

## ■ 編集だより

## 編集後記

昨今、精神科に限らず他職種によるチーム医療が推奨されている。これは異なる職種のメディカルスタッフが連携・協働し、それぞれの専門スキルを発揮することで、入院中や外来通院中の患者の生活の質（QOL）の維持・向上、患者の人生観を尊重した療養の実現をサポートすることを目的とする。総合病院に勤務していると緩和ケアチームやリエゾンチームなどチーム医療が大きな役割を果たしていることが実感できる。そもそも精神科病院では精神科医が少ないこともあってか、入院患者やデイケアに参加している外来患者に対して、昔からチーム医療が実践されていた。

しかし、外来診療で個人精神療法が中心となる治療計画を立てたとき、できるだけ自分で精神療法をしてみたいと思っている。そのため認知行動療法を中心にさまざまな精神療法を折衷し、患者自身に最も適した方法を模索してきた。もちろん当院にも心理士に心理治療のオーダーを出すというシステムもあるのだが、まず自分でやってみる。決して心理士を信用していないわけではない。これは私の診療スタイルが、患者の見立て、薬物療法、精神療法が複雑に重なり合っており、一人で行ったほうが情報共有の手間が省けて効率的であると考えているからである。さらに治療構造が言語化できない点、例えば患者とこれまで構築した転移を含めた関係性や雰囲気、直感、こちらの思い入れなど、に大きく依存しているので、それを他の医療者に説明することが困難かつ面倒であるからかもしれない。

一方、心理士は独自の心理アセスメントを用い精神科医とは異なる見立てをする場合があり、行き詰っているときには新たな視点や介入のきっかけを与えてくれる。また、遊戯療法や動作法など、医師があまり精通していないような心理治療をお願いしなければならないこともある。さらには、医師が忙しく時間が取れない場合には助かるのも事実である。精神科医が基本的な精神療法スキルを獲得しておくことは必須であるが、より高度で専門的な心理治療技法になると、その道の専門家に頼る方が安全であるとも考える。

最近、強迫性障害の若い男性患者に対して、当医が薬物療法を中心とした治療マネジメントを行い、精神療法は過去に強迫性障害を克服した経験から独自に東京で治療を行っている方がTV電話で行っていたようだ。こちらはまず十分な薬物療法を行い、ある程度の治療効果が出た段階で暴露療法を行うことを考えていたのだが、患者が自ら探してきてしまった症例である。その治療者の心理治療について、患者から細かく聞いていたのだが、一定の効果はあったようだ。期間限定だったので一旦終了となったのだが、こういうやり方もあるのかと参考になる部分が多かった。

いま、精神疾患と自動車運転の問題が話題となっている。精神疾患や向精神薬の使用、さらには添付文書の問題である。青森のような農作業を行う人が多い地方では、運転できない不便は想像を絶するものがあり、死活問題とも言える。現時点での日常臨床の最大の懸念は認知症に関する自動車運転免許問題である。道交法改正で「認知症の疑いあり」と判断された人全員に医師の診断義務が発生することから精神科受診が増えてきている。しかし、運転技能は複雑な認知機能と運動技能の組み合わせから成立しており、長谷川式などの単純な認知機能スクリーニングのみで運転可能性を結論づけるのは無謀であるように思える。この点に関しては、ぜひ心理士の先生に認知機能アセスメントの協力をお願いしたい。

古郡規雄