

<座談会>

「外来精神科診療シリーズ」刊行に向けて

編集主幹・原田誠一 先生 (司会)  
編集委員・石井一平 先生  
編集委員・高木俊介 先生  
編集委員・松崎博光 先生  
編集委員・森山成林 先生

中山書店 社長 平田 直  
中山書店企画室 頼高 誠

■ 編集委員略歴

原田誠一 (はらだ せいいち) 写真前列中央

1957年 東京都生まれ  
1983年 東京大学医学部卒業  
東京大学医学部附属病院精神神経科  
東京都立中部総合精神保健福祉センター  
東京都立墨東病院内科・救命救急センター  
神経研究所付属晴和病院  
東京通信病院精神科・医長  
三重大学医学部精神科・講師  
国立精神・神経センター武蔵病院・外来部長  
2006年7月 東京で原田メンタルクリニック開業

森山成林 (もりやま なりあきら) 写真前列右

1947年 福岡県生まれ  
1969年東京大学文学部仏文科を卒業後、TBSに勤務。  
2年後退職して九州大学医学部に学び精神科医となる。  
その傍ら小説の執筆に励み、「ははきぎ ほうせい帚木蓬生」のペンネーム  
で作家としても活動。  
1978年 九州大学医学部卒

1979～1981年 フランス留学

1988年 八幡厚生病院診療部長

2005年 福岡県中間市で通谷メンタルクリニック開業  
主な受賞歴

1992年 『三たびの海峡』吉川英治文学新人賞

1995年 『閉鎖病棟』山本周五郎賞

1997年 『逃亡』柴田錬三郎賞

2010年 『水神』新田次郎賞

石井一平 (いしい いっぺい) 写真後列右

1948年 東京都生まれ

1977年3月 東京医科歯科大学医学部卒業

1979年10月～1980年12月 都立松沢病院に勤務

1983年3月 東京医科歯科大学・医学部・精神神経科  
大学院卒業

1984年3月～1991年6月 東京都教職員互助会三楽  
病院精神神経科に勤務

1991年7月 東京で石井メンタルクリニック開業

高木俊介 (たかぎ しゅんすけ) 写真後列左

1957年 広島県生まれ

1983年 京都大学医学部卒業, 京大精神科評議会入会

1984年 光愛会光愛病院勤務

1992年 京大病院精神科勤務

2002年 // 退職

2004年 京都でたかぎクリニック開設

松崎博光 (まつざき ひろみつ) 写真前列左

東京大学工学部計数工学科卒業

東京医科歯科大学医学部卒業

1981年 いわき市立総合磐城共立病院

1993年 いわき市でストレスクリニック開院

前いわき市医師会副会長



## はじめに—シリーズの企画の趣旨

【頼高】本日の司会は原田先生にお願いしておりますが、はじめに中山書店のほうから、簡単に今回のシリーズの企画に至った経緯を申し上げたいと存じます。

中山書店ではこれまで、大学の先生方を中心にしたシリーズ『現代精神医学大系』（全50巻）や『臨床精神医学講座』（全38巻）、『新世紀の精神科治療』（全10巻）、さらに『専門医のための精神科臨床リユミエール』（全30巻）という、少し「研究者向け」の内容のアカデミックなシリーズを刊行してまいりました。

このようなアカデミックな出版物は巷にもたくさん出ていますし、私どももずっとそういうものを出してきましたけれども、ご開業の先生方でこういう本をつくるというか、シリーズを出すというのは、実はこれまではなかった試みです。今回の企画は、日々臨床に取り組んでいる「開業医の目線」で、本当に臨床に役立つ内容の本を作ろうということでスタートしております。

先ほど2種類のパンフレットをごらんいただきましたが、ひとつは小児科の開業医の先生方を中心にした新しいシリーズで、昨年からお出ししています。もうひとつは、地域のご開業の先生方で、主に内科系ではありますが、何でも総合的に診療される、在宅医療とか地域医療などに取り組む開業医の先生方向けということで、今年から始めたシリーズです。

これらは徐々にご開業の先生方のご支持いただけてきていると思うのですが、その精神科バージョンと言ってよいメンタルクリニックを中心にした新しいシリーズと位置付けています。

執筆陣の一部には、もちろん大学の先生方にも入っていますけれども、実際に中心にご執筆いただくのはご開業の先生方ということです。もちろん外来だけではなくて、入院できるところもありますけれども、主には外来を中心にしたそういうクリニックで、新しい日本の精神科医療を展開されている先生方に、本当に役立てていただける、そういうシリーズを作っていたらいいと思っています。ぜひその趣旨を汲んでいただいてこのシリーズの意義と言いますか、ねらいを語っていただくとありがたいなと思っています。よろしくお願いいたします。

【一同】よろしくお願いいたします。

## 発刊の意義—時代の必然性と情報の発信

【原田】最初にまず、このシリーズを出すという企画のお話をいただいたときに、私が個人的に考えたことをお話しさせていただきます。それはおそらくこのシリーズ全体の発刊の目的とか、意義とか、そういうことになると思います。それについて、最初に皆さんでディスカッションして

いただいて、その後、それぞれの先生にこのシリーズに対する思いを語っていただければと思いますのでよろしくお願いいたします。

最初にこの企画をいただいて、びっくりしたのです。中山書店さんがまたすごくよいところに目をつけられたなと思ったのですが、いま聞いてわかりました。ほかの科でも実際にそういうのをやっておられて、成功を収めてこられたという実績があったんですね。そういう企画を精神科でもやっていただいて、非常にありがたいことだなと改めて思いました。

ご存じのように精神科クリニックが非常に増えていて、これはどう考えても時代の必然性がありますね。入院治療から外来治療へという方向性が、患者さんや家族にとっても必要不可欠であるということも言うまでもありません。国もそういう方向で例えば財政的にも応援していますから、そういった中で従来の病院の外来、総合病院とか、精神科の単科の病院とか、大学病院の外来だけでは対応しきれないというのは当然のことなので、そういう必然性があったと思うのですね。

その中でまずこういった叢書（シリーズ）を通して、実際にクリニックで行われている現状がどういったものであるのか。それをよいところ、悪いところを含めて、しっかり伝えていくということには意義があるのだろうと思いました。

加えて、精神科クリニックを開業する際には、皆さん自分なりの志、ビジョンを実現するための方法論を持って開業しているわけです。そういったビジョンだとか、方法論を毎日の診療の中でいろいろ工夫をなさっているはずなのです。診療だけではなく、スタッフとの関係であるとか、クリニックの中のしつらえであるとか、いろいろなところで各自工夫をなさっていて、そういういろいろな工夫というのは、精神科の関係者の皆さんにとってそれなりに意味があることなのではないか。

3つ目ですが、精神科クリニックに対しては、あまりよくない話も実はけっこう多く聞きますね。例えばクリニックがどんどん増えてしまって、人材がほかのところでも足りなくなっているのではないかと問題があります。またクリニックで診療していると、どうしてもほかから見てくれる人の目がなくなってしまって、下手をすると質の悪い、あるいは短時間の診療というのがまかり通っている可能性があるのではないかと。そうしたことはやはり言われています。

一部では経営ということ、経済面に目が行き過ぎて、1日でもものすごい数の患者さんを診ているクリニックが、実際にごく一部ですけど、あるようですね。そういったところで悪い評判もあります。

ただ、そういったことというのは、われわれにとっても決して他人事ではないと思うのです。やはり1人でやると、

そういう落とし穴というのがあり得るので、クリニックをやる際には他人事ではなく、いろいろな落とし穴、ピットホールがあり得るのだと。それも見つめながら、そういったピットホールに落ちないために、どういう対策や工夫が可能なのかといったことも、改めて世の中に出していく。それがこれからの精神医療を担っていく大きな1つの力である精神科クリニックの今後の発展のために役に立つ。そのように考えたのですね。

