

コンサルテーション・リエゾン精神医学をとりまく状況

心療内科と

コンサルテーション・リエゾン精神医学

毛塚満男

---

精神科 MOOK No. 27.

コンサルテーション・リエゾン精神医学

1991年10月20日 発行

---

金原出版株式会社

## コンサルテーション・リエゾン精神医学をとりまく状況

# 心療内科とコンサルテーション・ リエゾン精神医学

毛塚 満 男\*

### Summary

心療内科とコンサルテーション・リエゾン精神医学の関係は、両者の診療活動する範囲と対象がかなりの割合で重複するため、治療施設によって協力的であったり、対立・競合的であったりして複雑な状況にある。両者とも、全人的医療と包括的医療を将来の到達目標としているのであるが、実現までの方法論と理論的背景に若干の相違があり、また内科と精神科というセクショナリズムも加わって、心要以上の対立と緊張を生み出し続けているといえる。

両者の活動状況は、心療内科が内からの医療の改革を志向しているのに対し、リエゾン精神医学は外からの医療の改革を志向しているといえる。つまり心療内科医はく心もみられる内科医<sup>①</sup>であろうとしているし、一方リエゾン精神科医は医療チームに外から働きかけ、徐々にその意識改革を目指そうとしているからである。すなわち両者は、全人的および包括的医療を実現するための車の両輪といえる関係にあるのである。

したがって今後は、両者ともお互いの関係を見直して、相互協力や相互交流を積極的に進め、全人的および包括的医療の実現のために努力して行かなければならない。

### はじめに

心療内科とコンサルテーション・リエゾン精神医学の関係は、両者の診療活動する範囲および対象がかなりの割合で重複するため、治療施設によって協力的であったり、対立・競合的であったりして複雑な状況にある。これは、まだお互いの相互理解が少ないことも大きな理由となっていると考えられる。本書の読者は精神科医およびその関連の人達が多いと思われるので、心療内科の創設者である池見の論述に忠実に従

って、「心療内科」がどういう科であるか、その設立精神・診療する守備範囲・治療理念・治療技法などをまず紹介する。そしてその後、岩崎のコンサルテーション・リエゾン精神医学の定義と内容を紹介し、最後に両者の比較検討を筆者の立場（精神分析的理解を基に心身医学を臨床的に実践する）から行いたい。

### I. 心療内科とは

池見は「心療内科」<sup>②</sup> という著書の中で、「心療内科というのは、内科的病気を中心に心身医学を実践する場ということである。」と心療内

\* Mitsuo KEZUKA 東京都立駒込病院心身医療科, 医長

科を定義している。また「続・心療内科」<sup>4)</sup>では、「この名称を草案した意図は、広く内科的疾患に対して、身心一如の立場よりする治療のあり方を研究し、それを実地に活用するということにあった。」とより明確に述べている。

さらに、設立精神については、「もともと私どものねらいは、ノイローゼ研究を足掛かりにして、内科的病気を中心に、人間の心がいわゆる身体病にどのように影響するかを広く追及することにあった。また、このようにして得られた知識をもとにして、人間の健康を形づくるダイナミズムを迫及し、さらに心身医学の立場から幸福への道をさぐりあててることにあつた。」と説明し、「近頃の私は、心身医学は科学的なよりどころのうえに、人間の幸福実現への道を開く基本の一つを成すものである、と信じるようになってきている。現代の危機を救い、物心両面でのアンバランスを解決する、物心一如の科学の中核となるものは、心身医学であると考えに至ったからである。」と高邁なる理念をうたいあげている。

また心療内科の守備範囲については、「現代心身医学」<sup>3)</sup>において「心身医学は正しい意味の心理学を取り入れることによって、医学の再調整をはかることを目的とする学問である。」と心身医学を定義したうえで、心療内科を狭義の心身症を扱うだけでなく、ICU や CCU, 人工透析、臨死患者のケアなども行う科として位置づけている。

特に池見がすべての著作の中で強調していることの一つに、「心療内科はノイローゼ科ではない……神経症やうつ病は、精神科に紹介すべきである。心療内科は、心因が関与している身体病だけをみなければいけない。」がある。また「特に問題なのは、精神科で神経症と診断されるものが、それ以外の臨床科では漫然と心身症と診断されがちな現状である。……私どもの考えでは、神経症とその周辺の疾患は、なるべく早い機会に精神科の専門家の手にゆだね、内科をはじめ、臨床各科における心身医学は、総

