

【特集 リカバリーを考える—危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか—】

伊藤順一郎先生に聞く

## リカバリーをめぐる——これから精神科医療と 地域精神保健福祉はどうあるべきか

Around recovery : The future of psychiatric treatment and community mental health

【話し手】 伊藤順一郎<sup>1)</sup>、【聞き手】 松本俊彦<sup>2)</sup>

Junichiro Ito, Toshihiko Matsumoto

### I. はじめに

インタビュアー松本俊彦（以下、松本） 伊藤先生、本日はこんな遅くにお時間を取ってくださり、また、ご自宅に押しかける非礼をお許しく下さり、ありがとうございます。

今回の『精神保健研究』、特集テーマとして「リカバリー」を選びました。その背景には、もう一度、精神科医療やメンタルヘルス支援を根本から見つめ直す必要があるのではないかという思いがありました。現在、この領域は様々な問題が山積んでいます。いま思いつくだけでも、相模原市障害者殺傷事件との関連で沸き起こった、措置入院制度の見直しや精神保健福祉法改正をめぐる議論、あるいは精神科病院における身体拘束の問題、それから、もう10年近く前からたびたびマスメディアでとりあげられている、薬物療法に偏重した精神科医療の問題などがあります。いずれも未解決のまま、ひとまず制度を動かすために議論にどんどん進んでしまう現状があります。

もう一度、根本に立ち戻るとするならば、精神科医療やメンタルヘルス支援の主人公は誰なのか、やはりそれは当事者であって援助者ではない。目的は何なのかといえ、当事者のリカバリーであって、

決して病気の症状が改善することではない。このリカバリーを特集テーマに選んだ背景には、そんな思いがありました。

しかし、特集記事の構成として当初から念頭にあったのは、決して「リカバリーとはそもそもなんぞや」といった堅苦しい原稿を並べることではありませんでした。そうではなく、このリカバリーという言葉の旗印として、ACT (Assertive Community Treatment; 包括的地域生活支援プログラム) や就労支援、当事者活動支援をしてこられた伊藤順一郎先生をフィーチャーしてみたい——そういう気持ちがありました。

なぜそのように思ったのかというと、僕は平成16年に精神保健研究所に来ましたが、当時、精神保健や地域精神保健福祉のあり方に、思い、理想を持っている先生が多くて驚きました。厚生労働省から言われた研究をするというよりも、まず思いや理想があって、それを何とか厚生労働省に認めさせ、精神保健施策を変えていく、そのために研究をする——そういった研究者たちです。その筆頭格として伊藤先生がいる——そういう風景を感じていました。

そのようなわけで、本日はどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

伊藤順一郎先生（以下、伊藤） こちらこそよろしくお願ひします。

### II. 精神保健研究所で仕事をはじめた頃

松本 さて、本題に入る前に、まずは伊藤先生が精神科医になった理由あたりからお願ひします。先生

1) 元・精神保健研究所 社会復帰研究部 部長／  
現・メンタルヘルス診療所しっぽふあーれ 院長  
Mental Health Clinic “Sipuofare”

2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
薬物依存研究部 部長  
Department of Drug Dependence Research, National  
Institute of Mental Health, National Center of Neurology  
and Psychiatry

は千葉大学医学部のご出身ですよ。何年のご卒業になりますか。

**伊藤** 昭和55年卒業です。僕が精神科医になった理由の中に、同級生であった和田清（前・薬物依存研究部部长、現・埼玉県立精神医療センター依存症治療研究部長）の存在もあります。学生時代から精神医療問題研究会や社会医学研究会を行っていて、そこにも和田清がいましたし、サークル活動も一緒でした。そこには平田豊明さん（千葉県精神科医療センター名誉所長）もいて、国府台病院の副院長を務めていた塚田和美さんがいました。

**松本** 錚々たる顔ぶれですね。

**伊藤** そうです。計見一雄先生が少し離れた所にて、後藤雅博先生（元・新潟大学医学部保健学科教授、現・心理教育・家族教室ネットワークの代表幹事）もそのそばにいたというような感じで、学生時代のときから、精神医療の非人間性、医療としての体を成していないという問題意識を抱いていました。

和田君はその辺りで僕よりももう一つコミットしていました。千葉県の精神科病院の一斉調査といって、開放率や平均在院日数がどのくらいか、看護と患者さんの割合がどのくらいかという統計を取っていました。すると状況は悲惨なわけです。当時、まだ学園紛争などもあり、その名残でそういう人権擁護に関する取り組みや不当入院に対する裁判闘争などを目にしていました。ですから、医学生生の頃から、こうした問題にコミットするのは自分の仕事にしてもいいかもしれないと考え、精神科に進みました。

