

コミュニティと対人援助

支えあいとは

田原 明夫

(京都大学医療技術短期大学部教授・精神科医)

<はじめに>

ご紹介いただきしました京大医療技術短期大学部の田原と申します。今、作業療法学科に属していますが、精神科の医者です。30年くらい医者をやっています。今日のテーマとして「ノーマライゼーションか排外主義か」という話と「つらさをわかること」、「心配するということ」。関わる上では「してあげるのか、お役に立つのか」という話。できれば「サポートシステム」「ネットワーク」について。最後に「支える活動をするうえでの問題」について話ができればと思います。

<排除の構造 社会化と収容主義>

言葉は過激ですけれども「排外主義」という言葉を出しました。地域で支えるということを考えますと、まず一昨年4月から始まった介護保険制度を思いつきます。介護保険制度は言い換えれば「介護の社会化」、家族介護が中心だったものから介護を社会化しようということですが、表に出ているのは「介護費用の社会化」です。介護の費用を互いに出し合いましょうという「共助」の関係です。もう一つの理念としては、専門職、ヘルパーやボランティアも含めてさまざまな人たちのサポートによって在宅介護を可能にしようというのが「介護の社会化」だろうと思います。実際は今、特養とか老健施設とか療養型病床群への待機者がたくさんおられます。できることなら施設にお願いした方が楽になるのではないかとこの流れが出てきておりまして、まだまだ在宅介護を中心に考えることが地域社会の中でできてきてはいないだろうと思います。

「三方一両損」で小泉さんが健康保険の本人を3割負担にするということで問題になっていますが、国民皆保険になった1961年以後、健康保険証を持っていれば日本中のどこの医療機関にかかっても医療費は決められた負担額以上払わなくてよしいという「医療の社会化」が行われました。イギリスやフランスなどは「医療供給の社会化」、イギリスはNHSというシステムで医療費もただですが、医療のかかり方が決まっています、G.P.(一般医)にかかって、その先生の紹介でなければ病院を利用できません。フランスでもセクトリザシオン、定められた地域の中でしか医療機関にかかるとはいけないという、「医療供給の社会化」があるわけです。日本では医療供給の社会化は全く追求されていません。日本医師会はフリーアクセス(患者が好きな医療機関を選べること)こそ日本の医療制度の長所として、その維持を主張しています。最近の新兵器で腎臓の石や胆のうの石を超音波で爆破する器械がありますが、その器械は中央ヨーロッパ、東ヨーロッパを含めて全ヨーロッパにある器械と日本一国にある器械が同じ数です。CTスキャンやMRIなどは、あちこちの病院に普通にあります。その結果、^{げんかしょうきやく}減価償却も必要ですから、医療費が高くなってきています。言葉では「病院と診療所の連携」「診療所と診療所の連携」と日本医師会も言っていますが、実際は医療の供給側は社会化していません。医療費の面では社会化してきましたが。

こういう状況の中で、さまざまな障害を持った方たちが地域社会におられます。介護保険もその一つですが、その人たちに対してコミュニティケア、サポート・ネットワークの必要性が唱えられるようになったわけです。サポート・ネットワークを実際に考えようとする時、誰をどうサポートするのが問題になります。

たとえばハンセン病の話は、「らい病」という病名が「ハンセン病」に変わっても差別はなくならなかったですね。日本の行政は過去のことについて謝ったことは一度もないのですが、非常に珍しいことですが、ハンセン病に関してだけは謝罪しまして「差別があった」と言ったわけです。我々が子どもの頃はハンセン病は恐ろしい病気であって「そばによってもいけないよ」と言われ続けてきたわけです。ハンセン病は「隔離」するものということが常識になっていました。

こういう常識の中の一つとして精神障害の問題があります。OECD諸国19か国の精神病院のベットの数です。ただ一人右上がりで活躍している国があります。

これが日本国です。ほとんどの国は右下がり、できるだけ患者さんを病院に収容せずに地域社会で支えようという方向で、医療体制を転換してきています。1980年代中頃までは人口1000人あたりで日本よりベッド数が多い国がありました。しかしどの国もこの10年でガタッと減っています。北欧、欧米諸国はできるだけ地域社会の中でやろうとしてきています。日本は1987年精神保健法ができて「患者さんたちの社会復帰の促進と入院患者さんの人権擁護」が法律の目的でうたわれたわけですが、それ以後もグラフはフラットに進んでいます。社会復帰の促進をしようという法律ができて14年たちますが、入院患者数は全然減っていない状況であります。さらに同じ統計から在院日数の統計をとりますと、日本は飛び離れて高いのです。平均在院が380日となっています。これは平均ですから30年、40年と入院している患者さんもたくさんいます。諸外国は50日より下のところにほとんど集中しています。ものすごい開きがあるわけです。そういう開きのあることに対して精神医療関係者は無自覚、無頓着むとんちやくです。先日の読売新聞に載っていましたが、3月9日開かれた日本の社会精神医学会でWHOの精神保健部長が来て「全世界で今、180万ほど精神科のベッドがある。その18%を日本が占めている。人材も器材も他の国々から比べるとずいぶん豊かな国であるはずなのに、どうして精神障害者を病院に隔離し続けるのか」と提案なさったそうです。外圧に弱い日本のことですから、WHOの部長から言われたとなるとどういう反響が出るかなというのが、昨日、今日の関心の的です。

ハンセン病や精神障害で見られるように、病者や障害者を地域社会から排除して、病院や施設に収容することを旨とする収容主義のことを、私は「排除の構造」と言っています。精神障害者と言えば、まず「こわい」「何をするかわからない」「能力がない」「責任をとれない人たちだ」「周囲に迷惑をかける」「厄介な人たちである」。さらには「遺伝病」という偏見まであるわけです。さまざまな偏見のために地域社会の中で精神障害者のための授産施設やグループホームなどを作ろうとすると地域住民の反対運動にすぐあいます。この「何をするかわからない」という思い込み。今度、15日に国会に法案が出そうで患者さんたちが国会で座り込みをしようと言っていますが、池田小学校事件を契機こゝじやくに特別立法が出されようとしています。精神障害者の場合には「心身喪失、心神耗弱こゝしやくの場合は無罪になるか、

罰を軽くする」という刑法の条文があるわけですが、そうなった患者さんたちを特別の治療病棟に入れるという法案ができそうです。皆が一番怒っていますのは「再犯、同じ犯罪をおかす恐れがなくなるまで無期限に収容する」と法律に書いてあることです。刑務所の職員が「この人、刑務所から出たらまた必ずやるよ」と言っても刑期がくれば釈放です。それが犯罪者の人権を守ることとして決まっているわけです。どうして精神病患者だけが罪を犯す恐れがなくなるまで閉じ込められねばならないのでしょうか。精神病の患者さんが将来罪を犯す恐れを我々精神科医は判断できません。この1週間、この2、3か月くらいはヤバイよということは医者ですから判断します。半年後、1年後に罪を犯すかどうか誰も決められません。なぜ精神障害者だけが、そのような処遇をうけなければならないのでしょうか。

