

寄稿

## 一人ひとりが輝く社会を目指して - 専門職と当事者・家族との協働 -

木村 尚美<sup>1</sup> 高橋 美久<sup>2</sup>

### はじめに

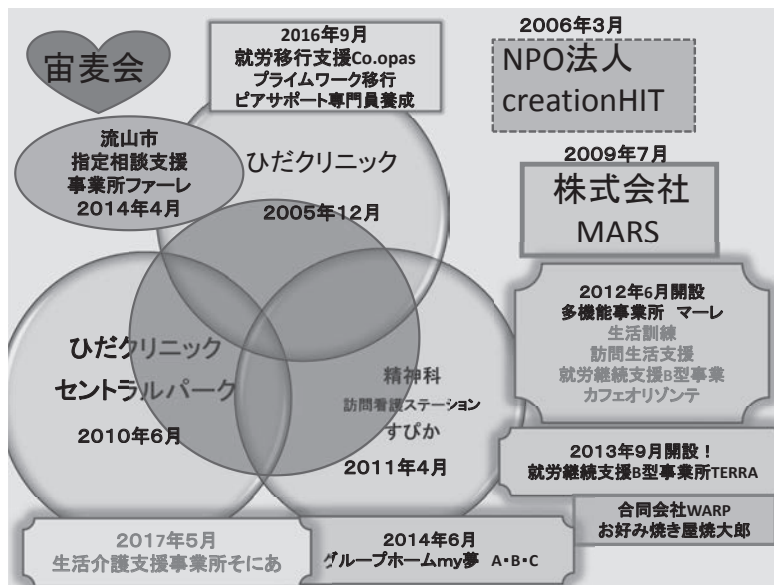
本講演会は、ピアサポーターと協働する精神科においての心理教育を体験し、心理教育の発展とともに精神障がい者の未来への夢や希望がかなえられることなどを通して、皆さまの看護感に役立ちますことを目的といたします。

### ひだクリニックの創設

ひだクリニックのある千葉県流山市は、東京都、埼玉県、茨城県に隣接している場所です。秋葉原から20分の場所にあります。流山市は小さい市ですが、人口は19万5000人。また、毎年5000人ぐらいの人

口増加があり、2年連続で日本一の人口増加率になっています。しかし、流山市には、精神科病床ベッドがありません。また、保健所もない環境です。そのような精神医療過疎地域に、12年前に私たちのクリニックは根を下ろしました。流山市初の精神科クリニックです。その後12年間で、いろいろな事業所を創り上げてきました(図1)。

なにもないところでの開業には、いろいろな困難も当事者とともに乗り越えてきたという経緯があります。その中で、私たちが着目したのは、まず、住環境の提供でした。親亡き後を心配するのではなく、親あるうちにどうするかを考えていこうと、精神障がいを持つ方たちの一人暮らしへの支援を行ってきました。今では重度の精神障がい者を含む150~160人が、近



<sup>1</sup> 医療法人社団宙委会ひだクリニック副院長

<sup>2</sup> 株式会社 MARS 就労支援 B 型事業所 TERRA

くで暮らしています。その中で、24 時間、365 日のサービスを必要としている方への支援をピアサポーターが担っています。

## 精神科を取り巻く現状

～ある医療文献より～

E. Bleuler 「早発性痴呆または精神分裂病群」  
(1911)

1. 統合失調症は普段慣れ親しんでいる環境の中で治療するのが望ましい
2. ただ単に統合失調症というだけで入院させるべきではない。入院は、明確な適応がある場合に限る
3. 退院が早期になればなるほど予後がよい
4. すべての患者にいつ何時でも仕事を提供できる体制を整えるべきである
5. 十分な娯楽の機会を提供できるよう配慮

スキゾフレニア（統合失調症）の病名をつけたオイゲン・プロイラーは、100 年以上前の 1911 年に、すでに上記のことを提示しています。欧米では、この時代にこういった対応が打ち出されていました。

しかし日本は、その 100 年の間に精神病院が 35 万床というとんでもない数になっていきました。今、この状況は欧米の諸外国から非難されています。また、入院期間についても、3 カ月を早期退院とは言っても、なかなか・・・と言われますが、諸外国は数日です。

そんな背景の中で、12 年前、厚生労働省から、病床を 7 万 2000 床減らす目標を出し、退院促進事業を打ち出されました。最終的には、目標値は 3 万 5000 人になりました。ところが、その結果 2819 名しか退院できませんでした。退院促進事業は、10 年かけても長期入院者の退院は困難でした。

次に精神障がい者の就労について考えます。プロイラーは「4. すべての患者に仕事ができる環境を提供」と書いてありますが、いまだに日本では、就労している精神障がい者の 95% は、年収が 200 万円台で、生活保護基準以下という調査結果が出ています。その結果と言えるでしょうか、半数以上の方は、親と同居しています。歳をとって親がいなくなったら、次は兄弟と同居となっています。グループホームも全国で設立されていますが、一人暮らしは 7.7% しかできてない

のです。日本では、未だに家族が支援者になっています。精神疾患をもつことが、その人自身の問題だけにとどまらないのです。

親亡き後の心配は、経済状態の安定にも絡みます。2018 年 4 月に、障害者雇用促進法が改正され、すべての従業員の 2.2% は障がい者を雇用するように改正されました。今後はさらに雇用率が引き上げられ、2 年には 2.5% に増やされるのではないかとされています。本改正で画期的なことは、今までは雇用される人の障がいは知的・身体に合わせ、精神障がい者を雇用することが義務化されたことです。近年までは、身体・知的障がい者よりも、精神障がい者の雇用率は低かったのですが、精神障がい者の雇用義務化が打ち出され、各企業は精神障がい者も採用しようとしています。

