

財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所年報

第1巻

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 1

2010年（平成22年度版）



財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所

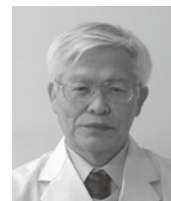
Toyosato Institute of Clinical Psychiatry

目次

御挨拶	1
基本理念	2
精神科沿革	3
財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所設立趣意書	4
研究発表・報告など	
1. 内因性精神病の長期経過について (林 拓二、成田 実、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信)	5
2. 精神医療と精神医学の現在 (林 拓二)	10
3. 精神科臨床と非定型精神病 (林 拓二)	25
4. Atypical psychoses in Japan (Takuji Hayashi)	49
5. 精神疾患における情動的表情認知に関する研究 (岡田 俊)	57
6. 病棟看護師による長期入院中の統合失調症患者への退院支援 ～退院調整クリニカルパスを用いたアプローチ～ (寺田艶子、木村千江、谷 洋明、秋山妙子、伊地知佳代、東福茂樹、堀尾泰子)	63
7. 精神科長期入院患者を抱える高齢者家族との信頼関係の構築 ～看護におけるinvolvement概念を用いた退院支援の事例分析～ (金丸貴行、木村千江、寺田艶子、青木高憲、仮屋隆史)	66
8. 小集団での園芸活動を振り返って (岩田夏彦、石田正樹)	73
9. 行動にまとまりがないうつ病の女性への作業療法 (岩田夏彦)	77
10. 作業療法を通じて易怒性が減じた症例 (石田正樹)	81
11. 慢性統合失調症の精神鑑定書 - 強制わいせつ事件 - (林 拓二)	85
12. アスペルガー障害の精神鑑定書 - 常習窃盗事件 - (林 拓二)	89
研究業績	
平成21年度	93
平成22年度	95
財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所	97
設置目的	
事業計画	
臨床精神医学研究所所員	
編集後記	98

御 挨拶

財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所
所長 林 拓二



平成21年から開設準備を進めてきました財団法人豊郷病院附属豊郷臨床精神医学研究所が、理事会の温かい御理解もありまして、予定通り、平成22年4月1日に設立されました。滋賀医科大学精神科教授の山田尚登先生と京都大学精神科教授の村井俊哉先生には顧問就任をお願い致しましたところ、快くお引き受けいただき、ここに、豊郷臨床精神医学研究所の設立に関係された皆様に深く感謝する次第でございます。

さて、本研究所が発足して約1年が過ぎましたので、この間の活動報告を行なうべきであろうと考え、準備期間を含めた2年間の業績をまとめ、豊郷臨床精神医学研究所年報の創刊号と致しました。

豊郷病院の精神科は昭和32年に開設されて以来、膨大な量の臨床記録が蓄えられております。そこで、この記録をもう一度読み直し、整理し、まとめることが出来れば、精神障害の原因や発症の要因を検討する重要な資料になるものと考え、精神疾患の長期経過研究を本研究所における臨床研究の柱の一つにしております。本研究所の発足以来、秘書として森香織氏にカルテの整理を含む研究の補助をお願いしてもらっております。この作業は、まとまった成果を得るまでにはなお数年の時間と労力が必要と考えられますが、ある程度の成果を得た段階で、その都度、学会発表を行ないたいと思っております。まずは、第107回近畿精神神経学会で「内因性精神病の長期経過について」と題する発表を行ないましたので、この発表記録の詳細を本報告書に掲載いたしました。今後の研究の成果も順次、研究所の年報に報告していく予定にしております。

本研究所における調査・研究は、主に湖東地域をフィールドとするものですが、京滋地区の大学などとの連携も考えており、京大精神科講師（現名古屋大学）の岡田俊氏や大学院生の義村さや香氏との共同で「精神疾患における情動的表情認知に関する研究」が計画され、豊郷病院の倫理委員会で承認されました。本報告書には、この研究の概要と研究計画書を掲載致しました。その他に、研究所年報の第一巻には、主として学会あるいは院内研究会での講演原稿を掲載しました。これは、豊郷病院での精神医学・医療の活動記録でもあり、これらが今後の活動に些かなりとも寄与するものと期待されるからです。

豊郷臨床精神医学研究所は、その設立理念において、精神障害に関する精神医学的な調査研究を行ない、精神障害の原因及び発症の要因を究明し、精神障害の予防と治療、さらに精神障害者の社会生活支援の方法を開発すると謳っております。発足後間もないこともあり、現在のところ「その道遥かなり」と言わざるを得ませんが、本研究所で得られた成果が、日本の精神医学・医療になんらかの貢献が出来るようになればと願い、これからもなお、地域に根を張った地道な研究を続けていきたいと思っております。

今後ともよろしく願います次第です。

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

近年、疾患の多様化、医療の高度化、医療制度改革、介護保険制度の発足、超高齢時代など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従できるように、人材、医療機器、設備を整える責任があります。私たちは医療安全管理体制、医療情報の中央化、密接な地域の医療・介護連携を推進してきました。その結果、平成18年9月、日本病院機能評価機構から三複合病院（一般、療養、精神）として認定されております。また平成22年4月には、豊郷病院の中に臨床精神医学研究所を設立し

ました。豊郷病院に培われてきた精神科医療の真髓を再発掘して、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。

財団法人 豊郷病院

理事長 成宮 秀男

病院長 葛本 尚慶

精神科沿革

- 大正14年（1925） 4月27日 七代目伊藤長兵衛翁の寄付により設立
- 昭和32年（1957） 4月 1日 精神科・神経科新設（許可病床290床）
（京都大学名誉教授三浦百重先生指導）
- 昭和33年（1958） 10月1日 総合病院の指定
- 昭和42年（1967） 8月30日 精神科病棟3階増築
- 平成 2年（1990） 7月 1日 総病床394床
- 平成 7年（1995） 6月 1日 老人性認知症疾患センター開設
- 平成12年（2000） 4月 1日 介護保険制度発足
- 平成14年（2002） 10月1日 精神科新館5・6階に移動
- 平成22年（2010） 4月 1日 臨床精神医学研究所設立



豊郷病院・新病棟（一般科・精神科）

財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所設立趣意書

今日ほど、精神医学に対する社会の期待が大きい時代は無いであろう。しかしながら、自殺や嗜癪の問題、青年の引きこもりや摂食障害、あるいは老人の認知症などについて、精神医学がその期待に充分応えているとは言い難い。むしろ、これらの病態に関するケアや治療に関する研究は遅々として進まず、その成果についてはなお乏しいことを認めざるを得ない。とりわけ、精神医学の中心的課題である内因性精神病においても、事態はほとんど同じである。確かに、近年の目覚ましいテクノロジーの進展によって、画像研究や遺伝子研究などの生物学的研究が大きく進展したために、数年後には精神疾患の病因を含む総ての問題が解明されるであろうと考えられた時期も存在した。しかし、そのような期待は、今では、霧の中の白いウサギのように、まぼろしの如く消え去ってしまっている。

我々は、大学などにおける最先端の技術を用いた大規模な研究の成果を今後もなお期待しているものの、現在の状況を冷静に見たとき、そのような研究とは若干趣を異にする、患者の顔が見える小規模な臨床研究の重要性を再認識しなければならないと思う。このような理由から、我々は、豊郷病院に臨床精神医学研究所を設置したいと考えている。すなわち、過去から現在に至るまで、緊密な人間関係が存在する田園地帯で、地域と密着した医療を行ってきた豊郷病院は、臨床研究を行うには絶好のフィールドであり、豊郷病院が歩んできた過去50年間の臨床の蓄積を基礎的なデータとして、目前の症例をじっくりと観察し、彼らが生きる周囲の状況を調査し、十分な時間をかけて徹底的に検討することが可能であると考えられるからである。

精神医学は、臨床に始まって臨床に終わる。現在陥っている精神医学研究の困難な状況を突破するには、精神医学の原点に帰り、新しい精神医学を構築していかなければならない。すなわち、臨床の現場で患者と向き合いながら、精神症状や経過を再検討し、先入見なしに精神障害を分類し、特徴的な精神疾患をあぶり出す地道な作業が必要である。その上で、それぞれの疾患ごとに研究を進めていくことによって、精神医学の新しい展開が期待されよう。まず、最初に行なわれるのは、精神障害の精神病理学的な研究であり、臨床遺伝学的研究である。続いて、生物学的研究として、画像診断学的研究（CT、MRI、SPECTなど）と精神生理学的研究（EEGなど）が行われる。このような研究とともに、効果的な予防と治療、及び社会生活支援の方法が考えられなければならない。

豊郷臨床精神医学研究所が、これらの研究成果によって、日本における精神医学・医療の今後の発展に寄与することを願うものである。

林 拓二

（豊郷病院顧問・京都大学名誉教授）

内因性精神病の長期経過について

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

1. はじめに

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

2. 対象と方法

症例は、豊郷病院に現在入院あるいは外来通院中の患者、および平成15年以降に退院した患者のうち、40年以上の罹病期間を有する102症例です。男女比は若干女性が多く、平均発症年齢は22歳で、平均罹病期間は46年でした。

初診時病名(全102例)

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

3. 結果と考察

まず、初診時に「いわゆる」統合失調症圏と診断された症例は65例あり、精神分裂病と診断された症例は46例、破瓜病が15例、その他に精神衰弱2例、神経衰弱1例、強迫神経症が1例となっております。

次に、初診時に非定型精神病と診断された症例は14例であり、他に変質性精神病、産褥性精神

病が各1例、心因反応とされた症例が3例認められました。これらを、急性精神病圏として一括しますと、合計は19例でした。

最後に、感情病圏では、初診時にうつ病とされた症例が12例、躁病とされたのが5例、そして神経症とされた症例が1例あり、総数は18名でした。

これらの初診時診断が、その後の経過によってどのように変わったか、あるいは変わらなかったのか、まず、初診時に統合失調症圏とされた65名の経過についてみてみたいと思います。

初診時の統合失調症圏 65名は、その後病名に変更があったらうか

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

まず、分裂病とされた症例46例を見ますと、ほとんどの症例において診断の変更はありませんでした。しかし、6例が非定型精神病や分裂感情病、あるいは躁うつ病へと診断の変更がなされています。これらの症例は、3-4ヶ月周期で興奮と制止を繰り返したり、緊張病症状の出現や、躁病としましても「何らかの意識の障害」を疑いうる錯乱躁病の病相を呈しており、経過から判断しますと、これらは定型の分裂病とも、また純粋な躁うつ病とも言えず、いずれも非定型精神病と考えたほうが妥当であろうと思われました。なお、これらの症例のうちの3例に、痙攣発作が認められています。

次に、初診時に破瓜病とされた症例は、その後も全例が分裂病とされており、破瓜病が分裂病の中核群であると考えてよいことから、「診断の変更はない」と見なしてもよいと思われます。初診時に精神衰弱、神経衰弱、強迫神経症とされた症例も、その後まもなく分裂病へと診断が変更されており、初診の時点からすでに破瓜病が考慮されていたように思われますので、診断に変更はないと考えてよいと思われます。

次に、急性精神病圏の症例について述べます。

初診時に付けられた非定型精神病が、そのまま変更なく経過した症例は2例に過ぎませんでした。しかし、3例が躁うつ病などの感情病圏の診断に変更され、また2例は最終的に元の非定型精神病に診断を戻していました。そこで、これらの症例は、分裂病症状や感情病症状の強弱の程度によって診断が揺れるものの、同一のグループに属すると考えられ、「症状の変わりやすさ」がこのグループの特徴であろうと思われます。

初診時の急性精神病圏 19名の その後の病名の変遷

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

また、初診時の非定型精神病が、その後分裂病へと変更された症例が7例見られますが、そのうちの6例は、周期性に精神病相を繰り返した後、急速に人格水準の解体をきたしたものであり、我々が「非定型崩れ」と呼称してきた病像に一致し、一般には欠陥分裂病と見なされている症例でした。しかし、これらの症例は、レオンハルトが「非系統性分裂病」と呼び、類循環精神病の悪性の親戚と呼んだように、定型の分裂病とは明らかに異なる疾患であり、疾病学的には非定型精神病として捉えるべきであろうと思われます。

しかしながら、初診時に非定型精神病とされたものの、その後分裂病へと診断の変更がなされた症例のうちの1例は、全経過をみても周期性の経過を示さず、慢性持続性の身体幻覚を有することから、妄想型の分裂病と考えられました。さらに、心因反応から分裂病に診断が変更された症例のうちの1例も、その後の経過から、無為・自閉・好褥を主症状とする破瓜型分裂病と考えるのが適当と考えられます。

変質精神病、産褥精神病および心因反応の2例は、最終的に非定型精神病に診断が変更されているように、診断は急性精神病の枠内での変更と考えられます。

このように、初診時に急性精神病圏の診断がなされた19名は、長期の経過を見たとき、2例の分裂病を除いて、症例のほとんどが非定型精神病と診断されました。

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

初診時感情病圏18名の その後の病名の変化

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

これまでに述べた結果をまとめますと、初診時の診断とその後の経過をみた時、内因性精神病は大きく3つの病型に分けられると思われます。すなわち、一つは、長期の経過においても診断が大きくぶれない定型分裂病群、二つ目は、心気・罪業・貧困などの気分一致した妄想を超える症状は認めない（純粹）感情病群、3つ目として、奇異な妄想を伴う感情病症状や、錯乱や興奮など意識に何らかの障害が窺われる多彩な病像と周期性の経過を示す非定型精神病群（これまでのスライドでは、赤字で表示）の3型が考えられます。

満田およびレオンハルトの診断による 精神病負因の差異

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

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

そこで、定型分裂病群（62例）と非定型精神病群（35例）および感情病群（5例）との間に、ある程度客観的な生物学的指標としての遺伝負因に相違があるのかどうかを検討してみました。

家族負因の調査は、親族に見られる精神病者と自殺者をカルテの記載から調べただけのものであって、厳密な遺伝研究とは言い難いものですが、おおよその傾向を知ることは可能であったと思われます。すなわち、このスライドに示すように、非定型精神病群に見られる家族負因は57%と高く、定型分裂病群の26%との間に大きな差異が認められ、一級親族に限りますと、非定型精神病群の51%に対し定型分裂病群は13%と明らかに少ない家族負因を認め、これらの疾患群が生物学的にも異なる疾患である可能性が疑われました。ただ、感情病群の家族負因は40%と比較的多

いように思われますが、症例数が少ないことからさらなる調査・検討が必要であろうと思われます。なお、感情病群の症例に認められた負因は、自殺者2名とうつ病者1名であり、非定型群に認められる多様な遺伝負因とは異なるもののように思われました。

なお、レオンハルトの分類による家族負因の差異を、参考としてここに挙げておきました。満田の非定型精神病は、レオンハルトの類循環精神病と非系統性分裂病にほぼ対応すると考えられるものの若干の相違があり、満田の定型分裂病のうちの3例が、レオンハルトの非系統性分裂病に分類されています。しかし、調査の結果に大きな相違はなく、類循環精神病と非系統性分裂病とに高い遺伝負因を認め、系統性分裂病との間に明らかな相違が認められています。

4. 結論

今回の研究の結論は、以下のようにまとめられます。

1. 破瓜病を中心とする（定型）分裂病圏の疾患と、躁うつ病などの（純粹）感情病圏の疾患との間に、病像が変化しやすく、しばしば病相により異なる診断がなされる非定型精神病群が存在する。
2. この3群間の負因を比較した時、非定型精神病群で極めて高い負因を認め、定型分裂病群と非定型精神病群とは、疾病学的に異なる疾患と考えられる。なお、感情病圏については、症例が少ないこともあって、さらなる調査・検討を要する。
3. 非定型精神病は、その姿・形が変化し易いことが特徴であり、ひとつの病相における横断的な一面を捉えるだけでは、内因性精神病の疾病学的な診断を行なうことは出来ない。

5. 謝辞

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

6. 参考文献

1. Leonhard K : Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology (福田哲雄・岩波明・林拓二監訳：内因性精神病の分類)、医学書院、東京、2002
2. Huber G : Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. (林拓二 訳: 精神病とは何か—臨床精神医学の基本構造)、新曜社、東京、2005
3. 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
4. Hayashi T. (ed) Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009

本報告は、第107回近畿精神神経学会（大阪大学銀杏会館、2010.8.7）において発表したものである。

精神医療と精神医学の現在

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

はじめに

私が精神科医となったのは昭和45年ですが、その前年の昭和44年に金沢で精神神経学会が開催されました。そこでは、大学における無給医の問題、患者を犠牲にした研究体制の問題、そして博士号による人事支配を中心とする医局講座制や社会防衛に重心を置く精神医療体制などが批判され、学会もまた、製薬資本や関連病院との癒着に対して痛烈な批判にさらされました。その衝撃は大きく、その後まもなくして、全国の主要な精神医学教室の研究・教育体制が、ほとんど機能不全に陥ってしまったと言ってよいかと思います。

私が大学を卒業した時、就職先は自分で探さなければならなかったものですから、同級の友人と2人で先輩が勤めていた七山病院という、大阪でも和歌山県に近い精神病院を見学し、就職を決めました。その後に、教室に顔を出したら、「あんたたち、大学に何故来ているのだ」と言われ、「大学に来て何も教えられるよ。教えられることと言えば、片言のドイツ語くらいだ」と冷やかに言われました。しかし、また別の先生からは、「分裂病に興味があるのなら、精神病院で患者と格闘しながら、新しい精神医学をつくるのだね」と言われ、私は七山病院での臨床に専念することを決心致しました。

このような次第で、幸か不幸か、私は大学での経験を積むことなく、精神医療の現場を、先入見なく見ることが出来たのでした。

時代は反精神医学

時代は、「反精神医学」の運動が世界を席卷し、「精神医学の100年の歴史にもかかわらず、精神病の病気の原因を見出しえないのは、精神病が医学的な疾患とは異なるからである」とされ、精神病の存在そのものが議論されていました。そして、劣悪な精神病院の状況を改善するために、若手精神科医の多くが、病棟の開放と、精神病者の解放を目指す運動に参加し、スローガンは、「精神医学より、精神医療を！」、あるいは、「精神病院解体」、「病院から地域へ」というものでした。

その頃、精神病院での管理的な生活指導に対する異議申し立てを行った医師たちは、「鳥は空に、魚は水に、人は社会に」と唱え、精神病院における管理や抑圧の機構に対する根本的な批判を展開していました。

また、群馬での地域活動は生活臨床という精神病者を地域で支える運動に発展し、栃木での地域活動からは小坂理論なるやや異形の分裂病論が登場し、少なからざる影響を若手精神科医に及ぼしました。家族会運動からその破綻に至る過程は、ただ関東での出来事にとどまらず、様々な

地域で、次々に繰り返され、70年代は、精神医学・医療を改革しようとする熱気が、国の内外に満ち溢れていた時代であったかと思えます。

しかし、「反精神医学」による熱狂の陰には、冷静に精神医学を捉えようとする反・反精神医学も登場していました。そしてまた、小泉流に言えば、改革に反対する抵抗勢力もまた、大きな力を持っていました。

精神医学と精神医療

私は、なんらの基礎知識も予備知識もなく精神病院に就職し、精神医療の第一線で仕事を始めたのですが、入院しているほとんどの患者が慢性の分裂病患者であり、多数のデフェクトと表現するしかない患者でした。先輩の医師に案内され、説明されたことは「ここにいる患者さんは前時代の治療の失敗者である。我々はこのような患者を作り出してはいけない」と言うことでした。しかし、私には率直にこれらの説明に同意出来ず、このような病態が、ロボトミーや電気ショック、そしてクロルプロマジンの大量療法などに代表される侵襲的な治療の結果なのか、それとも生物学的な疾患の悪化・進行する病態の結果なのか、簡単に判断できるものではなかろうと思っていました。私はその時、10年あるいは20年、あるいはさらに長期の間、一箇所に腰を降ろし、病気の自然な姿を観察してみたいと思いました。

その後、多くの患者で、発症後長期にわたり観察する機会がありましたが、精神病の経過を治療の失敗で片付けられるものではないと思うようになりました。若い患者さんが初発で入院すれば、一度は退院させることにしていたのですが、治療にはまったく反応せずに退院の目処が立たない患者が、毎年、何人か居りました。そのような患者が30年もすれば1つの病棟を占有する数になると考えると、精神病院に沈殿する患者の数を減らすことは、なかなか難しいことであると考えざるを得ませんでした。原因はなお不明であるとしても、医学の枠組みで理解すべき精神疾患は存在する。多くの臨床家が素朴に感じているように、私もまた、精神疾患は脳になんらかの変化・所見があるだろうと単純に考えるようになり、医学的な研究が今後とも必要であろうと確信しております。

日本における精神医療の歴史

反精神医学が華やかなりし頃、私はいつも、精神病とは何か、その原因は何かを考え、精神病院での治療とその意味について考えておりました。精神病院が無く、精神科医がいなかった時代、患者は精神病というレッテルを貼られることなく、社会での自由な生活が可能であった、と言われます。たとえ、生活は苦しくとも、自由を制限されるほど苦しいことはない。確かに、患者にとってはそのような話をするものも居るかも知れません。私が子供の頃、神社の床下で襦袢をまとって寝ていた浮浪者がおりました。学校からの帰り道、私たちは彼女に石を投げてからかった記憶があります。石を投げる子供が悪いのは確かですが、彼らはそれでも幸せだったのでしょか。精神病院が無かった時代、それが理想化されて語られるとき、私はいつも釈然としませんでした。

ここで、日本における精神医療の歴史を振り返っておきたいと思えます。

反精神医学によって、ややもすれば「存在そのものが悪」とされる精神病院はどのようにして発

生したのでしょうか。

呉秀三の「二重の不幸」説の真意

まず、最初に取り上げたいのは、呉秀三による次の言葉（呉秀三・檜田五郎著（大正7年：1918年）「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」）です。

「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」

この言葉は、欧米諸国に較べて、日本の精神医療の後進性を鋭く指摘した文章としてあまりにも有名になりましたが、その真意はどこにあるのでしょうか。

呉は、西欧と日本の精神医療を比較して、次のように述べております。

「精神病者ノ措置ハ洋ノ東西ヲ問ハズ、往古ヨリ近代ニ至ルマデ冷酷ニシテ殊ニ西洋ニ於テソノ甚ダシキヲ見タリ」

別の箇所をみますと、「我邦ニ於テハ、古クヨリ精神病ヲ以テノ疾病ト見做シタレバ、精神病者ニ対スル処置モ欧州ニ行ハレタルガ如キ残忍暴虐ナルモノ無カリシト雖モ亦、甚冷疎タルヲ免レザリキ」と記載しております。

すなわち、日本では精神病は一つの疾病であると考えられていたので、西洋で行なわれたような残忍暴虐な措置は行なわれなかった、と述べています。

確かに、西洋では精神病者は魔女として迫害された時代があり、隔離・監禁の時代には、癲狂院に収容された精神病者は市民の見世物となり、格好の娯楽であったとも言われます。

西洋における魔女狩と隔離・監禁の時代



中近世欧州での魔女狩



デュッセルドルフ癲狂院(1745年頃)

呉は言います。

「幸ニシテ我邦ノ精神病者ハ厄運ニ出会シタ事」はなかった、と。

すなわち、此邦に生まれたる不幸は日本ではなく、西洋諸国の精神病者であったと言えます。ただ、日本には近代的な精神病院が無く、多くの自宅監置者を抱えていたために、呉はその調査を行

ない、精神病院の建設を提言して、「この国に生まれたる二重の不幸」という表現で精神障害者の処遇の改善を主張したものと考えられます。

明治初期における精神病者の処遇

呉は、明治初期における精神病者の処遇を3種に分けております。

すなわち、

第一種：私宅又ハ一般病院ニ在リテ医療ヲ受クルモノ

(富裕者又ハ恒産アルモノ)

第二種：私宅監置ニ在ルモノ及ビ私宅ニ起居スルモ監置サレズ而モ医療ヲ

加ヘラレザルモノ

第三種：神社仏閣ニ於テ祈祷・禁厭（きんえん：呪術）・水治方等ノ民間

療方ヲ受クルモノ

(資産中等以下ノモノ)

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

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

明治33年にできた精神病者監護法では、精神病者はその家族がこれを監護する義務をおうと規定し、私宅監置が認められたのですが、その状況を調査した呉が述べるように、それは劣悪な拘禁に過ぎなかったと思われま

私宅監置の惨状



呉・ほか：私宅監置論文より

近世の座敷牢は、世間体を気にした比較的裕福な家庭のもの
中等度以下の家庭での私宅監置は劣悪な拘禁状況であった可能性が大きい



西丸：精神医学教科書より

私が精神科の医師になった後も、何人かの患者が座敷牢での介護が困難となって精神病院に入院してきました。これらの患者は、世間体を気にした比較的裕福な家庭の出身でしたが、その介護の状況は劣悪としか言えず、蓬髪で、爪は伸び放題、風呂に入っていた形跡はありません。狭い空間で拘禁されていたために、関節の拘縮が生じていた者もあり、精神病院での入院治療によって改善されました。このような経過を見ると、家族は、時に他人より凶暴であり、第3者による冷静な看護が可能な、精神病院での治療が必要であることを痛感した次第です。

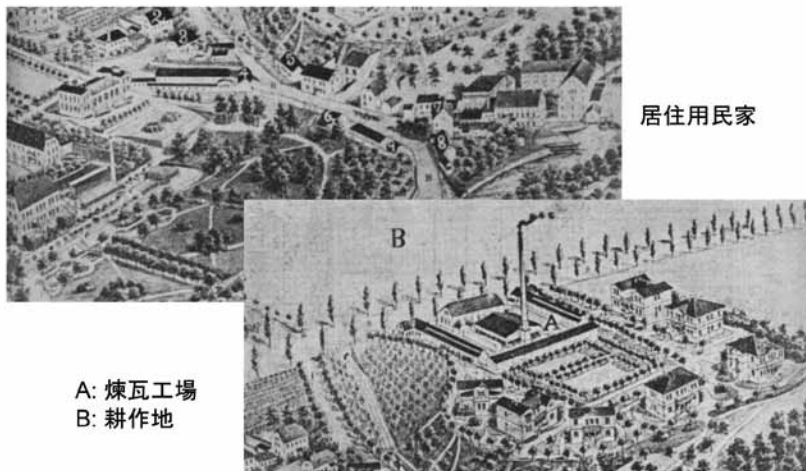
明治初期の頃の欧州では、近代的な精神病院が造られ、急性及び慢性の精神病患者の治療が行なわれていました。欧州に留学した呉は、このような施設を見て、日本における精神医療の改革を考えたのであらうと思われます。

呉の「二重の不幸」の論文は、私宅監置の廃止と精神病院の設立を日本政府に強く促したものであり、呉は「完全ナル發展ヲ遂ゲタ精神病院ニ於ケル治療ハ自宅ニ於ケル療養ニ優ル」と確信しておりました。

ヨーロッパの近代的な精神病院

ただ、欧州における巨大精神病院の存在が、その後如何なる批判にさらされ、如何なる末路を辿ることになったのか、当時は思いもしなかったことであらうと思ひます。

欧州の近代的な精神病院



わが国の精神医療施設の発生

ここで、欧州とは異なる、わが国の精神医療施設の歴史を簡単に見ておきたいと思ひます。

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

1. 平安期に密教系の寺院で水を用いた治療が行なわれ（岩倉大雲寺）、病者及び家族の宿泊する茶屋が、明治期に精神病院となっております。
2. 鎌倉期以降、漢方薬や灸法による治療が浄土真宗寺院（三河：順因寺、和泉：浄見寺、安芸：専念寺）において行なわれ、精神病院に発展しました。

3. 江戸期より、日蓮宗寺院が読経と規則的な参籠による治療を行ない（下総：法華経寺）、明治に精神病院に発展する。

そして、4つ目として、

4. 江戸期に、漢方医による精神病専門の診療所が出来ました。

呉もまた「個人トシテ仁恕ノ旨趣ヨリ心カヲ傾ケテ精神病者ノ看護処置ニ尽シタ」山本・永井・武田・石丸・本多・奈良村などの医家がいたと記載しております。しかし、治療や処遇がどのようなものであったかについては、「今之ヲ詳知スルコトヲ得ズ」と記載しています。

漢方による精神病の治療

昨年末のことですが、「爽神堂四百年」という七山病院の記念誌が私のところに送られてきました。そこに、漢方による精神病の治療についての記載がありましたので、ご紹介しておきます。

