

こころの健康

第 57 号

平成 29 年 7 月

愛知県精神保健福祉協会

(愛知県東大手序舎)

名古屋市中区三の丸三丁目 2 番 1 号

電話 (052) 962-5377 内線 550

■ 卷頭言 ■

レジリエンスをめぐって

愛知県精神保健福祉協会理事
東京福祉大学心理学部教授

長坂 正文

私は、普段大学の心理学部の教員として、学生さんに臨床系の心理学を教えております。また、臨床心理士として、さまざまな問題を抱えた方と直接・間接に関わりをもつことがあります。

最近、心理学では、「レジリエンス」という概念が注目されています。現在はこのままレジリエンスとして使っていますが、あえて日本語に訳すと、「回復力」「復元力」とでもいえましょうか。何らかの心理的な問題を抱えた方が、元気を取り戻す力というようにとらえることができます。たとえば、大災害を経験した後のトラウマ、長時間労働から生じたうつ、子どもさんであればいじめの被害など、これらの問題から回復するにはどのような「力」が必要なのでしょうか。またそのような「力」はどうしたら身につけることができるのでしょうか。現在さまざまな研究が進められていますが、まだ途上で、明確な結論は出ていません。基本的には、ご本人がさまざまな経験を通してレジリエンスを高めていくことが必要かと思います。

さて、近年コンピュータのめざましい発達で、車の自動運転が可能になってきたり、碁や将棋でコンピュータソフトがプロ棋士に勝つようになり、まさにコンピュータ万能の時代に突入したと言っても過言ではないでしょう。では、レ

ジリエンスを高めるプログラムやソフトは開発可能でしょうか。実は、すでにアメリカでは実際にプログラムが開発されて研究されているようです。

しかし、私はとても懐疑的です。なぜなら、そのようなプログラムやソフトは「一般的」で「ドライ」なものであるからです。必要なのは、「個別的」で「ウエット」なものではないかと思います。たとえば、親、兄弟、友人などの身近な人からの、「思いやり」「ぬくもり」「まなざし」を普段体験することが、最も大切ではないでしょうか。人には個性があり、抱える問題も個別的です。そこに対応していくためには、「一般論」では効果をあげることが難しく、個々の事情に応じた「個別的」なかかわりが必要となってきます。

ここに、私たちのような心の問題にかかる専門職の存在意義があると思います。そのためには、私たち自身の専門的な力量を高めるだけでなく、人間としての魅力を高める努力が求められていると思います。私たち専門職が、心の問題を抱える方のレジリエンスを高めるお手伝いができるればと願います。

■ こころの健康を考える講演会 ■

病としての窃盗癖について ～常習窃盗者、1500事例の治療経験から～

講師：竹村道夫先生

(特定医療法人群馬会赤城高原ホスピタル院長)

嗜癖と乱用と依存という言葉があります。嗜癖は、英語のアディクションの訳語で、ある習慣への耽溺を意味します。はまってしまうということです。DSM-5ではこの嗜癖の考え方方が採用されました。嗜癖には、物質嗜癖と行動プロセスの嗜癖と人間関係の嗜癖の3種類があると言われています。窃盗癖は行動プロセスの嗜癖に入ります。

共依存というのは、広義では人間関係の嗜癖全体をいうのですが、狭義では、依存症者の配偶者に見られやすい対人関係の病的なパターンを意味します。典型的には「強迫的な世話焼き」とか、「愛情という名の支配」というような言い方で表現されます。共依存は、女性の窃盗癖の患者さんに多いと言われます。

1989年に共依存、イネイブラー、アダルトチルドレンなどの概念が日本に紹介されましたが、赤城高原ホスピタルはその翌年、1990年、平成2年に開院されました。赤城高原ホスピタルは、もともとはアルコールと薬物問題の専門病院です。2005年から2007年ごろはリタリン（処方薬）乱用患者が増え、2010年ごろからは、覚醒剤乱用の通院患者が若干減少して処方薬依存、乱用患者が多くなりました。2008年ごろから窃盗癖の患者の受診が増えてきました。

窃盗癖は嗜癖問題として見ると、行動嗜癖のひとつです。重症の過食症患者の3分の1ぐらいが、合併症状として万引き癖を伴います。病的窃盗に関しては、ほとんど治療施設がないので、ネット情報の検索から、私が院長である赤城高原ホスピタルと、それから私が週に1日勤

務している京橋メンタルクリニックに紹介されてきます。古典的なクレプトマニアは窃盗行為のスリルに依存するということになります。窃盗症の合併精神障害としては、若年女性の窃盗症では摂食障害を合併していることが圧倒的に多いのですが、それ以外では多くの要因が関連しています。うつ病、処方薬と市販薬の乱用にはとくに注意が必要です。発病契機として、失意の体験とか家庭問題などがあつたりします。治療成績は、アルコール、薬物依存症などと同等です。時間はかかるが、回復は可能ということです。

赤城高原ホスピタルでは、週に17回のMTM（万引き窃盗症ミーティング）があります。毎週水曜日に回復者のメッセージがあります。今現在、日本全国に20カ所くらい窃盗症の人たちの自助グループがあります。KA、クレプトマニアクス・アノニマスと言います。

クレプトマニアという言葉は精神障害としての病的窃盗という意味で、アメリカの精神障害診断マニュアル、DSM-5の翻訳では「窃盗症」という日本語の病名が採択されました。窃盗症の診断基準はかなり制限的ですが、その輪郭は不鮮明です。例えば窃盗症に密接な関連があるうつ病は、DSM-5では、窃盗症の合併症の一つとされますが、国際疾病分類、ICD-10では除外診断に数えられています。ICD-10では鑑別診断の中に、うつ病に付随する窃盗症が入っているのです。

DSM-5の窃盗症診断基準には、5つの項目があります。そのうちの一つ（A）には、この

ように書いてあります。「個人的に用いる物でもなく、金銭的な価値のためでもなく、物をとろうとする行為に抵抗できなくなることが繰り返されている」。二つめ（B）は「窃盗に及ぶ直前の緊張の高まりと窃盗を犯すときの快感、満足または解放感」です。診断基準Aを狭義に解釈しますと、窃盗症患者は自分自身が使用しない物品を、節約意識を持たずに盗むことになりますが、かなり想像困難な人物像です。臨床的にもほとんど実在しません。ところが、DSM-5には万引きで逮捕された人の、4ないし24パーセントに窃盗症が見られると記載しています。また、一般人口中の窃盗症有病率が、0.3から0.6パーセントであると記載しています。これはギャンブル障害の生涯有病率の、0.4から1パーセントに匹敵するほどの高率です。

このように、非常に高い窃盗症の有病率から考えても、私たちは診断基準Aの許容範囲を広く、広義に解釈すべきであると主張しています。具体的には、窃盗の主たる動機がその物品の用途や経済的な価値ではなく、衝動制御の問題であるという意味に解釈すべきだと言っています。

それでは、診断基準Aが存在する理由はどうかというと、例えば貧困で飢餓状態にある人の食品の盗みとか、職業的窃盗犯や犯罪集団による盗み、貴重品収集家の特殊な盗み、単発や散発の窃盗行為などを除くために診断基準Aがあるということです。

私はこれまでに約1,500例の常習窃盗者の治療に当たっていますが、その中には、なんと現役の医師が6人いるのです。医師だから、仕事、お金にはそんなに困っていないし失うものも大きいし、だけど万引き窃盗がやめられないのです。典型的な窃盗症の例です。

