

精神保健福祉愛知

2017

愛知県精神保健福祉センター

はじめに

愛知県精神保健福祉センター所長 藤城 聡

平成 29 年度も精神保健福祉に関連する多くの出来事があった。精神保健福祉法改正案の廃案、SNS に自殺願望を書き込んだ若者が犠牲になった座間市の殺人・死体損壊事件、寝屋川の精神障害を持つ女性が監禁された未死亡した事件、最近では旧優生保護法による強制不妊手術が大きな問題となっている。

精神保健福祉センターの業務とかかわりが深いものでは、新たな自殺総合対策大綱の閣議決定がある。今日の自殺対策の重点は様々なものがあるが、ハイリスクな母子に対する対策も一つの焦点である。母親の精神疾患等の心身の問題や養育困難、ひとり親家庭、DV、経済的困窮、児童虐待などは、多くの場合複合的なリスクとなっており、一つの要因に対する対策では十分な効果が期待できない。そのため包括的かつ重層的な対策が必要である。予期せぬ妊娠・出産もこうしたリスク自体に対するリスクであり、その予防は非常に重要な課題となっている。

東京都で足立区の中学校が行った性教育を都教育委員会が問題視し、区教育委員会と対立していることが報じられた。平成 28 年の 15 歳以下の出生数は 189 件、中絶数は 839 件（平成 30 年 4 月 30 日毎日新聞朝刊「Dr. 北村が語る現代思春期」）である。一定数の生徒がセックスを経験しており、その結果妊娠すると、多くの場合中絶していることは否定できない事実である。また、中学生が避妊や中絶など性に対する誤った認識を持っていることが多いことも指摘されており、自分やパートナーの安全を守るための知識を身につけることで、予期せぬ妊娠とそれによる心身の傷つき、そして学業の中断、経済的問題などの、つづいて引き起こされる問題を防ぐことが期待できる。

われわれ保健福祉関係者が支援の中で出会うのは全体からみれば少数のハイリスクな若者である。一方、現場の先生方は幅広く生徒に接しており、性の扱い方によっては別の問題が発生する生徒が現れることを懸念する気持ちも十分理解できる。しかし、リスクの高い生徒は一握りではあっても、彼らが意図せぬ形で人生上の大きなリスクを負うことから守りたいと願う気持ちは、保健医療福祉関係者も教育関係者も同じだと思う。性についての適切な教育を柔軟に実施するためには、どのような形でそれを行っていけばよいのか、教育関係者と保健医療福祉関係者が一緒に知恵を絞っていく必要があるのではないだろうか。

今後、自殺対策のすそ野のひろがりに伴い、若年者、特によりハイリスクな児童生徒への対策がますます重要になっていくと予想され、保健医療福祉と教育がより一層連携を深めていくことが必要となる。当センターもそのために期待される役割を果たしていきたいと考えている。

さて、本誌の掲載内容のうち、「大学生向け自殺予防啓発事業」で行った調査では、学生

の相談支援体制が大学によって非常に大きなばらつきがあることが明らかになった。すべての大学に一律に支援体制の整備を求めることはできないことが示され、当センターの今後の大学に対する自殺対策の働きかけを考えていくための足掛かりとしての意義は大きいと考えている。

また、依存症回復プログラム、あいまーぷへのオブザーバー参加の効果測定では、プログラム参加後にオブザーバーの薬物依存症者に対する意識が肯定的に変化することが示された。プログラムの内容そのものよりも薬物依存症者に実際に接することの効果が大きく、つまり「百聞は一見にしかず」ということを表しているのかもしれないが、ノンパラメトリック検定の限界はあるものの、それをある程度可視的に示すことができた。刑の一部執行猶予制度の導入により、地域での支援者育成は喫緊の課題となっているが、プログラムへのオブザーバー参加がそのための効果的な手段の一つとなり得ることが示されたことの意義は小さくないと考えている。最後に、あいまーぷの運営についての考察では、薬物依存症当事者と日頃接して感じていることを、改めて考察し言語化した。試みの域を出ないが、今後の課題として考えつづけていきたい。全体を通じて不十分なところも多々あるかと思うが、ご意見、ご批判を頂戴できれば幸いである。

目 次

はじめに

精神保健福祉センター所長 藤城 聡

I 大学生向け自殺予防啓発事業の取り組みについて・・・・・・・・・・ 1

保健福祉課

田中恵美 後藤孝一 杉浦加代子 桑山陽子 澤田なぎさ 野崎由美子

山下泰恵 水野貴美子

II AIMARPP（依存症当事者回復プログラム）への保健所職員等のオブザーバー参加前後の DDPPQ
による効果測定について・・・・・・・・・・ 15

企画支援課

辰田紘崇 伊藤多恵 原直人 清水美和 山崎千佳 佐々木はるみ

所長 藤城聡

藤田保健衛生大学医療科学部看護学科准教授 近藤千春

III バリントの治療論から依存症回復支援プログラム「あいまーぷ AIMARPP」の運営を考察する
・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

所長 藤城聡

資料編・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

I 大学生向け自殺予防啓発事業の取り組みについて

保健福祉課 田中恵美 後藤孝一 杉浦加代子 桑山陽子 澤田なぎさ 野崎由美子
山下泰恵 水野貴美子

1 はじめに

自殺対策基本法の制定から 10 年が経過し、様々な対策により日本の自殺者数は減少傾向となっているが、平成 29 年には全国で 2 万 1,321 人、愛知県においては 1,151 人の方が自ら命を絶っている状況にある。

こうした中で 15 歳から 30 歳代の死因の第 1 位は自殺であり、若年層の自殺者数は横ばいの状態が続いている。先進 7 か国の中で比較すると 15 歳から 34 歳の自殺死亡率は日本が一番高く、自殺と事故の死亡率の比較では、事故より自殺が多いのは日本だけである。

大学入学後の学生は、人間関係や環境の変化等により、精神的に不安定になる場合があり、また、アルコールを摂取する機会も増え、不適切な飲酒がうつ病や自殺につながることも危惧される。

大学進学率が 5 割を超える現状の中、若年層の自殺対策として大学におけるメンタルヘルスサポートは重要であり、その対策が求められていると考える。

こうした状況の中、若年層自殺対策として、平成 27 年度から当センター及び保健所において大学生向けの出前講座を実施し、不適切な飲酒がうつ病や自殺の危険因子であることを啓発している。

また、平成 28 年度からは当センターの新規事業として、大学生向け自殺予防啓発事業を開始している。大学生向けの出前講座の他に、平成 28 年度は大学教職員のスキルアップを目的とした研修会を開催した。また、大学の学生支援の状況が把握できていないため、大学における学生のメンタルヘルスに関する調査を行い、結果を情報交換会にて大学教職員等と共有した。

調査の結果、県内の大学では様々な学生支援の取り組みがなされており、その中で相談窓口を利用しない学生の支援や、自殺対策への取り組みが十分とはいえない大学の体制等の課題が把握できた。そうした結果をふまえ、平成 29 年度は学生の自殺対策を含めた大学の支援体制の整備や強化の推進についての研修会を 2 回開催した。

本事業の取り組みについて、平成 28 年度の大学における学生のメンタルヘルスに関する調査の結果と平成 29 年度の研修会を中心に考察し、今後の大学生の自殺対策に活かしていきたいと考える。

2 事業の概要

(1) 平成 28 年度

	内 容	ねらい	対象者
1	大学における学生のメンタルヘルスに関する調査	大学生のメンタルヘルスサポートの現状を把握し、情報交換会及び今後の事業に活かす。	大学の学生支援担当職員
2	大学生のメンタルヘルスとサポートについての研修会	大学生のメンタルヘルスと大学でのサポートについて学び、若年層の自殺対策に活かす。	大学教職員 保健所（中核市含む）職員等
3	大学生へのよりよいサポートのための情報交換会	大学生のメンタルヘルスサポートに関する調査から課題を整理し、今後の学生支援について活かす。	大学の学生支援担当職員 保健所（中核市含む）職員等
4	大学生のメンタルヘルスに関する出前講座	大学生のメンタルヘルスの維持向上やアルコール問題について啓発する。	大学生

(2) 平成 29 年度

	内 容	ねらい	対象者
1	大学生の自殺予防対策の必要性についての研修会	大学の学生支援の管理的立場の職員が、自殺予防やそのための学生支援の体制整備の必要性を理解する。	大学教職員（学生支援業務の管理的立場の教職員及び相談支援の実務担当教職員） 保健所（中核市含む）職員等
2	大学における学生の自殺予防の体制づくりについての研修会	各大学の実情に応じた学生支援の体制整備の契機とする。	同上
3	大学生のメンタルヘルスに関する出前講座	大学生のメンタルヘルスの維持向上やアルコール問題について啓発する。	大学生

3 大学における学生のメンタルヘルスに関する調査

(1) 対象及び方法

調査は県内の全 49 大学 77 キャンパスを対象とし、調査票は記名式で、平成 28 年 7 月 11 日開催の「大学生のメンタルヘルスサポート研修会」で、返信用の封筒と共に配付した。研修会に欠席の大学には郵送した。

キャンパスを複数もつ大学には、キャンパス毎に記載できるよう、キャンパス数の調査票と返信用封筒を同封し、各キャンパスから直接送付が可能となるようにした。

調査の結果は、平成 28 年度大学生向け自殺予防啓発事業の情報交換会（10 月 21 日、11 月 7 日開催）で、大学教職員及び保健所職員と共有した。

(2) 調査票の回収状況

表 1 のとおり、調査票の回答は 49 大学中 43 大学からあり、キャンパス別では 77 キャンパス中 59 キャンパスからあった。キャンパス毎に回答された大学と、複数のキャンパスを 1 枚の調査票に回答された大学があった。

調査票の回収率は大学別が 87.8%、キャンパス別が 76.6%であった。

回答のあった大学またはキャンパス（以下：大学等）の学生数別の数は、表 2 のとおりである。

表 1 調査票の回収数

		回答ありの大学 (当該大学の キャンパス数)	回答ありの キャンパス	調査票 の数
1 大学 1 キャンパス		26 (26)	26	27 ※2
1 大学 複数 キャンパス ※1	キャンパス毎に回答	7 (15)	15	15
	キャンパスをまとめて 大学として回答	5 (12)	12	5
	一部のキャンパスのみ 回答	5 (13)	6	6
計		43 (66)	59	53

※1 キャンパスを複数もつ大学について、調査票への回答の仕方によって分類した。

※2 1 大学は 1 か所のキャンパスで、保健部門と相談部門の各々から回答があった。

表2 学生数別の大学等の数

学生数（人）		大学等の数
以上	以下	
—	500	12
501	1000	7
1001	2000	11
2001	3000	7
3001	4000	3
4001	5000	4
5001	6000	2
6001	7000	1
7001	8000	1
8001	9000	0
9001	10000	2
10001	—	2
計		52

(3) 主な調査結果

ア 学生のメンタルヘルス相談体制

(ア) 相談に対応する職員の状況

学生数別、常勤職員数別の大学等の数は、表3及び図1のとおりである。

常勤職員数1人から2人の大学等が23か所(44.2%)で最も多かった。大学等の学生数別に常勤職員数をみると、図2のとおり学生数の多い大学が必ずしも常勤職員数が多いとは言えなかった。

常勤職員がいない大学等は10か所(19.3%)で、うち非常勤職員の配置ありが8か所、なしが2か所であった。非常勤職員の状況も調査したが、1週間の出勤日数、1日の勤務時間はさまざまで、比較が難しい状況であった。

常勤職員は全105人のうち、臨床心理士38人(36.2%)、看護師14人(13.3%)、事務

職 9 人（8.6％）の順に多く、その他の職種は医師、保健師、養護教諭、心理カウンセラー、キャリアカウンセラー等であった。また、そうした資格をもつ教員との回答もあった。

