

病教育やコミュニケーションの深化にも効果的な手段を提供する所が多い。

④再構成的精神療法

症状・問題行動の背景である過去の体験や治療者との間に生じる転移・逆転移を扱いながら、生きていく意味を取り上げていく過程で主体の再構成を求めていく枠組みに属する力動的な精神療法などをWol-bergはこの分類と捉えている。人格構造の変化を期待しているのであるが、ある時期の家族には意味を持つ。しかし、とくに統合失調症や強い感情障害が中核にあるような場合にはかえって混乱を招く可能性が大きく、対象者本人に施行することは考えにくい。面接を手段にした実践とは別に、絵画やダンスなどの表現活動に託して人格の再構成の一部を期待できる場合がある。前述のようなリスクを少し軽減できる方法として視野にいれておきたい。いずれにせよ、実施の前後を含めて十分な観察が保障できるのであれば、部分的に取り入れる事はできるであろう。

⑥精神療法について留意すること

精神療法にはこのほかにもいろいろの技法があるが、触法精神障害者を対象とする場合に、あまりなじまないのを省略する。しかしこれらのどれか一つを選んで実行するのではなく、機能を考えて時と場合に応じた折衷を図っての活用が望ましい。どの職種がいつどの方法でどの課題について推進力になるか、慎重に治療プログラムを検討しながら実践することになろう。多職種でより構造的な支援を合理的に実現するためには、従事者間の相互理解がなによりも重要である。しかしそれぞれの専門性が相互に重なりながら、独自性を持つ部分で職種間葛藤が生じる場合もあろう。

特に精神療法が実行されていくある段階では、反動が病棟生活に持ち込まれる場合がある。かえって態度が悪くなったといった他職種からの批判が起こり、スタッフ間の緊張関係となってチーム体制が崩れる要因に発展する可能性も生じかねない。経過に起こり得る予測はタイムリーにスタッフ全員に申し送ったり協議して、その後の効果につなげていく配慮を怠ってはならない。

後述の要点を参考に、これらの隘路に陥らないよう留意して取り組みたいし、前述のアセスメントが繰り返し生かされる部分でもあろう。

対象者の多くに統合失調症を抱えている場合が多いことから、とくにそれらの人々への課題として知られている点を参考にすることは、すべての対象者の精神療法上の留意点にも共通する示唆があるので、池淵と石垣の指摘を紹介しておく。

統合失調症の包括的治療の観点から見た認知行動療法の主たる標的（池淵）

- * ストレスの緩衝剤としての温かみで安定した人間関係を持つスキル
- * 当面のストレス状況に対処するためのスキル（苦手な状況を避ける）
- * 精神疾患のセルフマネージメント（服薬自己管理など）
- * 持続する症状への対処方法

- * 当事者を取り巻く環境や環境との相互作用への介入
- * 認知プロセス（認知機能）の改善

統合失調症患者に対する介入の留意点（石垣）

- * 統合失調症の不安症状に注目
- * 「日本人的な不安」について検討すべき（とくに対人不安）
- * 患者の不安はスティグマ認知とも関連する（心理教育の重要性）
- * 家族や関係者のスティグマのほうが相対的に重要かもしれない
→ 家族へのアプローチの重要性

筆者は精神療法の基盤を支えるキーワードの一例として以下を念頭においてその過程の検討を繰り返す事を心掛けている。

- * 不安・恐れ・怒り・抵抗・拒否・不信・葛藤など
- * 自己効力感・自律性・健康イメージ
- * 疎通性・言語表現能力・表情やしぐさの表現
- * 生活実感・生活技能・生活文化
- * 認知過程（認知機能）・問題解決能力
- * 支持・指示・学習・洞察・内省
- * 自助・自律・自立
- * 社会資源・精神病理・社会病理・薬物の効果

c. 心理学的援助

臨床心理技術者が行う業務に「心理学的援助」と区別する部分があるが、ここでは詳述を省く。地域への啓発活動であったり、治療構造とは少し離れた援助部分での実践を指している。

5. チーム体制を成功させるために

元来、一般精神科医療でのチームケアの下地はまだ十分に成熟していない。医療観察法に基づく実践領域で先に実践ガイドラインの提示があつてのスタートである分、まず動き始めるには抵抗が少なかったのかもしれない。しかし定着するにはいくつかの課題を克服していかなければならないと考える。当面は以下の初歩的な点を提起しておく。

a. コミュニケーションに関わること

第一に問題解決への回路の性質が上下方向か水平方向か、そして閉鎖的か開放的かなどの状況の確認を点検することが意味を持つだろう。そして役割と責任の狭間でス

スタッフ自身に内在する自動思考の流れに気付くのは厄介な作業であろうか。

第二に同じ言葉を用いていても、少しずつ実態が異なる場合が少なくない点であろう。その一例として「受容」をたたき台にしてみるとよいかも知れない。審判的態度の弊害を知ってはいても、価値観の類似性と多様性、一時的に価値判断を棚上げして見ることは出来るか、＜指示・支持・受容＞の関係をいつも振り返っているか、＜対決・受容＞の関係を使い分けられるか、など、意外に曖昧なまま過ごしているのではないだろうか。折々自己点検してみることを勧めたい。

b. チームケアを促進する配慮

機能性としては、その対象者にとって必要な療法の提供が基本であることはいうまでもない。多職種の職能間にある重なり目が協同作業を通じて治療の機能性を高めるためには、各職種が自分の専門性をチームとの関係においてよく認識している必要がある。そして職種を越えて多彩な資源を流動的に提供することが対象者にもっとも馴染む配慮であろう。基礎情報は元より些細な変化についての情報もスムーズに共有化して得られる連続性、そしてそれらを一人の障害者・生活者の姿として統合するためにケースカンファレンスの実質化に支えられている。

そのような過程で、心理学を背景に精神療法や心理アセスメントに深く関与している臨床心理技術者はチーム体制の潤滑油のとして役立ちたいと思っている。大まかな解説であったが、臨床心理技術者の業務の一端を少しでも理解していただく助けになれば幸いである。

(1) 平成20年度司法精神医療等人材養成研修会教材集

日本精神科病院協会・精神・神経科学振興財団編

(2) 平成19年度心の健康科学研究事業：

分担研究者 武井満「他害行為を行った精神障害者の入院治療に関する研究」の研究協力「臨床心理技術者の業務…治療を支えるアセスメント機能を中心に…」齋藤慶子他

(3) Wolberg, L. R. : The Technique of Psychotherapy 1988 Grune & Statton, Inc.

