琉球大学学術リポジトリ

[原著]一般病床における精神科管理の問題点

メタデータ	言語:
	出版者: 琉球大学医学部
	公開日: 2014-07-18
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 新垣, 米子, 佐久川, 肇, Arakaki, Yoneko, Sakugawa, Hajime
	メールアドレス:
	所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016330

琉大保医誌 4 (4)：385～390, 1982.

一般病床における精神科管理の問題点

琉球大学医学部附属病院精神科神経科
新垣　米子　　佐久川　肇

はじめに

精神科患者の入院治療を総合病院の一般病床において行なうという治療形態は，欧米諸国における精神科医療の一つの趨勢であり，わが国においても次第に浸透してきている．それは一方では従来の精神科医療の持つ閉鎖および隔離的治療形態の弊害に対する反省[1,2]に拠っており，他方ではリエゾン精神医学[3,4]という観点からの要請に拠っている．

本学でもこれに呼応し，県下で初めての試みとして総合病院一般病床における解放混合病棟が設置された．

しかしながら，このような治療形態は様々なメリットを持つ一方で，実際の臨床場面では，諸種の制約があり，実施上の問題も少なくない．

当科は昭和49年から11階の一般病床において one floor 40床中14床で，皮膚科，外科との混合病棟で入院診療を行って来たが，今回は病棟管理上入院治療が困難であった症例のうちから最近の３症例を選び，総合病院一般病床における精神神経科診療の問題点について検討する．

症　　例

〔症例１〕　21歳，女性，境界例[5]

家族歴：父が一時神経症で治療を受けた．長姉が精神分裂病．

既往歴：幼児期に熱性痙攣．小学３年時に呼吸困難発作，中学時代アレルギー性鼻炎に罹患。

性格：気が小さくあきっぽい．人見知りが強い．

生活史：８人同胞の第７子．父は自動車修理工場を自営し経済的には裕福であった．母は出稽古でほとんど家を留守にし，主に家事手伝いをしていた叔母によって養育された．病弱のため過保護に育てられた．小学２年生の時からピアノを習い始めたが，中学生の頃まで中断再開をくり返していた．成績は普通．

現病歴：本人が中学生の時，本土の大学へ行っていた長姉（在学中より分裂病が発症していた）が卒業して帰郷したが家に閉じこもり，些細なことで家族に当り散らすので，本人はその挙動に怯え次第に情緒不安定，不眠がちとなった．学習意欲も低下し，時折登校拒否をした．中学３年時アレルギー性鼻炎の増悪に伴い，焦燥，不眠が増悪し，勉強にも身が入らず成績は極端に下った．公立高校への進学は出来ず，私立高校へ進学した．入学当初は上記症状は落ち着いていたが，２学期後半から登校拒否をし，かつ易怒的となった．「人の視線が気になる，注意が集中しにくい，自信がない，眠れない」などを理由に，高校１年３学期に中退した．２カ月後美容学校へ入学したが，約１カ月で辞めた．以来家に閉じこもり，長姉と衝突する日々が続いた．閉居がちの本人を姉達が心配してジャズ喫茶やディスコに誘い出した所，次第に一人で積極的に出入りするようになった．17歳の時，情緒不安定のままであったが，自分で新聞広告を見てピザハウスのレジ係を勤めた．たまたま生バンドのピアノ奏者が休んだ際，本人が代りに演奏したが，バンドマスターに本格的に練習するようピアノの先生を紹介された．まもなくそこを辞め，行きつけのジャズ喫茶でアルバイトをするようになったが，次第にジャズに熱中して行った．またその頃広告会社でモデルとして働いた．性格的にも外向的となり，話も理屈っぽくなった．しかしその後，ジャズピアニストになりたいという本人の希望を両親に反対され自棄になった．その頃，夕方家を出て夜中に帰宅するという日が続いたため，両親が強

制的にA病院を受診させたが，1回の受診で中断．その後再び閉居し，家族に当り散らすようになった．その頃友人の紹介でピアノ演奏会をすることになったが，日が近づくにつれ自信を失い演奏をキャンセルした．その後より「皆が自分を見て笑っている，顔が変形しているように思う，整形させたい」など，奇妙な訴えが目立つようになった．その後自室で2度にわたる放火があり，A病院を再受診，この頃から家族への攻撃性が益々エスカレートしていった．またこの頃，東京の美容整形外科にて鼻の整形手術を受けている．7月下旬呼吸困難発作やカミソリで手首を切ったりしたため，A病院受診即入院となったが，閉鎖病棟への反発が強く治療困難となり，昭和55年9月（21歳）当院へ転院となった．

