



若手ドクター の広場 ①



ある中年精神科医の独り言 Soliloquy of a middle-aged psychiatrist

神奈川県立精神医療センター 小林 桜児 *Ohji Kobayashi*

はじめに

初めに断っておくが、私は生物学的な意味では、もはや「若手」ではない。40も半ばを過ぎ、白髪が目立つようになってきた私のところになぜこのコラムの原稿依頼が来たのか、理由は私もよくわからない。50歳を過ぎるまでは若手と呼ばれるくらい、日本社会の高齢化が進行してきているのだろうか。とりあえず「若手」という言葉は「まだまだ修行が足りない」という意味も含んでいるのだろう、と勝手に解釈して原稿をお引き受けした。

歳は取ったが未だ修行が足りない医者が、歳も若く、まさに修行の真っ最中という本物の若手のドクターたちに何を伝えればよいのか。依存症の臨床について、自分の修行の足りなかったところを披露し、多少とも他山の石としてもらうしかないだろう。

アルコール依存症治療と医療連携

依存症は合併症の宝庫だ。アルコールの場合は特に、肝障害は当然としても、高血圧や糖尿病、肺炎や胃腸炎、結核や蜂窩織炎など、自分が総合病院の精神科に勤務していないことを呪いたくなるような患者さんがやたらと多い。精神科単科病院に勤務していると、入院患者の場合は否応なく身体疾患も自分が診ざるをえない。も

ちろん軽症なら精神科に入院中のまま、他院の内科などを気軽に外来受診してもらえ、ひどく重症なら、たいいていの総合病院が転院を受け入れてくれる。

問題は、中途半端な身体合併症の時だ。たとえば酸素投与が必要な肺炎などで、精神科の病棟で診るのはやや荷が重い、かといって専門の内科や外科に転院を受けてもらえるほど重症ではない場合である。精神科の病棟看護からは「なぜ転院させない？」と迫られ、他方、総合病院の身体科のドクターからは「なぜそれくらい診られないの？」とそっけなく転院を断られ、精神科医は板挟み状態になる。たいいていは自分で入院治療を頑張るしかないのだが、近隣の総合病院との連携も、自分の身体科臨床能力もまだまだ十分でないことを思い知らされる場面である。

依存症患者と臨床医とのかかわり

依存症は否認の病といわれてきた。昨今、依存症業界でも集団認知行動療法がブームで、さまざまなグループ療法が提供されつつある。ただ、どれほど素晴らしいプログラムを開発しても、依存症が他の医療と決定的に異なっている点を忘れてはならない。それは、患者が必ずしも体の病気の場合のように自ら治療を望んでいるとは