### ・再発と服薬との関係

どうして、精神障がい者は退院できないのか？ということを考えてみましょう。まず、他科と比べて再発の経験ありという方が非常に多いのです。罹病者の約 70% が再発の経験があり、その入院回数は、1 回が 21%、2 回が 18%、3～4 回が 22%、5～9 回が 14% です。この再発が多いことが、精神障がい者の雇用率が低い理由の一つにもなっているのではないかと推測されます。では、なぜ再発するのかというと、大きな原因の一つに断薬や、服薬の継続困難があります。私たちは、どうして継続できないのだろうかと言いますが、実は、服薬と言うのは精神障がい者に限らず、服薬習慣（アドヒアランス）をつけることの難しさがわかる調査があります。この調査結果からみるとアドヒアランスの最も低い疾患は減量（ダイエット）です。ダイエットの薬は、多くの方は継続できないと言われています。皆さんも経験あるのではないのでしょうか。そして、第 2 位が、統合失調症の薬なのです。では、どんな疾患が服薬習慣がつくのかと言うと、痛い・かゆい等、苦痛症状があれば、薬を忘れず飲めるし、継続できると言うことです。

統合失調症は、症状が無ければ飲むのを止めたり、忘れてしまうことは理解できます。看護師の立場で服薬指導をするときは、そのことを想定内に説明する必要があります。もう一つ、薬を飲めなくなる理由に情報不足があります。現在精神薬は非常に有効な薬が出ていますが、新しい薬の情報が届かないという事実が

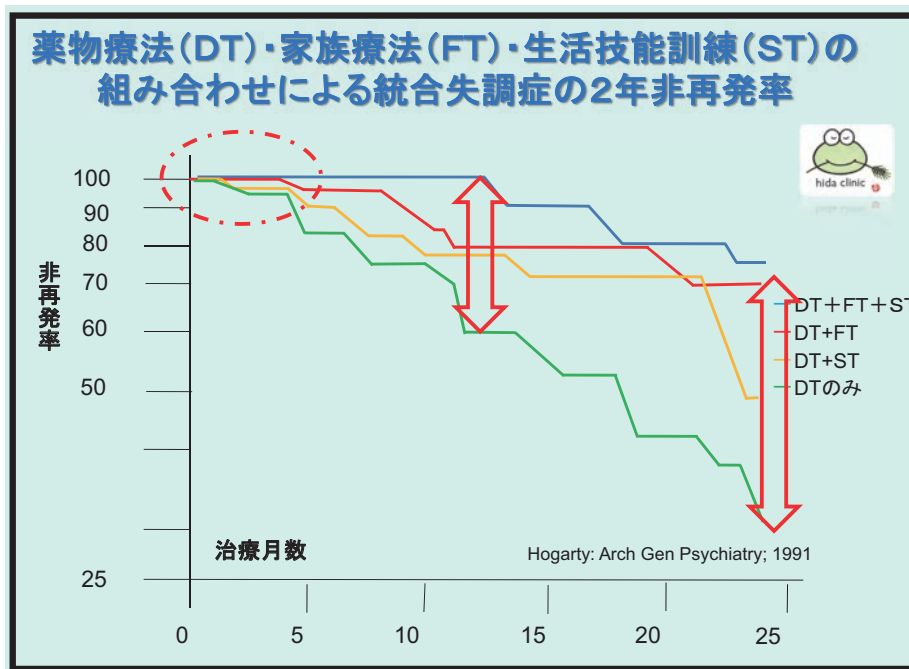
あります。例えばLAI（持続性注射剤）ですが、これは統合失調症の薬で注射です。この注射が発売されて10年になりますが、2016年調査でも知らないと答えた方が64%います。これは、現在もそんなに変わっていません。患者さんに薬の情報をどうやって届けるかを検討することも必要だと思います。

## 心理教育の現状

精神障がい者への社会心理的介入は、エビデンスに基づく効果的プログラム（Evidence based program：EBP）として、欧米諸国で認められています。アメリカでは、統合失調症治療ガイドラインにも、急性期の服薬に並ぶ有効性があると推奨されています。

効果のエビデンスは下記のグラフでもわかります。緑の線は薬だけの方で、黄色は薬とSST（Social Skills Training）とかりハビリテーションを組み合わせた治療、赤は薬と家族療法を組み合わせた治療、青がその三つを組み合わせた場合です。このように、心理教育を組み合わせることで、1～2年間の非再発率に差が出るのが著明です。（図2参照）。

このように統合失調症の治療は、薬物療法、家族療法、SST等を併用することが必須です。リカバリー（回復）に向けて、服薬アドヒアランスの獲得には、病気の説明のみならず、服薬の必要性、継続の効果までを本人と家族に丁寧に話をする必要があります。そして、新しい情報を速やかに提供することも重要と言えます。



## るえか式心理教育

### 1. 心理教育とは

るえか式心理教育は、ひだクリニックのデイケアで誕生しました。「るえか式心理教育」は病気や薬をわかりやすく説明し、ご本人がエンパワメントするための講座です。

「心理教育」についてはこんなふうにひだクリニックでは説明します。

教育（エデュケーション）の語源は、引き出すとか耕すという意味です。なので、障がい者本人に病識を持ってもらうことだけを目的にはしていません。リカバリーに向けたリハビリテーションの土台になると説明しています。たとえ話として、「耕す」ということに焦点を当て、花を作るための「土を耕す作業」として説明します。

精神科医療における支援者や薬の立場は、肥料や消毒でしかありません。どんな患者さんであっても、ご本人の力を引き出していくことを応援することです。

私たち支援者は、肥料や消毒でしかない。肥料や消毒をやり過ぎて、かえって作物を駄目にしてしまうことを念頭に置く必要があります。「ご自分の力で耕せば耕すほど、作物にとって良い土になります。」と伝えます。

ご本人やご家族の状況の説明は、「まるで巨大迷路に入った感じですね。真っ暗闇な箱の中に閉じ込められた気分ですね。」と話し、でも心理教育を受けることで、「ここは巨大な迷路なのだ」「出口があるかもしれない」ということがわかり、精神疾患は出口がある迷路だという認識を持つことができます。出口を想像することは、希望につながり、出口と一緒に見つける仲間がいるほうが、楽しく進めること、家族教室はそこに目的があると話しています。

