

今までの経過をずっと丁寧に聞いていって、何ができた可能性があるかなということを考えていくという積み重ねになります。

まず一つの形成過程モデルをご紹介します。くどいようですけれども、ひきこもりという状態像を示している一群の方たちの背景はいろいろありますので、ここで示すモデルも、すべての方に当てはまるモデルでは決してありません。10人のうち5人、4人ぐらいの方に当てはまるモデルでしょうか。これはカナダ人の研究者が提唱しているモデルでして、青年期のひきこもりよりも、むしろ子供のひきこもりをテーマにしたモデルです。子供のひきこもりというのは、うんと引っ込み思案というような、そんな感じのここのようです。うんと引っ込み思案で仲間集団に入れなくて、学校に行けなくなってしまうとか、不安が強かったり、自己主張をしないというのでしょうか。そんな子供たちです。

このひきこもりの形成過程モデルの2番目からお話します。もともとかなり初期からこういう二つの要因があるだろうとこの人は考えています。一つは、生来的な気質、もともと持って生まれたこの子の性質というような意味合いです。自分のうちの子供を2人育てた、3人育てたというお母さんはよくご存じですし、お父さんでもよく見ていた方は知っていますけれども、生まれたときからそれぞれ子供というのはちょっとずつ違うものです。中には、ちょっとミルクをやっておくとそれで満足してぐうぐう寝てしまって、何て育てやすいんだろうと思う子もいますし、夜になるといつもぐずぐずするし、抱っこしていてもやらないとちっとも寝ないし、ベッドに置くとすぐぐずぐずするというような育てにくい子供もいるんですね。やはり生来的にちょっと育てにくさを持った子供が多いのではないかと、それが一つの要因ではないかというわけですね。

それから、もう一つが、不安定な愛着の形成です。少しやわらかくいいます。特に赤ん坊のうちはお母さんが主たる養育者で、お母さんがちゃんとしてあげないと1日たりとも赤ん坊は生きられないわけですから、もっぱらお母さんとの関係がとても重要になってきます。応答性とか、感受性とか、そういう用語があるんですけども、お母さんの側のそういう応答性や感受性がうんと大事です。そういうものがうまくいかないと、人間関係の一番最初のもともとの部分で不安定になってしまうというような、そんなふうにご理解ください。応答性、感受性というのは、そんなに難しいことはありません。勘のいいお母さんというのは、赤ん坊が泣くと、ああお腹がすいているのかなとか、おむつだとかかわかってしまうお母さんがいるんですね。そこまで勘がよくなくても、赤ん坊がぎゃーぎゃー泣けばおむつをちょっとのぞいてみたり、抱っこしてみたり、お腹がすいているんだなんてミルクをやってみたり。そうすると、そのうち赤ん坊が求めているものにフィットして、赤ん坊はちゃんとやってもらえと満足するわけですね。何を求めてきているのかということを読み取る能力、それからそれをしてやる、そういう役割や機能のことを応答性とか感受性とかいいます。

もうちょっと大きくなると、応答性はこんなふう to 発揮されます。先ほども交差点のところで見たんですけども、信号待ちをしているお母さんが1歳半ぐらいの子供さんを抱いていました。その子がこっちを向いているんですね。後ろにある自動販売機が触りたくて手を伸ばしたんですね。そうすると、お母さんの肩に重みがかかりますから、お母さんは、この子は販売機に触りたいんだと一瞬のうちにわかったんですね。それで販売機の方に寄せてあげたんですね。そうしたら、赤ん坊は喜んで、ボタンを押して、ポッチンとか

いって喜んでいるんですね。そういう風景。これも何を求めているのかを一瞬のうちに読み取って、こういうふう近づけてあげたと。こういうのも応答性や感受性です。

ですので、応答性、感受性なんていうととても難しく感じますが、ごくごく普通の養育ができるか、そういうふうに理解していただけるといいと思います。ただ、これは行為障害にせよひきこもりにせよ、生来的な育てにくさと、お母さんの側の応答性、感受性がうまく機能しない場合、関係がどんどんどんどん雪だるま式に悪くなっていったり、一番大もとの部分でいい関係ができなかったりしますので、とても大事なことでないかというふうに考えられています。

3番目、家族に見られる特徴として、特にうつをここでは強調しておきたいと思いますが、お母さんにうつがあると、さっきお話ししましたような応答性、感受性はがたと下がります。うつの方というのは、何もする気がないし、エネルギーがうんと低下した状態になっていますし、赤ん坊が何を求めるかを読み取って答えてやるという機能がぐっと落ちます。

それから、家族全体に非常に大きなストレス的な状況がある。例えばご主人が暴力をふるうですとか、お酒を飲んで借金がふえるですとか、すごい意地悪な姑さんがいるとか、経済的にすごく大変だとか、家の中が荒れていれば荒れているほど、やはりお母さんの応答性、感受性は下がります。

それから、もう一つちょっと違う側面から家族の特徴としてこのカナダの研究者が挙げている点ですが、これは私が青年期のケースを見ていても、臨床感覚としてはびっくりなものですのでご紹介しておきます。

子供の不得手な社会的な行動に対する耐性が低い。

これは、子供はやはりちょっと引っ込み思案だったりするわけですね。不得手な社会的行動というのは、例えばこの遊びをしたくて友達が遊んでいるのをながめているですね。気の利いた子は遊びが一段落がつくのを待っていて、一段落つくと「仲間に入れて」と言うんです。そうすると、「いいよ」と入れるんですね。だけれども、気の利かない子というのは、相手の状況を全然お構いなしにワーと入っていきこうとしてひんしゅくを買ったり、逆に「仲間に入れて」がどうしても言えない、ずっと黙ってながめているとか、そういうことが起きます。

そういう社会的な行動がちょっと不得手なそういう面を持っている子供さん、自分の子供にそういう面が見えたとき、そこをちょっと辛抱してみたりする我慢強さがどうしても発揮できないというのでしょうか。

子供は、しばらくはじっとながめて入りたいなと思っても言えないでいるかもしれないけれども、何かのはずみに「入れて」と言えたり、仲間に入れるかもしれない。もし子供が自分で「入れて」と言って入れたときには、その子は仲間遊びができるという自信やスキルを一つ身につけることができますし、その次へ次へとつながっていくだろうと思うんですね。ところが、こういうご家族は、その様子を見ていたり、子供が体験的に習得したりするのを待つよりも、ああしなさい、こうしなさいということを直接どんどんどんどん教えようとする傾向があるんだと言うんですね。

例えば青年期のひきこもりケースでもしばしばありますのは、子供さんは何か事情があって引きこもったに決まっているんですけれども、「あんた、学校で何があった」とか、「友

達と何かあったの？」とかということをやちゃんと聞くご家族というのはまずいいんですね。ご家族がやるのは、「アルバイトに行ってみたらどうか」とか、「神戸で震災があつてボランティアが活躍しているから、あんたもボランティアをしてみたらどうか」とか。「あれをしてみたらどうか、これをしてみたらどうか。こうしなさい、ああしなさい」ということをどんどんおっしゃるんですね。そうすると、何か事情があつてひきこもっている子供さんは、どうもわかってもらえないという感じを強めるみたいなんですね。それを何年も何年もやっていると、「わかってもらえるはずがない」「この親に何を言ってもむだだ」と、そんなふうに言う人がとても多いです。このカナダの研究者が、ひきこもりがちな子供と親を見て言ったことは、私が見てきたものと同じだというふうに思います。

こういう子供の特徴と、それからこういう親御さんの特徴がかみ合っていくと、(4)の一つのプロセスを形成していくのではないかと考えられます。

もともと子供の方はちょっと引っ込み思案だったり、外が怖かったり、仲間集団がちょっと怖くて自信がなかったりする。もし仲間集団に入っても、こういう子って黙ってくっついてるんですよね。あれをしようとか、今度はこれがしたいということは余り言わないで、くっついてる。自己主張はしない。

そうすると、3番目、仲間集団からはばかにされる。おまえはくっついていればいいんだとか、軽く扱われるんだと思うんですね。そうすると、子供はやはりとても屈辱的ですし、みじめですから、だんだん仲間集団を避けるようになっていたり、孤立していったりする。

