

オープンダイアローグの実践

～「対話」がどのような治療効果をもたらすのか～

みどりの社クリニック

院長 森川 すいめい 氏

「オープンダイアローグ」という新しい精神医療が日本でも実践され始めている。フィンランドで30年ほど前に生まれた「オープンダイアローグ」で使われるツールは「対話」だ。今回は、その「オープンダイアローグ」を実際の訪問診療の現場で活用している医師・森川すいめい氏に登場願ひ、経歴とともに、「オープンダイアローグ」とはどのようなもので、どのような治療効果をもたらすのかについて話をうかがった。ホームレスの支援も行っている森川氏は、「対話によって、人間対人間として出会えるようになる」と言う。そこにおける関係性はまた、他者性の尊重を通して本人の生き方を支えることにつながっているようだ。

Key Person
Interview

■「ホームレスの人」が名前を持った存在になったとき

——まず、森川さんの経歴からお聞かせください。

森川 ぼくは鍼灸の大学を出て、2年間くらい働いてから医学部に入りなおしています。というのは、大学3年のときに阪神大震災があり、現地で10か月近くボランティア活動したんですね。そこで、自分の世界の狭さを含めていろんなことを知って、もっと勉強したいなあ、と思うようになったからです。でも、医学部に入っても、こんなものかという思いが生まれて、わりとすぐにヨーロッパとかアフリカへの旅に出ました。

——旅に出て何か変わりました？

森川 自分は頑張らなくてもいい、小さくてもいいんだということに気づいた、ということでしょうか。ヨーロッパとか旅していると、同じようなバックパッカーに出会うわけです。そうした出会いがあるたびに衝撃と感動がありました。彼らは生き生きして、こういう生き方していいんだと思うと、自分のなかにあった「こうしなければいけないんだ」という思いがどんどん壊れていきます。

アフリカでは、麻薬組織に捕まったり砂漠で1週間ほど軟禁されたこともありました。世間知らずな上に、自分を試そうとやって考えてるもんだから、そうなります。

——「生きる」ことに向き合いたかったということですか。

森川 そうかもしれません。大学1年のときに「ホームレスの人」への炊き出しに初めて参加したんですけど、むなしさとか、人生って何だろうという疑問とか、そういうものが埋まる何かをずっと求めていたように思います。

で、「ホームレスの人」の支援に加わったとき、人と人がしっかり出会える感じがあって、感覚的にハマっていききました。最初は怖くてあまりしゃべれなかったんですけど、わからないものを理解したいという衝動のようなものに突き動かされていったんです。

活動に参加して半年くらい経ったあるとき、じっくりと野宿の状態にある人と話せたことがあって、その人が子どもの頃の話をしてくれたんです。すると、その人が「ホームレスの人」ではなくて、「〇〇さん」なんだということが頭のなかにワッと入り込んでいって、「ホームレスの人」がみんな、名前を持った存在になるという体験をしたんです。そうなってからは、支援対象として相手を見るのではなくて、人と人の関係になって、そこから離れられなくなりました。

——森川さんは自殺希少地域を回られて、『その島の人たちはひとの話をきかない』という本も書かれています。

森川 2011年に東日本大震災が起きて、そのあとすぐに支援に行きました。いままで学んだことが現地で役に立つだろう、と思って行ったんですけど、ほとんど役に立たないという現実を突きつけられました。

自分を残して家族全員が亡くなった人から、「先生、どうして生きなくちゃいけないんですか」って問われるわけです。勉強したことは意味も持ちませんでした。ぼくも精神的ダメージを受けていく。で、どうしたらいいんだろうと1年間くらい思い続けていたときに、岡檀さんという人に会ったんです。岡檀さんは、自殺の統計データから自殺希少地域を割り出し、その特質を調べるとい研究成果を学会発表されていたんですけれども、一瞬で「これだ、いま自分に必要なことは」と思ったんです。その場で岡檀さんと名刺交換し、情報をいただいたうえで実際に現地に出かけてみました。

——森川さんは、その本で「他人を変えようとしなない力」という言葉が使われています。

森川 はい。岡檀さんは、自殺希少地域の旧海部町を調査して「いろんな人がいてもいい。いろんな人がいたほうがいい」という住民たちの考え方を特質としてあげていまして、実際に訪ねてみると確かにそうだなと思いました。で、その考え方を人間関係に置き換えてみると、「他人を変えようとしなない力」と言い換えることができるし、その力の存在が生きやすい地域社会をベースで支えているなど感じました。そうしたら、阪神大震災のことも、ホームレスの支援のことも、世界を旅してきたときのことも、全部つながって理解していけるようになったんです。

自分が自分であることを大切にしていって、他人の生き方に対してとやかく言うのはヤボだということに気づけば、寛容になれる。そして、そう思えるようになると、自分自身とても気持ちが楽になって、どんな人でも一個の人間として出会ってあげばいいんだ、と考えられるようにもなりました。

