
講師:安齋三郎先生 プロフィール

略歴

昭和 34 年 横浜市立大学医学部卒業後

同大精神医学教室勤務

昭和 46 年 大和市に精神科安齋医院を開設

精神障害者の在宅医療、訪問診療、産業療法など

先進的な活動を続けている

最近の著書

分裂病を生きる 日本理論社

分裂病のこころ " "

ほか多数

Dr.安齋:

(Dr. = Doctor)

ご紹介いただきました安齋です。私が開院いたしましてから 30 年以上経ちました。最近では講演とか頼まれるとだいたい全部断っているのですが、今回は川崎の方からご依頼を受けました。川崎市といいますと私が開業した当時も患者さんに随分来ていただきました。

当時、F さん、まだ娘さんが私の所にお出でになっていますけど、恐らく会が出来るところ私も関わらせていただいたりしたものですから、今回お声を掛けていただきまして私の経験からお話しをさせていたきたいと思って参りました。

皆さんのお役に立てるようお話しができるか分かりませんが、始めたいと思います。



「1」 在宅医療の基本的な考え

考えてみますと、私が開業した当時、精神科のクリニックが殆ど無かったですね。神奈川県でも殆ど無くて私の所の周りは病院だけでした。分裂病と言われる患者さんたちの治療は発病すると殆ど入院します。病院に行きますと何十年となく入院している人がいます。そして退院すると病院に通うというのが大変な患者さんもいますね。私どもにお出でになって外来で治療していたのですが、なかなかうまくいなくてまた再入院してしまうという状態でした。私のクリニックでは、いわば在宅治療を行ってききましたが、クリニックでは維持できないような状態ばかりが出てきたのです。



私が開業したのは昭和 46 年です。昭和 48 年頃からデイケアをやりました。当時、デイケアは国立精研とかで始められ川崎市は先進的だったですね。岡上先生という方がおられまして施設を作られ、そこでデイケアを行われました。岡上先生なんかの働きかけで、当時の保健所に現在も続いている生活指導教室「保健所デイケア」というのがやっと始まったばかりの時代です。病院でも健康保険でデイケアの点数が全く無かったんですね。

私ども患者さんを集めてデイケアに似たようなことを始めても保険では請求できないという状態でした。それが現在まで長く続き、私どももそういう状態の中でずっと続けてきました。

現在、クリニックは全国で 3,000 件くらいあるそうです。病院もほうぼうに出来て、一見色んな施設やデイケアの施設もほうぼうに出来、作業所や援護寮とかグループホームといった福祉的な施設が出来てきました。見かけ上は、分裂病患者さんのケアは非常に進んだように見えます。しかし、その当時と比べて考えてみますと病院や入院の状況はぜんぜん変わらないんですよ。不思議なことですが、クリニックが沢山出来て本当ならそんな所で分裂病の患者さんを診て在宅でケアをすれば入院患者さんが減るはずなのですが、全然変わらない。



長期入院者は世界的にも日本は遥かに高く、300 ~ 400 日を超えるような状態ですね。

病院が常に満床なのは当時と変わらないのです。私どものクリニックでは、緊急に入院したいという患者さんがおられても、なかなか入院させられないという状態です。



一方、地域でクリニックが出来て福祉的な施設が出来たにも関わらず、病院の状況がぜんぜん変わらない。だから分裂病患者さんの治療というのは基本的にはぜんぜん変わっていないんですよ。またクリニックでは分裂病を一生懸命診ているとい

う先生方はそんなに多くないようです。最近の色んな思春期の病いとか、うつ病であるとか、精神科の病気は広いですからそんな患者さんを診ている訳でして、慢性で非常に手がかかる分裂病の患者さんも一生懸命診ようというクリニックはそんなに多くないと思います。全体としてみると、クリニックが増えて施設が増えて支出は増えたけれども医療の状態は変わらないというのが現状ですが、どうしてそうなったかということです。

私も診療してしまして常に考えさせられることなんですね。何故そうなったかは私がここで簡単にお話しできないことなのですが、皆さま方も考えてみななければいけないことだろうと思います。私は医療の立場の人も充分反省しなければならないことだと思いますが、特に皆さん方、患者さんのほうも考えなければならない。

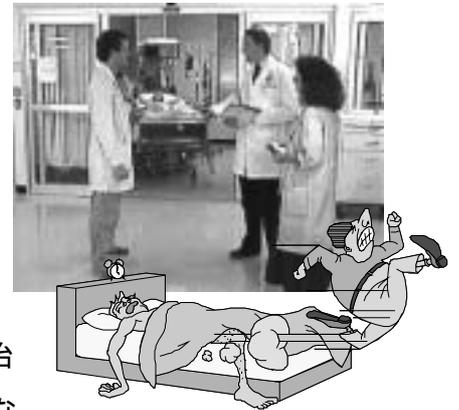
何故そうなったのか。1 つは、家族の方々にも入院といいますが、病院に対する依存というのか、



治療は「入院である」とか、病気を治すところは「病院である」という考え方が強いと思います。これは一般の人もそうですね。「病気なら入院しなさい、治ったら働きなさい」と。ところが分裂病の病気は入院してもなかなか治らないですね。基本的に「病気を治す」という考えを改めないで大変だろうと思います。これを私がいつも考えていることなのです。どういうふうに改めていくか難しいところですが。

同時に医療側もクリニックを開業なさせて、病院側の治療をそのまま持ってきてクリニック治療されたのでは駄目なんですね。もっと違った在宅ケアが大切ですが、実際には、患者さんが家族と生活しながら治していく方法に対する認識は、医療側も乏しいです。また家族の方々も何かあると入院という方向にいきがちである。行政や地域もそうですね。このようなことが大きな原因の一つだと思います。

もう一つは、例えば医療側の問題ですが、医療のほうで在宅でケアする技術が非常に不足している。患者さんを診てちょっと不安になると「入院」とお医者さんの方から言う。さっき訪問というお話しが出てましたが、訪問の技術が無いのです。訪問を家族会でなされていることに關心したのですが、訪問したときに患者さんにどう接するかとか、基本的な生活の問題とか、家族の關係とか、そのようなことをもう少しお医者さんたちが關心を持って患者さんを診るという技術が医療側の課題です。お医者さんが訪問しても診察室で言うようなことと同じようなことを患者さんに聞いたりしておられると思いますが、そういうことと離れた在宅の治療が本当は重要です。しかし、未だそこに目がいかないのが大きな原因だという気が致します。



先ほど会長さんからもお話しがありましたが、閉じこもりの方が多くなっていくということですね。発病すると入院する、退院して家に帰ってきてもデイケアとかあるのですが、患者さんが行かない。何で行かないのか様々な理由があるのでしょうか。

在宅になると生活が不規則になって治療も怠りがちになったりすると、結局、再入院。この繰り返しになり昔と同じことが行われてしまいます。ただ入院に結び付けますと、こういう病気は昔と同じような悪循環に陥ってしまうというようなことだと思います。

きょうはそれをどう変えるかという難しい問題を考えてみたいと思います。まず家族の方々をお願いしたいことと申すのは、患者さんを入院させるとか治すということではなく、家に患者さんを受け入れて「患者さんと一緒に生活する」という気持ちになる。それから、入院は病状が悪ければ仕方ありませんが「安易に入院に走らないようにする」ことが非常に重要だと思います。

そこで、色んな問題に対応しなければならないことが一連的に出てきますね。患者さんが病気のこととか家族のこととか、問題を投げかけたりトラブルになったり、色んなことが起こると思います。

