

# 第23回 日本嗜癮行動学会 秋田大会

プログラム・抄録集

会期 2012年 11月3日(土・祝)・4日(日)

会場 秋田市にぎわい交流館AU

大会長 米山奈奈子 秋田大学大学院医学系研究科

副大会長 伏見 雅人 秋田県精神保健福祉センター所長

メイン  
テーマ

## 嗜癮問題と社会のつながり ～地域でいっしょに暮らそう～



## 大会長ご挨拶

このたび、第23回日本嗜癡行動学会を、秋田で開催させていただくことになりました。

今回のテーマは「嗜癡問題と社会のつながり～地域でいっしょに暮らそう～」です。嗜癡問題は、個人の問題にとどまらず、地域や社会の問題を反映していることが少なくありません。うつや自殺の問題とも関係が深く、温かい関心が向けられる人間関係の存在が回復を支えるといわれますが、いまだに地域での疾病理解や障がいの受容は進んでいるとは言い難い状況があります。

特に秋田県は、自殺率が17年連続全国1位、成人一人当たりの清酒年間消費量が全国2位を維持していることから、私には、アルコール問題に寛容な地域性が、アディクション問題をネグレクトし、人々の抱える家族トラウマ等を隠ぺいしているのではないかと思われてなりません。『地域でいっしょに暮らそう』というサブテーマには、まさに問題を抱える人を排除するのではなく、問題を理解し人々が支え合える地域をつくりたいという願いが込められています。

そこで、特別講演では秋田大学の副学長でもある本橋豊先生に、「これからの自殺対策」についてご講演をお願いいたしました。本橋先生は、公衆衛生医として自殺予防の地域モデル研究で著名な先生です。教育講演Ⅰでは、最近注目されている「脱法ハーブの正体」について、最新の研究結果をもとに国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の舩田正彦先生に、また教育講演Ⅱでは、ギャンブル依存症の集団精神療法を実践されている北海道立精神保健福祉センター所長の田辺等先生に「アディクションの回復におけるグループセラピーの意義」についてご講演をお願いしております。

さて、今回は本学会員である香山雪彦先生からのご提案により、「被災地支援とアディクション」というテーマでミニシンポジウムを企画いたしました。被災というトラウマがアディクションといかに親和性が高いか、そうした環境の中で翻弄される家族への支援をどのように考えたらよいか…。支援者自身も被災者である場合が少なくない状況では、支援のネットワークをより拡大させる必要があるのではと思われます。

2日目の市民公開講座でも、「地域で依存症とともに生きる」をテーマにシンポジウムを行います。

また、一般演題では窃盗嗜癡（クレプトマニア）や引きこもりに関する演題などアディクションの広がりを示す多様なテーマが集まり、この学会ならではのディスカッションが展開されることを期待しております。

会場は、秋田市駅前再開発プロジェクトでオープンして間もない、秋田市にぎわい交流館です。専門家のみならず、一般の方々の積極的なご参加を、心よりお待ちしております。

第23回日本嗜癡行動学会秋田大会 大会長  
米山 奈奈子（秋田大学大学院医学系研究科）

# ご 案 内

## I. 学会概要

メインテーマ：嗜癮問題と社会のつながり～地域でいっしょに暮らそう～

会 期：2012年11月3日（祝・土）～4日（日）

会 場：秋田市にぎわい交流館 AU（秋田市中通一丁目4番1号）

大 会 長：米山奈奈子（秋田大学大学院医学系研究科）

副 大 会 長：伏見 雅 人（秋田県精神保健福祉センター所長）

大 会 事 務 局：秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻内

〒010-8543 秋田県秋田市本道1丁目1-1

TEL：018-884-6545 FAX：018-884-6545

e-mail：shiheki@hs.akita-u.ac.jp

大会HP：http://www.shiheki-2012.com

## II. 参加者の皆様へ

### 1. 参加申し込み

#### 【参加資格】

11月3日（土）1日目：学会員。

守秘義務を負う専門家（学校教員およびそれぞれの課程の学生を含む）

11月4日（日）2日目：参加資格は問いません。どなたでもご自由に参加いただけます。

#### 【参加費】

・事前申込：学会員6,000円 非会員7,000円 学生3,000円（大学院生以外）

・当日申込：学会員7,000円 非会員8,000円 学生3,000円（大学院生以外）

（上記は市民公開講座を含みます）

・懇親会参加費：6,000円

・市民公開講座参加費：一般参加費1,000円（当日徴収）

\*事前申込は10月19日（金）までとします。それ以後は当日参加でお願いします。

### 2. 参加受付について

参加者の皆様は、下記において受付をしてください。

11月3日（土）9：15～ にぎわい交流館 AU3階 多目的ホールホワイエ

11月4日（日）9：30～ にぎわい交流館 AU3階 多目的ホールホワイエ

\*会場へは9：00より前には入場出来ませんのでご注意ください。

#### 【事前申し込みの方】

事前にお送りした抄録集・ネームカードおよびケースを必ずお持ち下さい。ネームカードへはご自身でご所属とお名前をご記入下さい。

#### 【当日参加の方】

受付にて当日参加費をお支払いのうえ、抄録集・ネームカードおよびケースをお受け取り下さい。学会員の方は、事前にお送りしている抄録集を必ずお持ち下さい。（お忘れの場合、500円で販売いたします）

### 3. 演題発表

- ・一般演題発表者は、にぎわい交流館 AU3階多目的ホールホワイエ「発表者受付」でセッションの15分前までに受付をして下さい。この際、データの確認をしていただきます。
- ・1演題につき発表は15分、質疑応答は5分です。
- ・発表の際、終了1分前と終了時にベルでお知らせします。
- ・症例報告では、プライバシーに十分ご配慮下さい。

### Ⅲ. 入会

学会への入会をご希望の方は、学会当日に「学会受付」へお越しいただくか、下記事務局へご連絡下さい。

〒106-0045 東京都港区麻布十番2-14-6 イイダビル2F  
家族機能研究所内  
日本嗜癡行動学会事務局 担当 中山 宛  
TEL : 03-5476-6041 FAX : 03-5476-6543  
e-mail:society@iff.or.jp  
URL:<http://www.iff.or.jp/society/>

### Ⅳ. 日本精神神経学会専門医資格更新について

本学会は、日本精神神経学会の専門医資格更新のためのポイント取得対象学会として認定されております。

日本精神神経学会の専門医認定証をお持ちの方は、当日ご持参下さい。なお、2日目の市民公開講座はポイント対象外となります。

### Ⅴ. 学会参加証明書等の必要な方は、学会受付にお申し出下さい

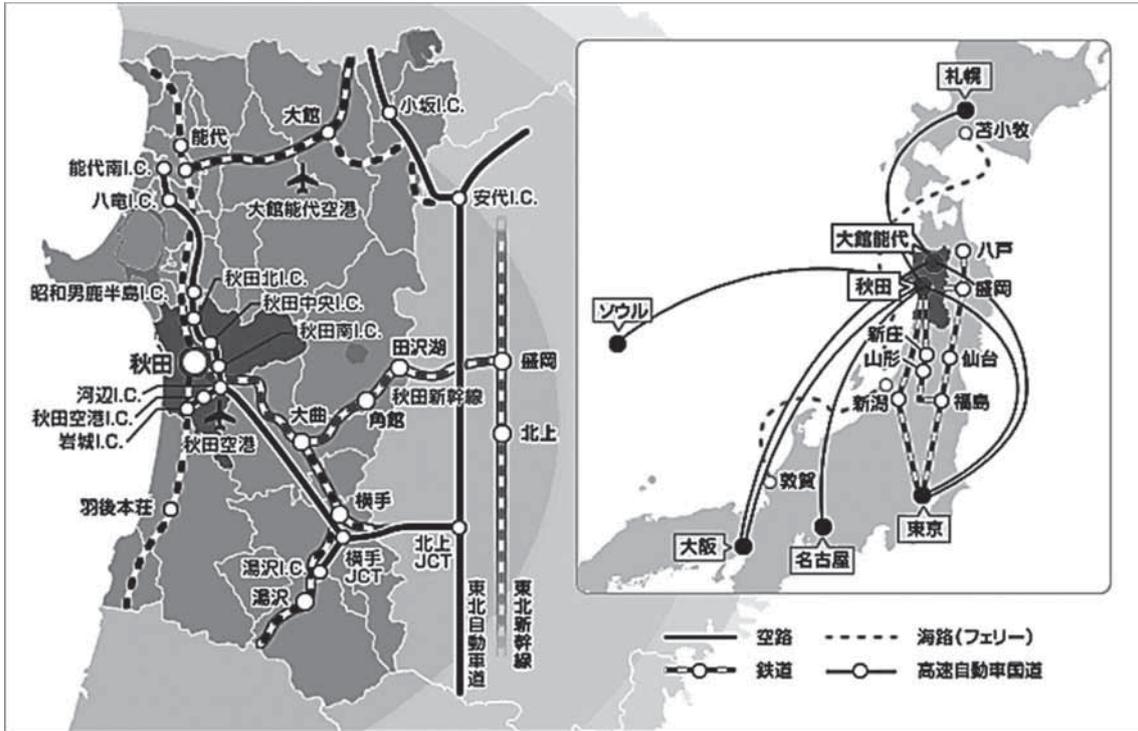
## VI. その他のご案内

1. 駐車場（有料）がございますが、混雑が予想されるため、公共交通機関をご利用ください。会場周辺では巡回ワンコインバスも運行しております。

(<http://www.akita-chuoukotsu.co.jp/>)

