

欧米においては脱施設化にともなう急性期短期入院の受け皿として総合病院精神科がその役割をになっているといわれるが、わが国においては精神医療・保健・福祉の機能分画が明確ではなく、総合病院精神科も精神医療のなかで特別の役割を遂行しているとは認識されていない。

そもそも精神医療は、その語句のなかに医療という文字を含みながら、一般医療とは別のもので考えられてきた。精神医療は高度に発達した一般医療技術や、インフォームド・コンセントやターミナル・ケアといった新しい医療思想の恩恵に十分に浴しているとはいいがたい。しかし、医療が総合的に行われるものであるならば、脳の機能的表現である精神も人体の機能の一部である以上、精神医療も一般医療との強い緊密な連携を保つ必要があり、その上で独自の専門医療としての発展が求められるべきであろう。

身体疾患の一症状として精神症状が現れることもあり、精神的・心理的ストレスの結果として身体症状が出現することもある。また身体疾患の治療中に、抑うつや錯乱といった反応的な精神状態を呈することもあり、精神疾患がもとで、自分の体を傷つけたり、自らを死に追いやろうと試みてしまうこともある。このように精神と身体は不可分の関係にあり医療においても、その患者の状況に応じて身体治療モードから精神治療モードへ、精神治療モードから身体治療モードへという機敏な転換がなされるシステムが必要であろう。

単科精神病院と一般病院の間のハードルは高く、強い精神症状を持った患者は一般病院ではいかに重篤な身体疾患を合併していても治療困難な患者とされてしまうことが多く、単科精神病院では身体疾患の管理治療は十分に行えないことが多い。総合病院精神科こそが両者を橋渡しし、かつ先にのべたモード転換が極めてスムーズに行われうる場所である。

精神医療において総合病院精神科が果たしうる役割として以下のようなものがあげられる。

#### (1) 身体合併症医療

##### ① 精神疾患、精神症状に起因した身体疾患、症状

- ① 自傷・自殺企図によるもの：急性薬物中毒、切創・刺創、骨折など
- ② 精神症状にもとづく身体症状：拒食による脱水・栄養障害、長期同一姿勢保持による関節の拘縮など
- ③ 向精神薬副作用によるもの：パーキンソン症候群、水中毒、尿閉、腸閉塞悪性症候群など

##### ② 身体疾患と精神疾患が偶然合併したもの

精神疾患と併発した身体疾患との間に直接因果関係のないもの  
精神分裂病と悪性腫瘍、うつ病と肺炎の合併など

##### ③ 身体疾患治療中に発生する精神症状

- ① 症状性・器質性精神疾患：身体疾患や脳器質性疾患にもとづいた精神症状  
肝性脳症、甲状腺疾患にともなう精神症状、脳炎、  
脳血管障害後の精神症状など

②医薬原性精神疾患                   ：ステロイドやインターフェロンなどの身体疾患治療薬によって引き起こされる精神症状

③身体疾患が契機となっておこる反応性精神疾患：癌告知後のうつ状態など

## (2)精神科救急・精神科急性期医療

精神科の急性期は(1)の①のような身体症状が起こりやすく、また初発の場合にはそれが(1)の③の①によるものではないか鑑別が必要である。そもそも急性期治療は安静と薬物療法が主体の時期であり、身体疾患治療と同様のスタンスで治療可能な時期である。また薬物も比較的大量が使用されることから副作用の出現にも十分な留意が必要である。従って、本来的には精神科救急・急性期治療は他科との連携がとりやすい総合病院精神科が中心となるべきであろう。

## (3)初期診断・初期治療

精神症状の初発時にはそれが何らかの身体疾患の反映ではないのかという鑑別診断がもっとも必要であり、患者や家族自身も総合的な観点での診療を求めることが多い。また精神科治療への導入として、受診抵抗の少ない総合病院の方が適しているといえる。

