

いとされています。しかし、このような状態は何らかの意識の変容を示している可能性も考えられ、それを明らかにするために、SPECT 検査を行なった報告もときおり見られます。このような報告はまだ数が少ないのですが、健忘時にはおおむね両側側頭葉内側部と前頭葉の血流の低下が見られ、記憶が回復することによって、血流の低下所見が改善されるとしています。

我々の症例では、このような報告とは異なり、両側前頭葉の血流増加が特徴的に認められます。このような所見について、我々は、抑制系である前頭葉が過活動になって、エピソード記憶と関係する神経システムの側頭葉を抑制したことが、解離性健忘の状態をつくっていたのではないかと考えています。そして、この前頭葉の抑制がとれることによって、健忘の回復が見られたのではないかと考えています。しかし、この SPECT は定量評価ではないため、健忘の出現時に、前頭葉の血流が増えていたのか、それとも、それ以外の部位の血流が下がっていたのかについては、断定出来ません。今後さらなる検討が必要かと思われまます。

いずれにいたしましても、これまでの報告では、健忘の回復前後には、機能的脳画像の所見が変化するという点では一致しており、心因性健忘の状態もまた、精神力動的な解釈によるのではなく、脳の機能的な変化によって説明可能な病態であることを示しています。さらに、我々の関心は、解離性障害と非定型精神病との関連であり、自立性不安定性や反応性不安定性と称される素因あるいは発生基盤の研究が必要であり、変動するものの背後にある動かないものを見出すことが、精神科診断にとっても重要なことと考えています。

症例呈示—内因性精神病

最後の症例は 64 歳の女性です。初発時は内因性精神病と考えられていたのですが、MRI や SPECT では老年性の変化が認められ、この精神病の経過を器質性の病変によって説明できるかどうかを検討しなければなりません。

症例は、31 歳のときに、抑うつ状態で 3 ヶ月通院して軽快しております。その後はママさんバレーなどで活躍し、精神的な問題はまったく認められませんでした。

61 歳になり、突然、誰かに見られている、ビデオにとられ、話を聞かれていると言い、精神科を受診しました。入院を勧めたものの、主人は家庭で看護したいと希望しましたので、一ヶ月半外来通院を続けて軽快しました。

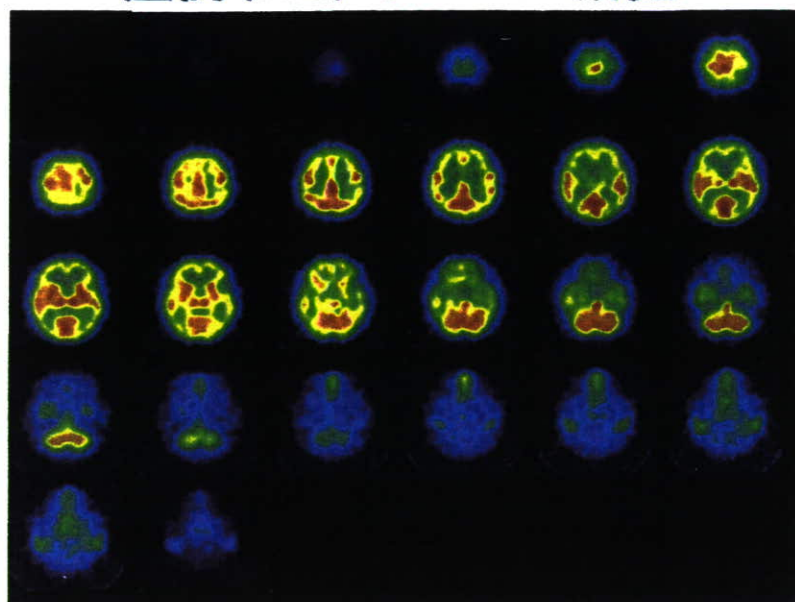
62 歳時に、彼女は再び突然に亜昏迷状態に陥りました。このときも、外来通院して一週間くらいで軽快しました。

63 歳になってから、注察妄想を訴えるほか、手足の痺れなどの身体症状があり、食事が取れないと訴えるために、われわれの病院に入院しました。身体症状を主にした抑うつ状態と考えて治療したところ、一ヶ月で軽快し退院しました。しかし、2 ヶ月後に再び、同様な訴えが見られ、2 回目の入院をしています。

この症例の SPECT 所見ですが、両側前頭葉の取り込みが著明に低下しております。

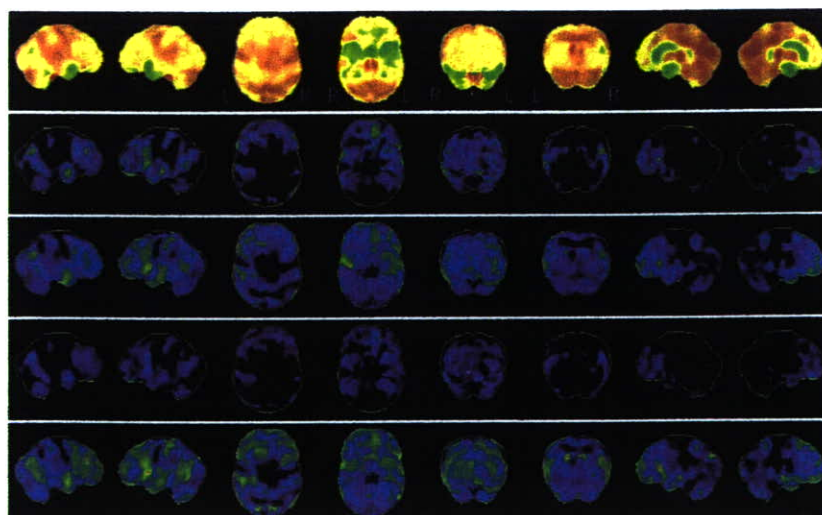
抑うつ症状が軽快した後も、再度の SPECT 検査を施行しておりますが、その所見に変化はありませんでした。

症例(K.S)のSPECT所見



SPECT 所見を、3D-SSP によって解析した結果を示します。両側の前頭葉、頭頂葉の血流低下が顕著であり、両側側頭葉の取り込みもまた低下していることがわかります。

SPECTの3D-SSP所見(低下)



