

精神保健福祉愛知

2014

愛知県精神保健福祉センター

精神保健福祉行政におけるスタンス

愛知県精神保健福祉センター 所長 丸山 晋二

精神保健福祉行政の第一線機関である保健所において、作業所の移転・開設等について、当事者、家族、市町村行政職員等と接してきたが、つまるところ、行政担当者である各個人が、精神保健福祉行政をどのように理解し、担当者としてどのように職責を果たすべきか、という課題に対する各個人のスタンスが、重要であることを、痛感してきた。

もちろん、各個人がいかに情熱をもっていても、組織の一員である以上限界はあるが、少しでも物事を良い方向に持っていこうとする気があるかないかは、極めて重要である。

また、言葉では美しいことを言っても、当事者や家族には本音が見抜かれてしまうことが多いように思われる。

スタンスで思い出すのは、新型インフルエンザのときの、一部の医療機関の関係者のスタンスである。「当院は特別な医療機関であるので、新型インフルエンザの対応は、一切できません。」この場合の新型インフルエンザは、H1N1型で、いずれ季節性インフルエンザとして、一般の医療機関すべてが対応していくタイプであっても、一部の専門家ほど理解不足で、その拒否的スタンスを改善していただくことに苦心した。

感染症と精神保健福祉は、一般の人々より、一部のいわゆる専門家の方が偏見が強いのかもしれない。誰でも、自分の命・健康・安全を守りたい、当然のことである。行政職員は職務上のリスクを負っているが、公務員として、身分保障をされている。一方、一般の人々も、リスクを負っていることに変わりはない。

専門家は一定の知識があるので、自らを守りたいと思うのは人として当然だと思う。

「正しく認識する」ことは重要であるが、理解不足により生ずる拒否的なスタンスを改善していただくことに、多大な努力を必要とすることも多い。

思えば、精神保健福祉行政も感染症対策も、偏見との戦いである。悪戦苦闘しながら、その苦しみのなかで、少し救われるのは、専門家でない人の中に、よき理解者を見出した時である。

今年度、愛知県精神保健福祉センターは、依存症当事者に対する回復支援事業を開始した。

国から要請があるにもかかわらず、諸般の事情により全国の精神保健福祉センターの多くが、実施を躊躇しているなかで、当センターのスタンスは明確である。

新たな偏見との厳しい戦いである。それを厭わないスタッフの前向きなスタンスを、誇りに思いセンター長の職責を肝に銘じる日々である。

目次

はじめに

「精神保健福祉行政におけるスタンス」

所長 丸山普二

I サリヴァンの非言語的コミュニケーション論とそのフロム＝ライヒマンによる発展・・・ 1

保健管理監 藤城 聡

II ひきこもりEメール相談の実態と意義についての考察・・・・・・・・・・・・・・・・ 17

保健福祉課

加藤千礼 後藤孝一 岡野史子 桑山陽子 三輪扶弥 松本華子 検校規世

III ひきこもり来所相談事例の分析について

—35歳以上の長期化したひきこもりの支援を考える—・・・・・・・・・・・・ 24

保健福祉課

三輪扶弥 検校規世 松本華子 桑山陽子 加藤千礼 岡野史子 後藤孝一

諏訪真美（愛知淑徳大学教授）

IV 愛知県依存症当事者回復支援事業の試行的取り組みについて・・・・・・・・・・・・ 33

企画支援課

新屋一郎 伊東佑希子 竹島久美子 佐々木はるみ 安藤誠治

保健福祉課

加藤千礼 桑山陽子

保健管理監

藤城聡

参考資料

I サリヴァンの非言語的コミュニケーション論とそのフロム＝ライヒマンによる発展

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

サリヴァン,HS が非言語的コミュニケーションを重視していたことはよく知られている。実際、彼の著作をひもとくと随所に非言語的コミュニケーションを扱った文章があることがわかる（藤城:2010）。この文章では、サリヴァンの非言語的コミュニケーション論を紹介するとともに、ハンガリーの精神分析家フェレンツィ,S がサリヴァンに与えた影響を、そして、サリヴァンの同僚であったフロム＝ライヒマンがサリヴァンの非言語的コミュニケーション論をどう発展させたかを見ていきたい。

2 サリヴァン、フェレンツィ、フロム＝ライヒマンの紹介

(1) サリヴァン(1892-1949)

サリヴァンはニューヨーク州の片田舎の農場で育った。出自はアイルランド系カトリックである。彼は非常に寂しい少年期を送ったらしい。学業は優秀であり、コーネル大学に進んだが、早々にドロップアウトしている。この時期は謎に包まれている。一説には統合失調症にかかり、治療を受けたということであるが、近隣の精神科病院にはサリヴァンが入院した記録はないという(Perry:1982)。

サリヴァンはシカゴ医学校で医師の資格を取得してから、陸軍勤務を経て、1922年より連絡将校としてセント・エリザベス病院に勤務した。そして、セント・エリザベス病院に在任中、ウィリアム・アランソン・ホワイトの影響により統合失調症の精神分析的な精神療法を始めたといわれる。サリヴァンがその統合失調症患者への精神療法を心置きなく行ったのはシェパード・アンド・イノック・プラット病院でのことであった。1920年代という早期のことであるから、パイオニア的治療と呼んでも差し支えはないであろう。当初はフロイト志向的であったというサリヴァンの理論も、晩年になるとフロイトの影響は表面から大きく退き、古典的精神分析用語ではその理論を説明できなくなるほど変容を遂げている。サリヴァンの治療の実際は著書の中でも触れられることが少なく、シェパード・アンド・イノック・プラット病院に現存する面接のマニュスクリプトの他は、伝説レベルの言い伝えが残っている程度で、Schulz、中井らの論考があるとはいえ(Schulz:1978,1987、中井:1994)、あとは深い霧の中に包まれている。

サリヴァンはシェパード・アンド・イノック・プラット病院を辞した後、ニューヨークで開業し主として強迫神経症の患者を診療した。

(2) フェレンツィ (1873-1933)

フェレンツィはハンガリー生まれのユダヤ人精神分析家である。精神分析運動が始まってごく早い時期にフロイトに師事し、その第一世代の弟子である。ユング、アドラーらの離反の後、フロイトはフェレンツィによき息子としての役割を期待し、フェレンツィはその期待に応えた。フロイトとフェレンツィの往復書簡はこの密接な関係をよく表している。

フェレンツィは熱中性のところがある実験精神にあふれた楽天的な臨床家であり、active

technique (積極療法と訳されるが、筆者は能動的療法と訳す方が良いように思う)、弛緩療法といったそれまでの精神分析ではほとんど実践されなかった (active technique の一部はフロイトが実践したことがある) 実験的治療を行った。そのため、彼は、後に「出産外傷」を唱え精神分析から袂を分かったランク,O とともに進歩派と目されていた。すなわち、当時精神分析運動内には、彼らと、より保守的なジョーンズ,E、ザックス,H らとの鋭い対立が存在したわけである。

Active technique は従来の技法では治療が進まない患者の治療のために導入された技法であり、患者はある時点から満足を伴う行為を禁止されたり、不安を感じる状況を体験するように強いられたりする。理論的にはフロイトの禁欲原則の延長とも言える技法である。フェレンツィは論文の中で症例を挙げ、人前で演奏ができなくなったクロアチア人の女性音楽家に対しセッション中に歌を歌うことを命じ、これが治療的進展に繋がっていったことを示している。このときのフェレンツィの態度は禁止とか強制といった言葉から連想されるような硬直的な態度とは全く逆で、支持的で人間味にあふれたものである(Ferenczi:1921)。

しかし、この技法では一部の患者にしか効果が見られないことから、フェレンツィは逆に不必要な緊張増大を避け、患者の期待なり要請なり欲求なりに積極的、肯定的に応じていく立場に転じた。この時期は弛緩の原理または弛緩療法と呼ばれるが、この頃からフロイトはフェレンツィに批判的になっていったと (フェレンツィの身を案じたとも) いわれる。フェレンツィはその後、患者との相互分析といった前代未聞の大実験に乗り出すが、その大実験はフェレンツィの体を蝕み、1933年3月、悪性貧血による側索硬化症で死去した (当時、悪性貧血は肝臓療法など治療法が確立しており、普通は死病ではなかったという)。フェレンツィの死の前年のフロイトとフェレンツィの決別は、フェレンツィが狂気のうちに死んだという風聞と相まって、精神分析にとってのトラウマと呼ばれ、フェレンツィの名は長年のタブーであった。

フェレンツィの実験は全て成功したとは言えないが、その成果は後の精神分析治療に大きな影響を与えたと言われている。

(3) フロム＝ライヒマン(1899-1957)

フリーダ・ライヒマンは東プロシアのカールスルーエに住む正統派ユダヤ教徒ライヒマン家の三姉妹の長女として生を享けた。父親は金属製品を扱う商店主で、後に親戚の銀行に職を得た。フリーダは母親から施された教育によりケーニヒスベルク大学医学部に入学し、卒業後間もなくの第一次世界大戦中は神経科の病棟で多数の脳損傷患者を診た。大戦の終結後、恩師ゴルトシュタインのもとで神経学の研鑽を積んだ後、シュルツ, IH のもとで精神療法の訓練をしているとき、フロイトの著作に出会った。1923年、フリーダ・ライヒマンはベルリン精神分析研究所で正式な精神分析のトレーニングを始め、翌年にはハイデルベルクで精神分析治療を行うサナトリウムを開設した。1926年、自分の被分析者であったエーリッヒ・フロムと結婚し、その後はフロム＝ライヒマンと名乗り続けることになる。1929年には夫フロムとともにフランクフルト精神分析研究所の設立に参画した。彼女はヒトラーが首相になると、ストラスブールに亡命し、さらにパレスチナに移り、そして、1935年、アメリカ合衆国に亡命した。

亡命後まもなく、フロム＝ライヒマンはチェスナット・ロッジ・サナトリウムに一時雇として勤務したが、すぐに常勤となり、彼女のために建てられた病院の敷地内のコテージを住居兼オフィスとして診療した。そして、彼女はそこで統合失調症の精神療法や、自ら「精神分析的に志向づけられた精神療法」または「精神分析的な精神療法」と呼んだ精神療法についての論文を著した。

また、夫フロムを介して、サリヴァンと知り合い、大きな影響を受けることになった。1942年から1946年にかけて、サリヴァンはチェスナット・ロッジでセミナーを行ったが、これはフロム＝ライヒマンの尽力によると言われている。サリヴァンと彼女はワシントン精神医学校やそのニューヨーク分校であるウィリアム・アランソン・ホワイト研究所とともに教鞭をとった。

1950年に主著『積極的心理療法』Principles of Intensive Psychotherapyが刊行され、好意的な評価を受けた。1953年には「統合失調症の理解に顕著に貢献した」功績により、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員として招聘され、そこでベイトソン、Gらと共同研究を行うことになる。晩年は孤独についての思索を深めた。1957年4月28日、フロム＝ライヒマンはチェスナット・ロッジのコテージのバスルームで死んでいるのを発見された。67歳、死因は冠動脈血栓症であった。

3 サリヴァンの非言語的コミュニケーション論

サリヴァンの非言語的コミュニケーション論を取り上げる際、まず彼の発達論的視点からのコミュニケーション論から始めることが適当であろう。サリヴァンはまず幼児をとりあげる。言語発達のまだみられない幼児は対人活動をしていないかといえばそうではなく、感情移入 empathy による母親役からの感情の伝達が見られる。感情移入により肯定的な感情も否定的な感情も母親役から幼児に伝達されるのであるが、サリヴァンは「不安」の伝達を強調する。母親役の中に「不安」が生起すると幼児にそれが感情移入により伝達され、幼児の中に「不安」が生起する。「不安」というものは他の欲求の不満足とは違い、幼児自身によっては解消するすべが全くないものであるから、その対人の場は瞬く間に解体する。この体験は後の「自分でないもの＝not me」の原基となるものであり、そこから自己または自己組織が発達するので、サリヴァンにとっては重要なものとなるのである。この empathy については第6節でもう一度取り上げる。

幼児期も後期に入ると身振りによる伝達が始まる。特に母親役の音声の音調面の幅が狭くなることは最初の「禁止の身振り」として、「悪いお母さん」という擬人存在に組み込まれる。ことばの内容とはあまり関係なく、それがどう表出されるかが問題であるという。幼児にとっては聞き馴れた音声に現れる変化が最も信頼できるものであり、対人の場を即刻変化させるものとしてはある種の音調のイタズラほど効果的なものはそうない。なぜなら、われわれにとって音声を産み出し、聞き、解釈するという体験の中で、常に現実的な意味で二番目に古いのが音調であるからである。また、後年、友人や敵、初対面の人や熟知の人を相手にする時には、自分の発する片言隻句の音調のパターンにある力点の置き具合や調子の変え方の方が、単語自体ではとうていなしえないことをなしうるとの指摘も見られる。

幼児期から小児期への移行期に身振りと言語の学習が重要になる。『精神医学は対人関係論である』

の編者によれば、サリヴァンは「身振り」ということばをふつうよりも少し広い意味で使っている。顔の表情と身体の他の部分を使う無言劇のほかにメロディー、リズム、話言葉における力点を含めているのである。「身振り」ということばで、話し言葉の「記述的」側面に対立する意味での「表出的」側面を意味していたという。サリヴァンは言う、「精神医学的面接におけるコミュニケーションとは単なる言語的なもののやりとりではなく、場の諸過程の形づくる微妙に複雑なパターンが生起し展開することである」と(Sullivan:1953a)。以上は『精神医学は対人関係論である』(1946-1947年の講義録をもとに編まれた)の中に見られる記述である。

一方、1932年頃にはおおよそ完成されていたとされる”Personal Psychopathology”の中にも同様の記述が見られる。サリヴァンの発達論的にも治療論的にも重要な概念に「合意による妥当性確認 consensual validation」がある。同書では視覚による顔の認識は「合意による妥当性確認」の方向に向けて容易に彫琢されるが、音声の場合はあまりそうではないとある。また、先述の「感情移入」による伝達について、それは生涯を通じてつづく重要な要素であるという記述がみられる。それは、また、児童期において同性の親と子の間でもおこるとされる。父親と息子との間、母親と娘との間、といった具合であり、その時もまだ続いている母親と子供の間につながりとは全く異なる、ある種の人格の拡大だという。

また、同書の実質的な最終章である第11章「パーソナリティの研究」では、研究上の認識論的問題に触れた後に次のような記述が見られる。「自己 self はほとんどの試みにおいて情報を伝達する仲介をする。会話をしている二人は多かれ少なかれこの自己を全体的に意識しつつ、ことばの組み合わせを口にするわけである。二つのパーソナリティは、この自己対自己の会話が起きている全体的な状況に統合されているわけで、この二つのパーソナリティはいわば言語的やり取りに乗じてコミュニケーションしているというわけである。パーソナリティと意味の混交部があって、それは文化的に標準化された単語に結びついている。その混交部は、パーソナリティの類似性からくる感情移入の絆があることにより、片方からもう一方に伝達される。この混交部の集まりはといえば、会話の中の、あるいは会話に沿った文化的に標準化された音調の変化や抑揚、身振りや姿勢やその他の表出的力動態勢に結びついているのであって、それも同じように感情移入の絆があることにより、片方から他方へと伝わるのである。」

