再び集い語る
中四国学会を
めざして

第62回 中国・四国精神神経学会

会長 岩田 正明（鳥取大学医学部 脳神経医科学講座 精神行動医学分野 教授）

第45回 中国・四国精神保健学会

会長 渡辺 憲（日本精神科病院協会 鳥取県支部長、鳥取県医師会 会長）

プログラム・抄録集

会期 2022年11月18日(金)・19日(土)

会場 米子コンベンションセンター BIG SHIP

学会事務局 鳥取大学医学部脳神経医科学講座 精神行動医学分野
〒683-8503鳥取県米子市西町86番地
TEL：0859-38-6547　FAX：0859-38-6549

第62回 中国・四国精神神経学会

会長 岩田 正明（鳥取大学医学部脳神経医科学講座 精神行動医学分野 教授）

第45回 中国・四国精神保健学会

会長 渡辺 憲（日本精神科病院協会 鳥取県支部長、鳥取県医師会 会長）

会期 2022年11月18日(金)・19日(土)

会場 米子コンベンションセンター BIG SHIP

目　次

会長挨拶 …… 4
交通案内 …… 6
会場案内 …… 7
日程表 …… 8
参加のご案内 …… 10
発表者・座長へのご案内 …… 13
委員会・会議等のご案内 …… 16
第62回中国・四国精神神経学会／第45回中国・四国精神保健学会　プログラム …… 19
第62回中国・四国精神神経学会　一般演題　プログラム …… 27
第45回中国・四国精神保健学会　一般演題　プログラム …… 39
第62回中国・四国精神神経学会／第45回中国・四国精神保健学会　抄録 …… 47
第62回中国・四国精神神経学会　一般演題　抄録 …… 69
第45回中国・四国精神保健学会　一般演題　抄録 …… 95
共催・協賛企業一覧 …… 110

会長挨拶

第62回中国・四国精神神経学会
会長　岩田 正明
鳥取大学医学部 脳神経医科学講座 精神行動医学分野 教授

第62回中国・四国精神神経学会にご参加いただきありがとうございます。記憶にある方もおられるかと思いますが、本来は2020年に第61回大会として鳥取大学が主幹を務めさせていただく予定でした。ところが、新型コロナウイルス感染症の蔓延により、これまで経験したことのない「緊急事態宣言」という強力な措置を伴う事態に直面し、当時学会長を務められる予定であった兼子幸一先生(鳥取大学前教授)、および渡辺憲先生(日本精神科病院協会鳥取県支部長)が悩みに悩まれた末、中止という決断がなされました。翌2021年に第61回大会を高知大学の數井裕光教授のもとで開催され、そして2022年、再び鳥取大学で第62回大会として開催させていただくこととなりました。この間、ワクチン開発など人類は未知のウイルスと戦い、打ち勝ってきました。いまだ完全に収束を迎えたわけではありませんが「再び集い語る中四国学会を目指して」という学会テーマを掲げさせていただき、皆様にぜひお集まりいただきたいという強い意志のもと準備をして参りました。6月に一般演題を募集させていただきましたところ、精神神経学会におきましては瞬く間に応募演題が規定数にまで達し、追加募集をすることなく締め切らせていただきました。皆様方の意欲と熱意を感じさせていただくとともに、当日は活発な討論がなされ、また中四国の先生方が笑顔で再開できる場を提供できるよう、しっかりと準備をしていきたいと改めて感じたところです。中四国学会は若い先生でも気兼ねなく発表できフィードバックが得られる、ほどよい規模の学会だと思います。日常の疑問や問題点、新たな発見を共有し、本学会が精神保健学会とともに今後のより良い精神科医療につながっていく場となればと願っています。

学会が開催されます11月の中旬は、紅葉がちょうど見頃を迎えているのではないでしょうか。また、鳥取では成長した雄のズワイガニを松葉ガニと呼びますが、毎年11月6日に漁が解禁され、冬の味覚を楽しめる時期でもあります。10月11日からは全国旅行支援も始まりました。医療従事者の皆様におかれましては、この3年間大変なご苦労をしてこられたことと存じますが、少し羽を休め、山陰を楽しんでいただければと思います。

会長挨拶

第45回中国・四国精神保健学会
会長　渡辺　憲
日本精神科病院協会 鳥取県支部長、鳥取県医師会 会長

第45回中国・四国精神保健学会を、2022年11月18日(金)、19日(土)の両日、鳥取県米子市において、第62回中国・四国精神神経学会長の岩田正明先生とともに開催いたします。本学会は、本来、当県の担当にて一昨年11月26日(木)、27日(金)に開催される予定でしたが、コロナ禍にて中止を余儀なくされ、昨年の高知県のご担当(數井裕光会長、須藤康彦会長)に引き続いて、本年、再登板させていただきました。

本学会は、精神神経学会と車の両輪の形で、「再び集い語る中四国学会をめざして」を共通のテーマとして行われます。多くの皆様のご参加と活発な討議のもと、実りある大会となることを願っております。とくに精神保健学会におきましては、地域精神医療、精神保健を担うすべての職種が、病院、在宅を含め地域全体における研究成果、医療の取り組みをご発表しただき、各地域、医療機関における「心の医療」の充実、発展をめざすとともに、さらには、地域医療を担う多職種における人材育成の目的も担っております。

精神医療の現場は、現在、専門性を高めながら機能分化、地域における役割分担、連携強化が求められており、さらに、治療の場もかつての入院中心から現在は在宅を含め広く地域全体を視野に取り組みがなされるようになってまいりました。これら多様化し、専門分化が進む地域精神医療・精神保健について、多くの演題をお出しいただき、特色ある取り組みもご紹介いただきながら、幅広い議論、情報交換を通じて、各地域、各医療機関の発展につなげていただけたら幸いに存じます。

本年は、新型コロナウィルス(COVID-19)の全国における感染拡大が始まり、3年目となります。この間、学会もすっかり様変わりしてWEBが主体となり、モニター画面を通して情報交換し、議論を交わすことが日常となってきました。確かに、学会の会場へ移動する時間、費用を節約でき、便利ではあるのですが、皆様どこか寂しいお気持ちを感じ続けておられたのではないでしょうか?

本年7月から8月にかけて、かつてないスピードで感染拡大が続いておりましたオミクロン株BA5系統を主体とした第7波は、この秋には、わずかながら収束の兆しが仄見えてきました。本学会が開催される11月中旬頃には、余裕をもって感染の収束と地域医療の安定が得られ、名実ともに「再び集い語る中四国学会」として皆様にお目にかかれることを心より願っております。

11月は紅葉の季節で、会場の米子コンベンションセンターからは、国立公園大山の美しい紅葉をご覧いただけます。さらに、11月中旬に解禁される山陰の味覚、松葉ガニもご堪能いただきながら、秋の山陰を満喫していただければ幸いです。

それでは、多くの皆様方のご参加を心から歓迎申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。

日程表

第1日目　2022年11月18日(金)

	第1会場 2F 国際会議室	第2会場 6F 第7会議室	第3会場 2F 小ホール	関連会議1 5F 第5会議室B	関連会議1 5F 第6会議室
9:00	8:50~9:00　開会式[保健] 9:00~11:00 シンポジウム1 「超高齢社会の認知症医療を考える」 座長：數井 裕光 演者：竹之下 慎太郎 諸隈 陽子 吉野 立 河月 稔	8:50~9:00　開会式[神経] 9:00~10:00 [神経]一般演題1 神経症/児童思春期 P01~04 座長：和氣 玲	9:00~10:00 [保健]一般演題1 急性期医療/慢性期医療 M01~04 座長：本田 功		
10:00		10:05~11:05 [神経]一般演題2 mECT P05~08 座長：三浦 明彦	10:05~11:05 [保健]一般演題2 その他 M05~08 座長：大村 初美		
11:00	11:15~12:15 特別講演1 せん妄の臨床・脳科学へのブレークスルーを目指して ~新規脳波デバイス、エピジェネティクス バイオマーカー、マウスモデル開発~ 座長：岩田 正明 演者：篠崎 元				
12:00	12:25~13:25 ランチョンセミナー1 座長：須藤 康彦 演者・ディスカッサー：藤田 康孝、安田 英彰 Introduction：中村 真之 共催：住友ファーマ株式会社	12:25~13:25 ランチョンセミナー2 座長：渡辺 憲 演者：上野 修一 共催：Meiji Seika ファルマ株式会社	12:25~13:25 ランチョンセミナー3 座長：石原 武士 演者：稲垣 正俊 共催：ヴィアトリス製薬株式会社		
13:00					13:35~13:55 評議員会
14:00	14:05~14:25 総　会				
15:00	14:35~16:35 シンポジウム2 「中国四国発、新しいうつ病治療」 座長：岡本 泰昌 演者：澤田 和之 山梨 豪彦 竹田 伸也 清水 あやか	14:35~15:20 [神経]一般演題3 統合失調症-1 P09~11 座長：助川 鶴平	14:35~15:20 [保健]一般演題3 COVID-19 M09~11 座長：馬明 康宏		
16:00		15:25~16:25 [神経]一般演題4 統合失調症-2 P12~15 座長：片山 征爾	15:25~16:10 [保健]一般演題4 児童思春期/パーソナリティ障害 M12~14 座長：髙田 久美 16:15~17:15 [保健]一般演題5 認知症 M15~18 座長：原 直明		
17:00		16:30~17:15 [神経]一般演題5 急性一過性精神障害 P16~18 座長：大立 博昭			
18:00	17:25~18:25 イブニングセミナー 座長：渡辺 憲 演者：岡本 泰昌 共催：東和薬品株式会社			18:35~19:05 講座担当者会議	18:35~19:20 中国・四国ブロック地区協議会
19:00					

第2日目　2022年11月19日(土)

第1会場
2F 国際会議室

9:00～11:00
シンポジウム3
「多職種で支える
地域のアルコール医療」
座長：堀井 茂男
山下 陽三
演者：西田 充利
中井 伸弥
上村 真実
山下 陽三
杉原 雄嗣

11:30～12:30 **特別講演2**
臨床現場においてオープンダイアローグをいかに実装するか
座長：渡辺 憲　演者：斎藤 環
鳥取県医師会主催「2022 心の医療フォーラム」共同開催セッション

12:40～13:40
ランチョンセミナー4
座長：中川 伸
演者：石原 武士
共催：武田薬品工業株式会社

13:50～15:50
シンポジウム4
「孤独を抱える青年へ、
精神医療に何ができるか」
座長：原田 豊
演者：佐竹 隆宏
井上 顕
山崎 正雄
河邊 憲太郎

第2会場
6F 第7会議室

8:55～9:40
[神経]一般演題6
器質・症状性精神障害-1
P19～21
座長：梶谷　直史

9:45～10:30
[神経]一般演題7
器質・症状性精神障害-2
P22～24
座長：大朋　孝治

10:35～11:20
[神経]一般演題8
その他-1
P25～27
座長：妹尾　晴夫

12:40～13:40
ランチョンセミナー5
座長：助川 鶴平
演者：奥平 智之
共催：ノーベルファーマ株式会社

13:50～14:50
[神経]一般演題12
その他-2
P37～40
座長：山梨　豪彦

14:55～15:55
[神経]一般演題13
認知症
P41～44
座長：板倉　征史

16:00～17:00
[神経]一般演題14
摂食障害/依存症
P45～48
座長：松村　博史

17:00～　**閉会式[神経]**

第3会場
2F 小ホール

8:55～9:40
[神経]一般演題9
気分障害
P28～30
座長：林　皓章

9:45～10:30
[神経]一般演題10
うつ病とDLB
P31～33
座長：廣江 ゆう

10:35～11:20
[神経]一般演題11
COVID-19
P34～36
座長：加藤 明孝

12:40～13:40
ランチョンセミナー6
座長：岩田 正明
演者：鈴木 正泰
共催：エーザイ株式会社

13:50～14:50
[保健]一般演題6
多職種連携、チーム医療-1
M19～22
座長：阪上　浩文

14:55～15:40
[保健]一般演題7
多職種連携、チーム医療-2
M23～25
座長：西田 充利

15:45～16:45
[保健]一般演題8
地域移行、退院支援
M26～29
座長：筒井 亮介

16:45～　**閉会式[保健]**

参加のご案内

第62回中国・四国精神神経学会／第45回中国・四国精神保健学会は、現地開催を行うにあたりまして、下記のとおり感染対策を行います。ご来場いただく皆様におかれましてはご確認いただき、感染拡大防止にご協力くださいますようお願い申し上げます。

1. 検温、マスク着用など入場時の対策
2. 消毒、換気の徹底

＜一部ハイブリット開催について＞

・プログラムは全て現地開催いたします。
・一部セッションについては、ライブ配信を行います。(特別講演、シンポジウム、共催セミナー)
・会期後、セッションを録画したものをオンデマンド配信させていただきます。
　※オンデマンド配信のないセッション、演題もございます。
・一般演題は現地開催のみです。ライブ配信・オンデマンド配信は行いません。
・参加登録いただいた方には、ライブ配信、オンデマンド配信用ID／パスをご案内いたします。

1．参加受付

1)オンライン受付

10月11日(火) ～11月14日(月)：現地参加・ライブ配信参加・オンデマンド配信視聴
11月22日(火) ～12月18日(日)：オンデマンド配信視聴

2)現地受付　受付日時：11月18日(金) 8：00～17：00
　　11月19日(土) 8：30～16：00
　　受付場所：1F 情報プラザ

2. 参加費、プログラム・抄録集販売など

参加費	中国・四国精神神経学会	5,000円
	中国・四国精神保健学会	2,000円
	初期臨床研修医・学生	無料
プログラム・抄録集（現地販売）		1,000円
プログラム・抄録集（発送販売）		1,150円

・オンライン受付の方は、参加証・領収書は、決済完了メールでご案内するリンクからダウンロードできます。
・オンライン受付の方で、現地参加される際は、ダウンロードしたネームプレートを学会当日にご持参ください。
・参加証・領収書の再発行はできませんので大切に保管してください。
・会場内では必ずネームプレートを携帯してください。
・初期臨床研修医・学生の方は、現地受付のみとなります。
・学生の方は現地受付時に学生証をご提示ください。

3. 専門医資格更新単位

現地における専門医資格更新単位の取得手続きには「会員カード」が必須ですので、お忘れないようご持参ください。

●第62回中国・四国精神神経学会による単位

・現地参加者につきましては、総合受付にて受付いたします。単位取得を希望される先生は、会員カードをご持参ください。

・参加者はプログラムの最初から最後まで受講されることを原則としています。

・学会参加にて3単位を上限として単位取得可能です。

・対象セッションを視聴した方が参加単位付与の対象となります。
（特別講演1～2、シンポジウム1～4）

・WEB視聴者の方につきましては、対象セッションへのログイン情報をもとに単位付与の手続きを行います。（ライブ配信・オンデマンド配信共に付与の対象となります）

・単位付与を希望される方は、ホームページ上の単位申請システムにて手続きを行ってください。

・WEB上での手続きにつきましては、ホームページ上にて、あらためてご案内いたします。

※日本精神神経学会精神科専門医資格の更新に必要な単位について

1）中国・四国精神神経学会は、日本精神神経学会精神科専門医資格の更新に必要な単位においてB群に分類されております。

2）単位に関しましては、すべて日本精神神経学会公表の基準に準じて取り扱いさせていただきます。

3）第62回中国・四国精神神経学会の参加・発表により取得できる単位
精神科専門医更新単位：3単位

単位に関する詳細につきましては、日本精神神経学会にお問い合わせください。

本会の参加により、下記単位・ポイントの申請が可能です。
単位・ポイントの申請については、各学会ホームページをご確認の上、ご自身でお手続きをいただきますようお願いいたします。

●日本看護協会 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 自己研鑽ポイント

●日本認知症ケア学会 認知症ケア専門士 更新単位

●日本精神科看護協会 精神科認定看護師 活動実績ポイント

日本看護協会 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者	更新審査の際、研修実績および研究業績等として申請可能	詳細は、日本看護協会ホームページをご覧ください。
日本認知症ケア学会 認知症ケア専門士	更新申請の際、参加は3単位、発表は1単位として登録可能	詳細は日本認知症ケア学会（d-care.senmon@nqfm.ftbb.net）へお問い合わせください。
日本精神看護協会 精神科認定看護師	更新審査の際、参加は2点、発表（筆頭演者）は5点、発表（共同著者）は2点としてカウント可能	詳細は日本精神科看護協会（TEL：03-5796-7033）へお問い合わせください。

4. ランチョンセミナー・イブニングセミナー

整理券の配布はございません。セミナー入場時にお弁当をお受け取り下さい。

5. PC 発表データの受付

セッション開始 30 分前(朝一番のセッションは 15 分前)までに PC 受付にて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

受付日時：11 月 18 日(金) 8：00 ～ 18：00
　　11 月 19 日(土) 8：30 ～ 16：00

受付場所：2F 国際会議室ロビー

6. クローク

受付日時：11 月 18 日(金) 8：00 ～ 18：40
　　11 月 19 日(土) 8：30 ～ 17：30

受付場所：1F 情報プラザ

7. その他

1)会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。

2)会場内は全館禁煙です。

3)会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

発表者・座長へのご案内

1. 進行情報

セッション	発表／講演	質疑	総合討論
特別講演 1・2	60 分（質疑含む）	—	—
シンポジウム 1	20 分	5 分	20 分
シンポジウム 2	20 分	5 分	20 分
シンポジウム 3	15 分	5 分	20 分
シンポジウム 4	20 分	5 分	20 分
一般演題	10 分	5 分	—

1）現地登壇

・発表終了 1 分前と、終了・超過時にはお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守でお願いします。

・演台上には、モニター、マウス、キーボード、レーザーポインターを用意します。演台に上がると、最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自で行ってください。

・WEB ライブ配信となるセッションでは、現地登壇者もレーザーポインターではなく、マウスでの操作で行ってください。

2）WEB登壇 ※第1会場のみ

・時間管理は各自でお願いします。

2. 座長の皆様へ

1）現地登壇

・担当セッション開始予定時刻の 15 分前までに、会場内前方の「次座長席」にご着席ください。

2）WEB登壇 ※第1会場のみ

・WEB 登壇いただく方は、ご自身の PC で Zoom（WEB 会議システム）を使用してセッションにご参加いただきます。

・リハーサルはセッション開始 40 分前を予定しております。ご案内する Zoom URL にて Zoom にご入室のうえ、待機してください。

※インターネットの繋がる通信環境のよい場所でご参加ください。（有線 LAN 推奨）

3. 発表者の皆様へ

1)利益相反の開示(第 62 回中国・四国精神神経学会の発表者のみ)

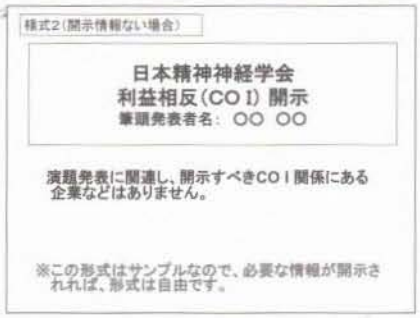
・中国・四国精神神経学会では臨床研究の学会発表での公明性を確保するため、「発表者」の利益相反状態について自己申告を行っていただくことになりました。

・筆頭演者(発表者)は、発表と関連する事項につきまして、演題発表時に過去 1 年間の利益相反状態を開示してください。なお、共同演者のものは開示不要です。

・発表スライドの冒頭部にて開示してください。開示例は下記の様式をご参照ください。

・利益相反【なし】の場合も必ず【なし】として記載をしてください。

様式 1. 申告すべき COI 状態が無い場合



様式 2. 申告すべき COI 状態がある場合

2)現地登壇

・セッション開始 30 分前(朝一番のセッションは 15 分前)までに PC 受付(2F 国際会議室ロビー)にて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

・発表時間の 10 分前までに、発表講演会場内の次演者席にご着席ください。

＜データ発表の場合＞

・作成に使用された PC 以外でも動作確認を行っていただき、USB フラッシュメモリーでご持参ください。

・学会で準備いたします PC は Windows10 Microsoft PowerPoint 2010・2013・2019 です。

・スライドの画面サイズは 16：9 ／ HD (1920 × 1080)で作成ください。

・フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨します。

MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝

Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman

・発表は、演者ご自身で演台上に設置されているマウス・キーボードを操作して進めてください。

・発表者ツールは使用できませんのでご注意ください。(iPad を使用しての発表もできません)

・次演者の方は、前の演者が登壇後、すぐに次演者席へお着きください。

・発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

＜PC 本体持込による現地発表の場合＞

・Mac で作成したものと、動画を含む場合は、ご自身の PC 本体をお持ち込みください。

・会場で用意する PC ケーブルコネクタの形状は HDMI (図参照)です。この出力端子を持つ PC をご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れ

なくお持ちください。

・再起動することがありますので、パスワード入力は"不要"に設定してください。

・スクリーンセーバーならびに省電力設定は、事前に解除しておいてください。

3) WEB登壇 ※第1会場のみ

・WEB 登壇いただく方は、ご自身の PC で Zoom（WEB 会議システム）を使用してセッションにご参加いただきます。

・リハーサルはセッション開始 40 分前を予定しております。ご案内する Zoom URL にて Zoom にご入室のうえ、待機してください。

※インターネットの繋がる通信環境のよい場所でご参加ください。（有線 LAN 推奨）

4）一般演題 ※現地登壇できない方

・発表動画データの提出と、現地開催までにオンライン登録のお支払いをもって、発表したものとみなします。（当日会場で発表動画を投影します。）

・データの提出方法につきましては、学会ホームページにてご案内いたします。

4．精神神経学会で発表される方へ

抄録原稿を「精神神経学雑誌」へ掲載させていただく予定です。

・下記の投稿規定について今一度ご留意ください。

1）一般演題要旨は、原則として、本文 400 字以内。題名、発表者名、所属は本文字数に数えない。

2）発表内容本文は改行なし（本文全体で 1 段落）。

3）図表は不可。

4）薬剤名は一般名で記載すること。

5）症例報告では匿名性に配慮すること。

6）薬剤の適応外使用の報告では説明と同意を記載すること。

7）本文中に、倫理的配慮について記載すること。

8）特別講演、シンポジウムの要旨も、掲載する際には、原則として上記 1 － 6 の規定に従うこと。

9）所属の記載は、複数の診療科、分野、教室などを有する施設の際は、診療科名、分野名、あるいは教室名まで記載すること。

・変更のある方は、下記にご送付くださいまうようお願いいたします。

1）データ作成環境（アプリケーション）：Microsoft Word

2）ファイル名：演題番号 発表者指名

3）データ送付先：運営事務局のメールアドレス（spn-cs62@act-p.net）へお送りください。

4）送付期限：2022 年 11 月 30 日（水）

※期限までに提出が無い場合は、既に提出いただいた抄録原稿を精神神経学雑誌へ掲載させていただきます。

第62回中国・四国精神神経学会
第45回中国・四国精神保健学会

プログラム

特別講演
シンポジウム
ランチョンセミナー
イブニングセミナー

特別講演 1

第 1 日目　11 月 18 日(金)　　**第 1 会場(2F 国際会議室)**

11:15 ～ 12:15

座長：岩田　正明(鳥取大学医学部脳神経医科学講座精神行動医学分野)

せん妄の臨床・脳科学へのブレークスルーを目指して
～新規脳波デバイス、エピジェネティクスバイオマーカー、マウスモデル開発～

篠崎　元(Stanford University)

