

求められる。レオンハルトの症状記載は、今後の臨床研究に重要な示唆をあたえるであろう。

第24回信州精神神経学会

日時：平成17年10月15日（土）午前11時～午後6時40分

場所：信州大学構内旭会館大会議室

会長：天野直二（信州大学医学部精神医学教室）

1. 行為障害と軽度発達障害

○原田 謙，今井淳子，酒井文子，田中祥子，高田あや，天野直二（信州大学・子どものこころ診療部）

DSMによる行為障害（CD）の定義は「反復し持続する反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動パターン」である。CDの発現には、様々な生物学的要因と心理社会的要因が互いに影響し合っており関与していると考えられる。遺伝や周産期障害は、未解明の脳内神経伝達の異常をもたらし、多動・衝動性、不注意、認知障害や養育困難な気質などの個体の要因が生じる。これらの脆弱性をもつ子どもは、同様の脆弱性をもつ親から不適切な養育を受ける可能性が高くなり、それに対して子どもが抱いた怒りは親のさらなる不適切な養育を引き出す。こうして個体の要因と養育の問題は互いに刺激しあい、子どもは激しい怒りと反抗を内在化する。親子関係の背景に存在する様々な家族機能の障害は、親子関係をさらに悪化させる方向に働くと同時に、子どもの怒りを増幅させる。一方、成長の過程で通常の友人に受け入れてもらえない彼らは、反社会的な仲間と同一化し、CDを呈すると考えられる。医学的介入が有効に働くためには、発達障害が併存する、行為障害の前段階と考えられている反抗挑戦性障害や小児期発症型の行為障害に対して、小学生年代までに介入することが肝要であると思われる。

〔問〕 医療が介入するその具体的な方法について説明してほしい。天野直二（信州大学・精神科）

〔答〕 家族機能が弱いケースが多いので、そこへの介入が重要と思われる。発達障害への治療が中心となるが、薬物療法、ペアレントトレーニング、親のガイダンスなどを行う。（演者）

〔問〕 教育現場での特別支援教育の実情はどうなっているか。樋掛忠彦（県立駒ヶ根病院）

〔答〕 軽度発達障害の広がりについては、ADHDは3%、PDDは1%、境界知能数%と言われており、特に教育界では注目されている。各学校に自立支援コ

ーディネーターが配置され、医療との連携を含めての取り組みがなされている。（演者）

〔問〕 1) 医療の介入は小学生までというが、それ以降の年齢の人はどこで介入するのか。2) 中学生以上の場合も、家族・教師などの協力、薬物療法の併用等と共に、本人に対するカウンセリングを行うことで、本人が状況を自覚することによって改善される人がいるように思うが、いかがか。宮尾美代子（宮尾メンタルクリニック）

〔答〕 1) 中学生年代以降の治療については、教育、医療、福祉が連携し、専任のスタッフ、施設をもつ機関が担うのが理想的であると考えられる。2) 精神療法も有用で、それができれば理想的であると思う。（演者）

2. 統合失調症と広汎性発達障害との鑑別が困難であった思春期・青年期の3症例について

○福田崇宏，田中星絵，小澤 浩，高橋徹，巽 信夫，天野直二（信州大学・精神科），酒井文子，今井淳子，原田 謙（信州大学・子どものこころ診療部）

近年、広汎性発達障害（PDD）が一般精神科医にも注目されるようになったが、同時に統合失調症やうつ病など他の精神疾患との鑑別を考えさせる症例が増えた。またPDDの診断には発達歴を含めた幼児期の詳細な情報が不可欠であるが、思春期・青年期になって初めて精神科を受診した場合、幼児期の発達についての情報の信頼性にも問題を残している。今回、統合失調症かPDDかの鑑別が困難であった症例を通して、その診断の視点について検討し、以下のように考察した。PDDが疑われた場合はPDDか否かを精査することが重要である。もしPDDの既往ありとされたならば、統合失調症を疑われる症状はPDDの病理で説明可能なものか、あるいは統合失調症の合併と判断すべきかといった視点から検討することが必要で、このときに自閉症児、者に認められるタイムスリップ現象や人格発展の途上における変曲点（屈折）の有無といった視点がとくに重要と思われた。