さらに、後段での治療について述べているくだりでは、「面接では患者はこころに浮かんだことを何でも、言葉で、サウンドで、身振りで、しかめ面で、微笑で、涙で、音調で表現するように教示される」という記述が見られる。

また、サリヴァンは、医師は自分が扱うそれぞれの患者の特殊な特徴ある傾向一系 tendency-system によって持ち上がる現象に目ざとくなくてはならないと警告する。特定の患者を医師が理想化するという問題を、この現象の一般的な例として読者の注意を喚起した上で、「医師が患者との感情移入のつながりによって、医師の技術上の、あるいはその他のタブーによりその解決が不可能である状況に、幻想で活性化された対象(患者)を統合してしまう」という記述が見られる(いわゆる逆転移により生じる現象を述べているのであろうか?) (Sullivan:1972)。これらは後年刊行さ

れた著作には見られない記述である。

『現代精神医学の概念』では幼児が泣き叫ぶことが取り上げられ、言語については「音節化された一連の雑音」とサリヴァンらしい皮肉で表現されている。感情移入については簡単に触れられ、小児期の大人から不承認の気配を受け取る媒介という説明が加わっている。第二講の中では「アナウンサーの話をいつも聴いている聴取者の心の中でアナウンサーが『ある人格を持った人間のように想像されてくること』を研究するのは、おそらく、音声の、非言語的コミュニケーションを行う側面を理解するために有効なアプローチだろう」と述べている。また、観察者が患者の声の調子が何回かふくらみを失い、平板に、いわば単調になることがわかるので、その時にその相手がかかわっている対人関係の構図になんらかの事態が発生したことが分かる、と記述されている。そして、相手から伝わってくる感情移入性の敵意や非友好的禁止命令、後年に出現する「駄目だ」と制止を加えてくる身振りを感得する体験などは横紋筋の一部のトーンスの高まりに彩られ、やがて両者は連合するようになる。「文化への同化」の全過程は「いけません」という身振りと「よろしい」という合図に満ちている。禁止の身振り、たとえば、しかめ面、仏頂面、困ったような表情、ある種の語調、発音がちょっと変わること、などは「自分の安全が脅かされている」という感覚を直ちに起させる、と述べている。また、サリヴァンは彼が講演している「当面の音声的コミュニケーションの過程」の持つ複雑なパターンに、聴衆の注意を向けさせている。チックも身振りのうちのひとつと位置づけている。

(Sullivan:1953b)

サリヴァンの中期から最晩年にかけての論文を編んだ”The Fusion of Psychiatry and Social Science”(Sullivan:1964)の中”A Note on the Implication of Psychiatry”(1936-37)、“The Data of Psychiatry”(1938)の文中にも既に述べてきたような非言語的伝達に関する記述が見られる。”Propaganda and Censorship”(1940)と題された論文の中にも「ポジティブ(快、承認—かくして拡張された高い個人的安全保障感)な、あるいはネガティブ(苦痛、不快、非承認—そして個人的安全欠如感)な情動的色調を伴う感情移入 empathy と共感 sympathy により取り巻かれた言語的シンボルは誰しもの社会化に非常に大きな役割を果たしている」といった記述を見出すといささか驚く。しかし、全てのプロパガンダと検閲は社会的力の顕現であり、サリヴァンはパーソナリティというもののは親をはじめとする環界の重要な大人を介する「社会的力 social forces」の産物であると考えていたから、これは彼にとって当然のつながりであったのであろう。サリヴァンのこういう側面を重視するため、サリヴァンの盟友、クララ・トンプソンは自分たちのグループを「文化学派 cultural school」と呼ばれるのを好んだのである(Thompson:1950)。

“The Illusion of Personal Individuality”(1950)には感情移入 empathy についての興味深い記述が見られる。「私は、今それがあのか、ないのか—私には分からないある種の体験について述べている。私はそれが実在すると信じているが、じっくり観察する時間があつた者は誰もいないようである。そして、それは私が物事を説明するやり方からすると多かれ少なかれ重要であつて、私の知るところではそれに反駁する人もいないようなので、私はそれを価値のあるものとして紹介するのである。どうかこうかして—そして、それについて言うことが少なければ少ないほど良いのだが—重要な大人た

ちから非常に小さな子供に対してある種の伝染する力があるのだ。実際、ある程度の人々ではこれが人生を通じてはるかに続き、ある種の霊媒的、あるいはある種の催眠術的行動について非常に頭を悩ませるような（その人の心的）装備の一部となっている。端的に言えば、これが感情移入 empathy である。」サリヴァンにとって感情移入 empathy は謎めいたコミュニケーションの様式であった。この点は第6節でもう一度触れる。

サリヴァンの死の数ヶ月前に執筆された”Tensions Interpersonal and International :A Psychiatrist’s View”(1950)には、「たとえどんなシンボルの体系が音声的 vocal なやりとりの適当な代用品となるうとしていても、記号的なシンボルと言語の文法構造の可能性を、会話するのと同様に自在に駆使することができ、もっとも自在に書かれた文章を、会話を解釈するのと同じように確かに解釈できる人が果たしてどこかにそうも大勢いるのかどうか疑わしい」と述べる。その後で、「声 voice は高度に、しばしば曖昧にだが、言われたこととは全く別様に表出的である。そして、会話とはその中で全体のパターンがその部分の詳細な趣旨を非常に豊かに明るみに出す二つの並行する過程である」と主張している。また、この論文の後段では、「対人関係論は関与しながらの観察に大きな強調を置くが、これはつまり対面での、すなわち対人での精神医学的面接の技術が大きな重要性を持つということである」と述べる。その後、「精神医学的面接の中でのコミュニケーションは断然言語的文脈のやり取りの問題などではなく、むしろ関わっている人々についての重要な結論を含む、場の過程の精巧で複雑なパターンの発展である」と主張する。これは言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションが複雑に絡み合う対人の場のことを述べていると考えられる。(Sullivan:1964)

これから先は治療状況に注目し、サリヴァンの非言語的アプローチを見てみたい。『現代精神医学の概念』によれば患者に求めて良いことの第一は「自分の身体に起った変化を意識すること」である。たとえば、声の変化、咀嚼運動、緊張の増減などである。簡単な解釈（サリヴァンは解釈と同様の結果をもたらすために質問をするという手法を好んだ。「解釈的質問(Fromm-Reichmann,1950)」)をするための質問をする場合、これが大事なことであると強調し、この強調のためには、なるべくならば非言語的手段、例えば語調、を活用すべきであるとしている(Sullivan:1953b)。

サリヴァンの初期の論文集、『分裂病は人間的過程である』所収の『分裂病における思考の奇妙性』(1925-26)は大変大部な論文で詳細な患者の陳述が掲載されているところが特色である。この論文で、患者の発する音調により、患者が関心を持っていることが分かったとサリヴァンはすでに述べている。別の患者の逐語的面接記載では患者がシガレットを吸うとオシッコがしたくなるという陳述に続けて、サリヴァンの「それから！」というエクスクラメーションマーク付きの促しが続く。これは強い促しと多少の圧力、そしてサリヴァンからの励ましを患者に非言語的に伝達するものである。また、さらに別の患者でも語調の変化が記述の対象になっている。

『臨床医学と研究との共通分野』(1927)では、主観的体験を伝達するためのチャンネルとしては言語というものは扱いが難しい、厄介なものであるという考えを示し、「主観的状况で患者の自己価値、自己尊敬などにとって重要なものはもちろん、他の理由で情緒に濡れた状況について報告するとなる

と、言語による報告は科学的データとしては間接的に使えるものでしかない」と述べている。そして、言語的に伝達できないような患者理解には共感 *sympathy* という現象が非常に重要だと述べる。『分裂病における悪性度の規準試案』(1927-28)では患者の陳述に「もっといらいらさせるような言い方と言う」とか「非常に辛らつな皮肉をこめていう」というコメントをつけて提示している。『分裂病の修正精神分析治療』(1931-32)では統合失調症患者との対人関係も、言語以外のチャンネルによる相互コミュニケーションを非常に多く含んでいると比較的一般的な言及がなされている(Sullivan:1962)。

『精神医学的面接』(Sullivan:1954)はサリヴァンの著作中でも面接中、すなわち治療場面でのコミュニケーションが扱われている。有名な「*verbal therapy* はない。あるのは *vocal therapy* だけである」という「名言」のソースもこの著書である。該当する部分にはこう書かれている。「精神医学的面接についての私の定義はまず、『精神医学的面接とはすぐれて音声的(ヴォーカル)なコミュニケーションの場である』と述べる。『もっぱら言語的(ヴァーバル)なコミュニケーションの場だ』と述べていないのに注目して欲しい。」その後で、サリヴァンはイントネーション、話す速さ、あることばに来るとつかえることなどには話し手の秘密を明かすという面があるとし、話すことばの意味だけに注意していてもしかたがない、こういうことを耳ざとく捉えよと述べているのである。「名言」とおおよそ同じことを述べているのだが、言語的コミュニケーションを否定する度合いの差というか、温度差があることに注目されたい。

続けて、サリヴァンは音調変化について語り、声の響、サウンドの変化に注目を促す。そして最初の命題をパラフレーズする。「精神医学とはなによりもまず音声コミュニケーションの問題である。コミュニケーションとはなによりもまず言語的だという思い込みはきわめて重大な誤りではなからうか。述べられた命題文のほんとうのところは何であるかをおしえるのは、言語にともなう音である。」そして、面接のデータで得るところが多いのは、問答それ自体よりも、話のタイミングや、「どこを強く発音したか」や、些細な取り違えや、「いつその話題を降りたか」であるとする。このような観察を得るには面接者がアンテナ感覚を鋭敏にしていなければならないのだが、そのアンテナ感覚に関わるのは「暗在的関連付け過程」である。暗在的関連付け過程とは幼児期後期にその姿を現す非常に原始的で非論理的な過程である。統合失調症の急性発症ではこれが意識 *awareness* になだれ込んでくるというが、治療的に役立つものであるという点も興味深い。

詳細面接の項ではフロイト的な鏡面的治療者像を批判し、面接者は声の調子や身体のジェスチャーでもって信号を送っているという。さらに面接者の態度の変化を取り上げ、それが被面接者から照らし返されるため、面接者は自分の態度について考えを巡らせなくてはならない。サリヴァンは「初めて酔ったのはいつかい？」とたずねるとき、「酔った」という言葉を尻下がりに発音して、酒飲みかもしれないなんて考えてすまないという気持ちをあらわすと音声的コミュニケーションの例を挙げる(Sullivan:1954)。中井は同書日本語訳『訳者あとがき』で(サリヴァンは)患者に「きみのトレーニングの声(建前の声か)とデザイアの声(本音の声か)とがあるのを、聞きわけるようにしなさい。今はどっちの声かを」といっていたそうであると紹介し、前者はうすっぺらいフラットな声、後者は

倍音の多いディープな声であると述べている（中井:1986）。

『精神医学の臨床研究』では話題が統合失調症になると、途端にサリヴァンの治療論も熱を帯びてくる。患者の体験の一部はわれわれのうち誰も全然ことばにしたことのない型の体験なのであるから、その人以外の人間に分るように伝達することはできないことが勘どころだと述べている。患者が支持を求めてきている時には、『ひょっとしたら、ある意味ではね、そういう気がするが、あーうー...』というたぐいのことばを言いなさい。ここで『ひょっとしたら』にアクセントを置いてはいけない。それは残酷なことである」という。このコミュニケーションにより、「こちららも百パーセント分かっているわけではないこと、こちらがとっているのはその後を待つ待機の姿勢であること」を非言語的に伝達するということなのである。昏迷患者と話している時の自分の発声に非常に注意していたことによく気づいたという。話す速度は非常にゆっくりであるが、音声は、相手との実際の距離が要求する程度より少し大声になったとのことである。また、統合失調症患者を相手に非常に危険率が高い賭けをやらなければならない時は、患者との直感的、感情移入的コミュニケーションを当てにできないともいう(Sullivan:1956)。

サリヴァンは「ケースセミナー」において様々な形で患者にコミュニケーションする方法を教えている。「ケースセミナー」はサリヴァンの考えをまとめた著書ではないので、一つずつ挙げていこう。「『きみはそんなに全損ではないじゃないか』という態度を示す。」「次の一手は、ごく自然に口をついて出たような感じであることが必要だ。」「未来のほうにじっと見据えながら、患者に言う、『ああ、そう、私はいまはわかるぞ、君にそう思えることが』と。」「私の経験が教えるところでは、私が失敗した領域があるとすれば、それは身振り手振りよろしく直接の激励をした時だ。」「患者がそれほどダメ人間でもないという事実を確認できる質問をたいていそれとなく言う。」「放っておくとその人をだめにする行動になってしまう発想を聞いたならば、それに不賛成の意を表しておくべきだ。非常に単純な仕草でもいいから。」「患者が大げさな表現をしたときに、ちょっと音調をそっけなく、皮肉っぽくして『君が感じたその意味は何』と言う。」「親の無責任なおためごかしな言動を聞くとむかむかして『そりゃあご親切なこった』とか何とか言ってやる。あっさりと言前払いを食らわすジェスチャーをする。」「『えっ、またしても暗いはなし？』（訳者の中井先生の名訳だと思うが、原文は” Huh, the gloom again, eh?” である）とか何とかいってみる。」「患者を止めなければならないとき、反抗心をかきたて、それを議論に滑り込ませ、へぼ役者よろしく、大げさに、それに悩んでみせる。渋面をつくり苦悩する。」「（家族が患者を勝手に転院させるとき）腹に据えかねるのを我慢するときの身体表現として、両手を合わせてもみしだく。ただもう、声で怒りの発作を演出する。」「精神医学の場は、こちらと患者の眼が合った時から始まる。」「解釈を提出する時は仮説に関して質問するが、患者がイエスカノーで応えてしまった場合、いらいらしたようすを見せながら、『イエスカノーで答えて欲しくない。話し合おう』と言う。」「強迫症とスキゾイド人格の人を治療していて、統合失調症に行き着くという徴候が見えれば、勢いを削ぐ対応をする。気乗りしないという態度で文字通り過程を遮断する。」このように、セミナーでサリヴァンがアドバイスした内容をとり挙げてみると、通常の臨床場面ではなかなかしてはもらえない助言に満ちていることに気づかされる。(Kvarnes&Parloff:1976)。

最後にサリヴァンのスーパーヴァイジー、ベンジャミン・ワイニンガーが語ったサリヴァン像を紹介しよう。「若い、18歳の男性患者で少しずつ自分の中に閉じこもっていく証拠が見えつつあった。彼は広大な風景の絵を描く画家だった。私は週に5回、彼を診ていた。時には一回当たり2時間費やすこともあった。私は彼のことでサリヴァンのスーパーヴィジョンを受けていた。患者のいつもの身振りは私を追い払うために手をひらひらさせることだった。彼は私に2時間話したことがあったが、それ以外のときは話が通じなかった。われわれは病棟に立っていた。彼はいつでも私を殴れるように片手を頭の上に振りかざしていた。彼が手を振りかざしているということは、私とその近さで彼のそばにいるということが彼に対して脅威になるということを示していた。私は彼にそれをことばにして言うてみるように言った。彼はゆっくり、ためらいながら話し続けた。私は自分たちが話していることに驚いていた。患者は2時間話す間、手を振りかざしたままだった。」

