

2021.11.13
聴力障害者情報文化センター
聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会2021

「病気を持っても大丈夫」という 回復のあり方と社会を目指して

東京大学医学部附属病院精神神経科
笠井清登

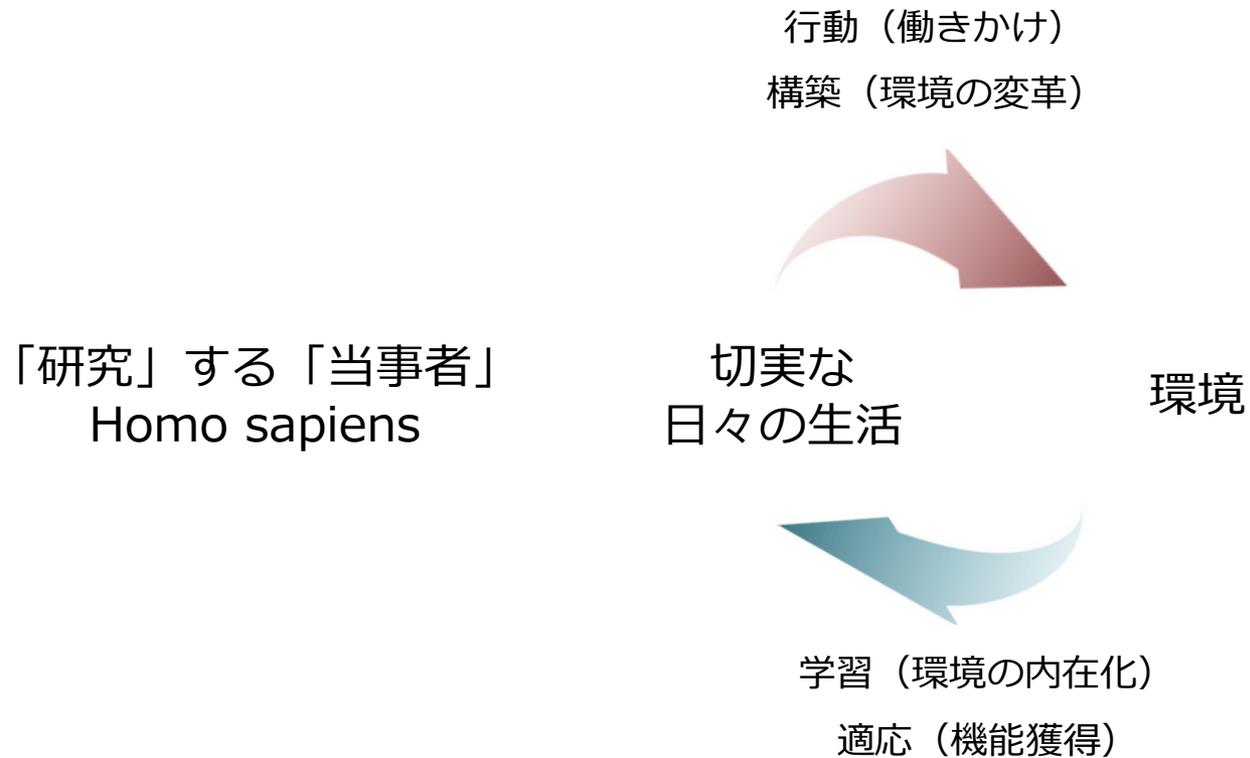
本日の内容

- **支援の作用点と障害の社会モデル**
- 見えにくい障害をどうみるか
- 「価値」ということに自覚的になるケア
- 共同創造と組織変革

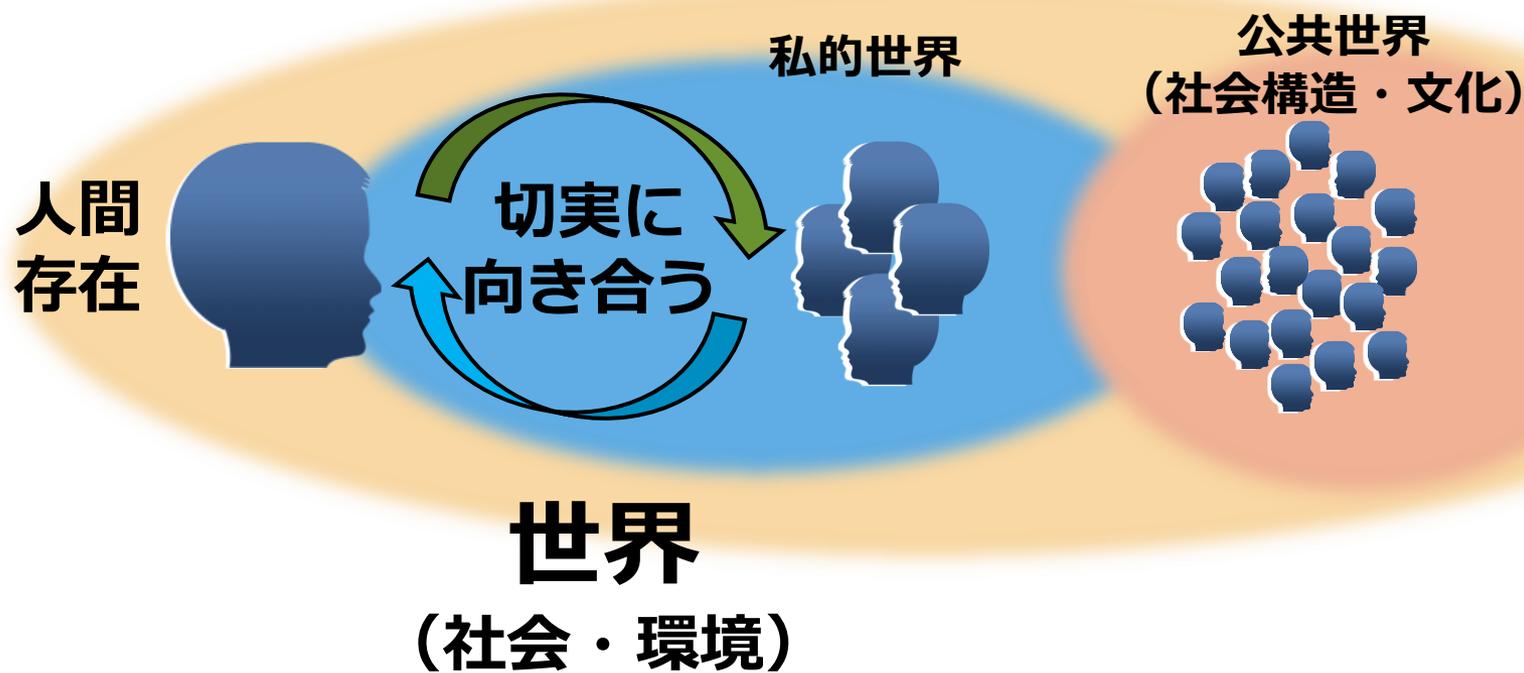
対人支援の作用点 (本人側)



