

対象は新潟大学医学部附属病院精神科，南浜病院，河渡病院，松浜病院に1998年11月1日に入院していた患者で，DSM-IVで精神分裂病と診断され，1931年から1960年に生まれた者である。なお，アルコールを含む物質依存，乱用歴のある者は除いた。対象数は477例で，平均年齢は54.1歳（SD=7.59）であった。対照には1931年から1960年の厚生省人口動態統計の新潟県月別出生者数のうち入手できた14年分を使用した。

精神分裂病患者の出生季節（春；3月から5月，夏；6月から8月，秋；9月から11月，冬；12月から2月）に加え，二度親族内の家族歴（なし404例，あり73例），発症年齢（20歳以下154例，21歳から26歳167例，27歳以上147例），性別（男294例，女183例）と出生季節との関連を，期待値に対する χ^2 適合度検定を用いて統計解析した。

結果は，夏の出生が有意に（ $p < 0.05$ ）多く，女では冬の出生が有意に（ $p < 0.05$ ）少なかった。また，発症年齢が27歳以上の者では夏の出生が有意に（ $p < 0.005$ ）多く，秋の出生が有意に（ $p < 0.05$ ）少なかった。

先行研究に反する結果が得られた原因としては対象者数の不足が第一に挙げられる。他には対象者の偏りや，対照の不完全さ，転入・転出の可能性も考えられる。今後は調査を全県に広げ，更なる検討を加える必要がある。

10) リスベリドンによる遅発性ジストニア

村竹 辰之（新潟大学医学部
精神医学教室）

リスベリドンはクロザピンなどとともにセロトニン-ドパミン拮抗薬（SDA）に分類され，精神分裂病の陽性症状のみならず陰性症状にも効果を示すことから注目されている。その名の通りドパミンレセプターとセロトニン2Aレセプターに拮抗作用がある。錐体外路症状の出現率も既存の抗精神病薬に比し，例えば遅発性ジストニアは定型的抗精神病薬5-10%に対しリスベリドンは0.3%と極めて低く，米国では精神分裂病治療の第一選択薬とされている。特に用量6mg以下であればほとんど錐体外路症状は出現しない。

一方，遅発性ジストニアは頻度は約2%と遅発性ジスキネジアの約20%に比して低いが，そのための苦痛や機能障害ゆえに精神科医が注意すべき薬原性錐体外路症状である。遅発性ジストニアは多くの場合非可逆的で，様々な治療が試みられているが確実な治療法はない。またこれまでにリスベリドンによる遅発性ジストニアの報告は

ない。今回演者はリスベリドン服用中に頸部の慢性的のジストニアが出現した症例を経験したので報告する。

症例は30才の女性である。29才時に解体した行動，作為体験などで精神分裂病を発症，定型的抗精神病薬数剤とリスベリドンで5ヶ月ほど治療されたが十分な改善が得られず，リスベリドン4-5mgの単剤投与でその後8ヶ月間治療されていた。この間2回にわたり入院治療が行われた。リスベリドン単剤服用中に2ヶ月ほど口部の遅発性ジスキネジアをみた。精神症状はほぼ消退していたが，顔面が右方を向いてしまうというジストニアが出現したため来院した。諸検査に異常なく，リスベリドンによる遅発性ジストニアと診断した。ピペリデンを投与したが全く効果なく，リスベリドンを中止しても同様であった。抗精神病薬をクロルプロマジンに変更し，ビタミンE，クロナゼパム，カルバマゼピンを順次投与したが効果はなく，ジストニアは6ヶ月間みられた。針治療を近くの鍼灸師に施行されたところ2週間ほどで劇的に改善し，ジストニアは消失した。現在は精神症状に変化はなく，右上肢の振戦および舞蹈病様運動が軽度残存しているが生活に大きな支障はない。

針治療が効果を示した機序は推測の域を出ないが，局所での筋に対する作用や求心神経を介しての中枢への作用が考えられる。リスベリドンによるジストニアはこれまでに報告がないが，SDAといえども錐体外路性の副作用に注意して使用せねばならない教訓として，貴重な症例と考え報告した。

11) 精神科合併症医療のトリアーギュ方法に関する考察

細木 俊宏・金子 晃一
諸橋 優子（新潟県立小出病院）

精神科身体合併症医療の体制整備は精神障害者の身体治療および身体病患者の精神医学的ケアを確保し，また患者の人権擁護の観点から，重要である。今後，地域住民の高齢化や精神病院における長期入院患者の高齢化，痴呆性老人の増加により，精神科身体合併症患者の増加は不可避であり，ますます重要になるものと考えられる。しかし精神科身体合併症医療を一般科病棟において行う場合（CLPモデル）は精神科医の大幅なマンパワーが必要となる。また精神科病棟において合併症治療を行う場合（MPUモデル）は同じ病棟のなかで身体病治療が主たる患者と精神病治療が主たる患者が混在し医療上の困難を生じる。しかしこのような我々受け手側の困難

さは、送り手側である単科精神病院や一般病院には見えにくく、一種のブラックボックスと化している。そのため一般病院精神科における身体合併症医療が過大評価され、送り手側が期待する治療効果をもたらしていない可能性がある。

今回我々はこれらの問題点を明らかにし、より円滑に、実効性の高い身体合併症医療を行うために有効なトリアージュ方法を確立する目的で、調査を行った。

【方法】平成8～9年度の2年間に身体病治療のため当院の精神科および一般科病棟に入院した精神疾患患者428人について、入院に至るまでの動態と重症度を分析した。【結果】精神病棟入院群（MPU群）は121人、一般科病棟入院群（CLP群）は307人であった。単科精神病院からの依頼は一般科病棟に入院することが多く、また一般科病院からの依頼は精神科病棟に入院することが多かった。精神病院に入院中の患者が必ずしも精神症状が重症ではなく、また精神科身体合併症医療は単科精神病院からの患者を対象とするだけではないことが確認された。入院後に精神身体両症状の変動により転科した者はわずかであり「小出病院式トリアージュ」は有効であると考えられた。

【考察】小出病院式トリアージュは次の手順による。

- ① A 精神病院における身体症状発症→身体科医による身体症状評価
 - B 一般病院における精神症状発症→身体科医による身体症状評価
 - ② 送り手側と当院の身体科医どうしの身体症状を主とする情報伝達（転院の可否の検討）
 - ③ 精神科医による精神症状評価と当院精神科への情報伝達（単科精神病院の場合）
 - ④ 小出病院における身体科と精神科の合同評価（トリアージュ1）
 - ⑤ 来院（身体科受診→精神科受診）～診察後の合同評価（トリアージュ2）
 - ⑥ 入院病棟と治療方針の決定、身体症状の治療の開始
- 【結論】精神科合併症医療を有効に行うにはトリアージュが必要であり、身体科医師どうしの情報伝達は不可欠と思われる。

特 別 講 演

「向精神薬代謝の個体差とその臨床的意義」

新潟大学医学部精神医学教室教授

染 矢 俊 幸 先生