

精神保健福祉愛知

2013

愛知県精神保健福祉センター

「逝きし世の面影」より

愛知県精神保健福祉センター 所長 子安春樹

愛知県精神保健福祉センターの2大重点事業は、引き続き自殺対策とひきこもり対策です。次の大きな課題として、依存症への対応があります。現在、所内にプロジェクトチームを立ち上げてその具体的な展開を検討し、また、それぞれの担当が研修・研鑽を積んでいます。

自殺対策の基礎資料としてのモーリス・ハンゲ著、竹内信夫訳「自死の日本史」については、前年のこの誌面でも少しふれました。八百万の神々のおわします国。飛鳥時代に伝来した仏教が、平安時代から鎌倉時代にかけて末法思想・来世信仰として庶民に浸透した事。中国の明から伝播した儒教学派の朱子学が、江戸時代の支配階層である武士階級の行動倫理として徹底された事。これらの歴史的事象もふまえつつ、長く日本に滞在し、日本と日本人をこよなく愛した社会学者が、日本人の生き様について、西洋との比較もしながら述べています。個別的には、ヤマトタケルノミコトの渡海に際し、海神の怒りを鎮めるために自ら入水したオトタチバナヒメ弟橘媛の伝説（日本書紀）から、昭和45年11月25日東京都心の自衛隊市ヶ谷駐屯地での、作家三島由紀夫氏と楯の会の事件まで、膨大な資料を基に詳述しています。

ひきこもり対策の主な参考資料としては、斉藤環先生の比較的初期の著作「社会的ひきこもり 終わらない思春期」1998年12月と、最近の著作「ひきこもりから見た未来」2010年6月を読ませていただきました。著者の長年にわたるこの問題への取り組み、知見、関わられた事例の多くに触れさせていただき、現在、様々な地域で取り組まれている当事者の居場所づくりの重要性を、改めて痛感しました。又、笠原嘉先生の最近の著作「笠原嘉臨床論集 『全体の科学』のために」2013年6月では、社会的ひきこもりについて、「スチューデントアパシーという（中略）記述しようと試みた。（中略）たとえば斉藤環氏のような現代の精力的な精神療法家を以ってしても、治療に風穴を開けられないことである。」とあり、（中略）更に「おそらく社会思想ないし社会政策レベルのなんらかの大きな変化が日本におこらない限り、この現象に歯止めはかからないのではないか。」と述べられています。

2013年8月13日朝日新聞朝刊オピニオン欄に、「生きづらい世を生きる」と題して、評論家渡辺京二氏へのインタビュー記事が掲載されました。氏は幕末維新のころ日本に滞在した外国人の訪日録を集め、近代化以前の社会の実相を明らかにした「逝きし世の面影」の著者です。記事には、異邦人の目に映ったのは、幸福と満足にあふれる当時の

日本人の姿だったとあります。ここではその章題を紹介します。「ある文明の幻影」「陽気な人びと」「簡素とゆたかさ」「親和と礼節」「雑多と充溢」「労働と身体」「自由と身分」「裸体と性」「女の位相」「こどもの樂園」「風景とコスモス」「生類とコスモス」「信仰と祭」「心の垣根」。江戸時代後期から明治前期にかけて来日した主に欧米系の軍人、外交官、商人、学者等とその家族の夫人や子供たちが日本各地で見聞きした、当時の日本人、特に庶民の生き生きとした日々の暮らしが描かれています。記事のなかで渡辺氏は「どんな友に会ったか、どんな仲間とメシを食ってきたか。これが一番です。そこでどんな関係を構築できるか。自分が何を得て、どんな人間になっていけるか。そこに人間の一生の意味、生の実質がある。本来、生きていることが喜びであるべきなのです。(中略) どんな社会を構築していくべきか。そのヒントが江戸時代にあります。皆が1日5時間働いて、ほどほどの暮らしができないかとか、労働自体の中に楽しみがあり、仲間との絆が生まれる働き方ができないかとか。もちろん直接の応用はできませんよ。経済も社会も大きく変わっていますから。でも、社会に幸福感を広げるにはどこを目指せばいいのか、その手がかりはある。」と述べています。

グローバル社会、グローバル時代といわれ、日本の企業が中国・アジアは言うに及ばず、北米・ヨーロッパ・アフリカ・ロシアに至るまで活発に進出し、来日した外国人留学生が積極的に日本企業に採用される今日、私たちの日々の暮らしがどう変化していくのか、なかなか予測がつかない面も多々あります。又、少子高齢社会、人口減少時代を背景に、地方の中小都市のみならず大都会の都心部でさえも、スモール・コミュニティ **small community**、コンパクト・シティ **compact city** をキーワード **key word** に都市計画の再編・見直しを進めている自治体が少なからず出てきていると聞き及んでいます。こういったなかで、逝きし世の面影の一端でも、地域で実現できれば、ひきこもり対策の一助になるのではと考えています。

平成 26 年 3 月吉日

目 次

はじめに

「逝きし世の面影」より

所長

子安 春樹

- I フロムーライヒマンはわれわれに何を遺したか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
保健管理監
藤城 聡
- II Eメール相談5年間のあゆみ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
保健福祉課
岡野 史子 検校 規世 竹島 久美子 三輪 扶弥 桑山 陽子 加藤 千礼
後藤 孝一
- III 薬物関連問題相談事業の取り組みと今後の課題について・・・・・・・・・・・・ 34
企画支援課
平末 健二 清水 美和 富田 よし子 藤井 昌代 大橋 伴子
- IV 自殺未遂者支援地域連携事業検討会議報告書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 55

フロムーライヒマンはわれわれに何を遺したか

愛知県精神保健福祉センター 保健管理監 藤城 聡

1 はじめに

2014年1月にわれわれのセンターが発行した「精神保健福祉ジャーナル」に、私は統合失調症について小文を書いた。一般読者を対象としたので、かなり噛み砕いたものになった。症状についての記載は精神病理学的には正しくないと批判もあるだろうと思う。ヤスパース以来、統合失調症患者の妄想などの症状は「了解不能」であったからである。しかし、私にも言い分がないわけではない。今回取り上げるフロムーライヒマンによれば、健常者や神経症（今日でいえば、不安障害）の患者と統合失調症の患者の違いは種類の違いではなく、程度の違いであるのだから。この考えはフロムーライヒマンの治療哲学に通底していたものであった。

私は、先輩の精神科医から、参考にした精神医学書はフロムーライヒマンの「積極的心理療法」であると何度となく聞かされた。現在のお歳では60代から80代くらいの先生方である。しかし、今日の若い精神科の医師は彼女の名前を知っているであろうか。

私の目から見ると今日の統合失調症治療は薬物療法に偏っているように映る。一部の心ある先生方は患者の心理面にも目を配った治療をしておられるが、すべての精神科医がそのような実践を行っているわけではなさそうである。このような今日の状況に私は危惧を抱いている。もちろん、統合失調症の治療に薬物療法は必須であるが、その上にわれわれは何が付け加えられるであろうか。その鍵は薬物療法がない時代の先人の仕事の中にもあると私は考えている。今回、フロムーライヒマンを取り上げるのはそういった理由である。

2 フロムーライヒマンの精神医学界での評価

手許にある事典によると「彼女の分裂病治療の方法はサリヴァンの大きな影響のもとにあったが、それは、彼女が『精神分析的に定位された精神療法』と自ら呼んだように精神分析に一定の変更を加えたのであった。彼女は患者から強い不安や罪の感情をとり除こうとし、また、逆転移に非常に重要性をおいていた。また、その業績は、一般にサリヴァンの理論を具体的に発展させたものとしても高く評価されている。」（新版精神医学事典、弘文堂、増補版精神医学事典、弘文堂、いずれもフロムーライヒマンから直接教育を受けた阪本健二先生による）「彼女はつねに熱情的、細心かつ大胆、現実的でありつつ分裂病者のコミュニケーションの理解に卓越した直感を示し、分裂病治療者の1つのモデルと仰がれた。（中略）患者の孤立感、孤独感、依存欲求、罪業感などの理解にすぐれ、これに対応して治療も解釈よりも理解と支持による不安と罪業感の軽減を重視し、治療目標を自己実現に置く。分裂病家族研究の文脈ではとくに＜分裂病原性の母親＞概念が彼女の名と結びつけられている。」

（講談社精神医学大事典）「常に臨床から離れず、理解しやすい言葉で記述する論文は高く評価されている。精神分裂病など重症の精神分析的な心理療法に大きな成果をあげた。彼女の治療態度は、自我境界の曖昧な患者への侵襲的な解釈を最小にし、安全感や信頼感を保障する治療関係の場を重視している。著書『積極的心理療法』はこれを見事に記述している。また、治療者の内的な反応を吟味し治

療関係に役立てた。これらは今日、逆転移の治療的利用の先駆的な仕事として知られている。『デボラの世界』に描かれた治療者の姿から、治療者としての彼女の姿勢を垣間みることができる。」(精神分析事典、岩崎学術出版社)「彼女は、優れた直感によって、患者－治療者関係を交わされることだけでなく、非言語的相互作用も含めてとらえ、治療的対人関係への洞察を深めた。『精神分析に定位された精神療法』と彼女みずから名づけた接近法は分裂病患者との対人関係を形成し、転移の可能性を裏づけている。さらに、治療体験をふまえ、逆転移、パラタクシスの治療関係上の積極的意味を見いだそうとした。著書『積極的心理療法』では、精神科医の私的、職業的要請をまず取り上げ、治療者の不安の逆転移を警告し、治療者自身の心理的安定と不安への認識を求めている。精神療法の基本を『聴く』ことに置き、解釈よりも、患者の不安、罪業感を取り除くために理解し、支持することを重視した。そして、健康への動機、人間性に内在する潜在的能力を常に忘れず、尊敬と平等の感覚をもって接することによって、患者の成長成熟、社会的価値からの内的独立の達成を目ざし、治療にあたった。最晩年には、自身の聴力障害ともあいまって、『孤独』への思索を深めた。彼女には、理論家というよりも、生まれながらの精神療法家という評価がなされている」(心理臨床大事典、培風館)などの記載が見られる。フロム－ライヒマンに対する精神医学界の大方の評価はこのようなところであろう*。

*) 引用中の分裂病という表記は事典の記載のままである。

3 伝記的事実

しかし前述の事典における記載のうち伝記的部分ではどの事典においても多かれ少なかれ事実レベルの誤りが見受けられる。これは一つには彼女の死後出版された遺稿集(邦訳「人間関係の病理学」早坂泰次郎訳、誠信書房)にフロム－ライヒマンと共に亡命体験を分かち合った親友エディス・ワイガートが寄せた伝記的前書き自体の中に、事実レベルの誤りがあったことに端を発しているものと思われる。その上、フロム－ライヒマンはユダヤ人であったため、最小限の荷物を持っての亡命を余儀なくされた。そしてナチスドイツが抹消してしまったため、現在のドイツには彼女の財産を含めた一切の記録が残っていないという事実もある。また、フロム－ライヒマン自身自分の過去の詳細を多くは語ろうとしない人で、自分が死んだときには一切のファイルを焼き捨てるよう友人たちに約束させていた。また後に離婚したが、夫であったエーリッヒ・フロムは彼女について一切のインタビューを拒み続けていた。それやこれやのことで、多くの研究者が彼女の伝記に取り組んできたものの、ことごとく失敗したというのも無理のないことである。2000年にフロム－ライヒマンについての初の本格的伝記が出版され、さまざまなことが明らかになった¹⁴⁾。

**) 本節では、以降フロム－ライヒマンのことをフリーダと表記する。

フリーダ・ライヒマンは1889年10月23日、フランス国境に近いドイツの街、カールスルーエの正統的ユダヤ教徒の両親の許で生を受けた。父方の先祖は16世紀まで家系を遡ることができるという古い家柄であった。父方の曾祖父は銀商人であったが、家族を養うに足るだけの一日の稼ぎを得ると何時でも店を閉めてしまい、その後はタルムードの研究に没頭していた。父アドルフはそんな血を受け継いだのか、10歳で父親を亡くし、学業を断念しなければならなかったにも拘らず、ゲーテなど

古典文学とクラシック音楽を愛好する人であった。職業は金属製品を扱う商店の共同経営者であったが、商才があったとは思われない。この父については、物乞いがライヒマン家を訪れたときにその物乞いが冬なのに裸足であるのを見て、自分が履いていたまだ暖かい靴を恵んだという逸話が残っている。一方母クララはもう少し裕福な家庭の出で、教養のある非常に強力な人物で後にフリーダに多大な影響を及ぼした人である。母もまた古典文学と音楽の愛好ということで父との趣味が一致していた。一家は中産階級という社会階級の体裁を保つために、メイドを雇っていたが、そのためにクララはレジに立たなくてはならなかった。

1892年、妹グレーテが出生した。グレーテはフリーダとは違って見栄えのしない顔立ちで、そのことで家族からもからかわれていたらしい。彼女は一生独身で過ごし、ヴァイオリン教師、音楽研究家となった。また、母クララの面倒を最後まで見たのも彼女である。

1895年、一家は東プロシアのバルト海に面した街ケーニヒスベルクに引っ越した。この街はカントが研究生を送った街として有名である。同地にはクララの妹家族が住んでおり、クララの妹の夫は銀行の頭取として成功を収めていた。そして父アドルフはこの義弟に銀行での職を斡旋してもらった。最初に与えられた銀行の財務上の責任がある地位はアドルフには全く向かなかったようで、その後、人事部長の地位についた。これはアドルフには最適の仕事であり、彼はその注意深く、暖かな態度によって全ての職員に慕われ、尊敬を集めたようである。

1898年、末の妹アンナが生まれた。彼女は後に反ファシズム運動に関わっていた医師ハンスと結婚し、娘アリスをもうける。そのためにライヒマン一家の中で最も早く亡命を余儀なくされた人である。フリーダは正統的ユダヤ家庭の常として、一番上の子供として特権的な待遇を受けた。妹達はフリーダに対して口ごたえすることはできなかった。と同時にフリーダには家族の期待と幸福を一身に担うという重責もあったようである。この頃のフリーダの姿を伝える逸話が残っている。「フリーダとアンナが散歩していると、怒り狂った山羊が突然彼女達の方に突進してきた。フリーダはその山羊の両角を鷲掴みにして、農場の人が来るまで山羊をアンナから引き離しておいた。」もう一つのバージョンでは「野犬が二人のほうに突進してきた時、フリーダはアンナと犬の間に身を投げ出して、アンナに『怖がらなくてもいいのよ』と言った」ということになっている。

この当時、ケーニヒスベルクでは女性がギムナジウムに入ることは許されていなかった。そのため、フリーダは母クララ自身による教育を受け(母クララは聡明且つ頑固な性格で、83歳になって初めて、当時既にかかなりの名声を得ていたフリーダに対して、「お前は結局のところ私より賢かったととうとう認めざるを得ないわ」と語ったという)、1908年、17歳でケーニヒスベルク大学医学部に入学し、プロシアでは最初の高等教育を受ける女性のうちの一人となった。大学ではあからさまな女性蔑視をする教授も多く、女子学生たちは苦労したようである。解剖実習も正規のプログラムではなく、女子学生のみで真夏の空調もない状況で行われた。フリーダは産科学と精神医学に関心を持った。(彼女は60歳を過ぎても自分が臨床実習の最初のヶ月で44人の赤ちゃんをとりあげたと自慢していた。)しかし、彼女は身長が低かった(4フィート10インチ=約147cm)ために、産科はあきらめた。学生時代の精神科に関するエピソードはなかなか面白いものである。躁うつ病の患者が示説のために

教室に連れて来られた。患者がフリーダの横に来た時、突然患者が彼女に向かって、「ベルチェン！ベルチェン！とうとう君を見つけたよ」と言った。いつもはとてもはにかみ屋だったフリーダがその時、自分でも驚くほど自然に患者に「そうね。良かったわ。私もとても嬉しいわ。でも、ほら今は教授があなたと話したがっているのよ。後で会いに行くわ」と答えた。当然、皆驚いたが、さらに驚かせたのは講義の後、フリーダが立ち上がって、「私は行かなくては。だって約束したんだから」と宣言したことである。同様のエピソードとしてミュンヘンに E.クレペリンの講義を聴きに行き、示説のために連れて来られたてんかん患者の目の前で、クレペリンが患者の症状や「てんかん性格」のことを説明するのを見て、「これなら私のほうがマシだわ」と思ったという。

1914年、インターンを終え、医師免許を取得した後、第一次世界大戦が勃発した。フリーダは大学の神経学のクリニック（伝記作家は別のところで陸軍病院と記述しているので後に接收されたのかも知れない）で働き、多数の外傷性脳障害の患者を診療した。大戦中ケーニヒスベルクはロシア軍に包囲され、かなり危機的な状況となったが乗り切った。

1918年、大戦が終結したとき、フリーダは更なる神経学の研修の必要を感じ、以前ケーニヒスベルクで教えを受け、当時フランクフルトの研究所で研究していた K.ゴルトシュタインの許で助手として臨床と研究を始めた。幸いなことにゴルトシュタインは当時の多くの神経学者が信じていた「症状は障害部位の機能の欠損を表す」という考え方に反対していた。彼の考えは「症状は生体が今まで遭遇したことの無い危機に際して行うコーピングの現れである」という考えであった。患者の行動がいかに不合理に見えようとも生体の生の戦略のための「格闘」と見なされた。この考えは後のフリーダの統合失調症の患者に対する治療上の信念に強く影響していることは明らかである。フリーダは統合失調症の患者の「症状」や行動はいかに理解し難いものであり、常に治療者にその意味が判るとは限らないとは言え、少なくとも患者にとっては意味深いものであることを深く信じて疑わなかった。

ゴルトシュタインの許での2年間の研修の後、一旦ケーニヒスベルクに戻ったのち、I.H.シュルツの許で精神療法の研修を行うためにヴァイサーヒルシュに赴いた。ここは有名な温泉保養地であり、ここでシュルツは「自律精神療法」(autogenic psychotherapy)を行っていた。これは食餌療法とマッサージと鉱泉浴と散歩、新鮮な空気の中で木を切ること、自己暗示などによって構成されていた。新版精神医学事典(弘文堂)によるとシュルツが「自律訓練法」(autogenic training)を創唱したのは1932年のことであるから、この時代は黎明期であろうか。患者は裕福な人達で戦後のインフレに苦しむドイツ人よりむしろハンガリア人やボヘミア人が多かった。これらの裕福な人達を治療することの他に、フリーダは恵まれぬユダヤ人の青年たちも自分の時間を割いて診療していた。そして、ここでフロイトとの運命的な出会いが起きたのである。シュルツはフリーダに数冊の精神分析の書物を与えた（シュルツ自身は精神分析について殆ど知識がなかったらしい）。それがフリーダに与えた衝撃は次のようなものである。「私は精神科医になった最初の日から医師—患者関係に何かおかしなものが働き続けていることに気づいていた。しかし、誰もそのことについて知っているようには見えなかったし、誰もそのことについて話をしなかった。・・・でも、この人（フロイト）はそういうことが起こると言うことを知っていると言ったのだ。」

1923年、フリーダはヴァイサーヒルシュでの臨床を続けながら、ベルリン精神分析研究所で正式な分析の訓練を開始した。ここでフリーダはハンス・ザックスの教育分析を受けたが、フリーダにとってザックスは反面教師としての役割を果たしたに過ぎなかったようである。この時期にフリーダはG.グロデックから大きな影響を受けた。疾患は「器官の物理的な若しくは化学的な機能障害ではなく、ある種の創造物であり、象徴である」と考えていた彼は、身体疾患にも精神分析を適用した。フロイトにも上顎癌の治療のために自分のサナトリウムに来て精神分析を受けるように繰り返し勧めた。フリーダがアメリカ亡命後まもなく発表した偏頭痛に関する論文はグロデックの影響を十分に表すものである。また、フリーダ自身はそのことにあまり公然とは触れていないが、フェレンツィの影響を強く受けていることは明らかである。後年のことであるが(1927年)フェレンツィがアメリカでの講演旅行(この講演旅行でサリヴァンはフェレンツィとの運命的出会いをした)を終えた後、フリーダはフェレンツィに1週間にわたりスーパーヴィジョンを受けている。そのときの様子をフェレンツィはフロイトに「(フリーダは)洞察力の鋭い、分析的な天賦の才に非常に恵まれた人物である」と手紙に書いて送っている。

1924年、フリーダは叔父や裕福な親戚から資金を借り入れハイデルベルクの優雅な住宅地の歴史のある家を購入し、サナトリウムを開設した。フリーダはそこで主にユダヤ人の患者を治療したが、家政婦や料理人まで分析の対象となった。フリーダは患者や同僚、友人に口癖のように「何かしてあげられる事はありませんか?」と言っていたという。この頃フリーダが精神病圏の患者を治療していたかどうかは伝記にははっきり書かれていないが、別の資料によると既に精神病の治療を始めていたとされる¹⁾。同じ年、50歳代から難聴に苦しんでいた父アドルフが銀行のエレベーターから転落して死亡した。この事故には彼の難聴が関係していたのではないかとされている。母クララも末妹アンナを妊娠している時から聴力障害を患っており、後述するように後年フリーダも同じ悩みを抱えるようになる。翌年には自らの被分析者であった10歳年下のエーリッヒ・フロムとの恋愛関係が始まった。フロムは父アドルフのように魅力的で暖かい人柄の青年で、しかも父が持っていなかった知性と才気を兼ね備えていた。またフロムは人から世話をされることを必要としていた。フロムの母は過保護にフロムを育てたとのことであるが、フロムはフリーダの中に母親イメージを抱いていたのかもしれない。

1926年、フリーダとフロムは結婚した。この時フリーダは36歳だった。以来、正式に離婚をした後でもフリーダは生涯フロム・ライヒマンと名乗りつづけた。フリーダは子供を欲しがったが、フロムの方では子供を持つことにはまるっきり興味が無かったらしい。

1928年にはユートピア的に運営されてきた彼女のサナトリウムは経済的に行き詰まり、閉鎖を余儀なくされた。家も売りに出されたが、フリーダは同じ家の幾つかの部屋を借り受け、個人の外来診療を続けた。

1930年、フロムは結核に罹患した。医師はスイスでの転地療養を勧めたが、グロデックの影響を受けていたフリーダは自分の分析を受けるようにとフロムを説得した。フロムは拒絶し、スイスのサナトリウムに入院した。ここで事実上二人の結婚生活は終焉し、二度と一緒に暮らすことは無かった。

しかし、彼らの友情は終生続いた。余談であるがフロムはこの後、フリーダよりさらに4歳年上のカレン・ホーナイトと愛人関係となる。1932年、子宮筋腫によりフリーダは手術を受けた。おそらく子宮全摘術が施され、フリーダの子供を持つという願望への道は閉ざされてしまった。

1933年、ヒトラーが首相に就任するとドイツのユダヤ人に対する危険が増大した。2月27日国会議事堂放火事件が起こり、ナチにより共産主義者の仕業というデマが流されるに至って、反体制派であったアンナの夫ハンスの身辺上に危機が発生する。その夜中タクシーで逃亡した挙句、アンナー家はパリに亡命した。フリーダも身の危険を感じない訳には行かなかった。彼女は旅行ビザで極秘裏にフランス領であったアルザスのストラスブールに逃れ、ホテルに投宿した。この地を彼女が選んだのは、彼女がハイデルベルクで診ていた患者を通わせることが出来ると考えたからであり、実際に診療を続けた。しかし、そこでも安全とは言えないと感じ始めたフリーダは、ストラスブールで同居していた分析家であり、画家であった親友G.ヤコブと1934年にパレスチナに旅行した。しかし、職の無い移民であふれていた同地では仕事を見つけるのが難しく見えたため、同地への亡命はあきらめた。そして、既にアメリカに亡命していたフロムの尽力により、1935年、アメリカ合衆国に三等船室で渡航し、亡命することとなる。この時フリーダは45歳であった。フリーダはアメリカで早急に仕事の場を見つける必要があった。そして、彼女にバカンスの間の代理医師としての地位を与えたのがメリーランド州ロックヴィルのチェスナット・ロッジサナトリウムであった。そしてその地で死を迎えるまで、残りの人生の大半をチェスナット・ロッジで送ることとなり、統合失調症の精神療法家としての名声を確立することとなるのである。ここからの彼女の人生は比較的よく知られているので、トピックごとにまとめながら話を進めていくことにしたい。

4 チェスナット・ロッジ

チェスナット・ロッジサナトリウムはアーネスト・バラードにより1910年に開設された精神科病院である。当初は「軽症の神経・精神疾患」のための療養所であった。1931年、アーネストは心臓発作で死亡し、二代目となる息子デクスター・バラードはチェスナット・ロッジを精神病の患者を精神分析で治療する病院にしようという方針を固めた。1934年時点ではロッジの病床は30床で、医師は十分な分析的トレーニングを受けていないバラードとある程度の素養のあるマージョリー・ジャーヴィスという女性医師の二人だけだった。バラードは二人が休暇を取ることが出来るようにとバカンスの間だけの代理医師としてフロム・ライヒマンを雇う事を決意した。休暇が終わった時、彼女はカンサス州トペカのメニンガークリニックを訪れ、K.メニンガーから働いてくれるなら家を用意すると誘いを受けた。しかし、バラードは分析のトレーニングは不十分でも人を見る目のあった人物で、チェスナット・ロッジの敷地内にコテージを建て、フロム・ライヒマンをそこに住ませ、常勤医とし、決して手放そうとはしなかった。彼女が暮らし、患者を面接し、そして死を迎えたのもこのコテージである。ジャーヴィスとフロム・ライヒマンはすぐに仲良くなり、ショッピングやコンサートに一緒に出かけるようになった。背の低いフロム・ライヒマンと6フィート近い長身でエレガントなジャーヴィスはまるで「マットとジェフ」のコンビのようだったと言う。

チェスナット・ロッジのポリシーは精神療法により統合失調症を中心とする精神病圏の患者を治療

する事で、当時一世を風靡していた電気ショック、インシュリンショック、メトラゾールショックなどのショック療法及びロボトミーなど精神外科治療を用いることを一切拒否していた（別の資料によるとフロム・ライヒマンが着任する前に一度だけ電気ショックを試みたが、その結果を見てバラードは二度と用いないと固く決意したとのことである²⁰⁾）。病棟では（閉鎖病棟ではあるが）、自殺企図と実際の暴力行為と患者同士が性的関係結ぶことを除けば、患者は好きなように振舞えた。重症病棟では患者は床に座り込んで独語をしたり、排尿したり、寝そべったり、公然とマスターベーションをしたりしたが、咎められることは無かった。バラードはロッジを「患者が必要なだけ『病気』でいられる場所」にすることを望んだ。ジョアンヌ・グリーンバーグは作中人物デボラをして、彼女がD病棟（重症病棟）に転棟した時の気持ちを「偽りのしとやかさなんかいらぬ。この地上世界の不可解きわまる規則にしたがって生活する必要もない¹⁰⁾」と語らしめている。W.A.ホワイトの「精神病院で狂えなかつたら、人は一体何処でクレージーになれば良いのか？」という有名な言葉を地で行ったような病棟運営だったのである。フロム・ライヒマンは敷地内のコテージに住んでいたため、常に識域下では病棟で起こっていることに関わっていた。夜中に徘徊している患者の姿を見かけると病棟の看護師に電話で知らせることも度々であったようである。