窃盗症では、窃盗の手口は9割以上が万引きですが、ほかにはスリだとか侵入犯などもいます。万引き症例では、ほぼ全例が万引きした商品を使用し、使用する物を万引きします。紹介

元に関しては、弁護士からの紹介例が多くて、司法判断待ちの症例が多いのが実情です。

もともと窃盗犯罪は再犯率が高いのですが、特に万引きは再犯率が高く、犯人の中にはどう見ても犯罪者らしくない万引き常習者がいます。例えば、窃盗行為を除けば善良な社会人、職業人、家庭人であるとか、職業的犯罪者、犯罪集団構成員、反社会的人格障害者ではない人たちが、リスクに見合わない経済的合理性のない窃盗を繰り返しています。このような常習窃盗は病的な窃盗と考えるべきです。

常習窃盗者を割り切って大雑把に三つに分類しますと、第1に、経済的な利益のために、金目の物品や金銭を盗む職業的犯罪者がいます。2番目に、飢えて食べ物や生活必需品を盗む貧困者がいます。この純粋なタイプは今の日本にはあまりいないかなとは思います。3番目に、金があるのに些細な物を盗む人たちがいます。この3番目が病的窃盗ということになります。ただ、もちろんこれは典型例で、実際には程度の問題ということが多いでしょう。3群の移行タイプとか重複タイプとかもいっぱいあるということです。

窃盗症症例は、ほぼ全例が単独犯で、ほかの窃盗以外の点では反社会的な傾向が少ないと、本人自身の苦痛が強いという特徴があります。窃盗の手口としては、万引きが9割だが、そのほかのタイプの財産犯もありました。皆、窃盗衝動のスイッチが入ると、自力では止められないという感覚があります。他の精神障害の合併率が高く、特に摂食障害が重要です。

多量の処方薬の乱用には特に注意が必要です。睡眠薬や安定剤の類の薬は窃盗癖がある人の窃盗行為を促進します。抗うつ薬に関しては賦活症候群というのがありますと、抗うつ薬を飲むと、窃盗癖がもともとある人の窃盗行為を促進するだけではなくて、もともと窃盗癖が全くない人に、抗うつ薬の副作用として窃盗行為が出現することがあります。



赤城高原ホスピタルでは、窃盗症の患者さんが増えてきて、統計をとるようにしました。その統計データですが、年代別の男女比をみると、女性が男性の2倍から3倍あります。20代から40代に女性が多いのですが、これはほとんど摂食障害で過食症を合併しています。女性の年代別分布は二峰性になっていまして、30代前後の大きなピークのほかに、60代ぐらいにも小さなピークがあります。これは女性のライフサイクルとおそらく関連があって、女性の50代60代というと、子どもが巣立って、中年期・老年期に達てきて、失うものが多いということがあります。それから、買い物には女性のほうが圧倒的に男性より行きますから、万引き再犯しやすいということになります。

クレプトマニアの治療の中心はアディクション・アプローチの応用です。基本方針としては、試行錯誤と取捨選択で、チャレンジ精神を旺盛にして、使えるものは何でも使っています。ユニークなものでは、プライベート・メッセージとか返金作戦というようなことがあります。

プライベート・メッセージというのは、自分の状況を正直に話せるようになった窃盗症の患者が、初診患者や治療開始直後の窃盗症患者や家族に対して、自分の体験や状況、気持ちなどを話す治療プログラムです。

私たちは、治療開始後の窃盗・万引きに関しては、正直な報告と返金プラス迷惑料の支払いを治療継続の条件にしています。上記の報告と返金の約束を文書による契約として、これをク

レプト治療契約書と呼んで、それを病院の封筒に入れて外出時には常時携帯させます。中にはこんなふうに書いてあります。万引きがあったら必ず主治医に報告します。そして被害代金を被害者に返還します。そして万引き商品買い取り以外に、迷惑料として、1件につき1万円を先方に支払います。

外来患者には、この契約書を持っているかどうか毎回確認します。万引きした患者には返金を求めます。自分で返金できなかった患者には、治療施設から店に返金連絡書とともに送金します。

返金連絡書の一番下に3行、本人が書くことになっています。1例を示します。「某月某日、貴店の果物コーナーで、巨峰1粒を盗み食いしてしまいました。本当に申し訳ございません」これは、摂食障害患者で3年ぐらい治療をした人が書いたものです。ある日スーパーに行ったらぶどうの巨峰があって、おいしそうだなと思って、1粒ぶちっと取って後ろを向いて食べてしまひました。誰も気がつかなかったのですが、それを黙っていたら自分は盗みをやり続けるに違いないということで、そのときは言えなかつたのですが、受診時に私に報告しました。で、クリニックから1万円を送りました。巨峰1粒1万円というのは、私が知っている限りで一番高いぶどうです。

窃盗症は難治性で症状再発時の影響が大きいために、司法判断待ち症例では入院治療を勧めることが多いです。入院治療では再犯防止のために、管理体制の強化が必須です。入院・外来いずれの場合でも、治療から脱落した患者の再犯率が非常に高いということがあります。

初診時には、チェックリストを使用します。窃盗症の治療では、治療開始後の窃盗に関しては返金をさせることが重要です。また、治療初期に患者や家族を回復者に会わせるということを重視しています。最近ではプライベート・メッセージを重視しています。最低10人、できれ

ば20人ぐらいのプライベート・メッセージを聞きなさいと。それぐらい聞いたら、次に自分もメッセンジャー役として、あなたの闘病体験をその次の人たちに伝えなさいというようなことを言います。

最新の治療として、サイコドラマというのがあります。即興劇の手法を用いた集団精神療法で、トレーニングを受けたサイコドラマ専門家の監督・演出の下に、ウォーミングアップを含め、2時間程度の時間内で即興の寸劇を行います。あらかじめの台本がなく、患者さんが主役になったり脇役になったり、観客となって、ドラマの証人になったりします。

ここで一つ、説明しておきたいのは、摂食障害と窃盗症の合併についてです。私はためこみマインドというのに注目しています。摂食障害の人は病的な飢餓感を持っています。当人自身は飢餓感というふうに認識はしていないかもしれませんけれども、健康人の空腹以上に強い、病的な飢餓感があるのです。あと、心理的な飢餓感もあります。摂食障害の人たちは自分の努力とか自分の才能とかが正当に評価されていない、自分の責任ではないところでいろいろ不利に扱われている、みたいな心理があり、それらを併せて病的な飢餓感があります。そうすると、自分の持ち物が減るというのが非常に怖いのです。あるいは自分の評価が落ちる、評価が減るというようなことが非常に怖くなります。物品をためこみたい、何でもためこみたい。自分の周りから物品や評価が減っていくのが怖いので、予備の物をためこみたいのです。物を持っていても、それ以上に欲するのです。欲しい物の中には資金もありますから、お金を持っていてもお金が減り、なくなるのが怖いので、「もっともっと」ということになるのです。そうすると、お金を減らさずに物をためこみたいので、窃盗衝動になるということです。