(4)になりますが、そこへさっきのご家族の特徴、「ああしなさい」、「こうしなさい」がきます。子供は一時的にはそれに従ってやるかもしれませんが、自分でやれるという自己高揚感はちっとも高まっていかないます。自分が仲間集団に入っていけるとか、自分でやれるという感覚が高まらないままです。外はどんどん怖くなるし、ひきこもりは長期化、深刻化していくと。これが一つのモデルですね。このモデルの中には予防のヒントになることがたくさん含まれていますので、後でまとめたいと思います。

5. ひきこもりケースからみた教育機関への期待

5番目ですね。もう一つ、これはむしろこじれないような意味での予防ですけれども、学校との関係についてお話ししておきます。

もう青年期に至っているひきこもりケースの方たちが学校でどんな体験をしてきているかということをやちょっとだけお話ししておきます。これは学校を批判するのではなくて、学校にどんなふうにしていただくとよいかという期待でございます。

一つは、不登校のまま10年とか、高校へ1週間行ったけれども、そのまま行けなくなって中退して、それから10年というケースがかなりしばしばあります。

もう一方では、中退してもテレビに出てきたり元気なやつもいるんです。同じ中退でもその後の経過は全然違うんですね。中退したなら中退したという出来事を本人がどう感じているかということによって随分違ってくると思うんですね。そのままずるずる引きこもる人たちにしばしば共通していますのは、普通のことができない自分だとか、人生の落伍者だなみたいなことを言います。自分は人生の落伍者だと。だれもできることが自分はできなかったんだと。取り返しのつかない挫折なんだと。そういうことを口をそろえて言うんですね。TVで元気にVサインをしているやつとは対照的です。これは本人や家族、あ

るいはもしかしたら近くにいらした学校の先生方が、その子の不登校や中退をどういうふう
に受けとめているかということが影響を与えるのではないかなと思うんですね。中学で
不登校になったぐらいで人生の落伍者になりっこない。私たちはその後でどうにでも巻き
返しができるということを知っていますけれども、ご本人やご家族や、あるいはそのとの
先生方がそういうふうにとらえられないと、その不登校や中退の体験というのは、もう人
生の落伍者になったような体験になるかもしれないと思うんですね。そういうのは後で尾
を引くかもしれない。これは不登校や中退をどのように体験するかという部分です。

その後ですけれども、不登校、中退者への予防的なかわり。

中学生のうちまでは親が相談機関を見つけるのは簡単なんです。中学で不登校になった
というと、学校の先生方がうんと心配してくれますし、担任の先生、学年主任の先生、教
頭先生、校長先生、養護の先生、みんなが心配してくれます。「教育センターというところ
があるわよ」とか、「児童相談所に本間先生というすばらしい先生がいるわよ」とか、いろ
いろ情報提供してくれるわけです。ですけれども、義務教育年齢が終わってからの不適應
というのは、情報に極めてアクセスしにくくなるんですね。

私が一番最初に会った女の子は、中2で不登校になって、そのまま10年閉居していたと
いう子なんです。ご家族は2カ所医療機関に行っているんですけれども、うまくつながら
なくて、「病院以外にはどこへ相談していいか全くわからなかった」とおっしゃっていまし
た。こういうことがもっと早く相談につながるようにするために、中退していく生徒とか
不登校のまま卒業していく生徒やそのご家族に、「この後こういう相談先があるんだよ」「あ
なたの人生がうまくいかなかったらこういうところで相談できるよ」と情報提供してい
たくと随分違うのではないかなと思うんですね。

それから、順番が逆になりましたが、教育機関でこういうひきこもりに後々至ってい
きそうな子供に対してどんなふうに予防的にかかわれるかなと考えますと、やはり適応感と
か自尊心ということはかなり重要だと思います。適応感というのは、仲間に入れたとか、
自分はあのクラスの一員だったとか、その場所にいられたという感じですね。「一員だった」
という感覚。それから、自尊心。そんなに大したものではないけれども、「オレもそう捨て
たものではないさ」という多少のうぬぼれがないと生きていけませんので、多少のうぬぼ
れぐらいはちゃんと持てるということですかね。こういうのが根こそぎなくなってしまう
ような子というのは、やはり後へ問題が長引いていくようですね。

7. まとめ

ばらばらとお話をして、まとめて、ちゃんと整合性がつくかどうかちょっとわからない
のですが、7番目のまとめのところですけども、最初に申し上げましたように、私は青
少年の心の問題、起こってからどうしようかということ、内心は一生懸命やっているん
ですけれども、なかなかうまくいかないし消耗するものですから嫌になっていまして、何
とかもっと早く予防できるシステムをつくれないうらというのを考えています。

それで小さい順に上の方へと段階的に並べてみました。まず、お母さんのうつ。お母さ
んのうつが子供の心の発達により影響を与えないということは、世界中のいろいろな研究
から確実です。産後うつ病、ブルーマタニティは確かに多いですけども、出生前、母子
手帳を取りにきたときからうつの方もいらっしゃいますので、出生前にそういうスクリー

ニングする、それで必要なお母さんにはきちんとしたい支援を提供する。これは予防策としては十分やる価値のあることではないかなと感じております。

やってみると、全然大したことはありません。うつ病のスクリーニングなんていうのは、せいぜい20問ぐらいの質問紙でできます。

母子手帳を取りに見えたお母さんに、こういうのをやってみないかと声をかけると、嫌がる人はほとんどいないんですね。今、ストレスチェックとか雑誌にありますし、そんなつもりでみんなやってくれます。それを見ながら、保健婦さんがお母さんと問診すると、今まで機械的に終わっていたやりとり、問診がぐっと深まっていくようです。そうすると、その日は子供のことで役場に來たけれども、自分の相談がそこでできたり、今までと随分違った関わりができる可能性があります。

その次、町の保健婦さんか助産婦さんたちが、新生児訪問といってすべての新生児のケースに訪問しておられると思います。それから、乳幼児検診ですね、4カ月、7カ月、10、12、1歳半、3歳。日本の乳幼児検診は、世界で最高の受検率でして、多分地域の95%の方が乳幼児検診を活用しておられると思うんですね。この乳幼児検診で子供の発達だけを見るのではなくて、さきほどと同様にお母さんの精神健康に注目するということが、かなり意味があるだろうと思います。

それから、これは技術的な問題がまだクリアできていませんけれども、母子の関係性ですとか、小さな子供の心の発達をみてうまくいっているか、何かお手伝いが必要かどうかというあたりを見極めていくかということも、これからうんと大事な課題になりますが、検診でどんどん流れに乗せてやれるほど簡便なものがまだできないので、これは技術的な課題です。お母さんの精神健康だけではなくて、子供の身長が何センチ伸びたというだけではなしに、母子の関係性だとか、心の発達をどうアセスメントして介入するか、技術的な課題が残りますが、乳幼児検診でやれる可能性が十分あるだろうと思います。

それから、3番目。幼稚園、保育園です。

先ほど、カナダの研究者のモデルを簡単にご説明いたしましたが、これもカナダ、イギリス、アメリカあたりでしょうか、子供の問題行動に早期介入するという研究は随分やられています。最初に申しましたように行為障害が一つのターゲットなわけですが、欧米の人たちが問題行動というときには二つあるんですね。一つは、うんと乱暴。つまり、さっきのでいうと、相手のことなんかお構いなしに仲間集団に入っていってしまう子供たち、あるいはけんかになったり、トラブルを起こすような、そういう外向きの問題ですね。これは明らかに問題行動だというふうにとられます。もう一方で「仲間に入れて」が全然言えない子。これも欧米人の感覚でいうと問題行動なんですね。

私たち日本人は、余りこれを問題行動だというふうにとらえなかったかもしれません。学校のクラスでおとなしくて、何も言わない、でも授業に迷惑するわけではないですから、先生方からいうとノーマークの子になるんですね。こういう内向的な問題というの、日本人ではあるけれども、もう少しハイリスクとしてとらえた方がいいかもしれないなというふうに思います。

