

引き籠もりの治療 「 往 診 家 族 療 法 」

精神科医療の中で決定的に欠けていて、緊急に必要とされる手段

如月大空館 若草クリニック / 院長 水野昭夫

(1) はじめに

この5月上旬、名古屋市北区の<引き籠もり自立支援施設>と称する「アイ・メンタルスクール」で26才の男性が死亡した事件は新聞や放送で連日、大きく報道されました。<カギ部屋に鎖で繋がれ><薬を飲まされ><トイレにも行かされず、おむつをはめられ><暴力によるショックで死亡>というものでした。

この施設の行為が批判されるのは当然です。<本人の同意無しに投薬する、閉鎖空間に閉じ込める>等々の抑制処置は精神科医療の中でしか認められません。<個人の自由意思を束縛する行為>が民間人に許されるのは精神科保健福祉法の規定する保護入院という制度の下だけです。司法警察機構の中ですら、裁判所の認可がなければ逮捕・監禁はできないのです。もっとも裁判所と検察庁との実態は馴れ合いが目立ちますが、形式的には基本的人権保護という姿勢は厳格に守られているのです。

この保護入院には二つの条件が要求されます。一つは、強制入院させられる人の保護義務者(子供であれば両親、既婚者であればその配偶者)の同意。二つ目は精神保健指定医による「強制入院の必要があるという診断」です。つまり、「アイ・メンタルスクール」の行った行為には、この二つ目の条件が満たされていない訳で、明白な違法行為です。

しかし、一連の報道が「アイ・メンタルスクール批判」に終わってしまっていることが極めて残念です。戸塚ヨットスクールがそうであったように、決して悪意ではないながら<このような違法行為にたやすく手を染めてしまう>非合法施設が全国に数多く繁盛しているのです。この事実に対して「何故なのか?」「どう対処しなければいけないのか?」という疑問を持ち、取材を進めて行かなくて、報道人としての誇りは何処にあるのでしょうか?怪しい非合法施設に「最終的に頼ってしまうまで困窮する家族」への配慮がなくて報道の価値はありません。真の問題点に焦点を当てないままに報道が終結するのなら、ブラウン管や紙面は単なる「見世物小屋」のお騒がせ場面にすぎません。

私は非合法施設が全国に繁盛して、悲劇が繰り返される原因は<精神科医療の怠慢に尽きる>と考えています。つまり、引き籠もりの治療の根幹は精神科医療が担うべきなのです。ところがこの分野での精神科の治療システムは完全に欠落しています。この治療システムの充実を訴えるのが本論の目的です。

5月14日付けの「アイ・メンタルスクール」事件を受けた朝日新聞の社説では引き籠もりへの対応方法として「福祉か教育か医療か」と述べてありました。社説が空疎な念仏に終わることは頻々ですが、困窮している家族にとっては空中に漂う塵の価値もないと思われたでしょう。

私はこの20数年、引き籠もりを対象にした往診家族療法を実践して来ています。1997年に横浜で開催された第15回青年期精神医学交流会で発表したこともあります。しかし、「医者が往診する余裕など今の精神科医療の中にはない」というのが大方の雰囲気だったのでした。

正に我が国の精神科医療の現在は「治療の場」として極めて貧弱です。後で述べるように精神障害者への人権侵害が悠然と行われ、改善への努力は目に見えません。この状況の中で往診家族療法が一般的になるのはたやすいことではないでしょう。しかし、引き籠もりを抱えた家族の悲劇を解決する道は<この治療手段を流布させて行く以外にない>と私は確信しています。

(2) 精神科医療の現状

往診家族療法のことを始める前に「精神科医療の現状」を簡略に整理しておきましょう。

<個人の自由意思を束縛する行為>が許されるのは精神科医療においてないのですが、大抵の人々にとって現状の精神科病院は「近付きたくない場所」なのではないでしょうか？多くの人が「俺達の子供はちょっとおかしいけど、決して精神病ではないぞ」と病院への相談を逡巡してしまうようです。

我が国の精神科医療は様々な問題を抱えています。戦後作られた精神衛生法は1987年から2回の改定を重ねました。「精神障害者の人権に配慮して」とうたわれ、精神保健法、精神保健福祉法と改名されて来たのでした。しかし、この作業は、WHO等の勧告を意識しただけの改定であって、「表だけの改善」に終わっています。実態はむしろ「極めて悪い方向に墮落」していると私は判断しています。

墮落というのが<薬物の大量使用と電気ショック使用の拡大>に象徴されるのですが、これは「精神障害者の治療よりも社会治安が優先させられている」ことの結果と判断してよいでしょう。