(4) 石垣 琢磨：(2) と同じ

(5) 池淵 恵美：精神分裂病治療に置ける認知行動療法の役割 丹野 義彦編 2002 金子書房

多職種チームにおける 臨床心理技術者の役割

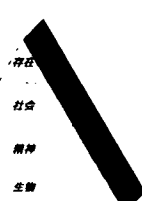
... 触法精神障害者を視野に入れて

(2007. 12. 15)

医療法人高仁会戸田病院
心理室 齋藤 慶子

現代医療 (画一的医療から個別医療へ)

- 生物学的治療の進歩... 薬剤の多様性
薬物への反応の個別性の把握が必要
ETCの改良
- 主体的な治療参加... 自己対処能力を重視
- 病像の複雑さ... 精神・神経の脆弱さ
- 一人々々の人生に託されている可能性の発展 = 潜在している自我機能を再生し、発展して行く営みを見出すために何をすべきか

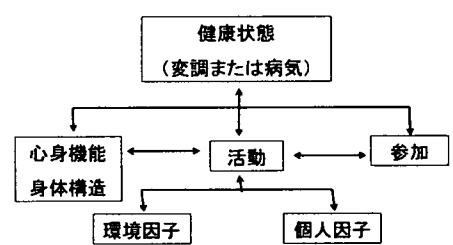


心理職が役立つ機能

1. 行動理論に基づく状態像理解と援助
2. 発達の観点による状態像の構造化支援機序の整理
3. 人間関係の力働の活用
4. 精神(心理)療法の機能の理解と技術援助・技術開発・共同実践
5. 職種間の垣根を外す意識改革
6. スタッフ間のコミュニケーション

ICF (国際生活機能分類)

International Classification of Functioning, Disability and Health



生物・心理・社会・存在の諸次元からの統合的医療のセンス
→ チーム体制の必要性

心理学的介入の最終目標

- 生きることへの支援
- 活かすことへの支援
= 潜在する可能性を引き出す
- 生涯発達への支援
= 生き難くしている要因の改善
= 自己資源を甦らせる

症状を改善する → どのように生きたいか

個別の治療・援助過程の機能性を支える視点

1. 障害から起こる行動の偏りと個性の区別
2. 人格形成過程(人生の流れ)としての評価
3. 文化や全体状況との関連での評価

ひとりひとりの状態像にもっとも相応しい
援助技術を提供するために

個別の治療・援助過程の機能性を支える視点

1. よく見ること(丁寧に・好意的に)
2. 偏らない観点でよく吟味すること
3. 無駄・無理・不足を防ぐ

- 心理社会的要因は裾野も広く、奥行きも深い
- 精神障害の中核症状とは別の軸で動いている部分が見えやすくなる思考過程の構築が必要
- さまざまな専門職の知識とかかわり(知恵)によって拓かれる部分が少なくない
- 簡単そうなのに現実の「多職種チーム医療」としての機能性を軌道に乗せにくいのは何故だろうか

心理学の活用

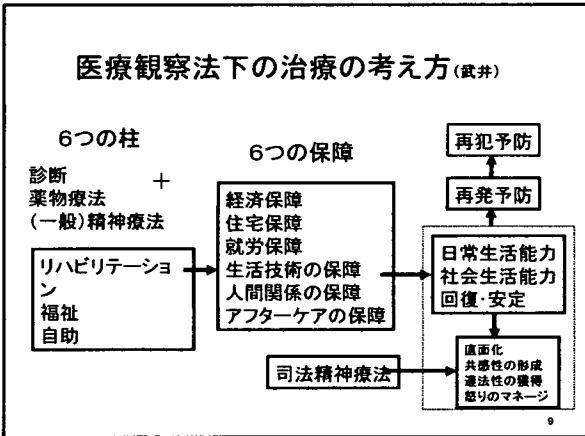
- 行動にかかわる心理的要因のアセスメント
- 精神(心理)療法の実施 → 個人・集団・家族
- 心理学的援助

＜場との関係＞

外来診療・入院治療・デイケア・訪問看護

＜病期＞

健康管理・急性期・回復期・社会復帰期・再発予防



アセスメント機能(1)

基本:

- * 関係職種すべてがそれぞれの立場において常に実施している
- * ひとりのケアのために構造化される場がケースカンファレンスであり、クリニカルパスに整理される
- * その際、比較的見えにくい点からの観察を提供し、病理性の追及のみに限定せず適応的生活への可能性を開く個別の資源を探索するために必要な仮説を検討する役割を果たす点に臨床心理技術者の特性が活かされるとよい

アセスメント機能(2)

目的:

- 1) 疾病軸…精神病理(事件の要因)と健康像との関連性の検討。ストレス脆弱性の社会的要因も含む
- 2) 人格軸…人格構造の仮説(背景に關与している人格障害・知的障害・内的状態像などの検討を含む)
- 3) 行動軸…観察(各職種の見方を活かしながら場と状況を多角的に捉える)、治療過程の評価(行動尺度、行動特性の変化、危険行為の予知など)
- 4) 生活軸…家族機能の評価
- 5) 発達軸…発達過程に関する情報収集。知的障害・発達障害・情緒障害・器質的障害などの鑑別

アセスメント機能(3)

実務:

- * 情報の獲得と整理(面接・資料)
- * 心理検査の活用
- * 観察

病期との関係:

- * 急性期…生育環境・人格形成過程などの聴取、神経心理学的検査、病識の評価、問題行動の背景分析
- * 回復期…投影法や知能検査の実施、不安・抑うつ・衝動性・自尊心・自己効力感などの評価、病識の評価
- * 社会復帰期…回復期とほぼ同じ
- * 地域処遇…入院中とほぼ同じ

精神(心理)療法の実施(1)
非特異的な治療・援助要因による
精神療法

治療・援助が効果的・促進的にはたらくための基盤となる一般的な心理風土であり、以下の技法とは区別する

相手を近くに感じてもらえる関係としての
 <わたしとあなた>

13

精神(心理)療法の実施(2)
支持的¹⁾精神療法

```

    graph LR
      A[問題の言語化] --> B[治療者と共有]
      B --> C[対処能力が機能できるように情緒的バランスを回復する営み]
    
```

