公益財団法人豊郷病院附属

臨床精神医学研究所年報

第７巻

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 7

２０１６年（平成２８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
急性期治療病棟と慢性期病棟（林　拓二）…… 1

御挨拶（友吉唯夫）…… 5

公益財団法人豊郷病院基本理念…… 6
公益財団法人豊郷病院精神科沿革…… 7

原著論文・総説など
1. 非定型精神病研究と単一精神病（林　拓二）…… 8
2. 記憶に残る私の症例－類循環性精神病の症状を示した特発性副甲状腺機能低下症（林　拓二）… 17
3. Huntington 舞踏病を疑われた急性精神病の一例（林　拓二）…… 22
4. 罪業妄想を伴ううつ病患者の入院での心理面接（木津賢太）…… 29
5. クロザピン（クロザリル ®）について（白井隆光）…… 36

講演記録
6. 高次脳機能障害の臨床（生方志浦、村井俊哉）…… 39
7. 認知症と運転について（成田　実）…… 46

看護研究など
8. セルフケア不足により不穏時に脱衣行動がある患者への関わり方を振り返る（久保かずみ）…… 54
9. 幻覚・妄想に左右された言動のある患者の苦痛軽減へ向けた関わり（渡辺悠子）…… 59
10. 箱づくり法を利用した治療者 - 患者の関係作り（佐々木　慎）…… 64
11. 誤薬の減少に向けた取組み－マニュアルの映像化による効果－
（藤野恵子、松崎春花、 中村祥子、能美峰子）…… 67

精神鑑定
12. 事務所荒らし健忘事件－詐病（林　拓二）…… 73

エッセイなど
13. 長男の憂鬱（林　拓二）…… 78

研究業績（平成28 年度）…… 80

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員…… 82

編集後記…… 83

表紙写真：紫陽花（豊郷病院正面玄関．H29. 6. 19）

巻　頭　言

急性期治療病棟と慢性期病棟

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所
林　拓二

精神医療の現在

私はこれまで、「精神医療の現在と今後を考える」などと題する講演を行ない、本研究所年報にも第1号（H23年）と第2号（H24年）にその内容を掲載したが、その骨子は、1）日本では古来、欧米の如き精神障害者への組織的迫害は無かった、2）明治期に、私宅監置の劣悪な状況が告発され、欧米における近代的な精神病院の設立が提唱された、3）私宅監置が禁止された後、日本では私立精神病院を中心に精神病床が著しく増加し、欧米先進国をしのぐようになった。一方、欧米では反精神医学運動によって精神病院での人権侵害などが批判され、日本でも精神病院の劣悪な環境と不祥事が多発したことから、精神病院の廃止や精神医療の改革が訴えられるようになった、4）いずれの国も経済的側面から精神病床の削減を図るようになり、福祉予算の負担に耐えられなくなった国ほど、急激に精神病院の解体・廃止という政策が推し進められた、5）しかし、精神障害はいつの時代にも存在し、症状が激しい急性期の患者や精神症状の改善が乏しい慢性の患者のための精神病床をなくすことは出来ない。しかし、社会的入院とされる患者の多くは福祉施設の充実によって退院可能と考えられ、今後は、慢性患者の受け皿作りが必要となるであろう、というものであった。

ここで私が強調したのは、急性期患者の治療とともに慢性期でも重篤な病状を呈する患者の治療やケアにおいて精神医療は重要な役割を担っており、福祉予算の軽減と言う経済的な側面からのみで精神病床を急激に削減するべきではないというものであった。

政府の精神医療政策

政府が平成16年に決定した精神保健福祉施策の改革ビジョンである「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神医療の基本理念は、大筋では受け入れるべきものと思われる。それは、日本が先進国の中で突出して高い精神病床を有しており、強制入院などの人権をめぐっての批判がなされてきたという経緯もあるが、慢性期患者の自立を促すことは精神科医療の重要な目標でもあるからである。しかし、その底流としてはやはり経済的な側面があり、少子高齢化が急速に進み社会保障費が膨張し続けているために年金と医療費の削減が懸命に進められているからであろう。諸外国と比べて経済的には比較的余裕があると思われていた日本ではあるが、福祉に回せる予算が乏しくなっていることは認めざるを得ない。そこで、厚生労働省は精神科医療の整備を行ない、精神科救急や急性期治療の充実、社会復帰に向けたリハビリ中心の病床や重度の慢性患者の療養を担当する病床などの機能分化を図っている。そして、精神科救急など必要不可欠な領域には医療費を重点的にアップさせるとともに、かねてから指摘されている社会的入院

などの慢性療養病床の削減を図り、全体として医療費を抑制しようと企図しているようである。

政府はすでに平成８年から、精神科救急体制の整備事業として精神科急性期治療病棟を新設し、その診療報酬を平均的な精神科入院医療費の約２倍に設定した。そこでは、施設基準として精神保健指定医が病棟専従で１名以上、病院全体で２名以上いること、この病棟には看護師が入院患者13人に１人以上常時配属されていること、専従の精神保健福祉士ないし心理技術者が１人以上配属されていることなどが規定されている。さらに、入院患者の４割以上が新規入院患者（３ヶ月以内に精神科入院歴がない患者）であること、４割以上が３ヶ月以内に自宅退院することなどの条件が設けられ、スムーズな入院と治療による早期の退院を義務付けている。その後、平成14年には、施設基準や医療費給付の面で精神科急性期治療病棟をしのぐ精神科救急入院料病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」）が設定され、精神科救急は一般科と同等な報酬を得られるようになっている。

そもそも、精神科医療は一般科と較べて診療報酬が低く抑えられていた。それは精神科医療が慢性病者のケアを中心としたものであると考えられ、精神科救急や急性期治療が正当に評価されていなかったからである。その点で、精神科の急性期治療に対して高い報酬で応えられるようになったことは当然なことであろう。

このように、急性期治療病棟として認定されると経済的なメリットが大きいのであるが、入院患者の４割以上が新規入院患者であることなどの施設基準をクリアするのは思いのほか難しく、新規患者が少ないと病棟の入院患者を減らさざるを得なくなる。そこでは止むを得ず病床を削減しなければならない事態にもなり、かなり巧妙に仕組まれた病床削減策と言えるかもしれない。

平成16年の精神保健医療福祉の改革ビジョンによれば、入院医療体制の機能分化とともに、地域ケア体制の整備をすすめ、10年間で「受け入れ体制が整えば退院可能な」７万２千人の社会復帰を目指すとされたが、平成26年までに減少した病床は約1万８千床にしかならなかった。これは病院収入の減少を危惧した医療側の協力が得られなかったためと憶測されているが、実際、退院促進事業として取り組んだ対象がいわゆる社会的入院の患者ではなく、慢性かつ重症な患者が選定されていたきらいがなくもない。その後も「長期入院精神障害者の地域移行に向けた」具体的方策が検討されてきたが、最近では、長期に入院する精神病患者を平成32年度末までに最大３万９千人減らす目標が設定されたとの報道がなされている。そこでは、「入院医療の必要性が低い」患者が利用する慢性病床において、質の高い多職種のチーム医療によって退院の支援に取り組み、ホームヘルプ、ショートステイなど支援策の拡充、雇用の場の確保などを進めるとしている。そして、将来的に不必要となった建物や設備、医療法人などが保有する敷地などの病院資源は、地域に移行した患者が退院後の生活を維持・継続するために活用することも可能にすることも考慮されているようである。これは、一部の慢性病棟を病院から切り離して福祉施設として利用することを意味し、従来から「看板の掛け替え」に過ぎないとして反対が多かったものである。しかし、精神科医療の現場では、慢性開放病棟のかなりの部分が病院内の「施設」として運用されているのが現実であり、この問題の処理は、精神科病院の構造改革を一挙に迫るものとなるに違いない。

しかしながら、「入院医療の必要性が高い」慢性期の重症患者も存在する。これらの患者に対しては、リハビリなどを中心とした専門的な治療とともに、急性期医療とは質の異なる治療の工夫が必要になることは確かであろう。

豊郷病院の精神科病棟

慢性精神病患者の多くが、病院から自宅あるいは施設に退院するとすれば、これまで主として慢性患者の療養を担ってきた精神科病院は、今後の生き残りをかけた改革を考えざるを得なくなる。「入院医療中心から地域生活中心へ」、そして「地域包括ケアシステムの構築」などのスローガンが、経済的な面だけではなく患者の自立支援として受け入れねばならぬことである限り、今後の精神医療は外来での再発予防と急性期入院医療（急性期治療病棟あるいはスーパー救急病棟）が中心となるのは間違いない。このために、病院経営的にも診療報酬上の優遇処置がとられていることから、病床削減の可能性も想定しながら、多くの精神科病院は厳しい施設基準をクリアして急性期治療に重心を移そうと努力しているのであろう。

我々が勤務する豊郷病院は、精神科病棟のある総合病院であるが、定床が120床で急性期患者を主とする入院病棟と慢性期患者を主とする療養病棟の２病棟があり、現在はそれぞれ50床前後、計100床で運営している。しかし、精神科の診療報酬が安く抑えられている構造的な要因のために、他の身体科と較べて精神科の経営効率は悪く、精神科の売り上げについて病院事務からは何かと愚痴られるのが常であった。それでも、精神科は設備投資が少ないために減価償却費も少なく、実際上は大きな赤字が出ることはないと思われるが、減価償却費を各科均等に割って算出されると、精神科はかなりの赤字を計上することになる。大学病院などでも同じであるが、他の身体科とはなにかと比較されなければならない総合病院の精神科としては、一般科と同等な診療報酬が期待される精神科救急入院料病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」）は魅力的であり、精神科救急の重要性を考えても、精神科救急体制への積極的な参加は避けられない。とはいえ、地方の田園地帯にある病院としては、経済的側面だけで物事を割り切ることは出来ず、地域住民の要望もまた受け入れざるを得ない。そして、経済効率の悪い重度の精神遅滞者や易怒性や問題行動が続く患者のケアをも引き受けざるを得ず、長期の隔離で個室を占有されて精神科救急に対応できなかったことも少なくない。そのため、ながらく豊郷病院の入院病棟における新規患者の割合は20%～30%で推移し、急性期治療病棟の施設基準である40%をクリアすることができなかった。しかし、最近、豊郷病院でも急性期治療病棟への転換を考えて病棟の運営にあたった結果、現在は40%～45%のレベルとなり、やっと急性期病棟への申請が可能な状態となっている。

現在、療養病棟に入院している患者は社会的入院と考えられる者も少なくない。これらの患者は積極的な退院活動によって施設に移行することも可能であるが、長期入院を続けて老年を迎えた精神病患者は、精神症状に加えて認知症症状も併せ持つことから、施設での介護も困難と考えられ、退院後の地域での生活については相当の支援が必要であると言わざるを得ない。また新規入院患者の中には、精神症状が持続して寛解を見通すことが出来ない患者も少なくない。このような患者は、精神科の一般的な医療とともにかなり長期のスパンでのリハビリが必要であり、医療経済的な面を理由にして退院を迫ることはできないであろう。最近でも、おそらく30数年前の発病で無治療のまま家庭で過ごし、身体的な不安から入院に至った破瓜病の患者がいるが、急性期治療と考える３ヶ月の期間で治療が収束することは考えられず、半年から数年の単位での治療を考えるしかない。無為・自閉・好褥が主たる症状である破瓜病の患者は、農村地域ではなお無治療で存在し続けているようで、身体的な問題などが起こらない限りは家族が抱えて生活しているように思われる。しかし、家族によるケアには限界があり、患者にとっても専門家による治療を含めた対応が望ましい。最近、我々の病院には近隣の精神科病院あるいは総合病院の内科病棟から合併症を抱えた老年期の精神病患者が紹介されてくるが、単科の精神科病院ではもちろん総合病院の内科病棟での治療が困難であることが多く、我々のような総合病院の精神科病棟の必要性が高まっている。これら

の患者の治療が数カ月で終了するとは思われないため、豊郷病院精神科の慢性病棟は、社会的入院とされる患者が退院した後の病床を、このような患者が埋めていくと考えられる。

これからは、政府の政策もあり精神科病棟の空床率は徐々に増えていくと思われるが、急性期の精神医療はもちろんのこと、慢性期の精神科治療においてもなお精神科病棟が重要な役割を担っているのは確かである。今後、総合病院の精神科では、リハビリを中心とした慢性の精神病患者の治療を行なうとともに、合併症を抱えた老人性疾患の治療が要請されていくであろう。若い精神科医は問題なく時代に適応していくことができるであろうが、われわれ老年期を迎えた精神科医にとって、身体疾患を診ないでよい幸福な時代が間もなく終わるのではなかろうかと危惧（？）されるこのごろである。

参考文献

1．林　拓二：精神医療と精神医学の現在．豊郷臨床精神医学研究所年報、第1巻、10-24、豊郷、2011

2．林　拓二：精神医療の現在と今後を考える．豊郷臨床精神医学研究所年報、第2巻、11-25、豊郷、2012

3．厚生労働白書：平成28年版．厚生労働省、東京、2017

仙人草（京都府立植物園にて、H29.9.10）

年報発刊によせて

年報発刊のごあいさつ

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

友吉　唯夫

ことし（2017）も公益財団法人豊郷病院が2016（平成28）年度版の年報を出すことができることを、職員一同とともによろこびたいと思います。医療施設にとってはきびしい時代環境のなかで、90余年まえの創業の精神を守りながら１年存続の歴史を重ねることができた、このことは単純に肯定したいものです。

しかも、この１年は病院にとって重大な事業２件を乗り切ることができたのです。これも職員全体の、協力を惜しまない姿勢と愛院精神のたまものと感謝しているところです。

その事業のひとつは（公財）日本医療機能評価機構の３回目の認定を受けたことです。一般病棟、回復期リハビリ病棟、精神科病棟の各部門別に高い評価をもらいました。

他のひとつは、2017年４月末から５月にかけての電子診療録（いわゆる電子カルテ）の導入です。従来の診療システムからの転換には多大の努力が必要でした。

今後は認定されたレベルを維持すること、導入したシステムを、改善を加えつつ活用することによって、医療の向上につながるようにしたいとねがっております。

そのほか病院全体として取り組んできたTQM活動の発表会、人権学習など、前年度につづいて地域との交流をかねて活発におこなわれました。

本年も公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所（所長 林　拓二 京都大学名誉教授）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。

2017（平成29）11.08

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

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

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

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

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

公益財団法人　豊郷病院

公益財団法人豊郷病院精神科沿革

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

なからぎの池に遊ぶ真鴨（京都府立植物園にて、H29.2.8）

非定型精神病研究と単一精神病

(Atypical psychoses research and unitary psychosis)

豊郷臨床精神医学研究所

林　拓二

はじめに

「かってホッヘ（Hoche AE, 1864-1943）は、精神病の分野で疾患単位を求めるのは、あたかも幻を追うようなものだと辛辣な批判をのべたことがあるが、このことは今日においてもある程度妥当するものと言わざるを得ない」とは、今から60年ほど前に臨床遺伝学的研究から非定型精神病の概念を確立させた満田が述べた言葉[1)]である。近代の精神医学において生物学的研究の目指したものは、言うまでもなく疾患単位の確立であろうが、DSM -IIIの登場（1980）からはや40年を経ようとする今日の情況は、統合失調症と躁うつ病（感情障害）との間の境界が曖昧となり、遺伝子研究からも両者を類別する結果が得られず、精神疾患の分類学は細分化よりも統一への方向、すなわち単一精神病の再評価へと向かっているように思われる。

しかしながら、疾患単位を模索する研究者もなお数多く存在する。われわれもまた統合失調症と感情障害との間に第３の疾患群を構想してそれぞれの相違を検討している[2)]が、本稿では、これまでの疾患単位をめぐる研究を簡単に振り返ったあと、我々が行ってきた内因性精神病の経過研究を紹介し、非定型精神病と単一精神病概念との関連について考えてみたいと思う。

1．精神病の分類について

周知の如く、近代的な精神医学が始まる以前は、それぞれの症状に対して一つの病名が対応していた。精神医学はこのような病名が乱立する時代を経て、精神病を医学の対象とし、自然科学的研究方法によって病因を探究しようとする本格的な研究がはじまったのである。その潮流の中心に居たのが言うまでもなくグリージンガー（Griesinger W, 1817-1868）であった。彼は、当時の多くの研究者が抱いていた考えを「精神病は脳病である」との理念で表現し、精神病は脳疾患の特有のグループであり、一連の精神症状は脳障害の結果であると考え、精神病の身体的な基礎付けに努力した。そして、同一の患者に様々な病像がみられることがあり得ることから、これらが全体としてただ一つの精神病の異なる現象形態であって、複数の疾病が存在するのではないと考えた。すなわち、同じ一つの病気の経過の途中で、異なる症状が出現するのであり、その病的過程の強さ、その侵される部位の機能が異なるに従い、最も軽い症状であるメランコリーから、妄想や興奮を伴うマニーへ、さらには錯乱へと漸次に移行し、なお疾患が軽快しない時には痴呆に陥るとした。後年になって「単一性精神病」と称されるこのような考えは、その病因を追究する手段とされた脳の病理解剖学とともに18世紀を通じた精神病研究の中心であった。しかし、精神医学はその後も病因研究の面ではかばかしい成果が得られないまま、この「単一精神病」概念はその対極にある疾患単位説（同一の病因、症状、経過、転帰を示す疾患群に分類し得るとする）とともに、今日に至るまで繰り返し登場し、議論されているのである[3)]。

カールバウム（Kahlbaum K, 1828-1899）は、グリージンガーの単一精神病論を厳しく批判しなが

ら緊張病や類破瓜病の呼称する病型を提唱した。彼は臨床家として様々な精神障害を主として経過と転帰の面から比較検討し、精神病をVesania、Vecordia、Dysphreniaの３群に分類している[4)]。Vesaniaは今日の内因性精神病概念の中心と考えられるものであり、グリージンガーの単一精神病にほぼ相当するものである。Vecordiaは人格の一部が主として侵され、感情面の障害（Dysthymia）、知能面の障害（Paranoia）、そして意志面の障害（Diastrephia）が区別され、持続性の機能偏倚が特徴的であるとされている。現代的に言うならば「人格障害」と考えてもよいのかもしれない。Dysphrenia は身体疾患の際に見られる精神障害を一括したものであり、いわゆる「身体に基盤のある精神病」と考えられる。このカールバウムの分類体系は、現在多くの精神科医によって支持されている精神医学の３分体系（Schneider K, 1887-1967）を想起させるものである。彼はこのVesaniaの中から、緊張病や破瓜病などの特徴的な病型を取り出したのである。彼による緊張病は、循環性に変遷する経過を辿り、その精神的な症状として、メランコリー、マニー、昏迷、錯乱が順次出現し、治癒がなければ最終的には精神荒廃に至ることがあるとするもので、麻痺性痴呆（進行麻痺）が示す麻痺性症状に対し、筋肉の緊張症状が特徴的であるとした。そして、病因はなお不明であるものの、なんらかの身体的な原因を有する精神病であろうと考えている。言うまでもないが、当時一般的に用いられていたメランコリーやマニーの概念は現代における抑うつ状態や躁状態とは異なり、感情面の障害だけではなく、思考や意欲面にも影響が及ぶものであり、概念的にはるかに広義のものである。彼の弟子であるヘッカー（Hecker E, 1843-1909）もまた、思春期の発症を特徴として一連の精神状態の変遷を示しながら独特の荒廃過程を示す病型を破瓜病[5)]として取り出している。これらの概念が、後日、クレペリン（Kraepelin, E, 1856-1926）による疾患単位の模索へとつながったのである。

カールバウムは、彼が記載する緊張病の予後は悪くない場合が多いと言う。それは、急性に発病し多彩な幻覚妄想状態を呈しながら、比較的速やかに完全寛解に至り、著しい欠陥を残さないとされる非定型精神病[1)]を想起させる。しかし、彼の緊張病では、臨床症状や経過が一定の偏倚を示す可能性を残しており、重篤な荒廃状態に陥る症例も存在する。満田もまた非定型精神病がシュープを繰り返しながら特異な欠陥状態に陥る場合もあるとしていることから、カールバウムの緊張病は満田の非定型精神病におおむね類似し、症状や経過の一致するところも少なくない。ただ、彼の緊張病には遺伝負因が少ないと記載されているが、病因論的視点を重視したわれわれのデータによれば、非定型精神病にかなり多くの家族負因が認められる点で若干の相違が認められる。なお、ヘッカーの破瓜病は、満田の言う定型分裂病の中心的な病型と考えてよいであろう。

2. 疾患単位の模索―早発性痴呆と躁うつ病―

クレペリン[2, 6-7)]は、当時の身体疾患の研究の趨勢に従って病因、症状、経過、転帰、そして病理解剖が一致する疾患単位の確立に努力したが、彼の構想にはカールバウムが多大な影響を与えているように思われる。彼の疾患単位による分類の試みは、彼が著わした教科書の初版（1883）から死後１年目に出版された第９版（1927）までに繰り返された改訂の中に、その努力の跡を見ることができる。教科書の初版では、周期的にマニーやメランコリーが繰り返される周期性精神病のほかに、抑うつ状態、もうろう状態、興奮状態などの状態像が記載されていて当時の一般的な記述に過ぎなかったが、第３版で初めて緊張病が妄想狂（Wahnsinn）の下位群として登場し、カールバウムとヘッカーがそれぞれ記載した緊張病や破瓜病の概念が全面的に取り上げられたのは第４版（1893）からである。そこでは妄

想性痴呆とあわせた３類型が「精神的変質過程（Psychische Entartungsprozesse）」の表題のもとに統合され、新たな疾患単位として構想されるようになっている。そして、第５版（1896）では３類型の表題が「荒廃過程（Verblödungsprozesse）」と変更され、早発進行性で遅かれ早かれ生じる痴呆化と情意鈍麻が共通に認められるとして、内分泌異常あるいは代謝性の病因に基づく一つの疾患であろうと仮定された。第６版（1899）になり、これまで下位群の名称であった早発性痴呆が疾患単位全体の名称となり、下位群の病型としてヘッカーの破瓜病が前面に出てくる。この第６版で注目すべき変化は、早発性痴呆とともに躁うつ病が登場したことであり、ここに内因性精神病を２分する２大疾患単位が成立したのである。

しかし、早発性痴呆にしろ、躁うつ病にしろ、多くの病型を統合しながら共通の病因を仮定して創りだされたたために、なお雑然とした混合物に過ぎないとの印象を拭うことはできず、疾患単位の確立を目指したクレペリンの試みが成功したとは言い難い。1909年から1913年にかけて発表された第８版では、早発性痴呆が著しく細分化されて登場し、以下のごとく実に11の類型に分類されることとなった。すなわち、１）単純性痴呆、２）児戯性荒廃・破瓜病、３）単純抑うつ性、または昏迷性荒廃、４）妄想形成を伴った抑うつ性荒廃、５）循環型早発性痴呆、６）激越型早発性痴呆、７）周期型早発性痴呆、８）緊張病、９）重い妄想性痴呆、10）穏やかな妄想性痴呆、11）言語錯乱・分裂言語症の11類型である。クレペリンは、ここで疾患単位の存立についてはますます強い確信を抱くようになったと述べ、基本障害と考える意志力の障害がこれらの類型に共通して出現すると主張している。しかし、なお不明な病因や病理解剖はともかくとして、あまりにも異なる精神症状、経過、転帰を示す病型を強引に一つの疾患概念にまとめあげようとしたきらいが無くもない。そもそも、カールバウムとヘッカーは、緊張病と破瓜病とがそれぞれの異なる病型であると主張し、破瓜病は著しい荒廃状態に陥る者が多いものの、緊張病の予後は良いものが多いと記載されていた。しかし、クレペリンは緊張病（８）として、カールバウムの記載とは異なる重篤な症例を集めている。そこで、緊張病（８）と破瓜病（２）とは予後において類似する類型となったものの、他の緊張型の類型である循環型（５）、激越型（６）、周期型（７）の３病型は予後の良いものが多くなり、緊張病群の類型間の差異が拡大することとなっている。破瓜病群の類型（1-4）においても、破瓜病（２）と他の３類型とはかなり異なった症状、経過と転帰を示すものであり、早発性痴呆を一つの疾患単位として考えるにはかなり無理があると思わざるを得ない。このことは、クレペリンの早発性痴呆の概念が、グリージンガーの単一精神病概念の影響を受けたカールバウムやヘッカーの緊張病や破瓜病の概念をほぼ全面的に取り入れたために、周期性あるいは循環性の経過を示す症例と慢性で進行性の経過を示す症例とを共存させたことに起因するのではないかと思われる。すなわち、われわれの立場から言えば、いわゆる非定型精神病と考えられる症例が早発性痴呆の概念の中でトゲとなり、疾患単位としての統一性を内部から脅かしているように思われる。

内因性精神病のもう一方の極である躁うつ病もまた、次第にその範囲を拡大させたことによって、混乱はさらに深まっている。そもそも、躁うつ病は、それまでメランコリーやマニー、それに周期性精神病として分類されていたものを、第６版で躁うつ病としてまとめられたものであるが、第８版になって、退行期精神病（苦悶性気分変調を中心に幻覚や妄想、それに緊張病症状をも示す）が予後良好との理由から躁うつ病に編入されている。そこで、躁うつ病は周期性精神病や循環性精神病の全領域をカバーするほか、単純躁病やメランコリーの大部分を吸収するとともに、アメンチア（錯乱状態）のかなりの部分を包含することとなった。すなわち、早発性痴呆と躁うつ病とを区別する重要な要素が予後の相違で

あるとされたのである。

このことによって、早発性痴呆と躁うつ病との区別に大きな混乱が生じることとなる。クレペリンも述べるように、躁うつ病にも重度の幻覚妄想状態が見られることから横断面で両疾患を区別することが難しい。縦断面においても早発性痴呆に循環性の経過を示す症例が存在し、必ずしも常に荒廃状態に陥るとは限らず、躁うつ病もまた長期の経過を見れば特別な色彩の荒廃状態に陥ることもあり得る。このことから、クレペリン自身も両疾患を明確に類別することの困難さを認めざるを得なかったのである。

われわれはクレペリンの躁うつ病の幻覚妄想状態を呈する病型は純粋の感情障害とは分離すべきであると考え、これらと早発性痴呆に含まれる循環性病型とを併せて非定型精神病とし、早発性痴呆とも躁うつ病とも異なる第３の精神病群と見做している。クレペリンは躁うつ病の遺伝負因が早発性痴呆と比べて多く認められることを指摘しているが、われわれの調査でも躁うつ病や非定型精神病に多くの遺伝負因が認められている。しかし、非定型精神病は、純粋な躁うつ病と較べて家族内に現れる精神病の表現の幅がはるかに広く、多彩な精神病像を示す病型が多く認められ、非定型精神病と純粋な躁うつ病との間の差異は明らかである。

