

第4回テーマ「精神科在宅ケアから学ぶ統合医療」

長谷川和子（京都クオリア研究所）

「クオリア AGORA」は、スタートして今年で3年目なのですが、今回から、会場をこの京大楽友会館に移させていただきました。聞くところによりますと、1960年代から70年代ぐらいにかけて、梅棹忠夫先生を中心に「近衛ロンド」といって、人類学を研究する様々な分野の方々が毎月集まって遅くまで活発な意見交換が行われたといういわれのある場所だそうです。きょうも、その近衛ロンドに参加していたという方が3人いらっしゃる聞いております。そのころは、夜の時間制限もなかったんですが、今は、午後の8時半までという決まりになっております。これからの3時間半を有効に使って、充実した内容にしていきたいと思っております。

きょうのテーマは、「精神科在宅ケアから学ぶ統合医療」、スピーカーとして精神科医の高木俊介先生にお越しいただいております。どうも今まで、私たち日本人は、病院に全てをお願いして、というところがあるのですが、いやいや、実は、もっと家庭で、地域で、あるいは医師を中心とした地域のネットワークで取り組むことが大切よ、ということ、高木さんのお話を通じて、みなさんとともに考える機会にしていきたいなと思っております。

京都大学との共催で開催しているクオリア AGORA ですが、この10月から京都大学の総長に就任されます山極寿一さんは、これまで、ほとんど皆勤で出席をして頂いております。そんな訳で、ちょっと無理をお願いして山極さんにご挨拶をお願いしたいと思います。

山極 寿一（京都大学大学院理学研究科教授）



今、長谷川さんから近衛ロンドの話が出て、懐かしく、胸がざわついてます。学生時代、いろんな分野を超えて各ジャンルから人材が集まり、わいわいやる気運が高まったんですね。途中で途絶えてしまいましたが、私も学んだわけですが、そこで育った人たちが各分野で活躍しておられます。そういう人たちが、再び集まってきてこのクオリア AGORA で討論ができるということで、未来が拓ける思いがして非常に喜んでおります。

クオリア AGORA を京都大学に移し、第1回目のスピーカーとして高木さんをお招きいたしました。高木さんは前から知っているんですが、在宅医療で有名な精神科医でありながら、地ビールづくりからスナック経営までいろんなことをされ、コミュニティにさまざまな関与を続けておられ、大変忙しくされている方です。私と高木さんなのですが、精神科医として家族の問題を研究しておられる高木さんから、家族の起源を研究しておる私のところに一緒に討論しないか、とお誘いを受けたのが出会いの始まりでした。家族の問題も含め、それに関わる、心、体のケアといろんな研究を深めておられますので、きょうは深い議論ができるのではないかと期待しております。

精神科医 ACT-K 主宰 高木 俊介さん



私も、ここに学生時代出入りしております、とても懐かしい。パソコンも置いてないというボロさも、昔と一緒にだと思って…。

実はですね、精神科の内情というのは、皆さんあまり馴染みがないと思いますので、短い時間ですけど、日本の精神医療の現状から、まず話をさせていただきます。精神科ですが、鬱病とかそういう病気については新聞やテレビでもいわれるのですが、特に「統合失調症」のことはあまり知られていません。これは、昔は、「精神分裂病」といわれていたものです。余りにも差別的な名称なので、私は変えないといけないと思い、統合失調症という名前を考え、10年ほどかかってやっとこの名前に変えました。それでも、まだこの病気の認知度は低いです。実は、精神医療の中では一番重要な病気なんです。

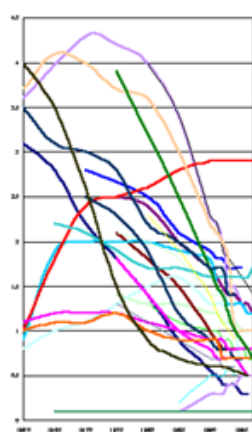
なぜかという、われわれには、全く馴染みがないのに、100人にひとりの病気だからです。どうしてこんなに多い病気が、私たちに馴染みがないかというと、ひとつは、まだまだ、日本では、差別、偏見が大きいので、そういう病気ということを家族がほとんど隠します。今、テレビなんかでは、統合失調症ということをカミングアウトして活躍するタレントも出てくるようになってきたら変わっては来たのですが、まだまだ、日常生活の中では馴染みがない。それは、なぜかという、ほとんどの人が入院しているからです。

日本には精神科のベッドは35万床あります。これはどのぐらいの数字かというと、われわれは骨折やお産とかで入院したりしますが、そういう入院施設のある日本の病院にある全てのベッド数は150万床です。このうちの35万床、つまり、病院のベッドの4つに一つは精神科にあるわけです。これは、すごい数字です。なのに、誰も知りませんね。それもそのはず、病院は、山の中、人里離れたところにあるからです。そこに入院すると、地域との交わり、普通の社会との交わりが全くなくなってしまうんです。まるで収容所ですよ。

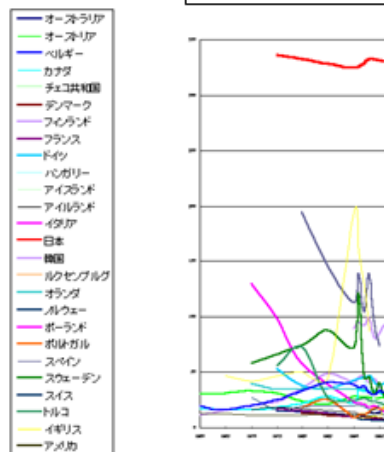
それで、どうなっているかといいますと、画面に、諸外国の人口1000人あたりの精神病床のグラフを出しております。(資料) 諸外国では、1970年を境に、全て減っていつております。なぜかという、1970年からは、世界的な高度成長に入ります。その高度成長をもってして、ほとんどの国が、地域で障害者が暮らしていくということをやっていきます。病院に入院させておくのは、非常に不経済だというわけですね。ところが、日本だけ、反対のことをしました。朝鮮特需の後に高度成長が始まってから、どんどん精神科病院の入院者数が増えます。現在、人口1000人あたり、2.9人が精神科病院にいます。諸外国の平均は1000人に0.5人です。

しかも、それが、グルグル短く回転しているかというところではな

人口1000人あたりの精神病床



精神病院平均在院日数



いんです。(資料) これは、平均在院日数という、だいたいの入院の長さを表すものなんですが、諸外国は全部 100 日以下。しかし、日本では、300 日です。つい 10 年前までは、500 日、700 日。私が精神科医になったころは、700 日でした。これは何とかしなければならぬということ、500、300 日になったといえればいいのですが、実は、長期入院の方が死んでいる。そのために、入院期間が短くなっているということです。実際には、現在も、平均在院日数 1 年以上 5 年未満入院している人が 35 万床のうち半分以上。3 分の 1 の人が 5 年以上で、一生入院するという人もざらにあります。その中で、今日の話にも関わってくるのですが、35 万人のうち 5 万人は認知症です。つまり、最近になって老人が増える中、どんどん、精神科病院に入院する認知症の人が多くなっている。人口がこれだけ減ってくると、統合失調症は若い人の病気なので、少なくなってきました。ですから、精神科病院の 35 万床に空床ができたのです。そして、今は、その空床ができればできるだけ、どんどん認知症の人を入れていきます。だから、精神科病院の 35 万床というベッド数は減らないわけなんです。これが精神科病院の現実です。

何故、そういうことになっているかという、日本の高度成長の時に人口移動を起こさないとはいけなくなった。それまでの石炭産業から石油産業に変えていかないとはいけぬ。ですから、石炭産業と農村から都市への人口移動が起きます。ちょうど、全国総合開発計画が策定され、農業基本法ができた時に、人口の大移動がありましたその時何が必要だったか。障害者が家には人口移動ができなくなるわけです。もともと日本は、障害者や精神病患者を地域と家庭で看っていたんです。それには、いい面も悪い面もあったのですが、とにかく戦前は地域と家庭に全てを任せていたんです。これが、高度成長時代になって、それでは人口移動ができないと

いうので、全ての障害者を施設に收容することになりました。身体障害者と知的障害者、それから精神障害者。で、身体障害者と知的障害者は施設に入れます。知的障害者の場合は、コロニーといって、全体を知的障害者だけの村にする。そういうことを日本各地でやった。精神病の場合は、これは当時は障害ではなく病気だということで、施設ではなく病院に入れます。画面で示していますように、(資料 図 59)

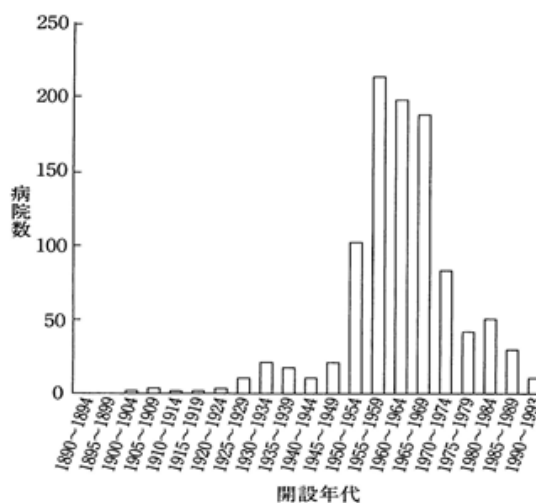


図59 精神病院新設数の推移 (日精協誌12:979, 1993)

