

# 原宿カウンセリングセンター

原宿カウンセリングセンターは 1995 年に設立された民間相談機関です。臨床心理士の女性を中心とした 15 名のスタッフから構成されています。家族関係の悩み、人間関係の悩み、摂食障害、アダルト・チルドレン、共依存、DV、子どもへの虐待、親への暴力、不登校、引きこもり、子育ての悩み、依存症（アルコール・薬物・ギャンブル・買い物など）、PTSD、生き方の悩みなどを抱える方々に向けてカウンセリングを行ってきました。

カウンセリングはアディクション・アプローチを基本としながら、カウンセラーの特色ある技法を活かして援助を行います。また個人カウンセリングだけでなく、心理劇やグループカウンセリングを積極的に取り入れています。

□ 住所 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 6-24-4 観世ビル 3F

□ 電話 03-5469-0006      □ FAX 03-5469-0013

□ メール —

□ ホームページ <http://www.hcc-web.co.jp/>

## センターの概要と特色

**鶴田**：まずは、原宿カウンセリングセンターの概要とプログラムの特色についてお聞かせください。また、民間のカウンセリング機関ということで、医療機関との違いなどについてもお聞かせください。

**信田**：センターは、95年12月に設立しました。当初から精神科医療に依って立つ医療モデルではなく、アディクション・アプローチや関係モデルを使いながらの援助を行ってきました。診断・治療・投薬といった医行為ではなく、困っているひとたちの問題解決の援助をします。もちろん保険はききません。また個人カウンセリングだけではなく、家族への教育的アプローチやグループカウンセリングを積極的に行ってきました。それが特徴です。

**鶴田**：個人カウンセリングが多い中で、グループカウンセリングを行っているのはなぜですか？

**信田**：カウンセリング、心理療法は対一、個人対個人を基本としています。ただ、私たちは元々アディクション・アプローチから出発し、自助グループが回復に貢献することを知っていたので、グループカウンセリングを活用しています。グループだと多くの関係性や相互作用が生まれ、効果も増します。またそれぞれに担当カウンセラーがつかますので、担当者同士が連絡をとりあうことで、グループと個人担当のカウンセラーが連携します。本人と母、父はそれぞれ別個のカウンセラーが担当しますので、原宿カウンセリングセンター全体でその家族全員を援助することになりますね。ある種、総合的な援助が実現出来るというメリットがあります。

**鶴田**：お父さんのグループというのもあるんですね。

**信田**：あります。お父さんのグループは月一回です。その他に、お母さんのグループが二つ。摂食障害の本人のグループが一つ。摂食障害の娘を持つお母さんのグループが一つ、ACのグループが二つ、DV被害者のグループが二つですね。

**鶴田**：父親たちのグループというのは、摂食障害の子をもつお父さんだけでなく、様々な？

**信田**：そうです。今多いのは、引きこもっている娘、息子の父親が多いですね。摂食障害の人もいますが、摂食障害は多様な問題行動のうちの一つですから。

**鶴田**：グループの中で、摂食障害の親御さんに特によくみられる傾向はありますか？

**信田**：かなり前の経験ですが、アルコール依存症者の妻のグループに入った時の空気感と、摂食障害の母親たちのグループの空気感は、ドアを開けて入るときの感じが全然違いましたね。摂食障害のお母さんたちの部屋は、ものすごい空気圧なんですよ、エネルギーが満ち満ちていて、入り口でちょっと覚悟しないと中に入れなかった記憶があります。

**鶴田**：やる気满满みたいな？

**信田**：やる気ではないです。「私たちがいないと、あの子はどうにかなってしまう」といった、何と云うんでしょうか、「あの子を生かすも殺すも私次第」という悲壮感、使命感、見方を変えると万能感が満ちあふれていましたね。妻のグループというのは、いざとなれば離婚という道がありますよね。でも親子は切っても切れない。おまけに、自慢の娘があんなったのは母親のせいという社会のバッシングもあるから、彼女たちの使命感は、いやがうえにも増しているのだと思います。

## 摂食障害の相談状況

**鶴田**：次に、摂食障害者の相談状況と対応についてお聞かせください。

**信田**：センターが出来て19年経ちましたが、毎年一回どんな主訴があるかを一覧表にしています。設立からずっと、アダルトチルドレン(AC)と摂食障害は一位か二位です。一貫して摂食障害の家族やご本人の相談は多いんですよ。摂食障害だけれども盗癖や暴力の問題がある、それから薬

物やアルコール依存症などを併せもつ、どちらが本体か分からないような相談を入れるともっと多いです。それから、家族からの相談をよく聞くと、子どもが明らかに拒食だけど親はそうは思っていないといったケースや、また最近ではDV関連でも摂食障害者が多いのです。摂食障害は1割とまではいきませんが、コンスタントに7~8%くらいになります。これはすごいことです。すごく多様な主訴がある中で、コンスタントに7~8%というのは多い方です。

**鶴田：**ちなみに主訴で一番多いのは？

**信田：**2007~2008年までは、アダルトチルドレンが1位、2位で、ここ3~4年は、DV加害者、DV被害者、DV心配者というDV関連が多くなりましたね。でも一番多いのは漠然とした「家族関係」「夫婦関係」「対人関係」といった主訴です。

**鶴田：**それは信田先生のご著書とか、マスコミ報道からの影響ですか？

**信田：**それもあるでしょうね。2004年から別のNPO法人主催DV加害者プログラムを行っていることもあるかもしれませんが、はっきりしているのは、医療機関ではどうにもならない問題ばかりだということです。摂食障害は医療は無効だなんて、あまり公に言うとバッシングされるから言わないけれど、私たちの所へ来るというのはそういうことだと思います。保険で出来れば、保険の所へ行きますからね。

**鶴田：**どういった点が、医療とは違うと思いますか？

**信田：**ここでは「病気」という言葉はあまり使いません。「治す」「治さない」という言葉は使わないし、診断をしないということが一番大きいですね。私たちは「この人は〇〇という病気だ」や「あなたは〇〇ですよ」などとは言いません。来た人が「このことで困っています」とおっしゃること＝主訴に沿って相談をお受けします。病名というのは、この世の中の一部であって、病気にしなくてもいい問題が圧倒的多数なのに、保険診療の中でみんな病名がつ

いて、みんな保険で薬を出すということになっている。この流れに、私たちは当初から抗してやってきたわけで、逆に生きる世界の問題に果たす役割の中で医療はごく一部に過ぎないと私は思っているのです。

## ACから毒親の流れ

**鶴田：**思い出しましたが、ACに関して何年も前に、ものすごいバッシングがありましたね。

**信田：**かなり前ですよ、もう15年以上前になりますね。私がACの本を出したのは1996年。あの前後からすごく、出すと同時にバッシングでした。私にとってはACブームとバッシングは同じ強度として記憶されています。最近ではACという言葉があまり言われなくなり、バッシングもなくなったと思っています。

**鶴田：**どんな点で、バッシングを受けたのですか？

**信田：**それは「全部、親のせいにしてている」と言われたことです。最近では母と娘の関係が大きくクローズアップされて、NHKから「母と娘」というテーマで取材を受けたりしましたが、これはACそのまんまの問題なのです。それが親と子というより、より具体的に母と娘になっただけで構造は同じです。だから今またバッシングが大変です。マスメディアで毒親、毒母と言おうものなら、電話がかかってくるかきかえませんか。

**鶴田：**母娘関係に悩む人たちの年齢層はどのくらいですか？

**信田：**「毒母」に対する「墓守娘」は、20代から60代まで、幅広いです。

**鶴田：**これは私が感じているだけですが、私たちのように摂食障害の問題があると、両親、特に母親との関係に向き合わざるを得なくなる。ただ、今の「墓守娘」たちは先送りしてきて、そういう機会がなかったのではないかと。

**信田：**そうですね。摂食障害者というのは、母親をきちんと

と糾弾し、母親からのある種の独立を勝ち取るということが、摂食障害という症状のおかげで出来た人たちなわけです。逆に言うと、私は摂食障害の親子をずっと見てきたから、私が2008年に「母が重くてたまらない・墓守娘の嘆き」という本を出した時に、そこに描いた母と娘の問題については「こんなの当たり前のこと」じゃないかと思っていました。でも、マスメディア的には「えっ」という感じがあったんでしょうね。それがこんなに長く、母と娘の問題として女性誌をはじめとするマスコミに続けてとりあげられていること自体が、なかなか面白いと思います。先駆者は摂食障害者だったのね。あなたのような、それはもう強烈な人が何人もいたから（笑）、今でも忘れられません。

鶴田：（笑）

## 摂食障害者と、その家族について

鶴田：摂食障害の相談では、まずは本人が来ますか？それとも家族が先に来ますか？

信田：本人はなかなか来ない。まず家族が困り果ててやって来るのは、昔から変わらないです。冷蔵庫は空っぽになる、過食代をむしり取る、暴力をふるって食べ吐きする、死ぬと言って脅す。困り果てたお母さんがげっそりして来るのは昔から相変わらずで、中核群としてあります。ただ、やはり本人も来ますよね。

鶴田：ガリガリの本人が来た時に、「今はこちらは違うんじゃない？」といったことをお伝えされていると聞いて、誠実な場だと思った事があるのですが。

信田：それは言いますね。「ここに来る前に行く所がありますよね」とまでは言いませんが、「今日こちらを訪ねて来てくださったのは分かるけれど、まず医者を受診してくださいね」と。30 kgを切っているような状態では、ここにたどり着くまでに何が起こるか分からない。「あなたがきちんとものを考えるために、一定程度の体重、あと2〜3 kgでいいから必要ですよ」と言って、皆さんお帰りいただきます。でもみんな、「31 kgです」なんて嘘を言う。だ

から、前の職場の時には体重計を置いていたのです。でも、今は私たちの所には体重計はありません。

鶴田：そうしたガリガリの人は、とにかく症状をなくしたいということですか？

信田：それは表向きですね。自分が何かにこんなにとらわれている。たとえば、母のことだったり、自分の思うと通りの人生を生きられなかったりなど、何か一つのことにとらわれてやって来ます。体重なんて二の次三の次のみだけれど、口では「先生、私、食べたいのに食べられないんです」と。そんな口実だと思いますね。実際は、「このぐらいつらいんだ」といったことや、あとは「お母さんがかわいそう」といった問題だと思います。

鶴田：相談に来ているのにあまり変化がなく、漫然と来ているような家族もいますか？

信田：漫然と来る…というより、お母さん自身がここに来て話を聞いてもらいたいというような人はいますね。やはり夫も理解してくれないから母親は孤立していて、ここが唯一の場所となることはあります。特にお母さんのグループには、娘のことはそっちのけで、ここを自分の居場所として来ている人もいます。その方がそれを承知で来ているのならば拒みはしません。