このように、内因性精神病を早発性痴呆と躁うつ病とに２分したクレペリンの分類体系は第８版において一応の完成を迎えたかに見えたものの、新たな問題をも出現させることとなり、クレペリンの疾患単位に対して疑問を抱く学者が続出したのである。とりわけ強力な批判を展開したのが本稿の冒頭に紹介したホッヘであり、「見込みのない疾患単位の幻を追うよりも、症候群をもってこれに代えよ」と主張する。しかし、クレペリンは両疾患を厳密に区別することのできない症例が多いことを率直に認めるにしても、躁うつ病と早発性痴呆とは病的過程が根本的に異なるのは明らかであると断言するのである。

アメリカ精神医学会が1980年に発表したDSM-IIIは、改訂を繰り返しながらもほぼ全世界的に受け入れられ、教育現場にも浸透しているが、基本的にクレペリンの２分法を遵守している。そのことにより、早発性痴呆かそれとも躁うつ病かというクレペリンの２分体系は、DSM世代と称される精神科医にも大きな影響を及ぼしてきたが、クレペリンを批判しながら、なお疾患単位を追究しようとした研究者も少なくない。

３．第３の精神病の存在

クレペリンが内因性精神病を早発性痴呆と躁うつ病とに２分したのに対し、第３の独立した精神病として非定型内因性精神病の概念を主張したのがクライスト（Kleist K. 1879-1960）であり、彼は終生、クレペリンの学説を受け入れることはなかった。レオンハルト（Leonhard K. 1904-1988）はクライストの弟子であるが内因性精神病の分類をさらに発展させ、遺伝、発症の急緩、症状内容、経過類型、予後像などを盛り込んだ独自の分類体系を作っている[8)]。彼は内因性精神病を大きく1. 精神分裂病（統合失調症）、2. 類循環性精神病、3. 病相性精神病の３つに分類している。精神分裂病はさらに系統性分裂病と非系統性分裂病とに分類され、前者は慢性難治性で重症欠陥状態となるもので、破瓜型、緊張型、妄想型とに分類する。後者の非系統性分裂病は急性発症でシュープを繰り返しながら欠陥状態に陥るものであり、この病型は、両極性の病像を示して病相が反復するものの完全に治癒するとされる類循環性精神病の「悪性の親戚」と表現されている。この２型は、クレペリンの早発性痴呆と躁うつ病の中間に位置していると考えられるが、遺伝的には独立した疾患であるとして、さらに多くの疾患への分類が可能であるとされる。この非系統性分裂病と類循環性精神病は、カールバウムのVesaniaから緊張病

へと続く疾患単位の模索の延長上にあるものであり、我々の非定型精神病の概念につながるものであろう。なお、最後の病相性精神病はいわゆる感情病圏の疾患であり、双極性（躁うつ病）と単極性とに分けられるが、これもまたさらに細分されている。このような分類によって、レオンハルトはこれまで内因性精神病の病因研究に成果が少なかったのは、内因性精神病をただ２つの病型にしか分けなかったクレペリンの分類に起因すると主張し、複数の疾患をひとまとめにした時に単一の病因を見出せないのは当然であると言う。そして、クレペリンの２分法が精神医学研究に有害な影響を与えてきたと断罪している。

満田もまたレオンハルトと同じくクライストの影響を受け、クレペリンによる２分法に異議を唱えて第３の疾患群（精神病群）を提唱した研究者である。彼は、徹底した臨床遺伝学的調査から精神分裂病の遺伝的な異種性を確認し、遺伝的に異なる中核（定型）群と周辺（非定型）群とに大別し、その後さらに定型群と非定型群とのそれぞれの家系内精神病の変異を調べ、前者の家系内変異は表現変異の幅が狭いのに対し、後者の非定型群では家系内に躁うつ病やてんかんに類似する症状を示す患者が比較的多く認められることを明らかにした。そして並行的に行われたてんかんの臨床遺伝学的研究からも、精神病症状を伴うてんかんの家系に非定型分裂病に類似の病像を多く認めた。このことから、てんかんを含めた３つの精神病の交錯する領域に非定型精神病群が存在し、臨床単位として独立させるべきであると主張している。満田は研究を始めた当初、レオンハルトの言う非系統性分裂病のように、急性発症でシュープを繰り返しながら欠陥状態に陥る症例を中間群として非定型群から分けていたが、家系内の精神病負因の表現様式の類似からこれらも非定型群に含めている。なお、満田はレオンハルトの分類をあまりにも細かく分類しすぎたと批判する。しかし、非系統性分裂病と類循環精神病との経過の相違は明らかであり、非系統性分裂病の家族負因が類循環性精神病よりもはるかに多いとの結果（我々のデータでも同様な印象を得ている）が信頼し得るものであれば、レオンハルトがそれぞれを独立した病型と主張していることも理解できないことではない。

これまで、われわれはCTやSPECT、さらにはMRIなどを使用した画像診断学的研究や、事象関連電位や探索眼球運動を用いた精神生理学的研究[2)]によって、満田の非定型精神病群が定型分裂病群とは異なる病態発生的な基盤を有する可能性を示唆してきた。とりわけ、両疾患の病態生理学的相違の可能性について、脳画像所見では定型群がすでに病初期から脳委縮所見を示すのに対し、非定型群では脳の委縮過程が進行性であるかも知れないことを指摘している。さらに、われわれは内因性精神病の長期経過と転帰についての報告を行ない、それぞれの疾患の特徴と相違を検討した。

4. 内因性精神病の経過研究

私が駆け出しの精神科医の頃、定型分裂病の欠陥状態であろうと思われ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。その後、長期に観察することのできた精神病の経過をみると、うつ状態から始まって時々躁状態に陥り、その後幻覚妄想状態となるが、次第に意欲・自発性が乏しくなり、その後も年齢を重ねるにつれ、なんらかの欠陥状態、とりわけ易刺激性や児戯的傾向、それに言動の緩慢さなどのいわゆる器質的な特徴を有する欠陥状態が見られる場合が少なからず認められた。これらは、グリージンガーによるいわゆる「単一精神病」の記載やカールバウムのVesaniaの経過を想起させるものであるが、その一方で、思春期・青年期に幻覚妄想状態で発症したまま、症状に大きな変化なく経過

する症例も認められ、その数も少なくはない。このような症例をわれわれは定型分裂病として非定型精神病と区別してきたが、これらの症例が示す欠陥状態は自閉的で情意鈍麻傾向が顕著であり、非定型精神病の欠陥像とは異なるように思われる（なお、ここで用いた欠陥状態の特徴については概念的になお曖昧であり、今後さらに洗練された言葉で規定し直す必要がある）。

そこで、われわれは総合病院精神科で40年以上の罹病期間を有する症例を調査し、内因性精神病の発症から転帰までの経過を検討してみた[9)]。この調査はまだ継続中であり、最終的な結果は数年後に発表し得ると考えているが、これまでに得られた102症例の結果をここで簡単にまとめておく。対象の患者は、初診時の精神症状及び発病状況によって65名が統合失調症圏に、19名が急性精神病圏に、そして18名が感情病圏に分類された。これらの症例の経過をみると、診断に変化がなかった症例が統合失調症圏で59例、急性精神病圏で９例であり、感情病圏では５例であった。すなわち、統合失調症圏とされた症例は破瓜病とされるものが多く、診断の変更は少なかったが、急性精神病圏や感情病圏の症例では症状の異なる病相の出現により診断が変更される例が多かった。もちろん、統合失調症圏とされた症例でもその後の経過から６例が非定型精神病に変更されているが、初診時に急性精神病圏とされた症例では、２名がその後の経過から妄想型や破瓜型の定型分裂病とされ、６名が統合失調症とされたものの満田の言う中間型と考えられ、シュープを繰り返しながら欠陥状態に陥った非定型精神病症例であった。このような症例では、併発症として脳血管性の障害が認められ、けいれん発作の既往も多く、欠陥状態か認知症状態か（器質性？）を判断することが困難な症例も少なくなかった。感情病圏の12例は抑うつ症状で発症しながら、幻覚妄想状態や錯乱状態を繰り返す症例であり、年齢を経るにつれて認知症を疑わざるを得ない症例も認められた。これらは生涯（疾患）診断として非定型精神病群に分類されている。

この研究では、一級親族における家族負因（精神病、てんかん、うつ病、自殺者）をカルテ上で調査したが、われわれが非定型精神病と判断した症例で負因が認められる割合は約50％と高く、定型分裂病群の約10％との間に大きな差異が認められた。このような遺伝負因の差異からも、非定型精神病と定型分裂病とは生物学的に異なる疾患である可能性は高いと思われる。また、最終的に感情病群とされた症例は少なかったものの、家族負因には自殺者やうつ病者が見られただけであり、非定型群に認められる多種多様な精神病負因とは異なっていた。

5. 単一精神病と非定型精神病

今日の単一精神病をめぐる議論は、疾患単位を求める研究になお目ぼしい成果が得られなかったことから生じている。内因性精神病を精神症状と経過によって躁うつ病と統合失調症とに分類したとき、確かにそれぞれの典型例が存在し、それらの間には明らかな差異が認められるものの、両者の間に様々な中間例が存在する。それらを多くの研究者はいずれか一方の病型に類別し、あるいは二つの疾病の遺伝的混合（混合精神病）と考えてきたが、躁うつ病と統合失調症とを峻別する所見はなく滑らかな移行があるに過ぎないと考えられなくもない。近年、スペクトラムと言う用語が多用されるようになっているが、このように考えるとすれば、異なる症状を示していても単一の病因によって惹起された精神症状の偏倚と考えることもできるであろう。身体に基盤のある精神病においては、同一の原因によって様々な症状が出現することはしばしば経験されることである。近年の生物学的な研究では、脳画像や神経生理学的所見により両疾患の差異が強調されるものの類似性もまた指摘され、さらに遺伝子研究においても、

統合失調症と双極性障害の発症には多数の遺伝子が関与し、その一部は両疾患に共通に見られるとの報告も見られるようになっている。ここに、内因性精神病は定型分裂病から躁うつ病に至るまで同一の疾患であるとする単一精神病論が再び脚光を浴びるようになったのであろう。ここで、われわれの立場から単一性精神病論を考えてみると、内因性精神病の中心に非定型精神病があり、両翼に定型分裂病と躁うつ病が配置され、これらの間に断点はなく、スムーズに移行するという構図を考えることができるであろう。このように考えれば、「内因性精神病は、非定型精神病という一つの疾患しかない」ということになるのかも知れない。

しかしながら、現在の精神医学の混迷は、内因性精神病として早発性痴呆と躁うつ病の２つの疾患単位を構想したクレペリンに始まり、現在もなお、クレペリンの影響から脱することができない情況に基づいている。このように、臨床的に２つの疾患を類別するのに困難が生じる場合、考えられることは以下の２つである。これらがそもそも病因を同じくする一つの疾患であるとするのか、あるいは両者の中間に非定型精神病などの独立した疾患群を考えるのか、のどちらかである。どちらが正しいのかを現在では判断することができないが、少なくとも精神医学における疾病学（Nosology）を目指すならば、後者を選択してさらなる研究を行なうべきであると考えられる。言うまでもなく、われわれは生物学的研究方法を用いて疾患単位を追求してきたのであり、その基本的立場に変わりはない。

生物学的研究では、当然なことであるが、均質なグループによる検討が必要である。そのためには、DSM-III以降の操作的診断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、信頼性とともに妥当性のある診断が求められる。われわれ臨床家にとっては、眼前の患者がいかなる疾患であり、どのような病態であって、どのような治療を必要としているかを考え、可能であればその経過や予後を予想することが必要である。統合失調症から非定型精神病を類別することは、このような判断を行なうためであり、定型分裂病としての分裂病臭さ（Praecox-gefühl）や非定型精神病での困惑や錯乱などの意識障害が重要となる。ただ、残念ながらこれらの症状は診断の一致率が低いとして、DSMなどの近年の診断学では取り上げられず、ほとんどが無視されてきたものであり、DSMによる分類が失敗に終わった原因がここにあると考えるのは、われわれだけではないであろう。

われわれが経過研究に興味を持つのは、経過と転帰こそが疾患の本質を表すであろうと考えるからであり、長期の経過と最終的局面の検討こそが、疾患の分類に大きな意味を有すると考えるからである。われわれの研究結果をまとめれば、われわれが非定型精神病とする疾患群では、うつ状態から始まり、その後躁状態や幻覚妄想状態を繰り返しながら、次第に意欲・自発性が乏しくなり、認知症状態との区別がつかなくなる症例が少なくなかった。この病型には脳血管障害との親和性が見られたことは興味深い。このような症例は、古くからいわゆる単一精神病の典型的な経過として記載されてきたものであり、「非定型精神病」と言う命名よりも内因性精神病における「中核精神病」と考える方が適当なのかもしれない。一方、われわれが定型分裂病と称した症例は症状の変化が少ないことが特徴的である。彼らには陽性症状が乏しく、無為・自閉的な生活を続け、差し迫った入院治療の必要性が少ないために無治療のまま家族の介護によって数十年を過ごす症例も少なくない。これらの症例ではいわゆる分裂病性（自閉性）の欠陥状態を示す場合が多く、脳器質性の欠陥状態を疑う患者は少なかった。もちろん家族内の遺伝負因は少なく、非定型精神病と較べればその差異は明らかである。近年では、このような症例を発達障害と呼称しているのではないかとも思われるが、性格的な偏倚と見做せなくはなく、精神病の周辺群と考えられるのかもしれない。満田はエー（Ey H , 1900-1977）に倣い、非定型精神病を意識の病理、

定型分裂病を人格の病理として対比させているが、このような観点から見れば両疾患の差異を容易に理解することができるのかもしれない。

われわれの長期経過研究では定型分裂病の症例が多く見られたが、それは40年間ほとんど同じ病院に通院あるいは入院を続けたものが多かったためであろう。躁うつ病圏の症例数が、われわれの研究で少なかった理由として考えられることは、そもそも発症年齢が高いために40年の経過に達する症例が少なかったことや、通院を中断する症例が多かったことが挙げられよう。

このような調査結果を見ると、定型分裂病、非定型精神病、そして躁うつ病との間にはスペクトラムではなく、大きな断点があると言ってよいだろう。われわれは、内因性精神病が大きく３つの病型に分けられ、それぞれが異なる疾患（群）であろうと考えているが、このような仮説に基づいて研究を続けることにより、新しい成果が期待できるに違いない。

おわりに

DSM-IIIの登場以降に見られる精神医学の混迷は、クレペリン的な疾患単位の追求が終焉し、単一精神病の概念が再評価される契機となったのかもしれない。しかしながら、統合失調症と躁うつ病のほかに独立した第３の疾患群を構想してクレペリンの体系を批判する研究者は今なお多く存在する。われわれは満田の非定型精神病概念をもとに精神医学における疾病学を構想し、内因性精神病を定型分裂病（群）と非定型精神病（群）、それに感情病（群）の大きく３類型に分けられる可能性を示唆してきた。すなわち、定型分裂病（群）に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と考えられ、一方の非定型精神病（群）には遺伝負因が多く認められ、なんらかの意識の変容が症状の中心を占め、その生物学的な病因の解明をなし得る可能性ははるかに高いと考えられる。もちろん、非定型精神病（群）は複数として記載している通り、均質な疾患とは考えられず、さらにいくつかの病型に類別されよう。今後、遺伝子研究の成果があるとすれば、このグループの中から見出されるに違いない。

満田の時代と同じく、現在もなおわれわれは深い霧の中で白い兎を狩ろうとしているのかもしれない。しかし、白い兎は決して幻ではない。霧が晴れれば必ず目の前に現れる。焦らず、慌てず、諦めずに、兎の存在を確信しながら追い求めるならば、労苦は必ず報われる、と信じよう。

文献

1. 満田久敏：非定型精神病の概念．精神医学 ３：967-969, 1961
2. 林　拓二（編）：非定型精神病―内因性精神病の分類と診断を考える．新興医学出版社、東京、2008
3. 内村祐之：精神医学の基本問題．医学書院、東京、1972
4. Kahlbaum, KL.: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. A. Hirschwald, Berlin, 1874（渡辺哲雄訳：緊張病．星和書店、1979）
5. Hecker E.: Die Hebephrenie－Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie-. Virchow`s Archiv. 52, 1871（渡辺哲雄訳：破瓜病．星和書店、1978）
6. Kreapelin E.: Psychiatrie. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leibzig, 1913（西丸四方、西丸甫男訳：精神分裂病．みすず書房、東京、1986）
7. Kreapelin E.: Psychiatrie. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leibzig, 1913（西丸四方、西丸甫男訳：躁うつ病とてんかん．みすず書房、東京、1986）
8. Leonhard K: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Thieme, Stuttgart, 1995

9. 林拓二　成田実　世一市郎　中江尊保　上原美奈子　義村さや香　壁下康信：内因性精神病の長期経過について. 臨床精神医学研究所年報　1:5-9, 2011

Key words：非定型精神病（atypical psychoses）、単一性精神病（unitary psychosis）、経過研究（outcome study of endogeneous psychosis）

著者：林　拓二（Takuji Hayashi）
所属：〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12
豊郷臨床精神医学研究所（Toyosato Institute of Clinical Psychiatry）

（本稿は「臨床精神医学」誌のために準備された原稿に加筆、修正したものである）

宮城野萩（豊郷病院デイケア棟、H29.10.10）

記憶に残る私の症例

－類循環性精神病の症状を示した特発性副甲状腺機能低下症－

豊郷臨床精神医学研究所

林　拓二

私が大学を卒業した時は、大学紛争後で大学が機能停止の状態に陥っていた時代といってよく、私は卒業後直ちに、躊躇なく民間の精神病院に就職致しました。そこで勤めた病院には、主として統合失調症と診断された慢性患者が数多く入院しており、私は主治医として70人ほどの患者を受け持ちました。当初は患者が語るさまざまな幻覚や妄想などの奇異な体験に圧倒されながらも、一人ひとりの患者を丁寧に診察し、病歴を調べその経過にも注意を払いながらまとめていくことを心掛けました。はじめに興味を持ったのは、病的体験がほとんどないものの無為・自閉・好褥傾向を示す、いわゆる破瓜型の比較的若い男性患者で、なんとか退院できるようにと努力しました。また、新興宗教に入信しながらも仲間からは奇異な言動によって排除され、入院生活を余儀なくされていた中年の女性患者がいましたが、私は妄想型の統合失調症との診断を素直に受け入れることができず、自立した生活への支援を続けながら、宗教における教義と妄想との関わりに興味を持って関連の書籍を漁ったこともありました。しかし、10年の経過を経てもこれらの患者に基本的な変化が生じることはなく、これまでの統合失調症としての治療に新しい何かを追加することはできませんでした。しかしながら、いわゆる非定型とされる症例には思いがけない発見もあったり、他とは異なる特異な症例もあったりしたため、その中の３例をとりわけ詳しくまとめておきました。その１つは、躁状態とうつ状態を繰り返しながら錯乱状態を示す副甲状腺機能低下症の症例、もう１つは全生活史健忘を呈したてんかんの症例、そして３つ目は幻覚妄想状態で初発した後に自殺したHuntington舞踏病の症例でした。これらの症例は、Huntington舞踏病の家系調査でも明らかなように同じ基礎疾患でありながらも異なる精神状態を示すこと、そして副甲状腺機能低下症で示されたように、異なる疾患でも同様な錯乱性の精神症状を示すことを示しており、このことは、いまだに原因不明である統合失調症の病因を考える場合には極めて大事なことであろうと考えられました。そして、このような患者を数多く診るにつけ、統合失調症が病因を同じくする単一の疾患ではなく、同じ幻覚妄想状態を示すにしろ、その中には数多くの疾患が包含されている可能性を考えるようになりました。

精神病院で数年を過ごした後、私は大阪医科大学の満田久敏先生の論文を読む機会があり、臨床症状と遺伝様式の相違から、いわゆる統合失調症がおおむね定型分裂病と非定型精神病とに分類されるであろうとする仮説が、私のこれまでの臨床経験にも合致しており、このような研究に参加できないかと考え、これまでと同じ精神病院に勤務しながら、週に２回大学に通って満田先生の教えを受けることと致しました。その後、満田先生が大学を退職された後に理事長となられた精神病院に誘われて勤務するようになり、満田先生が亡くなられた後はドイツへ留学、帰国後は名古屋の愛知医大に就職して本格的に非定型精神病の研究を始めました。そして非定型精神病を中心とした研究を行ってきたのですが、私の研究の出発点と言えば、すでに述べた３例の症例報告であり、とりわけ特発性副甲状腺機能低下症の症例報告になるかと思います。この報告はまた、私の最初の論文でもあります。

満田先生にお会いした時、私は「10年に１つ、よい論文を書きます」と見得を切ったものですから、大学を卒業して10年が経過しそうになった時、以前にまとめておいた３症例を論文形式にして満田先生に見てもらいました。すると、満田先生は副甲状腺機能低下症の症例をまず論文にするようにと指示されました。この症例は４年間の血液データをとって精神症状との関連も確認しており、私としては完成度の高いものであると自負していたのですが、「われわれ精神科医が書いた論文は、内科医からはあまり信用されないんだよ」と、内分泌の問題は北野病院内科の八幡先生に相談するようにといわれ、さらに、脳波は関西医大の岡本先生に見て貰い、文献については三重大学の鳩谷先生に送って貰うように連絡しておくと、てきぱきと指示されました。身内だけの研究会での発表と違い、論文として公開することは大変なことだとあらためて思い知りましたが、その後も、私が書いた文章は満田先生によって痕跡をとどめなくなるほど真っ赤に添削され、さらに２回、３回と書き直しを命じられました。最後には「ここの文章は、これでもよいが、こうした方が、シャレているのだよ」と朱を入れられた時には、「うーむ」と唸ってしまいました。ワープロのなかった時代です。原稿用紙にボールペンで書き直すのには大変な労力が必要でした。そして最後に、満田先生から「これで、林君も一人で論文が書けるだろう」と言われた時には、「ああ、これでやっと終わったか」と、ほっとしたことが今では懐かしく想い出されます。

その後、満田先生は心筋梗塞で入院されたのですが、ベッドの中でもなお私の原稿に手を入れられていたようで、先生が急死された時にこの原稿は行方不明になっていました。その後しばらくして、奥様から原稿を送っていただき、やっと投稿することができました。そして、先生との約束どおり、卒業10年後の1980年に、この原稿が「類循環精神病の病像を呈した特発性副甲状腺機能低下症の一例」[1)]と題して、本誌の「臨床精神医学」に掲載されました。

なお、後の２症例については、愛知医大に就職した後の1986年に「全生活史健忘を呈したてんかん患者の一例」[2)]として、「臨床精神医学」誌に投稿しました。投稿までに10数年の時をおいたのは、患者さんのプライバシーを配慮したことによります。Huntington舞踏病の症例もまたプライバシーへの配慮から症例報告としては投稿せず、もう一家系を加えたうえで「Huntington舞踏病にみられる精神症状」[3)]として1985年に精神神経学会東海地方会で発表しました。

副甲状腺機能低下症の症例の詳細についてはすでに本誌で発表されていますから、ここでは簡単な報告にとどめたいと思います。

患者は22歳時に発病した男性で、私が受け持った時には42歳となっており、たびたびの再発のために精神病院での長期間にわたる入院治療を余儀なくされていました。その精神症状および経過の特徴をまとめますと、患者は抑うつ－躁様錯乱の両極性病像を示し、見合いとか父親の死亡などの心因を契機とすることもありましたが、おおむね自生的に再発する傾向があり、その再発頻度が加齢とともに増加し、間歇期が次第に短縮する傾向を示しました。病像の中心は多弁・多動の躁様状態であり、生気感情に基づく爽快気分を欠くことが多く、しばしば易刺激性・不機嫌などの気分変調が前景に見られました。この躁様状態がやや軽い段階にとどまる場合は、不安焦燥感とともに幻聴、思考化声を思わせる体験も生じましたが、この状態は容易に意識障害の存在を思わせる錯乱性病像に移行しました。抑うつ状態では、抑うつ気分、制止とともに、意欲・自発性の減退を示しましたが、自閉・拒絶傾向は認められませんでした。そして、頻回の再発傾向にも関わらず、明らかな欠陥は示さず、やや感情面での鈍さ、浅薄さや児戯的傾向が認められたものの、感情的疎通性は保たれ、対人接触も悪くなく、定型分裂病の経過とは趣を異にしています。これらの病像と経過を見ますと、レオンハルトの分類では類循環性精神病、

なかんずく「興奮－制止」錯乱精神病に類似しており、いわゆる満田の非定型精神病の一類型として、比較的ありふれた症例であるといえるかも知れません。しかし、患者にはこれまでの経過中に計９回のけいれん発作が認められ、「けいれん発作を伴う非定型精神病」として身体的な側面に留意すべき症例であったと思われますが、たまたま特徴的な血液所見、すなわち、低カルシウム・高リン血症が見出され、副甲状腺機能低下症が疑われることとなりました。

血中カルシウム値は、患者が42歳の時からデータがあり、そこでは低カルシウム・高リン血症が常に認められ、カルシウム剤を投与しても大きな変化は認められませんでした。そこで副甲状腺機能低下症の診断を確定させ得る詳細な検査を行なったところ、頭部のCTスキャンでは両側レンズ核淡蒼球に対称性の石灰化像が認められ、さらに血中の副甲状腺ホルモンを計３回測定したのですが、いずれの場合でも明らかな低値が示されました。そして、甲状腺手術の既往もないことなどから、患者は特発性の副甲状腺機能低下症であると診断致しました。そこで、患者が44歳の時に、当時治験薬であったビタミンD製剤の１α-D３（現在、アルファロールとして市販）を投与したところ、徐々に血液所見が改善し、それにつれて、それまで頻繁に繰り返し出現していた躁 - うつ状態が、明らかにその頻度を減じ、安定した精神状態が維持されるようになりました。ただ、１度だけなぜかカルシウムの血中濃度が低下し、躁状態になってしまった時がありましたが、この時は１α-D３の投与量を誤って少なくしてしまっていたことが判明し、慌てて元の量に戻すことで再び精神状態の安定が得られました。