偏見とか差別によって、そのことが常識とされていきます。児童虐待防止法にもかかわっておられる方がおられると思いますが、児童虐待をする人の70%以上が、統計では実母です。ところが小児科の先生と話をするとき「けしからん親です」と言います。子どもの親なんです。実の母親を敵に回して子どもの発育はありえないでしょう。問題を抱えたお母さんをどうサポートするかが大事なのですが、新聞報道に見られるように悲惨な殺人事件を見ますと「虐待する親が悪い人間だ」というレッテルが貼られます。サポートの対象ではなく、懲らしめの対象にさせられていくわけです。去年夏、尼崎で児童施設から外泊させた子どもを殺してしまったお母さん、どんな悪い人かと思っていましたが、拘置所に入って気持ちが緩むと泣いています。彼女も「殺してやった」とは思っていないでしょう。「殺してしまって」いるのです。「殺してしまう」ということを、どうサポートして防ぐか。悪い人と思っている限りサポートはできないと思います。ところが世間は「子どもを虐待するなんて悪い親である」というレッテルを貼りがちであります。貼ってしまって「もう知らんよ」というのが私の言う「排除の構造」であります。「あんな悪い人と付き合わせへん」というのが「排外の構造」であります。そういうものが常にどこにでも存在します。サポートしていこうという中にも、ふと「あの人は困ったものだね、どうしようもないわ」という言葉の中に、その人たちを排除してしまう構造はきっとあるだろうと私は思っています。

< ノーマライゼーションの理念 >

そういうものと対比されるのが「ノーマライゼーション」の考え方であります。知恵おくれの人たちをサポートするには収容施設に入れておくより社会の中で一緒に暮らす方がはるかに有効であるということを見た人たちが「ノーマライゼーション」という言葉を言いだしたそうです。排除の構造と正反対で、ノーマライゼーションは障害を持つ人たちも地域社会の中で暮らせるような社会を作ろうということです。今、ソルトレークではパラリンピックが行われていますが、パラリンピックに出てやろうという人たちをどう生み出していけるか。「障害を持っているからあかんねん」ではなく「障害を持っていてもやれるぞ」という人たちをどれだけたくさん作っていけるかということです。建築基準法でも今は公的な建物ではスロープがなければなりません。車椅子用のトイレがないと建築が許可されません。ハードの面でバリアフリーをつくっていくと同時にソフトの面で、生活のしづらさを持っている人たちにどのようなサポートをすればいいのかを工夫していくことです。

ずいぶん昔、金田正一、野球選手が車椅子に乗って駅前の自転車が並んでいるところを通ろうとしながら「これでは通れないよ」と言っている広告が公共広告機構のCMでありました。その頃、ある街の中を歩いていましたところ、車椅子が通ると中学生くらいの女の子が「なんで、こんなところに車椅子が来るのよ」と言うのを聞きました。いやいやもっと大変なのは、つい先日、全日空が沖縄から帰ろうとした人に「精神障害者は乗せない」と言って搭乗を拒否したという事件が起っています。一人は家族が迎えにいき、もう一人は主治医が連絡をとって何とか乗れたらしいのですが、絶対、抗議しよう運動が盛り上がった途端に国土交通省からお叱りを受けたらしく、全日空は謝りました。差別の問題をどのように明らかにしようかと思っていたところで、事は済んでしまいましたが、今現在でもそういうことは起こるわけです。そこで何が問題になったのかといいますと、飛行機の中でもし危険なことが起こった時、その人は一人で対処できるか。できそうでない人には必ず付き添いがつかないと乗せないというわけです。実際に車椅子の生活をしている人たちで付き添いなしで乗っている人たちは一杯いま

す。要は障害を持つ人たちが地域の中で普通に暮らせるような社会にどうするかであって、「できないから、お断り」ではなく、「できなかつたらどうしたらできるか」を考えようというのがノーマライゼーションの考え方であるということ踏まえていただきたいと思います。

<それぞれのつらさ>

障害のある人がいるわけですが、さてそういう人たちは皆、つらいのでしょうか。私も学生を教えています、「皆、つらいんだよ」と言ってもなかなか学生にわかってもらえません。

病人の場合にも、「病気やからしょうがない」ではなく「病気のゆえに我慢しないといけない」ことが一杯できてきている人たちです。病気の症状のつらさを我慢するだけでないのです。入院すると病院の多くは6人部屋です。6人ということは真ん中に壁を持たない人が二人います。隅の壁が二つありますと「ちょっと私の部屋」という感じがするのですが、両側にベッドがあると全く「私の空間」という感じがありません。非常につらいですね。それだけではなく、お見舞いがありすぎても困ります。なくても困ります。その上、スタッフたちと行き違いがあると、もうたまりません。病気を患うことはその病気だけでなく、いろんな患いをしなければならぬわけです。

障害者もそうです。今年度の学生に健康についての講義をした時に「乙武さんは健康か」との問いに答えてもらったところ、6、7割の学生が「健康だ」というのです。あの人、手も足も使えないですよ。でも結婚なさいましたが。明るくて自己主張なさっているから健康だというわけです。看護学生が大勢いるのに「あの人を、健康だと言ってどうするねん」と思いますけれど。「彼がどんなつらさを持っているだろうか」という思いを馳せられていないわけです。両手がないという中で彼はあんな本を書いています。バスケット部にもいたそうです。いろいろやっていますけれど、しかし「つらさはあるだろうか」という思いがないからこそ、気楽に「彼は健康です」と答えるのです。

そういう状況の中で自殺者が3万人を超えていることが4年続いています。

統計をとられて以来、3万人を超えたのは初めての事です。交通事故死者が1万人を超えたときには「交通地獄」「交通戦争」とまで言われました。ずいぶんキャンペーンや運動が行われて、最近は8,000～9,000人になっています。しかし自殺者は3万人を超えています。中高年の男性の死亡原因の第1位は自殺です。50歳～60歳代の男性の死亡原因の第1位は悪性新生物、がんなのですが、第2位は自殺です。日本人の中高年は自殺で死んでいるのです。そういう事態に対して何らかのアクションを起こさねばならないのではないかと思います。「いのちの電話」もありますが、誰がどこでどういうふうにアクションを起こしていくかということとはなかなか見えてきません。しかし「つらい人たちだ」と考えると、そのつらさをどうわかってもらうかが課題になってくるだろうと思います。我々はこれを「受容的接近」と言います。「どうせお前にわかるか、わかるもんか」。特に私は商売柄、精神的な問題を抱えた人たちとつきあいをしますから「あんたのしんどさをわかりたいな」と言う「先生なんかにはわからない」と言われてしまったりもしますが、でもつらさをわかってもらうことが、関わりの第一であります。

<つらさを分かってもらうために>

つらさをわかってもらう時に、私は5つの条件が大事だと思っています。私のようにカビが生えかけた30年も精神科医をやっている人間にとりましても、初めてお目にかかる方とお会いして、ある程度しんどさがわかってきて「これからどうしましょうか」ということになるためにはせめて30分の時間が必要です。初めての方、慣れない方は1時間以上必要だろうと思います。「時間的なゆとり」です。時間をとるためには、仕事で関わっている人はその人のしんどさを聞くために他の仕事ができなくなります。他の仕事を他の人たちがやってくれる中で、「あなたはあの人のお話を聞いてあげてよ」という分担ができない限り本当に聞くことはできません。入院患者さんが「ちょっと聞いてほしいことがあるんだけどな」とおっしゃると、私は必ず椅子を持って行ってベッドサイドに座ります。病院で見ているとわかりますが、看護師さんも医者も立ったまま患者さんを見下ろしながら話をしています。私も入院経験がありますが、見上げながらでも、お願いはで