日本精神科治療史, 八木剛平・田辺英, 金原出版株式会社 2002 P.171

それまでは、病院の数も少なかったわけですが、1950 年、高度成長が始まる時から、1975 年の高度成長が終わるまでの間に急増して、今 1500 ある精神科病院のほとんどがこの期間にできています。

そういうふうにして、障害者をどんどん收容していったのですが、身体障害は、1970 年、諸外国の影響を受けて、「脱施設化運動」が起こります。そのおかげで、車いすで街に出られるようになります。その影響はすごく大きくて、われわれが、まもなく歳をとって足腰弱った時、車椅子を使えるのは、この身体障害者の運動のおかげなんですね。1970 年頃というのは、まだ、大新聞にすら「障害者が、人手を使って旅行に行きたいなんて、不真面目だ」なんて投書が堂々と載るくらいでした。まだ、そういう時代だったんです。

知的障害の子どもを施設にあずけて高度成長を遂げた親たちは、自分たちの子どもを引き取りたくなります。ただ、それが、なかなかできないのは、人間というのは、施設に1年も入っていれば、自発性がなくなります。他人の規則や基準に従ってしか動けないようになっちゃうんです。「施設症」といいます。だから、家に引き取ることができないので、親たちは愕然としたんです。それで、もっとちゃんと地域の中で、最初から障害者の自立をはかるべきだという運動、つまり、コロニーの解体運動が起こったのです。

ところが、精神病だけは、そうならなかった。精神病、特に統合失調症は、20歳から30歳で発病しますから、親たちが、もう既に老齢化しています。障害を抱えて一生生きていけないといけませんが、多いのですが、その世話を担ってきた親が、既に70、80歳で、社会運動をしていく力がないんです。それから、精神病というのは非常に怖いものと思われていましたから、そういう人たちなので、権利主張などはできないというふうに思われていまして…。今の今まで、精神病に対しては偏見だらけなんです。

だけど、精神病、統合失調症の方が、非常に怖いものだというのは間違いです。犯罪率は、われわれ健常人より低いです。統合失調症という病気は、どんどんエネルギーがなくなっていくので、犯罪を起こすエネルギーもなくなります。人との関わりもそうで、犯罪に一番深く関わる愛憎関係、それから金銭に対する執着もありませんから、金銭やそういうことでもめることもなくなって犯罪率は非常に低い。ただ、家庭環境の中で、親との軋轢が非常に強くなるし、そのために家族内で親を殺すとか、そういう事件が時に起こります。そして、それだけが、マスコミに取り上げられて、「精神病者の犯罪が多い」という印象を与えていますが、実は少ないのです。そして、もし、そういう事件を起こしたとしても、同じ犯罪を繰り返すことはない。再犯率は非常に低いですね。日本の場合、刑務所に入って出てきた人の再犯率は非常に高いのですが、精神障害者の場合は、そういうことはない。それなのに、精神障害者にはどうしても偏見があって、押し込められたままになっているんです。「精神病者は怖いから、外に出しちゃいけない」ということになる。

こういう社会を作ってしまったので、われわれには、精神病がどういうものかわからないのです。それは隠さないといけないというのが未だにある。今、鬱病がずいぶん認知されましたけど、20年前なら、この鬱病ですら、会社に鬱病の診断書出したらクビになっていました。統合失調症に関しては、そのころと殆ど変わっていません。とにかく、精神的な病気っていうものに対する偏見が、日本ではなかなか抜けない。そのために自分が、鬱になった時、あるいは非常に悩み、落ちこんだ時、相談できる場所っていうものがないんです。だから自殺が多いんです。もちろん自殺の一番の原因は経済的なものです。けども、その経済的なところから抜け出しきれず最後の最後になって自殺というのは、精神的な苦悩から助けられないということであって、精神病に対してわれわれに馴染みがなくて、支援、援助の仕方につながらないということなんです。

もうひとつ、今日の話に関係するのは、それは認知症問題です。今、認知症患者は800万人になるといわれています。実は、これ、400万人というのがほんとで、残りの400万人は予備軍です。予備軍って何かというと、早期の認知症、認知症になりかけの人だということですが、なりかけの人は認知症にならず治ることもあることはわかっているんです。なぜ、それを認知症というのかというと、製薬会社の宣伝です。認知症の薬を売らんがために宣伝するんですね。鬱病もそれと同じです。800万人という数字を鵜呑みにはできないですけど、それでも400万人というのも、これはすごい数字です。

認知症は、自分に関係ないと思っているかもしれませんが、加齢によって認知症になります。脳トレ

が流行っていますけど、歳を取ったら効果はどうでしょう。認知症の唯一の間違いない原因は歳をとることです。これまでは、認知症になるまでに、人間はほとんど死んでいたんです。高齢化時代で、これから死ぬ前に認知症になってしまう人がどんどん増えます。認知症になるとほとんどの人に、幻覚、妄想が出ます。一過性ですけども、1年か2年の間、病気が進んでいく経過の途中に出てきます。その時の幻覚、妄想に対してわれわれは免疫がなくなっちゃっているのです。幻覚や妄想を持った人とうまいこと付き合っ、受け流したり、気をそらしたり、そういう作法がこの社会からなくなった。幻覚や妄想が出たら、すぐお手上げです。精神科病院に行ったって、精神科の医師のやれることはしていません。幻覚、妄想で騒いだら薬で抑えて…。でも、老人に安定剤を使うと、あまり安定剤使った経験がないから、みんなフラフラになってしまう。結局、精神科病院に入院ということになる。こういうことが、精神科の現状の中で起こっているんです。ですから、こういうことがどんどん進んでいくのを防ぐためにも、を、精神障害の人が入院して施設症になって病院の中で朽ちていく、あるいは、地域社会の中で孤立していくことを、何としても防がなければいけないんです。

なにせ、100人にひとり、必ず出てくるのが統合失調症。鬱病もある。今の社会では、鬱病は慢性化します。それから「発達障害」も増えています。これまでの社会だったら、漫画の「おそ松くん」の世界にあるように、発達障害の人なんて、いくらでも地域の中に散りばめられていたんです。ところが、今は、そういう人の受け皿がなくなってしまった。コツコツやっていく職人的職業がなくなって行って、全て対人関係抜きにはできない職業ばかりですから、発達障害の人はどんどんどんどん浮いていくんです。そして、そういう人の多くが、精神科病院に入院することになってしまいます。

在宅医療なんですけれども、本来、医療は在宅です。なんで、病院が増えたかという、19世紀から20世紀にかけ、医学が発達し、抗生物質ができたことが大きい。それから、衛生という考えで、消毒するようになったから、手術とか出産とかも、それをちゃんと病院で失敗しないようにやるようになった。で、医学的知識がどんどん高くなるから、医学の知識を持っているスタッフが中心にいて、そこに、ピラミッドの如くいろんな役が積み上がり、病院を中心とした中央集権体制的な医療のスタイルが出来る。それをやらないと、そういう病院を作っていけないと民衆が納得しない。国民国家が維持できなかったわけですね。だから、国民国家が、こぞって病院を作った。それが、今、われわれが持っている病院のイメージです。

ところが、20世紀の後半になって、これが次第に崩れてきた。なぜ崩れたかという、人口構成の変化とそれから障害者運動です。人口構成が変化して、20世紀、先進国は、全部老人だらけになった。老人だらけになると、私もそうですが、いろんなところが痛くなる。しかし、病院に行っても病院は何にもしてくれない。そうなると、病院は病気を治してくれるところではない、役に立たないところだなということがわかるんです。それと、障害者運動が起こってくると、体に障害を持っていても、体にいろんな不具合を持っていても、質の高い生活支援、援助を受けることができるわけです。こういうことが当たり前となっています。これが老人医療の中に入ってきて、老人の病気は、病気ではなく障害なんだ、日常生活の支援が必要なんだってことになります。それが、今よく言われる「地域包括ケアシステム」です。そうなってくると、今までの、医者だけが知識を持って、知識の薄い順に積み上がってできていたピラミッドがひっくり返ります。日常生活をよく見てケアすることが中心ですから、一番知識がないのが、今度は医者というわけです。例えば、「腰が痛い、腰が痛い」という原因が、レントゲンで見て骨が潰れていることはわかっても、それが、日常生活で畳から起きるのは大変だが、ベッドからなら起きられるということは、医者はわからない。日常生活を見ている人が、これに関しては一番知恵がある