ですから、そういった現状、そして現状の中で皆さんが工夫していらっしゃる、あるいはあり得る落とし穴やそれへの対策、それらを世の中に出していく。

読者対象としては、もちろんまずクリニックの仲間ですね。やはり、皆さんどうしても孤立しがちなので、お互いの工夫について情報を発信し合う。それは意味があるだろうと思います。また、クリニックを開業しようとしている先生方は、まだ潜在的にたくさんいらっしゃると思うのですけれども、そういった方々に読んでいただくには大いに意味があるのではないかと。クリニック以外の先生方にも、あるいは読んでいただけたところがあるかもしれない。

繰り返しになりますけれども、クリニックを開業した人というのは、ある意味これまでの精神科医療に対して、批判も含めていろいろな見方を持っています。それと違う場で自分なりの診療を通して、その自分が思っていることをやりたいという志を持って始めて、それを実現する上でいろいろ工夫をしているわけですから、そのほかの医療機関で働いておられる精神科の先生方にも、あるいはご参考にしていただけたところもあるかもしれないと、そのことを考えています。

以上が最初中山書店からお話をいただいた際に、私が考えたことです。

これを前置きにさせていただいて、シリーズ全体に関して、ぜひいろいろなご自身の感想とか、思いとかを聞かせていただけたらと思います。

## 発刊の意義—臨床の知の結集

【森山】中山書店から全集と言うか、30巻ぐらいの本を出されましたよね。私は当時はギャンブル依存の治療を始めただけで、それを読んだときに、病的ギャンブルに関する記述が本当にわずかだったのですね。30冊もありながら、1ページあるかなというくらい。書いている先生を見ても、何と実情を知らないで書いてあるな、こんなことではだめだと思ったのが10年ぐらい前でした。

やはり前線におられるクリニックの先生方こそ、精神医療の現状を知っているわけで、それを網羅しない、大学のお偉い先生たちの説ばかりを並べた本というのは、本当に役に立つかなと思ったことがあったのですね。

北九州でもずいぶん前から集談会というのをやっています



編集主幹：原田誠一先生（司会）

けれども、大学の偉い先生のご説を承るようなのが、おそらく戦後ずっと続いているのですね。そんな時代は、私は終わっているのではないかと感じて、もうほとんど出ないのですね。ご説を承ってどうするのかなという感じで、出ていません。

そういうことが前提にあって、このシリーズのお話が出たときには、これは本当によいのではないかなと思いました。この間、原田先生から1冊目の『メンタルクリニックが切拓く新しい臨床—外来精神科診療の多様な実践』のサンプル原稿10編を送っていただきましたよね。読んで本当に感心しました。これこそ collective intelligence と言うか、「集合知」ですよ。

ある学者の1冊本ではなくて、本当に前線にいる先生たちの、自分の思いがあつた10編の中にありましたからね。これは大きな知で、いままでにない intelligence と言うか、集合知だと思いました。これが10冊並ぶのですから、すごい集合知だと思います。

いままでの精神科の知見にはあり得ないような、本当に現場に密着したシリーズが出るのではないかなと。先生方の思想も、生き方も。あの全集本では書いた本人の生き方とかは出ませんよ。何者かもわからないような先生が書いているのですから。このシリーズでは、われわれは顔を



編集委員：森山成林先生

見せて話しますからね。

あの10編を読んで、もう1つ集合知だと思ったのは、精神科医の frontline に立っているという基盤です。だからこそ輝いて見えたんですね。これからこのシリーズをまとめていくのは集合知だと思います。

【原田】同感です。改めてすばらしく力づけていただいて、編集の意欲も湧きますし、また責任も感じます。ありがとうございます。

### 発刊の意義—産業メンタルヘルスの展開

【石井】私は23年前に開業したのですが、その当時はまだ精神科クリニックは少なかったです。ですから、地元ではある意味では喜んで下さった。けれども、たまたま比較的都会の場所で開業したものですから、わりあい喜んでいただけたのですが、いくぶん地方ですと、まだ抵抗のある時期だったのではないかなと思っています。

その前は普通の総合病院の精神科に勤めていました。わりあい遠くからわざわざ来て下さった患者さんを、短い3分診療でどんどん診なくてはいけない時期でした。

後輩にすごくよい先生がいらして下さったし、自分のいろいろな都合もあったので開業したのですが、

「駄履きで来てもいいんじゃないの」と思いました。重い患者さんもいらっしゃるし、比較的軽い患者さんもいらっしゃるし、ニーズに合った診療所というのがあるのかなど。主に薬物療法を中心とした治療なので、地元で下駄履きでもよいから来て下さるようなクリニックをつくろうと考えて、開業したのです。

まだ私どもの地区ではそれほど精神科診療所は多くないので、飽和状態に達していないと思うのです。歯科などで、もう飽和に達していて、かなり厳しい状況だとは思いますが、まだ精神科の場合は多くの地域は飽和に達してなくて、安直にかかれる診療所というのは需要が多いと思っています。特にほかの医療機関とは連携して、かなり便利に活用していただいているような感じがします。

私が前に勤めていた病院が職域病院だったので、職域の方々の休職・復職を一生懸命にお手伝いしていました。その頃から「産業メンタルヘルス」をやっていたわけです。いまはわりあい休職・復職の判定を要望される状況が多くて、それを何とか一生懸命やっつけようと思っています。

まだ多くの企業でお仕事を休んでしまって、そこからまた戻るとするのは難しい。休むのは比較的やさしくて内科の先生が「うつ状態」とか「うつ病」と書くと、それを受け入れてしまうと言うか、診断書を鵜呑みにしてそのまま休んでしまうのですが、本当に戻ってよい状態かどうかというのはけっこう判定が難しいです。いま中心となっているのはリワーク研究会などで、復職のリワークなどを工夫して下さっているのですが、それも1つの重要な役割だと思いますし、ほかの方法でいくつかできるのではないかなというので、精神科診療所協会などで少し検討しようかなと、数年前から始めている状況です。

ですから、地元で気楽に不眠症のお手伝いをするようなこともありますし、かなり需要の多い復職・休職の判定の産業メンタルヘルスというのは、開業医がほとんどやっているんですね。需要はすごくあって、大学の先生方はほとんどできる状況ではなくて、それに対応できる開業医が今後たくさん養成されるだろうなと思っています。ですから、大学または総合病院の精神科病床以外の開業の精神科というのは、需要が本当に増えています。

それで今回このようなシリーズで、その辺の部分もいろいろな立場からご説明できると言うか、ご案内できるというのは、非常に意味があると思っています。

【原田】ありがとうございます。

### ACT (Assertive Community Treatment : 包括的地域生活支援プログラム) に取り組むまでの歩み

【高木】おそらく私はちょっと異色だと思うのですよ。やっていることもそうだし、考え方もそうなのですが、

まず何と言っても、私は開業医だけにはなるまいと思っ

ていました。私の父親が内科・小児科の開業医なのです。いわば原田先生よりも、もう一世代上になります。国民皆保険になるちょうどその直前に、岡山の片田舎で—岡山の市街ですけれども、その当時は田んぼばかりのところ—岡山駅のすぐ近くで、京山の動物園があるところで開業したのですよね。当時は普通の開業医もたしかにそれほど食べられる状況ではなかった。

