

# 公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所年報

第 6 卷

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry  
Vol. 6

2015年（平成27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

|                      |   |
|----------------------|---|
| ヒトラーの思想が降りてきた？（林 拓二） | 1 |
|----------------------|---|

|                 |   |
|-----------------|---|
| 年報発刊によせて（友吉 唯夫） | 4 |
|-----------------|---|

|                |   |
|----------------|---|
| 公益財団法人豊郷病院基本理念 | 5 |
|----------------|---|

|                 |   |
|-----------------|---|
| 公益財団法人豊郷病院精神科沿革 | 6 |
|-----------------|---|

## 原著論文・総説など

|                      |   |
|----------------------|---|
| 1. 非定型精神病研究の今後（林 拓二） | 7 |
|----------------------|---|

## 講演記録

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 2. 精神科医に必要なてんかん診療の基礎知識（兼本浩祐） | 15 |
|------------------------------|----|

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 3. 認知症の人とのつきあい方～本人も悩んでいます（成田 実） | 22 |
|---------------------------------|----|

## 看護研究

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 4. 幻聴のある統合失調症患者へのアプローチ（岩崎香織） | 32 |
|------------------------------|----|

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| 5. うつ病を抱える患者に対してプロセスレコードを活用し看護を振り返る（佐野雄大） | 37 |
|-------------------------------------------|----|

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 6. 双極性障害と向き合う患者との関わり（蛭原麻友） | 44 |
|----------------------------|----|

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 7. うつ病患者との内服カレンダーを用いた関係構築について（西川真未） | 47 |
|-------------------------------------|----|

## 随想など

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 8. 豊郷病院に勤務して感じたこと（西川真未） | 52 |
|-------------------------|----|

## 精神鑑定

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 9. 酩酊公務執行妨害事件－アルコール依存症（林 拓二） | 55 |
|------------------------------|----|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 10. フーテン男女万引き事件－精神発達遅滞（林 拓二） | 60 |
|------------------------------|----|

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 11. 常習万引き事件－ピック病の疑い（林 拓二） | 65 |
|---------------------------|----|

|                      |    |
|----------------------|----|
| 12. 窃盗事件－統合失調症（白井隆光） | 71 |
|----------------------|----|

## 追悼

|                     |    |
|---------------------|----|
| 13. 福田哲雄先生のこと（林 拓二） | 75 |
|---------------------|----|

## 報告

|                    |    |
|--------------------|----|
| 年報発刊 5 周年記念の祝賀会を開く | 82 |
|--------------------|----|

|              |    |
|--------------|----|
| 研究業績（平成27年度） | 83 |
|--------------|----|

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員 | 86 |
|-------------------------|----|

|      |    |
|------|----|
| 編集後記 | 87 |
|------|----|

表紙写真：ササユリ（京都府立植物園にて、H28. 6. 8）



### ヒトラーの思想が降りてきた？

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二



平成28年7月26日、相模原にある障害者施設「津久井やまゆり園」に、26歳の元職員が窓ガラスを割って侵入、重度の知的障害者19人を殺害し、20数人を負傷させた。この事件は、犠牲者の数の多さのみならず、障害者のケアを職業としていた人間が、「重度の障害者は安楽死させるべき」という主張のもとに、重い知的障害者の殺害を図ったと伝えられたことから、我々精神医療に従事する者にとっては信じ難く、衝撃的なものであった。

マスコミの報道によれば、容疑者は以前から障害者に対する差別的な発言を繰り返していたようである。事件の5か月前の2月14日には「障害者は不幸をつくることしかできない」ので、「日本国や世界」のために殺害するという犯行予告とも取れる書簡を持って衆議院議長公邸を訪ねていた。その後も、施設で同様な発言を続けたために警察に通報され、2月19日に精神保健福祉法23条に基づき「他人を傷つける恐れがある」として緊急措置入院、翌日には尿から大麻の陽性反応が見られたために、22日に別の2人の精神科指定医による措置鑑定が行われ、1人が「大麻精神病」及び「非社会性パーソナリティ障害」、もう1人が「妄想性障害」及び「薬物性精神病性障害」と診断して措置入院となったとのことである。この間、病院のスタッフに「ヒトラーの思想が降りてきた」と話していたようであるが、入院12日後の3月2日には「他害のおそれは無くなった」として退院になっている。

事件は容疑者が退院した5カ月後に起こっている。そこで、一般の人にとって「本当に他害のおそれは無くなっていたのか」、「措置入院の解除が早すぎたのではないか」との疑問が湧いてくるのは当然なことであろう。事件後、厚生労働省は事件の検討チームを発足させ、措置入院に関わった医師らの聞き取り調査などを行ない、9月14日に検証結果の中間発表を行なっている。それによれば、3月の措置入院解除をめぐる病院や相模原市の対応に関し、薬物の再使用の防止を含めた継続的な医療支援が不十分だった点を指摘し、事件は措置入院制度の見直しに向けて動いているようである。

しかしながら、我々精神科医にとっての懸念は、「重度障害者は安楽死させるべき」と言うあまりにも極端で一般には受け入れられるはずのない容疑者の主張が精神病者の妄想と捉えられ、警察からの通報によって措置入院となったかのごとく見える点である。もちろん、マスコミの報道だけでコメントすることは差し控えるべきであり、今後予定されている精神鑑定においてその詳細が明らかになるであろうが、容疑者に他のなんらかの精神症状が見られない限り、このような主張は精神病者の妄想とは言えず、思想・信条と見なすべきものであろう。もしそうであるとすれば、これは精神医療の問題ではなく司法が対処すべきものである。しかし、司法（警察）としては、社会的要請もあって他害を公言する者を放置出来ず、かといって逮捕勾留も出来ないために精神医療の場での解決を望んだのかも知れない。事件後、犯罪をほのめか

したり主張したりする人物については予防的な拘禁が行える「保安処分」を制度化するしかないとの発言が一部に見られるのは、このような事情からであろう。当然のことながら、措置入院制度はあくまでも「精神障害があり、それによって自傷他害のおそれがある」精神病患者を治療するための制度であって、犯罪を防ぐための保安的な制度ではないのである。

この衝撃的な事件で私が危惧するのは、重度障害者の介護に現場で関わる者が軽々に安楽死という用語を用いて殺人を正当化しようとしたことである。近年、活発に議論されるようになった「安楽死」は終末期医療など生命倫理に関わるものであって、本人の意思に関わりなく「生きるに値しない生命」として死に至らしめるこのような行動は、今日「安楽死」とは呼ばない。これはあまりにも明らかな殺人なのである。

よく知られているように、「重度障害者は安楽死させるべき」との主張は、容疑者一人に見られる特異な考えではない。このような主張はすでに19世紀末に、ヨーロッパにおいて精神医学研究が優生学と民族衛生学に集中した頃から現われ、とりわけドイツでは第一次世界大戦と世界大恐慌の影響による経済的な困難に遭遇したことから患者が「お荷物」となり、1920年に「価値無き生命」の抹殺を主張する著作が出版されている。著者は、高名なフライブルグ大学精神科教授であった。その後、1933年に政権についたナチス・ドイツの総統ヒトラーは、第二次世界大戦が開始された1939年9月、精神障害者・身体障害者・難病に罹患する者の組織的殺害を命令している。もちろん、厳正な臨床精神医学者のK. シュナイダーが面接して語ったように、ヒトラー総統はいかなる精神疾患にも罹患してはおらず、精神的には正常であった。このナチス政権下でのいわゆる「安楽死」作戦は、カトリック教会を中心とする反対によって1941年に公式に中止されたが、この間に殺害された患者数は7万人以上とされ、その後も医薬品の過量投与や計画的な餓死などによる犠牲者の総数は25万から30万人に上るとされている。

このように、障害者の抹殺を容認する主張は、ヨーロッパから始まり、経済危機にあったドイツで勢いを増し、戦時体制下で遂には国家の政策にまでなって多くの犠牲者を出したのである。ここで主要な役割を果たしたのは精神科医であったが、もちろん一般の人々もまたこの政策に従って加担したのであり、多かれ少なかれ障害者への差別とその排除を望む心性が彼ら（我々もまた）の底流にあり、経済的な破綻が現実になったときに表面化したのであろう。このような時代、社会における最弱者が標的となり、犠牲者となるのはいかなる国においても変わることはない。

繰り返すが、大戦中のドイツにおける障害者の抹殺は「慈悲による死」あるいは「安楽死」というオブラートに包まれた言葉が使われているものの、まぎれもなく明らかな殺人である。今日、一般的に「安楽死」とされるものは、癌などで「回復の見込みがない病態」となった患者が「末期」の状態に至った際に、患者自らの意思に基づいて行われる医学的な処置とされる。そして、この安楽死は 1) 生命を延長させる処置を差し控える消極的な安楽死と、2) 自殺補助および積極的な致死手段によって生命を直接短縮する積極的な安楽死の2つに分類されている。消極的な安楽死は、なお議論があるとしても、生命を積極的に断つ行為ではないために、臨床の現場でも一般に容認されるようになっている。そこで、最近では積極的な安楽死のみを「安楽死」と称することが多い。積極的な安楽死は、オランダやベルギーなどの諸国において厳密な条件のもとに法制化されているが、医療者が積極的に手を下す点で殺人に相違ない。もし、これを認めるとなると、ますます高騰する医療費の削減を目的として重症の病人や障害者、さらに高齢者の排除を助長する危険性につながりかねない。さらには、社会的な貢献が出来ない人間や社会に不利益を与える人間は生きる価値が無いとの考えにつながり、本人の自由意思も尊重されなくなる可能性もある。まさに、人類がヨーロッパで経験した悪夢の再現が危惧されるのである。そこで、日本では現在このような安楽死は認め

られず、対象者の死に積極的に関わった医師には殺人罪や自殺幇助罪が適用されている。しかし、最近頻繁に報道される終末期医療の現場で寝たきりの老人が巻き込まれる事件を見ると、思い過ごしかも知れないが、これらの事件の背景に障害者を経済的な観点からのみ見て、障害者を排除しようとする社会的な風潮が勢いを増しているように思われてならない。

姥捨ての民話は、我が国だけに限らず、いかなる民族、国家にも見られるようである。年老いて働けなくなった者を山に遺棄し死に至らしめたという物語は、経済的な困窮の時代、とりわけ戦国の世のやむを得ない状況で生じたようである。しかし、たとえ領主の命令や村落共同体の合意によるものであっても、血のつながりがあり共に暮らす家族にとってはつらい決断であったのであろう。ある民話では、泣く泣く年老いた親を山に捨てようとしても捨てられず、連れ帰って密かに床下に匿って乏しい食事を分けあいながら暮らしたと言う。この話は、その後に老親の経験・知恵が役立つこととなり、たとえ障害があっても互いに協力し合いながら生活しなければいけないという、今でいえば「共生」の話に落着する。一方、極貧の中で家族のためにと老親が自ら命を断とうとし、息子がそれを介助せざるを得ない状況もまた存在した。戦後70年を経て経済的な繁栄を続けた現代の日本では、もはやこのような状況を考えることは出来ないが、近年、経済が下降線を辿り、医療費の削減が国家の主要な政策になっている状況下では、生産する能力がない人に社会資源を注ぎ続けることが出来るのかという不安が、脳裏をよぎる時代になっているのかも知れない。

精神障害者、身体障害者、そして老人をめぐる状況は、時代によって大きく変わる。少子高齢化の時代を迎えて、福祉に対する予算が国家財政を圧迫する状況では、そのしわ寄せは障害者とその家族の上にかかってくる。家族もまた周囲からの無言の圧力にさらされるかも知れない。「この子は、生きるに値しなかった子なのです。静かに逝かせてやってください」と家族が述べるにしても、それは本心からの言葉なのであろうか？また、重度の障害を持つ別の家族は語る。「命は尊いとか、命は地球より重いといった『きれいごと』は言えない。『この子がいなければ』と『この子がいてくれたから』という相いれない気持ちが表裏一体となり、日々を過ごしている」と。そして「その生活のなかで、ふっと希望が湧く瞬間がある。理由は分からない。命とは、分からず、はかれない価値を持つ」と言う。このような複雑な家族の心情を、我々医療・介護・福祉の現場で働いているものは理解しなければならない。たとえ、家族が弱音を吐いたとしても、そこに至る複雑な心情を推し量らなければならないであろう。どのような時代、どのような社会であろうとも、たとえ家族が障害者を守れなくなったとしても、彼らを最後まで守らなければならないのが我々の仕事なのである。実際に顔を合わせ、介護に携わっているのが我々だからである。国家が障害者を抹殺しようとしたナチス・ドイツの時代、少数ではあったものの遺伝疾患の可能性のある患者を一例も報告しなかった医師たちもいた。日常的に患者との密な関係が保たれているところでは、彼らを保健局に通報して死に至らしめることはできなかったであろう。我々の職業は疾病を治癒に導くことであるのはもちろんのこと、疾病に苦しむ人や障害者を守ることもまた、大事な任務なのである。



# 年報発刊によせて

## 年報をのこすことの価値



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

公益財団法人豊郷病院は昨年（2015/平成27年）に創立（開院）90周年を迎えました。これもひとえに地域の皆様のご支援と先輩たちが努力を重ねて維持してきた結果として今日存在しておりますことを、職員一同よろこび、100周年に向けてさらに発展をつづけるよう努力したいと思います。

さて、ことし（2016）も、2015（平成27年）度版の年報を出すことになりました。こういう印刷物を費用をかけてのこすことの意味を考えてみたいと思います。

個人の場合は、日記がありますがこれは公表するものでなく、例外的に有名人のそれが話題になるぐらいです。最近では阿久悠の日記がとりあげられています。公表するものとしては自分史をのこすことが出版社や印刷会社の奨めるところです。

病院という法人の行為は主として医療・介護事業であり、その1年間の成果を年単位でまとめたものを残しておくことに異をとねえる人は少ないと思います。

病院では各種の専門職が連携して仕事をしております。病院で経験したこと、みずから考究したことを社会に向けて発信することもあります。そういうことを記録しておくことも大切なことです。

豊郷病院には「六十年史」という立派な記念誌がのこっております。いわば病院が還暦を迎えたときのもので、現在もなにか過去のことを知りたいときに役だっております。多分次は「100年史」をつくると思うのですが、そのための資料としても、こうしてしっかりした年報をのこしておくことはじゅうぶん価値のあることです。

そのことから公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所においても1年間の記録と、所属する医師による臨床報告や論説が年報としてまとめられました。

今後とも法人ならびに研究所へのご支援、ご協力をよろしくお願いいたします。

2016（平成28）10.25

---

# 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、生まれたての嬰兒が亡くなることも少なくない時代でした。当初、内科、外科、耳鼻科、レントゲン科および避病舎（隔離病舎）から始まった診療でしたが、当時としては医療設備が整っていたため、湖東はもとより県内から広く患者が訪れ、生活困窮者には無料で診療が行われたそうです。間もなく産婦人科、眼科が加わり、昭和27年には整形外科、呼吸器科が開設されて、以来、感染症、産科、救急を含めた総合病院としてこの地の医療を支えました。昭和32年には社会的弱者、身体的弱者であった精神疾患患者のために精神・神経科が開設されました。精神科開設にご尽力を賜った京都大学名誉教授、三浦百重先生は、「精神医療はむやみに利潤を求めてはならぬ」「よくなったらできるだけ早く退院させる」と指導され、その高潔な教えは現在まで脈々と受け継がれています。

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

病院には医学の発展、医療環境の変化に追従できるように、人材、医療機器、設備を整える責任があ



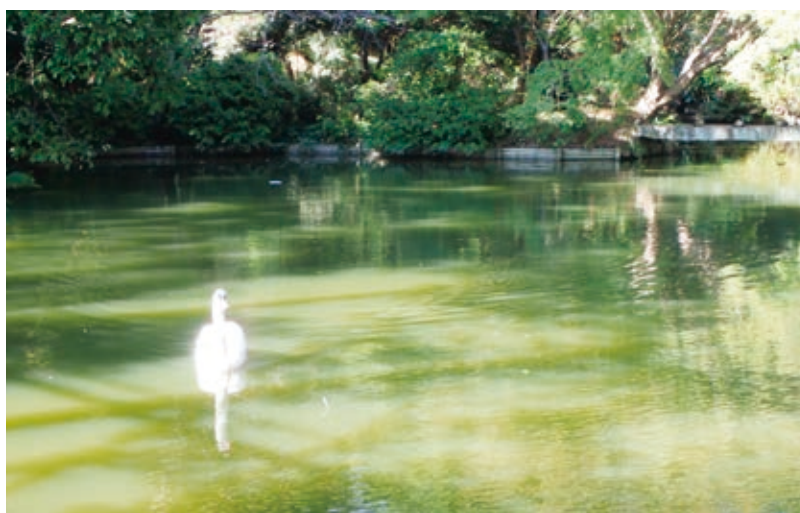
ります。私たちは医療安全管理体制、医療情報の中央化、密接な地域の医療・介護連携を推進してきました。その結果、平成18年9月、日本病院機能評価機構から三複合病院（一般、療養、精神）として認定されております。また平成22年4月には、豊郷病院の中に臨床精神医学研究所を設立しました。豊郷病院に培われてきた精神科医療の真髄を再発掘して、これからの精神医学の発展に寄与すると同時に、優秀な精神科医を育成することを目的にしています。

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

公益財団法人 豊郷病院

## 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



阿自岐神社庭園の白鳥（豊郷町安食、H28.10.18）  
1500年前の日本最古の庭園

# 非定型精神病研究の今後

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

## はじめに

科学は分析と総合を繰り返しつつ発展しており、精神医学もまた例外ではない。

私が精神科医になった1970年代は、反精神医学を標榜する若手精神科医が大学精神医学を激しく批判していた頃であるが、東に単一性精神病の千谷七郎先生（東京女子医大）、西に非定型精神病の満田久敏先生（大阪医大）が鎮座？し、それぞれが生物学的精神医学の領域における総合と分析を担って対峙していたと言える。この情景は、1980年にDSM-IIIが登場した後も全く変わることは無かった。私は単一精神病論に強く惹かれながらも、疾患の本質をとらえた自然な分類と診断を求め、CT、MRIやSPECTなどの新しい画像診断の機器を用いた研究を行ない、精神医学を神経学の如きレベルに出来ればと考えてきたのである。

ここでは、これまでに行われた研究上の問題点を提起し、今後解明すべき課題について述べたいと思う。

## 1. 非定型精神病は、何故女性に多いのか？

私は大阪府の2つの民間精神科病院、愛知県の医科大学、そして京都府の大学病院で臨床経験を積んできたが、愛知県では2ヶ所の民間精神科病院のパート医としても働いている。それぞれの病院で診る患者には多少の相違があったものの、主として分裂病性精神病とされる患者さんが入院していた。私はいずれの病院に赴任してもまず統計学的な調査を行ったが、非定型精神病と定型分裂病の発症年齢や性差、負因の傾向に、地域による差異を認めず、非定型精神病は女性の割合が多く、発症年齢は遅く、遺伝負因が多い傾向が認められた。

愛知医科大学での結果は3つの論文<sup>19,21)</sup>として発表し、若干の考察をしておいたが、非定型精神病と定型分裂病との比較には、その差異が性差によって生じる可能性に留意して、データの解釈には特別な注意を払わなければならなかった。

非定型精神病に女性が多いことを説明するのに、女性に多い感情障害がそこに多数混入している可能性が指摘されてきた。しかし、我々の資料によれば、感情障害の男女比はほぼ同数であり、このような説明は困難であった。しかし、非定型精神病の発症年齢をみると、女性の発症年齢は男性と較べてはるかに遅く、その年齢分布パターンは20歳前半のピークの他にも、30歳前半と40歳代に高く、明確ではないものの多峰性とも言うものでもあった。これらのデータを見ると、非定型精神病が均質なグループではなく、なお異質な群の集合と見なすべきであろうと考えられた。クレペリン<sup>34)</sup>はすでに、早発性痴呆の発症には30歳前後と40歳以降にピークがあることを指摘し、これらを女性特有の生殖作業、それに更年期障害に何らかの関係があると考えているが、クレペリンの早発性痴呆にも我々が非定型精神病と診断する症例が含まれているのかも知れない。言うまでもなく、女性の性と関連する精神障

害はしばしば非定型精神病の病状を示すのである。また、遺伝負因の有無と発症との関連を見た我々のデータでは、非定型精神病の無負因群には女性が多く認められ、このグループは30歳前後から更年期にかけての発症が比較的多く認められた。この点から考えて、女性の非定型精神病には、パウライコフ (Pauleikhoff B.)<sup>35)</sup> が唱えたような「30歳台の幻覚妄想性精神病」や「アメンチア」などの他にも、30歳台や40歳台の女性の置かれた特有の状況から発症する様々な病態が包含されている可能性も考えられる。このことが、非定型精神病には女性が多い理由なのかも知れないが、いずれにせよ、非定型精神病が単一の疾患ではなく、病因を異にする疾患群から構成されている可能性は常に考慮されねばならないことである。我々が非定型精神病をICD-10によって分類した時、急性一過性精神病の各亜型や、急性精神病の経過が遷延して分裂病に診断が変更された症例に類別されたが<sup>21)</sup>、それぞれのグループが特徴的な誘因と負因を示していた。このデータを見ても、非定型精神病がさらに細かく類別され、特徴的な疾患群に分類され得る可能性が示されている。

## 2. 脳体積の進行性の減少は、非定型精神病にこそ認められる？

我々がCTを用いて内因性精神病の脳画像研究を始めたのは1985年頃で、すでに30年ほど前になるが、この領域の研究では被験者に多大な苦痛を強いる気脳写を用いた研究が1957年にHuber, G.<sup>30)</sup>によって、日本では1967年に満田門下のAsano, N.<sup>36)</sup>によって行われていた。しかし、気脳写よりはるかに詳細・鮮明な画像が得られるCTの登場によって、内外の多くの研究者が精神分裂病の脳画像研究に参加できるようになり、日本では1984年に高橋ら<sup>37)</sup>によって、精神分裂病の頭部CT研究が多施設共同研究として発表されている。

精神分裂病を一つの疾患と考えるのではなく、多くの疾患から構成されている可能性（異種性）を考えて行われた画像研究は、我々の研究以外にはない。我々は満田の記述を参考にして精神分裂病を非定型精神病（群）と定型分裂病（群）とに類別し、その画像所見を検討したが、加齢の影響を避けるために対象を40歳以下とし、薬物の影響を出来るだけ少なくするために初回入院で比較的新鮮な患者を対象<sup>22)</sup>とした。しかし、症例数が若干少なくなったために、初回入院という制限をはずして症例数を増やした検討も行っている<sup>23)</sup>が、いずれにしても、非定型精神病（群）に女性が多くみられたために、定型、非定型の両疾患群の男女比は大きく異なっていた。そこで、脳体積の明らかな男女差を補正するために、我々は脳の各部位と全脳との比率を指標とし、統計的解析には2元配置のANOVAを用いて、男女の症例数の差異が疾患群の差に影響していないことを確認している。我々の研究で注目すべき所見は、非定型精神病（群）に見られたシルビウス裂の開大所見が罹病期間と相関したことであり、一方、定型分裂病（群）に見られたCT所見が罹病期間とは相関しなかったことであろう。その後に行われた我々のMRI研究では、このような相関関係を認めることが出来なかった。しかし、繰り返される病相の結果として、非定型精神病の脳に器質的な変化が生じる可能性は十分に考えられる。

「分裂病は歳を取らない（非定型は歳をとる）」とは、我々がしばしば先輩の精神科医から聞かされてきたことであるが、あるいは我々のCT研究の結果と関連があるかも知れない。精神分裂病が慢性進行性の経過を示すという精神科医の常識は、分裂病性精神病を定型と非定型とに類別した際、定型の分裂病にはあらず、非定型精神病においてのみ（おそらくその一部）認められるのかも知れない。

多くの研究者は、精神分裂病のCTでの画像研究が始まった当初から、脳の所見が発症前から既に認められ、これらが子宮内や分娩時、あるいは幼児期の発達過程で発生したのではないかと考えてきた。



しかし、最近行われた多くのMRIなどの脳画像研究では、統合失調症の脳体積が疾病の進行とともに減少するとの報告が多い<sup>38)</sup>。我々の研究では、画像フィルムを物差しで測定し、コンピュータ画面でカーソルを操って面積を測定した上で体積を計算していたのであるが、近年では、精緻にプログラミングされた統計解析ソフトによって、標準脳画像上にそれぞれの症例の脳委縮部位が瞬時に提示されるようになってきている。我々が見るものは実物とはほど遠い、統計処理された脳の再構成画像であり、いわば幻に過ぎないとも言えるが、多くの研究のメタアナリシスの結果を見ても、その真実性を疑うことは不可能のように思われる。しかしながら、これらの結果は平均値の比較において差が見られるのであって、すべての症例に進行性の脳委縮が見られるのではない。我々にとって興味深いのは統計処理される前のデータであり、進行性の脳所見が見られる症例がいかなるタイプの統合失調症なのか、我々が言うところの非定型精神病なのかどうかという点である。分裂病性精神病の異種性を考慮に入れた研究が、今後もお望まれるところである。そして、さらなる研究では、脳の体積減少が疾患経過のどの時期に生じるのか、前駆症状が見られる前か、あるいは発症の前か後かなどを詳細に検討する必要があるだろう。このような研究には当然のこととして同一の患者を発症前から調査し、発症後も長期に追求する息の長い研究が必要となろう。現在のように短期間に結果を求める時代にはいささか困難かとも思われるが、いくつかの大学ではすでに統合失調症の高リスク児の研究がスタートしている。これらの研究がさらに40年ほど継続されるとすれば、その成果は予想をはるかに超えたものになるに違いない。

### 3. 非定型精神病にも荒廃状態に陥る症例が少なくない

満田は1961年に発表した「非定型精神病の概念」と題する小論<sup>6)</sup>に、その経過と転帰について「非定型精神病は躁うつ病と同じく spurlos に（注、痕跡なく）治るのが特徴と考えられてきたが、私はこの点については前から疑問をもっている。ことに、何回も発病を周期的にくりかえすうちには、人格欠陥が多少とも残る場合のあることは確かである。その他、ともに非定型の症状を示す同胞症例において、一人は完全に治癒し、今一人には人格欠陥の残るような場合もある。いずれにしても、非定型精神病を無条件に全治するものとして、多少とも人格欠陥のあらわれた場合、ただちにそれを分裂病と診断することにはいささか安易に過ぎるように思われる」と記載している。そして、さらに「欠陥像そのものについて見ても、非定型精神病のそれは分裂病と多少異なり、自閉的傾向が少なく、その他言動が緩慢であるなど、ある意味ではてんかんその他の器質性痴呆にいくぶん近似したところも見られる」と続けている。満田は疾患の本質が一番現われると考えられる終末像に関心を抱き続け、大学を定年退職した後も1979年に死去するまで、精神科病院に在院する慢性患者をていねいに診察しながら観察を続けていた。

非定型精神病の経過と転帰については、我々の報告を含めていくつかの論文が発表されている<sup>21,39,41)</sup>。ここで若干議論となるのは非定型精神病の概念であろう。非定型精神病を「再発を繰り返すも完全に寛解する」と定義するとすれば、欠陥状態に陥る症例は非定型精神病でなく、定型の分裂病ということになる。操作的診断に慣れた（毒された？）DSM世代であれば、このように考えるのかも知れないが、DSMのような類型分類ではなく、あくまでも妥当性のある自然な診断を追及する我々はこのような立場をとらず、満田も述べるように非定型精神病が何らかの欠陥状態に陥ることもありうると考えている。すなわち、我々は、非定型精神病が一つの疾患であるとは見なさず、非定型精神病もまたさらにいくつかの疾患に細分され得る疾患群であろうと考えているのである。

我々は、ICD-10によって急性一過性精神病に分類されながら、精神症状が遷延したために精神分裂

病へと診断が変更された症例を「急性精神病の遷延型」と呼称し、他の急性精神病や精神分裂病症例と比較し<sup>39)</sup>、さらに15年から20年の経過を追うことが出来た3症例を詳しく検討してみたことがある<sup>40)</sup>。その結果は、繰り返される病相がきわめて多様で、家族内精神病は多様であるものの定型分裂病とされる症例がほとんど認められなかった。このような所見から、これらの症例が精神分裂病に類別されるよりも、やはり非定型精神病としてその圏内にとどめておくほうが妥当であろうと考えられている。

このような症例は、慢性の精神病症例に少なからず認められる。私が駆け出しの精神科医の頃、定型分裂病の欠陥状態と思っていた患者にけいれん発作が見られ、膨大なカルテを繰ってみると、発症初期には錯乱と昏迷状態を繰り返して非定型精神病と診断されていて驚いたことがある。満田は研究の初期にこれらの症例を中間型として分離していたが、遺伝負因の類似性から非定型精神病に含めたことは既に述べたとおりである。我々は「急性精神病の遷延型は分裂病なのだろうか？」と題する論文<sup>44)</sup>を発表しているが、その結論は当然ながら、「否、非定型精神病に含めるのが適当」であった。

このような急性精神病の遷延型を含めた満田の中間型を、レオンハルトは非系統性分裂病と呼称して類循環精神病の悪性の親戚と呼んでいるが、非系統性分裂病と類循環精神病との差異を欠陥状態となるか否かであるとしている。私は40年以上の経過を追えるこれらの症例を詳しく検討して報告した<sup>45-47)</sup>が、これらの欠陥像の特徴を客観的に捉えることが出来るかどうかに興味がある。神経心理学的なテストバッテリーを用いた研究によって如何なる成果が得られるのか、今後なすべき課題はなお多い。

