

こころの健康

第 50 号

平成 25 年 11 月

愛知県精神保健福祉協会
(愛知県東大手庁舎)

名古屋市中区三の丸三丁目 2 番 1 号
電話 (052) 962-5377 内線 550

■ 巻頭言 ■

精神科医に自殺は防げるか

特定医療法人共和会・桜クリニック名誉院長

名大名誉教授

笠原 嘉

自殺者数が一年に三万を超えた、と聞いて驚かされてから何年になるだろうか。十年に近いのではないか。

その間、自殺予防について官民こぞって多くの取り組みがなされたことは、新聞でよく知られている。われわれメンタルヘルス関係者でも、若い熱血の人たちのその方面の活動が広報誌にいくつか報じられた。

その成果があつてか、このところ少し自殺者数が減少に向かう傾向がみられると聞く。もしそうなら、よろこばしいことだ。もっとも、これは自殺予防運動の効果なのか、折からのアベノミクスのもたらした高揚感のせいなのか、判然としない。経済の好不調が自殺数の増減に関係することは昔から大体定説となっている。

ふりかえると、1960年代にも自殺研究の要が叫ばれた時があった。このときは年間自殺者

数が三万ではなくて、まだ一万だった。交通事故死とほぼ同数だったことを覚えている。当時の大学の文系の社会学者や哲学者が中心になって、研究会ができた。それは当時の自殺者には青年、とくに大学生が少なくなかったからである。統計では20歳代の青年に高率に診られることが日本の自殺の大きな特徴といわれていた。精神科医は若輩の私が一人で教授の代理で研究会の末席を汚していた。メンタルヘルスという概念がひろく人に知られる以前だった。残念ながら研究会の結論に特記すべきものではなく、間もなく解散してしまった。しかし、私はこの研究から「予告のない自殺」が意外に多いことを知って驚かされた。

そこから30年ばかり過ぎて1990年代になると、大企業の中に従業員のメンタルヘルスを考える機運が醸成され、私も精神障害者の復職判定のお手伝いをした。そのときの労務担当重役から「精神障害の発生を皆無に、というような

無茶な要望はしないが、せめて年間3～5名の自殺者だけでもゼロにできないものか」といわれた。この頃になると、日本の自殺は青年期より中年期のものになっていた。この重役さんはとても好人物だったので、自信はないが「努力してみましょう」ということになり、安全衛生の課長さんに無理なお願いをして、営業所でも工場でもどこからでもすぐ保健婦さんにコンタクトできるような体制を作ってもらった。

これで確か4、5年やってみたのだったが、結果は失望に終わった。従業員2500名の規模で依然として2～5名の自殺既遂者が出た。ある年度にはとくにがっかりした。自殺予防のことを良く知るはずの、おひぎ元というべき本部の中堅管理者が自宅で深夜、妻子に隠れて一人命を絶った。彼はわれわれの包囲網をスリと逃げた。という、言い方が悪いかもしれない。自殺者は意外に誇り高い人なのである。単なる弱虫ではない。

自殺予防で一番困るのは、遂行の前に予告的な言動の全くない人が少なからずいることだ。上述の中間管理者もそうだった。大学生とか若手研究者の自殺を調べると意外にこれが多い。周囲のものには晴天の霹靂で、その分嘆きも深い。自殺予防活動というとき、なんとなく予告のあること、援助を求められていることを前提とする傾向にあるように思える。そうすると、予告のない人をどうするか。ちょっと悲観的になる。

しかし、ひるがえってわれわれの診察室のことを考えると、そんなに絶望的ではない。患者

さんとしてこられた「うつ」的な人はそのほとんどが、治療中はもちろんのこと、治療終了後も自殺を執行することはまずない。これは不思議なほどだ。診察室外では巷の自殺の多発がしきりに報じられているのに、診察室にいる私たちはほとんど出会わない。

この一因はやはり薬物療法の進歩だろう。薬もよくなったし、薬を使う医師の腕も上がった。心の症状に薬とは、と眉をひそめる人のおいでことは知っているが、公平にみて薬の力は大きい。

薬だけではないかも知れない。一度でもクリニックへきて医師なりカウンセラーなりに自殺観念のあることを告白できたことに大きな予防効果がある。思うに、メンタルクリニックや精神科病院の門をくぐるということが、すでに並々ならぬ決心を要することなのだろう。その関門を超えてこられた人の気持ちを思えば、われわれはもちろん彼らを十分に丁寧に扱わねばならない。

そしてもう一つお願いがある。多くの場合「自殺観念には理由がない」ということだ。死にたいのだから当然理由があるはず、と考えるのは必ずしも正しくない。自殺観念は理由もなく、ひとりで湧いてくる。そういうことも決して珍しくない。だから、執拗にその理由を、原因を、よりどころを追及するのはよろしくない。わからないのにくりかえし訊ねられると、当人はつい適当に答えてしまうということもある。