特別講演 2

第 2 日目　11 月 19 日(土)　　**第 1 会場(2F 国際会議室)**

11:30 ～ 12:30

座長：渡辺　憲(日本精神科病院協会 鳥取県支部長、鳥取県医師会 会長)

臨床現場においてオープンダイアローグをいかに実装するか

斎藤　環(筑波大学医学医療系)

※本特別講演は、鳥取県医師会主催「2022 心の医療フォーラム」との共同開催セッションです

シンポジウム 1

第 1 日目　11 月 18 日(金)　　**第 1 会場(2F 国際会議室)**

9:00 ～ 11:00

超高齢社会の認知症医療を考える

座長：敷井　裕光(高知大学医学部神経精神科学講座)

SY1-1　岡山大学における認知症・老年期精神疾患に関する研究の紹介
竹之下　慎太郎、寺田　整司(岡山大学病院 精神科神経科)

SY1-2　学校における認知症教育を通してのBPSD予防
諸隈　陽子(医療法人南江会 一陽病院)

SY1-3　当事者(認知症の本人・介護家族)の視点から考える認知症医療
吉野　立(公益社団法人認知症の人と家族の会鳥取県支部)

SY1-4　新型コロナウイルス感染症禍における認知症対策
河月　稔(鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座)

シンポジウム 2

第 1 日目　11 月 18 日(金)　　**第 1 会場(2F 国際会議室)**

14:35 ～ 16:35

中国四国発、新しいうつ病治療

座長：岡本　泰昌(広島大学大学院精神神経医科学)

SY2-1　rTMSでの慢性疼痛を伴う「うつ病」の治療経験
澤田　和之(鳴門シーガル病院)

SY2-2　ケトン体を用いた新規抗うつ治療の可能性 ～抗炎症作用に焦点を当てて～
山梨　豪彦(鳥取大学医学部附属病院 精神科)

SY2-3　鳥大発、新しい「認知」行動療法
竹田　伸也(鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座)

SY2-4　うつ兆候 (プレゼンティーズム) を検知・軽減させる モバイルヘルスシステムの開発
清水　あやか(広島大学大学院医系科学研究科 精神神経医科学)

シンポジウム３

第２日目　11月19日(土)　　**第１会場(2F 国際会議室)**

9:00～11:00

多職種で支える地域のアルコール医療

座長：堀井　茂男(公益財団法人慈圭会 慈圭病院)
山下　陽三(社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院)

SY3-1　『総合病院等とのアルコール医療連携』～つながる効果、そして残された問題～
西田　充利(公益財団法人正光会 宇和島病院)

SY3-2　アルコール依存症専門医療機関による啓発活動の取り組み
～即効やろう！Aチームの紹介～
中井　伸弥(医療法人正雄会 呉みどりヶ丘病院)

SY3-3　地域のアルコール医療における精神保健福祉士の役割とは
上村　真実(公益財団法人林精神医学研究所 附属林道倫精神科神経科病院)

SY3-4　渡辺病院における治療プログラムと地域連携について
山下　陽三(社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院)

SY3-5　体験談
杉原　雄嗣(特定非営利活動法人 鳥取県断酒会)

シンポジウム４

第２日目　11月19日(土)　　**第１会場(2F 国際会議室)**

13:50～15:50

孤独を抱える青年へ、精神医療に何ができるか

座長：原田　豊(鳥取県立精神保健福祉センター)

SY4-1　発達障害と孤独
佐竹　隆宏(鳥取県立総合療育センター)

SY4-2　多分野・多職種の協働が必須である若年の自殺対策：精神医学、社会医学、精神保健学、保健管理学、行政および教育分野の融合
井上　顕(高知大学教育研究部医療学系／保健管理センター)

SY4-3　ひきこもりと孤独？
山﨑　正雄(高知県立精神保健福祉センター)

SY4-4　子どものネット依存の背景にある孤独
河邉　憲太郎(愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学講座)

ランチョンセミナー 1

第 1 日目　11 月 18 日(金)　　**第 1 会場(2F 国際会議室)**

12:25 ～ 13:25

Real Latuda

座長：須藤　康彦(医療法人須藤会 土佐病院)

Lecture

1：ラツーダ、2年間の軌跡から視えてきた使い方、活かし方

藤田　康孝(医療法人社団更生会 草津病院)

2：エビデンスに基づくラツーダの安全性

安田　英彰(特定医療法人恵和会 石東病院)

Discussion

Introduction：ラツーダを使用経験から考える

中村　真之(医療法人十全会 十全ユリノキ病院)

ディスカッサー：藤田　康孝(医療法人社団更生会 草津病院)

安田　英彰(特定医療法人恵和会 石東病院)

共催：住友ファーマ株式会社

ランチョンセミナー 2

第 1 日目　11 月 18 日(金)　　**第 2 会場(6F 第 7 会議室)**

12:25 ～ 13:25

座長：渡辺　憲(日本精神科病院協会 鳥取県支部長、鳥取県医師会 会長)

私の統合失調症診療　治療に当たり考えること・行うこと

上野　修一(愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学)

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

ランチョンセミナー 3

第 1 日目　11 月 18 日(金)　　**第 3 会場(2F 小ホール)**

12:25 ～ 13:25

座長：石原　武士(川崎医科大学 精神科学教室)

自殺予防における精神医学の役割と制約

稲垣　正俊(島根大学医学部 精神医学講座)

共催：ヴィアトリス製薬株式会社

ランチョンセミナー4

第2日目　11月19日(土)　　**第1会場(2F 国際会議室)**

12:40～13:40

座長：中川　伸(山口大学大学院医学系研究科 高次脳機能病態学講座)

うつ病治療におけるトリンテリックス錠の位置づけ

石原　武士(川崎医科大学 精神科学教室)

共催：武田薬品工業株式会社

ランチョンセミナー5

第2日目　11月19日(土)　　**第2会場(6F 第7会議室)**

12:40～13:40

座長：助川　鶴平(社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院)

栄養精神医学における亜鉛 ～メンタルヘルスは食事から～

奥平　智之(医療法人 山口病院)

共催：ノーベルファーマ株式会社

ランチョンセミナー6

第2日目　11月19日(土)　　**第3会場(2F 小ホール)**

12:40～13:40

座長：岩田　正明(鳥取大学医学部 脳神経医科学講座 精神行動医学分野)

うつ病に併存する不眠症の治療戦略－不眠症への早期介入意義－

鈴木　正泰(日本大学医学部 精神医学系 精神医学分野)

共催：エーザイ株式会社

イブニングセミナー1

第1日目　11月18日(金)　　**第1会場(2F 国際会議室)**

17:25～18:25

座長：渡辺　憲(日本精神科病院協会 鳥取県支部長、鳥取県医師会会長)

脳情報に基づくうつ病診療の近未来的展開

岡本　泰昌(広島大学大学院医系科学研究科 精神神経医科学)

共催：東和薬品株式会社

第62回中国・四国精神神経学会

プログラム

一般演題

一般演題［中国・四国精神神経学会］

第１日目　11月18日(金)　　第２会場(6F 第７会議室)

一般演題１　　9:00～10:00

神経症／児童思春期　　座長：和氣　玲(島根大学人間科学部 医学部精神医学講座)

P01　健忘症状を認め当院に救急搬送された一例
○飯塚　貴裕、板倉　征史
松江市立病院

P02　妊娠中に身体症状症を発症して中絶を希望したが精神科的加療により妊娠継続できた一例
○新川　甲太[1]、萩原　康輔[1]、光井　瞳[2]、山科　貴裕[1]、松原　敏郎[1]、中川　伸[1]
[1]山口大学 医学部附属病院 精神科神経科、[2]山口県立こころの医療センター

P03　虐待により解離状態に至った一例
○柴山　愛実、兼子　幸一、永見　剛房
医療福祉センター倉吉病院 精神科

P04　致死的な手段で自殺を図った児童思春期の３症例
○桐原　史瑛、原田　健一郎、松原　敏郎、中川　伸
山口大学医学部附属病院 精神科神経科

一般演題２　　10:05～11:05

mECT　　座長：三浦　明彦(鳥取大学医学部 脳神経医科学講座 精神行動医学分野)

P05　寛解維持にメンテナンスECTが必要であった身体症状が前景に立つ老年期うつ病の一例
○長尾　崇弘、池尻　直人、増田　慶一、岡田　剛、岡本　泰昌
広島大学病院

P06　炭酸リチウム併用により維持電気けいれん療法が継続できている体幹型セネストパチーの一例
○竹林地　郁[1]、木村　彩乃[1]、皆尾　望[1]、李　大賢[1]、川下　芳雄[1]、和田　健[1]、山岡　賢治[2]
[1]広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 精神科、[2]瀬野川病院

P07　維持電気けいれん療法により認知機能の悪化なく治療継続している軽度認知障害を合併するうつ病の一例
○佐藤　皓平、大朏　孝治、槻宅　雅史、伊藤　司、錦織　光、山下　智子、長濱　道治、稲垣　正俊
島根大学 医学部 精神医学講座

P08　岡山大学病院におけるケタミンを使用したECT 9例の検討
○馬場　悠花里[1]、山田　裕士[1]、酒本　真次[1]、竹之下　慎太郎[1]、寺田　整司[2]
[1]岡山大学病院 精神科神経科、[2]岡山大学学術研究院医歯薬学域 精神神経病態学教室

一般演題 3　14:35～15:20

統合失調症-1　座長：助川　鶴平(社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院)

P09　クロザピン投与中に無顆粒球症と急性虫垂炎を併発した1例

○栗山　裕[1]、千田　真友子[1]、竹之下　慎太郎[1]、藤原　雅樹[1]、寺田　整司[1]、
矢田　勇慈[2]、近藤　歌穂[3]、松岡　賢市[3]、三島　顕人[4]
[1]岡山大学病院 精神科神経科、[2]岡山県精神科医療センター、
[3]岡山大学病院 血液・腫瘍内科、[4]岡山大学病院 肝・胆・膵外科

**P10　ウルソデオキシコール酸の併用により安全に再投与可能であった
クロザピン誘発性肝障害の一例**

○佐藤　涼太[1]、矢田　勇慈[2]、山田　裕士[1]、藤原　雅樹[1]、来住　由樹[2]
[1]岡山大学病院 精神科神経科、[2]岡山県精神科医療センター

**P11　二回の悪性症候群の既往のある治療抵抗性の統合失調症に対して
クロザピンを導入した症例**

○丸山　祐輝、田中　潔、兼子　幸一、前田　和久
医療福祉センター 倉吉病院

一般演題 4　15:25～16:25

統合失調症-2　座長：片山　征爾(社会医療法人 昌林会 安来第一病院)

P12　自殺企図後の統合失調症において高用量ブレクスピプラゾールが著効した一例

○山下　将平[1]、酒本　真次[1]、竹之下　慎太郎[1]、寺田　整司[2]
[1]岡山大学病院 精神科神経科、[2]岡山大学学術研究院医歯薬学域精神神経病態学

P13　鉱質コルチコイド反応性低ナトリウム血症と診断された慢性期統合失調症の1例

○宮原　直樹、小林　孝文
島根県立こころの医療センター

**P14　抗精神病薬療法を長期間行っている統合失調症患者にパーキンソン病の併発を診断し、
両者への治療を継続している2症例**

○有馬　那帆[1]、久保　なな[1]、土居　聡子[2]、徳田　直希[2,3]、村上　丈伸[2,3]、
渡辺　憲[1]
[1]社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 精神科、
[2]社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 神経内科、
[3]鳥取大学 医学部 脳神経医科学講座 脳神経内科

**P15　高齢の統合失調症患者に出現したパーキンソニズムの鑑別・治療に
DATscan が有用であった症例**

○吉岡　大祐
鳥取大学医学部附属病院 精神科

一般演題５　　16:30～17:15

急性一過性精神障害

座長：大立　博昭（鳥取大学医学部附属病院 精神科）

P16　老年期発症で、二度のエピソードのある急性一過性精神病性障害の２症例

○有馬　和志、長田　泉美、坂本　泉、土井　清
独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター 精神科

P17　急性虫垂炎術後に著しい幻覚妄想を呈し、せん妄と短期精神病性障害の鑑別に苦慮した一例

○松田　宙也[1]、青木　真理子[2]、木下　誠[3]、中瀧　理仁[3]、大森　隆史[2]、沼田　周助[3]
[1]香川県立丸亀病院、[2]徳島県立中央病院 精神科、[3]徳島大学病院 精神科神経科

P18　入院後に急速に悪性症候群を呈した急性一過性精神病性障害の一例

○蔡　嗣錡、兼子　幸一
医療福祉センター 倉吉病院

一般演題６　8:55～9:40

器質・症状性精神障害-1

座長：梶谷　直史(鳥取大学医学部附属病院 精神科)

P19　精神病症状で発症したハンチントン病にバルプロ酸が著効した一例

○友納　弘樹、梶谷　直史、三浦　明彦、大立　博昭、太田　三恵、国分　一男、岩田　正明
鳥取大学医学部附属病院 精神科

P20　解離性障害を疑ったクロイツフェルト・ヤコブ病の一例

○的場　翔也[1,2]、鷲田　健二[1]、吉村　優作[1]、鹿野　真代[1]、城戸　高志[1]、宇野　健一[1]、山下　理英子[1]、池田　智香子[1]、石津　秀樹[1]、青木　省三[1,3]
[1] 公益財団法人慈圭会慈圭病院、
[2] 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院、
[3] 公益財団法人慈圭会精神医学研究所

P21　電気痙攣療法が奏功した卵巣奇形腫を伴う抗 NMDA 受容体脳炎の１例

○花田　直子[1,2]、松本　直樹[2]、木下　誠[1]、中瀧　理仁[1]、沼田　周助[1]、大森　隆史[2]
[1] 徳島大学病院 精神科神経科、[2] 徳島県立中央病院 精神科

一般演題７　9:45～10:30

器質・症状性精神障害-2

座長：大朏　孝治(島根大学医学部 精神医学講座)

P22　生理的分泌量のステロイド補充によりステロイド精神病を来した一例

○増田　太利志、青井　駿、木下　誠、中瀧　理仁、沼田　周助
徳島大学病院 精神科神経科

P23　先天性ホモシスチン尿症に器質性双極性感情障害を来した一症例

○前田　拓也[1]、花田　直子[1]、岡田　朝美[2]、小谷　裕美子[2]、木下　誠[1]、中瀧　理仁[1]、沼田　周助[1]
[1] 徳島大学病院 精神科神経科、[2] 徳島大学病院 小児科

P24　まとまりのない言動を契機に入院し SIADH を加療後、脳炎の可能性が疑われた一例

○原賀　健一[1,2]、小林　正明[1]、原田　健一郎[1]、松原　敏郎[1]、兼行　浩史[2]、中川　伸[1]
[1] 山口大学 医学部附属病院 精神科神経科、[2] 山口県立こころの医療センター

一般演題８　　10:35～11:20

その他-1

座長：妹尾　晴夫(松江青葉病院)

P25　精神科における退院時薬剤情報提供書の有用性に関する調査

○公文　理紗子、宇治　宏美、桝井　章典、福田　のぞみ、阪岡　沙耶香、
横江　穂奈美、高畑　大平、下村　悠祐、山田　雅彦
医療法人社団 更生会 草津病院 薬剤課

P26　入院下における短期集団行動活性化の効果に関する検討

吉村　友里、○伊達　なつき、浅岡　聡、中津　啓吾
医療法人社団更生会 草津病院

P27　広島大学病院における精神科リエゾン活動について

○長尾　達憲、板垣　圭、倉田　明子、岡本　泰昌
広島大学病院 精神科

一般演題９　8:55～9:40

気分障害　座長：林　皓章(鳥取大学医学部附属病院 精神科)

P28　副作用のため薬剤調整に難渋したが、早期に寛解した重症老年期うつ病の１例
○丹京　優衣、大盛　航、都　晶子、増田　慶一、岡本　泰昌
広島大学 医学部 精神科

P29　再発を繰り返す精神病性うつ病の維持療法における pramipexole 併用療法の有効性
○市原　早紀、中川　伸、松原　敏郎、山田　典弘
山口大学 医学部 医学科

P30　管理職になりたくない 40 代男性の一例
○金原　誠
国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 精神科

一般演題 10　9:45～10:30

うつ病と DLB　座長：廣江　ゆう(医療法人養和会 養和病院)

P31　うつ病の加療中にレビー小体型認知症が疑われた一例
○武藤　遥、高橋　優、石原　武士
川崎医科大学附属病院 精神科学教室

P32　うつ病発症後、レム睡眠行動障害、軽度認知障害を呈し、prodromal Dementia with Lewy bodies (DLB)と考えられる一例
○木村　彩乃、竹林地　郁、皆尾　望、李　大賢、川下　芳雄、和田　健
広島市立広島市民病院 精神科

P33　他科入院中にうつ病からレビー小体型認知症に診断変更した一例
○松尾　諒一
鳥取県立中央病院 精神科

一般演題 11　　10:35～11:20

COVID-19　　座長：加藤　明孝（医療法人勤誠会 米子病院）

P34　COVID-19 罹患による自宅療養時に解離症状を呈した一例

○峯瀬　正祥
高知県立あき総合病院 精神科

P35　COVID-19 で当院に入院となった患者全例に対し、精神科がカルテ診察で事前介入を行った結果についての報告

○木曽田　大、石川　一朗、岡田　裕希、上野　祐介、森　崇洋、安藤　延男、中村　祐
香川大学医学部附属病院 精神科神経科

P36　重度認知症治療病棟で COVID-19 クラスター発生の経験を通して得たもの

○瀬川　昌弘、瀬川　芳久
医療法人社団せがわ会 千代田病院 広島県北部・安芸・認知症疾患医療センター

一般演題 12　　13:50～14:50

その他 -2

座長：山梨　豪彦(鳥取大学医学部附属病院 精神科)

P37　不安・抑うつ気分に対して半夏厚朴湯が有用であった１症例

○長濱　道治[1]、河野　公範[1]、槻宅　雅史[1]、林　真一郎[2]、正岡　浩[2]、三原　靖葉[3]、林　茉衣[4]、伊藤　司[1]、佐藤　皓平[1]、錦織　光[1]、山下　智子[1]、大朏　孝治[1]、林田　麻衣子[1]、岡崎　四方[1]、和氣　玲[1]、稲垣　正俊[1]
[1] 島根大学 医学部 精神医学講座、[2] 島根県立こころの医療センター、
[3] 特定医療法人 恵和会 石東病院、[4] 医療法人 青葉会 松江青葉病院

P38　知的障害者への対応に苦慮し退職を考えている看護師

○吉田　玲夫、吉田　昌平
医療法人社団吉田会吉田病院

P39　神経発達症をもつ患者さんの「遅刻」や「予約外受診」について
～特に ADHD と ASD について～

○板倉　征史
松江市立病院 精神神経科

P40　自験例における刑事精神鑑定の傾向

○青木　岳也
周南病院 精神科

一般演題 13　　14:55～15:55

認知症

座長：板倉　征史(松江市立病院 精神神経科)

P41　トラマドールによって幻覚妄想状態が悪化したと考えられるレビー小体型認知症の一例

○宮川　泰介、細田　直子、廣江　ゆう
医療法人養和会 養和病院

P42　核医学検査の老年期精神科診療における有用性について
～２症例の提示とその活用法についての考察～

○久保　なな[1]、有馬　那帆[1]、佐々木　彩[1]、王　紅欣[1]、井上　郁[1]、土居　聡子[2]、助川　鶴平[1]、西田　政弘[1]、英　裕人[1]、徳田　直希[2,3]、村上　丈伸[2,3]、渡辺　憲[1]
[1] 社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 精神科、
[2] 社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 神経内科、
[3] 鳥取大学医学部脳神経医科学講座脳神経内科学分野

P43　認知症の症例を通して医療同意および意思決定支援の問題を考える

○西川　直人[1]、矢守　誉史[2]、本田　肇[2]、藤田　文博[2]
[1] 林道倫精神科神経科病院、[2] 岡山ひだまりの里病院

P44　物忘れ外来連続65例の検討

○檜垣　雄治、廣江　ゆう
養和病院 脳神経内科

一般演題14　16:00～17:00

摂食障害 / 依存症　座長：松村　博史(倉吉病院)

P45　他科主治医との役割分担によって治療した摂食障害の一例

○木曽　萌香、枝廣　暁、辻野　修平、竹之下　慎太郎、寺田　整司
岡山大学病院 精神科神経科

P46　高度なるい痩をきたした高齢の神経性無食欲症の1例

○松田　旭生、内田　理恵、高橋　優、石原　武士
川崎医科大学附属病院 精神医学教室

P47　発達特性を背景とした、アルコール依存症候群の1例

○松浦　美波[1]、山梨　豪彦[1]、岩田　正明[1]、兼子　幸一[2]
[1]鳥取大学医学部附属病院 精神科、[2]社会医療法人仁厚会 倉吉病院

P48　鳥取県での回復支援施設ダルクらとの地域連携による薬物依存症治療

○山下　陽三[1]、山根　健二[1]、林　敏昭[1]、岩岸　直美[1]、角道　倫宏[1]、
千坂　雅浩[2]
[1]明和会医療福祉センター 渡辺病院、[2]NPO法人リカバリーポイント 鳥取ダルク

第45回中国・四国精神保健学会

プログラム

一般演題

一般演題［中国・四国精神保健学会］

第１日目　11月18日(金)　　第３会場(2F 小ホール)

一般演題１　　9:00～10:00

急性期医療／慢性期医療　　座長：本田　功(社会医療法人高見徳風会希望ヶ丘ホスピタル 看護部 精神療養病棟)

M01　介入拒否の強い統合失調症患者への看護師の関わり
～信頼関係構築による治療意欲の向上～
○渡邉　将司、伊藤　里彩
医療法人せのがわ 瀬野川病院

M02　薬剤調整の困難な患者における足浴の効果の実際
－より良いケアのための対象理解の重要性－
○江木　誠貴、鳥生　野花
医療法人せのがわ 瀬野川病院

M03　治療抵抗性統合失調症患者の長期行動制限が解除となったクロザピン治療症例報告
○田熊　麻美[1]、中尾　敦子[1]、兼子　幸一[2]、笠見　美奈子[3]
[1]医療福祉センター 倉吉病院 看護部、[2]医療福祉センター 倉吉病院 医局、
[3]医療福祉センター 倉吉病院 薬局

M04　終末期にその人らしく生きるための関わり ～シルバーディケアでの取り組み～
○矢田　陽子
医療法人 養和会 養和病院

一般演題２　　10:05～11:05

その他　　座長：大村　初美(医療法人青葉会 松江青葉病院)

M05　当院における就労支援の試み ～院内業務の活用～
○木曽　光輝、三野　与喜、三宅　秀樹、大西　順子、西紋　孝一
医療法人社団 中和会 西紋病院

M06　体感幻覚のある患者への関わりに関する看護職の意識調査
○乙部　真実
医療法人青葉会 松江青葉病院

M07　精神科看護師における「巻き込まれ」の傾向とその関連要因
○川本　洸[1]、吉岡　伸一[2]
[1]鳥取大学医学部附属病院 看護部１階Ｂ病棟、
[2]鳥取大学医学部 保健学科 看護学専攻 地域・精神看護学

M08　熟練看護師が電話相談をする際のアセスメントの視点
○水戸部　友絵、藤原　亮太、曽我　美里子、大矢　菜穂子、森川　貴志子
島根大学医学部附属病院

一般演題３　14:35～15:20

COVID-19

座長：馬明　康宏(医療法人せのがわ 瀬野川病院)