#### 4. 今後行うべき研究－遺伝研究

私はこれまで、遺伝子研究に興味を抱いてはいたものの、研究費の問題もあって残念ながら直接にかかわる機会がなかった。そこで、分裂病の遺伝子研究が行われている大学や施設から、原因遺伝子が発見されたというビッグ・ニュースが飛び込んでくるのを密かに期待していた。しかし、現在もなお、おどろくほど多数の学会報告や学術論文が公表されているにもかかわらず、そのほとんどがネガティブ・データであり、ポジティブなものは全くないと言ってよいだろう。満田が1961年に「非定型精神病は、たとえその遺伝的独立性が確認されても、それによりただちに疾患単位としての意義を持つものと断定することはもちろんできない。おそらく非定型精神病それ自体が遺伝的にさらに異種的なものと考えるのが、こんにちの一般人類遺伝学の常識であろう」と述べている<sup>6)</sup>が、当時から分裂病性精神病のすべての症例で共通の病因が見いだされ则认为られず、たとえ非定型精神病に限定したとしても病因を異にする多くの疾患の集合と考えられていた。現在では、遺伝子解析技術が格段に進歩し、統合失調症の遺伝子研究がはるかに容易になっているにもかかわらず、満田の時代から一歩先に進んでいると考えることが出来ないのは何故であろうか。そもそも、分裂病性精神病はそのような生物学的な原因を想定し得る疾患ではないのかも知れないと考える研究者もいるであろう。しかし、研究の方法に問題があるのかも知れないと考える者もいよう。満田が想定したように、分裂病性精神病が大きく定型分裂病（群）と非定型精神病（群）に分けられ、さらに非定型精神病もまた多くの疾患から構成されるとすれば、研究の対象を絞って家族負因が多く見られる非定型精神病に焦点を当てるか、さらに非定型精神病の中に含まれる極めて稀少な疾患群を見出す努力をすべきなのかもしれない。満田は次のようにも述べている。「すでに脳神経の領域には極めて多くの遺伝性疾患が知られているにもかかわらず、遺伝性精神病（狭義）がただ3種（分裂病、躁うつ病、てんかん）のみから成り立つとは、なんとしても私には納得し難いのである」と。満田は、遺伝学的に独立した非定型精神病（群）を主張するのみならず、神経学にお

いて多くの遺伝性疾患が発見されているように、精神医学においても同様な展開を期待していたのであろう。我々は、非定型精神病の遺伝研究<sup>48)</sup>に、今後もなお望みをつないでいる。

## 5. 非定型精神病の診断基準を作成する意義は何か？

アメリカ精神医学会の診断基準であるDSM-Ⅲが登場した当時（1980）は、診断技術の急速な進歩によって脳研究は飛躍的に発展すると期待され、精神医学が生物学的な研究へと大きく方向を変えた時代でもあった。そこで、各研究者間での診断の不一致を無くすために、単純にして明快な診断が要請されたというきらいがなくもない。DSM-Ⅲが信頼性を優先して妥当性を犠牲にしたという批判は当初からあり、私もまた、DSM-Ⅲの登場以来この点を批判し、生物学的研究には分裂病性精神病的異種性を考慮した（妥当性のある）疾患分類が必要であると主張してきた。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<sup>49)</sup>でさえ、生物学的研究にDSMは役に立たないという意味の発言をしているが、このことは当初から我々が予想し、批判してきたことである。近年、非定型精神病を研究してきた若手精神科医を中心に「急性精神病」の名称のもとに診断基準が作成され、診断の一致度をあげて多施設共同研究、病因研究を行おうとしているが、DSMのデジャ・ビュとならないように願う。さまざまな立場の研究者が集まって急性精神病に関して共同研究を行おうとする意図に異存はないが、我々が現在しなければならないことは、疾病学的な分類を目指しながら、臨床のそれぞれの現場でじっくりとデータを収集することであろうと考えている。

## 6. 非定型精神病こそが、内因性精神病研究の突破口となりうる

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る。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<sup>50)</sup>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が、我々が非定型精神病群と呼ぶグループをも多く含んでおり、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ると言える。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くものだからであって、その結果を無批判に受け入れ、統合失調症と躁うつ病との差異を量的な偏倚であると考えるのは、短絡的な判断と考えられないであろうか。

これまでに我々が行ってきた研究は、非定型精神病という疾患が確固として存在することを証明したものではない。ただ、分裂病性精神病が大きく定型分裂病（群）と非定型精神病（群）とに分けられることを示したに過ぎない。定型分裂病（群）は発症前から存在する脳器質性所見を含めた性格構造が深く関わっていることが疑われるが、非定型精神病とされる疾患群は遺伝負因が多く認められ、その病因を解明し得る可能性ははるかに高い。もちろん、非定型精神病もまた均質な疾患であるとは考えられず、精神反応性に生じる心因性精神病や妊娠・出産などの女性の性に関連した（身体因性）精神病、さらには、病相性または周期性に経過しながら時にはシュープ様に悪化し、多かれ少なかれ重篤な状態に至るとされる満田の中間型（レオンハルトの非系統性精神病に概ね相当する。我々による急性精神病の遷延型もここに含まれる）などが類別され、今後の生物学的研究によって病因・病態がそれぞれに究明されるに違いない。非定型精神病に焦点を絞ることによって、分裂病性精神病の数パーセントにしる、遺伝



性の神経変性疾患に類似する疾患が見出されるかも知れず、あるいは共通な病態による診断が可能となるかも知れない。我々は、非定型精神病の研究が内因性精神病的病因・病態研究の突破口となるに違いないと考えている。

我々は現在、深い霧の中で白い兎を狩ろうとしているのかも知れない。しかし、白い兎は決して幻ではない。霧が晴れば必ず目の前に現れる。焦らず、慌てず、諦めずに、兎の存在を信じながら追いつけるならば、労苦は必ず報われると信じよう。

## おわりに

最近もなお、DSM世代の若い先生方から「非定型精神病は結局、統合失調症でしょう？」と訊かれることがある。その際、とりあえず「そのように考えることも出来るけどね」と答えることもあるが、いささか複雑な感慨にとらわれてしまう。今から40数年前になるが、著名な精神病理学者である越賀一雄先生から「非定型精神病は無く、結局は分裂病だという研究を一緒にしましょう」と誘われたことがある。先生なりの冗談だったのかも知れないが、私にはとりわけ経過研究の重要さを思い起こさせる言葉であった。70歳を超える年齢になってもなお、私は非定型精神病の研究を続けているが、分裂病性精神病的経過を見るにつけ、やはり非定型精神病（群）と定型分裂病（群）とは異なる疾患であるとの確信は強まっている。時代が如何に変化しようとも、臨床こそが精神医学の基本であり、内因性精神病的研究の中心は、あくまでも臨床に基づく生物学的研究であるという私の信念に揺るぎはない。

最後に、我々がこれまで行った非定型精神病に関する論文をまとめた著作を参考文献の最後に挙げさせていただきたい<sup>51,52)</sup>。興味を持っていただければ幸甚である。

## 参考文献

- 1) 満田久敏：遺伝症候群（Erbsyndrom）に就いて。診療と経験 4: 480-487, 1940
- 2) 満田久敏、青木 亮：精神分裂病ノ異種因子ニ就イテ（豫報）。京都医学雑誌 38: 276-283, 1941
- 3) 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
- 4) 満田久敏：内因性精神病的分類について。脳と神経 4: 238-247, 1949
- 5) 満田久敏：内因性精神病的の遺伝臨床的研究。精神神経学雑誌 55: 195-216, 1954
- 6) 満田久敏：非定型精神病の概念。精神医学 3: 967-969, 1961
- 7) Mitsuda H: Clinical Genetics in Psychiatry. Mitsuda H(ed): Clinical Genetics in Psychiatry. Problems in nosological classification. Igaku Shoin, Tokyo, pp 3-21, 1967
- 8) Mitsuda H: Some note on the nosological classification of the endogenous psychoses, with special reference to the so-called atypical psychoses. Mitsuda H and Fukuda T(eds): Biological mechanisms of schizophrenia and schizophrenia-like psychoses. Igaku-Shoin, Tokyo, pp 1-9, 1974
- 9) Mitsuda H: Clinical-genetic view on the biology of the schizophrenias. Fukuda T and Mitsuda H (eds): World issues in the problems of schizophrenic psychoses. Igaku-Shoin, Tokyo, pp 121-124, 1979
- 10) 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
- 11) Kleist K, Über zyklische, paranoide und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationpsychosen. Schweiz Arch Neur Psychiat 23: 3-37, 1928
- 12) Leonhard K: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Thieme, Stuttgart, 1995
- 13) 沢 政一：非定型内因性精神病における癲癇性要因。精神神経誌 59: 73-111, 1957
- 14) 佐藤時次郎：非定型内因性精神病的の病態生理。精神神経誌 64: 54-80, 1962
- 15) 和田豊治、後藤 昭、福島 裕、立山 興：非定型内因性精神病的の病態生理学的研究 第5報。賦活を中心とした脳波。精神神経誌 64: 206-214, 1962

- 16) Inui K, Motomura E, Okushima R, Kaige H, Inoue K, Nomura J: Electroencephalographic findings in patients with DSM-IV mood disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders. *Biol Psychiatry* 43: 69-75, 1998
- 17) Hatotani N, Nomura J (eds): *Neurobiology of periodic psychoses*. Tokyo, 1983
- 18) Fukuda T, Matsuda Y: Comparative characteristics of the slow wave EEG autonomic function and clinical picture during and following EST in typical and atypical schizophrenia. *Int Pharmacopsychiat* 3: 13-41, 1967
- 19) 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
- 20) 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
- 21) 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
- 22) 林 拓二、渡辺豊信、鬼頭 宏、関根建夫: 精神分裂病と非定型精神病の頭部CT研究. *愛知医大誌* 16: 171-185, 1988
- 23) 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
- 24) 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
- 25) Suga H, Hayashi T: Atypical psychoses as distinct from schizophrenia: Results of brain imaging studies and cluster analysis thereof. *Neurol Psychiatr Brain Res* 7: 191-198, 2000
- 26) Hayashi T, Hotta N, Andoh T, Mori M, Fukatsu N, Suga H: Magnetic resonance imaging findings in typical schizophrenia and atypical psychoses. *J Neural Transm* 108: 695-706, 2001.
- 27) Sekine T, Tachibana K, Fukatsu N, Fukatsu E, Hayashi T: Differences in P300 between Schizophrenia and Atypical Psychoses (Mitsuda). *Neurol Psychiatr Brain Res* 8: 165-170, 2000
- 28) Fukatsu N, Fukatsu E, Hayashi T: Differences of exploratory eye movements between schizophrenia and atypical psychoses. *Neurol Psychiatr Brain Res* 8: 91-98, 2000
- 29) Fukatsu E, Sekine T, Fukatsu N, Tachibana K, Suga H, Hayashi T: Multivariate Analysis of Schizophrenic Psychoses using Psycho-physiological Data. *Neurol Psychiatr Brain Res* 9: 41-48, 2001
- 30) Huber, G.: *Pneumoencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen*. Springer-Verlag, Berlin, 1957
- 31) 林 拓二、成田実、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. *豊郷臨床精神医学研究所年報*1: 5-9, 2011
- 32) 林 拓二、成田実、中江尊保、世一市郎、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：感情病圏疾患の診断と長期経過について. *豊郷臨床精神医学研究所年報*2: 5-10, 2012
- 33) Franzek E & Beckmann H: Die genetische Heterogenität der Schizophrenie. *Nervenarzt* 67: 583-594, 1996
- 34) Kraepelin E.: *Psychiatrie*, 8 Aufl. Leipzig, 1913 (西丸四方、西丸甫夫訳: クレペリン, 精神分裂病, みすず書房, 東京, 1986
- 35) Pauleikhoff B.: Atypische Psychosen. Versuch einer Revision der Kraepelinschen Systematik. Huber G. (ed): *Schizophrenie und Zykllothymie. Ergebnisse und Probleme*. Thieme, Stuttgart, 1969 (保崎秀夫、武正建一、浅井昌弘、他訳: 精神分裂病と躁うつ病, 医学書院, 東京, pp 100-110, 1974)
- 36) Asano, N.: Pneumoencephalographic study of schizophrenia. Mitsuda, H (ed): *Clinical genetics in psychiatry*. pp. 209-219. Igaku Shoin, Tokyo, 1967
- 37) 高橋 良, 佐藤時治郎, 大熊輝雄, 他：精神分裂病のCTスキャンによる研究 一多施設共同研究－. *精神医学* 26: 251-264. 1984
- 38) Ellison-Wright, I., Bullmore, E.: Anatomy of bipolar disorder and schizophrenia : meta-analysis. *Schizophr Res* 117: 1-2, 2010
- 39) 藤井洋男：非定型精神病研究－長期経過と予後. *三重医学* 26: 150-176, 1982
- 40) 福田哲雄：非定型精神病と「系統性」分裂病の長期予後. 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、pp84-87、東京、2008
- 41) 須賀英道：非定型精神病の長期経過・転帰研究－20年以上の経過観察より－. *臨床精神医学* 34: 1453-1461, 2005

- 42) 林 拓二、須賀英道、堀田典裕、深津尚史、関根建夫：非定型精神病と操作的診断基準。精神科治療学 15: 511-518, 2000
- 43) 林 拓二、堀田典裕、須賀英道、安藤琢弥、大原 貢：遷延性経過を示す急性精神病について－ICD-10による3症例の検討－。臨床精神医学 1147-1157, 1999
- 44) Hayashi T, Hotta N, Suga H, Andoh T, Ohara M: Are protracted-type acute psychoses really schizophrenia? Neurol, Psychiatr Brain Res 6: 167-176, 1999
- 45) 林 拓二：カタファジー（裂語症）について－形式的思考障害と言語異常を特徴とする統合失調症圏の精神病－。豊郷臨床精神医学研究所年報3: 102-109, 2013
- 46) 林 拓二：類循環精神病について。豊郷臨床精神医学研究所年報4: 92-99, 2014
- 47) 林 拓二：感情負荷パラフレニーについて。豊郷臨床精神医学研究所年報5: 123-134, 2015
- 48) Kanazawa, T., Ikeda, M., Glatt, S., Tsutsumi, Kikuyama H., Kawamura Y., Nishida N., Miyagawa T., Hashimoto R., Takeda M., Sasaki T., Tokunaga K., Koh J., Iwata N., Yoneda Y.: Genome-wide association study of atypical psychosis. Am J Med Genet B Neuropsychiatric Genet 162:679-686, 2013
- 49) Andreasen, NC: DSM and the Death of Phenomenology in America, An Example of Unintended Consequences. Schizophr Bull 33: 108-112, 2007
- 50) 菊山裕貴：統合失調症と躁うつ病、再発性うつ病は同じ病気？－スペクトラムが違う病気か、それとも・・・－。日本外来臨床精神医学会誌 10: 136-168, 2013
- 51) Hayashi T. (ed): Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
- 52) 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

（本稿は、「仁明会精神医学研究」誌に依頼され、同誌第13巻に掲載された「非定型精神病研究－これまでにわかったこと、これから明らかにすべきこと－」の第2部（後半部分）に加筆したものである。なお、参考文献は第1部に関するものも含まれるが、そのまま収録している）



# 精神科医に必要なてんかん診療の 基礎知識

愛知医科大学精神神経科

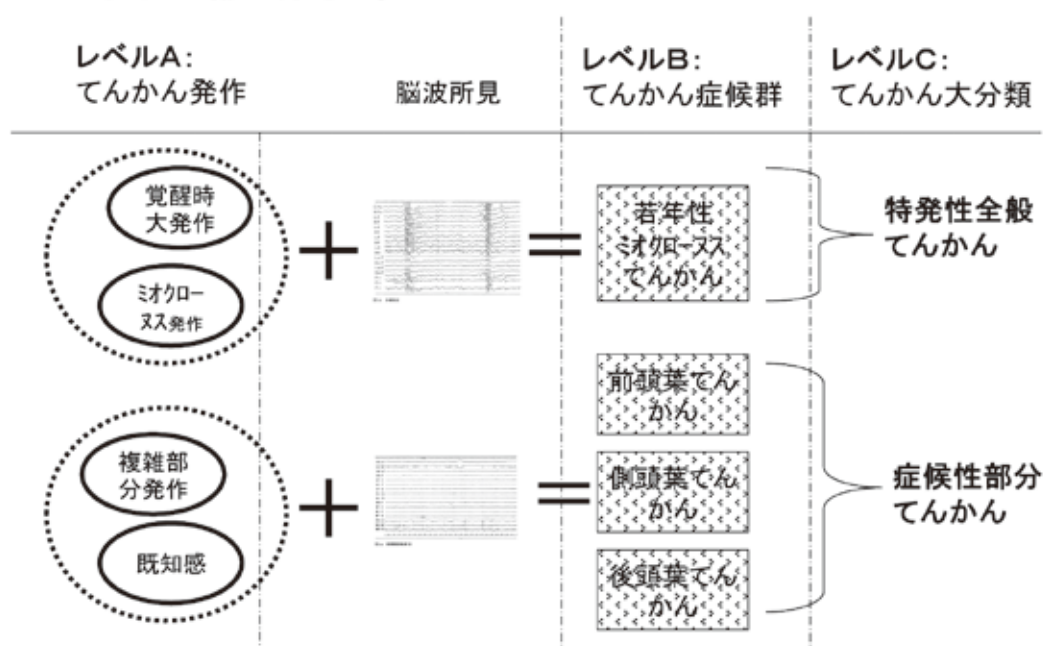
兼本 浩祐

## 1. てんかん学基礎知識

てんかんの診断水準（図1）

てんかんに関するさまざまな総説や教科書を読む際に、てんかん発作、てんかん症候群、てんかん大分類という異なった診断水準を区別しておく必要がある。たとえば左手の先からピクピクし始めそれが次第に左上肢全体、さらには左顔面へと広がっていく（ジャクソン発作）とか、覚醒時数時間以内に両上肢が大きくピクつく（全般性ミオクローヌス発作）とかいったてんかん発作の水準は、実際に観察可能な、あるいは患者本人が実際に体験している出来事であるのに対して、側頭葉てんかんとか、若年性ミオクロニーてんかんというのは、幾つかのてんかん発作とそれに対応する脳波所見を併せて診断する症候群であり、さらに臨床的に近縁の性質を持つ症候群を一まとめにしたものがてんかん大分類である。ただし、厳密に言えば、てんかん発作の水準も完全に症候論だけで決定するのは困難な事例を含んでいる。たとえば欠神発作と複雑部分発作の鑑別は場合によっては脳波所見を参考にせざるをえない。さらに小児科領域では、たとえばてんかん性スパズムと前頭葉てんかんを確実に鑑別するには発作時脳波所見が必要な場合もある。

図1 診断水準



## てんかん大分類（図2）

てんかんの大分類はこのようにいくつかの類縁の症候群をまとめたものであるが、それぞれに治療反応性・予後に大きな相違がある。年齢依存性焦点性てんかんのグループでは、思春期までにほぼ100%てんかんが治癒し、また多くの特発性全般てんかんでは、バルプロ酸を中心とした処方では発作は完全に寛解状態となるか、あるいは少なくとも日常生活に支障がない程度にまでは改善することが多い。これに対して、年齢非依存性焦点性てんかんのグループでは、カルバマゼピン、ラモトリギン、レベチラセタムのいずれかで発作はほぼ半数で収束し、次にラコサミド、トピラマート、ゾニサミド、ペランパネル、ガバペンチン、クロバザムなどの薬剤を含めた3種類の薬剤で6～7割で発作は収束するが、3割程度では発作は難治化し、日常生活に大きな支障が生ずる。これに対して、レノックス症候群を代表とするいわゆるてんかん性脳症においては、てんかん発作そのものは大部分が投薬によって抑制することができず、てんかん発作が実質的に大きな生活上の脅威となることが多い。

図2 てんかん4大類型

|                                                                 |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>年齢依存性焦点性<br/>てんかん</b><br><b>100% 寛解</b>                      | <b>特発性全般てんかん</b><br><b>80% 寛解</b><br><b>バルプロ酸</b>               |
| <b>年齢非依存性焦点性<br/>てんかん</b><br><b>50-60% 寛解</b><br><b>カルバマゼピン</b> | <b>てんかん性脳症</b><br><b>20% 寛解</b><br><b>多剤併用</b><br><b>精神発達遅滞</b> |

## 2. 精神科医が知っておくと役に立つてんかん症候群

## ●側頭葉てんかん

側頭葉てんかんは、精神症状や性格変化などが生ずる可能性も高く、また頻度も高いため、精神科医が特に知っておく必要があるてんかん症候群である。典型的な側頭葉てんかんの発作像は、既知感、上腹部不快感などの特徴的な前兆、口部自動症を伴う複雑部分発作、発作後もうろ状態からなる全経過数十秒から十数分の発作である。この一連の症状展開の流れのいくつかの要素が確認できれば側頭葉てんかんを病歴から疑って良い。

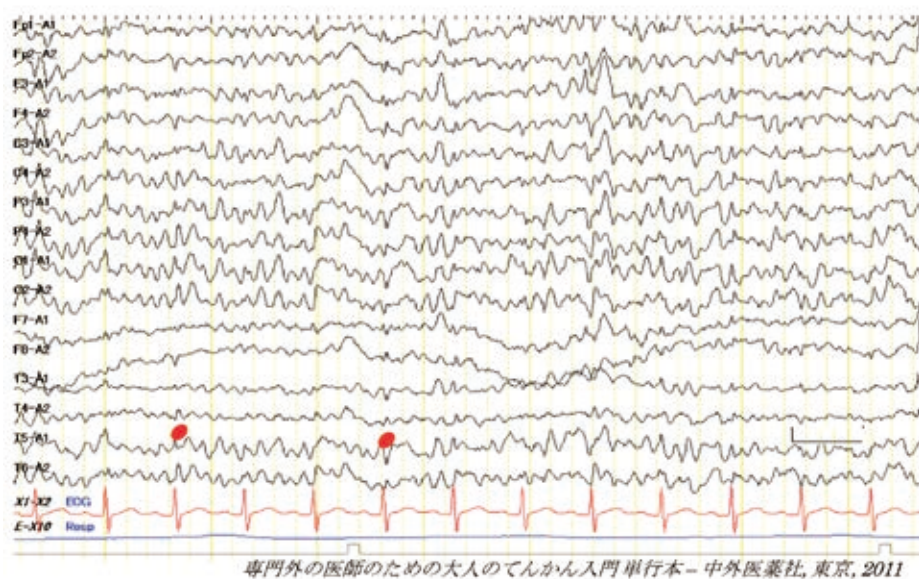
側頭葉てんかんを疑った場合、幼少時に15分以上続くような重症熱性けいれんの既往歴がなかったかを確認し、もしあればその際に発作後の一過性の麻痺が無かったかなどを確認しておくが良い。こう

した病歴の存在は海馬硬化を伴う内側型側頭葉てんかんの可能性を強く示唆し、もし発作が投薬で寛解しない場合、てんかん外科手術の良い適応となるからである。

脳波は基準誘導の陰性化のためにしばしば単極誘導では一側全体の陽性棘波を示し（図3）、双極誘導では一側の前側頭部あるいは中側頭部に位相の逆転を示す（図4）。

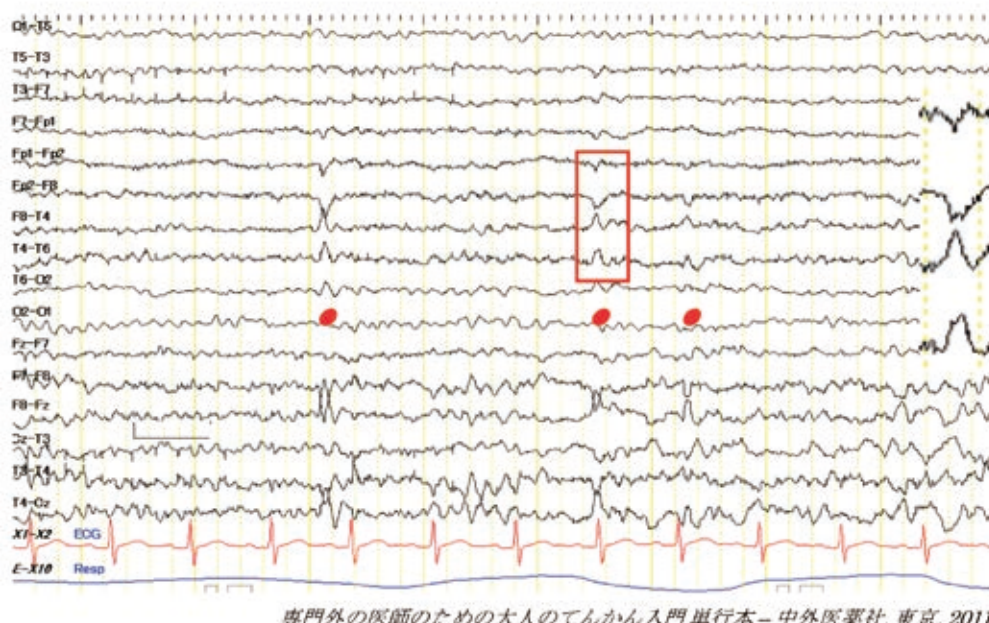
**図3 陽性鋭波(右側)**

38歳、男性、側頭葉てんかん



**図4 右前頭部鋭波**

38歳、男性、側頭葉てんかん





### ●その他の年齢非依存性焦点性てんかん

側頭葉てんかんは大きくは年齢非依存性焦点性てんかんのグループに属するが、側頭葉てんかん以外でこのグループに属すると大きく診断する場合、意識消失発作に先行して明確な前兆があるか、発作後一過性の神経学的症状が出現する（具体的には半盲か片麻痺）という症候は、単純で誤解し難く、診断根拠としてはかなり確実性が高い。ただし、ここで言う前兆とは、意識消失を伴う発作に数秒から数分間前駆して出現するもので、要素性幻視（キラキラ光るものや虹色の渦巻きなど）や上腹部から込み上げてくる感覚、既知感、感覚性ジャクソン発作（手・顔面・足の一部から始まる痺れ）などがその代表である。

### ●若年ミオクロニーてんかん

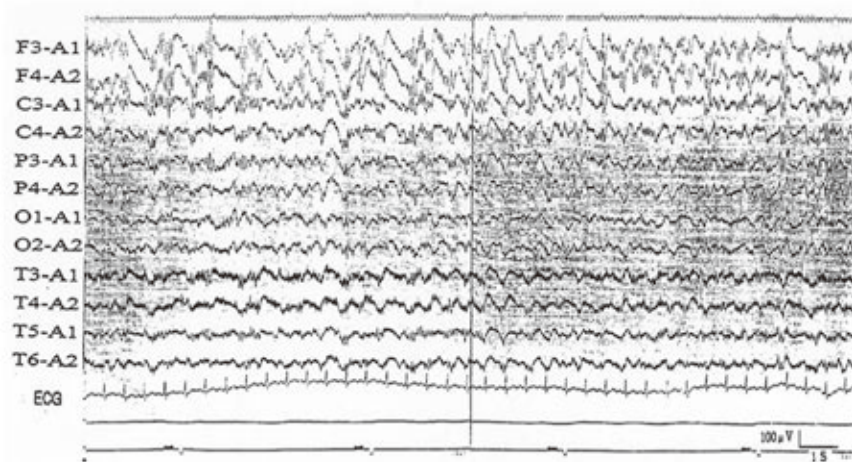
思春期発症のてんかんで、鑑別診断として重要なものは、若年ミオクロニーてんかと覚醒時大発作てんかんがある。思春期前後に覚醒後数時間以内に両上肢の比較的大きなピクつきが他覚的・自覚的に確認される場合、若年性ミオクロヌステんかんは鑑別診断の第一の候補になる。多棘徐波が脳波上の特徴的なてんかん波であるが、必ずしも全例で確認できるわけではない。また、上肢のピクつきは時にかなり非対称で、特にピアノを弾くときやそろばんで誘発されるような場合、患者・家族は一側のピクつきとして訴える場合があり、ジャクソン発作と誤診しないように注意を要する場合がある。

覚醒時大発作てんかんは、若年性ミオクロヌステんかんをその中核群に含んでいるが、それよりも広い症候群であると考えることができる。てんかん大発作が覚醒後数時間以内に集積して出現するのがその特徴である

### ●Spike & wave stupor (細川)

てんかんの既往歴がない人が中年以降に突然錯乱状態となり、その逸脱行為が全般性棘徐波の出現と対応している場合がある。マプロチリンやクロミプラミンなどの抗うつ剤が引き金になる場合や、ベンゾジアゼピンの離脱が引き金になる場合、そうした薬剤とは無関係に突然出現する場合など様々な場合があるが、うつ病診療中であればうつ病性の昏迷と誤診される場合もあるので脳裏に置いておくべき病態である。実際に全誘導に広がる場合もあるが、図5に示したように前頭部にかなり偏った配置で出現することが多い。またジアゼパムの静注で一過性にでも速やかに脳波所見および臨床症状が改善することで診断ができる（図6）。

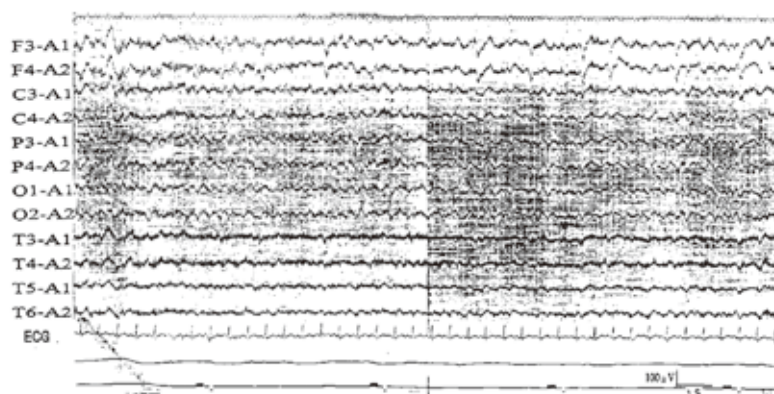
図5 NCSE(発作時脳波)



