
 原 著

精神症状の対応に苦慮した交通事故後のめまい症例

土井 彰¹⁾・田村 耕三¹⁾・小桜 謙一¹⁾・滝下 照章²⁾・藤田 博一³⁾A case of vertigo following a traffic accident with subsequent
psychiatric symptomsAkira Doi¹⁾, Kozo Tamura¹⁾, Kenichi Kozakura¹⁾,Teruaki Takishita²⁾, Hirokazu Fujita³⁾¹⁾ *Division of Otolaryngology, Kochi Health Sciences Center*²⁾ *Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, National Hospital
Organization Shikoku Cancer Center*³⁾ *Department of Neuropsychiatry, Kochi Medical School*

In January 2005, a 31-year-old woman experienced a traffic accident in which her car was struck from behind. With generalized rigidity and vertigo, she was admitted to the orthopedics department of a hospital. Her chief complaints included persistent numbness in all four limbs, a sensation of darkness before the eyes, and occasional bilateral tinnitus. She attempted suicide by slitting her wrists to escape from her severe vertigo, and visited a psychiatric hospital for treatment of the vertigo in April 2005, but treatment failed. She was referred to our department in July 2005. The vertigo was rotatory and non-rotatory and intensified in the period from the evening to night. The patient presented with difficulty in opening her eyes and astasia, as a result of which examination for findings such as nystagmus could not be completed. It was unclear whether these symptoms were attributable to the vertigo or a psychiatric disorder. Caloric testing revealed a right-left difference, which improved over 2 years. The causes of the vertigo were left vestibular dysfunction, somatoform disorder, and atlantoaxial subluxation. In the present case, since the patient was unable to open her eyes and exhibited compulsive symptoms on examination, we considered it difficult to support her coping, so instead we attempted to listen to and be sympathetic with the patient and provide appropriate information and adequate physical care. However, exchange of information among the 7 departments that examined the patient proved inadequate, resulting in failure in determination of diagnosis/treatment strategies and appropriate provision of information to the patient. After the Medical Certificate of Sequelae of a Traffic Accident has been prepared, all medical expenses must be covered by the patient. Establishment of a system in which the Identification Booklet for Physically Disabled People can be issued immediately after a Medical Certificate of Sequelae has been prepared should be considered.

Key words: traffic accident, psychogenetic symptom

はじめに

昭和35年ころからの自動車産業の急速な発展とともに、交通事故は増加した。交通事故の後遺症のめまいの原因として、外傷性頸症候群、単純な頭部外傷症候群、外傷性脳幹障害群、外傷性内耳障害群がある¹⁾。外傷性内耳障害群では、内耳振盪症、外リンパ瘻²⁾、良性発作性頭位めまい症³⁾、遅発性内リンパ水腫¹⁾の病態の報告がある。頭部外傷後の後遺症めまいでは確立された治療法はない⁵⁾。事故後3ヶ月以内に7割の症例が消失に至るものの、長期間めまい症状に苦しむ症例も少なからずある⁶⁾。まためまいが長期間持続すれば、うつ症状などの精神症状の発症が示唆されており⁷⁾、長期間のめまい症状に対する治療だけでなく、精神症状への配慮が不可欠となる。めまいをきたす精神疾患は、うつ病、不安障害、身体化表現性障害の3種類ある⁸⁾とされる。

一方、耳鼻咽喉科を受診しているめまい患者の、2.4²⁾~11.3%⁹⁾に頭頸部外傷の既往があり、心因性めまい患者は30~40%¹⁰⁾であるという現実がある。このような症例の中には、原因が明確でなく対応に苦慮することが多い。

今回、交通事故後精神症状の対応に苦慮しためまい症例を経験したので報告する。

症 例

症例：31歳、女性

主訴：回転性および非回転性めまい

既往歴：特記事項なし。

現病歴：平成17年1月6日、停車中に後ろから追突され、同日夜より全身硬直が出現し、近医整形外科に1週間入院した。入院中の頭部および頸部MRIとCTで異常は指摘されなかった。めまい性状は、回転性のときもあれば非回転性の時もあり、事故直後から出現していた。持続する両手両足のしびれがあり、眼前暗黒感、時に両耳鳴が出現したが、耳鳴の際には必ずしもめまいを伴わ

なかった。めまいがつかくりストカットを繰り返すため、母親の判断で同年4月に近医精神科を受診し、マレイン酸フルボキサミンとクロミプラミン塩酸塩を処方された。しかし、次第にめまいが増強したため、同年6月に他院を受診し、頭部および頸部MRIを施行されたが、異常を指摘されなかった。めまいが全く改善しないため、同年7月26日当院に紹介された。初診時、頸部にカラーを装着しており、持続する両側手足の痺れと脱力感を訴えていた。