〔問〕 社会性の障害、コミュニケーションの障害は、精神療法により変化するか。樋掛忠彦（県立駒ヶ根病院）

〔答〕 一般的にPDDでは薬物療法が主体となることはなく、環境調整や両親へのアドバイスで問題行動がおさまることが多いと言われている。（演者）

〔追加〕 精神療法の有用性という質問と考えるが、長時間、長期間の面接を行えば治療関係が結ばれ、精神療法も有用と思われる。しかし、統計的には有用性は低いと思われる。原田 謙（信州大学・子どものこ

ころ診療部)

3. 認知行動療法困難症例に対する内観療法の適用 ——言語化能力不全症例について——

○立花良之(長野赤十字病院・精神科), 藤井純子(同・臨床心理科), 巽 信夫, 天野直二(信州大学・精神科)

[はじめに] 心因性嘔吐症を呈し, 認知行動療法を施行したが治療中断し, 内観療法を行ったところ奏功した症例について考察する。[方法] 家族のストレスのため心因性嘔吐症により頻回の内科入院をしていた35歳女性に対し, 認知行動療法および内観療法を施行した。[結果] 本症例では認知行動療法を施行したが, 思考記録表がつけられず断念した。かわりに内観療法を行い, 症状の改善を得た。[考察] 認知行動療法と内観療法は, とともに自動思考やスキーマの修正を通じて症状の解消を促す。本症例で内観療法が奏功した要因として, 前者では論理的思考を前提とするが後者は内的イメージ体験過程を媒体としていること, また患者が症状を呈しつつ求めていたのは知的対処ではなく, むしろ内観療法で得られるようなより根源的な基本的な安心感だったためであることが考えられる。[結論] 内観療法は認知療法的アプローチが困難である症例に有効性が示唆された。

[問] 内観療法中, 内的イメージ体験が変化したのは, どのような具体的場面においてか。樋掛忠彦(県立駒ヶ根病院)

[答] 最初は記録内観も内容も漠然としていたが, 例えば, 幼少期に寒い冬の日母が自分を自転車に乗せて保育園に送ってくれたことなど思い出し, それが今子育てに苦しんでいる自分の姿とも重なり, 徐々に母に対して, 自分が愛情を受けていたという気づきと感謝の気持ちにつながっていった。(演者)

[問] 摂食障害はなかったのか。とくに若い頃の様子はどうだったのか。明石俊雄(松南病院)

[答] 過食嘔吐などの摂食障害の病歴はない。I型DMを合併していた。I型DMは心因性の嘔吐症を合併しやすいとの報告があり, 心理的なストレスが身体の弱いところに出ていたとも考えられる。(演者)

4. 否定妄想を呈した老年期統合失調症の1例

○山田佳幸, 荻原朋美, 高橋 徹, 天野直二(信州大学・精神科)

われわれは否定妄想を呈した老年期統合失調症の1例を経験したので報告する。[症例] 76歳, 女性。34歳時に急性の幻覚妄想状態で発症。その後数回入院歴がある。73歳, 75歳時に否定妄想が出現した。薬物療法は効果なく, m-ECTにて症状改善し, その後状

態は安定していたが, 76歳時に否定妄想の再燃を認めたため入院となった。薬物療法を行うもやはり効果なく, 計10回のm-ECTを施行, 症状は軽快した。現在退院後3ヵ月経過し, ハロペリドール主剤にて経過観察しているが再燃は認めない。[まとめ] 否定妄想に対し, m-ECTが著効した老年期統合失調症の1例であった。老年期の不全型コタール症候群を経験することはまれではないが, 報告例は感情病圏が多い。本症例のような統合失調症など多様な病態の症例を蓄積していくことで, 本症候群の特徴, 病態が明らかになっていくものと考えられた。

