

ホームページ <http://www2.ttcn.ne.jp/ref-pj/>

内 容

- * 先人の熱い思いと、新たな時代の実践・記録・共有について

実行委員 NPO法人むげん 藍田寿弘

- * 2019年イタリア地域精神保健研修報告 第1回

1 トスカーナ州アレツォ研修

- * 事務局からのお知らせ

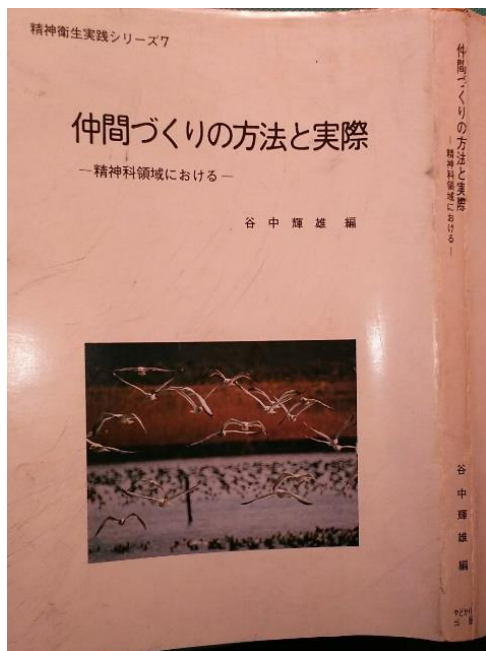
- * 先人の熱い思いと、新たな時代の実践・記録・共有について

実行委員 NPO法人むげん 藍田寿弘

「記録のない実践は実践ではない」

若き日、谷中先生から聞き、最も印象に残っている言葉の一つです。

今、手元に1980(昭和55)年にやどかり出版から出された 谷中輝雄編「仲間づくりの方法と実際」があります。



グループワークの原則をおさえながら、実践からの考察を深めたものです。

今、読み返してみてもその生き生きとした取り組みが伝わって来ると同時に、そのことに関わっておられた方々の熱い思いが伝わってきます。そして、何より自分たちの実践を絶対視(一方向から見)することなく、当事者、学者、関係者、地域社会など多くの視点から見ようとする作業が丁寧におこなわれていたように思います。

谷中先生は「発刊のことば」のなかで

「ここへ来てから孤独感からの解放が僕にあった。仲間意識ができたことです。これは以前に比べると全く変わったことです。自分で手を焼くようだったら、その時はやどかりの里のスタッフとか友人に話し合っに行こうと思っている。仲間の中で自分を取り戻したいということになるのでしょうか。」

これは私に語りかけてくれた やどかりの里の仲間の言葉であります。長く私の脳裏に刻まれた言葉でもあります。これほど見事に仲間の素晴らしさを語ってくれた言葉に私はいまだ出会っておりません。「仲間の中で自分を取り戻したい」はまさに仲間の大切さを表現しており、我々の活動の中に求められる目標と言うべきものです。

と述べられ、

当時、日本福祉大学の教授であった窪田暁子先生はこの本の「序にかえて」で、

「何が大切にすべき財産なのか、発展させるべき基本的方向はどこにあり、また、立ちはだかっている壁は何なのかをはっきりと見極めたい」という強い願いを私たちは持っている。

多様なグループ活動が、多様な人々によって行われれば行われるほど、「多様なニード」に応えうる選択の可能性がひろがるのだから、それはよいことではないか、などと安易に言うことを許さない問題状況が存在することを、痛感しているからである。

形式的な「クラブ活動」の導入や、狭い「治療効果」測定に基づく評価や、いかにも官僚的な「〇〇教室」の組織のされ方などに当面する時の私たちの苛立ちは、集団活動の基本的な意義と目標、それにふさわしい方法を明らかに確かむことによって初めて、私たち自身にとって「克服されるべき課題」としての性格を明らかにすると言えるのではないだろうか。