摂食障害の人はけちだという説がありますが、それとはちょっと違うのです。なぜかという

と、摂食障害にしばしば買い物依存症が合併します。けちの買い物依存症というのはちょっとと言葉が矛盾していると思いますし、もっと困るのは浪費癖の人がいるのです。窃盗癖と摂食障害がありながら、浪費癖もある。浪費癖の人は周りの人を接待したり、どんどん物をあげてしまうのです。けちと浪費癖とは全く反対ですから、これは絶対に説明がつかないです。ちなみに竹村説で言うと、浪費癖の人は自分の見栄とか評判をためこみたいのです。あの人はいい人だと言われたくて、どんどん接待し、どんどん持ち物をあげてしまうということです。摂食障害を合併する窃盗癖はクレプトマニアの典型、中核群だと、私は考えています。窃盗症は、衝動障害として発病して、嗜癖問題として進行します。万引きをやっているうちに習慣化して、犯行は大胆に金額は高額に、盗品の範囲は広がります。

摂食障害の万引きは、大多数で過食症状が出現してから3年以内に窃盗症を発症します。比較的短期間で発症するのです。人によっては、摂食障害の前に窃盗癖がある人もいるし、ほとんど同時に発症する人もいっぱいいて、3年以上というものは少数派です。長年、摂食障害をしているうちに性格が悪くなつて盗むようになる訳ではありません。

これからお聞かせする音声は、窃盗症患者の面接時録音データです。いずれも患者さんの承諾を得て録音し、承諾を得てご紹介するものです。

症例インタビュー①

48歳女性 潴渴恐怖とためこみマインド

女性：経済的に困っていたわけではないです。困っていたどころか、お金はいっぱい持っているんです。どうしてっていつも聞かれてもよく分からんんですけど、なんでこんなに持っているのに買わないのって。自分でも、そうですね、とかって、そのときは答えるんですけど。ただ、なんかそのお金はいつか何か大切なこと

に使いたいみたいな気持ちがあるんですね。「ためこみマインド」は、この治療を始めて、先生に聞いて知った言葉だけど、すごく的確に心理を表しているなと思いましたね。

竹村（解説）：この方は、20歳頃、摂食障害、過食がひどくなったころとほとんど同時期に万引きが始まったのです。この女性は、ためこみマインドを的確に表現しているだけではなくて、その前の「渇渴恐怖」、「お金はあるんだけど、そのお金がなくなっちゃうんじやないか」という恐怖、そして、そのお金は大事なときにとつておかなきゃいけない、予備の予備をとつておくという、「ためこみマインド」、その両方を、きっちりと自分の言葉で表現していますね。

症例インタビュー②

31歳女性 最後の万引き犯行、泣き虫と呼ばれる訳、病識、窃盗衝動

女性：判決で執行猶予がついたので、じゃあ入院しましょうとなつたんですけども、私は入院も嫌だったし、せっかく実刑じゃなくて刑務所に行かなくて済んだのに、あんな山の上に入院するのは嫌だなと思いながら、入院に必用な物を買ったりして。もちろん親と一緒に買い物をしていたのにもかかわらず、そんなに欲しいわけでもないチョコレート菓子をポッケに入れて。で、それを入れちゃったら返せなかつたんですよね。これで捕まつたら本当にやばい、捕まつたらどれだけ大変なことになるか分かっていて、もう本当に冷や汗が出ているのに、ポケットの中に入れたそのチョコレート菓子を出せなくて、そのままお店は出ました。それが私の最後の犯行で、その後赤城ホスピタルに入院したのです。

あの時、入院を先延ばししていたら、もっとたくさんの物をとつて、3つ分の刑で刑務所に行くことは確実だつただろうなっていう思いがあるところを、入院して1カ月弱で竹村院長にお会いしたら、「今、執行猶予2回目もらって

よかったですと思っているだろうけど、あなたみたいな人は3個目やつてしまつて、3個まとめていくからね」っておっしゃられて。それ、全然自分に後ろめたい部分がなかつたら否定できただんですけれども、ついこの間盗つてしまつたことがあったので、その言葉が本当に辛辣すぎて、診察中にワンワン泣き出したので、私は泣き虫と名前をつけていただきました。

赤城に入院する前、自分が病気だという実感は全くなかつたです。

警察で取り調べられても、「私は摂食障害で、食べ物こんなに要るんだけど、全部買ついたら大変だもんね」と言って、摂食障害が原因だと納得していました。

「でも、同じ摂食障害の人でもみんな盗つちゃうわけじゃないでしょう」と言われて、「それなのに盗つてしまうあなたは、あなたの精神が悪いから、あんたがけちだから」って言われて。そうか、私の根性が悪いからなんだなあ、病気のせいにしてはいけないんだなあと。摂食障害が病気だから盗つちゃうんですっていうのでは、まかり通らないんだなというのは理解していくながらも、ほかに何にも理由がないから、じゃあ私の根性が悪いんだって、そういう理由しか分からなかつたです。

竹村：今は病気だと思いますか。

女性：私はクレプトマニアという立派な病気だった、今でも病気だなと思っています。

竹村：どこが普通の窃盗万引きと、あなたの場合とは違うんですか。核心はどこなんですか。

女性：私はやばいなと思ってもやめられない自分を感じたときに、ちょっと異常だなというのを思いました。私は、この人Gメンじゃないかなと思つたり、つけられているな、やばいなと思つたことが何回もあっても、盗りたいという衝動を抑えられなくて。盗らないことにはもうその日がやっていけないぐらいの、私にとって必要なことで、それが儀式になつていて。だからその物が欲しいとかお金のことよりも、その

行動をしたくてたまらないという状況が、ちょっと異常なんじゃないかな、おかしいんじゃないかなって思いました。

竹村：万引きの衝動、窃盗衝動が非常に強くて、それに勝てないところから始まったと。

女性：達成感が大きかったです。罪悪感ももちろんあって、今日でやめようと思うし、今日から新しい年だからやめようとか誕生日だからやめようと何回も思うし、もうこれが最後と思うのに、次の日起きたら、今日はあそこに行ってあれをとろうと思っている自分がいる。

竹村：裁判の中でよく、お店に行って衝動が出てきて盗るのが衝動で、そんな、その日の朝から何を盗ろう、どこに行って盗ろうみたいなことを考えるのは衝動じゃないと言う人もいるけど、窃盗症が中等度になると、衝動のスイッチがほとんど終日、スイッチオンなんだよね。あなたの場合もそうだったのですか。

女性：そう思います。急に発火するものではなくて、ずっと自分の中に火種があって、それがずっと燃えていて。で、盗ったらちょっと沈静化するけど、また盗りたくなって、ずっと種火がある感じでした。

症例インタビュー③

31歳女性 「話すことが治療」

竹村：赤城の治療は、ミーティングとプライベート・メッセージが中心ということで、納得がいきましたか。

女性：最初1カ月は納得いかなかったです。傷がだんだんよくなっていくのが目に見えないから、希望が持てなくて……。2カ月、3カ月したときに、今まで言ってこなかった話が自分の中からどんどん出てきて。言わなかつたことはそんなに苦しいことだと思ってもいなかつたんですけど、言えたことによって、すごい解放感があるなど感じた。こうやって自分のことを話すのは、こんなにも大切なことだったんだと思いました。

それで、4カ月目ぐらいからプライベート・メッセージをさせてもらえるようになったんですけども、最初は全然自信がなくて、台本書かなきゃいけないんじゃないかとか思っていたんですけど、話せば話すほど話したいことが出てきて、話せば話すほど自分のことが見えてきて。自分のことが見えてくると、なんでこんなことをしてきたのか、なんで万引きがやめられないのか少し整理がついてきたので、自分に対しての納得がいき始めたのが4カ月目ぐらいでした。それで、5カ月、6カ月すると、本当にもっともっと自分のことを話したい、自分のことを開示することによって、自分が今まで縛られてきたものから自由になれる気がして、いっぱい話しました。