和泉の浄見寺では、1599年に爽神堂が開設され、精神障害者を預かりながら、家伝の秘薬と灸術を施して治療にあたりました。この秘薬は、一子相伝によって引き継がれ、明治16年に一般に製造販売が許可されております。

精気丸、健兒丸、それに、小児丸・清明丸の計4種の製剤があったようですが、健兒丸は、明の医学書「万病回春（1589）」をベースに処方されたと推測されています。

私が七山病院に勤めていた頃、年取った患者さんで、躁状態になると必ず「前の院長は偉かった。お灸で病気をちゃんと治したものだ。しかし、最近の若い医者は患者を退院させるが、患者はすぐ悪くなって帰ってくる」と言い、他の患者の頭にお灸をすえて回り、止めさせるのに困ったことがあります。お灸が、新規非定型抗精神病薬より効果があればよいのですが、なかなか難しいようです。

爽神堂秘伝の漢方薬



写真は爽神堂秘伝の漢方薬で、効能書きが添付されていました。

きちがいに効能ありと書かれている他、定価：金35銭などの記載が認められます。

爽神堂は、明治4年に岸和田藩から病院の免許を受け、私立七山癲狂院として日本ではじめての精神病院になっております。そして、漢方と灸法による治療を行ない、明治15年に、病室10部屋、

定員10名で発足しております。

その後、大正2年に慢性病棟（養生園）を増設し、作業やレクレーションをおこなうようになり、定員は110名に増加しております。

このように、精神病院での医療は、大きく急性期の治療と慢性期の保護とに区別されるかと思えます。今日、精神病床の削減が問題になっておりますが、療養病床をいかに考えるかということであり、急性期の治療病棟を削減することは出来ないと思われまます。

日本最初の公立精神病院は、明治8年に京都癲狂院として南禅寺の一角に設立されましたが、その後、明治11年に東京府癲狂院（松沢病院）、明治16年に岩倉癲狂院（岩倉病院）、明治24年に大阪癲狂院（阪本病院）などが設立されました。このような中で、西欧型の精神病院も造られてきたのですが、精神病床の増加は遅々として進まず、私宅監置は温存されました。

昭和17年(1942)時の精神障害者処遇

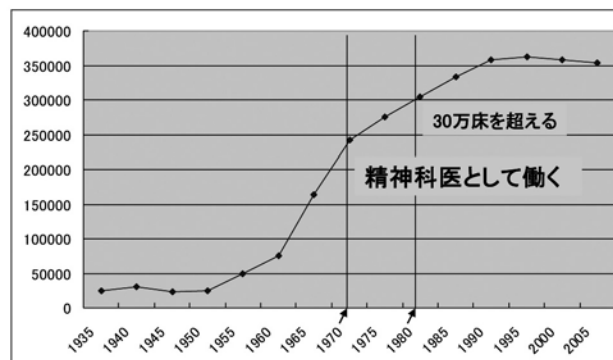
	施設数	定員
精神病院	(公立)	9 2424
	(私立)	133 16755
一般病院附属精神病室	27	1367
收容所・保養所	67	1497
監置室	(公設)	95 7139
	(私宅)	7044

これは、昭和17年（1942）時の精神障害者の状況を示しています。精神病院の病床は約2万床、私宅監置は7千を超えておりましたが、この私宅監置は、昭和25年に精神衛生法が成立したあとに廃止されました。

精神病床数が急増

そして、昭和39年のライシャワー事件のあと、昭和40年（1965）に精神衛生法が改正され、この前後から、精神病院の設立が急増しております。

1960年代に精神病床数が急増し 精神病院の不祥事が頻発する



このスライドにも見られるように、1960年代に精神病床数が急激に増加し、精神病院での不祥事が頻発することとなりました。

急激な病床増加と不祥事の頻発の中で、私は精神科医となり、好むと好まざるにかかわらず、精神医療の改革に関与するようになりました。

私が勤め始めた頃の七山精神病院は、701床（結核病棟を閉鎖、約660名の入院）で、男女5病棟の計10病棟、保護室は4床しかありませんでした（その後、他の精神病院の保護室の多さに驚きました）。閉鎖病棟は男女各3病棟（約460名）、老人・合併症病棟は男女各1病棟（約100名）、それに、開放病棟が男女各1病棟で約100名が入院しておりました。実際に勤務する医師は、40代常勤医師が2名、20代常勤医師が4名であり、他に数名の非常勤医師が勤務しておりました。

我々は、精神医療の改革にどのように関わったのか

病棟は、病棟主治医が各々のポリシーで個性的な運営をしておりました。しかし、医局の総意は、不必要な拘束を避け、開放的な処遇を行なうことで一致していたと思います。

この中で、ある医師は、強制的な入院を避け、ある医師は、保護室を使用せず、あるいは電気ショックをしないというポリシーを徹底していたように思いますが、私は必要に応じて保護室を試用し、電気ショックを行っていたように、他の医師に自己のポリシーを強制することはなく、互いの方針を尊重しあっていました。

ただ、入院が必要な患者を明け方まで説得し続け、患者が「わしは眠い、どこでもいいから眠らせてや、先生の言うことを聞く」と言ったと言う逸話や、保護室を使用しない場合、四肢抑制が増加し、鎮静のための静脈注射が増加するという結果を招いていたため、必ずしも、自らのポリシーが患者にとって良かったとはいえないかも知れません。

七山病院での13年間の変化をまとめますと、このスライドのようになります。

七山病院の13年間の変化 (昭和58年)

- ・ 10病棟(男女5病棟)は変わらず
- ・ 閉鎖病棟は男女各2病棟(約260名)のみとし
- ・ 慢性病棟: 男女各1病棟(約200名)を開放処遇
- ・ 男子棟では、患者選択なしに開放、無断離院、事故死などの混乱があるも定着
- ・ 女子棟では、患者を選択して開放、混乱なし
- ・ 自主管理病棟では看護配置せず、服薬自主管理

10病棟の構成は変わりません。閉鎖病棟の中の慢性病棟のうち、男女各1病棟（約200名）を開放処遇に致しました。男子病棟では、患者選択なしに開放しまして、当初は、無断離院、事故死などが頻発して多少の混乱がありましたが定着し、女子病棟では、患者を選択して開放したために、混乱はありませんでした。自主管理病棟では、看護師を配置せず、服薬の自主管理を行なう

など、多少実験的な取り組みを行ないました。

病棟の開放に関しては、慢性病棟の開放を試みましたが、急性期病棟の開放化を考えたことはありませんでした。病棟の全開放で有名になった某病院は、新入院患者がなくなり患者が高齢化することによって経営危機に陥ってしまったと言います。最近、院長と話をする機会がありましたが、新しい患者を受け入れるために保護室だけの病棟を造ったとのこと。私は、それでも「全開放という旗」は降ろさないのですかと、少し嫌味な質問をしてしまいました。

急性期の治療と慢性期の処遇

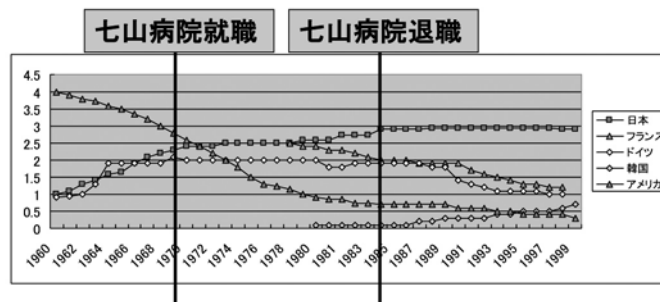
このように、急性期の治療には、大きな変化はありませんでした。保護室を使わずというポリシーは、結局のところ、拘束を多用する結果となったに過ぎませんでした。しかし、慢性患者の処遇の改善、社会復帰活動などは積極的に推し進めました。全国的な作業療法批判のなかで、作業療法やレクリエーションなどの生活指導の意義を認め、七山病院ではこれらの取り組みを放棄することはありませんでした。

七山病院は、医局長の山崎先生が実質的な院長としての役割を務めておりましたので、我々若手の医師は、山崎先生の指示のもとに臨床を行なってきました。慢性病棟の開放に関しましても彼の指示とサポートによって行なうことができました。私は、山崎先生から実に様々なことを学びました。我々若い精神科医の将来を心配し、臨床研究を続けることと大阪医大の満田先生のもとで勉強することを勧めてくれたのも山崎先生でした。精神科医にとって大事なことはバランスの感覚である、あるいは、精神科医の最も大事な仕事は、患者さんを診るよりも、看護婦を看ることである、看護婦への指示は簡単・明瞭にするべきである、などと教えられ、「君たちは喧嘩の仕方を知らん」とよく説教されましたが、今考えますと、人生の生き方を教わったように思います。

各国の精神病床の変化

ここで、精神科の病床数の推移を示すデータを挙げておきたいと思います。

各国の精神病床数の推移 (OECD資料)



日本では精神病院の病床を増やそうとしている間に、アメリカは急激に病床を減らしておりました。私が精神科医になったとき、人口一人当たりの精神科病床数は、日本、アメリカ、ドイツが

いずれも20床から25床とほぼ同数でありましたが、七山病院を辞めた当時、日本の病床数は30床近くに増える一方で、アメリカの病床数は10床以下と半減し、ヨーロッパ諸国の病床は緩やかに減少しつつありました。

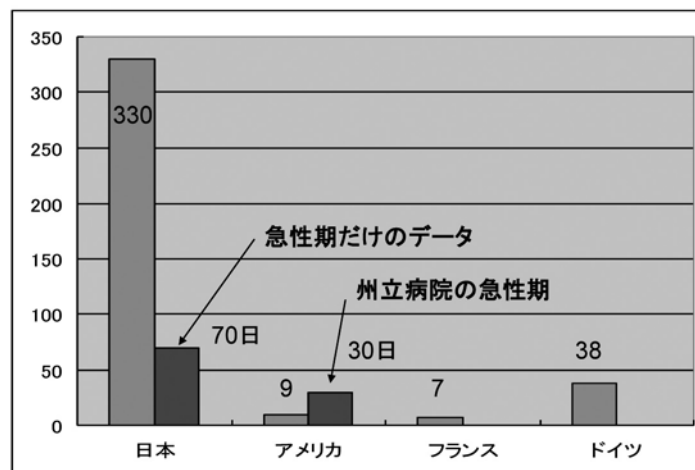
この時代、欧米先進諸国では精神病院の劣悪な環境が批判され、長期入院によるホスピタリズムの弊害が指摘されるようになりました。そして、精神医療改革運動の結果として、地域ケアの重要性が指摘され、州立の巨大精神病院が閉鎖されていきました。このことは、別な一面から見れば、医療費が国家財政を圧迫したために、国家の経済政策として福祉の切り捨てが行なわれたとも考えられます。日本では、国家が精神病床と医療費の削減を目的に、社会復帰施設としての中間施設を構想しましたが、激しい議論の末に、低医療費政策を具体化するものとして葬り去られました。皮肉な見方をすれば、欧米諸国では、経済的な困難を回避するために、反精神医学的ムーブが利用されて患者の犠牲が強いられたと言えるかもしれません。精神病床の削減により、精神障害者がいかなる境遇に陥ったのかは、その後の精神医療の現実が証明しているように思われるからです。

各国の平均在院日数の比較

データが古いのですが、平均在院日数の国際比較をここに示しておきます。

平均在院日数の国際比較

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



このグラフはよく見られるものですが、日本における在院日数が極端に長いことが、日本の精神医療の問題点ではないかと指摘されることがあります。確かに、日本では330日と圧倒的に長く、ドイツは約40日、アメリカやフランスは10日以下であることを見れば、問題は何故アメリカやフランスはこのように短いのか、患者にとって最適な精神医療がこれらの諸国では行なわれているのかどうか問題となるかと思われまます。

実はこのデータは、外国が急性期病棟でのデータであり、日本のデータは慢性病棟を含むものであって、このような比較はほとんど意味を持たないものです。もし比較するとすれば、各国におけ

る急性期病棟のデータを比較するべきであり、日本が70日、アメリカは30日となり、かなり実態と近いものになります。しかしながら、在院日数の極端な短さは、アメリカの保険制度の問題点を大きく浮かび上がらせていることに間違いありません。

ちなみに、京大の精神科病棟の在院日数は65日であり、急性期の精神医療を適切に行なうとすれば、この位の日数が必要であろうと思います。

精神科病床と居住施設の国際比較

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

先ほど示したOECDのデータと数値において若干の相違がありますが、一万人に対する精神科病床数は、日本が29床、アメリカは日本の半分以下の13床となっています。ただ、アメリカでは、社会復帰施設が15床ありますので、合計28床となって日本の病床数とほぼ同じとなっています。

精神科病床と居住施設入居者数の比較 (対万人: 米国、カナダ、イギリス、日本)

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

アメリカの精神医療

ところで、アメリカにおける脱入院化は成功しているのでしょうか。州立病院の病床が急激に削減されたことによって、ホームレスが増加し、不自然死が増えたと報告されています。また、退院を余儀なくされた患者の多くが刑務所に収容されており、精神病者は精神病院から刑務所に施設を移動したに過ぎないという報告もあります。アメリカでは、刑務所が最大の精神病院であるという表現も聞かれます。

アメリカにおける脱入院化

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

イタリアでは

精神病院を無くしてしまったと伝えられるイタリアでの実験は、失敗していると断ずる者と成功していると賞賛する者が相半ばし、実際の状況が分かりづらいのですが、トリエステとヴェローナ地区を除けば大失敗というのが、大方の評価のように思われます。北部と南部の地域差が存在するとも言われていますが、精神病院の閉鎖の後に私立の病院が増え、経済的な格差によって治療に差異が生じているという報告を聞くと、アメリカにおける状況とさほどの差異はないように思われますし、この実験が成功しているとはとても考えられません。

イタリアの実験

- 1971年、バザーリアが公立サンジョバンニ精神病院(入院患者数: 1182名、90%が強制入院)の院長となり、退院を促進、家族が協力的な人から退院、アパートやグループホームへ
- 非病院型居住施設として、長期の宿泊施設を提供
- 1978年、「バザーリア法」の成立、精神病院の新設や新規入院が禁止され、精神病院が閉鎖される
- しかし、トリエステとヴェローナ地区を除けば大失敗？
- 北部と南部の地域差の存在

日本における精神医療の課題

日本においては、諸外国のように精神病院を無くするとか、あるいは極端な削減を試みるべきだとは思いませんが、社会的入院患者の退院への努力は必要であろうと思っています。ここに示した

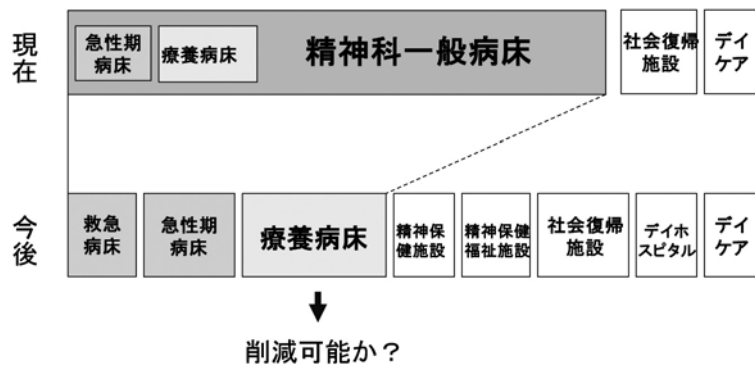
多くの調査結果でも分かるように、社会資源の整備により退院可能な患者は、入院患者の約40 % くらいはあるであろうと思います。

日本では？ 精神病院における社会的入院患者

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

このスライドは、日本における精神科病床と社会復帰施設について、現在と今後について大まかに図示したものです。療養病床がどの程度必要なのかは、社会復帰施設の充実によって異なるかと思っています。私自身は、内因性精神病を主とする精神障害者には、ある程度精神科医の関与を継続的に行なう必要があると思っています。

精神科病床と社会復帰施設の今後



さいごに

自宅監置の時代から、高度経済成長によって、急激に増加した精神病院における劣悪な環境と不祥事の多発から、精神病院の解体・精神医療の改革を訴える運動が起りましたが、この運動は日本のみならず、諸外国においても、国家による福祉切捨て政策に利用され、精神病床の削減を図る理由となったように思われます。皮肉な見方をすれば、国家財政の貧弱な国ほど、急激な精神病院の解体・廃止という政策を押し進めているのではないかと思います。

精神病院の治療は、急性期の治療と慢性期の治療に大きく分けられますが、精神症状の改善がは

かばかしくない慢性患者が存在する限り、療養病床をなくすことは出来ないであろうと思われます。日本における適切な病床数は、福祉施設の充実度により変動するのであり、慢性患者の受け皿を作る努力がなお必要であると考えられます。

70年代、全世界を覆った反精神医学の熱狂の中で、我々もまた精神病院の改革運動に加わったのですが、疾病を如何に捉えるか、患者に必要な治療と保護とはいかなるものなのかなどを、冷静に、現実的に考えたうえで、欧米諸国のごとき性急な脱入院化を避け得たことは、日本における精神医療従事者のバランス感覚が健全であったことを示しているように思います。アメリカの一極体制が崩れた今、この30年間、アメリカが主導してきたグローバル・スタンダードが如何に大きな問題を抱えていたものであるかが明確になりました。アメリカの格付け会社が全世界の経済を支配し、アメリカの精神医学会が全世界の精神医学を支配する時代は終焉したと言ってよいと思います。今や、世界にはスタンダードとなるモデルは存在せず、我々は、日本にふさわしい精神医療体制を構築していく必要があると考えます。

日本の精神医療はどこに向かうのか

- 私宅監置か放置かの時代を経て、高度経済成長により、私立精神病院が多数設立された
- 精神病院における劣悪な環境と不祥事の多発から、精神病院の解体・精神医療の改革を訴える運動が起こった。国家は、経済的側面から福祉切捨て政策として、精神病床の削減を図る。世界的にみても、国家財政の貧弱な国ほど、急激な精神病院の解体・廃止という政策を推し進めた
- 精神症状の改善がはかばかしくない慢性患者が存在する限り、療養病床をなくすことは出来ない。適切な病床数は、福祉施設の充実度により変動するため、慢性患者の受け皿を作る努力がなお必要ではある

それにしましても、精神医療の困難さは、今なお治療に難渋する精神分裂病の存在でしょう。今後とも、精神医学の発展によって精神疾患の原因を追求していく努力が必要であり、そこでは、精神分裂病（統合失調症）を単一の疾患とは考えず、少なくとも、定型分裂病と非定型精神病に分類することから始めるべきであろうと考えます。

ご静聴ありがとうございました。

参考文献

1. 西丸四方：精神医学入門（増補14版）．南山堂、東京、1967
2. 小坂英世：患者と家族のための精神分裂病理論．珠真書房、1972
3. 呉 秀三、檜田五郎：精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察、精神医学神経学古典刊行会、1973
4. 仙波恒雄、矢野 徹：精神病院－その医療の現状と限界．星和書店、東京、1977
5. 小俣和一郎：精神病院の起源．太田出版、東京、1997

6. 浅井邦彦（編）：日本の精神科医療－国際的視点から。精神医学レビュー 29、ライフサイエンス、東京、1998
7. 中井久夫：西欧精神医学背景史。みすず書房、東京、1999
8. 浅野弘毅：精神医療論争史。批評社、東京、2000
9. 小俣和一郎：精神病院の起源＜近代篇＞。太田出版、東京、2000
10. 秋元波留夫、仙波恒雄、天野直二：二十一世紀 日本の精神医療 過去・現在・未来を見据えて。SEC出版、松本、2003
11. 京都大学精神医学教室：精神医学京都学派の100年。ナカニシヤ出版、京都、2003
12. 八木剛平：現代精神医学定説批判。金原出版、東京、2005
13. Huber G：Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. (林拓二 訳: 精神病とは何か－臨床精神医学の基本構造)、新曜社、東京、2005
14. Dipartimento di Salute Mentale di Trieste：La GUIDA AI SERVIZI di Salute Mentale (小山昭雄 訳：トリエステ精神保健サービスガイド)。現代企画室、東京、2006
15. Fuller Torrey E：Surviving Schizophrenia. A manual for Families, Consumers and Providers(南光進一郎、中井和代、武井教使 訳：分裂病がわかる本－私たちは何が出来るか)。日本評論社、東京、1997
16. 七山病院：爽神堂四百年。大阪、2008

平成21年5月14日

豊郷病院看護研究会での講演より

精神科臨床と非定型精神病

京都大学名誉教授
豊郷病院顧問

林 拓二

豊郷病院の林でございます。第31回生物学的精神医学会には、多くの先生方にご参加いただきまして有難うございます。準備に携わった我々としても大変うれしく思っております。

私はこの3月末日で京都大学を退職いたしました。この40年間、精神科医として働いて感じたことを、会長講演としてお話ししたいと考えております。それは、簡単に言えば2つにまとめられるかと思えます。すなわち、時代が如何に変化しようとも、臨床こそが精神医学の基本であるということであり、社会精神医学的な研究の重要性は認めるとしても、内因性精神病の研究の中心は生物学的研究であるという2点に尽きます。

それでは、精神病とは何かという魅惑的な課題に挑戦した時代、反精神医学が華やかなりし70年代から、話を始めたいと思います。

私が精神科医となったのは1970年ですが、その前年の1969年に金沢で精神神経学会が開かれました。そこでは、大学における無給医の問題、患者を犠牲にした研究体制の問題、そして博士号による人事支配を中心にする医局講座制、そして社会防衛に重心を置く精神医療体制などが批判され、学会もまた、製薬資本や関連病院との癒着に対して痛烈な批判にさらされました。その衝撃は大きく、その後まもなくして、全国の主要な精神医学教室の研究・教育体制が、ほとんど機能不全に陥ってしまったことは皆様もよくご存知のことと思えます。

私が京都大学に入学した頃は、大学を卒業したら、大学院に入って研究者になるのだろうと漠然と考えていましたが、大学を卒業した時には「大学は無くなっていた」と言っても過言ではありません。事実、就職先は自分で探さなければなりません。私は、先輩が勤めていた、大阪でも和歌山に近い場所にある精神病院を見学してすぐに就職を決めました。その後、教室に顔を出したのですが、「あんたたち、大学に何をしに来ているのだ」と言われ、「大学に来て教えることは何もないよ」と冷やかに言われました。そして、他の先生からは、「分裂病に興味があるのなら、精神病院で患者と格闘しなさい。その中で自分の新しい精神医学をつくるのだね」とも言われました。私は、ここであらためて精神病院での臨床に専念することを決心致しました。

時代は、「反精神医学」の運動が世界を席卷し、「精神医学の100年の歴史にもかかわらず、精神病の病気の原因を見出しえないのは、精神病が医学的な疾患とは異なるからである」とも言われ、精神病の存在そのものが議論されていました。そして、劣悪な精神病院の状況を改善するために、若手精神科医の多くが、病棟の開放と、精神病者の解放を目指す運動に参加し、時代のスローガンは、「精神医学よりも、精神医療を！」、あるいは、「精神病院解体」、「病院から地域へ」というものでした。

その頃、精神病院での管理的な生活指導に対する異議申し立てを行った医師たちは、「鳥は空に、

魚は水に、人は社会に」と唱え、精神病院における管理や抑圧の機構に対する根本的な批判を展開しておりました。

また、群馬県での地域活動は生活臨床という精神病者を地域で支える運動に発展し、栃木県での地域活動からは「小坂理論」なるやや異形の分裂病論が登場し、少なからざる影響を若手精神科医に及ぼしました。家族会運動からその破綻に至る過程は、ただ関東での出来事にとどまらず、様々な地域で、次々に繰り返され、70年代は、精神医学・医療を改革しようとする熱気が、国の内外に満ち溢れていた時代であったかと思えます。

しかし、「反精神医学」による熱狂の陰には、冷静に精神医学を捉えようとする反・反精神医学も登場しておりました。そしてまた、小泉流に言えば、改革に反対する抵抗勢力もまた、大きな力を持っておりました。

このような状況の中で、幸か不幸か、私は大学での経験を積むことなく、精神医療の現場を、先入見なく見る事が出来ました。私が勤めた精神病院では、入院しているほとんどの患者が慢性の分裂病患者であり、デフェクト（いわゆる欠陥状態）と表現するしかない患者でした。先輩の医師に案内され、説明されたことは「ここにいる患者さんは前時代の治療の失敗者である。我々はこのような患者を作り出しはけない」と言うことでした。しかし、私には率直にこれらの説明には同意出来ず、このような病態が、ロボトミーや電気ショック、そしてクロルプロマジンの大量療法などに代表される侵襲的な治療の結果なのか、それとも生物学的な疾患の悪化・進行する病態の結果なのか、簡単に判断できるものではなからうと思いました。私はその時、10年あるいは20年、あるいはさらに長期の間、一箇所に腰を降ろし、病気の自然な姿を観察してみたいと思っておりました。

その後、多くの患者で、発症後長期にわたり観察する機会がありましたが、精神病の経過を治療の失敗で片付けられるものではないと思うようになりました。若い患者さんが初発で入院すれば、一度は退院させることにしていたのですが、治療にはまったく反応せずに退院の目処が立たない患者が、毎年、何人か居りました。そのような患者が30年もすれば1つの病棟を占有する数になると考えると、精神病院に沈殿する患者の数を減らすことは、なかなか難しいことであると考えざるを得ません。原因はなお不明であるとしても、医学の枠組みで理解すべき精神疾患は存在する。多くの臨床家が素朴に感じているように、私もまた、精神疾患は脳になんらかの変化・所見があるだろうと単純に考えるようになり、医学的な研究が今後とも必要であろうと確信しました。

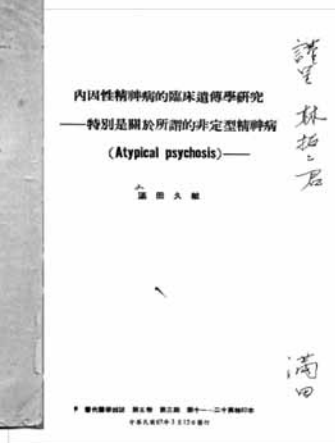
反精神医学が華やかなりし頃、私はいつも、精神病とは何か、その原因は何かを考え、精神病院での治療とその意味について考えておりました。精神病院が無く、精神科医がいなかった時代、患者は精神病というレッテルを貼られることなく、社会での自由な生活が可能であった、とも言われます。たとえ、生活は苦しくとも、自由を制限されるほど苦しいことはない。確かに、患者にとってはそのような話をする方がいるかも知れません。しかし、私が子供の頃、神社の床下で襦袢をまとって寝ていた浮浪者がおりました。学校からの帰り道、私たちは彼女に石を投げてからかった記憶があります。石を投げる子供が悪いのは確かなのですが、彼らはそれでも幸せだったのでしょうか。精神病院が無かった時代が理想化されて語られるとき、私はいつも釈然としませんでした。

私が勤めた病院では、50歳前後の医局長が実質的な院長としての役割を務めており、我々4人の若手医師は、医局長の指示のもとに臨床を行ない、実に多くの経験をさせていただきました。慢性病棟の開放も医局長の指示とサポートによって行なうことができました。さらに、この先生は、我々若い精神科医の将来を心配し、それぞれの進む道を考え、私には臨床を続けながら大阪医大の満田先生のもとで勉強することを勧めてくれました。学問における私の師が満田先生であることは間違いありませんが、私の臨床の師はと問われれば、迷わずこの医局長であると答えることができます。



医局旅行・立山室堂にて
(山崎光夫先生と私)

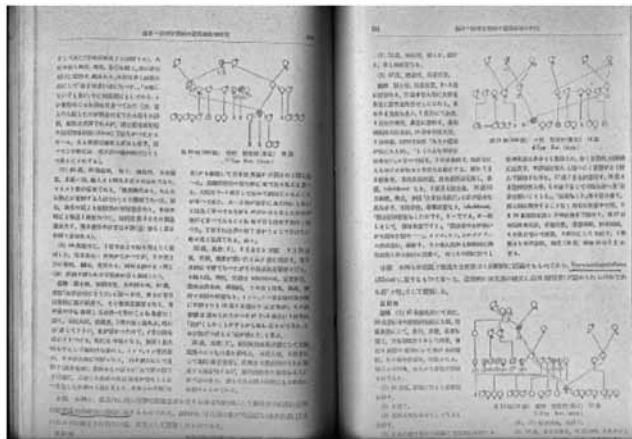
この先生は、満田先生の弟子にあたり、戦後間もない頃、満田先生とともに、患者さんの自宅や入院先の病院を訪ね歩いたことを、折に触れ、聞かせて頂きました。そして、昭和17年に書かれた満田先生の論文を紹介していただき、私はこのときに初めて、本格的な医学の論文を読みました。そして、この論文が私の将来を決めることになったと思います。



