



リエゾン医療における精神科医の役割

奥村, 満佐子
佐藤, 倫明
船坂, 和彦
高橋, 年道

(Citation)

神戸大学医療技術短期大学部紀要, 8:25-31

(Issue Date)

1992

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/80070189>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/80070189>



リエゾン医療における精神科医の役割

奥村 満佐子¹, 佐藤 倫明²,
船坂 和彦², 高橋 年道²

緒言

医療にたずさわる者の姿勢として、『病』を診るのではなく、『病人』を診ることが大切であることは従来より指摘されていることであるが、実際には容易でないことが多い¹⁾。特に現在のように医療が高度に専門化、細分化され、その傾向が強まる中において、一人の医師が病人を全人的に治療することはますます困難になってきている。このような状況において、疾患の理解だけではなく、病人の全体像つまり疾患の理解と同時に病人を取り巻く家族、医療スタッフとの関係などを全体的に理解、把握し、これらの病人を取り巻くどの要因とも等しい治療的距離を保ち、中立的かつ包括的に病人の治療にかかわることのできる治療者の必要性がますます高まってきている^{2) 3) 4)}。このような必要性から生まれたコンサルテーション・リエゾン精神医学は米国では1920年代当初に急速に発展を遂げ、多くの病院に精神科が併設されるようになった^{1) 5)}。わが国ではこれに遅れること数十年、1970年後半に本格的にリエゾン精神医学の紹介がなされ、その考えが導入されるようになった⁶⁾。先に述べたような中立的かつ包括的な治療者としてのコンサルテーション・リエゾン精神医学の必要性和重要性が次第に認識されるようにはなっているが、未だ十分とは言いがたい^{6) 9)}。

筆者らは小児科入院中に急性の精神症状を呈したSLE患者の治療を経験した。本症例の治療経過を述べ、精神科医が果たした役割について考察したい。

症例及び治療経過

患者は14才女児で、生来健康であったが、1991年5月中旬頃、SLEと診断され神戸市立中央市民病院・小児科に入院した。入院当時は脳波は正常で、精神症状は認められなかった。入院後は経過も良く、7月2日よりプレドニンの減量し、7月5日より7日まで2泊3日の外泊が可能なほどに回復した。

しかし、外泊より帰院後2日目より40度誓い発熱が3日間続いた。その頃より患者は不眠・不安を訴えるようになった。臨床検査上はSLEの急性増悪を示す所見は認められなかった。発熱は7月12日頃より38度に下降し、約1週間続いた。患者の精神状態はむしろ熱が下降気味になった頃から悪化し、いろいろ、同室者に対する関係念慮、軽度の失見当識、場当たり応答などが認められ、手足のしびれを訴えるようになった。これらの症状は診察する時によってかなりの変動があり、正常な時の患者の様子と変わらない様子を示すこともあった。小児科の主治医は、臨床検査上異常は認められなかったが、その経過から一応SLEの急性増悪と考えてプレドニンを増量した。12日に脳波検査と髄液検査を行った。脳波検査では軽度の異常が認められたが、小児科の脳波判読医は「正常の脳波とは言いかいがいが、病的な意味はない」と判断した。髄液所見には脳炎など頭蓋内の器質的病変を疑わせる所見は認められなかった。その日の夜間に患者が「部屋にあったトトロの縫いぐるみの横から人間の手が伸びた」と幻視を訴え、縫いぐるみを恐れ、部屋から全部縫いぐるみを

1. 神戸大学医療技術短期大学部
School of Allied Medical Sciences, Kobe University
2. 神戸市立中央市民病院神経科
Kobe City General Hospital, Department of Psychiatry