このように、４年間にわたって観察した低カルシウム血症と精神状態の相関関係から、患者はただ単に精神疾患と特発性副甲状腺機能低下症とが合併しているのではなく、患者が示す精神状態は副甲状腺機能低下症による症状性精神病であると結論しました。なお、母親は患者を出産した後に精神変調を来たし、精神運動興奮が著しく、布団を破り、着物を引き裂くなどの錯乱状態を呈し、自宅監置及び精神病院に計３回の入院を経た後に死亡しているため、患者と同じ副甲状腺機能低下症に罹患している可能性も疑われましたが、当時のカルテにはカルシウムなどの血液所見の記録はなく、副甲状腺疾患に特徴的な白内障などの身体徴候も近親者からは確認することができなかったため、遺伝的な関連については不明としか言えませんでした。

この症例については、さらに２年間の観察を追加し、計６年間の経過観察の結果を、1981年に開かれた第３回生物学的精神医学会（京都）で「類循環性精神病の症状を示した特発性副甲状腺低下症の長期経過」という、いささか冗長な題名で報告致しました。私が人前で喋ったのは、この報告が最初でありましたので、私にとっては最も想い出に残る症例でもあります（図１～３）。

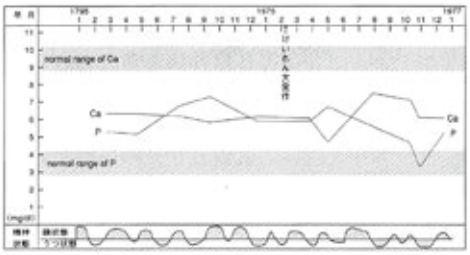


図1

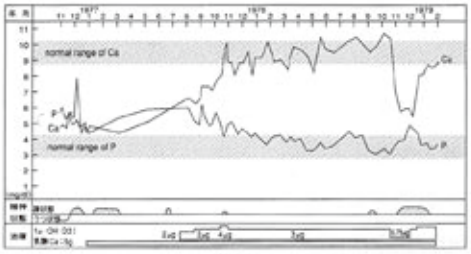


図2

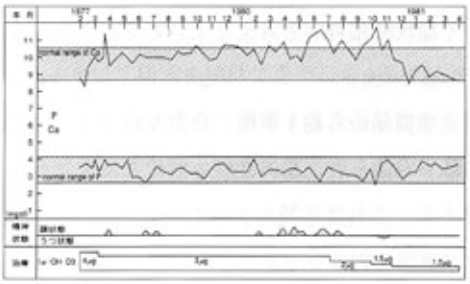


図3

その後、私は精神疾患とカルシウムの代謝に興味を持ち、血中のカルシウムではなく、イオン化カルシウムの異常な

どが精神状態に関係する症例があるのではないかと期待して調べたこともありますが、そのような例は認められませんでした。しかし、私はこの症例で、内因性精神病とされ原因不明とされる症例の中に、極めて稀であるものの既知の身体疾患がまぎれている場合があることを知り、いまだに原因不明な精神病であっても今後身体的な疾患が見いだされる可能性があることから、身体的な検索を疎かにしてはいけないということを学びました。とりわけ、錯乱あるいは緊張病性の非定型精神病像やけいれん発作を併発している症例には脳の器質的な疾患が隠れている可能性が大きく、より慎重な身体的検索を行なうべきであることを痛感しました。このことは、教科書的には「精神医学の基本」であるとされていますが、日常の診療では数多くの症例をこなさざるを得ないことから、つい忙しさにかまけて診療が雑になってしまうこともありうるかと思います。私もまたできる限りこのようなことがないように、新たに受け持った患者にはあらゆる可能性を考えて診療にあたるよう心掛けてきました。そして、その後にも、内因性精神病として長年のあいだ治療されてきた患者の中にクラインフェルター病やウィルソン病[4)]などを見いだし、その都度症例報告として発表しております。

私は愛知医大に就職した後、これらの症例報告を続けながら、統合失調症を定型分裂病と非定型精神病の２グループに分類し、CTやMRI、それにSPECTなどの画像診断、あるいはまた探索眼球運動や事象関連電位などの精神生理学的手段を用いて、これらのグループの間に明らかな差異が存在することを示してきました[5)]。しかし、それぞれのグループが均質な疾患であって共通の病因を持っていると考えたことはありません。あくまでも、両群は疾病学的に異なる疾患群であり、われわれはその平均値の差異を検討しているに過ぎません。多くの症例を扱って統計的な処理をすれば論文としての体裁は整いますが、このような研究ではグループとしての傾向はわかるものの、疾患の本質に迫るには限界があるように思われます。今後の内因性精神病の研究を考えるとすれば、非定型精神病のグループが、定型分裂病群よりも遺伝的な背景を有する比較的まれな疾患を包含している可能性が高いために、病因研究はこのグループに含まれる小さな疾患群を選び出すことから始まるように思われます。神経内科の領域において数多くの変性疾患が類別され、独立した疾患として確立されてきたように、近い将来、われわれの領域においても、このような状況が生れることがないとは言えないでしょう。今後、われわれがなすべきことは、あらためて臨床の現場に戻り、個々の症例を丹念に検討していくことにあり、このような作業によってこそ、内因性精神病の研究に新しい成果が書き加えられるのではないかと期待しております。

文献

1. 林　拓二: 類循環精神病の病像を呈した特発性副甲状腺機能低下症の一例. 臨床精神医学 9: 107-115, 1980
2. 林　拓二: 全生活史健忘を呈したてんかん患者の一例. 臨床精神医学 15: 1353-1361, 1986
3. 林　拓二、渡辺豊信、米倉　元、酒向　究、田村　洋: Huntington舞踏病にみられる精神症状. 第118回東海精神神経学会、S60.3.2（口演）岐阜. 精神神経学雑誌、87: 510, 1985
4. 林　拓二、鈴木　滋: 高年齢に躁うつ病像で発症したWilson病の一例. 臨床精神医学 15: 637-644, 1986
5. 林拓二（編）：非定型精神病―内因性精神病の分類と診断を考える、新興医学出版社、東京、2008

A case of idiopathic hypoparathyroidism associated with cycloid psychosis－my memorable case report.

Key words：特発性副甲状腺機能低下症（idiopathic hypoparathyroidism）、類循環性精神病（cycloid

psychosis)、非定型精神病（atypical psychoses）

著者：林　拓二（Takuji Hayashi）
所属：〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12、
豊郷臨床精神医学研究所（Toyosato Institute of Clinical Psychiatry）

（本稿は、臨床精神医学、第45巻：pp1411-1416, 2016に掲載された原稿である）

雁金草（京都府立植物園にて、H29.9.3）

Huntington 舞踏病を疑われた急性精神病の一例

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所
林　拓二

まえがき

この症例は、私が精神科医になってまもない20歳代の半ば、今から40年以上も前に経験したものである。当時、私は精神科病院に勤務し、70-80人くらいの入院患者を主治医として診ていたが、ほとんどが慢性の患者であった。そのうち10人位が今で言う新規入院患者であり、アルコールや覚醒剤嗜癖の患者もいたが、ほとんどはこの症例のような急性期の精神病患者であった。

当時から、私は臨床場面で困った症例や臨床的に珍しい症例を文章にしてまとめていた。しかし、関係者への配慮もあってそれらを公表することはなく、長らく机の引き出しに仕舞っていた。その中には副甲状腺機能低下症や全生活史健忘の症例のように10数年を経て「臨床精神医学」誌に投稿したものもあるが、本症例の場合は、プライバシーの保護に特別な注意が必要と考えたために、症例報告として発表することはなかった。ただ、精神神経学会東海地方会で、他の１家系を加えて「Huntington舞踏病にみられる精神症状」と題して簡単に触れたに過ぎない。本症例が自殺という不幸な結果に終わってすでに40数年が経過し、関係者も生存しておれば既に100歳近くになっているはずである。プライバシーの保護にはなお充分に気をつけるとともに、患者の自殺と自らの研究への反省を込めながら、ここに本症例の臨床経過を掲載したいと思う。

これまでも私がまとめていた症例の多くは、大阪、名古屋、京都と勤務先を変えるうちに整理・破棄してきたが、この症例は破棄されることなく私の文献箱から出てきた。私にとってはよほど忘れ難い症例だったのであろう。

☆☆☆☆☆

序

Huntington舞踏病は、1872年にGeorge Huntingtonが記載して以来、成人期に発病し慢性に進行する遺伝性の舞踏病であり、疾患単位としては確立されたものであるが、重篤な舞踏病運動とともに、しばしば幻覚や妄想などの著明な精神症状を示すほか、さらにその家系には、種々の性格異常者あるいは精神分裂病と診断される者が発見される場合も多く、われわれ臨床精神科医にとっては興味深い対象である。

われわれは、負因としてHuntington舞踏病と思われる者２名のほか、自殺者及び酒客を家系に有し、閉経期に急性の幻覚妄想状態に陥ったが、精神病症状は速やかに改善したものの、最終的には自殺するに至った女性症例を観察したので、ここに報告する。

症例

53歳の女性

生活史

幼少時より他の子供たちとはあまり遊ばず、家に引籠り勝ちであり、友人は少なかった。高等小学校を卒業後、近所のミシン工場に勤めたが、まもなく肋膜炎を患い、約２年間の家庭療養を行なった。その後18歳時に、満州で建築資材の商売をしていた叔母（母の妹）を頼って渡満、約２年間商売を手伝ったあと帰国し、21歳時に見合いして村の男性と結婚した。しかし、夫は間もなく出征して戦死したため寡婦となった。この頃、父親も結核で死亡している。

戦後、村にある小さな靴下工場に勤めたが、この工場を経営していた現在の夫と親密になって26歳時に結婚した。結婚後は夫の母が経営していた食堂で働いた。この食堂は昔からの門前町にあり、盆や正月には人出も多く、また駅前にあったため立地的にも恵まれて繁盛していて、母親が老齢となった後は本人が一人で切り盛りしていた。主人は食堂の隣にカメラ店を出したが客も多く、生活には不自由をしていない。しかし、夫は酒好きな上に発展家であって女性関係が絶えなかった。そこで、結婚後に何回となく離婚話が持ち上がり、そのたびに本人も気に病んでいたようである。しかし、約10年前より主人の女性関係も落ち着き、最近は何事もなく平穏に生活していたとのことである。

性格は内向的であり、感情を外に出すことはなく、ものを言いかけても途中で止めることが多かった。寡黙で非社交的、近所付き合いはほとんどせず、近くの人にたまに出会っても簡単な挨拶をするくらいであった。しかし、仕事は休むことなく几帳面に行い、本人も「一人で仕事をしている時が一番いい」と述べていた。

娘時代に肋膜炎を患ったが、その他に医者にかかることはなかった。

現病歴

約１年前より、生理が無くなっていた。この頃より不眠が続いたために、ほぼ毎日、就眠時に日本酒を約１合くらい嗜むようになっていた。また、この頃から物忘れがひどくなったように思うと述べていた。約６ヶ月前に、食器を洗っている際に、左腕の不随意運動に気付き、仕事に不便を感じたと言う。その時、夫に「父や弟と同じ病気が出たのではないか心配だ」と打ち明けたと言うが、夫は「弟は酒のせいで病気になったんや、気にせんでええ」と慰めたとのエピソードがある。

本年５月頃より、何ら原因もなく、不安・焦燥感を感じていたが、６月５日に至り、食堂で洗い物をしていた時、突然人の声がしたように感じた。最初はその内容が判然としなかったが、そのうちに「洗い物の音がうるさい」と隣の奥さんの声ではっきりと聞こえてきた、と言う。その時は、確かに洗い物の音は大きいなと思ったため、出来るだけ静かに洗うように心掛けたが、その後も朝・昼にかかわらず、同じ人の声で「音がうるさい」とか「あはは」と笑う声が聞こえたり、ああしなさいとかこうしたらいいと言う命令や忠告される声が聞こえ、家に帰っても、「親孝行しなさい」とか「親が寝ているから布団を掛けてあげなさい」と言う声が、絶えず聞こえるようになった。そのため、夫に「隣の奥さんの声がうるさくて困る」と訴えた。そこで、夫は本人と一緒に隣の主人に掛け合ったところ、本人が「自分の行動がすべて監視されている」、「食堂にも自宅にも、数カ所、盗聴器が仕掛けられている」、「自分の行動が電波で命令される」などと訴えたために、本人の精神状態が問題であることが判明した。翌日に

も、実兄宅を訪れて「盗聴器や電波が存在するのに誰も信じてくれない」と訴え、「自分の行動が一つ残らずみんなに知られており、自分は恥ずかしくて生きておれない」と言い、死にたいとも訴えた。この間、夜は眠らず食事もほとんど摂っていなかったため、表情は硬く視線も鋭く、身体の極度の疲労が顕著であった。その後も、幻覚妄想状態は消腿することなく続いて川への投身自殺を試みたため、６月12日に家族に伴われて精神科病院を受診した。

家族歴

患者が閉経期の発病のため、関係者の多くが死亡しており、家族歴の聴取はきわめて不十分にしか出来なかったが、以下に、知り得た情報の中で必要と思われた事実を記しておく。

患者の実家は、代々百姓であり、みかんを栽培するほか、田畑も相当所有していて村の中では富農に数えられていたが、農地解放や都市化に伴う農地の宅地化によって、当主である患者の兄は農業を辞めてサラリーマンとなっている。

祖父：この祖父を知るものは現在、数少なくなって詳細は不明であるも、村の古老によれば、村役場の収入役をしたこともある紳士然とした人物であり、相当の酒客であったと言う。神経症状の有無については古老の記憶にない。

父親：元来神経質で小心、些細なことでくよくよする方であったが、仕事はきっちりと几帳面に片付けていた。40歳頃より、肩をすくめたり首を振り、頤を震わせるなどの異常行動が出現し、しばしば頭痛を訴え、また抑うつ的となり、長時間黙り込んだり、また話しかけられると怒りだし、患者もしばしば怒られたり叩かれたと言う。ただ歩行障害は顕著ではなく、農作業にも出ていたとのことである。53歳時に肺結核で死亡する。

叔父：父親の腹違いの弟。内縁の女性と隣町に居住し、工場に勤めていたが盗人の疑いをかけられたことを気にして56歳時に自殺したとのことである。子供はなく、神経症状には気付かれていない。

母親：仕事熱心で口数少なく、控えめな人である。子供には優しく患者もあまり怒られたことは無いと言う。61歳時、腹膜炎で死亡。

兄　：体格細長型。55歳、サラリーマン。内気でおとなしく、言葉少ない静かな男と評される。20歳時に愛人が子供を産み、母がその子を引き取って育てている。患者が再婚するまでこの子を育てたことがある。最近、時々喋りにくそうにし、首を振ったりする奇妙な不随意運動が見られるとのことであるが、面会時にそれらの異常運動は観察されなかった。

弟　：体格は細長型。性格はおとなしく内気であり、寡黙であった。しかし、仕事は熱心で几帳面であった。30歳頃より両足の不随意運動が出現し、次第に両手からクビや顔面に及び、言葉も不自由になった。この間、結婚したがまもなく離婚している。また、飲酒もこの頃よりはじまり、１日４-５合に達していた。40歳を過ぎると、舞踏病症状がますます増悪し、歩行の動揺が著しくなり、45歳時に精神科病院に入院した。

入院時には錐体外路症状は認められず、筋緊張の低下、反復拮抗運動は不能であった。舞踏病運動のために、踵－膝試験、指－鼻試験、指－指試験は著しく拙劣、写字も出来ず、もちろん直立することも出来なかった。一般検血、検尿に異常はなく、肝機能異常も認められなかった。記憶は比較的保たれていたが、計算能力は低下し、知的水準の全般的な低下が窺われた。

入院後、レセルピンの投与によって一時的な軽快が見られたものの、舞踏病運動は次第に増悪し、また性格の変化も顕著となって、頑固、強情、短気にて、自己の要求を無理やりに通し、自己の疾患に対して病識を欠くために、看護師の指示に従わないことが多く、しばしば歩行中に転倒し、顔面、頭部に裂傷が絶えなかった。この間、幻覚・妄想などの精神病症状は見られなかった。その後まもなくして歩行不能となり、食事も看護師の介助が必要となった。終日臥床のために褥瘡が増悪し、嚥下障害も出現して昏睡に陥り、全身衰弱により49歳時に死亡した。残念ながら病理解剖は行っていないが、遺伝歴、発病年齢、特有な舞踏病運動、及び進行性の経過によって、Huntington舞踏病との診断に間違いはないと考えられた。

入院後の経過

入院時の諸検査では、一般検血で血糖値がやや低下していたが、肝機能などに異常は見られなかった。低血糖は、入院前に拒食勝ちであったことから生じたと考えられ、入院後の再検血の結果に全く問題が無かった。

入院時診察では、「盗聴器が必ず存在する」、「自分は狂っていない」と主張し続けたため、止むを得ず、家族の同意によって静脈麻酔による入院とした。入院後は、見当識も正常で、意識障害を疑わせる所見は認めなかった。しかし、「ベッドの下から自分のことを細大漏らさず報せてくるから、病室にも盗聴器やカラーの盗撮器が取り付けられているはずだ」と述べ、ベッドに座って静かに幻聴に聞き入っていた。約10日後には、漸く幻聴を否定するようになり、「耳が良く聞こえる人にだけ、電波が聴こえるんでしょう」、「自分は耳が悪くなったので、聞こえなくなってしまった」と述べるようになった。しかし、全体の印象としては薬物による鎮静状態と考えられ、感情の表出に乏しく意欲に欠け、おおむね臥床して過ごすことが多かった。薬物の調整をしながら入院後１ヵ月半経った頃、一応の目標であった幻聴の消失と自殺の危険性が無くなったと判断されたため、自宅へ１週間の予定で外泊を試みたところ、再び幻聴が出現し「電波が、私のような人間は世の中には不必要だから死ねと指令してくる」とか、夫や母に「今までの私は不束者でした」と泣きながら何回も謝り、不眠・独語が顕著となった。そこで、外泊を５日間で打ち切り病棟での経過観察と治療を続けた。病棟では他の患者と話すことなく、沈思していることが多く、臥床勝ちで動作は極端に緩徐となっていた。しかし、入院２ヶ月を過ぎる頃には幻聴もなくなり、病識も完全に出現した。表情も明るくなり、動作がやや緩慢ではあるものの、病棟の作業やレクレーションにも参加するようになり、入院後２ヶ月半が経った頃に再度自宅への外泊を試みた。この時は何ら問題なく自宅で過ごせたとのことであった。そこで、意欲・自発性の低下が見られるものの、病的体験は全く見られなくなっていることから、経過が良ければ退院の予定で第３回目の外泊を行なった。この外泊中の９月12日に、入院治療を開始して３ヶ月後のことであったが、自宅近くの国鉄線路内に入り込み、線路上で座りこんでいたために電車にはねられ、死亡した。遺書はなかったが、履物がそばに揃えて置かれていたという。覚悟の自殺と考えられた。

考察

本症例は、閉経期に不眠が続き、物忘れなどが気になるとともに、不随意運動を気にするようになり、１年後の53歳時、なんら原因無く不安・焦燥感が生じ、まもなく幻覚妄想状態に陥った急性精神病の患者である。精神症状として、命令性・指示性の幻聴、被害関係妄想・注察妄想、それに思考伝播など

の分裂病に特有な異常体験とともに、罪責妄想から自殺念慮、そして自殺企図がみられ、病識が全く見られないために強制的な入院治療を行わざるをえなかった。

このような急性精神病の症例は、中高年の女性に見られることが多く、病像は分裂病と類似するものの、発症年齢や経過において定型の分裂病とは若干異なり、いわゆる非定型精神病とされることが多い。

しかし、本症例で特記すべきことは、弟がHuntington舞踏病に罹患しており、精神科病院に入院したあと死亡していたことである。弟が亡くなる前の数年間、私は主治医として彼の治療を担当していたが、当時、弟は家族歴のない孤発性のHuntington舞踏病と考えられていた。しかし、本症例が入院した際に、再度詳しく家族歴を検討したところ、父や兄もまたHuntington舞踏病を強く疑う証言を得たのである。そこで、本人もまた舞踏病に罹患している可能性を考え、患者の発症前の状態を夫から詳しく聴取したところ、酒を飲んだ際に肩が震えたり手が震えたりして、実弟とよく似た奇妙な動作が見られたと言う。患者自身もまた、食堂での仕事中に左腕の不随意運動を自覚しており、弟と同じ病気が出てきたのではないかと気になっていたと言う。われわれの神経学的検査でもまた、とりわけ精神的に緊張した時に両手手指の粗大な不随意運動が見られている。このことから、本例が舞踏病に罹患していると断定することは出来ないものの、かなり濃厚な遺伝負因のもとで潜行性に発症している可能性を否定することは出来ない。

Huntington舞踏病はその特有な舞踏病運動に加えて、精神症状あるいは性格異常を示す場合が多く、従来の報告によれば本症患者の半数以上が明確な精神障害を示し、さらに高率であるとする報告も見られる。そこで、これらの病像を示す患者に対して、以前からChoreophrenieあるいはChoreopathieなる用語が用いられることもあったのである。

Huntington舞踏病を発症した弟には精神病症状は認めなかった。しかし疾患の進行とともに、頑固、強情、短気などの器質性の性格変化が顕著となって、自己の疾患に対して病識を欠く行動がしばしば見受けられた。父親も兄にも異常運動が認められたものの精神病症状は認められていない。ただ、父親はしばしば抑うつ的となって、長時間、黙り込んだり、話しかけられると怒りだしたという。父親には、抑うつ気分などの感情面の症状が主として見られていたようである。このように、本症例の家系を一覧すると、内気で非社交的、控え目と評される性格傾向が共通して認められるが、親族に見られる症状はかなり異なった幅広い偏倚を呈することに気付かされる。すなわち、幻覚妄想状態、うつ状態、アルコール嗜癖、自殺者などである。これら様々な状態を共通の病因、Huntington舞踏病が示す疾患過程から生じたと見なすことが出来れば、それぞれの親族が生きた生育状況や環境の相違によって病像が大きく修飾されるにしても、同一の病因によって異なる病像が生じていると言うことも出来る。Huntington舞踏病の家系には症状の異なる様々な精神病の患者が見られるとの報告も多くあり、本症例もまた、Huntington舞踏病の示す精神症状として捉えることも可能であろう。

しかしながら、身体的な基盤が本症例の病因と見なすことができるとしても、幻覚妄想状態の出現を説明するにはなお越えなければならない大きな溝がある。

従来からの報告によれば、Huntington舞踏病の際、感情面の不安定さがかなり初期より現われるとされている。そして、しばしば抑うつ的となり、悲哀気分あるいは不安感情が生じ、心気的となって自殺企図がみられるのである。この時、被害関係妄想あるいは罪責妄想を生じたり、明確な言語性幻聴が生じたりすることもある、と言われる。一方で易怒的傾向、短気、意志の不安定さを経て、感情鈍麻、痴呆へと至る脳の器質的な変化による症状系列が見られるとされている。

本患者の場合も、弟が死亡した時は「治らない病気である」からと、淡々として諦めきった表情であったというが、その後不随意運動を自覚して、自分が弟と同じ病気にかかったかもしれないと感じた時、宿命として自らを納得させることは難しかったのであろう。夫に相談しても、何らの解決にはならないことを承知しながら、夫の慰めの言葉によって一時の安心を得たものの、不安は内攻し、抑うつ的な気分が次第に高まり、不眠のために酒に救いを求めるようになっていた。このような不安・抑うつ状態が、分裂病に類似する精神病症状への発展に大きな要因となっているのは確かであろう。

☆☆☆☆☆

あとがき

患者が自殺したとの報告を聞いた時、私が患者を殺したのではないかとの自責の念にかられたものである。私は患者の弟の主治医であり、彼は孤発性のHuntington舞踏病と聞いていた。すなわち、遺伝負因はないということである。しかし、患者が入院してきた時に、あるいは同一の疾患によるものではないかと疑い、家族歴を詳しく調査してみた。おそらく弟の発症時にも調査はなされていたと思われるが、すでに亡くなった親族についても、同じ村の古老に聞いて調べた。そうすることによって、Huntington舞踏病を疑う親族が見出された。そこで、患者の診察では、神経症状を中心に何度か検査してみた。このことが患者を苦しませたかもしれない。患者は、自分が弟と同じ病気に罹っているかもしれないことを一番気にしており、それを受け入れることが出来なかったからである。もちろん、それなりの配慮は行なっていたが、主治医が何を疑っているのか、精神症状だけでなく神経症状まで興味を持って調べるのは何故か、患者の不安はますます大きくなったであろう。

精神病症状が消腿した後、私は患者から舞踏病について聞かれることはなかったし、私もまた舞踏病について話をすることはなかった。このような患者の場合、どのように接するべきか私にはわからなかったからである。今でなら、それなりに経験も積んだことから、異なる対応が可能となっているであろう。

私は内因性精神病の病因を研究するには、他に心理的な要因などがあるにしても、精神症状を惹起する身体的な基盤を究明するべきであると考え、大阪医大の満田先生が書いた「内因性精神病の臨床遺伝学的研究」の論文に魅力を感じ、家族歴などを比較的詳しく聴取するようにしていた。もちろん、家族歴に特別な負因の無い場合が多かったが、それでも、しつこく聞いていくこともあったので、嫌な顔をされることも少なくなかった。家族が秘密にしていることを赤の他人が無理やり押し入ってきて、すべて明らかにせよと迫っている、と感じたのかも知れない。このような時、私は臨床と研究とを両立させる難しさをつくづく感じたものである。同じ頃に、満田先生の門下とされる先生と話をしたことがある。彼は、家族負因の調査などでアカデミズムに徹するということが如何に辛かったかを語り、自分はとても大学に残ることはできないと思ったと述懐していた。私もまた、あと一歩を踏み出すのをためらい、逡巡しながら臨床をしていたようである。

本症例は私にとって忘れ難い、いつまでも反省の尽きない症例であった。

不如帰（京都北山、H29.10.7）

罪業妄想を伴ううつ病患者の入院での心理面接

豊郷病院医療技術部・臨床心理士
木津　賢太

１．報告の目的

この症例は、医師をはじめ、看護師、作業療法士、臨床心理士が連携して治療に当たった入院中のケースである。その中で、臨床心理士である筆者が介入した内容を振り返り、治癒に至った要因を振り返りたい。

２．事例紹介

A氏、60代女性。罪業妄想の訴えが確認されており、大うつ病と診断され、薬物療法が実施されている。投薬内容は、朝夕にトレドミン50mg、セロクエル50mg。眠前にロヒプノール２mg、リフレックス30mg、レスリン25mg、セロクエル50mgである。

