



| | |
|--------------|---|
| Title | 治療文化を耕す : 精神科医療における哲学対話の可能性 |
| Author(s) | 近田, 真美子 |
| Citation | 臨床哲学ニューズレター. 2026, 8, p. 146-154 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://hdl.handle.net/11094/103639 |
| rights | |
| Note | |

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

特集2 第16回臨床哲学フォーラム

テーマ：イタリアの精神保健と哲学実践

治療文化を耕す

ー精神科医療における哲学対話の可能性

近田真美子

1. はじめに

イタリア精神医療改革における最も重要なキーワードは「対等性」である。これを文字通り実現させていくための手段として「アッセンブレア（集会）」があるが、対話によりもたらされた思考の変容は、人と人との関係性を変え、精神障害を抱えた人をケアする場を地域へと転換させた。

翻って日本の現状をみてみると、オープンダイアログやリフレクティングを導入する臨床現場が増えているように、精神科医療における対話の必要性は日増しに高まっている。これまで患者の話をどのように聴いてきたのか、支援者側の構えや姿勢を問い直すという意味で精神科医療の文化を耕していく試みと言えるだろう。

しかし、こうした対話が文化として日本の精神医療現場に根付くためには、乗り越えるべき課題が多々あるように思われる。本稿では、精神科看護の専門家として、また仲間とともに哲学対話の場を拓いてきた経験者として対話文化を阻害する課題を提示し、いくつかの対話手法を整理した上で、哲学対話という手段が日本の精神科医療にもたらす意義について述べてみたい。

2. 日本の精神科医療の問題点

1) 「入院医療中心」による弊害

対話文化が醸成しにくい要因は複数あるが、一番の問題は、日本の精神医療政策が、長年、施設収容型で行われてきたという点につきるだろう。政府は、2004年に精神保健福祉改革のビジョンを発表し「入院医療中心から地域生活中心へ」というスローガンを掲げ地域での支援へと転換を図ってきた。しかし、入院患者の高齢化や社会資源の乏しさなど、様々な要因により、この目標値はいまだ達成できていないのが現状だ。「入院医療中心」が精神科医療のスタンダードとして根付くことの弊害は、ヒエラルキーの固定化により非対称性の関係性が保持される点にある。イタリアであっても日本であっても、医師や看護師は専門的な知識と技術を有し「治療する側」として、そして患者は疾病を抱え「治療される側」として出会うのは同じであろう。

しかし、日本の精神科病院は、精神疾患患者を社会防衛的な色合いが強く反映された法律によって隔離・収容してきたという歴史的経緯がある。つまり「治療する側／される側」だけではなく「管理する側／される側」という意味も含まれていたといえる。海外では公的機関が多いのに対し、日本の精神科病院の多くが民間経営であるという経営上の問題もあるが、いまだ人々の中で息づいている社会防衛的な価値観が日本の

精神科病院の存続を支えているともいえるのだ。

「入院医療中心」で働き続けると専門職の思考はどうなるであろうか。「病院」という場合は、医学の論理が具現化された医学モデルに支配された空間でもある。そのため、精神科医療においては疾病に関心が寄せられ、患者の言動、一挙手一投足すべてが精神症状として眼差される可能性が高くなる。私も、以前、学生の受持ち患者が「勉強したいのでラジカセが欲しい」と言ったことに対して、病棟看護師が、妄想を助長する可能性があるからその話をしないようにと学生に告げている姿を見て違和感を覚えたことがある。健康的かつ普通の希望や欲求であったとしても、妄想に繋がるリスクとして見なされてしまうということだ。患者の発言は、患者であるという事実によってすべて精神症状として解釈されるという非対称性の関係がみてとれる。