われわれのメンタルヘルス関係者の仕事は、

理由もなく湧いてきて、つい引っ張られそうになるあの圧倒的な感覚を「そのまま」受け入れることである。その動機などの理解は後でよい。診断も後で十分だ。場合によっては言葉は要らない。黙って手を握ってあげるだけでよい。そしてその一瞬さえ逃れることができれば、自殺は実行されない。

そういえば、昔、どこかの踏切に「ちょっと待て。どうしても今日でなければならぬの」と書いた素朴な立て札を見たことがある。飛び込み自殺が繰り返されることで有名になった場所だった。そのときはそれほど思えなかったが、今思うとこの立て札の文言は意味深い。「今」

という一瞬を外せば、自殺は防げる可能性が高いからである。

必ずしも有能でなかった自殺研究者の繰り返しとしておききいただきたい。

経歴 (かさはらよみし)

- 1952 京大医卒
- 1972 名大教授 (医学部精神医学)
- 1991 名大を退官後藤田保大教授
- 1998 特定医療法人共和会桜クリニック (石川橋) 院長 (現在は名誉院長)

* 1988年から2003年まで精神保健福祉協会会長

■ 愛知県精神保健福祉協会 総会記念講演 ■

「東日本大震災後の精神保健における現状と課題」

みやぎ心のケアセンター

福地 成

みやぎ心のケアセンターの福地と言います。どうぞよろしく申し上げます。最初に、愛知県のみなさまには東日本大震災で、多くの方に支援に入って頂きました。この場を借りて深く感謝申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。

まず、急性期の支援として、震災が発生した時にどのような取り組みをしたのかを、少しお話しします。

●こころのケアチームについて

阪神・淡路大震災の後から「こころのケアチーム」というシステムができました。厚生労働省がマネジメントをして、各都道府県で専門職のチームを作り、希望する自治体へ派遣をする仕組みになっています。被災3県への派遣の状況では、宮城県が最初にピークがきています。これはおそらくは交通の問題が大きく、アクセスしやすい場所だったということでしょう。岩

手県は盛岡駅から沿岸部に行くのに車で3時間ちょっとかかります。宮城県は最も近い沿岸部の被災地には、車で15分で行くことができます。そのため、多くの支援チームは仙台駅経由で入り、車で移動をしていました。空路で山形や新潟から車に入って頂いたチームもありました。

●地域における転入院の手配

沿岸部に立地する精神科の病院の中で、津波により利用者や職員の方が亡くなったところがありました。その後、病院自体は機能しなくなるので、残っている利用者の転院・搬送の調整を県内で行う必要がありました。このマネジメントが非常に難しく、厚生労働省も想定してなかったようです。結局、宮城県と大学で協働をしてベッド調整を行いました。私が担当していた児童精神科の病棟は、通常は子どもしか入院をしていません。しかし、震災の直後は、利用者の年齢は関係なく転院要請が相次ぎました。

次に、災害直後に感じた地域支援のキーワードをいくつかお話ししようと思います。

●その場でできる人がやる

私は震災から数日後に避難所に入ったのですが、やることが見つからなかったのが実情です。何をしたいのかが分かりませんでした。精神科医として地域のチームに入り、巡回をするのですが、「私困っています。話を聞いてほしいです。」と自分から言ってくる人は、まずいませんでした。何をやったのかというと、最初に

体育館のモップ掛けをやりました。多くの避難者は、津波で濡れた体のままで体育館に入ってきて、ずっとそのまま過ごしていました。靴も脱がずに床はベタベタで不衛生な状態でした。そうすると、医者からの視点からはインフルエンザやノロウイルスなどの感染症が怖い。それで最初にやったことは、まず体を拭いて着替えてもらい、モップをかけて館内を土禁にしました。つまり、私の最初の取り組みは、話を聞くことではなくモップ掛けであり、緊急時には職種に関係なく、その場でできる人がやれることやるのが原則なのかなというふうに感じました。

●広く浅く

最初は、専門性は関係なく、広く浅くみんながやれることをやりましょう。時間が経つと、おそらく専門性が活かせる役割はどんどん出てきます。これがPTSDの問題があれば、その中で精神科医や心理士が活躍できる場面が、時間が経てば出てくるのだと思います。つまり、時間の経過とともに、「広く浅く」から「狭く深く」に変化していくと思われま

●「待つ」から「出向く」

日本の精神科医療は収容型で発展してきており、精神科のお医者さんは、「診察に来て下さい。」「本人が来ないと診れません」というスタンスが当たり前です。心理士も治療の「枠」や「構造」を大切にします。支援する側を守る仕組みとして、ルールをきちんとセッティングしなければいけない、という考え方です。しかし、災

害の直後では構造云々は度外視して、自ら出向かないといけない。こうした「待つ」ではなく「出向く」スタイルの活動の中で、一番アイデンティティーが揺らぐのが精神科医と心理士というわけです。今まで自分が取り組んでいたことと全く異なるスタンスに変えなくてはならないのです。