グループは個別カウンセリング援助、また個別的工夫にはるかにまさって、強力なバネを内蔵していると言ってよいであろう。そこでは家族から「何もできない困りもの」とみなされ、そのように扱われている人々、また極めて規制の多い、いわば他人まかせの生活の中で、根深い自信喪失、他者への不信、十分表現されない怒り、あるいはあきらめなどの中に閉じ込められ、更に興味、関心の幅を狭められ、社会的参加の能力の衰退を経験してきている人たち、また、その人たちを身近に援助しようと志している人たちが、自分自身、全く思いがけなかったような展開に出会って驚き、あらためて自分たちを見直す機会を持つことにある。

その意味でここに述べられているようなグループ活動によってもたらされる新たな洞察、「障害者」自身の要求などは、**精神医療や精神障害者福祉**といった枠をはるかにこえた広がりにおいて、**未来を拓く力を持っていると思う。**

およそ、精神医療とのかかわりで同じ問題や悩みを持ち、精神神経疾患とたたかいながら同じように仲間を必要としている人々が集まって、その集団をどう発展させていくかについて学び、考え、語る時、それは、専門も、年齢も、学歴も超えて、そこにかかわるすべての人に文字通り共通の、わかりやすい言葉で語られ、しかもそれで十全に、了解のつくものでなくてはならないと、私はかねて考えてきた。

生活の中で、生活を築き、発展させる営みの一つとして行われる集団活動であれば、それは当然のことである。しかし、それがなかなか行われない現状があり、そのことを巡る障壁がどんなに私たち相互の、また関連分野の人達、地域に住む人たちとの話し合いを難しくしてきているのかは、あらためて指摘するまでもないであろう。それを思う時、ここで語っておられる先生方へのかねてからの敬意を一層深めずにはいられない。

学問的でかつ実践的な論議を組織し、広く関心を持つものの共有財産として、また同じ思いの人々を結ぶ環として提供して下さったことの意味を大切に受け止めたい。・・・

と述べておられます。「序にかえて」の一部を抜粋したのですが、この文章からも窪田先生自身のグループ活動と実践記録についての並々ならぬ思いが伝わってきます。

交流促進協会は「やどかりの里」の研修をその出発点としていますが、「海外・国内の実践から学ぶ・バーンアウトを防ぐ」など、更なる広がりはあるけれども、そのとくみ(実践)を記録し、共有・検証・発展させようとする、こころざしや情熱は先人たちが目指そうとしたことと同じ根っこをもっていると感ぜずにはおれません。

新たな時代の実践・記録・共有について

先日、地元の精神保健福祉士協会の Zoom を使った研修に参加しました。第 1 部は Zoom 研修への参加の仕方など、会場に準備されたパソコンを使っての初歩的学びを体験し、第 2 部では「アルコール依存症の深層」のテーマのもと、近畿大学文芸学部教授で、自身アルコール依存症と診断され、入院治療や自助グループへの参加を経験し復職された前田益尚先生の体験講演 (Zoom 収録されたもの) を、実際に会場に集まった人だけではなく、自宅からの Zoom 参加も得ながらの勉強会になりました。

研修を中心になって進めてくれた仲間も、まだまだ慣れないことも多く、様々な小さなトラブルもありながらも、それらを克服しながらの研修であったことから、Zoom の便利さや活用の可能性についても五感で感じることができる貴重な体験になりました。

さて、地元の断酒会などでも長年続けてきた例会や一泊研修などが行えず、大変な時期があり、今も様々な苦勞があるとのこと聞いています。

コロナ渦の中で、人と人が生身で出会い、触れ合うことで初めて醸し出されるものの大切さを改めて強く思う一方で、①Zoom 画面からもしっかりとメッセージが伝わってきたこと、更に②この研修で使われたものは地元のケーブルネットでも放映されたもの (富山県氷見市の「障害のある人もない人も共に生きるまちづくりフォーラム」で Zoom 収録) だということを知り、まだまだ偏見の多い「アルコール依存症」という病気についても当事者・関係者だけでなく一般住民にも広く伝える手段や機会にもなることを考えると、新たな時代に応じた実践・記録・共有することを模索することの大切さを改めて感じる機会になりました。

交流促進協会の発足、運営も含め、大きな財産を残してくださいました谷中先生、仁木美知子さん、仁木守さんをはじめ理事・運営委員など関係の方々に改めて感謝し、先人たちが目指そうとしていたものは何なのか見つめなおし、それを共有し、日々の実践に活かし、次代につないでいくことに共に取り組んでいければと思っています。

