

第22回 パネルの会パネルディスカッション内容

『精神障害を持つ人々の地域生活を支える』

〈パネルディスカッション ～前半～ 〉

丹羽先生→全般的な精神障害の治療の意見、質問について。

Q:自尊心が持てる、自己肯定感を育てる精神科医療は何かを考えさせられた。

A:佐竹さん(支援者)の話から出てくると思う。

Q:人間としての医療で隔離・束縛する医療するやり方はよくないのでは?どう考えたらいい?

A:もっともなご意見。既に縛らない医療がかなり多方面から言われるようになり、そういった全体的に向かっている。ただ興奮が激しい方、例えば部屋の物を壊したり、そのことによってご本人に傷がついたりする場合があります。ご本人の安全を確保する意味合いで拘束を一時的にしなければならないという治療として必要な場面もある。そういった際にはルールに基づいて規則に沿って行うことが必要。全体としては縛らない医療に向かっている。

当事者の方への質問→

Q:こんなサービスがあると良かったなと思うものは?

A:災害時に障害者でなくとも一人暮らしの人の非難の方法、場所、身支度、心の準備等の支援や指導が年に一度でもあれば、心の支えになる。災害用のバッグ等、身支度をするための支援があれば有難かった。

丹羽先生→地震、台風、水害等の様々な心配事がある。災害の時に避難する場所として「福祉避難所」を設置することが自治体に求められている。福島市もそれ以外の自治体も「福祉避難所」を指定している。多くは高齢者や肢体不自由者の方々を対象としたような老健施設が「福祉避難所」として指定されている現状がある。いわゆる精神障害の方、中には子どもの発達障害、自閉症の方も含むが、精神障害を持たれた方の「福祉避難所」は少ない。精神障害の方、発達障害の方のための避難所を特に意識的に整備してほしいということを自治体に求めていくことが必要。老健施設が高齢者のための避難所として指定されていることを考えると、地域生活支援センター、様々な作業所等が精神障害者の方のための「福祉避難所」に指定されていく可能性がある。新たな建物を作ることは現実的に進まないと思うので、自治体が地域生活支援センターや作業所を「福祉避難所」に指定する代わりに予算をつけられていくことが実際的な話かと思う。各サポートの施設があるので、災害に備えるという意味での企画を考えていくことが必要だと思う。

服部さんへの質問(訪問看護について)→

Q:24時間対応を詳しく説明すると、訪問看護の中で契約時に24時間対応するかどうかをうかがう。対応が必要となれば、利用料が加算される。訪問看護ステーションによって24時間行っているところと行っていないところがある。24時間対応する職種は基本的には看護師。電話対応しているのは看護師で訪問が必要と判断されれば他の職種も同行する場合がある。

A:24時間対応にピアサポーターは含まれるか?

Q:専門職が対応するためピアサポーターは含まれない。訪問看護は様々な活動を行っているが、精神科訪問看護は基本的には30分以上60分以内の訪問看護をさせてもらっている。社会資源の利用ということで、ハローワークへ同行するが初めの1~2回くらいで徐々に自分で行けるようになってもらう。

A:他のサービスとの違いは?

Q:◎ホームヘルパーや生活訓練訪問型が始まっている。それらを利用する場合は日常生活面(掃除、調理、買い物)のサービスを利用できる。ホームヘルパーの利用ができない場合はサービスに至っていない場合は訪問看護の中でできる範囲で行う。ホームヘルパーは契約上、車で一緒に移動できない。訪問看護では一緒に車に乗って買い物に行くサービスはできる。

◎金銭管理については安心サポートが社会福祉協議会でやっているものを利用できる。

◎利用年齢は幅がない。どの年齢でも医師の指示書があれば利用できる。子どもから高齢まで利用できるが、精神科の訪問看護となると精神科に通院されていること、精神科の主治医から訪問看護指示書をいた

だくことが必要。また通所サービス、日中、放課後等デイは小さい年齢対象。65歳以上はケアマネージャーの相談支援がある。

丹羽先生→服部さんのお話の中で生活訓練のサービスが利用できるとあったが、訪問看護は医療保険の枠組みの中で行われる。それに対して生活訓練は医療保険の枠組みからは外れる？

服部さん→生活訓練は総合支援法のサービス提供料という形で市町村や県から支援のお金が支払われる(福祉に入る)。

丹羽先生→医療のほうで賄う部分と医療から外れて福祉、介護で賄う部分と分かれている。国は何でも医療ではなく、福祉、介護に移行させる方向で基本的に考えているのではないか。医療費が高齢化が進んでいく中でひっ迫していくことを踏まえると医療から切り離そうという考えがある。新しいサービスが利用しやすいように進んでいくことが望ましい。

佐竹さんへの質問(ピアサポーターについて)→

Q:ピアサポーターとして活動するにはどこの紹介でどこの組織に所属しているのか?誰に聞けばよいのか?