満田先生自筆
遺伝調査票

精神神経雑誌に掲載されたこの論文は、一冊の本のように重厚なものであり、当時、私は漢和辞典を引きながら読んだ記憶があります。そして、まず第一に、その調査研究の徹底性、厳密性に魅せられました。さらに、精神分裂病の概念を臨床遺伝学的調査によって解体しようとする革新性に惹かれました。すなわち、内因性精神病を早発性痴呆か、それとも躁うつ病かの2つに分ける「クレペリンの二分法」は、少しでも経験をつんだ精神科医ならば、臨床の現実にあっていないことに気付くのですが、満田先生は、自分の足で集めたデータを用いて、このクレペリンの精神医学に真正面から異議を唱え、第3の精神病群の存在を主張していました。当時、我々の目にするものの多くが、翻訳精神医学、あるいは輸入精神医学とでも言われる中で、日本が誇れる国産の概念はあまり多くはありません。森田による森田療法、下田による執着気質などが挙げられますが、満田による非定型精神病もまた、精神医学の体系を書き換えようとする日本独自の概念であり、私はこの研究の発展なんらかの形で関わることが出来ればと思いました。

**充分な時間をかけた徹底的な調査
完璧主義**



ここで、皆様にはよくご存知のことではありますが、伝統的な精神医学の体系について説明しておきたいと思います。

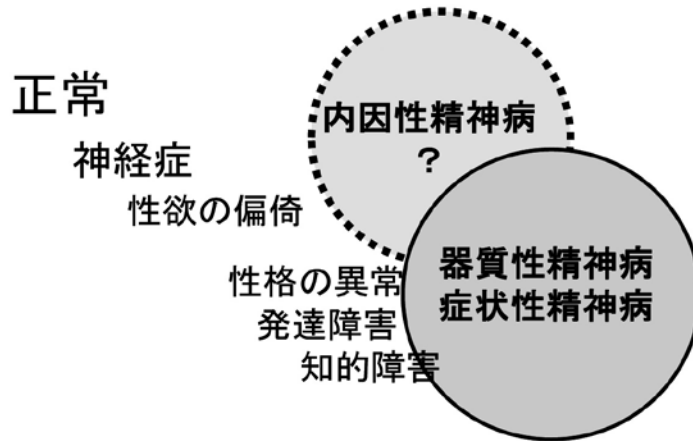
シュナイダーは、まず、「正常からの偏倚」なのか、それとも「疾患による結果」なのかを問います。日常の言葉に置き換えて、少しでもだけた表現を用いれば、「変わっているのか、狂っているのか、それとも壊れているのか」という3分法がわかり易いものであろうかと思えます。性格異常や発達障害、あるいは精神薄弱などは正常から偏倚している、すなわち変わっているに過ぎず、必ずしも病気ではないと考えられますが、近年、変わっているに過ぎないのに、病気と見なす傾向があり、これは、明らかにアメリカの診断基準の悪影響であろうかと思われまます。

もちろん、これらの中には、一部は脳の器質性疾患に含まれるものがあるかもしれませんが、これらは「疾患による結果」として、厳密に峻別すべきものであろうと考えております。

ここで、精神医学における最大の難問である内因性精神病をどのように捉えるかが議論になるのですが、反精神医学の風潮の中では、正常からの偏倚と考える精神科医もおりました。しかし、一

一般的には、単に変わっているとは考えず、疾患による結果と考えるべきであり、現在なお原因不明と言わざるを得ないのですが、将来には必ず解明されるであろうと考えております。

伝統的な精神医学の理解 正常からの偏倚か、あるいは疾患による結果か？



この内因性精神病の分類と診断に関しては、精神症状を一元的・総合的に理解しようとする単一精神病の立場から、あくまでも疾病学を目指す立場までの間に、数多くの立場や学説が存在します。その代表的な学説として、今なお根強い支持を得ているのがクレペリンの体系であり、シュナイダーの理解であろうと思われます。ここに、内因性精神病にかんする各学派の立場をまとめておきました。

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

主要な学派による内因性精神病の分類

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

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



満田久敏先生

私は、1973年から、満田先生にお願いしまして、大阪医大に週2日通うことに致しました。そして、満田先生の外来診察を見学し、病棟の回診にもついて回りました。そのあとは、毎週の研究会と抄読会に参加致しました。抄読会ではレオンハルトの内因性精神病の分類に触れ、自分の受け持っている患者がどのような分類になるのかを検討しました。そして、家族歴の調査などから、満田先生の調査結果とほぼ同じ様に、分裂病は大きく2つのグループに分けられるであろうという印象を抱くようになりました。

満田先生からは、学位について心配していただきました。しかし、私は「つまらない論文は書きたくないので、10年に一つ良い論文を書きます」と約束し、「学位はタダならもらいますが、お金を払うつもりはありません」と言って断りました。満田先生はうなずいて、「本当の学者は学位を欲しがらないものだ」とおっしゃり、「林君は偉い」と言われたことを記憶しています。当時の私は、その後の人生で学位がなくて困ることになるなどは、全く考えてもいませんでした。

そうこうするうちに、満田先生が大阪医大を退職され、高槻にある病院の理事長になったため、私も請われてその精神病院に移りました。そこでは、短期間ではありましたが、アルコール中毒の断酒会を担当するなど、これまでにない経験をさせていただきました。

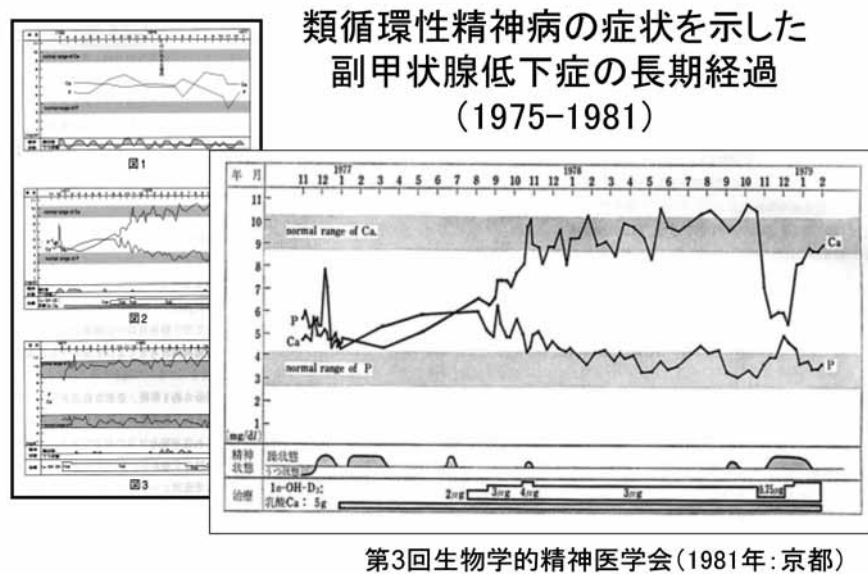
この頃、精神神経学会の主要な関心はなお精神医療の改革であり、様々な活動報告が語られるなかで、各グループの間の齟齬が目立ち始め、ますます混迷を深めていたと言って良いかと思います。このような中で、大学の講座を主宰する先生方を中心に、生物学的精神医学の研究を発表する場をつくらうとする機運が強くなり、第1回の生物学的精神医学研究会が、久留米で開催されました。この研究会は、生物学的精神医学世界連合の日本支部の形をとり、設立には満田先生と福田先生が大きくかわり、初代の理事長には満田先生が務められました。このような事情から、私もまた設立時からの会員となっていました。

そして、この年に、私は精神科医となってほぼ10年となったものですから、満田先生との約束どおりいくつかの症例をまとめました。

この症例は、非定型精神病、あるいは躁うつ病として、入退院を繰り返していた患者さんですが、

血清のカルシウムと燐の異常値から、副甲状腺機能低下症が疑われた症例です。レオンハルトの分類を用いれば、症状的には類循環性精神病に類似することから、いささかマニャクな題名を使用して発表致しました。

この論文で私が強調したことは、非定型精神病とされるグループには、身体疾患が見逃されているかもしれないことであり、これらの疾患には、なお未知の疾患が隠れているかもしれず、生物学的な研究の対象としての非定型精神病の重要性を指摘しました。



私はカルシウムの代謝に興味を持ちまして、いろいろと調べましたが、満田先生は、テタノイドエピレプシーとの関係に興味を持ち、「関西医大の岡本君に脳波を見てもらうように」と言われ、「副甲状腺は北野病院の八幡君に相談するように」と指示されました。そして、「三重の鳩谷君のところには最近、コンピューターで論文を検索する機械が入ったと聞いたので、文献を送ってもらうように私から連絡しておく」と言っていただきました。

私が初めて書いたこの論文には、多くの思い出があります。北野病院の八幡先生を訪ねると、「これだけの材料があれば、内科では論文を3つ作りますよ」と言われまして、われわれ精神科医とのカルチャーの差に驚きました。鳩谷先生からはすぐに毛筆で書かれた返事をもらいました。満田先生には文章を何度も書き直されたあと、「ここの文章は、これでも良いが、こうした方が、シャレているのだよ」と言われ、延々と書き直しを命じられたことも、今では懐かしい思い出になりました。結局、この論文は、満田先生が心筋梗塞で入院したあともベッドの中で手を入れていただいている間に、先生が急死されたので、一時、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、投稿することが出来ました。

この症例については、1981年に、この会場で開かれた第3回生物学的精神医学会に、「類循環性精神病の症状を示した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、約6年間の経過を報告致しました。私が人の前で喋ったのは、この報告が最初でありましたので、私にとっては最も想

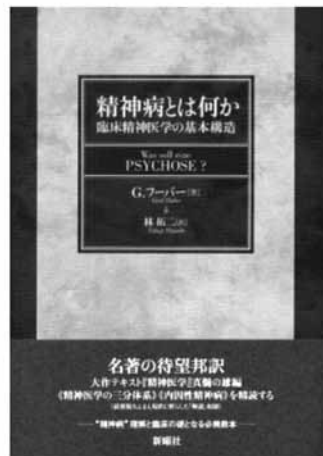
い出に残る症例となりました。

満田先生が急死されてからの数年間、私の周辺では騒がしく、鬱陶しい事件が続きました。

高槻の病院では、保護室における失火をめぐり、事務と組合が院長の管理責任を追求する大騒動に発展し、我々医局の求めによって、事務と組合が謝罪して決着したのですが、私は、この事件を機に退職いたしました。そして、大阪の精神病院に復帰した一年後には、病院による医師の解雇から、不当解雇、地位保全、裁判というお決まりの大騒動となり、その結果、私自身も「今後、一切、病院の敷地内に立ち入りを禁ずる」という辞令をいただくような形で退職しました。そこで、三重大学の鳩谷先生にお頼みして研究生となり、福田先生のご紹介でボン大学のフーバー教授のもとに留学することに致しました。

ドイツでは、病棟でぶらぶらしながら患者と遊んでいることが多く、そのほかの時間はフーバーの教科書を翻訳して過ごしました。日本での鬱陶しい生活のあとでしたから、今思うと人生の中で一番ハッピーな生活だったように思います。

精神病とは何か ハイデルベルグ学派の代表的な教科書



Gerd Huber
Psychiatrie
Systematischer Lehrtext für
Studenten und Ärzte

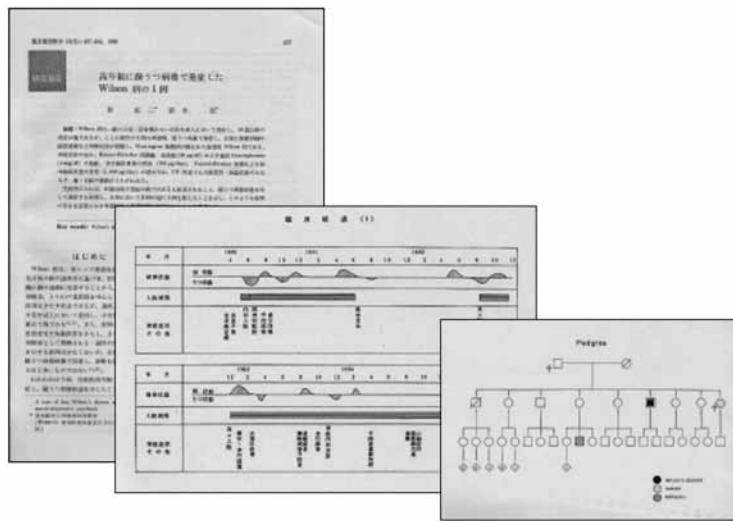
ドイツでの二回目の冬を迎えようとする時、愛知医大からの話がありまして、私は急遽、帰国致しました。「精神科医の本来の仕事は精神病院での臨床にこそあり、大学の生活には魅力を感じない」と、常々口にしてきたものの、大学を卒業して15年が経ち、一度、大学の生活を経験したくなったというのが本当の気持ちだったように思います。愛知医大では、「早く学位をとって、講師になってよ」と言われ続けましたが、研究歴がないものですから、どうすることも出来ず、44歳になってやっと学位を取りました。資格は、若い時に早く取っておくべきであると反省したものでした。

大学では、まず文部省の科学研究費に応募し、「精神分裂病と非定型精神病の画像診断的研究」という題で申請しました。私の研究はさほど大きな研究費を必要としないものですが、大学に席をおくものとしては、研究をしているという証しみたいなものとのことで、取りあえず申請したのですが、私の申請書を読んだ秘書さんが、「先生、これは通るよ、だって、文章が良いもの」といってくれました。

そして、彼女が予想した通り、科研費を戴くことが出来ました。

私は、非定型精神病の研究をしながら、日常臨床の中で興味深い症例があるとすぐ、症例報告としてまとめることを心がけました。この中には、精神病症状を示す身体疾患として、ハンチントン舞踏病やウイルソン病、全生活史健忘、それに皮膚寄生虫妄想などがあります。いずれも、それぞれの病態の生物学的基盤に焦点を絞ったものであり、私が一貫して研究している非定型精神病との関連に言及し、考察を加えたものでした。

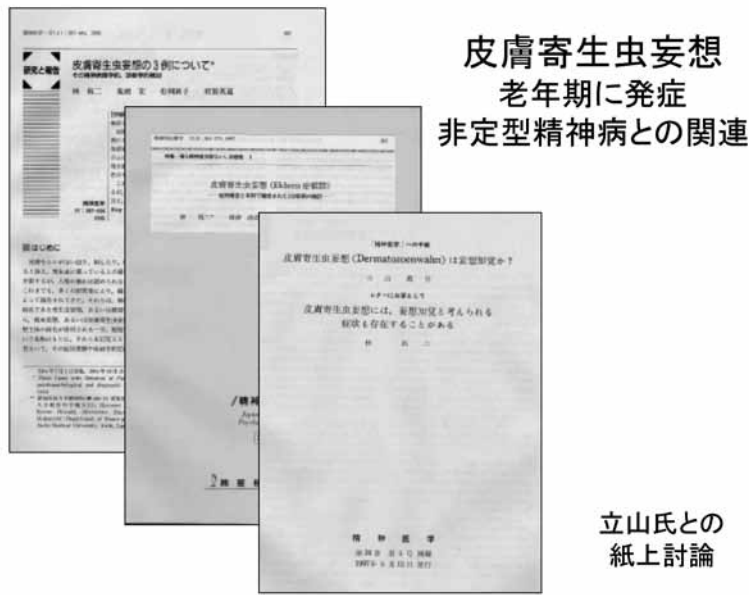
精神病症状を示す身体疾患 (ハンチントン病、ウイルソン病)



全生活史健忘など心因健忘の生物学的基盤

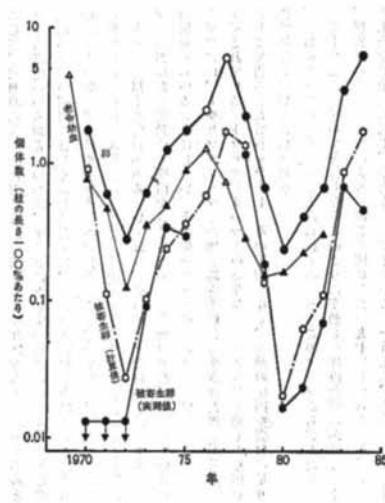


脳波・SPECTによる
経過観察



ここで、これまでの話とはいささか趣きの異なる話をしたいと思います。

トウヒツヅリハマキの卵と幼虫の年次変動



ある昆虫学者の
大台ヶ原山中での長期観察



これは、ある昆虫学者が、大台ヶ原の山中で行なったトウヒツヅリハマキという昆虫の長期観察のデータですが、彼は学生時代、私と同じ下宿で生活していました。そして、私が医者になった1970年から1985年までの15年間、彼は金も名誉も、また、女の子にも目をくれず、単身山に入って木に登り、虫を眺めながら、黙々とデータを取って過ごしていました。米と味噌と酒を買うだけの金があれば生活に困ることはないと言いまして、虫と戯れて過ごす生活は、世間の常識から言えば変人・奇人の類ですが、このデータを見せられた時には唖りました。「この15年のグラフにどのような意味があるのか、そんなことは知ったことじゃない」と言いますが、「お前、ワシのすごさ

が分かるか」と言うのを聞きますと、「大学の学者さんには、こんな馬鹿なことは出来まい」という自負が窺えます。私自身、大学の医者には出来ない精神病の経過研究をしたいと考えていながら、精神病院をクビになってしまい、大学に拾われていた境遇だったものですから、先を越された気分になり、さすがに焦りました。彼はその後、一冊の本を書き、まもなく癌で他界しました。

私はこの頃から、生涯を一つの研究テーマに賭け、出来れば研究の成果を一冊の本にまとめたいと考えるようになりました。下手で、馬鹿な生き方しか出来なくても、死ぬ時に満足出来ればそれでいい。「息子は好きなことをして人生を終えることが出来たのだから、思い残すことはなかったでしょう」、彼がなくなった後、彼のお母さんからの手紙には、このように書かれていました。

私が非定型精神病の研究を始めた1980年代、時代はグローバリゼーションの旗のもと、アメリカの一極支配が始まったところでした。アメリカの診断基準であるDSM-IIIが世界標準となり、非定型精神病の研究論文を投稿すると、「日本のローカルな診断基準でなく、グローバル・スタンダードで書き直してみても如何でしょうか」という、まことに慇懃・無礼なコメントが帰ってきました。

満田先生は、DSM-IIIが出版される前、英米圏では操作的方法が流行するのではないかと危惧され、このような流れに対して、われわれの立場からの反論を準備しなければならないと言ひ、私にそのような研究をするように勧められていました。しかし、私が準備する間もなく、私の予測を超えたスピードで、DSMが全世界に広がりました。まさに、「長いものに巻かれなければやっていけない」という、情けない時代になってしまいました。

操作的診断の功罪

- ・ 世界標準の診断が定着、疫学・統計的研究が可能となる
- ・ 初心者・学生にも理解できる簡明さ
- ・ 意識変容など、評価困難な症状を切り捨て、精神病理学的な症状記載を単純化した
- ・ 精神医学の新たな発展を阻害している
 - 病歴の聴取、症状の記載などの基本が軽視される
 - 診断それ自体が完結し、閉じられた体系である
- ・ 併存 (Comorbidity) の濫用—精神医学の退歩？
- ・ 症状と経過による分類に過ぎないが、それぞれの精神病が存在するとき錯覚を与えた—使用者側の問題

確かに、DSMは単純にして明快であり、観察者間で診断の不一致が生じないように工夫され、あいまいな症状の評価を避けたために、経験のある精神科医でなくとも、学生や看護師においてさえ精神医学的診断が可能となりました。さらに、世界標準の診断基準として、異なるグループ間の研究を比較することができ、疫学・統計学的研究が可能となった点は大きく評価すべきであろうと思います。このような理由から、この30年間にわたり、DSMは若干の変更を繰り返しながらも、多くの精神科医に支持され、使用され続けてきたのだらうと思われま

しかしながら、DSM-IIIは、その登場時から批判が無かったわけではありません。当然のことながら、精神医学をあまりにも単純化し、明快に割り切ったことに対して、伝統的な精神医学者からの批判は避けられませんでした。また、科学的な根拠が乏しいとして仮説を排除し、伝統的な神経症や精神病概念を放棄したことは、その理念にはうなずける部分があるものの、精神医学の臨床現場では受け入れがたいものでした。そこで、DSMの受け入れに積極的な研究者がいる一方で、冷ややかに見守る研究者も少なくなかったと思います。

私もまた、DSMの分類が本質的な疾患分類ではないことを指摘し、疾患の分類を求めるならば、意識障害などの、客観的には評価しがたいが重要な症状を等閑にするべきではないことを折にふれ主張してきました。そこでは、妥当性を犠牲にして、診断の一致を重視する姿勢を批判してきたわけです。DSMは精神症状による分類であっても、精神疾患の診断ではありません。DSMはまさにそのようなものであって、それ以上のものではありません。

近年では、DSMの作成にかかわった米国の著名な精神科医でさえも、彼らが意図しなかったDSMの影の部分の指摘しております。すなわち、彼女によれば、アメリカでは、DSMによって精神症状の把握がなおざりとなり、チェックリストなどの使用で精神科臨床が浅薄になったと言います。さらには、信頼性を得るために妥当性を犠牲にしたがために、DSMは研究にも有用であるとは言えないとも言っております。このような事態は、すでに多くの研究者によって予想されていたことであり、アメリカでもやっこのような意見が取り上げられるようになったのか、と言うのが私の正直な感想です。

DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences

Nancy C. Andreasen
(2007)

- 1) 診断基準が、その障害特徴の一部しか含んでいない
- 2) チェックリストの使用で、精神症状の把握が浅薄になる
- 3) 信頼性を得るために妥当性が犠牲になっている

最近、精神科診断学はどこに向かうのかというテーマで、原田憲一先生が、「シュナイダーに帰れ」という主張をしていましたが、私も全く同感です。DSMが目標を失って漂流を始めたかに見える今日、私もまた、もう一度、臨床的経験に戻り、精神医学の基本問題に立ちかえる必要があると思っております。

我々が臨床の現場で経験する症例を、先入見なしに忠実に観察するならば、躁うつ病と分裂病性精神病とは異なる疾患であろうと考えられます。さらに、分裂病性精神病が、少なくとも、良好な経過を取るタイプと、不良な経過に陥るタイプの2つに分類され、それぞれが異なる疾患であろう

と考えることに大きな誤りはなかろうかと考えられます。

臨床の現場で見出される 分裂病性精神病の臨床的差異

予後良好群

家族負因が多く、誘因を認める
疎通性の良い病前性格
急性発症、周期性経過
緊張病性症状・錯乱状態を呈する

精神科救急の必要性

ECT療法が奏功する例がある
テグレトール・デパケン・
トフラニールなどが有効な例がある

予後不良群

家族負因は少なく、誘因を認め難い
風変わり、特有な病前性格
潜行性発症、慢性的な経過
破瓜病性の初期症状

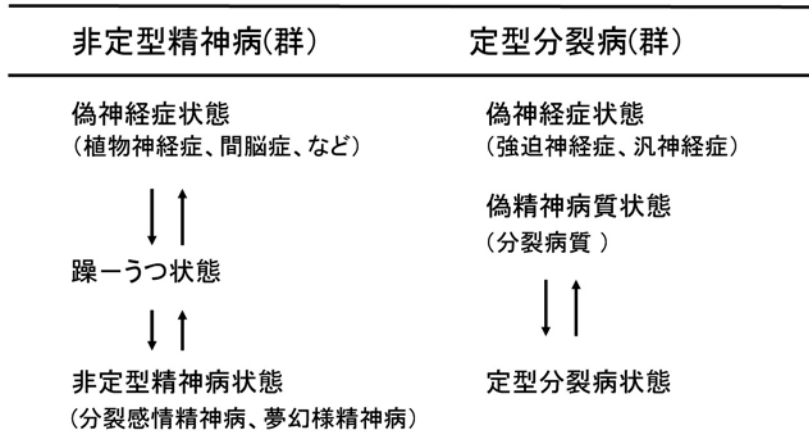
社会生活訓練の必要性

ECT療法はあまり有効ではない
薬物療法への反応が悪い
幻覚・妄想との共存が可能

すなわち、良性経過群は、家族負因があつて誘因が認められやすく、疎通性は良く、急性発症で周期性の経過をとるタイプであり、しばしば、緊張病性症状を認め、錯乱状態に陥りやすく、まれならず電気痙攣療法が奏功いたします。このような症例では、テグレトールやデパケン、あるいはトフラニールなどが処方されていることが多く、臨床医は、それとは意図せずとも、このような分裂病にはこれらの薬物が有効ではないかと判断する感覚が働いているのではなかろうかと思えます。我々のいう非定型精神病は、このような良性経過群におおむね一致しております。一方の予後不良群は、古くから早発性痴呆などと呼称されていたグループと考えられ、家族負因は少なく、誘因を認め難く、潜行性の発症で、慢性的な経過を示し、薬物療法への反応性が乏しく、良性経過群とは顕著な差異を示しております。

当然なことながら、満田自身、非定型精神病自体を均質なものとは考えておりませんが、なお一定のまとまりを持つ一群と考えていました。そこでは、臨床症状がたとえ異なっているにしても、同一の診断名に一括されることもありえます。このことは、身体疾患では周知のことであり、同一あるいは類似の遺伝型においても、表現型が異なることはしばしば経験されます。ただ、その表現型の偏倚にはある一定の幅があり、満田は家族内精神病や一卵性双生児の研究により、植物神経症や間脳症などの偽神経症状態から、躁うつ状態、そして分裂感情病や夢幻様精神病などの定型的な非定型精神病状態に至る一連の症状スペクトラムを考えております。このことが、非定型精神病の概念が、DSMなどの操作的診断に馴染まない理由の一つであろうかと考えられます。

精神分裂病と非定型精神病における 状態像のスペクトラム



精神疾患の自然な分類を目指す努力は、満田先生と同時代の研究者や、彼らの後継者によって続けられました。満田先生が行なった遺伝型と表現型、すなわち疾患の始まりと終わりとを対象にした研究のみならず、この両者を結ぶ病態発生に関する研究も、これまでも様々な方法を用いて行なわれています。我々もまた、脳波や内分泌学的な研究のほかに、CTやMRI、さらにはSPECTなどでの画像研究、そして事象関連電位や探索眼球運動を用いた研究を、この間、精力的に行なってきました。

これからしばらくの間、我々の研究データを見ていただこうと思います。

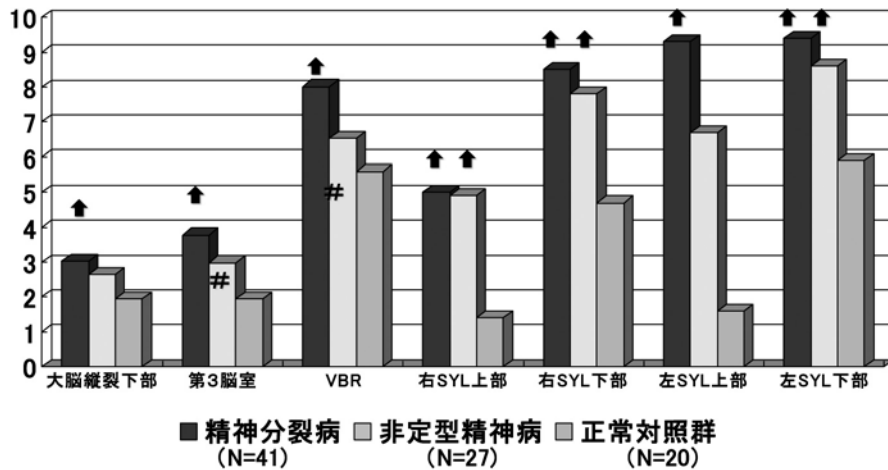
われわれが行ったCT研究は1989年に発表したものであり、20数年前のいささか旧式の機械で行なったものです。しかし、その後に行なわれたMRIなどによる脳の形態学的研究との関連もあり、いま少し詳しく述べておきたいと思います。

我々が行なった一連の生物学的研究は、まず、定型分裂病と非定型精神病との間に生物学的な所見の相違はあるのだろうか、と問いかけ、続けて、もし、生物学的な所見のみに基づいて分類したとき、分裂病と非定型精神病の臨床診断との対応は見られるのだろうか、という点を検討しました。

