

## 総 会 講 演



### 児童精神科医への道のみ — 名医という青い鳥を探して —

竹 内 直 樹

児童精神科医療に関わり続けて、1991年に横浜市立大学に戻り、2015年春に退職しました。このOB現役合同総会にお集まりの皆さまがたにも公私ともどもお世話になりました。また、児童精神科を支えて頂きましたこと、心より感謝を申し上げます。

この新たな人生の節目に、話をさせて頂く機会を与えていただいたことで、今までのことをふり返るよい機会にもなりました。前半は私自身の児童精神科医への道程で、印象に残った臨床エピソードを辿り、後半は先達の知恵を紹介したいと思います。

#### 研修医の頃

精神療法の研修では、初期の5年間はとくに重要だと思います。日進月歩の向精神薬の医薬品ですら、この研修初期に体得した薬物処方癖などが、その後に影響を与えます。私自身の研修では、とくに患者や家族から強く影響を受けました。医者をして医者たらしめるのが、患者や家族から得た臨床の積み重ねであると思います。駆け出しの頃の経験を反芻しながら、世阿弥の「初心不可忘」を胸に刻みつつ歩んできました。この時期を素直に見つめなおすことは、どなたにとってもその後の臨床の方向性に多大な影響を与えたいと思います。

横浜市立大学附属病院精神科で研修をしました。そこでの入院症例を通じて話をさせていただきます。

私の第一症例は精神療法の方向性を示唆してくれました。

女子高校生の入院例です。情緒が動揺し、家で苛立ち暴れ、家族が疲弊したために入院をしてきましたが、病棟でも不機嫌状態がくり返されて続発し、その行動や対応に追われ続けました。研修での最初の症例であったこと、また治

療関係に苦慮したので、記憶に強く留まったのかもしれませんが。

その頃は、診療の手順通りに、生育歴、現病歴、家族歴などを聴取しましたが、その重要性はわかっていませんでした。症例検討用の表面をなぞったような会議資料に留まり、治療に展開する術はなかったように思います。病棟での症状の対処に明け暮れ、それを後追いするだけで精一杯でした。今考えれば、白衣をまとっただけの若造でした。患者の目には上意下達の「白衣の者」としか映らなかったのでしょうか。医者になったばかりの若さと、その裏にある焦りと不安が混在して、隙をみせまいと力んで過ごしていました。先輩からの指導が当時の私の精神療法の全てでした。診察時は寡黙に丁寧に距離をもって接し、「相手を尊重し、正視し、穏やかに接し、傾聴と共感に努める」ということを自分なりに遵守したものでしたが、適正な距離感がとれなかったのです。これが裏目に出ました。

あるときにイライラした彼女が「冷血動物、蛇」と、指さしながら罵声を私に浴びせました。「痩せて顔色が悪く、蛇のように冷たく気味が悪い、表情もかえずに、自分の気持ちを何も明かさず、私ばかりに聞くし、心の奥底を覗きこむように、じっと観察しているから怖い。本当は私を軽蔑しているし、厄介な患者と思って嫌っているクセに、ごまかして、優しい医者ふりをしているだけ。先生にとって私はどうせ大勢の患者の一人にすぎないから、私の苦しみをわかろうとしてくれない」。ある意味凶星の指摘でした。その勢いに圧倒されて、警策を打たれたように返答に窮しました。ただただ治したいというだけの堂々巡りばかりで、眼の前に相手はいるものの、相手とは「出会わず」に過ごした診療でした。その当時は専ら診断と治療の選択だけに関心が向いていました。関心の全てを診断名だけに帰結させ、不機嫌と反抗等の緩和と、その薬物治療の選択に腐心し、さらに秘策の対応法まがいを探し求めて文献を読み漁ったのですから、患者には会うことなく、会話はしても対話はなく、すれ違う一方通行のやりとりばかりでした。相手の沈黙やたたずまいに寄り添う関心はなく、「医学的」な治療方針を求めて徒労感に苛まれながら、「病氣」とひとり相撲をとる日々で、病者と関係は視野の外でした。唯一無二の「精神療法」を追い求めていました。精神療法も医者・患者関係や、病棟の雰囲気によって様相は変化することは体得できていません。薬物療法と似て、精神療法もプラ

セーボやエクセーボに転じもします。とりあえずの治療指針としての精神療法を欲していたのです。

退院した数日後の深夜に、私の自宅の電話番号を懸命に探し出した末に電話をかけてきました。家庭に戻ってはみたものの、さびしさに打ちのめされて、しゃくりあげて泣かれたこともありました。用件よりも辛い時間をやり過ぎたための電話と推察しました。

その後 15 年を経て、私が大学病院勤務に戻ったおりに、精神科通院中の見知らぬ女性が、私の胸元の名札を見入ってから、丁寧に挨拶をされました。その人がこの御本人であり、待合室の片隅で立ち話をかわしましたが、適宜な距離を置いた話しぶりでした。当時の面影が全くなく、歳月によって、お互いが変わっていたことに驚きました。