理学所見：

1. 耳鏡検査：鼓膜正常。
2. 標準純音聴力検査：聴力正常。
3. 平衡機能検査：

足踏み検査、遮眼書字検査、重心動揺検査は異常を認めなかった。また注視眼振、自発眼振、頭位眼振、頭位変換眼振検査で眼振を認めなかった。眼球運動検査装置（メディテスター VOG、パナソニック 電工）を用いた温度刺激検査（20度、水、5 ml、15秒間）では、平成17年7月28日は、瞬目が多く測定不能でかつ再検査を拒否されており、取り直しができた平成17年12月5日で最大緩徐相速度は右耳46.7°/秒、左耳23.3°/秒、平成18年8月12日で最大緩徐相速度は右45.0°/秒、左耳27.5°/秒であった。

4. 一般神経学的検査：

シェロングテスト陰性。数回の両側握力検査では、ともに0 Kgであった。他の神経学的検査では異常所見を認めなかった。

5. 血液検査：

一般血液検査、凝固因子、血清脂質、肝機能腎機能、梅毒検査、甲状腺機能検査で異常を認めなかった。

6. 画像診断：

頸部CT（図1）：環椎軸椎回旋位固定を認めた。（当院整形外科で平成17年8月4日撮影）

頸部MRI：異常所見を認めなかった。

脳MRI・MRA：めまいの原因となる病変を認めなかった。

脳波検査・睡眠脳波検査：異常波を認めなかつ

¹⁾ 高知医療センター耳鼻咽喉科

²⁾ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター頭頸科

³⁾ 高知大学医学部神経精神科学教室

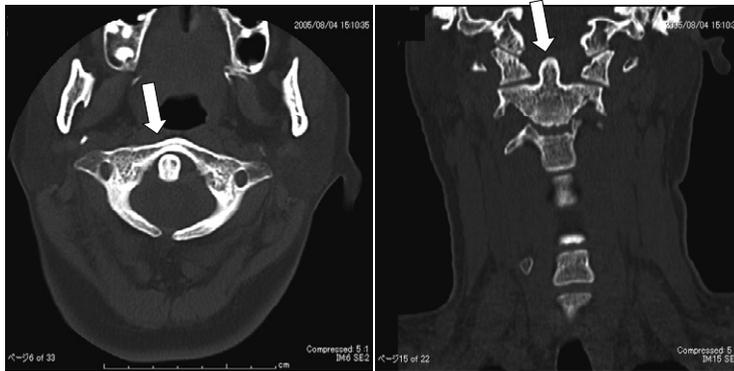


図1 頸部CT

た。

脳槽シンチグラム：明らかな脳脊髄液の漏出を認めなかった。

経過

以上の所見より、迷路振盪の可能性が完全には否定できず、当科外来では炭酸水素ナトリウム静注およびメコバラミン、ベタヒスチンメシル酸塩、ジフェニドール塩酸塩を処方していた。心療内科を除く神経内科、整形外科、眼科、脳神経外科では、めまいとの因果関係を示唆する明確な所見を認めないと診察医より判断され、定期的受診のみとなった。

めまい症状の増悪時には四肢が動かせず、また開眼自体が困難であるため、眼振検査や聴力検査は行えなかった。初診時から平成20年3月31日までに、開眼が可能であった21回のうち、平成17年11月29日、平成18年5月26日の2回のみ左向き水平性自発眼振を赤外線 CCD カメラで認めた。聴力変動については、肝心のめまいの際に検査ができないため分からなかった。

数回の両側握力検査ではともに0 Kgであったが、パートの仕事は何とかこなしていた。また平成17年11月29日から数日間両上肢挙上困難になった。

心療内科では平成17年8月16日に強迫症状とうつ病疑いと診断され、塩酸パロキセチン水和物とロフラゼピエチルを処方された。平成17年9月20日から12月15日まで、持続時間10分程度の意識消失が毎日、以後は不定期に意識消失が起きている。心療内科で、粉をみて怖がるのが事故後か