* 2019 年イタリア地域精神保健研修報告 第 1 回

イタリア地域精神保健視察研修ツアーの歴史

2006 年 9 月第 1 回は、上智大学藤井教授のお力添えのもと谷中理事長を団長に 15 名で実施しました。この時の研修先はヴェローナとトリエステでした。そして 2008 年第 3 回の時、初めてアレッツォが研修先として登場します。きっかけはこのツアーの最重要人物ヴェローナ大学ブルチ教授の著書「コミュニティーメンタルヘルス」です。文中で理想郷と紹介されているアレッツォ、ここを訪れてみたいとブルチ先生にお話すると、ご快諾いただきアレッツォの研修が実現した次第です。

1 トスカーナ州アレッツォ研修

イタリア・トスカーナ州アレッツォは人口 9 万 8000 人でアレッツォ県の県都です。フィレンツェの南約 80km にあり映画「ライフ・イズ・ビューティフル」の舞台となった美しい町です。

アレッツォ研修は、SPDC、青少年グループホーム、精神保健センターと続きますが、今回は SPDC での研修内容をご紹介します。アレッツォの後は隣駅カスティリオーン・フィオレンティーノにある保健の家での研修です。その後、トリエステ・ヴェローナと研修は続きます。継続して掲載を予定しておりますのでご期待ください。

美しいアレッツォの町



1-1 アレッツォ SPDC での研修

SPDC (Servizio Psichiatrico per Diagnose e Cura : 診断と治療のための精神科部門) は総合病院の中にある精神科部門ですが、地域精神保健サービスの一部となっており入院した時点から地域の精神保健センターと連携が図られています。

ミケーレ・トラヴィ精神科医の話

(一部、同席されたダルコ医師:元アレッツォ精神保健局長のコメントが含まれています)

2004 年から SPCD は活動を開始しています。

ここに来られた患者さんは、この来られる前とここに来られて薬を飲んだ後の経過を記録し看護師さんがそれを振り返って、その状況や病状がどの様な事だったかをお互いに理解していく。その様な機会を作っています。勿論ここに来る患者さんは自発的に話ができる方もいるし、あるいは患者さん同士で助け合いながらご自身の経験を語っていただく事もあります。その様な場所です。

症状は繰り返しておこる事があります。でもそれが繰り返される前に予兆となるどの様な症状が起きるのか、それを付きとめていく事、お互いが確認していく事が非常に大切なのです。

家族は時間的な事もあって一緒に来られる事は少ないですけれども、患者さんと話していく中で家族と一緒に話を聞いた方が理解し易いという時にはご家族にも来ていただいて話を更に深めていくという事をしております。1 時間から 1 時間半位かけて 1 つのグループとお話をします。保健省で決められた 10 のテーマ(これはベルトルさんという方が作った)について分割して話を聞いていきます。

SPDC について話をしていきます。この中には 9 床のベッドがあります。人口 20 万人をカバーしており年間 180 名位の利用者がいます。2018 年は強制入院が 25 件ありました。男女は大体同じ位ですが少し男性が多いです。アレッツォ県としては他には民間の病院も無いので、ここが唯一の精神科となります。