鶴田：やはり望ましいのは、どなたか一人が来所するよりも、たとえばまずは母親が来て、次は本人や父親が続くという形ですか？それとも、誰か一人でも充分ですか？

信田：お母さん一人でも充分か、ということかしら？それはやはり、本人も来られるのが一番良いです。ただ、本人が本当にポリシーを持っていて、「絶対行かない、そんなお金があるなら過食する」などと決めている場合、無理矢理は出来ません。その辺りは、昔からどういうタイミングで本人を誘導するかを考えます。最終的に本人が来ないことも多いです。そもそもカウンセリングに来なくても良いということもあるし。ただ、こちらにお母さんお一人が来ていることで、本人や家族に変化があったという例を

私はたくさん見えています。

**鶴田**：分かります。ところで、お父さんは変わりますか？

**信田**：お父さん？全然、希望はない。こんなこと言っは、なんです（笑）。ただ、害を少なくしてもらおうことは出来る。少なくとも「お前、努力しろ」「やって出来ないことはないのに、なぜ出来ない」といった言葉を家で言わせないようにすることは出来ます。あとはお母さんに、少しは優しい言葉をかけられるようになるなど。ここのお父さんのグループへ出ると、もう私は紅一点ですからね。皆さんに、家で妻に言う台詞をきちんとノートに書いてもらいます。「君も今まで大変だったね」って、書きましたか？」と聞く。「では、読んでください」、「君も今まで大変だったね」、「う～ん、もうちょっと感情をこめてくださいね」というように、これは台詞からやる。

**鶴田**：指示するのですか？

**信田**：私は考え方を指示するつもりはないのです。ただ、台詞は言われたとおりにやってもらう。それは、その人を支配しているわけではありません。もう一つは、心底そう思わなくてもいい、感情は別のものであってもいい、効果をねらって、演技をしてくださいと言っています。だって、とっくに壊れている夫婦はいっぱいあるわけだから。そこで「心を込めて、君も大変だったねって言った方が良いでしょう」なんて言ったら、その人たちは絶対に言わないです。だから、「心にもないことで良いです。この台詞どおり棒読みでいいから、次回までに1回は言ってくださいね」と。それで、次の回到「宿題出来ましたか？」と言って、「はい、出来ました！」と言う人がいると、「ちきしょう、あいつは出来たのに俺は出来てねえよ」みたいな反応があるのです。まあ、お父さん同士の競争を利用するわけです。「信田が生意気を言っているけど、でも他の親父に負けるのは悔しい」ということを少し利用することはあります。

**鶴田**：なるほど。相談状況や対応ということで、先生のほうからつけたしていただくことはありますか？

**信田**：やはり、出来れば家族全員が来談すること。具体的な対応を勉強してもらうこと。グループを通して、家族もつながりを持つということ、かしら。

## 摂食障害と重複する問題

**鶴田**：摂食障害と他の問題の重複状況をお話してください。

**信田**：重複はむしろ一般的です。最近特に多いのは、盗癖です。私たちの所に来ているお母さんの娘さんで、赤城高原ホスピタルに入院している方や、KA（窃盗癖の人たちの自助グループ）に行ったり、そういう動きが最近出てきたので、前よりはやりやすくなりました。逮捕されてそのまま私のアドバイスで、赤城に直接入院のようにして、それで判決を軽くするようなことをやったこともあります。その人たちのほとんど全員が過食嘔吐でした。

**鶴田**：盗むのは、やはり食べ物ですか？

**信田**：そうでもないですね。B店（新古書店）が多い。聞いた話ですが、B店のやり方は、絶対に警察に訴えないで、その分、盗られた本の3倍のお金を出させるそうです。合計金額が3千円だったら、1万円。そのようにお支払いただければ私たちは警察に言いません、と。親はみんな出しますよね。それがB店の手なんだと、言っている方がいました。

**鶴田**：盗癖の背景にはどんなことがありますか？

**信田**：被虐待はやはり多いです。これももう月並みですが、彼女たちの性被害歴もすごいです。でも、一時言われたほど多い訳ではないということも分かります。

**鶴田**：性虐待に関しては、本人が語ったら受けとめていくようにして、水を向けることはしないと伺いましたが。

**信田**：こちらから水を向けることはないです。ただ、「におう」ことがあるので、その場合は周辺をうろろした質問をすることはあります。結果、話しても話さなくても、関係は切れないようにします。

**鶴田**：一時言われた、というのは、摂食障害と性被害の因果関係ですか？

**信田**：斎藤先生のご著書の視点はそこですよね。摂食障害と性虐待との関係の仮説を証明しようという本を書かれたことがありましたね。でも、あれ以降、あまり聞かないですが。

**鶴田**：それに対して、バックラッシュがあったということですか？

**信田**：斎藤先生にバックラッシュがあったかどうか分かりませんが、私には一時ありました。ある本で「あなたの背景には性被害がありますよ、というような精神分析やカウンセリングはウソだ、トラウマやACはウソだ」と書いた人がいて、それが新聞の書評欄で激賞されたことがあり、それに対する反論を私が朝日新聞社の「論座」に書き、それに対して彼が書くというやりとりが、少しの間あったのです。論壇的にはちょっとした論争でしたが、あれ以降は論争はないです。私は早々に、こんな不毛な論争は…と思っていましたが、それでも言うっておかなくてはならないと思ひ、書きました。その論旨は、「性被害や被虐待が摂食障害や様々な症状の背後にあることを、ウソで語る人はいない」ということです。勿論、誇張がある場合もあるけれど、そんな嫌なことを誰のためにねつ造するんだと。また、もし万が一ねつ造であったとしても、私たちの仕事はそれを信じるころからしか始まらない、ということを書いたのです。

**鶴田**：えらいですね。えらい！

**信田**：えっ？今、誉められた？

**鶴田**：ええ、ほんと、感激する。そこまで言ってくれる方はなかなかいない。多くのお医者さんたちは、摂食障害に性虐待、性被害があるということは言うてほしくないと言っていて。摂食障害をそんなおどろおどろしいところに持っていかないでください、と。

**信田**：そういう先生の所に行っていると、やたら薬だけが多く出されるらしく、お困りになっている本人やお母さんも、よくこちらに来られます。

**鶴田**：性被害を思い出すのがつらくて、摂食の症状ですりかえているのに、そこを受け止めないで、薬だけが増えて、処方箋依存の問題もすごく深刻ですよね。

**信田**：そういう娘さんを持つお母さんへのアドバイスも、多くの医者は、ただ単純に「お母さんが全面的に受け入れましょう」というもので、それだと問題の焦点があわないままに訳が分からないまま、本人が親を責めまくることが長く続いている人もいます。

**鶴田**：たとえば、アルコール、薬物、摂食が重複していて、背後に虐待があり、現在進行形でDVがあるような場合、問題解決の優先順位はありますか？

**信田**：やはり基本は、薬物依存、アルコール依存というような、目に見えるものから取り除いていきます。だけど女性の場合は難しいのです。そもそもの性被害のことを扱っていると、他の問題がなくなることもあります。女性の場合は、薬物、アルコールからやっていくことが100%通用するわけではなく、図式化出来ない難しさがあります。ただ、教科書的に言えば、新しいもの、目に見えるものからやっていく。そうすると、アルコール、薬物からです。ひょっとすると摂食障害は最後まで残るかも知れません。でも、それをあまりマイナスにとらえない。だいたい女性の場合は、昔よりも問題がどんどん多様に出現している気がします。昔は摂食障害集中のような人が多かったのに、今はちょこちょこみたいな感じですよ。

**鶴田**：そうですね。軽く分散しているような。

**信田**：浅く、軽くね。本人も浅く軽いよ。話している内容や思慮が浅い(笑)。もっと考えてよ、みたいな人が増えてきて。少しつまらないけど、時代の反映かなって思ったりします。

鶴田：今は、豪傑が少なくなりましたね。

信田：(笑) 良くも悪くも、ガッツがないのよね。良いのですけど、つまらない。

鶴田：私たちの場合は自助グループだから、そうした重い人は別の所へ行っているのだろうと思っていました。

信田：重い人は亡くなってしまっていたり、もっと身体化して病院に行ったりしますね。その中間のところ、思いを言葉にしたり、誰かに怒りをぶついたり、その辺りを省いているような気がします。だから、親を責めるわけでもなく、簡単に大量服薬して死に瀕してしまうなどで、かつての桃エちゃんみたいに破壊行為で親を責めまくって「家族の問題だよ」ってする人が減ってきている。

鶴田：それは、家族との関係が薄くなっているから？

信田：私は、そこまで親の支配が徹底したんだと思う。怖いことですよ。だから死ぬか良い子になるか、しかないみたい。中間がない。

鶴田：なるほど。少子化で、親の目が数少ない子どもに集中するといったことでしょうか？

信田：あると思います。それから社会状況の変化ですね。本人は自立なんて信じていない。だけど、親だけが、ますます少数になってきたかつてのいわゆる上部の構造を信じています。良い学校に行って良い会社へ行く人は僅しかいないのに、親はその夢を捨てきれず、子どもの方では絶対に無理だと思っている。その辺の悲劇的な乖離が、「死か、良い子か」という二極化を生んでいるんでしょうね。

鶴田：見た目は軽いけど、中身は重くなっている？

信田：重くなっていますよ。ということは誰も言わないけど、私はそう思っています。

## 他団体との連携状況と課題

鶴田：最後に、他の団体との連携状況と課題についてお聞かせください。たとえば、身体危機のある本人が来た場合は病院へ紹介したりしますか？

信田：そうですね。摂食障害の場合、内科に入院。内科は精神病院より遥かに良いことがありますね。四の五の言わずにとにかく身体だけ良くしてくれると、かえって予後が良いということを私たちは多く経験しています。

鶴田：危機の時には内科的な入院をして、元気になってもらって、後はこちらで。

信田：そうです。精神科を経由しないで、内科とカウンセリング。精神科には申し訳ないけど、オトコの精神科医の奴隷になるようなことは有害無益だったりするじゃないですか。あとはやはりNABAなどの自助グループ。だから、内科、自助グループ、カウンセリング。あとは、親のグループなどですね。

鶴田：DVの被害者の方は？

信田：ここに来るDV被害者は、既製の被害者支援機関に適合しなかった人です。殺されるかどうかの瀬戸際で今すぐシェルターに、という人ではない。ここに来るのは、身体的DVではなく、言葉のDVで追いつめられた方が多い。世間的に言うとモラハラです。