１）問題・主訴

A「一人では生きられない」

２）家族関係

心理面接の開始時、Aは定年退職した夫と２人暮らしであった。長男、次男、長女はすでに結婚・独立して家を離れていた。

３）心理面接開始に至る経緯と初回面接：Aの発言を「　」、Th（筆者）の発言を〈　〉とする。

X-12年（心理面接初回をX年とする）に長女が不登校になったのをきっかけとして、Aに抑うつ状態が現れた。B病院で抑うつ神経症と診断され、３年ほど通院していた。その後、X-２年の夏ごろに息子が事業に失敗し、A夫婦が息子の借金を肩代わりすることとなった。X-１年春ごろからAに多弁、奇異な発言、罪業妄想が出現し、B病院でうつ病と診断され３か月ほど入院となった。入院治療により妄想的な訴えは無くなったが、意欲の無さや全身倦怠感が残存したまま退院した。その後、B病院からCクリニックに転院し、通院をしていた。

しかし、X年の３月にAは急変した。夫がAを置いて、X県にある夫の実家の母親の様子を見に行くことをAに伝えると、Aは困惑した。そして、夫がX県に出発する１週間前から、Aは１人で外に出てバッグを抱えうずくまり、「どこかへいかなければならない」と言って奇異な行動が出てきたため当院に入院となった。入院当初、Aは「なにもできない」「帰る場所がない」「お金がない」と困惑し、頓服薬を服用しても苛立つ様子は変わらなかった。一方で、家族が面会に来るとAは嬉しそうにしていた。

入院して１か月経ってもAの状態が安定せず、焦りを感じた夫は心理カウンセリングの治療を希望した。それを受けてTh（筆者）がAと一度、顔を合わせるが、Aは小さな声で「今はそんな状態じゃないの」と話し、一旦、面接は頓挫した。その１か月後、Aの様子は少し落ち着き、主治医が再度心理カウンセリングを受けてみないかとAに勧めたところ、Aの消極的な同意が得られたので心理カウンセリングが開始となった。

初回（＃１）では、Aは「常に頭の中でとらわれていること（一人では生きられない）があって、その影響で上手く生活できない」、「娘に何もしてあげられない。もうすぐ子どもが生まれるのに。娘が中学の時に不登校になったのに、私は自分のことでいっぱいで寂しい思いをさせた」としっかりと語る。Thが心理カウンセリングを続けてみるかという問いには、「同じ話ばかりしてしまいそうだし、質問に答えるのでいっぱい。Thが決めてください」と言う。Aの話は、“頼りになる存在でいなければいけないけれど、誰かに頼りたい”という話題で終始する。Thが〈今は自分で考えることが難しくて、誰かに決めてもらいたいのですね〉と伝えると、Aは迷わず頷くのであった。

３．心理アセスメントと面接方針

Aは60代までは、大学卒業、就職、結婚、育児をやり遂げるほどの適応能力を有してきた。また、娘の不登校や息子の事業失敗という難局をAは母親として子どもたちを支えようとしてきた。しかし、夫が帰省することをきっかけとして、夫が一時的に不在になり、Aは誰にも支えられることができなくなる状況に直面し、孤独への不安が高まったようだ。さらに、入院することで夫に見捨てられないかという懸念が生まれ、孤独への不安が現実のものとなった。以上からAは神経症圏の依存性人格と考えられ、一時的に病態水準が低下した状態ではないかと予想された。週１回50分の心理面接ではAの見捨てられる不安や孤独への不安を受け止め、現実と妄想の区別をAとともに確認しながら、目の前の出来事に対処していくことを目標とした。

４．面接過程

第１期：表現したい気持ちと表現してはいけない気持ちで葛藤する時期（X年５月～８月，＃２～10入院中）

入院して２か月経ったAは、一見すると問題なく入院生活をしているように見え、作業療法に取り組む余裕が出てきている様子もあった（＃２）。しかし、A自身は「１日１日がいっぱいいっぱい。部屋の位置が変わったし、他の患者さんの名前がわからないし、トイレの位置も遠くなったの。薬を飲むのもNsに決めてもらっている」と述べ、寄りかかりたい気持ちを表現する。同時期に自宅への外泊が始まるが、「外泊しても料理はできなかった。（＃３）」と、何もできないことを強調する。また、ちょっとした変化に敏感で、“夫が自分を見放すのではないか”、“上手くやらないと夫に見放されるのではないか”と過度に心配をしていた。

一方で、Aは「治りたくない自分もいるのかも。そんな自分は嫌い」と、寄りかかってはいけない気持ちを語る（＃７）。そして、寄りかかりたい気持ちを打ち消すかのように自己否定をした。そして、周囲はそうした自分（A）に“罰（入院）を与えているのではないか”という被害妄想（不安）を抱く。こうしたAの妄想（不安）は容易にAを支配した。ThはそんなAに対して〈次から次への悪いことをしたという考えが出てきたら辛いでしょう〉と不安を受け止め、〈みんながあなたのことをこらしめていると感じるんですね〉と、現実とAの妄想を区別するように働きかけた。するとAは「そうなんです」と、ほんの少しだが安堵する様子が見られた（＃８）。

第２期：怒りを表現する時期（X年９月～11月，#11～20入院中）

Aは外泊時に昔のアルバムを見ながら自身の人生を振り返り、自らの至らなさを語ってゆくのだが、苦労していた事柄も同時に思い出していく。「ずっと夫に気に入られようと新婚時は関東弁を話してい

たけどやっぱり関西弁も出てしまう」と、夫に振り向いてもらえるように尽くしてきたことを振り返る。また、「夫が単身赴任をしていた間、夫が早く帰ってくるように“カエル”の置物を買って並べていた。そんな時に娘が不登校になった。私が仕事をしていて娘に寂しい思いをさせたからかも。（#14）」と、娘の不登校と自らの寂しさを関連付けて整理していった。

しかし、そうした苦労を口にすることで同時に見放される不安が高まったのか、Aをじろじろと見る他の患者を知人と誤認した。また、「両親が怒っている夢を見た。まるでジキルとハイドのハイドみたい」と、身近な人物が恐い者になって、Aが迫害される不安が高まる。この頃、Aの両親のことも語られ、「私の母は早くに亡くなった。ショックだった。優しい母だった。父のことを『浮気ばっかりして』と愚痴る人でもあった（#13）」とアンビバレンスに話す。幼少期からAは相手を支える“大人”の役割を担いながら他者と関わってきたことが垣間見られた。ThはAが子どもらしく振舞うことができずにずっと生きてこられたのかもしれないなと同情する気持ちになった。そんなAは時々、「私って愚痴ばっかりね」「周りが自分のことを言っているというところが病気なのよね」、「私だってやりたいことがある。夫が亡くなったら留学生を受け入れるホストファミリーをしたい。おかしいわね、夫が居なくなることが恐いのに（#12）」と自身の退行した部分（子どものような部分）を冷静に見つめ、受け入れようとしていた。

Thの都合で休んだ後のセッションでは、「カウンセリングがなくてホッとした部分もある（#18）」「何もしてもらえないのに意味あるのかしら（#19）」と語り、寂しい思いをさせたThにAは皮肉を用いて寂しさを表現する。同時にこのころから、Aは川柳を用いて言いにくい寂しさを表現し始める。「木津先生、やさしいけれど、要注意」などと他の入院患者に話すようになる。Thはその都度湧き上がったAの感情を取り上げ、共感し、Aがその苦しみを噛みしめられるように促していった。

第３期：感情の表現について考える時期（X年12月～X+１年１月，#21～30入院中）

次第にAは感情の表現方法を調整していこうとしていった。「“木津先生、Noと言える日本人”。前回私が木津先生も私を貶めるために役割を演じているかと訊ねたら、何の迷いもなく違うって言ってくださって安心しました。私もそう信じたい」と、自らの寂しさを表現しても見放さないThを認識し、妄想（不安）に支配されずに現実的な考え方ができるようになっていった。「私もいつまでもこんなことをしているわけにはいかない。でも、ふと我に戻ったら、私１人で寂しい。退院してやっていけるかどうか」、「私って将来のことばかり考えてしまって頭がごちゃごちゃになるから今のことさえ考えたら。余計なことを考えなくてもよい。クロールもやり方を忘れていたと思ったけど実際にはできたし」と。しかし、些細な刺激にもすぐに反応してAは混乱する。「木津先生の対応が変わってきた。きっと、来週はこの時間は無いのかもしれない」「皆、私を陥れるためにロールプレイ（演技）をしているんだわ」とイライラした様子で語った。

ThはAとともに辛抱強く日々起きることを冷静に見ていくこととした。それに加え、同時期に並行して行われていた作業療法での認知行動療法（通称“なるほどサークル”）や刺繍作業などが功を奏したのか、Aは外泊で夫と近場の観光に連れていってもらえたことを報告（#29）し、夫に見放されていない部分についても認識できるようになっていた。そしてAは「こんなことを言ってられない」「自分が死んだ後何が残せるのかしら。刺繍は残せるので始めたい」と意気込む。Aは皮肉を練った作品（川柳）からは何も生まれず、感謝の意を織り込んだ作品（刺繍）で関係を構築する方法を再確認していく。

第４期：喪失が重なり寂しさが高まる時期（X+１年２月～４月，#31～40入院中）

この時期はAにとってさまざまな“別れ”がテーマとなる時期であった。夫が健康診断を受けることで夫の死んだ後のことを考え、その寂しさを怒りで表現したりした。また、担当の作業療法士が異動になることにも別れの痛みを怒りで表現する。「作業療法士の先生がまだ誰にも言ってませんがって言われたけど、他の患者さんは作業療法士の先生が辞めることをすでに知っていた。そういうところが私は気になるの。ロールプレイなんじゃないかって」。Thが皮肉や怒りの背景にある寂しさを取り上げると、Aもその寂しさを素直に表現できるようになっていった。

４月になるとAは退院の予感を感じ始めていた。「退院には心の準備がいる。私は昔のことばかりしがみついて新しいものについていけない」と取り残される不安を語るので、Thは〈古いものは無くなっていきますが、心の中には残っている〉と伝えると、Aは「そうですね！」と何かを掴んだような反応を見せた。

そうして、退院を視野に入れた外泊にAは臨んでいく。しかし、「日記が見当たらない。夫は知らないという。嘘をついているんじゃないかしら」と、退院してから家で一人の妻として生活していくことの苦しさに直面する。〈一難去ってまた一難ですね〉と励ましの意味を込めて見守るような発言をするが、「元の木阿弥です」「外の世界は嫌なことばかり」と。そんなAに〈新しいことが増えて、疑り深くなっている。今日も表情が硬いように見えます〉と置かれている状況を整理すると、Aは「そうかもしれません」と少し冷静になる（#38）。そんな中、Aが夜中病棟のトイレで倒れているという事件が起こった。Aは「全く覚えてないんです。入院するときも私外に出ていたらしいですけど覚えていない。出かけなくちゃと思っていたんだと思うけど何でなのか」と言う。Thにはまだ退院できないAの心境を行動で表現したかのような出来事に思えた。

第５期：退院後の過ごし方を考え始める時期（X+１年５月～６月，#41～47入院中から退院まで）

繰り返される外泊でAは、息子夫婦とバーベキューをした際に、ケーキを作って喜んでもらえたことを報告する（＃41）。また、「ある本に登場人物がどうしたら死ねるかと医者に訊ねたら医者は『死ぬと迷惑になる』と答えたそう。前は私が死ぬことが人のためになると思っていたけれど、迷惑になるのかなと思う」と話し、人のためになることをすると、人に喜んでもらえることをAは再確認する。

退院日が決まった後（#43）のAは、「疑い病がまた出てきた」と、再び動揺する。「読んでいる本に、いつか終わることが恐く思うのは、手放したくない欲があるからだって」と、入院生活を手放したくない気持ちを語る。Aは何を恐れているか訊ねていくと、Aは「１人ぼっちなこと。夫にグチグチ言うと夫を怒らせてしまうから」と話すので、Thは夫にどうやって寂しい気持ちを伝えるかを一緒に考えようと提案した（#44～46）。Aは夫と一緒に献立を考えて、買い物に連れていってほしいこと、一緒に外出したいことを挙げた。退院前の面接（＃47）では、Aは踏ん切りがついたようで、「“後ろの扉が閉まったら、自分で前の扉を開けなければ”というフレーズ、今の私にはぴったり」「この前は最後の喫茶（病棟レクリエーション）のお手伝いをした。私なりに頑張りました」と語り、初めて“頑張った”という言葉を自分にかけた。そして、Aは退院した。

第６期：１人で進んでいこうとする時期（X+１年７月～X+２年８月，#48～57外来通院）

退院して初めて見たAの表情は自信にあふれた笑顔だった。退院してからは自宅にある果実を夫に採ってもらい、それを媒介にして親戚と積極的に関わっていった。夫とも一緒に食事を作ったり、サイクリングをしたりしているようだった。しかし、片時も夫と離れたくないAがいた。２週に１度、夫が

付き合いで夜に家を空けることになっていたのだが、それがAにとっては寂しくてたまらなかった。それについてとりあげると、Aは「夫が帰ってこないんじゃないかと。でも、いつまで経ってもこれだと主人もしたいことがあるのに」と夫にもたれかかりすぎていることを振り返った。そんなAを夫は温かく見守り、面接のたびにAは新しいことにチャレンジし、Thに報告するのであった。夫と離れる時間が増えていくにつれ、Aは夫への感謝の気持ちを意識することができるようになった。

そして、AはThとの面接を終えることを決意する。「新聞のコラムにこんなのがあった。砂漠の中を歩くのに，キリンは先が見えるのでどこまで行っても砂漠だから前に進めないけど，ラクダはそんなに先なんか見えないからどんどん進むんですって、人間はキリンみたいなもの。思い煩ってもよいことは変わらないし、宿命も変わらない。それなら進むしかないわ。やってみればなんでもない」と語る。妄想（不安）についても、Aは「退院しても意識することはあったと思うけど覚えてない。人間って気持ちが沈むと嫌な事も見えてくるのね」と気にならなくなっていった。こうして、Aは１人でも生きていくことができるようになった。

５．考察

このケース報告の目的は、症状緩和の要因を振り返ることであったので、以下に考察する。

①Aの置かれた環境

Aは、いつか自宅に退院して生活していかなければいけないという状況であり、入院は一時的に“妻”として、“母親”としての役目から距離を取るための猶予期間であったと捉えることができる。そんなAを家族（夫や子ども、孫）は病棟に何度も面会に訪れ、Aを見守った。Aの困難な状況を家族が支えることによって、Aは自身のこころの課題を回避することなく、好奇心を持ちながら新たな学びを取り入れることができた。ウィッテンバーグら（2008）は「この世界と自分自身について、私たちは生まれた瞬間から学び始め、生涯を通して学び続けていく。乳児期から長期間にわたって、私たちは他者に依存する関係のなかで学んでいく」と述べている。入院はAにとって安全基地として機能し、適度な依存関係の中で現実を現実のままに経験し学ぶことができたと考えられる。

②Aの表現方法

Aは教養が深く、たくさんの本を好んで読んでいた。面接では、Aは本からの言葉や川柳、映画のストーリーを持ち込むことが多かった。これは表現療法として機能していたと考えられる。表現療法とは、言語的、あるいは非言語的に拘らず、いかなる方法であれ、患者が「表現」することによって、自らを露わにしたり、追求したりする手段である（中川、2004）。Aは自らの言葉では表現できない・しにくい心情を、親しみのある本の言葉や川柳を媒介にして表現することができたのだと考えられる。

③病棟という守られた治療構造

大うつ病治療の第一選択は、抗うつ薬（日本うつ病学会、2016）であり、医師による投薬治療が無ければAの症状が心理面接に臨めるようにまで安定することは無かったと考えらえる。また、不安定で身辺の自立もままならなかったAを24時間体制で身体管理する看護職による援助もまた症状の安定に繋がった。こうした守られた病棟環境があったからこそ、Thは毎回落ち着いてAのことに没頭することができ、Aも安心して自身のこころの課題に向き合うことができたと考えられる。

④多職種による治療的アプローチ

入院中、Aは作業療法にも取り組んでいた。作業療法では、患者を実生活へとつなぐプログラムが豊富であると私は考えている。例えば女性限定の化粧プログラムやモノ作りを中心とするプログラムであったり、個人のニーズに合わせた料理体験、外出訓練、などがある。Aは家族への関わり方について困っていた時に、作業療法の編み物の時間に作った帽子を孫にプレゼントすることにした。それによってAは皮肉という表現方法から、モノを媒介とした表現方法を再発見することができた。こうした作業療法によって、Aの入院と退院（家族・自宅）をつなぐ大きな架け橋となり、退院へのモチベーションは高くなっていったと考察できる。

⑤患者の症状の意味を踏まえた心理面接

臨床心理学的なアセスメントでは、患者の症状の背景にある意味やストーリーを理解していくことが重要となってくる。Aの症状は“孤独”にまつわる妄想であった。それはAの訴えやAの主観的な成育歴を俯瞰すると、一貫していた。Aは幼少期から愚痴を聞かされながら両親を支えてきた。結婚後、夫が単身赴任で、Aが一人で子ども３人を支え育ててきた。Aは十分に支えられることなく心理的には孤独に生きてきたのだ。しかし、大人になって支えられることはなかなか許されないため、症状を出す必然性が出てきた。Thが症状の意味を理解し、Aが支えられる経験を経ることで、Aは孤独を抱えられるようになっていったと考えられる。

藤山（2004）は、「症状は単に願望充足のためでなく、何らかの苦しみを克服して乗り越えるための媒介という意味を帯びる」と述べている。このことからAの症状も、支えられないで生きてきた人生をやり直そうとする試みという意味を帯びていたと考えられる。私たちはなかなか治らない患者の症状を「疾病利得」として理解し、敬遠しがちである。患者の症状の意味を理解しそびれていないかと戒めて臨床に臨むことが大切であると考えられる。

⑥認知行動療法の併用

第３期あたりでは、作業療法士と臨床心理士が協力してメタ認知トレーニング（当院では“なるほどサークル”と称して実施）を実施した。これは、認知行動療法の一種であり、妄想の認知バイアスに対する心理教育・介入法である（石垣, 2002）。筆者はこのメタ認知トレーニングの特徴が、ゲーム感覚で自身の考えのクセを見直すことができるフランクなグループプログラムであると考え、実施していた。面接では、Aからもこのメタ認知トレーニングで学んだことを取り上げられることが多く、症状緩和の要因の１つを担っていたと十分に考えられる。作業療法での外出訓練もまた、Aの妄想を否定する認知変化を促し、退院へのハードルを大きく下げた。認知行動療法をはじめとする症状の対処スキルや知識を身に付けておくことは無駄ではなく、患者が必要だと思う機会がいつか訪れた時には非常に役に立つものであると考えられる。したがって、今後も継続してプログラムを実施できる機会を与えられることが望まれる。

参考文献

1） ウィッテンバーグ I.S., ウィリアムズG., オズボーンE.：学校現場に生かす精神分析（学ぶことと教えることの情緒的体験）. 岩崎学術出版社. 2008

2） 中川美保子：芸術療法・表現療法, 小此木啓吾編, 吾心の臨床家のための精神医学ハンドブック. 創元社. 2004

3） 日本うつ病学会：日本うつ病学会治療ガイドライン, Ⅱうつ病（DSM-５）/大うつ病性障害. 2016

4） 藤山直樹：病むことの意味-精神分析の視点から-.精神療法-特集-病の意味-. 混合出版. 2004.
5） 石垣琢磨：メタ認知トレーニング（Metacognitive Training : MCT）日本語版の開発. 精神医学. 2002

3-6 病棟（入院病棟）での筆者

クロザピン（クロザリル®）について

公益財団法人豊郷病院精神科
白井　隆光

わが国で2009年７月より販売可能になった、治療抵抗性統合失調症に対する抗精神病薬、クロザピンであるが、無顆粒球症等、重篤な副作用出現のリスクが有る為、登録医療機関の登録医のみしか処方できない[1,2]。因みに2017年９月時点、全国では420医療機関、滋賀県では７医療機関が登録している[1]。当院でも、2016年度に登録医療機関として登録、2017年度から実際に外来及び入院にて少数ではあるが複数の患者への処方を開始した。今回、クロザピンについて歴史、効果、副作用について簡単ではあるがまとめてみたい。

クロザピンの開発の歴史は古く、1956年にスイスで合成された（注1）[3]。参考までに、最初の抗精神病薬であるクロルプロマジンが1950年に抗ヒスタミン剤として開発、1952年に抗精神病作用が確認され、ハロペリドールは1957年に発見されている状況を鑑みるに、それらに匹敵する歴史がある薬剤とも言えよう。さて、三環系構造を持つクロザピンは当初、抗うつ作用を持つと理論上推測されていた[3]。だが、予想に反し、臨床研究において、抗精神病作用を有することが1966年に報告されている[3]。その後の臨床試験においても錐体外路症状の有害事象がなく抗精神病作用を発揮するという特性が確認され、1970年代初めには、欧州で次第に広まっていった[3]。然し、1975年、フィンランドで無顆粒球症にて７人が亡くなった（注2）という報告を受け、製造者は自主的に自粛していった[3-4]。このような状況下においても、治療上有効性を支持する一部精神科医の声もあり、1988年、米国でハロペリドール及び３剤の抗精神病薬治療抵抗性統合失調症患者に対し、クロルプロマジンとクロザピンの二重盲検試験を行ったところ、明らかな有効性が確認された[3,5]。1990年に入って米国で承認され[4]、以降、全世界に広がっていき、我が国でも2009年７月に上市となったが、無顆粒球症等の致死性の副作用を有する為、我が国を含め、各国で患者単位でモニタリングを行っている。

クロザピンは治療抵抗性統合失調症に対して有用であると適応が認められている唯一の抗精神病薬で米国、英国をはじめ各国の統合失調症治療ガイドラインにおいて、使用が推奨されている[6-8]。事実、クロザピン治療が他の抗精神病薬と比較して有用であるというエビデンスは多数ある。精神症状の改善においては、特に先程述べたクロルプロマジンをはじめとした、第一世代抗精神病薬に比べより優れていることは二重盲検試験の結果からも示されている[5-8]。その一方、第二世代抗精神病薬との精神症状の改善の比較においては、その結果は一致しておらず、必ずしもクロザピンの方が優れているという結論には至っていないのが現状である[7-9]。他の観点から検証すると、大規模コホート試験では、クロザピンは中断リスクが低く、治療継続性が高く、再発や再入院のリスクが低いことが報告されている[8]。これらより、クロザピンは治療抵抗性統合失調症の治療において使用が強く推奨されている薬剤である[8]。

クロザピンの副作用であるが、一番特徴的なのは、無顆粒球症であろう。好中球を主とした顆粒球が殆どなくなる無顆粒球症が起こると易感染性になり、最悪、死亡するリスクもあるため、血液内科との連携により適切に対処する必要がある[10)]。因みに、2015年10月時点、我が国では、クロザピンを投与した中で1.15%の方に無顆粒球症が出現したが、その後適切な対処で回復し、無顆粒球症で死亡した方はいないとのことである[10)]。無顆粒球症のリスクを最小限にとどめるために、前述したように我が国をはじめ各国では、モニタリングサービスを導入し、定期的な血液検査を実施して白血球数や好中球数を測定することが義務づけられている[10)]。特に無顆粒球症の多くはクロザピン投与開始後の早い時期に起こることがわかっている為、我が国では、クロザピンは入院して投与を開始すること、クロザピン開始後26週間（６ヵ月間）は毎週の採血が義務づけられている[10)]。それ以外の副作用としては、耐糖能異常、けいれん閾値の低下、心筋炎、イレウス、流涎等が認められる[10)]。その一方で、錐体外路症状のリスクは多剤に比較して低いことが示されている[8)]。

このように副作用はあるものの、従来の治療で軽快することがなかった統合失調症の治療抵抗性患者に対し、クロザピンは期待される薬剤と言えよう。今後、従来治療で軽快に至らなかった難治性統合失調症の患者に対し、新しい治療法の一つとして、同剤の使用を検討していきたい。最後に、クロザピンは副作用の観点から、血液内科を有する近隣医療機関の支援が必須となり、更に、モニタリングの適切な運用の為、院内の登録コーディネーター及び登録薬剤師、糖尿病内科医、副作用の確認を行っている看護師をはじめ皆様の協力があって、はじめて処方が可能となる薬剤である。クロザピン処方に際し、日頃から御尽力頂いている院内のコーディネーターや薬剤師、医師、看護師及び協力医療機関の先生方に感謝しつつ、この場を借りて厚く御礼申し上げたい。

参考文献

1） クロザリル適正使用委員会（http://www.clozaril-tekisei.jp/）

2） クロザリル添付文書　ノバルティスファーマ株式会社　2016

3） Bryan J. After 30 years, clozapine is still best for treatment-resistant patients. The Pharmaceutical Journal 2014, Vol 292, No 7793, p58

4） Crilly J. The history of clozapine and its emergence in the US market: a review and analysis. Hist Psychiatry. 2007;18（1）:39-60

5） Kane J, Honigfeld G, Singer J et al. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Archives of General Psychiatry 1988;45:789–96

6） Practice Guideline for the Treatment of Pathents with Schizophrenia, Second Edition. American Psychiatric Association 2010

7） Psychosis and Schizophrenia in Adults : treatment and management NICE clinical guideline 2014

8） 統合失調症薬物治療ガイドライン　日本神経精神薬理学会　2015

9） Samara MT, Dold M, et al. Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Antipsychotics in Treatment-Resistant Schizophrenia: A Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016;73（3）:199-210

10）クロザリルの説明文書　日本臨床精神神経薬理学会、クロザピン委員会　2017

（注１）一部文献では1958年に合成との記述もあったが、引用文献に倣い1956年とした

（注２）一部文献では８人亡くなったとの記述もあったが、引用文献に倣い７人とした

蒔絵萩（京都府立植物園にて、H29.9.10）

高次脳機能障害の臨床

ー社会的行動障害を中心にー

京都大学精神科

生方　志浦　　村井　俊哉

1．高次脳機能障害の症候としての社会的行動障害

高次脳機能障害とは、もともと医学的病名として存在した脳梗塞後遺症、頭部外傷後遺症、器質性精神障害、などにまたがる行政用語である。行政用語としての「高次脳機能障害」という名前が作られた背景には、脳梗塞や頭部外傷、脳腫瘍など様々な疾患により生じる後遺症が、精神科、神経内科、脳外科、リハビリテーション科などの様々な診療科の狭間にあり、どの科でも十分な診療が受けられないという状況があった。こうした状況を改善するために平成13年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において、脳損傷患者のデータの慎重な分析がなされた。その結果、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらの事例については診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要なことが明らかとなった。そこでこれらの者への支援対策を推進する観点から、行政的にこの一群を「高次脳機能障害」と呼ぶこととし、その診断基準が定められた。

