原　　著

院内他診療科から精神科外来へ 診療依頼された症例の分析

新潟大学医学部精神医学教室（主任：飯田　眞教授）
森田　昌宏・須賀　良一・滝沢　謙二・小熊　隆夫

Relation Between Psychiatric Symptoms and Physical Disorders in Outpatients Referred to the Psychiatric Clinic From the Viewpoint of "Consultation-Liaison Psychiatry"

Masahiro MORITA, Ryoichi SUGA, Kenji TAKIZAWA and Takao OGUMA

Department of Psychiatry, Niigata University School of Medicine
(Director: Prof. Shin IHDA)

The present study is based on data of 541 cases visiting the psychiatric clinic as outpatients with referral from other non-psychiatric medical clinics during 3 years, (1986 to 1988). Psychiatric evaluation was made on all of the cases, and relation between psychiatric symptoms and physical disorders was investigated.

In 137 of 541 cases, the psychiatric symptoms were considered as being caused by physical disorders involving organic brain disorders.

In 104 cases, their psychiatric symptoms or problems occurrerd and developed as psychological reaction to the physical disorders and/or medical treatment.

One hundred and five cases were categorized into somatoform disorder (DSM-IIIR) including conversion disorder and somatization disorder, because the physical symptoms were linked to psychological factors or conflicts, and were not adequately explained by physical disorders.

One hundred and eighteen cases were diagnosed as functional psychiatric disorder (schizophrenic disorder, depression or anxiety disorder, etc.)

In the remainder (45 cases) there was no cause-result relation between physical illness and psychiatric disorder, i.e. the physical illness and psychiatric disorder over-

Reprint requests to: Morita MASAHIRO, Department of Psychiatry, Niigata University School of Medicine 1, Asahimachi-dori, Niigata-shi, 951, JAPAN.

別刷請求先：〒951 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部精神医学教室
森田昌宏

lapped coincidentally.

Significance of Consultation-Liaison Psychiatry in general hospital medicine was stressed and discussed.

Key words: consultation-liaison psychiatry, referral to psychiatry, psychiatric symptoms associated with physical illness, physical symptoms associated with non-organic mental disorders
コンサルテーション・リエゾン精神医学，精神科診療依頼，身体疾患に伴われる精神症状，非器質性精神障害に伴われる身体症状

I. はじめに

包括的・全人的医療の必要性が強調されるにつれ，精神科と他診療科との隣接領域において精神科医の積極的な参加が求められるようになってきた．コンサルテーション・リエゾン精神医学のわが国への紹介[1]に促されて，1984年3月，新潟大学附属病院精神科にリエゾン外来が開設されたが[2)3)]，それ以来リエゾン外来では院内他科から多数の診療依頼を受けてきた[4]．本論文では院内他科から精神科一般外来およびリエゾン外来に診療依頼された症例について身体症状ないし身体疾患と精神症状との関係に基づいて分類し，その特性を明かにしようと試みた．本論文の目的は，総合病院で外来診療に携わる精神科医や，精神科に診療依頼を行う他科医師の参考となる資料を提供することにある．

II. 対象と方法

1986年1月1日から1988年12月31日までの3年間における新潟大学医学部附属病院精神科外来の全新患数は3495人で，そのうち約15%を占める541人が医学部および歯学部の各診療科（病棟および外来）から精神科外来（リエゾン外来および一般外来）へ診療依頼された患者であっ