精神保健研究所に来たことも、そういった流れと関係しています。社会精神医学的なスタンスでいたら、教授が代わって大学は生物学的精神医学オンリーになってしまい、居場所がなくなった感じでした。それで、精神保健研究所に応募したところ、たまたま採用されたのです。どうやら藤縄昭先生が推してくれたようです。それで社会復帰相談部という所に入って、気が付いたら20年いたことになりました。

**松本** 精神保健研究所着任前、千葉大ではどのようなお仕事をされていたのですか。

**伊藤** 家族療法、家族支援です。臨床に従事するようになって、当初は、患者の診療をしながら個人の精神病理についてあれこれ考えていたのですが、それではなかなか問題が解決しない感じがしました。退院、あるいは退院後の外来治療といった段階になると、本人も病気自体も大事ですが、それを周りで見ている家族との関係も大事です。家族を味方につけないと、うまくいかない。そのような感覚がありました。また、その当時からコメディカルスタッフにはずいぶん助けられたので、1人で見るのではなく、家族と見る、コメディカルスタッフと一緒に見る、彼らの力を借りながら、薬も考える、そういう習慣が身につけてきました。

ただ、それも無手勝流でしていたので、もう少し系統立った方法はないだろうかとしていたら、当時、家族療法学会が立ち上がったばかりで、その学会で知り合った人たちといろいろ学ぶ機会がありました。統合失調症は、当時の中でも普通の家族療法ではなかなか難しいというところがありました。家族心理教育という方法も学び、そのベースのEE研究の仕事がありましたが、たまたま日本社会事業大学の学長をした大島巖さんと一緒に仕事ができるようになりました。そこから辺から精神保健研究所との付き合いが始まりました。

そのような感じで、家族支援の辺りから入って、そこで統合失調症だけではなく、ひきこもりや摂食障害など、疾患の横断的な領域が広がっていききました。

**松本** そのような仕事をした上で、精神保健研究所に入ったと思いますが、どうでしたか。私自身もそうでしたが、臨床から研究所に入るといことは、臨床家として中途半端になるのではないかと、臨床を捨てることになるのではないかと、研究者としてやっているのだろうかという不安などはなかったでしょうか。

**伊藤** 研究所でどのようなことを仕事にするのかということが、さっぱり分かりませんでした。当時、研究所には大島巖さん、故 岡上和雄先生（元・国立精神衛生研究所部長、元・中央大学教授）、故 吉川武彦先生（元・精神保健研究所所長）がいました。実はあの辺りは千葉大学の人たちなので、その前にも会っている話は聞いていました。それから全

国精神障害者家族会連合会、今のみんなねっとの前身があって、そこにもコミットしていたので、大きく言うと、社会精神医学的な領域で何か物を見ることができたらいいのではないくらいの感じで入りました。

最初は室長で入りました。直属の上司が丸山 晋先生（元・社会復帰相談研究部部长、前・ルーテル学院大学教授）でした。今から考えると、あの鷹揚さが非常に助かりました。好き勝手にさせてくれたのです。そのなかで国府台病院精神科のスタッフと共に行った家族心理教育に関するランダム化比較試験が、研究者らしい最初の仕事でした。家族心理教育のモデルをスタッフとともに作り上げ、その効果評価をしたわけです。

この研究からは、家族支援は、家族をケアラーとして扱っていたのでは足りない、家族が孤立せず安心して話し合える環境をつくり、家族が元気を取り戻していくようにを支援するのが大事ということが見えてきました。それを、文字や講演などでアウトプットしていく、といった感じから研究が始まりました。

それをアシストしてくれたのは、当時は、全国精神障害者家族会連合会の人たちでした。結構、家族会の人たちと話し合っていて、これからどういう研究があるといいですかというような話を聞いたところ、きちんとした情報が欲しいということでした。精神分裂病（当時はまだそう呼ばれていました）についてのきちんとした情報が欲しい、そのための本を作ったほうがいいなどという話になって、全国精神障害者家族会連合会から精神分裂病のブックレットなどを出し始めました。

岡上先生や吉川先生に、やはりこういうことが役に立つと言われたこともあって、自分は統計的なデータを扱う方向にはなかなか向かわなかったけれども、でもこれも研究の一つだというように自分の中で位置付けて、始めたという感じです。