この症例は、31 歳時のうつ状態とその後の精神疾患との関係が問題になるかと思えます。61 歳時からの短期間の精神病状態は、器質的な所見がなければ分裂感情障害、あるいは非定型精神病という診断になるのですが、画像の所見から単純に内因性精神病とすることには問題があるかとも思えます。

この患者さんの MRI では、両側前頭葉、頭頂葉皮質下白質に虚血性病変を認めており、多発性

脳梗塞の所見を示しています。そして、脳波検査では後頭部基礎律動の減弱と光刺激への反応性増大、背景活動の徐波成分の増加が認められ、変性痴呆の初期を示唆する所見とされています。SPECT もまた、両側前頭葉の取り込みの低下が著明であり、頭頂葉から側頭葉にかけての取り込み低下が見られ、アルツハイマー型のパターンと類似しております。しかし、MMSE は、28/30 であり、その後の再検査でも 29/30 となり、現在のところ明確な痴呆を認めることは出来ません。

このように、初老期の精神疾患の場合は、精神症状が痴呆性疾患の前駆症と考えられる例がしばしば経験されますし、老化の影響も考えざるを得ません。しかしながら、器質性あるいは機能的の所見があれば、精神病症状が必ず生ずるというものでもありません。この患者さんの場合、31 歳時の抑うつ状態を、脳の器質的な所見に結び付けることは出来ません。このような場合には、当然のことながら、一元的に考えるのではなく、多元的な理解が必要であるかと思えます。

内因性精神病の分類に関する研究

続いて、我々が行なってきた内因性精神病の分類に関する研究をお話したいと思います。我々は SPECT を含めた多くの研究を行っておりますが、本日は SPECT に関する内容を中心に紹介し、他の研究は簡単に紹介するにとどめたいと思っております。

内因性精神病は、脳になんらかの病変があると思われながら、なお見出されていない疾患ですが、原因の究明が出来ない理由として、あまりにも多様な症状と経過を示すにもかかわらず、これを躁うつ病と分裂病という 2 つの疾患に分類しただけで、研究を進めてきた点にも問題があるのではないかと考えられます。我々は、分裂病性精神病の異種性の問題をはっきり認識しておかなければならないと考えております。もちろん、躁うつ病と分裂病の間には、なお生物学的に明確な差異が認められているとはいえないのが現状であり、一方で、医学的な診断を放棄した「単一精神病」という概念が、なおきわめて魅力的な仮説として存在するというのも認めざるを得ない現状ではあります。

われわれは、躁うつ病と分裂病のほかに、てんかんを含めた、いわゆる 3 大内因性精神病の間に、非定型精神病という新たな疾患群を仮定して研究をすすめてまいりました。

この非定型精神病の概念は、大阪医大の教授であった満田久敏先生が、詳細な家系調査に基づいて提唱した概念であり、定型の分裂病の家族内精神病には定型の分裂病が多く見られるものの、非定型精神病は認められず、非定型精神病の家族内精神病には非定型精神病のほかに、躁うつ病やてんかんの患者さんが見られるものの、定型の分裂病は認められないという結果から、非定型精神病が分裂病とは異なる疾患群であると考えられたものです。この概念は、京大を中心にして主として関西で発展し、大阪医大や三重大学の多くの研究者によって裏付けられてきたものでありますが、同様な主張は、ドイツのレオンハルト、フランスのエー、そしてスカンジナビア諸国の研究者によってもなされてきました。残念ながら、アメリカ精神医学会による DSM の診断が全世界に浸透した現在では、きわめてマイナーな主張であることは認めざるを得ないのですが、われわれの主張が認められる日は、将来、必ず、来るものと確信しております。

定型分裂病と非定型精神病の臨床的相違

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

上の図は、定型分裂病と非定型精神病の臨床的相違をまとめたものです。臨床の精神科医以外の方には、なかなか理解し難いとは思いますが、最も大事な点は、定型分裂病の背後に人格の病理を仮定し、非定型精神病の背後には意識の病理を仮定している点です。すなわち、非定型精神病においては、何らかの意識の変容が認められると考え、身体に基盤のある精神病と近縁の疾患であろうと考えています。

繰り返しになりますが、非定型精神病の症例に認められる家族内精神病には、非定型精神病が見られるほかに、躁うつ病やてんかんの患者も見られるものの、定型の分裂病は認められず、定型分裂病の家族内精神病には、定型分裂病が見られるものの、非定型精神病は認められないということが、定型分裂病と非定型精神病とを異なった疾患群と考える大きな理由となっております。

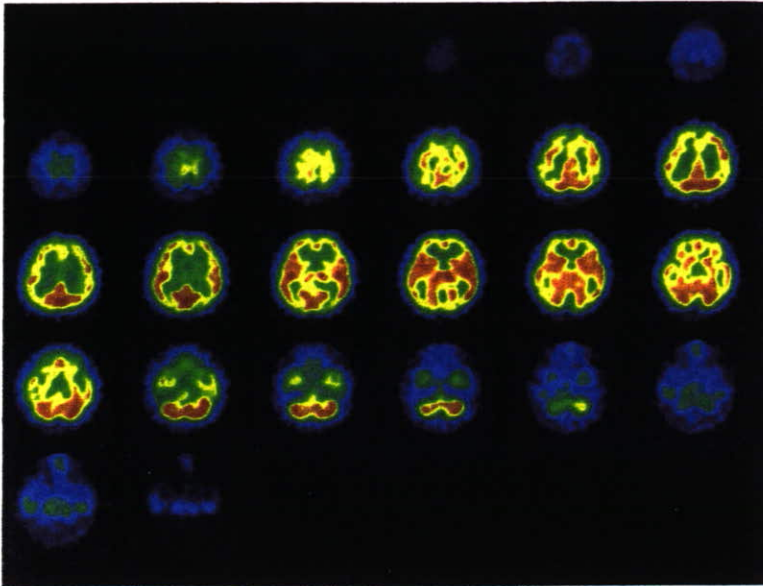
症例呈示—妄想型分裂病

われわれは、SPECTを用いてこれらの疾患群の差異を研究しました。最初に何人かのSPECT画像を提示します。

症例は47歳の女性で、妄想型分裂病です。おなかの中に生物が巣くっていて、時々自分に命令すると訴えます。しかし、日常の生活にはほとんど支障なく、奇異な行動の異常はありません。