わけです。このように、地域包括支援、在宅医療の形になってくると、今までのピラミッドがひっくり返されるわけです。

それと同じことを精神科医療でやろうとしたのが、私のところなんです。私は今、20人ぐらいのスタッフ、訪問看護師、精神保健福祉士、作業療法士などのスタッフと精神障害の人の家を毎日訪問しています。これをやっていると、老人の場合と一緒に、あまり医者はいらないんです。日本の医療システムで診療報酬は、医者が動かないとお金にならないシステムです。一番知恵のない、一番方策を持っていない医者が動かないとお金にならない。未だに医者が尊敬されているらしい。でも、これ、反対なんです。アメリカなんかでは、現場にいる看護師が薬を処方する。権限の移譲が非常に進んでいます。こうしないと、地域包括ケアは進みません。日本は、まだ、そこまでいってなくて、また、医師会でも、医者の権威というのをもちたいから、なかなか進まない。

精神病は、実は、幻覚や妄想といった何も関係ない自分だけの世界にこもっているというのが特徴なので、いろんな日常生活、人間関係の葛藤とかが症状が悪化する大きな原因になります。日本の場合、特に、親と別れて自分ひとりで暮らしていくことを推奨する文化がありません。つまり、障害者の自立とかいわれていますけど、日本では、障害者に関しては、まだまだ「家族扶養」なんです。だけど、世界的には、障害者は「社会扶養」をする。障害者を家族が抱えていると経済的にもままならないし、女性の社会進出もままならない。それ以上に、障害者自身がどんどん自尊心を失っていきます。家族に世話されていることで、障害者自身の成長がなくなるんです。精神障害者に悪い影響を与えます。家族に家の中に隠され、働きたいと思っても働かせてもらえない。そういうことが起こって最終的には、家族の間のもんすごい葛藤になってしまい、家族に対する暴力になってしまうこともあります。それに対して、在宅ケアでわれわれが入って行って、家族と同じぐらいの時間一緒に過ごしたり、街と一緒に行って映画に行ったり、ドライブしたり、喫茶店に行ったりと、そういうことを何度も何度もやれば、だんだん、親子関係の密接さから離れて、障害者に自立の芽が芽生えてきます。

そうすると、一人暮らしができるんですね。それまでは、家族がいなければ絶対生活できないといわれていたような障害を持っている人が、今は、人工呼吸器を抱えながらも普通の社会生活ができるようになっていて身体障害者もいます。それと同じように、精神障害者でも、24時間、家族以外の人が、何かあればすぐに駆けつけられる。あるいは、毎日ケアできるような体制が整う、そういう所があれば、精神障害者も一人暮らしできるし、一人暮らしで適度な距離を親と保ち、人間関係の葛藤から離れてもらったほうが、うまく症状も落ち着いたりします。

それから、例えば、一人暮らししている精神障害者の中に、「ものすごい装置があつて、自分に電波を流し、自分にいろいろな命令をする」という人がいるわけですよ。その人は、普段は一人で寝ていて、われわれのスタッフが家を訪問し、話をしたり、必要な買い物をしたりするだけで大概すむのですが、この前、台風の時、パニックになったんです。「装置が、また出ました」っていうんです。「装置が、養老院に行けっていうんです。養老院に連れて行ってください」って。僕では、どうしようもないから、スタッフに話を聞いてもらったら、どうも、トイレのドアが嵐でガタガタになったことで、「もうこの家には住めない」とパニックになったようなんです。それで、スタッフがドアを修理したら、パニックが治まりました。ほとんど毎日のように、こういう経験をするんです。どうも、精神障害の人は、興奮しきって何を言っているかわからないというふうなイメージがありますけれども、出てきた結果だけを見るからそう思うし、医者も、診察室に悪くなってやってきた結果だけを見るからそうなるのです。われわれのように、現場で、生活の中で、さまざまつまづき、葛藤、ストレス、そういうものを常に把

握していれば、悪くなくてもちょっとですんでしまう。精神障害者の地域生活は、可能なんです。

それから、ゴミ出しができない、「ゴミ屋敷問題」が今、話題になっています。精神障害が原因であることもあり、これから認知症の増加とともに、大きな問題になっていくと思うんですが。精神障害の人の中には、ゴミを出したら、人に見られる、自分の生活がわかってしまうという恐怖を感じる人がいます。そもそも、ゴミを出すということができない人もいます。そういう人には、ゴミを出す支援をするだけでも、相当違うんです。今までだったら、薬じゃないと治らない、精神科病院で5年、10年入院しないとイケないはずだった人たちが、在宅でケアを十分にすれば、落ち着いてきて、地域の中で十分生活できるんです。そういうことがわかってきました。こういう活動を、私たちは、20人のスタッフで24時間、365日の体制で続けています。特に重症の人だけを選んでいきます。これまでは、精神科病院でしか暮らせないとされていた人たちです。こんなことを、ちょうど10年続けてきましたが、今、私と同じようなやり方をやっているのが全国に広がっています。まだ数はすくないですが、いいやり方だというのがわかってきたんだと思います。

私がやっているのはACT-Kといいまして、「Assertive Community Treatment=包括型地域生活支援プログラム Kyoto」の略です。多職種によって日常生活を多角的に支援していく。ACTという小さなチームで継続的に、病院、あるいは診療所、これまでのように、保健所や福祉とかがバラバラにやるんじゃなくて、一つのチームの中で、福祉的なこと、医療的なこと、生活の面倒、金銭的なこと、あらゆることをやります。で、アウトリーチ—現場に行き、障害者を訪問して行く、いわば出張サービス—それをやります。現場で、本人、周りの人たちとも話さないで、何が障害の原因なのか、何で困っているのかわかりません。現場に行かないで診察室や保健所に呼んで話を聞いたりしても、その場で話すだけで終わってしまいます。こんなことを24時間365日やるんですけど、これを聞いてみなさんひえ〜と思うかもしれませんが、精神障害の方は、

日中のケアをきちんとすれば、夜は寝ます。よく精神科救急とか精神科ERなんて、テレビなんかで、大変なことが起こっているようなことが報じられていますが、あれは、地域に日中のケアがないから、その尻ぬぐいを救急病院がしているのです。

そういうことを10年やり、今、ちょうど、これから、今後の10年、どうやっていくかを考えておりました。ちょっと、お配りしたプリントの最後を見ていただきたい。これまで

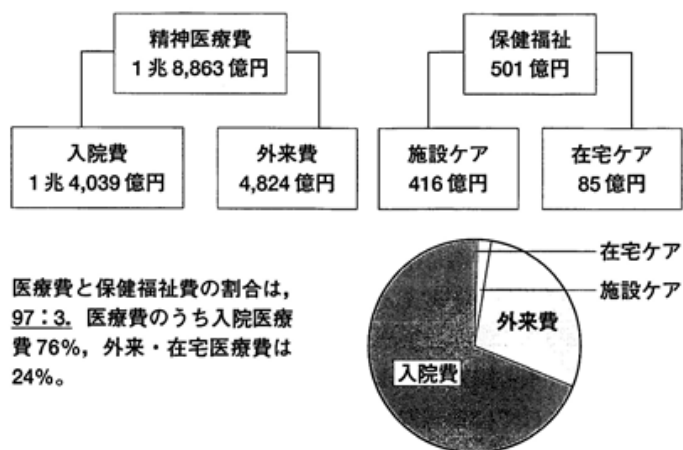


図1 わが国の精神保健医療福祉の財源の現状(2005年度)

ACTは病床削減に貢献できるのか？, 伊藤順一郎, 精神医学50(12):1177-1185 2008 P1180

「ACT-K-ver. 1.0」ということで「重症者ケア・多職種チーム・24時間365日」ということをやってきたわけですが、それを、今後の10年間はだんだん図で示している「ACT-K-ver. 2.0」へと広げていきたい。(資料) これどういうことかという、もっと地域とつながる。これまでは、われわれが、重症な障害者を抱え込むようにして、全てのケアをやってきたのですが、それをもっと地域に広げたり、われわれがやっている濃厚なケアだけでなく、それを一部外に出して、今のACT対象者じゃない人にも使っていけるようにしていきたい。例えば、今、障害者総合支援法というのがありますが、それに

束ねられたいろんな施設をつくるんだったらお金が入るので、そういうものを用意して、支援の範囲を拡げていく。つまり、京都中のいろんな相談を受けて、ACTのような濃厚な支援が必要ではない人にも、われわれの経験でケアマネージメントして、適切な支援場所や支援の体制を地域に整えていくことをやっていこうという事業を始めています。

そうなるそうですね、暮らす場所というのが非常に大切に、われわれ、精神障害者に一人暮らしをさせる、一人暮らしになって、家族から独立して、障害者としてちゃんと自立し、一人で成長してもらう。このために住宅を大事にしている、住宅を探すんですが、これが見つからないんです。だから、自分たちで住宅が持てるように、グループホームを作るんです。みなさんは、グループホームというと、障子だけでへだてられたような部屋を思うかも知れませんが、今の障害者総合支援法は、障害者個々人の自立ということを大事にしますから、アパートの1室を用意します。そこへヘルパーさんがくるようなグループホームを考えています。それから、これまで自分たちで金を出して、大きな声を出さざるをえない障害者のために部屋を防音にしたことがあるんです。その人は、それまで大きな声を出すので、いろんなところを追い出されていて、そのたびに症状が悪くなっていたのですが、防音の部屋に変わってよくなりました。薬より防音の部屋が必要だったんです。そういう経験もあり、防音の部屋も確保していきたいと思います。

