

高木俊介氏講演集
「精神医療福祉の新たな潮流！」
～ACT-Kの挑戦～

日時： 2010年10月16日(土曜日)

開場：13時

開演：13時30分

終演：16時30分

会場： 宮崎市民文化ホール・イベントホール

高木俊介氏プロフィール

1983年京都大学医学部卒、2004年たかぎクリニックを開業、ACT-K主宰。

厚労省「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」構成員

著書:「こころの医療・宅配便」文藝春秋 「ACT-Kの挑戦」批評社

みなさん、こんにちは。

たいそうな紹介を受けました。私は訪問診療というのを毎日毎日やっております。それは何かというと、朝から晩まで職員の給料を稼ぐために車に乗って行ったり来たりしてるわけです。要するに零細企業の資金繰りをしとる親父ですよ。そういう者ですから、気楽に聞いていただけたらいいと思います。

今日のご家族会で呼ばれてこうして参っておりますが、ご家族会の講演などに呼ばれるたびに、なんかおじさん、おばさんより、もう少しおじいさん、おばあさんが多くて大変やなと思うんですが、なんとなく宮崎のご家族会は若いですね。いつもはご家族会の方を相手に講演する時に、「俺は精神医療界の綾小路きみまろだ」ということでやっています。今日は宮崎というお笑い芸人さんが知事の県に来ましたので、これはちょっとギャグにも気をつけねばならんと用心して来たんす。本当に若い人もたくさん来ていただいて、すごく活気のある県なんじゃないかなあと思いました。

ご家族会に呼ばれて来ていますので、今日は当事者、ご本人さんの方もおられると思いますが、今日のご家族の方に特に焦点当ててお話をさせていただきます。

私は精神障害のご家族の方というのは、とても大変なところにおられると思うんですね。障害には、知的障害、身体障害、精神障害とありますが、例えば知的障害の方だとほとんどお子さんが小さい時に、障害のことにご家族が気づかれるわけです。そうすると、ご家族にとって自分の娘、息子に知的な障害があるっていうことを受け入れる時が、ご自身の年齢が大体20代後半とか30代でしょう。ものすごくやる気がある時期です。もちろん大変ショックを受けると思いますが、不安にもなられると思うんですが、腹が据わるんですね。ご自身がこれからの人生を、家族として障害に付き合って生きていこうという、そういう気持ちを固められるわけです。ですから40代、50代という働きざかりでエネルギーのある時期を、社会が障害を受け入れるように働きかける、そういう仕事を、がんばってこられてる家族が多いんですね。

だけど精神障害のご家族というのは、少し事情が違う。精神障害が一番発症してくるのは20歳（はたち）代からが多くて、中には、30とか40になってから障害が明らかになる方も多いわけです。その時にご家族は、もう50代終わりとか、中にはもう60を超えたりする方がおられるわけです。もうそろそろ自分たちの役割を終えて、子育ても終わったと。子どもも高校出た、大学入った、あるいは仕事に就いた、やれやれほっとした。これからご自分達の人生を考えようかという時ですね。中にはこれからこの旦那と別れて遊ぶ。いけませんよ、そんなこと思ったらね。そういう方もいるような年代ということですよ。そういう中でお子さんの発病となると、すごいショックを受けられるわけですね。一体ご自分達の人生、これまでやってきたこと何だったんだろうと思われても当然だと思います。

さらに精神障害の難しいところは、最初どのように治療を受けていいのか、どのようなことをしたらいいのかというのが分からない。ご本人にとっても大変なことでしょうけれども、ご家族にとっても大変です。例えば病院に相談に行っても、本人を連れて行かないと診られないでしょう。この頃は保健所ですら昔はよくやってた訪問とかをしないで、本人を連れて来て下さいと言う。何のために地域にある保健所なんだと思うんですけれども、だんだんそういうふうになってきています。

そうして、ようやくいろんな苦しい思い、紆余曲折を経て、病院に行って薬を飲んでくれた。そこで薬飲んだり治療を受けると、やや落ちつくので、やれやれと一度ほっとされます。これでもう大丈夫だ、何とかなつたねと思った。が、また何年か後に再発ということが

あるんですね。もちろん統合失調症という病気を1つとっても、若い時に1度だけそういう病気があって、その後発病しない方は結構います。基本的には3割ぐらいが治る病気なんです。でも今日ご家族会にこうして来られてる方、あるいは当事者の方は、やはり何回か再発も繰り返し、あるいは病状が慢性化して、あるいは中には今未治療で医療中断してるご家族をかかえてる方もおられるかもしれません。ようやく治った方も、ひょっとしたらまた病気になります。病気だから治るんだということで、いろんな病院を行ってみて、その内によりやく治る。そうして入退院とか再発、あるいは家の中でのちょっと慢性の病状を看ながら暮らして行く中で、ようやく10年ぐらいして、「もしかしたら、これはただの病気じゃなくて、障害として抱えていかないといけないんじゃないか」とご家族もご本人も気付く。そして、ご本人さんも気付かれるんですね。その時にはもう自分たちは60歳とか、中には70歳というお年になっておられる方もいらっしゃると思います。

またそういう経過を経ますから、ご兄弟には苦勞はかけられないとか、そんな苦勞まで重なってくるんですね。ようやく、これは付き合っていかなきゃならない障害と気付いて、ご家族会に来られる方が多いと思うんです。大体そんなストーリーだと思うんです。でもそうして家族会に来た時には、自分たちもボロボロになってる。例えばもう一度世の中に向けて、こういう障害をなんとかしてくれという働きをするとか、そういう氣力を無くしてる人が多いと思うんです。ですから、私は家族会の方がこうやって講演会をもつということだけでも、ほんとはすごいことだと思うんです。

普通、60、70代になったら、まあやっても町内の盆踊りでしょう。それですらアパートの3階の人にチラシ配りに行くのしんどいわと、そういうお年になってからの活動です。宮崎なら、宮崎市、宮崎県の家族会全部をチラシ持って回らなきゃいけないとか、行政にいろんなこと言いに行かなきゃいけない、あるいは今日の講演会だって、どう送っていいのかわからない講師へのメールを、一生懸命若い人に打ってもらったとか、そういう苦勞を重ねながら、こうやって集まっていたらと思うんですね。これは大変なことだと思います。

でもそうやって何年もがんばってこられた家族会が今すごく元氣なんです。先日も岩手の家族会の全国大会でこういう講演をしに行っていました。岩手で800の方が、それもご家族だけで800の方が全国から集まってもらった。今まで、家族会というとほんとに、飛行機なんかわしゃもうよう乗れんと、そういう方ばかりだったんです。今度は岩手に行く飛行機の中は、どうやら行く人らしいおじいちゃんおばあちゃんばかりです。そういうふうに変ってきたんですね。もちろんそれは、今言った60、70になってからもう一度社会に向けて、この世の中をなんとかしたいと、あるいは精神障害に対する理解をもっと深めてほしいという思いで動いてこられたご家族の成果だと思います。

それともうひとつは、行政がようやくご家族、当事者の言い分を聞いてくれるようになったんです。いま障害者基本法をどう変えて行くかに対して、厚生労働省の方でいろんな会議をやっていますが、そこには精神障害の当事者も私の知ってる方で2人入ってます。それから「こころの健康構想会議」というのが、民間の団体で立ち上げてやってるんですが、そこにも当事者の方がおられます。それから私も今年の初め入りました厚生労働省の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」という、検討会があったんですけども、そこにはひとりの当事者と、ご家族会の代表がふたり入っておられます。それだけご本人さんやご家族の声が世の中に出せる、届けられる時代になったんです。これは大きなことです。この30年、40年苦勞しながら地道にやっけてこられたからです。

