

講師 白石弘巳（東洋大学 ライフデザイン学部教授）
日時 2014年3月6日(木) 午後1時30分～4時
場所 区立総合福祉センター（さくらぼーと）

統合失調症に対して“最善をつくす”とは？

■ 統合失調症は、必ずよくなる可能性を秘めている病気

今日のテーマは、「統合失調症に対して最善をつくすとは？」です。統合失調症は、なかなか難しい病気であると私は思っています。何か目からウロコが落ちるようなことをお伝えできるかどうかはわかりません。ただ、だからといって悲観することはありません。必ずよくなる可能性を秘めている病気であると私は思っています。そのはざままで、どういうふうに対応していけばいいだろうかということ、私のささやかな経験をもとにお話しさせて頂ければと思っています。

私は、クリニックと病院に半日ずつ勤めています。病院の方に、ある看護大学の学生が卒業研究の結果をお知らせしたいということで、担当の教員の方といっしょに来院しました。その卒業研究は、私が昭和50年代に担当した患者さんについてのものだったからです。学生さんが、その患者さんについて理解したり感じたりしたことをまとめたのが、その研究でした。

その患者さんは、入院されたときは40歳でした。発病してから20年ほど、病気治療を受けさせないで、お父さんが家でずっと見てこられたのですが、そのお父さんが亡くなって、お母さんおひとりでは無理だということで初めて入院してきたという経緯でした。

精神科医になって1年目の私が、その患者さんの担当になりました。どこまでよくなるかやってみるようと、先輩の医師に言われて私なりに努力はしたのですが、70歳になっている今も、ほとんど意味があることを周囲にもらすこともないが、周囲に迷惑をかけることもないという状態のようでした。

この学生さんは、そういう、静かだけれどずっと入院しているという患者さんに対してどういう働きかけをすればいいかということで、4日間、朝から晩までずっと、その患者さんを観察した結果をまとめたそうです。

看護師さんから、「たしかに自分たちは、そういう患者さんに特別なケアをしていない。しかし、患者さんの安心と安全を守るという点では、最低限のことはしてきたつもり」という反応がありました。私はベテランの看護師さんと、その学生さんとのやりとりを聞いていて、こういう患者

さんには、本来なら医者がもっとコミットしていかなければいけなかったのではないかと思います。精神医療の側からもっとこの患者さんになにかが出来たのではないかと考えました。この患者さんは、安心や安全が守られた環境の中でずっとこれからも生活されていくのでしょうか、誰かが強く言わないかぎり退院はできなくなっていると思います。

この患者さんだけではありません。私は医者になって32年になりますが、その間に何をしてきたのかということも考えたりしました。私としては常に、その時その時で最善と思えることをしてきたつもりではあります。それは、ご家族、あるいは私以外の臨床スタッフも同じだと思いますが、しかし、“最善をつくす”ということと、結果を残すということは別なものではないかと、正直なところ、思います。最善をつくして、いい結果が出ることを、もちろん目指すべきですが、いい結果が出なくても、それでも与えられた状況の中で精いっぱいのことをやっていくということが求められていると思います。

■ 40年前と何が変わったか

世田谷区内の家族会「あけぼの会」が出していた会報の1970年の号に会長の園田さんがこう書いています。「抗精神病薬開発が始まって14年。それまでの家族には、病院に面会に来ない、退院の時期が来ても受け入れない家族が多かった。この姿勢が悪徳病院をはびこらせ、医者の家族に対する不信の●●があり、医者も家族もともに墮落させた原因となった。最近の家族は決してそうではない。私は、家族に希望を持たせず、この病気は治ると教えてこなかった医者にごそ大きな責任があると考えようになった。さらに家族の不満を整理すると、悪いと言われる病院だけでなく、良い病院にも、家族の不満は大なり小なりあります。病院の医者は、入院させることに対して安易に考えているようで、それは患者の人権を無視していることに対する反省が薄い。病院側からの退院の話はなかなか出ない。家族の強い要請がない限り、入院は長期化する。医者が治すものだという考えが根底にあり、患者の立場に立って家族を教育し、再発させないように考えてはいただけない。薬漬けは患者を苦しめ、薬を嫌がり、しまいには拒否するようになり、医者と患者の関係を悪化させ、再発を促し抑えきれず、とことん悪くなって措置入院になれば、さらに患者を不幸にする。人間としての扱いを受けないような差別された環境で、患者の●●は深く、医師への不信感は強くなる」

これは1970年の文章ですから、40年以上前に患者さんの家族が書かれたものということになります。そういう意味でも、最初に、私がこの30年間に何をしてきたのかという思いにも通じますが、その時その時に、みんなが最善を尽くしているつもりでも、思うような結果がなかなか出ていないということがわかります。もちろん、変わったところもたくさんあると思いますが、こうした現状を正視しなければならぬと思います。

■ いい人は安心せず、悪い人は落胆しないで

私は、統合失調症の患者さんには、あらゆる可能性があると思っています。退院することでたいそうよくなる例もちろんありますし、逆に、ほとんど薬を飲まないで10年たって、もう大丈夫と思われて、お母さんと二人暮らししていた人が、お母さんが亡くなることで急に具合が悪くなって、たくさん薬を使っても抑えきれなくなったという例もあります。つまり、今がいいからといって、これから先も大丈夫という保障はないが、逆に、うんと悪いからといって、これから先、よくなる可能性がないということもないわけです。

たとえば、ガンとの違いはここにあると思います。外科の医師がガンを見て、たとえば早期なら、5年たてばこうなりますよ、ということは言えるわけです。ところが、統合失調症の場合は、5年先のことを言うことは難しいのです。つまり、何が一番の問題かと言いますと、病気の状態が重いとか軽いかという問題ではなくて、その病気にどんなふうに対処しているかということで経過が変わってくるということだと思います。