幼稚園や保育園の段階でそういった外向的な問題、内向的な問題、両方ともかなり当たりがつくはずなんですね。後ほどまだ議論できるかもしれませんが、しつけがなっていないという話だけで終わってしまうケースが非常に多くて、小学校に上がってからすぐに不

適応に陥るケースはしばしばあります。何もしないならまだいいですけども、子供のへそがすっかり曲がるような対応をしてくださるケースもあって、後で修復するのが随分大変だったりします。幼稚園や保育園にこういう子供の問題行動を見立てる目があって、それで専門相談を活用するような姿勢があると、小学校に上がってからの不適応はかなり早目に察知できるし、いい介入ができると思うんですね。それから、あとは小学校ですね。

こんなこというとおこられてしまうかな。中学校の先生方というのは、子供の問題行動に困っていらっしゃるし、真剣に取り組んでいらっしゃるし、大変なご努力をしていらっしゃると思うんですね。なぐりかかってくる坊主がいる、火をつけるやつがいる。ですけども、小学校というのは意外にのんびりしていることが多い。小学校の5年生、6年生の明らかな問題があって、これは中学に行ったら到底学校になんか行けっこないようなケースでも、余りその情報を表に出さずに済ませてしまうケースが気になっているんですけども、後でまた先生方の印象も……。

小学校でももう少し子供の問題行動にしっかり対処していく、まずそういう目的意識を持っていただくということがうんと大事だと思います。担任をやっているこの1年間の話ではなくて、この子が5年後、10年後にどうなるかということを常に考えていただきたいし、そういう視点を持っていただけるようなバックアップするシステムが必要なのかもしれないなというふうに思います。

それから、中学校、高校はさっきお話ししたようなことでよしにしておきます。

長々とすみません。あともう2分ぐらい。今、ざっと出生前から中学校ぐらいまで、あるいは高校中退者ぐらいまでのことをお話ししました。こういうことが行政的に可能になるには幾つかの条件があるだろうと思います。

8. 有効な早期支援の必要条件

一つは、8番目の(2)、これが一番重要だと思いますが、市町村のレベルで教育と保健福祉の連携がとれているということですね。国のレベルでけんかしていようが何をしようが知ったことではない、県のレベルでも知ったことではない。市町村のレベルで保健と福祉と教育と一緒に子供のことを考えようという検討会なり、一緒に事業をやるのですとか、そういうものができている市町村では、こういう流れというのはあつという間にできます。ご存じのように、幼稚園は教育委員会ですし、保育園は保健福祉の方が持っていますし、そこが分かれてしまっていると一貫した対応ができません。また、現場の先生方、幼稚園の方々が言っているのは、幼稚園で一生懸命やっても学校へつながらない、小学校でもし頑張っても中学へつながらないということをおっしゃいますが、市町村で教育と保健、福祉が連携して一緒に研修会を継続してゆくと、小さな町だったらすぐ顔なじみになりますし、そっちはそんな仕事をしているのかというようなやりとりから始まって、流れが非常によくなります。そうすると、こういう一貫したシステムがすぐできますし、実践的なつながりというのができていきます。

それから(3)、こういうシステムをきちんと起動させていくには、専門家をきちっと押さえておく必要があります。宮城には本間先生がいますからパーフェクトだと思いますけれども、例えば児童相談所だとか、精神保健福祉センターだとか、市町村の活動をバックアップできるような、二次相談やシンクタンクとしてきちっとバックアップできるような

専門機関の役割がとても重要になるだろうと思います。

そういうようなあたりが行政的な課題かと思います。実は、山梨では一つの町でパイロットでこういう流れができていますけれども、町のレベルでこの連携ができると、どんどん事業が展開していけますし、連続性のある介入があることを実感しております。もし何かのご参考になればと思ってご紹介させていただきました。

資料 レジューメ 青年のひきこもりケースからみた予防的なメンタルヘルス活動の課題

1. 『予防』という概念

- 一次予防
- 二次予防
- 三次予防

2. 社会的ひきこもり

- 精神医学的多様性
- しばしば共通する「心のクセ」／一体感、万能感／幻滅、対象喪失、抑うつ
- ひきこもる青年は犯罪を犯すのか／病的自己愛
- 広汎性発達障害にみられる過敏性・衝動性

3. ひきこもりの形成過程モデル

Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood / Rubin, K.H. (1993)

(1)分類

- ①不安、恐れなどにより、仲間集団に入れない子ども
- ②仲間から排除され、孤立する子ども
- ③仲間との遊びに興味がない子ども

(2)二つの初期要因

- ①生来的な気質
- ②不安定な愛着の形成

(3)親と家族にみられる特徴

- ①抑うつ、絶望、怒り
- ②家族全体のストレス状況
- ③子どもの不得手な社会的行動に対する耐性が低い
- ④様子を観たり、子どもの体験的な習得より、社会技能を強めに直接的に教えようとする傾向

(4)形成過程

- ①不安定な愛着の形成（「外界は信頼できない」）
- ②仲間集団に服従し、自己主張しない傾向
- ③仲間集団から異端視・排除される、または仲間集団を回避し、孤立する
- ④親の過剰なコントロールと巻き込まれ（巻き込み・抱え込み）が子どもの自己効力感を低下させる
- ⑤外界への恐れや不安が強化され、ひきこもりは長期化・深刻化する

4. 母子支援の課題

- 愛着研究の活用／出生前評価の可能性
- 母親の精神障害／うつ病と子どもの心の発達
- ハイリスク研究／低出生体重児のリスク／特有の母子関係
- 対象喪失を体験した母親へのケア／子どもの自立と親が“手を離すこと”
- 子どもの問題行動／乳幼児健診の課題／幼稚園、保育園、小学校における課題
- 欧米における「子どもの問題行動」への早期介入／外向的な問題と内向的な問題
- 危機介入の法的根拠／精神保健福祉法、少年法、児童福祉法

5. ひきこもりケースからみた教育機関への期待

子どもの適応感と自尊心の安定

不登校・中退をどのように体験するか

不登校、中退者への予防的関わり

情報提供の重要性

6. 家族への関わり

指導より支援

家族相談の重要性／家族のせいにしても始まらない／そうせざるを得ない事情

子どもの問題に『家族と』ともに向かい合う意義

援助者（治療者・教師）－親関係は親子関係に反映する

7. まとめ～青少年の心の問題に対する多層的な予防・早期支援モデル

①抑うつや不安定な愛着パターンに注目した母親への出生前介入

②新生児訪問や乳幼児健診の活用／母親の精神健康、母子の関係性、乳幼児の心理社会的発達についての評価と母子支援

③幼稚園、保育園／問題行動への適切な対処と専門相談との連携

④小学校／適応感、自己評価、社会技能を高めるための教育的配慮

⑤中学校・高校／小学校での課題に加え、不登校のまま卒業する生徒や中退者と家族への情報提供

⑥事例化を促進し、早期介入を可能にするような教育、保健、医療、福祉、司法、矯正のネットワークづくり

8. 有効な早期支援の必要条件

①ネットワークにおける情報提供とプライバシーの問題／親の同意を得る

②市町村における教育と保健福祉の連携

③専門家の確保とトレーニングの重要性

司会： 次の報告を五十嵐先生にお願いしたいと思います。五十嵐先生のご紹介を簡単にさせていただきます。五十嵐先生は、お隣の山形県の上山市にあります二本松会上山病院の副院長として働いております。

五十嵐先生は、精神分裂病を中心とした精神障害者の地域ケア、地域精神医療といいたいでしょうか、そういうことに随分長く取り組んでこられた方です。北九州市のデイケアセンター、デイケアの発祥の地であった北九州市のデイケアセンターでトレーニングを受けて、山形県に戻ってお仕事をされています。病院臨床だけではなくて、資料に書いてありますように社会精神医学、あるいは異文化精神医学とありますね。異文化、日本と韓国、中国とか、そういうさまざまな文化の違うところ、国の違うところに問題がございますよね。あるいは、日本に韓国とかフィリピンとか、東南アジアの方が随分お嫁さんとして入られていますよね。そういう方々も日本の文化の中でいろいろ問題を感じてうまくいかないこともございます。そういうことにも精通していらっしゃると思います。