「サリヴァンは私に君の受け持っている統合失調症患者は治癒しているんじゃないかと言った。その男は私には二度と話しかけず、サリヴァンの方の好奇心は高まってきた。私が病棟にいと、サリヴァンがその患者に会うために病棟にやってきた。彼は入ってきて、あいさつに手を高く挙げ、『ハイ』とか何とか言った。患者の方の興味も高まってきて、彼は話しこそしなかったが、彼の眼はサリヴァンに釘付けになって、眼を逸らすことができなくなった。私はサリヴァンが何とも容易く、非言語的水準で男性の統合失調症患者と即座に接触を確立するのに心をうたれた。(中略)サリヴァンの天才は注意を払うという彼の能力にあった。彼がそばにいと、ほとんどの時間彼は十全に現前していた。私が知っているほとんどの人たちより、ずっとそうなのであった。」(Weininger:1989)

4 サリヴァンに対するフェレンツィの影響

サリヴァンへのフェレンツィの影響を論ずる場合、サリヴァンの親友、クララ・トンプソンを間に入れて考えることで事態が見やすくなると考えられる。トンプソンについては後に触れる。

サリヴァンは『現代精神医学の概念』において、フェレンツィの『精神分析論集』"Contributions to Psychoanalysis"を自らの精神分析にかかわる読書のうちの一冊に挙げている。この本はフェレンツィの1908年から1914年までの論文をまとめ、アーネスト・ジョーンズが訳したものである。トンプソンによるとサリヴァンはドイツ語読解が苦手であったので(Thompson:1952)、おそらくサリヴァンが読んだフェレンツィの著作は、当時英訳が存在したこの本だけだったであろう。さらに、自著"Personal Psychopathology"の中で、自己感情と口唇的相互作用帯についての議論への導入部で、サリヴァンはフェレンツィの論文、『現実感覚の発達の諸段階』"Stages in the Development of the Sense of Reality"の中での記述に触れ、さらに、後段の脚注でも同論文を挙げている。

1926年から1927年にかけてフェレンツィはアメリカに滞在した。この際サリヴァンはフェレンツィをワシントンに招待しようとウィリアム・アランソン・ホワイトに働きかけた。サリヴァンはフェレンツィのニューヨークでの講演、「精神分析の今日の問題」を聴き、さらに、ワシントンでの会合における「性器論」ではホワイトとともに指定討論者として参加した。伝記作家はフェレンツィとサリヴァンが直接接触した証拠はないと書いている(Perry:1982)。しかし、クララ・トンプソンは「1926年にサリヴァンはフェレンツィに会い、彼の考えが他のどの分析家よりも自分の考え方にじっくり来

るということを知った。が、同時に彼らが互いに影響を与え合ったというのは誇張というものだろう。彼らの接触はあまりに短く、それぞれが互いに連絡を取り合うことなく、(自分の考えを) 発展させ続けたのである」と述べている(Thompson:1952)。また、スタントンはニューヨークでの講演の後、フェレンツィはサリヴァンと特筆すべき意見交換をしたと言っている(Stanton:1990)。このような資料から推察するにサリヴァンのフェレンツィとの直接接触はあったとしても、せいぜいお互いの意見を述べ合った程度のものであり、その後はクララ・トンプソンを介したフェレンツィのサリヴァンへの影響を考えるべきなのであろう。

ここで手短かにサリヴァンの親友であり、北米大陸におけるフェレンツィの継承者と目されたクララ・メイベル・トンプソンに触れておきたい。クララ・トンプソンはアメリカ東部ロードアイランド州プロヴィデンスの裕福な家庭に生まれ、ブラウン大学卒業後、ジョンズ・ホプキンス大学に進んだ。在学中にセント・エリザベス病院で夏を過ごすようになり、専攻を精神医学に決めた。医学研修を終えた彼女はアドルフ・マイヤーのもと、フィップス・クリニックで働くようになった。この時期に彼女はサリヴァンと知り合い、その友情はサリヴァンの死まで変わることなく続くことになった。

フェレンツィの米国での講演旅行の翌年、サリヴァンはクララ・トンプソンに、ブダペストに赴いてフェレンツィの教育分析を受けるように説得し、分析が終わったら勉強したことを教えて欲しいと言ったという(Perry:1982)。また、サリヴァンの伝記には「私はサリヴァンがあんなにいわなかったらフェレンチのところへ行っていなかったところです。サリヴァンは、フェレンチが自分の信用しているヨーロッパ唯一の分析家だといったのもですから」というクララ・トンプソンの言葉が引用されている(Perry:1982,Thompson:1955)。サリヴァンの推薦には異説が一つある。サリヴァンにはフェレンツィが当時見られた教条主義と儀式傾向を逃れえた分析家に見えたというものである。

彼女は1928年と1929年の夏、ブダペストでフェレンツィの分析を受けた。1928年の訪問ではフェレンツィはトンプソンに自分の見解とサリヴァンの見解の多くに類似点があることに驚きを示したという(Green:1964)。さらに、彼女は1931年から1933年5月のフェレンツィの死まで分析を続けた。折しもフェレンツィが弛緩療法、さらには晩年には相互分析といった新手法に取り組んだ時期であった。『臨床日記』が1985年に50年以上もの歳月の後に出版され、患者もしくは被分析者 Dm がクララ・トンプソンであると編集者により同定され、彼女の別の側面に光が当たることになったが、それは別の物語である(Ferenczi:1985)。

フェレンツィの死後、彼女は夏までブダペストに留まり、残された未亡人を慰め、悲しみを分かち合った。その後彼女はニューヨークに戻り、サリヴァンとの旧交を温めた。彼女、サリヴァン、シルバーバーグ、亡命してきたカレン・ホーナイ、エーリッヒ・フロムは「ゾディアック・クラブ」と呼ばれるグループを形成し、このグループはサリヴァンの対人関係的力動の研究としての精神医学概念に強力に影響を受けていた。

クララ・トンプソンはサリヴァンを分析しようとしたことがある。しかし、彼女は自分が彼に対して抱いている恐れ多いほどの尊敬の念を克服できないことに気付き、分析を断念した(Green:1964)。一方でサリヴァンの方はトンプソンを「私の教育分析者」と呼んだりしている(Perry:1982)。

クララ・トンプソンはその後、守旧的なアメリカの精神分析界と一線を画し、1958年のその死までワシントン精神医学校のニューヨーク支部であるウィリアム・アランソン・ホワイト研究所の所長を務めた。精神分析の概説、女性の心理学についての論文などを刊行し、臨床家、理論家、教育者として多大な業績を残した。

トンプソンがサリヴァンにフェレンツィの思想や技法をどこまで伝えたのかは、今となっては確かめようがない。サリヴァンとトンプソンの間柄なら相当のことが伝達された可能性もある。しかし、トンプソンが示唆するようにサリヴァンとフェレンツィはそれぞれ独自に理論や技法を発展させていったと考える方が実情に近いと私は考える。

5 サリヴァンの非言語的コミュニケーションをまとめ、フェレンツィの影響を検討する

サリヴァンの非言語的コミュニケーションは（特に治療場面において）言語的コミュニケーションと並行して起きる、『精神医学は対人関係論である』の編者が言うサリヴァン流の「身振り」か「感情移入」の2タイプに大別できる。繰り返しになるが、ここで言及されている「身振り」には顔の表情と身体他の部分を使う無言劇のほかにもロディー、リズム、話し言葉における力点を含めている。また、「身振り」ということばで、話し言葉の「記述的」側面に対立する意味での「表出的」側面を意味しているのであった。

さて、第4節でサリヴァンに対するフェレンツィの影響を見たが、ここではサリヴァンの非言語的コミュニケーション論におけるフェレンツィの影響を検討したい。そのために取り上げるのは前節でも言及した1913年のフェレンツィの論文、『現実感覚の発達の諸段階』である。

胎児は保護や保温、栄養の要求がすべて母親に保証されている。酸素と栄養は直接血管に送り込まれ、本能を満たすために必要なものは常にあり、望む必要もない。それ故、胎児はその存在からして、実際に自分が万能だという印象を抱くであろう（無条件の万能感の時期）。しかし、出生の瞬間から外界に適応するために、乳児は栄養であれ、身体を温める手段であれ、必要とするものを得るため、外界に働きかけなければならない。その過程で乳児は万能感を断念し、現実感覚を手に入れなければならないわけである。フェレンツィはそれに伴う子どもの持つ万能感の変遷を現実感覚の発達段階ごとにまとめた。

最初の段階では新生児～乳児は願望を思い浮かべるだけでよい。なぜなら、助産師～養育者が本能的に子どものニーズを認識して、それを満たすからである。そして、子どもは原因と結果の現実的なつながりとか、助産師～養育者の存在や活動などを知らないがゆえに、自分自身が自分の願望が満たされることを思い浮かべるだけで、すべての願望が実際の現実のものとする事ができる魔法の力を持っていると感じるに違いない。この時期をフェレンツィは「魔法の幻覚による万能感の時期」と呼ぶ。願望を思い浮かべることが幻覚的だというわけである。この時期には不快な感情が起こったときの、泣いたり、手足をバタバタさせたりするといった非協調性運動が特徴的である。それはやがて、そうすることで満足を到来せしめる事ができる魔法の信号となる。

発達につれ、乳児の願望が複雑になると、ずっと分化した信号が要求されるようになる。たとえば、お乳が欲しいときの口でおっぱいを吸う真似とか、排泄物をきれいにして欲しいときの声やお腹を押

さえることによる特徴的な表現がまず挙げられる。子どもは次第に自分が欲しい物の方へ手を伸ばすようになる。この時期が「魔法の身振りの助けによる万能感」の時期である。この時期の病理的対応物がヒステリー性転換（症状）である。また、人間の身体と客観的世界の間にわれわれが象徴的と呼ぶ密接な関係が出来上がり、これは生涯を通じてとどまり続ける。この象徴的な描写の能力により、身振りことば(gesture language)が完成する。これによって子どもは身体に密接な関係にあるような願望を信号で表すだけでなく、変転する外界に関係するような願望をも表現することができるようになるのである。

そして、子どもが自分の願いや求めている対象を描写するために用いる身体的な方法の一つが特別な重要性を持つに至る。それこそが他のすべての表現方法を超越する言語能力である。言語は元来、物が作りだしたり、物を使って作り出されたりする音やノイズの模倣、すなわち音声的表現である。言語的象徴は身振りによる象徴にとって代わる。それまでの邪魔な象徴的な想像やもっと邪魔な劇的な表現の必要はもはやなく、はるかに分化した形で、またはるかに経済的に、かつ概念化して、言葉は願望を表現できる。しかし、この発達段階においても、思考（ここでは抽象思考のことである）の中で言葉によって示される願望はまだ非常に少なく、比較的単純なので、子どもに良かれと思っている周囲の注意深い人たちにとっては、たいていのこうした思考を言い当てることは容易である。思考に常に伴う（子どもの場合特にそうであるが）擬態表現は大人がこの種の読心術を行うのをとりわけ容易にする。そして、子どもが実際に願望をはっきり言葉にして述べると、それを待ち受けていた周囲の人々は可能な限り急いでその願望を満たそうとする。この段階が「魔法の思考と魔法の言葉の時期」である。強迫の患者が退行しているように見えるのは、この現実感覚の発達段階である(Ferenczi:1913)。

ここまで見てきたようにフェレンツィの著作において、言語以前に音や身振り、擬態表現がコミュニケーションの中で果たす役割が示されている。これはサリヴァンの非言語的コミュニケーション論の中から、感情移入によるコミュニケーションを除いた身振りの部分にほぼ相当する。しかし、コミュニケーションの vocal 的要素、すなわち音調、メロディー、リズム、アクセント、響き、サウンドなど極めて聴覚的な部分をサリヴァンはより詳しく述べている。サリヴァンは、フロイトの「性欲論三篇」に相互作用帯のアイデアを負っているとすれば、非言語的コミュニケーションの考えにおいてはフェレンツィの「現実感覚の発達の諸段階」の影響を受けていると言えるであろう。さらに、サリヴァンはフェレンツィの考えに聴覚性の非言語的コミュニケーションのアイデアを付け加えたのである。

6 サリヴァンの empathy とフロム＝ライヒマンによる発展

サリヴァンにおいては、empathy によるコミュニケーションはそもそも始まりが母親役から幼児へと向かう伝達様式である。”Personal Psychopathology”以外のサリヴァンの著作には empathy により患者から治療者に何か伝達されると書かれている部分がほとんどない。一方、今日、われわれは empathy を受容・共感の「共感」として、つまり治療概念として捉えることが多い。土居健郎は empathy を「気持ちを汲むこと」、「察すること」と訳した。しかし、サリヴァンの著作では empathy を「気持ちを汲む」、「察する」という日本語に置き換えることはできない。

では、empathy はどういう現象を指しているのだろうか。サリヴァンの empathy は相手の心情を理解するというのではない。『精神医学は対人関係論』や”The Illusion of Personal Individuality”の記述に従えば、サリヴァン自身が「伝染する」という言葉を使っているように、それは一緒にいる人の感情がうつってくるという現象を指しているのである。つまり、母親が不安になると、その不安がうつって、乳児が不安になるという現象が empathy である。この場合、乳児は母親の不安を「察して」不安になるわけではない。そして、サリヴァンは empathy という言葉を、現象を記述するために用いており、ほとんどの場合、治療的な概念としての empathy はサリヴァンの念頭にないのである。

さて、筆者はサリヴァンの empathy 概念は第2節で紹介したフロム＝ライヒマンによって、継承・発展されたと考えている。統合失調症患者の治療を重ねるにつれ、彼女も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た。さらに、彼女は治療場面で治療的な直感がどう働くかという問題を探求するようになった。フロム＝ライヒマンはミセスEという患者を治療の転回点をめぐって何度も繰り返し自分の著作に取り上げている。そして、彼女が興味の重心を非言語的コミュニケーション、さらには直感へと移していくにつれ、記述のディテールが変化しているのである。この変化を検討することで、フロム＝ライヒマンがサリヴァンの empathy 概念を発展させていった道筋を辿っていくことができると筆者は考えている。

ミセスEは攻撃性と暴力のために濡れたシーツ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チェスナット・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＝ライヒマンが彼女のバ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。そのためフロム＝ライヒマンは、はじめは看護師の助けを求めようとしたが、結局、自分一人だけでバックを解き、患者に署名をしてもらった。

単純に言うところという話であるが、1935年のセッション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＝ライヒマンが「ちっとも怖がっていませんよ」と答えて、自分でバックを解く(Hornstein:2000)。

1950年に出版された”Principles of Intensive Psychotherapy”の記載では、「言葉に表しがたいある種の共感的(empathic)な考えが浮かび、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」と記されている(Fromm-Reichmann:1950)。

同著の引用箇所にある脚注で、フロム＝ライヒマンは、サリヴァンの empathy について説明した後、次のように述べている。「私が患者の方に向きをかえたことはその(empathy)の働きの一例である。一定の対人関係状況や一定の時にそれ(empathy)が働いており、精神科医の患者に対する振る舞いにあっては相当有効に働いていることが大方の読者にはおわかりだろう。」ここでフロム＝ライヒ