表 3 学生数別、常勤職員数別の大学等の数

学生数（人）		大学等の数	常勤職員（人）								
以上	以下		0	1～2	3～4	5～6	7～8	9～10	11～	未記入	
—	1000	19	5	8	2	3	0	0	0	0	1
1001	3000	18	4	9	5	0	0	0	0	0	0
3001	5000	7	1	3	2	0	1	0	0	0	0
5001	—	8	0	3	1	1	0	2	1	0	0
計		52	10	23	10	4	1	2	1	1	1
割合（％）		100	19.3	44.2	19.3	7.7	1.9	3.8	1.9	1.9	1.9

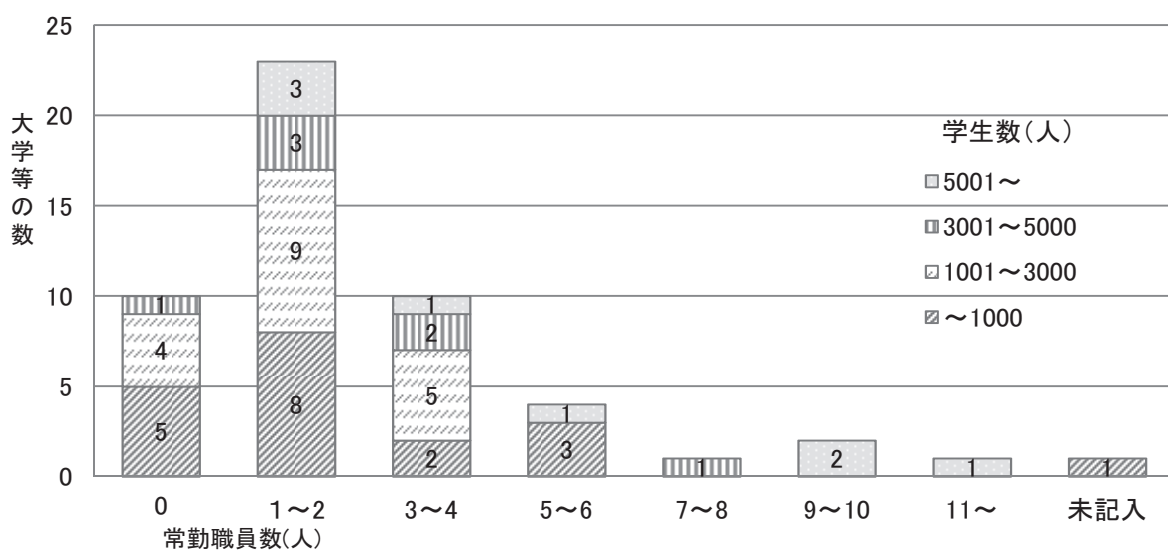


図 1 学生数別、常勤職員数別の大学等の数

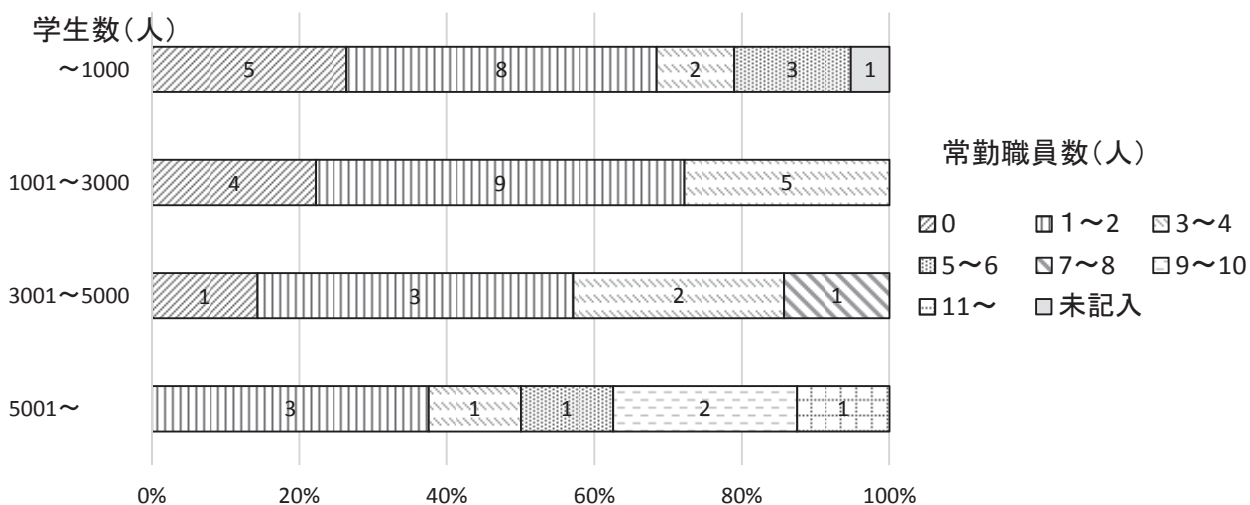


図2 学生数別の常勤職員数の大学の割合

(イ) 相談日及び相談時間の開設状況

相談日の開設は表4及び図3のとおり、週5日以上が28か所(53.9%)で最も多かった。週1日以上4日以下が4か所(7.7%)、月1日以上週1日未満は15か所(28.8%)、随時対応が1か所(1.9%)、相談日の開設がない大学等は4か所(7.7%)あった。

相談時間の開設は表5及び図4のとおり、週5日以上、1日の開設時間は7時間以上の大学等が5割を占めていた。相談時間以外是他部署の職員が対応することや、他のキャンパスの相談室の利用を勧めること、心配な学生の状況は教員と共有し対応する体制がとられている等の記載があった。

表4 相談開設日の状況

相談開設日数	大学等の数	割合 (%)
週5日以上	28	53.9
週1日以上 週4日以下	4	7.7
月1日以上 週1日未満	15	28.8
随時	1	1.9
なし	4	7.7
計	52	100

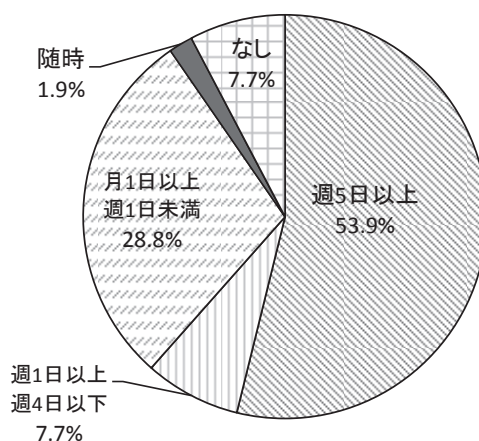


図3 相談開設日数別の大学等の割合

表5 相談開設時間（1日）の状況

相談開設時間	大学等の数	割合（%）
7時間以上	26	50.0
5時間以上 7時間未満	10	19.2
2時間以上 5時間未満	10	19.2
2時間未満	1	1.9
随時・相談日なし のため未記入	5	9.7
計	52	100

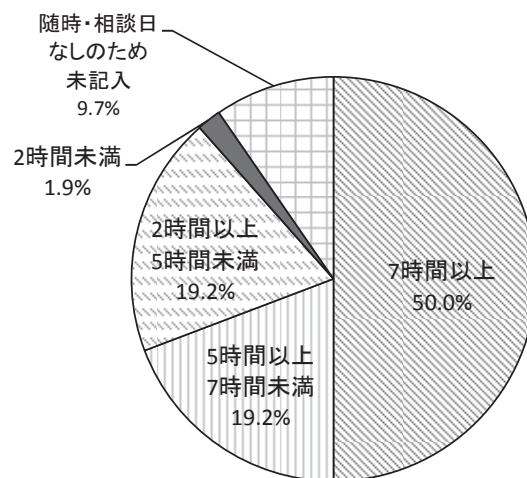


図4 相談開設時間別の大学等の割合

イ 相談の集計方法

相談の集計方法は、表6及び図5のとおりである。相談内容別に件数を集計している大学等が37か所（71.2%）と最も多く、集計をしていない大学等は5か所（9.6%）あった。

相談件数の増減や内容の傾向を大学内で共有し、学生支援に活かしているかどうかについての調査は実施しなかった。

表6 相談件数の集計方法

集計方法	大学等の数	割合（%）
相談内容別に 件数を集計	37	71.2
件数のみ集計	9	17.3
集計していない	5	9.6
未記入	1	1.9
計	52	100

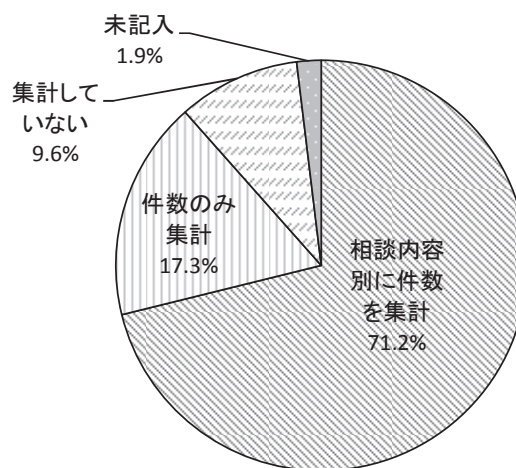


図5 相談件数の集計方法別の大学等の割合

ウ 平成 27 年度のメンタルヘルス相談の状況

学生数別の平成 27 年度の相談件数は表 7 のとおりで、1 年間の相談延件数は最少 5 件、最多 2,980 件であった。

表 7 学生数別、相談延件数別の大学等の数

学生数 (人)		大学等の数	平成 27 年度の相談延件数												
以上	以下		0 ～ 50	51 ～ 100	101 ～ 200	201 ～ 300	301 ～ 400	401 ～ 500	501 ～ 600	601 ～ 700	701 ～ 800	801 ～ 900	901 ～ 1000	1001 ～ 2000	2001 ～
—	1000	15	6	2	1	1	0	3	1	1	0	0	0	0	0
1001	3000	17	2	2	4	4	1	2	0	0	0	0	0	2	0
3001	5000	6	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1
5001	—	8	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	1
計		46	8	4	5	5	2	6	3	3	1	1	1	5	2

図 6 のとおり相談延件数が多いところは学生数が多い傾向にあるが、学生数が同じ規模でも 500 件以上の開きがあり、相談件数の多い・少ないは、一概に学生数の影響だけではないと推測された。

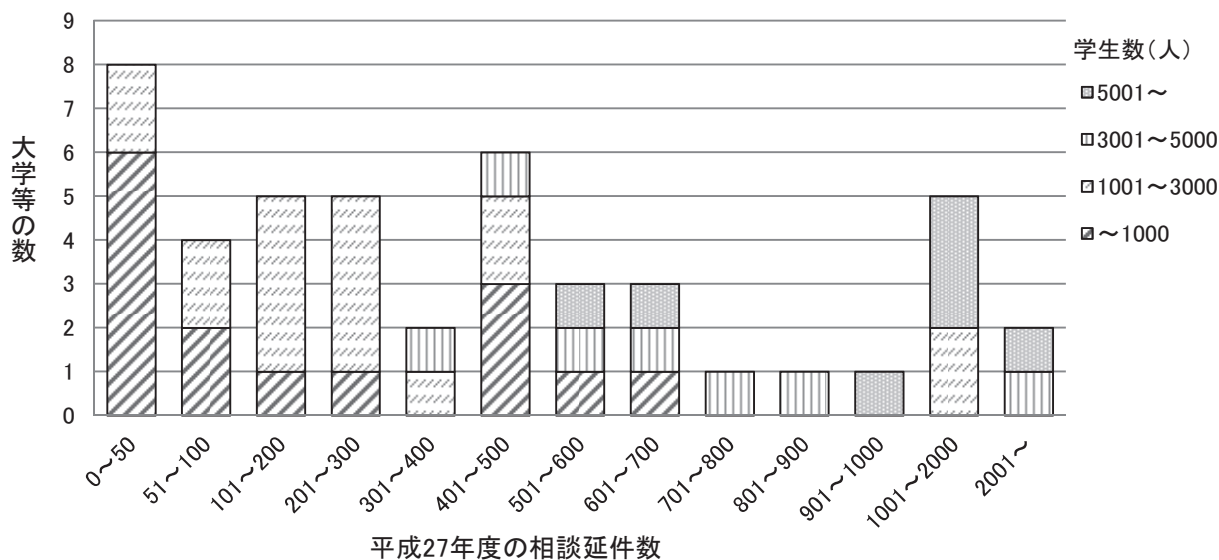


図 6 学生数別、相談延件数別の大学等の数

エ 相談内容の分類

各大学等で相談内容として記載されている項目は様々で、それを主な項目として表8のとおり整理した。

相談内容の分類の数は最多が10、最小が2であった。

主な項目としては異なる相談内容を、複数で一つの分類としている大学等もあった。

相談件数が多い項目は、「精神保健」「心理」「心身の健康」等の項目を除くと、「人間関係」「学業に関すること」であった。しかし、相談内容の分類は各大学等で異なるため、学生の傾向を把握して比較することは難しいのではないかと考えられた。