Q) 最近は何の様な精神疾患が多いですか？

A) うつ病、精神障害に纏わるネグレクト、パーソナル障害の若者も増えてきています。

Q) 強制入院の方についてですが、以前からフォローされていた方が悪くなって入院されるのですか？

A) 大半が初診の方です。アフリカ系の方が多く東欧の方もいます。若い移民の方が多くみられます。

Q) 患者さんの中の躁うつ病の方で躁状態が長く続く方がいらっしゃると思うのですが、その方々の入院期間を短縮して地域に戻していく方法等は何かございますか？

A) 特別なプログラムを持っているわけではありません。コラム・エ・ビエタというスペイン・バルセロナの医



SPDC があるアレッツォ総合病院



SPDC の案内板



ミケーレ・トラヴィ先生



ダルコ先生

師が考案した医療モデルがありますが国際的にこれが使われていますので、我々はそれを尊重しています。それは午前中にあることについて話をし、午後になると自分で書面に書いてみるという宿題みたいな事をさせていただきます。患者さんにとっては結構大変なことで、医療者も一緒になって進めていきます。この活動の目的はご自身の症状というものを自覚していただくために行っております。この活動をグループで行うことによって飽きが来ない。退屈しないでお互いの経験を考慮しながら進めていくことが出来るのです。そしてその中で自分の症状を理解していきます。グループで行うことが大変重要です。もちろん医者との関係はまだ維持しているわけです。でも新しく医者と話をするターゲットとしても自分自身をよく知っているという事は、対話するときの患者さんにとっては一つのポイントとなります。自分の症状を自覚する事で人生も変わっていきます。

ここ(SPDC)に限定されている医療従事者はおりません。ここで働いている方は全員精神保健センターと兼務です。だから当然センターとの関係がありますので、地域全体の医療従事者や当事者との関係性を持っていて連携して動くことが出来るのです。SPDC の中だけで孤立して働いている訳ではありません。この様に関係性でつながっている中で SPDC に患者さんとして入ってくることになります。ここでひとつ大事な事は SPDC に中で拘束はしないという事です。

Q)実際に拘束した経験は無いですか？

A)数年前に毒キノコのようなものを食べて入院した患者さんがいて何時間も拘束をせざるを得なかった。というお一人の事を覚えています。一般的に拘束は無いという事です。でも身体的に受け入れる(両手でしっかりとハグをするような受け入れ)、この様な事はあります。

Q)薬物療法の中で一番使用頻度の高い薬は何ですか？

A)ベンゾジアゼピンです。他には無いでしょう。

患者さんが納得してご自身で飲んでいただくように進めています。我々受け入れ側が、興奮されている患者さんをどの様に受け入れるかという事について訓練されているからです。これが出来るという事は1970年頃からずっと地域医療のシステムが出来て進められてきたからです。その事がこのような形で治療ができる基礎になっています。

お母さんが子供を抱くように大事に保護するような形で抱きしめる事で、医療従事者と患者さんの間に非常に密接な関係性が生まれることとなります。その事によって治療の面においても非常に効果があります。

Q)地域医療というのは、ザックリ言って見守り、支えあいという様な表現で宜しいのでしょうか？そして投薬の話が出ましたがそれは出来るだけ使わないようにしているという事でしょうか？

A)そうです。その通りです。見守り、支えあうという事で、まさにそれが地域医療と考えています。

これは昔の話ですが、最初に連れてこられた時に扉を壊した患者さんがいました。2度目に連れてこられた時に患者さんはダルコ先生だけを呼んでくれと言い、ダルコ先生が行くとおとなしくなったそうです。これは人間関係を構築しておく事が重要だという事です。僕が患者さんに信頼される事で、地域医療という形が出来てきたと考えています。この患者さんとは1週間前に街中でお会いしました。



研修風景

Q)精神科地域医療のスタッフのトレーニングは大変時間がかかると思うのです。地域の中でトレーニン

グを実施する事で非常に気を使ったり、時間や経費が多く必要になったりすると思うのですが、精神科の地域医療を繋いでいくためのトレーニングシステムはドクター・ナース・その他の職種ではどの様になっているのでしょうか？

A) 大学でかなり条件的な事は学んできていますが、様々な講義や講習を行います。本当は精神保健センターで行いたいのですが場所が無いので、SPDCの1室を借りて行っています。そして様々な現場での実践を積んでもらうという事を行っています。

Q) 国家資格はどの様なものがあるのでしょうか？

A) エデュカトール(educatore:教育者・教育支援者)であれば最低でも大学3年間のコースを卒業する必要があり、一応資格を得ることが出来ます。

Q) 大学の入学希望者は多いのですか？

A) 以前は多くの希望者が入学できたのですが、現在は大学の医学部そのものが精神分野だけではなく人数制限をしています。その事もあり医療従事者が減っているという事が大きな問題です。教育に対して今の政府が非常に冷淡なので医者になる方、看護師になる方などが少なくなっています。