五十嵐先生は、特に山形県で暮らす韓国の方とか、そういう方々のボランティア活動をされているんですけれども、そのお仕事も高く評価されたこともありまして、韓国のソウルに呼ばれて招待講演をされておられます。

では、五十嵐先生、よろしくお願いします。

プレゼンテーション（２） 「臨床の場で見える子どもたちの抱える問題」

二本松会上山病院副院長 五十嵐善雄

お招きいただきありがとうございます。隣の山形から来ました五十嵐といいます。

副知事さんから、ただ問題を言うだけではなくてそれを解決する方法についても話せというような話がありましたけれども、本間先生からご依頼を受けたときには、臨床家だから臨床の場で何をしているのかそれをちゃんと言えればいいのだからということでした。私は理論的に物事を考えて動いてきたこともありませんし、ただ地域社会といいますか、そのニーズにこたえながら生きてきたらこんなふうにしかならなかったということをお話できればいいかなと思っております。

最初にお話ししたいのは、私が精神科医として出発したその理念の中に、私が初めて持った患者さんは、精神分裂病の17歳の青年でした。彼とは今もつき合っていますが、彼は私の成長と同時に彼も成長していくという関係で、今は主治医をやらせてくれないかと言ってもお断りだというふうに彼から言われ、別な主治医を彼は自分で選んで、ときどき私のところにその主治医のぐちを言いにくるというのが彼の成長ぶりといいたいでしょうか、そんな感じがします。

私が精神科医になった最初のときに、精神科というか、精神医学の中に流れていたものは自然治癒力。患者さんは自然に治る力があるんだということと、もう一つは、ここに書きました悲哀の仕事ということです。モーニングワークというふうに言いますが、何か大事なものを失う体験をする、そしてそれを乗り越えることが回復していくことなのだということが当時の精神医学の中でとても重要視されていました。だから、我々がどんなに関与したってそんなに簡単に治るものではなくて、あの人たちが治っていく力、それを援助してあげるだけなんだという考え方ですね。

それを最も端的にあらわしているのが、その図に載っています、これはアメリカのクラウスという小児科医の人たちが先天的な奇形を持った子供さんを持ったときに親がどんな反応を示すかということですね。外から見ではっきりわかる奇形といいますか、指が6本あるとか、耳たぶがないとか、それから兔唇であるとか、そういうふうな身体的な奇形を持った子供を生んだときに、親はどんな反応を示すかということを調べたんです。そしてそれを図式化してくれました。これはとてもわかりやすいので、私はあちこちで使わせていただいていますけれども、これは日本で発表されたのは、今慶応大学にいる渡辺久子先生が、「障害児を持つ親の悲哀の仕事」ということで本にされたんです。そういう子供さんが生まれると、どんな親でもショックになるし、この子は私の子供ではないという認めたくない時期がありますし、毎日毎日その赤ちゃんを連れてこられると、やはり目のあたりが私に似ているとか、耳のあたりがお父さんに似ているとか、そんなふうに思わざるを得なくなってきた、どうして私がこんな子供を生まなければいけないのかという悲しみと怒りの時期がやってくる。その時期が過ぎてくると、ある日突然、家族が医者や看護婦さんをつかまえて、この兔唇の子供を何歳のときに手術すれば、生涯ともに障害の少ない、できるだけ健康な体で生きていけるのかということを聞くようになる。そのときに適応と再起という時期にさしかかるのだというふうにまとめてくれました。

これは身体障害だけにかかわらず、この悲哀の仕事というのはとても大事なテーマだと

いうふうに私は思っております。

精神分裂病者、本人も、自分が病気になったという事実を知っています。本人にとっても自分が病気になった、それを認めたくない時期がありますし、何でおれだけが病気になるんだという感情の嵐の時期があります。でも、自分の病気を受け入れて、やはり薬は飲まなければいけない。飲まないでまた病院に入院するよりは、薬を飲んで、高度1万メートルを飛ぶジェット機にはなれなくても、高度6,000メートルのプロペラ機であちこち給油しながら、それでも世界一周できるではないかというふうに思えば、分裂病だって悪くはないんですね。本人もこういう悲哀の仕事が必要ですし、家族もそうですね。家族だって、自分の子供を分裂病にさせたくて生む親はいないですし、健康に育ててほしいと願っているのは当然です。その子供が分裂病になった親の体験もまた、悲哀の仕事ですね。絵を見てもらえばわかりますように、私は原本を見たんですけども、ショック状態からぐっと下がってきてもゼロにはならないんですよ。ずっと続いているんです。それから、ストレスの強さといいますかね、反応の強さと書いていますけれども、適応して再起していくということは、ストレスがずっと上がっていくことなんですよ。だから、障害を持った子供を受け入れて、その障害を持った子供とともに未来を生きていこうとすればするほど、莫大なエネルギーを必要とするんですよ。だから、障害を持つ子どもを受け入れることも、ストレスフルなんだと思うんです。

こういう悲哀の仕事というのは、だれでもが体験しているはずですよ。大事なものを失いながら生きているのは、私だってそうですし、皆さんだってそのはずですよ。県知事になったということだって悲哀の仕事ですよ。恐らく副知事になったということだって悲哀の仕事です。それは、副知事にならずにいられるというもう一つの選択肢もあったはずですよ。右か左、どちらに行くかということは、選んだ方がよければ悲しみを感ぜなくて済みますけれども、選んだ方が間違いだと思えば、あっちの方がよかったなと思うんです。それだって悲哀の仕事だと思うんですよ。

もっと卑近な例を考えれば、皆さん、結婚をしていらっしゃる方は、自分の配偶者がよかったなと思えている人はいいけれども、うーんと迷ったりするのは、それは悲哀の仕事をしているんだと思うんです。たくさん女がいたのに、たくさん男がいたのに、たった一人を選んでしまうということがどんなに大きな決断かということを、皆さんはどれほど感じているかですよ。

そういうことを考えると、悲哀の仕事をしたことがないという人はいないはずですね。だからこそ共感性が私たちに備わっているんだと思うんですが、きょう、近藤先生のお話を聞いていて思ったのは、私はずっとこの悲哀の仕事、これが共感のモデルだと思っていたんですけども、やはり悲哀の仕事が通じない子たちというのは、ADHDとか、自閉症の子とか、そういう人たちだったんだなと。応答性が悪いというのはそういうことなんだということを、今、はっと思い出しました。

こういうことを私は基本的に考えながら仕事をずっとしてきました。患者さんをできるだけ地域社会で生活できるように、病院ができるだけつぶれるように、医者ができるだけ失業できるようにというラジカルな発想の中で仕事をしてきました。そうやって患者さんを外で、地域社会で社会生活が途切れないように一生懸命お世話しようとする、いろいろな人の力をかりなければいけなくなります。そういう中で、福祉事務所のケースワーカー

一の人とか、保健婦さんはもちろんそうですし、民生委員の方とか、そういう人たちと直接会う機会がどんどんふえてきます。そういう関係の中で、むしろ私の方によこされる宿題というのは、その次からの話になっている外国人花嫁さんですよ。

その外国人の花嫁さんが1980年代の後半から、山形では朝日町というところで1986年だった87だったですかね。初めて町を挙げてフィリピンに出かけて行って集団見合いをして、お嫁さんを連れてくるということを町の事業としてやりました。連れてきて、勝手に日本語は覚えるだろう。勝手に、住めばなれるだろうと思って連れてきたんですよ。だけれども、そんなに勝手に連れてきてうまくいくわけではないんですね。言葉を教えるということがどれだけ大変なことか。結局、行政もアフターケアがこれだけ大変だということを感じさせられたんでしょうね。農協の人とか、そういう人たちがかり出されて言葉を教える仕事をし始めます。最初にかり出されるのは、中学校とか小学校の国語の先生なんです。こういう小学校、中学校の国語の先生というのは使いものにならないんですよ。言葉を教えられないんです。みんな最初から共通の日本語を話している人が、教えられない。共通の言葉として最初から知っているからなんです。

