断を下し、たとえ仮説であるにしても、病因・病態による診断の重要性を主張していました⁶⁾。そこで、私も少しずつ資料を集めてはいたのですが、時代は我々の予想を超えたスピードで変動し、その後まもなく発表されたDSM-III (1980) は瞬く間に全世界を席卷し、非定型精神病の概念などのいわゆる伝統的な精神医学のほとんどが駆逐されてしまったことは、皆さんもよく御存じのことであろうと思われます⁷⁾。

ある症例に下された診断名

第7回WHO精神科診断セミナー 東京 1971

診断名	人数
精神分裂病	20
躁うつ病	22
側頭葉てんかん	1
分裂感情病	5
非定型精神病	2
境界例	1
神経症	3
性格異常	18
脳器質性障害	2
間脳症	1

参加国および人数:

日本 (5) 英国 (2) アメリカ (2) ソ連 (2)
 フランス (1) ノルウェイ (1) ベルギー (1)
 スイス (1) オーストリア (1) セイロン (1)
 インド (1) 韓国 (1) インドネシア (1)
 マレーシア (1) フィリピン (1) 台湾 (1)
 シンガポール (1) タイ (1)

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

DSMの流行に伴い、近年では、一人の患者に一つの病名ではなく、複数の病名を付けることが認められるようになり、疾病併存 (Comorbidity) と称されていますが、私には、これが精神医学の進歩であるとは到底思えず、精神医学の退歩ではなかろうかと思っております。例えば、ある強迫症状を呈していた患者に、躁症状とうつ状態が繰り返し出現し、次第に幻覚妄想状態に陥った場合、強迫性障害、

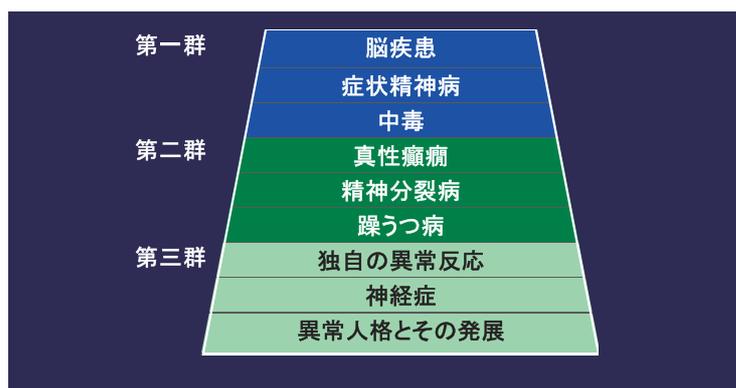
双極性障害、それに統合失調症の併存と考えることが可能です。しかし、我々はこのような患者に対して、ひとつの疾患による多様な症状の出現と捉え、症状の出現時期やその程度を考慮しながら、単一の病名を求めようと努力してきました。この症例の場合では、強迫症状や感情症状の出現を統合失調症の前駆期と捉えることも出来ます。そして、それぞれの症状の基盤として、心的緊張の低下などを仮定して理解しようとしてきました。確かにこのような概念による理解は単なる仮説であって、なんら証明されたものではありませんし、今後もなお、解明されなければならない多くのハードルがあることは確かです。しかし、このような症例を、3疾患の併存と考えるのは最も容易であるにしても、思考の停止と考えられても仕方ありません。近年では症状ごとに疾病を羅列するかのとき傾向が精神科医の間に蔓延しており、DSM-IIIの登場によって精神医学が陥った単純化・浅薄化を端的に示す、憂うべき事態であろうと思われてなりません。

クレペリンによる近代的な精神医学が始まる以前には、それぞれの症状に対して、一つの病名が対応していました。すなわち、幻覚や妄想がそれぞれ「ひとつの」病であり、さらに多くの症状に対して、それぞれ、ポリオマニア（徘徊）、ピロマニア（放火）、ミトマニア（虚言）などの病名が付けられていました。精神医学はこのような時代を経て、精神医学の体系的理解への努力に向かい、共通の病因による精神疾患が模索され、そして、早発性痴呆や躁うつ病という幅広い疾患概念へと収斂してきたという経緯があります。しかし、DSMは事態を19世紀の症状学に引き戻したかのように思われます。

4. 階層仮説

ここに図示するように、ヤスパースもまたその著書⁸⁾において1人の患者には原則的にひとつの診断が要請されるとし、**上位にある疾病が下位に位置する疾病に対して優位に立つ**というヒエラルヒーを認めております。すなわち、分裂病症状が見られたとしても、脳の器質的な変化が証明されれば、診断は脳の疾患に伴う精神症状と考えられ、不安症状があったとしても躁うつ病と診断されれば、それは躁うつ病の一症状と判断される。このように、脳疾患が最上位にあって、次に内因性精神病が位置し、最下位に神経症や異常人格が布置される。このような階層理論は、DSM世代の精神科医にはもはや馴染みがなくなったかと思われませんが、我々の世代は、どこまで一元的に理解できるかを考え、一元的に理解できない場合にのみ、二元的に考えるという原則を守ってきました。精神疾患の原因がいまなお究明されない現在、この姿勢はなお、われわれ臨床精神科医が等閑にすべきではない原則であろうと思われます。

伝統的精神医学における 精神疾患分類のための階層構造



私はDSM-Ⅲが登場した時、たかだか5年程度の流行りものであるかと思っていました。そして、ここまで長期に、日本の精神医学に大きな影響を与えるとは思っていませんでした。しかし、今日、時代は明らかにDSMの反省期に入っております。考えれば、精神医学の長い歴史に較べれば、操作的診断の流行はいまだに30年に過ぎません。われわれは、精神医学の歴史から多くを学び、自らの立場を確立して、時代の流れに左右されないようにするべきであろうと思います。

近年では、DSM-Ⅲの作成にかかわった米国の著名な精神科医⁹⁾でさえも、彼らが意図しなかったDSMの影の部分指摘しています。すなわち、彼女によれば、アメリカでは、DSMによって精神症状の把握がなござりとなり、チェックリストなどの使用で精神科臨床が浅薄になったと言います。さらには、信頼性を得るため妥当性を犠牲にしたことにより、DSMは研究にも有用であるとは言えないとも言っていますが、このような事態はすでに我々が予想し、批判してきたことごとございます。DSM-Ⅲの登場から30数年が経ちましたが、DSM-Ⅲ-R、DSM-Ⅳと次々に改訂を繰り返し、診断基準のたび重なる変更は時代によって疾病の呼称が変わる事態となり、DSM本来の統計的な研究にも利用できなくなってきました。そして、近年発表されたDSM-5は、精神医学の研究のためではなく、アメリカ精神医学会の経済的な苦境を改善させるために改訂され、出版されたとも揶揄される状況¹⁰⁾であり、DSMは目的地を見失い漂流を続けていると言っても良い状況であろうと思われまます。

数年前になるかと思いますが、精神科診断学はどこに向かうのかというテーマで、原田憲一先生が、「シュナイダーに帰れ」という主張をしていました¹¹⁾が、私も全く同感です。DSMによる精神医学の将来を見通せなくなった今日、我々はもう一度、臨床的経験の原点に戻り、精神医学の基本に立ちかえる必要があると思っております。

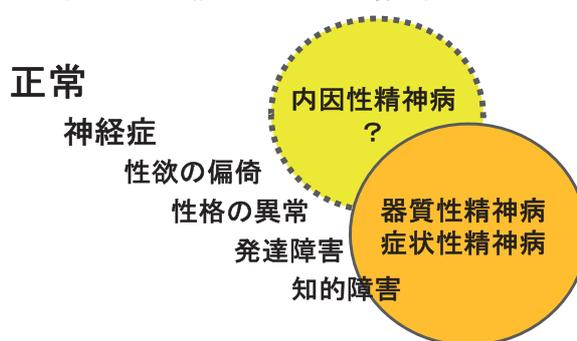
5. シュナイダーの精神医学仮説

DSM-Ⅲは仮説を廃することで精神医学の変革をなそうと試みましたが、しかし、そもそも精神障害は原因が不明であり、研究には仮説を立て、それを検証し、検証に失敗すればそれを廃棄するという作業を行わなければならないものです。臨床に忠実であり、自らの臨床経験から極めて控えめにしか述べなかつたシュナイダー¹²⁾もまた、内因性精神病がいまだに原因不明ではあるものの将来には身体的基盤が見いだされるものであるとの仮説を彼の精神学体系の中心に据えております。シュナイダーの取り出した一級症状もまた、分裂病の診断に特殊な位置を占めると考えているのですが、確認されたものではなく仮説に過ぎません。しかし、このような仮説もなお、多くの臨床医の臨床経験に照らしてきわめて自然に理解されるものと言えます。

彼は、神経症や性格異常などの「正常からの偏倚」群と、統合失調症や循環病などの「内因性」精神病群、および「身体に基盤のある」精神病群との間には、質的に異なった差があつて、量的な程度の差ではないと主張し、「内因性」精神病には、今なお確認されてはいないものの、身体に基盤のある精神病と同様に、生物学的な所見が見出されるに違いないと考えていました。しかし、残念ながら、精神医学は今なお「身体に基盤のある精神病」を除いて、統合失調症や循環病（躁うつ病）に明確な生物学的所見を見出せてはおりません。近年の目覚ましいテクノロジーの発展によって、画像研究などの生物学的研究は格段に進歩したものの、統合失調症と躁うつ病とが異なる疾患であるとする証拠はいまだに見出されず、現在もなお、これらの疾病の間にあるのは、「鑑別診断学ではなく、鑑別類型学である」という状況は、シュナイダーの時代と大きく変わってはおりません。

しかしながら、我々もまたシュナイダーと同じく、臨床の現場での経験から、「精神病」にはなんらかの生物学的な所見があるに違いないと確信しております。慢性の精神病患者に見られるそのような確信は、「施設化」の影響であるとする意見もありましたが、我々は、そのすべてが、患者を取り巻く環境に起因すると考えることは出来ませんでした。近年、盛んに行われている社会復帰活動の限界を見ましても、患者個人の、おそらくは脳の研究が必要であろうと考えるのは、臨床精神医学をなりわいとするものの共通な認識であろうかと思えます。精神病の研究は、まず臨床現場での経験から始まり、そこで、仮説を立て、そして、それを証明しようと努力するものだと思います。

正常からの偏倚か、 あるいは疾患による結果か？



この図は、私なりに、シュナイダーの精神医学体系を示したものです。

発達障害などの新しい概念は、一部は脳の器質性疾患に含まれるものがあるのかもしれませんが、性格の異常や知的障害と同じような位置にあり、個々の症例について「正常からの偏倚なのか、それとも疾患による結果なのか」を厳密に考慮すべきものと考えられます。

シュナイダーの弟子であるフーバー¹³⁾は、ある種の分裂病（体感症性分裂病）患者に気脳写を行い、第三脳室の拡大所見を見出しています。この所見は、シュナイダーの主著である「臨床精神病理学」にも「最近、フーバーによって、分裂病の生物学的な所見について、かなり有望な肯定的手がかりが得られた」と記載されていますが、「その所見の解釈は、いまだに不確実である」と、慎重な姿勢を崩してはおりません¹²⁾。フーバーはそのあと、分裂病の経過研究を行ない、欠陥症状の生物学的な解釈や、前駆症状と一級症状との関連を研究し、シュナイダーの後継者としての役割を担っておりました。

満田もまた、精神病理学者であるシュナイダーのところでさえ、「フーバーが気脳写の研究を行なった」として、弟子たちを急かしてほぼ同様な結果¹⁴⁾を発表しました。

フーバーは若い時にこのような研究を行なっておりますが、彼もまた循環病と分裂病の間には鑑別診断学はなく、あるのは類型学のみであると言い、シュナイダーと同様に控えめな臨床的立場を貫いております。しかしながら、分裂病性精神病が類型学的に予後良好群と予後不良群の2群に分けられることを認めております¹⁵⁾。この予後良好群と予後不良群との差異が、多少の相違はあるものの、我々がいう非定型精神病群と定型分裂病群との差異にほかなりません。

6. 伝統的な精神医学仮説

ここで、あらためて述べることも無いかとも思われますが、伝統的な精神医学における代表的な立場をまとめておきます。

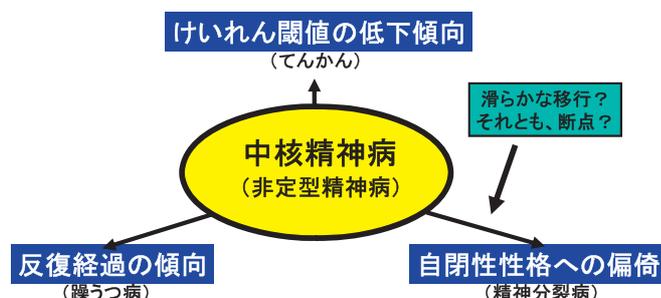
主要な学派による内因性精神病の分類

Einheitspsychose	一次性情動様状態 → 二次性衰弱状態	移行
Kreapelin E.	躁うつ病 <small>メランコリー 急性妄想症</small>	早発性痴呆 疾患単位
Schneider K.	循環病 <small>中間例</small>	統合失調症 類型
Kretschmer E.	循環病 <small>混合精神病</small>	統合失調症 混合
DSM-IV	気分障害 <small>気分不一致 ない精神病像</small>	分裂感情 障害など 統合失調症 類型
満田	躁うつ病	非定型精神病 定型分裂病 疾患単位
Leonhard K.	病相性 精神病	類循環 精神病 非系統性 分裂病 系統性 分裂病 疾患単位

私がここでお話ししようと思っている満田の非定型精神病は、精神医学史的に見れば、クレペリン¹⁶⁾による疾患単位の模索を、さらに第三の疾患を考えることによって発展させようとするものであり、シュナイダーや、シュナイダーを一部取り入れたDSMの類型学的な立場とは対極に位置するものと考えられます。単一精神病は、最も先鋭な類型学であって、満田と同様に疾患単位を考えるレオンハルト¹⁷⁾とは対極に位置すると考えて良いかと思われまます。ここで取り上げたクレッチマーの立場は、基本的には疾患単位を考えながら、躁うつ病と分裂病の遺伝的な混合によって混合精神病が生じると考えるのですが、満田やレオンハルトは、臨床遺伝学的研究により、このような考えを否定しております。

ここで、クレペリン、シュナイダー、そしてDSMにおける感情病圏の範囲に注目してもらいたいと思います。敢えて簡単にまとめるとすれば、クレペリンは予後不良なものを早発性痴呆としたために躁うつ病が広がり、シュナイダーは一級症状を重視したために、躁うつ病が縮小し、DSMは一級症状よりも感情症状を重視して、感情病圏が拡大することになったと言えるかと思ひます。我々は、分裂病性精神病を細分して定型分裂病と非定型精神病とに類別したとき、非定型精神病は定型分裂病よりも躁うつ病に近いと考えてはおりますが、これらの症例は、躁うつ病とは異なるものであり、同一のカテゴリーに分類することは新たな混乱を招くことにはなるのではないかと考えています。ここに、満田やレオンハルトのように、臨床遺伝学的調査によって、分裂病と躁うつ病の間に第3の疾患群を想定する立場が、ある程度の説得力を持って登場することになります。

単一精神病と非定型精神病



上図は、単一精神病と非定型精神病との概念的な関係を考えてみたものです。

非定型精神病を中心に置いたとき、周辺のとんかん、分裂病、躁うつ病とは症状的に連続的な移行が見られるようにも見え、単一精神病という魅力的な考えにも惹かれます。しかし、それぞれの疾病群の

間に明確な断点が見られ、生物学的な差異が存在し、明確な病因が発見されうる可能性も十分にあります。このどちらの考えが正しいのか、軍配を上げるには、まだまだ多くの研究が必要であろうと思われます。

今まで述べてきたように、我々は、シュナイダーの精神医学体系を概ね妥当なものとして認め、その枠内で、内因性精神病的分類と診断を考えてきたのですが、シュナイダーの慎重で控えめな態度から一歩踏み出し、類型学から疾病学へと向かわねばならないと考えております。

もちろん、そこでは何らかの根拠が必要ですが、そのようなものとしては、臨床症状の精緻な観察と臨床経過研究、そして臨床遺伝学の知見などが挙げられるかと思えます。周知のように、レオンハルトはこれらの所見に基づいて、内因性精神病的を病相性精神病、類循環性精神病、非系統性分裂病、それに系統性分裂病の4つに分類し、さらにそれぞれを細分して、それぞれが独立した精神疾患であると主張しておりますが、満田もまた臨床遺伝学的研究を行ない、内因性精神病的の「自然な」分類を試み、その中で「非定型精神病」と称する疾患群を取り出しました。

7. 満田による精神病仮説

満田はまず、「分裂病」概念をいったん解体した上で、分裂病性精神病的の個々の症例を詳細に観察しながら、特徴的な臨床症状や経過の類似した症例を集め、いくつかのグループに纏めあげました¹⁾。さらに、これらのグループを順次再編・整理しながら、結局、分裂病を中核群と周辺群とに分類した後、周辺群を非定型群と中間型、それにパラフレニーとに分類しました。中間型は、再発を繰り返しながら、何らかの欠陥状態に至る緊張病と考えられますが、その所属を保留にしたまま臨床遺伝学的な検討を加えました。パラフレニーは、高揚性ないし作話性の妄想性疾患であり、クライストのファンタジオフレニーにほぼ相当しております(情動負荷パラフレニー：遺伝負因の強いタイプ?)。

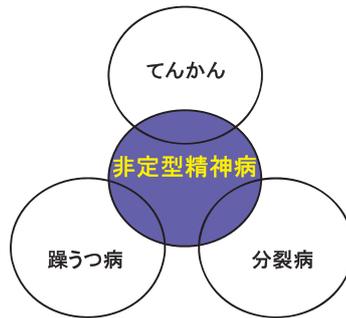
臨床遺伝学的研究 —分裂病性精神病的の家族内精神病負因— (満田久敏)

家族内 精神病 発端者	家族内精神病				躁うつ病	てんかん	計
	定型 分裂病	中間型	非定型 分裂病	パラ フレニー			
定型 分裂病 (N=182)	66	2	0	0	0	1	69
中間型 (N= 32)	2	6	7	0	2	3	20
非定型 分裂病 (N=102)	0	5	41	2	12	3	63
パラ フレニー (N= 15)	0	0	1	3	0	0	4

満田は、このような病像による分類を行なうとともに、同時に詳細な遺伝学的研究を行っています。彼の家系内精神病的の調査によると、定型分裂病の家系に非定型分裂病は全く見られません。一方、非定型分裂病の家系内には定型分裂病が認められませんでした。そこで、彼はこれらの両疾患が遺伝的には互いに独立した疾患であろうと考えています。また、定型分裂病や躁うつ病に較べて、非定型分裂病ではその家系内にてんかんの出現する頻度が高いことや、てんかん性異常脳波の出現、さらに、その症状の特徴としてあげられる意識障害などから、非定型分裂病とてんかんととの密接な関係が強調されました。なお中間型は、非定型分裂病の遺伝様式ときわめて類似していたために、満田は最終的にこれを非定型分裂病に含めております。

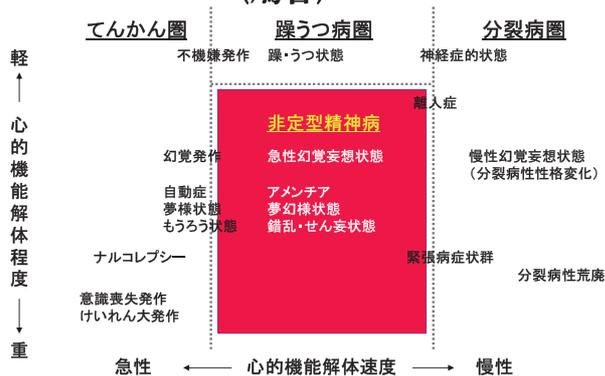
東京大学の井上¹⁸⁾も一卵性双生児の研究を行なっておりますが、彼もまた分裂病性精神病を慢性進行型、再発型、それに慢性軽症・一過性型に分類しており、前2群はそれぞれ満田の定型分裂病、非定型精神病に対応しているように思われます。そして、最後の群はいわゆる「リアクチオン」と考えられていたグループと見なされるかと思われます。この結果を見ますと、「非定型精神病」という呼称はともかくとして、分裂病性精神病を遺伝的にいくつかのグループに分けようとする満田の主張が、関東の研究者によっても支持されているように思われます。

定型的な3大精神病と 非定型精神病との関係を示すシエーマ



分裂病性精神病に続いて、満田はさらに躁うつ病とてんかんについても定型と非定型に分類し、躁うつ病であるにしる意識障害を伴うようなものや、てんかんにしても精神症状を伴うようなものを非定型群とし、これらが同じ遺伝圏に認められる傾向を明らかにして、「非定型精神病」と総称しました²⁾。そして、この非定型精神病が、てんかんを含む3大内因性精神病の交錯する領域に位置すると主張したことは、皆様もよくご存じのことと思います。

内因性精神病の精神解体のシエーマ (鳩谷)



上図は、鳩谷先生が纏めた非定型精神病の症状学的理解、いわゆる「鳩谷シエーマ」と言われるもの¹⁹⁾です。躁うつ病から非定型精神病に至る領域を「周期性精神病」としており、中間に、いわゆる「錯乱躁病」と呼称される状態が配置されると考えられます。

このシエーマによって、非定型精神病の症状学は極めて理解しやすく完成されたものになりましたが、各疾病圏との間に本当に疾患学的な差異があるのか否かが、今後もなお、生物学的な方法を用いて検討されなければならない課題であろうと思われます。

定型分裂病と非定型精神病の臨床的相違

	定型分裂病	非定型精神病
性差	男性が多い	女性が多い
病前性格	分裂病質	循環気質または てんかん気質
発症	潜行性	急性または亜急性
誘発因子	少ない	多い
臨床病像 (背景)	不定型または単症状性 (人格の病理)	多形性で変化しやすい (意識の病理)
経過	慢性または段階的増悪	病相性または周期性
転帰	特徴的な欠陥状態	完全寛解または社会寛解 (時には、段階的に多かれ少なかれ 重篤な状態に至る-中間型)
治療		ESTが著効?、テグレトールなどが有効

ここで、満田がまとめた、定型分裂病群と非定型精神病群との臨床的な相違を示しておきます²⁰⁾。すなわち、定型分裂病群は、「概ね」慢性かつ推進性に経過し、思考、感情、意欲など人格全般の障害を示し、症状は単調で変化に乏しく自閉的な生活態度を示し、その基盤には人格の退行過程が考えられます。一方、非定型精神病群は急性に発症し、挿間性ないし周期性の経過をとり、予後は「一般に」良好であるとされています。とりわけ、その病像は、躁うつ病にみられるような情動障害がまれならず前景を占め、活発な幻覚や妄想体験をともなった錯乱ないし夢幻様状態が見られ、なんらかの意識障害が疑われることも多いとされます。このように、満田は精神分裂病の背後に人格の病理を考え、非定型精神病の背後に意識の病理を見て、これが両疾患の基本的な差であると考えています。

ここで注目すべき点は、非定型精神病の転帰が、時には変動しながら、多かれ少なかれ重篤な状態に至ることもあるとされることです。このような症例は、他の診断基準では問題なく分裂病と診断されます。そこで、これらを非定型精神病に含めることによって、その概念は確かにある意味であいまいとなり、信頼性に欠けるとの批判がなされてきました。しかし、満田は、このような再発と寛解を繰り返しながら、ある種の欠陥像を呈する症例を、遺伝様式の類似性から、非定型精神病群に含めてきました。すなわち、我々の診断は単に類型学的な分類 (Typology) ではなく、疾病学的な診断、すなわち疾病学 (Nosology) を目指しているということを押さえておく必要があります。なお、電気痙攣療法 (EST) や抗てんかん剤 (テグレトール) などはとりわけ非定型精神病に有効であることを補足しておきました。

