

本人のいないところで本人のことを話さない —オープンダイアローグに学ぶ生き方とは—

森川 すいめい

世界の医療団 理事 / 東京プロジェクト・東日本支援プロジェクト代表医師

要旨

1960 年代、フィンランドの精神医療の中で「Need-Adapted Treatment」といった考え方方が生まれた。精神病院での病状が切迫したような急性期の初回面接時、それまでは、本人抜きで入院や治療方針が決まっていたが、アラネンらはその意思決定の場に本人とその家族を招き対話（ダイアローグ）した。ただこれだけで入院の必要性が 4 割に減った。この考え方方は 1981 年に国家プロジェクトとなった。その影響を受けるようにして、1984 年にオープンダイアローグが誕生した。

オープンダイアローグは、フィンランドの西ラップランド地方ケロップダス病院を中心に 1980 年代から開発と実践が続けられてきた精神医療やケアシステム全体を総称したものである。

「本人のいないところで本人のことを話さない」「対話主義」「即時支援」「リフレクティング」「病はひとつひとつの間に起る」「ネットワークミーティング」「Need-Adapted Treatment」「treatment の場面では 1 対 1 にならない」「自分を大切にすること」などといった考え方方が、クライアントやそのご家族のニーズに徹底して寄り添いダイアローグを続けることによって大切にされていった。

この実践が驚くべき成果を上げ国際的に注目されている。例えば国の調査では治療を受けた人の約 8 割が就労か就学した（対照群では約 3 割）。

オープンダイアローグは、サービス供給システム、対話実践、世界観などのいくつかの側面からとらえることができる。この西ラップランドで開発されたオープンダイアローグを日本のそれぞれの現場で実践するにはどうしたらいいのか。今回はそのヒントに迫るためにダイアローグの場をつくる。

作業科学研究, 12, 92-97, 2018.

**Nothing about the person without talking with the person
—Lifestyle learned from “Open Dialogue” —**

Suimei MORIKAWA

Médecins du Monde Japon
Board member/ Medical volunteer, MD
Tokyo Project & East Japan Mental Health Project

Abstract

In the 1960s, the idea of "Need-Adapted Treatment" was born in Finnish mental health care. Until then, at the initial interview in the acute phase in the mental hospital, when the medical condition was urgent, until then, hospitalization and treatment policy were decided without the person, but Alanen and others invited the person and his / her family to the decision making place and dialogue (Dialogue). But this alone reduced the need for hospitalization to 40%. This idea became a national project in 1981. The opening dialogue was born in 1984, so as to be affected.

The Open dialogue is a generic term for mental health care, care system that has been developed and practiced since the 1980s, centered on Kelopudas Hospital in the West Lapland region of Finland.

"Nothing about the person without talking with the person" "Dialogism" "Immediate support" "Reflecting" "Disease occurs between people" "Network meeting" "Need-Adapted Treatment" "It will not be one-on-one in the treatment scene" "treating ourselves", etc. was cherished by keeping close dialogue with the needs of clients and their families.

This practice has made remarkable achievements and has gained international attention. For example, in the survey of the country, about 80% of those who received treatment worked or had been involved in work (about 30% in the control group).

The open dialogue can be caught from several aspects such as service supply system, dialogue practice, worldview. How can we practice the open dialogue developed in West Lapland on each site in Japan? On this occasion we will create a dialogue place discover hints towards such practice.

Japanese Journal of Occupational Science, 12, 92-97, 2018.

皆さんこんばんは、オープンダイアローグというテーマを頂いていますが、皆さんにアンケートをお取りして、今日の展開を考えていこうかと思います。今日、オープンダイアローグという単語を初めて聞いたという方はいらっしゃいますか？因みにもう何度も聞いたことがある方？実際にオープンダイアローグを使っているよという方？（9割、1割、数人）はい、ありがとうございます。それではほとんどの方がオープンダイアローグを初めて聞くということで話を進めていきます。

まず、なぜオープンダイアローグというものをここに持ってきたかといことから話します。あと、結構頑張ってしゃべっているんですが、私の声は眠いとよくいわれます。患者さんやご家族が眠っていたこともあります。皆さんが眠っていても私の声のせいだと思ってください。

I. オープンダイアローグの歴史と紹介

オープンダイアローグ、これはフィンランドの西ラップランド、トルニオ市にあるところで誕生しました。1980年代の事です。オープンダイアローグを展開した病院、ケロプダス病院です（ケロプダス病院の入り口の写真提示）。今日のテーマは、本人のいないところで本人のことを話さないということで、オープンダイアローグに私たちは何を学ぶのかということで、話を組み立てていきます。