**松本** 当時の研究所では、そういう臨床的というか、現場に役立つ事業のような研究も尊重されていたのですね。

**伊藤** そうですね。当時は小平キャンパスからは離れていたせいか、精神保健研究所だけで好きにできるといったことがありました。そのような中で、みなさ



ん個性があって、決してまとまりがいいとはいえませんが、わりと臨床と密接に関わるところで発言することが精神保健研究所のいいところでした。

その頃は社会学や心理学、様々なバックグラウンドの研究者がいました。医者中心ではないというか、精神医療、保健福祉を支えるのは、もっと多彩な人たちの集まりだという意識があったと思います。日本で最初にデイケアを始めたのは精神保健研究所でしたが、その当時からそういった意識があったはずですが、私がいた社会復帰相談部はもともとデイケアの立ち上げに深くコミットしていた部なので、そのようなことは風としては感じていました。

### Ⅲ. ACT、リカバリーとの出会い

**松本** そのようにして研究所でキャリアを積む中で、先生がリカバリーというものに出会ったのは、いつ頃だったのでしょうか。

**伊藤** リカバリーという言葉にきちんと出会ったのは、ACTの研究をしようと思って、アメリカとの交流が始まってからです。大島さんと共同でACTの勉強を始めましたが、文献を読んだだけではよくわからない。実際にシステムがどう動いているのか、この実践が何に役に立つのか、背景となっている文



化は何なのか、いろいろと疑問でした。

この際、アメリカに行きましようというこで、年に2回か3回、2週間くらいの旅をしてきました。西海岸も東海岸も、それからウィスコンシン州マディソンやカナダにも行きましたし、いろいろな所を見て回りました。

大体、ACTのチームは単体では存在してなくて、アメリカの州立やNGOが運営する精神保健センター、カナダならばマウントサイナイ病院などの医療機関の1チームとしてあるわけです。そういう所を見て回り、必ずピアのスタッフがいたり、家族の方がスタッフとしていたりということを目の当たりにしました。こういう人たちが働いているのか、こういう人たちとコメディカルスタッフが中心になって働いているということが分かりました。精神科医は全体のシステムの設計や、マネジメント役割をしていたようです。ナースがある程度、薬物療法もコントロールするような環境で、サイコセラピストもいるし、多職種チームが構成され、医師の指示などなくても主体的に支援を行っていました。実際、現場では精神科医は一体どこにいるのだろうという世界でした。

そして、いずれのACTチームも大変アクティブに地域社会の中で働いており、その彼らの言葉の中に、リカバリーという言葉がたくさん出てきたのです。リカバリーは客観的な評価による、患者さんが改善したなどということではありません。もともと公民権運動から出ている言葉です。患者さんが主体的に自分の人生を取り戻していくプロセスのことを指します。それをふつうの言葉で言えば、自分で自分のことは決めるようになることであり、自分の責任を自分で負うようにすること、自分の人生を価値あるように思えるためのアクティビティを持つことなどです。そういう方向で生きようと、仲間や支援者と共に試行錯誤をしている中で、結婚もできたし、就労もするようになったなど、そういう話が生まれてくるわけです。

それから、ACTと同時に欧米の就労支援（個別援助付き雇用）の現場も見て回りました。そのときに、就労支援、仕事に就くということが、逆に症状を安定させるということ、目の当たりにしました。社会的な活動にコミットしたり、仲間とつながったり、それから自分自身の自尊心が保たれるようになってくることは、実は症状の安定にもつながって

きます。今までの医療を中心とした治療論とは全く違った形で人が回復していく、それがリアルな世界として存在していることを知って、衝撃を受けました。

彼らは自分たちのピアのグループの中で、非常に楽しそうに自分たちのことを語り、自分たちはどのように回復したかを語ります。それは決して、何々病院の何々先生のおかげではなくて、このコミュニティの中において、みんなと話し合っ、相談して、自分の役割もあって、存在しているということ、しっかりと持っている、それが自分のリカバリーにつながっている。そういう話を聞く中で、これはかなり大切なことだと思いました。

ですから、医療の主体として、医療者が責任を持って患者さんを治すという文脈だと、この領域には到達しません。医療の助けを借りながら、患者さんが、自分たちの力で自分たちの生活を取り戻すこと、そのためのコミュニティを作る、それを支えるサポートグループを作るなど、そういうことが人としての彼らの人生をよりよきものにします。たとえ、症状があまりよくならなかったとしても、その人が人として生きていくという営みは続けられるだろう。そう感じて、これから日本でACTや就労支援を広めたいと考えました。就労支援のIPS (Individual Placement and Support) も研究として日本に導入したのは私たちが最初でした。