鶴田：なるほど。今後の課題などはありますか？

信田：ここは医療機関ではないので、保険診療という絶対的なネットワーク、安全弁がないですから、私たちは絶えず新たなニーズや、カウンセリングを必要とする層を掘り起こしていかなくてはならない。母と娘の関係は、私たちが新たに掘り起こしたニーズだと思っています。もう一つは暴力です。暴力の問題は、一般的にこういうカウンセリングでは扱わない。扱っている所はいかがわしい所が多いといわれます。「すぐ逃げなさい」とか「3ヶ月でなんと

かするから 60 万円払え」など、摂食障害もそうですが、いわゆる悪徳の援助機関が一番はびこる分野です。出来るだけ科学的、学問的根拠に基づいた理論を持ちながら、なおかつ生々しい暴力にどうやって立ち向かっていくか。今後の新たなニーズの掘り起こしと、暴力の問題。これが私たちの課題ですね。

**鶴田：**先生は、援助職の人向けのグループや相談はやらないのですか？

**信田：**やっていません。そんな暇があったら、クライアントと会います。私がそういうことをすれば、皆さんの役に立つかもしれないけれど。私たちの同業者は結構それで食べているのです。でも、それはタコが自分の足を食べるようなものではないかと私は思う。夜も開いて欲しいという人はここにいっぱいいるから、そんな暇があったらクライアントに会った方が良いと思っています。スーパービジョンもしていません。どうして？

**鶴田：**支援者の人たちに先生の理論や方法をもっと知って欲しいと思うので。私の幻想でしょうが、支援者の人も教育を受ければ、少しは変わるのではないかと。

**信田：**90 年代に保健所のシステムが徹底的に変わりましたよね。公務員が変わりました。公務員は自分を守るほうに行っているでしょう？責任を問われないように、下手な事はやらないという逃げの一手です。勿論、よくやっている人たちもいます。ただ、がんばっているのはむしろ非常勤の人たち。DV 被害者支援の一部の非常勤の人などはがんばっていますよ。精神保健や福祉分野のセンターの体たらくを見ていると本当に残念です。

**鶴田：**働いている方たちの中からも「もう、やってられない」という声も多いですね。

**信田：**80 年代末から 90 年代にかけてを知っている人たちは業界からいなくなってきたけれど、当時は自助グループも含めて全体的に様々なものが立ち上げられたりしてすごかった。いわゆる、アディクションのムーブメントの時

代を知っている存在としては、少し悲しいです。

**鶴田：**寂しいですよ。それでも、信田先生とセンターの皆さんが、制度に依存しない民間のカウンセリング機関として常に新たなニーズを掘り起こしてこられた歴史を伺えて、とても励まされました。今日は本当にありがとうございました。



## ヒアリング 9

# 医療法人財団厚生協会 東京足立病院

東京足立病院は、昭和 33 年の開設以来、地域の評価に耐えうる精神医療を  
実践することを基本理念としています。アルコール専門病棟、ストレスケア病  
棟を持ち、依存症や摂食障害に対して先駆的な治療の取り組みを続けてまいり  
ました。また、老人保健施設と訪問看護ステーションおよび在宅介護支援セン  
ターが併設され、急性期治療を中心とした地域精神医療のみならず、長期在院  
者や高齢化の進む外来患者への福祉的関与および地域の高齢者への介護的支  
援を加えることによって、医療・福祉・介護の三要素を包括した総合施設への  
発展をめざしています。

住所 〒121-0064 東京都足立区保木間 5-23-20

電話 03-3883-6331       FAX 03-3884-7036

メール —

ホームページ <http://tokyoadachi-med.jp/>

## 病院の概要や特色

**鶴田**：前半は、看護部長の森はなこさんに、東京足立病院の概要や特色などをお伺いします。

**森**：東京足立病院は今年で55年目を迎え、地域では歴史のある病院です。精神科が中心ですが、平成8年から老人施設やアルコール依存症の専門病棟を併設して、少し地域性が広がりました。病棟は8病棟あって、そのうち精神科の救急病棟を平成22年の5月から開始しました。この病棟は、基本的に3ヶ月と治療期間を決めて精神科の患者さんが入る病棟です。他にも、平成8年から行っているアルコール依存症の患者さんのための病棟や、身体合併症のある精神科の患者さんが入る病棟があります。ですから、摂食障害で体のほうの問題がメインの方は、個室や保護室もある身体合併症の病棟に入ることが多いです。その他に、慢性期の病棟の一部にストレスケアの病床があり、そこには、うつ病や、休養目的で入られる方、また摂食障害と診断された方が入られることが多いです。

**鶴田**：身体合併症の病棟とストレスケア病棟と、どちらに入院するかの分かれ目はなんですか？

**森**：治療に関しては、身体合併症病棟は鍵のかかる部屋があるので、絶対安静を守ってもらう必要がある患者さんはやはりそちらに入ってもらいます。摂食障害で点滴をしばらく行う患者さんなどは、まずそこで身体の治療をしてから病棟を変わることもあります。経営上の話としては、点滴や処置をしても点数がとれる病棟なので、そこに入りやすいというのがあります。もう一つのストレスケア病棟のほうは、基本的には休養がメインなので、何かプログラムをやるというよりは、少し休んでいただいたり、行うとしても生活技能訓練や作業療法など、体のリハビリより心のリハビリを目的としています。そのような視点で病棟を振り分けています。

**鶴田**：たとえば体重が著しく低い場合などは？

**森**：救急病棟か身体合併症病棟ですね。救急病棟でもかなり受け入れをしています。同じように鍵のかかるエリアが

あるので、そこで安静にしてもらったり、また3ヶ月位で退院を目的にするような患者さんに関しては、救急病棟に入っていただくこともあります。

**鶴田**：では、そこからストレス病棟に移るのではなく、救急病棟で？

**森**：救急病棟で3ヶ月。もちろん移る方も中にはいますが、基本的には救急病棟に入れば3ヶ月で退院です。

**鶴田**：なるほど。でも、救急や身体合併症を引き受けてくれる病院というのは珍しいでしょう？

**森**：そうですね。ただ、救急や身体合併症への対応が得意な先生がいるわけではなく、たまたまずっと診ている患者さんだったり、他のクリニックから入院の必要があるということで紹介されてきて、退院後はもとのクリニックに戻る患者さんもいますので。うちの救急病棟で出来ることも限られていて、それこそ点滴位しか出来ないのも、それ以上に何か必要な時は、やはり内科の病院と相談しながらになります。

他に、当病院の特徴としては、女性ミーティングを行っていることですね。平成15年位からアルコール依存症の病棟で女性たちがグループを立ち上げて少人数で細々とやっていたんですが、もっと大々的に病院全体で女性のプログラムをということで、平成16年位からプロジェクトを立ち上げて、NABAや中間施設の方々にメッセージに来てもらうことを始めました。今も続いていて毎週木曜日の午前中に行っています。そのメッセージがとても響いているようで、女性の入院患者さんが増えています。

**鶴田**：女性ミーティングの立ち上げには、森さんも関わっていらっやったのですか？

**森**：私は一番最初だけですが。山口先生と一緒に。その前は別の先生が細々と2、3人の患者さんを診ていて、気分転換にみんなで絵を描いたりしていたのが元々の始まりでした。その後、山口先生が女性のプログラムを考えようと動いてくれて、当初はアルコール病棟の女性プログ

ラムと考えていたんですが、他の病棟の患者さんたちも女性特有の悩みをかなり抱えていることが見えてきたんです。それで女性クローズドでミーティングをやりましょう、といったことが発端です。

**鶴田:** 女性に特化したプログラムが必要だったのにはどんな背景があったんですか？

**森:** 50人の患者さんの内、女性の患者さんは1~2割で、病棟内でも多少交流はあるものの、女性だけで話が出来る場を必要としていました。圧倒的に男性の多いアルコール依存症のミーティングの中では、異性の問題をはじめとして女性は発言をしづらい状況でした。診察場面ではかなり話をしていますが、ミーティングの場面では通り一遍の話だけで終わってしまって深まりがないということがあったり、けれど話したら話したで自分自身を責めてしまうことがあったりして、それが女性クローズドを行うことにつながりました。それと、私も含めた女性スタッフ自身が、自分たちもスタッフとして入るのではなくて、一人の女性として入れるミーティングを作りたいというのがあって始めました。当初は入院中の患者さんだけのプログラムの一つとして始めたのですが、徐々に外来やストレス病棟の患者さんも参加するようになり、広がっていきました。

**鶴田:** 病院の専門職の人が入って行われているミーティングは他の所でもありますが、こちらのミーティングはスタッフの方々も本当に活発に率直に語られていますよね。こうしたことは他の病院でもありますか？

**森:** ないない、ないですね (笑)。

**鶴田:** 患者さんの前でこれは話せないとか、そういった葛藤はありますか？ どうしていますか？

**森:** あくまでスタッフとして入るスタッフと、メンバーの一人として入るスタッフとに分かれていますね。スタンスはそれぞれに任せています。私は元々話をしたいという気持ちがあったので、メンバーの一人として入るタイプでしたが、一時期、ミーティングに時間をさける人が少なくて、

自助グループや中間施設にメッセージを頼んでいる日にはスタッフは入らない形にしていた時期もあったんです。でも、女性ミーティングは当初からスタッフがファシリテーターをやって、「スタッフも自分の話をしよう」という取り決めがあったくらいで、結局はスタッフたちが話しかけたんだなとも思います (笑)。

**鶴田:** 病院の特色ということでもう一つ伺います。早くからNABAをメッセージに呼んでくださり、全職員の方々にお声をかけて、研修会を開いていただいたことがありましたよね。

**森:** NABAの時には、70人位の職員が参加しましたね。

**鶴田:** そういった取り組みは昔からあったのですか？

**森:** いえ、平成8年のアルコール病棟の立ち上げの準備の頃、AA (アルコール依存症の自助グループ) や石井敦子さん (現 リブ女性ハウス代表) がメッセージに来てくれたことがありました。その時は、統合失調症ばかりの病棟の中に一人二人アルコール依存症の人がいるくらいでしたが、たまたま患者さんがAAなどを知っていたりしたことが、自助グループを知るきっかけになったんです。アルコール病棟の立ち上げに関わった職員が研修も兼ねてAAや近くの施設に行くと顔見知りになるうちに、交流が深まっていきました。他には、アルコール病棟に当時いた先生方が「最終的には自助グループにつなげることが病院の役割だ」という考え方だったので、スタッフも勉強ばかりではなく、当事者の話をきちんと入れていかないと患者さんのためにならないということで、自助グループの人たちにメッセージをしてもらうように働きかけていきました。それまでは本当に狭い世界で精神科をやっていた病院なので、患者さんのために訪問をしたりはしていましたが、外からメッセージを呼び入れるとか話を聞きに出ていくことはあまりやっていませんでした。依存症の治療を始めてからやっとそういうことをするようになりましたね。NABAに来てもらった時は、女性ミーティングを立ち上げる際の同時プログラムとして開いたんです。夜間の研修に医師や看護師をはじめ多職種があれだけの人数集まった