同じ病気でも、バリバリ働いて家族と暮らしている人もいるかもしれませんが、逆に、10年間、ずっと入院を続けて他の人とまったく話さないでいるという人もいます。統合失調症の原因は一つではないだろうということで、原因によって、対処法も違ってくるという考えもありますけれど、私は、原因はなんであれ、経過によって、対応によって、悪くなるかよくなるかの両方の可能性を常に秘めている病気だと思っています。ですから、いい人は安心しないで、悪い人は落胆しない、というふうに考えていくことが大事ではないかと思っています。

極端に言いますと、その人の人生の最期のときが、その人の予後になると思います。今は悪くても、もう少し年をとって最後の一時期を幸せに暮らすことができれば、それがその人の病気の結果になるわけで、常にあきらめないことが大事ではないでしょうか。

■ 勝つよりも、負けない努力を続けることの大切さ

この頃、リカバリーやレジリエンス(回復力)といった少し耳当たりのいい言葉がありますが、患者さんが回復することを応援したいのですが、それが当たり前のことと思ってしまうと、かえってよくないのではないかと私は考えています。回復を、患者さんといっしょに伴走していくという姿勢を持つことのほうが大切のように思います。

よくなったときはその人の努力と、もともと持っておられた力の結果で、すなおに喜んでいいのですが、なにかあったときにいつでも対応できるように側にいることが求められている病気ではないかと思うわけです。

リカバリーという考えは、右肩上がり、そうならば問題はゴールで解決という考えには、私は賛成できないわけです。たいそうよくなっても、また悪くなる人がいるという現実を直視しなければならぬと思うからです。

自らの無力さの結果ということもありますが、私は、よくしようと焦るよりも、悪くしないようにすることが大切と考えるようになりました。誰であれ、すぐにできることと、すぐにはできないことがあります。できないことをやろうとすると、いろいろなことが空回りしてしまいます。それはご家族であっても、医療者であっても、今すぐできることはみんなやっっていくべきだと思いますが、できないことをやろうとすることで、かえってうまくいかなくなることがあるので、私は、「勝つ」ことではなく、「負けない」努力を続けることのほうが、この病気とつきあっていくときに大事ではないかと考えるようになりました。

「負けない」というのは、病気がよくなるからあきらめるということではなくて、今のこのような状態を続けていけば、きっとよくなるとか、これからだんだんよくなっていくだろうから、今はこれでいいのだというふうに考えるということです。今のこういう状態ではダメだから、なんとかしたいというときに、なんとなく、きっとよくなるといふふうに考えようとしても難しいわけで、具体的に、なにになにだから大丈夫と言えるようなものがが必要です。それは、患者さんが今示している言動の中に見つけていくしかないとは私は考えています。

■ よくなっていくうえで大事なこと

世田谷では、高森先生の SST があって、「いいとこ探し」ということを、みなさんはよくご理解されていると思います。自分ではこんなことができてもしかたないと思っていたとしても、それができることが、これからよくなっていくうえで大事なのに、本人が気づいていない。こういうことが、あなたにはできているのですよ、と周りの人が言ってあげないといけないのです。

病気がよくなっていくうえでは、薬だけでなく、その患者さんが前向きな気持ちを持てるかどうか、その人が生活のリズムや習慣を保つことができるかどうか、ということが大事だと思っています。生活リズムが崩れると、気持ちも前向きにはなれなくなりますし、逆に、気持ちが前向きにならないと、生活リズムが崩れてしまいます。ともすると、両方が悪い方向にいつてしまうということがないように思います。「負けない」ということは、今のままでも大丈夫と言って、今できていることをしっかり続けていくという気持ちになっていただくように周りの人たちが応援していくことではないかと思うのです。

■ 耐える力をつけることの大切さ

「今ここで、耐え(続ける)力」をつけることも大切です。変えなければいけないことが多い人ほど、今変えられることは少しだけだと考える方がいいと思います。すぐに変えられるくらいだったら、本人の力だけですぐに変えられるはずですが。そういうふうに変えることができないなら、今この場でこれ以上悪くさせない、このまま耐えていけるようにするという状況なのです。最悪の状況でも、どうすれば今のままで耐えていけるようにするか、を考えるべきだと思います。

耐える力をつけていって、いい所を見る力をつけていくうちに、何かがかきつけになっていい方に変わることを期待するということだと思えます。

あるとき運転免許をどうしても取りたい入院患者さんが、警察にお母さんといっしょに行ったらしいのです。入院中だと知った警察官に、退院したらまたおいでと言われて帰ってきた患者さんが泣いているのを見て、私は「免許センターに行って、病気ではないふりをしたら取れるかもしれない」と言いました。そうすると、その患者さんはなんとか一人で出かけて、うまく免許を取れることができたのです。

なんとか免許を取りたいという一心から、お母さんに頼らずに独力で取ることができたのです。それがきっかけとなって、しばらくして退院することができました。

たまたま運転免許を取らなければいけない事情が生まれて、本人が強く取りたいと願ってがんばったということがきっかけになってよくなったわけです。周りの人が手助けできなくて大変だけど、一歩踏み出して結果が得られ、それがきっかけとなって、いい方向に向かうことがあるのだということなのです。

■ やるべきときに、やるべきことを、やるべき人がやる

私は、「キーワードは、パートナーシップ」だと考えています。私自身はご本人がよくなること、つまり「リハビリ」がなによりと思っているのですが、精神科医としては、本人の希望を尊重するけれども、意志に反して治療を行うべきときがあると思います。そのときは、一歩踏み出すことが大切だと思うときです。