きます。しかし、「実は……」という話ではできません。目と目が出会えるように、枕をしている患者さんでしたら腰のあたりに椅子を持ってきて座りますと、目と目が大体あいます。内緒話の場合は耳を近づけて。そういうふうに話を聞こうとするためには、看護師さんが聞くのなら、他のナースたちが「あなたはあの人の話を聞きなさい。あとのことは私たちでやるから」という体制のゆとりがないと、その人のしんどさを聞くことはなかなかできるものではありません。「体制のゆとり」です。

そして「環境」の問題です。ある病院に精神鑑定で行ったことがあります。「看護婦詰め所で話をしてください」と言われて患者さんと話をしていると、横にカルテ棚があって看護師さんが二人の間を通ってカルテを取りにきます。びっくりしましたが。ガンガン音楽がなるところでもしんどいですね。環境的にも、その人の話に耳を傾けるゆとりのできるところでないと、しんどさをわかってとる話ではできません。「環境のゆとり」です。

次に「関係性」。私の言葉で言えば「心配して」あたりまえの立場です。その人のことを「心配しているよ」と言えてあたりまえの立場、そういう関係でないと、その人のしんどさは聞きだせないだろうと思います。「お前なんか言うてたまるか」ということになることも多いだろうと思います。「私はあなたの担当なのだから」と言っても、「あなたなんか心配してらんわよ」と言っている人から、しんどさを聞き出すことはまず難しいですよ。「関係性のゆとり」です。

そして「心のゆとり」。相手のしんどさをわかってとる時、こちら側に気持ちのゆとりがなければ相手のしんどさはなかなかわかりません。「心のゆとり」です。

人のしんどさ・つらさを分かってとるときには、時間の、体制の、環境の、関係性の、そして、自身のこころの、それぞれの「ゆとり」が必要なことを分かってもらえたと思います。

さらに、「観察」と「傾聴」が大切です。最近の看護教育では、「情報収集」が大切と云っています。しかし、私は「観察」の大切さを強調しています。脈拍や血圧などの客観的な観察も、そのデータの意味を分かっているのは専門職です。しかし、それ以上に各自の主観的観察も情報として大切です。「しんどそう」とか、

「いつもと違う」という観察は、主観的なものですが、しんどさを分かってもらう上では、とても大切な情報となります。

「傾聴すること」とは、「復唱しながら聞く」ことだと思います。精神科の診察で言えば、「隣の家から僕の悪口が聞こえてくる」「ああそう、隣から悪口が聞こえてくるんだ」と繰り返しながら聞きますと、「あ、こいつ、聞いてくれてるな」と思ってもらえると思います。そうしながら、話をしっかり聞いてわかってほしいものだと思います。

<全体をわかる>

「わかってもらう」とする時に難しい問題があります。人のことをわかることは「今、気持ちがしんどい」ということをわかるだけではないと思います。医学の立場からは単にbio-medical、「生物学的医学だけではだめだよ」ということについては、昔から「医者には病気だけみてはいかん、人間もみないといかん」という話は一杯ありましたが、それをエンゲルという人は1980年、bio-psycho-socialモデル、「人間は単に身体的な病いを持つだけではなく、心理的、社会的な問題も抱えている。そういうものを全体としてみないといけない。心理的・社会的なしんどさが病状を悪化させることもありうるわけですから、そういう意味で全体的にみるべきだ」という提案をしました。日本の心療内科、心身症の権威である池見酉次郎さんは85年、bio-psycho-socio-ethical、倫理的な側面、ecological、生態学的な側面のモデルも必要ではないかといいました。さらには実存分析の人たちがexistentialモデルも必要だと言っています。

WHOは健康の定義についてphysical・mental・social、身体的・精神的・社会的にwell-being、よい状態であることが健康であるとしています。1940年代の定義です。それに対してアラブの方から「spiritualという言葉を入れる」という提案がありました。去年の総会では通りませんでした。私たちも一昨年「検討せよ」と言われたのですが、「霊的」というのはどういう意味だろうと言っていたのです。日本でいう鍼灸しんきゅう、あんまなど、西洋医学で証明されていない、しかし有効であるものを「代替医療」と言いますが、そういう医療を用いて健康を保とうとする時

に、spiritualな要素が絡んでいるというのです。「これは効く」と信じるのが有効に作用している。効くと信じる心を持っていることが大事だと。mental health以外にspiritualなhealthもあることをアラブの人たちは言うわけです。

さまざまな立場がありますが、人間行動科学に関する立場からは、人の行動は遺伝的要素、その人の生まれ育った経過、生物学的な要因、心理学的な要因、実存的、生き甲斐とか宗教を持っていること、社会的な因子、そういう諸因子によって、その人の行動はわかるのだと言っています。言葉だけでは難しいですが、実践面で考えてみるとわかりやすいかもしれません。

たとえば障害についてICIDH、1980年、国連が障害分類を決めました。障害とは何か。健康状態があって、impairmentがあって、disabilityがあって、handicapがある。障害を区分けすることによってその人のしんどさをわかってもらうということです。そういう提案が出されて、それに基づく障害論があちこちで出されました。去年5月、ICIDH2、ICFとありますが、障害の国際分類の新しいモデルがWHOで採択されました。言葉まで変わりました。機能障害をbody function and structureに、disabilityをactivity、活動性に変えました。handicapはparticipation、参画すると。ノーマライゼーションの考え方と一緒に。障害を持っている人がどれだけ地域社会に参画できるかどうか。こういう見方で障害を積極的に見直そうということです。同時に環境因子と個人因子も追加されました。その人の障害がどうなのかを特定するために、どんな環境に住んでいて、どんな生活史を持っていて、どんな性格の人であるかという個人因子も障害には大いに関係する。こういうモデルが国連で採択されているわけです。全体を通して「障害者と言われる人をその積極面から理解しよう」というアプローチであります。

それに付け加えてわが校の山根先生はIMMD、interaction model of mental disability を提案しています。障害の各要素が直線で並んでいたのに対して三角形にしました。精神障害の場合は明らかにhandicapがあると精神症状が悪化することがあるわけです。多くの身体障害の方はhandicapがあったからといって身体の障害の部分がひどくなることはあまりありません。心理的にはしんどくなりますが。精神障害の場合は相互関係が、より濃密であると見ているわけです。

<わかつらうとするこゝの難しさ>

全体に把握したいなと思いつらわかつらうするわけですが、こゝろがわかつらうとするのを妨げるものがあります。例えば、介護ヘルパー、介護ボランティアでもいいですが、要介護のお年寄りの家に行つた時、やよこしい問題がありそうに感じます。介護がうまうかない時に、そのお年寄りの持つてゐる障害の重さだけでなく、主な介護者を取り巻く親族の中での人間関係を踏まえて、介護される人自身がとても気をつかわれてゐることがあります。表に出てくるのは「それ以上の介護をしてもらわなくて結構です」と介護ボランティアは拒否される。「どうして『結構です』とおっしゃつたんでしょつうね」と聞いていくと、お金のこゝとやその他のお世話のこゝとで気兼ねしてゐて「言うわけにいかない」というこゝともあるかもしれせん。「あの人ゐ介護を拒否なさいました」という事実があります。その事実を理解しようとした時には相手の置かれてゐる状況を全体として把握しなければ分からなくなります。