ここに、専門職間のヒエラルキーの問題が加わるとどうなるだろうか。そもそも、治療空間においては、治療に対する責任と権限をもつ医師を頂点としたピラミッド型のチーム医療を展開せざるを得ない場面が多々ある。例えば、医療と保護のための指示である行動制限（隔離や拘束）は、精神科医の中でも一定の経験を必要とする精神保健指定医¹⁾の資格をもつ者にしか出すことができない。しかし、こうした権限は時にネガティブなものとして利用されることもある。私が以前、インタビューしたある精神科医は、患者の精神症状が悪化し思うように改善が見られないと、行動制限²⁾の指示を出してほしいというコメディカルからの圧力があり、指示を出さざるを得ない状況に追い込まれることがあったと教えてくれた。病状が思うように好転しない時、処方権を有する医師に治療上の責任を問うような眼差しが向けられたこともあったという。本末転倒であるが、患者よりもスタッフを護るために行動制限の指示を出すという精神科医もいた。また、自身の治療方法に固執し、他の専門職の助言を一切受け入れない精神科医もいた。「患者中心」の医療を見失うケースであるが、背景には、チーム医療とはかけ離れた医療従事者の孤独が見え隠れする。もちろん、今は多職種連携の重要性が叫ばれてその必要性も理解されるようになった。とはいえ、本当の意味で多職種連携を可能にするためには、他の専門職の信念と価値を知った上で自らの役割を問い直すというダイアログが必要になるはずである。上述したように、受け身の姿勢で指示を待ち、医師だけに治療の責任を委ね自らの専門職の責任を放棄し続けているようでは、自律性³⁾が育たないどころか他者の話を聴くという対話文化も育たないであろう。

こうしたヒエラルキーと非対称性の最たる問題が、近年、問題となっている支援者による患者への虐待行為であろう。患者の言動を効率良くコントロールしたいという管理的思考が抑圧的な行為を容認し、支援内容を変質させていく。ヒエラルキーに依拠した関係性が支配する空間では、支援者が“何を言ったのか”ではなく“誰が言ったのか”が重要になる。こうした場というのは、対話よりも“気づかい”が重要な価値を占める。専門職であるという対等性の作法に則って、お互いの考えや価値観を尊重し意見を交わすという文化が醸成しないのである。こうしたヒエラルキーに甘んじ、自らの専門性に則った意見を出せない専門家というのは、患者の言葉を吟味する余力が無いと、彼らの声に傾けることができない。くわえて、多忙な臨床現場で活用さ

れる言葉は、効率を希求するがゆえに単なる情報交換のレベルに成り下がる可能性を有している。こうした価値観が支持されている組織では、同じチームで働くメンバーがどのような価値観を抱いてケアに従事しているのか、実は知らないことが殆どである。くわえて、自分自身も情報交換レベルのコミュニケーションに慣れ親しんでしまい、支援において日ごろ自分がどのような価値を抱いているのか、深く思考する機会も無く気づかないまま形骸化していくのだ。

2) 安全の確保と効率化の弊害

他にも、日本の精神科医療において対話文化が醸成しにくい要因として、安全の確保と効率化の問題があげられる。医療現場における効率化の象徴といえば電子カルテであるが、患者の状態を豊かに伝えてきた紙媒体での看護記録は消え、代わりに観察項目をチェックしたり簡単な記録をするだけの記録方法が主流となった。業務の効率化を図ることでヒューマンエラーを防いだり、空いた時間を患者のベットサイドへ向かう時間に充てられるなど、安心・安全な医療を提供するという点では重要な取り組みではある。