2. 昼食は近隣の飲食店をご利用下さい。
3. 会場内 2 階展示ホールにて、各種展示販売を行っております。ぜひ、お立ち寄りください。

## アクセス



### ✈️ 空港

- 東京（羽田）→秋田空港 65分
- 大阪国際空港（伊丹）→秋田空港 85分
- ＊秋田空港から秋田駅まで車で約40分です。
- ＊空港リムジンバス（秋田中央交通）空港行き 1日13便、秋田駅行き 1日15便、018-823-4411
- ＊秋田エアポートライナー速籠便1日9～11便（予約制）、018-867-7444（予約専用番号）

### 🚆 鉄道

- 東京→秋田（秋田新幹線） 3時間49分
- 東京→新庄→秋田（山形新幹線、奥羽本線） 5時間42分
- 東京→新潟→秋田（上越新幹線、羽越本線） 5時間51分

### 🚗 高速自動車道

- 東京（川口JCT）→北上JCT（東北縦断自動車道） 約5時間50分
- 北上JCT→秋田南IC（秋田自動車道） 約80分

### 🚌 高速バス

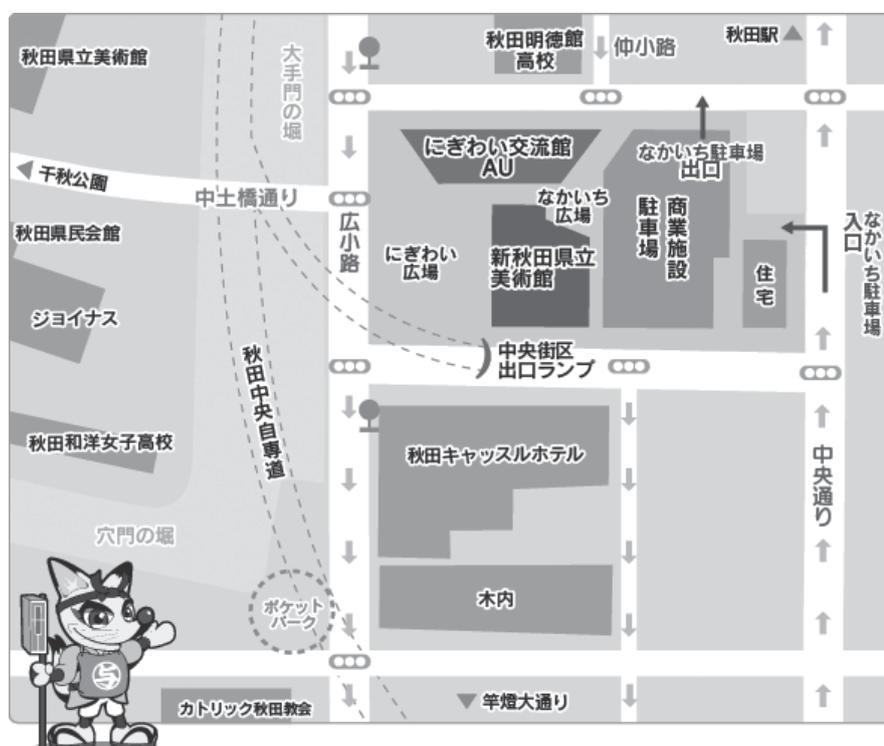
- 新宿→秋田（フローラEX号、1日1便） 8時間20分
- 仙台→秋田（仙秋号 1日10便） 3時間40分

## 【秋田駅から】

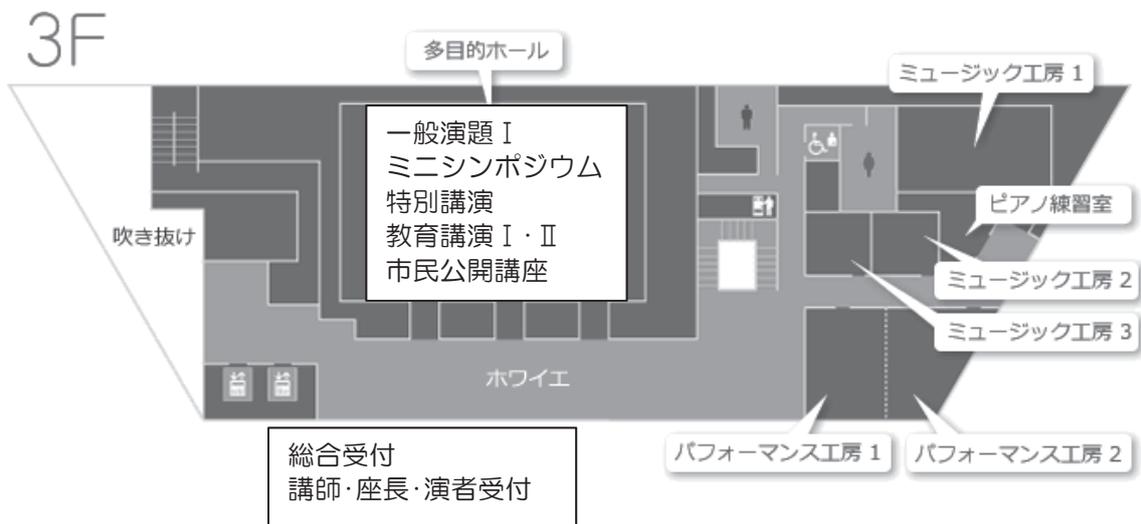
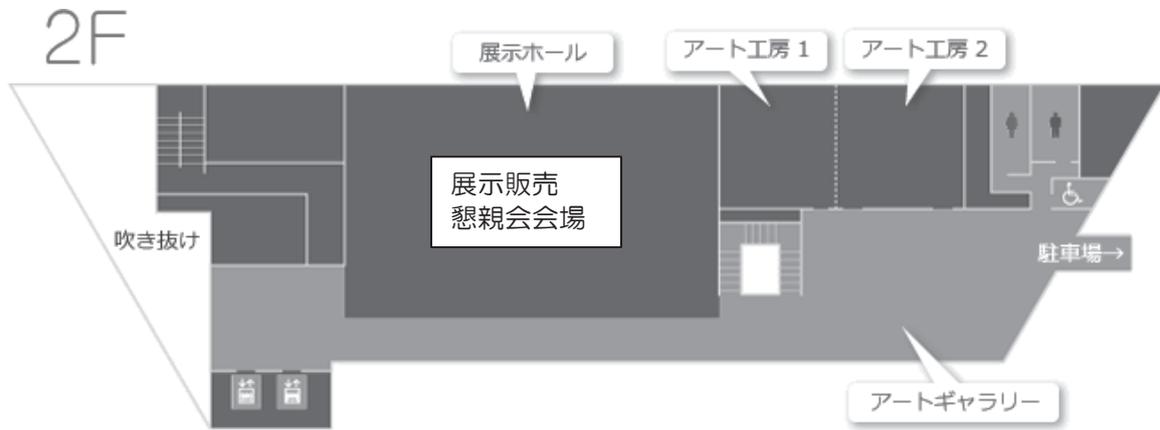


- 秋田駅西口から徒歩 10 分
- 車 2 分 駐車場有 隣接しているなかいち駐車場をご利用ください。  
一般利用者は 1 台 1 時間につき 100 円
- 最寄のバス停 千秋公園入口（広小路側）、中通一丁目または中通二丁目（中央通り側）