表8 相談の主な項目とその内容

主な項目	相談内容
精神保健に関すること	精神保健、メンタルヘルス、精神衛生、精神健康、発達問題、発達障害、適応
心理・性格・人格に関すること	心理、性格、人格、パーソナリティ、自分自身、行動、心理適応、心理テスト
心身の健康に関すること	心身健康、心身相談、健康
身体健康に関すること	身体健康
学業に関すること	学業、修学、勉学、学習支援、研究、実習、復学
学生生活に関すること	学生生活、クラブ、サークル、バイト
進路・就職に関すること	進路、就職、将来
家族・家庭に関すること	家族、家庭、家庭生活、家族関係
人間関係に関すること	対人関係、友人関係、異性、恋愛
家族・教職員からの相談	家族支援、教職員支援、本人以外の相談
コンサルテーション	コンサルテーション、医療連携
経済問題	経済問題、金銭問題
ハラスメント	ハラスメント、セクハラ、アカハラ
その他	人生観、居場所提供、コラボレーション、その他

オ 自殺に関する状況

自殺予防の体制整備の話し合いがされている大学は表9及び図7のとおり、43大学中11大学(25.6%)であった。

過去3年間(平成25~27年度)に学生の自殺があった大学は43大学中12大学で、そのうち体制整備の話し合いがされている大学は6大学であった。大学において自殺対策を進めることは、なかなか難しい状況にあるのではないかと推測された。

表9 学生の自殺予防の対応や体制整備の話し合いの有無

対応や体制整備の話し合い	大学数	割合 (%)
あり	11	25.6
なし	30	69.8
未回答	2	4.6
計	43	100

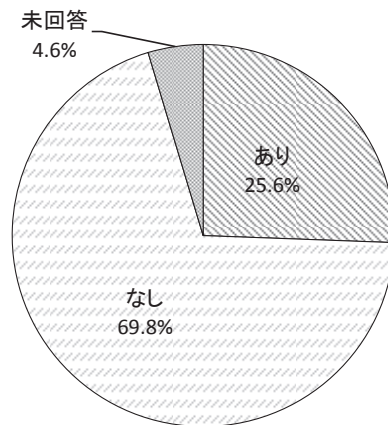


図7 自殺予防の対応や体制整備の話し合いの有無

カ アルコールに関する状況

アルコール問題についての取り組みは、表10及び図8のとおり43大学中35大学(81.4%)が啓発を中心に行っていた。しかし、学生に指導しても、未成年の飲酒や一気飲み等の問題が無くならないことが課題として挙がっていた。

表10 学生のアルコール問題への取り組みの有無

アルコール問題への取り組み	大学数	割合 (%)
あり	35	81.4
なし	8	18.6
計	43	100

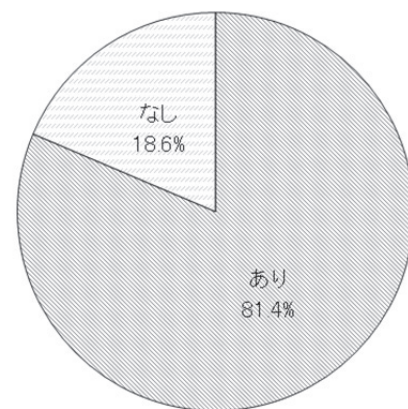


図8 アルコール問題への取り組み

(4) 調査結果の共有

平成 28 年度大学生向け自殺予防啓発事業の情報交換会の中で調査の結果を説明し、意見交換と講話を行った。

ア 内容

(ア) 情報提供

「大学生のメンタルヘルスサポートに関する調査結果について」

(イ) 情報交換及び講話

「大学生のメンタルヘルスサポートの課題と今後に向けて」

助言者及び講師 名古屋市立大学 大学院 人間文化研究科 教授 中野有美氏
情報交換会は、同様の内容で2回開催した。

イ 対象

大学の教員・学生支援担当職員、保健所（中核市含む）職員等
2回のうちどちらか1日のみの出席とした。

ウ 出席状況

45名（第1回と第2回の合計）

〔	大学職員 34名（28大学）	〕
	内訳：教員4名	
	事務職9名	
	臨床心理士・保健師・看護師等の専門職21名	
保健所(中核市含む)職員 11名		

エ 情報交換会の結果及び考察

出席者は学生のメンタルヘルスサポートに関する調査の結果をとおして、各大学の状況を共有することができた。学生のメンタルヘルスのサポート状況は、大学によって大きく異なっていたが、問題を抱えていても相談室等を利用しない学生や休んでいる学生への対応等、共通する課題があった。

支援が必要な学生の情報共有等は工夫されているが、自殺対策を含めた学生支援の体制は整っている大学ばかりではないことがわかった。学生をよりよく支援していくためには、大学の組織としての体制整備が必要であると、出席者が課題を共有できた。

しかし、情報交換会の出席者は学生の相談支援の実務を担当する職員が多く、実務担当者個人の努力だけでは体制づくりは困難との意見が出た。大学のメンタルヘルスサポートの体制を充実させていくためには、キーパーソンとなる職員へ働きかけていく必要があるとの示唆が得られた。

4 平成 29 年度大学生向け自殺予防啓発事業 研修会

平成 28 年度の結果をふまえ、平成 29 年度大学生向け自殺予防啓発事業では学生支援の管理的立

場の教職員へ研修会の出席を呼びかけて、学生のメンタルヘルスサポート体制の充実強化についての研修会を2回計画した。

(1) 目的

学生の自殺対策を含めた大学の支援体制の整備や強化を推進し、学生が必要な支援を受けながら精神的に安定した生活を送り、将来にわたり自殺企図に及ばないことを目指す。

(2) 内容

ア 第1回

平成29年12月8日(金)

講演

「大学生の自殺予防～現状とその対応について～」

講師 国立大学法人筑波大学 医学医療系臨床医学域 精神医学

保健管理センター 精神科 准教授 太刀川弘和氏

イ 第2回

平成30年1月19日(金)

講演及びグループワーク

「かけがえのない命を守るために ～大学における自殺予防の体制づくり～」

講師 石川県こころの健康センター 所長 角田雅彦氏

(3) 対象

大学教職員、保健所(中核市含む)職員

学生支援主管業務の管理的立場の職員と、相談支援の実務担当職員の双方に出席を呼びかけた。

(4) 出席状況

ア 第1回

49名

大学教職員 36名(27大学)

内訳：事務職 18名(うち学生支援の管理的立場の職員 11名)

教員 2名

臨床心理士・保健師・看護師等の専門職 16名(うち4名は教員を兼ね、
そのうちの1名は学生支援の管理的立場の職員であった)

保健所(中核市含む)職員 10名

その他 3名

イ 第2回

27名

大学教職員 22名

内訳：事務職9名（うち学生支援の管理的立場の職員5名）

教員2名

臨床心理士・保健師・看護師等の専門職11名（うち学生支援の管理的立場の職員1名）

保健所（中核市含む）職員 5名

(5) 結果及び考察

第1回研修会では、学生の自殺予防を含めたメンタルヘルスの維持向上には、大学の体制整備や強化が必要であることを、学生支援の管理的立場の教職員が理解することをねらいとした。それをふまえて、第2回研修会では具体的に各大学で体制整備に取り組んでいくことをねらいとした。大学の体制整備や強化に焦点を絞り、研修会の案内通知に先立ち全大学に電話連絡をして、管理的立場の教職員の出席を勧奨した。

第1回研修会では、大学の現場における学生のメンタルヘルスサポートについての具体的な講演により、出席者は自殺対策の必要性が理解できたと思われた。第2回研修会では、大学の体制を整備し学生の自殺を減少させた実際の取り組みについての講演と、グループワークを行った。第1回と第2回の研修会の内容につながりをもたせた。

第1回研修会の事後アンケートでは、回答者全員が「大いに活用できる」または「活用できる」と回答した。第2回では出席者の9割が、「とても有意義であった」または「有意義であった」と回答し、同じく9割が大学の体制整備（若年層の自殺対策）について、回答者自身がこれから取り組みたいとする具体的な内容の記載があった。また、教職員対象の研修会について、継続的な開催を希望する意見も複数あった。

今後も大学生のメンタルヘルスサポートについて、相談対応のスキルアップの目的にとどまらず大学の体制を充実していくための研修会を開催する意義はあると思われた。しかし、学生支援についての体制や支援のあり方は、法令や規則で決められているわけではなく、それぞれの大学の状況に応じたよりよい体制や支援方法が求められる。研修会の内容もそうしたことをふまえたものにするよう検討が必要であると考えられた。

大学生は自殺の危機を抱えやすく、自殺企図のエネルギーをもっていることを研修会で学び、学生と関わる関係者は自殺者数や自殺率の高低のみに捉われることなく、自殺予防に継続して取り組んでいくことが必要であると思われた。

5 まとめ

大学の自殺対策は特別な対策を講じることだけではなく、大学として学生をサポートする体制の整備や強化が重要である。自殺対策に取り組むことは単に自殺の予防にとどまらず、大学の活性化につながっていく。こうしたことは実務担当者個人の努力のみならず、キーパーソンとなる管理的立場の教職員が大学の状況に応じた体制づくりを認識して、大学の組織として取り組んでいくことが不可欠であると考える。

今後、学生への出前講座を実施しつつ、より効果的に大学生の自殺予防に取り組むには大学の体制整備の推進が求められる。自治が重んじられる大学において、本事業を推進するには困難があるが、大学生のメンタルヘルスの維持向上の働きかけを継続することは、地域の若年層の自殺対策につながっていくと考える。

II AIMARPP（依存症当事者回復プログラム）への保健所職員等のオブザーバー参加前後の DDPPQによる効果測定について

企画支援課 辰田紘崇 伊藤多恵 原直人 清水美和 山崎千佳 佐々木はるみ
所長 藤城聡
藤田保健衛生大学医療科学部看護学科准教授 近藤千春

1 はじめに

保健所職員の相談知識と技術の向上を図ることは、当センターの柱となる業務である。薬物依存の相談については、知識や技術の前に、薬物依存症者への陰性感情が相談関係を結びにくくしていると言われている。

薬物依存症治療のための認知行動療法プログラムである、せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム SMARPP は薬物・アルコール依存症当事者（以下当事者）の回復のみならず、プログラム実施従事者の知識やスキルの向上及び当事者への理解と支援の意欲が深まり、治療態度が変化し治療効果に影響を与えるとの研究文献がある。¹⁾

そこで、当センターで実施している AIMARPP（「SMARPP」を基に作成）に、県内保健所職員（名古屋市を除く）及び愛知県精神医療センター職員がオブザーバーとして参加・体験する機会を提供し、AIMARPP がオブザーバー参加者へ与える影響を測定した。

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。

愛知県では平成 26 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医師の助言のもと、1クール 16 回の SMARPP-16（認知行動療法）を導入した。

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 回の構成となっている。

セッションは毎週水曜日（祝日及び年末年始は休み）の午後 2 時から 3 時半で、セッションには 3 名の職員が従事した。精神科医 1 名がほとんどのセッションに入り、ファシリテーター、コ・ファシ