14

精神(心理)療法の実施(3)
再教育的²⁾精神療法

- 正・負の強化や対人関係を用いて行動の修正・変化を狙う
- 環境への再適応・・・目標を修正させて再適応を促す
- 表層的・意識レベルの問題点と葛藤の自覚
- 認知機能(注意・知覚・記憶・思考・言語・遂行能力)の合理的活用を重視

行動療法・認知行動療法・心理(家族)教育プログラム・SSTなど

15

精神(心理)療法の実施(4)
再構成的³⁾精神療法

- 症状・問題を直接対象化しない
- 無意識や意味を扱う
- 人格・構造・システムの変化

↓

主体の再構成 → 当初の症状や問題行動の消失を狙う

精神分析・家族療法など 手段として絵画・ダンスなどの表現活動を用いる場合もある*

16

精神(心理)療法の実施(5)
その他の精神療法
森田療法、内観療法⁴⁾など

ただし、一般的な治療プログラムでは、考え方の原則は活用できるとしても、技法そのものは馴染まないところが少なくない

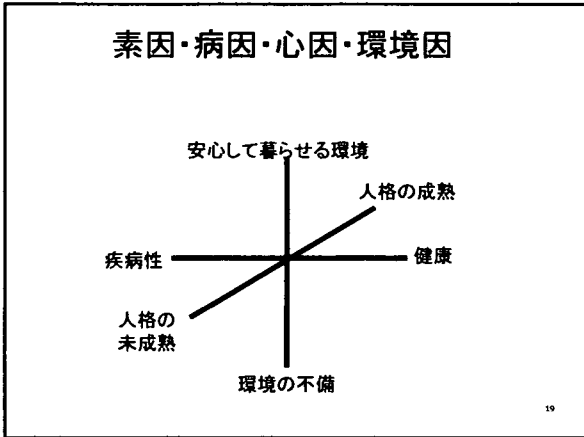
折衷的精神療法

17

精神(心理)療法の実施(6)

- 治療過程の包括的機能を念頭において、他職種によって活用されたり、共同で実施することもある
- 常に治療過程の情報を整理して小さな変化も見守りつつ、積極的な意味仮説を治療チームにフィードバックする
- スタッフや対象者間に生じる葛藤を早期に感知し、集団力動が治療資源として機能するように観察と対処をこころがける(社会心理学も利用する)

18



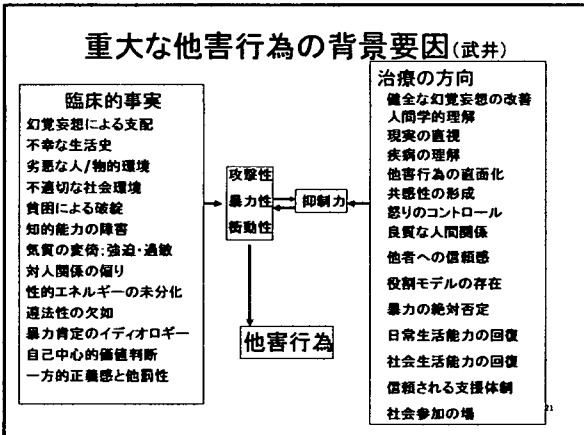
反社会性人格障害を有する者の治療試論(武井)

第Ⅰ期:「出会い期」(暴力的イメージが刷り込まれた状態)
 ・関係性構築の時期:人間学的理解と援助者になり得ることの提示

第Ⅱ期:「依存期」(他律的で依存性の高まった状態)
 ・イメージコントロールの時期:新たな健康イメージへの再構成(イメージのベースチェンジ)
 ・自己の性格特性、行動特性の気づき
 ・暴力の絶対的否定、遵法性、豊かな人間関係の体験
 ・福祉的援助の保障と具体的実施

第Ⅲ期:「自律期」(自律的自己抑制と自己特性への対応)
 ・自己コントロールの時期
 ・社会生活者としてのイメージ形成
 ・援助の持続とアフターケア

20



統合失調症の包括的治療の観点からみた認知行動療法の主な標的(池淵, 2002)

- ストレスの緩衝剤となる温かで安定した人間関係をもつスキル
- 当面のストレス状況に対処するためのスキル(苦手な状況避けるなど)
- 精神疾患のセルフ・マネージメント(服薬自己管理など)
- 持続する症状への対処方法
- 当事者を取り巻く環境や環境との相互作用への介入
- 認知プロセス(認知機能)の改善

22

介入の留意点 (石垣)

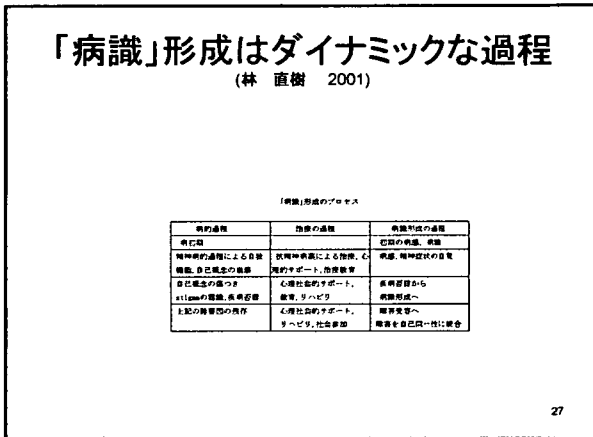
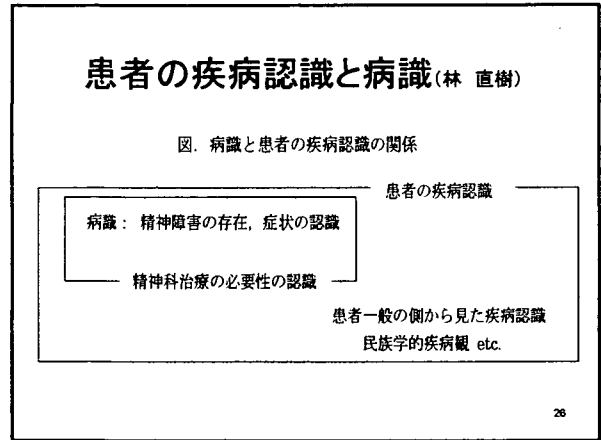
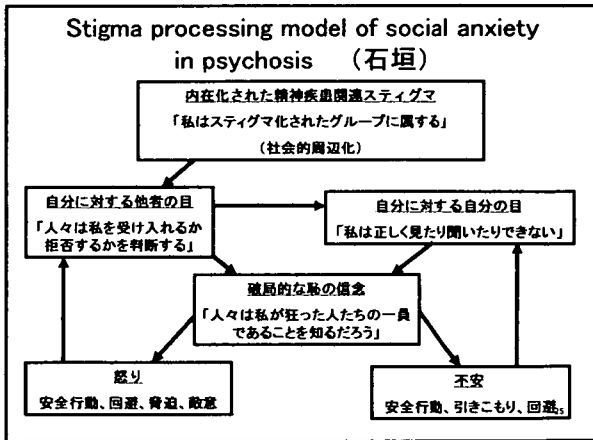
- 統合失調症患者の不安症状に注目
- 「日本的な不安」についての検討をすべき
 ⇒ 特に対人不安(社会不安)について
- 患者の不安はスティグマ認知とも関連する
 ⇒ 心理教育の重要性
- 家族や関係者のスティグマ認知のほうが相対的に重要かもしれない
 ⇒ 家族へのアプローチの重要性