私はよく昔、医者になった頃、家族会で話を聞いたんですが、「家族会行くと元気なくすんじゃ」「お互い傷の舐め合いばかりじゃ」と。もちろんそれも意味があるんです。同じ苦労を分け合って、ここでしか通じない話もあったと思うんです。でもご家族会に行くのすら見つからないようにこっそり出かけた。私はそういう時代を経験してます。その頃から比べたら今こうやって堂々と声を上げて集まりが持てて、行政や厚生労働省に対しても物が言える、意見が言える、そういう力をつけてこられた、これはまことに敬服に値することだと思います。今日来られてる若い方も、専門家の方も、ご家族会にはそういう長い歴史があるんだということを知っていただけたらと思いますね。

そういう大変なご本人さんの苦労、それからご家族の苦労を抱えながらここまで来たわけですけれども、じゃあどうして行政や政府、厚生労働省が話を聞いてくれるようになったのか。何が変わったのか。これは今日の題にもあるように、新しい潮流が起きてるからです。何が新しい潮流かという、厚生労働省が去年9月に出した文書に、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」というのが出てます。これは厚生労働省のホームページを見れば、どなたでも見ることができます。若い専門職の方で、しかも精神保健福祉士とか社会的なことに目を向けないといけない職業にいる人は、必ず読んで下さい。公的な文書、官僚さんの作文ではありませんけれども、そういう内容のある作文を厚生労働省の役人さん、官僚さんにさせたということは、ご家族会も含めた精神医療を何とかしたいという運動の大きな成果です。

その文書には、「入院中心から地域生活中心へ」。つまり今までの入院中心の精神医療を、地域で生活することを中心に据えないといけない。これを1つ大きな目標にしています。それからさらに進んで、ただ地域で生活するだけじゃなく「共生社会」を目指しているんです。

「きょうせい」って、無理矢理（強制）じゃないですよ。共に生きる。なんで同じ発音なんですかね、これは、いつも思うんですけど。共に生きる社会を目指して、という目標が立てられています。但し、これは一緒にいればいいというわけではない。一緒に生きていくということは、障害があってもできる仕事があって働きもし、お金も自分で稼ぎ、自立した生活が営める、そして地域の中での行われる楽しみにも一緒に参加出来る、そういう社会を目指そう。それが大きな目標になってます。

じゃあ今までは何だったのか。これはもう精神科については入院しかなかったんです。精神障害者という言葉だって、実は新しい言葉なんです。いま精神障害と言われているものは、「あれは精神病だ。障害と違う。病気なんだから、病院で治してもらえ。医学にまかせとけばいい」、というのが大方の考え方でした。精神病と言われてたものが、精神障害と変わったこともこれは大きいんです。何が大きいかと言うと、病気だったらとにかく治療なんですけど、障害だから治療じゃない。病気ならそれで治らなかつたらそれでお終い、あきらめなさいになるところが、精神障害の結果起こるものは障害なんですね。障害は支援があればやっていける。

みなさん、つい30年前40年前を思い出してください。今日も車いすの方おられますけれども、今でこそ車いす当たり前です。けどつい30年40年前に車いすで街に出たいと言うと、「障害者が何を贅沢なことを言う。人様に助けてもらってなにがうれしいんや。障害者を助けるなんて時間の無駄や」と。そういうことが堂々と言われてたんです。新聞の紙面に投書で載るぐらいだったんです。駅にスロープをつけると言っても、そんなもので税金を無駄使いさせるなという話になる。その頃は車いすに乗るということは、ものすごい重い障害だったわけです。今なら、特に公的機関なのに車いすで行けない所があれば、それは行政の

怠慢なんです。

ですから障害というのは、その障害に見合った援助をすれば、ちゃんと世の中で生きていけるものだと、そういう意味なんです。だから精神病じゃなくて、精神障害となったのは、入院して治療するんじゃないくて、生活の中で起こってくる障害の援助をしましょうという、大きな考え方の違いです。

これは日本に今まで全然ありませんでした。日本ではどうだったのかというと、日本は実は精神病院大国なんですね。経済大国ということでは、もう中国に抜かれちゃいましたけれども、アメリカを抜くことは出来ませんでしたけれども、なんのなんの、精神病院大国ということでは、世界一。これは大変なことなんですよ。なんでそうなっちゃったかと言うと、日本には日本人は昔から精神病を偏見の目で見ってたから、日本人は精神病を遠ざけてきたからでしょうか。いいえ、違うんです。この半世紀の間に、戦後に起こった新しい事件なんです。

九州というところはどの県をとっても精神病院の数が日本の中でも多い所です。もう精神病院大国日本の中の精神病院帝国九州ですね。大変ですよ、これは。

そうなったことには訳があるんです。本来精神障害者の方というのは、もちろん悲惨な歴史はどの国でもあります。日本でも昔から座敷牢という、悲惨な状態がありました。ただそれは非常に特別な場合であって、多くの場合は多くの精神障害者の方が普通に暮らしてたんです。

九州には水俣という所があって、そこに石牟礼道子さんという水俣病のことを書く作家の方がおられます。その方のおばあさんは統合失調症なんです。だから石牟礼道子さんの話の中には統合失調症のことがとてもたくさん出てきます。統合失調症の人たちが、いかに自由に生きてたか。あるいは村の中で天候の微妙な変化とか気候の変化とかそういうことにもものすごい敏感な人。それからお祭りでは、一番のりのりになって、神様と一緒になっちゃうとか。神経(?)とかと言われて大事に扱われてたというような話が出てきます。ですから昔から今みたいなわけではなかったんですね。

こうなってしまったのは、戦後なんです。敗戦によって日本はどんどん明治時代から先進国に追いつけ追い越せで、非常に背伸びして無理した発展をしてきました。それで福祉とかそういうことは全くやってこられなかった。障害者は全て家族に任せられていたんです。それで戦前はなんとかいってたんです。ところが戦争によって日本は無一文になる。そこからはい上がりとうする時には、ここでもまだ福祉なんて言ってもらえない。日本が敗戦になった頃には、いわゆるイギリスなど先進国は、福祉国家を目指していましたが、日本は最初からそういう考えは全くなくて、あらゆる福祉を企業とそれから家族に任せました。それが今、年金問題につながっているわけです。

障害者の場合は特に企業にまかせるわけにいきませんから、障害者の人が働きがもともと無かった時は家族に任せられる。家族同士の老後の年金、医療、そういう福祉、保険は企業に任せきっていた。イギリスのように医療が国営とかそういう考えは全くなかったですね。日本はそういう世の中を作ってきたんだけど、さあこれから高度成長だっていう 1950年代から朝鮮特需で日本の景気が回復してきて、さあこれから工業国なろうという時に何をしたのかというと、それまでの石炭鉱業を石油による重化学工業に変えていった。これで何が起こったか。ピンときた人いますか？ それまでは炭坑があるところに人がたくさん集まっていたんだけど、1950年代からはコンビナートの前にしか人が集まらなくなってきた。