電気ショックとは前額に（両眼の真上当たり）陰陽の2電極を当て、100ボルトから150ボルトの電流を流して<興奮を押さえる>という手段です。1940年代から1970年代まで世界中で頻繁に使われていました。しかし、<ロボトミーという脳外科手術に類似の方法であり人権侵害に当たる>として使われなくなっていました。

ロボトミーでは「メスで脳の前頭葉の一部を切断する」のですが、電気ショックでは「電流で焼き切る」と考えて頂いたら良いでしょう。脳細胞は物理的に破壊され精神活動は低下します。ですから、深く考えなくなり、感情は希薄になりますから激しい興奮や自殺衝動などの発生は少なくなります。しかし、感情や意欲は低下して表情はのっぺらぼうとなり、生き生きとした人間らしい交流は乏しくなるのです。それは「生ける屍」と呼んで言い過ぎではないでしょう。この処置は完全な人権侵害であり、取り返しの付かない犯罪です。

自殺衝動や傷害に及ぶ感情興奮を<医師や看護師や心理カウンセラーの見守りや説得>だけで押さえることは苦勞の多い作業です。そこで「保護室収容」、「手足の抑制」などが必要となるのですが、それでも簡単には落ち着いてくれません。そこに「薬物の大量投与（必要以上の投与）や電気ショック使用」という要請が起こる誘因があります。手足の抑制はよく非難されますが、少ない人数で対応しなければならない夜間帯での看護師に最後の手段として許される行為だと私は思います。少なくとも、電気ショックや薬物の大量投与より格段に人間的行為です。外見的には惨い行為に見えるでしょうが。つまり「患者の治療ではなく、治療者が苦勞しないですむための管理手段」が横行しているということなのです。

これは我が国の精神科医療が低医療費政策の結果、<治療に当たる職員数が少な過ぎる>ということに起因しています。このことが<犯罪行為への自覚を減らす真理>に拍車を掛けていると言えます。必要以上の薬物投与により肝臓障害や神経障害がおこり、電気ショック使用により取り返しのつかない脳障害を残すと明確に判っていても、<低医療費政策を続けるための手段として>これらの反治療的手段を禁止しないということは国家の犯罪とも言えるでしょう。

ロボトミーは1970年代に禁止されました。（ロボトミーの創始者モニツは1949年のノーベル医学・生理学賞を貰っています。すると、このロボトミーは爆発的に世界中に広がって行ったのでした。）しかし、電気ショックは禁止されなかったのです。そしてそれどころか、1980年代後半からその使用頻度が増大して来ているのです。しかも厚生省の入院患者削減政策もその

「悪い追い風」になっているようなのです。入院患者削減そのものは在宅医療を進めて正しいことなのですが、厚生省の意図には「医療費削減という考え」が大きいでしょう。少し説明しましょう。

長期入院患者を減らすための政策として、＜3ヶ月以上の入院患者さんの診療報酬を削減する＞という手段がとられています。(病院経営者を動かすには収入という鞭を操るのが一番効果的ということを知人は熟知していて、これは頻々とられる行政手段です)。すると、良心的な治療をするより、電気ショックや薬物大量投与で、早く落ち着かせる方が＜早期退院患者を増やせ、経営が楽になる＞という発想が蔓延して行く……こうして国と経営を最優先させる精神科病院が＜手と手を取り合う構図＞が出来上がっているのです。

電気ショックの禁止ということで先進国を見渡してみると、この悪魔の鎮静手段を生んだ国、イタリアでは禁止されています。(ヒトラーやムッソリーニが台頭して来る背景の中で電気ショックは生まれたのです。しかもその創始者ウゴ・チェルレッティが使用した器具はなんと「死刑用の電気椅子や豚の屠殺場などで使われていた電極」だったのです)。フランスやドイツでは特別の場合だけ認められているのですが、その使用には裁判所の許可が必要です。医者個人の自由裁量で実行できる国はイギリスとアメリカと日本の3国だけなのです。

精神科医療が「社会治安のための手段としての一面をもつ」のは事実です。それは＜伝染病棟への患者の隔離＞が社会治安のための手段とも見られるという意味において事実なのです。社会治安のために患者の人権が侵害されては、医療ではなく、犯罪行為そのものでしょう。

朝日新聞の社説が「福祉か教育か医療か」と迷うのを読んで、もしかしたら社説の筆者が＜我が国の精神科医療の現在を信頼していないから、『精神科医療などに任せられるか』と考えているのか？＞と推測しました。

それも当然かと考えます。国が電気ショックを禁止していないだけでなく、全国の大学の精神科医局や様々な精神科医療の学会からも「電気ショックを禁止しよう」という声が上がらないのです。その背景には様々な問題があるのですが、是非私のホームページに目を通して見て下さい。国家に頼ってはいは精神科医療の改革は進みません。私達は先ず自分達で理想的な精神科医療の枠組みを構築して実践し、国家を指導して行かなければならないのでしょうか。