● 平静を保つことの大切さ

つい先日、某町の保健師さんとお話しをして、「外から支援に入ってくれる支援者に対して一番求めることは何ですか。」と尋ねました。そうしたら「平静さです。」と答えてくれました。現地で活動する専門職は、すごくテンションが高くなり、自分でもどうしていいか分からない状態になりました。その時に、外部の支援者が落ち着いた姿勢で、雑務を引き受けてくれたのが有難かったそうです。

● 後入りのきびしさ

私が今勤務している心のケアセンターは、震災から1年後にスタートをしました。つまり、その1年の間に色々な支援団体が既に地域に

入っていました。そうすると、既存のチームとの兼ね合いを丁寧に調整しなければいけないわけです。「今ごろ支援に入ってきて何しに来たんだ」と言われます。こうした軋轢や不必要な傷つけ合いを避けるために、きちんと話を通す順序に配慮をしました。役場を通さずにプレハブ仮設に入ったりすると、その役場とも軋轢が生じます。「断りもなく入って、何をやってるんだ」という反応になります。東北地方独特の縄張り意識かもしれませんが、細心の注意を払うべきところかと思います。

● 組織は開いて、閉じる

ひとたび大災害が起きると、組織自体は最初には開きます。猫の手も借りたい状態なので、どんな人であっても受け入れて、とにかく何でも手伝ってほしい。しかし、時間が経ってくると、ガードが緩んでいる状態に気が付き始め、「これではいけない」と感じるようになり、組織が少しずつ閉じてきます。私たちのセンターが入ろうとした時に、全く受け付けてくれないコミュニティがあったのは事実です。

● 地域の歴史や文化を理解することの大切さ

地域によって歴史や文化などの地域性を考えることも必要です。産業であれば漁業がさかんだった町、農業がさかんだった町など。漁業がさかんだった町では、彼らは朝の2時・3時に起きて、船を出して漁に出ます。そして、大体10時ぐらいに帰ってきて、港に魚を下ろしてお酒を飲みながら昼ご飯を食べていたのです。夕方になって、4時・5時に寝るわけですね。

だから午前中からお酒を飲むことは珍しくないわけです。こうした生活習慣の人たちが仕事を失い、仮設住宅での生活を強いられています。朝の7時・8時に起きましよう、朝から酒を飲むなどと言われても、非常に難しいことなんです。

次に、我が国のこころのケアセンターの歴史について説明し、みやぎ心のケアセンターの活動をお話ししようと思います。

●日本のこころのケアセンターについて

1年後に心のケアセンターができました。こころのケアセンターというのは、英語では“Disaster Mental Health Care Center”と表記され、災害時に特化した精神保健を担うことになっています。そのため、多くは活動する年限が決められています。ちなみに私たちのセンターは、ひとまず5年と言われていました。海外ではおおよそ3年で閉じることが多く、Disaster Centerが残ると、既存の地域の精神保健が機能しなくなる、という考えのようです。

我が国では現在、三つのこころのケアセンターがあります。一つ目が兵庫県こころのケアセンターですね。ここは色々な組織改変がされて、今は研究や診療機能をもって継続しています。だから、結構時間が経っているのですが、まだ残っています。

二つ目は新潟県こころのケアセンター。ここは宮城県と同じように、都道府県の精神保健福祉協会に委託された事業です。新潟は10年で閉じるということで、現在終息に向けて活動を

しているところです。

今回の震災で岩手・宮城・福島県に三つできました。私たちは自虐的な意味をこめて「コケセン」と呼んでいます。

●みやぎ心のケアセンターについて

みやぎ心のケアセンターの職員の数です。全体で60名弱になりますが、実際には全く足りていません。宮城では、仙台・石巻・気仙沼に拠点を作りました。大体の人数としては、仙台が20人、石巻は10人、気仙沼は10人ぐらいです。特徴的なところは、精神保健福祉士が一番多いことでしょうか。阪神淡路大震災のときは兵庫のこころのケアセンターは、開設当時に心理士が多かったと聞いています。

チームとしての考え方を大事にしています。今までの精神保健では「多職種チーム」という考えが主体でした。「多職種チーム」とは、幾つかの職種の人たちが集まって、専門性に応じて役割を分担する考え方です。例えばお薬のことで困ったら、チームの中の薬剤師さんが対応しましょう、法的な部分で困ったら精神保健福祉士が対応しましょう、もしくは個別の面接がじっくり必要になってきたら心理士が聞きましょう、など。

一方で、「超職種チーム」という役割を固定しない考え方があります。できるだけ広く浅く、職種に関わらずチーム全員がやれる面を広げていく考えです。我々はこのスタイルで活動することを心がけています。地域訪問をした時に、