この研究では、フーバーが確認した気脳写による第3脳室の拡大所見のほか、前頭葉あるいは側頭葉の萎縮を思わせる所見が定型分裂病に認められました。一方、非定型精神病の患者の脳には、このような著しい所見は見られませんでした。

CTにおける面積測定

#: 両疾患に有意の差あり
 ↓: 正常との間に有意の差あり



CT研究で、われわれが強調した点は3つあります。一つは、幻覚や妄想、あるいは奇妙な行動異常を呈した精神病患者の全症例において、脳の各部分の萎縮所見の間の相関を調べたところ、全大脳縦裂、右シルビウス裂、そして側脳室の拡大所見が互いに相関しなかったことです。このことは、これらの所見が主たる病変と考えられる3つの精神病群が存在する可能性を示していると解釈されました。

全患者におけるCTスキャン指数の間の相関関係

	3-V	VBR	LV-r	LV-l	SF1-r	SF1-l	SF2-r	SF2-l
IHF-1	0.458 ***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
3-V		0.339 **	0.385 **	0.428 **	0.336 ***	0.373 ***	0.301 *	0.515 ***
VBR			0.871 ***	0.916 ***	ns	0.332 *	ns	0.330 *
LV-r				0.789 ***	ns	0.386 ***	ns	0.322 *
LV-l					ns	0.267 **	ns	0.414 *
SF1-r						0.698 **	0.313 **	0.303 *
SF1-l							ns	0.271 *
SF2-r								0.642 ***

二つには、CT所見と罹病期間との相関を調べたとき、定型分裂病では相関が見られなかったものの、非定型精神病においては罹病期間が長くなるほど、CTの左シルビウス裂拡大所見が大きくなったことです。

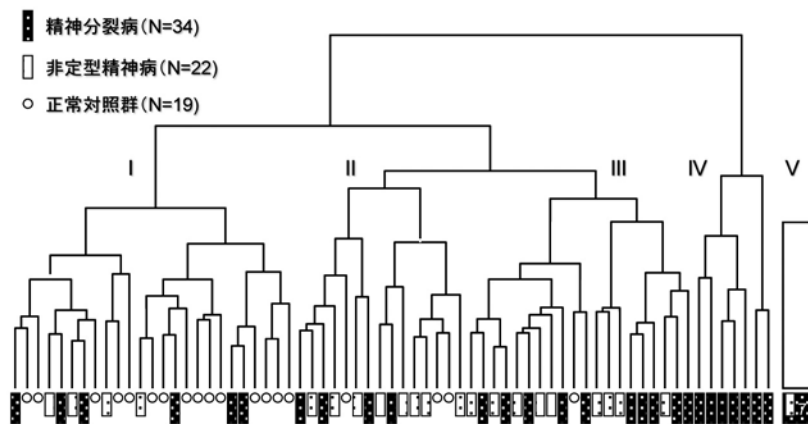
精神分裂病と非定型精神病の罹病期間とCTスキャンの各指数との相関関係

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

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

この所見は、定型分裂病の脳の所見が出生時より存在する可能性があるのに対し、非定型精神病の所見は病相を繰り返すにつれて進行するかも知れないことを示しています。この所見は、後で行なわれたわれわれのMRI研究では確認されませんでした。ここであえて取り上げたのは、近年の脳画像研究において、脳の所見が進行性のものであるのかが議論されているからです。最近では、初回エピソードの統合失調症の患者で、わずか数年の間に、左上側頭回体積の減少を認めたとの報告もあり、薬物の影響や病型が異なるにしても、われわれの左シルビウス裂拡大所見と相応するのかも知れません。しかし、必ずしも相関を認める報告ばかりではないことは、統合失調症を病型ごとに細分した研究が必要ではないかと思われます。

CT指数に基づくクラスター分析による精神病症例と対照群の分類



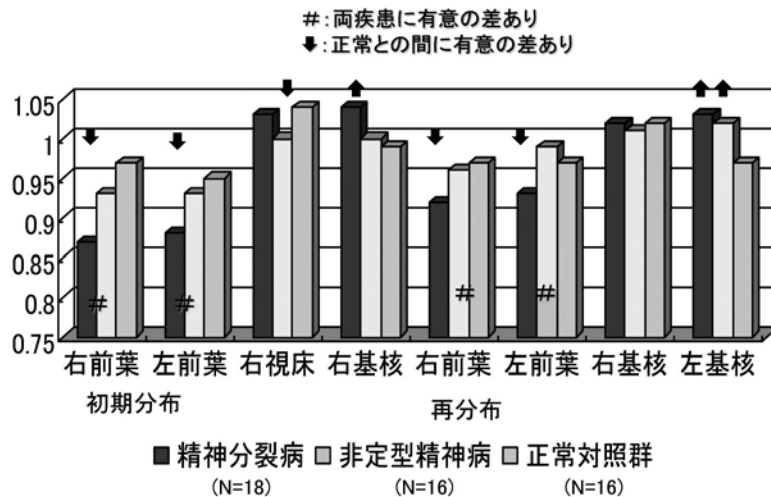
三つ目は、主成分分析やクラスター分析を用いて、CT所見のみから症例を機械的にいくつかのグループに分類し、各グループにどのような症例が含まれるかを調べた結果です。ここでは、定型

分裂病と非定型精神病とが異なるグループに集積する傾向があり、生物学的所見と、「非定型精神病」というわれわれの臨床診断がかなりの程度相応することが明らかとなりました。この事実は、満田の分類の妥当性が、生物学的所見からも支持されたと考えてよいと判断されます。

続いてSPECTを用いた研究を行いました。

愛知医大の医局では、アイソトープを用いて脳の血流を調べるSPECTに対して、ずいぶんと強硬な反対意見があり、上司からも、このような研究は止めろとまで言われたものでした。その最も大きな理由は、「京大から若い医者が押しかけてきたらどうするのだ！」ということでしたので、「もし、抗議があれば私がちゃんと対応する。京大の連中も、私が無茶な研究をする男ではないことを分っているはずだ」と、応戦しました。しかし、さすがに気になったものですから、京都の事情に詳しい男に電話しますと、「昔、若かった連中も今はもう年を取ったし、名古屋まで押しかける元気はないで」という返事でした。SPECTが登場した当時の状況は、少なからぬ研究者が京都の幻影に怯えていたように思われます。

SPECTでのIMP集積率の相違

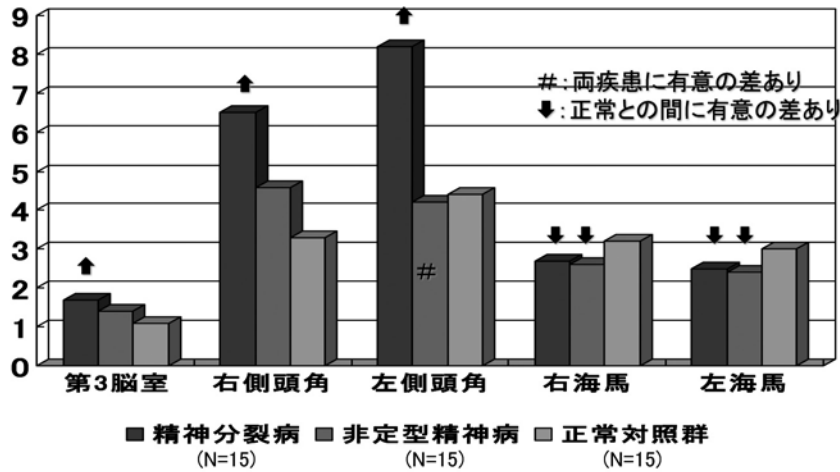


このような経緯もありまして、SPECTの研究はとりわけ慎重に行ないましたが、ここでも、定型分裂病と非定型精神病との間には、有意の差異が見出されました。

続いて、MRIを用いた脳の体積測定によって、定型分裂病と非定型精神病との間の差異を調べました。

MRIによる体積測定

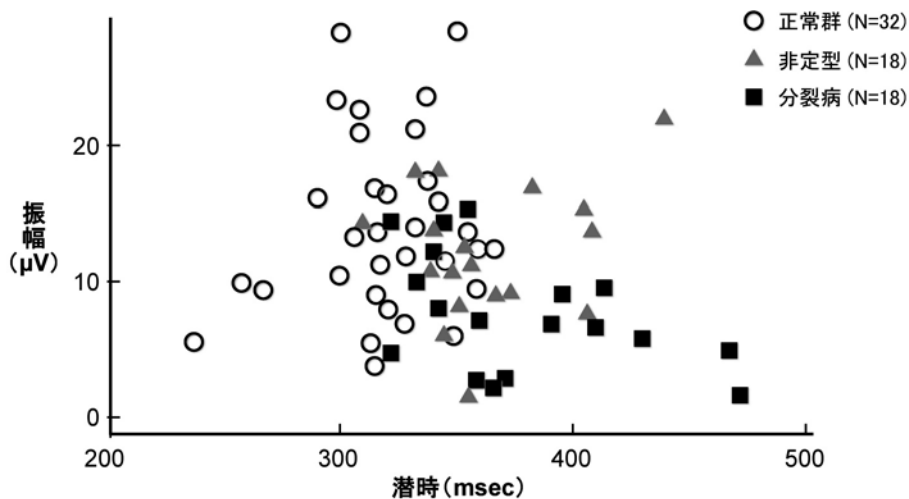
(前頭部・側頭部・海馬傍回・側脳室前角に差異なし)



ここでも、左側脳室・側頭角において、両疾患に有意の差異を見出しました。

我々はまた、事象関連電位や探索眼球運動による研究を行い、P300では、定型分裂病で振幅が減少して潜時が延長するという結果が認められました。しかし、非定型精神病においては、振幅の減少は見られず、この散布図をみましても、両疾患には明らかな差異が認められます。

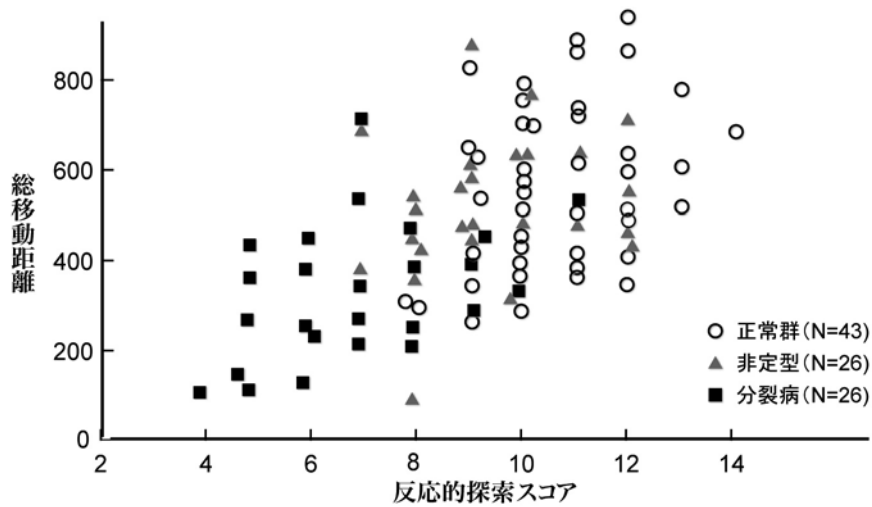
分裂病と非定型精神病のP300所見の相違



さらに、探索眼球運動の検査では、定型分裂病は非定型精神病よりも有意に低い反応的探索スコアを認め、両疾患群と正常対照群との間には、有意の差異を認めております。この検査は、日本大学を中心にした共同研究が行なわれ、京都でも愛知医大での結果とほぼ同じ結果が得られました。

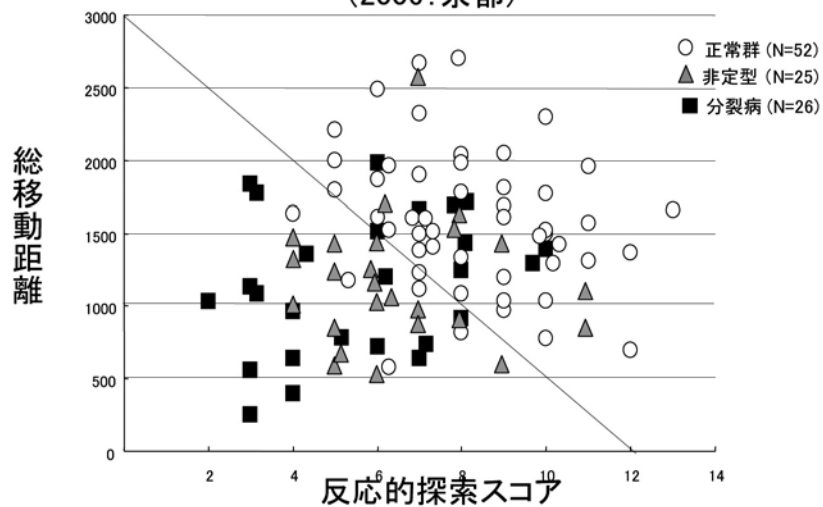
分裂病と非定型精神病の探索眼球運動所見の相違

(2000、愛知医大)

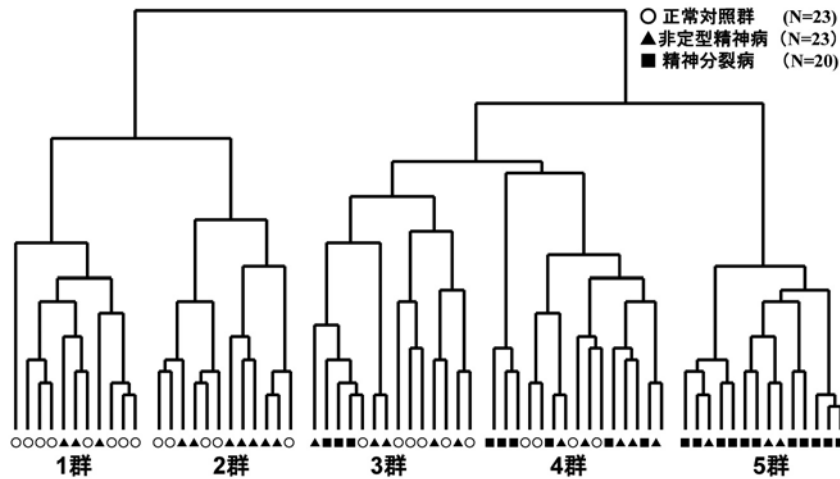


探索眼球運動による 精神病群と正常群との比較

(2006: 京都)



P300と探索眼球運動とは、ほぼ同じ時期に同じ症例で行なわれましたので、ここで得られたデータのみを用いて、クラスター分類を行ないましたが、その結果は、CTやMRI、さらにSPECTによる場合と同様に、定型分裂病と非定型精神病とが異なるグループに集積する傾向を示し、我々の臨床分類の妥当性を示唆する結果であろう言えるかと思われます。



精神生理学的指標に基づくクラスター分析の結果

我々は、このような研究によって、定型分裂病と非定型精神病とが異なる病態発生的基盤を有する可能性を明らかにしてきました。我々の研究をまとめてみれば、非定型精神病と定型分裂病の間には、脳の形態学的・機能的な相違が認められること、そして、両疾患はそれぞれ、さらに多くの疾患に分類される可能性が示されると言えることです。すなわち、非定型精神病は、脳にならぬ所見を認めないグループと、遺伝傾向の強い神経変性疾患が示唆されるグループの2つであり、定型分裂病もまた、前頭葉型と側頭葉型の2型に分かれる可能性が考えられます。

CT画像の各指数を用いて分類した 統合失調症の5つのタイプ

	I群とII群	III群	IV群	V群
CT(1989)	所見なし	右シルビウス裂	大脳縦裂	側脳室
臨床診断	主に 非定型精神病	主に非定型精神病と 妄想型分裂病	定型分裂病	定型分裂病
遺伝		<可能性大>		
SPECT(1993)	所見なし	視床のI-IMPの低集積	前頭葉I-IMPの低集積	
MRI(1998)	所見なし	海馬の体積減少	海馬の体積減少と脳室拡大	
P300(2000)	所見なし	所見なし	低振幅と潜時延長	
探索眼球運動(2000)	所見なし	探索スコアやや低値	探索スコア低値	

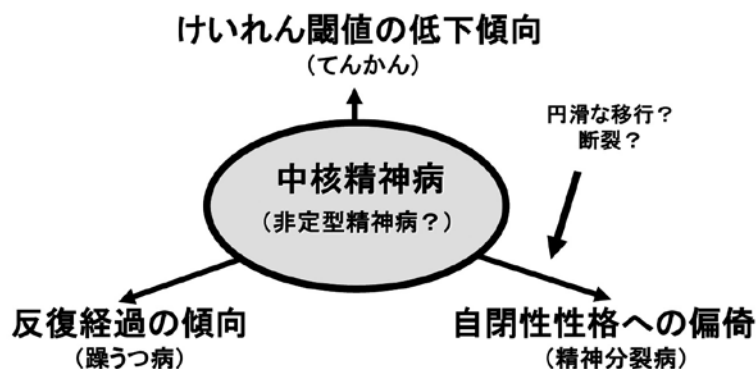
今後の研究は、これら結果を考慮した上で行なわれるべきであり、統合失調症という大きな枠の中に、共通の病因を見出そうとする努力は、必ずや、失敗に終わるであろうと思われます。

私が行なってきた研究のまとめと 精神医学研究の今後

- ・ 非定型精神病は、精神症状と経過において定型の分裂病と異なり、ECT, 抗てんかん剤が奏功することも多い。
- ・ 非定型精神病と定型分裂病との間には、脳の形態学的・機能的な相違が認められる。
- ・ 非定型精神病と定型分裂病は、さらに多くの疾患に分類され、それぞれの病因が研究されるべきである。
- ・ 流行りものを追いかけるのではなく、自らの臨床の中で常に問題点を吟味し、解決していく姿勢が大事である。

精神医学が混迷を深めた70年代の混乱と無秩序の時代を考えれば、DSMによってもたらされた秩序と希望は、異論はあるものの、DSMの大きな功績として評価せざるを得ません。しかしながら、DSMは、あくまでも症状によって分類された類型学にすぎず、本来目指されるべき疾病学との距離は遥かに遠いと云わざるを得ません。精神医学はなお発展途上の学問であり、診断の一致よりもなお、さまざまな発想による新しい概念の模索こそが、現在、最も求められていると思われます。精神医学の歴史を振り返れば、それぞれの国や学派において営々と築きあげられた独自の精神医学が存在しますが、これらの多様な精神医学が競い合っこそ、今後の精神医学の発展が保障されているのであり、学問を多数決で決めるような愚は、絶対に避けなければならない、我々は、このことを共通の認識にすべきであろうと思います。

単一精神病と非定型精神病

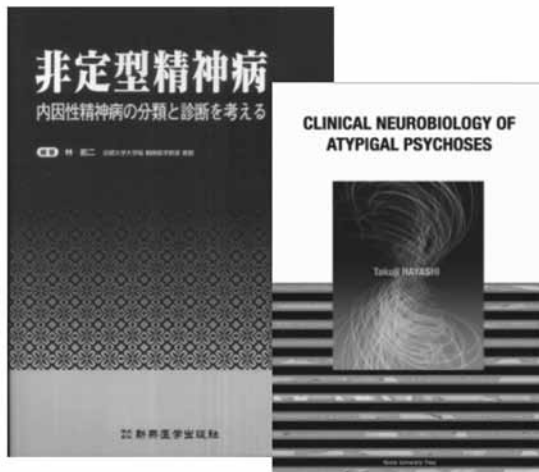


近年、再び脚光を浴びつつある単一性精神病と非定型精神病との関係を考えてみますと、この図に示すようなものになるかと思われます。非定型精神病は内因性精神病の中核群であり、周辺には自閉性精神病(分裂病)、循環性精神病(躁うつ病)、それに痙攣性精神病(てんかん)が配置されます。ここでは、それぞれの病態が病因的に区別しうるのか否かが問題となります。単一精神病の

立場からすれば、症状は連続的につながっており、単一の原因による症状スペクトラムと考えることとなります。しかしながら、我々はこれまで、それぞれの境界を明らかにしようと試み、今日お話したようなそれらしい結果を得ることが出来ましたが、いずれもエビデンスとしては弱いものであると言わざるを得ません。すなわち、満田が言うような自然な境界は、いまだ示されたとは言えません。

我々がなすべきことはまだまだ多く、今後も引き続き、臨床における詳細な観察とともに生物学的な研究の結果を集積していく必要があると思います。このような地道な努力無くして、新たな精神医学の構築は不可能であると思われまます。

非定型精神病 —内因性精神病の分類と診断を考える



林拓二・編集

我々による38年間の
非定型精神病研究の
まとめ

この40年近くの間、私は一貫して非定型精神病の問題、すなわち分裂病性精神病の分類と診断についての研究を行ってきました。そこで、定年退職を迎えるにあたり、これまでの研究をひとまず総括し、一冊の本にまとめました。また、先月には、英語版を出版致しましたので、お知り合いの外人さんに「日本独自の研究」を売りに、紹介して頂ければ有り難く思います。

私は、ただ黙々と山に登ってきました。確かに苦しい時もありますが、それにも耐えながら、一歩ずつ足を前に出していけば山の頂きに辿り着きます。そうすれば、頭を空っぽにして、ひと時の満足感・充実感・達成感を感じることが出来ます。これだから、山登りは止められません。しかし、苦しくて途中で引き返した山が2つ残っています。その頂上を極めるには、まだ20年ほどの歳月が残されていると考えています。



甲斐駒ヶ岳山頂



北海道利尻岳

昨年まで、京大の精神医学教室には広い庭があり、毎年、この写真に見られるダイサンボクが大きな純白の花を咲かせておりました。近年、京大では再生医学が花盛りで、精神科の院庭にはiPS細胞研究センターが建設されて精神医学の存在感が小さくなっておりませんが、今後、我々も力を蓄えて再登場する時期が来ることを祈りながら、私の講演を終わりたいと思います。



ご静聴有難うございました

参考文献

1. 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 46：298-362, 1942
2. 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 55：195-215, 1953
3. 満田久敏：非定型精神病の概念. 精神医学3：967-969, 1961
4. 林 拓二：類循環精神病の病像を呈した特発性副甲状腺機能低下症の一例. 臨床精神医学、9：107-115, 1980

5. 林 拓二：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
6. 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
7. 柴崎篤洋：梢の博物誌－大台ヶ原の森と昆虫をめぐって. 思索社、東京、1987
8. 林 拓二：非定型精神病のCT所見－多変量解析法による検討－. 愛知医大誌, 17 : 609-625, 1989
9. 林 拓二、西大條公一：特異な心因性健忘の一例－全生活史健忘との関係について－. 愛知医大誌, 18 : 477-483, 1990
10. 須賀英道、林 拓二、可知敏明、大原 貢、石塚 晃、東 直樹、村田勝人：精神分裂病の123I-IMP-SPECT所見について. 愛知医大誌, 18 : 515-521, 1990
11. 林 拓二、須賀英道：精神分裂病と非定型精神病のIMP-SPECT所見の相違について精神医学, 35 : 489-497, 1993
12. 林 拓二、須賀英道、安藤琢弥、松岡尚子：分裂病と非定型精神病（満田）の発症年齢と性差について. 精神医学, 37 : 1255-1263, 1995
13. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道：分裂病と非定型精神病（満田）の負因と誘因の相違について. 愛知医大誌, 23 : 321-331, 1995
14. 林 拓二、鬼頭 宏、松岡尚子、須賀英道：皮膚寄生虫妄想の3例について、その精神病理学的、診断学的検討. 精神医学, 37 : 397-404, 1995
15. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道：分裂病と非定型精神病（満田）の精神症状と経過について. 精神医学, 38 : 27-35, 1996
16. Franzek E, Beckmann H : Die genetische Heterogenität der Schizophrenie. Nervenarzt 67 : 583-594, 1996
17. 林 拓二、深津尚史、橋本 良、須賀英道：皮膚寄生虫妄想（Ekbom症候群）－症例報告と本邦で報告された102例の検討－ 精神科治療学, 12 : 263-273, 1997
18. 林 拓二：皮膚寄生虫妄想には、妄想知覚と考えられる症状も存在することがある精神医学 : 39 : 561, 1997
19. Sekine T, Tachibana K, Fukatsu N, Fukatsu E, Hayashi T : Differences in P300 between Schizophrenia and Atypical Psychoses (Mitsuda). Neurol Psychiatr Brain Res, 8 (4) : 165-170, 2000
20. Hayashi T, Hotta N, Andoh T, Mori M, Fukatsu N, Suga H : Magnetic resonance imaging findings in typical schizophrenia and atypical psychoses. J Neural Transm 108 (6) : 695-706, 2001
21. 深津尚史、深津栄子、関根建夫、山下功一、新井啓之、林 拓二：非定型精神病の探索眼球運動所見. 精神医学, 43 : 1297-1304, 2001
22. 深津栄子、深津尚史、関根建夫、立花憲一郎、須賀英道、林 拓二：分裂病性精神病の精神生理学的所見に基づく多変量解析. 精神医学, 44 : 39-47, 2002
23. K Leonhard : Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology (福田哲雄・岩波 明・林 拓二監訳：内因性精神病の分類)、医学書院、東京、2002
24. 深津尚史、和田 信、山岸 洋、林 拓二：探索眼球運動を用いた非定型精神病の臨床単位の検討－急性精神病遷延型の疾病分類について－. 脳と精神の医学, 14 : 41-50, 2003
25. 京都大学精神医学教室：精神医学京都学派の100年. ナカニシヤ出版、京都、2003
26. G. Huber : Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. (林 拓二 訳：精神病とは何か－臨床精神医学の基本構造)、新曜社、東京、2005
27. Schneider K : Klinische Psychopathologie. 15 Aufl. mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Huber G und Gross G. (針間博彦 訳：新版臨床精神病理学) 文光堂、東京、2007
28. Andreasen NC : DSM and the death of phenomenology in Amerika; An example of unintended consequences. Schizophr Bull 33 : 108-112, 2007
29. 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
30. Hayashi T. (ed) Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009

平成21年4月24日

第31回生物学的精神医学会・会長講演より

Atypical Psychoses in Japan

Takuji Hayashi

Department of Psychiatry, Graduate school of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan

Abstract: The concept of atypical psychoses was developed in Japan under the influence of Mitsuda's clinico-genetic studies. According to Mitsuda, atypical psychoses are not mere phenotypical variants of typical schizophrenia and manic-depressive psychosis (MDP), but belong to a genetically different category and are probably heterogeneous. The characteristic features of atypical psychoses emphasize disturbed consciousness and pays attention to the nosological relationship with epilepsy, as well as with schizophrenia and MDP. Thus, in Japan it is generally considered that atypical psychoses are independent of typical major psychoses and are located nosologically in the border area between typical schizophrenia, MDP, and epilepsy. Mitsuda made a study on genotype and phenotype, i.e., the beginning and the end of the disease. However, research on patho-phenogenesis has been performed using various methods. We have been investigating morphological and functional differences between typical schizophrenia and atypical psychoses using brain imaging (CT, SPECT, MRI) and neuro-physiological (ERP, Exploratory eye movement) techniques, and found that atypical psychosis had a different pathogenesis than typical schizophrenia.

Introduction

Modern psychiatry in Japan has developed under the strong influence of German psychiatry. Above all, Kraepelin's concept of classifying endogenous psychoses into either schizophrenia or manic-depressive psychosis is broadly supported in Japan. However, in our daily clinical practice, we often experience patients who have acute onset, and show manic-depressive features involving schizophrenic symptoms, such as delusion, hallucination, and bizarre behavior. The patients mostly have complete remission, but they are apt to recur periodically. Mitsuda reported on the existence of such "atypical" cases, and performed clinical genetic research.

As a result, he suggested that there are independent endogenous psychoses that are genetically different from schizophrenia and manic-depressive psychosis. The research of atypical psychosis in Japan was started by Mitsuda, and subsequently, many researchers have succeeded him and developed his research.

In this paper, the concept of atypical psychosis described by Mitsuda, and the subsequent research, is presented.

Clinical Genetic Studies by Mitsuda

In the paper¹⁾ entitled "On the Erbsyndrom" written in 1940, Mitsuda illustrated a case with

somatic disorder, and set up a possibility, more specifically, if two diseases, regarded as unrelated, are found together in the same family, these diseases are considered to have a hereditary relationship, and these two diseases could be integrated into one heredity circle. This concept, which aimed at the natural classification of psychiatric disease and research route, has been previously clarified. Mitsuda reported the paper²⁾ entitled “On the heterogeneity of schizophrenia” in 1941, and he tackled the clinical genetic studies on schizophrenia³⁾, and performed further detailed clinical genetic investigations of endogenous psychoses⁴⁾ at large, and at last he clarified the concept of the “atypical psychosis”. Mitsuda disassembled the schizophrenia concept, observing in detail each case of schizophrenic psychoses, he collected cases with similar characteristic clinical symptoms and courses and integrated them into groups. This procedure is similar to the cluster analyses that are currently used.

