

総合病院精神科の参加による

地域精神医療保健福祉システムの構築

佐藤 茂 樹

(成田赤十字病院、日本総合病院精神医学会)

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担っているといわれているが、わが国においては精神医療・保健・福祉の機能分化が明確ではなく、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。

精神医療ということばのなかには医療という語句が含まれてはいるが、精神医療と一般医療とは全く別のものと考えられてきた。しかし、人間が精神と身体の両方を持つ存在である以上、それぞれ単独に身体のあるいは精神の病気にかかるだけではなく、その両方に同時に罹ってしまうこともありうる。

身体合併症と呼ばれる状態は精神疾患に身体疾患が合併した状態のことであるが、これを臨床的につぶさに観察するとさまざまなヴァリエーションがあることがわかる。身体合併症のいくつかのパターンを提示してみる。

1. 身体合併症(1)：精神疾患に起因した身体症状 (図1)

①うつ病や精神分裂病に罹患していて病気の経過中に自殺企図や自傷行為により、切創や骨折や急性薬物中毒などの身体症状を生じてしまったり、②拒食による栄養障害や脱水症や長期同一姿勢保持による関節の拘縮など精神症状自体により身体症状を呈することもある。また③精神疾患の治療中に、薬疹や麻痺性腸閉塞、悪性症候群な

どの薬物による副作用が出現することがあるがこれもこのパターンの中に含めることができる。一般に精神科急性期の状態にあるときにこのタイプの身体合併症は発生しやすいといえる。

2. 身体合併症(2)：精神疾患と身体疾患の偶発的合併 (図2)

精神疾患と身体疾患が何の因果関係もなく合併する場合である。精神分裂病の人が悪性腫瘍を併発したり、うつ病に罹っていて肺炎を合併したりする場合である。

3. 身体合併症(3)：身体疾患治療中に発生する精神症状 (図3)

①肝性脳症、甲状腺疾患などにもなう精神症状、脳炎や脳血管障害後の精神症状など身体疾患や脳器質性疾患に基づいた精神症状や②医薬原性精神疾患といわれる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癌告知後のうつ状態など身体疾患への罹患や治療が契機となっておこる反応性精神疾患などがここに含まれる。

このように精神疾患と身体疾患はお互いに影響しあいながら、ときには同時に発生する。それゆえ医療においても、その患者の状況に応じて身体治療優先モードから精神治療優先モードへ、精神治療優先モードから身体治療優先モードへという機敏な転換が行われるシステムの存在が必要であろう。

