

精神医療の**パラダイムシフト**は どこまで実現するか

山梨学院大学法学部政治行政学科
竹端寛(たけばた ひろし)

h-takebata@ygu.ac.jp

blog: www.surume.org

Twitter: [@takebata](https://twitter.com/takebata)

ちょっとだけ自己紹介



趣味は山登りと合気道(初段)。写真は北岳を背景に(2015夏)。

- 1975年京都市生まれ
- 10代まで京都→20代は大阪→スウェーデン(半年)→30代は山梨→「人生の正午」あたり
- 福祉社会学、社会福祉学、福祉政策・・・のboundary walker(隙間産業)
- 精神科病院でのフィールドワークを皮切りに、地域福祉や権利擁護、福祉現場の人材教育など、現場に根ざした研究を続ける。
- 内閣府障がい者制度改革推進会議総合福祉部会元委員、自治体の高齢者・障害者政策のアドバイザー等

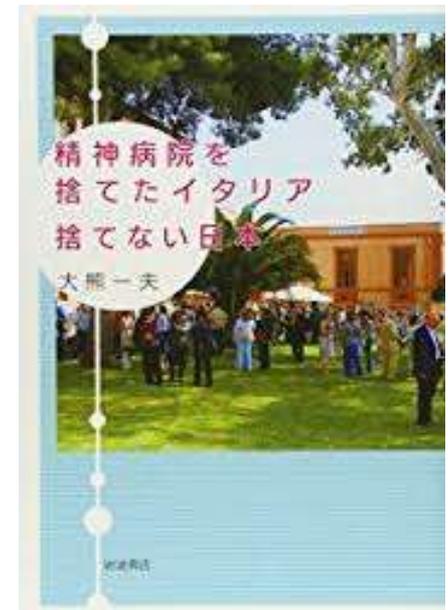
学び：フィードバックに基づく行動変容

- 学びの3段階プロセス
 - ①自分の行為のすべてを注意深く観察せよ
 - ②人の伝えようとしていることを聞け
 - ③自分のあり方を改めよ
- ①自らの言動を「注意深く観察」する中で、「内省」が出来ているか？
- ②他者との「対話」を通じて、自分が何を「わかっていないか」に気づけるか？
- ③「わかったふり」をせず、「わからないこと」を誠実に他者と共に探求できるか？

詳しくは→安富歩『ドラッカーと論語』東洋経済新報社に

僕自身の内省と対話

- 20年前に大熊一夫に弟子入りし、精神医療の構造的問題を学ぶ
- イタリアやスウェーデン取材に同行し、他の国では変化した実態を知る
- 日本の精神医療の現状への外からの批判を僕も続けてきたし、その批判には理がある、と感じている
- **だが、その外在的批判が、精神病院内部の構造を変えない事に限界も**
- 「〇〇はオカシイ」と言うのではなく、**そう伝えようとする僕自身の伝え方、問い方の問題にも気づき始める**



ある医療者との対話

- 精神病院の病棟スタッフ同士で、ちゃんと対話が出来ていない。
- 「医師の指示の下」「患者の管理と監視が中心」という原則で、別の方法論を現場スタッフが知らない
- 規則やルーティン、病棟文化が出来上がると、自分の頭で考えようとしなない・させない構造
- これまでのやり方の否定＝自分たち自身の存在・これまで積み上げたものの否定とを感じる人もいる
- 「それ以外の方法論を知らない」
- だが、自分自身がダイアログをするようになって、肩の荷が下りた、というか、他人に託せるようになり、楽になった。

精神医療に求められる「対話」

- 精神医療における構造的問題については、批判する側だけでなく、病院スタッフだって（少なくとも頭では）わかっている
- だが、「どうしようもない」という諦めが蔓延
- 患者と家族の悪循環の固定化、と脱施設派と病棟維持派のそれ、と構造的同一性
- 鍵はコミュニケーションパターンを変えること
- 病棟内で「なぜ？」「本当にこれは必要なのか？」「どうすれば減らせる・なくせるか？」を巡る対話が出来ているか？