次に紹介する第二症例は、非言語的な世界、その一つである絵画に関心を寄せる契機になりました。

非社会的で横柄な態度の 40 歳代の男性画家が入院してきました。研修医の私にはことさら不愛想でハナから無視を決め込み、他の入院患者とも離れて過ごしていました。ある日、画家は手すさびに絵をひとりで描いていました。私が視界に入っても関心なく、とりつく島もありません。暇をもてあました私は傍らに座って、無言で彼を写生しました。関心を惹くかと忖度しましたが目もくれず、すぐにあきらめました。私は写生に没頭して、絵として收拾がつかなくなるほど、目茶苦茶に色を重ねて、手直しを図れば図るほど、色調は薄汚れて暗くくすんでいきました。かろうじて人物画ということがわかるくらいで、激しい筆致と重ね塗りで破たんした絵になっていきました。そのときに思わぬことが起きました。その人が大仰に大笑いをしたのです。

「オレよりもひどい、クレイジーだ、医者に診てもらったほうがよい」、手持ち無沙汰の患者たちが集まってくるほどでした。彼の上機嫌さの変わりように驚くとともに、私は相手に認められたことで我に返った感じです。問診に努めたときには心の窓を頑なに閉ざしていた相手なのに、私が自暴自棄になり、医者を忘れかけたときに予想外な展開をたどりました。

その後も二人で描画を続けたところ、それが人寄せになり、彼を中心にした

「お絵かき会」は病棟行事の日課に転じましたが、私の絵に対する彼の評価は急落して、私も描画の動機は失せていったので、「絵がつまらなくなつた」という彼の感想に納得しながらも、芸術家の感性を実感しました。

私にとっての描画は芸術療法の一つではなく、関係をとりもつ道具に過ぎなかったのです。その指摘を契機に、担当ではない患者の前に座って、「絵に描くとしたら彼の心模様の絵柄は何か、安心できる色調は何か」、などと憶測しては、人相見のように患者の前に座り、患者に変わって絵を描き続けたこともありました。また、ひとりの患者の絵を時系列に並べて、絵の図柄と精神病理の関係を、連作の変化から病理を究めようとも試みました。「たかが絵、されど絵」、そして「暇つぶしの絵、されど心の絵」、これが次の職場での描画に取り組む動機になりました。

### 子どもとの試行錯誤

念願の神奈川県立こども医療センターに転勤して14年間を過ごしました。

病棟行事として子どもたちとの集団の描画を続けましたが、そのなかで唯一人だけですが、描画を中止させた症例に出会いました。描画が侵襲性に働き、参加も一回だけにおわつた中学3年生の少年です。万人向きの治療法はなく、例外や少数者など常に限界がある現実を教わつた症例です。

警察に通報されるほどの家族内での激しい暴力沙汰の末に入院してきました。上背があり筋肉を鍛えて腕力に憧れ、私に対しては舎弟のようにまとわりついていました。卒業が迫ると進路で気持ちは揺れました。絵を描くことは子どもじみていると、小馬鹿にした態度で参加を拒み、自室で受験勉強をして過ごしていました。あるとき、期するものがあつたのか、行事に突然に参加してきました。これが彼にとっては最初で最後の病棟での描画になりました。

その男子は、何かを絵に託そうと異様過ぎるほどの真剣な態度で、執拗に飽くことなく格闘をしていました。崖の風景から描き始めたように思えたのですが、途中で非現実の風景に転じて、崖を対称的に両端に置き、紙の中央に赤い火山のマグマを塗り重ね、その岩肌は何十色と強く塗りこめます。それでも満足できずに上塗りを執拗にします。彼に画題を尋ねると、「(自分の)心模様」



と答えたのには驚きました。行事の時間が過ぎても、部屋にひとり残り、描き続けました。「心が出せない、オレの本当の心が描けない」と、苦行僧のような呻吟です。描画への異様な専心さと苦悶する表情に、ドクターストップをかけて描画を中止させました。描けないものを描こうと挑戦した悲劇です。「たかが絵」の枠を踏み越えた時はリスクが高いと思い中止した例です。

この男子は卒業が迫るにつれて、病棟での問題行動も激しくなり、看護師にも威嚇し反抗し暴れました。私との診察中にも、おもむろに喫煙をしてみせるなど私を挑発します。易怒性に対して鎮静のために抗精神病薬を十分量処方しましたが、自暴自棄の行動は変わりません。病棟での激しい暴力沙汰に、子ども病棟では限界で、成人の精神病院への転院が決まりました。本人からすれば承服できない転院であり、私自身も不本意なままに、取り押さえて注射で鎮静させましたが、そのときに、「タケウチ裏切ったな、見捨てたな、オレをずっと診てくれると言ったクセに、オレは信じていたのに」、睡魔で朦朧とするなかでの涙声でした。今から思えば、治療者は自分しかいないという傲慢さと余裕のなさで、「見捨ててはいけない、何とかしなくては」という感情に翻弄されて、治療者として孤立した自己完結型ともいえる治療の罠に陥っていました。私も彼も、憑き物がとれたような落胆と疲れはてた別れでした。