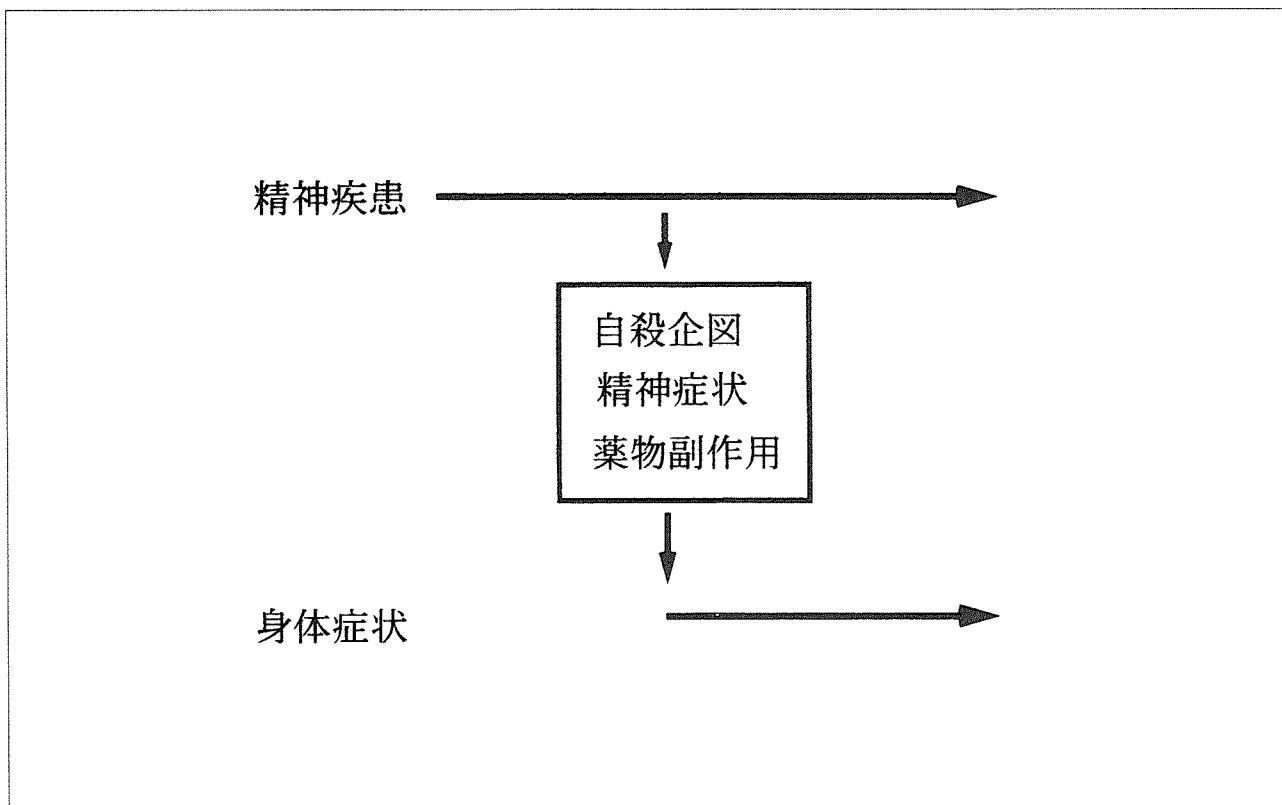


図1 身体合併症 (1) 精神疾患に起因した身体症状

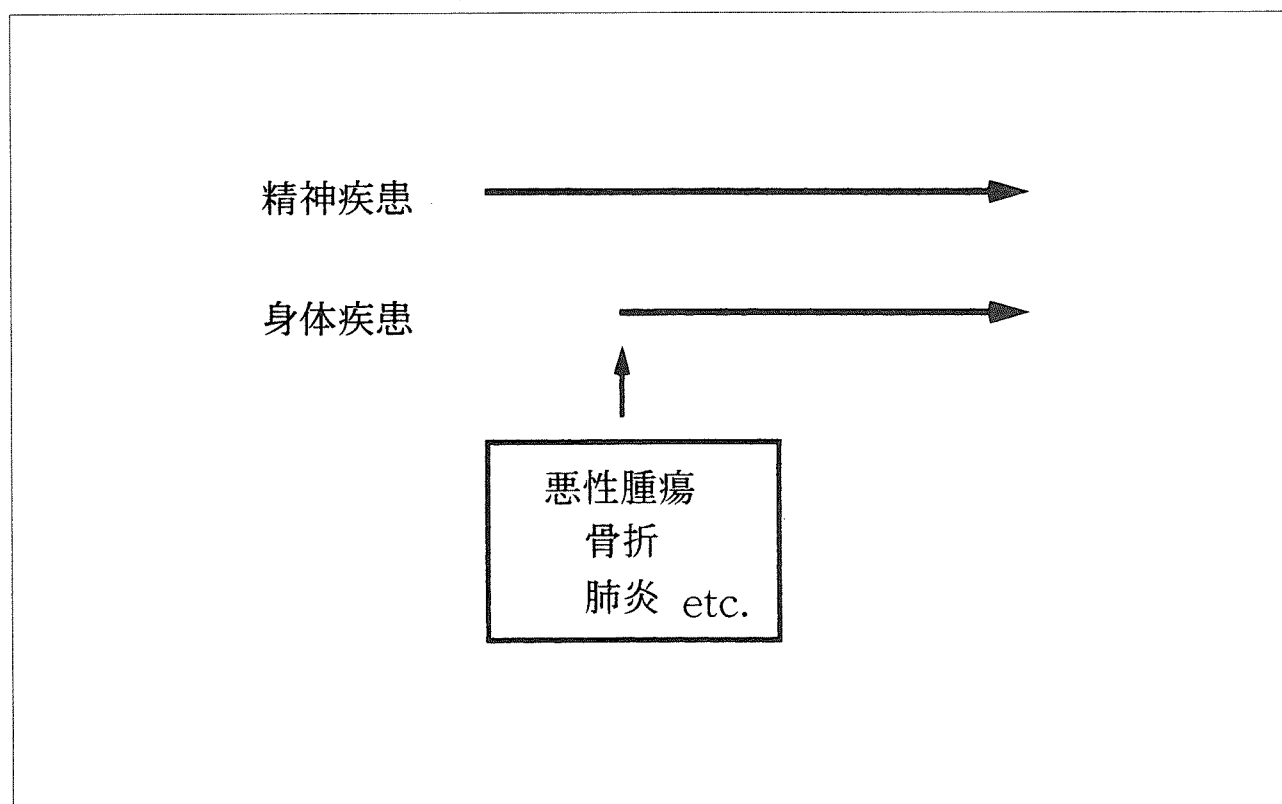


図2 身体合併症 (2) 精神疾患と身体疾患の偶発的合併

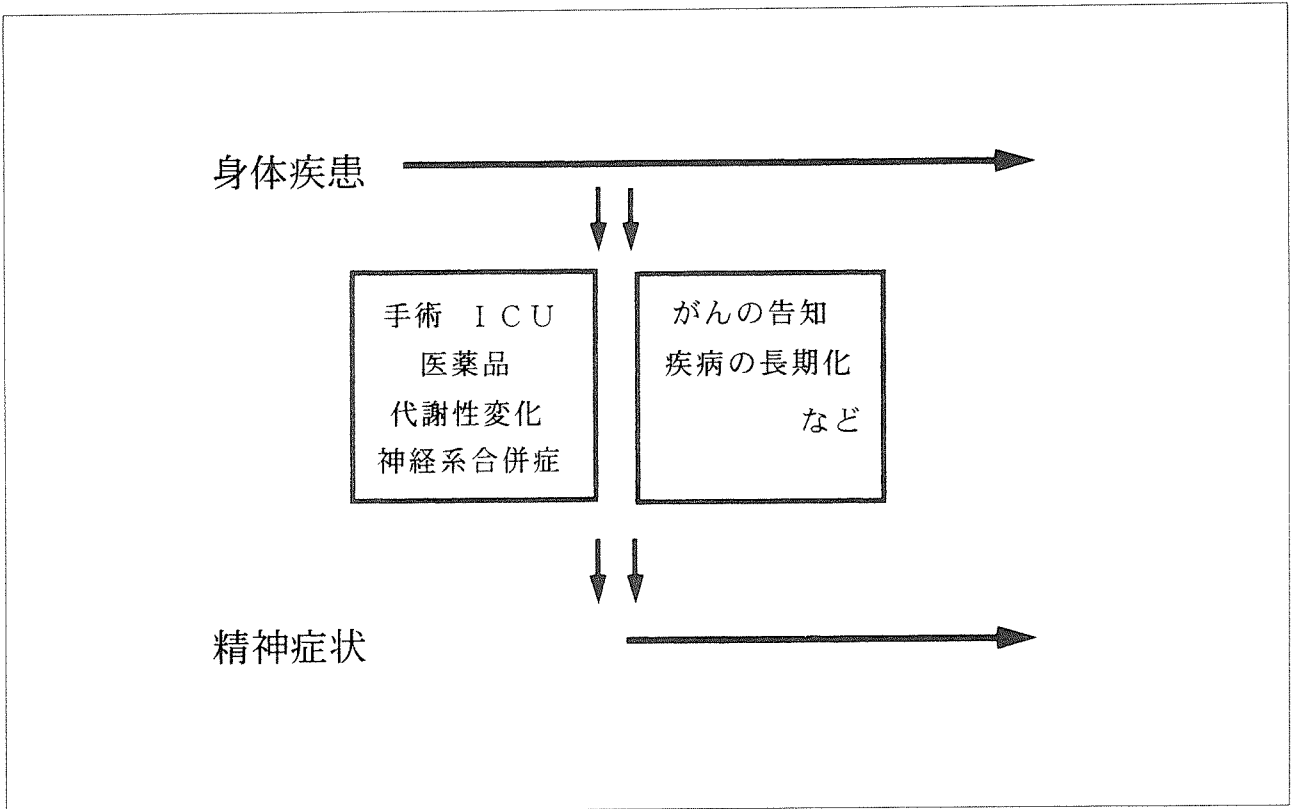


図3 身体合併症 (3) 身体疾患治療中に発生する精神症状

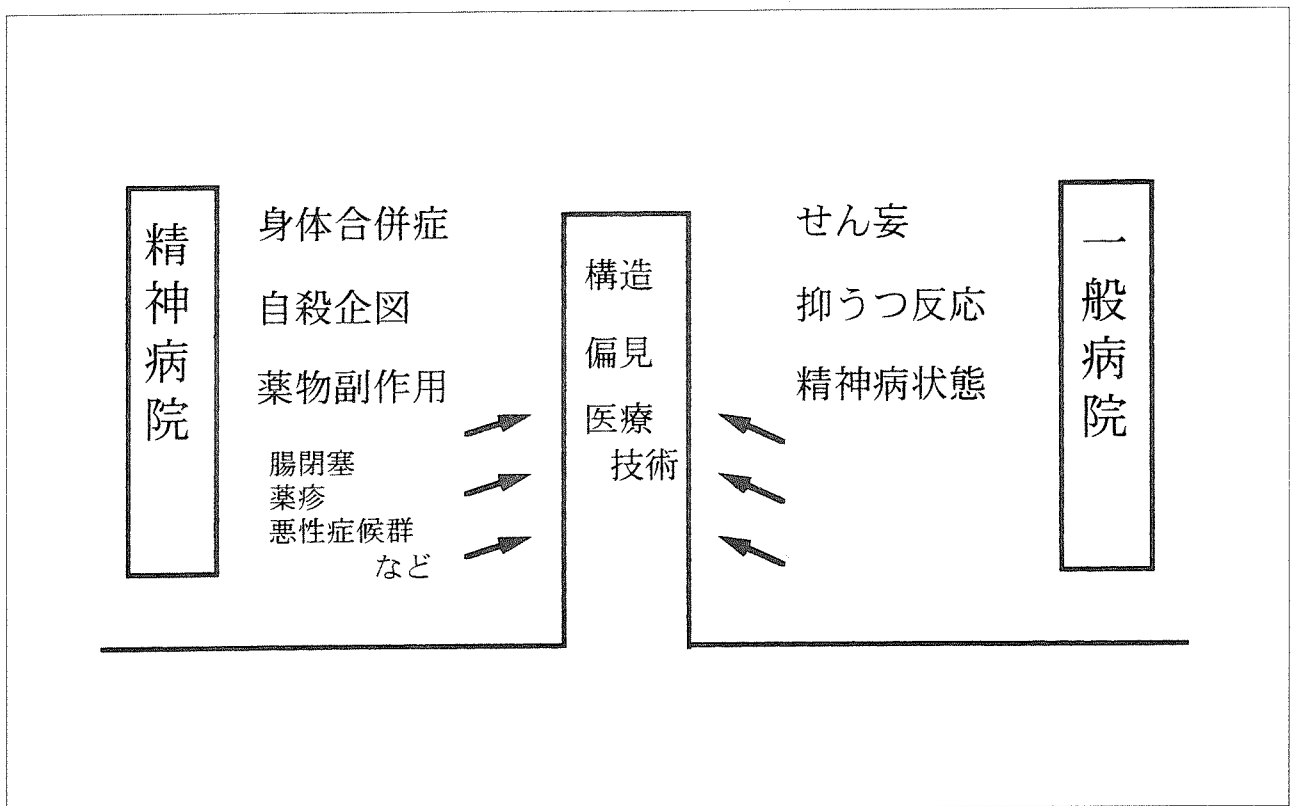


図4 単科精神病院と一般病院との関係

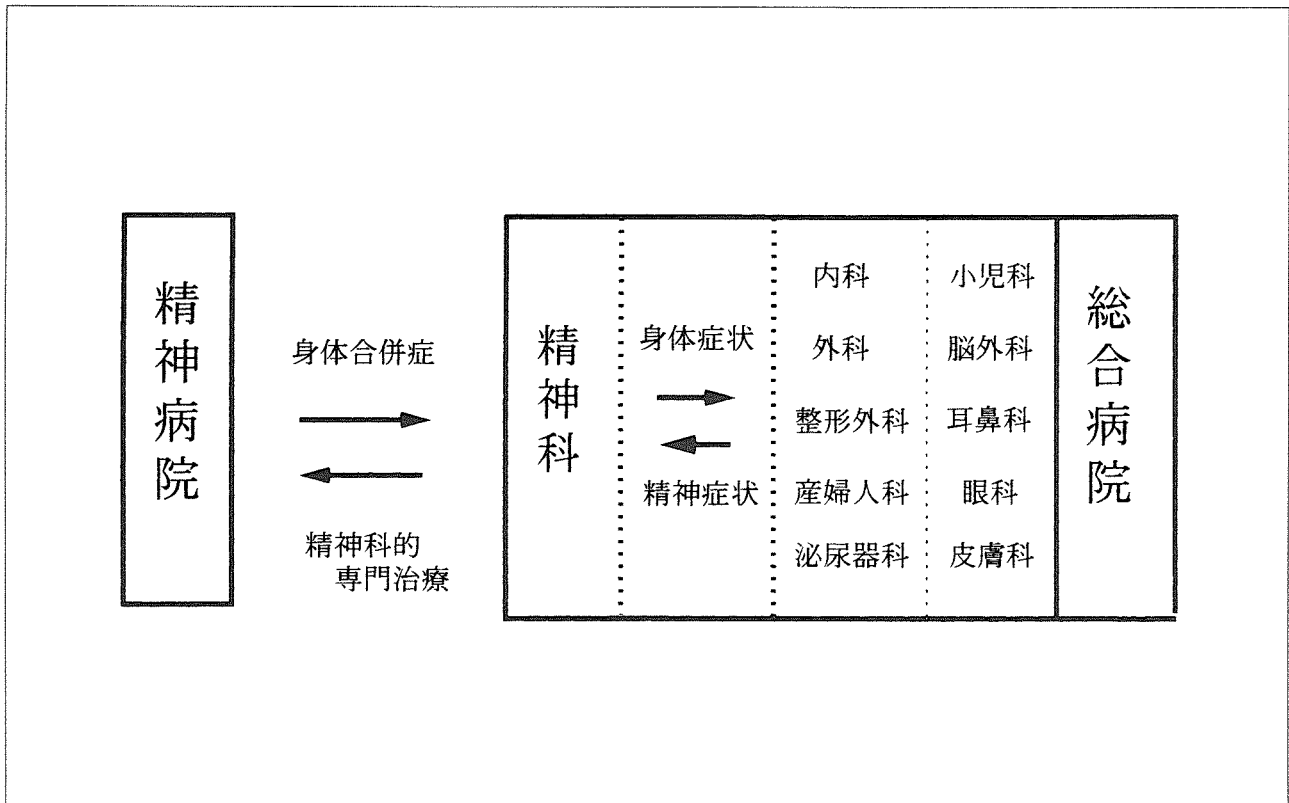


図5 精神科を有する総合病院と単科精神病院との関係

ところで単科精神病院と一般病院の相性は悪く、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、単科精神病院では重篤な身体疾患の管理治療は十分に行えないことが多い(図4)。精神病床を有し、精神科急性期治療が可能な精神科を有する総合病院こそが精神-身体のあらゆる状態に対応でき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りうる(図5)。

このように総合病院精神科は医療においても精神医療においても極めて有用な存在であるが、精神医療において総合病院精神科が果たしうる役割を列挙すれば以下ようになる。

- (1) 身体合併症医療 (前述)
- (2) 精神科救急・精神科急性期医療

精神科の急性期は先に述べたように身体症状が起こりやすく、また初発の場合にはそれが身体疾患にもとづく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もある。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といえる。また精神科治療への導入としても、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

ものと思われる。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ある。

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、精神医療においても両方の治療が同時に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は精神科では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。（図6、図7、図8）

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9年の入院数は304名であり、精神分裂病圏、気分障害、等精神病状態が約80%を占めていた（図9）。このうち急性期患者の割合をみると約70%で急性期患者中心に治療を行っていることがわかる（図10）。身体合併症に関しては

入院患者の45%がなんらかの身体合併症を有していた（図11）。治療歴を見ると当院初回入院者が57%であり、全くの初発初回治療者が36%程もいた（図12）。平均在院日数は60日を切っており、90日以内に82%が退院し、66%が自宅に退院していた（図13）。

入院経路で見ると、一般・精神をとわず他院よりの転院、院内他科よりの転科、他院よりの入院紹介等他よりの紹介によるものが38%、紹介なしが62%であるが、このうち当院救急室経由のものが70件を占めており、他院他科との連携および救急室が当科の主な入院ルートになっていた（図14）。

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。

このように総合病院精神科の存在は地域医療における各機関の役割分担を明確にさせるという意味を持つものと思われる（図15）。

次に当地区の状況について述べたい。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まし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ように思われる。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