表1 各科別依頼件数

依頼科	症例数	%	依頼科の 病棟から	依頼科の 外来から	リエゾン外来あて	精神科一般外来あて*
神経内科	155	28.7	81	74	57	98
第一内科	63	11.7	38	25	31	32
第二内科	51	9.4	25	26	25	26
整形・形成外科	40	7.4	20	20	16	24
脳外科	36	6.7	14	22	3	33
産婦人科	36	6.7	13	23	26	10
皮膚科	27	5.0	16	11	10	17
耳鼻咽喉科	27	5.0	7	20	9	18
小児科	23	4.2	11	12	1	22
第三内科	19	3.5	5	14	8	11
第一外科	13	2.4	11	2	5	8
眼科	13	2.4	7	6	3	10
泌尿器科	11	2.0	6	5	4	7
第二外科	9	1.7	8	1	4	5
歯科	8	1.5	1	7	4	4
放射線科	4	0.7	4	0	4	0
麻酔科	4	0.7	4	0	3	1
小児外科	2	0.4	1	1	0	2
計	541	100	272	269	211	330

*児童外来宛も含む

表 2　身体疾患別集計（各科からの依頼票に疾患名の記載があった335例中）

1. 中枢神経系	計	101例
アルツハイマー型痴呆		5
その他の痴呆（血管性を除く）		4
パーキンソン病/症候群		7
進行性核上性麻痺		6
その他の脳変性疾患		13
脳血管障害および血管性痴呆		15
脳腫瘍（うち悪性は11例）		15
脳炎		2
多発硬化症		3
運動ニューロン疾患		3
てんかんおよびナルコレプシー		19
脊髄疾患		6
その他の中枢神経疾患		3
2. 末梢神経系	計	13例
ポリニューロパチー		4
その他の末梢神経疾患		9
3. 消化器疾患	計	20例
消化管腫瘍		9
肝炎・肝障害		4
肝・胆道腫瘍		3
その他の消化器疾患		4
4. 循環器疾患	計	19例
不整脈		6
虚血性心疾患		2
先天性心疾患		4
弁膜疾患		3
その他の循環器疾患		4
5. 呼吸器疾患	計	9例
肺癌		5
その他の呼吸器疾患		4
6. 内分泌・代謝疾患	計	14例
糖尿病		8
甲状腺機能亢進症		3
その他の内分泌・代謝疾患		3
7. 腎・泌尿器疾患	計	13例
腎炎・ネフローゼ		4
慢性腎不全（透析中）		2
膀胱・前立腺癌		4
その他の腎・泌尿器疾患		
8. 膠原病	計	15例
SLE		8
皮膚筋炎		3
その他の膠原病		4
9. 血液疾患	計	18例
白血病・リンパ腫		13
紫斑病		2
その他の血液疾患		3
10. 産科・婦人科疾患	計	18例
妊娠・出産		10
婦人科悪性腫瘍		4
その他の産科・婦人科疾患		4
11. 運動器疾患	計	37例
ミオパチー		3
運動器腫瘍		3
脊椎疾患		5
手指・上肢の疾患		5
下肢の疾患		5
その他の運動器疾患		2
ロート胸，その他の形成外科		14
12. 眼科・耳鼻科疾患	計	33例
緑内障		6
その他の眼科領域の疾患		7
難聴		4
中耳炎		4
耳下腺・上下顎・鼻咽頭の腫瘍		5
その他の耳鼻科領域の疾患		7
13. 皮膚疾患	計	19例
類天疱瘡		4
乾癬		2
皮膚腫瘍		2
脱毛症		4
皮膚自傷・抜毛		4
その他の皮膚疾患		3
14.	計	6例

表 3 精神科診断別集計

精神障害の分類	症例数	%
脳器質性精神症状（痴呆，意識障害，譫妄，てんかん，器質性幻覚妄想，器質性感情障害，発達障害）	137	25.3
精神分裂病および分裂病圏の障害（分裂感情病，妄想病，分裂病型人格，体感異常症）	48	8.9
うつ病，うつ状態（自殺企図のあったもの　6例を含む）	95	17.6
躁病，躁状態	6	1.1
神経症圏の障害（不安，心気，過呼吸症候群，対人恐怖，転換障害，ヒステリー，身体化障害，登校拒否などを含む）	135	25.0
心身症圏の障害（摂食障害，自律神経失調症，心因性疼痛，心因性の身体症状，性機能障害）	56	10.4
心因反応（反応性精神病，錯乱，パニックなど）	13	2.4
中毒性障害（アルコール症など）	5	0.9
その他の精神障害（適応障害，人格障害など）	14	2.6
精神障害なし	32	5.9
計	541	100