【森山】先生、皆保険が救ったのですよ。

【高木】そうです。

【森山】もう開業医の税金たるや、皆保険の前は9割ぐらい取られていましたから。皆保険の前は全部貧乏人ですよ。

【高木】そうなのですよ。親父は最初は米俵をちゃんと持って開業したという話を聞いています。その後、皆保険制度になって、大変なことになってしまったようなのです。しかも、岡山ですから、ちょうど臨海工業地帯です。人口も急増するし、またたく間に田んぼの中にあっただのが町中になってしまった。

皆保険制度の前から開業しているということだけっこう古株です。開業医が少ないときから急に増えるときの境目ですから、いわば地方の名士みたいなものにどンドンなっていくわけです。親父もごたぶんに洩れずその当時の開業医の典型です。どンドン患者の数が増えるわ、お金は儲かるわ、地位はできるわ。

学校の校医であり、警察学校の嘱託医であり、刑務所の医者であり、でしょう。警察官も親父がスピード違反で捕まろうが、敬礼する。やくざが討入りの前にビタミン剤を打ちに来るとか、外車はガレージに5台ぐらい並んでいると。

そのようなところで育ったものだから、周りもペコペコする、私もその息子なので。そういうのが嫌でね。たしかに金回りはよいし、地方の名士であるかもしれないけれども、そんな人生はつまらないだろうと。

でも悲しいかな、開業医の息子であって、ほかにさしたる才能もなかったら当然医学部に行ってしまうわけです。何となく医者にはなったけれども、もしも岡山にいる親父と同じ科をやったりしたら、これはもう継がされる。それで精神科医になった。

当時、京大の精神科は岡山のほうで言えば、赤の塊、悪魔の巣窟みたいなところでしたから。そこに行くということで親父、おふくろは驚天動地で、京大の精神科というだけで継がせることを諦めたのです。そういうことがあるものですから、絶対に開業医にはなるまいと思ってやっていたのですね。

それで普通の精神科病院に入ったのですけれども、最初精神科というのも気楽だから入ったようなものです。けれども入ってみると、ちょうど宇都宮病院事件があったときですから、もう大変なものに巻き込まれてしまった。しかも京大ですから、立て看板を持って抗議に行くわけですよ。



編集委員：石井一平先生

私は何にもわからないので、先輩に連れられて、壇上占拠しまして「何かしゃべれ」と言われたら、しゃべるけれど、3分でしゃべることが終わってしまう。司会者が「終わりましたか？ どうぞお引き取り下さい」と言って、そういう漫画みたいなことをやっていました。

京大を卒業後に入った病院が、開放化で進んでいると言われている病院でしたが、やはり入ってみると、本当に悲惨ですよ。1980年当時ですけれども、その頃進んでいると言われていた精神科病院でも大部屋です。下の蒲団は敷き放しでジメジメしてくるから、疥癬騒ぎが起こるわ、保護室などで患者に対する暴力も日常的にあって、やっていることと言ったら—開放化ですから、開放化すると、よけいにいろいろな騒動が起こりますから—けんかの仲裁ばかりですね。まず精神科のことよりも何よりも傷口を縫うことがうまくなりました。そのようなことで10年やって、この状況を何とかしようと、開放化も含めていろいろやっていたけれどもなかなか壁は厚かったのです。

ちょうどその頃に京大病院のほうから「後輩を育てるのて戻ってこないか」という話があって京大病院に戻るのですが、1つの単科の精神科病院で10年。それがちょうどバブルの頃で、いまから思えば、きっと精神科などをやっていたいかなかったら、楽しめた人生だったのではないかなと思

うような、バブルのときを50年ぐらい遅れたような精神科病院の中で過ごしてきて、それで京大病院に戻って来たら、また全然違う世界ではないですか。

そこでは病名変更をやるために、まず学会の委員会などにずっと入って、学会の理事会なども行っていました。統合失調症の病名変更については、大学の先生などは「伝統ある病名をなぜ変えるのだ」とか、ずっと言っていました。「便所のことをトイレと言い直したら、臭いは消えるのか」というようなことを言われたり、大学でやっていることとは全然違うことだったですね。

そんなこともあって、大学の制度が変わったのをきりに退職して、2年間診療所のお手伝いをして遊んでいたのですね。その診療所が全国で初めて診療所でデイケアをやり始めた「ウエノ診療所」というところで、デイケア、ナイトケア、いろいろな福祉的な住居房とかも病院としては総合的にやっていました。

そこで週2日ぐらいだけ働くというのを、2年間ほどしていたのですけれども、「もういい加減、遊んでいないで何かやれ」ということで、そこの上野先生に「ACTというのを何とかやってみないか」と。厚生労働省が言い出したからということと言われて、言われたのはよいけれど、そんなものはどこからお金が出るのだと思いました。

でも、たしかにそういう新しいことなら、何かやり甲斐がありそうだし、いままで病院、いわゆる大学病院でも総合病院でもできなかったことを何とか自分でいろいろ工夫してやる余地がこれならあるなど、自分の嫌がっていた開業とはちょっと違う形でものごとが進められるのかなと思っただけです。

最初はどうかやってよいかわかりませんでしたね。京都中の診療所の方々に集まってもらって「あなたたちのところで医療を中断した人とか、うまくいかない人のための訪問外人部隊をつくるから、月10万円出してほしい」と言ったら、皆サーッと引いてしまった。

そういったことで苦労しているときに、たまたま医学雑誌をいろいろ調べていたら私は大学病院でやっていますが、ほかの科のことを知らなかったのですね—2004年、その当時にすでに内科のほうではこれからは在宅医療だ、訪問診療だということで、そういうことを専門にやる病院というのができてきていたのですね。その特集があって、読んでみたら本当に訪問だけでやっている。

いろいろ調べていたら、厚生労働省がACTということ、アウトリーチが当然だと言いだした頃には、もう一歩進んで、老人医療ではもうすでに訪問看護は、看護師が自分の力で自分の生活を成り立たせられるような仕組みになっていました。

診療所も訪問を軸にしていけば、いまほど在宅支援診療所というのはなかったけれども、訪問専門でも成り立つような診療報酬体系になっていました。これを精神科で使え

ないだろうかということで、いまのような形態を始めたのですね。そのときに最初から診療所は往診専門にすると考えていました。

それは先輩たちを見ていて、皆さん本当に地域で最初に開業されるときには「どんどん往診も引き受けます」とおっしゃるのだけれども、やり始めると熱心な方ほど患者さんも来るから、とてもではないけれども往診までは手が回らない、往診に行けない。くたびれたようになっておられて訪問在宅医療はできなくなっていた。

自分のところに来てもらう外来中心ではなく、訪問専門でやってみようと思いました。いろいろ調べたら、訪問看護ステーションとの組み合わせでいけば、うまくいくはずだということでやり始めたのですね。

そうしたら、医療を中断した方、医療に乗らない方、医療は完全に拒否しているけれども、保健師さんのような生活支援をするような人だったら受け入れている人というのが地域に非常にたくさんいました。そういう方に対する需要というのがすごく多かったですね。やはりご家族がものすごく求めているのです。ご自身のお家に本人と家族だけが引きこもっていて、そういう形になるとにっちもさっちも動けなくなってくる。そこに少しでもよいから、風穴を開けてほしいと。

そういう形での家族の期待とかもあって、最初5人ぐらいで始めましたけれども、お陰様でまたたく間にスタッフで訪問できる人数はいっぱいになってしまった。いままで訪問看護ステーションも入れて15人の常勤スタッフでやっています。現在は150人を訪問しながら15人の常勤スタッフで24時間体制でやっています。