私が精神科医になって最初にやったことは、保護室に入って、ご飯をずっと食べていない男の患者さんに馬乗りになって力づくで点滴を行ったことでした。これではまるで「闘う」精神科医だと思ったものですが、今はまったく別な意味で、患者さんと闘わなければいけないときがあると思っています。それは、患者さんが引きこもっていて自分でも家族の協力でも病院に行けないというときです。近くの先生方は、患者さんが来ない限り診察できないと言うわけです。世田谷区では、高野洋輔先生の「こころのホームクリニック世田谷」ができて訪問診療を始めているので違ってきているかと思いますが、他の誰も行かないときに、引きこもっている患者さんのところに出かけていくということが、今の私にとっては、「闘う」ということになると思います。

誰かがやらなければいけないことは、あります。ふだんは患者さんの希望をきいているけれど、患者任せにしておくことと取り返しのつかないことになりかねないときには、ご家族も闘わなければいけないことがあるかもしれないと思います。

しかし、患者さんに嫌われてしまうと、それ以後、治療にならなくなってしまうので、手続きを踏んで私の土俵にのってもらったうえで、ご本人の希望をかなえるべく全力を尽くすということ

しかないと考えています。

たとえば、どうしても入院してもらわなければならないと私が判断した、ある患者さんは、「拉致だ、監禁だ」と言って、携帯電話で何人もの弁護士に電話して助けを求め続けました。私は2時間ほど、電話をかけられるだけかけてもらったあとで、とにかく入院してもらいました。そこまで、私の土俵にのってもらったわけですから、保護室に入りたくないという希望や、薬についての希望にも応じました。なによりも、急いで入院してもらったわけなので、入院して3日目に、ご家族とケースワーカーと私とで家に行き、戸締りをしたり、新聞を止めたりしてきました。1カ月くらいでその人は退院しましたが、初めて、「私は病気だとわかりました」と言ってくれました。

■ できたりできなかつたりすること自体が精神の障害である

統合失調症だけではなく、精神の障害とはいったいなんだろうかと考えてみましょう。障害者年金を受けている患者さんは、「からだはよくなっているのに、なぜ働かないんだ！」と言われることがあります。では、そうした患者さんはいったいどこが病気なのだろうかということになります。専門家でも、精神の障害について、誰もが納得できるように説明することは難しいと思います。

障害は、ある瞬間に発揮できる能力の問題というよりは、その能力が安定して発揮できない状態であると思います。それが精神疾患だと思っています。たとえば、目が見えないとか手が動かないといった障害は、できたりできなかつたりするという障害ではありませんが、精神の障害の場合は、できたりできなかつたりすること自体が障害であると考えざるを得ないのです。

今できている人でも、別なことに挑戦すると、できないことができて、具合が悪くなってしまうことがあるのです。1日のうちでもよかつたり悪かつたりすることもあれば、明日には、今日できたことができなかつたりするというように、力を出せる状態が安定しないということが一番の問題だと思います。平成21年の「みんなねっと」の4500人ほどのアンケートでも、家族会会員の方で、仕事をしているという人は5%ほどしかいませんでした。家族会に入られているので、症状の重い方が多いのかなという推測もなりたちますが、統合失調症などの精神疾患に由来する障害に対して周囲が十分に対応できない結果であると、私は考えました。

■ 働き続けるためには本人が変わるだけではダメ

患者さんには能力はあるので、たとえば、3日だったら働ける、あるいは1週間なら働けるといふ人はたくさんいると思います。しかし、それが1カ月、3カ月、半年というふうには続けられないことがあります。

患者さんの障害が、安定して力を発揮できないということにあるとすれば、3日しか働けないけど、逆に考えれば、3日は働けるといふ人が、3日だけ働けるようにするにはどうすればいい

かということを考えなければならないのです。

3 日なら働けるという人を一生働けるようにする方法はあるにはあるのですが、少なくとも、本人が変わるだけではダメだと私は思います。環境を変えるなかで、3 日なら働ける人をどれだけ長く働けるようにしていけるようにするかということを考えなければいけないのです。

■ 統合失調症の二次的な影響とは？

統合失調症で何が問題なのかといいますと、長期的には、二次的な影響が非常に大きくなることが多いということです。

興奮しているとか、幻覚や妄想があるとか、統合失調症としての目立つ症状で統合失調症の診断がつきます。しかし、何年かたって目立ってくるのは、朝に起きない、昼夜逆転している、タバコの本数が多い、太ってきた、お金の使い方がうまくできないというような問題です。こうした問題は、統合失調症の診断基準には入っていません。たとえば、タバコを1日に40本吸うといったことが統合失調症の診断に直結するわけではないのですが、これは、統合失調症の二次的な影響だと思えます。

精神科医がずっと関わってきたはずの統合失調症では、二次的影響があまり議論されてこなかったと私は思います。統合失調症の場合、薬を飲み続けたり、家族が巻きこまれたり批判的にならないようにして再発を防ぐなどが語られていますが、二次的な障害の防止については、今まで医療側からはほとんど何も情報が提供されなかったと思います。なぜかと言いますと、私を含めて、どう対応していいかわからないからです。

■ 必要性や希望があれば行動ができる！

統合失調症の患者さんは、置かれた環境によって経過が変わります。私は大学病院にいるときに、患者さんは朝、なかなか起きてこないものだと思っていました。ところが、精神科の病院では、患者さんはみんな早起きなのです。当時は、朝7時がタバコの時間だったものだから、それを楽しみにしてみなさんが起きてくるのです。自分で起きたいと思う必要性や希望があれば、統合失調症の人も朝早くから起きてくるのです。

病院に長く入院している人は、病院の習慣が身につけてしまっていて、朝起きて、ご飯を食べて、薬を飲んでという具合に判で押したように暮らすことはできます。しかし、自分の希望にしたがって要領よくふるまうことはなかなかうまくいかないかもしれません。ですから、退院するのが怖いと思う患者さんが出てきます。