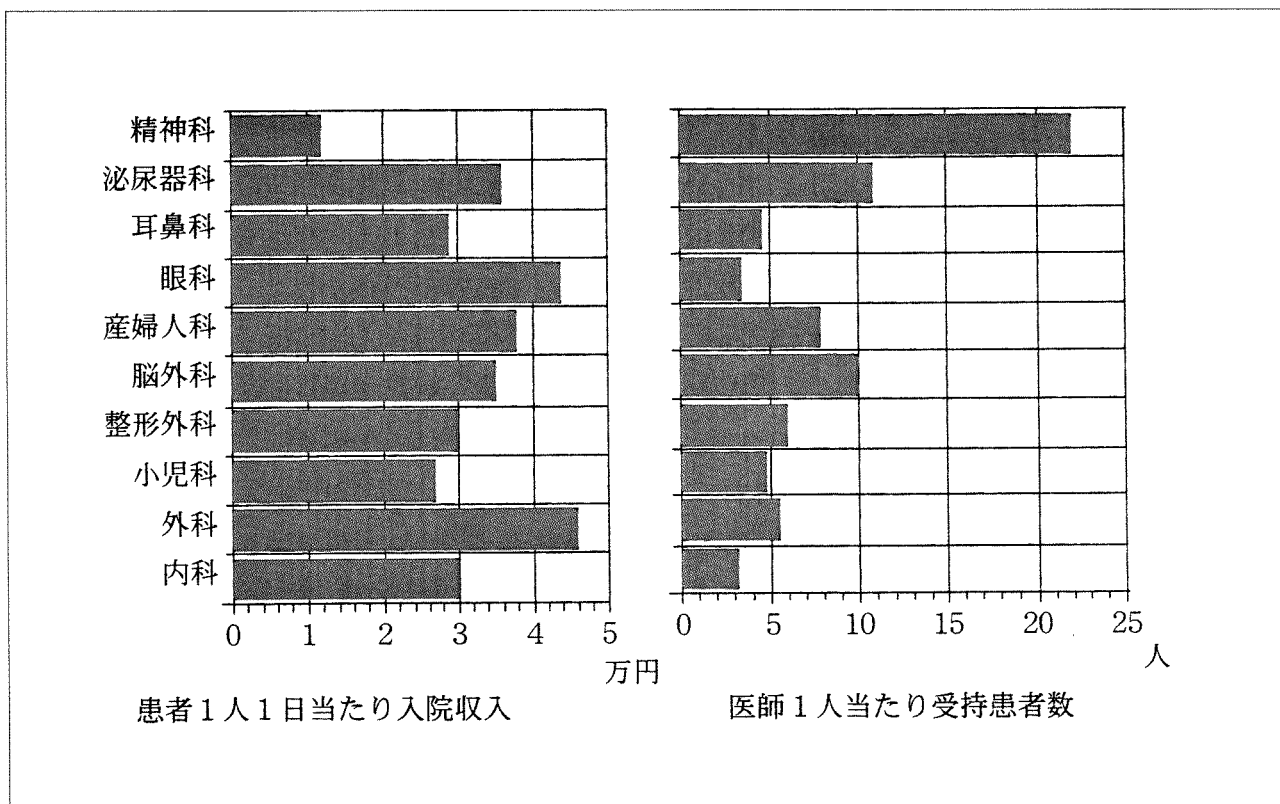


図6 各科別入院収入および受持患者数比較(1)

(1995年 A病院：精神250、一般654)

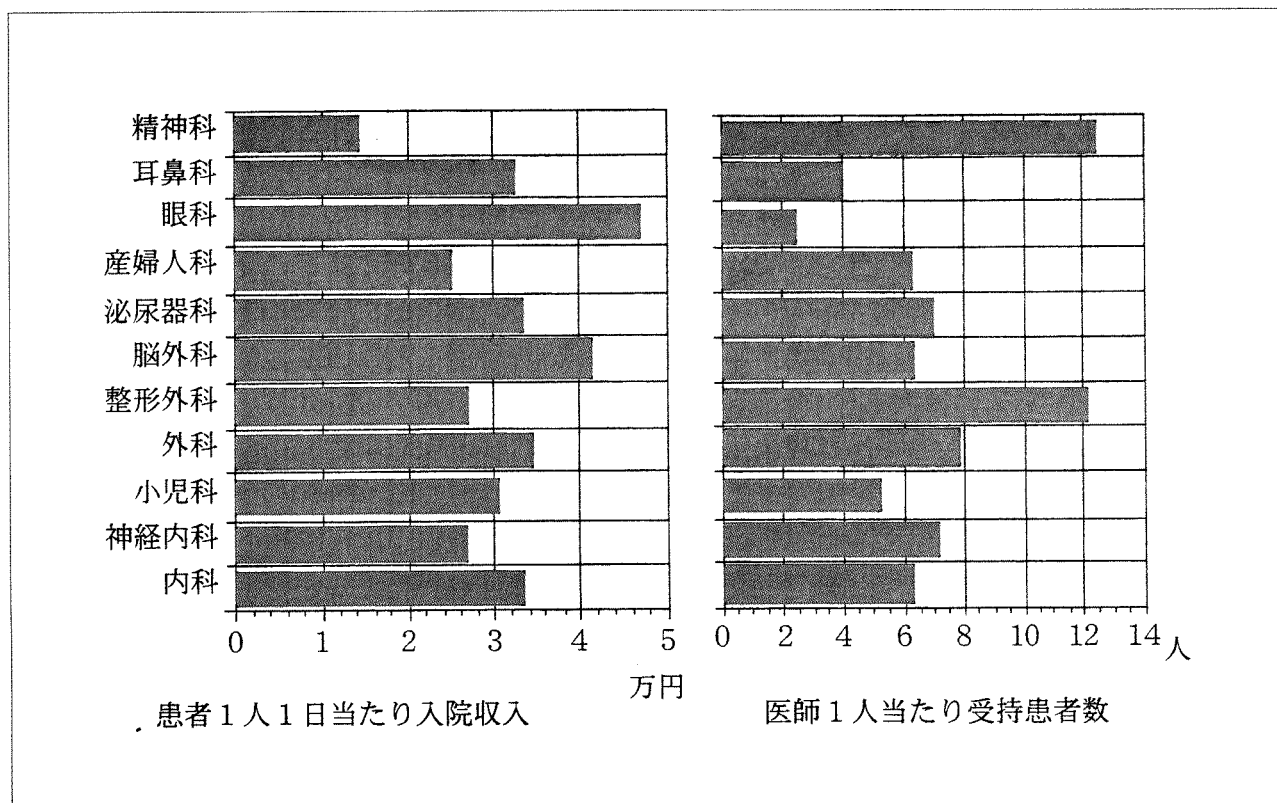


図7 各科別入院収入および受持患者数比較(2)

(1995年 N病院：精神50、一般600)