入院経過：当初は本人の行動を束縛しない受容的態度で接触し，時折の無断外出は大目に見ていた．この間比較的平穏に過していたが，次第に夜間の無断外出外泊へエスカレートし，病棟管理上問題になって来た頃主治医の辞職に伴う交代があり，新主治医が治療方針を変更し無断外出外泊を禁じ，また本人の内面にintensiveに関わり始めたところ，初期の親和的態度から，両価的感情を伴った攻撃性へ転じ，頻回の無断外出外泊，器物破壊を伴う不穏興奮状態を呈するに至ったため，同年11月にやむなくA病院へ転院となった．

＜小括＞初発が中学2年生で思春期にあたる．症状は初期の神経衰弱状態から次第に対人恐怖，離人感さらには醜貌妄想，被害関係妄想などの幻覚妄想状態へ発展し，感情は両価的で気分易変性，易刺激性であり，その他諸種の身体的不定愁訴など青年期心性ともからんだ多様な精神症状のほか，引きこもりあるいは逆に勝手気儘な逸脱行為，攻撃的言動，放火，自殺企図などのいわゆるacting out[6]が主症状をなしている．

〔症例2〕52歳，女性，薬物嗜癖

家族歴：精神科的負因はない．

既往歴：42歳頃胸痛発作，高血圧．

性　格：依存心が強くわがままでひがみっぽい．ひねくれ，情緒不安定で虚言癖がある．

生活史および現病歴：9人同胞の第2子，実母は本人が2，3歳の頃第3子妊娠中離縁された．そのため長姉と本人は父宅で，実妹は母の実家で養育された．継母は本人に辛くあたったと言う．実母は本人が小学2年生の時大阪へ出稼ぎに出たが，1年半で病死した．20歳の時看護婦免許を検定で取得．その後10年間公立病院に勤めたが，同僚と些細なことでトラブルをくり返し，職場を転々と変えている．25歳で妻子と別居中の男性と同棲したが，2，3年後先妻が戻って来て結局離別した．この間の心労でやせ，気が滅入り焦燥感，不眠が続き，毎晩ビールを飲むようになった．32歳頃不眠のためAtraxinを服用し始めた．そのうち量が増し，一度に30～40錠服用するようになった．数年後動悸，食欲不振，体重減少，全身衰弱，震え等の副作用が出現したため，数カ所の精神病院へ入退院をくり返した．42，3歳頃復職したが，その頃からdiazepamの常用が始まった．47歳の時N病院に就職．夜間勤務中頻回の胸痛発作や血圧上昇があり，diazepam常用量が増えた．50歳に退職し，夜勤の少いA病院へ転勤した．半年後同僚の痴情事件に巻き込まれた後脅迫され，不安発作，強迫観念が発症した．このためdiazepam服用量がさらに増量した．

昭和55年9月，52歳時当科初診．不眠，不安発作，焦燥，食欲不振，両手のしびれその他身体的不定愁訴を主症状としたが，軽快しないため10月入院となった．

入院経過：入院当初は穏やかで愛想よく，応対は丁寧で，治療者との接触は表面的には良好であった．症状も漸次軽快して来たが，入院当初，治療者に隠されていた薬物嗜癖が発覚した時から，治療薬からdiazepamを除くとともに，精神療法的接近を試みたところ，身体的不定愁訴が増え，易怒性，易刺激性が顕著となり病棟生活への不平不満を述べ，言動の表裏が目立つようになった．外出外泊を頻繁に要求し，当科の治療薬をかってに調整したり棄薬し，薬局からdiazepamを求めたり他院を受診して投薬を受けるなどし，自主退院となった．

＜小括＞personalityの障害を基礎にし，種々の生活史上の問題から薬物嗜癖に至ったケー

スである[7].

〔症例3〕31歳，男性，てんかん

家族歴：精神科的負因はない.

既往歴：2歳頃，結核性髄膜炎に罹患.

性　格：内気で小心.