竹村：あなたは赤城に来る前は、ずっと摂食障害の治療を主としてやってきていたわけでしょう、窃盗癖は置いといでね。だけど、摂食障害は、あんまりはよくならなかった？

女性：よくならなかったです。入院も2回しました。体重が回復したら考え方も変わるよ、みたいに言われたけど、そうでもないし。そんな体重ぐらいじゃ考え方なんて変えられなくて。

竹村：しばしばですね、摂食障害の専門家、あるいは検察官が、「過食症の人が万引きをするのは、大量の食べ物を買わなきゃいけないから、過食代の節約のためだ」と言う。あるいは、患者さん自身もそういうふうに思い込んでいたり、そう言ったりしてると、今となってはちょっと違和感があるでしょう。

女性：あります。もちろんその気持ちがゼロではないです。お金がもったいないっていう気持ちもあります。だけど、どうでもよかつたっていう気持ちがまず最初にあったんですよね。私はレジを通さずに出てくるけど、お金に対しての執着というよりも、お金を払うのが煩わしいとか、そういう気持ちもあって。でも払わずに出てきたときは達成感がありました。「盗れた」と思った。だから、その快感に依存してしまっ

て、またあの快感を味わいたいと思うと、何か盗らなきゃと思ってしまう。

竹村：でも、それって調書を取るときには、そんなことは言えなかっただでしょう。

女性：言えませんでした。「お金がもったいないから盗りました」って言ってるうちに、それが本当なんだと自分でも思ってました。私は貯金もあつたし、捕まったときにも、お財布の中に何万円もあつたけど、それでも払うのは嫌だった。何か理由をつけないと納得してもらえないで。

竹村：そうすると、過食代が惜しかったとか、どうせ吐くのに払うのは嫌だとかいうふうなことを言うと、相手も納得するし、自分自身も少しは納得するんだよね。

もしもあなたが赤城に来ていなかったら、あるいは赤城を最初の2~3カ月で、こんなの役に立たないと思って逃げ出していたら、どうなつていたと思いますか。

女性：3回目の犯行は、すぐにやっていたことだと思うし、全部3つまとめて、3年から5年刑務所に行くことになって。でも多分刑務所に行つても、私は根性が悪いからやめられないんだとしか思えないから、刑務所から出てきても、やめられる自信がなくて、方向転換するきっかけがどこにもなかったように思います。

竹村：多数の人がクレプトマニアとか窃盗症とかの病名も知らずに、刑務所に行って現実があるわけですけど、それに関してあなたはどう思いますか。

女性：私も知らなかつたし、知りたかつたなあって、すごい悔しく思いました。1回目の裁判のときに知っていたら、もうちょっと再犯は防げたはずだし。最近、KAに来られる方とかでも、弁護士さんじゃなくて警察関係の方から、それもしかしたら万引きがやめられない病気かもしれないよって言われた、といって、KAに来る方がいらっしゃるんですけど、私にも誰か言つてくれたらよかったです、恨みがまし

いことなんすけれど、思ってしまいます。

竹村：それでね、私が取材を受けてくださるようにお願いをしたら、熱心に対応してくださいましたね。

女性：はい。中国新聞ですね。結構地元紙なので、地元の方はよく読んでいらっしゃって、うちの父と母は反対しました。私だということが特定されてしまった場合、生活していくなくなるから。でも、私はやっぱり本当に後悔していました。私がもう少し早く、クレプトマニアという病気について知っていたら、もう少し早く変われたんじゃないかと。こんなにもう、どうしようもないところまでいかなくて済んだのではないかという思いがすごくあったので。もしも私がみたいに今苦しんでいる人が一人でもいるなら、私はその人にメッセージを届けたいって。あなたのそのやめられないので、あなたの根性が悪いからじゃなくて、病気なんじゃないのって、気付いてほしいから。私はそういったメディアに私が協力できるのは、すごくうれしいことだと思ったので、何でも話したいと思って、記者の方にお話しをさせていただきました。

症例インタビュー④

41歳女性 赤城高原ホスピタルに2回目の入院中、服役（4回目）予定

「刑務所で窃盗症が悪化？」

竹村：ご自分の万引きのどこが病気だと思いませんか。

女性：自分では止められなくなるんですよね。万引きが楽しいとか快感だとか、盗ることでストレスを発散しているような感覚もあるし、それで止まらないとか、盗りたくないものまで盗つてしまうとか。日用品である物でも、使わない物でも盗ってしまうんですよね。また、食べ物も過食嘔吐をしても間に合わないぐらいの物を盗りすぎて、結局捨ててしまうとか。異常ですよね、どう考えても。物が欲しいだけじゃない感覚で、おかしいなと思いますね。

刑務所に入ったのが3回。立て続けに3回ですね。刑務所から出てきたとき入院をしたんですけど、1週間で無理やり退院をして帰ったんです。3月に捕まって、4月にここに2回目の入院をして、今回はちゃんと6ヶ月いるつもりです。

竹村：ご自分の万引きが病気だと分かったのは何時ですか。

女性：3回目刑務所に入ってたときから分かってはいましたね。分かってはいたけれども、1回目ここに入院したときは、結局刑務所から出てきたときですよね。更生施設だから更生するというところなんんですけど、刑務所に入っているときは、治療というよりはやっぱり悪くなつて出てくるんですよね。だから治したいという気持ちも消えていて、何とか隠れてうまくやろうというような気持ちで出てきてしまつて、結局最初の1週間の入院も、自分から治すという気持ちがあまりなかったというのが、正直なところなんです。だから取り組めなかつた、この治療が受け入れられなかつたんじゃないかな、と今は思つてます。

竹村：あなたの場合はもう一つ、処方薬依存というのがしっかりとありましたよね。入院して薬をやめなきゃだめだと言われて、結構怖かつたですか。

女性：はい、怖かったです。刑務所で収監されたときとかに薬を切られて、首絞めたり自殺未遂したりしたこと也有つたんです。

竹村：2年以上前の首絞めの低酸素脳症の後遺症が残つていて、てんかん発作が起こるということで、薬を飲んでいます。それは必要だと思うけど、それ以外の薬は、どこからそんなに飲み始めたんですか。

女性：大学病院で摂食障害の治療をしたとき。盗癖もそこでも言つていて、パニック発作、わあつてなつたときとか衝動的に動くときとかには安定剤を飲めということで、かなりの数の薬を出されていて、眠れないといつたら眠剤を

どんどん出す。

竹村：2回目にここに入るときは、まだ結構飲んでいましたね。大学病院では、「依存症だから、やめなきゃだめ」とは言われなかつた？

女性：薬物依存というふうにはあまり言われなかつたですね。処方どおりにきちんと飲めばいいと言われていましたね。

竹村：それで、ここへ入院して私に指摘されて、でも最初は恐々で、一ヶ月ぐらいしてから自分からやめる気になつて。すごい努力してやめましたよね。

女性：ひどかったのは、まあ5日か6日かそのぐらいで乗り越えたんですけど、閉鎖病棟から出てからも、若干手の震えとか発汗、あとは悪寒ですね。今は、ほとんど落ち着いていますね。震えはほとんどないんですけど、発汗がまだあります、てんかんの薬以外の薬を全く飲まなくなつたという状態が、今の現状です。

症例インタビュー⑤

20歳男性、発達障害

男性：私は4歳のころに、小児科の心療内科の先生にアスペルガー症候群と診断されました。初めて万引きしたのは4歳のころで、それから中学3年生まで続けて、発達障害由来の万引きをしていました。

