

■ 編集だより

編集後記

“伝統的”大学精神医療は、今もなお、脈々と、全国の大学病院で展開されている筈であると信じております。大学の研修医たちは、自身の受け持ち患者さんの治療方法、行き詰まり、もがき、看護スタッフなどとの関係性、患者さんや患者家族と担当医たる自身との距離感、等々について、同僚や先輩医師などと、常に「語り」、「語られ」、「語らい合い」、お互いの足元を再び見つめ直し、訂正し、反省し、考え抜く、そんな繰り返しの毎日でありましょう。総ての臨床医は「症例から学ぶ」ことが、おそらく一生を通じての最大の課題でありましょうし、すべての臨床研究と基礎研究の成果は、この「症例から学ぶ」に還元されねばなりません。その意味では、私の週間スケジュールのうち、最高級、最重要の時間は「症例検討会」であると思っております。この時間の内容の充実度は、その施設のスタッフの臨床力や研究力、あるいはそれらの底辺たる努力心を、スタッフがどれだけ抱いているのか、などの結集として、「症例検討会」に反映されます。全国、全世界の一体どこの病院が、施設が、この厳しい精神疾患を十分に治せているというのか、癒せているというのか、これはみな共通に苦しんでいるはずであります。

卒直後の1年目は、医師としての旅立ち、足固め、夢へのスタートといった重要な時期、それは医師が医師たるに必要な「症例から学ぶ」姿勢、基本的態度、礼節、勉学の重要性、先輩後輩の在り方、一生付き合うであろう同期入局の仲間、一生の恩師は誰か、といった基本姿勢がインプットされるべき最も重要な時期だと言えましょう。

繰り返し強調したいのは、若い医師たちは卒直後のこの1年間に、医師としての責任感を学ばねばなりません。そのためには受け持ち患者と悪戦苦闘する時間、中堅医師たちからのアドバイス、看護師などのスタッフとの信頼関係の構築法を学ばねばなりません。それには少ない担当患者を受け持って、1症例ずつを丹念に、深く、深く、見て、視て、診て、勉強し、「世界中でこの患者の悩みを最もよく知っている、共有しているのは自分であるのだ」と思えるまでに診て、文献を読み、先輩に聞き、家族ともがき合い、再び考える、「医師」として、「精神科医」として何が必要なのか、自分のアイデンティティを構築していくべきです。卒後の数年間は少数例を受け持ち、深く集中すべき時期です。いつしか市中病院に出向すれば、否応なく多くの患者さんを受け持たざるを得ません。

卒直後のこの根本を怠ると、大事な、大事な患者さんを「さばく医療」、「失礼医療」、薬物療法だけの医療すなわち「幻覚妄想撲滅一辺倒医療」といった、誰にでもできる「対症療法」医療しかできないし、結果的に患者さんの悩みを聞かない診療、悩みを聞く必要さえ感じない診療、そんなスタイルの医師、とても精神科医とは呼べない医師となってしまいます。最近ますます「3分間診療」が横行しているように思えてなりません。“こんな医師”が、もうこれ以上量産されては、困ります、患者さんは、家族は、「せき（幻聴）、ねつ（妄想）、頭痛（うつ）」ですね、「はい、この薬を」で終わるなら、安物の内科医でしょうね。立派な内科医なら、「なぜこの咳が、この熱が」と考え、「ちゃんとお飯を、布団は、云々」とその予防を伝えます、そうです精神療法をしてくれます。一方薬物療法のみで終始する精神科医は、ではなぜこの幻覚妄想が、うつが出たのか、すなわちその原因を考える、その予防を患者と一緒に考える、悩む、これが精神科医であるはずなのでありますのに、そんな当たり前の考えさえ浮かびません。

堀口 淳