こぢらの知識が不十分である時にも分からなくなります。世の中に幻聴があるこゝを知らない人には、「どこかから私のこゝを言つてゐる声が聞こえてくる」と言われても「本当かどうか」と思つ、「こゝにはスピーカーもありませんし、そんなこゝが起こるはずがないじゃありませんか」という話になります。患者さんのご家族で多いのは、「隣の家で僕の悪口を言つてゐる」という話になると、お母さんたちが「誰もそんなこゝ言うてへんよ」と仰つます。「私には聞こえへんよ」と言うのが本当の話なのですが、「誰もそんなこゝ言うてへんよ」と云つてしまつます。被害妄想の場合には、「ご近所の人ゐ私のこゝを寄つてたかつて悪口を言つてゐる。私のこゝを意地悪する」と言うと、友だちや家族は「誰もそんなこゝしてへんよ。誰もそんなこゝ思つてへんよ」と言うのです。「してへんよ」は事実であつても、他人はひょつとしたら思つてゐるかもしれないのに「思つてへんよ」と言う形で、その人のしんどさを打ち消してしまふこゝがよくあります。「私には聞こえないよ。あなたには聞こえてゐるの?」と言つてほしいのです。「そんな声が聞こえてゐたら大変だろつうね」と言つてほしいのですが、多くの場合は「誰も言つてないよ」と言つてしまふのです。

倒産の時代。倒産の結果、鬱病^{うつ}になった人がいるとします。若い人には「どうして倒産したら鬱病にならないといかんのか」と思う人がいます。倒産ということは大変です。自分の会社がなくなってしまうからだけではない。たくさんの債権者が押し寄せてくる。債権者に対応しなければならない。下請け関係やお世話になった関係者に対して迷惑をかける。さまざまな問題が倒産にまつわってあるわけです。会社が倒産して会社の責任者であることで、どんな問題が起こるかという知識がなければ「しんどさをわかる」というのはなかなか難しいのです。

体験の中でも「痛さ」が一番わからないことです。患者さんを相手にしているときが一番多いことです。「さぞ痛かろうな」まではわかるのですが、「痛い、痛い」と転げ回っていても「大げさな」という看護師さんもいるかもしれません。「大変や、ほっとけへん」と大騒ぎして医者から「そんな大騒ぎするな」と怒られる看護師さんもいるかもしれません。なかなか痛さは難しいのです。自分が体験した痛さだったらわかる気がするのですが、体験が不十分であると、なかなかわかることかできません。

< 「思いこみ」や「決めつけ」 >

相手の体験していることが十分にわからない時に、「思い込み」が生まれます。「この人はこうに違いない」ということになりやすいのです。「決めつけ」ということが起こってしまいます。

「決めつけ」で一番困ることは、精神医療の面から見ますと原因を作っていくことです。原因を見つけたしだした気になって安心なさる人が多いのです。不登校の子どもの場合だと、「いじめられてるんでしょ、きっと。そうですよ、いじめられてるのです」と決めつけるのです。我々がお会いすると「おつかれさん」というのが不登校の一番の原因としてあるわけなのですが、何も「いじめ」という事態はなくても、人は疲れて学校に行けなくなってしまうことがあるわけです。ところが「何かあるに違いない」と思い込むのです。お母さんは、「いじめている子がいるだろう」とか「担任の先生が合わない」とか。先生は家での親子の関係に問題があるとか、悪者を見つけ出そうとしてしまいやすいのです。

子供に限ったことではありません。先の「乙武さんは健康か」の話でもそうですが、見た目や、受ける感じなどから、さらには「思いこみ」から、相手のことを「決めつけてしまう」ことがあります。

要は「決めつけ」は、こちらの基準を相手に押しつけることでありますが、押しつけない、「ありのままを受入れる」という気持ちで、嫌なことを、しんどいこと、つらいことをわかろうと努力できるかどうかということが大事だと思います。

< 「心配すること」の意義 >

そうやって少ししんどさがわかってくれば、しんどさをわかろうとする時の関係性として「心配することができる」立場に立つことができます。しんどさが少しわかった時に一番のキーワードは「心配すること」です。干渉に対しては多くの人は怒ります。拒否します。「ほっといて」と言って。「心配している」との言葉にも、「心配せんといて」「ほっておいて」の言葉が返ってきますが、心配は心配する人の勝手なのです。こちらの勝手なのです。相手のせいではないのです。

しんどいことを抱えている人には必ず「心配」の材料があります。悩んでいる人は「夜、眠れない」「ご飯がおいしくなくて食べられない」「痩せてきた」。そういう身体の問題が出てきます。

また、しんどさの中身を聞いていますと、「もしもあなたの立場だったら私はとっくの昔に参っているでしょう」という話になります。これは「一般化」と言います。「あなたは弱虫だから、根性がないから、気にしすぎやからしんどくなっている」のではなくて、「誰でもあなたの立場だったら、しんどいし、もうとっくに参っているわ。だから心配だわ」と言っていただけたらいいなと思います。

具体的な心配の「材料」がありますと、一度や二度、放っておいて欲しいと云われても、問題が解決しなければ、その材料は、ますますひどくなります。例えば、睡眠障害は何日も続くと、本当にフラフラになります。食べられないことが続くと一層大変になります。だから、ますます心配をして、「心配だから、専門家の意見を聞いてみる」と云うことが出来ます。これも、心配をする人が自分の安心の為に意見を聞こうと云うのですから、心配する人の勝手な行動なのです。

こうして、心配する人が専門家と対策を講じることを、本人が知っている中で行えることとなります。精神科的な問題がある時には、本人に秘密で相談に来られる人が多いのですが、きちんと心配すれば、本人に告げた上で、専門家の意見を求めることが出来るのです。

そして「心配だわ」の次が、「だから休みましょう。一休みしましょう。一息つきましょう」という接し方をしていただくことが、特にメンタルな問題を抱えている人たちに対して大事なことではないかと私は思います。休むことは、うつ状態の場合には最も大切なことですが、妄想など、あることにとらわれている人などにとっても、事態から距離を置く機会となって有効に機能します。

< 「してあげること」と「お役にたつこと」 >

そういう「一休みしましょう」と違って、よくあるのが「してあげる」と「お役にたつ」であります。「小さな親切、大きなお世話」という言葉がありますが、長年、看護の方も授業を受け持ってきましたが、看護師さん達は、「指導」が大好きです。患者さんに対して「指導するのが自分たちの仕事だ」と思っている方が非常に多いのです。保健師さんもそうです。地域社会の中で「援助者」というより「指導する」という気持ちの方が強いように思います。その心は「してあげないと気が済まない」ようなのです。学生たちに「どうして看護学科を選びましたか？」と聞くと「病人さんたちのお役にたちたい」「お世話したい」を一番にあげます。優しい看護師さんが「うちの祖父母を看護なさっていた、あの姿を見て感動した」と答えます。何かをしてあげたがるのです。そこに医学的な知識が加わりますと、「指導」することとなります。「指導」をすると、「何々しなけりゃだめなのに」「したらだめなのよ」と必ず「だめ」がつくこととなります。してはいけないことにも、しなければならぬことにも、「だめ」がつくのです。

それに対して「援助」に徹するということは、「何かお役にたつことがありますか」と、お役にたてることをしていくことです。私は基本的には「自立支援」が大切ではないかなと思っていますが、「自立」に関してもいろんな問題があります。