生活歴：4人同胞中第2子．小，中学の成績は下位であった．中卒後自動車工場に勤めたが，2ケ月後けいれん発作を起し退職．以後家でブラブラしている.

現病歴：小学4年生の頃けいれん発作を起し，その後2，3年に一度発作があり15歳より治療を受けたが時に発作を起していた．17歳頃から知能の低下が目立ち始め，またその頃から突然目つきが変わり，不機嫌，易刺激的となり，時に周囲の者に暴力をふるうようになった．この状態は10数分続き，本人はその間の記憶がないという．性格も次第に頑固でしつこくなった．上記のため22歳時に某精神病院に5カ月入院した．以後外来通院したが，本人の希望で昭和52年9月当院へ転院した．それ以後けいれん発作はないが，視線恐怖，対人恐怖，注察念慮，頭からテレパシーが四方八方へ出て外から入ってくるという病的体験，身体的不定愁訴，昼夜転倒した無為な生活態度が認められた．昭和56年5月，不眠，不穏，排尿困難，頭痛などを強く訴え入院希望したため，病態把握，治療方針の再検討の意味も含めて入院となった.

入院経過：不眠，不穏，排尿困難，頭痛は，入院後速やかに消褪した．入院中けいれん発作や不機嫌発作は見られず，全身倦怠感，眠気，季肋部痛などの身体的愁訴と被害注察念慮，テレパシーの出入りなどの病的体験が顕著であった．病棟に慣れるに伴い，夜間の無断外出，飲酒などの逸脱行為が認められたため，強制退院せしめた.

＜小括＞結核性髄膜炎に続発した精神発達遅滞を伴うてんかんであるが，20代後半に発症した治療抵抗性の精神分裂病様症状は，てんかん精神病と考えられる[8].

考　察

精神科の病棟を総合病院の中に解放混合病棟として併置することは，以下のようなメリットが挙げられる.

1）患者の自由性，自主性が尊重される.

2）精神疾患に対する社会一般の偏見是正に役立ち，患者自身の心理的負担を軽減する.

3）身体的合併症の存在に対し，他科の協力が得られやすい.

4）他科診療における精神科医療への要請に応じ得る.

このように，総合病院精神科診療に対する地域および他診療科からの要請は大きいが，このメリットを維持するためには実際には多くの困難と制約が随伴してくる．以下，まずはじめにこの問題を自験例3症例を通して検討する.

症例1は，患者のpersonality の障害が大きな比重を占めており，その対人関係の両価性から治療関係が成立し難く，その激しい他者あるいは自己破壊的なacting out は真の治療関係を確立する過程における必然的なものと考えられる[9]．その対処にはacting outを制約あるいは許容できる体制が必要とされる．しかしながら，解放混合病棟では，その無拘束性あるいはまた身体疾患との混合という構造および看護体制が行動化を許容出来る体制になく，治療中断のやむなきに至ったケースである.

症例2は症例1と同様に，personalityの問題が大きく関わっている．自主退院となった直接の引金として，治療薬から嗜癖となっていたdiazepamを除いたことおよび嗜癖に対する精神療法的取り組みが挙げられる．この場合，入院治療に対する患者の要求と治療者側の治療的方向が微妙にくい違っており，患者は嗜癖治療の意欲はなく，表面に現われている種々の精神身体的自覚症状を取り除いて欲しかったに過ぎない．治療としてはその現象の基礎にあるpersonality の歪みや嗜癖に問題があることを洞察することに重要な意義があるのだが[10,11]，そこへ至る過程で患者の逃避により治療中断に至っている．この際，まず患者の治療からの逃避をくい止めることが必要なのであるが，当科の構造はそういう患者にとっては何ら堰となり得ず，まさにその自由性，開放性が治療状況に支障となっている.