リテーターは保健師及び精神保健福祉相談員 12 名が持ち回りで担当した。

AIMARPP はチェックイン→プログラム→チェックアウトの流れで進行する。チェックインでは、カレンダーに依存物質を使ったかどうかシールを貼り、この一週間でどのように過ごしたか参加者で話す。プログラムではテキストを輪読し、テキスト内のワークに皆で取り組み話しをする。チェックアウトでは、プログラムの感想やこれからの一週間の過ごし方について皆で話しをする。

3 効果測定の実施概要

(1) 対象者

AIMARPP 未経験者である各保健所（名古屋市除く）職員（26 名）及び愛知県精神医療センター職員（13 名）。

(2) 調査期間

平成 28 年 1 月 6 日から平成 29 年 11 月 22 日まで

(3) 調査方法

オブザーバー参加者については各回定員を 1～2 名として、県内保健所職員（名古屋市を除く）及び愛知県精神医療センター職員を対象に募集した。当日参加したオブザーバー参加者に対し、プログラム参加前後で DDPPQ の調査票を用い調査を実施し、オブザーバー参加者へ与える影響を測定した。

オブザーバーは参加者と同じテーブルに着き、テキストの輪読に加わり、状況に応じてワークにも参加する。チェックインとチェックアウトでも発言する。

(4) 調査票（調査に用いる使用測定尺度）

Drug and Drug problems Perception Questionnaire (DDPPQ)

（薬物問題を持つ患者に対する仕事をする際の医療従事者の態度を測定する尺度）

DDPPQ は 2007 年に Watson らによって作成された、薬物問題を持つ者に対する医療従事者の態度を測定する尺度で、日本語版は得点が高いほど薬物問題を持つ者に対する医療従事者の態度がポジティブであることを示す。

調査票は、20 項目の質問で「1：全くそう思わない」から「7：とてもそう思う」までの 7 段階で答えてもらい、「7：とてもそう思う」にいくにつれて点数も高くなる（参考資料参照）。

この測定尺度は、横浜市立大学医学部看護学科の高野歩氏が日本語版を作成し、信頼性や妥当性について検証されたものである。調査票は高野氏の許可のもと、質問項目を改変せずに使用した。

4 結果

オブザーバー参加者 39 名に対し参加前と参加後に DDPPQ による効果測定を実施した。そのうち無回答、欠損値のあるものを除き、前後比較が可能な 31 名についてオブザーバー参加前と参加後の各項目を比較し、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。その結果、以下の項目に有意な偏りが認めら

れた。

【AIMARPP 参加前後で有意な偏りがあった項目】

- Q2 薬物関連問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。(P=.035)
Q6 薬物使用者に対して、長期にわたって相談にのり助言する方法を知っている。(P=.014)
Q7 薬物とその影響について、患者に適切にアドバイスできる。(P=.011)
Q9 薬物関連問題に関するどのような情報でも、患者に尋ねてよい。(P=.039)
Q10 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。(P=.01)
Q11 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるように助けてくれる人を、容易に見つけることができる。(P=.048)
Q12 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、薬物使用者への最善の関わり方を考えるのを助けてくれる人を、容易に見つけることができる。(P=.011)
Q13 薬物使用者に自分が援助できることはほとんどない。(P=.015)
Q14 薬物を使用していない人に対してと同じように、薬物使用者に対する仕事ができる。(P=.001)
Q16 仕事で関わるそのほかの患者に比べて、薬物使用者を尊重できない。(P=.03)
Q17 薬物使用者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。(P=.044)
Q20 薬物使用者のことを理解できる。(P=.001)

このうち、負の順位に基づいて有意な偏りが見られた（参加前より参加後の得点が高い）ものは、Q2, Q6, Q7, Q9, Q10, Q11, Q12, Q14, Q20 であった。

また、正の順位に基づいて有意な偏りが見られた（参加前より参加後の得点が低い）ものは、Q13, Q16, Q17 であった。

※注 Q13, Q16, Q17 は逆転項目（逆転項目は得点が小さい方がポジティブ）

<考察>

DDPPQ で有意な偏りが認められた項目は、以下の因子に分類される。

- (因子1) 相談と助言 : Q10, Q11, Q12
(因子2) 知識とスキル : Q2, Q6, Q7
(因子3) 仕事満足と自信 : Q14, Q20
(因子4) 患者の役に立つこと : Q13, Q16, Q17
(因子5) 役割意識 : Q9

「相談と助言」の因子 Q10、Q11、Q12 で有意な偏りが見られたことから、AIMARPP が薬物相談において、相談者が当センターやダルク等相談できる場所を見つけることにも役立つと推察された。

「知識とスキル」の因子 Q2、Q6、Q7 で有意な偏りが見られたことから、AIMARPP が薬物相談のスキルを得ることに役立つと推察された。

「仕事満足と自信」の因子 Q14、Q20、「患者の役に立つこと」の因子 Q13、Q16、Q17 で有意な偏りが見られたことから、AIMARPP に参加することで薬物相談に対する自信を得ることができ、薬物相談に対する忌避感情が緩和され、相談に対する心理的障壁が下がると推察された。

特に Q14、Q20 では明らかな偏りが推察された。AIMARPP に参加することによって、薬物依存症者への陰性感情、偏見が是正される効果が高いことがうかがえる。

これらの結果は、オブザーバー参加者の参加後の感想の内容とよく合致した印象を受けるものであった。

<結論>

DDPPQ において有意な偏りが見られた項目から、AIMARPP へのオブザーバー参加により、保健所等職員の薬物依存症者に対する態度がポジティブに変化したと推察された。よって、AIMARPP が薬物依存症者の相談業務を行う上でプラスの効果があると考えられる。

AIMARPP へのオブザーバー参加により、薬物依存症の支援に理解のある援助者が増え、地域における薬物依存症回復支援体制づくりに貢献できる可能性があると考えられる。

文献

1) 高野歩：認知行動療法プログラムを実施する医療従事者における効果の検証，ならびに患者や仕事に対する態度の変化の検証．厚生労働科学研究費補助金 薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究（研究代表者 松本俊彦）平成 22 年度～平成 24 年度総合研究報告書，pp137-152，2013

<参考資料>

DDPPQ (Drug and Drug problems Perception Questionnaire)

以下の各質問に対して、「1. まったくそう思わない」～「7. とてもそう思う」の 7 段階で回答してもらった。

- 1 薬物や薬物関連問題に関する仕事上の知識がある。
- 2 薬物関連問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 3 薬物使用が及ぼす身体的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 4 薬物使用が及ぼす心理的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 5 薬物関連問題を生じさせるリスク因子について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 6 薬物使用者に対して、長期にわたって相談にのり、助言する方法を知っている。
- 7 薬物とその影響について、患者に適切にアドバイスできる。

- 8 必要な時は、患者に薬物使用について尋ねてよい。
- 9 薬物関連問題に関するどのような情報でも、患者に尋ねてよい。
- 10 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。
- 11 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるように助けしてくれる人を、容易に見つけることができる。
- 12 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、薬物使用者への最善の関わり方を考えるのを助けられる人を、容易に見つけることができる。
- 13 薬物使用者に自分が援助できることはほとんどない。(※)
- 14 薬物を使用していない人に対してと同じように、薬物使用者に対する仕事ができる。
- 15 薬物使用者に対して、役立てないと感じてしまう。(※)
- 16 仕事で関わるそのほかの患者に比べて、薬物使用者を尊重できない。(※)
- 17 薬物使用者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。(※)
- 18 一般的に、薬物使用者に対する仕事から満足を得ることができる。
- 19 一般的に、薬物使用者に対する仕事は働きがいがある。
- 20 薬物使用者のことを理解できる。

(※) は逆転項目

Ⅲ バリントの治療論から依存症回復支援プログラム「あいまーぷ AIMARPP」の運営を考察する

所長 藤城 聡

1 はじめに

愛知県精神保健福祉センターが依存症回復支援プログラム、あいまーぷ AIMARPP を実施して4年になる。このことによって、われわれ精神保健福祉センターの職員が、依存症、特に薬物依存症を持つ当事者と接する機会は飛躍的に増えた。また、それに伴い依存症の症状についてのみならず、依存症を抱えるその人自身の生き方や感じ方の一端を知る得難い機会も与えられている。依存症を抱える人たちと接するうち、彼らが時に発する「心に空いた穴」という表現に強い印象を受けた。活字になったものでは、たとえば上岡陽江氏と大嶋栄子氏の「その後の不自由」¹⁾の中で、ニコイチの関係とDVについて述べたくだりに、「すべてを共有したい、心に空いている穴まで相手に埋めて欲しいという欲望」という表現があり、また二人の対談部分では、「グルグルすることで、心が空っぽになるのを埋めて。グルグルがなくなっちゃったら何もない。」と述べられている。筆者がこの「心に空いた穴」という言葉から連想したのが、バリントの基底欠損という概念であった。

マイケル・バリントはハンガリー出身で、主に第二次大戦後に亡命先のイギリスで活躍した精神分析家である。彼は精神分析に対して様々な貢献をしたが、その中に「基底欠損」概念の提唱、さらに基底欠損の問題に含まれる「オクノフィリア」概念と「フィロバティズム」概念の導入がある。また、その治療経験と理論に基づいた基底欠損領域の問題に対する治療論もユニークなものであり、現代においても非常に示唆に富んでいる。

とりわけ「フィロバティズム」概念は、原始的な対象関係のあり方の中でも、それまで見落とされてきた様態に光を当て、それまでの力動精神医学用語では記述できなかった心理現象を記述し、把握することを可能にした。後に述べるように、「人を信じ、人に依存することが難しく、物質だけを頼りにする」という物質依存症患者の心性は、「フィロバティズム」概念を用いることによって、問題が整理され、力動的把握が容易になると考えられる。

小論ではまず第2節でバリントの基底欠損概念を要約して紹介する。ついで、第3節で基底欠損概念をさらに詳細にながめ、「一次愛」概念、「オクノフィリア」概念及び「フィロバティズム」概念を要約し、紹介する。第4節で物質依存症患者の心性についての文献的な記述を振り返り、彼らの対象関係とオクノフィリア及びフィロバティズムとの関係を検討する。また第5節からは治療論に転じ、まずバリントの治療論を要約し、紹介する。第6節では当センターで実施しているプログラム、あいまーぷの運営についての考え方を紹介し、第7節において、バリントの治療論を参照しつつ、それを検討する。そして、あいまーぷ運営における治療的要因を従来とは別の視点つまり対象関係からとらえ直すことを試みたい。

2 基底欠損概念

バリントは特に、(ヒステリー、強迫症、恐怖症といった神経症圏 (フロイトの言う精神神経症) の患者に対しては有効であった) 古典的精神分析技法では限定的な効果しか得られない患者たちに対する修正的技法の探求に努めた。この探求の過程で彼は「基底欠損」という言葉を概念化した。

バリントは「心には少なくとも三領域または水準がある」という観点を提示した。バリントの考えでは人は最初から環境から独立した一つの主体として存在するわけではなく、環境と渾然一体化した状態で生を享ける。客観的には環境の中にはたとえば母親などの対象があるわけだが、胎児ないしは生まれたばかりの子どもにとって環境は漠然とした広がりであって、その中に対象があることは感じられていない。子どもは成長していくにしたがって、環境の中に対象があることを発見する。これは子どもにとっては、無条件に保護的だと幻想的に感じていた環境の中に、いつも自分の思い通りに動くわけではない対象があることに気づくという意味で外傷的なことであり、このときに生じる反応が基底欠損という事態である。基底欠損の領域 (基底欠損領域) における対人関係はかならず二人関係であり、その関係は成人間の関係でなく、より原始的なものである。そして、その関係はパートナーのうち一方 (端的に言えば、基底欠損領域にいる方の人) だけが大切にされる関係である。この領域での心的駆動力は、(より成長した段階で現れる) 葛藤という形態を持たず、一種の欠損という形態を持つ。ここでは心の中に歪みまたは欠失が生起し、欠損が生じており、それは補填すべき性質のものである。これが基底欠損である。基底欠損は葛藤のように治療によって解消するものではなく、仮に治癒することはあっても瘢痕を残すものである。治療において、葛藤に対しては有効である言語的解釈は、この領域における患者に一種の攻撃、押し付け、卑しい下心のある仄めかし、暴言中傷と受け取られるか、逆に端的な誘惑と受け取られても不思議ではないとバリントは述べている。