23

CBTの主な標的となる持続症状(石垣)

- 幻覚
- 妄想
- 不安
- 抑うつ

24



- ### 研究の結果(林 直樹)
- 治療の必要性の認識に面接の効果が認められた。
 - 患者役割受容の向上の要因として、治療面接の他に協力的な治療関係であること、陰性症状が少ないことが見出された。

- ### …チーム医療を阻害する要因…
- A. 認識的な面から
1. 良質な個人情報の不足
 2. 個人情報から個別理解への展開の不足
 3. 観察情報への関心の薄さ
 4. 情報の流れの不備
 5. 施設機能の認識の不足
 6. 技法の柔軟性の不足
 7. 適切な評価にかけるために起こる新しいことへの抵抗

- ### …チーム医療を阻害する要因…
- B. 実務の実態から
1. 情報獲得の方法が未熟
 2. 情報交換の機会が定例化・参加しにくい
 3. チームケアの具体的なアクションが掴めない
 4. 実務レベルのずれ
 5. 病棟などの職域を核に様々なグループセッションによる治療構造を多様化する発想が不足
 6. システムを立ち上げるためのテストランニング段階の容認が必要
 7. 何よりもコミュニケーション能力の不足

コミュニケーションにかかわる諸次元①

1. 治療集団という組織の意思決定のコントロール
2. コミュニケーション技術からコミュニケーション能力への脱皮
3. その場の社会システムに適切に組み込まれるために必要な評価(見過ごし、見誤り、大掴み、ため込み、利害の対立、独善的なふるい分け、防衛、非系統的無制限な理解、など)

21

コミュニケーションにかかわる諸次元②

4. 問題解決への回路の性質
(上下か水平か、閉鎖的か開放的か、など)
5. 受容をめぐる課題
 - ① 審判的態度の弊害
 - ② 価値観の類似性と多様性
 - ③ 指示・受容・支持
 - ④ 対決と受容
 - ⑤ 価値判断の棚上げ

22

チーム医療を促進する配慮

1. 機能性…その対象者にとって必要な療法の提供
2. 職能の重なり目での協同…各職種が自分の専門性をチームとの関係においてよく認識しておく
3. 流動性…職種を越えて多彩な資源を提供
4. 連続性…情報の共有化
5. 統合性…ケースカンファレンスの定例化・実質化

23

心理療法の基盤を支える
キーワード(Key words)の一例

- 不安・恐れ・怒り・抵抗・拒否・不信・葛藤など
- 自己効力感・自律性・健康イメージ
- 疎通性・言語表現能力・表情やしぐさの表現
- 生活実感・生活技能・生活文化
- 認知過程(認知能力)・問題解決能力
- 支持・指示・学習・洞察・内省
- 自助・自律・自立
- 社会資源・精神病理・社会病理・薬物の効果

24

ストレス対処の一例

- 自動思考の流れを変えるために(自問法)
 - * 不快感情が起こった状況の記述
 - * その感情が何なのかを明らかにする
(不安、怒り、悲しみ、など)
 - * 事実と直面した時に浮かんだ考え(自動思考)を記録(その事への確信度を評定)
 - * 代わる適応的・合理的思考を考え出す
〈治療者(援助者)の質問に導かれて〉

25

おわりに

1. チーム医療は、ケアの目的になるのか?
2. 仕事のやり甲斐との関係は?
3. それぞれのスタッフが、自分の果たせることと限界に謙虚に向き合えるとき、チーム医療が実現しているのだろう
4. 臨床心理技術者はチーム体制の潤滑油として役立ちたいと思っている
(person centeredの姿勢の徹底
para-medical staff→
co-medical staff→co-professional staff)

26

資料4

事例報告

崎川典子、今井淳司、五味淵隆志、田口寿子、林直樹、武井妙子、黒田治（都立松沢病院）

1歳11ヶ月の第1子を殺害し、起訴前嘱託鑑定を経て、起訴猶予となり、その2年後に生後2ヶ月の第2子の首を絞めようとして医療保護入院となった、急性一過性精神病性障害（下位診断は「統合失調症状を伴う急性多形性精神病性障害」）の1例を経験した。症例の経過および問題点を報告し、症状、治療、今後の多職種／多（他）機関との関わり方について考察する。