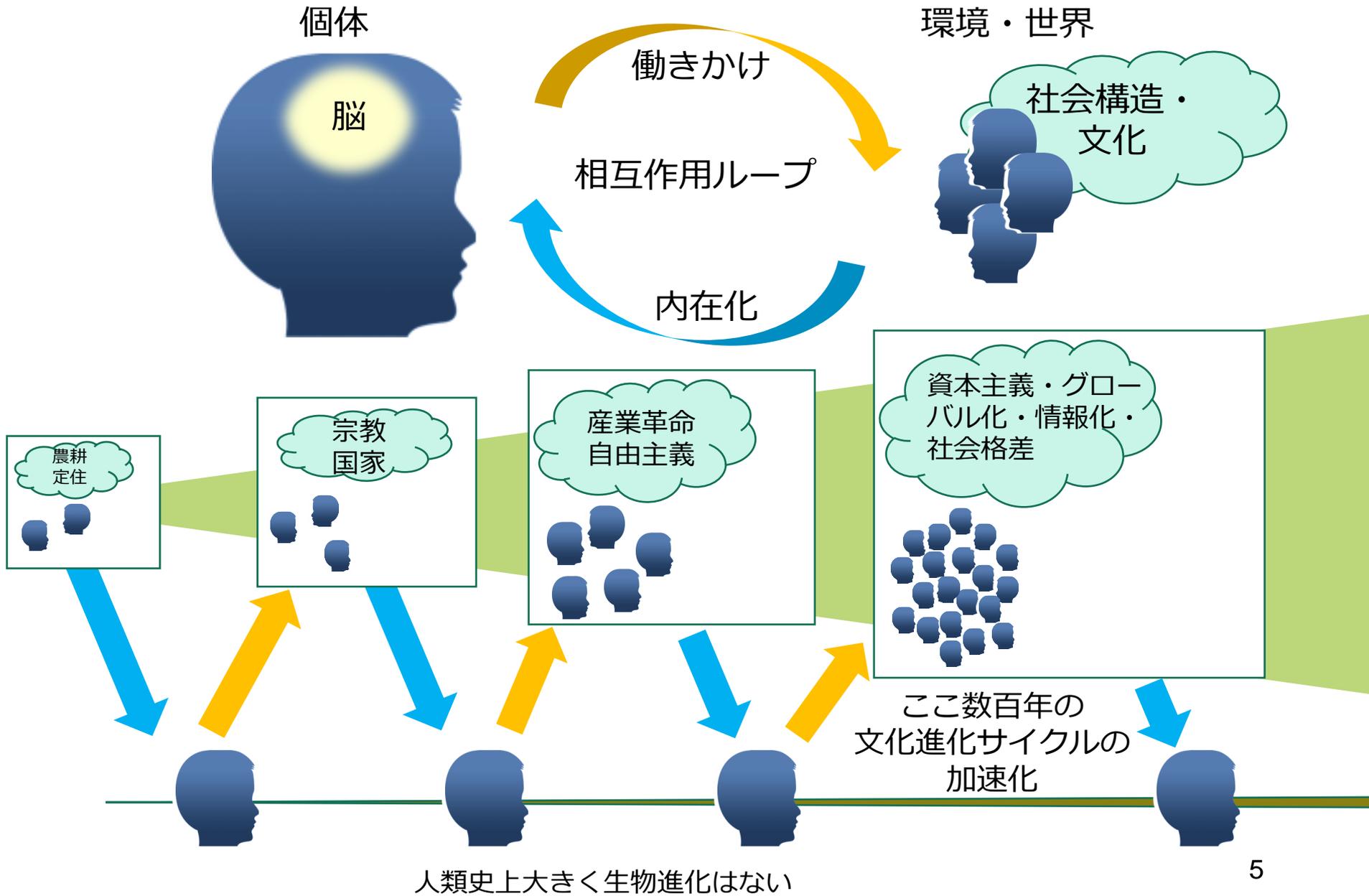
太古からヒトは生活を切実に「研究」する当事者だった



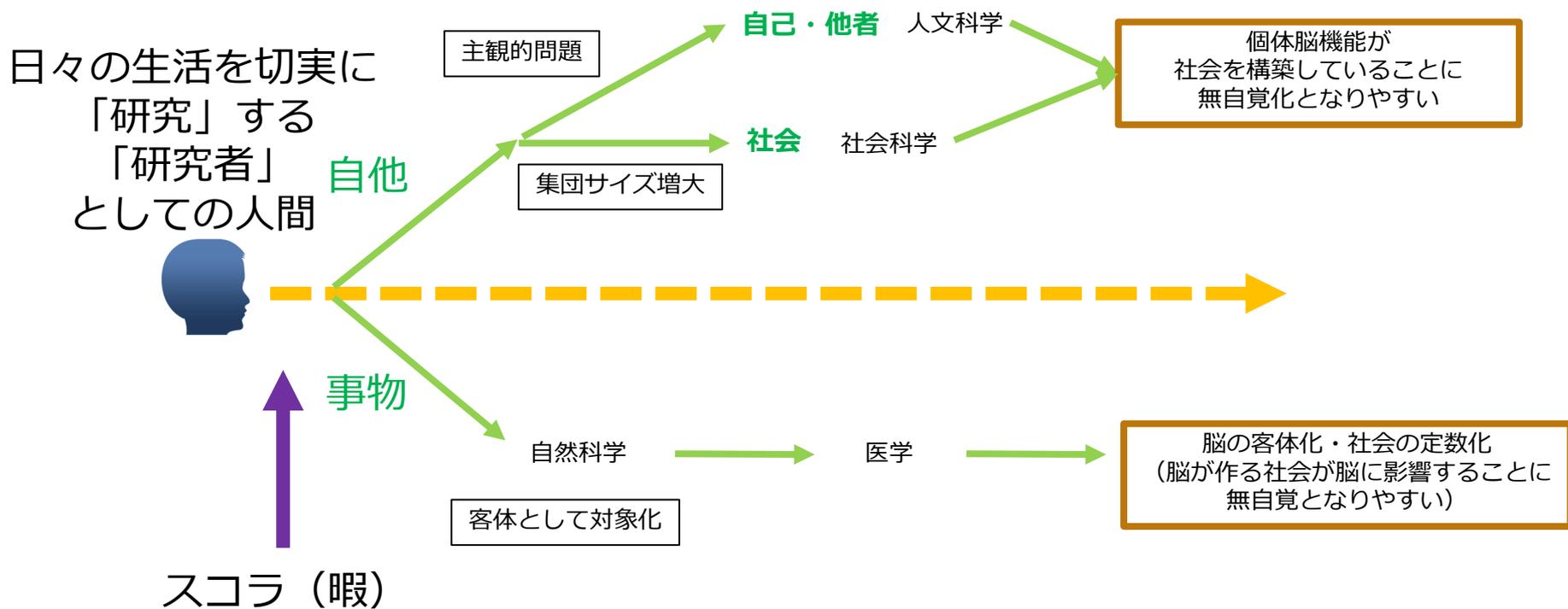
人間は予測困難な現実世界と切実に向き合う存在



脳という器官と社会

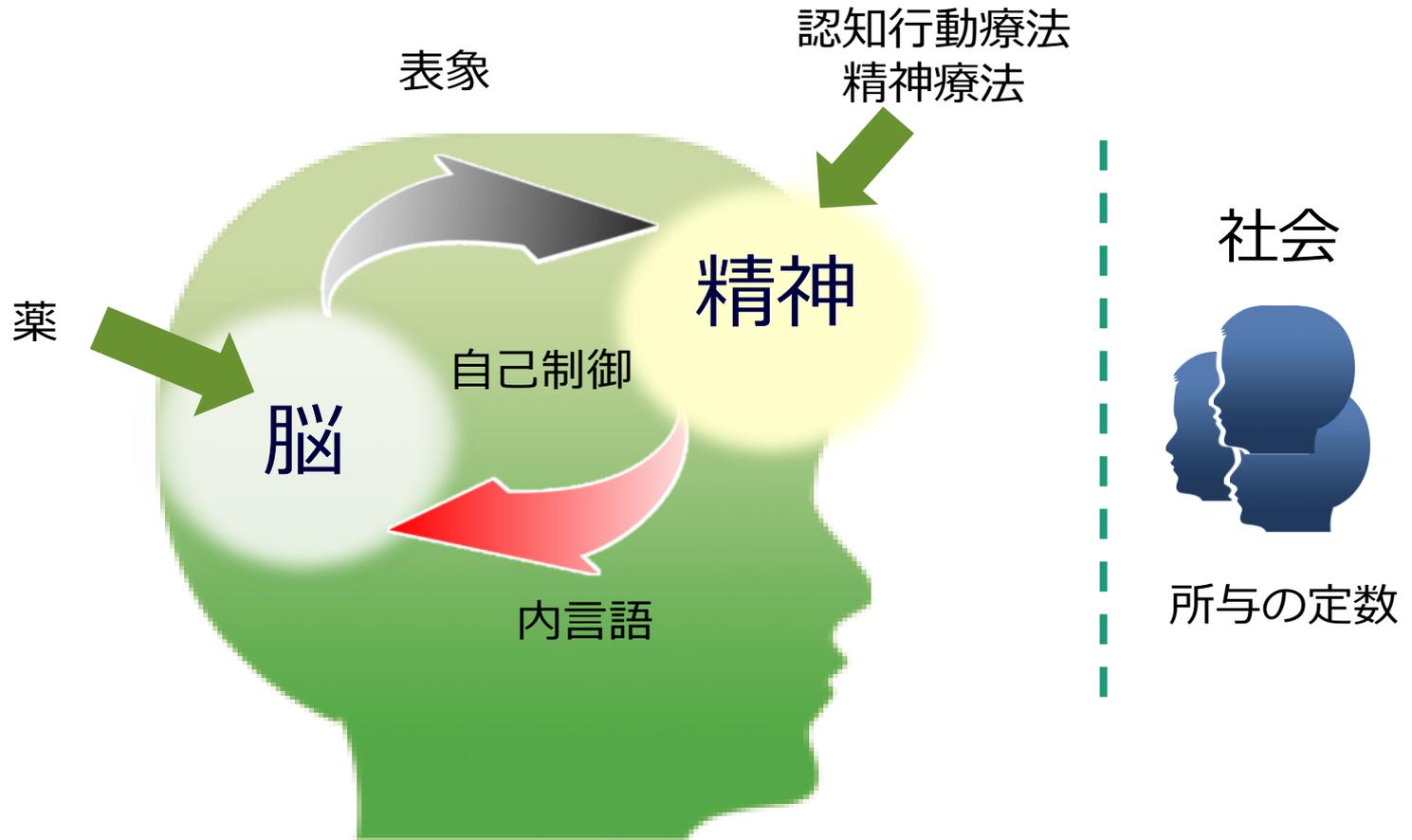


医学：社会を所与の定数として扱う傾向

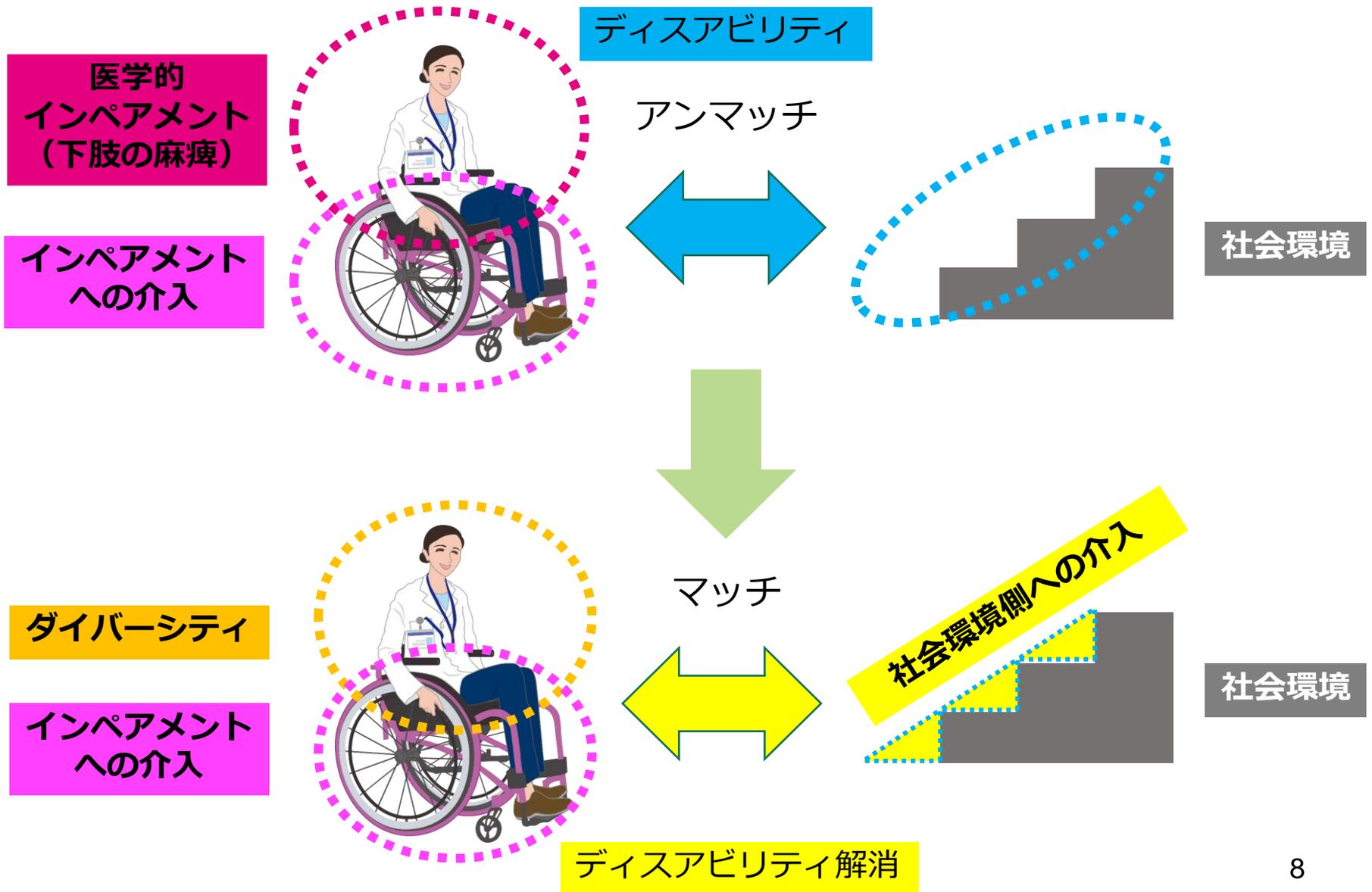


現代精神医学：障害の医学モデル

困難の原因を主に個人の脳・精神に帰属



障害の社会モデル(ICF)