## (4)神経症・うつ病・思春期精神疾患の治療

比較的軽症なこれらの疾患や思春期の患者は、単科精神病院での治療には抵抗を示すことが多く総合病院精神科が引き受けることが多い。また、これらの疾患も身体疾患との鑑別や摂食障害のように他科医との連携が必要となることが多い。

このように精神科治療において、一般科との連携を必要とする局面は極めて多く、両方の治療が行える総合病院精神科が中継点としてより多くの役割を果たすべきであろう。しかし現在わが国においては総合病院で精神科とくに精神病床を設置している病院は少なく、かつ精神科治療施設間での機能分担も進んでいないことから、身体合併症医療や精神科救急・急性期治療に焦点を当てた総合病院精神科も少ないのが現状である。総合病院に精神病床の設置が進まない最大の要因は、一般科との医療費（診療報酬）の極めて大きい較差にある。現在一般診療科では1日入院して約30,000～40,000円かかるが同じ総合病院内にあっても精神科では15,000円程度である。一般科の1/2～1/3であり、これでは経営上は全くお話にならず、ただでさえ逼迫している病院経営のなかでは精神科を新たに設置したり充実させようという動きは起こりようがないのである。

当院精神科は昭和61年に外来が設置され、ついで平成4年7月に病棟（閉鎖50床）が開設された。当初より精神科急性期治療や身体合併症治療を射程においた地域医療に貢献しうる病棟運営を考え、約6年間ほぼそのように運営してきた。

平成8年の入院数は312名であり、このうち救急外来経由の入院が96件（31%）、精神科急性期状態にあった患者は210名（67%）であった。また何らかの（他科医の診療を必要とする程度の）身体合併症を保有していた患者は137名（44%）であり、精神科急性期状態にある患者においても同率の44%に身体合併症がみられた。また精神科初回入院者は111名（36%）であった。平均在院日数は58日であった。

院内外との連携状況は、院内他科からの転科入院が36件、他院（精神病院、一般病院）

からの転入院が19件、他院からの紹介入院が29件、その他警察関与入院が16件、保健所よりの紹介入院が7件であった。また平成8年の精神科救急外来数は554件であった。このように当院精神科の診療活動は救急・急性期医療、身体合併症医療を中心に院内外、地域と広く連携をとりながら行われており、二次医療圏における精神医療の中核的病院としての機能を果たしているものと思われる。

当地区には以前は単科精神病院、精神科クリニックは存在していたが総合病院精神科はなく、身体合併症医療、精神科救急医療に関しては困難な状況にあった。当院精神科の開設により精神医療施設間の機能分担が明確となり、地域における精神医療に関するトラブルは減少したものと思われる。しかし、当地区には精神保健福祉に関する資源は乏しく、精神医療施設以外の福祉施設はほとんど皆無の状況である。精神医療は単一の病院や医療施設だけによって完結するものではなく、地域における福祉施設や関連支援機関などの重層的なサポートシステムの裾野を持つことにより、急性発症から障害者のノーマライゼーションにいたる幅広いニーズに応えうようになるものと思われる。

平成3年の北総精神科医会の発足を端緒に当地域における地域連携の模索が始まり、平成9年には成田地区精神障害者家族会「なりた会」、精神医療施設従事者・保健所職員・市職員を中心にした成田地区精神保健従事者の会が発足し、平成10年には成田市における総合的な精神医療・保健・福祉システムを構想していくための「成田市精神保健福祉推進協議会」が発足することになった。この協議会は、市単位のものとしては千葉県内では船橋市に次ぐもので、精神医療保健福祉の関係者と成田市が一体となり当市における精神医療保健福祉について検討していくものである。

このように精神科救急・急性期医療、身体合併症医療を中心にした総合病院精神科（有床）の活動は地域における精神医療の整備に極めて有効であり、精神医療と一般医療を緊密に連絡するという役割も有する。こうした精神医療における機能分担がさらには医療と福祉との本来的な機能分化を促進し、さらにはそのことを基礎とした地域における統合的な精神医療保健福祉システムの構築をも可能にするものと思われる。