

て死亡した症例について、その臨床的特徴を明らかにするとともに、特に抑うつ症状と経過との関連、その薬物療法などについて検討を行った。

対象は54名で、精神科初診から死亡までの期間が2ヶ月未満の症例（S群）と2ヶ月以上の症例（L群）とに分けて比較検討した。S群は29名（男19名、女10名）、L群は25名（男13名、女12名）で、S群に男性が多い傾向がみられた。初診時年齢はS群が60歳未満7名、60歳以上22名、L群は60歳未満15名、60歳以上10名で、S群で高齢者が多かった。S群の身体疾患は白血病、癌、悪性リンパ腫などの悪性疾患が多かった。精神医学的診断では、せん妄・意識障害はS群15名（51.5%）、L群13名（52.0%）と差は認められなかったが、抑うつ症状を呈したものはS群10名（34.5%）、L群5名（20.0%）とS群で多かった。このS群の10名のうち7名に抗うつ薬が投与されたが、わずかに1名がやや改善しただけであった。一方L群の5名のうち抗うつ薬、抗不安薬がそれぞれ2名に投与されたが、いずれも改善していた。さらにこの抑うつ症状を呈した症例のうち、精神科初診前1ヶ月以内にせん妄・意識障害のエピソードを呈した症例は、S群で10名中7名（70.0%）で、L群では認められなかった。

以上の結果から、精神科初診後2ヶ月以内に身体疾患悪化によって死亡する症例は、① 60歳以上の高齢者が多い、② 男性に多い傾向がある、③ 白血病、癌、悪性リンパ腫など悪性疾患が多い、④ せん妄・意識障害などの身体的基盤が想定される状態が最も多いが、次いで抑うつ症状を呈するものが多い、⑤ 抑うつ症状を呈していても、抗うつ薬や抗不安薬は無効のことが多い、⑥ 診察時点では抑うつ症状を呈していても、精神科初診前1ヶ月以内に、せん妄や意識障害のエピソードを有するものが多い、という特徴を有していた。

したがって身体疾患を有する患者で、① 過去1ヶ月以内のせん妄・意識障害のエピソードの存在、② 身体疾患が悪性疾患、③ 年齢60歳以上、のいずれかにあてはまる場合には、抑うつ症状を呈していても抗うつ薬の投与は慎重に行い、むしろ脳波などによる意識障害の有無の確認や身体的要因について十分に検索することが必要であると考えられた。

14) 総合病院精神科の機能と役割

金子 晃一・田崎 紳一（新潟県立小出病院）
和泉 美子（精神神経科）

平成6年4月に精神保健法が改正され、第一の要点は「社会復帰の促進」である。しかし単に退院させればよいという問題ではなく、適切な援助・協力を持続的に行なわなければならない。これは、① 住居面での援助 ② 生活・労働面での援助 ③ 経済的援助 ④ 医療サービスである。「医療サービス」では、① 地域の通院できる病院の存在 ② いつでも診療を受けられる体制（24時間、365日体制の救急医療）③ 健常者と同等の質の一般科医療（合併症治療）が大切である。また、医療が孤立せず、地域で障害者を支えるネットワークの一員として機能し、市町村、保健所、地域福祉センターなどと連携することが必要である。つまり、精神科の地域医療が成立するためには、① 地域との連携 ② 救急医療 ③ 合併症治療の3点が揃っていなければならない。この点で総合病院精神科の役割は、地域医療およびその特定機能の点で重要である。

当院の病院概要のなかで「地域に結び付いた、精神医療を推進する。特に、総合病院における精神科医療の特徴を發揮し合併症患者を常時受け入れられるよう、体制整備に努める」とあるが、具体的には、① 地域精神疾患患者の急性期の入院治療 ② 県内精神障害者の身体合併症治療 ③ 地域アルコール依存症患者の治療 ④ 痴呆患者の適切な病院・施設への紹介 ⑤ 長期入院者の社会復帰に対する援助・協力 ⑥ 地域での精神保健に関する啓蒙活動の6点である。