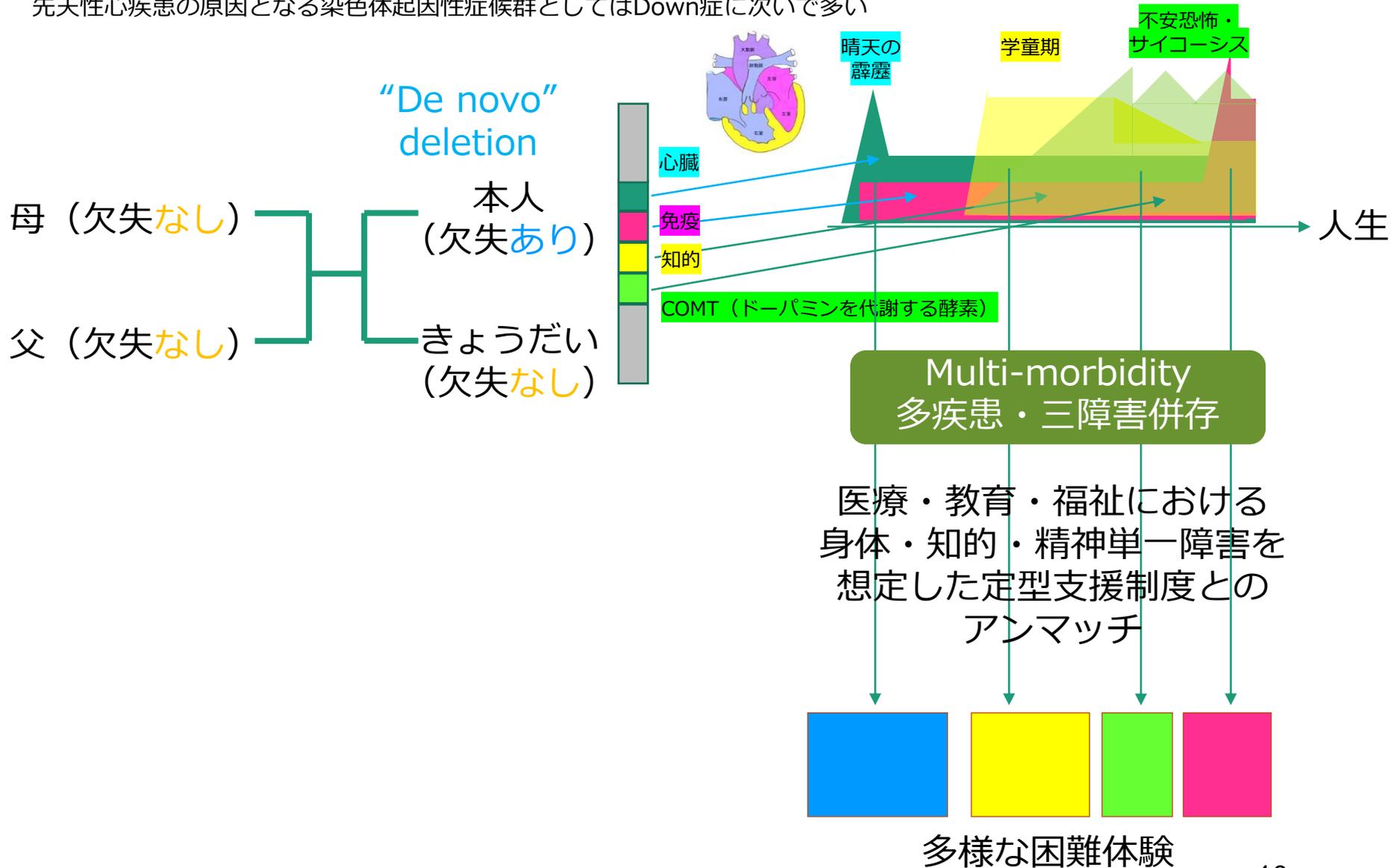


本日の内容

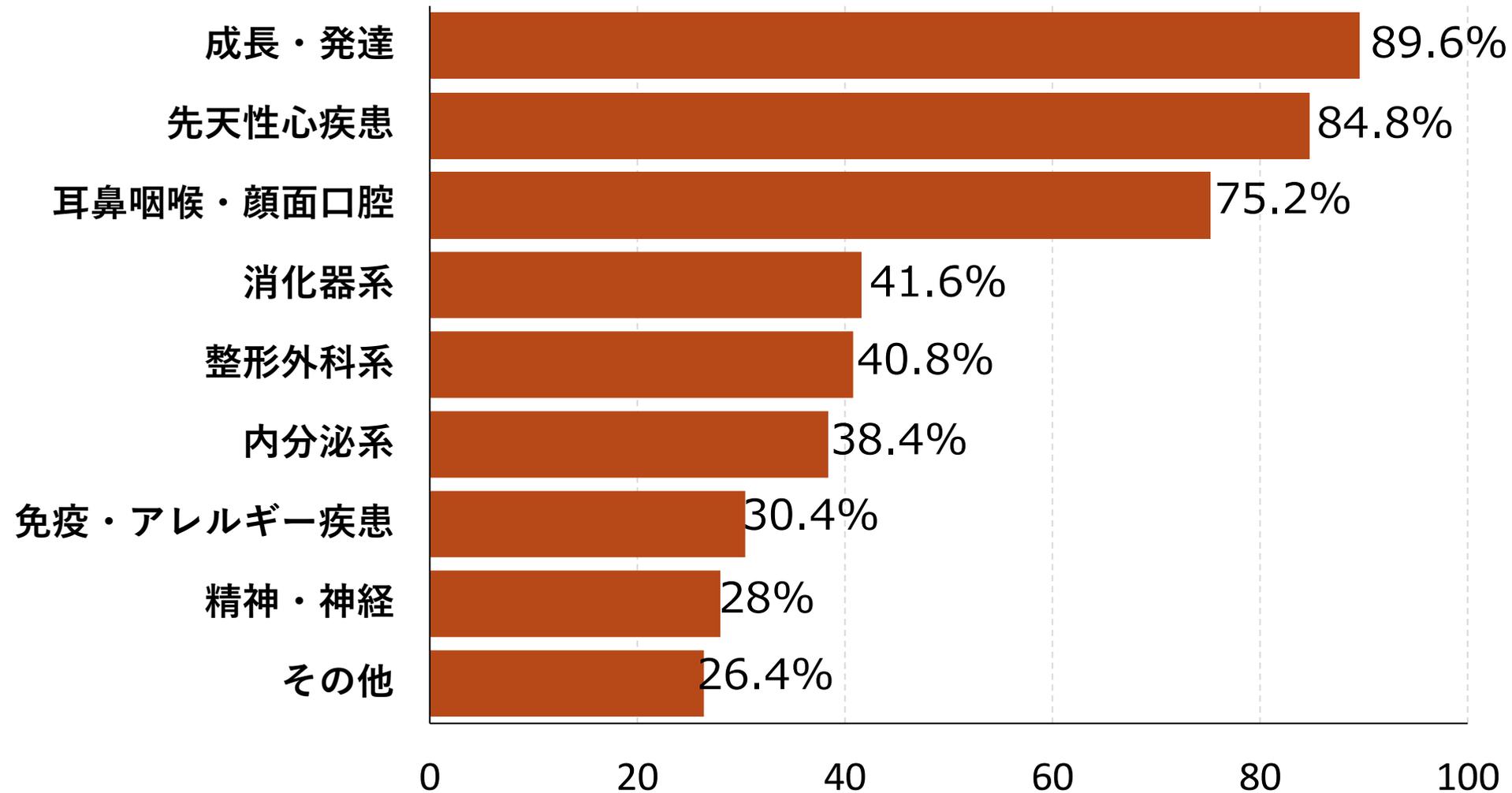
- 支援の作用点と障害の社会モデル
- **見えにくい障害をどうみるか**
- 「価値」ということに自覚的になるケア
- 共同創造と組織変革

22q11.2欠失症候群

- 1/4,000出生, 90%以上がde novo
- 先天性心疾患の原因となる染色体起因性症候群としてはDown症に次いで多い

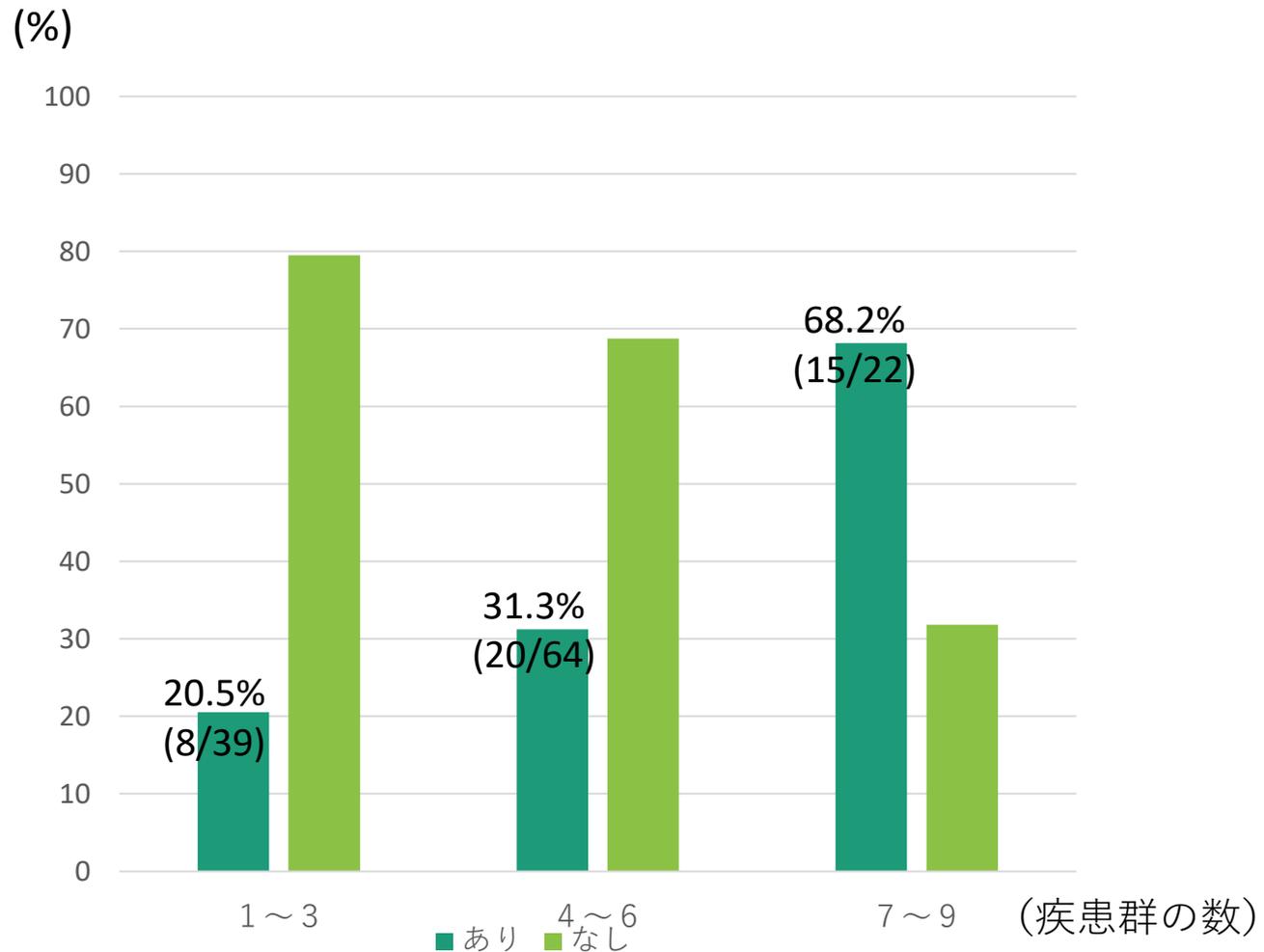


ウェブアンケート調査 多疾患併存状況(N=125)