SPECTでは、前頭葉の血流の低下が、微妙ではありますが、認められます。

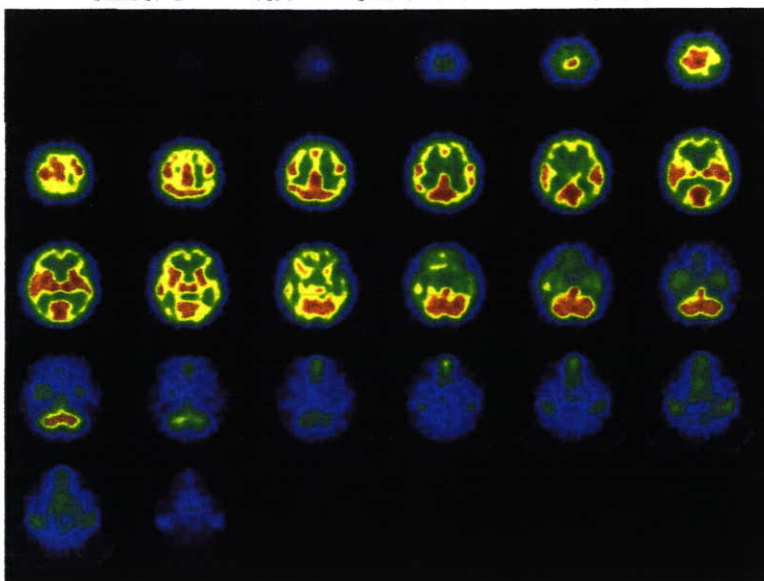
症例：47歳 女性(妄想型分裂病)



症例呈示—破瓜型分裂病

次の症例は、42歳の女性の破瓜型分裂病の患者さんで、時々幻聴が聞こえるというほか、感情と意欲の鈍麻の傾向が著明な方です。

症例：42歳 女性(破瓜型分裂病)

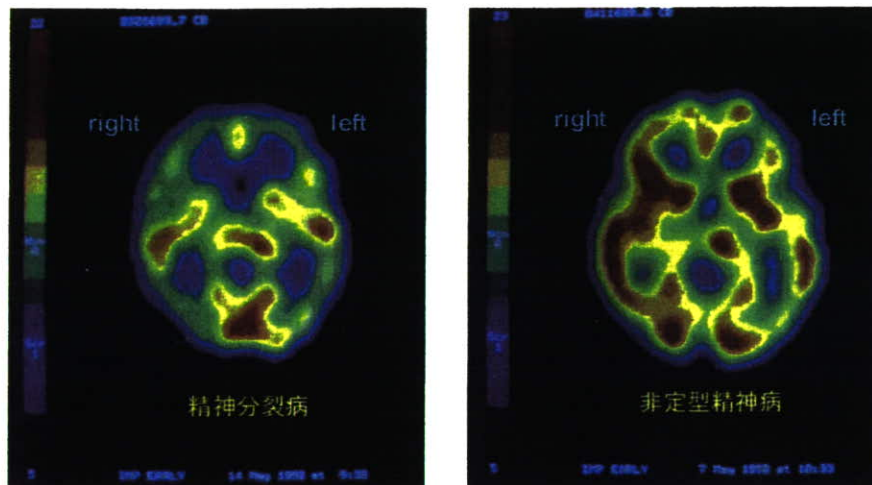


このように、分裂病性精神病の SPECT 所見を見ますと、症例ごとにかかなり相違が見られます。そして、これらの所見も明確な所見ではなく、正常対照群と比較して、統計的に有意な差が認められるというレベルであり、他の画像所見でも事情はまったく同じです。このようなことを念頭

においた上で、我々の研究が行われていることを理解しておいてもらいたいと思います。

われわれは、愛知医科大学で SPECT 研究を行ない、その結果を 1993 年に発表しました。まず最初に、分裂病と非定型精神病の代表例を示しておきます。この画像で強調したかったことは、非定型精神病と定型の分裂病の前頭葉所見を較べると、定型の分裂病に IMP の集積が少なかったという点です。

分裂病性精神病の¹²³I-IMP SPECT所見 (初期分布像)



繰り返しますが、分裂病性精神病の所見は多様でありますから、多数の症例を集めて検討する必要があります。そこで、我々は分裂病 18 名、非定型精神病 16 名に書面での同意を得て、SPECT 検査を行い、正常群の 16 名の SPECT 画像と比較致しました。症例数は、合わせて 50 名になりました。加齢による変化を考慮して、年齢は 40 歳以下に制限しております。

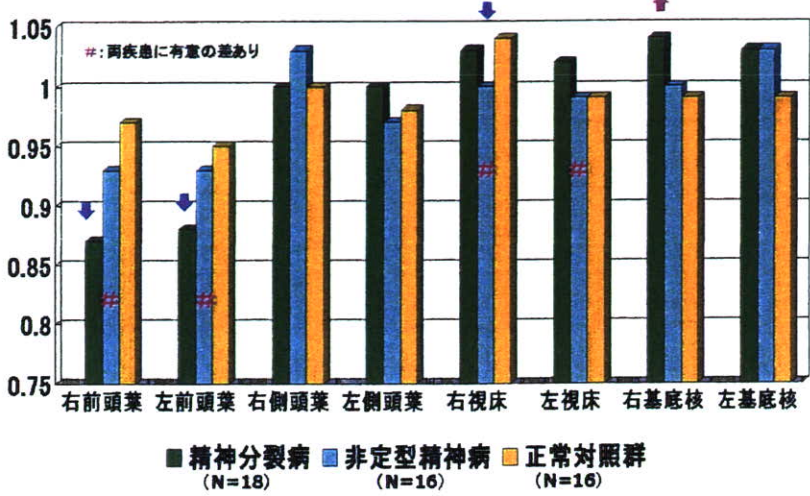
測定は、関心領域を前頭葉、側頭葉、視床、基底核、それに小脳に設定し、それぞれの部分に対する全脳の比を算出して比較しました。

その結果、分裂病では**両側の前頭葉**に IMP の集積比が著しい低値を示し、これは初期分布 (30 分後) でも再分布像 (4 時間後) でも同じ所見が得られました。一方、非定型精神病では、**右側の視床領域**に顕著な集積比の低下が認められました。そして、分裂病と非定型精神病との間には、両側の前頭葉と視床領域で有意の差を認めました。