しかし、臨床で繰り返される治療・看護行為が、効率化という1つの価値観で取捨選択されてしまうのはどうなのだろうか。臨床では、業務を効率的に回すために、保健師助産師看護師法に規定されている「療養上の世話」の一部——シーツ交換やオムツ交換等を看護助手に委ね、看護師が殆ど関与しないところもあるようだ。確かに、こうした日常生活上の支援というのは、看護助手でなくても関与可能である。私がここで問題にしているのは、患者の日常生活を支えるための方法を「看護技術」として磨いてきたはずの看護師たちが、効率化の名の下にあっさりとその行為を手放し始めたことなのだ。熟練した看護師たちは、シーツの湿り気や皺の様子から患者の状態を推察する。オムツ交換は、単に排泄物を片付ける手段ではなく、排泄物や皮膚の状態から患者の全身状態を推察する重要な機会である。他にもある。以前は、患者のモーニングケアや清拭を行うために、タオルを蒸すための清拭車なるものが活用されていたが、現在では、感染源になる⁴⁾という理由で廃止するところが多い。院内感染を防止し安全を確保するためという理由から廃止するのは構わないのだが、温かなタオルを準備するための代替案が十分練られないまま、清拭車を廃止しただけで終わっているところもある。たっぷりの蒸気を含んだ温かなタオルというのは、闘病生活で疲労した身体に沁みいる最高の道具であるにもかかわらず…。精神科病棟においても、自傷他害のリスクがあり隔離室で行動制限を強いられている患者に対して、安全のために食事を使用するテーブルを段ボールで代用しているところがあった。自殺企図防止、事故防止といった安全が何よりも優先されるため、食事をするという文化的な営みは、単なる栄養摂取の手段と成り下がる。こうした例は山ほどあるが、安全と効率化に価値が置かれることで、相対的に安心を醸成する文化が失われつつあるように見える。特にコロナ禍以降、こうした傾向は顕著だ。

効率化の弊害というのは、療養空間で働く人々のコミュニケーションにまで浸透している。私たちは、2024年3月に『精神科医療における対話文化の可能性—日本とイ

タリアの取り組みから一』というシンポジウムを開催し、様々な形で精神科病院における対話文化を醸成しようと奮闘している方々に話をしてもらった。看護師の佐藤氏からは、日々の業務においては、患者の情報共有やカンファレンスなど、決めなくてはいけないことに重きが置かれ、看護師個々の思いや感情を吐露し共有する時間や空間が皆無であること、接遇という観点から患者には“優しく”振る舞うことが推奨されつつも、スタッフ同士に対しては厳しい眼差しが向けられることがあるという現状が話された。また、“ほぐす、ほどく、つなぐ”をキーワードに、ピアサポートとして患者同士の交流を目的とした「おはなし会」を立ち上げ、開催した経緯についても紹介されていた。自主的に立ち上げたということで、勤務時間外での開催ではあったが、中には、会に参加することで頓服を飲まずに気分が安定した患者もおり、入院患者の治療やケアにも直接影響を与える取り組みであったと考えられた。

精神保健福祉士の舘澤氏からは、そもそも精神科病院が、診断という枠組みで患者を一方向的に眼差しやすくモノローグ的な空間であることを踏まえると、対話という双方向的な営みは稀有な出来事であり自然発生的には生じないのではないかという意見が述べられていた。その上で、スタッフとともに未来語りのダイアログ⁵⁾を実践した結果を報告していた。中でも印象的だったのが、スタッフから「忙しくて現場まわらないのに対話するなんて物好きだ」という意見が出ていたことである。佐藤氏の「おはなし会」も、患者に影響を与える試みである可能性があるにもかかわらず、通常の勤務時間内で対話の時間を確保することが難しかった。専門職自身が、患者情報を効率的に伝える会話文化に慣れ親しんでいるため、時間を要しかつ効果が見えにくい対話実践に対する抵抗があるのであろう。

しかし、本当に対話は「無駄」であり「物好き」が営む行為なのだろうか。確かに、臨床現場の業務は多忙である。しかし、だからといって実践の質を左右しかねない「対話」の営みを疎かにしていいことにはならない。多忙であるからといって、効率的であることが医療や看護の質を担保することにはならない。むしろ逆であらう。効率的な情報共有に価値を置く会話は、一方向的でモノローグに陥る可能性が高い。こうした会話は、一方向的に与えるのみで他者の思いや考えをじっくり聴くゆとりを奪う。ゆとりの無さは、安心感をも奪う。効率化だけでは、他者の考えを知り理解する地平は拓かれない。同じく、自分自身の考えを探求する機会を失うということは、看護観の希薄化につながり、看護という行為はあっという間に“業務”という形骸化した営みに成り下がるだろう。