マンは、サリヴァンの用例から一步踏み出し、**empathy** を治療的に利用できることを示しているのである。

さて、フロム＝ライヒマンは 1952 年に直感の研究のために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った。このグループが 1953 年の米国精神分析協会でのシンポジウムで発表した原稿では、次のようになっている。「彼女は『パ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、看護師にパ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、『パックを解いてくれたら』とい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、たった一人でパックを解いた。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(Fromm-Reichmann:1955)。」

ミセス E の記述の変遷を見ると、フロム＝ライヒマンの関心が **empathy** による状況把握から直感へとシフトしたことに伴い、症例記述が変化していることが読み取れる。そして、その変化が **empathy** による状況把握から、治療状況を直観的に把握することへの変化であることから、フロム＝ライヒマンにとって **empathy** と直感とは内的関連性を持っていたことが窺える。その理解に沿えば、直観とは、そのうちに **empathy** による状況把握を含む、ひとまとまりの体験であるとも考えられる。

直感について、フロム＝ライヒマンは社会研究基金に次のように書き送っている。「『直感』は超感覚的チャンネルを使ったり、未知のコミュニケーションの質を必要としたりするような謎めいた対人関係過程ではない。簡潔に述べると、われわれは直感とは非常に目ざとく、素早く、鋭敏かつ繊細な知覚の創造的利用であると考えている。そして、その知覚した結果は、人生における過去の他者との体験や、過去の臨床経験に同様に素早く結び付けられる。…しばしばこういった精神的、情緒的過程はその人の意識に上らない(Hornstein:2000)。」

社会研究基金への報告によれば、フロム＝ライヒマンにとっての直感とは科学的に探究できるものであった。一方、第 3 節でも見たように、晩年の論文、“The Illusion of Personal Individuality (Sullivan,1964)に至るまで、サリヴァンにとっての感情移入 **empathy** は謎めいたコミュニケーションの様式であった。彼女は直感研究を通じて、サリヴァンが **empathy** と呼んだコミュニケーションを含む捉えがたい一群のコミュニケーションの様式を科学的な研究対象と捉え、それを伝達できるように定式化しようとしたのではないだろうか。

フロム＝ライヒマンはまず治療場面で患者から治療者へ向かう **empathy** による感情の伝達があり、治療者はそれを治療的に利用することができる考えた。その過程を追求するうちに、フロム＝ライヒマンはそれを直感というひとまとまりの体験として捉え直し、科学的研究の対象としていったのだと筆者には思われるのである。

7 結語

サリヴァンの非言語的コミュニケーション論を振り返ると、それはサリヴァン流の「身振り」か「感

情移入 empathy」の2タイプに大別できる。そのうち「身振り」に関してはフェレンツィの論文、“Stages in the Development of the Sense of Reality”『現実感覚の発達の諸段階』にまで、その起源を辿ることができることを示した。そして、「身振り」の音声的要素についてはサリヴァンの独自の寄与であると考えられた。また、フロム＝ライヒマンが empathy の治療的利用に着目し、さらに直感研究においてサリヴァンの empathy 概念を発展させたことを示した。

文献

1. Ferenczi, S (1913): “Stages in the Development of the Sense of Reality.” in “ First Contribution to Psycho-Analysis”. H. Karnac (Books) Ltd/London
2. Ferenczi, S (1921): ”The Further Development of an Active Therapy in Psycho-Analysis” in “Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis.” Karnac/London 1926
3. Ferenczi, S (1985): Journal Clinique. Edition Payot/Paris 森茂起訳 (2000年)「臨床日記」 みすず書房
4. Fromm-Reichmann, F.(1950):Principles of Intensive Psychotherapy. The University of Chicago Press/Chicago 阪本健二訳(1964年)「積極的心理療法」 誠信書房
5. Fromm-Reichmann, F (1955): Clinical Significance of Intuitive Processes of the Psychoanalyst. Journal of the American Psychoanalytic Association 3; 82-88
- 6.藤城 聡(2010) : サリヴァンとバルントの治療における非言語的アプローチのコントラスト. 治療の聲 11(1);81-100
- 7.藤城 聡(2014) : フリーダ・フロム＝ライヒマン. 家族療法研究 31(2):132-141
8. Green, M (1964): “Her Life” in Green, M ed. “Interpersonal Psychoanalysis -The Selected Papers of Clara M. Thompson.” Basic Books Inc./New York, London
9. Hornstein, GA(2000): To Redeem One Person Is to Redeem the world. The Free Press, New York
- 10.Kvarnes,RG & Parloff, GH ed.(1976):A Harry Stack Sullivan Case Seminar. Norton/New York 中井久夫訳(2006年)「サリヴァンの精神科セミナー」 みすず書房
- 11.中井久夫(1986):「訳者あとがき」「精神医学的面接」 みすず書房
- 12.中井久夫(1994):「知られざるサリヴァン」松下正明編著 (1994年)「続・精神医学を築いた人びと」下巻 ワールドプランニング
13. Perry, H. S. (1982): Psychiatrist of America-The Life of Harry Stack Sullivan. The President & Fellows of Harvard College. 中井久夫、今川正樹訳(1985年)「サリヴァンの生涯 1. 2」 みすず書房
14. Schulz,CG (1978):Sullivan’ s Clinical Contribution During the Sheppard Pratt Era -1923-1930. Psychiatry, vol. 41, May 1978
15. Schulz, CG (1987): Sullivan’s Influence on Sheppard Pratt. Journal of The American Academy of Psychoanalysis, (15)2: 247-259, 1987

16. Stanton, M. (1990): Sandor Ferenczi-Reconsidering Active Intervention. Free Association Books/London
17. Sullivan, HS (1953a):Interpersonal Theory of Psychiatry. Norton/New York 中井久夫他訳 (1990年)「精神医学は対人関係論である」 みすず書房
18. Sullivan, HS (1953b): Conceptions of Modern Psychiatry. W. W. Norton & Company/New York 中井久夫、山口隆訳 (1976年)「現代精神医学の概念」 みすず書房
19. Sullivan, HS (1954):The Psychiatric Interview. Norton/New York 中井久夫他訳 (1986年)「精神医学的面接」 みすず書房
20. Sullivan, HS (1956):Clinical Study in Psychiatry. Norton/New York 中井久夫他訳 (1983年)「精神医学の臨床研究」 みすず書房
21. Sullivan, HS (1962):Schizophrenia as a Human Process. Norton/New York 中井久夫他訳 (1995年)「分裂病は人間的過程である」 みすず書房
22. Sullivan, HS (1964):The Fusion of Psychiatry and Social Science. W. W. Norton & Company Inc./New York
23. Sullivan, HS (1972): Personal Psychopathology. W. W. Norton & Company Inc./New York
24. Thompson, C (1950):Psychoanalysis-Evolution and Development. Thomas Nelson & Sons
25. Thompson, C (1952): “Sullivan and Psychoanalysis”, in Patrick Mullahy(1952), ed. “The Contributions of Harry Stack Sullivan.” Hermitage House/New York
26. Thompson, C (1955). in : D. Noble & D. L. Burnham(1969).”History of The Washington Psychoanalytic Society and The Washington Psychoanalytic Institute.” Washington, DC: Privately Printed, September 1969.
27. Weininger, BI (1989):” Chestnut Lodge—The Early Years:Krishnamurti and Buber” in Silver A-L.S. ed.(1989)” Psychoanalysis and Psychosis” International Universities Press/ Madison, Connecticut

Ⅱ ひきこもりEメール相談の実態と意義についての考察

保健福祉課 加藤千礼 後藤孝一 岡野史子 桑山陽子
三輪扶弥 松本華子 検校規世

1 はじめに

当センターでは、電話や面接が苦手なひきこもりの方、及びその家族への相談窓口の一つとしてEメール相談を実施しており、開始当初から平成25年度末までに延べ691件の相談が寄せられている。本稿では、ひきこもりEメール相談者の内、ひきこもり本人からのEメール相談の実態を調査し、Eメールを用いたひきこもり支援の特徴、意義について考察することとした。

なお、本稿は精神保健福祉愛知2013に掲載されている「Eメール相談5年間のあゆみ」と一部の内容が重複することをあらかじめ断っておく。

2 Eメール相談の概要

Eメール相談には、「メンタルヘルス相談」と「ひきこもり相談」の2つの窓口がある。「ひきこもり相談」は、担当者を固定し継続的に相談できるシステムとなっている。メール相談利用の流れをEメール相談システム概略図(図1)に示す。情報は全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・回答を見ることが可能であり、操作性・利便性は高い。しかし、その分セキュリティの保持には十分な注意が必要である。当システムにはその点に力を注いでおり、情報はすべて暗号化されている。

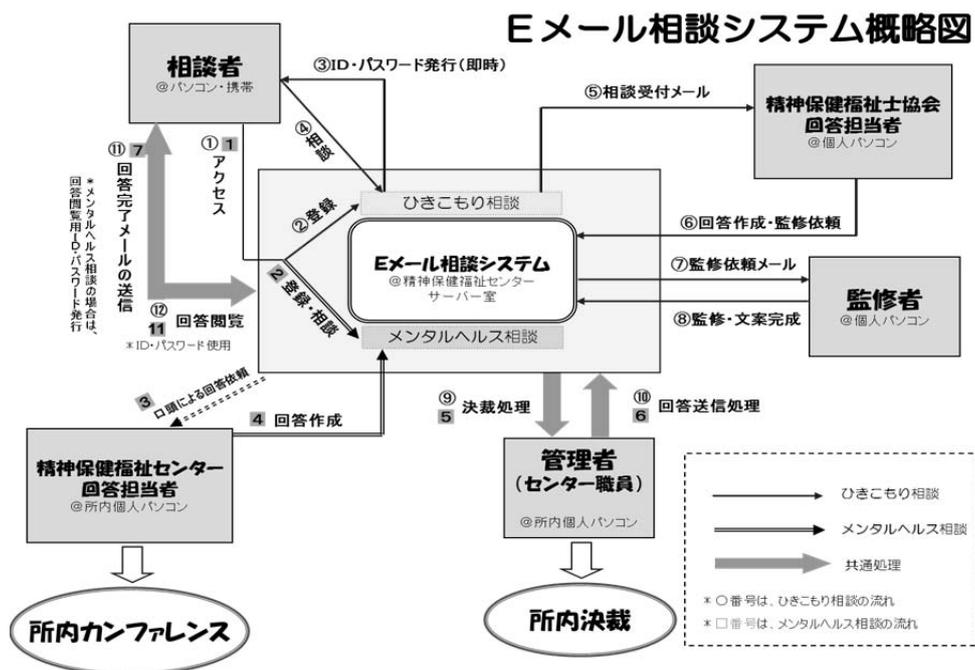


図1 Eメール相談システム概略図

3 調査対象及び調査方法

Eメール相談が開始された平成19年10月22日から平成26年3月31日までの相談実績を図2に、相談者内訳を図3に示す。

相談者の内、本人からのひきこもりに関する相談があった92名を対象とし、以下の二点について相談内容から読み取り調査を行った。

- (1) 年代、性別の基本属性、相談経路等について
- (2) ひきこもりのきっかけ、ひきこもり期間、相談内容等について

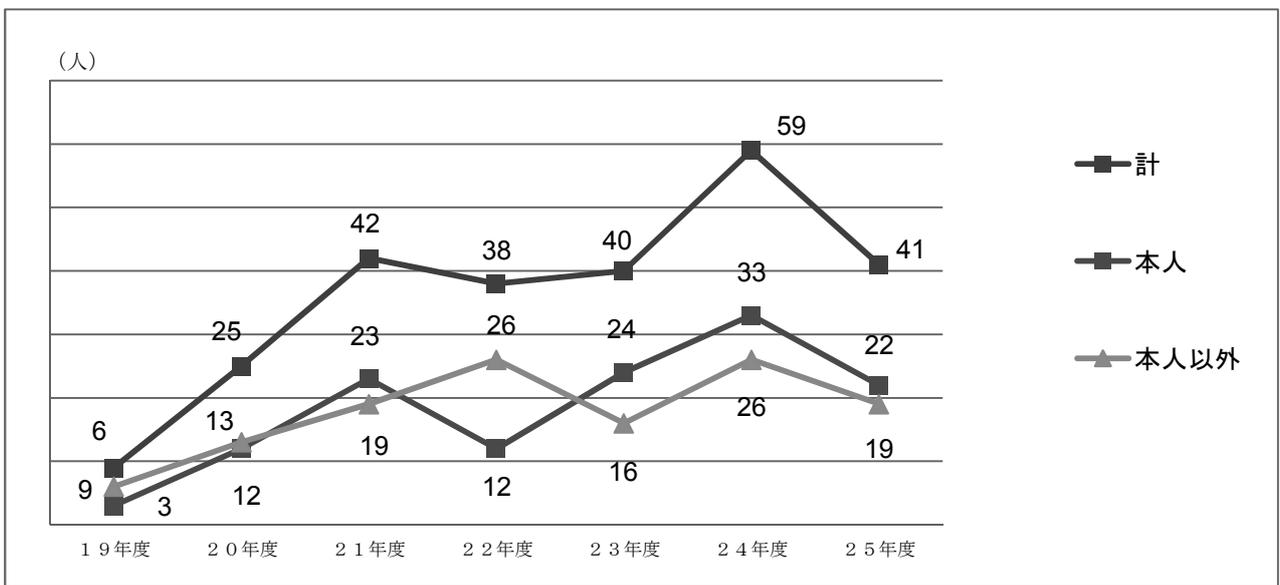


図2 「ひきこもり相談」年次推移 (各年度相談実人数)

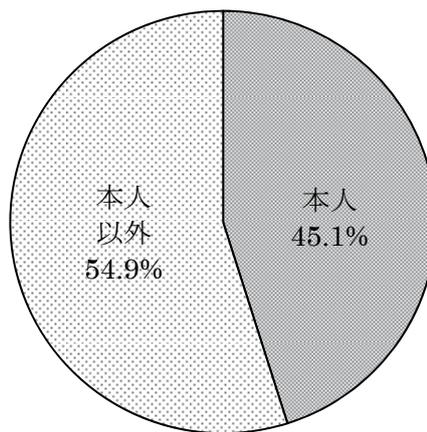


図3 相談者内訳

【参考：平成 25 年度当センターで受けた、電話及び面接ひきこもり相談の相談者内訳（新規）図 4 及び図 5】

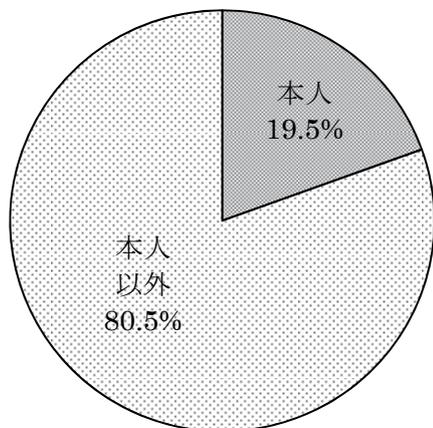


図 4 電話相談の相談者内訳（新規）

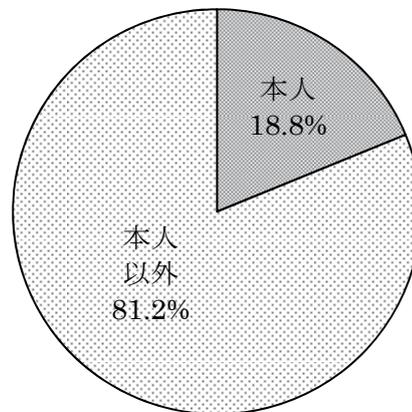


図 5 面接相談の相談者内訳（新規）

4 調査結果及び考察

(1) 年代、性別の基本属性、相談経路等について

ひきこもり本人の年代内訳を図 6 に、性別を図 7 に示す。

相談経路についてのアンケート機能を、平成 24 年 5 月 28 日から追加している。その時から、平成 26 年 3 月 31 日までに受け付けた相談（実 40 件）を対象とし表 1 に示す。

