

べてるの家 訪問記

上野 秀樹
内閣府 障害者政策委員会委員
千葉大附属病院地域医療連携部 特任准教授

平成 27 年 3 月 8 日から 12 日まで、北海道浦河町のべてるの家を訪問してきました。

1. べてるの家とは

北海道浦河町のべてるの家は、「当事者研究」を中心とした精神障害者支援で有名です。

「当事者研究」とは、精神障害の当事者が自らの精神障害を詳しく研究し、その精神症状の特徴、たとえばどのような時に、どのようなきっかけで精神症状が悪化するのか、どういった要因で改善するのか、等々を見つけ出すことで有効な対処法を身につけていくやり方です。

通常精神科医療で一般的な精神科薬物療法で精神症状を押さえ込むやり方は、普通の「人間としての活動」も抑え込んでしまうので、たいへんに副作用が大きいのですが、このやり方はだいぶ違います。

従来の精神科医療は、対象者の精神症状を所見として探し出し、それに対する介入を行うというモデルです。医師は、目の前の相手の様子や周囲の人からの情報を元に、精神症状の所見としてとれる情報を探し出します。探し出された「精神症状」に対して精神科薬物療法を中心とした「治療」を提供します。精神科薬物療法は同じ病気で同じような症状を持っていても効果の出方、副作用の出方が様々です。処方してから調整を行う形になります。そして、精神科薬の副作用はとてつらいものです。

べてるの家の向谷地先生がおっしゃっていましたが、患者さんは精神科医にかかるときに何が一番重要だと思っているか、実は「本当のことは話さない」ということなのです。本当のことを言ってしまっただけで、いろいろ精神症状があることがわかってしまったら、何をされてしまうかわかりません。薬を増やされてしまうかも知れないし、入院させられるかも知れません。「本当のことは言わずに、医師から自分の希望する治療内容を引き出すこと」が最も重要になるのです。

医療者側も神様ではないので、よほど精神状態が悪くない限り、演技されたらほとんど見破ることはできません。（私自身は自分の精神科的な診察所見、基本的にあまり信用していません。必ず家族や一緒に生活をしている人からの客観的な情報で裏付けをとるようにしています。）

べてるの家のあるメンバーが、台湾での講演旅行中に調子が悪くなり、帰国してすぐに千葉県内の総合病院の精神科病棟に入院したことがあったそうです。退院するので迎えに行くと、浦河にいたときと違って、じっとおとなしく座っている、おかしいなと思って尋ねてみたら、「ここは病気であることを表現してはいけないところなんだよ」と答えたそうです。

精神科医療、特に病棟の中では、その言葉や生活の様子から精神症状を探り出します。探し出された精神症状は「その人から取り除くべきもの」としてとらえられ、「治療」が行われることとなります。しかし、精神科医療が治療の大きな柱としている精神科薬物療法は万能ではありません。副作用もひどいし、改善できない精神症状がたくさんあります。そもそも改善できないひとつの大きな理由は、精神症状は「取り除くべきもの」と扱われると、かえって取り除くことが難しくなるためなのです。

べてるの家での当事者研究は、当事者が仲間と共に自分の精神症状を分析して、どういうきっかけで症状が出てくるのか、どういう風になると改善するのかを考えていきます。自分の精神症状を皆で共有します（弱さを絆に！）。「ここでは、精神症状を隠さなくていいんだ」という感想を述べる方がたくさんいます。そして、生活する上で問題があること、苦勞があることは、あたり前のことであり、とても肯定的にとらえられています。精神症状も「その人から取り除くべきもの」ではなく、一諸に生活していくものとしてとらえられています。

さらにべてるの家では、医師から受けた診断名以外に本人が「自己病名」というのを名乗っています。

例えば、

- ・過剰ペコペコ症候群誤り型 感情時差ぼけタイプ

など。

当事者が精神障害を前向きにとらえることができる仕組みです。いろいろ工夫することで状態像が変化すると自己病名も変わります。

べてるの家では、精神障害におけるリカバリーの考え方が具現化されています。

リカバリーとは、精神障害に罹患したことを新たな人生の扉が開いたととらえる考え方です。精神障害からの回復を「元の状態に戻ること」と定義すると、精神障害に罹患したことは不幸以外の何ものでもなくなってしまいます。しかし、精神障害に罹患したことを新たな人生の扉が開いたととらえると大きな可能性が生まれてきます。精神障害に罹患したことで、いろいろな人との新たなつながりが生まれ、支援を受け入れることで人生がさらに豊かになっていくととらえるのです。

