

達障害としての子供の資質上の問題に環境因が絡みあって生じていることを説明して理解を求め、対応の変更を要請すると、行為障害を除く ADHD 12例中10例では、適応が改善し環境調整は有効であった。今後は、高年齢の行為障害合併例の対応を検討するとともに、二次的障害の合併や問題行動の深刻化を阻止するために、若年者に接する教育者や保育者などに ADHD の啓発を行ない、早期に問題行動に介入し、環境調整を行なうことが大切であると考えられた。

8) 神経性無食欲症に対する精神科・小児科連携治療の有用性の検討

橋本 道子	(長岡赤十字病院 精神科)
増澤 菜生	(新潟大学教育人間科 学部障害児教育科)
森本 芳典・鈴木由紀子	(新潟大学医学部 精神医学教室)
仲丸 恵	(村上是まなす病院)
稲月まどか	(黒川病院)
青山 雅子	(佐潟荘)
田先由紀子	(新潟信愛病院)
薄田 祥子	(新潟県中央児童相談 所)

摂食障害については、近年患者数増加と相まって年齢層のひろがり特に低年齢化が指摘されている。低年齢の患者の場合は小児科で対応される場合が多く、発症初期に適切なケアを受けて心身ともに回復する例もあるが、大部分の患者では治療経過中に何らかのかたちで精神科での対応が必要となる。従って双方の治療の連続性・連携が重要であり、今後さらに重要性が増すと思われる。本年ほぼ同時期に精神科・小児科で連携して治療にあたった12～14歳発症の神経性無食欲症の4症例について、発症契機・臨床症状・治療経過等を報告し、連携の必要性・今後の望ましいありかたについて検討した。

4例とも、やせ願望や肥満恐怖がはっきりせず、生活上の何らかの挫折体験を契機に腹部症状や食欲不振が生じ摂食量が低下して発症したと思われた。臨床像としても食事量低下・過活動等の食行動の異常が主体で、低体重の重大さの否認は認められたがやせ願望や身体イメージの障害ははっきりしなかった。

4例とも、小児科入院中に認知行動療法に基づき段階的な行動制限・食事摂取で体重増加と心身の安定を図った。精神科治療の受け入れについては4例とも(親も含めて)程度の差はあれ抵抗を示し、治療者には患者・親ともに治療を受け入れられるよう丁寧な対応が求められ

た。

さらに、小児科領域の患者においては「発達」という視点も治療上不可欠である。低年齢での発症状況にはそれ迄の(患者にとっては)育ちかた、(親にとっては)育てかたのゆきづまりが深く関わっており、「育ち直し・育て直し」のプロセスが治療上重要と思われる。その観点から4例の治療を考えると、小児科入院により彼女達・母親達が、自分より年少の患者や付き添い世話する親と接したり、時には同じ様に付き添いができたことは、治療上非常にプラスに働いたと思われた。

以上より、精神科・小児科が連携して治療にあたる場合、精神科医は小児科スタッフや家族が安心して治療やケアが出来るよう治療一患者(親)関係を良好に保ち、患者と親が治療経過を受け入れられるように働きかけることがまず重要と思われた。

9) 精神分裂病患者出生の季節変動(予備的研究)

渡部雄一郎・村竹 辰之	(新潟大学医学部 精神医学教室)
金子 尚史	(南浜病院)
鈴木 保穂	(河渡病院)
和泉 貞次	(松浜病院)
内藤 明彦	(群馬県立精神医 療センター)
桑原 秀樹・馬場 正彦	

1929年に Tramer が3100例の精神病患者の研究で、冬から早春の出生が多いことを発見して以来、多くの研究で精神分裂病患者出生の同様な季節変動が確認されてきた。

先行研究では臨床的特徴との関連が次のようにいわれている。家族歴のない者で冬の出生が多く、都会生まれの者では冬から春の出生が多い。しかし、発症年齢や性差による違いはない。

冬の出生が多い理由として以下の3つが考えられてきた。1つは遺伝要因説で、精神分裂病の素因を持つ者は、冬生まれが生存しやすく、夏生まれは死亡しやすいというものだが否定的である。次は両親の出産習慣説で、精神分裂病患者の両親は冬に出産するような性行動をとるというものだが、これも否定的である。最も注目されているのは環境要因説で、インフルエンザその他の感染症、妊娠・出産合併症、気温、栄養、日照時間など多くのものが考えられている。

我々は精神疾患の分子遺伝学研究の一環として家族歴調査を行っているが、併せて新潟地区で予備的な出生日調査を行ったので、以下にこれを検討し報告する。

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ジ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