8. 我々の研究 (画像-1)

非定型精神病に関する研究は、満田の臨床遺伝学的研究に始まりますが、それは遺伝型 (genotype) と現象型 (phenotype)、いわば疾患の始まりと終わりとを対象に研究をおこなったもので、この genotype と phenotype とを結ぶ病態・現象発生 (patho-phenogenesis) に関する研究は、その後も様々な研究者により、さまざまな方法を用いて行なわれてきました。ここには、大阪医大の先生方による多くの研究と共に、三重大大学の鳩谷先生らによる周期性精神病の研究があげられると思います。そこでは、その素質として、間脳-下垂体系の機能的低格性が推測されてきました。我々もまた、定型分裂病と非定型精神病とが異なった生物学的な基盤を持っていることを明らかにしようとさまざまな方法を用いて研究を続けて参りました。

非定型精神病に関する我々の研究

- 1) 統計学的研究
発症年齢と性差・負因と誘因・精神症状と経過
- 2) 画像研究
CTによる研究
SPECTを用いた研究
MRI研究
- 3) 精神生理学的研究
事象関連電位(P300)
探索眼球運動

我々はこの40年間、分裂病性精神病の研究を行ない、発症年齢と性差²¹⁾、遺伝と誘因²²⁾、症状と経過²³⁾ についての統計的な研究をはじめ、CT^{24, 25)}、SPECT²⁶⁾、MRI²⁷⁾ などの画像研究、さらには事象関連電位²⁸⁾ や探索眼球運動^{29, 30, 31)} などの精神生理学的研究を行ない、いわゆる統合失調症とされる症例は、少なくとも定型の分裂病群と非定型精神病群の2つのグループに分けられることを示しました。そして、それぞれのグループもさらに細分される可能性を指摘してきました。

非定型精神病の各亜型と精神分裂病との比較

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

χ²検定 ↑↑P<0.01, ↑ P<0.05 (分裂病との比較)

非定型精神病を細分した時、それぞれの病型はどのような特徴を示すのでしょうか。ここに紹介するのは、我々が愛知医科大学で行った研究で、ICD-10によって分類した急性精神病的各亜型と定型精神分裂病との性差、誘因、家族負因、そして精神症状を比較したものです。なお、ここで急性精神病的の遷延型と我々が呼称したものは、ICD-10では精神病症状が3ヶ月、あるいは分裂病症状が1ヶ月以上持続して分裂病に診断が変更されたものの、周期性の経過を示すために、定型の分裂病とは異なると判断されたものです。ここでは、遷延型を含む5つの急性精神病群を一括して非定型精神病群と呼称しました。

満田が纏めているように、非定型精神病は女性に多く、誘因がしばしば認められ、一級親族には負因が多く認められます。そして、一級症状の出現頻度は非定型精神病と定型精神分裂病との間に有意の差異は無く、定型精神分裂病に特異的な症状とは言えませんでした。ここで、非定型精神病的の各亜型を検討しますと、「分裂病症状を伴わない急性多形性精神病 (F23.0)」は、誘因がきわめて多く認められる一方で、家族負因はあまり認めませんでした。この傾向は、「急性分裂病様精神病 (F23.2)」と類似しており、これらの病型は、環境の影響を受けて発症しやすく、従来から一般に心因反応あるいは反応性精神病と呼ばれている一群なのかも知れません。一方で、「分裂病症状を伴う急性多形性精神病 (F23.1)」は、急

性錯乱 (bouffées délirantes) や類循環性精神病 (Zykloide Psychosen) などの概念に近いものであり、負因が極めて多い一方で、誘因は比較的少なく、これらは非定型精神病の中核群と言ってよいのではないかと考えられます。

全患者におけるCTスキャン指数の間の相関関係

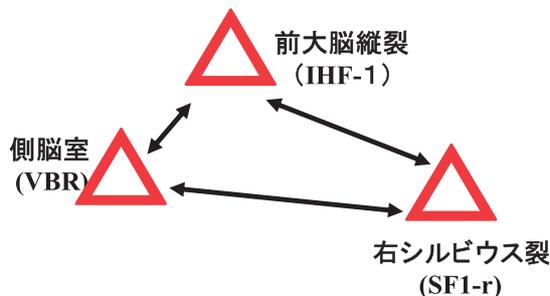
	3-V	VBR	LV-r	LV-l	SF1-r	SF1-l	SF2-r	SF2-l
IHF-1	0.458 ***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
3-V		0.339 **	0.385 **	0.428 **	0.336 ***	0.373 ***	0.301 *	0.515 ***
VBR			0.871 ***	0.916 ***	ns	0.332 *	ns	0.330 *
LV-r				0.789 ***	ns	0.386 ***	ns	0.322 *
LV-l					ns	0.267 **	ns	0.414 *
SF1-r	前大脳縦裂、側脳室、右シルビウス裂は、それぞれの相関が見られない。						0.698 **	0.303 *
SF1-l	これらの部位は、独立に障害されている可能性が考えられる。						ns	0.271 *
SF2-r	分裂病性精神病は、CT所見から3つの病型に分けられるかも知れない。							
							0.642 ***	

次に紹介する研究は、CTによって分裂病性精神病がどのように分類されるかを示したものです。これも、愛知医大で行われた研究ですが、われわれは、脳の各部位を測定した後、相互の関連を調べました。そして、前大脳縦裂、側脳室、右シルビウス裂の3指標の間に、それぞれ相関を認めませんでした。すなわち、この結果は、これらの部位が、独立に障害されている可能性を示していると考えられます。そこで、分裂病性精神病は、病因を異にする3つの病型に分けられるかも知れない、と考えました。

すなわち、この図で示すように、分裂病性精神病は、前大脳縦裂、側脳室、右シルビウス裂の3つの部位を主たる病巣とする疾患から構成されている、と考えられます。それぞれの症例を検討してみると、前大脳縦裂開大グループと側脳室拡大グループとには定型分裂病が多く、右シルビウス裂開大グループには非定型精神病が多く認められました。

CT画像における 脳部位間の相関を調べると・・・

前大脳縦裂、側脳室、右シルビウス裂の3部位間には相関が見られない。



これらの部位は、独立に障害されている可能性が考えられる。

同時に行ったCT研究では、定型分裂病と非定型精神病の罹病期間とCTスキャンの各指数との相関関係を調べました。その結果、定型分裂病は、発症時よりすでに脳の萎縮が認められるのですが、非定型精神病の脳所見は進行性である可能性が示されました。すなわち、非定型精神病の一部には、神経変性疾患と考えられる症例も含まれているのかも知れないと考えられました。しかしながら、残念ながら、

MRIを用いた研究では、同様な所見は認められませんでした。この結果は、同一の患者の経過を長期に追求した研究が必要であることを示しています。

精神分裂病と非定型精神病の罹病期間とCTスキヤンの各指数との相関関係

CT指標 罹病期間	IHF-1	III-V	VBR	LV-r	LV-l	SF1-r	SF1-l	SF2-r	SF2-l
非定型精神病	ns	ns	ns	ns	ns	0.06	ns	ns	0.01
精神分裂病	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

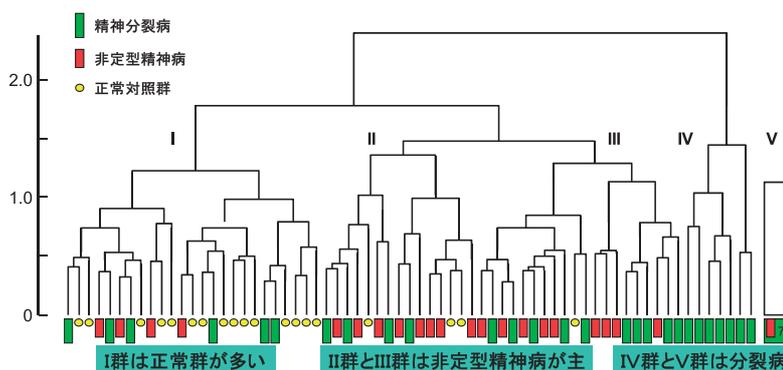
精神分裂病は、発症時よりすでに脳の萎縮が認められる。
しかし、非定型精神病の脳所見は進行性である可能性がある

非定型精神病の一部は、神経変性疾患か？

9. 我々の研究（画像-2）

非定型精神病についてのこれまでの多くの研究では、まず、定型分裂病と非定型精神病とを臨床的に分類し、両疾患群の生物学的な所見に相違がみられるかどうかを検討されてきました。そこでは、当然のことながら、診断が主観的になされているのではないかとしばしば批判されてきました。これらの批判に答えるためには、生物学的なデータのみを用いて、すべての症例を機械的に分類して、我々の臨床診断とどの程度対応しているかをみる必要があります。そこで、我々は主成分分析やクラスター分析を用いた検討を行なってきました。私が行った研究に何か新しいことがあるとすれば、このような統計学的手法を用いた検討だろうと思います。

CT指数に基づくクラスター分析による精神病症例と対照群の分類



このスライドは、CT所見のみを用いて行ったクラスター分析²⁵⁾です。ここで得られた5つのグループには、確かに分裂病と非定型精神病とが異なった分布を示しており、我々の臨床診断の妥当性が生物学的データによって裏付けられたといえるかと思えます。すなわち、1群と2群はCTに特異な所見はなくここには主として非定型精神病が含まれていましたが、3群は右シルビウス裂の開大が特徴的で主として非定型精神病と妄想型分裂病が含まれ、遺伝負因の強い症例が集積しているように思われました。

4群と5群はほとんどが分裂病によって構成され、4群は脳縦裂の開大、5群は側脳室の拡大が特徴的な所見でした。そこで、我々は分裂病性精神病が少なくとも定型分裂病と非定型精神病に分けられること、そしてこれらの精神病もいくつかのグループに分類される可能性を指摘しました。

クラスター分析を用いたこのような検討は、その後、SPECT、MRI、事象関連電位や探索眼球運動の研究でも行われ、ほぼ同様な結果が得られています。

われわれがこれまでにに行った研究は、一冊の本にまとめられ、出版されております^{32,33)}。もし、興味がございましたらお読みいただければと思っております。

10. 我々の研究（経過）

精神疾患の本質を捉えるためには、満田が常々述べていたように、「動くものに惑わされず、動かないものに注目する」必要があります。精神病の経過を長期に観察してみると、うつ状態から始まって時々躁状態に陥り、その後幻覚妄想状態となるが、次第に意欲・自発性が乏しくなる、そして年齢を重ねるにつれ、いわゆる「認知症」となる症例が少なくないように思われます。一方で、思春期・青年期に幻覚妄想状態で発症したまま、症状に大きな変化なく経過し、「認知症」とはなり難い症例がみられるようにも思われます。最近、我々はこのような長期経過の差異から疾患の本質を捉えようと、40年以上の罹病期間を有する症例の経過と家族負因の調査を行いました³⁴⁾。

対象は、豊郷病院に入院あるいは外来通院中の102症例であり、平均発症年齢は22歳で、平均罹病期間は46年でした。初診時に「いわゆる」統合失調症圏と診断された症例は65例あり、主として精神分裂病や破瓜病と診断されていました。また、初診時に急性精神病圏とされる症例は19例で、そのうち非定型精神病とされた症例は14例でした。感情病圏では、初診時にうつ病とされた症例が12例、躁病が5例などあり、総数は18名でした。

初診時病名(全102例)

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

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

初診時の統合失調症圏65名は、その後病名に変更があったらうか

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

次に、急性精神病圏の症例では、初診時に付けられた非定型精神病が、そのまま変更なく経過した症例は2例に過ぎず、3例が躁うつ病などの感情病圏の診断に変更され、また2例は最終的に元の非定型精神病に診断が戻されていました。そこで、これらの症例は、分裂病症状や感情病症状の強弱の程度によって診断が揺れるものの、同一のグループに属すると考えられ、「症状の変わり易いこと」がこのグループの特徴であると思われました。また、初診時の非定型精神病が、その後分裂病へと変更された症例が7例見られましたが、そのうちの6例は、周期性に精神病相を繰り返した後、急速に人格水準の解体をきたしたものであり、我々が「非定型崩れ」と呼称してきた病像に一致し、一般には欠陥分裂病と見なされている症例でした。しかし、これらの症例は、レオンハルトが「非系統性分裂病」と呼び、類循環精神病の悪性の親戚と呼んだように、定型の分裂病とは明らかに異なる疾患であり、疾病学的には非定型精神病と捉えるべきものであろうと思われました。しかしながら、初診時に非定型精神病とされたものの、その後分裂病へと診断の変更がなされた症例のうちの1例は、全経過をみても周期性の経過を示さず、慢性持続性の身体幻覚を有することから、妄想型の分裂病と考えました。さらに、心因反応から分裂病に診断が変更された症例のうちの1例も、その後の経過から、無為・自閉・好褥を主症状とする破瓜型分裂病と考えるのが適当と考えられています。変質性精神病、産褥性精神病および心因反応の2例は、最終的に非定型精神病とされていました。結局、初診時に急性精神病圏の診断がなされた19名は、長期の経過を見ても、2例の分裂病を除いて、ほとんどの症例が非定型精神病と診断してよいだろうと考えられました。

初診時の急性精神病圏19名の その後の病名の変遷

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

最後に、初診時に感情病圏と診断された18名の中で、その後も感情病圏の疾病とされたのは、うつ病で発症した2例、躁病の2例、そして初診時に神経症とされていた1例に過ぎませんでした。その他の症例は、非定型精神病あるいは分裂病へと診断の変更がなされています。これらの症例は、病初に

は抑うつ気分や自殺念慮からうつ病が疑われたが、次第に分裂病症状が認められ、周期性の経過を示すようになっています。このことから、これらを定型の分裂病とは考えがたく、非定型精神病、あるいはレオンハルトが記載する「類循環精神病」や「非系統性分裂病」と考えてよいかと思われます。ただ、分裂病とされた症例のうちの1例は、自殺企図の後に周期性の経過を示さず、慢性持続性の幻覚妄想状態を示すことから、定型の分裂病とするのが妥当であろうと考えられました。

初診時感情病圏18名の その後の病名の変化

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

我々は、この長期観察の結果を踏まえて診断を再検討しながら、ある程度客観的な生物学的指標としての遺伝負因の調査を行ないました。家族負因の調査は、親族に見られる精神病患者と自殺者をカルテの記載から調べただけのものであって、厳密な遺伝研究とは言えませんが、おおよその傾向を知ることには出来ると思われます。結果は、非定型精神病群に見られる家族負因は57%と高く、定型分裂病群の26%との間に大きな差異が認められ、一級親族に限りますと、非定型精神病群の51%に対し定型分裂病群は13%と明らかに少ない家族負因を認め、定型分裂病と非定型精神病とは生物学的にも異なる疾患であろうと考えられました。ただ、感情病群の家族負因は40%と比較的多いように思われますが、症例数が少ないことからさらなる調査・検討が必要であろうと思われましました。なお、感情病群の症例に認められた負因は、自殺者2名とうつ病患者1名であり、非定型群に認められる多様な遺伝負因とは若干異なっています。

満田およびレオンハルトの診断による 精神病負因の差異

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

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

なお、上図において、レオンハルトの分類による家族負因の差異を併記しておきました。満田の非定型精神病は、レオンハルトの類循環精神病と非系統性分裂病にほぼ相応すると考えられるものの若干の相違があり、満田の定型分裂病のうちの3例が、レオンハルトの非系統性分裂病に分類されました。し

かし、その結果に大きな相違はなく、類循環精神病と非系統性分裂病とに高い遺伝負因を認め、系統性分裂病との間に明らかな相違が認められています。この結果は、レオンハルト学派による双生児研究の結果ともきわめて類似したものであり、今後の生物学的研究を進めるためには、きわめて興味深い結果であろうと思われまます。

11. おわりに

言うまでもなく、生物学的研究では、均質なグループによる検討が必要であり、そのためには、DSMなどのような、診断の一致を優先させた類型診断ではなく、さらに精緻な症状記載や長期経過などによる分類と診断が求められています。現在、内外の多くの研究機関から発表されるデータは統合失調症と躁うつ病との間の差異を認めず、躁うつ病から統合失調症への連続的な移行を示唆するものが多くなっているが、DSMの診断による双極性障害には伝統的な診断で統合失調症とされる障害（我々が非定型精神病群と呼ぶグループ）を多く含んでおり、統合失調症との差異が見られなくなるのは当然な結果であろう。DSMを用いた研究によって予期した結果が得られなかったとしても、それはDSMの診断が妥当性を欠いたものであったからであり、その結果は率直に受け入れられるものではないであろう。

内因性精神病はもちろんのこと、非定型精神病もまた均質な疾患とは考えられず、この中から、病因・病態を異にする疾患が今後究明されてくるに違いありません。これまで我々が行ってきた研究が示唆するように、定型分裂病群は性格構造が深く関わっていることが疑われ、その病因の解明にはなお多くの困難が予想されますが、非定型精神病とされる疾患群は、はるかに病因を解明し得る可能性が高く、非定型精神病は生物学的な研究を進めるのに有用な概念であると言えます。レオンハルトの病型分類および我々の研究の成果は、内因性精神病の研究にとって決して無視し得るものではなく、今後の生物学的研究の突破口になるであろうと、私は確信しております。

参考文献

1. 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究。精神神経学雑誌, 46: 298-362, 1942
2. 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究。精神神経学雑誌, 55: 195-216, 1954
3. 満田久敏：非定型精神病の概念。精神医学, 3: 967-969, 1961
4. 林拓二：類循環精神病の病像を呈した特発性副甲状腺機能低下症の一例。臨床精神医学, 9: 107-115, 1980
5. 林拓二、鈴木滋：高齢に躁うつ病像で発症したWilson病の1例。臨床精神医学, 15: 637-644, 1986
6. Mitsuda H: Clinical-genetic view on the biology of the schizophrenias. In: Fukuda T and Mitsuda H (Eds): World issues in the problems of schizophrenic psychoses. Igaku-Shoin, Tokyo, pp 121-124, 1979
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington DC, APA, 1980
8. 内村祐之、西丸四方、島崎俊樹、岡田敬蔵（訳）：精神病理学総論（下）(Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. 5. Aufl., Springer, Berlin, 1948). 岩波書店、東京、1956
9. Andreasen, NC: DSM and the Death of Phenomenology in America, An Example of Unintended Consequences. Schizophr Bull, 33: 108-112, 2007
10. 大野 裕：DSM-5の背景と作成過程。精神医学 57: 600-603, 2015
11. 原田 憲一：精神科診断学はどこに向かうのかー開いた診断学を求めて。専門医のための精神科臨床リユミエール 3: 操作的診断vs従来診断（林拓二・米田博 編）。pp36-47, 中山書店, 東京、2008
12. 針間博彦（訳）：新版臨床精神病理学（Schneider K: Klinische Psychopathologie）。文光堂、東京、2007
13. Huber, G: Pneumoencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Springer-Verlag, Berlin, 1957
14. Asano, N.: Pneumoencephalographic study of schizophrenia. Clinical genetics in psychiatry (ed. by Mitsuda, H.) pp. 209-219, Igaku Shoin, Tokyo, 1967

15. 林拓二 (訳) : 精神病とは何か－臨床精神医学の基本構造 (G. Huber: Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte). 新曜社、東京、2005
16. 西丸四方、西丸甫夫 (訳) : 精神分裂病 (Kraepelin E: Psychiatry, Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte). みすず書房、東京、1986
17. 福田哲雄・岩波明・林拓二 (監訳) : 内因性精神病の分類 (Leonhard K: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology). 医学書院、東京、2002
18. 井上英二 : 井上英二 : 遺伝学と精神分裂病の解明. 分裂病の生物学的研究 (台弘・井上英二 編). pp1-14, 東京大学出版会、東京、1973
19. 鳩谷龍 : 非定型精神病. 精神医学 (村上仁、満田久敏 監修)、医学書院、pp 587-604, 1963
20. Mitsuda H : Clinical-genetic view on the biology of the schizophrenias. In : Fukuda T and Mitsuda H (Eds) : World issues in the problems of schizophrenic psychoses. Igaku-Shoin, Tokyo, pp 121-124, 1979
21. 林 拓二、須賀英道、安藤琢弥、松岡尚子: 分裂病と非定型精神病 (満田) の発症年齢と性差について. 精神医学、37: 1255-1263, 1995
22. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道: 分裂病と非定型精神病 (満田) の負因と誘因の相違について. 愛知医大誌、23: 321-331, 1995
23. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道: 分裂病と非定型精神病 (満田) の精神症状と経過について. 精神医学、38: 27-35, 1996
24. 林 拓二、渡辺豊信、鬼頭 宏, 他 : 精神分裂病と非定型精神病の頭部CT研究. 愛知医大誌、16: 171-186, 1988
25. 林 拓二: 非定型精神病のCT所見－多変量解析法による検討－. 愛知医大誌 17: 609-625, 1989
26. Suga H, Hayashi T, Ohara M : Single photon emission computed tomography (SPECT) findings using N-isopropyl-p-[123I]iodoamphetamine (123I-IMP) in schizophrenia and atypical psychosis. Jpn J Psychiatr Neurol 48: 833-848, 1994
27. 堀田典裕 : 精神分裂病と非定型精神病のMRI所見の相違について. 愛知医大誌、27: 73-83, 1999
28. Sekine T, Tachibana K, Fukatsu N, Fukatsu E, Hayashi T: Differences in P300 between Schizophrenia and Atypical Psychoses (Mitsuda) . Neurol Psychiatr Brain Res, 8 (4) : 165-170, 2000
29. 深津尚史、深津栄子、関根健夫、山下功一、新井啓之、林拓二: 非定型精神病の探索眼球運動所見. 精神医学、43: 1297-1304, 2001
30. 深津栄子、深津尚史、関根健夫、立花憲一郎、須賀英道、林拓二 : 分裂病性精神病の精神生理学的所見に基づく多変量解析. 精神医学、44: 39-47, 2002
31. 深津尚史、和田信、山岸洋、中東功一、林拓二 : 探索眼球運動を用いた非定型精神病の臨床単位の検討—急性精神病遷延型の疾病分類について—. 脳と精神の医学、14: 41-50. 2003
32. 林拓二 (編) : 非定型精神病—内因性精神病の分類と診断を考える、新興医学出版社、東京、2008
33. Hayashi T. (ed) : Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
34. 林拓二、成田実、世一市郎、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信 : 内因性精神病の長期経過について (抄). 精神神経学雑誌 113: 720, 2011
35. Franzek E & Beckmann H: Die genetische Heterogenität der Schizophrenie. Nervenarzt 67: 583-594, 1996



菜の花咲く四国を巡礼中の筆者 (徳島・吉野川堤にて)

身体合併症を有する昏迷状態の高齢者に対し 修正型電気けいれん療法が奏効した一例

公益財団法人豊郷病院精神科

白井 隆光

1. はじめに

修正型電気けいれん療法（以下、m-ECT）は昏迷状態や緊張病状態の患者に対して著効することが知られている。今回、我々は高齢者で喘息や高血圧など複数の合併症を有し、強い昏迷を示す緊張病状態にあるが、向精神薬には少量でも副作用の出現があるために薬剤治療が難渋した症例にm-ECTを施行し、予想される副作用の出現には適宜対応して良好な結果が得られたために、ここに報告したいと思います。

2. 症例

78歳、女性。喘息、糖尿病などの合併症を有しております。病前性格としては明るく社交的、遺伝負因などの家族歴はありません。過去の薬剤による副作用としては、clomipramineで嘔吐、risperidoneで筋強剛が出現したとの報告がありました。又、詳細不明ですが、一部の抗生物質でもアレルギー症状が出現したとの報告があります。