**松本** 先生がACTに関心を持って勉強し、あるいは少し周囲や外向けに発信したとき、当時の精神科医療や地域精神保健福祉の人たちの反応はどうでしたか。

**伊藤** 賛否両論です。研究に着手したのが2002年ですから、もう病名が統合失調症に変わっていました。「入院医療中心から地域生活中心のへ」という「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示されたのは2004年です。厚生労働科学研究として始める際、当時の総長、高橋清久先生にご相談しました。高橋先生に、「研究費を取りたい」と言う、「ではプレゼンテーションを用意してください」といわれ、まずはNCNP内でプレゼンテーションをさせてもらいました。そうしたら、総長がいいと言ってくださって、精神・障害保健課と掛け合ってくれました。

ただ、当然、保守的な人は冷やかなスタンスで

した。包括的な支援、つまり、福祉と医療にまたがった支援をするので、それは日本の制度の中では財源も違うし難しいのではないか、そもそも地域の中を駆けずり回るような医者をこれから育てるなどということは難しいのではないか、医療経済的に成立するのかといった批判がありました。これ以上、メード・イン・USA を日本に持ってきても仕方がないというような批判がありました。まさに賛否両論という感じです。

ただ、今から振り返ると、精神保健研究所にいて、総長を含め研究所の皆さんが、そういうチャレンジなことの背中を押してくれたことはありがたかったと思います。その後、樋口先生が総長になったときだったでしょうか。「こころの健康科学研究事業」の最初の研究費をいただきました。世間の風は冷たくても、当時、精神保健研究所の中で臨床的なこともしている先生方のまなざしは割と温かかったような気はしました。

#### IV. 市川における ACT の実践

**松本** 最初、市川で先生が実際 ACT のプロジェクトを行う際に、苦労はありましたか。

**伊藤** 苦労というか、精神保健研究所が小平に移るといふときでしたから、あのときも、高橋先生に相談しました。「先生、研究の途中で研究所が小平に行ってしまうのですが、残って研究してもいいですか」と言って、すごくわがままも聞いてもらいました。ですから、僕は20年研究所にいましたが、2010年くらいまでは、ほとんど小平に行かずに、国府台病院の先生方と一緒に活動し、ACTの研究をしていました。ちょうど国府台病院の精神科病棟がダウンサイジングの時期で、長期入院の人を外に出さなければいけないというときと重なったこともあり、うまく具合に協働できたところがあります。

**松本** 国府台病院とよい協力関係を作られたのですね。

**伊藤** そこは恵まれていました。院長になられた浦田重治郎先生などが全面的にバックアップしてくれたからです。おかげで ACT に関するランダム化比較研究ができました。

いま思うと、むちゃなことをしたなと思います。あちこちの講演で「こういうチームを立ち上げる」と宣伝し、全国のいろいろな場所で求人案内を出しました。自分の知り合いにも、「よい人はいないか」と聞いて回りました。立ち上げのスタッフは、そんな風にして集まってきたかたがたです。チームのスタッフの給料は研究費基準の少ない額でした。

**松本** 集まったスタッフは、どのようなバックグラウンドの方たちだったのですか。

**伊藤** 地域で働く経験のあったソーシャルワーカーがいました。それから職業カウンセラーがいました。病院から外に出たいと思っていた OT や看護師もいました。心理の人もいました。それから面白いのは、今、熊本に戻っていますが、医者でありながらソーシャルワーカーとして働いてみたいという人もいました。薬を捨てたかわりをしたいというわけです。総勢10人のスタッフでした。みな、出身母体はてんでんばらばらで、国府台病院にいた看護師以外には、同じ所にいた人は1人もいません。主には病院の精神医療の在り方に疑問を感じているという人が集まってくれました。

もう一つラッキーだったことは、当時の僕の所のチーム精神科医はどうしようかというときに、室長にやってもらおうと思い、「室長の仕事は ACT のチーム精神科医をすること」ということで、西尾雅明君（元・社会復帰研究部室長、現・東北福祉大学教授）に来てもらったことです。彼は留学をして、ロンドンの地域精神保健サービスをみていたので、日本で ACT を始めるにあたって、大変心強い人材でした。

そのとき、僕が直接チームに関わって臨床にどっぷりはまっていたら、また人生が少し違っていたかもしれません。チームと話していると、僕が少し年上だということもあって、「僕らだけですますから伊藤さんは関わらなくていいです、アウトカムを取るなど、研究のほうで頑張ってください」と言われ、西尾君ががんばって、スタッフと共に最初の ACT のチームをつくってくれました。

実際に、ACTの臨床が始まると、それまで頻回に入院していたような不安定な方を扱うわけですから、いろいろな苦労を味わいました。最初の1年で、自殺する利用者が出たり、利用者のスタッフへの暴

