

保健所精神衛生活動の現状・役割とその評価の試み

— 「臨床と公衆衛生の二重構造」の視点から —

指導教官名 佐々木 雄 司 教 授

昭和61年4月

東京大学大学院医学系研究科

第1種博士課程（保健学）

保健学専攻 進 学

山 村 駿

①

論文題目

保健所精神衛生活動の現状・役割とその評価の試み
—「臨床と公衆衛生の二重構造」の視点から—

指導教官名 佐々木 雄司 教授

昭和61年4月
東京大学大学院医学系研究科
第1種博士課程（保健学）
保健学専攻 進学

氏名 山村 礎

目次

	頁
I. 序論	1
II. 本論文の方法	4
III. 事例研究	6
1. CL-PQ関係について	6
2. CL-PQ関係の概要と その指標となるCLの感情的側面	16
3. CLIENTの感情の経過中の消長 及びCL-PQ関係との関連について	19
4. CL-PQ関係における保健婦の 情動的遍在について	22
IV. 考察	27
1. 本資料に関して	27
2. PHNの逆転移からの解放に関して	28
3. 保健所精神衛生の役割に関して	30
4. 地域精神衛生の理念からみた CL-PQ関係	31
IV. まとめ	38
謝辞	
文献	
図表	

1. 序論

およそ対人サービスというものは2者関係により成立している。治療者-患者関係、援助する側-援助される側、関わる側-関わられる側といった2者関係が援助する方法論の前提に暗黙の内に存在する。この2者関係は、問題の解決を望む者と問題を解決する者の2者である。

いわゆる対人サービスにおける専門分野とは、2者関係を発生せしめた問題の類型とその種類に依存しているのであって、一旦確立された専門分野はその後によくの援助される側、すなわちサービスを受ける者を迎えることとなる。これを専門家と呼ばれる側からみれば、問題の定式化がされ、それへの対処法がある程度確立していることを示している。臺⁴⁾の言に従えば、このことは問題の立て方と、その領域が明確にされているということとなり、方法論と専門性の問題として捉えることができる。

対人サービスの一分野である精神医学はいうまでもなく精神疾患を扱う。記述精神医学が臨床型を仕分けし問題を詳細に定式化する術を教え、生物学的精神医学が生物学的要因と疾病の関連を明らかにし、精神分析に源流をなす力動精神医学が対人関係における精神疾患の理解を与えた。精神疾患に関する多様な側面からの定式化が可能となったのである。よって精神疾患に関する方法論は精神医学において最も密なものとなっているのである。しかし、精神疾患を持つ精神病者の持つ問題は疾患の問題のみに留まらない。生活の問題、家族、学校、職場、地域などの社会との関係の中に生氣する問題など多様である。ここにおいて精神疾患を有する精神障害者の問題は精神医学の領域を越えて存するという認識が形成されたのである。よって多彩な専門性が名乗りをあげることとなった。ことにその専門性は力動精神医学を通して分

化してきた経緯を持つ。具体的には臨床心理学、ソーシャル・ワーク、精神科看護学、公衆衛生学などへと問題が分化されていったのである。

これは上述の観点からみれば、援助者-被援助者という2者関係が成立する契機となる問題の質的な分化としてみることができる。よって、被援助者を中心とした2者関係が放射状に数種類成立することとなった。ここにチームの発想が生まれたのは当然の理である。援助する側は個人から集団へと編成されることになるのであるが、ここに先の臺⁴⁾が指摘する通り相互の専門性の理解と尊重が必要であるのは言うまでもない。

さて、この援助側の複数化という現象は、その対処すべき問題を精神障害者の範囲を越え、精神障害者を囲む環境要因へと拡大していった。一つの例を示せば、家族療法の存在がそれである。家族への対処をも専門性に含めるといった方法論は、問題の拡大を如実に示している。ここに援助される側の複数化という事象も観察されることになるのである。