一部にあるのが「援助したら自立を妨げるよ」という声です。阪神・淡路大震災のボランティアの中で大激論があったと聞いています。ボランティアたちの中で、若い青年たちが「ほっとけへん」ということでいろんなことをやろうとすると、中年の女性グループは「そんなことまでしたら彼らの自立を妨げる」とおっしゃったそうであります。なかなか難しい問題です。簡単には言えません。確かに援助すれば依存を助長する要素もあるだろうと思います。「そんなことをしてくれたらありがたいわ」「もっとしてほしいわ」。もっとしてもらって当然というのは万能感と言いますが、「私はあんなひどい目にあった人間なんだから、あらゆることをしていただいても当然である」「こんなにしんどいんだから何でもしてほしい」という願いです。我々の患者さんの中にも時々見られる現象です。実際に関わる上で「できないこと」と「できること」の評価はとても大事であります。「自分からやろう」という気持ちがおありになるかどうかを見ることも大事であります。

しかしもっと大事なことは「その置かれている事態をご本人がどのように受け止めていなさるか」ということだと思います。

<障害受容、疾病受容>

その一つに「喪の作業」というものがあります。喪の作業についてドロターという小児科の医者が、1975年、4半世紀前の小児科学雑誌に論文を載せています。障害を持った子どもが生まれた両親の心の変化を彼はグラフで表しました。第1の山が「ショック」、第2の山がdenial、「否認」です。第3の山がsadness and anger、「悲しみ」と「怒り」。第4の低い山がadaptation、「適応」。第5のだんだん登っていく山がre-organization、「再組織化」です。「あなたとこの子どもさんに障害がありますよ」。ショックです。その次は「ウソや、そんなことあるはずがない」。否認ですね。そして「なんでうちの子だけが、われわれだけがそんな目にあわないかん」という怒りですね。それから「悲しみ」が来ます。そしてだんだん障害を持つ子がいることに慣れてきます。adaptationです。「適応」ができて、ある時から障害を持つ親の会に参加したり、障害児のための運動、「再組織化」をするよ

うになられます。こういう経過はキュブラ＝ロスやカプランなども大体同じようなことを言っています。はじめに「ショック」があって「ウソや」という時期があって「なんで私だけが」という怒りがあって「でもそれが実際あるのだから仕方ない」という「悲しみ」があって、そしてだんだん大事なものをなくしたことに「慣れてくる」時期がある。こういう順序をたどっていくことを知っていますとサポートがしやすいわけです。

「喪失」ということは何に関してもありえます。その人が大事なものをなくしたこと。健康という大事なものをなくしたしまった人。障害者の場合は障害のない普通の生活をしていた自分が、ある日から障害を持ってしまった。これを受け入れる過程を「障害受容」「疾病受容」と言っています。大事な人を亡くしてしまった悲しみ。大切なものを失ったなどいろんな形であると思いますが、いずれにせよ、我々がサポートを必要とする人の中にはこういう体験をしている人たちが大勢います。20歳の息子が交通事故で即死したというお母さんと3、4年お付き合いしました。外来に来られる度に、「しんどいですわ」と言われます。ともかくお出くださるわけですからいいのですが、鬱病の薬を少し出して「あまり効きませんけど」と言って、でも眠れない時には眠れるような薬を出したりしました。4年目にかかる頃、「いつまでもこんなことを言っても始まりませんし、ふさいでいたら亡くなった息子も喜ばんでしょ」という言葉がやっと出るようになりました。こちら側から言ってもむりですよ。 「あんたいつまで亡くなった息子さんのことを嘆いているのですか」と言ったりすると、彼女からは「先生、ちっとも私の気持ちをわかってくれませんか」という返事が返ってくるだけでしょう。こういう経過をたどっておられることがあるんだということを知っていてお付き合いをするのと、「なんでいつまでもメソメソしているんですか。鬱病はまだ治りませんか」と言うのとでは全く大違いなわけであります。

<「から」から「けど」へ>

京都弁で言えば、「から」から「けど」へと私は言っています。「病気したから」「交通事故にあったから」「障害を受けたから」と「から」と言っている人は、「か

ら」の後は「だめよ」が続くのです。それがいつの日にか「けれども」「けど」となりますとパラリンピックに行かれるのです。「私は片足がないけど、スキーを滑る」となります。「片足がないから」と言っている人は「だからそんなことできへんよ」という返事が返ってくる人が多いです。いつの日にか「けど」と言うことを期待しながらサポートし続けていくという気持ちが、「依存」を増やすのではなく、本当の「支援」をしていくことになるのではないかと私は思っているわけです。

関わる場合の距離の置き方。「依存をさせないためには突き放しなさい」ということもあるかもしれません。あるいは本当に気の毒でつらくて仕方がない。angerとsadnessの最中、極致の時にはくるみこんで、抱きしめてという方がいいのかもしれない。基本的には「いつの日にか一緒に考える」という立場に立ちたいものであります。時と場合によって、その方との距離の置き方があるでしょう。距離をうまくとれないと、「援助すればするほど依存を増してしまう」というまずいことも起こりうるわけです。あるいは逆に突き放してしまうと「冷たい、私のしんどさをわかってくれへん」と言われてしまいます。「いつの日にか一緒に考えていこう」と願いながら。

<自己決定のこと>

基礎構造改革によって社会福祉が変わりました。「契約」ということが今、言われています。以前は「措置」と言いまして、福祉事務所のワーカーが「この人、気の毒やから老人ホームに入ってもらいましょうか」などと福祉の中身は行政が決めて与えていたのです。それが今の介護保険もそうですが、ご本人のニーズに応じて、ご本人の要望に応じてサービスがなされることになりました。「自己決定」が強調されることになりました。しかし援助を受けるような人たちには自己決定を行う力の弱い人が当然おられます。それに対して「成年後見制度」とかがあります。しかし、補佐人や補助人は、本人の希望することしか援助をしてはいけません。医療の場ではインフォームド・コンセントという言葉があふれています。情報を提供して本人が手術を承諾したと、承諾書にサインをします。本当に本人

がどこまでわかっているか、は分かりません。「わからんことは任せなさい。悪いようにはしないから」というのが今までの医療の姿です。「paternalism」と言いますが。

それに対して今「自己決定」が持ち込まれました。どういうことになるでしょう。「あんたが決めたんでしょ」となりかねません。介護サービスにしても「あんたが求めたことでしょう」と。

自己決定について、それを「防御型自己決定」と「援助型自己決定」の二つに分ける考え方があります。「防御型自己決定」というのは「いやよ」という権利だけはしっかり持ちましようという考え方です。しかし「いやよ」と決める力も、病気や障害や痴呆のために持てない人のために「援助型自己決定」という考え方があります。援助者が援助しながら信頼関係をつくっていく中で二人が一緒に考えて、必要な決定をしていくというものです。「こういう援助を受けましょうか」とアドバイスする。「あんた、私を騙^{だま}して儲けようとしているのと違うか」という話ではなく、「あなたの言うことだったら私も受けてみたいわ」という話かできるようになって初めて、その人が決定をなさる。「援助型自己決定」を考慮に入れないで、「契約」だけをタテにとりますと騙される人もあれば、思わぬサービスを受けてしまう人もあれば、欲しいサービスを受けることができないことにもなります。