力などが出たりしました。当然のことながら、そういうリスクマネジメントをきちんとしなければいけません。当時は未熟ですから、入院させずにクライシスをどのように乗り越えるのかということも、情熱があってもスキルとすれば無手勝流だったと思います。ですから、最初のうちは pre-post の比較では入院日数などで非常に成果が出るけれども、コントロール群との間で症状などの比較をしても、なかなか成果が出ないという苦しみもありました。

**松本** しかし最終的には、RCT の結果も出て、各地に広がっていききましたね。

**伊藤** いや、まだまだです。やはり日本は民間の精神病院を中心とした医療なので、経済的に成り立ちにくいものに対しては触らない、入院ということを回避するような考え方の取り組みには二の足を踏むということが多いです。それから、きょうのテーマのリカバリーということに関しては、リカバリー支援ということを常に意識しながらチームを運営していくということは、どこかで伝統的な病院精神医療の概念を捨てないといけないのです。リカバリーの支援につながるの、症状をうんぬんするよりもまず先に、その人の苦悩をとらえよ、その人がどのような生活をしたいかを共に考えよという発想ですから、入院病棟での動き方とはスタッフの動き方がまるで異なるのです。この捨てるという作業を徹底して行うためには、チームの理念やミッションがとても大事で、それをキープし続けられる、そういう精神性が必要になります。そしてこういう精神性をもつスタッフを育て、はぐくむのには、彼らを支えるネットワークが必要だと感じています。僕たちがメンバーである ACT 全国ネットワークの中では、今、30 チームくらいが動いていますが、それ以外にも、さまざまなチームもあるので、日本で行われている精神科アウトリーチチームの実際は玉石混交です。

ただ、今まで行ってきて、多少、風向きが変わったかもしれないと思うことは、アウトリーチという言葉を見なさんが使うようになって、多職種でアウトリーチをすると、病院の指示で訪問看護をしているのとは全く違った動きがあるということ、精神科を専門にしている普通の訪問看護ステーションの人たちも少しずつ感じてきてくれています。そこは変化だなという気はします。

残念なのは、ACT やコミュニティー・ベース・メンタルヘルスは、どこの国でも国主導、行政主導で動いているのに、日本ではそうになっていないということです。海外では、病床削減をして人員配置を地域の方に移し、その地域で働く医療スタッフのための受け皿としてのメンタルヘルスセンターをつくったり、アウトリーチチームの基地をつくったりしている。この辺りのドライブをかけるのは国の仕事ではないかと思うのですが、一向に動きませんでした。いまだに『『重度慢性』の患者さんは集中的に病院で治療しないといけないので、そのための財源と病棟が必要』などといっている臨床医や研究者がいるというのは、一体どういうことなのかと思います。

## V. 就労支援

**松本** リカバリーとのつながりで、もう1つ就労支援のことにも触れさせてください。

私自身、仕事をするようになった患者が、必要とされることによって自尊心が改善し、それによって薬が減らせるという場面に何度となく遭遇しています。その意味で、障害を抱える方の仕事はとても大事なことだと感じています。

**伊藤** そうです。本当にそうです。この点に関して、バーモント州とメイン州の30年間の長期予後の比較研究は、非常に重要なことを明らかにしています。

バーモント州はメイン州よりも脱施設化が十数年早かった州です。その二つの州の1960年代から30年間の予後調査なのですが、バーモント州のものは前向きな追跡調査、メイン州のものは、それと基本属性を統制した群を選んだ調査です。ベースラインでの状態は両州の患者の状態に有意差がないわけですが、予後調査ではバーモント州の患者の方が、より生産的で、症状が少なく、地域社会により適応し、社会機能もよかったということが分かったのです。それで、バーモント州のリハビリテーションプログラム、および精神保健施策の成果が予後の違いに影響を与えているのではないかと強く示唆されたわけです。では、バーモント州では何に力を入れたのか。第一に、継続的で包括的なケアをチームで展開し、職業リハビリテーションと医療を統合し、地域社会のなかで働く機会を拡大しました。



第二に、レスパイトケアやショートステイ、ケア付きの住居など、多様な住居プログラムを整備し、地域で暮らすことを第一としました。そして、第三に、スタッフと患者さんとの関係のなかで患者の自助努力を促進することが努められたのです。そのような環境下バーモント州では、縦断的に追っても、メイン州の患者さんに比べて入院生活時間が少なく、常勤雇用を含む仕事を維持している人が多く、福祉的社会資源を使わないですんでいる人の割合が多かったということがわかったのです。