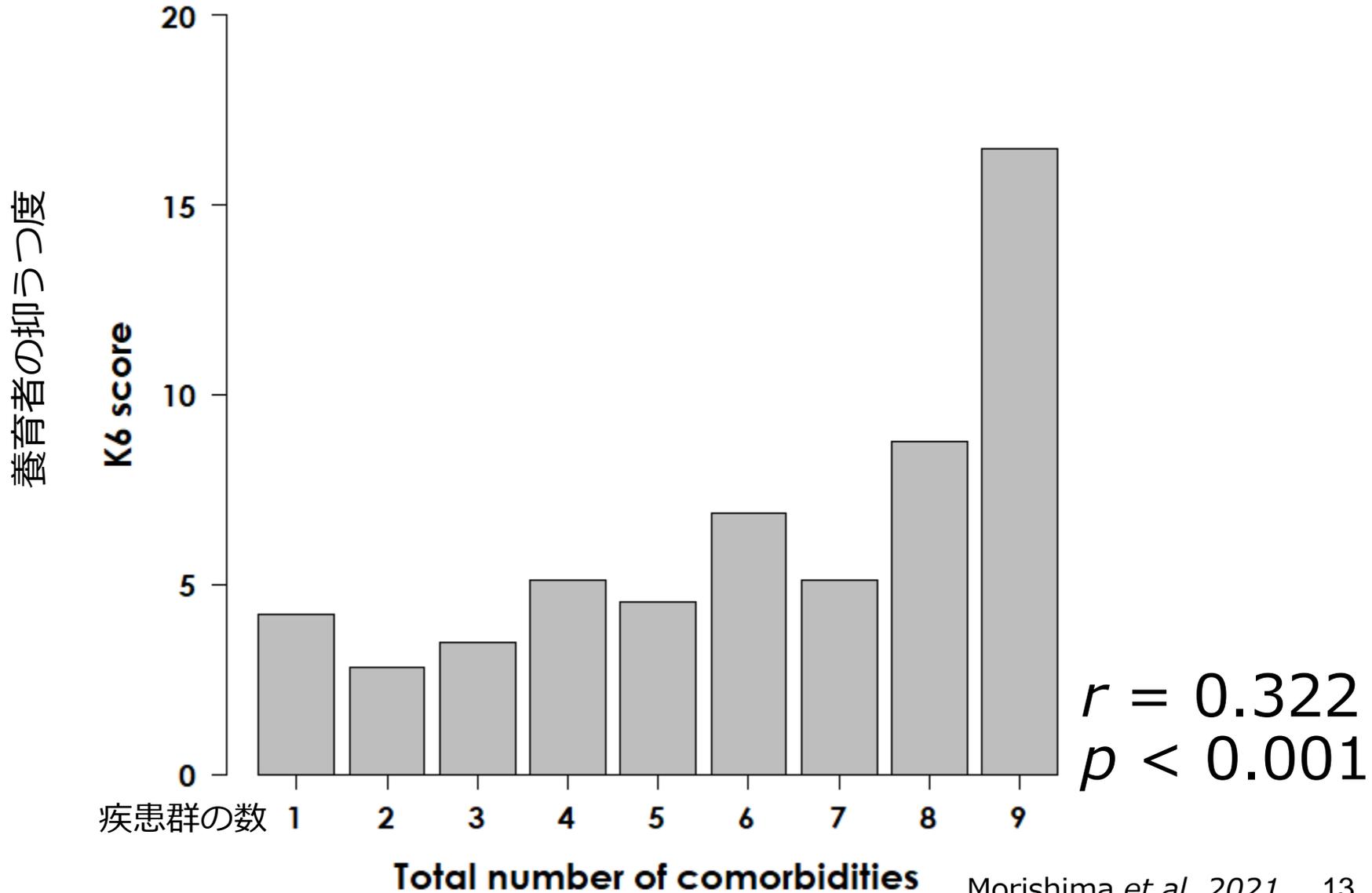


併存疾患の重複と 支援の連携についての困難との関連

22q11.2欠失症候群に関して
総合的に相談できる相談員・窓口の不足

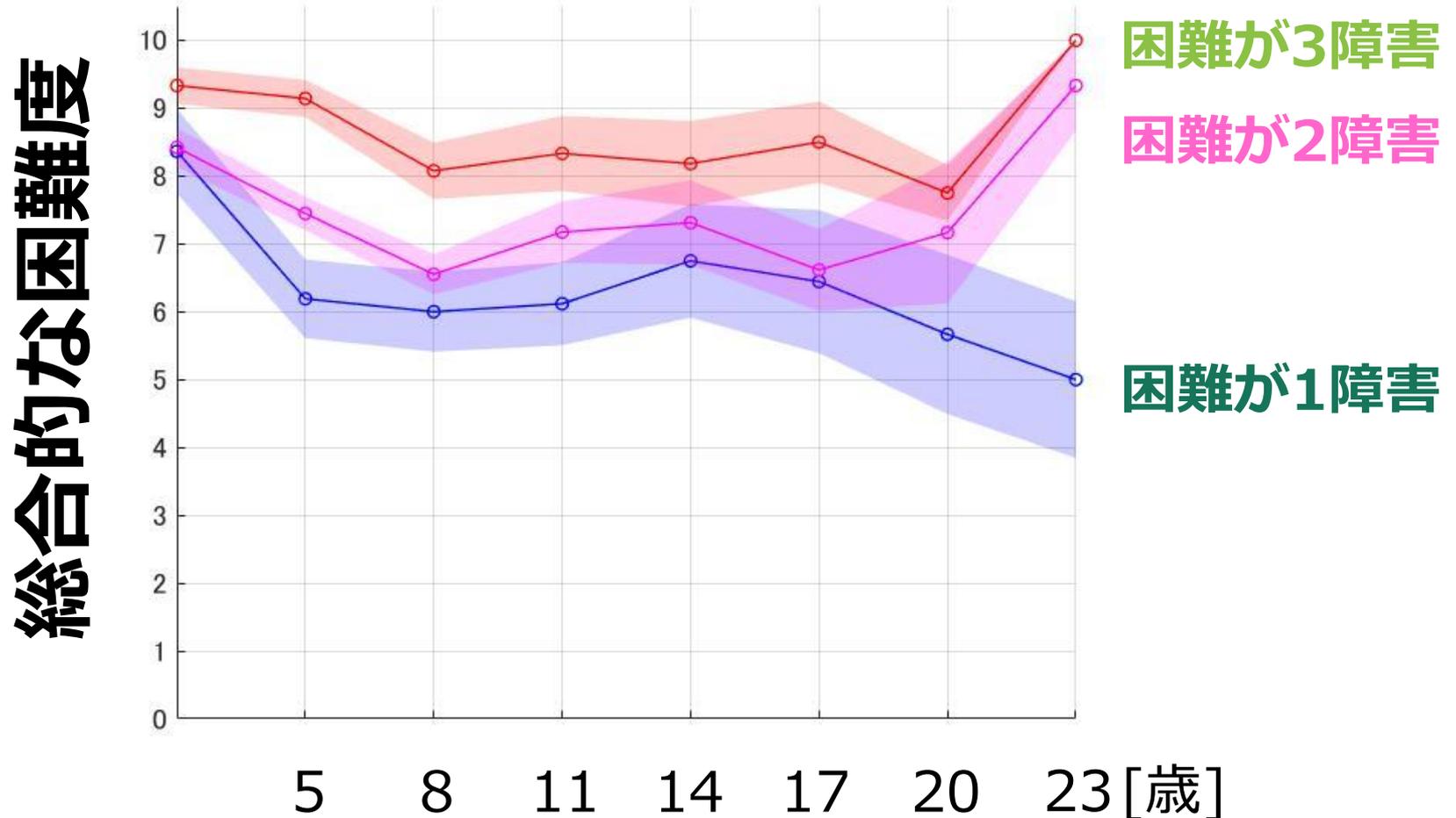


併存症の数と養育者ストレスの関係

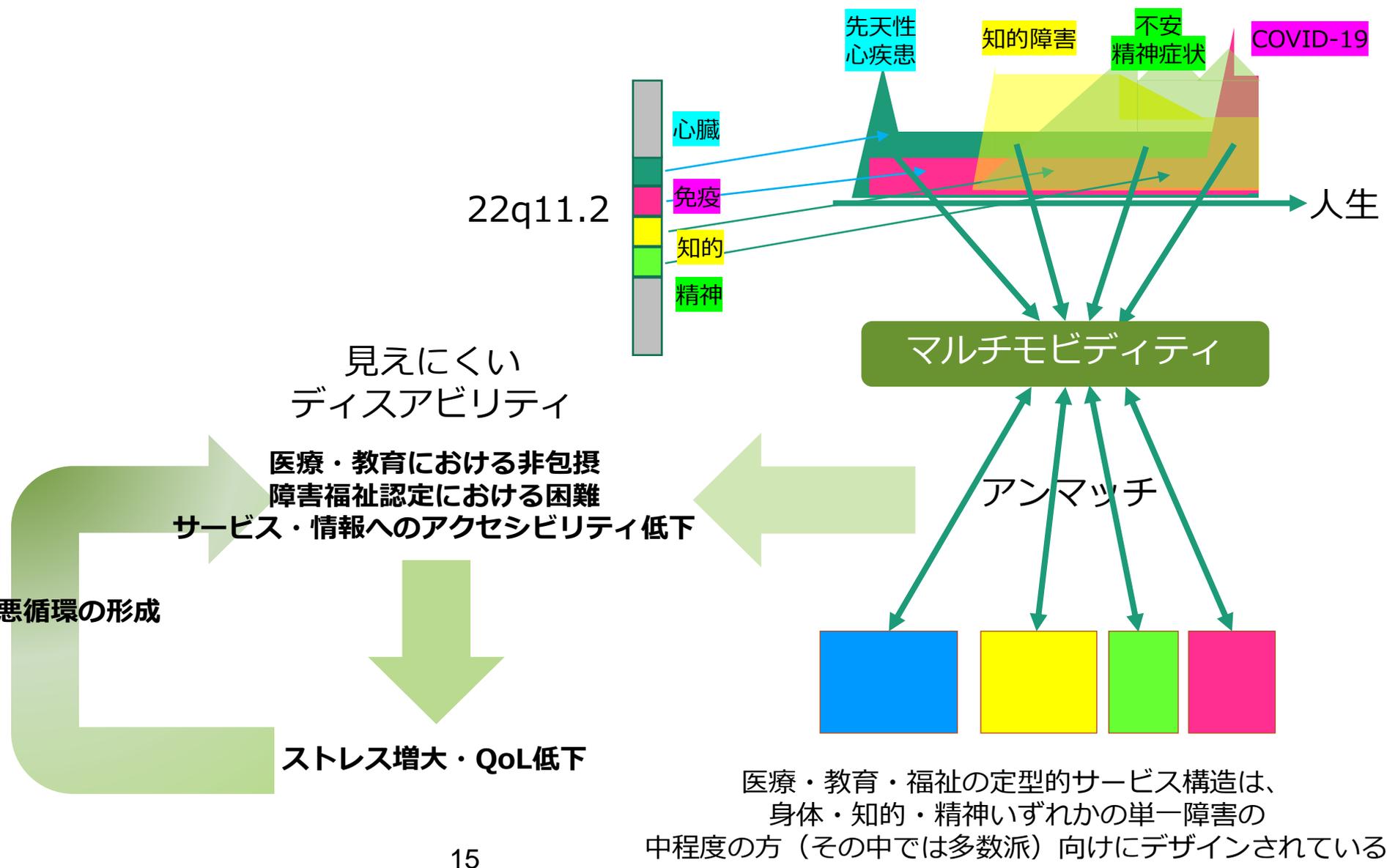


多疾患併存（身体・知的・精神障害）にともなう

困難感の年齢に沿った変化



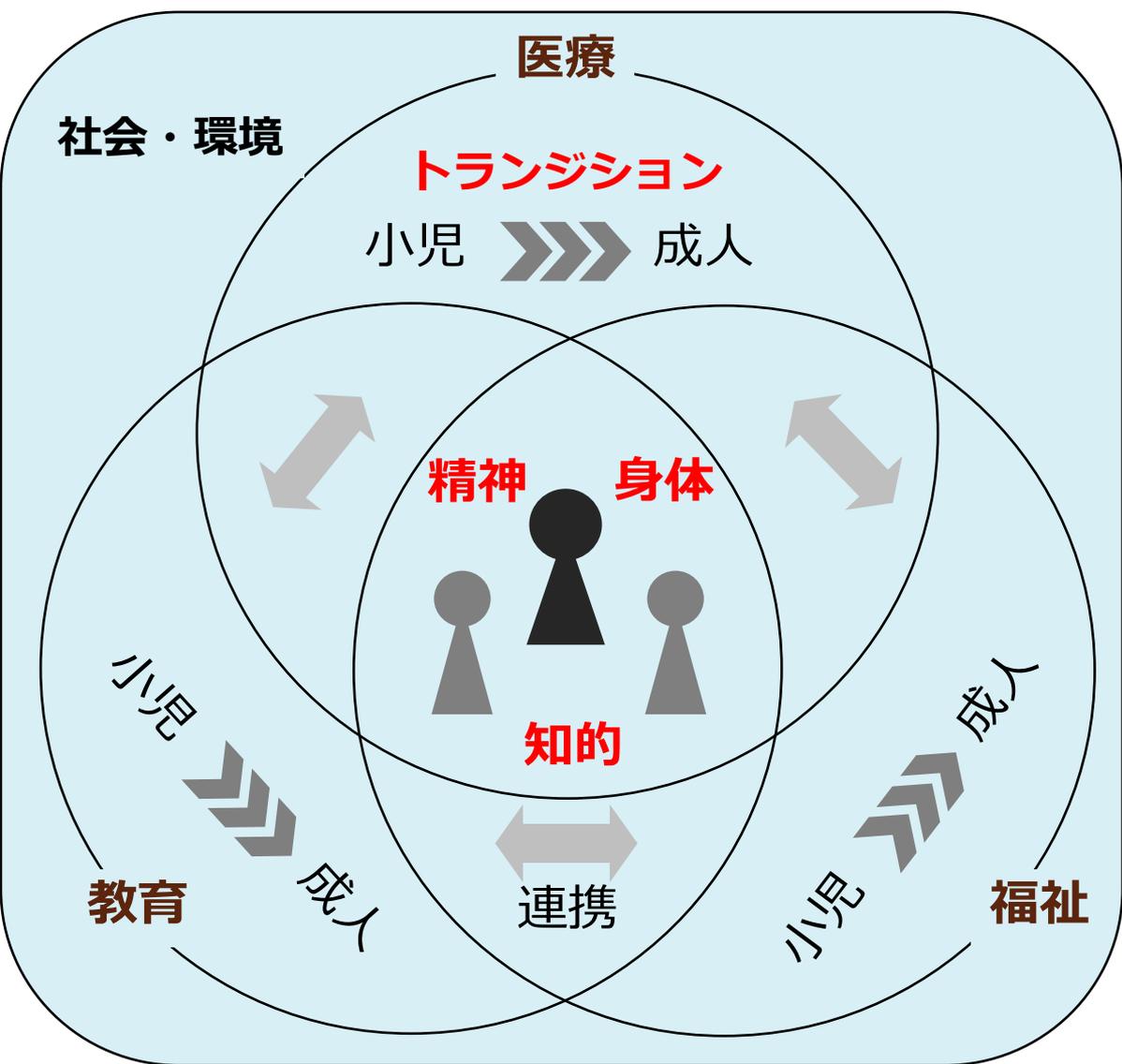
多疾患併存（マルチモビディティ）にともなう 見えにくいインペアメントとディスアビリティ