M09　COVID-19による危機的状況下の看護 ～精神科急性期病棟でのストレス緩和～

○遠目塚　潤、原　慎吾、西村　由美子、杉江　拓也
医療法人仁康会 小泉病院

M10　精神科病院におけるCOVID-19陽性者入院病棟の運営
～地域への貢献と見えてきた課題～

○宮脇　映子、高岡　康弘、入澤　孝好
医療福祉センター 倉吉病院 看護部

M11　精神科救急入院病棟におけるCOVID-19の感染予防対策

○川口　誠、秋里　俊伸、安藤　智子、北村　佳子、佐々木　肇、北見　友香、
山本　りえこ、太田　美穂、山下　陽三、英　裕人、渡辺　憲
社会医療法人明和会 医療福祉センター 渡辺病院

一般演題４　15:25～16:10

児童思春期／パーソナリティ障害

座長：高田　久美(南部町国民健康保険西伯病院)

M12　不登校の発達障がい児の相談支援と就労支援

○廣田　郁子、渡邊　美月
社会医療法人昌林会 安来第一病院

M13　障害児医療／福祉の所得制限による受療行動制限。
当事者アンケート35例の結果を受けて明らかになった“子育て罰”。

○原　紘志
林道倫精神科神経科病院

M14　パーソナリテイ障害のある患者との関わり ～統一した看護の大切さ～

○津田　瑞貴
社会医療法人昌林会 安来第一病院

一般演題５　16:15～17:15

認知症

座長：原　直明(一般財団法人 河田病院)

M15　COVID-19に罹患した認知症患者への対応 ～その人らしさに配慮した看護～

○山田　成功、榎　智子、河井　佑介、寺脇　恭子
独立行政法人 国立病院機構 鳥取医療センター

M16　前頭側頭型認知症に出現したせん妄状態に効果的だったケアの考察

○近田　聖子
社会医療法人昌林会 安来第一病院

M17　BPSDがみられる患者に対してのグループ活動の効果
～料理クラブを取り入れた認知症患者へのかかわり～

○元関　菜々、石橋　圭子、清水　美貴
医療法人 勤誠会 米子病院

M18　強い不安により生活に影響を受けた高齢者が独歩退院できた要因

○杉山　日向子
渡辺病院

一般演題６　13:50～14:50

多職種連携、チーム医療-1

座長：阪上　浩文(医療法人永和会下永病院)

M19　精神科における個別性に応じた排便コントロール方法の見直し

○坂本　麻樹、田中　真沙代、浜渦　佑也、大崎　浩徳、今城　恵理
医療法人つくし会 南国病院

M20　精神科病院での多職種チームによる IPS (Indeividual Placement and Support) に基づく個別就労支援

○中岡　恵理[1]、福武　周作[1]、尾宮　和咲[1]、河原　理華[1]、高井　優花[1]、新井　亨[2]、原田　紀行[1]、引地　充[1]
[1]社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル、
[2]社会医療法人高見徳風会 相談支援Ｂ型作業所ウイズ

M21　IPS (Individual placement support)モデルに基づく個別性を重視した就労支援により、自信を回復して再就職を達成した事例

○原田　紀行
希望ヶ丘ホスピタル 地域ケア部 就労支援専門チームナリワイ

M22　アウトリーチによる効果と課題

○庄司　宏行
積善病院

一般演題７　14:55～15:40

多職種連携、チーム医療-2

座長：西田　充利(公益社団法人正光会宇和島病院)

M23　依存症治療における他職種連携

○角道　倫宏、山下　陽三、渡辺　憲
社会医療法人 明和会医療福祉センター 渡辺病院

M24　鳥取県アルコール健康障害支援拠点機関の取り組みとアルコール治療連携

○林　敏昭、山下　陽三、渡辺　憲
社会医療法人 明和会医療福祉センター渡辺病院

M25　肥満症治療チームにおける心理師の役割

○生田　詩織[1]、古瀬　訓弘[1]、山崎　泰史[1]、横山　梨華[2]、大羽　沢子[3]、松浦　美波[4]、岩田　正明[4]、細田(アーバン)珠希[5]
[1]鳥取大学医学部附属病院 脳とこころの医療センター、
[2]鳥取大学医学部附属病院 脳神経内科、
[3]鳥取大学医学部附属病院 ワークライフバランス支援センター、
[4]鳥取大学医学部 脳神経医科学講座 精神行動医学分野、
[5]鳥取大学 大学院医学系研究科 臨床心理学講座

一般演題 8　15:45～16:45

地域移行、退院支援　座長：筒井　亮介（医療法人社団光風会三光病院）

M26　ストレングスモデルを用いた退院支援プログラムの構築 ～「いっぽ」の活動を通して～

○石原　健、山本　奈央弥、高見　弘之
医療法人社団 三和会 しおかぜ病院

M27　精神療養病棟に長期入院した統合失調症患者の退院支援

○遠藤　貴宏、横川　裕之
社会医療法人昌林会 安来第一病院

M28　長期入院患者の主体的な生活の獲得にむけて・集団精神療法「ここからクラブ」を通して

○山口　桂子、中山　のはら
社会医療法人 明和会医療福祉センター 渡辺病院

M29　本人の意志決定を尊重した多職種連携による地域移行支援の取組み

○岩岸　直美
社会医療法人 明和会医療福祉センター 渡辺病院

第62回中国・四国精神神経学会
第45回中国・四国精神保健学会

抄　録

特別講演
シンポジウム

特別講演 1

せん妄の臨床・脳科学へのブレークスルーを目指して
～新規脳波デバイス、エピジェネティクスバイオマーカー、マウスモデル開発～

篠崎　元

Stanford University

せん妄は特に高齢の入院患者において頻度が高く、予後が不良であることが知られている。しかし、現在汎用されているスクリーニングツールの Confusion Assessment Method (CAM) や Delirium Rating Scale (DRS) は、研究環境では感度・特異度とも優れているものの、実際の臨床現場では感度が極めて低下することが知られている。一方、Electroencephalography (EEG) によりせん妄に特徴的な所見である徐波を検出できることは 1940 年代から知られているものの、通常の脳波計は機器も大きく、多数の電極の配置に手間もかかり、また、長時間の測定結果の判読には専門知識が必要になる。しかし、せん妄の所見は diffuse slowing と呼ばれ、どの電極もすべて (diffuse) 徐波 (slowing) を示すことが知られている。本研究では、入院患者の額から EEG シグナル (Bispectral EEG: BSEEG) を短時間測定することで、せん妄の検出が可能であることを示すことを目指した。現在までに感度、特異度とも 80% 前後を達成している。また、BSEEG シグナルが、入院日数や、特に生存率などの患者予後の予測にも役立つことが示されている。

また、近年の研究により、せん妄の病態として神経炎症、すなわち炎症性サイトカイン上昇を伴う生体の免疫反応が脳に影響を与えることが明らかになりつつある。特に、生体に加わる外的なストレスである感染や外傷に暴露された個体は、分子レベルにおいては炎症マーカーやサイトカインの上昇を伴う過程を経て、様々な症状を引き起こすことが示されてきている。そうした免疫炎症反応を担うものとして注目を集めているのが脳内におけるミクログリアやアストロサイトを代表とするグリア細胞であり、特にミクログリアは感染や炎症に対する反応としてサイトカインを放出することが良く知られており、動物モデルを用いて、特に高齢動物モデルにおいて個体を感染状態においた場合に、ミクログリアが活性化することで IL-1β、IL-6、TNF-α などの炎症性サイトカインが異常に産生、放出され、認知障害などの症状をもたらすことが多数報告されている。

認知機能の障害の一形態であるせん妄は、高齢者に多く、特に、感染症や手術後にリスクが高まることから、こうした動物モデルからのデータは、せん妄の病態解明にはミクログリアの機能を解明することが重要になることを示している。さらに、加齢に応じてサイトカインの放出反応が変化するという事実は、サイトカイン遺伝子の転写、発現機序に加齢に伴う変化が起きていることを示している。エピジェネティクス、とくに DNA のメチル化は、加齢とともにダイナミックに変化することが知られており、筆者はせん妄の発現機序に、エピジェネティクス、特に DNA のメチル化の変化が関わっている、という仮説を立て、これまでにその仮説を支持するデータを積み重ね報告してきた。

さらにはマウスに BSEEG を応用することで正確な薬剤評価システムを開発し、新規治療法探索に取り組んでいる。本セッションではこれらの研究の概要を示したうえで、今後の展望についてお話ししたい。

特別講演 2

臨床現場においてオープンダイアローグをいかに実装するか

斎藤　環
筑波大学医学医療系

フィンランドで開発・実践されてきた「オープンダイアローグ(以下 OD)」は、近年急速に注目を集めつつある精神障害に対する統合的アプローチである。その内実は統合失調症急性期のケア技法であり、サービス供給システムであり、ケアの思想でもあるとされる。1980 年代から開発・実践されており、入院治療や薬物治療を最小限に留めながら、きわめて良好な治療成績を上げている。

OD は現在、欧米諸国でもコミュニティケアのシステムや精神保健サービスなどで実装が進みつつある。またイギリスでは NHS が中心となって、ODESSI と呼ばれる多施設 RCT が進められており、この結果がポジティブなものであれば、OD のエビデンスはいっそう確固たるものとなるであろう。我が国でも精神科医にとどまらず、看護師や PSW、心理士らの間で、急速に注目を集めつつあり、複数の精神科病院ですでに実践に取り入れる試みが始まっている。最近では自治体のアウトリーチ事業にも実装されて、応用の範囲が拡大しつつある。

OD の基本的手法は以下の通りである。発症直後の急性期、患者や家族からの依頼があってから 24 時間以内に、「専門家チーム」が結成され、患者の自宅を訪問する。本人とネットワークメンバー（家族と友人、知人などの関係者）が車座になって座り「開かれた対話」を行う。この対話は、クライアントの状態が改善するまで、ほぼ毎日のように続けられる。

OD の重要な原則として、その理論的主導者である Seikkula,J. らは以下の 7 項目を挙げている。1. 即時援助、2. 社交ネットワークという視点、3. 柔軟性と機動性、4. 責任、5. 心理的継続性、6. 不確実性への耐性、7. 対話主義。とくに「6. 不確実性への耐性」は重要で、これは治療計画を立てず、過去の経緯も振り返らず、ただ目の前の対話のプロセスに没頭すべし、という意味である。OD は治療目標を設定する「ゴール志向」ではなく徹底した「プロセス志向」であり、ここにも OD の有効性のヒントがあると考えられる。

OD の主たる治療対象は発症初期、すなわち急性期の統合失調症であるが、実際には、統合失調症に限らず、うつ病や依存症、ひきこもりに至るまで、その適用範囲は多岐にわたる。本講演では海外や国内での実装事例を紹介しつつ、自験例を中心に OD による回復事例の紹介も行い、回復のプロセスを検証しつつ、わが国の臨床現場でいかに応用が可能であるかを検討したい。

SY1-1　岡山大学における認知症・老年期精神疾患に関する研究の紹介

竹之下　慎太郎、寺田　整司
岡山大学病院 精神科神経科

岡山大学大学院精神神経病態学教室の老年期精神疾患・認知症研究グループでは、認知症の医療と介護の現場が抱える問題に応えること、認知症疾患に関する医学的課題を解明することを目指して、認知症疾患医療センターや他施設と共同して研究を行っている。今回は、研究内容を、臨床分野と神経病理分野に分けて紹介する。

臨床分野では、医療や介護の現場に直結するテーマとして、認知症患者における生活トラブルや介護者の負担、同意能力に焦点をあてた研究を行っている。また、より医学的な課題としては、経管栄養の影響に関する研究や、認知機能検査の有用性を検証する研究、社会認知障害の神経基盤を調べる研究、老年期精神疾患と認知症の関連を調べる研究などを行っている。特に近年では、高齢化が顕著に進んだことで顕在化してきた知的障害を持つ人々における認知症の問題に着目しており、社会福祉法人旭川荘と共同研究を行っている。2017年に岡山県の知的障害者福祉施設を利用する約500名の成人を対象に疫学調査(横断調査)を行い、知的障害を持つ人々が一般人口より若年から認知症有病率が高いことを報告し、知的障害を持つ人々に生じる認知症をスクリーニングする方法を検証した。2019年には調査範囲を全国各地の知的障害者施設に拡大し、約1900名を対象に横断調査を行い、より精確に認知症有病率を明らかにすることと、認知症と関連するリスク因子の特定を目指して研究を進めている。

神経病理分野では、地域から集められた症例の剖検と病理診断を行い、国内外の施設と共同して研究を行っている。岡山大学は日本ブレインバンクネットの枠組みの中で、脳組織の管理を行っており、他施設の研究者と脳組織や病理情報を共有することで、認知症疾患の病態解明と治療法の開発、創薬の促進に努めている。このように、岡山大学では臨床から病理まで、幅広い視点から認知症研究に取り組んでいる。研究成果が、認知症や精神疾患に苦しむ方や支援者の方々に貢献できることを願っている。

SY1-2　学校における認知症教育を通してのBPSD予防

諸隈　陽子
医療法人南江会 一陽病院

2019年6月に公開された「認知症施策推進大綱」では、先に発表されてきたオレンジプレン「認知症施策推進5か年計画」、そして次いで発表された新オレンジプラン「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」に則り、より認知症を患った人やその家族の視点が重視されている。認知症を患った人が、これまで過ごしてきた地元で生活を続けるためには、認知症の進行を遅らせるとともに、認知症の行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia:BPSD)の発現を予防することが重要であると考え、地域住民への啓発活動として認知症サポーター養成講座を開催してきた。その中でも、人格形成期である小学生、中学生及び高校生を対象に、須崎市包括支援センターと共同して行ってきた活動の途中経過について報告を行う。

SY1-3　当事者（認知症の本人・介護家族）の視点から考える認知症医療

吉野　立
公益社団法人認知症の人と家族の会鳥取県支部代表

１．はじめに

認知症の本人による積極的な発信と、認知症施策推進大綱の制定など、日本でも認知症が国として取り組む課題となったことで認知症に対する理解は、「認知症とともに生きる地域へという新しいイメージ」へと変わりつつあると言えるが、介護保険制度、認知症治療、介護現場、相談電話、つどい等での内容も古いイメージと新しいイメージが混在している現状であると思われる。

２．認知症医療にピアサポートの場を

認知症の人と家族の会鳥取県支部では、2008年から、認知症の本人と家族が参加できる「にっこりの会」を開催しており、その活動から、オレンジカフェや認知症の本人グループが生まれて来た。そうした場に参加する当事者の声から、早い段階から当事者同士がつながり、交流することで、本人も家族も認知症という病気を抱えながらも自分らしく暮らすことができる事例が出て来た。2021年８月に、鳥取県基幹型認知症疾患医療センターと協働して、受診の段階から本人同士、家族同士が出会い、つながり、交流する場「おれんじドア・どまんなか」をはじめた。開設後１年でまだ利用者は多くはないが、ピアサポーターとして関わってる本人と介護家族をはじめ利用者の認知症との向き合い方が前向きになる様子が伺える。認知症医療にこうした "場" が加わり、何らかの不安を持って受診する本人と家族に向き合う医師や医療従事者から利用をすすめる説明が当たり前になる状況を創り出すことで、認知症の診断イコール「絶望」という認識を変え、「希望」を持つことにつながるのではないかと考える。

３．「暮らしの病気」としての理解をすすめることが必要

認知症の理解をすすめる啓発活動として、「認知症サポーター養成講座」が国の施策として取り組まれているが、その内容は、病気としての理解と「先ずは受診」という内容である。国民の寿命が延び、人生100年時代と言われる現在、認知症理解の活動は従来のままで良いのであろうか。

認知症との出会いを早めるためにも世代に応じた認知症とのつきあい方という「暮らしの病気」としての理解をすすめることが必要ではないかと考える。また、鳥取県では、75歳以上の比率が高い高齢化がすすんでいる。認知症医療も高齢者の身体全体・暮らしを診るプライマリ・ケアとしての要素を高めることが求められていると思われる。

SY1-4　新型コロナウイルス感染症禍における認知症対策

河月　稔

鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座

認知症対策としては一次予防、二次予防、三次予防の取り組みが挙げられるが、今回の発表では主に一次予防の視点から新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行下における対応を論じていく。

世界保健機関(WHO)による「認知機能低下および認知症のリスク低減」のためのガイドラインやLancet Commissionからの認知症予防等についてのレポート(Lancet 2020; 396(10248): 413-446.)には、認知症発症に対する修正可能な危険因子に関する内容が掲載されているが、多くの危険因子は身体活動、知的活動、社会交流、健康的な食生活を意識することで対処できる可能性が有る。つまり日常生活での取り組みが重要であると考えることができるが、私が住む鳥取県では地域の集いの場等で実施できる運動・知的活動・認知症に関する座学を組み合わせた"とっとり方式認知症予防プログラム"を開発、検証し(Ann Clin Transl Neurol. 2020; 7(3): 318-328.)、市町村や民間団体等へ普及を行い、認知症対策を推進している。一方、COVID-19の感染対策としては3つの密(密閉、密集、密接)を避けることが重要であるとされており、これまで行われてきた認知症対策にブレーキをかけなければならない場合が多く、認知機能への影響が危惧されている。しかし、対応次第ではその影響を最小限にとどめる、あるいは回避できる可能性があると感じた事例もある(老年精神医学雑誌. 2021; 32(4): 452-459.)。鳥取県西伯郡伯耆町では認知機能の低下が疑われた高齢者に対してとっとり方式認知症予防プログラムを提供する教室を開催しているが、COVID-19の影響を考慮して一時休止していた時期があった。しかし、教室参加者の教室再開時の認知機能検査の点数は統計学的には悪化しておらず、むしろ有意な改善を認めていた。これまで教室に参加していたことで認知機能の低下を予防するためにはどのような生活を送ることが重要かを理解されていた結果ではないかと推測され、日頃の取り組みが備えになっていたと考えられた。また、教室休止中に役場の方々は、独自に作成した知的活動に関するプリントの送付、ケーブルテレビに協力を依頼して教室で行っている運動について紹介するビデオを作成して放送、教室参加者へ様子を伺う電話をされていた。このような周囲からの適切なサポートもあったことが社会からの孤立を防ぐことにもつながり、相乗的に認知機能低下予防に作用していたと考えられた。コロナ禍においても何ができるかを考えて可能な限り支援を継続していくことの重要性がうかがえる事例であると感じている。

それぞれの地域により実情は異なると思われるが、シンポジウム当日は鳥取県内で私が関わった取り組みについて紹介しながら、コロナ禍における認知症対策の在り方を考えていきたいと思っている。

SY2-1　rTMSでの慢性疼痛を伴う「うつ病」の治療経験

澤田　和之
鳴門シーガル病院

現在、治療抵抗性のうつ病に対して保険適用となったrTMSであるが、脳神経回路の観点から考えた場合、その治療法には大きな可能性が秘められている。慢性疼痛の治療もそのひとつである。中脳辺縁系ドパミン経路は精神科では幻覚妄想、あるいは依存のメカニズムの一部として捉えがちであるが、最新の疼痛医学の分野では下行性疼痛抑制経路の一部として捉えられている。侵害刺激が中脳腹側被蓋野に届くと、そこから側坐核にドパミンが放出されオピオイド受容体を介した神経伝達が多神経核に起きて下行性疼痛抑制経路が活性化されるという。急性期の疼痛はこの機序が働いて実際に感じる痛みは小さくなる。急性痛の病変部位は末梢の痛覚受容体近辺にあり、鎮痛薬は末梢から中枢に至る神経経路のどこかを遮断することでその効果を発揮する。しかし急性痛から慢性痛に痛みの性状が移るにつれて鎮痛薬の効果は次第に薄れていくことが一般に知られている。その原因は長らく謎であったが、近年機能的脳画像技術の進歩に伴い、疼痛医学の分野で解明が進んでいる。長期にわたり夢を見なくなっていた難治性の慢性疼痛を伴う「うつ病」の方でrTMS治療中に夢見が回復し、最終的にうつ病が寛解したケースを経験した。夢見を維持するには前頭葉でのドパミン放出が必要でありrTMS治療にてその機能が回復したと考えられる。逆に言えば内因性のドパミン機能不全が病態の一部を形成しており、ドパミン機能の改善により下行性疼痛抑制系が賦活化されてこのケースでは慢性痛の痛みが抑えられたと思われる。rTMSのうつ病治療プロトコールでパーキンソン病治療に効果があったとの報告もある。このようにドパミンを介した治療により従来は難治と考えられてきた遷延するうつ病、慢性疼痛の改善効果が期待できそうである。今回のこのケースは20年以上にわたって続いた全身の疼痛を伴う「うつ病」の方であり、うつ病治療のプロトコールに基づいてrTMS治療を行ったところ、痛みが大幅に軽減して寛解に至った。その治療経験について考察を加えながら発表する。難治性の慢性疼痛を伴う「うつ病」治療への新たな治療法が示唆される。

SY2-2　ケトン体を用いた新規抗うつ治療の可能性 ～抗炎症作用に焦点を当てて～

山梨　豪彦

鳥取大学医学部附属病院 精神科

うつ病に対する薬物治療においては抗うつ薬が用いられるが、抗うつ薬のみでは効果が十分に得られないケースが多々あり、異なる作用機序による抗うつ薬の開発が求められている。うつ病の病態には脳内炎症が関与しているということが指摘されており、脳内炎症を抑制することはうつ病の新たな治療戦略となりうる。

β-ヒドロキシ酪酸(BHB)はケトン体の一種であり、体内のブドウ糖が枯渇する状態となった時にブドウ糖に代わるエネルギー源として肝臓で産生される。また、BHBには抗炎症作用があることが報告されており、中枢への移行も十分にされることから、抗炎症作用を介した新たな抗うつ治療物質の候補となると注目した。そこで我々は慢性予測不可能ストレス(CUS)によるうつ病モデル動物を用いてBHBの抗うつ効果を検証した。その結果、BHBを繰り返し皮下投与することによってうつ病モデル動物のうつ病様行動が減弱すること、BHBを前頭前皮質に直接投与することによってうつ病様行動が減弱することが示され、これらを報告した。これらの抗うつ様作用は、ストレス時の脳内の炎症性サイトカインであるIL-1βやTNF-αの上昇抑制を介していることが示唆されており、BHBが抗炎症作用を介した新たな抗うつ治療物質となることが期待される。そして現在、これらの知見を臨床応用すべく、うつ病患者を対象にBHBのドリンク製剤を用いた二重盲検化-ランダム化比較試験(jRCTs061200006)を多施設共同で実施している。

SY2-3　鳥大発、新しい「認知」行動療法

竹田　伸也
鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座

ネガティブな思考による反芻はうつ病の発症・維持要因であり(Nolen-Hoeksema et al., 2008)、否定的な結果のリスクを回避する行動を生み出すトリガーとなる。また、こうした回避行動は、自らの行動に随伴する望ましい体験へのアクセスを妨げ、それがうつ病の増悪につながることが知られている(Street et al., 1999)。

認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy：CBT)は、認知や行動に焦点をあてて症状の改善や問題の解決を図る心理療法である。先述の機序に従うと、認知や行動をターゲットとするCBTは、うつ病の治療法として推奨されるアプローチの1つと目され、実際これまで治療や再発防止に関する多くの研究が報告されている。CBTは多様な発展を遂げており、中でもうつ病の治療と深く関わりがあるのは、第二世代と第三世代に分類されるアプローチである。両者の大きな違いは認知の扱い方にあり、第二世代は認知の内容を、第三世代は認知の機能を変容することを、それぞれ狙いとしている。とはいえ、こうした実態が十分に理解されていないために、臨床実践上の混乱を招くこともしばしば起こり得る。当日は、第二世代と第三世代がそれぞれ眼目とする認知の内容または機能の変容とはいかなることを表わすのかを、具体的に述べてみたい。