## 2. 病気について

統合失調症は 10 代後半から 20 代の患者の皆さんが発症することが多いです。

るえか式では病気のイメージを、家に例えます。

家に、ある時突然、ボールが飛んできて、窓ガラスが割れてしまった状況だと思ってください。ここまでは身体疾患も精神疾患も同じです。

身体疾患は、窓ガラスを取り換える、つまり手術したり薬を飲むことで治癒することが多いです。しかし、精神疾患をこのイメージで捉えていると、薬を飲んでも「良くならない。まだ良くならない」と窓ガラスをいっぱいはめていく。これが多剤併用療法だったのでないかと思えます。そして、窓ガラスをどんどん足して多重構造の窓になってしまった。そして住めない家になっているそんな感じではないでしょうか。

現在は、窓ガラス（良い薬）はたくさんあります。それだけではよくなりません。庭に注目してください。窓ガラスの破片がたくさん散らばっています。その破片を片付ける作業がリハビリテーションなのです。薬とリハビリテーションを組み合わせることがリハビリにつながります。

家族の状況を考えます。本人の家のガラスが割れたときに、その破片がご家族の窓を壊しました。ご家族が、抑うつになったり、孤立したりするのは当然の反応なのです。ご家族に、一緒にこのガラスの破片集めをする話を家族教室です。薬と家族療法と本人のリハビリの三つが組み合わせられたときに、リハ

ビリが進むというわけです。

## 3. 症状について

黄色のパンジーの花畑を思い浮かべてください。その中に 1 つだけ紫のパンジーがあります。私たちは、まず、その紫のパンジーに注目していませんか？症状も同じです。黄色のパンジーを健康な部分と考えると、その紫のパンジーに注目して大きくする傾向があります。紫のパンジーに注目するよりも黄色のパンジーすなわち、健康な部分に目を向けてできることをしていくことが重要です。また、今起きている現象は、病気の症状なのか、それとも健常者でもあることなのかをアセスメントすることが治療を左右することも過言ではありません。

## 4. 病気の経過について

ダムをモデルにして考えてみます。ダムはストレスを溜めるダムです。雨が降ってきて、ストレスの雨が降ると増水し、ダムが決壊してしまいます。この決壊を病気の発症と考えてみます。ダムが決壊したので堤防を補強（薬物療法）します。しかし、堤防を補強するだけでは、雨が止むわけではないので、増水されます。従来の治療では、堤防をどんどん高く（薬の増量）したのではないのでしょうか？

これは患者さんたちだけでなく私たちも同じです。大きなストレスがかかったときに、いろいろな現象が起きます。例えば、大地震などでも、こころの病気になったり、心的外傷後ストレス症候群（PTSD）を発症したりします。

どう対処するのでしょうか？ダムは、増水すると放流します。つまり、私たちもダムの決壊を防ぐためにストレスの放流が必要なのです。つまり、雨の質を理解し、自分の心のダムの水量を見極め、放流する力を養うことが、非常に重要になるわけです。そして、これは「自分でしかわからないよ、自分でやるしかないよ」ということです。

また、山に木を植えるという対策もあると思います。この木が山に降った水を吸収することもあります。この木が仲間だったり家族だったり支援者です。私たちは、決してダムの放流を手伝うことはできませんが、山からダムに流れ込む水を減らすことはできるということです。



## 5. 薬の効果について

薬の役割は、ウルトラマンのバリアのイメージです。怪獣が火（妄想・幻聴などの陽性症状）を吹きます。その火から身を守るために張るバリアが薬です。バリアを張っていると、この火から守られ、この怪獣とどうやって戦うか、どう向き合おうかと、考える余裕が出てきます。「薬をやめる」ということはこのバリアを外す、武器を捨てるということになることを説明します。つまり薬は、「自分を守ってくれている武器」と理解ができます。新しい武器が出たらチャレンジしてみたらよいのではと説明することもあります。

## リハビリテーション

### 1. 仲間をつくる

精神障がい者リハビリテーションでは、「仲間をつくるのが大切」と考えています。精神障がい者は、何らかの理由で、仲間を失ったり、孤立したりしている人が少なくありません。仲間の体験は大きな効果があります。

### 2. 仕事の体験

仕事の体験のない方への就労リハビリテーションは、就労への意欲を生み出します。仕事って何なのか、自分にとっての意味は何だろうと考える場所としての提供をします。

### 3. 自分の言葉で話す

精神障がいは、「ことば」を取り戻すことが大きな効果を出します。発症が若いこともありますが、診察室の場面でも、家族が代弁してしまうことが多々あります。自分のことは自分で話すことの練習が必要です。ここに、SST や当事者研究が有効となります。

### 4. 自立・一人暮らし

「親から独立してきて自立する」ことは家族にとっても大きな変化です。親亡き後を考えるよりも親あるうちに何ができるかを考える」ことをモットーに、一人暮らし運動を 10 数年して、重度障がいを含む 160 から 170 名が一人暮らしをしています。決して無理ではないことなのです。

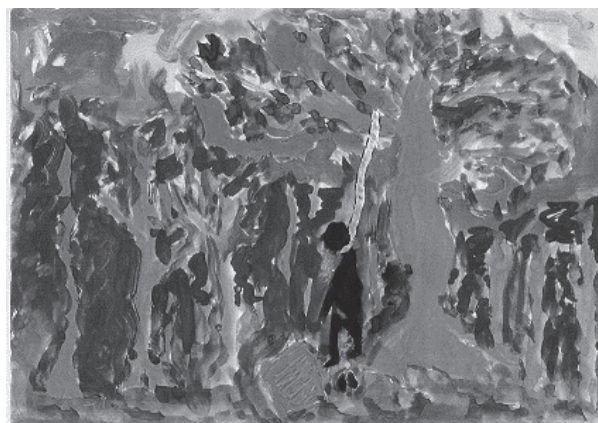
## 5. 地域も仲間

そして、社会の一員として暮らしていく、これが当たり前前の暮らしとなります。

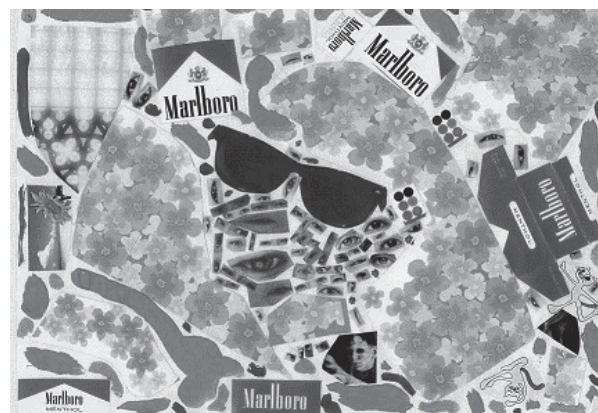
### ・精神科デイケアの効果について (絵から見る 1 事例より)