のは病院としても初めてでしたね。

**鶴田**：嬉しかったです。でもどうして皆さん集まってくれたんでしょうか？

**森**：そうですね。アルコール依存症の体験談を聞いたことはあっても、摂食障害の人たちの話を聞く機会というのは全くといっていいほどないんです。当時、摂食障害の患者さんが何人か入院していて、関わり方に悩んでいたスタッフたちがいました。理解したいという気持ちがあったのかなと思います。

**鶴田**：その後、NABAをはじめ他の施設や自助グループの催し物にも、東京足立病院の職員の皆さんがかなりいらっしゃるようになりましたよね。

**森**：そうですね。看護師といっても、摂食障害がどんな病気なのかということは学校で教科書に数行書いてある位しか習わない状況なんです。やはり実際に体験した人の話を聴くということが、自分たちの理解を深めるには一番良いと気づいていたから、ああやって集まったんだと思います。

**鶴田**：もう一つ伺いたいののが、摂食障害の人がここに来たときに、主治医や看護師が関わりの中心になると思いますが、それ以外にも、たとえば精神保健福祉士やケースワーカーなどの関わりもありますか？

**森**：基本的には、初めて来た人に関しては精神保健福祉士が今までの状況を聞いて、それから先生につなげています。先に電話で受診したいという連絡をもらった場合には、たとえば男性の先生が良いか女性の先生が良いかで外来日を選んでもらったりします。他には、病院ではなくてクリニックが良いという場合には、北千住と竹の塚にクリニックあるので、そちらに振ることもあります。また、クリニックには児童を得意としている先生がいるので、年齢が低い人に関してはそちらに相談することもあります。あとは、摂食障害であれば山口先生に相談したり。そういうことも含めて、まずは精神保健福祉士が一旦お話を聞いてから振

り分けをしています。

**鶴田**：家族への対応や、また、たとえば生活保護などの経済的なことなど、精神保険福祉士さんが対応してくださったりすることは？

**森**：病気の経過ももちろんですが、家族背景や経済面、他にも今現在、社会制度の中で何かを使っているのか、今までの経過でどんなクリニックや病院にかかっていたのかなど、ある程度は聞いた訊いた上で、先生に伝達して診察してもらおうという形にしています。

## 他の団体との連携状況や今後の課題

**鶴田**：では、他の団体との連携状況や、今後の課題などについてもお聞かせください。

**森**：今、摂食障害の患者さんはクリニックからの紹介がかなり多いです。心療内科系のクリニックや、他にも、たまに情報交換をしたクリニックから紹介されたりすることもあります。体のことの相談については、いくつかの内科の病院と連携しています。

**鶴田**：東京足立病院では内科は診ないのですか？

**森**：診ています。内科の先生も常勤が二人、非常勤の先生が三人います。点滴や検査の結果をみる必要がある時は日中の内科の先生と一緒に診てくれるし、指示をもらえます。ただ、夜間に内科の先生がいないので、夜間に何かあった時に出来ることの範囲は限られていて対応が難しいです。たとえば、カリウムが下がっているとか、脱水をおこしているような場合も、内科の先生が定期的に診てはいますが、それでも、うちの病院ではお手上げという場合があります。その時には近くの内科の救急病院に相談をしたりします。ただ、摂食障害のことを理解した上で、受けてくれる内科の病院はなかなかないですね。それでも病院によっては、こちらから月一回往診に行ったりして相談にのることは出来るので、そうした協力病院はいくつかあります。

他の連携先としては、保健所や福祉事務所ですね。福祉にかかっている場合は、患者さん以外の他の家族も一緒に

支援を受けている場合が多いので、そういったところで関わってもらっています。あとはたまに、アルバイト先の上司みたいな人が一緒に診察に来てくれたり。ちょっと共依存的な感じもあつたりしますが(笑)。連携は大切だけど、なかなか難しさを感じることもありますね。

**鶴田:** 先程、リブ女性ハウスの石井敦子さんのお名前が出ていましたが、NABA以外にも女性ミーティングにメッセージを運んでいる団体さんがいますよね？

**森:** 今は、NABA以外には、リブ女性ハウスやダルク女性ハウス、横浜のインダーの小嶋さんが定期的にメッセージに来てくれています。他には、アルコールのミーティングでは、AAや断酒会にメッセージに来てもらっています。

**鶴田:** すばらしいですね。看護部長としての森さんの、また、病院としての今後の課題はありますか？

**森:** 精神科は今まで入院がメインでしたが、今はもう入院は通過点に過ぎなくて、地域での生活をメインにしていく必要があるし、そうなってきています。だからこそ、出来るだけ日常生活、自宅での過ごし方に近いような形で入院期間を過ごしていただきつつ、完全に病院の中で良くするのではなくて、良くなってきた早い段階でそれぞれの地域に戻ってもらって、地域の中で良くなっていく姿を見守っていくのがベストかなと思っています。そのためにも、訪問看護や往診にいけるような態勢を整えたり、外来を充実させたりして、福祉在宅に向けてのスタッフを増やしていくことが必要と思っています。また、スタッフ自身も、どんどん外に出て、地域の中で患者さんが良くなっていく姿を見てほしいというのは、常に思っています。

**鶴田:** 患者さんにとっても自信がつくし、見守っている方々にとっても希望になりますよね？

**森:** それは本当にすごく大きいことだと思います。どうしても入院中は本人も理性がきかなかつたり、わがままになつたりして、スタッフは患者さんの一番ひどい場面しか見ないので、それだけしか知らないと患者さんを嫌いに

なつたりしてしまいますよね。やっぱり当事者の存在にふれることが大事だと思います。たとえば、今、摂食障害の分野でも専門家が集まって今後の構想を打ち立てていて、それはそれで良いことだと思います。でも、やはり出来る限り当事者の気持ちを大事にしながらやってほしいと思っています。そこでお互い出来ることと、出来ないことを見極めて一緒にやっていければなあと思っているので。

**鶴田:** 支援者の方の中にそういう考えの方がいてくださることは、私も本当に心強いです。今日は、自助グループを応援してくださっているお話を伺えて励まされました。

## 摂食障害者本人と家族への対応

**鶴田:** ここからは、山口智子先生に東京足立病院での摂食障害の本人と家族への対応、重複障害についてより具体的に伺っていきます。まずは、これまで摂食障害の仲間たちを診てきて感じる傾向などがあればお聞かせください。

**山口:** 私自身、今はアルコール依存症の担当にもなったので、摂食障害の患者さんは一般精神外来に来ている数人診しているだけで、摂食障害専門という訳ではないですが。摂食障害の典型って、アルコール依存症と同じで、困って相談機関にかけこんでくるのは家族で、本人はなかなか治療現場に現れないものだというふうに捉えられていますよね。でも、私が出会ってきた症例は、自分から現れる非典型的な方々ばかりです。自分から現れて、家族はとて最後のほうになって、私から患者さんに「家族と一度話をしてみたいのだけど、OKしてくれるかなあ」と言うと、しぶしぶ家族が現れるといった感じです。患者さんの中には、「親は、私が食べ吐きをしてることに気づいてなかったと思う」「自分は今もう30kg切ってるけど、それにも家族は気づいてないと思う」という方もいて、これは明らかにネグレクトといってもいいんじゃないかと思っています。これまでに診てきた患者さんたちから、発達障害と虐待が結びついているケース、特に虐待があるケースが圧倒的に多いと感じていますね。

**鶴田:** 本人はどんな時につながってきますか？

山口：患者さん自らが、もう自分の体の状況に耐えられなくなって現れるんです。中には中学一年生で、一人で受診に来た人もいます。学校の先生に、「少し痩せすぎじゃない。もしかしたら心の問題があるかもしれないから、一度、心の先生の所に行ってみたら」と言われて来た。彼女の親はついて来ない。そういう人は、すごくしっかりしているんですよね。だから、家族が困り果ててまず最初に来た、という典型的なケースは、私はこの病院では一件だけしか診ていなくて、その患者さんは発達障害でした。IQ60位の女の子が、イライラにまかせて食べ吐きと自傷を繰り返し、家族とは目も合わせない。それで、ついに家族に刃物を向けたために措置入院になってしまったんですが、措置入院先で診てみたらIQが60台でした。それで、イライラを抑える向精神薬で、本人もかなり楽になってきたと言っていました。家族のことが大嫌いで、自分一人の世界に閉じこもって、自閉的に過ごすという基本スタイルは変わらないのだけれど、食べ吐きはしなくなっている。これも非典型ですよ。ですから、私は典型例は診ていないと最近つくづく本当に思うわけです（笑）。

鶴田：やっぱり十代位でガリガリだと、自分の病気を認められないことなどがあるし、親御さんの方でも、今まで良い子だった自分の子どもを、何とかまた良い子に戻そうとして、慌てて病院に駆けこむというのが典型と言われますよね。一方、NABAでは、10代20代で少し症状良くなったけど、その後の生きづらさでつながってくる仲間たちが多いため、それこそ非典型の人が集っていますね。

山口：NABAにつながる人は、おそらく非典型例が大部分ではないかなと私も想像していました。自分が負ってきた傷というものに気づける、認識出来るという段階で、虐待を自覚出来る人たちが、虐待と結びつくケースというのがNABAには一番多く現れるんじゃないかと。

鶴田：そういう見方をするお医者さんは貴重ですね。「虐待なんかない」「いつまでも親のせいにしてるな」「性被害があっても、それで摂食障害になることはない」などと言われてしまう世界ですから。

## 女性ミーティング

鶴田：ところで、森さんにも伺ったのですが、こちらの病院には女性ミーティングがありますが、そのことについてもお話をお願いします。

山口：女性ミーティングそのものが、NABAや12ステップグループなどの自助ミーティングのスタイルをお借りして、真似て作ったものです。やっぱり女性ミーティングに長くつながる摂食やアルコール・薬物の人は、もう「傷あり」なんだと思います。つながったことで初めて、「ああ、これを傷とっていいのだ」と気がついていく。そして、その傷について自分で語れるようになって、それでようやく楽になっていきます。だから、たとえばアルコール依存の人が家族をまきこんで、家族が困り果てて相談にきたようなケースでは、入院中にその患者さんが女性ミーティングに参加したとしても、退院したらもう全然来なくなってしまう、そういう世界です。