フロム・ライヒマンはアメリカに亡命して文化の違いに大変驚いたようである。ヨーロッパでは医師というのはある種特別な職業であって、必ず権威がついて回っていたが、新天地では大して教育を受けていないビジネスマンが「私は商品を売るが、あなたは精神療法というサービスを売っている訳で、結局やっている事は同じですな」と言う。これはヨーロッパでは決して耳にする事の出来ない言葉であった。しかし、フロム・ライヒマンは新しい文化にいち早く順応し、このような医師患者関係を対等な協働作業にする上で有利な条件と考えた。亡命後まもなくフロム・ライヒマンに教育分析を受けたロバート・コーエンによるとその頃のフリーダはカウチを使用し、被分析者の背後に座るといった伝統的な分析を行っていたが、後にお互いの顔が見える位置に座るようになったという²⁾。

フロム・ライヒマンはフロイトやその他の精神科医のような詳細な症例記述はせず、ポイントとなる転回点を簡潔に描写するという形で論文を書いた。これらのケースの内、いささかユーモラスでフリーダのチェスナット・ロッジでの治療の一端を示すケースを紹介したい。「積極的心理療法」に記述されているケースなので既に読まれた方はご容赦願いたい。「ある患者が夜な夜な非常に恐ろしい迫害的な妄想に支配されていた。色々な国籍の屈強な人々が彼を追ってくるのだった。彼は捕まらないように逃げようとし、それぞれの迫害者にそれぞれの迫害者が話す言語で抗弁するのだった。昼間の間はこの患者は理性的な関係を保つことが出来た。しかし、夜の妄想の記憶は無く、そのためにその出来事について彼と話し合うことが出来ないうでいた。患者の唯一の訴えは集中できないことと職業的な要請を遂行する上で何か邪魔するものがあるということだった。彼は朝起きてみるとまるで夜の間にひどく恐ろしいことがあって、辛い体験をしたかのように、疲れきって、へとへとになっているということ以外には、その邪魔するものが何なのか分からないでいた。精神療法家は看護記録から情報を得ていたため、その妄想について話し合おうと何回も試みたが、全て徒労に終わった。治療者はとうとう看護師に夜の妄想体験が始まったら自分を起こしてもらって、患者を観察し、彼の体験を共

有できるようにしようと決意した。治療者の目の前で患者は起き上がり、自分のベッドから机によじ登り、そこから衣装戸棚に、そして家具のうちの一つへまた一つへと、迫害者たちから逃げるように移動していった。そしてそうしながら、迫害者達にかわるがわる英語やフランス語、ドイツ語、ヘブライ語で抗弁しつづけた。治療者は出来る限り彼がよじ登っていくのについて行き、その時患者が何語を話していようと彼に、自分には迫害者たちは見えないが、もし見つけたら迫害者たちから彼を守ってあげると言って安心させようと試み続けた。15分か20分程して、患者は落ち着き、ベッドに戻った。そしてその夜、患者は朝まで眠った。治療者は患者の妄想体験に一度か二度繰り返し付き合っ、とうとう壁を打ち壊して患者にこの体験を思い出させるのに成功した。こうして患者の迫害的妄想とそれに伴う強烈な不安状態への前述のような解釈的アプローチを適用するための道が開かれた。患者の迫害的な体系に対する有効な発生論的、力動的な解釈を用いた検討が可能となり、そのうちに背後にある問題の性質が明らかになった。その結果彼の理性的なコミュニケーションはその妄想的な考えとの関連において、解釈により徹底操作され、両方ともその（背後にある）問題に関連付けることができた。1年か1年半後、その患者の症状は消失し、病院と精神科医の住む町を去り、故郷で本来の専門的仕事を再び始めた⁶⁾。」このケースのようにフロムーライヒマンにより提示される症例は、精神分析的な操作以外に、彼女特有のある種のパフォーマンスを伴っていることが多いように思われる。これは後に彼女が「(治療的)直感」として追求していくものとどこかでつながって行ったのかも知れない。

ロッジではフロムーライヒマンはグループセラピーも行っていた。あるセッションで彼女が「私たちの抱えている問題は結局のところ何か良く似たようなものであるような気がするの」と切り出したところ、患者ミスN（後述するがいつも裸で病棟を走り回っていたことで有名な患者である）が、「提案があります。まず窓を閉めましょう。今日は暖かいからみんな服を脱いでしましましょう」と応えた。これにフロムーライヒマンは「全くその通りね。そうすれば私たちはお互いが良く似てるってことがもっと良く分かるわね」と応じた。

チェスナット・ロッジは他施設でショック療法など身体的治療を受けた挙句、治療不能とされた患者も引き受け、もっとも重症な患者のその全てにとは言えないまでも成果を挙げていった。フロムーライヒマンはヨーロッパに残してきた家族たちを案じながらも、精力的に論文を発表し、ワシントン・ボルティモア精神分析研究所のトレーニングアナリストとして、若い精神科医の教育にも意を注いだ。その結果、精神病の新しい治療法に情熱を持った若い精神科医たちがチェスナット・ロッジに集まることとなった。1935年には25人の入院患者と二人の医者しかいなかったロッジは、1939年には45人の患者が入院しており、7人の医者が働くようになっていた。フロムーライヒマンは若い医者たちのスーパーヴィジョンも行っていた。そのうちの一人D. ノーブルが語るところによれば、患者が自分のことを批判してばかりいるとこぼしたところ、フロムーライヒマンは「でも、患者は体重を増やすことであなたへの好意的な気持ちを表現しているじゃないの」と言ったという。これは彼女が非言語的なコミュニケーションをいかに重視していたかを示すエピソードである。

5 私生活

フロム-ライヒマンはドイツに残してきた家族のことを非常に気に病んでいた。高齢で頑固な母クララは危険を認めようとせず、なかなかドイツからの逃亡に同意しようとしなかった。1939年、第二次世界大戦勃発の直前になってようやく母クララと次妹グレーテはイギリスに亡命した。1940年には一緒に亡命した親友 G.ヤコブが肺結核で死亡した。この後フロム-ライヒマンは数ヶ月間ピアノを弾くこともできないほど消耗したという。また、1942年、フロムと正式に離婚した。ちなみに、公聴会の席で証人として出席したバラードは職業を尋ねられて、「医師です」と答えたが、フロム-ライヒマンは同じ質問にきっぱりと「精神科医です」と答えたそうである。

6 サリヴァンとの交流

フロム-ライヒマンとサリヴァンの交流はフロムを介して亡命直後から始まった。フロム-ライヒマンの論文にサリヴァンが初めて引用されたのは1939年のことである³⁾。伝説的なチェスナット・ロッジでのサリヴァンのセミナーが行われたのは、1942年から1946年にかけてである。セミナーは週2回、勤務の終了後に院長宅の娯楽室で開かれ、サリヴァンは暖炉の側でバーボンをすすり、バラードの飼っていたグレートデンの頭を撫でながら、自由な雰囲気の中で話題も決めず気楽に話したという。後にサリヴァンが「バラードは医師たちを搾取している」とロッジの医師たちを扇動した際にもフロム-ライヒマンは二人の仲を取り持つ役割を果たしている。

フロム-ライヒマンにとっては自分自身の治療経験や治療観を言葉にするのに、サリヴァンの概念は非常に有用なものであった。また、かつての教え子によれば、彼女は自分自身の考えであっても「サリヴァン先生が言うには・・・」と言う癖があったそうである。こんなこともフロム-ライヒマンへのサリヴァンの影響がやや過大に評価されていることに関係するのかもしれない。彼女の著作の中で最もサリヴァンの概念が縦横無尽に利用されている著作は”Principles of Intensive Psychotherapy”である。TPOに依じてフロム-ライヒマンは用語を使い分ける術を心得ていた。

日本ではなぜか引用されることの少ないサリヴァンの鍵概念であるややシニカルな「人類同一種要請」、すなわち「われわれは幸せであろうと、成功していようと、満足していようと、はたまた、孤立していようと、惨めであろうと、精神病であろうとどんな状態であれ、皆、他の何かであるよりまず何よりも端的に人間である」という哲学に全面的に同意していたようにみえる。この概念をフロム-ライヒマンは有名なシュヴィングの英訳版の序文をはじめ、少なくとも5回は引用している。しかし、後年サリヴァンが「ナチの奴らは人間ではない」と言うのを聞いて、フロム-ライヒマンは少なからずショックを受けたということである。サリヴァンの関与的観察者(participant observer)という言葉については、彼女自身繰り返し使用しているとはいえ、彼女にとっては十分だったというわけではなかったようである。彼女にとって治療者は関与的観察者であるのみならず、患者とともに協働作業者(collaborator)でなければならなかった。

フロム-ライヒマンはサリヴァンのコックスパニエルが産んだ仔犬をもらって、コテージで一緒に暮らしていた。面接をする時も、バカンスに行く時も片時も離さなかった。サリヴァンがそうしていたように彼女もこの犬を患者の敵意などの感情を測る探知機として利用していたという。

7 「統合失調症をつくる母親」概念

「統合失調症をつくる母親」という言葉は 1948 年のフロム・ライヒマンの論文に唐突に現れた。「幼児期と小児期における重要な人物—通例主として統合失調症をつくる母親であるが—との間で遭遇する、重大な人生早期の歪みと拒絶のせいで、統合失調症患者は痛ましいほどに他者に疑いを持ち、憤っているのである⁹⁾。(傍点筆者)」これは統合失調症患者の精神療法を行う精神科医に持ち上がる個人的な問題を取り上げるという文脈の中で現れたもので、その言葉がどういったものを指すかという説明は一切ない。また、彼女の著作の中でこの言葉が現れるのも、松本が指摘しているように¹⁵⁾、ただ一度きりなのである。まさにこの言葉は「ほとんど余談のように¹⁷⁾」登場し、フロム・ライヒマンにとってはどちらからと云えば重要な概念ではなかった^{14),19)}にもかかわらず、彼女の意図を超えて広がっていくことになる^{9),17),19)}。この流れの中にリッツ、ジャクソンらによる「統合失調症をつくる家族」の概念やペイトソンらによるダブルバインド仮説への発展が位置づけられると云えよう。

1982 年のレビューでパーカーはアメリカでの議論を概括し、「もっともありそうな説明としては統合失調症をつくる母親それ自体というものがあるのではなく、敵対的、批判的、侵入的なやり方が特徴的なタイプの親というものはあるが、それが統合失調症患者の親に特によく見受けられるというわけではないということである」と書いた¹⁷⁾。また、1990 年には、ニールが「自分のせいで子どもが統合失調症になってしまうというような母親は存在しないと後年の研究は確証した。科学的事実に基づ盤を持たない、かような非難を張り付けるような概念は多大な害をもたらしてきたのである」と述べている¹⁶⁾。

こうした批判の中でフロム・ライヒマン自身に対してもっとも攻撃的な論調のものはキャロル・ハートウェルによるものである¹³⁾。彼女の批判を一つひとつ吟味していくことにより、フロム・ライヒマンの立場を明らかにできるのではないかと思う。

彼女は、フロム・ライヒマンがフロイトの推奨しなかった統合失調症の精神分析的な精神療法を行うに当たって、「自分の立場を明確に正当化する必要を感じていた。家族の中での母親の役割とそこから逸脱の結果について自分の見解を表明することは、彼女の目的を達成することを容易にした¹³⁾」と述べている。しかし、フロム・ライヒマンは自分の実践から、フロイトの統合失調症患者が転移を形成する能力がないという見解に反し、彼らは十分有効な医師患者関係、すなわち転移関係を形成することができるを知ったのである。また、彼女は統合失調症患者の言動は常にとは限らなくても、潜勢的には理解可能であり、コミュニケーションが可能であるということも実践的に分かっていた。この二つこそ彼女が統合失調症患者に精神分析的な精神療法を適用できると考えた根拠であり、母親の病理という理論的根拠は必要としていなかったのである。

また、ハートウェルはフロム・ライヒマンがトペカ精神分析協会とメニンガークリニックのスタッフミーティングで発表された「家族集団における母親の役割についての覚書⁴⁾」についても言及している。「そこで、事例研究に言及しつつ、彼女は自分の『子供の発育における望ましくない支配的な母親』のモデルを紹介した。フロム・ライヒマンはアメリカの母親の権威としての地位は『家族の主要な問題』であり、彼女らの支配的な影響は子どもの心理的健康にとって『破壊的』になりうると明言した¹³⁾。」(二重括弧、斜体はハートウェルによる)この言説にも曲解があるようにみえる。フロム・

ライヒマンはむしろ西欧の父権主義的社会と女性—母親が相対的に力を持っているアメリカ社会との対比に素朴な驚きを表明し、その対比に関連付けて母親の支配が及ぼす悪影響を論じているのである。精神分析がエディプス葛藤以前の問題を取り扱うようになってからは、二者関係、特に母子関係に焦点が当たるようになったのは一般的な現象であり、特にフロム—ライヒマンの独創というわけではない。ただ、彼女がメタサイコロジーに関心がなく、実際に目の前で起きている現象に目を向けていたことは誤解を招きやすかったかもしれない。

さらに、ハートウェルは同じ論文の中の次の記述を見落とししている。「われわれの理想とする望ましい母親の概念に従うことは、どんな母親にも（不可能ではないとしても）かなり難しいことは分かっている。理由は次の三つである。第一に、先に述べたような、彼女自身に対して（敵対的ではないにしろ）権威的な環境がそれを妨げるような影響を及ぼすため。第二に母性愛は、他の人間の愛と同様に、両価性の波によって影響を向けるため—すなわち、もっぱら子どもを愛し、子どもといることを楽しむことをどの母親もいついかなる時もうまくやるというわけではない。第三に、たとえば母親が年を重ねていくのに対し、彼女にとって子どもが若さと未来を意味するが故に、母親が嫉妬心を抱いたり、子どもが自分自身の交友関係を持ち、それを楽しむことを母親が不愉快に思ったりするといったように、母親の両価性に現実的で意識的な理由があるといった場合である。しかしながら、母親が恐れずに、罪悪感を抱くことなく、自らその両価性を認めれば認めるほど、こうした理想の母性的態度への妨げを最小限にすることがより可能になるのである。

一貫した母性的な受容的態度を妨げる別の困難は、母親に起こりうる子どもに対する性的な感情から生じる。そういう感情が起こったとき母親がそれを率直に認めることができればできるほど、母親はその感情をより巧みに扱うことができるようになる。そういう感情が生じた場合に、自分自身が子どもに性的に惹きつけられていることを母親が否定する限りにおいて、母親は子どもの自然な性的な欲動に有害に干渉せずにはおられなくなるのである。

以上の言明は非常に厳しい母性的課題と関連している。母親は9か月間子どもを宿し、命の危険を冒して産む。母親はその世話をし、育て、愛による絶え間ない安全保障感を与える。しかし、子どもが独立すると宿命的に母親は子どもに対する権利を放棄しなければならない。もしそれが母親が妊娠、出産、子どもの世話、養育から直接的な満足を得ているという事実の故ではないとしたら、この宿命は耐えられないと考えられるであろう。

さらに疑問を取り上げようと思う。母親は子どものために自分自身の生活を犠牲にするべきであろうか？精神分析の知見からは、怒りを生み出さない犠牲などというものはほとんどないということが分かっている。それ故、母親は子どものために自分自身の幸福を放棄すべきであるとは考えていない。母親が幸せであればあるほど、彼女は子どもの幸せと成長の自由を保障することがより可能になるし、母親が子どものために犠牲にする幸せが多ければ多いほど、そのために彼女が犠牲を払うことになった子どもに対して憤慨することになり、かくて母親が怒りを感じないで子どもを扱う能力は減弱するのである⁴⁾。

この引用はハートウェルの批判に対する十分な回答になっていると筆者は考えるが、いかがである

うか。フロムーライヒマンにとって、統合失調症をつくる母親とはある種のタイプの文化が持つ病理を誇張した表現であった。ここまで見てきたように彼女はそのような女性にシンパシーを持っていたし、批判者が糾弾するように、精神疾患について一般的に、母親を責めるようなことは決してしなかった。彼女はしばしば患者の両親に会い、彼ら自身をも幼少時の葛藤の犠牲者として、適切に理解することによって、その両親を治療に役立てるようにしたのである⁹⁾。

8 ジョアンヌ・グリーンバーグ

ジョアンヌ・グリーンバーグは後にハナ・グリーンという筆名で、チェスナット・ロッジでの闘病体験を小説化した”I Never Promised You A Rose Garden”(邦題「デボラの世界¹⁰⁾」)を著した人物である。彼女は1948年9月、チェスナット・ロッジに入院し、フロムーライヒマンの治療を受けた。

この時の彼女の年齢は16歳で、ロッジで最も若い患者であった。才気にあふれ、言語表現が豊かで、ウィットのセンスがあり、そして「華やかな」症状を呈するこの患者は精神科医なら誰でも一度は担当してみたいと夢見る種類の患者であつたらしい。彼女は彼女自身が作り上げた神々とその独自の言語を持つ「イリア」と言う世界を持っており、神々の声を聴いたり、会話をしたりした。フロムーライヒマンは治療を振り返って、患者に「いろいろな事を自分一人で何度も繰り返し考えることで回復できたと思いますか？それとも他の誰かがいることが必要だったでしょうか？」と尋ねた。ジョアンヌは「少し待って。とても大切な質問だから、答える前に静かに考えさせて」と答えた。そしてしばらくたった後、「私、よく考えました。やはり一人だけでは(回復)できませんでした」と言った。フリーダがどうしてと問うと「先生、分かっているように、これは『私たち』の体験(we' experience)だからです。ここにあなたの病院に入院した孤独な少女がいたのです。あまりに孤独すぎて、食べ過ぎなければならなかったのです」と答えた⁸⁾。彼女が他の患者と違っていたところは彼女がリスクを恐れなかったことである。

ジョアンヌは明らかにフロムーライヒマンの「お気に入り」の患者であった。ことあるごとに彼女の才能を賞賛していたのでスタッフの一部から彼女はジョアンヌの自己愛を助長しているという批判が出たほどであった。また彼女はフロムーライヒマンが当時診ていた唯一の患者であり、フロムーライヒマンの他の仕事はスーパーヴィジョンだったそうである。

後にジョアンヌは本当に統合失調症であったのかという疑問が噴出することになるが、当時ジョアンヌを診察した精神科医達は統合失調症という診断で一致していた。心理学者マーガレット・ライオックは一連の心理テストを彼女に行ったが、彼女の反応は典型的な統合失調症のものとは異なっていることを指摘している。彼女の反応には単に思春期的に彩られたものを除いても、生き生きしたものが認められ、かなりの大きさの領域で正常な機能を有する興味深い症例であるとライオックは結論している。

ジョアンヌは自分で作り上げた言語を使っていたが、それはフロムーライヒマンによるとサリヴァンが良く使ったハイフンで言葉を連ねるやり方を想起させるようなところがあった⁸⁾。ちなみにジョアンヌの治療が始まった翌年、サリヴァンはパリのホテルで謎の急死を遂げている。

1953(1951?)年ジョアンヌは退院し、外来患者となった。アパートを借り、大学に入学し、英文

学を専攻した。フロムーライヒマンにとってもこの回復は驚くべきもので、「私が今まで治療した患者で、回復の後に統合失調気質ですらなくなった患者は初めての経験である⁸⁾」と述べている。

1955年ジョアンヌは大学を卒業し、結婚した。この結婚式にフロムーライヒマンも参加している。フロムーライヒマンはジョアンヌに自分の治療経過を書いてみる気はないかと尋ね、しばらく後に彼女の同意を得て、主治医と患者、患者の母親それぞれの視点から見た治療の経過を刊行する計画を立てていた。しかし、これはフロムーライヒマンの死によって果たされることはなかった。フロムーライヒマンは公刊された論文の中に、ジョアンヌを7回（もしかしたら8回）にわたり断片的に異なった文脈で異なった内容で記載している。1956年のイプシランティ精神医学研究所での講演で、ジョアンヌの治療経過を報告しているが、これは1982年になって、ようやくそのテープ起こしが公刊された⁸⁾。

9 治療失敗例

ジョアンヌのように輝かしい治療成功例がある一方で、当然のことであるが、治療失敗例もあった。前述のミスNは下着をトイレに詰め、配管を詰まらせることで有名な患者であった。歌うような声で絶えずわけが分からない独語をし、床で放尿し、服を紐切れのように裂いてしまい、病棟を素っ裸で走り回っていた。最初ミスNはバラードの患者であったが、フロムーライヒマンのグループセラピーにも参加していた。ミスNはフロムーライヒマンの治療を受けたがっていたが、彼女のスケジュールの空きがないことを聞いて、空きができるまで待つことにした。1953年、とうとうフロムーライヒマンはミスNの治療を引き受けることにした。ミスNは時に素晴らしい洞察を示すことがあったが、殆どの面接の時間を些細なことに関するおしゃべりで費やし、フロムーライヒマンを苛々させた。しかし、ミスNは細やかな気遣いを示すことができる人であった。フロムーライヒマンのコッカースパニエルは彼女と初めて会ったときから良くなつた。これは大変珍しいことだった。また、彼女は重症病棟にいたわけであるが、看護師長マーガレット・アーセルはこう述べている。「ミスNの部屋に入っていった時、私は気分が優れませんでした。彼女にも病棟にも何もしてあげることはないような気がしました。しかし、私自身は何かを必要としている状態でした。そして、彼女の部屋を出て来た時、私は気分が良くなったように感じました。その時、彼女は私に、私がまさに必要としていたことをしてくれたのです。」ミスNはフロムーライヒマンに対しても面接の始まりにしばしば「今日は落ち込んでいらっしゃるようね」とか「今日は補聴器が要りそうですね（既にフリーダの聴力障害が始まっていた）」とか語りかけたという。フロムーライヒマンとミスNはエレガントな田舎の旅館で一緒に食事をしたが、その場合、その日のホステスが「おごる」ことになっていた。ミスNはフロムーライヒマンに対して陽性の感情を抱き続けたが、結局良くはならなかった。1954年から1955年までの間にフロムーライヒマンと彼女の面接が録音されたものが60本のテープに残っている。ここではその内の最も感動的なものを紹介したい。

「ミスNは歌を歌い始め、フリーダは最初苛ついていたが、突然『ねえ、もしかしたら私のお手伝いをしてもらえるかも知れないわ。“私のボニーは海の彼方(“My Bonnie Is Over the Sea”)”とかそういう歌を知りませんか?』』と言った。ミスNはこれに答えて『“私の体は大海の上(“My Body Lies Over

the Ocean”）”とか“私の体は海の上(“My Body Lies Over the Sea”)”よ』と言った。フリーダがそんな感じだったと思うと言うと、患者はその歌を口笛で吹き始めた。フリーダは頼んだ。『その歌をもう一度、言葉で歌ってもらえませんか？そうしたらもうちょっと良く分かるわ』ミスNは全コーラスを歌った。フリーダはさらに熱心に訴えた。『ああ、ありがとう。もう一度歌って下さい』するとミスNは再び口笛を吹いた。フリーダはお礼を言った。ミスNはもう一度口笛を吹いた。フリーダはもう一度お礼を言い、『楽しい歌を歌って欲しいという人がいるの。これでひとつ覚えたわ。残念だけどもう面接を終わらないといけませんね』と言った。ミスNはもう一度歌い始めた。フリーダもハミングで歌に加わり、メロディーに合わせて“コートはここよ。コートはここよ。ありがとう、ありがとう、この歌を教えてくれて”と歌った。二人はお別れの挨拶をして、ミスNはフリーダのコテージを去った。その後テープが終わりになるまで、フリーダが一人きりで静かにその歌を口ずさんでいるのを聴くことができる¹⁴⁾。」

もっとも痛ましいケースはミスターRのケースである。ミスターRは30歳の妄想型統合失調症のケースであった。非常に言語表出が豊かで、知的であり、概念的に考えることができたので、ジョアンヌの場合のように精神療法が有効であると考えられた。しかし、改善は認められなかった。当時、チェスナット・ロッジの診療部長であったマーヴィン・アドランドはスタッフミーティングでフロムライヒマンの治療に疑問を投げかけ、その結果、患者は研究の対象とされ、毎回の面接を録音することが義務付けられた。またフロムライヒマンはバラードの命により、毎回の面接のレポートを提出することが義務付けられた。

患者はここに休息のために来ているのだと主張するのに対して、フロムライヒマンは、ここは休息の場所ではなく、治療のための病院だと反論した。また被害妄想にとらわれて、監視されていないか、盗聴されていないかと不安がる患者に録音を止めてくれるよう何度も頼まれても、フロムライヒマンは録音を止めなかった(止められなかった?)。結局、このケースはフロムライヒマンが1957年に急死するまで診つづけた最後の患者となった。

10 (治療的) 直感をめぐって

フロムライヒマンは統合失調症の治療を重ねるにつれ、言語的コミュニケーションより非言語的コミュニケーションの重要性に着目するようになっていった。面接を録音するのも非言語的コミュニケーションを研究する目的のためだった。ブロイアーのアンナ・O、フロイトのドラ、フェレンツイのR.N.など有名な治療者にはその治療の代表例があるものであるが、フロムライヒマンにとっての代表例はミセスEである。この症例は治療の転回点をめぐって何度も繰り返し、フロムライヒマンの著作に登場する。しかし、フロムライヒマンが興味の重心を(治療的)直感に移していくにつれ、記述のディテールが少しずつ変化していることが分かる。

ミセスEは攻撃性と暴力によって濡れたシートで包まれて動けないようにされていた(これはWet Sheet Packと呼ばれる処置で暴力的な患者や興奮患者に対してロッジでは日常的に施されていた)。入院費を払ってもらうには、ミセスEの署名が必要なため、フロムライヒマンが、彼女がパックされているところを訪れるところから、エピソードは始まる。フロムライヒマンがミセスEに署名

してくれるかどうか尋ねたところ、ミセスEは「バックを解いてくれれば喜んでするわ」と言った。そのため最初フロムーライヒマンは看護師の助けを求めようとしたが、結局、フロムーライヒマン一人だけでバックを解き、患者に署名をしてもらった。

単純に言うとかような話であるが、1935年の面接後の口述記録ではこうなっている。(看護師を呼びに行こうとすると)患者は「ああ、私のバックが解けたときのことを考えて怖がっているのね」と言う。これにフロムーライヒマンが「全然怖がりませんよ」と答えて、自分でバックを解く。