私が始めてから2006年になると「在宅支援診療所」という制度ができて、そこから一挙に在宅医療がペイするようになって、老人関係ではまた在宅専門の診療所も増えたのですね。そこから私も経営が成り立つようになって、やれるようになっていくというのが現在です。

現在ちょっと悩んでいるのは、そうやって自分たちでいろいろな生活支援もすべてやっていくチームをつくってやっていくと、逆に地域から全部丸投げにされてしまう。そのために今度は地域との関係、地域に戻す関係とか、そういうものが非常に希薄になってしまうし「あそこのやっていることは特別なことだ」と思われてしまうので、いまそれを何とかしようと思っています。

私が診療所と訪問看護ステーションという形のやり方に10年首を突っ込んでいる間に、今度は、いま日本の精神障害者福祉が様変わりしていて、いま地域では総合福祉法を使って、やる気のある福祉施設がもう戦国時代のように伸びてきているのですね。

いままでの措置的な福祉と違って、やる気があって自分たちで、例えばケアする数を増やす、自分たちで売る商売を増やすというようなことをすれば、ちゃんと福祉関係の

人がそれなりの給料をもらえる仕組みになっているのです。

ちょっと長くなりましたけれども、これからはそういう制度も取り入れて使っていこうと思ひまして、まずは来月から相談支援事業をクリニックの中で始めて、いままでのように自分たちが受け入れてやるだけではなく、よその診療所に紹介したり、アレンジしたりすることもやっていこう。そうやって、地域での広がり、つながりをつくっていかうとしているところなのです。そういう特殊な形態でやっています。

## 「統合失調症」秘話—いかにして「精神分裂病」の病名変更は実現したか

【原田】先生は、こういう言い方をするとお怒りになるかもしれないし、嫌かもしれないけれども、おそらく異質ではないですね。おそらくわれわれ皆共通して、いまの精神科医療の現状、あるいは精神科のアカデミズムに対して不満、ないし不充足感が共通してあると思うのですよね。

その中で自分の資質や世間の状況を眺めながら、自分なりにどうやって切り込んでいくか。その方法論はさまざまですけども、先生がおっしゃったところはむしろ共通しているところがあるのではないかと。そういう人たちの「臨床の知」を集合していく。それにすごく意味があるのではないかなという気もしているのです。

精神科のクリニックでやっている外来診療を進めるうえで、先生が関わられた「精神分裂病」から「統合失調症」への病名変更がものすごく大きな意味合いを果たしたと思うのです。

もしよろしかったら、その辺にまつわるご感想とか、裏話をお話しいただきませんか。きっと読者は興味があると思うのです。

【高木】ここまで来てしまっているから、もうよいでしょうね。あれは1990年に家族会が、まずは学会に申し入れてきたのですね。

【原田】そうでしたね。

【高木】家族会が「こんな差別的な名称を自分たちに背負わせるのは止めてくれ」ということで来たとき、それはもう学会の反発は大変でした。

いまでもよく覚えているのは、「素人がなぜ口を出すのか。病名というのは、科学的に決まっているものなのだ。素人が口を出すようなものではない」という話が大きかったですね。

また、これまで私の先輩などで精神医療改革運動を牽引してきた人たちは「病名を変えるというような姑息なことではいまの差別をなくそうと言うのか」と。

【森山】四面楚歌ですね。

【高木】ええ。反発されたんですよ。私といく人か、家族



編集委員：高木俊介先生

会に関わっている精神科医が、学会の中でちゃんと検討する会をつくるということで検討させてもらったのです。そこからいろいろ10年かかってしまったのですけれども、なぜこのように10年もかかったのかと言うと、やはり最初は学会がまともに向き合ってくれなかったからですね。

統合失調症という名前だけにそんな意味はないのだから、それならば精神科の用語について、もっときちんと学問的に見直すための全体をやれということで、「精神科用語委員会」というものをドカンとつくる。そんなことで若い者が集まって、よいものができるわけじゃないですね。

そういう中で1つはアンケート調査をやろうということでやったのです。実はこれもいまだから言えるけれども、アンケートをいかに自分たちの思うような方向に答えを持っていくかというのはちゃんと技術がありますからね。

【森山】ええ、そうなんですか。

【高木】選択肢を4つにするか、5つにするかですね。それから「どちらかと言えば」という言葉を入れるとか。アンケート前文をどのように書くとか、ああいうものは全部マーケティングの戦略というものがあるのです。委員会内でそういうことも検討したうえで、学会でいくら反対と言っている、まったく正面から反対する一般のお医者さんはいないだろうと考えました。

ですから、どちらかと言えば「やはり『分裂病』という

名前には何だか違和感を感じるな」という方が多いのは当然だと思いましたので、そういう答えを引き出すようなアンケートを取って、それによって「やはり変えたほうがよいという意見が半分以上ですよ」ということを医師会に持っていったのですね。

【森山】ちょうどあの頃、0-157がはやった時期ですね。ですから私は「番号でいい」というように返事しました。0-155とか。何かそういう意見をした覚えがありますね。

【高木】実にいろいろな意見がありましたね。西丸四方さんなどは『無』でいいのではないかと。中山書店の本の中にも出ているのではないですかね。統合失調症の昔の人の写真をズラッと並べて、それがだんだんと地蔵さんの写真に近づいていくような連続写真で「だから統合失調症の人は『無』なんだ」と、西丸さんは言うておられたけれども。そんな意見もたくさんありました。

【森山】九大の心療内科の先生からは一心療内科は自律神経失調症というのはよくつけますから—「とうとう精神科でもそうになりましたね。統合失調症ですから、ちょうどよいですね」という意見はありましたね。

【高木】最初は委員会の中でもいろいろありました。委員会の委員長は理事ですから、理事はあまり変えたくなかったのですね。最後の最後まで「変わらなくてもよい。てんかんも変わらなかったではないか」と。

けれども、変えることが決まった。アンケートなどを積み上げていって、大きかったのは家族会が新聞広告を一般に出してくれたことです。もちろん後ほど新聞広告のお金の出どころを巡って、家族会の中でいろいろあって家族会が分裂したりする1つのきっかけになったりはしたのですが、それはそれとして、新聞広告を打って、家族会が自分たちのことを新聞一面広告に出して訴える力があるということを示したというのは家族会にとっても画期的なところだったと思います。

その中でよく言われたのは「やはり病名というのは、これからの時代、隠しておけないものになる。その隠しておけない情報化時代の中で『分裂病』という病名は、『このパッケージは爆弾ですよ』と言っているようなものだ」と。

【森山】DSM-5がその思想ですよ。Patientとfamilyにfriendlyな病名にしようという。hypochondriasisが消えましたから、illness anxiety disorderになりましたからね。患者さんにfriendlyな病名というのがDSM-5です。

【高木】当然だと思います。医療や学問が病名を独占していた時代とは違って、これからは情報化の時代の中でその病名によっていろいろな人がいろいろなイメージを持っている。そのときに「分裂病」という病名は非常に不利を被るものであるというのは、考えたら、明らかなことだと思うのです。その中でやはり学会が、もう変えざるを得なくなって、変えるという話のほうで学会の中でも大きくなってきて「いつ変わるんだろうか」と、むしろ期待に変

わってきたのです。それでも最後の最後まで抵抗していた理事もおられましたね。

ところが実際に、2002年に横浜でWPA（世界精神医学会）の世界大会が開かれることになりました。それを日本の精神系医学会がアジアで初めて開催するという、その名誉のために目玉がいるということになった。なぜか、そういうわけか病名を変更するというのがその学会の目玉に選ばれてしまった。