そのうえで、本シンポジウムのテーマである「中国四国初、新しいうつ病治療」に適い、我々が進めている新しいCBTの展開について論じてみようと思う。CBTは必ずしもうつ病全例に著効を示すわけではなく、実施した患者のうち約三分の一は十分な効果を発揮しないとの報告もある(Hvenegaard et al., 2015)。その理由として、発表者はCBTに伏流する変容への抵抗があるのではないかと考えている。認知の内容を変えるにせよ、機能を変えるにせよ、ネガティブな思考と距離を置くことを患者に求めることになる。しかし、深く考えて思い悩むほど、当事者にとってその思考には重要なテーマが潜在している可能性もある。また、変容を最優先すると、変えられない事態を抱えた当事者にとって、そうしたパラダイムに希望を見出すことは困難である。

以上のことを踏まえ、発表者は認知を変容するのではなく、折り合う手段として潜在的価値抽出法を考案した。また、うつ病は様々な認知機能障害をもたらすが、中でも思考の柔軟性はうつ病が重症になるにつれ損なわれる(McClintock et al., 2010)。思考の柔軟性に注目すると、うつ病の新たなアセスメント法としてだけでなく、認知リハビリテーションとしての新たな治療法の活路を見出す可能性がある。そうした可能性について、我々が進めているチャレンジについて報告したい。

SY2-4 うつ兆候(プレゼンティーズム)を検知・軽減させるモバイルヘルスシステムの開発

清水　あやか

広島大学大学院医系科学研究科 精神神経医科学

閾値下うつは、うつ症状は有するがうつ病の診断閾値は越えない「未病段階」のうつである。

近年、職場のうつなどのメンタルヘルスの問題が大きな経済的損失を与えていることに大きな注目が集まっている。職場でのうつによる経済的損失の多くが、閾値下うつによるプレゼンティーズム(出勤はしているが労働効率が低下している状態)によるもので、閾値上うつ(うつ病)によるアブセンティーズム(病欠や病気休業の状態)によるものではないことが挙げられる。しかしながら閾値下うつは閾値上うつ(うつ病)に比べて顕在化する症状の数が少なく、本人や周囲は気づきにくい。また、現時点では閾値下うつやプレゼンティーズムのスクリーニングに用いる質問紙はあるものの、簡便な客観的指標(バイオマーカー)は確立していない。バイオマーカーに基づき、閾値下うつに出現する兆候をセンシングし、センシングに基づいて行動変容介入ができれば、そのままではうつの悪化につながったかもしれない状態の人を健康状態に回復させるとともに、パフォーマンスを改善させることが可能になる。

しかし、昨今のテレワークやソーシャルディスタンスの要求のために、今後はこれまで以上に健康管理やケアがやりにくくなることが予想される。これを解決する手段としてスマートフォンなどを用いたモバイルメンタルヘルスシステムが、アフター、ウイズコロナの社会にとっては重要になると考えられる。我々は、スマートフォンなどのモバイル端末で検知可能な簡便なバイオマーカーの確立と、認知行動療法を用いたセルフマネジメント法の確立を目指している。

我々は、閾値下うつ大学生と健常大学生に対し、6種類の生活行動指標、音声や脈波を用いた3種類の神経生理指標、非情動認知課題や情動認知課題を用いた10種類の神経認知指標のデータ収集を網羅的に行った。各指標において閾値下うつ群と健常群において有意な群間差を示す指標は得られるも、単独の指標での識別は困難と考えられた。機械学習手法を用いて複数のバイオマーカーの組み合わせにより、閾値下うつ群と健常群を識別が可能となることが分かった。

これらの研究開発を踏まえて、現在、我々は閾値下うつ群の学生において、スマートフォン認知行動療法によるうつ症状の改善に伴いこれらのバイオマーカー候補が経時的にどのように変化するかを、探索的に検討している。当日は、これまでに得られた結果に若干の考察を加えて発表する。

SY3-1 『総合病院等とのアルコール医療連携』～つながる効果、そして残された問題～

西田　充利

公益財団法人正光会 宇和島病院

１．はじめに

当院は、昭和４０年代後半からアルコール依存症のグループ療法かつ入院治療を開始して半世紀が経過した。

昭和から平成初期の時代には、外来診療において飲酒者は診療お断りといった暗黙のルールが外来スタッフに浸透していた時期もあった。アルコール問題を抱える人は、始めから専門医療を受診するのは少ない状況でもある。今から１０年程前に総合病院等から離脱症状が増悪した患者の当院へ転入院の紹介が入り、医療連携にて出向くこととなった。この行動を機に出向く医療を開始することとなり、早期介入・早期治療へとつながる率が格段に高くなった。それらのケースを通して効果と残された問題を報告する。

２．医療連携

平成２４年８月、総合病院等から離脱症状出現の患者の転入院依頼を受け医療連携が始まった。依頼先病院へ外来スタッフが出向き病態の把握、治療内容の確認、アルコール医療導入に向けて転入院準備をおこなった。ベッドの空き状況で転入院に時間を要したため安全に離脱期を過ごせるように支援もおこない、多動で心身の静穏が脅かされる状態であったため緩和抑制帯の施行（主治医の指示）、アルコール看護のアドバイスなどを総合病院等のスタッフへ提供した。

３．結果、考察

この１０年間、出向く医療連携をおこない、現在までに４２名の患者を総合病院等から直接転入院で受入れた。その結果、確実にアルコール専門医療が導入できたことは成果である。そのなかには、当院退院後、自助グループにつながり現在も断酒回復活動中の患者もいる。

総合病院等とのアルコール医療連携は当院医師が多忙で連携ができなくともスタッフが出向くことで今後の対応が敏速におこなえた。当院のベッドに空きが無く転入院に時間を要しても総合病院等から自宅へと退院することなく入院継続の対応で、当院の受入れ可能になるまで待ってもらえた。自宅退院をなくすことで患者及び家族の不安の軽減にもつながったと考える。この10年間の出向く医療連携で専門医療への早期介入・早期治療に至るシステムも出来上がった。

しかし、医療連携でうまくいかなかったケースもあった。それは、患者や家族が精神科へのイメージによる入院拒否、外来通院で自宅へ退院した患者は、再飲酒にて行政や警察の介入による受診。あるいは病態の増悪により一般科への再入院。なかには亡くなったケースもあった。

この１０年間の取組を通して、医療連携を構築することはできた。但し、残された問題として、当院を退院した患者（施設入所者、死亡を除いた）の断酒率は３割を超えているが、自助グループへの定着率は低い。その現状と課題についても報告する。

SY3-2　アルコール依存症専門医療機関による啓発活動の取り組み ～即効やろう！Aチームの紹介～

中井　伸弥

医療法人正雄会 呉みどりヶ丘病院

広島県呉市にある当院は、本邦における民間では初めてのアルコール依存症治療専門病院として1971年に開院し、2019年からは薬物依存症やギャンブル依存症を含む依存症専門医療機関として治療に取り組んでいる。

依存症は、近年力を注がれている国の施策により、以前より身近な病になりつつあるが、アルコール依存症のトリートメントギャップからも見てとれる様に、依存症は全般的に自身では認識が難しく、また社会の理解のなさや偏見も関連し治療に繋がりにくい病と云える。依存対象によって多少の差はあるが、問題が個人または家族では対応しきれず相談に至るという傾向は大きく変わっていない。

広島県では、国の施策に準じ2017年に「アルコール健康障害対策推進計画」を立案した。計画が定める一次～三次予防までの基本的な方向性としては、(1)正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり(2)誰もが相談できる相談場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり(3)医療における質の向上と連携の促進(4)アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくりが掲げられている。計画に準じ、依存症専門医療機関に選定された当院も、依存症に関する専門的な医療を提供するだけでなく、一次、二次予防である(1)(2)の一助となるべく依存症予防の「啓発活動Aチーム」を多職種で結成し、2019年から活動を開始している。

取り組みとして、ヘルスプロモーションの拠点となる広島県内の保健所を巡行し、各地域の保健師等と意見交換を重ね、地域住民を対象とした早期介入の実施。また支援者に対する勉強会など地域のニーズに応じて、様々なスタイルでの啓発活動を展開している。

私はこの啓発活動を通して、一医療機関の力だけでなく、多職種と連携することの必要性を感じた。それぞれの機関の役割を知り、それぞれの強みを生かし協働することで幅広い支援と介入を行うことができると考えている。

当日は、活動の具体的な内容紹介や今後の展望等を含めた報告をしたい。また啓発における自身の作業療法士としての取り組みや、多職種がチームとして効果的に展開していくための工夫など、多くの職種の視点から検討する場となれば幸いである。

SY3-3　地域のアルコール医療における精神保健福祉士の役割とは

上村　真実
公益財団法人林精神医学研究所 附属林道倫精神科神経科病院

当院は、岡山市の中区に位置する278床の精神科病院である。アルコール依存症治療病棟は1986年に開設しており、現在まで多くのアルコール医療と地域支援の蓄積を重ねている。また、専門病棟開設当時からアルコール担当のソーシャルワーカーを配置し、当事者と家族の回復支援、自助組織や地域資源との連携を図ってきた。

アルコール依存症は喪失の病ともいわれるように、病気の進行とともに仕事や家庭、住まいを失い、最後は命を失ってしまう。我々はそのような困難を抱えた当事者と日々出会っている。そしてその回復支援には、経済的支援、家族関係の修復、就労支援、回復者と繋がることの支援など、様々な支援が必要になる。失ったことの結果を自己責任論で捉えるのではなく、当事者の抱える困難に対して、当事者のそばで継続したサポートをしながら伴走し、当事者自身が自らの問題解決の主体になっていくことが、結果的には当事者の回復とその先にある成長へ繋がると考える。

アルコール関連問題についても長年様々な角度から治療や回復支援について議論されているが、近年共通するマインドとして、いわゆる底つきを待たない、早期発見早期治療というものがある。これらは慢性で進行性の病であるアルコール依存症において、問題とされうるものをできるだけ軽度なうちにケアし、支援するための具体的な方策であると感じている。

そのようなアルコール医療の分野において、多職種で支える、地域で支えるとはどのような意義をもつのだろうか。

演者はアルコール担当のソーシャルワーカーを7年間続けてきたが、アルコール依存症の当事者や家族に対しては細く長く継続した支援が必要であり、こちらから支援の糸を切ってはいけないように感じている。また、それぞれが地域で生活する中にあるコミュニティにこそ回復への原動力があると思っている。当事者や家族が孤立せずに様々なコミュニティに繋がっていくことができ、それが強化されていくことのサポートをしていくことが重要である。またソーシャルワーカーは、あらゆる資源を選択肢として想像しながら当事者への関わりを持ち続け、伴走者としてサポートすることが役割の一つであると考える。

当事者を尊厳ある一人の人として関わり、再飲酒などその時々の揺れる波に付き合い、回復を信じながら地道に支援を続ける。時には陰性感情を持つことや境界線を揺さぶられることもあるが、多職種で関わることによってそのような変化の時にも相互に話し合い、支援のモチベーションを維持しながらまた関わっていくことができる。それが多職種で支えることの意義だと考える。

SY3-4　渡辺病院における治療プログラムと地域連携について

山下　陽三
社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院

アルコール健康障害(依存症等)は多職種の関わりを抜きには語れない。そして、依存症当事者本人の生き方が変わることが大きな治療の転換点となる。

渡辺病院では依存症治療プログラム(以下、ARP と記載)で使用する「回復に向けて」という学習テキストを作成し、相互交流を重視した多職種による治療を提供している。木曜日午前２時間にわたり実施する「学習＆交流ミーティング」では９つのテーマを看護師や薬剤師、栄養士などの６職種８名で分担し、基本的な学習と１時間ほどの交流ミーティングを実施している。また金曜日の午後は作業療法として体を動かし楽しむ活動を取り入れている。

鳥取県では、2016 年３月にアルコール健康障害対策推進計画を策定し、同年５月に県東部に相談支援コーディネーターを配置した「アルコール健康障害支援拠点機関」を設置し、相談支援体制を強化した。毎月１回１時間のアルコール・アディクションスタッフ会議では、ARP 運営上の振り返りと、研究会等への参加報告や予定連絡をし、県依存症支援拠点機関の指定後は、「動機づけ面接法」や「家族の求める依存症支援」などの研修会業務に関する話し合いを加えている。

また、かかりつけ医やかかりつけ薬局において、依存症が疑われる患者に対応する際、早期に発見し、適切な指導などを行うため、各圏域の医師会が主催する「かかりつけ医等依存症対応力向上研修会」の企画立案協力をしている。そして、各圏域においては依存症の疑いがある方に対し内科、救急などの一般医療、一般の精神科医療機関、専門医療機関そして保健・福祉・司法関係者、民間団体など支援関係機関同士が集まる「ネットワーク研究会」を開催し、顔の見える関係づくりを目指している。

アルコール依存症の治療ギャップが大きいなかで、プライマリケアでの飲酒習慣スクリーニングテスト「AUDIT」は、カットオフ値を 15 点とし、アルコール使用障害レベルから注意喚起し、飲酒問題の重症度を調べ、保健医療従事者が保健指導に関わる簡易介入を積極的に実施している。

地域での進行予防(２次予防)では、飲酒運転、暴力行為、虐待、自殺未遂などをした者やその家族に対し、必要に応じて、適切な支援をしていくことが求められる。各圏域の保健所が担う相談拠点機関などにおいても多量飲酒者への簡易介入を行うと同時に、ネットワーク研究会や各種研修会をさらに充実しながら実施するという課題がある。

鳥取県は人口が 55 万人と少ないが、東部・中部・西部と圏域がわかれており、2022 年４月には西部圏域でアルコール健康障害の専門医療機関が指定され、相互に連携した取り組みを充実していく方向となっている。

SY3-5　体験談

杉原　雄嗣
特定非営利活動法人 鳥取県断酒会

酒ののみはじめは、受験勉強での寝不足・不眠の解消に親父の晩酌の酒を飲んだ事からでした。最初は気持ちよく寝たのですがあっと言う間に二合迄行き晩酌の残り酒では間に合わなくなり、小遣いで安いウイスキー・トリス・サントリーレッドを買いもくで呑み、やはりウイスキーはいいな～、ところがあっという間にタンブラー2杯迄飲むような状態で受験。その後は強いぞ凄いぞと煽てられ何時しか酩酊・泥酔の常習となって行きました。27歳で酒が元で離婚、3か月も持たずに酒浸りとなり第一回の精神科入院となったのですが鉄扉のガチャ～ンの音で全てが解放され、母にあれ持ってこいこれ買って来いと、し放題の3か月。離婚が原因の一過性のものと言う事にして退院。それでも職場にも迷惑をかけたしとそこから丸1年500mℓの牛乳パックを常時持ち歩き一滴の酒も飲まずに来たのですがあるとき1年も過ぎるしもういいんじゃないの誘いに乾杯のビールであっという間に泥酔地獄へ。その後何回かの入退院を繰り返して、それでも本気でとワーカーホリックの如きに仕事をして3年の酒の無い生活そしてそのまま行けるかの中でまた悪魔のささやきが・・もう大丈夫だわい乾杯位付き合えやの一言に、コップの底1センチほどで付き合うわと口にしたのが運の尽きででしたが徐々にアルコールに浸って行きましたので再婚し現在があるのですが、此処から又入退院、連日の尿失禁で布団もグシャグシャ、目が覚めてけつの下に手をやり乾いた触感だと、出来るがな何とかやれると変な自信が次の地獄を招く、子供の寝小便なら片付けるけどあんたのやつは知らんと言われ布団抱えて風呂で洗って干して、言うまでもなく妻との毎晩の如くのバトルや失敗・失態・時には事件と常習の飲酒運転最後には飲みたい酒も僅かずつしか飲めなくなり、かかりつけ医院に入院。此処にこの先生があり妻にお宅は農業なので荷負い棒が有ろう、こんな小さな男でも酔っぱらうと始末に負えんから手足を結わえて棒で担いで車に積んで来い、後はわしが面倒見たる。とそして最後の入院の時私に聞えよがしにこの男いるかいらんかと言うわけで返事が要りますだったので今日があると思っています。わしの治療も解毒迄後は断酒会に行きなさい、そして会員が来るので話を聞きなさいと。この時断酒会に行くって言ったがなそれをのこのこやってくる要らん世話だわと思っていた。三十年たって相談に行くときにもそんな事やいつも命が掛かっていることを忘れるな!!を胸に置いています。多職種で支える地域医療についてはSBIRTSも交えて話させてください。

SY4-1　発達障害と孤独

佐竹　隆宏
鳥取県立総合療育センター

発達障害(神経発達症)は、自閉スペクトラム症(ASD)、注意欠如・多動症(ADHD)が主な診断名であるが、いずれも対人コミュニケーションに困難さを生じやすい。その結果、所属している社会(学校や職場など)で不適応状態になり、孤立し、不登校やひきこもり状態になりやすい。その際、発達特性のみならず、社交不安やうつ病などの二次障がいも併存しやすく、ますます孤立し、孤独感を強めることとなる。

対人コミュニケーションの苦手さは、特にASD者で目立ちやすいのでASD者について述べていく。ASD者が孤独に至りやすい要因として、①ASD特性によるもの、②二次障がいによるもの、③環境的要因(学校・職場環境、福祉サービスの利用など)が考えられる。これは、Bio-Psycho-Social　modelで理解しやすい。

知的には問題がなくとも、他者視点に立ちにくい、共感性・想像力が乏しい、融通が利きにくいといった特性が、周囲からすると自分勝手で冷淡な印象を与えてしまうかもしれない。ASD者自身が悩んでいても、それを誰に、どのタイミングで、どのように説明したらいいかわからず、SOSを発する機会を逸してしまい、孤立を強める結果となる。それは本人のみならず家族も巻き込み、家族も社会から孤立する可能性を孕んでいる。

演者は児童精神科外来にて発達障害者の診療にあたってきた。思春期が中心であるが、成人まで外来フォローするケースも少なくない。ASD者の診療で感じるのは、一般的な会話では深まらないが、興味関心のある領域ではむしろ饒舌であり、同好の士、友人、パートナーなどを不器用ながら欲していることである。さらに、社会の中で生きづらさや挫折を感じ、社会や他者に対して不安や恐怖を感じていることもあるが、それでも自分の居場所を見つけたい、生きる意味を感じたい、という思いである。

演者が診察の際に心がけていることは、診察場面は医学的な診察のみならず、この場面が社会との接点であり、窓口であるということである。演者が診察を通して他のASD者から聞いた苦労や工夫、失敗や成功体験を個人情報に抵触しない範囲で伝えることで、疑似的に当事者会に参加するような意味もあるかもしれない。社会参加には慎重になっていることも多いが、地域で得られる社会資源を収集・整理し、適切な情報を提供することで、社会参加に関心が向くかもしれない。ASD者が社会で適応するレンジは狭いが、得意なレンジ内では、「水を得た魚」の如く活躍できるケースは稀ではない。

幼少期から成人に至るライフステージの中で、孤独に陥りやすい発達障害者に対して、年齢によって分断されることのない、切れ間ない支援を、多領域で連携して行っていく取り組みが求められている。

SY4-2　多分野・多職種の協働が必須である若年の自殺対策：精神医学、社会医学、精神保健学、保健管理学、行政および教育分野の融合

井上　顕

高知大学教育研究部医療学系 / 保健管理センター

近年、わが国では若年の自殺者数が増加傾向であり、その防止の必要性を強く提言している。新たな自殺総合対策大綱の検討における個別施策でも「子ども・若者の自殺対策の更なる推進」をはじめ、「インターネット利用への対応」、「スティグマの解消」、「精神科医療につなぐ医療連携体制の強化」もポイントとして取り上げられている。

演者はこれまで様々な職種の研究者や実務者、行政をはじめ多くの機関と自殺に関する諸検討・対策立案・啓発活動を行ってきた。それに基づき本シンポジウムにおける発表では、以下５つの若年の自殺に関する事項を取り上げ、現在および近未来に向け、精神医療、精神保健、保健管理、社会医学、行政や教育分野の連携の重要性を中心にお伝えしたい。

[1] 自殺既遂：①若年の動向に着目しながら主に 10 歳代に焦点をあて、その分析から精神医学、精神保健学、教育学、行政、家族からの対策・対応が大切なことは明確であった。②コロナ禍 1 年目の 2020 年に関する本項解析から 10 歳代・20 歳代の対策が key であることをこれまでのわが国の自殺急増時との比較を用いて示唆する。また、コロナ禍・その前の学生項の統計解析から①で示した分野に加え、社会医学 (公衆衛生学、法医学) も対策の立案において必需である旨を述べる。

[2] 自殺念慮・自殺の危険：①自殺念慮に関して実施した若年を対象の我々の調査と解析から、そのリスクを上昇・低下させる因子を抽出したので、社会還元の必要性を理解している。②精神科臨床や相談対応等では自殺の危険に注意を払っておく必要がある。本発表では若年に好発でもある不安症の中のパニック症においてその危険を示す。

[3] すこやかな生活習慣づくり活動：生活習慣や心身の健康、学業等の事項、周囲の援助といった日常生活をすこやかに送っているという面が大変重要であると考えている。ある学区で 10 年以上に渡り「すこやかな生活習慣づくり」を目指した学校、保護者、学校医、医療分野、行政が連携し、地域ぐるみで実施している活動に演者も含めていただいており、紹介も兼ねてお伝えしたい。

[4] 自殺防止に向けた啓発活動：高知県精神保健福祉センターと連携し、2017 年より本学では学生や教職員を対象にゲートキーパー講習会を継続的に開催している。「自身との上手な付き合い方」・「自分らしく生きること」がプログラムの本質である WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN(WRAP) を主に用いた構成である。行政、精神保健、大学が協働の啓発活動における実際を述べたい。

[5] 海外：海外でも若年の自殺対策に向けた検討は着目されている。共同研究を行っているカザフスタンとの検討からお伝えしたいと考えている。

SY4-3　ひきこもりと孤独？

山﨑　正雄
高知県立精神保健福祉センター

ひきこもり支援を実践する中で、ひきこもり状態にある青年が、なぜひきこもるようになったのか、家族や関係者からよく聞かれることがある。それに関連して、2010年に公表された「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」には、ひきこもりの背景に存在すると考えられる精神障害(発達障害を含む)が示されており、ひきこもりは何らかの精神障害の症状として表れている場合や、ひきこもりの状態が継続される経過の中で何らかの精神症状が表れてくる場合もあることが述べられている。たしかに、相談支援を行っていると、何らかの精神医学的な問題がよくみられる。本人や家族からも、ひきこもりの経過の中で、不安やイライラや怒り、こだわりで困っている話はよく聞こえてくる。また、被害感情や妄想的な思いから家庭や近隣でトラブルを起こし、保健所や警察を巻き込んだ困難な状況を生み出すこともある。さまざまな精神的な苦痛や混乱が本人・家族を苦しめていることは疑いの余地はないのだが、ひきこもりの青年が「孤独」かというと、果たしてどうなんだろう？よく、「人が怖いし、集団が怖いから、一人でいる方が楽なんじゃないの？」と周囲が思っていたり、「無理やり外へ連れ出そうとしないで、そっとしておいてあげたほうがいいよ」と心配する家族や関係者に、距離を置くことが勧められることもある。逆に、「本人が訴えることができないのだから、家族や関係者が積極的に動くべきだ」と言われることもある。とかく、ひきこもりの支援は難しい。家族や関係者から、どうしたらいいのか問い詰められて、「孤独」を感じるのは支援者だったりする。しかしながら、ひきこもらざるを得ず、どうしたらいいのかを一番悩んでいるのはひきこもり本人であるのは言うまでもない。「孤独」を悩んでいるのではなく、悩んでいる自分を受けとめてもらえない、理解してもらえない「孤独」を感じているのかもしれない。相談支援や居場所支援、社会参加支援、就労支援を、ひきこもり支援の中で組み立てていくとき、ひきこもりの「孤独」をどのように捉え、どう動くことが求められるか、そして精神医療に何ができるかを考えていきたい。