日本語を教える教え方というのは、もっときめ細かくて、私から見ているとカウンセリングをするような話し合いから始まっていくんですね。相手のニーズを聞きながら。そういうアフターケアができない。町は放棄するんですよ、結局。あまりにもアフターケアが大変なために村や町で集団的な見合いをして花嫁さんと呼ぶということをやめてしまうんです。でも、その次にやってくるのは業者です。冠婚葬祭業という、要するに葬儀屋さんたちが、韓国とかフィリピンとか中国とか、そういうところとネットワークをつくって、花嫁さんを紹介するんです。1回の紹介料が500万円ぐらいですね。日本の業者が200万円ぐらいもらって、韓国や外国の業者が200万もらって、花嫁さんとしてやってくる人に100万円ぐらいあげますね。では、その業者の人たちはアフターケアをしてくれるのかというと、何もしないですね。1990年、平成2年ころから、しかたなく、私はそういうことで対応を迫られたのです。困ったのは、保健婦さんからの泣きつきがあって、母子手帳を交付しようにも言葉が通じない、どうしたらいいんだという相談でした。たまたま在日の韓国人の方がいらっしゃったり、韓国の大学を卒業してきたという日本人の方がいらっしゃったり、英語を話せる人とか、フィリピン人は英語を話せます。それから、中国の帰国者の方たちがいろいろな形で支援してくださって、母子手帳を翻訳したりしました。それから、車の免許が取りたいというので、教則本を全部、韓国語やいろいろな国の言葉に翻訳して渡したりしたこともありました。

そういう中で考えてみると、やはりお父さんというのが結婚したとたんに全部お母さんに任せてしまうんですよ。自分で考えようとしなくなる。だから、お父さんというのは、お父さんではなくて長男なんですよ。おじいちゃん、おばあちゃんがお父さん、お母さんなんです。おじいちゃん、おばあちゃんの問題は、皆さんも考えなければいけないことですけれども、日本という国はアジアに対して戦争責任をきちっととっていないんですよ。申しわけなかったということを一言も言っていない。韓国の人にとってもアジアから来る人たちにとっても、辛いことがあると、また日本人はそうやって我々から搾取していくとか、責任をとったのかと。いじめることといじめられることを考えると、いじめられた者は生涯死ぬまでいじめられた事実を覚えています。だけれども、いじめた方はすぐ忘

れるんですよね。日本だってそうだと思います。国家と国家の間で起きた、いじめられることといじめること、そういういじめられた側の歴史の本を日本人は読んだことがあるのだろうか。韓国人が書いた歴史の本、北朝鮮が書いた歴史の本、中国で書かれた歴史の本、オーストラリアで書かれた歴史の本というのは読んだことがありますか。日本をどんなふうに見ているか。そういうことに思いをいたさない日本人の国際性の乏しさというのを考えると、私はとても悲しい思いがします。それはむしろ我々の責任だというふうに思っています。

それから、こんな話がありました。タイの女性が18歳で嫁いできました。とってもきれいな女性なんです。理解のある男性だったんですけども、隣のおばあちゃんが、その女の子、お嫁さんにかかる言葉は「おまえ、どこの飲み屋で働いていたのや」と言うんですよね。1年目のその子は日本語がわからないから、何かやさしい言葉をかけられているとしか思えなかったんですね。にこにこ笑っている、タイ人のほほえみというとても柔らかなほほえみがです。そして2年目、3年目、おばあちゃんは相変わらず同じことを聞くんですよね。「おまえ、どこの飲み屋で働いていたのや」と。だんだんそれが理解できるようになると怒りだすんですよね。「何で、こんなふうにタイから来たから飲み屋で働いていなければいけないんだ」って。そういう日本人の言葉の足りなさというのですかね。精神障害者の家族に対してもそうですね。お宅の娘さん、そろそろ結婚するころですよ。今、どんな生活をしていますかとか、大学に入るところですよと聞かれたときに、分裂病の娘を持ったお母さんだったら答えられないですよ。そんなこと配慮もなしに聞いてしまう日本人の友達とか交流関係をつくるときの無神経さというのをすごく感じます。

いっぱい話したいことはあるんだけど、はしります。

それから、最近やってこられる外国人、国際結婚は、子連れの方が多いです。これが12歳とか中学生の時代に子供を連れてこられると義務教育の中に入っていけるんですね、何の抵抗もなく。それが高校生になると入れないんですね。ついこの間、連れ子できた16歳の男の子がいました。すごく頭がいいんですね。高校に行きたい、勉強をしたいと言って、たった3カ月で日本語がべらべらになったんです。語学を覚えようという意欲がすごいですよね。我々、英語を6〜7年勉強しているのに、しゃべれる人は何人いるかといったら、しゃべれない人がほとんどじゃないですか。やはり言葉を覚えるためには切実さが必要ですね、日本人に切実さがないから覚えられないんですよ。日本語一つあればどこでも通用すると勝手に思っているだけです。

そういう子供たちが高校に入ろうとするときに、お父さんというのは動かないんですね。日本語をボランティアとして教えた人たちが、こんな頭のいい子供を何とかして学校に行かせてやりたいと教育委員会にかけあったりするんですね。その子を公立高校に入れたんです、比較的いい進学校に。そんなに一生懸命日本語を教えてくれた人たちに、そのお父さんはありがとうという言葉が言えないんですね。やはりこういう人だから、奥さんをもらえないんだろうなと。あいさつさえできないお父さんなんだろうなと。そんなところにやっぱり女性は来ないよねと思いました。

そういう16歳以上の大きな子供さんを連れてこられたときに、日本の教育システムの中でそれを受け入れていく器がないんですね。それをどうやっていったらいいのかなというふうに思っています。

それともう一つは、日本人というのは、中学へ行ったら次は高校へ行ってという手続が、日本人のために簡単にできているんですね。親は悩まないで済むようにできているんです。私は外国人の人たちとつき合ってみて本当にわかるのは、日本人ほど悩まないで成長していく文化はないのではないかと思います。特に親はね。勝手に学校に入れてもらって、勝手に卒業していくんだとしか思っていないのではないかと。

だから、言葉が通じなければ通じないほどいっぱい話をしなければいけなくて、たくさんコミュニケーションを持たなければいけない。そんなことを考えれば考えるほど、もしかしたら日本人は言葉が通じるというただその間違った信念のもとに、お互いが理解し合えているという幻想を抱いているに過ぎないのではないかと思います。日本人同士が言葉が通じなくなった方が、もっとお互いを知ろうとする努力をするのではないかとことさえ感じます。

そんなことから、私は赤ちゃんの相談、乳幼児検診の話にかかわるようになりました。たまたま上山市に療育センターというのがあって、それから盲学校というのがあって、いろいろな障害児を扱う施設が集まっているんです。山形県内から障害を持った子供さんがたくさん集まってきて、上山市に永住するんですね。そういう子供さんを親御さんはどういうふうに見ているんだろうかという私自身の興味があって、保健婦さんにお願いをして、ただでいいから乳幼児検診に参加させてほしいといって頼みました。次の年から予算が出るようになりましたけれども、要望があれば、月に1回半日なんですけれども、いつでも呼んでくださいと言ったんです。そうしたら、どんどん相談がふえていって、私は上山病院から給料をもらっているが、実は上山市の保健センターというところに勤務している医師のような状況に、今、なっています。

そういう母親の育児支援のことでいろいろな相談、話を聞いてみると、先ほど近藤先生のお話にもあったように、マタニティブルーズというのがとても見逃されている感じがします。本当に詳しく聞いていくと、あれがマタニティブルーズだったんですねとお母さんたちは言います。それだけ母親というのは孤立している感じがします。あのときにもっと早く対応していたらと思います。

いろいろ調べたら、九州の福岡市の母子手帳には、マタニティブルーズの話と産後うつ病、産後精神病という項目が1ページ入っているんです。福岡市にお願いしてその母子手帳を送ってもらって、その1ページだけコピーさせてもらって、上山市の養育手帳の中に張らせてもらいました。必ず保健婦さんが、母子手帳を交付するときに、産後のうつ病とか、マタニティブルーズというのはあるんだよということ、あったらすぐ保健センターに相談にきなさいと言うようになりました。保健婦さんが対応してくれるので、わざわざ私が行かなくても良くなりました。保健婦さんが対応できるようになると、保健婦さんは自信がつくんですね。そして私の相談が減ってくるんです。そういう二次的な効果がありますね。

