

その後すぐに、以前より注察感を感じていた他患を病棟内で殴るという行為をしました。その件に関しては「いらいらしていた、でも僕の勘違いでした」と語り、その後すぐ相手にも謝ったようです。殴ってしまった他患が、それでもやはり気になってしまうので、保護室に移動して保護室から出ないようにしていると、自分なりの対処をしていました。この間が4日間位あります（S31）。

その後、本人の希望で、医師の説明によってmECTが実施されました。mECT実施後は「悩んでいたようなことが気にならなくなりました」と本人は発言しています。心理士が、＜悩んでいたことについて話してもいいかな、話したくなければいいですけども＞と聞いたところ、「あまり話したくないです」という状態でしたので、この時心理士としてはそれ以上踏み込んで話すことはしませんでした。また、事件のことを整理することについても、「前向きに生きていきたいから、整理する必要があるかどうかもわからなくなりました」というような発言がありました。ただ、それについては、＜今すぐでなければいいのですけれども、同じことが起こらないように、今後の対処を一緒に考えていくためにも整理が必要ですよね＞ということ話し、本人はそれに関してはそうかもしれないという必要性は理解してくれたようなのですが、実際、またこのようにつらい思いをしてしまったらどうしようか、自分自身で対処できるかどうかわからないというような不安を抱えている様子でした（S32）。

直面化の後の時期というのは、信頼関係の構築をさらにサポートすることを重点に置いてやっていました。また、日常の些細なことに関して、少し過敏になっていましたので、CBT的関わりを行って、少し安定したところで、次に社会復帰施設の見学ということがありました（S33）。社会復帰施設を見学することが決まり、それについては、「どういう所かなという興味があります、読書が好きですので、たくさん本が読めるか気になります」というような発言が見学に行く前はありました。しかし、見学に行き帰ってきたところ、「居心地よさそうじゃなかった、狭いし。社会復帰施設での説明会では、“社会復帰しよう”という空気で、僕は社会復帰する気ないし、合わない感じだった」という話でした。「お父さんと暮らせると一番いいけど、そういうわけにもいかないし、この病院に何年か居られればいいけど」というような発言が見られました（S34）。また、社会復帰施設に行った後に、2名の別々の他患から、退院後のことを聞かれる場面があったそうです。その際に、「自分は社会復帰する気はない」と相手に語り、「自分の事件のことを話しちゃいました」というように医師との面接および心理の面接で報告がありました。「話しちゃった後は落ち着かない気持ちになる。話すんじゃなかったと思う。」ということでした。話すんじゃなかったと思う理由については、「驚かれたり、引

かれたりするから。」ということでした。社会復帰については、「社会復帰する気はない」という発言を今もよくされています。それで、＜入院はまだ続き、社会復帰については強制しないし、ゆっくりと考えていけばよい＞というメッセージを伝えています。これは多職種共通で伝えています。ただ、PSWとは施設や制度等について引き続き情報をもらって、参考にしてみればいいのかという形にしています。また、事件について話してもいい人と話したくない人の区別をするということを提案して、話したくない場合の断り方の相談も心理面接の中で行いました（S35）。

これから先の関わりについては（S36）、事件について話すことの目的について、2つのことをご本人にも伝えています。＜1つは、病気の部分と病気でない部分を整理して、病気のことを知って、今後同じことが起こらないように対処する方法を一緒に考えていくため。2つ目は、そのことを考えるとつらく調子が悪くなってしまうので、そのことを考えても調子が悪くなるほどつらすぎないようになる位に、一緒に整理しましょう＞というふうに伝えています（S37）。

今回、直面化がテーマの発表ということなのですが、直面化に関して、定義というのが私自身の中ではまだ未整理です。内省という言葉もありますし、贖罪や客観性を養うことを求めるのか、あるいは事件を整理すること、あるいはそれが病識にも関わってくるのか。この方の場合には罪悪感というものを感じる力があって、罪悪感を感じていると思っていますので、心理士としては、整理や病識という部分を中心に直面化をする目的としていこうと思っています。それが果たしてよいのかどうかというところをご意見いただければと思います（S38）。

また、チームアプローチについてですが、今回、心理面接中の直面化によって状態が悪化しました。その心理面接は、直面化させようと思った面接ではありませんでした。ただ、話の中でご本人の中から言葉が出てきて、結果として直面化し、状態が悪化するということになりました。言葉が出てきた以上、状態が悪化するという予測はできたのですが、ご本人は大変つらそうでしたので、心理士としてはもっとよい関わりができたのではないかと思います。悩んでいたところ、医師やナースともに『快復のための避けられない過程であった』というように助言していただき、どう乗り切っていくかについて、心理士に対して言葉掛けをして下さいました。

そこで、やはりチームの中で、どの時期にどういった直面化をするのか、今回はそれを目的としない面接の中で出てくるということもあったのですが、チームでどういうふうに抱えていくかということをも明確化することが大切であると感じました。また、心理士だけが抱えるか、あるいはOTと話していくのがいいか、PSWと話していくのがいいのかなど、患者様によっては事件について話すにふさわしい相手

が違ってくるのかもしれないなとは思いました。いずれにしても、予測される事態に対して事前に情報を共有していくということで、例えば直面化した後の状態の悪化ということに対して対応できるのではないかなというように思いました（S 39）。

#### （4）医師よりの事例総括

**医師 1:** 若干、チームアプローチについて説明をさせていただきたいと思います。まず、実際に当院に患者さんが入院してきますと、今回のシミュレーションのケースでもそうでしたが、多職種チームを編成しております。医師、看護師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士、それぞれ1名が担当した多職種チームです。それに加えて他の職種への情報を共有しようということで、拡大の担当多職種チームをつくっています（S 40）。