若い人、コンビニートって分かりますか、分かんないかな。石油化学工業地帯です。東海地方から名古屋の方、それから瀬戸内海、そういう所に人が集まる、移動する。そうすると、もともと炭坑があった北海道と九州に人がたくさん集まっていたのが、一挙に九州から人が出て、太平洋ベルトコンベア地帯に集まるわけです。

来ていただいたら分かるんですが、京都、大阪も、九州出身の方がとっても多いです。実はうちのアクト、私のスタッフは15人の常勤がいて、そのうち3人が九州出身。親が九州で、50年代じゃないですが、親戚や仲間を頼って出てきてます。その前の1950年代に人口の大移動があったんです。そうしないと日本の重化学工業は労働力がなくて伸びないと言われてたんです。じゃあ、働きに行く、その時にどうするかというと、人が動けるようにするために、それまで家族が看ていた障害者を施設に入れたんです。そのために身体障害や知的障害、精神障害者を収容する大きな施設を作ったんです。

その中でも悲惨だったのが精神障害でした。どう悲惨だったのかというと、知的障害や身体障害は目に見えるところもあって国が結構動きましたが、精神障害は国が全く動かなかったんです。精神障害を施設に入れるために国がしたことは、私立（わたくしりつ）の精神病院をどんどん建てる。そのために国はお金をどんどん貸した。ですが、私立（わたくしりつ）では当然儲けが要ります。そのころの精神病院というのは土地が安かった山奥に建てましたから、医者が来ない、看護師はいない、人手は少ない。それなのに病院ということにするために、政府は精神病院は、医者は他の病院の3分の1でいいと、看護も半分でいいといいました。それによって1950年代の終わりから1960年代にかけて一挙に精神病院が日本に増えます。

増えて何が起こったかということ、閉じ込めるだけで医者もいない、看護師もいないところで、しかも山奥で、そのころは鉄格子というものがあつた。だから精神病院は、ほっとくと逃げちゃう悪い人が入る所。そういうイメージが日本人の頭の中に住みついたんですね。九州にはないですか？ 「そんな悪いことをすると、黄色い救急車が来て、〇〇病院につれていくよ」って。ない？ ありますよね。私も聞いたことあるんですよ。岡山の場合はね、悪さをすると黄色い救急車が来て万成（まんなり）病院に連れて行くよ、って。あっ言っちゃった病院名。

こういう話は必ず日本全国にあるんです。なんと病気になってから行く、障害があつて困ったから助けてもらいに行くのではなく、悪いことをするから連れて行かれる所、それが精神病院だというイメージになったんです。そこから精神病というのは、「病院に入れとかなないと、何をしでかすか分からない怖い人たちだ」という感覚がいつぱんに起こっちゃいます。しかも身の回りを見たら今まではいたはずの精神障害の人がみんないなくなっちゃった。

そういう歴史があるんですね。ですから精神障害に対する差別というのは、激しく根深い差別がありますけれども、多くは日本が政策的に、国が方針として精神病院を山奥に作って、そこに閉じ込めてきた結果なんです。そうして私たちは、身の回りに精神障害者を見ないような世の中を作っちゃいました。それが完成したのが高度成長が終わったといわれる万博の頃です。万博からバブルになる1980年ぐらい。

そんな大変な閉じ込め方をしたことで、いろんな暴力事件が病院の中で多発するようになりました。多くの人数を1カ所に閉じ込めるとろくなことは起きません。その代表が1983年の宇都宮病院事件というんですけれども、職員がリンチして患者さんを殺してしまった事件です。同じようなことは全国にありました。

私もそのころ医者になって病院に勤めてましたが、開放的で進歩的な病院と言われる所でも、日常茶飯事に患者さんに対する暴言、暴力というのはありました。精神病院がたくさん出来た頃に、山の方に出来た病院の多くは管理人として近くの屈強なおじさん達を看護補助者として雇ったんですね。それが延々と続いている。ですから患者さん、夜になると、当直医には何の連絡もなく、保護室に入って抑制されてる、しかも押さえつけられて何か怪我もしているようなことがしょっちゅうありました。

私が1990年代から10年間京大病院という大学病院にもおったんですが、大学病院ですらそういうことはしょっちゅうありました。ほとんど保護室に入ってる女性患者さんをレイプまがいのことをしそうなった看護者もいたぐらいですね。

密室の中に多くの人を閉じ込めてる、そういう状況はものすごく非人間的な状況なんです。しかも諸外国ではもうその頃には、精神病、精神障害というのは、地域で生活の中でサポートしていくことで、治ってくるものだと、よくなっていくもの、あるいはサポートすることで障害自体はあっても、普通の人生が送れるんだと、いい人生が送れるんだと言われてきたのに、日本は依然として精神病院大国のまま。今でもそうです。1985年くらいに35万床だった精神病院のベットが、今でも33万床あります。2万床は減ったのかというと、実はそうじゃなくて病棟の名前を変えただけなんです。そこには老人が入っていたり、認知症の方が入っていたりします。

それだけ日本は遅れてるんです。ただ高度成長のためにそういう障害者を排除していった歴史はどこの国でもあったことで、おそらくこれからは中国や東南アジアの方で起こると思います。それに対して本当は黙っててはいけないんですけども。

ただ、どこの国でもあることとはいえ、日本が特殊だったのは、今申し上げたように国とか公的な責任を持ってそれを行ったんじゃなく、私立（わたくしりつ）の病院に行かせたこと。日本ではもう20年も前から、入院中心の治療はいけない、障害を地域で支える工夫をしないといけないと言いながら、何の改革も進まずに今まで来てしまった。

病院は一時、医師会に武見太郎会長という人がいて、「医者は金儲けだ」みたいに世間に思われたような方だったんですが、その武見太郎ですら精神病院は牧畜業だと言ったんです。会長がそう言ったことが噂でずっと語られてきたんですが、それが実際に言われていた記録を、ようやく最近になって『ルポ・精神病棟』というのを書いた大熊一男さんというジャーナリストがを見つけ出して来たんです。どこで言われたかということ、やっぱり九州でした。大変因果なところですよ。

そう言われるぐらいに、病院というのがやはり金儲け主義に走って、今でもそうです。今ほとんどの都道府県で「退院促進事業」というのがあります。今日もその支援員の方が来るかもしれませんが、これも多くの都道府県で私は講演してて、同じことを聞きます。退院促進の対象者がいたので病院に行ってみたら、すぐにその病院から呼び出しをくらって、しかも山の中の病院なのに、理事長、院長が昼は忙しいから夜来い、土曜日来い、ということで呼びつけられる。行ったみたら理事長、院長、婦長全部いて、うちの病院への出入りは今後一切まかりならん。うちの病院の患者になんちゅうことをしてくれるんやということになる、というのです。おそらく宮崎県でも、私は同じことがあると思います。長野県で聞いた時には、その病院側にあろうことか保健所の人も座ってるという話です。病院はとにかくベットを1つでも2つでも確保するという、経済原則に従って動いてますから、意地でも患者を手放そうとしない。それで改革は遅々として進みません。

でももう潮流です。変わりました、時代は変わってるんです。

ひとつは、今言った精神障害というのは障害なんだということ。それを生活を奪い取った病院の中で、ずーっと閉じ込めておいても、どんどん障害が悪くなるばかり。余計な障害、施設症という障害までもらうだけです。そうではなくて、障害である限りは、病気も治しながら、病気の部分は病気の部分でちゃんと手当をしながらも、障害を支えていく、地域の中で暮らしながら支えていかないと、その人の人生も辛いものになるし、障害自体がどんどん重くなってしまいます。それから大施設という密閉された所に多くの人を集めて、そこで管理するというのは、人権問題になります。みなさんも病院にちょっと入院したら分かりますよね。いかに病院というところが冷たくて、病院の時間割、病院の都合で動いているところかっていうのは。それを、病気は安定しているけれども障害は重いのに、病院のやり方ですと看るというのは、これは人権問題です。