<サポートネットワークシステム>

では社会の中ではどのようなサポートがありうるのでしょうか。去年、厚生労働省が「すこやか親子21」という運動を提起しています。その中でちゃんと自己批判しています。「従来のやり方は母子保健の専門家がいて、はい、右手で押して次は左足を出してとやっていました。そういうふうには安全な妊娠・出産、正しい育児へ持っていこうと書きましたが、今は皆で一緒に押そうよという形で進めていきたいです」と。同時に「坂道の傾斜も緩くして皆で押していきたい」と厚生労働省もおっしゃるようになりました。「皆で」というのは誰のことでしょう。現在地域の中のサポート・システムはたくさんあります。精神の領域でもたくさんあ

ったりしますが、そのネットワークがどのように作られていくかが問題です。簡単に言いますと、NPOであれ何であれ、要はネットワークというのは網の目になってほしいものです。援助する人たちが集まります。やっと点です。他にもそういうことをやっている人があるよ。そこでちょっと「連携しましょうか」「互いの体験交流をしましょう」。これが線で結ばれる、「連携」です。それに対して互いが得意のところを力を出し合って協力し合う。「この問題はあなたのところでやってよ」となった時に「統合」の形になってきて面としてその地域における問題を抱えた人のサポート・システムができたということになります。

介護保険でも保健・福祉・医療の連携が言われています。しかしうまく連携ができていますでしょうか。地域には医療福祉の複合体の私立病院ができています。老健施設も特養ホームもデイサービスセンターも持っている病院があります。デイケアもあります。何でもありのデパートです。ところがそうなってしまつと囲い込みが起きます。「老健施設に入ったけど、具合悪いので特養に。元気やし退院してデイサービスに」。全部それで賄^{まかな}ってしまうことがあります。そこには連携すらなくなります。地元の開業医との関係はどうなるでしょう。あるいはその他の地域でやっている社会資源との関係はどうするのでしょうか。そのあたりが問題になることが多いのです。

<ネットワークがうまくいかない>

ネットワークがうまくつukれないのはどんな時でしょう。一つは縦割り行政の問題です。福祉と保健は京都市のレベルでは一緒になりました。区役所に行きますと保健所も区役所の中に入ったのですが、保健所は保健所、区役所は区役所です。尼崎の事例でもお母さんのサポートは誰もしていなかったようです。子どもを児童相談所に預かって施設に入れて4か月ほどしてお母さんが外泊させたいと。「外泊しますか」と家に帰らせた結果、殺されてしまいました。「うちより施設の方がいい」と言ったために殺されたと新聞には載っていましたが、子どもを施設が預かった時、お母さんに誰がどのような援助をしたのでしょうか。新聞報道で見る限り全然見えてきません。そこには連携がないのです。保健領域と福祉領域で

手をつないでというのがなかなかできない、縦割り行政であります。その結果、責任の所在が曖昧になります。「自己決定」と言いだしてからは、「本人が決定しはったんですから」と言いますが、本人の決定にかかわった誰かの責任があると思います。しかし本人のせいにしてしまいます。

次の問題はコーディネーターの不在です。コーディネーターは「連携」の段階からのまとめ役です。連絡役がない限り連携はできません。さらに「統合」まで行くためには本当のまとめ役がない限りできません。あちらの都合とこちらの都合を聞いて「何月何日何時から一緒に集まりましょう」とセットする人がいないと会合すら開けません。それに対してつむじを曲げている先生がいます。その先生に会いに行って「こういうことでやるんですから、先生、つむじを曲げないで一緒にやってくださいよ」と話をするコーディネーターがいないと連携はできっこありませんが、果たしてコーディネーターがどこにいますか。介護保険では、形の上ではケア・マネージャーがコーディネーターの役割を担うことになっています。地域保健法は、保健所が保健活動のコーディネーターとして位置づけられています。しかし、どこにいますか。

もう一つ連携のために大事なことは「他の職種に一目おける」かどうかです。チームをつくる上で大事なことは「他の職種に一目おけるか」ということです。医者はほとんどだめです。医者は自分が一番偉いと思っています。この間、理学療法担当の整形外科の先生が言っていました。「だめな医者、2種類。一つは『リハビリのことは君に任せた』という医者。もう一つは『とにかく俺の言う通りにしろ』という医者。どちらもだめです」と。理学療法士、作業療法士の良さを知っていて「だからこのことは作業療法士がやってよ」と言える。作業療法士にも看護師さんの良さを知っていて「このことに関しては看護師さんから関わってもらった方がいい」と言える。そういう互いの専門性に対して信頼しあう、一目おけること。信頼だけでは足りないと思います。一目おけるくらいでなければ。「このことに関しては看護師さんに負けるわ」「こういうことに関しては作業療法士さんに負けるわ」と一目おけるようになった時に初めて、チームをつくることのできる間柄ができると思っています。そういう意味で医者が一番チームを作る上で難しい存在だと思っています。

また、逆に、「自分の職種の限界性を知っている」かどうかも大切です。我々も医者ですが「わからなかったら、よその医者にみてもらいなさい」と言うわけです。医者同士でも自分の限界を知っていないと、よその科に紹介するのが遅れると重病になったりするわけです。「私は精神科のことしかようわからんから、内科のことはあの先生にお任せしましょう」とお願いできることが大事だと思います。自分の専門職の限界を知ることが大事なのです。そういう「専門性の限界」を知って初めてネットワークは始まるなと思います。

<ネットワーク発展の条件>

ネットワークが発展するためにはどういうことが問題となるのでしょうか。第1は「理念の共有」であります。精神科領域はよくあるのですが、精神科救急を進めねばならない。何のためか。患者さんに1日も早く治療を受けさせるためなのか。一刻も早く患者さんから人々を救うためなのか。法律が改正されて、精神保健福祉法34条で、私のような指定医が患者さんの家まで行って「強制入院が必要と決めれば無理やり強制入院させてよろしい」という法律ができました。関東を中心に警備会社が家族の要請に応じて患者さんを数十万円の費用で病院へ連れて行くことが普通に行われるようになったために、それを防ぐために作られた条文です。残念ながら京都市はその法律を使っているのが日本で一番多いのです。我々としてはその法律ができる時にも日本のケースワーカーの代表とか保健所の相談員の代表と一緒に「必ず保健所が調査するという項目を入れろ」と言ったのです。入りましたが、実態としてはどうでしょう。保健師さんや相談員さんたちがかわって、むりやりの入院ではなく、時間をかけて説得して病院医療につながられるだろうと思ったのです。むりやりの入院は「措置入院」制度といって知事の命令で「強制入院」させる法律があるわけですが、保健所が家族の相談に乗って家族が困りはてていても何回かの面接を通してだんだん患者さんと信頼関係を得て「病院に行ってみましょう」という話に持っていけないかなと考えていたのです。

しかし残念ながら「救急医療のネットワークをつくります」と言っても、とに

かく「早く収容しろ」というネットワークと、医療にかかってなかった人を医療にかけて「何とか楽になってもらいましょう」というネットワークとどちらになったでしょうか。私は市立病院に8年ほどいました。「救急医療体制をつくるなら市立病院は医者の補給さえ対策を立ててくれれば外来の救急をやっていいです」と言っていたのです。患者さんの家族が困り果てて、たとえ救急になっても、我々の常識では半分は電話相談で大体カタがつきます。あと半分のうちの6割、全体の3割が外来に来てもらって薬を使う、注射を使うことで入院しないで済むはずです。救急になっている事例の1、2割が入院しなければいけないと思います。ところが今度出発した京都府の救急制度は電話の窓口と入院の病院しか決まっています。外来はどこでやるか決まっています。電話相談を受けて大変な状態だと入院が決まっている遠い病院まで連れていくことになります。そこで外来診療が行われるならいいですけど、そのまま入院になると「強制入院」させるための救急制度になってしまいます。精神保健福祉法は、患者さんの自立と社会参加の促進を法の目的にうたっています。安心して地域生活を送れるように救急医療体制の整備が課題になったはずです。患者さんにとって困った時、いつでも相談に乗れる、医療を行うための救急医療ではないという事態が起こりつつあります。チームやネットワークのためにはまず「理念の共有」が大事であります。