## 【会場周辺図】



## 会場のご案内



## プログラム・日程表

1日目：11月3日（土・祝）

9：15	受付開始	
9：30～10：00	大会長挨拶	【多目的ホール】
10：10～11：30	一般演題発表Ⅰ（口演4題）	【多目的ホール】
10：10～11：30	一般演題発表Ⅱ（口演4題）	【研修室1,2】
11：35～12：35	ミニシンポジウム 「被災地支援とアクション」 シンポジスト：香山雪彦（福島学院大学） 鈴木俊博（東北会病院） コーディネーター・座長：佐々木久長（秋田大学大学院）	【多目的ホール】
11：35～12：55	一般演題発表Ⅲ（口演4題）	【研修室1,2】
12：40～13：40	理事会	【研修室3】
14：00～15：00	特別講演 「これからの自殺対策」 講師：本橋 豊（秋田大学副学長） 座長：米山奈奈子（秋田大学大学院）	【多目的ホール】
15：10～16：10	教育講演Ⅰ 「脱法ハーブの正体：合成カンナビノイドの薬理作用とその乱用危険性について」 講師：船田 正彦 （国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存部依存性薬物研究室） 座長：竹村 道夫（赤城高原ホスピタル）	【多目的ホール】
16：20～17：50	教育講演Ⅱ 「アクションの回復におけるグループセラピーの意義」 講師：田辺 等（北海道立精神保健福祉センター） 座長：伏見 雅人（秋田県精神保健福祉センター）	【多目的ホール】
18：00～18：30	総会	【多目的ホール】
18：30～20：30	懇親会	【展示ホール】

2日目：11月4日（日）

---

9：30	受付開始	
10：00～12：30	<b>市民公開講座Ⅰ</b> 「地域で依存症とともに生きる」 シンポジスト：大嶋栄子（NPO 法人リカバリー代表） 月乃光司（「こわれ者の祭典」代表） 佐藤 孝（秋田マック施設長） コメンテーター・座長：後藤 恵（成増厚生病院）	<b>【多目的ホール】</b>
13：30～15：00	<b>市民公開講座Ⅱ</b> 「嗜癖行動とPIAS（サイトウ式逆説的介入アプローチ）」 講師：齋藤 学（家族機能研究所代表） 座長：米山奈奈子（秋田大学大学院）	<b>【多目的ホール】</b>
15：00～	閉会の挨拶	<b>【多目的ホール】</b>

---

## 一般演題発表

一般演題発表 I : 10 : 10~11 : 30

【多目的ホール】

---

座長	松本 康宏 (医療法人回生会秋田回生会病院)
I-1	放射能汚染に揺れる福島のコミュニティと家族：避難をめぐる葛藤 ○香山雪彦 <sup>1)</sup> 内藤哲雄 <sup>2)</sup> 藤原正子 <sup>3)</sup> 日下輝美 <sup>4)</sup> 福島学院大学 大学院臨床心理学研究科 1) 医師 2) 臨床心理士 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科 3) 精神保健福祉士 4) 社会福祉主事
I-2	窃盗癖治療の進歩—500 症例の治療経験から学んだこと— ○竹村道夫 特別医療法人群馬会 赤城高原ホスピタル 医師
I-3	常習的窃盗患者の看護、17 年間の経験—どのように困難を克服してきたか— ○樺澤美香 小林千佳子 大塚淳子 角田寿子 特別医療法人群馬会 赤城高原ホスピタル 看護師
I-4	併存性障害治療プログラムの依存性物質以外の依存症状への転用の可能性 ○石坂理江 <sup>1)</sup> 、常岡俊昭 <sup>2)</sup> 、池田朋広 <sup>3)</sup> 、高木のり子 <sup>1)</sup> 、根本ありす <sup>4)</sup> 、斉藤勲 <sup>5)</sup> 、山本和弘 <sup>3)</sup> 、 鴨志田恭子 <sup>6)</sup> 、湯田初 <sup>2)</sup> 、小川浩文 <sup>2)</sup> 、大野泰正 <sup>2)</sup> 、白田千鶴子 <sup>1)</sup> 、稲本淳子 <sup>2)</sup> 1) 昭和大学附属鳥山病院看護師 2) 昭和大学附属鳥山病院医師 3) 昭和大学附属鳥山病院精神保健福祉士 4) 昭和大学附属鳥山病院心理士 5) 昭和大学附属鳥山病院栄養士

---

座長	伏見 雅人（秋田県精神保健福祉センター）
Ⅱ-1	ひきこもりの子を抱えた親の共依存的特徴と親のグループミーティングの効果に関する一考察 ○四戸 智昭 <sup>1)</sup> <sup>1)</sup> 福岡県立大学大学院看護学研究科 准教授
Ⅱ-2	不登校・ひきこもりへの訪問支援活動の効果に関する一考察 ○四戸 智昭 <sup>1)</sup> 、長谷川 智子 <sup>2)</sup> 、門口 美由起 <sup>3)</sup> 、江上千代美 <sup>1)</sup> 、梶原由紀子 <sup>4)</sup> 、本田 和人 <sup>2)</sup> 、黒岩 達也 <sup>2)</sup> 、大場 綾沙美 <sup>2)</sup> 、山崎 怜 <sup>3)</sup> 、奥村 賢一 <sup>5)</sup> 、原田 直樹 <sup>6)</sup> 、小嶋 秀幹 <sup>7)</sup> 、松浦 賢長 <sup>8)</sup> <sup>1)</sup> 福岡県立大学看護学部 准教授、 <sup>2)</sup> 福岡県立大学附属研究所不登校・ひきこもりサポートセンター 専門研究員、 <sup>3)</sup> 福岡県立大学附属研究所不登校・ひきこもりサポートセンター 指導員、 <sup>4)</sup> 福岡県立大学看護学部 助手、 <sup>5)</sup> 福岡県立大学人間社会学部 講師、 <sup>6)</sup> 福岡県立大学看護学部 講師、 <sup>7)</sup> 福岡県立大学人間社会学部 教授（精神科医）、 <sup>8)</sup> 福岡県立大学看護学部 教授（不登校・ひきこもりサポートセンター長）
Ⅱ-3	「ひきこもり」を再定義する～ひきこもり外来 240 名の臨床から～ ○中垣内 正和 <sup>1)</sup> 小川美加 <sup>2)</sup> 後藤公美子 <sup>2)</sup> 神林 渚 <sup>3)</sup> 1) 特定医療法人佐潟荘 医師 2) 同 臨床心理士 3) 同 精神保健福祉士
Ⅱ-4	大麻等の薬物常用後精神病症状発現し、脱法ハーブが病状を再燃させた 2 事例 ○山下 陽三 <sup>1)</sup> 、千坂 雅浩 <sup>2)</sup> 、山口 健次 <sup>2)</sup> 1) 社会医療法人 渡辺病院 医師 2) 鳥取ダルク スタッフ

座長	早苗 麻子（萌クリニック）
Ⅲ-1	「今—ここ」の関係を取り扱った事を契機に、物質依存が改善した事例 ○大塚 静子 <sup>1)</sup> 、斎藤 学 <sup>2)</sup> 1) IFF・CIAP 相談室 臨床心理士 2) 家族機能研究所・代表 精神科医
Ⅲ-2	アルコール依存症の心理機製の性差に関するアンケートによる分析 ○奥田正英 <sup>1)</sup> 、田中沙弓 <sup>1)</sup> 、 <sup>2)</sup> 、片山寛人 <sup>1)</sup> 、 <sup>3)</sup> 、石井啓子 <sup>1)</sup> 、 <sup>3)</sup> 、水野将己 <sup>1)</sup> 、鳥井勝義 <sup>1)</sup> 、 <sup>2)</sup> 、大竹啓史 <sup>1)</sup> 、 <sup>2)</sup> 、大草英文 <sup>1)</sup> 、田中雅博 <sup>1)</sup> 、三和啓二 <sup>1)</sup> 、水谷浩明 <sup>1)</sup> 1) 八事病院精神科 2) 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学 3) 名古屋大学大学院医学研究系研究科
Ⅲ-3	浦河べてるの家 利用者へのセルフヘルプに関する調査結果から ○大澤 栄 <sup>1)</sup> 、向谷地悦子 <sup>2)</sup> 、奥村宣久 <sup>3)</sup> 1) すずのきメンタルケアクリニック 看護師 2) 社会福祉法人浦河べてるの家 看護師 3) 北海道文教大学人間科学部作業療法学科 作業療法士
Ⅲ-4	アトピー性皮膚炎患者におけるアメリカ医療と心理臨床家の取り組み ○明石 郁生（心理臨床家） アトピーアソシエーション・ジャパン／家族と AC カウンセリング研究室