一週間後、転院先の精神病院に見舞いに行き驚きました。断られる覚悟で面会を求めましたが、屈託なく落ち着いて出迎えてくれました。

「精神病院のほうが気楽でよい、子ども病院では最年長だったから注意も多く、必要以上に焦っていた、受験もこのままでは難しく、お先が真っ暗で出口がなかった、ここの（大人の）病院の患者さんは年上で優しい、俺を見かけると、若いのに（入院は）もったいないと励ましてくれて、ここの皆が親切にしてくれるし自分を可愛がってくれる、それだけですごく楽になった、薬の量も半分になった」。別人のような落ち着いた変貌ぶりでした。

現在も賀状を交わしていますが、大学を遅れて卒業して結婚をされ、精神病院の外来には不調のときだけ通院して、抗精神病薬を服薬しながら、社会人として生活を送っています。

精神科医として研鑽を積んでいったものの、かえって精神療法や精神科治療

に疑念がわいてきました。治療経過の転帰は偶然性によるものが多く、治療の手応えを感じとれずに無力感を引きずるようになりました。

老練の先達の講演会に参加して、正確な現症診断をする方策を質問をしたことがあります。

「診察室と異なるところで子どもを診なさい。例えば他の子どもが大勢集まる病院の売店で、その子どもを遠くから見るとよい。森の中で木を見るがごとくです。その子どもの弱さや良さ、その子どもらしさは、ふだんの診察場面からずらした状況で診ると、思いもかけない一面が発見できます」。後日に先輩から聞いたところによると、その精神科医は若い頃から、病棟内で患者と寝起きをして患者を観察していたそうです。昆虫学者ファーブルを思わず連想しました。地べたに這いつくばって、昆虫をひたすら無心で見入る日課をくり返す。心を観察する職人芸の術の一端を学んだように思いました。この先達の示唆から、ドキュメンタリーの映像作家の方法論に関心を向けるきっかけにもなりました。

院外の症例検討会にも進んで参加しました。学派の違いにより症例報告も異なるのに驚き、これは普遍的な科学ではないと、素朴な疑問を感じていたころです。

症例報告は実際の臨床に即しているのか疑問を感じていました。現実を反映せず、主治医の歪めた報告に基づいて捏造された精神病理の討議にも思えました。また、精神科医、歴史作家、評論家、歴史学者、評伝作家、そして自叙伝、ノンフィクション、ドキュメントなどの立場やジャンルで、人物像のとらえかたや描写が違うことに関心が向かいました。ある映画監督が、「映画は風景という煉瓦を積み重ねることが全てであり、言葉や論理で語りつくせる映像はリアリティに欠ける、ナレーションや音楽をなくし、映像と会話で事実を語りたい」という一文を読み、先は見えないが霧が薄れた感じがしました。子どもが生活する風景の煉瓦を積むことこそが、子どもの心情を浮かび上がらせる方法だと思います。専門用語を控えて、実際の子どものらしさを際立たせる表現に精進したいと思いました。

この着想から、重篤な摂食障害の子どもが回復して、初めて院外に外出でき

るようになると、「散歩療法」と称して、散歩中の私との並びかたや、会話のやりとりなどを、定期的に繰り返して、風景のなかの子ども像を映像に撮るように追いました。患者の心に余裕が出たときに、初めて周りの風景が心に飛び込む、当たり前すぎることも体験しました。他にも患者との入浴や、同伴しての家庭訪問をくり返しました。症状に隠れた日常の過ごし方に、子どもの心象風景の微細な変化をとらえようと、定点観測で撮るような観察に努めました。

子どもの臨床を究めようと思っていた頃です。名人芸の診察術や、入院環境の工夫を必死に模索していた頃です。

いろいろなことを考えました。たとえば初診のスキルです。初診は病歴や今後の経過が凝縮された重要な情報の集積であると考えていました。初診は医者と患者の関係に距離感があり、そのために際だって診えるものがあるにちがいないと思いました。また適応が破綻している初回の診察にこそ、診断、子どもの病理、家族や社会の病理、治療方針など、重要な手懸りが潜んでいると夢想していました。

たとえば初回入院のスキルです。入院前後の1か月を診療録や看護記録を参照して、入院時の観察の視点や、精緻な今後の経過予測を思案しました。スタッフの陰性感情、入院期間の短縮、親子の「入院ショック」の軽減など、支援方法や工夫を求めていました。「精神科治療はそこで暮らす全ての人の関わりが、治療にもなり、反治療にもなる」という治療共同体の考えを借用して、入院中の他の職種、清掃員、子ども当事者などの視座を治療に導入しようと試みていました。

そこで当事者である子どもに入院治療の感想や工夫を、担当した全ての子どもに退院時に聞き取りをしました。

入院期間短縮の工夫について、退院間際の男子中学生に尋ねた聞き書きです。家庭内暴力、不登校で警察官に同行されて入院をしてきた男子中学生です。初診が即入院日でした。入院にも抵抗し、入院初期は治療そのものを拒否し荒れましたが、時間の経過で落ち着き、成長をみせた1年後の退院時の感想です。当事者ゆえの素直な視点に感動しました。

入院病棟への指摘です。「(児童精神科)病棟の名前が北病棟はひど過ぎる、

せめて南に変えて欲しい、俺たちは心がヒリヒリして辛いから、こんなことですらツラくなる、親にだまされて警察官による強制入院だから、見たこともない所だし、知らないから怖くなり暴れた、大部屋に移ってから、卓球を一緒にやった頃から、入院がフツウになった、体が入院していても、心が入院するのは時間が要る、ドクターからのどんな言葉よりも、暇をつぶせる奴ができないと落ち着かないしツライです」。