集合的なモノローグ(独り言)

- 自分の言いたいことを話すけど、相手の話を聴こうとしない・聞く余裕がない
- それは二者間でも、あるいは多職種連携でも、職場内の会議でも、しばしば起こっている
- 自分の価値観を表明する(護る)のに必死で、相手の価値観とのズレについて「聞こえない・気付かない・わかったふり」をする
- その場で交わされるのは、当たり障りのない「会話(おしゃべり)」か、責任の押し付け合いとなる「議論」となり、対話ではない。
- モノローグは袋小路や悪循環と親和的

創造的なダイアログ（対話）

『オープンダイアログ』セックラ&アーンキル著、日本評論社

- 「水平の対話」と「垂直の対話」を重ねる
- 「水平の対話」・・・そこにいる全ての人の話を聴きながら、主題とされているテーマについて、糾弾や断定ではなく、「ともに考え合う」姿勢
- 「垂直の対話」・・・自分自身の「内なる声」と対話する。話されている中身を、自分自身の経験や感情と照らし合わせながら、自分事として受け止め、感じる事を言葉に出してみる
- 二つの対話が重なったところで、これまで思ってもみなかった「意外な展開」が始まる

モノローグとダイアローグ

- あなたの日常では、モノローグとダイアローグのどちらが多いだろう？ なぜ？

「自由こそ治療だ！」は 弁証法的な「対話」から生まれた！

- 60年代のイタリアも、「強制(縛る・閉じ込める・薬漬けにする)こそ治療だ！」であった。
- バザーリアは「強制治療という常識」を問い直す
- 実は「強制治療」だけでなく、患者をモノとして扱うこと、患者を収容する事が病院・施設の機能・経営維持に必要不可欠であること、精神医療が社会防衛機能を持たされていること、そのものへの疑いも持つに至った
- つまり、「物理的」な「強制」だけでなく、「選択や決定」・「関係性」における「強制」も問題にした

続)「自由こそ治療だ！」は 弁証法的な「対話」から生まれた！

- イタリアでは、40年かけて、強制ではない・社会的に排除されない治療や支援の仕組みを作り上げてきた。
- **アッサンブレア**…治療を目的としたグループミーティングではなく、**自分の考え・言葉を取り戻す為の自己表現のチャンスと場作り**(→ODとの親和性が高い！)
- 選択や決定、関係性における自由…**クライシスの際に当事者に自らの要望を表現させて、その他の関与者がそれを認識できるようにさせる「治療の道筋を分かち合い検証するための証書」(トレント)**
- 我が国では、縛る・閉じ込める・薬漬けにする、という「強制」は、スタンダードではなくなったのか？

あなたは、日々の実践の中で、
「どうせ」「しかたない」と蓋をしている
ことはあるだろうか？ なぜ？



フランコ・バザーリア (1924-1980) イタリアの脱施設化の立役者

『精神病院のない社会をめざして』(岩波書店)
『精神病院はいらない!』(現代書館)

「**病気ではなく、苦悩が存在するのです。その苦悩に新たな解決を見出すことが重要なのです。…彼と私が、彼の〈病気〉ではなく、彼の苦悩の問題に共同してかかわるとき、彼と私との関係、彼と他者との関係も変化してきます。そこから抑圧への願望もなくなり、現実の問題が明るみに出てきます。この問題は自らの問題であるばかりではなく、家族の問題でもあり、あらゆる他者の問題でもあるのです。」**

(出典:ジル・シュミット『自由こそ治療だ』社会評論社、p69)

「自由こそ治療だ！」を 日本で実現するために

- 「取るべき責任と、取れない責任」の峻別
 - 病院、医師、看護師、ソーシャルワーカーなどが「**取れるはずのない責任**」を担わされる中で、疲弊してはいないか？ そのしわ寄せが、最も立場の弱い入院患者にきてはいないか？
 - 強制治療という警察権力の返上
 - 「〇〇だから社会的入院」(＝出来ない100の理由)ではなく、「**地域の中で生きる苦悩を減らす**」為の「**出来る1つの方法論**」を模索する
 - 「自由放任」ではなく、関わり方を変えること！