【症例】A（33歳、女性）

【既往歴】3歳頃～ 気管支喘息（高校時代からは軽減 最終発作はX-1年秋 妊娠中）

3歳～6歳「小さなものが急に大きく見えるようになった」「ものが歪んだり、ななめに見えたりした」

てんかんの既往なし 妊娠・出産以外に産婦人科通院歴なし

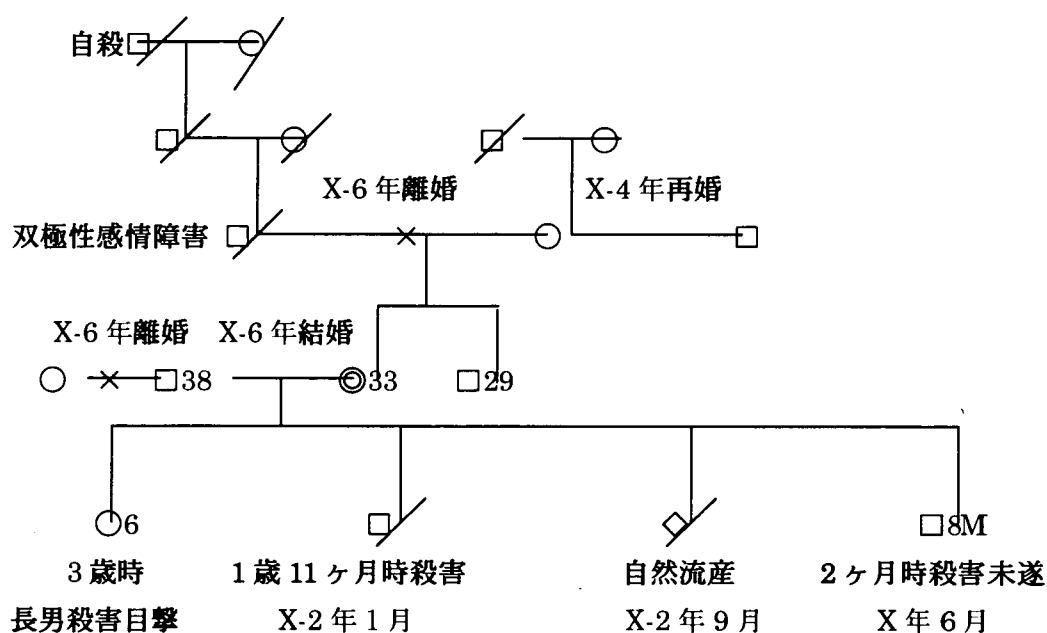
【家族歴】遺伝負因あり

曾祖父：自殺

父：双極性感情障害で4回入院歴あり

（肝硬変で入浴中に吐血し死亡 アルコール依存なし飲酒中の暴力なし）

表1 家族歴



父：Aの陳述によれば「仕事をしない人、体を使わない」ということで、父親から引き継いだ飲食店の経営は妻（Aの母）にまかせ、株取引などをしていた。Aは、「本当に私を信じてくれたのは父だけ」と言う。双極性感情障害の診断で4回の入院歴がある。X-3年、肝硬変、食道静脈瘤破裂から吐血し、死亡した。アルコール依存症はなく、飲酒中の暴力もなかった。本人に対する虐待はなかった。

母：「とても仕事の出来る人」で、家業の飲食店の実質的経営者である。X-6年に父とは協議離婚したが、その後も同店舗の経営を続けている。Aが28歳時のX-4年に再婚した。X年4月のAの出産に際し、夕食を届けたり、小遣いをあげるなどのサポートしていたが、Aの陳述によれば「物理的には支えてくれても精神的には支えてくれない人」とのことである。

弟：「ものしずか」。独身。会社勤務を経て、現在は文筆業。

夫：Aの陳述によれば「とても優しくて頼りになるが、自分のことをあまりよく理解してくれていないかもしれない」ということである。建築関係の自営業に従事している。X-9年、Aが25歳時に関東地方の離島Bで出会った。X-6年、Aの妊娠を機に前妻と離婚した。前妻とのあいだに挙児はない。自然、田舎暮らしに興味があり、離島で友人とゲストハウスを経営していた。そのゲストハウスで患者と同棲を始めたが、同ゲストハウスでは前妻と

その交際相手も一緒に共同生活をしていた。

長女：現在6歳で保育園に通園している。X-2年の長男殺害直後の現場を目撃している。当時3歳であった。母親であるAに対する恐怖感は、夫からみていて明らかではないが、今回入院後、母親について自ら話すことはなかった。はさみや包丁を自分でも使うが、テレビドラマやニュースで殺人現場が映ったり、自分自身がけがをして出血しているところを目にすると途端にわっと泣き出す。長男殺害後、臨床心理士の面接を2回受けたが、特に問題は指摘されなかった。

次男：計画的に妊娠、出産した。夜泣きもなく、夫からみていて手のかかる子供ではなかった。Aは実家から家事と金銭面で援助も受け、夫からの精神的支えもあり、特に育児ストレスを自覚せず、愛着をもって育児を積極的に行っていた。X年6月20日より乳児院に引き取られている。

【嗜好】たばこ：なし アルコール：ビール200ml程度/日

薬物 短大時代に大麻、LSD、エクスタシー使用歴 1、2回あり
その後の使用は否定している

宗教 両親が宗教団体Wの熱心な信者で、本人も高校時代までは集会に参加していたが、短大時代に活動を停止した。

26歳～29歳 友人に勧誘され、別の宗教団体Yに入信したが、長男殺害後、自ら辞めた。

29歳～半年間 さらに別の宗教団体Zの宗教を信仰し、長女長男を連れて集会に参加した。Yと並行して信仰していたが、夫により辞めさせられた。

【病前性格】

(夫談) 感情の起伏が激しい。何が理由になっているのかよくわからない。月経時に落ち込み、お茶を飲むか水を飲むかすら決められなくなる。それ以外の時は思い切りよく物事を決めていく。浪費がみられる。突然新しいことをはじめたかと思うと、突然やめる。

(本人談) もともとひとりで抱え込みやすい。何でも完璧にやろうと思う。人が言っていることの意味を深読みする。

【生活歴】

関東地方の都市Cにて生育。同胞2人第1子。両親が飲食店を自営しており、幼少時、あまり手をかけてもらえなかった印象がある。地元の公立小・中学校を卒業した。成績は上位、友人関係は良好であった。公立高校、短期大学を卒業した。卒業後は3年間、家業手伝いをし、事務関係の契約社員として働いた後、マッサージ業に転職した。X-8年、「人を癒すことに疲れてしまった、自分が癒されたい」と関東地方の離島Dに移住し、友人とマッサージ店を始めた。その際、店舗の内装を手がけた現夫と知り合い、同棲した。夫が友人と経営するゲストハウスに同居することになったが、そのゲストハウスでは、夫の前妻も同居していた。同女性とは、妊娠、出産後も同居した。

【現病歴】

これまでに6回の精神変調のエピソードがある。怠薬もしていたが、エピソードのうち3回は月経に一致した急速な症状再燃、他の3回は出産から数ヶ月後の症状再燃を認めている。本症例の急性増悪の時期を右側に、出産の時期を左側にまとめた。

表2 現病歴

X-6年11月 第1子長女出産	X-5年7月 右拇指切断
X-4年12月 第2子長男出産	X-3年2月 火山火口への飛び込みによる自殺企図
	X-3年10月 九州地方の離島Eで数日の変調←怠薬
	X-2年1月 長男殺害
X-2年9月 第3子自然流産	
X年4月 第4子次男出産	X年6月 次男首絞め←怠薬
	X年11月 幻覚妄想伴う躁うつ混合状態←処方変更