らあったことが判明したが、毎回のことではなかった。リストカットは繰り返していたが、トラックを見て不穏になるようになった。少しめまいが軽くなったときは、家族で淡路島まで旅行に行った。同年9月から、フマル酸クエチアピン、アルプラゾラムに内服が変更になったが、同月から、自分の手が汚れているといい手洗い行為が止まらなくなった。家族が無視すると10分くらいで行為をやめる。このころから感情の起伏が激しくなった。めまいが増悪すると暴れだした。暴れている間の記憶はない。自傷行為が頻繁になってきたため、当院心療内科から平成18年5月に他院精神科に紹介となった。頭部外傷後遺症、抑うつ不安障害、強迫性障害の診断でアルプラゾラム、クロミプラン塩酸塩、塩酸パロキセチン水和物、フマル酸クエチアピンが内服処方された。平成18年3月28日カルバマゼピン開始。しかし次第に自傷行為が激しくなり、平成18年12月に他院精神科に入院となった。入院中は自傷行為や暴力行為はなかった。

退院後もめまいが続くため、めまい改善は不能と判断した。治療終了は本人と家族に後遺障害が残ることを、1年間に渡る時間をかけ繰り返し説明していった。痛みなど頸部症状はなかったが、頸性めまいの可能性を以前から説明していたためか、平成19年4月に本人と家族が、頸部治療で有名な脳神経外科の病院で治療を受けたいと申し出た。同病院で頸性神経筋症候群と診断され、その疾患の95%の症例は治るが内耳障害由来のめまいは治らないと説明を受けた。施行された検査は不

表1 a めまいを起こしやすい精神疾患と説明

分類	疾患名	説明
気分障害	うつエピソード	抑うつ気分, 興味と喜びの喪失, 易疲労性
恐怖性不安障害	広場恐怖	広場, 群集すぐに安全な場所に逃げ出せない場所への恐怖
	社会恐怖	他の人々から注視される恐れ
	その他の恐怖	その他特定のものに対する恐怖
その他の不安障害	パニック障害	状況に関わらずパニック発作が起こる
	全般性不安障害	日常出来事への顕著な不安。自律神経症状, 胸腹部症状, 運動緊張, 死への不安
強迫性障害		心に浮かぶ観念, 観念から逃れようとする行動
ストレス反応	外傷後ストレス障害	ひどい外傷や出来事を経験した後に生じる, ト라우マを想起させることからの回避や恐怖
身体表現性障害	身体化障害	適切な身体的説明が見出せない変化する身体症状
	心気障害	1つや2つの固定した進行する疾患があるとの思い込み

明である。平成20年1月に同病院に入院し、ホットパックや点滴を施行されたが、かえってめまいは増悪したため、母親の判断で治療を中止し退院となった。本人と家族、保険会社と面談し、最終的に平成20年3月31日をもって治療を終了した。治療終了に時間をかけたのは、平成19年度末頃に、保険会社から診療終了の提案がなされたが、この時から小学生の自分の娘の首を絞めたり、暴れて母親の肋骨を折ったりしており、いきなり治療を終了すると、予測がつかない事態が発生する恐れがあったためである。

考 察

1. めまいの原因診断について

以上より、一通りの検査が終了した時点で、整形外科疾患として環椎頸椎亜脱臼（CT回旋位固定より）、耳鼻咽喉科疾患として左前庭機能障害（あるいは疑い）、心療内科疾患ではうつ病疑いあるいは強迫神経症疑いの診断が考えられた。

初診時は激しい精神症状のため、聴力検査やロンベルグ検査、握力検査ができない状態であった。このため、画像検査など他覚検査で検査を進めざるを得なかった。

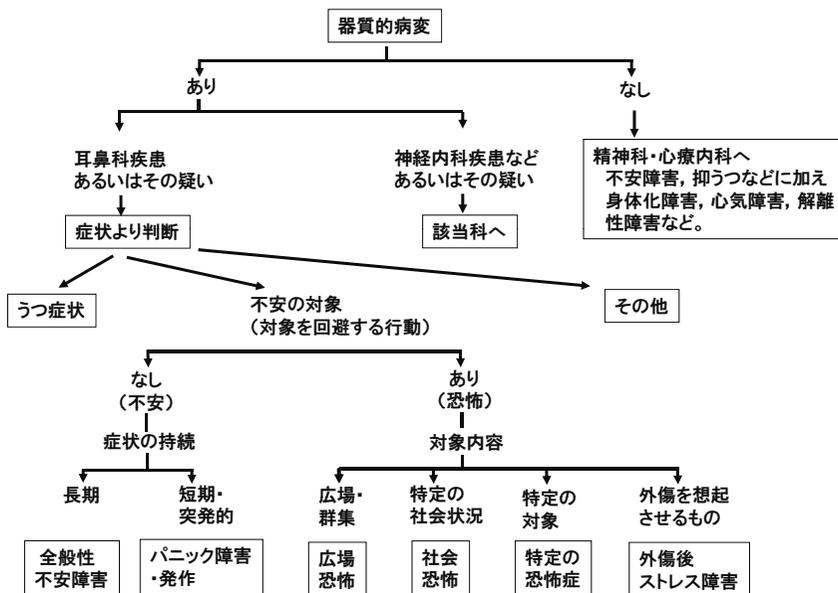
頸部に関しては、最初の整形外科ではもちろん、当院整形外科では環椎頸椎亜脱臼、平成20年に入院した脳神経外科では頸性神経筋症候群と診断された。なお当院整形外科ではCTにて環椎軸