一方、家にいる患者さんはどうでしょうか。家では、病院と正反対になっていることがあります。病院では、ある意味で患者さんに強制しているところがあるわけですが、家では、親御さんが、強制することには限界があります。初めのうちは強制出来ていても、次第に崩れていき、

本人のペースで生活するようになっていきます。だんだんと、朝起きる時間が遅くなり、昼夜逆転し、タバコの量が増え、太っていくといったことを誰も止められなくなるわけです。これが本人の希望に沿った生活と考えれば、本人が望んだ結果であるとも言えますが、生活習慣病などの可能性が出てきます。

病院の中では、決められた生活をして、それから外れた冒険をすることがなかなか難しい状態ですが、家にいる人は、気ままに生きていますが、自分の気ままは、社会生活をあきらめたり、家族が応援してくれているという前提で成り立っているわけです。そうしますと、家族が応援し続けられなくなったときに、自分だけでは生活が成り立たなくなってしまいます。

家から外来に通っているうちは、「変わりありませんね？」ということで簡単にすんでしまっていた、ある患者さんは、親御さんが亡くなって入院しますと、病院でいちばん手のかかる人とされてしまいました。あまりにも家での自分だけの習慣に慣れてしまっているために、病院の習慣に適應することが出来なくて、結局、保護室に入るようなことになってしまいました。

■ 具合が悪くときほど、人に頼ろうとしなくなる

再発は、自己努力の限界を超えたときに発生し、心と生活習慣に悪循環をきたします。本人なりに、再発しないようにと生きていますが、それがうまくいかなくなって具合が悪くなってしまったときに、人を頼らないということが問題なのですね。ほかの病気の場合は、悪くなってくると人に頼ろうと思いますが、とくに統合失調症の場合には、具合が悪くなってくるといっそう人に頼ろうとしなくなってしまいます。それが、心と生活習慣の悪循環ということなのです。

もともと、他人とふれあうことが苦手な気持ちがあつて、自分が自分でいられるようにしたいと思っている人が、具合が悪くなって生活習慣が崩れたために他人が入り込んできて何か言われるのがイヤだと思うと、他人に対してどんどん逃げ腰になってしまうということを繰り返していると、「ボクは問題ない」と言いがちになってしまうのです。

これがいいと思うことをやっている以上、なかなか他人に頼れないという状態です。統合失調症にかぎらず、精神科の病気では、自分がよかれと思ってやっていることを、周囲の人が病気だという場合がたくさんあります。たとえば、手を洗うことが強迫症状になっている人がいます。つまり、手ばかりを洗っている人です。そうすると、病気だということになりますが、本人にしてみれば、汚いと思って手を洗って、安心したいために努力をしているという面があります。しかし、それを周りの人から病気と言われてしまう。

パニック障害の人が家にこもっている場合も、他人に迷惑をかけないために一番いい方法だと自分で思って、身を守ろうとしているわけです。そのために、うまく薬を使えばすぐよくなる人が、15年も引きこもってしまっていたという例があります。つまり、対処の仕方がよくないから、

対処そのものを病気の症状と見ることがあるのです。

統合失調症も、対処の仕方がよくないので、他人の支援を得られなくなるという場合が出てきます。

■ 「慣れる」ことの大切さ

ある環境に「慣れる」ことが困難であるが、その克服が安定につながり、また環境が変化するときには、再適応がしばしば困難となる、ということがあります。患者さんは、家での生活に慣れてしまうと、それ以外での生活に新たに慣れることが難しいことがよくある、ということです。慣れることが大変だったら、慣れることができるようにするしかない、ということです。そのためには、時間や人手、お金などで特別な配慮が必要になります。それができると、たとえば病院に長く入院している人でも退院していくことができます。

■ できていることを継続していくということが支援

統合失調症の場合、機能の障害、能力の障害、社会参加の困難の三つが障害の構造をつくっていると、私は考えています。

能力の障害の中には、生活ができないという機能低下だけでなく、生活の乱れという要素も入ってくると思います。生活の乱れは、周囲の人が受容して傾聴していればよいというわけではなくて、乱れを直していく直面化がないと、変わっていきません。しかし、それをストレートに言うと患者さんは引いてしまいますから、直面化によって患者さんとの関係が壊れないようにしなければいけないわけです。

できないことが、できるようにすることは難しくても、できていることを継続していくということが支援ということになると思います。

社会参加が少なく引きこもっている人の場合、慣れるということを通じて新しい環境に適應することを支援する、移行支援が必要になります。治療・関係づくり、継続支援、場合によっては保護、移行支援の4つを、専門家としては意識して使い分けながら対応していくことが必要になってくると思います。

■ 病気をもちながらの人生を支援する「生活支援モデル」

最近では、「医療モデル」と「生活支援モデル」とが対比されることがよくあります。これは、谷中輝雄という日本の精神保健福祉を最初の段階で実践してきたケースワーカーの先生が20年ほどまえに主張されたことです。病気をよくすることで、あるいはその過程で訓練することで社会に戻れるようにするということが医療のモデル、つまり社会復帰活動です。

1993年に障害者基本法ができて初めて、障害者の中に精神障害者が含まれることが規定

されるまでは、社会復帰のモデル一本やりでした。つまり、社会に戻れない人が病院にいるのは仕方ないことだというのが国の公式な考え方だったのです。福祉のサービスなどもまったくありませんでした。

谷中先生は、90年代から、生活支援モデルという考えを広めようとしてきました。病気の症状があっても地域で暮らすことができるようにする、病気が治ったときから人生が始まるのではなくて、病気を抱えながらも人生を送っていけるように支援することが専門家には必要なのではないかと主張したわけです。