患者さんの症状や訴えにどう対応するか、或いは一日家にべったりの不規則な生活にどう対応するかというようなことは簡単に解決できませんが、そういうものが出てきて初めて我々医師は、どういう風にしたら良いかと真剣に考える機会が出てくるんですね。

お話しがレジメ通りにいかなくて混乱するかもしれませんが、先ず基本的な考えというのは、病気を治すという考え方を改めること、病気を治癒するという昔の考え方を改めるべきだと思いますね。慢性の病気というのは簡単に治癒しないわけですから、治すというよりも、患者さんと生活を通して、病気を持ちながら一緒に生活していく、その過程で患者さんがだんだん生活に適應して、自分の病気のことも理解しだんだん悟るようになり、薬を飲まなければならないとか或いは生活規則を確保しなければ病気が悪くなるという気持ちが出てきます。

慢性の疾患はみなそうですね。生活に非常に深く関係していますから、だんだん気がついてきて、そして家族の方も病気のことを(このような会で、先生方が病気の症状とか経過とか色々なお話をされていると思いますけど)理解してきますね。

分裂病という病気は、ちゃんと自分で薬を飲んできちんとした生活を送れるようになれば決して恐い病気ではないと私は思っているんです。自分でちゃんと薬を飲んで自分で治そうと思ったりすれば何ともない病気です。

別にこの病気の為に死ぬということではありませんね。ただ分裂病の方は、自殺とか色々な意味で普通の人よりも平均寿命は非常に短いんですね。自殺する率は一般の人の 20 倍くらいあると言われています。普通の人よりも短命、結果的にそうなるわけです。それから、この病気を持っておられる方の経済的負担も大きいというのがあります。オーストラリアの調査だったと思いますが、心臓病、いわゆる狭心症のような虚血性心疾患の病気になった人が、発病してからその後の経過と、分裂病を発病した人との経済的社会的な費用を比べると、分裂病のほうが大きくて社会的損失が非常に大きいのだそうです。それは一人の人間が働けない、働かないで生活していくということとその人のケアやいろいろな面で掛かる費用、医療費含めて普通の病気よりも非常に大きいという結果が出たんです。入院費その他含めて家族の負担は非常に大きいと思いますが、それを少なくする方法はやはり先ほど申しましたように、一緒に生活をして患者さんの能力を少しでも活かしていくことだと思います。



例えば、私の所に来る患者さんでお年寄りと一緒に生活している方もいるんです。かなり高齢のお母様とか、そういう患者さんはけっこう優しくって家事をしたり買物など簡単なこともしたり言われればやりますね。だから能力的にはある程度あるわけです。ただそれを活かさないとか出来ないところは、患者さんだけの責任かどうかということですね。活かす方法を知らないのかと言われれば、我々もそこまで患者さんの能力を知らないためにそういう結果にもなります。

しかし、お年寄りと一緒に生活している方を見ますと、閉じこもっているように見えますが、家事や

お年寄りの話し相手になったり。お年寄り一人でいるということはある意味で危険ですし、またヘルパーさんに来て貰ったらお金は掛かりますね(笑い)。

そういう身内の患者さんがいたら、老人の方と分裂病の患者さんが一緒に生活することは、私は非常に良いことだと思っています。現にそういう方も私の所には大勢いらっしゃいます。親御さんが亡くなられたあと、ご兄弟と一緒に暮らされたりしている方もおられますけど、出来るだけ家族というものをもう一度見直すことも大切だと思います。

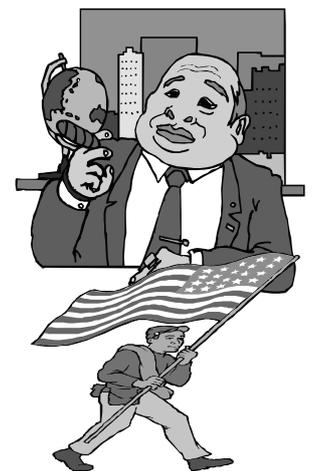
今、日本の社会は家族がだんだん小さくなって核家族ですね。お母さんもお父さんも働いて患者さんが一人。そうすると患者さんも働かないのは可らしいみたいな状況に追い込まれていますね。

病院というものは何故出来たかと申しますと、18世紀後半、産業革命が起こりまして、いわゆる家内工業が起こります。今でも農家などはそうですね。自分の家で仕事をして大家族で生活していたのです。ところが産業革命が起こり、工場に行って働く工場労働者が増えてきます。すると、そういう人たちが田舎から出てきて都会に急激に集まり、例えばスラム街などで色々な疫病が発生してきます。伝染病などはその頃からです。

集団で人間が集まってくると伝染病になってしまう、そういう人たちをケアするために病院が出来ました。伝染病を予防するために公衆衛生とか学問も出てきました。一方において、そういう人たちが病人になったときには、とにかく収容するために病院を作るということになり、病気になった人は働かせられないから収容して、病気を治したらまた働かせると。

19世紀～20世紀にかけて病院がどんどん出来てきて大都市周辺に大型化してきました。今でもそうです。会社には診断書を持って「病気だから休みます」と言って、「治ったら出勤します」ということですね。

分裂病も今までずっと同じく扱われてきたのです。でもそうじゃないですね、このような病気は、ところが20世紀後半になってから急性疾患というのが無くなってきて慢性疾患になってくると、それではカタがつかなくなってきます。



もう一つは1970年代ころから1980年代ころ、アメリカで始まった「ノーマライゼーション」です。障害者でも一般の人と同じような生活をする権利というものを要求する社会が出てきました。それは日本でも言われましたね。国際障害者年というのがありまして、日本では最近国会で、ある程度の機能を入れるには障害者がアクセスしやすい方法にしなければいけないという法律が出来るとか出来ないとかというのが新聞に出ていますけど。

アメリカでは1990年、【障害を持つアメリカ人に関する法律】というのが出来たんです。その法律によりますと、精神障害者を含めて障害者の人たちを一般の人と差別してはいけないと述べているのです。ところが日本での精神障害者はどうでしょうか。例えば、障害者雇用促進法の中の何条か

な？(笑い)。3%雇用枠に入れてもらえないわけです。それは皆さん方が運動して入れてもらうようにされることが重要で、私などが言っても駄目でしたけどね(笑い)。

私の所でも合併症を持った分裂病の患者さんたちが何人かおられますが、そういう人たちは、例えば難聴の障害を持ちながら分裂病だったりする。そういう人は分裂病ではなくて難聴ということで障害者枠で雇用してもらえますし、ちゃんと雇用されて働いているんです。ところが分裂病だけと言うと雇わない或いは働けないということになりますね。このような問題は山とあります。

話しは飛びましたが、病院とか施設は 19 世紀～20 世紀初頭からいくつもあったのです。私は病院から離れて 30 年以上、割と小さなクリニックだけで診療して病院には殆ど行ったことはないのですが、たまに病院の前を通ると、でっかい病院でその中では大勢の人が働いているわけですね。病院が必要なかもしれませんが、あれが全て医療費で出来ていると思うと恐ろしくなります。そのような巨大病院がほうぼうにあるのですからね。

実際に患者さんのケアに回される医療費はほんの小額で、殆どは構造物とかそこで働く人たち、お医者さんたちの給料とかに持っていかれちゃいます。またそれらがどんどん高騰していくのです。これはどういうことかと言うと、19 世紀～20 世紀の産業革命や、日本では高度経済成長で、産業がどんどん発達して利益が上がってきてその利益の中からこのシステムが成り立ってきたんですね。ところが最近では利益が上がらなくなってきた。そうすると、そういう病院はどうするか重大な問題になってきました。