3. 現病歴

X-10年、詐欺にあったことを契機に抑うつ状態を呈して入院加療、一旦症状は軽快しました。ところが、X-3年に誘因なく不安、発語量の減少をきたし、A病院精神科に入院。以後同院に入退院を繰り返しておりました。X年10月に意欲低下、疎通不良を認め、再度A病院に入院しております。入院後、昏迷状態にあり摂食困難の為、中心静脈栄養が開始されました。また同時期に、喘息発作が出現し、procaterolの頓用が開始されました。さらに、X年11月にはD-dimerの値が $3.5 \mu\text{g/mL}$ を示したために深部静脈血栓症が疑われ、heparinの10,000units/day投与が開始されております。その後、A病院主治医からm-ECTについての説明を受けたところ、家族が希望したため、X年12月に当科へ転院し、同日医療保護入院となりました。

4. 入院時現症

ストレッチャーに臥床し、四肢の筋強剛は顕著で、表情は硬く、問いかけに対し視線を合せ、首を若干縦に動かすのみでした。又、中心静脈カテーテル、経鼻胃チューブ、経尿道留置バルーンカテーテルを使用しておりました。

5. 入院後検査

採血では、電解質、血球数などに異常は認めませんでした。但し、HbA1cは7.1%と高値、IgEも1155Unit/mlと高値でした。D-dimerも正常閾値より上回っております。しかし、心電図では特に異

常は認めませんでした。頭部MRI・MRAでは、陳旧性梗塞が認められましたが、動脈瘤、占拠性病変、頭蓋内出血などはいずれも認められませんでした。体幹造影CTも気管肥厚は認めましたが、粗大な動脈瘤や血栓などは認めませんでした。また、心エコーでの異常は指摘されておりません。その他、眼科的には、狭隅角はあるものの、網膜剥離は認めず、歯科的に顕著な動揺歯は認めず、体幹造影CTでその他腫瘍などの異常は指摘されませんでした。

6. 診断と院内症例カンファレンス

これまでの経緯や入院時現症から精神病症状を伴う重症うつ病エピソードと診断され、m-ECTの適応であると判断されました。また、喘息による麻酔施行時の有害事象リスクが指摘されましたが、後述するような対応によってリスクの軽減は可能と判断しました。本人・家族に対し、対象者は高齢であり有害事象出現の頻度が高くなること、喘息再燃による重篤な呼吸器症状悪化の有害事象が高いことを含めて説明し、同意を得ました。ちなみに、本人は病状的に書面での同意が困難であったため、口頭での同意のみとしております。

7. 向精神薬

入院前の処方にはsertraline 50mg、diazepam 5mg、brotizolam 0.25mgでしたが、入院後に sertraline を100mgまで漸増し、mECTでの有効な発作を誘発させるために、diazepam、brotizolamなどのbenzodiazepine系薬剤は中止しました。

8. m-ECT施行に際して心掛けた点

喘息再発のリスクを軽減する為、麻酔導入前にprocaterolの吸入を行うとともに、静脈麻酔薬は喘息惹起の危険性が有るため、sevoflurane吸入麻酔を使用しました。又、有効な発作を誘発させるために、筋弛緩作用が長時間で通電タイミングを合わせやすい非脱分極性筋弛緩剤rocuroniumを使用し、低二酸化炭素血症時にはmECT発作持続時間が伸びるとの報告が有るため、低二酸化炭素血症においても十分な換気を行えるlaryngeal maskを使用しました。

9. m-ECT施行条件および結果

使用機材はThymatron® System IV (SomaticsLLC) を用い、刺激用量は初回のみ40%、2回目以降は60%で施行しました。両側性刺激で合計10回施行し、全て一回の刺激で有効な発作が誘発され、発作後抑制も良好でした。連続性かつ規則性のある高振幅徐波も初回は不十分でしたが、2回目以降は得られております。

10. 経過

m-ECT開始日をDay 0としてカウントしますと、Day 2で「おはよう」と発語出現、Day 6で「私、リハビリしてるの」と文章を話しております。その後、徐々に表情が豊かになり、発語量も増加しました。ところが、Day 31頃から、stridor様の吸気性喘鳴が出現しました。Day 35であるm-ECT 7回目、吸気性喘鳴が増悪したため、気管支鏡検査を施行すると喉頭浮腫が認められ、ステロイド点滴を翌日まで断続的に行いました。その際、意識レベルの変動及び「石畳を降りてくるときに大勢の人が見える」等の

発言を認めました。そこで、ステロイド使用や処置に対するストレスを主因としたせん妄状態にあると考え、少量の抗精神病薬を開始したところ、幻覚や妄想的発言は徐々に減少しました。その後、身体的にも、精神的にも症状は改善し、m-ECT10回終了後の、Day54に紹介元に転院となりました。一過性せん妄が出現し、一旦は症状の悪化が見られましたが、全体としては、mECTによって症状の改善が得られたと考えられました。

11. 考察

喘息患者に対しては、一般的にバルビツール系麻酔を避けpropofolを用いる事が多いのですが、propofol静脈麻酔も喘息既往患者に対して気管閉塞のリスクがあるとの報告もあり、今回我々は、麻酔科医と相談の上、sevoflurane吸入麻酔を用いました。これまで、m-ECT施行時の麻酔薬として、propofolとsevofluraneのいずれが良好な発作を誘発するかについては一致した知見はないのが現状ですが、そうした中で、今回、我々は麻酔深度の調節を精密にして有効な発作を誘発させるため、sevoflurane吸入麻酔と非脱分極性筋弛緩剤の両方の長所を活かしてmECTを施行し、その結果、有効な発作の出現を認めました。

12. 結語

今回、喘息発作の既往とD-dimer高値を有し、昏迷状態にある高齢者にm-ECTを施行するにあたり、適切な吸入麻酔薬を選択することや、定期的に検査を行い、適宜薬剤調整することで、リスクを軽減、精神状態の改善に至った症例を経験しました。今回の症例を、今後の治療に活かしたいと考えております。

(本稿は2014年7月26日に第115回近畿精神神経学会で発表した原稿をもとに作成した)

心理療法を通じてパチンコに費やす金額が減った事例

公益財団法人豊郷病院医療技術部 臨床心理士

木津 賢太

1. 報告の目的

パチンコに収入額以上の金額を費やすうつ病男性患者に心理療法を実施した。主として日常活動表の記録を通して、パチンコに費やした金額と日々の出来事を振り返る方法を取り入れた。その結果、収入額以内の金額で生活できるようになった。この事例は現在も継続しているが、その過程を振り返りたいと思い、報告することにした。

2. 事例紹介

A氏：60代男性。診断はうつ病。不眠症で投薬治療を受けている。

1) 問題・主訴

ギャンブル依存。Aは当初の面接目標として、「パチンコも楽しみの一つだから、パチンコを週に2日程度に抑えていきたい」と訴えた。

2) 家族関係

Aは現在、独居である。原家族は、父親（X-11年前に他界）、母親（X-14年前に他界）、A、次男、三男の5人家族であった。幼少期にAは甘やかされて育ち、両親の言う事を聞かなかった。17歳ごろから好奇心と現実逃避の手段として違法薬物を使用し始め、20代前半まで使用していた。その間、母親に100万円近い金を要求する、部屋を暗くして過ごす、「おかしい人が来る」と言って刃物を振りまわすなどの行動が見られ、警察に数回捕まり、保護観察処分されている。高校卒業後、Aは工場に勤務するが数ヶ月で辞めてしまい、その後も職を転々とする生活を送っていた。その頃から競艇や競馬、麻雀などのギャンブルに金を費やす生活が始まった。30代後半に抑うつ症状と不眠、ギャンブルが辞められないことでB病院に数回入院している。40歳時に生活保護受給となり、当院に継続的に通院し始める。兄弟とは父親の遺産相続でもめて以来、疎遠となっている。

3) 来談に至る経緯

Aが50代前半の時に父親が他界し、莫大な遺産を巡って兄弟間でもめて、数百万円の遺産を手に入れてからは独居となった。そのころより、Aは再びギャンブルに多くの金額を費やすようになった。次第に父親の遺産がなくなり、生活に困窮するようになったAは依存症の専門医師のいるC病院で診てもらおうが、その医師に「ギャンブル依存は治らない。忙しく暮らすように」と告げられた。そんな中、X年12月に主治医より前任の心理士に心理療法の処方が出された。X+1年4月より筆者がAを引き継ぐこととなった。

3. 見立てと面接方針

面接を開始した時、Aは週に4回、月に10万円近い金をパチンコに費やしており、貯金を崩して生活

していた。Aは幼少期より欲求不満状態を処理できず、現実の問題から逃避する生活を続けてきた。面接開始時もAはパチンコに金を使い過ぎることに困っている一方で、「ギャンブル依存は治らないと言われたからしょうがない」、「パチンコのほかにすることといっても、ウォーキングはしんどい。支援センターはおもしろくないし、釣りは飽きた。」と述べ、現実的な解決策を考えることが出来なかった。このことから、面接では、日常活動表を通して、欲求不満状態を自己モニタリングし、欲求不満状態に対処する習慣を身につけていくことを目的とした。また、どのような事柄にAが逃避しているのかについて検討していく必要があると考えた。緊急性が無く、長期的な関わりが必要と考え、面接構造は月1回50分で行った（X+3年1月より月2回に変更）。なお、本事例の発表については、Aに同意を得ている。

日常活動表														
★1日の出来事を1つ1つ記録しましょう。														
★ストレス・パチンコをしたい気持ちを%で表しましょう。														
年	/ (火)		/ (水)		/ (木)		/ (金)		/ (土)		/ (日)		/ (月)	
	やったこと	ストレス%	やったこと	ストレス%	やったこと	ストレス%	やったこと	ストレス%	やったこと	ストレス%	やったこと	ストレス%	やったこと	ストレス%
-6														
6-7														
7-8														
8-9														
9-10														
10-11														
11-12														
12-13														
13-14														
14-15														
15-16														
16-17														
17-18														
★今月のルール（目標）を決めましょう。														
★丸をつけましょう														
★今週を振り返りましょう(気づいたこと,次に活かせること)														
①	パチンコは__月__日まで行かない。_____円使う。						→	できた・できなかった						
②	パチンコにいきたくなったら_____をする。						→	できた・できなかった						
③	パチンコにいきたくなったら_____をする。						→	できた・できなかった						
④	パチンコにいきたくなったら_____をする。						→	できた・できなかった						
⑤	パチンコにいきたくなったら_____をする。						→	できた・できなかった						
⑥							→	できた・できなかった						

4. 面接過程

(Aの発言を「」で、Th(筆者)の発言を<>で示す)

第1期：パチンコで大負けを繰り返し、試行錯誤する時期(X+1年4月~12月、#1~9)

#1：AはThと挨拶を済ますと、5日ほど前からうつ状態となったことを話し始める。漠然とした不安を矢継ぎ早に話していくので、Thが<Thの交代が突然のことで気が動転しているのではないかと>と返すと、次第にAは落ち着きを取り戻していった。そして、パチンコとの付き合い方、生活の仕方について考えていくことを合意して終わる。

#2、#3：初回とは異なり、Aは大きな声で、年の離れたThに対して、礼節をわきまえながらも、ざっくばらんに話す。前任者から継続して取り組んできた日常活動表を確認しながら、現在の生活を確認していった。パチンコの代わりにウォーキング、魚釣りは長続きがしなかった。一方で、友人と会うこと、支援センターに通所すること、保健所に相談することは長続きしており、Aは対人関係を求めているように感じられた。

#4：Aは「パチンコで大負けしてしまった」と話し出すが、いくら金を使ったのかはThには教えてくれない。そして、Aは「パチンコを一切断つ」と突然宣言する。以前にもパチンコを断ったことがあったが、2ヵ月半で諦めたようだ。「続かないことはわかっているけど、もう一度だけ試したい。」という。しかし、#5ではAは何事も無かったようにパチンコを再開している。Thは、<Aの行動を見ると、なんでも集中的に取り組んで、長続きしないパターンを繰り返している>ことを共有し、少しずつパチンコに行く回数を減らしていくことが大切であると伝えた。そして、パチンコに費やせる金額を1ヶ月に3万円までに設定してはどうかと提案した。Aも納得したようでこの制限を実施することとなった。

2ヶ月の間は、3万円以内に抑えられたが、3ヶ月目でAは3万円の制限以上の金額を使ってしまう。「本当は負けたことを言わないでおこうかなと思った。けど、嘘をついても意味がない。」と正直に話す。日常活動表を見ると、6日連続でパチンコに通っている箇所があった。パチンコでも大負けするまでのめり込むパターンがあることを再び共有し、そのパターンから脱するための手立てとして、土・日曜日はパチンコには行かないという制限を新たに提案した。しかし、Aは「好きなときに行って、好きな時に休む。そうじゃないとやってられない。ずっとそうして生きてきた。いつでも休める仕事を選んできた。」と述べて抵抗を示すが、渋々了承する。さらにパチンコに代わる活動として、月に友人と5回会うことも制限に付け加えることとなった(#9、#10)。

第2期：内面を語り始める時期(X+2年1月~12月、#10~#24)

#10：Aは4月にある車検の費用が払えないかもしれない不安がストレスになっていると訴えた。ThはAの内面に抱える不安をさらに引き出す手立てとして、日常活動表にストレスを%で記入していくことを提案した。すると、家で何もしないときにストレスが高くなるというパターンが認められた(#11)。次第に、Aは膝の痛み、歯の痛み、聞こえてくる音が高く聞こえること(違法薬物による後遺症状)を話し、将来の生活の不安を語り始める(#12)。また、過去にC病院の依存症専門外来に受診したにもかかわらず、その医師は『ギャンブル依存は治らない』と診てもらえなかったことがショックであった事も振り返る。Thは<Aさんはもしかして家にいるとそういった不安に押しつぶされそうになるから、パチンコに行って考えないようにしているのかな。>と投げかけると、Aは「悩みなんて無い。悩んで

もしやがないから考えないようにしている」とThの解釈を否認しながらも認める（#13）。また、「家にいるとしんどい、Thと話しているとマシだ。支援員はこんな話は聞いてくれない。」「あんな母親だったけど、いてくれたらご飯を作ってくれる。1人だと皆やらんといけんし、寂しい。金があったら何も悩まなくていい」と一人で不安を抱えることのしんどさを語るようになっていく（#15）。「家にいると将来の不安を考えてしまう。膝がわるく、痛み止めを飲んでいるけど、200mも歩けなくなった。家は山奥なので、車に乗れなくなったら暮らしていけない。元気付けるためにパチンコに行くしかない」と経済的な不安、将来の不安を語る（#18、19）。パチンコで大負けするたびにAは面接室で今まで抱えていた不安を言葉にして直面しようとする姿勢が感じられた。この頃からAは4年後の車検に向けて貯金を始めていく。

#24：「灯油や炊飯器を買って5万円使った。それを取り戻そうとして、パチンコで12万円負けた。冷静になって考えたらパチンコで金儲けが出来るわけがない。金を使ったらテンションが上がって、魔がさした。」と金が無くなることの不安をパチンコで埋め合わせようとした事を振り返り、「テンションが上がるとここでの約束を忘れてしまうので、タンスに張り紙をしておこうと思う。」「パチンコ屋も商売、負けるようになっていく。2円パチンコを1円パチンコにして長く遊ぶようにした。」と、新たな制限をAが自ら考える。将来が不安なのでそれを考えないようにしてパチンコに行くが、パチンコに行くことで生活費が無くなり、余計自分の首を絞めている事になっているとAは体験を通して実感するようになっていく。

第3期：貯金が無くなり、現実の問題に直面しなければいけなくなる時期（X+3年1月～X+4年4月、#25～#52）

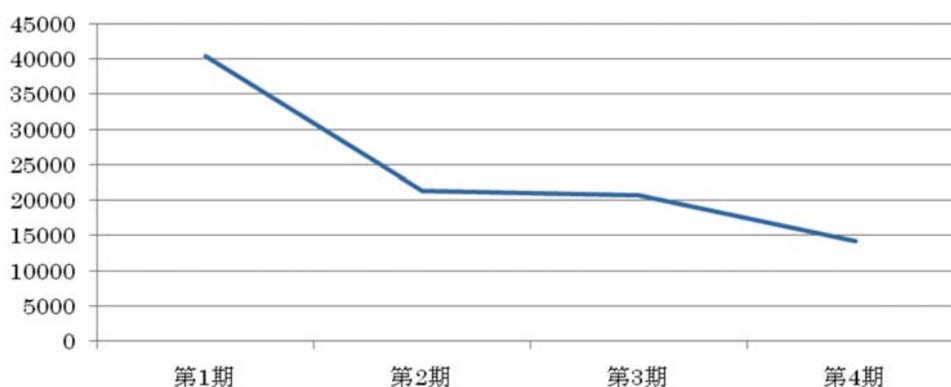
「貯金がなくなってきたので、病院に2年ぐらい入院させてもらおうと思う。入院したら他の人と話せるし、将棋や麻雀をしてなんとか過ごせるだろう。」と今の生活から逃避する案を考えたが（#27）、「どこの病院も3ヶ月しか入院させてくれない。」とAの案は叶わなかった（#28）。その後、Aは1ヶ月に何にいくら使うのか計画を立てることにした（#29）。今までは千円単位の計算しかしてこなかったAは、百円単位まで勘定するようになる。年金から生活費と来年の車検費用の積み立て3,000円を差し引いた10,900円が1ヶ月にパチンコに使えるお金となることを確認し、それ以上はパチンコに使わないという制限を自ら課した。しかし、その後もAは10,900円以上の金をパチンコに使い込んでしまい（#31、32、33）、とうとう父親の遺産である貯金は底をついてしまった。Aは唯一の収入源である障害年金と生活保護費だけで生活していかなければいけなくなった。それは同時に、パチンコに行かずに過ごす方法を考えなければいけない事を意味した。Aはいつも12時ぐらいからパチンコに行きたくなり、14時を過ぎると行きたい気持ちが納まってくるという。Aはその時間に昼寝をすると、パチンコをした後ほどではないが、スッキリするというので、パチンコに行きたくなったときの対処法として取り入れることにした。また、面接時間を10時から12時に変更し、面接頻度も月に1回から、月2回に変更することにした（#33）。すると、Aのパチンコに費やす費用は少なくなっていった（#34、#35、#36）。しかし、それだけではAのストレスは抑えきれず、車検の積立貯金を降ろしてパチンコに75,000円使ってしまう（#37）。このままではX+4年5月の車検費用が払えなくなり、車を手放すことになってしまう。Aは車を手放して介護タクシーを利用するか、銀行から金を借りて車検費用を分割払いしていくかを選択しなければならなくなった。車はいつでも外に出て気分転換が出来るが、介護タクシーはそれが出来ない。

ThはAに介護タクシーを選んだ時の支出と、銀行に借金をして返済していく時の支出を表にして、Aに比べてもらった。8ヶ月もの間、多角的な視点から考えた結果、Aは銀行から金を借りて車検を通すことにした（#52）。

第4期：パチンコに行きつつも何とか生活できる時期（X+4年5月～8月、#53～#60）

銀行から借りた金で車検を通したAは、車という今まで知らないうちに用いていたストレス対処法を発見する（#54、#55）。しかし、その後もAは収入以上の金をパチンコに使ってしまう。Aは食費や電話代を節約し、何とか生活していく（#56～58）。Aはパチンコに行きたくなくなるきっかけとして、「パチンコ友だちが電話でパチンコの話をしてくることがストレスになっている」と振り返る。「パチンコの話をしていないように頼むと何を話せばいいかわからないし、相手が気を悪くするかもしれない。」と初めて、対人関係の悩みを語る。Thは、今後はAの対人関係の持ち方に焦点が当たっていくことを予想した（#59、#60）。

1ヶ月あたりの平均パチンコ使用金額



5. 考察

1) Aのギャンブル依存の精神力動

生育歴を概観すると、Aは現実的な問題を避けてきた人物であると考えられる。幼少期は両親の言う事に反抗することによって避け、青年期は違法薬物によって避け、壮年期はギャンブルを興じることによって避けてきた。そこには否認のメカニズムが働いているといえる。否認とは、ある体験（抑うつ不安、罪悪感、喪失体験など）があったと認めるのを拒絶する防衛機制である（N. McWilliams, 2005）。診療記録を見ると、Aのギャンブル依存には常に抑うつ症状が伴っており、抑うつ症状はギャンブル依存と表裏一体のように感じられた。ギャンブル依存と抑うつ症状は大きく関係しており、ギャンブルの持つ抗うつ効果を指摘する報告は多い（松沢、1996）。松沢によると、「ギャンブル依存に関係する抑うつは、内因性のうつ病にみられるような悲哀感を伴った抑うつ気分、意欲の減退、精神運動制止、罪悪感、あるいは焦燥感ではなく、空虚感や疎隔感が中心で、『自信がない、頼りが無い、無気力、何をしても充実感が得られない、惨めな気持ち』といった形で語られる性質のもので、O. Kernbergが空虚な抑うつ（empty depression）と表現した病像に近い」と指摘している。Aの場合も独居の寂しさ、将来の不安を解消しようとパチンコに金銭を投じることによって、そうした空虚感や抑うつから抜け出し、現実を否認し、万能的世界に没頭することが出来たと考えられる。

2) 症状緩和の過程について

面接過程をみると、Aの否認の防衛機制が少しずつ軽減していく様子がうかがえる。第1期は、パチンコに行くという自らの行動を、日常活動表を通して見つめていく過程である。当初は、Aは否認しようとする言動が多かった。使った金額をThに内緒にして、大負けした事をなかったことにしようとしていた。また、Aは「好きなときに行って、好きな時に休む。そうじゃないとやってられない。ずっとそうして生きてきた。」と制限を軽くしようと抵抗していた。しかし、Aは大負けをするたびに、現実を見る必要性に迫られ、次第に制限を受け入れていった。第2期は、パチンコに行く時の自らの心理状態を見つめていく過程である。これまでAは家での体験を“ストレス”と一言で片付けていた。しかし、喪失体験による抑うつ（身体的な衰え、家族の不在、専門外来で見放されたこと）や漠然とした不安を言葉にすることで、否認していた内容を自ら抱えることが出来るようになっていった。第3期は、貯金がなくなり障害年金と生活保護費だけで、暮らしていかなければいけない現実を受け入れる過程である。Aは病院に入院することでその状況から逃れようとするが、Aの思いは叶わなかった。そして、Aは金銭計画を立てることで現在の状況で生活していこうとしている。このようにAは否認していたものを見つめていった結果、第4期では少しずつであるが限られた金額で生活が送れることが出来てきたのである。

このような結果に至った要因としては、2つ考えられる。1つ目の要因としては、Aの否認できる状況が崩れて、現実を見つめなおす必要性が出てきたことである。具体的には、Aが還暦迎えたことで、今までの人生を振り返るきっかけができたということだ。それと同時に、父親の遺産が無くなることで、パチンコに行く金がなくなり、限られた金で生活する状況に追い込まれたことである。もう1つの要因は、受容・共感するような治療者の関わり、すなわち、holding environment（抱える環境）があったことである。holding environment（抱える環境）は、面接状況における安心感を患者に保証し、自我の成長を促進させる（鏑、1998）。Aはこのような共感的環境に支えられて、空虚感や傷付きを癒し、つらい経験に注意を向けることが可能となり、自己探求をやり抜いていくことが出来たのだと考えられる。

Aは何とかパチンコに頼りすぎずに生活できているが、Aの課題はまだ存在する。空虚感を治療者とともに抱えていくのではなく、Aが生活の中で今後はそれを抱えていく必要がある。そのためには、Aが周囲と親密な関係を継続して保てるようになっていく必要があるといえる。

参考文献

- 1) N, McWilliams（著）、成田善弘（監訳）. パーソナリティ障害の診断と治療. 創元社. 2005.
- 2) 松沢信彦. 病的借金. 臨床精神医学vol.25. 国際医書出版, 841-846, 1996.
- 3) 鏑幹八郎（監修）、一丸藤太郎、名島潤慈、山本力（編著）. 精神分析的な心理療法の手引き. 誠信書房. 1998