椎の固定を認めたが、めまいとの因果関係は不明であると診断を受けた。むち打ち損傷では画像検査で異常所見を認めても、事故との因果関係を同定するのは困難であり¹¹⁾、明確な診断や治療方針を決めづらい。施行した治療は最初の整形外科はカラーによる頸部の固定、当院整形外科では安静経過観察のみ、脳神経外科ではホットパックと点滴（内容不明）であった。診断名・治療法がそれぞれ異なっているが、1つの治療が無効であったために診断名が変わり、治療法が変わってきた感は否めない。この分野ではまだ確立された診断・治療法はないと考える。

経過観察中にめまい症状には波があった。症状増悪時は開眼が困難であり眼振を観察することは難しかったが、観察可能回数と眼振所見が一致しておらず、必ずしも内耳由来のめまいで症状が増悪したわけではないと考えた。

めまいをきたす精神疾患はうつ病、不安障害、身体表現性障害でありなかでもパニック障害、広場恐怖、身体化障害、心気症、大うつ病に多い⁸⁾とされる。今回鑑別診断として診断基準¹²⁾と照らし合わせて、気分障害（うつ病）、不安障害として広場恐怖症・社会恐怖症・その他の恐怖症、他の不安障害としてパニック障害・全般性不安障害、強迫性障害、ストレス反応（外傷後ストレス障害）、身体表現性障害として身体化障害・心気

表 1 b めまい疾患を伴う精神疾患への対処・診断法



症を挙げた (表 1 a, b)。

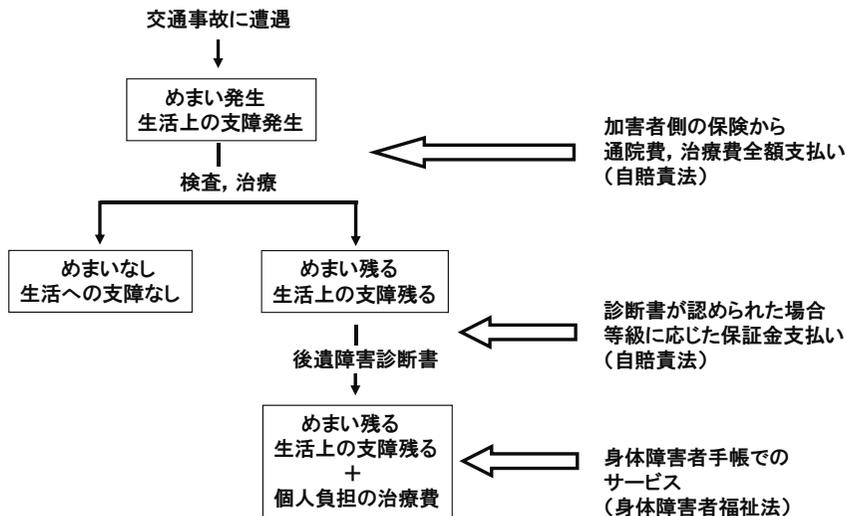
気分障害であるうつエピソードは、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、易疲労性などを示すが、専門医の診断で除外診断された。広場恐怖症は、雑踏や公共の場などで常に恐怖感が現れる、何かあったときに本人が逃げ込める場所がない場所・状況にいることへの不安である。社会恐怖症では、パーティーなどへの参加で恐怖が現れる、他人から注視注目された状況で恥をかくことを顕著に恐れる。その他の恐怖には、高所恐怖など、特定の対象や状況に対する強く持続的な恐怖である。パニック障害は、状況に左右されずパニック発作が起こるものである。パニック発作では動悸・心悸亢進・発汗・異常感覚などの自律神経症状、胸痛腹痛や不快感などの胸腹部症状、死への恐怖などが突然発現する。全般的な不安障害は、日常の出来事への持続的な過剰な不安である。強迫性障害は、心の中に繰り返し浮かぶ苦痛を伴う観念や、観念から逃れる行為を示す。外傷後ストレス障害は、ひどい外傷や出来事を経験した後に生じる、トラウマを想起させることからの回避や想起させるものに対する恐怖である。身体化障害は適切な身体的説明が見出せない、変化する身体症