そういう話をしていると、だんだん保育園の方から保健婦さんに相談がくるようになりました。3歳児検診までの後の問題というのが語られるようになってきました。これはぜひお伝えしておきたいのは、私の患者さんで子供を生んだ精神分裂病者がいます。その子が幼稚園に行き、ことし小学校に入りましたけれども、その子が幼稚園に入ったときに、子供たちがその子に「おまえの母ちゃん、ばか母ちゃん」と言ったんですね。子供が言っ

ているということは親が言っていることなんですよね。彼女が分裂病のひどい状態のときに着物を着て町の中を歩いていたりしたことがあるんです、そういうことを市民が知っているんです。それを覚えているものだから、その子のお母さんが父兄会に来たときに、「おまえの母ちゃん、ばか母ちゃん」と言ったんですね。それを子供たちが聞いているんです。私はとても腹が立ちました。その保育園に行って、父兄の方を集めていただいて、精神病とかうつ病とかいろいろな心の病についてお話をさせていただきました。もちろん無料です。その保育所の園長さんに、あなたはちゃんと子供のしつけとか親の言動についてきちんと責任をとれているのかとって詰問しました。私はできているというようなことを言っていましたけれども、ではこの事実は何なのだとって半ばおどしをかけたような状態でしたけれども、でもやはりやらなければならないと私は思ったのです。親の偏見が子どもに伝達されないようにしなければならないのです。

そういうふうなことをしていると、保育所からいろいろな相談が保健センターに入ってくるようになりました。保育所の保母さんを育てる、生涯教育をきちんとしなければいけない。できるだけ早い時期に子供たち、ハイリスクな子供たちを拾おうとすればするほど、保母さんの気づきを、情報として流せる場所をつくっておかなければならないというのは痛切に感じます。

そういうことをしていると、今度は小学校の校医もやってくれないかというふうになって、私が担当している小学校というのは、わずか 110 人しかいない小学校なんです。そういう小学校に行くと、児童が少ないものですから、やはりゆったりした雰囲気です。そういう小学校に、うつ病の先生とか、ちょっとやばいかなと思う病気の先生が転勤して来るんですね。そういうところで心をいやしてこいと言うんでしょね、教育委員会は。では、子供たちはどうなるのよというふうに思いますね。それはきちんと先生たちを治療しなければいけない。その先生たちの首に鈴をかけるのはだれなのか、それは校長がきちんと首に鈴をつけなければいけないし、教育委員会の委員長がちゃんと言わなければならないんですよ。「あんた、治療を受けろ」と。そういうことをいつまでも言わないから長引いて、だらだらと。もう 10 年も 20 年もたってから病院に来るんです。それは精神病に対する偏見もあるかもしれないけれども、子供のためにもうちょっと早く病気の先生に対応できないのかというふうに思います。

そうやってくると、できるだけ学校に行って相談にのるようにしているのですが、私はもう時間がないと弁当を持って行って、その養護教諭のいる保健室で弁当を食べながら子供の話を聞いたりすることもあります。すると、ほかの学校の養護教諭の先生が弁当を持ってその小学校にやってきましたりするようになるんですよね。これは困ったことだったので、養護教諭の先生を集めて勉強会をするようになりました。

こういうことをしていると、私自身が病院から首になるのではないかというふうに、今、おびえています。ただ、もし病院をやめても囑託をあちこちしながら生きていける道があったら、それもいいかなというふうに思っています。病院に来られればカルテをつくらなければいけないんですよね。カルテをつくることに、私はまだ抵抗がある人たちがいます。いわゆる患者と呼ばずに話し合いをできる人たちとか、それが必要だというふうに思っています。それから、乳幼児検診をやっていると、お母さんが虐待を受けていたとか、お母さんがレイプされていたとか、レイプされた子供だったとかいうお母さんがいるんですね。

そういう話を聞いて、もう私自身耐えられないんですね。次に私が手をつけたのは、山形県警がやっている犯罪被害者の支援に僕も手伝わせてくださいと行かざるを得なくなるんですね。自分自身が多動児になっていくのを感じます。本間先生からも、もうこれ以上仕事を増やさないようにしなさいと言われていたんですけれども、やはりとめられないんです。だから、カウンセリングをできる人をもっとふやしたい。1時間もゆっくり時間をかけて、私は話を聞きたいと思うんです。でも、それをやれば1日せいぜい8人ですね。24時間かければ24人ですけれども、私にも寝る時間が必要だし、お酒を飲む時間も必要ですしね。そのため、もっと市民がカウンセリングとか相談を受けるとことができる人がいるということが大事なことなんだと。先ほど近藤先生が言われていたように、手のかからない子供だったんですよというのは、よく聞いてみると、お母さんが手をかけられるような状態ではなかったりするんですよ。

つい先日入院してきた17歳の子供のお母さんは、子供に対して切れるんですね。「うちのお母さん切れるから」と言って子供が入院してきたんですけれども、お母さんが切れるようになったのは、そのお母さんの最初の子供が12歳のときに神経芽細胞種で死んだんですね。それ以来、お母さんはヒステリックに行動するんです。子供の治療よりも、そのお母さんの、自分の長女を亡くしたという悲哀の仕事をきちんと治療しないと、子供とお母さんが向き合えないなということを感じます。そんな病気でもない子供を何で精神病院に入院させておかなければいけないんだろうかと私は思いますね。警察の人、あるいは学校の先生たち、そういう問題を起こした子供たちを精神病院とつながりをつけておけば、困ったときには本人と向き合わずにすむように精神病院に入院させておけばいいんだと。家族もそうですね。

この前相談にきたのは、殺人を起こした高校生を精神病院に入院させてくれないかと親が電話をよこしたんですよ。情けないと思いまして、そのお父さんに私ははっきり言いました。子供さんがそういう事件を起こしたことに子供さん自身が責任をとらなければいけないでしょうし、お父さん自身はどういうふうに責任をとられるんですかと。今、拘留されている身なんですから、その拘留が今後どういうふうになっていくのかわかりませんが、お父さんとして子供さんがした罪に対してどう向き合っていくのか、そのことを考えることの方が大事なのではないかとというふうにお話ししました。

精神病院はもう17歳の子たちを抱えられる力はないと思います。あの人たちをどこで処遇していくのかというのは、これは社会の問題だと思っています。それを考えると、もうちょっと早いときに、17歳になる前にもっと詳しく調べていけば、3歳とか、4歳、5歳、小学校に入る前ぐらいにそういうことを、もしかしたら把握できていたのではないかな。そういうシステムづくりを、ぜひ宮城県でもつくってほしいし、宮城県がそういう日本の最初のとっかかりのようになっていただくといいなというふうに思っています。私は上山市が好きなので、その3万8,000人という人口の中で、私一人の精神科医が上山病院から給料ももらいながら市民全員のメンタルヘルスがカバーできるのではないかなという妄想を抱きながら、あと何年続くかわかりませんが、やっていこうというふうに思っています。

司会：どうもありがとうございました。

まだお話ししたいことが幾つか残っていると思うのですが、これはディスカッションの

中で追加していただこうと思います。ここまでのところで五十嵐先生にお聞きしたいことがありましたらどうぞ。

質問A：大分お話しの中で出てきたと思うのですが、話の隅々をお聞きしていると、カウンセリングができる人がいるともっと違う対話ができると。そのためにカウンセリングできる人をふやす努力、あるいは上山市で何か対応みたいなものが起きているところはあるのでしょうか。もしあったら教えてもらいたい。