稲田他, 精神科治療学, 2004

脳波では、脳波記録の前半では異常波が明瞭でなかったが、脳波記録の後半では前頭部に最大振幅を示す1～2Hzの多棘徐波が若干左側優位に連続して出現

図6 ジアゼパム静注後



稲田他, 精神科治療学, 2004

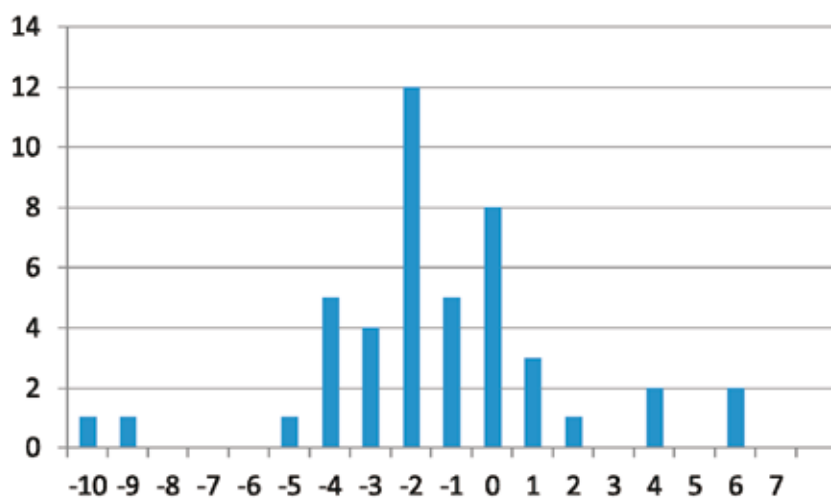
その目で症状を観察し直すと、眼瞼に細かい震えが観察され、また震えは時に増減し、上肢にも広がることもあることが観察された。このため、クロミプラミン中止し、翌日、EEG施行時にジアゼパム静注行くと、発作波は消失した（図6はジアゼパム静注後の脳波所見）。ジアゼパム静注前には、「青い空」といった2語文の復唱は何度も強く促すと可能であったが、「今日は良い天気です」といった3語文となると全く無反応であり、また、「〇〇さん」と呼ぶとそれに応じて「はい」と返事することはできるが、

線描画を何枚提示しても全く呼称はできず、メガネの絵を見せて呼称できないので、「『め』がつくものです、『め』です」と促すと、「め」と同じ音を繰り返すのみであった。また、「手を動かしてください」といったごく単純な命令にも応じることができなかった。しかし、ジアゼパム静注後、異常波の消失した時点では、単純な命令に応じることが可能となり、3語文の復唱はもちろんのこと、「田舎から大きな荷物が届きました」といった4語文まで復唱可能となり、さらに、場所に対する見当識が保たれていることも確認された。また、線描画の呼称も可能となった。

### ●高齢発症てんかん

高齢発症てんかんはアルツハイマー病にほぼ7～8%で併発し、病初期に出現する場合が多いとされる（図7）。

**図7 MCI・アルツハイマー病  
診断時からの期間と発作数の関係**



*Vossel K, JAMA neurol 2013*

しかし他方で、相当数の症例で他の画像所見や脳梗塞など明確な中枢神経系の障害を伴わずに出現し、さらに放置すると多くで記憶力障害を伴い偽認知症の様相を呈する場合があるなど精神科医が会える可能性が高い病態である。

もっとも重要な症状は複雑部分発作であり、凝視→口部自動症→発作後もうろう状態からなる層的な意識障害の確認が重要である。口部自動症は伴わない場合もある。通常は数十秒から数分の持続で、交通事故の原因に最もなりやすいのもこのタイプの側頭葉てんかんである。脳波異常を確認できないことも少なくない。通常は少量の抗てんかん薬に反応する。薬に反応が悪く、精神症状を伴う場合には最近注目され始めた自己免疫性てんかんの可能性も考慮に入れ、積極的に神経内科に紹介する必要がある。



## 参考文献

1. 稲田英利子, 大島智弘, 木村仁, 兼本浩祐: うつ病性昏迷として治療が開始された非けいれん性てんかん発作重積状態の1例. 精神科治療学 19: 219-224, 2004
2. 兼本浩祐: 専門外の医師のための大人のてんかん入門 単行本 - 中外医薬社, 東京, 2011
3. 兼本浩祐: てんかん学ハンドブック (第三版) 医学書院, 東京, 2012
4. Vossel KA, Beagle AJ, Rabinovici GD, Shu H, Lee SE, Naasan G, Hegde M, Cornes SB, Henry ML, Nelson AB, Seeley WW, Geschwind MD, Gorno-Tempini ML, Shih T, Kirsch HE, Garcia PA, Miller BL, Mucke L. : JAMA Neurol 70: 1158-1166, 2013

(本稿は、平成28年2月25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」での講演原稿である)



講演中の兼本浩祐先生 (H28.2.25)



講演会会場風景 (H28.2.25)

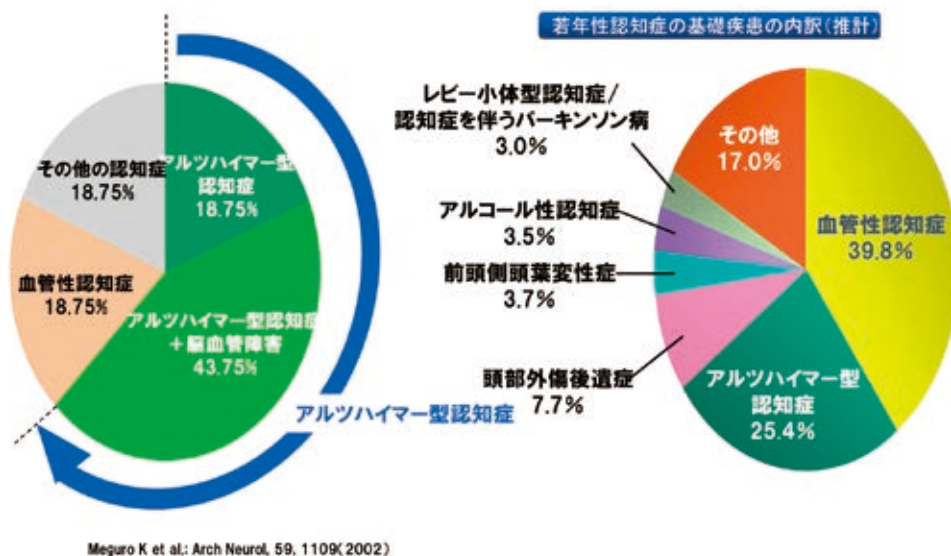
# 認知症の人とのつきあい方 ～本人も悩んでます

豊郷病院認知症医療疾患センター

成田 実

今日のテーマは認知症の人とのつきあい方ですが、はじめに認知症の原因となる病気の割合についてのグラフをお見せします。全体ではアルツハイマー型認知症の割合が多くその次に脳血管性認知症になります。ここで、知っておいてほしいところは双方の合併したものとあるということです。右側のグラフでは若年性認知症の原因疾患を示していますが脳血管性が多くアルツハイマー型認知症の割合が少なくなります。

## 認知症の主な原因疾患の頻度 若年性認知症の主な原因疾患の頻度

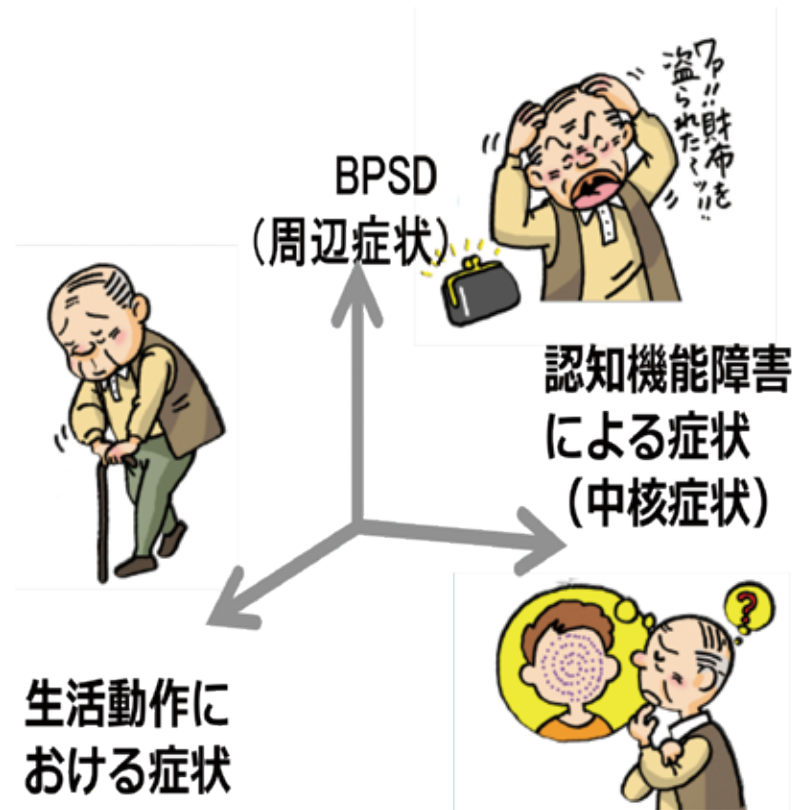


【朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）総合研究報告書「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」, 2009】

〔朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）総合研究報告書「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」, 2009〕

### 【認知症の症状】

次に、認知症の人の症状について、その支援の内容によって対象とされる症状は大きく3つに大別されるということを示したものです。私たちの日常の介護を要する認知症の症状は、病気そのものの症状とBPSDにより引き起こされる症状があります。また、高齢であることによる日常生活の不自由さへの介護に分けることができます。



### 【認知症とつきあう、認知症の人（自分）とつきあう】

認知症とつきあう、認知症の人（自分）とつきあう時に苦勞する理由としてはここにあげるようなものがあります。病気の自覚のない認知症の人の介護には苦勞がつきものです。まず、物忘れがあることで自分の置かれているところを把握できません。病識がないことで病気であるということを覚えられないことで支援を受け入れることができず、「いらんお節介」と反発する人が多いです。次に、状況の把握ができないことから場違いな行動を起こしてしまう場合と、わからないので何もしないという行動様式が起こります。介護される自覚がいつまでも付かないことは、介護をしている介護者の意図がいつまでもたっても伝わらないことになります。認知症の自覚ができていないことは、介護を受け入れることを受け入れる姿勢があることは重要なポイントです。

### 【認知であるといえる人がいる】

ところで、テレビなどでは「自分は認知症です」と言える方が出演されています。その人たちはなぜ自分が認知症であるという自覚ができたのでしょうか。そのような方が病気であるということを知覚するための要件とは、物覚えが可能な時期に認知症のかかりに気づくことかと考えています。物覚えがよくないと病気の自覚ができません。

### 【主要認知症の特徴】

次に、代表的な4つの認知症の特徴をあげます。アルツハイマー型認知症は認知症の原因となる病気の半数以上を占めています。薬物療法の適応となる疾患です。特徴としては、テレビなどで紹介されているように、物覚えの悪さがあり、日付がわからなくなるなどの特徴があります。結果的に日常生活を



送ることが困難になります。次に、脳細胞が変性していく病気としてレビー小体型認知症が知られるようになりました。認知機能障害とともに歩行が不安定になる点があります。時に幻覚症状が出る場合があります。また、認知機能の変動があり認知症の症状が顕著に現れる時と、普通に見える時期とが極端に感じられることもあるようです。20%ほどあります。次に、前頭側頭型認知症は少数ですが、物忘れがない一方で行動を起こすときに自分本位に行動する傾向から「我が道を行く」と称される特徴があります。

脳血管性認知症は、脳梗塞などの血管障害の後遺症として障害が現れます。身体の麻痺が残らなかった方でも障害された脳がつかさどる認知機能の麻痺が残っている可能性があります。物忘れが存在していることで脳血管性認知症の診断がなされます。初めに提示したとおり合併することがあります。

この他にも認知症の原因となる病気はたくさん知られています。

### 【若年型認知症のケースと療養上の課題】

以前から知られていましたが、若年型認知症の人の介護については発症する年齢によって介護のあり方が課題となっています。次に特徴的な経過を見ていきます。

●X歳：病前は完全主義で頑張り屋。就業していたが失敗が多くなった。抑うつ的となり「うつ病」で休職。

●X+1歳：外来を受診した

●応答は遅延し会話は抑揚なく小声で話し、表情は冴えない。

●MMSE：27点 軽度の記憶力低下を認めている。

●頭部CT・MRIで異常なく、脳SPECT検査で脳血流の軽度低下を認めた。

常勤で勤務中に、仕事の不出来が目立ったことからうつ症状となった。1年後に専門的な検査を受けてアルツハイマー病の診断となりました。

通院経過とその経過の中で課題を提示します。

### 【経過】

①X+1歳：妻が仕事に出かけ、当初は日中は独居で家事をこなす。通院は自分で自家用車を運転し30分ほどの通院時間で来院していた。

②X+4歳：日常で外出することが困難となる（場所の失見当識）。また、家事はせずぼんやり過ごすことが多くなる。

③X+7歳：不機嫌な状況が続き、デイサービスは中断。自宅の中でもトイレの場所がわからずうろろする。失禁を認める。（HDS-R：8点）。

④X+8歳：妻の認識ができず、自宅で妻に対して興奮することがある（人物の失見当識）。

⑤X+11歳：パーキンソン様の歩行困難を認め動作が緩慢。入浴等の理解ができず興奮する場面が多い。施設入所後、理解できないことによる介護支援への強い抵抗があった。

➤①の初期の段階では年齢によるものがあり高齢の方と同じデイサービスを利用することが困難で結局通所先が見つからないという課題があります。

➤②では、徐々に進行した状態で、外出することが困難となり引きこもり状態となりました。妻は仕事に出かけることから独居生活の維持が課題となりました。

- ③しかし、新たなプランでは本人の抵抗がありデイサービスの利用ができない。
- ④の状況で認知機能障害が進行し、排泄の問題が出てくるのもこの時期です。家族の心理的負担が強まります。
- 最終の⑤の時期になると、在宅療養は困難となり施設利用となりましたが、物理的な介護への抵抗が出現します。若いので力強く介護環境の維持に苦勞します。

### 【認知症を生活するとき】

このように、適切なタイミングで次の介護の課題を見越した対応の準備が望めます。

認知症を抱えて生活するとき薬物療法が根治につながるものではないことから現実的にはむずかしいところです。非薬物療法の発想としては、原因となっている疾患の特徴と進行の見通しを立てながら認知症の各疾患の特徴に合わせながら、「病気」と「人」に配慮する必要があります。

認知症を抱えて生活する本人の心配としてはここに挙げたものがあります。

- 本人と十分なコミュニケーションをとること
- 認知機能障害で起こっている生活障害
- BPSDの症状により起こる、不安感
- 支援者の不在による孤立感
- 家族との間で起こる心理的な葛藤

### 【見当識障害】

ところで、認知症の症状を語るときに「見当識障害」という項目がよく挙がると思います。疾患の特徴としての記銘力障害につながる症状として、記銘力障害により日時がわからなくなる体験から始まります。認知機能障害の進行により地誌的見当識の障害により場所の見当がつけられなくなる、相貌失認という症状により人の顔の見分けがつかなくなる、と認知症の進行により問題になります。

記銘力障害により、いわゆる状況の見当識障害といえる状態になります。本人は自分は誰であり、今はどんなときであり、自分は今どこにいるのか、自分は今何をしているのかがわからない。こととなり、ここにある「不安」につながっていくと考えられます。

### 【認知症の人の(行動)心理】

この心理経過を経て何らかの行動を起こして不安を解消していこうという行動につながっていくようです。認知症の人の行動や心理は、不安・混乱の中にいるがその場面が多いという発想で考慮すると、認知症の人の行為の背景にある心理状態を知るきっかけとなる可能性があります。

- ◆自分が安心出来るために（欲求を満たすために）
- ◆自分の居心地をよくするために
  - 人に聞く（要求する）、行動する
  - 安心できる場所（人）を探す
  - 安心できる場所（人）を離さない
  - 自分を安心（納得）させる。
  - 間違っていない（言い訳、人のせいにする）

本人は、時には不安げに時には強引に行動しようとします。

## 【アルツハイマー型認知症の主な障害】

アルツハイマー型認知症の軽度の時に家庭内で気づかれる出来事を示しています。

誰でもありそうな失敗ですが認知症の進行によりたびたび見られるものです。認知症のための失敗か、それとも歳のせいと受け止めるかによって、周囲の接し方や意識が変わります。接し方によっては不安や抑うつとなる可能性があります。

アルツハイマー型認知症の主な障害 家庭で見られる特徴（軽度）

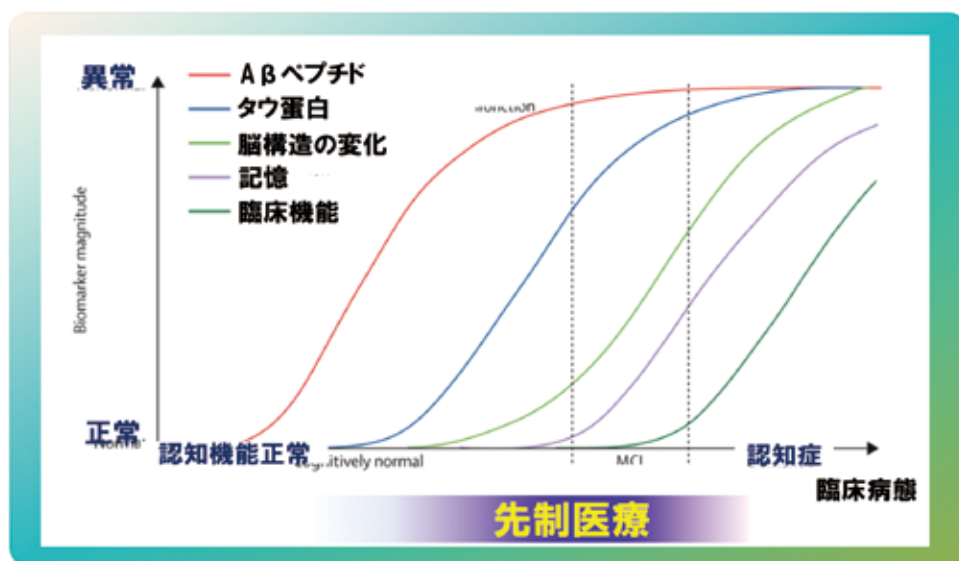
|      |                                          |
|------|------------------------------------------|
| 記憶   | 通帳のしまい忘れ、置き忘れがある。                        |
| 服装   | 自分で選べるが、同じ服装をしていることが多い                   |
| 日課料理 | 日課は今まで通りこなすが、複雑な料理が困難になったり味付けが変わったりする。   |
| 外出買物 | （買い物リストがあれば）本人だけの買い物でも支障はない。但し買い物リストを忘れる |
| 服薬   | 服薬を忘れることが度々ある                            |
| 気分   | 時々、不安や気分の落ち込みが見られる。                      |

## 【認知症の人に対しての対策】

次に認知症に対しての対策の考え方を整理していきたいと思います。認知症は根本的な予防法は確立されていません。そのため、認知症になった人を進行させない事と、認知症の人を作らないという予防のどちらも考えていく必要があります。

認知症の人を早期に見つけ、生活の安定を計り落ち着いた生活を送るためにはより早期の段階で認知症になりつつある人を拾い上げ認知症になりにくい生活を送るように指導していくという考え方になりつつあります。次に予防について考えていきます。

アルツハイマー型認知症  
診断・治療における先制医療の可能性



出典： Jack CR, Knopman DS, Jagust WJ, Shaw LM, Aisen PS, Weiner MW, Petersen RC, Trojanowski JQ. *Lancet Neurol.* 2010 Jan;9(1):119-28  
\* Alzheimer's Disease (アルツハイマー型認知症)

認知症の診断は、診断基準により規定されていますが、一番研究が進んでいるアルツハイマー型認知症ではその病気は突然悪化するものではなく、図に示されているように、発症の原因とされる変化がある一定の段階を超えると病気として現れてくる事がわかっています。このことは、認知症として診断される時にはすでに一定の病的な脳内の変化ができていているわけです。先制医療といわれる病気になる前の変化を事前に察知するという考え方から軽度認知障害といわれる時期が注目されています。

### 【軽度認知障害（MCI）】

軽度認知障害はMCIと略されていますが、次に上げるような特徴があります。

5年以内に50%の人が認知症に移行するとされますが、一方でリハビリテーション次第では回復する例もあるようです。画像診断は用いられますが必ずしも異常が発見されるものではないようです。

1. 約半数が5年以内に認知症に移行する
  - 一方で、正常領域に回復する例もある
  - すべてが認知症に移行するものではない
2. 認知機能の低下の訴えがあるものの、日常生活機能に大きな問題はない状態を指す。
3. 認知症には該当しないが、将来該当しそうな問題を抱える人を見極めること。
4. 確実に効率よく検出する手段は確立されていないMCIに確立された治療法はない。
  - 臨床症状の記述、知能検査、脳画像検査
  - 非薬物療法

ここで改めてアルツハイマー型認知症の発症の際の初期症状について考えます。

### 【アルツハイマー型認知症、自覚症状】

発症初期自覚症状としては、次に上げる症状があります。

- 健忘症状（物忘れがあることを自覚した）
  - 要領が悪くなることを自覚
- 失敗する（言われる）のたびに指摘される。
- 出かけることをひかえる
- 楽しくないので参加しない
  - 「順序立てて考えられない」
  - 「心配」「失敗したら恥ずかしい」…
  - 「間違わないように！」                      うつ気分

ここにあるようなことを自覚したときには注意が必要ですが、大丈夫と考えて自分で工夫していくことができるのもMCIの時期の特徴です。しかし、ミスが重なると自責的となりうつ気分が強まります。

### 【アルツハイマー型認知症、他覚症状】

発症初期の他覚症状は、次に上げる出来事があり徐々に頻度が増してきているということが目安になります。徐々に悪くなりつつあるという考えです。自覚症状のところでもうつ気分になるような失敗を見られないようにするために集会に参加しないという傾向が見受けられるようです。ただし、自分で工夫しており日常生活に影響するほどではないことは前に上げています。

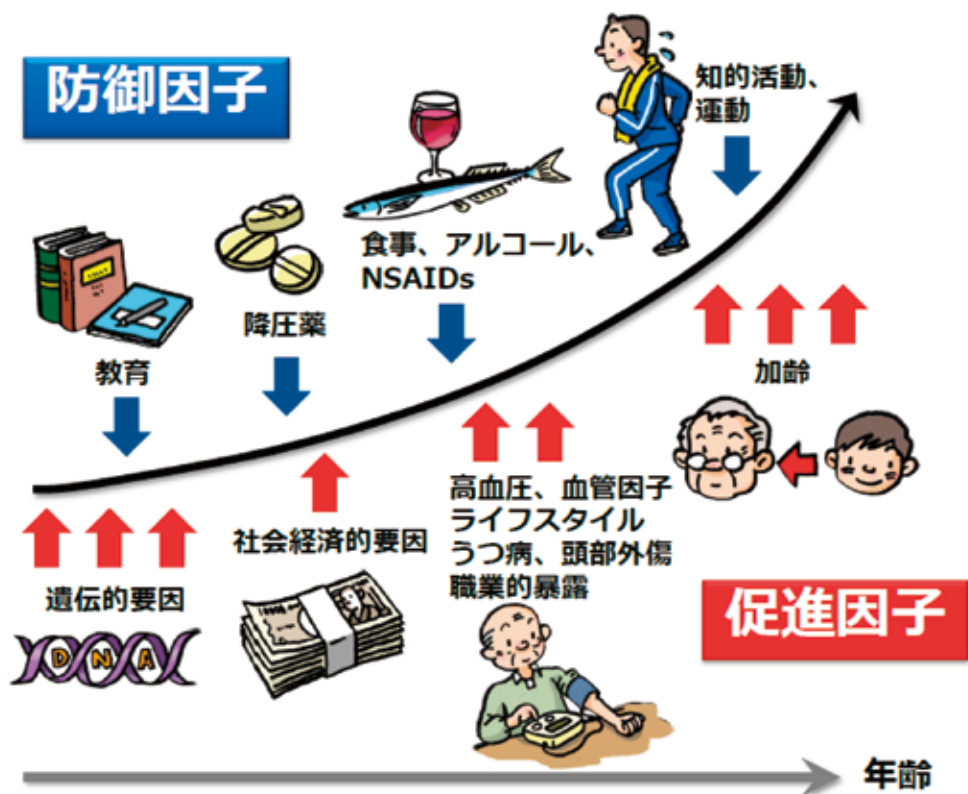


- 最初はたまの出来事であるが、徐々に頻度が増してくる
- 健忘症状、行為の支障がある
  - 同じ事を何度も聞く。置き忘れ。料理が簡単になる。
- 何事にも興味がなくなる
  - 趣味をしなくなる。買い物に行かなくなる。
  - 集会に参加しなくなる
- 要領が悪くなる
  - 「いくつかを同時にやろうとするが、結局どれもできない」など

MCIは、病気であると認識されていないいきさつがあり、アルツハイマー型認知症に対しての薬物療法は効果を確認できていないので適応ではありません。従って、脳リハビリなどのリハビリテーションが実施されています。また、介護保険の適応となるような支援が必要とされるところではないことからリハビリ施設は限定されているのが現状です。

#### 【アルツハイマー病の防御因子と促進因子】

認知症の脳内変化の出現と進行に何が影響しているかはわかりませんが危険因子、抑制因子をいくつかは次にあるように紹介されています。



この内容を確認していくと、アルツハイマー型認知症といえども、予防するために効果のありそうなものとされている内容は、全身の健康維持に効果があるとされている内容と大差はないようです。

病気にならないということはやはり重要な防御因子です。

次に、MCIで徐々に進行しアルツハイマー型認知症に移行した例を紹介します。

## 【MCIで初診の経過（ケース2）】

### 【生活歴・現病歴】

- 定年まで会社に勤め退職。他院に高血圧で通院中に物忘れを自覚した為、相談し紹介された。

### 【初診時X年、自覚症状】

- 「置き忘れがある」「自動車運転で事故なし」「趣味に通う」

### 【知能検査】

- HDS-R：23点／30点 （遅延再生、五品目物品名再生）
- 時計描画：文字盤の数字を3、6、9、12と書くが、間に3と6を書き込んでしまう

### 【画像検査】

- 頭部CT・MRI：年齢相応の脳萎縮像、病的所見はない
- 脳SPECT検査：異常なし
- アリセプト 5mg

### 【ケース2の経過】

- ①X年（妻と来院）
  - 「疲れやすくなった」、「根気が続かない」
- ②X+2.5年：HDS-R： 25点
  - 趣味活動への興味が薄れる。
- ③X+3.5年：HDS-R： 22点
  - 同じ内容を語ることがある。
- ④X+5年 ：HDS-R： 18点
  - 同じ話題を繰り返す。「言葉が思い浮かばない」
- ⑤X+9年：HDS-R ： 20点
  - 思考が広がらない。「呆けた」と自覚はある
  - 同じ会話が続くが本人は無頓着。

この例では初診の段階で画像診断でははっきりした所見はありませんでした。しかし、時計描画テストが不適当な結果がありMCIとしました。20点以下を認知症とする長谷川式の検査では、認知症にはあたらないのですが、満点ではないという点に着目する必要があると考えています。薬物療法は適応ではありませんでしたが、ご本人と相談して服薬を選択されました。服薬の効果については確立されたものではないので、あくまでも適応外の服用になります。個別に相談して対応します。介護保険に沿ったデイサービスは適切なところがないためにかなり進行するまでは自宅療養となりました。

## 【認知症の介護の目標】

最後に認知症の介護の目標を整理していきます。

認知症の人の介護の目標は、本人の安心感と安住していることができるという考え方で慣れた環境で生活していくことを援助するというものになります。以下に挙げたものが目標になると考えられます。

居心地のよい環境であれば通所する意欲が上がるでしょう。「不安感がなく、安心して生活している自分」を感じることができる事は重要なものです。

### 【認知症介護の目標】

- 病気と共に生きる本人が、穏やかに過ごせること。
  - 居心地の良い、介護環境。
  - 孤独感がない。
  - 安心感がある。
- 「不安感がなく、安心して生活している自分」を感じることができる。

### 【認知症は誰もががかかります！早期発見・早期治療】

認知症は誰もがかかる可能性があります。早期発見、早期治療が今後も要求され続けるでしょう。早く自分が気づいたときに、リハビリなどを意識して受けるという発想を持つこと、あるいは周囲の人が気づいたときに受け止めることができることが大切なところと考えます。しかし、普通に生活したいと無理矢理生活を続けると周囲との関係をこじらせる元になってしまいます。「周囲の援助を受け入れる」という割り切りが必要です。一方、認知症の初期には周囲が気づくことなく経過して後から気づくということも多くあるのが現実です。認知症であるということに気づいて接する事ができていると、本人のせいにするとはなくなり、その後の支援の際に感情的なやりとりが起こりにくくなると考えられます。またBPSDの症状の出現を少なくすることが可能と考えています。

日常生活を送るときに病気であると知って接するか、しないで接するかでは感情的なやりとりが軽減できゆとりが生まれると考えられます。

本人との関係がこじれると、次に上げるようなB P S Dの症状が生まれることを少なくすることができます。

☐ 認知症であることを早く気付いて生活する（本人）。

- 自分の立場で病気であることを気にしない生活。
- （認知症ではあるけれども）普通に生活したい！
- 時に（状況がわからず）横柄になる
- 時に（自分がわからなくなっていることに）悩む

☐ 認知症の人と早く気付いて援助する（介護者）。

- 介護する立場と割り切る。
- 本人との関係をこじらせない。
- 認知症であることに気付いて接することができるか？
- 病気でできないことを、本人のせいにしない。
- BPSDの症状の出現の予防、介護者のストレス軽減
- 早めの対応。

### 【周辺症状（BPSD）の軽減、もの盗られ妄想・徘徊・帰宅願望・暴力行為等の対応】

BPSDの症状の背景には「何とかしようとする本人なりの反応」があり、不安やストレスが蓄積されておこる本人にとってはあたりまえの行動であることを理解することで、軽減する可能性がある症状です。また、本人と周囲の支援者との対話の中で生じるものであることから、本人の人柄による物事の受け止め方に気づいておく必要があります。