## 特別講演・教育講演抄録

## 各講演 講師・座長プロフィール

### ◆特別講演：講師

本橋 豊（もとはし ゆたか）

秋田大学理事・副学長

東京都生まれ。医学博士（1984年、東京医科歯科大学）。平成8年2月より秋田大学医学部教授（公衆衛生学講座）。平成24年より現職。

### 座長

米山 奈奈子（よねやま ななこ）

国立大学法人秋田大学大学院医学系研究科教授

北海道生まれ。保健師。東京都中野区、東海大学を経て秋田大学へ。平成21年10月より現職。

### ◆教育講演Ⅰ：講師

船田 正彦（ふなだ まさひこ）

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所薬物依存研究部依存性薬物研究室長

薬学博士（1994年、星薬科大学）。アメリカ国立衛生研究所薬物乱用研究所研究員、第一薬科大学講師を経て、2000年より現職。

### 座長

竹村 道夫（たけむら みちお）

特定医療法人群馬会 赤城高原ホスピタル院長

高知県生まれ。大阪大学医学部卒業。精神科医。帝京大学医学部精神科等を経て、平成2年（1990年）赤城高原ホスピタルを開院。

### ◆教育講演Ⅱ：講師

田辺 等（たなべ ひとし）

北海道立精神保健福祉センター所長

小樽生まれ。北海道大学医学部卒業。精神科医。北海道立緑ヶ丘病院、音更リハビリテーションセンター勤務を経て、1990年より現職。

### 座長

伏見 雅人（ふしみ まさひと）

秋田県精神保健福祉センター 所長

秋田大学医学部医学科卒業。医学博士。秋田大学医学部精神科、厚生連山本組合総合病院等を経て平成15年から現職（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター兼務）。

## これからの自殺対策

秋田大学理事・副学長（公衆衛生学）

本橋 豊

自殺対策基本法（2006年）、自殺総合対策大綱（2007）が策定されたことにより、日本の自殺対策は大きく前進した。総合的な対策としての自殺対策を推進するということになり、内閣府に自殺対策推進室が設置された。自殺対策白書が毎年発行され、自殺対策の重要性が国民にも周知されるようになった。しかし、年間3万人を超える自殺者数は減少する兆しはなかなか見えない。即効性のある対策がないことは明らかであるが、国を挙げての取り組みにより成果が見えにくいという事態がいつまでも続くことは許されない。本年は自殺総合対策大綱が見直される年にあたり、昨年から内閣府の自殺対策推進会議において活発な議論が行われてきた。論点としては、自殺対策の理念の修正、対策の優先事項をどこに置くのかといったことであった。また、自殺対策の二つのモデル（医学モデルと地域モデル）に加えて、社会的包摂の考えを取り入れた総合的なモデルの必要性も指摘された。

自殺対策の初期においては啓発活動や人材育成に重点が置かれるが、対策が深化していくと市町村のモデル事業や相談事業への支援といった活動の現場への支援が重視される傾向がある。また、自死遺族や民間団体の活動への支援が初期には弱かったが、民間団体の活動などが活発化することにより、支援の重点が行政から民間団体への支援にシフトする傾向にある。

自殺対策の中で重要な役割を果たす医学的な対策の有効性については、医療政策との関わりで議論されている。自殺対策の有効性についての科学的エビデンスの蓄積、自殺未遂者に関する医療システムの整備と地域連携、一般医療と精神科医療の連携など、医療に関わる対策の充実も求められている。アルコール依存症と自殺との関係についても大綱の見直しの議論の中でも指摘されている。自殺対策におけるハイリスクアプローチとしてアルコール依存症の対策を充実させていくことが求められている。断酒会といった自助グループへの支援を強化していくことは、民間団体への支援という自殺対策の方向性とも合致している。

これからの自殺対策に求められるものは何か。総合的な自殺対策を推進していくことに変わりはないが、総花的な対策の網羅では有効性が担保されないだろう。地域（現場）の活動と対策が重視され、啓発や人材育成の段階を乗り越えて、活動の現場で実効性のある対策への資源の集中が必要である。警察庁の詳細な統計データ等の解析に基づく地域ごとの実情に応じた対策の立案は重要であり、そこでは科学的根拠に基づく施策の推進が基本となる。また、施策の厳密な評価とそれに基づく対策の立案・修正が求められる。当面は、地域自殺対策緊急強化基金が地域ごとにどのような効果をもたらしたのかを評価することが必要である。その上で、同様の予算を継続的に確保し、地域の実情に応じた戦略的な自殺対策を推進していくことが求められる。

## アディクション（嗜癖）の回復におけるグループセラピーの意義

北海道立精神保健福祉センター  
田辺 等

アディクション(=嗜癖、以下嗜癖)は、反復再燃する対象への渴望 **craving** と嗜癖対象のコントロール障害 **out of control** が病態の中核であり、アルコールなどの物質使用嗜癖にも、ギャンブルなどの行為過程の嗜癖にも、脳の報酬部位等で同様の機能変化が生じていると考えられるようになってきた。米国の診断基準の次回の改訂では、**pathological gambling** は、これまでの衝動制御の障害のカテゴリーから、**addictive disorder** のカテゴリーに移り、再分類される予定である。

嗜癖は治療的な対応がなければ、障害が進行性に悪化する。アルコール・薬物嗜癖とギャンブル嗜癖は、自殺リスクが高いことも調査で明らかになってきた。自分の意志で制御できない病態であるがゆえに、進行性に、心理、行動、人間関係面など人生全般に病んだ状態が現れる。すなわち嗜癖は進行性の **bio-psycho-social** な領域での **disorder** である。近年、脳機能病理を標的に、渴望抑制作用のある薬物による治療が試みられだしたが、生物学的な機能に作用し得ても、**psycho, social** な領域で進行した障害を改善することにはならない。従って、嗜癖からの回復のためには、嗜癖によって人間的に病んだ過程を直視させ、癒し、新しい認識と生き方を促す、何らかの心理療法的なアプローチが必要になる。

演者は AA アルコホーリクス・アノニマスの **group meeting** の参加が契機で、そのグループセラピーとしての効果を認識し、自らも病院臨床でアルコール・薬物依存症や統合失調症に集団精神療法 **group psychotherapy**(以下 **GT**)を実施するようになった。その後は、精神保健福祉センターで、物質使用によらない嗜癖であるギャンブル依存症の **GT**、精神障害家族、自死遺族などのサポータティブなグループを行ってきた。

嗜癖の **GT** は、統合失調症のグループより 1セッションの時間は長く、神経症圏のグループより、心理教育的であるが、集団でなければ得られない治療的要因があることは共通している。**GT** の本質的利点は、自分と同じ病態を持つがゆえに、同様の行動や人生体験を経験した当事者が語る話を、今、ここで、見聴きしながら、自分自身を内省することができる点にある。メンバーは他者と自分の体験を照合しながら、これまでの自分の言動を、初めて嗜癖という病態から理解し直し、再燃を防ぐための知恵や工夫を得、嗜癖対象を必要としていた自分を理解する。このメンバー同士の心的交流によって、嗜癖特有の否認の心理が変化し、グループの中で自分を語る言葉を獲得しながら回復が始まっていく。これは AA や NA、GA などの当事者グループでも同様で、良質の当事者グループは人間的、治療的なグループセラピー効果を持つ。

嗜癖行動を再燃しやすい脳機能の脆弱性を持つ者が、嗜癖対象を使用しない人生を送るには、①強烈な再使用 **craving** への心的拮抗力の獲得、②人間的成長 **spiritual growth** による嗜癖ニーズの減衰、の 2 点が重要で、グループセラピーは、それをふんだんに持ち合わせている点で、嗜癖からの回復において大きな意義を持つものである。

## ミニシンポジウム抄録

## ミニシンポジウム シンポジスト・座長プロフィール

### シンポジスト

香山 雪彦（かやま ゆきひこ）

1970年山口大学医学部卒業。医学博士。専門は神経生理学，摂食障害者支援。福島県立医科大学医学部教授を経て現在，福島学院大学大学院臨床心理学研究科 教授。精神科医と看護師によって立ち上げられた摂食障害者当事者のサポートグループ（当初から家族グループも併行して行われている）である，「福島お達者くらぶ」世話人のひとり。