今では、谷中先生の主張にそって、病気をもちながらの人生を支援するという方向に明らかにシフトしてきていると私は思います。その一つの例が ACT です。今までだったら入院していなければいけないと判断されるような人が、在宅で、かなり積極的に支援を受けながら自分の望む生活をしていくための方法だと思います。しかし、ACT(包括型地域生活支援プログラム)のような在宅生活支援は、まだ十分には行われていないのが現状です。

■ 統合失調症の回復支援のポイント

統合失調症などの人への支援としては、あるていど治療を継続していることを想定しますと、多くの人は安定した状態にあると考えます。安定した状態とは、病気の症状の有無とは関係なく、昨日も今日も明日も、そんなに変わらないという状態です。その状態では、社会生活においては、新しいことへの不安と、何かをやると疲れるということが大きな問題となりますが、生活は安定しています。こういう状態になったときに3つの支援があります。

1. **再発の予防**です。つまり、薬を飲む、通院を続けるということをしないと、安定から不安定に戻ってしまうことがあります。幻覚や妄想などの陽性症状がまた出てくると言われています。私は、薬を飲まないで10カ月たつと、8割は再発してしまうと習いました。統合失調症の場合は、一度幻覚に襲われたら、それが治っても飲み続ける必要があります。再発すると、前のように治らないということが経験上、言われています。最初のうちは、軽く見えます。病名が違うのではないかとか、ウチの子は違うとか、軽くすんでよかったと考えて、再発した時にみなさんがびっくりされることがあるように私は思います。再発したときに、前と同じようによくなるかと言いますと、必ずしもそうはなりません。
2. **今の状態を維持するためには、悪くしないように活動を継続すること**
何もしないであきらめてそのままの状態でいると、つまり、能力に見合った行動をしていないと、もっと悪くなってしまい、引きこもりや社会的入院という状態になってしまいかねないということです。今の状態を維持するためには、悪くしないように、自分の持てる力を発揮していかなければならないと思います。それが活動の継続ということです。できることをしっかりやっているかどうかを、まわりの人がしっかり見てあげるということが大切です。朝

起きるということについても、本当なら6時半とか7時に起きてほしいのですが、9時に起きるとする人の場合、ずっと9時に起きているなら、きちんとした生活をしているということで、活動を継続できているわけです。

仕事には行けないけれど、週に2回はデイケアや地域活動センターに行けているという人は、自分に見合った活動が継続されているということになります。そうしていれば、もっとよくなるきっかけをどこかでつかむことができるかもしれません。いつどこで、何が起きるかを言うことはできませんが、それを期待するということです。

3. 新しいことに慣れにくい人が慣れるための移行支援

もう一つの支援は、移行準備です。安定した人がそのままの状態でじっとしているかと言えば、必ずしもそうではありません。たとえば仕事をしたいとか、結婚したいとか、あるいはもっと小さな例で言えば、旅行したいといったことは、できるはずのことと思っても、これらは新しい活動です。統合失調症の人は、慣れることが難しいので、能力的にはできても、それが実際にできるかしっかり見届けるようにしなければなりません。それが移行支援です。今日できたから、明日以降も問題ないと考えるわけではなくて、繰り返しているうちに、自信がなくなったり、迷いが出てきたり、少し休みたくなったりときに、それを乗り越えるように応援していくということです。

病院の生活に慣れている人が家庭の生活に慣れていくためには、移行という考え方が必要だと思っています。どうしても退院したいという患者さんの場合、幻覚があろうが問題があろうが、慣れればなんとかなると私は思いました。そこで、退院後1週間したら、次の1週間はまた病院で生活するというパターンを半年続けてもらいました。その後2年半ほどたちます。幻覚や妄想があるから退院できないと言われていたのに、退院後は、薬を減らしても幻覚や妄想が減っています。つまり、その人は病院が合わなかったのですね。病院に合わない人が早く退院したいと言うと、まだ治っていないのに退院はできないと言われてしまいます。たしかに、病院を出てみると、すぐに具合が悪くなって病院に戻るといのが普通のパターンではありますが、半年ほど時間をとれば、自宅に戻って生活できるという一つの例だと思っています。

■ 再発予防のために何をするのか

薬を飲むのは、症状の緩和、つまり幻覚や妄想を治すためです。さらに、幻覚や妄想がなくなっても、症状の再発を防ぐということも薬を飲む目的です。

外来診察の大きな目的は、再発の兆候があるかないかを判断することだと私は思っています。家族から、子どもが6年間同じ薬を飲んでいるが、それでいいのかというような質問を受けることがよくあります。その間、入院しないで自宅にいるということでは、その薬を飲み続けるこ

とは間違っていないと思います。外来診察は、3 分間診療とか5分間診療などと言われていますが、医者は、再発の兆候の有無、服薬継続、薬品による副作用の有無をおもに見ています。再発しないで、薬を飲めていて、薬の副作用もないということになれば、また続けましょうで終わるでしょう。薬を減らそうという意志表示がなければ、同じ量が続くということが一般的なのではないかと思います。

ずっと通っているのに、ちっともよくなるのではないかと思われる場合もあるかと思いますが、安定の状態で医療機関に通っていても、それでよくなるとは考えない方がいいと私は思います。病気は再発を防いでいるだけでは自然によくなるわけではなくて、活動の継続や移行の準備を行って初めて、よくなったり、あるいは悪くならなくなるということになります。そういう意味では、医療機関は、発病や再発のときにはなくては困るということにはなりますが、安定して、2週間や1カ月に1回、医療機関に通っている段階では、それ以上のことを期待しても、なかなか得るものがないでしょう。