続)「自由こそ治療だ！」を

日本で実現するために

- 投薬中心ではなく、「かかわり合う」中で、「生きる苦悩」に寄り添う支援
 - 当事者の「成長」や「変容可能性」を信じ続ける
 - 時間をかけて「かかわり合う」中で、信頼関係を構築し、本人と支援者双方の自信を快復する。
 - 治療場面でも「本人中心」という権限委譲。
 - 日本の制度・予算的現実の中で、支援や治療関係が権力関係に歪められている(そうなりやすい)現実への自覚。そして、支援者がプロとしての誇りを取り戻す支援関係へ。

「生きる苦悩」と関わっている？

- あなた自身は、利用者の「生きる苦悩」に関わっているだろうか？ なぜ？

あなたはどちらの視点で見ている？

- 「〇〇法・制度・体制での現実」の分析
 - 法自体やその枠組みを自明で変えられないもの（暗黙の前提）とし、「出された法・制度・体制の中でどう今の現実・事業・問題に適用しようか」と考える
 - 社会システム適応的視点（目の前のものを見る）
- 「法・制度・体制の枠組みや問題点」の分析
 - 制度や法内容を知った上で、その内容・説明を「鵜呑み」にしない。「私や私たち、地域の皆が豊かで自分らしく生きていける社会を作るためには、どこが問題・ツボなのか？」という視点から、法や制度、データを検討する
 - 社会システム構築的視点（鳥の目でもものを見る）

「枠組み外し」とは何か？

『枠組み外しの旅—「個性化」が変える福祉社会』（青灯社）

枠組み外しの旅

「個性化」が変える福祉社会

竹端 寛



叢書 魂の脱植民地化 2

「個性化」によって渦が生まれる。

渦が拡がり、社会が変わる。

- 「どうせ」「しかたない」というフレーズは、自らの潜在能力の最大化にとって最大の「蓋」であり、「呪縛」
- 「どうせ」「しかたない」とわかった振りをせず、なぜ「しかたない」とされるのか、本当に変容可能性はないのか、どうすれば変える事が可能なのか、を徹底的に考え続けること

「枠組み外し」とは何か？②

- あなたや僕の中に根ざした常識や社会通念そのものとの闘い（時として「反社会的」）
- 枠組み外しをし続ける中で、穴が空く瞬間がある。絶対に変わらないと思っていた強固な常識の固い岩盤が崩落し、その下に、別の新たな可能性を見つけ出さず瞬間が訪れる
- この「個性化」を果たす中で、実はあなたや僕自身が、より大きな社会の中で開かれていき、そこから社会が少しずつ変わり始める。つまり、あなたや僕自身の「個性化」を通じて、あなたや僕という一主体が、社会を変える渦の発生源となることも可能なのだ。

「枠組み外し」と「個性化」

- 「個性化の意味するところはただ、**個人に与えられた定めを実現するに至る心的発達過程**であって、換言すれば個人が本来そうであるように定められた**個性的存在**へと至る過程なのである。」(ユング『自我と無意識』)
- 「**社会を変える**」前に、まず**自らが学び直し、変わる事が出来るか？**
- **自分自身は何を実現したいか、**という「**定め**」なのか…という「**私への問い**」から、「**どうせ**」「**しかたない**」を超える**旅**が始まる。

あなたの「個性化」とは？

- あなた「個人に与えられた定め」ってなんでしょうか？

リカバリーとは何か

- リカバリーの前提:「あなたは(生きづらさを感じている)今でも何一つ欠けるところのない人間です」
- リカバリーの三段階
 - ①「夢を持ち始める(begin your dream)」
 - ②「夢を追い求める(pursue your dream)」
 - ③「夢を生きる(live your dream)」
- 障害や病気「だから」「しかたない」と諦めてしまった夢や希望はないだろうか？
- あなた自身は、何段階目？