た。この541例（男248，女293）について各科からの依頼票および精神科診療録を調査した．

リエゾン外来あての診療依頼は211件（入院116件，外来95件）で，全診療依頼の39.0%であった．541例の内訳は入院患者が272例，外来患者が269例であった．患者の年齢の範囲は0歳から87歳で，平均年齢は39.1歳であった．各科別の依頼件数を**表 1** に示す．神経内科からの依頼が155例（28.7%）で最も多く，次いで第一内科，第二内科の順であった．内科系各科からの依頼を合計すると324例（63.2%），同じく外科系各科の合計は199例（36.8%）であった．

診療依頼票に身体疾患名が記載されていた335例について，身体疾患の集計を行なった（**表 2**）．また541例の精神医学的診断も集計した（**表 3**）．

院内他科から精神科あてに診療依頼される症例はきわめて多様であるため，上述のように身体疾患別あるいは精神科診断別にまとめただけでは，その全体像を正確に把握できない．そこで以下のように身体疾患ないし身体症状と精神障害ないし精神症状との関連に注目しつつ症例の分類を試みた．

III. 分類方法

身体疾患と精神障害の関係に基づいて，(A) 身体疾患と精神障害がたまたま合併して生じた，(B) 身体疾患から精神症状が生じた，(C) 精神障害から身体症状が生じた，の3つのカテゴリーに大別した．以下，各群について詳述する（**表 4**）．

身体疾患と精神障害がたまたま合併したのが偶発合併群（A）である．慢性の精神障害患者に悪性新生物，糖尿病，虚血性心疾患などが生じた場合がその代表的な例である．

器質性群（B-I）は身体疾患の器質的要因に基づいて精神症状が生じたものである．この中には脳器質性精神障害と症状精神病あるいは中毒性精神病が含まれる．

身体疾患への心理的反応群（B-II）は，身体疾患の経過中に心理反応性に生じてくる精神症状ないし精神医学的問題である．器質性群とは異なり，身体疾患自体あるいは身体疾患への治療が心理社会的なストレスとして働き，患者に不適応をひき起こしたものである．しかし実際は，器質的要因と心理的要因がともに精神症状の形成に働いている場合が多く，器質性群と心理反応群の鑑別が困難な場合もある．そのため器質的要因がより強く働いていると判断されるものを器質性群に，心理的要因がより強く働いていると判断されるものを心理的反応群に分類した．

C-I は器質的な身体疾患を持たない精神障害で，身体症状が前景に出ていて身体疾患との区別が困難な場合があるものである．転換性障害，身体化障害，心因性疼痛および心因性のさまざまな機能性身体疾患，摂食障害などが含まれる．

C-II も器質的身体疾患を持たない精神障害であるが，C-I 群と異なり精神症状が明らかで，身体症状が存在し

表 4　身体疾患と精神障害の関連に基づいた分類方法

A.	偶発合併群 （身体疾患と精神疾患の偶発的合併）	慢性の精神障害者において偶発的に身体疾患が生じた場合
B−I.	器質性群 （身体的基盤に基づいて生じた精神症状）	痴呆・知能低下，意識障害，幻覚・妄想・感情障害など脳器質性精神症状群を呈する中枢神経疾患，症状精神病，中毒性精神病 ＊身体疾患と精神症状の間に直接的な因果関係がある
B−II.	身体疾患への心理的反応群 （身体疾患の経過中に反応性に生じてくる精神障害ないし精神医学的問題）	重篤なあるいは長期の療養を要する身体疾患の経過中，心理的ストレスに関連して生じた，うつ状態，神経症，反応性精神病，不適応反応，心因性加重など ＊直接的な因果関係は認め難いが，身体疾患がその患者に精神症状をひき起こした重要な問題であると了解できるもの
C−I.	身体症状を前景に出しているが精神障害とみなされるもの	転換性障害，ヒステリー，体感異常症，身体化障害，心因痛，虚偽性障害，摂食障害など（身体疾患との鑑別が困難なこともある）
C−II.	精神症状の明らかな精神障害	精神分裂病，うつ病，不安・心気神経症など
D.	その他	精神障害なし，検査のみの依頼，その他