心理カウンセリング室での著者



デイケアでの太極拳練習風景

患者の家族や医療・福祉関係職員の父性的・男性的対応が不十分であるために、患者の状態改善が遅れたと思われる5症例

公益財団法人豊郷病院精神科

堀川 健志

1. はじめに

かつての医療にみられたパターンリズムが批判され、患者主体の医療、医療・福祉関連職員の傾聴・受容的対応が評価される流れは現在も続いている。これはもちろん否定されるものではないが、特に精神科医療に従事した者ならば誰もが思い当たることだが「その場その場で患者の気持ちを受けとめ、その立場に身を置いて考え、できる限り本人の苦痛を和らげる」対応だけを単純に追求すると、一部の患者は健全な自立心を失うし、より良い生活への到達が妨げられ、精神症状の増悪に繋がることさえあろう。

傾聴・受容・共感といったものは本来母性的・女性的であり、かつてはそれが不十分だったのかもしれない。しかし、精神科医療・福祉にごく最近、2013年から関わり始めた者の1人としては、逆に患者に対して父性的・男性的対応が不十分のためバランスを失っている状況の方が多いのではと感じている。そして、患者に接する際の考え方が父性的・男性的態度を欠いたまま母性的・女性的な感性に偏っている現在の状況は「違和感を覚える」などという個人の印象に止まらず、具体的な問題を惹起しており、患者家族及び医療・福祉関係職員にも注意を呼びかけるべく、筆者が主治医として担当した以下5症例を提示して検討を加えたい。

2. 症例提示

事例1 ○部○治 42歳男性 統合失調症

【現病歴】

平成3年10月（19歳時）、通学中の電車で「舌が喉に入り込む」感覚から途中下車するという最初の精神的エピソードが現れ、その後すぐに心気症状、強迫症状、社会不安症状等も出現し、同年11月に精神科を初診した。本人は後で、当時から幻聴があったと言う。

その後通院加療が行われたが、無為・自閉的な生活を送り、強迫症状が長く持続することになった。そこで、専門学校を中退したが正規の就職はできず2～3ヶ月ほどのアルバイト勤務がせいぜいであった。トラクターのような農業機械を用いて農作業をしたこともあり、農家として生計を立てることを期待されたこともあったが、30歳代後半からはそれもしなくなった。

日中、自宅でTVを見たり音楽を聴いたりして過ごし、夕方6時過ぎには内服薬を飲んで寝る。一人での外出は近くのコンビニエンスストアなどに買い物に行くのみで、自閉的な生活を続け、食事は市販の弁当などを食べ、風呂にはほとんど入らず、着替えは家人に注意されて週に1回程度は行う。強迫症状として、便失禁を恐れて尿取りパッドを使用し、タバコの火の延焼を恐れて着火時に腕まくりをしていたが、家人に大きな迷惑をかけることはなかった。

しかし、平成25年10月頃（31歳）に実父が入院したのを契機に、自宅の各所に多量の食料品を貯め込むようになった。それらが腐るために注意されるも改まらず、家人の生活にも支障が出るようになっ

たため、平成26年2月に当院受診し、同日医療保護入院となる。

入院後は、投薬を調整し大きく減薬を行ったが陽性症状は出現せず、入院生活に慣れて安心感を得たこともあってか強迫症状もみられなくなった。その後、多くの職員らによる生活指導的関わりによって、当初は陰性症状として止むを得ないと思われた無為・自閉的生活態度も大きく改善した。日常生活に必要な動作・作業がある程度、自発的に行えるようになったため、平日の日中に通所する施設の手配がなされ、平成26年10月に自宅へ退院した。

【その後の経過】

入院治療では、薬物療法よりも、多くの職員による生活習慣の改善を目指した毎日の取り組みが効果的であったと思われ、今後も入院中に得られた生活習慣を維持し、休まないで施設通所を継続し、規則正しく生活することで現状維持を図ろうと説明した。事実、しばらくはその通りの生活ができており、入浴やその他の身だしなみも適切にできるようになり、清潔感のある姿を見て家人からも「見違えるようになった」とのコメントが得られていた。通所先でも作業内容に意欲的で、よりハイレベルな活動を目指す姿勢がみられていた。

しかし、平成27年2月（退院後4か月）頃より、施設を休むようになり、睡眠薬を朝に内服するといった不適切な内服がみられるようになった。父親に確かめると、内服薬は全て実父が管理しているが、本人の求めに応じやむなく薬を手渡していたとのことである。施設を休むことについても、父親はよほどの理由がない限り休んではいけないと指導することはなかったと言う。この間、患者が父親に粗暴な行為を行なうことはなかった。患者は、陽性症状が出現した時に服用するための頓服を「1日1回飲まない不安」という理由で毎日内服していたが、毎回の診察時に主治医が注意・指導していたものの、この点を父親は本人に確認することなく、毎日1回分の頓服薬を漫然と渡していた。

患者が通所を渋る際に訴える症状について、主治医は患者の精神症状が軽微であり、身体症状についても内科を受診した上で、通所を休む理由とはならないことを確認した。しかし、父親はそれでもなお「施設に行きたがらない時にはどうやってやればいいのかわからない」と弱々しく話し続けるため、主治医は「言うべき言葉は『あかん！』です。『ダメだ。行け』です。42歳の男性が重大な理由もなく仕事を休むのはありえない。一喝するのです」といった説明を粘り強く繰り返した。やがて患者は父親の強い指導に従うようになり、適切な服薬、施設に休まずに行くといった規則正しい生活が出来るようになり、現在に至るまで特に精神症状の増悪なく経過している。

【本症例の考察】

父親に父性的態度が欠けており、服薬・作業所通所・適切な生活習慣の維持について厳しく指導することができず、一旦改善した状況が逆戻りしかけたが、主治医が父親に対して、患者への接し方を改めるよう強く指導した結果、状況が改善した。担当の支援者らは、父親の強い指導は難しいと考え、再度の入院加療により生活態度を改めさせるといった対処（金銭的・時間的・エネルギー的コストがより大きい）を提案していた。

父親は知的能力に大きな問題なく、患者はこれまで多くの面で父の世話になってきたことを理解しており、父の決定に不満があったとしても最終的には従うであろうことは予想されていた。実父の影響力の大きさの一方、息子の不適切な要求を断れない甘さが状況の悪化を招いていたことは明らかであり、主治医が父親の男性的・父性的対応を繰り返し求めた結果、状況の改善が得られた症例である。

事例2 ○賀○男 47歳男性 統合失調症

【概要】

患者本人は「他者との関わりが出来るだけ少ない環境」を希望していたが、他患との交流の機会が多く自由度の高い施設に移ったことで、積極的・活動的な生活態度が得られるようになった症例である。他の患者から依存されるという程に頼られてしまうために、精神的負荷が心配されたが、そのことで特別な症状の増悪はなかった。それまでの保護的環境は結果として過度であったとみられる。それまで中心となっていた支援者は患者の相談に親身に応じており、当時主治医が主張していた保護の少ない環境での生活に反対していた。

なお、金銭管理について話し合った際、当時の主治医は「生活費を管理されないことでお金が尽きてしまい丸2日程何も食べられないといった状況でも、そのピンチをしのぎ切った時の安堵感が見られる。そして、反省してお金は計画的に使わなければと決意する。しかし、次も足りなくなって後悔し、自己嫌悪する。そういう日々の中にこそ生きている実感があり、生きている楽しさがあり、人間に活力が出てくるのだ」と主張していた。今、振り返ってみると、当時の患者には過度な期待であって、当該支援者の反対にはもっともな部分もあったと反省している。

事例3 ○田○子 50歳女性 強迫性障害／境界性パーソナリティ障害

【現病歴】

若い頃から、必ず朝1回排便がなければ落ち着かなかった。

平成27年5月末にそれまでのパート勤務を辞めたことを契機に、食事を摂った回数分排便がないと気が済まなくなった（1日3食なら、排便が3回なければ落ち着かない）。その後、排便を得るための不適切な下剤使用がみられるようになり、更には腹部膨満感をしばしば訴え、夫を伴い近隣の内科受診を繰り返すようになった。しかし、いずれも内科的に明らかな異常は指摘されず、同年6月末に当院消化器内科を受診した際、精神科的症状を疑われて当科に初診となった。

以後、通院加療が行われるも、思うような排便が得られないことや腹部膨満感に不安に感じて食思不振となり、体重減少が続いていた。そこで、夫から入院が要請され、同年7月に任意入院となった。

【その後の経過】

当患者の夫は毎日のように面会に訪れていた。そこで、身体的には問題がないことは既に複数の内科医によって確認されているため、主治医は、夫からも患者の訴えが精神症状であることを自覚させるように接してほしい、と要請した。しかし、夫は身体的問題による症状だという患者の考えを否定する態度をとれず、共感・受容的態度に終始し、更には患者の求める身体的症状としての対応（下剤使用など）を医療者側が行わないことを、患者と一緒に病院側を非難するといった態度がみられた。主治医は、夫同伴の場で長時間の面談を複数回行ったが、その場では夫も主治医の考えに同意すると答えるものの、その状況に大きな変化はみられなかった。入院後41日目に、患者・夫の両者から「婦人科的な原因の検索・治療をしたい」という希望があって、退院となった。

【本症例の考察】

夫に父性的・男性的態度が欠けていた症例である。共依存とも言えよう。夫が患者に対して、一貫して理性的・客観的な態度で接していけば治療はよりスムーズに行うことができたと思われる。なお、この症例に関しては、患者が退院後に精神科外来への通院を再開したため、境界性パーソナリティ障害の

診断基準を確認したところ、9項目のうち6つを満たした。入院当初はパーソナリティ障害の可能性を疑っていなかったため、対応について適切な方針を提示し職員全体で共有することができず、「入院患者が受けるべき当然の対応」として様々な要求・非難をする患者にたいし、看護職員らにも相当な混乱を招くこととなった。

事例4 ○井○次 47歳男性 適応障害

【概要】

父親が患者との仲が悪いのみならず、患者とは接しようとしないうちに、問題が改善しない状況が続いた症例である。患者は母・父・妻と共に生活していたが、時々激しく苛立った時に過量服薬を行なうことが問題となっていた。母は認知症で服薬管理ができず、父親は不仲のため患者に関わりたくせず、体の弱い妻が服薬管理をする状況であった。そして、時々怒り出しては体の弱い妻から内服薬を強引に奪い過量服薬に至っていた。

父親は知的にも肉体的にもしっかりしているため、父親に対して主治医は、状況の改善のために内服薬を患者に少量ずつ渡すように約束したのだが、その約束は守られなかった。本人の周囲には時々様子を見に来る姉を含め、本人の苦しみを受容し、苛立ちをなだめる女性ばかりという父性欠如の状況が続いていた。その結果、その後も過量服薬の問題は続いた。

事例5 ○木○子 38歳女性 軽度知的障害／吃音

[WAIS-III：全検査IQ62、言語性IQ66・動作性IQ62（2011年施行）]

【現病歴】

言語発達の遅れから特殊学級を経て八日市女子高校を卒業。その後、最初の就職（一般就労）にて研修期間中に適応困難となり自宅への放火未遂を起こしたことを契機に精神科初診（初診時19歳）。以後通院加療・施設通所を継続中であったが、物事が自分の思い通りにならないことや周囲から充分に構ってもらえないという理由で不満を感じると家人への粗暴行為、通所施設でのトイレへの立て籠もりや物品持ち出し等の迷惑行為、衝動的に自傷行為を起こすといった問題が続いていた。平成25年4月、母への粗暴な行為から医療保護入院（入院15回目）となり、これ以後、私が主治医として担当している。

【その後の経過】

当患者と初めて話した際、以前の診療記録等から得た情報及び患者をよく知る職員の話から受けていた印象に比べて知的レベルが高く、成熟した考え方が出来るように感じた。10数年に及ぶ通院歴があり、長年患者に関わってこられた多くの支援者が集まった会議に初めて出席した際、これまでの経過を直接知らない者としては、患者の能力・成熟度を本来よりもかなり低く、幼く想定して議論されているように感じられた。

診療を重ねるにつれ、患者は最大限にポジティブな形で表現しても「周囲を困らせており、指導してもらふべき存在」として自分自身を捉え、これまでの入院加療を「おしおき」のように捉えていることが分かった。知的なものをはじめ自身の能力を実際よりも低く評価し、社会的成熟度の面でも自分を子供のように評価していた。

しかし、じっくりと話してみると、患者は論理的な話し振りが特徴的で、こちらのお話を最後まで聞くという集中力があり、理解できなかった部分は曖昧なままにせず何度か聞き返して確認し、こちら

もそれに応じて可能な限りの表現を用いて説明すると、理解できた場合には話の内容を自分の言葉で言い換え、確かに理解していることをこちらに伝えようとする様子があり、主治医の懸命な姿勢に応じようとする態度が感じられた。その他にも様々な場面の発言内容から主治医に対する自然な気遣いを感じた。

このような点から、①おそらく吃音により言語性IQまで低い得点となってしまったが、少なくとも言語理解に関しては数値から一般的に想定されるよりも高いレベルにあるのではないかと、②それなりに成熟した人格を持ち、少なくとも児童に対してのような接し方は明らかに不適切である、という考えに基づいて診療を進めた。

自身の能力への低い評価を改めさせること、及び人格面での成熟を自覚させることが第一の取り組みとなり、診療の機会を持つ度にこれらを促すような話を思いつく限り行った。

例えば、以下に記すような話（要旨）である。

★「会話が流暢でないことで自分の頭が悪く、流暢に話せる人は頭が良いと思ってしまうのかもしれないが、それは勘違いだ。スティーブン・ホーキング博士は〇子様と同様に病気のため自然な会話ができず、〇子様の方が流暢なくらいだ。彼の風貌を写真で見たら、〇子様も彼は一見知的能力が低いのではと思うだろう。しかし、彼は天才と言われるほど頭の良いひとだ」

★「車を運転しているような人はしっかりした大人だと思っているだろう。しかし車でお酒を飲みに来て、店で腹を立てて帰りに表のゴミ箱を蹴り倒し、中身をぶちまけたまま帰って行った人を僕は前に見たことがある。通所先で不当な扱いをされたと思いながらも我慢して家まで帰ってきた〇子様の方が明らかに優れている」

そして能力的にも人格的にも大人として行動すべき水準に達していながら、周囲からの児童に対してのような扱われ方に甘え、成熟した女性としてふさわしくない振る舞いを未だに続けている見苦しさを指摘した。

さらに、主治医は「約束を破ることは絶対に許さない、本当に許さない」と伝えた。問題行動を防ぐべく関係者との打ち合わせの上、守らなければいけない事項につき、患者の能力を踏まえてムリのない「16の約束」を設定していたが、これに関し本人は約束に反した場合に入院させられるのではと恐れており、「守らなければどうなるのか」とこちらに何度も質問し、反応を伺う場面があった。これに対して主治医は「大人として許されない最低限のことを守ればいいだけだ」と話しつつ、約束に反した場合については、医学的に必要がない場合に精神科病棟に入院にさせたり、その他のばあいでも懲罰的な処置は決して行えず、脅しとして言うこともできないため言葉を濁していたところ、患者はこの主治医の態度を見て安心した様子を見せたため、主治医が猛烈に怒り、そのような卑劣な患者の姿を見て失望した旨を怒鳴りながら伝えることとなった。これは一時的に大きな精神的負荷をかける場面であったが、その他の接し方を含めて総合的にみれば適切な父性的・男性的態度であったと考える。それ以後、状況から幾分止むを得ないと思われる場面での約束違反が一度みられたものの、他には明らかな約束違反はなく、その他の面でも順調な経過を辿っている。なお前述の経過中には投薬の変更を行っていない。

【本症例の考察】

IQ値に応じた「〇才〇ヶ月相当」といった感覚が多くの支援者の意識にあり、またこれまでの問題行動による幼さの印象が強かったため、実際には10数年の経過で患者なりの成長があったにも関わらず、子供に対するような接し方のままになっていたのではないかと、思った。これは本人に甘えを招き、

社会的発達を妨げていたと考える。なお、前述の「幾分止むを得ないと思われる場面での約束違反」があった際、患者の母親が、本人が主治医からの厳しい叱責を受けることとなっては「かわいそう」と考え、診察時に本人を庇うため事実と異なる報告をしていた。これについては、「これからは本当のことだけを話して欲しい」と母親へ伝えた。患者への対応につき、家族からの信頼が不十分であったからかもしれないが、患者家族に父性的・男性的態度が欠けていることが伺われるエピソードであり、この点もまた、これまで患者の社会的発達を妨げていた要因と思われる。

3. 考察とまとめ

かつての厳しい父親像が家庭から失われたと言われて久しく、学校教育では生徒に対して強く出ることが難しい状況がよく聞かれ、社会全体から父性的・男性的な部分が失われてきている。強い態度での生活指導が不可欠となることがしばしばみられる精神科患者に対し、家族や支援者・医療関係者が父性的・男性的態度を欠いているならば、事例に挙げたように患者の活力を削ぎ、自立心を損ない、依存を助長する結果を招く。それは生活習慣の乱れ、服薬及びそれ以外の治療の失敗を招き、総合的な生活の質や、更には精神症状をも悪化させることに繋がる。

父性的・男性的態度で接すべき主たる人物としては、言うまでもなく患者の父親あるいはそれに近い立場の親族が最も適任であるが、これがかなわないならば、精神症状の経過の良し悪しに大きく関わる以上、少なくとも医療・福祉関係職員のうち誰かがその役を担わなければならないだろう。

しかし、父性的・男性的対応として患者に厳しく接することはリスクを伴う。行き過ぎ或いは不適切な形であった場合は、患者への精神的負荷の強まりから状態の悪化を招きうるほか、患者からの信頼を失い治療関係の継続が困難となる可能性や、患者側からのクレームや更には訴訟の可能性さえ否定しきれない。そこで、医療・福祉関係職員にとっては、傾聴・受容・共感的態度で接したほうが「安全」と考えられる（もちろんいずれの接し方にも技量が必要である）のかも知れない。

このようなリスクから、父性的・男性的に対応する際には非常にしっかりしたバランス感覚が必要である。過度の父性的・男性的態度としてありそうなパターンは、生活習慣の改善のためという名目で、必要以上に患者を自分の思い通りに生活させて負担をかけている場合である。もとより、患者に対して高圧的・権威的に接し、批判的な言葉を受けると怒り出すといった態度は論外であろう。

逆に母性的・女性的態度の履き違えとして、先に触れたように、少しでも患者に負担のない環境整備を目指して傾聴・受容・共感に多大な時間を割き、しかしそれが結果として患者の活力を削ぎ自立を妨げているパターンである。熱心に患者の世話をすることで自身の存在意義を確認しようとする気持ちもあるのかも知れないが、過剰な保護的態度は必ずしも患者の利益にはならないこともしておく必要がある。

適切な父性的・男性的役割を担う人物を欠いた環境にある患者に対し、これを補いつつ治療を進めることで予後が大きく改善されるとされる症例は、上記5症例以外にも多数ある。しかし、それを実践するには、バランスのとれた父性的・男性的役割とはどのようなものかを考え、父性的・男性的役割を担うべき家人に対し、適切な、決して過度とはならない接し方を指導していかなければならない。このことは治療者自身にとっても重要であり、自らの性格傾向や精神状態・置かれている状況などを常に自省しながら、この役割を果たすことが出来るように、心しておかなければならないと思う。

(本報告ではプライバシーに配慮し、内容と関係がない範囲で、データの一部を改変している)



臨床精神医学研究所での筆者

摂食障害の臨床

～ 見立て・治療・社会支援 ～

京都大学大学院精神医学

野間 俊一

1. はじめに

摂食障害の臨床は、一般に難しいといわれる。事実、患者はなかなか治療に積極的になれないし、身体管理もしなければいけない。しかし、若い女性の数人に1人は摂食障害といわれる現代において、いろいろな医療機関がそれぞれの工夫をしながら摂食障害に対応していくことが求められている。本稿では、摂食障害の専門ではない医療機関で摂食障害患者を診ていく際のポイントについて、順に説明をさせていただく。

2. 摂食障害研究の歴史

極端な食事制限とるいそうについては、古代西欧では宗教的意味合いを伴った絶食としてさまざまな報告がある。しかし、現代的な意味での摂食障害は、1694年のイギリスのモートンの報告が最初とされている。ここですでに、食事制限が心因性であることや過活動という特徴があることが指摘されている。日本でも18世紀後半に香川修徳が、ほとんどが女性に見られて無理に食べさせようとしてもはいてしまう「不食の証（病）」を報告しているが、彼の「しいて治さざるをもってすなわち真の治法となす」の言葉は現在もなお深い意味をもっているといえるだろう。1868年にはイギリスのガルが、1873年にはフランスのラセーグがこの病気を報告し、医学領域において摂食障害が疾患単位として認知されるようになった。20世紀前半には内分泌疾患であるシモンズ病との混乱がみられたが、その後心因性疾患と再認識され、1994年のDSM-IVで疾患概念の大枠が作られた。

1970年代には欧米で摂食障害の増加が認められたが、わが国では1980年代に神経性やせ症が、1990年代に神経性過食症が増加した。2000年代には欧米で過食性障害（後述）の増加が報告されているが、わが国ではまだこの病態の増加については指摘されていない。

3. 摂食障害の診断

まず、わが国での摂食障害下位分類の呼称について触れておこう。2013年にDSM-5策定され翌年にはその日本語訳が出版されたが、それを機にそれぞれの日本語表記が、従来の「神経性食欲不振症」「神経性無食欲症」を「神経性やせ症」に、「神経性大食症」を「神経性過食症」に、「むちゃ食い障害」を「過食性障害」にと改変された。

「神経性やせ症（anorexia nervosa; AN）」は、①BMI（体格指数：体重 [kg] ÷ 身長 [m] ÷ 身長 [m]）が 18.5kg/m^2 以下の低体重、②肥満恐怖、③ボディイメージの障害（やせているということを正しく認識できない）、の特徴によって診断される。DSM-IVの「無月経」の基準は削除された。食事を制限する「摂食制限型」と過食嘔吐が認められる「過食／排出型」に大別される。

「神経性過食症（bulimia nervosa; BN）」の診断基準は、①過食（短時間に大量の食料を摂取、コン

トロール困難)、②体重増加を防ぐための代償行動(自己誘発嘔吐、下剤・浣腸・利尿剤の乱用、過剰な運動、拒食)、③過食の頻度が週1回以上、④やせ願望、である。「排出型」「非排出型」といったさらなる下位分類は撤廃された。

「過食性障害(binge eating disorder; BED)」の診断基準は、①過食、②過食時の以下の特徴:速く食べる;苦しくなるまで食べる;空腹でなくても大量に食べる;一人で食べる;後悔する、③苦痛がある、④過食の頻度は週1回以上、3ヶ月以上持続、⑤代償行動がない、である。結果として肥満傾向になる。欧米では増加傾向にあるが、日本ではまだそのような報告はない。

4. 摂食障害の疫学

有病率については、欧米と日本とではそれほど差は見られない(表1)。

男女にはどの文化圏でも、1対10と圧倒的に女性に多い。

わが国の摂食障害有病率の変化としては、2000年以降、ANとBNはほぼ横ばいだが、不全型(DSM-IVなら「特定不能の摂食障害」)は増加し、女子学生の5人に1人はいると推定されている。

表1 各国の摂食障害の有病率(切池信夫著『摂食障害』第2版、2009年)

	アメリカ	ヨーロッパ	日本
神経性やせ症 (生涯有病率)	0.1-0.5 (0.5-3.7)	0.3 (1.5-4.2)	0.2
神経性過食症	1.5-3.8	1.0	1.4-1.9

5. 摂食障害の症状

1) 食事をめぐる問題

ANとBNの中核症状は、ほかならぬ「やせ願望/肥満恐怖」である。やせたときの達成感がこれまでの不全感を満たしてくれる稀有な充実感として体験され、そこから抜け出られなくなる。その結果、食への過度のこだわりが生じ、不自然な食べ方は隠れ食、食料の溜め込みといった異常な食行動へと発展する。意図的嘔吐、下剤乱用、チューイング(食べたものを飲み込まずに吐き出す)といった体内の食物を体外に出す行為を「パージング(排出行為)」という。

