

精神科訪問診療から見える医療の可能性

ジャーナリズム分野 修士2年 高岡 良江

内科的な治療を行いながら、精神疾患を持つ患者さんに対応出来ないケース、認知症の周辺症状のケアが出来ずに沈黙や拘束が行われること。

私は目の当たりにしてきました。

治療の継続と本人の安全を確保するためという医師の説明の下、致し方がないものとして病棟では対応されます。医療者の権限が非常に強いという上野先生のお話も、私自身の日々の体験と通じると感じています。MSWとして勤務してきて、疑問は尽きません。

日本には精神科病床が多い「2つの2割」の話。精神科の訪問診療があれば、入院しなくても生活の場で対応できるケースがあること、また入院させることで家族に喜ばれたこと、医師に丸投げする施設では病棟と同じことが行われるだけであること。

そのような上野先生の診療の様子は、医療のあるべき姿を伝えてくださったように思いました。

病院では医療者が上から目線で、これを変えることは難しい、利用する人が賢くなることこそが病院を変える、そのための分かりやすい情報提供が必要であるということも、精神科病院に限ったことではないと感じています。

「チーム医療」「退院支援」「住み慣れた地域で」というキーワードが珍しくなくなり、それ自体を否定する理由はないでしょう。しかし、上野先生が示された「当事者、支援者が医療の内容、薬物療法に関して理解し、医療者と対等に考え、検討することができる医療モデル」という発想がないままでは、むやみに患者さんを動かすばかりか、当事者の想いが活かされない場を、さらにつくりだすことになりかねないと考えます。

人は、生活と人生を持っています。

医療者は、今ある場面で、その役割に居るのであり、状況によって立場は変わり、あらゆる人が当事者となります。病気をもちながらも生きていくことが可能になっている現代社会では、医療だけでは人は救えないことが、より明らかになっているということではないでしょうか。

本当の専門性とは、本人が持つものを汲み取っていけることであり、一番近くで接する人こそが分かり得るものだと、伝えてくださったのではないかと思います。

そして、「対等」という言葉が極めて重要であるように感じました。対等とは、共有する物事に対し、同じ発言権を持つということではないかと思うのですけれども、「病棟では怒鳴りつけると解決する」という言葉と、それは対極にあると思います。医療を受ける側が、受ける医療を医療者と一緒に検討していける関係性と、そこにある当事者の安心感を、先生の訪問診療の映像から感じました。

精神疾患の症状や、認知症の周辺症状の重い方ほど、本人は病識がなかったり、意思表示が難しくかったりします。そういうことを含めた理解ができる専門性を医療者が持つこと、また家族や介護者に伝える技術、そして社会的にも本人の意思表示を担保する仕組みが大切だと感じます。

また、薬物は効能、効果を気にするだけではなく、副作用が出ているかチェックすることが重要で、これが見逃されていることが多く、身近な人が一番分かるという見解は、私自身も気付かなかったことです。

これらは退院前カンファレンスで話題にできることであり、訪問介護、訪問看護のスタッフにも情報提供が必要であるものの、医師からそのような視点で話されることもなかったと思いました。

沢山の示唆に富んだ講義を拝聴し、日々の業務に活かしていきたいと強く思いました。
ありがとうございました。

★—————*★*

**対等に議論できる場があれば、さまざまな職種の専門性が存分に発揮でき、
貴重な知恵が集まります。**

高岡良江様

レポートどうもありがとうございます。

>医療者の権限が非常に強いという上野先生のお話も、私自身の日々の体験と

>通じると感じています。

実際に医療現場で働いている方に声を上げていただくと、百万の援軍を得た思いです。

>「対等」という言葉が極めて重要であるように感じました。

同感です。日本では、医療者、特に医師 看護職 一介護職 というヒエラルキーができあがってしまっていて、これは打破したい現状ですね。

対等に議論できる場があれば、さまざまな職種の専門性が存分に発揮でき、貴重な知恵が集まります。

現状の医療は薬物療法が中心です。私も医師としてたくさんの人に薬物療法を行いますが、最も知りたいのが、副作用が出ていないかどうか、ということです。「副作用が出ていないかどうか」、生活の上で当事者や近くにいる人がそうした視点を持っていただけるかどうかで、医師に提供される情報の質が大きく変わってきます。

「当事者の意思表示の担保する仕組み」ですが、現行の成年後見制度には大きな問題があります。以下、日本弁護士連合会の「イギリス MCA 視察報告書」2 ページからの抜粋です。

我が国は、国民の4人に1人が高齢者という超高齢社会を迎え、さらにその傾向が進んでいくと予想されている。2013年6月に、厚生労働省の研究班が、認知症高齢者は462万人、さらに認知症になる可能性がある軽度認知障害の高齢者も約400万人いると推計されると発表した。核家族化の進行、無縁社会等の社会情勢の変化と合わせて考え、いかに認知症高齢者や精神上的障害を抱える人を孤立させず、一人で判断することに困難を抱える人の意思決定をいかに支えるかという問題は、ますます重要になってきている。しかし、現行の成年後見制度には、本人の意思決定をどのように支援するかに関する具体的な仕組みが欠落している。また、昨年批准した障害者権利条約に照らしても、行為能力制限を中心に据えた現在の成年後見制度には大きな問題点がある。そこで、判断能力が不十分となっても、本人を権利の主体に据えて、その意思決定を支援することを中心とする制度への転換を求めていくべきである。

この点について、我々がモデルと考えたのは、イギリスで2005年4月に成立し、2007年10月より施行されたMCA (Mental Capacity Act, 意思決定能力法) である。これは、特定の場面で特定の意思決定を自力で行う能力(意思決定能力)に欠ける個人に代わって意思決定をし、行動するための法的な枠組みを規定する法律であり、イングランド・ウェールズ地方に住む16歳以上のすべての人に適用される法律である。そこでは、意思決定能力が不十分となった人の意思決定をいかに支えるかについて詳細に規定するとともに、日本でいう法定後見や任意後見などの成年後見制度も規定している。言い換えれば、統一的な立法の中で、意思決定支援を優先する原則と意思決定能力がないと判断されても本人にとっての最善の利益(ベストインタレスト)を追求していく原則が明確になっている。意思決定能力がないとされる人を、「保護」の名目の下に、第三者が全面的に管理したり、その行動を過度に制限したりするのではなく、彼らの意思決定能力を最大限引き出し、可能な限り本人も意思決定の判断過程に参加してもらうことを目的とした法律であるといえることができる。

こういった問題に関しても議論できるようにしていきたいですね。

上野 秀樹 内閣府 障害者政策委員会委員 敦賀温泉病院／海上療養所

千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部 特任准教授

ホームページ <http://hidekiueno.net/>

認知症アシストフォーラム <https://ninchisho-assist.jp/>