本人の相談延件数について、曜日別相談件数を図 8 に、時間帯別相談件数を図 9 に示す。家族がいないと思われる平日午後に相談が多くある。ひきこもり本人は昼夜逆転していると言われる事も多いが、日中に相談をしている様子が窺える。

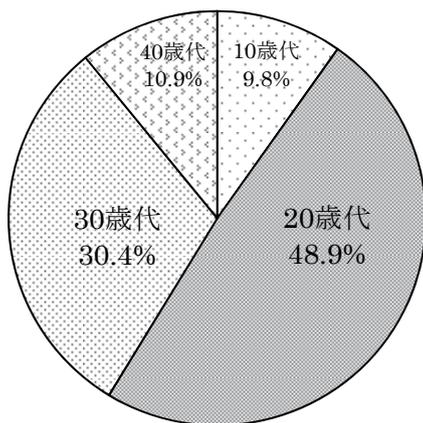


図 6 ひきこもり本人の年代

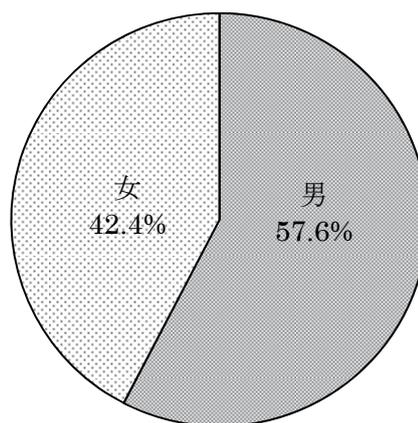


図 7 ひきこもり本人の性別

表1 相談経路 (n=40 (平成24年5月28日～平成26年3月31日))

■相談経路	(件)	(%)
インターネット	30	75
ひきこもりパンフレット	3	7.5
ひきこもりEメールパンフレット	1	2.5
家族・親族	1	2.5
本	1	2.5
医療機関	1	2.5
その他	1	2.5
回答なし	2	5
計	40	100

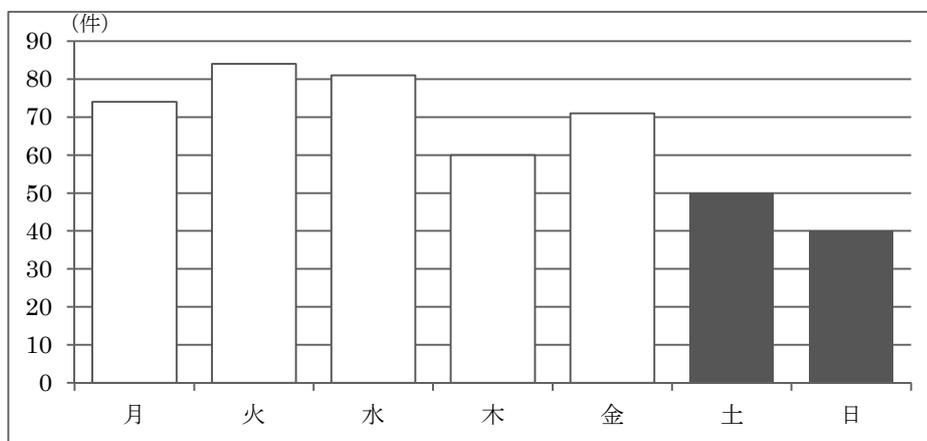


図8 「ひきこもり相談」曜日別相談件数

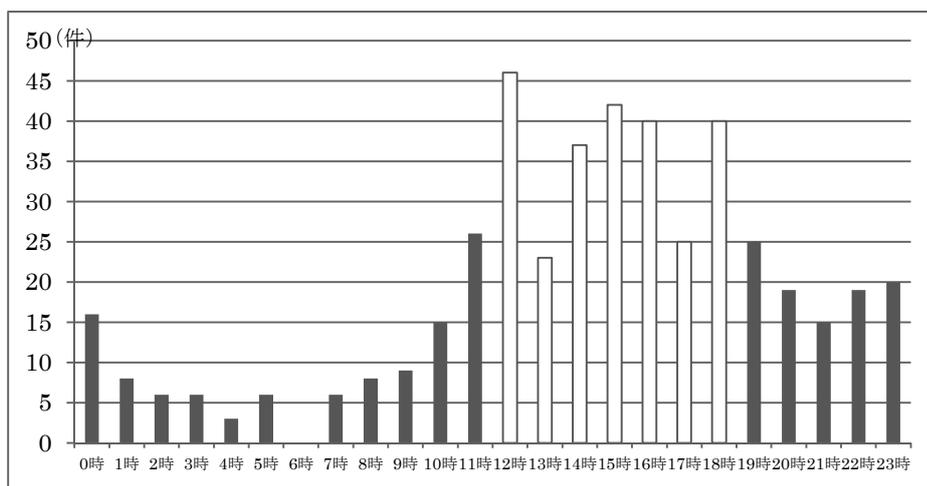


図9 「ひきこもり相談」時間帯別相談件数

(2) ひきこもりのきっかけ、ひきこもり期間、相談内容等について

ひきこもりのきっかけとなった事柄について①身体疾患・障害②精神疾患・障害③発達障害④友

人関係⑤学業学校関係⑥就職活動⑦職業職場関係⑧家族間問題⑨その他の9つに分類をした。(分類は、先行研究である「ひきこもりサポートネット事業・研究報告書2013」¹⁾に倣った。)

その結果を図10に示す。なお、きっかけが二つ以上ある場合は、それぞれの項目で計上している。一番多いものは精神疾患・障害の30.4%であり、職業職場関係が続いている。なお、精神疾患がきっかけとなっているケースの中には、いじめやパワハラを含む対人関係の問題、学業不振や過労といった学校や職場での問題が背景にあるケースも見受けられる。

精神疾患や精神障害を抱えていたり、対人関係が苦手な人にとっては電話をかけたり、相談機関に出向くことはハードルが高いと思われる。先に図3～5に示した通り、メール相談利用は電話や面接相談に比べ、本人の利用が多い。対面せずいつでもどこからでも相談できるEメール相談は利用しやすいツールであると考えられる。

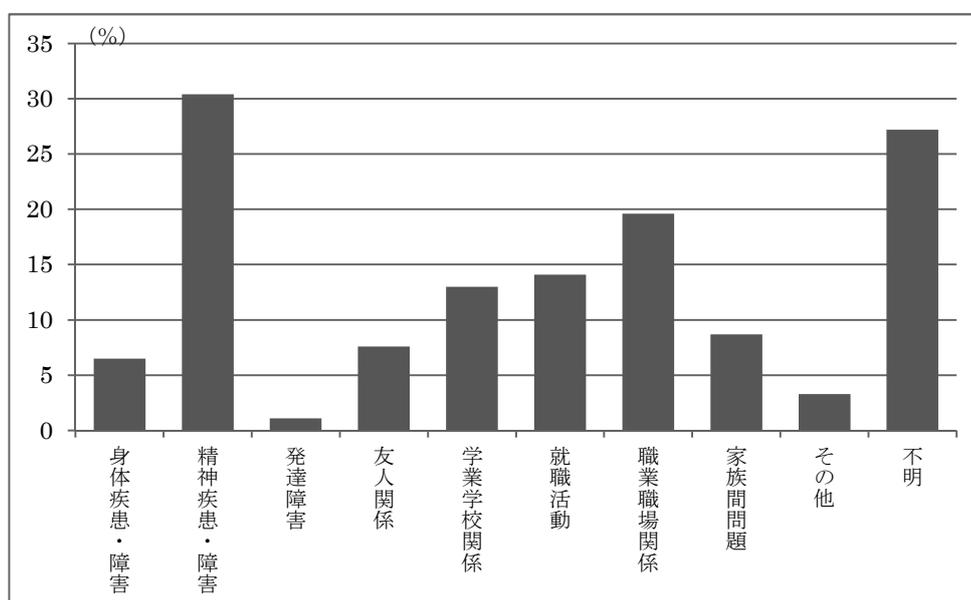


図10 ひきこもりのきっかけ

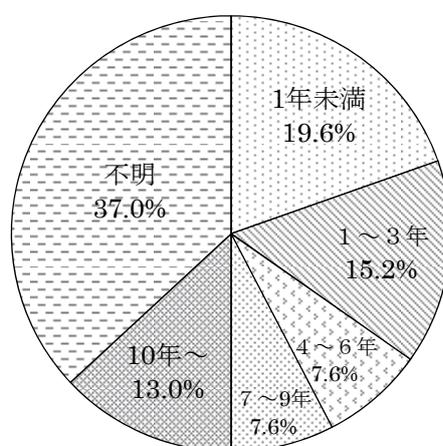


図11 ひきこもり期間

ひきこもり期間を図 11 に示す。ひきこもり期間は 1 年未満が 19.6%であった。1 年未満の相談の中には半年未満での利用もあり、問題が起きてからあまり時間が経たずに相談を求めている様子が窺えた。また、10 年以上の方からの相談もあり、ひきこもり期間が長期になっている方も問題意識を抱えている様子が窺える。

初回における相談内容を①心理的情緒的なこと②社会復帰③対人関係の問題④病気に関する不安⑤医療機関・相談機関に関する事⑥うつ⑦その他の 7 つに分類をした。その結果を図 12 に示す。

「不安」に分類される相談内容には、何をしたらいいか分からない戸惑いや、今の生活を変化させることへの不安感を訴えるものがあった。ひきこもり状態から抜け出すための具体的な問題解決や、支援機関等の情報提供を求める相談よりも、相談者自身も自分の現状や抱える問題について整理がついていない中での相談が多いと言える。

ひきこもり E メール相談は“受容、共感”“情報の提供を急がない”“コントロールしない”（精神保健福祉愛知 2013²⁾）という点に留意して回答していることから、複数回利用する人も多い。

継続相談者の割合を図 13 に示す。相談を重ねる中で不安感を訴えるだけでなく、季節の話や最近見たテレビの話など、日常の出来事が語られるようになっていた。周りとのつながりが希薄になりがちなひきこもり本人にとって、メール相談が他者と自己の体験を共有する貴重な機会となっている様子が窺える。

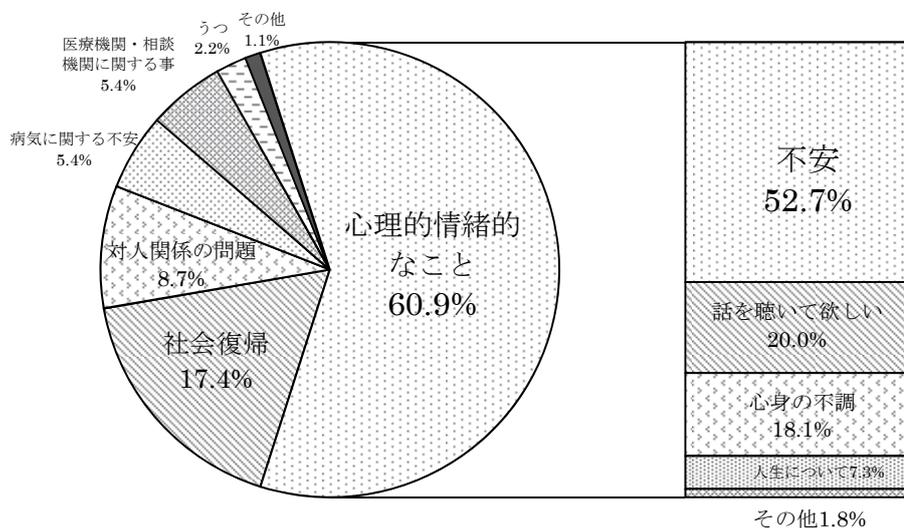


図 12 初回における相談内容

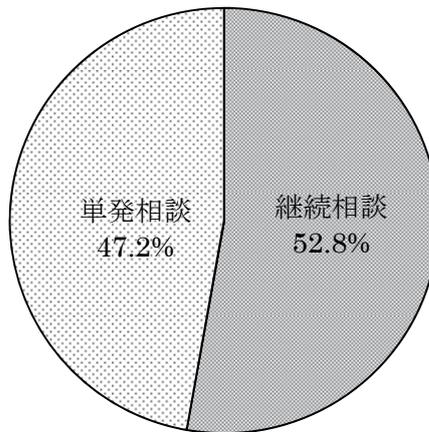


図 13 継続相談者の割合

5 まとめ

今回の調査を通し本人の抱える問題や心情の一端を知ることができた。ひきこもり相談では、支援場面に本人が登場することが少なく、家族も支援者も本人の様子を推測するしかない。その点で、Eメール相談は支援者にとって本人の様子を垣間見ることができる貴重なツールであるといえる。今後もEメール相談を継続し、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必要がある。

文献

- 1.青木 紀久代ほか(2014)「ひきこもりサポートネット事業・研究報告書2013」
- 2.岡野 史子ほか(2014)「Eメール相談5年間の歩み」 精神保健福祉愛知2013 p20-p33

愛知県精神保健福祉センター Eメール相談URL

<https://www.aichi-pref-email.jp/top.html>

Ⅲ ひきこもり来所相談事例の分析について

—35歳以上の長期化したひきこもりの支援を考える—

保健福祉課 三輪扶弥 検校規世 松本華子 桑山陽子 加藤千礼
 岡野史子 後藤孝一
 愛知淑徳大学 諏訪真美

1 はじめに

愛知県ではひきこもりの長期化、高齢化による相談支援の困難さや相談関係が途切れることへの対応として、相談や支援のあり方についての方策等の検討を行っていくことを今後推進すべき対策としてあげている。当センターで実施しているひきこもりを考える親のつどいでは親亡き後に対する不安、停滞した状況の遷延化、変わらない子どもに対する焦りなどがテーマになっており、家族の抱える問題も複雑困難さが増してきている。そこで当センターでひきこもり相談支援を実施している長期・高齢の本人の生活状況、活動等を調査し、支援方法を考察することとした。

2 対象及び方法

(1) 対象

当センターにひきこもりを主訴として来所し、平成26年2月25日時点で継続面接を実施している35歳以上またはひきこもり歴8年以上の本人または家族、33ケースを対象とした。

(2) 方法

33ケースを表1によりひきこもり本人に共通すると考えられる項目について分類し、本人の状況により表2のとおりAからEグループに分けた。各グループから1事例ずつ選択し、事例検討を行い、ひきこもりが長期化している要因及び本人が抱える課題と各グループの支援方法を検討した。

表1

項目		○	△	×
ア	家族との会話	家族と話している人 ※常時家族の誰かと話 せたら○	△	家族と話していない人
イ	外出	家から出ている人	夜中にならないと外出 しない人等	家から一歩も出ていな い人
ウ	居場所	居場所等に通っている 人	△	居場所等に通っていな い人