[問] 本症例について, m-ECTが効果的であったことは良く理解できるが, 薬物療法で当初のリスペリドンにハロペリドールに変更した理由は何か。吉田朋孝(滝澤病院)

[答] リスペリドン効果が不十分であった点と経過中薬剤性 parkinsonism を認めたことによりハロペリドールに変更した。(演者)

[問] 幻聴はあったか。埴原秋児(信州大学・保健学科)

[答] 本例では幻聴は認められなかった。(演者)

[問] 統合失調症に罹患し, 特に再発を繰り返すと認知機能, 知能テストによる数値の低下するケースをしばしば経験する。今回の発表症例もMMSE, HDSRが18点, 19点のレベルであったが, この低い数値は統合失調症の病態の中でどう理解するのが妥当か。遠藤謙二(千曲荘病院)

[答] ECT施行直後(2週間)であることと, 統合失調症の症状再燃を繰り返すうちに, 認知症様の症状を呈してしまうこともあるためと思われる。(演者)

[問] 40歳代後半の統合失調症の患者で, テレビを見ると見るなど聞こえる, 食事になると食べるなど聞こえてくるという症例を経験している。このような状態はどう考えたらよいか。明石俊雄(松南病院)

[答] 本症例とは否定の意味がやや違う印象をうける。(演者)

[追加] 否定の内容は, 元来生きていくこと, 存在そのものを否定するものであって, 意味は限定されていると思う。反対の声が聞こえるのは意味が違うと考える。この症例で臓器がないというのは, 生そのものを否定するものになる。天野直二(信州大学・精神科)

5. 当院認知症治療病棟における進行麻痺症例の経過と治療について

○小林美雪, 村杉謙次, 佐々木恵理子 (小諸高原病院)

当院認知症治療病棟には現在5名の進行麻痺患者がおり, 平均発症年齢は58.6歳, 平均入院期間は23.4ヶ月である。今回は入院治療中の3例について報告する。進行麻痺の標準的治療はペニシリンG大量静注療法であり, 当院でも水性結晶ペニシリンG1日2400万単位を6回に分けて14日間投与方法を行っている。病勢判定や治療効果の評価方法は議論のあるところで, 血清TPHA-IgMが適しているとの報告もあるが, 保険適応外のため使用しにくい。当院の症例もそれぞれ異なる初発症状と臨床経過をたどっており, 特に瞳孔異常のある例で治療後の言語機能の回復が悪い傾向にある。臨床症状が出現してから治療に到るまでの期間は約半年~4年以上であるが, 長い期間経過した例でも治療により認知機能が改善した例もあり, 慢性の病像と思われる例でも血清や髄液検査の結果と合わせて積極的に治療を考慮すべきである。

〔問〕初期PCG治療に対し, Jarisch-Herxheimer反応がみられた例はあったか。埴原秋児 (信州大学・保健学科)

〔答〕3症例とも軽度の肝機能障害のみで, JH反応は認めなかった。(演者)

〔追加〕進行麻痺の治療の終了をどこにおくかは極めて難しく, おそらく文献上で調べても結論は得られなかったと思う。確かにliquorのTPHA-IgMが指標であるが, 臨床経過で判断せざるを得ない。神経病理学的には治療後でトリポネーマが消えていても変性の進んでいる病変がみられ, 症状が徐々に進む例があるのは今でも問題を残している。天野直二 (信州大学・精神科)

6. フェニトインPHTによる高度の小脳損傷——Lennox-Gastaut症候群の1剖検例——

明石俊雄 (松南病院)

〔症例〕死亡時45歳の男性。遺伝歴, 家族歴, 既往歴に特記すべきことなし。5歳, 睡眠時にてんかん発作初発。発作型は強直性と強直間代性の2型で, 頻発かつ難治性で怠薬すると重積状態に陥った。8歳頃より知的障害, 執着性格, 衝動行為が顕在化。脳波異常 (slow spike & wave)。神経学的に異常なし。33歳, 精神運動亢奮抑制目的にレボメプロマジン50mgの筋注後, 急性の小脳失調状態に陥った。長期服用していたPHTの急性中毒を疑い, 暫減法で除去し一過性に改善されたが, 結果的にはakinetik mutism類似