今回の症例について考えてみますと、まず入院してきて、チームのリーダーとしてのケアコーディネーターを決めました。この症例では私が担当しました。直面化の必要性を考えて、まず心理士さんに、今、説明していただいたとおり事件の整理を依頼しています。それに伴って、先ほどから説明してきましたように不安や焦燥、抑うつ、自殺念慮が著明になってきました。心理士の面接の後に限って精神症状が悪化するということで、ややチーム内に不協和音が出てきました。そこで心理面接の内容の情報をよくチーム内で共有して、看護師さんにも身近な援助スタッフとして信頼関係を構築したり、直面化に伴う精神症状のモニタリングや支援を担当してもらいました。医師としては、今回、特に不安・焦燥が強く、自殺念慮が強かった直面化の時期には、狭義の薬物療法やmECTによる介入をさせていただいております。この時期を一応、心理士との2者関係を通しての直面化の時期と呼んでみたいと思います（S 41）。

次に、援護寮の見学などをした頃が、現実を通しての直面化と考えています。その前後のあたりから、特に作業療法への参加を通して、対人関係場面に出たり、社会生活能力を獲得するためのプログラムに入ったりしています。また、精神保健福祉士の方と援護寮を見学することを通して、現実と接触する機会を持っています。この際に、2回目の直面化が行われています。この頃事件のことを他の患者さんに話してしまいました。この頃、医師も、もう1回事件のことを聞き直しています。また同時に、心理士の方にもその事件についての整理などを進めてもらっています。

この援護寮の見学後には、非常に社会復帰をしたくない、ずっと病院にいたいと訴えていました。看護師さんからは社会復帰のことを考えなくても良いことを保障し、安心できる環境の提供、あるいは時間を保障した対応をしてもらっています

(S 4 2)。

入院した後、ステージ別で見てもみると、導入期がまずあって、入院後約1カ月間、心理面接の導入をしてもらっています。その後直面化の時期が来て、病気であること、事件を起こしてしまったことに対する直面化の時期が来ています。これが心理士との間の2者関係での直面化の時期だったのではないかと思っています。しばしば困難な状況におかれた人間の反応として、否認、不安・焦燥、抑うつ、受容と4つのステージを経過することが言われています。今回の場合は入院時にはっきり直面化を治療の課題として取り上げていますから、否認というステージはありませんでした。直接、不安・焦燥、そして抑うつが続いています。受容までは到達していませんが、ある程度の一定の安定した段階になっています。

援護寮の見学をして、その時期は現実を通しての直面化と呼んでいます。この時期に精神症状がまた悪化して、自らmECTなどを希望しました。心理士の方との信頼関係が強かったので、一応認知行動療法的なアプローチで、関係妄想に対する病識を獲得し、乗り越えることができました。そしてある程度の安定期に移行しています(S 4 3)。

今回の事例を整理してみます。心理士には、一つには、事件を起こした人としての面と精神障害者としての側面の統合を助けること、二つ目には、事件を起こしたnegativeな部分も含めて、その人を受け入れることが求められていたと感じています。心理士は、先入観や偏見を捨てて、患者さんの話を聞くことが求められていたと思います。このような心理士の姿勢は、患者さんが黙秘したり、否認したりすることを予防し、事件のことを取り扱うことを可能にすると思います。今回の事例では、心理士に事件のことを話し、患者さんが事件そのものを自分自身の行った行為として受け止め、統合していけるような2者関係が作られたと思います。それがさらに医師や看護師、他の職種で共有されて強化されました。その後、他の患者さんにも広がりました。今後は家族やさらに実際に退院していきますと、親戚、友人といったような地域での直面化が必要だと思われます(S 4 4)。

最後に、本人にはまだまったく話していないのですけれども、亡くなった祖母に対する直面化が必要だと思っています。この点はまだまだこれからの問題です。このことが、先ほどのべた良好な2者関係の中で扱われないと、事件のことだけが本人から離れて、例えば事件のことを否認し続けるとか、それが妄想体験を構築していくなど、うまくいかない例が出るのではないかと考えています(S 4 4)。

まとめです(S 4 5)。本症例を通して事件に焦点を当てた多職種チーム医療について検討しました。患者さんと心理技術者との2者関係を核とした直面化から、現実を通した直面化まで、さまざまな直面化がありました。これらの過程を通して

事件に対する受け入れが可能になる考察されました。以上です。

#### (5) 議論

**司会（来住）：**ありがとうございます。早速、議論に入りたいと思います。一つ前の病院においては、医療者側の方が問題、事件そのものを扱うことを行わずに時間を過ごしてきて、警察に一旦逮捕されて、25条通報で入院されて後、1カ月の時点で事件そのものへの直面化、そして多職種チームにおけるアプローチを始められて、悩まれながら進められてきたのだらうと思うのですが、随分とまとまった形での対応でした。まず、会場の方からご議論があれば挙手をお願いいたします。

**吉澤（会場）：**精神保健研究所の吉澤です。直面化という定義が少し難しいと思うのですが、このケースの直面化というのは、本人が自ら能動的に直面化した、そういったものを直面化という形で捉えていらっしゃるのか。あるいは治療の計画の中に直面化という課題を設けて、医療者側からの直面化させる土俵を設定しているかどうか。そして、その直面化に対して、ある程度の患者の反応を予測される中で、それをどう扱っていくかというプランを立てて、直面化に対するその後のフォローのプランニングを立てながら直面化を考えていたのかどうか、その辺を教えてくださいたいと思います。

**医師1：**まず、能動的か受動的かということですが、こちらで事件の事を確認して、いずれは直面化していかなければいけないとしていますから、ある意味では受動的、治療者の主導でということになりますが、時間を保障して、ほとんどゆっくりしたペースにして、本人が受け入れられるペースで、むしろ能動的に直面化を進めたと考えています。つまり心理士の方から強くそれを促したりすることなく、ある程度の信頼関係ができたところで事件の話が出たということです。その時にどう対応しようかというプランがはっきりあったというわけではありませんが、通常予想されるとおり不安・焦燥が強まれば、それに対して十分なモニタリングをしたり支援をしていこう、そういう程度のプランで始まっています。

**司会（来住）：**林先生の方から質疑をお願いいただけますか。

**林：**私の役割は、ただ今発表いただいた治療に対して皆さん一生懸命やっています、ご苦労様ですと労をねぎらうことではありません。別の見方や相反する考え方を提示して議論を沸きあがらせ、治療についての考えを深めようとするのだと思います。

ご発表の皆さんに質問が3つあります。1つは、家族の動きです。治療経過のプレゼンテーションでは、家族の動きが見えづらいと感じました。この患者は苦しい境遇の中で何とか生きる道を見つけ出そうと努力をしてきたことが報告されていま