3. 哲学対話の可能性

ここまでくると、もはや精神科医療において対話文化を醸成することなど絶望的にも思えてくるが、近年、オープンダイアログなる対話手法を盛んに取り入れるところも増えてきた。イタリアの精神医療改革において重要な役割を担ったアッセンブレアという集会も対話であるが、日本では、この名称で対話の場を拓いているところは皆無であらう。このように、対話といってもその内容は多岐にわたるため、ひとくくりにはできない。そこで、これらの対話手法を一度整理し、日本の精神医療における

哲学対話の可能性について考えてみたい。

まず、オープンダイアログ⁶⁾とは、フィンランドの精神医療で発展したアプローチで、精神疾患の治療や危機介入において使われてきた方法である。薬物療法一辺倒になりがちな臨床において、対話という手段を積極的に用いることで回復を目指すという大胆な試みだ。症状は言語化しにくい体験であるという考えから、要請から24時間以内に対話の場を設けるという即時対応の原則があったり、「本人のことは本人のいないところでは決めない」など、患者と支援者がオープンに話すという約束事がある。精神科医療におけるカンファレンスというのは、非同意入院であるという理由で本人不在のまますすめられたり、支援者にだけしか通用しない言語で情報伝達がなされる場合があるなど、患者中心の対話とは言い難い側面があった。こうした現実を踏まえると、この手法は、患者と支援者の間に対等性の作法を持ち込むことで、患者中心の精神科医療へと変容させる力をもっているだろう。また、オープンダイアログにおける対話では、「話す時間（外的対話）」と「聞く時間（内的対話）」を分けることが推奨されている。開かれた質問と傾聴を重ねながら、クライアントのつらさや苦しみの言語化と共有を図り、その人の世界観を知ることが目指されているのだ。くわえて、話を聴きながら解釈するのではなく、自分の中で沸き起こってくる感情に目を向けるようにしていく。

次に、小村氏やアレッシンドロ氏が言及していたアッセンブレアという集会についてみていこう。バザーリアは、ゴリッツィア病院の院長に就任する前にヒエラルキーの下層に位置していた掃除夫として病院に潜み、そこで目撃した人間不在の現実や精神医学が持つ権力性を肌で感じ精神医療改革に乗り出した人物である⁷⁾。アッセンブレアは、長年、社会から隔離され人間性を剥奪されていた患者たちが、自分の言葉を取り戻していくため、まずは、自由に意見を述べるのが推奨された。はじめは、とりとめのない話が噴出するなどしていたが、回を重ねるうちに当事者たちは自分自身の言葉を取り戻していったという。また、中（施設内）にいる人間は外へ、外にいる人間は中へ招き入れることで、おのずと対話の場を創造するよう仕向けていった。こうすることで精神病院の中と外（社会）の境界を攪乱し、精神病院の存在理由を問い直していったのだ。私も、何度かイタリアの精神保健現場を視察した経験があるが、一度だけ、ジェノバのSPCR⁸⁾でアッセンブレアに参加したことがある。フロアで当事者、精神科医師、看護師といった専門職らが輪になって椅子に座り自由に様々な思いを語っていた。出自が移民であるというアイデンティティをめぐる混乱により精神的不調を来した者が多く、当事者同士、出自をめぐる罵り合う事態となった。日本からの見学者として紹介されたものの、彼らの視界には全く入っていない様子であった。参加者同士、他者の話をゆっくり聴くといった雰囲気ではなかったが、ファシリテーターをつとめた精神科医のパウロ医師は、対話を中断することなく穏やかな佇まいを携えたまま応答し続けていた。この場合、日本では、これ以上エスカレートするのを防ぐため対話の場を中断するかもしれないという思いに駆られつつ、一方で、こうした状況も許容するイタリアの懐の深さに心底驚いていた。この場に限らず、イタリアの精神保健現場をくまなく見て感じたのは、当事者、専門職にかかわらず、とにかく皆、