ても症状全体の一部分でしかないものである．精神分裂病，うつ病，神経症などが含まれる．

IV. 結　　果

1．上記の分類方法に基づいて症例を分類・整理した結果を**表 5** に示す．まず各群ごとに詳述する．

(1)　偶発合併群（A）

合併した身体疾患は多岐にわたっていたが，悪性新生物12例，整形外科領域・外傷5例などが多かった．妊娠（正常）を合併した4例はいずれも精神分裂病であった．

45例中21例を占めていた精神分裂病群のうち，過半数の16例が外科系からの依頼であった．過去に精神分裂病の治療歴があったが現在は寛解状態で，身体疾患の治療上まったく問題がないと診断されたものが3例あった．これらは担当医が身体疾患の治療中に精神分裂病の再発の可能性を心配して精神科を受診させたものであった．

(2)　器質性群（B-I）

器質性群の137例中，中枢神経疾患に基づく脳器質性精神障害は101例，中枢神経以外の身体疾患に基づく症状精神病（中毒性精神障害を含む）は36例であった．前者のうち，診療依頼の目的が知能検査のみであるものが60例を占めていた．

脳器質性精神障害の101例中，49例は痴呆と診断された．痴呆の基礎疾患としては Alzheimer 型老年痴呆が6例，血管性痴呆が10例，進行性核上麻痺5例，Parkinson 病4例，脊髄小脳変性症3例，Joseph 病2例，その他の変性疾患6例，脳炎，脳腫瘍，Creutzfeldt-Jakob 病（疑いも含む），運動ニューロン病が各2例，その他および分類不明の痴呆5例であった．

中枢神経疾患によりせん妄を呈したのは5例で，うち4例は脳腫瘍，1例は脳出血であった．幻覚妄想を呈した6例の原疾患は，てんかん3例，パーキソン病2例，頭蓋咽頭腫術後1例であった．躁状態を呈した3例の原疾患は髄膜腫，下垂体腺腫，右側頭葉梗塞であった．

てんかんおよびナルコレプシーについて検査・治療を依頼されたものが9例，精神発達遅滞が22例であった．

中枢神経以外の身体疾患に基づいて精神症状が生じたのは36例であった．うち，せん妄を呈した25例の基礎疾患は，悪性新生物13例（血液5，消化器系3，肺3，膀胱2），SLE 4例，腎不全2例，類天疱瘡2例，その他4例であった．せん妄以外の症状には，不安・うつ状態4例，躁状態2例（ステロイドの副作用による）があった．

(3)　身体疾患への心理的反応群（B-II）

この群に属す104例の呈した精神症状は，うつ状態37例，神経症症状38例，心因反応群15例，適応障害8例，その他6例であった．精神症状の出現と関係していた身体疾患には，一般に重篤あるいは長期の療養を要するものが多かった．