女性ミーティングを始めてもうすぐ10周年を迎えるのですが、まず、自助グループにつながる方自体が、患者さんの層のほんの一部です。しかも、典型例ではない一部を私は診ているのだと、自分に言い聞かせ、自覚しながら行っています。もっともっと否認が強く、家族が困り果ててもうヘトヘトになっている、そうした人たちが絶対いるのだらうと思いつつ診ていますね。

鶴田：ただ、その典型例の人たちも、10年単位でみるとまた変わってくるというのが私たち本人の実感ですが。

山口：段階はあると思います。「親も一所懸命だから、私も親にならって回復せねばならない」「親のせいにするなんて、自分は絶対にそんな畜生道なことにはしてはいけない」なんて思って自分一人で抱えこもうとしている状態の人は、つながりにくいですね。つながったとしても、他の人が親との問題を語る場面に遭遇すると、「なんなのこの人たちは、人のせいにしてないでちゃんと自分の足で歩こうよ」みたいに、何となく一線を画すようになってしまうことが多いです。

鶴田：NABAのミーティングや女性ミーティングについて、「そうやってわざわざ傷を作っている」「傷の舐めあいだ」と言われることについてはどうですか？

山口：そうですね。傷を気づかせてしまうリスクは、あるだろうとは思いますが。でも、元々ないものを与えてしまったということは、今までないと思います。「舐めあい」については、それもないですね。言いつばなし聞きつばなしですから。基本は、ある人が泣きながら話をしたとしても、次の人はもう淡々と自分の話をするだけだから、吐き出して終わりだと思います。

鶴田：「過去のことをほじくり返して、ああだこうだと言っているだけで、前に進んでいこうというモチベーションが全然ない」といった批判をされることもあります。

山口：ループしてなかなか前に進まない人も中にはいますが、それでも、傷の話をずーっとしていると、ある一点から、「じゃあ私はこの現実世界でどう振る舞っていけば良いんだろう」「日常生活で今私はこうしたことで悩んでいる、こんなことを楽しんでいる」といった話に変わっていく人が多いですね。

鶴田：私もかつてそうでしたが、「治りたい、変わりたい」と言っているのは、親や世間に対しての申し訳という面もあって、長く症状をやっていると、今のままでいるのも苦しいけど、治ってしまうのも怖いという部分があると思うんです。

山口：それもありますね。リスカ癖や買い物症候群やボーダーと言われる人にして、みんな、症状は苦しいのだけれど、でも症状が全部なくなってしまうと、よけい孤独になるし、誰もかまってくれなくなるのでは、と不安になる人はいっぱいいますよね。本当に、「見知らぬ天国より慣れた地獄のほうが良い」というのがびったりします。ですから、治りたくないという気持ちはすごく分かります。「治りたくない」と言う時に、いたずらっぽくニヤッと笑う人は、見込みがあると私は思っています（笑）。「治りたくない」と言う言葉自体がすごく正直で、「あっ、この人は回

復をし始めている」と思いますね。

鶴田：本当にそうですね。

山口：医者にそんなことを言えるなんて、こいつ。もう、なんて正直なやつなんだお前。私は医者だぞ、良いのかそんなこと言って、っていう（笑）。

鶴田：（笑）。先程、森さんにも、女性ミーティングはスタッフの皆さんも話せる場になっていると聞いたのですが、こちらのすごくユニークなところは、スタッフが仕切るためのファシリテーターとして参加するだけではなく、ご自身の話をされると。一般的には、「患者の前で自分のことを開示することは危険だ」といわれますが、そういったことについてはどうですか？

山口：私は、ここの女性ミーティングしか知らないのですが、「それは危険」と言われることが今一つピンときませんが、逆に「どの部分が危険なんですか」と教えてほしいぐらいです。ただ、それでもやはり難しいと感じるところはあって、たとえば、私が主治医として関わっている人が出席している場合に、自分の患者さんの前で自分をどこまでオープンにするかという線引きには、とても脳を使っている意識はあります。

鶴田：すごく工夫していらっしゃるのですよね？

山口：すごく工夫していると思います。どんな工夫かというのは言葉では言えませんが、その場その場で自分のチャンネルをガガガガッと変えながら、やっているようなことなので、うまく説明は出来ません。

鶴田：NABAメンバーが東京足立病院のメッセージに行くと、「本当に良かった、また行きたい」とみんなが言うんですが、それは、安心な心地よい場になっている証拠だと思っています。

山口：でもそれは、NABAから来てくれるメッセンジャーの話が、いろいろと私たちの思いを引き出してくれるか

らだと私は思っています。

**鶴田**：たとえば、どんなことを？

**山口**：NABAの人は皆さん、たとえば、自分の症状がどのように始まったのか、また、自分の家族とどのようにグチャグチャな修羅場があったかなど、そういったことはさらっと華麗にすっとばして、これこれこうした症状で何歳位からNABAに来ましたが、今はこんな感じで落ちついていて、NABAとはこうした付き合いで、ところで今こんなことで悩んでいます、といったように、「今」に焦点をあてて話すのが圧倒的にうまいと感じています。もちろん、過去の体験や症状の話も、ある種の患者さんには、「私もそうだった！」と、パシッとヒットする場面はあると思います。でもやはり、「今」なんですよ。しかも女性が今の問題を話すというのは、聞いている女性たちも、自分の今と照らし合わせられるから、「今」同士のリンクが起きます。すると「私も、私も」みたいな話がどんどん出てきやすいんだと思います。と言うのも、摂食障害の方の体験談を聞いていて、年配のアルコール依存症の方は、まず反応しませんからね。私とは関係ありません、という顔をして聞いています。ただ過去の症状の話だけしたら、「私には良く分からないですが、大変だなと思いました、勉強になりました」と、木で鼻をくくったような答しか返ってこないけれど、NABAの人はその辺が分かっているのか、本当に「今の話」にもってくるのがうまいと思っています。

**鶴田**：やっぱり、講演会形式でこちらが一方向的に体験談を話すだけではなくて、ミーティング形式でみんなが話せるというのが良いですね。話を聞くだけだと、私も思い当たるとしても、話せないまま帰るしかなくて、それよりも、「私も」と、その場で話せるのが良いんでしょうね。

**山口**：他にも、NABAの人は、どの人の話も「うんうん」と頷きながら聞きますね。それは、もしかして良い子ちゃんの為せる技かもしれないけれども（笑）。多分、出席したスタッフも患者さんも、「私の話を頷きながら聴いてもらえた」という感覚を味わって帰るのだと思います。

**鶴田**：森さんにも伺いましたが、そもそも、女性ミーティングを始めようと思ったきっかけは何ですか？

**山口**：私が非常勤の時に、アルコール病棟の担当ドクターが、「女性だけで話せるミーティングを作ったほうがいいのでは」と言い出して、森さんや看護師の栗田さんをはじめ、私にも声がかかりました。当時、私はまだ非常勤だったんですが、この病院には女性の医師がすごく少ないせいか、お声がかかって。

**鶴田**：その先生は、男性ですよ？何か限界を感じていたんでしょうか？

**山口**：男性のドクターです。私が聞いた話では、アルコールミーティングは男女混合で、男性がいる場だと、女性がどうしても自分を繕ってしまう、と。取り繕って良いところを見せようとして話すし、本当は旦那の悪口を言いたいけれども、男性がいっぱいいるからその悪口は言いつらいだろうな、と言っていましたね。その辺は、その先生の目の付け所がすごく鋭いと思いました。

**鶴田**：なるほど。他にも、女性ミーティングについて、お話しいただけることはありますか？

**山口**：もうすぐ10年を迎えて、それは、すごく嬉しいなと思いますが、この形式でずっと存在し続けて良いのだろうか、とも思っています。ずーっと変わらずにいることに対する不安が私の中にある。PSWやナースは、新しい人が入ってきて担当していて、初めからずーっといるのは私だけなので、こうした不安を抱えているのは私だけかもしれないけれども。このやり方を変えずにおくことが、患者さんを安心させるのかもしれないし、でも「何かもっと工夫しろ」と言われたらさでどうしようと、そんなことを感じています。メッセージに来てくれている自助グループの人たちも、ずーっと同じサイクルで何ヶ月かに一回ここに淡々と来るわけですよ。自助グループの人たちに対しても、このやり方のまま、この病院に付き合ってもらって良いのでしょうか、という気持ちはあります。



鶴田：とても、ありがたいですけどね。NABAは、誰か一人にずっとではなく、交替で様々な仲間に行ってもらってきましたから、みんなとても良い経験をさせてもらっています。また、仲間だけではなく、援助職の方々とも女性同士というところで分かち合える、共感しあえるんだという貴重な体験をさせてもらっているの、うちとしてはとてもありがたいです。

山口：うんうん、それは嬉しいです。

鶴田：でも、何でしょう？その、ずっとこのままで良いのか？というのは。

山口：なんでしょう。定着する人はすごく気に入ってくれるけど、先程言ったように、否認の強い人はなかなか定着してくれなくて…去るものを追わずがアディクションでの基本的な大事なスタイルだというのは、頭では分かっているんだけど、ここの部分に、もう少し何か出来ることはないかなと思っています。

鶴田：でも、ミーティングを毎週やっているだけでなく、勉強会などのプログラムもありましたよね？

山口：以前はドクター講義という感じで少し行っていたのですが、今は1・3・5週はメッセージャーさんで、2・4週がスタッフがお題を考えてのミーティングというスタイルで、学習するようなプログラムはないです。だからこれで良いのかな、と。スタッフもテーマを考えて、テーマによっては盛り上がる場合もあるし、リアクションの少ない場合もあるわけです。そういう時に、私のサービス精神旺盛な部分がですね…（笑）。

鶴田：私も、それは、すごく共感します（笑）。

山口：「皆さん、今日はこんな出し物ですみません！」みたいな部分があります。

鶴田：NABAでも、たとえば、ウェルカムミーティングに6人の新しい仲間が来てくれても、その後につながって

入会してくれる人が一人だけだったりすると、今回の自分のメッセージの話がダメだったなんて思いますが（笑）。でも5年後や10年後にまた現れたり、他の所につながってくれていたりすることもあるんです。NABAは相性が合わないという人もいますので、また漂流して、どこかに引っかかってくれていると良いなあと思っています。