病気との関係を考えて、積極的な治療的対応が必要のことも多いのですが、認知症の人の困り事と理解して落ち着いて対応してみてください。

細かいところを正すようなやりとりは「お節介」と受け止められてしまうことがあります。時には放っておくぐらいの距離感が必要です。

早期発見していると、時間的余裕のあるなかでの対応ができ心理的余裕が生まれます。

#### 【基本】

- 「何とかしようとする本人なりの反応」であり、不安やストレスが蓄積されておこる本人にとってはあたりまえの行動であることを理解する。

#### 【考慮するもの】 行動障害の背景にある原因やきっかけを探ることから

- 病前性格
- 出来事の受け止め方
- 世話をしていた者が一方的に世話を受ける側に回る
- 役割体験の喪失、望ましくない出来事に会う（喪失体験）
- 心身の衰え：身体要因、治療に対しての反応
- 脳機能の老化があり、物事の処理が困難になる。

#### ◆ 危なくない範囲で、見守る。

やたらと、止めに入らない。タイミングを見計らう。時には、介護をせずに見守る。

#### 【認知症とつきあう 認知症の人（自分）とつきあう】

まとめです。誰もがそうですが認知症の人は特に 独りでは生活できません。 早期に気づき認知症を抱えながら生活する、あるいは認知症を抱えながら生活することを援助する事ができると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を組み立てる際の時間的余裕につながります。

また、「いつかわたしも認知症になる」事を考えて認知症になりにくい生活を送るように努めるようにしましょう。また、認知症になっても在宅生活が送れるように認知症の人の不自由や不便を意識し自分が認知症になるかもしれないときの備えとしましょう。

（本稿は、平成28年3月26日に豊郷病院の外来ホールで行われた豊郷病院公開セミナーでの講演原稿である）



# 幻聴のある統合失調症患者への アプローチ

公益財団法人豊郷病院3-6病棟

岩崎 香織

## I. はじめに

幻聴とは実在しない対象を知覚する「対象なき知覚」の体験である。これは代表的な精神症状であり、臨床的に重要である。

統合失調症では、幻覚の中でも幻聴の頻度が高い。統合失調症に特異的であるとされているシュナイダーの一級症状には、患者の行為を批判する幻声、対話性幻聴、考想化声といった幻聴に関連した症状が含まれている<sup>1)</sup>。

A氏は病棟で幻聴に聞き入っていることが多く、大きな声での空笑や独語がある。A氏の聞いている幻聴は大半が「死ね」などの脅し文句や悪口であり、幻聴に左右され「死ね、殺すぞ」と発言したことから他の入院患者と殴り合いのけんかになったり、病院内の散歩中に外来より「いきなり殺すぞと言ったり壁を叩く」といった苦情の電話が入ったことがあった。

A氏には退院願望があり、将来は働いて一人暮らしがしたいと話している。A氏に自立した社会生活を送ってもらうために、幻聴からくる悪影響を軽減させ、生活のしづらさをなくし、幻聴が聞こえていても、してよいことと悪いことがあることを落ち着いて判断できるように援助したいと考えた。

先行研究で明らかになっていることのひとつに、幻聴のある統合失調症患者に認知行動療法の要素を含む心理教育的アプローチを行なった結果、幻聴に対する自己対処法の習得に効果的であったと報告した一ノ山（2009）らの研究<sup>2)</sup>がある。

認知行動療法とは「患者さん（あるいはクライアント）の『認知』と『行動』にはたらきかけることで、患者さんのセルフコントロール力を高め、社会生活を送るうえでの問題や課題の解決をはかる心理療法」<sup>3)</sup>と言われている。原田は変化の代表的なパターンとして、認知行動療法前→出来事：正体不明の声が聞こえる→受け止め方（認知）：真に受けていろいろ誤解する→結果：混乱した行動や感情。認知行動療法後→出来事：正体不明の声が聞こえる→受け止めかた（認知）：他人の声が聞こえるが自分の思考がルーツのようだ→結果：冷静な行動や感情<sup>4)</sup>という例をあげている。

認知行動療法は24時間患者の側にいる看護師が実践することに適していると考えられている。今回、原田の文献を参考にしながらA氏に対して認知行動療法的な関わりを持った結果をここに報告する。

## II. 倫理的配慮

1. この研究への参加、協力は断ることができ、断っても患者が受ける医療サービスに関して不利益を被ることは一切なく研究への参加、協力は自由意志によって行なえることを説明して承諾を得た。
2. プライバシーの保護と個人情報の守秘義務を厳守することを説明して承諾を得た。
3. この研究への参加、協力を同意した場合でもいつでも途中でやめられることが出来、研究への参

- 加、協力を取りやめることによって、不利益を被ることは一切ないことを説明して同意を得た。
4. 患者に研究内容および研究結果の公表方法について説明して承諾を得た。
  5. 意見や質問があったときの連絡先を文書にて知らせた。

### Ⅲ. 患者紹介

A氏：10代 男性

診断名：統合失調症、発達障害？

#### ＜入院までの経過＞

幼少期より、重度障害のある姉やクラスメイトを執拗にいじめるリーダー格であった。高校時代に教師のクレジットカードを盗み、鑑別所へ送られ不登校となり高校を中退する。それ以来、友達付き合いもしなくなり、昼間は家から図書館に通う生活を続けていたが、家族にも気に入らないことがあると暴力を振るうようになった。

その後、夜中に出かけて朝方自宅前の道路で雨の中に横たわっているところを家族に発見され、救急搬送される。「神の声が聞こえる」と幻聴に聞き入っており統合失調症と診断された。

統合失調症発症前の状態については、発達障害の可能性が考えられ、心理検査ではIQ=57（2014）である。

### Ⅳ. 看護の実際

#### 1. 看護上の問題

- 1) 幻聴に左右されて「死ね、殺すぞ」と暴言的な独語、大きな声での空笑が目立ち他者とトラブルになる。
- 2) 患者自身は、幻聴が聞こえることに対して「怖い、嫌だ」と感じている。

#### 2. 看護目標

- 1) 短期目標 幻聴に左右された暴言や暴力を減少させ周囲とのトラブルをなくす。
- 2) 長期目標 自分に合った幻聴との上手な付き合い方を習得することができる。

#### 3. 具体策

- 1) 認知行動療法的な関わりを持ちケーススタディを行なうことを主治医に報告して同意を得る。
- 2) 看護介入を行なう1日目に面談して（1）幻聴の具体的な内容（2）幻聴に対する患者の受け止め方（3）幻聴が聞こえてきた後の行動について調べる。  
それから、幻聴に対する具体策を患者と話し合い、患者が興味を示したいくつかの具体策を幻聴が聞こえてきたときに患者に実施してもらう。
- 3) 1週間に1回患者と面談して（1）幻聴の具体的な内容（2）幻聴に対する患者の受け止め方（3）幻聴が聞こえてきた後の行動について評価を行なう。
- 4) 病棟での患者の幻聴からくる影響の有無についての観察と、研究からくるストレスがないか観察する。
- 5) 実践期間は2週間とする。

#### 4. 看護の実施および結果

##### <1週目>

看護介入1日目に、A氏と面談を行なった。A氏は具体策2)の(1)の幻聴の内容について「死ねとか殺すぞと言われます。死ねと言われたら、嫌です。」と発言し、具体策2)の(2)については「実在します。ゆうれいの声です。聞こえてくると聞き入ってしまう。会話もできますよ。」と話した。幻聴の内容は脅し文句や悪口がほとんどであり、はっきりとした「声」で外から聞こえてくるものであり、A氏は幻聴を本物の声だと誤解していた。そして、具体策2)の(3)の質問に対しては、幻聴を聞いた後に嫌だ、怖いと感じると話しており、幻聴を聞いた後に否定的で不愉快な感情を抱くことがわかった。

そこで、A氏に対し「幻聴が言ってくるのとは違うようにしてみる」、「幻聴の内容を検討しない」、「(幻聴が聞こえたときは)布団をかぶって、ベッドの中にもぐりこむ」等原田の文献<sup>5)</sup>を参考にいくつかの自己対処法を提案し、A氏が実践しやすく、A氏に合った方法を話し合った。そして、A氏が「無視をするのが一番だと思います。それがいいです」と言い一番興味を示した。そこで、① 気にかげず相手にしない② 幻聴が聞こえてきたときに聞き耳を立てたり話しかけたりしない(幻聴に対して「寝た子を起こす」様なことをしない)<sup>6)</sup>という2つの具体策を実践してもらうことになった。

その後、病棟でA氏が歩きながら大きな声での空笑い「ははは、死ね」と独語があったときに、看護師が「幻聴が聞こえてきたときはどうしますか」とたずねると空笑が止み「無視してますよ」と返答があり、具体策の内容は理解して実践は出来ている様子であった。しかし、客観的にみると空笑、独語は継続しており以前と比べ症状に変化は見られなかった。

私は、A氏に対して洗髪や洗濯の声かけをおこなったり、自室の掃除の仕方について会話したり、幻聴に聞き入っている世界から現実の生活に意識を向けられるようかかわりをもつようにした。そして「おはよう」や「ありがとう」とあいさつを通して交流を持ち、A氏が思いを表出しやすい雰囲気づくりを心がけた。

1週間後に面談を行うと、具体策3)の(1)(2)の質問に対して幻聴は変わらず否定的なものであり、幻聴に対して怖い、嫌だという思いは1日目と変化なく継続していたが、具体策3)の質問をしたときに、幻聴の頻度について「幻聴は半分くらいにへりました」という発言があり、幻聴の出現頻度について自己評価としては高いものが得られた。そして自己対処法については「できます」と続ける意思を示した。

##### <2週目>

他患者とのトラブルや暴力行為、危険行為など著名な問題行動はみられなかったものの、幻聴に聞き入っている様子があり、独語、大きな声での空笑は継続し、客観的に見た日常生活場面での陽性症状の緩和は見られていなかった。幻聴から聞こえてくる内容も、暴言や悪口のようなものであり「ぶっ殺すぞとか言われます」と話していた。「気にかけない、聞き耳立てないですね。できてます」とA氏は話した為、具体策を実践できていることに対して「続けられていますすごいですね」と伝え、嬉しそうに照れたような笑顔を見せていた。そこで、A氏ができていることについては評価し、それをその都度伝えて、自尊心を高める関わりを持つようにした。

また「ははは、殺すぞ、殺すぞ」と暴言の様な独語があった時に「今、殺すぞと言いましたね」と聞くと「言ってませんよ」と自分の直前の行動を否定する発言が見られたため、そのような時は「殺すぞ」という発言は周囲の人に誤解を与えトラブルを招くものであり、幻聴があってもそのような発言は控えて下さいと説明するようにした。

2週間が経過し、面談を行なうと、具体策3)の(1)(2)について「死ねと言われます。実在の人物の神の声です。」と幻聴の内容については1日目と変わりはないが、具体策3)の(3)の質問にも素直に答えてくれ、「幻聴は無視できました。前より幻聴減りました」と話したため、「もしこの方法が気に入ったのであれば、これからも続けてみますか？」と提案してみると「嫌です。面倒くさいからです。」との返答があり、なぜ面倒くさいのか問うが「とにかく面倒くさいから嫌です。」と言われ、理由について深めることはできず、幻聴に対する自己対処法を継続して身につけることはできなかった。

A氏なりに対処することは出来、幻聴の頻度は減少したように感じるとの自己申告があったが、幻聴の内容は看護介入前と変わらず否定的なものであり、実際の声と誤解しており、独語、空笑など、行動面での陽性症状は継続していた。

## V. 考察

原田は「幻聴」は、①ご本人の生活のすごし方や幻聴の受け止め方の工夫、②ご家族の理解と援助、③精神科スタッフによるアドバイスや投薬をとおして、消してゆくことができます<sup>7)</sup>と述べている。A氏に対して幻聴に対する自己対処法を提案することで、A氏の幻聴が聞こえてきたときの対処の手段を拡大することができ幻聴の頻度が減ったと感じてもらい不安を感じる時間を減少させることが出来た。しかし、客観的にみたA氏は空笑、独語など陽性症状が継続し、幻聴に聞き入っている様子があった。今後の課題としてはA氏の良かった自己評価と、周囲の評価が一致することだと考える。

そして自己評価が高かったにも関わらず継続することには拒否があり、A氏が持続しやすい幻聴に対する対処法を模索することが課題であり、A氏は発達障害があることから系統だった考えが苦手であることが推察され、「幻聴が聞こえてきたら無視する」という受け止め方（認知）の工夫はできても、その後の行動の修正につながっていなかった。原田の文献の中に統合失調症患者に対する働きかけの方法として「具体的に、くりかえし、タイムリーに、余分なことをいわない」<sup>8)</sup>とある。A氏には1週間に1度の面談だけでなく、日々行動を観察して、良いところはその場で伝え褒めるようにし、幻聴からくる暴言があった時には、その時にその場で暴言があったという現実を伝え、修正していくかわりが必要であると考え。

また、原田は「治療者のことばの処方が豊かになり治療上の対処力が増すことで、治療のあり様が変わるだけでなく疾病観自体も変化しうるのである」<sup>9)</sup>と述べている。A氏は10代と年齢的に若いため、A氏の自立心や反抗心といった成長過程や発達障害があることも考慮し、A氏の思いを傾聴し、気にかけていることを伝えていくかわりを持っていこうと考える。

そして、面談で看護師に素直に自分の思いを伝えることができたというような良いところは伸ばしていき、退院後の生活を考え、幻聴ばかり相手にせず、乱暴な言葉使いや態度はなるべく控えてもらい、社会生活に必要なマナーを少しずつでよいので身につけていってもらいたいと考える。



## VI. 結論

1. 自己対処法を看護師が共に考え工夫していくことで患者を支援し患者自身に幻聴の頻度が減少したと認識されこころの負担の軽減につなげることができる。
2. 幻聴からくる悪影響を減少させることは簡単なことではなく、患者の個別性を考慮する必要がある。

## VII. おわりに

今回の援助を通して、いつも以上に患者と深く関わることができ、信頼関係を築くことができた。患者に寄り添うことの難しさを学ぶことができたので今後の看護にいかしていきたいと思う。

## 謝辞

最後に今回のケーススタディで受けもたせていただいた患者様、ご家族様、そしてご指導をいただいた病院スタッフの皆様、諸先生方に深く感謝申し上げます。

## <引用文献>

- 1) 天賀谷 隆他：精神看護(新看護学15). p47, 医学書、東京、2013
- 2) 一ノ山 隆二、村上満、舟崎起代子、牧野かおる、明神一浩、上野栄一、河野雅資：幻聴に苛む患者の自己対処行動を支えるための心理教育的アプローチ. 共創福祉 4(1): 1-10, 2009
- 3) 岡田 佳詠：看護のための認知行動療法. p4, 医学書院、東京、2011
- 4) 原田 誠一：統合失調症の治療理解・援助・新たな視点. p16-17, 金剛出版、東京、2007
- 5) 原田 誠一：正体不明の声対処するための10のエッセンス. p49, アルタ出版、東京、2007
- 6) 前提書5) p48
- 7) 前提書4) p65
- 8) 前提書4) p98
- 9) 前提書4) p95-96

## <参考文献>

- 原田 誠一：正体不明の声に対処するための10のエッセンス. アルタ出版、東京、2007  
原田 誠一：精神療法の工夫と楽しみ. 金剛出版、東京、2008



3-6病棟（精神科入院病棟）にて

# うつ病を抱える患者に対して プロセスレコードを活用し看護を振り返る

公益財団法人豊郷病院3-6病棟

看護師 佐野 雄大

## I. はじめに

躁うつ病の中のうつ病はよく見られる精神疾患の一つで、うつ病の症状には抑うつ気分、思考力低下、意欲低下、睡眠の異常、倦怠感がある。きっかけは人それぞれであるが、いくつかの原因が複合的に影響し発症すると考えられている。

A氏は躁うつ病、関節リウマチを抱えているが、自身でできることは行い、看護介入に対して、協力的な姿勢がみられる。しかし、関節リウマチに伴う疼痛により、体が思うように動かなくなると、気分が落ち込み、うつ状態となり、緘黙状態に至る。私は、そのような状況に直面し、業務に追われ、スムーズにすすまない苛立ちが募る一方であった。今回、A氏の抑うつ状態が続くなかで、A氏に対して違ったアプローチを行っていた看護師がいた。そこで業務優先で動いてしまった自分自身の看護を振り返る必要があると考え、今回、A氏と最も関わりをもった食事の場面の再構成を行い、看護を若干振り返ることができたのでここに報告する。

## II. 目的

プロセスレコードを活用し、患者の様子、自分自身の言動を振り返り、どのようなアプローチが効果的であったのか検証を行い、これからの看護につなげていく。

## III. 倫理的配慮

ケースは、自身の看護を深めるために行い、事例紹介は実名のイニシャルを使用しないことで、個人が特定できないようにする。研究記録は研究発表後に消去する。この研究の参加・協力を同意した場合でも、いつでも途中でやめることができ、その際不利益を被ることは一切ないことを説明する。

## IV. 患者紹介

氏名・年齢・性別：A氏 70代、女性

診断名：躁うつ病、関節リウマチ

ADL：関節リウマチによる関節変形によって、歩行が困難であり、車椅子使用。トランスファーは全介助を要する。

入院中の経過：6か月周期でうつ症状がみられるようになる。また、リウマチによる全身性の痛みも出現していた。しかし、食事摂取や水分の飲用は出来ていたことにより、点滴はせずに経過していた。臥床時間が長いことで、スキントラブルが増え、ケアを要する状態が見られた。うつ症状軽減後は、軽度の気分高揚あるが、危険行為見られず、静穏に過ごせるようになっている。

研究期間：2015.12.9～2015.12.27

## 看護上の問題

### 1.うつ状態に対する非効果的コーピング

①目標：うつ状態を最小限にとどめ、日常生活への意欲がわくことができる。

②計画：患者の身体的な痛みと、痛みによる日常生活への意欲低下がしている気持ちを理解する。患者が拒否的な態度が見られれば、強くすすめない。

## V.結果

A氏が緘黙状態となり、業務優先で看護を行った場面Ⅰと、A氏の気持ちを共感してアプローチを行った場面Ⅱをプロセスレコードに取り上げ、アーネスティン・ウィーデンバックの自己評価項目に沿って検証を行う。(別紙参照)

### ■アーネスティン・ウィーデンバックの自己評価項目

1. なぜ、この特定の出来事を再構成の場面を選んだのか。
2. 患者の<援助を求める要求>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. 自分が言ったり、行ったりしていることを通して、どんな成果を得ようとしているのか。
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、行ったりしていることは何か。
5. この再構成を書き、振り返ってみることによって、自分のやり方に対して、どのような洞察を得たか。<sup>3)</sup>

### 場面Ⅰより

項目1：患者の気持ちを傾聴せず、業務に追われ、A氏の抱える気持ちを汲み取って援助ができておらず、業務優先の態度で接してしまった私が患者の気持ちに寄り添っていなかった。

項目2.3.4：A氏に対して、③「もうすぐご飯ですので」と、声掛けを行うが、④でA氏は何も言わないままの状態であった。A氏に対して、⑥「Aさん！ご飯です。車椅子に乗りましょう」、⑩「Aさん聞こえますか！ご飯ですので車椅子に乗りましょう」、と声掛けを行うも、何も反応を示されなかった。私は、A氏に対して、業務が思うように進まないため苛立ちを感じてしまった。患者の気持ちを傾聴せず、⑬で、A氏が車椅子乗車に対して⑭「無言」で拒否的な態度を示していたが、患者の意思に関係なく、業務を優先し、車椅子乗車の介助を行い、デイルームへと移動を行った。しかし、朝食の介助を行うも、⑮「イヤ」と、食事に対しても、拒否的な態度であった。

項目5：場面Ⅰを再構成したところ、1でも記載したように、患者がなぜ、返事をしなかったのか、また、拒否的な態度であったのかということに対して、業務に追われていたため、A氏の気持ちを私がくみ取って尋ねていなかった。

場面Ⅰ（朝食前にデイルームに患者を誘導する場面）

| 相手の言葉、言動                   | 自身の考え、感情                                                  | 自身の言葉、言動                                                | 振り返り                                                                                                                             |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①A氏はベッドに臥床中。               | ②朝食をたべてもらうために、車いすに乗っていただこう。                               | ③「Aさん。もうすぐ、ご飯です」                                        | ①③ 看護師は、A氏に朝の挨拶をせず、食事誘導し、患者を不愉快にしている。                                                                                            |
| ④<br>「・・・」                 | ⑤いつもなら返事や体を起こしてくれるのに…。イライラする。                             | ⑥「Aさん。ご飯です！車椅子に乗りましょう」                                  | ②乗って（介助）いたどうかと看護師は思い込みで行動しているため、患者にあったケアが提供できていない。                                                                               |
| ⑦<br>「・・・」<br>Nsの方を見ない。    | ⑧Ns側を見向きもしない。<br>⑨何で言っても聞いてくれないんだ…。こっちは次の業務もあるのに…」イライラする。 | ⑩「Aさん！聞こえますか！ご飯です！車いすに乗りましょう！」と。臥床している体を患者の意思にそぐわず、起こす。 | ③A氏の気持ちを考えると、いきなり挨拶もせず新人の看護師が誘導することはA氏の自尊心が傷ついたのではないかと考える。                                                                       |
| ⑪<br>「イヤー・・・」<br>しかめた顔をする。 | ⑫もう早く車いすに乗せて朝食の準備をしよう。                                    | ⑬「寝ているばかりだと体が痛くてえらい。」車椅子に乗ってご飯呼ばれましょう。                  | ④A氏の気持ちを考えると、看護師の行動に対して無言でいたくなると考える。                                                                                             |
| ⑭脱力し協力的な姿勢みせず。閉眼したまま。      | ⑮少しは協力してよ！まだしなきゃいけない業務がたくさんあるのに…。                         | ⑯A氏を車椅子に移乗させ、デイルームへ移動。<br>⑰「Aさん、ご飯ですよ！」                 | ⑤⑥⑦⑧⑨⑩<br>いつもならA氏は行動してくれたが、いつもの自分の言動であったのかという事を振り返るといつもイライラしている看護師の行動をA氏が感じ取ったのではないかと考える。業務優先な考えになってしまった。患者がNs側を見ない行動につながったと考える。 |
| ⑱「・・・」                     | ⑲「食べる気はあるのか…。」<br>⑳他患者の食事介助もあるのに早く食べてよ。                   | ㉑「Aさん、ご飯食べないと元気でませんよ。口を開けてください」<br>食物をA氏の口元まで持っていく。     | ㉒⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮<br>行きたくない気持ちは理解できたが、食事の前にまだまだ業務が残っており、焦っていた。そのため、患者の訴えを傾聴していなかった。                                                     |
| ㉓「イヤ！！」と<br>しかめ面で背ける。      |                                                           |                                                         |                                                                                                                                  |



## 場面Ⅱより

項目1：A氏の気持ちを共感し、拒否的な態度の時は無理に勧めないようにするというアプローチの方法に変えたところ、A氏より、「おおきに」とお礼の言葉をいただき、心打たれた体験であった。

項目2.3.4：③の声掛けに対して、A氏は返事をされなかったが、身体がしんどいためなのかと考え、⑧より、無理に車椅子乗車は勧めず、自室での介助を試みようと、⑨の声掛けをおこなったが、A氏は、「・・・いらん」と、食事に対しても拒否的であった。しかし、無理に食事介助を行っても、A氏との関係はこじれるだけだと考え、⑬、⑭の声掛けを行うと、A氏は⑮、⑯のように、閉眼したままであったが、開口し、薬内服後、ゆっくりと飲水された。⑬、⑭に対して、業務優先のアプローチを行っていて拒否的であったA氏が初めて、反応を示した場面であった。また、⑰の声掛けを行うと、「おおきに」と、言葉を言われた。

項目5：私自身に対して、A氏が返事されなかったが「おおきに」という言葉を言われたので、改めて私が前回（場面Ⅰ）患者の気持ちに寄り添った関わりができていないことに気付いた。しかし、反省しなければならない点もいくつか考えられた。うつ病の症状として、「決定に時間がかかり、迷ったあげくに何一つ決められなくなります。」<sup>4)</sup>と、優柔不断になりやすくなることがある。この症状について考えると、③「Aさん、食事の時間ですけど、どうされますか？」という声かけは、A氏に対して、選択をするということを与えているため、苦痛に感じてしまうのではないかと考えた。

## 場面Ⅱ（朝食前にデイルームに患者を誘導する場面）

| 相手の言葉、言動   | 自身の考え、感情                                   | 自身の言葉、行動                                                                  | 振り返り 評価                                                                                                        |
|------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A氏ベッドに臥床中。 | ②できれば車いすにのって離床してから食事していただきたいけど。            | ③「Aさん、食事の時間ですけどどうされますか？」                                                  | ②車椅子に乗って離床をし食事をとってほしいという思いがあったが、現在の精神症状から考えると離床は難しいのではないかと考えた。                                                 |
| ④「・・・」     | ⑤何も返事はしないのか……。イライラするけど我慢しよう。きっと体がしんどいのだろう。 | ⑥「身体えらいですね。食事はこちらに持ってきてみましょうか？」                                           | ③上記のような思いもあったためPtへどうするのかの選択性声かけになってしまっていたのではないかと考えた。抑うつ状態のA氏に対して選択性声かけはさらに意欲低下につながると共に、A氏の思いの汲み取りが不十分であったと考える。 |
| ⑦「・・・」     | ⑧もう無理に車いすに乗ってもらわないで、ここに食事を運ぼう。             | ⑨「お食事お持ちしますのでここでしばらくお待ちください」<br><br>⑩朝食を運んでくる。<br>「お食事お持ちしましたよ。お腹は空きましたか」 |                                                                                                                |

|                                                                                           |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>⑬「・・・いらん」</p> <p>⑭「・・・。」</p> <p>⑰開口するが、閉眼したまま。</p> <p>⑳ゆっくりと飲水する。</p> <p>㉒「おおきに」と。</p> | <p>⑫発語はしてくれたけど・・・。</p> <p>もう少し促してみよう。</p> <p>⑮「もういらないのかな？あまり無理にすすめないでおこう。」</p> <p>⑱開いてくれた！よかった・・・。</p> | <p>⑬「お食事を摂らないと元気がでませんよ？」</p> <p>⑯「食欲がないですか？なら、ご飯は食べなくてもいいので、お薬だけは大切なので頑張って飲みましょう。」</p> <p>⑰A氏の体をゆっくりと起こし、内服していただく。</p> <p>「水分もとりましょうね。」</p> <p>㉑「ありがとうございます。またきますので、何かありましたら、言ってくださいね。」</p> | <p>④⑤</p> <p>自身の問いかけに反応がみられなかったということから③の声かけの方法を考えるべきであったと考えた。しかし、精神、身体面からP tの様子をアセスメント行い、⑥でA氏の心身を優先し食事をベッドまで持ち運んで介助しようという考えに至ったと考える。</p> <p>⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯</p> <p>ご飯はなるべく食べていただきたかったが、無理に介助を行っても、その後の患者との信頼関係はこじれていく一方だと考えた。</p> <p>⑰⑱⑲⑳㉑㉒</p> <p>緘黙状態が続いていたA氏から、初めてお礼の言葉を頂いたため、うれしい気持ちであった。患者の気持ちを共感して、無理に進めないでいくという関わりを行っていくことが、大事だということが、改めて実感できた瞬間だったと考える。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## VI. 考察

場面Ⅰでは、①、②、③、④から、いつも通りに患者に車いすに乗っていただき、朝食を食べていただこうと思ったが、患者の状態、表情を見ることが出来ておらず、⑩から、患者が車椅子乗車を拒否する言動がみられていた。しかし、業務がスムーズにいかない苛立ちにより、⑮でA氏の意味に関係なく、車椅子乗車の介助を行い、デイルームへ誘導を行った。その後の患者の反応として、自分の心境を理解

してくれないということから、緘黙状態が続き、食事にも応じてくれなかったと考える。このことから、患者の気持ちを傾聴せず、看護より業務を優先してしまっている自分の未熟さが感じられる。E. ウィーデンバックは、「看護婦にとって、もっとも基本的な責務は、患者が自分の状態と自分のおかれている状況をどのように受け取っているのか、について、理解を得ることである」<sup>5)</sup>としている。A氏の表情、言動が、普段と違うということを察知した時に、すぐ、「どうされましたか？」や、「体がしんどいですか」など、声掛けを行って、A氏のおかれている状況や状態の理解を示していれば、少しはその後のA氏の対応は変わってきたのではないかと考える。

場面Ⅱでは、①、②、③、④、⑤、⑥より、患者の緘黙状態が続き、出来れば、スキントラブルを避けるために、離床していただきたかったが、A氏のことを優先し、「身体えらいですね。食事はこちらに持てきましょうか？」と共感的な態度で接した。⑪より、「・・・いらん」と不機嫌そうに言われたため、無理に食事介助を行うと、A氏との信頼関係がこじれていく一方だと考えた。そのため、⑬にて、内服の重要性のみ伝え、飲んでいただきたいこと伝えたと⑭で内服していただき、⑮にて、「おおきに」という言葉を頂いた。E.ウィーデンバックは、「看護技術は、患者との1対1の関係のなかで、看護婦によって行われるもので、患者がその時、その場面の状況における独自性に対する看護婦の意識的な反応から成り立つ」<sup>6)</sup>と表現している。A氏と1対1のコミュニケーションを行う中で、患者は声掛けに対して緘黙状態であったが、患者の表情、身体的な痛み、日常生活への意欲低下から、A氏は、今の自身の心身のことを理解してほしかったのではないかと考え、緘黙状態は、そのことに対するニーズが不足しているサインなのではないかと考えた。また、E. ウィーデンバックは、「臨床看護は熟練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、患者の援助を要するニーズが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」<sup>7)</sup>と述べている。A氏から、「おおきに」とお礼の言葉を頂いた時には、患者の気持ちを共有していったコミュニケーションの効果が見られた場面であったため、心打たれた体験であった。効果的なコミュニケーションとは、いかに患者の気持ちを理解して、何を患者が求めているのかということを明確にすることだと考えた。