五十嵐：とても鋭い質問ですね。

私は、今外国人の人たちで、もう10年以上山形に滞在して、ほとんど日本語を読み書きできる人たちが、各国代表のような人たちが育ってきましたので、5年ぐらい前から、最初は医療通訳者として彼女たちに参加してもらっていたのですが、日本語を簡単に覚えれる人たちというのは、やはり知的レベルが高いんですね。大学を卒業していたりとか、大学の心理学科を卒業していたりする人が何人かいました。いろいろな国から来られた人たちを対象に、彼女たちがカウンセリングを勉強したいと言いだしたんです。五、六年前からカウンセリング講座というのを月に1回しております。そういう活動をずっとしていましたら、私の所属しているボランティア団体に県の方で予算をつけてくれまして、その予算は別な彼女たちの通訳業務にお支払いしているんですけども、始めて5年ぐらいになるんですけども、大体2年ぐらいで1回終わるぐらいのペースなんです。ずっと参加し続けている人もいますし、その中に学校の先生が入ってきたり、それから市議員の方が来られたこともありました。そういう形でオープンにしているんです。看護婦の大学院に行っている方も来られたりして、そういう人たちが1クール2年ぐらいの中を卒業していかれて、さまざまなか所である程度の対処ができるようになってきました。そのカウンセリング講座というのを永続的に、私が生きている限り続けていこうと思っていますが、その輪の中に聞きつけて入ってくる人たちがいますね。要は、自分の中の悲哀の仕事ができる人達が地域に戻って行って、それぞれの場で悲しんでいる身近な人を救い、私の手に負えないかもしれないなというとな上手に五十嵐先生に手渡してくれるというシステムが今できつつあるところです。

質問B：今、先生は臨床の中で、地域の中で活動しながらそういうカウンセリングの講座、講座といっても、多分質問なさった方は何々講座として町民を相手にとか、保健婦を相手にとか、養護教諭の先生を相手にとかしたかというふうな質問なのかなと思って私はとられていたんですけども、多分先生の活動の中では、出会ったその場で、例えば学校のお子さんと出会ったときに養護教諭の先生と一緒に勉強会をしながら、そのカウンセリングの仕方も交えながら活動していた、また保健婦や外国人の妻、そういうことに私はとらえていたんですけども、それでよろしいでしょうか。

五十嵐：すみません。言葉が足りませんでした。そのとおりです。養護教諭の先生たちと勉強会をしているのも、恐らくその中でカウンセリングというのはこういうことなんですよという話し合いをしています。

外国人の方は、やはり日本語を翻訳して聞いていますから倍の時間、3時間半から4時間ぐらいかかります。ただそれだけ休みもせずについてこれるというのは、彼女たちのエネルギーというか能力を感じます。それから、養護教諭の先生たちもカウンセリングマイ

ンドを、求めているのを感じます。

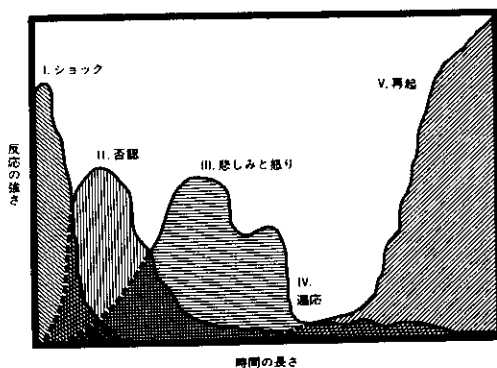
ただ、業務の中でそれをやろうとすると、校長先生とか、保健所の所長とか、おまえ何しに行ってきたんだとか、どういう話し合いをしてきたんだとか、そんなことを業務報告させられるんですよね。子供のことについて話し合いをしてきたことを全部校長に話していいかといったら、いけない場合もあるんですね。私、一人の校長で頭に來たのは、耳たぶのない子供がいて、その子は耳たぶのないことを隠すために髪を伸ばしていたんですね。中学校に行ったんです。そこの校長が、男の子はみんな丸坊主にしろと言ったんですね。その子は学校に行かなくなりました。その校長先生に言いました。あなたが学校に行かせないようにしたんだよ、この子を。なぜ髪を切れないか、あなたはわかりますかと言ったら、耳がないことにいつまでもこだわっているような子供は、大人になってもいい大人になれないというばかなことを言った校長先生がいて、こういう校長先生こそカウンセリングの対象になるのではないかと考えています。しゃべればしゃべるほどこみ上げてきそうなのでやめておきます。

資料 レジューメ

臨床の場で見える子どもたちの抱える問題

1. 悲哀の仕事

病気と障害の受容 (図1)



2. 外国人花嫁への支援から

80年代後半以降の国際結婚

母親の言語的文化的適応について

父親の受容と家族と地域社会の受容

子どもの文化適応について

最近の国際結婚の傾向

業者介入型

子連れ女性の増加

教育の場での父親の役割

言葉は人間の数ほどにある

3. 乳幼児健診の育児相談から

身体障害児の育児相談から

育児不安の事例から

母親の孤立感の訴え

マタニティーブルーの存在

育児相談への小中学校からの割り込み

家族の永続的支援の必要度の自覚の乏しさ

非行化した少年への対応

ハイリスク児童の発見のために市町村保健

婦の機能強化

臨床心理士と精神科医師の育成

母親の過去のレイプ体験 (犯罪被害発見)

虐待児の発見 (虐待ネットへの参加)

母親のうつ病

嫁姑、父親のリストラ、祖父の痴呆化

4. エンゼルプランからの相談

精神障害者の児童

母親への父兄からのいじめ

民間保育所の不均一さ

保育士の生涯教育

保育所の指導体制のあり方

父親と母親の育児分担

母親への過剰な負担

5. 小学校の校医として

家族教育と睦の責任の低下

心身障害児の受け入れをめぐる地域社会の姿勢

少数児童校への教師の配置について

教員の職場のメンタルヘルス

「もう少し早く来談すれば」という想い

家族機能全体への配慮

子どもという弱者

若い家族が経済的に自立できない現実

6. 医療人としての葛藤

カルテを作る義務と医療経済

カウンセリングのための時間の圧倒的欠乏

教師が子どもを事例化することへの困難さ 父親のアルコール、ギャンブル依存の発見 校長の姿勢による影響 児童相談所機能の見えにくさ 児童相談所の責任のとり範囲 家族への継続的支援事業の乏しさ	医療人としての自分を脱ぎ捨てる日はあるか 一人の精神科医はどれだけの人口をカバーできるのか 専門家の育成
--	---

司会：次は田中先生から報告をいただきます。北海道の帯広に北海道立緑ヶ丘病院という病院があるのですが、そこでお仕事をされている先生です。

僕は、彼がどういうことで北海道に渡っていったのかわからないのですが、北海道の帯広というと余り大きくない北海道の内陸部ですね。その道の単科の精神病院ですけども、そこに彼は孤軍奮闘しながら子供の精神科の病棟をつくったんだと思うんです。そこで数名の仲間と一緒に精神科病棟を運営しながら、同時に地域のさまざまな子供のメンタルヘルスに関する活動を一生懸命やっていた方です。

最近、彼は今学級崩壊とかさまざまな子供の問題の中心にあるような ADHD というのがありますよね、注意欠陥多動障害というのがあるんですが、そういう子供たちの誤解されている部分であるとか、あるいはどういうふうに彼らとつき合うかとか、そういった事柄についてお仕事をやっていたら、最近はこの「ブレイキをかけよう」とか「ADHDとうまくつき合うために」という本を訳されたりして、本当に多面的な活動をしていらっしゃる方です。では、田中先生、よろしくお願いします。

プレゼンテーション（３） 子どもの心の問題に対する地域ネットワーク活動

ー児童精神科外来・病棟の現場とそこから飛び出して見えてきたものー

北海道立緑ヶ丘病院 児童部門 医長 田中康雄

1. はじめに

雄大な北海道南東部に位置し、北は石狩山地、西は日高山脈、東は白糠丘陵に囲まれ、南は太平洋に面している盆地状の平野、ここを十勝と呼びます(図1)。十勝は1市16町3村からなり、人口約36万人、日本を代表する畑作・酪農地帯で、21世紀の食糧基地といわれています。

北海道立緑ヶ丘病院は、昭和28年、この十勝に道東一円の精神科第一線機関として開設されました。その後11年にも及ぶ「道東精神医療センター」構想のもと、昭和59年に帯広市から音更町へ移転改築となり、脳器質病棟、音更リハビリセンター併設とともに、児童部門(外来・入院)が新設されました。