山口：そうですね。どこかで生きててくれるだけで良いんですよ。

## 重複障害について

鶴田：重複障害についても、もう少し伺いたいのですが。虐待がある、発達障害の人などがいる、といったお話の流れで、たとえば、摂食障害がメインであるか、統合失調症がメインであるかなどによって、アプローチを変えたりすることはあるのですか？

山口：女性ミーティングは、アディクションに特化したものなので、統合失調症があるという時点で、もう外れていただいています。やはり統合失調症の場合は、お薬で社会的な行動障害が改善されてくると普通に食べられるようになったりします。幻聴で「食べるな」「食べるな、吐け」と、言われていたりする場合などもあります。だから、それは病気の症状として治してあげるという感じですが。他に発達障害は、たとえば私の患者さんは140センチで29kgをキープすることにすごくこだわっていて、そのために食べ吐きをしていましたが…。

鶴田：29kgというのは、私たち摂食障害者には、とても分かる数字ですね。

山口：何か自閉症圏の人が考えそうなの？

鶴田：いやいや、私たちは、やはりイチキュッパと同じように、30kgになったらおしまいといった（笑）

山口：29歳と三十路みたいに（笑）。

鶴田：発達障害だと、親御さんもまた発達障害だったりす

る中で、やはり虐待が起こりやすい素地がありますか？

**山口:** そうなんです。発達障害を診ていく上で難しいのは、発達障害を持っている子は、虐待を受けているケースが多いということです。暴力的な虐待だけではなくて、「なぜお前は他の人と同じように出来ないのだ」といったように、言葉での虐待を受けていることが多いんです。そうすると愛着障害と発達障害がかぶってくる部分があると思います。ですから先程話したIQ60の女の子にしても、言葉も話も、なかなかうまく出てこないし、語彙も貧困だし、「チョームカッター」といった感じで、本当にもう幼い子どもそのものです。でも、言っていることは、「お母さんにこういうことを言われたのが嫌だった」とか、「お母さんはいつも私の言うことを信じてくれない」とか、要はお母さんが期待する「子ども像」が、その子がその子である状態というものに、全くねじれた方向から押しつけられているわけで、そこに子どもが圧迫感を感じているとなると、これは普通の虐待と変わらないと思う訳です。だから、その子が、自分が歪められようとしている状況をきちんと認知している段階で、これを発達障害オンリーと見るのはどうなのかと思っています。ただ、一方でIQの問題というのは、どうしても無視出来ない面もあります。

**鶴田:** IQの問題ですか。

**山口:** そうです。IQの問題があるなと思ったら、たとえば、「食べ吐きとか、そういう症状が続けていると、こういう問題が起こってくるよ」と合併症の説明を早目にしていきます。「あなたはおなかがポコッと出るのをすごい嫌がっているけれど、あまりに食べ吐きをしていると、腸が元気がなくなって、かえっておなかがポコッとできてしまうんだよ」とか、そういう話をすると、かなり速やかに、「あ、じゃあ変えてみよう」という感じはあります。

「吐いたあとは、必ずオレンジジュースとか野菜ジュースを飲んだほうが良いよ」とか、「虫歯になりやすいから、虫歯に気をつけようね」とか、もう本当に小さい子どもに常識を教えるようなやり方を取ることで、かなりの割合で「今週は吐かなかったよー」といった報告をしてくれます。ですから、そういうケースでは、心の葛藤という点

では浅いんだろうなあと思いますね。

**鶴田:** 具体的で指示的な話し方をすることで、発達障害の方は随分と行動が変わっていくのですね。

**山口:** そうです。お金の使い方一つにしても、「お母さんは、あなたが望む程のお小遣いは出せないと言ってるけど、どうする」と言うと、「じゃあ、お母さんの言うとおりで。そのかわり何を買ったかは、聞かないでほしい」といった感じですね。

**鶴田:** なるほど。他に、過量服薬や物質依存と重複してる場合などはどうですか？

**山口:** まずはアルコール・薬物依存などの物質依存のほうから取り組んでいってもらって、摂食障害は、ずっと後での取り組みで良いと私は思っています。その人が、体の重大な合併症、たとえば、命に関わるような低ナトリウム血症や低血糖などの合併症を持っていない限り、私は、摂食障害は一生付き合っても良い疾患だと思っているので、特に手出しはしません。

**鶴田:** そうですね。どこからが病気か、どこからが回復かということが分かりにくいものですから、個性という部分もありますね。

**山口:** 摂食障害オンリーの人に関して、私が絶対に気をつけていることは、食べ吐きについて批判をしないことです。

**鶴田:** えらいですねえ。

**山口:** 「あって当たり前だよ」「いいよ」と。それは、私はもう前から言っていますが、摂食障害も風邪の症状と同じようなものとして考えているので。「いいんだよ、あなたも自分を責めないで」というスタンスは変わりません。

**鶴田:** とても楽しくお話しできました。ありがとうございました。これからも仲間への応援をよろしく願います。

## 京橋メンタルクリニック

京橋メンタルクリニックはうつや不安、ストレス、嗜癖問題など様々な病気を扱うメンタルクリニックです。東京駅から徒歩5分という交通至便の場所にあります。毎週金曜日(祭日以外、竹村道夫医師)の10:00AM~5:30PM、および第1、3木曜日午前午後(村山昌暢医師)、第2、4月曜日午後(松本功医師)に嗜癖問題の専門外来をしています。嗜癖問題とはアルコール依存症、薬物乱用、摂食障害(過食症、拒食症)、ギャンブル癖、万引き癖、盗癖、買い物依存、借金癖、自傷・自殺行為、家庭内暴力、虐待-被虐待、恋愛依存、セックス依存、などを指します。初めての方は、電話で日時を確認してからおいください。保険証をお忘れなく。ご家族だけの相談でもけっこうです。

住所 〒104-0031 東京都中央区京橋 1-2-4 八重洲リオビル 8階

電話 03-5203-1930       FAX —

メール —

ホームページ <http://kmc-ynb8.com/>

## クリニックの概要と特色

**鶴田**：今日は、京橋メンタルクリニック院長の竹村道夫先生に、クリニックの取り組みについてお伺いします。また、先生が同じく院長をされている赤城高原ホスピタルの取り組みについてもお話しいただきたいと思います。ではまず、京橋メンタルクリニックと赤城高原ホスピタルの概要や特徴についてお聞かせください。

**竹村**：京橋メンタルクリニックは、7人の医者で曜日ごとに開いています。一番の特徴は都心の東京駅から歩いて5分ということ。患者さんたちが通院しやすく便利だと言ってくれています。赤城高原ホスピタルは群馬県渋川市の物質使用障害（アルコール・薬物乱用、依存症）専門病院です。1990年に開院された107床の精神科病院です。

**鶴田**：京橋メンタルクリニックを始められる前に、先生は別のクリニックに勤務されていましたよね？その辺りの流れもお話ください。

**竹村**：以前は原宿の外苑神経科で診ていました。外苑神経科があったビルが古くなって、渋谷に移って、さらに2009年12月に京橋に移転になりました。この時名称も変わりました。ただ、診療内容はそっくり引き継いだのです。ですから、外苑神経科から引き続き京橋メンタルクリニックに来てくれている患者さんがたくさんいます。クリニックには、赤城高原ホスピタルの常勤医が3人勤務しています。院長である私・竹村道夫と、副院長・村山昌暢と松本功です。この時間帯は基本的には嗜癮問題専門外来です。その3人のドクター以外の時は、都心の普通の精神科のクリニックと変わりません。ですから、京橋メンタルクリニック全体では、嗜癮問題専門というわけではないのです。

**鶴田**：竹村先生がアルコールや薬物などの依存症の治療を専門とするようになった経緯をお聞かせください。

**竹村**：それは、ずいぶん古い話ですね。外苑神経科が原宿にあった時代に、斎藤学先生の『嗜癮行動と家族』という画期的な本に出会って、アダルトチルドレンや共依存の概念を知りました。その頃に私は斎藤先生やその周りの医療

関係者、回復途上の患者さんたちとも知り合いになって、アディクションの世界の魅力に引き込まれました。その後に、嗜癮問題臨床研究所の所長も兼任し、本格的にこの問題に取り組むようになったという流れです。その頃から、あなた方、摂食障害者やアルコール・薬物依存症の患者さん方が私をしっかりと鍛えてくれたおかげで、まあ、そこそこの嗜癮問題の臨床家になったわけです。もともと私は、家族の病理や精神療法などに関心がありましたが、嗜癮に関わる先生たち、AA（アルコール依存症の自助グループ）、その後には摂食障害の患者さんと出会ったとことがその後の私の運命を決定づけたということです。ただ、今は窃盗癖専門医になってしまって（笑）。

## 摂食障害と重複障害

**鶴田**：そうですね。現在は、先生の初診は窃盗癖だけになっていますよね？

**竹村**：そうなのです。実はもう予約がばっか入ってしまっしてね。以前は、京橋では一日に6人の新患を診ていたのですが、どんどん忙しくなって、とてもそんなに診られなくなりました。とうとう今では、京橋で受けつける新患は金曜日一日で一人に限定しています。しかもクレプトマニア（窃盗癖者）に限っています。それで初診予約日を待てない患者さんが、結局、赤城まで直接やってくるのです。

**鶴田**：なるほど。

**竹村**：赤城のほうでは最近まで、初診患者さんを制限していなかったのだけれど、こちらでも初診の窃盗癖の患者さんが毎日3人も来たら、もう他の仕事は何にも出来ないような状況になるので、私が診る窃盗癖新患は一人に限っています。

**鶴田**：え、一日一人ですか？

**竹村**：それだって、すごいのです（笑）。入院患者さんは20数人いるし、再来の外来患者さんがいるし、それ以外に毎日、新患が一人いたら、もう手いっぱい。毎週窃盗癖の新患が3~4人位はいます。赤城で初診一回だけ

診た患者さんの大部分が、二回目以降は京橋につながってきます。ですから、その大部分が治療から脱落しても、全く数が減らないので、ものすごく大変です。私の京橋での診療は10時から始まるのだけれど、寒い中、もう7時頃にビルの下で待っている人がいるというような状況で、完全にパンク状態です。私の診療日の金曜だけ特殊なのです。待合室も座れなくて立っている人がいます。金曜日の待合室は窃盗癖患者のサロンです。

**鶴田:** それは、全員が何かの問題プラス窃盗癖ということですか？

**竹村:** 全員ではありませんが、ほとんどそうです。半分くらいは摂食障害との重複障害です。ただ、赤城高原ホスピタルはアルコールと薬物問題の専門病院ですから、窃盗癖患者ばかりではありません。村山先生と松本先生は主にそういう物質使用障害の患者さんを診ています。