この研究論文を読んだとき、「リカバリーを支援するということは、こういうことなんだ」と思いました。リハビリテーションも、病院や医療の中だけでどうこうするのではなく、患者さんが普通の市民社会の中で働くことと直結した、そういうリハビリテーションがきちんとしていること。コミュニティの中で包括的な支援を続けて、究極的には、患者さん同士が支え合いながらコミュニティのなかでやっつけける領域を増やす、そういう世界を作ること。そのほうが絶対患者さんにとって幸せでしょう。結果として、病気としての症状も軽減すれば、これほどいいことはありません。

ですから、ここでは、医療を中心に、医療で抱え込んで、医療が管理をする形で患者さんが穏やかに過ごせるということとは全く違う支援モデルを展開しています。これは非常に大事なことだと思えました。医療が責任を持ち過ぎて、抱え込み過ぎて、本来は患者さんが自分で持つべき責任や自分のためのチャレンジを奪っているというのではいけないのではないかと思うわけです。

そういう意味では、リカバリーを語る際に、その人にリカバリーする素質があるかないかということに専門家が言うのは不遜であり、医療者がリカバリーしやすい環境を作っているかどうかを議論すべきなのです。そうした環境を作れていないのに、「うちではなかなかリカバリーを語る人がいません」などと言ったら、それは責任転嫁というものです。

くどいようですが、リカバリーはもともと当事者の言葉です。当事者が自分の価値について語る言葉です。ですから、それを外部観的にこの人はリカバリーの途中にあるとか、リカバリーに達成したなどということは非常に変なのです。そのことには自覚的でありたいと思います。

**松本** その意味では、医療がどこまで受け持つかという議論も必要ですね。

**伊藤** そうです。病棟で行っているような管理的な医療、たとえば、自傷・他害のリスク管理を精神医療がしなければいけない、といったところから自由にならないと、本当のリカバリーを支援する医療システムはなかなか実現できないと思います。

これはフランコ・バザーリアが提起した、イタリアの180号法の中に明確に書かれてあるのですが、イタリアでは強制入院は自傷・他害ゆえにするのではなく、「その時点、その状況における能力では、その人が自らの精神的健康を守ることが難しい」と判断された場合にのみ、活用されるということなのです。精神医療はその人が抱える精神疾患の症状改善と精神的健康の回復のためにある、というあたりまえのスタンスにしっかり立たなければいけないと思うのです。

## VI. 自傷・他害リスクの管理とリカバリー ——課題と限界

**松本** 先生がおっしゃった、医療が患者の、当事者の自傷・他害のリスクにどこまで責任を持つのか、という点でさらに突っ込ませてください。先生が在職中に心神喪失者等医療観察法が成立しました。それから、昨今では相模原事件を端緒とした措置入院をめぐる議論もあります。その辺りの先生の見解などをうかがえばと思います。

**伊藤** 「医療観察法による医療をやらざるを得ない」という話は、僕が社会復帰研究部の部長になった頃でしょうか、当時の所長であった故 吉川武彦先生から聞かされたのを覚えています。相模原事件も池田小事件もいろいろと疑問がありますが、とにかく第一に疑問なのは、「本当にこの加害者になっている人たちは精神医療の対象なのだろうか」ということです。このことを素朴な疑問として拭い去れないまま、医療観察法や措置入院退院後のフォローアップなど、精神障害の人たちの管理システムが強化される方向で物事が動いていることへの不信感は強くあります。

池田小事件や相模原事件は医療の問題なのか、精神医療の問題なのかという声を上げる団体が無いの

は、情けないです。逆に日本精神科病院協会は私たちが引き受けましょうと言ってしまいます。そこに「No」と言える集団は、精神保健研究所ではないかとも思いましたが、この研究所こそが医療観察法を作ってしまったわけで、その点では忸怩たる思いがあります。

それでも、当時は、「医療観察法をきっかけに一般精神医療の底上げもしていきましょう」「医療観察法できちんとした包括的な医療をするので、それを見習えば、普通の精神医療も包括的になります」という説明に期待した面もありました。いまの状況を見わたすと、それも裏切られたという気がしています。現在、医療観察法の入院がずいぶんと長期化しているという現実を考えたとき、あの説明はどうなったのかという思いがあります。

象徴的な出来事が一つありました。僕らがACTで見ていた患者さんがいて、当然、すったもんだはしていて、お母さんとの仲も悪いし、お酒を飲んで地域に迷惑を掛けるし、保健所から早く入院させてくださいとしょっちゅう言われているような方でした。その方を、何とかACTで、そうはいつでも地域で住んでいる時間のほうが入院している時間よりも圧倒的に長いという状況をつくって支援していたわけです。