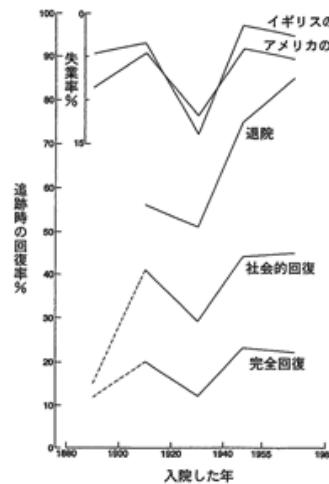


図3.1 85件の研究において反映された欧州と北アメリカの統合失調症からの回復率、およびアメリカとイギリスの失業率 (逆転させている)

それから、仕事です。今、薬ができたから精神障害が良くなるケースが多くなった、というのは、あれ製薬会社の嘘です。薬は確かに精神障害者とのコミュニケーションをやすくしますが、薬がいくらできたって、コミュニケーションが良くなるといっても、それ以上に、精神障害者を良くはしない。何が、障害者を良くするかというと仕事です。(資料5の表にあるように) 失業率と退院の率が見事に相関しています。それから、今話題の自殺です。自殺を防止するためには、藪になってすぐに精神科にかかりましょうとっていますね、でも、あれは、あまり意味が無いです。実際に良くするのは、「仕事がある」ということです。(資料6の表で見ますと) 男性の場合は、失業率と相関があります。因果関係ではなく、あくまで相関しているということですが、これはまちがいない。

ですから、やっぱり仕事のできる場が大切です。重症な障害者に仕事の場合というのは、どうかというふうに思わ



(山本公平他編『社会病理のリアリティ』学文社、2006年から転載)

れる方がいると思いますが、仕事といえば、毎日8時間週5、6日と思うからで、週1日、1時間でも2時間でもいいんです。ただ、その1時間、2時間分の労働に値する対価がちゃんと出る、そのことが大切です。今、私たちは畑仕事を一緒にやっていますが、そういうのをやりだすと、本人たちが地図を読むようになる、周りの景色を見て、あの山には登れそうだと、どんどんどんどん現実感を取り戻していくんです。そういう何か仕事ができないかということで、考えたのが地ビール作りです。2011年6月から、「一乗寺ブリュワリー」という名前で、ベルギービールを作っています。こないだ「アジア地ビールカップ」で銅賞をいただき、それなりに地ビール業界では名前が知られるようになりました。ここで稼げるようになりましたら、ビール作りのいろんな工程や販売などで障害者を雇っていきたいと考えております。また、野菜も畑で作っており、蛸薬師四条を東にはいったところの店を出している野菜ジュースに使って頂いております。このように、どんどんいろんな事業を作っていくって、そこで障害者に働いてもらえるようにして、全体としてのコミュニティーをつくっていくことを目指しています。

最後に、ちょっと別の話ですが、お願いがあります。私は、放射能が懸念されている福島県南相馬市と郡山市の福祉関係者の子どもらを、夏の八丈島で保養してもらう活動「福八子どもキャンププロジェクト」をやっています。今年で3回目になりましたが、全部で5回計画しています。何故5回かというと、小学生だった子どもたちが、5年後に自分たちの置かれた状況がわかるように、福島にいるにせよ、そこから出るにせよ、福島から離れた場所でストレスから解放され、自分たちで考えてほしいというのが狙いなんです。八丈島の精神障害者施設で受け入れてもらっています。こういうふうにしてやっているんですが、お金がかかります。趣旨をホームページなどで確認していただき、支援をしていただければありがたいです。

「京都から挑戦する“新”21世紀づくり」

第4回テーマ「精神科在宅ケアから学ぶ統合医療」

☆ディスカッション

▽ディスカッサント

堀場製作所最高顧問 堀場 雅夫さん

佛教大学社会学部教授 高田 公理さん

京都大学大学院理学研究科教授 山極 寿一さん

京都大学大学院総合生存学館教授 山口 栄一さん

※ ※ ※

精神科医 ACT-K主宰 高木 俊介さん

山極 寿一（京都大学大学院理学研究科教授）



すごく面白い話をしていただきました。とても示唆に富んだお話だったと思いました。私の記憶によると、認知症が日本の中で一般に知られるようになったのは「恍惚の人」という作品が出てきてからで、それまでも認知症というものがなかったわけではないが、病名としては認知されていなかったと思います。私は、アフリカでずいぶん仕事をしていますけども、やはり、そこにも、いろんな人、いつも、少しおかしい人がいるんですね。それが、子どもたちと遊んでいたりと、高木さんのお話でもあったように、そこで、みんなに愛されていたり、まあ、普通に暮らしている人と、いろんな関わりあいを持っているんですね。だから、「コミュニティーの力」がしっかりしていれば、いろんな、少し障害のある方も一緒に生きていける。日本にも、そういうコミュニティーの力というものがあったはずなのですが、それが今なくなってきている。そのため、障害のある人が、コミュニティーの中で生きられなくなり、病院の中で生きる力を失っていくというのが、一般的に見られるようになってきた。高木さんのお考えは、こういう現状から、もう一度この地域の力を取り戻していきたい、ということだったと思います。

そこで、堀場さん、きょうの参加者の中では、一番長く生きておられるわけですが、高木さんのお話を聞かれて、何か、感想とかお話いただけますか。

堀場 雅夫（堀場製作所最高顧問）



私もですね、いろんなお医者さんに「認知症って、どうなったら認知症なんですか」と聞くんですが、これがよくわからない。よう物忘れもするので、それで、簡単な数学の計算とかのテストをしてもらうんですが、いつも 30 点満点。でも、例えば、12 時に何か約束をしたメモしていて、電話だったかなと思っていたら、やはり電話はかかってくるんですが、実は、「会う約束をしていたのにどうしてこない」という電話だったり…とかいうことがある。で、こんなことのある人は、ようけお

と思うんですが、やはり心配になって、お医者さんに相談すると、「それは加齢です」と言われてしまう。「加齢はわかっていることで、それが困るからなんとかしてください」、というと、「なんともなりません」と。

まあ、私は、「おもしろおかしく」を社是にしているぐらいで、何いわれても「おもしろおかしく」してしまうんですが、そういう人ばかりではない。加齢といわれたら、だんだん、「もうあかんのかいな」と思う人もいると思います。だいたい、「死ぬまでは生きてますよ」なんて、わけのわからんことで納得して、しょうがないかと元気をなくしているようなケースが多いと思うのです。が、そういう人にもっと、前向きな明るさを与えることが大事なんではないかと思うんです。元気づければ、年寄りも元気になっていくと思うんですが、高木先生どうでしょう。

高木 俊介（精神科医 ACT-K 主宰）



最初のほうの、どこからが認知症かという話ですが、みなさんには、病気は、医者が診断するものという誤解がある。精神病の場合は、全然違うんです。不思議なことですが、社会が、この人ちょっとおかしいといって、われわれの元に連れてくるんですよ。本当におかしいのかなと思っても、そういつて連れてこられると、真面目な医者ほどその患者さんを帰すわけにはいなくなるんです。もし、帰した 1 週間後ぐらいに、なにかたとえば認知症なら認知症のはっきりした症状が出て、家族にいろいろ言われてはいかんと思うから「まあ、様子を見ましょう。薬を出しておきましょう」ということになる。「全然おかしくないですよ」とはなかなか言えないんですよね。精神科の病気というのは、なぜか社会が診断する。ですから、社会がギスギスしてくると、社会によってオカシイ人だと「診断」される人が増えてきます。鬱に関してもそうです。若い人が、自分でネットを見て、「鬱じゃないでしょうか」といつてきたりします。そんなふうになってますから、精神科の病気は、そもそも区切りがないんです。

山極

高木さんは、地ビール造りをやって精神障害者の自立をめざしておられるんですけど、酒に関連していうと、最近、浴びるほどたくさん酒を飲むということがなくなっていますよね。この酒を飲まなくなったというのと、鬱とか精神病というのは何か関係していますか。

高木

酒を飲まなくなったからというのは、どうなんですかね…。酒を飲んで正体もなくなるほど酔わなくなったのは、恐らく、自分の醜態というものを人に晒せなくなっているんじゃないですかね、若い人が。

本当に飲まなくなっていますからね。ただ単にお金がないというだけじゃなくて。昔は、金なんかなくても、たくさん飲みましたけどね。

山極

酒のことといえば酒場の経営者でもあった高田さん。

高田 公理（佛教大学社会学部教授）



はいはい。1970年前後に私は、京大のすぐ近くで小さな酒場を経営していたのですが、当時は不思議な、それも実に多様な個性に彩られた人物がやってきたように思います。で、そういう人が酒に酔うと、さらにおかしくなってしまう。