中学3年生までは、他人の物をとることがいけないということが分からずに、自分の興味を引いた物をとっていました。高校に入学してからは、他人の物をとることは犯罪だと知りながらも、万引きを続けていました。クレプトマニアとして万引きをし始めたのはおそらく高校生ぐらいのころからだと思います。

高校生になってから、私は自分の欲求を満たす物、私の場合はストレスを発散するための万引きだったので、万引き自体に意義を見出して、万引きを続けていました。

竹村：万引きのスリルみたいなものですか。

男性：そうですね、はい。クレプトマニアの治

療ができる場所をいろいろ探していました。ただ、入院治療ができるところというのは、やはり赤城高原ホスピタルだけ。ほかはどこも窃盗があると受け入れてくれない病院ばかりで、今年の5月に初めて赤城にきました。

最初は、私は入院することは嫌でした。正直に言ってしまえば、こんなわけの分からない病院に入院して、何か変わるのかなと認識していました。

竹村：ご自分の窃盗が病気だという認識はありましたか。

男性：いえ、なかったです。窃盗が病気だという認識は全くなかったです。やめる気もなかつたですね。私にとって万引きをすることが、自分を守るために必要な手段だったんです。

竹村：それは、人のできないことがやれるから偉いぐらいに思っていたの？

男性：そうです、ばれずにできるし、万引きは大学に入ってからはほぼ毎日ですね。

竹村：でも、親の勧めで、一応試しに入院してみて、治療がミーティング中心、あるいはプライベート・メッセージ中心だと聞いて、納得できましたか。

男性：いや、ただただ話を聞いたり、自分のことを話すだけで何か変わるのかなという疑問は持っていました。ただ、4カ月ここに入院していく、次第に自分のことを話す重要性っていうものに気付きました。私は今まで他人に自分のことを話すことができなかつたし、他人に自分のことは分かってもらえないと思っていました。



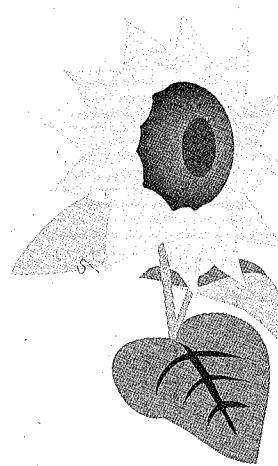
4カ月経った今では、ここに入院してよかつたなと思っています。

まとめです。窃盗症の研究と治療は、嗜癖性疾患の中で最も遅れた分野です。窃盗症の輪郭は不明瞭で診断基準には混乱が見られます。DSM-5、アメリカの診断基準の窃盗症診断基準Aは広義、広く解釈すべきであると私は思っています。

窃盗症患者も盗んだ物を使用し、使用する物を盗みます。窃盗症は、常習窃盗者の一部に見られるが、決してまれな精神疾患ではない。窃盗症の病態構造は、放火症ではなく、ギャンブル障害に近い。

臨床的には摂食障害者の窃盗症が最も多く、治療上重要です。一般臨床では、摂食障害も窃盗症も見逃されていることが多い。摂食障害者の窃盗症は、窃盗症の中核部分であると私は考えています。摂食障害合併群は、窃盗症を理解する上でモデルになり得ると思います。両疾患をつなぐ心理規制は、病的飢餓感、渇渴恐怖、溜め込みマインド、この三つがキーワードです。

窃盗症の治療では、司法関係者との協力が必要です。窃盗症の臨床では、「行動、嗜癖」治療の応用が必要です。窃盗症治療では契約、治療契約書とプライベート・メッセージが特に重要です。窃盗症の治療は可能で、治療効果はほかの嗜癖問題と同等です。



■ 隨想 ■

いんかん
殷鑑遠からず 一第三者委員会の十報告書を読む一

元愛知県精神保健福祉協会理事 長 岡 利 貞

1 はじめに

今年2月、愛知県一宮市の中学生の自殺が報じられた。やがて第三者委員会が立ち上がるという。全国的に中高年の自殺に漸減のきざしが伝えられる中、児童生徒の自殺は減少していない。多くがいじめとの関係で報じられて、国民の関心をひく。外国には「いじめ自殺」の語はない。

わが国では「いじめ防止対策推進法」（平成25年一与野党共同の議員立法、他の教育諸法とは際立った性格の法律）があり、事案もこの法をめぐって論議されるのが一般である。本稿は「個人情報の開示の実施方法等申出書」によって入手した10の事案について、とくにいじめと関わりのある箇所をとりあげ、自殺との関連についての第三者委員会の見解を紹介し、小見を述べる。

2 事案と見解

報告書はおおむね、事案の発生、第三者委員会設置の法的根拠とその経緯、委員選任、自殺の背景要因、学校の状況、委員会としての判断、問題点の指摘、事後対策及び提言からなる。多くは代表的な大津事案の先蹟を踏む。

事案は、報告書公表順とし、() 内に公表日と全頁数を示し、ほかに引用、特記すべき事項等を記す。本人はすべての事案でAとする。

①札幌事案（平成24.2.14.全59頁）中1男子、飛び降り。

- メモ（遺書）に「いじめ」の語。基本的には健康、人間関係に特記すべきことはない。家族間にも葛藤がない。教室で「バカ、死ね、きもい」等の荒いことばが全くなくはなかつたが、Aに向けられたものでなく、その頻度、ニュアンスは深刻なものでもなかつた。メモ

にある「いじめ」は確認できなかつた。

- 「部活と勉強の両立等にいくつかの要因が複合的に重なり合つたことに心理的負担を感じ、その結果、現実が理想に届かないという思春期特有の不全感が大きな苦悩としてのしかかり…」(p.29)。家族にも教師にも友人にも告げず、消えるように去つたという印象。動機不詳、覚悟の自殺という例か。

②大津事案（平成25.1.31.全231頁）中2男子、飛び降り。

- 親がマスコミの報道に反発、学校・教育委員会（以下、教委と記す）不信。市長直轄（市条例による）の第三者委員会、一部遺族推薦の委員。設置が難航。大規模校。道徳教育実践研究事業推進指定校。学校は過剰な報道にまき込まれ、関係書籍も刊行され、全国的に知られる。遺族は損害賠償、名誉棄損で訴訟。遺族が⑦事案に関与・介入。黒塗り箇所多数。最も長大な報告書。

- 自殺の要因が本人の性格・家族にあるとする説を退け、自殺の原因がいじめにあるとし、以降の報告書に影響を与える。

- 「重篤ないじめ行為はAの屈辱感、絶望感と無力感をもたらし、希死念慮をいだかせた。いじめの透明化でA自身いじめの世界から抜け出せないことを悟り、生への思いを断念せざるを得なかつた…」(p.59-60)。文中に「躁鬱状況の繰り返し」(p.58) の語がみられるがその内容は不詳。

③愛知事案（平成26.2.4.全89頁）高2男子、一酸化炭素中毒。

- 遺族からAの自殺は教師の暴力と部活動のいじめによるものとして検証することを要求。家族と県教委が対立、後に専門家を含む委員

会を設置。事故発生2年6か月後に報告書。

- ・「Aはうつ病が顕在化しており、Aにとって中心的な問題について叱責、詰問をされて引くに引かれぬ心境となり、いっそう視野狭窄におちいる。軽症ないし中等症のうつ病」(p.20)として家族の主張を退ける。委員の中に精神科医。