A:詳しく知りたい時には、県の精神保健福祉センターのホームページにピアサポーターがどの地域に何名登録されているかが載っている。ピアサポーターになるにはどうしたらよいかもホームページにある。紹介ということになると、会津であれば会津保健所の保健福祉事務所が窓口になる。また医療機関や福祉事業所の中に協力機関があるので、そこに問い合わせをしていただく窓口になっている人に教えていただけると思う。どこの組織に所属したらいいかというところで、佐竹さんは訪問看護ステーションに雇用されているが、訪問看護ステーションに所属してピアサポーターでステーションが複数名訪問看護を挟んでお金を取っているというのは、あまり福島県内にはないと思う。製薬会社に全国の状況を調べてもらっているが、まだ精神科の訪問看護の中でピアサポーターを雇用しているところはあまりないとのこと。医療機関でピアサポーターとして活動しているところはまだ少ない。会津の中では竹田総合病院の「こころの医療センター」のデイケアに男性のピアサポーターの人が事務職員として雇用されている。会津の医療機関としては、訪問看護ステーションこころあいと竹田総合病院の2カ所。

福祉事業所、相談支援事業所の中に雇用されているとお金の加算がつくが、ピアサポーター体制加算を活用して雇用されているというのはあまり聞かない。会津の機関相談支援事業所に聞いたがまだまだ雇用は少ないということだった。

ピアサポーターへの質問→

Q:ピアサポーターになるには資格が必要か?

A:資格はなく、講習会を受けて修了書をいただく。

Q:雇用形態は?(1日何時間週何回?)

A:パートで雇ってもらい、1日4時間、週5日。

佐竹さんへの質問→

Q:ピアサポーターの活動が広がらない原因は?

A:自分なりの意見としては、ピアサポーターの制度が知られていない。雇用にはお金が発生するので、お金を事業所としてどう確保するのか課題がある。ピアサポーターは自分も障害を抱えながらサポートする側に立っている方なので、そこを支えていく制度やその方が孤立しないで働き続けられるかということが課題だと思う。

丹羽先生→その他の質問で就労について質問をいただいている。

Q:若い人、デイケアを終了した後どうしたらいいか?

A:若い人の場合、ハローワークに若い人向けの窓口がある。障害を持たれた方の窓口もある。就労継続支援のA型、B型といわれる作業所の利用される、またデイケアのスタッフに聞かれることを大事にしてほしいと思う。

〈パネルディスカッション ～後半～〉

丹羽先生→当事者の発表に大変感激したという感想をいただいている。自分の生活をしっかり見つめていらっしゃることに感激した。自分か経験されてきたことを今苦しんでいらっしゃる方に伝えてサポートすることは、とても良い結果になっているのではないか。そういう意味でピアの方々へのエールが送られてきているということ。

当事者の方への質問→

Q: 紆余曲折を経て悩んでこられた中で、今のような状況に考えを持たれるようになってきた。力になったことやきっかけはどんなことがプラスになった？

A: きっかけがあったとは言えないが、入院した時に医者嫌いで喧嘩にもなった。姉との確執が原因だったと先生が理解をしてもらえたこと。信頼できる人がいなかったが、主治医に出会えて心が開けた。グループホームから一人暮らしができた時に、誰のおかげかと考えた時、周りには主治医やひびきの施設長、スタッフの方がいらっしゃるいつも「あなたは一人じゃないのよ。」と言ってくださった。それが私にとっての大きな幸せでそれが私の今の力になった。気づけば周りに人がいてくださったことが何よりのきっかけ。

丹羽先生→今の話をまとめさせていただくと、2つのステップがあった。1つは医師との喧嘩があったが幸いして自分が何でこのような気持ちになっているのかわかってもらえた。自分をわかってもらえる体験がなかったが、できた。わかってもらえたということが非常に大きな一歩になった。もう1つは次に進もうという気持ちが強くなっていて一人暮らしという方向にステップアップしていった。一人暮らしの中で現実の中でリアルをみるのが進んできた。そのような中で自分を見つめることが進んだ。辛い体験だと思うが、いくつかのステップを経験しながらできてきたということで、素晴らしいこれまでの生活だと思う。