医療・教育・福祉の定型的サービス構造は、身体・知的・精神いずれかの単一障害の中程度の方（その中では多数派）向けにデザインされている

個別化された統合的な支援の必要性

3 障害・3 領域統合トランジション支援を



通うことができる居場所

一人でゆっくり過ごすことができる居場所

本人支援

家族支援

在宅支援サービスの充実

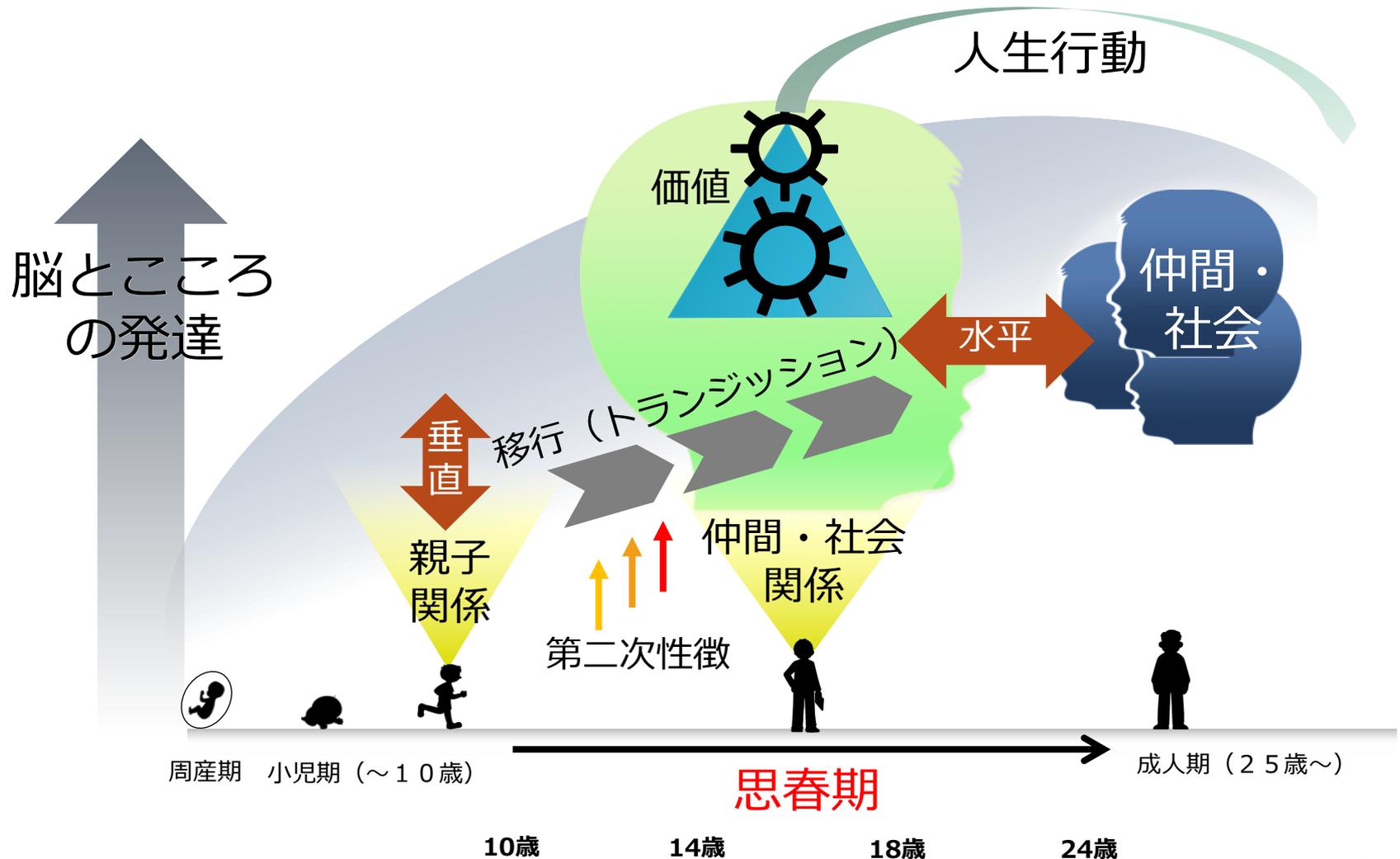


本日の内容

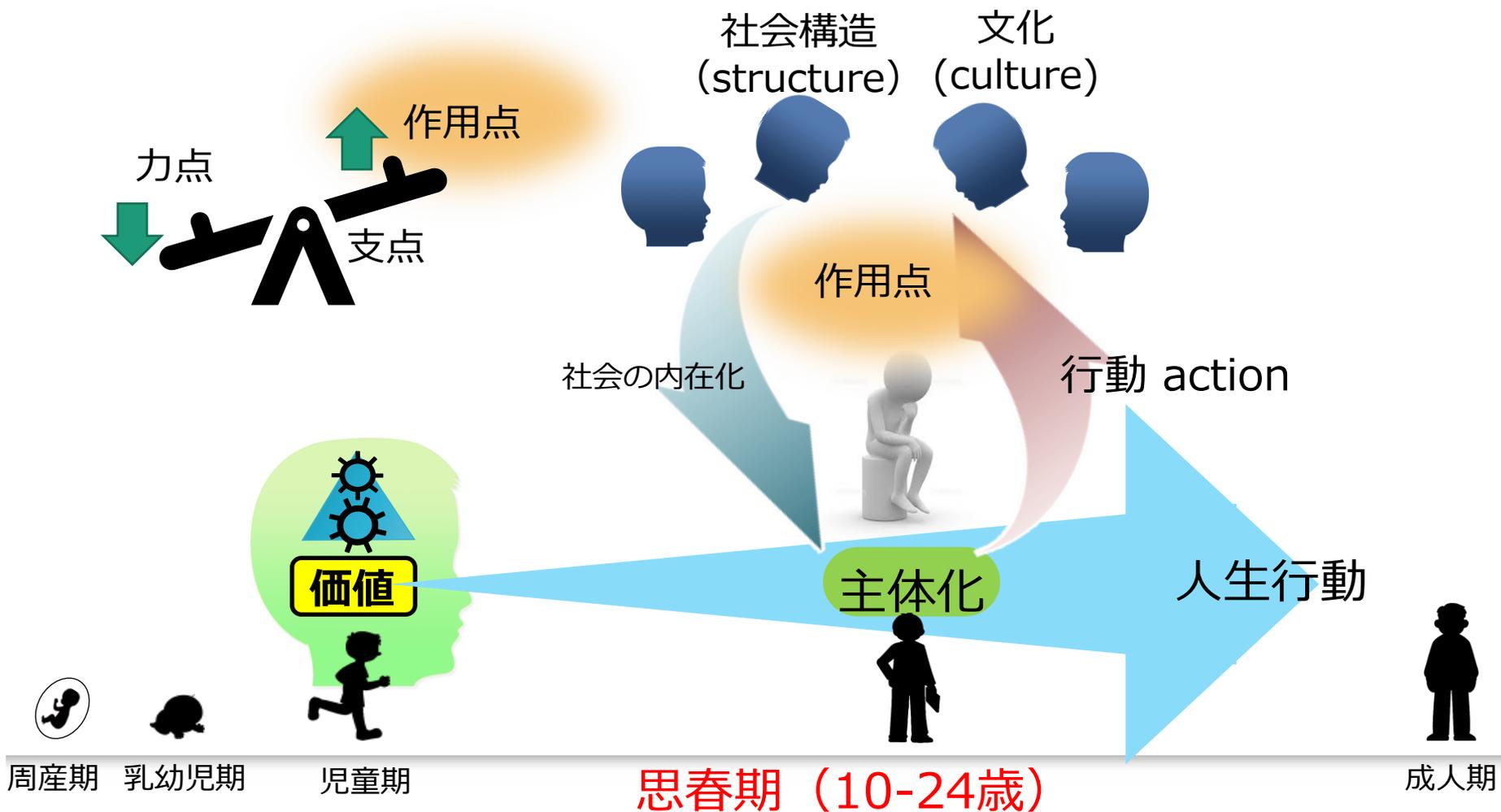
- 支援の作用点と障害の社会モデル
- 見えにくい障害をどうみるか
- **「価値」ということに自覚的になるケア**
- 共同創造と組織変革

思春期

親子（垂直）関係→仲間・社会（水平）関係への移行（トランジッション）を通じて価値を形成



価値：個人が社会と相互作用（inter-action）する作用点 支援の作用点でもある



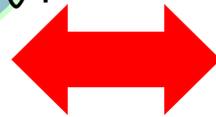
架空ケース

- 精神症状と希死念慮が強く、精神科医は本人と家族に入院を勧める
- 本人「自分は病気ではない」
- 家族「本人が嫌だと言っている。私自身も親を入院させたら、医療ミスで亡くなってしまった。病院という組織に不信感がある」
- その後本人、家族とも入院に納得したが、感染対策のため家族の面会や付き添いができないことを説明すると：
- 家族「納得できない。本人に対して医療ミスがあると怖いので、なるべく部屋で付き添いたい。それができないなら入院させたくない」