以下に、私がこの20年来実践している往診家族療法の実際を述べ、その普及を呼び掛けたいと思います。引き籠もりは＜不登校、家庭内暴力、非行＞等々、思春期の自己確立過程での躓きの延長線の上に生まれます。それは様々な人格障害の生まれる空間でもあるのです。いわば「引き籠もりの治療」は人格障害の治療そのものと言って良いでしょう。これはまさに、精神科医療が取り組むべき仕事なのです。

(3) 家族療法とは

私は往診家族療法と称して「引き籠もりの治療」に取り組んできたのですが、先ず家族療法のことを説明しておきましょう。

家族療法という治療に必要な認識は次の5つに整理できるでしょう。

1. 子供達の症状の原因は家族の中にある。
子供達の人格の形成の8割から9割が家族の中で行われるのです。中でも父親と母親の関係が大きな比重を占めます。
他の兄弟姉妹との関係も影響しますが、それは「父母の関係から受ける心理的影響を彩るものにすぎない」と考えてよいでしょう。
2. 家族全体 (= 父親・母親) が本質的に変わることは極めて難しい。
3. 家族が少しでも変われば、子供は大きく変わる。
4. 家族は第三者の介入がなければ変わらない。
5. 家族の外に心を割って話せる人を見つけて初めて、引き籠もりから開放される道が見つかる。

子供は家族という空間の中に「蜘蛛の糸に絡まれた塊」のようになって出られなくなっているのです。絡んだ糸は子供からだけではなく、親の方からも吐き出されているのです。親の方は父親と母親という2種類の糸を出しますから、いわば3種類の糸が絡まって、がんじがらめになっているのです。

二人目の子供がいるとすると、彼(彼女)は兄(姉)が両親に絡まれる姿を第三者として観察できますから、兄(姉)とは正反対の生き方(「絡まれ糸」を出さない生き方)をすることになります。そして親からは、「私達が悪いのではない証拠に弟(妹)はちゃんと育っています」という言葉の糸が生まれて、更に絡みが強化されて行きます。

治療者は第三者として家族の中に入って行って、この絡まれた糸をほぐす作業の手伝いをするのです。そして、家族の外の人間との繋がりを作って行けるところまで連れて行って、ようやく家族療法が完成するのです。

(4) 私達の往診家族療法

家族療法を進めるに当たって、親に連れられて治療場を訪れて来る子もいます。しかし、大抵の家族が不器用で、子供を連れては来れません。症状が長引いて時間が経過すればするほど、それは難しくなります。「俺は悪くない」「悪いのはお前達の方だ。お前達が行けば良い」と答える子供に親は対応できないのです。

両親だけの家族療法でもかなりのことはできます。しかし、それには限界があります。両親に様々な提案をして、治療場に引き出させる場合もあります。しかし、「ここに連れてくることができるくらいなら、相談に来る必要はないですよ」と、大抵の親が無力で依存的に構えている場合が多いのです。そこで<私のほうから出掛ける>という往診の必要性が生まれ、往診家族療法となるのです。

家族療法では治療者は<親と子供の間>にいなければなりません。しかし、往診した私は初めのうちはどうしても<親の見方>と見られて、子供達の抵抗はそう簡単に壊せません。<親が連れて来て、嫌がる自分の部屋に強引に入って来る>のですから、それは当然でしょう。

しかし、<自分の意見を聞いてくれて、親の間違いを正してくれる>等の体験を重ねるうちに、少しずつ心を開いてくれます。私に対して、<この人は一方的な親の味方ではないぞ>と感じ始め、今まで話せなくて「心の底に溜っていた様々な不満や疑問」を次々と吐き出してくれるのです。

そのことを私は「両親に伝える」、両親のそのことへの答を「子供に返す」という作業を繰り返して、第三者である私が居なければ成り立たなかった「親と子の心の交流(会話)」が生まれてくることになります。

往診だけで良くなって行く子供も結構います。しかし、長いあいだ家族の中で息詰まる思いをして来た子供達は、そう簡単には生活のスタイル(親子兄弟の関係)を変えられません。

そこで、宮崎の私の治療場に来ることを勧めることになります。

治療場というのが、「きさらぎ大空館」と呼んでいる自立支援アパートです。ここは、なるべく管理せずに、自己責任で生活する場所です。食事は食堂に食べに行けばよいのですが、自分の部屋のトイレやお風呂の掃除は自分でしなければなりません。