主治医への注文も語りました。「ドクターはとっつきが悪いから誤解される、最初は暗くて怖くて話す気にならなかった、ハンバーガーの店員だって笑顔で明るく挨拶するよ、ドクターもやればできるよ、難しそうだね、それならドクターが病棟で卓球をしている面白さを、緊張している（初診の）患者さんに見せればよい、診察室で出会うのではなく、最初は病棟の見学に連れ出せばよい、とっつきさえ良ければドクターは名医になれる、オレの場合の1年の入院は半年に縮められる」。

「善は急げ」で、翌日からの初診に、患者の要望を採用しました。外来の待合室から、親子を連れて病棟へ立ち寄り、迂回してから診察室に入りました。

思い返すと熱意だけはありました。店員のように鏡を見ては、口角をあげた笑顔作りも練習しましたが、子どもに媚びているような不純さを感じ、自分には不向きに思えて、患者の予想とは違って数回で辞めました。再来で報告すると、「ドクターがいつも言っているように無理してはいけないよ、医者が無理してどうなる、無理するのはオレたちだよ」と励まされました。その語りに心の成長をみてとり感激しました。

診察室の雰囲気、私自身が緊張がほぐれたことがあります。それは意外なことがきっかけでした。当時は若い男性医師には、病棟行事の水泳のプール指導監督をときに任されることがありました。外来の合間であったので、そのうちに更衣が面倒になり、水着の上に白衣を羽織って、プールと外来を往復するようになりました。裸足にサンダル履き、椅子に座れば白衣の後ろに水着の水がくっきりとにじみます。これが意外にも再診では好印象で、いつもより話しやすいと好評を得ました。その場のニーズに応じた、等身大の延長上で診療をすればよいと余裕が出始めた時期です。その一方で、医者に関わりや臨床が、

本当に支援といえるのか、大人のお節介ではないかと考え始めて、迷路に迷い込んでいた時期の経験を話します。

中学3年生男子の入院例です。家に閉じこもり、寡言、寡動であり、摂食は減り、入浴もできずに不衛生になりました。病室でも終日仰臥を続けますので褥瘡を懸念するほどでした。入浴指示には従いますが、実際に洗っているかは疑問視され、男性職員が少ない関係で、男性の私が一緒に入浴をするように看護師より頼まれました。

更衣は時間がかかりました。強い緊張で寡動であり、そのうえに躊躇もあってゆっくりです。一緒に浴槽に入ると、いたたまれないような静寂のなかで、二人を囲む湯面は垢に取り囲まれ、不潔さに驚くよりも愕然としました。

洗髪はシャンプーが泡立たず、訊ねると「大丈夫です」と単調な紋切り型の返答のみで浴室は静まります。私の背中を洗わせると、こわごわと撫でるだけの手つきから彼の困惑が伝わってきます。わが国のメンタルヘルスの伝承である寺院の温泉治療を参考にしては、「入浴精神療法」とネーミングして、自分を鼓舞しながら、二人だけの入浴をくり返しました。湯面の垢こそ減ってきましたが、二人の緊張感は何も変わりません。看護師からは声援をいただきましたが、肝心の当事者の二人にとっては、終始心地よい経験とは全く思えませんでした。卒業を機会に、年齢により病棟を退院して、精神病院に転院をしていきました。

それから5年後に、母子が突然に挨拶にこられました。成人式を無事に迎えられた喜びの報告で立ち寄られました。

子ども本人が唐突に語りました。「先生と風呂に入ったことを覚えていますか、そのときのことがなつかしいです」。母親からも、「一緒に入浴をして下さったことが、父親のいない息子には何よりでした、今も元気に通院を続けております」と感謝を述べられました。それまでは奇をてらった実験的な精神療法か、スタッフから好評を得たいための功名心かと引っかかっていたし、お節介過ぎて迷惑な関わりではないかと忸怩たる思いでした。その頃の困惑が氷解したような嬉しい一瞬でした。その感想を聞いて、「傷つけない限りは、見返りを求めず、淡々と支援をくり返す、患者よりも先にあきらめないことが大切だ」と強く実感し、自分に言い聞かせました。

一方では、医者が同じ行動をしても、子どもによっては意味合いが異なることを思い知らされた症例もあります。

ひとは精神病圏の中学生男子で、主治医の私をやみくもに心酔して、私の上腕を擦っては私の腕力すらも周囲に吹聴します。もうひとは校内暴力と家庭内暴力の主訴で入院した同年齢の中学生男子です。成績は下位で、番町格の不良に憧れ、弱いもの虐めと強がりであつていました。現実には「パンリ」でしたが、病棟の看護師や、他の子どもには大物の不良であるかのように武勇伝を披瀝していました。