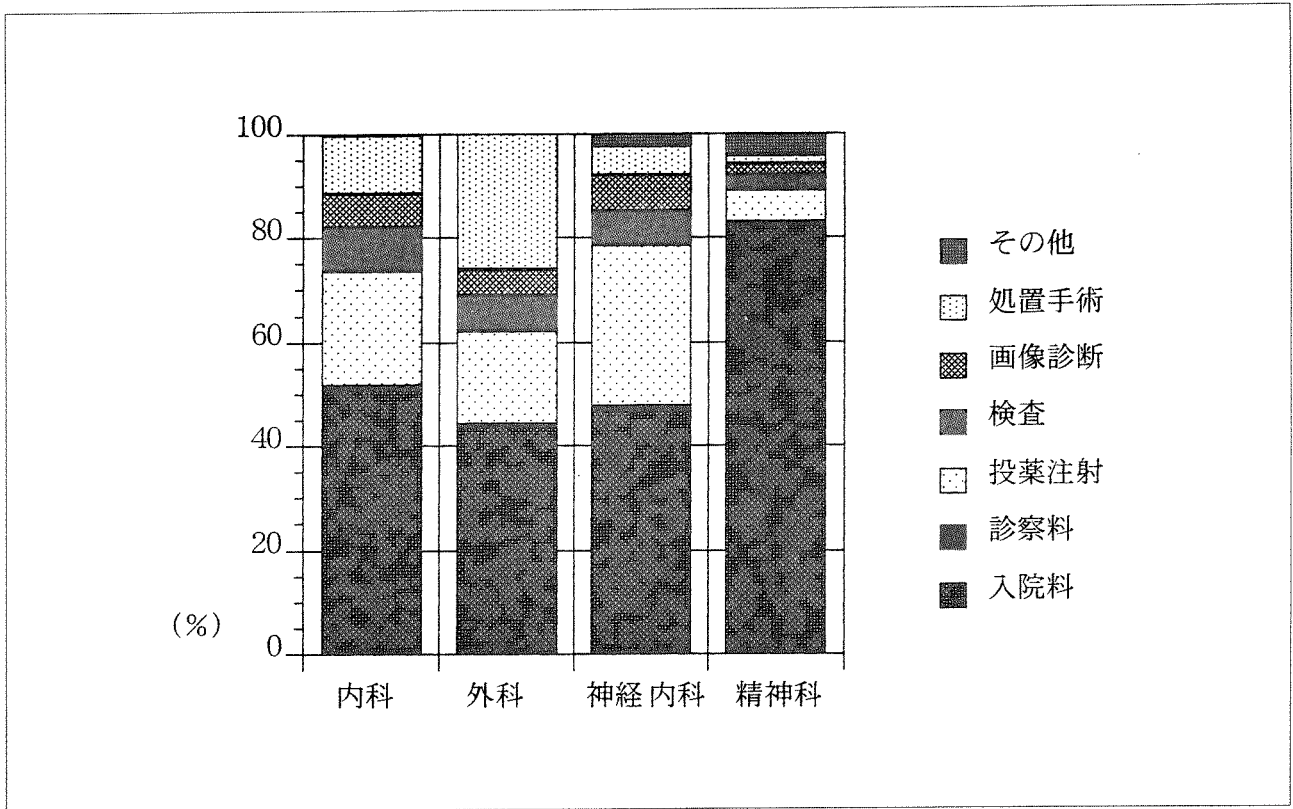


図8 入院患者1人1日当たり診療収入内訳

(1995年)