これは精神科病院であるわけですね。精神科病院にお勤めの皆さんも多いかと思うんですけど、フィンランドでは1960年代から1980年代は精神科のベッド数が（人口に対して）多かったんです。オープンダイアローグというのは、1984年に西ラップランドで初めて行われたこと、試みに対して後付けで名前を付けたものです。オープンとは、「本人たちにとって開かれている」ということです。それまでの医療は、本人不在の中で心理判定が行われ、診断が決められ薬やプログラムが決められていたかもしれません。1984年8月27日にオープンへの挑戦を始めました。ダイアローグ、これは本人たちにとって開かれている場で対話するというものです。この試みに名前が付けられたということです。

ダイアローグとは、対話と訳されていますが、もう少し説明を加えますと、他者を尊重することそのものであるという風に使われています。ダイアローグの語源「ディア・ロゴス」から来ていまして、相手と私は完全に違う存在であるとわかる、だから相手のことがわかるはずがない。だから対話しようと。他者とは常に理解を越えた存在である（レビナス）という名言もあります。また、精神科領域の会話の基礎を作ったといわれているトム・アンデルセンは、会話を促進する方法として、「きく」と「はなす」を丁寧に分ける

ことを言っています。

1984年8月27日に西ラップランド地方のケロプダス病院でオープンダイアローグは始まった。その日、ケロプダス病院は2つのことを決めたそうです。この2つを決めたことでこのオープンダイアローグは世界に広がりました。その1日前に「Need-Adapted Treatment」という勉強会をしました。

「Need-Adapted Treatment」ニーズに沿って、包括的なケアをする。Treatmentは日本語では治療と訳されますが、ここではより広い概念となります。かつてフィンランドは自殺で亡くなる人がとても多かったわけで、さらに精神科のベッド数も多くて、福祉の国といわれていますが、結構大変な時期があったということです。1960年代、フィンランドの精神医療の中で「Need-Adapted Treatment」といった考え方方が生まれました。精神病院での病状が切迫したような急性期の初回面接時、アラネンはその意思決定の場に本人とその家族を招いてチームのメンバーと一緒に座って、「お加減はいかがですか？」と聞き始めたんですね。病状をいたん置いておいて、本人のいる前で方針を決める事をしました。急性期の病院です。これが1960年代～80年代にかけて成果を上げていきます。ただそれだけで、入院の必要性が4割に減りました。これは、1980年代には国家政策に取り上げられました。

この内容の勉強会に参加していたスタッフたちがこれならできると思ったんだそうです。翌日から、「本人のいないところで本人のことは決めない」と決めたそうです。すごいことが起こったわけです。急性期の人から40年も入院している人もいた病床数も3桁あった病院での試みです。2つ目が「クライアントと1対1にならない」です。この2つだけを決めて始めたそうです。病気や病状ではなく、家族や上司との関係などに困っていることなどが対話によって見えてきました。そこで、病院側のスタッフが本人と上司、職場へ出向いての話など、組織をマネジメントするような対応を行うようになりました。

オープンダイアローグの成果として、いまのところ、幻覚妄想症状を持った人の1992年から5年間と20年間の追跡調査が公表されています。この結果はびっくりするものでした。5年後、81%の人が精神症状の残存無し、81%の人が学業かフルタイムの仕事に復帰、33%の人が抗精神病薬を服用したことがあり、15%の人が継続服薬をしている。20年間の追跡調査では、DUP（困ったと思ってから医療相談につながるまでに掛かった平均期間）は3週間、因みに日本では1年～2年だそうです。抗精神病薬使用経験なしは45%でした。これは、抗精神病薬を否定していると誤解されることもありますがそうでないことを表しています。新規統合失調症発症率が年間10万人当

たり 33 人から 2, 3 人に減少しました。これは、何を意味しているのでしょうか？100 人に 1 人発症する統合失調症の患者は薬を絶対に飲まないとだめだと言われていることが、こういう結果になっていくことについて、何かあるわけですね。

ここまで話はいかがでしょうか？オープンダイアローグの紹介をしました。そこでこれからの進め方ですが、（司会や会場に向けて）伺いたいのですが、もう少しオープンダイアローグの説明を加えた方がいいか、実践型にして行ったほうがいいか？絶対、これだけは聞かないといけないという方は？より体験型にして実感する形をやりたいなと思っていてですね。後から自分で勉強する素材としてこれで十分かどうか？