■ 服薬を続ける 5つのポイント

統合失調症の人は、慣れてくると、薬を安定して飲んでくださると思っています。つまり、慣れることが重要です。最初のうちは、薬を飲むと自分が自分でなくなるという不安感や恐怖心を持つ人が少なくありません。飲みたいとか、飲むとたいそうよくなったという実感はなかなか持てないのですが、副作用がないから飲んでもいいと思っていただけの程度になるということが、まずは大切ではないかと思います。そうすると、通院も服薬もずっと続けてくださる人が多いと思います。

そのための具体的な 5 つのポイントとしては、つぎのようなことを考えています。

- ① 薬の重要性を話し合う
- ② 忘れない工夫をする
- ③ 副作用は放置しない
- ④ 周囲の人は服用するのが当たり前と言わず、服用ができているときは「よくできた」という見方をする
- ⑤ どうしても、服用をいやがる場合は、デポ剤(持続性の抗精神病薬)などをお願いして受けていただく

■ 再発時の対応で大切なこと

再発の場合、病気かどうかを理屈で争うよりも、安心できる味方であると思ってもらうことが大切、つまり、よい関係を築くことが大切だと思います。

事例を挙げてみます。強制的に入院された統合失調症の患者さんが頑固に治療を拒否す

るため、やむをえず、抗精神病薬の点滴や注射をしていたところ、体にイレウス(腸閉塞)の副作用が出てしまいました。その治療をしていたところ、ある日、「先生は私のために治療してくれているんですね」とぼつりともらし、それから一気に、統合失調症治療を拒否する姿勢が変わりました。

「あなたは幻覚があるから治すために薬を飲もうよ」と言っても聞いてくれない人が、人間を信用してくれたということだと思います。

再発時の具体的な対処法の手順としては、5つのポイントがあります。

- ① 治療の必要性をねばり強く説得する。けんかにならないように、逆に本人に負けないように。
- ② 困ったら専門家に相談し、人手を頼む。
- ③ 落ち着くまではデポ剤(持続性の抗精神病薬)も検討する。
- ④ 薬は必要だが、家族が内緒で取りに行くような形は極力避ける。
- ⑤ それでも入院が必要なときがある。専門家の意見を聞き、避けられないとなったらちゅうちよせず、安全な方法を考える。

このなかでも、私は②の人手を頼むことが一番重要だと思います。アルコール依存症の人の場合、自分はそうであるとなかなか認めないことが多いのですが、家族や友人、職場の人や保健師さんなどいろいろな人がみんなで集まって、前はもっと優しくったのに今は怒りっぽくなったなどと言って、あなたのことが心配だから、病院に行って治療をうけてほしいと言うと、さきほどあげた「直面化」ということになり、薬を飲みたくないとか治療を受けたくないという気持ちはあるけれど、みんながそういうなら、そうしようという気持ちになるわけです。1対1では逆に危険です。人がたくさんいると、危険な行動もできなくなります。

救急病院での当直のときは、警察官と家族、看護師と私とで、あなたは病気なので、注射を打って保護室に入ってくださいと言い続けていると、自分は病気でないと言っていても、わかったよと言ってくれます。そこが大事なところ。みんなで抑え込んで注射をすると、嫌がっているのにやらされたという気持ちになります。「わかったよ、勝手にやってくれ」と言うことが重要だと思います。

また、薬は内緒で与えるということは止めた方がいいです。入院させたときも、患者さんに謝ったりしないで、「あなたが心配だから。早くよくなってね」ということをきちんと言った方がいいと思います。

■ 「いい引きこもり」と「よくない引きこもり」

今以上に日常生活のレベルを落とさないことが重要です。統合失調症などの精神疾患にかかると、多かれ少なかれ、引きこもりの状態になっていると思います。極端に言いますと、病

状からやむをえない「いい引きこもり」と、二次的問題が多くなってきた「よくない引きこもり」とがあるように思います。「いい引きこもり」つまり、「回復途上の引きこもり」の事例としては次のようなものがあります。

【 回復途上の引きこもり 】

30 歳男性。退院後、通院は何とか一人でしているが、それ以外、定期的に通う場所はない。夜は午後11時には床につき、朝は午前9時ごろまでに起床し、朝食を食べ、その後は新聞を読んだりして午前中を過ごし、家族の依頼があれば簡単な手伝いをする。一人で外出することは不安があるが、家族といっしょなら買物に出ることができる。ただし、翌日まで疲れが残る。月1回のボランティアの訪問を楽しみにしており、時にはいっしょに散歩に出たりする。家族には、いつかは作業所かデイケアに通いたいと話している。この事例で注目すべきポイントは、生活習慣が安定しているということと、日中活動も自分のできる範囲で行えていると言えます。

【 回復が遠のく引きこもり 】

35 歳男性。退院後、一時作業所に通っていたが、自分には合わない中止。外出すると通行人に「考えを読まれる」と言って、通院と近所のコンビニにタバコなどを買いに行く以外、ほとんどの時間を家ですごしている。家では、夕方起きて、明け方に眠る生活。来客があっても会おうとしない。1日40本以上喫煙するヘビースモーカー。お金が足りなくなるとその都度親に要求し、思う通りにならないと興奮。時には、暴力をふるうこともある。親は言いたいことも言えず、将来のことを案じている。

注目すべきポイントは、

- ① 不規則な生活、とくに昼夜逆転。
- ② ヘビースモーカーになること。
- ③ 家族とうまくいかなくなること。
- ④ 家族以外の人との交流を閉ざしてしまうことです。

ほっといても、今より状態がよくなるという見通しが立ちにくい状況です。家族が病院に行って相談しても、いいアドバイスがもらえないのが現状だと思います。

対応としては、次の7つのポイントがあります。

- ① 今以上に悪くしない対応が重要です。タバコを1日20本に減らす話はすぐにはできないけれど、1日41本、42本に増やさないようにするという話をするということです。体重が70キロで困っていて、あと10キロは減らしたいという場合にも、減らすことではなく、増やさないことから始めます。
- ② できないことをやれ、と言うのではなく、できることができていることを評価してあげること。