鈴木 俊博（すずき としひろ）

1957年生まれ。東北会病院ソーシャルワーカー。キャプネット・みやぎ事務局次長。依存症関連市民活動などにも携わる。

### 座長

佐々木 久長（ささき ひさなが）

1960年生まれ。秋田大学大学院医学系研究科 准教授。専門は心理学。地域の自殺予防対策や家族関係，ボランティア・NPO活動などについて研究を行っている。共著に「自殺者三万人を救え！」

## 被災地支援とアクション：福島の場合

福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科共同研究プロジェクトリーダー  
(プロジェクト研究員：香山雪彦 内藤哲雄 藤原正子 日下輝美)  
香山 雪彦

3.11 がそれで通用する用語になってしまったが、その地震の被害は福島よりも宮城の方がはるかに大きかったし、津波の被害も地形の関係で岩手・宮城が圧倒的にひどかった。しかし、これから岩手・宮城は復興へと進んでいけるとしても、福島は放射能汚染の問題があって、復興の目処を立てること自体が困難な市町村が多い。故郷に帰りたい人は多いけれど、その町をどのように再建するのか、見切りをつけて新しい土地で生きていこうとしている若い人たちも多いこともあって、意見が分かれてまとまらないことが多い。一つの市町村の中でも「帰還困難」「居住制限」「避難指示解除準備」に分かれる地域があって、補償金の金額が異なるため様々な思惑が交錯している。「帰還困難」は一応5年が目途にされているが、20年、30年の長期間にわたり帰還困難と思われる地域もあると思われるし、一方、すでに居住制限区域に帰って住みだしている人たちも出てきていて、市町村の担当者たちは対応に苦慮している。

原子力発電所が立地し津波の被害も受けた福島県の太平洋岸（浜通り）から避難してきた人たちは、避難先で自分に適する仕事を得ることは難しいし、しかも集合的な仮設住宅でも近所や知り合いのコミュニティは崩壊していて集まる場所も得にくく、何もすることのない時間ばかりがある人たちもいる。そのように未来の展望が開けない中で、とりあえずの補償金を手にしても、生活の再建はおろか、その日をどう過ごすのかも考えられない人は多く、朝から出かけるべき仕事を失った人たちがパチンコ屋と、夕方からは飲み屋ばかりが栄える状況となっている。必然的にギャンブル依存症、アルコール依存症の人たちが増えてきていると考えられ、関係者の多くがそのことを指摘するが、実際に依存症がどのくらい増えているのか、正確な統計はないばかりか、調べようもない状況である。福島県ではアルコール依存などを引き受けることのできる専門職やその病院の体制が十分には整備されているとは言えないために、一つの医療施設での数値も信頼に足るものは聞いていない。

ギャンブルにのめり込む人の場合、補償金が出ているためにつぎ込む金額が多く、勝ったときに返ってくる金額も大きいことが報酬効果を強くして、依存を起しやすいのだと考えられる。結果的に大損をして、補償金の大きな部分がそれで消えた人も報告されている。パチンコ屋がコミュニティになっていて、「今日はあの人は来ないな」といった会話が交わされるといふ。

アルコールに関しても同じような状況があって補償金に関係するが、例えば漁師を職業としてきた人たちは仕事を終えて陸に上がると飲むのが生活のリズムになっていて、すなわち飲むことに寛容な文化の中で暮らしてきて、避難先で仕事がなくとも飲むことは生活習慣として続ける人が多いという。それが依存状態となったり DV を伴うようになる事例があり、周りが心配していることを巡回する生活支援相談員が伝え聞いて支援の手を差し出したいと考えても、本人も家族も家庭内の問題には触れて欲しくなくて扉を閉ざす人が多いと支援員の人たちから聞いている。

そのようなアルコール依存やギャンブル依存の問題は、本来、県の精神保健福祉センターと各地域の保健福祉事務所の担当すべき問題であろう。しかし、精神保健福祉センターに併設された心のケアセンターは自殺の危険性をかかえた緊急を要する人たちへの対応で精一杯であり、保健福祉事務所も各自治体の保健師も障害を抱えた高齢者や母子などももとの業務で精一杯で、なかなか依存症の問題まで手を出せないことが多いと、それらの分野の担当者から聞かされている。医療関係も、浜通りの中・北部（双葉・相馬地域）にあった合計700床の4つの精神科病院が壊滅して、その地域の統合失調症・うつ病や認知症などの医療を何とかアウトリーチの体制を作って対応しようとすることに手一杯で、依存症にまではとても配慮できる状況でない。

## ミニシンポジウム

### 「被災地支援とアディクション」

結局、専門的な教育を受けているわけではない生活支援相談員は、現場でアルコール問題などに直面すると、ただ当惑するばかりであることが多い。その相談員自身が非常なストレスを抱えている場合が増えてきて、その支援者支援が必要となってきている。そのような状況にある今、必要とされているのは変化していくニーズに対応した継続的な支援である。私たちは教員に援助職者が多数いる現地の大学として、県・各市町村の社会福祉協議会や全村避難となっている自治体の担当職員の人たちと協力しながら、その支援者の教育的な面や心理面での援助・支援に取り組んでいる。

## 被災地でのアディクションアプローチ考

東北会病院 地域支援課  
精神保健福祉士 鈴木 俊博

昨年の大分大会に引き続き、当院における被災地支援のその後について報告を行う。

震災後2012年7月末まで当院が出向いた被災地支援件数は161件、支援に動員した職員の延べ数は419人、個別訪問、相談の件数は43件、グループワークによる支援者支援は21件である。民間の一精神科病院がこの活動を継続しているのは、みやぎ心のケアセンターとの連携と久里浜アルコール症センターのご協力によるものである。

大分大会では主に支援者支援のグループワークについて報告を行った。今回のシンポジウムでは、被災地での個別アルコールケース介入における実情とその対策としてのネットワーク活動の報告を行なう。

アルコール関連問題を地域でどう介入し、関係をつくり、つなぎ、ケアしていくのか。

これは災害時に限った課題ではない。地域で行なわれているルーティーンである。しかし病院という枠で仕事をしていると、いわゆるSBIRT (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) の流れの中で地域での初期介入の苦労が見えない。今回の東日本大震災はくしくもそのことを私たちに教えてくれた。

東北のアディクションにまつわる環境は、専門治療機関の希薄さ、アルコールの対する寛容な文化など、平時の課題が災害によって鮮明にあぶりだされている。

アルコール問題が顕著にあるが、当事者に治療の意思はない。被災地支援でそんなケースに数多く出会っている。シラフの当事者に会うことが困難なケースも珍しくない中で、当事者に明確な治療動機がないまま、とりあえず関係をつなぎ、切れないようにしておくことが被災地アウトリーチには求められる。

衰弱した当事者をなんとか治療機関につなげたくても、つなげる専門治療機関が被災地にはない。ではとりあえず内科につなげようとするが、アルコールによる衰弱は輸液程度の処置で、早期に帰宅させられ、当事者は飲む元気を取り戻す。それがまた内科医療機関にアルコールに対する「治療し甲斐がない」というイメージを強くさせる。

災害時に高齢者一人世帯のアルコールはこのプロセスの中で助からないリスクが高くなる。

この現状の中で私たちは、多少遠回りでも、「問題を活かして」地域のアルコール対策ネットワークを地道につくる取り組みを始めた。

当事者という「専門家」の力を借りること。そして甚大な被害による医療崩壊のなかで、数少ない被災地精神科病院との連携等、具体について報告したい。

アディクションの専門性は「困っている人のネットワーク化」にある。気がついてみるとその原点に立ち返っていたといえる。

# 市民公開講座 I

## 市民公開講座 I シンポジスト・座長プロフィール

### シンポジスト

大嶋 栄子 (おおしま えいこ)

1958年生まれ。NPO法人リカバリー代表、北星学園大学、日本福祉学院講師。

北星学園大学大学院 社会福祉学研究科 博士後期課程修了。博士(社会福祉学)。

精神科ソーシャルワーカーを経て2002年、さまざまな被害体験を背景にもつ女性の福祉的支援をおこなう「それいゆ」を立ち上げる。2004年、NPO法人リカバリーとして認証され、3カ所の施設を運営。著書に「なぜ酔いが必要なのか〜女性のアルコール・薬物依存」(河野貴代美編著『家族の現在』所収,新水社)、「フェミニスト・カウンセリングの現在〜カウンセリングルームばらばらの実践」(井上芳保編著『カウンセリング-幻想と現実』所収,現代書館)『その後の不自由』(医学書院)など。フェミニスト・ソーシャルワークについて実践と研究をおこなっている。