よく喋るということである。対話の場を拓く上で細かなルールも存在していない（ように見えた）。パウロ医師は、今は亡きバザーリアの思想を次世代の精神科医に引き継いでいくためには、書物を読むだけでは駄目で、彼らと直接対話し議論することが何よりも重要であると語っていた。イタリアのアッセンブレアの特徴を一言で表現するならば、質よりもボリュームを重視した対話と言えるのではないだろうか。

次に、哲学対話について確認していこう。哲学対話は、具体から抽象へと思考を深化させていくことに重きを置く対話である。ここでいう哲学とは、哲学者の既存の言葉ではなく、自分の言葉で思考する営みのことを指す。思考するためには他者の言葉を介して吟味するプロセスが必要となるため、他者が発した言葉遣いに着目し繊細に聴きわけ、他者と自分の考えの違いを明確にしていくことが重要となる。哲学対話にも様々な方法があるが、私たちは、思考の違いを際立たせる手段として板書（ファシリテーション・グラフィック）を積極的に取り入れている⁹⁾。板書といっても、参加者の話の内容を上手く要約してまとめたり、カラフルに着色することで見やすくするといった描き方はしない。それよりも、思考する中で適切な日本語を探し求め歩き、ようやく発してみたいいくつかの言葉をキャッチし、メモとして残すことを大切にしている。言い換え、言いよどみ、言い回しの中に、他者と自分の考えを分けていく手がかりが隠されている。発言者の中には、まだ言語化できないものの図としてイメージされており、それを何とか表現しようとする者もいる。その場合、一度、こちらで図式化したものを板書し輪郭を与えることで吟味できることもある。思考内容を可視化する板書とは、参加者1人ひとりの思考の深化を手助けする手段でもあるのだ。

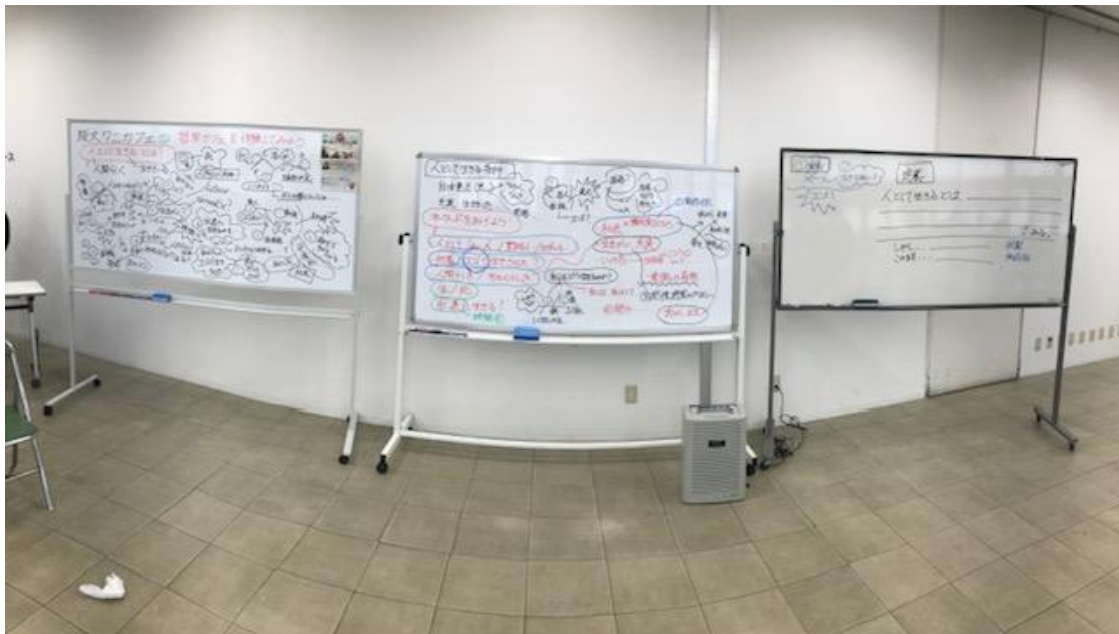


図1：阪大ワニカフェ「哲学カフェを体験してみよう」での板書。私たちの哲学対話では、①自由な意見を出し合う（左のボード）、②キーワードを抽出（中央のボード）、③定義をつくる（右のボード）という流れですすめていくことが多い。①→②→③へ進むにつれ考えることも増えてくるため、皆、口数が少なくなる。