(出典:竹端寛「精神医療のパラダイムシフト」『精神病院時代の終焉 —当事者主体の支援に向かって』晃洋書房、2016年 より)

オープンダイアログって、
どのような**関係性の変化**を
もたらすのだろうか？

前提として大切なこと①

- 同じ意見、だけでなく、**違う・異なる意見**も大切に扱うこと
- **話すことと聴くことを分ける**。コメントは後にして、まずは**安心して話せる場**を作る。(リフレクティブな構造を用いる)
- **参加者がその場に差し出した内容に従う**。参加者がテーマにした話題や言葉遣いをより重視する。
- みんなが**一人称**で話す
 - 「一般論」をしゃべろうとはしない

前提として大切なこと②

- 相手の反応を引き出すために、**開かれた表現や語り口**を大切にする
 - “これってこういうこと”と決めつけない
- **「今とここ」(here and now)**に集中する
 - あらかじめ決めた目標に話を誘導したり、過去にこだわらない
- **一緒に次のステップに行くための具体的な計画**を目指す
 - “普遍的な”包括的な説明を目指さない

同じ見方ではなく、 より豊かなパースペクティブを目指す

- 対話の前
 - それぞれ異なった独自の見方
- 対話の後
 - 異なってはいるがより豊かになった独自の
見方
 - 参加者それぞれが協働作業に占めている
位置のみならず、様々な立ち場についての
よりよい理解

Needs Adapted Approach (ニーズ適応型アプローチ) はODの源流

- 家族療法の訓練を受けたフィンランドのアラネン医師が、入退院を繰り返すある患者と家族との合同セッションを1960年代からスタート。
- 家族療法と個人療法を合わせた形でのミーティングをニーズ適応型アプローチとして深化させる
- これが、フィンランドの精神医療改革の国家プロジェクトとして各地に広まり、オープンダイアローグもこのプロジェクトから生まれた

Alanen, Yrjo O. 2009, Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses, *Psychosis*, 1(2), pp 156-166.

ニーズ「の特定」とニーズ「への適応」①

	ニーズの特定	ニーズへの適応
価値前提	ニーズは特定が可能である(還元主義)	ニーズは常に変容する(複雑性)
目的	ニーズを特定し、構造をはっきりさせ、必要な治療をする	ニーズは動的・不確実であり、プロセスに応じて柔軟に治療を行う
方法	診断名で標準化されたアプローチを用いる	動的なニーズを患者と共に理解し支える
重視	ある程度の見通しや目標を立てて話を聞く	ただ聞くとところから、物語全体を理解する
専門家	本人「のために」最善を尽くす人	本人「と共に」支援方策を組み立てる人

ニーズ「の特定」とニーズ「への適応」②

	ニーズの特定	ニーズへの適応
立ち位置	治療者の理解している枠組みを当てはめる	患者と共に悪循環の構造と出口を探る
関係性	硬直化したヒエラルキーの関係や、権力関係に陥りやすい	パートナーシップを前提とした、問題の解決を共に探る信頼関係
視点	「精神症状という問題」を抱えている人	クライシスの中において、窓が開いている人
着目	患者個人の病理・逸脱行動に関わる	家族やネットワークの不全にも介入する
役割分担	医師が指示し、他のスタッフは従う	医師の意見も可視化され、対等に分かち合う

あなたはどっち？

- あなた自身の関わりは、ニーズ「**の特定**」とニーズ「**への適応**」の、どちらのアプローチだろう？ それともその両立？ なぜ？

患者、家族、医療者のリカバリー

- 患者・・・「**狂った人の異常な言動**」と切り捨てられず、「**生きる苦悩の最大化**」と受け止められる。その言動がなぜ・どのように生じるか、を共に考えるチームと出会える
- 家族・・・「**問題とされる患者**」に表出されている**悪循環構造**を捉え直すきっかけとなる
- 医療者・・・**縛る・閉じ込める・薬漬けにする**、のではなく、人間的な対応をして、**悪循環構造を鎮める「ほんものの仕事**」に従事できる