す。ところが、家族を見ますと、1回目の入院の後に2年ぐらい患者を未治療のままに放置するということをしています。どういうことでそうなったかがわかりません。それから、今回の入院後約3カ月の時点で、患者が「祖母を殺した」という現実と直面して危機に陥ったとき、家族はどういう態度を取ったのか、または治療スタッフからどのような働きかけをしたのかをお教えいただきたいと思います。

2番目は、現実の直面化によって生じる患者の危機に対する備えについての疑問点です。入院後に現実の直面化をして、現実適応のための基礎を作ろうとした。その際の厳しい現実を捉えなおすという作業では、しばしば患者が自己イメージが毀損されて危機の状態に陥ります。この時に、どうして措置入院から医療保護入院にする、医療保護入院から任意入院にするといった警戒レベルを下げるような対応をするのが、率直に言って私にはわかりません。むしろ警戒のレベルを上げるべきではないかと思うのです。その判断が行われた事情をご説明いただきたい。

3つ目は、患者の将来計画や生活のイメージがどうも伝わってこないということです。患者には生きていて欲しい、そのための援助ができればいいと感じるのが治療スタッフの心情です。そのために治療スタッフは、患者が生活してゆく様子を思い描こうとします。私もそれが知りたいと感じました。最後の方でこの患者が読書や音楽が好きだとか、そういうエピソードを教えていただいて、ちょっとイメージを抱くことができました。しかしそれだけでは不十分です。もっと踏み込んで、自分の生き方はどうすればいいかという患者に内在しているはずの悩みを受け止めて、そこをサポートしてほしいと思います。それは簡単に答えが出るような問題ではありませんし、また、本来、患者自身が決めてゆくべき課題であって、私たちが患者に代わって進めるようなものでもありません。しかし、孤立した生活を選ぶのか、どんな友達と交際するか、仕事をするのか、どんな仕事を選ぶのか、といった問題を患者と一緒に取り上げて、それに取り組む彼をサポートする姿勢が重要だと思います。私としては、このような厳しい境遇にある人には、型どおりの社会復帰のプロセスだけではなく、もっと踏み込んだ生活設計や生活のモデルも取り扱おうとする必要があると思うのです。このようなことに関連する患者のこれからの生活イメージみたいなものをお持ちでしたらお教えいただきたい。その後でまたコメントをさせていただきたいと思います。

**司会（来住）：**それでは、問題を扱いやすいところから、2つ目の質問事項である病状認識、措置から医療保護への解除に関しては如何でしょう。

**医師1：**確かにおっしゃるとおりで、以前はそういった形でかなり強制的な入院の枠組みの中でやっていることが多かったのですが、最近ほとんど自殺念慮が出るのではないかという時期にも任意入院をしていることが多いです。その代わりに、本人

と自殺念慮が出るようであれば必ず申し出ることや外出しないこと、外泊しないことを約束しています。中には、そういう状態になると医療保護入院で対応することもあります。今回の場合ですと、その自殺念慮の強い期間に限って本人の自主的な同意で病棟の中で生活をしてもらうという約束をして対応しています。そうすることによって、できるだけ本人の主体性を育てることを目的に、治療法に関しても薬物の量やmECTをするかどうか、これもほとんど本人との相談の中で決めていくというスタンスでやっていて、かなり任意入院で対応するようにしています。そういった対応をすることで、次のクライシスの時も、本人から即効性のあるmECTをしてほしいという希望が出たり、主体的に病識を持ったり、適切な治療法を選んでいけるようなものを育てられれば良いというのが、ある意味では入院形態にも表れているのではないかと思っています。

家族の動きについてですけれど、前の入院で本人からなぜ退院させないのだと責められていたことを考慮し、「今回はしばらく休んで下さい」と伝えてあります。3カ月の時点で、本人が直面化などで不安・焦燥が強まった時期に、一応父親には連絡して、病院としては主体的に本人が治療を選択して、それにしたがって治療を進めていきたいけれどもどうしましょうかとお伝えしたところ、本人の意思を尊重してやってほしい、mECTも希望されるならやってくれという反応でした。

自分の生き方をサポートしてほしい、あんなモデルこんなモデルと、生活イメージを呈示しなさいということをご指摘いただきました。しばしば実際の治療では行っていたように思います。例えば私が呈示したのは、援護寮に入って保護的な中で過ごしていくのはどうか、あるいは対人場面が非常に嫌だとおっしゃるので、ひとり暮らしのアパートはどうなのかということを具体的に説明したり、そのアパートで訪問看護でサポートしましょうと具体的なイメージを伝えました。しかし本人はひとり暮らしをしたことがないし、絶対社会復帰は心配だということで、ほとんど呈示したイメージについては、不安が強く同意されないことが多く見受けられました。

**心理士1**：これからの生活については、ご本人の希望は、今の段階では、「家のなかで自分の部屋で読書するというような今までと同じような生活ができるのならいいけれども・・・」ということです。

社会復帰はしたくないということに関しては、本人が考える社会復帰というのは、一人で自立して生活するということのようなようです。この方は、例えば電車も一人で4回しか乗ったことがないというような、生育歴の中で非常に社会との関わりを持たないでやってきた方で、家族以外の人と個人的に親しい関係を結んだことも多分引きこもり以降はない方です。そのため、一人で安心できる環境をつくって、1対1

の関係を構築し、その後、グループの中で関係をつくってというような段階の部分にばかり今、目を向けています。その先に関して、本人に対してある程度呈示はするけれども、社会復帰のためにしなくてはならないというものの呈示は先延ばししているというのが現状です。そこはご指導いただくところかと思えます。

**司会（来住）：**チームの皆様から、今日この場で議論、あるいは林先生の方からコメントをもらいたい事柄に関して、少し述べていただけたらと思うのですが、発言の中でチームの先生の方から少し直面化の定義を巡って、あるいはそのタイミング、個と全体という話も出ていましたが、その点をまとめて「困った、迷った」という部分を少し整理していただいた上でコメントを伺いたいのですが、如何でしょう。