ところが、その人が5年前くらいに傷害事件をお

こしたのです。その時にはたしか入院になっていたのですが、それがなんと事件から5年後に、今度は「医療観察法の鑑定を受けてください」という連絡が来たのです。それで裁判所で審判が行われた結果、「医療観察法による入院処遇が適当である」と言われました。その時点ではACTチームが支援し、地域でうまくやっていたのにもかかわらず、です。もちろん、事件から5年間は何の暴力事件も起こしていないです。

結局その人は医療観察法による入院処遇となりました。あれからさらに5年が経過していますが、まだ退院してきません。一体、どういうことなのか。この一件で、「医療観察法が、加害者が社会復帰をして、普通の市民として生きられるようにするための手厚い医療」というのは、本当に幻想なのだ、とつくづく感じました。

そうこうしているうちに、イタリアのトリエステのことなどを勉強するようになって、トリエステの方向は全く逆だと知りました。犯罪に関しては警察で見ます。刑務所に入る場合もあります。メンタルヘルスはそれに寄り添うというか、メンタルヘルスは刑に服している間も医療も含めその人を支えるようなのです。責任能力がないと判断されれば、地域の精神保健サービスに委ねられるようです。そして、司法精神病院は廃止される方向にあるのです。要するに、刑法のことは法務省関連でもらって、メンタルヘルスは治療の部分に関しては関わるけれども、自傷・他害を予防するとか、減らすとかいう目的をメンタルヘルスの領域には持ってこないのです。こういう役割のすみわけは精神医療の目的を明確にするわけで、とても納得がきました。

イタリア的な棲み分けができると、精神医療が本当に「本人のための支援」としての色彩をより濃くしていくことができます。それは寄り添うときの哲学の違いになってきます。つまり、自傷他害のおそれなどの概念は括弧に入れて、まず市民としての彼に寄り添います。市民としての彼が精神障害というものを持っているために起きている不自由や苦悩に共感していきます。そして苦悩や苦痛を理解した上で、その背景となっているものをどのように軽くするかを考えて、チームが介入するのです。症状の背景には貧困や過去の虐待のフラッシュバックがあるかもしれない。今も対人関係の中で、自分が社会貢献できないような状況に置かれていることが関係し





ているのかもしれない——そういったことを考えるわけです。

こういったなかでは医者の出番はさほど多くありません。むしろソーシャルワーカーや就労支援の専門家、ピアスタッフ、あるいはケアマネジメントの人などが前に出ることが多い。ただ、精神科医はそのような活動をスタッフが行うことを背後で支えている、そういった支援の方がまっとうだ、と僕は感じています。

医療観察法関連や今回の相模原のようなことについての解決法としても、そういうありようを実現するほうが、はるかによいと思います。そして、むしろ措置入院の入り口をなるべく狭くする、医療観察法についても再度見直し、廃止するものは廃止したほうがよいのではないかと——今、僕はそういったことを考えています。

一昨年相模原事件の発端は安易な措置入院にあったと思わざるを得ません。僕の身の回りでも、社会防衛ということを考えてしまうと、本当にその人に措置症状があるかどうかよりも、この人がまた何か犯したら、保健所や病院が責任を問われるのではないかと、といった恐れや気持ちから措置入院が選択されているケースがあまりにも多い気がしています。本来であれば地域社会の中で本人の力と協働しながら乗り越えてこそ意味のあるクライシスに、安易に強制入院が適用され、患者さんのリカバリーに資する力が奪われてしまう。そういう環境下では、本当に患者さんのためになる医療ができるのだろうか。申し訳ないけれども、むなしというか、あまり実りがないのではないかと感じてしまうのです。

## Ⅶ. 地域精神保健福祉機構 「COMHBO (コンボ)」

**松本** それから、伊藤先生といえば、精神障害を持つ人たちの主体的な活動であるコンボの話も聞いておかないといけません。少しお話しいただけますか。

**伊藤** 全国精神障害者家族会連合会（全家連）がつぶれてしまったときに、そこに集っていた人たちのうち、家族は“みんなねっと”をつくっていったのですが、研究をしていた人や、全家連の運営や出版をしていた人たちが、リカバリーをキーコンセプトにして、メンタルヘルスの領域でNPO活動したい

ということで話があって、岡上先生などもコミットしてくださりコンボの立ち上げの活動が始まりました。

僕もACTやIPSなど、当事者の生活に有効であるというエビデンスのある実践を日本の中でもっと普及したいということがあって、そういう思いで彼らと結びついて、コンボが出来上がったのです。