「このやろう」などとつぶやきながら京大のまわりの塀をげんこつで叩く人。やってきたやくざにからまれて、

「おう、刺してくれや。前まえから死にたい思うてたんや、ちょうどええ、わっばで刺してくれや」

そう言い放って、やくざをひるませる人。

でも1970年代以降、徐々にそういう風変わりな人を受け入れる余裕が、世の中からなくなってきた、ちょっと常識的な水準からずれると、なかなか受け入れられないといった状況がもたらされてきたような気がしますね。

それを酒とのかかわりで一言でいうと、かつては確かにあった「泥酔の美学」とでも呼ぶべき、ある意味では不思議な価値観が退潮の趨勢を辿ってきたということでしょう。

ところで、精神病というと、半世紀ばかり昔にぼくらが習ったときには、精神分裂病と躁鬱病と癲癇の3種類しかなかったように思うのですが、今日のお話をうかがうと、そういうカテゴリーそのものが大きく変化しているのだということに驚かされました。

それと同様に、堀場さんがおっしゃるように、昔は「年寄りやから……」で済ましていたことが、認知症という名前の病気になった。まあ、このことは高齢者が増えてきたという社会現象と重なっているのですが、精神の病に関する知見は、大きく変わってきたのですね。

高木

鬱鬱病に関しては、ちょっとこの図を見ていただきたいんですが、**(資料)** 90年代後半から、鬱鬱病が急増していて、驚くほどです。実は、これは、薬を売らんがために、鬱鬱病の診断を広げていったんです。最初に日本で、新しい鬱鬱病の薬として売られたのは、グラクソスミスクラインのパキシルという薬ですが、その前に、アメリカで有名になった薬は、イーライリリーのプロザックで、80年代のアメリカで「魔法の薬」と言われ、「鬱鬱病が治った」「人生が明るくなった」などと宣伝されて、ものすごく売れたんです。それで同時に鬱鬱病と診断されてその薬を飲む人がどんどん増えていったんです。でも当時、日本には鬱鬱病が少ない、アメリカのように鬱鬱病が多くないということで、イ社は、日本での発売を見送ったんです。ところが、グ社は、イ社の米国での宣伝のやり方を見習って、日本で、同じ宣伝をやった。すると、すごく売れたんです。で、こうして、アメリカから10年遅れて、日本で鬱鬱病の診断が増えていったというわけです。

私が、精神科医になった時は、鬱鬱病の診断は、このように診断するという非常に厳しい基準があり、

それ以外の、鬱病かもしれないというのは、多くは、人生の悩みということになったんです。ところが、今は、「ちょっと落ち込んでいます」というレベル、例えば失恋で落ち込んでいます、というのでも、鬱病と診断され、薬を処方される。

高田

酒場の話の続きをしますと第二次大戦後、主としてアメリカから、いわゆる民主主義や家電製品、自動車など、実にさまざまなものが入ってきたわけですが、入ってこなかったものもある。その代表が、アメリカ映画にしばしば登場するサイコセラピストなんですね。

というのも高度成長期には、日本人の多くがノイローゼというのか、いろんな神経症状に陥ったわけです。で、そういう人を助けるには、その人の悩みや不満や愚痴を、ひたすら丁寧に聞くのが、たぶん唯一の方法なのでしょうが、そういう役割を、じゃあ誰が果たしていたのかというと、さまざまなタイプの酒場……スナックやバーのママや小料理屋の女将さんだったのではなかったでしょうか。彼女らは酒を飲ませながら、実に巧みに客たちの話を聞いて、その悩みや不満や愚痴を昇華させてくれたように思います。

そういう時代には精神科のお医者さんは余り必要なかった。で、実際に数も少なかったのではないかなと思うのですが……。

高木

必要なかったです。酒場のママは仰るように昔の精神科医です。

高田

でしょう？ ところが 1972 年ごろから酒場にカラオケが普及して、酒場の雰囲気がかたごと変わっていく。スナックやバーのママが、客の話を聞くという面倒な対応をやめて、接待の相当部分をカラオケにまかせてしまう。まあ、カラオケの普及だけが、こうした変化をもたらしたわけではないのですが、そうしたプロセスが進行してきた結果、他方において精神科のお医者さんやサイコセラピストが増えてきたのじゃないか。酒場の変化と精神疾患をめぐる諸現象の間には、なにか深い関係があるような気がしますね。

山極

山口さん、ここまでお話を聞かれ、いかがですか。

山口



長年の疑問が氷解しました。精神障害者も含めて、われわれにとって一番大事なことは、やはり「人間の尊厳」なんですね。ちょっと、私の体験した事例を紹介してから、質問をしたいと思います。

私の教え子が大きな事故に合いまして、生死の境をさまよった後、元気になったのですが、からだ元気になった途端に現れたのが、PTSDでした。PTSDっていうのは、厄介なもので、まだ彼女を蝕んでいます。事故は 2005 年で、それから 2 年ほど経ってから発症しましたから、もう 7 年以上も苦しんでいるわけですね。いろんな艱難辛苦があり、最

最終的に神戸大学の精神科病棟に入りました。そのことを私は知らずにいました。ところがある日彼女から電話がかかってきて、1日に3分間だけ隔離病棟から電話がかけられるというんです。もちろん携帯電話は取り上げられている。彼女は、そんな隔離病棟に入れられるほどひどい症状じゃない。そこで病院に「会わせてくれ」といったんですが、「家族じゃなきゃ会わせられません」と頑なに拒否されました。彼女は、薬を飲まされていた。でも結局それは、彼女のためではなくて、単に穏便に入院させておくために飲ませているんですね。

このケースからわかったことは、精神病院は、人間を人間たらしめる状況に持つていくためにあるべきなのに、日本の文化は、「人間の尊厳」を根源に置いていない。だから、精神障害の人たちは隔離する。それで、周りの人間が安寧な生活をする。そのために精神病院というものがあるということです。

どうして会わせてくれないのか、と思っていました。今の高木さんの話を聞いて、どういうことか、日本の状況がよくわかりました。少なくとも欧米では、そういうことを乗り越えて、在宅ケアという方向に行っている。つまり、それは何かというと、精神障害の人だって、きちっと人間の尊厳は守られる方向に行かなきゃいけないというふうに社会は進んでいるということなんですね。

確かにそうなんですが、それでもなおかつ、私は、精神障害の方々をどうやったら社会に復帰させられるかと思ってしまいます。日本の場合、受け入れは欧米のようなわけにはいかないだろう。地域ケアの中に持っていった時、社会が、地域が、精神障害をどうケアしていいかわからないだろうし、すごく不安だと思いますね。それを乗り越えて、なおかつ地域ケアができるなんていうのは、どういうことで可能なのか。つまり、ヨーロッパ、アメリカは、どういうやり方をしているからこういうことができるんでしょう。高木さんは、これを実践されていらっしゃるわけですが、実際に、精神障害を地域でケアするというのはどういうようにされているんでしょうか。

高木

私も、すべてが上手くいっているわけじゃないです。全然手も出せないというケースもあります。精神障害にもいろいろありますけど、統合失調症の方ってというのは、本来は、エネルギーが非常に少なく、人間関係を最小限にして、静かに自分の世界にいれば、安定するんです。幻覚や妄想の自分だけの世界と現実の世界をうまく妥協させて…。よく笑い話にありますでしょう。精神障害の人が、風呂場で釣りをしていたところへ医者を通りかかり、その医者が「釣れますか」と聞くと、その男は「風呂で釣れるわけないでしょう」と答えるというやりとり。これとおんなじことが実際に起こるんですよ。例えば、盗聴器があるというんで、われわれが一生懸命探していたら、「そんなみっともないことやめてください」と患者さんにいわれたりします。統合失調症の人は、空想の世界と現実の世界が、すごく二重写しになっていて、その中で現実から痛い目にあって孤立していくんですね。この人は自分の世界を破壊しない人、という信頼感があれば、普通につきあえる。ただ、エネルギーがないから、日常生活には何らかの助けがいる。ですから、私はよくいうんですが、「安全で自由で絆があれば、精神病の方も支援でき、地域で暮らせる」。安全ってというのは、「自分の世界が脅かされない」ということで、自由が脅かされない中で、自分なりの人生を送れるということ。そして、それを助けてくれる絆、隣人、サポーターたちがいる、ということです。

それから精神障害の人は、俗な欲がない。変な欲がない。で、人間関係に関しても敏感なわりにすごく素直です。ですから、仕事なんかに行ってもとても好かれることが多いんですね。健康人はもっとやりにくい。それから、これは認知症の方にも言えますね。あの、幻覚、妄想が激しくなっていくって、自

分のいろんな記憶とかがどんどん壊れていって、不安でたまらんわけですね。自分が覚えている昔の世界に戻りたい。でも、それを、邪魔されるとカーッとなって騒ぎになるんです。そういうつきあい方があるんですね。そこを乗り越えれば、認知症の人は進行とともにどんどん穏やかになっていきます。

高田

なお話を聞いていて思い出すのは昭和 20 年代、ぼくの住んでいた京都の下町、中央市場の近くの小商店が並んでいた街の風景です。

その当時、氷詰め魚の輸送には、現在のような発泡スチロールではなくて、木のトロ箱が使われていたのですが、そのトロ箱を毎日まいにち、それも一日中、家の前の道路脇に座って、ひたすらトントン、金槌を振って作っている爺さんがいたわけです。まあ、それ以外に、その爺さんにはできることがなかったの