一方、人々の意識は、「病気は治癒しなければならない」、「治すためには入院させなければ駄目だ」、「病気の具合が悪いと入院させたほうが良い」ということになる。このような状況に差し迫っているのです。

私など「入院させないようにする医療」と良く言っています。こんなこと言うと病院の先生から怒られちゃいますが、「分裂病の患者さんは入院させなくても治せるんだ、入院させたらもう駄目なんだ、入院させたら治り難くなってくる」ということです。

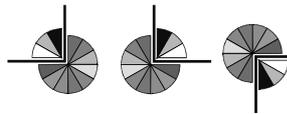
入院という従来の施設型医療は、病院型の医療と呼んでいます。施設型思考ですね。例えば私の住んでいる大和市では、市町村に精神衛生の機能の殆どが 4 月 1 日から下りる筈です。障害者手帳とか福祉に関する事業、また相談というのは市町村が担当することになります。そうすると市町村で支援センターを作ろうということになります。

川崎市にも色々ありますね。私もその話を聞いたとき、「絶対重複した機能を持たせたら駄目だ」と申しました。重複した機能というのは宿泊機能です。それは病院があるんだから支援センターに宿泊なんていうのは必要ないんだということです。支援センターは、宿泊しないで「家族と一緒に



暮らせるように支援する'のが支援センターです。また、飯を食わせるって言うんですが私は「給食なんかはするな」と申しました。'自分で飯を食べるように支援する'のが支援センターですね。ところが支援センターが出来ることになると、やっぱり施設型なんです。要するに、24時間の宿泊施設、昼飯の給食サービスをするというのです。肝心の訪問事業は、会長さんが言う「困っている人に行ってあげなさい」ということですが、色んな生活に関する相談(もちろんやるでしょうが)は、どちらかというと「付け足し」になるわけです。だからまだ施設型の思考が強いです。

私らの思考はそうではないですね。在宅医療というものは、「地域による、施設による、家族と共に暮らす医療、そして入院しない医療」そういうものを考えていますし大切であると言っています。



「2」 知られざる分裂病患者の心

皆様のご家族に分裂病の患者さんがおられる方が多いと思いますが、患者さんが実際どんなことを考えているかというのはお分かりでしょうか？

こんな質問は失礼ですけれども、患者さんがどんなことを考えて生活しているかお分かりになるでしょうか？ 私は多少分かる部分もありますが、分裂病の病気は基本的には思考といいますが、考えることが上手に出来なくなる病気なんですね。そうすると自分の考えを他人に上手に伝えられなくなって話せなくなります。

自分の感情を他人にうまく表現できなくなる。またそれを患者さんも分かるんですね。そこに苛立ちがあって不安があります。自分がどういう風に周りに受け止められているかという不安というものが出てきます。



だけど患者さんの一番の問題というのは、「直感的・直接的認識」といいますが、誰かと話しているとき相手の言ったものに圧倒され答弁できなくなっちゃうんですね。自分の意見を言えなくなります。そうすると不安と同時に、自分がどう受け取られているかという不安、人と接することに対する不安、恐怖が出てきます。

閉じこもりは、自分が好んで閉じこもっているわけではないですね。閉じこもりというとは何か悪いことをしているように周りは思います。また家族の人も「何してるの?」とか、或いは患者に会えば文句を言う、そんな関係になりがちですね。そうじゃない場合もありますけれども、患者さんの気持ちを理解してあげなくてはならないと思います。

通常理解というものとは違う難しい面もありますが、そこがまず大切ですね。患者さんはそういうことを言いませんから、回りの人は患者さんが何を考えているか良く分からない方が多いと思うのです。そういう意味で【知られざる分裂病患者の心】と書きました。

病気の多少悪いときは、それに加えて色んな病気の現象、例えば幻聴といった思考、幻聴というのは一種の思考の困難、錯誤というものですから、自分の考えたものが起こってきます。本当なら

いって、はっきりした分裂病にならない前に、発病期に治療して発病を予防することです。

それから早期発見、早期治療がありますね。訪問とか救急医療とか、病気が始まったときに早期に発見して治療することと慢性化を防ぐこと、病気が長引いてそのために社会的には悪くなったりするのを防ぐのを『第二次予防』と言います。『第三次予防』というのは病気が慢性化して長い間入院したりしている人たちを社会復帰させるための活動のことをいいます。

日本では今、第三次予防というものが中心になって、第一次予防、第二次予防というのは殆ど行われていないと思います。第二次予防は救急医療に該当します。救急医療というのは日本では、ただ入院させるだけのためのものですね。さっき私が言ったように、発病したての患者さんは非常に不安と混乱と、夜も眠れないで幻聴で恐怖に陥っていたり、或いは身体の異常で自分でも表現出来ないような現象が身体や心の中に起こっているのに、それを病院の中に入れて孤立させて、暴れたりすると保護室に入れ拘束したりすると、患者さんは決定的に傷ついちゃうんです。

私はそういうことが今まで非常にまずかったと思っています。それが今では慢性化となって、第一次、第二次を対応しないまま、いきなり第三次予防だけになっているわけです。それで日本は他のことができない状態になっていますが、これが決定的な要素ですね。

再発の時もそうです。薬を飲まなかったり具合が悪くなったりすると、「どういう風な気持ちになったの？」と聞くのではなくて、「何故飲まなかったのか」、「飲ませるにはどうしたらいいか」を聞き、それに対して家族がどう対応して家族の一員として受け入れて治療していく。そういうことによって入院させないで症状が落ち着く。このようにすればその人が入院することによって受ける精神的・心的な代償を免れることができます。予後という病気が社会復帰に対する適応能力を失わないですむわけです。



このように、先ず家族の方が患者さんを受け入れて一緒に生活するという。できるだけ入院させないように、入院させないという気持ちを持つこと。治癒させよう、完全に治そうという考えを持たないで、病気と一緒に生活していく、それに家族も協力していく。

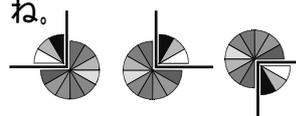
患者さんの気持ち、患者さんが何を考えているかということ常日ごろ患者さんと接するようにして理解を深め合う。

例えば「誉めてあげる」ことは重要です。私どもも訪問していますが、看護婦さんには訪問するとき「患者さんを誉めてきてください、どんなことでも良いから誉めてください。怖いことなんかありませんので」(爆笑)。なんてね。家族の人と話すと、始めから患者さんの悪口、悪口じゃないでしょうけど(笑い)、困ってることを延々と話されるんだけど、そうじゃなくて薬を飲んでたらそれだけでも良いんです。「薬をちゃんと飲んでるのは偉いね」と言ってあげる。私が患者さんに良く話すことですが、「普通の人で、お医者さんに行って薬をちゃんと飲んでる人は余りいないよ、医者から貰った薬をちゃんと飲んでた人は世の中にいないんだからね。あんたは偉い、あんたは大したものだ」と誉めると