## Ⅶ. 結論

業務に追われているからといって、患者の気持ちを理解しないコミュニケーションでは、何を患者が求めているのかということを理解できず、関係は築けないことが、今回の事例を再構築して分かった。患者が何を求めているのか理解し、実行することによって、初めて、患者のニーズは満たされ、関係性が生まれていくのではないかと考えた。また、場面Ⅰと場面Ⅱの再構成をより深め、患者の病態をしっかりと理解し、よりよい関わりが行えることを改めて感じた。

今後もプロセスレコードを用いて自己の振り返りを行い、より良い看護につなげられるよう成長していくために継続していく。

## 引用文献

- 1) 上島国利(編):新しい診断と治療のABC. 9巻(精神1)躁うつ病, p117, 最新医学社、東京、2009
- 2) 浦部晶夫他(編):今日の治療薬2015. 解説と便覧. p816, 南江堂、東京、2015
- 3) <http://www.n-seiryu.ac.jp/~fujino/05kiroku.doc>

- 4) <http://www.morioka-clinic.com/depression.html>
- 5) E. Wiedenbach (外口玉子、池田明子訳):臨床看護の本質. 患者援助の技術. p79, 現代社、1969
- 6) 前提書2) P136
- 7) 佐藤登美 (編): 新体系看護学全書 基礎看護学① 看護学概論. p7, メヂカルフレンド社、東京、2013



3-6病棟（精神科入院病棟）にて



# 双極性障害と向き合う患者との関わり

公益財団法人豊郷病院3-5病棟

蛸原 麻友

## I. はじめに

双極性障害とは、感情が高揚する躁状態と、反対に抑制されるうつ状態の2つの病相がある。なかでも、躁鬱を繰り返すものを双極性と呼ぶ。特徴として、躁とうつの中間期は正常な状態であること、また、人格変化や欠陥状態に至ることはなく、しばしば再発が繰り返されるなどが挙げられている。躁状態になると、感情が高揚し、気分爽快で自信に満ち溢れ、次々に考えが浮かび多弁や多動になる。また、睡眠時間も減り疲労感がないといった症状が出てくる。その為、気分の浮き沈みから自己の病識や病状を理解出来ていないことがある。そのことにより、周囲とのトラブルに発展したり、人間関係や社会的信頼をなくしていくことにも繋がってしまう。この疾患の治療は、抗精神病薬や抗躁薬などの薬物療法に加え、精神状態の観察を行い、適宜、休息の促しや安全の確保、不安の傾聴といった看護が必要である。本研究では、A氏の不安のニードへ焦点をあて、退院後の生活に自信が持てるように支援を行った為に、ここで報告する。

## II. 患者紹介

A氏 50歳代 男性

A氏は、〇年前より双極性障害にて入退院を繰り返しており、今回も入院前まで施設で生活していたが他者への迷惑行為や無断外泊などの行為により、本病院の急性期病棟へ入院、その後状態が落ち着いたため療養病棟へ転入される。薬物療法として、リスペリドン（抗精神病薬）やリーマス(抗躁薬)を使用しコントロールを行っていた。A氏の病棟内での過ごし方は、他者への迷惑行為は一切なく、日中を読書や自室で静かに過ごしていた。

## III. 目的

双極性障害の患者に対し、行った看護を振り返り患者の不安なニードに焦点をあて、退院後の生活に自信が持てるよう段階を踏まえた支援が出来たのか考察する。

## VI. 方法

- ①入院に至った思いや、退院後の生活に対する不安を傾聴する。
- ②精神状態に配慮した上で、関わりを深めるための話す機会を設け、病識についてパンフレットを作り病室で説明する。

## V.倫理的配慮

今回の研究および院内で発表することを伝え、書面を用いて同意を得た。その際個人が特定出来ない

よう表記し配慮すること、途中で拒否することも出来る事を伝え、研究による不利益のない方法で行うことを伝えた。

## VI. 結果

A氏は本病棟へ転入した時から、精神状態は比較的落ち着いて過ごされていた。A氏との関わりを深めるため、日常生活の中で声掛けや話し合う機会を設けた。はじめは、挨拶や日常生活についての質問のような会話をするのみで、自分の思いを話す事はあまりなかった。しかし、自室にて話す機会を設けて数回目の日、自分の思いを話してくれる場面があった。「自分の病気についての症状や、どんな時に上がるかがわかりません」と真剣な表情で話された。この発言から、A氏の疾患や症状をまとめたパンフレットを作成した。その間も声掛けは同じように実施した。そして、パンフレットを自室で説明を加えながら本人に渡した。A氏は真剣な表情で聞いており、「そうですか」と納得する発言もあれば「少し難しいです。上がった時にどうすればよいかをもう少し知りたい」との発言があった。それから数日たった頃より、自分の思いや昔の事を夜間看護師に話しに来ることや、過去の出来事やその時の感情などをメモ帳に書き渡す行為が多々見られるようになった。A氏にその行為を振り返る時間を設け、話す機会を作った。A氏はその際、「〇月は両親が悪くなったり、自分が事故を起こした時期だから、その事が気になってくるんです」と思いを語ってくれた。そこから、自分でも対応策を考えられるような機会を設ける時間を作った。すると、次のメモ帳に本を読むこと、OTに参加する事、病室で休むなど自分なりの考えを書き留めて見せてくれた。

## VII. 考察

ヘンダーソンの人間関係論より、①方向づけの段階、②同一性の段階、③開拓利用の段階、④問題解決の段階の四段階に分け考察した。

① 方向づけの段階では、互いに知り合う時期である。新しい心理状況の中で人々が患者と関わり合いながら行動していくにつれて、いろいろな側面が展開され明らかになる。患者問題を認識し、必要な援助を求められるように指示する時期である<sup>1)</sup>。A氏との関わりを増やすことで相手との信頼関係を築くことが必要であり、声掛けや関わりを行い患者の不安のニーズを聞き出すことにより「自分の病気についての症状やどんな時に上がるかがわからないんです」と発言したことから、患者自身が看護者側の自分への関心に気づけるきっかけになったのではないかと考える。又、本人への知識の提供としてパンフレットを作成したことで自身がどのように生活すればよいのかを考えることが出来る方向づけの段階へ持っていくことが出来たのではないかと考える。しかし、パンフレットを作成し「そうですか」と納得するような発言もあれば、「少し難しいです」といった発言もあり、すべてを自分の疾患に置き換えて理解できていないようにも感じられた。

② 同一性の段階では、自分にとって役立つと感じたものに対して様々な確認を行う時期である<sup>2)</sup>。A氏は、疾患に対する質問は徐々に減っていき、①方向づけの段階の関係性が出来ていなかったのではと感じていた。しかし、A氏の、過去の出来事やその時の感情などをメモ帳に書き渡す行為が見られ、A氏に指名で直接メモを見てほしいなどの発言もあり、関わりを行うことで様々な思いを表出することが出来、徐々に信頼関係を築けるきっかけになったのではないかと考える。

③ 開拓利用の段階では、患者が一部は自分でコントロール出来る事と考える事は非常に重要である<sup>2)</sup>。

A氏はメモ帳に両親が疾患にかかったことや、事故を起こしたこと、その他自分が不安になる要素をメモに書き渡してきた。そのことについて振り返り話を聞くと、これらは〇月頃に起こったことが多く、この時期になると思い出してしまい不安になるという思いがあることを知った。そこで、過去は変えられないことからどうすればその思いを抑えコントロール出来るか自分で考えることも大切であると促したことで、自分なりの考えを書き留めて見せてくれたことは、自分自身でどの状況が落ち着くのかを把握し、コントロール出来るきっかけに繋がったのではないかと考える。

④ 問題解決の段階では、患者は退院の準備をしたり、健康な生活が送れる為に歩み始める時期であり、今後自分の状況に対処できるように準備する必要がある<sup>2)</sup>。A氏も〇月前半より体験外泊を行っており、徐々に日数を増やしている段階であり、自炊にも挑戦したりと積極的に参加している。③の開拓利用の段階で振り返りをした頃より、自分で落ち着ける状況も考えられていることから、メモ帳に思いを書き留める事や不安の訴えが減少する事が出来ている。また、周囲のスタッフの支援もあり、体験外泊を何度か経験することで、自分で行うことへの挑戦力も向上している。これらの事から、退院後の生活に向けて不安な思いも軽減できたのではないかと考える。

## Ⅷ.まとめ

- 1) 信頼関係を築き患者の必要とするニーズに合った方向性を見つけ、互いに考えあいながら問題を解決しようとする事が大切である。
- 2) 患者の精神状態を環境や時期を踏まえながら観察し、思いを表出する場を設ける事で患者についてより理解できる。
- 3) 一方的な援助を行うのではなく、思いの中から重要な発言を見つけ、それを元に援助することで、患者自身でも振り返ることが出来る。

## 引用文献・参考文献

- 1) 佐藤 壹三: 精神障害をもつひとの看護. メヂカルフレンド社、東京、2013
- 2) ハワード・シン普森: 看護モデルを使う. ペプロウの発達モデル、医学書院、東京、2007
- 3) 天賀谷 隆: 新看護学15、精神看護学、医学書院、東京、2011



3-5病棟（精神科療養病棟）

# うつ病患者との内服カレンダーを用いた 関係構築について

～ペプロウの4段階を利用し振り返る～

公益財団法人豊郷病院3-6病棟

西川 真未

## I. はじめに

精神科において、薬物治療は欠かすことのできない治療の一つです。拒薬することにより、精神状態が不安定になり、日常生活に影響を及ぼします。その為、精神障害者が在宅で日常生活を送るには退院後も内服の継続は必須であると考えます。

今回受け持った患者は在宅で過ごす中で自己管理ができない事で怠薬へ繋がりました。入院療養の中で精神状態が徐々に良くなるにつれ内服の必要性を理解するようになっていきました。そこで内服の管理で自立を目指した援助を行いました。その結果、試験外泊では内服の継続ができ、患者・家族の喜びを感じる事ができました。そこでペプロウの人間関係の看護論を用いて、患者と看護者がどのように関係を構築したのかを考察し明らかにしたいと思います。

## II. 目的（方法）

援助を通して患者と看護者がどのように関係を構築したのかを考察し明らかにする。

## III. 倫理的配慮

ご不明な点があればいつでも尋ねるようにお伝えし、途中で辞退できることを伝えた。

### [患者紹介]

A氏：50代の女性、病名：うつ病。子どもが3人おり、次男が知的障害である。X年前から舅・姑の介護が始まり次第にストレスが重なった事で、うつ病と診断され入退院を繰り返すようになる。今回、入院となった背景はキーパーソンであった夫を亡くしたことでアドバイザーが居なくなり、日常生活を順序立てて行動することが出来ず、混乱が生じ始めた。また次男が知的障害者である事から、母親として家事や子育てを一生懸命こなさなければいけないという思いが強くなり、睡眠時間を削ってまで家事を行うようになる。その中で病院から処方されていた内服を忘れがちになった。次第に思考混乱や奇異な行動が目立ち、家族の見守りが困難となって入院した。

## IV. 結果

### 1) 看護上の問題

- ① うつ病の症状に関連した非効果的コーピング
- ② 思考混乱に関連した社会的相互作用障害

### 2) 看護計画、目標

- ① 目標:精神状態が不安定になった背景、何に困っていたかを振り返る事ができる。本人が表現で



きるまで落ち着くことができる。

計画：患者自身の不安行動を客観視できるように促していく。患者が考えたり感じたりしている事と対応した不安行動との関係を理解できるように援助する。

②目標：在宅で生活できるようサポートシステムを確立する。内服自己管理をおこない、内服忘れが減る。

③計画：内服カレンダーを使用して服薬管理をしていく。自分でカレンダーから取り出して内服する。

### 3) 看護実践

看護問題①：うつ病の症状に関連した非効果的コピーングに対して、今回、入院となった背景はキーパーソンであった夫を亡くした事でアドバイザーが居なくなり、日常生活を順序立てて行動が出来ず、混乱が生じ始めました。また次男が知的障害者であることから、母親として家事や子育てを一生懸命こなさなければいけないという思いが強くなり、睡眠時間を削ってまで家事を行うようになる。その中で病院から処方されていた内服を忘れがちになりました。次第に思考混乱や奇異行動が目立ち、家族の見守りが困難となり入院となりました。入院後も奇異行動が目立っていましたが食事・排泄・整容は自立しており問題なかったです。内服も配薬カートまで来て確実に行っていました。入院して、まだ精神状態が不安定な時のA氏へ入院診療計画書の説明と受け持ち看護師であること伝えようとしたのですが、目線はあわず、「後にしてください」と怒り、その場を離れていきました。次第に内服治療で奇異な行動は落ち着き、精神状態も安定し笑顔も見られるようになり、「薬で少し落ち着いてきました」と自分の入院までの経過を振り返る事ができるようになっていました。私はA氏へ「病棟は慣れましたか」と笑顔で会話をし、時に洗濯を見守ったりしました。そんな中でA氏と退院後はどのように生活したいのか確認する意図で話をしました。A氏は「一番下の子どもに障害があるから早く家へ帰りたい」と心情を吐露しました。家族も同様に、患者不在の生活は子どもへの影響が大きくなるので退院を希望していました。患者と家族の思いが確認できたところで在宅退院へ向けて他職種との連携を図る事となりました。

1度目の試験外泊で、家事に没頭し内服を忘れてしまったことをA氏から話してくれました。家族からも同様な不安の訴えがありました。

看護問題②：思考混乱に関連した社会的相互作用障害に対して、本人と話し合い、どうしたら家事をしながら内服をしっかりと服用できるのか決める事にしました。A氏へ、内服カレンダーがあることを提案すると「それなら、私でもできそうです」と笑顔が見られました。さっそく内服カレンダーを準備し、詰所で管理をしました。A氏へは朝食後・夕食後・眠前に詰所まで取りに来て自分で薬袋から取り出して内服をしてほしい事を伝えました。さっそく次の日から実施してみたところ、問題なくスムーズに行うことが出来ました。私は安心して「これで、家でも大丈夫ですね」と伝えました。

2度目の試験外泊の際は、病院で内服1週間分セットをしてから家へ持ち帰ってもらいました。しかし1週間後帰院した際には内服カレンダーに眠前薬が2日分残っていました。家族からは「気づいたら薬が飲めていなかった。多分、家に持って帰る際に内服カレンダーのポケットから出てしまっていたのかもしれないです」と言われ、A氏からは「眠前薬は、色々なことをしていたら忘れてしまって・・・夜も寝られなかったですね。」と話してくれました。私はA氏へ焦らなくても良いと

ということと、内服できなくても気が付いた時に内服できれば良いと伝えました。また家族へも、内服カレンダーに残っていないか注意して見て欲しいことを伝えました。

3度目の試験外泊は、12日間と長期になりました。内服薬は1週間以上になります。看護師の方で内服カレンダーに1週間分セットし、残りの薬は薬袋に日付・曜日等を1袋ずつ記入しました。A氏と家族には1週間分が飲み終わったら、残りの薬を記入した日付や曜日等を確認してから内服カレンダーへセットしてほしい事を伝えました。すると、「それなら大丈夫そうです」と笑顔で答えてくれました。無事、外泊を終え家族と一緒に帰院しました。薬は毎日順調に内服でき、また夜もよく寝られたと報告がありました。「内服カレンダーがあったから飲み忘れが無くなり良かったです」とA氏、家族ともに笑顔で答えてくれました。後日、A氏と面談し何が良かったのかを尋ねると、やはり今までは家事をしていると、つい夢中になって薬を飲むことを忘れてしまっていた。でも、今回内服カレンダーがあったことで家事をしていても目についたんです」と言われたので、「どこに、カレンダーは置いていたのですか？」と聞くと、「実は子どもが服をかけるポールハンガーにかけていました。そこが一番目につくから」と言いました。私はA氏が入院中に何度も「子どもがあっちこっちに服を脱いだりするし、洗濯は片づけないといけないし・・・」と洋服を片づける行動を多くとっていたと思われる発言をしていたことに気が付きました。私はA氏に「すごいですね、自分からそのように工夫していたなんて」と伝え、A氏から笑顔が見えました。その後、試験外泊も問題なかったことで退院が決定しました。退院後は、訪問看護師が介入して行くことが決まったので、訪問看護師へ内服カレンダーの事を伝え、退院後も内服カレンダーは継続することとなりました。後日、A氏の希望であった在宅へと無事に退院しました。

## V. 考察

ペプロウは、看護を人間関係のプロセスだと考え、患者と看護者間には「方向づけ」「同一化」「開拓利用」「問題解決」の局面があり、各局面において、「未知の人」「情報提供者」「カウンセラー」「リーダーシップ」「代理人」などの色々な役割を演じていく過程があり、それらの原則を発展させていくことができる」と述べています。

そこで今回のA氏との関係をペプロウの4局面に当てはめて、どのような役割を担い関係を構築したかを考察します。

### 1. 方向付けの局面

ペプロウは患者と看護師の出会いの段階である方向づけの局面について「切実なニーズにもとづいて援助を求めることは、方向づけの局面では重要な一面である」と述べています。この時期はお互いが「お互いに知っている共通のものは何も無い“未知の人”」の役割の中で「看護者として患者に偏見を持たずありのままを受け入れる」ことが求められます。入院して間もないA氏に対して入院診療計画書を説明と挨拶をしに行った場面では、A氏は説明を受けてくれず怒ってその場を離れました。これはお互いが緊張してただけでなく、私がA氏の精神状態や、その時の気持ちを理解できずに、更に混乱を招いてしまったものだと考えます。その時に、ありのままのA氏を受け入れる事ができれば、無理に説明をする必要がないことに気付く事ができました。A氏と今後どのように生活したいかを意図的に会話をしたり、日常生活援助を行う事で関係構築できました。これは私がA氏を知ろうと、病棟は慣れましたか？と会話をしたり、洗濯を見守ったりと積極的に関わったことで、A氏も私の安心できる表情や態度を観

察しながら私の存在を受け入れ始めたと思われます。

## 2. 同一化の局面

ペプロウは、「患者の第一印象がいくらかはっきりし、彼のおかれている場が何を彼に提供しうるかがわかってくると、彼は自分のニードにこたえてくれそうな人を選んで反応するようになる」ことを同一化の局面であるとししました。A氏を受け持つ中で退院後の生活について意図的に聞いた場面で、「一番下の子どもに障害があるから早く家へ帰りたい」と心情を吐露したことは、A氏が私をニードに応えてくれる人として認識し選んだと考え、これが同一化の局面にあたると考えます。同じ子どもを持つ母親として、A氏が子どもと離ればなれで生活していることの辛さを共感し、また患者としての枠組みにとらわれず同じ人として認識するようになり、「家に帰りたい」という思いに応えたいと考えるようになりました。これは同一化の局面において、「相手を無条件に受容する“代理人（母親）”」の役割を求められていると感じ、応じていたと考えます。

## 3. 開拓利用の場面

ペプロウは、「患者がその場の状況における人間関係を認識でき、理解できる看護婦と同一化するようになると、患者は自分に与えられたサービスを十分に利用する段階へとすすむ」と述べ、これを開拓利用の局面としています。A氏へ内服カレンダーがある事を提案し、今まで与えられた薬を内服するという事から、一歩前進し自ら内服を申し出るようにする事で内服への認識が理解できたと考えます。病棟での内服が良好にできたのは与えられた援助を十分に利用していたためだと考えます。しかし、外泊で自宅へ帰った時に家事をしていると内服を忘れたとA氏から本当の事を伝えてもらい、ハッとしました。病棟ではA氏が子どもの事や家事をする事はなかった為、治療に専念できるが一度自宅へ戻ると入院前のように、家事を一生懸命頑張りすぎてしまい自分の治療にまで気を向ける事ができないことがわかりました。退院に向けた看護では、患者の置かれている立場や環境を考えることの重要性に気が付きました。A氏の思いを聞いたうえで、今度は薬袋へ日付や曜日を書いたことや、家族へA氏が内服できているかを観察して欲しいことを伝えた事で、長期外泊では飲み忘れなく内服できました。これは開拓利用の局面において、看護師が「ほんとうの気持ちを患者自身がはっきりと意識してとらえるよう援助する“カウンセラー”」、「患者に与えられる限定されたケアをはっきりと理解してもらうために、治療計画や処置行為について説明する。“情報提供者”」の役割を担っていたと考えます。

## 4. 問題解決の局面

ペプロウは、「この段階は援助者との同一化から徐々に抜け出し、多少とも一人立ちすることができるよう能力を身につけ、それを強めていく局面である」と述べています。

A氏が自ら目につきやすいと考えて、ハンガーポールに内服カレンダーを掛けていたことは、自立へ向けて一人立ちしたものと考えます。退院後も継続した内服管理と家事とのバランスは必要となってきますが、訪問看護師へと継続看護を繋げていくことで患者が安定した治療を受けられると考えます。

## VI. 結論

今回、A氏を受け持って行った看護についてペプロウの理論を用いて振り返り、次のようなことが明らかになりました。

- 1) 患者と知り合う段階において、患者の気持ちを考える必要がある。
- 2) 入院して間もない患者では置かれている状況や環境に慣れず不安である。

- 3) 徐々に患者も看護者のことを知るようになり存在を受け入れるようになる。
- 4) 看護者や患者という枠にとらわれず、一人の人として理解し接することで患者も看護者を頼るようになり、関係構築ができる。
- 5) 関係構築できた看護者の提案や援助を患者は受け入れる事ができる。

#### 引用文献・参考文献

- 1) Hildegard, E. Peplau: 人間関係の看護論. 医学書院、東京、2006
- 2) 宮崎和子他（編）：看護観察のキーポイント・シリーズ精神科Ⅰ. 中央法規出版、2007



# 豊郷病院に勤務して感じたこと

公益財団法人豊郷病院精神科一般病棟（3-6病棟）

看護師 西川 真未

## ■職場プロフィール

豊郷病院は「豊かな郷で心と体の健康を家族のように」を基本理念に、大正14年に設立されました。現在、一般病棟（地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病床）療養病棟・精神病棟合わせて338床あります。病棟以外に・認知症疾患医療センター・訪問看護ステーション・介護老人保健施設・居宅介護支援事業所・訪問リハビリ・グループホーム・デイサービスセンター・ヘルパーステーションなどを併せ持つ、複合医療施設です。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ています。また、ワークライフバランスで働きやすさをサポートし、人間的に成長できる職場作りに力をいれているのも特徴の1つです。



豊郷病院新館全景 - 5階と6階が精神科病棟

## ■自身の業務内容

私の働いている3-6病棟は精神一般病棟です。60床ある内の4床は二重扉になった保護室になっており、そこでは精神科でも急性期の患者さんを主に治療しています。

仕事内容は、食事、入浴、排泄、服薬管理等の日常生活援助が中心になります。2年前より当院ではmECT療法（修正型電気けいれん療法）を実施しているので、その際は術前後の看護も行っています。他にも病院スタッフが患者さん家族さんと一緒に病院外へ出かける院外レクリエーションや、季節毎に院内レクリエーションを実施しています。入院中も楽しんで生活できるように遊びの要素を取り入れるようにしています。最近では病院の敷地内に畑をつくりました。整地から始め春には夏野菜の苗を植えました。このように地域に帰れないまでも、院内で生活体験を重ねていけるようスタッフ一同取り組んでいます。更に様々な医療関係者、地域職員などと日々カンファレンスを行い情報共有し、患者さんのご家族

が安心して生活できるように取り組んでいます。

私が看護師を目指したのは23歳の時でした。当時2歳になる子供がいるシングルマザーであり、生活の為に看護師を目指そうと思いました。豊郷病院附属准看護学院へ履歴書を送り、私の看護師への道がスタートしました。子どももまだ幼く、勉強と子育ての両立には同居の家族の協力が欠かせませんでした。何度も挫折しそうになりましたが、自分が決めた道だからという思いで2年間必死に頑張り、何とか准看護師の免許を取得する事ができました。しかし、学院の卒業が近くなった時には進学して看護師を目指すか、准看護師として働くかという岐路に立たされ悩みました。看護師になるには、別の学校に進学する必要がある、早く働きたいという思いと、このままで働くには知識も乏しく自信がない、という両方の気持ちがあり、とても悩みました。「自分に自信がない私では、患者さんに良い看護は提供できない」という自分が出した結論になった事と、どんな時も私の味方でいてくれて励ましてくれた、信頼できる先生方の勧めも背中を押してくれました。そして、滋賀県済生会看護専門学校第2学科へ無事に進学することができました。進学先では、育児と学業の両立で前にも増してハードな学生生活を2年間送りました。その2年間でアセスメント能力や看護計画立案など、准看護学生の時以上に深く学ぶことができ、実習では多くの患者さんを受け持ったことで、知識が深まり経験を積むことができました。そして去年、晴れて看護師の免許を取得し、豊郷病院へ入職しました。



病棟で患者さんと話し合う著者

## ■勤務してみた感想

精神科への配属が決まった時には周りの人から「精神科って大丈夫なの？」とよく聞かれました。私は精神科の実習で患者さんとレクリエーションを行い、一緒に笑って一緒に楽しみ、どの実習よりも患者さんと信頼関係を結べたと感じていたので精神科にマイナスイメージは持っていませんでした。また、何が看護かと考えた場合、一般科のように身体管理などの看護は少ないですが、患者さんとコミュニケーションを取り、患者さんの話を聴くことは看護の基本であると思います。実際に勤務してみて、優しく名前を呼んでくれる患者さんたちに癒される事もあれば、時にストレートに物事を言う患者さんの言葉に、落ち込んだりもしますが、「なぜ、患者さんはそう言ったのか」と、アセスメントするようになりました。自分との関わりで患者さんの精神状態が安定した時には、一体何が良かったのか振り返り、自

分と患者さんの望ましい関わり方を考えていく事が大切だと思っています。こうした日々の行いを振り返る事や、相手を思いやる心を持つことで人間的にも成長していけると思います。

### ■後輩看護師へのアドバイス

私は看護師資格を取得して本当に良かったと思っています。苦労はしましたが、経験や努力は自信になります。当たり前にある日常生活を大事にしないと、患者さんの援助は難しいです。丁寧に生活する事で感性が磨かれ、患者さんの些細な変化や訴えに気付く事ができると感じています。忙しく過ぎていく学生生活だとは思いますが、毎日の経験を自信に繋げて日々を大切に過ごしてくださいね。

(本稿は、「看護学生」誌2016年8月号（メヂカルフレンド社）に収録されたものである)

# 精神衛生診断書： 酩酊公務執行妨害事件－アルコール依存症

平成27年5月15日

医師 林 拓二

受診者氏名： ○○川 ○三（男性）

生年月日： 昭和○○年○月○日生（50歳）

被疑者は、平成27年○月○日午後4時20分頃、○○県○○市○○町638番地12先路上において、救急隊員からの応援要請を受けて現場に急行した警察官に対し、切り出しナイフ様の刃物を振り回してその職務の執行を妨害したが、この間の記憶は全くないと主張しているものである。

被疑者はこれまで、覚醒剤取締法違反などにより逮捕歴があり、またアルコール依存症として○○県立精神医療センターで数回の入院治療を受け、平成27年○月○日に同院から退院したばかりであるため、精神障害の有無および本件犯行との関連を検討する必要があると認められた。そこで、私は○○区検察庁の求めにより、平成27年○月○日午後1時から午後2時30分までの間、○○県○○市の○○区検察庁内で被疑者を診察したので、ここにその結果を報告する。

## 1 現在の状況

- (1) 身体：被疑者は身長158cm、体重57kgの中肉・中背の男性である。意識は清明であり、幻覚や妄想などは認めなかった。手指に微細な振戦が認められたが、断酒による離脱症状である可能性も考えられる。被疑者は、肉眼的な黄疸を認めないものの、顔に艶がなく、幾分むくんだ印象がある。直近の血液検査データは無いが、アルコール乱用の影響が窺われる。
- (2) 知能：診察時、被疑者は自ら発言することは無かったが、医師の質問には小声ではあるものの速やかに返答し、意識の障害は認めなかった。ただ、アルコール乱用による認知機能への影響が懸念されるために、長谷川式簡易知能評価スケール改訂版（HDS-R）を用いた検査を行なったところ、3つの言葉の想起（3点減点）、5つの物品の想起（1点減点）、および野菜の名称の想起（3点減点）の課題において減点があり、23点（30点満点）とやや低かった。この点数はもちろん認知症とされる数値ではなく、各課題に取り組む態度からみて、被疑者の短気ですぐ諦める一方、頑固でわがままな性格傾向を反映しているように思われた。すなわち、3つの言葉の想起では、ヒントを与えれば即座に正答し、5つの物品の想起には「4個しかなかった」と言い張り、野菜の名前の想起に関しては、「買いい物などしたことがないから野菜の名前など知らん」と主張し、私が、「テストだから、馬鹿にせずに、諦めずに思い出そうに」と助言しても、真剣に考えて回答する様子は認められなかった。
- (3) 性格：簡単な心理テスト（HDS-R）の結果でも示唆されたように、被疑者は短気で諦め易い一方で、頑固でわがままな性格傾向を有するようと思われる。○月○日付の警察官による供述調書にも、自分の性格を「他人を思いやる気持ち」があるものの、短気であることが自らの短所であると陳述している。



被疑者の生活歴を見ると、中学を卒業した後、16歳時に強盗傷人で逮捕されたが、連れが実行犯で自分は見張り役であったとのこと、〇〇少年院に1年2ヶ月入っている。18歳時にもまた、連れと一緒にガソリンスタンドに盗みに入って逮捕され、〇〇の特別少年院に1年間収容されている。その後は勤務先を転々と変わりながらも仕事を続けていたが、26歳と28歳時に覚醒剤取締法違反で逮捕され、懲役2年6か月の刑に服した後は30歳から40歳までヤクザの世界で過ごすことになる。このような犯罪歴を見ると、粗暴で犯罪傾向が顕著な性格を想像するが、初犯時において「連れが実行犯で自分は見張り役」という役割が象徴的であるように、自らが能動的に主導した犯行ではなさそうであり、どちらかと言えば受動的で、自分が決断せずに連れに合わせて行動しているように思われる。ICD-10の人格障害の類型により特定の人格障害の範疇に分類することは難しいが、敢えて分類するとすれば「依存性人格障害(F60.7)」に近いと言っても良いのかも知れない。