「分かり合えない」

病院に不信感を持っているが、
最後は入院に納得した。
しかし面会ができないのはおかしい

精神科入院は医学的に必要だ。
また、感染予防の観点から面会
禁も必要な措置だ。
なぜわかってもらえないのか。



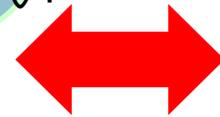
コンフリクト



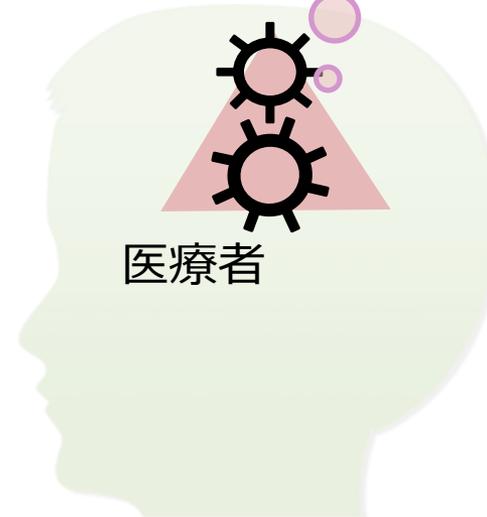
分かり合えなさの源

病院に不信感を持っているが、
最後は入院に納得した。
しかし面会ができないのはおかしい

精神科入院は医学的に必要だった。
また、感染予防の観点から
面会禁も必要な措置だ。
なぜわかってもらえないのか。

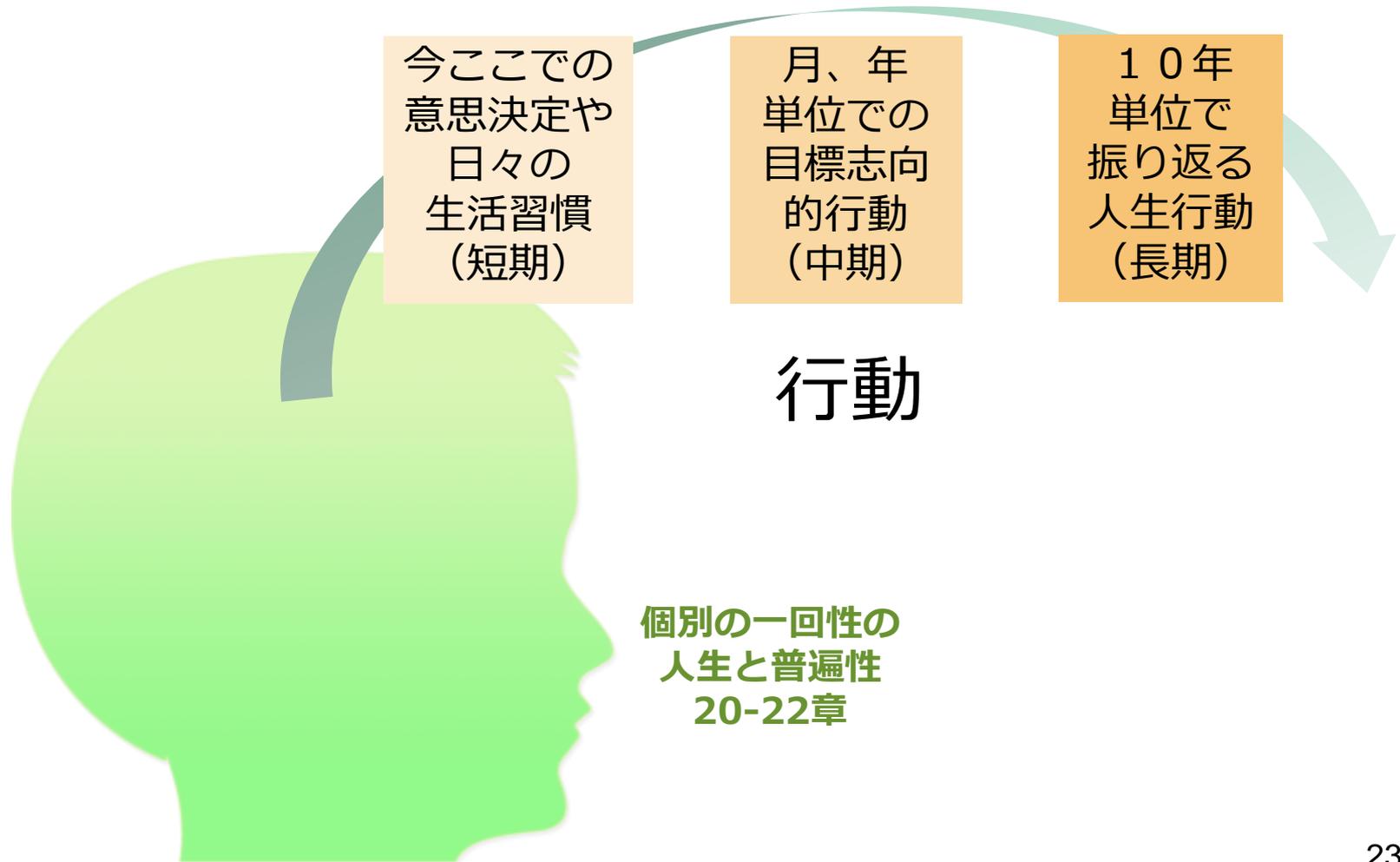


コンフリクト

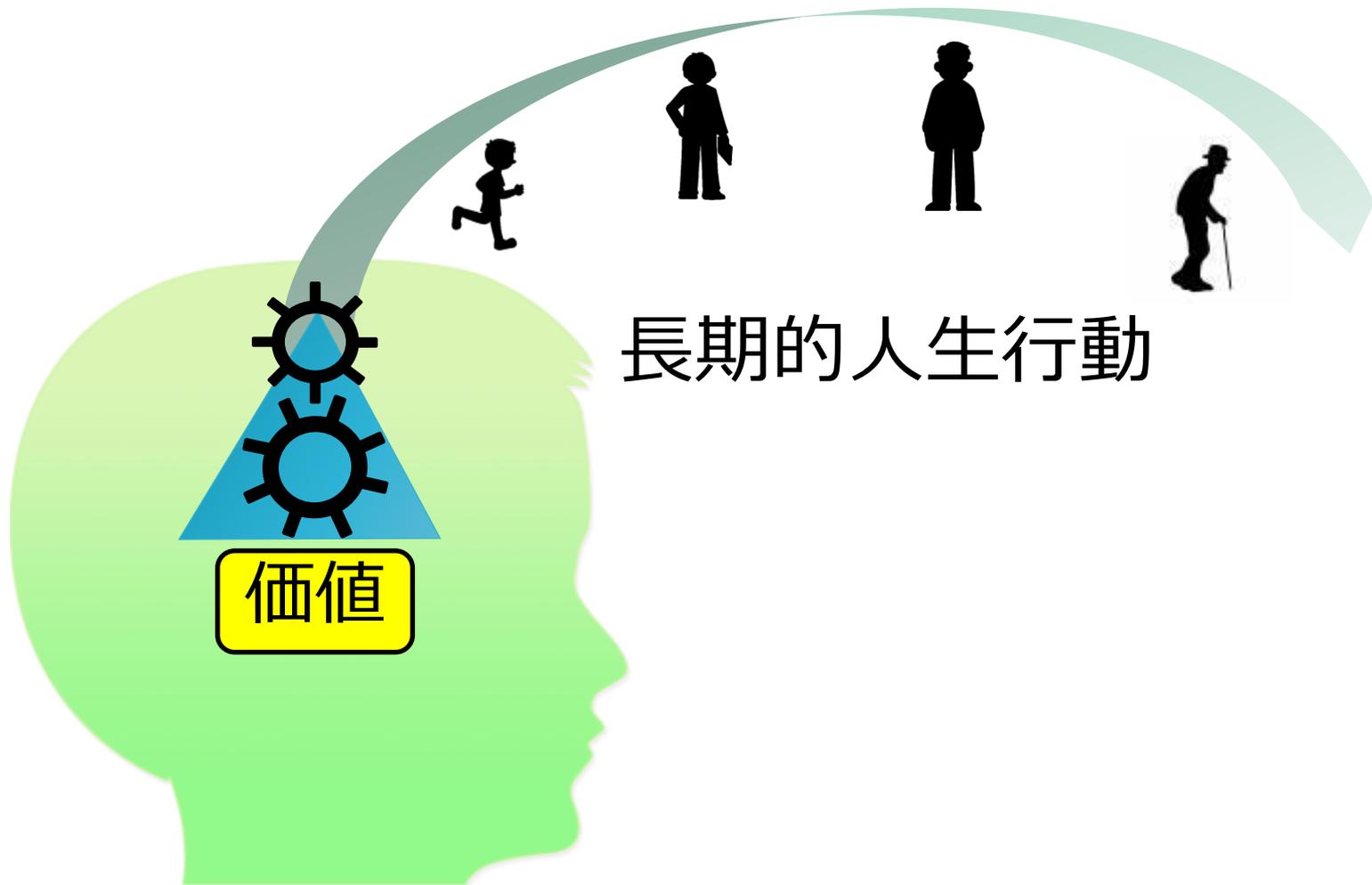


人はどう生きているのか？ (生きるべきか)

短・中・長期的な行動



長期的人生行動を
駆動しているのは何か？ = 価値



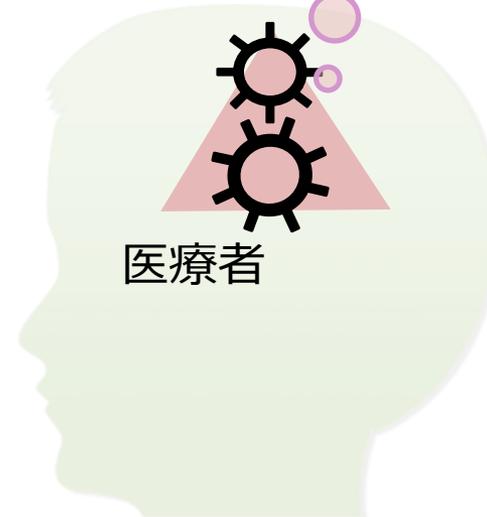
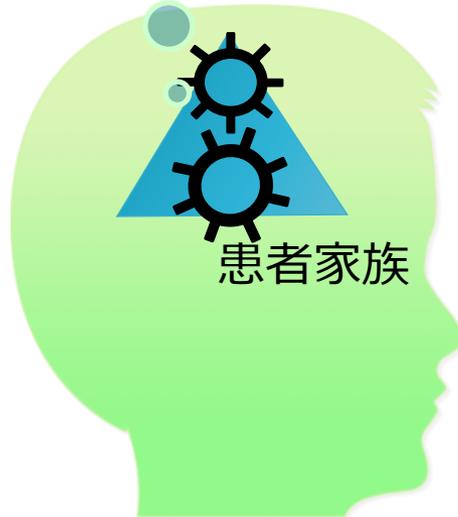
価値は**主体側**のものだった

病院に不信感を持っているが、
最後は入院に納得した。
しかし面会ができないのはおかしい

精神科入院は医学的に必要だった。また、感染予防の観点から
面会禁も必要な措置だ。
なぜわかってもらえないのか。



コンフリクト



「価値」と「価値観」は同じ？



価値のなかで、意識している
(自覚している) 部分 = 価値観

価値のなかで、意識していない
(自覚していない) 部分
= 人生行動の多くは
意識化 (言語化) されない価値に駆動

価値ということに自覚的になる支援

価値 = 支援の作用点でもある

Values-informed care (VIC)

- ①当事者と支援者の価値が異なることを前提として、当事者の価値にもとづいて支援する
- ②人生行動が（多くは自覚されない）価値に駆動されていることを自覚して支援できる
- ③トラウマインフォームドケア
(trauma-informed care) とほぼ同義

トラウマとは

- 個人がある出来事または状況により、身体的／心理的被害を受けるか脅威にさらされるかし、その結果、身体的・社会的・感情的・精神的健康に支障を来すこと

(日本精神科救急医療ガイドライン 2015)

ACEs (adverse childhood experiences)

• イベント

- 垂直（親→子）
- 水平（同世代の仲間）
- 他人
- 社会構造・制度（医療など）
- 環境（自然災害など）

海外：何らかのACE体験：

50.5%-63.6%

日本：逆境体験 32%（藤原、2012）

小中学生のいじめ被害率 20%（文科省
2016）

• 体験

- 加害側の意図の有無
- 被害側が個人か集団か

• 影響

- 心理・身体
- 短期・長期

Trauma-informed care (TIC)