それから「情報の交換」がとても大事です。相互の専門性に一目おいて、適切な役割分担が大事です。自発性を尊重しあい、知恵を出し合えることがとても大事であります。我々の援助活動には唯一無二の正解などはありません。その人に応じた、その人の現在の状況に応じた援助があるのであって、だからこそお互い同士知恵を出し合う関係が非常に大事だと思います。

そして実践の結果を「評価」をすることです。我々は評価も苦手ですね。自分たちがやったことを3か月、半年で振り返ってみて「どうやった？」と評価する。行政も評価なさいませんが。そういう発展のための課題があり、ネットワークをつくる上でチームをつくっていきいたいわけですが、チームワークを妨げる要因について簡単に整理しました。

<チームワークを妨げるもの>

「個人的な要因」と「チームそのものの問題」と「連携の問題」であります。

個人的な要因とは、「労働条件」とか「環境条件」、たとえば家族問題を抱えている人は職場でもしんどいです。だから他の人とうまくいかないことが起こります。そういう時に家族問題に対して誰かが相談に乗ることが大事です。労働条件に不満を持っている人はチームを組めません。性格の要因は「私は集団が苦手やねん」という人もいます。誰かに頼りたくて仕方がない、あるいは任せてしまう人もチームを組みにくいようです。自分がやっていることだけを高く評価してほしいと思う人もなかなかチームを組みにくいのです。

もう一つは「和を大切に」。聖徳太子は違う意味で言ったらしいのですけれど、「和を以て貴しとなす」という言葉があります。学生たちによく聞きます。「集団と自分とのかかわり方は？」と聞くと「集団のための自分の方が大事」という学生が圧倒的に多いのです。私のための集団より、集団の和を乱さないようにするのが集団活動であると思い込んでいる人が多いのです。

市立病院にいた頃は毎週全病棟を回っていたのですが、「御用聞き回診」と申しまして、婦長さんに「何か問題ありませんか？入院患者さんのことやスタッフのことで」。「うちの詰め所は家族的雰囲気ですから何も問題ありません」というところはだめですね。看護師さんたちはプロフェッショナルで技術者なのでから家族的雰囲気より相互批判をしあっていたかなければなりません。「家族的雰囲気がうちの病棟の特徴」と決めてしまいますと、誰かを批判することとか、ややこしくなる話はなるべく言わないようにします、和を保つために。「皆が仲良し」ということを守るために。皆と違う自己主張をすることは、和を乱すこととして控えられてしまいます。

「自分がこのグループによって支えられている」と感じられるグループをどう作っていくかが大切だと思います。「このグループのために私は働いている」というのは集団活動をしていることにならないと私は思います。結果的には欲求不満が溜まってきます。

「目標や情報の混乱」。我々、病棟で言えば「何々病棟です」という目標が一致

しているといいいのですが、「うちは何々病棟のはずやのに、なんであんな患者さんおるねんな」という話になることがあります。チームの中で目標の一致は大事であります。

「情報の混乱」は患者さんの情報、クライアントの情報だけでなく、相手チームのいろんな情報が入ってくることがあります。これもチームを乱します。「あの人は実は誰誰さんのスパイなのよ」とか。「対人葛藤」「問題回避」、こういのは集団の中でよく起こることです。「討論ができない」「決めつけ」も起こります。「どうせ、あんたらそうなんだから」と決めつけられると討論ができなくなります。「どうせ、あんたは」というのがもっと進みますとスケープゴートになりまして「あの人のせいで我々のグループはうまくいかない」となっていったりします。外に敵をつくるのが一番まとまりやすいのです。看護師さんの詰め所と言えば、お医者さんの悪口を言うと仲良くなります。「あの先生は困ったもんだ」という時だけ皆、仲良しです。

「他の職種との連携・理解の問題」(「無視」「無関心」)。整形外科病棟で毎日のように患者さんは理学療法に通っているわけです。「今、どんな理学療法を受けてはりますか？」と聞いても看護師さんのほとんどは知りませんでした。ノートに書いてあるはずですが。理学療法から帰ってきた患者さんにどういう声をかけてやるかと思うのですがね。そのためにはどんな理学療法を受けているか知りたいわけですね。「この時間は理学療法の時間だ。理学療法士さんにお任せしている時間だ」というのが「無視」とか「無関心」という言葉で言えることであります。

自分に自信を持ってないために「情報交換」をできない人もいます。自信があまりすぎて「あんな人に情報提供する必要がない」と言う人もいます。なかなか難しい。情報はとても大事だということをいろんな機会に言っていきたいと思っています。

<より良いチームワークの展開のために>

これまで述べてきたことですが、組織の前提としては「目標が共有」されて、「民主的な運営」がなされ、「情報交換」が適切にできて、「適正なリーダーシップ」

があることがうまく進む条件だと思います。

さらに、それぞれの「主体性の確立」が大切です。それは自分自身の「専門性の確立」を目指すとともに、「相互批判」に耐えられる人格を形成したいものです。その上で「他の職種に一目を置く」ことができるようになります。

また、「集団体験」が必要だと思います。自分の職場のチーム以外のところで、グループ体験をし、集団の中で自分がどのような反応や言動をしやすいか、など自分を知ることができることは、チームをより良く展開するための一つの条件だと思います。

<タコツボ主義の問題>

相互理解が進めば信頼感、親近感が出てくると思います。ところが日本の集団は「タコツボ式」の特徴をもっています。自分の属する集団の中だけに目が向いて、外から自分の集団を見ることが上手ではないのです。精神科のベッドの特徴でOECDの他の18か国と全然違う方向に進んでいることを問題にする精神科の関係者は非常に少ないのです。知らないのです。鹿児島県、長崎県は人口1万人に対して55、56のベッドがあります。滋賀県や神奈川県は人口1万人に対して18くらいです。3倍の差があります。長崎の人に「なんであんなのところ、3倍も多いの？」と尋ねても「普通だよ」と答えます。滋賀県の人に「あんなのところ、ベッド少なくて困ってないですか？」「いや普通や」と。「どうしてうちはこのなんだろう」と全然考えようとなさらない。「うちではうまくいっている」とおっしゃるのです。私は「タコツボ主義」と言っています。他の施設の試みに無関心です。学会で出てきても「あんなことやってはる」と言うばかりで「うちはいいことをやっている」と。そういう人ほど学会などで質問していじめますと、恨まれます。「二度とあの先生の顔見たくない」。これが「タコツボ主義」だと思います。精神科ではとても顕著です。精神病院の敷地の中に社会福祉施設の授産施設などをつくっているところが多いのです。社会福祉施設が集まっている団体のリーダーが嘆いていました。「総会やったら社会福祉法人より医療法人の方が数が多い。だから社会福祉施設はどうあるべきかという問題でも医療法人の意見が通る」と。