2) 精神症状・行動上の問題

精神面では、多くの患者において対人緊張や対人恐怖が強く、他者による自分についての評価への過敏さに由来すると考えられる。

完璧主義も多数の患者が幼少期からもちあわしており、二分法(全か無か)思考やコントロール欲求が認められる。

嘘をつく(多くは食行動異常に関連)、万引き(食料品以外も)、自傷行為・自殺企図も認められる。嘘や万引きは、人知れず自分だけの世界でなんらかの行動に及ぶという意味では、万能感と関連し、コントロール欲求に由来するとも理解できるが、その病理構造についてはまだまだ解明されていない。

3) 神経性やせ症の身体症状

やせに伴う身体症状は多岐に渡るため、表2に概略をまとめる。

4) 習慣性嘔吐に伴う身体症状

嘔吐に伴う身体症状は、表3に示す。

表2 神経性やせ症の身体症状

- A. 汎血球減少
 - ・低栄養による骨髄抑制
 - ・鉄欠乏性、ビタミンB12欠乏、葉酸欠乏
- B. 甲状腺機能低下症
 - ・low T3 syndrome 低栄養のため新陳代謝を下げる目的
 - ・循環器・消化器などにさまざまな影響
 - ・甲状腺ホルモン剤の投与は無効(逆効果?)
- C. 低蛋白血症
- D. 無月経
 - ・ホルモン治療は貧血や全身状態悪化のリスクあり
- E. 高コレステロール血症 高尿酸血症
 - ・治療不要

表3 習慣性嘔吐に伴う身体症状

- A. 低カリウム血症
 - ・胃酸を排出するため
 - ・カリウム剤を投与 (Kが3.0mEq/l以上が目安)
- B. 齲歯
 - ・過食よりも嘔吐時の胃酸によるエナメル質の融解(酸蝕歯)が原因
 - ・うがい(酸性うがい液を避ける)を励行、歯磨きによる歯の摩耗に注意
- C. 唾液腺腫脹
 - ・嘔吐時の唾液腺に対する刺激による
 - ・炎症ではなく過形成であるため、放置可
 - ・唾液腺由来のアミラーゼ高値

6. 摂食障害の病理構造

1) 摂食障害の要因

かつては、摂食障害は「母原病」「愛情不足」などといわれたことがあるし、逆に単なる「ダイエットの失敗」と軽く考えられることもあった。しかし実際は、さまざまな要因が複雑に絡み合って病態が形成されていることがわかる。

元来の頑固な性格や遺伝性についても若干の報告がみられるようになり、生得的な素因がいくらかは関与しているようである。そこに生育環境の影響から自信欠如あるいは自己愛的なパーソナリティが形成される。きっかけとしてはダイエットが多いのは事実だが、学業不振や外傷体験が契機となることもある。食行動の問題が始まってから、それを維持させる要因があつてはじめて摂食障害が成立する。

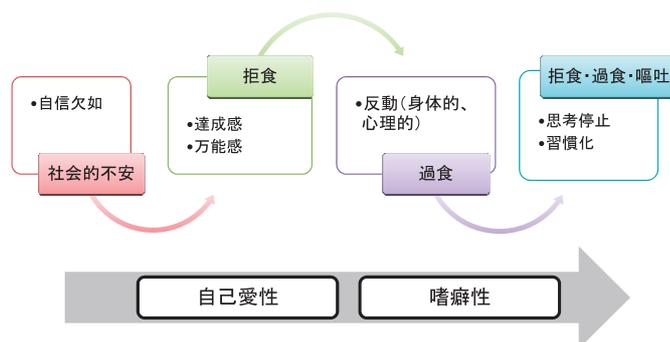
重要なのは、従来の神経症モデルを当てはめ、生育歴を過度に重視したり、心的葛藤の解消によって回復すると考えたりはしないということである。摂食障害は発症後症状が自律的に進行し、特有のパーソナリティを形成することから、治療では食行動や認知の修正を意識的に行っていく必要がある。

2) 摂食障害の二側面

摂食障害を理解するうえで、「自己愛性」と「嗜癖性」という二側面に留意する必要がある。「自己愛性」とは、自己愛性パーソナリティのように過度な自己顕示を行うとは限らない。摂食障害者のもつ自己愛性とは、他者からの評価を過度に気にして傷つきやすく、つねに思考の中心に「周囲の人にとっての自分」というものがある「脆弱性自己愛」である。自己愛傾向が強いと、他者との共感性が乏しくなる。

拒食や過食が続けば、社会的不安を歪んだ食行動へと置き換えてしまい、病的な食行動が苦痛回避手段になってしまっているため嗜癖化してしまい、修正は容易ではない。症状形成を図1に示す。元来自信を欠いていた人が、やせることによって達成感や万能感を獲得して拒食になり、身体的心理的な反動によって過食が続けば、拒食・過食・嘔吐といった病的な食行動の際には思考が停止して苦痛を逃れられるため習慣化していく、というプロセスを辿る。この経過の中では、当初は自己愛性の病理が前景に出ていたのだが、症状が習慣化する中で嗜癖問題へと比重がシフトしていく。

図1 摂食障害の症状形成



3) 摂食障害のステージ

患者を見立てる上で、ステージを考えることも重要である。

発症2年まで（年数については筆者の臨床感覚によるもので実証されているわけではない）を仮に「急性期」とする。さまざまな誘因によって一過性に食行動が乱れている例もあり、適切な治療を行うことで比較的短期に回復することが期待される。

発症2～10年くらいを「亜急性期」と呼ぶ。食行動問題はあるていど習慣化しつつあるがまだまだ回復可能であり、積極的治療で大幅な改善が認められる。

発症10年を過ぎると「慢性期」と呼ぶ。「重度遷延性摂食障害（severe and enduring eating disorder; SEED）」を含み、根治よりも社会適応を促す治療方針とする。

4) パーソナリティ分類

患者の治療方針を決めるうえで、病気のステージだけではなく、その患者の特性、すなわちパーソナリティによる特徴も把握しておく必要がある（表4）。

表4 摂食障害患者のパーソナリティ分類

	反応・葛藤型	固執型	衝動型
特徴	摂食障害の症状以外に問題が少ない	こだわりが強く、強迫的な生活パターンあり	衝動性が高く、摂食障害以外に自己破壊的行為あり
病態水準	神経症圏	神経症よりやや深い摂食障害の中核群	パーソナリティ障害 愛着障害
発症状況	心理的ストレスに対する反応、心理的葛藤	達成感を得るために拒食から発症	衝動行為の1つとしての極端なダイエットから比較的短期間で過食嘔吐が習慣化
主な摂食障害の下位分類	神経性やせ症 神経性過食症	神経性やせ症	神経性過食症
中心とすべき治療	力動的的精神療法（CBT的枠組みを併用）	認知行動療法（CBT）	支持的あるいは力動的的精神療法
経過	比較的短期間で回復	長期化する傾向あり	衝動性の鎮静とともに回復

7. 摂食障害の治療

1) 摂食障害治療の全体像

摂食障害の治療法でしっかりと実証されているものは限られている。それは、過食に対する薬物療法と認知行動療法（CBT）、そして拒食の思春期症例に対する家族療法だけである。それはけっして、摂食障害が治療困難な疾患だからということではなく、摂食障害という病態が複数の要因が絡み合っ形成され、個人差が大きいからである。治療は、個々の患者に適したものを組み合わせて行うことになる。

発症後1,2年まで（すなわち、急性期）であり、年齢が比較的若く（20代前半まで）、背景にある心理的葛藤が明らかな場合は、外来でCBTの枠組みを提示しつつ洞察的なアプローチを併行することで改善が認められることがある。一方で、亜急性期の固執型（中核群）の場合には、外来ならCBT、入院なら体重増加を目的とした行動療法をしっかりと行うべきである。これらの精神療法と併行して、作業療法、集団療法、家族療法を行うことは有効であるし（とくに20代前半までなら家族療法は不可欠）、地域での自助グループや作業所、家族会など利用できるものはできるだけ利用する。

発症後10年以上の慢性例であれば、病気の治癒よりも社会適応を当面の目標とし、今の症状を抱えながら社会で活動する方法を模索していく。これは、治癒が不可能という意味ではなく、治癒に対して強迫的になればなかなか改善しない場合の自己否定が強くなり、ますます回復のきっかけを失うことになりかねないからである。社会で活動する場が見つかり自己評価が上がれば、結果として病気も改善することが期待できる。

2) 思春期やせ症の治療の流れ

低体重期は脳への栄養も不十分なため、洞察的な精神療法は避ける。栄養療法を中心にCBTの枠組みを設定する。ある程度栄養状態が回復してきたら、CBT的アプローチをベースに洞察的精神療法に徐々に移行する。最終的には、他の人がどう思うかではなく、自分自身で自律的な判断や行動ができることを目指す。

治療はできるだけ納得してもらいながら進め、強く抵抗する治療法はできるだけ避ける。ただし、命に関わるような全身状態のAN患者が治療を拒否した場合、強制治療に踏み切らざるを得ない場合も少なくはない。その場合、家族と十分相談のうえ方針を決定する。

3) 再栄養症候群

ANの治療開始の際に注意すべきなのは、再栄養症候群（refeeding syndrome）である。低栄養の患者に食事提供や強制栄養（経鼻腔栄養や中心静脈栄養）を行う場合、急激な糖質の摂取によって肝機能の悪化や電解質異常が生じることがある（表5）。治療開始当初は、毎日のように採血して全身状態を把握しておかなければならない。

これまで食べていた食事量がかなり少ないようならば、1日800kcal程度の食事から開始し、毎日採血をして再栄養症候群が生じていないことを確認して、2,3日に100kcalのペースで緩徐にカロリーアップをしていく。入院直後はビタミン剤を投与する。再栄養症候群のため血清リンが低値になった場合、リンを補充してもよいが、まずは投与カロリーを少し下げて経過を見るのがいいだろう。1日1,600kcalの食事が可能になり血液データに大きな問題がなければ、もう再栄養症候群の危険はないと考えていいだろう。

表5 再栄養症候群（refeeding syndrome）の際の身体状況

病態生理	主な症状	補正目標
体液バランス異常	脱水・体液過多、低血圧、心不全	
グルコース代謝異常	高血糖、高脂血症、肝機能障害	
サイアミン（VitB1）欠乏	眼球運動異常、失調性歩行、意識障害	
低リン血症	脱力、横紋筋融解症、知覚異常、呼吸不全	1.0mg/dl
低マグネシウム血症	テタニー、振戦、失調、不整脈、腹痛	0.5mg/dl
低カリウム血症	麻痺、知覚異常、呼吸抑制、不整脈、心停止	3.0mg/dl

4) 体重増加のための行動療法

ANの入院治療を行う場合は、目標を具体的に設定した行動療法を施行すべきだろう。行動療法はオペラント条件づけに基づいて食行動の修正を行う技法であり、最初は個室内で安静保持を指示したうえで今後の具体的な治療法を提示する。そして、体重が増えれば病棟内の行動を許可したり面会を増やしたりすることで、治療へのモチベーションを維持し、食行動の改善を図る。目標体重は、BMI = 15~17.5kg/m²を目安に設定する。一度決めた治療計画は原則として変更しないことは重要である。

入院治療では、さまざまな逸脱行動がみられる。例えば、輸液や経鼻腔栄養の廃棄、食物の廃棄、残飯漁り、体重測定での不正、（食べ物あるいはその他のものの）盗み、などである。家族が禁止物品をこっそり本人に渡すこともある。逸脱行動そのものが患者の病的思考に基づくものであるから、トラブルが起こったときに患者にその動機を確認したり内省を促したりしても無効なことが多い。「摂食障害患者であるなら逸脱行動が生じて当然」という認識をもち、入院時に患者にもそれを伝えた上で、できるだけ逸脱行動が生じにくいルールをあらかじめ作っておくことが大事である。デイルームで他患といっしょに食事をとる、体重測定はそのつどスタッフの前で病衣に着替える、家族から患者に直接物品を渡さず必ずスタッフを通す、などである。厳しいルールの理由について、本人や家族に説明しておくことも大事である。

5) 外来での認知行動療法（主に過食に対して）

外来では食事日誌を介したCBTを行う。それは、元来の目的は、摂食障害患者特有の認知パターン、すなわち「全か無かの思考」（例：少しでも太ったら絶望的だ）、「自己関係づけ」（例：友達の機嫌が悪いのは私が愛想よく振舞わなかったからだ）、「“すべし”思考」（例：すべての人からよく思われなければならない）を修正するためである。しかし実際には、認知の修正よりも、まずは食行動を記録することで食行動問題を摂食障害の症状として外在化することの意味合いが大きい。摂食障害患者は概して、アレキシサイミア（失感情症）傾向のため、自分自身の感情を自分で感じ取ったり言葉で人に伝えたりすることが苦手であり、そのためにも食事日誌の余白に思ったこと感じたことを自由に書いてもらうことは自己感情の気づきを促すことが期待される。

食事日誌の一例を表6に示す。

表6 外来での認知行動療法（食事日誌）

時間	食べた物	出来事
7時		起床
7時半		大学講義
12時半	6枚切り食パン1枚、スープ、フルーツ	
16時	パスタ半人前	友達に勧められて（断れず）
19時	クッキー2枚	母と口論
21時半	米飯1杯、焼き魚、味噌汁、など	就寝
23時半	過食（お菓子など） ×	

食事（×：嘔吐）、起床・就寝時刻を記入し、日常の流れがわかるように
 日常のようすも記載（食行動との関連を調べる）
 ノートを使用（あとで振り返ることができるように）

6) その他の治療

摂食障害は、個々の患者の個別の事情から発症するが、一旦発症すれば患者のもつ病理性の多くは共通している。治療を進めていくうえで、今の患者の苦悩が個人の事情から生じたものか病気そのものに由来しているのかを明確にすべきであり、患者本人や家族が病気を十分に理解することが不可欠である。そのため、疾病教育をしっかりと行うことが重要である。

また、摂食障害とは、結果主義的、効率主義的な思考パターンに苦しむ病態である。そのため、結果や効率と無縁でただ創作の楽しみを体験する作業療法は、摂食障害患者の硬直的な認知を豊かにすることが目的として行われる。自己愛的欲求の昇華や自己評価向上も期待できる。

集団精神療法もまた、病的な自己の世界に閉じこもっている摂食障害患者が共感性や社会性を獲得し、治療意欲を促進するために有効である。

同居家族がいる場合や年齢が若い場合には、家族へのアプローチも重要になる。家族に対する疾病教育に加えて、本人との合同面接によって家族力動を把握し、そのことと患者の病気の関係についての洞察を促す。

7) 薬物療法

神経性やせ症については、有効性が実証されている向精神薬はない。ただし経験的には、強迫傾向には少量のSSRI（例：セルトラリン25～50mg/day）、病的な固執傾向に対しては少量の抗精神病薬（例：オランザピン2.5～5 mg/day）が有効なことがある。

神経性過食症の過食衝動に対して、SSRIやSNRIの効果は実証されている（例：デュロキセチン60mg/day、フルボキサミン150mg/day）。

8. 摂食障害患者への社会的支援

摂食障害は社会性の病であることから、病院の中でいわゆる治療モデルに則った治療にこだわるのではなく、社会の対人関係の中で治そうとする動きは以前からあった。摂食障害の自助グループは1960年代にアメリカで誕生し、1980年代に日本でも導入された。しかし、彼らの対人過敏性によって互いにライバル視をしてしまい、集団活動が困難になる状況もしばしば生じた。

専門家の監督のもと患者が集団活動を行うことができれば、患者の集団での主体性を育むことができるかもしれない。わが国ではまだまだそのような試みは少なく、横浜の「ミモザ」は日本唯一の摂食障害専門の認可施設である。京都では「SEEDきょうと」が本人や家族の活動を続けている。摂食障害患

者が自分に合った活動を見つけることが大事であり、そのためにもさまざまな形態の支援が存在することが理想である。

9. 日々の臨床での留意点

摂食障害患者は、社会的な苦痛を食行動の問題に置き換えてしまう病気であり、それだけに病気を手放す恐怖は大きく、治療に対してもつねにアンビバレントである。したがって、治療は本人の治療意欲をいかに引き出すかにかかっている。家族同伴であっても、本人と一对一の診察時間を持ち、本人のための治療であることをわかってもらうよう働きかける。過食症の場合、けっして軽い病気にとらえず、受診をねぎらい定期通院を促すことになる。

外来は2週～3週ごとの通院が標準的である。毎回体重を測定し、数ヶ月ごとに血液検査も行う。治療は食事日誌をうまく活用する。

身体的に危険な場合、「精神科医は身体面の責任を負わない」という方針を徹底させて、安心して治療に望むことが重要である。急変した場合は最寄りの救急科を受診いただき、ふだんから内科かかりつけ医を作ってもらえることが望ましい。

10. おわりに

摂食障害は、患者特有の自己愛性と病気の嗜癖性のために、治療そのものがなかなか困難である。とにかく、「治療が続けば成功」というくらいに考え、最初から早期回復を目指すような対応をすべきではない。香川修徳の「しいて治さざるをもってすなわち真の治法となす」の理念は、現代においても十分に当てはまる。

焦らない、目標を下げる、いい加減にすぎず、がんばらない、を合言葉に、患者の成長につきそうのが治療者の役目といっていいだろう。

参考文献

個々の文献は割愛する。摂食障害治療を考えるうえで参考にさせていただくために、筆者の執筆したいくつかの総説を紹介する。

- 1) 野間俊一：摂食障害に対し、さまざまな心理的治療をどう選択するか. 精神科治療学、27 (11) :1435-1439, 2012
- 2) 野間俊一：摂食障害治療の過去・現在・未来. 臨床精神医学、42 (5) :513-517, 2013
- 3) 野間俊一：「食」のアディクション. 臨床心理学、14 (3) :432-438, 2014
- 4) 野間俊一：総合病院における摂食障害の治療と工夫. 臨床精神医学、43 (6) :841-845, 2014
- 5) 野間俊一：摂食障害治療の難しさーよりよい工夫のために. 総合病院精神医学、26 (2) :122-129, 2015

(本稿は平成27年1月29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)



豊郷病院周辺に咲く紫陽花

知っていますか？ 認知症のこと

公益財団法人豊郷病院認知症疾患医療センター

成田 実

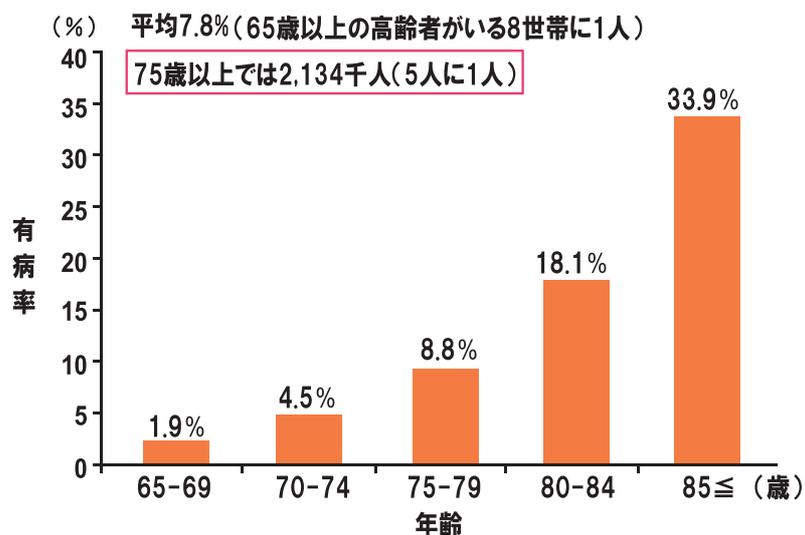
1. はじめに

高齢になるに従い、認知症にかかる方の割合が増えているということは広く認知されてきていると思います。80歳以上の方の4人に1人は認知症であるとされています。現在のところ認知症の根本的な治療法はなく、薬物療法は特定の認知症の原因疾患に対して「認知症の進行を遅らせる」事を目的に使用されているに過ぎません。認知症になりにくい生活が望まれます。認知症は早期に対応すれば進行を遅らせることができると考えられています。本日は、認知症の理解と、早期の気づきについて話を進めていきます。

2. 認知症の有病率

まずは、平成18年度における認知症高齢者の有病率ですが、このグラフにあげるとおり80歳以上、特に85歳以上では認知症と診断される方の割合は急激に伸びています。

平成18年における認知症高齢者の年齢階級別の有病率

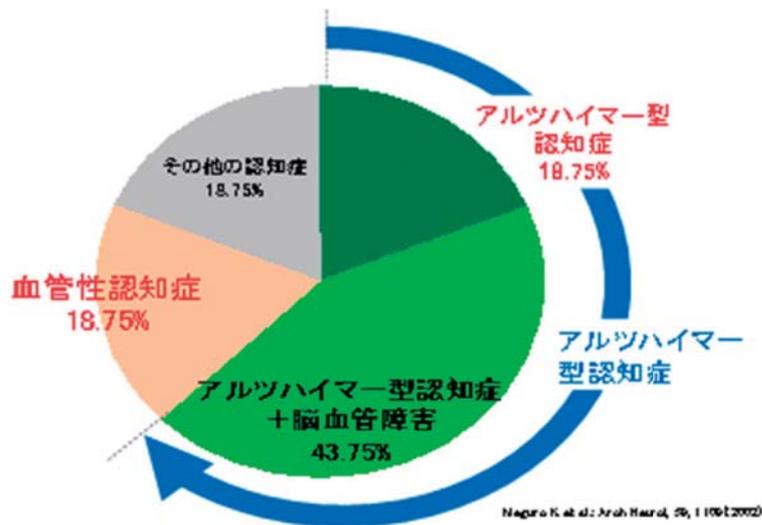


平成18年の人口は総務省統計局人口推計月報平成18年5月確定値を使用。
65歳以上:26,021千人、75歳以上:11,885千人

[本間昭(東京都老人総合研究所):日本薬理学雑誌 2008;131(5):347- 350]

3. 認知症の主な原因疾患の頻度

アルツハイマー型認知症の頻度が多いのですが、認知症の原因疾患の診断に脳血管性疾患、脳血管性認知症と合併があるということに注目してください。



4. 認知症の症状について

原因となる疾患によって症状の出現の様式が異なります。さらに認知症の場合は病気と共に生活する本人の日常生活への不適応に配慮する視点が必要です。

5. 認知症の原因による中核症状の特徴

主要認知症として4つの認知症の型が知られています。まずは記銘力障害、失見当識、判断力の障害、などの症状があるアルツハイマー型認知症が全体の50～60%を占めます。次に、脳梗塞などの後遺症としての認知機能障害によって引き起こされる脳血管性認知症が全体の20～30%を占めます。時に歩行障害や嚥下障害が合併します。また、認知障害と歩行障害を伴う型で幻覚症状を伴うことが多いレビー小体型認知症があります。良い時と悪い時の変動が大きく、パーキンソン症状による歩行障害から転倒しやすい事で注意が必要です。アルツハイマー型認知症と誤りやすく、実際は2割ほどあるといわれます。また、割合は少ないのですが、物忘れから始まるのではなく、自分の思うとおりに行動を起こしてしまい、結果的に周囲への配慮ができなくなる、前頭側頭型認知症という原因疾患があります。

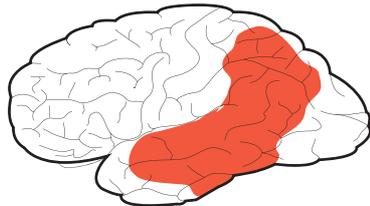
6. アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症で障害されやすい場所