ある程度の信頼を得始めたという段階から、私は次のように始めます。

「君だけが悪いんじゃない。しかし、何時までも親に拘っていても仕方がないよ」

「自分と同じことを悩んでいる人達が此処にも居たんだということを知って、互いに意見が交わせるようになって、友人関係が深まって行くと君は変わるよ」……等という具合に私は説得して行きます。

そんな往診による家族面接を重ねる内に、家を離れて見ようかという気持ちになってくれるものです。それは治療者への信頼が増して始まることですが、私の場合、平均的には3回から4回の往診で来てくれています。

ここまでの仕事であれば、心理療法士だけの対応で解決可能な範囲と言えます。しかし、引き籠もりの治療が精神科医療の仕事であると強調するのは<強制的な入院や薬物の投与を必要とする>段階があるということからです。

(5) 保護入院という制度を利用した強制入院

往診家族療法を続けても、「対応困難な引き籠もりのケース」は少なからず残ります。私の今までの仕事の中でも1割から2割のケースで強制的な対応が必要です。

強制的な対応を人権侵害であると非難する人達が居ます。しかし、そう主張する人は<放置され症状が進行して、人格障害が固まってしまう>ことへの責任はどう考えているのでしょうか？

私は、「放置するのはもっと危険な人権侵害である」と考えます。強引に入院させるのは、確かに「相手の意思を無視する」「相手にこちらの意思を押しつける」ということで、「人権侵害」であるかのように見えます。しかし、「相手は子供なのだということを忘れてはいけない」と思います。大人は子供を保護し教育していく義務があるのです。

つまり、子供の親には保護者としての教育義務があるのです。保護入院という制度を利用した強制入院の概容をなるべく具体的に述べてみましょう。(以下は私のホームページからの抜粋を含みます。)

1. その対象

- a 家族への暴力や自傷行為が危険域に達している者
- b 昼夜逆転した生活で、改善の様子が見られず時間を経過したもの

2. 強制入院の進め方

- a 数回の往診を繰り返した上で

家族は「往診即日、強制入院させてくれ」と言う場合が頻々あります。その理由の殆どは、往診した私達が帰った後で「何故、あんな人達を呼んだんだと言って暴れ出されるのが怖い」ということのようにです。しかし、簡単に応じてはいけません。

私達は両親に来院して頂いて<現在の症状と経過>をなるべく詳しく聞かせてもらい、大体的見当をつけて往診に取り掛かります。

時には症状が進行していて、家族への暴力が極限に近く危ないということもあります。包丁、金属バット等々……、新聞の紙面を賑わす事件の小道具が気になるケースも頻々です。そういう場合、往診が爆発への引き金になる危険性はゼロではありません。そこで、危険が予測されるケースでは初回の診察の当日に強制入院ということもあります。

通常は私一人、せいぜい心理療法士と2人で往診するのですが、こういうケースでは、強制入院の可能性を考えて、初めから2人か3人の男性職員(看護師か心理療法士かケースワーカー)を連れていきます。中学生ともなると体も大きくて、保護するのは1人では不可能だからです。

- b 往診の始まり

こうやって初回の診察が始まります。実際に診察を始めると、親から聞いていたよりうんと話しやすい子であるという場合が殆どです。「案ずるよりも生むが易し」ということですが、家族が「すぐにでも強制入院させてもらわなければ」と考えているのは、思い過ごしであるという場合が多いようです。

- c 子供が客間まで来れそうになれば

私達の治療の手段は「閉じた心を開かせること」ですので、初回の面接を可能な限り刺激的ではないように工夫します。そこで、私は他の職員を外に残して玄関をくぐるのですが、なるべく応接間で待つことにします。それは、子供の部屋をいきなり覗くという失礼をできれば避けたいからです。しかし、お母さんと子供のやりとりを聞いていて、子供が応接間まで出て来そうに

ないという雰囲気を感じたら、間髪を入れず彼の部屋まで足を運び、2人のあいだに割って入ることにしています。

この辺りの判断はアウンの呼吸の領域ですが、大抵の場合、子供は家族に対し傍若無人に振舞いますが、他人に対しては低姿勢なものです。しかし、あまりにも激しく興奮する場面を見せてしまった後では、心を切換える余裕がなくなって、破れかぶれになってしまう危険性が高いのです。

d 早すぎても遅すぎてもまずい

そこで彼が、私達が応接間にいるということを認識して、「なるべく感づかれないように低い声で」「なるべくやわらかい言い回しで」加減しながら喋って、「抑えられない興奮」が爆発する寸前に、割り込んで行かなくてはならないのです。この介入は早すぎても遅すぎてもまずいのです。