- ③ 小さなことでもいいことを見つけて、ほめて伸ばすように心がけること。
- ④ 無理を言って追い詰めないようにすること。
- ⑤ 問題は脇に置いて、生活を楽しむ工夫をすること。
- ⑥ あせらないこと。
- ⑦ 第三者に関与してもらおうこと(訪問看護など)。

こういうことを続けていって、悪くしないようにして、歯車を逆に回さないようにすることが重要です。どこかの時点で、外の人に助けってもらって、外での活動が増えてくるような形で、家の中の問題が減るということが重要ではないかと思います。

■ 日常生活の小さな「波」に対する対応

統合失調症などの精神疾患の障害は、「波」があるということだと思います。自分では一定の状態を保てないということです。一時的に幻覚妄想が出てくるときもあります。これは再発のときだけに限らないのです。一時的にストレスが高まったときにも出てきます。

【事例1】

ときどき、「私は悪いことをした。捕まえるなら捕まえろ」と外に向かって叫ぶ。このときは人の話を聞く余裕がないが、きまって後で家族に謝ってくる。再発とは少し違うが、ご本人がパニックになってしまうという例。

【事例2】

外出した後、「高校生が自分の噂をした」と言って怒る。別に母親に腹を立てているわけではないのだが、母がなにか言うと、最後は「そもそもお母さんが産んだのが悪いのよ」と言い、母子でケンカになるというものです。こ外へ行くというストレスで一時的に幻覚や妄想が出た例。

【事例3】

外来で医師にあまり詳しく家での状態を話したがらない。医師がアドバイスすると、帰宅後天井裏にあると思っているマイクに大声を出す、というものです。この場合、お母さんが外来診察の前に私に電話してきて、最近天井裏のマイクに声を出していますと伝えてきました。本人は何でもありません、大丈夫ですと早く帰りがっていました。お母さんが心配するよと、引きとめて話を聞こうとしました。そして家に帰ると、お母さんからまた電話で、「先生がきちんと対応してくれなかったから、帰ってきた娘はまた天井裏に向かってどなっています」というわけです。患者さんは、医者に会って、具合が悪いとか、ああしろ、こうしろと言われることが嫌だったのだと思います。ですから、前の日からイライラして声を出していたりする。それを見たお母さんは具合が悪いから医者になんとかしてもらおうと思って私に連絡した。それを受けた私は、じつは患者さんが怖れていることをそのとおり実行したというわけです。そのため、患者さんは自宅に戻ってもっと悪くなってしまったのです。

■ 変えようとする悪くなり、変えないとよくなる

これらの3つの事例を見てみますと、ストレスに弱いので、一時的に幻覚や妄想が出てくる可能性があることを、周りにいる人はわきまえておく必要があります。しかし、再発とは少し違うので、一定の時期が過ぎれば収まります。事例3の人の例でも、私が外来で、悪いところを治すというよりも、いいところをほめてあげればいいわけですし、今のままでいいんですよと言ってあげれば、安心して家に帰っていくことができ、声を上げることもなかったでしょう。変えようすると悪くなり、変えないとよくなるという非常に矛盾したことがあると思います。

さらに、事例1のように、なぜ起きるのかわからないが、一時的にワアッとなってしまう人の場合、少し落ち着くまで離れていて、後で謝ってきたときには安心させてあげるようにする。病気なんだからしょうがないと言ってある。

たとえば、パニック障害の場合でも、障害を治すには、パニックを起こさないように努力するよりも、起こっても大丈夫だというふうになることだと思っています。とにかく、発作は起きるので、起こさないようにしようとすると、起きてしまうたびに自信をなくしますが、起こったときには、この薬を飲んでしばらくすると大丈夫だと言ってあげると、うまくいくようになります。発作は30分ほどで収まりますから、具合が悪いときの対処法を納得してもらえばいいわけです。

■ 不安が高まっている場合の対処方法

【事例4】

夜になると、「これからどうしよう」などと母親に話してくる。母親が「今日は遅いからもう寝よう」と言っても、なかなか眠らせてくれない、というものです。

【事例5】

外出を計画すると、「行く」と言ったり、「やはり止める」と言ったりを繰り返す。周りの人は「いい加減にしてくれ」と言いたくなるのです。

事例4の場合は、不安が募って依存的になっている例です。事例5の場合には、病院などでよく見られた例で、ハイキングなどの行事のときなどです。こうした例では、不安があつたりすると、自分でそれを抑えておくことができなくなるわけです。いつもと違うことをするとき、不安が高まるということを念頭に置くようにします。しかし、不安に対しては、話を聞いてあげるだけではうまくいかないときがあります。

そうしたときの対処法は、初めは傾聴で、できるだけ聴いてあげることが基本です。しかし、聴き手の生活に支障が出るときは、丁寧に断ることが必要になります。「悪いけれど、〇〇しなければならないので、〇〇分で終わらせてくれるとうれしいんだけど。お母さん、明日朝早く起きないといけないから、お願いしますね」というように丁寧にお願いして、相手を責めないで、

こちらの都合を言い、聞き入れてくれたときには感謝するという形です。

これで終わらないときは、警告したうえで「悪いけれど、これで終わりにして」、それでも続くときは、同じことを繰り返して意志表示する「何度もごめん。でももう終わりにしてください」などという言葉を繰り返す。それ以外の話には返事しないようにする。文句を言われたら、「ごめんね。でも……」と言って話を聞けない理由を繰り返す。患者さんがあきらめてくれるまでこのような態度を取るようにします。