障害される場所により症状の特徴があります。障害される場所が違うことで症状の現れ方や経過に違いがあります。原因となる疾患を知ることが必要という理由の一つです。

アルツハイマー型認知症



海馬の変性

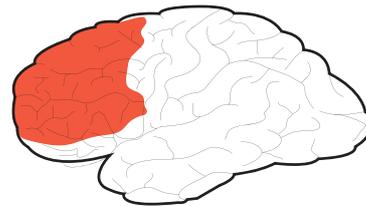


側頭、頭頂葉の機能低下

脳血管性認知症



小梗塞の多発、白質の不全軟化

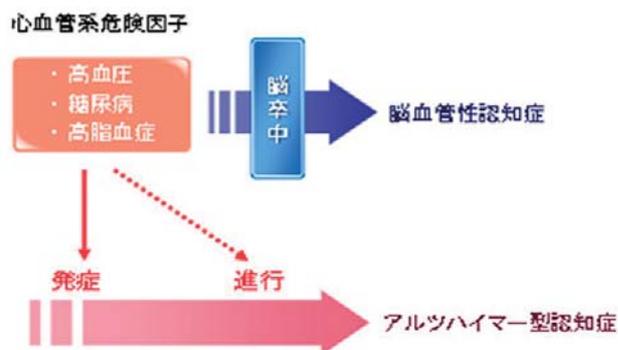


前頭葉の機能低下

7. 生活習慣病と認知症との関係

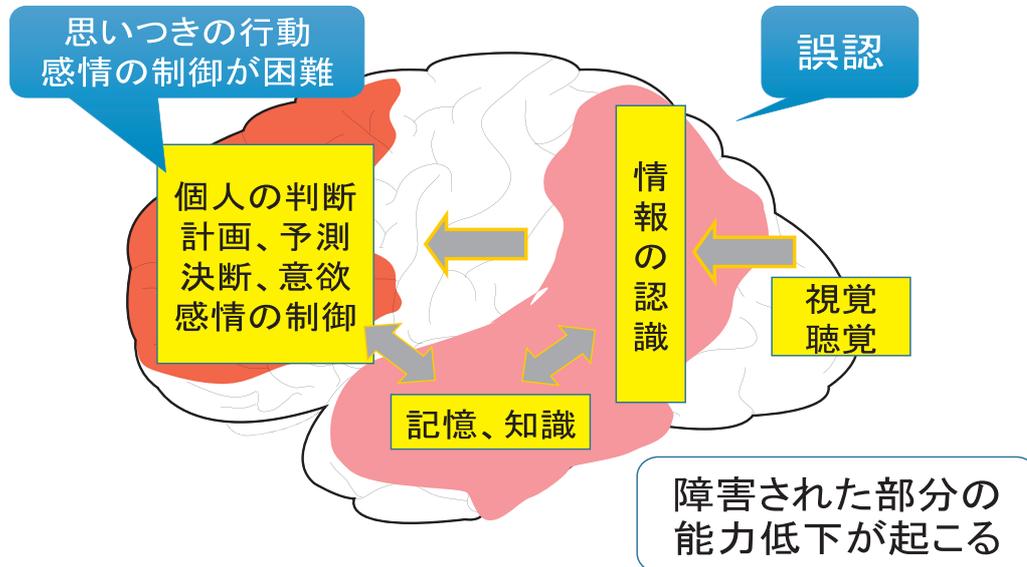
生活習慣病と認知症との関係を示します。生活習慣病が血管性障害とアルツハイマー型認知症の発病に影響していることが考えられています。

日常生活の工夫：生活習慣病とアルツハイマー型認知症の関係



8. 認知機能障害と大脳機能との関係

次に、認知症疾患の症状の特徴である中核症状について考えます。大脳の働きはこの図に示すように分かれています。大脳の後方部は見たり聞いたりした事を整理して知るという役割を、前方部は計画して行動を起こすという役割を担います。一連の働きに誤りがあると不適當な日常生活行動になります。



9. 認知症の認知機能障害

結果的に日常生活が困難になるということが認知症の定義になりますが、認知症で障害される認知機能障害は、大きく分けると次のように整理されます。

1) 記憶障害

- 経験したことをすぐに忘れてしまい思い出せない
- 覚えていたはずの記憶が失われる

2) 見当識障害

- 時間・季節・場所等の感覚が分からなくなる
- 道順などが分からなくなる

3) 実行機能障害

- 前もって計画をたてることができない
- 家電や自販機などが使いこなせない

4) 理解・判断力の障害

- 考えるスピードが遅くなる
- いつもと違う体験で混乱しやすくなる

5) 社会性の障害

- 相手の気持ちがわからない、気にしない
- 周りの様子がわからない、気にしない

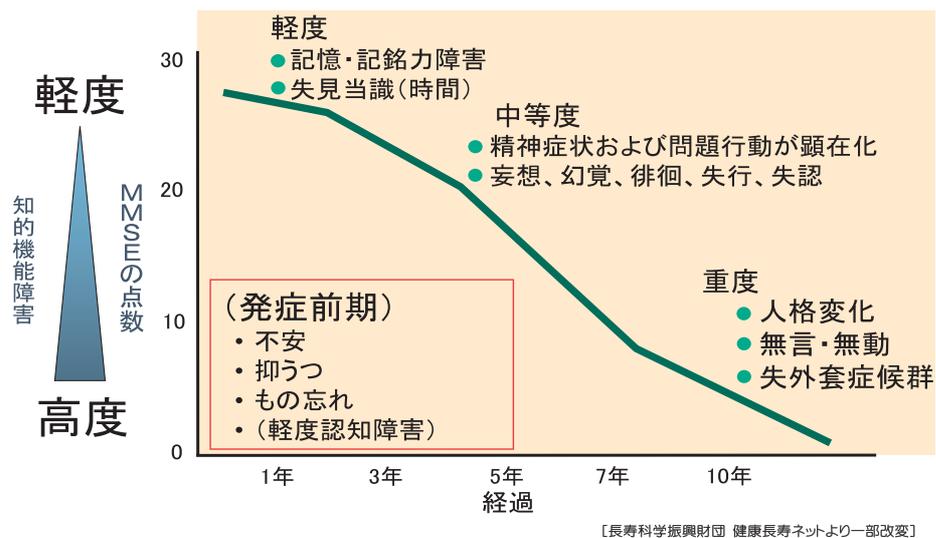
ここにあげた社会性の障害により集団生活に支障を来すところが、介護上の課題としてあげられます。

10. アルツハイマー型認知症の症状と経過

最も研究と治療が進んでいるアルツハイマー型認知症の症状と経過を提示します。時間経過と重症度により出現する症状を示しています。全経過は10年以上にわたりますが、軽度症状としてうつ症状などの心理症状があり、また重症になると身のことができなくなってきます。

11. 家庭生活の中で現れる症状

アルツハイマー型認知症の症状と経過



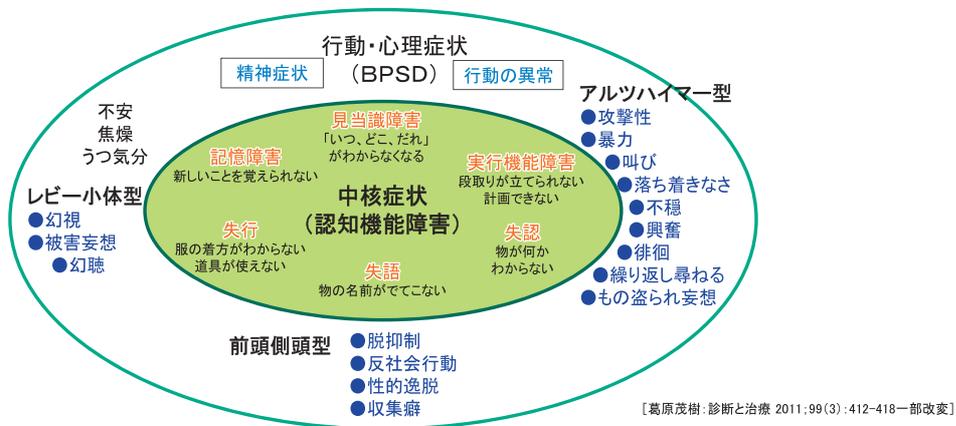
アルツハイマー型認知症の重症度によって家庭生活の中で現れる症状の例を具体的に示しました。認知症の重症度と併せてこのような日常生活の障害が現れます。確認してください。

	軽度	中等度	高度(重度)
記憶	通帳などのしまい忘れ、置き忘れがある	最近の大きな出来事(冠婚葬祭など)を忘れる	昔の印象深い出来事を忘れる
服装	自分で選べるが、同じ服装をしていることが多い	季節や状況に合った服装をしない、指摘しても同じ服装をする	介護者が服を選ぶ必要あり ※2 ボタンのある服を着るのが困難
日課料理	日課はこなすが、複雑な料理が困難になったり、味付けが変わったりする	日課でなくなる事が増える 簡単な料理でも間違える	家事をほとんどしない (料理ができないほど)
外出買物	買物リストがあれば本人だけでの買物でも支障がない ※1	外出したがらない 日用品の買物でも間違える、同じ物を何度も買う	自分からは外出しない 買物に出かけない
服薬	薬を忘れることが度々ある	言わないと服薬を忘れる	介護者の管理が必要
気分	時々、不安や気分の落ち込みが見られる	イライラすることが増え、笑顔が減る	表情は以前に比べて乏しくなる
社会性	周囲の出来事に無関心	無関心、無頓着さが強まる	限られた話題にとどまる

※1:実際には、買い物リストを持って行くのを忘れることも多い。

※2:手伝わなければ前後が逆になったり、パジャマの上にズボンをはいたりする。

12. 認知症の中核症状と各疾患で頻度の高い行動・心理的症状



認知症の中核症状と各疾患で頻度の高い行動・心理的症状は介護負担を強める症状として次に挙げるような症状でBPSDと表現されます。

BPSDは認知症の原因疾患により頻度が異なり、BPSDと呼ばれる症状が認知症の原因疾患の中核症状として出現している事があります。アルツハイマー型認知症の診断でこのような症状が顕著に出現しているときには、対応の方法が異なることもあり、認知症の原因疾患の特定が改めて必要になることがあります。

13. 脳の働きと日常生活能力との関連

脳の働きと日常生活能力との関連を、次のような図で説明することもできます。適切な日常生活を送るという事は、適切な脳機能の働きの上に成立しています。認知機能が損なわれることによりその上に成り立っていた日常生活や、他の人との関係を意識することにより成り立つ社会的役割は果たせなくなってきました。社会的な課題として、約束を忘れるといった出来事、日常生活で置き忘れにつながります。認知症が重症になるにつれてこの図で示している上位の働きから影響を受けるようになります。

心理、社会的問題に関しては軽症の時期に出現しやすく、重症になるに従い身辺の話題が障害されるようになります。



14. 主な行動・心理症状（BPSD）

主な行動・心理症状（BPSD）を提示し簡単に説明します。

- ◆幻覚：現実にはいない人が見える、声が聴こえる
- ◆妄想：ものを盗られたと訴える
- ◆徘徊：記憶障害などの要因により歩き回る
- ◆うつ：気が沈む
- ◆暴言・暴力：大きな声をあげる暴力をふるう
- ◆不穏・興奮：落ち着かないイライラしやすい
- ◆不安・焦燥：不安感、日常の些細なことを心配する
- ◆拒絶：介護者に反抗的な態度を示し拒否する

このような症状を起こす日常には、一般的には、本人の受け止め方によるもので理解できる原因があるといわれています。本人の置かれている介護環境や本人の行動様式や人柄が関係します。対応によっては介護する周囲への影響も高まります。病気の治療とは別に病気に罹患した本人の日常生活の不自由さや生活のしにくさとの関連を考える必要があります。

15. 認知症とのつきあい方

認知症となった方は当然ですが認知症になるつもりのない方も、関わり合う機会があるはずですので、知っておく必要のある内容と考えています。

まずは、病気に罹患してしまった方に対しての接し方を考えていきます。

16. 認知症の治療と介護の目標

認知症と治療と介護は、日常生活がうまく送れないという状態に対して実施していると考えられます。医学的な視点では、病気の診断と病気の症状やできなくなっている状態を知り、病期の進行を抑える治療を行うということで、薬物療法やリハビリテーションが上げられます。

一方、認知症を患っている方の日常生活の不自由さを援助するという視点で介護が行われています。本人が、不安を感じないで安心して自分らしく過ごせる、事を目標に本人にとって居心地の良い介護環境を本人の立場に立って考えていくということです。

この時、医学的視点と介護とのバランスをうまく保つことが必要になります。

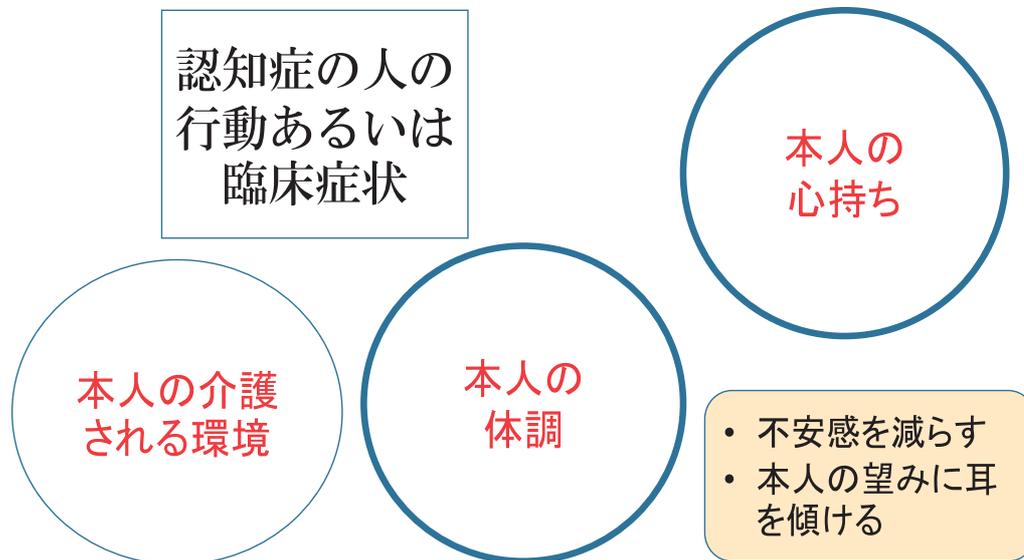
できにくくなっているところを悪くならないようにリハビリテーションを実施しますが、本人にはつらく感じる場合があります。この場面で「辛いことはしたくない」と反発することは考えられます。「リハビリしたいけれども抵抗がある」という事実は介護する側からはBPSDと解釈されてしまいます。

BPSDの症状とされる場面には、日常生活の支援の方法により強まるものがあるということです。それではどのように気づいていくことができるかということを考えていきます。

17. 認知症の人の生活に影響を及ぼす要因

日常生活を支援する為には、本人の立場をどのように酌み取るかが重要になります。多くの認知症の方は自分が認知症であることへの理解ができず、どのように生活していいかわかりません。

病気によりできなくなったところ、本人の生活環境や本人の体調とその様の場面をどのように本人が受け止めているかに耳を傾けながら接していくことが必要になります。



18. 症状の正確な評価

本人の訴えている内容や症状を本人の立場で整理し解釈することで、BPSDの内容を緩和することができる可能性があります。BPSDがどのように介護負担につながっているかの手順を整理して解決のきっかけとします。

まずは、手間がかかることですが、いつどのような事柄で現れるのかを正確にまとめて整理します。急激に起こったものなのか、徐々に強くなったものなのか、いつの時間帯に起きるのか、どのように起こるのかなどをまとめます。



もしかしたら、同じ場面で同じ事が起きている、あるいは場所が変わると起こっていないということがあるかもしれません。病気の中核症状の影響によるものか、置かれている環境によるものなのかに気づくことができ対応の方法が気づける可能性があります。

19. 「認知症になりそうな方…」について

高齢になると苦手なことやできにくくなったことは避けて、無理をしないという生活を送る事が多くなります。体調がすぐれないと休みがちにもなります。このような生活が続くと、脳の働きにも影響を与えてくる可能性があります。「慣れた生活の中で“頭の寝たきり”になっていませんか？」という問いかけでもあります。

20. 発症初期の症状は何か？

認知症、特にアルツハイマー型認知症の症状について考えていきます。発症の初期症状としては、物忘れを自覚するということが上げられます。

これは周囲が気づかず、自分自身が自覚するものです。物忘れが多くなった、あるいはうまくいかないことが多くなってきたということがきっかけに不安感が現れます。「順序立てて考えられない」などを意識し、焦りを感じます。時には、緊張感などからちょっとした体調の不調を自覚する方もあるかもしれません。何をすることも自信がなくなり、出かける機会や人と接する場面を避けることがあります。

一方、同じ出来事を周りはどのように気づくことができるのでしょうか？最初は短時間の出来事であるが、徐々に頻度が増してくる出来事に注意してください。ここに上げた場面で気づかれることがあります。慣れた仕事や場面では覆い隠されているものが、いつもと違う出来事に出くわしたときに要領の悪さとして明らかになることがあります。健忘症状があり、行為、行動に支障が出てくる。あるいは「意欲はあるが、中途半端になる事が多くなる」「いくつかのことを同時にやろうとするが、結局どれもできない」などがあります。

21. 認知症の初期症状をチェックするための質問票

認知症の初期症状11項目質問表(山口)

同じことを何回も話したり、訊ねたりする
出来事の前後関係がわからなくなった
服装などの身のまわりに無頓着になった
水道栓やドアを閉め忘れたり、後片づけがきちんとできなくなった
同時に2つの作業をおこなうと、一つを忘れる
薬を管理してきちんと内服することができなくなった
以前はできばきできた家事や作業に手間取るようになった
計画をたてられなくなった
複雑な話を理解できない
興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などをやめてしまった
前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった

認知症からみた認知症 認知症の初期症状 山口県立大学 山口県立大学 山口県立大学 山口県立大学

22. 認知症の予防、頭の寝たきりを防ぐには？

認知症の予防について確実な方法は見つかっていませんが、早い時期に見つけて意識的にリハビリテーションなどを実行するという考え方です。これは、私たちの普段の生活の延長です。病気になる前から運動や知的作業を行う習慣をつけることが大事になります。

運動をすることや、人前に出て行動するということが勧められています。脳リハビリといわれている場面に参加して実行することも良いでしょう。そのときには飽きが来ない、続けられることが勧められます。自分が認知症かなと気づけるうちにリハビリテーションを始めることは、病気の自覚がなくても本人が取り組む習慣を身につける為には有効で、介護負担軽減の可能性もあります。

自分に合った内容で、頭をひねる様な少しだけ難しい内容のものを継続する事が有効ですが一人ではなかなか続きません。みんなで集まる機会を作り継続することが必要です。

23. 認知症になるつもりのない方は、どのような生活を送ることが有効なのか—明日は我が身—

実は、認知症を完全に予防する方法はわかっていません。それにもかかわらず認知症の進行を防ぐような日常生活を組み立てていくことが必要となっている現状があります。

認知症にならないと頑張ることも有効ですが、「明日は我が身」という心持ちで認知症の人と接して、認知症の方の介護の方法を考えながらの毎日を送る事が「認知症になっても地元で生活したい」という認知症の人、もしかしたら自分のための希望にかなう体制作りにつながることを考えると考えます。

- 認知症になっても地元で生活したいので見守る体制を作る。
- 認知症の人と早く気付いて援助するという事で互助の関係作りが望めます。認知症の人とのつきあいに慣れることは、認知症の理解、認知症の人の理解を深める事になります。
- 第三者として、本人の能力に合ったつきあい方を普段から学ぶことは、自分が認知症になったときに不足していることを知ることができ、自分が認知症にならなくても、認知症の人が自宅で生活することを支援できます。

認知症になることはきついことではありますが、負い目なく生活できるのではないのでしょうか。

24. 認知症になったときの心配

認知症になったときに心配になることとして、以前に認知症の人の家族会の報告によるものを提示します。ここには上位五項目を挙げました。

- ① 病気になることで、「自分らしさが失われる」。
- ② 病気になることで、「他人に迷惑をかける」。
- ③ 仲間はずれにされる。
- ④ 変に見られる。
- ⑤ 社会からのつながりが薄れる。

などがあります。この五項目の心配は実は認知症のになった人の心配事でもあるのです。従ってこの五項目を参考にした認知症の人との接し方としては、

- ① 自分らしく生きていく事を尊重する。
- ② 病気になっても迷惑と思わせない、思わない
- ③ 仲間はずれにしない
- ④ 変な目で見ない。
- ⑤ 社会につながるのを支援する。

ということが挙げられます。

25. 認知症とつきあう、認知症の人（自分）とつきあう

同じ内容になりますが、認知症とつきあう、認知症の人とつきあうということを通じて、いつかはわたしも認知症になるかもしれないという考え方を意識していただきたいと考えます。

認知症になりにくい生活を送るように努める事が必要です。認知症になりにくい生活の詳細を今回は紹介しませんが、この方法が良いという考え方を実際に普通の生活にうまく取り入れていくということは、一人一人で異なります。運動と食生活ということが基本で生活習慣病の予防が一つの目安になるのではないかと考えます。試行錯誤することも「頭を使って考える」という点では、脳の活性化になります。

すので、テレビ、雑誌などを読んで自分に合った方法を見つけていただくことを勧めます。

認知症についての知識を集める、身近な人間関係や地域での生活の中で頭や身体 の健康について気づくことが増えてくるでしょう。いつもと違う目線で見ると、もう一工夫するところが見つかるかもしれません。

また、普段の社会生活で早期の自覚にもつながり、認知症になるまでに気づいて体制を整えていく時間的余裕が生まれます。

認知症では独りで生活することが困難となります。認知症を抱えて生活していく際には支援する体制と支援されるという受け入れの発想が必要になります。認知症を抱えながら生活する、認知症を抱えながら生活することを援助する事の学びとなると考えます。進行を遅らせる治療や障害の程度に合わせた日常生活の援助は、年をとっても地元で生活するということができるという地域の活動に広げていくことができるかもしれません。

26. まとめ – 認知症の人と共に暮らす、生活しづらさにたいして孤立化させない

今回の講演のまとめとなります。まず、高齢者の精神疾患として認知症などの病気が現れます。認知症になりやすい背景や、孤立化した生活を送ることがあります。病気の有無にかかわらず、人間関係や環境の変化が少なくなることで、生き甲斐がなくなり考えることをやめてしまう事が認知症の引き金になる可能性になります。また、近所づきあいがなくなることで認知症と気づかれずに支援が遅れる可能性があります。

普段からほどよい人間関係を保つことを意識して生活していると、自分の病気に気づいてもらえるというところと、隣人のたまの不調や認知症の兆しの発見につながります。普段から集まりに参加するように心がけることや、声をかけて参加を促すという関係を作り上げましょう。

さらに、独りでの生活であっても安心感を抱けることで妄想などのBPSDの出現を減らす事が出来る可能性があります。BPSDがあると自宅での生活の維持が困難になりますが、日常生活の生きにくさを軽くして、気づき気づかれという関係の維持に努めてください。

(本稿は、平成27年3月28日に行われた豊郷病院公開セミナーで発表した講演原稿である)



精神科入院病棟での筆者

閉鎖病棟におけるおやつ摂取に関する実態調査

～ スナック菓子とチョコレートの唾液アミラーゼ値の変化から ～

公益財団法人豊郷病院（3-6病棟）

能美 峰子、中村 祥子、西川 由希子

はじめに

精神科に入院中の患者は精神保健福祉法により生活環境、行動制限など多くの制限を受ける。その中で入院生活を送っている患者にとって、おやつは楽しみのひとつであると考え、当病棟では15時に決まった場所でのおやつの時間を設けている。病棟で提供しているおやつとして、加工されたスナック菓子やジュース、プリンがあり、患者の希望・嚥下状態に応じて選択し摂取している。しかし、スナック菓子を摂取し続けることで、イライラが増強するといわれている。そこで、少しでも脳に良い食べ物はないかと考え、一般的にストレス軽減によいとされるチョコレートの摂取で、唾液アミラーゼ値の変化を知る事が出来たため、今後の課題と併せて報告する。