皆さんにアンケートさせてください。もう少し話が聞きたい、体験型をしたい、どちらでもいいの中で挙手をお願いします。ありがとうございます。そしたら、多数決では決めたくないでの、（少数派の）もう少し話を聞きたいに挙手された方にご意見を伺います。ありがとうございます。

今のご意見に被せるように（多数派の）体験型に挙手された方でご意見お願いできますか？ありがとうございます。それでは、私が意思決定をしてもよろしいですか？（合意の拍手沸く）

オープンダイアローグというものは、本人たちにとって開かれた場を作り、そこで対話をしていく、ただそれだけで、こんな結果が起ったわけですけれど、それを皆さんにちょっと現場で使いつつなるほどと思ってもらえる実体験をしてもらおうと思っていますが、皆さん大丈夫でしょうか？（合意を確認）

II. 体験型ワーク

1. 「聞く」と「はなす」を分ける

1) 「聞く」と「はなす」 5 分 ×2

対話の第1歩目のトレーニングです。5 分間ずつ「聞く」と「はなす」をします。聞く人は聞くだけでその間話してはいけません。話すテーマは、今この時点で思っていること、感じていること、自分の感じですね。この時に聞き手の人にしていただきたいのは、「はなす」人が話したいことを話せているかな？と注意を向けてください。質問をしないでください。質問は話す人の話す方向性を変えてしまうかもしれません。話が止まつたら、沈黙の時間も大切にしてください。聞くのはいいです。でもその聞きすら話す内容をコントロールしてしまっていいかと思いながらしてください。

出来そうですか？何か質問ありますか？（声を出してもいいか？）はい、声を出すのもそこで決めてくださってい

いです。聞き手の人のミッションは、本人が話したいことを話しているかです。質問もできる人はしてもいいですが、それによって話したいことを変えちゃっているかなと思ったらしないでください。

2 人一組で、聞き手がタイムキーパーになって、5 分経つたら交代してください。

（10 分経過、森川氏の挙手サインによりワーク中の会話が一旦終わる）

これからのワークですが、「聞く」と「はなす」のワークをさらに深めて体験していくか、「聞く」と「はなす」のワークの延長ではあるのですが、もう一つ新しい知識（リフレクティング）を入れたワークにするか、どちらでもいいかの 3 択のアンケートを取ります。（5 対 3 対 2）何かいいアイディアのある方いますか？（両方やったらという意見、基本を踏まえた形で新たなことをする、という意見を受けて）では、「聞く」と「はなす」のワークをさらに深める体験を限られた時間で巻きながら行います。

2) シェア 4 分

ペア 2 人がもう一つのペアと 4 人一組になって、今のワークをやって自分がどう思ったか、今の感想を一人一人がペン等をマイク代わりにもって話していくください。そのマイクを持っている人のみが話してください、話し終わったら次の人にそのマイクを渡していく、みんなでシェアしてください。

3) フリートーク 4 分

4 人が喋り切ったら、全体でフリートークをします。

2. リフレクティング体験

皆さん、「聞く」と「はなす」を分けて、シェアもしていただきました。オープンダイアローグは、一人一人が「聞く」と「はなす」を分けて話をする場を作るというくらいに考えていただぐと 7 割くらいその通りだということになります。その時に、皆の声を大切にするということを大切にします。本人のいないところで本人の話をしないということではあります、その場に居る患者さんも家族も、そしてセラピスト、支援者さえも全員の声が大切にされる場がそこにあります。その時に、「聞く」と「はなす」をより丁寧に分ける工夫がありまして、その工夫でオープンダイアローグを含めて対話の文化が広がったようです。その考え方がベースとなつたリフレクティングはトム・アンデルセンが初めて行った方法で、今でも行われています。それをこれからやってみようと思います。

ボランティアを募集したいと思います。いいことをしゃべるのではなく、今感じていることをしゃべるという場を作っていくます。どなたかこの場でしゃべってもいいという方いらっ

しゃいますか？（会場から4人が自主的に登壇）

リフレクティングの説明から始めます。家族療法という場の中でリフレクティングは生まれました。その形をご紹介することによって、リフレクティングを明日から使えると思えるようになっていたただける体験をしてもらいたいと思っています。

ここを疑似体験の場とします。（椅子が4脚円陣に配置され登壇者がすわっている。セラピスト役、困っているご本人、その両親と配役を決める）ここで今セラピーが行われているイメージを持ってください。ここで話されていることは、セラピストに影響されたり、力関係が生じて直接言うのが大変になったり難しくなっているかもしれません。その巻き込まれいく感覚、その感覚が悪いわけではないのですが、その感覚に対して、ミラノ派という人たちがマジックミラーをつけて、専門家の人たちが話している様子をミラー越しに見ているということを始めました。専門家側からは見ることができるがセラピー室からは見られていることもわからないし、声も一方通行です。そうなるとどういうことが起きるかというと、このような専門家同士の対話が生まれわけです。