デイケアの初期のメンバー A さんの絵から、デイケアの効果を見てください。

A さんは、外来通院時から医師に絵をいつも描いて来ていました。これは、外来だけの通院のとき描いていた絵で、ほとんどがこんな絵です。(図 3 参照)



12月にデイケアを開始し、1月にコラージュです。全体に目がたくさんあり、注察妄想のあった A さんの症状がわかります。A さんはいつもサングラスを掛けていたのですが、こういう意味があったと推測しました。(図 4 参照)



1カ月後(2月)絵に変化があります。人が出てきたのです。そしてまだ、目もたくさんあります。また、この方の字にも注目してください。このころは、

幼稚園生のような字です。

ご本人自身が幼児語で話し、知的障がいも併発とも考えていました。(図5参照)



翌月3月の変化には目を見張ります。字の変化(小学生くらい?)だけではなく、しっかりと人間像が見られました。また、びっくりしたのは、お友達のお母さんが亡くなったと感情表現が見受けられました。まったく、暴力以外の感情表現が見られなかった方でした。(図6参照)



4月、みんなで花見に行った後の絵です。ご本人像が出てきました。また、字の変化は、ローマ字もあり、中学生レベルになっています。この頃は、しっかりと大人の言葉で話をしています。色使いも明るく、幸せ感があふれ出ています。(図7参照)



5月には、仲間が出てきました。漢字やローマ字も出ています。知的障がいを疑った頃とは想像もできない変化です。

たった6カ月の変化です。服薬内容は変わっていません。(図8参照)



これがデイケアを利用した効果です。薬は変わらなくても、仲間ができると状態は良くなると考察した事例です。また、私たちが気を付けなければいけないのは、大人扱いすること。彼がなぜ幼稚園生のようにだったかと考えると、幼児のように退行することで、みんながやさしくしてくれたのだと思います。でもデイケアに来たら、大人になったほうが得だったということではないでしょうか。ともすれば、精神障がい者は、大人になることさえも奪われているのかもしれない。

### ピアサポーターについて

現在、精神科リハビリテーションの場面において、ピアサポーター(病気の経験のある当事者スタッフ)



の存在が重要視されています。当事者による当事者の支援体制が当院では大きな効果を上げています。

例えば、リハビリテーションは魚が欲しいという人に魚をあげることではないということです。簡単に言うと、眠れない時に薬をあげて、ちょっと困ったときはすぐアドバイスをあげて、とやっていたら自分で対処することができなくなってしまいます。リハビリテーションというのは、釣りざおを渡し、自分で魚を釣れるようにすることなのです。そこには困難もあるが、自立した生活ができるようになります。リハビリテーションの基本は、自分で対処できる力を育成することだと思えます。

そこに、同じ当事者であるピアサポーターの存在が欠かせません。釣りざおの使い方を教えられるのは、専門家デイケアはなく、ピアサポーターなのです。釣りざおの使い方を教えられるのは、今、同じ境遇において自分も頑張っている仲間や、同じ体験を経験したピアサポーターです。当法人では、現在各事業所に全配置し、17名のピアサポーターが職員として勤務しています。

千葉県は、全国初の県知事認定ピアサポート専門員研修を開催しています。私たちが県に働きかけ始めてから3年ですが、やっとできた研修です。アメリカではピアスペシャリストとして、当事者の方がしっかり専門職として働いているので、日本でもピアサポート専門員の立場を確立したいとずっと言い続けてきて実現しました。これも、当院のピアサポーターたちのモデルが役に立っています。

#### ・ピアサポーターからの提言

株式会社 MARS 就労継続支援事業所  
TERRA サービス管理責任者 高橋美久

皆さん初めまして、こんにちは。私は統合失調症の当事者です。現在、就労継続支援事業所のサービス管理責任者をしています。

私の病名は統合失調症です。100人に1人がなる病気です。入院も3回経験しています。小学校4年のときに学校に行けなくなりました。理由は、みんなに嫌われているとか、行っても楽しくないとか、仲間外れにされるとか、そんな被害妄想が出てきたことが原因です。小学校4年から不登校になって、中学は行った

り行かなかつたりを繰り返して、中学3年で卒業式は出ずに、そのまま卒業して、高校にも行かず、二十歳まで引きこもりを4年間しています。そのときいっぱい薬を飲んでしまったり、リストカットしたりとか、しまいには洗剤を飲んで救急車沙汰になったり、いろんなことをしてきました。

引きこもっている最中に脅迫症状が出てきて、お風呂に4時間入ったり、トイレに30分、40分ずっといたりとか、そんな生活をして、だんだん生活がしづらくなって、そのイライラを親にぶつけて。母親に構ってほしい気持ちが出てきて、夜中に暴れて、近所の人から警察に、「高橋さんの家の様子がおかしいんですけど、行ってもらえますか」と通報されるようなことをしたり、そんなことをしてきました。

#### ピアサポーターになるまで

2006年、ひだクリニックができたときにも、そんな私が問題なく行けるはずもなく、月1回、行くのがやっとでした。行っても仲間とけんかしたり、脅迫で手を何十分も洗っていたり、あとスタッフに「ちょっといいですか。面談してください」という、先ほども、「釣りざおを渡す」の例え話がありましたけど、まさに「魚を下さい」って言っているメンバーでした。スタッフも、月1回、私に来るだけで「ああ、美久さんが来た。帰るのが遅くなるな」と思うほど、手のかかるメンバーでした。