I. 目的

閉鎖病棟に入院している患者のおやつに、チョコレートを導入して唾液アミラーゼ値の変化を把握する。

II. 研究方法

1. 対象：実施期間中に入院しており、研究の参加に同意が得られた20～80代の患者16名。スナック菓子群8名、チョコレート（ミルクチョコレート1箱42g）群8名。
2. 期間：2014年8月～2週間
3. 方法：病棟でおやつの時間に看護師がおやつ前（14：30）、おやつ後（15：30）で唾液を採取。場所はおやつを提供しているデイルームで行う。
4. 測定方法：唾液アミラーゼモニター（酵素分析装置）を使用。おやつ摂取前後、計4回の唾液アミラーゼ値を測定しその差を比較する。

表1. 唾液アミラーゼ値とストレス度

唾液アミラーゼ値	ストレス度
0-30 KU/L	なし
31-45 KU/L	ややあり
46-60 KU/L	あり
61- KU/L	だいぶあり

5. 倫理的配慮

当病棟に入院している患者に、研究の趣旨・目的・発表することを書面と口頭にて説明し同意を得た。また、研究の途中で中断・拒否をしても不利益はないことを合わせて説明した。当院看護倫理委員会において承認を得た。

Ⅲ. 結果

4回の実施で測定出来たのは16名で、うち1名は当日拒否、2名はエラー表示のため測定出来なかった。1回目の測定は従来のおやつでスナック菓子かプリン、自分の好きな物を摂取してもらい、唾液アミラーゼ値を採取し前後の値を測定。スナック菓子を摂取した人10名の内、数値が低下した人は8名。変化なしが1名。上昇した人が1名。プリンを摂取した3名のうち、数値が低下した人は2名。上昇した人が1名。摂取前の唾液アミラーゼ値の平均は146KU/Lで、摂取後は109KU/Lであった。

2回目の測定では、チョコレートの効果を検証するため、1回目にプリンを摂取した人は除外とし、1回目にスナック菓子を摂取した10名の内、スナック菓子群5名、チョコレート群5名に分け測定を行った。スナック菓子群で数値が低下した人3名。変化なしが1名。上昇した人は1名。摂取前の唾液アミラーゼ値の平均は158KU/Lで、摂取後は111KU/Lであった。チョコレート群で数値が低下した人は2名、上昇した人は3名あり、摂取前の唾液アミラーゼ値の平均は145KU/Lで、摂取後の平均は130KU/Lであった。

図1. 1回目スナック菓子かプリン摂取前後の測定値

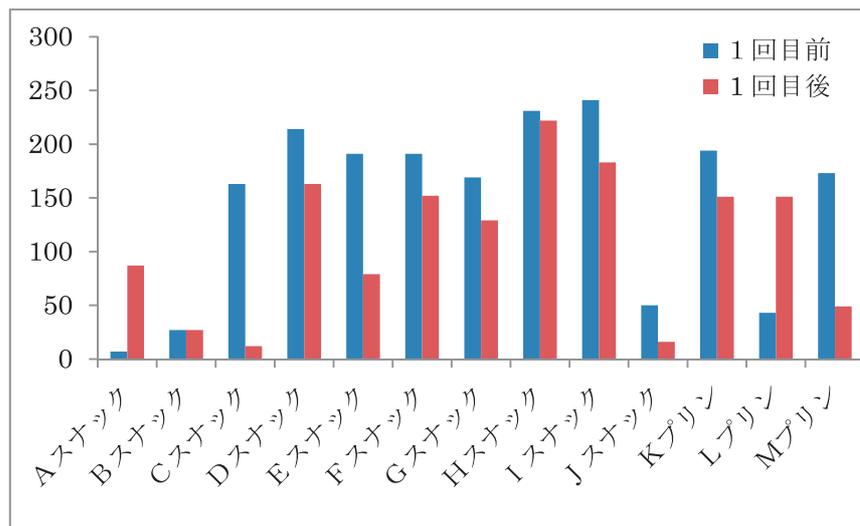


図2. 1、2回目共にスナック菓子摂取前後の測定値

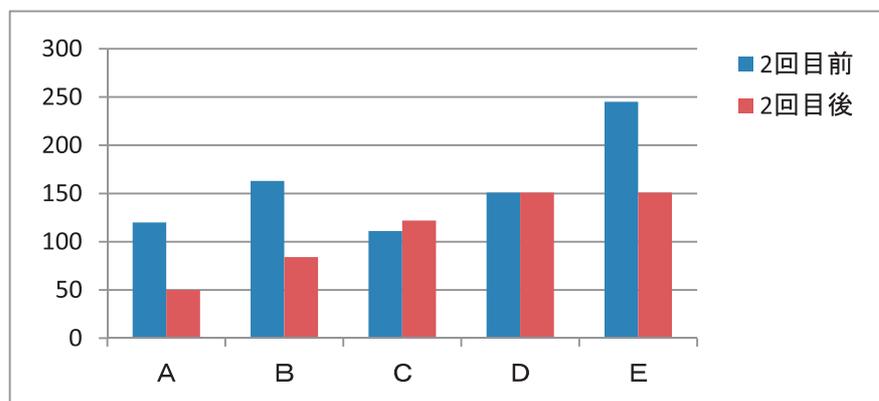
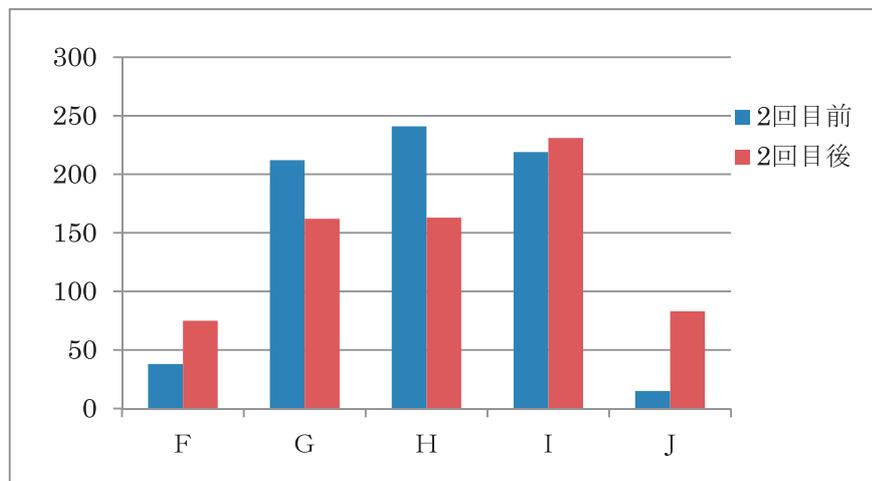


図3. 1回目スナック菓子、2回目チョコレート摂取前後の測定値



IV. 考察

稲垣は、精神症状が重症なほど唾液アミラーゼ値が高く、唾液アミラーゼ値の平均は統合失調症群 89.70 ± 71.16 、健常者群は 38.91 ± 24.17 ¹⁾ と述べている。当病棟に入院中の患者の唾液アミラーゼ値も、一般基準値をはるかに上回る高値を示した。このことより、ストレスが多いと言える。多くの抗精神病薬を服用している患者は、副作用として口渇があり、また多くの制限の中で入院・治療を受けている事や、研究に対しての不安緊張があり、唾液分泌量の低下があった為ではないかと考える。

おやつに対しての聞き取り調査は行っていないが、おやつを待つ患者を見ていると楽しみにしている事が伺えた。厚生労働省のヘルスネットでは、「おやつ時間は栄養補給の他に気分転換や、生活に潤いを与える等の役割がある」²⁾ とうたっているが、本研究結果からおやつ摂取後の唾液アミラーゼ値の低下が13名中10名みられたことで、多くの患者でストレス軽減の効果があるように思われる。そこで、患者にとっておやつという時間そのものが楽しみで、気分転換の場に繋がっていると考えられる。また、決められたおやつの中から患者が好きな物を選択出来る事を楽しみにしているのであれば、それを叶えていけるようにする工夫が必要である。

2回目の測定では、チョコレート摂取でストレス値の低下はみられたが、スナック菓子との数値の差に変化がみられなかった。よって1回目と違い、患者が自分でおやつを選択出来なかった事、おやつ分量としてみるとスナック菓子よりもチョコレートの量が少なく、満足感が得られなかったのではないかと考える。

一般的に、ストレス軽減に効果があるといわれているチョコレートは、カカオ70%以上のものであるが、甘みが抑えられている為、患者の味覚に合わないのではないかと考えた。患者の味覚に合うもの、馴染みのあるものとして、今回摂取してもらったチョコレートはミルクチョコレートであった。今後は、カカオの多く含んだチョコレートも摂取してもらい、ストレス値がどのように変化するかを知ることも重要であると考ええる。

V. 結論

楽しみであるおやつを食べるという行動はストレス軽減に大いに役立っているということがわかった。今後は、データだけでなく、書面と口頭でおやつに対する思いを聞き、おやつの時間が患者にとってより良い時間になるよう、提供する物、環境の調整を行っていく事が今後の課題と言える。

引用・参考文献

- 1) 稲垣卓司：統合失調症患者では唾液アミラーゼ値が高い，大日本住友製薬，医療情報サイト
- 2) 厚生労働省：e-ヘルスネット，情報提供、<http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-013.html>



3-6病棟カンファレンスの打ち合わせ



ドイツ・アーヘン大学からの客人（Prof.F.Schneider）を迎えて
（3-6病棟）

認知症患者との関わりを通じた再構成からの気づき

－ ウィーデンバック・ユマニチュードを用いて －

公益財団法人豊郷病院 3 - 6 病棟

藤野 恵子

はじめに

超高齢化社会である現代において、厚生労働省は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数が2010年には280万人であり、65歳高齢者の9.5%にあると報告している。また2025年には65歳以上の高齢者の8人に1人が認知症高齢者になると予測している。医学的な認知症の定義は、「脳の障害によって生ずる持続的な認知機能の障害であり、それが社会的あるいは日常的な生活を行っていく上で、明らかな障害をきたすもの」とされている。症状は、認知症の一次要因である中核症状としての記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行機能障害、失認、失行を背景に、周辺症状である徘徊、暴言・暴力、幻覚・妄想等の症状が出現すると考えられている。認知症の人のケアとその難しさは、認知症高齢者の増加に伴って、近年様々なメディアでとりあげられているが、ユマニチュードはそのケアの1つである。私自身も認知症の患者と関わっているが、かなり困惑することが多い。特に印象的な場面として、当患者が大声で言い騒ぐ言動によって業務が遂行できなくなり、苛立たしく思うことが再三であった。その反面、自分の気持ちに余裕がないことの自省と患者に対して申し訳ないと思う気持ちもあり、罪悪感が芽生え、自分自身の心の中に葛藤が生じたものである。井出¹⁾は認知症の攻撃的な症状の一要因として「一般に認知症の攻撃性は不適切なケアの結果として出現することが多い。認知症の人が攻撃的の行為を示すようになった時は、そこで行われているケアの方法について再検討することが必要になる」と述べている。ウィーデンバック²⁾は「看護婦が看護しているときに感じたり考えたりしていることは重要であり、それは看護婦が何をするかということだけでなく、それをどのように行うかということと密接な関係がある」と言い、また「考えたり感じたりすることは、もし看護婦がそれを重んじるならば重要な手段として役立つことができる」と再構成の重要性を述べている。そこで、きっかけとなった場面を再構成し、考察を加えて気付いたことをまとめてみたい。

I. 目的（方法）

看護実践の2場面を取り上げ、ウィーデンバックの評価項目（再構成の形式に関する質問）に合わせて振り返り、自分の看護実践のあり方を明確にする。それをウィーデンバックの理論、すなわち「加齢によってさまざま機能が低下していく高齢者が最後の日まで尊厳をもって暮らしていけるように、ケアをする人がケアの対象者に『私はあなたのことを大切におもっています』というメッセージを常に発信し、その人の『人間らしさ』を尊重する状況をユマニチュードの状態」と定義し、そのユマニチュードの概念や哲学を参考にして、気付いたことをまとめてみる。

II. 倫理的配慮

本事例を記載するにあたり、対象患者が特定されないように実名やそれを推測できる内容は表記しな

かった。また患者情報が記載された資料、書類等は鍵のかかる場所で保管することを徹底した。個人のプライバシーに努め、作成にあたり個人の尊厳を尊重するため患者には通常通りの生活を確保し、患者の不利益となることや困惑を招くような言動や態度に注意しながら倫理的配慮に努めた。

Ⅲ. 結果

1 患者紹介

A氏：70歳台、女性。脳血管性認知症。日常生活動作は自立して行うこともできるが、適切には行えないために介助を要することがある。言語障害や聴力障害はないため、会話には問題はない。数時間前のことを覚えている時もあるが、5分前のことを忘れることがある。また病院に入院しているという認識に欠け、記憶障害、物忘れ、見当識障害がある。行動・心理状態では家に帰りたいとの希望のほかに、他者の物を「私のもの」と言い、「私を騙そうとしている」と発言するなど被害関係妄想が見られ、スタッフに対する暴言や暴力的行為が見られる。しかし、これらの症状も顕著に見られる時と見られない時があり、一日の内にも極端に変化する。

2 看護の実際

1) 看護上の問題

- ①認知症の症状に関連した慢性混乱
- ②認知機能の低下に関連した排泄、更衣・整容、入浴・清潔セルフケア不足（テーマと関連がないため省略する）

2) 看護計画、目標

- ①目標：不安、混乱による症状を最小限にとどめることができる。
計画：症状の変調を理解し、想いや訴えを傾聴する時間を持つ。またその訴えや想い、状況に応じた適切な環境を整える。
- ②目標：看護師等他者との関わりを通して自分が尊重され支持されていることを感じ表現することができる。
計画：関わりの際、尊重した言葉使いや態度で接する。

3) 看護実践

今回きっかけとなった攻撃的な場面と、患者が易怒的となった後の静穏な場面とを、プロセス・レコードに取り上げ評価する（別紙参照）

評価項目

1. なぜこの（特定）出来事を再構成のために選んだのか
2. 患者の〈援助を求めるニーズ〉を見極めたり、患者の必要としている援助を与えるために自分の知覚したこと、考えたこと、感じたことを、どのように活用したか
3. 自分がおこなったことを通して、どんな成果を得ようとしていたのか
4. 自分が実際に得たような成果を得るために、とくに自分が言ったりおこなったりしたことはなにか
5. この再構成を書き、ふりかえってみることによって、自分のやり方に対してどんな洞察を得たか

ウィーデンバック, E⁴⁾

場面 1

1. 自分の苛立つ感情により、気持ちに余裕を持つことができず患者と関わったことの自省。また患者の理解に努めず業務を遂行させたことに対して、申し訳ないという思いから罪悪感を抱いたことが自分にとって課題となり残った。
2. 患者に誤薬せずに薬剤を投与することを重要視し、患者が必要として求める援助に対しての見極めや考慮に至らなかった。
3. 4. 無事に配薬を終えて業務に影響を及ぼさないことや、他患者への影響が気になり、患者の言動が悪化しないことを望んで刺激を与えないように、A氏に対して自分の言動を抑えることを意図した。
5. プロセス・レコード⑥で患者は薬を飲んでないことを主張している。これに対して看護師はその言葉通りに受け止め、認知症の短期記憶障害であると認識した反応をしている。患者は日頃から「自分を騙そうとしている」とか「自分は蔑ろにされている」などの想いを発言している。井出は「認知症の人は物忘れや見当識障害、判断力障害などによって自分の中に多くの問題や課題を抱えている。これらのことが認知症の人のストレス耐性を低下させていくことになる。私たちでもストレス耐性が低下している時は、周囲の人のちょっとした言動が障ったり、ふだんは何でもないことが無性に腹が立ったりする。認知症の人は興奮しやすいとか、大声を出すなど言われたりするが、それは認知症という病気が原因でおこるわけではなく、認知症という病気がその個人のストレスを増長させる結果として二次的に起こっている行動と理解することが大切である」と述べている。このことから、患者は薬を飲んだか否かという事実より「自分だけ薬を貰えないのではないか」という不安感を訴えていたと考えられる⁴⁾。しかし看護師が⑤⑧⑩にわたって記憶障害の出現のみに反応した安易な返答により、患者は腹立たしい気持ちになり興奮したのではないか。患者の想いを理解せず、患者と向き合うことを避けた関わりであったかと考えられる。また井出は、認知症の人の記憶障害や見当識障害は、喪失体験として捉えられるとし、「今まで何をしていたのか思い出せないということは記憶に関する喪失体験であり、自分の周囲の人が知らない人と思えた時は喪失体験として感じられるだろう。このように認知症の人は一般の高齢者よりもはるかに多くの喪失体験を経験していることが予想される」と、認知症の人が経験する喪失体験⁴⁾は、老年期に経験する喪失体験に加え多大であることを語っている。そして認知症の人が常に実感している不安感や、焦燥感について「知らない場所で知らない人たちの中にいると私たちでも不安になる。また、どこに行けばいいのか、どうすればいいのか分からないときにも不安になるように、分からないことが不安なことになる。自分自身を取り巻く状況、自分自身に関する様々な事柄が分からなくなったとしたら非常に不安になるだろう。このように認知症の人は様々な不安を抱えながら生活していることを理解しなければならない」と述べている⁴⁾。認知症のA氏が常に不安や焦燥感を抱く状況に置かれていることを認識して関わったならば、業務が重なった状態であったとしても、A氏の思いが理解され、少しでもA氏の不満が緩和できたのではないかと考えられる。

患者に対して知覚したこと	患者について考えたこと、感じたこと	患者に対して言ったこと、行ったこと
<p>②「はい」と返答後内服する _____</p> <p>③「私も薬ちょうだいな」</p> <p>⑥「飲んでません。早う薬ちょうだいな」と大声になる</p> <p>⑨「はよ、薬ちょうだいな。おくれーな」と連呼する</p> <p>⑫「飲んでません。なんで私だけくれへんの！」と私の腕を叩く</p> <p>⑮「薬ちょうだい。このままじゃすまへんで！」と口調、荒くなり私の手に爪を立て握る</p> <p>⑱「あんたが薬くれへんからや。このドアぶちこわしたるか！」と詰所の方へ行き詰所のドアを叩きはじめる</p> <p>㉑暫く大声を出しドアを叩く。時間の経過と共に易怒的な言動は軽減する</p>	<p>多数の患者の配薬にて数分間経過</p> <p>④さっき飲んだのに忘れてる…</p> <p>⑦「……」</p> <p>⑩喧しいなあ…</p> <p>⑬イライラを実感</p> <p>⑯更に苛立ちが募る</p> <p>⑲イライラするけど誤薬は避けたい</p>	<p>①「Aさん夕食後のお薬飲みましょう」 _____</p> <p>⑤「もう飲みましたよ」</p> <p>⑧「さっき飲んだので飲まなくても大丈夫です」</p> <p>⑪他の患者の配薬しながら「Aさんは先程お薬飲んだのでもうありません」</p> <p>⑭他患者の配薬を行う</p> <p>⑰「やめてくれませんか!？」私の逆の手でAさんの手を持ち離す</p> <p>⑳他患者の配薬を継続する</p>

場面 1

場面2

1. 患者の穏やかな状態、且つ看護師の時間に余裕のある時の場面を取り上げることで、対照的な2つの場面の再構成から総体的な気付きを得る。
2. 3. 4. それまで易怒的であった患者が排泄援助を受けることにより、穏やかになったことを実感した。それを機に、患者の事をもっと知りたいという思いをもった。また、それ以上に、患者の良い状態を認識することで、攻撃的な状態の時でも余裕をもって対応が出来、この患者に対して自分が好意的に取り組みたい気持ちから、患者の理解を得られるように患者と向き合って会話をした。
5. 患者の攻撃的な状態と静穏な状態が変動する中、攻撃的な態度に対しては私自身、極度に反応し困惑した。しかし、静穏な状態では災いがないかの如く放置しがちであった。プロセス・レコードより、患者は排泄の援助を受けている時は礼節をもって返答している。これは、患者が心咎める気持ちからくるものであるといえる。そして、不安や妄想が出現していない時に向き合った会話では、敬語が使われていないことから、排泄援助の時と比べて、看護師へ気を許すことができているのではないかと考えた。そして、看護師に合わせるような言葉で返答してくれている。これは、患者の長年の経験や元々備えている器量が伺え、尊敬すべきことである。

患者に対して知覚したこと	患者について考えたこと、感じたこと	患者に対して言ったこと、行ったこと
<p>①「おしっこ連れてって。おしっこしたいの。はよ連れてって」と繰り返し言う</p> <p>⑤「はい。お願いします。」</p> <p>⑦「そうですか。すみません。恥ずかしいことです。」</p> <p>⑩「はい。汚いことさせてごめん。」</p>	<p>③、②のため気にはなるが待つて貰おう（数分経過）</p> <p>⑧ さっき(①)と全然違う…</p> <p>⑪「いつもこうだといいのに。そしたらここにはいないか。」</p>	<p>②他患者対応中</p> <p>④「トイレいきましようか」</p> <p>⑥トイレ介助行う。「少しお通じが漏れてますので拭いときましょね」</p> <p>⑨「誰でも行き遅れることはありますので気にしなくていいですよ」と 介助する</p> <p>⑫「大丈夫ですよ。」介助終了</p> <p>⑬「終わりましたよ。私は後片付けするので、もう出てもらっていいですよ。」</p>

患者に対して知覚したこと	患者について考えたこと、感じたこと	患者に対して言ったこと、行ったこと
<p>⑭「はい…私はどこにいったらいいんですか？」</p> <p>⑮「はい。ここに座ったらええのか？」と椅子に座る。</p> <p>⑯「あーそうか。そーいうこともあるなー。」</p> <p>⑰「そやな。ぐずぐずするのは嫌いやな。」</p> <p>⑱「そーしてくれるか。ほな私も怒らんようにするわ。」</p>	<p>⑲少し話をしてみよう</p> <p>⑳この変化凄いなあー！</p> <p>㉑そんな感じ…</p> <p>㉒この穏やかな状態が続くといいのに…</p>	<p>⑳「一緒に行きましょ。」後片づけ後手を繋ぎ「ここ（デールーム）で座って休みましょ。」</p> <p>㉑「はい」</p> <p>㉒「Aさん時々、めちゃくちゃ怒りますね。覚えてます？」</p> <p>㉓「Aさんはもともと短気な方ですか？」</p> <p>㉔「そっかあ。ではAさんが何かしてほしい時はなるべくぐずぐずせずにするようにしますね。でも遅くなった時は余り怒らないでくださいね。私もAさんに怒られると参りますもん。」</p>

場面2

IV. 評価

場面1では、患者の訴えや思いは理解されないまま経過したことで、患者のもつ不安や混乱を最小限に留めることは出来なかった。また、患者を避ける行動により、患者には支持され尊重される状況とは考えられず、そのような実感を得ることが出来なかった。場面2では、患者の静穏な状態で、患者を理解したいとの思いをもって対話をしたことにより、患者の敬うべき一面を感じ取ることができた。患者のこの表現は、尊重されていると思う気持ちと関係していると評価され、このような試みを継続する必要があると考える。

V. 考察

2つの場面のプロセス・レコードによる自己評価を通して、患者のニーズを見極めることが出来なかったことの背景に、業務が重なり患者と向き合う時間の余裕がなかったこと、認知症の人の特徴の理解に欠けていたこと、看護師の経験の浅さや力量の低さから、瞬時に患者の思いを汲み取って対応する