うつ状態の37例中3例に自殺企画，2例に被害妄想が

表 5　541 例 の 分 類

分類		症例数	%	依頼科の 入院	依頼科の 外来	あて先 リエゾン外来	あて先 精神科一般外来
A. 偶発合併群	精神分裂病	21	3.9	18	3	9	12
	うつ病	10	1.8	4	6	3	7
	器質性精神障害他	14	2.6	12	2	7	7
	小計	45	8.3	34	11	19	26
B-I. 器質性群	脳器質性精神障害	101	18.7	67	34	14	87
	身体疾患による	36	6.7	32	4	13	23
	小計	137	25.3	99	38	27	110
B-II. 身体疾患への心理的反応群	うつ状態	37	6.8	23	14	15	22
	神経症症状	38	7.0	27	11	23	15
	心因反応	15	2.8	15	0	7	8
	適応障害・その他	14	2.6	12	2	9	5
	小計	104	17.4	77	27	54	50
C-I. 身体症状の目立つ精神障害	神経疾患類以群	30	5.5	18	12	18	12
	心因性疼痛群	15	2.8	6	9	9	6
	身体疾患類似群	27	5.0	7	20	16	11
	摂食障害群	17	3.1	4	13	12	5
	体感異常症群	8	1.5	1	7	7	1
	その他	8	1.5	1	7	4	4
	小計	105	19.4	37	68	66	39
C-II. 精神症状の明らかな精神障害	精神分裂病	20	3.7	2	18	4	16
	うつ病	47	8.7	3	44	13	34
	神経症群	44	8.1	4	40	18	26
	その他	7	1.3	2	5	5	2
	小計	118	21.8	11	107	40	78
D. その他		32	5.9	14	18	5	27
計		541	100	272	269	211	330

みられた．うつ状態の発生に関与した身体疾患はさまざまであったが，眼疾患5例（うち緑内障3例），運動器疾患5例（うち脊椎疾患3例），末梢神経疾患5例（うち2例はペインクリニックから）などが目立っていた．

反応性に不安・心気などの神経症症状を生じた38例の身体疾患はさまざまであったが，循環器疾患5例（うち不整脈3例），膠原病5例などが目立っていた．精神症状を詳述すると，心因性加重6例，心気症・不定愁訴4例，恐怖症2例，離人症1例，過呼吸発作やパニックなど発作性の不安3例，抑うつ傾向を伴う不安7例，その他の不安を主症状とするものが15例であった．心因性加重は身体疾患の症状，特に痛みなどが心理的要因により実際の病変とは釣り合わないほど増強されるもので，6例中5例は整形外科疾患で，いずれも手術後であった．

錯乱，興奮，焦燥，幻覚・妄想などの症状を呈した心因反応群は15例で，その身体疾患には重篤なものが多かった．うち，ICU 症候群と診断された3例の基礎疾患は，白血病2例，心筋梗塞1例であった．

適応障害の8例は，患者が自分の病気を受容できなかったり療養生活にうまく適応できないため，治療チームのメンバーとの間にさまざまな問題が生じたものである．たとえば治療に対して消極的であったり医師の指示を守

らず不摂生であったり，さらには治療を拒否したりする症例も含まれていた．このような行動上の問題は治療に支障をきたすので，その解決のために精神医学的アプローチが求められた．この8例の身体疾患は白血病・悪性リンパ腫3例，若年性糖尿病2例，先天性心疾患，上顎癌，乾癬各1例であった．8例中4例が20歳未満であった．

(4)　身体症状が前景に出ている精神障害（C-I）

105例中，神経疾患類似群の30例では，器質的病変が見つからないにもかかわらず意識喪失，不随意運動など神経疾患の存在を疑わせる症状がみられ，それらの症状は心因性に生じたと判断された．30例中14例では振戦，ジストニア，チックなどの不随意運動が主症状であった．9例では発作性の意識喪失ないし減損，脱力・失立・失歩などが主症状であった．残りの7例は，しびれ，めまい，聴力障害などの症状を呈した．以上の症例の大半が転換性障害（いわゆるヒステリー）と診断された．また，30例中16例は神経内科からの依頼であった．

心因性疼痛群15例は，痛みの原因となる器質的病変が見つからないにもかかわらず痛みの訴えが強く，その痛みは心理的要因によってひき起こされていると判断された症例である．疼痛の部位は頭部6例，四肢・体幹9例であった．主な依頼科は神経内科と整形外科（各5例ずつ）であった．なお実際に疼痛を生ずる基礎病変が存在し，ヒステリー性加工によって基礎病変に釣り合わないほど顕著な症状が現れているケースは心因性加重（B-II）と診断した．