佐竹さんへの質問→

Q: ピアスタッフとして歩もうと思った原動力として今の方向に進んでいく上で何が力になり原動力になったのか？

A: 夫が訪問看護を受けていて訪問の中で児島さんからピアサポーターの役割があると聞いた。どんなことなのかなとうかがって、それがきっかけだった。

Q: 自分なりにできることをやってみたいという気持ちはずっと持ち続けていたのか？

A: 情報を仕入れたことが強いきっかけとなった。

Q: 当事者とのやりとりはどのようなものですか？

A: 看護師さんと同行していて、看護師さんと患者さんの話の中で就労の状況や家族との関係等聞く中で患者さんの状況を知ることができるので、私を感じたことを言ったり、患者さんが自分の感情を言って涙を流された時に私も同じ気持ちだったよと言ったり、こうやるといいよとか辛いよねとか共感して前に進められるようにしている。

丹羽先生→医師、看護師等の専門職は専門職なりに当事者の方に様々な働きかけを行うが、当事者の方は誰の話が一番心から受け止めるのか。それはやはりピアである同じ苦しみを味わっている人の話を一番率直に受け止めてくれると思う。当事者にとってみると一つのロールモデル、社会的にその人が果たす役割、生き方、一種の自分のモデルを目の前で見ることができる、自分もこういうことができるかもしれない。専門職がこうしなさいとかこうしたらいいよ、こうなったらいいね、とか、そこはなかなか受け止められない。それよりは当事者同士でこういう話を聞かれると心底共感する、こうなりたいという気持ちが生まれる。そういう意味でピアスタッフの方の役割は支援している人たちに対して心からのやる気を引き起こしていく上でとても大切な役割を持っていると思う。

服部さんへの質問で、訪問看護でどのようなサービスをうけられるか？というのがある。地域によって様々な訪問サービスを行っているが、どこの自治体にも必ずいくつなければならぬという話ではない。点在しているということがあるので地域によっては利用できるところが近くにないという場合があると思う。訪問看護を受けられる、受けられないということについてお話いただきたい。

服部さんへの質問→

Q:二本松でも受けられるか？

A:精神科の病院の中にも訪問看護部門、訪問看護室という形である場合があるので、通院されているようであれば主治医に訪問看護を受けられるか相談すると良いと思う。福島市の病院だと安達や二本松まで訪問看護に行っていることもある。村上病院、東北病院も管内としては近いかなと思う。距離の問題があり、浜通りの訪問看護ステーションは基本的にエリアを30km圏内で、以前は相馬市から30km圏内で今度、浪江もエリアになるので南相馬、原町にサテライトの事務所を置いてそこから30kmという目安でやっている。30kmを超えてしまう場合には交通費を負担していただいて訪問看護を利用していただく。

Q:郡山の地域で精神障害者団体とかF-ACTORの会等と連携しているところはありますか？

A:あさかの里の理事の方が、F-ACTORの会の理事に入っているので、郡山ではあさかの里に相談していただく、訪問サービスとか利用につながると思う。

丹羽先生→精神科病院に通院されている方に関して訪問サービスを行う部門がある。児島さん、服部さんは病院の訪問サービス部門ではない。病院とは独立して独自に訪問サービスを行うステーションを立ち上げている。どこの病院に通院しているからとか無関係で訪問を行っている。ただその時には主治医の先生が指示書を出していただかなければならないがどこの病院でなければならぬは関係ない。現在、訪問ステーションは病院から離れて地域でやっているところと、病院の部門として訪問サービスを行っているところと大きく分けると2種類ある。

当事者の方が自分も立ち直りたいとかこうなりたいとかという内発的な希望を持つことが治療を進める上でとても重要なキーポイント。その時の良いモデルを見ることはとても大切なことと思う。同じ作業所に通っているAさんを尊敬していてAさんのようになりたいということでも構わないし、ピアサポーターのようになりたいということでも構わないと思う。出会いがあるのは、その人が自分の心の中からこうなりたいと変わっていく上でとても大切なことだと思う。総合的な支援も必要だということはもちろんだけれど、その人の心が変わるということも大切なこと。そういう意味でピアサポーターのみなさんの役割はとても大きな意味があると思う。