発達段階的に基底欠損領域の次に来るのは「エディプス葛藤の領域」であり、この領域で起こる事態にはすべて主体の他に少なくとも2個の主体類似の対象を含む。つまり、(イマジナリーな対象を含め) 3人以上の対人状況における事態である。この水準がわれわれにもっとも馴染みのあるものである理由は、①主体と対象間の関係が成人の対象関係と高度に相似的であることと、②成人言語が観察所見を叙述するのにおおむね適切な手段であることである。この水準で働く力は原則として葛藤の形態をとる。古典的精神分析技法が力を発揮するのはこの領域であるとバリントはしている。

バリントが提唱している最後の領域は「創造領域」はである。この領域は外的対象を持たず、したがって対象関係も転移もない。いちばんよく論じられるのは芸術作品の創造であるが、数学や哲学もこの領域に属するとされる。統合失調症などの病気の始まりの時期もこの領域に属している可能性がある」とバリントは述べている。

さて、ある人のことを「基底欠損水準」であると表現することは正しいとは言えない。どの人の心にもこの3領域があり、ある特定の対象関係 (大雑把に言えば対人関係) において、いずれかの領域が優勢となる。そこで起こる事態をバリントは3領域に分けて述べたのである。この3領域を同一人が行ったり来たりし、治療の中でも、当初は「エディプス (葛藤の) 領域」で始まり、治療の進展とともに患者が退行して、「基底欠損領域」の問題が顕わになるということも起こる。1回の面接の中

でも同じことが起こりうる。

この基底欠損概念をバリントが展開した著作「治療論からみた退行」²⁾が邦訳されたのは、1978年である。翻訳に至った経緯について、訳者の中井は「あとがき」に、「当時—今も事情は変わらないが—われわれの多くは、バリントのいう“基底欠損”患者の治療に苦しんでいた。」と記している。ここで言う“基底欠損”患者とは、時代背景を考慮すれば、当時の表現では「境界例」、今で言えば境界性パーソナリティ障害を中心としたパーソナリティ障害群の患者であると言って、概ね間違いはないと思われる。

成瀬は「依存症に関係する人間関係6つの問題」として、①自己評価が低く自分に自信が持てない、②人を信じられない、③本音を言えない、④見捨てられる不安が強い、⑤孤独でさみしい、⑥自分を大切にできないといった特徴を挙げている^{3) 4) 5)}。この特徴を見て境界性パーソナリティ障害と重ね合わせ精神保健医療福祉関係者も少なくないと思われる。しかし、実際に依存症患者と接してみると、彼らから受ける印象は、境界性パーソナリティ障害を持つ人と接した時に受けるそれとはずいぶん異なることも多い。

「基底欠損」という概念を提出した時にバリントの念頭にはいわゆる「境界例」のこともあったであろうが、「基底欠損概念により、各種神経症（とおそらくは精神病）、性格異常、心身症をはじめ通常の“臨床”身体疾患も実は病因論的に同一の実体が示す諸症状に他ならないことが判明する」と述べているように、実は「基底欠損」概念はより包括的なものである。実際、バリントがその著書の中で挙げている症例は、記載された内容を読む限りでは、必ずしも「境界例」とは言えないようである。物質依存症問題が基底欠損領域の問題であるとして、それが基底欠損領域のどのような問題であるのか、これから検討していきたい。それに先立ち、バリントの一次愛、オクノフィリア、フィロバティズムの概念を紹介したい。

3 一次愛、オクノフィリア、フィロバティズム

「スリルと退行⁶⁾」において、バリントは「一次対象関係すなわち一次愛」の理論の主張するところによれば、健康な子どもと健康な母親は非常にぴったりと適合しあっているもので、同じ一つの行為が必ずどちらにも満足を与えるのだと述べている。乳を吸うことと吸われること、食べさせることと食べさせられること、抱かれることと抱くことなどである。健康な幼児は自分自身の関心事と自分の環境の関心事との間に食い違いがあると感じないでいるのであり、これは幼児と環境が渾然一体化しているということである。また「治療論からみた退行」の記述では、この状況では（胎児ないし幼児から見れば）環境にまだ対象が一つもない。また、ほとんど無構造である。どこからが個体か境界不鮮明であることも強調される。環境と個体とは相互に浸透し合い、両者は一種の「調和的渾然体(a harmonious mix-up)」中に存在する。この“調和的渾然体”の好例として海水中の魚が挙げられる。エラの中の海水、口の中の海水が海の一部か魚の一部かなどと問うのは愚問である。われわれと、われわれをめぐる大気のパターンも正確に同じパターンである。こうした発達途上の個体とその環境（たとえば魚にとっての海水、われわれにとっての大気であり、バリントは一次物質と呼ぶ）との間

に生まれる調和的世界が一次愛の世界である。それはパートナーの一人だけが求めねだる（甘える）ことがゆるされ、もう一人のパートナーの方は自分のための願望、要求、興味を持つことが許されない関係である。ひとつひとつ別個の、他に依存しない独立の、固い「対象（たとえば自分とは別に自らの願望を持ち、それに基づいて行動する母親）」があるということに気づくと、この（一次愛の）世界は壊れるという。その後の応答は二つの道があり、一つはオクノフィリア的世界を創り上げることであり、第二の道はフィロバティズム的世界を創ることであるとされる。バリントはオクノフィリアとフィロバティズムを、一対となる基底欠損のあり方と考えたのである。

オクノフィリア、フィロバティズムという言葉はバリントによる造語であるので、聞きなれないのも当然である。原著は英語だが、中井によればこの2語は英語でも「目を驚かす新語」であるとのことである（「治療論としての退行」あとがき）。「しがみつく」「しり込みする」「ひるむ」「ためらう」という意味のギリシャ語「オクオネー」と「愛」を指す「フィル」から作られた）オクノフィリアにおいては、対象とはそれなしには生きられないほど大切な支えであり、そこから分離させられそうな気配が一寸でもあれば強烈な不安が生じる。ここで一番よく使われる防衛はしがみつきの防衛である。オクノフィリア的な人にとって人生は対象と密着している時だけ安全であり、対象と対象とのすき間や次の対象が出現するまでの空白時間は危険のひそむ恐ろしい感じがするものである。ここまでの文脈における対象関係は近似的に対人関係を扱っていると言っても概ね問題ないが、バリントは対人状況から離れて、次のようなたとえを用いている。歩くことを学び始めたばかりの幼児は、たとえば母親などの人や家具などの、つかまって体を支えることができる対象から次のつかまることができる対象まで身を投げかけるようにして移り歩き、安全でない空っぽの空間に留まる時間をできるだけ切り詰めようとする。このような行動がオクノフィリア的な行動である。

一方、（前述の「愛」を意味する「フィル」とギリシャ語では「つま先で歩く人」という意味の「アクロバット」から作られた）フィロバティズムにおいては、対象は冷淡なもの、我関せずのもの、信頼できず欺される危険性があり、避けるに越したことはないものであるため「いつ裏切るかわからない対象」から距離をとってくれる、対象を欠いた友好的ひろがり（たとえば山岳、砂漠、海洋、大気など）と調和してその中における移動の自由を確保あるいは再獲得するための個人的^{スキル}技量が発達する。筆者の理解では、フィロバティズム的な人は、対象と対象の間の空間、あるいは対象を欠いた（対象を排除した）空間（世界）を、かつて一次愛において体験した調和的な環境である一次物質の世界と幻想的に同一視していると言える。また、フィロバティズム的な人は自分のこの技量さえあれば他に対象は必要としないという幻想を抱いている。先ほどの歩き始めの幼児のたとえを借りれば、獲得したばかりの自分の歩く能力をもってすれば、つかまる対象などなくてもまったく問題ないとして、まだ覚えてで不安定な歩行のスリルを楽しむ態度であると言えるだろう。しかしながら、「スリルと退行」の記述によれば、フィロバティズム的な人にとっても貴重でいとおしい対象はあり、それは「装備」や「道具」となるものである。たとえばスキーヤーにとってのストックやテニスプレーヤーにとってのラケット、指揮者にとっての指揮棒などで、それを持つことで、安全を保障され、自信が魔術的に強化されるのである。そして、この「装備的」「道具的」対象だけは、彼らにとって自分の一部

分であり、オクノフィリア的な対象である。

フィロバティズムは、オクノフィリア的な要求の断念に引きつづいて、それを代償するために出現するというわけでは必ずしない。バリントによれば、健康とは状態の（フィロバティズム、オクノフィリアといった）成分が何であるかによるものではなく、その成分が正しい比で加えられ正しい形の結合をしていることが必要なのであり⁶⁾、フィロバティズムとオクノフィリアのどちらが健康であるかという問題は、スキーを怖いと思う人とスリリングで楽しいと感じる人のどちらが正しいと言うことはできないのと同じく、ナンセンスである。フィロバティズムがオクノフィリアに比べ、より病的であるとは言えないのである。

4 物質依存症患者とオクノフィリア及びフィロバティズムとの関連

それでは、バリントの著作にみられる依存症に関する記述を見てみよう。「治療論からみた退行」の中で、バリントは嗜癖の世界は「強欲さ greediness」を主徴とすると述べている。分析者が相手の求めるものをそのまま与えても、それは当たり前とされ、時がたつとともに次から次へと要求が出る現象が「強欲性」である。また、バリントはアルコール中毒者、とくに周期的飲酒者を取り上げ、彼らは「成人型の対象関係からナルシズムに陥り、ナルシズム型の原始的対象関係に移り、そこから戻る」ことを頻繁に反復する、と記している。バリントが周期的飲酒者を取り上げたのは、一次ナルシズムに対して反駁する論拠となり（バリントの考えでは、人間は最初期から対象関係（一次愛）の中に生れ出るのであり、ナルシズムはすべて二次ナルシズムだということになる）、一次愛の有効妥当性を支持する臨床観察所見であるからであった（周期的飲酒者におけるナルシズムは二次性ナルシズムの格好の例である）。バリントは基底欠損にはオクノフィリアとフィロバティズム以外の場合もあるとしており、ナルシズム型原始対象関係は基底欠損領域に属するものの両者とは別の型だと考えていたようであるが、この問題については詳細に論じてはいない。

バリントによれば、周期的飲酒者は大切な愛の対象との利害衝突が起こると対象へのリビドー備給を全面的に引き揚げてしまい、飲酒をはじめめる。ナルシズム型対象関係に陥る前の周期的飲酒者の対象関係は「相当強いのだが、土台がぐらぐらして不安定である。」この記述の前には「真にナルシズム的な男女」は、「必死で周囲の人にしがみついでおり、彼らのナルシズムは周囲の人々が彼らの面倒をみる気になる時や無理にみさせられる時に限って平穩無事だ」と述べている。バリントは、周期的飲酒者は成人型の対象関係を持っていると述べてはいるものの、こうした記述には彼らの対象関係は少なからず基底欠損領域の、もう少し踏み込んで言えばオクノフィリア的な特徴が記されているようにも思われる。

第2節で紹介した成瀬の依存症患者の対人関係の問題は、彼らのオクノフィリア的特徴を捉えたものと言える。一方、松本は「人は必ず裏切るけれど、クスリは絶対に俺を裏切らない。」「これさえあれば、何があっても自分は独力で対処できる。」という薬物依存症患者に見られる信念を紹介している⁷⁾、この記述はフィロバティズムの特徴にぴったり符合する。この場合、薬物（クスリ）は「道具」、「装備」（つまりフィロバティズム的な人が例外的に信を置く対象）であり、この言明は自