これはやらざるを得ないし、理事が率先してやったという格好にしなければいけないという形で、2002年の最後の理事会の前には理事から「変わらなくてもいいのだ」とか、そういう電話が前の日まであったのに、変わった途端に理事たちがまるで自分たちが変えたように言っている。

その後もいろいろな賛否両論がありましたけれども、真っ先に賛成をしてくれたのは中井久夫さんでした。特に中井久夫さんと私はそんなにつながりがなかったのに、真っ先にしてくれたのが嬉しかったですね。

【原田】たしか「まだ慣れないけれども、すぐに慣れるよ」と。「非常によい」というように書いておられた。たしかに最初われわれも名前に馴染むまで少しかかりましたけれども、いち早く彼がいちばん最初にパッと「こういうものはすぐに慣れるのです。これはよかったです」と書いておられた。

【高木】それよりも何よりもびっくりしたのは、当事者の間でまたたく間に広がったことでしたね。あれはびっくりしました。さすがにそこまでは私も読めていなかったのですけれども。おそらく、いまかいまかと待っていたエネルギーがあったのでしょね、家族会当事者は真っ先に。

出版業界からはずい分と抵抗がありました。本をすべて変えなければならない。「すべて裁断しなければいけないのか」と言っていました。

【平田】なるほど、そういう意味での抵抗ですね。

【原田】本当に日本の精神医療に非常に大きな貢献をなさいましたね。本当にそう思います。先ほどのアンケートも単なる戦略ではないですよ。皆が微妙に思っているものを引き出す。

【高木】そのように載せておいて下さい。でも、本当にマーケティング技術としてはある。

【原田】そうなのでしょうね。けれども、あざといものではないですね。皆が何となく持っているものをじょうずに引き出すじょうずなクエスチョンだと思いますね。精神科診療の中でわれわれが日々やっているようなことでもありますよね。

ですから、本当に感心しました。そういう下ごしらえがあったからこそ、WPAのときも皆が乗れたわけで、そういうものがなかったら、タイミングが合わなかったかもかもしれませんね。もっと後ろにずれていたかもしれません。

【高木】でも、やはり時代でしょうね。「10年もなぜかかっ

たのか」と思っていたら、その後は痴呆から認知症とかはまたたく間でしたから。いまおっしゃったように世界的に本人に、当事者に friendly であることというのが、名前だけではなくて医療内容そのものにもこれからは絶対大事なのでしょうね。

【原田】最初に消えた名前の1つがヒステリーでしたかね。やはりあれは女性蔑視だということで。

ありがとうございました。これで座談会が非常に盛り上がりました。

## 「藪医竹庵」一市井のただの医者として

【原田】最後に松崎先生、よろしかったら。

【松崎】私は、原田先生が私を編集委員に指名したのがいまだに信じられないような気持ちです。私は自分を「藪医竹庵」一別名、筒井康隆の『文学部唯野教授』をもじって「駅前ただの医者」と言っていますが、精神科の医局の経験もなし、精神科病院にも勤めたこともないのに精神科をやっているというので、いまだに私を精神科医と認めてくれない人がたくさんいるんですね。あと100年か200年くらい経たないと、私のことを精神科医と認めてくれないだろうと見えています。

もともと医者になるつもりはなかったのです。うちの家系がずっと血族結婚で、うちの母親の代は全員寝たきりです。若年性のパーキンソン病で、20歳代からずっと寝たきりです。理論物理学のホーキング博士と同じで、寝たきりでもできる仕事というので、中学のときから、京大の岡潔先生のような数学者を目指していました。

ところが、東大に入ったら、連休のときから全学ストなんです。1年以上学校がないでしょう。その間に親父が41歳で急性膵炎で急逝したんです。もうどうしようもなくなって、アイデンティティクライシスですね。

東大を出て、田舎へ帰ってもしかたがないしと思って相談に行ったら、「医者になれ」という病院長がいて、どこでもよいからというので、医科歯科大が空いていたので医科歯科に行って卒業したのだけれども、全然医者になるつもりがなかった。

医局もどこもなしで田舎に帰って、あの頃1,080床くらいの巨大な、大学病院よりも大きい自治体病院があった。ところが「精神科は大嫌いだ」という院長で、総合病院なのだけれど、精神科がないんです。救急はガンガン来んです。それで「心療内科なら、許す」と言うので、私が初代で常勤で、心療内科—隠れ精神科で何でもやらされた。

隣に市立の精神科のある病院があったので、そこの先生にいろいろ教わったり、県立医大とか東北大から講師クラスの先生が来るものだから、その人たちに門前の小僧で教わりましたが、何も知らないのです。

しかし何も知らないということとはとてもよい面もあるの



編集委員：松崎博光先生

です。何も知らないものだから、患者からいろいろと教わるしかない。これが嘘だとかいうこともわかるし、怖いものをたくさん知りましたね。そういうわけで医者になるつもりではなかったのだけれども、医者になりました。

ちょうどバブルが崩壊した後、日本が非常に行き詰った状況になった頃です。日本の中央集権体制が行き詰ったときです。不良債権の問題もあったし、少子高齢化もあったし、地方の疲弊もあったしで、地方主権フォーラムというのを地元でやろうという話になりました。これは日経連会長の鈴木永二さん、政府がつくった地方制度調査会会長の恒松治政さんとかと一緒に、第1回地方主権フォーラムというものを始めることになったんです。どういうわけか、私が一小人不善をなしていると、暇だと思われたらしいんです。私が第1回の実行委員長に指名されて、それが24、25年前です。

余談ですが、その前に『自律神経失調症』という本を書けと言われて書いたところ、それが売れたんですね。びっくりしました。新星出版で、あのジャンルでは日本一になったんです。13万部出ましたから、ロングセラーです。「なぜ日本一がわかるの」と聞いたら、出版社のほうでジャンルごとに統計を取っていて、このジャンルでいちばん売れているのはどれかというものを出しているらしいんです。花王だとか、いろいろな会社の開発部の人が私に面会に来

ました。時代のトレンドと言うか、いちばん売れている本の著者をインタビューするというので何社か来ましてね、そんなことがありました。

地方主権フォーラムに細川さんも来るわけだったんですが、急に首相になってしまって、いろいろな偉い人がフォーラムに来たものだから、結局公務員を辞めざるを得なくなっていました。

それで、駅前の一「藪は駅前」。一見の客しか来ないから一というので、駅前のビルを借りて開業しました。ひょこひょこっと貸してくれたんですね。

ところが、入ってみてわかったんだけど、大家さんや近隣の地主さんの家族に精神疾患の方がいた。全然知らなかった。しばらくしてから、薬を取りに来たから「どうしたの」と言ったら「向こうの病院に行っていたんだけど、隣にできたから」と言って来てくれました。ずい分と待遇がよいなと思っていたら、そんな理由でした。

あと地域おこしなどもやって、商店会をつくったり、不動産業を始めたりしました。ちょうどバブルがはじけた後なので、落ち穂拾いと言っているのだけれども、本当に落ち穂拾いで、だれも買う人のいない物件がたくさんありました。

だから私は、ちゃんとした精神医学的教育も受けていないし、ちゃんとした病院でも勤まらなかったし、政府転覆の運動の旗頭にはなるし、不良債権の不動産で稼いだように思われているし。

ですから、私の外来はほとんど隠居仕事ですよ。来る者は拒まずで診て、治療できないものはトリアージつけて、皆あちらへ行け、こちらへ行けと。そればかりやって、いわば手配師みたいなもの、薬の売人です。皆が私を精神科医と認めないというのも、このくらいの年になってしまったら、珍しい者のほうが価値があるからね。皆同じような生き方をしているも仕方ない。