1950年に出版された *Principles of Intensive Psychotherapy* での記載では、「言葉に表しがたいあらゆる種の共感的な思いが浮かび、私は患者のほうに戻った。その時患者の表情に絶望と落胆が表れていることに気がつき、私は自分一人でバックを解こうと決意した⁶⁾」となる。

(治療的)直感の研究のためにフロムーライヒマンは社会研究基金から研究費を獲得し、チェスナット・ロッジの同僚とともに研究グループを作るが、このグループが1955年の米国精神分析協会でのシンポジウムでの発表のために準備した原稿では、以下のようになっている。「(前略)彼女は『あなたがバックを解いてくれたら(署名する)』と即座に答えた。私は患者の傍から離れ、ドアを通過して、看護師にバックを解いて貰うように頼もうとした。まさに部屋を出ようとしたその時、なぜだか自分でも分からないが、患者のほうを振り向いて見た。そして患者を見たその時、私は患者の顔に浮かんだ絶望ではないにしろ、失望と挫折の表出を見た。そして、それを導きの糸として、『あなたがバックを解いてくれたら』と言う言葉の意味するところが、私自身であって、看護師ではないと確信した。私は戻って来て、たった一人でバックを解いた。そして彼女は署名をしてくれた。後になってこの患者はこの体験を自分の回復の第一歩だったと関連付けた。(後略)⁷⁾

フロムーライヒマンはこのような体験を(治療的)直感として科学的に追求し得るべきものと考え、そしてそれは原理的に教えうるものと考えていた。しかし、同僚たちの多くは、この直感フロムーライヒマンに与えられた天賦の才であって、殆どの人は持ち合わせない才能だと感じていたことは皮肉なことである。ちなみにこの症例ミセスEは自分をフロムーライヒマンがたった一人で自由にしてくれたことによって、フロムーライヒマンが自分のことを恐れていないこと、従って、自分は自分で思っているほど危険な重症な患者ではないということが分かったことが回復の第一歩だったと述べたという。フロムーライヒマンはこの症例に関連付けて、治療者が患者のことを恐れなくなればなるほど、患者は危険でなくなるが、その理由は患者の自尊心が高まるからであると繰り返し述べている。

1.1 *Principles of Intensive Psychotherapy* の出版と名声

フロムーライヒマンが生前著した唯一の単行本”*Principles of Intensive Psychotherapy*”(邦題「積極的心理療法」)が刊行されたのは1950年のことである。フロムーライヒマンはサリヴァンの概念を用いるとき、古典的概念を注意深く並べることにより、難解となることを避けることに成功している。例えばパラタクシスの歪みと転移、安全保障戦略と抵抗、解離と抑圧などである(ちなみにサリヴァンによるとパラタクシスという言葉は精神医学に使用したのはドン・トーマス・V・ムーア博士であってサリヴァン自身ではないそうである)。フロムーライヒマンから直接教育を受け、この本を日本語に訳した阪本健二先生によると、この本の出版の動機について彼女に尋ねた際、彼女は笑って「サ

リヴァンが生きていたら、このような未完成なものの出版は決してゆるされなかったでしょう」と述べたそうである¹⁸⁾。"Principles"は出版直後から大好評を持って迎えられた。普段は気難しい（評論を書く）Psychoanalytic Reviewでさえフロム-ライヒマンを「生まれながらの教育者であり、その意図するところと意味するところはクリスタルのように明晰である」と評した。この本の最初の4章は精神科医に求められる個人的なまた、職業的な要請に割かれている。フロム-ライヒマンは「聴く」能力を精神療法家に求められる第一の能力であるとする。それはただ「聞く」だけではなく、患者の話に「聴き入り」即座に反応することを言外に含んでいる。つまりところこの本の最初の4章は「聴く」能力を妨げられないためにはどうすべきかを述べているのである（と私は思う）。一方、伝記作家はフロム-ライヒマンの主要な技法は「待つこと」であって、この技法を魔術のように巧みに治療に用いたと述べている。なかなか面白い見解のずれと思うが、双方がフロム-ライヒマンにとって重要だったのであろう。

私が所有するペーパーバックのPrinciplesは本編が224ページであるが、文献リストは175編を数える。これはフロム-ライヒマンのある面を示すところで、彼女は自分が反対している論者の見解を引用するのも躊躇しなかった。また、有名なシュヴィング女史の「精神病者の魂への道」をアメリカに紹介したのもフロム-ライヒマンであるし、当時アメリカに一冊しかなかった19世紀の精神病院で治療を受けた病者の書いた"The Philosophy of Insanity"という書物を、精神医学を学ぶ人が精神病の体験を理解するのに役立つからという理由で、出版社を説得し、刊行にこぎつけたのも彼女の仕事である。

1953年、「統合失調症の理解に顕著に貢献した」との理由でアドルフ・マイヤー賞を受賞した。1955年には女性としては初めて、フォード基金のパロアルト行動科学高等研究センターの研究者として招かれた。これはフロム-ライヒマンがバカンスを除いてチェスナット・ロッジの臨床を離れた唯一の機会であった（愛犬も当然連れて行った）。ここで様々な分野の研究者と触れ合うことで、当初フロム-ライヒマンは数学的アプローチを勉強する必要を感じたが、すぐにあきらめ、精神病の患者と母親との面談の微細分析を行った。このグループにG.ベイトソンが加わり、後に彼の有名なダブルバインド学説に大きな影響を与えたと言われている。

1.2 突然の死

パロアルトに滞在中、フロム-ライヒマンの聴力障害はますます悪化し、補聴器を使っても、聴き取れないことが多くなった。1956年にはチェスナット・ロッジに戻り、臨床と教育を再開した。1957年1月末、愛犬ミュニーが死んだ。春にはカレン・ホーナイ追悼講演に招かれていたが、直前にひどい流感にかかり、講演をキャンセルせざるを得なかった。一旦フロリダで静養した後、フロム-ライヒマンは健康を取り戻したかのように見えた。4月28日、エディス・ワイガートは昼食に招いていたフロム-ライヒマンが現れないので不審に思い、マーヴィン・アドランドに連絡をとった。アドランドらがコテージの扉をこじ開けて入ったところ、バスタブの中でフロム-ライヒマンが亡くなっていた。剖検の結果、死因は冠動脈血栓症とされた。67歳であった。葬儀は5月1日、正統的ユダヤ教式に執り行われた。これはサリヴァンがカトリック式の葬儀を望んだことを思い起こさせる。

1959年、ロッジのオーナー院長であり、フロム・ライヒマンが亡命して以来の同僚であったデクスター・バラードの編集による遺稿集”Psychoanalysis and Psychotherapy-Selected Papers”（邦題「人間関係の病理学」）が刊行された。これはアメリカに亡命してからの殆どのフロム・ライヒマンの論文と死後机の引き出しから発見された未発表原稿「孤独について」を含むものである。

コテージは後年、ハロルド・サールズに引き継がれたが、彼によると夜一人で仕事をしているとフロム・ライヒマンの亡霊を感じたとのことである。初めは、敵意に満ち、威嚇的だったのが、そのうちに愛に満ち、保護的な感じになり、サールズは寛いでいられるようになったそうである。

1.3 I Never Promised You A Rose Garden

ジョアンヌ・グリーンバーグは自らの精神病治療の体験をハナ・グリーンという筆名で”I Never Promised You A Rose Garden”（邦題「デボラの世界」）という小説にして出版した。1964年のことである。当初ジョアンヌは”The Little Maybe”というタイトルにしようとしたが、出版社側の子供向けの本みたいだという反対意見により、最終的にこのタイトルが採用された。この言葉は小説中では、主人公デボラがスタッフの患者への暴力を告発し、改めるように求めた時に作中人物 Dr.フリードが言ったものである。フロム・ライヒマン自身がこのケースを論じたときの文脈では、「私は彼女に『良くなるということ』はその後人生がバラの花園になるということの意味するわけではないのですよ』と言いました。（中略）『私たちが手に入れられると期待してもよいことは、（バラが）咲いたら、花園を満喫すれば良いし、咲かなかった時は、ただ通り過ぎれば良いということですよ』と彼女に話したのです⁸⁾』となっている。フロム・ライヒマンの晩年の約10年間を秘書としてともに過ごしたヴァージニア・ガンストは1980年代初めに催されたフロム・ライヒマン・セミナーで次のようなエピソードを誇らしげに述べている。「あるとても良く晴れた春の一日にポーチで一緒に昼食をとっていたときのことでした。私(ヴァージニア)はフリードにあの気難しい思春期の患者は、分析中に防衛的な敵意のある反応を示し続けているのですかと尋ねました。彼女の答えは『私たちがこんなにもこの難しい時期を突破しようと努力しているのに、どうもそのようね』というものでした。そこで私は『結局のところ、あなたは（治療は）バラでできたベッドだと決して約束はしなかったわけですね』と言いました。それから数日して、患者が陰性の防衛的態度を続けていると、フリードが『分かっていると思いますが、私はバラの花園をお約束したわけでは決してないのですよ』と患者に言ったのです¹⁴⁾。』

無名の作家によるこの小説は発売当初、売れ行きが良くなかった。しかし、出版から5年たって高校や大学のテキストに採用されたことで一挙に500万部を越すベストセラーになった。ジョアンヌの体験はディテールが変更されているが、Dr.フリードとして登場するフロム・ライヒマンは、理想化されてはいるものの正確に描き出されているために、同僚や生徒などフロム・ライヒマンを良く知る人々にはモデルが彼女であることはすぐに分かった。イスラエルでこの本を翻訳で読んだ末妹アンナはすぐに姉の姿を見て取り、後に著者に「私が持っているどんなスナップショットよりずっと素晴らしくフリードを描いてくださったことにどんなに感謝しているかお分かり下さい」と手紙に書いた。

反響は大きく、Dr.フリードは誰だろうかと誰もが知りたがった。アンナ・フロイトではないかとか、カレン・ホーナイではないかという説がまことしやかにささやかれた。

一方、精神医学界では、猛烈な反撃を受けた。統合失調症が精神療法で治癒するというのは常識に反するものだったからである。反対者は、執拗に主人公デボラは統合失調症ではないということを証明しようとし、著者に攻撃的な手紙を送り続けた。果ては「透析」で「治癒」したケースを小説化するに至った。もちろん冷静な受け止め方もあった。当時チェスナット・ロッジの治療者であったマクグラシャンはケースを分析し、「彼女は DSM-III のクライテリアには適合するが、正確な分類に疑問を投げかけるものが彼女の症状の中にかすかに認められる」と述べている。

この小説はあまりに有名になったため、ポップソングになり、映画化もされた。仕舞いには”I Never Promised You A Rose Garden”は常套句となって、ベトナム戦争和平の交渉でアメリカ大統領が使ったそうである。

1.4 おわりに

2012年のランセットに「分裂病因性の母親の凋落」という文章が載った。そこには「親たちが謝罪を受けるのも当然だった。分裂病因性の母親はまさしく追放されなければならなかった。しかしながら、それを追放する過程から生じた意図せぬ代償もあったのではなかろうか。…

評判を落としてしまった家族を非難するようなモデルに、いかなる勢いをも与えてはならないと恐れるということが、今日では統合失調症に関して、文化的な、また心理社会的な問題を滅多に議論しないということになってしまっている。すべての人間は、たとえ統合失調症のリスクにさらすような、生物学的な脆弱性を持った人であっても、文化的なまた対人関係的な世界にはめ込まれており、そういう世界によって心を打たれたり、影響を受けたりするということは自明のことと私は考えている¹²⁾。」と書かれている。

ここで述べられている代償とは何であったのだろうか。生物学的立場か心理社会的立場か、という二分法で失われることはあまりにも大きすぎると私は考えている。フロム-ライヒマンも、そうして失われた人物の一人である。一部は通用しなくなったからといって、彼女の業績すべてが役に立たないわけではない。薬物療法か、精神療法かという問いは今日ほとんど意味がない。生物学的治療の上になれわれは何を付け加えることができるであろうか。この問いに答えるためには、フロム-ライヒマンら先人の仕事を振り返ってみることも必要ではないだろうか。

注)本文中、引用および筆者の見解を示した部分以外は Hornstein による伝記に大きく依拠している。

文献

1. Bruch, H: Personal Reminiscences of Frieda Fromm-Reichmann. *Psychiatry* 45; 98-104, 1982
2. Cohen, RA: Notes on the Life and Work of Frieda Fromm-Reichmann. *Psychiatry* 45; 90-98, 1982

3. Fromm-Reichmann, F: Transference Problem in Schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* 8, 1939, Reprinted in Bullard, D ed.: *Psychoanalysis and Psychotherapy, selected papers.*;117-128, The University of Chicago Press, Chicago, 1959 (以下 SP と略す) 邦訳「人間関係の病理学」早坂泰次郎訳、誠信書房、1963
4. Fromm-Reichmann, F: Notes on the Mother Role in the Family Group. *Bulletin of Menninger Clinic* 4 1940, Reprinted in SP; 290-305
5. Fromm-Reichmann, F: Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychotherapy. *Psychiatry* 11 1948, Reprinted in SP:160-175
6. Fromm-Reichmann, F : Principles of Intensive Psychotherapy. The University of Chicago Press, Chicago 1950 (邦訳「積極的心理療法」阪本健二訳、誠信書房、1964)
7. Fromm-Reichmann, F: Clinical Significance of Intuitive Processes of the Psychoanalyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 3;82-88,1955
8. Fromm-Reichmann, F: “FRIEDA FROMM-REICHMANN DISCUSSES ‘ROSE GARDEN’ CASE.” *Psychiatry* 45, 1982; 128-136.
9. Fry, WF: The Schizophrenogenic ‘who’. *The Psychoanalytic Review* 49:68-73,1962
10. Greenberg, Joanne (Green, Hannah.): *I Never Promised You A Rose Garden.* New American Library, New York, 1964 (邦訳「デボラの世界」笠原嘉、佐伯わか子訳、みすず書房、1971)
11. Gunst, VK: *Memoirs-Professional and Personal. A Decade with Frieda Fromm-Reichmann.* *Psychiatry* 45; 107-115, 1982
12. Harrington, A: The Fall of the Schizophrenogenic Mother. *Lancet* 379;1292-1293,2012
13. Hartwell, CE: The Schizophrenogenic Mother Concept in American Psychiatry. *Psychiatry* 59;274-297,1996
14. Hornstein, GA.: *To Redeem One Person Is To Redeem The World.* The Free Press, New York, 2000
15. 松本雅彦 : 精神病理学とは何だろうか. 星和書店、東京、1996
16. Neil, J: Whatever Became of the Schizophrenogenic Mother. *American Journal of Psychotherapy* 44: 499-505,1990
17. Parker, G: Re-searching the Schizophrenogenic Mother. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179; 452-462, 1982
18. 坂本健二 : あとがき. 「積極的心理療法」阪本健二訳、誠信書房、1964
19. Seeman, MV: The Changing Role of Mother of the Mentally Ill. *Psychiatry* 72; 284-294,2009
20. Stanton, AH: Frieda Fromm-Reichmann, MD: Her Impact on American Psychiatry. *Psychiatry* 45; 121-127, 1982

Eメール相談5年間のあゆみ

保健福祉課 岡野史子 検校規世 竹島久美子 三輪扶弥
桑山陽子 加藤千礼 後藤孝一

1 はじめに

当センターでは、インターネットを通じて各種こころの相談を受ける「Eメール相談」を平成19年10月22日からスタートさせた。当初は電話や面接が苦手なひきこもりの方への相談窓口の一つとしてEメール相談が構想されたが、自殺者数の増加に伴い、その対策が急務になったことを背景に、広くメンタルヘルス全般に関する相談窓口として機能するように開設された。

平成24年度末、延べ件数1,323件の相談が寄せられた。本稿では、Eメール相談の運用状況と5年間の実績についてまとめるとともに、Eメール相談の特徴や意義、課題について考察することとした。

2 メール相談の運用状況

メール相談の概要と特徴について記す。利用者は、通常、当センター・サイトのトップページからEメール相談トップページ (<https://www.aichi-pref-email.jp/top.html>) に入る。Eメール相談トップページには、メンタルヘルス相談とひきこもり相談の2つの窓口があり、その選択は利用者に任されている。両者は利用規約や利用方法が一部異なる。利用者にとって大きな違いは、前者は1つの相談につき、回答を1回に制限しているのに対し、後者はいったんユーザー登録した後は、何度でも継続的に相談できるという点である。

適正な運用を図るため、①診断や治療等、医療行為にあたる返信はできない、②回答までには10日程度かかる、③緊急を要する相談には応じられない、などの基本原則を定めてホームページ上に明記している。また、利用者には、相談を受けるための基本情報として、①住所（地域を選択する方式）、②性別、③年齢、④返信用アドレス、⑤当事者との関係、⑥当事者の性別、⑦当事者の年齢、⑧相談経路等の登録を求めている。

メンタルヘルス相談は当センターの相談員12名が回答作成を行い、精神科医を含むセンター内カンファレンスで回答内容を検討する。また、ひきこもり相談は、愛知県精神保健福祉士協会に回答文案の作成を委託しており、さらにひきこもり支援に造詣の深い学識経験者に回答文案の監修を依頼している。そのため、相談を受けてから回答を送信するまでの、処理のフローがメンタルヘルス相談とひきこもり相談で異なる（これが入口を2つに分けている主な理由である）。

カンファレンス、監修が終了した回答文案は、一件ごとに当センターの相談員12名、保健管理監、センター長が確認する。その途中で修正案・疑問点などの書き込みが加えられる場合もある。承認され次第、再度修正が必要な場合はEメール相談管理者が最終修正を行い、回答送信を行う。

回答が送信されると、最初に登録された返信用アドレスに回答完了メールが送信される。相談者は回答閲覧用IDとパスワードを使用してEメール相談システムにアクセスし、回答を閲覧することがで

きる。なお、ひきこもり相談はユーザー登録時に発行されたIDとパスワードを使用し、メンタルヘルス相談は、回答返信時に発行されるIDとパスワードを使用する。

ここまでの流れをEメール相談システム概略図（図1）に示す。図1に示すように、情報はすべてインターネットを介してやりとりされる。そのため、ネット環境があればどこからでも相談・回答が可能であり、操作性・利便性は高いが、その分セキュリティの保持には十分な注意が必要であり、当システムはその点に力を注いでいる。もちろん、情報はすべて暗号化されている。

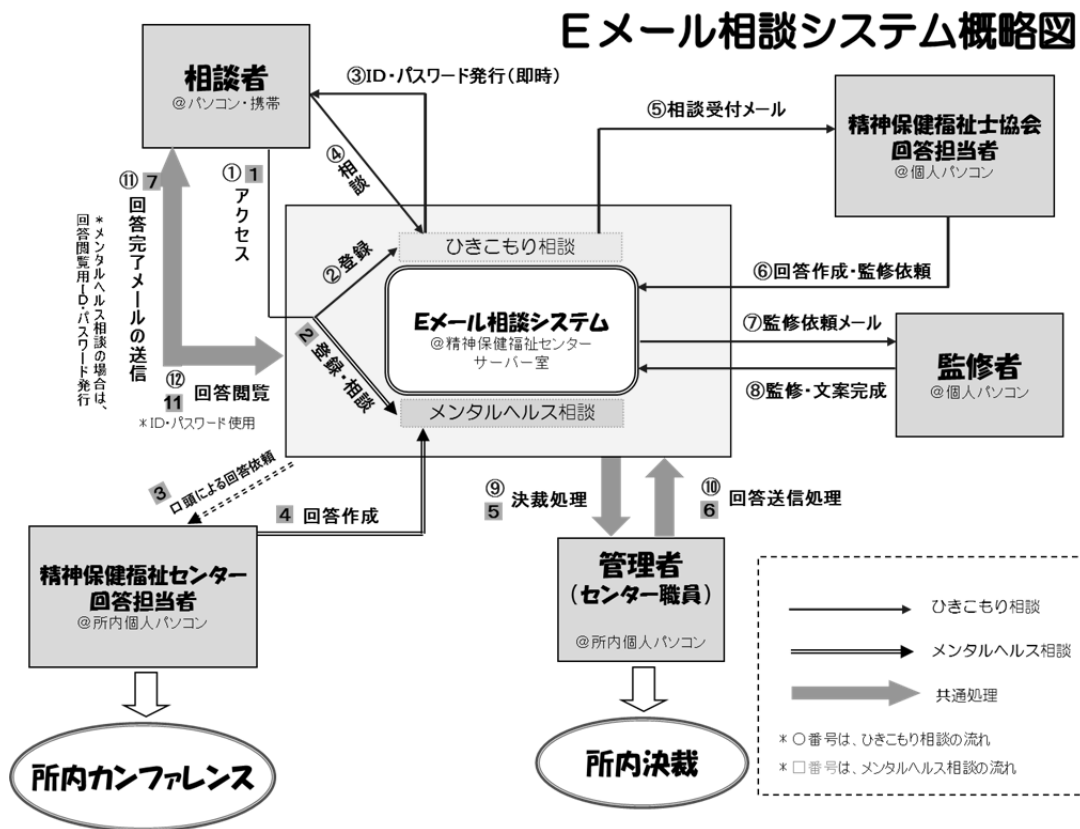


図1 Eメール相談システム概略図

3 メンタルヘルス相談の実績

以下、特に注記がない限り、Eメール相談が開始された平成19年10月22日から平成25年3月31日までに受け付けたメンタルヘルス相談を分析対象とした。

(1) 相談件数年次推移

図2に相談件数の年次推移を示す。相談件数はこの間述べ746件である。開始年度の平成19年度は実施期間が短いため、相談件数は少ないが、平成20年度から平成25年度についてのみ見ると、1年あたりの相談件数は平均136.2件となっており、大きな変動はない。

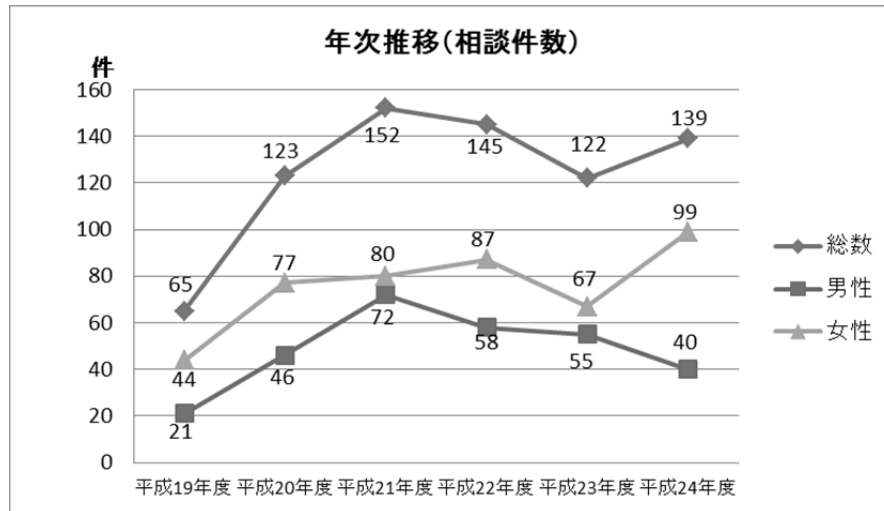


図2 メンタルヘルス相談 年次推移 (相談件数)

(2) 相談者年代内訳・性別・続柄

図3に相談者の年代内訳を示す。30歳代からの相談が37%で一番多く、ついで20歳代31%、40歳代20%、10歳代6%となっている。日常的なインターネットの利用状況をストレートに反映した結果と言える。

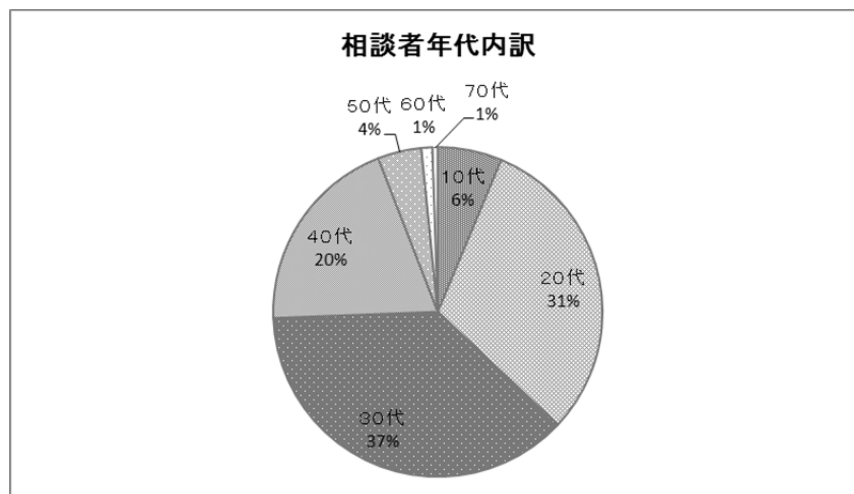


図3 メンタルヘルス相談 相談者年代内訳

相談者の性別としては、全体では男女比がおおよそ4対6であり、女性の利用が多い。女性本人からの相談が42%で一番多く、ついで男性本人からの相談が29%となっている(表1)。男女の比率の偏りについて検討するために、年代ごとにFisherの直接検定を行った。10歳代、20歳代では女性からの相談が有意に多く、40歳代以上では男性からの相談が有意に多かった(表2)。若年層では女性からの相談が多く、中高年層になると男性からの相談が多くなる傾向が示された。

表 1 メンタルヘルス相談 相談者性別内訳

性別	件()内%		
	本人以外	本人	全体
男性	74 (9%)	218 (29%)	292 (39%)
女性	140 (19%)	314 (42%)	454 (61%)
計	214 (29%)	532 (71%)	746 (100%)

表 2 メンタルヘルス相談 相談者 年代×性別

	男性(件)	割合	女性(件)	割合	[*] p<.10, [*] p<.05, ^{**} p<.01
10代	11	4%	36	8%	*
20代	64	22%	165	36%	*
30代	118	40%	161	35%	
40代	70	24%	77	17%	*
50代	17	6%	15	3%	+
60代	8	3%	0	0%	**
70代	4	1%	0	0%	*
計	292	100%	454	100%	

図 4 に相談者続柄を示す。本人からの相談が 71%で多いが、本人以外では、家族からの相談が 19%で一番多く、ついでその他 5%、知人・友人 3%となっている。本人以外からの相談について、対象者の年代内訳を見てみると、30 歳代の対象者についての相談が 24%で一番多く、ついで 20 歳代の対象者についての相談が 17%、60 歳代の対象者についての相談が 16%となっている(図 5)。