■「対話」が進むと、事態が動き出す

——森川さんは精神科としては珍しい訪問診療に力をいれられています。

森川 私が病床のある精神科病院に務めていたとき病院に来られない人たちがたくさんいると感じていました。そのなかに、認知症と伴に生きる方に対して周りの人がどうにもならなくなって病院に連れてこられてということもたくさんありました。背景や家庭の事情を聞くと、「も

っと早く出会えていたら」「連れて来られるようなことになる前に出会えていたら何とかなったんじゃないか」って、思うことがとても多かったです。

——そこでオープンダイアログに出会ったんですね。

森川 はい。「オープンダイアログ」って、本人とその関係する人と同じ場で対話をしていくってことなんですけれども、対話していくと、本当に人間対人間として出会えるようになるんですね。

オープンダイアログの「オープン」というのは、クライアントさんとかご家族にとって開かれている、という意味なんです。従来の精神医療では、情報が本人たちにクローズにされたり、専門知識がある者が治療方針を本人抜きに決めたりということがあったと思うんですけど、そういうことをなしにする。意思決定が本人たちのいないところで行われることのないようにしていくスタイルです。ただそれだけのことなので、当たり前だなども思うんですけど、その当たりのことがなかなかできなくなってしまっている。

——具体的には、どういうことを行うんでしょう。

森川 本人とその関係する人たちと、2人以上のセラピストとで輪になって座ります。例えば認知症ということであれば、ご家族はもちろん、ケアマネさんや支援する人がいたりして、初診ではそうした関係者ができるだけ一緒に輪になって「話す」ということをやります。

このとき、本人不在のなかで本人のことを決めないことを大事にしながら、全員が大切にされる時間をここでつくるんです。具体的には、今日どういうことを期待してここに来たかを聞いていくんですね、全員に。

そうすると、みんながみんな期待していることが違うんです。なので、全員がこの違いを目の当たりにすることになります。それぞれ思い込みがあることがわかったり、家族の間でも初めて聞く話が出たりもします。それでみんながまた、「どうしましょう」って悩むことになったりするんですけど、それがいいんですね。

医者としてぼくもその輪に加わりますが、医者がどうしようって決めるわけではありません。こちらには知識があるので、利用できそうな支援の仕組みとか制度とかについての情報をいくつも提供します。でも、「どうするか」

を決めるのは、こちらではないわけです。

90分ほどそうした「話す」時間を持つと、たいいてい変わります。最初はすごく心配で、不安な気持ちでいっぱいなんですけれど、90分ここで悩むと何とかかなりそうだという気持ちになって、皆さん明るい顔をして帰っていきます。もちろん、初回だけで結論が出ないことも多いので、「続きは次回」ということになりましたが、対話を通して、それぞれが何かを思うようになっていく。

「対話」によって一人ひとりが成長したり変化したりして、いろんなことが動き始めます。だから、次に来たときには、わりとすんなり「どうしよう」ということが決まって、みんなが納得したうえで解決していくこともあります。

ある訪問診療でのケースで、「家に人が来る」という幻覚のある方がいました。その幻覚をみると本人は家に来てほしくないから警察を呼ぶんです。でも、事件性がないということで相手にされなかったりもする。そんなことで家族の方も大変な思いをされていて、お宅に呼ばれていきました。

そこではまずいきさつから話を聞いていって、誰がどのようにぼくたちを呼んだのかを聞きました。いきさつを全員から聞くのもとても大切なことです。そして、その後にはやはり「どんなことを期待していますか」とそれぞれから聞いていきました。

こうして対話を繰り返していったわけですが、最初はみんな、自分には何もできないと諦めて、医者に何とかしてもらおうという感じだったんです。でも、本人がいろいろ話して、「人が勝手に家に来ることを許せない」ということと警察が対応してくれない理不尽さに対して怒りがあったことがわかってくと、「じゃあどうしよう」ということで、アイデアが出てくるようになりました。それは、幻覚に対する対策ではなくて、本人の生き方に対する支援になっていくんですけれども、そうなるにつれて、誰かが何とかしてくれる感もなくなっていきました。

本人は、「何でお前たちまでここに来るんだ」みたいなことを言うんですけれど、だんだん気持ちが晴れていっていることが周りにもわかるんですね。それが2回目。

3回目の訪問をしたら、本人の幻覚が消えていました。本人の生き方への周りの支援がうまくいったんでしょう。



森川 すいめい氏

1973年、池袋生まれ。精神科医。鍼灸師。みどりの杜クリニック院長。老年期の内科・精神科の往診や外来診療を行う。2003年に立ち上げたホームレスの支援団体「TENOHASI(てのはし)」理事、オープンダイアログネットワークジャパン運営委員。著書に、『漂流老人ホームレス社会』(朝日文庫、2015)、『その島のひとたちは、ひとの話をきかない』(青土社、2016)がある。