**医師1：**昨日の打ち合わせの時に3人で話してみますと、実際にこれまで祖母のことについて本人からあまり聞いていなかった。祖母に対するイメージや、祖母に対しての直面化の問題、それと今後どうなるのだろうか、治療チームはどうしたらいいのだろうかという話が出て、この点について教えていただけたらと思えます。

**司会（来住）：**問題が難しくなったところで林先生にお話を伺いたいのですが、お願いできますか。

**林：**まず教えて下さったことについてコメントをさせていただきたいと思えます。お父様がうつ病で十分な協力が期待できない、本人の退院要求を恐れているということですがけれども、お父様は直接力を貸せないまでも、ご本人がこの危機を乗り越えていてもらいたいというくらいことは表明できるのではないのでしょうか。できないことはもちろんお願いできませんが、気持ちを伝えることは可能だし、それだけでも力になると思うのです。ですから、このようなことは既におっしゃっておいでだったのだらうと思えますけれども、これは患者にとって間違いなく人生の危機なのですから、家族も治療スタッフも皆の気持ちを合わせて、できることをするというスタンスがあるべきではないかと思えます。もちろん、家族自身が危機にあり、大変なサポートを必要としているという認識も必要です。家族は、祖母を失って、ショックを受けている。祖母を殺した患者の顔も見たくないという家族がいたとしても、気持ちはよくわかります。家から精神障害者が出たということでスティグマとも闘わなければならない。このような家族に協力を要請するというのは本当に大変なことですがけれども、危機の時だからこそ、頑張ってください、最低限これだけやって下さいという働きかけをするべきだと思えます。患者にも立ち直ってほしいというお言葉だけでももらって、そのお言葉だけ本人に伝えるということではできるでしょう。このように機会をみて少しでも家族の力を結集する働きかけを重ねるべきだと思えます。

それから、この患者の将来の見通しについても、やはり全然結論など出せない性



質の問題でしょう。これも大事なものは、結論を出すことではなくて、いろいろなモデルを考慮しながら、検討を積み重ねていくというスタンスを示すことだと思いません。

治療チームの入院形態を措置入院から医療保護入院にしたり、任意入院にしたりすることについての考え方はわかりました。それはそれでよいだろうと思います。ただし、現象として患者に起こったことは、易怒性が強まっていらいらして人を叩いたりする状態の出現でした。追いつめられて自分がコントロールできなくなるという状態が生じたから、患者は周囲の人にコントロールしてほしい、mECTをしてほしいと言ったのだと推測されます。そう考えると、危機にある患者を厳重に守ってあげるといふ治療スタッフの心意気を、それに応じた入院形態にのせて表現することは、治療のために必要なケースは多いのではないかと思うのです。「あなたは今の大変な危機の状態にある。だから、私たちは治療体制を厳重にして、危機感を持って見ているのだ」というメッセージになるということです。患者本人に任せるといふことは、プラスに作用することももちろんあるのですが、マイナスに働くこともあるという可能性も認識しておかれたらよいと考えます。

それから、全体的にこのケースについてのコメントを言わせていただきたいと思えます。この患者は、随分と酷い目にあってきた人ですね。発病して入院治療を受けたけれども、退院したら、2年間も治療を受けられない状況に放っておかれた。そして現実から乖離した状態で祖母を死なせてしまう。これによって、兄弟もお父さんも被害者ということになって、家族のサポートを受けられなくなった。それから、大きな問題だと思うのは、事件の後、措置入院していた前の病院で、祖母が亡くなったことを告知してもらえなかったということです。これに私は怒りすら覚えます。それは現実の直面化の是非を議論する以前の、犯罪的ともいえるべき怠慢だと思うのです。直面化は医療的介入ですけれども、現実を伝えるというのは医療以前の、もっともっと基本的なことです。その大事な事実を教えなかったということは、この患者に治ってほしくないと思って1年間入院させていたのだと疑いたくなります。

このように長く治療を受けずに非現実の世界に留まらされていたことや、自分でやってしまったことを教えてもらえなかったことは、現実に二重に裏切られていることだと思えます。つまり、病気のせいで現実を見失ったことに加えて、家族や医療スタッフからも現実を伝えられなかったということが重なっていたということです。このような目にあった人は、現実を恨むと思えます。この患者が現実的になるのは嫌だというのはよくわかります。こんな目に遭っていたのでは、現実認識を取り戻そうという気にはならないでしょう。

このような状態にいる患者には、現実の直面化はごく慎重に行う必要があります。この患者は現実を直面化されて、大変に素直な反応を示しています。結果的にこの患者では、治療スタッフの直面化が成果を上げているのですが、現実裏切られてきた人にとって現実を直截に直面することは一種のトラウマにもなりえることです。ずっと現実が隠されてきたのに、ある時から急に厳しい現実が明かされる。知的な能力や内省能力のある人ほど、辛いことでしょう。これは、傷口をむき出しにされて、塩を塗られるような体験でしょう。治療スタッフは、直面化の前に警戒態勢を敷いて不測の事態に対して備えをすることが必要なのだらうと思います。

もう一つこの患者の行動の特徴について意見を述べたいと思います。この患者には、他の人に自分の行動が重大な帰結をもたらしたことを、他の人に喋りたがるという特徴があります。これは現実を取り戻そうとしているのです。この患者は、「自分はどこまでが現実かわからない。私が考えていることが現実でない」と証明されたわけではない」と言って現実否認をしているけれども、それでいて、いろいろな人に事件の話をして、その反応を知ることで、現実を取り戻そうとしているのだと思います。ここに、私は患者の頼もしさを感じます。ただし、話をするけれども、すぐにその後で後退を示しています。私はこれもとても大事なことだと思うのです。ちょっと足を一步現実の世界に踏み出してみたが、やはり厳しいようだから、また自分の安全な世界に戻ろうというような動きです。このような行きつ戻りつの動きは、現実を徐々に認識してゆくために必要なものであり、やはり重要なものです。