でしょう。ですから、まわりの人に尊敬されることもなかったようですが、逆に、他人とのコミュニケーションを強要されたり、馬鹿にされたりすることもなかった。

そう思って当時の、ご近所の人たちの暮らしぶりに目をやると、パン屋さんも八百屋さんも、店頭で並べた商品売るに際しては、お客との気楽な世間話を交わすだけで良かった。特段のコミュニケーション能力などを身に着けなくても、ちゃんとメシが食えたわけです。

ところが、高度経済成長以降、こうした仕事の多くがスーパーやコンビニなどの巨大企業に奪奪されていきます。で、そういうところに雇用されるには、小難しい理屈を覚えたり、企業社会に適応するコミュニケーション能力を身につけたり……かつての小商店主のような暮らし方が許されなくなるという方向に、世の中が大きく変わってしまった。そうすると、こういう仕事のやり方に適応するのがむづかしい人も出てくるわけです。

このことは大学にやってくる学生見ていると、よく分かります。大学では紙と鉛筆と文字の扱い方を教えられるわけですが、どうもそういうことには向かないという人、やがて大学を卒業して企業に入社しても、対人関係を微妙に調整しながらのビジネスを展開するなどということが、まるで苦手という人も出てくる。それが昔の社会なら、人それぞれに得意な手仕事があったりして、ちゃんと生きていたわけですね。

そこで、例えばイタリア社会などを眺めると、生まれ育った街の工房などで、得意な手仕事に励むことで、自らの尊厳を守りつつ、衣食住をまかなっている人たちが少なくないように見受けられるのですが、いかがなものでしょうか。

さらに台湾で見た祭の風景にも強い印象を受けたことがあります。その人は、祭の興奮が高じてきたとき、長い針のようなものを右頬から突き刺して左頬に通してしまったのですが、どうも痛みなどは感じていない様子でした。どうやら彼は一種のシャーマンのような存在で、その尋常ならざる行為が祭の盛り上がり大いに貢献しているように見えました。彼が尊敬を集めていたか否かは分かりませんが、こうした存在が日本でも、高度成長期以前にはありえたのではなかったのでしょうか。

実はヨーロッパでも、かつてはそういう変わり者がいたはずですが、近代化のプロセスで、そういう変わり者は一旦、排除したのでしょうが、その後の社会の成熟に至る長い時間をかけて、前近代に



は不要であった「ちょっと変わった存在に対する尊厳」の感覚を、あらためて創出したのではないでしょうか。

今日、欧米では精神疾患患者が尊厳を受けて地域で暮らすようになっているというお話を聞いて、そんなことを考えてみたという次第です。

山口

この夏休みに、私は、家内と下北半島の恐山に行ってきました。私はぜひともイタコに会いたかったのですが、しかしイタコ祭の直後で、もうそこにはいませんでした（笑）。私は家内の父親に会って生前に言えなかったお礼を言いたかったのですが、とても残念でした。もっとも、家内は何をバカなことを言っているのかと笑っていましたが。



要するに、これって亡くなった方に心残りを持っている人にとっての「心の安寧を保つシステム」なんだと思います。日本の近代化というのは、今の高田さんのお話にあったように、そういうものをずっと殺してきちゃったなあと思います。日本という国は近代化のプロセスで、一途になにかいろいろなものを捨てていく中で、ついに「人間の尊厳」というものも顧みなかったと思うんですね。一方、ヨーロッパは、こういうふうにはっと気がついて精神障害の方を在宅で治すなんてことをやってしまう。ちょっとしたパラダイム転換ですよ。どうしてこんなことが成し遂げられたのか、不思議でならないんですね。どのようにして、欧米は、在宅医療という方向に、勇気を持って進んでいったのか。

高木

ひとつは、障害者運動が起きたからです。特にイタリアの場合は、精神科病院がない国です。ただ、お金持ちは、プライベートな病院に収容されるんですがね。イタリアの精神医療をやっている人に聞いたら、イタリアではお金持ちが病気になったら不幸だ、病院に入れられるからっていうんです。逆に、貧乏な人たちは、いい。地域社会の中で、家族とともに生きていくことができるわけです。

イタリアでは、障害者の権利を守る運動が、1960年代後半から起こって、障害者が社会の中で自立すべきという考えが一般化し、色々な試みが行われて来ました。その中で、78年に、精神科病院が廃止されたのです。そういう障害者運動があったということと、もうひとつは、採算の問題です。19世紀の終わりから、政府が、精神障害者を大収容する時代というのがあったのですが、戦争の後、高度成長になってくると、1カ所に収容するということは、かえって利益が上がりなくなってきた。実は今、日本でも、収容するほうが経費がかかっているんです。精神科病院は1ベッド1年で400万円。私のところは1年で120万円、150万円ぐらいです。これ言うと精神科病院の院長さんたちはかーっと怒るんですけど…。イタリアでは、収容では採算が合わないという経済的な事情があったわけです。

山極

堀場さん何か。

堀場

最近、神戸で、小学生の事件がありました。あの容疑者は、その前から、精神障害者のような行動をしていたということなので、なぜ、もっと早く隔離しなかったかという話もある。ああいう人が、街の中をウロウロしていると思うと、これはみんな恐怖を感じるわけですが、そういう人と、先程からお話になっているんですが、人間の尊厳を守れば自立した生活が送れるという人との違いは、見分けられるものなんでしょうか。

高木

見分けられないです。絶対無理です。例えば、もし、私が、明日、何か事件を起こしたら、ああ、ジーパンなんかはいてTシャツを着て、そういえば反抗的な人だったとか…。そういうふうにもいろいろいわれるに決まっているんです。事後的には、何とでもいえるだろうと思うんです。実際の現象は、精神障害を持った人の犯罪よりも、一般人の犯罪のほうが率は高い。先程も申しましたが、精神障害の中心である統合失調症は、エネルギーがないので犯罪は起こしにくい。小学生の事件ですが、新聞報道で、容疑者は知的障害があつたんじゃないかとも言われていますが、知的障害と犯罪が結びついたかというともいえない。



もしかしたら、ロリコン趣味とか、知的障害ではなく、そっちの方だったとしたら、ロリコン趣味がどれだけ危険かということになって、その場合も、普通の人に比べて、ロリコン趣味の人間はどれだけ危険かということになる。

やっぱり、報道が非常にセンセーショナルに取り上げるのと、そういう原因を、精神障害者に帰属させたいという目で見ることが、精神障害者は犯罪を起こすということにつながっていく。客観的に見れば、そういうことはないですね。

山極

ちょっと、コミュニティーの問題で討論したいと思います。山口さんや、高木さんの障害者の尊厳を守り、絆というものを確保していけば、自立して生きられるという話なんですけど、多分、1980年以降ですね、だんだん、個人の時間を大事にするようになって、いうならば、自分の時間を、障害者たちと過ごすことによって取られることを恐れたり、忌避したり、あるいは、コストと思ったり、…。つまり、障害者を囲む人たちが、個人の時間を重視しすぎるあまり、他人の時間の中で生きる苦勞をしなくなつた。今は、コミュニティーというものが、人を守ってくれない。あるいは、安心を与えてくれない。そういう中で、障害者だけでなく、いろんな人たちが、不安を抱え、孤立していついてるって気がしています。だから、地域医療だけでなく、コミュニティーをどんなふうに再生していったらいいか、高木さん、例えば、福島でのプロジェクトとかいろいろやっています。コミュニティーの再生について、どうお考えですか。

高木

地域の再生なんて、そんな偉そうなものではないですが、福島はたまたま関わってしまったんですよ。福島の話がどっから始まったかという、私が、講演にいったその1週間後に、東日本大震災が起こったんです。それで、その関係者と連絡がとれなくなって、ようやく連絡がとれた時、最初の言葉が「福島にACT。訪問医療を教えてください」ということだったんです。「そんな場合か。(放射能から)逃げろ!」といったんですが、「私たちに、どこに逃げろと…」という。聞けば、彼らも避難したらしいんです。でも、避難所は、精神障害者を入れてくれない。ようやく、かみのやまの温泉でということになったが、福島からでしかも精神障害者ということで、そこでも何だか変な具合になり、嫌気がさして帰って来ちゃったという。もちろん、帰ってきても病院はダメになっているし、どうすりゃいいんだということで、それで、「訪問医療」ということになったようなんです。そういわれて、何かしないといけないということで、福島の方に診療所をつくる活動への関わりが始まったわけです。でも大変です。コミュニティーが原発事故で崩壊しているから、放射能が危険だからと子どもを保養に出すだけでも周囲に秘密にしないとイケない。3年経って、福島に帰りたくない。八丈島で暮らしたいというようなことを言う子もいる。でも人が一人でコミュニティー作れるわけではないので、避難する人たちがきちんと支援されるコミュニティーを用意しないとイケない。