合医学的な方向へと進展すべきものと思われる。」と強調し、さらに「私どもも、九大心療内科が発足した当時は、第1段階から第2段階にかけての心身医学に取り組まざるを得なかった。しかし、近年は、心身医学の本来の使命に焦点をしぼるべく、神経症患者の診療を最小限にし、いわゆる心身症を含めた一般の内科的疾患の患者を、総合医学的立場から取り扱うことに努力してきている。」と述べている。

池見の治療理念は、全人的気づき、セルフコントロール・身心一如・癒しの心などから構成されている。彼は、自らの治療理念について、「私は、近頃、内科学をはじめ臨床各科の医師にとって、最も重要な役割は、患者自身の身体機能についての自己理解と気づき（意識化）を深め、それをもとに、健康なセルフ・コントロールの教育を行うことにあると信じるようになった。わが国の医療においては、検査結果と、それに基づく治療の意味について、十分な説明を行い、患者の病識、治療理解を深めさせようとする努力がなおざりにされがちなのは、極めて遺憾なことである。総合医学的なアプローチの土台となり、出発点となるのは、このような体への気づきを深める教育なのである。臨床各科での日常の診療がもつ意義を、このような観点から見直させることこそが、心身医学の基本的な課題であるともいえよう。」と語っている。そしてこのような治療理念に基づいて、心療内科独自の治療技法を重視し、その啓蒙・普及・発展に精力的な活動を行っている。

心療内科で行われる治療法は表1のごとくである。その中でも、池見は、特に、自律訓練法・交流分析・生体フィードバックの三つの治療法を重要視している。その理由は、三つの治療法とも自己制御的方法であるので、知性と情動の解離した alexithymia などの治療に有効であるとしている。つまり脳を中心とした全人的気づきに基づくセルフコントロールが、これからの心身医学的治療の中核となるべきであると主張している。

表 1. 心身症に用いられる治療法

1.	薬物療法 (pharmacotherapy)
2.	自律訓練法 (autogenic training)
3.	催眠療法 (hypnotherapy)
4.	カウンセリング (counseling)
5.	簡易精神療法 (brief psychotherapy)
6.	ゲシュタルト療法 (gestalt therapy)
7.	交流分析療法 (transactional analysis)
8.	精神分析療法 (psychoanalysis)
9.	行動療法 (behavior therapy)
10.	バイオ・フィードバック療法 (biofeedback therapy)
11.	音楽療法 (music therapy)
12.	箱庭療法 (sand play therapy)
13.	芸術療法 (art therapy)
14.	作業療法 (occupational therapy)
15.	森田療法 (Morita therapy)
16.	絶食療法 (fasting therapy)
17.	ヨーガ療法 (yoga therapy)
18.	バイオ・エナジェティック療法 (bioenergetic therapy)
19.	家族療法 (family therapy)
20.	集団療法 (group therapy)
21.	その他

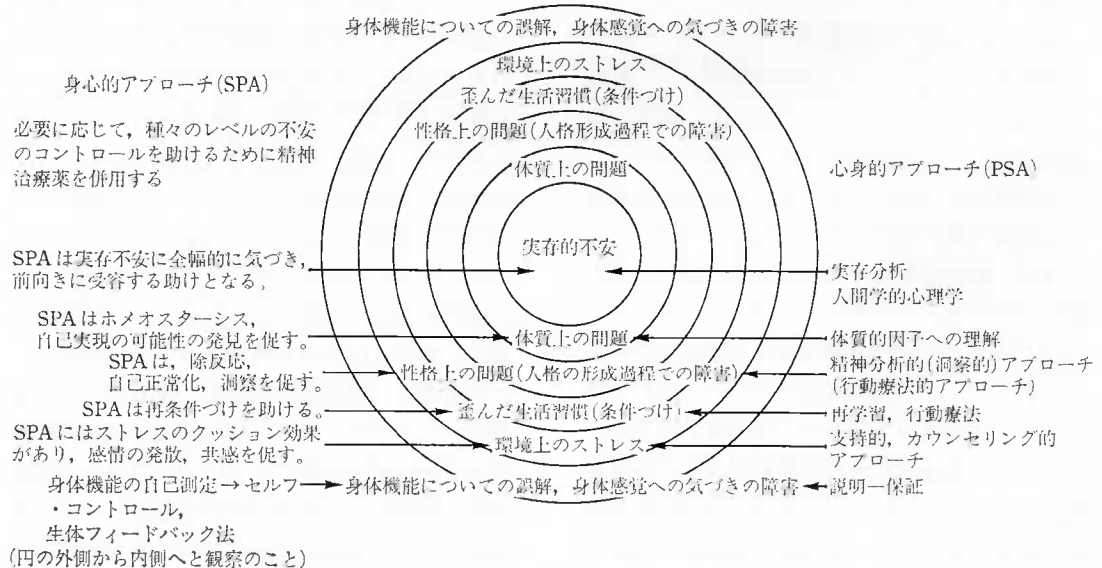


図 1. 心理的問題 (不安, 欲求不満) のレベルに応じた治療法 (池見)