状を示し、心気障害は1つあるいは2つの進行する疾患があるとの思い込みである。いずれも発症から2年間状態が変わらないことが条件になる。本症例では、当初いずれの診断基準にも当てはまらなかった。しかし、発症から2年経過した時点で、症状が変化せず、内耳機能左右差がわずかであり、訴えるめまい症状の強さを説明できないことから、精神疾患は、身体表現性障害と考えた。

堀井は Staab のデータ¹³⁾ から不安障害と抑うつ症例の2/3に何らかの前庭機能障害があり、前庭機能障害とこれらの疾患の間の相互作用を報告¹⁴⁾している。これは、逆に言えば前庭機能障害の存在は、精神疾患の診断および治療に影響しないことを示している。

また精神疾患と前庭機能異常の関連は3つに分類される¹³⁾¹⁴⁾。すなわち1つ目は精神疾患の一症状としてふらつきが生じている場合、2つ目は前庭機能異常が先行しその後精神疾患を発症している場合、3つ目は元来あった精神疾患の増悪が前庭機能異常を誘発している場合である。事故を契機にめまい発症が先行し、後に精神症状が発症したことを考えると、本症例は2つ目の例に相当すると考えた。ただし、眼振所見および温度刺激検

表2 交通事故後のめまい症例への援助



査結果を考えれば、前庭機能障害から精神症状をきたしたが、現在前庭機能障害が改善し精神症状のみが強く現れている状態であると判断した。環椎軸椎亜脱臼は精神症状のため、頸部症状がマスクされている可能性があり、めまい原因の可能性は十分にある。すなわち本症例のめまいの原因を1つに限定することはできず整形外科、耳鼻咽喉科、心療内科の3科疾患全てめまいの原因であると結論した。

2. 精神症状を持つめまい患者と家族に対してどのように接するか。

精神症状を持つ患者には、精神医学的手法を用いることが必要である。手法は大きく「支持的な対応」、「適切な情報提供」、「丁寧な身体的ケア」、「コーピングをまとめるための援助」という4つの柱からなる¹⁵⁾。支持的な対応とは傾聴、共感、患者のコーピングを支えることである。共感とは医療者の心を観察し距離を保ちながら患者に感情移入を試みることであり、患者のコーピングを支えるとは、患者が現在の苦境にどのような方法で対処しようとしているかを理解し支えることである。めまいの原因疾患や治療に関する情報収集、めまい予防や治療に役立つ行動をとろうとする、めまいを忘れ何もなかったかのように振る舞おうとするなどが、代表的コーピングである。中には自分がめまいをどのようにとらえ、対処方法を考えることができない患者がいる。これは自己評価

の低下につながり、不安をさらに強め、めまいの悪循環が成立する。このような患者には、疾患の経過、これまでの治療の内容、そのときの気持ちなどを、改めて聞いてゆく。このような中で、自分の疾患に対する当面のコーピングがまとまってゆくことが多い¹⁵⁾。また予約時間外の対応として緊急時の当院への連絡方法、必要な場合臨時の予約枠取得が可能なことを伝え、かつ一方緊急と思われない心配事に関しては、次の予約まで待つように伝えるのがよいとされる¹⁶⁾。

本症例では、診察時の開眼不能な状態や強迫症状などから、患者のコーピングを支えることやコーピングをまとめるための援助、すなわちめまいに対してどのように対処すればよいかなどーには限界があると判断し、傾聴や共感、適切な情報提供や丁寧な身体的ケアを心がけた。整形外科的にもCT所見とめまいとの因果関係が不明と説明を受け、耳鼻咽喉科的疾患の評価ー3回目の温度刺激検査施行までに時間を要した。患者と家族から温度刺激検査結果のみに注意が注がれ、めまいの根本原因は前庭機能低下と考えられてしまった。温度刺激検査はCP%が2回目は33%、3回目は24%であった。20%以下が正常とされており、3回目の値は境界値にあると考えたが、めまい症状が改善していない状態では、本人と家族の混乱や不安をかえってあおる可能性を考え、改善していることのみを説明したが、しかし適切な情報提供

表3 失調・めまい及び平衡機能障害

等級	認定基準
3級3号	生命の維持に必要な身の回りの処理の動作は可能であるが、高度の失調又は平衡機能障害のために労務に服することができないもの(2219万円)
5級2号	著しい失調又は平衡機能障害のために、労働能力がきわめて低下し一般平均人の1/4程度しか残されていないもの(1574万円)
7級4号	中等度の失調又は平衡機能障害のために、労働能力が一般平均人の1/2以下程度に明らかに低下しているもの(1051万円)
9級10号	通常の労務に服することはできるが、めまいの自覚症状が強く、かつ、眼振その他平衡機能検査に明らかな異常所見が認められ、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるもの(616万円)
12級13号	通常の労務に服することはできるが、めまいの自覚症状があり、かつ眼振その他平衡機能検査に異常所見が認められるもの(224万円)
14級9号	めまいの自覚症状はあるが、眼振その他平衡機能検査に異常所見が認められないものの、めまいのあることが医学的に見て合理的に推測できるもの(75万円)