合併症治療目的の入院患者は、平成5年度の新入院336人中44人、13.1%で今後も増加が見込まれる。内科32%、整形外科27%が多い。一般科に入院した事例を含めると、その数は約2倍、90人前後となる。一般科医師が一般病棟で管理不能と判断した場合に限り精神科病棟へ入院となるので、当科における合併症入院は閉鎖病棟主体である。

① 地域との連携

当院では、市町村保健婦、保健所や地域福祉センター職員と、病院医師らは顔馴染みである。月1回「地域精神医療連絡会」を開催しているが、今後も患者のプライバシーに十分留意しつつ継続していきたい。これは一つの地域連携モデルとなる。

② 救急医療

患者が自らの意思により救急外来などを受診する「一般救急医療」と、緊急鑑定を含む強制的医療である「緊

急医療」があるが、前者については各病院で整備されることが望ましい。緊急医療に関しては、全県的なシステムの構築が今後必要となる。

③ 合併症治療

これは総合病院精神科の特定機能であるが、合併症患者は個別的看護を必要とし、急性期精神疾患患者の多い閉鎖病棟において対応することは、治療する側もされる側にも非常な困難を伴う。これでは「健常者と同等の質の一般科医療」を提供することが難しく、合併症専門の治療体制が必要である。

15) 全国国立精神療養所の患者調査による犀潟病院精神科の調査集計結果

不破野誠一 (国立療養所犀潟病院精神科)
吉住 昭 (国立肥前療養所精神科)

犀潟病院では平成元年度から現在まで、厚生省精神・神経疾患研究委託費による「精神分裂病の臨床像、長期経過及び治療に関する研究」(主任研究者 鈴木 淳)および「精神分裂病の病態解析に関する臨床的研究」(主任研究者 内村英幸)の研究班に参加して精神分裂病の臨床的研究を行なっている。この中の患者調査について、全国18施設の精神療養所の集計と犀潟病院の集計の比較を、新潟県の精神科医療の実態解明に参考とするために報告した。

現在まで4回の横断的な患者調査を行なっており、診断基準や評価尺度の一致率調査がその間に行なわれている。1回目の横断調査では対象総数5,065名でそのうち精神分裂病が3,276名(犀潟病院は229名中、精神分裂病145名)、この2年後に行なわれた追跡調査では4,282

名が追跡され、そのうち精神分裂病が2,831名であった(犀潟病院は207名の追跡中、精神分裂病139名)。3回目、4回目の調査はICD-10JCM診断で行なわれ、それぞれ対象総数が4,647名、4,567名で精神分裂病が3,116名、3,238名であった。

1回目調査と追跡調査について、全体と犀潟病院の間で比較すると以下の様な傾向があった。

犀潟病院では

- ・入院期間がやや短い。
- ・精神分裂病緊張病症状群の割合が少ない。
- ・任意入院者が多く、医療保護入院者が少ない。
- ・精神分裂病の罹病期間がやや短い。
- ・死亡例の原因は自殺が多い。
- ・中間施設へ退院した者が多い。

4回目調査の比較では、ICD-10JCM診断について精神分裂病の亜型別の割合を見てみると、犀潟病院では妄想型、緊張型、単純型が多く、破瓜型、複合型が少なかった。また同時に精神分裂病に行なったマンチェスタースケールによる症状評価は、総点数を比べると犀潟病院で低めの傾向があった。

今後、研究班では参加施設の退院時要約を統一する研究を進め、診断をICD-10、社会適応度をGAS、症状評価をマンチェスタースケールで行なう方向にある。これによりデータ・ベースを作成し、精神分裂病の病態解析と、診療評価の資料とする予定である。

II. 特別講演

「〈鶴の恩返し〉の精神分析学」

九州大学教育学部教授

北山 修 先生