石垣先生の講演では、妄想から回復する様式として、シーリング・オーバーとインテグレーションとが挙げられています。シーリング・オーバーというのは忘れること、あるいは蓋をしてシールを張って触れないようにすることです。もう一つのインテグレーションは、病的な体験を自分の人生の中の大事な一コマとして組み入れていくという、理想的な形です。しかし、シーリング・オーバーも、姑息な病的なやり方ではありますが、人間が一生かかっても癒しえない体験は存在するので、やはりそのようなやり方を許容しなくてはなりません。これと比較して、この患者は立派に自分の非現実の体験と向き合おうとしているように思います。現実から遠ざけられたという仕打ちに遭っても、まだ自分の現実を取り戻そうとしている。インテグレーションに向かうプロセスかもしれないし、インテグレーションでもシーリング・オーバーでもない中間的な妄想への取り組み方のようにも思われます。

最後にもう一つコメントをさせてください。心理士の方が患者の現実と病的な面とを分けようとするアプローチをしておっしゃっていました。それ自体はとても正しいことです。「あなたはここまでが病気で、ここまではあなたの本心だ」という

ふうに整理しようとすることは、繰り返し行っていかなければならないことです。ところが、現実には、最後のところで医師 1 先生がおっしゃっていましたが、どこまでが現実で、どこまでが妄想か、区別がつかないものなのです。妄想にしがみついていた方が楽だとか、妄想を手離したらそれこそ生きてられなくなるというケースもある。恐らくこの人もそういう面があるのです。理知的なスタンスでは割り切れないのが患者と妄想の関係です。そういうところを含めて患者を受け入れるというところから、患者のサポートは始まるのだと思います。私のコメントは以上です。

**司会（来住）：**ありがとうございました。それでは、時間になりましたので、一つ目の事例呈示を終了したいと思います。

## 事例検討会

平成17年10月29日

## 目的

- 本症例を通して、対象行為に焦点を当てた、多職種チーム医療について検討する
- 対象行為との直面化の意義および段階について考察を加える。

(S1)

## 対象症例

A氏 男性 28歳

統合失調症 妄想型

対象行為： 祖母に対する殺人

本症例は実際の症例を元に、討論の趣旨を変えない程度に変更してあります。

(S2)

## 生活歴

- B県にて出生・生育。正常分娩。同胞なし。父親はサラリーマン。母親は本人が3歳の時に病死。祖母に養育された。発達歴に特記すべきことなし
- 小学校低学年時は活発で成績も上位であった。小学校高学年よりいじめにあい(事実関係不明)、中学3年より不登校となり自宅閉居となる。当時いじめについては父親への詳しい相談はなかった
- その後、家人の前にはほとんど姿を見せずに自室に閉じこもり、ゲームや読書をして過ごしていた。父親は学校へ行くよう強制はせず、見守っていた

(S3)

### 現病歴1

- X-3年夏、「インターネットトラブルに巻き込まれた」などと急に両親に話すとともに、中学の頃のいじめについても訴えるようになった
- X-3年秋ごろより被害妄想が出現し、家庭内暴力がひどくなり、C病院に医療保護入院した。診断は統合失調症であり、入院中は無為で臥床傾向が強かった(risperidone 4mg, sulpiride 300mg, clocapramine 75mgなど)
- 数ヶ月で退院したが、すぐに通院・服薬を中断した

(S4)

### 現病歴2

- その後、些細なことで腹を立て、家族への暴力が続いた
- X年夏頃より、「悪口が聞こえる」「大変なことが起こるような気がする」、「家に盗聴器がある」、「誰かが見に来ている」などの幻聴、妄想気分、注釈妄想に加え、思考伝播、空笑が見られるようになった。また、「こんな生活はもう嫌だ」ともらすようになった

(S5)

### 今回の概要1

- X年某日、自宅敷地内の別棟にて就寝中の祖母の胸部を包丁で刺した。そこへ父親が駆けつけたが、それを振り切り母屋の二階に駆け上がり、飛び降りた。結局、多発骨折を受傷したが救命。祖母は1ヵ月後に死去
- 救命センターへ入院し身体治療を終了した後、E病院精神科に医療保護入院した。当初、幻聴、被害妄想、自我障害が認められた。入院中「煉獄から転生するために」「おばあちゃんを刺したけど大丈夫だった」と話していた
- risperidone 3mgにて定期的に陽性症状は消失したが、他患に対する軽度の関係念慮は残存した。なお、祖母の死については、精神科担当医より「どうなるかわからないから」との理由で、退院まで告げられなかった

(S6)

### 今回の概要2

- たびたび父に退院にならない理由を問いつめたが、理由には説明されず、繰り返し父親に当たることがあった
- 父は、主治医から転院を求められ、方々の病院へ相談に行ったが入院の受け入れ先が決まらなかった。
- 結局、X+1年冬D病院を退院すると同時に逮捕された。この際に祖母の死亡を告げられた。起訴前簡易鑑定を経て、25条通報にて要措置と判断され、当院入院となった

(S7)

### 入院時診察

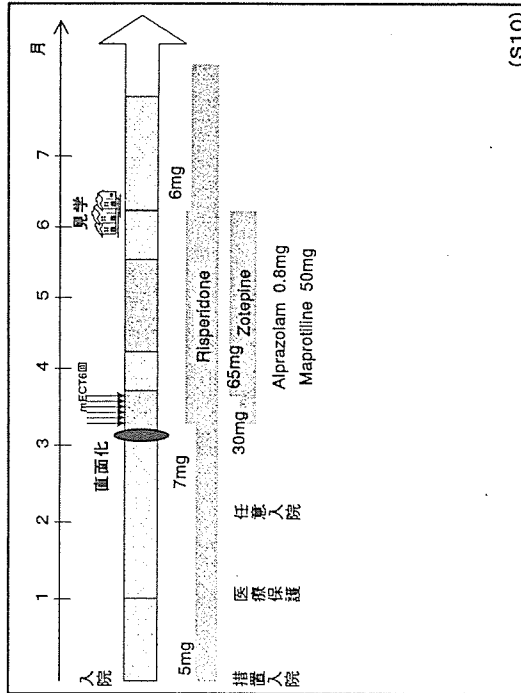
- 入院時は、施設せず保護室を使用した。自分のことを見ているという注察感を認め、自らも保護室使用を希望した
- 祖母の死、対象行為について確認すると、事実を認めるものの、「今は話したくありません」と答えた。いずれ心理士によるカウンセリングで整理する必要があることを伝えた(対象行為の確認と社会復帰までのケア提供の引き受け)
- 父には、これまでもどおり、祖母の死については本人と無理して話し合わなくてもよいことを伝えた。その後、現在まで定期的に面会を続けている