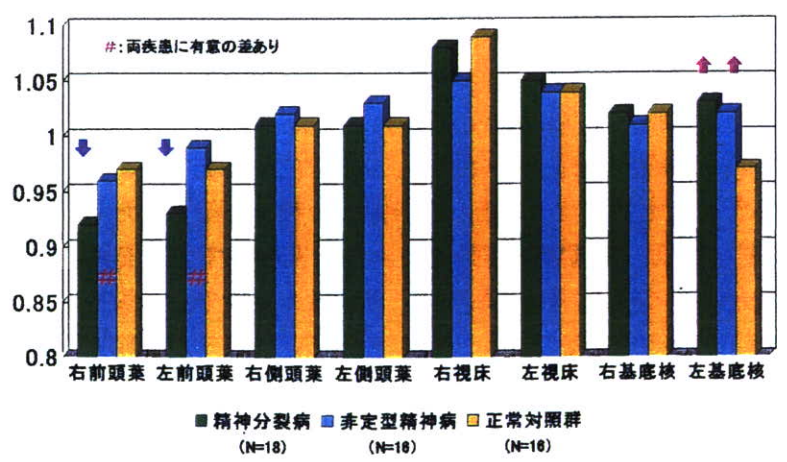
なお、基底核部の IMP 集積の増加所見は、幻聴体験の有無と相関していました。

IMP の再分布所見でも、分裂病の IMP 集積比は、正常対照群や非定型精神病に比べて、両側の前頭葉で低下しております。一般に、SPECT では、初期分布像が脳の血流を反映し、再分布像は IMP の組織との結合能力を示すと言われております。そこで、分裂病は、前頭領域の機能障害のみならず、器質的な変化もまた存在すると考えられる一方で、非定型精神病は、視床領域の機能障害のみが疑われ、これが両疾患の病態における基本的な差異と考えられました。

精神分裂病、非定型精神病と対照群との間の
脳局所IMPの集積率の相違
(初期分布像)



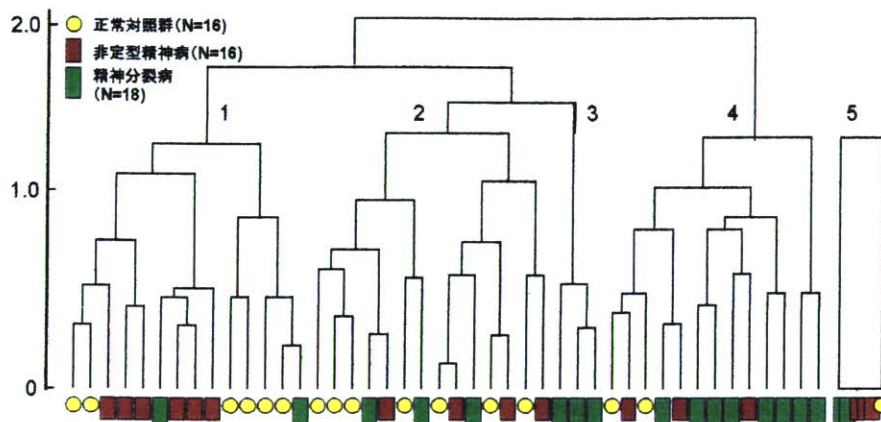
精神分裂病、非定型精神病と対照群との間の
123I-IMPの脳局所集積率の相違
(再分布像)



われわれは、非定型精神病を分裂病とは異なる疾患であるとして、病像や経過の相違によって診断し、2つの疾患群を比較してきました。しかし、非定型精神病的診断が、ややもすれば主観的であるとの批判がなされるのも事実です。そこで、このような批判に答えるためにも、生物学的なデータのみを用いて、すべての症例を機械的に分類し、我々の臨床診断とどの程度に対応しているのかを見ってみました。

そこで、我々が行ったのは、主成分分析やクラスター分析を利用した研究です。

SPECTの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



上図は、SPECT のデータのみからクラスター分析を行なってみたものです。このような分析をしますと、これら 50 名のすべての対象は、5 つのグループに分類されました。そこで、各グループの中に含まれる症例を検討しました。すると、**3 群**と **4 群**には、分裂病の多くが集中し、このグループでは両側の前頭葉に IMP の集積低下が認められました。一方、**1 群**と **5 群**には、非定型精神病が主として分布し、右側の視床に IMP の集積比の低下が認められました。このクラスター分析の結果を見ると、我々の臨床診断が、ある程度、画像所見の裏付けを持っていると判断してもよいのではないかと考えられました。

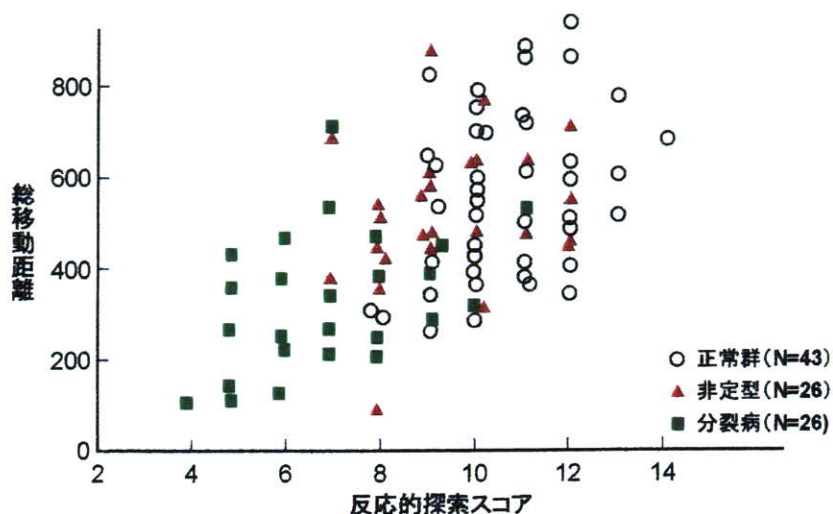
われわれの内因性精神病の研究は、SPECT だけを用いて行っているわけではありません。

この研究は、さらに多くの検査手段を用いて行い、SPECT の研究を合わせて、われわれの仮説を検討しようとしているものです。そこで、我々の研究の全貌をご紹介いたしたいと思います。