の寝たきり状態に陥り, 12年後, 肺炎ショックで死亡。PHTの血中濃度は正常範囲内。〔剖検所見〕脳重1125g, 小脳は高度に萎縮性でプルキンエ細胞脱落は高度かつ広範囲にわたる。小脳歯状核と下オリブ核に繊維性グリオシスを認めた。〔結果〕類似報告例と比較して本例の小脳病変は最も強い部類に属する印象を受けた。

〔追加〕フェニトインのプルキンエ細胞障害は有名な事実であり, 血中濃度が低くても長期使用例では小脳障害が起きる。この高度な小脳白質のグリオゼはフェニトインによるものだけではないと考える。天野直二 (信州大学・精神科)

〔問〕フェニトインの重篤な小脳損傷の報告をお聞きすると, 現在フェニトイン投与中のケースについては, 一度他剤への変更を検討する必要があるのかもしれないと感じた。また, 現在は改善されたが, フェニトイン末は原末と10%末と2種類販売されており, 標準投与量の10倍投与された事故もある。より慎重に処方すべき薬物になっていると思われる。遠藤謙二 (千曲荘病院)

〔答〕アレピアチンは抗けいれん作用が強く, 現在でも多く使われている。(演者)

7. 衝動的な自殺企図にバルプロ酸が奏効したとみられた1症例

○中村伸治, 高橋 徹, 天野直二 (信州大学・精神科)

21歳男性。高校生のときに友人ができないことなどから不登校となり, 総合病院小児科に入院, SSRIなどの投与を受けたことがあり, 以後外来通院していた。大検合格後, X-2年に大学入学, X年に別の大学に編入した。しかし学業が大変で「このまま生きていても親の負担になるだけだ」と首つり自殺を企図したが, ひもが切れて助かった。抑うつ状態でかつ不安焦燥感が強いため, 休息目的で入院した。入院後は塩酸ミルナシプラン75mg/dayを主剤として投薬を開始した。当初は落ち着いて過ごせていたが, 入院第14日に無断離棟をしようとした。「もう限界です」「自分でもよくわからないままに気分が上下することがある」と述べた。明らかな躁状態のエピソードは聴取できなかったが, 対症的にバルプロ酸徐放剤を600mg/day処方したところ気分の安定がみられ, 入院第39日に退院となった。躁エピソードがはっきりしなくても気分変動に対して気分安定薬が有効だった可能性が考えられた。

〔問〕1) 長期経過で, 自殺率をバルプロ酸とリチウムで比較した文献引用について, 回復期の不安定性

に対する直接的薬理作用と気分障害予防効果故の自殺率の問題とは考察上峻別すべきではないかと考える。

2) 急性期・長期予防効果も含めて、アメリカでリチウムよりバルプロ酸が多用されるようになったという統計について、臨床的により安全で有効というエビデンスはあるのか。庄田秀志 (小諸高原病院)

〔答〕 1) 御指摘の通りである。本症例は短期～中期の自殺予防、引用文献は中期～長期の自殺予防であり、両者の比較検討には一考を要す。(演者)

〔追加〕 2) バルプロ酸が第1選択である必然性はないと思う。ただ、医療経済的な問題や大量服薬に対する危険性を考えてバルプロ酸が多用されるのだと考えられる。しかし、リチウムは抗躁作用に加え、抗うつ作用、自殺予防効果にまでエビデンスが確定された薬剤であるので、やはりリチウムを第1選択薬とすべきと考える。バルプロ酸については今後、抗躁、抗うつ、自殺予防に対しての有効性を確認していく作業が必要と思われる。鷲塚伸介 (信州大学・健康安全センター)

8. 絵画療法におけるコミュニケーション

○南風原 泰, 斉藤麻子 (飯田病院・精神科)

