

2 精神科外来を受診した周期性四肢運動障害の1例

北村 秀明

医療法人水明会 佐潟荘

DSM-5 (米国精神医学会, 2013年) の睡眠・覚醒障害群には, ①不眠障害, ②過眠障害, ③ナルコレプシー, ④呼吸関連睡眠障害群, ⑤概日リズム睡眠-覚醒障害群, ⑥ノンレム睡眠からの覚醒障害, ⑦悪夢障害 (悪夢症), ⑧レム睡眠行動障害, ⑨レストレスレッグス症候群 (むずむず脚症候群), ⑩物質・医薬品誘発性睡眠障害がある. 周期性四肢運動, または周期性四肢運動障害 (Periodic Limb Movement Disorder, 以下 PLMD と略す) は, ナルコレプシー, 悪夢障害, そして高率に周期性四肢運動を合併するレストレスレッグス症候群のテキスト中に記載があるものの, 一般の精神保健関係者と臨床医による使用を意図している DSM-5 の臨床症候群には含まれていない. しかし, PLMD が不眠を引き起こし, 睡眠障害を広く扱う精神科医療機関を受診することは稀ではないと思われる.

ここで提示する症例は, 初診時 76 歳の男性で, 「足がぴくついて眠れない, ふらついて転倒することもある, これは睡眠障害の一種なのか」を主訴として受診した. 睡眠ポリグラフ検査 (PSG), 神経学的診察と神経画像検査の結果, PLMD を十分支持する所見が得られ, 重症度不明の睡眠時無呼吸低呼吸の併存もあったが, 進行性核上性麻痺を含む神経疾患の併存は今のところはないと結論した. 不眠を伴い, PLM インデックスも 1 時間あたり 56 回と高値であったので, プラミペキソールによる薬物療法を開始したところ, 一定の効果を認めた. 睡眠障害国際分類 第 2 版の解説文には, 「多系統萎縮症と脊髄損傷に PLMD が多いという報告がある」と記載されているが, レム睡眠行動障害ほどには, PLMD と特定の神経疾患との関係は明らかでないようである.

いずれにしても, 診断には前脛骨筋の表面筋電図を含む PSG が必須であるので, PSG を適切に実施・評価できる専門施設へ依頼する. 薬物療法は,

プラミペキソールのようなドーパミンアゴニストが第一選択薬となるが, 精神科医はドーパミンのアンタゴニストや部分アゴニストの使用には習熟しているものの, パーキンソン病治療薬としてのドーパミンアゴニストの使用経験はより少ない. PLMD 治療にドーパミンアゴニストを使用する場合には, アゴニスト特有の副作用に熟知しておくべきであろう.

3 精神症状・神経認知・社会認知の評価尺度による統合失調症教育入院の治療効果の測定

渡部 和成・川崎 智弘

医療法人崇徳会 田宮病院

【目的】統合失調症治療では, 薬物療法と心理社会療法を並行して行うことが重要である. また, 統合失調症の基本症状は認知機能障害であるとの理解が浸透して来ている. 渡部は, 2009 年の日本精神神経学会総会で集団患者・家族心理教育が 5 年非再入院率を高めることを発表し, 心理教育を核とする短期教育入院の治療意義について論文発表した (精神科治療学, vol24). 12 年には患者心理教育に参加経験がある患者の認知機能が一般患者より高いことを報告した (臨床精神薬理, vol15). 今回, 教育入院の治療効果を精神症状・神経認知・社会認知の評価尺度を用いて測定したので報告する.

【対象と方法】2015 年 12 月～16 年 7 月に教育入院した統合失調症患者 13 人を対象とした. BPRS (16 項目)・BACS-J・くらしの向上シート (6 項目; 平均 1～4 点, 点数は低いほど良い, SCoRS-J の簡易型. 以下, LS と略す) の 3 つの評価尺度で教育入院の治療効果を測定した. プログラムの開始時と終了時の 2 回, 渡部が BPRS で精神症状を, 川崎が BACS-J で神経認知を測定し, 同時に患者自身が LS で社会認知を評価した. 有意差検定は paired t-test で行った.