自律訓練法は、ストレスを緩和し、心身のホメオスターシス（自己正常化能）を各人の脳ベースにのって賦活する心理生理的療法であるとし、すべての心身医学的療法のベースとなると推奨している。一方催眠については、催眠がもつ万能的な効果、治療者への依存、呪術的名人芸など弊害を挙げ、心身症の治療には用いるべきでないと警告を発している。

催眠と同様に、精神分析にも、難解な仮説、膨大な時間とエネルギー、幼児期の外傷体験を洞察すれば治るという点を取り上げ、過去回帰的なアプローチの非科学性に対して強い疑問を呈示している。しかし交流分析は、閉鎖的でなく解放的であり、また個人的でなく集団的であり、かつ自分自身や対人関係を平易に客観的に体験できるとして精神分析よりも重要視している。また交流分析と近縁な治療法としてゲシュタルト療法があるが、ゲシュタルト療法が、今ここで（葛藤を）体験的に再現し、今ここで（再決断）を促す点を重視し、幼児体験によって宿命的に決定されるとする誤った determinism に陥っている精神分析より優れているとしている。

生体フィードバック法は、心身相関の科学の進展により、自律神経系のオペラント条付づけが可能となった。すなわち体への気づきから情動への気づき（身心的アプローチ：図1）を重視し、失感情症や失体感症（alexisomia）の治療に適しているとしている。

行動療法についても、従来のものを発展させた自律的行動療法を提唱している。つまり社会分化的に条件づけられた自己破壊的生活習慣（過食、運動不足、タバコ等）を矯める行動医学的アプローチが、現代の主要死因となる病の予防、治療、リハビリ、健康保持に不可欠としている。

またプライマリ・ケアと心身医学との関連については、全人的医療（bio-psycho-social なアプローチ）を目指しての展開という点で共通の地盤を有していると述べている。そしてこれ

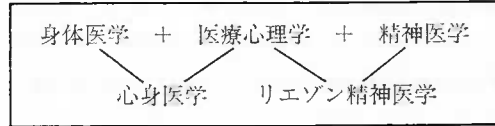


図 2.

からは生命倫理（bioethics）の考えも包括した立場から、bio-psycho-socio-ethical なアプローチが中核となるべきであると提唱している<sup>5)</sup>。

リエゾン精神医学との関連について池見は、リエゾン精神医学より、もう一つ大きい概念としてリエゾン医学なる用語を使用し、「心身医学的な問題は心療内科の専門家へ、精神医学的問題は精神科の専門医へ相談が持ち込まれ、それらの専門医が、それぞれの立場から、各科の医師の全人的医療を助けることをリエゾン医学と言います。」と述べている。そして心身医学とリエゾン医学とリエゾン精神医学との関係については、「心身医学は、身体医学と精神医学の結びによるものではなく、図2のように、主として身体医学と医療心理学ないし行動医学との結びによるものだということです。臨床各科の患者にみられる精神病反応については、精神科の専門家にリエゾンを担当してもらえばよく、心療内科の医師が担当するのは、身体病をもった患者に発生する心身相関（身体面と心理・社会面との関わり）の問題です。」と述べ、さらに人工透析患者に多発するうつ病・CCUや開心術の際の神経症的、精神病的反応・検査や治療に協力しない患者・死に瀕している患者・癌末期の患者等への対応については、リエゾン精神医学の専門家の協力がどうしても必要だと強調している<sup>6)</sup>。

## II. 米国型のコンサルテーション・リエゾン精神医学

わが国で最も早く、小此木<sup>7)8)</sup>は精神力動的観点に基づいてリエゾン精神医学に取り組み、

特に泌尿器科とのリエゾン、リハビリ・センターとのリエゾン、心臓外科とのリエゾンなどを早期から積極的に手がけている。一方岩崎<sup>9)~11)</sup>は、米国におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学の成果を紹介し、臨床的にみても幅広く組織的で体系的な実践を行っており、数多くの貴重な知見を報告している。