図2：日本精神保健看護学ワークショップ チーム医療における哲学対話の可能性

テーマ「病気じゃなくて人をみるってどういうこと？」の板書。板書の中心部から左下の部分に「独自性」「オリジナル」「価値観」「感じ方」「捉え方」という記述があるが、これは、1人の参加者が言葉を選びながら一気に発したものである。板書役は、こうした言葉を聞き逃さずに書き残すことが重要である。

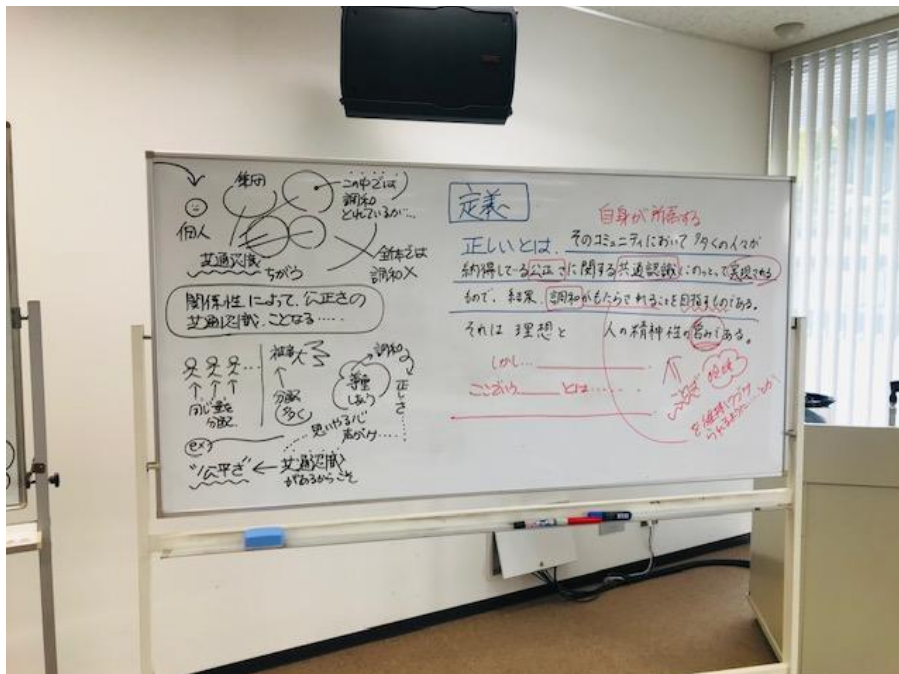


図3：パレオ若狭での哲学カフェ「かながえる時間」の板書

最後に、これまでの対話を踏まえて自分たちの言葉で「定義」を文章化した時の板書である。自分と他者の考えの違いが露わになる瞬間であり、何を考えなくてはいけなかったのかそのプロセスも含めて問い直す時間となる。

このように対話には様々な手法があるが、日本の精神科医療においては、治癒や回復を指向するという点でオープンダイアログを取り入れようとしているところが多々ある。もちろん、これまで患者の精神症状を薬物療法という1つの手段だけで解決しようとする傾向にあった¹⁰⁾ 過去を踏まえると、対話によって回復を目指すという試みは、対話文化を醸成していく上で意味があるだろう。

しかし、私は、今の精神科医療に必要なのは、オープンダイアログ以前に、スタッフ間の哲学対話ではないかと考えている。その理由として、哲学対話は、1) 自身の信念を吟味することで思考が変容する可能性を秘めていること、2) 不確実な問いに向き合い考え続けるタフさが身につくこと、3) 対等性の作法により「誰が言ったのか」ではなく「何を言ったのか」に視点をずらし吟味することで、専門職的自律性が高まると考えたからだ。これらは、日本の精神科医療に対話文化が根付きにくい要因として本稿の冒頭で確認した「入院医療中心」による弊害や、効率化を良しとする近年の傾向に対して、ゆっくりではあるがじわじわと影響を与える可能性を有しているのではないか。