【森山】でも、編集委員に選ばれたということは認められたことですよ。

【松崎】なぜ選ばれたか、私もわからないんですよ。

【森山】代議士の話はないですか。選挙に出てくれという。

【松崎】それは選挙があるたびにしょっちゅうでした。いまはありません。前は市長選。3代前の市長選のときに出ようかなと思ったんですよ。新聞記者が来ていたので「よし、俺は出てもいいぞ」と言った。新聞記者が集まっていたから次の日か、次の次の日に「出馬」と新聞に出ると思ったら、全然書かないんですよ。というのは、私はいつも冗談ばかり言っているから、また冗談だろうと思って。だれも信用しなくなった私のことを信用しているのは、原田先生だけなんです。

【原田】松崎先生は、先ほど高木先生のときに申し上げた、反体制的な視点を持って、反アカデミズム的な視点を持って、かつご自身のしっかりとした臨床の知恵を持っておら

れる。それが例えばああいう『自律神経失調症』という本に結実すると、それが多くの読者を惹きつける。それはやはり共通なさっていると思うのですよ。

【松崎】そうかもしれないです。ラカン派の社会学者が、市場原理的な、新自由主義的なアメリカナイズされた、要するにTPPなどは各地の文化を破壊して、全部アメリカに統合することにつながると言っている。この戦略にはまったのが今度のDSMとか、そういう世界基準ですね。これによって、本当にわれわれが固有の文化を守って幸せになれるのかということに対して、私は非常に疑問を持っているんです。

【原田】先生のおっしゃるのは、多くの精神科医がわりと共通して持っている危惧だと思いますよ。

【松崎】前はね。でも最近の若い人はそんな感じはないですよ。

【高木】若い人は診療所になっても、DSMを使うのでしょうか。医師会の人もDSMを使うとか。

【原田】DSMの翻訳に関わられた一部の先生が、大学を辞めたら、いっさい使わなくなってしまったと聞きました。でも、DSM自体に書いてあるけれども、使いようですよ。あれを金科玉条のごとく使えという指示はないのです。どう使うかですよ。使う理念がどこにあるのか。けれども、そういうことをやはり発信したいですよ。

【松崎】DSM自体は、あれはあれで世界にこれだけの人口がいるのだから、共通した基準が必要なのだろうということとは否定はしていません。

## 第1巻『メンタルクリニックが切拓く新しい臨床—外来精神科診療の多様な実践—』

【原田】シリーズ全体のことは、いままでのところでだいたいご理解いただけたでしょうか。

私は最初の1巻の編集を担当させていただいたのですが、先ほど森山先生から、その1巻をまとめるようなお言葉をいただいて、非常に感激しました。たしかに私もあれを読んで、先生がおっしゃったフロンティアにいる実践者の臨床の知の集合体になっていて、素晴らしいと感じました。ああいうものを出していくことにすごく意義があると感じました。

ご開業の先生方がそれぞれ、いろいろな地域で頑張っておられる。あるいはいろいろな疾患に対して、あるいは自分なりの方法論を持って。私も認知行動療法という方法論を持って、それが保険診療の中でどのように実現できるかという試行錯誤を始めるために開業したようなものですが、それぞれ自分の志を持ってやっている。

それがあある意味いまの精神医療の弱点、いまの精神科のアカデミズムの弱点を一部救っているというところはあるのではないかとこのように思うのですよ。

もう亡くなられた先達を4人選んで(浜田 晋先生, 鈴木知準先生, 下坂幸三先生, 藤澤敏雄先生), その方々について追悼文も書いてもらっているのですが, それがまたすばらしい内容です. 浜田先生にしる, 藤澤先生にしる, 下坂先生にしる, 鈴木知準先生にしる, それぞれのなさっていたこと, いまとは全然違う環境の中で開業なさっていた, そのパイオニアたちの理念や実行力を読んでいて, 非常に心を打たれるものがありました. いまのわれわれに教えてくれるものがたくさんあるのではないかと, というように感じたのですが, いかがでしょうか.

【森山】内科の先生たちはたしかに, 大学の偉い先生より町中の内科の先生のほうが人数的には断然多いですよ. 精神科もそうなるのではないかなと思いました.

【原田】そうですね.

【森山】いずれそうなると思うのです. 本当に先駆的なシリーズ刊行になると思います. 精神科も半分以上は町中の精神科でよいのではないのでしょうか.

【原田】そうですね.

【松崎】自分のやりたいことと言うか, 興味の範囲というのは非常に狭いものなのですよ. それを大学なり病院にいるとなかなか実現できない. ところが, 給料を払う責任はありますけれども, 独立すれば, 自分なりの医療ができる. ああいう先達のことを, これから勤務医の方が読んで「これでも食っていけるのか」という自信を持ってもらうという意味では, すごく勇気を与えてくれると思います.

特に先達の方々の頃は, まだ開業して食べるかどうかかわからない中で始まったわけですからね. いまは何とかやっているといます. ですから, 若い人もどんどん開業してほしいですよ.

【原田】まさに高木先生のお父さんが開業された頃のご苦労が, 先達にはあったわけですからね. その後, 精神科では外車をたくさん持った先達はいそうもないですが.

【高木】皆さんに失礼ですが, 精神科医の先生たちを見て「貧乏だなあ」と思いますものね. 皆さん清貧と言うか, それがいんですよ. いまは何科の開業医も, 私の父親の頃のようなことはないですね. それは当時と全然違います.

【頼高】いまいろいろ先生方の話をお伺いして, 1つは例えば開業される先生方の比率ということを考えますと, 例えば眼科の先生方などは開業される先生方が多いですね. 6割以上は開業されます. なおかつ眼科の大病院というのがありまして, 大学病院と同等か, あるいはそれ以上のレベルを誇っているような地域の眼科の専門病院というのがあるのです.

あるいはいまの社会の趨勢で行くと, 大学病院は急性期は扱いますが, 慢性期の患者さんは皆地域で診るような形でシフトしていますので, 慢性期の患者さんを, それこそ長く入院させるということは時代の流れに逆行すると言うか, 地域で通院しながら, 慢性の患者さんを長く診ると

ということが, ほかの科ではそれが当たり前になってきつつあると思っているのです.

精神科についてもそのような時代の流れと言うか, それ当たり前になっていく時代が来るのではないかなと思っているのですけれども.

【原田】おっしゃる通りですね. 精神障害はほとんどが慢性疾患ですから. じっくりそれとつき合っていく, ていねいにつき合っていくことが必要で, かなりクリニックが担当させていただくことになるでしょう.

【森山】眼科医とは違うのは, われわれは身の上相談が多いということです. 身の上相談を眼科医にはしませんから. 身の上相談は世の中に満ちていますよ. それを聞く人がどれかと言うと, 精神科医くらいではないですか. 心理学者も開業しているわけではないし, 本当にそういう意味では, 眼科以上に地域の精神科医が必要な時代になってくると思います.

【頼高】そういう意味でこれからの時代, 特に精神科とか, メンタルクリニック, あるいはメンタルヘルスというニーズがあるのではないかなと思うのです.

先ほど松崎先生が開業されたときに「どうしてこんなによくしてくれるのだ」と思っていると, けっこう周りに患者さんがいらっちゃった. それが潜在的なニーズで隠れていたけれども, でも実際に開業すると, そういうニーズが表面化すると言うか, 出てくるということもあると思うのです.

やはりこれからの時代に, 時代から要請される, あるいは期待されてくる部分というのがいろいろな面であるのではないかなと思うのですが.

## メンタルクリニックの苦しみと楽しみ

【平田】残りの時間も限られていますから, 最後に「苦しみと楽しみ」というものを読者に語っていただけないでしょうか, それが精神科クリニックの意味だと思うのです.