経済的なことで困っている人の相談を受け、例えば心理士が「私、心理士なので詳しくわからないんです。」と言ったら、そこで支援は終わってしまいます。

●活動の概要

今までの活動で、メインになっているのは、やはりお宅訪問です。ご自宅や仮設住宅を訪問して、「お困りのことはないですか。」と声掛けをしていきます。宮城県では県が主体となって健康調査を実施しています。仮設住宅を利用している人たちに調査票を送付して、チェックシートに記入をしてもらいます。それらを元に優先順位を付けて、私たちが訪問する形になります。

地域精神保健全体の計画に助言を行うこともあります。震災に関わらず、地域に元々抱えていた問題も結構あります。例えば自殺が多かったとか、虐待を含めた母子の問題とか、あとはアルコールの問題とか。そのような地域では、震災の支援も含めて総合的な地域精神保健の助言を行っていきます。

各種研修会のマネジメントをしています。震災当初は、対人救助職の方たちへの研修会を行いました。消防隊員とか警察官とか、結構しんどい体験をした人たちの職場へ行き、健康講話と個別相談をしました。最近になると公務員も厳しい状況で働いています。事務方の公務員は、窓口でいろいろ対応します。もちろん相談の件数が多いから疲れてしまうというのがありますが、一番厳しいのは苦情を言われると

ころだと思います。被災者のやり場のない怒りをぶつけられ、それに対して「すみません」と頭を下げないといけない。

「私たち、こういうことができますので、こういう仕事を振ってください」というスタンスで訪問をすると、信頼関係が築きづらいことがあります。「今、どんなことが必要ですか」と確認をして、私たちの方でチューニングをして、それに合ったものを提供していく姿勢でお伺いをします。ある自治体へ行きニーズを確認したところ、「健康調査の返信がいっぱい返ってきて、その集計で大変困っています。」と言われたことがありました。もう人生でこれだけはさみを使ったことがないと思うぐらい、1日中ジョキジョキと開封作業をしました。一瞬はこれでいいのかなとは思いましたが、でもそういうスタンスがとても必要で、これを乗り越えて信頼関係ができるということを実感しました。

●チーム作りの難しさ

チーム作りの問題としては、私たちのセンターも地域のサポートチームも同じ問題を抱えています。大きな災害が起きて、志のある人たちが、いっせいにパッと集まってきました。どちらかと言うと、元々フットワークが軽く、地域で自由度高く活動をしていた人が多い印象があります。しかし、チームの活動がスタートする時点で、お互いの力量が把握できていません。例えば「この人英語しゃべれるんだ」、「この人は文章を書くのが得意なんだ」、「この人はしゃべりが上手」とか。それぞれの適正を分からない中で、人員の配置をするわけなので、チーム

が走り始めてから構成に難しさが出てきたりします。

地域のサポートチームの人たちは、求められる役割が時間とともに変わっていく難しさがあります。多くのサポートチームは、震災当初にやったことは、荷物の運搬などの力仕事です。「荷物を運びますよ」とか、「津波で被害を受けたお家を片付けますよ」とか、「畑のごみを取りますよ」とかやっていました。ところが、時間がたつと瓦礫も処理されて、力仕事は必要なくなる。そうすると、何を要求されてくるかというと、コミュニティーを維持するための集まりの運営などです。求められるのは社交性とか協調性であり、おしゃべりや雑談、挨拶もちゃんとできないといけない。そうすると、震災当初に「これなら自分にもできる」と感じていた役割からどんどん逸れていくわけです。何か違うと感じて、離職していく人たちが実は結構います。

実際の支援の手法について具体的にお話しします。

●ハイリスクアプローチの実情

次にお話しするのは、健康調査に基づくアプローチで、いわゆるハイリスクアプローチと言われる支援です。健康の具合がおもわしくない人を見つけ出して、ピンポイントの焦点付けをして支援を行います。

仮設住宅と一口で言っても「プレハブ仮設」だけではありません。「プレハブ仮設」だけで

は住居が足りないので、一般のアパートを借りて、届け出を出して、仮設住宅として見なしてもらう形があります。これらを「見なし仮設」「民賃」と呼んでいます。プレハブの仮設であれば、リスクの高い人たちが集まっていることが分かるので、その集団の健康づくりに対するアプローチを考えればいい。しかし、「見なし仮設」は市町村内の各アパートに散在していて、どこが「見なし仮設」なのかさっぱり分からない。そういう人たちにアプローチをすることの難しさがあります。

それで、個別にご自宅に訪問をするときの指標についてお話します。宮城県で行った健康調査の結果に基づいて振り分けをしています。優先訪問の指標は、一つは「K6」という質問紙の点数、「朝から飲酒」「独居高齢者」「治療中断」です。

「K6」は質問が6つあり、0点～4点まで点数をつけてもらいます。合計で24点満点になり、13点以上が「重症精神障害者」と判定されます。震災後に行った3つの調査を集計しました。平成23年に「民賃」、平成24年に「民賃」と「プレハブ仮設」を対象に行いました。13点以上の人は10%前後であり、全国平均から見て高い数値になります。朝から飲酒している人が1～2%おり、プレハブ仮設の中に独居高齢者が多いことが分かりました。