④名古屋事案(1)(平成26.3.27.全76頁)中1男子、飛び降り。

- ・市教委の付属機関として第三者委員会。委員名明記。委員にかつて自殺した生徒の父親が加わる。書き置きあり。決行数時間前、友人から「うざい、死ね」などの暴言や口論あり、そこに教師の発言も加わる。この状況の記述は貴重。
- ・「学校や部活でのちょっとかい、死ねなどの暴言その他苦痛になるできごとが重なり、当日極限にまで追いつめられた。その中で、A自ら「死ぬ」と口に出していくことで、Aのなかでは死が一気に現実的なものとなった」(p.25)。また遺書のことばを検証した結果、事実と符合するものであるとしている。市教委はこの報告書の要約を全市の教員に配布した。ここには結論として「本件転落死は犯罪性のない自死であり、その要因は提出物忘れといじめである」としている。

⑤名古屋事案(2)(平成27.12.8.全8頁)中1女子、未遂。

- ・これを「いじめ防止対策推進法」第28条1項に該当する事案として調査検討した。Aは東京都内に書き置きを残して飛び降りをはかり未遂におわる。不登校を経験している。
- ・「Aは転校を希望するがかなわず、行き詰まり感、屈辱感を感じ、心理的ダメージを受けたものと推測できる。Aは自分の話や思いを聞いて欲しいと訴えていることがうかがわれる。…発信の背景にある意向や主張が伝わらないことに対し、行動をエスカレートさせたり、諦めたりするしかないと思ったのではな

いかと推測される。…Aはなんらかの解決の方向性を求めていたのではないかと思われる。しかし実際には誰にもきちんと話を聞いてもらえない、他にどうしたらよいか思いつかない視野狭窄的な状況、精神的な八方塞がりな状態が極まり、…書き置きを残して自殺行為に及ぶという選択をしたのではないかと推測される」(p.45)。家族等についての記載はない。これについては「全体が個人のプライバシーに関わる内容であるため非公開とします」との断り書きがある(p.6)。

⑥名古屋事案(3)(平成28.9.2.全38頁)中1男子、飛び込み。

- ・ウェブサイトに「電車で死んだら：交通事故」の書き込みを残す。事前の心理テストでは孤立感、不安感が深まり、要支援群に属することが示唆されていた。遺書あり。体型をからかわれたこと、弁当を食べられたこと、部活で「弱い」と悪口を言われたことを「いじめ」と認定。また担任がAにスキンシップを多用し、本人がこれをいやがり保護者を通じて学校に申し出していた。Aは担任のこの身体的接觸に抵抗感、不快感をもっていた。
- ・「Aにたいするいじめ行為はひとつずつを見れば必ずしも重大なものというわけではないかもしれないが、しかしこうした状況が続くなかで、また他の要因や背景事情と相まって、この生徒の自己肯定感を低下させ、次第に生きる意味を見出すことができなくなり、……自死に傾いていったものと推測される」(p.22)。

⑦奈良事案(平成27.4.23.全182頁)中1女子、飛び降り。

- ・未送信のメールに「X大好き、みんな呪ってやる」の文言。学校は人権教育研究指定校。第三者委員会の設置にあたって、はじめ委員の中に市の顧問弁護士がはいっていた。これに対し、遺族が反発、紛糾、消滅。改めて新委員会が成立(未聞のこと)。遺族側の学校、教委に対する不信は強く、長く両者間に応酬

あり。事案②の家族が関与、介入、周辺には流言蜚語が飛び交い、地域は混乱。報告書の中に「無思慮な遺族の行動は社会的に許容される限度を超える人権を侵害するもの」との異例の一文がある。

- ・「Aが中学入学して起きた環境の変化への適応と思春期の発達上の危機が重なり、精神的疲労が蓄積されて（17字黒塗り）、友人関係やトラブル、部活動など学校生活におけるストレス、家族関係の葛藤によるストレスが複合して孤立無援感、無価値感、他者に対する極度の怒り等の感情が生じ、心理的視野狭窄に陥って自死に至ったものと考えられる」（p.39）。

⑧山形事案（平成27.10.5. 全134頁）中I女子、飛び込み。

- ・第三者委員会の人選について、遺族側より数次にわたる異議申し立てあり、複数の学会に推薦を依頼して成立。委員名は記されていない。数ページにわたる発達心理学、精神医学の立場からの記述は黒塗りとなっている。文中、「遺した直筆のノート」「プラス創作小説」「遺書に相当するもの」の語が見えることから、これらが理解の手がかりになったと思われる。Aがクラスと部活の両面から集団いじめの対象になっていた状況、「悪口」が頻出し、陰口、いやがらせ、仲間外し等、思春期前期の女生徒の人間関係が描かれている。また自己診断心理テストにも「不安」の傾向が指摘されている。
- ・「11月から12月にかけて何らかの大きな変化があったことは確実で、頑張る気力が尽きた、もう諦めた、また自殺などの重要な決断をした、つまり抑うつ状態が進行していた」（p.65）。「自殺は、いじめによって起こった抑うつ状態は高いものの、明確に精神疾患に罹患していなかったことが考えられる。本人の特性やストレス対処の影響はあったにせよ、学校における“いじめ”が続いているなければ

自殺が生じた可能性は非常に低いと判断できる。いじめの被害を受けたことが自殺の重要な原因と判断できる」（p.78）。

⑨広島事案（平成28.11.3. 全61頁）中3男子、遺書なし。

- ・県から「生徒指導集中対策指定校」とされている。調査検討委員会は「あくまでも関係者の任意の協力によるもので、強制力の裏づけに基づく職権調査によるものでない。また民事訴訟のような対立当事者構造の下での証拠に基づく事実認定をなすものではない。したがって、調査検討委員会は法的な責任原因や、様々な原因事実と自死という結果との法的因果関係の有無といった法的評価をすることができないし、またそれを任務とするものではない」と、記述の法的立場を明確にしている。
- ・学校で開かれた進路に関する三者懇談会に、両親は出席したもののAは欠席した。会のあと帰宅した父親が自殺を試みたAを発見したが、病院で死亡が確認された。Aは一年次に万引きしたことが記録され、事実は人違いであることが判明していたにもかかわらず記録が訂正されず、誤った記載が進路指導の資料として担任の手もとにあった。学校では三年次に非行があった場合、私学の専願ができるない申し合わせがあったが、Aの学年では、それが一年次からと改められた。しかもその変更の申し合わせが周知されていないという二重のミスで、Aは追いつめられた。校長は全校集会で、「急性心不全で死亡」と説明した。高校入試をひかえた受験生の精神的動揺を慮り、入試当日まで事実の公表をひかえていたが（遺族の要望）、遺族は入試前日にそれをマスコミに伝えてしまったので、当日朝刊にその記事が載り、結果として遺族の意向が生かされなかった。委員会は、自殺の背景として、①進路の変更で驚き戸惑いを感じていたこと、②自分なりのプランが崩れたことに衝

撃を受けたこと、③専願できなかつたことを親にどう伝えるかに苦悩があつたことを推定している。家族や親しい友人にも苦悩や自死を疑わせるような会話はなく、周囲の誰もが気づくことはなかつた。報告（答申）は、学校が14歳未満の違法性、有害性についての少年法の精神を理解していないこと、不利益処分の遡及適用した点の問題を指摘している。いじめが全くかかわっていない自殺例。筆者は本事案にかかわり、広島県知事の招請を受け、広島県総合教育会議に出席し所見を述べた（内容は同会議事録に収載）。マスコミは連日学校の指導を批判した。