経過をまとめると、長女出産後、8ヶ月で右の拇指を切断した。長男出産後、2ヶ月で自殺企図、その後も変調を認めた。X-2年1月に1歳11ヶ月の長男を殺害し、その8ヶ月後にはすでに妊娠したが、自然流産となった。次男出産後2ヶ月で次男の首をしめ、その5ヶ月後に幻覚妄想を伴う躁うつ混合状態となったが、夫が症状悪化にいち早く気づき、再度入院となった。

初回エピソードはX-5年7月、離島B在住時に起きた。第1子出産の8ヵ月後に、明確なストレス状況はなかったが、行動の抑止、困惑を認め、その5日後、自分自身の右拇指を切断し、腔内に金属棒を挿入し陰部裂傷を負った。このときは月経中だった。症状は1週間ほどで軽快した。

離島Bから公立M病院救急外来までヘリコプター搬送されたが、「ものすごい音は感じていたけどほとんど記憶がない」という患者の発言から、朦朧～錯乱状態といった意識障害があったようである。当時の診断は統合失調症だった。その後、離島Bにはいづらくなり、家族でCへ移住し、M病院精神科に通院した。

オランザピン・クロルプロマジンなどが処方され、不規則に内服していたが、第2子妊娠のため、治療を終了し、X-4年12月に第2子長男を出産した。

第2回エピソードはX-3年2月の火山での自殺企図である。X-3年2月5日頃より不眠、滅裂な言動を認め、「罵倒されているような観念が入ってくる、乗り移られた感じ」という思考吹入、離人感を認めた。2月7日「罵倒する声」に応答し、火山火口に飛び込んで死のうとしたが、警察に保護され、M病院へ入院となった。この際、意識は保たれていたという。すぐに軽快し9日で退院となった。しかし退院後、処方薬を自己調整するようになり、

同年 10 月、E へ移住するため通院を中断した。

第 3 回エピソードは X-3 年 10 月、E で数日の変調を認めたものである。X-3 年 10 月から 11 月にかけて、イベントを開催した。その際、心労が重なり、「何もできない」、「どうしよう」と繰り返すようになり、何かに移り移られたような離人感を認めた。夜中にうなり声をあげ、失禁がみられたという。幻覚、意識障害はなかった。イベント終了とともに数日で回復し、特に加療しなかった。C へ戻った。

第 4 回エピソードは X-2 年 1 月、長男殺害時である。X-2 年 1 月、2、3 日前から不安、困惑を自覚していた。明らかなストレスの存在は不明だった。子供から「殺してくれと言われた気がして」長男の顔を水につけ意識を失わせた。数日前に豚肉を注文していたが、その豚肉が長男になったイメージがあったという。かわいがった豚を殺して肉にして売る人物と自分が重なり、「息子を殺して調理しなければ」との思いにかられ、長男をまな板の上に乗せて、包丁で頸部を切り殺害した。

逮捕、送検された後、起訴前嘱託鑑定のために公立 N 病院に入院となった。鑑定書によると、犯行時、激しい幻覚妄想に支配されてはならず、亜昏迷状態にあったとされ、「急性一過性精神病性障害」と診断された。「弁識能力および制御能力はほとんど完全に喪失していた」との評価にもとづいて起訴猶予となり、精神保健福祉法 25 条通報もされず、4 月 14 日に釈放された。その翌日、N 病院へ任意入院したが、入院直後に自殺企図を認めたため医療保護入院に切り替えられた。その後、4 週間以内に精神症状は軽快し、暴力や自殺企図などの異常行動も見られなかったため、X-2 年 6 月 17 日に退院となった。退院後の在宅支援のため、N 病院ソーシャルワーカー、地域の保健福祉センターや児童相談所と協力体制をとることになった。

退院後は N 病院精神科外来に月 1 回通院し、ペロスピロン 16mg/日の内服は規則的に行っていた。事件から 8 ヶ月経過した X-2 年 9 月、妊娠反応陽性となったが、2 週間後、自然流産となった。X-1 年 5 月より挙児を希望し、8 月に妊娠反応陽性を認めた。N 病院に産科がないため、9 月になり、M 病院産科と精神科を紹介受診した。妊娠中はペロスピロン内服を規則正しく続け、精神症状の再燃はなかった。

第 5 回エピソードは X 年 6 月の次男に対する首絞めである。X 年 4 月、次男を出産したが、副作用による眠気から育児ができないとの理由で怠業するようになった。保健師からは母乳を与えないよう繰り返し話されており、本人も同意していたが、助産師から「スキンシップが大事だから、出るならあげてみたら」と言われ、母乳栄養を適宜行うようになっていた。6 月に入り困惑が強まり、6 月 8 日妄想知覚を認めた。6 月 9 日、包丁で自殺未遂をはかったが、母に止められた。6 月 10 日 次男の首を絞めているところを夫に発見され、6 月 11 日当院に医療保護入院 となりました。9 日が土曜日だったため、平日まで受診を待とうとしていた、とのことだった。入院時、幻覚、思路障害などは認めなかったが、「罪を償うため、子供を殺して死のうと思った」と発言しており、妄想、自殺念慮、自殺企図、他害、困惑、不安、焦燥を認め、状態像としては妄想状態だった。

患者は出産後 1 ヶ月で月経がくる、とのことだったが、今回入院時に月経を認めた。月経周期は 28 日から 30 日で規則的、期間は 7 日程度だった。

入院時の血液検査では甲状腺ホルモン、副腎皮質ホルモンも異常は認めなかったが、プロラクチンが高値を認めた。画像検査はいずれも特記すべき異常所見はなかったが、けいれん誘発性を示唆する軽度の断続的な脳波異常所見を認めた。

次男の首を絞めたことについては「なぜそうしたのかよくわからない」が「映像としては全部残っている」と供述しており、亜昏迷状態にあったと判断する。この入院時には気分障害は明らかではなかった。

入院 2 日目よりリスペリドン 12mg/日処方し妄想、困惑は速やかに消失した。

入院中、外泊、退院を前に、今後の協力体制について患者、夫、患者の母、O 保健福祉センター、O 児童相談所、N 病院社会復帰支援室ソーシャルワーカー、外来主治医、病棟担当医でカンファレンスを実施し、これまで怠薬による症状増悪を認めていたため、服薬管理を確実にを行うためにも訪問看護の導入を決めた。