以上に述べてきたことは、2者関係における問題の定式化の方法の多様化、すなわち専門性の分化に伴う両者の複数化といった現象である。精神障害者の有する問題をいくつかの側面に分け各々の問題に関して2者関係ができあがってきたとも考えられる事象である。もし精神障害者を取り囲む全ての人々を治療的環境と捉えるならば1対多対応であるといえるし、また、家族等に問題を認める立場をとる精神障害者の問題解決のために対処すべき対象を拡大し広く環境にまで働きかける多対多ともいうる。あるいは、精神科医のみが家族まで働きかけるとすれば、多対1ともいえる。このように、2者関係の境界をどこに引くかでいくつかの場合が存在する。だが基本形態としての援助者-被援助者という2者関係は踏襲される。

では、保健所精神衛生も援助する側におかれるのであろうか。一見してこの問題を論ずる価値があるのかという議論が有り得るかもしれない。しかし、かつて行われてきた保健所精神衛生活動に関する主張は、援助側-被援助側という2者関係に収束しないかに思われるし、さらにこれらの2者関係を見渡す第3の立場を主張しているように思えるのである。3者関係を基軸にする発想が保健所精神衛生活動の主張には含まれているように思われるのである。

佐々木¹⁸⁾は「臨床と公衆衛生の二重構造(二極構造)」を挙げ、精神科医療からの独立した立場を主張している。しかもそれは援助側における個々の役割上の独立という含意を超え、援助する側からの脱却をも意としているように思われる。佐々木の言う精神科医療に対するチェック機能¹⁹⁾、補強補完機能²⁰⁾は、保健所の活動対象としての被支援側に精神科医療を置こうとする主張とも考えられるのである。

実は2者関係を超越する第3の観点の重要性も、援助する側の複数化にともない精神科医療、臨床心理学の立場から指摘されている。

かつて援助する側におけるチーム形成時の問題に関して河合⁶⁾、神田橋⁹⁾が「治療者相互間接的逆転移」、「チーム転移」の問題を指摘している。すなわち患者に対する理解を共有することが重要であるとの指摘をなす根拠となる概念である。実はこの観点はそれぞれ2者関係では捉えきれない類のものである。なぜなら、援助する側が分裂splittingしているからである。ことに河合のいう、援助すべき患者を置き去りにして問題は治療者同士の2者関係上に移動する、との指摘は3者関係を問題解決のために作成する必要性の提言でもある。

よって、保健所精神衛生活動に限らないことであるかも知れないが2者関係に加え新たな第3の立脚点が要請

されているのである。

そこで、本論文では、保健所精神衛生活動において要請されると思われる第3の観点を設定し、これにより援助経過、ことに受理面接と呼ばれる過程を相談者及び保健婦の心理的過程に着目して記述、分析し、保健所の精神衛生活動の役割の観点から考察を行おうとするものである。

II. 本論文の方法

2者関係を離れた第3の観点を整理するに当たって佐々木の言う事例性をやや改変した形で使用し分析を試みた。なお、元来事例性概念とは、事例性概念に従う観察者をも含めて3者関係を構成することを要請するものである。

「誰がなぜ、ケースとしたか」という観点は、精神障害者への活動に限って述べれば、精神障害者が相談者によってどのような問題を取り上げられ保健所へと相談するに至ったかということになる。この相談者と精神障害者は往々にして別の人物である。既に指摘されているように保健所へは本人とは異なる人物が相談にやってくることが多い。よって保健婦はこれらの2者関係を第3の立脚点からみているということになる。しかし、この佐々木による事例性の定義は、精神障害者、ひいては精神病者を「ケース」として我々の中に想起させるニュアンスを有している。すなわち精神障害者が問題とされる人物であることを暗に示唆するニュアンスである。よってここにある種の方向性が既に内在されていると考えられる。それはいみじくも佐々木のいう疾病性への志向性である。

そこで、より事例性を一般化して融通性のある表現に改変した。それは、「誰が誰をどの様なことで問題とし

て保健所へやってきたか」という定義である。主語である「誰」は初回相談者である。そして目的語の「誰」は精神障害者の事もあろうしそうでない場合をも想定し得るものとして考えた。また、この誰は「何」でもよい。社会、文化と呼ばれる漠然としたものまでをも指すものとした。これで、先の疾病性への志向は幾分かでも消去せしめることができると考えた。この様な観点に立てば主語である「誰」と目的語である「誰」の組合せによりいくつかの類型化が可能となる。