【森山】私のところはギャンブル依存の患者さんがよく来るのです. 来たときは, 本当にあれは何でしょうね, 愚にもつかない, 取るに足らない, 取るに足らないのならよいですけれども, 人に迷惑をかける悪魔みたいな存在ですよ. それが自助グループに通い, 月に1回私のところに通っていくと, やはり変わっていきますからね. アルコール依存を扱っている先生たちもよくおっしゃいますが, その変わっていくのを見る日々の喜び. 自助グループが主ですから, あまりこちらからは働きかけていません. でも, やはりよかったなど.

はじめに「あなたは重病だから, 相撲取りで言えば, 白鵬と日馬富士を合わせたような重症だから, このままだとどうなるかわかりません」と言いますからね. 治療の道は

こちら、自助グループに行くことです。月1回はここに  
来なさい、ということでだんだん立ち直っていくわけです。  
それが、10年くらいギャンブルを止めていると、本当に  
仙人のようになります。あれは仙人ですよ。どん底を知っ  
た人たちですから。あの人たちに会うと本当に、この私の  
生々しい、えげつない人間が洗われるわけです。偉いお坊  
さんと話していたら、こちらも清らかになるようになるわ  
けですからね。それは本当に私は救われているような喜び  
です。「あの10年前の馬鹿たれがこうなるのか」という、  
本当に見続けてきた喜びですよ。そういう意味では依存者  
の人が立ち直ると、本当にすごいですね。

【高木】私は医者になった初めの頃に、ずっと統合失調症  
一当時は分裂病だけでも、そちらのほうばかりをやっ  
ていて、たまたま隣の病院がアルコール依存症の専門のと  
ころで、関西ではわりと有名な先生がいらっしゃったので  
すが、その人が「一生懸命やるんだったら、アルコール依  
存をやいなはれ」と言うのです。アルコール依存をやると、  
治ったときに皆聖人君子になって、人間というのはこんな  
にすばらしい、すごいものだったのだと思ってほれほれす  
ると。そして当時は「分裂病は一生懸命診ても、悪くなる  
だけでしょう」と言われて。

それで私は少し臍を曲げまして、統合失調症の人はさら  
に寒山拾得みたいになるのだぞと。そうならないようにし  
ているのが、いまの精神医療ではないかというように思っ  
て。実際に地域の中でやっていると、多くの統合失調症で、  
ものすごく頑なになっていって、最終的に地域から放り出  
される人というのは、医療とかの関わりで、むしろ傷を負っ  
た人なのです。ボロボロになった人です。

ただでさえいろいろな世界が不信になっているときに、  
とんでもない医療に出会ってしまって、人間不信に陥って  
しまう。その姿であって、決して精神病そのものの経過で  
はないと思うのです。

【森山】イアトロジェニック（医原病的）なものです。

【高木】そう思います。薬もそうですね。あまりにも大量  
の薬で、それこそ神経障害になってしまっているのです。  
むしろ地域の中で人を巻き込みながら、ガタガタしてい  
るけれどもこちらを受け入れていただいて、その人たちと  
10年、20年やっていくほうがよほどおもしろいですね。

だんだんその人たちも世の規則にとらわれない、久米仙  
人か、寒山拾得かのような人になっていくのだと、こうい  
う人がいなければ世の中やはりおもしろくないと、そのよ  
うに思えることがあります。それは本当に嬉しいことす  
ね。精神科病院にいたのでは決して味わえない。

やはり精神科病院は、その人たちの不信の種をつくった  
ところですから、バックに病院があるという関わりではお  
つき合いはできないのです。むしろ、バックにある医療と  
いうものを捨ててしまったほうがよいくらいです。薬は飲  
まなくてもよいから、スタッフたちだけとはつき合ってく

れという感じですね。

【平田】原田先生、最後にどうぞ。

【原田】森山先生がおっしゃったのは、本当にそうだなと  
思っています。

【森山】アメリカの内科のお医者さんが書いたエッセイを  
読んでいたら「joy of caring」という題だったのですが、  
「そうか、いま私が感じているのが joy of caring だな」と。  
ケアする喜びですよ。本当に。

care とは treatment, 治す cure ではないですからね。「大  
変だったね」という care ですからね。それで帰っていっ  
てもらって、こちらも「ああ、よかったな」という喜びで  
すからね。苦しみは、私はあまり苦しみはないですね。

【原田】ご執筆との両立というのも大変でしょう。

【森山】執筆は1日のうち、たった2時間です。ですから、  
専業作家が24時間じっと机にいて、あんなのは馬鹿だと  
思いますよ。あのような辛気臭い作業はないですよ。2時  
間で十分ですから。あとはこちらで患者さんと慣れ合いつ  
つやっていますから。よい塩梅ですよ。苦しみは、私は  
ないと書いておいて下さい。

【平田】原田先生のところは、認知行動療法（CBT）をい  
ろいろおやりになっていますよね。クリニックでおやりに  
なるというのはちょっと特別かと思いますが。

【原田】先ほどもちょっと申し上げたのですけれども、私  
は保険診療で CBT を組み入れたものが経営的にも成り立  
つということを経営的にも証明したい、示したいというこ  
とを考えて、開業したということがありますので、開業し  
て8年になりますけれども、それもある程度は実証できて  
いるかなとは思っています。

先ほど清貧という言葉が出ましたが、清貧とは言わない  
ですけれども、貯金はどんどん減っていますね。勤務医の  
頃のほうが貯金はありました。

いま治療構造としては医者が1人10分、臨床心理が  
20分でやっていて、本来の CBT から言うと不十分な治療  
構造ではあるのですけれどもある程度のことはできて、経  
営的にも何とかやれています。そういったことを日々やっ  
ていて、一部の人はよくなるので、そういった意味ではそ  
こから喜びは感じていますけれども、もともと私がエネル  
ギーの乏しい人間なものですから、しょっちゅう疲れてし  
まって。

例えば急患への対応などをどうしてもしないといけませ  
んね。開業医が弱いところの1つは急患への対応だと思  
うのです。やはりそれは、できる範囲でということにもちろ  
んなるけれども、burn out したらいけませんから。

けれども、やはり極力迅速にしっかり引き受ける覚悟が  
必要だと思うのですよね。かつ、それがまた先ほどちょっ  
とおっしゃったように、医原性に患者を悪くしないための  
大事なコツの1つだと思うのです。そこでちゃんと反応し  
ないと、関係が非常にこじれて、後でよけいな時間と労力

がかかりますから、いろいろな意味で急患への対応はしっかりやらないと。

もちろん私は例えば夜間とか、休日に連絡を取れるようなシステムはつくってはいませんが、診療時間中に連絡があったものに対しては極力対応しなければいけないと思っています。けれども疲れますよね。エネルギーが乏しいものですから、しょっちゅう溜息をついて、酒を飲んでいる時間は長いです。そういったことはあります。

【頼高】今回先生の担当された1巻目の、最初の目次には先生のお名前はなかったのですけれども、ぜひということで先生にも原稿を書いていただいて、「クリニック臨床の工夫と楽しみ」というタイトルで書いて下さった。いろいろなご苦労がおありだと思うのですけれども、そうした中でいろいろ工夫をして、患者さんをごらんになるのが楽しみであり、喜びであるということを感じておられるのではないかなと思っています。