いうことです。

私は患者さんと話するとき、直接的に病気の話をししないで雑談をします。診察というと、「どうですか、何か聞こえますか」とか言われますと(爆笑)。患者さんが言いたくないようなことですね。それからずっと前のこととか、もう忘れたいようなことを聞かれると困りますね。私は患者さんに言われたことがあります。「先生、そんなこと聞かないでくれ、そんなこと思い出すと苦しくなる、昔のことは言わないでくれ」と(笑い)。ところが医者に行くと根掘り葉掘り昔のことを聞かれますね。「小さいときはどうか」とか「前の病院ではどうだった?」とかね(爆笑)。私は絶対そういうことは聞かないんです。患者さんは心を許して、この人には話しても良いと思ったり信頼出来るなどという人には、絶対うるさいくらい色々な質問なり相談してきます。患者さんはそれを困っているし、自分でも悩んでいるのです。自分で悩んでいることを言ってもらうようにしなくてはいけないけど、言わせないようにしてしまっているんですね。ガーッと言ったら、患者さんはそれでグッと何も言わなくなります。患者さんは直感的に非常に鋭いところがありますね。

恐そうな人から、何かいけないと言われると、「この人は怖い人だ」とその人への認識感が成立してしまう。そうなったらその人の前に行っても口きかない(笑い)。難しいけれどもそういうところですね。



「3」 分裂病患者の心の傷つき易さと壊れ易さ (保護する ひきこもり)



次に書きましたのは、患者さんの今の問題と関係しますが、何故閉じこもっているかということです。患者さんが好んで閉じこもっているわけではないというのは、ある程度お分かりいただけるかと思いますが、作業所とかデイケアとかありながらなかなか患者さんが行きたいという所が無いんですよ。そこに行って安心できる、行って面白いとか、行って自分の気持ちが救われるとか、そういう所がなかなか無いんです。それは我々のほうの責任でもあるわけです。そういう場所を作らなければいけない。

私のほうもクリニックの会というのがあるんですね。時々学会みたいな会をやりますが、去年は九州でやりました。私は出なかったんですが、その時に、西園先生の講演があったんですね。ご存知の方も多いと思いますが、その講演集を後で読んでみたのですが、最後のところに台北医科大学というのがあるんですが、その大学に林(リン)先生がいらっしゃいます。カナダのヴァンクーヴァーのUCLAにいた方で、日本におきましてWHOの精神保健の委員長をなさっていますが、その先生のおられた大学に、職員研修施設というのがあります。研修を受ける職員は精神科だけではありませんが、その施設の入り口には、シールズ(Seals = 印・刻印)というのが書いてあります。職員の暗黙の約束事ですね。

心に留めておくべき事柄、職員の心にハンコを押して留めておくべき‘シールズ’として、先ず『スマイル』、笑うというのではなくて患者さんに接したときは常に微笑みを忘れるなどということです。患

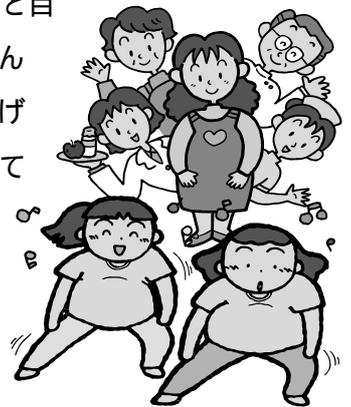


者さんに対していつも固い顔して接するのではなくて、家族の人のスマイル(笑い)。お笑いになる方もいらっしゃいますが、患者さんに対してはどうしてもきつくなるなんてね。(爆笑)。

も一つはね、何だったかな(笑い)。「アイ・コンタクト」患者さんの目を見て話しすること。ちゃんと患者さんと目を合わせて話しをする。そして患者さんと目が合ったら微笑む。視線が合ったら微笑んであげる。話すときは目を合わせながら、その人の気持ちを込めて話しをする。

それから必ず患者さんと話しかけるときは「性」ファミリーネームで呼びかける。「さん」という風にちゃんと敬語をつける。親子の間でさんと呼びにくいですが、でもそういうニュアンスを伝える、優しさを伝えるんですね。それが大切です。必ずさん、くんと。

私の所でも職員にはデイケアを使うに当たって、患者さんの視線が合ったときの微笑み、常に笑顔を忘れない、患者さんと視線が合ったら微笑みましょう、それからちゃんと目を見て話しをしよう。患者さんと呼ぶときは必ず性に敬語をつけて、さんと呼ぼう。も一つ、サービスをするときは真心を込めて。患者さんにしてあげるときは腹の中で「このやろう！」と思っていると患者さんには直ぐに分かってしまいます(爆笑)。真心を込めて患者さんと接するというのがあります。で、デイケアの部屋に書いて、職員だけではなくて患者さんの人間関係にも、職員同士にも推奨しています。



私の所では、職員の方をお願いしているのは、決して上下関係になるなどと言っています。患者さんと対等です。私は絶対白衣を着ない。開院してから一度も白衣を着たことが無いんです。ジーパンを着たりしていつもデイケアの中に行っているんですね。そして気楽に話します。

上下関係で話さない。医者对患者、看護婦对患者ではないんですね。私の所に出勤してくると、常に一日中、患者さんと過ごすんです。飯を食うときも患者さんと。看護婦が患者に文句を言われているのです(爆笑)。この間は患者さんが食器を洗うとき看護婦さんが歯なんか磨いてると、患者さんに「看護婦さん、そこで歯を磨いちゃいけませんよ」と叱られているんです。「あっちでやって下さい」なんて言われて看護婦さん「はい、はい」(爆笑)。

患者さんが閉じこもっているというのは何か理由があるんですね。今言ったように行くところにそのような配慮というのが必要なんだけど、なかなかそんな配慮のあるデイケアとか或いは作業所とかが無いんじゃないかと思います。本当はそういった配慮をしないといけないし、その教育が大切ですね。

だいたいお医者さんとか看護婦さんは病気の勉強はしてくるけど、病気の勉強はマイナス面の勉強ですね。病気の症状、患者さんを診るのも悪いところを診るものですから、患者さんの良いところをなかなか見れない。それではいけないんですね。発想の転換をする。それが私がさっき申し上げた改革医療、患者さんと一緒に過ごす医療だと思います。



家族と一緒に生活して行って、地域で病気を治していく医療、その為の地域はまだ未成熟ですが、現在の施設医療は問題ですね。施設医療とか言うとうちでも金がかかって、職員にとっても金がかかる。患者さんところに行く金はほんの少ししかない。そういう医療ではなくてもっと患者さんのところにうんとお金が行って余分な所にお金が掛からないような医療、そういうことを医者が行える技術を育てなければいけない。私が日ごろ言い続けているのですが、なかなか具体的にはそうならない。それをこれから皆さんと考えていかなければならない。

また、患者さんが行く場所が無い、働く所が無い。働くことは健康な人と同じでなくても良いんです。例えば障害者がいる所などでは実際に働くという作業所ですね。そこでは患者さんが満足にいくような収入を得られない。ある程度患者さんが満足いくように、本当は作業所がその役割を演じなければいけないんですね。

イギリスに「レンプロイ」という障害者の全国的な雇用組織があります。そこでは精神障害者も働いているそうですね。通常の基本的最低賃金が保障されていますし、患者さんは税金もちゃんと払っているタックス・ペイヤー (Tax Payer = 納税者) です。

私は患者さんが働く所は、作業所であろうが何であっても低賃金ではいけない、ある程度収入を与える。患者さんはタックス・コンシューマ (Tax Consumer = 税の消費者) ではなくて、タックス・ペイヤー (Tax Payer) にしてあげる、税金を払う側にしてあげなくてはならないと