放り出してしまった。付き添っていた家族にも患者が見たのと同じ「得たいの知れない物」が見え、それが走ったところには蕁麻疹ができたとのことであった。

翌日には患者の精神状態はますます悪化し、過換気発作を頻回に起こし、付き添いの家族にも非常に攻撃的になり介助を拒むようになった。家族は病室で独自に祈祷をし、さらに祈祷師に来てもらって本格的に祈祷してもらうことを希望した。しかしこれは医療スタッフに受け入れてもらえなかったために、こっそりと祈祷師を呼んだ。家族にも患者が訴えるのと同じように「得体の知れない物」が見え、患者の病状悪化はそのためと確信し、清めの塩とお札で患者を静めようとするなど、神憑り的な状態になった。小児科の主治医は、臨床検査上SLEの急性増悪や脳炎を疑わせる所見がないこと、脳波判読医の意見、また患者の訴え、それに対する家人の反応、内気で対人緊張を生じ易い患者の性格などから、これらの精神症状を“心因性精神病”と考え、精神科当てに受診依頼書を書き、さらに直接電話で「患者のみならず、両親もおかしい。どうしたものか。早急に診察して欲しい」とコンサルテーションの依頼をした。コンサルテーションを受けた精神科医は、小児科の主治医より患者の様子、臨床検査の所見や両親の様子を聞き、両親の処遇に困った小児科の主治医と、あくまでも自分達のやり方を通そうとする患者の両親との間に互いの気持ちが通じ合わないといったいらだちがあり、両者が緊張状態にあると判断した。主治医より両親に精神科診察の必要性を説明し、精神科診察の承諾を得ておくことが重要であると思われたので、そのことを主治医に依頼した。主治医は、現在の状態ではSLEの治療に支障を来す。小児科の主治医は精神症状の治療に関しては専門外であるため、専門家である精神科医の診察が必要である」と両親にかなり強硬に説得し、やっと承諾を得たとのことであった。両親の承諾が得られた旨連絡があり、精神科医が小児科病棟に往診した。患者の診察には小児科の主治医も立ち会っ

た。患者はベッドに仰臥し、頻発する過呼吸発作のため「苦しい」「しんどい」と訴えたが、精神科医の質問には比較的要を得た応答をした。身体症状として瞳孔散大、発熱が認められ、精神症状は前日と変化はなかった。病室の壁面には至るところにお札がはっており、母親は患者のベッドのそばの椅子に不安そうに腰掛けていた。両親は精神科医にうながされても「話しても信じてもらえない。分かててもらえない」と話ししぶったが、両親が語ることを不用意に批判することなく受容的・支持的に聞くうちに、徐々に両親が見た「得体の知れない物」について具体的に話すようになった。精神科医は両親に「診察の結果、現在の患者の精神症状はSLEのためのものであり、向精神薬の投与が必要である」と説明したが、母親はあくまでも“たたり”と主張し、向精神薬の投与を拒否した。精神科医は「両親は患者の様態が急変したために不安をつのらせ、また数日来的病棟スタッフとの感情的行き違いもあり、医療スタッフに不安感や不信感を抱いてるようだ。プレドニン増量中でもあり、あえて母親の反対を押し切ってまで早急に向精神薬を使用するのは適当でない。まず両親の不安を鎮めることが先決だ」と考え、向精神薬は当面使用せず経過観察を行うことにした。小児科の主治医にもその旨を伝えた。

この日より約10日間、ほぼ一定の時間に1日3回、母親が観察した患者の様子を聞くという名目で病室に行った。母親には「“得体の知れない物体“のことは触れないようにし、患者が十分に睡眠がとれているかどうかを観察するように」との具体的な指示を与えた。母親は当初精神科医に対し警戒的であったが、次第に自分達の不安をくわしく語るようになった。精神科主治医はこれらの母親の話をあくまで受容的・支持的、感情移入的に聞いた。

16日の脳波検査では明らかな脳波異常が認められるようになり、患者の精神症状が心因ないし内因性のものではないとの精神科医の説明に小児科の主治医も一応納得するようになった。

精神科医は両親に脳波の結果とSLE脳波の

診断を告げ、「とにかく患者を落ち着かせる必要がある。興奮による体力の消耗が激しい。夜間に睡眠も大切であり、そのためには向精神薬が必要である」と説明した。患者は14, 5日より頻回に過換気発作を起こす状態であったので、両親も鎮静の必要性を認め、「とにかく眠らせてやって欲しい」とのことで向精神薬の使用に同意した。

18日よりレボメプロマジンを中心とした向精神薬の投与を開始し、患者の状態を観察しながら漸増した。18日より20日まで傾眠傾向が続き、向精神薬の副作用のためではないかと不安に思った病棟の看護スタッフが精神科医に無断で一時投薬を中止してしまったことがあった。精神科医はこのことを母親から聞き、「看護スタッフに本患者の傾眠傾向は向精神薬の副作用のためではなく、SLEによる急性外因反応型の症状精神病の一つであると考えられ、現時点では薬物の投与が必要であることを説明し、投薬を再開した。20日には過換気発作が消失し、次第に覚醒と睡眠のリズムも正常のもどった。このような経過から看護スタッフも投与の必要性を明確に理解したようであった。25日頃には患者も安定し、母親も不安がることもなくなったので、精神科医は訪室を1日1回にした。患者は車椅子で散歩に出掛けられるほどに回復した。患者にこの約10日間のことについて尋ねてみたが、まったく覚えていないとのことであった。29日頃より向精神薬を減量した。8月1日には脳波もほぼ正常化した。これに平行するように8月3日には精神的には全く健康時と変わりのない状態となった。