そもそも、私が精神科医になったのも、精神医療をやりたくてなったわけじゃないんです。京大は、当時、まだ学生運動の名残があったから、教授のことを聞かなくていいという風潮があって、…、私そのころ、学生結婚をしていて子どもがおりましたので、嫁さんがで子どもを育てにやいけないんで、それには精神科がいいというので、精神科に来たんですね。それで、1年ほど遊んでいたら、「宇都宮病院事件」というのがあって、社会問題になったんです。精神病患者でもないのに精神科病院に入れられている人がいたり、患者が職員のリンチで死んだりする事件があったんですが、そういう内容を書いた手紙が、その病院にいた岩窟王みたいな人から弁護士さんに届いて、朝日新聞が報じまして、それをきっかけに、日本の精神科病院のあり方が、国際的にも大問題になったわけです。それを知って、精神科というのは、こりゃえらいことを抱えていると気付いたんです。確かに、私が行く病院、行く病院でもやっぱり、職員の患者に対するリンチとかあるんですね。2000年に、大阪の病院でも同じようなことがありました。そういうことで、精神科とか精神科病院の診療体制のあり方とかを何とかしないとイケないいろいろなやってきたわけです。まあ、ものの弾みみたいなのところもあります。

山極

では、ここらでフロアから…。高木さんへの質問があればどうぞ。

村瀬 雅俊（京都大学基礎物理学研究所准教授）

施設症のこととか医療におけるメリット、デメリットのお話がありましたが、これは、デジタルメディアにおいても同じことが言えるのではないかと思います。新しいデジタル機器がどんどん普及して、ぼくたちがそれに乗っかっていて、依存しているから、まさに何か施設症と同じことになっているのではないかと。例えば、教育のデジタル化に積極的だった韓国で、教育にコンピューターを使うことに反省が出て、二の足を踏み始めているんです。それは、病院で病気が治るというメリットの一方で、施設症というデメリットがあるのと同様に、



便利さと引き換えに自由さとか自立性が失われるということに気付いての反省のようなんです。高木さんの在宅ケアの方向というのが、教育においても参考になると思うんですが。

高木

私、きょうは使いましたけど、今年になってから、講演でも、パワーポイントを使うのをやめたんです。考えてみれば、例えば講義というのは、本来、学生が先生の話聞いてまとめるものだと思っていたのですが、パワポが出てから、これが逆になって、教師がまとめるという風になってしまった。便利で、考えをまとめるのにはいいと思って使ってみたら、逆に考えをなくすための道具だった。そういうことが、色んなところにあるんじゃないか。

それで、デジタル化ということについていうと、このデジタル化についていけない人、統合失調症の人、使えないですね。軽度の認知症とか発達障害の人…。こうなると、仕事につけず、労働予備軍にもなれず、昼間からぶらぶらして、こういう一群の人たちが社会の中に出てきて、そして、危険視される。こういう悪循環がデジタル化の進展のなかで起きてきているのではないかと思います。

塩田 浩平（滋賀医科大学学長）



きょうのお話、精神の異常正常の境界ということなんですけど、誰にも、正常な部分とある程度異常な部分があるんですが、集団の中で、ちょっとエキセントリックな人は、昔は、社会が受け入れる余裕があった。ところが、まあ、今のように、効率化の世の中になると、だんだんそういう人が住めなくなってきた。唯一、そういう人の楽園だったのが大学なんですけど、実は、ある面、そういう人たちのほうが研究に向いている部分がある。ある時、京大の先生、3割位が発達障害といたら、ある人にそんなに少ないか、といわれたことがあります。大学は、そういう研究者もいて成果もあげているわけですが、最近では、障害者に対する理解が深まっている一方で、そういう人たちが排除されていく方向に進んでいってるんじゃないかと思うんです。そういう人たちの社会における位置ということなんですけど、将来どう対処していくべきなんでしょうか。

高木

常識的に、障害者って1%ぐらいで、それ以外は普通だと思うんですが。今ね、小学校の一つのクラスで調べると5人ぐらいが障害者って言われる。50人のクラスの中で5人もいるのが何で障害なんや、なんか変やろと思いませんか。それぐらいに、統計上の「障害者」が増えている。昔だったら恐らく自由な雰囲気があって。確かに研究者は発達障害的な人がいるんですが、発達障害的だから研究という埒もないものに四六時中取り組めるということでもあるわけです。でも、そういう人たちが対人関係を強いられる3次産業、サービス業とかできるはずがない。今は、そういう人も対人関係の上手下手で評価されるんですね。彼らは、同僚とはうまくやれないし、1カ所にとどまれないという人もいるから、当然つまづきます。そうやって、本来、障害と言わなくてよかった人まで障害者といわれるようになる。そして、どうして、5%も10%もが障害者といわれるようになったかという、これ、僕の考えなんですけど、従来の重工業の技術革新の進み方だったら、人口の1%から2%ぐらいの人たちがいらなくなり、生産から外されていたわけです。今はその技術革新がどんどん高速になって、人口の10%、20%がいらなくなってきた、資本としてもそれほど多くの人間に「お前はいらぬ」とは言えないから、障害

があるというようになったのではないか。だとしたら、そういう人たちが戻ってこられるような産業、居場所、受け入れるものを地域に作っておかないと、そういうことをしないと、昔のルンペンプロレタリアートみたいな、どんどんそういう人たちが増えていくばかりになると思います。

山極

はい、ありがとうございました。いろいろな個別の問題が出てきていると思うんですね。今、日本の産業が停滞しているのは、日本が均質性というものを追い求め、多様性というものを排除してきた。つまり、色んな意味でスタンダードを狭くしてそれ以外を弾き飛ばそうという風潮が高まっていることが、社会の発展の阻害につながっているような気がします。そういうことを含めて、きょうのワールドカフェでは、高木さんの方から出された、日常生活を支援し、障害者の自尊心を高め、一人暮らしが可能なコミュニティという社会をつくるためには、どういうケアが必要なのか。少し、このケアというものを広げて考えてみたいと思います。つまり、これから日本の社会を、安全で楽しい豊かなものにしていくためには、どういうケアが必要かということをテーマに語って行ければと思います。

第4回テーマ「精神科在宅ケアから学ぶ統合医療」

☆ワールドカフェ

高度経済成長を経て、これまでのように弱者を受け入れるという社会が成り立ちにくくなった今、私たちが求める幸せな社会、安全で、自尊心が認められる社会をつくるためにどう変わらなければならないか、またそのためにはどういう制度、どういうシステムを作ったらいいいのかについて、参加者全員で、食事をしながら、談論風発、意見を交わしました。

▽第1グループ報告 野田旬太郎（京都大学大学院思修館院生）

キーワードになるのが2つありまして、一つ目は仕事。二つ目がメンタル制度（?）。仕事ってというのは、精神障害の方が、自分を認められ、生きる自信を持つことで社会につながるができるという意味で重要である。メンタル制度は、きょうのお話の中で出てきた「飲み屋のママ」とか、そういうふうな困ったときに相談ができる人が必要。この仕事とメンタル制度に共通するのは、地域性を取り戻すということで、そこで出てきたのがお寺です。お寺は、日本では、コンビニの数より多い7万寺もあり、地域に密着した存在であるということが重要です。お坊さんは説法してくれたりですとか、メンタル面でも支えてくれる。困った人にお寺を開放するなどして、人とお寺との関係を復活させる。お寺を核にした地域性の復活というアイデアが出ました。

▽第2グループ報告 井藤美由紀（佛教大学・園田学園女子大学非常勤講師）

「豊かな社会を実現する地域包括ケア」というテーマで話し合いました。最初に「自立と支援はセットである」という前提を確認しました。問題は、一定のレベルに達するように支援し自立を促すわけですが、今、その目標とするレベルが高過ぎるのではないか、そのために落ちこぼれる人が多いのではないかということです。たとえば、企業では2-6-2の法則といって、企業を牽引する頭脳は2割、企業目標を達成するために一生懸命に働く人が4割、役に立たない人が2割、というようなことが言われてきたそうですが、今はIT化の進展で、その割合が変わったんじゃないか。役に立たない2割から切られて行き、一生懸命働いてきた人達も脅かされ、首脳陣の相対的価値が上がって来ているんじゃないか。そういうことが指摘されました。また、京都というのは、昔からダブルスタンダードだった。これまでの秩序を守りながら、常に新しくきた人を受け入れてきた文化がある。

そういう多様性を認めるということが、まず必要なんじゃないか。自立できない者は排除するっていう文化が日本にあるとしたら、そこは見直さないといけないだろうという話が出ました。

しかし、障害とそうでないものの境はどこにあるのかと考え始めると、よくわからない。ただ、今日のお話から、障害のある方の自立を助けるために仕事が必要なことはわかった。では、企業として何ができるかという話になった時、「社会企業」（※社会的課題の解決のために市場メカニズムを活用する事業組織）を目指しておられる経営者の方から、大量生産、大量消費が必要でないもの、短期間で効率よく仕上げる必要のないものなら、十分納期までにゆとりをもたせて作業所に発注すると、安い値段で丁寧に仕上げてもらえるというアイデアが出されました。