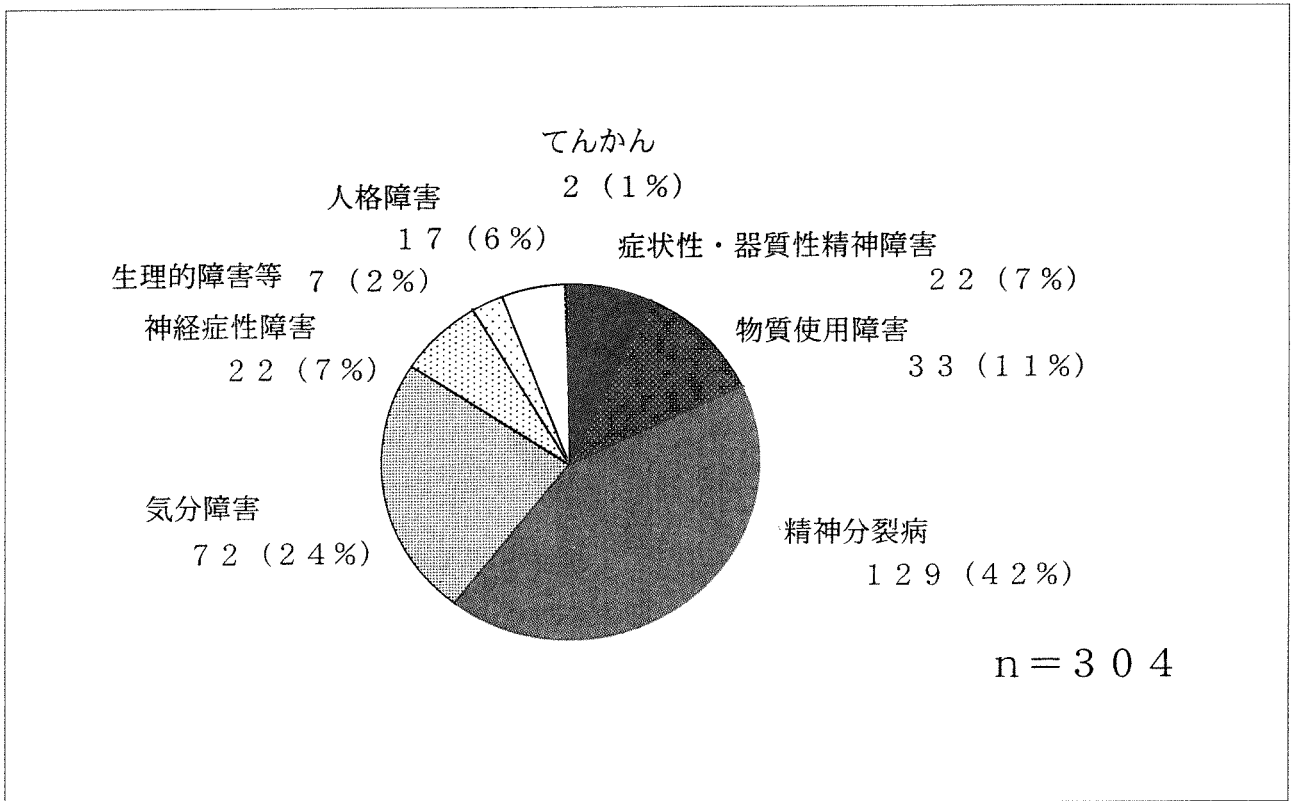


図9 1997年 入院患者診断分類

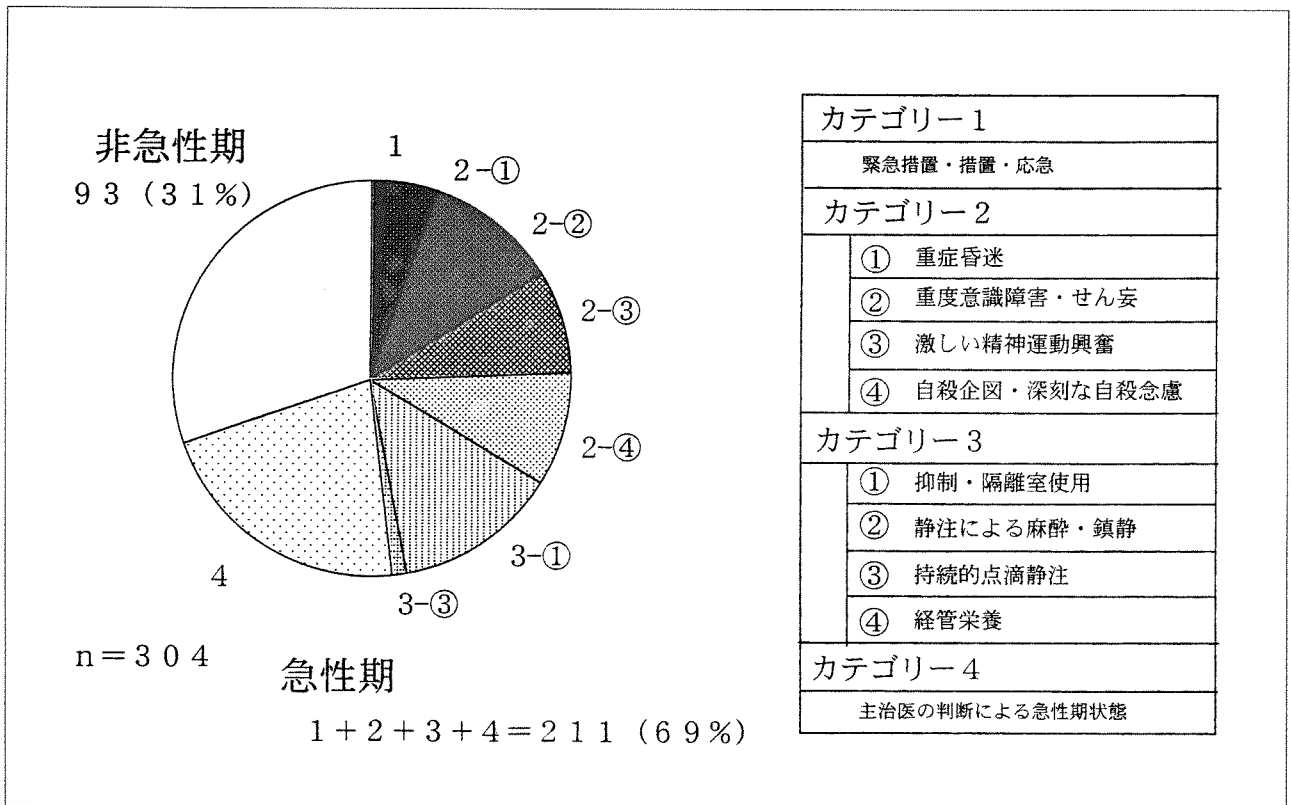


図10 入院患者中の「精神科急性期」(計見試案)の比率

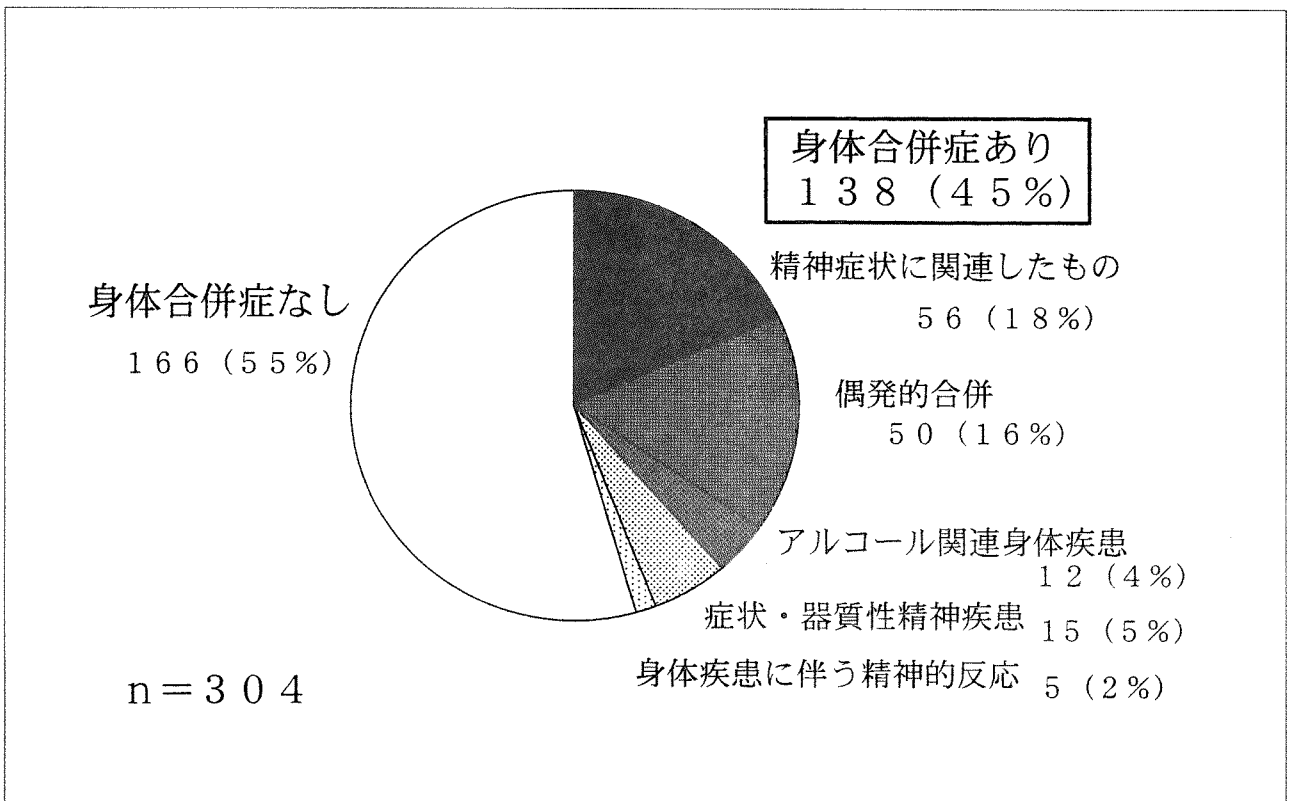


図11 入院患者中の身体合併症保有者の比率

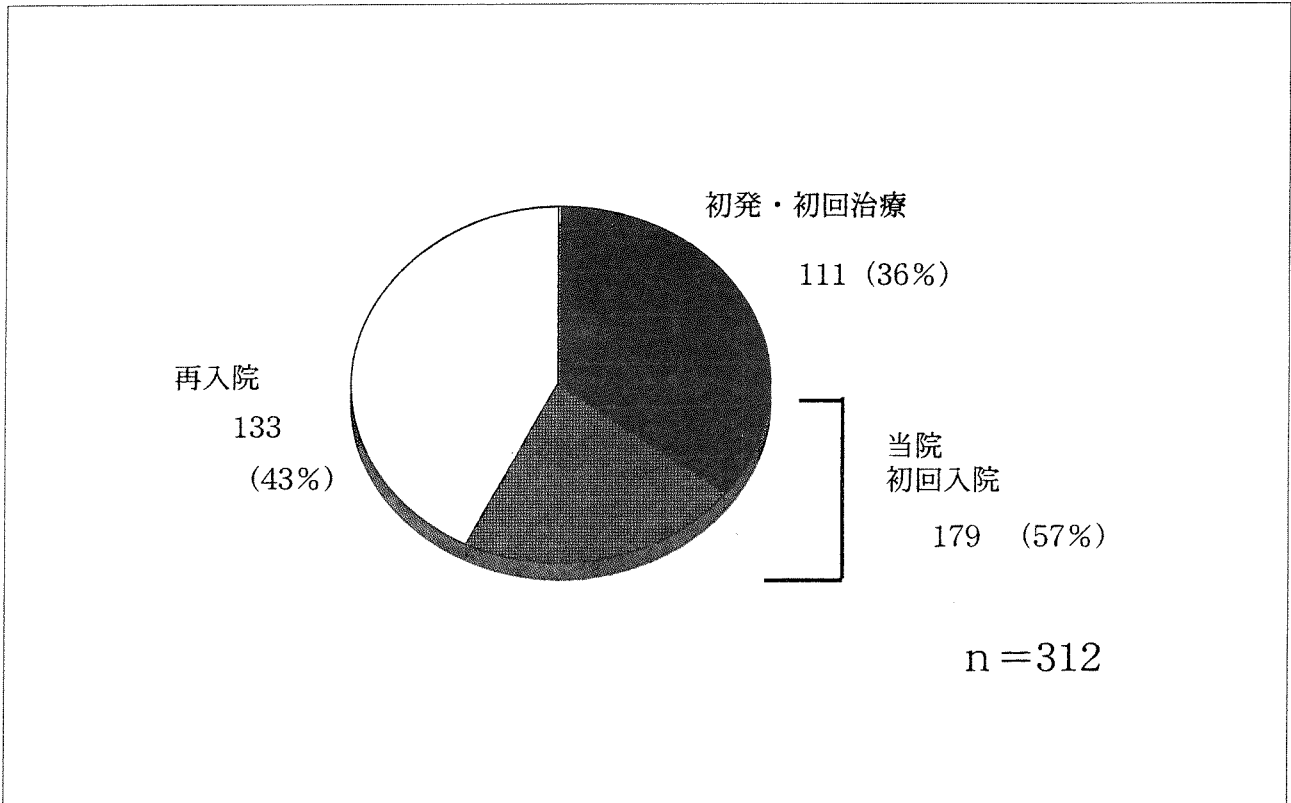


図12 初回入院者、初回治療者の比率

(1996年)