8月13日より向精神薬は中止し、抗不安薬のみの投与とし、それも9月11日には中止した。8月26日には外泊が可能になった。その後投薬が終了するまで担当の精神科医は週に1, 2回患者の病室に往診した。

なお、神戸市立中央市民病院では救急医療が活発に行われているためか、本患者の治療の場合のように、一人の患者に幾つかの科が共同して《共観》の形で治療に当たることも多い。そ

のために医師同士、あるいは他の診療科の医師と看護スタッフやケースワーカーも顔なじみで、日ごろから相談を持ち掛けやすく、自由に討論できる雰囲気にある。

考 察

従来の個々の疾患を対象とした精神医学とは異なり、リエゾン・コンサルテーション医学においては患者にかかわるあらゆる人間関係を治療または処置の対象とすると言ってもよい^{1) 8) 9)}。リエゾン・コンサルテーション医学に携わる精神科医に求められる資質として、心身医学的な知識を十分に持ち、他の診療科の医療スタッフとのコミュニケーションが充分にとれること、また対人関係の問題点を読み取り、それに対処できる能力などがあげられている^{10) 11)}。つまり、リエゾン・コンサルテーションも含め患者にかかわるあらゆる人達と等距離を保ち、支持的・受容的に接し、その中で生じている問題が呈している精神症状にたいし精神科的処置を行うことを求められるのである。そこではまず、受診依頼を受けた精神科医は患者の精神医学的診断と患者を巡ってどのような対人関係の問題が生じているかを明確に理解することが必要である。精神科の診察の希望はかならずしも患者本人から出ているとは限らない。時には、主治医や看護スタッフあるいは家族から精神科に依頼が出され、患者には全く精神科診察のことが知らされていないかったり、知らされていたとしても不十分な形でしか知らされていないことも多い。このような状態では精神科医と患者との間で治療関係そのものが成立しないばかりか、患者と主治医との関係を損ねることにもなりかねない。患者や家族のみならず、主治医も精神科に対する偏見があり、ストレートに精神科の受診をすすめるににくいと感じてしまうことがあるようである。精神科受診をすすめる際には、不眠や食欲不振など、できるだけ具体的な患者が困っていることをテーマに、患者や家族が受け入れ易い形で主治医より精神科診

察の目的を明確に説明し、患者や家族の了承を取り付けておくことが肝要である。このようにすることは、精神科医と患者との治療関係を成立させるためだけではなく、患者、家族、主治医あるいは看護スタッフなど患者にかかわる人達に対して精神科医の役割を明確にし、不用意に精神科医がこれらの錯綜した対人関係に巻き込まれるのを防ぐことができる。また、このようにすることが医療スタッフの中にある緊張を言語化し、明確に認識するのに役立つこともある。

本症例の場合も、小児科の主治医より精神科にも診察依頼が出された時点では、患者および家族にその必要性が説明されていなかった。さらに、小児科の主治医が精神科受診の必要性を家族に説明した際に、主治医は家族が不安に思っている患者の症状を具体的にあげ精神科医に相談するよう勧めたのではなく、「SLEの治療に支障を来す」と漠然とした説明しか行わなかった。そのために患者の家族には精神科受診の目的が理解しにくく、患者の病状悪化を「得体の知れない物のせい」と確信し、神憑り的になっていた家族には精神科受診が受入れがたく、主治医がやや強引に説得しなければならないことになったのであろう。ここでは、後に精神科医が向精神薬を使用する際に家族に説明したように、不眠をテーマに受診の必要性を説明するほうが、家族にも精神科受診の目的が具体的に理解しやすく、受入れやすかったのではないだろうか。

患者が精神症状を呈した場合、主治医が患者に対しネガティブな感情を抱き、時には身体疾患の治療への自信や熱意をそがれてしまうことが往々にいてあるようである。また、家族も主治医に対し不信感を抱いたり、患者及び家族と主治医との関係がこじれ、身体的な基礎疾患の治療にも支障を来たしてしまうこともあるようである。癌の末期患者、主治医が期待するほどにはリハビリテーションの進まない患者⁹⁾、いわゆる問題患者と言われる患者、などの場合にこのような現象が見られることが多い。幸い、