月乃 光司 (つきの こうじ)

1965年生まれ。会社員、心身障害者のパフォーマンス集団『こわれ者の祭典』代表。高校入学時から対人恐怖症・醜形恐怖症により不登校になる。引きこもり生活、通算4年間を過ごす。24歳よりアルコール依存症になる。自殺未遂、人格障害、アルコール依存症により新潟市内の精神科病棟に3回入院。27歳から酒を飲まない生活を続ける。自助グループ活動で社会的に回復する。現在は会社員として働きながら執筆、イベント主催など様々な表現活動を行う。2012年、社会不安障害、統合失調症、うつ病、引きこもり、脳性マヒ等の当事者の仲間たちと、心身障害者のパフォーマンス集団『こわれ者の祭典』を立ち上げる。病気をあきらまに受け入れた体験談とユーモアを込めたパフォーマンスが大反響を呼び、『こわれ者の祭典』代表として10年間に50回以上のイベント主催を行う。NHK-Eテレ『ハートネットTV』〜薬物依存〜レギュラー出演中。2010年新潟弁護士会人権賞。第5回安吾賞新潟市特別賞。新潟県新潟市在住。

佐藤 孝 (さとう たかし)

1958年生まれ。高卒までを秋田県の地元で過ごす。弟子入り先でビールにはまりこみ、28歳で離婚。その後はアルコール依存症で精神科の入退院を繰り返す。2000年に新潟マックに繋がり、回復のプログラムを受ける。秋田に帰ってからは、自助グループメンバーとして活動中。2008年6月から秋田マックを立ち上げ、秋田マックに繋がる仲間達と一緒に過ごしなが、仲間と共に成長中の、アルコール依存症本人。

### 座長

後藤 恵 (ごとう めぐみ)

1985年京都府立医科大学卒業。1991年(〜1994)ロンドン大学精神医学研究所にて、嗜癖行動科学(専門医コース修了)、そのほか家族療法・認知行動療法・地域医療・児童精神医療などを学ぶ。1994年高月病院アルコール病棟勤務。1996年東京足立病院アルコール病棟等勤務。1999年成増厚生病院急性期治療病棟・アルコール病棟勤務。2003年診療部長。日本アルコール精神医学会評議員、精神保指定医

「“当たり前暮らし”を手探りで見つけていく感じです」

NPO 法人リカバリー(札幌)代表  
大嶋 栄子

2002年9月、様々な被害体験を背景にもつ女性の包括的支援をおこなう「それいゆ」を立ち上げた。7LDKの一軒家を借り上げたグループホームと、地下鉄そばのマンションで通所施設を始め、現在はプレ就労の場であるカフェや独立生活型(賃貸マンション)のグループホームも運営するNPOとなった。

「それいゆ」とはフランス語で太陽を意味する。私自身が精神科病院で10年あまり依存症者の援助に携わっていたことから、開設当初は利用者の8割がアルコールをはじめ様々な嗜癖を持っていた。女性嗜癖者は病院で男性患者を巻き込み迷惑な患者であり、ODやリスカなど自傷行為が激しいために看護師を煩わせるやっかいな患者だと認識されていた。しかし彼女達がなぜそのような行動に至るかをみていくなかで、方法は間違っているかもしれないが、彼女達にとってそれは必死の生き延びかたなのだと分かってきた。

「今日一日嗜癖を止めることから回復が始まる」と言われて久しいが、嗜癖なしで生きられなかったのが女性達の現実である。たとえ止まっていなくとも、彼女達の生活を丸ごと抱えて、そこで“当たり前暮らし”とは何かを探している。食べることや眠ること、身繕いなど、生活は気が遠くなるほどの雑事で成り立っている。いちいち意識しなくとも身体がそれらの動作を進められるようになると、次に食事を味わったり背中凝りを感じたり、見過ごされた心の痛みに気づいたり出来る。これらは言葉で示すだけでは出来ない。彼女達は不安があるとすぐに嗜癖へ戻ってしまうので、長い時間とともに過ごしながら一緒に雑事をこなし、身体を動かして見せ、彼女達に身体を通じて体験させ覚えさせていく。同時にその動作の意味を伝え、智恵を授け、切り抜けかたを教える。そうやって彼女達のなかにある「回復の種」が芽吹く。それにはいろいろなものが必要だが、太陽の光もそのひとつである。「それいゆ」で過ごす時間がそのようなものであることを願って名付けた。

今年で活動を始めて10年が経過した。年々利用者の年齢は下がり、嗜癖という表現をもたぬ人が半分を占める。彼女達の家族はとうに壊れ、おそらく祖父母世代から様々な形の暴力が蔓延し家族ごと社会から疎外されてきたのだろう。力をもつ人の嗅ぎ分けとへつらいかたには年季が入り、生き延びかたは変化の兆しを見せている。社会のあり方はますます他者への配慮という余裕をなくして、“当たり前”という前提自体がもう通じない。なぜ食べるのか、なぜ眠るのか、なぜ出かける場に応じて服装を考えるのか... 相変わらずひとつひとつを反復しながら意味を伝えるが、彼女達の数少ない友人たちも圧倒的に暮らしの体験を喪失していることが会話するなかで伝えられる。そんななかで“当たり前”を探することは困難を極めるようになった。

精神科クリニックに通院することが日常となった彼女達は、この先病気を隠れ蓑に永い人生をひっそりと引き籠りながら生き延びようとしているように見える。一方でくすりをまとめ飲みし手首から血をながしてわめき散らしていた以前の入居者達は、どっこいしぶとく生きている。そしてよくも悪くも彼女達の生活はエネルギーに満ちている。そのどちらも目の前の現実だが、これらの変化をどう整理していけばよいのだろうと考えている。

『地域の自助グループにつながってもらう為に・・・』

心身障害者のパフォーマンス集団『こわれ者の祭典』代表  
月乃 光司

私はアルコール依存症の当事者です。当事者としての治療は継続した自助グループ活動の参加にあると思います。

私が「生きづらさ」を持つようになったのは、15歳からです。自分の容姿が人から醜いと思われている、と感じる醜形恐怖症という病気になりました。そこから対人関係に問題を持ち、引きこもりになりました。

引きこもりから脱出できるようになった力になったのは、精神薬とアルコールでした。精神科に醜形恐怖症の治療の為、通院して薬物療法を受けました。薬の効果はかなりあり、恐怖は薄らぎ、外の世界に出ることができるようになりました。

同時にアルコールを飲むようになり、薬と併用しての飲用だった為、意識朦朧となり神経症の症状はその瞬間は消えたような気分になりました。もちろん医師からは、アルコールと精神薬の併用はしないようにと指導されていました。23歳頃から、アルコールと精神薬の乱用が止まらなくなり、依存症となりました。

3度の精神科病棟への入院となりました。自傷、自殺未遂も多数、行いました。

27歳の時に、中間施設の新潟マック、アルコール依存症の自助グループにつながり、現在迄、酒と精神薬を飲まない生き方を20年間、継続しています。

10年前前から心身障害者のパフォーマンス集団「こわれ者の祭典」というイベント開催を行っています。自助グループ活動が、当事者中心の局地的な世界になる為、社会的な切り口の当事者イベントを開催する意義があるのでは、と感じていたのです。そして徹頭徹尾、ユーモアを切り口としたエンターティメントな展開としました。出演者は依存症者に限らず、うつ症状、摂食障害、統合失調症、脳性マヒ、筋ジストロフィー、様々な病気の当事者を出演させました。自分が回復したプロセスをトークとパフォーマンスで表現します。病気体験談のエンターティメント化という事が珍しかったせいか、テレビ、ラジオ、新聞、数多くの取材を受けました。イベントの様子をインターネットでの動画放送を行い、生放送で5万アクセスを超える時もありました。

イベントの目的はいくつかあるのですが、重要な目的に地域の自助グループ紹介があります。自助グループという存在が、まだ世間的に知られていない場合も多く、そこまでたどり着けない方々が多数派だと感じています。イベント開催場所ごとに、新潟なら新潟、東京なら東京の自助グループ一覧を必ず配布します。インターネット動画放送の際も、必ず各種の自助グループのリンクを付けます。実際、そこから各種自助グループの事を知り、つながっていく方々が多数いるようです。