としては不十分であったと考える。また後述するが、身体障害者が受けるサービスについても説明できておらず、この意味で適切な情報提供は失敗したことになる。このためめまい以外の症状、たとえば意識消失などで、当院を受診あるいは相談電話がくるようになった。当科の該当症状でないときは該当科受診を丁寧に勧め、緊急事項でないときは予約枠を早めに取直した。

精神疾患などに対して患者は、「衝撃」、「否認」、「直面化」、「適応」の順で病態を受け入れるとされる¹⁵⁾。当科を受診されたときすでに精神症状を伴い、他院精神科を受診されており「衝撃」(めまいが持続している、治らないかもしれない、精神症状が出てきた)の状態は過ぎ、「否認」(めまいがむちうちの状態が続くはずがない、何か病気が隠れているはず)の状態であった。当科外来などを通院してゆくうち、「直面化」(めまいが改善しない、ずっと続いていくようだ、精神症状も続いてゆくようだ)、「適応」(めまいに対してどう対処する、精神症状に対してどう対処する)、それぞれの段階を確認しながら診察を行った。めまい改善が不能であると判断したときから時間をかけ、「直面化」と「適応」に移行すべく言葉を慎重に選び傾聴や共感にさらに重点をかけ、繰り返し説明を行った。

また精神科入院で自傷行為や暴力行為がすぐに治まったことを考えれば、精神症状が家族関係による増幅や連鎖反応を生じた可能性があり、入院

でそれを断ち切ることも考慮すべきであるが、それは耳鼻咽喉科医の役割ではない¹⁶⁾。本症例のように夜間持続する手洗い行為を止めるスタッフが十分にいないほとんどの施設では、対応ができないからである。耳鼻咽喉科的な病態の可能性があれば精査するに留め、外来通院のみに限定するのが妥当と考える。

3. 診断書について

自動車損害賠償責任保険(自賠責)後遺障害診断書は、後遺障害が固定したと考えられる時点で作成することになっている¹⁷⁾¹⁸⁾。

障害が固定したかどうかは他覚的検査を行うしか方法はないが、耳鼻咽喉科として左右差があったのは温度刺激検査のみであり、精神症状の強い患者に複数回行ってよいのかどうか悩むところであった。今回は何とか説得して検査にこぎつけた。しかし立位保持が困難であり、片足立ちやマンテスト、重心動揺計は計測不能であり、頭振り眼振検査では開眼困難であり評価はできなかった。温度刺激検査で左右差が残った状態のみでは、前庭代償の有無について判断は不可能と考えた。本症例は家族と自賠責担当者話し合い、四国でできる治療—耳鼻咽喉科的、精神科的、整形外科的—治療を試みた後で最終的に治療不能と判断し、治療終了時期を決定、後遺障害診断書を作成した。

自賠責では通院にかかる費用、治療にかかる費用は無料であるが、医師により作成された後遺障

表4 身体障害者（平衡機能障害）が得られる支援

等級	支援内容
5級	日常生活用具の給付：頭部保護帽, T字状または棒状の杖移動, 移乗支援用具 携帯電話：それぞれ基本料金5～6割割引 交通機関：タクシーの運賃割引（1割引） バス・電車の運賃割引（5割引） JR・一部鉄道の運賃割引（5割引） 航空機の運賃割引（国内線のみ）（不定） 駐車場：一部市営駐車場料金の減免（1時間無料300円） など
3級	上記に加え 医療：長寿医療が65歳から受けられる（1割負担） 駐車場：高知市駐車場の駐車料金の減免 （回数券交付1時間無料300円）

害診断書は、自動車損害賠償保障法により特殊法人損害保険料率機構自賠責損害調査センターで審査を受ける。認定は1～14級に分類され、認定等級に応じて保証金は出るが、それ以後の保証はない(表2)。本症例では患者と家族の希望もあり、患者の精神負担を軽くする意味でも、自賠責後遺障害診断書を作成した時点で、身体障害者手帳の交付を受けられるようにタイミングを計るべきであると考え、身体障害者の申請診断書を平成20年3月に作成した。