しかし、1年後、だんだんとデイケアにつながってきました。当時、リスパダールという錠剤を飲み始めたことと、仲間ができたというのもあって、デイケアに通えるようになりました。そこから「働きたい」という気持ちが少し出てきて、パソコン教室に通い始めます。また、心理教育に出会って、病気のことや薬のことを自分で勉強して「自分もちゃんとできるようになるかも」と思いました。

そんな時期に、アメリカのビレッジから当事者の方が来て、クリニックで講演会がありました。そのとき私は衝撃を受けました。まずアメリカでは、病気に関係なく、二十歳を過ぎたら一人暮らしは当たり前。自分のことができるのだったら、誰かの役に立つことをすると言うのです。そして彼らは注射を打っていました。私も薬を使ってデイケアでリハビリをしたら、こんなふう海外旅行に行ったり、自分の好きなことが

できるのではないかなと思ひ、そこから毎日、デイケアに通うようになりました。

講演会で私が学んだのは、心理教育、SST、当事者研究、WRAP (Wellness Recovery Action Plan) です。これがどうして必要かという、自分が地域で暮らしていくためです。病気があっても生活するためには、やはり自己対処を身につけてなければいけないという気づきがあって、毎日リハビリをするようになりました。

自己対処について、るえか式で説明します。私たちはダイナマイトです。マッチ1本でダイナマイトは爆発します。で、このマッチ1本の火はそこら中にあります。例えば、親や仲間のある一言だったり、少しのストレスです。そんなことで、私たちは爆発してしまいます。そうするとみんなが大騒ぎで、救急車やパトカーが来ることになる。それを見て、自分も「えっ？何が起きているんだ？」となる。私が、洗剤を飲んで救急車を呼んだり、近所の人から警察に通報されたのは、こんなことだったと思います。でも、救急車とか警察を呼ばれることになる前に、自分でできることがあるのではないかな。何か自分でできることがないかな。これが自己対処の一步だと思います。デイケア時代には、私も「コップ一杯の水だけで、たぶん自己対処はできる」と言われました。それはどういう事かという、爆発する前に、頓服を飲んでみるとか、仲間と話をしたりとか、自分の好きなことをやってみたりとか。そんな些細なことですが、それを自分で行うのです。そうしながら、何とか仕事やデイケアに通うということが何度もありました。

そうやって仕事やデイケアに通えるようになると、自信が付いてきて、自分も何かできるようになるのではないかなと思えてきました。当事者研究の「べてるの家」。ご存じの方もいらっしゃると思いますが、ここでは当事者研究をやって、自分に自己病名を付けています。私も自分の病気と友達になったのが、こんな時期でした。

そして2008年に、働けるかどうかわからないけど働いてみたいと少しずつ思うようになったのです。その時、「まずはひだクリニックのデイケアの疑似就労からやってみようよ」とスタッフに声を掛けられました。それで、毎週日曜日に行っていた家族教室で、お母さんたちにご飯を提供するカレーハウスに入って、

みんなでカレーを作って、お母さんたちからお金をもらう、その資金でまたカレーを作ってお金を稼ぐということをしたり、その後の株式会社 MARS のきっかけとなる「森のパン屋さん Cielo」で、週3回、図書館にパン販売をしに行くようになりました。

そんなことをしながら、自分でできるようなことが増え、何か人の役に立ちたいという気持ちがだんだん芽生えてきて、それならピアサポーターになってみたいと欲が出ました。そして、今思えば、ひだクリニックのデイケアで、ピアサポーターを始めていました。そこではメンバーとプログラムを運営したりですとか、例えば相談に乗ったりですとか、訪問に行ったりですとか、そんなようなことをしているうちに、ひだクリニックで第1期のピアサポーターとして採用されました。

#### 株式会社 MARS について

2009年に設立されたそして株式会社 MARS について説明させていただきます。「MARS」というのは頭文字を取っていて、Medical and Recovery Service といって、病気を持っている方も健常者も一緒に働ける会社なのですが、社員数の3分の2以上は当事者です。仕事は、ひだクリニックのデイケアや外来に出向したり、重度障がいの方の一人暮らしの方を含む地域生活への支援です。2012年より、福祉事業に力を入れはじめ、生活訓練を行い、B型事業所、グループホーム、就労移行、そして生活介護事業所という形で広がっています。今、社員数は31名です。その内ピアサポーターが16名で、ほぼ全員が統合失調症の方で、クリニックやそれから福祉事業において、ピアサポーターとして働いています。各部署に必ずピアサポーターが1人か2人配置されています。

B型事業所では、生活訓練と自立訓練を行っています。自立訓練にはピアサポーターがいますので、自分の一人暮らしの経験を生かして、生活に関したことを一緒に考えたり、SSTをしています。訪問看護では、障がい者のことを一番よくわかっているということで、ピアサポーターが訪問します。専門職では支援につながらなかった方でも、ピアサポーターが行くことによってつながったというケースもたくさんあります。

私が勤めているB型事業所 TERRA は、2013年6月にオープンし、新松戸ステーションホテルの1階の



レストランを運営しております。また、施設外就労施設としてのお好み焼き屋「焼麦太郎」で、仕込みとか、清掃とか、洗濯、皿洗いとか、レストランの運営や、お昼の賄いを作ったり、マンションの清掃を外部から頼まれてそこに行ったり、事務に行って事務作業をしたり、いろんなことをやっている事業所です。同じ時間に、いろんな作業に奔走し、うちの法人の中で一番動きが激しいB型事業所になっていると思います。