SY4-4　子どものネット依存の背景にある孤独

河邉　憲太郎
愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学講座

近年の子どもたちは、デジタルメディアの進化から常に多くの情報に囲まれており、このことが子どもの育ちに影響していると考えられている。特にオンラインゲームや動画配信サービス、ソーシャルネットワークサービス(SNS)への没頭は、長時間の使用となり、学業成績や睡眠の問題、精神的側面への悪影響、さらに家庭内での衝突も免れない。デジタルメディア全般の依存を意味するインターネット依存は、近年増加の一途である。中でもゲーム障害は数々の知見がまとめられ、新たに精神科疾患に位置付けられた。さらには2020年初旬より続く新型コロナウイルス感染拡大の影響で、自宅で過ごす時間が増え、友人との直接交流ができにくくなったことからも、若年層のデジタルメディアの使用時間は年々増えている。

では、この問題の解決法は、どのようにしたらいいだろうか？学校教員や主治医が子どもをたしなめ、デジタルメディアの利用制限を保護者の希望に沿って約束することが解決法であるか？そうではないことは少なくとも子どもの支援者の中では共通の理解として浸透してきている。メディアの過剰利用により問題が顕在化してくるものの中には、その背景に他の大きな問題が隠れていることが多い。近年増加の一途をたどる不登校や学校への不適応、子どもたちの自尊心の低下や精神的問題、家族間の関係性による問題など、注目しなければいけない課題は多い。つまり、ネット依存が現実からの逃避行動となっているのである。

しかし、その背景因子を同定できれば、ネット依存の問題を解決できるかというと、そうではない。臨床現場では社会環境による影響を感じることも多い。少子化による子どもの人数の変化がもたらす地域社会の変化、核家族化や片親家庭の子育てによる子どもと過ごす時間の減少、経済状況の問題による格差の拡大、保護者を含む家族内の精神疾患患者の増加など、様々な要因が複合的に絡み合い、子どものネット依存に影響を及ぼす。児童精神科臨床において、小児期逆境的体験の存在や、その影響については広く知られるようになった。なにも専門的な話ではなくとも、近年は相対的貧困、ヤングケアラーといった言葉も一般的に知られるようになった。子どもをとりまく問題について、このように社会的に大きく取り上げられるようになっている。現代の子どもたちに降りかかっている問題が取り上げられていることの大きな要因は、子どものメンタルヘルスが危機的状況にあることだと考える。今回の発表ではこのような観点から背景に隠れた子どもの孤独について考察するとともに、臨床現場での対応についても考えてみたい。

第62回中国・四国精神神経学会

抄　録

一般演題

P01

健忘症状を認め当院に救急搬送された一例

○飯塚　貴裕、板倉　征史
松江市立病院

症例は30代男性。X-2年、抑うつ気分、苛々感、意欲低下を主訴に内科を受診。うつ病、適応障害と診断され内服加療されたが、改善乏しく間もなく退職。X年5月第2子の出生による育児負担の増加や、両親との口論など精神的負荷が増加したことを誘因として、「車の運転の仕方がわからない」と長時間車内で過ごしていたため当院に救急受診。来院経緯を想起できず、場所の見当識障害、第2子の名前を答えられない健忘を認め医療保護入院となった。入院によって居場所が確保され、育児負担からも解放され、徐々に記憶は回復していった。また、入院前に計画していた起業については妻の支援により負担が軽減し、退院後の就労を前向きに考えられるようになり、X年7月退院となった。当日は詳細な経過と若干の文献的考察を踏まえ報告する。なお症例報告にあたり患者個人が特定されないように配慮し本人に同意を得た。

P02

妊娠中に身体症状症を発症して中絶を希望したが精神科的加療により妊娠継続できた一例

○新川　甲太[1]、萩原　康輔[1]、光井　瞳[2]、山科　貴裕[1]、松原　敏郎[1]、中川　伸[1]
[1]山口大学 医学部附属病院 精神科神経科、[2]山口県立こころの医療センター

妊産婦においてはうつ病など様々な精神疾患が発症し得るが、妊娠継続に支障を来すような身体症状症の報告はこれまでに存在しない。今回、精神科介入により妊娠継続が可能となった身体症状症の一例を経験したので報告する。症例は40歳代女性。X-1年11月に妊娠、X年2月に腹痛で自宅生活困難となり近医産科に入院したが身体因は認めず。腹痛へのとらわれが強く拒食し情動も不安定であったため、身体症状症の診断でX年3月に当科医療保護入院とした。入院後、腹痛は妊娠に因るものだと訴え続け中絶を希望した。腹痛に対して対症的な薬物療法を行いつつ、支持的精神療法を継続。徐々に夫との不和や子育てへの不安を表出して腹痛へのとらわれは軽快し、最終的に妊娠継続を決断した。食事摂取量も増え、入院50日目に自宅退院とした。当日は出産後の経過も加えて報告する。本発表にあたり倫理的側面について十分配慮し、プライバシー保護に留意して若干の改変を行った。

P03

虐待により解離状態に至った一例

○柴山　愛実、兼子　幸一、永見　剛房
医療福祉センター倉吉病院 精神科

【生育歴】乳幼児期にてんかんとそれに伴う知的障害(IQ６０程度)の診断で治療されていた。患児が１歳６か月のときに母親からの身体的虐待の認定を受け、児童養護施設に入所していた。X年４月に再統合プログラムが終了となり、母親と二人きりでの生活が始まった。
【現病歴】X年４月より母親のもとに引き取られたが、同年５月に母親に対する暴力行為が出現した。抜け殻のような状態で母親に暴力をふるい、患児にはその時の記憶はなく、また暴力行為を行おうという意志もなかった。解離状態により暴力行為が生じていると考えられ、母親の同意の下で医療保護入院となった。
【入院後経過】入院中は解離状態や暴力行為の出現はなく、落ち着いて過ごされていた。
【考察】母親は正論に基づき、患児を抑圧する傾向にあり、それに対して患児が不適応を起こしたため解離状態から暴力行為に至ったと考えられる。母子関係構築の課題や展望について考察する。なお本発表にあたり、個人情報の保護に配慮した。

P04

致死的な手段で自殺を図った児童思春期の３症例

○桐原　史瑛、原田　健一郎、松原　敏郎、中川　伸
山口大学医学部附属病院 精神科神経科

【背景】近年、子どもの自殺が増加している。入院症例を３例呈示し、児童思春期の自殺企図の特徴を考察する。
【症例】症例１：17歳男子、注意欠如・多動症。学校での叱責を苦に数百錠過量服薬。学校との協議等の環境調整を行った。
症例２：17歳女子、知的発達症及び自閉スペクトラム症。周囲に適応できず、過量服薬後に高所墜落。行動療法と薬物治療を併用し危険行動の最小化に努めた。
症例３：12歳女子、不登校。周囲からの登校刺激を苦にして高所墜落。支持的な関わりと並行し家族との関係性の改善を図った。
【考察】３例中２例が発達障害と診断された。３例とも学校問題が動機であり、孤立感や無価値感を認めた。児童思春期の自殺企図症例は成人と異なる介入が必要であり、再企図の予防には家庭や学校との連携が必要で、特に発達障害併存例はその特性を踏まえた対応が望ましいと考えられた。発表に際し代諾者から同意を得て、個人情報の保護に配慮した。

P05

寛解維持にメンテナンスECTが必要であった身体症状が前景に立つ老年期うつ病の一例

○長尾　崇弘、池尻　直人、増田　慶一、岡田　剛、岡本　泰昌
広島大学病院

症例は70歳代女性。X-17年に胸部絞扼感、口唇違和感などの身体症状、抑うつ気分、不安、焦燥を認め、近医精神科クリニックを受診した。X-9年に同様の身体症状、抑うつ気分が悪化し薬剤抵抗性であったため、他院にて急性期ECTが施行され速やかに症状は改善した。しかし、ECT後短期間で再燃し、種々の薬剤調整が行われたが、安定せず経過した。X-3年に「身体症状は死なないと治らない」と縊頚を企て、当科紹介となり急性期ECTが施行された。その後も短期間で再燃し、急性期ECTを繰り返した。X年6月、メンテナンスECTを導入し、以後は再燃なく経過している。老年期うつ病は精神運動制止が目立たず、不安、焦燥感、身体症状が前景に目立つなどの特徴がみられ、薬剤抵抗性の割合が多いとされる。メンテナンスECT導入の妥当性など若干の考察を交えて報告する。尚、発表に関しては本人より同意を得て、個人情報の保護に留意した。

P06

炭酸リチウム併用により維持電気けいれん療法が継続できている体幹型セネストパチーの一例

○竹林地　郁[1]、木村　彩乃[1]、皆尾　望[1]、李　大賢[1]、川下　芳雄[1]、和田　健[1]、山岡　賢治[2]
[1]広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 精神科、[2]瀬野川病院

セネストパチーは単一に奇妙な体感症状のみを訴える狭義のものと、精神科疾患に付随して生じる広義のものがある。多くは治療抵抗性であり、薬剤選択に難渋しやすい。今回、セネストパチーの治療選択肢として炭酸リチウムが有効であった症例を認めたため報告する。症例は70代、女性。実母からの暴言暴力を契機に、X-1年から抑うつ状態を呈し、その後「体の中で胃が移動している」「息がしにくい」「泡が背中を移動する」などのセネストパチーが出現した。X年12月当科入院後、ミルタザピンによる薬物療法で効果が乏しく、電気けいれん療法(以下、ECT)を13回施行して改善した。退院後3ヶ月でセネストパチーが再燃し、急性期ECTを2クール追加で改善して、維持ECTを導入した。しかしながら、2週間隔2回から延長ができず、炭酸リチウム800mg/dayの併用により、X+1年3月以降は4週間隔1回で維持できている。症例呈示にあたって匿名性を配慮し本人から同意を得た。

P07

維持電気けいれん療法により認知機能の悪化なく治療継続している軽度認知障害を合併するうつ病の一例

○佐藤　皓平、大朏　孝治、槻宅　雅史、伊藤　司、錦織　光、山下　智子、長濱　道治、稲垣　正俊
島根大学 医学部 精神医学講座

修正型電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy：ECT)は、うつ病に対する有効な治療法であるが、副作用として認知機能障害を生じることがあり、長期間の施行には課題が残る。今回、我々は軽度認知障害を合併するうつ病患者に対して維持ECTを導入し、認知機能が悪化することなく治療継続している症例を経験したため報告する。発表にあたり本人に同意を得て、個人情報の保護や匿名性に十分配慮を行った。患者は70歳代女性で、うつ病に対する薬物療法には反応性不良であり、ECTにより改善を得たが、短期間で再燃するため維持ECTを導入した。以降は4週間に1回の治療で2年以上もの間、寛解状態を維持している。維持ECT開始前より軽度認知障害を認めたことから、ECTによる認知機能の悪化が懸念されたが、現在まで悪化なく経過している。維持ECTは軽度認知障害を有するうつ病患者に対しても有効な選択肢になりうると考えられた。

P08

岡山大学病院におけるケタミンを使用したECT 9例の検討

○馬場　悠花里[1]、山田　裕士[1]、酒本　真次[1]、竹之下　慎太郎[1]、寺田　整司[2]
[1]岡山大学病院 精神科神経科、[2]岡山大学学術研究院医歯薬学域 精神神経病態学教室

電気けいれん療法(ECT)の麻酔では、一般的にプロポフォールやチオペンタールが使用されるが、これらの麻酔薬には抗けいれん作用があり発作が起きづらくなる場合がある。その際にケタミンによる麻酔は一つの選択肢となる。ケタミンは抑うつ症状に効果があるとされる一方で、統合失調様症状をきたすことが報告されている。今回は当院で行われたケタミンを使用したECT 9例について精神症状、発作の質、有害事象について検討を行った。発表に際し患者本人から書面で同意を得ており、また匿名性保持に留意した。精神症状については、CGI-Iで検討したところ、8例で中等度以上の改善が見られた。発作の質については8例でRegularityの改善が見られ、過半数の症例で発作時間の改善がみられた。有害事象はせん妄が最も多く、次いで頭痛、嘔吐がみられた。発作不良時にケタミン麻酔は有効な選択肢の一つであることが示唆された。

P09

クロザピン投与中に無顆粒球症と急性虫垂炎を併発した1例

○栗山　裕[1]、千田　真友子[1]、竹之下　慎太郎[1]、藤原　雅樹[1]、寺田　整司[1]、矢田　勇慈[2]、近藤　歌穂[3]、松岡　賢市[3]、三島　顕人[4]
[1]岡山大学病院 精神科神経科、[2]岡山県精神科医療センター、[3]岡山大学病院 血液・腫瘍内科、[4]岡山大学病院 肝・胆・膵外科

クロザピン(CLZ)による発熱性無顆粒球症は致死的な転帰をたどることがある。今回我々はCLZ投与中に無顆粒球症と急性虫垂炎を併発した1例を経験したので報告する。症例は40代女性。X-1年8月より前医でCLZ開始し、X年5月より白血球減少のためCLZ中止した。発熱と炎症反応上昇認め、当院転院。無顆粒球症となりG-CSFと抗生剤を開始した。自覚症状はなかったが、CTで急性虫垂炎を認めた。外科紹介の結果、腹部所見乏しく抗生剤変更の上で保存的加療となった。全身状態良好、炎症反応も改善し、前医転院した。CLZ投与中の急性虫垂炎の発生率は一般人口と比較して20倍程度との報告が国内外でなされている。統合失調症患者は痛みの閾値が高く、適切な訴えが困難なことも多いため、CLZ投与中の発熱の原因として急性虫垂炎の鑑別も重要である。なお、本発表に際しては代諾者から同意を得て、個人情報保護に配慮した。

P10

ウルソデオキシコール酸の併用により安全に再投与可能であった クロザピン誘発性肝障害の一例

○佐藤　涼太[1]、矢田　勇慈[2]、山田　裕士[1]、藤原　雅樹[1]、来住　由樹[2]
[1]岡山大学病院 精神科神経科、[2]岡山県精神科医療センター

【目的】クロザピン(CLZ)誘発性肝障害は2.3%で、まれだが劇症肝炎の報告もある。CLZの中止の基準は確立していない。今回、CLZ誘発性肝障害を安全に乗り切った1例を報告する。本発表に際しては本人から同意を得て、個人情報保護に配慮した。
【症例】40代男性、治療抵抗性統合失調症。CLZ投与開始後32日、発熱と肝機能異常を認めるもCLZ継続した。開始後40日、AST/ALT/γ-GTP：246/479/112（IU/L）と増悪し、CLZ休薬(14日間)、ウルソデオキシコール酸(UDCA) 600mg開始。肝機能改善をみてCLZを200mgまで漸増し、その後150mgで維持した。肝機能は徐々に改善し、開始後113日、UDCA中止。通院中の現在も肝機能異常はなくCLZを継続できている。
【結語】クロザピン誘発性肝障害であっても、適度なCLZ休薬とUDCA併用によりCLZを継続できる可能性が示唆された。

P11

二回の悪性症候群の既往のある治療抵抗性の統合失調症に対してクロザピンを導入した症例

○丸山　祐輝、田中　潔、兼子　幸一、前田　和久
医療福祉センター 倉吉病院

本症例では、X 年(21 歳時)より妄想などの陽性症状が出現するようになり、しばらくして統合失調症と診断された。これまで、幻聴や妄想により不穏状態になるたびに入院するということを繰り返している。X+4 年には悪性症候群が 2 回発生している。今まで、オランザピン、パリペリドン、ブロナンセリン、アリピプラゾール、ハロペリドール、クロルプロマジン、クエチアピンなどの抗精神病薬が用いられているが、いずれも陽性症状に対して顕著な効果を示すものは見られなかった。そのため、X+6 年よりクロザピンを開始した。週ごとに血液検査を行ったが、大きな有害事象なく経過した。悪性症候群も見られていない。現在、クロザピン 325mg を使用中である。依然として幻聴は続いているが、不穏状態となることは以前と比較して減ってきている。本発表は患者本人の同意を取得し、プライバシー保護への配慮を行った。

P12

自殺企図後の統合失調症において高用量ブレクスピプラゾールが著効した一例

○山下　将平[1]、酒本　真次[1]、竹之下　慎太郎[1]、寺田　整司[2]
[1] 岡山大学病院 精神科神経科、[2] 岡山大学学術研究院医歯薬学域精神神経病態学

ブレクスピプラゾール(以下 BRX)は本邦では原則 2mg が上限だが、海外では 3mg 以上での有効性の報告も多い。今回、BRX を 3mg まで増量したところ完全寛解まで至った統合失調症の一例を経験したので報告する。なお、発表に際し、患者本人から書面で同意を得ており、また匿名性保持にも留意した。

【症例】63 歳女性。X 年 2 月に夫が急死し塞ぎ込んでいた。2 月下旬に自宅で刃物を用いた自殺企図後、家族に発見され、身体科に救急搬送され処置を受けた。気分障害疑いとしてエスシタロプラムを開始され、精神科的治療目的に当院に転院となった。入院後、抑うつは明らかではなく、批判性幻聴や被害妄想を認めたため、統合失調症と診断した。3 月より BRX を 1mg から開始し、2mg まで増量するも被害妄想残存し、3mg まで増量したところ、精神症状はほぼ寛解したため、5 月に自宅退院となった。BRX の治療効果域に関するさらなる知見が望まれる。

P13

鉱質コルチコイド反応性低ナトリウム血症と診断された慢性期統合失調症の1例

○宮原　直樹、小林　孝文
島根県立こころの医療センター

統合失調症患者ではしばしば低Na血症を来たすが、原因は水中毒や薬剤性SIADHが多く、ともに治療は水制限が主体となる。一方、SIADHと似た病態ながらNa喪失と循環血液量減少がその本態である鉱質コルチコイド反応性低Na血症(MRHE)では、治療の主体はNa補充と補液であり、前述の2病態とは水分管理の面で真逆の治療となる。これらの鑑別診断が重要となるが、単科精神科病院では院内検査に限りがあり、低Na血症の精査が不十分なまま治療を開始することや、他院に診療を依頼することも少なくない。症例は慢性期統合失調症の69歳男性。入所施設で易刺激性、興奮あり入院。経過中に低Na血症を認め、紹介先でエナラプリル内服と左肘蜂窩織炎の影響によるMRHEと診断された。本症例を通して、検査体制に限りがある施設での低Na血症の診療について検討した。個人情報保護等の倫理面に配慮して発表する。

P14

抗精神病薬療法を長期間行っている統合失調症患者にパーキンソン病の併発を診断し、両者への治療を継続している2症例

○有馬　那帆[1]、久保　なな[1]、土居　聡子[2]、徳田　直希[2,3]、村上　丈伸[2,3]、渡辺　憲[1]
[1]社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 精神科、
[2]社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 神経内科、
[3]鳥取大学 医学部 脳神経医科学講座 脳神経内科

統合失調症患者では、抗精神病薬により錐体外路症状(EPS)すなわち薬剤性パーキンソン症候群(DIP)の病態が惹起され易く、近年はEPS惹起作用の少ない第2世代抗精神病薬が用いられることが主流となっている。この場合も、軽度のパーキンソン症状を伴うこともしばしばあり、薬物療法の慎重な調整が必要な症例も少なくない。一方、中高年になりパーキンソン症状の悪化がみられる症例も散見され、DIPとパーキンソン病(PD)の併発との鑑別は容易ではない。今回、統合失調症を20～30歳代に発病し、抗精神病薬療法を長期間行う中で、50歳代後半にパーキンソン症状の悪化がみられ、ドーパミントランスポーターSPECT（DaTスキャン)等にてPDの診断が確定した60歳代の2症例を提示し、活発に持続する精神病症状とPDの病態への治療の現状について報告する。発表にあたり本人から同意を得た。個人情報保護に配慮した。

P15

高齢の統合失調症患者に出現したパーキンソニズムの鑑別・治療にDATscanが有用であった症例

○吉岡　大祐
鳥取大学医学部附属病院 精神科

パーキンソニズムは統合失調症患者において頻繁に認められる。多くは薬物誘発性パーキンソニズムと診断されるが、パーキンソン病、パーキンソンプラスの併存もありうる。さらにパーキンソニズムは陰性症状と間違われることも少なくない。それぞれ病態や治療法が全く異なるため適切な診断が必要である。しかし臨床症状だけでは区別がつかないことも多く、誤診されるケースも少なくない。今回、68歳女性の統合失調症患者の症例を報告する。60歳頃から意欲低下、食欲不振、四肢の疼痛が出現し、60歳代半ばから振戦や筋硬直も出現した。核医学検査を行い大脳皮質基底核症候群と診断し、levodopaによる治療を開始したところパーキンソニズムは改善し、情動症状も改善した。この症例報告は、統合失調症患者におけるパーキンソニズムを適切に診断・治療することの重要性を示している。なお、発表に際しては患者の個人情報の保護に配慮し、本人から書面にて同意を得た。

P16

老年期発症で、二度のエピソードのある急性一過性精神病性障害の2症例

○有馬　和志、長田　泉美、坂本　泉、土井　清
独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター 精神科

老年期発症で、二度のエピソードのある急性一過性精神病性障害の2症例を提示する。いずれも老年期になるまで精神科受診歴なく過ごしたが、精神病性エピソードを発症し当院入院、1ヶ月間程度で寛解し退院した。その後数年間寛解を維持したが、二度目の精神病性エピソードを発症し、当院に二度目の入院。やはり1ヶ月間程度で寛解し退院。その後いずれの症例も寛解を維持している。いずれの症例もICD-10の診断基準では急性一過性精神病性障害に該当するエピソードであり、文献的には超遅発性統合失調症様精神病(VLOSLP)にあたると考えた。VLOSLPでは、背景病理に嗜銀顆粒性認知症(AGD)などの所見を認める、進行すればAGDなどの認知症や神経変性疾患に至る、といった知見が文献的に報告されている。2症例とも、発表にあたり本人と家族から同意を得た。個人情報保護に配慮した。

P17

急性虫垂炎術後に著しい幻覚妄想を呈し、せん妄と短期精神病性障害の鑑別に苦慮した一例

○松田　宙也[1]、青木　真理子[2]、木下　誠[3]、中瀧　理仁[3]、大森　隆史[2]、沼田　周助[3]
[1]香川県立丸亀病院、[2]徳島県立中央病院 精神科、[3]徳島大学病院 精神科神経科