らの「道具」、「装備」と自らのスキルに対するフィロバティズム的過信の表明と言ってもよい^{注1)}。松本によれば、薬物依存症患者の多くはいわゆる「依存的な性格」ではなく、困ったときやつらいときに、誰にも相談せずに、薬物という「物」だけに頼り、どうにかしのごうとする人たちであり、安心して「人」に依存できない人たちである（フィロバティズム）。しかし、松本は薬物依存症患者の対象関係におけるフィロバティズムの特徴を指摘する一方、彼らは人とのつながりを求めてやまない人でもある⁹⁾とも述べており、フィロバティズムの特徴に隠された、（成瀬の記述にも共通する）オクノフィリア的な側面を指摘している。

バリントの記述の中には、依存症（嗜癖）患者とフィロバティズムの関連について述べたところはない。これは、アルコール依存症患者と薬物依存症患者の対象関係に異なる特徴があることを示しているのか、バリントの対象が精神分析を受けにきた患者であったというバイアスによってバリントがフィロバティズムの特徴を示す依存症患者を観察する機会を持たなかったためなのか、あるいは彼が依存症患者に見られるこうした特徴をフィロバティズムとは異なると考えていたのか、今のところ筆者には明らかではない。

松本らの調査によれば、覚せい剤、危険ドラッグの薬物関連障害患者が薬物を使用し続けた理由の第1位は「刺激を求めて・好奇心や興味から」であり、これは非常にフィロバティズム的である¹⁰⁾^{注2)}。また Cloninger らは児童期における新奇希求性の高さと損害回避性の低さといったフィロバティズム的なパーソナリティ特性が若年成人におけるアルコール乱用の強力な予測因子であることを明らかにした。これらは、物質乱用者の少なくとも一部は乱用に先立ってフィロバティズムの特徴を備えているということを示していると考えても良さそうである。実際、限られた経験ではあるが、薬物依存症患者と接する中で、好奇心が旺盛で行動的であるなどといったフィロバティズムの特徴が、薬物使用の結果としてではなく、その人にもともと備わっていた持ち味であり、ストレンクスであると感ずることは少なくない。

一般論として述べるのは必ずしも適切ではないが、精神科治療を求めて来院する患者にはオクノフィリア的傾向が強い人が多いと感じられる。図式的に考えれば、医療者という対象を当然に含む医療を求めることは、オクノフィリア的対象希求の一つの形である場合がある。DSM-5の診断基準を持ち出すまでもなく、見捨てられることに対する不安は境界性パーソナリティ障害の中核的な病理であり、これほど端的にオクノフィリア的不安を示す特徴はない。しかし、臨床的印象としては、（自ら治療を求めることが少ない）依存症患者との治療関係においては、見捨てられ不安が表出されることは少なく、境界性パーソナリティ障害と対照させた場合、（アルコール依存症患者と薬物依存症患者の対象関係も持ち方の違いについての検討の余地はあるものの）依存症患者においては相対的にフィロバティズムの特徴が目立っているように思われる。

あいまい参加者のグループ内での発言を聞く限りでは、（薬物）依存症患者は、特定の対象に対してはオクノフィリア的な対象関係を持ち、それ以外の対象にはフィロバティズム的な対象関係を持つというように二極化した対象関係の中に生きており、その中間の対象関係を持つことが難しいという印象を持っている。一方、上岡らは先に引用した著書¹⁾で「ニコイチの関係」という極端なオクノ

フィリア的關係を紹介しており^{注3)}、対象關係の繼時的變遷に関しては、境界性パーソナリティ障害に特徴的にみられる同一対象に対する両極端な対象關係の揺れ動きとの関連で検討する必要があると思われる。

ここまで物質依存症患者と基底欠損、さらにオクノフィリアとフィロバティズムについて検討してきた。これを踏まえて、次節以降でバリントの提唱した治療論との関係を見ていきたい。

5 バリントの治療論

一種の退行状態である基底欠損領域にある患者の治療において必要とされることはどんなことであろうか。バリントは、治療關係における患者と治療者の間の不平等性の増大に伴う危険性を指摘している。あらゆることをできる限り転移と解釈すべしという従来の精神分析技法は、治療者が患者に万能者に映ることになり、患者を一種のオクノフィリア的世界に退行させるというのである。

バリントは治療のある時期には、有効に機能する關係を創り出し維持するほうが正しい解釈を告げるよりもおそらく大切であると述べている。バリントは言語的治療が通用しない一部の症例では言語外の治療手段を考慮しなければならないとし、最も大切なのは、「分析の場において患者がその持つ強迫的パターンに応じた原初的關係を生起發展させ、さらにその關係をおびやかされることのない平和裡にそっと保ちつつ、患者自ら、これまで知らなかった新しい対象關係の形がありうることを発見し実際に味わい、この対象關係をめぐって実験的行為を行うようになるまで、治療者が患者を援助しつつ待つことである」と述べている。また「分析者が自分が他からくつきりと分離独立した対象となること、また、そういう対象として行動することをせぬように、である。分析者があたかも一次物質のどれか一つに化したような關係を患者と治療者が結び、そういう關係の中で治療者と共にあるように持ってゆくべきであり、分析者は患者を積極的に荷おうとせず、水が泳ぐ人を支え、大地が歩む人を支える具合に荷い支えるべきであるということ、すなわち、患者のために存在し、またそうされることにあまり抵抗を感じないで患者に使用されることである。(中略)そして、治療者とは現存しなければならぬ。いつも現存していなければならぬ。そして水や大地が破壊不能であるように破壊不能でなければならぬ。」と続けている。雑駁なたとえではあるが、筆者なりに対人状況を離れて説明すれば、患者にとっての治療者はベッドに横たわってこれから眠ろうとする人にとってのベッドである。横たわっている人にとってのベッドは一次物質のたとえである。ベッドは横たわった人を決して積極的に担っているわけではないが、眠ろうとしている人にとっては支えになっている。また、その人から見れば、ベッドはその人のために存在し、使用されることに抵抗を示したりはしない。そして、ベッドはそこに現にあらねばないし、壊れるようなものであっても困るのである。

バリントは經驗的に、基底欠損あるいは創造領域に退行している患者に大体いつでも有効な技法は、解釈をもって強引な介入を試みないで当面寛大に患者の退行に耐えることであると述べている。この時期においては、言葉はどの角度からみても信頼性のあるコミュニケーションでなくなっており、患者の言葉は一見言わんとするようみえる意味をほんとうは意味していない。この問題についてのバリントの解答は「言語が信頼性を失った事実を留保なく受け容れて、当面患者を言語水準に無理に押

し戻すのは全部あっさりあきらめることである。」これは「今のありのままの状態に耐えることを意味する。」換言すれば、分析者は退行を受容しなければならない。それは分析者と患者が一種の相互体験として退行を寛容できる一種の環境あるいは雰囲気分析者の方が醸成しなければならないという意味である。

角度を変えれば、こういう場での技法問題とは、患者にとって一次対象（ひとまず一次物質と同義と考えて良い^{注4)}）の機能を果たす“あるもの”を提供するにはどうしたらよいか、である。“あるもの”とは分析者自身でも良く、治療の場でも良いが、バリントは特に理由がなければ治療の場を対象の代用品として利用できるほうが安全であるとする。分析者がきわめて重要な、全知全能の対象と化する危険性が少なくなるからである。患者に一箇の“一次対象”をさし出すということは一次愛を与えることではない。分析者は問題の時期の間じゅう時間と環境の整備供給者という機能を果たさなければならないとバリントは述べている。

バリントが基底欠損という言葉を出したのも、この領域では心的駆動力が葛藤ではなく、欠損であるためであった。この欠損は葛藤のように分析治療で解消することはできず、治癒することはあっても癒痕は残る。解釈によって介入しようとするれば、退行患者は自分の悲哀、自責、鬱憤の真実性と正当性に不信の眼を向けられたように感じかねない。分析者はそうはしないで、患者の愁訴、自責、鬱憤をすべて現実であり真実であるとして誠実に受容し、患者の荒んだ鬱憤が悔恨に変化するまでの時間を十二分にとるべきである。被害的不安状態の患者の分析が治療的な意味を持つには、分析者が患者の味方で、無条件に愁訴の正当性を受容し、十分長時間にわたって荒んだ攻撃性の時期を認め、さらにその後続く、患者が元来の欠損や失敗とそれに因るあらゆる損失を悼み悔む時期を持つことを許し、そして、この分析者の出方を患者が感じとってくれなければならない。仮に分析者が以上の条件を留保ぬきで誠実に満すことができれば、ここに新しい関係が生まれ、それによって、患者は、自己の精神構造の欠損あるいは癒痕形成の原因となったそもそもの欠陥と喪失との悔みと悼みのある形で体験できるようになる。この過程をバリントは新規蒔き直しと呼んだ。

6 あいまーぷの運営

ここで当センターの依存症回復プログラムあいまーぷ AIMARPP の運営の考え方を紹介したい。あいまーぷは、松本俊彦氏が開発した認知行動療法にもとづく薬物依存症の再発防止プログラムである SMARPP（せりがやメタンフェタミン再発防止プログラム）をもとに当センターで作成したワークブックに基づく依存症回復支援プログラムである。ワークブック作成の過程で薬物依存症にかかわる部分の相対的比重が大きくなったことや地理的に近い保護観察所からの紹介が多いことから、薬物の問題を抱える利用者が多いという特徴がある。

あいまーぷでは同様のプログラムを実施している他機関とも共通することとして、明るく共感的な雰囲気の醸成、直面化を避け否認と戦わないこと、薬物使用や薬物への欲求を正直に話しても批判されたり説教されたりしない安全な場を提供すること、体験の共有や受容される体験ができる場とすることなどを重視している。

グループ内でのスタッフと参加者間の水平な関係性には特に注意を払っており、次のようなことを意識的に行っている。疾患教育や認知行動療法的な知識の伝達にあたっては、それを可能な限りワークブックに任せてしまう。ワークブックの要約は極力せず、解説も最小限にすることによって、スタッフ自身から知識が伝達されているような印象を与えることを避けている。ワークブックの内容にはかなり直面化的なものがあり、それをスタッフによる直面化と捉えられないようにする意図もあるが、それだけではなくワークブックから学ぶという参加者と同じ立場にスタッフが身を置くためでもある。また、最近の体験について報告するチェックインや、セッションの感想、次の1週間の抱負などを語るチェックアウト、ワークブックの輪読にはスタッフも参加し、場合によってはワークにも参加する。スタッフの自己開示はある程度必要と考えているが、その程度については個人に任せられている。さらに、介入に関しては参加者の体験や考え、感想などを教えてもらうというスタンスで質問することを基本姿勢とし、決してスタッフが考えている正答を押し付けない。場合によっては、あえてワークブックの内容に反する発言を引き出し、正直な気持ちを発言できる雰囲気をつくり出そうとすることもある。期待に反する流れとなっても、グループ自体が持つ治療的に話題を収束させる力を信じるようにしている。

7 バリントの治療論を援用して、対象関係の視点であいまーぷの運営を考える

ここまで述べたバリントの治療論を参照枠として、当センターで実施している依存症回復支援プログラムあいまーぷの運営について考えたい。はじめに断っておかねばならないことは、あいまーぷはグループによるプログラムであり、1対1の二者関係による治療とは異なる。1対1の治療関係でときに起こるような顕著な退行は現れにくい。また、参加者の相互作用はグループならではの強みであり、当然無視できないが、ここでグループ内力動まで含めて検討することは困難である。そして、あいまーぷは精神分析的治療ではない。したがって、精神分析における治療者－クライアント関係の中で起こる退行と治療について論じたバリントの理論がそのまま当てはまるわけでは決してない。しかし、グループの運営を考える上で、バリントの指摘は非常に有益である。