## 摂食障害者とその家族の受診状況

**鶴田:** では、摂食障害者本人、家族の受診状況についてお聞かせください。

**竹村:** 京橋メンタルクリニックでは、窃盗癖と重複していれば私で、そうでなければ村山先生と松本先生が診ます。私は毎週金曜日で、松本先生は第2、第4、第5月曜の担当です。村山先生は第1と第3の木曜日です。私はここ何年かで、だんだん窃盗癖担当になってきて、2016年になってからは完全に窃盗癖専門医になっています。

**鶴田:** 摂食障害の患者の年齢や特徴などをお聞かせください。

**竹村:** 原宿にクリニックがあった頃から、アディクション問題に関わっている精神科医や心理カウンセラー、またNABAの方々ともお付き合いがあり、関係が深かったので、摂食障害の方の受診はたくさんありました。中でも、特に入院が必要な人は赤城を紹介されて来るという状況でした。ただ、元々赤城はアルコールや薬物の専門病院なので、入院となると、摂食障害の方は、何かそれなりの理由がな

いと出来ないのです。よくよく話を聞くと、睡眠薬・安定剤を多めに飲んでいたり、下剤の乱用をしていたり、お父さんがアルコール依存症だったりといったことがしばしばあるので、摂食障害の人でも、何とか入院出来る人が多いのです。それでも「何もない」ということになると、入院は難しいです。また、赤城はあまりガリガリの痩せの患者さんは、入院を受けません。

**鶴田:** それはやはり、患者さんの命の保証の問題ということになりますか？

**竹村:** あまり得意ではないのです。嗜癖問題の専門病院としてやっていく上では、あまりガリガリの人だと、嗜癖問題のプログラムに乗らないということもあります。また、中心静脈栄養のようなことになると管理が大変で難しいのです。痩せがひどい方は、むしろ身体的治療で、生命維持のようなことを考えなければいけませんよね。また、本人が食べるのを拒否して食べ物を隠したり、点滴を引っこ抜いたりするのを、こちらが強制したり一生懸命コントロールしなくてはいけなくなるのは、嗜癖治療とはなじまないで、ほとんどお断りさせてもらっています。

**鶴田:** それは、大変に誠実な対応だと思います。また、先生の方針やアディクションの対応の特徴は、とてもユニークだと感じています。他の多くの病院と違って、入院治療といっても、ただ寝かせっ放しで薬や点滴をするだけではなく、赤城では院内でのグループミーティングを行ったり、入院患者さんに外部の自助グループへの参加をお勧めしていると伺っていますが、こういった病院は、まだまだ珍しいですね？

**竹村:** そうだと思います。また、赤城はとても開放的に、そして女性には優しい対応を心掛けています。

**鶴田:** 女性に優しい（笑）というのは？

**竹村:** ソフトウェアもハードウェアも女性に優しい構造にして、女性の嗜癖症者になるべく入院し易いように心掛けているのです。若い女性のアルコホリックが入院してく

ると、ほとんどが摂食障害と重複しています。また、摂食障害の入院出来るベッドは日本中でも非常に少ないのです。ましてや摂食障害と物質使用障害の重複となると、対応出来る入院施設がほとんどないという状況があって、だんだんと赤城に入院する方が増えてきたという流れがあります。そしてもうひとつ、家族療法には、1990年12月の開院当初から力を入れてきました。摂食障害の患者さんご本人は登場せず、特にお母さんなどになりますが、その家族だけが通院したり入院して来たりするケースも珍しくはありません。そのような家族への対応で結局は、患者さんご本人も助かるケースはたくさんあります。一般には、「患者さんを連れてこないで治療出来ません」「家族の相談は出来ません」と言う所がまだまだ非常に多いので、私たちがこうしたアディクション・アプローチに基づいた家族の対応に苦心、尽力してきたことの意味は大きいと思います。

**鶴田：**家族の方がまず病院に来られるのですか？

**竹村：**はい、そうです。家族だけで来る方もたくさんいます。あるいは家族だけがずーっと通院し続けていて、摂食障害のご本人は一度も現われないといったことも珍しくはありません。あるいは本人も、どこか別の所に行っていて、良い治療を受けている場合もあります。ただ残念なのは、ドクターの囲い者みたいに（笑）になっている人、薬漬けになっている人などが多いことです。そういう人を引っ張ってくることはなかなか出来ないで、家族だけでもこちらへ来てもらって治療し、チャンスがあれば本人もこちらに入院させるという方針です。そのような家族やカップルのケースもたくさんあります。

**鶴田：**とても素晴らしいですね。ところで、たとえば本人の方が赤城に来た時と家族の方が来た時の対応は違いますか？

**竹村：**本人が来たら入院させて本人のグループに入れるし、家族が来たら、多くは外来治療で、家族の集団療法みたいなところに入れます。ケースワーカーやドクターが関わるような集団療法では、本人向けよりもむしろ家族向けの方

が充実しています。

**鶴田：**いわゆる教育プログラムのようなものですか？

**竹村：**教育プログラムもありますし、家族の集団療法といった感じで、PSW（精神科ソーシャルワーカー）や心理カウンセラーが入るプログラムもあります。また、赤城はリカバード（回復者）、リカバリング（回復途上）の人たちに来てもらって、本人の入院患者の方々とミーティングを開いてもらったり、家族に向けてメッセージをしてもらったりすることが、ごくごく普通に毎週のように行なわれています。そういう訳で、NABAにもお世話になっています。

**鶴田：**お陰様で、赤城を退院した後に、東京に住んでいるからと、NABAにつながってくれる仲間も多くて、本当に私たちも感謝しております。また、月一回のNABAからのメッセージにも呼んでいただいている、伺うのを楽しみにしている仲間も多く、私たちもとても励まされています。

**竹村：**いや、こちらこそ助けていただいています。

**鶴田：**あらためて伺いたいのですが、集団療法とはどういうことをされているのですか？

**竹村：**赤城はアルコール・薬物問題の専門病院だから、アディクション問題の全部をまとめて行うことが多いです。一律で教育的なプログラムを行って、テーマを決めて、こちらがまず話をして、そして出席している患者さん方が、それぞれ自分の問題を話すといったことを行っています。教育的なプログラムでは、アディクション問題教育プログラムというのがあります。とくに月火水木の昼間の時間帯に集中的に病院のスタッフが関わるミーティングが多いので、遠方の方だと泊まりで来て月曜日から木曜日まで参加するといった家族もかなりいます。本人の場合は、赤城の外来に来ている人もいますが、赤城は交通が不便なので、交通の便の良い京橋メンタルクリニックで診ている人のほうが多いです。

## クレプトマニア（窃盗癖）との重複

**鶴田**：赤城は入退院に関して柔軟なので、何度も入退院を繰り返させてもらえることで命を助けられている仲間も多いと思っていますが。

**竹村**：そうですね。赤城は入退院には非常に柔軟に対処をされていて、入院したい人はベッドの空きがあれば受けるし、少し早いかなどと思っても「退院したい」と言う人はあまり無理やり留め置くことはしないで、自由意思で退院してもらっています。ただですね、この半年位、特にここ2～3ヶ月位は急速に事態が変わってきていて、今は入院が60人待ちです。

**鶴田**：わあ。

**竹村**：ですから、入院希望者も2～3ヶ月間は入院してもらえないのです。それはクレプトマニアが増えてきたということと、その付随効果といった感じで、弁護士さんが赤城をよく知るようになってきた、ということがあると思います。そうすると、「あそこは薬物やアルコールなどもやっているみたいだから」と、クライアントを来させることが多くなり、今ではこの病院が始まって以来、最高に入院予約リストがいっぱいです。みんながみんな、「本当に入院が必要なんです」と言ってきますから、「早く入れてくれ」「なんとか出来ないか」と電話やメールなどで、わんわん言われていますけれど、どうにも出来ない現状です。

**鶴田**：ベッドは何床ですか？

**竹村**：107床です。

**鶴田**：107床。それでも60人待ちなのですね？

**竹村**：もう最近はほとんど、100は入っていますね。窃盗癖患者に関しては、2008年の1月から初診患者の登録を始めたのですが、常習窃盗の方が今840名位ですね。当初は摂食障害の窃盗癖から治療を始めたので、女性窃盗癖

の7割位が摂食障害を合併といった時代がありましたが、だんだんとレパトリーが増えてきました。窃盗癖でアルコール・薬物問題がある、鬱があるなどの人が増えてきて、初診患者の中では、相対的に窃盗癖に占める摂食障害の率は減ってきているのです。それでも入院となると、やはり摂食障害の率は高く、今、入院している窃盗癖の半分位は摂食障害合併ですね。入院している窃盗癖が30例ぐらいです。

一方、薬物問題では、もうこの病院は5年以上前から、覚せい剤よりも処方薬依存のほうが増えています。処方薬依存がナンバー1になってきている。今、全国的に処方薬依存の入院患者が増えてきているというけれど、この病院ではもっと早い段階からその変化が見られています。摂食障害の患者さんを専門医ではないお医者さんが診て、薬漬けにしているケースも少なくありません。そのように、他の所に行って駄目だった方なども、最終的にうちの病院に来ています。アルコール・処方薬・摂食障害のような多重嗜癖でぐちゃぐちゃな状態の患者さんが、だんだん増えてきている感じはあります。多重嗜癖患者では、お気の毒ながら、長期的には、アルコール・薬物問題で亡くなるような方もかなりいます。あるいは治療から脱落した後は、自殺される方なども少なくありません。

**鶴田**：一昔前だったら、摂食障害だけでもものすごくひどい人が多かったけれども、今は様々な依存を抱えて、問題自体が薄く広く分散している人が多くなってきている感じがしていますが、先生の所はそうではなくて、やはりものすごい人たちが来るのでしょうか？

**竹村**：「ものすごい」の内容によりけりですが、今は赤城では何とんでも窃盗癖つきの人が多いです。窃盗癖がついていると、警察絡みや裁判絡みなどになり、他のどこも診てくれないといったことがあるから、特殊事情ですね。他のことだと、うちの病院ではなくても、一生懸命探せば、どこか他の病院でも診てくれるということはあるのです。窃盗癖のひどい人になると、うちの病院を飛び出して行ったり、追い出されたりすると、引き受けてくれるところがないので本当にどうにもならなくなりますね。だいたい刑務所に行ってしまうことになります。