身体疾患類似群は中枢神経系以外の各臓器の疾患に類似した症状を呈した27例である．下痢，嘔吐，腹痛などの消化器症状を呈したものは12例あり，うち15歳未満の5例では消化器症状が登校拒否と結び付いて出現していた．泌尿器症状を呈した6例は心因性多飲による部分尿崩症2例，神経性頻尿3例，夜尿1例であった．その他には，不明熱2例，心因性脱毛症2例などがあった．

神経性食思不振症を主病態とする摂食障害は，症例数が多く心身症の一典型としてさかんに研究が進められていることから，独立させて扱った．摂食障害17例の平均年齢は18.0歳で，男性が1例含まれていた．産婦人科からの依頼が9例を占めていた．

体感異常症（セネストパチー）とは奇妙な体感異常や体感幻覚のみを訴え，その他の精神症状を呈さず慢性に経過するものである．体感異常症8症例の平均年齢は39.0歳であった．知覚の鋭敏な口腔領域に生じやすいためか，歯科からの依頼が8例中3例を占めていた．

C-I 群のその他に分類されたのは抜毛癖または自傷による皮膚障害5例，性機能障害2例，ミュンヒハウゼン症候群1例であった．ミュンヒハウゼン症候群は，多くの病院を転々とし虚偽の多い訴えをして患者として振る舞い，時には頻回に手術を受けたりすることもある症例を指す．

(5)　精神症状が明らかで身体疾患を持たない精神障害（C-II）

精神分裂病20例のうち3例は服用していた抗精神病薬の副作用のため患者本人が精神科への通院を中断して他科を受診し，再び精神科を紹介されたものであった．

うつ病47例中4例に自殺企画が認められた（うち2例はパラコート）．うつ病例のほとんどは何らかの身体的な愁訴を述べており，いわゆる“仮面うつ病”と診断された症例も3例含まれていた．

神経症44例の診断の内訳は，心気症・不定愁訴15例，発作性の不安や過呼吸発作6例，恐怖症4例，それ以外の不安を主症状とするもの11例，ヒステリー2例，神経症性不眠2例，登校拒否4例であった．

その他の精神障害7例は人格障害，適応障害，反応性躁状態などであった．

C-II に分類された症例の多くは，本来精神科にて治療されるべきであったものが何らかの事情で他科の外来を受診し，精神科へ紹介されたものと考えられる．118例中，神経内科外来および内科外来からの依頼がそれぞれ49例，30例を占めていた．

(6)　その他（D）

32例中，形成手術術前の心理検査依頼が15例を占めていた．残りは精神科での検索の途中で精神医学的には特に問題がないと判明したものなどである．

2．精神科で取られた処置

①検査結果の報告のみ，②治療に関する助言，③依頼科と精神科の共同治療，④精神科のみで治療の4カテゴリーに各症例を分類し，**表 6** に示した．さらに精神科病棟（大学ないし他病院）で入院治療が行なわれたもの，精神科で3カ月以上治療が続けられたものの数も調べた．

身体疾患を有する症例では多くの場合，治療の主体を担ったのは依頼科側であったため，精神科医は治療に関する助言をしたり依頼科に協力して治療にあたる場合が多かった．ただし脳器質性疾患（B-I の一部）では知能検査のみの依頼が多かったため，検査結果の報告だけで精神科での処置が終了したものが過半数を占めていた．一方，身体疾患のない精神障害群（C）では主に精神科が治療を引き受けていたが，身体症状の目立つ C-I 群においては約3分の1の症例で依頼科での治療も並行し