その二人と私とでスケボー遊びをしました。院内の低い勾配の下り坂で、スケボー初体験の私は果敢に挑戦をしましたが、バランスを崩し、もんどり打って尻餅をつきました。その格好悪さよりも、それを見た二人の態度の違いに驚きました。精神病圏の男子は私の下手さ加減をひたすらかばい、道の勾配と路面の凹凸を興奮して責めました。「道路が悪い、ドクターは下手ではない、スケボーはむずかしいから誰でも最初は同じだ」、その落胆ぶりは露わで、私の怪我と恥ずかしさを忖度してくれました。一方の非行系の男子は大袈裟に空笑いをして相好を崩し、「俺が教えてあげますよ」と、尻餅をついたままの私の前で、頼みもしないのに模範演技を披露してみせました。これが治療の関係では転機になり、彼が私を追い抜くパフォーマンスができ、彼の弟子になることで私との関係は親密になりました。

この非行系の男子に退院時に入院体験の感想を求めると、いくつかの要望のあとに、「誰も言わないけれど、言いたいこと言って良いですか、自慰のことです、ナースを気にした大部屋の自慰は最悪です」。この予想外の要望はその後においても皆無でしたが、病棟が子どもの居場所になっているかを痛感させられました。また、看護師からの依頼もあり、これを機に入院男子と「性を語る男子会」を作り、自慰の話、性器の大きさにまつわる悩み、異性にもてる方法、恋愛のことなどで、会ごとに主題は変わりましたが、同性ゆえに大いに盛り上がりました。そのおりに、ある男子が「不真面目だ」と非難して、セックスよりも異性関係の気持ちこそを皆と分かち合いたいと主張したのも、この会の懐かしい思い出です。患者との年齢が兄貴分みたいに近かったので話しやすかったのかもしれませんが、性関連の思春期の心性を話題にすることの大切さ



を学びました。その後、警察や弁護士から紹介されてくる性加害少年や痴漢加害の男子例との精神療法の萌芽を学んでいた時期でした。いろいろな症例を紹介して頂いたことは、私にとっては得がたい経験になりました。

## 地域の目線

描画の病棟行事にさまざまな人々の支援をいただきました。

院内の教員、心理士、作業療法士、看護師の他に、院外から絵の審査員、美大のデザインの教授など、多くのボランティアの面々に毎週集まって頂きました。描画のあとの評価では職種の違いが浮き上がり、多面的に一葉の絵を理解する貴重な機会にもなりました。同じ日に子どもが学校と病棟で絵を描いても、状況によって、その動機が全く異なることを知ったのも、この会です。

その行事を通じて、職種によっても支援の仕方が異なることを実感しました。

子どもが手抜きした絵に対しての感想でも、心理士は不参加よりも、出鱈目の落書きを描いて行事に欠席しなかった防衛の適応力を評価しました。

知的障害の小学生の絵は病棟の仲間から蔑まれていました。そのときに絵の審査員であったボランティアの教員は、その稚拙な絵柄に「これこそ童心の絵である、高名な某画家が追及した線だ」と感嘆しました。そして子どもに絵柄の一部を切りとらせ、異なる色の台紙に貼り直すように指導しました。絵は見事に変貌しました。そして展覧会で入賞して表彰を受けました。表彰状をもらったことで、病棟の子どもたちの評価が一変しました。

美大に勤める教授は美しい色彩を子どもの心に出会わせたいという熱意で、ご自身の愛用の大型のシルクスクリーンの器具を、軽トラックを借りて病棟に持ち込み、子どもたちに使わせてくれました。本物の色に出会わせたいという熱意が感じとれました。

このように、描画の専門書から得たような「色彩分析」や「描画分析」といったステレオタイプの蘊蓄とは異なり、子どもたちやさまざまな職域の人が集い、描画後の感想を話し合う過程が、私には貴重な経験になりました。この行事が、病棟勤務の間の13年間も続いたことはありがたい思い出です。

入院治療の経験から、地域を意識するようになり、特に受診アクセス、地域資源、保護者の医療相談などを重視するようになりました。そのためにも診察時間、入院日数の短縮をめざし、さらに、傷つけない診療を心がけました。30歳頃から先輩の精神科医に誘われて、学校、市民とのさまざまな「ボランティア活動」を立ち上げていきました。その後、犯罪被害者支援などの神奈川県での立ち上げに参加して、現在に至るまで続き、ライフワークの一つにもなりました。

ある医療電話相談のボランティアに携わっていた頃です。

一部屋で電話を受けるので、他の相談も普通に耳に入ります。医療相談では、メンタルヘルスの相談がほとんどでした。どの電話相談にも共通しますが、この双方が匿名である電話相談では、相談の体をなさずに、通院中の精神科医への悪口ばかりで、ときには最初から喧嘩腰のものもありました。担当者の悩みの多くは「常連さん」と呼んだくり返す長電話への対応でした。

年配のボランティア医師とも一緒でしたが、顔の見えない相手の相談に応えるなかでの無力感のためか、医者らしく指示を出してまとめ、相談を終結させようとする姿勢になりがちです。これがかえってヤブヘビになり、これを機に相談はさらに延長してエンドレスの展開になることが多いものです。相談時間は、私は20分前後で、他の医者は1時間以上でした。医者らしく医療情報や支援を提案し説諭するから、また何らかの主訴や症状にまとめようとするから、相談が長引くのです。そして電話を切った途端に、相談者の長電話の憤懣を語るのです。私が20分と短いのを得意げになっているわけではありません。独白で20分間話し続けることは実際には長すぎるものです。多くの相談は質問の答えよりも、安心できる時間や安心できる他人との繋がりを求めています。やがてこれらは初診時間の短縮のヒントになりました。