- (4) 精神障害の有無：被疑者の陳述によれば、20歳頃よりストレスを発散させることが出来ることからお酒を飲みだし、40年間飲み続けていると言う。この間、シャブにも手を出したが警察に2回逮捕されて懲役刑に服したことや、お金もかかることから自分の意志できっぱりと止めたと言う。被疑者がシャブを止めることが出来たのは、代わりになる薬物、すなわち酒があったからであり、基本的に嗜癖の対象が入れ替わったに過ぎない。被疑者は「酒はお金もかからず、いくら飲んでも罪にならないために、その後も酒に溺れるようになった」と陳述する。なお、シンナーなどの有機溶媒やシャブ以外の違法薬物の乱用歴はない。

被疑者の酒量が増えたのは、40歳頃にヤクザを辞めたあと仕事に就かず、生活保護で暮らし始めてからのようで、昼間からお酒を飲み、また朝から飲むこともあったと言う。そして、連れが仕事をしているのに自分は仕事もせずにお酒に溺れていることに対して腹立たしさを感じ、また見捨てられた感じや孤独感があったようで、ひたすらお酒を飲んでいたと言う。

飲酒によって問題を起こして医療機関と関わるようになったのは、平成25年11月、50歳の時が初めてである。当時、被疑者はおそらく（複雑）酩酊状態で、「親類を殺しに行くと言い、持っていた刃物で路上に居合わせた警官に斬りかかろうとした」ために、銃刀法違反で逮捕されている。逮捕後の拘留中にも、意味不明な言葉を発したり、留置場の床から草を抜く仕草を長時間続けるなどの奇異な言動が認められたために、精神科病院（〇〇病院）に送致されて受診し、アルコール離脱症状（振戦せん妄）として2週間の医療保護入院となっている。その際も今回と同じく、事件の記憶はないと陳述し、処分は起訴猶予とされている。

〇〇病院を退院後、平成26年1月に〇〇県立精神医療センターを紹介されて受診、以後、同センターで計4回の入院治療（平成26年2月－4月、平成26年8月－11月、平成26年12月－平成27年1月、平成27年1月－3月）を受ける。そこでは酒害の講義やミーティングなどが積極的に行われ、被疑者は、いったんお酒を飲んでしまえば意識をなくして何をするかわからなくなるという可能性を十分に教育され、被疑者も「頭の中では」理解し、平成27年〇月〇日に同センターから退院している。このような病歴から、被疑者がアルコール依存症（F10.2）であるとの判断を疑うべきものは何もない。

なお、逮捕後に「壁にサムライが浮かぶ」とか「人の声が聞こえるように感じた」というパレイドリア、あるいは錯覚とも思われる体験は、大型動物やムシなどの幻視体験を主とする典型的な離脱時せん妄とは異なるものの、アルコール離脱症状とも考えられるが、鑑定時にはこのような体験はすでに消滅していた。

## 2 犯行時の精神状況

本件犯行の経過を被疑者の長女、消防隊員、警察官による供述調書や犯罪捜査報告書によって以下に簡単にまとめておく。事実関係について関係者の供述に相違する点はない。

被疑者が〇〇県立精神医療センターを退院したのは平成27年〇月〇日であるが、その後もなお酒は止められず、焼酎のバック（1リットル入り）を2-3日で飲み干していたと言う。そして、4月〇日に外来診察を予約していたものの、同センターに通院はしなかった。

事件前日の〇月〇日、被疑者は同センターの担当医である〇山〇治医師に「先生、また飲んでしまった。長い間ありがとう」との電話をしている。〇山医師は「飲んだなら仕方がない、今度また来なさい」と返答すると、「有難う」と言って電話を一方的に切ったため、〇山医師は心配になり被疑者の長女である〇川〇美氏に連絡している。長女は、被疑者がお酒を飲んで時々「もういいわ、死んでしまいたい」と漏らすのを聞いていたため、同日、被疑者宅を訪れたが不在であり、行きつけの酒屋に行くと被疑者がそこでお酒を飲んでおり、「大丈夫や」と言うため、安堵して帰ったとのことである。

犯行当日の〇月〇日、11時30分頃に長女が子供たち（孫）と一緒に被疑者宅を訪れているが、被疑者は酒を飲んでいてしんどそうであり、足元もおぼつかなかったと言う。一緒にゲームセンターに行こうと誘ったが断られ、子供たちを連れて帰っている。午後3時30分頃、被疑者は「気分が悪い、精神病にかかっていて、〇〇の精神保健福祉センターに電話したら救急車を呼ぶように言われた」と〇〇消防署に119番通報をし、午後4時前に救急隊が被疑者自宅に到着するも、被疑者は「包丁、包丁」と言ってナイフを手を持ったため、救急隊員は危険を感じて警察に連絡する。消防署からの連絡で、長女が被疑者宅に着いた時、被疑者は台所の椅子に座り、鞘がないナイフの刃を左手首に当て、左手首にはすでに切り傷があったと言う。そこで「何しているの」と聞くと、「ええねん、死ぬんや」と答え、シャツをめくりあげてナイフをお腹に当てる。「止めてや」と言っても、「ええんや」と言うばかりだったとのことである。

午後4時20分頃に、警察官が被疑者宅に到着したが「お前ら、何で来たんや、刺したるわい」と怒鳴り、警察官を追いかけたために、公務執行妨害で逮捕されている。〇〇警察署では、被疑者が飲酒していたため、呼気中のアルコール濃度の検査を行なったが、その結果、0.70mg/Lの値が検出され、被疑者が犯行時に酩酊状態にあったことに間違いはない。

ここで問題になるのは、被疑者が犯行時にいかなる種類の酩酊状態であったかの判断であろう。アルコール関連犯罪の精神鑑定の際に、わが国で一般に行われる酩酊の分類はBinder Hに基づくものである。彼は、酩酊を単純酩酊と異常酩酊に分け、さらに異常酩酊を複雑酩酊と病的酩酊に分類している。臨床上に個々の症例を明確に分類することは困難を伴うことも多いが、基本的には、単純酩酊は意識の混濁も見られるものの、正常範囲内の酩酊であり、複雑酩酊は単純酩酊より意識の混濁が「量的に」強いものの、もうろう状態やせん妄状態などに見られる意識の「質的な」変化を伴わないもので、病的酩酊は意識の変容が認められ、その際に見られる行動は了解不能であり、ほぼ完全な健忘を残すとされている。この分類が重要なのは、後述する責任能力の判断に大きく影響するためであり、以下に被疑者の供述を少し詳しく引用しながら検討する。

被疑者は、逮捕直後（〇月〇日午後5時頃）に〇〇警察署で取り調べ（被疑者弁解録取書）を受けているが、「酒を飲んでいて頭の中が真っ白、救急車で病院まで運んでほしかったけどわけのわからんうちに警察官が自宅にやってきて逮捕された。酒を飲んでいたので警官に刃物を振り回したかどうか覚え

ていない」と供述し、○月○日付の被疑者供述調書でも「はっきり言って何があったのか全く憶えてないです。全然思い出せません。酒を飲んでいたことははっきりと覚えています。気がついた時には警察署にいました」と述べている。そして、○月○日付の被疑者弁解録取書でも、「家で酒を飲んでいたことは記憶にあるが、その後の記憶は警察の留置場にいた時からです」と言う。そして、○月○日および○月○日付の犯罪捜査報告書によれば、「昼頃、娘が食事を誘いに來たのは覚えている。酒を飲んでいて娘の誘いを断った、その後、気がついたのは警察署」と述べ、「自分は重度のアルコール依存症で、焼酎の水割をだいたい10杯を越えて飲むと記憶があいまいになる」と言い、公務執行妨害の事実の記憶は全くないと言う。○月○日付の供述調書では、「○月○日に○山先生に電話したのは覚えているが、どんな内容だったかわかりません」と言い、「○月○日朝から焼酎の水割を飲み始めて記憶がはっきりしない。娘が來たかどうか記憶にない」と言い、娘が來たのを覚えていると言った前日の供述を否定している。

○月○日付の供述調書では、被疑者が○月に精神医療センターを退院した際に、何度も同じことを繰り返すならもう入院は出来ないとわれ、今後の入院を断られたと感じたと言う。そこで、「もう頼るところがないと思って自暴自棄になり、酒を飲み続けた」と供述する。そして、「酒を飲んでしまうと記憶をなくして何をしてしまうか分からないことは頭でわかっている。しかし、酒は止められなかった」と後悔している。

○月○日の鑑定時にも、被疑者は「全く」記憶がないと言い、公務執行妨害時の記憶はもちろんのこと、酒を飲んでからの記憶がないと主張する。しかし、私はこの証言の信頼性に幾分かの疑念を抱かざるを得ない。と言うのは、今回の鑑定時の心理検査（HDS-R）において、一旦「思い出せない」と言うと、何度促しても同じ返答しかせず、思い出そうと努力する様子が全く伺われなかったからである。そこで、私は被疑者が短気で諦め易く、一方で頑固でわがままな性格傾向を有すると記載せざるを得なかったが、このような性格傾向が、警察による取り調べの際に「全く」憶えていないと言う供述にも影響しているのではないかとされるのである。○月○日の調書では長女が自宅に來たことを覚えていると発言しながら、その後の調書では否定していることも、記憶が「全く」ないという供述をそのまま信頼することが出来ない理由である。しかしながら、公務執行妨害の罪を完全に否認することによって利益があるとは思われず、アルコールによる酩酊によって意識の混濁が存在することを疑うことは出来ず、すべての記憶ではないにしても、かなりな幅と程度において記憶がないことは確かであろう。

犯行当日、酩酊状態であり意識障害があったとしても、それは単純酩酊とは量的に異なるだけ（複雑酩酊）に過ぎないのか、あるいは質的に異なるもの（病的酩酊）なのだろうか。犯行当日の関係者の証言によれば、被疑者は興奮して、刃物を振り回し、説得には応じず、理解し難い言動が見られたとのことであるが、長女には「ええねん、死ぬんや」などと発言し、断酒に何度も失敗して病院から見捨てられたと感じ、自責と後悔、孤独感のもとで、自暴自棄な気分から自傷行為に至ったと思われる。被疑者はこれまでも、お酒を飲むと同様な気分となって捨て鉢な言動が見られたとのことであり、幻覚や妄想などの病的体験や、周期性に見られる内因性の抑うつ状態に起因するものではない。警官に対しては「お前ら、何で來たんや」と言って興奮し、さらに「刺したるわい」と怒鳴って刃物を振り回したのも、関係者の証言を読む限り、言動に「了解不能」と言うべきものは無く、単純酩酊とは質的に異なる病的酩酊とは言い難い。そこで、本件犯行時の酩酊状態は、単純酩酊とは量的な差でしかない複雑酩酊の範疇に含めるのが妥当であると考えられる。

### 3 精神障害と本件犯罪発生之机序との関係（責任能力）

本件犯罪はアルコール酩酊のもとで生じたことに議論の余地は無い。一般的に、酩酊時における犯罪行為では、単純酩酊では完全責任能力が認められ、複雑酩酊では限定責任能力、病的酩酊では責任能力は無いとされている。前項で述べたように、本件は複雑酩酊と考えられる状態で犯行が行われており、責任能力が減免されるべきかどうかは議論されねばならないであろう。犯行時の酩酊状態では意識の混濁が見られ、善悪の判断や制御能力が減弱していた可能性は認めざるを得ない。しかし、被疑者は長年、アルコール依存症に罹患し、〇〇県立精神医療センターにおいて4回の入院治療を行なっている。そして、アルコールによる影響についても良く理解し、酒を飲み出したら止められなくなり、その結果としていかなる事態が起こるかを承知していた。そして、「酒に手を出したらズルズルいってしまうといつも言われていました」、「酒飲んでやったことは、責任とらんといかんのは知ってます」と述べ、今回の犯行もアルコールによる影響下での犯行であろうことを率直に認めている。すなわち、被疑者は飲酒によって生じる結果を十分に理解しながら、自らの意志によってアルコールに手を出しており、飲酒開始時には自己の意志に従って行動できる状態にあったと考えられる。それ故に、本件犯行の責任は減免されるものではなく、厳しく問われるべきであろうと考えられる。

### 4 今後の処置に関する意見、その他参考事項

#### (1) 正式鑑定の要・否

本犯行は、アルコール摂取下の酩酊状態においてなされたものであり、アルコールの摂取がなければ生じることは無かったと言える。被疑者がアルコール依存症に罹患していることは疑い得ない。そこで、さらに正式鑑定を行なうとすれば、飲酒テストによる血中アルコール濃度と酩酊の関係を検討することになるが、酩酊の判断に大きく異なる結果が得られるとは思われず、その必要性を認めない。

#### (2) 精神障害者等通報の要・否

被疑者は現在、アルコールによる酩酊状態を脱し、軽度の離脱症状が4日間認められたものの、〇月〇日以降は精神病症状や抑うつ症状を認めず、自傷、他害の惧れは認められない。従って、現時点での通報の必要はないと考える。しかし、飲酒を中断した後の約1ヵ月間は、離脱症状が再燃する可能性を否定できず、入院施設での経過観察が必要であると考ええる。今後もアルコール依存症の治療として断酒を継続出来るように支援することが必要であろう。

#### (3) その他

なし

### 5 備考

なし

（本稿はプライバシー保護のために、精神医学的な内容を除いて一部を改変している）



# 精神衛生診断書： フーテン男女万引き事件－精神発達遅滞

平成27年6月2日

医師 林 拓二

受診者氏名： ○森 ○江（女性）

生年月日： 昭和○○年○月○日生（3○歳）

被疑者は、平成27年5月○○日（日曜日）午前11時3分頃、内縁の夫である○本○二と共謀し、○○県○○市○○町○番地に所在の株式会社○○堂○○において、同店支配人○田○平管理にかかる唐揚げ○本他6点（販売価格合計○○○円相当）を窃取したものである。

被疑者は本件犯行を率直に認め、万引きが悪いことであることは分かっていると陳述したものの、平成26年○月○日に○○市立心身障がい者リハビリテーションセンターで行われた「田中ビネー知能検査Ⅴ」によってIQが34と、一般には責任無能力とされる「重度」の精神発達遅滞と判定されていたため、本件犯行の責任能力について詳しく検討する必要がある。そこで、私は○○区検察庁の求めにより、平成27年○月○日午後2時から午後4時までの間、○○病院臨床心理士の○津○太氏とともに、○○県○○郡○○町の○○病院精神科外来第2診察室において被疑者を診察し、さらに臨床心理検査を行ったので、その結果をここに報告する。

## 1 現在の状況

- (1) 身体：被疑者は身長165cm位と女性としては比較的大柄で、がっしりとした体格である。髪を茶色に染めて顔は浅黒いが健康に問題はなさそうであり、黄疸や貧血、あるいは浮腫などの徴候は認めない。
- (2) 知能：小・中学校は普通学級に通い、特別な配慮を受けることはなかった。しかし、成績は「メチャメチャ悪かった」と言う。算数は全く出来ず、得意な科目は無かった。音楽、図工や体育にも「あまり」楽しいとは思わなかったが、学校を休むことは無かった、と言う。実兄である○森○郎氏の証言によれば、普通に会話が出来るものの、計算が出来ず、漢字の読み書きはほとんどできないため、金銭管理が出来なかったと言う。鑑定時でも、100から7の引き算が出来ず、漢字での表記は自分の名前位しか出来なかった。今回の鑑定では、○津○太氏によって「鈴木ビネー知能検査」を行ない、IQ=39という結果を得て「中等度精神発達遅滞」と判定されている。この検査結果の詳細は別紙にて報告する。
- (3) 性格：被疑者は普通に会話することが出来る。「親しい女性の友達もいて、その友人から男性を紹介されて付き合うことが多かった」と言う。しかし、「慎重に」とか「熟慮して」と言うことは無く、言われるままに行動していたようで、「友人からすぐにお金を借りたり、ホストクラブに行っては請求書を自宅に回す(実兄による陳述)」などをしてトラブルになっていたのも、あまり考えずに、その場その場の状況に流されて行動した結果なのであろう。これまで、窃盗や覚醒剤での逮捕歴があるも、

自らが主導的に行った犯罪ではなく、付き合っていた男性と一緒に「つつい」してしまったと言い、犯行は従属的な関係で行われたと供述する。ただ、18歳時の自転車泥棒に関して「これも連れと一緒にやったのか」と尋ねると、「記憶にない」と頑強に主張する。犯行が単独であるならば、自分が不利になるであろうと考えて否認している可能性もあり、社会生活上の知恵として損得の判断が働いているとも推測できるが、被疑者の性格としては単純で子供っぽく、率直で従順と言ってよいであろう。

- (4) 精神障害の有無：被疑者の供述によれば、被疑者は〇〇市〇区の出身で、平成〇年に地元の中学校を卒業した後、地元にある会社に勤めたが1カ月で辞め、その後は就職していない。平成〇年6月（18歳時）に、自転車の窃盗で逮捕されたことがあるも、家裁での処分はされていない。これまで結婚歴は無いものの、子供が2人(11歳男子と6歳女子)おり、父親はこれまでに付き合った男性ではあるものの誰であるかは分からず、それぞれ父親は違うとのことである。なお、子供たちは被疑者の両親に任せっきりで、被疑者はほとんど子供の養育に関与していない。

平成〇年6月（26歳時）に、交際していた〇山〇貴と言う男性と名古屋に出奔し、野宿生活を送りながらシャブを使用、生活費や薬物の購入資金を得るためにスロット用のメダルを窃取し、窃盗および覚醒剤取締法違反で逮捕され、名古屋地裁で懲役2年、執行猶予3年の刑を受けている。

その後、〇山と別れたあとは、シャブには全く手を出していないと言う。

本件犯行により、一緒に逮捕された内縁の夫の〇崎〇次とは、昨年10月に友人に紹介されて知り合い、10月には堺市内のアパートで同棲、まもなく一緒に出奔、〇〇市内でホームレスの生活をした後、内縁の夫は〇〇県〇〇市や〇〇市内で派遣の仕事をする。しかし、内縁の夫は今年の4月頃に会社の待遇が悪いと言い、働くことが嫌になったと言って会社の寮を飛び出し、被疑者もまた一緒に〇〇市内の公園でホームレスの生活を送り、夫がスロットで勝つとネットカフェで泊まりお金がないと障害者用のトイレで寝ていたと〇言う。しかし、4月末頃からはお金がないために、夫と一緒に〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇で万引きをして、食べ物を得ていたとのことである。内縁の夫が万引きをしようと言うと「私はパパについて行くよ」と言い、反論することは無かった。

被疑者は内縁の夫に自分は障害者手帳を持っていることを話し、時にパニック障害になると伝えていたとのことであるが、内縁の夫は被疑者が知的障害でお金の勘定が出来ないものの、物事を理解するのが遅いのかなと感じるぐらいで、家事は普通に行っていたと言う。そこで、鑑定時にパニック障害について質問したが、被疑者は最初パニック障害であったと主張するも、どのような症状があったかを尋ねると答えることが出来なくなり、パニック障害は無かったとあっさり否定する。そこで、A（重度）判定を貰うためには、「合併障がい」として「知的障害」以外の症状が必要で、父親がそのような内容の発言をして受理されたのかなと問うと、うなずく。被疑者は療育手帳を所持することの社会生活上の有利さを知っており、パニック障害があったとの主張はしなければならないと考えていたのであろう。

このように被疑者の生活歴を概観してみると、これまでに罹患した精神障害としては覚醒剤嗜癖が挙げられるが、この10年の間、覚醒剤の使用はなく、覚醒剤特有の精神症状の出現も見られず、またその影響も認められない。

現在、本犯行との関係で問題となるのは精神発達遅滞であろう。すなわち、被疑者は、平成26年〇月〇日に〇〇市立心身障がい者リハビリテーションセンターの相談課において行われた「田中ビ

ネー知能検査V」で、IQが34と判定され、精神年齢6歳4カ月の第一種知的障害者として、療育手帳「A」が交付されている。IQ=34という値は「重度精神発達遅滞」と判定され、司法精神医学的には責任無能力と判定される値であり、「A」判定は、大阪市の判定基準において日常生活では常時介護を要する重篤な状態を意味しているようであり、本件犯行との関連を考える際に、被疑者の知的レベルを更に詳しく検討する必要を認めた。そこで、今回の鑑定においては、臨床心理士の○津○太氏により再度の心理テストを行ない、「鈴木ビネー知能検査」でIQが39と若干高い値を示し、「中等度精神発達遅滞」と判断された。前回のIQ=34と今回のIQ=39との間にさほどの差異は無いと言ってもよいが、精神発達遅滞が「重度」と「中等度」に分けられるのは、ただ単にIQ=35を境界値とするからに過ぎない。

ただ、これらの値が信頼できるものかどうかは、検査が行われた状況や真剣に取り組まれたか否かで、若干異なるであろう。〇〇市のリハビリテーションセンターでの検査では、低い値が出ることで療育手帳が重度になることが期待され、今回もまた、高い値によって責任能力の判定が自己に不利になる状況であり、損得の判断が出来れば、検査を真剣に受けるとは思われない状況であろう。今回の検査では、課題には取り組むものの、容易に諦めてしまい、分からないと言ってあまり考えることをしなかったとのことであり、実際の数値は、測定値よりも幾分高いものと考えてよい。しかし、中等度精神発達遅滞（IQ=35～49）の範囲を越えて、軽度精神発達遅滞と判定されることは無く、被疑者が中等度精神発達遅滞と診断されることに問題は無いと考える。

## 2 犯行時の精神状況

本件犯行の事実関係について、関係者の供述に相違する点はない。

被疑者は内縁の夫に従って〇〇市のアパートから出奔し、内縁の夫が〇〇県での派遣労働を辞めてホームレスになった後も、「夫婦であるから、パパを支えよう」と、公園で野宿することも我慢していたと言う。本件の犯行動機は、ただ単純にお金がなかったからであり、食物を得るために万引きを行なったものである。内縁の夫が仕事に就けば、あるいは被疑者がなんらかの仕事を見つけて働いておれば、犯行を重ねることは無かったとは言えるが、まじめに働いた経験は内縁の夫にも被疑者にもなく、内縁の夫の言うがままにつき従い、生きていくために食べ物を盗むという行為に及んでいる。万引きは4月下旬からほぼ毎日、20回位（内縁の夫の陳述）行ったと言い、同じ店ではマークされる恐れがあるために、〇〇市の〇〇〇や〇〇〇だけでなく、少し遠いものの〇〇市の〇〇〇や〇〇〇町の〇〇〇まで足を延ばしたと言う。そして、目的の店を決めると、犯行の日は朝早く起き、必要なバッグやリュックを持って出かけ、犯行は手順通りに連携して行っている。本件犯行においても、被疑者は内縁の夫に従い、〇〇市の〇〇〇で万引きしたが、代金を支払うことなく店外に出たところを保安員らに呼びとめられ、万引きの事実を素直に認めたため、警察に逮捕されている。

被疑者の知的レベルは低いものの、犯行時の意識は清明であって、当日も何ら精神的な異常は認められず、自分が行っていることが悪いことを認識しながら、「お金がないから」、「食べるためには」と言う内縁の夫と意思を共有し、内縁の夫につき従い、万引きを実行している。それ故、本件犯行は快感を得るために行う窃盗癖による万引きとは明らかに異なる。

### 3 精神障害と本件犯罪発生の際との関係（責任能力）

本件犯罪に関与する精神障害は中等度精神発達遅滞であるが、被疑者も素直にその犯行を認め、万引きが犯罪であることは理解していると供述している。しかし、知的能力が正常のレベルと較べて相当に低いことは今回の心理テストの結果からも明らかであり、万引きが犯罪であることを理解しているにしても、罰を受けねばならないと言うことをどこまで認識していたのかは疑問である。鑑定時にこの点を詳しく質問したが、お金がなく食べるものがなければ少額の商品なら盗んでも許されると考えていたことはないとの供述。しかし、万引きが悪いことであることを理解していたのであれば、内縁の夫と別れて実家に帰る方法もあったのであり、何故、そのような選択をしなかったのであろうか。また、万引きを繰り返しながら、このような生活が続けられるはずはなく、いつかは警察に捕まることで破局が訪れるであろうことは予測出来なかったのであろうか。いくつかの疑問に対し、被疑者には思考・判断能力の障害があり、この障害が「中等度精神発達遅滞」に基づいていると考えるべきなのかもしれない。すなわち、被疑者は是非善悪を判断する能力があるにしても不十分であり、犯行を思いとどまる、いわゆる制御能力もまた減弱した状態にあったと考えられる。他者の影響を強く受け、自分で判断することがなく、状況に流されて行動してしまう性格傾向は、知的障害を基盤にして生じたと理解するべきなのかもしれない。

一般に精神鑑定においては、重度・最重度の精神発達遅滞（IQ=20-34）では責任無能力とされ、中等度の精神遅滞（IQ=35-49）では限定責任能力、軽度の精神遅滞（IQ=50-69）では責任能力を問われる、とされている。本件においては中等度の精神遅滞であり、一般的には責任能力が著しく減退せる状態（心神耗弱）と判断されるが、程度の問題ではあるが、「著しく」減退した状態と言い得るかどうかは疑問である。最近、岡田らが精神鑑定の実務において推奨する責任能力を4段階に分けて判断しようとする意見に従えば、「責任能力が著しく障害されていた」とするよりも、「責任能力が（著しくない程度に）障害されていた」状態と言うのが適当であるかも知れない。いずれにせよ、責任は限定的に問われるべきであろうと考える。

### 4 今後の処置に関する意見、その他参考事項

#### (1) 正式鑑定の要・否

本犯行の事実関係については関係者の供述に相違する点はなく、被疑者も素直にその犯行を認め、万引きが犯罪であることを理解していると供述している。しかし、知的能力が正常のレベルと較べて相当に低く、万引きが犯罪であることを理解し、善悪の判断を行なう能力を有しているにしても、その理解の程度は不十分と考えられ、内縁の夫の言動に強く影響され、犯行を思いとどまるいわゆる制御能力は減弱していると考えられる。〇〇市立リハビリテーションセンターでの心理テスト結果を受けた今回の検査結果に加えて、正式鑑定により更なる検査を行なっても異なる判断がなされるとは思われない。従って、正式鑑定の必要を認めない。

#### (2) 精神障害者等通報の要・否

被疑者は精神発達遅滞ではあるが、幻覚や妄想などの精神病症状は無く、自傷・他害の恐れは無い。従って、通報の必要を認めない。

#### (3) その他

被疑者は、善悪、損得の判断をある程度行い得るものの、他者の誘いをきっぱりと断ることが出来



ず、盲目的につき従ってしまう傾向がある。それ故に、今後、行政が被疑者をどのように監護、支援することが出来るのかが課題であり、このことが被疑者の再犯を防ぐ唯一の道であろう。

## 5 備考

なし

(本稿はプライバシー保護のために、精神医学的な内容を除き一部を改変している)



トウヤクリンドウ（北岳、H28.8.20）

# 精神衛生診断書： 常習万引き事件－ピック病の疑い

平成27年7月17日

医師 林 拓二

受診者氏名： ○木 ○美（女性）

生年月日： 昭和○年○月○日生（8○歳）

被疑者は、平成27年○月○日午前11時42分頃、○○県○○郡○○町○○58番地の株式会社○○の○○店において、同店店長○井○次管理にかかるブロックリー 1 パック他6点（販売価格合計○○○○円）を窃取したものである。

被疑者は本件犯行直後に万引きの事実を率直に認めたものの、取り調べ状況から被疑者が認知症に罹患していることが強く疑われた。そこで、私は○○区検察庁の求めにより、平成27年○月○日午後2時50分から午後4時10分までの間、○○県○○郡○○町の○○病院精神科外来第2診察室において被疑者を診察したので、その結果をここに報告する。

## 1 現在の状況

- (1) 身体：被疑者は腰が曲がった身長140cm位の小柄な女性で、白髪であるがさほど痩せてはおらず栄養状態に問題はなさそうである。歩行に障害は無く、粗大な神経学的異常所見は認められず、黄疸や貧血、あるいは浮腫などの徴候も認めなかった。体調は「どこも悪くない」と言い、現在通院している医療機関はない。
- (2) 知能：被疑者は中学校を卒業したあと両親が営む農業を手伝い、23歳で養子を迎え2児を儲けている。現在、娘は嫁いで○○に転居し、57歳独身の長男と主人の3人暮らしである。被疑者の最終学歴が中学校のため、知的なレベルが気になるところであるが、診察時にはこやかに笑いながら応答し、その物腰・態度から生来性の精神発達遅滞が疑われることはなかった。小学校や中学校の名前や成績について尋ねると、「6・3・3制の前だったか・・・、西小学校か、西中学校か」と曖昧な返答に終始した。被疑者は終戦時に11歳であり、その後の学制改革による混乱もあって、この時代は学歴や成績がさほど大きな意味を持っていなかったようである。

しかし、被疑者が68歳時（平成○○年）に、万引きで初めて検挙されて以来、計6回、同じ○○○店で万引きしては捕まり、平成24年の万引き事件の後では、取り調べ中にしばしば話が脱線して記憶の想起にも時間がかかったことから、認知症が強く疑われるようになった。そのため、長男が被疑者を精神科病院に受診させ、適切な検査や治療を受けさせることを条件に起訴猶予処分となっている。被疑者は平成25年○月○日に○○病院精神科を受診しているが、被疑者一人で来院したため受診に至った経緯が分からず、「方角がわからないことがある、日付がすぐに出てこないことがある」と述べるものの、日付、場所、年齢は即答し、簡単な計算も可能であり、記憶の障害も目立たなかったことから、正常老化の範囲内であると判断されている（○○病院精神科医師○原○子氏からの回