言語的な表現が乏しい患者さんでも、さまざまな形で内的な世界を表現している。絵画もそのような表現の一つである。絵画のグループが「療法」として機能するためには治療者の存在が欠かせない。絵画療法の場では、治療者は患者さんが絵として表現したものを的確に受け取り、返していかなければならない。その場で適切な言語化が必要なこともあるが、絵画というイメージを介したコミュニケーションでは直接的な言語を用いずに受け取ったというサインを返すことも要求される。当院の絵画療法のグループは、セッションのはじめに課題を提示し、絵画作成、合評会、片付けで一回のセッションとしている。セッション後にはスタッフだけで絵画一枚一枚についての分析をする。この分析の作業の中で、セッション中では気づけなかったことをチェックし、次回の課題提示に反映させるようにしている。絵画として表現したことを受け取り、課題提示という形で返すというイメージのやりとりがなされる。症例を通して具体的なやりとりを紹介する。

〔問〕 症例の患者の絵画グループ場面での言動の変化はどのようであったか。樋掛忠彦 (駒ヶ根病院)

〔答〕 この患者さんは、絵画療法グループに参加した時点で大分落ち着いており、元来の他者に配慮する性格がみられるようになり、終始ほんわりとした雰囲気をかもしだすムードメーカー的な役割を果たしてい

た。グループの中での変化はセッション時にはあまり気づかれなかった。そのような変化は、むしろ表現された作品の方に敏感に表されていた。(演者)

〔問〕 御発表は、絵画を素材とした集団療法の意味も大きいと思われる。スタッフと患者さん同士の絵画製作後のフィードバックの扱いについて工夫していることがあれば教えてほしい。遠藤謙二 (千曲荘病院)

〔答〕 製作後に合評会を行う。ここでメンバー、スタッフともに自分が描いた絵を説明する。事前に指示する訳ではないが、それぞれの発表に対して他のメンバーから批判的な発言はみられず、皆誉めてくれる。雰囲気の中で positive な発言が出る。(演者)

9. 大学健康安全センターにおける復職支援の試み 鷲塚伸介 (信州大学・健康安全センター)

心の健康を損ない休業する労働者の急増に伴い、平成12年に旧労働省から職場のメンタルヘルズ指針が出されるなど、近年職場におけるメンタルヘルズへの取り組みの強化が叫ばれている。平成16年には厚労省より労働者の職場復帰支援の手引きが発表され、より具体的な支援が事業者者に求められるようになった。そうした動きの中、積極的に職場のメンタルヘルスケアに取り組む企業が現れる一方で、大学では個々の職員が自らを労働者、職場を事業所あるいは労働現場と捉える意識が一般企業に比べて希薄なこともあって、産業精神保健に関わる取り組みは従来不十分といわざるを得なかった。信州大学では、健康安全センターに常勤の精神科医が勤務するメリットを生かした職場復帰支援プログラムを策定し、実施している。ケース毎にきめ細かい配慮を行うことが復職を成功させる重要な点であり、実際の運用を踏まえて今後さらなる改善を加えていく予定である。

〔問〕 1) 主治医の復職判断 (診断) よりも産業医の判断を重んずることで、主治医との間で困難は生じないか。2) 病休ないし休職の初期段階より産業医が介入することは、当事者も望んでいるか。小泉典章 (長野県精神保健福祉センター)

〔答〕 1) 長野県外で、職場復帰にあたって精神科医の診断書が重きをおかれていなかったという話を耳にしたことがある。主治医と産業医の判断がくい違って復職に困難を来したケースは演者はまだ経験していない。2) 復職プログラムにのることを希望しない一群の人たちが存在することは事実である。しかし1ヵ月以上の休職から職場復帰する者については、少なくとも産業医の面談を義務づけている。(演者)