本症例の場合、身体的基礎疾患の治療に関しては主治医も迷うところがなく、看護スタッフも一貫していた。家族もこの点に関しては主治医に信頼を寄せていたので、基礎疾患を治療するに当たっては家族と医療スタッフとの関係のこじれはなかった。従って、本症例では精神科医の役割は、まず、患者が呈している精神症状に関して医療スタッフと家族の両者に納得の行く説明をし、いわれのない不安を除くことと、医療スタッフに理解されていない、信じてもらえないと感じ、スタッフを信頼し切れなくなっているであろう家族に受容的・支持的に接し、信頼関係を回復することであろう。

従来、SLEの精神症状は末期の症状であると考えられ、また精神症状と様々の検査データが平行して増悪の傾向を示すものと考えられがちであった。しかし、最近ではむしろSLE発症1年以内に精神症状を呈することが多く、時にはSLEの身体症状発現以前に精神症状のみで発症し、内因性精神病と誤診されていることもあると言われる^{13) 14) 15)}。精神症状とSLEの急性増悪を示す検査データの悪化が平行しない場合も多いようである。中野¹⁶⁾は多彩なSLEの精神症状をA群（意識障害を前景とする病像）とB群（意識障害の明瞭でない病像）に二大別することが有用であるとしている。本症例は脳波の変化や精神症状消失後に悪化の際の追想が不可能であることなどから見ても、A群に入り、精神症状発現当時はいわゆる明識困難状態であり、急速にせん妄状態に移行したものと考えられる。小児科の主治医には、基礎疾患であるSLEの病状の増悪を示す検査データが無かったことに加えて患者の性格傾向や対人関係のまずさ、家族が患者の精神症状に対して示した反応のために、患者の呈している精神症状が器質的なものではなく、心因あるいは内因性精神病のように思われたようであった。また、家族は基礎疾患に対する知識が不十分であったこと、症状急変に対する不安や恐れ、患者への思いなどが重なって、患者が呈した精神症状に感応し、二人精神病（Folie à deux）の状態に陥り、患

者の精神症状を「得体の知れない物」のせいだと確信するようになったのであろう。

精神科医は小児科の主治医、患者の家族に患者の精神症状はSLEによるものであると説明したが、当初は両者共に納得がいかなかった。SLEの精神症状に対する治療としてはまずステロイドの増量であるが、症状が激しく、急速に症状を抑える必要がある場合にはレボメプロマジンを中心とした向精神薬の投与が必要である¹⁵⁾。しかし、精神症状を「得体の知れない物」のせいと信じ込んでいた母親は、この時点では向精神薬の使用に反対した。精神科医は強引に向精神薬を使用して、患者の家族の不安や不信を高めるより、当面まず家族の信頼を回復することが今後の治療にとって重要であり、ステロイド増量の効果も期待できたので、この時点では向精神薬を使用しなかった。むしろ、精神科医は一定の時間に訪室し、両親の話を聞くことで、両親の不安を静めるように務めた。患者の両親は、ほぼ一定の時間に訪室し、批判したり、嘲笑したりすることなく受容的に自分達の話聞いてくれる精神科医に安心と信頼を寄せるようになり、精神科医の薦める向精神薬の使用にも同意するようになった。

リエゾン・コンサルテーション精神医学がまだ十分な市民権を得ていない我が国の現状では、医療スタッフ同士が日常的・個人的にも関係を持ち、気軽に相談しやすい雰囲気を作っておくことが大切であると指摘しているものもある^{12) 16)}。本症例においても日ごろから神戸市立中央市民病院においては医療スタッフは互いに協力して治療にあたる機会が多く、上述したような関係を持っていた。精神科、小児科の医師と看護スタッフが連絡を取り合いながら治療に当たることができ、無用な誤解や不安を生じることなく、患者と家族の状態に応じた対応をいち速く行うことが可能であった。

精神科医が他の診療科の医療スタッフと協力して治療にあたる際にコンサルティを傷つけたり、押し付けになったりしないこと、また不必要に専門用語を使用しないことが大切であると

言われている^{10) 16)}。本症例においては、精神科の担当医が小児科の主治医と患者の家族それぞれに受け入れやすい形で必要な治療の説明を行ったことも治療を成功に導いた要因であると考えられる。また、家族にも看護スタッフにも具体的に理解しやすい“睡眠状態”の観察を患者の精神症状観察のための指標として指示したことが、両者が共通した基盤の上に立ち患者の治療に協力することを可能にし、無用な不安や恐れ、あるいは疑心暗鬼などを防いだのであろう。