ことができず、現状に流されて反応したことがあると考えられる。E.ウィーデンバックは看護師に重要な熟慮された動作は、「看護婦は自分の考えや感情にどれだけ重きをおいているか、自分の考えや感情をどれだけ熟慮して活用できるかどうかである」と述べている⁴⁾。そして、看護師にとって重要な知識と技能について、「患者のその時の状態や環境あるいは状況などからくるところのさまざまな欲求に巧みに反応すること」とし⁴⁾、そうするために「患者の反応がどのような特性をもっているのかを評価する能力が必要であるし、患者の欲求の底にある患者の状態や環境あるいは状況や気分などを理解するだけでなく、その欲求がどのような特性をもっているのかを評価する能力が必要となってくる」と言う⁴⁾。そして、看護師が能力を身につけるために知識を得ることが重要であると述べている。今回、患者の攻撃的な態度に対して自身がとった行動から、自分の感情や思い、対応の未熟さを自省することが出来た。看護師が患者に対してもつさまざまな思いやそこでの反応は、看護師が患者を理解するきっかけとなる。そこに意識をむけ、自分の感情や思考を効果的に活用するためには、思考の材料となる知識がもとなる。その知識は幅広い程、いろいろな側面から考えることが出来、偏った思考を避けることが出来るのではないかと思う。患者との有効な関わりにより、患者を理解することや患者のもつニーズを察知するためには、自分の感情や思考を認識し、さまざまな知識を得ていくことで、アセスメント力や評価能力を向上させることが求められる。E.ウィーデンバックはまた、看護実務の限界についても次のように述べている。「臨床看護実務に関する『個人的限界』は、看護婦ひとりひとりの独自のものであり、それは自分に課する性質のものである。この限界は、ある一定の瞬間における看護婦の感情や知識や理解に応じて拡大されたり縮小されたりする、いわば弾力性のあるもので、それは、べつの面から見れば看護婦が機能を発揮できる潜在能力によって、またその時の状況の知覚によって、あるいはまたその知覚したことに対する情動的な反応の仕方によって、影響されるものである」とし、「その『限界』が自分で自分に課する性質のものであるということは、また同時に看護婦は自分で自分の『限界』を打ち破ることが出来るということである」と言う。

臨床看護の現場では、さまざまな状況に対面する。時や場合、その時の状況により適切な行動がとれないことが、これからも起こりうると思われる。それは、その時に自分出来る最大限の行動ではあろうが、今後、自分自身の課題とされるものであり、修正や改善していく努力により乗り越えられるものであろう。

次に2場面を中心に、患者と向き合っって関わり、患者が不安を感じることなく過ごすことが出来たことについて考察する。

ユマニチュードの考案者であるイヴ・ジネストとロゼット・マレスコッティは、ユマニチュードの哲学について「重い病に侵されたり、認知症や昏睡状態に陥ったりすると、人間同士が本来持っている関係性の絆が切れてしまいます。症状がどうであろうとも人間を人間として感じていられるように絆を再び確立します」と語っている⁵⁾。また、支援を要する者のもつ不安は、「自ら属する社会が、自らをどう扱い、どう考えるかに関する不安である（すなわち、障害を負っても援助してもらえないのではないかという不安、自律性のある人と同じように尊重してもらえないのではないかという不安、自由を奪われているのではないかという不安、見捨てられているのではないかという不安など）」と、述べている⁵⁾。看護者側からすれば、患者を1人の人間として対応しているため、人間関係の絆は保たれていると思込込みがちである。しかし、患者の立場はその思込込みとは裏腹に、人としての存在に対する思いや不安を抱えている。看護は、患者の存在を尊重することを根底において、実践されなければならない。また

患者が尊重されていることを認識してもらえるような姿勢や態度で関わっていかなければいけない、と考える。最後に、E.ウィーデンバックは「臨床看護は、熟慮された動作によって実施されてはじめて、個人の尊厳が保全され、有能さが回復されたり拡大されたりするものであり、看護婦もそのような方向で努力することによって、患者が『援助を要するニード』を満たされたことを知り、心打たれる感情を体験できるであろう」と伝えている⁵⁾。臨床の現場で『心打たれる感情』を体験できることを願い、今回の考察を今後の自身の成長に活かしていきたいと思う。

結論

1. 知識を得ることで思考を豊かにし、自身の限界を認識することはよりよい看護実践に向けての改善の必要を意味し、有効な看護実践に繋がっていく
2. 患者は人としての存在に関連する想いや不安をもっているため看護は患者の存在を尊重することを根底に実践する

引用文献

1. 井出 訓：認知症と生きる。般財団法人放送大学教育振興会、東京、2015
2. ウィーデンバック, E.：臨床看護の本質－患者援助の技術。外口玉子、池田明子（訳）現代社、東京、1969
3. イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ、ジェローム・ペリシェ：Humanitude. 辻谷真一郎（訳）、株式会社トライアリスト、東京、2014
4. ウィーデンバック, E.：臨床実習指導の本質－看護学生援助の技術。都留伸子、武山満智子、池田明子（訳）、現代社、東京、1972
5. 望月 健：ユマニチュード－認知症ケア最前線。KADOKAWA、東京、2014



急性期（3-6）病棟での筆者

長期入院の終末期患者を支える医療従事者の役割

公益財団法人豊郷病院（3-5病棟）

仮屋 隆史

1. はじめに

近年、精神科長期入院患者の年齢層が高齢化してきている。精神科入院患者全体の50%が65歳以上で5年以上精神科に入院し、退院していく患者の28.6%がそのまま病院で最期の時を迎えている現状にある（平成24年度精神・障害保健課調べ）。

精神疾患患者の治療には、理解力・判断力の低下により本人の意思決定が難しく明確な告知を行ったとしても治療を拒むことが多い。

今回、豊郷病院精神科療養病棟で終末期を迎えた患者で、精神症状があっても点滴治療を拒み、未告知ではあるものの自分の意思をはっきりと示したことで、主治医・看護師が協力して、本人の希望する食べ物を摂取できる環境や状況を整えた。治療だけでなく環境を整えていくことでその人らしい終末期を迎えることが出来たのではないかと考え、その1事例をここに報告する。

2. 患者紹介

A氏：統合失調症、18歳で発症。被害妄想のため43歳時に当院に入院している。元来、自身の思いや考えを表出する事を苦手とする性格であり、関わりを持とうとすると「結構です」「大丈夫です」と断りの発言が目立つ。

20XX年4月、進行性胃癌・癌性腹膜炎が発見され、親族（妹夫婦）の意向により本人へは告知せず、「お腹に水がたまる病気」との説明をしていた。

20XX年4月28日、当病棟にてターミナル・ケアの体制を開始とした。

3. 経過及び考察

ターミナル・ケア開始後の1～2週間、食事はゆっくりと全量を摂取し、嘔気・嘔吐の症状もなく経過する。また、A氏の好きなコーヒーを付き添いにて購入し飲用していた。腹部膨満が著明になるとともに、徐々に食事摂取量が減って副食を残すことが多くなり、コーヒーを飲用することも少なくなっていった。20XX年5月11日に腹水穿刺にて2300ccの血性漿液を排出。その後食欲は回復し、全量近くを摂取するようになるがすぐに摂取量は低下。5月13日より貧血食で毎食メイバランス・アイソカルゼリーの栄養補助食を開始するが、摂取量は変わらず、主食のみを摂取することが多かった。飲水に関してはしっかりと摂っていた。活動量も減少し、食事とトイレ以外は自床で端座位となるかデイルームで座り続けることが多く、腹部膨満・全身倦怠感も著明となった。その頃よりトイレに籠ることが多くなり、努責もかけづらく排便困難な状況が続く。下剤や浣腸で対応するも、排便量は少なかった。

6月初旬より、内服の錠剤を服用することが困難となり、吐き出すようになる。散剤に変更することで服用は可能となる。同年6月8日2度目の腹水穿刺を実施し、血性漿液1900cc排出。腹部膨満が軽

度となり、食欲は一時的に戻るもすぐに腹水は貯留し食欲は次第に低下する。

同年6月25日、血性噴水様嘔吐が頻回となり消化器科にコンサルトし、絶食で2000ml/日の持続点滴が開始となる。当初、A氏は点滴を受け入れるも「もうやめてください。点滴は怖いです」と拒否的な反応が強くなり、その後自ら抜去するようになる。主治医や看護師より点滴の必要性、今苦しい状況を少しでも和らげるためにも必要であることなどを伝えるも、拒否的姿勢は変わらずに続き、一時、持続点滴は中断となる。再三、主治医、看護師でカンファレンスを行い、A氏の点滴への不安・恐怖感が強いために、このまま持続点滴を継続するよりも、嘔気・嘔吐の可能性は高いものの本人の欲しいものを摂取してもらってはどうかと話し合った結果、その旨を家人に説明し、確認することとなった。6月29日に、妹夫婦に主治医より現状を伝え、家族の意向を確認したが、妹夫婦は持続点滴の継続を希望した。そのため、持続点滴を施行する場合、身体抑制が必要な状況であることも説明してその承諾も得て、同日に上肢抑制で持続点滴が再開となった。しかし、「これを外してください。点滴やめてください。もう勘弁してください」など、患者本人は点滴時の抑制の苦痛を何度も訴えた。また、点滴の抵抗からか体動が激しくなり、点滴の滴下の不良が頻回にあり点滴の漏れも何度かあった。看護師の声かけにも反応は少なく、拒否的・緘黙症状が続いた。そこで、今のA氏への最も望ましい看護はどのようなもので、何が出来るのだろうかを、病棟看護師全員で考え、主治医を交えたデス・カンファレンスを行った。

翌6月30日、妹夫婦が面会のために来棟した。そして、A氏が上肢を拘束している状態で持続点滴中のA氏と面会した後、主治医より、デス・カンファレンスの内容を踏まえ、以下の如く再度の現状説明を行った。

- 1) 点滴をするにあたり、血管が脆くすぐに点滴漏れを起こして注射針を何度も刺すことが多くなっている。A氏は、注射に対し非常な抵抗感を持っている。
- 2) 身体拘束では、痒みがあっても自分で搔けない、身体が自由に動かせないことに苦痛を感じている。
- 3) 輸液をしない場合、あと1週間の生存かもしれない。輸液を続けたとしても長期の生存は困難である。
- 4) 歩行できる体力はまだあるので、喫茶やレクリエーションなどで好きな物を食べれば、A氏がなお十分な生活を楽しむことが出来るかも知れない。
- 5) 身体拘束での看取りは、医療者に対して敵意を招き、臨終が周囲への不信感に満ちたものとなる可能性がある。
- 6) 最期までその人らしく生きて欲しく、本人の意思を尊重したい。

医療者側より、このような説明をした結果、妹夫婦より身体拘束・持続点滴の中止が希望された。そこで、今後の方針について下記の如き内容を説明した。

- 1) 現在使用しているルートが使用不可となった時点で輸液は終了する。
- 2) 身体拘束は終了し、原則として今後は行わない。
- 3) 摂取出来るもの・摂取したいものはすべて保証する。
- 4) 過ごし易い環境を整える手間は可能な限り惜しまない。

医療者側よりの上記の説明内容もまた、妹夫婦より承諾を得た。そして、消化器内科担当医にも主治医から上記の内容を報告し、賛同を得た。

翌日には、点滴ルートが患者自ら抜去されたため、持続点滴を終了とした。それ以降の栄養補給は、

A氏の望むコーヒーや付加食など、ゼリーやオヤツ類などとなった。その後、時間の経過とともに嚥下状態は不良となっていったが、コーヒーを凍らしたものなどで対応した。それに伴い、声かけ時のA氏の反応も穏やかなものとなった。身体拘束・持続点滴が終了したことにより、A氏の安堵感が戻り、本人の従来你的生活スタイルが確保できたことで、病棟スタッフへの敵意・不信感が消失していったものと考えられた。身体の状態が悪化する中でも、本人への声掛けを継続し、最期の時まで声掛けを止めることをせず接していった。他界する前日まで、意識ははっきりとしており「氷欲しいです」としっかりと希望していた。その時も、「ありがとうございます。」と対応した看護師に穏やかにお礼の言葉を述べていた。

4. おわりに

今回、治療を拒否する患者の意思を尊重することや、家人の思いもまた聞きながら対処しなければならないなど、ターミナル・ケアの難しさ・ジレンマを体験した。そして、医師の協力の下に、数多くのことを学びながら病棟全体で取り組んだ結果、ケアの質の向上につながったのではないかと考える。個人個人でかなり異なるとは思われるが、その人らしい生活を守り、維持していくことを保証するために、人生最期のプロセスもまた、患者本人の意思を尊重しながら、家族の意見をも汲み、医療関係者が調整し、決断して行かなければならなくなる。本症例は、余命未告知の患者のターミナル・ケアに携わり、どういった治療方針・関わりを行っていくべきかを、改めて考えさせられた事例であった。



慢性期療養（3-5）病棟でのスタッフと筆者

参考文献

- 1) Leonhard K: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Thieme, Stuttgart, 1995
- 2) Franzek E, Beckmann H: Die genetische Heterogenität der Schizophrenie. Nervenarzt 67: 583-594, 1996
- 3) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, 1992
- 4) 林拓二 (編) : 非定型精神病—内因性精神病的分類と診断を考える. 新興医学出版社、東京、2008
- 5) Hayashi T. (ed) : Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
- 6) 林拓二 成田実 世一市郎 中江尊保 上原美奈子 義村さや香 壁下康信 : 内因性精神病的長期経過について (抄). 精神神経学雑誌 113: 720、2011

(本症例報告ではプライバシーに配慮し、精神症状や経過との関係がない範囲で、データの一部を改変している)



クロガネモチの葉っぱで休むヤマトシジミ蝶

研究業績

平成26（2014）年度研究業績

原著論文等

1. 林 拓二：反骨と異端－京都大学精神医学教室. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、7-22, 2014
2. 成田 実：介護ストレスについて考える. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、23-30, 2014
3. 高橋英彦：脳画像から見た向精神薬の副作用とその対策. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、31-37, 2014
4. 林 拓二：詐病かそれともヒステリーか. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、38-46, 2014
5. 林 拓二：法と精神医学－精神鑑定について. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、11-14, 2014
6. 白井隆光：精神科修正型電気治療について. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、59, 2014
7. 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. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、60-68, 2014
8. 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～. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、69-71, 2014
9. 林 拓二：精神衛生診断書: コンビニパン窃盗事件－類破瓜病. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、72-76, 2014
10. 林 拓二：精神鑑定書: 成人後見開始の審判－中等度精神発達遅滞. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、77-80, 2014
11. 林 拓二：精神衛生診断書: 覚せい剤取締法違反事件－覚せい剤嗜癖. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、81-85, 2014
12. 白井隆光：精神衛生診断書: 賽銭泥棒事件－前頭側頭型認知症. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、86-88, 2014
13. 白井隆光：精神衛生診断書: 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. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、89-91, 2014
14. 林 拓二：症例報告: 類循環精神病について. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、92-99, 2014
15. 中江尊保：ケースレポート. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、100-103, 2014
16. 堀川健志：ケースレポート. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、103-106, 2014
17. Tei S, Becker C, Sugihara G, Kawada R, Fujino J, Sozu T, Murai T, Takahashi H: Sense of meaning in work and risk of burnout among medical professionals. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015, 69:123-124.
18. Son S, Kubota M, Miyata J, Fukuyama H, Aso T, Urayama S, Murai T, Takahashi H: Creativity and positive symptoms in schizophrenia revisited: Structural connectivity analysis with diffusion tensor imaging. *Schizophr Res* 2015, 164:221-226.
19. Matsumoto Y, Takahashi H, Murai T, Takahashi H: Visual processing and social cognition in schizophrenia: relationships among eye movements, biological motion perception, and empathy. *Neurosci Res* 2015, 90:95-100.

20. Fujino J, Yamasaki N, Miyata J, Sasaki H, Matsukawa N, Takemura A, Tei S, Sugihara G, Aso T, Fukuyama H, Takahashi H, Inoue K, Murai T: Anterior cingulate volume predicts response to cognitive behavioral therapy in major depressive disorder. *J Affect Disord* 2015, 174:397-399.
21. Tanaka Y, Fujino J, Ideno T, Okubo S, Takemura K, Miyata J, Kawada R, Fujimoto S, Kubota M, Sasamoto A, Hirose K, Takeuchi H, Fukuyama H, Murai T, Takahashi: Are ambiguity aversion and ambiguity intolerance identical? A neuroeconomics investigation. *Front Psychol* 2014, 5:1550.
22. Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski K, Sugihara G, Murai T, Takahashi H. 2014. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Transl Psychiatry* 4: e393
23. Koelkebeck K, Miyata J, Kubota M, Kohl W, Son S, Fukuyama H, Sawamoto N, Takahashi H, Murai T. 2014 The contribution of cortical thickness and surface area to gray matter asymmetries in the healthy human brain. *Hum Brain Mapp.* 2014, 35:6011-6022.
24. Hirose K, Miyata J, Sugihara G, Kubota M, Sasamoto A, Aso T, Fukuyama H, Murai T, Takahashi H. 2014 Fiber tract associated with autistic traits in healthy adults. *J Psychiatr Res.* 2014, 59:117-124.
25. Tsurumi K, Kawada R, Yokoyama N, Sugihara G, Sawamoto N, Aso T, Fukuyama H, Murai T, Takahashi H. 2014. Insular activation during reward anticipation reflects duration of illness in abstinent pathological gamblers *Front Psychol* 5:1013
26. 義村さや香、佐藤弥、魚野翔太、十一元三. 自閉症スペクトラム障害の対人相互性障害とfacial mimicry障害の関係について. 第55回日本児童青年精神医学会総会. 浜松. 2014
27. Yoshimura, S. & Toichi, M. A lack of self-consciousness in Asperger's disorder but not in PDDNOS: Implication for the clinical importance of ASD subtypes. *Research in Autism Spectrum Disorders* 8: 237-43, 2014
28. 義村さや香. 自閉症スペクトラム障害を持つ児童が性非行に至った背景に関する検討. 第110回日本精神神経学会総会. 横浜. 2014

学会発表など

1. 林 拓二：精神医療の過去と現在、そして未来（1）. 看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2014.5.22、豊郷
2. 成田 実：認知症の課題を振り返る－10数年の通院経過から－. 第9回彦根認知症ケア・ネットワークを考える会、彦根市文化プラザ、2014.5.22、彦根
3. 林 拓二：精神医療の過去と現在、そして未来（2）. 看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2014.5.29、豊郷
4. 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、2014.6.5、豊郷
5. 成田 実：豊郷病院認知症疾患センターの取り組み. 認知症の地域連携を考える会、琵琶湖ホテル、2014.6.16、大津
6. 白井隆光：電気けいれん療法－その歴史と現状. 看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2014.6.16、豊郷

郷病院、2014.6.12、豊郷

7. 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、2014.6.19、豊郷
8. 林 拓二：詐病とヒステリーについて. 看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2014.7.3、豊郷
9. 成田 実：老年期の認知症－早期診断と治療について－. 看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2014.7.17、豊郷
10. 林 拓二：精神鑑定について－法と精神医学－. 看護と医師のためのやさしい精神医学講座、豊郷病院、2014.7.24、豊郷
11. 白井隆光、堀川健志、小林恭子、中江尊保、成田 実、諏訪太郎、小島 修、林 拓二：身体合併症を有する昏迷状態の高齢患者に修正型電気けいれん療法が奏功した一例. 第115回近畿精神神経学会、大阪市立大学、2014.7.26、大阪
12. 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、2014.8.7、豊郷
13. 堀川健志：救急受診、その前に！ 電話応対で過呼吸発作をストップせよ. 愛知犬上医師連絡会、パストラール、2014.9.12、豊郷
14. 成田 実：認知症治療・介護における医療の役割. 彦根キャッスルホテル、2014.9.20、彦根
15. 林 拓二：反骨と異端－反骨と異端－京都大学精神医学教室. 第18回日本精神医学史学会、京都大学百周年時計台記念館、2014.11.8、京都
16. 林 拓二：反骨と異端－反骨と異端－京都大学精神医学教室. 第18回日本精神医学史学会、京都大学百周年時計台記念館、2014.11.8、京都
17. 野間俊一：摂食障害とその臨床. 豊郷精神医学研究所新春学術講演会、豊郷病院、2015.1.29、豊郷
18. 成田 実：大切な人と自分自身のために－知っておいてほしい認知症の話. 総合福祉保健センター・ふれあいの郷、2015.2.21、多賀
19. 成田 実：知っていますか？認知症のこと. 豊郷病院公開セミナー、豊郷病院、2014.3.28、豊郷

随想など

1. 林 拓二：あまりにも遅い！豊郷精神医学研究所年報、第4巻、1-2, 2013
2. 木村千江：精神科の現場で考えること. 豊郷精神医学研究所年報、第4巻、57-58, 2014
3. 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4巻、70-71, 2013
4. 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

1. 林 拓二：万引き緘黙事件－ヒステリーか潜伏性統合失調症か 2014
2. 林 拓二：常習万引き幻聴事件－統合失調症および摂食障害 2014
3. 白井隆光：傷害事件－抑うつ神経症 2014
4. 林 拓二：公務執行妨害事件－統合失調症 2014
5. 白井隆光：保佐開始の審判－自閉症スペクトラム障害 2014
6. 林 拓二：暴行傷害緘黙事件－統合失調症 2014
7. 白井隆光：後見開始の審判－脳血管性認知症 2014
8. 林 拓二：万引き幻聴事件－統合失調症 2014
9. 林 拓二：幼女睡眠剤傷害事件－アルコール依存症 2014



彦根城の夜桜

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27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	小林 恭子
所員	成田 実	所員	木村 千江
所員	中江 尊保	所員	古田 成年
所員	世一 市郎	所員	岩田 夏彦
所員	上原美奈子	所員	木津 賢太
所員	高橋 英彦	所員	上野 志保
所員	義村さや香	秘書	森 香織



旧豊郷小学校校舎群 — ヴォーリス設計

編集後記

ここに豊郷臨床精神医学研究所年報第5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。今回は臨床心理士からパチンコ嗜癖の治療に関与した実践報告があり、病棟の看護師からはおやつ摂取とストレス軽減の関係を考える実験結果と、認知症患者を巡る看護の基本について考察した2件とともに昨年からの宿題であった「看取りの看護」についての論考が寄せられました。「看取り」に対して看護者がいかに対処すべきかについては、患者さんの状況も大きく異なりますので、それぞれ大変悩ましく、簡単には割り切れないことが少なくありません。今回の報告が何らかのご参考になればと思います。

臨床精神医学研究所として、長年取り組んでいる精神病の長期経過研究は、膨大な患者の病歴をまとめるのに多大な時間を要しましたが、やっと格好がついたかなと思える状態にまでになりました。今後は少しずつ学会などで発表しながら、本年報で報告出来ればと思っております。本研究所の若い先生方も少しずつ力をつけてきておりますので、研究成果が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、本年も本誌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。

(H27.10.9 編集委員 林 拓二・堀川健志・小林恭子・森 香織)



豊郷駅（近江鉄道）プラットホーム

公益財団法人 豊郷病院

内科、循環器内科、消化器内科、心療内科、呼吸器内科、呼吸器外科、外科、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、歯科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、血液浄化センター

〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12
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)

居宅介護支援センター

MAX マックスとよさと

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑212
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

〒522-0086 滋賀県彦根市後三条町520-1
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 PONS ピンポンとよさと

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑212
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

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑199-7
TEL.0749(35)3035 FAX.0749(35)4799

訪問看護ステーション

レインボウはたししょう

〒529-1234 滋賀県愛知郡愛荘町安孫子1216-1
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

〒522-0086 滋賀県彦根市後三条町520-1
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

アールとよさと

〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12
TEL.0749(35)3001 FAX.0749(35)2159
(豊郷病院内)

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**
〒522-0223 滋賀県彦根市川瀬馬場町1015番地1
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**
〒522-0244 滋賀県犬上郡甲良町在士625番地
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



■ 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

■ 車利用の場合

名神彦根I.C.から20分、湖東三山スマートI.C.から10分
国道8号線 高野瀬交差点を東へ5分

2014 (平成26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. 5

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)