ここで、保健婦は、問題とするもの一問題とされる者の2者関係に対して第3の立脚点を取り得る。ここに言う問題とする者とは、通常保健所において相談者と呼ばれる者を指すものとする（client, 以下CLとする）。また、問題とされる者は問題とする初回相談者によってなんらかの対処が望まれている者を指すこととする（a person in question, 以下PQとする）。第3の立脚点とは相談として持ち込まれた2者関係における各々を等分に認識するという観点である。そして感情的にも各々に等分に保健婦の反応を分配し決して嗜癖的にどちらかとの2者関係に拘泥しない心理状態の在り様であると考えた。

これは換言すれば保健婦の目前に展開する2者関係を公平な視点を向けるということである。

よって、公平な視点が失われると言うことが事例性を失った観点ということが出来る。それは問題とする者、問題とされる者のどちらかへ視点への情動的な偏在である。これを以下2者関係への偏在と呼ぶこととする。

本論文では、事例を取り上げ、CL-PQ関係を第3の観点から記述し、しかる後に、2者関係への偏在がいかにして援助上の問題を派生させるかという機序を理論的に記述する。つまり保健婦の精神衛生活動における第3の立場からみた問題の在り様と、援助上の問題点の発生機序を述べ、保健所精神衛生の一仮説的方法論を提示

し、保健所精神衛生活動の役割に関して考察を試みた。

III. 事例研究

1. CL-PQ関係について

まず、事例から考えられる保健婦を含む3者関係について事例とともに提示する。つまりCL-PQ関係への保健婦の両者への関与の形態として、保健婦を含む3角形を想定し論を進める。

なお、提出する事例は昭和61年4月から平成2年4月までの4年半に筆者が参加してきた事例検討における事例である。ここにおいて私は参加者であり、観察者であった。これはH.S.Sullivanのいうparticipant observationに近いものである。参加した保健婦は東京、沖縄、埼玉に勤務する者達であり、助言者は佐々木であった。総数で77例の事例検討を行ってきた。(付表1)

最初に家族が問題を提唱した事例についてみる。

事例1：男性、把握時年齢22才 当時大学4年生
診断：精神分裂病

CL：母親-PQ：息子

本人が21才の時テニスにて腰をひねり通院する。それ以降問題は起こり始めた。4カ月後に本人が父親とぶつかり、首と頭の痛みを訴え、外科に10日間入院する。この頃より父親ともみ合うなど家庭内での不和も始まっている。

その後、大学病院物療内科へ3度通院。この3度の通院時に医師より心理的問題を指摘され心療内科への受診

を勧められている。しかし、同時にカイロプラクティックも紹介されており、こちらの方へは本人は通院していた。

母親は息子の心理的問題を指摘され、それが気になっていた。そこで、わざわざ知合いであった医師（T）より、先の物療内科にて勧められた心療内科への紹介状を本人に内緒で入手している。しかし、母親は本人に結局切り出せなくて使うこともなかったという。

その後いくつかのところへ相談に母親は行っている。

紹介状の入手から1カ月後、母親が区報を見て保健所が精神衛生相談を行なっていることを知り、またも本人に内緒で来所する。ここで保健婦の受理が始まる。母親による本人の状態に関する陳述から、閉じ込めり傾向で、母親にからんだり、父親ともみ合うことが多いことがわかった。また時折「てめえ」等の脅し言葉を親に対して使ったりするのだと言う。保健所にやってきた直接のきっかけは、その当日に本人の行動がいつもよりおかしく母親が恐くなったからだという。

母親の主たる訴えは「入院させたい。連れて行けないので睡眠薬を飲ませてでも・・・。」というものであった。また、「本人への対応をどうしたらよいかかわからない」というものであった。

保健婦はこの時点でとりあえず話を聞き、「保健所の対象であるか」という疑問を発している。

T医師より紹介された神経科医師Hに夫婦で相談にいったところ、「本人は分裂病。入院の方法は保健所で相談するように」といわれ、初回相談から4日後に夫婦で保健所へ来所する。