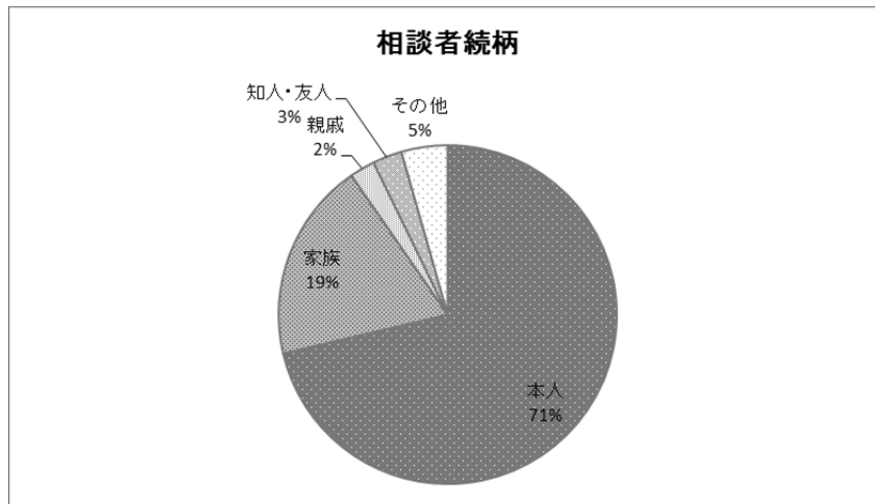


図 4 メンタルヘルス相談 相談者続柄内訳

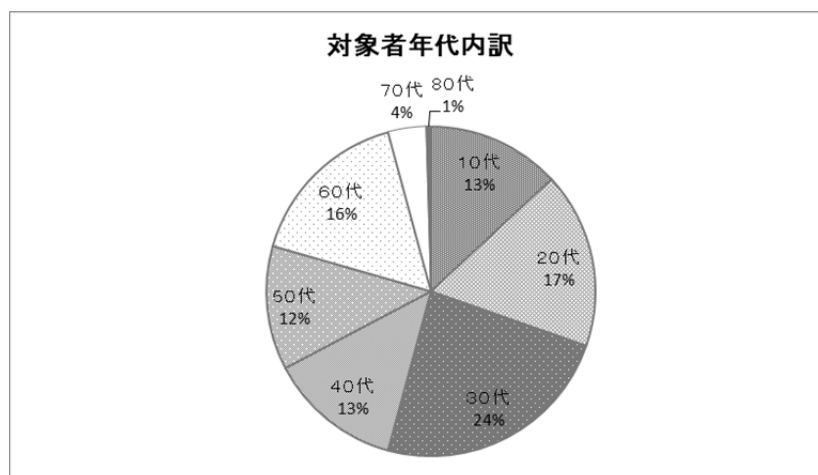


図5 メンタルヘルス相談 対象者年代内訳

(3) 相談内容

平成20年4月1日から平成25年3月31日までに受け付けたメンタルヘルス相談とあいちこころほっとライン365を相談内容によって7群に分類し、相談内容分類ごとにFisherの直接検定を行い、相談内容の比較を行った(表3)。なお、当センターの電話相談には、精神保健福祉相談とあいちこころほっとライン365という二つの窓口があるが、前者は主に面接相談を希望される場合に案内する窓口としており、広くこころの健康に関する電話相談を希望される場合は後者につながることが多い。メンタルヘルス相談も広くこころの健康に関する相談をEメールで受け付ける窓口であることから、あいちこころほっとライン365の相談内容と比較することで、Eメールという相談ツールの特徴をより明確に把握できると考え、分析を行った。その結果、メンタルヘルス相談では、「精神的な病気・障害に関すること」、「行動上の問題に関すること」についての相談が有意に多くなっている。一方、「対人関係の問題」、「心理的・情緒的なこと」、「その他」は有意に少なかった。メンタルヘルス相談では、漠然とした悩みや不安を聞いてほしいということにとどまる相談は少なく、精神保健福祉に関する問題について解決のための情報や助言を求めるような相談が多いという印象である。

表3 メンタルヘルス相談・あいちこころほっとライン365相談内容比較

相談内容の分類	メンタルヘルス相談(件)	割合	あいちこころほっとライン365(件)	割合	** $p < .01$
精神的な病気・障害に関すること	339	50%	3,342	10%	**
行動上の問題に関すること	123	18%	2,162	7%	**
養育上の問題に関すること	7	1%	461	1%	
対人関係の問題	100	15%	7,120	22%	**
心理的・情緒的なこと	89	13%	16,260	51%	**
いたずら	2	0%	153	0%	
その他	21	3%	2,681	8%	**
合計	681	100%	32,179	100%	

集計期間:平成20年4月1日～平成25年3月31日

(4) 相談経路・満足度

どのような経路でEメール相談の利用につながっているかということ把握するため、またEメール相談の効果測定のために、平成24年度にEメール相談システムの改修を行い、相談経路アンケートと満足度アンケート機能を追加した。アンケート機能追加後の平成24年5月28日から平成25年3月31日までに受け付けたメンタルヘルス相談を分析対象とし、表4、表5に示した。

相談経路について、全体では、82%がインターネットから、ついで5%が保健所からEメール相談の利用につながっている。年代別にみると、10歳代、20歳代、40歳代では相談件数も多く、インターネットからの利用が85%以上に達している。日常的にインターネットを利用する世代に親和性の高い相談ツールになっていると思われる。一方、最も相談件数の多い30歳代では、インターネットからの利用が最も多いが、保健所、職場、パンフレット、市町村から利用につながっているケースもあり、関係機関にEメール相談を周知させることで、Eメール相談の利用につながっていく可能性が推測される。

表4 メンタルヘルス相談 相談経路

相談経路	件()内%							全体
	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	
インターネット	15(94%)	30(88%)	31(74%)	21(88%)	4(67%)	1(100%)		102(82%)
保健所			6(14%)					6(5%)
職場			2(5%)		1(17%)			3(2%)
知人・友人		2(6%)						2(2%)
ひきこもりパンフレット			1(2%)				1(100%)	2(2%)
ひきこもりEメール相談リーフレット				1(4%)				1(1%)
インターネット以外の広報				1(4%)				1(1%)
あいちこころほっとライン365		1(3%)						1(1%)
市町村			1(2%)					1(1%)
民間相談機関	1(7%)							1(1%)
家族・親戚					1(17%)			1(1%)
その他		1(3%)		1(4%)				2(2%)
無回答			1(2%)					1(1%)
計	16(100%)	34(100%)	42(100%)	24(100%)	6(100%)	1(100%)	1(100%)	124(100%)

集計期間：平成24年5月28日～平成25年3月31日

※空白のセルは0(0%)

満足度について、全体の傾向を見ると、ポジティブな評価（良かった、やや良かった合わせて43%）がネガティブな評価（あまり良くなかった、良くなかった合わせて9%）を上回る結果であったが、半数弱がアンケートに無回答であった。満足度アンケートだけでは、相談者からの評価を十分に測定することはできないと考えられる。

表5 メンタルヘルス相談 満足度

満足度	件()内%		
	本人以外	本人	全体
良かった	15(39%)	19(22%)	34(27%)
やや良かった	6(25%)	14(17%)	20(16%)
あまり良くなかった	2(11%)	6(7%)	8(7%)
良くなかった	1(6%)	1(1%)	2(2%)
無回答	15(39%)	45(53%)	60(48%)
計	39(100%)	85(100%)	124(100%)

集計期間：平成24年5月28日～平成25年3月31日

4 ひきこもり相談の実績

以下、特に注記がない限り、Eメール相談が開始された平成19年10月22日から平成25年3月31日までに受け付けたひきこもり相談を分析対象とした。

(1) 相談人数・相談件数年次推移

相談人数の年次推移を図6に示す。開始年度の平成19年度は相談人数が少ない。平成20年度以降、若干減少する年度もあったが、相談人数はどの属性においても緩やかに増加している。

ひきこもり相談は継続相談を可能としているため、継続相談を含めた相談件数の年次推移を図7に示す。相談延べ件数はこの間577件である。開始年度の平成19年度は実施期間が短いため、相談件数は少ない。平成20年度以降、相談件数は全体的に増加しているが、特にひきこもり本人における相談件数の伸びが大きい。

平成20年度から平成21年度にかけて、平成23年度から平成24年度にかけて相談人数・相談件数の伸びが大きい。これは、平成20年度にひきこもりEメール相談のリーフレットを中学校、高校、大学、専門学校、図書館、コミュニティセンター等に設置、平成23年度にひきこもりパンフレットを図書館やコンビニ等に設置したことが反映されていると考えられる。リーフレットやパンフレットの配布が新たな利用者への周知につながっていると推測される。

なお、この間の実相談人数は190人であり、1回で終了した人は102人、2回以上継続相談した人は88人、継続率は46%であった。本人については、実相談人数92人（男性57人、女性35人）であり、1回で終了した人は45人、2回以上継続相談した人は47人（男性27人、女性20人）、継続率は51%であった。ひきこもり本人にとって、メール相談は、相談ツールとして定着しやすいことが推測される。

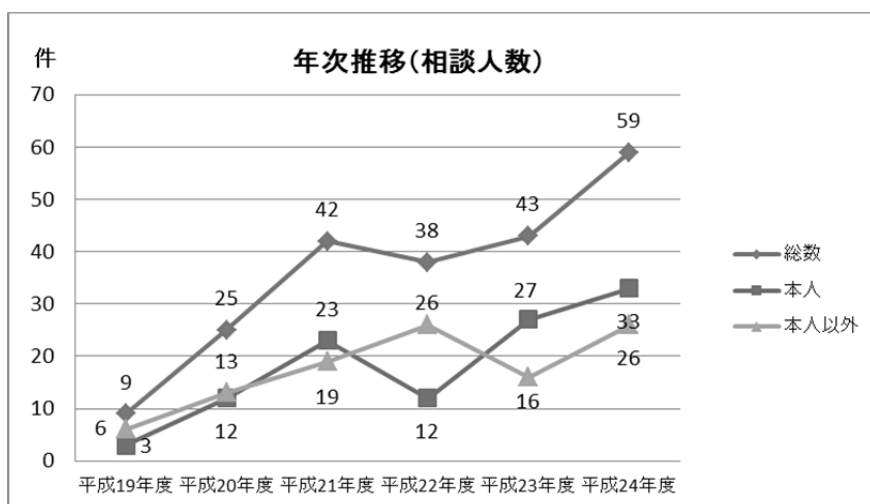


図6 ひきこもり相談 年次推移 (相談人数)

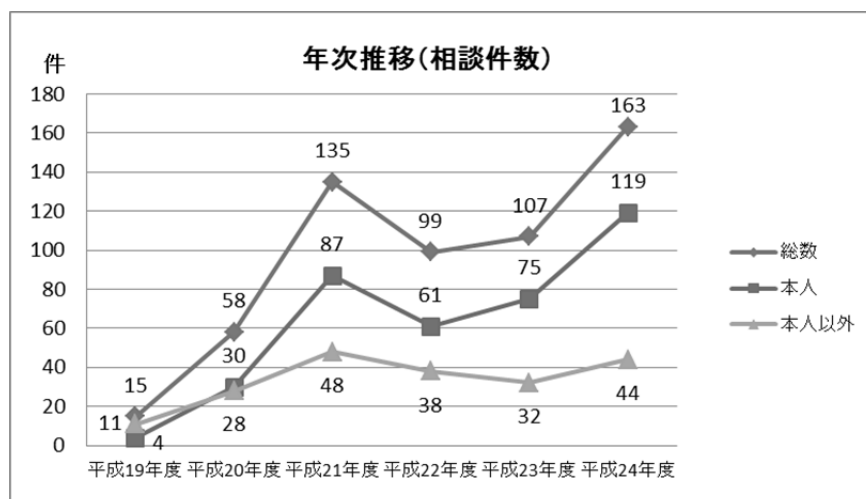


図7 ひきこもり相談 年次推移 (相談件数)

(2) 相談者年代内訳・性別・続柄

表6に相談者年代内訳を示す。相談者が本人の場合は、30歳代からの相談が44%で一番多く、ついで20歳代36%、10歳代、40歳代で10%となっている。一方、相談者が本人以外の場合、40歳代からの相談が30%で一番多く、ついで50歳代26%、30歳代18%となっている。

本人と本人以外の相談の比率の偏りについて検討するために、年代ごとにFisherの直接検定を行った(表6)。10歳代から30歳代では、本人からの相談が有意に多く、40歳代以上では本人以外からの相談が有意に多かった。ひきこもり相談の場合、本人が問題意識を持って相談してくるのは30歳代までが多く、40歳代以上になると少なくなるという特徴が示された。

表6 ひきこもり相談 相談者 年代×続柄

年代	本人以外 (件)	割合	本人(件)	割合	** $p<.01$
10代	2	1%	36	10%	**
20代	26	13%	137	36%	**
30代	37	18%	165	44%	**
40代	60	30%	38	10%	**
50代	53	26%	0	0%	**
60代	23	11%	0	0%	**
計	201	100%	376	100%	

相談者の性別としては、男性 48%、女性 52%であり、全体では男女比がおおよそ 1 対 1 である。男性本人からの相談が 36%で一番多く、ついで女性本人からの相談が 29%となっている（図 8）。ひきこもりの男性本人にとって利用しやすい相談窓口になっていることが推測される。

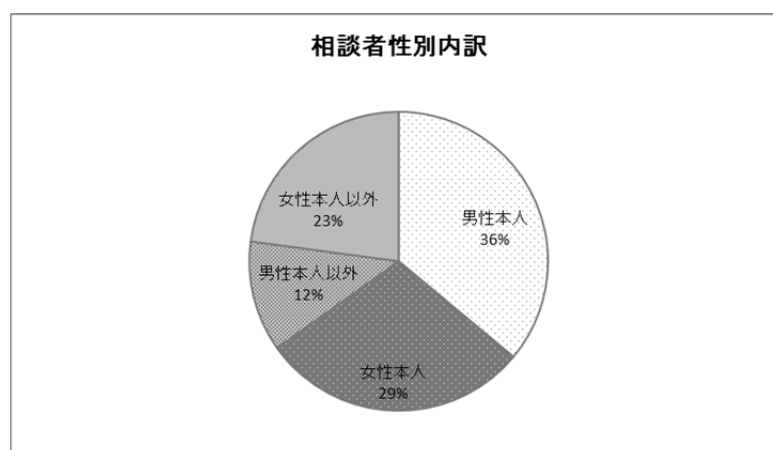


図 8 ひきこもり相談 相談者性別内訳

図 9 に相談者続柄を示す。本人からの相談が 65%が多いが、本人以外では、家族からの相談が 33%であり、それ以外からの相談は少ない。本人以外からの相談について、対象者の年代内訳としては、20 歳代の対象者についての相談が 53%で一番多い。ついで 30 歳代の対象者についての相談が 22%、10 歳代の対象者についての相談が 16%となっている（図 10）。本人以外からの相談においても、30 歳代までの対象者について相談されることが多い傾向にあることが示された。

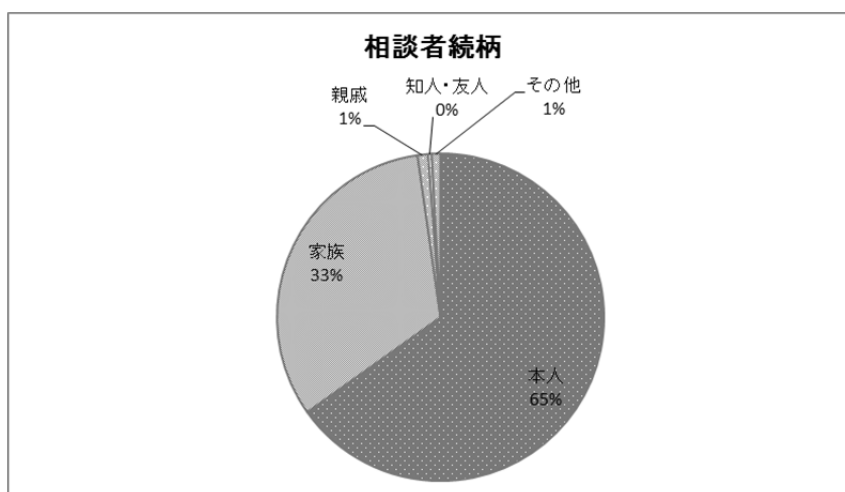


図 9 ひきこもり相談 相談者続柄内訳

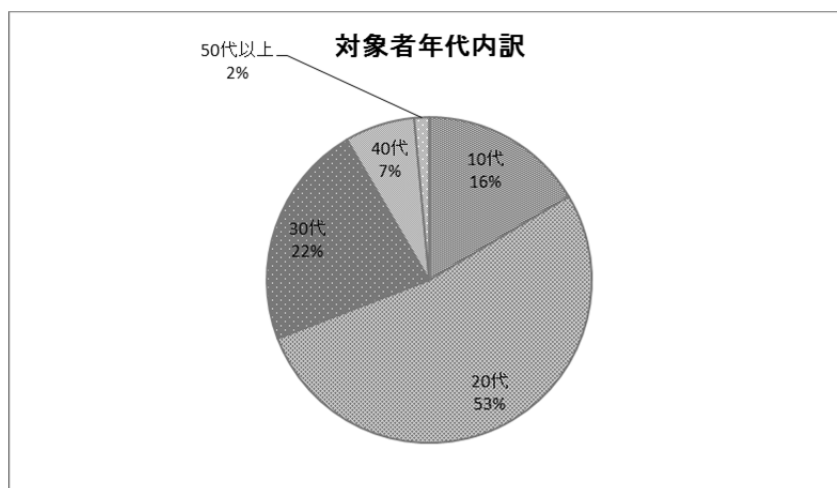


図 10 ひきこもり相談 対象者年代内訳

(3) 本人の曜日別・時間帯別相談件数

本人からの相談について、曜日別相談件数を図 11 に、時間帯別相談件数を図 12 に示す。曜日別の利用状況を見ると、月曜日、火曜日が 18%、20%で若干多く、週末にかけて少なくなる傾向がある。また、平日の相談が多く（81%）、土日の相談は少ない（19%）。利用時刻では、昼間（当センターの電話相談、面接相談受付時間の 9 時～16 時半）の利用者が 58%であり、夜間・早朝帯（18 時～9 時）の利用者より多い傾向にあることが示された。

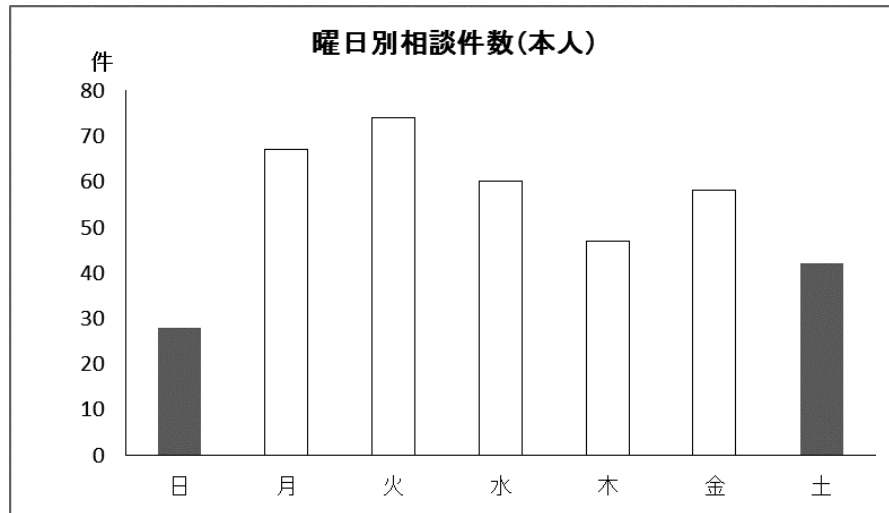


図 11 ひきこもり相談 曜日別相談件数 (本人)

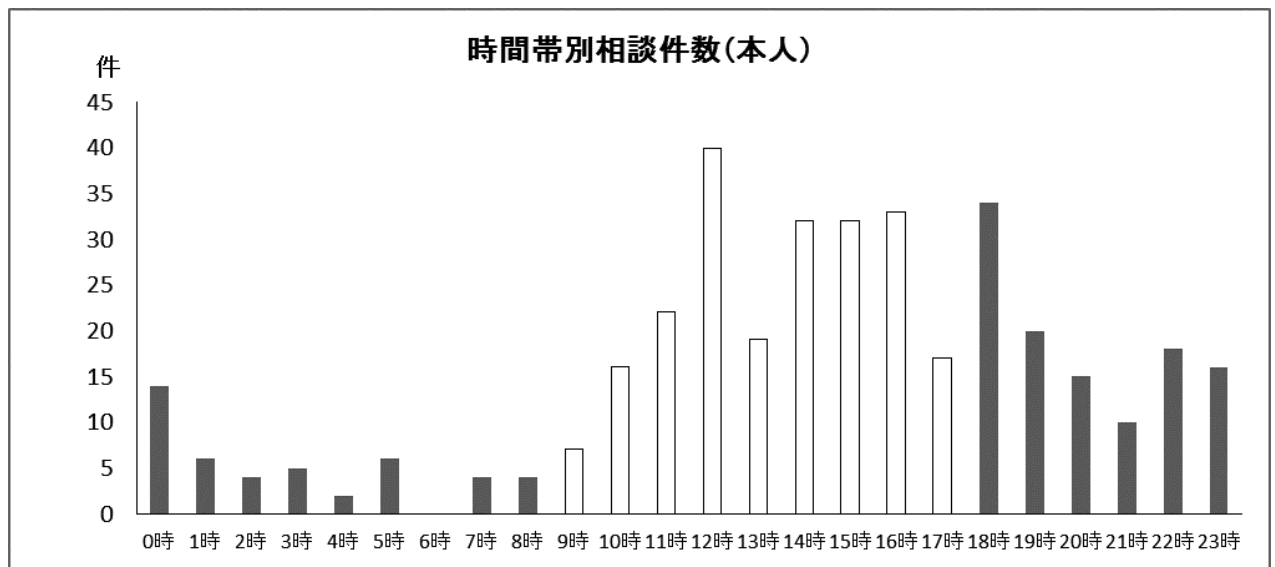


図 12 ひきこもり相談 時間帯別相談件数 (本人)

(4) 相談経路・満足度

ひきこもり相談について、アンケート機能追加後の平成 24 年 5 月 28 日から平成 25 年 3 月 31 日までに受け付けた相談を分析対象とし、表 7、表 8 に示した。

相談経路アンケートについて、インターネットから Eメール相談につながった割合が、本人以外からの相談 84%、本人からの相談 74%でともに一番大きい。本人について見てみると、ひきこもりパンフレットから利用につながっている人が 13%で 2 番目に多い。ひきこもりパンフレットを配布した平成 23 年度から平成 24 年度にかけて本人の相談件数が増加していることから、本人の目に留まるところにひきこもり Eメール相談の案内を出すことが、ひきこもり本人を相談につなげる上で有効であることが推測される。

表7 ひきこもり相談 相談経路

相談経路	件()内%			
	本人以外 (人)	割合	本人(人)	割合
インターネット	16	84%	17	74%
ひきこもりパンフレット	1	5%	3	13%
ひきこもりEメール相談リーフレット	1	5%	0	0%
あいちこころほっとライン365	1	5%	0	0%
医療機関	0	0%	1	4%
家族・親戚	0	0%	1	4%
本	0	0%	1	4%
無回答	0	0%	0	0%
計	19	100%	23	100%

集計期間:平成24年5月28日～平成25年3月31日(新規相談のみ)

満足度について、本人以外からの相談を見ると、ポジティブな評価（良かった、やや良かった合わせて 73%）が、ネガティブな評価（あまり良くなかった、良くなかった合わせて 0%）を上回る結果であった。本人以外については満足度が高い相談になっていることが示された。一方、本人からの相談でも、ポジティブな評価（良かった、やや良かった合わせて 36%）がネガティブな評価（あまり良くなかった、良くなかった合わせて 5%）を上回った。ただ、本人については、6割が無回答であり、満足度アンケートだけでは本人からの評価を十分に測定することができないと思われる。

表8 ひきこもり相談 満足度

満足度	件()内%		
	本人以外	本人	全体
良かった	20(56%)	24(22%)	44(30%)
やや良かった	6(17%)	16(14%)	22(15%)
あまり良くなかった	0(0%)	1(1%)	1(1%)
良くなかった	0(0%)	4(4%)	4(3%)
無回答	10(28%)	66(60%)	76(52%)
計	36(100%)	111(100%)	147(100%)

集計期間:平成24年5月28日～平成25年3月31日

5 考察

(1) メンタルヘルス相談の特徴

当センターのメンタルヘルス相談について、次の4つの特徴が明らかになった。

- ・インターネットに親和性の高い20歳代～40歳代の利用者が多い。
- ・女性本人からの相談が多い。本人以外では、家族からの相談が多い。
- ・年代の特徴として、若年層では女性からの相談が多く、中高年層では男性からの相談が多い。
- ・電話相談（あいちこころほっとライン365）と比較すると、精神的な病気・障害や行動上の問

題など精神保健福祉に関する具体的な問題について、情報や解決のための助言を求めるような相談が多い。

(2) メンタルヘルス相談の意義と課題

約半数が満足度アンケート無回答であり、満足度アンケートの結果だけで、メンタルヘルス相談の評価を行うことはできないが、約4割が「良かった」「やや良かった」という評価であり、これらの利用者にとっては役に立つ相談であったことが窺われる。

メンタルヘルス相談に寄せられる相談には、「病気・障害に関する不安・疑問」「社会復帰について」「うつ」「薬物依存」「アルコール依存」「ギャンブル依存」「食行動の異常」というような内容が多く、適切な医療機関や相談機関につながる必要があると考えられる場合も多い。そのような相談に対して、当センターでは、文面の情報に加えて、行間を読みながら、相談者がどんな状況、思いで相談されたのかを汲み取って共感を伝えた上で、書かれている情報の中で伝えられる範囲で、対応方法のヒントを伝えたり、情報源へのアクセス方法を紹介したりしている。Eメール相談は、相談者の思いを受け止め、問題を解決するためのきっかけを与えたり、問題解決に向けての行動化を後押ししたりするという役割を果たすことができているのではないかと思われる。特に対面場面への緊張が高い人にとっては、アプローチしやすい相談窓口であり、低いハードルで相談に導入することができるという意義があると思われる。

一方、電話や面接のように相手とやり取りしながら相手の情報を増やしたり、理解を深めたりすることはできないため、個別のニーズに合わせて対応することは難しい。回答においては、次の機関を紹介するようにしているが、回答を受けて相談者が紹介先につながる事ができたかどうかということは把握されていない。こちらの回答（対応）に対する相談者のその後の反応が分からないという意味では、メンタルヘルス相談の効果が曖昧になってしまっているように思われる。特に、希死念慮の高い本人からの相談については課題が大きい。そのような相談に対しては、当センターの電話相談や面接相談の利用を勧めているが、ほとんど相談者から反応がなく、中には回答が読まれていない場合もある。危機介入ができないというメール相談の限界を十分に理解したうえで、予防的な観点からメール相談の意義を確立していくことが今後の課題であると思われる。