Using this method, he isolated 3 types of hebephrenia: typical, atypical and kataphatic. In addition, he determined 3 types of catatonia, typical, atypical and intermediate type, and lastly 5 types of paranoid schizophrenia, fantastic type, reference type, influence type and anankastic type. These types were further reintegrated into the typical group (core group) and the circumference group. The former consists of typical type and cataphagic type of hebephrenia, and typical type and influence type catatonia. The latter is comprised of 6 types excluding intermediate type catatonia. For the intermediate type catatonia, the affiliation was suspended for a while because of the difficulty in judging its positioning only from symptoms and course.

Thereafter, with an increase in the number of cases, he was able to classify the circumference group into the atypical group, intermediate group and paraphrenia. The intermediate type is catatonia that recurs and results in a defective state, so that he made clinical genetic examinations, with the affiliation suspended. Paraphrenia is a paranoid disease with elation and confabulation, and is considered to be mostly equivalent to Kleist’s “Phantasiophrenie”.

Table 1. Intrafamilial psychotic taints in schizophrenia

Family Propositi	Typical	Inter- mediate	Atypical	Para- phrenic	M.D.P	Epilepsy	Total
Typical	66	2	0	0	0	1	69
Intermediate	2	6	7	0	2	3	20
Atypical	0	5	41	2	12	3	63
Paraphrenic	0	0	1	3	0	0	4

(by Mitsuda, 1967)

In the investigation of the hereditary mode of schizophrenia by Mitsuda (Table 1), most cases of the typical group show recessive mode, whereas a number of cases in the atypical group show dominant inheritance, and dominant and recessive inheritance are half as much each other. Moreover, according to investigations on psychoses within a family (Table. 1), atypical schizophrenic was not looked at all within the family of typical schizophrenia. On the other hand, typical schizophrenia was not found in the family of atypical schizophrenia. So, the both psychoses were shown to have a strong tendency of hereditary homotype, and the possibility that both psychoses were independent hereditarily one from the other. Moreover, compared with schizophrenia or manic-depressive psychosis, in the atypical psychoses families, patients with epilepsy, abnormal EEG or disturbed consciousness were frequently found, so that the close relationship between atypical psychoses and epilepsy was emphasized. As for the intermediate type, that was extremely similar to the heredity mode of atypical schizophrenia, and so, finally Mitsuda included this in the atypical schizophrenia group.

Mitsuda classified epilepsy or manic-depressive psychosis further into typical and atypical groups. Then, he reintegrated manic-depressive psychosis with disturbed consciousness or epilepsy with psychotic features as a specific atypical group, and these psychoses patients were included in the same heredity circle. He named this atypical psychosis. This “atypical psychosis” is claimed to be located in the domain in which the three major endogenous psychoses, including epilepsy, cross each other⁵⁾ (Fig. 1).

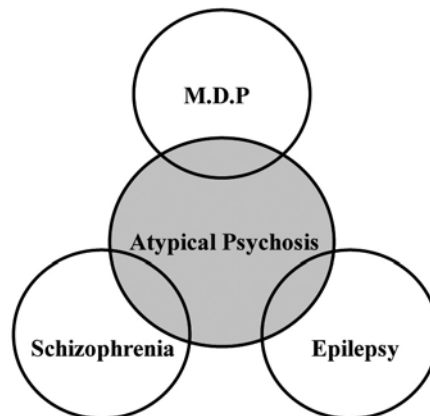
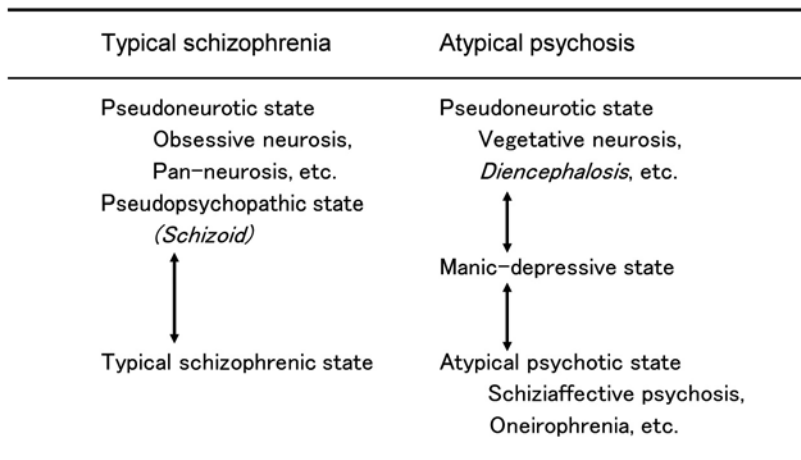


Figure 1. Schematic representation of relationships between the typical major psychoses and atypical psychoses

Although Mitsuda himself did not consider atypical psychosis to be homogeneous, he regarded it as a coherent group. Even if it has different clinical symptoms, it may be bundled together by the same diagnosis category. These cases are often experienced in a physical disorder, and we accept that different phenotypes occur in a same or similar genotype. However, there is a certain fixed range in variation of the phenotype, and Mitsuda considered that there is a symptom spectrum from pseudo-neurosis states, such as vegetative neurosis, diencephalosis, via manic-depressive states, and to full-scale atypical psychosis states such as schizoaffective psychoses or oneiroid state⁶⁾ (Table 2).

Table 2. Spectrum of Typical Schizophrenia and Atypical Psychosis



From Mitsuda 1974

The Differences between Schizophrenia and Atypical Psychoses

Mitsuda⁷⁾ summarized the clinical differences between schizophrenia and atypical psychoses, as shown in Table 3. More specifically, schizophrenia has a chronic and progressive course in general, shows overall disorder of character on the thinking, feeling, and volition. Moreover, monotonous symptoms and autistic life attitude is recognized, and so the regressive process of the character can be assumed. Atypical psychoses, on the other hand, have acute onset, episodic or periodic course, and generally good prognosis. Furthermore, as for clinical features, the emotional impairments seen in manic-depressive psychoses are recognized on the foreground, the confusion or dreamy states accompanied by an active hallucination or delusion are experienced, and a certain disturbed consciousness is often suspected in many cases. Thus, Mitsuda considers the pathology of personality behind schizophrenia, and looks at the pathology of consciousness behind atypical psychosis, and he argues that such is a fundamental difference between the two psychoses (Table 3).

Table 3. Clinical Differences between “Typical Schizophrenia” and “Atypical Psychoses”

	Typical Schizophrenia	Atypical Psychoses
Sex	male>female	male<female
Premorbid Personality	schizoid	cyclothymic or epileptoid
Onset	insidious	acute or subacute
Precipitating Factors (psychic and somatic)	less common	more common
Clinical features ‘Façade’ (Back ground)	amorphous or monomorphous (pathology of personality)	polymorphous and fluctuating (Pathology of consciousness)
Course	chronic and shiftlike	phasic and periodic
Outcome	characteristic defect state	complete or social remission (at times, shiftlike course leading to more or less severe deterioration)

From Mitsuda 1979

The point which should be noted here is that it is believed that atypical psychoses may occasionally lapse into a severe defect state more or less in an alternating succession of recurrences. Such cases will be clearly diagnosed as schizophrenia by not only DSM but also traditional diagnosis. However, Mitsuda does not consider simply that only cases that show good prognosis are atypical psychosis. As already shown by research on psychoses within families, Mitsuda included into atypical psychoses such cases that express some kind of defect state after recurrence and remission, because he confirmed clearly that such cases are similar to atypical psychoses in terms of hereditary mode. Briefly speaking, the concept of Mitsuda's atypical psychosis do not aim only at the "Typology" based on psychotic features and course, but also "natural classification" which was touched on in his early paper¹⁾, i.e. "Nosology". This is the most important point; we must understand the fundamental differences between Mitsuda's concept and operational diagnosis.

Hatotani⁸⁾ presented a schema according to the pattern of dissolution of psychic function, in order to understand the phenomenology of atypical psychoses (Fig. 2). Here, a vertical axis shows the degree of dissolution of psychic function, and the horizontal axis shows the mode of dissolution. When understood in this way, atypical psychoses have a deeper grade of dissolution of psychic function than manic-depressive psychoses, and its rapidity of dissolution is located between epilepsy and schizophrenia. The schema by Hatotani expresses the concurrent understanding of both phenomenology and nosology on endogenous psychoses, so that it is easy to understand clinically.

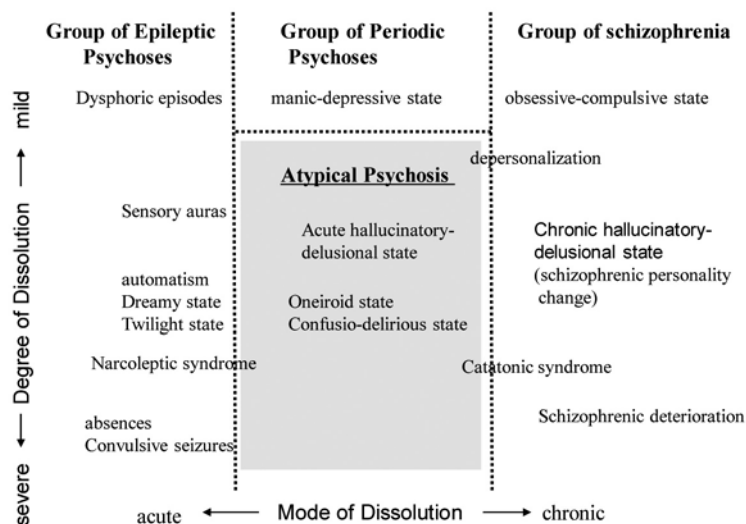


Figure 2. Nosography of Mental Symptoms Arranged According to Degree and Mode of Dissolution (From Hatotani 1983)

The Characteristics of the Atypical Psychoses Concept in Japan

As already described, Mitsuda considered that atypical psychoses and epilepsy (that is now not psychiatric disorder, but neurologic disorder) have a close relationship, as a results of his studies on psychoses within the family. This concept of atypical psychoses in Japan is a greatly different

from the analogous concepts in other countries. Surely, Mitsuda's atypical psychoses concept comes from the influence of Kleist K. That is, Kleist⁹⁾ called schizophrenia, manic-depressive psychoses, paranoia and epilepsy as typical psychoses respectively, and he took out "Zykloide" psychoses, "Paranoide" psychoses and "Epileptoide" psychoses as circumference groups, and bundled these groups into atypical psychoses. However, Leonhard K., that is, Kleist's successor, did not believe in the association with epilepsy at all¹⁰⁾. Although he described in rare cases disturbed consciousness, there are vast differences in on the conceptual basis between Leonhard's cycloid psychoses and Mitsuda's atypical psychoses.

Under the circumstances, atypical psychosis research in Japan was performed using EEG. Sawa¹¹⁾ reported that cases with an epileptic fit after electroshock therapy were included in circumference groups based on clinical features. These cases had abnormal EEG, such as atypical 4-6 c/s spike and wave. Moreover, he insisted that a portion of atypical psychoses cases could be categorized as epileptic psychoses, because the threshold value degraded in these cases by the Metrazol activation method, the same studies are reported by Sato¹²⁾ and Wada¹³⁾ and others. Recently, Inui¹⁴⁾ et al. examined EEG-findings of endogenous psychoses, and reported that abnormal findings, including the phantom spike, were founded more often significantly in cases that were diagnosed as atypical psychoses-like disorders by DSM-IV. As is commonly known, the phantom spike is reflects the vulnerability of diencephalon. These findings can be said to be convincing proof, suggesting the relationship between epilepsy and the atypical psychoses concept, which have developed in Japan.

The Etiological and Pathogenetical Research of Atypical Psychoses

Mitsuda made a study on genotype and phenotype, i.e., the beginning and the end of the disease. However, research on patho-phenogenesis, which connects these two sides, has been performed using various methods besides the research previously described. Hatotani and Nomura¹⁵⁾ and others suggest that dysfunction of the diencephalon-hypophyseal system as diathesis on the basis of the endocrinological research of periodic psychosis, and Fukuda et al.¹⁶⁾ indicated that atypical psychoses had the characteristics of instability, over-reactivity and reversibility on the autonomic nervous system, and had the two autochton-labil and reaktiv-labil constitution.

Furthermore, Hayashi T. et al. performed brain imaging^{17-19, 20)} and psycho-physiological studies^{21, 22)}, and suggested that there were morphological and functional differences between schizophrenia and atypical psychoses. Above all, in the research using SPECT, decreased regional cerebral ¹²³I-IMP uptake rate was found in the frontal region in schizophrenia. On the other hand, in atypical psychoses, decreased regional cerebral ¹²³I-IMP uptake rate was found in the right thalamus region. These "decreased" findings of uptake rate seem to be congruent with Mitsuda's remarks that the regressive process of character is assumed to exist behind schizophrenia, while disturbed consciousness is suggested to be behind atypical psychoses. However, more detailed research will be expected in the future. Moreover, Hayashi et al. performed event-related potential (P300) studies²²⁾, and found significant low mean amplitude in schizophrenia, but could not find the same in atypical

psychoses. In exploratory eye movement research²¹⁾ using Kojima's method, atypical psychoses have higher responsive search score than schizophrenia, pointing out that atypical psychoses have a different pathogenesis than schizophrenia.

Hayashi et al. classified schizophrenic psychoses into typical schizophrenia and atypical psychoses firstly, and examined the differences comparing both biological findings, and with this, further verified the validity of Mitsuda's diagnostic classification by principal component analysis or cluster analysis. This is a new method in schizophrenia researches. They classified the cases mechanically only by biological data acquired from brain imaging and neuro-physiological research, such as CT¹⁸⁾, SPECT²³⁾, MRI¹⁹⁾, P300, and exploratory eye movement. After that, they investigated what cases were included in each clusters. As the result, they determined that the classification by cluster analysis corresponded with Mitsuda's clinical diagnosis to some degree. These results support the validity of Mitsuda's diagnosis. For the future, studies with more cases will be necessary to further elucidate these concepts.

Summary and Conclusion

“Atypical psychoses”, which is a term suggested by clinical psychopathological and genetic research by Mitsuda, is a disease group that occupies an independent position in endogenous psychoses, considering the various results of research performed up to now. Although operational diagnoses, such as DSM or ICD, appeared out of confusion in the field of psychiatry and have played important roles, they are not nosological diagnosis, but typological descriptions based on psychotic features and course. However, the concept of Mitsuda's atypical psychoses aims apparently at the nosology, and even though it has some weak points in symptom evaluation, such as consciousness disorder etc., the concept holds the possibility of making a breakthrough for further progress in psychiatry. We must have original concepts in Japan and unique technology to support it, although we can not strive against the stream in the world.

References

1. Mitsuda H.: On the “Erbsyndrom“. *Sinryo To Keiken* 4: 480-487, 1940
2. Mitsuda H., Aoki R.: On the heterogeneity of schizophrenia. *Kyoto Igaku Zassi* 38: 276-283, 1941
3. Mitsuda H.: Klinisch-erbbiologische Untersuchung der Schizophrenie. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 46: 298-362, 1942
4. Mitsuda H.: Klinisch-erbbiologische Untersuchung der Endogenen Psychosen. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 55: 195-215, 1953.
5. Mitsuda H: Clinical Genetics in Psychiatry. In Mitsuda H(ed) *Clinical Genetics in Psychiatry. Problems in nosological classification.* Igaku Shoin, Tokyo, pp 3-21, 1967
6. Mitsuda H: Some note on the nosological classification of the endogenous psychoses, with special reference to the so-called atypical psychoses. In Mitsuda H and Fukuda T (Eds): *Biological mechanisms of schizophrenia and schizophrenia-like psychoses.* Igaku-Shoin, Tokyo, pp 1-9, 1974
7. Mitsuda H: Clinical-genetic view on the biology of the schizophrenias. In: Fukuda T and Mitsuda H (Eds) : *World issues in the problems of schizophrenic psychoses.* Igaku-Shoin, Tokyo, pp 121-124, 1979
8. Hatotani N.: Atypical psychoses. *Psychiatry* (Eds: Murakami M. and Mitsuda H.), Igaku-shoin, pp 587-604, 1963

9. Kleist K, Über zyklische, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationpsychosen. *Schweiz Arch Neur Psychiat* 23: 3-37, 1928
10. Leonhard K: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Thieme, Stuttgart, 1995
11. Sawa M.: Epileptogenic factors in atypical endogenous psychoses. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 59: 73-111, 1957
12. Sato T.: Patho-physiology of atypical endogenous psychosis. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 64: 54-80, 1962
13. Wada T., Goto A., Fukushima Y., Tateyama K.: Pathophysiological studies on the atypical psychosis. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 64, 206-214, 1962
14. Inui K, Motomura E, Okushima R, Kaige H, Inoue K, Nomura J: Electroencephalographic findings in patients with DSM-IV mood disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders. *Biol Psychiatry* 43: 69-75. 1998
15. Hatotani N, Nomura J (eds): *Neurobiology of periodic psychoses*. Tokyo, 1983
16. Fukuda T, Matsuda Y: Comparative characteristics of the slow wave EEG autonomic function and clinical picture during and following EST in typical and atypical schizophrenia. *Int Pharmacopsychiat* 3: 13-41, 1967
17. Hayashi T, Kitou H, Kachi T, Suga H, Ohara M: Multivariate analyses of brain imaging data from typical and atypical schizophrenic psychoses. In: Racagni G, Burunello N, Fukuda T (eds) *Biological psychiatry*. vol. 1 Elsevier, Amsterdam, pp 452-454, 1991
18. Hayashi T, Watanabe T, Kitou H, Sekine T: Multivariate analyses of CT findings in typical schizophrenia and atypical psychosis. *Jpn J Psychiatr Neurol* 46: 699-709, 1992
19. Hayashi T, Hotta N, Andoh T, Mori M, Fukatsu N, Suga H: Magnetic resonance imaging findings in typical schizophrenia and atypical psychoses. *J Neural Transm* 108 (6): 695-706, 2001.
20. Suga H, Hayashi T, Ohara M: Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) findings using N-isopropyl-p-[¹²³I]iodo-amphetamine (¹²³I-IMP) in schizophrenia and atypical psychosis. *Jpn J Psychiatr Neurol* 48: 833-848, 1994
21. Fukatsu N, Fukatsu E, Hayashi T: Differences of exploratory eye movements between schizophrenia and atypical psychoses. *Neurol Psychiatr Brain Res*, 8 (3): 91-98, 2000.
22. Sekine T, Tachibana K, Fukatsu N, Fukatsu E, Hayashi T: Differences in P300 between Schizophrenia and Atypical Psychoses (Mitsuda). *Neurol Psychiatr Brain Res*, 8 (4): 165-170, 2000.
23. Suga H, Hayashi T: Atypical psychoses as distinct from schizophrenia: Results of brain imaging studies and cluster analysis thereof. *Neurol Psychiatr Brain Res*, 7: 191-198, 2000

日本における非定型精神病の概念を概説した本論考は、*Korean Journal of Schizophrenia Research* 12:10-14, 2009 に掲載された。また、Hayashi T. の編集による *Neurobiology of Atypical Psychoses*, Kyoto University Press, Kyoto, 2009 にも収録されている。

精神疾患における情動的表情認知に関する研究

京都大学大学院脳病態生理学精神医学教室

岡田 俊

0. シェーマ

0.1. シェーマ

精神疾患患者を対象として、表情刺激を提示し、視聴中の表情反応を記録し、情動経験および情動認識をあわせ、正常対照群と比較して評価する。

0.2. 研究デザインの要約

クロスセクショナル研究。

各群（各疾患群）×情動刺激（怒り・幸福）で比較。

1. 研究の目的・意義

いくつかの精神疾患では対人相互作用における情動のやりとりの欠如が指摘されている。情動的刺激に対する表情の反応は相互的な情動交流に大きな役割を果たし、精神疾患での障害が予想される。表情刺激を提示された時の表情反応、情動経験、情動認識を比較検討し、対人相互的な情動反応の欠如、各疾患群で異なる反応があるのかどうかを検証する。

2. 研究の背景・根拠

対人相互作用における情動的交流について、いくつかの精神疾患では情動的交流の欠如や質的異常が臨床的に指摘されてきた。「分裂病者との出会いにおいて面接者は一種の奇妙なためらいと自分がよそ者であるという感じを持つが、これは、二人の個人が会おう時の正常な相互関係が破断されていることと関係がある」とRümke¹⁾は述べた²⁾ように、統合失調症ではその欠如が（面接者に）プレコックス感として感受されると提案され、実証的研究において、Kringら³⁾が、情動的フィルムを用いて統合失調症患者の表情応答を検討し、患者の表情は健常群と比較してパターンは同じであるものの、頻度が減弱していることを明らかにした。広汎性発達障害では対人相互反応の欠如・質的異常が診断基準の一部となっており⁴⁾、対人交流中の表情変化の乏しさは診断項目を満たす上でひとつの指標となりうるが、それを実証した研究は少ない。また、対人交流における表情反応は疾患ごとに異なっている可能性があるが、それを実証した研究はない。Satoらは健常者を対象として、情動的フィルムより対人的刺激である表情刺激を提示中に被験者の表情反応を記録し、表情模倣が起ることを示しており⁵⁾、この研究では、同様のパラダイムを用いて、広汎性発達障害や統合失調症だけでなく他の精神疾患における表情模倣の障害の有無を群間もしくは健常群と比較して確認すること、また、情動経験および情動認識をあわせて評

価することで、疾患ごとの反応の違いも検討したいと考えている。

3. 研究対象

豊郷病院および京都大学医学部附属病院において治療中の、アメリカ精神医学会の診断基準であるDSM-IV⁴⁾により精神疾患と診断された患者のうち、文書により同意のとれた者で、かつ知的障害、精神疾患および神経疾患の併存障害のある者や抗精神病薬の投与がクロロプロマジン換算で1000mg以上の者を除く。

4. 観察・検査項目と方法

4.1. 観察・検査項目

- 患者背景情報として生年月日、性別、既往歴、併存症、投薬量、知能、精神病症状の評価尺度であるPositive and Negative Syndrome Scale (PANSS)スコア、対人行動のとり方を量的に示す評価尺度であるSocial Responsiveness Scale(SRS)スコア、ベントン顔認識検査、表情認識検査⁶⁾
- 表情刺激（32回）を受動的注視中の表情応答、情動認識、情動経験
- 表情からうけた印象を規定する印象語のリッカート尺度（臨床医による評定）

4.2. 観察・検査方法およびスケジュール

プロンプタ上に映された表情刺激を受動的に注視している際の表情反応を記録し、情動認識や情動経験についての質問をした後、顔/表情認識検査を行う。前後に知能検査、PANSSやSRSのスコアリングをも施行。

5. 症例数と研究期間

5年間で各群30名ずつ施行する（2×2ANOVAで検定するため各群30名は必要と考える）。研究期間は、対象者登録期間、対象者追跡期間ともに承認日より平成27年3月までとする。

6. 評価項目

コントロール刺激としてモザイクをかけた動画を用い、Facial Action Coding System (FACS)⁷⁾により、表情刺激注視中の眉下げ、口角広げについてコード化し、怒り、幸福の表情模倣、The Facial Expression Coding System (FACES)⁸⁾によってコード化した快、不快の表情模倣の頻度を算出する。また、副次評価項目として、顔/表情認識検査や情動認識、情動経験、PANSS、SRS、印象語のリッカート尺度をスコアリングする。

7. 統計学的考察

主要項目については、表情模倣の頻度（%）について、2（群）×2（表情）ANOVAにかける。「疾患および提示された表情による表情模倣の差はない」との帰無仮説をたて、信頼水準を0.05とする。頻度とPANSSスコアやSRSスコアとの相関、疾患ごとによる情動認識や情動経験の

差についても検討する予定。

8. データ収集・管理方法

PANSSやSRS、知能テストについては表情応答テストの前後一ヶ月以内に施行。施行直前の調査票やカルテ情報より生年月日、性別、既往歴、併存症、服薬量などの情報を得る。また、FACS、FACESの評価は熟練した2人の評価者で行い、評価者間の信頼性に関してクロンバッハの α 係数が0.8以上の一致率であるものを有効なデータとする。

9. 倫理的事項

9.1. 遵守すべき諸規則

本研究は「疫学研究に関する倫理指針」を遵守する。

9.2. 倫理審査委員会での審査と承認

本研究は、倫理審査委員会において研究実施計画書および説明文書・同意書などの承認を受けた後に研究を開始する。

9.3. 倫理審査委員会への報告

本研究は、研究実施状況報告書を3年ごとに倫理審査委員会に提出する。

9.4. インフォームド・コンセント

「疫学研究に関する倫理指針」に従い、研究対象者に対し研究参加に関する説明を書面及び口頭でしたのち2枚の同意文書に署名をもらうことで、インフォームド・コンセントを取得する。説明文書は研究対象者に交付し、同意文書は1部を対象者、1部を研究責任者が保管する。16歳未満の研究対象者に対しては代諾者からの署名同意を得、本人からは可能ならばアセント文書を交付の上、署名をもらう。

9.5. 説明文書・同意書の作成と改訂

研究責任者は研究対象者から研究参加の同意を得るために用いる同意・説明文書を作成し、倫理委員会において承認を受けた後に使用する。また、同意を得た後に同意に関連する新たな情報を入手した場合など、同意・説明文書を改訂する必要があると判断した場合には速やかに改訂を行い、倫理委員会の承認を得る。その後改訂となった文書を用いて再同意を得る。

9.6. 研究内容の公開

資料を公開する場合には、この研究の意義、目的、方法、研究機関名を公開する。個人情報に関しては、個々の研究対象者を特定できないようにし、対象者に対して利用目的の通知、個人情報の開示、内容の訂正など、個人情報の利用の停止または消去、個人情報の第三者への提供の停止に関する求めに応じる手続き、また保有する個人情報に関して、問い合わせ、苦情などの窓口の連絡先に関する情報の公開も行う。

9.7. 個人情報の保護

研究対象者の個人情報を研究協力機関に提供する場合、当院で連結可能匿名化を行い、個人情報の保護に努める。利用する個人情報は性別、生年月日、疾患名、既往歴、併存症、知的水

準に関する情報などの背景情報であり、共同研究者が利用者である。その他の機関への提供は行わない。

10. 研究費用および補償

10.1. スポンサーおよびCOI（利益相反）

この研究に対するスポンサーはなし。記載すべき経済的な利益関係や利益相反はない。

10.2. 研究に関する経費

研究期間中の研究対象者負担費用は、特に発生しない。謝礼はなく、機材運搬費、データ収集費が研究に際し必要となる経費である。

10.3. 健康被害に対する補償

健康被害の発生する可能性は低いと考えられるが、有害事象が発生した場合、保険診療による対応とする。また研究責任医師および研究分担医師は賠償責任保険に加入する。

11. 研究実施計画書の改訂

研究実施計画書に改定があった場合は、その内容と理由を倫理審査委員会へ報告し、説明文書もあわせて改訂する。軽微な改訂（修正）については倫理審査委員会の承認を得ずに修正することとする。

12. 研究の修了と早期中止

12.1. 研究の終了

各施設において目標数を達成した後研究終了とする。各施設での試験終了時には、研究責任者または分担者は速やかに研究終了報告書を病院長に提出する。

12.2. 研究の早期中止

研究対象者が中止基準に該当する場合には、同対象者の試験を中止し、中止手順に従い対応する。

●中止基準

- ①研究対象者が同意を撤回した場合
- ②研究対象者が中止を希望した場合
- ③対象疾患または併存症の悪化により、研究責任者または分担者が試験継続不可能と判断した場合
- ④有害事象の発現により研究責任者または分担者が試験継続不可能と判断した場合
- ⑤研究開始後、本試験の対象者として不適格であることが判明した場合
- ⑥研究開始後、必要な検査または調査ができないことが判明した場合
- ⑦研究全休の中止または中断、研究実施医療機関での中止または中断に該当する場合
- ⑧その他、研究責任者または分担者が研究の継続を好ましくないと判断した場合