さらにもう1つあります。大施設はもう経済的にもたないのです。施設を作ってそこに障害者を閉じ込めるというのは、高度成長があったから可能なんです。高度成長がこれから始まるという時に、労働力を作るために施設に収容しました。その時、土地は安い、人件費も安いです。ですからとっても安く収容できます。ご家族もこれから稼がなきゃいけないから、そういう時に障害者を施設に預かってもらえれば、自分たちの給料もこれからどんどん上がる。そうするともっといい家に住める。何年か後には自分達も家建てて、障害のあるこの子、娘、息子を迎え入れてあげようと考えた。おそらく子どもを精神病院に入れた家族に悪気はなかったと思うんです。

1950年代60年代の話で、実際に給料はどんどん上がった時代ですから、その間は病院の治療費が上がっても病院にお任せできます。だけど1990年代になって、もう高度成長は全く終わります。そうなる何が起こったかという、それまでは遠い山中だった病院はすでに高度成長のために、近くに郊外も街も迫ってくる。物価が上がってます。人件費も上がってる。ちょうど病院も老朽化して建て替えないといけない。大きな病院施設を維持するためのお金が大変な額になる。だから診療代、治療代がどんどん上がります。日本は保険も高度成長が終わってもたなくなりましたから、どんどん自己負担が高くなります。現在自己負担3割で育ってきた若い方達は昔自己負担1割だったよと言ったら、誰も信じてくれませんね。都市によって80年代ぐらいまでは、老人は医療費全額無料だったりしたわけです。そういうのがなくなってくる。しかもご家族は高齢化して、賃金ももうこれ以上上がらない。ご家族の誰か、若い働き手のご兄弟がいたとしても、そのご兄弟のこれからの人生設計も上手くできない時代になってしまいました。病院の治療費はどんどん上がる、それは誰が払うのか。また、病院は病院でどんどん人件費も設備投資費も上がる、こんな儲からないことはやっつけられないと言ひ出しますね。

ですから、もうそういう経済から考えても、大きな施設に人を集めて収容する時代というのは終わらざるをえないんです。ただ、精神病院あるいは障害者を入れる大きな施設というのは、これまでの物が壊せないからしがみついているだけなんです。日本精神科病院協会のホームページ見ると、精神病院はこんなに貧乏で苦労してるってグラフが出てるんです。そのグラフを見ると、設備費いくら、人件費いくら、だから経常利益ほとんどなしという数字です。でもよおく考えて下さいね。医療法人ですから、その人件費は看護師やケースワーカーに回るお金じゃありません。ほとんどが理事と院長とその一族が役員報酬で取ってるお金ですよ。それをちゃんと言えよと思うんですが、精神病院は自分たちは貧乏だ、もうやっつけられないということを、だから医療費をもっと上げてくれということを一生涯懸命やっています。

そういう力があるので、大きな施設に閉じ込めて面倒見るんじゃないくて、小さな設備、小回りのきくスタッフ、そういう人が身近で支えていく「脱施設化」がなかなか進まないんです。身近な所で人のふれ合いを大事にして健常者も障害者も一緒に住める。これを障害者の脱施設化と言いますが、そのほうが経済的にもずっと効率いいわけです。

大体ね、エコの時代と言いながら、遠くの精神病院に見舞いに行くのにブーブー車吹かして行くわけですからね、エコじゃないですね。これからは自転車でちゃりんちゃりんに行く。お年寄りの場合だったら自転車で回れるデイケア、デイサービスね。電気自動車で行ける範囲。精神病院の山道、電気自動車プンプンで終わりですからね。もう大施設の時代じゃないんですね。

老人問題でもそうです。みなさん、精神病院の問題は、ご家族の方も自分のことではないと思ってたかもしれませんが、老人問題になると自分のことなんです。年を取るということは、やっぱり人間みんな障害者になる。

ぼけないための脳トレーニングなどが流行って、一生懸命やってますよね。お父さん、やってる？ 脳みそは筋肉違うっちゃうねん。ああいうトレーニングで認知症ならんかったら、誰でもならんわね。

認知症、どんな賢い人でもなります。どんなにばりばり仕事してる人でもなります。脳トレが役に立つのは、介助者が、この人は何ができて、何ができないか知るぐらいです。脳トレされてるおじいちゃん、おばあちゃん悲惨なもんです。また今日も出来なんだって。

ついでに言っときます。みなさん、認知症のおじいちゃん、おばあちゃんに、私は誰？とか、今日はいつ？とか、すぐ聞くんすよ。あれ言っちゃ駄目ですよ。そのたびに認知症のおじいちゃん、おばあちゃんは挫折してるんだからね。息子さんでもね、認知症の自分のお母さんの所に行って、これ誰とか言っははいけませんよ。言わなかったらね、むこうから、あら恋人が来たと息子に言うわけですけども、その時は恋人の役になりきって下さいね。そうしないと駄目です。

人ごとじゃないですよ。今精神科の病院がどんどん高齢化して、長いこと入院してた患者さんが病院の中で亡くなってるんですが、その穴埋めをどうしてるかという、精神科の病院は老人の認知症を扱おうとしてます。でもね、老人の認知症というのは、体の病気もいっぱい持ってて、環境が変わったら弱くて、すぐ転ぶ。転んだら骨折する。そういう人が人手も足りない、医者もない、設備もない、そういう病院に無理矢理入れられるということは、どうなると思いますか。

これは、これから本当に起こってくる大問題です。これまで精神障害者をみんな病院に閉じ込めてしまったために、精神病、精神障害、精神症状、幻聴や妄想というものが、私たちの身の回りから全然なくなってしまった。ですから、みんなそういった症状の扱い方を知らないんです。

おじいちゃん、おばあちゃんが、認知症になるとすぐに妄想を持ちます。あれが無くなった、おまえが取っただろう。それまでケンカばかりしていつ別れてやろうかと言ってたおばあちゃんが、おじいちゃんの所に若いヘルパーが来ると、あいつは浮気してるって言ってね。笑い事じゃないんですよ。そういう幻覚や妄想に対して、今の日本の社会はなすすべを知らないんです。

だから認知症を診ている内科医も、ケアマネージャーもお手上げになって、すぐに精神病院へどうぞとなるんです。これは精神障害者の人を施設に閉じ込めて、地域で一緒に暮らすことをしてこなかった日本人へのしっぺ返しだと思います。

もう1つしっぺ返しがある。自殺です。日本では年間3万人が自殺しています。これも精神病、精神の病（やまい）、精神障害が、怖いもんだという偏見を植え付けられていなかったら、もっと早めに病院へ相談に行くことが出来るじゃないですか。でも、多くはそういうことを許さない。心が狂うってことは、危ないことだ。そんなことは滅多にない、誰にもあり得ないことなんだ。そんなことになったら恥だ。そう思ってきた日本の社会へのしっぺ返しですね。