思っています。それには大変な努力が必要だと思います。



イギリスにはそのような全国組織があって、病院の中には通常の作業療法ではなくて、産業療法 (インダストリアル・セラピー = Industrial therapy) と言われているものがあります。それは通常の工場の仕事を、精神病院の中で持って来て通常の工場と同じような仕事をするわけです。健康な人と同じ程には出来ませんが、それでもある程度の給料は保証されるというのです。仕事を供給するシステムがちゃんとあるんですね。世の中にある仕事は全て健康な人が全部やってしまうというシステムではいけないと思っています。患者さんなり、障害者が出来る仕事がいっぱいあるわけです。ワークシェアリング (Work Sharing) ではないけれども、障害者が出来る仕事は障害者へ、開発は開発の能力のある人、一般の人が出来る仕事は一般の人というように、社会の中で機能的役割を果たしていく。その機能的役割の中で、健康な人も障害者の人も一緒に働いて生きていける。そういうシステムが必要だと思います。日本の場合には、ただ補助金を出してそこでは何をやっても良いし、どこか遊びに行っちゃうとか、それに近いような所があるわけですね。

これからは患者さんの仕事というものを収入を上げる普通の仕事として真剣に考えていかなければならないと思います。患者さんにお金が入ると言うことは、患者さんの能力が増えたことになるんですね。患者さんは今何もやっていないと無能力者みたいに見えるけど、作業所で2万でも3万円



でもお金が貰えれば、その分だけ患者さんの能力が高まってきます。だから、具体的に駆け足が早くなったとか、仕事がどんどん早く出来るという能力だけではなく、社会的能力というような総合的能力を増やすようなシステムが無いといけないと思います。それが無いから患者さんは、あんな所に行ってもつままないとなると思うんです。

また対人関係、先ほど申しました微笑、そして優しい気持ちを伝える。患者さんというのは、すごく気を使いますし直感が鋭いですね。何かちょっと言われたりすると、それがその人の作業所なりに対する認識度を支配してしまいます。ですから常に患者さんの傷つき壊れ易い過敏なところに、ある程度気を使ってそれに対する対応が出来るような施設を作らないといけないと思います。

それが無いので、閉じこもりになる大きな原因ですね。訪問してあげて良くなって、外に出てこれたという人もだいぶ多くなってきたというお話も伺っておりますが、訪問することも大切な要因です。それによって人間関係も変わってきます。訪問したときは必ず誉めてあげて優しい気持ちを伝え一緒に行動してあげます。外に散歩に一緒に出たり、喫茶店に行ってみたりということが大切です。何か特別のことをしなくても良いんですね。患者さんが気持ちを伝えられるように一緒に行動する。

精神科の患者さんは、身体が病気の人と違って、身体は自由に動くわけですが心が動かない。動かないんですが、外からは見えないから動かそうとしてもなかなか難しいわけです。患者さんの心を掴まなければ動かすことが出来ない。そういう点が難しいのです。閉じこもりや全てを解決するのは難しいと思いますけどね。



「4」 家族生活と社会生活

次に、これからの家族がどうなるかということも重大な問題ですね。今のように核家族化していますし、東京は4割が単身世帯ということだそうですね。この辺もそういう傾向が強いようです。私の周りもワンルームマンションが増えて単身者が多く、結婚しない人とか、どんどん増えていますね。子供を持たない夫婦、子供がいても両親とも働いているとか、両親とも働いていると病気の子を面倒みれないとかで入院や施設型に入ってしまう。一つの問題は、家族というものをどう考えていくかとういのがこれからの問題だと思います。

患者さんをケアする場合に、自分たちの患者さんをどういうふうにして多様な家族の中で一緒に生活して暮らしていけるか、夫々働いて患者さんも外に出てやっていく生活を考えていかなければならないのではないかと思います。

患者さんの治療をするということは、逆に言えば家族の方の家族観を反映してくると思いますね。患者さんを受け入れて、働いていても一緒に暮らす、そういう人もいるかもしれないし、或いはグル

ープホームに入れて親から離して自立させていくこともあるでしょう。家族の方は患者さんの自立ということを非常に望まれますね。自立させたい、親から離して一人で生活させたい。家族の方々の夫々のお考えですが、自立するということが非常に難しい現在の社会ですね。そうすると結果として入院とか施設型に陥ってしまい、最終的には家族の負担になってしまうということになりかねないですね。

私の所に来ている患者さんには「なるべく一緒に暮らすようにして下さい」「自分一人で暮らすのではなくて、患者さんと一緒に暮らしたほうが心強いですよ」と言っています。

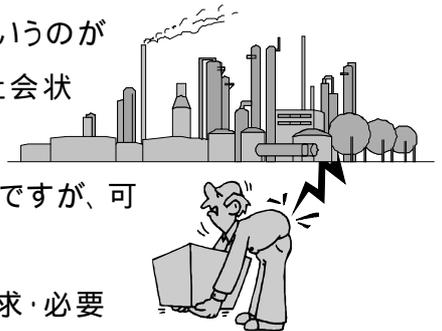
世の中の動きがこうふうになってくれば必然的にそうなるのかもしれませんが、古い医療を抱えた大量生産の産業社会から、もっと家族単位のゆとりがあってお互いに助け合って障害者と共に生活していけるような社会を目指すのであれば、家族生活というものもこれから考えていかなければならないと思うわけです。

社会がこれからどう変わるか分かりませんが、従来型の社会が行き詰まっているのは明らかですね。これから益々不景気になってきて、日本も大量生産型から生産しなくなって失業者が増え、患者さんが社会参加する機会が益々減ってくるし会社に勤めるというのが益々難しくなります。今でも不可能に近いような社会ですね。そんな社会状況の中でも、中にはベンチャーで患者さんを集めて、患者さんが働いて会社を作って、患者さんにペイ(Pay = 支払い)したというのもあるようですが、可能であれば非常に素晴らしいと思います。

私の所でも、デイケアは年齢層によって患者さんのニーズ(need = 要求・必要性)が違ってきますね。若い人は、就職とか結婚したいとかの希望を持っていますが、従来型の医療をしていると、発病してから病気が落ちつくまで 10 年くらい経っちゃうんですね。大体年齢が 30 代、まごまごすると 40 代になっていますから、就労は難しい。しかし現状のそういう所では患者さんは満足しない。

私の所ではイギリスの産業療法を真似しまして、工場から直接仕事を取って、デイケアに来る就職できない人たちも、ある程度年齢に達していて、ある程度のお金をきちんと稼ぐ人たち、年金はどちらかと言うと生活費に捉えて、小遣いくらいを稼ぐ人たちを対照に、生活費は足りないくらいだと怒られちゃいますが(笑)、自分で稼いだお金で何かを買いたいし、喫茶店に行ったり、自分の趣味を持ったりしたいという希望を持っていますから、そういう人たちの為に工場から直接、材料をトラックに運んでいただいて、うちで梱包作業を援助してあげる。そういう人たちは良く働きます。だいたい良く働く人は月に 4~5 万円給料をもらえるんです。やった収入は全部患者さんに還元されます。患者さんが働いた分は全て貰えるわけです。うちで作ったものは直ぐ市場に出ます。そうしますと、社会生活の原理というものがダイレクトに起こるんです。

例えば、納期というのがありますね。社会ではいつまでもこの仕事をやってて良いというわけで

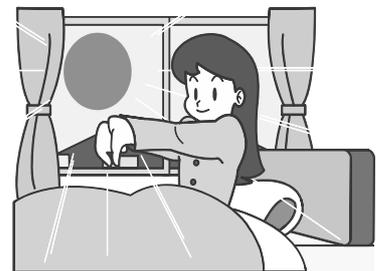


は絶対ないですね。いついつまでに納品する。絶対にミスは許されない。ミスをすると全部返品されます(笑い)。絶対ミスを無くす。それにある程度の仕事をしないと競争に勝てない、それは当然ですね。少しばかり仕事していても駄目です。