⑩岩手事案（平成28.12.23. 全191頁）中2男子、飛び込み。

- ・第三者委員会は教委の付属機関として設置。委員は遺族と教委が「共同して」推薦。
- ・自殺後、Aと担任との1年3か月にわたる交流を記した「生活記録ノート」が保護者から学校に提出された。その内容がマスコミに伝えられ、大量の情報が地域にあふれ、学校はそれに巻き込まれた。筆者は提供を受けたノートを精読し、「し・市・氏・死のレトリック」を『月刊学校教育相談』2015年11月号に載せた。自殺の予知・予告・ほのめかしが自殺研究の中でも難題であること、その中にあら、11回使用された「もう」（死を決意した人がよく使う）という副詞に注目することを呼びかけた。
- ・報告書はこのノートに見られるAと担任との交流とその齟齬を綿密に検証している。「死」は6回でてくるが「気を引くための行動」としか受けとめられていない。この事案の理解に必須な家族関係及び生育史、喪失体験等は黒塗り。父親、祖父は登場するが、母親は全く見てこない。「訴える」「泣く」が頻出する。最近の学校では、「泣く」ことで「訴える」行動がみられるという。この辺りに理解の力があるかもしれない。担任との交流は微妙、

「母親のように接してきた」とある。仲間の間では悪口、仲間外し、いやがらせ、悪態、カラカイは日常化していたようだが、それらに対する教師からの働きかけはなかつた。

- ・Aはゲーム好きでネットにも親しみ、これをめぐって親と対立していたようである。決行数時間前には「これが最後の投稿です…」「ミニマリオが自殺しそうですが…」とネットに投稿していた。また近県中1女子（⑧事案）の命日には2枚の画像（電車に轢かれている人物の画）を投稿している。Aはネット社会に巻き込まれた人であった。
- ・報告書は結論として「いじめが継続していく中で希死念慮が出現し、いじめとの関連で希死念慮を表明するなどになっていた。したがっていじめが希死念慮をもたらした少なくとも一つの原因になっていたと認定する。しかしながら、最終的希死念慮の表明とみられる記述は必ずしもいじめを苦にしていることを窺わせる表現になっておらず、Aはその他になぜ死を選ぶことにしたか、その理由を遺書に残していない。また事案発生前3日間のAの行動ないし状況に関する情報が少なく、現に自殺を決意するに至った経緯は不明と言わざるを得ない。したがって、Aの自殺の主要な原因を特定することは困難であり、いじめが自殺にたいしてどの程度の影響を与えたかを断定することはできないと認定した」（p.190）。さらに、「クラス内や部活動での孤立、家庭環境の変化、喪失体験、性格傾向、連鎖自殺の可能性（近県中1女生徒の命日にネットに投稿）など様々な危険因子が存在しており、現実に発生した自殺の因果関係については一つの要因をとりあげることで、安易な特定は避けるべきである」（p.89）としている。慎重で重厚な記述といえる。
- ・学校は、文科省のいじめ調査では「いじめゼロ」と報告している。また近隣中学で同様の自殺事例があり、その調査報告書が配布され

ていたが、教員の目にふれることができなかつた。

- 報告書の末尾には「A君へ、生徒の皆さんへ、保護者の皆様へ、学校および教職員の方々へ、教育委員会の方々へ」、つづいて「マスコミの関係者及びネットに書き込みをした方々へ」のメッセージが加えられている。委員の並々ならぬ熱意が伝わってくる。なお『臨床心理学第16巻第6号 特集いじめ・自殺一被害・加害・社会の視点』(金剛出版,2016)は、いじめ・自殺関連研究の現状と展望が示されている。

3 気がついた点

以上、数百ページにわたる報告書を精読した。いずれも「死人に口なし」というか、もどかしさが残る。気がついたいくつの点を摘記する。

(1) かつては設置者に提出される自殺事案の報告書は、「事故顛末報告書」(交通事故死と同様式)と題された。事故を不祥事として校長の悔悟と自責、設置者への陳謝のことばが綴られていた。そこでは自殺への過程や動機を知るべくもなかった。それが今日では中立性の担保された権限ある第三者委員会が行う例がてきた。隔世の感がある。

(2) 第三者委員会設置については行政上多くの問題を含む。法的根拠・中立性の担保・委員の選任・遺族の要望・マスコミの圧力などで設置に時間がかかる。事故発生から2年あまりかかった報告書もある。その間、曲折と蹉跌があるが、そこには関係者相互の不信感がある。

(3) 学校は危機に対応する力量に欠ける。

(4) 学校は自殺に関する基本的知識に欠ける。文科省の「教師が知っておきたい自殺予防」(平成21年)もほとんど知られていない。ここでとりあげた報告書も同様の運命。愛知県、名古屋市はそれぞれ自殺予防啓発資料として「気づいて 寄り添い つながる いのち」(全4頁、中・高校生、教師、保護者に

配布)。「気づいている? こころのSOS」(全6頁)、同解説書(全12頁)(ともに平成28年)を刊行したが、まだこれを資料に指導した実践例を聞かない。

(5) 報告書の黒塗り(抹消)について。事案関係者のプライバシー保護は言うまでもないが、黒塗りは組織上、他の部課が行ったものかも知れない。あるいは委員の職業倫理に由来しているのかも。委員はこれを諒承しているのか。全く黒塗りがない報告書(④、⑤、⑥)も現にある。ここには示さなかつたが、横浜市の「いじめ防止対策推進法第28条第1項にかかる重大事態の調査報告書(答申)」(平成28.11.2. 全28頁)は黒塗りの22箇所について、その根拠、理由が述べてある。

(6) 報告書は関係者、機関のみならず一般市民にとって、学校の現況と指導の一端を垣間見る資料となる。

(7) 関係した学校の教師、遺族のその後とケアについての記述もほしい。そこに貴重な証言がある。自死遺族の声が最強の自殺予防である。

(8) 関係機関との連携は繰り返されているが、なぜか精神保健福祉センター、保健所(PSW)、児童相談所(センター)の名が見えない。

(9) 報告書の中に予防へのヒントがあるにしても、これを一般化することはできない。ひとつの事例から得られた教訓は次の事例で覆えることがあり、ほどをかむ思いをした。

4 おわりに

ここで当然自殺予防教育を取りあげるべきだが、紙面の都合上、数点の書籍を紹介するにとどめる。阪中順子『学校現場から発信する子どもの自殺予防ガイドブック』(金剛出版,2015)、窪田由紀『学校における自殺予防のすすめ方』(遠見書房,2015)の二著をすすめる。拙著『自殺予防と学校一事例に学ぶ』(ほんの森出版,2012)もご参考まで。

■活動紹介■

守山区障害者基幹相談支援センターから

相談支援専門員 王子田 剛

障害者基幹相談支援センター（以下、基幹相談支援センター）の業務内容の中には、基本相談、認定調査以外にも下記の業務が挙げられます。

《地域移行・地域定着支援》……障害者支援施設、精神科病院及び矯正施設等からの地域移行に向けた普及啓発及び相談支援事業者との連携。地域生活を支える上での必要な資源の把握・開発。研修会や講演会を通じた地域住民への障害理解の普及・啓発。

《地域環境づくり及び人材育成》……自立支援連絡協議会の運営、相談支援事業所をはじめとする関係機関とのネットワークの構築、相談支援事業所に対する訪問等による指導及び助言、研修会の企画及び運営。