答書)。その際、被疑者が希望しなかったことから、認知症の詳しい心理検査や画像検査などは施行されていない。

そこで、今回の診察ではまず、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を施行し、認知症の有無およびその程度について検討した。検査時、被疑者は意識清明であり、検査の指示には率直に従い、故意に低い点数を得ようとするようなそぶりは見られず、検査の結果は信用し得ると見なされた。得られたHDS-Rの値は30点満点中の15点と低く、20点以下を認知症とする基準に基づけば、被疑者が認知症（中等度）に罹患していると判断して問題は無いと考えられた。

この検査結果について、その内容を少し詳しく述べておく。まず、被疑者の年齢についての質問では80歳と答えておおむね正解とされ、場所についての見当識にも問題は無かったが、検査当日の年月日を〇月〇日金曜日と正答したものの、何年であるかの質問には誤答を繰り返し、結局わからないと答えた。その後、いくつかの質問を続けたが、質問に関係なく「〇月〇日金曜日」と答えることが多かった。これはすぐに訂正したあと質問に相応する返答が見られたものの、精神医学的には認知症における前頭葉症状として見られる「保続」と呼ばれるものである。その後も、簡単な引き算や4桁の数字の逆唱の課題でも減点が続き、これらの質問の際にも、前回に答えた数字を次の質問にもそのまま繰り返す「保続」がしばしば認められた。そして、3つの単語の記銘・想起の課題では、ほとんど正解することが出来ず、5つの物品や10個の野菜名の想起もまた十分な数が思い出せず、結局のところ、中等度認知症と判断される低い得点（15／30点）となっている。

- (3) 性格：今回、被疑者を診察した際に尿臭が認められた。2年前に受診した際の小奇麗なおばあさんの印象（〇〇病院精神科、〇原医師による）からすれば、身なりに気を遣わなくなり、だらしなくなったと言えるのかもしれない。ただ、人付き合いが無くなり、外出を嫌うなどの明らかな感情・意欲の変化は見られない。
- (4) 精神障害の有無：診察時に幻覚妄想などの精神病症状は認めなかった。さらに抑うつ症状なども認めず、内因性、症状性あるいは器質性の精神病を疑うべきものは無い。被疑者には生来性の精神発達遅滞はなかったと考えられることから、HDS-Rの結果により被疑者が認知症に罹患している（認知機能の低下）と判断して間違いない。平成25年6月に被疑者が〇〇病院で診察を受けた際、「概ね正常老化の範囲内」と判断されていたことを考慮すると、認知症は潜行性に存在した可能性もあるが、この2年間に徐々に顕在化してきたと推察される。

被疑者の症状で特徴的と考えられるのは、診察時の質問に対し繰り返し同じ返答が見られる「保続」症状が存在することであり、さらには、質問者がうんざりしているにもかかわらず「一日に4 - 5回こけている、自転車に乗って。狭い道で、マンホールがあって、危ないから自転車を降りて」などと同じフレーズを「壊れたレコード」の如く繰り返し、万引きした〇〇〇店の周辺での行動を説明することである。これは「保続」に類似する症状とされる「滞続言語」、あるいは決まった時間に鳴り出す「オルゴール時計症状（Mayer-Gross）」とも言うべき症状であろう。

認知症は現在、病因や症状を異にするいくつかのタイプに分類されているが、被疑者が罹患する認知症として最も可能性が高いのは、前頭側頭葉型認知症などを含むピック病である。このタイプは、前頭葉や側頭葉の委縮性変化を主病変とするもので、病初期には認知症状はあまり目立たず、前頭葉症状と考えられる「保続」や「滞続言語」の出現が特徴的で、万引きなどの反社会的な問題行動などの人格変化によって気付かれることが多いと言われている。他のタイプの認知症は、脳梗塞や

脳出血に起因する脳血管性の認知症、記憶障害が徐々に進行するアルツハイマー型認知症、さらには幻視の出現などが特徴的なレビー小体型認知症が主なものであるが、被疑者の症状から見てこれらの可能性は極めて低いと言わざるを得ない。ただ、確定的な診断には、MRIやSPECTなどの脳画像検査が必須であるが、残念ながら現在まで、このような画像診断学的な検査は行われていない。

一般にピック病は発症が若く、37歳から73歳までで平均50歳と報告されている（加藤：精神医学事典）。そして、アルツハイマー型認知症とは異なり、認知機能の低下はそれほど顕著ではなく、通常、自分が病気であるという自覚はないためにしばしば医療機関への受診が遅れるとも言われる。このような特徴を考えれば、被疑者が平成15年7月に万引きで検挙された時（60歳）、すでに「認知症状が目立たない認知症」が発症していた可能性も考えられる。平成23年に逮捕された際には「ネギが安かったのでぜひ買っておこうと手に取ったのですが、なぜレジを通らなかったのかについては、はっきり覚えていないのです」と述べている（第1回公判調書）が、この時も認知症とは判断されなかったようで、懲役1年、執行猶予3年の刑が言い渡されている。平成25年に逮捕された時にも、長男は「もの忘れはあるが、徘徊などは無く、母親は認知症にはかかっていると思う」と述べていたが、取り調べにおいてしばしば話が脱線し、記憶喚起にも時間がかかることから認知症が疑われ、「念のため」精神科医への受診が勧められ、結局、起訴猶予となっている。今回の犯行後には、長男も「母は物忘れがだんだんひどくなってきています」と供述し、病状が次第に悪化していることを認めている。このような経過を見れば、「発症は10数年前であるものの、認知症状が顕著となったのが数年前であり、それまではゆっくりと自分の行動を抑制する能力が減退してきた」と考えるのが妥当であろう。実に計7回、逮捕されてもなお同じ〇〇〇店での万引きを繰り返していることは、正常心理学的に了解できる範囲を越えた行動の異常であり、特殊な認知症の罹患による影響を推測するしかない。罰金20万円あるいは懲役1年（執行猶予3年）という刑罰により「もう2度と万引きはしません」と言いながらも、同じ現場で、同じ犯行を繰り返す被疑者をみれば、ピック病に罹患している可能性が極めて高いと言えよう。しかし、脳画像所見などでの確定診断が行われていない現在、被疑者は60歳時から徐々に進行していると推測される「なんらかの認知症」に罹患していると表現するに留めるべきであろう。

## 2 犯行時の精神状況

既に述べたように、被疑者の認知症が60歳時に初回の万引きで検挙された時にはすでに「認知症状が目立たない認知症」として、おそらく前頭側頭葉型認知症を含むピック病が発症していた可能性が疑われている。その後に繰り返された万引きも、前頭葉症状として罪悪感の欠如、あるいは自分を律する行動の欠如（欲動性脱抑制）の結果として生じた可能性が大きい。

本件犯行により逮捕された当日（〇月〇日）の供述調書（〇〇警察署）によれば、被疑者は買い物のために〇〇〇店に行き、2階で衣類を購入、所持金の1万5000円から5000円をレジで精算した後、「お昼近くなったので何か食べ物がほしいと思った」と言う。そして、「お金を少しでも残しておきたいと思ったので万引きしよう」と考え、1階の食料品売り場に向かい、買い物カートを押していると色々なものがほしくなり、「次々にかごに入れ、バレないように手持ちのビニール袋に入れ、レジの無い通路を通じて店を出た」と述べている。しかし、店の外で見知らぬ女性から「まだ清算出来ていない商品がありますね」と声をかけられ、万引きがバレたことがわかったので、お店の人に「ちゃんとお金を払いますか



ら許して下さい」と謝ったけれども許してもらえず、警察に通報されたと述べ、警察官にはこれまで万引きで6回捕まっているので、「万引きが犯罪であり、悪いことであることは分かっている」と供述している。

しかし、○月○日付の○○区検察庁での供述調書で、被疑者は「私は物忘れがあり、どうして万引きしたかはっきりしません」と答え、「私が覚えているのは、○○○店で商品の代金を払った後、別の商品と一緒に別のレジで代金を払ったことです」、「万引きした時の話については、おまわりさんに話をしたときに、作ってもらった書類のとおりだろうと思います」と述べ、○○警察署での詳細な供述内容の記憶はないと陳述している。そこで、犯行後すでに6カ月が経過しているものの、○月○日に私が精神鑑定を依頼されて診察することとなったのであるが、その際、被疑者は曖昧な返答ではあったが、以下のような内容の供述を繰り返している。すなわち、万引きについては「2階へあがってエプロンを買ったことは間違いなんやけど」、「買い物して、何か足らんと思って、一品入れて、払っていなかった」と言う。一品だけではなかったのではないかと尋ねると「払ったもの、一品だけ払っていなかった」、「ちょっと思い出せんわ〜、一品だけや」、「スイカか、メロンか」と、今回盗んだものに入っていない商品の名前を挙げる。どうしてお金を払わなかったのかを問うと「一品だけで、これくらいならいいかな〜と思って」、「何やかや払っというて、もうこれくらいならええやないかと思って出たら」、「こわいわ〜、吃驚したわ〜女の人に（捕まってしまった）」と言う。そして、「ちょっとでも早く帰りたいとおもて」、「雨が降っていたから、自転車に乗って、急いでいたの」、「急いでいた、早いこと、（レジに）3人も4人も並んでいて待たんといかんで」、「盗んでも分からへんわ〜という気持ちがあったのかもしれない」と言う。さらに「お金が無かった」、「年金、少ないでよ」とも言う。しかし、お金は1万円ほど持っていたのではないかと尋ねると、「お金が無かった」、「年金少ないでよ」と繰り返す。しかし、「万引きはあかん」とも言う。

上記のように、鑑定時における被疑者の発言は、○○警察署での供述調書のような整然としたものではなく、断片的であり、繋ぎあわせれば辛うじてストーリーになるかと思われるものである。被疑者の認知症がこの6か月間で大きく進行したとは考えられないことから、おそらく、警察署での供述もまた、調書としてまとめるには相当の努力を要したものであろうと推測される。一般に、記憶は時間の経過とともに曖昧となっていく。とりわけ、被疑者は記銘・想起の障害が認められる認知症に罹患しており、犯行から4カ月経過した検察庁での供述の「はっきり憶えていません」との返答が虚偽であるとは言い難い。犯行から6ヶ月が経過した時点では、犯行を全面的に否認していないものの、盗ったのは1品であると言い張り、事実と異なる「スイカかメロン」と答える。そして、動機には「金がない」ことを挙げるが、さらには「急いでいたのに、レジが混んでいた」から、と言う。これらの発言内容には明らかな誤謬が多く含まれている。しかし、意図的に嘘をついているという印象は無く、曖昧な記憶の辻褄を合わせるための「作話」と考えてよいであろう。このような「作話」は認知症の症状の一つと考えられるものである。

このように、本件犯行についてはこれまでも、「全く」記憶がないとの供述は無く、本件犯行が意識の清明な状態で行われたことは確かである。しかし、「万引きが犯罪であり、悪いことである」と言い、「万引きはあかん」と言うものの、どこか表面的で、人ごとの様な話しぶりで、実感に乏しく、「これくらいならええやないかと思って」と犯行を重ねている。すなわち、物事の是非善悪を弁識する能力が充分であるとは言えず、それに従って行動を制御することは出来なかった、と言える。今後、十分な対処

がなければ、再犯の可能性は極めて高いと言わざるを得ない。

### 3 精神障害と本件犯罪発生之机序との関係（責任能力）

犯行当日の警察署での調書を見れば、被疑者は悪いこととは知りながら、お金を使わないようにするため万引きし、バレた時には素直にすみませんと謝っている。そこで、精神的には何ら問題の無いお年寄りと考えられていたようである。しかし、精神鑑定でのHDS-R検査により明らかになったのは、中等度とはいえ明らかな認知症が認められたことである。さらに、保続、滞続言語、オルゴール時計症状なども認められたことから、病初期には、記憶、見当識、計算能力に大きな障害が見られないが、徐々に万引きなどの反社会的な行動が見られる前頭側頭型認知症を含むピック病が強く疑われている。もっとも、現在、画像などのデータがないために単に推測でしかないが、このように考えれば、これまで同一店舗で繰り返された万引き事件も容易に理解できる。すなわち、被疑者は20万円の罰金や懲役1年の判決を受けて「万引きは悪いことで、2度としません」と言いながらも万引きを繰り返し、更には、平和堂ではマークされていることを充分に知っていながらも万引きを止めることが出来ない。「万引きはあかん」とは言うものの「これくらいならいいかな～と思って」と犯行を重ねる。逮捕された時には「早く帰らなければならないのに、レジに3人も4人も並んでいたから」と弁解する。このような被疑者の言動は、記憶障害の影響とともに、認知症に伴う性格的な変化、すなわち、善悪を判断する能力や自己の行動を抑制する能力が少なからず障害されていることに起因すると考えられる。そこでは、進行性の脳の病変に基づくなんらかの認知症（おそらく前頭側頭型認知症）が大きな影響を与えていると推測され、被疑者は事物の是非善悪を弁識する能力と、それに従って行動する能力が顕著に障害されており、責任能力は著しく減退せる状態（心神耗弱）にあると言えよう。

### 4 今後の処置に関する意見、その他参考事項

#### (1) 正式鑑定の要・否

本犯行の事実関係については、関係者の供述に相違する点は無い。HDS-Rの結果は中等度の認知症とされる数値であり、検査の状況に特別な問題がなかったことから、被疑者がなんらかの認知症に罹患していることは確かである。病型については、特徴的な「保続」症状、滞続言語、オルゴール時計症状が認められ、被疑者は尿臭がするまま身の回りのことに構わなくなっており、認知症が近年徐々に進行していると考えられることから、前頭側頭型認知症などのピック病の可能性が強く疑われる。認知症の鑑別にはMRIやSPECTなどの画像検査が欠かせないが、司法精神医学的に責任能力を判断するためだけであれば、画像検査が必ずしも必要であるとは思われない。いずれにせよ、被疑者がなんらかの認知症であることに間違いはなく、正式鑑定を行なうにせよ、その結果が大きく変わる可能性は無いと言える。

#### (2) 精神障害者等通報の要・否

被疑者は認知症に罹患するも、幻覚や妄想などの精神病症状は無く、自傷・他害の惧れはない。従って、通報の必要を認めない。

#### (3) その他

なし。

## 5 備考

被疑者の再犯を防止するためにも、精神科医による関与と経過観察が必要である。今後の治療や経過を予測するためには認知症の鑑別が重要であり、EEGやMRI、さらにSPECT検査を施行する必要がある。

(本診断書を掲載するにあたり、プライバシー保護の観点から内容の一部を改変している)



北岳山頂付近に咲くチシマキキョウ(H28.8.20)

# 精神衛生診断書： 窃盗事件―統合失調症

平成27年9月11日

医師 白井 隆光

受診者氏名 ○中 ○男 男性

生年月日 昭和○○年○月○日生（満30歳）

受診者は、平成27年○月○日午後○時○分ころ、○○県○○市○○町○番地所在の株式会社○○の○○支店において、同店長○本○夫管理にかかる缶ビール○本ほか○点（販売価格合計○○○○円）を窃取したものであり、私は、○○地方検察庁○○支部の求めにより平成27年○月○○日午前○時○分から約1時間、○○地方検察庁○○支部庁舎内で受診者を診察した。その結果を以下に報告する。

## 1 現在の状況

- (1) 身体：受診者は中肉中背の男性。着衣のままではあるが外観を視診したところ、○○に色素沈着を多数認めた。受診者に確認したところ、生来のものとのことであった。又、顔色は若干色白ではあったが、身体疾患を窺わせるような目立った異常は認めなかった。受診者に既往症や合併症について問うたところ「特にない」とのことであった。タバコは○0歳の頃から1日約○○本程度嗜み、アルコールは、発泡酒○○○mlを一週間に○回程度の飲酒をするとのことである。又、違法薬物や覚せい剤等の使用歴はないとのことと両上前腕にも注射痕は認めていない。
- (2) 知能：診察時、受診者は若干ぼんやりとした表情はしていたが質問に対し概ね問題なく回答し、意識混濁や見当識障害は認めなかった。又、会話全般を通じて知的水準が低い印象は受けなかった。3桁、4桁の逆唱も澁みなく回答しており、記銘力低下は認めなかった。受診者は○○県立○○高校を卒業後、現役で○○大学○学部合格、卒業して同大学大学院修士課程に進学し2年間在籍の上、中退、その後就職している。これら生活歴を考慮しても平均以上の知能を有していると考ええる。
- (3) 性格：診察時、受診者は質問に対し、礼節を保ち、穏やかに対応された。受診者の性格について問うと、不真面目で余り人付き合いが出来ないと回答された。又、受診者父親の供述調書（平成27年○月○日、○○県○○警察署）の中では、嘘つきでずる賢い男、金にだらしくこれまで何度も私や妻に金を無心に来て多額の金を渡している、(窃盗)事件を起こした時、金を渡さなかったことが原因であるかのように言い訳をすると供述している。又、犯罪経歴照会結果報告書（平成27年○月○日、○○県○○警察署）より平成○○年から今回以外に合計○回の窃盗歴がある。これらの動機について、受診者の供述調書（平成27年○月○日及び同月○日、○○県○○警察署）の中で、金銭的な理由や欲しかったものを盗る等の理由を供述しており、窃盗行為そのものに満足感を得ているとの供述内容はない。これらより、受診者は衝動的で熟考することなく行動する未熟な性格傾向を有していると思われるが、パーソナリティー障害や病的窃盗の診断基準を満た



す程の特徴的な要素や重症度は認めない。但し、感情鈍麻等、統合失調症に付随する性格変化の有無については情報が不足し詳細不明である。

- (4) 精神障害の有無：診察時、受診者は若干活気なかったが、質問に対し概ね的確に、はっきりとした口調で礼節保ち落ち着いて対応された。診察全般を通じて、著明な抑うつや意欲低下を認めず、幻覚妄想に左右された奇妙な言動も一切認めず、統合失調症患者に特異的な印象であるプレコックス感 (Praecox Gefühl) は認められなかった。しかし、診察医が幻聴について確認すると、受診者は、「先生の声の裏で『あほ』とかの声が同時に聞こえてくることがある」と訴えた。診察時、受診者が語ったところによれば、平成〇〇年頃から会社の皆が僕のプライベートを知って噂話をしていると感じるようになり、その後、人が話しているときに裏にも声がある感覚に陥ったとのことである。更に幻聴から、ああしろ、こうしろ、何分の電車に乗れとかの指示が出されるようになって、それらに従わざるを得なくなり、以前に付き合っていた彼女の家へ頻回に行くという行為に及んでしまったとのことである。その頃、精神科に通院したが服薬遵守できず、幻聴が消失することはなかったという。平成〇〇年、〇年ほど〇〇病院精神科に入院している際は、幻聴は消失していたが、同年〇月退院後、独居にて〇〇医院に通院を開始した時には、「死ね」「お金がないなら万引きしたらいい」「母親を殺したのはお前だ」との幻聴が出現していたとのことである。又、〇〇医院主治医から検察庁への捜査関係事項回答書（平成27年〇月〇日）によると、持効性抗精神病薬の施注により、幻聴の程度は軽減されたものの、本人を責める幻聴は存在することである。以上より、平成〇〇年頃から明らかな被害妄想と受診者に命令する幻聴が一か月以上存在していたのは間違いなく、ICD-10では妄想型統合失調症 (F20.0) と診断される。

又、通院中の〇〇医院から〇〇県〇〇警察署への捜査関係事項回答書（平成27年〇月〇日）によれば、上記疾患以外にも注意欠陥多動性障害の診断があったが、少なくとも診察時の状況からは同障害を強く支持する所見は認めなかった。更に、受診者は上記診断以外に精神科医より過去に発達障害と言われたことがあると述べた。これについては受診者の成育歴等情報が不足しており判断できないが、仮に同障害と診断されるにしても、本件犯罪発生の機序との関係は考え難い。

診察中、受診者は希死念慮を訴えた。理由を聞くと「留置されてから刑務所に行かないといけないと思ったら生きていくのが辛い」と述べた後「デイケア行ってもなかなか就職の許可が出ず、死にたいと思ったことが有ります、『死ね、死ね』と聞こえてきます」と発言を続けた。〇〇警察署留置管理課の報告書（平成27年〇月〇日）の中でも自殺を試みたとの報告がある。これらについて、幻聴の理由を後から付け加えた経緯や診察した時点の状態から、幻覚妄想状態というより、むしろ留置されたことにより将来を悲観し一過的反応性の抑うつ状態であったと考えられよう。但し、今後幻聴等の病的体験が出現し自殺を企てる可能性を否定するものではない。

以上の内容及び受診者の供述調書（平成27年〇月〇日及び同月〇日、〇〇県〇〇警察署）や受診者父親の供述調書（平成27年〇月〇日、〇〇県〇〇警察署）、犯罪捜査報告書（平成27年〇月〇日、〇〇県〇〇警察署）、〇〇医院から〇〇県〇〇警察署への捜査関係事項回答書（平成27年〇月〇日）、〇〇医院から検察庁への捜査関係事項回答書（平成27年〇月〇日）から総合的に判断すると、受診者は精神障害を有し、具体的には平成〇〇年から妄想型統合失調症 (F20.0) を発病していることに疑いはない。但し、幻聴については少なくとも診察時点ではなかったか、或いは、仮にあったとしても、その程度は軽微であり、現実と幻聴との区別は判断可能で、それに基づく行

動も相当程度自制可能と判断するのが妥当である。

## 2 犯行時の精神状況

受診者の平成27年〇月〇日の供述調書内容（〇〇県〇〇警察署）、同月〇日の供述調書内容（〇〇県〇〇警察署）、同月〇日の供述調書内容（〇〇区検察庁）と今回の診察時受診者が犯行当時のことを回答した内容とでは各々異なっており一貫性がない。具体的には、平成27年〇月〇日の供述調書（〇〇県〇〇警察署）によると、盗みをしたのは、悪いことと分かっていますし、幻聴が聞こえたり、病気のせいではなく、父親から生活費としてもらっている小遣い残り少なくなり、父親からの追加の小遣いをもらうことが嫌で見つからなければ大丈夫と思い、自分が欲しかった食料品を買うお金が無かったので盗んだのですと供述した。同月〇日の供述調書（〇〇県〇〇警察署）の中でも同様に、出来れば、お金を使わずに食べ物を手に入れたかったので買い物に行こうと思った時には万引きをしようと決めていますと供述し、幻聴についての供述は一切なかった。同月〇日の供述調書（〇〇区検察庁）の中では、万引きするのを応援してもらっているような気持ちになり、弁当をかごに入れてから弁当等の食料品を万引きしようと思ったと供述し、それ以前の警察の調書は誘導されてそのような（今回と異なる内容の）調書になったという主旨の供述をしているが、その時点でも、犯行時、〇〇〇店に入ってから女性に声をかけられる頃まで幻聴や幻覚はありませんでしたと供述している。しかし、今回の診察時、犯行当時のことを質問したところ、「〇〇〇店に行って最初は300～400円の弁当だけ買って帰ろうと思ったが、店に入ったら、万引きを応援しているような気もしたし、幻聴も聞こえてきたので万引きをしようと思った、僕が買い物かごに物を入れると〈いいぞ〉とか聞こえてきたんです」「万引きするのは悪いことと思っているけどそこまで悪いとは思っていなかった、周りが〈いいよ〉って応援しているのであればなかったらやってもいいのかなと思いました」「（万引きをする経過で）記憶がない部分がある、とったことは覚えているが、いつかごに物を入れたかは覚えていない」「万引きしたのはお金の為じゃなくて他の買い物客も応援していたからやった」等と回答した。その際、過去の供述内容と異なることを診察医が指摘すると「よくよく振り返って考えたら、幻聴があった」と述べた。しかし、統合失調症等の内因性精神病の幻聴体験とは「よくよく振り返って考えたらあった」という類のものではないことは受診者も十分理解しているはずである。又、内因性精神病では記憶がなくなることはなく、意識障害は伴わないのが通常である。更に、前述した全ての供述調書の中で、犯行当日、逮捕されるまでの間、奇妙な言動や、被害妄想に支配され、幻覚に左右されて大声を出して抵抗する等の異常行動は認めていない。上記一連の状況から鑑みて、犯行時、幻覚妄想状態であったとの発言は極めて疑わしく、若し幻聴が存在したとしてもその程度は軽微であり、犯行時の精神状態に大きな影響を及ぼしていたとは考え難い。

## 3 精神障害と本件犯罪発生の機序との関係（責任能力）

病歴により受診者が妄想型統合失調症に罹患しているとの判断を疑う理由はない。しかし、犯行当時、幻聴はなかったと一旦否定しているにもかかわらず、後になってよくよく振り返って考えたら幻聴はあったとの発言には一貫性がなく、逮捕されるまでの一連の過程で幻覚妄想に左右された行動を認めない点等から、犯行時に幻聴が存在したとの受診者の陳述は信憑性に欠ける。又、診察時、精神病における免責の知識についてそれとなく質問した時に、「よくわかりません」と明言を避けたが、精神病における免責の知識を有し疾病利得を心得た発言である可能性も否定できない。更に、受診者は統合失調症

の発病以前にも経済的理由による窃盗を繰り返しており、今回の犯行も又、経済的な困窮を背景にしていると思われる。これらより受診者は統合失調症に罹患しているにしても、自己の行動の是非善悪を判断し、その判断に従って行動する能力が著しく減退していたとは考え難く、相当程度の責任能力は有していたと考えられる。若し幻聴が存在していたとしても、その程度は軽微であり、自己の行動の是非善悪を判断し、その判断に従って行動する責任能力は若干減退している程度と判断するのが妥当であろう。

#### 4 今後の処置に対する意見

- (1) 正式鑑定の要・否：身体疾患や脳器質性疾患の可能性を除外するために、採血、検尿、脳画像検査や脳波等が必要であるかもしれない。しかし、精神障害の存在とその影響に関して大きく異なる判断が下されとは思われない。
- (2) 精神障害者等通報の要・否：今後、自傷する可能性について否定はできないものの、少なくとも診察時点では著明な抑うつ気分や幻覚妄想等の精神病症状が存在するとは言い難く、現時点では、精神障害者等通報の必要はないと判断する。但し、統合失調症に罹患していることに疑いはなく、今後とも精神科医の関与は望まれる。
- (3) その他：なし

#### 5 備考

なし

# 追悼 福田哲雄先生のこと

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

福田哲雄先生が、平成28年4月12日に逝去された。満89歳であった。

先生は国際生物学的精神医学会（WFSBP）の創設メンバーであり、大阪医大の満田久敏先生の意を酌みながら、日本生物学的精神医学会（初代理事長は満田久敏）の立ち上げに尽力した。満田先生が急逝された後には第3回日本生物学的精神医学会（昭和56年：京都）の会長を引き受け、WFSBPの第5回大会（平成3年：イタリア・フィレンツェ）では理事長・会長として大会を主導している。昭和44年の金沢学会以降の反精神医学の潮流の中で、日本精神神経学会が生物学的な研究を発表する場でなくなった時代、生物学的精神医学会が果たした役割は大きく、その準備から設立、そして発展に貢献した福田先生の貢献は測り知れないものがある。

福田先生は、平成4年にノルウェー科学人文アカデミー会員に選ばれている。当時、地球物理学を専攻する東大名誉教授に次ぐ日本人としては2人目の会員であり、ノルウェー王室主催の記念祝賀会に奥様同伴で招かれている。福田先生は日本でよりも海外において、その功績が高く評価されていた証であろう。

福田先生は、大正15年に京都市にて出生され、旧制同志社中学校を卒業した後、京都大学附属医学専門部に入学している。時代は、敗戦間際の昭和20年であった。大学は5年制で軍医を速成するための医学校である。しかし、軍国少年でなかったことは確かで、満田先生（当時、京大附属医専の教授であった）からなぜ専門部に進んだかとしばしば訊かれたと言うが、どのように答えたらいいか困ったと言う。当時は軍医になれば戦死する確率が低いと考えて入学したものが多かったようで、当時の若者としては生き延びるための選択の一つだったのであろう。戦後の混乱時には抑うつ状態（自らは実存うつ病だったと言う）となって満田先生に相談（診察？）してもらっていたが、大学を卒業して1年間のインターン生活を終えた後、東京大学の神経生理学教室、京都大学の脳外科や神経生理学教室で時実先生や荒木先生の指導を受け、昭和29年からアメリカ・ジャクソンビルのセント・ヴィンセント病院に留学し、脳外科部門で実地修練を積み、昭和30年からはセントルイスのワシントン大学の精神神経科に移り、昭和32年7月からフィラデルフィアのペンシルバニア大学の自律神経生理薬理学教室で研究を続けている。

福田先生は、若いころから音楽はもとより西田哲学から手相学に至るまで様々な領域に関心があり、その造詣は深かった。駆け出しの頃には、小遣い稼ぎに夜の新宿、あるいは京都の四条河原町で、酔客を相手に手相占いをしていたと言う。またワシントン大学に留学中も看護婦さん相手に手相を見たり、夜にはセントルイスの下町で手相占いをして見料を取り、生活費の足しにしていたと聞く。福田先生はアメリカのスラングにも通じていると言われるが、このような経験からくるのであろう。

アメリカ留学を決意した時、満田先生からは「電気ショック療法が、ある種の精神病に劇的に奏功することは間違いないのだが、なぜ効くのかわからない。そこで、その機序を研究して来い」と言われた