高次脳機能障害の４症状領域のうち、記憶障害、注意障害、遂行機能障害は「認知」の障害とみなすことができるが、そこに分類できないような、様々な「行動」の障害はすべて「社会的行動障害」に含まれている。高次脳機能障害者支援の手引きでは、社会的行動障害の診断基準として、意欲・発動性の低下、情動コントロールの障害、対人関係の障害、依存的行動、固執が列挙され、訓練プログラムの章では、抑うつ、感情失禁、引きこもり、被害妄想、徘徊もそこに加えられている[1)]。同じ高次脳機能障害として並列に挙げられてはいるものの、記憶障害・注意障害・遂行機能障害と社会的行動障害はその概念的な基盤が異なる。すなわち、前者は特定の情報処理過程の障害として定義され、脳の特定のネットワークの損傷がその神経基盤として想定されている。一方で、社会的行動障害は特定の脳領域が障害されると起こるという、脳との明確な対応関係があるものではなく、様々な問題行動の総称として用いられる。このことが、社会的行動障害を神経心理学的に理解することを難しくしており、医療機関においてもその対応に難渋することの一つの理由となっている。しかし社会的行動障害は、高次脳機能障害に伴うそれ以外の主要症状以上に、脳損傷患者および介護者の生活に多大な困難をもたらすことが多く、社会的行動障害の病態および対応を理解することは、臨床上非常に重要であるといえる。

社会的行動障害の理解を困難にしている要因は、大きく３つに分けられる。第１に、社会行動障害の定義の曖昧さである。たとえば職場や家庭での意欲の低下とみられる症状は、実は記憶や遂行機能などの狭義の認知機能の障害の結果であって、社会的行動障害という概念が本当に必要なのか、という問題がある。第２に、社会的行動障害は、脳損傷の直接の結果として理解できるのかという点である。たとえば脳損傷に伴う引きこもりは、脳損傷の直接の結果なのだろうか？あるいは、脳損傷によって生じた身体障害・記憶障害・失業や経済的困難に対する心理的反応なのだろうか？事情は個別の症例によって異なるだろうが、要因としてそれほど多様な可能性を含む症候を、たとえば「引きこもり」と一括して、

高次脳機能障害の診断・治療の指針に含めることができるのかという問題である。第３は上述したように、社会的行動障害のうち脳損傷の直接の結果として理解できる部分についても、脳損傷部位との関連が、記憶障害などの狭義の認知機能障害と比べて明確ではないという問題がある。

とはいえ、社会的行動障害と脳損傷部位との関連は、一対一の対応関係ではないものの、脳の損傷部位と生じやすい行動パターンの間には、一定の関連が見られる。したがって、まずは、脳損傷との対応関係が比較的明瞭な症候から理解を進めていくことが、社会的行動障害の理解の第一歩となるだろう。ただし、その上で個々の症例に応じて脳の損傷の直接の結果以外の要因を考えることも必要である。

上記のような観点から、脳損傷と症候の対応関係について相対的に理解が進んでいる前頭葉損傷と社会的行動障害の関係について、具体的な症例を紹介しながら、社会的行動障害の症候学および対応について考えていきたい。

2. 前頭葉損傷を神経学的基盤とした社会的行動障害

19世紀半ば、Harlow JMによって報告されたPhineas Gage（事故当時25歳）は眼窩前頭皮質（orbitofrontal cortex: OFC）損傷の症例として歴史的に著名であり、「OFC（または腹内側前頭前皮質: Ventral Medial Prefrontal Cortex; VMPFC）損傷による社会行動障害の典型例」として度々紹介されている[2)]。Phineas Gageは鉄道敷設現場での爆発事故により金属棒が前頭葉眼窩面から内側前頭葉を貫通したが、奇跡的に一命を取り留めた。しかし事故から20年後、すでにGageが死亡した後のHarlow[3)]の報告では、Gageの事故後の人格は事故前の「職場における非常に優秀なリーダーから一変し、「移り気で、不遜で、」「同僚にはほとんど敬意を払わず、自分の欲求と合わない束縛や忠告には我慢ができず、手に負えないほど頑固になることがある一方で、気まぐれで、優柔不断で、将来の行動についてたくさん計画を立てるが、準備が整ったと思うと、もっとうまくいきそうにみえる別の計画と引き換えに放棄する」ようになっていったという。具体的にGageの社会的行動障害がどのようなものであったのかは不明であるが、Gageの同僚が語った「Gage is no longer Gage: Gageはもう昔のGageではない」という言葉からは、前頭葉の損傷による人格・行動の顕著な変化が生じていたことが窺われる。

前頭葉損傷後には、脱抑制・衝動性、自発性の低下など、情意面での様々な変化が見られる。また、複雑な社会状況下での行動・意思決定の障害についても、前頭葉損傷による情動面の障害の反映ではないかとの見方が提唱されている。ただし、多数の症例を経験すると、ある人では行動の計画性の障害が目立ち、ある人では意欲の低下が目立つ、というように、行動変化の特徴に個人差が大きいことも、前頭葉損傷の特徴であることがわかる。前頭前野は広大な脳領域であり、下位領域ごとにその機能に大きな違いがある。したがって、損傷部位の個人差が、表出される行動変化の個人差に関連しているのではないかという考えがある。

前頭前野は、運動前野および補足運動野の前方に位置する皮質を指す。そしてこの広大な領域である前頭前皮質は、おおまかに背外側前頭前皮質（dorsolateral prefrontal cortex: DLPFC）、内側前頭前皮質（medial prefrontal cortex: MPFC）、およびOFCの３つの領域に区分される。巨視的に分類されるこれらの前頭前皮質の３つの領域は、それぞれが神経連絡をする皮質・皮質下領域の分布が違い、ヒトの認知・行動においても、異なった役割を果たすと考えられている[4)]。損傷研究（脳損傷患者を対象とした神経心理学的研究）や健康被験者を対象とした機能的神経画像研究から、DLPFCは主に遂行機能に主要な役割を演じることが示されてきた。またMPFC は主に意欲との関連で議論されてきた。これら

に対してOFCは主として脱抑制との関連が示唆されている。社会的行動障害には雑多な症状が含まれるが、遂行機能障害・意欲低下（アパシー）・脱抑制の３症候群で考えるのが病態の捉え方の一つとして有用であり、この３症候群の行動障害を定量化する質問紙も開発されている[5, 6]。前頭葉機能行動評価尺度[6]では、前頭葉損傷に関連する遂行機能、アパシー、脱抑制の３つの側面に関する行動について、病前・病後に分け、さらに患者自身が評価する「自己評価；主観的評価」版と家族や医療従事者などが評価する「他者評価；客観的評価」版の二つの版が用意されており、社会的行動障害を評価することが可能である。ただし、実際の脳損傷のケースでは、そもそも損傷の広がりがまちまちであることもあって、損傷部位の位置から、それぞれのケースの行動変化のパターンを予測するところまではいかないことがほとんどである。特に外傷性の脳損傷例の症例のように、画像上に描出される病変部位以外にも、損傷・機能低下部位が広がっていることが予測される状態では、上記の３つの下位領域の機能障害が複合して生じてきている可能性を考えておく必要があるだろう。

３．症例

【症例１: 家に引きこもり、すぐにかっとなる男性】[7]

47歳の時、暴力事件に巻き込まれ前額部を床に打ちつけられ脳を損傷した男性。退院後、家族や周囲の人に対する暴言や暴力行為が度重なり、精神科を受診した。元来は明るく冗談が好きで、趣味も多く活動的であった。ところが受傷後は自分からは外出できず友人に誘われての外出もほとんどできなくなってしまった。一方で、また思い通りにならないとすぐに怒声をあげるようになった。神経学的所見として嗅覚の消失を認めた。神経心理学的所見として全般的知能（WAIS-R, IQ=85），記憶（WMS-R, MQ = 100）ともに大きな問題は認めなかった。受傷後のMRIでは、OFCを中心とする両側前頭葉に広がる損傷が確認された（図１）。受傷後の引きこもりと易怒性は、この損傷が原因となっていると推定した。

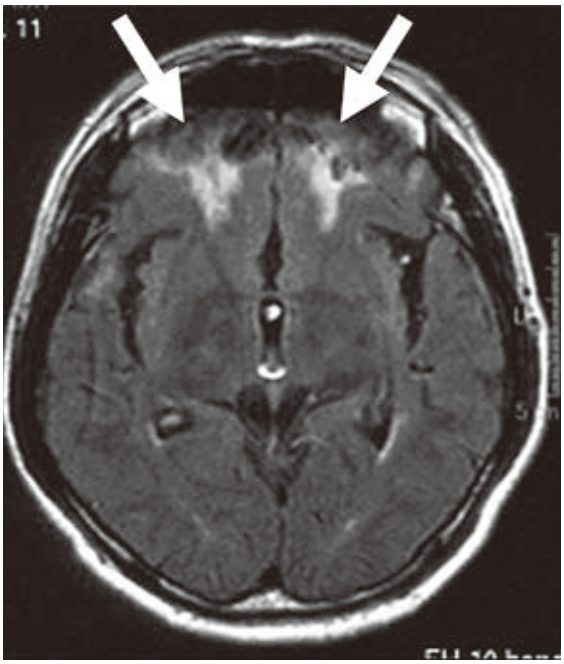


図１　症例１のＭＲＩ画像。眼窩前頭皮質を中心とする両側前頭葉に広がる損傷。

【症例２：理不尽な経営判断をする男性】[8)]

53歳の時、歩行中に車にはねられ脳を損傷した男性。退院後、人柄や行動が受傷前とは一変していることに気づかれた。「昔とは別人になってしまった」と家族を含め周囲の人が言うようになった。建設関係の仕事を経営しており、事故前は非常に精力的で仕事の能力も高かったが、事故後は意欲の低下が目立ち、家に引きこもりがちになってしまった。家族にとって最も大きな驚きであったのは、自営業のために必要な作業用の車を止めておく土地を不用意に貸与してしまい、その一方で自らの作業用の車を止めるために別の土地を借りるという理にかなわない判断をとったことであった。理不尽な経営上の判断が他にも相次いだ。神経学的所見として嗅覚の脱失を認めた。神経心理学的所見として全般的知能（WAIS-R, IQ=114）, 記憶（WMS-R, MQ = 105）ともに大きな問題は認めなかった。受傷後のMRIでは、両側OFCに損傷が確認された（図２）。

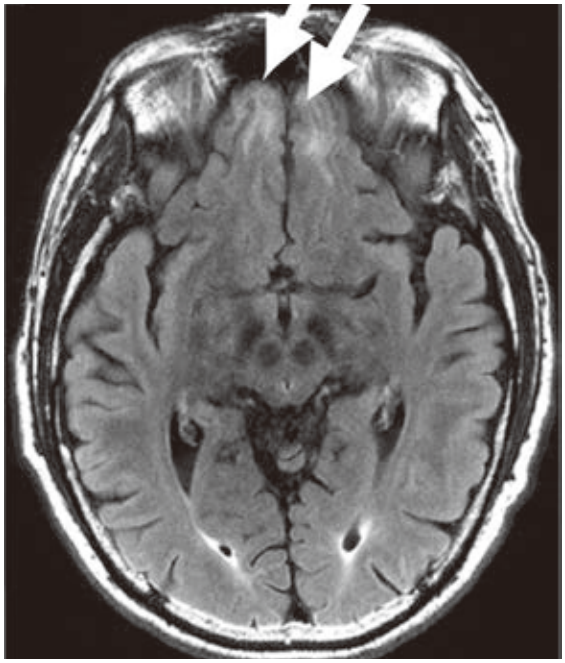


図２　症例２のＭＲＩ画像。両側眼窩前頭皮質の損傷。

【症例３：感情がわいてこなくなった男性】[9)]

53歳時に交通外傷で前頭葉を損傷した男性。退院後、人柄が変わってしまったことに気づかれた。元来性格は内向的な方だが一人で作業するような趣味（日曜大工・ピアノ・水泳など）はたくさんあった。自己主張は強いほうで夫婦喧嘩は頻繁であった。事故後は、以前は楽しみにしていた日曜大工などはまったくしなくなり、活動性の低下が顕著であった。一方で、元の職場へはさほどの困難もなく復職を果たした。不思議なことに、以前であれば緊張して失敗しかねなかったような場面でも、特に緊張せずにうまく処理できるようになっていた。本人によると、「全ての事がおもしろくない」、「以前と違って、対人場面での緊張は減っている」、「職場では孤立しているように思うがあまり気にならない」とのことであった。一方で妻によると、「以前と違って、いらだつことは減っているみたい」だが「感情が平坦で、何事ものれんに腕押しのような状態」とのこと。つまり日常生活のさまざまな刺激に対する感情が、それが喜びであれ不安であれ非常に希薄になっていると解釈された。このような状態に対する苦悩感は全く見られず、自らの感情の平板さを、時には苦笑いを浮かべて報告するなど、自身の状態に対して他

人事のように接していた。神経学的所見として嗅覚障害を認めた。神経心理学的所見として全般的知能（WAIS-R, IQ=132）, 記憶（WMS-R, MQ = 93）ともに大きな問題は認めなかった。受傷後のMRIでは、両側OFCに損傷が確認された（図３）。

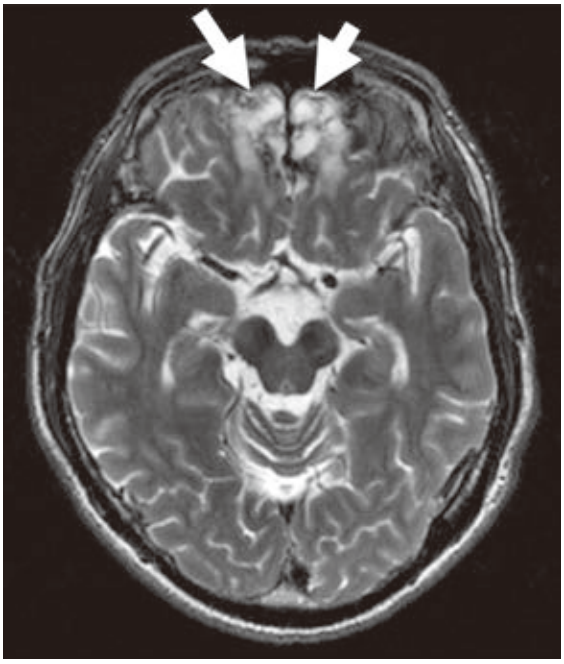


図３　症例３のＭＲＩ画像。両側眼窩前頭皮質の損傷。

前頭葉損傷によって生じた行動変化は３症例で異なっているが、意欲の低下については３症例に共通していた。意欲低下のパターンは症例によって少しずつ異なるが、「感情がわいてこなくなった男性」で特に目立つように、意欲が低下し１日の活動量が大幅に低下しているけれども、当の本人はそのことをあまり意に介していないところも特徴的である。「理不尽な経営判断をする男性」で目立つように前頭葉損傷後には、社会的場面、例えば金銭や財産の管理面での判断のまずさが顕著になる場合がある。机上の神経心理学的検査ではそれほど問題がないのに、実生活場面の判断力の低下が際立っているところも特徴的といえる。

4. 社会的行動障害への対応

社会行動障害への対応を考えるにあたっては、まず生活、訓練場面で、問題となる社会的行動障害がどのようなきっかけで生ずるか記録して分析する、文脈の調査による評価が必要である。例えばアパシーにおいては、声かけや促しがあると、活動が増えるのかどうか、遂行機能障害に対しては、見守りや付き添いがあれば可能かどうか、脱抑制については、衝動的な攻撃の対象は特定の人物に限られているのか、といった視点から事例ごとの行動を分析する。行動分析を踏まえてそれへの対応を行うわけであるが、アパシーでは本人の自覚・自発的行動を促すことにこだわりすぎないことが重要である。また、うつが合併しているときには、抗うつ薬が有効なこともある。遂行機能障害に対しては、本人の日々の生活、業務をパターン化し、構造化することが有用なことが多い。遂行機能障害に対しては、薬物療法での効果は期待できない。脱抑制に関しては、「失敗から学ぶ」ことを求めるのではなく、失敗する状況を減らす。また気分安定薬などの薬物が一定の効果を示す場合がある。対応法はケース・バイ・ケース

であるが、アパシー、遂行機能障害、脱抑制のいずれが目立つ場合においても、一日の予定や週間予定などの生活リズムの確立が基本となる。そして、その上でそれぞれの症例に応じた行動療法や薬物療法を考えていくことが求められる。社会生活を送るにあたってはどのような状況にでも柔軟に対応できる能力が必要である、と私たちは考えがちである。しかし中等症以上の社会的行動障害を持つ事例においては、そのような能力の障害自体が、病態の中核にあるということを踏まえ、本人の現在の生活、今後の生活で必要とされる具体的な能力の獲得を目指すことが必要である。

5. まとめ

社会的行動障害には、脳損傷と直接関連する症状と、間接的に関連する症状がある。本稿では、前者については特に前頭葉損傷との関連が重要であることを述べた。前頭葉と関連する社会的行動障害は、アパシー、脱抑制、遂行機能障害の３つの軸でとらえられ、それらは前頭前皮質の３つの下位領域と対応づけられることも多いが、現実の症例では対応は明確でないことも多い。社会的行動障害には、脳の損傷の結果として生じる認知機能障害、身体症状、精神症状に加え、病前性格、生活歴、現在の生活環境などの個人の特性も関連する。本稿ではこれらの要因について触れる余裕がなかったので、詳細は村井（2016）[10] を参照していただきたい。

参考文献

1. 国立身体障害者リハビリテーションセンター：*高次脳機能障害者支援の手引き*. 平成18年７月.
2. JM, H. : *Recovery from the passage of an iron bar through the head*. Publications Mass Med Soc,（３）: p. 1 -21.1868
3. Harlow, J.M. : *Passage of an iron rod through the head*. 1848. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 11（２）: p. 281-283.1999
4. Tekin, S. and J.L. Cummings,: *Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry: an update*. J Psychosom Res. 53（２）: p. 647-654.2002
5. PF., G.J.M.,: *Frontal Systems Behavior ScaleTM*,. Brown University, Providence.2002
6. 吉住美保，上田敬太，大東祥孝，村井俊哉：*前頭葉機能に関する行動評価尺度Frontal Systems Behavior Scale 日本語版の標準化と信頼性，妥当性の検討*．. 精神医学. 49: p. 137-142.2007
7. 村井俊哉：*社会的認知とその障害*. コミュニケーション障害学. 22: p. 190-194.2005
8. Namiki, C., et al. : *Small orbitofrontal traumatic lesions detected by high resolution MRI in a patient with major behavioural changes*. Neurocase. 14（６）: p. 474-479.2008
9. 上田敬太，村井俊哉：*前頭葉機能の障害とその生活*. 精神認知とＯＴ．５: p. 366-370.2006
10. 村井俊哉、生方志浦：*社会的行動障害*. 高次脳機能障害の考えかたと画像の見かた. 2016, 東京: 中外医学社.

（本稿は、平成29年２月16日に開催された臨床精神医学研究所の新春学術講演会における講演の要旨である）

金剛輪寺に咲く鷺草（愛知郡愛荘町、H29.9.2）

認知症と運転について

豊郷病院　認知症疾患医療センター
成田　実

最近、認知症の方が交通事故を起こす事例が報道などでも多く取り上げられるようになりました。高齢者の方が自動車運転を続ける機会が多くなっていることに伴い、事故が多くなってきているということから、最近、道路交通法が改正されました。

本日は、高齢者と運転について考えていくことにします。

1．国内の高齢者の現状

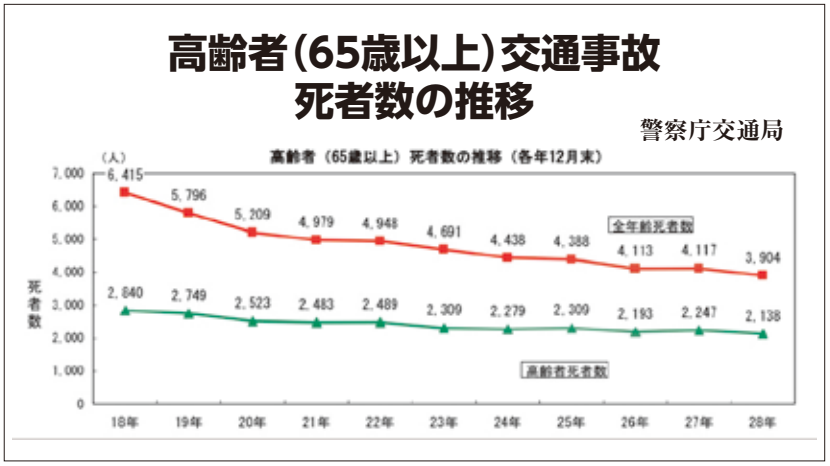
現在65歳以上の高齢者の人口は3000万人となり、国内総人口の25％を超えるようになりました。今後も、75歳以上の高齢者の人口増加が予想されます。高齢者という枠組みは行政上、前期高齢者と後期高齢者に分けて考えられますが、今後は前期高齢者と後期高齢者の人口割合も変化していくと考えられています。日常生活を送る中で前期高齢者は生活活動能力が高く社会的貢献度も高いと考えられる一方で、後期高齢者は健康水準の低下があり、心身の機能の低下が顕在化することが避けられなくなる世代と認識されています。

高齢者が増えるに従って、認知症の人の割合も増加しています。平成23年度科学研究費による研究班の調査で認知症の人の総数は、65歳以上の認知症の人の有病率推計は15％（462万人）と推計されます。また、認知症に移行する危険性があるとされる軽度認知障害の推計有病率は13％で400万人程度と推計されます。

高齢者の増加と認知症の人の増加により、高齢者の方が交通事故に出会う場面が多くなり、その中には加害者が認知症であったということがあり、運転と認知症との関係が強く意識されることとなっています。

2．交通事故死者の推移

警察庁交通局の資料による交通事故死者の推移のグラフを示します。全年齢の中で高齢者の交通事故死者数は減っていないことがわかります。



3. 自動車運転に必要とされる能力

高齢者が交通事故に遭う場面は、被害者としての場面もあるのですが、ここでは運転者の立場で話を進めていきます。まず、自動車運転をする際にはどのような能力を働かせて運転をこなしているのかについてお話しします。

自動車の運転は周りの状況を把握して、「安全に運転する」為に、適切な方法を考え判断して、適切なハンドルさばき、ブレーキ、アクセルなどを操作するという事の繰り返しになります。脳の働きとしては、認知と判断と操作という作業にあたります。

この様な流れの中で、危険をあらかじめ予測して、今直面している状況で「次に何が起こるのか」を予測しながら運転することが大切と考えられています。

4.高齢運転者において運転能力に影響する因子

運転能力に影響する項目としては、ここに挙げるようなものがあります。

まずは、視力、聴力などが挙げられます。しっかり見える、しっかり聞こえる事は大切です。

次に脳の働きとして、目にしたものや耳にしたものに注意を向ける、気づくことができる能力が必要になります。目にした情報に対して、どのようなものなのか、安全運転に支障のないものなのかという判断と予測する能力が要求されますが、高齢になるに従い、そのような情報の処理や判断する速度が落ちていることは考慮されるところです。

最後に、運転に関わるハンドルさばきなどの操作が適切にスムースに実行できるかというところも影響します。ブレーキ、アクセル操作に必要な筋力、関節の動きやすさや、協調して操作できるといったところです。

その他に、普段から薬を飲んでいる方では服用している薬剤の運転への影響や、前日の睡眠状態や飲酒が影響する場合も考える必要があります。

（高齢）運転者において運転能力に影響する因子

- ●視力、明暗順応、有効視野
- ●聴力、振動覚
- ●注意力
- ●認知機能（特に情報処理速度、実行機能など）
- ●反応速度
- ●筋力（ブレーキ、アクセル操作に必要）、可動性、協調性
- ●他（薬剤の影響、睡眠状態、飲酒）

5. 注意

脳の働きは総称として認知機能と表現されます。この認知機能の中で情報を得るという働きをするためには「注意」と表現される神経心理機能があります。「注意」とは日常生活の中で得られる多くの情報の中から自分の必要な事象に意識を向ける働きのことをいいます。細かいのですが「注意」は、いくつかの項目に分けて整理されているので紹介します。

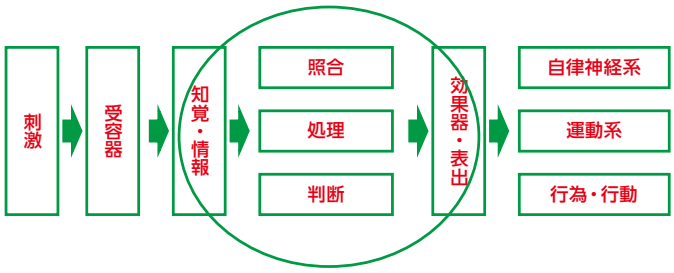
まずは、特定のものに集中しているときの注意の状態のことで「焦点的注意」と呼ばれます。次に、何か注意を向け集中した状態を続ける為の「持続的注意」が必要です。

感覚として入る情報の中から、何かを選んで注意を向ける「選択的注意」という働きは、例えば、騒々しさの中で特定の人の声を選んで聞く。他の音を抑制して聞かないという行動を起こす事を意味します。また、いくつかのことを並行して行うときには個々の内容に意識を分散して注意を払うという働きが要求されます。複数の物事に注意をはらうことは「分割的注意」と表現されます。

運転の際には、目の前に展開される複数の情景の中から、安全運転ポイントに意識を向け、文字通り「注意」を払い続けることが要求されます。

6. 認知機能とは何だろう

この様に「注意」を払い得られた情報をどのように処理していくかという課程を整理して図式化されたものを提示します。



認知機能

知覚された情報に判断や理解などを示し情報を処理する過程

ここに挙げたとおり、認知機能の中では「注意」を向け知覚された情報が、記憶されている情報群と照合され、整理、処理されて適切な行動を起こすように判断されその後の行動に反映するという流れがあります。

この様な課程の中で、不具合のあるところがあると、その後の処理が誤ったものとなり不適切な行動になってしまいます。認知症ではこの流れの不具合が強く表れてくる病気です。

7. 認知症の中核症状－認知機能障害

脳の働きの障害を認知機能障害と表現しますが、認知症の認知機能障害の特徴とされる中核症状について説明します。

まずは、多くの認知症患者の中に共通して現れる「記憶障害」があります。

「経験をすぐに忘れて思い出せない。覚えていたはずの記憶が失われる」というものです。

次に、「時間・季節・場所等の感覚が分からなくなる。道順などが分からなくなる」という見当識障害と言われる症状があります。情報をうまく処理できない事で見当をつけることが苦手になるものです。