岩崎は、コンサルテーション・リエゾン精神医学を次のように定義している。「精神科コンサルテーションとは、他科の医師ないし医療スタッフの求めに応じて、患者の診断、治療、対処の仕方などについて精神医学の立場から意見を述べることである。……しかしリエゾン精神医学の本質は、精神科医が他科の患者をめぐる様々な治療関係を対象としてはたらきかけることにある……治療関係とは具体的には患者と主治医との関係、患者と看護婦達との関係、主治医と看護婦との間の関係、あるいは患者とその家族との関係等々多面的な人間関係を意味する……リエゾン精神医学の主な目標は、それらの治療関係に働きかけることを介して、よりよい総合的な医療を実現することにある。リエゾン精神医学が疾患中心あるいは患者中心の視点に加えて、さらに関係中心あるいは状況中心のなものであるといわれるのも、これら治療関係の改善を目指すことを表現したものである。」と明確に定義し、そして「精神医学そのものが、いわゆる記述精神医学のように身体医学における生物学的な疾患概念をモデルとして発展してきたという限界をこえ得ないものである場合には、リエゾン精神医学の実践に当たってもおのずと限界があるという事実である。つまりリエゾン精神医学は本来、治療関係の力動を対象とするものであるがゆえに、その実践にあたる精神科医には力動精神医学的理解が必須のものである。」と精神分析学の重要性を強調している。

また岩崎はリエゾン精神医学の実践について、「患者の精神的な困難がほかの医療スタッフと彼との間の関係のなかで生じてきた度合いの高

いものである場合には、それを精神科医が肩代わりして解決しようと勤めるよりも、もう一度医療スタッフと患者の間できごととしてまず明らかにして、そこに精神科医が関わるのが望ましい場合が少なくない。」と述べ、またそうすることが身体各科の医師に対するリエゾン精神医学の教育の機会につながるとしている。またリエゾンを進める際は、「前以って相互の責任と権限が精神科医と他科の医療スタッフとの間で明確にされなければならない。コンサルテーション・リエゾン精神医学は、決して他科の医療の主体性を犯したり、支配したりするという性質のものでなく、それぞれの独自性を尊重した同等な協力体制のもとに成立するものである。」と述べ、精神科医の安易な介入に注意を喚起している。

そして最後にリエゾン精神医学施行上の諸困難として、「他科の医師の間にみられる患者の心理・社会的な側面に関心を払うこと自体への根強い抵抗、それに対応するかのように精神科医自身のなかにときにみられるような心理・社会的な側面のみへの関心の集中と生物学的・身体的な側面への知識の乏しさ・関心の薄さ」を問題としてあげ、さらに現行の保険医療制度では医療スタッフ間の交流に要する時間および技術についての評価が全くないという事実が、コンサルテーション・リエゾン精神医学の発展を阻害している大きな要因であると結んでいる。

一方、牛島<sup>12)</sup>は、リエゾン精神医学を身体病のもつ社会的、心理的側面への注目を促す医学的ルネッサンスとしてとらえ、「リエゾン精神科医の日常業務は、恐らく個々の患者の精神衛生、医師患者関係、全スタッフを含んだ集団力学、あるいは家族との関係と幅広いものとなる。自らの本来の専門の対象たる精神疾患は、目の前から姿を消すわけである。そこに、彼には新しい地平が開けることになるのである。……リエゾン精神医学というのは、精神科にとどまって問題患者が送られてくるのをじっと待っているのではなく、精神科の境界をのり越えて他

の診療科へ一歩踏み込んだときに成立してくる性質のものである。」と述べ、精神科医の意識改革を訴えている。

### Ⅲ. 両者の関係の今後の課題

心療内科と精神科リエゾンの両者とも、その到達目標は全人的医療および包括的医療であり、この点に関しては一致している。同じことを目指しているのだが、そこまでの方法論と理論的背景に若干の相違があり、また内科と精神科というセクショナルリズムもあって、両者の間に必要以上の対立と緊張を生み続けてきているといえる。

しかしながら両者の全人的医療実現のための活動の様子を比較してみると、心療内科は言わば内からの医療の改革を志向しているのに対し、精神科リエゾンは外からの改革を目指しているということが言える。つまり心療内科医は<心も診れる内科医>であろうとしているし、一方精神科リエゾンは医療チームに外から働きかけ、徐々にその意識改革を目指そうとしているからである。したがって両者は、全人的医療実現のための車の両輪の関係にあるとあって良いのではなからうか。