**鶴田**：アルコール依存と、処方薬などの薬物依存、摂食障害、窃盗癖と様々に重なっているのですが、その男女比や、そして各々の割合などはどうでしょうか？

**竹村**：それはなかなか難しい問題ですが、アルコールに関しては、やはり男性が多いです。それから摂食障害は圧倒的に女性が多いです。窃盗癖は、これも女性のほうが多いです。でも、摂食障害よりは、もう少し男性もいますね。摂食障害の男女比の10対1とか5対1に比べると、窃盗癖は2対1位だと思います。でも、窃盗癖入院患者になると摂食障害つきが多いから、多分男女比は3対1か4対1位で、女性が多くなっていると思います。それで、全体としては入院中の窃盗癖患者の半分位が摂食障害を合併していることになります。正確な数字ではなく、あくまでも印象ですが。ただ、こういうのはその時々によって男性が増えたり、女性が増えたり、様々な状況で変わります。昔は赤城では「摂食障害患者の窃盗癖」を診ていましたが、今は「窃盗癖患者の摂食障害」を診ているといった印象です。

## 自助グループ「KA」

**鶴田**：先生が窃盗癖の人を診るようになったきっかけをお聞かせください。

**竹村**：以前は、ここに入院する摂食障害者に対して、窃盗癖のことはあまり意識せずに入院をさせていましたが、おそらく半分位の方はちょこちょこ万引きがありました。実は、入院中の摂食障害患者の3分の1位の方は常習の万引きをするのです。ですから、入院中に近くのお店で万引きして、お店の方から苦情が来ます。「ワッペンをつける」「必ず看護婦をつけて外出させろ」「なんでこんな患者を外出させるんだ」などと言われて、ほっとけなくなりました。私自身は当初から、窃盗癖も嗜癖問題だという視点は持っていました。嗜癖問題ならば自助グループがやはり治療のメインだということで、一生懸命に自助グループが出来るように援助しました。

今はKA（クレプトマニアクス・アノニマス、窃盗癖の

自助グループ）が世田谷、横浜、三重県の津、大阪、兵庫に出来て、今度は香川に出来そうです。NABAはそうではありませんが、摂食障害系の自助グループの中には、「私たちの所には万引の人はいません」などと言うところがありますが、私は、本当かなあと思ってしまいます。グループの中心的なメンバーが自分の窃盗癖をオープンにしてくれないと、ビギナーの方も言いづらいですね。

**鶴田**：NABAメンバーでは、盗癖のほうが先に止まって、摂食障害のほうが長くかかる傾向がありますが、どうでしょうか？

**竹村**：そういう人もいるでしょうが、そういう人はやはり窃盗癖が軽症の人たちだと思います。今、赤城に来るような人たちは、かなり手強くて、窃盗癖はなかなか止まりません。というよりも、うちで治療しなければ止まらないです。軽い人は、それこそミーティングで話しているうちに、「やる必要がなくなった」という方もいるのですが、それくらいで済めば良いのですが、それはやはり比較的軽症の人たちだと思います。かなり重症の窃盗癖の人たちは、非定形の摂食障害つきの人が多いようです。この人たちは摂食障害の自助グループにはつながらず、しかも、かなりお年の人、40代、50代、60代までいます。それで、窃盗癖でうちの病院に来て、今まで摂食障害などと診断されたことはないけれど、聞けば「もう20年以上一日一食しか食事をしていない」「夜間の過食習慣がある」「チューイングがある」「体重の増減が30kg台から80kgまで2～3倍ある」など、様々に広い意味での摂食障害が合併した人たちが多くいます。そういう人たちの中には、摂食障害はあまり目立たないけれど、窃盗癖がとてもひどい人が多い。夜間の過食習慣があつてそれは早く止まったけれど、窃盗癖はそんなに簡単に止まらない、といったような人が多いです。またそういう人たちは、摂食障害を多少抱えながらも、いっばしに一人暮らしや主婦が出来ていたりします。きちんと仕事も出来ているけれど、その職場で何か人の物を盗ってしまったり、という人も多いです。

窃盗癖患者の裁判に関しては、今、東京高裁などでは、摂食障害が明らかにあつて、赤城できちんと治療をしている場合は、一回はチャンスを与えようではないか、といっ



た、そういう風潮になってきたような感触があります。ほとんどの判例でダブル執行猶予がとれています。でも、最近では入院が60人位の待ちだから、なかなか入院出来ないでしょう。そうすると赤城に入院予約しているというだけで、温情判決をいただくような例もでてきています。

**鶴田：**やはり、やる気、治す気があるのだと示すことですかね。また、法律で裁いて、刑務所に入れてどうにかするというよりも、これは盗癖というアディクションで病気だから治療するべきだ、ということですよ？

**竹村：**そうですね。そういう知識が法曹界に広がってきて、きちんと治療したら回復出来るのだ、というように思う裁判官が増えてきたのです。あるいは、裁判官同士でのそういう情報交換があったのではないかなあ、という気がします。

## 他団体との連携と今後の課題

**鶴田：**先程、先生が、他の摂食障害のグループから、「自分たちのグループには万引の人はいない」と言われたとおっしゃっていましたが、私も本当かなあ、残念だなあ、と思いました。なかなか肝心なこと、本当に奥底に抱えている深刻な問題は、表面に出しにくかったり、抑圧していたり、表現出来るまでに時間が必要だし、また様々な所とのネットワークも大切になると思いました。では、最後の質問で、連携と、今後の課題などを伺いたいです。

**竹村：**今後の課題ね。私、68歳だからね。だからもう、医者ではない私の仲間は引退です。でも、私は今一番、活発に働いているような気がしています。これから窃盗癖がどうなるのか、よく分からないのです。窃盗癖を一生懸命やりますという人は、今のところ現われてこないのです。

**鶴田：**でも、先生が種は蒔いていらっしゃるでしょう。

**竹村：**それは一生懸命やっています。あちらこちらに講演に行ったり。弁護士さんからは、すごい問い合わせがあるのだけれど、精神科医は、弁護士さんの熱意に比べるとあまりにも熱意がないです。

**鶴田：**なぜでしょうか？

**竹村：**それは、面倒くさいのですね。だって、多くの精神科医の感覚では、アルコールも薬物も治療が難しい。それよりも摂食障害はまだ難しく、それに窃盗癖がくっついてきているというのは、ほぼ全例、治療困難例です。本当に診てくれるところがないのです。だから私の考えでは、自助グループがないと全然やっていけないと思いますね。

**鶴田：**もしかしたら、昔ながらに、自分が何とか治してあげる、という考え方のお医者さんの方が多いということですか？

**竹村：**それをやっても、ほとんどうまくいかないですからね。実際に私たちも、最初の窃盗癖の自助グループが出来た前の治療は、そうやっていたのだけれど、でもすごいエネルギーと時間がかかって、成果はとても少ないわけです。やはり、自助努力で患者さんの持っている力を引き出して、そこから健康な対人関係、健康な心を取り戻してもらうというほうが良いのです。ただ、どうなのかなあと思うのは、そういう治療は、医学教育や医療保険となじまないのです。でも私自身は、他の医者たちが「摂食障害に自助グループなんて有害だ」と言っていた頃から、自助グループに助けられてきましたし、私自身も自助グループを応援してきましたから、窃盗癖にも自助グループは必要不可欠だと思っています。

**鶴田：**本人たちだけで行っている自助グループは「危険だ」「有害だ」「専門職を入れたグループじゃないとダメ」などの言いようは、いまだに高齢のお医者さんを中心に聞きます。たとえばクレプトマニアなども、「盗人ばかり集まっても、良くなりませんよ」といったように、ある種のお医者さんたちは、なぜ自助グループを否定するのでしょうか？

**竹村：**それはやはり、お医者さんたちが自分の無力を認めてしまうようで、根深いところで、嫌なのでしょうね。ただ、アディクションを診ている人たちは、もうそういうと

ころは脱しているのだけれど、でも、そういう嗜癖専門医でさえも窃盗癖を診ようと思うと、やはり、かなりしんどいのですよね。

**鶴田：**しんどいですよね。

**竹村：**弁護士と関わらなくてはならないし、意見書は書かなくてはならないし、もう大変ですよ。「出廷して証言してください」なども、がんがん言われるし。そんなことをやっていたら、とても診療出来ないし、自分の命を縮めるから、私はやらないのだけれども。そして、窃盗癖のスリップというのは犯罪そのものですから、治療者も周りの人からはよく言われないし。その上、入院になると、また院内で様々なトラブルが起こりますからね。

**鶴田：**窃盗癖の院内でのトラブルというのは？

**竹村：**院内で食べ物を盗食したり、お金を取ったりなどが必ずおこりますね。だから、うちの病院では、持ち物や買い物レシートとのチェックをしていたり、それから防犯カメラが20台もあったりなど、すごく設備投資もしていて、それなりにやっているのです。ここで「信頼関係」なんて、そんな甘っちょろいことを言っていたら、めちゃくちゃになってしまい、安全な治療場所が確保出来なくなりますから。

**鶴田：**なるほど。今まではフレキシブルに柔軟にやってきたところに、今は窃盗に関してはプラスして、管理もするようになったということですか？

**竹村：**窃盗癖に関しては、入院だと管理は絶対に必要ですね。そうしないと、混乱状態になって振り回されてしまいます。

**鶴田：**ただ、先生がこれまでやってきて、また、今も続けていこうと思っていられるのは、摂食障害者もそうだと思いますが、やはり窃盗癖のほうでも回復してきた方々がいらっしゃるからですね。

**竹村：**そうです。回復者の力がないと絶対に治療出来ませんよ。うちは摂食障害も窃盗癖も、「先に行く仲間」、回復者の方に積極的にメッセージに来てもらって、そういう人の力を借りて治療をしています。ですから、たくさんの方の良くなっていった人に励まされていますし、とても感謝しています。

**鶴田：**こちらこそ、先生のご存在やご尽力に、心から感謝しております。また、今日は窃盗癖の治療という先駆的なお話をいただきありがとうございました。

独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業

摂食障害 いのちと地域をつなぐ連携事業  
- 報告集 -

多様化する摂食障害からの回復と成長  
2013 in 東京

---

2014年9月 発行

編集・発行

NABA(ナバ)：日本アノレキシア(拒食症)・ブリミア(過食症)協会

\*この本とNABAの活動内容についてのお問い合わせ\*

〒156 - 0057 東京都世田谷区上北沢 4 - 19 - 12 シャンボール上北沢 212

☎ 03 - 3302 - 0710 祝祭日を含む 月・水・木・金 13時～16時

URL <http://naba1987.web.fc2.com/>

---

\*無断複製・転載をかたく禁じます\*

\*落丁・乱丁本はお取り替えいたします\*