症例は70代男性。X年12月に急性虫垂炎の手術をA病院で受けた。術後3日目から幻覚、失見当識など出現。せん妄として対応されるも改善乏しかった。術後9日目に退院したが自宅でも奇異行動著しく、翌日当院に救急搬送された。搬入時、場所以外の見当識は正常で近時記憶障害を認めなかった。しかし「A病院なのに職員は違う病院の名札をつけている」といった妄想から著しい興奮が続くため、同日医療保護入院とした。入院後も「動けと言われる」と幻聴を訴えるなど、幻覚妄想と興奮は昼夜を問わず続いていた。抗精神病薬の投与を開始し、徐々に穏やかに会話が可能となり、約2週間で幻覚妄想が消失した。以降も症状再燃なく経過している。幻覚妄想が著しいときも意識障害を示唆する所見に乏しい症例であり、せん妄と短期精神病性障害の鑑別に苦慮した。当日は文献的考察も踏まえて報告する。発表に際して本人の同意を得て、プライバシー保護に配慮している。

P18

入院後に急速に悪性症候群を呈した急性一過性精神病性障害の一例

○蔡　嗣錡、兼子　幸一
医療福祉センター 倉吉病院

【病歴】X年12月、患者の帰省時に家族の前で繰り返す過呼吸発作あり。救急搬送されたが器質的異常所見なく、希死念慮を認めたために紹介され入院となった。
【入院後経過】入院して治療開始後に状態悪化し、病的体験が出現。亜昏迷状態となり、意識状態も悪化した。内服困難後も点滴で治療を続けていたが、X+1年1月に悪性症候群が疑われた。ジアゼパム坐剤による治療後には軽快し、退院となった。
【考察】患者は入院に至るまで抗精神病薬の使用歴がなく、使用開始後数日で速やかに悪性症候群を発症していると考えられ、このことについて考察する。本発表にあたり、個人情報の保護に配慮した。

P19

精神病症状で発症したハンチントン病にバルプロ酸が著効した一例

○友納　弘樹、梶谷　直史、三浦　明彦、大立　博昭、太田　三恵、国分　一男、岩田　正明
鳥取大学医学部附属病院 精神科

61 歳男性。X-1 年秋頃より女性が自分を監視しているように感じるようになった。X 年 Y-2 月に当院神経内科で精査の結果ハンチントン病と確定診断。その後も被害妄想の訴えが続き、通行人の女性や近隣女性宅に直接怒鳴り込みに行くなど逸脱行動が著明となり、X 年 Y 月当科紹介となり同日医療保護入院となった。入院後ルラシドンを開始、増量したが女性に対する妄想や敵意、被刺激性の改善が乏しかったため、情動安定や神経保護作用を期待しバルプロ酸を投与したところ易怒性と被刺激性が著明に改善し、徐々に女性に対する被害妄想も消退した。ハンチントン病の精神症状の治療薬としては SSRI や非定型抗精神病薬などが選択されるが、有病率の低さから有効性を比較した研究はない。近年は多様な神経保護作用の点からリチウムやバルプロ酸といった気分安定薬の有効性が報告されている。なお症例報告にあたり個人情報の保護や匿名性に十分配慮し、本人に同意を得た。

P20

解離性障害を疑ったクロイツフェルト・ヤコブ病の一例

○的場　翔也[1,2]、鷲田　健二[1]、吉村　優作[1]、鹿野　真代[1]、城戸　高志[1]、宇野　健一[1]、
山下　理英子[1]、池田　智香子[1]、石津　秀樹[1]、青木　省三[1,3]
[1] 公益財団法人慈圭会慈圭病院、[2] 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院、
[3] 公益財団法人慈圭会精神医学研究所

クロイツフェルト・ヤコブ病は、異常プリオン蛋白の中枢神経系への蓄積によって引き起こされる。発症率は 100 万人あたり年間 1 人程度、平均発症年齢は 67.9 歳である。典型例では、病初期には抑うつ症状など多彩な精神症状を呈し、その後急速に進行する認知機能障害、失調症状をはじめとする運動症状を呈する。そのため病初期には精神疾患との鑑別が重要であるが、解離性障害が疑われた同疾患の報告は多くはない。

症例は 62 歳男性。入院時には明らかな検査異常を認めず、経済的困窮を背景とし、意識変容、家族や仕事に限局した健忘から解離性障害と疑われ治療を開始した。しかし、入院後約 2 週間で進行する認知機能障害、運動機能障害を認め、クロイツフェルト・ヤコブ病と診断に至った。器質疾患を常に念頭におき十分に否定することが重要であると再認識した。症例報告にあたり、患者個人が特定されないように配慮し、家族に同意を得た。

P21

電気痙攣療法が奏功した卵巣奇形腫を伴う抗 NMDA 受容体脳炎の 1 例

○花田　直子[1,2]、松本　直樹[2]、木下　誠[1]、中瀧　理仁[1]、沼田　周助[1]、大森　隆史[2]
[1] 徳島大学病院 精神科神経科、[2] 徳島県立中央病院 精神科

症例は 20 歳代女性。先行する頭痛の訴えの後、急性発症の独語や滅裂な言動のために疎通不良となり、当院を紹介受診。入院後、不規則な不随意運動を繰り返すようになり、発熱、酸素化低下も認めた。血液検査、頭部 MRI では異常なし。体幹部 CT にて左卵巣奇形種が疑われる卵巣嚢腫が指摘された。髄液検査では細胞数上昇と NMDA 受容体抗体陽性を認め、抗 NMDA 受容体脳炎と診断した。ステロイドパルスを施行し、卵巣嚢腫を摘出し、抗てんかん薬による治療を行うも精神運動興奮状態と昏迷状態を繰り返しながら経過した。ロラゼパム投与も昏迷状態が続き、電気痙攣療法(mECT)を行った。計 9 回施行し、昏迷状態および四肢の振戦様の不随意運動を伴う興奮状態は消失した。mECT 終了後も症状の再燃なく退院となった。当日は文献的考察を交えて報告する。なお、本発表に際して患者本人から書面にて同意を取得し、匿名性に配慮した。

P22

生理的分泌量のステロイド補充によりステロイド精神病を来した一例

○増田　太利志、青井　駿、木下　誠、中瀧　理仁、沼田　周助
徳島大学病院 精神科神経科

ステロイド精神病の発生率は用量依存的に増加し、特にプレドニゾロン (PSL)40mg/ 日以上でリスクは高まるとされている。今回、ヒドロコルチゾン (HDC)20mg/ 日、PSL 換算にて 5mg という生理的分泌量の補充にてステロイド精神病を発症した症例を経験したため報告する。症例は 60 歳代男性。X-10 年頃から次第に倦怠感、眠気や筋力低下を自覚していた。X 年にかかりつけ医にて下垂体機能低下症が疑われ、HDC を 10mg/ 日で治療が開始された。20mg/ 日へ増量後興奮、不眠、易怒性、破壊行為がみられ当科紹介、医療保護入院となった。入院後オランザピンを 10mg/ 日で開始し、HDC を 10mg/ 日まで減量したところ精神運動興奮は落ち着きがみられた。その後 HDC を 15mg/ 日まで増量し、オランザピンを 10mg/ 日から漸減中止したが症状再燃なく、倦怠感もなく退院となった。当日は文献的考察を交えて報告する。本発表に際して患者本人に書面で同意を得ており、匿名性にも配慮した。

P23

先天性ホモシスチン尿症に器質性双極性感情障害を来した一症例

○前田　拓也[1]、花田　直子[1]、岡田　朝美[2]、小谷　裕美子[2]、木下　誠[1]、中瀧　理仁[1]、沼田　周助[1]
[1]徳島大学病院 精神科神経科、[2]徳島大学病院 小児科

症例は30歳代の男性。出生時に血中メチオニン高値を指摘され、先天性ホモシスチン尿症と診断された。小児科に通院して食事療法を続け、大学を卒業後、就労していた。X-7年より食事療法を十分に行えていない期間に一致して、うつ病エピソードや躁病エピソードが出現。当院当科を紹介受診し入院。ホモシスチン尿症による器質性双極性感情障害と診断し、食事療法やアリピプラゾール(ARP)12mgで気分の変動に改善を認めたが、意欲の低下や興味の減退、認知機能低下は残存した。その後ARPは3mgまで減量したが、X年に再び食事療法に対するアドヒアランスが不良となり、精神症状が再燃。ARPを9mgに増量し、当院に入院して栄養指導、食事療法を行ったところ、躁症状は消失した。ホモシスチン尿症は精神症状を来すことが知られているが、双極性感情障害を来した症例はほとんど報告がない。本発表は本人から文書で同意を得ており、匿名性も配慮した。

P24

まとまりのない言動を契機に入院しSIADHを加療後、脳炎の可能性が疑われた一例

○原賀　健一[1,2]、小林　正明[1]、原田　健一郎[1]、松原　敏郎[1]、兼行　浩史[2]、中川　伸[1]
[1]山口大学 医学部附属病院 精神科神経科、[2]山口県立こころの医療センター

【緒言】不合理で滅裂な言動を主訴に受診する患者において、器質的疾患を慎重に鑑別することが重要である。今回、精神症状や神経学的症候、検査所見が典型的でなく、診断に難渋した脳炎疑い症例を経験した。発表に際してはプライバシー保護に充分配慮した。
【症例】50代女性、精神科治療歴なし。X年2月に仕事を辞め、同5月、滅裂で退行した言動や多飲水が出現し、近医で不安障害として通院。同6月当科初診し、低Na血症(125mEq/L)を認め入院後、低張尿とADH高値を確認しSIADHと診断。水分制限で低Na血症改善後も、失見当識など認知機能低下(HDS-R17点)や滅裂な言動が残存し、飲尿も認めた。幻覚妄想を疑う言動や緊張病症状、不随意運動は認めず。頭部MRIは慢性虚血性変化のみであった。脳波で前頭葉中心に1～2Hz、100μVの徐波混入が見られた。髄液検査で細胞数増多や蛋白上昇は認めないが、脳炎の疑いで脳神経内科でステロイドパルス療法を受けるに至った。

P25

精神科における退院時薬剤情報提供書の有用性に関する調査

○公文　理紗子、宇治　宏美、桝井　章典、福田　のぞみ、阪岡　沙耶香、横江　穂奈美、
高畑　大平、下村　悠祐、山田　雅彦
医療法人社団 更生会 草津病院 薬剤課

【目的】草津病院では 2019 年 5 月より精神科独自の退院時薬剤サマリーを作成し運用を開始した。この有用性を評価し精神科で必要な情報を把握する為、他医療機関へのアンケート調査を行った。
【方法】2021 年 1 月～ 2022 年 7 月の期間、患者同意取得後に退院時薬剤サマリーを発行した他医療機関に対して有用性や必要な情報提供内容など 10 の質問でアンケート調査を行った。回収は各医療機関 1 件とした。尚、本研究は当院倫理委員会の承認を得ている。
【結果】回収率は 100%(n=58) であった。退院時薬剤サマリーの有用性については、全ての医療機関が「役立った」との回答であった。内容の評価は、入院中の薬物治療経過、薬剤服用関連情報が最も役立つ情報であった。
【考察】本研究で退院時薬剤サマリーの普及の低さが明らかとなった一方で、他医療機関には有用であることが分かった。今後は全患者に提供すると共に精神科病院において一般的な業務になればと考える。

P26

入院下における短期集団行動活性化の効果に関する検討

吉村　友里、○伊達　なつき、浅岡　聡、中津　啓吾
医療法人社団更生会 草津病院

【目的】入院中のストレス関連疾患患者に対し、新たに行動活性化(BA)を行う集団プログラムを作成し、従来行っていた認知再構成を中心とした集団プログラムとの効果を比較する。
【方法】1)研究対象:2019 年 10 月から 2021 年 2 月までの間でプログラムに参加し、プレ、ポスト、3 か月後にアンケートが収集でき、研究同意が得られた 17 名。
2)データの収集方法：BDI、BA の変化に関する質問。
【倫理的配慮】本研究は倫理委員会の承認を得ている。
【結果】二群の 3 時点での BDI の交互作用は有意ではなかった。ポスト - 3 ヶ月後間の BA の変化に関する質問は二群間に中程度から大きい差がみられたが有意差はみられなかった(p=.110 g=.77)。
【結論】プログラム内容を BA に変更しても従来のプログラムに劣らず有効であった。

P27

広島大学病院における精神科リエゾン活動について

○長尾　達憲、板垣　圭、倉田　明子、岡本　泰昌
広島大学病院 精神科

広島大学病院は精神科を持つ特定機能病院として精神症状を有する身体疾患の急性期治療を積極的に行っており、精神科リエゾンは一般病棟入院中の患者の精神状態を把握し円滑な身体加療を行うために身体科と連携して包括的な医療を提供している。せん妄の入院後有病率は10～40%、術後では約50%と報告されている通り、当院精神科リエゾンでもせん妄への介入が最多であり、せん妄のリスク評価や発症予防を積極的に行っていく必要がある。また、当院は高度救命救急センターも併設していることから、自殺企図患者も多く受け入れており、再企図防止に向けた介入は喫緊の課題となっている。これを受けて、当院では令和2年度より精神科医師、認定看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師など多職種で構成されるリエゾンチームを発足、活動を開始しており、一定の効果を得ることができている。当日は当院の活動内容の紹介に若干の考察を加えて提示する。

P28

副作用のため薬剤調整に難渋したが、早期に寛解した重症老年期うつ病の1例

○丹京　優衣、大盛　航、都　晶子、増田　慶一、岡本　泰昌
広島大学 医学部 精神科

老年期うつ病は、抑うつ気分や精神運動制止などの精神症状が目立たず、不安・焦燥が前面に出ることが多い。また薬物療法による副作用が出やすいという問題点もある。症例は70代男性。抑うつ気分、不安・焦燥、精神運動制止、興味・喜びの喪失、罪責感、希死念慮、不眠、食欲不振を主訴に当科入院となった。ハミルトンうつ病評価尺度(HAM－D)は43点と重症であり、ミルタザピンを開始したが、焦燥が目立つため第2病日にオランザピンを追加した。抑うつ症状は改善していったが、便秘、尿閉を来したため、オランザピンは中止した。さらにミルタザピンによる肝障害を生じたため、減量の上、エスシタロプロムを追加するなど薬剤調整に難渋したが、HAM－Dは5点まで改善し、第42病日に退院した。老年期うつ病について、若干の考察を交えて報告する。プライバシーへの配慮を十分に行い、患者から報告に関する同意を得ている。

P29

再発を繰り返す精神病性うつ病の維持療法における pramipexole 併用療法の有効性

○市原　早紀、中川　伸、松原　敏郎、山田　典弘
山口大学 医学部 医学科

精神病性うつ病の維持療法として抗うつ薬と抗精神病薬、維持修正型電気けいれん療法(modified Electro Convulsive Therapy：mECT)の併用が推奨されるが、それでも寛解維持困難であった症例に対しドパミン作動薬 pramipexole を追加し寛解維持に成功したため報告する。発表にあたり患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し書面にて同意を得た。X-3 年に精神病性うつ病を発症し、SSRI、SNRI 等の抗うつ薬、aripiprazole 等の抗精神病薬、mECT で加療した。mECT で寛解に至るが一～五ヶ月程で再発し、維持 mECT と nortriptyline 100mg 併用下でも三度目の再発を認めた。X 年 6 月当科入院時、mECT で寛解後 nortriptyline 150mg に、本人、家族の同意を得た上で pramipexole 1mg を追加した。退院後も維持 mECT を継続し七ヶ月間寛解維持している。難治例のうつ病で pramipexole での増強療法が有効とされており、寛解維持効果の増強においても同薬が有効である可能性が示された。

P30

管理職になりたくない 40 代男性の一例

○金原　誠
国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 精神科

症例は 40 代男性。高校卒業後より大過なく製造業で勤務していたが、40 代になって管理職に昇進したことを契機に抑うつ状態に陥った。産業医の勧めで精神科を受診し休職するも改善なく、うつ病と診断されデュロキセチン 30mg などの薬物療法が開始された。それでも改善乏しく抑うつ状態が続き、産業医と相談し管理職から外れることで抑うつ状態は改善した。その後も会社側から何度も管理職になることを要請されたため、管理職要請に抵抗する目的で当科を受診した。今回、心理社会的要因だけではなく、本症例の背景因子を生育歴、現病歴の聴取や心理機能検査を行うことで特定し、特性に合った支援を行い、不適応となることなく勤務できるように環境を整えた。診断するまでの経緯を心理機能検査への考察を交え発表する。なお、発表に際しては患者の同意を得た上で、個人情報の保護に留意した。

P31

うつ病の加療中にレビー小体型認知症が疑われた一例

○武藤　遥、高橋　優、石原　武士
川崎医科大学附属病院 精神科学教室

レビー小体型認知症(以下 DLB)の経過中、高率にうつ状態が認められるとの報告があるが、老年期うつ病の特徴と類似する点が多く、治療の初期段階で DLB と診断がつくことは少ない。症例は 54 歳女性。これまでうつ病と診断され外来加療を受けてきたが、家族の急逝をきっかけとし抑うつ状態が悪化したため入院となった。不調となった頃より、視覚情報の違和感が認められ「皮膚の色が黒く見える」「他人の目がおかしく見える」など錯視の訴えに終始していた。DLB を疑い DAT-scan を施行したところ、視床におけるドパミン取り込み低下がみられた。抗うつ薬に加えてプラミペキソールを併用したところ、錯視は軽減し比較的冷静に受け止められるようになった。本症例に関し、若干の考察を加え発表する。発表にあたり患者の同意を得ており、個人情報の保護には十分に配慮した。

P32

うつ病発症後、レム睡眠行動障害、軽度認知障害を呈し、prodromal Dementia with Lewy bodies (DLB)と考えられる一例

○木村　彩乃、竹林地　郁、皆尾　望、李　大賢、川下　芳雄、和田　健
広島市立広島市民病院 精神科

症例は 60 代男性。X-13 年上司との関係悪化を契機にうつ病を発症したが、薬物治療により改善し、治療終了後 X-12 年以降は再発なく安定していた。X-5 年頃より夜間の寝言や暴力が出現して当科紹介となり、レム睡眠行動障害の診断でクロナゼパムを開始した。X-2 年物忘れを自覚するようになり、再度当科を紹介され、長谷川式簡易知能評価スケールでは 27 点、ドパミントランスポーターシンチグラフィー検査で両側線条体に取り込み低下を認め、prodromal DLB が疑われた。X 年 4 月頃より歩行障害が出現し、徐々に抑うつ気分、意欲低下、焦燥感などが悪化したため、同年 7 月当科紹介入院となった。うつ病の再発としてエスシタロプラムを開始した。本症例は psychiatric onset prodromal DLB と考えられ、若干の考察を加えて報告する。なお、発表に際してプライバシーに配慮し、本人より同意を得ている。

P33

他科入院中にうつ病からレビー小体型認知症に診断変更した一例

○松尾　諒一
鳥取県立中央病院 精神科

うつ状態はしばしば認知症経過中にみとめることがある。今回近医にてうつ病として加療されていた患者が、薬剤性パーキンソニズムを疑う症状をみとめ、他科で入院中にうつ病の治療歴があることから当科に紹介となり、経過の中でレビー小体型認知症と診断した一例を経験したので発表する。症例は60代男性。X年Y月、疲れがひどく仕事に行けないことを主訴に近医を受診しスルピリドを処方された。X年Y+1月、手の震えが強くなり、近医受診したところデュロキセチンに変薬された。その後何度も転倒することが続き、救急要請され、当院に入院となった。うつ病の既往あることから主科である神経内科から紹介となり、協同して診療を行う中で、レビー小体型認知症の診断となった。なお、症例報告に際して口答および書面にて本人より同意を得て、患者個人が特定されないよう配慮をおこなった。

P34

COVID-19罹患による自宅療養時に解離症状を呈した一例

○峯瀬　正祥
高知県立あき総合病院 精神科

20代女性。X年4月上旬、COVID-19に感染し自宅で療養していた。呼吸苦が強く、SpO2が80%台に低下し、死への恐怖が強かった。徐々に、幻視、幻聴、妄想、健忘等が出現し、以後も遷延した。症状に改善がないため、X年4月下旬、当科初診となった。診察時は明識困難であり、幻聴、妄想などの内容を訴えた。抑うつ的で不安が強いことから、SSRIを開始した。再診時には、療養中の恐怖や日常の不安を支持的に聞くことで、徐々に解離症状は消退していった。勤務を再開し、X年7月から職場に完全に復帰している。本人によると、被虐待、身近な人の死、死亡交通事故の目撃など幼少期から死への恐怖は強かった。死への恐怖が内在しているうえに、COVID-19感染により強い死への恐怖を感じたことが極度のストレスとなり健忘等を来したものと考え、解離性健忘と診断した。発表に際し、本人から同意を得ており、プライバシー保護には配慮した。

P35

COVID-19 で当院に入院となった患者全例に対し、精神科がカルテ診察で事前介入を行った結果についての報告

○木曽田　大、石川　一朗、岡田　裕希、上野　祐介、森　崇洋、安藤　延男、中村　祐
香川大学医学部附属病院 精神科神経科

当院では他科から入院患者が精神科へ紹介となる際は、せん妄や不眠を発症してからリエゾンとして紹介され介入することが多い。入院前より既往として精神疾患があるため事前介入を依頼されることもあるがその数は多くない。COVID-19 に罹患した患者がせん妄を発症した場合、医療スタッフの頻回の病室訪問は煩雑かつ困難であることから、せん妄の発症を予防することは重要である。そのため当科では 2021 年 4 月より COVID-19 に罹患し入院となった患者に対し、精神疾患の有無に関わらず全例カルテ診察で介入を行っている。今回報告するのは 2021 年 6 月 21 日から 1 年間に当院に入院した COVID-19 患者 137 例 (49.0 歳 ± 23.8 歳：男性 79 名、女性 58 名) を対象とした。そのうち精神疾患を有していたのは 10 例あり、認知症 4 例、うつ病 4 例、統合失調症、適応障害、がそれぞれ 1 例であり、せん妄を発症したのは 5 例であった。当日は倫理的側面について十分配慮し考察も交え詳細に報告する。

P36

重度認知症治療病棟で COVID-19 クラスター発生の経験を通して得たもの

○瀬川　昌弘、瀬川　芳久
医療法人社団せがわ会 千代田病院 広島県北部・安芸・認知症疾患医療センター

入院患者数 41 人の重度認知症治療病棟で COVID-19 患者が発生し、最終的には患者 36 人、職員 10 人の陽性が判明した未曾有のクラスターを経験した。原因は職員の感染であった。その職員は鼻汁症状だけで発熱はなく自己判断で病院受診をしていなかった。最初に感染した入院患者は発熱なく咳嗽を認めており、絶えず徘徊をしていたことで多くの患者が暴露を受けた。その後 6 人の患者が同日に 38 度以上の発熱を認めたため検査を行い、新型コロナウイルス感染症が判明した。発生から 3 週間弱で終息を迎えたが、この経験を通して法人職員全員を対象にアンケートを実施し率直な意見を求めた。結果 8 割を超える意見が何らかの「不満」であった。重度認知症治療病棟での感染対策の困難さと、精神科医療スタッフの COVID-19 対応への戸惑いを今回のアンケート結果を通して考察したい。本発表では個人が特定されないように十分に配慮している。

P37

不安・抑うつ気分に対して半夏厚朴湯が有用であった1症例

○長濱　道治[1]、河野　公範[1]、槻宅　雅史[1]、林　真一郎[2]、正岡　浩[2]、三原　靖葉[3]、林　茉衣[4]、伊藤　司[1]、佐藤　皓平[1]、錦織　光[1]、山下　智子[1]、大朏　孝治[1]、林田　麻衣子[1]、岡崎　四方[1]、和氣　玲[1]、稲垣　正俊[1]
[1]島根大学 医学部 精神医学講座、[2]島根県立こころの医療センター、
[3]特定医療法人 恵和会 石東病院、[4]医療法人 青葉会 松江青葉病院