べてるの家では、精神障害のある人と共に地域社会を作り上げていく先駆的なモデルが実現されていると思いました。

また、べてるの家では、独特のやり方で精神障害者の雇用を創出しています。

障害があってもなくても、社会的な生き物である人間にとって働くこと、社会とのつながりを持ち、自分が周囲から必要とされている体験をすることはとても大切なことです。

日本理化学工業という会社があります。チョークを製造している社員 70 名くらいの小さな会社です。普通会社と違うのは社員の 7 割が知的障害者であるということ。

経営者の大山さんは、知的障害のある人々を通じて人間にとっての幸せの意味、そして「働くこと」の意味を教えられたそうです。

法要のために訪れたある禅寺で、大山さんが食事を待っていると偶然、隣の座布団にその寺のご住職が座られたそうです。そこで、大山さんが口にした質問

「うちの工場には知的障害者の人たちが働いているのですが、どうして彼女たちは施設より工場に行きたがるのでしょうか」

これに対するご住職の答えは、

「人間の幸せは、ものやお金ではありません。人間の究極の幸せは、次の4つです。その一つは、人に愛されること。2つは、人にほめられること。3つは、人の役に立つこと。そして最後に、人から必要とされること。

障害者の方たちが、施設で保護されるより、企業で働きたいと願うのは、社会で必要とされて、ほんとうの幸せを求める人間の証しなのです。」

日本理化学工業の工場敷地内には、この言葉を刻んだ「働く幸せの像」がたっているそうです。

導師は人間の究極の幸せは、

人に愛されること、

人にほめられること、

人の役に立つこと、

人から必要とされること、

の4つと言われました。

働くことによって愛以外の3つの幸せは得られるのだ。

私はその愛までも得られると思う。 大山泰弘

「働く幸せ 仕事でいちばん大切なこと」

日本理化学工業会長 大山泰弘著 WAVE 出版より

べてるの家では精神障害がある人にこの幸せを提供しているのです。そして過疎化が進む地元経済を支える大きな力となっています。

2. べてるの家に参加して

3月9日月曜日の午前中はミーティングと当事者研究の見学をしました。このミーティングと当事者研究が、べてるの家における精神障害者支援の二つの大きな柱です。11日木曜日は、べてるの精神障害支援のその他の柱、精神科訪問看護への同行、なんちゃってヘルパーサービスの見学、就労場所であるカフェのミーティングなどに参加してきました。

べてるの家での滞在を通じて、精神疾患の精神症状は周囲との関係性の中で生じてくることを再確認しました。幻聴や妄想がなくなってしまうと生きがい失われたように感じる当事者もいます。

その人にとっての精神症状の意味が、一人一人の当事者ごとに異なるのです。従来の日本の精神科医療では、これを十把ひとからげにしてしまい、精神症状を取り除くために薬物療法中心の「治療」を提供します。

べてるの家で感じたのは、精神障害の当事者をとても大切にされていて、当事者本位の支援モデルが構築されているということでした。これは、精神障害に限らず、すべての対人支援場面で必要とされることです。

3. 浦河における精神科病床のない地域精神科医療

慢性的な赤字と医師、看護師不足のために浦河日赤病院の精神科病床60床が

廃止を免れたものの休止となりました。外来だけは全国の赤十字病院とべてるとつながりの多い関西圏の精神科病院と東大などに医師派遣の応援をもらってしのいでいるそうです。さらに浦河日赤病院精神科部長 川村先生が昨年 4 月に定年退職され、日赤病院そばに精神科クリニックを開業されています。浦河には、知的、精神、高齢者、児童、身障、福祉事務所、保健所、職安、裁判所など多くの生活に密着したインフラが整っていて、連携の仕方によって大きな可能性を持っています。

