

理部と共同して、せん妄予防を目的とした睡眠薬使用についてマニュアルを作成した。入院時に認知症や脳血管障害の有無、睡眠薬の使用状況などせん妄のリスクを確認し、不眠に対しては安易に投薬を開始せず睡眠衛生指導を行うことを推奨した。薬物療法が必要な場合には、新規睡眠薬（スポレキサント、ラメルテオン）や鎮静系抗うつ薬（トラゾドン、ミアンセリン）を使用し、慣習的なBZD薬の投与を控えるよう推奨した。

【考察】一般病棟の入院患者は高齢化しており、せん妄や心理的ケアなど精神科リエゾンの必要性は高まっている。今後の課題として、当チームの認知・普及の促進や人員確保に加えて、いかに予防的な介入ができるかが挙げられる。介入依頼の簡略化やハイリスク患者への早期介入など、介入システムを整備していく必要がある。また、睡眠薬適正使用マニュアルの作成をはじめとした啓発活動により、せん妄への介入開始時にBZD薬の使用頻度が低下したかについても調査し、検討する予定である。

3 修正型電気けいれん療法施行中に橈骨遠位端骨折を生じた1例

森川 亮・上馬場伸始

県立新発田病院精神科

旧来の電気けいれん療法ではけいれん発作時の脱臼や骨折がみられたため、筋弛緩薬でけいれん運動を修正し、筋骨格系の外傷の危険を最小限に抑える修正型電気けいれん療法（mECT）が推奨されている。今回我々は、mECT施行中に橈骨遠位端骨折を生じた症例を経験したので報告する。

症例は67歳、女性。X-14年に不安、全身の疼痛等を訴えA病院精神科を受診した。次第に「特定の人物からテレパシーを受け身体が破壊される」等の被害妄想や幻聴、テレパシーによる作為体験を訴えるようになった。複数種類の抗精神病薬や抗うつ薬で治療されたがいずれも無効ないし部分的な効果に留まった。X-2年に被害妄想、作為体験が悪化し当科へ任意入院し、統合失調症の

診断でペロスピロンやガランタミンで治療されたが効果は乏しく、X年3月から計10回を予定したmECTを開始した。術中に右上腕にカフを巻き筋弛緩薬を遮断することで筋けいれんをモニターした。第1,2回目には有害事象は生じなかった。第3回目にも施行中には大きな異常を認めず、適切なけいれん発作を得た。帰室後から右側の手関節痛を訴え、翌日に整形外科医師により右橈骨遠位端骨折と診断された。本人、家族と協議し以降のmECTを中断し、その後の検査で骨量減少を指摘された。

本症例と同様にmECT中にカフを上腕に巻き筋けいれんをモニターしたところ、カフを巻いた側の橈骨遠位端に骨折を生じた例が報告されており、それらでも骨折後の検査で骨粗鬆症と診断されていた。骨粗鬆症の合併や骨量減少はmECTの禁忌となっていないが、骨折事故を予見するために骨粗鬆症による骨折の危険性の高い患者に対し事前に骨密度検査を行うことが望ましい。そして骨粗鬆症の合併や骨量減少が明らかになった場合にはリスクを考慮してmECTを施行するかどうか検討し、施行時には筋けいれんのモニターを上肢以外で行うなどの工夫が必要だろう。そしてもしも施行後に骨折を発症した場合には速やかに専門科の診察、治療を受けられるように体制を整えておくことが望ましい。

4 2型糖尿病を合併する治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン使用経験

湯川 尊行・小原 伸雅*・新藤 雅延
渡部雄一郎

魚沼基幹病院精神科

魚沼基幹病院内分泌・代謝内科*

【はじめに】クロザピンは、糖尿病又は糖尿病の既往歴のある患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とされる場合には慎重に投与することとされている。今回我々は、2型糖尿病を合併する治療抵抗性統合失調症に対してクロザピンを投与した。本報告は本人および家族の同意を得ている。

【症例】41歳，女性。X-25年に統合失調症を発症し，幻覚妄想やまとまらない言動等のため入退院を繰り返していた。20代で2型糖尿病を発症し，血糖降下薬で治療されていた。X-2年からA病院精神科に通院。X-1年からX年にかけても2回入院し，パリペリドン12mgまたはプロナンセリン24mgで軽快した。精神運動興奮のため，X年9月25日に入院した（26回目）。同日から隔離，10月1日からは身体的拘束を要した。アセナピン20mgは無効であり，10月31日からクロザピンを開始したところ，精神運動興奮は速やかに軽減し，11月13日に身体的拘束を解除した。現在は200mgの投与を継続している。なお，HbA1c（NGSP）は，投与前（10月22日）が6.6%，投与後（X+1年2月6日）が6.5%と良好な血糖コントロールを維持できている。

【考察】本症例は，治療抵抗性統合失調症の基準を満たしていたが，2型糖尿病を合併していたこともありクロザピンの使用に至らず，行動制限が長期化し治療に難渋していた。他の抗精神病薬では十分な効果を得ることができず，内分泌・代謝内科医師と協議の上，治療上の有益性が危険性を上回ると判断し，クロザピンの投与を開始した。これにより速やかに行動制限を解除することが可能となった。また，規定に定められている以上の厳密な血糖モニタリングを行い，現在のところ2型糖尿病の悪化を招くことなく投与を継続できている。2型糖尿病を合併する症例においても，特に必要な場合にはクロザピンを慎重に投与すべきである。

5 入院中の予期せぬ死亡について医療事故・調査センターへ報告した統合失調症の1例

新藤 雅延・関口 博史*・星野 靖**
湯川 尊行・大橋さとみ*・山口 征吾*
渡部雄一郎

魚沼基幹病院精神科
同救急科*
同医療安全管理室**

【はじめに】医療事故調査制度は医療事故の再発防止を目的とした制度である。我々は入院中の予期せぬ死亡について医療事故として院内調査を行い，医療事故・調査センターへ報告した統合失調症の1例を経験した。本報告は遺族の承諾を得ている。

【症例】35歳の女性。X-22年に独語・空笑で統合失調症を発症しA病院精神科で加療され入院歴9回。X-2年にB病院精神科へ転医し通院していたが，被害的な幻聴・妄想が持続していた。X年3月より幻聴・妄想が増悪し4.4.同科へ医療保護入院した。

リスペリドン10→12mg，ハロペリドール3mg→中止とした直後であり，継続したところ幻聴・妄想は軽減したが残存。不安焦燥強まり疎通困難となることが度々みられた。6月半ばから嚥下困難が目立ち，錐体外路症状または緊張病症状と考え薬剤変更も検討していた。

7.1. ベッド上で心肺停止状態となっている本人を看護師が発見，蘇生処置後に救命救急センターへ転棟した。挿管時に声門まで異物なし。アドレナリン3mgで自己心拍再開し，心電図はST変化なし。CTは大脳皮髄境界不明瞭であったが他臓器は所見なし。全身管理されるも低酸素脳症のため7.6.死亡。Aiは蘇生後CTと著変なし。検視は事件性なし。解剖は家族の承諾を得られず。

7.7. 医療事故検証会議を開催し，医療に起因する予期しない死亡と判断するか迷う事例のため，7.11. 医療事故調査・支援センターへ届出の可否を相談したところ，複数の考え方があるとの回答あり，いずれにしる学会へ報告し症例を蓄積するよう推奨された。院内で検討し医療事故として調査を行い，10.13. 遺族および同センターへ結果報告した。