一過性のイベントに治療効果は無いと思っています。足を使い歩き、口を使って自分のことを語り、これがなんといっても回復のプロセスです。細く長く地域の自助グループ活動を続けていくこと、やがりそれが最大の依存症治療だと思っています。

我々のイベントにより、自助グループにたどり着く方々が少しでも増えるように活動を継続していきたい、と思っています。

## 市民公開講座Ⅱ

## 市民公開講座Ⅱ 講師・座長プロフィール

### 講師

斎藤 学 (さいとう さとる／精神科医)

1941年東京都生まれ。1967年慶應義塾大学医学部卒。同大助手、フランス政府給費留学生、国立療養所久里浜病院精神科医長、東京都精神医学総合研究所副参事研究員(社会病理研究部門主任)などを経て、1995年9月より、家族機能研究所代表。アライアント国際大学 CSPP 臨床心理大学院東京サテライトキャンパス名誉教授(2002年3月～)。

医療法人社団學風会さいとうクリニック理事長。医学博士。日本嗜癖行動学会理事長、同学会誌『アディクションと家族』編集主幹。日本家族と子どもセラピスト学会理事長、特定非営利活動法人日本トラウマ・サバイバーズ・ユニオン(通称・JUST)理事長。日本子ども虐待防止学会名誉会員。

著書に『「家族」という名の孤独』(講談社+α文庫より文庫版発刊 2000.9)、『「家族」はこわい』(新潮社・新潮文庫より文庫版発刊 2000.7)、『家族の闇をさぐる』(小学館 2001.3)、『男の勘がよい』(毎日新聞社 2004)、『自分の居場所の見つけかた』(大和書房 2006)、『家族パラドクス』(新潮社・新潮文庫より文庫版発刊 2012.5)、『「家族神話」があなたをしぼる』(NHK出版 2008)、『依存症と家族』(学陽書房 2009.9)など。訳書に『父一娘 近親姦』(誠信書房 2000.12)、『シークレット・トラウマ』(ヘルスワーク協会 2002.6)他。最新刊『あかるく拒食 ゲンキに過食 リターンズ』(共著)平凡社(2011.12)、『わたしのままでママをやる』(共著)(WAVE出版 2012.1)。

### 座長

米山 奈奈子 (よねやま ななこ)

1983年千葉大学看護学部看護学科卒業。2001年東洋大学大学院社会学研究科修士課程福祉社会システム専攻修了、修士(社会学)。東京都中野区保健所保健婦、東海大学健康科学部看護学科教員を経て、2009年10月より国立大学法人秋田大学大学院医学系研究科教授。

1995年から、東京・八幡山を拠点とする市民団体である「アディクション問題を考える会(AKK)」代表。秋田ではDV防止や精神保健一般に関する教育啓発活動や自殺予防活動に関わり、摂食障害者のサポートグループなどを主宰。専門は地域精神保健看護学。著書は、アディクション看護(共著、医学書院)、アディクション看護学(共著、メヂカルフレンド社)、摂食障害の治療(共著、中山書店)など。

## 「嗜癡行動と PIAS（サイトウ式逆説的介入アプローチ）」

家族機能研究所

齋藤 学

アディクション（嗜癡、依存症）という言葉は、「原発依存」「国債依存」などの言い回しに見られるように、世間一般に用いられるようになってきた。これらはいずれも国家の政策方針に関する批判として用いられる言葉だが、「時々必要を満たそうとするうちに、そこから抜け出すことか困難になった状態」を指すという点で、必ずしも誤用ではない。

一方、個人のレベルでは恋愛から刺青に至るまでの様々な営みにアディクションの用語が適用されるようになり、特にインターネット（ウェブ）依存は DSM-5（来年前半から発効予定）においてもアディクション行動の一型として収載されることが予定されている。

しかしながら、こうした用語法の汎化にもかかわらず、そうした行動への治療的対応についての議論が盛んになったとはいえない。こうした間隙を埋める試みのひとつが PIAS（Paradoxical Intervention Approach by Saito）である。これら 40 年以上にわたる筆者の臨床活動から抽出した一連の対応法を言語化している。必ずしも嗜癡行動に限定して用いられるものではないが、所謂「ひきこもり」や各種の性的倒錯など、従来精神療法手技では手の届かなかった領域についても適用可能な柔軟性を持つ。

詳細は当日の講演に譲るが、なぜパラドキシカルであるかについてだけ述べておく。まず、この対応法（敢えて治療法とは呼ばない）では、クライアントの持ち込む症状行動（嗜癡行動を含む）を、我々の治療を受けるための「入場券」ないし「切符」とみなし、その消去を治療目標としない。そして、その症状行動を発している者（患者本人）との直接接触を（少なくとも治療初期には）必要としない。更に、「症状行動」は何らかの点で、症状を出している人の役に立っているとみなしている。こうすることによって、PIAS を用いる治療者は、症状を悩みと感じている人々との出会いを楽しむことが出来るようになり、こうした「意味の変化」が患者を取り巻く人々の気分を改善することから効果的対応が始まるのである。

## 一般演題抄録

## 放射能汚染に揺れる福島のコミュニティと家族：避難をめぐる葛藤

○香山雪彦<sup>1)</sup> 内藤哲雄<sup>2)</sup> 藤原正子<sup>3)</sup> 日下輝美<sup>4)</sup>

福島学院大学 大学院臨床心理学研究科 1) 医師 2) 臨床心理士

福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科 3) 精神保健福祉士 4) 社会福祉主事

2011.3.11東北沖大地震から1年半、その規模は未曾有だったとしても、地震や津波といった大災害は過去に何度もあり、今回の大災害についても阪神や中越の経験が大いに生かされたところがある。しかし、原子力発電所の事故による放射能汚染被害は初めての経験で、今まで日本人が経験したことのない混乱状態にある福島のコミュニティの状況を、福島に住み、避難者や家族関係に苦しむ人たちの支援・援助にも関係している立場として報告したい。

今の福島市には避難をめぐる様々な状況の人たちが混じり合って暮らしている。1. 津波などで家を失って避難してきた人たち。2. 原子力発電所周辺から強制避難で移ってきた人たち。3. その周辺地域から自主避難してきた家族。4. そこに父親だけ残して自主避難してきた母子。5. 福島市から母子が自主避難していった残った父親。6. 自主避難していたけれども戻ってきた家族。7. 以前より福島に住んでそのままの生活を続けている人たち。

もちろん一番多いのは7であるが、その中でもいろいろな人たちがいる。7-1. 不安を感じるけれど、ここにとどまるべきと考えて他の選択肢を選ばずに現状にとどまっている人たち。7-2. 漠然と不安はあるが、深く考えることを停止してとどまっている人たち。7-3. 不安が強く自主避難したいけれども、仕事や経済的理由で避難できずにいる人たち。7-4. 現在の線量では医学的に問題がないことを理解して平然ととどまっている人たち（私はこれに属する）。このように一応は分けてみたが、かかえている不安の質や程度はその職業や家族状況によって大きく異なっている。

そのような状況の中で、コミュニティの維持・新たな形成は難しい問題である。特に被災地から避難している人たちの場合、仮設住宅に入居している人たちは住居が登録されていて支援の手が届きやすいし、自治会を作るなど新たなコミュニティ形成も可能だが、そこでも慣れない人たちの中には出てこようとしなない人たちがいて、その人たちに孤立しないようコミュニティに加わってもらうことは非常に難しい。一方で借り上げ住宅に住む人たちは（住環境は仮設よりも良いことが多いが）知らない地区に入って孤立しがちになってしまったり、生活支援相談員の人たちが訪問しようにもどこに誰が住んでいるのか情報収集に困ることが多い。一つの町村からの避難先がいくつもの市町村に（一つの市内でも何カ所にも）別れていることもこの状況を難しくしている。

現在まで、町村単位で避難したのは火山島である三宅村の4年が最長だという。福島原発周辺の町村ではそれよりも長くなる地区が出てくることは確実であるが、その時に心理面でどのようなことが起こるのか、誰も経験したことがなくて全く不明と言わざるを得ない。参考にできるとしたらチェルノブイリ周辺の人たちが経験してきたことだろうが、今の日本と国民の性格特徴も文化的背景も大きく違っている。私たちはこれから福島で生じる全く未知の社会を見定めていく必要があると考える。私たちが後世のために歴史を記述していく役目を負っているのだとも言える。