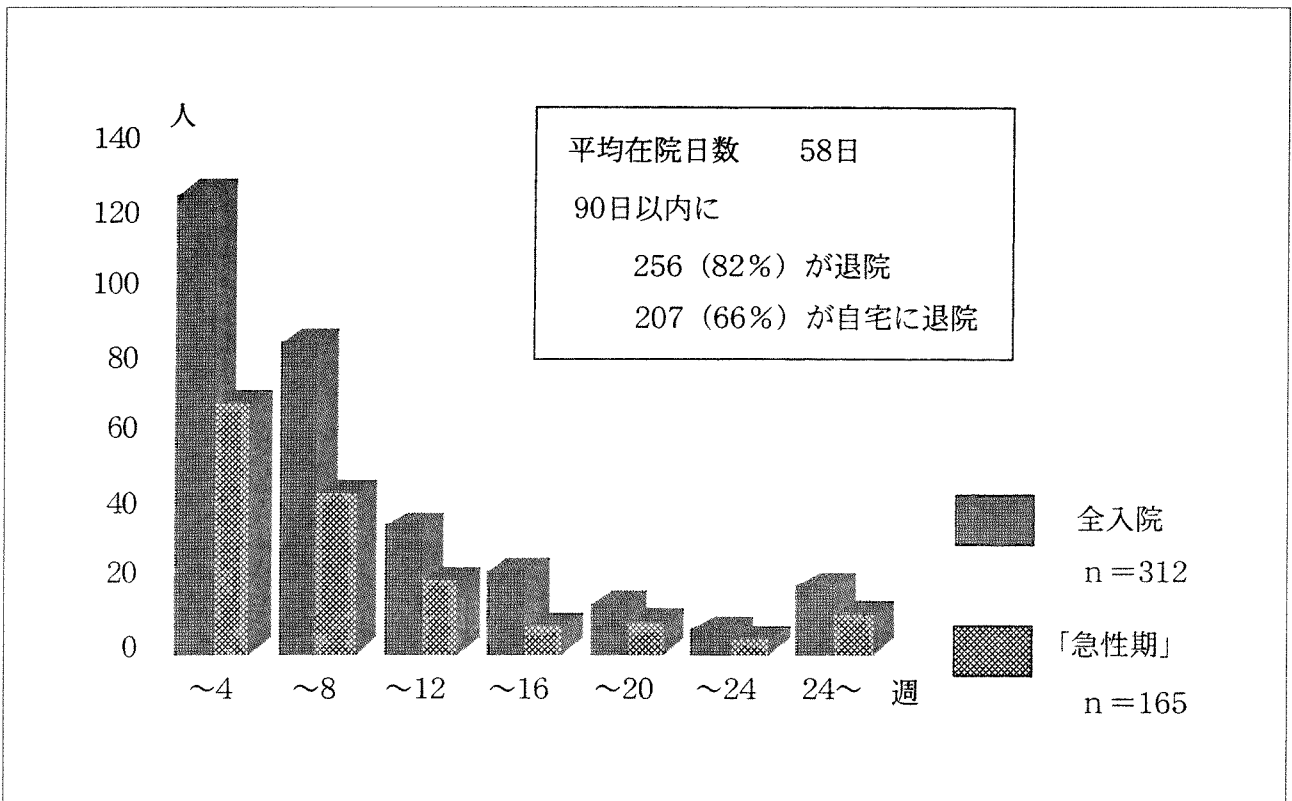


図13 入院日数

(1996年)

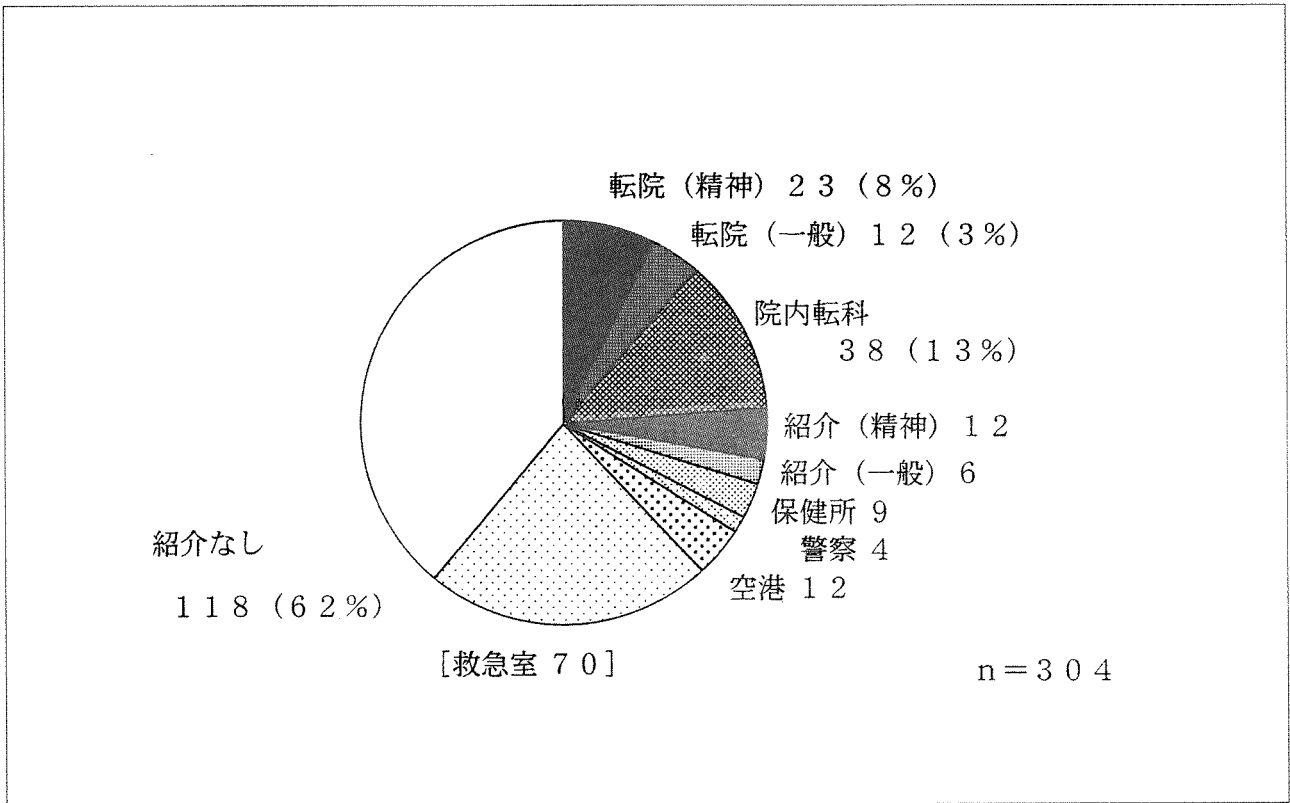


図14 入院紹介経路

(1997年)