表 6　精神科で取られた処置

	精神科で取られた処置				合計	精神科＊入院治療	当院精神科にて3か月以上治療
	検査結果報告のみ	治療に関する助言	依頼科と共同治療	精神科治療のみ			
A.　合併群	4	12	22	7	45	6	8
B−I. 器質性群							
中枢神経疾患	60	16	15	10	101	3	6
その他の身体疾患	2	16	15	3	36	1	5
B−II. 身体疾患への心理的反応群	2	39	48	15	104	5	31
C−I. 精神症状の明らかな精神障害群	0	17	9	92	118	11	49
C−II. 身体症状の目立つ精神障害群	0	20	36	49	105	13	41
D.　その他	29	0	3	0	32	0	0
計	97	120	148	176	541	39	140

＊：大学付属病院精神科ないしその他の精神科施設における入院

て行なわれた．

精神科病棟へ入院となったものは39例であった．うち，精神症状が甚だしいため一般病棟では管理できなくなったため，精神科病棟へ転棟させられたものが3例あった．また，身体症状の目立つ精神障害群に含まれていた4例は，依頼科にて器質疾患の検索をしても病変を発見できず，心理・行動面を十分に観察する目的で精神科に入院させられたものであった．

V．考　　察

まず，各群ごとに考察を述べたい．

偶発合併群の代表は慢性精神分裂病患者が身体疾患を合併した場合であり，その合併身体疾患の治療にはいろいろな困難が伴われる[5]．本論文のA群のように他科から精神科へ依頼される症例はむしろ例外的なケースであり，実際は精神科で治療中の慢性精神障害患者について精神科から他科へ診療依頼する場合のほうが頻度が高い．他科から精神科へ依頼されたことの背景には，精神科での治療が中断されていたり，他の精神科施設から当院への転院に際して連携が不十分であったりした場合が稀ならず見られた．

器質性群の精神症状は基礎にある身体疾患の一部分症状として生じているため，原則として基礎疾患に対する治療が優先される．器質性群の精神症状の治療に関しては，他の群と比較して心理面，環境面の関与がさほど複雑ではないので，各診療科の治療者が身体疾患に基づく精神症状の治療に次第に習熟した場合，精神科への診療依頼は減少するだろうと思われる．

身体疾患への心理的反応群（B-II）の治療においては，患者心理のみならず患者－医師・看護者関係も含めて，患者を取り巻く医療環境を全体的に把握することが求められる．それはとりわけ，狭義の精神障害には該当しないが身体疾患自体ないしその治療や療養生活へ何からの不適応，例えば医療スタッフへの不信や治療拒否などをきたした症例において強調される．

コンサルテーション・リエゾン精神医学の方法論においては，精神科医が依頼科から相談を受けて助言を与えるという従来のコンサルテーション・モデルと，さらに一歩踏み込んで精神科医が依頼科の治療チームの一員に加わって活動するというリエゾン・モデルが区別される[6]．身体疾患への心理的反応群はリエゾン・モデルの最もよい適応である．さらに今後，精神科医がターミナル・ケアや臓器移植など難しい課題に直面するとき，B-II 群のようなケースで重ねた経験が有益に働くであろう[5]．

精神症状の明らかな精神障害群（C-II）は従来の精神医学の中で疾患概念が十分整理されており，治療方法も体系づけられている．これに対し，身体症状の目立つ精神障害群（C-I）に属す疾患については精神科医の取り組みが遅れていたといえる．

ここで心身症との関連について触れたい．いわゆる心

身症には，①消化性潰瘍など器質的な身体病変をベースとする心身症，②過敏性腸症候群など機能的な身体病変をベースとする心身症，③身体症状を強く訴える神経症などが含まれている[7]．このうち最も狭義の心身症である①については今回調査した症例中には一例も含まれていなかった．②と③は本論文の C-I 群に該当する．ところがさらに広義の心身症概念においては，心身症の範囲が心身医学的アプローチを必要とする病態全体まで拡げられ，一種の理念的概念として用いられる場合もある．このようにきわめて多義的な心身症という用語を本論文では使用しなかった．