この点に関して石川<sup>13)</sup>は、「専門化によって全体性と統合性を失いつつある近代医学の中に残された境界領域を埋めるものは、consultation-liaison psychiatry および psychosomatic medicine であり、それらは近代医学を救うものであると言える。すなわち、この両者のoverlapが、競合となるか協調となるかそのことが問題ではなく、この領域こそ実り多い領域であることを認識して、精神科医と心療内科医が文字通り liaison しなければならないと考える。」と述べているが、非常に卓越した指摘であり、今後の両者にとって重要な指針となるに違いない。

また両者の間のより現実的な問題として、心療内科がリエゾン・サービスに、どの程度参加

するかということがある。この点に関する筆者の考えは、総合病院に精神科がある場合は池見の述べる範囲にとどめるべきであり、精神科のない場合は精神科リエゾンにも関与せざるを得ないと思っている。しかしこの際は、当然ながらアイデンティティの再構築が必要になると考えられる。

ところで今日心療内科を受診する患者の中に、境界例人格構造を有する心身症が激増している。今後もこの傾向は強まることはあっても、弱まることは考えづらい。それゆえこれからの心療内科医は、東洋的英知に基づくセルフコントロールや行動医学的側面の研究および診療活動に努力することも非常に大切であるが、それに加えて精神力動的および精神医学的な診断・治療の能力を飛躍的に向上させることが急務となってきたと思われる。

一方精神科リエゾンは、今やブームになりつつあるが、かけ声だけで上滑りになる危険も少なくはないと思われる。旧来の精神科医は、他科の医療関係者からは<身体嫌いの変屈な医者>としてみられている。小倉<sup>14)</sup>は「精神科医というのは大体が、専門用語を用いて難しい話ばかりをし、理屈をならべただけで、実際に役立つことは何もやってくれない。体のいい遊びであり、信用ならない」と指摘しているが、これほどひどくはないにしても、そう感じている人もいることは事実である。したがって Lipowski<sup>15)16)</sup>の主張するように、リエゾン精神科医が一般診療科のメンバーとなり、真に有益な活動を展開できるようになるためには、岩崎も指摘しているように、まず自らの<身体アレルギー>を克服することがどうしても必要であると思う。そうでなければ、いくらリエゾン精神科医が他科の医療スタッフの人間関係を援助したいと思っても、彼らの共感と信頼は得られず、結局は無視されて排除されてしまうことが危惧される。それゆえ、真のリエゾン精神医学の実践を希望するのであれば、従来の精神科医としてのアイデンティティだけではとても対応で

きなくなり、もっと柔軟で新しい規範の創造が必要とされてくるのではないかと思われる。

ともあれ、今後は両者ともお互いに相互協力や相互交流を積極的に進め、全人的および包括的医療の実現のために大いに努力して行くべきであろう。

#### 文 献

- 1) 池見西次郎：精神身体医学の理論と実際，医学書院，1962.
- 2) 池見西次郎：心療内科，中公新書，中央公論社，1963.
- 3) 池見西次郎：現代心身医学，医歯薬出版，1972.
- 4) 池見西次郎：続・心療内科，中公新書，中央公論社，1973.
- 5) 池見西次郎：臨床医学の展望「心身医学」，日本医時新報，2811，1978；2912，1980；2966，1981.
- 6) 池見西次郎：人間回復の医学，創元新書，創元社，1984.
- 7) 小此木啓吾：コンサルテーション・リエゾン精神医学における精神分析の機能．精神分析研究，26巻，113～125，1982.
- 8) 小此木啓吾：Consultaion-liaison Psychiatry の動向．治療，60巻，577～586，1978.
- 9) 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巻，107～112，1982.
- 10) 岩崎徹也：リエゾン精神医学教育，三浦貞則編；リエゾン精神医学，医歯薬出版，1980，pp. 50～54.
- 11) 岩崎徹也ほか：コンサルテーション・リエゾン精神医学．心身医，29巻，17～22，1989.
- 12) 牛島定信：心身医学とリエゾン精神医学，6～11，三浦貞則編；リエゾン精神医学—包括的医療の実践．医歯薬出版，1984.
- 13) 石川 中：General Hospital Psychiatry と心療内科，心療内科の立場から．心身医，26巻，490～493，1983.
- 14) 小倉 清：リエゾン精神医学の実際，精神分析研究，26巻，3号，127～132，1982.
- 15) Lipowski, Z.J. : Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, 1, general princip. Psychosom. Med., 29 : 153～171, 1967.
- 16) Lipowski, Z.J. : Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, 2, clinical aspect. Psychosoma. Med., 29 : 201～224, 1967.