親と対話している時間をなるべく長く持たせることは、彼に「私達と初めての面接をするための心の準備をする時間」を与えることになります。

e 口をきいてくれない子供

初回の面接で「口をきいてくれない」「ドアも開けてくれない」というタイプの子供達があります。こういう子供が3割はいるでしょうか。

うまい具合にドアを開けて入り込めたとしても、ベッドに潜りこんでいて、タオルケットの中から顔を見せてくれないのです。あるいはテレビを見ていて、こちらを向いてくれないのです。ボリュームをわざと大きくして、「御前の言うことなんか聞かないぞ」という姿勢をとり続ける子もいます。

このタイプの子供の場合、家族への危険がないと判断できれば、あまり刺激的対応はしないで、少し声を掛けただけで第一回の面接を終える方がいいでしょう。しかし、場合によっては、次のような工夫をすると有効なこともあります。

例えば、子供によっては顔に掛けたタオルケットを何回か剥いでみたり、ラジオのスイッチを切ってみたりしてみます。何回やっても子供はしつこく抵抗する。消しては点けるという具合に。それでもこちらは懲りずに、一方的に話し掛けながらまた消してみる。子供の方も懲りずにまた点ける……。

実は、こういう対応をしてくれる子供はしめたものです。声になる言葉こそ交わしてくれていませんが、十分に私達との間に心の交流、「心の話」ができています。そういった種類の接触も出来ない子の場合でも、親と治療者が話している姿を見せるだけで大きな意味があります。

f ドアの前で大きな声で

ドアをなかなか開けてくれない子の場合には「ドアの前でなるべく大きな声で話す」というのが有効です。親がそばにいないとすれば、医師と心理療法士とが話すのもいいでしょう。親は「(治療者を家まで呼んだということで)どんなに我が子が怒っているか」と怯えていて、お茶などの準備をするふりをして、なかなか子供の前に出て来れない場合があったりしますので、そんな機会は多いのです。そういう場合には例えば次のような対話をします。「なかなかこの子は難しそうですね」「そうね。しかし、この儘でいいと思っているはずはないから、しつこくやって来れば、多分いつかドアを開けてくれるでしょう」「そうですね。しつこく来ることにしましょう。こんな子は見込みがあります」……などという具合に。

こういう方法をとると、大抵の子供が足音をしのばせてやってきてドアや壁に耳をくっつけて、こちらの話の聞いているものです。

「どんな奴が来ているんだろう」、「もしかしたらこの蟻地獄から本当に自分を救い出してくれる奴かもしれない」……などと期待と不安で緊張している彼の息づかいは、ドアやふすま越しに感じとれるものです。

g 1週間後にまた来るよ！

帰るに当たって、私達はこの家族を勇気づけるために次のように言います。まず親に向かって、「初めての往診は大抵こんなものです。簡単にドアを開けるような子は意固地無しですよ」などと大きい声で。ついでドアの隙間から子供にむけて、「できればお母さんと一緒に病院おいでよ。もし来れないようなら、1週間後にまた来るよ」と声掛けしておくのです。

この言葉に子供達は「何を言うかこの野郎」と思う一方で、一縷の期待がかけられるようです。言葉としては口が裂けても言わないでしょうが……。

この子供達のうち、約半数近くは家族と共にやって来てくれます。ということは、その残りの半数は2度目の訪問を必要とするということです。

h 逃げ出す子供

うまく対面できず、ドア越しに話すこともできないケースがあります。

「本人が逃げてしまう」とか、「学校に行くと言いながら、本屋とかゲームセンターとか、公園、特定の親友のうちなどへ入り浸りになる」といった子供達の場合です。

こういう場合、可能なかぎり家にいる確率の高い時間帯（早朝、深夜など）を選んで行くのですが、必ずしもうまくは行きません。勝手口から逃げられたり、浴室とかトイレの窓から逃げられたり……。

こういう逃げは幼いタイプの子供達によくあります。ゲームセンターや友達の家などで過ごすというのも意思の弱いタイプで多いことです。

しかし、そういう場合でも訪問することの意味はあるのです。彼が居ないながらも「治療者が自分の為にやってきた」という事実の意味があるのです。「自分は治療者と顔を合わせることもできずに逃げた」という事実は、彼の中に大きな変化を作らざるをえないのです。

この場合、家族から「病院に来ないなら、来週また来るということだったよ」と伝えることが必要です。「2度と呼ぶなよ！」とすごむでしょうが、それができなければ往診したことの意味は半減します。

i 2度目の往診……「絶対に来るなと言え」という子供へ

この言葉に負けて、もう先生を呼ぶのは止めておこう、となる家族が頻々ありますが、家族のそういう弱さこそが治療されるべきことなのでしょう。私達は前もって、「多分、僕達を呼ばれたことで、すごく抵抗するかもしれませんが、しかし、これは越えなければならぬ抵抗なのですからね。そのことで負けないようにして下さいよ」と言っておきます。するよ、大抵「よく判りました。先生がおっしゃる通りにします」と答えられます。しかし、この時点では大抵の家族がそのことの本当の意味を心から判ってくれてはいないようです。