〔追加〕 復職に当って、産業医が主治医の診断書を見ないという指摘は現実として多いであろうと思われ

る。特に非常勤の産業医は勤務時間も短時間であり、精神疾患やメンタルヘルスに関心も興味もないからであると思われる。これは産業医自身の問題だと思われる。精神疾患で復職する場合、特に復職に当たっての診断書に、残業時間の制限、出張の可否、休日出勤の可否など具体的指示を記載していただければありがたい。それがあれば職場の対応がスムーズになり、本人も復帰しやすくなるものと考え。山田修平（富士通健康推進センター）

10. 3年間にわたる本県の精神障害者スポーツ支援の報告

○平井麻紀、小泉典章、松本忠巳、小山せつ子、安藤栄子、増尾久美（長野県精神保健福祉センター）、大西 守（日本精神保健福祉連盟）

長野県は他の都道府県に比べ、精神障害者のスポーツ振興の分野において進んでいるといえる。そこで今回、本県の3年間にわたる取り組みについて報告する。これまでも障害者スポーツ大会は各地で開催されてきた。しかし、身体障害・知的障害と精神障害のスポーツ振興との間には大きなギャップがあった。そこでわが県は、2002年に北信越精神障害者スポーツ大会を開催して以来、着実にスポーツ振興を進めてきた。そして、大分国体（2008）時には3障害合同の障害者スポーツ大会が開催されることが内定しているが、本県では先んじて本年、長野県障害者スポーツ大会を開催するに至った。精神障害のある人がスポーツを楽しむことには、体力の増進、自信の回復および獲得、社会参加の促進、さらに県民の障害に対する理解などにつながるという意義があるのではないだろうか。本県では今後も引き続き精神障害者スポーツ支援を行っていく予定である。

〔問〕 3障害一緒での大会開催に対して、参加者の違和感はなかったか。樋掛忠彦（県立駒ヶ根病院）

〔答〕 調査はしていないが、3障害合同スポーツ大会に対する違和感を持っている方もいると思う。しかし一方で、3障害での共同歩調にポジティブな評価をしている声も聞こえてくる。今後は、当事者の意見を聞き検討し、バランスのよい大会を開催していきたいと考えている。（演者）

〔追加〕 障害者基本法ができて、3障害間の格差をなくすということが実感できないが、スポーツ大会の実現で少しでもその先駆けとなれたらと願うものである。小泉典章（長野県精神保健福祉センター）

〔追加〕 3障害一緒のスポーツ大会がもてたことはよかったが、開会式などが行われるメイン会場と同じ

場で精神障害者のスポーツを行えるように来年度に向けてお願いしたい。宮尾美代子（宮尾メンタルクリニック）

11. 触法精神障害者の再犯可能性と病状についての一考察——心神喪失者等医療観察法の実施にあたって思うこと——

吉田朋孝（滝澤病院）

心神喪失者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が2005年7月より施行された。従来は、起訴するか否かを検察官が決め、不起訴となり措置入院になった場合は、その後の処遇をすべて医療に委ねられていたが、医療観察法においては、治療面の処遇、退院の決定等について、司法、医療、福祉等の合議制で決定されることになり、当該触法精神障害者の処遇の妥当性を高めるに資するものと思われるが、一方で再犯可能性と病状の消退とが必ずしもパラレルでないという問題が残る。五十嵐が指摘するDangerousnessとRiskの観点からの検討も重要となる。再犯可能性について司法の側の意見と病状についての医療側の意見とが十分に吟味検討されることが望ましいが、その実務面では困難が予想される。さらにまた医療観察法の適応を外れたケースについての受け皿の問題も未整備である。そして、素朴な遺族感情、市民感情に対する配慮も今後の検討課題として残されている。

〔問〕 医療観察法の特徴は、医師が鑑定中に治療できることと、治療可能性を判定することにある。再犯予測が判定医の責務かどうかについては議論があらう。樋掛忠彦（県立駒ヶ根病院）