地域にそういう潮流が深まって、精神障害の人たちの人権から言っても、精神障害者が生活しながら支えられて行くことでよくなっていくという特性や、経済的なことにしても、障害者も地域と一緒にいるほうがこれからいいじゃないかと思うんです。だってどんどん人口減るんですからね。そしてどんどん老人という障害者も一緒に暮らしていかないといけなくなる。そうしたら大きな施設があるよりは、あるいは大きなスーパーマーケットがあるよりは、みんな車の運転出来なくなっちゃうんだから、郊外にいくらスーパー造ったってだめで、それより今シャッターが下りてる商店街を開けて、地域で生きるようになる方がいい。障害者と共生する方が本当はいいんだという理由から、精神障害者の脱施設化も抑えきること出来ない流れになるはずですよ。

そうして地域で精神障害者が暮らしていくために何が必要か。今日は一般市民の方はおられませんから、病気についての詳しい説明はよしますね。いきなりこうしようという結果で言いますけれども、精神障害者の人が地域で支えられてよくなっていくために必要なものは、安全と自由とそれから絆なんです。

安全というのは、精神障害者の人は安全観がちっともない人です。病気の性質自体が、外の物が自分を脅かすと思ってます。それから自分の心の中にも、それから社会にも実際差別と偏見がありますから、それに常に怯えないといけません。それから自分がもしも病気が悪くなった時に、自分が何をしでかすか分からないじゃないか。助けてくれる人がいるんだろうか。そういうことで常にびくびくしているんです。

ですから、そういう人たちに、ここにいたら安心して住めるんだよと言える場所、ここで暮らせるようにサポートをしてくれる人がいること、そういう安全な場所が非常に大事です。

じゃあその安全な場所で、一番安全なのは鍵を締めて、外に出られないようにすることなんです。それがいいかという、そんなことはないです。

精神の障害の人は、心の働きにやはり不自由をかかえることになります。その中でいろいろ選択して、普通の日常生活の中で決断したり考えたりしないと自立できませんから、下手でも、まず自分で自由に考えてみるのが大事です。それが保障されることが大切なんです。

それから、たとえば銀行に行って、口座に1億円入っているから出してくれと言うのは、妄想かもしれません。もちろんそれは、エツという目で見られるけれども、それを鍵をかけて閉じ込めて銀行に行けないようにするんじゃないかと、行って自分の目で確かめて、「あっ違うんやな、じゃあ1億円銀行に無くても生活していけるんだ」ということが、確かめられるんです。そういう実際の行動の自由もいります。それなしに閉じ込めておいて「あなたの妄想じゃ」と言われても、本人は納得しますか？ 心の自由、行動の自由というものが、必要です。それがあって初めて自分で選んでいける、自立していけるんですね。そういうことが危なくなると、安心して安全な中で自由に出来るためには、やはり人との絆があるんです。そういう精神障害について理解して、サポート出来る人がいる。眠れない夜に病気が悪くなっても、そういう時にちょっと電話をするだけでも安心して、朝まで待とうと思えるわけ

ですね。そういう絆がいきます。

地域でその安全や自由や絆を作っていくために、これまでの施設というものじゃなくて、人で支える。それから閉じ込めて壁を作って逃げないようにするんじゃないで、絆、人と人との繋がりやセーフティネットを作るんですね。それから「おまえは病気じゃ、病気が治るまでは何にもするな」じゃなくて、治療も含めた支援がある。それからこれまでは、精神病院は社会の冷たい目から精神病患者を保護してるんですけどと言いましたが、それは結局保護にならなかった。そういう保護じゃなくて、地域の中で一緒に考えて共に生きていこうという共生がいきます。

と言う訳で、その地域に物ではなくて人、壁ではなくてネット、治療ではなくて支援、そういうものを作っていくことがこれから必要になります。

私がやっている「ACT」というのは、その1つのやり方です。「ACT」が絶対ではないんです。みなさんが頑張ってる地域生活支援センターだとか、A型B型の作業所、そういった支援施設。そういう地域にあって、小回りがきいて、スタッフが親密に即座に動けるそういうものがいろいろ作れるわけです。そういうものが繋がって、精神障害者を支えるネットになればいいですね。私がやってる「ACT」というのは、その中の1つです。

でここで、「ACT」について説明させていただきます。

「Assertive Community Treatment」というんです。

Assertiveが積極的で、Community地域、Treatmentは扱い方、処遇とかいうんですけど、積極的に外に出て行く、積極的に地域に出て行くやり方。日本では、包括型、つまり福祉も医療も含めた、地域生活支援プログラムと言っています。この目的は、重い精神障害のある人が住み慣れた場所で暮らせるように、必要な支援を専門家チームによって提供します。

もう少し具体的にいいますと、「ACT」は重い精神障害といわれる人を対象にしています。ただ精神障害の場合で難しいのは、何が重くて何が軽いかってということなんです。一見軽いように見えて、健康な所が多い人が、その非常に健康な所があるがために自分の病気について悩みこんでる。あるいはこの社会の中で、健康な部分が病気とは別にくじけてしまう、そうすると精神障害としては、やはり重いということになります。それから普段は普通に働けるエネルギーにしてるんだけど、ちょっとしたことをきっかけに突然急性の精神病状態になってしまう、そういうことが繰り返される方は、きちんと生活してるように見えて、非常に危ういところにいる。だから精神障害の場合、重いか軽いかということが一概に言えないんですね。例えば非常に重そうに見える人が、結構普通のバイトしてたりしますでしょう。荷物の配達とかだと、支離滅裂なことしゃべっても十分やれるんです。そういうように、重いというのが定義がよく分からないんですが、とりあえず今ある地域の資源や今ある病院でうまくいかない、十分に障害の援助が出来ないような重い精神障害の人のために作ってあるのが「ACT」です。そういう人の退院を促進する。

それからここですね、家族が安心して質の高い生活を送れるように支援する。日本では特に同居の方が多くて、それから日本の特性として、家族に頼った福祉、支援がなされていることを変えていかないといけない。

具体的にはどういうことをやってるかと言いますと、いろんな多職種チームで行います。看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、精神科医ですね。それからここに就労支援担当者があります。みなさん疑問に思った方もいるでしょう。実は私も「ACT」をやる前、疑問に思ったんです。「重い精神障害なのに就労支援か。やっぱりこれ外国のものやな。え

らい学者が嘘ついとるな」と思ったんですが、7年間この「ACT」をやって、就労支援を一生懸命やってこれが分かりました。どんな重たい人でも働けます。どんな重たい人でも働くとうよくなります。ただ働くという内容が、我々の思う週5日、1日8時間とかじゃなくて、その人の持つる力にとって意味があれば、週1日、1回2時間でもいいんです。それだけでもその人の持つる力に合えば、生き生きしてきます。しかもちゃんと報酬が出ます。その報酬で、それまで家族とけんかばかりしてたご本人さんが、まず最初に家族にプレゼントを買って、仲直りするというようなこともあります。

こういう多職種でやるんですけれども、スタッフと利用者の比率を1対10に保つ。つまりスタッフが10人いれば利用者は100人まで。これは日本の医療や福祉の支援に一番欠けてるところで、いい支援、いい医療やってるところほど、人がたくさん集まってきて、だんだん出来なくなっちゃうんです。そうしないと日本の医療や福祉はなかなか成り立ちにくい、特に福祉の成り立ちにくいやり方になってます。「ACT」というのは、1人に付き10人までと利用者の比率をきっちり抑えています。