実行機能障害は、前に挙げたとおり一連の作業の流れを適切にこなせなくなることをいいます。前もって計画をたてることができないことや、家電や自販機などが使いこなせないというものがこれにあたります。

考えを進めていく過程では、理解、判断力の障害として、考えるスピードが遅くなる、いつもと違う体験で混乱しやすくなる事が起こります。

最後に、頭の中で状況を想像して推理していくという課程が影響を受けることで、相手の気持ちがわからない、周りの様子がわからないので気にしない、ということが起こります。周囲の背景を意識して生活していく事に支障を来します。これは社会性の障害と表現されます。

認知症は、多くの原因となる疾患がありますが、それぞれの原因疾患によって中核症状の特徴が異なっています。

8. 主要認知症の中核症状の特徴

ここでは、主要な４つの認知症を起こす原因疾患について説明します。

まずは、認知症の疾患の半数以上を占める原因であるアルツハイマー型認知症です。脳細胞の変性によって起こる認知症です。原因疾患として最も多いものであることから、多くの介護の書籍ではアルツハイマー型認知症の認知機能障害とその症状に基づいた介護の方法が記載されています。

アルツハイマー型認知症では、先ほど説明した中核症状の中では、記銘力障害が初期症状として現れます。物覚えが悪くなることにより、日時がわからなくなり、情景をうまく認識できなくなることから適切な判断の障害に至るような経過を示します。

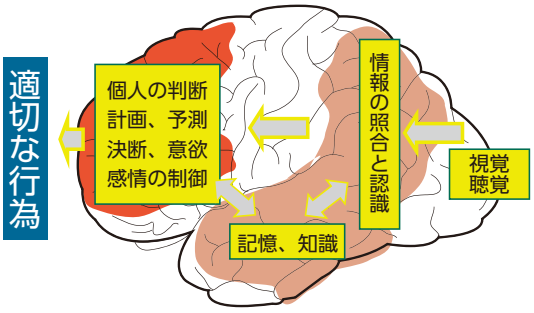
次のレビー小体型認知症は、変性疾患として２番目に多い疾患です。アルツハイマー型認知症に似ていますが、特徴としてパーキンソン症状による歩行障害と、記銘力障害を伴います。日常ではアルツハイマー型認知症と比べて、歩行障害が強く転倒しやすいという特徴があります。また、日によってあるいは一日の中でも、良い状態と混乱した悪い状態の変化が強いという特徴もあります。幻覚症状が出やすいこともレビー小体型認知症の特徴としてあげられます。

次の前頭側頭型認知症は、記銘力障害は目立たないのですが、適切な判断とそれに基づいて行動をしていく課程が障害されます。結果として自分の思うとおりに行動を起こしてしまうという事により、日常生活が困難になるというものです。この行動は「我が道を行く」行動パターンと称され、集団活動に向かないという特徴があります。

最後に挙げるのは脳血管性認知症です。脳梗塞の後遺症として出現し梗塞部位の担っていた認知機能の障害が局所的に出現する事になります。脳梗塞の場所が歩行の働きを担うところであれば歩行障害が起こります。一般的な傾向として、元々の人柄が極端になったり、感情の不安定さが目立つことがあります。

9. ある行動を起こす為の思考の流れ

実際の脳の認知機能に関わる部分とその働きを示したものを提示します。アルツハイマー型認知症では、情報の照合と認識をつかさどるところの働きから障害されます。また前頭側頭型認知症や脳血管性認知症のあるものは、向かって左側の判断、計画などを担う前頭葉の働きが障害されるところから始まる、あるいは強い傾向のようです。



１０．認知症の初期症状１１項目質問表（山口）

日常生活の中で認められる認知症の初期症状としてどんなものがあるかについて、質問票形式で表されたものがありますのでここに示しています。

認知症の初期症状１１項目質問表（山口）

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

社会脳からみた認知症　徴候を見抜き、重症化をくい止める伊古田俊夫 著

すべての項目があるというものではなく、いくつかの項目があるのであれば、注意して見守るようにしていただきたいと考えています。

１１．症状と重症度の関連

認知症は、軽症のものから徐々に進行していきます。障害の重症度により日常生活で現れる症状は異なってきます。重症度とその目安とされる日常生活のできごとを表にされたものを提示します。今は認知症の重症度としてどの程度なのか、今後悪くなる過程でどのようなことが起こる可能性があるのかを知る上でも参考にして下さい。

症状と重症度の関連　　**家庭でみられる特徴**

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

※1：実際には、買物リストを持って行くのを忘れることも多い。
※2：手伝わなければ前後が逆になったり、パジャマの上にズボンをはいたりする。

［日本医師会インターネット生涯教育協力講座「認知症診療と新しい治療戦略」より改変］

１２．軽度認知障害（MCI）の診断基準

認知症の症状の多くは突然現れるものではなく、徐々にその失敗が多くなって目立つようになります。その症状の内容が診断の基準を満たしたところで認知症という診断がなされます。

最近の研究で、認知症の診断される前の段階で気づくことができ、脳リハビリなどを実施することで認知症への移行を予防することができる場合があることがわかってきました。そのような状態を軽度認知障害（MCI）と表現し、積極的に予防活動をしていこうという流れがあります。

診断の目安としては次に挙げるようなものがあります。「物忘れがあり、その物忘れは年齢に比して記憶障害と言われるものではあるが、物忘れがあることを意識することができており日常生活に大きな影響を及ぼさず普通の日常生活をこなしている状態」にある方のことです。認知症ではないが、MCIの人は認知症に移行していくという事がわかっています。この時期に気づくことが見極めるのに必要なものと考えられるようになっています。

軽度認知障害（MCI）の診断基準

- 主観的なもの忘れの訴えがある
- 年齢に比して明らかな記憶障害
- 記憶以外の認知機能は正常
- 日常生活には支障を来していない
- 認知症の診断基準は満たさない

認知症の診断には該当しないが、将来該当しそうな問題を抱える人を見極めること。

☆MCIがすべて認知症に移行するわけではない

Petersen RC, et al. Arch Neurol. 1999;56:303-308.

１３．運転をやめる

あらためて運転の話に戻ります。

認知症にかかると多くの場面で、不注意をはじめとして不適切な状況判断があり、一つ一つのことで不適切な行動が現れてきます。適切なタイミングで適切な行動を起こすことができるかどうかは安全運転に関わる話です。

しかし、運転能力の低下は明らかな認知症である場合とともに、高齢になるという事も必要な運転場面に影響してきます。もしもの為にという場面を考えるときには、運転をやめるという選択をしなければなりません。

道路交通法の改正に伴い、どのような改正があったのかについて簡単に説明します。

まず自主返納制度があります。５年以内であれば「運転経歴証明書」を公布してもらうことが可能です。自主返納制度に基づき証明書の交付を受けたとき、その証明書も提示することで、地域によって限りはありますが各種のサービス、割引が受けられるという特典があります。現在は、円満に解決する手段としてこの方法が勧められています。

次に75歳以上での免許更新時や、違反の際には認知機能検査が実施されます。対象者が広がりました。その際に認知症が強く疑われたときには、医師の診断書の提出が必要になり一時停止の処分を受けます。

最終的には診断書を参考に公安委員会で裁定されます。

自主返納でと違い免許証の保持、取り消しの判断がなされることです。

免許が取り消しになれば、免許取得はやり直しになります。

この時に、医師の診断書は参考とされますが運転免許を持つのに適切かという視点で裁定されるということです。

運転をやめる

◆自主返納制度（自分の意思でやめる）
- 自主返納後、5年以内であれば「運転経歴証明書」の交付が受けられる。

◆認知症高齢者の免許取り消し、停止
- 75歳以上では①免許更新時、②違反等で認知機能障害が疑われたときにも認知機能検査が実施される。
- 認知症が強く疑われたときには、免許の一時停止、3ヶ月以内に医師の診断書の提出が必要。認知症であれば取り消し対象となる。
- 公安委員会により裁定。

14. いつかは自動車運転を卒業する

いつかは車の運転をやめるときは必ず来ます。前もってよく相談しておく事が必要です。

自動車運転をいつまで続けるかについてはやはり本人次第です。しかし、もしもの事が起こらないかどうかと、周囲の方はやきもきしつつ見守ることになるでしょう。運転をやめてもらいたいと勧めるときには、やめることで日常の不自由が増すことに対しての協力を考えないと、やめることに同意してもらえなのではないでしょうか。

どのように納得していただくか、時間をかけて話し合うことが必要な場面もあるでしょう

前もって話し合っておく際には、①本人のためでなく，事故に巻き込まれ得る人に焦点を当て，どうなったら運転を中止する。②そして中止後の代替手段について家族も交え協議する。 ③あらかじめ中止基準を定めておくことで，家族内のわだかまりも回避し得る、などが検討課題となります。何の目的で運転することが必要か、運転をやめたくない理由についても話し合いましょう。速やかな中止が困難な際に、注意して運転できるように誰かが同伴する場合もやむを得ないと考えます。

物忘れがない時期から話し合うようにして下さい。忘れっぽくなってくると、話し合って決めたことを忘れてしまいます。認知症の方は物覚えが悪くなっているので繰り返し話し合っても同意できない点が問題です。

力ずくで取り上げるという事は最後の手段ですが、運転をやめさせる際の工夫については、介護の本などに方法が提案されているので参考にしてください。

15. 課題・・・認知症の人だから運転してはいけない？

認知症であるということで免許取り消しになるという事については、まだいくつかの課題が残されています。現在は、運転することは本人や周囲の安全を確保するという事との関係で議論されています。

免許返上した後の生活の手段の確保は、都市部と郡部では事情が異なってきます。認知症でも安全に運転できれば良いという考え方もできます。

現在の技能では「安全に運転することが困難になっている人」が対象であることを心に留めておく必要があります。

将来にわたり運転を続けたいというのであれば、可能性としては、自動運転ができる乗用車に期待しましょう。

課題・・・認知症の人だから運転してはいけない？

- 認知症と診断されていると、運転してはいけないのか？
- 本人（周囲）の安全の確保との関係が考慮されます。
- 認知症ではないから、運転し続けてもいいのか？
- 運転をしてはいけない人はいます。

◆あくまでも、「安全に運転することが困難になっている人」が対象であることを心に留めておく必要があります。
◆自動運転ができる乗用車に期待しましょう。そのときまで免許取り消しにならないように・・・、
◆免許証を返納したくない人はペーパードライバーのままで更新し続ける？

そのときまで免許取り消しにならないようにしなければいけません。免許証を返納したくない人はペーパードライバーのままで更新し続ける事もあり得るかもしれませんが、まずは自動運転の可能な時代になるまで認知症にならないという工夫は必要です。

（本稿は平成29年３月25日に行われた豊郷病院公開セミナーの講演記録である）

加茂川堤に咲く秋の雛桔梗（京都北山、H29.10.11）

セルフケア不足により不穏時に脱衣行動がある患者への関わり方を振り返る

豊郷病院精神科（3-6病棟）
久保　かずみ

Ⅰ．はじめに

統合失調症とは、思考や行動、感情を１つの目的に沿ってまとめていく能力、すなわち統合する能力が長期間に渡って低下し、その経過中にある種の幻覚、妄想、ひどくまとまりのない行動が見られる状態です。

今回私が関わらせていただいた患者は病棟で度々脱衣行動がありますが、脱衣行動は毎日起こることではなく日によって異なります。脱衣行動のない日の患者は落ちつきがみられ意思の疎通も可能です。

しかし脱衣行動のある日は落ちつきがなくなり鼻を「んー、んー」と言い始め意思の疎通も難しく、なぜそのような言動があるのかが分かりません。

そこで、脱衣行為のある患者の１日の行動を把握して看護師の関わり方を振り返り、患者にとってよりよい生活が過ごせるためのセルフケアの重要性について理解することができましたので報告します。

Ⅱ．目的

①脱衣行為のある患者への関わり方を振り返る。
②看護師が患者のセルフケア介入の場面を把握し、患者が安定した生活が送れるように、今後の関わり方に活かしていく。

Ⅲ．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に配慮すること、途中で拒否することも出来ることを伝え、研究による不利益のない方法で行うことを伝えた。

Ⅳ．結果

１．患者紹介

Ａ氏。60代後半。男性。統合失調症。ADL殆ど自立。現在は治療により幻覚、妄想などの精神症状は減少し病棟で落ち着いて過ごす時間は増えましたが、不穏時には寡黙、脱衣行動、時には暴力がある状態です。

２．看護の実際

１）看護上の問題

不穏時に脱衣行動があることに関連した思考の混乱。

2）看護計画

看護目標：不穏が少なくなり、病棟で落ち着いて過ごす時間が増える。

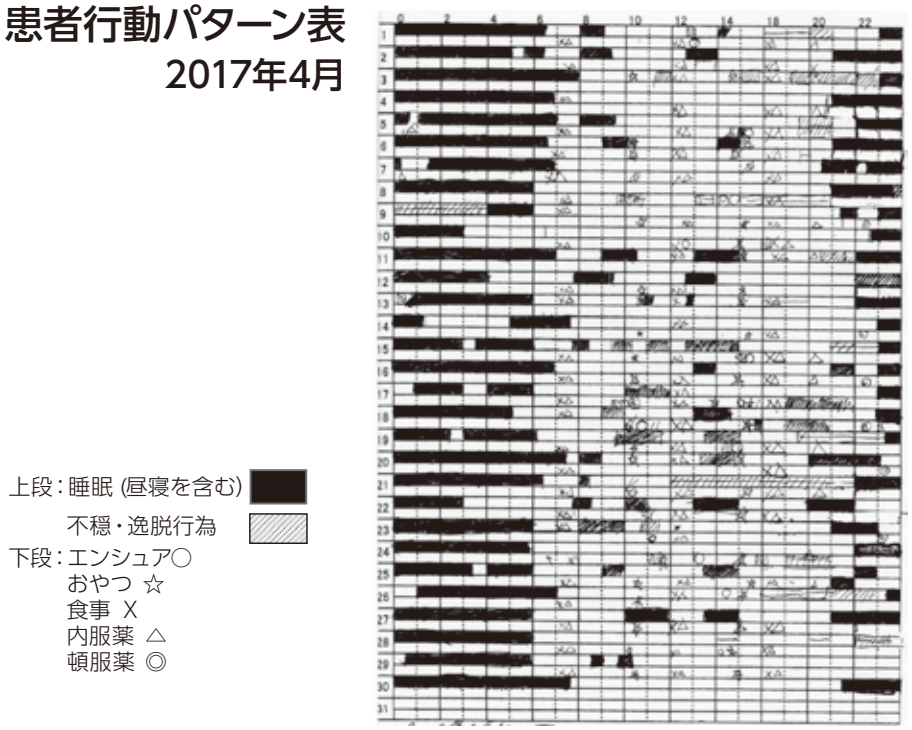
解決策：

O-P（オブザベーション・プラン）

・患者行動パターン表を作成する。１ヶ月間、患者の１日の様子をその日の男性受け持ち看護師が行動パターン表に記入していく。

・パターン表からは患者がどういう時に落ち着きがなくなるか、自立した行動が取れなくなるか、患者への関わり方を変えた時、患者の行動に変化はあるか、変えたことで患者は落ち着いて過ごせているのか、不穏・逸脱行為は減少したのか観察していく。

※患者行動パターン表については下図を参照してください。



T-P（トリートメント・プラン）

・不穏な時と不穏でない時の患者に声を掛け、反応の違いを観察していく。穏やかな時の患者に不穏な時の患者自身について、プライバシーに配慮しながら、自室で聞いてみる。

・受け持ち看護師やその時に勤務が一緒になった看護師から、患者の行動で気になる点や疑問点について聞き、その度話し合う。

・10時半におやつを食べてもらう（以前から患者は焦燥や呻吟などがあり、病棟で落ち着いて過ごせていなかった。そこで、患者は食べることが好きであったということから、以前から患者の看護計画に挙がっており、これを継続する）。

3）看護の実践・結果

患者の行動パターン表を取り始めて、まず最初に分かったのは患者が大体２、３日おきに不穏となる

ことです（患者行動パターン表については図を御参照下さい）。４月１日、その日の午後13時頃から不穏が目立ち始め、18時頃に脱衣行動が起きています。翌日の４月２日、不穏なく落ち着いて１日を過ごせています。それ以降も同様に４月３日不穏、４月４日静穏、４月５日不穏と２、３日おいて不穏を繰り返しています。不穏時には、患者は病棟内を落ち着きなく歩き始めます。おやつの時間より早く詰所まで来て「おやつ、おやつ」と言ったり、おやつの時間でないことを説明すると、その時は理解してもまたすぐに詰所に来て「おやつ、おやつ」と繰り返します。

次に静穏である時の患者に、不穏時の患者自身のことについて聞いてみると、「うーん」と唸りながらしばらく考えた後、覚えていないという返答でした。別の日の４月12日、患者に同じことを聞いてみましたが同様の返答でした。

患者との毎日の関わりの中で特に気になったのは排泄でした。患者の一日の様子を観察していると殆どトイレに行く姿がみられず、不穏があった日も脱衣行動があってそのまま21時を過ぎ、病棟の廊下で多量の便失禁をしていました。便失禁後、患者の表情はすっきりしており、静穏時の患者に戻っていきます。その他に、患者は排便が２、３日出ていないことがよくあり、便秘傾向になるとそわそわと落ち着かなくなり不穏からの脱衣行動が起きることがありました。上記のことから排泄面では医師の指示の下、ラキソベロン内用液を用いたり他の下剤で排便コントロールを行い、またトイレ誘導も強化して10、13、16、20時に行うようにしました。実際は、患者にトイレの声掛けをすると頷いてトイレに行き、しばらくして患者本人から便が出たという報告もあれば、こちらから患者に確認し排泄の有無を聞くこともありました。しかし、別の日の４月15日、トイレ誘導を行うと患者は表情をしかめ、そのまま動かず頭にすっぽりと布団を被せて拒否することもありました。その後も、患者はトイレに行く様子もなく、焦燥からの脱衣行動がみられることも度々ありました。また、トイレ誘導を行うと患者はトイレまで一緒に行くもトイレ内をうろうろとしており、どうしたらいいのか分からない様子でした。その時、患者に声を掛け、便器を指差しながらここでトイレをすること、排泄すると腹部が楽になることを伝えました。すると、患者は便器のある所まで移動して一度は排泄しようとするものの、結局下腹部が膨満したままの状態で排泄せず、トイレから出てくることが度々ありました。結果として患者の不穏が少なくなるには至りませんでした。

Ⅴ．考察

大上俊彦は、不穏とは、「行動が活発になり、落ち着きがない状態」のこと、と述べています。患者はいつの時間からか落ち着きなく病棟を歩き始め、またおやつや食事の訴えが多く、それらの時間ではないことを伝えても言葉が入りにくく、理解が難しくなります。そこで、患者の行動にはまとまりがなく、落ち着きがない状態であるため、その時の患者の状態を「不穏」と呼びました。

患者の行動パターン表から読み取れることは、2-3日おきの不穏があること、元来患者は便秘傾向であり排泄の援助が必要であること、不穏時には便失禁があり、便失禁の後に患者は徐々に表情の険しさがなくなり静穏に戻っていくことから、排泄が患者の精神状態に関係があるように考えました。黒田裕子は、「患者をとらえる時には、セルフケア不足、すなわち治療的セルフケアデマンド（注1）とセルフケア能力（注2）をアセスメントする必要がある」と述べています。治療的セルフケアデマンドとしては、患者は自立して排泄が行えていないときがあり、看護師側からの声掛けやトイレ誘導が必要でした。このことは普遍的セルフケア要件の排泄に該当します。セルフケア能力としては、静穏時、患者に排泄の

有無を尋ねると、患者は排泄があったとの発言や報告があり、排尿・排便の量はどのくらいだったかとも答えることができています。しかし、不穏時になると自立して排泄が行えなくなり、便意の有無も曖昧で十分な排泄ができないまま、最後に多量の便失禁をすることがたびたびありました。また、十分な排泄ができていないことで患者は精神的にも落ち着かなくなり、トイレに行くということも分からなくなってしまっているようにも思われました。

上記のように、患者はセルフケアが十分に行えているとは言えず、他者からの看護援助が必要な状態です。患者への看護援助が必要なことから、次に私自身が行った患者の看護と看護システム（注3）を照合していきます。患者は排泄動作を全てできないわけではなく一部介助が必要な状態であり、看護システムと照らし合わせると声掛けとトイレの場所まで誘導することにより排泄動作が可能な患者の状態は一部代償的システム（注4）が必要であると考えました。私が患者に対して行った排泄援助は、患者が排泄できていないという事実から患者に声掛けをしてトイレ誘導を行ったのであり、一部代償的システムの「必要に応じて患者を援助する」看護行為に該当すると考えます。オレムは「看護師と患者の関係は補完的」と述べています。今回患者に行った援助は結果としては患者の不穏行動の減少にはつながりませんでしたが、毎日の患者の様子から患者はどういうときに調子を崩し不穏がみられるか、排泄はできているのか、患者自身、不穏時のことをどう思っていたのかなど私自身知らないことも多くありました。これらの情報から患者に今何ができるかを考えたとき、患者が精神的にも落ち着いて毎日を過ごせるように看護師が患者への看護援助を行うことがオレムの言う補完的な関係ではないかと考えました。

Ⅵ. 結論

1. 患者行動パターン表により、患者の一日の流れを通した患者の行動の特徴が分かった。患者の不穏行動減少にはならなかったが、これらの情報をチームで共有し、今後の患者への看護に活用することができると思われた。
2. 患者は排泄に問題があったため看護師側からの介入により、排泄の援助を行っていく必要がありました。

注1. 治療的セルフケアデマンド：生命の維持、健康、発達、一般的な安寧状態の維持増進のための行為のニーズを満たすために必要とされるケアを評価するもの

注2. セルフケア能力：セルフケアを実施するための行為に向けられる複合的な能力で、学習することが可能な後天的な能力

注3. 看護システム：看護状況における看護師と患者の意図的行為から生産される具体的行為のシステム

注4. 一部代償的システム：患者がいくつかのセルフケアを実施したり、セルフケア能力を調整し、患者のセルフケアで不足している部分を看護師が補う

キーワード：セルフケア不足、不穏、統合失調症

引用・参考文献

1. 佐藤光源（監修）：統合失調症について－精神分裂病と何が変わったのか．日本精神神経学会ホームページ。
2. 落合滋之（監修）：精神神経疾患ビジュアルブック．学研メディカル秀潤社、2015
3. エキスパートナース：特集-不穏への対応．30巻15号、照林社、2014

4.　黒田裕子（監修）：ケースを通してやさしく学ぶ看護理論．日総研出版、2017

ブルーサルビア（豊郷病院デイケア棟、H29.10.5）

幻覚・妄想に左右された言動のある患者の苦痛軽減へ向けた関わり

－オーランドの理論からプロセスレコードを用いて振り返る－

豊郷病院精神科（3-6病棟）
渡辺　悠子

Ⅰ．はじめに

統合失調症の症状は、幻覚・妄想などの陽性症状と、不活発・無気力・意欲低下・自閉などの陰性症状に区別することができる。陽性症状として有名なのは、シュナイダーの一級症状であり、幻聴、身体の被影響体験、妄想知覚などがあげられている。

実際、病棟で勤務する中で、患者の幻覚・妄想に左右された訴えや行動はよくみられる。幻覚・妄想に対する一般的な看護としては、幻覚・妄想により患者が体験する感情に焦点を当て共感的に関わること、現実的な体験をする機会を持つことなどがあげられる。しかし、実際に幻覚・妄想による訴えがあった際、どのように関わったらよいのか悩む場面も多い。今回、患者の行動に着目した苦痛軽減への関わりが出来ていなかったため、プロセスレコードを用いてオーランドの理論を考えてみたところ、今後の方針がやや明らかになったため、ここに報告する。

Ⅱ．目的・方法

幻覚・妄想に左右された言動のある患者への看護場面を再構成し自らの関わりを振り返ることで、今後の関わり方への課題を明らかにすることを目的とする。プロセスレコードを用いて事例研究を行い、オーランドの患者-看護師の相互作用に関する理論を用いて振り返った。

1．患者紹介

50代女性。統合失調症。思いつきの行動が強まり家族の見守り困難となる、などの理由で入退院を繰り返している。現在は月に１回程度、家族と外出している。

現在の精神症状としては、悲観的な妄想や体感幻覚様の妄想に伴い衝動的な行動がみられ、精神状態が不安定になることがある。特に、早朝覚醒時や排便コントロールが不良な際に幻覚・妄想に左右された言動がみられることが多い。例えば、「お口に鍵がかかっちゃいました。見てください」「手が変。こんなんになっちゃった」「記憶喪失です」等と繰り返しスタッフに伝えにくる。

これらの訴えがあったとき、「○○な感じがして困っているんですね」等と患者が感じていることに共感した声かけをすると、「感じじゃなくて、そうなっているんです。ほら、なってるでしょ！」といった発言がみられる。また、幻聴以外のことに意識を向けることが出来るよう、患者の好きな塗り絵などの活動をするか尋ねても、「こんなんになってるからできません！」といった返答がある。そして、しばらくすると、奇声をあげて廊下を走ったり、裸体になったりといった行動がみられることが多い。

また、ADLは自立しているが、精神状態が不安定な際は、食事・入浴等に介助が必要である。

２．看護の実際

１）看護上の問題

＃１自己統一性混乱

２）看護計画

目標：精神症状、不安、興奮などが軽減したことを示す。

O-P：精神状態、陽性症状、陰性症状

T-P：患者の感情表現を促す、感情に共感する、観察したことを言葉にして伝える。患者は現実をそのようにとらえていると理解する、現実な活動に働きかける。

E-P：現実的なことをすることで感情から離れられると伝える。つらいときは臨時薬が助けになることがあると伝える。

Ⅲ．倫理的配慮

対象患者と家族に対して、研究の目的、研究への参加と中断の自由、プライバシーの保護、院内での発表を行うことについて口頭と書面を用いて説明し、同意を得た。

Ⅳ．結果

患者との関わりの場面を、プロセスレコードを用いて振り返る。

場面１

患者の行動	自分の反応	自分の活動
①（患者が詰所をノックしている）	②３時なのに、もう起きちゃったの…もっと寝ててよ…	③（詰所のドアを開け）どうされましたか？
④（口の中に手を入れながら、しゃがみこんで）お口に鍵がかかっちゃった。	⑤いつものだ。やっぱり早くに目が覚めてしまう時は調子悪いな…口に鍵なんてかからないし。喋れてるじゃん。でも何て答えよ…	⑥（患者に目線を合わし）お口に鍵がかかった感じがして困っているんですね。
⑦もう鍵がかかっちゃった…お口に鍵がかかっちゃった（目線を合わさず話す）	⑧やっぱり、頓服飲んでもらった方が良さそう。頓服飲んで、もう少し寝てもらおう。	⑨しんどそうですし、お薬飲んでおきましょうか。
⑩いりません。鍵がかかったんだから、飲めないです！	⑪そんなこと言わないで飲んでよ。取りあえず屯服を準備してきて、水に入れて飲んでもらおう。	⑫（一度、詰め所に戻り屯服を準備。水に入れ患者の所へ持っていく）そしたら、お水を飲んでゆっくりしましょうか。