ある工場の工程の作業を見ますと、3 トン分のトラックで材料を運んでくるんです。それをうちで職員と一緒に仕事するわけです。最終的に梱包して市場に出す。自分たちが作ったものは直ぐスーパーなんかに出されて、「ああ、これは俺が作ったのか」と見れます。そういうことを考えていくべきだと思います。場所とかありますが、ある程度の能率で、ある程度の量の作業をすれば必ず仕事があるし、競争に勝てるわけです。それは何故かという他より安くやれるからです。

例えば、私の所では 30～40 人くらいいますが、会社で 30～40 人を雇って、働く場の建物を建てて、機械を入れて、土地も必要ですね。そうしてやるのと、私の所のように、既に建物があって、ある程度基礎的な機械は投資をしましたが、そういう施設があってある程度労働能力がある人が 40 人揃っていて、納期内にお宅の工場で作るより安くやりますよということになれば、必ず仕事があります。

実際に、私の所では仕事が切れたことはありません。ずっと仕事に来ていました。毎日 3 トン分のトラックで上がりは全部患者さんの収入です。作業療法的な考えですが患者さんが生きていくためのものをどこかで与えていく社会の機能が大切です。患者さんに生き甲斐を与える、そういう場所がどこかにないと閉じこもりの問題は難しいと思うんですね。



社会生活には色々ありますが、結局、社会生活は自然な生活ではないですね。我々の社会というのは人工的な社会です。人工的な空間があり、そこで支配しているのは人間が作ったシステムが拘束するのです。だんだん宇宙生活になっていくかもしれないですね

(笑い)。自然ではないですよ。人間というのは本来自然の一部ですから、相当訓練しないと人工的な空間や人工的な構築物、人工的な人間が考え出したもの、そこにあるのは何かという「能率」ですね。そして時間、規則、もちろんそこでは人間関係、人間のシステムとしての社会、社長だとか部長だとか、命令系統に従って整然と仕事をするのが人工的社会です。

病院の医療はそうです。何時になったら飯を食う、午後 4 時ころになると食事になりますね。人工的な社会や人工的な医療というのを見直さないといけないと思います。患者さんは、なかなか人工的な社会には適応できないのです。病気になったら途端に、自分の自然に起こってくる衝動なり感情が優先になっちゃうんですよ。そうすると人工的なシステムや構造、規則にはなかなか従えない。

私の所のデイケアでは、職員と常に一緒にいるという安心感や一緒に生活することだけで、規則が無いのです。規則をなるべく作らない。規則を作るときは最低限、患者さんと話し合っ決めていく。時間も無いです。何時に来ても良い。



そんなこと言ったら誰も来なくなるかなと思っていたら、そんなこと無いんですね。患者さんは職員よりも一番早く来る。私が診療やっています。だいたい夜 11 時ころ寝るんです。年を取ってくると朝 5 時半ころ目が覚めてくるんですね。女房は寝ていますから自分でお茶を沸かして飲んだりして、そして見ると患者さんが来てるの(会場:驚きの声)。だから私は朝の 7 時ころになると下に下りて外来を自分一人で開けて患者さんを入れてあげ、自分一人で 7 時ころから診療です。職員は朝 8 時半ころなんです(笑い)。遅いじゃないかなんて言わないんです。それは職員も承知していて、職員も安心しています。

私は玄関のドアを開けちゃうから患者さんが入ってきてしまう、しかし、別に悪いことなんかしませんよ(笑い)。一人で自分でお茶を入れて飲んでるんです。私の所ではコーヒーなども自由に飲んで良いことにしています。安売り店で買ったでっかいコーヒー粉を置いといてあげる(笑い)。お湯なんかポットの電源を入れといてやれば自分でコーヒー飲んでくれますね。コーヒ好きだからね。お砂糖も大量に入れるのでちょっと心配(笑い)。

患者さんの生活空間に今の社会的原理を強調しないほうが良いんですね。一見、病院に見えないことが大切です。これは最近認められて来ているんですよ。例えば痴呆老人の方なんか、今までの老人ホームのように各部屋があって真中に監視カメラがあって、職員が見張っていたり追っかけたりして縛り付けたりする。そういうのではなくて、普通の家で構造で畳でケアすると徘徊とか失禁が少なくなったそうです。完全には無くならないけれども失禁など職員が教えるようになるのです。



何もない病院の廊下では無意味に歩いていますね。精神病院もそうです。あのような廊下があるのはいけないのであって、普通の家のような構築にするのです。その中に自分の居場所が見つかる。そして職員も白衣とか着ないで普通の格好で患者さんに接してあげる。

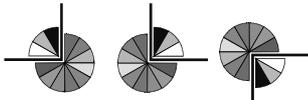
社会的な人間の作った構築、人間の社会を維持するために作られたシステムで、その人間社会をより効率的に能率的に規則正しくしてきた従来のシステムは、そのほうがお金が儲かるからです(笑い)。何でも効率的に進める。それが良いことだと思ってきた。それが医療や福祉の世界ですが私は間違っていると思いますね。

なるべく人間の効率性を減らした、原始的とまでは言わないけれども、より人間的な自然の一部の人間としての有り方を追及していくべきだと思っています。病気になるとより「生きる」という感覚が鋭くなり、ぎりぎりの線で生きています。だからそれを脅かすと非常に危険なこともあります。閉じこもっている人がいきなり精出したりすると自殺などに走るように大変危険で傷つきやすいのです。何か人に言われたりすると発作的に感情的になってしまいます。

そして患者さん自身そういうことを知っています。何かあったとき自分がコントロール出来なくなる。自分の感情を抑制できなくなるしそれが怖い。だから人と接したがるらないということを患者さん自身



が良く知っているわけです。そういう人に今までの社会的な規則をいきなり当てはめたり、強制することは非常に危険です。



「5」 在宅医療の重要性 入院医療から在宅医療へ

最後に、在宅医療の重要性、入院医療から在宅医療へと申しましたが、これは今までお話ししたようなことです。

本来入院治療というのは補助的なものであるべきですね。在宅で治療して、やむを得るときには短期的に入院する。今病床数は30何万くらいでしょうか、正確には分かりませんが、その10分の1で良いのではないかと思います。ですから病院は全部ぶつつぶして全部在宅にしたほうが良い。そうすれば金が掛からないですね(笑い)。殆ど必要ない人が入っているでしょう。「半分くらいは、外に受け入れる所があればいつでも出せる」と病院の人が言っていますね。老人がそうです。介護保険を使わないで病院に入っていますが、介護保険を使わないと。

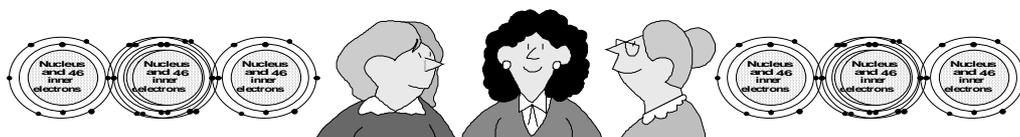
こんなこと言うといつも病院の先生から怒られるけれども病院を減らす。アメリカやヨーロッパではこれをやったわけですね。脱施設化運動です。それがノーマライゼーションということになりました。日本でも取り入れられて障害者基本法や色んなりハビリに発展してきましたね。最終的には障害を持つアメリカ人の社会生活の中で障害者を差別してはいけないと、分裂病は実情は良くわからない点があるけど、法律上の条文から見ると患者さんが訴えれば勝てるという条文になっています。アメリカでは1990年に制定されて施行された法律です。