そう、ワシントン大学の精神神経科ではネズミにメチレンブルーを注射したあと電気ショックを行ない、脳組織の変化を見る実験を繰り返していたという。このため、ドクター福田の実験室は「青い部屋」と呼ばれていたとのことである。ネズミが暴れるために、部屋中にメチレンブルーが飛散したためである。この頃、動物実験だけではだめだと、自分に電気を掛けてくれと同僚に頼んだり、自分の皮膚を切り取って染色するなどしたと伝えられるが、この研究の成果は1957年（昭和32年）にシカゴで開催された全米精神神経学会総会で発表された。演題は「電気ショック、実験的ストレス、アトロピンの皮下注射の影響に関する成熟白ネズミでの脳波学的研究」であり、この時に全米精神神経学会最優秀学術研究賞を受賞している。先生は合計4年半の留学のあと帰国したが、その後は大阪医大の満田先生のもとで大学院担当非常勤講師として、また同志社大学文学部にも籍を置いて多くの学生の指導に当たった。そして、帰国後に最初に繙いた精神医学専門書がK. レオンハルトの「内因性精神病的分類」であり、その臨床観察の綿密さ・症例記載の綿密さに感服したと言う。留学当時のアメリカは、いわゆるDSM-Iの時代で、臨床レベルの研究には見るべきものはなく、臨床は早々と諦めて基礎的な研究に軸足を移したとのことである。このような事情もあってか、今度はヨーロッパの精神医学の状況を視察するために昭和43年から2年間、フンボルト財団からの給費によって西ドイツ（当時は東西ドイツに分かれていた）のベルリン自由大学の客員教授として西ベルリンに滞在した。そして、（東ドイツの）東ベルリンにあるフンボルト大学の附属病院シャリテに通い、「内因性精神病的分類」に記載された分裂病の各亜型を、主任教授であったK. レオンハルトの案内でみてまわったとのことである。

私が福田先生にお会いしたのは、昭和48年6月頃に満田先生から大阪医大の医局への出入りを許され、夕方から同志社大学の福田先生の抄読会があるので参加しないかと誘われた時である。アメリカ帰りで、在米中は脳外科に所属しながら精神分析の修練も積み、英・独語に加えフランス語も出来る国際派とのこと、大阪医大の若手のほとんどが参加していた。私も迷うことなく参加させていただいた。そこでは、P. フェーデルンの「自我心理学」を英語で、K. レオンハルトの著作をドイツ語で読んでいた。精神病院で3年間の臨床経験があったとは言え、私は精神分析用語に戸惑いながら、また分裂病性精神病を満田先生よりもさらに細かく分類していくレオンハルトの精神医学に新鮮な魅力を感じながら、辞書を片手に奮闘したものである。

しかし、この頃の先生は大変忙しかった時期であった。大阪医大では、満田先生の指示によって満田精神医学の英訳作業に携わり、その総決算ともいうべく「Clinical Genetics in Psychiatry, Problems in Nosological Classification」を昭和42年に出版した後、教室の松田良一、広田豊氏らとともに、満田先生の仕事の中では手薄であったパラフレニーの領域の研究を続け、K. レオンハルトの「情動負荷パラフレニー」を取り上げ、非定型精神病との関係をペニン（ボン大学）らによる脳波学的研究を用いて研究していた。しかし、このころから激しくなった大学紛争の影響もあって、昭和44年に金沢で開催された日本精神神経学会は大混乱に陥り、学問研究を発表する場が無くなっていた。この状況を嘆いた満田先生は、他大学の生物学的な研究を行なっている先生方と連絡を取り合い、新たな学会の創設を構想していた。そこで、福田先生は満田先生の意を受けて、昭和46年に開催された第5回WPA世界大会（メキシコ・シティー）で、学会に出席したG.A. ユレットやG. ヴィノカー（福田先生のアメリカ時代の先輩・同僚の医師）ら、アメリカ生物学的精神医学会の有力メンバーに生物学的精神医学会の世界連合を新たに立ち上げることを提案した。まず国際学会を作った後に、日本支部として日本生物学的精神医学会を創設しようという戦略であった。翌々年の昭和48年5月に、満田先生による大阪医大精神科開講20周年

を記念した学会（Kyoto Conference of Clinical Biological Psychiatry：KCCBP）が京都で開催されたが、福田先生がその事務局長を務めて海外、とりわけアメリカから多くの演者を招待した。この時に招かれた演者でもあるE. フィッシャーが、翌年の昭和49年にブエノス・アイレスで国際生物学的精神医学会（WFSBP）の第1回大会を開催することになり、この会で世界連合が結成されたのである。このように、福田先生は満田先生の手となり足となって生物学的精神医学会世界連合の創設に奔走して開催にこぎつけ、WFSBPの第1回大会では憲章起草委員を務めている。なお、私が大阪医大の精神科に出入りを許されたのは京都の学会が終わった後である。「大学に来るのは、ともかくも学会が終わってからにしてくれ」と言われたのは、反精神医学を旗印にする若手の精神科医が、生物学的研究を標榜する学会に反発して妨害するのではないかと恐れていたからのようで、会議は厳重な警戒のもとで開催されたとのことである。私もまた、反対する側でないのかと警戒されていたのかも知れない。

その後も、福田先生は昭和50年8月から12月まで、西ドイツ・ボン大学、ハイデルベルク大学、リューベック医大の客員教授として滞独されたが、昭和52年には満田先生とともに藍野学術財団主催の国際学会を京都の平安神宮で開催、昭和53年には第2回WFSBP世界大会（バルセロナ）で副理事長、昭和54年には日本生物学的精神医学会が設立され、設立発起人・世界連合担当理事となっている。昭和56年の第3回WFSBP世界大会（ストックホルム）には事務総長として関わり、昭和60年の第4回WFSBP世界大会（フィラデルフィア）からは理事長となり、各国の支部に招かれて講演のために海外出張が多くなっている。その都度、我々大阪医大関係の若手精神科医が同志社大学や同志社女子大学の講義に代講として駆り出されたものである。

日本生物学的精神医学会は、昭和54年に第1回大会が久留米大学の稲永和豊先生の会長で開催されたが、2回以降は開催場所を日本列島の南から北に向かって順次決めることになっていた。そこで、第2回大会は岡山、第3回大会は京都での開催となったが、学会創立後間もなく満田先生が急逝されたために、昭和56年の第3回日本生物学的精神医学会は、同志社大学の福田先生が会長となり満田先生を追悼する会となった。この会は、海外から多くの演者を招待し、国内の演者も出来る限り講演は英語で行うように要請された。そこで「日本での学会なのに・・・」との批判があちこちで囁かれたと聞かすが、いかにも福田先生らしい運営であったと言える。しかし、たくさんの参加者があって会は成功裏に終わった。私もまた極度の緊張を強いられたものの、初めての学会発表を無事に終えている。

この学会の夕食会で、私はボン大学のフーバー教授（前リューベック医大）に初めて会い、ドイツへの留学を受け入れるとの内諾を得た。大学を卒業して以来、13年にわたる精神病院での臨床に限界を感じていたことから、私は福田先生に受け入れ先を探して貰っていたからである。

福田先生には随分とお世話になっている。「満田先生から林君のことを頼まれたから」と酒の席で何度か話されたが、満田精神医学に興味のある後輩として気に掛けていただいたのであろう。留学の際も「ドイツでホームシックになって発病したら困る」と留学生活の心得などをアドバイスして頂いた。土・日の休みにはドライブが一番！と言われ、ドイツに到着してまもなく、ボンコツのフォルクス・ワーゲンを購入してベルギー・フランスあたりを走り回った。福田先生が学会でヨーロッパに来た時には、なにとはあれ、先生に会いに駆けつけた。福田先生からハンガリーの精神医学会で講演するとの連絡があったときには、留学先の西独・ボンから夜行列車で共産圏のブダペストに入って学会に参加した。WPAの世界大会がウィーンであった時には、ボンからウィーンまでワーゲンを運転して参加した。二人で食事する時には場末の中華料理屋に入ったが、ウィーンでは「トウキョー」という日本レストラン

があったので、ラーメンを注文したところ、「チキンラーメン」が出てきて、安くはない金額を請求されたのを思い出す。先生がアメリカに留学していた頃、無性にうどんが食べたくなって飛行機に乗って食べに行ったことがあるとしばしば聞かされていたが、私はラーメンを食べたくて仕方がなかった。当時は、中華料理屋のメニューで「中国風特製麺スープ」と書いてあるものを注文すれば、ラーメンに似たものは出てくるものの、やはり「スープ」でしかなかった。現在では、ボンにも日本のラーメン屋が店を出しているが、今は昔の話である。

私は福田先生のお世話で昭和59年に帰国して愛知医大に就職したが、その後も、毎年何回かは福田先生から「京都に出てこんか」と電話があり、京都・先斗町でおでんをつまみながら精神医学の現状について話を伺い、愛知医大での研究について相談させていただいた。当時は、CTがようやく一般的となって多施設共同研究なども行われていたが、精神疾患の異種性を念頭においた研究はなかった。そして、精神分裂病には発症時よりすでに脳の萎縮が認められるとの報告がなされていたが、私は分裂病性精神病を定型分裂病と非定型精神病とに類別した時、非定型精神病的脳所見が進行性である可能性を指摘した。ただ、この研究の弱点として臨床的な診断が主観的だとされることが挙げられていたため、これに対して如何に答えるべきかが最大の課題であった。この点について福田先生に話を伺っていたところ「満田門下がこれまで行ってきた非定型精神病の研究はまず臨床的な診断から始めたが、その逆はまだ行われていない」と話され、「なるほど、逆ならば診断の問題はなくなる」と合点がいき、その後はクラスター分析などの多変量解析を取り入れた研究を試みて発表するようにした。福田先生の一言が、私の研究の転機になったこの夜のことはいまだに忘れ難く、先斗町の狭い路地をことのほか気持ちよく酔いながら歩いて帰ったのを思い出す。

私にとって福田先生は、満田先生とともに学問の師であり、私の精神医学研究を先導して頂いた大先輩である。愛知医大に職を得て以来、私が書いた論文のほとんどすべてを福田先生に見ていただき、不備な点を指摘していただいた。そして、先生は国際的に著明な雑誌の査読を長年続けていて常に最新の知識を有していたこともあり、私のどのような質問にも的確に答えていただき、最新の文献を紹介していただいた。

福田先生にとっての満田先生は、やはり学問の師であり人生を先導した大先輩であったのであろう。満田先生は福田先生の才能を高く評価し、「福田君の才能は日本の精神医学界にはなくてはならないものだ」と常々言っていたが、いろいろな事情のために精神科領域でのポストはなかった。そこで、WHOなどジュネーブにある国際機関を勧めていたようであるが、福田先生は日本での生活を希望して断ったようである。しかし、結局は日本にいながら自由な立場で海外を飛び回る形となり、満田先生の思惑通りになったと言えるのかも知れない。福田先生は、満田先生の学問やその人柄に心酔し、その生涯を通して満田精神医学を海外に向けて発信するスピーカー役をこなしていた。

福田先生は、アメリカ留学中やドイツ滞在中に個人的に知り得た精神科医の風貌を偲んで、気骨のある貴公子（G. ラングフェルト）、ダンディで瀟洒なスタイリスト（H. ビュルガー・プリンツ）、洒落のわかる古武士（E. スレイター）、闘志あふれる野人（H. エー）などと簡潔かつ的確に表現しているが、学問的にも大きな影響を受けたK. レオンハルトを追悼して「飾らない勤勉実直な職人（プロ）」と評している。満田先生には「洗練された知性と土の匂いが矛盾なく溶け合った明治人」と評しているが、福田先生を評するとすればどのような言葉になるのであろうか？先生は常々「大陸浪人」を自称していたが、「品格と義理を尊ぶコスモポリタン」と評するべきか。



福田先生とフーバー教授とは、彼がリューベック医大の主任教授であった時からの論敵である。しばしば学会で顔を合わすが、会えば何時間でも議論する仲であると言う。しかし、所詮は満田精神医学（ウェルニッケークライストーレオンハルト学派に近い？）とシュナイダーの精神医学との間の論争となるのであろうが、自分自身のデータをもって議論する方が優位に立つのは明らかであり、臨床現場で集めた膨大なデータを背景に持つフーバー教授が多少優位にあったかに見えるのはやむを得ないであろう。しかし、平成9年にニースで開催された第6回WFSBPで、福田先生が30数年間の個人的に観察しえた症例をまとめて、「非定型精神病と『系統性』分裂病の長期予後」と題する発表を行なった時には、症例数は少ないものの、フーバー教授は「今回はわしの負けだ」と率直に脱帽したとのことである。

そのフーバー教授も、すでに4年前の平成24年4月17日に亡くなった。そして常にフーバー教授に寄り添っていた共同研究者のグロス教授も1年後の平成25年の同日に亡くなっている。今は天国で、尽きない議論を再開しているのかも知れない。

数年前から体調を崩しており、時々電話で声を聞くしかなかったが、福田先生から「満田先生の仏壇に線香をあげに行かないか」と電話があったのは何時のことだったであろう。2人で待ち合わせて満田先生のお宅に伺ったのが、つい先日のことのように思われる。



福田先生とG. フーバー、G. グロス教授。左端は筆者、右端は岩井一正先生。  
筆者が愛知医大在職時、東京にて。

#### 福田哲雄先生略歴

大正15年11月7日京都市にて出生

昭和20年3月：同志社中学校（旧制）卒業

昭和25年3月：京都大学附属医学専門部（5年制）卒業

昭和26年7月：第10回医師国家試験合格

昭和26年4月－昭和27年3月：東京大学医学部神経生理学教室研究員

昭和27年4月－昭和28年3月：京都大学附属病院脳外科医局員

昭和28年4月－昭和29年3月：京都大学医学部神経生理学教室研究員

昭和29年6月－昭和30年6月：アメリカ・ジャクソンビル市、セントヴィンセント病院脳外科部門実地修練

昭和30年7月－昭和32年6月：アメリカ・セントルイス市、ワシントン大学医学部精神神経科医局員



兼研究員

昭和32年7月－昭和33年12月：アメリカ・フィラデルフィア市、ペンシルバニア大学医学部大学院自律神経生理薬理教室研究員

昭和33年2月：医学博士（京都大学）授与

昭和34年1月－昭和37年3月：滋賀県水口病院医員

昭和34年4月－昭和54年12月：大阪医科大学精神神経科講師（大学院担当：非常勤）

昭和39年10月－昭和41年3月：同志社大学文学部講師

昭和41年4月－昭和43年3月：同志社大学文学部助教授

昭和43年4月－平成4年3月：同志社大学文学部教授

昭和43年7月－昭和45年7月：西ドイツ・ベルリン自由大学客員教授

昭和50年8月－昭和50年12月：西ドイツ・ボン大学、ハイデルベルク大学、リュューベック医大客員教授

昭和57年7月－昭和57年9月：西ドイツ・ボン大学客員教授

平成4年3月：同志社大学名誉教授

平成28年4月12日逝去（満89歳）

福田哲雄先生学会活動及び役職歴

昭和48年－平成28年：Journal of Biological Psychiatry (USA) のAdvisory Board Member

昭和49年9月：第1回World Congress of Biological PsychiatryにおけるWorld Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) の憲章起草委員

昭和53年9月：第2回WFSBP世界大会にて副理事長

昭和54年3月：日本生物学的精神医学会設立発起人・事務局長、世界連合担当理事

昭和55年－昭和62年：国連WHO Mental Health部門Expert Advisory Panel

昭和56年7月：第3回WFSBP世界大会にて事務総長

昭和56年10月：第3回日本生物学的精神医学会（京都）会長

昭和59年－平成2年：European Journal of Psychiatry and Neurological ScienceのEditor

昭和60年9月：第4回WFSBP世界大会にて理事長

平成3年6月：第5回WFSBP世界大会（イタリア・フィレンツェ）会長

平成3年6月：WFSBP・名誉理事長

平成4年4月：ノルウェー科学人文アカデミー・会員

平成10年10月：国際ウェルニッケークライスト－レオンハルト学会・名誉会員

福田哲雄先生の主な著書

- 1) ネウロン説か網状説か？ カハール著、福田哲雄訳、長井書店、1960
- 2) 現代人の精神異常：精神病学入門、福田哲雄著、ミネルバ書房、1967
- 3) 大学生の精神衛生：ベルリン国際シンポジウム、Horst-Vilfert, Ziolkow編、福田哲雄監訳、文光堂、1972
- 4) ある精神科医の回想（上・下）、ハンス・ビュルガープリンツ著、福田哲雄監訳、祐学社、1972
- 5) 内因性精神病の分類、Karl Leonhard原著；Helmut Beckmann編；福田哲雄、岩波明、林拓二監訳、

医学書院、2002

- 6) Biological Mechanisms of Schizophrenia and Schizophrenia-Like Psychoses, Mitsuda M. & Fukuda T. (Eds), 医学書院国際出版部、東京- New York, 1974.
- 7) World Issues in the Problems of Schizophrenic Psychoses. Mitsuda M. & Fukuda T. (Eds), Igaku Shoin Co. LTD, New York, 1979
- 8) Biological Psychiatry '91 (2 Volumes), Ragagni, G. & Fukuda T. (Eds), Elsevier, Amsterdam, 1991



北岳山頂のタカネビランジ (H28. 8. 20)  
ビランジ? その語源は不明

# 報告

## 年報第5号の発刊を記念し祝賀会を開く

平成28年2月9日の5時30分からデイケア作業室で、豊郷臨床精神医学研究所年報第5号の発刊を記念して、ささやかな祝賀会が開催されました。とりあえず、5年間を目標にしてきた年報ですが、研究所の所員はもちろんのこと各関係者の協力も得て、第5号を平成27年10月に出版することが出来たために、遅ればせながら年明けに祝いの会を開いたものでした。

祝賀会では、第1号から第5号までの収録記事はもちろん、病棟写真などをスライドに映して思い出すまに話し合いました。あっという間の5年間ではありましたが、掲載された写真を見る限り、やはり5年が過ぎたかと感じる向きもあったかと思います。しかし、次の5年、第10号を目指して研究所の活動を発展させようと、ところを新たにしたりした方も多かったのではないのでしょうか。

この会で、豊郷臨床精神医学研究所年報第1号－第5号掲載優秀論文賞を発表させていただきましたので、ここに報告いたします。

1. 中村祥子氏 西川由希子氏 仮屋隆史氏（豊郷病院看護師）：精神疾患患者を持つ家族の思いの変容－精神科看護師が家族にナラティブ・アプローチを行って－
2. 木津賢太氏（豊郷病院臨床心理士）：心理療法を通じてパチンコに費やす金額が減った事例
3. 岩田夏彦氏（豊郷病院作業療法士）：外出活動を通して考えた連携

表彰式は、平成28年2月25日に豊郷病院9病棟2階ホールで行われた新春学術講演会の開会前に行なわれ、上記の3件、5人に優秀論文賞の賞状と賞品が授与されました。今後も引き続き、それぞれの職場で研究を継続していただきたいと思います。



優秀論文賞表彰式（H28.2.25）

# 研究業績

## 平成 27（2015）年度業績

### 豊郷病院精神科の特色、治療、および実績

精神科の医師スタッフは、常勤医師6名（指定医3名、専門医1名、指導医1名）で、非常勤医師は3名である。精神科病棟は、平成14年竣工の新病棟の5階と6階の2フロアを占め、3-6病棟は入院病棟（閉鎖病棟）であり、保護室4床と観察室2床を備え、3-5病棟は療養病棟（一部開放の閉鎖病棟）で、いずれも男女混合であり、定床はそれぞれ60床であるが50床前後で運用されている。そこで、入院患者数は現在100名前後となっている。精神科外来は3診体制であり、一日平均の外来患者数は65名である。

豊郷病院精神科では、滋賀県湖東地域における中核的病院として多様な患者を診る必要があるため、外来・病棟とも内因性精神病を中心に老人疾患、アルコール、思春期、さらには精神遅滞の患者を受け入れ、措置入院（H26年度：6名）の患者も引き受けている。

精神科における特殊治療として、当科では修正型電気けいれん療法（mECT）を施行しており、難治性の統合失調症の治療剤であるクロザリルの使用も可能となっている。

当科は、医療観察法指定医療機関として通院患者の診療を担当しているほか、大津地方検察庁長浜・彦根支部管内の刑事精神鑑定の多くを引き受けている。

なお、平成27年の年間患者数は外来で2045名、入院で283名である。

内訳をICD-10により分類すると、外来では認知症などのF0が556名、アルコール依存などのF1が19名、統合失調症などのF2が347名、神経症などのF4+F5が415名、人格障害などのF6が2名、精神遅滞や小児思春期疾患などのF7+F8+F9が106名であり、その他が221名であった。入院患者ではF0が20名、F1が4名、F2が144名、F4+F5が10名、F6は0名で、F7+F8+F9が9名であり、その他が21名となっていた。

### 原著論文など

1. 林 拓二：焦らず、慌てず、諦めず。豊郷精神医学研究所年報、第5巻、1-2, 2015
2. 林 拓二：非定型精神病こそが精神病研究の突破口となり得る。豊郷精神医学研究所年報、第5巻、7-24, 2015
3. 白井隆光：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。豊郷精神医学研究所年報、第5巻、25-27, 2015
4. 木津賢太：心理療法を通じてパチンコに費やす金額が減った事例。豊郷精神医学研究所年報、第5巻、28-34, 2015
5. 堀川健志：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。豊郷精神医学研究所年報、第5巻、35-41, 2015
6. 成田 実：知っていますか？認知症のこと。豊郷精神医学研究所年報、第5巻、51-61, 2015
7. 能美峰子、中村祥子、西川由希子：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～。豊郷精神医学研究所年報、第5巻、62-66, 2015



8. 藤野恵子：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－. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、66-73, 2015
9. 仮屋隆史：長期入院の終末期患者を支える医療従事者の役割. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、74-76, 2015
10. 林 拓二：精神衛生診断書：万引き緘黙事件－ヒステリーか潜伏性統合失調症か. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、77-83, 2015
11. 林 拓二：精神衛生診断書：常習万引き幻聴事件－統合失調症および摂食障害. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、84-87, 2015
12. 白井隆光：精神衛生診断書：傷害事件－抑うつ神経症. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、88-90, 2015
13. 林 拓二：精神衛生診断書：公務執行妨害事件－統合失調症. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、91-95, 2015
14. 白井隆光：精神鑑定書：保佐開始の審判－自閉症スペクトラム障害. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、96-99, 2015
15. 林 拓二：精神鑑定書：暴行傷害緘黙事件－統合失調症. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、100-108, 2015
16. 白井隆光：精神鑑定書：後見開始の審判－脳血管性認知症. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、109-112, 2015
17. 林 拓二：精神衛生診断書：万引き幻聴事件－統合失調症. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、113-117, 2015
18. 林 拓二：精神衛生診断書：幼女睡眠剤傷害事件－アルコール依存症. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、118-122, 2015
19. 林 拓二：感情負荷パラフレニー (Leonhard, K) の一例. 豊郷精神医学研究所年報、第5巻、123-134, 2015
20. 林 拓二：非定型精神病研究－これまでにわかったこと、これから明らかにすべきこと－. 仁明会精神医学研究、第13巻、3-20, 2016
21. Takeuchi H, Kawada R, Tsurumi K, Yokoyama N, Takemura A, Murao T, Murai T, Takahashi H. Heterogeneity of Loss Aversion in Pathological Gambling. J Gambl Stud. 2015 [Epub ahead of print]
22. Uwatoko T, Yoshizumi M, Miyata J, Ubukata S, Fujiwara H, Kawada R, Kubota M, Sasamoto A, Sugihara G, Aso T, Urayama S, Fukuyama H, Murai T, Takahashi H.: Insular Gray Matter Volume and Objective Quality of Life in Schizophrenia. PLoS ONE. 10(11): e0142018, 2015
23. Nishina K, Takagishi H, Inoue-Murayama M, Takahashi H, Yamagishi T. Polymorphism of the Oxytocin Receptor Gene Modulates Behavioral and Attitudinal Trust among Men but Not Women. PLoS ONE. 10(10): e0137089, 2015

## 講演

1. 林 拓二：人格障害について－正常からの偏倚－. 精神医学講座、彦根デイサービスセンターきら

- ら、2015.6.23、彦根
2. 成田 実：MCIを考える. 第25回東近江認知症ケアネットワークを考える会、東近江愛東支所、2015.6.25、東近江
  3. 成田 実：食欲低下を伴った認知症の治療. 認知症の問題を考える会、彦根キャッスルホテル、2015.10.1、彦根
  4. 成田 実：認知症は初期の気付きが大切. 甲良町に住んで良かった、甲良町保健福祉センター、2015.10.3、甲良
  5. 小林恭子：子供の自傷行為の理解と支援について. 愛知・犬上医師連絡会、パストラル豊郷、2015.11.9、豊郷
  6. 成田 実：認知症の人との付き合い方－本人も悩んでいます－、豊郷病院公開セミナー、2016.3.26、豊郷

#### 精神鑑定など

1. 林 拓二：酩酊公務執行妨害事件－アルコール依存症. 2015
2. 林 拓二：フーテン男女万引き事件－精神発達遅滞. 2015
3. 林 拓二：常習万引き事件－ピック病の疑い. 2015
4. 白井隆光：窃盗事件－統合失調症. 2015



アケボノソウ(京都府立植物園にて、H28.10.5)

# 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28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  |



黄素馨 (豊郷町高野瀬、H28.5.28)

素馨 (ソケイ) とはジャスミンのこと

## 編集後記

ここに豊郷臨床精神医学研究所年報第6号をお届けいたします。

相模原の重度障害者施設で多数の患者さんが殺された事件のあとも、高齢者が収容された病院や施設での陰鬱な事件が次々と報道されています。これらの事件はまだマスコミ報道から推測するしかないのですが、医療関係者にとっては気が重く、憂鬱で、腹立たしい思いを抑えることが出来ません。そこで、巻頭言では我々の仕事の原点とも言うべき、障害者の「いのち」の問題を取り上げました。ここには、医療現場での「看取りの看護」とも関係する、極めて悩ましい問題が含まれています。議論の参考になればと思います。

今年も各職域の皆さん、とりわけ看護の皆さんから多くの原稿をいただきました。身近なテーマから自らの看護のあり方を考えていく姿勢は、看護師としての成長に大きく役立つものと思われます。

長年取り組んできた長期経過研究はまとめるのに少し時間を要していますが、まもなく成果の発表が出来るかと思います。次号にご期待ください。

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。

(H28.10.20 編集委員 林拓二・堀川健志・小林恭子・森香織)



湖北・横山岳山頂付近のブナ林 (H28.5.7)





## 豊郷病院

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

認知症疾患医療センター

**オアシス**

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



介護老人保健施設  
**パストラルとよさと**

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑212  
TEL 0749 (35) 3002 FAX 0749 (35) 3122

居宅介護支援センター

**MAX マックスとよさと**

〒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  
(レインボウひこね内)

ヘルパーステーション

**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  
**アイルとよさと**

〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八日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 **きくら**



彦根市地域包括支援センター

〒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

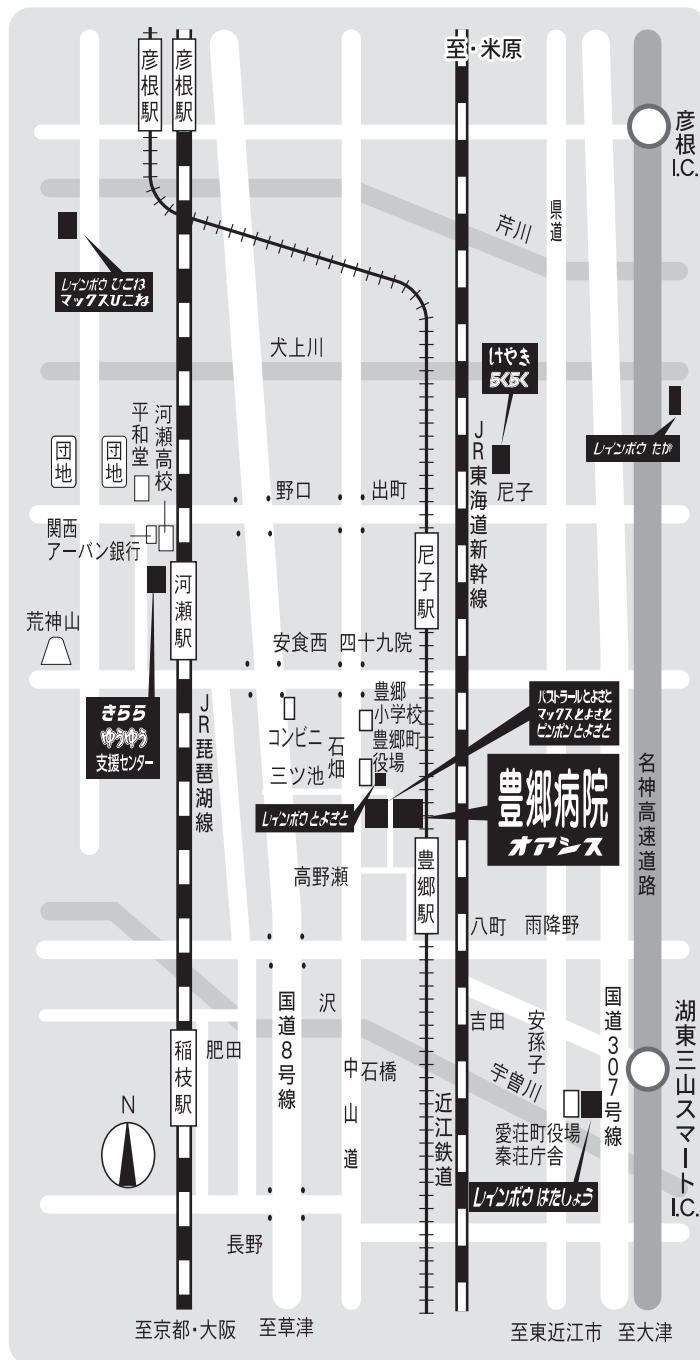


認知症初期集中支援チーム

**オレンジファイブ**

〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑212  
TEL 0749 (35) 3117 FAX 0749 (35) 3122  
(パストラルとよさと内)

## グループ施設



## 交通アクセス

### ■電車利用の場合

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

### ■バス利用の場合

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



2015(平成27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.6

|     |                                                                               |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------|
| 発 行 | 公益財団法人 豊郷病院<br>〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12<br>TEL (0749)35-3001 FAX (0749)35-2159 |
| 編 集 | 公益財団法人豊郷病院附属<br>臨床精神医学研究所 編集委員会                                               |
| 印 刷 | 近江印刷株式会社<br>滋賀県愛知郡愛荘町川原771-1<br>TEL (0749)42-8400(代)                          |