Q:先生との関係がうまくいかない。先生の考え、見立てがこれでいいのか、という疑問符を持った時にどうしたらいいのか。

A:見立ては医師によって診断が違う場合もある。統合失調症？双極性障害？発達障害？ということもある。現実にあることなので、一筋縄ではいかないが、特に統合失調症と双極性障害の区別、統合失調症、双極性障害と発達障害の区別に微妙な問題があって、私の言うことがすべて正しいと思うわけにはいかない。特に時代によって新しい医学的知識が増えてくる。例えば発達障害でいえば、20年前にはなかった。発達障害、典型的には自閉症だが、自閉症は子どもの病気だと思われていたが、大人にそういう問題があるというような見方はこの10年くらいに強まってきた考え方。見立てが変わるというのは、医学的な知識が増えてくるにしたがって、変わるということはある。あの先生は今まで統合失調症と言っていたのに発達障害と言いつ出した、ということがあったとして、あの医者は当てにならないなど決めつけしないで、そのお医者さんもよく勉強していると思っていただくことかなと思うので、そういう時代の進歩によって違って来る部分もあると大目に見ていただけるようお願いしたい。ただ、そうはいつでも10年かかっても一向に変わらないという問題があるようであれば、セカンドオピニオン、別の見方をする先生へ相談してみることは当然あって良いことだと思う。

10年たっても変わらないといっても、治療者が悪いということもあるかもしれないが、本人の中でどう変わりたいという内的なエネルギーとか内的な希望がどう湧いてくるかというのがとても大切な点。そういうところを育てる働きかけを医療者側としてはやらなければならない。やっていないとすれば手落ちだとは思ふ。時代によっても考え方の違いがある。外科系では顕著だが、手術すると決めるのは医者。患者さんは医者の言うことに従うというパターンリズムという考え方がずっとあったが、それは具合が悪い、当事者の人権をどう守るかという批判があって、今度はインフォームドコンセントに基づく治療。治療者は情報を提供し決めるのは患者さんという放り出されることが出てきた。そういわれてもわからないということが出てきた。現状はそれをまた反省している。今は双方向性の意思決定、SDMといって、Sは共有のシェアする、Dは決定のデシジョン、MIはメイクするとう双方向性の情報のやりとりに基づき、半分半分の意思決定にしようというのが、今推奨される治療方針の

決定の仕方になってきている。

そういう意味で医療や治療に関する考え方が時代によって変わっている。発展している。基本的な方向性としては、当事者の意思の尊重、当事者の人権の尊重という方向に動いて進歩している。時代によって医療者の考え方や対応が違ってくる。10年変わらないという時にも当事者の内発的な動機付けをどうしていくのかという、そういうことを大切にしようというのが、今精神科医療の中でも広まってきている考え方。よく回復ということであると、リカバリーというのが、リカバリーは2つある。一つは治療者サイドから見て、あの人はこういうことができるようになった、こんな風に変ったという客観的な指標で評価できる部分がある。仕事をしなかった人が仕事をできるようになったとか、学校に行けなかった人が学校に行くようになったとか、その人なりの身の回りのことを自分でやるようになったとか、客観的に評価できるような部分の変化があってそういうのを臨床的なリカバリーと呼んでいる。それに対してもう一つのリカバリーはパーソナルリカバリーと言われるようになった。どういうことかといえは、その人が内的に内発的にこうなりたい、あの人のようになりたいと希望を持てるようになること。障害を持っているけれどもそれが問題ではなくて障害があろうとなかろうと一人の人間として社会に参加していくという生きるスタンスを持つことができるようになること。本人なりの内的な力がどれだけできていくかということをもパーソナルリカバリーと呼んでいる。治療者も単に臨床的リカバリーを追求するのではなくて、パーソナルリカバリーということも追及するというのが治療者としても当事者の人とともに努力することが前提だが、やっていかなければならない。リカバリーには2種類あるというのが今精神科医療の中でようやく広まってきている。10年来変わらないという時に、臨床的リカバリーのみを追求することだけをやっていたので、本人の内発的な力が十分育たなかった。そういう意味では歴史的に時間経過とともに考え方が変わってくる部分もあるので、そういう意味ではこの人が悪いというわけにもいかないということもあつたことをご了解いただき、その上で、別の人の意見も聞いてみるとうことがあつても当然だと思ふ。

パネリストの皆さんのお話をめぐって、様々なテーマで勉強になった。当事者の方のお話には感激するものがあつた。また専門職としてのサポートの中身を具体的に知ることができた。