外来だけの精神科医療で一番問題になるのが、精神科救急の問題ですが、そもそもそうした状態にならないようにすることができれば、問題ではなくなります。浦河町なら、精神科救急ベッドがいない社会をつくることは十分可能であると思います。もちろん、べてるの家などの 30 年以上にもわたる精神障害者支援の実績があればこそのことです。

もともと浦河日赤病院の精神科病床では、保護室は利用していましたが、身体拘束をしたことはないそうです。ということは、さらに保護室も利用しない、病棟も利用しない精神科急性期の対応をすればいいわけです。べてるの家では即時対応型の危機対応型アウトリーチサービスがすでに稼働しています。

日本の精神科医療には大きな問題が山積しています。私は精神科急性期対応の考え方を考えることが大きな違いをつくるのではないかと考えています。

日本では、精神科に長期入院している人が多いという問題の他に、「重度かつ慢性」の精神疾患患者さんの存在が問題となっています。薬物療法を中心とした治療をいろいろ工夫しても改善しない人々です。

私は、この原因の一つが精神科急性期の対応方法にあるのではないかと考えています。

日本の精神科医療では急性期、いわゆるクライシスの時に、強制的な入院医療で対応するのが常識となっています。私自身も東京都立松沢病院に勤務しているときに、警察官通報ケースの緊急措置入院の診察を 100 件以上行いましたが、保護室への隔離に加えて身体拘束をして対応していました。入院後に保護室内で暴れられて、とても困ったことがあったからです。しかし、ただでさえ被害的な幻覚や妄想が激しく、不安と恐怖で押しつぶされそうになっているときに、隔離や身体拘束の上で、本人の意思によらない（反する）強制的な医療で対応されてしまうのです。この対応のために、本人の苦しみ、恐怖は倍加していたのではないのでしょうか。

統合失調症などの内因性の精神病においても、精神症状は環境的な要因の影響を受けやすいものです。日本の精神科医療の急性期における本人の意思を無視した強制的な対応が、その後の精神疾患の予後に大きな悪影響をもたらしていると思われるなりません。

参考になるのは、フィンランドでの精神医療改革です¹⁾。過去に現在の日本以上の隔離収容大国だったフィンランドは、病院中心から地域ケアへの精神医療改革が功を奏し、脱施設化が順調に進んだそうです。改革の中心は、オープン・ダイアログ・アプローチという発病最初期の段階から、患者・家族を支援する早期介入サービスの導入による精神医療改革に着手したことでした。隔離収容のサービスが染みついた職員への研修に多大な努力を払ったことも大きなポイントであったようです。

これからの浦河における「当事者を中心にした、精神科病床がいない精神科急性期への対応」の取り組みが、今後の日本の精神科医療改革の上で大きな違いをつくっていくのではないかと考えています。

4. 認知症の人の支援について考える

認知症に関してはどうでしょうか。

浦河町の精神障害者をはじめとする障害者支援のベースがあれば、精神科病床なしに認知症の人を地域で支えることは十二分に可能です。

認知症は

いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために日常生活、社会生活に支障をきたすようになった状態と定義されています。

認知症においては、もの忘れや判断力の低下という認知機能障害と一部の認知症の人に不安、焦燥、抑うつ状態、幻覚や妄想、興奮、徘徊、不潔行為などの行動・心理症状と呼ばれる精神症状が認められることが知られています。

認知症の人は圧倒的に高齢者が多く、認知機能障害に加えて、高齢化による身体機能低下が認められることがあり、さらに一部の認知症の人には精神症状が出現したりするなど様々な状態となり得ます。そして、認知症の人は「日常生活、社会生活に支障を来している」ので、まず必要なのは適切な生活支援です。さま

さまざまな状態像の認知症の人に対して、当事者本位の適切な支援を提供することが大切なのです。

認知症の原因疾患は医学的疾患です。その意味で、医療の関与は欠かすことはできません。しかし、医学的な完全な予防法、医学的な完全な治療法が未だに開発されていない現状では、医療は「認知症の人の生活を支援する場面」での必要時の下支えの役割に徹すべきです。（完全な治療法があれば、正確な診断とそれに基づく治療が中心になることでしょう。また、完全な予防法があれば、それを広めるのが大切になります。残念ながら、現状ではどちらも存在しないのです。）