名古屋市では平成27年度から地域移行・地域定着支援をさらに推進していく取り組みとして守山区をモデル区と選定した形で行う事となりました。まずは地域移行についての話し合いの場、考える場として守山区内の精神科医療機関、保健所、相談支援事業所等の関係機関が集まり研修会が行われました。研修は制度の事についてだけではなく退院支援に必要なケースを選定しての事例検討を行い、制度についてのメリット・デメリット、守山区の地域課題や地域の強みを共有しました。そして、事例検討で出されたケースを実際に地域移行支援の制度を利用して医療機関、保健所、相談支援事業所、基幹相談支援センターが互いに連携を図りながら事例ケースに取り組んでいく事となり、各機関の役割を確認する事が出来ました。

この研修の中では、地域移行支援を取り組んでいく上で「地域移行を受託できる相談支援事業所が少ない」、「相談支援事業所は医療機関との連携をどうしていけば良いのか分からない」など医療と福祉との連携の課題も挙げられまし

た。そこで地域の相談支援事業所が精神科医療機関との距離を少しでも身近に感じてもらう事が必要と感じた為、基幹相談支援センター主催で精神科医療機関（もりやま総合心療病院）での研修会を開催致しました。対象は市内の相談支援事業所から40名程が参加され、医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士が講師として精神科医療・リハビリテーションに関する講義及び「医療機関との連携」をテーマにしたグループワークを行いました。多くの参加者からは精神科医療機関においての研修会を継続して開催して欲しいという意見が多くあり、平成28年度においては企画段階から名古屋市、精神保健福祉センター、保健所といった行政機関と調整を図っていきながら愛知県精神医療センターで研修会を開催する事が出来ました。

精神科医療機関で研修会を開催する事によって医療機関の概要・特徴や看護師や精神保健福祉士等の各専門職の業務や役割についての理解を深める事にもなり、また医療機関と福祉の距離を縮めるきっかけになると強く感じる事が出来ました。地域移行支援・地域定着支援の推進は各区の自立支援連絡協議会や基幹相談支援センター、精神科医療機関において各自で取り組まれていますが、一つの単位で行うのではなく市全体としての取り組みとして医療・保健・福祉・行政が共同で研修会等の開催、普及啓発を行う事によって顔の見える関係作り、関係機関との連携をさらに強めていく事が出来ると考えています。今後は研修会の開催のみならず、地域移行支援制度の内容や本人・家族等への説明といったパンフレット等の情報提供や広報等にも視野に入れた活動を行政及び医療機関等の関係機関と共にやっていき、地域移行支援・地域定着支援の活動が市全体としての取り組みに発展していく事が出来たらと思います。

■ 活動紹介 ■

半田市障がい者相談支援センターの地域移行支援の取り組み

半田市障がい者相談支援センター 副センター長 徳山 勝

自立支援法が施行されて精神障害のある方の活用できる社会資源や特に福祉サービスは増えました。そのことに伴い十分足りているとは言えないまでも、本人が望む生活に向けての選択肢が増えてきたと思います。そこで自己決定を行う機会も増えてくるわけですが、障がいの特性や情報不足もあり自己決定の支援も更に必要となっていました。特に入院中の方の支援になると自己選択するための情報提供と本人の意向を把握することが必要です。地域生活支援の情報については各地域の相談支援専門員が詳細な情報を持っているはずです。本人の今後の生活の意向については、接する機会の多い精神科PSW又は病院スタッフが把握されているでしょう。更に本人の退院意欲の喚起も必要になることもあります。病気や障がいがあることでの経験を持つピアサポーターとの関わりが成果を上げていることが全国各地で報告されています。こうした地域に送り出す力（病院）、地域の迎え入れる力（相談支援）、退院意欲の喚起（ピアサポーター）が一緒に取り組める制度が地域移行支援だと思います。

もちろん個別給付ですので、周りの関係者が決めるのではなく本人が利用したいかどうかを決めることが大原則なのですが、その地域移行支援の情報を本人は知らないことが課題であることと、関係者も詳しく知らないという現実もあります。こうした課題は個別の問題だけでなく地域課題ですので、地方自治体の自立支援協議会で検討していく必要があります。

半田市でも「地域連携・ひとり暮らし部会」でこの課題を検討して、課題解決に向けて取り組んでいますので一部紹介したいと思います。半田市の部会の取り組みでは、地域での生活から

時間的にも離れてしまっている長期入院中の方（高齢化も含め）についての支援を検討しました。まずは現状の把握のために圏域で行った「知多半島の精神科病院に入院中の1年以上の長期入院患者数の市町村別アンケート」の結果をもとに、ある精神科病院（現在1箇所）に1年以上の長期入院中の全ての半田市民（十数名）に市役所職員と基幹・委託相談支援が面談に伺いました。その病院には多大なるご支援とPSWの皆さんのが快く協力をしてくれましたおかげで、半田市として現状の把握と今後の支援プランを作ることができました。具体的には面談を行った4割程度の方に地域移行支援の提案と支援を調整中です。今回のように地域課題として現状の把握と課題検討を行うことで地域の環境整備につなげることができます。例えば地域移行を行うにしても相談員が足りないのであれば指定一般事業所を増やす取り組みも必要になってきます。しかし、どのくらい必要で足りないのかを把握しなければ取り組めません。個別の支援については病院も相談支援も福祉事業所など多くの関係者が既に取り組んでいてネットワークの構築も進んでいる地域も沢山あります。こうした個別の支援（ミクロのケアマネジメント）と同時に、環境にアプローチする自立支援協議会等（マクロのケアマネジメント）の取り組みも精神障害者の地域生活の充実に必要な手立てであると実践の中で実感しています。とはいっても課題は山積みですが、諦めずに少しずつでも取り組んでいきたいと思っています。

■平成28年度 精神保健福祉協会事業報告■

1 精神保健福祉普及啓発事業

こころの健康フェスティバルあいち
開催日 平成28年12月17日（土）
場 所 穂の国とよはし芸術劇場PLAT

2 精神保健福祉に関する研究会等

こころの健康を考える講演会
開催日 平成28年11月19日（土）
場 所 吹上ホール4階第3会議室

3 会議の開催

◇理事会

開催日 平成28年6月16日（木）
場 所 愛知県三の丸庁舎8階大会議室

◇広報普及部会及び教育研修部会

開催日 平成28年9月26日（月）
平成29年1月23日（月）
場 所 愛知県東大手庁舎8階81会議室

◇協会長表彰選考会

開催日 平成28年8月18日（木）
場 所 愛知県東大手庁舎8階81会議室

◇精神保健福祉基金審査委員会

開催日 平成28年10月14日（金）
平成29年2月20日（月）
場 所 愛知県東大手庁舎8階81会議室

◇常務理事会

開催日 平成29年3月22日（水）
場 所 愛知県東大手庁舎8階81会議室

4 精神保健福祉協会長表彰を受けられた方個人

佐藤英美様（看護師）
清水徳子様（精神保健福祉士）
鈴木宏様（精神保健福祉士）
日々廣司様（断酒会役員）
細井節子様（看護師）
松本節子様（看護師）
松本麻理様（臨床心理士）
森澄美江様（看護師）

団体

特定非営利法人 なでしこの会
社会福祉法人 あゆみの会

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）

納入方法はゆうちょ銀行振込用紙をお送りします。

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

編集後記

6月8日に総会が終わり、今年度の事業が始まります。

総会に少し遅れての発行となりました。
今どきの話題が詰まった内容になったと
思います。目をとおしていただけた幸
いです。

