

巻頭言

私に見えているか？

相澤明憲 日本精神神経学会副理事長
Akinori Aizawa

昭和54年、熊本大学の精神神経科教室に入局した。教授の立津政順先生は、従来の精神疾患だけではなく、水俣病や三井三池炭鉱事故の一酸化炭素中毒後遺症の研究および診療に精力的に取り組まれていた。

立津先生の診察姿勢は途方もなく粘り強いものであり、朝10時に始まった病棟廻診が夜の10時になっても終わらなかつた。時間を全く無視する教授に怒った時計係が目覚まし時計を床に投げ捨てた、くたびれた若手医局員が病院の職員浴場で一風呂浴びて戻ったら教授の診察は続いていた…などなど先輩達から聞かされた伝説は数知れない。

私が入局した頃はそこまでのことはなかつたが、朝に始まった教授廻診が午後2時3時になることは普通だった。新患でもないすでに何度も診察をしている人のところで、診察が30分、1時間となる。先生の診察はまさに観察で、服装、姿勢、表情、しぐさが微に入り細を穿つように記述される。手が握りしめられているか、開かれているか、「首をうなだれて」「胸をそらして」「両手を右前方に突き出して」とか、「医師の腕を握り」「胸にしがみつき」などという言葉がカルテに並ぶ。読めばその様子が眼前に描き出されるように記述される。患者がじっとしているとは限らない。落ちつかずに廊下を歩いている場合もある。教授は一緒に歩きながら診察を続ける。医局員も一緒に行ったり来たりすることになる。昼休みはとうに終わり、出前を頼んだ昼めしももう冷えてしまうという頃には、弟子たちに空腹症状があらわれ、教授の目の届かぬ方の壁によりかかり「あんなに見なきゃわからんのかな」などと不埒なことをつぶやくのだった。

ある廻診でのこと、主治医も大方の医局員も「分裂病」との診断で納得している症例に対して、教授が「分裂病」とは違うという結論を出された。何となく腑に落ちぬという雰囲気があったが、ここで議論を始めればいつ昼めしにありつけるかわからないと思ったのか、そのまま廻診は終

わった。研修医だった私は、先輩指導医に「医局の上の先生たちもみんな『分裂病』と言っておられたし、教授は何で違うと言われるのでしょうか」と尋ねた。その先輩は少し考えて「教授には、僕たちには見えないものが見えているのかもしれないよ」と言われた。

それから40年ほど精神科医として診療にたずさわってきて、立津先生に見えたものが私に見えるようになったのだろうか。見えるようになったと思えた時期はあった。しかしまた見えなくなったと感じた時期もあった。そういうことを重ねるうちに、根本的なことに気がついた。見えると思えたものが、立津先生に見えたものと同じだとうやうや確かめるのか。私が、立津先生ならこう診断すると主張したところで、もし異論を唱える人がいれば、それに対して最終的に納得させる手段はないのである。そのことに気づいたとき、多くの弟子たちを空腹に追いやったいつ終わるともしれぬ長い長い教授の診察の意味がわかった気がした。先生は、症例を観察し観察しぬいて、詳細に記述することで、誰もが納得する診断根拠を提示しようとしたのではない。それは、プレコックス感などと言って一言で済ませてしまうのではなく、診断の実体的な根拠を明らかにして議論にたえられるものにしよとうというものだったのではない。先生の方法は、DSMなどの操作的診断とはずいぶん離れているようでも、その考え方は実は近いものかもしれない。行きつくところは、精神科医療における診断とは何かという問題なのだった。

私には、立津先生のような診察はできない。今、日常の診療は操作的診断基準に基づいて、行っている。しかし時間のかけられない日々の診察において、たとえ1行でも表情、しぐさ、姿かたちをカルテに記載しなければ気がすまないのは、まさに刷り込み現象であり、いつになっても師匠の掌の上を右往左往している感が強いのである。