日本では、こうした認知症の人への適切な支援が提供されているとは言いがたい現状にあります。そのために、認知機能が低下した認知症の人が環境に適応できずに混乱したりして、精神科医療が必要となるケースが多くあります。しかし、国民全体の認知症の人への正しい理解が深まり、適切な支援が提供されるようになれば、こうした「認知症の人への精神科医療の必要性」は減ってきます。いわば「認知症の人への精神科医療の必要性」が少なければ少ないほど、その社会は「認知症高齢者等に優しい社会」と言えるのです。認知症の人を支援する場面において、精神科医療を前面に出さなくてはいけない社会は、「認知症高齢者等に優しい社会」とは到底言えません。

5. 認知症と医療に関して

添付の認知症と医療の図をご覧ください。

医療には診断と治療の場面があります。認知症の診断において、大切なのは最初の鑑別診断で治療可能な認知症を除外することです。その後の診断に関しては、認知症は進行していく病気なので、ケアの現場からの情報で臨床診断を適切に修正していくのが大切になります。

治療の場面を考えてみましょう。治療は、身体疾患の場面、認知機能障害の治療、行動・心理症状の治療の3つに分類されます。認知症の人でも人間なので、身体疾患にかかります。認知症の人の身体疾患は、当然のことながら内科、外科等の一般科にて治療します。困ってしまうのは、治療中に行動・心理症状などの精神症状が生じた場合です。認知機能障害の治療に関しては、残念ながらたいした治療法がありません。

認知症における医療の問題は行動・心理症状などの精神症状の問題に集約され

ます。

行動・心理症状に関しては、ある程度発生の防止が可能です。万一、発生してしまった場合には、身体的異常や内服薬によって生じていないかどうかを検討し、まず、認知症の人が混乱しないような良い環境と良いケアを提供することができれば、多くの行動・心理症状は改善します。改善しない場合には、精神科薬物療法を中心とする精神科医療の適応になります。このような場合、医療機関への通院が難しいケースが多いので、精神科医療のアウトリーチサービスがあれば、問題は解決します。

この図にあるように

- ・ 認知症の人の生活支援チーム（認知症初期集中支援チーム等）
- ・ 認知症の人への精神科医療アウトリーチサービス

があれば、認知症の人の医療関連の問題はほとんど解決可能です。

浦河では、べてるの家における既存の精神障害者支援の仕組みをそのまま転用可能ではないかと考えています。

6. 認知症の人の生活障害とその支援

ここで支援を必要としている認知症の人の生活障害について考えてみます。

認知症の人はその認知機能障害のために混乱してしまい、実際の能力低下以上に生活障害を生じてしまうことがあります。また、このために行動・心理症状などの精神症状を生じてしまうこともあります。これを避けるためには早期から適切な支援を提供することが必要です。問題になるのが、認知症に関するスティグマです。

残念ながら現在の日本では、認知症に関する否定的な情報があふれています。マスコミからは、認知症になるとこんなに悲惨な状況になる、周囲がこんなに困る、といった情報これでもかというほど流れてきます。認知症は自分になりたくない病気、自分の大切な人になってほしくない病気のナンバーワンなのではないでしょうか。このような状況では、少し物忘れがひどくなったり、今まで出てきていたことができなくなったりしたときに、周囲に知られたくないという意識が生まれます。

ここで大切なのは、認知症に関する肯定的な啓発です。「認知症になっても早期から適切な支援を受ければ、それまでと同じような人生を送ることができる」と

というような啓発です。

認知症においても、精神障害におけるリハビリの考え方が参考になります。認知症に罹患したことを「新たな人生の扉が開いた」と考えるのです。回復は「元の状態に戻る」とではなく、認知症とともに新たな人生を歩むことととらえます。

認知症当事者からの「認知症になったが、新たな出会い、人とのつながりが生まれ、支援を受け入れたことで人生がこんなに豊かになった」とか、認知症の人をケアした方からの「認知症の人を支えるのは大変だったが、この経験からいろいろな学びがあり、人とのつながりの深まり、新たな出会いがあって人生が豊かになった」というような発信があれば、認知症に関するイメージがずいぶん変わるのではないのでしょうか。

