

今回、BDD 症状は AMI では改善せず、CMI にて症状消失に至った。その理由として、CMI は SRI の一つで、セロトニンに対する再取り込み阻害作用が他の3環系抗うつ薬に比し強いことが挙げられる。また BDD は Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (OCS) という疾患グループに含まれるとされ、OCS の代表的な障害として強迫性障害が挙げられる。その OCD の治療にはうつ病の治療に比し高用量の薬物が必要とされている。今回我々が用いた高用量 CMI によって初めて BDD 症状が消失したことから、BDD の治療にはうつ病に比してより高用量の薬物が必要なのかもしれない。

A-5) 新潟大学医学部付属病院精神科における DSM-IV 診断による初診患者の内訳
—DSM-IV 診断を1年間行ってみて—

渡辺 清美・渋谷 太志	
福井 弘恵・本田 潤	
天金 秀樹・澤村 一司	
細木 俊宏・塩入 俊樹	(新潟大学)
柴矢 俊幸	精神医学教室)

精神科診断学の流れに新しい転換期が訪れたのは、今から20年余りも前となる、米国精神医学会の公式診断基準である DSM-III が世に出た 1980 年である。それによって、それまでの各々の精神科医の経験のみに基づいた曖昧な診断から、診断項目を具体的に列挙し、その診断基準に合致さえすれば誰でもが一貫した診断を下せるという、操作的診断基準を用いるようになった。それから早 20 年が経ち、現在では DSM-IV (1994) や ICD-10 (1993) 等の操作的診断基準が欧米ではスタンダードとなっている。しかしわが国ではそこまでは至っていないのが現状である。

我々も 1998 年度より DSM-IV 診断基準を用い、新患および入院患者の診断を行っている。そこで今回、DSM-IV による疾患別頻度・内訳の検討、他施設（滋賀医科大学）との比較等を行ったので報告する。

調査対象は 1998 年 4 月 27 日～1999 年 9 月 10 日の間（約 1 年 4 ヶ月）に当科外来を初診した 1,041 人とした。男性 416 人、女性 615 人、平均年齢は 37.0 ± 18.75 であった。各診断カテゴリー別では、気分障害 263 名で 23.7%、精神分裂病及び他の精神病性障害が 153 名で 13.8%、以下不安障害 (12.3%)、適応障害 (8.4%)、身体表現性障害 (8.1%) となった。性差に関しては、男性に最も多かったのが幼児期、小児期、青年期の精神

障害で、男性が女性の 2.2 倍、一方女性では摂食障害が男性の 18.7 倍となっていた。ちなみに、幼児期、小児期、青年期の精神障害の中では特に注意欠陥及び破壊的行動障害が 7 : 1 ともっとも男女比に差が存在した。

4000 名以上の外来初診患者の DSM-III-R 診断を行っている滋賀医科大学付属病院との疾患別頻度の比較では、2 施設共に気分障害が最も頻度が高く、全体的にはほぼ同じ傾向が示された。当大学の特徴的な所見として、滋賀医科大学に比し摂食障害が有意に多いことが挙げられた。摂食障害の中では、神経性無食欲症が 44.1%、神経性大食症は 30.5% で、残りは特定不能の摂食障害と診断されていた。平均年齢としては、神経性無食欲症の方が神経性大食症よりも若い傾向が認められた。この障害が慢性・難治性であることを考え合わせると、出きるだけ早くこのような疾患を集中的に治療できる場を確保する必要があると思われた。また、DSM-IV 診断を不明とする症例が 45 名にのぼったことは、DSM-IV 診断への親和性がまだ乏しいことを示しており、今後も DSM-IV 診断を日常的に用いて、その診断の信頼性・妥当性をより高めて行く必要があると考えられた。

B-6) 長期入院中の精神障害者における糖尿病の治療とインフォームド・コンセント

梶 鎮夫・佐野 孝 (白根緑ヶ丘病院)

当院長期入院中の精神障害者 164 名（閉鎖病棟 84 名、開放病棟 80 名）について調査したところ、治療中のインスリン非依存性糖尿病患者は 19 名（男 12 名、女 7 名）であった。この人達について、血糖コントロールの良否、食事療法の遵守の良否、肥満度などについて調べた。その結果、19 名中 13 名では血糖コントロールはほぼ良好であった。肥満度とコントロール良否の関係では、-20% 以上の痩せた人ではすべて不良であったが、肥満者では一定の傾向は認められなかった。次に開放と閉鎖病棟と肥満度の関係を見ると 20% 以上の肥満者は開放に、-20% 以上の痩せた人は閉鎖病棟のみにみられた。

血糖コントロールと食事療法遵守についてみると、血糖コントロール不良の人はすべて食事療法遵守不良であった。

家庭よりも入院中、開放病棟よりも閉鎖病棟の方が食事療法を管理して行うことは容易ではあるが、閉鎖病棟での管理は自主性を妨げるなど問題があることを指摘した。