Q) その教育システムが1970年代の改革から、第2世代第3世代と続いてきたと思いますが、ダルコ先生の世代より素晴らしい医療従事者は出てこられましたか？

A) 各世代の有効な経験を我々は遺産として研修で積み上げてきています。そしてその素晴らしい経験を受け継いでいる訳ですが、1つに医療に対する政治の見方が大きく変わってきて経済的に非常に困難な状況にあります。これは精神に対する関心が社会的に低くなってきているという事で、精神医療に対するスティグマが再度現れてくる可能性があります。その様な危険性がある中で我々は今仕事をしています。その中でやらなくてはいけない事、我々はもちろんそれを踏まえたくえで進めてきたわけですが、現状として非常に困難な状況です。

麻薬依存症やアルコール依存症などが精神医療と混同されたような形で社会に伝わっているのも、そのような事で精神医療そのものが社会的には悪者扱いされている。イタリアの薬物利用者は日本では考えられない位で、青年の中では5割6割という話もありますので、本当の意味の精神医療という事の普及が疎かになっているという事なのです。

イタリアでは公的・合法的に薬物を供給した方が良いのではないかという政治的な勢力の人もいて非常に難しい問題です。別の面から言うと犯罪組織から薬物売買を取り上げるという事ですが、薬物が普及してしまうという問題を持っている訳です。

Q) 医療の広域化という話がありましたか？

A) それはオプションとしてで、小さい組織を数多く置いておくよりも広域化すると経費・経済的なメリットがあるという事ですが、広域化は一般医療ではある程度有効に働きますが、精神医療で考えると狭い地域の方がきめ細かに行えると考えています。対象人数が増えると干渉できるレベルが低くなると考えています。

Q) 日本にはハグの文化がありません。ハグはセクシャルハラスメントの疑いが出てくるのですが？

A) 我々はラテン系の文化ですので問題ありませんが、難しい問題ですね。

Q) ミーティングの時のテーマは患者さん一人一人の症状と予兆を明らかにするとおっしゃっていましたが、毎回特定の方の問題を取り上げていくにあたってファシリテーターはお医者さんですか看護師さんですか？

A) 看護師 2 名で進めていきます。患者さんは数名いて患者さんが症状を話し相互の話し合いで進められていきます。終了後看護師は内容をメモして医師に報告し相談をすることになります。法的に言うとプライバシーの観点から病院内での会話は記録してはいけないという法律があるのですが、このメモは医療行為として容認しています。基本的には医師・看護師とも地域医療サービスを担っているのです、相互に綿密な連携を持って行動しています。ヒエラルキーの関係ではなく医師も看護師も働いています。

Q) SPDC で働く医療従事者は精神科の事だけに特化するの難しいのではないのでしょうか？

A) SPDC に来た患者さんが偶々精神科とは違う疾患も持っていた場合、病院内の様々な他の科に連絡をして話し合いをします。これは普通にある事です。逆の場合もあり、他の科に来た患者さんが精神疾患の様な様子が見られた場合に出かけていきますし、救急搬送された場合でも同様に症状がみられる場合には出かけていきます。総合病院として受け入れた患者さんは SPDC としても診断にかかわり、必要があれば SPDC に引き取りますし地域に戻す判断をすることもあります。

Q) 日本では総合病院の精神科は不採算部門で縮小傾向にあります、イタリアでは採算性を考えて精神科を無くすという方向性はありませんか？

A) イタリアの州の場合は 1 万人に 1 床が基本で、場所によっては 0.1 床であったりして非常に少ないです。アレツォの SPDC の場合は 0.4 床位で、更に医療サイドとしては SPDC に留まる時間を少なくする努力をしています。既に最小限にしていると考えているので、更に縮小することは考えていません。

Q) 急性期の治療から短期で地域に戻していく場合にデポ剤の導入・使用率はどの位でしょうか？

A) オランザピンのデポ剤を使用しています。使用後 3 時間の経過観察が必要なため精神保健センターでは対応ができないので、SPDC に来ていただいて対応しています。SPDC でデポ剤使用を始めた患者さんがその後精神保健センターで継続している場合もあります。