生活障害のある認知症の人を支えるためには、当事者、家族の視点に立った介護保険サービスの充実とその有効利用とともに、たとえばベテランの家の「なんちゃってヘルパーサービス」のような既存のサービスの間隙を埋めるようなサービスの存在が大切です。

認知症初期集中支援チームは、浦河の既存の精神障害者の支援チームに認知症に関する研修を行うことで転用が可能であると思います

認知症の人の身体疾患に対しては、内科や外科などの一般科が対応します。問題となるのは、認知症高齢者が一般科病院に入院したときに、療養の指示に従うことができず、身体疾患の治療がうまくいかないことです。これは、認知機能障害のためにコミュニケーション能力が低下し、周囲の医療者からの指示が伝わりにくくなるのが原因です。この問題に関しては、認知症のケアメソッドの一つであるユマニチュードを導入することで大きな改善が期待できます。

さらに総合病院精神科のコンサル機能を最大限有効利用することが大切になります。

さらに行動・心理症状などの精神症状に基づく生活障害のある認知症の人を支援するときはどうすればいいのでしょうか。

認知症の行動・心理症状は、認知機能障害がある人の周囲の環境に適応できない混乱であったり、言葉にするのが苦手な認知症の人の言葉にならないメッセージであったりします。

認知症の人が混乱しないような環境調整や認知症の人のメッセージを読み取るケアが提供できれば、行動・心理症状は改善することが可能です。また、そもそも認知症の人に生きがいを提供することができたり、社会とのつながりをもた

らすケア、自己の存在意義を再確認できるケアが提供できれば、行動・心理症状の発生は予防できるのです。

万一行動・心理症状が生じてしまったとき、精神症状にだけ注目して何とかしようとする、行動制限や精神科薬物療法による化学的な鎮静を多用することになってしまいます。

認知症の人の残された能力に注目し、認知症の人が他人から必要とされる体験、人から感謝されるような体験を提供することが必要です。これは、精神障害者に雇用を創出しているべてるの家の取り組みが活用できると思います。

7. 対人的支援のポイント

～北海道浦河町で真の共生社会の実現を！

認知症の人、精神障害の人だけではなく、世の中に支援を必要としている人はたくさんいます。こうした対人的な支援では、周囲の人の意識がとても大切です。面白い本を思い出しました。

南国港町おばちゃん信金 「支援」って何？
”おまけ組” 共生コミュニティの創り方
原康子著 (株)新評論

南インドのスラムに暮らすおばちゃんたちが、信金のお客さんとしてではなく、経営者として歩み出せるような支援を目指す「おばちゃん信金プロジェクト」、スラムのおばちゃんたちの日々の家計のやりくりを信金のローンで助け、信金で働けるように雇用を創り出し、そのうえ、おばちゃんの中から経営者も育てようというプロジェクトの貴重な支援の記録です。

この本から、本当の対人支援の基本を学びました。

「貧しい女性達を、私が助けてあげなければ」という献身的なスタッフは、結果的におばちゃん達を無能とみなしていた。たちの悪いことに「援助する側」は、無意識のうちに優越意識を持ってしまいがち。長年の優越意識はそう簡単には消えない。」

対人的支援のポイントは、援助する側と援助される側の境界線をなくすることなのです。べてるの家では、この対人的支援のポイントがすでに具現化されています。

浦河日赤病院の精神科病床が休止となったこと、これは見方によっては大きなチャンスだと思います。精神科病床の存在は、地域で对人的支援をしている人にとってはとても便利なものです。なにしろ、「困った人」を吸い込んでしまい、とりあえず目の前から問題ではなくしてくれますので。

しかし、この便利な精神科病床が過剰に存在することによる社会的な損失は非常に大きなものです。工夫すれば一諸に地域で暮らすことができたかもしれない人が、とりあえず目の前からはいなくなってしまうので、必要な工夫が行われず、社会の成熟が妨げられてしまうのです。真の共生社会の実現が遠ざかってしまうことにもなります。