このスライドに示す散布図は、探索眼球運動を用いた研究結果です。記銘課題での総移動距離を縦軸にとり、比較照合課題での反応的探索スコアを横軸にとって、分裂病 26 名、非定型精神病 26 名、正常対照群 45 名のデータをプロットしています。ここでは、総移動距離が分裂病群においてのみ顕著な低下を示し、反応的探索スコアは分裂病で最も低値を示し、正常対照群が最も高く、これらの中に非定型精神病が位置しております。そして、これらの 3 群の間には、それぞれ有意の差が認められました。

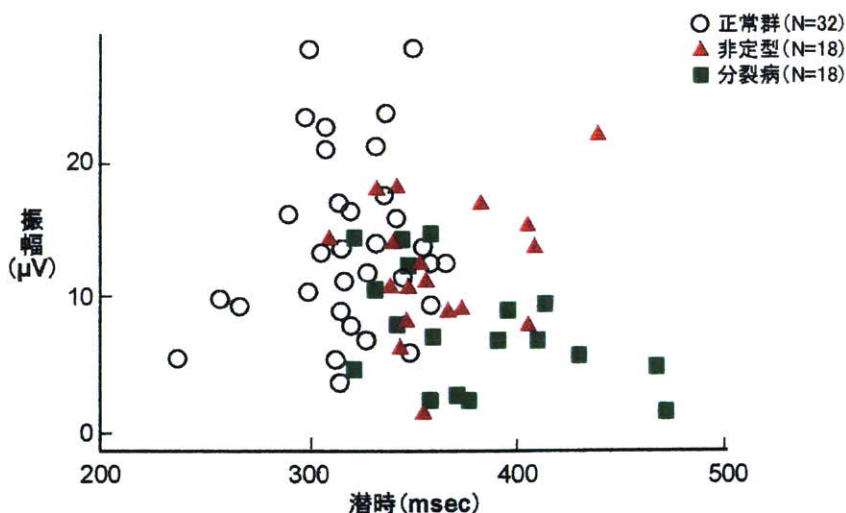
この探索眼球運動の結果は、分裂病と非定型精神病とがきわめて明確に分割され、両疾患の間には認知機能になんらかの差異が存在することは確かのように考えられます。

分裂病と非定型精神病の眼球運動所見の相違



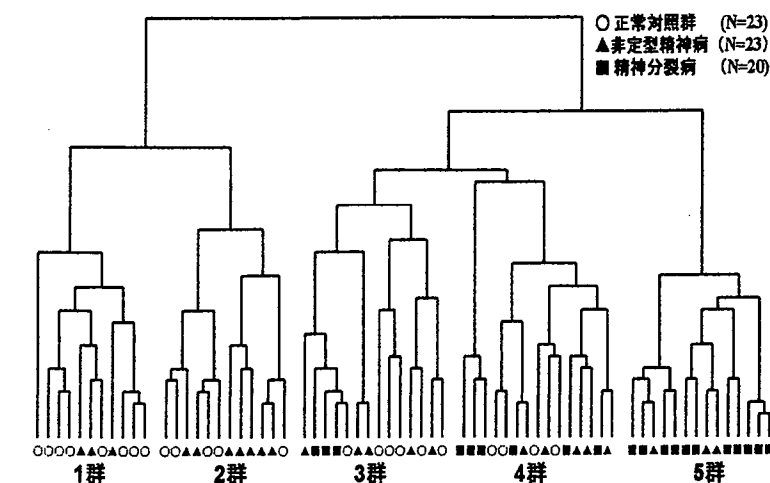
次の図は、Oddball 課題による P300 所見の散布図です。

分裂病と非定型精神病のP300所見の相違



症例は分裂病患者 18 名、非定型精神病患者 19 名、正常対照者 32 名のデータを、縦軸に振幅、横軸に潜時をとって図に示しました。P300 については、これまでも数多くの報告があり、一般的には、分裂病では潜時が延長し、振幅が低下するとされております。我々の結果でも、分裂病は潜時が延長し、振幅が低下するという、これまでの結果を追認するものでした。しかし、非定型精神病では潜時の延長は認めるものの、振幅の低下は認められませんでした。そこで、この図

でも明らかなように、緑色の分裂病と赤色の非定型精神病は、その分布の仕方が顕著に異なっていました。これは、両疾患の病態発生になんらかの相違がある可能性を示唆する所見と考えられます。



精神生理学的指標に基づくクラスター分析の結果

これは、事象関連電位 P300 と眼球運動から得られた所見に基づくクラスター分析の結果です。この2つの検査は、ほぼ同じ時期に、同じ患者さんを対象に行ったため、2つの検査から得られたデータを同時に分析することが出来ました。このスライドで明らかなように、1群から3群までには分裂病は3名しか見られず、4群と5群には正常対照者は4名しか認められませんので、分裂病と正常対象者とは明確に区別されるといえるかと思えます。さらに、非定型精神病は2群と3群を中心に分布し、分裂病は4群と5群に主として分布する傾向を示しており、非定型精神病と分裂病は明らかに異なるグループに所属する傾向が認められています。

各グループをさらに詳しく見てみますと、P300 振幅が最も高い値を特徴とする2群は主として非定型精神病が分布し、定型の分裂病は全く認められませんでした。このグループが非定型精神病の中核群と言えるのかもしれませんが。