【原田】ありがとうございます。

## クリニック経営者としての悩みと喜び

【高木】私も苦労はあります。実はスタッフなどには、全然苦労のない社長という雰囲気をつくるために必死ですけども。

【原田】そうですね。大事ですよ。

【高木】やはり朝はうつ病です。朝起きて、今日もあれがあるか、これがあるかという感じで、ちょっとうつっぽくなり、グーッと不安が…。認知行動療法を受けなければいけないかなというぐらい、あることはけっこうありますね。

1番はやはりスタッフのことなのでしょうね。15人のスタッフがいますから、外から見たら、比較的まとまっているように見えるけれども、うちは1人の患者、利用者について、3人～4人のスタッフがチームを組んでやるのですけれども、そのチームがガタピシして、うまくいかないときはいろいろなことが起こるのです。

【森山】チームですから、あり得ますよね。

【高木】そうなのです。そうすると、私としては何か上からの言い方になるけれども、子供たちが激しい兄弟げんかをしているようで、どちらの味方もできないし、どちらも最悪することもできないし、何か派閥ができてしまうようなことにもなったらいけないしということです。それぞれが熱心なだけに、スタッフ間のいろいろな問題が生じるのは辛いですね。

あとやはり金銭的なこと。これくらい組織が膨らんでくると、150人という少ない利用者だと、1人当たりの単価がすごい高いわけです。1人2人が入院するというだけで相当に違ってきます。ガクッと違ってきます。それで今後、いつまでうちはこういう形でもつのだろうと、将来のことがジワッと心配になって…。やはり、これはうつで

すね。しょっちゅううつに陥ります。スタッフもわかっているようで「最近、金欠病になっていませんか」とか言われるのですけれども、金欠病に悩むことはけっこうあります。

いまのところ訪問看護師というのは、自分たちで飯が食える制度にはなっています。私にもし何かあっても、ほかの医者に指示書をもらいに行けばよいわけです。そういうやり方ができるのですけれども、精神保健福祉士や臨床心理士は医者が動かなければ食い場ありません。ですから、もし私が倒れたら「このスタッフたちをいったいどうしようか」ということに、10年やってきて、特に悩んできました。

しかもうちはスタッフの定着率がすごくよくて、ほぼずっと何年も勤めているのです。30歳くらいで勤め始めた熱心なスタッフたちがいま40歳になって皆家庭を持った。貧しい福祉の現場にいたときには結婚もできなかった、子供も持てなかった人たちがうちに来た途端に子供をつくるわけですよ。2人3人と、常に産休をとっている。それはそれで非常にめでたいことなのですけども、私が弱っていったら、彼らはこのままどうやって食べていくのだろうということがあって、数年だいぶ悩んだ挙句、やはり福祉の人たちにも、いまある制度の中で自立していってもらおうと思うようになりました。

私の往診の稼ぎで食べるのではなくて、自分たちで相談支援事業とか、少しずつ始めた就労支援のいろいろなことを、ちゃんと制度としてやって、福祉の人がちゃんと社長として自立できるようにしていこうと思うのですけれども、これが難しい。

【平田】先生、地ビールの作業療法の事業はどうなったのですか。

【高木】それも悩みの種でした。元の醸造主がやめることになってしまって、どうなることかと思っていたところに、若い東京農大の醸造を出た人が福祉をやりたいと言ってうちに来てくれたので、いま引き継ぎの最中でホッとしているのです。けれどもよく考えてみたら、25歳の人は何とも知れない事業に飛び込んでくれたわけですよ。つい感動して「おお」と涙が出るようにして雇ってしまったけれども、この人はあと40年どうするのだと。

【原田】そうですね。それはうつになりますね。

【高木】どうやってこの事業を継続していこうか。10年経って、ようやくいまそこを、ものすごく悩んでいるところです。それは毎日が苦しいですね。その中で人間関係もさすがにいろいろなものが溜まってくる。

でも、同時に楽しいことも、嬉しいことも、端的に言ったら「俺はこの人たちに給料を払えるのだ」という、その喜びというのは大きいです。しかも、その給料というのは、精神科医として私自身が何かするよりも、うちのような場合、慢性の重症の人が相手ですから、例えば病院で言った

ら、病気が非常に重くて、病院の片隅にいて医者との話はほとんどない。わずかに熱心な、あるいはちょっと志のある看護師さんが何とか面倒を見ていたような人たちです。それを地域でやるから、向こうも医者よりもスタッフを頼りにするし、実際に何かができるのはスタッフなのです。

スタッフとのかかわりで、本当に見違えるように皆よくなってくる。病気がよくなるというよりも生活が改善されてくる。病気の症状はそのままですけれども、生活が改善されてくる。その中でわりと深めの精神療法をしたら、ようやく医者にポロッと人生の深いところ、その間の思いを話してくれる—それがうちの場合には、利用者は皆スタッフに話すのですよ。感動的な精神療法の本に出てくるようなことを全部スタッフが受けているわけです。自分の人生がどのようなものだったかということも全部スタッフが聞いているのです。そういうことを聞けたとき、そのように自分のやっているケアの手ごたえがあって、自分が報われたときのスタッフの嬉しそうなおこと。これがすごいですよ。私のときは、患者は緊張しているだけです。

そうしたスタッフの喜びを、自分の喜びとできるようになりました。喜んでいてスタッフを掛け値なしに見るときは自分がやった以上に嬉しいのです。それがいまのやり方でやっている、私の嬉しいことです。社長さんにはわかってもらえますよね。

【頼高】いま高木先生のお話を伺って、本当に当たり前すぎるのだと思うのですが、大学、あるいは病院の勤務医の先生方は、言ってみればサラリーマンで、開業してクリニックを運営されると、独立開業の社長さんの立場になるわけですね。

ですから、そういう意味で、経営者の悩みとか、経営者の喜びというようなことがご開業の先生方にはある。当たり前と言えば、当たり前のことなのですから、改めてそれを高木先生のお話でわかった感じがします。

【高木】世の社長が、占星術や占い師が好きなのはわかりますね。私もそこに逃げ込もうかと思うことがある。

【原田】高木先生は、経営者としての才覚が抜群です。先

ほどの地ビールもそうだし、もちろんACTもそうなのだけれども。八丈島の医療や福祉とも関わっておられます。昨年でしたか、一昨年でしたか？

【高木】今年もやります。八丈島で福島の子供たちとキャンプを。

【原田】福島の子供たちを大勢連れてきて、八丈島の自然の中で楽しんでもらおうという企画をなさっていて、福島でも八丈島でも非常に喜ばれている。本当に八丈島というのはよい島なのですよね、美しい海があって。

【高木】「情け嶋」ですからね。

【原田】そうですね。

【高木】島を挙げて、子供たちを歓迎してくれる。

【原田】そういう意味で言うと、結局何かやりたいことが先生におありになって、それをやるためにご苦労されるということですね。

クリニックについても、開業する目的というか、やりたいことが開業しないとできない。例えば新しいことにチャレンジすることでも既存の病院の中ではできないことが、開業すればできる。あるいは新しい可能性がある。

それは、これからのメンタルクリニックの大きな流れの中で、これまでになかったことを新しく開拓していけるフロンティアみたいところがまだまだたくさんあって、それは今後の課題になるとは思うのですけれども、そういう課題を、クリニックのそれこそ最前線でいろいろな工夫を積み重ねながら、自分のやりたいことをやっていかれる喜び、あるいはスタッフを育てていかれるとか、そういう喜びを感じながら、やっていかれるのが、患者さんやご家族にも非常にメリットになっていくという構造がきっとあるのではないかなと思うのです。

苦勞と一緒に、そういう喜びを読者の方々にも感じていただけるようなシリーズになるとよいと思います。

【頼高】先生方、本日はどうもありがとうございました。

(2014年6月28日 横浜にて)