そこで、もっと具体的に、本人が「家出するとか、死ぬとか、親を殺すとか言い始めるかもしれませんよ。その時には『死ぬのは御前の勝手だ』『息子に殺されても本望だ』ぐらいのことを言うようであればなりません」と言っておくのです。

しかし、家族はそんな言葉くらいで簡単には変わりません。子供の逃げていく様子を見ただけで心は揺らいでしまうのです。子供から「もう絶対あんな連中は来るなと言え」と凄まれると「いや私達はこのままではどうしようもないから来週も先生に必ず来てもらう」とは言えなくなって

しまうようなのです。

j 約束を提案して、取り引き

治療者は辛抱強く、家族が強くなるのを待たなければなりません。そこで、次のように指導するのもよいでしょう。「それではあと一週間待ってみることにしましょう。しかし、そのまま親が引き下がるのでは往診したことが無意味になります。そこで提案ですが、何か一つ子供さんと約束してみることはできませんか？

例えば（昼間に寝て夜起きているのであれば）『せめて朝の10時には起きる努力をしてみよう』と。そして、『それができなければやはり先生を頼るしかないぞ』と、そう言ってみることができますか？」と。

しかし、実際にはこの提案もそう簡単には実行に移せないようです。

k それもできない家族は

病院のパンフレットなどを本人の目の届くところに置いておくのもいいでしょう。私は拙著を利用していただくことにしています。「今日来て下さった先生の書かれた本よ。読んでみたら」と言ってもらうのです。

そんなことをしたら、かえって意地になって読まないような子であれば、言葉など掛けないで、目の届き易いところに置いておくのです。すると、大抵の子供が親の目を盗んで、こっそり読んでくれるものです。

1 少し強い言葉で入院への準備.....ペンチとハンマーと鋸切り

2 度目の往診でも、ドアを開けない子には次のように言います。

「僕はね、君みたいな子供を何人もみてきた。どうしても君をこのまま放置しておくわけにはいかないんだ。若い時は次々になくなってしまふぞ。俺は君をそんな状態のままほって置けないんだ。来週もこのようなら、ペンチとハンマーと鋸切りを持ってくるぞ」と力一杯声を掛けておくことにします。

たまに、「俺の勝手じゃないか。よけいなことをするな」と叫ぶ子もいます。しかし、多くの子供がこの時にも黙ったままです。ですから、「なんだ、この意気地なしめ」という怒りを渾身に込めて、ドアの隙間からぶち込んでおく方が有効な場合が多いのです。

「随分と荒っぽい」と思われるのでしょうか？しかしこれは2度目の対面だから言えることです。「やはりあいつは来てくれたのか。本気で俺のことを考えてくれる奴なのかもしれない」と感じ始めているという感触が得られて初めてできることです。

m 強制入院のための往診

このような2～3回の往診を繰り返した上で入院させることになります。

この強行手段をとる直前の往診の時に、「同じような状態が更に1週間も続くようであれば強制的にでも入院させる。男の職員を2～3人連れてきて、注射をうってでも、ヒモをつけてでも連れていくぞ」と宣言しておくのです。

数人の男性職員を引き連れてやってくるわけですから、大抵の子が観念して従ってきます。しかし、中には最後まで抵抗する子がいます。注射のアンプルを切るとそれだけで、「注射を射たれるくらいなら自分から行きますよ」と折れてくれる子もいますが、注射を射たれても、最後の力を振り絞って抵抗する子供もいるのです。

こういう子のほうが治ることも早いものですが、足で顎を蹴られたり、爪で引っ搔かれたり、噛み付かれたりさんざんな体験を私自身がしています。

(6) 強制入院させられることでの問題

心の傷……かすり傷と化膿傷

強制的な入院は一種の手術のようなものと言ってよいのかもしれませんが、それはいくらかの傷を残すでしょう。しかし、往診を繰り返して、子供達に心の準備をさせた後であれば、ほとんど傷とはならないと私は考えています。少なくとも長い間、部屋に閉じ籠っていたためにできる心の傷に比べたら、うんとうんと小さいでしょう。

前者を「時間が経てば跡形もなく消えるかすり傷」に例えると、後者は「細胞感染症を伴った化膿症」でできた痕跡のように、何時まで経っても消えない汚い傷となるのです。

子供達のショックは配慮する必要がないというわけでは決してありません。しかし、子供達はどのようにいいか分からずに、今までの抵抗の姿勢をやめられなくて、苦しみ続けているのです。強制的に動かしてもらおうのを待っている。彼等はむしろ「強制的に動かしてもらおうのを待っている」と考えてよいでしょう。