なお、認められた後遺障害は12級であった。失調、めまい、平衡障害はそれぞれ関連しており、その原因となる障害部位は、視覚、内耳、脊髄、脳さらには精神・心因も含まれる。自賠責実務が準拠する労災認定基準では、「失調、めまいおよび平衡機能障害については、その原因となる障害部位によって分けることが困難であるので、総合的に認定基準に従って認定すること」と規定されている¹⁹⁾。後遺障害14級には、「めまいの自覚症状はあるが、眼振その他平衡機能検査に異常所見が認められないものの、めまいのあることが医学的に見て合理的に推測できるもの」²⁰⁾がある(表3)。つまり、耳鼻咽喉科的に異常がなくても、認定の有無に関わらずめまいが残った場合、かつ精神疾患を合併している場合は後遺障害申請書の記載が可能であり必要と考える。

身体障害者申請書には以下のように記載した。傷病名は「めまい症（頸性めまい、内耳障害）」、自覚症状は「めまい、歩行障害」、総合所見は、「頸

性めまい及び内耳障害による平衡機能障害のため歩行そのものが困難であり、介助を必要とする。」、その他の総合所見は「めまい持続のため精神症状が出現している。」、平衡機能障害の状態および所見には「閉眼にての起立・歩行不能。開眼でも線上歩行は困難で随時介助を必要とする。」。3級相当と判断し申請し認定された。

また障害者診断書の見直し時期が必要と判断された場合、1年から5年以内に見直しが必要¹⁸⁾とされる。これに関して文献検索を行ったが不明であった。事故後のめまい症例の書類作成に関する記載は自分が調べた結果1例報告がある²¹⁾のみであり、見直し時期に関する記載はない。全く見通しが付かないため、見直し期間を最短期間の1年と定め経過を見ることとした。

表4に高知市での平衡機能障害身体障害者が得られる支援を示した²²⁾。5級と比較し、3級は長寿医療（高知高齢者医療）と高知市駐車場利用時の1時間無料サービスが受けられる。長寿医療は通常75歳以上から該当するが、3級では10年早く65歳から適応され、現時点では医療負担は1割で済むが、75歳以上の患者では適応されない。駐車場の1時間無料サービスはそれぞれ300円相当であるが、原則本人が自動車を運転する場合のほか第1種の身体障害者手帳所持者を介護する家族などが運転する場合などの制限があり、平衡機能障害を持つ患者さんに対する福祉としては、あまり役立たないと考える。本症例は65歳で長寿医療が受けられるが、それまでの期間はあまりにも長

く、3級と5級の援助には現時点では事実上差がない。また平衡機能障害は最高3級までであり、通常2級で受けられる医療費控除や、所得税・住民税・相続税の控除の恩恵は受けられない。本症例では、身体障害者認定には明らかな利点はないと考えた。平成20年に高知市が合併し、身体障害者の支援サービスが変わる可能性があったため、具体的な支援内容は説明できていない。本人と家族が認定依頼を強く希望されたため、3級を申請し平衡機能障害3級として身障者手帳が交付され、家族からは感謝の言葉を受けた。後日身体障害者手帳の利点を質問してみた。身体障害者専用の駐車場に駐車でき歩行困難の助けになること、駐車場割引があることを言われた。後期高齢者医療に関しては、実感がわからないとのことであった。

いつまで続くか見通しの付かない状況も患者にとって精神負担の一因と考え、本症例では、当科初診や診療初期の時点で予め後遺障害認定も含め、今後の方針を示しておくことが、患者の精神的負担を軽くする方法と考えた。しかし当院は眼科、耳鼻咽喉科、心療内科、神経内科、整形外科、脳神経外科、他院の精神科の7科での診察、検査が入り混じり、各科の情報交換が十分にできず方針決定に時間を要してしまった。当科や他科の検査を含め一通り検査が終了した時点で、大まかにでも話をすべきであったと考える。この意味で適切な情報の提供は不十分であった。また本症例は、本来なら最も症状が顕著な精神科で全ての情報をとりまとめるのがよいのかもしれないが、平衡機能障害の診断書を作成できるのは、耳鼻咽喉科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科を標榜する指定医のみ²³⁾であり精神科医ではない。各科との連携やリエゾン精神医学の充実が大切であり、その結果を踏まえた上で指定医が診断書を作成すべきと考えた。交通事故受傷直後は、自賠責で通院と治療にかかる費用は一切、被害者には請求されずに、加害者側の保険から支払われる。しかし一定期間経過し、後遺障害が固定されたと考えられたときに、自賠責後遺障害診断書の作成が依頼され、認定されると保険金額分が一括で支払われ、その後の治療費は、個人負担になる。よって、以降も何らかのサービスを受けるためには、身体者手帳を交付されるしかない。