(S8)

### 入院後の経過1(1ヶ月)

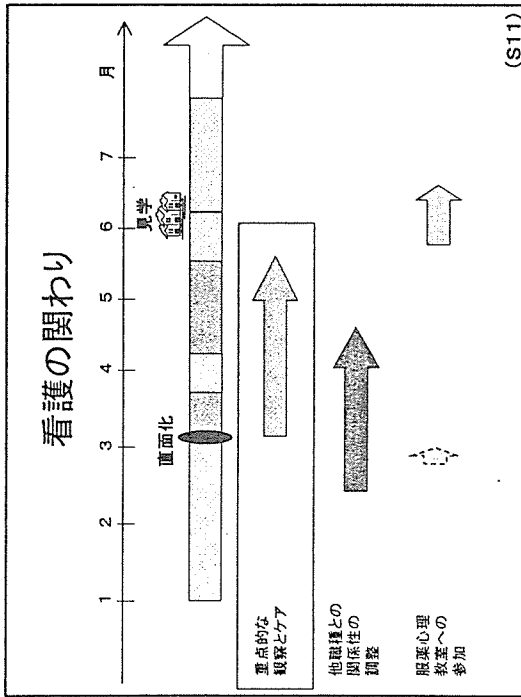
- 入院時には軽い注察感を認めるが、衝動性、暴力の切迫した危険性はなかった
- 入院一カ月後に措置解除。対象行為への気持ちの整理のため心理面接に導入。ただし、話したいことだけを話せばよいことを保証した
- 心理面接の初期には事件については「できればずっと話したくない」と語った
- 心理面接は週一回。音楽、読書やパソコンのことを話すことから始めた。患者-治療者関係の構築を目指した

(S9)



(S10)

### 看護の関わり



### 直面化後の看護の観察ポイントとケア ～希死念慮への対応～

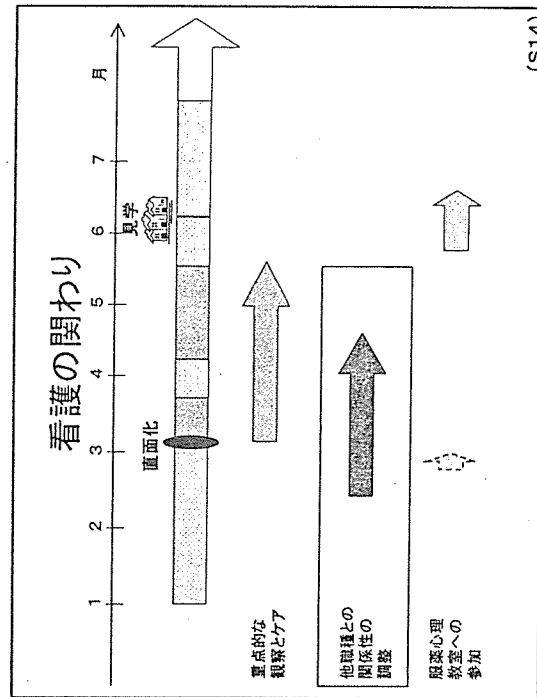
- 自殺念慮は否定していたが、日中、夜間も頻回に巡視し、表情の変化、普段と違う言動の有無、睡眠状態などに注意して観察した
- 患者は、心理的不安が身体愁訴として現れやすい傾向があり、その点にも注意して観察を続けた
- 主治医と密に情報交換を行うと共に、看護師間でも情報共有を徹底し、観察・対応の統一を図った

(S13)

### 直面化後の看護の観察ポイントとケア ～受容と環境調整～

- 患者の不安感、絶望感、自尊心の低下に関連した訴えについては積極的に傾聴、思いを共感し、現実を受容していけるよう見守った
- 患者が気持ちを表現しやすいように面会室を使用するなどの環境調整にも配慮した
- 疲れているときは無理をしないで良いこと、今は休養する時期であると説明した

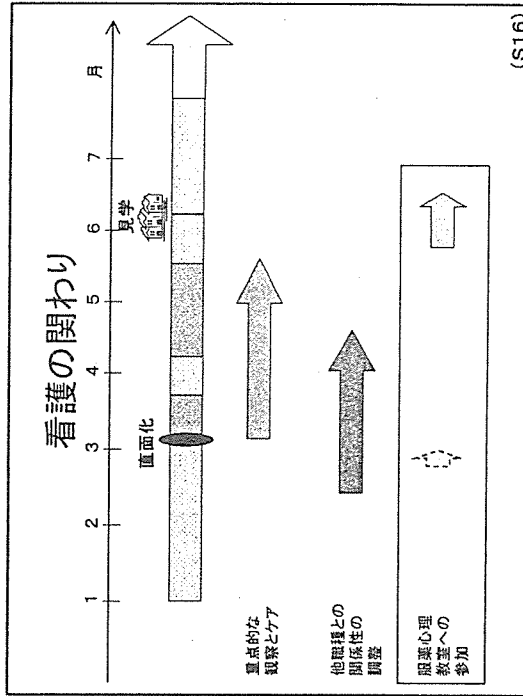
(S12)



他の職種との関係性の調整  
～患者の心理士への感情の対応～

- “健康的で自然な感情”として認め、心理面接は継続した
- 患者には、社会復帰を目指しているものと、それを支援するものの役割の中でやっていくように伝えた
- 心理面接後は特に表情、言動などの変化に注意し観察を行い、心理士との情報交換を行った

(S15)



(S16)