神経症圏および気分障害圏における不安・抑うつ気分に対して、漢方薬が使用されるケースはしばしばみられる。今回、我々は、不安・抑うつ気分に対して半夏厚朴湯が有用であった1症例を経験したので報告する。なお、症例報告にあたり、患者個人が特定されないように配慮し、本人に口頭で承諾を得た。症例は、60歳代の女性である。『胸がザワザワする』と訴えるようになり、不安・抑うつ気分を認めたため、精神科を受診した。すでに他科より抗不安薬が投与されており、患者が向精神薬の追加投与に対して抵抗感を示したことから、次に漢方薬を提案したところ同意が得られた。半夏厚朴湯を選択し、投与したところ症状の改善を認めた。半夏厚朴湯は、気分がふさいで、咽喉頭部に異物感があり、動悸、めまい、嘔気、不眠などを認める場合に使用される漢方薬であるが、不安・抑うつ気分に対しても向精神薬とならんで有用な治療選択肢のひとつと考えられた。

P38

知的障害者への対応に苦慮し退職を考えている看護師

○吉田　玲夫、吉田　昌平
医療法人社団吉田会吉田病院

今回我々は、交通事故後、不安や恐怖感などの感情に圧倒され、しばしば希死念慮を訴えたり、医療や介護に職に就くも長続きできない初診時４１歳の看護師の症例を経験した。症状の発症や維持している要因について幼少時の虐待や交通事故の後遺症が影響を与えているという仮説を本人と共有し、弁証的行動療法の技法(苦悩耐性スキル、感情調節スキル、マインドフルネス、対人関係スキル)を活用し、１年間治療に協働で取り組んだ。その結果、心理的苦痛にも対処できるようになり、自尊心も改善し、希死念慮も軽減した。本例の治療介入の経過について当日報告したい。本発表は日本精神神経学会「個人情報保護指針」に従って個人情報保護に留意しつつ、ご本人の同意および当院の倫理委員会の承認を得て行った。

P39

神経発達症をもつ患者さんの「遅刻」や「予約外受診」について ～特に ADHD と ASD について～

○板倉　征史
松江市立病院 精神神経科

精神科外来診療において、治療の一貫性の確保や、操作性や退行などの病理の助長させないため、「主治医の診察」という枠組みを設け、患者さんに対して主治医予約枠に受診するよう求める。ADHD や ASD の患者さんを担当していると、予約時刻に遅刻したり、予約日に受診できず別の日に予約外受診をする方がしばしば見受けられる。このような遅刻や予約外受診は、不注意や、予約制の意図や医療者側に対するある種の配慮が至らないという、いずれも発達特性に基づいたものであると解釈できる。予約時刻に受診するよう指導することは必要だと考えられる反面、特性に基づく行動と考えれば、患者さん自身も葛藤しており、日常生活での傷つきを再現することになりかねないのではないかと考えられる。 発表に関し開示すべき COI 関係にある企業等はなく、症例を提示する場合、本人からの同意を得て個人のプライバシー保護を含む倫理面に配慮した上で発表する。

P40

自験例における刑事精神鑑定の傾向

○青木　岳也
周南病院 精神科

2005 年 1 月から 2022 年 5 月までの間に演者が受託した刑事精神鑑定は 131 件である。内訳は簡易鑑定 103 件、本鑑定(起訴前嘱託鑑定・公判鑑定) 28 件であり、当院の位置する山口県内のみならず、隣県からの依頼もうち 12 件あった。被疑者(被告人)の内訳は男性が 89 名、女性が 42 名で、罪名別では窃盗が 47 件と最も多く、住居(建造物)侵入(17 件)、殺人(15 件)、傷害(13 件)、暴行(11 件)と続き、その他に放火、公務執行妨害、強制わいせつ、県迷惑防止条例違反など多彩である。窃盗の中でも「万引き」は 33 件と最多であった。万引きは被害金額にかかわらず、クレプトマニアとの鑑別で証人尋問が行われるケースも多く、DSM-5 の A 基準の解釈が毎回問題になる印象がある。当日は、自験例における刑事精神鑑定の傾向および万引きの精神鑑定での問題点等を考察したい。本発表にあたり、個人が特定されないよう個人情報の保護に配慮し、また医学的倫理的側面にも配慮した。

P41

トラマドールによって幻覚妄想状態が悪化したと考えられるレビー小体型認知症の一例

○宮川　泰介、細田　直子、廣江　ゆう
医療法人養和会 養和病院

症例は80歳男性。大学病院でレビー小体型認知症(以下 probable DLB)と診断され、長らく通院加療されていた。X年Y月、連夜「インド人が襲ってくる」といって血まみれになるまで柱を殴り続ける等、幻覚妄想状態を認めた。精神所見としては強い不安焦燥を認め、身体所見としては血圧変動や下肢痛を認め、活動性には日差変動があった。薬物療法として少量のハロペリドールを用いたところ、幻覚妄想状態が改善した。ところが、その数週後に下肢痛に対してトラマドールを用いた際に同様の幻覚妄想状態の再燃を認め、使用中止に従って消退した。抗精神病薬以外での薬剤過敏性が疑われたため、考察を行いたい。本発表にあたり、医学的倫理的側面に配慮した。

P42

核医学検査の老年期精神科診療における有用性について
～2症例の提示とその活用法についての考察～

○久保　なな[1]、有馬　那帆[1]、佐々木　彩[1]、王　紅欣[1]、井上　郁[1]、土居　聡子[2]、助川　鶴平[1]、西田　政弘[1]、英　裕人[1]、徳田　直希[2,3]、村上　丈伸[2,3]、渡辺　憲[1]
[1] 社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 精神科、
[2] 社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 神経内科、
[3] 鳥取大学医学部脳神経医科学講座脳神経内科学分野

超高齢化社会の中で、最遅発性統合失調症様精神病(VLOSLP)など持続的幻覚妄想症状を示す高齢症例に遭遇するようになった。今回、診断ならびに治療薬の選択、さらに、治療効果の評価に脳血流SPECT、ダットスキャン等の核医学検査が有用であった幻覚妄想症状を示す2症例を提示し、その活用法を考察する。

【症例1】70代半ばの女性。典型的なVLOSLPの病態を呈し、抗精神病薬が奏効したが、治療薬選択、用量設定に際し、ダットスキャンの所見が有用であり、脳血流SPECTにてアルツハイマー型認知症(DAT)と最終的に診断した。

【症例2】80代前半の男性。幻覚妄想症状を背景とした精神運動不穏状態で受診。脳血流SPECTおよびダットスキャンにてDATとレビー小体型認知症(DLB)の併発と診断した。抗認知症薬を開始後、治療薬の有効性が臨床経過観察とともに脳血流SPECTにて確認された。

以上の症例発表に関し、本人・家族から同意を得た上で、個人情報保護に配慮した。

P43

認知症の症例を通して医療同意および意思決定支援の問題を考える

○西川　直人[1]、矢守　誉史[2]、本田　肇[2]、藤田　文博[2]
[1]林道倫精神科神経科病院、[2]岡山ひだまりの里病院

症例は80代男性。アルツハイマー型認知症で入院中に腎臓病が判明。腎生検により原因疾患、さらにはステロイド等の有効な治療の選択肢が出てくる可能性あり。しかし腎生検には出血や検査中に安静を保てるかの問題も存在する。本人は認知症で意思決定能力には問題がある。さらに家族間で意見が対立している。後見人が選定されているものの、医療的な問題においては後見人には医療同意権はないとされる。本症例のように家族間で意見が分かれ、話し合いもまとまらない場合はどのように結論を出すべきなのか。またどこまで本人の意見を尊重すべきなのか。本人の利益を客観的に判断できる後見人に医療同意への関与は認められないのか。若干の考察とともに報告した。本症例の報告に際し、患者本人および成年後見人から同意を得たうえで個人情報保護に配慮した。

P44

物忘れ外来連続65例の検討

○檜垣　雄治、廣江　ゆう
養和病院 脳神経内科

X年Y月～X+2年Y月までの、当院物忘れ外来初診連続65例につき、病型分類割合、HDS-R、MMSE、立方体模写、指模倣テスト、時計描画テスト(CDT)、血液検査(VB1、VB12、葉酸、Mg、甲状腺機能、梅毒検査)、頭部CT検査を全例において施行し、結果を分析した。
【結果】病型分類については、国の出しているデータと比較したところ、やはりアルツハイマー型認知症の割合が60%以上となった。また、認知症を検出する感度は、時計描画テストと立方体模写で高く、五角形模写と指模倣テストでは低い傾向がみられた。高Mg血症も2例に認められた。
【結語】認知症も、各種心理検査、血液検査、頭部画像検査を組み合わせることにより、興味深い知見が得られたので報告する。尚、本研究は1964年ヘルシンキ宣言に基づき施行し、当院倫理委員会の承認を得て行った。また利益相反はない。

P45

他科主治医との役割分担によって治療した摂食障害の一例

○木曽　萌香、枝廣　暁、辻野　修平、竹之下　慎太郎、寺田　整司
岡山大学病院 精神科神経科

【症例】10代女性
【現病歴】X-1年8月頃より食事量の低下、10月頃から胃痛がみられ、11月に近医小児科を初診した。同年12月からX年8月まで神経性無食欲症の加療目的に3回小児科入院となったが、肥満恐怖やボディイメージの歪み、食事への拒否感の改善はみられなかった。小児科入院中に逸脱行動、自傷行為が目立ち、小児科入院での対応が困難となり、退院後も体重の回復が得られず、同年12月に当科へ医療保護入院した。
【経過】入院中は行動療法を中心に精神科と小児科で併診した。目標体重を達成し、退院後の摂食目標を設定できて、自宅退院した。
【考察】若年の摂食障害患者を診る際に、小児科との連携をスムーズに行うための留意点を検討し、報告する。演題発表にあたり、個人情報とプライバシー保護に配慮し、本人のご家族から書面にて同意を得た。

P46

高度なるい痩をきたした高齢の神経性無食欲症の1例

○松田　旭生、内田　理恵、高橋　優、石原　武士
川崎医科大学附属病院 精神医学教室

著しいるい痩をきたした50代女性の神経性無食欲症の1例を経験したため、報告する。症例は大学入学後ダイエットのために下剤を乱用していた。20代後半で離婚したのち、BMI=9.6となり入院治療を受けた。以降50代までBMI=15程度で推移し治療は受けていない。X年に同居していた母が亡くなり、体重が低下し始め、様々な身体症状を訴えるようになった。複数の医療機関を頻繁に受診したが器質的な異常は指摘されず、症状の改善なくX+1年に他院精神科に入院。体重はいくらか増加したが、退院後BMI=9.9まで低下して歩行困難となり、X+2年に当科を受診。同日任意入院となったが、その後入院への同意が得られなくなり医療保護入院となった。以降体重増加への強い抵抗が続き、治療に非常に難渋した。本症例に関し、若干の考察を加え発表する。発表にあたり、患者より同意を得ており、個人が特定されないよう匿名性に配慮した。

P47

発達特性を背景とした、アルコール依存症候群の1例

○松浦　美波[1]、山梨　豪彦[1]、岩田　正明[1]、兼子　幸一[2]
[1]鳥取大学医学部附属病院 精神科、[2]社会医療法人仁厚会 倉吉病院

【症例】52歳男性
【現病歴】X-34年に飲酒開始。20代の時には飲酒して知人を殴り、数回罰金刑となっている。X-2年、飲酒して姉宅に短刀を持って押しかけ、逮捕された。以後も飲酒にまつわる問題行動が続き、断酒目的に、X年3月8日当院当科初診、同日任意入院となった。
【経過】入院翌日、スタッフの対応に立腹し、退院請求あり、退院。以後数回、同様の入退院を繰り返した。X年8月19日、飲酒後の問題行動あり、翌日、医療保護入院となる。入院中実施した心理検査では軽度知的障害と、ADHD、ASDが示唆された。バルプロ酸、グアンファシンを開始し、退院後、再飲酒や問題行動なく生活できている。
【考察】発達障害の存在はアルコール使用障害の要因になりうる。また、アルコール摂取による脱抑制と相まって、社会的問題行動につながる可能性があると考えられる。なお症例報告にあたり個人情報の保護や匿名性に十分配慮し、本人に同意を得た。

P48

鳥取県での回復支援施設ダルクらとの地域連携による薬物依存症治療

○山下　陽三[1]、山根　健二[1]、林　敏昭[1]、岩岸　直美[1]、角道　倫宏[1]、千坂　雅浩[2]
[1]明和会医療福祉センター 渡辺病院、[2]NPO法人リカバリーポイント 鳥取ダルク

鳥取県では2005年6月に鳥取ダルクが開設され、渡辺病院はダルクの協力病院を引き受けた。定員25名の鳥取ダルクからは2週間に一度の通院と解毒入院がある。2018年4月には県薬物依存症支援拠点機関の指定を受け、相談支援コーディネータらの支援活動を強化している。過去3年間の薬物依存症者治療状況では各年度の通院者実数が37人から40人で、ダルクからの通院者が40～50%を占めた。また、入院治療者は年間で0～3人だった。地域連携では、精神保健福祉センターが主催するアディクションネットワーク研究会の開催協力、保健所依存症家族教室と専門相談への講師派遣、月に1回の鳥取ダルクを見守る会への参加を継続している。2017年3月に当事者主体の鳥取アディクション連絡会が設立され、アディクションフォーラム等の啓発活動を続け、依存症への偏見を取り除き、当事者同士の交流と家族の回復を視野に入れた活動をしている。発表にあたり個人情報に配慮した。

第45回中国・四国精神保健学会

抄　録

一般演題

M01

介入拒否の強い統合失調症患者への看護師の関わり
～信頼関係構築による治療意欲の向上～

○渡邉　将司、伊藤　里彩
医療法人せのがわ 瀬野川病院

【目的】攻撃性や介入拒否の強い患者に対し、効果的な介入を検討する
【倫理的配慮】本研究を行う上で、研究対象への不利益は生じない事を説明の上、文章にて同意を得た。
【方法】事例対象研究。フィンクの危機モデルを用いて患者の状態を時系列に評価。
【結果】信頼関係構築のために看護介入を行ったことが、安心感の獲得に繋がり攻撃性や介入拒否が消失した。患者の欲求を満たしていくことでフィンクの危機モデルの衝撃、防衛的退行の段階を早期に脱することができた。
【結論】看護は治療的な対人プロセスであり、特に精神科では患者－看護師間の信頼関係を早期に築くことが治療への意欲向上にもつながる。強制入院となった患者との信頼関係を構築するには、安心感を与え患者の欲求を満たす関わりを持つ援助が重要。

M02

薬剤調整の困難な患者における足浴の効果の実際
－より良いケアのための対象理解の重要性－

○江木　誠貴、鳥生　野花
医療法人せのがわ 瀬野川病院

【目的】日常的な足浴の記録から、快刺激による精神状態への影響の有無、足浴の効果の実際を検討する。
【方法】同意を得た対象者３名に対し行った足浴の記録を８日間カルテより後方視覚的にデータ収集した。快刺激の評価は、Virtual Analogue Scale を用いた。
【倫理的配慮】本研究は倫理委員会の承認を得ている。
【結果】足浴に対する快刺激の評価は、２名上昇し、１名には変化がなかった。対象者の反応は対象者の思い、快適な気分、他者交流、足浴に対する肯定的な思い、の４つに分類できた。日常的な看護ケアの中で十分に患者と向き合うことが対象理解を深め、直接みて触れることがコミュニケーション、不安や苦痛の軽減となり、良質なケアの提供になることが示唆された。
【結論】快刺激による心地よいケアは安心感を与え、治療や回復に対しても有効である。また、日頃の関わりの中から対象理解を深めることでより個別的なケアが実践できることが明らかとなった。

M03

治療抵抗性統合失調症患者の長期行動制限が解除となったクロザピン治療症例報告

○田熊　麻美[1]、中尾　敦子[1]、兼子　幸一[2]、笠見　美奈子[3]
[1]医療福祉センター 倉吉病院 看護部、[2]医療福祉センター 倉吉病院 医局、
[3]医療福祉センター 倉吉病院 薬局

統合失調症患者に対して抗精神病薬による治療が行われるが、入院患者の約2割は症状改善が見られず、治療抵抗性統合失調症として長期入院を余儀なくされていると言われている。治療抵抗性患者に対する治療薬として2009年4月にクロザピンが承認された。30～60%に有効とされ、陽性症状だけでなく衝動性、自傷・他害にも有効で、入院期間を減少させる多くの報告がある。当院においても治療抵抗性統合失調症で長期にわたり行動制限(隔離)が必要であった患者に対して2022年4月からクロザピン治療が開始された。医師をはじめとする専門職チームで準備・導入・評価(DIEPSS・PANSS)を行ったところ、クロザピン治療開始後、精神状態が安定し行動制限(隔離)解除へ至った。症例を振り返り、クロザピン治療によるチーム介入と患者変化を検証し、今後の治療抵抗性統合失調症患者への介入および生活の質の向上につなげたい。本事例は家族同意および倫理委員会承認済み。

M04

終末期にその人らしく生きるための関わり ～シルバーディケアでの取り組み～

○矢田　陽子
医療法人 養和会 養和病院

【はじめに】認知症に加え癌による病状変化に応じた支援と、楽しく過ごす支援に焦点を当てたことで、笑顔で利用継続できた症例について報告する。
【倫理的配慮】対象者と家族に研究の趣旨、個人情報保護に配慮することを伝え同意を得た。
【症例】A氏　80代男性病名：アルツハイマー型認知症、大腸癌 HDS-R：3/30点　好きな活動：歌、将棋、テレビ鑑賞
【経過・結果】貧血による歩行不安定、失禁増加等介護負担が増加。環境の見直しと家族指導を行い負担が軽減できた。また、病状に配慮しながらA氏の好きな活動ができたことが、「仕事に来るのが楽しい」と話すなど笑顔で在宅生活を継続できた。
【考察】認知症が重度になるにつれ、体の不調や思いを言葉にすることが難しくなる。病状に配慮し、A氏の思いをくみ取り支援したことでその人らしい終末期が送れたと考える。また家族の介護負担へも配慮できたことで、在宅生活を継続できたと考える。

M05

当院における就労支援の試み～院内業務の活用～

○木曽　光輝、三野　与喜、三宅　秀樹、大西　順子、西紋　孝一
医療法人社団 中和会 西紋病院

当院に通院をしている患者さんの中で就労を目指す方は少なくない。最近では事業所と連携をすることが増えてきており、就労支援のニーズが高まってきている。しかしながら、当院の患者さんで就労の経験がなく、就労に繋がらない方がいた。そこで、院内スタッフがフォローできる環境で就労経験を積んでいただくことを目的に、院内で雇用の場を提供してみてはどうかという意見が挙がった。

院内業務を提供するにあたっては、多職種で検討を行った。その後、業務内容が単一である洗濯場での業務を設定し、対象者はデイケアで安定している利用者３名を選定した。しかしながら、実際に業務をしていただくと、作業内容の理解、洗濯場スタッフとのコミュニケーションの問題が発生。その都度、対象者、洗濯場スタッフ、医療スタッフで話し合いを行った。本発表では当院での院内業務を用いた就労支援の経過について報告する。本発表にあたり倫理的側面に十分に配慮した。

M06

体感幻覚のある患者への関わりに関する看護職の意識調査

○乙部　真実
医療法人青葉会 松江青葉病院

【目的】A 氏への病棟看護職の対応を明らかにし、体感幻覚のある患者への効果的な関わりを検討する。
【方法】A氏を看護する 15 名に無記名自記式アンケートを配布し調査研究を実施。
【倫理的配慮】院内倫理委員会の承認を得た。対象者及び当該患者には結果の公表、協力は自由意志であり不利益を受けないことを説明し同意を得た。
【結果】回収率 100% 1. 現在の精神状態 2. 不安・焦燥感があるとき 3. 体感幻覚に基づく要求があったとき 4. 体感幻覚により日常生活行動の拒否があるとき 5. 普段の関わりの５項目に関し構成質問は記述統計、自由記載は質的に分析した。受容的、根気強く説明、希望を叶える関わり、患者にとって生死に関わることの理解、決まり事をつくる効果が明らかになった。
【結論】1. 体感幻覚は患者にとって生死に関わる問題であることを理解し受容的な関わりを行うことが、信頼関係構築に不可欠。2. 日常生活でルールを定め、現実に目を向けることが有効。

M07

精神科看護師における「巻き込まれ」の傾向とその関連要因

○川本　洸[1]、吉岡　伸一[2]
[1] 鳥取大学医学部附属病院 看護部 1 階 B 病棟、
[2] 鳥取大学医学部 保健学科 看護学専攻 地域・精神看護学

看護における「巻き込まれ」とその関連要因を量的研究により検証したものは極めて少ない。そこで本研究では精神科看護師の個人特性や職場環境要因と巻き込まれ傾向の関係を検討することを目的とした。山陰地方にある精神科病棟を有する病院に勤務する精神科看護師を対象に、基本的属性、職場環境要因、巻き込まれ傾向、感情労働、精神的健康に関する質問項目を含めた無記名自記式調査票を用いて調査を実施した。10 カ所の病院に勤務する看護師と准看護師 346 名から回答を得た。その結果、対象者の年齢や性別、看護師・精神科経験年数、職種、勤務場所が巻き込まれ傾向に関連していた。また、巻き込まれすぎる傾向にある看護師は精神的健康を損なう可能性があった。本研究結果から、精神科看護師に対し、巻き込まれに対する適切な知識と対処行動が必要であることが示唆された。なお、本研究は鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した。

M08

熟練看護師が電話相談をする際のアセスメントの視点

○水戸部　友絵、藤原　亮太、曽我　美里子、大矢　菜穂子、森川　貴志子
島根大学医学部附属病院

【目的】熟練看護師が電話相談をするときのアセスメントの視点を明らかにする
【方法】臨床経験年数 5 年以上で精神科急性期治療病棟及び外来に勤務する看護師 3 名に対し、半構造的面接を実施した。面接内容を逐語録に起こし、質的帰納的に分析した
【倫理的配慮】本人へ研究の概要、匿名性の保持、研究への参加・協力は自由意思であり不利益は被らないこと、研究結果の公表等を説明し書面にて同意を得た
【結果】電話相談において緊急性をアセスメントする視点として『電話口での患者の様子』『精神的危機』『身体的危機』『患者自身の特性』『電話相談の頻度』のカテゴリーが抽出された
【考察】熟練看護師は、相手が見えない電話相談においても、電話口での様子から患者の危機状態の程度をアセスメントしていた。特に緊急性をアセスメントする際には、これまでの経験から患者の特性や様子、状況に視点をあて、さらにその次の行動に伴うリスクを予測していた。

M09

COVID-19による危機的状況下の看護 ～精神科急性期病棟でのストレス緩和～

○遠目塚　潤、原　慎吾、西村　由美子、杉江　拓也
医療法人仁康会 小泉病院

【はじめに】COVID-19感染のクラスターがA病院B病棟で発生した。陽性者が出た日から7日間の関わりを報告する。なお、本論文を学会発表するにあたり小泉病院倫理員会の承認を得た。
【看護の実際】隔離生活で体を動かせないことでの身体的ストレス、室内のみでの生活やポータブルトイレによる精神的ストレスが増大し不満を訴える患者が増えた。ゾーニングを見直し、通常トイレを使用できるようにした。またラジオ体操の実施や本の設置をした。その結果、患者から「生活しやすくなった」、「もう少し頑張ります」と発言があった。
【考察】閉塞的な生活が続くことでストレスになる。患者の声に耳を傾け、病棟全体で話し合い答えていくことがストレスの軽減となり、看護師－患者の信頼関係につながると考える。
【まとめ】COVID-19に感染した不安や隔離での療養生活はストレスとなる。看護師は患者の心理的変化やストレス、基本的欲求へのアプローチが大切である。

