

milnacipran 150mg/日が併用された。また精神病症状に対して risperidone 4 mg/日, aripiprazole 18mg/日, olanzapine 20mg/日が併用されたが、いずれの薬剤も効果が不十分であったので、X年5月にmECT目的に当科に転院した。

入院時診断は大うつ病性障害、反復性、重症で、「汚物で他人を殺してしまった、申し訳ない」といった妄想を認め、精神運動抑制も顕著であった。また薬剤性と考えられる高プロラクチン血症(275.6 ng/dl)を認めた。薬剤抵抗性の経過、重度の抑うつ症状、顕著な妄想の存在などからmECTの適応と判断し、X年7月中旬から2~3回/週の頻度でmECTを開始した。すべてのmECTにおいて、propofol 50mg~70mgで鎮静を、succinylcholine 40mgで筋弛緩を行い、上腕でのカフ法でけいれんをモニターした。5回目のmECTでは右上腕でカフ法を行い、有効なけいれん(EEG endpoint40秒, EMG endpoint13秒)が得られたが、帰室後に右手首の腫脹と疼痛を認め右橈骨遠位端骨折と診断された。その後のmECTは左前腕のカフ法へ切り替えることで問題なく終わり、患者の抑うつ症状は著明に改善した。Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA)により重度の骨粗鬆症(T-score3.9)と診断され、alendronate 35mg/週が開始された。

うつ病における視床下部・下垂体・副腎皮質系の機能異常は、うつ病患者の骨粗鬆症・骨密度低下に深く関与すると言われる。また本症例では、骨粗鬆症・骨密度低下の危険因子である高齢、女性、早期閉経、低栄養(低蛋白血症)、高プロラクチン血症が認められた。長期経過を有する中高年女性のうつ病では、mECT実施前に骨粗鬆症・骨密度低下について評価することが必要である。

8 心理教育の栄養指導プログラムによって肥満の再発を予防することができた統合失調症の1例

澤村 美季・安部 弘子・小泉暢大栄
杉本 篤言・島田 勝次*・梶井 聡子*
鈴木 仁*・鈴木雄太郎・染矢 俊幸
新潟大学医歯学総合病院精神科
同 看護部*

新潟大学医歯学総合病院精神科では、2007年6月より統合失調症の入院患者を対象に心理教育および栄養指導を行っている。今回、我々は、入院中に行った栄養指導を含む心理教育の結果、肥満、脂質代謝異常の改善を認めた症例を経験したので、報告する。

症例は統合失調症解体型の男性。X-15年頃より脈絡なく数式が頭に浮かぶようになり、X-12年より幻聴、胸がうごめくような奇異な感覚が出現した。X-11年より体感幻覚、独語、空笑も出現したため、X-10年に当科初診し、統合失調症の診断で薬物療法が開始された。

以後、当科に計3回の入院歴があり、bromperidol (max 27mg), haloperidol (max 14mg), pimozide (max 6mg), levomepromazine (max 250mg)により加療を受けた。これらの薬剤により症状は軽減するものの、家族がhigh EEであり病状は不安定であった。また、bromperidol, haloperidolは錐体外路症状のため継続困難であった。しかし、X-2年1月よりolanzapineへ置換後は、精神症状は比較的安定していた。

X-1年10月頃より、幻聴、思考吹入が顕著となり、不安と希死念慮も増強した。X年1月にolanzapine, levomepromazineを大量服薬し当科4回目の入院となった。

入院時の評価では、BPRS 32点、DAI-10(日本語版;薬に対する構えの評価表)-6点、SAI-J(病識評価尺度)8点であり、服薬の重要性の理解や病識の低さが示された。また、体重87.0kg(BMI 30.7kg/m²)と顕著な肥満がみられ、血液生化学検査上、総コレステロール253mg/dl、中性脂肪255mg/dlと脂質代謝異常も認められた。本人によると、自宅での食事は1日2食をコンビニ

で購入した弁当で済ませることが多く、特に脂肪の多いものを好み、1回の食事も多めであったという。これらの情報をもとに、本人の同意を得た上で心理教育および栄養指導を実施した。一方、薬物療法としては、olanzapine (max 25mg)、aripiprazole (max 24mg) は効果不十分であったが、quetiapine 700mg/日に置換されたところ、不安焦燥、希死念慮は軽快した。

X年5月に退院後は当科外来で通院加療を受けていた。独居生活のため服薬は自己管理となったが、服薬遵守は良好であった。食事は自炊でカロリーや量を控えめにし、野菜を多く取り入れる食生活を続けており、体重も徐々に減少した。しかし、次第に独居生活を負担に感じ、幻覚妄想が再燃したため、X年11月当科5回目の入院となった。

入院時、体重70kg (BMI 25.0kg/m²) と前回入院時と比較して肥満の改善がみられ、血液生化学検査上も総コレステロール196mg/dl、中性脂肪174mg/dlと正常範囲内であった。DAI-10、SAI-Jはそれぞれ8点、15点で前回入院時と比較していずれも明らかな改善が認められた。

本症例では心理教育実施から7ヵ月後のDAI-10、SAI-Jにおいて明らかな改善がみられた。また、栄養指導後も指導内容を遵守した食事を継続し、約17kgの体重減少と脂質代謝異常の改善を認めた。以上のことから入院中の心理教育および栄養指導が有効であったと考えられる。

今後は、さらに多くの症例に対して、心理教育前後の疾患理解、服薬の重要性の理解度について、評価尺度を用いて評価するとともに、退院1年後の体重、再入院率を評価し、得られた結果をもとに、心理教育および栄養指導の再発防止における有用性を検討する予定である。

9 がん診療に携わる医師の研修に関わって

今村 達弥

新津信愛病院

がん対策基本法を受けて閣議決定された、がん対策推進基本計画において、「がん患者の状況に

応じ、身体的苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備する」ことを目指し、「すべてのがん医療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」が、個別目標の一つとして掲げられた。その実現のために、各都道府県、がん診療連携拠点病院、民間団体等が緩和ケア研修会を開催していくこととなり、2008年4月厚労省より研修会の開催指針が通知された。その中で「精神症状に対する緩和ケア」と「コミュニケーション技術」の研修(以下CST)が必須とされ、精神腫瘍学やCSTの指導(ファシリテーター)ができる精神科医が強く求められることとなった。CSTに関しては、国立がんセンター東病院を中心に開発された「SHARE」という実践ガイドを用いた方法が最もスタンダードとされ、日本サイコオンコロジー学会(以下JPOS)がファシリテーターを養成している。演者も、県立がんセンター新潟病院のがん専門医とペアで、2007年度講習を終えファシリテーターに認定された。各学会主催の緩和ケア研修はばらばらに行われているが、この程、それらを経験した新潟県内の医師および看護師等が「縁」により集まり、県内の緩和ケア研修を自律的に担っていくという動きが始まった。CSTは「JPOS簡易版」を独自に作り、医師だけでなく看護師も共同で行う研修会をプログラムし、7、10、11月に3回に分けて開催した。県は追認する形で主催者となり、厚労省の修了証書を発行することもできた。来年度からいよいよがん診療拠点病院に緩和ケア研修会の主催が義務づけられる。

今発表では、これらの動きの中で、演者が精神科医としてどのような経験をしているか報告し、今後、精神科医がこの領域に多く関わっていただけるよう呼びかけをさせていただきます。