匿名相談は現実世間から一線を画するのが双方にとって長所です。お互いに匿名ゆえの一期一会で傾聴をして、結果として自分自身で名医であると驚くことも実際にあります。

ひとりの精神科医師に医療相談ボランティアで手伝ってもらったことがあります

ます。若い女性が自分の精神科医の不満を述べましたが、聞いていると啞然とするくらいの医者態度です。「医者には怖くて相談できない、医者に不満を口にしたら、嫌なら来るな」等々です。思わず病院名を尋ねたところ、そのひどい主治医が当の自分であったという、思いがけない展開でした。匿名の電話相談のためにお互いにわからなかったようです、医者は、「良い勉強になりました」と言って帰られました。「王様の耳はロバの耳」（ペローの寓話）を思い出します。相手がいなくてこそ本音を言えます。批判や誤解はすべてが真実とは言えませんが、自身でも見ることができない、自分では気づきにくい後姿を垣間見ることができます。否定的な情報から学ぶことこそが、スーパーバイザーとも思って、面倒な「常連さん」の電話相談を受けました。

## 最後の症例

その後、41歳で母校の児童精神科に戻ります。時間の関係で附属病院のことは極めて短くしかふれられませんが、臨床の着想は30歳台半ばでついていたようにも思いますので、この紙数も自然なことかもしれません。退職最後の診察を記します。

退職日まで初診を続けました。ヨーロッパの碩学の言葉ですが、「最後の患者」と思って常日頃から向き合えば、名医に近づけるという内容を読んで、若い頃に感激したことがあります。何のために医者になり、何のために精神医療を選び、そしてこれが最後の医療になる、この境地を意識すれば良い診療ができるという内容でした。その日が最後の診療でした。ある感慨をもって診察を始めましたが、途中から「最後の」ということをすっかり忘れていました。

その日、私の最後の診察になることを聞いて、職場の休みをわざわざとって、陪席に駆けつけてくれた後輩の医者がありました。診察の感想は、「最後の診療なのに、いつもの診療と同じであったことに、むしろ逆に驚きました」と言われました。私には勲章のようにありがたい言葉に思えました。

次に後輩に伝承したいことをお話しします。

## 先達の教え

一昔前の精神療法を知ることは、現在を席卷する同質化した治療に柔軟な姿勢を生み出します。また普遍を目指した学問とは少し趣きを異にする日常の診療から伝承された、それぞれのつぶやきこそが貴重な臨床の力になります。

上野の講釈場の閉鎖を記念して、老精神科医が後進に伝えたいことだけを話すという趣旨の会に参加しました。低い舞台に釈場があるだけで、聴衆は手狭な畳敷きにのんびりと座りこみ、昭和という消えゆく時代に別れを告げるような雰囲気が漂っていました。客は年配の医者ばかりで、30歳代の私の年齢は稀でした。講義や学説ではなく、後世の医師に伝え残したい話というテーマの会でしたが、そのときに感動したお二人の話を披瀝します。

若い頃は、精神医学の医療に懐疑を抱きながら、後年は著明な精神科医として過ごされた老精神科医の話です。分厚い眼鏡を釈台につかんばんばかりに背を屈めて、原稿を訥々と読み上げていく語りに圧倒されました。聴衆は目に入らないかのように、伝えたいことのみかみしめてモノローグのようにゆっくりと話されました。

老精神科医が医者になりたての頃の戦前の話です。

教授が大学から出張して某精神病院の回診に現れました。妙齢の未婚の統合失調症の女性患者に当時の新治療である電気けいれん療法を指示されました。教授の指示を行おうと患者を説得すると、「操を捧げるから堪忍」と真顔で哀願されました。教授と患者の苦悩の板挟みに主治医は迷いましたが、若い女性の「操を捧げる」という哀願の深刻さに、その医師は治療を断念して、翌月の回診時に教授には嘘を言い、実行しなかったことは二人だけの秘密にしました。「電気」はしなかったが、その後、病状は日ごとに回復し退院していきました。その後の回診で偽りの報告をすると、「電気治療はすごい効果がある」と教授は満足げでした。

この事実に青年医師は学問としての精神科治療に懐疑を深め、当時患者のなかで噂された評判の山間の温泉治療場を休暇中に見学に出向きました。地方の駅舎に降り立ち、駅員に温泉場の道を尋ねると、不愛想で冷たい横柄な態度に

一変したのに愕然としました。精神障害の患者の生きる辛さを肌身に感じながら、その湯治場に1週間の逗留をしました。その湯治場に集う一見すれば患者であろう人たち同士の優しさを垣間見ると、患者を演じていた自分が居たたまれなくなり、宿の主に思いきって打ち明けました。「最初からわかっておりました、事情は聞きませんが、敢えて話されなくても構いません、どうぞ御遠慮なくお過ごしください」と逆にねぎらわれ、その懐の深さが、場の安らぎにも寄与していたと感じたそうです。