●プレハブ仮設をめぐる問題

プレハブ仮設を巡る問題です。一般的に最初に完成したプレハブ仮設は、大変だと思われま

す。最後に完成した仮設は元気だと思われま
す。最初にできたプレハブ仮設に入る人たちは、
避難所に長く居られない人たちです。そのため、
高齢者とハンディキャップのある人、あとは小
さい子どもがいる家庭が多いのです。

ごくまれですけれども、プレハブ仮設のロ
ケーションが良い地域は活動が盛んになりま
す。たとえば、大型商店の駐車場が半分ぐら
い切り分けられて仮設ができると、歩いて店の中
に行ける。鉄道の駅近辺では、移動できるし遠
出ができる。

治安の問題もあります。特定の地域から集団
で移転しているプレハブ仮設では、「この仮
設が解散してからも、ひょっとしたらこの人た
ちと一緒に暮らすかもしれないな」という気持
ちがあるのではないのでしょうか。きちんとルー
ルを守り、治安が維持されるのだと思います。

財政問題も重要です。家を建ててプレハブ仮
設を出す際、周りの人たちに告げないことがあ
ります。経済的な格差があることに申し訳ない
感覚を抱くのだと思われま



●「集い」の構造の変化

「集い」の仕組みは時間が経つにつれて変化
します。最初はプレハブ仮設を中心に、集会場
などを使ってサロンが自然発生しました。しか
し、次第に「集い」が必要なのはプレハブ仮設
ではなくて、民賃の人たちであると気づきます。
彼らはコミュニティーが崩壊し、アパートに分
散して住んでいます。次の段階としては、元の
地域に戻れる可能性が低いと気づき、避難して
いる先の地域とのつながりを作ることが大事だ
と考えてきます。元々その地域に住んでいる
人たちも、みんな来てくださいという「集い」
の形に変わってきています。地域に溶け込むた
めの「集い」になっていきます。

最後に私の専門である子どもの反応について
お示しします。

●子どもたちの反応

子どもたちの反応についてお話します。

震災の直後には何が起きたのか正確に理解で
きていないので、時間差で症状が出てくること
があります。自分の家族や、自分の住んでいた
地域が壊れ、自分が信頼している大人の人が動
揺している様子を見て、「大変だなあ」という
のは分かるのだけど、正確に認知しているわけ
ではなかったのだと思います。子どもの症状の
一番中心になるのは、退行（赤ちゃんがえり）
ですが、自分の信頼できる人にしがみつくの
ですが、その対象が落ち着いていないと、子ども
たちは本能的に遠慮をします。そのため、保護
者が落ち着きを取り戻し、その次に子どもの症

状が出るのだと思います。また、時間が経てば、物事を認識する能力が高くなるので、当初は何かわからなかったけれども、大きくなって「自分の体験したことはこういうことだったんだ。」と気付くこともあるのです。

ポストトラウマティックプレイもよく観察されました。これはトラウマを受けた子どもが繰り返し遊びの中で、そのシーンを再現するというものです。例えば、交通事故に遭った子どもが、ミニカー同士を衝突させる遊びを繰り返すなどがあります。今回の震災では、子ども達は例外なく大切な物を一瞬で失いました。その時の感覚を思い出し、遊びの中で被災体験と類似した場面を再現して、ハッピーエンドに持っていく力が子ども達にはあります。避難所の中では地震・津波ごっこが頻回に見られました。介入する大人がいる場合には、制止するのではなく、終了後に点呼を取るように助言をしました。点呼終了後に「みんな無事だった。良かったね。」という終わり方を導くようにしました。

無計画・投げやりな行動も観察されました。いつ何時、同様の出来事が起きるか分からない不安感が付きまとうと、「いま」の時間を大切にすることができず、先々を見通した行動ができなくなります。お小遣いをすぐに使ってしま

う、好きなことを優先してしまう、給食で他児への配慮ができず食べ尽くしてしまうなどが見られました。年齢相応の責任ある行動ができなくなり、大人への反抗と捉えられることがありました。

●さいごに

どんな状況下に置かれても、泣き言を言わずに耐え忍ぶことが美德とされる風土が東北地方には根強いと感じます。それぞれ地域性はあるものの、「こころのケア」を毛嫌いする風潮があることは否定できず、支援する側としても対応に難渋することが度々あります。一般的にトラウマケアにおいては、自分の記憶や感情を何らかの方法で表出し、整理していくことが原則とされますが、今回の災害では地域住民に根気強く寄り添う活動を継続し、風土に即したトラウマケアを実行していく必要があると感じます。

復興への道のりが深遠であることは容易に想像され、地域の子どものこころを守るためには我々の力だけでは遠く及びません。最後にこの紙面を通じて、改めてみなさまの末永い支援を心からお願いします。