(3) ひきこもり相談の特徴

当センターのひきこもり相談について、次の4つの特徴が明らかになった。

- ・ひきこもり男性本人からの相談が多い。
- ・20歳代、30歳代のひきこもり本人からの相談が多い。
- ・本人以外では、家族から20歳代、30歳代のひきこもりについての相談が多い。
- ・ひきこもり本人の約半数が継続相談をしており、継続相談者も年々増加している。

(4) ひきこもり相談の意義と課題

ひきこもり本人からの相談が多いということが明らかになったことから、ひきこもり本人におけるEメール相談の意義と課題について考察することとした。

面接相談や電話相談におけるひきこもり関連の相談では、家族からの相談が多く、本人に出会えないことも多いが、Eメール相談では、本人からの相談が半数を超えており、本人がアクセスしやすい相談ツールになっていると考えられる。また、本人の満足度アンケートと継続相談との関係について見てみると、ポジティブな評価をしている人は4割弱だが、満足度の結果に関わらず、約半数が継続相談となっている。継続相談後のアンケートを取り出してみると、「良くなかった」評価をした後も相談が継続されており、本人にとって定着しやすい相談ツールになっていることも窺われた。対人関係が苦手なひきこもりの方にとっては、電話をかけたり、相談機関に出向いたりすることはハードルが高いが、相談内容からは何とかしたい、誰かに相談したいと思っている方が少なくないことが窺われる。ひきこもり本人にとって、どこからでも相談を続けられるという意義は大きいと思われる。また、当センターのひきこもりEメール相談では、ユーザー登録時に、IDとパスワードが発行され、各自のIDとパスワードでEメール相談システムにアクセスしたうえで、ようやく相談することができる。セキュリティの保持に力を注ぎ、十分守られた相談環境を保障することで、ひきこもり本人が安心して使える相談ツールになっていると思われる。さらに、回答作成にあたっては、①相談者の思いや気持ちを丁寧に受け止め、可能な限り寄り添えるように受容、共感、②具体的な情報の提供を急がない、③相談者と一緒に悩み、考え、模索していく、④コントロールしない、という点に留意して作成されている。このような支持的な対応によって、非対面であっても相談者をエンパワーメントすることができるという意義もあると思われる。

また、支援者にとってもEメール相談を通して、ひきこもり本人の思いや日常生活を知ることができるという意義があると言えそうである。ひきこもり相談のデータからは、ひきこもり本人が平日の昼間時間に相談してきていることが多いことが示された。これまでひきこもりは昼夜逆転していると言われることも多かったが、日中もどうしたらいいかと悩んで相談してきている様子が窺われた。また、本人がパンフレットやリーフレットから相談につながっていることから、本人が現状に問題を感じていて、少しでもきっかけがあれば相談につながる可能性があるが見いだされた。今後、本人とのやりとりを積み上げていく中で、個々のケースについて詳細に経過を見ていくことで、ひきこもり本人について理解を深め、ひきこもり本人支援の充実に役立てることが課題になると思われる。

薬物関連問題相談事業の取り組みと今後の課題について

企画支援課 平末健二 清水美和 富田よし子 藤井昌代 大橋伴子

はじめに

薬物関連の問題については、依然として覚せい剤の乱用が大きな問題となっているが、近年は覚せい剤だけではなく脱法ドラッグや処方薬依存等の新たな薬物問題が増加傾向となり、大きな社会問題となっている。また、薬物乱用が若年層に広がっている状況もあり、薬物問題はとて身近な問題として変化してきたといえる。

このような薬物を取り巻く状況の変化により、薬物関連問題で悩む本人も家族も増加していくことが懸念されている。

厚生労働省においても、第四次薬物乱用防止五か年戦略で打ち出している5つの目標の中に「薬物乱用者に対する治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の徹底」を掲げており、当事者支援、家族支援の充実がより一層重要となってくるといえる。

薬物関連問題の支援における全国の精神保健福祉センターの役割としては、昭和60年に厚生省が定めた薬物乱用防止対策事業実施要綱を踏まえ、平成12年度から薬物関連問題相談事業を実施し、地域住民からの薬物関連問題の相談に応じるとともに、地域社会における啓発活動を推進している。

当精神保健福祉センターにおいても平成12年4月から薬物関連問題相談事業を開始し、13年経過した。

今後、より一層の本人支援や家族支援が必要となる現在、平成21年度から5年間の当センターでの薬物関連問題に関する各事業の取り組みと今後の課題を改めて考察をすることとした。

1 薬物関連相談事業

現在、薬物関連の相談については、一般の精神保健福祉相談の中で対応をしている。近年の薬物関連の相談件数と相談全体に占める割合について電話相談と来所相談でまとめた。

(1) 電話相談

ア 薬物関連電話相談件数の推移

電話相談における近年の薬物関連の相談件数と相談全体に占める割合については増加傾向であることがわかる。(表1)

表1 全電話相談件数における薬物問題に関する電話相談件数の割合

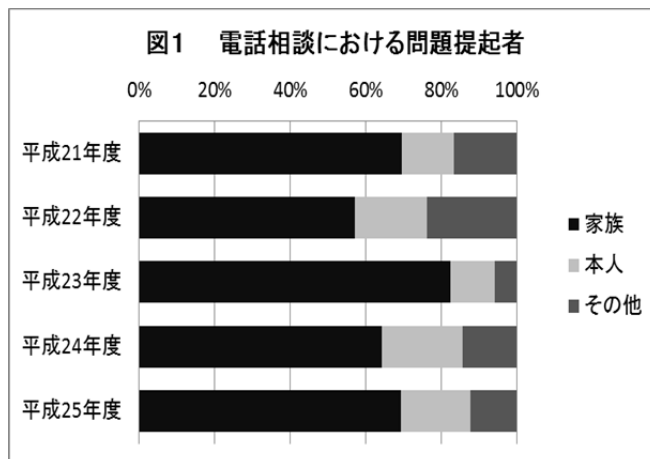
	薬物電話相談件数	全体電話相談件数	割合 (%)
平成21年度	36	944	3.8
平成22年度	21	969	2.2
平成23年度	34	900	3.8
平成24年度	56	1,040	5.4
平成25年度	65	911	7.1

イ 問題提起者

電話相談における問題提起者がだれであったかについては表2のとおりであった。各年度において家族が問題提起者となっている割合が多い状況である。しかし、特徴的な点として、本人が問題提起者としての電話相談が平成24年度より増加している。

表2 電話相談における問題提起者

	家族	本人	その他	合計
平成21年度	25	5	6	36
平成22年度	12	4	5	21
平成23年度	28	4	2	34
平成24年度	36	12	8	56
平成25年度	45	12	8	65

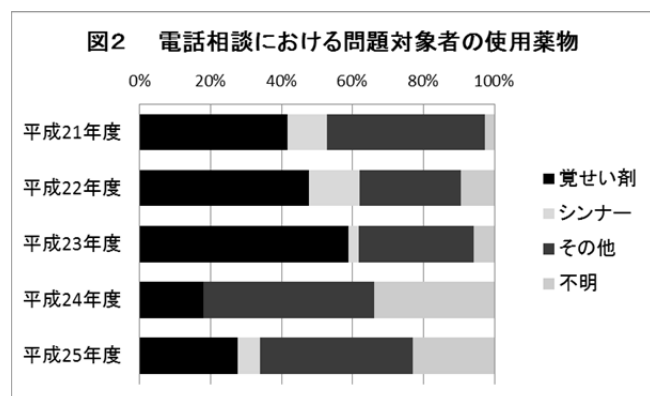


ウ 使用薬物

使用薬物については、覚せい剤の割合が多い状況である。その他の件数が増加傾向となってきているが、その他の内容としては、脱法ドラッグや処方薬などの薬物になる。また、不明の件数も増加しているが、不明は問題提起者が問題対象者の使用薬物が何かよくわからないなどの内容となる。(表3)

表3 電話相談における問題対象者の使用薬物

	覚せい剤	シンナー	その他	不明	合計
平成21年度	15	4	16	1	36
平成22年度	10	3	6	2	21
平成23年度	20	1	11	2	34
平成24年度	10	0	27	19	56
平成25年度	18	4	28	15	65



エ 処遇について

相談の結果については、病院や診療所及びその他の機関を紹介するような相談が多かった。また、電話相談による相談のみで終結するケースも多く、薬物問題が違法性と密接に関係していることが影響しているものと思われる。電話相談の場合、匿名性が高いため相談のしやすさがあるが、より具体的な相談をするための面接相談などにはつながらない傾向がある。(表4)

表4 電話相談における問題対象者の処遇

	病院・診療 所紹介	その他の機 関紹介	センター単 独で対応	センターと 紹介元機関 との並行	センターと その他の機 関との並行	相談のみで 終結	不明	合計
平成21年度	5	6	2	0	0	21	2	36
平成22年度	5	5	1	1	0	7	2	21
平成23年度	4	9	4	1	0	16	0	34
平成24年度	15	10	4	0	1	26	0	56
平成25年度	8	23	11	0	0	23	0	65

(2) 来所相談

ア 薬物関連来所相談件数の推移

来所相談の件数については表5のとおりであり、新規相談、継続相談ともに増加している。とくに平成25年度の新規相談においては、平成24年度の件数から3倍以上となっている。

表5 全来所相談件数における薬物問題に関する来所相談件数の割合

	新規相談			継続相談		
	薬物件数	全相談件数	割合 (%)	薬物件数	全相談件数	割合 (%)
平成21年度	2	36	5.6	35	385	9
平成22年度	4	68	5.9	28	451	6.2
平成23年度	2	68	2.9	20	678	2.9
平成24年度	6	79	7.6	43	802	5.4
平成25年度	19	89	21.3	52	833	6.2

イ 新規来所者の特徴

平成21年度から平成25年度までの間で来所相談のあった新規相談者について、どのような特徴があるかをまとめてみた。

(7) 相談者と問題対象者との続柄 (表6)

相談者は問題対象者からみて、母親がもっとも多い。また、近年は問題対象者である本人が相談を希望することと、以前と比べて様々な続柄の人が相談に来ていることが特徴といえる。

表6 来所相談者と問題対象者との続柄

	母	父	妻	妹	本人	内縁の夫	不明	合計
平成21年度	1	0	1	0	0	0	0	2
平成22年度	1	2	0	0	1	0	0	4
平成23年度	1	0	0	0	0	0	1	2
平成24年度	2	1	0	0	1	1	1	6
平成25年度	8	1	5	2	3	0	0	19

※新規来所者とは新規予約者と予約外来所者の数。平成21年度については、予約外来所者の数は入っていない。

(イ) 相談者の年齢 (表7)

相談者の年齢については、各年代の人が来所している。

表7 来所相談者の年齢

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	不明	合計
平成21年度	0	0	1	0	1	0	0	0	2
平成22年度	0	0	0	1	0	0	1	2	4
平成23年度	0	0	0	0	2	0	0	0	2
平成24年度	1	0	0	0	3	0	0	2	6
平成25年度	0	3	3	2	5	2	0	4	19

(ロ) 問題対象者の年齢 (表8)

問題対象者の年齢は、20歳代が最も多く、ついで30歳代が多い状況であった。

比較的若い世代が問題の対象となっていた。

表8 来所相談における問題対象者の年齢

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	不明	合計
平成21年度	0	1	0	0	0	1	2
平成22年度	0	1	2	1	0	0	4
平成23年度	0	1	1	0	0	0	2
平成24年度	1	2	1	1	0	1	6
平成25年度	0	7	5	2	2	3	19

(e) 問題対象者の性別（表 9）

問題対象者の性別については、平成 21 年度から平成 25 年度までの間では、平成 24 年度を除き男性が多かった。

表 9 来所相談における問題対象者の性別

	男性	女性	合計
平成21年度	2	0	2
平成22年度	3	1	4
平成23年度	1	1	2
平成24年度	2	4	6
平成25年度	15	4	19

ウ 今後の課題

電話相談・来所相談ともに、平成 24 年度より増加傾向となっている。その他の薬物の増加から脱法ドラッグや処方薬など新しい薬物が問題となり、相談が増加していると思われる。

また、当センターで薬物関連の相談を実施していることが関係機関にも認知されてきたことが影響していると思われる。

現在、薬物関連の相談は一般相談（予約制）の中で受けているため、予約が多く入っている場合は、来所相談までに 1 か月以上待つてもらう状況もある。しかし、薬物問題で困っている本人からの相談の場合、速やかな相談対応ができないと薬物の再使用という結果に至る場合もあり、本人からの薬物相談に限っては、速やかに対応できる体制を整えることを検討し改善してきた。今後も相談の実施方法などで修正が必要な場合は検討をしていきたい。

また、薬物関連問題が違法性と密接な関係があることから、他の相談と比べて相談そのものがしづらく、来所相談につながりにくい特性がある。

そのような特性を踏まえながらも、いかに薬物関連問題で悩む家族、本人を相談に結びつけるかが今後の課題といえる。

2 薬物問題に関する家族教室

(1) 目的と経緯

薬物関連問題相談事業の一環として平成 12 年度から実施している。

薬物問題をもつ人の家族が、薬物依存症等に関する正しい知識や適切な対応を学び、同じ悩みを持つ他の家族との交流をとおして孤立感や不安が軽減され、力づけられることを目的としている。

(2) 周知方法

当センターでの継続相談中の家族に担当者から勧めるとともに、家族会や N A などの自助グループや県下保健所、薬物等アディクションの専門クリニック等医療機関、保護観察所など薬物関連問

題関係機関に周知し、該当する家族への呼びかけを依頼した。平成 25 年度においては、「薬物依存症に関する普及啓発講演会」でも参加者に広く教室の周知を行った。

また、新聞社等マスメディアの協力を得て、新聞に開催案内の掲載を依頼し、当センターのホームページにも開催案内を載せることで広く周知をした。

(3) 実施状況

近年は以下の形式で実施をしてきた。

- ア 時間 午後 1 時 30 分から午後 3 時 30 分
- イ 場所 愛知県精神保健福祉センター 研修室等
- ウ 実施回数 年間 4～5 回
- エ 従事スタッフ 職員 2 名
- オ 内容

教室の構成として、前半に講義などのプログラムを行い、後半に交流会として講師を交えて参加者同士の分かち合いを行う形となっている。

(ア) 講義（午後 1 時 30 分から午後 2 時 30 分）

講義内容としては、今までの開催内容や他の精神保健福祉センターでの開催内容を参考に構成を決めてきたが、講義内容は近年大きな変更はなく実施している。

題目などの変更はあるものの、①「薬物依存症に関する知識を得ること」②「薬物依存症の本人への対応」③「回復をしてきた家族の話」④「回復をしてきた本人の話」の 4 本の柱を中心に講義内容の組み立てを行っている。

(イ) 交流会（午後 2 時 30 分から午後 3 時 30 分）

進行については、基本的には職員が実施をしている（西山クリニックで講師をお願いしている時のみ講師が進行）。参加者が安心して話ができるように、レジュメに「家族教室での約束事」を記載し、話し合いの開始時に職員が説明をしている。

参考

～家族教室での約束事～

家族教室への参加ありがとうございます。

参加してくださったご家族の皆さんが安心して、お話ができるよう以下の約束事を一緒に共有していきましょう。

- ・ここで話されたことは、ここだけの話しにする。
- ・話したくないときは、「パス」する。
- ・体験の押し付けはしない。
- ・よい点を探し、前向きに考える。
- ・全員が話せるよう、ポイントをまとめていう。

カ 教室開催における工夫

初めて教室に参加を希望された家族の方は参加自体にかなりの緊張を感じているものと推測

できることから、緊張を和らげ、安心して参加してもらうための工夫が必要と考えられた。

そのため、以下の工夫を行うこととした。

- ・教室の受付時、休憩時間、教室終了後にリラックスできるBGMを流す。
- ・菓子、ハーブティー、コーヒーなどを用意しておく。

(4) 参加者数の推移

平成22年度以降の教室の各回の参加延べ人数は20名程度で、合計延べ人数は概ね80名強となっている。なお、平成24年度については、新規家族に限定して開催したため人数が少なくなっているものである。(表10)

表10 家族教室の参加者数の推移

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	合計
平成21年度	13	16	20	16		65
平成22年度	18	24	29	16		87
平成23年度	22	22	25	20		89
平成24年度	9	12	17	7		45
平成25年度	※1	23	20	22	23	88

※1 平成25年度の第1回目は普及啓発講演会と同時開催としたため、家族の参加人数は不明

(5) 平成25年度の実施内容

平成25年度の実施については、表11の内容で実施をした。

表11 平成25年度家族教室実施内容

回	日にち	内容	講師
1	10月12日	・講演「薬物依存とは～その理解と援助～」 ・経験者本人からの体験談 ・経験者家族からの体験談 ※薬物依存症に関する普及啓発懇談会と合同開催	・国立精神・神経医療研究センター 精神科医 松本俊彦氏 ・名古屋ダルク メンバー ・愛知家族会 メンバー
2	10月24日	・講演「本人には何が起きているのでしょうか？ ～家族が知っておきたいこと～」	愛知県精神保健福祉センター 保健管理監 藤城 聡
3	11月7日	・講演「家族のできることは何でしょう？ ～家族の対応のポイント～」	西山クリニック ソーシャルワーカー 奥村 恵一 氏
4	11月21日	・講演「家族の回復のために ～家族の体験談を聞いてみよう～」	愛知家族会 メンバー
5	11月28日	・講演「本人の回復のために ～回復者の体験談を聞いてみよう～」	名古屋ダルクデイケアセンター メンバー

(6) 平成25年度家族教室参加者へのアンケート結果について

平成 25 年度の家族教室を実施するにあたり、家族教室参加家族がどのような不安や問題を抱えているかを把握し今後の事業に反映させるため、初回参加時に無記名の用紙記入方式でアンケート調査を実施した。実 32 名から回答をえることができた。

ア 使用薬物の状況

家族教室参加者で問題対象者の使用薬物の状況は表 12 のとおりであった。(使用薬物については複数回答可) 覚せい剤が最も多かったが、2 番目に脱法ドラッグも多い状況であった。

表12 使用薬物の状況

覚せい剤	麻薬	大麻	シンナー	脱法ドラッグ	処方薬	その他	無記入	合計
20	1	3	6	9	2	0	2	43

使用している薬物の種類については1種類のみの方は 25 人、2種類以上使用した人は7人であった。(表 13)

また、1種類のみ使用している人でもっとも多い薬物は覚せい剤であった。(表 14) 2種類以上薬物使用については、2種類が2人、3種類が2人、4種類が1人であり、覚せい剤と脱法ドラッグが使用されている割合は高かった。(表 15)

表13 薬物の重複使用の状況

1種類	2種類以上	無記入	合計
23	7	2	32

表14 1種類のみ使用している人の薬物の種類

覚せい剤	シンナー	脱法ドラッグ	合計
15	5	3	23

表15 複数の使用がある人の薬物の種類

	2種類の薬物			3種類の薬物	4種類の薬物	合計
複数使用している薬物の種類	・大麻 ・脱法ドラッグ	・覚せい剤 ・脱法ドラッグ	・覚せい剤 ・シンナー	・覚せい剤 ・脱法ドラッグ ・処方薬	・覚せい剤 ・麻薬 ・大麻 ・脱法ドラッグ	
人数	2	1	1	2	1	7

イ 家族として困っていることや不安に感じていること

家族教室の参加者が困っていることや不安に感じていることについては、「薬物を使用していないかが心配」「本人の健康面が心配」がもっとも多く、他に「本人に対してどのように接すればいいのかわからない」「本人の仕事のこと」「近所、親類に知られること」が多かった。

逆に「相談相手・相談場所がない」「本人の借金問題」「家族の辛さが話せる場所がない」「薬物依存症が何かわからない」「本人からの暴力の対応」については、少なかった。(表 16)

当センターの家族教室の参加者は新規で参加される方もいれば、何回か教室を経験されている

方もいる状況ではあるが、教室開催に際して、NAや家族会などの自助グループにも参加を呼び掛けているため、教室経験のある参加者が多い可能性が考えられ、このような結果になったと考えられる。

表16 家族として困っていることや不安に感じていること

質 問 項 目	はい	いいえ	無回答	合計
薬物を使用しないかが心配	25	7	0	32
本人に対してどのように接すればいいのかわからない	20	11	1	32
本人の健康面が心配	25	7	0	32
相談相手・相談場所がない	6	26	0	32
本人の借金問題	7	24	1	32
家族の辛さが話せる場所がない	7	24	1	32
本人の仕事のこと	21	10	1	32
近所、親類に知られること	20	12	0	32
薬物依存症が何かわからない	6	26	0	32
本人からの暴力の対応	6	25	1	32

(7) 今後の課題

今まで、家族教室の開催の周知については、関係機関への通知や新聞社へ掲載を依頼してきたが、参加人数の増加には至っていない状況がある。特に新規の参加家族が少ない現状である。

なかなか参加人数が増加しない原因としては、薬物自体が犯罪など反社会的なものという認識が一般的であり、悩んでいる家族も参加に躊躇しやすい面があるのではないかと考えられる。

今後も周知については工夫をしていく必要はあるが、すぐさま、家族教室の参加につながるものがなくても、継続的に実施していくことでいつかはつながる可能性もでてくるため、人数の増加だけでなく、継続的に実施をしていくことにも意味があると考えられる。

また、現状では実施回数については、年間で4～5回1クールの実施となっているため、開催している時期も短期間となってしまい、開催の時期から外れてしまうと次の開催までの期間が長いことが課題といえる。

3 薬物問題を考える家族のつどい

(1) 目的と経緯

薬物問題に関わる家族同士で、不安や悩みを語りあい、グループワークを実施することにより、本人への対応や家族が自分自身のあり方を考え見出していくことを支援することを目的として、平成13年度よりおおむね月1回開催をしている。

(2) 実施状況

ア 日時

原則として毎月第1水曜日（家族教室開催月など実施しない月もあり）

午後2時から午後3時30分まで

イ 場所

愛知県精神保健福祉センター

ウ 対象者

当初は家族教室終了者に対する継続的に参加できる場として想定されていたが、現在は薬物問題のある人の家族で、当センターにおいて継続的に個別相談を受けている人が対象となっている。

エ 方法

グループの方式はオープンとし、年度の途中からでも参加は可能としている。

オ 従事スタッフ

2名で行っており、ファシリテーターとコ・ファシリテーター兼記録係という役割分担になる。

カ 参加状況と近年の参加人数の推移

現在の実参加数は7家族8名であり、平成25年度は1回あたりの平均参加者数は6.2名となっている。また近年の参加人数の推移としては延べ人数として50名前後の参加となっている。

表17 家族のつどいの参加者数の推移

年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
参加延人数	51	60	52	53	56

(3) 今後の課題

平成22年度から参加家族は固定している状況がある。現在の参加家族は長期的に参加しているため、互いの状況がわかり、少人数だからこそゆっくりと話することができる環境もあり、孤立せず家族同士の関係性は深まっているといえる。

しかしながら、新規参加者がいないことで閉塞的になっているという課題がある。

背景については以下の6点の問題があげられる。

ア 当センターの家族のつどいは、個別面接が参加の前提条件となっており、電話相談のところでも特徴としてあげられているが違法薬物（または疑い）であることから面接相談を躊躇し、つながりにくいことが考えられる。当初家族教室終了後の受け皿の役割を想定していたが、現在は家族教室の参加者の多くが既に家族会等につながっている状況がある。

イ 個別面接前に既に家族会につながっているケースでは、改めてセンターの家族のつどいを紹介する必要性を感じない。

ウ 平日開催となっており、相談してきた家族が働いている場合、参加しづらさがある。

エ 面接等を実施していても、対象者の逮捕や受診をきっかけに当面の問題が整理されることで家族が継続面接を希望しなくなる。

オ 現在のつどいでは覚せい剤の問題で話し合っているため、脱法ハーブのような新しい薬物問題を抱える家族は違和感があり参加しづらいのではないかと考え、勧めにくい。

カ 参加家族が積極的に発言するグループであり、人前で話すことに慣れていない家族にとっては馴染まない面がある。

これらの問題を踏まえて、新規相談者の家族に対して他の家族と分かち合う時間を効果的に持つためには、グループへの導入のタイミングをみて丁寧に働きかけるなどの工夫が求められる。

また、参加家族も高齢化しつつあり、家族自身の体調面の心配や親亡き後の準備などの話題が増えつつある。当事者の将来について全く不安を感じていない家族はなく、どうしたらよいか試行錯誤しながら解決の方法を探している状況におかれていることから、家族の支援とともに当事者への支援という視点も今後はさらに必要とされる。

4 薬物関連問題関係機関連絡会議

(1) 目的と経緯

薬物乱用防止対策実施要領に基づき、平成12年度から薬物乱用による精神障害や薬物依存について、研修と関係機関の連絡会議を開催し、薬物問題への取組について相互の理解を深めるとともに連携上の課題等について検討し、ネットワークを作ることを目的として開催している。

(2) 参加周知機関

愛知県保健所 名古屋市保健所 中核市保健所 精神科病院 愛知県尾張福祉相談センター (中央児童・障害者相談センター) 名古屋市児童相談所 愛知県教育委員会 名古屋市教育委員会名古屋家庭裁判所 東海北陸厚生局麻薬取締部 名古屋保護観察所 愛知県警察本部刑事犯罪対策局薬物銃器対策課 愛知県健康福祉部医薬安全課 愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室 名古屋市健康福祉局環境薬務課 麻薬中毒者相談員 名古屋ダルク 三河ダルク ダルク家族相談室 愛知家族会 等

(3) 実施状況

年1回、名古屋市精神保健福祉センターと共催で開催している。近年の実施状況については、表18のとおりである。

表18 薬物関連問題関係機関連絡会議の実施状況

年度	開催日	参加者	内容
平成21年度	1月22日	41名	1 講演「スペインの薬物使用者・家族への介入プログラムプロジェクト・オンブレの実践と日本の課題」 講師：全国薬物依存症者家族連合会 小松崎未知氏 2 連絡会議 情報交換・各機関の取り組み
平成22年度	2月25日	35名	1 講演「家族（会）からのメッセージ」 講師：愛知家族会 林隆雄氏 講演「家族相談・支援について」 講師：ダルク家族相談室 繁原賢吉氏 2 連絡会議 情報交換・関係機関の取り組み・全体討議
平成23年度	2月9日	54名	1 講演「薬物依存の問題を持つ人々に対する援助について」 講師：京都府立大学公共政策学部 准教授 山野尚美氏 2 連絡会議 情報交換・意見交換など
平成24年度	2月4日	55名	1 講演「薬物依存症者とその家族の回復のための地域連携について考える」 講師：日本福祉大学社会福祉学部 准教授 山口みほ氏 2 連絡会議「各機関の連携状況について」 情報提供・意見交換など
平成25年度	2月10日	51名	1 講演 (1) 「刑の一部執行猶予制度について」 講師：中部地方更生保護委員会 保護観察官 本江正樹氏 (2) 家族支援について～茨城県の実践より～ 講師：全国薬物依存症者家族連合会 事務局長 小松崎未知氏 2 連絡会議「薬物関連問題に関する課題及び支援体制について」 意見交換・情報提供など