Q) デポ剤を使用した医師は効果的なため積極的に使用する場合がありますか、それともリスクがあるため躊躇するのでしょうか？

A) デポ剤は大変有効な手段ですが、積極的に使うのではなく患者さんとの対話とか他の手段を使って患者さんを診ていきます。しかし決してデポ剤を拒否している訳ではありません。患者さんに副作用がない形で対応していますし、デポ剤は患者さん自身がデポ剤を受けたいという希望をした場合に対応しています。

Q) デポ剤には現在 2 週間有効なもの、4 週間のもの、90 日のものがあり、日本は未だ 90 日有効のものは認可されていないのですが、イタリアでは如何ですか？

A) 2 週間のは殆ど使用しません。4 週間か 90 日ですが 90 日有効のものの使用が中心です。4 週間のタイプより 90 日タイプの方が効果はあります。

Q) 日本では 90 日タイプの認可が遅れたことがデポ剤の導入を遅らせる事になった感じがします。

A) SPDC では 10 名位の方に使用実績がありますが、大変効果が良いと感じています。

Q) 精神保健センターを利用する患者さんが使用薬剤により体調変化が出た場合、患者さんが頼るのはセンターですか地域の薬剤師などになりますか？

A) 基本的に精神保健センターになります。デポ剤の場合は特に SPDC の医師とセンターが互いに協力して地域で暮らす患者さんを診ていきます。

1978 年に法律が出来て精神病院の廃止が決まりました。そして精神障害のある方を精神病院に新し

く入院させることが出来なくなり、その方々を全て地域で見なくてはいけないことになりました。その法律が出来たという事は非常に大きなポイントなのです。日本で進まないのは政治的に理解が無いという事で基本的に政治の問題と考えられます。イタリアの地域精神医療というのは精神病院で治療するより効果があるという事を実践の中で得たと考えています。

1978年の法律というものは今まで世界に無かった事を創り出したと考えています。

精神病院の中で治療するのでは患者さんは良くならない。地域で支えていく以外に無いという判断に至った訳です。大事な事は患者さんを放置しないという事です。だから患者さんを病院から地域に出したからと言って放置する訳ではなく医師たち医療従事者が外に出ようという事にしたのです。

ヨーロッパでは1960年代に若者を中心とした革命的な政治活動があり、社会を根底から変えようとする動きがありました。その中に精神医療の改革という事がありました。

患者さんとその家族というのは常に良い治療というものを求めています。我々ほどの様な社会環境下であろうともその要求を実践していかななくてははいけません。これが我々の役目だと考えております。それが精神病院の中であろうが、地域医療であろうが、より良い治療が求められているのです。

有り難うございました。

※2019年イタリア研修報告第1回は以上となります。第2回はアレッツォでの次の訪問地「青少年グループホーム」の報告となります。

* 事務局からのお知らせ



○ 2019年イタリア地域精神保健研修報告に関して

コロナ禍の現在、海外での視察研修実施は大変ハードルが高くなっております。特にイタリアは未だ日本同様大変な状況にあり本年度の実施は難しい状況であると言わざるを得ません。そこで紙面にて昨年度の研修を再現させて頂く事にしました。昨年ご参加いただいた皆様の思い出しに、過去ご参加いただいた皆様には最新の情報として、これからご検討の皆様には事前情報としてご覧いただけると幸いです。

○ 9月号原稿のお願い

会員の皆様、コロナ禍等により各地で今までにない取り組みが始まっているのではないのでしょうか？その取り組み、全国の仲間と共有してみませんか？原稿内容や文字数は問いませんので是非ご寄稿ください。お待ちしております。



— 編集後記 —

藍田さん、お忙しいところ執筆いただきありがとうございます。八月が終わろうとしているのに、毎日が酷暑で身体も気持ちも折れてしまいそうです。皆さんは、いかがお過ごしでしょうか。コロナウィルスと向かい合って生活をするようになってから半年が過ぎ、当初は窮屈に思っていた生活にも徐々に慣れ、行動範囲が狭くなった分、生活している地域に改めて目を向ける機会となってきました。仁木美知子さんが「ピンチは、チャンスですよ！」と、仰っていたことを思いだして、できる範囲で新たな活動をはじめています。

(m.shiida)

特定非営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会 TEL090-1811-7119