〔答〕 御指摘のとおりだと思う。医療、司法、市民の立場をもう少し明確に区分して考え直したい。（演者）

〔問〕 リーガルモデル、メディカルモデルの間のグレーゾーンの症例が問題となろう。①起訴前検察鑑定の質、形式等の標準化、バージョンアップが課題。②合議体の専門医の良識に期待。③治療可能性については、病院で主治医を立て、鑑定医が可能性を検討。①②③のバリアーを通して入院指定になる。症例を通して、責任能力、治療可能性について疑問が生じた時、入院指定医療機関から③→②→①の逆コースの主張は現法では認められていない。平均的な統合失調症と不幸な事件については、現状よりもずっと改善されると思う。ケースと上記①②③の質を精神科医が相互チェックする必要があると考える。庄田秀志（小諸高原病院）

〔答〕 御指摘のとおりだと思う。疑義があった際、

司法→医療の流れを再度医療から司法に戻すシステムの改善をすべきという御指摘は同感である。また精神鑑定を上げるべきであるという御指摘も努力すべき点である。(演者)

12. 佐久総合病院における精神科救急の現状と問題点

○倉田 勉, 澤 潔, 笠原信行, 島谷晴美, 山崎雄高, 亀山正樹, 高良聖治, 五味邦裕, 狩野正之 (佐久総合病院・精神神経科), 鈴木智広 (館林厚生病院)

佐久総合病院精神科において、平成16年の1年間に救急外来から診療時間外に依頼された精神科救急患者202例について、臨床事項を統計的に検討した。方法は、宅直簿による後方視的方法であり、個人情報に配慮した。その結果、状態像では自殺企図および精神運動興奮が多かった。疾患診断では統合失調症圏が最も多く、次いでパーソナリティ障害であった。転帰では、1/2が帰宅、1/3が精神科入院、残りは身体科入院であった。状態像と疾患診断の関係では、統合失調症は幻覚妄想が多いのに対し、パーソナリティ障害は多彩な状態像を呈していることが特徴的であった。疾患別転帰では、統合失調症は精神科入院が多いのに対し、パーソナリティ障害は帰宅が多かった。以上の結果に加えて、総合病院において精神科救急体制を運営する上で問題となる身体合併症例を呈示し、その問題点を検討した。症例は患者を特定できないように本質と無関係な部分は変更した。

〔問〕 救急外来で、同じ患者さんが1年の間に何度も受診することがあるか。今回の統計は延べ人数か。今井杉雄 (村井病院)

〔答〕 同一患者さんが一年間に複数回、救急外来に受診することがあった。今回の統計は延べ人数である。(演者)

〔問〕 他院通院中の患者さんの数が1/4と比較的多いが、主治医のいる病院からの情報提供についてはスムーズになされているか。またどのくらいの間、受診が途絶えているか。最後の受診から何ヵ月以内であれば通院中の病院に任せるといった具体的な基準を設けているか。遠藤謙二 (千曲荘病院)

〔答〕 他院通院中の方が救急外来に受診した場合、症状や重症度に応じて、病院間で連絡をとりあっている。入院を要する場合は、すぐに報告するようにしており、軽症例では後日ということもある。受診が途絶えている期間についてのデータは今回揃えてない。最後の受診から何ヵ月以内であれば通院中の病院に任せるといった具体的な基準は作っておらず、診察医の判断

で対応している。(演者)

シンポジウム「長野県精神科救急の現状」

A. 有床総合病院精神科の立場から

高橋武久 (長野赤十字病院・精神科)

当院は平成11年に長野県精神科救急医療整備事業実施要綱に基づく精神科救急指定病院となり、演者は第20回本学会で長野県資料をもとに総合病院精神科の実績が極めて突出している事実を明らかにし、輪番制への転換と連携・機能分担が望まれることを発表した。平成15年10月から一部輪番制が導入され、平成17年度から東北信7病院による変則的輪番制(当院は隔週土曜日、日曜日と、水曜日以外の休日日中の対応)が実施されている。この経過を当科の統計と県資料を基に報告した。平成17年度5ヵ月間の実績では、改善はあるが精神科病床のある総合病院精神科への集注が尚認められる。病院医師不足の進行もあり、種々の問題は残されている。地域実情に合うシステムが望まれるが、診療所開設が進む地域では、診療所医師の役割も期待される。マンパワーの効率化、医療経済効率化、そして公的な市民に開かれた窓口設置が急務である。