(4) 愛知県薬物関連支援機関リストの作成

薬物関連問題関係機関ではネットワークを構築していくことを目的としているが、関係機関の役割や取組を知ることが必要ということで、「愛知県薬物関連支援機関リスト」を作成した。

このリストについては、年1回情報について更新し、当センターのホームページ上でも掲載している。また、複製、配布についても可とし、薬物関連問題に悩む人の手に届くように配慮をしている。

(5) 平成25年度の参加者に実施したアンケートの結果について

無記名の用紙記入方式でアンケート調査を実施した。36名からの回答があり、以下の意見等が出された。

ア 講演の満足度について

「よかった」、「ややよかった」が多数であった。

講演の満足度

よかった	ややよかった	ふつう	あまりよくなかった	よくなかった	無回答	合計
19	11	4	0	0	2	36

イ 講演の感想

講演を聞くことにより参考になったという意見と実施の方法に関する意見が多かった。主だった。

意見は以下のとおりであった。

(7) 参考になったという意見について

- ・情報不足を痛感した。勉強の機会としてよかった。
- ・薬物相談があまりないため、どうしても後回しになってしまうが、今回出席し、実際に支援している方の話を聞いたことで、自分自身の動機づけとなった。
- ・刑の一部執行猶予については、とても分かりやすく説明してもらえてよかった。他の参加者の話も参考となった。
- ・刑の一部執行猶予については、これまで知らなかったので勉強となった。
- ・家族支援のポイントは大変参考となった。
- ・講演でネットワークがなされている事例が参考になった。

(4) 講演の実施についての意見

- ・テーマを絞った方が良い。
- ・時間が短く、ゆっくり聞くことができなかった。
- ・その都度、タイムリーな話題をお願いしたい。

ウ 連絡会議について

会議の開催により、関係機関との連携を意識する回答や、会議の実施方法に関する意見が多く出されていた。

(7) 連携に関する意見について

- ・関係機関について知る事ができ、今後の連携のきっかけとなった。
- ・医療機関の受け皿としてできることがあれば協力していきたい。
- ・家族会と連携ができたらと思った。
- ・薬物に関する相談は少ないが、相談があった時には適切なところにつなげられるようにきちんと情報を把握しておきたい。

(4) 会議の実施方法について

- ・できるだけ多くの人に意見発表ができるように配慮をお願いしたい（時間配分の再考）。
- ・今後も継続的に開催をしてほしい。
- ・意見交換は各機関が困っていることについて、具体的に話せる時間がもっとあるとよかった。
- ・もう少し少人数で集まれる機会があるとよい（グループに分けるなど）。

・この会議を親会議として、小グループのワーキングの機会がつかれるとよい。

(6) 今後の課題

会議の実施にあたりより良い実施方法を検討するため、名古屋市精神保健福祉センターと何度も打ち合わせを重ねてきている。

この会議を実施することにより、関係機関の役割についてはお互いに理解が進んだ。しかし、年に1回の実施のため、連携の構築に結びつきにくい状況がある。

また、会議の組立てとして、研修と会議を実施しているため、時間的な余裕がない現状がある。

また、近年は刑の一部執行猶予制度など法律的な動きや、社会的な情勢なども変化が大きな状況もあり、関係機関から課題としてあがってくる議題も増加しているため、今後どのような形で開催するか検討が必要である。

5 薬物依存症に関する普及啓発講演会

(1) 目的と経緯

脱法ドラッグ、処方薬依存、若年層の薬物使用など薬物問題が身近な問題となってきた状況と、当センターでも薬物関連の件数が増加していることから、県民や関係職員への薬物依存症に関する知識の普及が必要な時期と考え、県民を対象に普及啓発講演会を実施することにより、薬物問題を抱えている家族の参加を促すとともに、支援関係者の知識向上を目指すことを目的に平成25年度に開催した。

(2) 実施状況

ア 日時 平成25年10月12日(土)午後2時から午後4時まで

イ 場所 ウィルあいち 大会議室

ウ 内容 テーマ：薬物依存って何？～正しい知識と回復への道～

(ア) 講演「薬物依存とは～その理解と援助～」

講師 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 松本 俊彦 氏

(イ) 体験談発表 経験者本人からの体験談

発表者 名古屋ダルク

(ロ) 体験談発表 経験者家族からの体験談

発表者 NPO 法人 愛知家族会

エ 対象者

(ア) 一般県民

(イ) 薬物問題に関する機関（県内小中高校、大学などの教育機関、司法機関等）

オ 周知方法

普及啓発講演会用のポスターとチラシを作成し、家族会やNAなどの自助グループや県下保健所、薬物等アディクションの専門クリニック等医療機関、司法関係機関、教育関係機関など薬物

関連問題関係機関に周知した。

また、新聞関係の各社へ講演会開催に関する記事の掲載依頼や、当センターのホームページに開催案内の掲載、県立図書館、名古屋市内各区図書館などにポスターの掲示をお願いするなどして、一般県民にも広く周知されるようにした。

カ 参加者数 197名

(3) 講演会でのアンケートの結果について

普及啓発講演会を実施するにあたり、無記名の用紙記入方式でアンケート調査を実施した。

アンケートの特徴として講演会を受ける前の状態と講演会を受けた後の状態をそれぞれ聞くことにより普及啓発の効果を測る形とした。197名の参加者のうち、133名から回答を得ることができた。

【問1】あなたのお立場についてお答えください。

一般県民	当事者の家族	当事者	関係機関	無回答	合計
35(26.3%)	36(27.1%)	8(6.0%)	53(39.8%)	1(0.8%)	133(100%)

関係機関が53名(39.8%)と一番多く、ついで当事者家族が36名(27.1%)、一般県民が35名(26.3%)、当事者8名(6.0%)の順であった。

<講演会に参加する前についての質問>

【問2】薬物依存症という病気を知っていましたか。

知らなかった	聞いたことはあった	少しは知っていた	詳しく知っていた	合計
4(3%)	10(7.5%)	73(54.9%)	46(34.6%)	133(100%)

「聞いたことはあった」が10名(7.5%)、「少しは知っていた」が73名(54.9%)、「詳しく知っていた」が46名(34.6%)であった。

【問3】薬物依存症の相談窓口を知っていましたか。

知らなかった	知っていた	合計
31(23.3%)	102(76.7%)	133(100%)

「知っていた」が102名(76.7%)となったが、「知らなかった」と答えた人も31名(23.3%)と約4分の1の割合となった。

【問3-1】問3で「知っていた」と回答した方にお聞きします。相談窓口で知っていたものにすべてお答えください。

機関名	精神科 医療機関	精神保健福 祉センター	保健所	県医薬安全課	ダルク	ナラノン
回答数	62(46.6%)	72(54.1%)	70(52.6%)	14(10.5%)	85(63.9%)	38(28.6%)

機関名	NA	家族会	東海北陸厚生局	警察	その他
回答数	33(24.8%)	41(30.8%)	8(0.6%)	41(30.8%)	1(0.8%)

精神保健福祉センター、保健所、ダルクは50%を超えており、関係機関の中でも比較的周知度が高い

結果となった。逆に司法に関する機関とダルクを除く自助グループの周知度が低い結果となった。

<講演会に聞いた後についての質問>

【問4】今回の講演会に参加することによって、薬物依存症に関して理解できましたか。

よく理解 できた	やや理解 できた	あまり理解 できなかった	理解 できなかった	無回答	合計
88(66.2%)	38(28.6%)	2(1.5%)	0(0%)	5(3.8%)	133(100%)

「よく理解できた」が88名(66.2%)、「まあ理解できた」が38名(28.6%)となっており、全体では9割強の割合で薬物依存症への理解に結びついた。

【問5】講演をきいてみて、薬物依存症は回復可能な病気だと思いますか。

思う	思わない	よくわからない	無回答	合計
90(68%)	10(7%)	29(22%)	4(3%)	133(100%)

「思う」が90名(68%)となったが、「よくわからない」という回答も29名(22%)いた。

【問6】もし、あなたの家族や知人に薬物依存症の人がいたらどのように対応しますか。最大2つまで選んでください。(最大2つまで選択可能)

関わりを避ける	使用を止めるように注意をする	相談窓口 に相談する	専門の医療 機関に受診 を勧める	警察に自首 を勧める	警察に通報 する	わからない
4	11	110	93	4	2	6

「相談窓口で相談する」と「専門の医療機関に受診を勧める」が大半を占め、相談窓口や医療機関の機能について期待をしていることがうかがえた。

【問7】薬物依存症の回復で充実させる必要があると思うものは何ですか。(最大2つまで選択可能)

県民への知 識の普及	相談体制の 充実	回復施設(ダ ルクなど)の 充実	相談窓口の 充実	本人への支 援の充実	家族への支 援の充実	その他
32	63	63	27	52	36	8

「相談体制の充実」や「回復施設(ダルクなど)の充実」に関する回答が多かった。

【自由記載について】

講演を聞いて理解が進んだという意見や、薬物について考えるきっかけとなったことがうかがえる意見が多かった。普及啓発講演会の継続的な開催を要望する意見も出されていた。

<薬物依存症全般に関する意見について>

・とても分かりやすい講義で勉強になった。薬物依存のイメージがかわった。もっと広く知られて、社会がかわっていくことを願いたい。

・本人が薬物依存症について理解する事が必要であり、薬をやめるにあたり、相談する身近な場所が必要だと思った。

・中学校で生徒たちに指導する者として考えを新たにできた会だった。回復に向けて支援してみえる方々はすばらしいと感じた。私もできるだけ正確に生徒たちに伝えていきたい。

・悪い状態に対して良さを見つけて責めないということの重要性がよく分かった。これはアルコールや薬物依存にかかわらず、他のことにも言えると思う。人は周りから肯定されて心が自由になり伸びていけると思う。

日本人はともするとすぐにマイナスを言って励まして？いることが多いようだが、自分に対して肯定的受けとめ、自尊感情など否定されると萎縮していくものと思う。家族に対し、すぐ注意し、否定的口調になる自分をまさしく変えていきたいと思っている。

・松本先生のお話がとても良くわかり（理解しやすい例が多い）聞かせて頂いてとても良かった。

私は家族で、本人は今、困った状況にあるようだが（家出・手放し中）、具体的に上手に介入ができない。世間の風の冷たさを感じる中、講師の先生のように一生懸命にこの問題に関わって下さる専門家の方がみえるのがうれしく、もっと1人でも多く、この地方に先生のような方が増えて下さるとうれしい。

・最近では脱法ハーブを使用した直後に車を運転し、交通事故を起こしたとして逮捕される事件が増えている。警察は県と脱法ハーブ店に立ち入りしたり、国は脱法ハーブの中の指定薬物を増やし、規制を強めている。ただ、ゲートウェイドラッグと言われる脱法ドラッグ（ハーブ）を使用した人はその後どうしているのか。松本先生が指摘したとおり、愛知県内には専門病院が少ない。国内には、どんな薬物中毒者向けの回復プログラムがあるのだろうか。そんな気持ちから参加した。知らないことがたくさんあり、大変勉強になった。

・松本先生のご講演は何度か聞いていますが、いつも難しい話をわかりやすく話していただき、大変良く理解できた。

・知らなかったことがたくさんあった。「病気」なのだからいつか治ると思うこと。病気と折り合いながら生きていくということ。脅しではだめ。明るく—これは何でも同じ。自分ができること—今は薬物依存について知ること。

・家族の方のお話には胸がつかまりました。自分を変える、生き方を変える、そう思えるようになるため本当に辛かったと思う。

・薬物依存については、TV、新聞等である程度知っていたが、薬物を使う人の心理を学ぶことができ良かった。家庭環境、周りの状況次第で誰でも薬物依存になり得るものだった。本人だけが苦しんでいるのを助けられるように周囲が気づいてあげること。本人が相談しやすい環境が増えるとよいと思った。

・本人自身が相談に来るまで、支援者・家族がどこまで忍耐強く関わられるかが大切だと思いましたが、そこまでたどりつくことが難しいと思う。先の見えない不安が（これからどうなるか）私自身にもあるため、どうつながれるのかイメージできず、つながれていない。

- ・薬物依存について、安心して失敗できる場が必要という言葉が印象的だった。
- ・このような話をここだけにとどめず広めて欲しい。

<今後の支援に関する意見について>

- ・学校で子どもたちに薬物乱用について話をするために、自分の知識を増やしたいと思って来ましたが、参考にしたいと思う。実際に相談を受ける可能性もゼロではないと思うので、またこのような講演会の機会があったらぜひ参加したい。
- ・大変興味深い内容だった。愛知県ではまだ薬物依存者に対する支援の仕方、回復への施設が十分ではないと考えられるので、微力ながら少しでもこの現状をかえられるようにしていきたい。
- ・現在、精神科90床程ある総合病院に勤めていて精神科病棟（閉鎖病棟）の勤務を経て救急センターで救急患者の対応をしている。数的に多いか少ないか分からないが、薬物で混乱して救急車で来院する人、あばれる、暴力をふるう、リストカットなど自傷する人……。正直、どのように対応したら良いものかと思った。本日の話の中で、どのような対応をすればいいかの答えは見い出せないが、少しだけ考え方、思いの方向が変わっていけるかもと思った。

<薬物関連問題の支援体制に関する意見について>

- ・きっと身近に薬物のことで悩んでいる方々がみえると思う。Open に相談できる場を知らせて欲しいと思った。
- ・もっと行政レベルでの支援が必要と思われる。薬物だけでなく、他のアルコール依存との連携等何らかの必要がある。
- ・民間医療機関に勤めているが、実際に高い専門性がないと受け入れは難しい。まずは、公立の病院がもっと積極的に行なっていただけたらと思う。確かに脱法ハーブなどでのニーズは急激に高くなっている。医師中心の研修会等も行い、医局から変らないと難しいこともたくさんあるように思う。やりたい=やれるではなさそう。

<薬物依存症当事者からの意見について>

- ・現在63歳になる。薬物をやり40年になるが、ようやく止める決意がつくようになり、以前より回数も10分の1に減り、本当にこのままの状態では止める決心に決意を新たに目標を立てて、明日から頑張りたい。
- ・11年間、処方薬依存、摂食依存。9年間精神科病院に出たり入ったり。家、家族、仕事、金、時間、エネルギー、健康、物質……。くすりと過食と万引きを繰り返し……。すべてを失い……。今は、全く家族との縁もとぎれ、生保で毎日ダルクとNAに通ってプログラムしている。

<その他の意見について>

- ・今回の講演会は大変よかった。参加して大変よかったと思っている。

- ・具体的に教えてもらい楽しく聞くことができた。愛知県に薬物の施設・病院を作ってほしいと講師の先生がおっしゃられてとても嬉しく思った。
- ・薬物を断った後、どのようにすれば健常の精神状態に戻れるのか知りたかった。
- ・薬物依存は慢性疾患であるということは、糖尿病や痛風と同様完治はしないものなのか。何をもって薬物治療が完了して治ったと言えるのか分からない。
- ・本当に会場に来てよかった。

6 まとめ

当センターとしては、薬物関連問題に関する事業を展開しているところであるが、それぞれの事業のまとめでもふれたように、よりよい事業実施のためには課題がある。課題について、今後も検討をしていき、現在実施している1つ1つの事業について、今後さらなる充実を図っていきたい。

また、当センターでは、薬物関連の相談は家族相談が中心であったが、相談件数の報告で示したように本人からの相談が増加傾向にある。今までの本人への支援内容となると、医療機関につないだり、ダルク等自助グループにつないだりすることが主であったが、センターでも今後、当事者に対する回復支援の充実は非常に重要な課題である。

各地域の精神保健福祉センターにおいても、マトリックスモデルを参考に構成されたプログラムなどを用いて薬物依存症当事者の回復支援を実施しているところも少なくない状況があるため、当センターにおいても、依存症当事者の回復支援の方法について考えていくことが必要と思われる。

ただ、事業を実施していく上でセンター単独では効果をあげることは非常に困難である。家族支援においても、当事者支援を実施していく上で薬物関連問題に関係する機関や支援団体との連携は重要である。

地域で関係する機関が支援の取り組みを実施し、その機関同士が連携を組み、薬物問題に困っている人たちが支援の機関を選択できるようになることが今後望ましいと思われる。

<参考>

家族教室 実施前アンケート

今後の家族教室の実施の参考とさせていただきますので、回答に御協力ください。

Q1 ご本人の使用薬物についてお答えください。(該当のものに○をつけてください)

- ① 覚せい剤 ②麻薬 ③大麻 ④シンナー ⑤脱法ハーブ ⑥処方薬(睡眠薬等)
⑥その他() ⑦不明

Q2 薬物のことに関して、現在ご家族がお困りになっていたり、不安に感じていたりすることは何ですか。
はい いいえ のどちらかに○をつけてお答えください。

- | | | |
|-------------------------|----|-----|
| ①薬物を使用しないかが心配 | はい | いいえ |
| ②本人に対してどのように接していいかわからない | はい | いいえ |
| ③本人の健康面が心配 | はい | いいえ |
| ④相談相手・相談場所がない | はい | いいえ |
| ⑤本人の借金問題 | はい | いいえ |
| ⑥家族の辛さが話せる場所がない | はい | いいえ |
| ⑦本人の仕事のこと | はい | いいえ |
| ⑧近所、親類に知られること | はい | いいえ |
| ⑨薬物依存症が何かわからない | はい | いいえ |
| ⑩本人からの暴力の対応 | はい | いいえ |

⑪その他、お困りになっていること、不安なことなどありましたら、ご記入ください。

I はじめに

平成 22 年 4 月から平成 23 年 9 月までに県内 15 保健所から集積した自殺関連事例 113 事例の分析結果から自殺ハイリスク者の予防対策について検討をした。

保健所が把握した事例のため偏りがあるが、受診やサービスにつながっているにも拘わらず、「精神疾患」が自殺の要因として最もハイリスクということが明らかになった。

そこで、平成 24 年度自殺ハイリスク者対応検討事業検討会議において、自殺ハイリスク者に出会った時には、地域で関係機関が連携し適切な対応が必要と考え、自殺のリスク度をアセスメントし、つなぎ先が簡易にわかる問題チェックシートやレーダーチャートを作成した。

平成 24 年 8 月に見直された国の自殺総合対策大綱において、自殺未遂者が再び企図する可能性は、自殺未遂者以外の者に比べて著しく高いことが分かっており、「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐこと」の推進が重点施策とされた。そこで、今年度は、平成 24 年度に作成した問題チェックシートやレーダーチャートの活用状況と改善意見を調査し、改訂版の作成と、自殺未遂事例を地域の関係機関でどのように支援するかのモデル対応を考えることから、自殺未遂者の支援のための地域連携体制の構築における課題と具体的な解決方法について検討した。

平成 24 年度自殺ハイリスク者対応検討事業検討会議のポイント

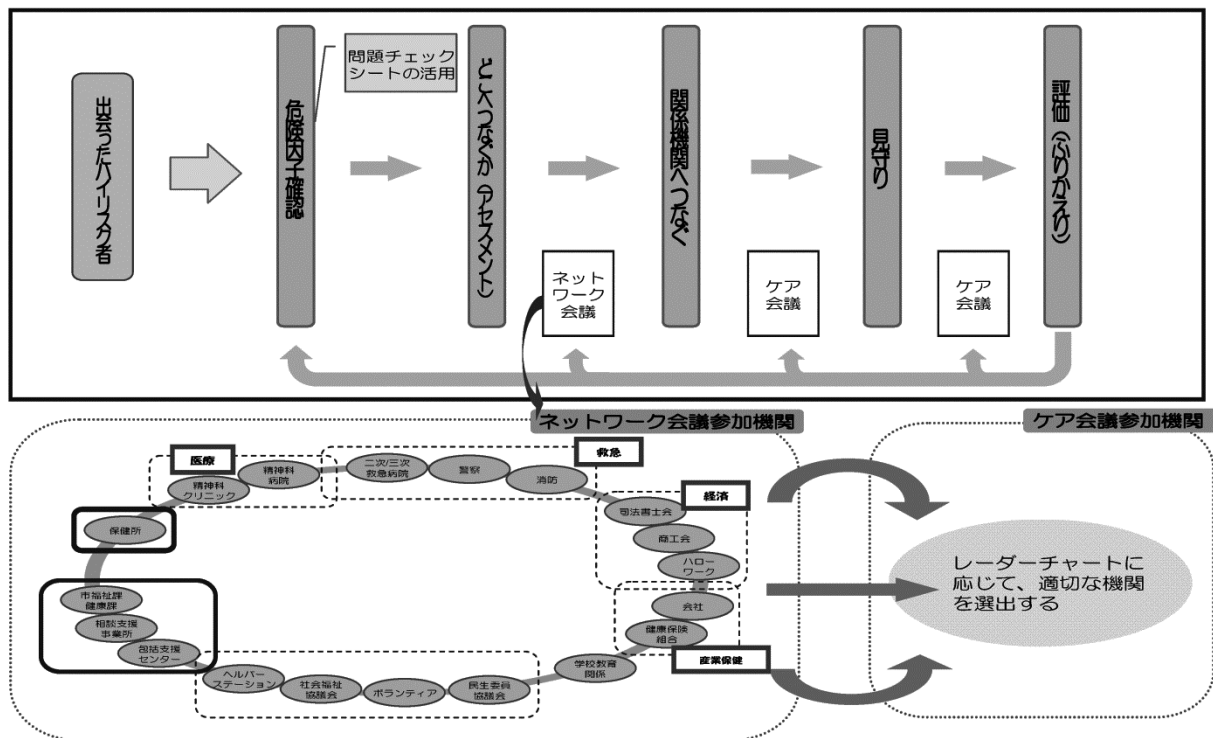


図 1 自殺ハイリスク者に出会ったら

地域で『自殺ハイリスク者』に出会った時には、図1のように「危険因子を確認」し「どこへつなぐか（アセスメント）」をし「関係機関へつなぐ」「見守り」「評価」をして、支援方法を再考するサイクルにより、良い支援に結びつけることができると考えた。そのためには、ネットワーク会議を日頃から開催し、関係機関との関係づくりをすることが求められる。また、『自殺ハイリスク者』に関係する機関によるケア会議は、「気軽に安心して情報交換できる」などのメリットがあるので、ケア会議を実施することにより、きめ細かな支援策を講ずることができ、より効果が出ると考えた。

さらに、ネットワーク会議やケア会議で問題チェックシートやレーダーチャートなどのツールを活用することにより、参加する関係者が同じ基準で自殺のリスク度をアセスメントすることができるので、支援方法を検討するには有効と考えた。

II 問題チェックシートとレーダーチャートの改訂

1 問題チェックシートとレーダーチャートの活用状況等調査

(1) 経過及び目的

平成25年3月25日に「平成24年度自殺ハイリスク者対応検討事業検討会議の報告書」を県及び中核市保健所に送付した。内容は自殺未遂者の把握や支援における関係機関との連携と問題チェックシート、レーダーチャートの活用提案であった。そこで、その活用状況を平成25年10月に県の12保健所に調査し、調査結果を基に自殺未遂者支援地域連携事業検討会議（以下会議）で検討した。（調査票は参考資料のとおり）

(2) 結果

問題チェックシート、レーダーチャートを活用しなかった理由としては、「活用について意識していなかった」「緊急時に利用する余裕がなかった」「使う機会がなかった」などであった。また、「支援終了後に所内及び各関係機関間で情報共有した上で共通認識を持ち、今後の支援につなげていく課題などを確認する際には有効であると思う。反面、各事例への支援時は緊急性が高い事例が多く、支援終了などの節目ごとに振り返る機会に活用できていない」という意見もあった。

保健所と会議の構成員からの、平成24年度作成した問題チェックシートについて改善した方がよいという意見は表1に、平成24年度作成したレーダーチャートについて改善した方がよいという意見は表2に表した。

この意見をもとにして、会議で検討し表3及び図2に示すとおり、問題チェックシートとレーダーチャートを改訂した。

表1 平成24年度版問題チェックシートの改善意見

- ・精神症状カテゴリで、酩酊状態や常時アルコール摂取の問題は、どこに入るのかわからない。
- ・身体疾患カテゴリで、「重度かつ悪化」と「重度かつ慢性」があると思う。
- ・経済困窮カテゴリで、生活保護受給はどのカテゴリに入るのか。
- ・対人サポートカテゴリで、単身の項目がない。
- ・PANSSのような表の方が書きやすい。
- ・精神症状と精神疾患の言葉が不一致。
- ・どういう状態が精神症状と呼ばれるのか観察項目があったほうがよい。
- ・精神症状で、通院服薬して症状のない人は「0」か「1」か迷う。
- ・身体疾患で治療の継続は「1」になるのか。
- ・経済困窮というところはもう少し丁寧な説明がほしい。
- ・借金とローン返済の表現を同じにそろえたほうがよい。
- ・年金の範囲できちんと生活している人も経済困窮に入ってしまうのか。

表2 平成24年度版レーダーチャートの改善意見

- ・経済困窮で、社協の貸付制度があるので、枠内に社会福祉協議会が入ってもよいと思う。
- ・衝動性/判断力、精神症状より、対人サポート不良の先に相談支援事業所があると思う。また、市保健福祉課は上の線の間にいると思う。
- ・相談員の標記は正しくしてほしい。(精神保健福祉相談員)
- ・身体疾患カテゴリに市、相談支援事業、包括支援センターは含まれるのか？役割が不明瞭。
- ・身体疾患(身体症状?)
- ・レーダーチャートに点数の記載があるといい。
- ・つないだ後のフォローの必要性の有無やその方法等の記載があれば、関係機関との連携がより図りやすいのではないか。
- ・介護保険の枠組みがあったほうがよい。

(3) 改定

① 問題チェックシート(表3)