### 当たり前のように生きる

メンバーにはいろんな方がいます。6時間働いているメンバーもいれば、週1回の1時間しか働いてないというメンバーもいます。「カラスに何か悪口言われる」とか、「クマに追いかけられて、自分は狙われている」など、妄想・幻聴がほぼいのメンバーもいますが、みんな一緒に働いています。私はサービス管理責任者をしており、支援計画を作ったり、モニタリングをしたり記録、面談、計画の案内、など初めての経験なので試行錯誤しながら働いています。そのようなマネジメントだけでなくメンバーと仕込み作業をしたり、清掃したり、焼麦太郎で皿洗いもしたりしています。

このような私たちが最後に目指していることは、「当たり前のように生きよう」ということです。「当たり前のように生きよう」というのは、薬だけでなく夢とか希望とか、あとは自分のやりたいこと、そんなことが障がいを持つ人には大切ではないか思います。

そんな一つの例として年に1回、ひだクリニックは必ず旅行に行っています。5年目は、初期メンバーが夢だと思っていた海外旅行でグアムに行ってきました。そして10年目は、香港も行きました。その中には重度の人たち（たぶん入院していてもおかしくない人たち）が十数名が一緒に参加しています。ここにはピアサポーターの支援が大きな力となっています。

また、私たち夢でもあり最大のテーマが結婚・出産ですについてです。私がいつも思うのは、「結婚できることには病気は関係ない」ということです。病気があっても病気じゃなくても結婚できる人はできるし、できない人はできないということを、結婚したメンバーを見て思っています。何組も結婚していますが、子育てとか、自分でマンションのローンを払うとか、そんな当たり前の生活を手に入れています。

### 一人暮らしの支援

また、一人暮らしに力を入れています。重度の精神疾患があっても一人暮らしをしたいと言うメンバーはたくさんいます。それに対して、看護師とピアサポーターで一人暮らしを希望するメンバーを支援するというのではなく、「今日、行ってみない？ デイケア」とか、「福祉サービスに行ってみない？」とか、そんな声掛けからスタートします。

もともと幻聴・妄想があったBさんという方。お母さんとずっと生活をしてきた方ですが、なんとか一人暮らしをすることになりました。仲間と関わるとどう変わっていったかというのが、彼の写真を見るとその表情からわかると思います。幻聴・妄想がすごく活発な彼が、一人暮らしをしながらデイケアに通い、ピアサポーターの仲間と関わるようになると、顔つきが変わっていきます。

Cさんは、ある施設を出された、幻聴・妄想が活発な方です。大きな声を上げて歩いたりするため地域の人にも有名人です。その彼女も一人暮らしをしていて、ピアサポーターの助けをもらいながら、地域で生活しています。

また、デイケアや就業事業は、週7日開くことが難しいのが実情です。そのため、全事業所が休みの土曜日にも、ピアサポーターが独自で朝食会を行っています。朝食会は、ピアサポーターが開いて、みんなでご飯を作って食べて片付けをして帰る、そのような活動です。

生活介護訓練事業所そこには、障害支援区分3以上の人が対象で、先ほどのB・Cさんなど、重度の人たちが通う事業所で、今年の5月に設立しました。そこで感じているのは、重度の障がいがあっても働きたいという気持ちが強い人は多いということです。現在、家族教室の後にドリンクを販売したり、ケーキやクッキーを作って家族の人たちに販売したり働きたいという希望をかなえています。

よく「当事者主体性」と言いますが、私は「したい」性に言葉を換えて伝えています。病気になるといろんなことを諦めてしまうと思いますが、少しの薬とリハビリによってできることがあると思います。私自身できたことがあります。できることがあると自信がついて、自分のやりたいこと、したいことが多くなっていくので、私は「したい」性と言葉を換えています。この「したい」性をどんどんメンバーさんがつ

くっていつてくれたらなと思っております。

### ・重度の精神障がい者へのかかわり

美久さんが紹介した B さんは、実は滋賀医科大学を卒業しています。医師の道をどうしても諦め切れないのは今も同じで、国家試験の時期になると夜眠れなくなるそうです。彼は、医師国家試験を諦めて今をどう生きるかに向き合っています。当事者の方はみんなそれぞれ皆さんと同じように夢も希望も持っています。それを諦めるのではなくて、新しい人生を考えていくための支援をしていきたいと思っています。薬を飲ませるための心理教育ではなくて、夢や希望に向かって一緒にやっつけていける心理教育を全国すべての当事者・家族に届けられるとうれしいなと思っています。上記にも記しましたが、心理教育にはエビデンスがあります。また心理教育・家族教室ネットワークという法人がありますのでぜひたくさんの方に加入していただき、心理教育と一緒にやっていただけたらと思います。

### 長期入院者の事例

ひだクリニック開院前に勤務していた病院で体験した事例です。

長期入院されていて、退院だけがリカバリーではないと思っている事例 (T さん) を紹介します。

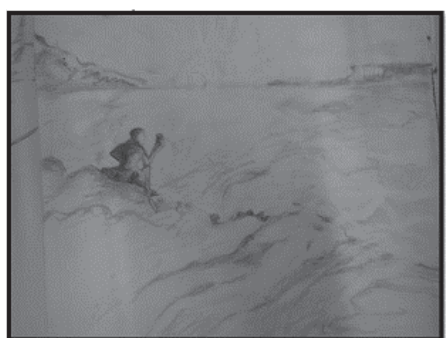
T さんは 17 歳から入院して、私が出会ったとき、すでに 40 年以上入院されていた方です。被害妄想や妄想・幻聴が活発で、いつも宇宙との交信で忙しく、意思疎通がなかなか難しい方です。長期入院の方なので看護師も慣れてしまい、この方はもうベッドから出てこない、OT に誘っても病室から出てこないよくある患者さんです

ある日、T さんの床頭台の整理をした時に、床頭台の奥からたくさん宇宙の本が出てきました。宇宙の古い本ですが、私は会社を MARS って名前付けたぐらい宇宙に興味があったのもあり、「宇宙好きなの？ どんどこが好き？」と話をしてみました。すると、とうとう話しをし始めました。そして、話をしていると絵を見せてくれるようになりました。それが宇宙人の絵です。私は「せっかく絵がこんなに上手だから、OT に行こうよ」と誘い続けました。年賀状を作る時期にやっとなってくれました。この左の上の、あけましておめでとうって書いてるところです。普段描いていた絵がこっちの 2 枚です。ほとんど人間の形ではありません。幻聴の世界です。(図)