話すと聴く、の相互作用

- 相談される・支援する側が、まず変わってほしい
- あなたが一方的なアドバイスをするなら、私はあなたに相談する気が無くなる
- あなたが私を理解したいと真摯に聴いてくれるなら、私はあなたに話してもよいかも、と一歩踏み出す
- 心身に余裕がないと、自分から歩み寄れない
- アドバイスを一生懸命しなくても、あなたが私の不安や恐怖、苦しさを自分事として感じてくれるだけで、私の苦痛が鎮まるときもある
- 言葉を返したいなら、「それは〇〇ということですよ」と事実確認の返答で十分な場合もある

心配事をしっかり聴いてもらえる

- 「〇〇が心配だ」と「〇〇のことを心配に感じる支援者の私がいる」はどう違うだろうか？
- 相手の何かを心配する時、**そう心配する私自身には、不安や心配事がないだろうか？**
- **まず、批判や判断もせず、じっくり聴いて、受け止めてほしい。特に余裕がない時ほど、この「じっくり聴く」が死活的に重要**
- 心配事を**安心して話しても良い、という場なら、私の心配事に関して、あなたはどんな心配事を感じているのか、という語りも、聴いてみたくなる**

関係性の中での心配事

relational worries

- 「心配事」は、常に人と人・モノ・組織・・・などとの「関係性」の中で生じる
- ということは、「気のせい」「神経質」など、個人因子で片づけられる問題ではない
- ある人が何かを「心配している」と言うとき、その心配はどのような「関係性」の中で生じているのか、を分析する必要がある
- また、ある人の「心配事」に関わる他の人も、その人なりの「心配事」を抱えている
- つまり、「心配事」が人と人を結びつける接点

あなたと私の「関係性の中での心配事」

- 「心配事」という接点から、あなたと私は、良い関係や悪い関係、無関係になれる
- あなたと私の「**関係性のダンス**」の中で、心配事は大きくも小さくもなる
- 唯一で常に正しい「**正解**」はない。「**関係性のダンス**」の中で、あなたと私が共に**成功する解決策(成解)**を作っていくしかない
- あなたについて(about-ness)のアドバイス・批判・査定はいらない。**あなたと共に(with-ness)考え合う私**、でいてほしい

あなたについて (about-ness) と あなたと共に (with-ness)

- 普段のあなたは「〇〇さんの心配事についての」語りと、「〇〇さんの心配事をともに考える」語りのどちらが多い？ なぜ？

問題の「外在化」という魔法

(デンボロウ『ふだん使いのナラティヴ・セラピー』北大路書房)

人が問題だ	人が問題ではない。問題が問題だ。
彼は悪い子だ。	トラブルはしつこくその子につきま とっている。
ルーシーは抑うつ的な人だ。	ルーシーは母親が亡くなってからと いうもの、うつという霧の中にいると 言う。
私は役立たずだ。	無力感が最も強くなるのは、教室に いるときだ。
ビルは統合失調症だ。	ビルが言うには、統合失調症の敵意 ある声は彼に価値がないと説得しよ うとする。
私たちのコミュニティは絶望的 だ。	このあたりに希望は見当たらないか もしれない。特にコミュニティでこんな にも多くの喪失があったときには。

人と問題、どっちが「問題」？

- あなたが「困難事例」「問題行動」を眺めるとき、どちらの視点で見ているだろう？ なぜ？

開かれた対話性(Open Dialogicity)

- ヤーコとトムが発見したOD/ADの共通点
- 話すと聴く、を分ける
 - 聴いてる途中で、口を挟もうとしませんか？
- 不確実性への耐性
 - ある程度の見通しに当てはめようとしてませんか？
- 他者の他者性を大切にする
 - 相手の事を「知ったかぶり」していませんか？
- ポリフォニー(多声性)
 - 相手と違う意見を無理にまとめようとしてませんか？
- 関係性の中での心配事