ケア専門家・非専門家問わず、誰もが今日からできる態度

- 人は過去、特に小児期にトラウマを体験していることが多い (Adverse childhood experiences; ACEs)
- トラウマの世代間伝達
- 定型的な支援の適用は、
トラウマの再受傷
(re-traumatization) となり得る
- これらを自覚した支援態度 = TIC

ヤングケアラー

TIC的でない声かけ

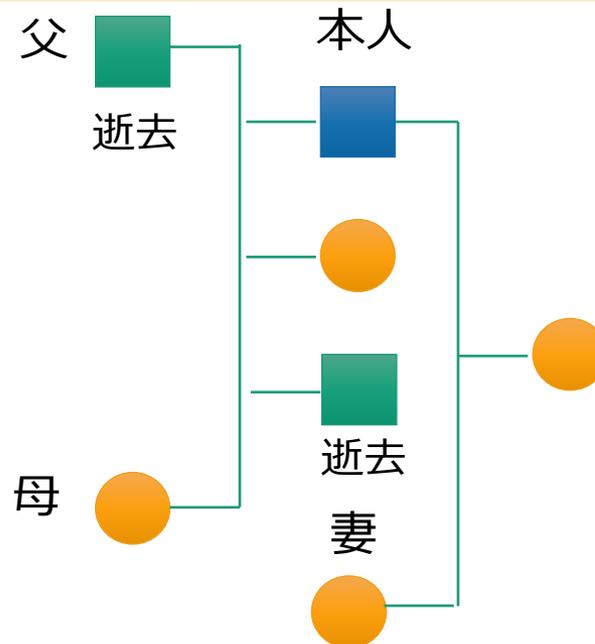
- きょうだいの面倒見てえらいわね
- 私の時代はそれが当たり前だった
- 親がいるだけいいじゃない
- 何でもっと早く相談してこなかったの？

【30代男性社員】（架空ケース）

- 大学卒業後入社、最近、同期一番乗りで課長に昇格、郊外に一戸建てをローンで購入。
- 別の部下の話では、10代のお子さんがネフローゼ症候群で、数か月に一度、奥様が付き添って小児科に通院している。
- 最近、半休を取ったり、飲み会を欠席したりすることが増えたため、理由を尋ねると、奥様に病気が見つかったためとのこと。
- ある時、上司との人事考課の面談中、業績の悪化で管理職のボーナス一律カットや、新規事業開拓のため遠方への転勤もありうる説明を受けていたところ、みるみる表情が悪くなり、口を押えながら、すみません、と退席してしまった。
- その後、1か月の休職ののち、復職してきた。うつ病の診断で精神科に通院中とのこと。元通り、元気そうに見えて、勤務状態も良好。
- 予定通り、本人に転勤を依頼しようか迷っている。

健康相談室が把握できたこと（一部は上司が把握できたこと）

- 7歳のとき、3歳の弟と踏切のそばで遊んでいた。弟が自分を追って線路に入り、電車で轢かれて死亡。小中学生時は、ほとんど友人を作らず本を読みふける。母はその一件以来、不安が強くなり、授業参観や運動会等に来てくれなくなった。母は冬場になるとソファで横になり、食事を作れないことがあった。ラーメンを作って2歳年下の妹に食べさせたりしていた。
- 高校生の頃、父が神経難病で早逝。医師からの病名告知は本人が対応。その時の医師の冷たい言い放ち方が忘れられない。
- その後、がむしゃらに勉強して、特待生として大学を卒業。



もう一度振り返ってみましょう

- 大学卒業後入社、最近、同期一番乗りで課長に昇格、郊外に一戸建てをローンで購入。
- 別の部下の話では、10代のお子さんがネフローゼ症候群で、数か月に一度、奥様が付き添って小児科に通院している。
- 最近、半休を取ったり、飲み会を欠席したりすることが増えたため、理由を尋ねると、奥様に病気が見つかったためとのこと。
- ある時、上司との人事考課の面談中、業績の悪化で管理職のボーナス一律カットや、新規事業開拓のため遠方への転勤もありうる説明を受けていたところ、みるみる表情が悪くなり、口を押えながら、すみません、と退席してしまった。
- その後、1か月の休職ののち、復職してきた。うつ病の診断で精神科に通院中とのこと。元通り、元気そうに見えて、勤務状態も良好。
- 予定通り、本人に転勤を依頼しようか迷っている。