M10

精神科病院におけるCOVID-19陽性者入院病棟の運営 ～地域への貢献と見えてきた課題～

○宮脇　映子、高岡　康弘、入澤　孝好
医療福祉センター 倉吉病院 看護部

当院は二次医療圏に唯一入院病床を持つ社会医療法人運営の精神科病院である。COVID-19が流行する中、精神疾患を有する陽性患者は一般病院での受け入れが難しいことが全国的問題となっていたことから、地域精神科医療の中核かつ社会医療法人としての使命を果たすため、精神疾患を有する感染症病棟を開設するに至った。受け入れにあたって職員教育や感染対策設備整備など円滑な対応ができるよう徹底した体制整備を図り、現在までに計74名の患者を受け入れた。感染症対応の経験が少ない職員への教育、徘徊や密着しての介助が必要な認知症患者への対応、地域のCOVID-19病床逼迫のため一般患者と精神疾患患者との混在を余儀なくされるなど多くの課題があったが、保健所と休日夜間問わず連携し解決・対応をしている。今後も行政、医療・介護施設等とさらなる連携を図り、地域全体で対応していく体制強化が必要である。本発表にあたり、個人情報の保護に配慮した。

M11

精神科救急入院病棟における COVID-19 の感染予防対策

○川口　誠、秋里　俊伸、安藤　智子、北村　佳子、佐々木　肇、北見　友香、山本　りえこ、太田　美穂、山下　陽三、英　裕人、渡辺　憲
社会医療法人明和会 医療福祉センター 渡辺病院

地域における精神科救急ならびに、急性期重度の精神疾患に対応するため、当院は鳥取県東部の二次医療圏において、令和元年３月より精神科救急入院病棟(精神科急性期入院医療病棟)を運営、県内外の患者の緊急入院治療にあたっている。令和２年１月、我が国おいて初の COVID-19 の感染が発表され、以来当院も緊急入院患者に対する感染予防対策を策定し継続している。精神科救急において、COVID-19 感染が疑われる患者を受け入れる病床を、令和２年 12 月に１床整備し運用を開始。看護師は、PPE 装着のうえ、入院時に抗原定性検査、PCR 検査等を実施し陰性を確認後、当該病床に入院。検査で陰性を確認後、感染予防対策病床に入院決定。その後も、数日間経過観察し感染予防を実施している。院内感染対策委員会の指示のもと病棟運営行われ、１名の陽性者の入院があったが、令和４年８月現在、クラスターの発生なく経過している。本発表にあたり、医学的倫理的側面に配慮した。

M12

不登校の発達障がい児の相談支援と就労支援

○廣田　郁子、渡邊　美月
社会医療法人昌林会 安来第一病院

計画相談支援で介入している 10 代女性の A 氏は、広汎性発達障害、ADHD によって対人関係に困難さがあり、人間関係に適応できず不登校になった。

A 氏は相談できる居場所を求めており、地域活動支援センターステップ(以下ステップとする)は日常的に生活上の相談や趣味の話を傾聴し対応した。徐々に登校できる回数は増え、校外実習を通して、得意な作品づくりを仕事にできる就労継続支援Ｂ型事業所とつながった。ステップは、就労先の事業所と連携を取りながら調整を行った。

学校・他事業所と連携しながらサポート体制を整え、ストレングスを生かした福祉就労が可能となった経過を報告する。

倫理的配慮として、対象者に今回得た情報を研究の目的以外に使用しないこと、個人情報を厳守することを説明し同意を得た。また、本研究は安来第一病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

M13

障害児医療 / 福祉の所得制限による受療行動制限。当事者アンケート 35 例の結果を受けて明らかになった“子育て罰”。

○原　紘志
林道倫精神科神経科病院

【目的】日本の子育て支援施策は一般的に所得制限を伴う。中でも特に障害児関連施策における所得制限は、可処分所得の逆転や、きょうだい児にヤングケアラー問題を生じさせる深刻な問題を含んでいる。そこで本研究では障害・持病を持つ子のいる所得制限世帯における、子育て支援制度の利用制限の実態とその困難感を明らかにする。
【方法】所得制限を受ける親の会である「子育て支援を考える会」を中心に twitter 等で応募し、google form を用いたウェブアンケート調査を実施した。
【結果】35 名の回答を得た。所得制限により障害児医療 / 福祉における受療制限や、ヤングケアラー問題の内実が明らかになった。子育て罰の理不尽さへの不満が表出され、実際に所得制限世帯は産み控えを起こしていた。
【結論】子育て支援施策における所得制限は撤廃されるべきである。
【倫理的配慮】本発表はアンケート調査の結果から匿名化された情報のみを分析し報告するものである。

M14

パーソナリティ障害のある患者との関わり ～統一した看護の大切さ～

○津田　瑞貴
社会医療法人昌林会 安来第一病院

複数回入院歴のある A 氏は、繰り返される自傷行為のために身体拘束となった。

私は A 氏の繰り返される自傷行為等の対応に困り、A 氏からの発言に感情的になることもあった。私自身なぜ対応に困っていたのか、どう対応すればよかったのかを分析し、今後の患者との関わり方を考えるきっかけとしてこの事例を取り上げた。

なぜ A 氏との対応に困ったか、なぜ感情的になってしまったかを考えた時に A 氏への関わり方が不明確で、どう対応していいか自分自身も分からなくなっていたことが要因であると考えた。そのため、チームで共有し、約束事を決めて、統一した看護を心がけた。

その結果、A 氏の精神状態も徐々に安定し、落ち着いて療養生活を送ることができた。

今回の経験を通して、チーム全体で問題を共有することや、統一した看護の大切さを学ぶことができたためここに報告する。

倫理的配慮として、本研究は安来第一病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

M15

COVID-19 に罹患した認知症患者への対応 ～その人らしさに配慮した看護～

○山田　成功、榎　智子、河井　佑介、寺脇　恭子
独立行政法人 国立病院機構 鳥取医療センター

【はじめに】A 病棟は、精神科病床の保護室や個室の療養環境を整え、主に認知機能の低下や知的障害を持った新型コロナウイルス感染症(以下 COVID-19 とする)患者の入院を受け入れている。2021 年 12 月からの入院患者は、28%が認知症を有しており、その対応について倫理審査委員会の承認を得て報告する。
【結果・考察】患者が自室で安静保持が困難な場合、隔離による療養が必要との判断で、精神保健指定医が保護者等へ説明し同意を得て、医療保護入院に変更し隔離となった。感染対策を考慮していたため、人との接触など認知症患者にとって刺激の少ない環境だった。認知症患者の援助を行う際、防護服を着用し感染に注意しながらも会話をする機会を意図的に増やした。また、部屋にカレンダー、絵、写真など掲示し、精神的に安定した状態で過ごせるよう支援した。
【おわりに】感染対策を行いながら人権を尊重し、認知症患者がその人らしく過ごせるよう援助していく。

M16

前頭側頭型認知症に出現したせん妄状態に効果的だったケアの考察

○近田　聖子
社会医療法人昌林会 安来第一病院

A氏は前頭側頭型認知症診断後、下肢脱力の治療のためB病院に入院した。
退院後、継続的なリハビリが必要なためC病院に入院となる。入院3か月後、リハビリにより筋力も回復していたが、夜間にくり返し不安を訴えるようになった。次第に被害的、悲観的な訴えが増え、日中も拒食、拒薬、介助拒否が見られるようになり、せん妄状態となった。
そこで本人の訴えをくり返し聞き、不安の原因を明らかにし、対応方法を統一するようにした。また、家族から好みの食べ物を差し入れてもらったり、生活歴から、A氏が誇りに思っている仕事について話す機会を設けたりした。
その結果、A氏は徐々に精神状態が安定していった。そこでケアを振り返りA氏に何が効果的であったかを考察し、今後に活かしたいと考えた。
本研究は倫理審査委員会の承認を得た。

M17

BPSDがみられる患者に対してのグループ活動の効果
～料理クラブを取り入れた認知症患者へのかかわり～

○元関　菜々、石橋　圭子、清水　美貴
医療法人 勤誠会 米子病院

【目的】料理クラブを用いた関わりがBPSDのみられる患者にどのような変化をもたらしたか明らかにする。
【方法】研究対象者：A氏は老年期認知症であり暴言・拒絶がある。B氏はアルツハイマー型認知症であり不穏・抑うつがある。C氏は血管性認知症であり拒否がある。
実施内容：月2回料理クラブを実施し評価表を用いて、料理クラブ実施前後の患者を評価した。倫理的配慮として、対象者に研究の趣旨、目的を文章で説明し、得たデータの匿名性の保護と個人のプライバシーの保持を約束した。なお、本論文について発表者らに開示すべき利益相互関係にある企業などはない。
【結果】A氏は参加1か月目は促しで参加し、メニュー決めから作りたかった料理を最後まで作る事ができた。2か月以降はBPSDが強く継続した参加には至らなかった。B氏・C氏は日々のレクリエーションに参加する事はできなかったが、料理クラブには積極的に参加することができた。

M18

強い不安により生活に影響を受けた高齢者が独歩退院できた要因

○杉山　日向子
渡辺病院

本研究の目的は不安を要因とした活動の意欲低下で臥床傾向となり要介護5の状態となった高齢者が、独歩退院へ至った看護実践を明らかにした。対象者へ趣旨及びプライバシーの保護に配慮することを説明し、了承を得た。看護実践と患者の反応をペプロウの不安レベルで分析した。離床を促すと強い拒否があったこと、悲観的な訴えがあったことから入院当初の不安レベルは強度であった。そこから車椅子を使用し離床時間を増やしていく中で「歩けるようになりたい、家に帰りたい」という思いが出てくるようになりリハビリが開始された。歩行も最初は不安定だったがリハビリの継続や日常生活でも歩行を促したことで自己肯定感が高まり、意欲的になった。自ら靴を履き取り組むこともあり不安の訴えもおさまり独歩で退院された。このことから、患者のペースに合わせながら希望する目標に向けることで自己肯定感も高まり不安も消失していくことがわかった。

M19

精神科における個別性に応じた排便コントロール方法の見直し

○坂本　麻樹、田中　真沙代、浜渦　佑也、大崎　浩徳、今城　恵理
医療法人つくし会 南国病院

精神疾患をもつ患者は様々な要因から便秘がおこりやすい。抗精神病薬の副作用による薬剤性便秘、活動性低下による弛緩性便秘、不眠や妄想により排便に意識が向かないため引き起こる直腸性便秘と様々な因子が存在する。現在、入院患者の83%が何らかの下剤を服用し、2日間自然排便がない場合は下剤の追加、3日目に座薬や浣腸を施行しており、個別性がなく排便ケアがルーチン化していた。また便処置による頻回な排便は、患者へ苦痛や不快感を与えQOLを低下させていた。まずスタッフに対して便秘のアセスメント方法や看護介入についての勉強会を実施し排便コントロールの必要性について教育を行った。そして患者の排便状況をアセスメントし、水分摂取の促し・腹部マッサージの導入と個々に応じた排便コントロール方法に変更した。今回排便コントロール方法を見直した結果をここに報告する。本発表にあたり倫理的側面について十分配慮した。

M20

精神科病院での多職種チームによるIPS（Indeividual Placement and Support）に基づく個別就労支援

○中岡　恵理[1]、福武　周作[1]、尾宮　和咲[1]、河原　理華[1]、高井　優花[1]、新井　亨[2]、原田　紀行[1]、引地　充[1]
[1]社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル、
[2]社会医療法人高見徳風会 相談支援B型作業所ウイズ

2018年に障害者雇用義務の対象に精神障害者が加わり、彼らの就労に向けて一層効果的な支援を行うことが医療機関にも求められている。こうした状況を受け、当院では2021年4月から、科学的根拠が実証されているIPS（Individual Placement and Support）モデルを用いた個別就労支援と認知機能リハビリテーションを行う就労支援のチームを立ち上げ、就労および職場への定着に向けた支援を行っている。IPSの原則に基づいて個別かつ迅速な支援をしながら、多職種それぞれの強みを活かしたチームでの情報共有と検討を行うことで、結果的に1年間で対象者18名のうち10名(55%)が一般就労を達成した。本演題では、個別就労支援および院内のデイケアでの取り組み、他機関との連携といった活動の内容とその結果について報告する。なお、発表に際しては倫理原則に則り、個人情報に十分に配慮した。

M21

IPS（Individual placement support）モデルに基づく個別性を重視した就労支援により、自信を回復して再就職を達成した事例

○原田　紀行
希望ヶ丘ホスピタル 地域ケア部 就労支援専門チームナリワイ

地域の精神障がい者就労支援へのニーズに対応すべく、当院では多職種の就労支援チームを立ち上げ、R4.4 月より IPS モデルを用いた就労支援を開始した。IPS の原則に基づき、個別性を重視し、迅速かつ柔軟な支援に努めた結果、開始から約一年で登録者 18 名のうち 10 名が就労を達成した。演題の事例は 40 代男性で、大学在学中に統合失調症を発症。治療継続しながら長年就労を続けていたが、30 代後半で症状再燃し離職。その後、短期間での就労、離職を繰り返した結果、再就職への自信を著しく喪失するも、IPS 就労支援を通じ、担当者が粘り強い関わりを継続した事で自らの長所や希望に目が向き始め、再就職を達成した。苦手だったタイムリーな援助希求も次第にできるようになり、担当者も要請に迅速に対応する事で現在も就労継続中である。本演題では上記事例を通じ、IPS 就労支援の有効性を報告する。尚、発表に際しては倫理原則に則り、個人情報の取扱いに配慮した。

M22

アウトリーチによる効果と課題

○庄司　宏行
積善病院

アウトリーチとは、精神障害のために医療や社会資源の利用ができず社会的に孤立状態にある方に、訪問活動によって生活・医療支援を含む、包括的支援を提供することです。困窮した状況にありながら援助を求めず、また問題を認識できていない方のもとへ訪問し、動機づけを行います。多職種・多機関へも積極的に働きかけて問題解決を図り、具体的な援助を行っていきます。

目標は、対象者が市民としての活動を開始でき、自立、自己実現を促進すること、極力入院に依らず地域で生活を続けられることです。また対象者やその家族への支援のみでなく、誰もが精神障害があっても、発症しても、本人や周囲が安心して生活ができるような地域づくりを目指すものでもあります。

今回は、医療機関主導型アウトリーチの一事例を通じ、その効果と課題を考察しました。なお本発表は、医療機関情報及び患者の個人情報を匿名化することによって患者が特定されないよう配慮しました。

M23

依存症治療における他職種連携

○角道　倫宏、山下　陽三、渡辺　憲
社会医療法人 明和会医療福祉センター 渡辺病院

渡辺病院の依存症治療ではアルコール・アディクション治療プログラム(以下、ARP)を実施しており、ミーティングにおいてピアカウンセリングを行うほか、病気についての学習や院内・外で行われる自助グループへの参加を行っている。ARPには医師や看護師、精神保健福祉士や作業療法士など多職種が関わっており、月に1回関係スタッフが集まりアディクションスタッフ会議を行なっている。ARPでは「ぶらり会」という名称で週に1回精神科作業療法としてプログラムを実施している。このプログラムは病院周辺を散歩することからスタートし、最近は天候に応じて運動療法室で機械を使用した運動、ソフトバレーやバドミントンといったスポーツも実施している。対象者は入院患者に加えて外来患者の参加も増えている。依存症治療に作業療法士が参画し、他職種と連携した取り組みについて考察を加えて報告する。本発表にあたり、医学的倫理的側面に配慮した。

M24

鳥取県アルコール健康障害支援拠点機関の取り組みとアルコール治療連携

○林　敏昭、山下　陽三、渡辺　憲
社会医療法人 明和会医療福祉センター 渡辺病院

2014年にアルコール健康障害対策基本法が施行され、鳥取県は全国に先駆けて計画を策定し、渡辺病院が2016年6月に県のアルコール健康障害支援拠点機関(以下、拠点機関)に指定を受けた。拠点機関は多職種で構成する相談支援コーディネーター（以下、コーディネーター)を配置し、出前講座や多職種との連携活動を始めている。拠点機関の果たす役割のうち、各年度の初診者数と医療連携数、コーディネーターによる相談対応件数、出前講座について、倫理的配慮を行い後方視的に抽出、集計して今後の課題を考察した。結果、年間初診者数の増加は少ないが医療機関連携は増加傾向にある。コーディネーターの相談対応による家族支援から本人が受診に至るケースが増えていた。出前講座の依頼が増え、多くの参加者・支援者が依存症者への関わり方、支援の方法、自助グループなどの社会資源について知る機会になっていた。

M25

肥満症治療チームにおける心理師の役割

○生田　詩織[1]、古瀬　訓弘[1]、山崎　泰史[1]、横山　梨華[2]、大羽　沢子[3]、松浦　美波[4]、岩田　正明[4]、細田(アーバン)珠希[5]
[1] 鳥取大学医学部附属病院 脳とこころの医療センター、[2] 鳥取大学医学部附属病院 脳神経内科、
[3] 鳥取大学医学部附属病院 ワークライフバランス支援センター、
[4] 鳥取大学医学部 脳神経医科学講座 精神行動医学分野、
[5] 鳥取大学 大学院医学系研究科 臨床心理学講座

肥満症患者の治療中断や治療不遵守行動の割合は高く、多職種が連携し患者を包括的に支援することが重要である。鳥取大学医学部附属病院においても、多職種から成る「肥満症治療チーム」が発足し、減量手術(腹腔鏡下スリーブ状胃切除術)を含めた高度肥満医療を提供している。そこでは、心理社会生活面の問題に取り組むために、精神科医や公認心理師もチームメンバーとして介入をしている。チーム内における心理師の主な役割としては、心理的アセスメント、他職種への情報提供、患者に対する継続的な心理療法である。本発表では、当院における多職種連携専門チームの位置付け、心理師の役割、直面している課題について事例を含めながら報告する。なお、本発表にあたり、個人情報の保護に配慮した。

M26

ストレングスモデルを用いた退院支援プログラムの構築 ～「いっぽ」の活動を通して～

○石原　健、山本　奈央弥、高見　弘之
医療法人社団 三和会 しおかぜ病院

精神科医療の現場ではストレングスモデルが推奨され、一般化してきた。しかし、病棟で長く対象者と向き合うにつれ、問題点の指摘や対処に目が向いてしまうことは、多くの精神科看護師が直面するジレンマではないだろうか。当院では、「いっぽ」というストレングスモデルを用いた退院促進事業を行っている。「いっぽ」とはプライマリーナース・作業療法士・臨床心理士で構成された多職種が、夢を共有する対象に行う集団療法である。その場では、夢を語る患者を肯定し、決して否定しないことが条件となる。そうすることで対象者と支援者の間に良好な関係性を構築することができ、最終的に本音で語り合う場ができた。今回A氏が長期入院生活から「いっぽ」での活動を通して、退院できた本事例において、支援者が対象者のストレングスに気づき、強化するための支援についての示唆が得られたので報告する。本発表にあたり倫理的側面について十分配慮した。

M27

精神療養病棟に長期入院した統合失調症患者の退院支援

○遠藤　貴宏、横川　裕之
社会医療法人昌林会 安来第一病院

統合失調症で長期の入院生活を送ってきたＡ氏のニーズには退院があり、家族も自宅で一緒に生活したいという思いがあった。

しかし、多弁多動、連合弛緩、機器を分解して破壊する問題行動、奇異な行動などの精神症状に加え、糖尿病による食事制限の理解不足による盗食もあり隔離対応となることがあった。家族は面会、外泊など協力的であったが高齢であり退院に不安を抱えていた。

Ａ氏の退院に向け、精神状態の安定とコミュニケーション能力、社会性の向上を目的として社会生活技能訓練(SST)を利用した。当初は関心がみられず途中退席があったが、メンバーの名前を覚えるようになり自ら話しかけるなど他者との関わりが増えてきた。家族には定期的に面談を行い、Ａ氏の様子や病状変化など伝え、退院後のサポート体制を整えることで家族の不安を解消し自宅退院することができた。

本研究は倫理審査委員会の承認を得た。

M28

長期入院患者の主体的な生活の獲得にむけて・集団精神療法「ここからクラブ」を通して

○山口　桂子、中山　のはら
社会医療法人 明和会医療福祉センター 渡辺病院

長期入院となっている方は、日々の生活が受動的なものになりがちである。集団精神療法「ここからクラブ」は「こころ」と「からだ」の合わせ言葉で更に「ここから始まる」という意味も込めて名付けている。「ここからクラブ」は病気についての知識を身に付け、生活習慣を改善するための方法や手段を仲間と一緒に学び、「こころ」と「からだ」が元気になるように取り組んでいる活動である。研究方法は、１年以上継続して参加している方へのアンケート調査及び各回最終日に記載していただく振り返りシート、ここからクラブ記録をもとに分析、考察を行った。クラブに参加することで不自由さや不安を乗り越えていくことが出来るように、また、退院後も地域の中でより良く、より楽しく日々の生活を送ることが可能になればと考える。参加メンバーへ研究の主旨及びプライバシーの保護に配慮することを口頭で説明し、了解を得た。

M29

本人の意志決定を尊重した多職種連携による地域移行支援の取組み

○岩岸　直美
社会医療法人 明和会医療福祉センター 渡辺病院

長期入院している精神疾患のある患者の地域への退院は、年々難しくなっている。その要因として、本人や家族の高齢化や核家族化、家族や地域の受け入れ体制、偏見や差別の壁、本人の退院意欲や社会性生活力の低下などがあげられる。その為、本人や家族へ支援者は粘り強く働きかけを行い、地域への退院をあきらめない取組みが必要である。そこで、長期入院が想定される患者へ地域移行支援事業を利用した退院支援を通して、本人の意思決定に基づいた多職種の関わりにより、退院に対する家族の思いの変化や本人の行動と意欲の変化を検証した。倫理的配慮として、本人や家族へ研究の趣旨及びプライバシーの保護に配慮することを口頭で説明し了解を得た。

共催・協賛企業一覧（50音順）

共催

株式会社ヴィアトリス製薬株式会社
エーザイ株式会社
住友ファーマ株式会社
武田薬品工業株式会社
東和薬品株式会社
ノーベルファーマ株式会社
Meiji Seika ファルマ株式会社
鳥取県医師会

寄付金

エーザイ株式会社
大塚製薬株式会社

企業展示

オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社
大塚製薬株式会社

広告

エーザイ株式会社
オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社
大塚製薬株式会社
塩野義製薬株式会社
武田薬品工業株式会社
株式会社ツムラ
日本イーライリリー株式会社
持田製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社
吉富薬品株式会社
ルンドベック・ジャパン株式会社

2022年10月20日現在

第62回中国・四国精神神経学会／第45回中国・四国精神保健学会を開催するにあたり、上記の企業の皆様の多大なるご協力およびご厚情を賜りました。
この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

第62回中国・四国精神神経学会
会長　岩田 正明
第45回中国・四国精神保健学会
会長　渡辺　憲