服薬心理教室への参加

過去に通院、服薬を中断し症状が悪化し、重大な他害行為を行っているため、疾病の理解、服薬の必要性、症状に対する対処法を学ぶ目的で服薬心理教育を導入した

参加中の様子

全4回に参加、積極的に発言し、スタッフや他患者のアドバイスも受け入れられている様子であった

(S17)

服薬心理教室への参加から明らかになったこと

症状について

- 本人は、服薬心理教室参加時期には、自分の病気が消耗期にあると捉え、過去の経験から、自覚症状・他覚症状についても言語化できた
- 他覚症状については、「父に言われて、その時は違うと思っていたが入院して気がついた」、とも言語化

- ◆ 自覚症状・・・イライラ・考えがまとまらない・考えが抜き取られる・誰かに狙われている等
- ◆ 他覚症状・・・怒りっぽくなる・人を疑う・部屋に閉じこもる・独り言が多くなる等

(S18)



## 服薬心理教室への参加から明らかになったこと

### 辛い症状とその対処法について

- 現在も続いている辛い症状、過去の辛い症状についても言語化できる
- 対処法について入院前はどうか知らず、父親に暴力をふるうこともあったが、現在は音楽で気分転換したり、スタッフに相談し対処している
- ◆ 現在も続いている辛い症状・・・自分が嫌獄にいたような気がする  
こと・時々音に過敏になること
- ◆ 過去の辛い症状・・・狙われている、見られているといった妄想にとりつかれること・強い不安感・イライラ等

(S19)

## 服薬心理教室への参加から明らかになったこと

### 服薬について

- 過去に良くなったと思いきや服薬を中断し、調子を崩してひきこもったこと、辛さから薬になるため大量服薬したが変わらなかったことについて言語化できている
- 現在は適切に服薬することで症状が安定すると認識しており、服薬の必要性、継続の意志も確認できた
- 副作用については、医師に相談し、薬物調整を行ったことで改善した、とも話していた

(S20)

## 服薬心理教室への参加から明らかになったこと

### 悪化の兆候と再発予防について

悪化の兆候(あることが頭から離れない、不眠、気分の波など)についても振り返り、早期に医療者へ相談すること等、再燃しないための対処についても学習している

### 今後の課題について

信頼できる人については「いない」と話しており、治療の継続、悪化時の早期介入を行う上で、さらに患者-医療者間の信頼関係構築が今後の課題と考える

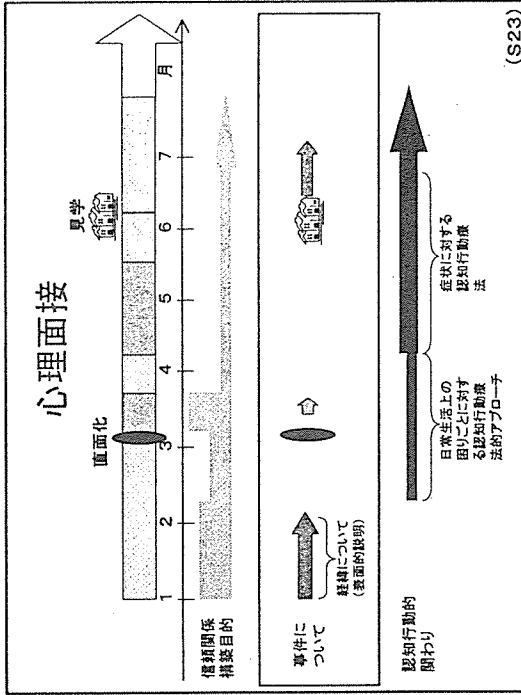
(S21)

## 心理士の関わり

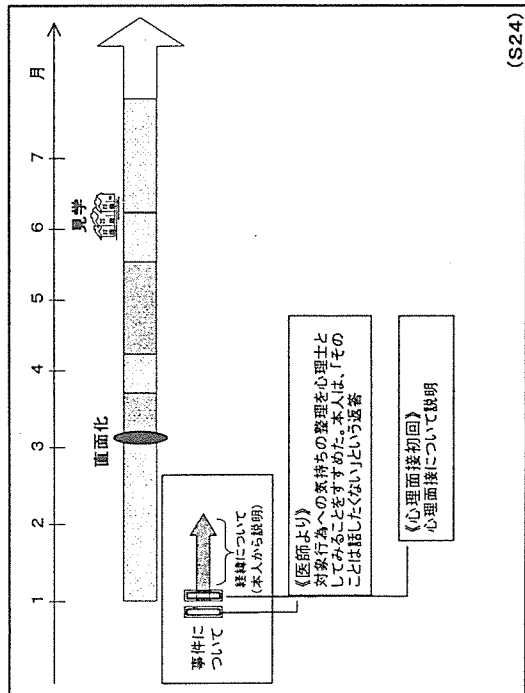
医師より:心理面接への導入  
(入院1ヶ月)

- 対象行為への気持ちの整理を心理士とすることをすすめた。本人は、「そのことは話したくない」ということであったが、まずは病棟生活のこと等を心理士と話すことについては受け入れた
- 長い目で見た社会復帰へ向けた心理面接の開始をお願いしたい。対象行為についてもいわずれ整理して話して欲しい
- 現在明らかな幻聴、妄想はないが、周囲のことに過敏な傾向にあり、その対処法についても対応して欲しい

(S22)



(S23)



(S24)

初回心理面接より  
～心理面接について説明～

CP:<医師からどのような説明を受けているか>  
Pt.:「祖母を殺してしまったことについて、気持ちの整理をした方がよいので、話した方がよいと言われましたけど、話したくないです」  
CP:<心理士が事件についてカルテに書いてある程度は知っていることを伝える>  
CP:<事件のことがあり、病気があり、今回入院することになった。入院中に気持ちを整理する意味でもその件を話せばよいと思うが当面は無理にとは言わない。ただ、気持ちの整理のために話すことが必要だということは理解できるか?>  
Pt.:首肯  
<気持ちとしては話したくないのですね>  
Pt.:首肯

(S25)