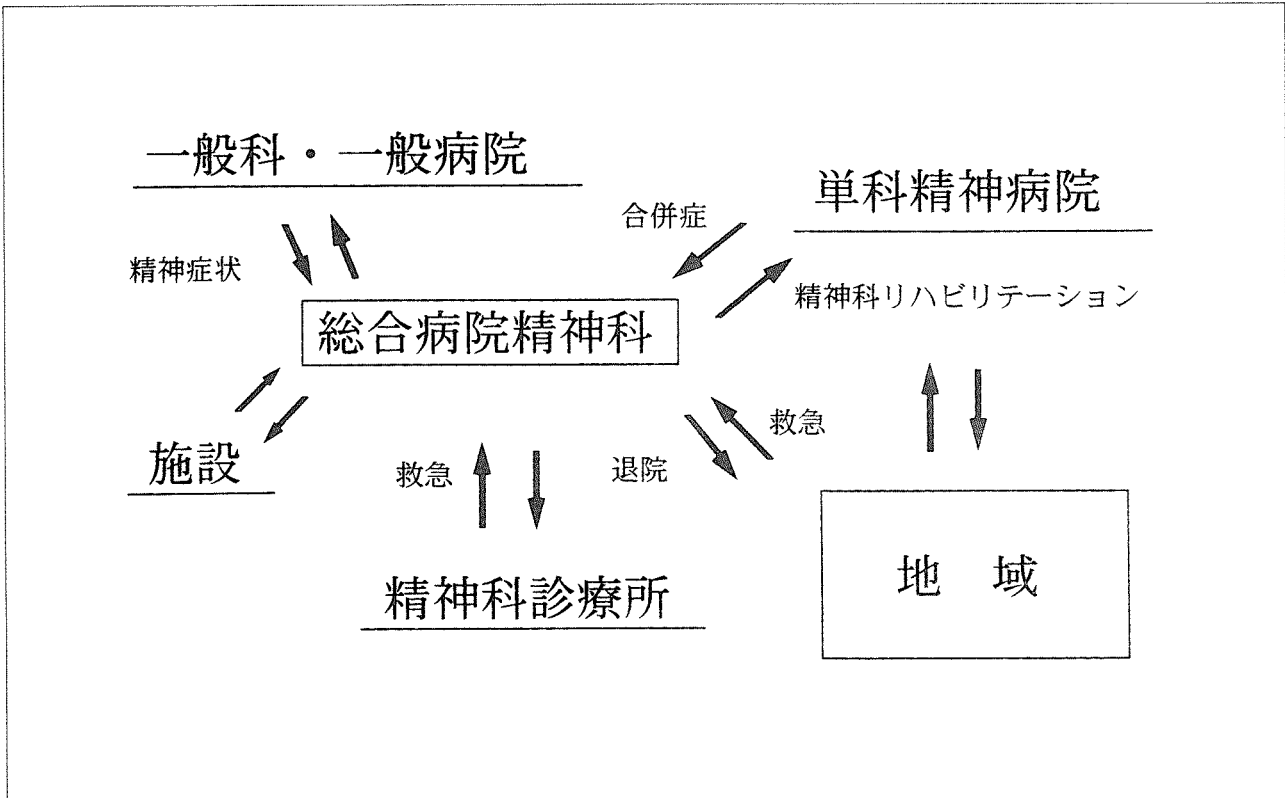


図15 二次医療圏レベルにおける総合病院精神科を含んだ医療連携

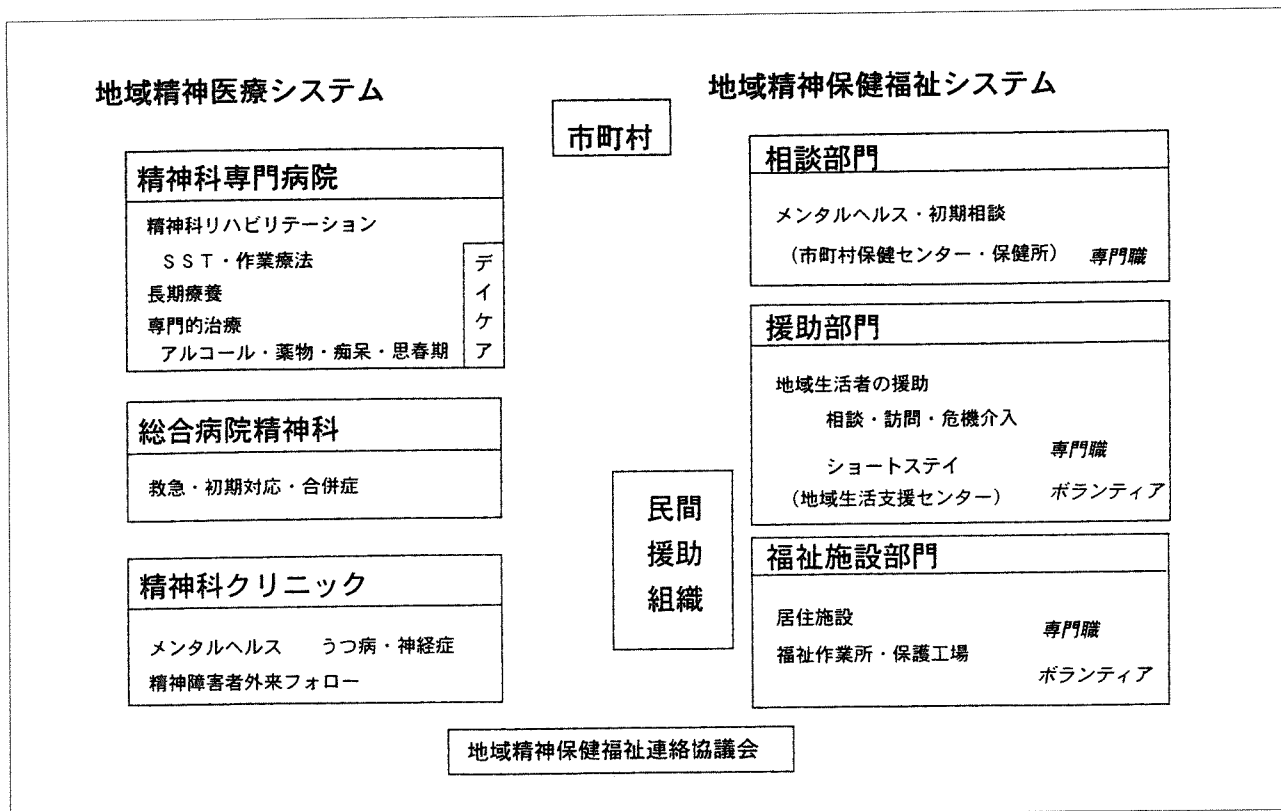


図16 地域精神保健・医療・福祉モデル

マライゼーションにいたる幅広いニーズに応えるようになるものと思われる。

当地区においては平成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。図16のようなモデル概念を元に地域システムの整備が徐々に進められていく予定である。

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している。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。