エ	医療	精神科医療に繋がっている人	以前に精神科医療にかかっていた人	精神科医療に繋がっていない人
オ	障害年金	年金をもらっている人	他人と接触がない自営の手伝い、家族に手伝ってもらいながらの内職を行っている人等	年金をもらっていない人
カ	就労	バイト等している人		バイト等していない人

表 2

グループ	ケース数	ア	イ	ウ	エ	オ	カ
		家族との会話	外出	居場所	医療	障害年金	就労
A 家から一歩も出られない人	4	○	×	×	×	×	×
B 家から出ることができるが、 家族とは話せない人	3	×	○	×	×	×	×
C 家庭内で比較的適応できており、家からも出ることができるが、 何らかのきっかけで挫折し、 そのままひきこもっている人	6	○	○	×	×	×	×
D 居場所等に通える人、 精神科医療に繋がっている人	15	○	○	○	○	○/×	×
E バイト等している人	5	○	○	○/×	○/×	○/×	○

※明確に区別するため△は×とみなした

3 結果及び考察

AからEグループの詳細については表3のとおりである。

表3

グループ	A	B	C	D	E	合計
対象 ケース	4	3	6	15	5	33
相談者	父：1 母：3	母：3	母：5 本人：1	父：2 母：7 本人：6	父：1 母：2 本人：2	父：4 母：20 本人：9
本人の 性別	男：4	男：2 女：1	男：6	男：13 女：2	男：4 女：1	男：29 女：4
本人の年齢 (平均年齢)	29.0歳	35.3歳	35.3歳	36.3歳	38.4歳	35.5歳
ひきこもり 開始年齢 (平均年齢)	16.5歳	17.7歳	23.7歳	21.0歳	23.2歳	21.0歳
ひきこもりの 期間 (平均)	10年	17.7年	11.7年	15.6年	15.2年	14.3年
本人の 不登校歴	あり：2 なし：2	あり：1 なし：2	あり：2 なし：4	あり：6 なし：9	あり：2 なし：3	あり：12 なし：21
本人の 職歴	あり：2 なし：2	あり：2 なし：1	あり：4 なし：2	あり：7 なし：7 不明：1	あり：5	あり：19 なし：13 不明：1

事例にはそれぞれ個別性があるため、そのグループ内の事例すべてに共通するものではないが、ベースになるものとして捉えた。

事例は架空事例である。

A グループ (家から一步も出られない人)

ア 事例 A

- ・相談者：母
- ・事例概要

母、本人（男性）の二人暮らし。本人は保育園から友人関係でトラブルあり。小学校入学後は友人とのトラブルが続き、担任から何度も注意を受ける。児童精神科に受診し、広汎性発達障害と診断を受ける。中学校は数日登校したのみ。現在に至るまで家から一步も出られないままのひきこもりの状態が続いている。本人は昼夜逆転の生活。夜中にオンラインゲームをしている。手洗いのこだわりもある。本人は自分の思い通りにならなかったり、母の言動で気に入らないことがあると、母への暴言暴力がある。本人の母への暴力は減ってきているが、母は本人への恐怖感が強く、本人の身勝手な要求に従うことしかできない状況。

イ 事例の特徴

本人はこだわりが強く、母と本人の主従関係ができてしまっている。母は本人と距離を取りたいと思っているが、取らせてもらえない。また母は本人が怖い逆らえない。母に食べ物を買って来いなど命令するなど母を振り回すことがあり、母は非常に大変な思いをしている。本人への介入の仕方が難しく、本人の支援が手つかずのままになっている。母が離れて暮らせるようになると、本人も困り動き出すかもしれない。

ウ ひきこもりが長期化している要因及び本人が抱える課題

本人には問題行動があり、中学時代からひきこもっているため、家族以外の接触がなく、社会性が未熟と考えられる。また、そのため、家族が抱えこむ状況が長く続き、家族は本人と適切な距離を保ちながら関わるができなくなっている。このように家族が巻き込まれてしまっているため、支援者も本人像が掴みにくい状態が続いている。

エ A グループの支援方法

家から一步も出られない4ケースはそれぞれ困難度は違うが、本事例のように家族が本人に振り回されているケースである。家族が本人に対する不安や焦りを強く感じ、家族に負担感が大きく、家族の負担を軽減する支援が必要だと考えられる。

家族が孤立無援にならないよう相談を続けることを目標とする。本人への強制的な介入も難しいので、家族が頼れる先を作っていく。相談が展開しなくても、支援の手を切らずに繋がっている事が大切である。

Bグループ (家から出ることはできるが、家族とは話せない人)

ア 事例 B

- ・相談者：母
- ・事例概要

父、母、兄、本人（男性）の4人家族。幼少期は特に問題なし。小学校、中学校時代は学校を休むことなく通い、部活動も熱心に行っていた。地元の高校へ進学したが、勉強についていけず、頭痛、吐き気、腹痛等を訴えて学校を休むことが徐々に増えていき、不登校状態になった。病院へ行ったが身体面に異常は無く、ストレスからくるものだとされた。学校を休み始めたころ、両親は本人に対し学校へ行くように強く言っていたが、本人は壁を殴り穴をあけたり、「死ね」などの言葉の暴力がひどくなったため、声をかけることが段々難しくなった。その後、本人との距離を置くことにより暴言や暴力はほとんどなくなった。現在、本人は両親が家にいる間は自室から全く出ず、両親が寝静まった後に食事や入浴等をしている。日中、両親は意識して外出する機会を増やし、本人が家の中で自由に行動できる時間を増やすようにしている。

イ 事例の特徴

親子で普通の会話ができないほど緊張度が高い関係。親が家にいると本人が部屋から出られないため、親ができるだけ外出をするようにしている。親は本人との接点がないため、普段の本人の様子が分からない。親の緊張感が本人に伝わっていると思われる。

ウ ひきこもりが長期化している要因及び本人が抱える課題

親子の緊張度が高いため、家族だけでは本人にどのように対応したら良いか分からなくなっている。家族は本人を動かそうと指示しない方が良いとは理解しているが、本人と関わることができない状況が続いている。

エ Bグループの支援方法

家から出ることはできるが、家族とは話せない3ケースは親子の緊張度が非常に高い。日常会話ができなくなっているため、親子関係の緊張感を和らげることをゴールとし、親子の緊張が緩和できる工夫を一緒に考える支援が必要である。

親は本人を叱ってきた経過があるので、まずは本人を非難せず尊重することを目標にし、親支援をスタートする。その中で、本人の姿を親が少しずつ掴めるよう本人の行動やその時の本人の気持ちを一緒に確認していく。また、本人とのコミュニケーションの方法を具体的に支援（楽しい内容の手紙を書くなど）する。

そして本人に対してEメール相談や相談先が書かれたパンフレットを渡し、利用を促すなど、家族以外と繋がるきっかけがあると良い。

Cグループ (家庭内で比較的適応できており、家からも出ることができるが、何らかのきっかけで挫折し、そのままひきこもっている人)

ア 事例 C

- ・相談者：母
- ・事例概要

父、母、本人(男性)の3人暮らし。いじめ、不登校の経験なし。大学卒業後、就職試験の面接で失敗する。その後、アルバイトをしながら何度か就職試験を受けるも、面接で失敗することを繰り返している。親も心配し、いくつか就職先を探して受けさせたが、次第に家に閉じこもるようになった。家では暴言や暴力はなく、多くは語らないが家族とは就職以外の話はできる。現在は家族の食事の準備、後片付け、洗濯、ゴミだし等の家庭内の役割をこなして過ごしている。親は就職してほしいと思っているが具体的な本人の気持ちは掴めていない。

イ 事例の特徴

精神的に明確な診断がつかないと推測される。家庭内は安定しているが、親も子もエネルギーがない。本人の自責感や葛藤が強く、世間と比べての劣等感も強く持っているが、本人はその苦しさに慣れてしまっている面もある様子。内心は苦しんでいるし葛藤があると思うが、家族も本人も日々の生活に困ることがないので、現在の段階の介入は難しい状況である。本人が自分の中にある葛藤を言語化することができる動き出すと推測される。親は本人の家事労働を期待している面もある。家庭では一定の役割があるが、本人は社会的に活動できているとは言えない状況であり、本人がどうしたいと思っているのかが分からず、本人と親の思いのすり合わせができていない。本人には自分がひきこもっているという認識が無く、本人自ら支援を求めている。

ウ ひきこもりが長期化している要因及び本人が抱える課題

本人の自責の念や劣等感を強く持っている背景には、経済的には中流以上で学歴や目標も高い家族の文化があると考えられる。当初は家族間の葛藤も高かったが、現時点では日々の生活で困ることもないため、家族間の人間関係は決して悪くなく安定している状況が続いている。

エ Cグループの支援方法

家庭内で比較的適応しており、家からも出ることができるが、何らかのきっかけで挫折し、そのままひきこもっていて、6 ケースとも親にも子にもエネルギーがない。本人や家族の葛藤は強いが、現時点で困ることがないため次の動きに繋がっていない。親と本人の思いのすり合わせをしていくことが必要だと考えられる。

親は世間体や常識に囚われている傾向が強いので、本人のありのままを受け入れるような気持ちを持って接していくことができるように支援する。本人も周囲と比べての劣等感も強いので日々の生活の中で本人の自尊感情が高まるような関わり方の工夫等を親と一緒に考えていくことが必要となる。親も本人も世間体・常識にとらわれることなく、現状の本人の姿をとらえることができるように支援する。本人にとってはまずは居場所等への参加を目標として、生活の中に楽しみを見つけていけると良いと考える。

また、本人にはEメール相談のパンフレット等を渡し、家族以外の人と繋がるきっかけとして相談の利用を促しても良いと考える。

D グループ (居場所等に通える人、精神科医療に繋がっている人)

ア 事例 D

- ・相談者：本人
- ・事例概要

父、母、本人（男性）の3人暮らし。本人は幼少期、多少は行き渋りがあったものの、特に大きな問題もなく、大学まで卒業する。しかし就職活動はせず、無気力な状態が続くので、受診したところ、統合失調症の診断を受ける。また軽度の広汎性発達障害の疑いもあると言われる。現在は精神保健福祉手帳も所持しており、年金も受給している。派手な浪費はせずに、自分の趣味程度の外出はできる。高齢の両親をいたわることもでき、家族関係も良好である。学生時代からの友人とも交流があり、カラオケや麻雀をして一緒に楽しんでいる。また病院のデイケアにも通っている。本人は就労に関しては意欲的ではなく、むしろ本人に就労の話をするとうまってしまう。家族からも働くことに関しての相談はない。

イ 事例の特徴

統合失調症や発達障害から不適応を起こしていると考えられる。本人は周囲に合わせるなど気遣いをしている。料理等の家事は不器用なので苦手である。家庭を中心にゆるやかに社会参加していると言える。仕事に対しては、年金を受給しており、経済的に安定し、仕事をしないといけないけどできないという葛藤も少ない。将来年金が切られた時、経済的な不安がある。本人が一人で新しい場所に社会参加することは困難であり、はじめから就労が目標だと難しいと考えられる。

ウ ひきこもりが長期化している要因及び本人が抱える課題

就労という社会活動はせず、「障がい者」としての生き方を選んだような形になっている。障がいが見れば、この形は本人も家族も取り立てて生活上問題とはならないが、周囲は本人が就労できない状態と認識されないため、本人も家族も現状への不満、もう少し何かできるのではないかと期待と葛藤がある。

エ D グループの支援方法

居場所等に通えたり、精神科医療に繋がっている 15 ケースは家庭を中心にゆるやかに社会参加している。今後は例えば家事、ボランティア等社会参加することで評価を受けられる場所や本人の能力を伸ばせる場所、ステップを踏める場所等に参加し、本人の活動の幅が広がるのが望ましいと考える。簡単な作業からスタートし、段階を踏んで本人のレベルにあった仕事に就くことなど、地域の間接就労施設の利用につながると良いと考える。そのためには家族や支援者は本人の特徴を十分理解していることが重要であり、必要に応じて福祉サービス等の利用についても検討できると良い。

本人が一人で新しい場に参加することが難しい場合は、ひきこもり支援サポーターの利用を提案

できると良い。本人の社会参加の場を広げる支援が必要で、本人の気持ちに沿いながら少し介入的に支援することが必要と考えられる。

E グループ (バイト等している人)

ア 事例 E

- ・相談者：本人
- ・事例概要

父、母、本人（男性）の3人暮らし。小学生時代から成績優秀、中学校では学級委員を務めた。理数系が得意で有名大学の理学部に進学し、数学の研究に没頭した。就職面接でことごとく落ち、一時大学に行かなくなったが、親や指導教官に助けられてなんとか卒業。指導教官のついでで地元の企業に就職したが、1年勤務ののち気疲れから仕事に行けなくなり、退職。その後いくつか職を転々とし、28歳の時「もうだめだ」と言って、自宅で過ごすようになる。知り合いから大学病院を紹介され、そこで「広汎性発達障害」と診断される。無気力な状態が続き、働いていないことを問題に思った母親が本人をセンターに連れて相談にやってきた。本人はひきこもりの本人グループに参加するようになり、あるとき突然、本人自ら清掃の仕事を見つけてきてパートで働くようになった。現在は、パートを続けながら、本人グループにも参加し、本人のペースで散歩や料理などの活動に参加している。

イ 事例の特徴

発達障害の二次障害と思われる社会不適応を起こしていると思われる。発達障害系の特徴がある本人は、一度社会に入ってしまったら、わりと適応できているようだが、変化に適応するのが苦手である。アルバイト先では、基本的なあいさつなどはできている。就労できたきっかけや、プロセスは分かっていない。今回就労できたのは、社会人経験があることが関係していると思われる。本人は趣味を持ち日々の生活を楽しんでいる。両親は高齢だが、本人を急かすような対応はせず、関わっている。親亡き後は単身になる可能性が高いが、福祉サービスの適応がなく、地域での一人暮らしのサポートに繋がる可能性が低い。

ウ ひきこもりが長期化している要因及び本人が抱える課題

長い時間はかかったが、周りとの繋がる事により就労にまで至った。繋がりの一つが就労だったと言えるかもしれない。家族、支援機関、学校など周囲が本人のペースを尊重した形で関わられたことで家族以外の社会と繋がった。ただ再びその繋がりが切れてしまい、ひきこもる可能性もある。

エ Eグループの支援方法

バイト等している5ケースは、発達障害系の特徴を持っている。決められた仕事、決まっている人間関係においては適応できるが、環境の変化によっては不適応を起こすことがある。今後は高齢の親が亡くなったり、一人暮らしになったりと大きな変化が起こる可能性がある。一人暮らしのサポートを一緒に考えるなど、具体的に一人暮らしの生活がイメージできるような支援が必要である。また本人が安心して一人暮らしができるよう地域に繋がる必要がある。

4 まとめ

ひきこもりの長期化、高齢化による相談支援の困難さや相談関係が途切れることへの対応として、相談や支援のあり方についての方策等の検討を行うため、今回は当センターで継続相談を実施している長期・高齢のひきこもり事例をまとめて、特徴ごとにグループ化し、それぞれの特徴によって長期化している要因や本人の抱える課題、支援方法が異なっていることを示した。