困ったことですが、こういうふうに困り込んでいってしまうことが起こっています。

情報交換にもタコツボが顔を出します。事例についての情報の相互交換だけではなく、世間ではどうなっているか、今、何が問題になっているのか、うちではどうか、という新しい情報が常に入っている状況でないとも問題が起きます。長野県で患者さんの生活保護のお金を院長が横取りしている病院があって、友だちの医者が調査に行きましたら、ほとんどが畳部屋で布団が敷いてあったそうです。婦長さんに「どうしてベッドにしないんですか？」と聞くと「分裂病の患者はベッドから落ちて怪我をするんだよ。そんなことも知らないの」と怒られたそうです。調査に行った人は病院の医者です。誰に何を言っているかも知らないようです。「うちの病院でやっていることはそれでいいんだ」と思い込んでいるのです。患者さんこそ悲劇だなと思いますが。社会資源と言われる施設の中でもタコツボにはまりこんでいるところも結構あります。どう情報交換するか。ネットワークの中で連携をめざし、統合をめざして話し合っていくことが大切だと思います。

<「のに」について>

もう一つ私の言葉に「のに」というのがあります。説明すれば相手が理解して初めて説明になる。相手が納得なさって初めて説得が成り立つ。看護師さんの指導、医者の指導は、相手が「あ、そうすればいいんですね」と安心されて初めて指導となるわけです。それがうまくいかない時に我々の間で「のに」という言葉が飛び交うわけです。「あれだけ言うたのに」「あれだけ説明したのに」。でも相手がしんどい人、つらさを抱えている人ならば、説明の仕方がその人に適さず悪いから理解なさっていないのです。「あれだけ説明したのに違うことなさる」のは説明した側の責任です。「『のに』という言葉が出たら自分の責任なんだよ」と学生に言っています。この間、京大病院の看護師さんに話をしたら「うちの病棟では、のにが何万回と飛び交っています」と。ようまあ恥ずかしいことを言うなあと思しながら「しかしそれだけしんどいのですか」と話をしました。「これだけ説明したのに」「あれだけ説得したのに」というのは相手に合わせてこちらの活動ができ

なかったから「のに」が出るのですよね。こちらの至らなさの結果なのに、相手にせいにしてるのだと思います。我々もついつい言います。外来で診察した後、詰め所で「あれだけ患者さんに言うているのに」と愚痴話をいいます。しかしその中身はわかっていたきたいと思います。

<燃え尽きを防ぐために>

他人を援助していくことは大変しんどいことです。しんどさから燃え尽き症候群にならないためには一人ひとりが自分のストレス解消法を見つけることが大事だと思います。たとえば陰性感情を抱くこと。人間ですから好き嫌いがあってあたりまえだと思います。プロフェッショナルやボランティアであっても、役割だから接するわけですが、「どうしても好きになれない」「顔も見たくない」、こういう人は出てきます。そういう気持ちをどうするか。「この人に対してどうして接していいかわからない」。一人で悩んでいても答えが出るはずがありません。誰かと話をする必要があります。

「達成感が持てない」。ヤツタという感じが持てない。こういう時は何かにとらわれているか、悪循環が堂々巡りをしていると思います。働いている仲間、職場、チームへ不満がある。職場やチームへの不満で我々に聞こえてくることで多いのは「わかってもらえへんねん」「他の職種にわかってもらえない」「同僚が私のことをちっともわかってくれへん」という話です。こんな種類のことを、どなたに、どこで、何をお話されるかが大事だと思います。

典型的な形がスーパービジョンだと思います。スーパービジョンにならないまでも同じ職種で他のグループや他の施設で働く人たち、あるいは他の職種の人たちとのかかわり、そういう場所で話をするのが大切です。自分の職場、自分の仲間とは外の人と話をする。これは「タコツボ」を防止するためにも大事なことです。新しい刺激も得ます。信頼関係があれば職場の不満も言えます。不満を言ったからといって職場が変化するわけではありません。しかし不満を言うだけで気持ちが晴れる人がたくさんいます。アドバイスされ、気持ちを聞いてもらえるとずっと楽になると思います。「自分を知る」ことが一つのテーマであり、同時に

「自分の特徴を知る」こと、どんな時に感情的になりやすいか、どういうことにこだわっているか、をわかるのはグループで体験することが一番です。グループの体験をしていきますと、他人の話が聞ける、他人の気持ちがわかるようになります。その中で「気づき」がぎっとあります。「なぜかイライラしている。あの人のせいだろうか」と考えますが、話をしているうちに自分が今、抱えている問題のことをとても気にしていることに気づくことが多いようです。何となく話す中でも自分自身の特徴をとらえるチャンスがあるだろうと思います。

<ねぎらいの言葉をかけましょう>

地域で支えていく。地域、コミュニティとは何なのか。今の行政単位、もっと狭くPTAの学区もあります。また「難病友の会」は難病を持っている人たちのネットワークです。精神関係でもA.A.これは断酒会の一種ですが、匿名の人たちがアルコールをやめるために集まっています。そのほかにも、様々な自助組織があります。

その地域の中で、知り合いに心配して「声をかける」ということ。日野小学校の事件もそうですが、柏崎の場合は9年間、お嬢さんを監禁しておられたわけです。お母さんは絶対わかっておられたと思います。わかっておられたお母さんには普段の日常生活の中で心配な姿が絶対あったと思います。ご近所の人、お知り合いの人たちは「あの人、何かしんどそうなことがあるな」と思うけれども、よう触らないできたと思います。普通に聞けば、「別に」との返事。だからそれ以上踏み込めないものです。それ以上踏み込めるかどうか。一昨年から去年にかけて17歳問題は大はやりです。「心配だな」という人に声をかけられるかどうか。これは虐待の問題でも一緒だと思います。NHKのビデオで、虐待していたお母さんが、アパートの隣の奥さんに「どうなさったの？」と声をかけられたことで救われた。「そうでなかったら赤ん坊を窓からほりだしそうなくらいにしんどかったんだけど、『どうしたの?』と声をかけられてホッとした」という放送がありました。

「しんどいな」という人に、そのしんどさをわかろうとし、心配して、「どうしたら楽になるだろう」と相談しあえる人、仲間のことをネットワークというわけ

ですが、これは基本的にはコーディネーターがいないと本当のネットワークはできませんが、それは互いの得意なところ、専門性について互いに一目置きあえることから始まるのではないかと思います。

最後に「ねぎらい」の言葉。しんどいことがわかっている人は、「ねぎらいの言葉」をかけられるのです。しんどさをわかっていないと、「ねぎらいの言葉」はかけられません。分裂病の患者さんに、お母さんが「いつまでごろごろしてるのよ。働いたら」と叱る。お風呂の掃除をしてくれても「18歳にも19歳にもなってお風呂くらい洗うてどやちゅうねん」となると実も蓋もありません。しんどいことを抱えている子には「しんどいのに、ようお風呂洗ってくれたね」と一声をかける。健康とされている人間どもと一緒に仕事する時にも、「あの人の話、しんどかったでしょう?」とか、「今日はご苦労さん」という「ねぎらいの言葉」でチームができていくわけですから、互いに「ねぎらいの言葉」をかけられるようなコミュニティをつくっていければと考えているわけであります。

チームの中で、ネットワークの中で、障害者にはもちろんのこと、仲間にも、知り合いにも、機会があれば、「ねぎらい」の言葉をかけあいたいものです。

ご静聴ありがとうございました。

〔企画協力：立命館大学心理教育相談センター〕