日中の眠気を訴えたためリスペリドン 10mg/日処方に減量し、7 月 17 日退院となった。リスペリドンの副作用で高プロラクチン血症となり、月経は停止した。

退院後、2 週に 1 回外来通院し、状態は安定していた。日中の眠気を訴えたため 7 月 23 日よりリスペリドン 8mg/日に減量し、以後内服調節し、8 月 23 日よりペロスピロン 16mg/日へ処方変更となった。ペロスピロンは妊娠時に規則正しく内服しており、妊娠期間は精神症状の悪化は認めなかった薬剤であった。

9 月 3 日に「病状管理」、「事故を繰り返さないため」をテーマに第 2 回カンファレンスを実施し、O 保健福祉センター、O 児童相談所、N 病院社会復帰支援室ソーシャルワーカー、N 病院訪問看護師、N 病院外来主治医、さらにスーパーバイザーとして N 病院医師が出席した。

そして第 6 回のエピソードとなる。11 月 5 日頃より周囲に対し被害的となり、幻聴・困惑・抑うつ気分が増悪した。悪化のサインにいち早く気付いた夫に連れられ 11 月 9 日当院を受信し、医療保護入院となった。

入院時、思いつめた表情で、伏し目がちに自身の体験について語った。礼節は保たれ、質問に対してはゆっくりと間を置き熟考して、消え入るような声でポツリポツリと答えたが、問いの理解は良好で的外れではなかった。右の口角がピクピクと痙攣しており、夫が症状悪化の前兆としていた所見と一致した。

困惑した様子で語り、妄想知覚・自生思考様の訴えもあり、不安焦燥が強くなっていた。風呂から上半身裸で出てこようとするなど、軽度の意識混濁を思わせる行動もあった。困惑・不安・焦燥・抑うつ気分・爽快気分・幻聴・被害妄想・妄想着想を認める幻覚妄想を伴う躁鬱混合状態だった。

7 月以来月経は停止していたが、入院 5 日後、11 月 13 日より月経が再開した。入院初日よりペロスピロン 24mg/日にリスペリドン液 6mg/日を加剤し、以後調節を続け、入院 6 日

目よりリスペリドン液 6mg とバルプロ酸 600mg となった。病的体験・気分変動は完全に消失した。月経終了後も寛解維持されたため、夫・本人の強い希望もあり、11月23日退院となった。

【本症例の問題点】

① 薬物治療との関連

患者はこれまでに特に明らかな要因なく6回の病勢増悪期を認めている。怠薬もしていたが、6回中3回は、月経に一致した急速な悪化をとっている。ただし残り3回については月経との関係は不明であり、月経のたびに精神症状が増悪していたわけではない。

患者は出産後1ヶ月で月経が再開すると述べているが、病勢増悪期6回中3回は出産から数ヶ月のうちに起こっていた。ただし患者は望んだ妊娠・出産であり、実家から家事と金銭面での援助も受け、夫からの精神的な支えもあり、特に育児ストレスも自覚せず、愛着をもって育児も積極的に行っていた。

以上から症状増悪のベースに性ホルモンの影響が考えられる。リスペリドン内服中は精神症状も安定し、高プロラクチン血症となり月経が停止していたが、ペロスピロンに内服変更後、3ヶ月で月経が再開しており、この時にプロラクチンは基準値に回復していた。リスペリドン内服時は精神状態が安定していることから、リスペリドンの副作用である高プロラクチン血症からくる月経停止が、本患者の場合は効果的に働いている可能性がある。

また過呼吸終了後の突発性徐波や、右優位の small spike、左前頭部のけいれん誘発性のある突発性 α 波といった軽度の断続的な異常所見は次男の首を絞めた第5回エピソード時に脳波にみられており、第6回エピソード時にも左優位な sharp wave、後頭部の徐波を認め、けいれん準備性を示唆する可能性があり、急速交代する気分変動を認めていたことから、抗けいれん、気分安定の効果を狙い、11月入院時よりリスペリドンに加え、バルプロ酸が処方され、その後症状は安定している。

② リスクマネジメントの困難さ～他害リスクの高さ、再燃の確実な予測、予防の難しさ

本症例では長男殺害、次男首絞めと2回の他害がなされており、今後も精神症状が増悪した際、同様の他害行為を実行する可能性が高いと思われる。これまでは実子男児が他害の対象だったが、今後誰がターゲットとなるか、家族だけでなく他者の幼児の可能性も考える必要がある。

また本症例は経過が急激なため、リスクが高くなるタイミングを把握するなどリネクマネジメントが困難であり、医療および地域のサポートだけでなく、夫や母親の協力が不可欠となる。

今回は夫がいち早く症状悪化に気付いたが、そのサインとしてこの5段階をあげている。

1 落ち込み気味だがあたりがきつくなる

子供を怒るタイミングがおかしい

まわりへの不信を抱く

- 2 右の口角がけいれんして、沈んだ顔になる
- 3 混乱、困惑、ぼーとした感じになる
- 4 二極化思考 ～生か死か、といった極端な思考
- 5 実施への他害行為の実行

今後このサインを関係者も活用していけるようにしたい。

③ 多職種／多機関がどのようにかかわっていけばよいか

多職種／多機関が関わっているが、誰が中心となるか、またそれぞれのあいだでの連絡は緊密かが問題となってくる。カンファレンスはこれまでに今回の症例検討会を含め行われたのは4回である。多職種/多機関が関わることに患者は感謝しつつも、患者、夫が負担を感じているといった問題もある。

以下、実際のかかわりをみていく。

1) 患者

患者は7月退院当初は2週に1回ペースで外来受診していたが、状態が落ち着いたこと、医療費をおさえたいという希望もあり、10月からは月1回ペースでの受診になっていた。今回退院後は2週間に1回のペースに戻している。外来主治医による支持的・助言的精神療法を実施している。心理士が介入するカウンセリングは施行していない。

長男殺害、次男殺害未遂に対して反省の念を示し、病識もあるが、「くすりを飲めればいいんですけどねー」と、あっけらかんと他人事のように語るところもあり、否認が疑われた。

挙児希望はなく、リスペリドンによる月経停止についても理解を得られているが、挙児を希望しない理由は、X年7月の時点では他害をふりかえって出てきたものではなく、「男の子と女の子ともう1人ずついるから」といったものだった。