池田 達哉（サンスター財団健康推進室部長）

精神的な病気は、どうしたら治るかという話も出ました。人間は、山極先生のゴリラに比べると、おせっかいな動物らしいですが、見ず知らずな人にも、もっとおせっかい、干渉をすべきではないかと思います。それで、例えば、鬱病なんですけど、農業や土いじりを1週間もすれば治ってしまうといいます。信州とかで、そういうビジネスが既に立ち上がっています。大手企業の管理職の人で心を病んだ人も、それで治る。1次×2次×3次産業（1+2+3でもいいですが）＝6次産業といいます。こういうところを充実させていくと精神的な病も治り、減っていくのではないかと。

▽第3グループ報告 上田 源（同志社大学学生）

そもそもケアとは何だろうな、ということを中心にうちのグループでは話しました。高木先生のお話では、「その人の生きがい、希望が少しでも叶う生活、これがケアの本質だろう。でも、ただ患者の希望や生きがい、何を求めているのか、またどうやってそれを見つけるのか、ここが非常に難しい。しかし、例えばケアしてくれる職員さんに対して患者さんが羨ましいという感情を持ってもらえるようになると、この難題に対して少し光が差すことになるんだよ。」ということでした。

そしてもうひとつの問題は全てを家族任せにしまっている現状です。高木先生のところにはいっしょるのは基本的に患者さんではなく家族の方がほとんどのようです。で、家族と本人の問題がここで出てくる。本人はもう成人し、自立できる年齢にも関わらず、やっぱり家族のケアにならなければいけない。本人は自分の事は心配いらない、構ってくれるなという思いはあるのに、家族は手を離せない、そういうジレンマがあるようなんですね。勝手に家族の手を離れて自分の着地点を患者さん自身が見つけていかなければならない。ここが問題で、これを如何に社会制度としてどう作り上げていくか、ということが今後の課題であるというお話も高木先生からいただきました。

あと、認知症に関してのお話もしていただきました。日本と英国の比較です。日本の場

合はまず医療機関でCTなんかをとって数値化してやっていく。でも進んでいる数値化してもしようがないということで患者さんの一人一人の立場に立つという全然違う方向でものを考えている。日本はその英国のシステムにどうやって近づけていくか、というお話を伺いました。

▽第4 グループ報告 李 善姫（京都大学大学院思修館院生）

安全で豊かな社会のためにどのようなケアが必要か、という課題を中心に話し合いました。今の社会が豊かではないという理由として、社会の中で「個人の尊厳」が認められていないということでした。これを解決していくために二つの提案がありました。ひとつは、障害者に対する皆様の関心を高めていくこと。二つ目は、障害者の自立。

一つ目の障害者へ関心を持っていないということの例として、オリンピックで優勝した人は覚えていても、パラリンピックの優勝者のことはほとんど覚えていない、というのがあります。パラリンピックの優勝って、これは、すごいことなんですけど、社会の関心が、今ひとつない。

二つ目は、障害者の人たちのために、仕事の間を用意するということが大切だということが指摘されました。当然ビジネスとして成り立たないといけないのですが…。それと、障害者のコミュニティーを作ったらどうかという提案も。それぞれ違う障害を持った人たちが一緒に暮らし、それぞれが助け合い、コミュニティー全体の力を活かして、何か、ものづくりをしたりとかで社会に貢献することができるのではないかと。これに対しては、うまくいくためには、コミュニティー中で、障害者のリーダーとなる存在をつくるのが不可欠という意見も出されました。それから、こうした施設に、少子高齢化で余ってきている小学校などの校舎を活用して活動の場とすれば、社会に貢献できるのではないかと提案もありました。

▽第5 グループ報告 鈴木 祥大（京都大学学生）

はじめにケアということに関して、ケアされる方、ケアする方という立場を考えました。ケアする方としては、ケアされる方について上から目線は禁物、という意見が出ました。また実際に、ケアされる方が、何を望んでいるのか、そういうことがわかれば大きなヒントになるのではないかと考えます。また、ケアされる方が、ほんとにケアを望んでいるのか、実際何を感じているのか、聞いてみないとわからないし、伝えられない事情があるかもしれません。

で、ケアする方、される方と、二つに分ける事ができるわけですが、実際には、その境界は、基準があるわけでもなく、すごく曖昧です。例えば、目が悪いとします。メガネをとると、全く周りが見えなくて、小さい字、黒板に書かれた字は見えません。その場合でも、メガネがあれば、大丈夫で、自立することができます。常にこのように、ケアする、される方というのは非常に曖昧で、基準があるわけではありません。そこに、集団として

多様性を持つことが重要です。また、道徳とか倫理、ある程度の尺度も必要であると思います。

最近、地域ケアということがいわれますが、あまり地域、地域と限定して考えすぎるのもよくないのではないかという考えも出ました。しかしながら、地域ケアとして何ができるかということについては、情報共有の場を提供することではないかという結論になりました。実際に、身近な人が病気になった時どうするか、また、親が、高齢者となり認知症になった時、どうしていいかわからないと思います。そういう時には、小さなコミュニティーで、いろいろな経験を共有できればいいのではないかと。

長谷川和子（京都クオリア研究所）

以上の報告をお聞きいただいて、高木さん、コメントを頂きたいのですが、いかがでしょうか。

高木 俊介（精神科医 ACT-K主宰）

ありがとうございました。お酒も美味しくとても良かったです。次回はぜひ、一乗寺ブルーワリーのビールを使っていたきたいと思います。

私の考えを、こんなにみなさんで考えて頂いて、とても感謝です。心の病気をどうするか、というのは、これは、ほんとに簡単なことではないです。私は、これ、作られた偏見だとはいうけども、人間の心の奥の中には、どうしようもなく、普通から外れてしまった人たちへの偏見というのが絶対あるんですね。これは拭えないと思うんですね。私たちが不幸なのは、その上に、さらに作られた偏見をいっぱい持ってて、それを、今の日本の制度が、固めちゃってるっていうことなんですね。もしかしたら、心の病の人が最終的に解決することはないかもしれないけれども、こうやって、みなさんが、弱者とか障害者について考えていただけるというのが、恐らく、私たち自身のためになるんだろうなと、きょう、いろいろお話を聞いていて、そういう風に感じました。どうも、ありがとうございました。

長谷川

ありがとうございました、開会の時にも申し上げましたが、このクオリア AGORA で、最初から大変お世話になりました山極寿一さんが、10月1日から、京都大学の総長になられます。それで、この会でも、いろいろお世話になっております前の京都大学副学長で思修館教授を務められ、そして現在、滋賀医大の学長をされております塩田浩平さんから、山極さんに一言お願いいたします。

塩田 浩平（滋賀医科大学学長）

山極さんには、クオリア AGORA の最初からディスカッションをお願いしておりました。

その頃、ふっと冗談で、「次は、山極さんかな」なんていっておったのですが、それが、瓢箪から駒。本当になってしまいました。京大の良識が選んだのだと思っております。私も長いことおりましたが、京大は、ご存知のように、大変なコミュニティーです。右から左まで、白から黒まで、いっぱい集まった、日本でも最も多様な大学です。それだけに、舵取りは難しいと思いますけど、面白いと思って、ぜひ頑張っていたいただきたいと思います。

まあ、人材は豊富だろうと思いますので、うまく使って頂いて、山極色を出して面白い大学にしていってほしいと思います。それと、お忙しいとは思いますが、ぜひ、夕方ちょっと時間ができたら、クオリア AGORA にも顔を出していただきたい。

ま、ストレスはいっぱいあると思いますけど、ゴリラを相手にしていると思って、あまり気にせず、山極さんのペースで運営していただいたらいいのではないかと思います。総長は、すべての人を満足させることはインポッシブルです。それと、終わった時によくいわれるということを期待せずに、自分が楽しむというぐらいの気持ちで頑張っていたいただきたい。ご健康に気を付けて頑張ってください。

山極 寿一（京都大学大学院理学研究科教授）

私は、近衛ロンドの卒業生で、総長になる前に、同じ卒業生の高木さんの講義を聞いて、とても幸せな気持ちがしています。やはり、京都大学の自由な学風っていうのは、猛獣がいっぱいて、いろんな意見が出てくるところから生まれてきていると思うんですね。むしろ、そういうところで、総長をやるというのはとても幸せなことだと思います。きょうも、堀場さんからいわれたのは、明るくておもしろいから、ええと言われました。それはね、高田さん、塩田さん、山口さんといった奇抜な発想をする人がいてくれるから、そういう雰囲気を保てるのだと思います。そういう人たちを大事にするっていうことを、これからも続けていきたいと思っています。

近衛ロンドから何年経ったかわかりませんが、私が総長になる時に、クオリア AGORA という形で、再び息を吹き返した、というのは象徴的なことだと思います。この会を是非続け、私もできるだけ参加をしたい。自由な発想と創造的な試みをこの場からぜひ出していきたい。それが京都大学の財産、日本の財産になると思います。期待しております。

（編集 辻 恒人）