患者の行動	自分の反応	自分の活動
⑬飲みません！（コップの中身を廊下にこぼす）	⑭あ…なんでそんなことするの…でも、飲んでほしいし…	⑮（コップをひろい、もう一度声をかけようとする）
⑯（奇声をあげ、廊下を走る）	⑰他の患者さんが寝ているのに、やめてよ…どうしよう。	

④の患者の訴えに対し、⑤でいつもと同じ幻覚に左右された訴えだと感じている。その一方で、どのように対応したらよいか迷いもあり、⑥で患者の言葉をそのまま返している。しかし、このやりとりでは患者が看護師に何を訴えたいのか、患者のニードを理解することができなかった。そのため、⑧で一方的に屯服の使用をすすめようと結論し、⑨～⑮の行動にうつしている。この行動は、患者の訴えにそった援助ではなかったため、患者は屯服の服用を拒否し⑬や⑯の反応を示している。また、⑧や⑰のように自分の業務中心に考え動いているため、患者のニードを満たせなかった可能性がある。

場面２

患者の行動	自分の反応	自分の活動
①（詰所の前で手をこすっている）	②ほくろの所が気になるのかな…また、調子悪いんだろうか？	③どうされましたか？
③（しばらく沈黙の後）ここが変になっちゃった…変…	④やっぱり調子悪そう。ほくろなだけなのに…何て声掛けよう…	⑤ここのほくろの所が気になるんですか？
⑥（うなずく）	⑦わざわざ詰所まで来てるってことは、何かしてほしいのかな？	⑧痛くはないですか？
⑨（ほくろをこすり続けながらうなずく）	⑩何が気になるんだろう。教えてもらうにはどうしよう？	⑪手を見せてもらってもいいですか？
⑫（こするのを止めて手を差し出す）	⑬赤くなってるな…どうしたら気にならなくなるんだろう？	⑭（手を触りながら）赤くなってきちゃいましたね…どうしたら手が変になったのが早く治りそうですか？

患者の行動	自分の反応	自分の活動
⑮（しばらくしてから）軍手無くなった…盗られちゃった…	⑯手袋すると気にならなくなるのかな…そういえば、最近してないかも。盗られたって言ってるけど、クリーニングに出てるのかな…	⑰もしかしたら、ロッカーに返ってきてるかもしれないです。見てきますね。 （クリーニングから返ってきた手袋を渡す）
⑱（手袋をじっくり見て手袋をつける）	⑲よかった。もうこすってない。	⑳手が変になったの治ったら、また教えてくださいね。
㉑（自室へ戻る。しばらくすると、落ち着いた様子でデイルームに座っている）	㉒やっぱり手袋をするのが、患者さんなりの対処方法だったんだ。	

③の患者の訴えに対し、④では場面１と同じようにどのように対応したらよいか迷いっている。しかし、⑦のように患者が何か訴えたいことがあるのではないかと考え、患者が訴えたいことを知ろうと⑧～⑫のやり取りをしている。このやりとりでは患者のニードを理解することはできなかったが、③の発言を受けとめ、患者がどうしたいと思っているのかを⑭で直接尋ねることにした。その結果、⑮～⑱で患者のニードを知り、それを満たす行動に移ることができ、患者は落ち着くことができている。

Ⅴ．考察

オーランドは、「患者の不安や苦痛の多くは、その体験を看護師が正しくとらえることができないこと、あるいは患者が自分の援助へのニードを最初にはっきりと伝えることができないことから生じる」と断言している[1)]。幻覚・妄想に基づく訴えは、患者が自分の援助へのニードを伝えられない場面の一つと言える。場面１の関わりにおいて、私は患者が訴えようとしているニードを理解することができないまま、一方的に援助を実施しようとした。そのため、患者の苦痛は改善されず、不穏な状態になってしまったと考えられる。

ニードを知るためには、「看護師が観察した患者の言動が何を意味しているのか、そして看護師によるどんな援助が必要なのかを理解するよう努めるといった熟考過程を継続的に行う」[2)] 必要がある。したがって、場面２のように、患者が訴えたいことは何なのか知ろうとする関わりが大切であるといえる。「患者の言動について看護師が知覚したことを患者に問い返してみることは、効果的であり、時間を節約できる方法である」[2)] とあることから、場面２で患者の苦痛に対し患者がどうしたいと思っているのか、患者の思いを直接尋ねた関わりは効果的であったと考えられる。

また、オーランドは、良い看護の成果とは患者の言動が改善されたこと、悪い看護の結果は、改善が全く見られなかったことと定義している[2)]。そのことからも、場面２における看護実践は効果的なものだったと考えられる。

今回、患者への個別的なケアを行った結果、奇声をあげたり裸体になる頻度は減少した。それは、患者の思いを知ろうとする関わりを継続し、患者の安心につながるケアを実践できたからだと考えられる。

また、頓服の服用を促したり、患者の好きな活動をするよう促すケアは、看護師からの一方的なケアであったと考えられる。そのため、患者にどうしたいと思っているのか直接尋ねることなどにより、患者のニードを適切に満たすケアが大切だと考えられる。

幻覚・妄想に左右された言動がある場合、その内容や行動だけに目を留めるのではなく、患者のニードを知ろうとすることが大切である。患者は入退院を繰り返しており、思いつきの行動が強まると家族にとっては見守りが難しいと捉えていた。しかし、今回、ケーススタディを行う中で、看護師と患者との会話の中でプロセスレコードを用いて振り返り、患者の言動から手に関することが患者にとって気になっていたことを確認することができた。これらのことを踏まえ、患者に言語化し伝えたことが、外出時に自ら家族に依頼して手袋を購入するなどの行動につながったと考えられる。今後、病院外でどのような時に思いつきで行動するのか、本人はどうしたいと思いその行動をとったのか、といった点を言語化し確かめることで、対処方法を患者と共に考えていくことが出来ると考えられる。また、精神状態が不安定な時、日常生活動作に介助が必要になるが、まず患者の思いを言語化することでニードを理解し充足できるなら、幻覚・妄想にとらわれることなく日常生活が安定して送ることが出来ると考えられる。

Ⅵ. 結論

患者の思いを尋ねるなどの関わりを通して、患者が訴えたいことは何なのかを言語化して伝えることにより理解する必要がある。また、患者のニードを知り、充足するための看護を行うことにより、患者の苦痛を軽減することができた。

キーワード：幻覚・妄想、プロセスレコード、オーランド

引用・参考文献

筒井真優美：看護理論家の業績と理論評価（第１版）、医学書院、2015

都留伸子（監訳）：看護理論家とその業績（第３版）．医学書院、2004（Ann Marriner-Tomey（eds.）：Nursing Theorists and Their Work. 2002）

3-6病棟（精神科入院病棟）での筆者

箱づくり法を利用した治療者 - 患者の関係作り

豊郷病院リハビリテーション科・作業療法士
佐々木　慎

【はじめに】

今回、入退院を繰り返す20代男性の残遺型統合失調症患者を担当した。本稿の目的は、治療者 - 患者関係作りを行う際に箱づくり法を利用することで、その特性を明らかにすることである。なお、本報告に際し本人より文章にて同意を得ている。

【症例紹介】

20代男性、診断名は残遺型統合失調症。中学時代にいじめにあい不登校。その後、全く会話しない。活動量減少、体重減少、体感幻覚、妄想、自殺企図、拒薬などから計６回の入院歴がある。今回、自宅で刃物を使用し自傷他害の恐れがあるとして医療保護入院となる。

病識の欠如により、服薬の自己管理が困難で退院支援も停滞していた。

【作業療法評価】

作業を通した筆者との関係作りを目的に関わり始め、散歩やキャッチボールでの個別対応を実施した後、週２回の個人OTに参加するようになった。しかし、その後の参加の拡がりはなく、導入から半年が経過していた。

自己認識は、服薬に拒否を示し、自分は病気ではなくこういう人間であると述べた。主治医や家族からの服薬、治療への働きかけは納得していなかった。

作業遂行は、思考の硬さから我流で対処することが多く、支援の必要性を感じていなかった。こちらからの積極的な介入によって、効率よく取り組めたが、その要因を客観視することは難しかった。

対人関係は、自分から話すことはないが興味のあるゲームや野球についての話題には会話が続いた。言葉は丁寧に話すが、小声で視線を合わせることはなく、病棟では孤立的で、自室で過ごすことが多かった。筆者には趣味の話題や悩みを話せたが、本人の主張を受容するような関係であった。

OTでは、治療関係を構築することで病感、病識の獲得を目標としていたが、関係がなかなか深められていなかった。

【箱づくり法を用いた評価・面接】

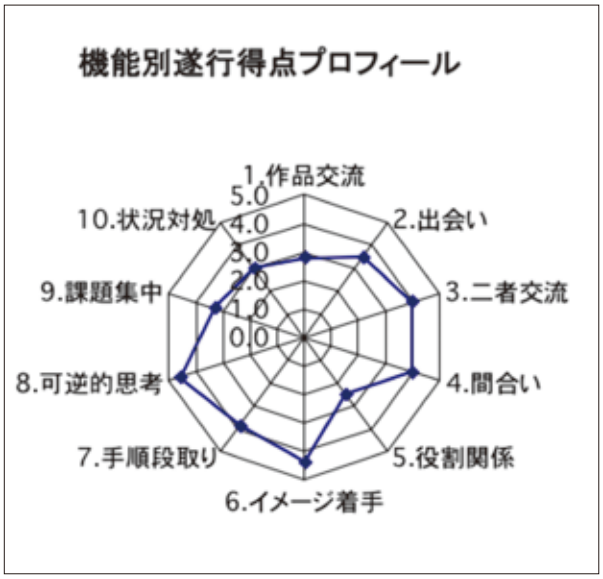
箱は、糊代が２箇所足りないサイコロ型を作成する。制作にかけるエネルギーは統合失調症群のデータと比べて低い。不足した糊代は、作成中に修正、対処する様子はなかった。箱作成後の面接は、箱の自己採点の得点、減点理由で自分の過去の話をしたり、再実施時の工夫が糊代の不備のみの一項目を言及するだけであった。文脈は読み取り辛く、筆者の解釈で内容が読み取れるような会話である。箱の自己採点80点、他者採点60.8点であった。機能別遂行得点プロフィールは、作業遂行領域よりも対人領域

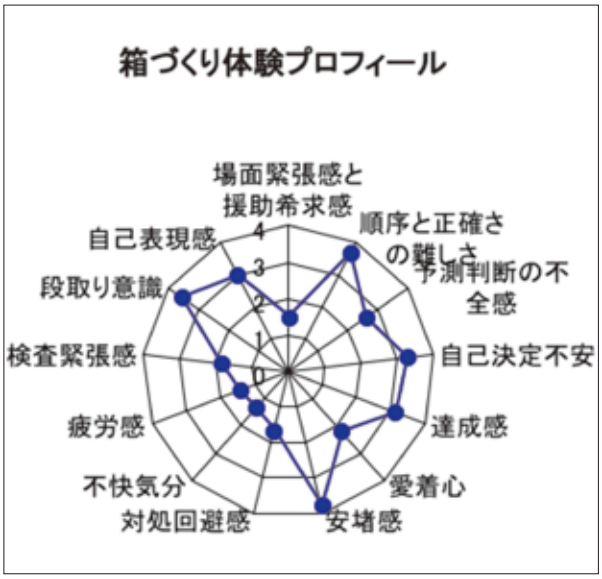
が低い。箱づくり体験プロフィールは、順序と正確さの難しさや自己決定不安が高いが、場面緊張感・援助希求感は低い結果であった。

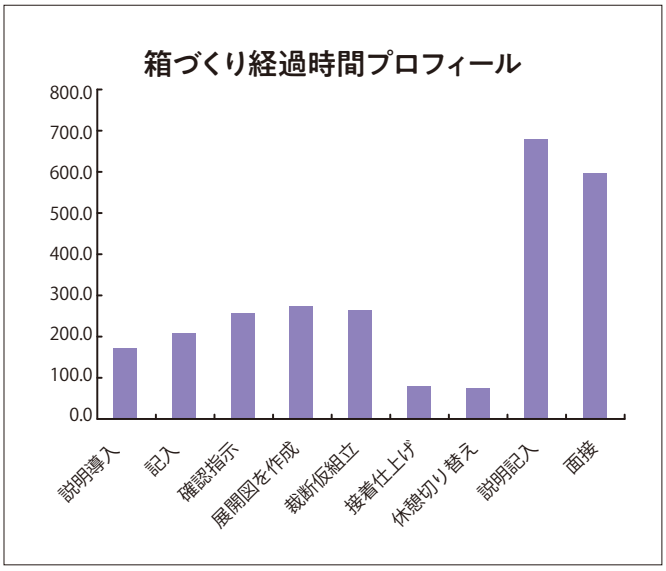
以上のことから、作業に取り掛かるに際しての戸惑いはあっても、結果よければ全て良しという感じで、振り返る視点の狭さ、文脈が読み取り辛いコミュニケーション面により、自分の課題を把握しにくいと考えた。

面接では、上記の内容を基にフィードバックを実施、患者からは「指摘されたことは、結構あたっているなあと思いました」「（筆者が）何を考えているかがわかったような気がします」という返答が得られ、今後作業を通しての積極的な振り返りの機会を持つことを合意した。

患者さんの作った箱（3方向から撮った写真）







【考察】

精神科の評価は観察が多く、主観がどうしても入ってしまう。そこで箱づくり法のように準標準化された図や表のデータを用いることで、患者自身が自分の特徴を客観視し、把握することが出来た。その際に患者の特徴を患者と筆者二人で共通認識することができ、今後の作業療法の方向性を共に考えることができた。

このように箱づくり法を利用することで、治療者 - 患者関係作りをより明確化して把握することが出来た。

参考文献

冨岡詔子（編著）：作業面接としての箱づくり法．箱づくり法研究会、2015

（本稿は、第12回滋賀県作業療法学会（ビバシティーホール、彦根、2016.10.2）での発表原稿に加筆したものである）

精神科作業療法室での筆者（中央）

誤薬の減少に向けた取組み

－マニュアルの映像化による効果－

公益財団法人　豊郷病院　3-6病棟

藤野　恵子　　松崎　春花　　中村　祥子　　能美　峰子

キーワード：内服業務における誤薬、マニュアルの遵守・統一、映像利用効果

1．はじめに

当精神科病棟における内服投与のインシデントは2015年度院内全体157件中21件であり13%を占め、院内各部署と比較し上位の報告を受けている。2015年６～８月の短期間を整理してみると、誤薬件数は６件であった。誤薬の内容は、患者間違い、過剰・過小投与、朝食後薬と眠前薬の取違いでありリスクの高いインシデントが発生している。これらのインシデント・アクシデントレポートによる報告書には、いずれも発生した原因の一つにマニュアル通りに行っていなかったと記載されている。また今後の課題としてマニュアルの再確認と記されているがエラーの減少には至っていない。マニュアルに対する認識はどの程度のものであり、マニュアルの統一はできているのだろうか。精神科の第一選択となる薬物療法に伴う副作用は重篤であり、確実な内服の実践に向けて改善が必要となる。近年、情報伝達の方法として動画配信等が身近なものとなっている。映像という伝達を教育などに利用することも増えてきている。映像の教育効果や機能は、心理学、視聴覚教育等様々な分野から、認知、情動、知覚などの領域で、その効果について研究や文献が出されている。今回、複雑な内容は求めず、マニュアルを映像化し、それを視聴することで再認識を図り内服業務マニュアルの遵守・統一を試みた。その効果をまとめ報告する。

2．目的

内服に関する誤薬対策の取組みにおけるマニュアルの映像化による効果をまとめ今後の活用に貢献する。

3．研究方法

当病棟看護師１年目４人、２年目３人、３年目１人、５年目以上12人、計20人を対象とする。内服マニュアルの認識度を確認するため書面のマニュアルを穴抜きにした選択式回答により内服マニュアル確認チェックを実施した後、映像を作成する。映像は、2015年６～８月に発生したリスクの高いインシデント内容の部分を対象とするため、マニュアルの中の患者に対応する前後とする。表現方法は、認識の低い箇所を強調するためテロップ、ズームを利用、またインパクトを与えるためメジャーな写真を使用する。映像は研究メンバー内３名で作成する。映像は詰所内、固定のパソコン１台のみに設定し対象の看護師は2016年６月末までに映像を視聴してもらう。比較対象期間は2016年７～９月とし、前後の誤薬件数の変化を明らかにする。同年８月中旬には自己評価のアンケートを取り、マニュアル業務に対して映像視聴の評価を確認する。

4. 倫理的配慮

対象看護師には、書面、口答にて研究の趣旨、目的を説明した。研究協力の参加の有無はアンケートを通して自由意志とし、アンケートは無記名とした。アンケートは厳密、厳重に保管することを徹底し、研究終了後はシュレッダーにて処理した。当病院内の倫理審査委員会の承諾は得ている。

5. 結果

内服マニュアル確認チェックの回答数（資料１参照）より、対象看護師20名中、全回答正確に答えられた者は０名であった。特に設問②③④「薬袋の名前の確認、本人確認、服薬後の薬袋の確認」⑥「コップの中に薬が残っていないか」などの部分の誤答が多数あった。（図１参照）

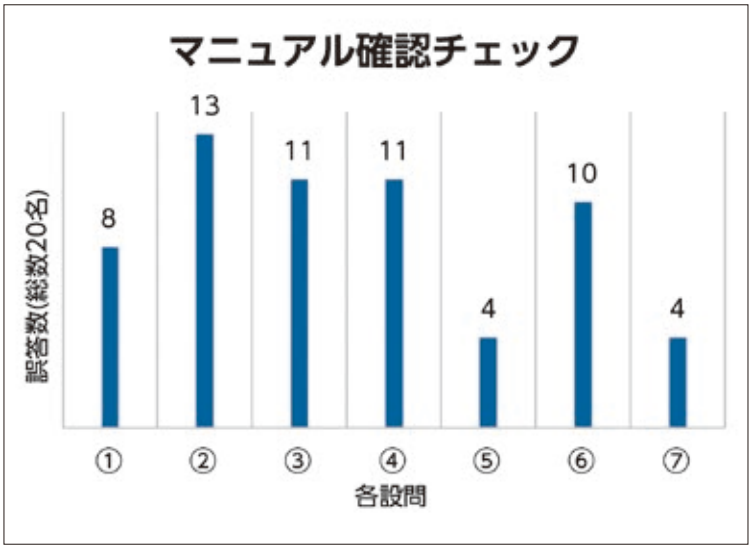
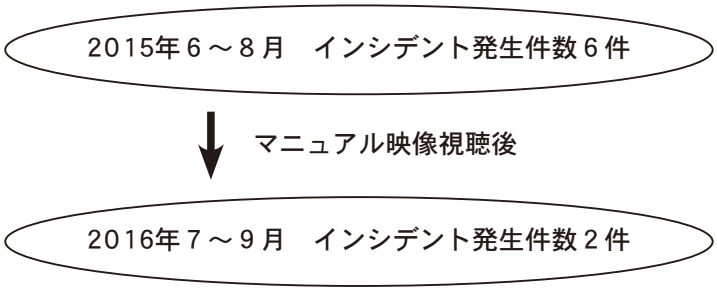


図１　回答数

対象看護師20名には６/22～６/29の期間内に内服映像マニュアルの視聴を依頼。全員、自身の業務体制に合わせ視聴完了。その後も通常通り実践してもらった。結果、評価対象期間７～９月の誤薬の件数は２件と減少した。



誤薬の内容は薬剤セット忘れと服薬カレンダーの内服未投与であり、いずれもマニュアルの映像化の枠外であった。2016年映像マニュアル視聴後について自己評価アンケート実施（資料２参照）アンケート結果は以下となった

①マニュアル確認チェックで誤答が多数あった「３回確認」の正しい理解はできたか

はい　　20人/20人

②自己の内服業務の行動を振り返る機会となったか

はい　　20人/20人

③自己の内服業務の行動の特徴を知覚できたか

はい　　20人/20人

④正しい内服業務の一連の行動を理解できたか

はい　　20人/20人

⑤マニュアルの捉え方に誤認はあつたか

はい　　16人/20人

⑥その誤認は正確な理解となったか

はい　　16人/16人

また補足として設けた自由記載をまとめると、「マニュアルの３回確認を注意、徹底していく」、「急ぐとき、忙しい時、焦っている時もマニュアル通り行動できるようにしていく」、「映像で見ることにより確かなものになる」などの記載があった。

6. 考察

マニュアル確認チェックにおける認識度から、リスクの高いインシデントの発生率の高さは、３回確認のマニュアルの認識が足りない事が背景にあるといえる。また、不特定多数の回答や自己評価の回答からマニュアルの捉え方の曖昧さや個別の理解があり統一されていないことが伺える。佐賀は映像の教育効果について「言語的説明では理解しにくいものの理解を助ける」[1)]と述べている。また「人間の視覚情報処理では、感覚情報をもとに、経験や知識を利用した、知覚的推論が行われているのである」[2)]と知覚に影響されることを述べている。誤薬減少の結果や自己評価アンケート①⑤の回答からマニュアル映像の視聴により、これまでの理解が修正、促進されたといえる。同アンケート②③の回答より自身の内服業務の行動の特徴を知り、振り返る契機となったことは明確といえる。同アンケート④より書面のマニュアルの捉え方に誤認はなかったとの回答が４名あったことから、必ずしも書面のマニュアルは理解し難く、映像化することが優れているとは限らない。またアンケートの自由記載では、今後の課題や注意点が記載されていた。マニュアルを一連化したことで業務内容が整理され個々の経験や体験などから陥りやすい場面や反省点等が意識されたのではないか。佐賀は映像の教育効果について「認知的側面と動機づけにおける効果」[3)]と「態度・情動的側面における効果」[4)]を挙げている。今回得た結果や考察から、映像に関する先行研究[5)]を参考に、映像のもつ力や映像機能を、認知的側面と情動的側面から見た効果を表にまとめる。

映像機能とその目的・効果

認知的機能面（理解）

映像力・映像機能	映像利用の目的・効果
正しいモデルをリアルに提示	正確な理解を得る
複雑な言語や文字化できない表現を具体的にイメージ化させる	理解を修正・再認識する
全体の流れを一連化し体系化	理解を促進する
未経験な事象を疑似体験し理解させる	対象看護師全員業務経験済
文章読解能力の個人差を避け統一化させる	理解を統一する
空間の拘束・一定の時間の拘束	対象看護師全員期間内視聴可

情動的機能面

映像力・映像機能	映像利用の目的・効果
視覚や聴覚に訴えかけ自己投影させやすくする	自身の行動を知覚する
情動に訴え感情・感性へ影響を与える	振り返る機会、モチベーション

マニュアルを遵守・統一するために課題となる個別の理解を正確に統一化することや、遵守にあたり、動機・意識付けるための目的は、認知面や情動面への働きかけが必要となる。上記表の効果の達成度から、看護師の経験年数に関係なく映像利用が適切に活用されたと考える。表１より効果の検証の対象とならなかった「未経験の事象を疑似体験させる」という映像の機能について、今後、新人看護師や移動・中途採用の看護師など、当病棟の内服業務未経験者への教育、また、定期的なマニュアル映像の活用により誤薬の防止を期待する。

7. 結論

マニュアルを遵守・統一するにあたり、映像機能の活用は有効であった。

8. 引用・参考文献

1） 佐賀啓男（編著）：視聴覚メディアと教育．樹村房、東京、2002、P120

2） 前掲書 1）P109

3） 前掲書 1）P113

4） 前掲書 1）P116

5） 花木喜英：映像の教育効果に関するデータベースの構築とeラーニングへの応用．熊本大学大学院社会文化科学研究科教授システム学専攻修士論文、2008年３月

資料1．内服マニュアル確認チェック

1　配薬担当看護師は、患者の［　　］について注意を払う

2　患者の薬は薬ケースごとに取り出し、［　　］を確認して取り出し、名前を確認して袋をカットし、服薬後の［　　］を確認して空袋を捨てる

3　患者の口の中、［　　］に薬が残っていないか確認する

4　A,Bの薬担当看護師は［　　］してすべての薬のケースに残っていないことを確認する

5　薬担当看護師は、配薬者確認後、配薬ができていない患者の、薬ケースごと［　　］に置く

6　担当看護師から未服用である患者があることを聞いたら、受け持ち看護師は［　　］について責任をもつ

7　他スタッフは薬担当看護師が落ち着いて配薬できるように患者を［　　］する

A 顔色	B 言動・行動	C 服薬行動	D 行動把握	E 観察	F 薬
G 薬袋	H 名前	I コップ	J 床	K トレイ	L 舌の下・手の中
M その患者	N 処方箋	O ピンク札	P ダブルチェック	Q 誘導	
R いつの分か	S 配薬車	T 受持ちNSの前	U 交代	V 確認	

資料2．アンケート

映像マニュアルを視聴して

① 前回、回答頂いた内服マニュアルアンケートで、誤答が多数あった「３回確認」の正しい理解ができたか？

できた　　できない

② 自己の内服業務の行動を振り返る機会となったか？

なった　　ならない

③ 自己の内服業務の行動の特徴を知覚できたか？

できた　　できない

④ 正しい内服業務の一連の行動を理解できたか？

できた　　できない

⑤ マニュアルの捉え方に誤認はあったか？

ある　　ない

⑥　その誤認は正確な理解となり修正されたか？

した　　しない

今後どのような点に注意していきたいと思いますか？

湖東三山・金剛輪寺の藪蘭（愛荘町、H29.9.2）

精神衛生診断書

事務所荒らし健忘事件－詐病

平成28年○月○○日

医師　林　拓二

受診者氏名：○崎　○二（男性）
生年月日：　昭和○○年○月○○日生（４○歳）

受診者は、金品窃取の目的で、平成28年○月○○日午前○時ころ、○○工業株式会社代表取締役○○○○が看守する○○県○○市○○町○○番地に所在の同社○○事業部事務所に、１階の無施錠窓から侵入し、そのころ、同所において、同人管理にかかる切手シート１枚（時価820円相当）を窃取したものである（第１事件）。その後の捜査により、本件犯行前の平成28年○月○○日午後○○時過ぎに、日本○○○○・サービス株式会社○○事業所所長○○○○が監修する○○県○○市○○町○○番地に所在の同事業所２階事務所に、出入口戸のガラス部分から侵入し、同人管理にかかる現金11万2727円及び収入印紙12枚他５点（時価合計7632円相当）を窃取している（第２事件）。