(1) 解釈より関係性を重視する

バリントがいう解釈は、当然のことであるが、精神分析における解釈であり、クライアントの無意識にあるものを言語的に扱うことを意味している。一方、グループにおける直面化では無意識の水準の事柄は扱わず、その内容は依存症という疾患の性質に関することであったり、治療の必要性であったりする。また物質使用に至るまでの、あるいは依存症の背景にある感情など内的体験が直面化的に扱われることもあるが、いずれにしても分析的な治療における解釈と同じ水準にあるわけではない。当事者に伝えられる内容は、客観的には事実と考えられ、特に否定的な価値を持つものではないと治療者に感じられるものであったとしても、当事者にとっては直面化（力動的精神療法における直面化と同じではない）ととられることもある。筆者の体験としても、プログラムをはじめて間もない時期に、依存症について中立的に解説した（と思った）ことを、後に別の場所で、その時の参加者によって、上から目線だったと評されたことがある。バリント

は、基底欠損水準における言語的解釈は、信頼性のあるコミュニケーションの機能を失い、患者に一種の攻撃、押し付け、卑しい下心のある仄めかし、暴言中傷ととられると述べている。彼らの反応には依存症に対する社会的偏見やワークブックに見られる否定的な表現、そして、いくら排除しようとしても排除しきれないスタッフ参加者間の不平等性に対する当然の反発もあるだろうが、価値中立的な言説によっても引き起こされる反応はバリントが指摘しているような言語的解釈に対する反応と似通っている。そして、それに対する対応としては解釈より、当面「有効に機能する関係」を創り出し、維持する方が大切であるというバリントの指摘も当てはまるように感じられる。

(2) 「有効に機能する関係」と治療的雰囲気

バリントによれば「有効に機能する関係」においては、治療者があたかも一次物質のどれか一つに化したような関係を患者と治療者が結び、そういう関係の中で治療者と共にあるように持つてゆくべきである。つまり、分析者は患者を水が泳ぐ人を支え、大地が歩む人を支える具合に荷い支えることが求められ、その際、治療者は自分が他からくっきりと分離独立した対象とならないようにしながらも、現存し、破壊不能でなければならないのである。この一次物質（一次対象）のような機能を果たすのは特に理由がなければ治療者自身であるより、治療の場の方が安全だとバリントは述べている。こうした記述にも、グループ運営のヒントが隠されているように思われる。

バリントが述べているような（治療的）環境は（治療的）雰囲気とも表現できるようである。治療者として参加して感じるグループの雰囲気には個人精神療法における面接場面の雰囲気と共通するものが多い。グループが順調に進行している時の雰囲気や逆に治療的な流れが途切れたときの雰囲気は筆者には個人精神療法場面のそれと同じように感じられる。グループを進行するスタッフに求められるのはグループを一次物質として体験できるように雰囲気を醸成し維持することであるとも言える。抽象的な言葉ではわかりにくいだが、こうした治療的な雰囲気（新規蒔き直しに特徴的な雰囲気）を表現するためにバリントはドイツ語の”arglos（気の置けない、無邪気な）”という形容詞を用いている。まさにグループがうまく進行している時の雰囲気そのものである。

また、グループでファシリテーター、スタッフが分離独立した対象になることを防ぐ工夫には、知識の直接的伝達者にならないこと、スタッフがチェックインや輪読に参加すること^{注5)}なども含まれるかもしれない。また、治療者には時間と環境の整備供給がもとめられており、これもファシリテーターの果たすべき役割と一致するものである。対象関係とは直接関係しないが、グループが正直に話しても批判されたり説教されたりしない場であることは、こうした治療的雰囲気を醸成する上での前提条件であることは言うまでもない。

(3) 治療における不平等性の回避

バリントは解釈を中心とした治療においては治療者が患者に万能者に映ることにより、治療における不平等性が拡大することを問題視し、それによって患者がオクノフィリア的世界に退行す

ることを促進する危険性があることを指摘している。グループの治療的雰囲気醸成においてもグループ内における不平等性を最小限にする必要があると筆者は考えている。スタッフによる直面化や直接的な知識伝達を多用しないことで、スタッフと参加者の間に先生と生徒のような関係が生じ、不平等性が増大することを最小限に抑えられると思われる。またフィロバティズム的傾向を持つ物質依存症患者は少なくとも治療初期においてはスタッフなどの対象への接近を恐れ、ためらうことも多いと思われるが、スタッフと参加者の間の不平等性を回避することは、参加者の直面化そのものに対する抵抗を抑えるばかりでなく、グループの治療状況におけるスタッフとのオクノフィリア的対象関係を促進することを回避して、治療への抵抗感を減らすことにも寄与するのではないだろうか。

8 さいごに

ここまで、バリエーションの基底欠損の概念を参照しつつ物質依存症患者の対象関係を検討し、さらに基底欠損領域における治療の概念を援用して、あいまーぶの運営について考察してきた。しかし、思いっただけでも次にあげることは十分に検討できていない。まず、精神分析の知見をグループ療法に（特に力動的集団療法ではなく、認知行動療法的集団療法に）援用する問題については先に述べた。また、バリエーションの治療論は基本的にはオクノフィリア的に退行した患者に対しての治療論であると考えられ、それがそのままフィロバティズム的傾向が相対的に優勢にみられる物質依存症患者に当てはめて考えられるかどうか、議論の余地がある。そして、個人情報への配慮もあり、検討の素材を文献における記述としたため、ケース提示に基づいた考察ができていない。さらに、物質依存症患者をひとまとめにして、その対象関係を論じることには強引な面があるかもしれない。選択する依存対象によっても対象関係の特徴が異なる可能性を考える必要がある上、本来臨床的には個々の事例に即して検討すべきことである。これらの課題や今回取り上げたテーマについて、精神保健福祉センターでの依存症回復支援の経験を積む中で今後も検討を続け、薬物依存症の回復に向けた支援につなげていきたいと考えている。

注1) この自己のスキルの対する過信の背景には、物質使用の薬理学的効果によるスキルの錯覚的な高まりの体験があると考えてもよさそうである。この点は自己治療仮説⁸⁾を用いても説明できるかもしれない。

注2) 処方薬使用者における第1位の理由は「不安の軽減」であり、覚せい剤、危険ドラッグ使用者の特性と異なっていることは松本らによって指摘されている通りである。

注3) 「ニコイチの関係」について、ピンとこないと言う当事者もあり、上岡らが対象としている女性の薬物依存症当事者に特にみられる特徴であるのかもしれない。しかし、臨床経験からは、男性の当事者がこういった関係性を特定の対象との関係に限って持つこともあるようである。

注4) バリエーションは一次愛の理論を提示した当初はその対象をすべて「一次対象」と呼んでいた¹²⁾。「スリルと退行」の中では、一次愛の調和的渾然体の環境の中には、まだ「対象」はなく、「個体（胎児ない

し赤ん坊)」はあるが、それははっきりとした境界を持たない「物質」に囲まれ、いわばその中に漂っていると説明している。この調和的渾然体の環境の物質的側面に着目して、「一次物質」という用語が作られたと思われる。一方、「一次対象」については調和的渾然体が壊れ、対象が分離出現しだした後の、「一次物質」の性質を残した「環界（環境）の一部」として用いられていたり（「治療論としての退行」邦訳 98 ページ）、調和的渾然体における環境に対して「一次物質」と等置して用いられていたりし（同 215 ページ）、若干の混乱がみられる。また、バリントが一次対象とは、まず母親であると考えていたことは理解の助けになるかもしれない。

注5) スタッフの応答性は保たれている必要がある。不自然な沈黙は、かえって対象の輪郭をくっきりさせてしまうだろう。最小限の自己開示はむしろ対象としての独立性を弱めるのかもしれない。

文献

- 1) 上岡陽江、大嶋栄子 その後の不自由 医学書院 2010年
- 2) マイクル・バリント 中井久夫訳 治療論からみた退行ー基底欠損の精神分析 金剛出版 1978年
Balint, M(1968):The Basic Fault:Therapeutic Aspects of Regression. International Universities Press
- 3) 成瀬暢也 薬物依存症の回復支援ハンドブック 援助者、家族、当事者への手引き 金剛出版 2016年
- 4) 6つの特徴カード ことば・ナルセノブヤ イラスト・チアキ プルスアルハ
- 5) 成瀬暢也 アルコール・薬物依存症の問題への対応と考え方 和田清編 依存と嗜癖 どう理解し、どう対処するか 医学書院 2013年 所収
- 6) マイクル・バリント 中井久夫他訳 スリルと退行 岩崎学術出版 1991年
Balint, M(1959):Thrills and Regressions. Northwestern University Press
- 7) 松本俊彦 よくわかる SMARPP あなたにもできる薬物依存者支援 金剛出版 2016年
- 8) カンツィアン、アルバニーズ 松本俊彦訳 人はなぜ依存症になるのか 自己治療としてのアディクション 星和書店 2013年
- 9) 松本俊彦 専門医でなくてもできる薬物依存症治療ーアディクションの対義語としてのコネクションー 精神科治療学 32; 1405-1419, 2017.
- 10) 松本俊彦（研究分担者）全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 平成 26年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）「脱法ドラッグ」を含む薬物乱用・依存の実態把握と薬物依存症者の「回復」とその家族に対する支援に関する研究（研究代表者 和田清）平成 27年3月
- 11) Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M; Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcohol Clin Exp Res. Aug; 12(4): 494-505, 1988
- 12) 一次愛と精神分析技法 森茂起、栞矢和子、中井久夫訳 みすず書房 1999年
Balint, M(1952): Primary love and psycho-analytic technique. Tavistock Publications,

資料編

1. 愛知県における精神保健福祉について

(表1から表10までは名古屋市分含む)

表1 精神科病院数

各年6月30日現在

H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
54	53	53	53	51	51	52	52	52	52

表2 精神科病床数

各年6月30日現在

H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
13,401	13,224	13,293	13,270	12,848	12,892	12,678	12,636	12,535	12,203

表3 疾患別在院患者数

各年6月30日現在

		H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
精 器 質 障 害	アルツハイマー 型認知症	307	361	360	383	395	423	490	566	557	532
	血管性認知症	227	208	204	218	178	175	197	136	108	107
	その他	571	547	630	593	735	774	751	751	788	770
びに精 行よ神 動る作 の精用 障神物 害及質	アルコール	736	807	774	772	702	655	611	569	461	418
	覚せい剤	57	58	59	59	58	65	68	41	54	52
	上記以外	139	50	65	79	47	50	37	45	35	23
統合失調症及び妄想性 障害		8,281	8,124	8,040	8,053	7,639	7,687	7,498	7,504	7,229	7,098
気分(感情)障害		1,035	1,031	1,026	1,082	1,112	1,160	1,037	1,111	1,166	1,300
神経症性障害、ストレス関連 障害		236	231	251	229	207	238	245	220	256	236
生理的障害及び身体的要因 に関連した行動症候群		20	36	32	32	39	32	28	25	32	25
成人のパーソナリティ及び行 動の障害		95	76	98	82	72	60	81	55	50	33
精神遅滞(知的障害)		389	383	365	376	360	179	173	185	155	147
心理的発達の障害		34	16	28	26	25	39	47	54	68	85
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		19	7	7	16	9	12	18	20	16	19
てんかん		172	166	135	112	97	85	67	76	68	54
その他		97	163	186	123	119	131	115	119	59	79
合 計		12,415	12,264	12,260	12,235	11,794	11,765	11,463	11,391	11,102	10,978

表4 入院形態別在院患者数

各年6月30日現在

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
措置入院患者数	92	89	82	86	78	75	70	54	49	64
医療保護入院患者数	3,960	3,969	4,082	4,115	4,092	4,240	4,156	3,233	4,081	3,894
任意入院患者数	8,161	8,003	7,890	7,834	7,426	7,415	7,206	7,066	6,939	7,014

表5 前年6月入院患者の入院形態別

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
措置入院	6	5	6	5	6	7	8	9	3	6
医療保護入院	403	394	421	425	438	477	446	448	478	474
任意入院	822	810	854	893	871	920	821	837	800	802
その他の入院	6	5	7	14	9	10	20	19	32	18