雑誌・書籍の発行はコンボの中心ですが、それだけではなく、カジュアルな普及啓発的なイベントはどうかという話があって、「こんぼ亭」というものもはじまりました。これには、松本先生にもおいでいただいたわけですが、こんぼ亭で大切にしていることは、専門家だけではなく、当事者の方、経験者の方やその家族にも登壇してもらい、ユーザーサイドからも同じテーマについて経験を話してもらい、ということがあります。専門家に対するユーザーサイドの声を拾い、対話できる場にしたい、双方向性の場にしたい、というのが、そこにある思いなのです。

個人的には、こんぼ亭を通して、いろいろな人と出会えたということは、すごい収穫です。松本先生のほかにも糸川昌成先生、大野裕先生などにもおいでいただき、親しくさせていただくようになりました。神経研の功刀先生にも出ていただきました。多くの人に、僕の知らないたくさんの方のことを教えていただきましたし、いろいろなネットワークをご紹介いただけるということも、面白い経験だと思っています。

最近始めたこととして、オープンダイアログとの関連でリフレクティングという技法があります。こんぼ亭でも、専門家に話してもらったら、当事者と僕とでリフレクティングの会話をして、それをまた演者に聞いてもらって、コメントをもらってという、もっと双方向性を密にするということを始めました。そういう場を設けることでさらに多様な声が出てくるのは、とても面白い現象です。

## Ⅷ. おわりに——地域精神保健や精神科 医療の質の向上のために

**松本** 最後に、これからの地域精神保健や精神科医療に関して、「これだけいっておきたい」ということがあったら、ぜひお願いします。

伊藤 今、僕が非常に惹かれていて、そこを何とかしたいと思っているのは、精神科医の在り方です。トリエステにしても、オープンダイアログにしても、精神科医には、片方でプロジェクトの責任を取る役割、プロジェクトのコーディネーター、ファシリテーターとしての大切な役割を果たしていると思います。しかし、そのマインドとしては、精神医学や精神医療が突出するのではなく、包括的なかわり、医療のほかにも、教育や就労、あるいはピアや家族とのかかわりなど、非常に幅広い領域のコーディネーションをする立場に立っているという感じ

です。数年前ですが、トリエステから精神科医を呼んだときに、日本の精神科医とのあいだで、「『本当にもう自殺したい』『死にたい』という人が来て、診察室で「この後、死ぬつもりです」と言っている場合、あなたは何かをするのか」というテーマで議論をしたことがありました。

そこにいたのは、日本の、それこそ本当に優秀な精神科医のグループでしたが、彼らの多くが、「これは入院をさせる」「危ないものを彼から離すようなことに最善を尽くす」「まず抗うつ剤をきちんと投与する」などといったことを一生懸命言っていました。

ところが、そのトリエステの精神科医は、「もう本当にやめてもらえませんか」という感じでそうした話を遮り、こういったのです。「そういうことをする前に、まだすることがあるでしょう。まず、『よくここに来てくれましたね』と対話を始めるのではないですか。『死にたい気持ちがあるあなたが、よくここまで来てくれた。ここまで来てくれたあなたに何かの役に立ちたいので、あなたがどうしてそのような気持ちになったのか教えてください』。そういうことから始めて、『こういう話をしていると

少し楽か』などといったことを聞きつつ、『今日、死にたい気持ちがどうしても収まらないのならば、一晩一緒にいろいろな話をしようか』など、そういうところから関わりは始まるのではないのでしょうか」と。

トリエステの精神科医が言わんとしたことは、人が自殺したい、死にたいというときに、その人は多く孤立しているのだということでした。孤立が、そして絶望が自分を傷つけるという誘惑を呼ぶ。その孤立している状況に何か手を差し伸べられるのは、そのときにかかわった医療者のあなたなのだ。あなたが鍵になって、他の人との関係を修復する可能性がはじまるのかもしれないのだ。もしかしたらその人との関係性の中で処方提供もあるかもしれないが、いきなり薬ではない。もちろん、いきなり入院でもない。それらはむしろ孤立を深めてしまうのだといわれました。「それらを最初にするのは今、私たちがトリエステでしていることと真逆だ」と言われました。

松本 なるほど、精神科医療と地域精神保健福祉的支援の重要な課題が凝縮された、とても大事な話ですね。このエピソード、今回の特集における基調的原稿の末尾にふさわしいお話だと思います。

本日のお話は、わが国の精神保健に関して、そして、わが精神保健研究所の将来のありかたを考えるうえでも、深く考えさせられるものばかりでした。改めて感謝申し上げます。長時間にわたるお話、本当にどうもありがとうございます。

(了)

このインタビューは、2017年12月21日に伊藤順一郎先生のご自宅にて行われました。