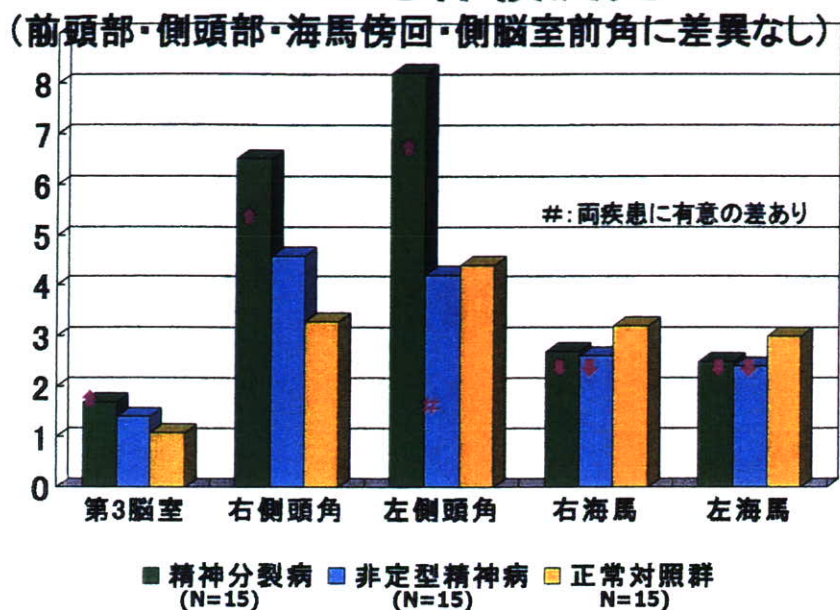
次に、MRI を用いた体積測定の結果を紹介します。

対象は分裂病、非定型精神病、正常群のそれぞれ15名であり、合計45名になります。

この研究では海馬の体積が、分裂病にしる非定型精神病にしる、ともに顕著に減少していましたが、両疾患の間には差異が認められませんでした。

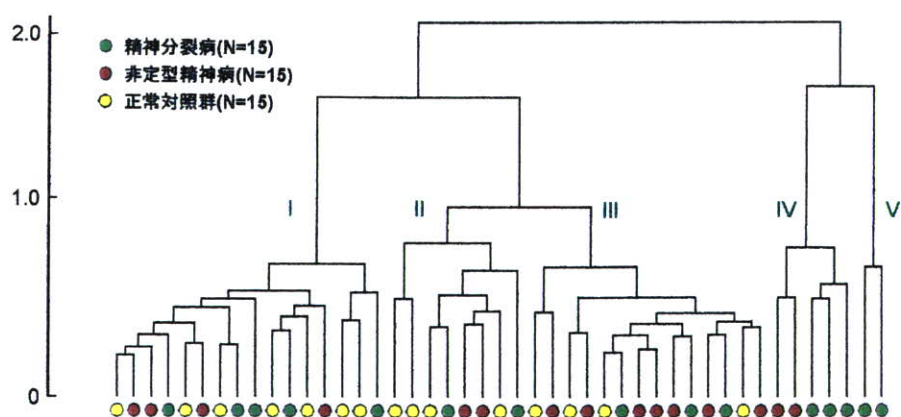
しかし、脳室では、分裂病の方が非定型精神病より顕著な拡大傾向を示し、両側の側脳室下角と第3脳室とでは著しい拡大を認めました。とりわけ、左側の側脳室下角では、分裂病と非定型精神病との間に有意の差異が認められました。

MRIによる体積測定



引き続き、MRI の各指標に基づいてクラスター分析を行いました。全症例は5つのクラスターに分類され、分裂病は主としてIV群とV群に、非定型精神病は主にIII群に分布しているように思われます。しかし、分裂病にしる非定型精神病にしる、その分布はなお多様であることから、これらが、さらに異なる病因、病態発生に基づく多くの亜型に分類される可能性が考えられます。

MRIの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



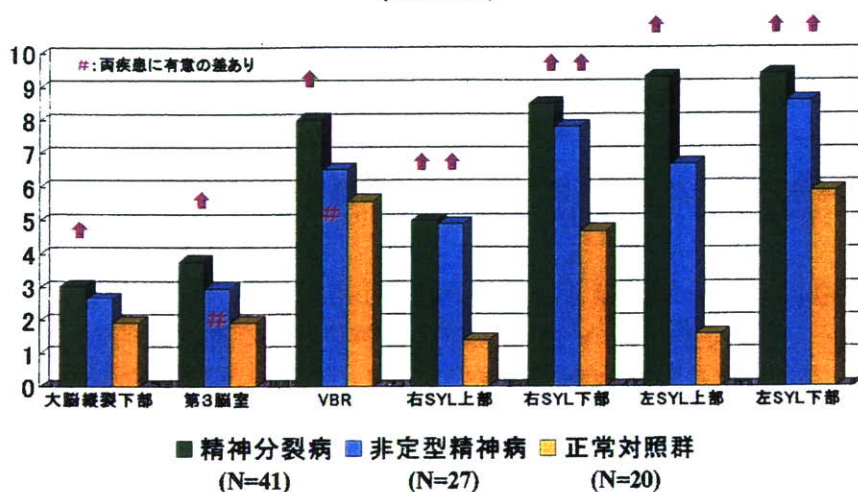
最後に示すデータは、1989年に行ったCTによる分裂病と非定型精神病との比較です。20年近い昔の研究になりましたが、コンピューターの助けを借りながらも、ほとんど手作業で距離と面積を測定致しました。この研究は、我々の研究の原点といえるものであり、ここでご紹介いた

したいと思います。

研究の対象は、分裂病 41 名、非定型精神病 27 名、正常対照群 20 名の合計 88 名です。

結果は、非定型精神病でシルビウス裂の上部などに顕著な開大が認められ、分裂病もまた、前大脳縦裂の下部や側脳室などの多くの部位で著しい開大や拡大が見られました。また、分裂病群と非定型精神病群との間には、第 3 脳室や側脳室などの脳室所見において有意の差が認められました。

CTにおける面積測定 (1989)



次の図は、総ての患者の CT の各指標間の相関を調べたものです。

全患者におけるCTスキャン指数の間の相関関係

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

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

ここで注目すべきなのは、各指標で相関していない部位であり、前大脳縦列、側脳室、そして右のシルビウス裂の3指標間で相関が認められませんでした。このことは、この3指標が独立して変化していることを示しており、きわめて大雑把に言えば、分裂病の病巣はこの3箇所を絞られるかもしれません。そこで私は、分裂病性疾患が3つのグループに分けられる可能性を指摘し、それぞれ、前頭葉型、側脳室型、それに右側頭葉型の亜型を考えたことがあります。

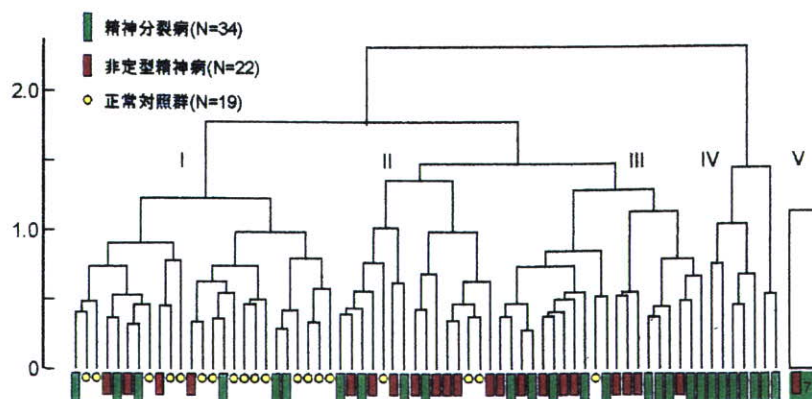
次の図は、CTの各指標と罹病期間の相関を調べたものです。

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

注目すべき所見は、分裂病では罹病期間とCT所見は相関しないのに対し、非定型精神病では罹病期間が長くなるにつれシルビウス裂の所見が強くなる傾向を示していることです。この所見は、近年のMRI研究で、疾病の経過によって器質性の所見が進行するかどうかという議論に参考となる所見かもしれません。