【結果】BPRS 値, BACS-J の composite score, LS の平均点のすべてで, 終了時には開始時と比較し有意に改善していた (各平均値は, 60.2 → 35.7,

→ 1.47 → -1.04, 2.31 → 1.49 : 各 $P < 0.01$). 開始時の BPRS と LS では, 有意にかなり高い正の相関があったが, 開始時の BACS-J と LS では, 有意に中程度の負の相関があった. また, BPRS と LS の改善度では, 有意傾向がある中等度の正の相関があったが, BACS-J の改善度は, BPRS や LS のそれとははっきりした相関がなかった.

【結論】本研究から, 統合失調症の教育入院は, 精神症状を改善するとともに, 少なくとも神経認知の言語記憶と運動機能の改善などを介して, 社会認知の興味・集中や会話や行動・習慣全般を改善する治療効果をもたらすと考えられる. この教育入院の治療効果は, 大きくは仲間と一緒に病気の管理法を学ぶ体験をすることで得られるのであろうと考えられ, 患者の病からの回復に有効であろうと思われる. また, 社会認知と精神症状の関係から, 患者は症状が安定してこそ社会認知が高まると言える. さらに, 社会認知は神経認知が高いほどよいと言える. 教育入院の効果では, 神経認知の改善度からは精神症状や社会認知の改善度を推し量ることができないと考えられる. 尚, 抗精神病薬の選択, 抗不安薬や抗パ薬の併用などの本研究の結果への影響については, 症例数が少ないため検討できなかったのが今後の課題である.

4 田宮病院における精神科救急の現状と取り組みについて

山家 卓也

医療法人崇徳会 田宮病院

当院では, 2016年2月より精神科救急入院料治療病棟の運用を開始した. 2012年より, 急性期～救急病棟内において, 急性期リハビリテーションとして心理教育プログラムを運営してきた. 医師が質疑応答を挟みながら講義を行い, たくさん質問が出た回→うまくいった回と捉えていたが, 疾病と現実を受容していく精神療法が思うように展開していかなかった. 講義から参加者が得る満足感はパターンリズムによるものではないかと考えた. 現在は, 作業療法士をリーダーとする

多職種によるグループワークによって告知と疾病受容を促す関わりを構造化し, 早期退院と再入院防止を目指している.

多職種の検討会(週3回)にて, 病的体験と距離をとることができているか検討する. 病気の会当日は, 多職種で参加者の選定, 参加者の現病歴や状態の把握・共有を行い, 招待状を渡し, 病的体験に共感することを目的として多職種によるグループワークを行う. 病的体験を扱うことはリスクを伴うため医師の同席を必須としている. 病的体験の構造を提示に対し「あまりに合致している!」と感じた参加者は, 自分の体験を分かってもらえていると感じ, 安心して病的体験を語れる場として受け入れ, 体験についての語りを中心として会が展開していく. 「入院直前のあの状態には二度と戻りたくない」「そのためにできることは何でもしよう」と内発的な治療動機が育っていく. この後, 多職種によるフォローアップ面接, 家族面接を設定し, 病名告知, 家族の支援者としての機能のサポートにつなげる. 一連の流れを通して, 病的体験の客観視が促され, 治療への内発的動機づけが育っていく. 「自分は独りではない」という気付きを得て, 一人では受け入れ難い現実に向き合う作業に取り組むことができいき, 外来における精神療法につなげていくことができる.

「自分は何もしていないのに, 周囲が自分に悪意を向けてくる」という感覚が出てきます. という提示に対しての反応から, 患者群を3群に分類することができる考えた. I群: 病的体験を肯定する(自分では何もしていない, 怖くて耐えられなかった) II群: 病的体験を部分的に肯定する(提示は当たっているような気がしなくもない) III群: 病的体験を否定する(ないですと即答). I II III群を合同で行うよりも, 各群のみで会を運営した方が凝集性が高まる手応えを得ている. しかし参加人数が少なくなってしまう点が懸念される. また, 病歴が長いからといって必ずしも II III群とは限らない. II III群は, 薬物療法を追加変更する余地があるかを検討する必要がある. 群分けに影響している要素が何か(未治療期間