それから担当ケースは共有します。

うちで言えば15人のチームで直接サービスを行いますけど、それを全て訪問で行います。相手の家に行って行うんです。そうすると、何が問題かということがとてもよく見えてきます。

問題が見えるだけじゃなくて、病院で診てるとその人の趣味なんて分からないでしょう。大体みなさんも履歴書書いた時に、趣味はなんですかとわざわざ聞かれて、書ける趣味ってなんか俺の趣味と違うような気がするなと思うことが多いですよ。これが趣味ですと言えるもの以外にも人間ってたくさんの趣味持ってます。これがちょっと好き、これがちょっとほっとする、これをやってるとちょっと気がまぎれる。そういうものいっぱい持つるはずなんです。

そういうものは病院では見えませんが、家の中で一緒に行動したり、部屋の片づけ、家のたたずまいを見たり、庭の様子を見たりすることで初めて見えることがたくさんあるんです。

それからご家族との関係にしても、病院に来てる時には見えませんよね。よくご家族の方も「先生の前ではええことばかり言うて」と言われます。ご家族の方こう言うけどね、本人さんにとってもお互い様なんですよ。「お父ちゃん、お母ちゃん先生の前ではこんな丁寧なこと言うてるけど、俺にはなんであんなむちゃくちゃ言うねん」と。お互い様です。とにかく、診察室という特殊な場では、本当の人間関係ってなかなか見えてこないです。それからSST「施設適応促進トレーニング」なんて、病院の中でやっても無駄です。病院の中でやってると看護師さんに朝ちゃんと挨拶ができましたってね。人間の生活の知恵っていうのは、気にくわない看護師さんを見無視できるほうがいいでしょう。なのに気にくわない看護師さんにも挨拶できました、パチパチパチとね。そういうのがSSTっていうんです。そういうことも地域で実際に暮らしている中で実際の場面で生活の訓練をやっていくのが支援であり、治療であるわけです。そういう柔軟なサービスをやります。

今日来た方々にとっておーっと思うのがこれだと思うんです。「24時間、365日」。なのに先生なんでこんな所に話に来てんねんと、最初の頃そう言われるのがいやで、スタッフに講演中に電話をわざとかけてもらったりしてたんですが、最近はそういうインチキはやめました。私がこうやって出てきても、ちゃんと非常勤医がいるので。それと医者ほとんど役にたちません。ほとんどのことは看護師、精神保健福祉士、OTというスタッフで、自分たちで判断して自分たちでやっています。頓服の薬なんていうのも、大概是僕は後で聞くんです

ね。時には聞き忘れてのことすらあるわけですね。ですから、医者がこういうところでしゃべっていてもええわけです。

それと夜が大変だと思うでしょう。県で救急をやればもうひっきりなし。それからご家族、自分の息子さん娘さんたちが病院にかかっている、夜中に何かあって病院に電話かけるけれども、病棟は冷たい。あるいは診療所は、「本日の診療はもう終わりました、ツーツーツー」ですね。そんなことがしょっちゅうあるのに、24時間、365日なんて無理に決まるとるやんと思われませんが、違うんです。昼間のケアをちゃんとすれば、精神障害者は夜寝ます。あるいは夜は静かに過ごしてくれます。大抵が昼間の問題を持ち越して、夜に家族と話を続けたりするから、夜おかしくなるんです。大変なことになるわけね。本当は昼間によく相談して解決すればいいことを、いつまでも我慢して夜になるから余計不安になるんです。だから昼間のケアちゃんとすれば、夜はどうということはありませぬ。それでも電話はしょっちゅうありますが、電話で済みます。たまにはありますけれども、休日祝日夜間に医者が出ることは1年に1回ぐらいしかありません。看護師とかスタッフが休日とか夜に行くことは、1カ月に2、3回はあります。だけどスタッフだけで大抵は解決します。

ですから24時間、365日やると決めた方がやれるんです。それをやれないといつまでも言ってるから、いつまでも昼間のケアも出来なくて、夜に全部持ち越す。夜の救急は昼間のケア不足の尻ぬぐいなんです。

だからご家族会がよく救急の整備をと言いますけれども、救急の整備をとか先にやっても、どんどん救急の方に回させちゃうだけなんです。そうじゃなくて昼のケアを先にして、それでも間に合わないところ、あるいは未治療の人、医療にもどこにもかかってない人のために救急をちゃんとするんですね。

こういうやりかたでどういうふうには実際はやるかということ、1人の利用者について、大体3人から5人のITT（個別担当者）で小さなチームを組んで、利用者の担当になり、そこで全て方針やケアを決めます。そこが責任を持ちます。普通は今の日本の医療制度の中では、医者がいろんなことの責任を持つので、うちも法律上は私が責任を最終的には負うことになってますけど、私が個別なことに口出しすることはほとんどないです。個別のチームも私に聞いてくることもほとんどないですね。もう自分たちの中で全部解決している。

みなさん今日は病院関係の人いるかな。私、医者にとって何が苦痛だったかと言うと、毎朝閉鎖病棟の鍵開けるたびに、看護婦さんが一斉にこっちを見てね、先生なんとかしてくださいって言うんです。先生これを何とかして下さいと言われても、私のやることは薬を増やすしかない。医者のやることはその程度のもんです。するとどんどん薬が増えちゃうんです。みなさんも心得ておいてください。医者には何とかして下さいと頼んだら、大抵の場合は薬が増えるだけです。

えー、やっぱり宮崎の方は、こう言っても反応が薄いということは、まだ医者がえびりきつとるんやね。都会は医者えびつとるにはえびつとるけど、医者も多い分やぶ医者もはっきり多いから、医者の権威がぐっと落ちるわけよ。そうするとこんなことも言いやすくなるわけですね。

この「ACT」をやり始めてから、私はスタッフから先生何とかして下さいという言葉も一度も、7年間聞いたことがないです。「こうしたいと思うんやけどどうですか」とか、「こうしようと思いますから薬はこうして下さい」、「そろそろ薬減らして下さい」とか。そんなことしかスタッフから言われぬので非常に楽です。みなさん、大変ですね大変ですねって言うてくれますが、こういう「ACT」のような形でいろんなコ・メディカルスタッフがし

っかり働いてくれるようになると、医者は楽です。これをみなさん「ACT」作る時に医者に伝えて下さいね。

そのように3人から5人程度で担当してやっていますが、もしその人が例えば泊まりがけの支援をしないとイケないような急性状態であれば、泊まりがけの支援もします。そうすると3人から5人のチームでは足りないので、「ACT」全体の15人が泊まり込みの順番を決めたりします。そのようにして年に2例ぐらいは1週間ぐらいの泊まり込みをして、急性期の混乱状態とかを乗り切っています。

特に統合失調症の場合、慢性の場合だと生活のちょっとしたバランスの崩れとか、ちょっとした躓き、気がかりとか、そういうことでものすごく調子を崩してしまいます。そういう時に、その調子崩したのがこの原因だと分からないままに病院に行くと、環境が変わるので混乱がさらに深まるんです。結局は何が原因で病気になったのか分からないもんだから、薬で抑えて、これでよくなりましたと言って帰るわけです。帰っても原因が解決してないから、不安定になる。