日本がそう変わるかどうか分かりませんが、そういう方向がないと既に保険財政が破壊寸前に来ています。今度老人の保険料も上がるということですし、しかも年金も減らされるらしいですね。65歳ではなくて70歳からとかね。

ゲーテが言っていますね。「人間の福祉が増進して病気の人が増えていき、そのような人をケアする社会があると、健康な人は皆、病人の世話をして暮らすんだ」と(笑い)。そういうことになるのを防ぐのが在宅医療の基本的な考えです。

これからの社会がどうなるか分かりませんが、私などは開業して30年余、そのような目標で行ってきました。うまくいったかどうか分かりませんが、考えてみると入院された方もいらっしゃいますし、いろんなことがありました。そして、これからはそういう方向に行くと思っています。甚だ雑談的なお話しでお聞き苦しいところがあるかと思いますが、以上で私の話しは終わらせていただきます。

(拍手)





司会: ありがとうございます。今、先生のお話しをお聞きになって、こういうことを伺ってみたいというご質問のある方は、お手を上げて下さい。

男性A: 先日、医療の最前線というシンポジウムで傍聴させていただいたときに、長野県にある、そこで苦勞されてこられた先生が講師で出られたんですが、その時にお医者さんの考えといたしますが、今の医療は何とか変えなくてはいけないという安齋先生が言われたような感じなんです。先生が在宅をやらなくてはいけないと思われたきっかけはあったんでしょうか？

Dr.安齋: それは開業した当時からです。私は大学に行った最後のころ、病室ではなくて外来診療ばかりやっていたんです。外来主任という役割でした。その時に患者さんや家族の方から「気軽に受診できて、病院ではなくて家で治療するのを面倒みてくれるようなお医者さんが欲しい」というお話しを随分伺ったんです。実際に自分で当時の医療を振り返ってみて、私も精神病院に勤務したりしましたから分裂病は入院させたら治るのかというのが問題ですが、私も随分入院させましたけど入院したから治ったというケースは知らないですね。

入院させても治らないとすると、じゃ入院させないで治療をしたほうが良いんじゃないかと、そういう思いは開院当時から思っていました。幸い、私が開院して当時の患者さんが今だに来ていただいている人もいますが、大学にいた当時の患者さんもかなり私のクリニックに来ていただいています。何とか今までやってこれたという状態です。

司会:他に何かございましたら。

男性B: 安齋先生が産業療法でやっている仕事は、どこで見つけてこられて、どういう仕事をさせていらっしゃるんでしょうか？

Dr.安齋: それを始めてからもう 20 年くらいやっています。長いのですが、私が直接ではなくて、専任でやっている職員の方もおられます。阿部くんというんですけどね。その人に聞かないと即答できないのですが、色んな会社があります。

主として梱包作業です。製造物責任法(Product Liability = PL法)というのがありますね。品物というのは、品物を作っただけでは販売できないんですね。品物に対して、どういう風に扱ったら危険だとか色んな使用手順とかいうことをチェックして包装するわけです。そうしないと商品にならない。だから私のところでは「商品化プロセス」と言っています。

工場で作られた原材料を運んできて商品化プロセスで作業を行っていますが簡単ですよ。こういう



ビニールなんかを包装する機械がありまして、熱で持ってビニールの袋に入れて閉じる機械です。過熱して包装して決まった箱に間違いなく同じ数だけ入れて包装して出すのですが、ラベルとか説明書とかを入れて商品そのものを作るわけです。そういう法律が出来てから、またそのような手作業が市場に合ったんだと思います。今は殆どそれを行っています。

女性A: 川崎兄弟姉妹の会の事務局をやっています。私達は兄弟ですので、みんな働いております。だから一緒に生活して面倒みると言われてもそれが出来ない事情を持つ家族もあると思うんです。そういうときにどういうことをして患者とつながっていけば良いのか、それを知りたいんですけど。

Dr.安齋: そうなんですね。今の社会で家族の方が皆さん働くことが義務付けられて、男も女も患者さんたちもどういうふうに働けるか、そういう場合どうしたら良いかというのは難しい問題ですよ。私の所に来ている患者さんで、それに似たケースがあるんです。患者さんは閉じこもりになっていますが、お父さんは会社を経営しておられて兄弟の方が二人いて、お二人とも分裂病なんですね。お母さまと一緒に暮らされていたんですけど、お父さんが突然亡くなられたんです。そしてお母さまが代わりに会社の社長になっちゃったんです。そうでなければ会社が潰れかねないですし、お父さんが作られた会社ですからね。

お兄さまのほうは私のところに来て治療を受けていて、一応病状は納まっていた。薬はお二人ともちゃんと飲まれているんです。お兄さまの方は私の勧めでお母さんの会社で手伝うようになったんです。お母さまが社長されて、その会社でお兄さんのほうが働いていましたけど、弟さんのほうは一人で家にいるわけです。お父さんが生存しておられた時、お母さんと二人の兄弟で家にいた時は様々な問題がありました。

お母さんに色々訴えられたり、お母さんが外に出かけると、「どこに行くんだ」とか、「行くな」とかね。家で色々な問題があって、夜起きてて昼間寝るとかは普通になっていますよね。食べた物は食べっぱなしという状態だったんです。そういう時は特に家事が苦痛になりますね。そのことをお母さんが私のクリニックに来て話されると、患者さんが後で来てすごい怒るわけです。お母さんが自分の悪いことを医者に行ったとね(笑い)。お母さんがそのうちに、患者さんに「言わないで下さい」と頼まれましたね。

患者さんは、診察の時「いや普通にやってます」としか言わないし(笑い)。「ちゃんと薬飲んでます」とかね。悪いことは一切言わないですね。親のほうも言えないという状態だったんです。ところが、お母さんが社長になられてお兄さんが手伝いに行ってから、その方も変わられたんです。何故変わったかという、私も良く分からないところがあるのですが、お母さんが帰ってくるまでに掃除をしたりお風呂を入れたり、晩御飯を作ったりして待っているんです。

お父さんが働いておられた時は、生計を担われていたお父さんに依存していたような感じですね。



お父さんが居なくなったら急にお母さんが働かなくてはならない。そうすると家族が何か役割を持って生活しないと生きていけなくなっただです。それでどうしたら良いかと言うので、私は「とにかく家のことをやるようにしなさい、働かなくて良いから家のことをしなさい、少しでも出来ることをしなさい」と言って、デイケアでの仕事を家の仕事の方へと変えたんです。

時々看護婦さんが行きますけど、「昼は寝てると言っても何も文句を言うな、家のことをちゃんと役割を持ってやるようになれば生活はだんだん普通になる。したことを誉めてあげなさい」と看護婦さんに言ってきました。

今は、ちゃんと定期的に自分で通院していますし薬も飲んでます。私の所に来たとき「今夜は晩飯を作るんだ」と言って、帰りに近くのスーパーで買物をして行きます。「きょうは何するんだ」と聞くと、「カレーライス」と言って(笑い)。お母さんにも「上手ね、と誉めなさい」と言っています。そうすると家族の中のバランスが保たれて、夫々がある程度の役割を持っていきます。

本来的な役割ではないかもしれないけど、今出来ることをやって貰って、それを誉めてあげましょう。そうするとちゃんと薬を飲んでくれますし、役割を持つことに喜びを持ってくれます。彼の場合も今のところ何もトラブルなく、お母さんを中心にみんな役割を持って生活しています。