人間の能力は無限です。精神科病床、なければいなくても工夫が可能です。是非、精神科病床の必要がない、真の共生社会を創り出しましょう。

8. おまけ

おまけです。

当初帰京する予定であった3月10日午後は、爆弾低気圧の接近のため天候が悪化し、飛行機が飛ばなくなるという予報でした。早めに空港に出向き、16時発の便を12時発に変更することができました。11時発の便は時刻通りに出たのですが、11時過ぎから降雪が激しくなり、12時発の飛行機に乗ったものの滑走路除雪待ちで一向に出発する気配がありません。待つこと2時間半、いったん機外に出ることとなり、さらに1時間後にキャンセルとなりました。翌水曜日も空港周辺は吹雪の予報になっています。どうしようかなと思ったのですが、これは「べてるでしっかりと学んでこい」という神の思し召しに違いないと思ひ込み、再びレンタカーを借りて、大雪の中浦河町まで戻りました。

大変でした。普通は2時間半から3時間でいけるはずの130kmの道のり、7時間半かかりました。一本道の国道で、途中2カ所の交差点が交通事故のために通行止めになっていたのです。通行止めの交差点までまだ10kmもあるのに、降雪の中1時間で500mくらいしか進まない、という感じでした。しかし、延々とテールランプの連なりしか見えない渋滞のなか、誰もクラクションも鳴らさず、じっと静かに待っているのはさすが日本、と思いました。

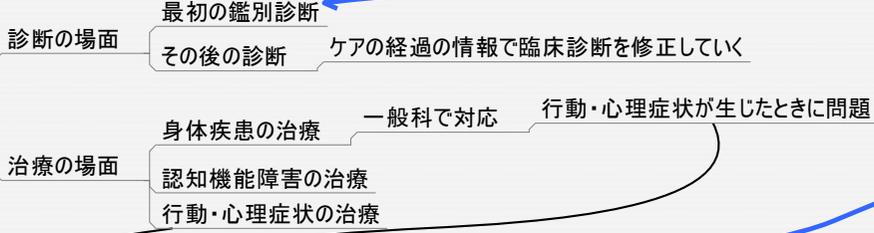
あとで聞いたら、あんな悪天候の中、地元の人なら浦河町に戻ってきたりはしない、と言われましたが(^^)

参考文献

1) 伊勢田堯：フィンランドとベルギーの精神医療改革－発病早期の治療 vs 長期入院の解消。こころの科学 No.180、63-69、2015

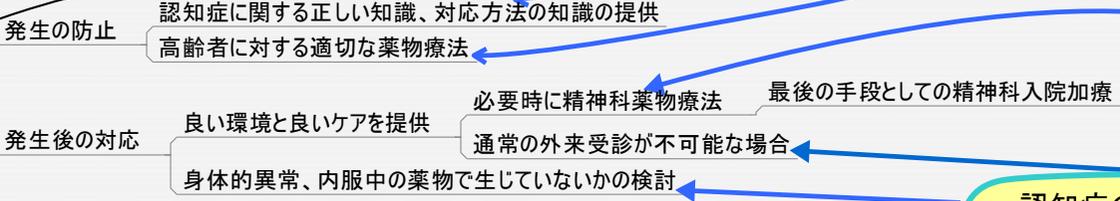
認知症と医療

医療が必要な場面



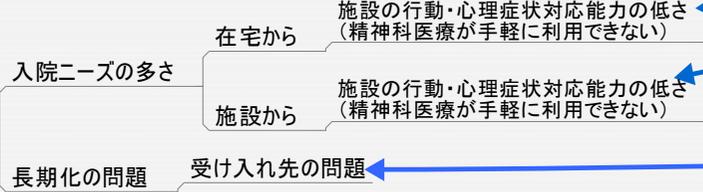
認知症の人の生活支援チーム
(初期集中支援チームなど)

行動・心理症状の問題



認知症の人への精神科医療
アウトリーチサービス

精神科入院の問題



認知症の行動・心理症状に関しては、認知機能障害のため環境的な要因が大きく、同様の状態像であっても、一般の精神疾患に比較して精神科薬物療法の必要性は低い。認知症の人への精神科医療の提供は、一定の訓練を受けた一般科医師で十分可能であると考えられる。