「ACT」場合は、一緒に寝泊まりしているうちに大体何が問題か分かるんです。

これまでもいろんな問題がありました。片親のお父さんと暮らしていたのが親が死んで、1人暮らしを始めてしばらくしてから悪くなるんですが、悪くなったきっかけは、ようやく現実感が出てきて、おじいちゃん、お母さんのお墓参りにも行ってないことに気がついた、という理由だったり。庭で野良猫が子ども生んで、その子猫の方が台所に入ってくるようになって、それをどうしていいか分からなくて混乱しちゃった、というような急性期もありました。だからほんとにささいなことなんです。

それを病院に入ることによってますます訳が分からなくなってしまう。環境を変えず、そこに泊まりがけの支援をすると1週間とか2週間で非常によく治まります。で治まったあとは、元通りの生活になるんですね。その元通りというのが統合失調症の人にとってとっても大事。入院するとなかなか元通りができないんです。そういう泊まり込みもあります。

今のを図にすると大体こんなものです。本人やご家族を囲んで小さな支援組織があって、その外に「ACT」の全体、うちなら「ACT-K」という全体のチームがあります。この「ACT」によって、ありとあらゆることをやります。

服薬に関する支援なんてありますけれども、これも今言った治療が先行するのではなく、支援が先行。薬を飲んでますかと言うような、病院で聞くようなことは絶対しません。昔からよく訪問看護が来ると、すぐに戸棚を見て「薬ちゃんと飲んでる？」って。それしか聞かない訪問看護がたくさんあります。こういうのをアリナミン訪問看護といいますけども、「飲んでますか？」。あっ、若い人が笑った。でもね、それって地域で暮らす利用者にとって一番嫌なことです。「ちゃんと暮らして生活しているのに、病気が一番最初なのか。俺の人生は病気だけか」となってしまいます。こんなこと聞かなくても、生活の様子を見ていれば大体まあ薬飲んでるかどうか分かるし、飲んでなさそうであったら、「なんとか飲んでやってよ、薬は大事やで」って話します。強制的に飲ますということはないし、むしろ前提として、長い病気だから、薬を止めたくなることは当たり前というのがあります。1日3回も4回も大量の薬出しておいて、それを毎回きちんと飲めと言うわけです。それは言う方がおかしいんで、本人の納得のいくような処方に変えるか、土曜日ぐらいは薬休んでもいいよ、とかね。大体精神科の薬というのは、しばらく飲むと毎日飲まなくてもいいんです。悪いこと教えちゃったかな。必要ないです。

その他にもいろんな支援をしますが、入退院に関しても「ACT」が責任を持ちます。普通

医療のように入院させたからそれで終わりということではなくて、利用者が入院すると週1回は主担当者が病院に訪問に行きます。病院によってはとても嫌がられますけども、「ACT-K」と一緒にやってる病院は慣れてくれたので、病院の方は入院中の患者さんのことでも全てうちに聞いてくるんです。それで大体いつ退院するか、そういうこともうちが決めるようになります。入院については、必要な入院はしてもらおうことが多くありますし、ご本人さんがもうこの場所いやだ、入院して休みたいということもあるんでね。それでも短い入院で済みます。

日常生活の支援についてはありとあらゆることやります。家族支援も、例えばご家族が疲弊している場合、本人との関係がまずかたたりする場合、ご家族だけ担当者を別に付けることもあります。

住居支援、これは住居探しもそうですけども、一応「危機介入ハウス」としてマンションを一部屋「ACT-Kハウス」として借りていて、危機的な時にはそこに移ってもらって集中的に支援することがあります。それから家族がヘトヘトになってしまった場合、あるいは関係が悪くてちょっと離れた方がいい場合、家族の方に家出をしてもらって、そこに泊まってもらったりすることもあります。

それから就労支援ですね。これもさっき言ったように、今うちで主にやっているのは、外に出られない利用者さん、引きこもっている利用者さんのために、作業所から作業を運んで内職してもらってるのがあったり、それからチラシ折りとかポスティングもあります。ポスティングは大体2時間ぐらい、かなり重傷でほとんど家から出れなかったり、地図が読めなかったりする人を一緒に2時間ぐらい走って回ってます。そういうことを繰り返していると、だんだん地図が読めるようになったり、一緒にただ車に乗ってドライブしてても、今度はあそこの団地にポスティングしたいというようなことを言うようになるんですね。

就労支援というのはこれから力入れていかなければいけないところだと思うし、やっぱり人間に誇りを与えるのは、自分が社会にいて何かの役割をしているところからです。少なくとも日本の精神医療はその反対で「あんたは社会から排除されとくべき人なんだ」ということをやってきたんだけど、そうじゃなくて社会に何ほどかでも仲間入りが出来るといふ感覚を持つには、やっぱりちゃんとしたお金が出る就労が必要です。ポスティングも普通にする内職の値段でしてもらってます。最終的にはいろんな、うちも使えるような一般的な工場とかも作りたいんです。とりあえず試しに今、居酒屋を作りまして、そこがなんとかうまく経営がいけば地ビール作って、その地ビールで就労支援をやろうかなと思ってます。それは先の夢の話ですね。いいですよ、地ビール会社で断酒会の道場作るとかね。そんなことをいろいろやります。

この「ACT」というのはアメリカではもう30年、40年前に始まっていることで、いろんな研究がされています。「ACT」のやり方をきちんと守れば、入院も少なくなるし、生活の場も安定する。QOL生活の質も向上するし、なによりも利用者、家族が、サービスに対して非常に高い満足度を得てくれるということが分かっています。

うちはこの「ACT」を作るのに、往診専門の診療所と訪問看護ステーション、それからNPO法人でボランティアを集めるの3つを組み合わせています。京都は福祉系の大学の先生が多いですから、そういう人にNPOに入ってもらって、自分の学生をボランティアに呼ぶ。ボランティア講座というのを1年間やって、そこで講座を終わった人をボランティアとして実際に行ってもらうんです。昼間やることがない、デイケアにも行けないし、やることがないし、

非常に退屈で病気の世界に入ってしまう人の訪問に行ってもらったりしています。要するに、無賃金労働なんですけど、PSWの卵たちは、自分たちが搾取されてるとも知らず、嬉々として行きますね。搾取されてることも分からないで、何がPSWと思うんですが。まあそれは置いてきまして、3つの組織でやっています。

あと、専門的になりますがリカバリだけ説明します。

リカバリとは回復ということなんですが、ただ病気が回復するだけじゃなくて、その人の人生の権利を回復する、人として生きる権利を回復するという意味で使われています。ですからただ単に病気が治る、あるいは障害がよくなるじゃないんです。病気がたとえ悪くても病気については今の医学では残念ながらこの悪さはどうしようもない、あるいは今の支援ではこれだけしかできなくても、出来るだけ今できることを使って、この人が今の世の社会でできる一番いい人生を送ってもらおうと、そういう支援を目指しております。

ストレングス視点というのは、今まで病院では、あんたは病気だからここが駄目だとか、あんたはこんなことがいけんからようならんのよとか、そういうの欠点ばかり見つけてきたわけですが、そうじゃなくてあなたには何が出来るか、あなたにはどういう長所があるか、あなたにはどういういいところがあるか、そういうところを見つけていくことです。病気の症状とかそういうことはどうでもいい、重けりゃ重いでいいんです。これは病院にいると不思議とできないんです。よく病院から来た看護婦さんが、うちのカンファレンスに来て「なんでこの患者さんのそんないいところを見つけれるんですか」と言うんです。それはやっぱり、地域で暮らしてる、家で訪問で支援してるからです。病院という枠の中で見てるんじゃないから、いろんなところが見えてきます。