アメリカ精神医学会の診断基準 DSM－Ⅲ(1980) において従来の神経症，心身症といったカテゴリーは撤廃され，かわって不安障害，身体表現性障害，解離性障害，虚偽性障害などのカテゴリーが導入された．しかしこれらの新しい概念もまだ十分確立されたものではなく，改訂版（DSM-Ⅲ-R：1987)[8] においてはかなりの変更を加えられた．われわれも部分的にはこれらの診断基準を取り入れているが，ある部分は旧来の伝統的な概念を用いるなど，疾患分類，診断上の混乱はまだ続いている．ことに C-I 群に関しては今後，現象面だけでなく身体症状の発生規制まできちんと踏まえつつ，筋道だった診断・分類方法を打ち立てる必要がある．コンサルテーション・リエゾン活動に携わる精神科医師にとって，身体疾患の鑑別の困難さをもって各科の医師たちを大いに悩ませている C-I 群に対する診断・治療技術の向上が求められている．

以上，コンサルテーション・リエゾン領域における B-II 群と C-I 群の重要性を論じたが，ここで再び541例の統計に立ち戻り，リエゾン外来あてに依頼された症例が精神科一般外来あても含む全体に占める割合を比べてみたい（**表 5** 参照)．B-II 群の51.9%，C-I 群の62.9%は両者を除く各群の平均，27.4%を大きく凌いでいる．このように，依頼者である他科医師が B-II 群と C-I 群に関してはリエゾン外来あてに診療依頼をすることが多いという事実は，他科の医師がすでにコンサルテーション・リエゾンの意義を十分に理解し，そこに大きな期待を寄せていることを示していると考えられる．この要望に答えるべく今後も研鑽を重ねていきたい．

VI. ま　と　め

1986年から1988年までの3年間に，当院精神科外来（リエゾン外来および一般外来）へ院内各科から診療依頼がなされた 541例を調査し，身体症状と精神症状の関係に注目しつつ，A：偶発合併群，B-I：器質性群，B-II：身体疾患への心理的反応群，C-I：身体症状の目立つ精神障害群，C-II：精神症状の明らかな精神障害群，D. その他に分類して検討を加え，各群の特徴を論じた．コンサルテーション・リエゾン活動にとって，B-II および C-I 群が今後の大きな課題となることを考察した．

謝　　辞

稿を終えるにあたり，御指導，御校閲いただいた新潟大学医学部精神医学教室内藤明彦助教授に感謝申し上げます．また本研究の診療録調査等に多大な御協力をいただいた，角田典穂，砂山徹，加藤佳彦の諸兄をはじめ，精神科リエゾン外来のスタッフの先生方に感謝いたします．

参　考　文　献

1) **加藤伸勝**：Liaison Psychiatry．精神医学．**19**：202～203，1977．
2) **滝沢謙二，有田忠司，須賀良一，内藤明彦**：院内診療科からの精神科診療依頼についての現状分析．新潟医学会雑誌．**99**：29～33．1985．
3) **須賀良一，滝沢謙二，有田忠司．内藤明彦**：コンサルテーション・リエゾン精神医学の概念とその役割．新潟医学会雑誌，**99**：33～36．1985．
4) **小熊隆夫，砂山　徹，滝沢謙二**：精神科リエゾン外来，臨床精神医学，**19**：1245～1249，1990．
5) **森田昌宏，須賀良一，滝沢謙二**：精神科からみた Quality of Life，新潟医学会雑誌，**103**：901～904，1989．
6) **Glickman．L.S.**（荒木志郎，柴田史朗，西浦研志訳)：精神科コンサルテーションの技術，岩崎学術出版，東京，1983．
7) **心身医学会教育研修委員会編**：指針の改定にあたっての基本的な問題点，日本心身医学会，1988．
8) **American Psychiatric Association**：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders．3rd ed．revised．American Psychiatric Association，Washington D.C.，1987．

（平成2年10月18日受付）