後に軍医として戦地に赴いた時は、ヤスパースの精神病理学総論、その一冊を懐中に持参して、南方の地で御自身の生きざまを回顧したそうです。学問と死は隣り合わせの時代でした。その後、訳出原稿は東京大空襲で焼失する不運を経たものの、戦後に乾坤一擲の末に改めて翻訳して刊行されました。

もう一人は、たずまいの美しい老齢の女医の話です。

性差別が甚だしいのが戦前の医療でした。医学部講師にはなれても、病棟の主治医に名前を連ねることはできず、その差別を憤っては基礎医学に精進したものの、戦争に向かう頃に体調を崩して、臨床も研究も中断しての入院生活になりました。やがては内科医からも見放されて、不治を宣告されるほどになり、当時は入手できる薬剤は枯渇して、ひたすら病棟で安静療養だけが目的の入院生活が続くようになりました。同じ大学内の入院であっても見舞いの客も遠のいて、話す相手もなくなり、独りで静かに伏せるだけが精一杯の日々でした。女医として生きる意味を求めたのは昔日のことになり、自分が病者で生きる立場になり、今日を辛うじて生きるだけが目標の日々が続きました。ちょうどその頃に、受けもった元患者のひとりが見舞いに寄ってくれました。座り直すこともできずに伏せたままで、その後の患者の苦難の顛末を聞くだけが出来得ることでした。体調も芳しくなく、ただただ聞くだけでした。そのときに今も頼りにしてくれて、医者として接してくれる患者のありがたさに、生きる勇気ももらったと言います。そして生きることすらあきらめていたときに、患者の帰りがけの挨拶に括目を得たそうです。

「今日の先生は、私の話を初めて聞いてくださいました、前は忙しくされていたので、私も遠慮をしていましたし、先生も話の結論ばかりを急いでいたみ

たいで、上の空のようでした、今日は初めて心で聞いてくれて、受けとめて下さいました」。男性よりも名医になろうと腐心していたときは患者に気持ちが届かず、病者で生きること、それすらあきらめていた状況こそが、医者として認められたことの現実に驚いたと語るのです。

戦後になって体調が回復されました。そして当時は顧みられなかった女子非行の精神医学の先達として臨床を続けられました。

戦後の医療については、時間も迫ってきましたので、ここに参加されている先達からも伺った、私だけでは「もったいない」話も含めて、精神医療の口伝の集積を列挙します。

①外来診察室は今では想像できないほどの粗末なものでした。外来では医者たち数人が同室で横に並んで診察したので、隣と同僚のフリを見ては否応なく学んだ。他人がいるから、冷静さが保て、医者と患者との不自然な関係は醸成されず、その当時は境界例などの診断は不用であった。関係や転移などが登場し流行したのも、個室診察が登場してからではないかと、ときどき思う。

②銭湯や床屋談義と似て、広い診察室の雰囲気診察に意外と向いていた。適度の雑音が背景になり、心の内面に没頭することなく、また大仰にならないで済む。程よい案配と距離感が醸成された。そのなかでも確固たる妄想を毎回述べる患者もいた。

③女医は若く見られないために、年増に取って代わった。

④冷房もなかった真夏は、男の医者は下着に白衣をはおって汗だくの診察をした。汗を拭う間に助けられて、患者は現実に引き戻される。

⑤壁際に再診の診療録が山積みされて、診察が済むと後ろの山に自ら取りに行ったので、避けたい患者が次とわかると、診療を調整して順番をごまかした。医者ごとにその医者にふさわしい患者がついたように、自然に棲み分けがなされて臨床は円滑に進んだ。

⑥診療録はありがたいものである。診察しながら診療録と向き合う束の間の時間は一息つく効用があり、緊迫場面すら緩和させる。記載は写経と似て不



自然ではない沈黙の効用があった。それと同じ意味で、真正面の対峙よりも、視線が向き合わないことで、両者には適切な距離感をもたらす。

⑦病棟で患者がつきあう人を観察すれば、鑑別診断に有益である。薬物依存症と精神病の併発例など、主要病名は患者の仲間を知ることによって診断の一助になる。類は類を呼び友は友を呼ぶ。

⑧昭和の中頃までは、生みの親、育ての親、名づけ親、親代わりの兄など、たくさんの「家族」、「親」がいた。入院に際しては患者や家族は複数の親に相談した。今は専門家が増えたが、親身になってくれる人間は減った。

⑨発熱療法、インシュリン療法などは、職員が終日傍らに付き添った、治療による昏迷や朦朧とした状態であっても、繊細な配慮や丁寧な応接を指導された。それも有益だったかもしれない。

⑩興奮患者の診察は、「多勢に無勢」を心がけた。腕時計やネクタイを外し、患者の尻を床につかせれば、双方に怪我はなくなった。廊下の角は大きく離れて曲がる。お互いが怪我を避けたい。病棟の歩き方を今は教えない。

⑪患者宅への往診で危険が想定される時は、医者が先頭に立って部屋に入るべきである、これも医者への給料の内である。

⑫外来の再診数はある上限からは増えない。診療の待ち時間と混み具合はその意味で現実の枠になり、名医であっても待ち時間が長すぎれば、患者は自然に淘汰されるし、患者同士で診察の譲り合いもしてくれた。予約制にはこの混みが患者には伝わらない。