精神症状の項目では、どのような精神症状の時に注意が必要なのかがわかりやすくなるように具体的な症状について明記した。

身体疾患の項目では、「軽度」「重度」と「慢性」「悪化」の使い方を整理し、「軽度」「重度」「重度かつ悪化」とした。

経済困窮については、現在の経済状態に着目して判断し、困窮の程度に応じて区分し整理した。

さらに生活保護受給者を括弧書きで付け加えた。

単身者については、それだけでチェックの基準に該当するものではないが、注意深くサポート状況を確認する必要があるので括弧書きで付け加えた。

表3 問題チェックシート

項目	採点基準	ポイント
精神症状	3: 精神疾患あり/強い精神症状(興奮、泣き叫ぶ、意味不明なことを言うなど) 2: 精神疾患で通院している/あきらかな精神症状あり(ふさぎこむ、涙を流す、明確な不安を述べるなど) 1: 表情や言動から、精神症状が疑われる(悲しそう、物さびしそう、不安げなど) 0: 症状なし	今抱えている精神疾患はあるか。
衝動性/判断力	3: 感情的で、常識を外れているもの/自分が困っていることに気づいていない。 2: おおむね感情的/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考えられない。 1: 感情的になることがある/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考える力がやや弱い。 0: 衝動性なし/判断力問題なし	何か困りごとがあるか。 その解決方法があるか。 その時の表情を観察する。
身体疾患	3: 重度かつ悪化の身体疾患 2: 重度の身体疾患 1: 軽度の身体疾患 0: 身体疾患なし	今抱えている身体疾患はあるか。
経済困窮	3: 日常生活が困窮/借金に追われている(就労なく、生活費を親族に請うている) 2: 就労しているが借金に追われている 1: 日常生活に余裕がない。(母子家庭、生活保護受給者、浪費癖ありなど) 0: 経済問題なし	収入はどうか。 借金はあるか。
対人・サポート不良	3: 何度も身近な人とトラブルがある。/サポートしてくれる人がいない。(単身者) 2: 相談者(家族と身近な相談者)が不在/相談者(家族と身近な相談者)と疎遠 1: 相談者(家族と身近な相談者)はいるが、言い出せない。/サポートが十分でない。 0: 対人関係は問題なし。/協力体制あり。	家族がいるか。 家族・交友関係はどうか。 助けてくれる人はいるか。

② レーダーチャート (図2)

65歳以上と40歳以上の特定疾病(がんや脳血管障害など)は介護保険対象者となるため、身体的な問題、精神的な問題に拘わらず地域包括支援センターが相談に応ずるので、新たに介護保険対象者の枠を設けた。

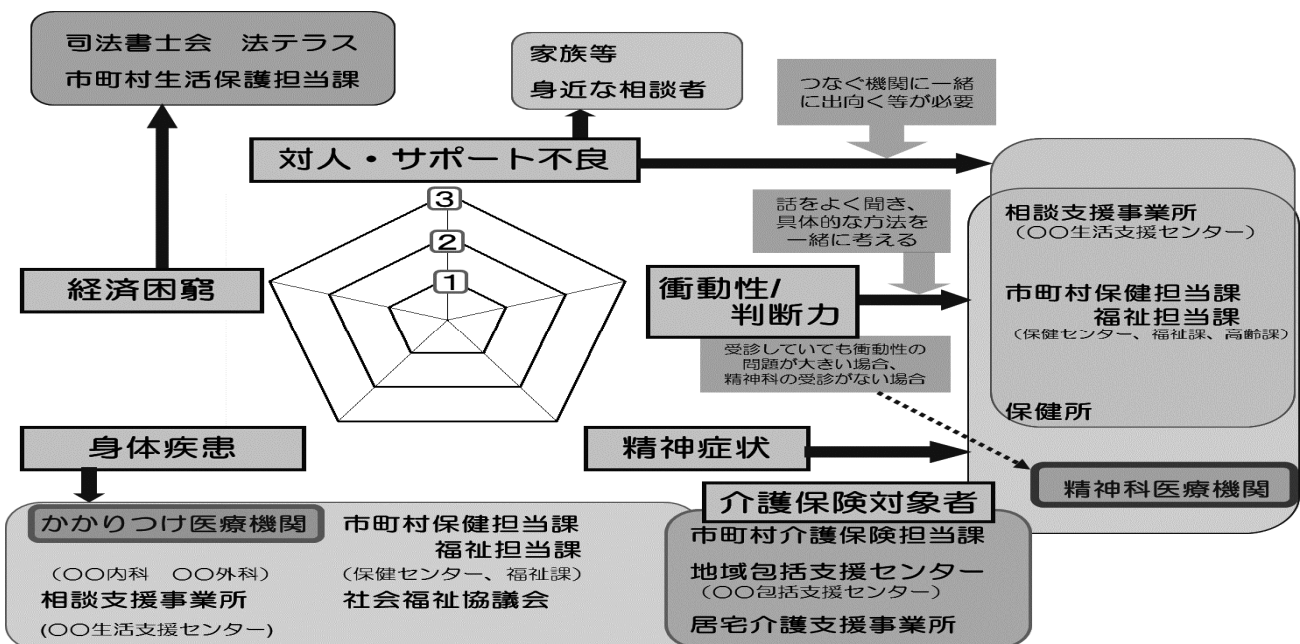


図2 レーダーチャート

医療機関については、相談機関ではないとの意見から精神科医療機関及びかかりつけ医療機関を別枠で囲み、他の相談機関との区別を図った。

レーダーチャートでは、つなぎ先に想定される各機関を追加した。機関の下には地域の具体的な関係機関名や連絡先の電話番号などを入れて地域版として活用できるように「〇〇関係機関」とした。

このレーダーチャートに関係機関の連絡先を掲載するにあたっては、関係機関と互いの役割を明確にし、共有して顔の見える関係づくりをすることが前提となる。このような過程を経ることで円滑な連携ができる関係を構築することができる。

2 問題チェックシートとレーダーチャートの活用

自殺ハイリスク者が抱える問題とその解決方法を整理し、消防、警察、第二次・第三次救急病院、相談支援事業所、保健所、市町村等地域の関係機関が関わる事例についてスクリーニングし、対応方法や支援方法を検討し支援につなげるために問題チェックシートやレーダーチャートを活用する。

活用方法としては、レーダーチャートに問題チェックシートの結果を転記することにより、5つの領域に関する項目を比較し、傾向を分析する。そうすることにより、どの機関につながることが適切なかを客観的に判断することができる。

日頃から、アセスメントができ、適切なつなぎ先を導き出すことができる場合や緊急時には、この問題チェックシートやレーダーチャートを必ずしも活用する必要はない。しかし、関係者が同じ基準で自殺の危険因子を判断し、支援方法を検討できるので、ネットワーク会議やケア会議及び支援の評価時には活用することが有効と考える。

III 事例からモデル対応を考える。

自殺ハイリスク者(含自殺未遂者)に出会った時に、どのように支援を実施していくかについて3つの事例についてモデル(地域の関係機関の実情によって支援方法が変化するためモデルとした)対応を考えた。

最初に自殺ハイリスク者(含自殺未遂者)に出会った時には、本人だけでなく家族についても、年齢、経済の状況、家族の状況、疾病、障害者手帳について、すでに支援している機関を把握するために情報を確認する。

図3のとおり、年齢が65歳以上なら地域包括支援センター、乳幼児がいれば市町村の保健担当課(保健センター)、障害者手帳所持者がいれば市町村の福祉担当課・社会福祉協議会・相談支援事業所、生活保護を受給していれば市町村の生活保護担当課、疾病があればかかりつけ医療機関が把握していることが考えられる。

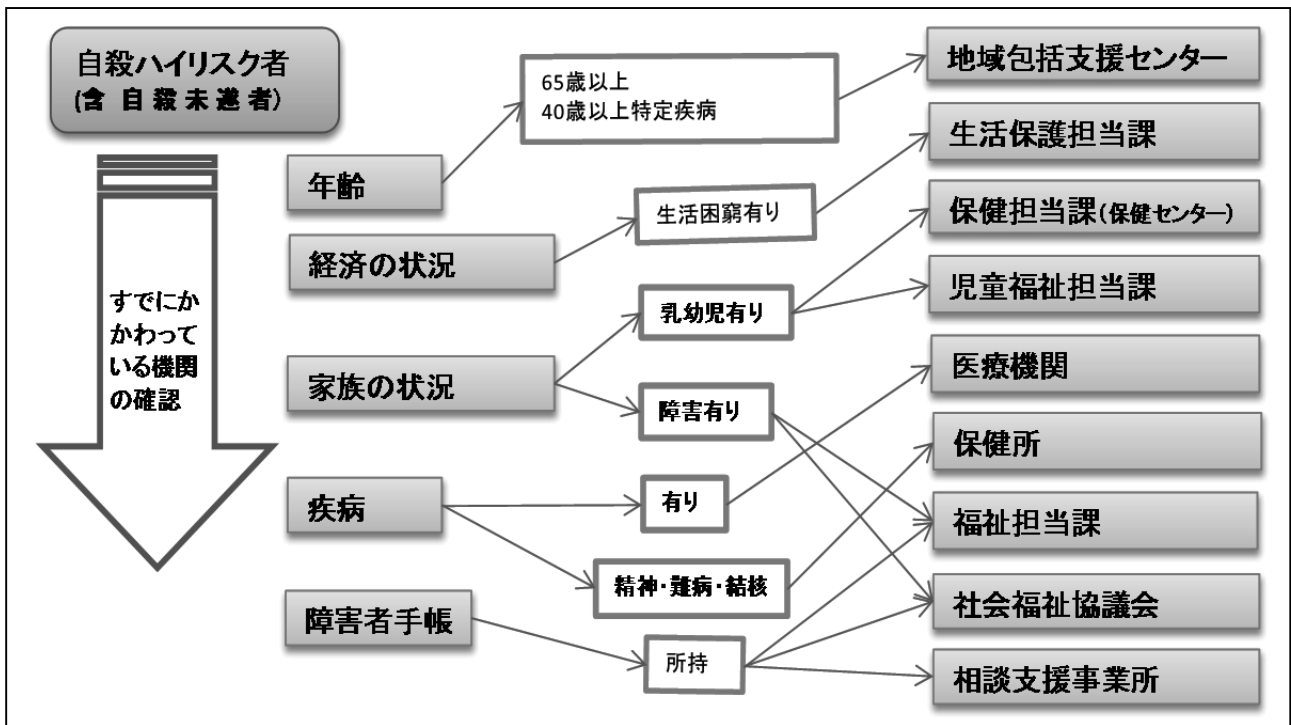


図3 自殺ハイリスク者の出会い時の確認

その後、精神状態など詳細に本人の状況を確認する。その際に自殺未遂となった背景にある生活状況について詳しく聴く。

★自殺未遂者または家族から情報提供の同意を得る。

消防は自殺未遂事例の場合には保健所（すでに相談機関がある場合はその機関）へ情報提供するよう努める。（※繰り返し事例は要注意）

警察は精神保健福祉法第24条通報の場合だけでなく保健所（すでに相談機関がある場合はその機関）へ情報提供するよう努める。

一般医療機関は必要があれば精神科医療機関へつなぐ。

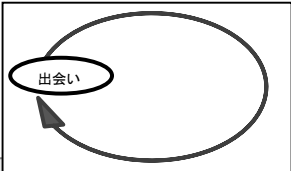
★自殺未遂者または家族から情報提供の同意が得られなかった場合

自殺未遂者または家族へ、相談支援機関について情報提供をする。

事例1

1 事例1

出会い: 病院の医療ソーシャルワーカー

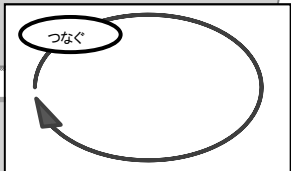


50歳男性、22歳の知的障害の子供あり。

病院の医療ソーシャルワーカーより地域の関係機関へ情報提供ということで市町村の福祉担当課に連絡があった。

救急隊から搬送された自殺未遂事例が、入院にはならなかったが、身内は知的障害のある子のみであり、無理心中を図りそうとのことだった。

市町村の福祉担当課で確認したところ、元々、社会福祉協議会で把握しているケースであったので、市町村の福祉担当課と社会福祉協議会が同道訪問した。



ポイント

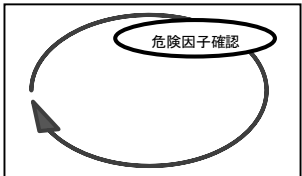
病院の医療ソーシャルワーカーは本人に情報提供することの同意を得て、すでに相談（子の知的障害があるため）をしていた市町村の福祉担当課に情報を提供する。

病院の医療ソーシャルワーカーから連絡のあった市町村の福祉担当課の担当者は、何に困っているのかを本人に確認して、問題チェックシートを利用して危険因子を確認する。

危険因子の確認

問題チェックシートの利用

表4 事例1 問題チェックシート



項目	採点基準	ポイント
精神症状	③: 精神疾患あり/強い精神症状(興奮、泣き叫ぶ、意味不明なことを言うなど) 2: 精神疾患で通院している/あきらかな精神症状あり(ふさぎこむ、涙を流す、明確な不安を述べるなど) 1: 表情や言動から、精神症状が疑われる(悲しそう、物さびしそう、不安げなど) 0: 症状なし	今抱えている精神疾患はあるか。
衝動性/判断力	③: 感情的で、常識を外れているもの/自分が困っていることに気づいていない。 2: おおむね感情的/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考えられない。 1: 感情的になることがある/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考える力がやや弱い。 0: 衝動性なし/判断力問題なし	何か困りごとがあるか。 その解決方法があるか。 その時の表情を観察する。
身体疾患	③: 重度かつ悪化の身体疾患 2: 重度の身体疾患 1: 軽度の身体疾患 0: 身体疾患なし	今抱えている身体疾患はあるか。
経済困窮	③: 日常生活が困窮/借金に追われている(就労なく、生活費を親族に請うている) 2: 就労しているが借金に追われている 1: 日常生活に余裕がない。(母子家庭、生活保護受給者、浪費癖ありなど) 0: 経済問題なし	収入はどうか。 借金はあるか。
対人・サポート不良	③: 何人も身近な人とトラブルがある。/サポートしてくれる人がいない。(単身者) 2: 相談者(家族と身近な相談者)が不在/相談者(家族と身近な相談者)と疎遠 1: 相談者(家族と身近な相談者)はいるが、言い出せない。/サポートが十分でない。 0: 対人関係は問題なし。/協力体制あり。	家族がいるか。 家族・交友関係はどうか。 助けてくれる人はいるか。

事例1

【精神状態】は、自殺未遂をしたこと、意味不明な発言があることから [3]。

【衝動性/判断力】は、感情的で衝動性高く、常識を外れているので [3]。

【身体疾患】は、疾患なしのため[0]。

【経済困窮】は、借金があり、日常生活に困っているとのことで[3]。

【対人・サポート不良】は、家族が知的障害の息子しかおらず、親類縁者も遠くに住んでおり、身近に相談する人もいないとのことで[3]とした。

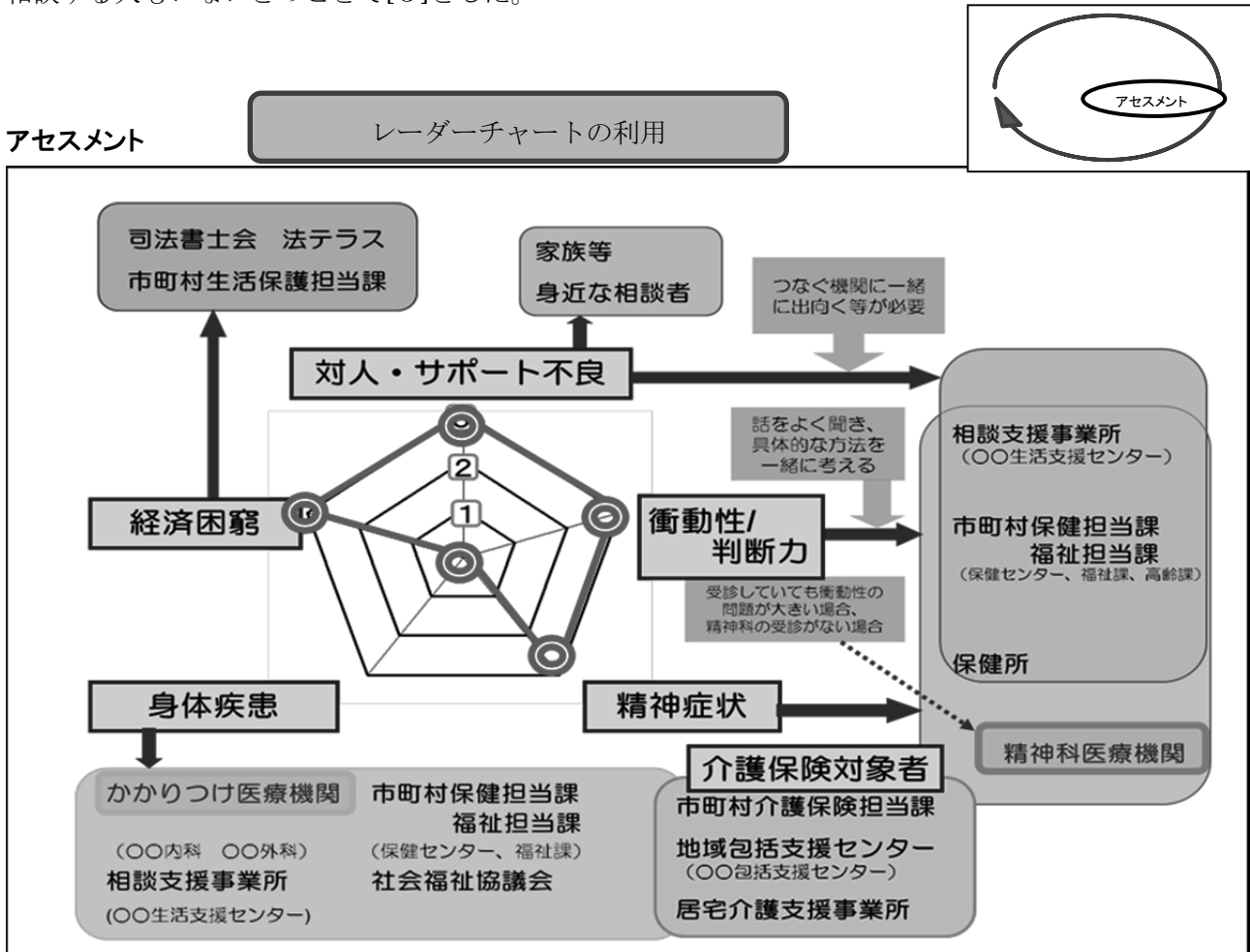


図4 事例1 レーダーチャート

問題チェックシートでの区分をレーダーチャートに転記した。(図4)

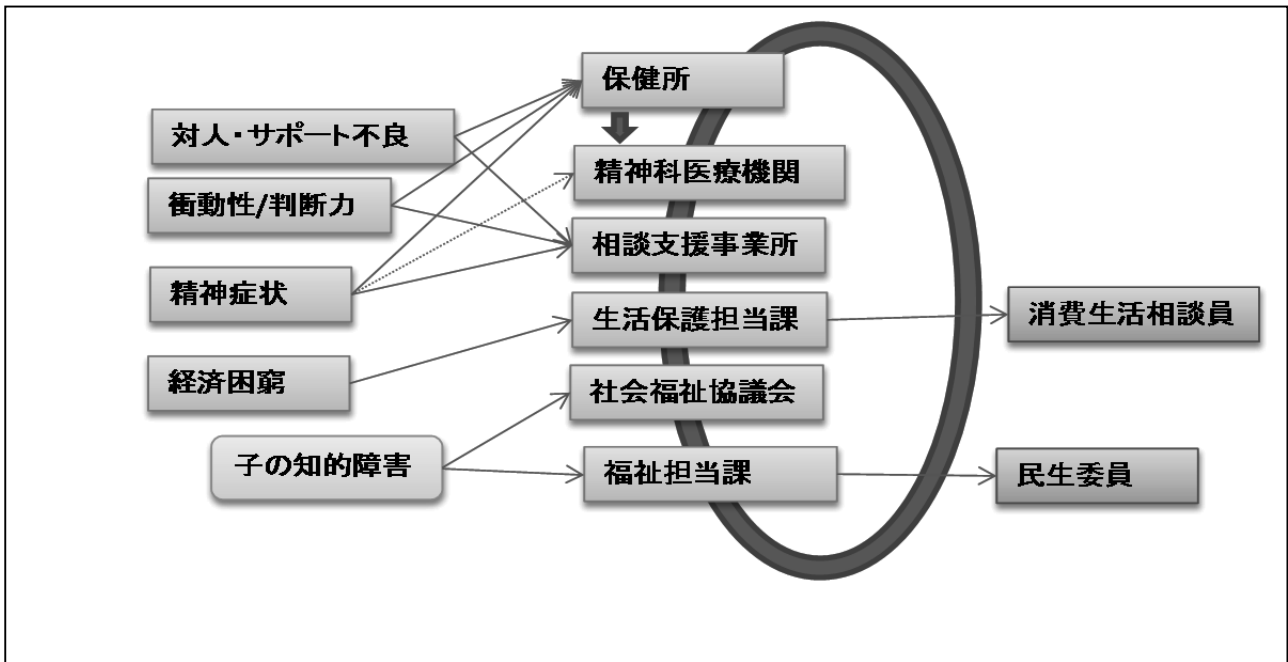
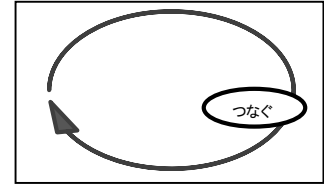


図5 事例1 関係機関のつなぎ

【対人・サポート不良】では保健所、相談支援事業所、市町村の福祉担当課。

【衝動性/判断力】では保健所、相談支援事業所、市町村の福祉担当課。

【精神症状】では保健所、相談支援事業所、市町村の福祉担当課。必要に応じて保健所から精神科医療機関につなぐ。

【経済困窮】では、市町村の生活保護担当課。

ポイント

市町村の福祉担当課は他の機関につなぐ時には、本人が感情的になっており、また身近にサポートする人がいないため、本人と一緒に相談に出向く。

ケア会議

関係機関で事例の状況、相談結果及び受診結果を共有し各機関の役割と具体的な支援策について検討するために、市町村の福祉担当課はケア会議を開催する。

また、事例1のコーディネーターはどの機関が行うのか検討し、引き続き市町村の福祉担当課がコーディネーターする機関となった。



事例1

各機関の支援

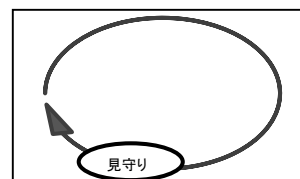
救急病院は精神科受診の必要性を判断する。本人の了解が得られない場合には相談支援機関について情報提供する。

市町村の福祉担当課は悩みや不安をしっかりと聴く。

相談支援事業所は利用できるサービスの導入も含めてサービスの利用の調整をする。日常生活のコーディネーターとしての役割ができる。状況に応じてヘルパー利用を導入する。

保健所は悩みや不安をしっかりと聴く。

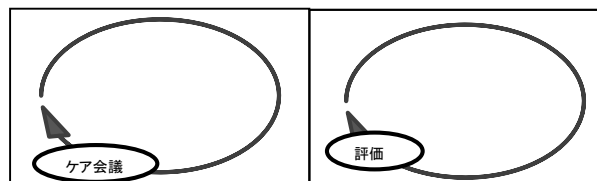
市町村の生活保護担当課は、生活保護の対象になるのか相談をして、生活保護の対象にならない場合には、さらに利用できそうな事業や支援について紹介する。



見守り

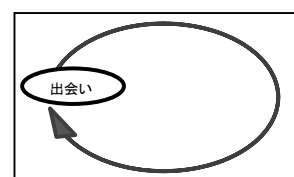
ケア会議でコーディネートする機関となった市町村の福祉担当課が中心となって支援の見守りを実施していく。

相談結果、受診結果、どのように生活したいのかなどの本人の意思や気持ちについて、本人に確認しながら、具体的な支援策を検討する。



評価

支援開始時の支援方法は事例の状況に応じて変化するものなので、3か月に1回程度、あるいは急な状況の変化により必要性が増した時などには市町村の福祉担当課が中心になりケア会議を実施し支援方法を見直す。



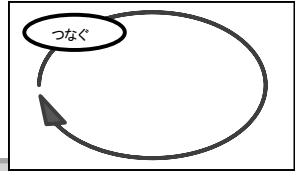
2 事例2

出会い;保健所職員

35歳女性、2歳の子供あり。

難病治療中であり母子家庭のため大変と以前から保健所に相談があった。本人から保健所に「ありがとうございました」と泣きながら電話あり。様子がおかしいと感じた保健所が、本人宅、市町村の福祉担当課、市町村の保健担当課（保健センター）に電話し、所在確認する。市役所にて、自らお腹を刺して傷つけた。

警察より「精神面でのフォローが必要」と保健所に連絡がある。



ポイント

自殺企図前

難病の相談時にも、自殺予防の視点を持って事例に対応する。

自殺企図後

警察は本人に情報提供の同意を得て、保健所に連絡する。

警察から連絡のあった保健所は問題チェックシートを利用して危険因子を確認する。

危険因子の確認

問題チェックシートの利用

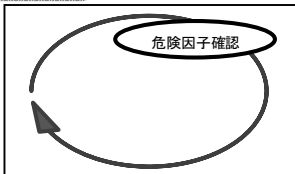


表 5 事例 2 問題チェックシート

項目	採点基準	ポイント
精神 症状	③: 精神疾患あり/強い精神症状(興奮、泣き叫ぶ、意味不明なことを言うなど) 2: 精神疾患で通院している/あきらかな精神症状あり(ふさぎこむ、涙を流す、明確な不安を述べるなど) 1: 表情や言動から、精神症状が疑われる(悲しそう、物さびしそう、不安げなど) 0: 症状なし	今抱えている精神疾患はあるか。
衝動性/ 判断力	③: 感情的で、常識を外れているもの/自分が困っていることに気づいていない。 2: おおむね感情的/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考えられない。 1: 感情的になることがある/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考える力がやや弱い。 0: 衝動性なし/判断力問題なし	何か困りごとがあるか。 その解決方法があるか。 その時の表情を観察する。
身体 疾患	3: 重度かつ悪化の身体疾患 ②: 重度の身体疾患 1: 軽度の身体疾患 0: 身体疾患なし	今抱えている身体疾患はあるか。
経済 困窮	③: 日常生活が困窮/借金に追われている(就労なく、生活費を親族に請うている) 2: 就労しているが借金に追われている 1: 日常生活に余裕がない。(母子家庭、生活保護受給者、浪費癖ありなど) 0: 経済問題なし	収入はどうか。 借金はあるか。
対人・ サポート 不良	③: 何人も身近な人とトラブルがある。/サポートしてくれる人がいない。(単身者) 2: 相談者(家族と身近な相談者)が不在/相談者(家族と身近な相談者)と疎遠 1: 相談者(家族と身近な相談者)はいるが、言い出せない。/サポートが十分でない。 0: 対人関係は問題なし。/協力体制あり。	家族がいるか。 家族・交友関係はどうか。 助けてくれる人はいるか。