私など、電話がかかってくるときは、「10分にしてね」と言って、時計を見て、10分たったところで、「ごめんね、もう10分たったから」を繰り返します。怒りだすこともあります。あきらめてくれることがあります。いつも本人のペースにあわせていると、周りの人が本人のために悪い影響が出てしまうので、関係を悪くしないようにしながらも、こちらの気持ちを伝えていくということも必要ではないかと思います。

■ 怒っている人は、何かが怖いから

薬を飲むことを1回忘れてたり、生活費をほんの少し使い過ぎたとき、外来にサングラスを・皮ジャン姿でやってきて、主治医に威嚇的な口調で話すという事例があります。「お前の薬のために具合が悪くなってきた。薬を変えろよ」と言うような例です。この患者さんは以前に看護師さんの骨を折ったということもあり、こわごわ話を聞いているうちに、「いいから、今の薬を出せよ」と言いだしました。「変えなくていいんですか」と聞き返したら、「変えなくてもいいよ」ということで、後でドアに手をかけて、「前に一度薬を飲み忘れたけど、いいよね」と言うのです。怒っている人は、何かが怖いからということもあるのです。こちらとしては、なぐられたくないですから少し退きながら、なぜこの人はこんなに怒っているのだろうと少し考えるゆとりがあると、そのうち、収まることもあります。もしも、私が「そんな言い方はないでしょう」などと対応していたら、なぐられていたかもしれません。

■ 思うようにならないと衝動的になるときの対処法

自分のイライラを人にぶつける事例では、小遣いを使い果たしてしまうと、母親のところに来て、「なくなったから、また欲しい」と言う。母親があげられないと言うと、怒りだすという例があります。これは小遣いの管理の問題で、いつでもあげるというふうにしてしまうとエスカレートしてしまうので、そうならないようにしなければなりません。

そのための対処法はつぎの3つです。

- ① 小遣いのことは、みんなで話そうと言い、1対1は避け、家族や支援者といっしょに話す。
- ② 患者さんが興奮して暴力をふるわれそうになったら、逃げる。後で、暴力はぜったいにいけないと話す。

- ③ どうしても一度に使ってしまうようなら、追加でお金をあげるときには、何かを手伝ってもらいなどして、ただであげているという感じにならないようにする。

相手が対応に腹をたてたときは、暴力への対応に準じるしかありません。

■ 今行っていない新しい活動への挑戦

この事例は、退院できそうなのに、なかなか退院できなかった患者さんの場合です。50 歳の統合失調症患者さんは、20 年以上の入院生活で、幻覚や妄想は消えていました。相手の話に被害的に関連づけることを繰り返されてきたが、生活態度はきまじめでした。退院をめざして何度も支援が行われてきましたが、退院が具体化するころに決まって落ち着かなくなり、周囲に暴力をふるったり、「死にたい」と言いだしたりして、「自分は退院に値しない」と、強く自責的になりました。こうして退院支援は進まず、結果として長期入院になっていたのです。

この人は退院が近づくと不安になって緊張が高まってきて具合が悪くなるのです。退院が大きな壁となっていて、それをどうしても乗り越えることができなくなっていたのです。この患者さんは、こうした状態を、慣れるということを基本にしてなんとか乗り越えることができました。こうした例での対応には、次の 5 つがあります。

- ② 患者さんの障害特性をよく知ること。
- ② いつもと違うことに対して不安が募り、うまくいかないのは当然のこととして受け止めること。
- ③ 専門家やピアサポーター（経験者）の力を借りて、みんなで対応すること。
- ④ 十分時間をかけて、新しい環境に慣れるように配慮していくこと。
- ⑤ 諦めないこと。

この患者さんの場合、1週間でいいからと言って一度アパートに移ってもらった後、ケースワーカーさんに頼んでアパートを借り続けられるようにしました。病院に戻ってきても、「いつでもあなたが使っているおうちがあるんだから」と本人に言い、アパートに行ったり来たりして慣れしてもらいました。こうして、退院して4、5年になりますが、幻覚や妄想は以前よりもなくなって、作業所に通って、安定した生活を送っていると思います。

■ 家族の回復に向けてのヒント

最後にご家族にありがちな対応と、7つのヒントについてお話します。

- ① 薬に過剰な期待を持っていませんか、ということです。いくら新しい薬でも改善できない状態があります。
- ② 誰にも通用する万能の解決法を求めていますか、ということです。ほかの人で試してよかったからといって、誰にもいいわけではありません。
- ③ 原因さえ取り除けば、即解決と考えていませんか、ということがあります。「原因について

の自説」はあってもいいのですが、それを表に出して、本人に言うことは、かえって混乱を招きます。

- ④ 野球が苦手な人にホームランを打てとサインを出すようなことはしていませんか、ということです。打てないから苦勞している人に無理なことを言わないようにしましょう。病気のためにできないことがあります。できることを見つけるようにしましょう。
- ⑤ 「気持ち」を聞くよりも、「指図」や「お世話」ばかりしていませんか、ということです。「聞き上手」と「話し合い」が関係づくりには重要です。「指図」や「お世話」をしてはいけないというわけではないのですが、そればかりでは、関係を保てないと思います。
- ⑥ 「今のままではダメ」だという気持ちが、顔や態度に出いていませんか、ということがあります。笑顔と安心が大切です。笑顔や態度は、お互いに響き合うところがありますから、どちらかが笑顔でいると、相手も笑顔になり、安心も同じで相手に伝わります。それでも今のままでいいと思う心の整理が必要です。これだけやれているから大丈夫なのだという確信をご家族が持つようにするということが大事なのです。
- ⑦ 自分以外の誰かを変えようと躍起になっていませんか、ということです。患者さんだけでなく、場合によっては配偶者に対してものことです。「お父さんがこうしてくれれば」と思う気持ちです。人を変えるのは大変なことから、自分自身が変わりながら、変われる人が変われるところから変わるのが先なのです。