

「経験専門家」と「こころの健康社会」 —— 共同創造に導かれて ——

| 笠井 清登 Kiyoto Kasai

『こころの健康社会』とはなんですか？」精神医療の専門職にとっても、この問いに答えることは簡単ではありません。市民、精神疾患のある当事者、ケアラー（家族）と話し合いを重ねていくと、ある共通の願いが浮かび上がります。すなわち、さまざまな精神疾患や精神的困難について社会の構成員が理解し、支え合い、協働することによって、一人ひとりのこころの健康、ひいては社会全体のウェルビーイングを実現する社会です。

しかし、「では、どうすれば実現できるのか」と問うと、途方に暮れそうになります。個人の知識や態度、社会の文化や制度に至るまで、多くの要因が絡み合っており、個人の努力だけでは越えられない壁が見えてくるからです。それでも対話を続けていくと、市民・当事者・ケアラー一人ひとりが経験してきた生活や人生の困難のなかから、ある共通の気づきが生まれます。精神療法や薬物療法などの医療的支援とともに向き合う必要のある、社会の構造や文化と個人の間にある壁です。

この壁は、非常に見えにくいものです。そのため、問題が社会ではなく個人の責任であるかのように受け取られがちです。しかし、一人ひとりの人生の経験から浮かび上がる社会側の障壁は、社会のあり方をどう変えればよいかという重要なヒントでもあります。つまり、「こころの健康社会」を実現するための行動の手がかりなのです。

こうした課題に取り組むうえで重要になるのが、共同創造（コ・プロダクション）の理念です。支援の学問や医療の組織は、本来、支援を必要とする人々のために存在します。したがって、その受益者である当事者とともにサービスをデザインしていくことは、自然で不可欠な営みといえるでしょう。精神の領域こそ、当事者と専門家がともに知恵を出し合う共同創造が最も必要とされる分野の1つかもしれません。

制度を変えることは容易ではありませんが、まずは身近な組織文化を変えることから始めることはできます。私の勤める大学病院では、精神障害の経験をもつピアサポートワーカー（PeerSW）が医療チームの一員として働いています。患者さんが医療者には言いにくい不安を同じ経験をもつ立場から受け止めたり、退院後の生活をともに考えたりする役割を担っています。私たちは毎朝あいさつをかわ

し、お互いを「さん」で呼ぶ同僚です。カンファレンスで使われる専門用語が患者さんの尊厳を損なう表現になっていないか、閉鎖病棟でのスマートフォンの利用を制限することが人権の侵害になっていないかなど、経験専門家（experts by experience）ならではの意見を出してくれます。医療の制度や文化と個人の間にある見えにくい壁に気づいてどのように医療を当事者中心にすればよいのかを一緒に考えてくれるありがたい仲間です。

日本精神神経学会でも、研究や医療活動の賞の選考、診療ガイドラインの作成、精神疾患を高校生にわかりやすく説明する動画づくりなどに、当事者の立場の方々に参加していただく取り組みが始まっています。当事者やケアラーを経験専門家として尊重し、私たち職業専門家（experts by profession）と対等な関係で共同創造を進める文化を育てていくことが重要だと考えています。

そのためには、こうした姿勢を次の世代の専門職にも広げ、常識として共有していくことが欠かせません。私の勤める大学では、医学部生が多様な立場の人々から学ぶ機会として、ダイバーシティとインクルージョンをテーマとした必修実習を始めました。障害のある教員、PeerSW、当事者団体の方々講師として参加し、学生と対話を重ねる授業です。

とはいえ、共同創造は「言うは易く行うは難し」です。当事者と医療者の関係には、利害関係者という側面があることにも向き合う必要があります。人権をより重視する方向へと社会が変化するなかで、過去に作られた制度や価値観との間に摩擦が生まれることは避けられません。また、『旧優生保護法』や長期入院の問題など、精神医療の歴史のなかで生じた集合的な傷つきについても、専門職は自分たちの問題として振り返る姿勢が求められます。それこそが、当事者とともに対話のテーブルにつくための前提でもあるでしょう。

『精神神経学雑誌』は近年オープンアクセス化が進み、市民の方々とも知を共有できる基盤が整いつつあります。本稿が、経験専門家としての市民・当事者・ケアラー、そして専門職が同じテーブルにつき、「こころの健康社会」の実現に向けて語り合う小さな契機となれば幸いです。