（専門家A）「お母さんの言い方がきついよね」

（専門家B）「なんかちょっと、お母さんが言葉に凄く敏感で、ご本人の事を話す時にいつもと違ったきつい言い方になったりしてますね。」

（A）「お母さんのしゃべり方をどうにかならないかな？」

（B）「お父さんの影がちょっと薄いとか。」

（A）「ちょっと、セラピストを呼んで、お母さんにしゃべり方を変えてもらうよう提案してもらうようにしましょうか。」

（担当セラピストCを呼び出して）（A）「お疲れ様です。お母さんがもう少し柔らかく喋ってもらうように言えますか？」

（C）「そうですね、お父さんの会話がないですね。」

（A）「お父さんからの話も引き出すようにしてください。」

（B）「あなたならできると思いますよ。」

（C）「やってみます。」（セラピー室に戻る）

ミラノ派では、外から見ている専門家が、処方箋としてセラピストが会話を促進するようなことをしていました。セラピスト役の方、どうですか？

（担当セラピストC）「なんか板挟みになっている感じです。」（と発言）

そう、板挟みになる感じが生まれてしまいます。そこで、いつその事この会話をみんなに聞いてもらったらというアイディアがトム・アンデルセンに浮かびました。そこで、マジックミラーを逆転して、家族側からセラピスト達の会話が聞こえるようにしました。そして、セラピー室の人たちに専門家の声を聞きたいかを確認し、希望があれば聞いてもらうようにしました。すると、専門家は自分たちが見みられていることを意識した会話が始まるわけです。

（専門家A）「いやあ、お母さん苦労してますね。一生懸命さが伝わって、ああしてあげたい、こうしてあげたいという思いが伝わってきて、本当に頑張ってらっしゃいますね」

（専門家B）「私もそう思います。お子さんご本人もお母さんの思いは伝わっているんだと思います。でも、だからこそ黙ってしまっているような感じもしますね」

（A）「お父さんも、その思いを受けとめ、じっとお話を聞いてくださっているんですよね。」

（B）「お父さんも立派ですよね。お忙しいのにこの場に出てくださって、どれだけお子さんのことが大切か伝わってきますよね」

このような会話を聞いた後で、セラピー室に会話が戻ってくるわけですが、疑似的に体験したわけですが、どうでしたか？

（母役）「子供の事ばかり考えていたけど、旦那さんの存在が大きかったんだなってことがわかりました」

（父役）「泣いちやいました」

（本人）「愛されているんだなって思いました」（と発言）

このような気持ちを体験します。これにより、直接言われるより、お母さんの態度が変わったりしていきます。

トム・アンデルセンは、マジックミラーを取っ払い、「聞く」と「はなす」を分ける場を作りました。セラピー室で話しているときは、専門家は聞いていて、専門家が話しているときはセラピー室の人は聞くに徹するといった「聞く」と「はなす」を分ける原型を創りました。

3.まとめ

従来は6時間かけて行うワークを今回は90分でやってみました。オープンダイアローグの「聞く」と「はなす」を分けるということが少しでも理解していただけたらと思います。

また、舞台と会場も「聞く」と「はなす」をわけた設定の例になります。（登壇者4人に対して）本日行なった「聞く」と「はなす」のワーク全体を通して今の気持ちを4人でシェアし合ってください。（登壇者4人が今回の体験型ワークに對して意見を言い合う）

オープンダイアローグでは、最後は必ず本人たちの場に返し、本人たちの会話で終わります。会場の方も会場のみんなとシェアしたい気持ちを話してください。そして、発言者が次の発言者にマイクを渡しながら進めてください。はじめに、今の気持ちを話してくださる方いらっしゃいますか？ではお願いいいたします。わたしはこれで終わります。

（終了時間まで複数人が発言し、最後に司会もシェアしたい気持ちを述べて講演終了）

（編集部注 講師希望で講演を書き起こした。テープ起こしと司会は酒井ひとみ氏：関西福祉科学大学）。

文献

伊勢田堯 (2015) : フィンランドとベルギーの精神医療改革 .
こころの科学 180(3), p63-69.

ヤーコ・セイクラ , ビルギッタ・アラカレ (2017) : 創始者が語

るオープンダイアローグ , オープンダイアローグ・ネット
ワークジャパン講演会資料

矢原隆行 (2016) : リフレクティング , ナカニシヤ出版