はっきりとそう意識されているわけではないのですが、私はこのことは、良くなった後の子供達の言葉、「あのとき先生達に来てもらっていなかったとすれば自分はどうなっていたか判らない」の中に何回も何回も確認してきました。

(7) 精神科病院（閉鎖病室）の使用

実は、こうして入院予定で連れて来た子供達の殆どは収容の車の中で落ち着いてくれます。そこで、ほぼ8割くらいは入院は取り止めて、如月おおぞら館で生活することになります。

しかし、2割ほどは若草病院の閉鎖病室を使うことになります。強制的に連れて来られてた子供達は当然のこと離院する危険があるので、「逃げて帰ってしまったらまた迎えに行けばいい」という姿勢で臨んでいます。子供達の一部には精神的に高ぶっていて危険な時期があるのです。

家族への強い恨みをつのらせていたり、治療者に対して不信感を抱いていたりして、短絡的な行動（暴力・自殺・殺人）に出る危険があります。そこで冷静になり、治療者達との間に良い関係ができるまで閉鎖病室の使用が必要となります。

患者さんによりますが、心理療法士が面接を繰り返す、看護師が付き添って野外活動に出るなどの対応をしていると、3日もあれば開放処遇ができるようになります。

子供によっては1週間くらい必要なこともあります。それ以上長引くケースは重度の性格障害、統合失調症、躁鬱病等々を合併していると考えてよいでしょう。

開放病室に出て、落ち着いた子供は如月おおぞら館に転出します。看護師との関係によっては転出を選ばず、若草病院で治療を続ける場合もあります。

(8) 往診の依頼方法および料金

精神科という領域では往診する医師は極めて少ないようです。精神科こそ往診を必要とするのですが、様々な理由で殆ど普及していません。入院患者削減策の一環として在宅医療が進められ、内科などの往診は増えつつあるようですが、精神科では今のままでは増えないでしょう。

私達は宮崎県内のみならず全国を駆け回っています。今年の3月10日にNHKのラジオ深夜便という番組で往診家族療法のことを放送させて頂きました。その反響は大きくて、全国から手紙や電話やメールが送られて来るのですが、ほとんどが「往診する医者は近辺にいない」ということです。3月10日のものは朝方の4時から放送されたものですが、問い合わせが多いということで、5月27日にも再放送してくれました。こちらは朝の9時からの放送。深夜のものはマニアの聴衆が多かったようですが、こちらは家事をしながら聞いたとか、通勤の車の中で聞いたとか一般の聴衆。しかし、どちらも「往診してくれる医者がいるのですね！待ってました」という声は共通するものでした。

往診家族療法を断れない私は木曜から日曜までの週末は全国の何処かの町を彷徨っています。第2土曜日を含む週末だけは宮崎にいますが、この週だけは、宮崎の如月おおぞら館に居移を始めた子供に会いに来る家族と面談するために待機するのです。私のホームページの「往診依頼の方法および往診料」から抜粋してみましょう。

近くの方は、両親で来院して詳しい状況を教えて下さい。遠方の方は電話の前に、以下のことをなるべく詳しく書いた手紙かメールを下さい。

今困っていることを具体的に、今までの経過、家族構成、各々の当人との関係、職業など。

こちらから電話を入れますが、子供さんに聞かれたくない、ということであれば、手紙を投函した後の、2～3日目以降にこちらから電話下さい。

ホームページを良く読んで下さい。パソコンがない人は近所の図書館で下記を読んで頂くと有り難いです。2冊とも日本評論社の出版ですが、売り切れで書店にはありません。

「葛藤する思春期」 「家族がひらく」

往診料

宮崎から20キロ以内であれば健康保険の往診料のみ

保険の3割負担の人で初診：2,760円 再診：2,320円

20キロを超える地域は健康保険の往診料に交通費・宿泊費が必要です。

東京、名古屋、大阪を中心とする地域 初診：3万円 再診：2万円

上記の3都市から更に遠方（往診と滞在の時間の合計が5時間を超す）の場合、2時間につき1万円追加させて下さい。

宿泊往診のこと

遠方の方の場合、ご家族の経済的負担を考えて家に泊めさせて頂きます。ホテルよりもその方がむしろ好きくらいです。しかも、宿泊させて頂くと、＜面接 お風呂 夕食 宿泊 朝食 そして2度目の面接＞と2度の面接ができるのです。この方法は子供によっては極めて効果的です。