⑬精神科医はいかにも精神科医らしかったが、今は内科医と間違えられるようになった。昔は仲間の医者同士で病名を互いに診断した。「シゾイド」はある種の尊敬を帯び、「うつ」は蔑視された。今は医者同士の陰口として、「自閉症」、「ADHD」がときに使われるくらいであろうか。

⑭EBMは良い面もあるが誤用が多い、さらに危惧するのは「他人の禰で相撲をとる」知識である、結核、梅毒の治療の歴史を読めばよい、精神科医療の旬の時期は短い。

⑮明晰な医学観や新しもの好きの医者は単純で時流に引きずられやすい。科学を志す者は時流の多数派に懐疑し、慎重に構えたほうが無難である。バスに乗り遅れて、先陣をきらない方が罪はない。精神医療は時代と同衾してい

るから、世論や時代の治療観によって左右されやすい。断言や高言は権力者の匂いがして政治的である。明解な因果論は眉唾である。同じように治療に妙案はない。

⑩明朗・快活で話し上手な医者は、うつ病、ヒステリーや知的障害の患者には相性がよい。憧れのスターを前にしたファン心理に似ている。患者は秩序を重んじ、従順を決め込むのが心地よい。精神病圏ではこれは通じない。医者は暗くうつむき加減の佇まいが似合う人が名医であり、また、ぼんやりとした沈黙の間を活かせる寡黙の人が向く。評判の良い精神病院は、雄弁ではない寡黙で無名な良医が多い。

⑪入院病棟では知的障害や、貧しく疎まれる患者にこそ丁寧に接しなさい。この態度こそが威嚇し興奮する患者に殴られないコツである。患者は医者の人柄をよく見抜いている。

⑫わが国の精神科臨床の卒後教育の伝統を再確認したほうがよい、先輩と昼飯を食べながら患者のことを話すだけで、研修マニュアルはなくても「並」の医者が育った。実際の臨床に基づいた耳学問の機会が減ったのは損なことである。

⑬季節、地図、世相の反映されない症例検討会は嘘くさいし、患者像や生活の機微を掌握できない議論は価値がない。仮想現実の徒手空拳である。検討会の終盤は、奇をてらった哲学的言辞が耳目をひくが、現実では無縁である、治療力は患者との関係や生活が基盤であるから当然である。

⑭他の医者にアドバイスを求めるよりも、これまでの診療録を独りで読み直すほうが役立つ。検討会に提出するまでの期間で醸成される。検討会は自分の本音と出会う機会であるのに、他人に意見を求めるのはさもしい。

⑮検討会では用意した資料やメモから目を話して、記憶の断片を集めて心のなかの患者を語りたい。自分の記憶の揺れこそが重要である。記載の朗読は意味がない。そのときの感情を反映しないからである。

⑯若い医者ほど言葉が多い、論理を好み、患者や家族に要求したがる。説得と言うよりも、理屈でやりこめたり、自身でも出来ないことを、他者に押しつけて「無い物ねだり」するこの治療は反治療である。これも優越感を求める無力感と表裏であるから、克服には時間を要する。年齢を積み重ねれば自分も同

類であることを自覚し、他人の人生に容易に口を挟むことを慎むようになる。

㊸診察に時間をかければよいというものではなく、患者の心に主治医のイメージが宿ることが肝要である。日々の暮らしのなかで主治医と対話ができ、相談が生まれる。「同行二人」と似る。

㊹精神科医療は無力感との戦いである。無力感に苛まれなくなるのは、50歳を過ぎたころである。臨床に理想や空想を抱かなくなる時期と重なる。身の程を知るのであり、これが安定に通底している。

㊺過去の治療歴は今後の治療の方向性を示唆する。臨床は同じ轍を踏みやすい。過去の生育歴や治療歴を学ばずに、現在の対応のみを気をもむ傾向がある。それは歴史を無視した非論理的な感情に過ぎない。

㊻老練な精神科医の診療の際の戒め、「あわてず、あせらず、あきらめず」。

記憶のなかの先達の珠玉の言葉を思いつくままにあげました。昔を知ること、今を知ることができます。

最後に、名医をめざす後輩の諸先生に申し上げます。メーテルリンクの「青い鳥」の物語のように、名医は自分の外側に探し求めるものではなく、自身のなかに潜む、自分らしさの名医を切磋琢磨して探し当ててください。私たちの日常の臨床にこそ、その身近で平凡な診療の連続にこそ青い鳥はいるのです。

現在は症例検討自体の価値が軽視されがちです。新たな視座で、個への関心や相互の治療関係性への再考が復権されることを望みます。精神科医という得難い臨床に携われた幸運を大切にしてお過ごしください。それぞれの「初心不可忘」にときどき立ち返り、臨床を積み重ねてください。

心の危機に立ち会うことで、心を知る機会が与えられ、得難い経験ができるありがたい職業と私は考えます。

ご静聴ありがとうございました。

(平成 27 年 6 月 20 日　OB 現役合同会総会　OB 会員講演要旨  
元横浜市立大学附属病院児童精神科　昭和 50 年卒)