■ 随 想 ■

スクールカウンセラーとして見てきた子ども達の姿

愛知県臨床心理士会 常任理事 教育領域部会部会長

久 利 恭 士

1. はじめに

平成7年に始まったわが国のスクールカウンセラー（以下SCと表記）派遣事業は、来年度で20年を迎える。愛知県では、配置校数が年々拡充され、特に重点配置されてきた公立中学校ではSCの存在が当たり前のものとなり、現在は小学校や高等学校への導入拡大が行われている。本稿では、SCの業務について簡単に紹介するとともに、SC業務を通じて感じられた近年の子どもたちの様子について概説する。

2. 愛知県におけるSC事業の現状と

SCの業務

愛知県では、平成19年度に全公立中学校へのSC配置が完了した。現在は、中学校では単独校配置、小学校・高等学校では拠点校配置（通常3～4校を巡回）でSCが配置されている。愛知県・名古屋市のSCは、そのほとんどを臨床心理士が担っており、県や市町村の教育委員会と連携をとりながら、スムーズな事業展開がなされている。また、愛知県では平成24年度からスクールカウンセラースーパーバイザー制度が導入され、新人SCへの助言指導・学校とSCの意見調整・緊急支援時の初期対応などで活用されている。愛知県臨床心理士会では年9

回（新人研修2回を含む）の研修会を実施し、SCの質の担保とさらなる成長を促す体制がとられている。

表1は、一般的なSCの業務内容である。SCの活動は、そのカウンセラーという名称から、ともすれば①カウンセリングや②コンサルテーションに限定されやすい。特に大規模校や問題行動が多い学校の場合には、SCが対応する事案も多く、非常勤であるSCの限られた勤務時間が予約相談で埋まってしまう状況も多くみられる。③コーディネーションは、学校単体では対応しきれない問題に対して、それぞれの専門機関と連携して学校が事に当たる場合の媒介としての機能であり、SCの業務として数えられるが、近年この③の業務に特化されたスクールソーシャルワーカーも導入され始めている。以上の①～③が既に発生した事案への対応であることに對し、④予防や⑤コミュニティへの援助は、問題発生を未然防止するという観点から注目される機能であるが、現状では十分発揮・活用されているとは言えない。

3. 小学校の子どもたち

多くの小学生たちは、放課（というのは愛知県独特の表現だが）には外へ出て元気に走り回

る姿も多く見られ、かつて私たちが小学生だった時代と変わらぬ姿を見せている。しかし、子どもたちが抱えている問題は数年前とは大きな変化を見せているのが現状である。

低学年では、基本的な生活習慣が身につけていない児童が増加し、夜更かしや起床について徹底できない家庭が増えていることが実感される。既に、教員が子どもにモーニングコールせざるを得ない家庭まで散見される状況にある。教員に纏わりつき離れない子どもや我慢のできなさが暴力や逸脱につながる子どもなど、愛着の問題を抱えている子どもは増加の一途にある。分離不安の事案では、実質的には母親が離れられない状況やきょうだいへの偏った関わりによる愛情希求の状況が多く見られることもこの一端であろう。友人関係についても、放課と一緒に遊ぶと言ってもその内容は携帯ゲーム機などで、遊びの創造や異年齢との交流が希薄となり、対人関係の成熟に大きな影を落としている。発達障害については、教員レベルの知識の増加と特別支援教育の拡がりにより、かつてに比べ格段に対応は進歩しているといえる。しかしながら、学校側ではマンパワーの不足・学校間に対応の柔軟性の格差・IQの数値や診断名への拘泥から、保護者側では特別支援への偏見や近隣・親族への体裁から、せつかくの制度が十分に活用されているとは言えない。発達障害が疑われるケースについては、医療の関わりが重要であることから、保護者対応や学校対応においてより緊密な連携が不可欠であり、その際の医療-学校の媒介としてSCが十分に機能することが求められているが、まだシステム作りの段階と言えよう。

高学年以降では、中学受験を目指し学校教育を二の次とする家庭や養育を放棄したかと思われるような家庭が生み出す子どもの歪みが多くの問題を引き起こしており、さらにインターネットやケータイ・スマホの速すぎる普及がわかりにくさを助長している。氾濫する情報や未熟な通信ツールの活用は、いじめの深刻化(LINEの問題)・自殺の既遂率の増加(確実な方法に関する情報の獲得と死のイメージの希薄さ)・ひきこもりの助長(退屈しない材料として)・早すぎる性の問題(容易な情報接触と早熟さの助長)など多様な問題につながっているが、いまだに保護者も学校もコントロールする術を持っていない。