表6 前年6月入院患者の年齢別

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
20歳未満	38	46	36	36	46	50	49	41	33	40
20歳～40歳未満	412	392	407	437	370	405	353	348	330	321
40歳～65歳未満	504	487	541	526	579	577	483	562	544	552
65歳～75歳未満	159	162	170	177	180	198	204	168	179	190
75歳以上	124	127	134	161	149	184	206	194	227	197

表7 前年6月入院患者のその後1年の退院先別

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
家庭復帰	915	871	948	976	994	1,062	934	973	904	979
グループホーム、社会復帰施設等	50	53	70	79	62	78	99	84	124	100
転院・院内転科	106	90	106	106	103	111	102	99	101	91
死亡	19	30	22	27	25	27	38	25	49	27

表8 各年6月退院患者数(在院期間別)

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
3ヶ月未満	1,004	818	829	865	841	870	861	905	963	930
3ヶ月～1年未満		224	274	316	271	282	341	261	302	280
1年～5年未満	113	101	103	97	96	102	88	79	87	84
5年～10年未満	26	33	27	28	22	19	23	30	19	20
10年～20年未満	15	19	22	19	15	24	19	8	12	15
20年以上	23	10	14	20	8	12	6	11	13	18
合計	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338	1,294	1,396	1,347

表9 各年6月退院患者数(退院先別)

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
家庭復帰	864	862	956	1,019	947	977	1,004	950	1,018	991
グループホーム・施設等	86	38	51	55	42	51	58	43	58	68
高齢者福祉施設	-	61	51	47	51	58	58	74	84	75
転院・院内転科	185	185	163	169	143	143	149	161	168	170
死亡	46	39	46	51	45	56	53	53	54	31
その他	-	20	2	4	25	24	16	13	14	12
合計	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338	1,294	1,396	1,347

表10 前年6月入院患者のその後1年の退院状況

	前年6月 入院患者数	前年6月 退院数	前年7月～ 8月退院数	前年9月～ 11月退院数	前年12月～ 翌5月退院数	翌6月1日付 残留患者数
H18	1,237	229	482	260	119	147
H19	1,214	228	476	240	100	170
H20	1,288	295	517	233	101	142
H21	1,337	309	503	271	105	149
H22	1,324	311	538	236	99	140
H23	1,414	350	569	267	92	136
H24	1,295	262	529	272	98	134
H25	1,313	310	531	261	79	132
H26	1,313	272	533	265	108	135
H27	1,300	296	522	299	80	103

表11 患者住所地・医療機関所在地ベースでの市区町村別長期入院患者数(平成29年6月30日時点)

保健所	市区町村	1年以上入院患者数			
		患者の住所地での患者数		病院の所在地での患者数	
		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
一宮	一宮市	147	151	143	176
	稲沢市	69	65	123	70
瀬戸	瀬戸市	38	54	55	49
	尾張旭市	20	15	0	0
	豊明市	39	29	178	90
	日進市	26	16	0	0
	長久手市	7	7	0	0
	東郷町	23	19	230	158
春日井	春日井市	127	131	100	202
	小牧市	42	54	0	0
江南	犬山市	37	49	111	163
	江南市	28	36	14	14
	岩倉市	12	16	0	0
	大口町	8	7	0	0
	扶桑町	12	11	0	0
清須	清須市	26	19	0	0
	北名古屋市	25	20	0	0
	豊山町	5	5	0	0
津島	津島市	32	52	0	0
	愛西市	38	27	0	0
	弥富市	14	8	0	0
	あま市	52	71	110	215
	大治町	8	9	0	0
	蟹江町	14	19	0	0
	飛島村	2	3	0	0
半田	半田市	71	78	112	108
	阿久比町	10	3	0	0
	東浦町	16	17	29	43
	南知多町	4	10	8	19
	美浜町	7	5	0	0
	武豊町	13	15	0	0
知多	常滑市	19	16	0	0
	東海市	36	36	0	0
	大府市	24	22	49	44
	知多市	33	19	0	0
衣浦東部	碧南市	9	22	0	0
	刈谷市	26	23	7	7
	安城市	48	35	59	27
	知立市	14	15	0	0
	高浜市	4	3	0	0
	みよし市	14	18	0	0
西尾	西尾市	53	57	0	0
	幸田町	13	17	146	168
新城	新城市	23	32	0	0
	設楽町	1	6	0	0
	東栄町	3	1	0	0
	豊根村	1	1	0	0
豊川	豊川市	47	42	2	1
	蒲郡市	40	48	0	0
	田原市	30	22	0	0
豊橋市	豊橋市	208	223	309	353
岡崎市	岡崎市	165	136	53	90
豊田市	豊田市	160	125	239	142
合計		1,943	1,940	2,077	2,139

(出典「精神保健福祉資料630調査」「厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究)より愛知県分抜粋)

2. 保健所別申請・通報届出状況

保健所	各年度内受理												要措置												措置不要											
	年度	22条	23条	24条	25条	26条	28条の1	28条の2	28条の3	27条の2	計	22条	23条	24条	25条	26条	28条の2	計	22条	23条	24条	25条	26条	28条の2	計	22条	23条	24条	25条	26条	28条の2	計				
一宮	21	1	30	7	-	6	-	-	-	44	-	28	6	-	5	-	39	1	2	1	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	-	85	5	-	10	-	-	-	100	-	79	5	-	9	-	93	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	98	6	-	7	-	-	-	111	-	96	1	-	7	-	104	-	6	5	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	-	143	1	-	-	8	-	-	152	-	138	-	-	-	8	146	-	3	1	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-				
瀬戸	21	-	4	-	-	8	-	-	-	12	-	4	-	-	8	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	-	36	3	-	6	-	-	-	45	-	29	3	-	6	-	38	-	4	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	1	45	4	-	6	3	-	-	59	-	39	1	-	3	-	43	-	1	2	2	-	1	3	-	9	1	-	-	-	-					
	28	2	113	7	-	12	-	-	-	134	-	109	5	-	13	-	128	-	6	3	-	-	-	9	1	-	-	-	-	-	-	-				
春日井	21	-	15	2	-	-	-	-	-	17	-	12	-	-	-	-	12	-	2	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	1	28	9	-	14	-	-	-	52	-	24	4	-	14	-	42	-	3	5	-	-	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	40	9	-	8	-	-	-	57	-	35	4	-	8	-	47	-	4	5	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	-	52	7	-	7	-	-	-	66	-	46	2	-	7	-	55	-	7	5	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
江南	21	-	8	2	-	2	-	-	-	12	-	8	1	-	1	-	10	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	-	34	2	-	4	-	-	-	40	-	30	1	-	4	-	35	-	4	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	28	2	-	3	-	-	-	33	-	28	1	-	3	-	32	-	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	-	28	2	-	3	-	-	-	33	-	28	1	-	3	-	32	-	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
清須	21	-	4	1	-	-	-	-	-	5	-	4	1	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	-	12	3	-	3	-	-	-	18	-	11	1	-	3	-	15	-	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	19	3	-	3	-	-	-	25	-	19	2	-	3	-	24	-	2	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	-	27	2	-	7	-	-	-	36	-	23	1	-	6	-	30	-	3	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
津島	21	1	13	1	-	3	-	-	-	18	1	13	1	-	3	-	18	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	1	32	5	-	9	-	-	-	47	1	27	4	-	9	41	50	-	5	-	-	-	5	-	-	1	1	-	-	-	-	-				
	27	4	37	3	-	5	-	-	-	49	2	34	-	-	5	-	41	-	2	3	3	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	1	59	2	-	6	-	-	-	68	1	56	-	-	5	-	62	-	2	2	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
半田	21	-	8	1	-	1	2	-	-	12	-	6	-	-	-	-	6	-	1	1	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	1	17	1	-	6	-	-	-	25	-	7	-	-	6	-	13	-	7	1	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	1	41	1	-	6	-	-	-	49	1	28	-	-	4	-	34	-	12	1	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	2	42	1	-	3	-	-	-	48	2	32	-	-	3	-	37	-	7	1	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
知多	21	1	8	-	1	2	-	-	-	12	-	4	-	-	2	-	6	-	1	4	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	2	12	2	-	6	1	-	-	23	1	9	-	-	5	-	15	-	2	2	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	32	-	3	-	-	-	-	35	-	24	-	-	2	-	26	-	5	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	-	29	3	-	5	-	-	-	37	-	22	-	-	4	-	26	-	7	2	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
衣浦 東部	21	-	41	-	-	68	-	-	-	110	-	36	-	-	65	-	101	-	5	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	3	77	10	-	106	-	-	-	196	-	59	6	-	98	-	163	-	3	13	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	1	73	9	-	78	-	-	-	161	-	44	8	-	77	-	129	-	1	20	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	28	1	143	12	-	95	-	-	-	251	1	132	7	-	100	-	240	-	10	1	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
西尾	21	-	39	1	-	97	-	-	-	157	-	58	1	-	77	-	136	-	1	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	1	21	1	-	61	-	-	-	84	1	16	1	-	70	-	88	-	4	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	22	5	-	54	-	-	-	81	-	15	1	-	48	-	64	-	3	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	-	24	8	-	39	-	-	-	71	-	18	4	-	38	-	60	-	3	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
新城	21	-	2	-	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	-	4	1	-	-	-	-	-	5	-	2	-	-	-	-	2	-	2	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	-	4	-	-	2	-	-	-	6	-	3	-	-	2	-	5	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
豊川	21	4	24	6	-	12	-	-	-	46	2	24	3	-	11	-	40	-	1	2	3	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	2	28	8	-	20	-	-	-	58	1	22	4	-	19	-	46	-	1	5	2	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	27	-	44	9	-	17	-	-	-	70	-	36	4	-	17	-	57	-	4	3	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	28	1	125	6	-	15	-	-	-	147	-	114	2	-	15	-	131	-	1	7	3	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
合計	21	7	136	21	1	200	2	0	1	448	3	197	13	0	173	0	386	3	19	7	1	18	2	1	51	0	2	0	3	0	5					
	26	11	336	50	0	245	1	0	0	693	4	315	29	0	243	41	600	5	53	15	0	5	1	0	79	1	14	6	0	3	0	24				
	27	7	479	51	0	192	3	0	0	732	3	398	22	0	180	0	603	4	60	26	0	9	3	0	102	1	11	2	0	0	14					
	28	7	739	51	0	194	8	0	0	1049	5	721	22	0	196	8	952	8	57	22	0	4	0	0	84	1	21	7	0	2	0	31				

3. 精神保健福祉法各種届出件数(平成27年度・平成28年度)

保健所		医療保護 入院届 法33条1項	医療保護 入院届 法33条3項	応急入院届 法第33条4	措置入院者数
一宮	H27年度	489	18		12
	H28年度	481	14	0	4
瀬戸	H27年度	927	39	27	9
	H28年度	962	50	38	9
春日井	H27年度	324	1		9
	H28年度	287	7		12
江南	H27年度	180	2		2
	H28年度	220	6		6
清須	H27年度				1
	H28年度				5
津島	H27年度	163	6		8
	H28年度	149	5		4
半田	H27年度	179	1	1	14
	H28年度	146	4	2	9
知多	H27年度	247	2	19	6
	H28年度	233	11	18	9
衣浦東部	H27年度	417	20	30	14
	H28年度	447	22	31	4
西尾	H27年度	311	16	38	2
	H28年度	342	12	43	5
新城	H27年度				0
	H28年度				1
豊川	H27年度	127	6		2
	H28年度	129	4		7
豊橋市	H27年度	487	10	2	5
	H28年度	529	22	4	4
豊田市	H27年度	464	14	14	10
	H28年度	496	11	15	7
岡崎市	H27年度	68	2		8
	H28年度	121	3		4
計	H27年度	4,383	137	131	102
	H28年度	4,542	171	151	90

家族等の同意 市町村長の同意

精神保健福祉愛知

2017

発行・編集 2018年9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