大枠に関する若干の考察

- ニーズ「**の特定**」は「**症状の固定化**」につながり、**長期入院**が解消できない要因を作り出す
- ニーズ「**への適応**」は、患者・家族・医療者の協働の中で、**クライシスを乗り越える新たな物語**を作り出す
- 「**精神科病棟の中で、患者と医療関係者だけのオープン・ダイアログ**」という発想は、前者のアプローチ
- 後者のアプローチであれば、「**急性期、受け皿がない、自傷他害がある・・・〇〇だから入院**」という短絡思考から脱出出来る(はず)
- 患者を変える前に、**医療者の関わり方をどう変え、患者の持つ信頼関係をどう活かせるか**
- 「**問題の一部は自分自身**」

“ための” と“ともに”の違い

- “ための” (for)
 - AがBの「ために」何かを「してあげる」関係
 - Aが上で、Bが下、という上下関係、一方的な関係に陥りやすい
 - 「やってあげているのだから、我慢しなさい」「・・・」
- “ともに” (with)
 - AとBが「ともに」何かを「一緒にする」関係
 - AとBは対等なパートナーの関係
 - 「これで良い？」「私は違うやり方にしてほしい」「なぜそう思うの？」「だって〇〇だから」「じゃあ・・・」

説得より納得

- 説得は、一方的・高圧的・強化的に他者の「～すべきだ」を、相手に受け入れさせること
- 納得は、「対話」を通じて、相手の内在的論理の中で「腑に落ち」、あるいは「～したい」と思って自発的に受け入れること
- 説得は一方的管理・支配と通底、だが納得を導く支援は双方向
- 「対話」というかかわり合いから、お互いが学び合い、納得できる「協働の物語」が生まれる

セルフアドボカシー支援とは？

『権利擁護が支援を変える -セルフアドボカシーから虐待防止まで』(現代書館)



- セルフアドボカシー(SA)とは、自分(たち)自身による権利擁護のこと
- 自身の当たり前前の暮らしを自分で守れない状態に構造的に追い込まれた人が、権利擁護の必要な人
- 単に金銭管理、ではなく、ご本人の「思い・願い」に基づく支援が必要不可欠
- 「出来る一つの方法論」の追及こそ、SA支援の大原則

権利擁護が支援を変える

- 事後救済型から事前予防型への転換
- 虐待防止や本人中心計画、だけでなく、当事者エンパワメントやセルフアドボカシー支援に携われるか？
- 支援者に求められるのは、説得重視の専門家支配から納得をもたらす当事者中心への、支援の「枠組み外し」の旅
- 虐待防止は、セルフアドボカシー支援から
- 「生きる苦悩」に寄り添うことから権利擁護は始まる

精神医療の「枠組み外し」

- 「どうせ」「しかたない」という「諦め」やダウンローディングな現状に、「なぜ？」という問いを発する
- 「出来ない100の理由」よりも、「出来る一つの方法論」を徹底的に考える
- 自分が何を「わかっていないか」に気づけるか？ その上で、「わかったふり」をせずに、相手「とともに」その「わからなさ」を探求できるか？
- あなたは、「どうせ」「当たり前」「仕方ない」という思考方法に「支配」されていないか？ 信用できる他者との「対話」の中から、自らの思考のリミッターや限界を超えるために、どう「枠組みを作りかえる」か？

いま・ここ、から出来る事

- 職場や組織を批判する・変える前に、まずは自分自身から「開かれた対話性」を生きる
- 話すことと聴くことを分ける。コメントは後にして、まずは安心して話せる場を作る。(リフレクティブな構造を用いる)
- 「水平の対話」と「垂直の対話」を重ねる
- 関係性の中での心配事
- あなたについて(about-ness)のアドバイス・批判・査定はいらない。あなたと共に(with-ness)考え合う私、でいてほしい