4. 中学校の子どもたち

不登校については、全国的な数値は近年減少に転じているにもかかわらず、愛知県では微増傾向にあり、その最も大きな割合を占めるのが中学生となっている。子どもたちの相談を受けていて感じられることとしては、愛着の問題・自己愛の肥大化による傷つきやすさ・居場所の少なさ・放置され深刻化した発達障害由来の問題行動などが挙げられる。愛着の問題は、友人関係における繋がり確認への執着や集団内のターゲット作成による結束確認(メールやLINE)・逸脱行動や自傷行為による関心喚起など、対応の困難さが高まる一方である。また、少子化による過保護さから躓き経験の少なさが顕著となり、傷つくことができない子どもが増えており、安易な逃げとしての不登校の選択とそれを受け入れてしまう保護者・学校という関係性が事態を悪化させている。愛着や自己愛に

関する問題は、以後のパーソナリティの歪みにつながる問題であるが、学校現場に十分な対応のための余力はなく、関係機関との連携による役割分担が強く望まれている。発達障害については、いじめによる傷つきや社会的スキルの未熟さなど、これまでに放置・先送りしてきた課題が表面化し、これに目前に迫る進路選択が拍車をかけることになりやすい。あらためて、早期対応の大切さを確認すると同時に、学校段階レベルではなく人生レベルで先を見た対応が求められていると感じられ、そのためにも学校段階をまたいで関わるができる医療や療育機関の役割が重要となると感じられている。

5. 最後に

今回触れることができなかったが、高等学校では自死の事案が近年増加傾向にあり、緊急支援として臨床心理士が派遣される事案も増えている。中高での自死事案の増加は、前述の通り既遂につながる方法の知識獲得と死に接する機会の減少に伴う死の現実感の未獲得が大きく影響しているように思われる。現行のいわゆる「命の教育」について、我々は改めて考えるべきで

はないだろうか。

多くの子どもたちは、今日も元気に学校へ通っている。その姿はかつて私たちが子どもだった時代と何ら変わりのない無邪気さと明るさを示している。しかしながら、子どもを取り巻く状況やその影響で子どもたちが抱えざるを得なくなるものは私たちの子ども時代とは大きく変化している。私たちは子どもの育ちに関わる者として、子どもたちを取り巻く環境や子どもたちが抱える問題を理解しようとする努力と、他者の不備や不十分さを論うのではなく、連携しつつ今自分たちにできることに力を注ぐことから始めねばならないときが来ていると感じられてならない。

表1 スクールカウンセラーの業務内容

①カウンセリング (相談面接)	児童・生徒・保護者からの相談
②コンサルテーション (教員への助言)	教員を対象とした子どもへの対応に関する相談
③コーディネーション (他機関との連携)	他機関の紹介・他機関との連絡・情報交換等の連携
④予防	子どもたちの心の問題を未然に防ぐための活動
⑤コミュニティへの援助	子どもたちが住む地域をより住みよくするための活動



■ 団体紹介 ■

「診療所で日々思うこと」

愛知精神神経科診療所協会 会長

近藤三男

(こんどうメンタルクリニック)

今年は愛知県の地域保健医療計画が新たに作られ、精神科領域においても救急医療システムがさらに充実するなど関係者の皆様の努力が実を結びつつあり、私ども診療所協会にとっても悦ばしい限りです。重症例、難治症例、救急、合併症治療などを担当する精神病院や総合病院精神科に対して、診療所（クリニック）は健康相談、軽症例や中等症の初期治療、安定慢性期の再発防止、リハビリテーションなどを担当しておりますが、アクセスと予防という点でまだまだ努力が必要と思っています。

私は精神病院と総合病院の精神科医、大学のメンタルヘルス担当教員を経て開業しましたが、職場のメンタルヘルスにも非常勤ながら長くかかわってきています。そういう経験を経て診療所の仕事をしていて思うことは、心理社会的要因の重要性です。この十数年の間に、SSRI、SNRIといった新規抗うつ薬、陰性症状にも効果のある「非定型」という名を冠する抗精神病薬がたくさん承認され、多くの方々がこの薬物療法の進歩の恩恵を受けてきたと思います。

ところが、そういう進歩の中でもこれらの薬剤の効果が十分見られないひと、一時的に改善

が見られても長く続かないひとが相当数あり、逆に目立つようになってきました。多残業で実質睡眠がかなり少ない働き盛りの会社員、パワー・ハラスメントに悩む若手社員などは理解しやすいパターンでしょう。不潔恐怖症の若いお母さん方の背景をお聞きすると、（仕事が忙しか家庭からの逃避なのかは別として）家庭を顧みないご主人に頼らず、幼い子を病気にさせないようにと懸命になっているときの不安と心細さが見えてきます。成人した子供たちとは別居し、ひとり暮らしをしている老婦人が慢性的な痛みを訴えて、長い間、治らない場合もよくあります。驚くのは、今の学生たちの多忙と過活動です。授業、課題、バイト、部活、ボランティアなどなど、皆が疲れ、燃え尽き寸前です。これには高い学費や下宿代、就職のための実績づくり、文科省の厳しい単位取得条件などが関係しているようです。