結 語

患者を取り巻く各種の人間関係の様々な問題を対象とするリエゾン・コンサルテーション医療にあっては、ともすれば精神科医がそれら人間関係の渦の中に巻き込まれ、いずれかの側に加担する結果になってしまう危険性も大きい。このようなことに携わる精神科医は、あくまでも中立的でかつ、どの治療に携わるスタッフからも等距離で保持し、受容的・支持的に接して、患者とその主治医を中心として医療が円滑に行われるように、そこでの人間関係の縫いなどを調整することが要請される。

参考文献

1. 岩崎徹也：コンサルテーション精神医学の概念 精神科ムック27（岩崎徹也編），金剛出版，1991.
2. 三浦貞則：リエゾン精神医学の動向 リエゾン精神医学（三浦貞則編），医歯薬出版，1984.
3. 牛島定信：心身医学とリエゾン精神医学 リエゾン精神医学（三浦貞則編），医歯薬出版，1984.
4. 工藤義雄：総合病院における精神科医の役割 リエゾン精神医学（三浦貞則編），医歯薬出版，1984.
5. 保坂 隆：米国における歴史と現状 精神科ムック27（岩崎徹也編），金剛出版，1991.
6. 春日武彦，黒沢 尚：日本における歴史と現状 精神科ムック27（岩崎徹也編），金剛出版，1991.
7. 工藤義雄：医療制度とコンサルテーション・リ

- エゾン精神医学，精神科ムック27（岩崎徹也編），1991.
8. 岩崎徹也：リエゾン精神医学と治療関係論 精神分析研究 26：3, 1982.
 9. 保坂 隆，才藤栄一，寺川ゆかり，浜田暁子：リハビリテーションにおけるリエゾン精神医学の実際 総合リハ 16：8, 1988.
 10. 成田善弘：コンサルテーション・リエゾン精神医学の課題（1） 精神科ムック24（岩崎徹也編），1991.
 11. 大西 守，繁田雅弘，牛島定信：コンサルテーション・リエゾン精神医学の教育 精神科ムック27（岩崎徹也編），1991.
 12. 岩崎徹也：リエゾン精神医学教育 リエゾン精神医学（三浦貞則編），医歯薬出版，1984.
 13. 原田憲一：症状精神病の医学的観点 精神科ムック11（原田憲一編），金剛出版，1985.
 14. 中野隆史：S L E精神病 精神科ムック11（原田憲一編），金剛出版，1985.
 15. 長瀬精一，羽田 忠，清水文雄：精神症状で発症したエリテマトーデスの一例 臨床精神医学 17：10, 1988.
 16. 荒木富士夫：コンサルテーション・リエゾン精神医学の課題（2） 精神科ムック27（岩崎徹也編），金剛出版，1991.

The Role of Psychiatrists in Consultation-Liaison Psychiatry

Masako Okumura¹, Tomoaki Satoh², Kazuhiko Funasaka² and
Toshimichi Takahashi²

ABSTRACT: The basic approach of those who are connected with medicine should be, as has been pointed out repeatedly in the past, to grasp a patient in his or her totality rather than a disease. With the advancement in specialization of medicine, however, it has become very difficult for a single physician to treat a patient in unified manner. The authors will discuss the experience and role of consultation-liaison psychiatry applied to an in-patient suffering from systemic lupus erythematosus (SLE) who presented acute mental changes while she was treated in the pediatric department of the hospital. The patient was a girl of 14 years of age. She began to complain of insomnia and anxiety. The patient rapidly became delirious, complaining about the hallucination of sight and ideas of reference. The pediatrician in charge of the patient considered such conditions of the patient as psychogenic or endogenous psychosis. The parents of the patient attributed such conditions to the work of "something undefinable." Since there were some discrepancies between the pediatrician and the parents in understanding the mental changes of the patient, the relations between them became rather tense. The psychiatrist who was consulted by them diagnosed the state of the patient as the mental changes due to SLE. The psychiatrist explained the conditions of the patient to both the physician and the parents, in a manner acceptable to them, respectively, and started the treatment of the patient. The treatment by the psychiatric department was completed in about one month. When a psychiatrist is called in for consultation, there may exist, in many cases, some anxiety of discontent on the part of the medical staff or the patient or his or her family, and their relationships may be tense. It, therefore, is essential for the psychiatrist to be neutral to all the parties concerned and treat the patient in a manner that is acceptable to all of them.

Key words: Consultaion-Liaison Psychiatry,
Therapeutic distance,
Acceptance and support,
SLE psychosis.

1. School of Allied Medical Sciences, Kobe University

2. Kobe City General Hospital, Department of Psychiatry