もちろん、多忙な医療現場においてゆっくり対話の時間を設けることができるのかといった課題もあろう。しかし、日本の精神科医療において対話文化を根付かせていくためには、効率化という価値をいったん保留する勇気も、私たちには必要である。

注釈

- 1) 精神保健指定医とは、非同意入院や行動制限といった権限を行使できる医師のことで、一定の精神科実務経験を有し、法律等に関する研修を終了した医師のうちから厚生労働大臣が指定するものである。
- 2) 行動制限とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条において医療と保護のために認められた行為で、隔離や身体的拘束がある。
- 3) 専門職の自律性の中核には自己裁量権があるが、専門職的自律性を過度に強調することでかえって他の医療専門職の意思決定や多職種間の連携・協働を困難にするという指摘もある(勝山,2014)。そこで、専門職的自律性を、他の専門職からの干渉を受けないという趣旨の定義から、相互依存性を含む定義へと変更しようという動きがみられている。
- 4) たとえば、宮木祐輝, 栗原博子, 佐藤健二, 清拭タオルの汚染防止に関する実験的検討, 日本環境感染学会誌, 23 (5), 2008など。清拭タオルに起因すると考えられるセレウス菌のアウトブレイクに関する報告が相次いだ。
- 5) 未来語りのダイアログとは、オープンダイアログで用いられる方法で、望ましい未来を想定し、それにたどりつくまでの行動を計画する対話手法のこと。
- 6) オープンダイアログについては、Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil, 斎藤 環 (翻訳) 開かれた対話と未来 今この瞬間に他者を思いやる, 2019, 医学書院. など参照されたい。
- 7) Franco Basagliaに関しては、例えば、松嶋健, プシコナウティカ イタリア精神医療の人類学, 世界思想社, 2014. など参照されたい。

- 8) イタリアでは、「本人原則」と「地域原則」を掲げ1978年に公布された法180号法により精神科病院の新設や、すでにある精神科病院への新規入院、再入院を禁止し、予防・医療・福祉は原則として地域精神保健サービスで行うこととなった。同法は、続く法833号法に吸収され、新しい精神科入院病棟であるSPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) を整備した。総合病院内に設置されたこの病棟は15床をこえてはならず、入院期間も6日と制限されており、従来の入院中心主義から地域・外来中心へ、また、精神医療から精神保健へと転換する契機となった。なお、ジェノバのSPDCは亜急性期にも対応できる病床として運用されている。ジェノバでの視察については、近田真美子, イタリアレポート—私たちが学ぶべきは、方法論ではなく、人間への眼差しだ—理想郷ではなく、等身大のイタリアに接して、医学書院, 19 (6), p564-570, 2016. で報告した。
- 9) 西村高宏らとともに、東日本大震災以後、哲学対話の場を拓いていった。私たちの哲学対話の方法については、西村高宏, 震災に臨む, 大阪大学出版会. を参照されたい。
- 10) 日本の精神科薬物療法が、外国には殆ど例をみない多剤大量処方となっていることは「日本全国の統合失調症患者への抗精神病薬の処方パターンの調査」(奥村・野田・伊藤, 2013) により明らかとなっている。この結果を受けて、減薬のためのガイドラインが整備され、向精神薬の一定以上の多剤併用は診療報酬減算の対象となった。

文献

- 勝山貴美子 (2014) 看護職のチーム医療における協働と自律性—歴史的背景と調査結果からの考察—医学哲学 医学倫理, 32 (0), p33-42.
- 奥村泰之・野田寿恵・伊藤弘人 (2013) 日本全国の統合失調症患者への抗精神病薬の処方パターン ナショナルデータベースの活用, 臨床精神薬理, 16, p1201-1215.

(こんだ・まみこ)