初めての OT での年賀状制作で最初に描きだしたのはいつもの絵でした。しかし、周りを見ていたのか、ステンシルのはんこを押し始めました。これにはびっくりしました。「この方は、自分の世界だけじゃなくて、周りに目が向けられるのだ」と思いました。翌日の申し送りでスタッフに伝え「この人が描いている絵をベッドサイドに貼って、毎日行って絵の話をしてください。それが妄想の話であっても付き合ってみてください」と決めました。

この計画を進めて数カ月で、絵が変わっていききました。もちろん妄想・幻聴の絵もあるのですが、その中にこのような現実世界の絵がでてくるようになりました。そこで本人が、「モーニングでトーストとか何か食べた」と、「この絵はね・・・」とうれしそうに話すようになります。私たちも「Tさん素敵な絵ですね」とほめ続けました。それから数カ月には、相当絵が変わっていききました。素晴らしい絵を描ける人だったのです。だんだん、過去の思い出も描くようになりました。薬は全く変わっていないのにこんなに変化しました。



この絵を T さんに展覧会に出展することを提案しました。最初は断られましたが、病院の展覧会に飾ることに決まりました。でも、展覧会当日、病棟から出たことがない彼は見に行かないと言います。看護師が写真を撮りに行き「あなたの絵、こうやって飾られて

いましたよ」とデジカメを見せると、彼はついに病室から出ました。それだけでも画期的でしたが、帰ってきて言ったことが、「僕の絵に色を付けたい、買ってきてよ」と言います。これは、周りの絵がカラフルだったのを見ていたのだと思います。びっくりしました。私は「一緒に買いに行こう」と言いましたが、この時、彼は「行かない、買ってきて」と断りました。そこで、もし彼が行くと言ったら、どんな状況、どんなに看護体制が悪くても連れて行こうと、目標（看護計画）を変えました。そして、ある日、彼がしびれを切らして「買い物に行く」と言いました。閉鎖病棟で長期入院病棟、そして2人の看護師が付いて買い物に行きました。このときの車の中での言葉は私が忘れられない言葉です。「30年ぶりに出たなあ」

そして帰ってから、絵に色がついていきます。



それからまた3カ月くらい後に、「また、絵の道具を買いたい、連れて行ってよ」と言い出します。その時は、買い物だけじゃなくて、ご飯も食べようと計画しました。この時も看護師2人が行きました、ファミリーレストランで食事をして、終始いい表情で過ごしました。病院に帰ってきたら、こんな絵を描きました。私がこの病棟にいたのは1年半ですが、妄想・幻聴の世界にいた彼ですが、1年足らずの間に、こんなにすてきな絵を描くようになりました。これだけでも感動的です。今、思えば「できるが増えると、したいが多くなる」です。





ところが、この後もっとすごいことが起きます。彼は絵を描いては、私に「新聞社に送れ」と、「画家になるので、この絵を送ってくれ」と言って持ってきました。新聞社に認められるはずのない絵をせっせと送りました。ところが、ある日突然、通知が来ます。世界中の精神障がい者の絵を集めているアール・ブリュットの美術館からの通知でした。Tさんの絵は、そこに展示されるようになりました。滋賀県の美術館にも常設展示があります。美術館の人が病院へ作品の展示権の契約に来てくださり、スイスの本社から印税が彼のもとに入っています。

Tさんは今も入院中で、十分に歩けなくなりご飯も食べられない状態です。病院で一生を終える方です。けれども美術館での展示がきっかけで、弟さんが来るようになったり、滋賀の市長から絵の使用依頼の手紙が来たりとか、彼の人生が大きく変化しました。私が病院を辞めて12年経ちますが、毎月のようにはがきが一枚ずつ届き、電話をかけてくれます。去年、青山のスパイラルガーデンで「ミュージアム・オブ・トゥギャザー」展があり、彼の絵が飾られていました。しかも飾られていた場所が、何と香取慎吾の絵の真ん前というので、さらにびっくりしました。

この事例からもわかるように、長期入院していても人生は変えられます。病院のなかのちょっとした気づきによって、患者さんの人生を変えることができます。夢と希望はどんな方にもある。そして夢や希望がその人にとっての仕事になり、人生を変えるきっかけになるかもしれない。このことは、私たち、看護に携わる人にとっても希望になると思っています。

## 人と人としての丁寧なかかわり ～漫画トラさんから垣間見る看護とは～

最後にたまたま見つけた漫画の一部を紹介します。

ごみ屋敷から連れて来られたトラさん。施設へ来たときにはスタッフはあぜん。髪はぼろぼろ。汚い、臭い。そしてその辺で排せつする、ご飯も手づかみ、言葉はしゃべらない。要はもう何十年も一人でいたため、人間性が欠落してしまっている。スタッフはみな困り、諦めていました。

ところがある日、この施設に訪問看護が来ました。そのときにトラさんが、ぼそっと一言「看護婦というのは、今、スカートじゃないのかい？」と言ったのです。するとそこの支援者の一人が気付くわけです。その一言にすぐに反応して、「今はズボンが多いですね」と話し掛けたら、「実は昔、看護婦になりたいくて、憧れていた。人の役に立ちたかった」とトラさんが言いました。このやりとりをした訪問看護師が、カンファレンスで「トラさんの夢をかなえてあげよう」と提案しました。

看護師さんたちは、夢をかなえてあげたい気持ちを強く持っています。「白衣があるから着せてみてあげよう。せっかく着たら、何かやってもらおう」と言って、トラさんに何かやってもらうようになりました。半年も経つとトラさんは、施設に入居する他の方たちのお世話を始めていました。