症例3はいわゆるacting outとは異なり，知的低格あるいは人格の未熟さのため自己中心的欲求行動が逸脱行為となり，当科における入院継続を困難にしたケースである．

以上，3症例とも解放混合という治療構造そのものが入院治療継続を困難にしている．一般に，自由度が高いと考えられている解放混合病棟が，不穏あるいは逸脱行動への許容度は，単科の閉鎖病棟より逆に低く，種々の制約があるという，一見パラドキシカルな現象が指摘できる．

次に総括的に一般病床における解放混合病棟の制約とその対応策について考察する．

1）開放であるという点からは，無断離院，徘徊，自殺企図などの問題行動への対処が困難である．

2）混合病棟であるという点からは，他科疾患患者，特に安静を要する身体疾患患者の場合，精神科患者の不穏興奮は治療的障害あるいは危険となる．一方看護体制が，併設身体科と共通で専門化されてないため，身体的集中看護を要する患者の在院時は精神科患者の観察と看護が手薄となる．

したがって，これに対処するためには①入院適否の評価，②入院後の不測の展開に際し地域精神病院との緊密な連携が必要とされる．

具体的には入院規制の指標として，イ）病識欠如および治療意欲のない者，ロ）自傷，他害の可能性のある者が挙げられる．疾患別に見ると境界例，嗜癖，ヒステリーなど，いわゆるacting outを起し易いケース，または自殺企図のあるうつ病，不穏興奮状態を呈する躁病，分裂病緊張型および意識障害など挙げられる．

このように入院時に，長期の予後と不測の展開について一般精神科病院よりも，より慎重な予測が要求される．またそのような事態に至った場合の対応策が，入院可否判定の時点で検討されていなければならない．

3）一般病床であるという点からは，精神科独自の治療構造（建築構造および看護体制）の不備が挙げられる．まず狭義の治療の場としては，個人面接室，集団療法室，特殊治療室や不穏興奮に対処するための一時保護室などの欠如が挙げられる．また精神科治療は単に薬物や精神療法のみならず，その治療環境も大きなウェイトを占める．換言すれば生活空間の充実が要請される．しかし現在当科においては，自由性，自主性は保証されていても，それを適切に使いこなすだけの場，例えば談話室，プレイルーム，図書館などの提供が不充分である．したがって，解放混合病棟のメリットを失わずに精神科独自の建築構造や設備の充実が要求される．さらに，精神疾患特有の治療的要請に応えるための独自の看護体制およびパラメディカルスタッフを含めた治療チームの組織化[12]が要求される．

以上，管理上の問題点について最初に具体例を通して，次に総括的に検討した．

おわりに

総合病院一般病床における解放混合病棟は，既述のように，地域あるいは他科診療科よりの要請が大きいが，その役割と機能を充分に発揮するためには地域精神病院との有機的連携ならびに解放混合のメリットを失わない精神科独自の治療構造への改善が要請される．

参考文献

1) 仙波恒雄，矢野　徹：精神病院その医療の現状と限界，99－126，星和書店，東京，1977.
2) 石川信義：開かれている病棟，11－66，星和書店，東京，1978.
3) 加藤伸勝：Consulatation－Liaison Psychiatryの展望．臨床精神医学　6，1433－1436，1977.
4) 久場川哲二，丸谷真智子，石井弘一：一般演題　リエゾン精神医学，総合病院における“リエゾン精神医学”について，精神神経学雑誌　82，1980.
5) 笠原　嘉，原　健男：精神医学体系　12，3－25，中山書店，東京，1981.
6) 岩崎徹也：精神医学体系　12，63－64，中山書店，東京，1981.
7) 上野陽三：薬物依存の精神病理．臨床精神医学　4，1263－1271，1975.
8) 原　俊夫，平井富雄，福山幸夫：てんかんの臨床と理論，405－411，医学書院，東京，1974.
9) 神田橋條治：精神医学体系　12，93－112，中山書店，東京，1981.
10) 小片　基：精神医学体系　15A，181－189，中山書店，東京，1977.
11) 渡辺久雄：薬物依存の治療経験，精神神経学雑誌　76，415－423，1974.
12) 高臣武史：わが国の精神科チーム医療の歴史と展望．臨床精神医学　5，1351－1357，1976.

The Problems of The Psychiatric Management in a General Ward

Yoneko ARAKAKI, Hajime SAKUGAWA
Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, University of the Ryukyus

Treatment of the inpatient of the department of neuropsychiatry began in 1975 in Ryukyu University medical hospital.

This treatment was started at the department of dermatology and surgery general ward.

Although, to practice this type of treatment has many difficulties and limitations, compared to that of a common mental hospital, it also has many merits and is indispensable for serving the local community.

In order to fulfil this type of treatment, it is necessary to develop special facilities such as recreation room or semi-closed room, and nursing system for psychiatric treatment.

And it is also necessary to have close association with other mental hospitals which have closed ward for proper admission.