薬物療法の重要性は言うまでもありませんが、こうした問題を抱えている方々には医療という狭い領域の援助だけでなく、カウンセリングによる本当の自己理解、職場や学校さらに家庭における環境調整、睡眠・食事といった基本的な健康指導、認知修正や社会技能向上によるストレス耐性の強化、といった援助が必要で

しょう。そのためには精神科領域にかかわるコメディカル・スタッフ（看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士など）や保健所、産業保健スタッフ、学校関係者、さらにご家族や地域の支援者の皆様との協力が不可欠になります。これに関連して、来年11月2日に「日精診チーム医療・地域リハビリテーション研修会（西山仁大会長）」を愛精診の総力をあげて名古屋で開催いたします。こういう試みを通じて支援環境を作るとともに、われわれも環境の

一員として貢献できることを念願しています。

私ども個々の診療所は多様な心理社会的援助のすべてを提供できる態勢にはありませんが、慢性期のデイケア、リワークデイケア、薬物・アルコール依存、児童精神科、認知行動療法、就労支援、企業との連携など、それぞれの特徴をもった診療所があり、地域のご要望に応えるべく日々努力をしているしだいです。



精神保健福祉基金貸し付け制度のご案内

当協会では、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加の促進を図るために、「愛知県精神保健福祉協会精神保健福祉基金」を設置し、精神障害者を対象とする障害福祉サービス事業所等を運営する者に対して、必要な資金を無利子で貸し付けています。

***貸付の対象者**…主として精神障害者を対象とするグループホーム、ケアホームまたは小規模作業所等を運営する者

***貸付の種類**…①運営資金—施設の運営に要する費用
②整備資金—施設の創設、改造、修理等に要する費用

***貸付額**…1口10万円で、限度額は15口（150万円）まで

***貸付利子**…無利子

***償還方法**…1年据え置きで、以後4年以内に一時償還または分割償還

***受付方法**…毎年8月末日までに協議書を提出（平成25年度は終了しました）

お問合せは精神保健福祉協会事務局へ

■ 平成 25 年度 (25 回) 「定期総会」報告 ■

平成 25 年度 (25 回) 定期総会が 6 月 14 日 (金) に開催されました。協会諸事業、平成 24 年度決算報告及び平成 25 年度予算 (案) について協議され、それぞれ承認されました。

なお、人事異動に伴う新役員は次のように承認されました。

顧問

- 加藤 昌弘 愛知県健康担当局長
- 瀬瀬 敬吾 名古屋市健康福祉局長

常務理事

- 笹尾 幸夫 愛知県教育委員会学習教育部長
- 理事
- 内川 尚一 名古屋商工会議所常務理事・事務局長
 - 海野 稔博 名古屋市健康福祉局生活福祉部長
 - 桐山 淳 愛知県健康福祉部こころの健康推進室長
 - 小西 直哉 名古屋保護監察所長
 - 船戸 淳 名古屋市健康福祉局障害福祉部長
 - 森 和久 名古屋市教育委員会事務局学校教育部長
 - 山口 智子 日本福祉大学心理臨床研究センター長

平成 24 年度収支決算

(単位千円)

収入の部		支出の部	
会費	1,249	人件費	731
県委託料	200	事務費	290
市委託料	100	事業費	542
繰越金	1,024	繰越金	1,011
雑収入	1	予備費	0
計	2,574	計	2,574

平成 25 年度収支予算

(単位千円)

収入の部		支出の部	
会費	1,255	一般管理費	1,450
県委託料	200	事業費	1,035
市委託料	100		
繰越金	1,011	予備費	82
雑収入	1	計	2,567
計	2,567	計	2,567

編集後記

今年の夏は本当に暑かったです。最高気温を塗り替え、連日真夏日が続きました。10月に入っても暑い日が続きました。また「過去に経験したことがない豪雨」に見舞われ、深刻な災害となった地域もありました。一方では記録的な少雨となった地域もあったとか。台風、竜巻の被害もありました。災害への備えの必要性を強く感じさせられた夏でした。

ところが、11月を前にして、一気に寒くなってきました。今年は寒くなるのではという予報がだされています。大雪となっても又被害が出てしまいます。

夏の暑さも辛いのですが、実は寒さのほうが苦手です。今から寒さへの備えをしなくてはと考えています。

さて協会では、今あり方検討部会で、少しでも良い運営、企画が出来るよう検討を進めています。皆様のご協力をえてよりよい活動ができるよう、ご指導、ご意見をお寄せいただきますようよろしくお願いいたします。

会員募集のお知らせ

当協会では、広く会員を募集しています。

年会費：個人会員 (1,000 円)

団体会員 (15,000 円)

賛助会員 (50,000 円)

入会のお問合せは事務局までお願いします。

事務局 〒 460 - 0001

名古屋市中区三の丸 3 - 2 - 1

愛知県東大手庁舎

愛知県精神保健福祉協会

TEL 052-962-5377 (内550)

FAX 052-962-5375