私自身のことを述べますと、どこでも眠れますし、食事は粗末なもので結構です。只、天ぷら類やバターの多いものなどの脂っこいものが、御腹を壊すので食べられません。

一人で往診が困難な場合

暴力などが激しい場合、看護師や心理療法士と同行します。この場合、交通費の他に、この人達への日当が追加されます。

< 1日あたり1万円 > : 夜の12時を跨ぐと2日として計算します。

強制入院となる場合

飛行機が利用できませんから、高速道路を車で走ることになります。

車がない家庭の場合、レンタカーを使っただけになります。宮崎までの道程を2人で交互に運転すると、東京から約18時間、大阪から11時間で着きます。高速道路、レンタカー、ガソリン等は家族の負担となります。

宮崎から東京、名古屋、大阪などに出掛けるのは飛行機を使います。その間は新幹線を使いません。宿泊費用も必要ですから一回の往診旅行で< 7万円~9万円 > が必要です。しかし、この3都市周辺では往診に行く家が多いから2~3万円頂けば赤字は出ないのです。しかし、それから離れる地方となると、更に加算させて頂かなければなりません。家族には結構な負担ですが、私としても病院の経営に負担をかけるわけにはいかないのです。

(9) 往診家族療法の普及のために

.....診療報酬の中に新しい項目を

往診という治療手段が普及しないのは「治療者側の怠慢」という面もありますが、健康保険による診療報酬体制の不備という側面があります。(8)の往診料で述べたような金額で私がやれているのは特殊な条件に恵まれているからです。

特殊な条件というのが< 医者が7人いて、私のがんびり旅に出掛けられる > ということ、< かなりの数の依頼者がいる > ということなど。実際に私の病院の他の医師の場合は、私のように< 一回の旅行で4~5人の患者さんを往診する > という芸当ができませんから、更に高額の往診料を頂かなければ赤字になってしまうのです。そこで当院での長距離往診は私の専属の仕事になってしまっています。

つまり、一般的に成り立つだけの経済的保証がなければ往診家族療法は普及しないのです。医師一人で経営しているようなクリニックの場合にはテナント料や看護師さんや受付など3人くらいの人件費を払わなければなりませんから一日2~4人くらい診察しなければ経営が成り立ちません。すると1時間で3、4人は見なければなりません。往診に4時間かける間に12~15名診れる訳ですから少なくとも10名分くらいの往診料は必要ということになるのです。つまり、診療報酬体系の中に設ける往診家族療法という項目の概要は以下のようなになるでしょう。

滞在時間1時間~2時間で5万円くらい。

(この場合患者家族の負担は3割ですから、1万円~1万5千円となる)

2時間を越えるごとに1万円ずつ加算。

交通費は家族の負担。

現在のところ、精神科医療の世界では、医者は診察室のなかに居るものという固定観念があがっています。ところが子供達の周りには様々な事件が噴出し、とどまる様子が見えません。しかも事件に対して真剣な対応が全くできていないのです。家庭内暴力の子供を親が殺害する事

件とき、集団によるいじめ殺害事件とき、数多くの幼児殺害事件の時、「有効な治療システム」の確立を願ったのでした。

しかし、我が国の対応は治療システムの確立の方向ではなくて、少年法の強化などという隔離の手段、治療とは逆行する手段が選ばれることになって来て、そのままなのです。これは(2)で述べたように、精神科医療の現在が<患者個人の治療よりも社会治安を優先させている>という状況と通底しています。

<引き籠もりの治療システム>の構築は、精神科医療の改革が進んで初めて完成するのでしょうか。

朝日新聞の社説が「福祉か教育か医療か」と迷うのを読んで、もしかしたら社説の筆者が<我が国の精神科医療の現在を信頼していないから、『精神科医療などに任せられるか』と考えているのか?>と推測しました。

それも当然かと考えます。国が電気ショックを禁止していないだけではなくて、全国の大学の精神科医局や様々な精神科医療の学会からも「電気ショックを禁止しよう」という声が上がらないのです。その背景には様々な問題があるのですが、是非私のホームページに目を通して見て下さい。国家に頼ってでは精神科医療の改革は進みません。私達は先ず自分達で理想的な精神科医療の枠組みを構築して実践し、国家を指導して行かなければならないのでしょうか。

以下に、私がこの20年来実践している往診家族療法の実際を述べ、その普及を呼び掛けたいと思います。引き籠もりは<不登校、家庭内暴力、非行>等々、思春期の自己確立過程での躓きの延長線の上に生まれます。それは様々な人格障害の生まれる空間でもあるのです。いわば「引き籠もりの治療」は人格障害の治療そのものと言って良いでしょう。これはまさに、精神科医療が取り組むべき仕事なのです。