今後このような症例への診療の一助とするため、第65回日本めまい平衡医学会総会で発表した内容に最終的な経過を加筆し報告させていただいた。

まとめ

精神症状の対応に苦慮した交通事故後のめまい症例を経験した。

めまいの原因は1つではなく、左前庭機能低下、身体表現性障害、環椎軸椎亜脱臼全てめまいの原因であると考えた。

精神科の面接手法を用いること、受診後早期に後遺障害診断も含め治療終了までの流れを示すこと、何よりも各科との連携やリエゾン精神医学の充実が大切であると考えた。

後遺障害診断書を作成した時点で、身体障害者手帳の交付が受けられるようにタイミングを計ることも大事であると考えた。

文献

- 1) 水越鉄理, 渡辺行雄, 将積日出夫, 他: 頭頸部外傷とめまい—神経耳科学的特徴を中心に—. 耳鼻臨床補 75: 29-42, 1994
- 2) 大村明彦, 渡辺行雄, 小林英人, 他: 頭頸部外傷例の神経耳科学的特徴について. 耳鼻臨床補 36: 122-132, 1989
- 3) 長沼英明, 徳増厚二, 岡本牧人, 他: 頭部外傷後の発作性頭位眩暈症の2症例—方向交代性頭位眼振の検討—. Equilibrium Res 56: 575-581, 1997
- 4) 石川保之, 中西和仁: 頭部外傷後に発作性頭位めまいと内リンパ水腫を示唆する所見を示した一症例. 耳鼻臨床 76: 31-42, 1983
- 5) 工藤香見, 花栗 誠: 頭部外傷後のめまい. ENTONI 53: 149-152, 2005
- 6) 深谷 卓: 外傷性めまい. JOHNS 17: 895-898, 2001
- 7) 武田憲昭, 萩野 仁: 心身医学と耳鼻咽喉科めまい. 耳喉頭頸 73: 819-821, 2001
- 8) 菊地俊暁, 中川敦夫, 大野 裕: 精神医学的観点からのめまい. JOHNS 18: 1239-1243, 2002
- 9) 渡辺尚彦: 臨床的研究から外傷性頸部症候群にみられるめまいの特徴. Orthopaedics 12: 55-60, 1999
- 10) 加我君孝: 心因性めまい—めまい患者の神経

- 心理学一. 野村恭也編. 耳鼻・頭頸部外科 MOOK 7 : 311-335, 1988
- 11) 松本守雄, 伊藤公一, 平林 洌: 外傷性頸部症候群における画像所見の診断的意義について. Orthopaedics 12: 37-43, 1999
 - 12) 融 道男, 中根允文, 小見山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993
 - 13) Staab JP, Ruckenstein MJ: Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. Laryngoscope 113: 1714-1718, 2003
 - 14) 堀井 新: シンポジウム めまいの発症機序を考える 不安障害/抑うつとの関与. Equilibrium Res 67: 251-255, 2008
 - 15) 堀川直史: プライマリケアのための精神医学. 野村総一郎, 樋口輝彦編. 標準精神医学 第3版. 415-431頁, 医学書院, 東京, 2005
 - 16) Sadock B J, Sadock VA: 医師-患者関係と面接技法. 井上令一, 四宮滋子監訳. カプラン臨床精神医学テキスト 第2版. 1-18頁, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2004
 - 17) 中谷壽男: 自動車損害賠償保険法. 日野原重明, 加我君孝編. 医療文書の正しい書き方と医療保障の実際 改訂第4版. 206-207頁, 金原出版, 東京, 1999
 - 18) 障害者福祉研究会監修: 障害認定に関する法令・通知. 新訂身体障害者認定基準及び認定要領[補訂版]. 4-16頁, 中央法規, 東京, 2005
 - 19) 羽成 守編: 失調・めまい及び平衡機能障害. 新型・非典型後遺障害の評価. 317-326頁, 新日本法規, 名古屋, 2005
 - 20) 羽成 守編: 後遺障害別等級表・労働能力喪失率. 351-366頁, 新日本法規, 名古屋, 2005
 - 21) 白戸 勝: 外傷性前庭障害の臨床的観察. 道南医学会誌 33 : 332-334, 1998
 - 22) 高知県健康福祉部障害保健福祉課: 平成20年度 身体障害児・者 知的障害児・者 精神異常者福祉のしおり. 高知県, 高知, 2008
 - 23) 水野正浩: 身体障害者福祉法と公的文書の作成 平衡障害. JOHNS 19: 141-144, 2003
-

別刷請求先: 土井 彰