CT指数に基づくクラスター分析による精神病症例と対照群の分類



この CT 研究でも、CT 指標に基づいてクラスター分析を行いました。そして、精神分裂病と非定型精神病、それに正常群が、それぞれに異なるグループに分類される傾向を示し、我々の臨床分類が生物学的に妥当なものである可能性が示されました。

ここで、我々が考える分裂病性精神病の分類についてまとめておきたいと思います。

我々がこれまでにこなってきた研究は、時期も異なり、対象の患者も異なっているために、このスライドのように相互に重ね合わせることが出来ないのですが、CT 所見によるクラスター分析をもとに、推測をまじえて考えてみました。

CT画像の各指数を用いて分類した 分裂病性精神病の5つのタイプ

	I 群と II 群	III 群	IV 群	V 群
CT(1989)	—	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	精神分裂病	精神分裂病
遺伝		<可能性大>		
SPECT(1993)	—	視床のI-IMPの低集積	前頭葉I-IMPの低集積	
MRI(1998)	—	海馬の体積減少	海馬の体積減少と脳室拡大	
P300(2000)	—	—	低振幅と潜時延長	
探索眼球運動(2000)	—	探索スコアやや低値	探索スコア低値	

クラスター分析では、5つのグループが導かれましたが、CT上異常所見を認めない1群と2群の患者を除くと、3つの特徴的なグループが類別されます。第3群は右シルビウス裂の所見を主とした病型であり、SPECTの右視床領域の所見との対応が想定されます。臨床分類によれば主として非定型精神病とパラフレニーを含む妄想型分裂病とからなり、遺伝負因も多く、内因性精神病の真の中核群といえる病型ではないかと思われます。第4群は大脳縦裂下部の前頭前野の病変が示唆される病型であり、SPECTではhypofrontalityと表現される前頭葉の機能低下と関連するものかも知れません。5群は、そもそも残遺群であり、クラスターとは言えないものですが、側脳室周囲の病変が主として考えられ、臨床分類では、ほとんどが定型分裂病と診断される特徴的なグループと考えられました。残念ながら、この2つの分裂病群は臨床症状や遺伝負因に基づいて類別することは出来ませんでした。ここに示した我々の研究は、遺伝-病態発生-臨床症状の全体を考慮に入れて、分裂病性精神病を病因の異なるいくつかの疾患に細分類し得る可能性を示し得たのではないかと考えております。

最後に、本日の講演のまとめをしておきたいと思います。

1. SPECT を精神医学の診断に用いる時の問題を、3 症例を提示して検討した。一例目は前頭葉機能の低下所見があるものの、明確な器質性の所見が見出せず、性格の異常、すなわち、性格の偏りと判断された。二例目は全生活史健忘例であるが、心因性の病態であっても、SPECT によっても脳の機能的変化を捉えうることが示された。三例目は内因性の病像で発症し、次第に器質性の色彩を強める症例であり、このような症例の場合、一元的に理解することが困難であることが指摘された。

2. 次に、SPECT を用いて内因性精神病の分類の可能性を検討した我々の研究を紹介した。内因性精神病はさまざまな疾患を包含しているものと考えられるが、この中で、非定型精神病という臨床単位が取り出され、生物学的データによって非定型精神病の特徴が明らかにされた。

3. このような研究は、分裂病性精神病の妥当性のある診断と病因に基づく治療法の開発に道を開くかもしれない。

ご清聴有難うございました。

林 拓二：第 13 回関西脳 SPECT 研究会講演（大阪、2006）より

expert
精神看護エキスパート

19

患者の安全を守る 看護技術

総編集

坂田三允

日本精神科看護技術協会専務理事

編集

萱間真美

聖路加看護大学精神看護学教授

櫻庭 繁*

京都大学医学部保健学科看護学専攻教授

根本英行*

静岡市こころの健康センター地域支援担当統括主幹

松下正明

東京都立松沢病院顧問、東京都精神医学総合研究所顧問

山根 寛

京都大学医学部保健学科作業療法学専攻教授

編集協力

長谷川雅美*

金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻教授

(*本巻責任編集)

中山書店

執筆者一覧(執筆順)

櫻庭	繁	京都大学医学部保健学科
奥津	文子	京都大学医学部保健学科
船渡	忠男	京都大学医学部保健学科
千葉	信子	多摩たんぽぽ訪問看護ステーション
赤澤	千春	京都大学医学部保健学科
石井	美恵子	フジ虎ノ門整形外科病院 外傷・救急センター
小林	信	北里大学看護学部(精神看護学)
浅香	えみ子	社団法人日本看護協会 看護教育研究センター看護研修学校
長谷川	雅美	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻
岡田	久美子	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻
河村	一海	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻
谷本	千恵	石川県立看護大学地域・在宅・精神看護学講座(精神看護学)
大塚	恒子	財団法人仁明会 仁明会病院赤い羽療園
福田	きぬ子	医療法人財団 松原愛育会松原病院
川田	和人	医療法人財団 松原愛育会松原病院
大下	顕	京都大学大学院医学研究科精神医学

序

専門看護師や認定看護師制度によって精神科看護の専門性が確立されようとする時期に求められている知識や技術は何だろうか。看護の基本が患者の安全を第一にしているように、精神科看護においても「患者の安全を守る」ということは一番大事なことである。

近年の精神科看護の現場において、看護師の患者への精神的なケアについては専門性が高まっていると感じるものの、緊急の事態や事故が起こった場合のフィジカル面へのケアに対する技術については疑問に思うことがある。加えて、わが国の精神科医療において、身体的アセスメントを必要としていたインスリンショック療法や持続睡眠療法などが第一選択ではなくなり、また、病院の機能分化によって看護師が患者の身体症状を見立てる機会が減少しているという状況が起こっている。そのため、精神科で働く看護師の身体的アセスメントやケアの知識や技術が、求められている医療の基準からすれば、十分とはいえないのではないかという危惧を抱いている。