それとは質の異なる問題も生じてきている。もともと福島市に在住していた人たちの間で、放射能汚染に対する考え方の違い、あるいは自主避難をめぐる考え方の違いや特に実際に避難したかしなかった（できなかった）かで、感情の摩擦が表には見えにくい形で充満してきており、隣近所や町内会などで親しかった人たちの間の率直な会話が難しくなっている場合が多々ある。それによって身近なコミュニティが崩れ、それが不安からの回復力を弱くしていると感じる。そのような不安に揺れる人たちを見ていて、私自身はこの大災害後の自分たちの生活の困難や不安・恐怖を、至る所で知り合いの人たちと繰り返し語り合い、その経験や感情を共有し合うことで揺らぐ感情を抑えて生き延びてきたのだと、あらためて理解する。

いずれにしても、原子力発電所事故は福島県の人をすさまじい不安の中に巻き込み、特に小さい子どもを持つ家族を激しく揺さぶっている。そこで親が不安に駆られてヒステリックに騒げば、それは今の福島市の放射能汚染レベルよりもはるかに強く子どもに影響するだろう。実際に子どものことで相談に訪れる人たちには、問題は避難などで落ち着かない親の状態の方にあると考えられるケースが多々あることを見ている。

これから福島はどうなるのだろうか誰も想像できていない中で、私たちは援助職者を育てる大学の教員としての責務を負いながら、自らの職業意識も問われていると感じる。

## ひきこもりの子を抱えた親の共依存的特徴と

## 親のグループミーティングの効果に関する一考察

○四戸 智昭<sup>1)</sup><sup>1)</sup>福岡県立大学大学院看護学研究科 准教授

筆者は、これまで、ひきこもりの子を抱えた親（母親）の多くに、子に対する共依存の問題があると考えてきた。子どもが抱える他のアディクション問題同様（摂食障害等）、ひきこもりの問題でも、この問題対処に登場するのは圧倒的に母親であり、父親が登場することは稀である。これが、母と子の共依存関係を一層強固なものにしているとも考えている。

親と子の共依存関係は、コインの裏と表に例える事が出来ると考えられる。すなわち、親が子を過剰なケアでコントロールする一方。子は親のケアを引き出すために、ひきこもる、あるいは暴力を振るうという行動で親をコントロールする。すなわち、親の子に対する共依存的態度や行動が修正できれば、子のひきこもり行動の修正にも期待ができるものと考えている。

厚生労働省によると、ひきこもり当事者の約3割が発達障害の問題を抱え、約3割がうつ病などの精神疾患に該当し、残りはそれ以外と報告している。この報告に基づくならば、少なくとも4割近いひきこもりの当事者たちは、親と子の共依存問題を抱えていることで、ひきこもるという防衛行動をとっているとも考えることができる。

筆者は、ここ2年程の間、福岡でひきこもりの親の会を実施しているNPOグループで、月に1回の親のグループミーティングのコーディネーターを行なっている。その実践から垣間見えてきたのは、記述したような親の共依存的特徴であった。

筆者は、この親の共依存傾向を5つのポイントで捉えている。第一に「強迫観念的態度」である。当然のことながらひきこもりの子を抱えた親の関心の中心は、ひきこもっている子の事であり、いつもその事ばかり考えている。第二に「二者択一的態度」である。親の選択肢は狭く、外に出て就労するか否かを考えている場合が多い。第三に「現状否定的態度」である。自分の子育ての否定、自罰的態度、あるいは子の現状否定的態度である。第四に「コントロール的態度」である。子のひきこもるという行動修正のために、過剰なまでに子にケアをしたりすることがこれに該当する。第五に「自他境界混乱的態度」である。家族構成員との境界設定ができずに、子の人生をあたかも自分の人生のように感じている。

厚生労働省が報告している「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」では、親のグループミーティングの重要性が指摘されている。またこの中では、ミーティング最中に、コーディネーター（支援者）が適切な介入を図ることで、親の集団療法の効果向上が期待されるとも示されている。

本報告では、筆者が行なっているひきこもりの子を抱えた親のグループミーティングを通して得られた親の共依存的特徴を報告するとともに、親のグループミーティングで親の共依存的態度修正を試みる実践的事例を報告することが大きな目的である。また、合わせて、親のグループミーティングの参加前後で、親の不安感が軽減できているかについても、GHQ-12を使った親の不安増減についても分析と報告を行うものである。なお、倫理的配慮として、データ収集については、調査研究に用いることを研究協力者の了解を得て行っており、かつその場合においても個人が特定されないよう細心の注意を払うこととしており、本報告においても個人が特定されないよう配慮するものである。

## 日本嗜癮行動学会会則

- 名称 1 本会は、日本嗜癮行動学会 (The Japanese Society of Studies on Addictive Behaviors) と称する。
- 所在 2 本会の事務局を、家族機能研究所 (〒106 港区麻布十番2-14-6 イイダビル2F、Tel. 03-5476-6041、Fax. 03-5476-6543) におく。
- 目的 3 本会は、さまざまな嗜癮的行動の病因、治療および予防に関連した研究分野の進歩発展をはかることを目的とする。
- 事業 4 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。  
a) 学術大会の開催 b) その他の事業
- 会員 5 治療、予防、福祉援助の専門家で守秘義務を負う者、または本会が認めた学会、公開講座、研修会等、一定の研修課程を修了した者で、会員1名以上の推薦を受けた者は、会員となることができる。
- 6 会員は、学術大会に参加し、研究成果を発表できる。
- 7 本会には、名誉会員をおくことができる。名誉会員は嗜癮的行動の研究部門で指導的立場にある者の中から、理事会の推薦と総会の承認により選ばれる。
- 8 本会には、賛助会員をおくことができる。
- 役員 9 本会には、次の役員をおく。  
会長1名 理事長1名 理事若干名 監事2名 顧問若干名
- 10 会長は、会員の中から理事会で選ばれる。理事長は、理事の互選によって選ばれる。理事、顧問および監事は、理事会の推薦により、総会の議を経て選ばれる。会長は任期中、および大会終了後、理事となる。
- 11 会長は、学術大会および総会を開催する。また、総会の議長となる。
- 12 理事長は、本会を代表し、理事会の議長となり、会務を統括する。
- 13 理事、監事および顧問は、理事会を構成し、会務を執行する。理事会は、必要に応じ委員を委嘱して会務の執行にあたらせることができる。
- 14 監事は、会計を監査する。
- 15 役員の任期は、会計年度を単位として、理事長は2年、その他の役員は4年とする。ただし会長の任期は、学術大会終了の翌日から、次年度の学術大会の終了日までとする。
- 会計 16 本会の経費は、会費およびその他の収入をもってこれにあてる。
- 17 会費は、1年8,000円 (学会誌「アディクションと家族」購読料を含む) とする。ただし、名誉会員の会費はこれを免除し、賛助会員の会費は、別に定める細則による。
- 18 担当理事は、決算結果を年1回総会に報告し、その承認を得なければならない。
- 19 本会の会計年度は、毎年1月1日に始まり、同年12月31日に終了とする。
- 付則 20 本会則の変更の際には、総会の承認を得なければならない。
- 21 本会則は、平成12年10月14日より施行する。

## 第 23 回日本嗜癪行動学会秋田大会 実行委員会

大会長 米山奈奈子（秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授）  
副大会長 伏見 雅人（秋田県精神保健福祉センター 所長）

### 実行委員

猪股 祥子（秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻）  
小野 洋子（秋田県教育庁福利課）  
熊澤由美子（秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻）  
近 藤 寿（医療法人回生会 秋田回生会病院）  
近藤美奈子（中央法規出版（株）仙台営業所）  
佐々木 元（医療法人回生会 秋田回生会病院）  
佐々木久長（秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻）  
佐藤 健二（医療法人久幸会 今村病院）  
佐藤 光幸（特定医療法人仁政会 杉山病院）  
藤原悦子（弘仁会 島田病院）  
山手昭彦（秋田県立リハビリテーション精神医療センター）

(50 音順)

● 第23回 日本嗜癪行動学会秋田大会 事務局  
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻内  
〒010-8543 秋田県秋田市本道1丁目1-1  
TEL 018-884-6545 FAX 018-884-6545  
E-Mail: shihekia@hs.akita-u.ac.jp