みんな働いているから患者さんの面倒を見れないから、どうしたら良いのでしょうかという発想にならないで、患者さんに持てる役割を持って貰おうと思うことが大切です。

次に、患者さんにも貴方と同じように生活しなきゃいけないというのは難しいかもしれない。決して一人で置いておいても患者さんは火をつけたりすることはありません。むしろ注意深いです。全部鍵しめたりして泥棒さえ入れないくらいです(爆笑)。心配することはないです。ちゃんと薬を飲んで自分の病気のことがある程度分かって、お医者さんの所にはちゃんと行く、家の中で役割を持つ。そして役割を持つことに患者さんが喜びを持つようにみんなで誉めてあげることが大切です。時々患者さんが話しやすい人、気安く話せる、そういう人が訪問してあげる。

訪問するということは、患者さんを何か動かそうというのではなくて、患者さんを精神的に支えてあげたり、相談相手になってあげることです。「大変ね」とか同化するのではなくて、自然にそれが当たり前のことだという気持ちで支援することだと思っています。多少手が掛かるか気を使うかもしれないですね。でもそれは当たり前のことなのです。

人の面倒みると何かすごく大変だと思うかもしれない。みんな働いていて1障害者を大変だからどこか入れなくてはと考えるのではなくて、働きながらも健康な人は少し余裕を見つけて、例えば休みのときはどこか一緒に出かけて映画を見たりお茶飲みとか、少し配慮をしてあげる。我々が少し困った人や障害者と暮らすということを生活の一部として当たり前にならないといけない。そうすれば特別な入院などさせることは必要ないんです。患者さんは自分のすることは必ずやりますから。そのつもりでやられたほうが良いのではないのでしょうか。

司会:宜しいでしょうか。 女性A(はい)。何か他にございますか。

女性B: 今のお話を聞いて少し思ったのですがこの病気は完治するのでしょうか？それとも身体的な障害者と同じように、一生障害者という意識をどこかに持って生きていかなければならないのでしょうか？

Dr.安齋: 完治するかどうかは、私にも良く分からないのです。完全に治っちゃう人もいます。でも治らない人のほうが多いわけですね。先ほどお話ししましたように、病気の原因というものは、今までのように、完治とか治癒というのを改めなくてはいけないと思うんですね。

しかし、それは直ちに障害者とか一生その病気を抱えて大変な人という認識を持たないようにしなければいけないと思います。

皆ある面では病気を持っていると良く言われることですね。病気を持っていても普通に近い生活が出来るわけです。それで自分の病気について、ある程度理解して自分でそれをコントロール出来れば、障害者としての生活ではなく普通の生活をする事が可能なわけです。私の所に通っている人で、男の人でも女の人もしっかりと結婚して家庭生活を送っている人もいますよ。分裂病の患者さんです。だけどその人は治っているわけではなくて薬を飲んでいます。奥さんは旦那さんが薬を飲んでるのを承知しているし、別に何とも思わない。

我々が病気というものの概念を変えないといけないと思います。病気というのは病人、或いは治るか治らないか、そういう概念ではなくて、病気というのは特別のことではなくて我々の身体の素質とか、或いは生まれてくる過程でも環境の変化に反応して起こることもあります。

分裂病の患者さんは、分からない障害、脳の障害で、小さい頃、怪我をしたなんて方が多いですね。普通、我々は右効きが多いですが、分裂病の患者さんは左効きが多いとか、妊娠中にインフルエンザに掛かったとか、しかし、これらが具体的に障害に関わるかは別ですがそういう素質とその人の環境とが複雑に反応して病気が出来あがってくる。

何か一つの原因で癌とか結核とかになるという性質のものとは違います。それは常にその病気になりやすさを持っているから、ある程度薬を飲んで病気が納まっても、最近の言葉で言えば、薄弱性(病気になりやすさ)というところがあって、それが常に環境とその薄弱性で干渉しているんですね。また逆に環境が非常に快適であると、患者さんが病気になりやすい環境だと病気の症状が全く消えていくこともあるわけですね。

病気という概念は、治るか治らないかという意味に捉えないで決して遺伝的という意味ではなく、そういう素地を持っているから薬を飲みながら患者さんが生活しやすい適切な環境の中で生活するようにすると普通の生活が送れることになります。多少気を使ってあげることは必要ですが、普通の人として接してあげることが大切です。

司会: 最後にもうお一人だけ、どなたかありませんか？



男性C: 新しく先生のところへ診療をお願いに行った場合は、診療していただけるのでしょうか？
(爆笑)。忙しすぎて受けられないということはないのでしょうか？

Dr.安齋: 別にそういうことはありませんので、診療の合間に来ていただいて(爆笑)。

男性C: どうもありがとうございました。

司会: どうもありがとうございました。日ごろ、私たちは、家の中の患者ばかりが目につきまして、どうもイライラしますけれども、きょうは安齋先生に、歴史的或いは社会的にもっと視野を広げてごらんになったらということをお聞きしましたので、私たちももっとゆとりを持って患者に接していきたいと思っています。どうもありがとうございました。

(拍手)。



(編集だより)

「窓の会」活動をご存知ですか？

あやめ会では、家にひきこもりがちな人を対象に、ボランティアさんに訪問してもらうとか、出かけやすい場や会の仕事のお手伝いをしていただく機会を提供していますが、これを『窓の会』活動と呼んでいます。平成13年度に利用した方は540人に達しました。来年度はもっと多くの方が『窓の会』に参加して、愉しんだり、趣味や特技を生かしたり、新しいお友達と語り合ったり、そして社会参加の足がかりにさせていただけたらいいなと思って、活動の現状をお知らせすることにしました。

A 活動メニュー	条件	登録
1. 訪問活動		
a) 個別訪問	会員の子弟	要
原則として1～2名のボランティアが、利用希望者の家を訪問、または外出に同伴、或いは予め指定の場所で落ち合い、行動を共にする	1回につき 1500円負担	訪問登録 (様式A)
b) グループ活動	会員の子弟	要
複数のボランティアと、利用希望者が、主としてボーリング、カラオケ、ハイキング、又はこれに準ずるグ	1回につき 1500円負担	訪問登録 (様式A)

ループ活動を共にする

2. 会務応援(お手伝い) 会員の子弟 要
 当会事務所の留守番、書類・会報等の印刷、仕分け、
 宛名書き、発送作業等の応援 1回につき 応援登録
 1000円支給 (様式B)
3. 定例的に開催する『窓の会』のイベント 原則として 不要
 “音楽教室”、“窓を開けて友達を作る会”、および
 “ぶらっと会”については自由参加 会員、子弟
 無料
4. パソコン教室 会員、子弟 検討中
 第2回は3月23日に第1期生を対象に実施、4月以降は初心者コースも計画中です。

B 平成13年度の各メニューの利用実績(延べ利用又は参加者数)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3月	合計
訪問	8	5	9	10	5	6	11	6	12	7	7	10	96
音楽教室	7	15	14	16	17	11	13	14	10	11	18	18	164
友達会	-	22	18	-	11	20	15	22	20	17	15	18	178
ぶらっと会	-	-	-	-	-	8	10	8	8	10	13	12	69
お手伝い	6	6	4	9	7	7	10	6	10	9	8	8	90
パソコン	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-	9	39
合計	13	43	36	25	35	46	48	80	48	47	54	65	540

あやめ会にEメールが開設しました。

あやめ会連絡先

TEL/FAX : 044-813-4555 (月・水・金) Eメールアドレス: ayame@iris.ocn.ne.jp

* お問い合わせや公開研修会などのお申し込みについては上記電話番号へご連絡下さい。

【あやめ会 広報委員会】

テーブルライト : 下釜幸子

定価 : 200円