その後・・・

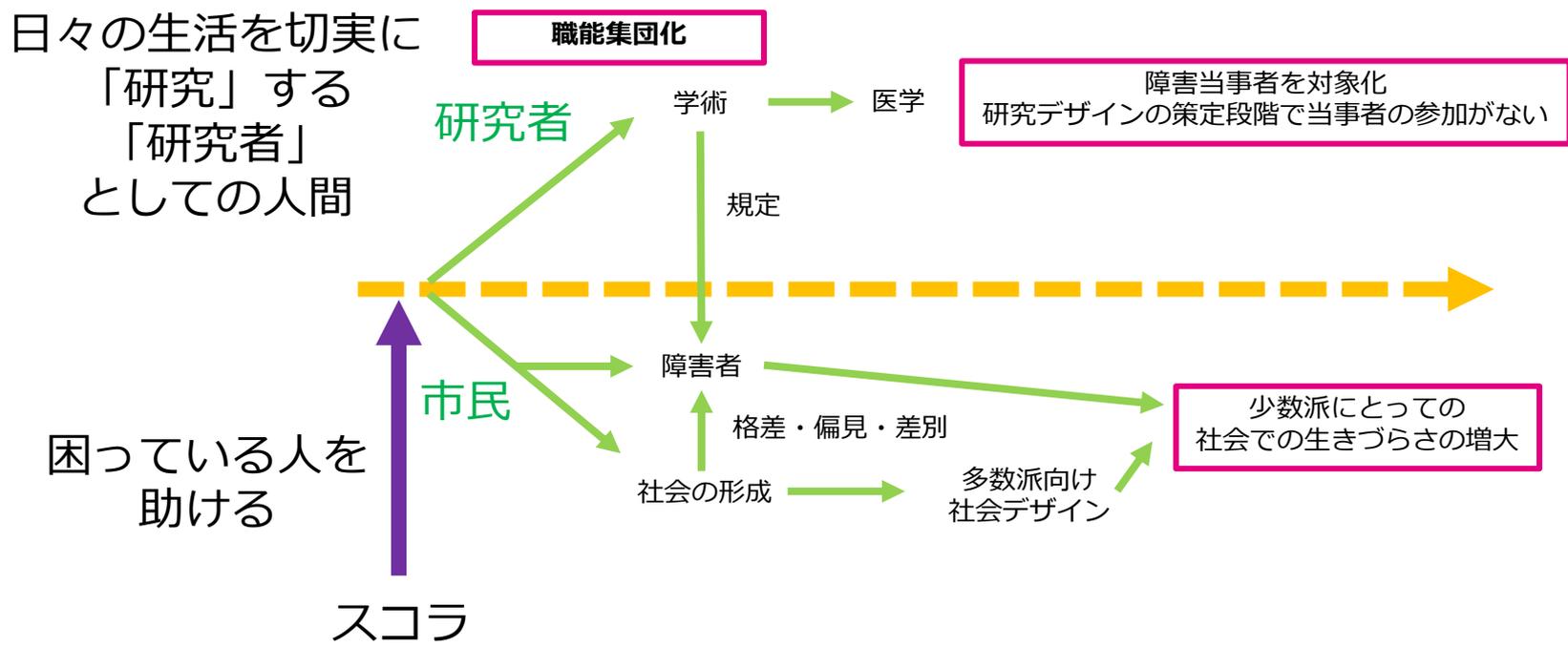
- 上司と本人の面談により、妻が末期のガンで転勤は難しいと判断。残業の少ない、介護や自身のうつ病の治療と両立できる部署に異動とした。
- 妻はその後数年で逝去。妻のガン宣告後、高校生の娘も抑うつとなり、休学。本人は「私がお母さんの面倒みなきやいけなかったのに」と罪悪感を口にする娘を献身的に支えた。その後娘は復学、ネフローゼの状態もよく、看護学部に入學し、看護師として独立した。
- その後、定期異動で人事部に異動、現在は人事部長となっている。

本日の内容

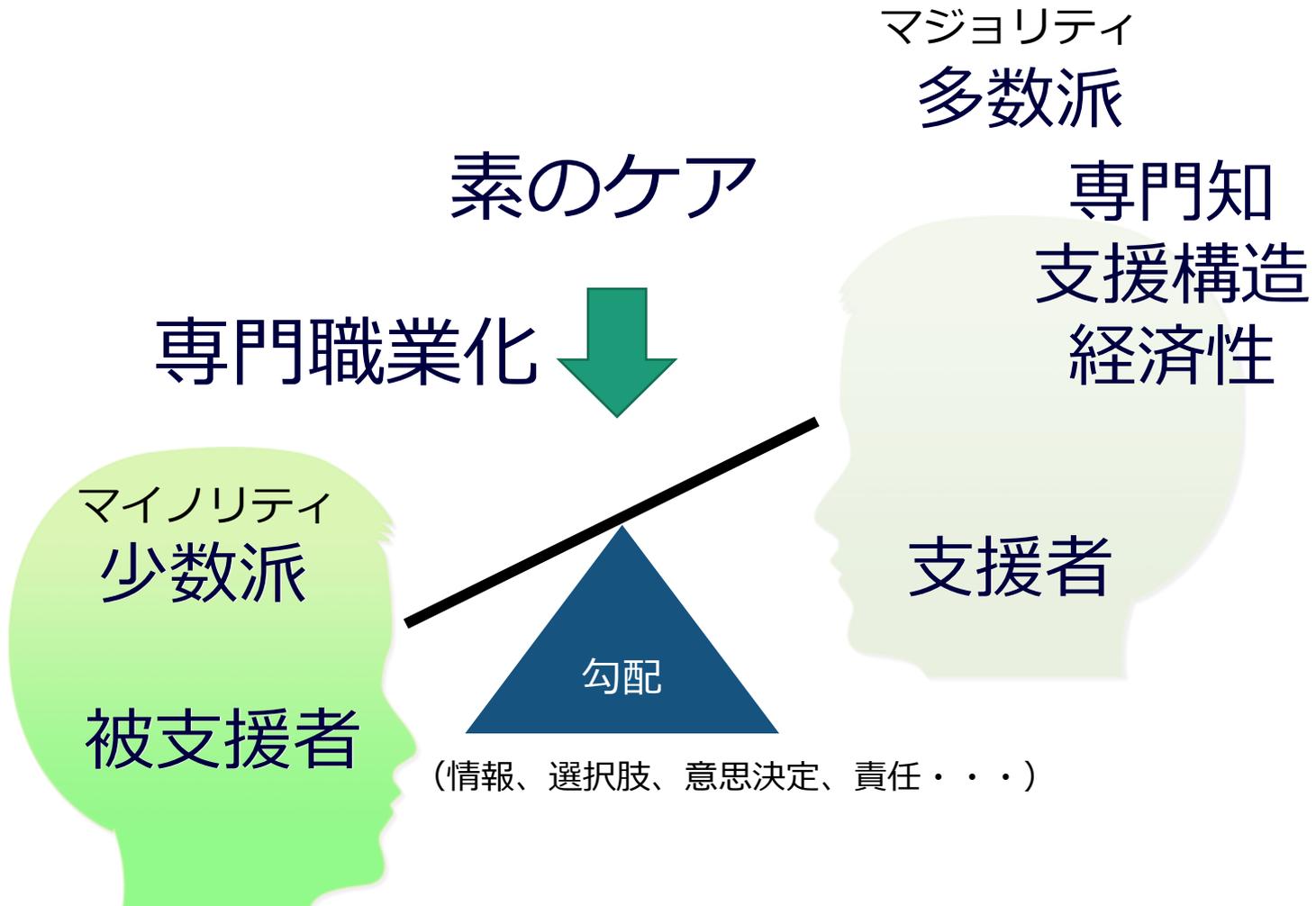
- 支援の作用点と障害の社会モデル
- 見えにくい障害をどうみるか
- 「価値」ということに自覚的になるケア
- **共同創造と組織変革**

医学と市民の分離、

健康という指標による市民（多数派）と障害者（少数派）の分離



対人支援のorganizational change

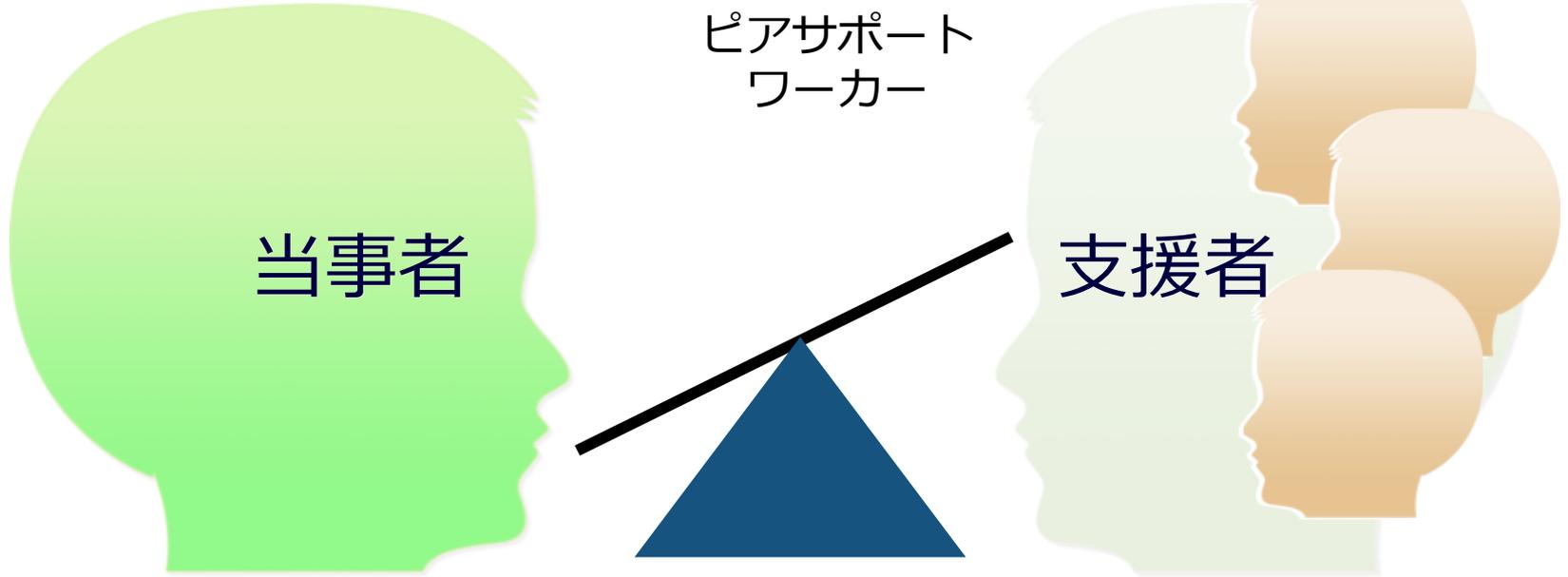


Co-production

ピアサポートワーカー
東京大学が医学部附属病院に配置

当事者と支援者の共同創造を橋渡し

ピアサポート
ワーカー



医学教育のco-productionとorganizational change



キックオフシンポジウム

PROGRAM プログラム(予定)

※()内の時間は目安です。

司会：笠井清登、里村嘉弘

センターご紹介 (5分)

笠井清登・里村嘉弘 (医学のダイバーシティ教育研究センター)

ご挨拶 (5分)

林香里 (東京大学理事・副学長 [国際、ダイバーシティ担当])

岡部繁男 (東京大学大学院医学系研究科長)

シンポジウム① 医学教育と医療の共同創造

医学教育と臨床研修のバリアフリーに向けた国内外の動向と課題 (20分)

熊谷晋一郎 (東京大学バリアフリー支援室長)

医療におけるピアサポーターの意義 (20分)

宮本有紀 (東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野准教授)

シンポジウム② 学ぶ権利と情報保障

障害の社会モデルを踏まえた教育のパラダイムシフト (20分)

星加良司 (東京大学大学院教育学研究科附属バリアフリー教育開発研究センター准教授)

実践現場に学ぶ

ー 医学教育における情報保障と支援者育成 (20分)

白澤麻弓 (筑波技術大学障害者高等教育研究支援センター准教授)

シンポジウム③ 研究の共同創造

研究におけるユーザーリサーチャーの意義 (20分)

綾屋紗月 (東京大学先端科学技術研究センター特任講師)

障害の社会モデルの基礎脳科学研究への導入 (20分)

柳下祥 (東京大学大学院医学系研究科構造生理学講師)

参考図書・ウェブサイト

<http://kokoro-zukan.com/>