2週に1回 ペースの訪問看護を実施している。内服、体調確認のほか子供の話題や近況を話すことが多いとのことだが、訪問時に患者から相談、質問することはほとんどなかったという。

退院後は実家におり、自宅にいなかったこともあり、自宅のある地区担当保健師に連絡を入れなかった。夫や母親が異常を感じた場合、夜間や休日であっても当院に連絡、受診、即入院することとなっており、今回の入院はそれがスムーズに行った例と考えられる。

2) 夫

本症例の家族は長男を殺害した住居に現在も住み続けている。

長男殺害後8ヶ月で患者は妊娠反応陽性。妻と前妻を同居させ、前妻が患者の産んだ長女を世話している。

夫はドラッグの使用経験はないということだが、B島やE島などで暮らし、ヒッピー的

な要素を感じる人物である。長男殺害後離婚を考えた時期もあったが、現在葛藤はない、という。次男の首絞め時に入院した際、殺人、および首絞めを犯した、という事を夫婦そろってあっけらかんと語り、否認と考えられた。

病院、地域からのサポートの申し出に対し、「正直ありがたいけれども、囲い込まれたら落ち着かない」などと否定的で、責められると防衛的になった。

今回の入院は夫が患者の変調にいち早く気づき、受診、入院に至っている。変調のサインを関係者みなで把握する必要を示した。

3) 6歳長女

長男殺害直後の現場を3歳時に目撃している。児童相談所の臨床心理士がこれまでに2回面接しており、特に問題は指摘されていないとのことだが、「ドラマやニュースで殺人現場が映ったり、転んで血が出るのを見ると途端にわっと泣き出す」といった状態が外傷後ストレス障害、PTSDに該当するのか、今後落ち着いた頃に医師の診断を受けた上で、母子分離の必要があるかを検討していかななくてはならない。

4) 8ヶ月次男

次男はX年6月20日より乳児院に預けられている。現在は隔週週末ごと実家に外泊しているとのことだが、児童相談所の助言も受け、保育園入所までは乳児院に預ける方針である。夫はできるだけ早く引き取りたがっているが、患者は納得していた。

【症例まとめ】

症例は33歳女性。27歳時に初回エピソードがあり、33歳時の4回目のエピソード時に、数日間の不安、困惑に続く急性の意識混濁、幻覚妄想、急速な気分変動を認め、その影響下で第1子を殺害した。

症状の軽快・消失は数日のうちに起こり、速やかに病前水準に回復して良好な適応をみせる時期もあるが、何度も急激な症状再燃を繰り返しており、その予測、予防が困難であった。

これまでに6回のエピソードがあり、うち3回は月経に一致した急速な症状再燃、他の3回は出産から数ヶ月の症状再燃だったため、精神症状の発現に性ホルモンの影響が考えられた。また33歳時第2子の首を締めようとした5回目のエピソード時には、けいれん誘発性を示唆する軽度の断続的な脳波異常所見を認めた。精神症状を改善すると同時に高プロラクチン血症による無月経を起こすリスペリドンと、抗けいれん薬のバルプロ酸が治療上有効であった。

本症例は退院後の在宅支援のため、PSW、訪問看護師、保健福祉センター、児童相談所が関わっている。症状増悪時に子どもに危害を加えるリスクが高くなるが、その経過が急激なため、危機介入のタイミングを把握するなどのリスクマネジメントが困難で、医療および福祉のサポートだけでは補いきれない可能性があり、特に地域では対応に苦慮している。夫や母親の協力も欠かせないが、どの機関が中心となるか、連絡は緊密か、またこう

した地域のサポートに負担を感じている本人や家族にどう関わるか、といった課題に今後
も取り組んでいく必要がある。

資料5

質疑応答および討論の概要

質問①) 症例の評価に際して、以下の5軸に沿って、検討してみたいか？

- 1) 疾病軸：精神病理（対象行為の要因）と健康像との関連性の検討（ストレス脆弱性に関連する社会的要因も含む）。
- 2) 人格軸：人格構造に関する仮説の検証（背景に関与している人格障害・知的障害・内的状態像などの検討を含む）。
- 3) 行動軸：観察（各職種の見方を活かしながら、場と状況を多角的に捉える）と治療過程の評価（行動尺度、行動特性の変化、危険行為の予測など）
- 4) 生活軸：家族機能の評価。
- 5) 発達軸：発達過程に関する情報収集。知的障害・発達障害・情緒障害・器質的障害などの鑑別。

回答①) 評価軸に沿ってまとめると以下のように考えられる：

1) 疾病軸：対象行為の要因を明確に特定することはできない。しかし6回のエピソードのうち3回は、月経に一致していること、さらに3回は出産から数ヶ月のうちに起こっていたことより、性ホルモンとの関連性が示唆される。現在、主剤の1つとしてリスペリドンを内服しているが、リスペリドンの副作用である高プロラクチン血症からくる月経停止が、本患者の場合は、精神病症状の改善という点だけに着目すれば効果的に働いている可能性がある。訪問看護からは月経周期と精神症状の関係把握のために基礎体温測定を行動化するよう促している。

ストレス脆弱性の心理・社会的要因に関しては、患者は望んだ妊娠・出産であり、実家から家事と金銭面での援助も受け、夫からの精神的な支えもあり、特に育児ストレスも自覚せず、愛着をもって育児も積極的に行っていたことから、明らかな要因を指摘することはむずかしい。しかし、心理検査では、「状況への取りかかりよく、生産的で、知性化もよく働くが、情緒刺激に対する恣意的で知的な対処の一方での統制の弱さ、陰性感情の刺激されやすさ、対人面の過敏さがあり、時に、病的水準までの認知水準の低下と混乱が見られる。否認、美化防衛が働きやすく、時間経過と共に、回復を呈する傾向もうかがえる。」と報告されている。また、ロールシャッハテストの際に、顔の反応が多いことをもとに心理療法士がインタビューしたところ、「3才頃、過敏で、風で揺れるものが恐かった。カーテンが揺れるとすごく恐かった。幼児性の恐怖症と言われたことがある」、「子供の頃、ものが斜めに見えたり、ものがうごめいて見えたりしたことがある」といった回答があり、心理療法士は、「かなり内的には過敏さを持った方と思われます」、「周囲を肯定的に受け止め、明るく頑張るといった適応が時に崩れ、内的な過敏さ、恐怖感が表面化する時がある