昭和60年から診療が開始された児童部門は、ゆるやかにその存在をアピールし、現在は十勝管内だけでなく、南は釧路・根室方面、北は北見・網走方面へと、その診療圏を拡大しています。児童外来と児童病棟を運営しているなかで、病院にいただけでは子どもと家族を支援することが難しく、さらにその関係者とも手を携えて行く必要性に迫られ、子どもの療育、教育、医療、福祉に関わる人たちと立場を越えて出会い、仲間としての親交を深めてきました。

これが、地域児童精神科医療ネットワーク活動(図2)とでも呼ぶべき現在の姿になっています。子どもの虐待問題や14歳、17歳の事件が社会を震撼させていますが、われわれはこうした一時

の流行に惑わされることなく、臨床の現場で見つめている子どもたちとその家族および関係者を
支え続ける活動を常に中心におくべきと考えています。

本日は、こうしたわれわれのささやかな連携活動の概要を報告し、今後の課題について提言し
たいと思います。

図1 北海道 十勝

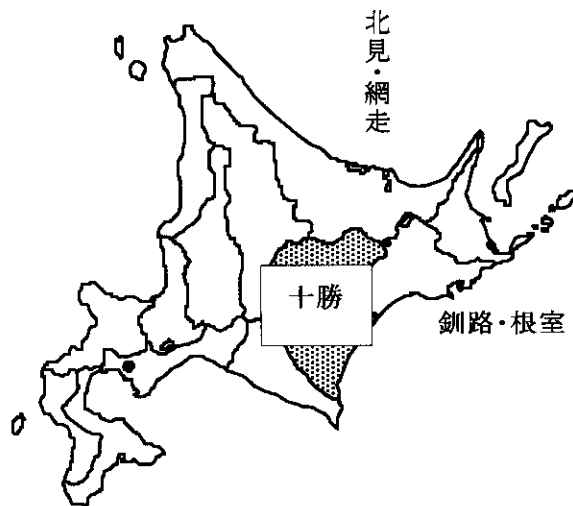
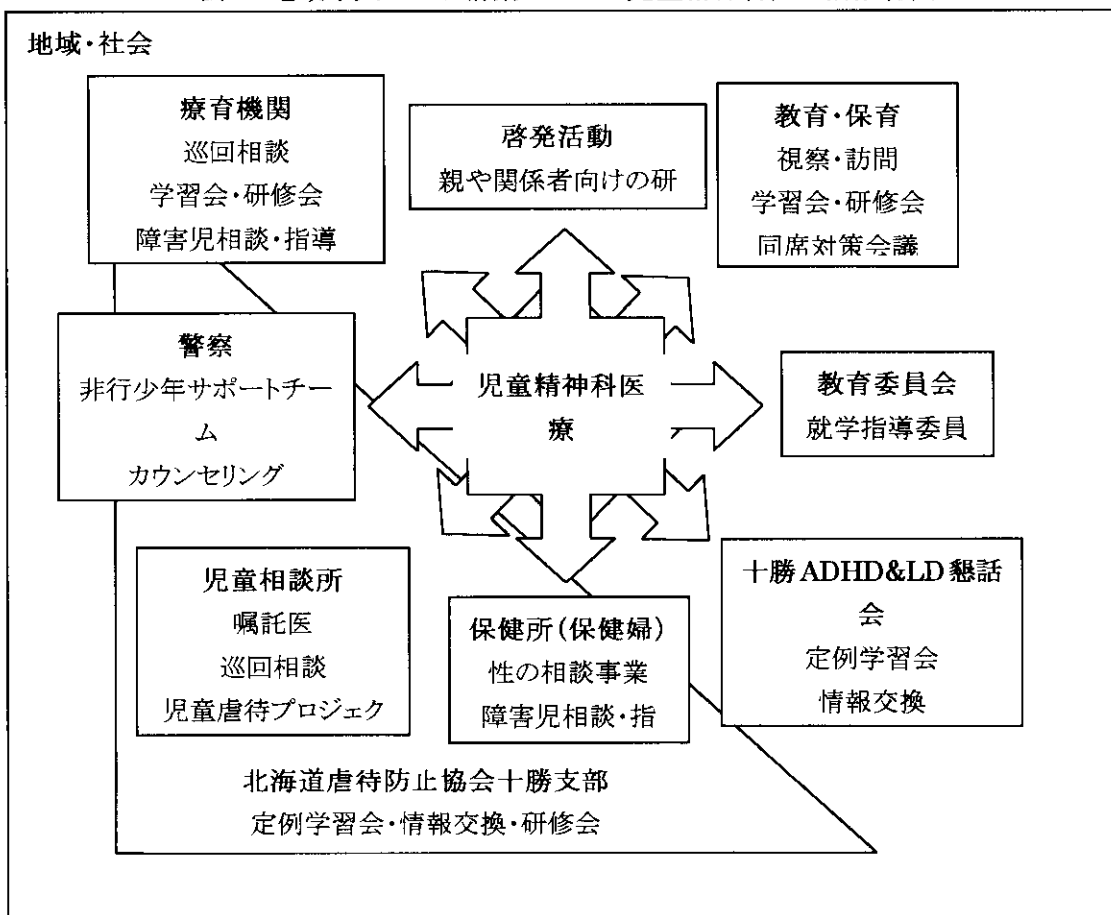


図2 地域ネットワーク構築のための児童精神科医の活動範囲



2. 地域児童精神科医療ネットワーク活動状況

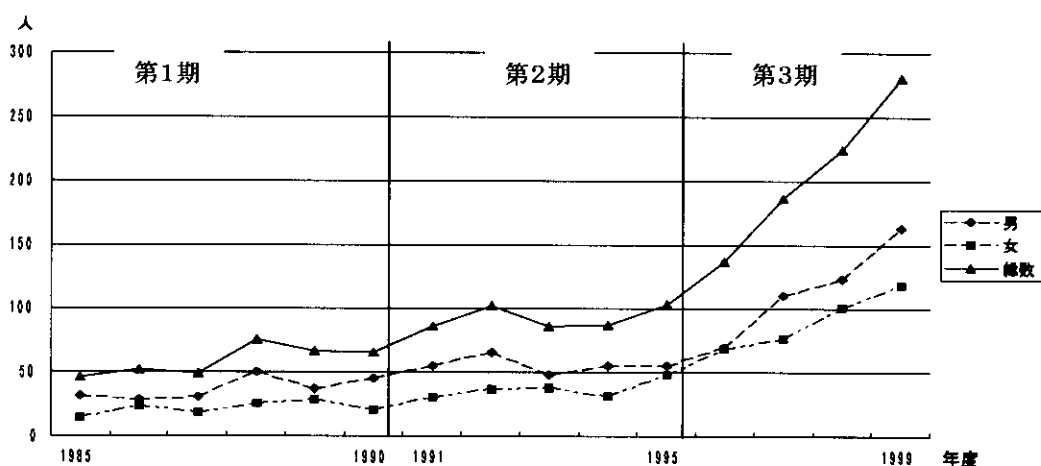
図2に従って、われわれの活動状況を話していきたいと思います。

1) 医療活動

まず、中央に位置している児童精神科医療についてですが、これがわれわれの仕事の中心になります。今回は特に窓口として重要な外来医療の状況を話しておきます。

1985年6月から開設した児童外来診療は、図3にみるように、時代的に3期に分かれると思われます。すなわち1985年から90年度までの新規受診者数年間平均70名前後の第1期、次の91年度から95年度までの100名前後の第2期、そして初診者が200名以上増加の一途を辿る96年度から現在に至る第3期です。

図3 外来新規患者の推移



新規受診患者は著しく増加しておりますが、では、この3期において、その中身というか、障害あるいは疾病分類の受診比率になにか変化があったのでしょうか？

確かに、初診児年齢についてここ2、3年、特に男児で低年齢化といいますか、幼児、小学校低学年の受診者が増えてきています。一方、女児では男児同様の低年齢化に加え、高校生の受診者が増えてきています。

では、障害あるいは疾病内容にはどのような変化が見られてきているのでしょうか？図4による3期における障害あるいは疾病分類の推移をご覧ください。

図4 障害あるいは疾病内容の推移