B. 精神科救急医療の地方型モデルの考察

喜多 等 (国立病院機構小諸高原病院)

長野県では、通院中の患者は当該医療機関での救急対応が優先するため、救急指定病院の負荷は小さくなっている。救命救急と一体化した精神科病棟を持つ24時間対応の基幹型病院が車で30分圏内にあることが望ましいが、地理的、経済的に困難であり、現在の輪番制を維持することが望ましい。輪番制の弱点を補うポイントは、救急隊や救命救急病院との連携強化にある。また、休日も緊急措置にせず、できるだけ措置鑑定は行う方がよい。今後、7万人の退院で精神科救急は必要度を増すが、長野県の人口対病床数は多くなく、アメリカやイギリスの例を考慮し、十分な住居プログラムなしに退院を急ぐべきでない。全国的に見て、長野県の平均在院日数は短く、さらに平成13年6月に入院した患者の1年後の残存率は全都道府県中で最も低い値であった。退院促進は十分行われている。今後、生活支援センターの整備や、救急システムのアクセス方法の開示などに力を注ぐべきである。

C. 県立駒ヶ根病院の精神科救急について

藤原利勝 (長野県立駒ヶ根病院)

県立駒ヶ根病院の精神科救急の現状について、平成13年度より16年度の4年間のデータを示して考察する。4年間で、夜間休日に受診した患者の総数は、15

年度がピーク（575件）で、16年度は減少を示した。15年度は、下伊那地域の病院の医師不足が背景にあったと思われる。16年度の1年間では、総数394件のうち、入院は57件で14%であった。その57件のうち新規患者は23件であった。23件の新規入院患者について、入院形態、搬送方法、病名などのデータを示した。また16年度に措置、緊急措置、応急入院した全患者21名中、夜間休日に救急で対応した件数は9名で、43%であった。精神科救急の充実には、指定医など医師の確保、隔離室の確保、ベッドコントロールのためのミーティングが必要である。地域さらには県全体で救急体制を支援する取り組みは乏しく、今後の課題である。

D. 当院救命救急センターを受診した自殺企図および自殺関連行動症例132例の精神医学的検討

杉山暢宏（信州大学医学部精神医学教室）

[目的] 4年6ヵ月間に救急部を受診した自殺企図症例132例について実態を調査した。[方法] 2001年10月～2005年4月までに救急部を受診した緊急患者延べ10,834例の中から救急部診療記録をもとに、自殺企図例132例を抽出し、診療録をもとに検討した。[結果] 性別は男性41例、女性91例で、年齢分布は

19歳以下6.1%、20歳代43.2%、30歳代26.5%、40歳代9.8%、50歳代5.3%、60歳代5.3%、70歳以上3.8%であった。精神科受診歴のあるものは132件中104件で、そのうち当院精神科の患者は74件であった。精神科診療に関しては、救急部から精神科へ引き継がれたケースが121例とほとんどを占めた。企図手段は薬物が86例、切創・刺創が33例、縊頸・熱傷が6例、一酸化炭素中毒が5例と続いた。動機は精神病症状の悪化が57例と最も多かった。精神医学的診断は気分障害が42例、人格および行動の障害が25例、次いで統合失調症が22例と多かった。転帰は当院精神科入院が62例と最も多く、内訳は[F0]～[F5]の合計が53例であった。[考察] 症例は若年女性による薬物中毒および手首切創が大半を占めた。これらが身体的に重症化することは稀であったが、初療後の精神科診療を検討してみると重症例が多かった。救急部における身体的重症度と精神医学的重症度は必ずしも相関していなかった。

【特別講演】

精神科救急の技術論とシステム論

講師：八田 耕太郎先生（順天堂大学医学部精神医学講座講師）