このような状況を背景に、本書は、精神科の看護師が苦慮しがちな身体的アセスメントや救急救命処置などの看護技術を取り上げ、それぞれを基本から解説している。本シリーズの他巻にも安全について説かれた項目がみられるが、本書ではより患者サイドの視点から、日常生活に起こりうる安全を脅かす場面にどのように対応するかという内容を盛り込んでいる。

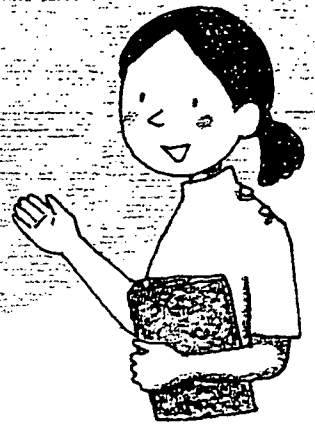
とくに、精神科で起こりやすい事故については、事故直後の一次的な処置が重要であり、いくつかの事例をもとに、その場面に遭遇した看護師がまず何をしなければならないか、専門的、長期的な治療に移行する前段階として、どのような知識と技術をもってケアに臨むかに焦点をあてて詳述している。また、衝動・興奮、不安などの状態にある患者への対応についても、同様に事例を挙げて解説し、患者のみならず、ほかの患者や医療従事者などの周囲の安全を守る看護のポイントをわかりやすくまとめている。そして、不測の事態である災害についても、起こったあとの対処の仕方や被害を最小限にするための防災訓練などについて述べており、医療従事者が組織的に患者をどのように守ったらよいかを解説している。

そのほか、入院患者の安全と権利保護のための法についても触れ、患者の安全をキーワードに幅広いテーマを盛り込むことができたと思っている。尽力いただいた執筆者の方々に感謝するとともに、精神科医療においても全人的な医療がなされるように、本書が読者の役に立つことを編集者の一人として願っている。

2006年12月

京都大学医学部保健学科
櫻庭 繁

精神障害者の安全を守る 法体制



精神科医療，ことにそのなかでの患者の安全にかかわる法律としては，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法），心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法），医療法，医師法，保健師助産師看護師法（保助看法）があるが，さらには医療事故における医療者の責任にかかわるものとして刑法および民法も挙げられよう。

医療事故にかかわる法律（民法，刑法，保助看法）については，本シリーズ第1巻『リスクマネジメント』の「精神科医療における医療事故と法的課題」において論じられている¹⁾。また，精神保健福祉法，医療観察法については同第17巻『精神看護と法・倫理』に詳述されている²⁾。

したがって，各法律の概要についてはそれらを参照していただくこととし，ここではそれら法律の，特に入院患者の安全および権利保護のためのセーフガードとしての側面に焦点を絞って，精神保健福祉法および医療観察法における行動制限，退院請求等について解説し，また精神科医療事故に関する法律について若干の補足事項を記す。

精神保健福祉法における行動制限および退院請求等

精神保健福祉法は，少なくとも部分的には強制（非自発的）入院のための法律である。その一方で，それゆえにこそ，不当な処遇から患者を保護する法律としての側面をもっており，そのためのさまざまなセーフガードが定められている。

わが国の最高法規である日本国憲法は，第13条「すべて国民は，個人として尊重される。生命，自由及び幸福追求に対する国民の権利については，公共の福祉に反しない限り，立法その他の国政の上で，最大の尊重を必要とする」，第21条2「検閲は，これをしてはならない。通信の秘密は，これを侵してはならない」，第31条「何人も，法律の定める手続によらなければ，その生命若しくは自由を奪はれ，又はその他の刑罰を科せられない」，第34条「何人も，理由を直ちに告げられ，且つ，直ちに弁護人に依頼する権利を

与へられなければ、抑留又は拘禁されない（後略）」と定めている。

精神保健福祉法および同法に基づく厚生省告示における、措置入院をはじめとする非自発的入院、開放処遇の制限、隔離・身体拘束、通信・面会の制限は、こうした憲法の規定に明らかに抵触する。それらがこの領域で認められるのは、精神障害者がその精神障害のために治療に関して自己の利益・不利益を判断する能力を欠くことがあるためであるとされる。

しかし人は特段の事情がない限り、判断能力を有すると推定されるものであり、判断無能力が認定されるのは例外的ケースであるべきである。言うまでもないが、「精神障害者すなわち判断無能力者」ではない。憲法的理念からみれば、これら自由の制限は、ごく限られた例外的ケースにしか認められないことを銘記すべきである。治療者からみて医療上不合理だと思える判断（閉鎖処遇の拒否など）であっても、その患者が判断能力を有しているとみなされ、十分な情報に基づいて判断を下している限り、その判断は尊重されなければならないのである。安易な拡大解釈は禁じられなければならない。

行動制限

本シリーズ第17巻『精神看護と法・倫理』において川副も述べているとおり³⁾、医療者が法律と認識しているものの多くは、実は厚生労働大臣告示であったり厚生労働省の通知であったりする。表1～3ならびに巻末資料をみていただければわかるとおり、精神保健福祉法は行動の制限について、「精神病院の管理者は、入院中の者につき、（中略）その行動について必要な制限を行うことができる」としているのみで、具体的な内容は示していない。具体的な内容は厚生労働大臣が定めたものとして厚生労働省告示によって示されている。法は、「精神病院の管理者は厚生労働大臣が定めた行動の制限について行うことができない」、あるいは「指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない」としているため、告示の内容は法的拘束力をもつのであるが、それでもやはり告示はあくまでも告示であって法律ではない。患者、家族への正しい説明のためにそのことを認識しておくことは必要である。

なお、日本精神科病院協会が厚生労働省と協議のうで公表した行動制限に関するQ & A^{4, 5)}が現場ではしばしば参照されていると考えられるが、これは厚生労働省担当者の見解、法律の一解釈にすぎないことを認識しておく必要がある。

退院あるいは処遇改善の請求（表4）

入院患者またはその保護者は、都道府県知事に対し退院請求あるいは処遇改善請求を行うことができる（精神保健福祉法第38条の4）。都道府県知事は、請求を受けたときは精神医療審査会に通知し、精神医療審査会が退院あ