【精神状態】は、興奮し意味不明なことを言いお腹をさしたということから[3]。

【衝動性/判断力】は、感情的で常識を外れているので[3]。

【身体疾患】は、膠原病があるものの、悪化はしていないので[2]。

【経済困窮】は、膠原病のため働けず、日常生活が苦しいとのことから[3]。

【対人・サポート不良】は、母子家庭で遠方に実家はあるものの、父は他界し母のみが苦しい生活を送っているため、頼って相談ができない。また、親密に相談できる相談者はいないとのこと[3]とした。

アセスメント

レーダーチャートの利用

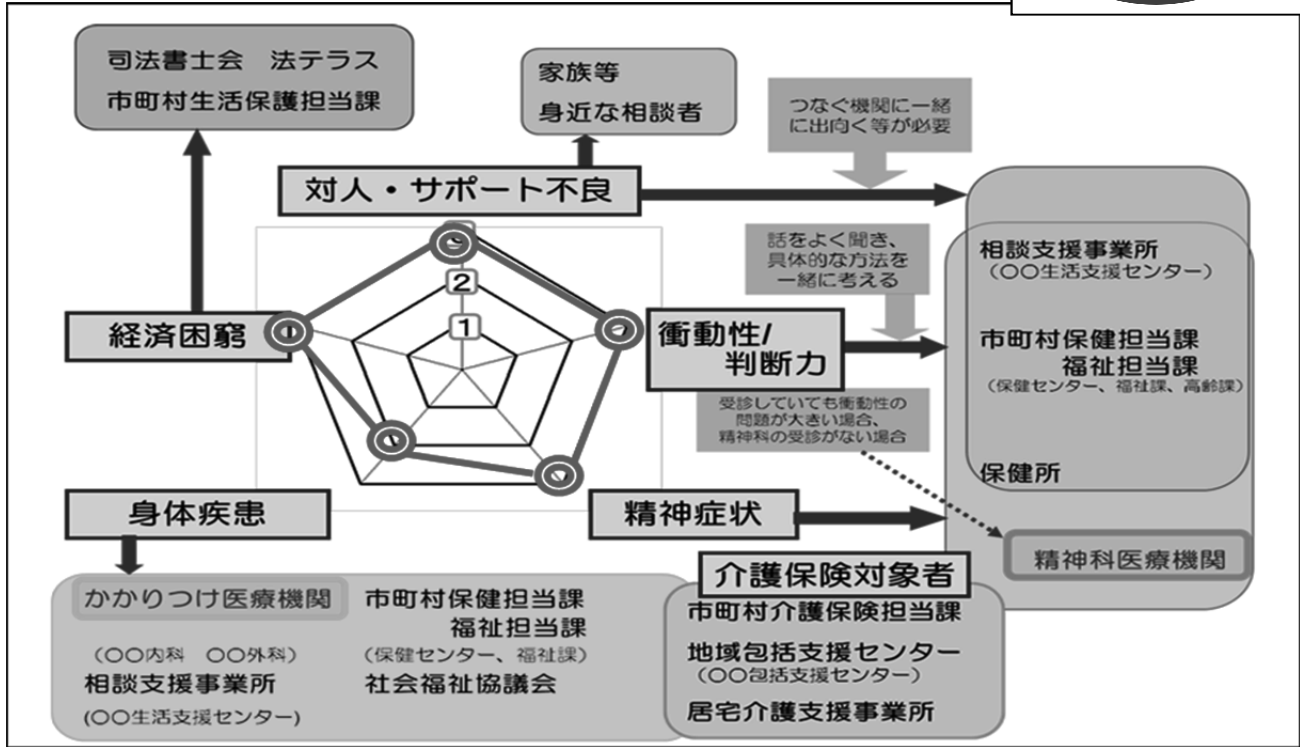
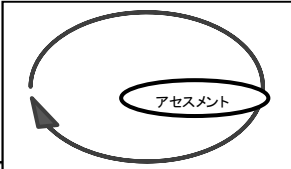


図6 事例2レーダーチャート

問題チェックシートでの区分をレーダーチャートに転記した。(図6)

つなぐ

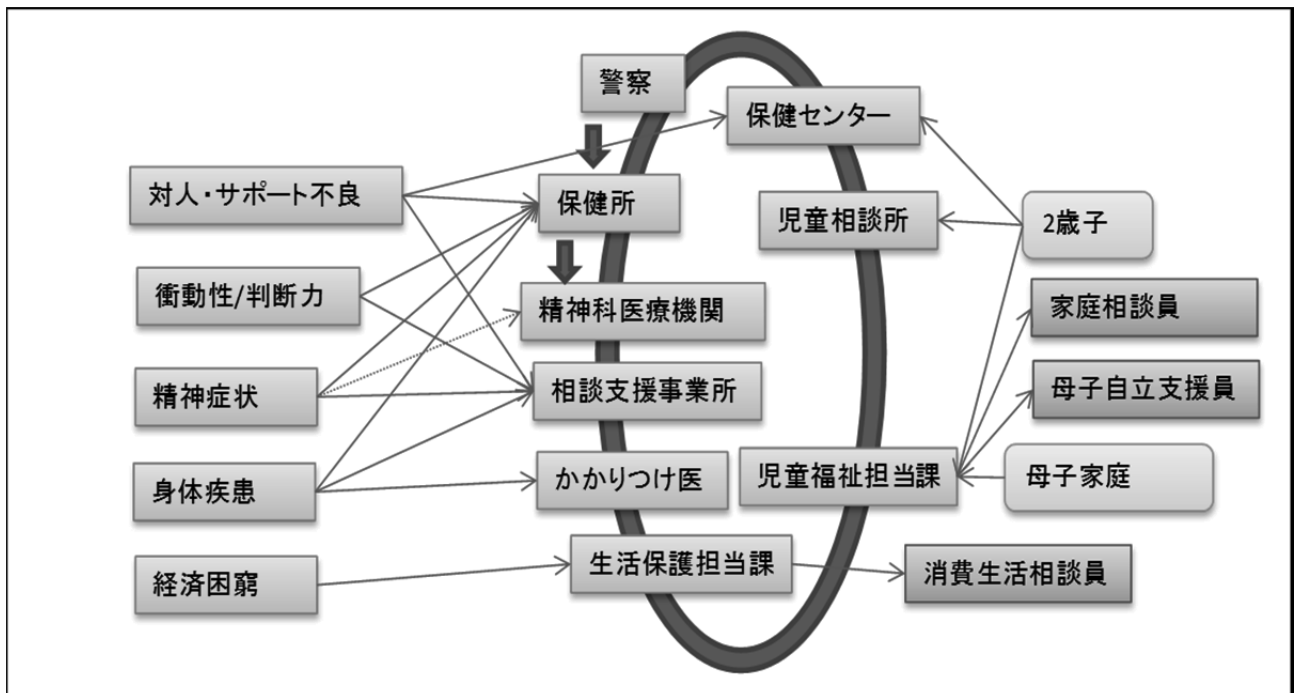
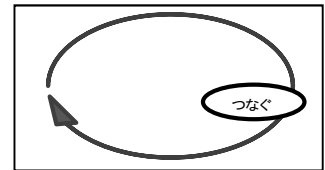


図7 事例2関係機関のつなぎ

事例2

【対人・サポート不良】では、保健所、市町村の保健担当課（保健センター）、相談支援事業所。

【衝動性/判断力】では保健所、相談支援事業所。

【精神症状】では、保健所、相談支援事業所。

【身体疾患】では、かかりつけ医。難病のため保健所及び相談支援事業所。

【経済困窮】では、市町村の生活保護担当課。

- 2歳の子がいる状況でお腹を傷つけたとのことで、日頃の子供への対応、2歳の子を保育できるか、子育ての負担を軽くするための入所、一時保護を検討するために児童相談所や市町村の児童福祉担当課が関わる。

ポイント

情報提供を受けた保健所は本人のつらい状況と話をしっかりと聴く。保健所の医師相談日を利用し、精神科医療の必要性を判断し、精神科医療につなげる。状態によっては医師相談日を待たずに精神科医療につなげることも考える。（※事例2は精神保健福祉法第24条通報がでることも視野に入れ対応する。）

また、難病について、治療方針を本人が十分に理解していない可能性もあるので本人の同意を得て、かかりつけ医に確認する。

ケア会議

保健所は、関係機関で事例の状況、相談結果及び受診結果を共有し、各機関の役割と具体的な支援策について検討するためのケア会議を開催する。

また、ケア会議で本人が安心して相談でき、見守りをする機関は保健所か相談支援事業所か、2歳の子へのかかわりがある市町村の保健担当課（保健センター）または市町村の児童福祉担当課が実施するのかについて検討し、まずは保健所がコーディネートする機関となった。

各機関の支援

保健所は悩みや不安をしっかりと聴き、難病に対しての生活指導・医療費助成についての助言をする。相談支援事業所は利用できるサービスの導入も含めてサービスの利用の調整をする。状況に応じてヘルパー利用を導入する。※障害者総合支援法(難病)

児童相談所や市町村の児童福祉担当課は必要ならば2歳児の保護について検討する。

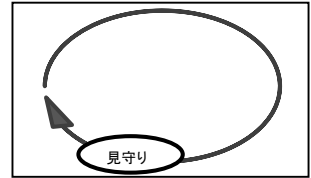
市町村の保健担当課（保健センター）は2歳児の育児相談等の母子家庭の見守りを実施する。

かかりつけ医（難病）は必要に応じて精神科受診につなぐ。

市町村の生活保護担当課は、生活保護の対象になるのか相談をして、生活保護の対象にならない場合には、さらに利用できそうな事業や支援について紹介する。

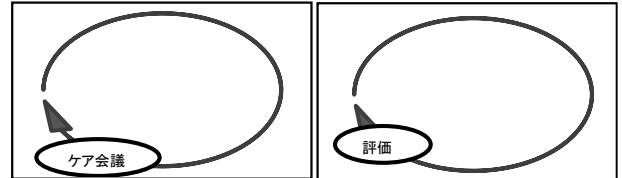


見守り



ケア会議でコーディネートする機関となった保健所は、中心となって支援の見守りを実施していく。相談結果、受診結果、どのように生活したいのかなどの本人の意思や気持ちについて、本人に確認しながら、具体的な支援策を検討する。

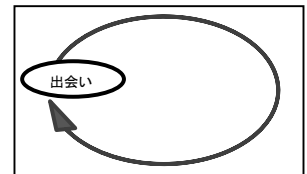
評価



支援開始時の支援方法は事例の状況に応じて変化するので3か月に1回程度、あるいは急な状況の変化により必要性が増した時などには、保健所が中心になり、ケア会議を実施し支援方法を見直す。(難病による障害者総合支援法利用の場合サービスモニタリングに合わせて実施し、要保護児童の連絡会議等で1か月毎の状況確認も利用可)

3 事例 3

出会い;市町村保健担当課(保健センター)職員



35歳男性から市町村の保健担当課（保健センター）に電話にてひきこもりの相談があり把握。

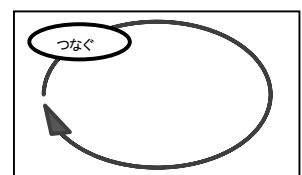
ひきこもり、家族関係、金銭問題について中心に相談された。本人の希望もあり、保健所の嘱託医相談につないだ。嘱託医相談を実施したところ、精神科病院の受診及びデイケア利用につながったが、その後、しばらくして自殺未遂をし、身体症状の回復を待ち、精神科病院へ入院。

ポイント

市町村の保健担当課（保健センター）は、本人の同意を得て保健所に、情報提供する。

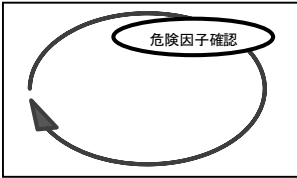
情報提供を受けた保健所は本人のつらい状況と話をしっかりと聴く。保健所の医師相談日を利用して精神科医療の必要性を判断し、精神科医療につなげる。

保健所は相談状況を市町村の保健担当課（保健センター）に報告する。また、本人が精神科受診を円滑にできるように具体的に受診の仕方を伝え、精神科医療機関へは事前に情報提供をする。



事例3

問題チェックシートの利用



危険因子の確認

表6 事例3問題チェックシート

項目	採点基準	ポイント
精神症状	③:精神疾患あり/強い精神症状(興奮、泣き叫ぶ、意味不明なことを言うなど) ②:精神疾患で通院している/あきらかな精神症状あり(ふさぎこむ、涙を流す、明確な不安を述べるなど) ①:表情や言動から、精神症状が疑われる(悲しそう、物さびしそう、不安げなど) ①:症状なし	今抱えている精神疾患はあるか。
衝動性/判断力	③:感情的で、常識を外れているもの/自分が困っていることに気づいていない。 ②:おおむね感情的/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考えられない。 ①:感情的になることがある/自分が困っていることに気づいているが、解決方法を考える力がやや弱い。 ①:衝動性なし/判断力問題なし	何か困りごとがあるか。 その解決方法があるか。 その時の表情を観察する。
身体疾患	③:重度かつ悪化の身体疾患 ②:重度の身体疾患 ①:軽度の身体疾患 ①:身体疾患なし	今抱えている身体疾患はあるか。
経済困窮	③:日常生活が困窮/借金に追われている(就労なく、生活費を親族に請うている) ②:就労しているが借金に追われている ①:日常生活に余裕がない。(母子家庭、生活保護受給者、浪費癖ありなど) ①:経済問題なし	収入はどうか。 借金はあるか。
対人・サポート不良	③:何度も身近な人とトラブルがある。/サポートしてくれる人がいない。(単身者) ②:相談者(家族と身近な相談者)が不在/相談者(家族と身近な相談者)と疎遠 ①:相談者(家族と身近な相談者)はいるが、言い出せない。/サポートが十分でない。 ①:対人関係は問題なし。/協力的体制あり。	家族がいるか。 家族・交友関係はどうか。 助けてくれる人はいるか。

事例3については、自殺未遂事例ではあるが、予防的な観点から考えていきたい。

【精神状態】は、精神疾患で通院しているとのことから[2]。

【衝動性/判断力】は、自分の困っていることに気づいているが解決方法を考えられないので[2]。

【身体疾患】は、疾患なしのため[0]。

【経済困窮】は、金銭問題の相談があり[3]。

【対人・サポート不良】は、家族問題についての相談があり、相談できないとの訴えがあったので[3]とした。

アセスメント

レーダーチャートの利用

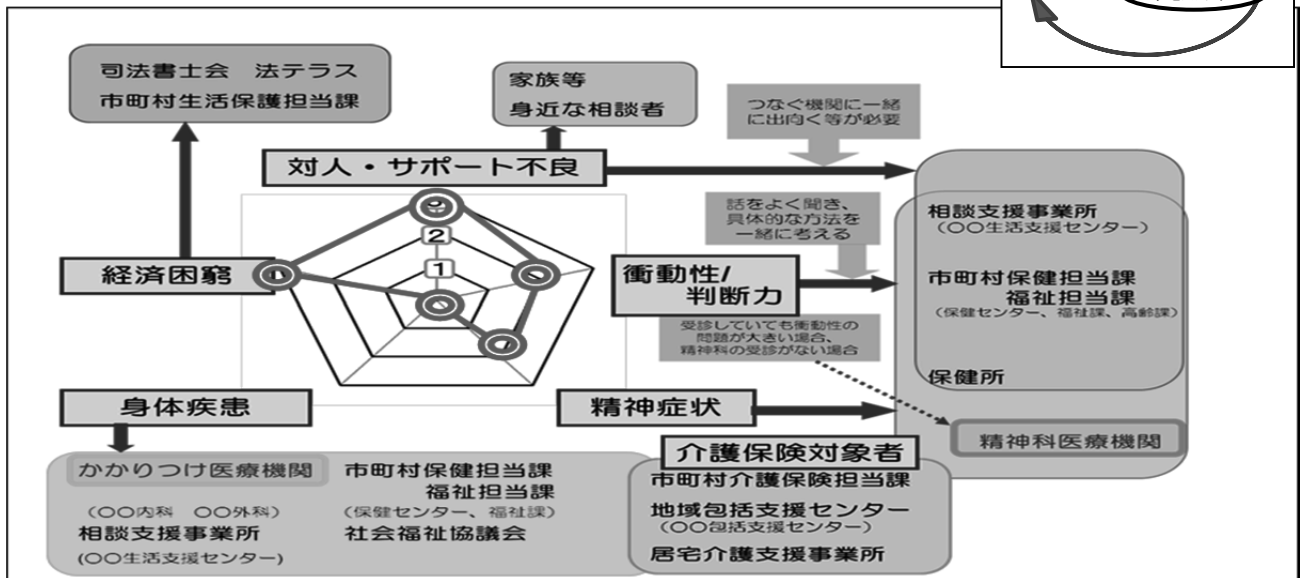
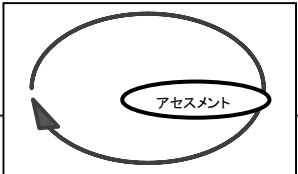
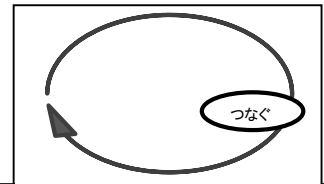


図8 事例3レーダーチャート

問題チェックシートでの区分をレーダーチャートに転記した。(図8)



つなぐ

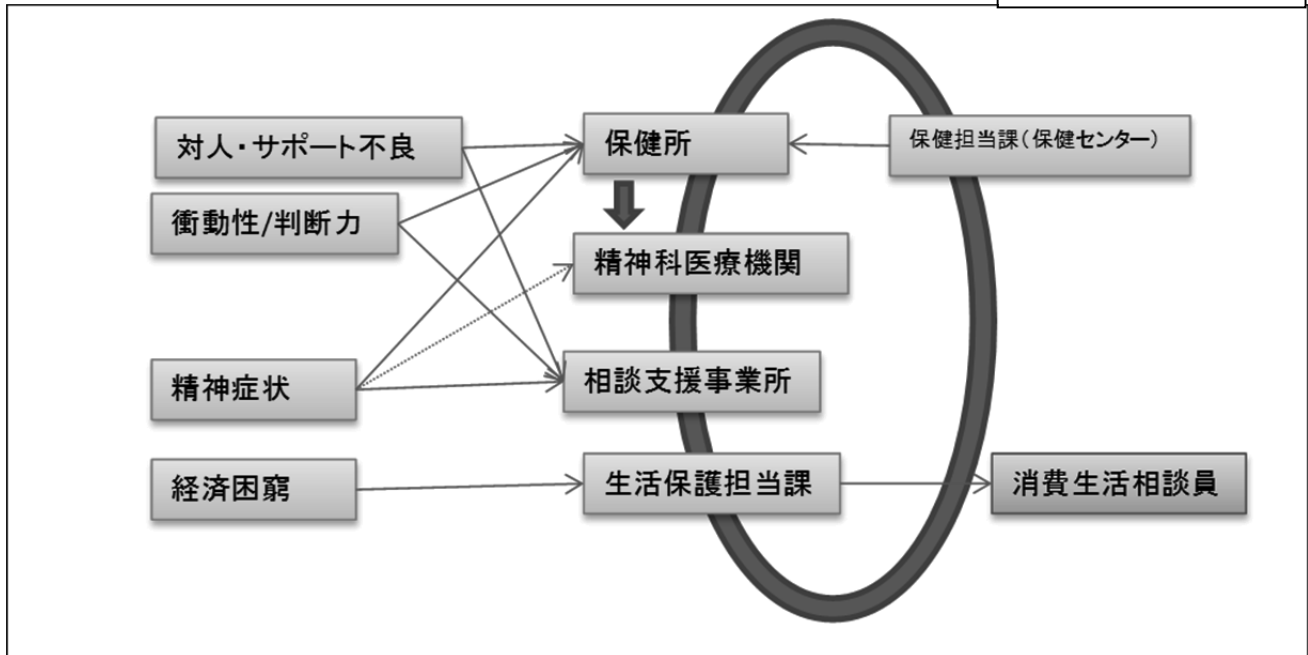
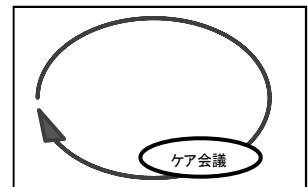


図9 事例3 関係機関のつながり

- 【対人・サポート不良】では、保健所、相談支援事業所。
- 【衝動性/判断力】では、保健所、相談支援事業所。
- 【精神症状】では、精神医療機関に確認し、保健所、相談支援事業所。
- 【経済困窮】では、市町村の生活保護担当課。



ケア会議

保健所は関係機関で事例の状況、相談結果及び受診結果を共有し、各機関の役割と具体的な支援策について検討するためにケア会議を開催する。ケア会議では、本人が安心して相談でき、見守りをする機関は保健所か相談支援事業所か、あるいは最初に出会った市町村の保健担当課（保健センター）が実施するののかについて検討する。

保健所がコーディネートする機関となった。

各機関の支援

市町村の保健担当課（保健センター）は一次的な相談を実施する。

相談支援事業所は、利用できるサービスの導入も含めてサービスの利用の調整をする。状況に応じてヘルパー利用を導入する。

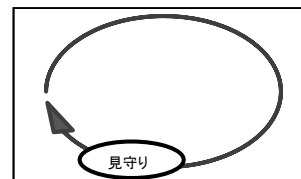
保健所は嘱託医相談を実施するだけでなく、悩みや不安を積極的に聴く。

市町村の生活保護担当課は、生活保護の対象になるのか相談をして、生活保護の対象にならない場合には、さらに利用できそうな事業や支援について紹介する。

事例3

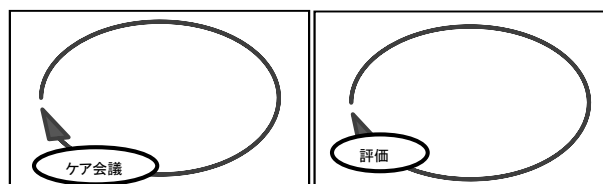
精神科病院は、デイケア利用時にはその状況を相談支援事業所や保健所情報提供する。

また、入院中は精神科ソーシャルワーカーがコーディネートする。



見守り

ケア会議でコーディネートする機関となった保健所が、中心となって支援の見守りを実施していく。相談結果、受診結果、どのように生活したいのかなどの本人の意思や気持ちについて本人に確認しながら、具体的な支援策を検討する。



評価

支援開始時の支援方法は事例の状況に応じて変化するので3から6か月毎に、あるいは急な状況の変化により必要性が増した時などには保健所が中心になりケア会議を実施し、支援方法を見直す。

IV まとめ

自殺未遂者は、自殺ハイリスク者のうち、もっとも自殺に至るリスクが高いと言われている。しかし、自殺未遂事例に出会った時には、高齢者虐待や児童虐待のように誰でもすぐに地域の支援機関につながることが明確になっていない。そのため、支援につながりネットワークづくりが進んでいない現状がある。

また、支援をする時には“自分の機関の役割はここまでです”というスタンスではなく、地域で事例を支えていくためには何ができるのか、どうしたらよいのかを考え、一歩ずつ歩み寄り、足りない部分を他の機関が補うような支援をしていく必要がある。

すでに、関わっている機関がある場合には、その機関が中心になりコーディネートすることもあるが、その場合には自殺未遂をしたという結果を受け止め、今までの支援方法を大幅に改め、支援方法を再構築する必要がある。

自殺未遂事例に出会った時には、その事例の再度の自殺企図を防ぐというだけでなく、自殺未遂に至った実際の事例の背景を確認し、フィールドワークして検証することが大切と考える。そこから、制度に問題があったのか、かかわる人に問題があったのか、かかわる技術に問題があったのかを導き出し、同じような事例に出会った時に自殺企図に至らないよう、予防という視点で事例に対応できるように地域全体の支援のレベルアップを図る必要がある。

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現のために【生きる支援】を行うこと、我々が日頃実施している地域保健福祉活動に自殺対策という視点をとり入れながら、きめ細かく取り組んでいくこと、関係機関の役割を明確にして共有し、相互の理解、共同の仕組みを構築することが重要である。

参考文献・引用文献

愛知県の自殺未遂者を減らすために【藤田保健衛生大学病院 精神科】

自殺関連事例分析事業報告書【愛知県精神保健福祉センター】

自殺ハイリスク者対応検討事業検討会議報告書【愛知県精神保健福祉センター】

問題チェックシート及びレーダーチャートの活用状況調査表			
平成25年4月1日から平成25年9月30日までの状況			
		()保健所	
問題チェックシート・レーダーチャート	①問題チェックシートの実施件数 (未遂者に限らず全ての対象者への実施件数をご記入ください。)		件
	実施ありの場合	①-1 実施して良いと思ったこと	
		①-2 実施して改善した方がよいと思ったこと	
	実施なしの場合	①-3 実施しなかった又は実施できなかった理由	
		①-4 改善したほうがよいと思うこと	
	②レーダーチャートの実施件数 (未遂者に限らず全ての対象者への実施件数をご記入ください。)		件
	実施ありの場合	②-1 実施して良いと思ったこと	
		②-2 実施して改善した方がよいと思ったこと	
実施なしの場合	②-3 実施しなかった又は実施できなかった理由		
	②-4 改善したほうがよいと思うこと		
未遂者支援	③自殺未遂者把握件数		件
	③-1把握元の関係機関名と件数を全て御記入ください。	() 件 () 件 () 件 () 件 () 件 () 件	
	③-2把握した自殺未遂者の保健所の支援について別紙に御記入ください。	1例ずつ別紙に御記入ください。	

平成 25 年度自殺未遂者支援地域連携事業検討会議実施状況

第 1 回 平成 25 年 10 月 9 日

第 2 回 平成 25 年 11 月 19 日

第 3 回 平成 25 年 12 月 20 日

第 4 回 平成 26 年 1 月 31 日

平成 25 年度自殺未遂者支援地域連携事業検討会議助言者及び構成員

(敬称略順不同)

助言者	山之内芳雄	【独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 社会福祉研究室】
構成員	野村直孝	【公益社団法人愛知県医師会救急委員会（野村医院）】
	竹中秀彦	【京ヶ峰岡田病院診療局 PSW 部兼リハビリ部】
	野田智子	【愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院医療福祉相談室】
	杉本 寛	【生活支援センターさざなみ】
	佐藤隆一	【北名古屋市福祉事務所生活保護室】
	小山美紀	【東郷町健康部健康課】
	大野弘美	【豊田市健康部健康政策課】
	曾我幸隆	【愛知県警察本部生活安全部生活安全総務課保護対策係】
	山本敏浩	【愛知県防災局消防保安課救急・救助グループ (派遣：知多中部消防本部)】
	石田洋子	【知多保健所健康支援課】
	脇田貴史	【津島保健所健康支援課】
	子安春樹	【愛知県精神保健福祉センター】

精神保健福祉愛知

2013

発行・編集 2014年7月

愛知県精神保健福祉センター

名古屋市中区三の丸3-2-1

TEL 052-962-5377

この印刷物は再生紙を使用しています。