長期・高齢のひきこもり事例は状態が固定しているように考えられるが、本人は周辺の変化に非常に敏感であり、周囲の変化により本人の状態も変化することを理解した上で支援を考えていく必要がある。

地域に生きづらさを抱えた本人が安心して過ごせる居場所、能力を活かすことができる場所、中間就労などのステップを踏める場所が必要であり、継続的な支援があることが望まれる。

IV 愛知県依存症当事者回復支援事業の試行的取り組みについて

企画支援課 新屋一郎 伊東佑希子 竹島久美子 佐々木はるみ 安藤誠治
保健福祉課 加藤千礼 桑山陽子
保健管理監 藤城聡

1 はじめに

アルコールをはじめ近年社会問題化している危険ドラッグ等の薬物やギャンブル依存については当センターでも相談件数が年々増加傾向（対前年度比約30%増）にある。しかしながら治療を行う医療機関は少なく、民間自助団体による支援に頼っている現状がある。依存症回復には継続支援と自助団体の関わりが重要と言われているが、つながることが難しく再発することが多いため、全国で実施例があり効果が認められている SMARPP プログラムを試行的に実施した（平成27年1月から愛知県版ワークブック「AIMARPP あいまーぷ」を試行的に使用）。

本稿では、依存症当事者回復支援事業の試行的な取り組みに至る経緯と実績をまとめ、課題や展望について考察することとした。

2 SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) とは

SMARPPとは米国の覚せい剤依存症外来治療プログラムMatrix Modelを参考に開発された認知行動療法的内容のワークブックとマニュアルにもとづく依存症治療プログラムである。参考にされたMatrix Modelは米国西海岸を中心に広く実施されており、コカイン、覚せい剤などの中枢刺激薬依存を中心的な標的とする統合的外来治療プログラムで、アルコール、ヘロインの依存症者を対象とした従来の「底つき」モデルで治療脱落するコカイン・覚せい剤使用者に対しても対応できるよう開発された。直面化を避け、否認と戦わず、温かい雰囲気セッションなどが特徴で、外来治療継続率が高い。

今年度、依存症当事者回復支援事業を実施するにあたりワークブックは国立精神・神経医療研究センターの松本俊彦氏の助言のもと、1クール16回のSMARPP16（認知行動療法）を使用した。

また、依存症当事者回復支援事業の実施と同時に愛知県版ワークブックを、SMARPPや回復支援プログラムを先行実施している他の精神保健福祉センターなどのワークブックをもとに作成し、「AIMARPP あいまーぷ」として平成27年1月より試行的に使用している。「危険ドラッグへの対応」などを追加しているのが特徴で、1クール12回となっている。

3 愛知県依存症当事者回復支援事業開始に至るまでの経緯

(1) 平成23年度浜松市精神保健福祉センター視察研修

平成23年度薬物中毒対策連絡会議で浜松市精神保健福祉センターでのSMARPPをもとにした回復支援プログラムの紹介があり、また関係機関からも愛知県精神保健福祉センターで

の実施を求める要望があったため浜松市精神保健福祉センターへ視察研修に行った。

視察研修の結果、年間50日以上セッションの実施はセンターの組織や人員などの現状を鑑みれば困難な状況であり、また当センターで継続相談している薬物依存症等の当事者がいないため参加者を募ることが難しいとの認識をもつにいった。

(2) 平成24年度 SMARPP の実施検討について

愛知県精神保健福祉センターの医療的機能の強化を健康福祉部より打診され、センター内で検討し SMARPP を実施することは可能ではないかとの話になった。理由は実施方法が確立しているため精神科医がいなくても経験の少ない職員でも実施できること、職員がセッションを通して薬物支援を学べることであった。

しかし、薬物を担当する課の職員体制、愛知県版ワークブックの作成及び印刷代、外部講師などの報償費を考えると、人と予算が必要ということになり結論は保留となった。

(3) 平成25年度 SMARPP プロジェクトの立ち上げ

平成25年度の全国センター長会で SMARPP に関する発表がいくつかあり、健康福祉部と愛知県精神保健福祉センターで再度 SMARPP の実施を検討することとなった。

県内で SMARPP を実施しているのは3機関。依存対象者をアルコールのみなどと限定していないのは1機関しかなかった。特に薬物依存症者への支援は医療以外にダルクのみで、そこを離れた者は再使用していく現状であった。

SMARPP では底つきを待たずに支援し最終的にダルクにつなげることが可能で、医療やダルクに敷居の高さを感じる人の入り口として公的機関の窓口を広げる意義はあるという結論となり、平成25年11月愛知県精神保健福祉センター全体でプロジェクト準備会を発足させた。翌12月には正式にプロジェクトチームを立ち上げ、来年度の回復支援プログラム試行実施にむけて他県の精神保健福祉センター等の見学による情報収集などのスケジュールを作成した。

(4) 平成25年度プロジェクトチームの活動

平成25年12月、藤田保健衛生大学の近藤千春准教授を招いてセンター職員に対する勉強会を実施。翌年1月に国立精神神経医療研究センター依存症外来視察、東京都立多摩総合精神保健福祉センターの TAMARPP を見学。8回の所内打合せを実施し、予算のないなかワークブックの調達、セッションへ協力してもらえるよう関係機関に対し交渉をすすめた。

そして平成26年3月、以下のように試行事業としての概要が定まった。

平成26年度事業内容

- 1 日時
毎週水曜日 午後2時から3時半まで（祝日および年末年始は休み）
- 2 会場
愛知県精神保健福祉センター（愛知県東大手庁舎8階）
- 3 主催
愛知県精神保健福祉センター
- 4 対象者
県内の居住者（名古屋市を除く）
- 5 内容
認知行動療法を取り入れたワークブックを使用した集団プログラム
- 6 関係協力機関
名古屋ダルク・三河ダルク等
- 7 参加費
無料

（5）周知及び事業開始

平成26年4月中に5月からの事業開始を周知するため、具体的な周知先を決定した。試行事業という事もあり、依存症当事者にかかわる東海北陸厚生局麻薬取締部、名古屋保護観察所など国や司法関係機関6カ所、県及び中核市の保健所15カ所、依存症の治療をしている医療機関12カ所、自助グループや家族会など9カ所と限定して周知した。

特に支援機関との結びつきが必要と思われる当事者と接する機会のある東海北陸厚生局麻薬取締部、中部地方更生保護委員会、名古屋地方検察庁、名古屋保護観察所、愛知県地域生活定着支援センター、城山病院には直接赴き事業説明をし、平成26年5月14日から事業を開始した。

4 実施状況

（1）セッションについて

職員は精神保健福祉センターの精神科医1名、ファシリテーター1名、コ・ファシリテーター1名の合計3名が毎回セッションに入った。精神科医以外の職員は固定制ではなく、保健師と精神保健福祉相談員合計12名の輪番制で実施した。

また、先行く回復モデルとして名古屋ダルク、三河ダルクの協力のもとダルクスタッフに毎回セッションに入ってもらった。

回復支援プログラムに参加するにあたってのルールやセッションの流れなどは、分かりやすく記載した案内を参加者に渡した。

セッション会場は精神保健福祉センターの集団指導室で、飲み物やお菓子などを自由にとれる和やかな雰囲気の中、参加した当事者とワークブックにそって進めた。

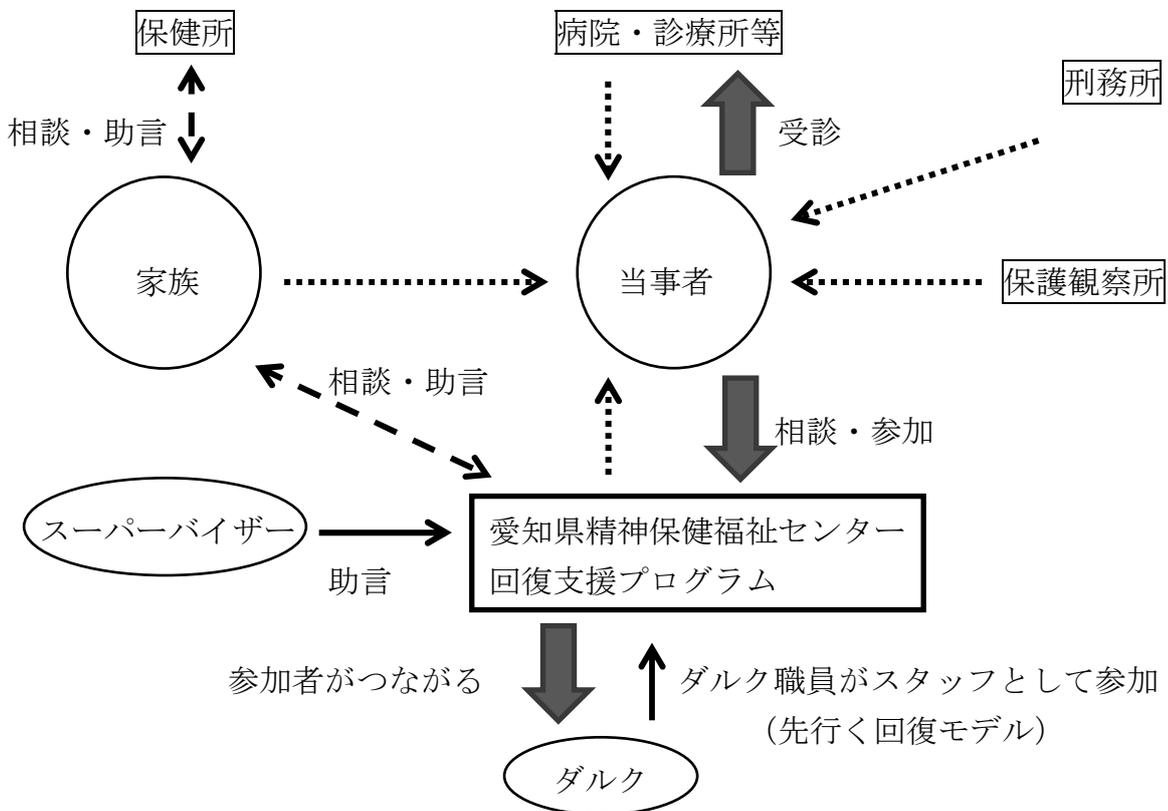
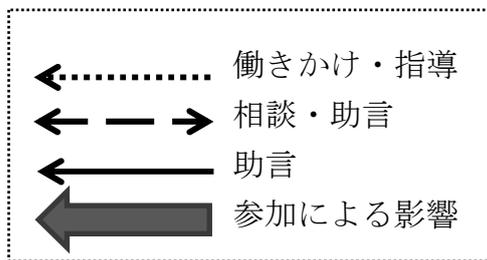
参加者には出席カードに押印をし、1クール終了時に1回でも参加していれば参加証を発行し、セッションに参加したことを評価した。案内と参加証を参考資料として文末に掲載する。

なお、並行して個別面接を実施し、セッションで話せない当事者の気持ちなどをフォローした。

また、依存症当事者回復支援事業の立ち上げに協力していただいた藤田保健衛生大学の近藤千春准教授に引き続き助言者を依頼した。

図1に回復支援プログラムについて図式化した。

図1



5 回復支援プログラムの実績

(1) 見学者及び登録者数

表1に見学者及び登録者数を示す。回復支援プログラム利用希望者はセンターでの個別面接後にセッションを見学し、参加希望した者は登録して次回から正規の利用者となる。回復支援プログラムの見学者は20名、そのうち登録者は17名で、見学者の約85%が回復支援プログラム参加のために登録した。

見学者の性別は男性18名、女性2名だった。

表1 見学者及び登録者数

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
登録者	0	2	3	0	0	1	1	1	4	4	1	17
見学者	1	3	3	1	0	1	1	1	4	4	1	20

(2) 登録者数の内訳・性別・年代

表2に登録者の性別及び年代を示す。登録者17名中16名が男性で、女性の登録者は1名だった。登録者の年代は30代が6名(35%)で、40代が5名(29%)、20代が3名(18%)だった。

表2 登録者数の内訳・性別・年代

年代	男	女	合計	割合
20代	2	1	3	18%
30代	6	0	6	35%
40代	5	0	5	29%
50代	2	0	2	12%
60代	1	0	1	6%
合計	16	1	17	100%

(3) 登録者の主依存対象

表3に登録者の主依存対象を示す。覚せい剤が5名(29%)で、危険ドラッグとギャンブルがそれぞれ4名(24%)と最も多かった。

表3 登録者の主依存対象

使用薬物	男	女	合計	割合
覚せい剤	5	0	5	29%
危険ドラッグ	3	1	4	24%
大麻	2	0	2	11%
シンナー	1	0	1	6%
アルコール	1	0	1	6%
ギャンブル	4	0	4	24%
計	16	1	17	100%

(4) 回復支援プログラムへの参加経路

表4に登録者が回復支援プログラムにつながった経路を示す。

三河ダルクが6名(35%)で、次に家族が4名(23%)だった。その他の関係機関からの紹介は計5名であった。

表4 回復支援プログラムへの参加経路

	人数	割合
本人	2	12%
家族	4	23%
三河ダルク	6	35%
医療機関	1	6%
麻取	1	6%
保護観察所	1	6%
保健所	2	12%
合計	17	100%

(5) 登録者の世帯状況

表5に登録者の世帯状況を示す。家族との同居が12名(70%)で、ダルクに入所している者が4名(24%)だった。

表5 登録者の世帯状況

	人数	割合
同居	12	70%
単身	1	6%
ダルク	4	24%
合計	17	100%

(6) 登録者の回復支援プログラム参加状況

表6に登録者の参加状況を示す。登録者17名中、登録後実際に回復支援プログラムに参加したのは13名で、約76%の登録者が参加した。登録したが1回も参加しなかった者は4名。不参加の理由は、「参加しづらい」が1名、「仕事、学業などとの兼ね合い」が2名、「不明」が1名であった。

登録後実際に回復支援プログラムに参加した者13名中、途中で中断した者2名の理由は、仕事が決まり来所できなくなった者1名、裁判で結審し来なくなった者1名だった。

それらのものを除くと、見学から当センターの回復支援プログラムに継続的に参加しているのは登録者17名のうち11名で、約65%である。1月以降の登録者の参加回数はこれから伸びてくると思われるが、継続参加している11名のうち6回以上セッションに参加している者は5名で約45%だった。

なお、平成26年度のセッションの回数は44回で、1セッションの参加者平均人数は1.66人だった。

表6 登録者の回復支援プログラム参加状況

		5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	小計	合計
参加者(実)	男	0	1	1	1	0	0	1	0	2	5	1	12	13
	女	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
参加者(延)	男	0	1	6	7	6	0	1	0	4	13	17	55	73
	女	0	0	2	3	3	2	3	3	1	1	0	18	

(7) 協力機関の職員等派遣人数

表7に関係機関のセッション派遣人数を示す。名古屋ダルクは毎月1回第2水曜日に、三河ダルクは毎月第1、第3、第4(第5)に職員などを派遣してもらった。

彼らはセッションにおいて、参加者自身が気づきにくい引き金(※)などに気づきを促すようなかわりをした。また、先行く回復モデルとして目に見える参加者にとってより身近なモデルともなった。