対象は、京都市の中の車で大体30分で行ける範囲。なんで30分かというと、ピザ配達に30分だったから30分と決めただけなんですけど、幸いこの30分の範囲で経営的にいうのもつんですね。

今のところこういうスタッフが来ます。

ちょっと時間が無くなってきたんで端折ります。

利用者もいろいろいますが、非常に重い人がいます。精神障害の中でこころへんが一番重いとされる人たち。具体的にはどういう人がいるかということ、例えば6%の中には、5年間混迷状態でずっとぶつぶつ言いながら全く動かない、寝たっきりの状態で、便も弄んでてその場で失禁をした。それを家族がずっと面倒見てきた。5年前に病院に連れて行ったら、何でこんなに重症になるまでほっといたんだと医者に頭ごなしに言われて、家族は悲嘆にくれてしまっ、医者不信になってそれ以来医療はいらんと行ってた方なんですけれども、そういう方の所に、生活保護をきっかけに訪問に行くようになったこともあります。ただそういう人でも、お母さんがこちらを信用してくれると、セレネース1mgぐらい毎日ちゃんと飲ませるようになって、セレネース1mgで4～5年で喫茶店のアルバイトが出来るぐらいによくなったですね。

これはそういうプロフィールが小さく書いてあるんですが。

大体1カ月の訪問が1200回ぐらい。この中にはお金にならない訪問もいくつかあります。電話相談になると月に大体200回ぐらいありますね。

どういうことを訪問先でやってるのかというのをお話しします。会ってもらってよかったなと思えるような関係をまず作ろうとしています。それから平気で私どもは、普通やったらいかんと思ってる差し入れをやったりします。重症の人が多いですから言葉のコミュニケーション

ョンもほとんどないなかで、その人にとって何が一番コミュニケーションになるかを考えれば、コーヒーだってタバコだってええやないかと。そういうものも全部経費でやっています。薬が経費になるぐらいだから、この人にとってのコミュニケーションの薬と思えば、こういうものみんな経費。それから前の訪問先で貰ったお菓子を次の所に持って行くとかね。

それで、もう我々は街の便利屋、小間使いに徹しようということで、電灯の電球を替えるのもやれば、関係づくりのきっかけはなんでも逃さずに、風呂作りまでやっちゃたことがありますね。草むしりもすれば、日常生活、掃除、調理、買い出し、ゴミ出し、不要品の始末、こういうことも全部やるんです。みなさん専門家の中には、なんでそういうことヘルパーがやらないのと思う人もいるかもしれません。そこが特に重い精神障害と、身体障害や知的障害の人と違うところなんです。我々は、できないことを出来るように「道具」として手伝ってるんじゃないくて、こういうことを通して人間関係「絆」を作ることをやってるんです。ですから全て専門家がやらないと駄目なんです。レクリエーションだって、暇でやることがないからレクリエーションしてるんじゃないくて、レクリエーションを通して安全観を持ってもらって自由に振る舞ってもらって、「絆」を深めるためにやる。全ては精神障害をサポートするための専門的な視点からやっているの、医療であり福祉なんですね。決してヘルパーさんに交代することができないんです。マッサージもやれば、いろいろやりますね。こういう内容でやっています。

最後に、じゃあこんなことやってどうやって経営成り立っているというのがあるでしょう。ACTを宮崎に作りたくて今日お集まりの方、実はこれがほんとは一番知りたかったことじゃないですか。出来るんです。私も出来るとは実は思いませんでした。出来なくてもいいからやってみようと思つたことを最初やったんですが、途中2006年から医療全体が在宅医療にシフトしました。2004年に始まった時は赤字で私の給料は出なかったんですが、2006年に診療支援診療所という、24時間体制の診療所に大きな加算が付くようになってから成り立つようになり、私も普通の開業医並みに稼ぐことが出来き、スタッフは病院にいた時よりも給料がよくなっています。そういう中でやっていけるんですね。

これが訪問看護ステーションとクリニックを合わせた収益ですが、月に大体1000万円から、今ではもう1200、300万円。これが財源はどこかという診療報酬です。

診療報酬ですから保険がききます。自立支援法を使いますので、上限があります。ほとんどの人が大体1カ月2500円から5000円ぐらいの自己負担です。それでやれています。経済的には、こういうふう出来るんです。

じゃあこんなものにそんなに医療費を使っていいのかと。特に今日病院の人がいたら言うと思うんですよ。病院は非常に安い給料で、安い収入で一生懸命やっている。その病院に比べて贅沢な使い方をしてと思うでしょう。違うんです。病院がいかに贅沢なことをしてるか。宮崎の人口30万と聞いたんですが、一応40万人にして計算しました。今日本では40万人の都市だと、統合失調症の人が800人入院しています。じゃあその800人の入院費がいくらかかっているかと言うと、少なく見積もって30万円の800人ですから、大体28億から30億円です。ところが、「ACT」をやりますと、800人を「ACT」でケアするとしたら、「ACT」が8チームあります。うちの「ACT-K」のようなチームを8つ作ればいいんです。その8つが大体1年に1億円でやれます。そうすると8つのチームで各1億円ですから8億円ぐらいで出来るんです。そうすると病院よりも20億円ぐらい安くなります。病院が大きな施設を維持するためにいかにお金を使っているかということが分かると思います。

というわけで駆け足で「ACT」を説明してきましたが、もっと具体的な姿知りたいですね。それを話しだしたら1時間2時間かかるので、実は本を作りました。『こころの医療 宅配便』という本を文藝春秋から出しました。

ここには、利用者の人たちをモザイクにしていろいろ混ぜ合わせて物語風書いてます。作者の私が言うのもなんですがとっても面白いです。面白くなけりゃ文藝春秋は出してくれません。文藝春秋がこういう精神障害者のことを扱う本を出したのは、これが初めてなんです。もしこの本がちゃんと売れば、文藝春秋が次から障害者の問題に目を向けてくれます。マスコミ大事ですよ。目を向けてくれて、もしそれ以上さらに売れば、映画化されますね。私の役、福山雅治。定価が1750円です。そこに売ってます。それから『ACT-Kの挑戦』という本を3年前に出したんですが、それは少し専門家向けに書かれています。もしよかったら専門家の方、精神障害についての見方とかも書いてますので、読んでもらえたらなあと思います。

それから我々のことを撮ったビデオが、COMHBO（コンボ）という精神保健福祉機構というところで売ってますので、そういうものも通じて見ていただけたらなあと思います。よろしくお願いします。映画化になったあかつきには、霧島温泉でロケしようか。

ほんまに駆け足の話でしたけども、理解していただきましたでしょうか。これからは精神障害者は地域で暮らすのがあたりまえになるし、ならざるをえないし、しなきゃいけない。そういう時代です。

「ACT」はそれを支えるための1つのやり方です。このやり方をもちろん私は広めてほしいけれども、これだけじゃなくて、みなさんが地域で頑張ってる小さな小回りのきく親身になれるそういう施設をどんどん作って、それをネットワークにして繋いでいって、精神障害者の地域生活を支えるものを宮崎でも作っていって欲しいと思います。

これで終わらせていただきます。ありがとうございます。

この講演は、宮崎県・特定非営利活動法人 宮崎県精神福祉連合会の主催により開催されました。

日時 : 2010年10月16日（土曜日）

会場 : 宮崎市民文化ホール・イベントホール