●中止手順

- ①研究責任者または分担者は、期間中に研究を中止する場合、該当者に速やかにその旨および理由を説明する。また、研究対象者から中止の申し出がなされた場合、可能な限り理由を確認する。
- ②研究責任者または分担者は、病状の悪化や有害事象の発現など安全性上の問題により研究を中止する場合には、当該者に適切な処置を施す。
- ③各施設での試験の終了時には、研究責任者は速やかに試験終了報告書を病院長に提出する。

13. 研究に関する資料等の利用と保存

研究に用いられる資料に関しては、利用目的および利用者が研究対象者に伝えられ、対象者の同意が得られた後、内容の正確性を保った状態で用いられる。資料は研究責任者および研究分担者の管理により、当院および研究協力機関の施錠された部屋の施錠もしくはパスワード管理可能な保管場所にて保存し、研究結果公表の5年後に廃棄する。

14. 特記事項

特になし

15. 研究成果の帰属と結果の公表

研究責任者、および分担者が5年以内に学会や投稿論文などでデータを公表する。

16. 研究組織

データ取得は京都大学医学部附属病院精神神経科および豊郷病院精神科において行われる。

<研究責任者>

岡田俊 京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座（精神医学）講師 075-751-3388

<研究分担者>

義村さや香 京都大学大学院医学研究科脳病態生理学精神医学専攻 075-751-3388

佐藤 弥 京都大学霊長類研究所 准教授 0568-63-0567（大代表）

林 拓二 豊郷病院精神科 医師 0749-35-3001（病院代表）

17. 文献

- 1) Rümke HC. Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. De betekenis van de phaenomenologie voor de kliniek van waanvormende ziekten 1953 ;4-42
- 2) 中井久夫：中井久夫著作集1巻 精神医学の経験 分裂病，第1刷。東京：岩崎学術出版社，1984；p. 342
- 3) Kring AM, Kerr SL, Smith DA, Neale JM. Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. J abnormal Psychol 1993 Nov, 102 (4) ;507-17
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2000. TR
- 5) Sato W, Yoshikawa S. Spontaneous facial mimicry in response to dynamic facial expressions. Cognition

2007; 104; 1-18

- 6) Sato W, Kubota Y, Okada T, Murai T, Yoshikawa S, Sengoku A. Seeing happy emotion in fearful and angry faces: qualitative analysis of facial expression recognition in a bilateral amygdala-damaged patient
- 7) Ekman P, Friesen WV. Facial Action Coding System. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1978
- 8) Kring AM, Sloan D. The Facial Expression Coding System (FACES); A user's guide. Unpublished manuscript, 1991

病棟看護師による長期入院中の統合失調症患者への退院支援 ～退院調整クリニカルパスを用いたアプローチ～

豊郷病院

寺田艶子、木村千江、谷洋明、秋山妙子、伊地知佳代、東福茂樹、堀尾泰子

【はじめに】

今回、退院調整クリニカルパス（以後パスと略す）を作成し、退院を希望する長期入院中の一患者に対して退院支援を実施した。患者とともに退院後の生活を具体化していく中で、看護師も支援のあり方や患者が地域で生活できる力を信じることの重要性を再確認することができた。その経過に若干の考察を加えここに報告する。

【目的】

パスを活用して退院支援を実施した一事例から、効果的な退院支援の進め方を考察する。

【パスの概要】患者の生活能力を3段階でアセスメントし課題を抽出、解決策にそって支援するものである。①包括的ニーズアセスメント：患者との面接による情報によりアセスメント。②第1段階アセスメント：入院時の情報から患者の状態をアセスメント。③第2段階・第3段階アセスメント：第1段階アセスメントや包括的ニーズアセスメントから抽出された生活に必要な課題に対して他職種合同でカンファレンスを実施、支援策を見いだす。

【研究方法】

1. 対象者：長期入院中の統合失調症患者A氏
2. 研究期間：2008年9月～2009年3月
3. 方法：パスを作成し、パスを用いて退院支援を実施し介入及び評価を行う。

【倫理的配慮】

研究主旨を説明し、治療上の不利益が生じないこと及びプライバシーの保護について、文書ならびに口頭にて患者と家族に説明し同意を得た。また本研究への取り組みは、看護倫理委員会の承諾を得て実施した。

【事例紹介】

A氏、統合失調症、男性56歳、高校卒業後就職するが人間関係がきっかけで入退院を繰り返す。両親の旅行を機に今回は1999年より入院。以後家族との関係が疎遠となり感情のコントロールができなくなり保護室と総室とを出入りする。2004年、減薬を機にA氏の見当識障害が改善。両親は高齢であり、患者が電話をしてきた時に面会、両親が調子がよいと判断した時に1泊から3泊の外

泊をしていた。外泊の頻度が多くなりA氏から「退院したい」という言葉がでるようになった。

【結果】

2009年1月、第1段階アセスメント、包括的ニーズアセスメントから「退院すると働かなければ生活できないが今の状態では退院できないと思う」と退院したいと強く思いながらも退院できない状況であると認識していることがわかった。2月のカンファレンスでは、患者と家族の退院についての思い、家族の退院後の生活に対するイメージを確認すること、また患者の生活の様子や居場所の確認等をするため家族の承諾を得て退院前訪問の実施を決めた。患者は「両親が病気になったとき、亡くなったときどうしていいかわからない」両親も「親が高齢のため患者が独りになった場合どうになってしまうのか」を心配していた。両親は、退院後の患者に関する責任は全て自分たちにあると考えており、医療や福祉のサービスを受けるといったイメージをもっていなかった。退院前訪問では、患者が一人になる空間はなく寝室も両親と一緒に、日中は短時間の畑仕事や両親と買い物に行き過ぎて過ごしていることがわかった。その後の合同カンファレンスでは、患者と家族の精神的な負担軽減のため地域での居場所の確保が必要でありそのための支援策について話し合った。2月中旬、まず病棟看護師が地域支援センターを見学、その後A氏とともに見学を実施。「みんないい人でやっけていけそう」「お父さんも年やで何か手に職をつけて働かなあかん。働いて両親に何か買ってあげたい」と述べ、作業室でのねじ回しを見て「こんなやつらならできる」と意欲的な様子を見せた。地域支援センターの職員に相談し外泊中の利用が可能となり、職員がA氏宅にて患者と家族に地域での役割を説明。A氏の父親は地域支援センターへの送迎を申し出てくれた。その後外泊時必ず地域支援センターへ行くようになった。患者より「お父さんが金儲けしなくてよい、センターに行ってくれるだけでよいと言ってくれた」とうれしそうに報告があった。現在も退院支援継続中である。

【考察】

第1段階アセスメントや包括的ニーズアセスメントをすることで患者の現状と認識のずれ、患者の現状と希望のギャップ、患者と家族の思いの違いが理解できた。今回は患者の「働かなければ生活できない、両親のためにも働きたい」という思いから家族の中での役割をもつことが精神的負担の軽減につながることに、また家族にとっては物理的に離れる時間を作ることが負担軽減につながると考え支援を実践した。面接による包括的ニーズアセスメントは、患者のみならず家族に対しても必要であることがわかった。また、支援策を考えるときは、情報の共有を図りさまざまな視点でのアイデアを出し合うために他職種の参加を依頼し、さらに地域での生活を具体化する際には、目的を明確にした上で必要に応じた地域職員への協力依頼が有効であった。今後は、患者、家族ともに不安なく退院できることを目指して退院支援を継続していく。

【参考文献】

- 1) 山根寛他著：精神障害作業療法 医歯薬出版株式会社 2007
- 2) 朝田隆史他著：精神疾患の理解と精神科作業療法、中央法規出版株式会社 p89 2007
- 3) 豊永宣子：精神科の長期入院者に対する退院支援、日本精神科看護学会誌51巻1号P34 2008
- 4) 梅原敏行他：社会復帰に向けての援助 当病棟におけるクリニカルパスの取り組み 精神保健53号P18 2008
- 5) 片岡美佳：精神疾患をもつ長期在院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題(第一報) 岐阜県立看護大学 紀要 第5巻1号

本報告は、第40回日本看護学会精神看護学術集会（2010.7.22、松江）で発表したものである。



精神科急性期病棟（3-6）スタッフ

精神科長期入院患者を抱える高齢者家族との信頼関係の構築 ～看護におけるinvolvement概念を用いた退院支援の事例分析～

豊郷病院

金丸貴行、木村千江、寺田艶子、青木高憲、仮屋隆史

1. はじめに

2003年度より退院促進支援事業が始まったが、12ヶ月を超えて入院が長期化する患者の数は減っていない現状である¹⁾。

精神科長期入院患者の退院には、患者の身体面や家族の疾患に関する理解の不足、経済面や家族の高齢化など、様々な問題がある。さらに、長期入院によるセルフケア能力低下が家族の負担や今後の生活への不安を招いている。入院が長期化し高齢となった家族は自身の身体に対する不安や死別後の患者の生活への不安、患者の同胞に対する気兼ねがあり、自分たちが生きている間に親から自立出来る事を望んでいると考えられる。

今回、思路障害の改善に伴い病棟生活内での安定から家族への支援が現実化し、親の役割を果たしたい、努めたいという家族の思いに、看護師は意図的なかかわりを行った。結果、家族が一番問題としているのは患者のセルフケアである事を共有できた。そして解決策を一緒に取り組み、患者・家族の心情や理解を踏まえ支援する事で信頼関係が深まり、退院に向けて進展がみられたのでここに報告する。

2. 目的

退院支援に向けた長期入院患者を抱える高齢者家族との信頼関係構築過程を、看護におけるinvolvement（かかわり）概念²⁾を用いて明らかにする。

3. 方法

研究期間：2008年7月～同年12月

研究方法：牧野らは複雑で多様な看護におけるinvolvement（かかわり）を「感情の投資（患者に対して看護師の感情や関心を向けること）」「経験の共有（時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること）」「絆の形成（患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる）」「境界の調整（看護師が患者との対応の中で、患者と共有する互いのプライバシーの境界を調整し、患者だけでなく家族や医療チームに対しても専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決めその責任を負うこと）」という4つの視点を用いて説明している。本研究では退院に向けた長期入院患者を抱える家族との信頼関係構築過程を以下の看護におけるinvolvement概念の4つの視点を用いて分類した。

倫理的配慮：不利益が及ばないこととプライバシー保護を文書と口頭で本人及び家族に説明し同意を得、所属病院の看護倫理委員会の承諾を得て実施した。

4. 事例紹介

A氏：統合失調症、男性50代。約10年前より入院し、入院不安から感情のコントロールができず、抗精神薬の増量や保護室と大部屋との生活を繰り返していた。保護室使用に伴う行動制限や、患者の精神状態の不安定さから徐々に面会や外出・泊が減少した。キーパーソンである両親は80代と高齢で患者の問題行動が気になっていたが、どうしていいのか分からず本人が電話をしてきた時に面会、両親が調子良いと判断した時に1泊～3泊の外泊をさせていた。

主治医交代後、薬剤調整にて徐々に減薬となり思路障害が改善され、退院の意思を表現できるようになった。高齢であったが、親としての役割を果たしたいという家族の思いと本人の意思を尊重し退院に向けた取り組みを行った。

5. 結果

両親を気遣う姿勢を見せ、患者の情報提供を繰り返し行った（表1）。結果、徐々に困っている事を相談され（表2）、情報の共有で患者一家族の関係調整を行う中で信頼関係が深まり本音が表出された（表3）。以下、4つの視点でそれらを分類し概念図を提示した（図1）。

表1 感情の投資・経験の共有（面会の苦勞を受け止めている）の場面

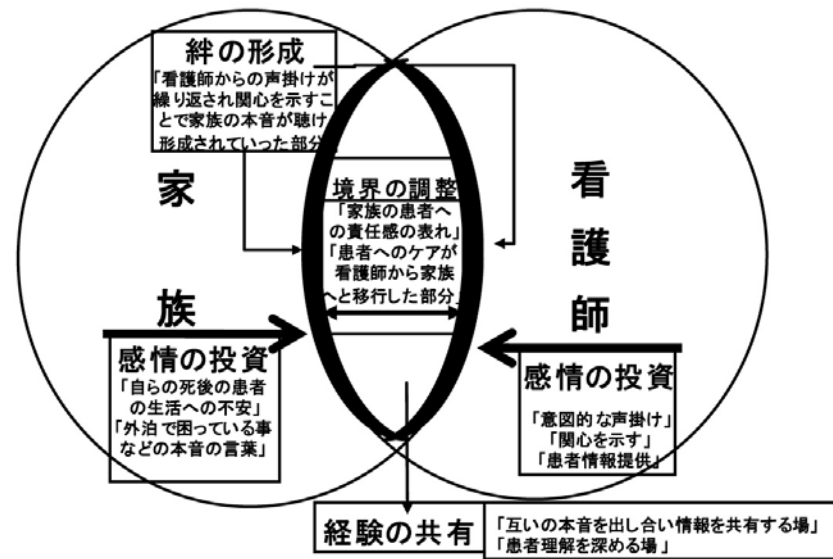
両親の言動・行動	私の思い考えたこと	私の言動	考察
①父の面会。 ④「足が痛くて一苦勞です」と微笑 ⑦「A氏はまた迷惑をかけてないやろか？」申し訳なさそうな表情 ⑩「そうですか」と笑顔 A氏と面会し「そろそろ帰ります」 ⑫「お世話になります。また寄せてもらいます」	②来るだけでも大変なんだなあ、足取り重たい ⑤足が痛い中でもA氏のために来てくれたんだ、ありがたいな。 ⑧A氏の様子がきになるんだな ⑬いい返事もらえたかな？	③「お疲れ様です、いつもお忙しい中ありがとうございます。お父さん体調はどうですか？」 ⑥「そうですかあ…本当にありがとうございます」頭を下げる ⑨「最近A氏は落ち着いて大部屋で過ごせていて、隔離に入るような事はないですよ」笑顔で答える ⑪「体お大事に、お疲れ様でした。」深々と頭下げで見送る ⑭「よろしくお願いします」	①～⑥の場面では父の足取りの重たい行動に対し関心を持ち気遣いの声掛けを行っている事が感情の投資になっていると考えられる。 ⑦～⑩の場面ではA氏の状態が分からずNSに対する気兼ねが感じられる父の発言に対して、A氏の情報を伝える言葉かけを行う事で父の笑顔があった。経験の共有を行えた事で父の安心につながった場面と考える ⑪～⑭の場面では最後に再度父に対する労い（感情の投資）の言葉かけを行う事で「また寄せてもらう」と次回の面会意欲に繋がるような関わりが出来たのだと考える。

表2 感情の投資・経験の共有（両親と患者のコミュニケーションをフォローした）の場面

両親の言動・行動	私の思い考えたこと	私の言動	考察
<p>①両親の面会</p> <p>④「いやあ、いつもすみません、お世話になっています」面会者用紙の記入をしながら話される</p> <p>⑥手洗いが終わり「すみません」と看護師にお辞儀される</p> <p>「A氏はどうですか？昨日バーベキューに行ったと話していたが…本当ですか？」と母</p> <p>「A氏の話は理解しにくい」と父</p> <p>⑨「本当だったのか。何を言っているか分からんわ。」と父</p> <p>⑫「看護師さんがいてくれるからA氏も落ち着いてきたんですね」</p> <p>⑮「若い時はよかったけど、今は無理になってきたな。」笑顔で</p>	<p>②両親が面会に来て下さった。いいタイミングで昨日のバーベキューレクの話しましょう</p> <p>⑤A氏の話は手洗いや記入が終わってからにしよう。少し間を開ける</p> <p>⑦A氏はバーベキューの事を両親に知って欲しかったんだな、けど上手く伝わらず確認に来たのかもしれない</p> <p>⑩支離滅裂でわかりにくいのは確かだな、本当に理解しにくい</p> <p>⑬A氏は両親の事をすごく心配している事も伝えなくては</p> <p>⑯80代だから体しんどいよね</p>	<p>③両親の側に近寄り「いつもありがとうございます。お忙しいのにすみませんね。今日はA氏の面会に来て下さったのですね」</p> <p>⑧「昨日バーベキューがあったのは本当ですよ。A氏の話は理解しにくかったかもしれませんが楽しかったと言われていました。」</p> <p>⑪「そうですね、わかりにくいですね。でも楽しかった出来事を両親に一生懸命伝えようとしてるんですね、A氏は。」</p> <p>⑭「A氏は両親の事をすごく心配されていますよ。バーベキューの時に両親も来てくれたらよかったのに…って。一緒にお肉を食べたかったですよ。」</p>	<p>①～④の場面ではA氏の状態を両親に伝えたいという気持ちが働いており、両親に関心を示す行動と考える。</p> <p>⑤～⑥の場面の場面では急かす事なく両親のペースに合わせた間をもっている事でゆっくりと会話出来る環境が作られたと考える。</p> <p>⑦～⑫の場面ではA氏とのコミュニケーションに困り、情報が伝わりにくい両親に対して、事実の説明を行っている場面。コミュニケーションに困っているのは家族だけではない事を伝える事で、両親が自責的にならないように配慮し安心につなげられていると考える。</p> <p>⑬～⑯の場面ではA氏の立場も考慮しフォローする発言もあり両親との距離が離れないように関わられていると考えられ、両親とNsだけでなく、経験の共有を行う事でA氏と両親の関係づくりも行えていると考える。</p>

表3 絆の形成・境界の調整（本音が出された）の場面

両親の言動・行動	私の思い考えたこと	私の言動	考察
①父、面会に来院 ④「A氏はどうかな？」 ⑥A氏と30分ほど面会 ⑨「まだオシッコたれしてるみたいやなあ」と困った表情 ⑫「オシッコたれされると布団や畳まで濡れるから外泊は難しいな」と険しい表情 ⑮「布団は処分していくものもあったなあ。畳も拭いて、外で乾かしていた」 ⑱「お願いします」と頭を下げられる	②おっ、当然来てくださった ⑦どんな印象だっただろう？ ⑩尿失禁が気になってるんやな。どんな場面で困ってるんやろう？ ⑬家では、病院とは違い大変やろうな。濡れたところはどうしてるんやろう？ ⑯それが毎回ではしんどくて、外泊は無理っていうなあ。解決したら、外泊はOKなのかなあ。	③「こんにちは、いつもお忙しい中ご苦労様です。」と会釈する ⑤「お父さんが来るのを楽しみに待っていましたよ」と笑顔で伝える ⑧「A氏はどんな様子でしたか？」 ⑪「尿失禁が気になりますか？」 ⑭「そうなんですか。布団、畳まで濡れて大変ですか。濡れた畳はどうされるんですか」 ⑰「そうだったんですか。大変な苦労をなされていたんですね。」共に悩むような表情でしばらく沈黙。「オムツをつけて失禁の汚染が減るように考えてみましょうか」と明るい表情で伝える	①～③の場面では基本的な挨拶に加え高齢である父への労いの意を込めた言葉から父への感情の投資が行われている。 ④～⑤の場面では「楽しみにしている」とA氏の感情を伝える事で、面会の有用性が示せA氏との関係づくりが行われていると考える。 ⑥～⑧の場面では父から見た印象を聞く事で父の感情を引き出すよう、また理解しようと出来ている。また、誘導的な質問にならないような問いかけが出来ており、自らは話されなかった本音の部分が聞き出せたと考える。 ⑨～⑱の場面では父の思いを聞きだけでなく、どんな場面で困っているのかを深く関心を示し聞く事で情報が引き出せ共有できた。 ⑲～⑱の場面では父の外泊に対する苦労に対する理解を示し、問題解決に対する言葉かけが自然な流れで行えている事で境界の調整が行えた。



●Involvement 概念の4つの視点は切り離せず関わりの中に密接に絡み合っている
 図1 看護師と家族のかかわり (involvement)

「感情の投資」：家族の面会や外泊がある時はスタッフから必ず「いつもお忙しい中、ご苦労様です」「体調はどうか？」などと、意図的に挨拶や家族を気遣う言葉掛けを行った。帰り際には前回と今回とを比較した患者の状態や入院生活での様子を看護師から家族にその都度繰り返し説明した。面会後には、面会時の様子を問い、家族の本人に対する印象を聞いた（経験の共有）。

「経験の共有」：面会時に病棟内での生活の様子や精神状態を繰り返し説明し、家族から本人に対する印象を聞く事で「何を言っているかわからん」というコミュニケーションの問題も分かり、患者を理解してもらえるよう看護師が説明を行った。表3の場面で看護師は、家族から表出された本音に対し「濡れた畳等はどうされたのですか？」とさらに深く関心を示す事（感情の投資）で「布団は処分したものもあった、畳は干して乾かした」と自宅で大変苦労していた情報がわかった。「大変な苦労をされていたのですね、病棟でも夜間の尿失禁があり、シーツまでの汚染がある状態です」と本人の病院生活での問題点について看護師からも家族に話し情報と苦労を共有した。また最終的には「年をとっているから心配」「患者をおいて死ぬことが心配」という本音が聞かれた。

「絆の形成」：意図的なかかわりを繰り返す中で、面会后、看護師に対し徐々に尿失禁で「布団や畳まで濡れるから外泊は難しい」「退院は無理だと思う」と以前に聞かれなかった本音を申し訳なさそうな表情で話すようになった。

「境界の調整」：夜間の尿失禁という共通問題について、「外泊が出来るようにオムツ着用を試みて失禁での汚染が減るように考えていきます。」と解決策を提示・実施した。本人も恥ずかしさはあったが、退院したという思いがあり病棟看護師と一緒に夜間布団が濡れない方法を考え、患者は夜間のオムツ着用を受け入れた。使用後は「濡れる量が減った」という言葉が聞かれ、自ら就寝前にオムツを取りに来るようになり自信に繋がったと考える。次回面会時には「最初はプライドもあり抵抗を示していましたが、退院目標として頑張っています。オムツを着用する事で尿失禁の汚染は少なくなってきています」と院内の評価を伝え(経験の共有)「これなら布団まで濡れる事はない

な」と家族は外泊を受け入れた。外泊帰院後は「オムツをしていてオシッコで布団が濡れる量が少なくて良かった」と外泊中夜間失禁はあったが、布団の濡れる量が減り、家人の退院への思いが「まだ無理だと思う」から「もう少しだと思う」へと変化し、2007～2009年の外出泊・面会回数は合計5回、12回、13回と毎年増加した。

6. 考察

「感情の投資」の場面では、病棟全体で家族に対し、積極的に挨拶や声掛けを行う事、患者の状況を伝え関心を示す姿勢を見せる事で家族が話しやすい場を提供でき、家族からも感情の投資が行われ新しい情報や本音が聞けたと考えられる。

「経験の共有」の場面では、表出された家族の悩みに対し情報を提供する事で、家族の患者理解を深める場が提供できた。また患者の心境を伝える事で家族—患者関係の調整にも繋がったのではと考える。

多量の尿失禁は高齢者家族にとって身体的・精神的にも深刻な問題で、外泊に対しての受け入れ困難につながり家族の苦勞になっていることが共有できた。牧野らは、「経験の共有が不十分であった場合、看護目標を設定する事や患者と共有する事が困難になるため、看護目標を設定する場合、経験の共有という視点が重要になると考えられる」と述べている。これらは感情を投資し絆が形成されることではじめて表出されたと考えられる。このことから病院での患者の失禁に対する看護師の苦勞やオムツ使用というケアと自宅での家族の苦勞と患者のオムツ使用など、苦勞やケアの共有が重要であったと考えられる。

「絆の形成」の場面では「感情の投資」「経験の共有」が繰り返し行われ、家族から患者に対する思いが聞かれた。看護師が家族の訴えにさらに関心を示し（感情の投資）、より深く聞く事で家族の苦勞や本音が表出された（経験の共有）。

「境界の調整」の場面では、尿失禁に対しオムツの着用を患者と一緒に考え、家族にも説明を行い、患者と家族それぞれが出来る事について責任の分担を行っていた。「経験の共有」で得た共通認識や「絆の形成」により、それぞれの責任の境界が明確化されてもオムツの使用がスムーズに受け入れられたのだと考えられる。退院について「退院は無理だと思う」から「もう少しだと思う」という変化は、患者を支えていこうとする責任感の表れであり、患者をケアする責任の境界が調整され病院側から家族側へと以前より移動したと考えられる。

牧野ら²⁾は「involvementの視点から『感情の投資』により看護師の感情や関心や方向性を振り返り、『境界の調整』により患者に投資された看護の専門性が保たれているかを振り返ることも、今後看護学的な振り返りとして行われて行くことが望まれる」と述べている。今回3つの場面を通して看護者のかかわりを看護におけるinvolvement概念の枠組みで分類した。結果、「感情の投資」により「経験の共有」が増し「絆の形成」につながり、信頼関係が構築され、「境界の調整」で責任の分担が明確化されても、それぞれが責任を受け入れており、involvementの視点から看護のかかわりにおける専門性が確認できた。

本研究期間の後、本事例は退院促進支援事業への移行がスムーズに行われた。

7. 結論

意図的なかかわりを積極的に行った事で情報が共有でき、信頼関係が構築されることで家族の本音・事実の部分が引き出せた。それにより家族が望む援助が見え、支援する事で退院に向けての進展に繋がった。

8. 引用文献

- 1) 藤丸 成：精神科白書2006→2009, (株) 精神看護出版p15, p143, 2009
- 2) 牧野耕次・比嘉勇人・甘佐京子・松本行弘：看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 3, P103-110, 2006

本報告は、第41回日本看護学会精神看護学術集会（H22.7.22、宮崎）で発表したものである。



精神科療養病棟（3-5）スタッフ

小集団での園芸活動を振り返って

豊郷病院リハビリテーション科

岩田夏彦、石田正樹

【初めに】

周知のように、精神科の作業療法（以下OT）の実施形態は大別すると個人OTと集団OTに分類される。当院においても両者を併用しており、集団OTでは主にオープンな形態でのレクレーションを実施していた。今回、個人OTに参加意欲の乏しい男性患者を対象に小集団での園芸活動を実施したところ、活動性の向上など若干の変化をみる事ができた。半年間の経過を振り返り、その効果や意義について考察を加えた。なお、以下の発表内容は対象者の同意を得て記載している。

【方法】

精神科療養病棟に入院している男性患者17名を対象に園芸活動への参加を呼びかけた。そのうち6名より同意が得られ、セミクローズドのグループを構成した。1か月ほどで1名が不参加、1名が退院となった。（この2名については記述を省く）。そののち新たに2名が参加し再び6名となる。平均年齢は62歳、疾患は統合失調症5名、うつ病1名である。

当初の目的として心身機能の賦括、精神的エネルギーの適応的発散、季節感・現実感・基本的な生活リズムの獲得、世話することによる自己有効感の獲得、開花・収穫による達成感の獲得、集団帰属感とそれによる安心感の獲得を考えた。

園芸活動の場所は使われていなかった中庭の畑（約16m²）を用い、作業療法士2名で事前に整地・開墾等の準備をしておいた。1回のセッションは週1回、約1時間の頻度で設定し、原則として毎週金曜日の午後に行うこととした。2008年10月3日にオリエンテーションを行い、同10日から実際に園芸活動を開始した。

セッションは、病棟内で集合→移動→中庭で活動→移動→OT室に再集合、という順序で設定した。

OT室では参加者に感想を述べてもらい、次回の活動確認をするという反省会を同年11月29日より行った。翌年2月26日からはその感想をホワイトボードに記入するという形式にした。

発表者（以下OTR）がグループを運営するメインセラピストとして関わり、活動の内容として土づくり、種・苗植え、水やり、肥料やり、雑草抜き、支柱立て、間引きなどを行った。雨天の場合はOT室でミーティングをしてこれまでの振り返りや、今後の予定を決めた。

【経過】

経過について参加者個人とグループ全体に分け、要約した。前者はさらに①園芸活動参加以前の

評価、②園芸活動参加後の経過に分類した。

1) 参加者個人の経過

(1) A氏（統合失調症）

- ① OTには参加しているが興味は将棋のみに限られる。集団のレクにもあまり積極的ではないが、促しには応じている。
- ② 園芸への促しには同調するようになっている。中庭では積極的な取り組みと一人離れての傍観を繰り返す。畑での作業が終了するや先に帰棟してしまったり、ジュースなどを要求したりすることもあったが、2ヶ月が経過した頃より積極的に協力する場面が見られるようになった。終了後の感想でも「また参加しようと思った」と前向きな発言が徐々に増えるようになり、傍観するだけのことは減少した。