なお、同時に職員に対しても薬物依存症者の考え方、行動など多くの示唆を与える役割を果たただけでなく、自助グループのメンバーに回復支援プログラムの案内をするなど、当事業の参加者のリクルートにも多大な貢献をした。

※ 引き金「薬物を再度使用したい」という欲求が現れるきっかけとなる出来事・感情等(不安、怒り、寂しさ、金銭的なゆとり等)

表7 協力機関の職員等派遣人数

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
名古屋ダルク	3	2	4	1	2	2	1	1	1	0	3	20
三河ダルク	4	8	8	6	4	6	4	3	7	5	6	61

6 愛知県版ワークブックの作成「AIMARPP あいまーぷ」

ワークブック SMARPP 16の利用可能期間は1年間のため、試行的に回復支援プログラムを実施しながら愛知県版ワークブックを作成した。

作成するにあたって表8の回復支援プログラムを先行実施している他の精神保健福祉センター等のワークブックを参考にした。

各ワークブックの目次から、どのワークブックでも取り上げられているセッションのテーマを抽出し、愛知県版で取り扱いたいテーマとあわせて検討した。

検討した結果、1クール12回で危険ドラッグなどを追加したワークブックを作成し、「AIMARPP あいまーぷ」と名称決定した。

表 8

SMARPP-28	国立精神・神経医療研究センター	全28回
OPEN	東京都立中部総合精神保健福祉センター	全14回
TAMARPP	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	全8回
T-DARPP	栃木ダルク	全10回
HAMARPP	浜松市精神保健福祉センター	全10回
HIMARPP	広島県立総合精神保健福祉センター	全10回
SHARPP	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 北九州市立精神保健福祉センター	12回×2
KUMARPP	熊本県精神保健福祉センター	全10回

ワークブック「AIMARPP あいまーぷ」の目次は以下のとおり。

目次	
<input type="checkbox"/>	第1回 なぜアルコールや薬物を止めなきゃいけないの
<input type="checkbox"/>	第2回 引き金と欲求
<input type="checkbox"/>	第3回 回復の地図
<input type="checkbox"/>	第4回 合法ドラッグとしてのアルコール
<input type="checkbox"/>	第5回 依存症とはどんな病気？
<input type="checkbox"/>	第6回 あなたの周りにある引き金について
<input type="checkbox"/>	第7回 あなたのなかにある引き金について
<input type="checkbox"/>	第8回 マリファナ・危険ドラッグ・ギャンブル・処方薬について
<input type="checkbox"/>	第9回 回復のために
<input type="checkbox"/>	第10回 再発を防ぐには
<input type="checkbox"/>	第11回 再発の正当化
<input type="checkbox"/>	第12回 「強くなるより賢くなろう」
<ul style="list-style-type: none"> ・コラム ・付録 愛知県内の相談機関リスト 	

7 考察・まとめ

一般的にマトリックスモデルの回復支援プログラムのセッションは直面化を避けて否認と戦わず、明るく受容的な雰囲気を実施されるため、参加継続率が高いとされている。そのため他の回復支援プログラムの利用、仕事、学業などの理由で参加を中止するものを除いて、回復支援プログラムを見学、登録する者の治療動機は高く回復支援プログラムに継続的に参加するものと思われていたが、実際は異なる結果となった。

この結果について①どのような心境・状況の時に参加しようと思うのか、欠席しようと思うのか。②セッションにどんな魅力があるのか、またはないのかななどを調べ、次年度以降工夫していくことが必要となる。

なお、治療動機の高まっている当事者のタイムリーな受け入れ体制の構築や、継続的に回復支援プログラムに参加する中で治療動機の高まった参加者に対し、2クール経過したら自助グループを紹介するなどの指標を設けることも今後の課題となる。

依存症回復支援プログラムに参加される皆様へ

このプログラムは、これまでに薬物、アルコール等の問題で困った経験があって、これからは使わない生活を送りたいと願う人のためのものです。

＜プログラムで行うこと＞

1 チェックイン

① カレンダー

カレンダーにシールを貼ります。あなたが止めたい依存物質を使った日は赤色のシールを、それ以外の依存物質を使ったり、使いたくなかった時は黄色のシールを、何も使わずに過ごした日は青色のシールを貼ってください。

② 1週間の振り返り

この1週間をどのように過ごしてきたか皆で話します。パスすることもできます。

2 プログラム

① テキストブックを順番に皆で読みます。

② テキストに質問がありますので、皆で取り組み話をします。

3 チェックアウト

今日のプログラムの感想や、これからの1週間の過ごし方について皆で話します。

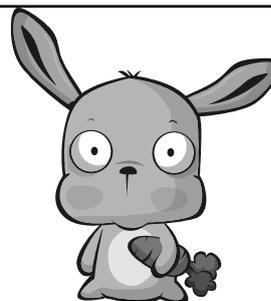


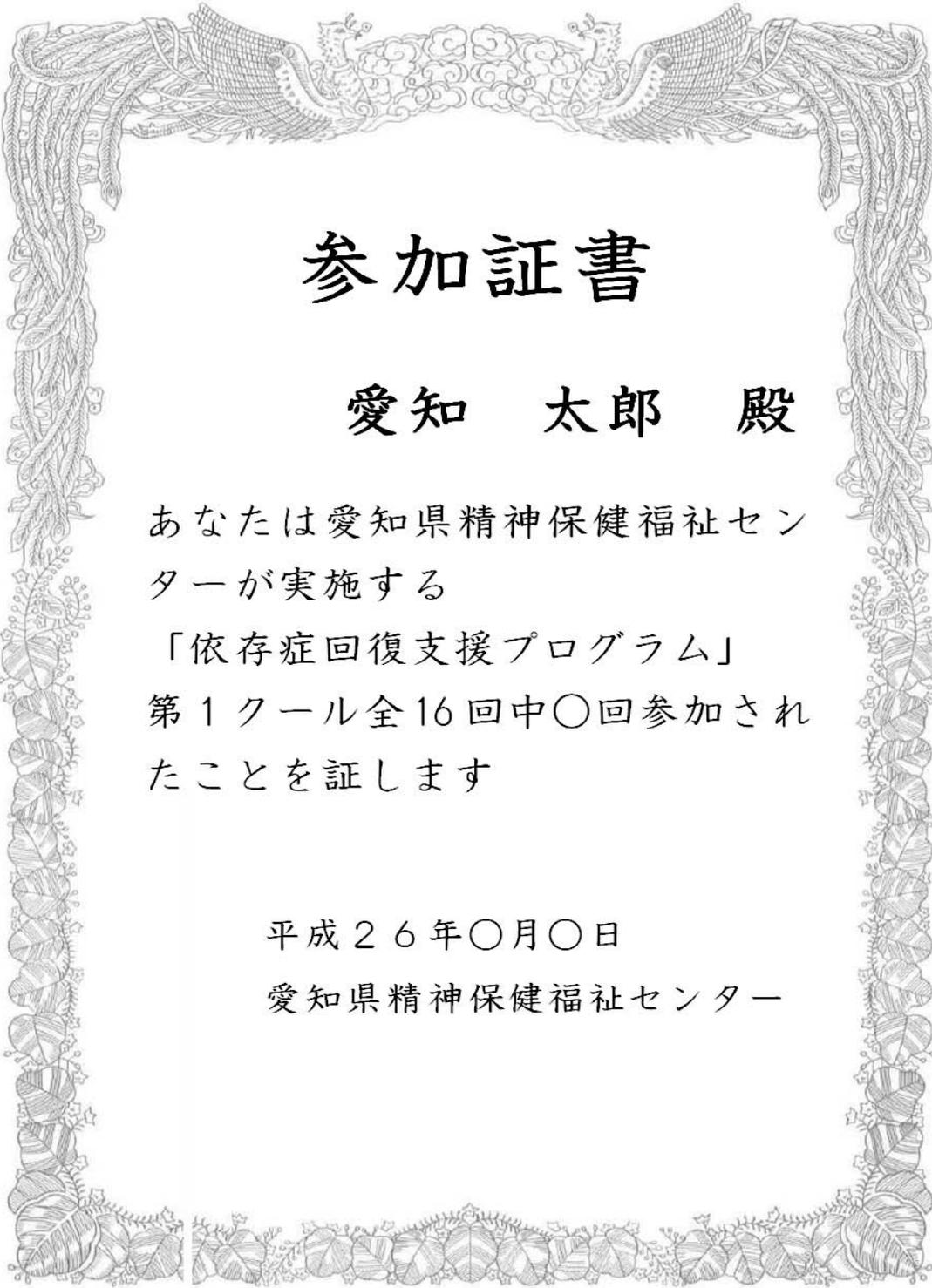
＜プログラム参加のルール＞

- ① なるべく遅刻や欠席をしない。
- ② なるべく薬物やアルコール等を使用しないように心掛ける。
使用してしまった場合はできるだけ早くグループなどで話し合う。
- ③ 薬物やアルコールを売ったり、勧めたりするような言動は絶対にしない。
- ④ メンバー間で恋愛関係や仕事上の関係を結ばない。
- ⑤ 話された内容や、メンバー個人の情報はグループの外では絶対に話さない。

＜プログラムで学ぶこと＞

- ① 毎日を計画的に過ごし、アルコールや薬物の入りこむ隙をつくらない。
- ② 「使いたい」という気持ちを上手にあつかう具体的な方法を身につける。
- ③ 回復の道のり全体を理解し、これからやってくる問題にそなえる。
- ④ 再発の危険信号について学び、その合図に自分で気がつけるようにする。
- ⑤ 助けになる自助グループについて学ぶ。





参加証書

愛知 太郎 殿

あなたは愛知県精神保健福祉センターが実施する

「依存症回復支援プログラム」

第1クール全16回中○回参加されたことを証します

平成26年○月○日

愛知県精神保健福祉センター

資料編

630調査愛知県分抜粋(名古屋市分含む)

表1 精神科病院数 各年6月30日現在

H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
55	54	54	53	53	53	51	51	52

表2 精神科病床数 各年6月30日現在

H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
13,731	13,626	13,401	13,224	13,293	13,270	12,848	12,892	12,678

表3 疾患別在院患者数 各年6月30日現在

		H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
器質性 精神障 害	アルツハイマー型 認知症	242	306	307	361	360	383	395	423	490
	血管性認知症	307	267	227	208	204	218	178	175	197
	その他	589	604	571	547	630	593	735	774	751
精神作 用物質 による精 神及び 行動の 障害	アルコール	668	661	736	807	774	772	702	655	611
	覚せい剤	33	56	57	58	59	59	58	65	68
	上記以外	48	99	139	50	65	79	47	50	37
統合失調症及び妄想性障害		8,643	8,579	8,281	8,124	8,040	8,053	7,639	7,687	7,498
気分(感情)障害		1,019	993	1,035	1,031	1,026	1,082	1,112	1,160	1,037
神経症性障害、ストレス関連障害		217	196	236	231	251	229	207	238	245
生理的障害及び身体的要因に 関連した行動症候群		9	17	20	36	32	32	39	32	28
成人のパーソナリティ及び行動 の障害		103	98	95	76	98	82	72	60	81
精神遅滞(知的障害)		460	434	389	383	365	376	360	179	173
心理的発達の障害		27	38	34	16	28	26	25	39	47
小児期及び青年期に発症す る行動の障害及び情緒の障 害及び特定不能の精神障害		12	32	19	7	7	16	9	12	18
てんかん		239	197	172	166	135	112	97	85	67
その他		137	83	97	163	186	123	119	131	115
合 計		12,753	12,660	12,415	12,264	12,260	12,235	11,794	11,765	11,463

表4 入院形態別在院期間

各年6月30日現在

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
措置入院患者数	115	96	92	89	82	86	78	75	70
医療保護入院患者数	4,014	4,140	3,960	3,969	4,082	4,115	4,092	4,240	4,156
任意入院患者数	8,444	8,247	8,161	8,003	7,890	7,834	7,426	7,415	7,206

表5 前年6月入院患者の入院形態別

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
措置入院	6	6	6	5	6	5	6	7	8
医療保護入院	308	357	403	394	421	425	438	477	446
任意入院	727	779	822	810	854	893	871	920	821
その他の入院	5	8	6	5	7	14	9	10	20

表6 前年6月入院患者の年齢別

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
20歳未満	39	34	38	46	36	36	46	50	49
20歳～40歳未満	325	371	412	392	407	437	370	405	353
40歳～65歳未満	452	474	504	487	541	526	579	577	483
65歳～75歳未満	134	142	159	162	170	177	180	198	204
75歳以上	96	129	124	127	134	161	149	184	206

表7 前年6月入院患者のその後1年の退院先別

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
家庭復帰	737	864	915	871	948	976	994	1,062	934
グループホーム、社会復帰施設等	41	55	50	53	70	79	62	78	99
転院・院内転科	105	109	106	90	106	106	103	111	102
死亡	4	4	19	30	22	27	25	27	38

表8 各年6月退院患者数(在院期間別)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
3ヶ月未満	995	1,010	1,004	818	829	865	841	870	861
3ヶ月～1年未満				224	274	316	271	282	341
1年～5年未満	90	87	113	101	103	97	96	102	88
5年～10年未満	22	33	26	33	27	28	22	19	23
10年～20年未満	10	14	15	19	22	19	15	24	19
20年以上	11	14	23	10	14	20	8	12	6
合計	1,128	1,158	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338

表9 各年6月退院患者数(退院先別)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
家庭復帰	847	869	864	862	956	1,019	947	977	1,004
グループホーム・施設等	55	63	86	38	51	55	42	51	58
高齢者福祉施設	—	—	—	61	51	47	51	58	58
転院・院内転科	190	172	185	185	163	169	143	143	149
死亡	36	54	46	39	46	51	45	56	53
その他	—	—	—	20	2	4	25	24	16
合計	1,128	1,158	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338

表10 精神科診療所の外来受診患者数(各年6月30日)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
主たる病名が法第5条の「精神障害者」である者	3,494	4,008	4,539	4,785	5,513	5,767	5,211	5,833	8,068
「精神障害者」以外の者	1,522	1,218	1,579	1,869	1,697	2,500	1,466	1,317	1,585

表11 精神科診療所の各年6月1ヶ月間の診療状況

		H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
外来受診患者数	実人員	—	—	—	93,985	93,387	95,194	92,851	98,252	100,505
	延べ人数	107,568	114,848	131,009	156,864	155,851	162,097	156,681	160,008	164,230
訪問診療	実人員	—	—	—	—	12	8	35	77	123
	延べ人数	—	—	—	—	20	8	71	120	218
往診	実人員	83	524	89	295	70	126	150	61	19
	延べ人数	205	776	133	429	105	186	292	112	25
訪問看護	実人員	13	37	49	51	103	64	91	79	90
	延べ人数	17	100	122	135	235	122	169	154	140

表12 精神科デイ・ケア等の利用患者数(各年6月30日あるいは直前のサービス実施日)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
20歳未満	40	41	49	39	43	86	52	47	50
20歳～40歳未満	269	675	734	710	716	731	729	767	616
40歳～65歳未満	160	924	937	988	1,068	1,125	1,203	1,282	1,234
65歳～75歳未満	10	103	128	114	164	166	193	197	198
75歳以上	4	9	23	12	19	21	23	22	21
合計	421	1,752	1,871	1,863	2,010	2,129	2,200	2,315	2,119

精神保健福祉愛知

2014

発行・編集 2015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