しかしながら、受診者は自らが運転してきたレンタカーを第１事件の犯行現場である○○工業事務所前に自動車を停めた後、事務所を出たところを逮捕されるまでの間の記憶がなかったと陳述したため、犯行時の意識状態に関して精神医学的な判断が求められた。そこで、私は、○○地検○○支部の求めにより、平成28年○月○○日午前○○時○○分から午後○時○○分までの１時間30分の間、○○地方検察庁○○支部庁舎内で被疑者を診察したので、その結果を報告する。

以下に、鑑定に際し回答を求められた各項目についてまとめておく。

1　現在の状況

（1）身体：

受診者は小柄ではあるがガッチリした体格である。生まれつき両手の○指がなく、左足は○○のために義足を装着している。しかし、歩行に不自然さは見られなかった。栄養状態に問題なく、肉眼的に黄疸や顔面の浮腫を認めなかった。また、手指の振戦は認めず、粗大な神経学的異常も認められなかった。

今回の診断の目的は、受診者に意識障害あるいは記憶障害を引き起こす原因疾患が存在するか否かを判断することである。受診者は、数年前に服役していた頃から、「人と喋っている時にボーとなり、あとで何を喋っていたか思い出せないことがたまにあった」と言い、出所後の平成28年の○月か○月頃から上記の症状が頻繁に出現し、頭痛やふらつきも見られ、段差や階段でつまずきやすくなったと述べており、このような症状を来たす原因として、アルコールや薬物の摂取、てんかん、そして他の脳の器質性疾患の有無を検討する必要がある。

まず、アルコールなどの薬物の影響については、アルコールは嗜む程度で、不法薬物の使用は否定しており、これらの影響を考える必要は無いと考えられる。医療用の薬物として、数年

前の服役中から肩痛のためにロキソニンを、蕁麻疹に対してアレグラを服用していた（○○刑務所からの報告）が、現在は○○○皮膚泌尿器科医院で処方されたセチリジン（かゆみ止め）と、薬局で買ったバファリン（頭痛薬）だけである。しかし、バファリンはほぼ毎日飲んでおり、セチリジンも服用していることから、「ボーとする」との訴えが多くなったのは、これらの薬物が影響していると考えられるのかも知れない。

てんかん及びその他の脳の器質性疾患については、受診者がこれまで痙攣発作の既往を有せず、精神科を受診したことも無いこと、頭痛のために○○赤十字病院でCTあるいはMRIなどの脳画像検査をして貰ったが、特別な所見は認められず、薬物などの処方も必要ないとされており、これらの疾患の存在を疑う必要はないであろう。もちろん、てんかんの除外にはEEG検査が必須であろうが、今回の簡易鑑定では行っていない。

ただ、「ボーとする、ふらつく、躓きやすい」などの症状を更に詳しく質問すると、次第に曖昧な返答になり、「義足が合わなくなって歩きにくい」とか、「少しの段差でつまずく」などと訴え、これらの症状がてんかんの症状であるとは考え難く、その症状の訴えはやや誇張されたものではないかとの印象は拭いえない。

（２）知能：

母親が５歳時に亡くなったため、受診者は５歳から18歳までの間、○○府○○郡の○○学園という全寮制施設で育っている。そして、○○府立○○養護学校高等部を卒業していることから、ある程度の精神発達遅滞の可能性も疑われたが、診察時の意識は清明であり、見当識に問題はなく、簡単な計算問題には速やかに回答し、知的なレベルに障害は認められなかった。私の質問が曖昧な時は、質問の意味を再確認してから返答し、答えたくない質問には、はっきりと「ノーコメントです」と言う。これまでに、10数回の住居侵入や窃盗などによる逮捕で取り調べについては十分な学習をしているとは言え、質問に対する応答から判断する限り、知的レベルは平均を超えるものと想定される。

今回の診察では、まず長谷川式簡易知能評価スケールに基づいて質問したが、おおむね正しい解答が得られた。減点があったのは３つの名詞の想起及び野菜の名前の想起であり、HDS-Rは30点満点のうち27点であった。それ故、認知機能の低下などを疑う必要はないと考える。

（３）性格：

生来、手指に欠損があり左足は義足の身体障害者である。そして、５歳時から施設で育ち、家族とはほとんど一緒に生活したことがないなど、極めて特異な生育歴と言える。それ故、受診者が幼時から身体障害者として生きねばならなかったことが、彼の性格面に大きな影響を与えていることは確かであろう。生活面で心配してくれる友人や結婚を考えている女性もいるようであるが、障害者であることからどことなく気が引けて悪いと感じ、一緒に遊ぶにしても必要以上にお金を出して奢るなどしていて、お金がなくなれば友達が離れてしまうのではないかとの不安が常にあったと言う。このように、人間関係を築くことは出来るものの、持続的にその関係を維持することは難しかったようである。そして、自分なら出来るであろうと考える仕事を希望しても、身体障害者であることを理由に断られ、自分を雇ってくれるところが全くない状況が続くと、「どうせ障害のある自分には」と自暴自棄になったと言う。そして、所持金が少なくなると、手っ取り早くお金を手に入れるには「盗むしかない」と考えてしまう。このよ

うな社会的規範を無視した短絡的な考えによって、窃盗・事務所荒らしが繰り返され、刑罰が科されているが、内面に社会への恨みや妬みが根強く存在するようにも思われる。裁判では無罪を主張して控訴したこともあるが、多くの事例では最終的に罪を認めて反省し、「２度と盗みはしない」と誓っている。しかし、満期出所した後、数か月もたたぬうちに盗みが繰り返され、これまでと同様な経過で、逮捕、裁判、刑の執行が続いている。

このような生活歴を見れば、受診者の性格特徴はICD-10による非社会性人格障害（F60.2）の範疇に含められるものと思われる。易怒性や攻撃性、あるいは暴力行為などは見られないものの、窃盗を繰り返し、罪悪感に乏しく、責任を他に転嫁する傾向などが認められる。

受診者はまた、以前の裁判の判決において「捜査段階でも虚言を弄し、自己の罪責を免れようとする」と記載されたように、その発言には虚偽の事実がしばしば含まれる。今回の犯行でも、取り調べにおいて犯行を否定しようとする意図的な嘘が多い。すなわち、受診者が逮捕された時に所持していた切手シートは、当初、JR〇〇駅付近で買ったものと主張していたのだが、「切手シートとクオカードについては見覚えがなく、自分のものではなかった。ただ、盗んだ記憶が無くなっていたので、自分のものだと言った」と言う。すなわち、自分のものではないのを自覚していながら、自分のものだと主張していたのである。また、第２事件では当初、「玄関の扉の窓が割られている事務所があり、泥棒が入ったかと思って捕まえてやろうと中に入った」と言い、自分は犯行と関わりがないと主張し、レンタカーの車内にあったビニール袋は事務所の前で拾ったものであると述べていたが、「これは最初からウソを言っていた。自分が事務所に入り盗んだものであると」と白状している。このような嘘はいずれバレて謝ることになるものの、虚言を弄する傾向はこのような性格傾向にしばしば認められるものであろう。

（４）精神障害の有無：

受診者に幻覚や妄想は存在せず、気分の動揺も認められなかった。さらに、本件捜査関係資料や供述調書を通覧しても、受診者がなんらかの精神障害に罹患していると考えられる記載は認められなかった。

２　本件犯行時の精神状況

（１）本件犯行時の精神状態：

警察官が受診者を逮捕した直後に、受診者に「何か盗ったか」と訊くと、「盗るもんなかった」と答えたとされる。そして、「盗むために入った。逃げへんからいっぺん車に戻らして。これレンタカーなんや、借りもんやねん」と言って、乗ってきた車に戻ろうとしている。所持品のマイナスドライバーについて問うと「入る時にガラスを割るのに使うため持っていた」と言う。犯行直後になされたこれらの応答から考えると、逮捕された時の受診者は意識清明であったと考えてよく、逮捕される前、すなわち犯行時の意識もまた同様に清明であったと考えられる。検察官はこの点を再度確認しているが、受診者を逮捕した警官は２名とも「普通の会話をしていた。変わった様子は無かった。意識も正常に見えた」と答えており、犯行時、受診者に意識障害があったとは思われない。

問題となるのは、逮捕された後しばらくして、受診者が犯行時の記憶はないと訴え始めたこ

とである。教科書的に言えば、そもそも、記憶は記銘、保持、想起の３つの要素に分けられる。意識障害があれば、新しいことを覚えること（記銘）が出来ず、記憶を保持し、その記憶を思い出すことも出来ない。意識障害がなければ記銘や保持が出来、その後にもなお、保持した記憶を想起することが出来る。受診者は今回の犯行後、取り調べが進むにつれて犯行時のことが少しずつ思い出されてきたということから、記銘や保持は障害されてなかったと考えられ、犯行時には意識の障害はなかったと判断された。

それでは、記憶がないと訴え始めた後、徐々に記憶が戻ってほぼすべての記憶が回復するまでの期間をどのように考えるべきであろうか。この期間は、もちろん記銘・保持の障害はなく、想起だけが障害されていたのである。このような奇異な状態は、臨床的に多くはないものの無くはない。素直に考えれば、受診者が嘘を言っている（詐病）と考えるのが最も妥当ではあろうが、意識的に他者を欺こうとする意志はなく、逮捕という精神的なストレスによって無意識的な機制が働き、思い出したくない事柄が抑圧され、「記憶が無くなった」と訴えられる可能性も無くはない。このような場合、精神医学的には「ヒステリー性健忘」と呼称されるのであるが、臨床的に詐病とヒステリーとを鑑別するのは思いのほか難しく、本件においても受診者がいずれであるかを断定することは出来ない。しかし、私の印象を問われれば、受診者がしばしば虚言を吐く傾向を有することを踏まえ、「限りなく詐病に近い」と考えている。

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

事務所荒らしは犯罪であることを認識しているものの、手っ取り早く金品を手に入れるため、盗みに入るための道具を周到に準備し、犯行が実行されている。本件犯行時に意識障害はなく、自己の行動の善悪の判断をし、それに従って行動する能力に障害はない。

３　精神障害と本件犯罪発生の機序との関係

受診者は精神障害（人格障害を除く）に罹患していない。したがって、本件犯罪発生と精神障害との間に関連は無い。

４　犯行時ないし犯行当夜の部分的な記憶の欠如の真偽

（１）記憶の欠如の真・偽

犯行時ないし犯行当夜に意識障害は無かったと判断する。何故なら、取り調べが進むにつれ、犯行時及び犯行当夜の記憶が次第に想起可能となってきたからである。しかし、逮捕時に犯行時の記憶がないとの陳述が「意識的」な虚偽と考えるのか、記憶機能のうち想起だけが障害された「無意識的」なヒステリー性健忘と判断するのかは、精神医学的には困難と言わざるを得ないが、「限りなく詐病に近い」と考えるのが妥当であろう。

（２）真であった場合。その原因

再三繰り返すが、犯行時の記憶が次第に回復したということは、記憶の欠如は無かったと判断される。ただ、犯行時の記憶がないと述べていた期間（逮捕された時より健忘の回復時まで）は、一時的に想起だけの障害があった可能性を否定できない。

5　犯行時の被疑者の責任能力の有無及びその程度

（1）責任能力の有無

犯行時に意識の障害がなかった。したがって、責任能力に問題は無い。

（2）責任能力の程度

責任能力が減弱しているとは考えられない。

6　今後の処置に関する意見、その他参考事項

（1）本鑑定の要否

被疑者は第１の犯行時の記憶はなかったと主張するが、取り調べにより事実関係を指摘されるにつれ次第に思い出してきたと言い、現在は犯行時の記憶をほとんど想起していると判断される。すなわち、犯行時の意識に障害は認められない。したがって、受診者の責任能力に関しては議論の余地がない。犯行時の記憶がなかったと主張していた期間は、意識的であれ無意識的であれ、想起だけが出来なかったのであり、いずれにしても、この期間の精神状態は責任能力の判定に何ら影響を及ぼさない。したがって、本鑑定の必要性を認めない。

（2）精神障害者等通報の要・否

受診者は現在、精神障害に罹患していない。したがって、通報の必要を認めない。

（3）その他

なし。

7　備考

なし。

以上

（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）

イヌタデ（豊郷病院デイケア棟、H29.8.20）

長男の憂鬱

豊郷臨床精神医学研究所
林　拓二

両親が100歳近くになっても大きな病気にも罹らず、さいわい元気だったこともあって、あまり田舎に帰ることもなく、自分の仕事と生活だけを考えることが出来た。もちろん、田舎には姉や妹が近くに嫁いでいたため、年寄り夫婦の様子を見に行ったり、話し相手になってくれたりしていたからでもある。しかし、長男としてはやはり気掛かりではあった。

昨年の夏、父親が亡くなった。母親は１人になったが、まだまだ元気そうには見える。しかし、高齢でもあり、歩くときにはふらついて、体力の衰えは隠しようがない。母は、ほぼ100年のほとんどを過ごした田舎を動かんと言い、京都には行かんという。私の同僚も、そりゃーそうだろう、京都に連れてくるのは年寄りには酷だ、という。そこで、グループ・ホームなどを探したが、結局のところ、身体的な問題がある他に、呆けも加わっているので、田舎の病院でいることが多くなっている。

田舎の家は不在のことが多くなった。この家は、私にとって18歳まですごしたところであって愛着があり、いろいろな思い出がある。納屋の二階には稲わらが積まれていたが、悪事をした時には、親父に放り上げられて梯子をはずされた。暗闇の中で、何時間も泣きながら、父ちゃーん、母ちゃーん、と叫び続けたことも再三であった。また、母屋の二階にある大きな長持ちには、お雛祭りの人形が入れられていて、中から人形が生きて出てくるのではと思って怖かった。夢の中で人形が動き出すのを見たせいかも知れない。仏壇の前で一人寝ていると、親父と一緒に寝ていた子供のころを思い出す。

昨年秋に、老年医学のある会で、「うつ病とは何か」というテーマで講演した。「うつ病」という言葉が流行っているけれども、正確に言えば「うつ状態」の場合が多い、という内容である。そこで、59歳、男性の症例をあげて話をした。この症例は、長い間、田舎から遠く離れて生活していた長男が、父親が死亡した後、なんとなく仕事に気持ちが入らなくなり、仕事の後、帰宅する時にはもの悲しく、ついつい涙ぐむ、というものである。「この症例は、現在ではうつ病と言われるかもしれませんが、特別な治療はいりません。これは、うつ状態というべきで、薬を使っても良くなりますが、薬を使わなくとも、時間がたてば良くなると思います」。

私が講演したあと、ある大学病院の病院長という先生が私に話しかけてきて、「いやー、先生も同じですか。私も長男でしてね、信州の田舎に大きな家が残っているけれども、もう誰も住まない。時々、家に帰って一人で寝るのですが、この家をどうするかとか、悩ましいことが多いですね」と言う。彼が言うには、我々みたいに仕事の関係で田舎に帰れなくなった長男は、父親が死んだあと、はたと「家」のことを悩みだし、仏壇を前にして落ち込んでしまうのだ、とのこと。これを、「長男の憂鬱」という。内科医の彼は、私にこのように教えてくれた。

ところで、私の長男といえば、親父とはまったく異なるビジネスの世界に足を突っ込み、東京に家を構えてしまった。生まれは大阪の堺市で、育ったのは奈良市、小学時代は大阪・千里で過ごし、中学と

高校は名古屋、大学は東京と転々と住処を変えたものの、現在私が居宅を構える京都には住んだことがない。もはや、我々の子供の時代には、家などは頭の中になく、長男の憂鬱などというウェットな気分など、生じることはないようである。時代が大きく変わり、息子の長男（孫）が如何なるところに住み、如何なる職業に就こうとも驚かない。地球が狭くなったから、国内に住むとは限らないだろう。そのうちに、国境がなくなる時代が来るかも知れない。そして、今では考えられないビジネスが始まるかも知れない。しかし、せめて、おじいちゃんは香川県の観音寺の出身で、お墓が観音寺と京都にあるということぐらいは覚えておいてもらいたいものである。

上記の文章は、10年ほど前に母校の観音寺第一高等学校の同窓会誌に寄稿したものである。私が大学に入るまで過ごした家は築100年以上を経た頑丈な造りであり、まさか今年の台風18号で被害が出るとは思ってもいなかった。この田舎の家と仏壇、そしてお墓を今後どうするか、決断を先送りしたままでは済まない時期がそろそろ来たようである。

白蝶草（豊郷町高野瀬、H29.9.3）

研究業績

平成 28（2016）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２名、指導医１名）、非常勤医師の３名である。

豊郷病院精神科は、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り、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、さらに精神遅滞の患者も受け入れ、措置入院の患者も年間に数名を引き受けている。

精神科の病棟は、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床の計120床であるが、100床前後で運用されている。しかし、近年の精神科医療の趨勢を踏まえて、急性期治療を重視した病棟への変換を模索し、近隣の精神科クリニックや病院との連携を深めながら新規入院患者を確保し、救急を含め地域の精神医療に果たすべき役割を引き受けている。

治療としては通常の精神科治療のほかに、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開始した。

精神科の外来は３診体制であり、一日平均の外来患者数は65名である。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も引き受けている。

原著論文など

1. 林　拓二：ヒトラーの思想が降りてきた？　豊郷精神医学研究所年報、第６巻、1-3, 2016
2. 林　拓二：非定型精神病研究の今後．豊郷精神医学研究所年報、第６巻、7-14, 2016
3. 林　拓二：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．豊郷精神医学研究所年報、第６巻、55-59, 2016
4. 林　拓二：精神衛生診断書：フーテン男女万引き事件－精神発達遅滞．豊郷精神医学研究所年報、第６巻、60-64, 2016
5. 林　拓二：精神衛生診断書：常習万引き事件－ピック病の疑い．豊郷精神医学研究所年報、第６巻、65-70, 2016
6. 白井隆光：精神鑑定書：窃盗事件－統合失調症．豊郷精神医学研究所年報、第６巻、71-74, 2016
7. 林　拓二：福田先生のこと．豊郷精神医学研究所年報、第６巻、75-81, 2016
8. 林　拓二：記憶に残る私の症例－類循環性精神病の症状を示した特発性甲状腺機能低下症の一例．臨床精神医学、第45巻、1411-1416, 2016

9. 上原美奈子：統合失調感情障害．精神科・私の診療手順（改訂版）、臨床精神医学、第45巻（増刊号）、117-119, 2016

講演

1. 成田 実：「多職種が創造する我がまちの地域包括ケア」を考える.「我がまちの地域包括ケア」を考える研修会、2016.5.12、2016.12.22、草津総合病院
2. 小林恭子：せん妄の予防と治療．地域包括ケア病棟看護勉強会、2016.8.24、豊郷病院
3. 成田 実：認知症、精神疾患を持たれる方への病気理解と支援について.第３回地域ケア会議推進研修会、2016.8.25、くすのきセンター
4. 成田 実：暴言・暴力を伴った認知症の治療.認知症の問題を考える講演会2016、2016.9.29、彦根キャッスル
5. 成田 実：厚生労働省の定める「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の標準的なカリキュラムに基づく研修．病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修会、2016.10.3、くすのきセンター
6. 成田 実：うつ病の方との関わり方、2016.10.19、彦根愛知犬上介護保険事業者協議会
7. 佐々木慎：箱づくり法を利用した治療者 - 患者関係作り．第12回滋賀県作業療法学会、ビバシティーホール、彦根、2016.10.2
8. 成田 実：軽度認知症と軽度認知障害（MCI）～病態理解と支援者としてできること～．湖東圏域認知症地域連携推進研修会、2016.10.11、くすのきセンター
9. 成田 実：認知症の人とのつきあい方～本人も悩んでいます～.甲良町認知症フォーラム、2016.11.12、甲良町保健福祉センター
10. 成田 実：認知症になっても安心して暮らせるまちづくり、2016.11.12、甲良町地域包括支援センター
11. 成田 実：私もあなたも認知症予備軍？！認知症について、今からわたしたちにできること、2016.12.10、多賀町福祉保健課
12. 成田 実：認知症サポーターに伝えたいこと～認知症の正しい理解～.認知症キャラバン・メイト養成研修、2017.1.26、地域密着型特別養護老人ホームきいと
13. 成田 実：認知症の兆し.地域で支える認知症研修会、2017.2.9、くすのきセンター
14. 小林恭子：抗精神病薬と誤嚥窒息．精神科療養病棟看護勉強会、2017.3.22、豊郷病院
15. 成田 実：認知症と運転について.公開セミナー、2017.3.25、豊郷病院

精神鑑定など

1. 林　拓二：事務所荒らし健忘事件－詐病．2016

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29年３月１日現在）

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

琵琶湖・沖の白石（H29.7.22）

編集後記

豊郷臨床精神医学研究所の年報も第７号となりました。

毎年、次号に御期待と言い続けている内因性精神病の長期経過研究は、なおデータを纏めるまでに至っておらず時間がすぎています。そこで、今回は「非定型精神病と単一精神病」と題する総説の中で、われわれが解明しようとする問題点に触れておきました。10年かけて一つの成果を出すというのが我々のモットーであり、なおしばらくのご猶予を頂きたいと思います。

今年も臨床心理士、作業療法士、看護師の皆さんから、研究報告を投稿していただきました。身近なテーマで自らの疑問を解決していこうと試行錯誤する姿勢は、今後の職業人としての成長に大きく役立つものと思われます。これからもますます頑張ってほしいと思います。

最後になりましたが、本年も本誌出版には豊郷病院法人統括本部長種村氏に大変お世話になりました。ここに厚くお礼を申し上げます。

（H29.10.20　編集委員　林拓二・堀川健志・小林恭子・森香織）

湖東三山・金剛輪寺への参道（愛荘町、H29.9.2）

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
臨床精神医学研究所、准看護学院
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
パストラールとよさと
〒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
（パストラールとよさと内）

居宅介護支援センター
MAX マックスひこね
〒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
PING PONG 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
（パストラールとよさと内）

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 たが
TEL.0749(37)8181　FAX.0749(37)8182

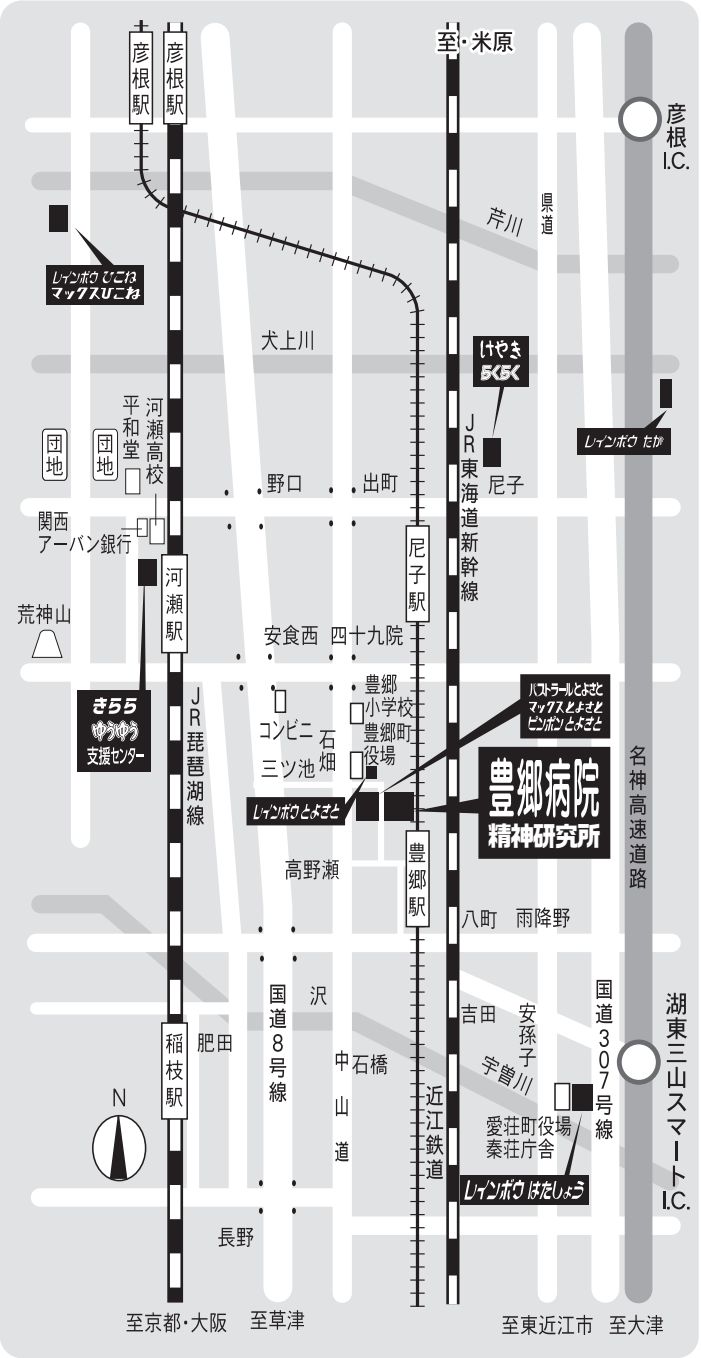
訪問リハビリテーション
アクトとよさと
〒529-1168　滋賀県犬上郡豊郷町八目12
TEL.0749(35)3001　FAX.0749(35)2159
（豊郷病院内）

彦根市デイサービスセンター
彦根市地域包括支援センター **きらら**
彦根市グループホーム **ゆうゆう**
〒522-0223　滋賀県彦根市川瀬馬場町1015番地1
TEL.0749 デイサービス (28)7353　FAX.0749(28)9322
支援センター (28)9323　(28)9322
グループホーム (28)7662　(28)7662

甲良町デイサービスセンター **けやき**
甲良町グループホーム **らくらく**
〒522-0244　滋賀県犬上郡甲良町在士625番地
デイサービス TEL.0749(38)8181　FAX.0749(38)8180
グループホーム TEL・FAX.0749(38)8182

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
（パストラールとよさと内）

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

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

2016（平成28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. 7

2017年10月31日　発行

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

編　集　公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所　編集委員会

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