(2) B氏（統合失調症）

- ① 午前には常に就眠しており好辱的な傾向が強い。集団OTには参加するが意欲的ではない。
- ② 園芸活動を開始してから1ヶ月くらいは自発的に準備をしていたが、その後は参加を拒否する発言が増え始める。結局は促しに応じて作業活動に加わり言葉とは裏腹に真面目な取り組みをすることもあった。3ヶ月経過した頃より、OTRに協力的なところも増えてきた。終了後の感想では「寒かった」「しんどかった」と単調な発言が多かったが、次第に「みんな協力できてよかった」と他者を意識した感想に変わってきている。

(3) C氏（うつ病）

- ① 能動性が低下し臥床がちな生活を送っている。発症前には家庭菜園の経験もあった。
- ② 開始から約2ヶ月は継続して参加していた。また感想も好意的なものが多かったが、12月になると徐々に不参加を表明することが増え、連続して休むこともあった。しかし2月頃より参加拒否を口にしていても一部の作業には加わったり、半分程度は在席するようになったりしている。ミーティングでは今後の方針や活動方法について提案することもあった。

(4) D氏（統合失調症）

- ① 個人OTでは簡単な紙切り作業に集中するが、それ以上に興味が拡大することはない。孤立的で他者との交流は乏しい。
- ② 意欲はあるようだが全般的に控えめで上手く活動に関わるができない。OTRが誘いかければその言葉どおりに行動しようとし柔軟に対応することが難しい。その後参加回数が増えるにつれ、活動にも慣れてきたようであり自発的に動く場面が見られるようになる。ミーティングでの感想は当初天候に関する当り障りのない発言が多かったが、2月頃より「みんなで協力できてうれしかった」と集団を意識した前向きな内容に変わってきた。

(5) E氏（統合失調症）

- ① 個人OTでは自発的に参加するが、他患の作業を論評するように眺めていることが多い。レクなど集団OTには関心を示す。
- ② 10月の開始時には参加を迷っていたが、11月より声かけに応じて加わるようになる。参加時には率先して取り組もうとする前向きな態度が見られ、プランターの運搬で他の参加者

を誘ったり全体の活動を見てほめるような言動もあったりした。感想も11月頃は「久しぶりに外に出られて気持ちよかった」と個人的な内容であったが、3月には「皆さんと協力してうまくできました」と集団全体をまとめるような内容に変化した。

(6) F氏（統合失調症）

- ① 過去に園芸活動の経験があるものの、OTへの継続的参加は見られない。
- ② 10月に園芸活動に誘われるが頑なに断っていた。しかし2月頃より自発的に参加を希望しはじめた。当初は見学だけにすると話していたが、園芸活動に加わると以前の経験もあり自発的に動いている。またスタッフに対しても助言をしたり、今後の活動についての提案を時間外に伝えに来たりしている。

2) グループの経過

(1) 10月

参加者のほとんどがOTRの話を傾聴しており関心の高さがうかがえた。集団の雰囲気はまだ硬くお互いに協力したり話し合ったりすることはなかった。OTRは役割を割り振るという関わりをしており、参加者は役割を遂行するのみで、凝集性はまだ見られなかった。

(2) 11～1月

雨天や寒い日が多く、また植えられる植物も少なかったため、必然的に世話をする量も減少した。参加者も傍観していたり、先に病棟へ帰ってしまったたり、外的な報酬を求めたり、ネガティブな感想が聞かれたりという状態が目立った。集団の雰囲気も停滞気味で、凝集性も低いようだった。OTRは従来通り役割を割り振るという関わりをしていた。

(3) 2～3月

経験のある参加者が増えた。また植えたい花や野菜を提案したり、不参加者が後で状況を確認したりすることが見られ協力する場面も多くなった。ミーティングでの発言量も少しずつ増え、集団を意識した感想も出てきた。凝集性も高まり、参加者の意欲が向上していると判断したOTRはこれまでの関わりに加えて、できる限り参加者の意向を聞き出し、話し合っ物事を決めてから実行するというファシリテーターのような関わりを意識した。

【考察】

経過を振り返ると参加者および集団ともに変化を見ることができた。園芸の要素と、Moseyの集団関係技能論に照らし合わせた集団の発達という2点をもとに変化の要因を考察したい。

1) 園芸の要素について

園芸の要素には「育てる」「過ごす」「感じる」「採る」「使う」というものがある。これまでの活動を振り返ると、土作りや水やりなどに積極的に取り組む参加者がいた。こうしたことから「育てる」ことはでき、目的の心身機能の賦清、精神的エネルギーの適応的発散は達成できたように思う。

「過ごす」「感じる」ことも少しはできたようだった。活動期間に冬を挟んでいたのも「寒かった」と感想を述べる参加者が多くおり、それが季節感や現実感の回復につながったと思う。しかし実際に植物と間近で関わる時間は多くはなかった。過ごす時間が少なかったことで自己の回想や実存的

受容、五感を通しての疲労回復などはできなかったと考えられる。

一方、「採る」「使う」ことはほとんどできなかった。植物は植えたばかりであり、まだ実りを迎えていないため今後の収穫に期待しているところである。

2) 集団としての発達について

園芸活動を開始してからの1か月は雰囲気も硬く凝集性がやや低い並行集団であった。参加者にはあまりなじみのない活動ということもあり、各自が割り振られる役割に集中することで外部から侵襲されず過ごそうとしていたように思われた。

11～1月は参加者の入れ替えがあり、感想を述べる形式に変わった。天候も悪い日が多く、植えられる植物も少なかった時期である。また新たに参加したE氏は何でも率先して取り組む姿を見せていた。他の参加者からすれば、自分たちから今までの役割を取られてしまうような印象を受けたのかもしれない。これらのことが集団の雰囲気に影響してしまい、参加者の意欲を削ぎ要因になったと考えられる。そのためグループの発達はほとんど見られず、集団レベルは並行集団にとどまったと思われた。

2～3月には園芸経験のあるF氏が新たに加わった。F氏は慣れた手つきで活動しており、他の参加者にとってもその存在はよいモデルとなったようであった。熟練しているF氏とリーダーシップのあるE氏の存在が他の参加者を刺激し、意欲的に取り組む参加者が増えたと思われる。加えて半年間の経過の中で、活動内容に慣れ他の参加者やスタッフともコミュニケーションがはかれたこと、春が近づき植えられる花や野菜が増えたことも意欲や協調性を高め、集団レベルも課題集団に発達したと考える。

これらのことから集団帰属感とそれによる安心感の獲得は達成しつつあると思われる。

【終わりに】

園芸活動は現在も継続しており、今回は半年間の経過を振り返り、一つの区切りとして総括する意味で発表した。途中経過を報告するような形になったが、今後は明確化された評価表等を用いながらグループや参加者の変化を追っていきたいと思う。

【参考文献】

- 1) 山根寛. 他：園芸リハビリテーション 医歯薬出版 2008
- 2) 日本園芸療法普及協会：園芸療法の資格と仕事の本 草土出版 2004
- 3) 山根寛. 他：人と集団・場 三輪書店 2009
- 4) 山根寛：精神障害と作業療法 三輪書店 2006

本報告は、第6回滋賀県作業療法学会（2009.6.7）での発表に基づくものである。

行動にまとまりがないうつ病の女性への作業療法

豊郷病院リハビリテーション科

岩田夏彦

1. 報告の目的

家事ができない、服薬の仕方がわからない、子供のことが気になって眠れない、などの状態により入院となったうつ病の女性を担当した。最初は特定の女性他患に依存していた。依存対象の女性他患が退院した後は順調に回復していたが、手術後より不安や焦燥、まとまりのない行動が目立つようになった。他職種との連携を重ね、行動がまとまるようになり、今までの自分を振り返ることができるまでに回復したので報告する。

2. 事例紹介

40歳代女性。結婚し3児を育てる。第1子は私立学校、第3子は養護学校に通う。不況により夫の給料が滞っている。X-8年義母の介護をしながら保育園勤務。X-1年9月義父の介護も行うようになったころから仕事ができなくなり、不眠と全身疲労感が出現。12月から休職。X年1月うつ病と診断、服薬で改善。義父が施設入所。3月ごろ不眠・不安発作様の混乱が見られ、5月痔核の手術に対し混乱し中止、入院となる。義母が施設に入所、不眠が解消され生活もある程度可能になり、6月退院。義父に「孫の躰が悪い」と言われ、家事遂行・集中持続・決断が困難で「どうしよう」と周囲に執拗に問いかけ、8月入院、2日後OT処方が出る。当初から特定の女性他患に依存、付きまとう。10月にその女性患者が退院、半月ほどまとまらない行動がみられるが不安や抑うつ気分は改善され、他者への依存も見られなくなった。11月痔核の手術のため転棟、3日後開放病棟へ帰棟する。

3. 作業療法評価

手術前には付きまといはなく、折り紙手芸、ビーズ手芸に取り組めており、集団OTでも適応的であった。手術1週間前あたりから表情が少し暗くなっていた。

手術を実施し転棟してからは病棟で排尿困難・排便困難が見られ、「おしっこが出ないんです」などと類回りに訴えたり、女性看護師に場をわきまえず人前でズボンを下ろそうとしたりする。その都度注意したり対応したりしてもなかなか安心につながらない。

パラレルOTではビーズを粘着シートに並べて絵を作るビーズ手芸の続きに取り掛かるが、集中が持続せずOT室の出入りを繰り返す。作業速度も遅く、ほとんど進まない。ビーズの色を間違えてOTRが「少し違っていても大丈夫」と話しても「直します」とやや神経質に答える。しかし自力で直しきれない。受け答えも転棟直後はしっかりしていたが、数日で弱々しくなり、表情も硬く

なる。集団OTでは手術前と変わらず落ち着いて過ごせる。料理活動でもOTRの間違いに「も～、先生～」と明るく指摘している。個人OTよりも集団OTの方が落ち着きやすく、過ごし方を自分で決めるよりも周囲にゆだねることで不安や抑うつ気分から距離を置いている。

10月に依存対象の女性が退院して1週間ほど困惑する様子があったが、少しずつ自分で決められるようになっていった。今回も手術したことで不安定になりつつあるが、排尿・排便困難には医療処置の介入があるため、次第に気分も行動も回復してくると考えられる。

4. 介入の基本方針

- 1) 興味や意欲は保たれていることを生かし、OTで行動してみることによる不安の軽減や気分転換を図る。
- 2) 身体的な訴えには受容的にかかわる。
- 3) 病棟での様子やOTでの様子や、どのような環境ならば適応的に過ごせるかなどを他職種と共有する。
- 4) 落ち着きがでてきたら病気の症状や行動パターンなどの確認を行う。

5. 作業療法実施計画

第1期（X年11月20日～12月3日）：特にOT参加を制限せず、パラレルOT週2回、料理やレクレーション、音楽活動など集団OT週3回を実施した。

第2期（X年12月4日～16日）：主治医より症状としては離人やガンサー症候群と思われる状態で、現実感の獲得が目標として連絡を受けた。パラレルOTに参加してもよいが逆効果になる可能性があるかと伝え、個別OTを1回実施。繰り返し同じ質問をされても作業に注意を向けるよう誘導した。週1回の料理は薬剤性の開口・嚥下困難になってからは安全面とノロウイルス予防のためと伝えプログラム自体を1ヵ月中止した。

第3期（X年12月17日～28日）：OTRの指示が緊張を増大させているのではと考え、パラレルOTでは自分で過ごし方を考えるよう促した。面談も実施しうつ病の症状や回復過程などを説明した。そして個別OTでは、本人の好きな歌手のテープを病棟からの貸し出しで聴くことができるように録音作業を行った。雑談も交えて感情を引き出すようにして関わり、現実感の回復を図った。

第4期（X+1年1月4日～）：行動面でまとまりを取り戻していたが、精神面の安定性を見極めるために慎重に関わった。許可が出て外出活動で初詣を実施した。面談も行い、病気の症状や回復段階・気分状態（SMSF）・今後の意向の確認をしたり、OT以外の過ごし方を検討したりした。本人の希望によりOT以外の時間は塗り絵をすることとした。個別OTは終了とした。

6. 介入経過

第1期：パラレルOTでは固執してビーズ手芸を選石が集中・修正困難。折り紙手芸でも集中持続困難。他患に抱きつくこともある。集団OTでは落ち着いていることが多いが、スタッフの肩を揉む、いすを並べて寝る、などの行動が見られ始める。表情もうつろ。病棟でも離院しようとした

り、詰め所のドアが開いている時に突入したり、ニヤニヤ笑って徘徊したりする。注意を受けてもその場では「はい」と答えるがすぐに繰り返す。また「自分のことは自分です」「クリスマスまでに帰りたいです」などとしきりに話す。

第2期：リスパダール追加により、パラレルOTでも集団OTでも迷惑行為は解消。しかし眠気が強く、表情も硬いことが多い。個別OTでは落ち着いて折り紙手芸や雑談ができ、笑顔も見られる。嚙下困難になりリスパダール中止となつてからは、パラレルOTで注意が転導しまとまらない。「～さん男前ですね」「常食にしてほしい」「足がむくんでるんです」と繰り返す。集団OTでも落ち着きがない。

第3期：パラレルOTで過ごし方を自分で決めて過ごせることが増える。レクリエーションでは意志発動が亢進し行動過多となつたことがあった。面談では落ち着いて話ができ、食事についての体験を思い出し泣くことがあった。27日の個別OTでも落ち着いており、常同的発言はほとんどない。入院の心細さにOTRが理解を示すと泣く。翌日のレクリエーションでは落ち着けている。

第4期：OT休止期間中に他患とトラブル、隔離、主治医との面談を経て落ち着きを取り戻している。テープは一人で聴くのに抵抗があり聴いていない。パラレル・集団・外出ともに落ちつけている。面談では退院の時期を心配しているが「しっかり治したい」と落ち着いて話す。そして「前はおかしかった。悪いこととわかっていても体が勝手に動いていた」「何でも一人で抱えてしまう」などと自分を振り返っている。

7. 結果

時間の経過とともに病棟でもOTでも落ち着きがなく、まとまりのない行動が見られるようになった。心理的動揺を強めないようにOTプログラムへの参加を制限せず1対1の個別OTや面談を開始し、落ち着いて過ごせる時間を確保することができた。OTRの前で泣くということもあった。またパラレルOTでは過ごし方を自分で決めて落ち着いて過ごせることが増えていった。病棟生活では変化は見られなかった。他患とのトラブル後、まとまりのない様子は急激になくなり、「しっかり治したい」といった前向きな発言も出るようになった。外泊も開始となる。

面談では1日の振り返りやこれまでの人生の振り返りを行ったが、かなり細かく憶えており、話が長くなる傾向がある。さみしい気分でも楽しい気分でも度合いを100～80%で表記することがほとんどであり、全か無か思考のような極端な認知が見られる。本人は認知パターンに気づいていることがあるが、コントロールできていない。そのため外泊の日が近付くと行動には表れないが不安が強くなっている。行動はまとまりを見せるようになったが、偏った認知や気分の不安定さが持続している。

8. 考察

手術以降、次第にまとまりがなくなつていった。根底に不安や混乱・焦燥があり、処理しきれずに解離的な状態になったと思われる。手術により、いつも以上に身体に対して気にし始めたのだと考えられる。他にはもうすぐ年末という時期、子どもの世話、自分が休職していたり夫の仕事がう

まくいかないことによる経済的な心配、なども関係していると思われる。OTでは手術以前にしていたビーズ手芸の続きをしていたが、出来ていたことが出来ない状況に直面し、さらに混乱が深まったと考えられる。またパラレルOTではそれぞれがそれぞれの作業をしており、注意が分散しやすい構造だったことも影響していると思われる。

しかし第3期で、過ごし方を自分で決めるよう促すと自分で決めて落ち着いて過ごせるようになった。この時は塗り絵を選んでいることが多かった。これは他に塗り絵をしている女性何人かおり、パラレルな場でありながら小グループを形成していて、塗り絵を選択することで集団所属感が得られ、落ち着いて過ごせたのだと思われる。

さらに同じ時期に個別OTでは泣く様子が見られ始めた。さみしい気持ちや焦る気持ちなどを実感できたからであろうと思う。実感のもてる時間を確保できたことは、他患とのトラブルで急激にまとまりを取り戻す際の下地になったのではないだろうか。

現在、退院準備のため外泊を開始となったが、家庭に戻れば心配事が残っており、今の認知傾向では、決断や遂行が困難な時に一人で不安や混乱を深めてしまい、再入院となる可能性がある。どのように関わればよいのかという家族指導と、本人の考え方の修正をもとに、一人で過ごせるか、家事ができるか、などが今後の課題と考える。

本報告は、滋賀県作業療法士会精神分野勉強会（2011.1.22）での発表に基づくものである。

作業療法を通じて易怒性が減じた症例

豊郷病院リハビリテーション科

石田正樹

1. 報告の目的

感情の起伏が激しく、ささいな出来事で易怒性を示す長期入院の統合失調症の男性患者に作業療法を実施した。主として個人作業療法での構成的な作業活動を取り入れたところ、作業療法への意欲が増え生活リズムも安定した。その結果、易怒性が減じ適応的な行動も見られる効果を得られたのでその経過を振り返り、報告する。

2. 事例紹介

A氏、50代男性。診断は統合失調症である。普通分娩で出生するも母親はA氏の出産後1年で死亡し、以後はその妹が養母となりA氏を大切に育てる。幼少期より周囲の言うことに耳を貸さず相手に直言することが多かった。高校3年生のときに自宅近くであった火災の放火犯に疑われ混乱する。高卒後、B大学の夜間部に通いながら昼間は自衛隊に勤務する。大学卒業後は警備会社や印刷会社等に勤める。X-19年3月、宗教に関する妄想的発言があり勤務先を退職。同年4月に当院初診し、以後数ヶ月の入院を3回している。X-12年1月の退院後は精神症状も安定し、地域の作業所に通う生活が数年間続いていた。X-1年6月に4回目の入院をするが一ヶ月で退院する。X年6月、突然「先生と親が自分のことを病気扱いしている」と奇異な言動が出現し服薬を拒否。両親にも暴力を振るい、自宅から追い出したため警察が介入し当院へ5回目の、今回の入院となった。

3. 作業療法評価

X+4年8月、院内生活の安定を目的に処方が出される。病前の性格についてはプライドが高く完璧主義であり、真面目だが融通が利かない。普段は居室にて静かに読書をしているか、臥床していることが多く、他患との交流はみられない。言語による指示理解は良好だが滑舌が悪く、発語は不明瞭で聞き取りにくい。思考障害は残存しているようだが著明ではなく独語も時折聞かれる程度である。病勢増悪時には自分が身をもって守っているから日本は平和なのだ、という誇大妄想が現れることもある。ADLについては入浴に介助を要する以外自立している。金銭や服薬等生活管理は病棟スタッフが主に行っている。病棟のスタッフには基本的に従順で反抗的な言動を示すことは少ない。その一方、食事や入浴等病棟生活の場面では他患が少しでも不快な言動を示すと容易に感情を爆発させたり、暴言を吐いたりしており自ら抑制することが難しい。が、拳を振り上げ怒号するものの、どこか自己顕示的な一面も感じられる。

両親は入院中に既に亡くなり、現在のキーパーソンは弟になっている。しかしA氏からの度重な

る暴力のため受け入れは悪く、養母の逝去の際もすぐには連絡されず蚊帳の外に置かれた状況であった。A氏自身は退院し自宅での生活を望んでいるが、弟の面会もあまりみられず当面その可能性は低い。

4. 介入の基本方針

作業療法への関心は高く、オリエンテーションの際より意欲を示していた。居室では臥床傾向があるため、作業療法への規則的な参加で生活リズムを確立させることを当初の目的とした。次に個人作業療法ではA氏の趣味であるプラモデル作りを導入することで楽しむ経験を重ね、達成感や自己愛の充足を図ることを考えた。作業療法士は受容的に接することを原則とし、トラブルが生じた場合はすぐさま介入することとした。A氏の話をしてできる限り傾聴することで、感情の抑制が援助できるよう意図した。

5. 作業療法実施計画

作業活動はかねてからA氏が趣味としているプラモデルを利用することとした。プラモデルも多種多様であるがA氏の職業経験や嗜好を反映してか、とりわけ軍事兵器を作ることを所望した。そこで種類も豊富で、初心者から上級者までのレベルに応じたキットがある戦車のプラモデルを取り入れることにした。実施頻度は週に2～3回、1回あたりの時間は1時間程度を目安とした。プラモデルには製作用の図面が必ず付属しており、組み立てが容易になるように工程が順番に明確化されている。作業療法参加時にはなるべく1回につき1工程に止めておくよう指示を出し、余力がある場合のみ作業を継続してもよいことを伝えた。製作にはニッパー等の工具類を使用するのでリスク管理を兼ねて、当面は作業療法士が1対1で見守りながら関わることにした。

また対人交流の乏しさを補い、その機会を増やすために、並行して少人数で行えるカードゲームやテーブルゲームへの参加を促した。トランプや人生ゲームに参加希望者数名を募り、その中にA氏も加わるようにした。作業療法士はファシリテーター的な役割を執ることで全体の進行を操作するようにした。

さらに作業療法室の壁面に毎月飾るカレンダー作りを取り入れた。あらかじめ細かく切られた折り紙の紙片をモザイクのようにして模造紙に貼り付けていく作業を主として適用した。段階付けが簡単で失敗してもすぐにやり直しができるため、A氏にとっても安心して実施することが可能であった。

6. 介入経過

①第1期（活動性の向上と生活リズムの回復が見られた時期：18ヶ月）

初回よりプラモデルへの関心は高く、カタログを見ながら久し振りに作ってみたいと興奮気味に話す。勢い込んで製作を開始するものの部品の取り付け箇所をめぐって何度も作業療法士に確認を求めてくる。何事につけ自分で決めることに不安があるようであった。わずかなミスでも大仰に騒いだり、自己を卑下するような発言が頻回に聞かれたりした。トランプではルールを守ら

ない他患には威圧的に振舞うが、自身は平気に順番を抜かしている。作業療法にはほぼ毎回参加しており、基本的な生活リズムが回復しつつあるようであった。

②第2期（達成感や依存心の充足を求めた時期：36ヶ月）

プラモデル作りへのこだわりが強まり、平均すると2ヶ月毎に一個の割合で製作が進んだ。プラモデルの種類も戦車ばかりでなく航空機や自動車にも広がった。しかし、作業療法士が同席しA氏に関わっていなければ、周囲が驚くような声を上げ、自分の能力の無さを嘆いて自己卑下する言動を顕示するのであった。作業療法士に対しては常に1対1の関わりを求めており、依存心の強い一面がうかがえた。作業療法環境の設定変更等を試みたものの修正は困難であった。同じ時期に体調を崩していた養母が逝去するが、A氏に家族より連絡されたのは約一ヶ月後であった。その後しばらくは、それまでとは一転して陽気に振舞う姿が見られ、躁的な防衛をしているようであった。

③第3期（適応的な言動がみられ始めた時期：24ヶ月）

作業療法では貼り絵でのカレンダー作りがオープンなグループで毎月並行して行われていた。前期においても既に実施されていたが手順が統一されておらず、工程が不明確であった。試行錯誤の末、製作する工程を単純化し、担当する役割を明確にしてみた。A氏はこれまでも断続的に加わることはあったが当事者意識に乏しく、プラモデルへの関心の方が強かった。しかし手順が理解し易くなったことでカレンダー作りに対する興味が増え、次第にプラモデルへのこだわりは薄れていった。易怒的な言動はまだ続いているが、以前と比べると目立たなくなってきた。

7. 結果

作業療法導入当初より、自身の些細なミスで大仰に嘆く一方、他患の気に食わない言動には激怒するA氏であったが、第3期の頃から少しずつ変化が見られるようになった。以前のように感情を爆発させる頻度は少なくなってきており、怒りをあらわにする回数も減少している。音楽活動やレクリエーション等の集団を用いた作業療法の場面では、隣席の参加者が多少ルールから脱線しても静かに見守っていたり、笑っていたりと適応的な態度を示すことが増えている。自分の能力を卑下することや自信の無さを口にすることは相変わらずだが、深刻に捉えているというよりも関わりを求めてのきっかけにしているように感じられる。また作業療法には促されずとも毎回自発的に参加することが出来ており、A氏的生活リズムを確立することに有効となっている。

8. 考察

A氏は長期入院に至るまでの人生において、様々な挫折と失敗を繰り返してきた。その過程の中で希望を無くし、次第に自己不全感に囚われるようになったと思われる。とりわけ実母が幼少の頃に亡くなり、その事実を知らされないまま育てられた事はA氏にとって簡単には受け入れられない現実であった。さらに高校3年時に放火犯に疑われた事件は、A氏の心に深い傷を残したものと想像される。高卒後逃げるように上京し進学や就職をしたA氏であったが、そこはA氏の理想から程遠い世界であった。このような、見捨てられ不安や失敗体験の繰り返しが自己不全感を肥大化させ、

生来の性格とも相俟って執着心や依存心の強いパーソナリティを生み出したと思われる。

作業療法ではプラモデルやカレンダー作りといった構成的な作業を適用した。前者には巧緻性を要求される工程もあったが、そうした場面を通じて作業療法士との1対1の関わりが生まれ、その中でA氏の依存欲求を適度に充足させることが出来たと考えられる。また戦車等軍事兵器のプラモデルを作ることが象徴的にA氏の攻撃性を昇華する作用をもたらしたようにも思われる。一方後者においては失敗してもやり直しが出来るという気楽さから、過剰な反応を見せがちなA氏にとっても不安を感じずに取り組めたようであった。当初は部分的に協力するだけの立場に安住していたが、工程や役割が明確化されるにつれ有用感や達成感が獲得され、A氏が自身の役割を意識し主体的に協力する立場に変わっていったと考えられる。構成的な作業は自由度が低い分、枠がはっきりしており、その結果が予測しやすいという特性がある。それがA氏に落ち着きと安心感を与え作業療法への定期的な参加をもたらし、ひいては易怒的な言動を減じる効果につながったのではないかと推測される。今回の事例報告を通じ、治療環境を構造化することの大切さをあらためて感じさせられたことを、最後に記しておきたい。

参考文献

- 1) 山根寛：精神障害と作業療法 第2版, 三輪書店, 2003
- 2) 日本作業療法士協会：作業療事例報告集 VOL. 1, 2007

本報告は、滋賀県作業療法士会精神分野勉強会（2010.1.30）での発表に基づくものである。

慢性統合失調症者の精神鑑定書 強制わいせつ事件

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

受診者氏名 ○木○一

昭和40年某月9日生（45歳）

受診者は、滋賀県〇〇市〇〇の〇コンビニ前において白昼にもかかわらず、強制わいせつ行為を行った被疑者であり、私は、〇〇地検〇〇支部の求めにより、平成23年某月28日午後3時から午後5時までの約2時間、同支部庁舎内で被疑者を診察した。その結果を以下に報告する。

1 現在の精神状態

- (1) 身体：血液検査は行っていないが、外見からは身体疾患の罹患を疑う所見を認めない。以前から心臓がバクバクするとの症状があり、循環器内科医院で心臓が少し大きいねと言われたことを気にしている。このことから、誰かにハイテクで身体を悪くされているとの被害的な考えを抱くようになっている。
- (2) 知能：意識は清明であり、見当識の障害は無い。また、知的レベルの低下も認めない。しかし、質問に対する答えにはやや曖昧な表現が多く、霊的なものとか宇宙人のようなものによる嫌がらせなどの被害的な発言が散見される。
- (3) 性格：性的な行動異常や異常な性癖に関する記録はこれまでに認められず、本人もこれを否定する。脳波や脳機能画像の検査はおこなっていないものの、痙攣発作や意識障害の既往はなく、衝動的な行動や爆発的な行動を伴う性格傾向を認めない。些細なことを自己と関係づけて被害的に取る傾向は、統合失調症を発症した後に生じたものであり、生来性のものではなく、疾患の結果と考えられる。
- (4) 精神障害の有無：診察時に、幻覚妄想体験を自らすすんで陳述することはなかったが、医師が質問すると、発症以来の病的体験を率直に語り、その内容は、群馬大学精神科医師によって精神分裂病と診断された診断書記載の内容と大きな相違はない。ただ、幻聴は発症時に存在したものの、間もなく消失しており、診察時には幻聴を認めないと言う。また、診察時には、何者かにより脳が圧迫されたり、身体を触られるという体感幻覚も見られない。さらに、各地を放浪しているのは、何者かによって常に自分が監視され、狙われているからではなく、ただ、旅が好きだからであると主張する。しかし、病状が悪くなると監視されている感じになるという。