看護というのは、薬を飲むことではない。私たちが日々かかわる中で一人一人のちょっとした気づきで、患者さんの人生が変わることもあるのではないかと考えています。そして、やりたいことに年齢も環境も関係ない。これは精神科にかかわらず、すべての患者さんが同じことだと思います。精神科の病気の治療に対してももちろん、薬は必要です。でも薬だけではない、心理教育やリハビリテーション、そして丁寧な関わりがあって、初めて「当たり前生きること」というのができると考えています。精神科看護は、すべての医療観、看護観につながります。少しでも精神科看護に興味を持っていただければ幸いです。これで、今日の講演を終わります。ありがとうございました。

会場：(拍手)

司会：木村先生、高橋先生、ありがとうございました。私はまだ2年生で、精神領域はまだ学習していませんが、興味が湧きました。それでは、質疑応答に移りたいと思います。先生方のお話についてご質問あ

る方は、どうぞご遠慮なく挙手をお願いいたします。

A：ありがとうございます。質問ではなくて補足ですけれども、最後に長期入院の方の話がありました。実はこのケースは看護研究としてまとめて全国に発表しました。30年入院をしていらしても、そうやって地域の中で立派に生活しているんだというところを、足跡を残していくというのが大学の役割かなというふうに思います。本当に元気で活躍されているなど、ちょっと懐かしく思いました。

司会：ほかにご質問ある方いたら、ご遠慮なく挙手をお願いいたします。

B：本日は貴重なお話、ありがとうございます。高橋さんにお伺いしたいのですが、一般的に統合失調症の方だと、精神症状の波があって、なかなか働くことを続けるのが難しいとか、急な変更があったりとかということがよくあるかなというふうに思うのですが、そのご苦労と、そのときの対処の工夫がありましたら、教えていただければと思います。

高橋：ご質問、ありがとうございます。私、もともと働く気はなく、親のすねをかじって、生活してればいかなって思っていたのです。でも周りの人たちが働いていたのがすごくキラキラして、笑顔がたくさんあって、私もああいうふうになりたいと思ったのが、働くきっかけでした。

働いてみて、いろんな心配があります。学校に通ってなかったこともあり、人間関係がうまくできなくて、いろんなことで失敗をします。でも自分に役割があって、自分で何かできるという自信が積み重なっていくと、仕事に意欲が湧いたというところが、続いている要因だと思います。

統合失調症の彼らも、症状はいっぱいあって、例えば、カラスがいっぱい来て、そのカラスたちに「おまえは嫌われている」とか、仕事できないっていつも言われているとか、「クマに襲われて」「自分は狙われて殺される」とかという症状がいっぱいあります。そうした中で働き続けられる要因は、私と同じで、症状があっても、自分の役割があって、自分がそれに対してできたときの自信の積み重ねだと思います。病気関係

なく、皆さんそうだと思う。

あともう一つ挙げると、お金かなと私は思います。ボランティアでピアサポートをされる方もいます。それはそれでとてもいいと思うのですが、やっぱり自分が働いたことの対価をきちっともらえると、継続できます。時給が50円、100円というB型事業所がたくさんあると思いますが、うちは300円でやっています。またうちでは時給アップすると工賃が上がっていくシステムを採っています。最高で710円まで上がります。そのようなシステムだとやる気がでて、自信につながって仕事を継続できるのかなと思います。

木村：仕事についての支援は、ピアサポーターが行うのが有効です。私たちがどんなに言っても、彼らの心には入らないことが多いです。でもピアサポーターさんが言うひとは本当に伝わっていく。うちのピアサポーターたちのほとんどは、年金ではなく自分の給料で暮らしています。例えば、美久さんは、仲間と今年のゴールデンウィークは9日間アメリカに行くとかです。そんなふうに遊べるようになると、絶対に仕事を継続できるようになります。

司会：ありがとうございます。ほかにご質問ある方、いらっしゃいますか。

C：貴重なお話、ありがとうございます。私は名古屋の地域包括支援センターで働く社会福祉士ですが、アドバイス頂きたいのは、ご家族に精神疾患がある方がいらっしゃるお宅に訪問に行くタイミングです。本人様ではなくご家族様に遮られてしまうケースが多いです。タイミングを非常に迷うことが多いです。行くとかなり不安定になられて、先ほどの「自分も大騒ぎ、周りも大騒ぎ」になってしまうことがあります。実際に何かあったときは、皆さんにもすごく影響を及ぼすかと思うのですが、何か心掛けたほうがいいことがあれば、ぜひ教えていただきたいと思います。

木村：ご家族が病気になったために、先ほどの窓ガラスをはめ込む方もたくさんいます。私たちがやっていることの一つは、家族教室です。家族会があって、そこに来て、家族も含めて仲間ができると変わるかなと思います。

ただ、そういう所には出てこられない方もいます。ここに必要なのが、訪問看護です。私も月 40 件ぐらい担当していますが、その中でもご家族の話を、聞くようにしています。つまり精神疾患の当事者の訪問看護に行くのが本来の目的ですが、家族さんと話しにいきたいですって言うこともあります。家族の方を含めてサポートが必要なのです。私は、ピアサポーターさんと一緒に訪問して、当事者の方はピアサポーターさんに行ってもらって、私は家族さんと「今日はゆっくり話しませんか」と声を掛けることがあります。家に来られることを嫌がられる方は、例えば近くの喫茶店とかファミリーレストランで「お茶でも飲みませんか」とかですね、

当事者さんと同じように入り方を考えていくと、入るのではないかと思います。つまり「お母さんも一緒にこの人の治療をしましょう、私とタッグを組んで

ほしいので、ちょっとお話しませんか？」というような感じで声掛けをすることが多いです。すみません、答えになりましたでしょうか。

司会：ありがとうございました。ほかにご質問ある方、いらっしゃいますか。では、そろそろお時間になりますので、ご質問は打ち切らせていただきます。木村先生、高橋先生、本日はとても貴重なお話を頂いて、ありがとうございました。

(終了)

#### 文献

高木俊介 (2012) 『これからの地域精神医療と ACT-K の挑戦』 東葛地区 OURS 研究会 平成 24 年 6 月 16 日