初回心理面接より  
～心理面接について説明～

CP: <その気持ちもよくわかるので、ゆくゆく話してもいいときが  
くれれば少しずつでよいので話して欲しい。今は病棟での生活  
のことや、気になることなどを話せばいいと思っている>

事件について、心理士の持つ情報量の提示

事件について、心理士と患者間でどう取り扱っていくかを共有

(S26)

心理面接より  
～事件について本人からの説明～

- そのときは煉獄に迷い込んでいると思っていたから、  
祖母を殺せば転生できると思っていた。でも転生で  
きなかったから、地獄にいけないと思って飛び降りた。  
辛い毎日を終わらせたかった
- その頃は監視されたり、狙われていると思っていた  
から辛かった。図書館でダニの「神曲」について読  
んで、天国や地獄とか煉獄のことを知った。辛くて嫌  
だと思った。祖母を殺せば転生できると事件の1, 2  
週間前ぐらいに思いついて、いざというときにはそ  
うしようと思っていた

(S27)

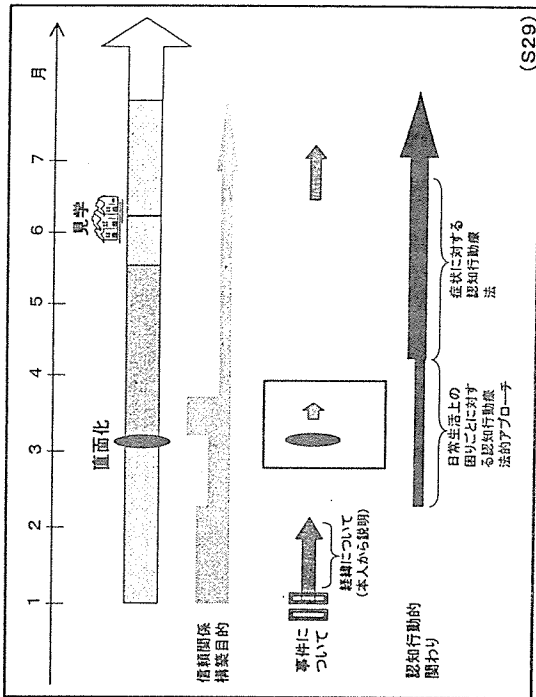
心理面接より  
～妄想について～

- ⇒ 今は監視されたり狙われているとは思っていない。  
E病院で薬を飲み始めてから消えた。妄想は解消さ  
れたと思う
- ⇒ 転生したいとは思っていない。自殺する気は今  
100%ない

その一方で、

- ⇒ でも、この世界が煉獄じゃないということは証明でき  
ない
- ⇒ 事件の前に、小学校のときの幼なじみが家の前  
に来て、何か話していた。E病院では幻覚だと言  
われたけど、あれは幻覚じゃないと思う

(S28)



(S29)

心理面接より  
～直面化～

<病気のこと(病名や病気の症状など)の知識を確認する会話>  
Pt.:「僕のは病気の部分と病気でない部分があると思います。怒りっぽかったのは病気の部分。妄想のなかでも病気のものとそうでないものがある。今も現実じゃないと思っているけど、それは病気じゃない部分...」

「現実じゃないと思っているのは、今がいやだからです。頭悪いし、ひきこもりで、病気もあるし、人殺しだっていうのが現実だと思いたくないからです」と語る。

いらいら  
落ち込み

CP: <貰うんじゃないかと思ったことはあるか?>  
⇒ Pt.:「あるけど、どれかは言わないです」  
CP: <カルテにどんな話をしたか書かれていますか?>  
⇒ Pt.:「それはいいです」

(S30)

～直面化の後～

- ⇒ NS、Dから、嘔吐などの身体症状が出ているとの連絡あり
- ⇒ Dとの面接で、前回心理面接で口にした「人殺し」という自分自身の言葉でつらくなった、と本人からDに報告があった
- ⇒ 心理面接の時間になっても自室で横になっている(初めで)。現在の本人の状態についてDと同様の説明を行った。次回以降の心理面接について本人に選択してもらったところ、次週の同じ曜日の時間に設定

以前より注釈感を感じていた他患を病棟内で設ける行為

いらいらしていた  
勘違いだった

設ってしまった他患が気になるので保護室から出ないようにしている、と自分なりの対処

(S31)

mECT (modified electro convulsive therapy) 実施後

心理面接より  
～直面化の後～

- ⇒ Pt.:「悩んでいたようなことが気にならないようになりました」
- ⇒ <悩んでいたことについて話をきいてもいいかな? 話したくなくればいいが>  
⇒ Pt.:「あんまり話したくないです」

それ以上踏み込みます

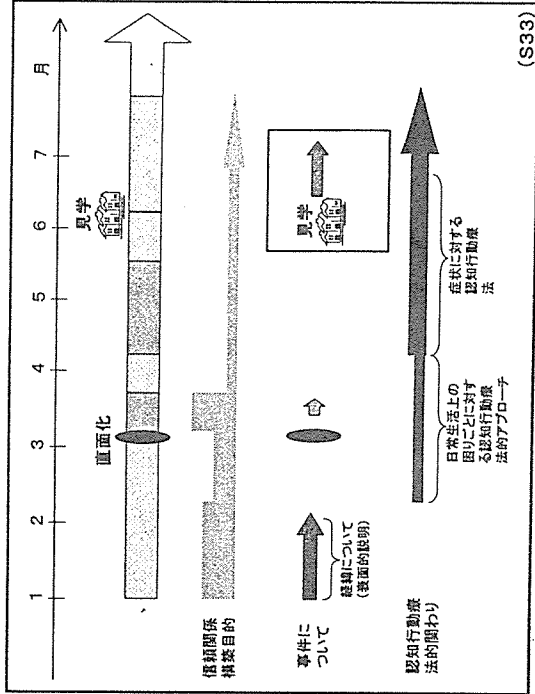
事件のことを整理することについて

Pt.:「前向きに生きていきたいから、整理する必要があるかどうかどうかもわからなくまりました」

<同じことがおこらないように今後の対処を一緒に考えていくためにも整理が必要>

動機あり  
対処できるか不安

(S32)



(S33)