幻覚は、本人の人生にかかわっていたということが、後からわかりました。本人の人生にとって大切なことに対して、家族があることをしたんです。詳細は話せないのですが、本人が理不尽に思うことに対して、本人が尊重されるような、理不尽に感じないような工夫をしたんです。

オープンダイアログを始めてから、こうして障害が緩和することが何例もありました。何十年も妄想があったある家庭でのケースでは、対話チームが訪問して「対話」を繰り返していくと、ご家族がお互い知らなかったことや誤解、意識のズレみたいなのが少しずつ明らかになっていきました。そうなる、すれ違いが解消されてお互いに優しくなっていくんですね。「対話」のなかでは人生の話が何度もあって、家族はみな泣いていました。それで病的と思えた妄想も消えました。

■ 2人以上の専門家が「対話」に加わる

——「対話」の力ってすごいですね。

森川 そうなんです。もちろん、お薬が必要な人もいますよ。ただ、フィンランドでの研究結果でも、従来薬が必要だと思われていた人の半分は薬を使わずに楽になっているし、一生飲み続けなければならぬと思わ

れた人のうち、85%は飲んでいないか、やめているという結果が出ています。

ダイアログという言葉の語源は、自分と相手は別々の存在であることがわかるということです。「対話」することで、他者性の尊重というか、相手をちゃんと尊重できるようになるんですね。

——その対話法に何か特徴があるんですか。

森川 対話そのものについては、一般に普及している対話法となら変わらないかもしれませんが、大事にされていることのひとつは、セラピストや医師といった専門家は2人以上が「対話」に加わるということです。

専門家が1人だと、その専門家の意見に引きづられたり、「先生、決めてよ」みたいなことになってしまうことがありますけれど、専門家が2人いると、その2人の間で意見が異なるということがザラに起こります。そして、関係者はそれを目の当たりにするんです。

すると、物事が立体的に見えてきたり、問題解決の道筋がいくつもあることに気づいたりもして、思考が自由になるということがあるんですね。そして、これは透明性にもつながるんですけど、専門家たちが「対話」の途中で意見交換することがあるんです。関係者の方々に対して、「ちょっと意見交換してもいいですか」と断ってですね。そして、その意見交換は、関係者の方々の前で、専門家たちだけで聞こえるようにして行います。

たとえば、「私はこう思ったけれど、どう思う」とか、「こういう提案したいんだけど、どう思いますか」「それ、いいですね。それをもう一歩進めるとしたら、〇〇という提案もありそうですね」とか……。

で、「まとまらなかったですけども、ぼくらが考えていたのはいま聞かれた通りでして……」ど「対話」に戻ると、関係者の方は先ほどの専門家だけの意見交換を聞いていますから、それを受けてそれぞれからまた意見が出てきて、事態が動いていくということが起っていきます。

■生きる支援か、病気の治療か

——いま課題だと思われるのはどんなことですか。

森川 オープンダイアログの本質の部分で、ニード・アダプテッド・トリートメントという考え方があります。

本人のニーズに合わせて組織が変わっていくということで、この原則に基づき、フィンランドでは相談を受けてから24時間以内に対応するという体制が整えられています。これを無理なく日本でもできるように仕組みをつくっていかうとしているところですけども、これがなかなか大変です。まず経済的なベースとして、日本には診療報酬の枠組みがありますが、それがネックになったり。

例えば、これまではクリニック内で訪問チームを組み、同時に訪問看護ステーションの看護師さんに応援を頼んでそちらから訪問してもらったりといったことが可能でした。でも、この前の診療報酬改定で、クリニックと訪問看護ステーションの両方から訪問することができなくなりました。地域で生きることを支えるということへの逆行ですね。訪問看護ステーションからの支援をお願いすると、当院から支援者が訪問できなくなってしまうんです。厳密に言うとボランティアということになってしまった。解決すべき問題が増えてしまいました。

それと、生きる支援か病気の治療かという問題も大きな課題だと思っています。これまでの診療は、診断し、治療するというのが基本です。この方法で病気は治療できるんですけども、生きることの支えにならないことがあるんですね。患者さんたちやご家族は、病気で苦しんでいる以前に、もっと苦しんでいることがある。でも、現行の精神医療制度のなかで病状以外のことでサポートできる体制を構築するのはとても難しい。

たとえば、引きこもりの方がうつ病になったような場合です。引きこもりについては、NPOが動いたりしますけれども全然少ないし、医者が出向いて行っても、薬しか出せないということが、現実には起きているわけです。うつ病が原因で引きこもっているというケースはあまりありません。いろいろな課題が複合しているのですが、医療はうつ病の治療しかできない。それ以外に時間も人も避けられない現状があるからです。

なので、「オープンダイアログ」の対話訓練を受けた人たちが地域にどんどん出て行って、病気以前の困りごとを解決していければなあ、と切に思っています。病状の治療よりも、生きていくことへの支援のほうがずっと必要だと思います。