診察時に見られる体験としては、「心臓がバクバクする感じがあり、誰かによって心臓

がハイテクでやられる。普通の日常生活をしたくとも足を引っ張られる」との被害的な発言が認められる。誰がそのようなことをするのかを問うと、曖昧な表現ではあるが、「宇宙人のような」存在を示唆し、現在の地球人では出来ないテクニックを使っていると語る。話をまとめてみれば、「宇宙人の作ったモジュールに見えない線につながった人がいて、それらが手先となって自分に意地悪をし、胸がバクバクする」という妄想体験であり、質問しなければ顕在化しないものの、統合失調症の診断における重要な病的体験であるとされる「作為体験」、すなわち「身体への被影響体験（身体幻覚）」が潜在していると考えられる。心理学的に了解することが出来ないこのような奇異な体験を、問われてはじめて語る控えめな態度から見て、受診者を詐病とは考えがたく、統合失調症（精神分裂病、ICD-10：F20.0）に罹患し、活発な病的体験では無くとも、現在もなお持続的な精神症状の影響下にあると考えられる。

- (5) 自己の行動の是非善悪を判断し、それに従って行動する能力の有無：統合失調症に罹患し、持続的な妄想体験が存在するにしても、診察時のように、向精神薬の服用により、不眠やストレスとなる事柄がなく、精神的に安定した状態であれば、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は障害されていないと判断される。

2 本件犯行時の精神状態

受診者は平成10年2月頃統合失調症を発症し、同年2月26日に東京A神経クリニックを受診、同年5月28日より関東地区のB大学付属病院にて通院治療を受けている。宇宙人に支配された人々が知らないうちにいろいろな作用や影響を与えてくると言う妄想を強固に保持しながら自らが病気であるとの認識（病識）に乏しく、抗精神病薬の服用に拒否的（B大学精神科医師の作成した国民年金診断書の記載による）なため、良好な治療関係は保たれず、定まった主治医はいないようである。

受診者の陳述によれば、平成23年2月12日（土）に高速道路料金が1000円であったため、奈良県か三重県に行こうと思って新潟を出発して県内のサービスエリアで車中泊したが、前日の11日から薬がなくなっていたために眠れず、翌日の13日（日）も同様でどこで寝たのか覚えていないと言う。14日（月）の事件当日、長浜インターで高速道路から降りるが、不眠が続き、「頭が煮詰まった感じ」で、「誰かに意地悪をされている様な感じ」になっていたと言う。また、疲労感があり、「自分でないみたい、複数の人格になって、自分の存在が薄くなっている」ように感じたとのことである。そこで、ホテルに泊まってぐっすり眠ろうと思い、近くのホテルのフロントに行ったが現金がなく、郵便局で現金を引き出そうとしたが見つからず、事件のあったコンビニのATMからお金を引き出そうとしたところ、カードが吸い込まれたまま出てこなかった。これは変だと思い、店員を呼んだけど意味が分からないようでポカーンとしていた。そこで、「また、意地悪されているのかと思って」パニックになったと言う。

受診者は、このときの自分の精神状態をパニックと表現するが、予期し得ない事柄に対処しえず、混乱し、取り乱した状態をこのように表現しているのであろう。彼はコンビニを出た直後に

犯行におよんでいるが、抱きついたのが若い女性という認識はあり、女性に抱きついた後、後ろから右手で胸を触った感触は残っていると言ひ、犯行時に意識障害があったとは思われない。しかし、通りがかった男の人に取り押さえられた時「そんなことをしてはダメだ」といわれたが、自分は「何も喋れない状態」だったと言う。俗な言葉でいえば、頭が真っ白になったと言うべき状態であるかもしれない。受診者を捕まえた男の陳述によれば、警察を呼んだときに、「やっぱり警察ですか」と発言し、「これも人生や」と言ったとのことであり、この状態は極めて短期間で、すぐに善悪の判断が可能な状態に回復したと考えられる。

白昼堂々、人が多く出入りするコンビニの前で若い女性に抱きつけば、どのような結果になるかは誰の目にも明らかなことである。犯行は衝動的で、計画性は無く、犯行後の逃走などは考慮されていない。受診者は、診察時「このようなことをすればすぐに捕まるはずだし、自殺行為だと思います」と客観的な判断を行なっている。しかし、その時は「何故か分からず」、「パニックになって」行った行動であると言う。正常心理としては「ATMでのトラブルで焦り、イライラしてコンビニを出たら、好みのかわいい女性がいたので抱きついた。そして、ムラムラしたので胸を揉んだ」というストーリーが可能であろうが、理屈ではなく「頭が真っ白になった」というのが真相なのであろう。ただ、この状態になる前段階として、不眠が続いたことと以前から出没する被害妄想が大きく影響していると考えられ、本犯行の背後に統合失調症という疾患の影響を無視することが出来ない。

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

診察時、受診者は「誰かに意地悪をされているように感じて、パニックになり、このような事件を起こしたが、意地悪があったとしても、自分がちゃんとしておれば、事件を回避することができていたはずで、事件の責任は自分が負わねばならない」と述べている。確かに、統合失調症に罹患しているものの、抗精神病薬を服用しておれば不眠が続くことは無く、妄想が存在するにしても大きな破綻はなく生活が出来ていたと考えられるために、今回の犯行に責任を負うべきは、精神科医の指示に従わなかった受診者であろう。しかし、犯行時の是非善悪の判断能力と衝動の制御能力は、極めて短い間ではあるが、ともに障害されていたと考えられる。自己の行動の是非善悪を判断し、それに従って行動する能力が十分に存在すれば、このような犯行は起こり得ないからである。

4 精神障害と本件犯罪発生の機序との関係

既に述べたごとく、本件犯罪は、13年前（平成10年）に発症した統合失調症が大きく関与している。すなわち、抗精神病薬の服用を中止したために不眠が続き、予期し得ない出来事に適切な対処ができず、「誰かが意地悪をしている」という被害妄想が出現して混乱し、取り乱した状態となった。そのために、短い期間ながら、物事の是非善悪を弁別し衝動を制御することが困難となり、本件犯罪が発生したと考えられる。

5 今後の処置に関する意見

(1) 正式鑑定の要否

身体疾患や脳の器質性疾患の可能性を除外するために、一般献血、検尿、CT、EEGなどの検査が必要であるかもしれない。しかし、精神障害の存在(統合失調症)についての判断が変わると思われない。

(2) 精神障害者等通報の要否

自傷他害の恐れは少ないと思われるものの、病状の悪化や犯罪行為の再発を防ぐためにも、精神科薬物療法を中断することなく、継続させることが必要である。

(3) その他

6 備考

受診者のように、幻覚妄想状態が消退した後もなお被害妄想が持続し、病識が不十分なために抗精神病薬の服用が不規則である精神病者は少なくない。このような者には根気よく治療の必要を説き、このような事件を契機に精神医療の継続の必要性を知らしめる必要がある。

受診者も認めるように、精神病に罹患しているにせよ、自らが服薬を中断したために病状の悪化を来たして犯した犯罪の責任は、自らがその罪を償うべきであろう。積極的な精神医療への導入・継続はそのあとに考えるというのも一つの選択ではある。いずれにしても、司法が法律にのって判断することであろう。

アスペルガー障害の精神鑑定書

常習窃盗事件

豊郷病院附属 臨床精神医学研究所

林 拓二

受診者 氏名 ○野○男

昭和60年某月4日生 (25歳)

受診者は、滋賀県〇〇市〇〇の〇神社において、同神社拝殿のさい銭箱から現金700円を窃取した被疑者であり、私は、〇〇地検〇〇支部の求めにより、平成23年某月21日午後1時30分から午後2時30分までの約1時間、同支部庁舎内で被疑者を診察した。その結果を以下に報告する。

1 現在の精神状態

- (1) 身体：血液検査や脳波検査を行ってはいないものの、これまでに意識喪失や痙攣の発作はなく、特徴的な身体所見や風貌を認めないことから、甲状腺疾患などの内分泌疾患やてんかん性の障害を疑う必要は無いと考えられる。
- (2) 知能：意識は清明であり、見当識の障害は無い。また、知的レベルについては、調書に記載された平成11年12月の知能テスト（WISC: 佐世保児童相談所にて施行）が言語性IQ=85、動作性IQ=89 となっており、平成16年5月のミニメンタルテスト（MMSE）が30点の満点であること、さらに、今回の診察時にも一般的な知識や最近の記憶に対する質問に的確に応答していることから、受診者の知的水準は正常範囲内のものと考えられる。
- (3) 性格：質問に対し、受診者は自らを内向的であると答える。確かに、受診者は終始うつむき加減で、質問には低く小さい声で喋り、質問者と目を合わせることはなかった。そして、友人は「全く居ないわけではない」と言うものの、具体的な氏名を挙げることはなく、これまでに親密な友人や信頼できる人間関係を持つことなかった。そして、一人での行動を好み、放浪生活を続けてきたように思われる。このような性格は、「スキゾイド」、すなわち「分裂病質」とされる性格傾向と考えて良い。
- (4) 精神障害の有無：受診者は、幻覚や妄想などの精神症状、あるいは緊張病症状や躁うつ症状などの特徴的な行動異常を認めず、器質性・症状性精神病はもとより、いわゆる内因性精神病などの精神病性障害に罹患してはいない。

しかし、受診者は幼少期よりアスペルガー障害と診断されたと言う。しかし、どのような障害で、どのような症状があったのかについて質問すると、「コミュニケーションがうまくとれない」と答え、症状については、曖昧な返事のみで具体的な陳述はなかった。ただ、「自分は、すぐに家を飛び出すことが問題であり、遠くに行きたいと思うと止められない

のです」と答えている。

裁判資料等によれば、受診者は小学4年生頃から電車や列車が好きになりランドセルを背負って頻繁に無賃乗車を繰り返して保護され、小学6年生頃からは神社などからお金を盗むようになり、中学生になってから九州A療養所に約5ヶ月間、1ヶ月に一回程度の間隔でカウンセリングを受けたものの、先生から「ここでは治すことは出来ない」と言われた（平成20年某月17日、供述調書）と記載されている。その後、九州Bこども発達センターで同様なカウンセリングを数回受けただけでも、「障害は完治しなかった」とのことである。平成16年5月26日と平成18年10月14日の2回、受診者は九州C病院を受診しているが、これは国民年金や保健福祉手帳の申請のために診断書を作成してもらうためであった。その診断は「アスペルガー症候群」であり、症状は「社会性の欠如、放浪、窃盗癖、特定の所持品にこだわる」と記載され、継続的通院は不可能、通院の必要性は無いとされている。その後、九州のD大学精神科に平成22年11月8日、11月24日、12月27日の計3回通院しているが、警察から主治医であるA医師への電話での問い合わせに対し、診断は「自閉症関連障害のスペクトラム障害」で、知的障害は無いが、「自分のコントロールが出来ず、放浪癖、盗癖として表現される」とされ、「仮に、4-5年治療を続ければ、良い方向に変わる可能性もある」とし、「刑事罰を加えたところで盗みを繰り返すものであり、重罪ではないので御高配を賜りたい」との回答があった（平成23年某月13日、犯罪捜査報告書）と報告されている。

以上のように、受診者を診察した精神科医は、受診者を「自閉症関連障害のスペクトラム障害」、すなわち、いわゆる「アスペルガー障害」に罹患していると見做しているようである。それ故、ここで現在もなお精神科医の間で議論の多い「アスペルガー障害」について、簡単に言及しておく必要がある。

そもそも、いわゆる「アスペルガー障害」は、1944年にオーストリアのアスペルガーによって報告された「自閉性精神病質」に始まる概念であって、1970年代からヨーロッパでは「自閉症スペクトラム」として、①人との相互交渉の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の発達の障害が主たる障害とされ、結果として「狭く硬い反復的な活動や興味のパターン」が生じるとされている。このように、当初から「精神病質」の用語が使用されているように、これらは伝統的な診断における統合失調症や気分障害などのように「疾患」が想定されるものではなく、性格的な偏り、すなわち、特徴的な性格傾向を有する特定のグループ（類型）を意味するものに過ぎない。1980年代からは、アメリカ精神医学会による診断基準（DSM-III）により「アスペルガー障害」として、WHOの国際分類ICD-10では「アスペルガー症候群」として取り上げられるようになり、「アスペルガー障害」が広く認知され、一般にも知られるようになってきた。もちろん、神経症や人格障害の場合と同様に、アスペルガー障害が脳の器質的・機能的な障害を基盤として発症すると考える研究者がいるものの、その診断基準をみても特定の「精神疾患」を意味するものではなく、神経症や人格障害と同様に、「正常からの偏倚」と考えるべきものであろう。そ

れ故に、正常との境界を明確に区別することは難しく、多かれ少なかれこのような傾向を持ちながら、多くの問題を辛うじて処理しながら生活している者も数多く存在するのである。

さて、受診者は、今回の面接およびこれまでの裁判資料に基づき、「アスペルガー障害」と診断されうるのであろうか。

すでに性格の項で述べたように、受診者は一人での行動を好み、放浪生活を続ける、「スキゾイド（分裂病質）」とされる性格傾向を有する。そして、「すぐに家を飛び出すことが問題」で、「電車に乗ってどこか遠くに行こうと思うと止められない」と言い、放浪の生活を繰り返している。また、受診者は、「コミュニケーションを取るのが不得手で、一つのことをやりだせばそればかりを延々とやっている」と言い、「飽きずに同じゲームを続け、女性キャラクターの絵のカードにこだわり、取り上げるとパニックになっていた」と言う。このような受診者の特徴的な行動様式は学童期から始まっており、多くの（児童）精神科医が、DSMやICDの診断基準に基づいて「アスペルガー障害」と分類している。

しかしながら、伝統的な診断によれば（DSMの診断でも同様であるが）、自閉性、孤立、社会的な関係を好まない性向から、受診者を「スキゾイド（分裂病質）性人格障害」に分類することも可能であろう。受診者は最近、女性キャラクターの絵のカードや女性用のつり帯にこだわりはなかったとのことである。診察時にはこれらのものを所持しておらず、無くてはならないと言う。この点で、以前に示した特徴的なこだわりは年齢を経るに従って薄れ、スキゾイド的な色彩が前面に出てきているように思われる。

2 本件犯行時の精神状態

面接では、受診者の犯行前日の行動を尋ねたが、最初は小さい声で「わからない」などと答えていた。しかし、「電車に乗ったのは奈良の王寺だったかな」と聞くと「そうです」と言い、その後は躊躇することなく、率直に質問に答えている。その内容は調書とほとんど変わらず、犯行の動機は、放浪生活でお金が乏しくなったためであり、さい銭泥棒が悪いことであることを認識しながら、以前にさい銭を盗んだ神社に向かい、奈良から岐阜の〇〇を経て〇〇の〇〇で電車を降りたと答えている。すなわち、犯行は計画的で、違法行為の認識を持ちながらも、ためらうことなく犯行を実行している。犯行場所として、2度目の神社を選んだことについて尋ねると、よく知った場所であり夜中なら捕まることもあるまいと考えたと言い、ものごとを楽観的に考え、安易に実行するこれまでの性格傾向を反映していると言えるのかもしれない。

3 精神障害と本件犯罪発生の機序との関係（責任能力）

本件犯行は経済的に困ったがために、違法性を認識しながら、金銭を得る目的でさい銭を狙った計画的な犯行であり、いわゆる「アスペルガー障害」、あるいは「スキゾイド性人格障害」と本件の犯罪発生との間に直接の関連は見出せない。

受診者は、自己の行動の是非善悪を判断する能力を有する。しかし、行動の制御能力は、違法

行為が実行されていることから、完全であったとは言い難いものの、障害されていたとは言えず、いまだ充分ではなかったと言うべきであろう。

学童期から指摘されている「遠くへ行きたい、電車に乗りたいと思うと、それを止められない」という性格特徴は、多かれ少なかれ小児期に見られるものであるが、一般的には、人間の成長・発達の中で変化していくものと考えられる。いわゆる「制御能力」は、教育や矯正によって守るべき社会の枠が認識され、経験が重ねられながら徐々に高められていくものであろう。

4 今後の処置に関する意見

- (1) 正式鑑定の要否：身体疾患や脳の器質性疾患の可能性を除外するために、検血、検尿、CT、EEGなどの検査が必要であるかもしれない。しかし、「アスペルガー障害」あるいは「シゾイド性人格障害」の診断に関し、新たな所見が見いだされる可能性はほとんどなく、本報告書の結論が今後大きく変わると思われない。
- (2) 精神障害者等通報の要否：受診者は、精神病に罹患しているものではない。そして、自傷他害の恐れもない。それ故に、精神障害者等の通報は要しない。

受診者は、精神医療により大きな改善がみられるとは思われないが、福祉施設やリハビリ施設での地道な改善努力が必要と考えられる。すなわち、精神医療よりも矯正、および共生（さまざまな性格を有する者との）への努力が今後とも必要である。社会生活はルールを守ることが重要であり、悪いことをすれば罰せられることは、その都度に知らしめるべきである。

5 備考

受診者は、平成18年10月23日より平成18年12月29日までの期間、知的障害者授産施設某所にて洗車や農業、パンの配達などの作業を行い、また平成22年11月10日より平成23年1月23日まで、某福祉の森にて漁業の仕事などで働いている。そして、それぞれの場所で真面目に仕事を行っていたと報告されている。今後、このような施設での治療・教育が必要であろうと思われる。

研究業績

平成21(2009)年度

■原著論文等

1. Takuji Hayashi: Atypical psychoses in Japan. *Korean J Schizophr Res*, 12: 10-14, 2009
2. Masahiro Suzuki, Sakae Takahashi, Eisuke Matsushima, Masahiko Tsunoda, Masayoshi Kurachi, Takashi Okada, Takuji Hayashi, Yohei Ishii, Kiichiro Morita, Hisao Maeda, Seiji Kitayama, Ryuzo Kawahara, Tatsui Otsuka, Yoshio Hirayasu, Mizuho Sekine, Yoshiro Okubo, Mai Motoshita, Katsuya Ohta, Makoto Uchiyama, Takuya Kojima: Exploratory eye movement dysfunction as a discriminator for schizophrenia. A large sample study using a newly developed digital computerized system. *Euro Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259: 186-194, 2009
3. Kawada R, Yoshizumi M, Hirao K, Fujiwara H, Miyata J, Shimizu M, Namiki C, Sawamoto N, Fukuyama H, Hayashi T, Murai T: Brain volume and dysexecutive behavior in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 33: 1255-60, 2009
4. Miyata J, Hirao K, Namiki C, Fujiwara H, Shimizu M, Fukuyama H, Sawamoto N, Hayashi T, Murai T. Reduced white matter integrity correlated with cortico-subcortical gray matter deficits in schizophrenia. *Schizophr Res*. 111: 78-85, 2009
5. Jun Miyata, Makiko Yamada, Chihiro Namiki, Kazuyuki Hirao, Teruyasu Saze, Hironobu Fujiwara, Mitsuaki Shimizu, Ryosaku Kawada, Hidenao Fukuyama, Nobukatsu Sawamoto, Takuji Hayashi, Toshiya Murai. Reduced white matter integrity as a neural correlate of social cognition deficits in schizophrenia. *Schizophr Res*, 119: 232-239, 2010
6. 林 拓二：ウェルニッケークライストーレオンハルト学派の緊張病と非定型精神病。臨床精神医学 38: 775-782, 2009

■学会発表など

1. 林 拓二：精神科臨床と非定型精神病（会長講演）。第31回日本生物学的精神医学会、国立京都国際会館、2009.4.24、京都
2. 川田良作、福井裕樹、西中宏史、吉川和男、林 拓二：統合失調症と暴力に対する脳白質と灰白質構造異常の影響。第31回日本生物学的精神医学会、国立京都国際会館、2009.4.25、京都
3. 宮田 淳、平尾和之、山田真希子、並木千尋、藤原広臨、清水光明、川田良作、佐是輝安、澤本伸克、福山秀直、林 拓二、村井俊哉：統合失調症における情動認知の障害と白質異常との関連。第31回日本生物学的精神医学会、国立京都国際会館、2009.4.24、京都
4. 川田良作、福井裕樹、王 劍亭、西中宏史、大宮宗一郎、下田 僚、吉川和男、林 拓二：サイコパス傾向と脳体積変化：サイコパス傾向の日中文化比較研究の結果から。第31回日本生物学的精神医学会、国立京都国際会館、2009.4.25、京都
5. 林 拓二：非定型精神病と探索眼球運動。島藺安雄先生13回忌記念シンポジウム、学士会館、

2009.4.12、東京

6. 林 拓二：精神鑑定について—司法精神医学と脳画像所見—。愛知・犬上医師連絡会講演会、パストラール豊郷、2009.5.26、豊郷
7. 林 拓二：非定型精神病。近畿地区合同研修会、山西福社会館、2009.7.11、大阪
8. 林 拓二：精神医療の現在と今後。滋賀精神医療センター講演会、滋賀県立精神医療センター、2009.7.27、草津
9. 林 拓二：Wernicke-Kleist-Leonhard学派の緊張病と非定型精神病（教育講演）。第105回日本精神神経学会、神戸商工会議所、2009.8.21、神戸
10. 成田 実：介護ストレスについて。ファミリー教室講演会、きらら会議室、2009.8. 22 豊郷
11. 成田 実：閉じこもり予防。ファミリー教室講演会、甲良町保健福祉センター、2009.10.31 甲良
12. 林 拓二：みんなの精神医療—精神科診断学の現在—。第50回中国・四国精神神経学会、松江テルサ、2009.11.27、松江
13. 林 拓二：精神科診断学の現在。第7回スキゾフレニア研究会、ハイアットリージェンシー、2009.11.28、京都
14. 林 拓二：裁判員制度のもとでの精神鑑定について。刑事鑑定研究会、大津地方裁判所別館、2010.3.1、大津
15. 岩田夏彦、石田正樹：小集団での園芸活動を振り返って。第6回滋賀県作業療法学会、ひこね市文化プラザ、2009.6.7、彦根
16. 寺田艶子、木村千江、谷洋明、秋山妙子、伊地知佳代、東福茂樹、堀尾泰子：病棟看護師による長期入院中の統合失調症患者への退院支援～退院調整クリニカルパスを用いたアプローチ～。第40回日本看護学会精神看護学術集会、2010.7.22、松江
17. 石田正樹：作業療法を通じて易怒性が減じた症例。滋賀県作業療法士会精神分野勉強会、近江八幡男女共同参画センター、2010.1.30、近江八幡

■著書

1. Hayashi T. (ed) Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
2. 林 拓二（企画担当）：解離性障害（岡野憲一郎・編）。専門医のための精神科臨床リュミエール、中山書店、東京、2009

平成22(2010)年度

■原著論文など

1. 義村さや香、森脇愛子、辻井弘美、榊原信子、小山智典、神尾洋子：1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達の変化：地域ベースの横断的および縦断的研究 広汎性発達障害を持つ子どもの気質と親の育児行動に関する予備的研究. 平成21年度総括・分担研究報告書
2. 義村さや香、村井俊哉：社会脳と統合失調症. 精神科 18: 1-5, 2011

■学会発表など

1. 林 拓二：精神医療の現在と今後. 三光病院総合研修会、三光病院、2010.4.28、高松
2. Sayaka Yoshimura, Miwa Kawada, Koichi Nakato, Teruhisa Uwatoko, Hisaya Kawagishi, Noriko Kimura, Eriko Gavinio, Takashi Okada: The treatment of Tourette' s disorder in Japan: A large-scale survey inquiring at physicians, The 19th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, China National Convention Center, 2010.6.6, Beijing, China
3. 金丸貴行、木村千江、寺田艶子、青木高憲、仮屋隆史：精神科長期入院患者を抱える高齢者家族との信頼関係の構築～看護におけるinvolvement概念を用いた退院支援の事例分析～. 日本看護学会精神看護学術集会、2010.7.22、宮崎)
4. 林 拓二、成田 実、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：内因性精神病の長期経過について. 第107回近畿精神神経学会、大阪大学銀杏会館、2010.8.7、大阪
5. 林 拓二：精神科診断学の現在－非定型精神病を中心に－. 第3回Pfizer Medical Depression Seminar、京都センチュリーホテル、2010.9.4、京都
6. 義村さや香、川田美和、中東功一、上床輝久、川岸久也、木村紀子、ガヴィニオ重莉子、岡田 俊：日本におけるトゥレット症候群の治療実態：医師対象調査に基づく検討. 第51回児童青年精神医学会、前橋商工会議所、2010.10.29、前橋
7. 伊勢由佳利、義村さや香、杉山修、十一元三：通常学級に在籍する広汎性発達障害児のストレス特性. 第51回児童青年精神医学会総会前橋商工会議所、2010.10.28、前橋
8. 中村美乃里、生天目聖子、小坂礼美、久米紗織、谷口聖子、義村さや香、十一元三：広汎性発達障害の生徒におけるバウム・テストの特徴（1）－登校群と不登校群に分けて－、第51回児童青年精神医学会総会前橋商工会議所、2010.10.28、前橋
9. 小坂礼美、生天目聖子、中村美乃里、久米紗織、谷口聖子、義村さや香、十一元三：広汎性発達障害の生徒におけるバウム・テストの特徴（2）－登校群と不登校群に分けて－、第51回児童青年精神医学会総会前橋商工会議所、2010.10.28、前橋
10. 義村さや香、伊勢由佳利、西村香、十一元三：自閉症スペクトラムにおける自己準拠性記憶の差異、第51回児童青年精神医学会総会前橋商工会議所、2010.10.29、前橋
11. 林 拓二：精神科診断学の現在－周期性精神病をめぐる－. 第4回信州Bipolar Disorder 研究会、松本東急イン、2010.11.19、松本
12. 岩田夏彦：行動にまとまりがないうつ病の女性への作業療法. 滋賀県作業療法士会精神分野勉強会

強会、アクティ近江八幡、2011.1.22、近江八幡

13. 成田 実：認知症の人との付き合い方－これって介護？おせっかい？－. 公開セミナー、豊郷病院、2011.3.12、豊郷

■著書

1. 和田信、林 拓二：精神症状－意識、知能、記憶、知覚、思考. POCKET精神科（武田雅俊、鹿島晴雄編）. pp55 - 60, 金芳堂、京都、2010
2. 林 拓二（企画担当）：自殺予防のための知識と技（張賢徳・編）. 専門医のための精神科臨床リュミエール、中山書店、東京、2011
3. 林 拓二：統合失調感情障害および非定型精神病. 専門医をめざす人の精神医学（山内俊雄、小島卓也、倉知正佳・鹿島晴雄編）、pp.439-444、医学書院、東京、2011

財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所 設置目的

精神障害に関する精神医学的な調査研究を行い、精神障害の原因及び発症の要因を究明し、精神障害の予防と治療、さらに精神障害者の社会生活支援の方法を開発する。その成果をもって、日本の精神医学・医療の発展に寄与することを目的とする。

事業概要

- 1) 臨床精神医学に関する研究
- 2) 精神障害の病因に関する研究
- 3) 精神障害の発症因子に関する研究
- 4) 精神障害の予防と治療に関する研究
- 5) 精神障害者の社会生活支援法の研究
- 6) 臨床精神医学に関する研修会、講演会等の開催
- 7) 臨床精神医学に関する出版物の刊行



豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員

- 所長 林 拓二
顧問 山田 尚登（滋賀医科大学精神科教授）
顧問 村井 俊哉（京都大学精神医学教授）
所員 成田 実
所員 世一 市郎
所員 中江 尊保
所員 上原美奈子
所員 義村さや香（京都大学大学院生）
所員 壁下 康信（大阪大学大学院生）
所員 木村 千江
所員 西村 美穂
所員 石田 正樹
所員 小川 奈保
所員 菅原 幸一
秘書 森 香織



編集後記

本年報創刊号の発行に際し、各職域の皆さんに活動報告をお願いしたところ、短期間で多数の原稿が集まりました。研究所の発展を願う所員の熱意を感じて頼もしく思うとともに、次号に備えた今後の活躍を期待しております。

今日は祇園祭宵山、パリ祭、恩師の命日にあたります。例年と変わることなく、今年もまた猛暑が続いています。緑深い鈴鹿の山々には入道雲がわきあがっていますが、豊郷の稲田の上には爽やかな風を感じることも出来ます。厳しい夏もそのうちに秋になり、また雪の降り積る冬になります。季節それぞれに厳しくも美しい自然のなかで、豊郷病院を中心に地域精神医学・医療の研究が楽しく地道に続けられればと思っています。

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

(H23.7.14 編集委員 林 拓二・中江尊保・森 香織)

2010 (平成22年度版)
財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所年報
vol.1

発行 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 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)