ここで父親は「強制入院を考えている」と言い、母親は「強制的に入院させた後のことを心配」していた。

それから2日後、母親が来所。医師Hに母親が「長く放っておいた」と指摘され「裏切られた」と感じて話に

来る。そこで、保健婦は別の病院を紹介した。

その後、父親が強制入院の手続きを取ろうとしたが本人の兄に止められる。

このように家族内での父親と母親の意見の食い違いがあり、叔母、母親と精神衛生相談を行う。しかし、結局初回相談から25日後にバトカーを家族が要請することにより強制入院となる。

入院後、毎日本人から「帰りたい」と電話があり、母親は長く放っておいたことを後悔し、また、「帰りたい」という息子が不憫に思えてショックを受けている。

以上提示した事例が示すように、初回相談者が精神障害者本人でない場合（CL ≠ 精神障害者）は原則的に3者関係を構成するものとみてよかろう。ここではCLである母親の相談内容は、現在のCLが困っている状況と、その原因を担う人物が明示されている。この人物がPQである。よってCLはPQへの対応を保健婦（以下PHNとする）に求めるといった構造が指摘できる。

家庭内における本人の具体的な状態像は易怒性、及び暴行である。母親の現実的に困っている問題の原因はまさにそれであり、原因は息子である、というような言い方がなされている。なんらかの迷惑を被っているものが、その原因たる他者への対応を第三者（PHN）に転嫁するという構造が3者関係である。換言すると、CLがPQに関して望む状態へとPQを変化させることをPHNに要求している、といえよう。

また、CL ≠ 精神障害者、である場合に必ずしも、PQ = 精神障害者、とは限らないのであって、本事例中にはPQ = 精神科医へ向けた「裏切られた」という陰性の感情を母親に向けているのであって、PQが精神科医である3者関係も指摘し得る。また、同様にPQ = 父親である3者関係も指摘し得る。

事例 2：女性、把握時年齢 65 才

診断：鬱病

C L：夫 - P Q：妻

本人にとって現婚姻関係は 2 度目のものであり、前夫との間には一子をもうけたが、本人から家出し離婚となっている。35 才で再婚し、一子をもうける。55 才で発病するまでは、2 人ともよく働く夫婦で、家庭内は平穩で楽しい雰囲気であったと夫が言っている。

発病より一年後に受診。診断は鬱病。通院にて改善せず、通院後 10 カ月を経過した時点で入院する。しかし、病状は入院後も増悪の経過をたどる。この時に一度だけ保健所の精神衛生相談に夫が訪れている。入院から約 1 年半後に本人退院。一日置いて、別の病院に入院。一年後、さらに違う病院に入院。

妻にとっての 3 度目の入院中に夫が突然の来所。相談内容は「もうじき妻が退院してかえって来る。在宅で看病する自信が無い。すぐに入院させたいので病院を紹介してもらいたい」というものであった。病院にもこのことは伝わっていると夫は言っている。しかし、保健婦がこの旨を当時の主治医に連絡したところ、主治医の判断では、「試験外泊もしており、家での生活は可能」というものであった。

主治医への連絡にて、退院可能という判断の存在を確認した後、病院より地域での援助、ことに夫を支えることを依頼されている。

保健婦は、「退院後の夫婦二人の家庭生活に関して力になれること」、及び病院側の判断の妥当性を伝える。これで、一旦夫は落ち着く。

妻の退院後、保健婦が訪問。本人はととても落ち着いて

おり、夫も柔軟な姿勢であった。保健婦は力になれることとして福祉制度についての説明を夫に行っている。

しかし、その4日後の訪問時には、本人は無為状態にて動かず。服薬継続にも関わらず状態が悪化している。さらに3日後、本人の状態はかわらず、夫の負担増を保健婦は気にしている。

夫はこの間に妻の主治医へ入院の是非について問い合わせるも、入院に関してはとりあってもらえなかった。別の病院に連絡すると「前の主治医に連絡しなさい」と言われる。その後、保健婦が妻の入院していた病棟の看護婦に連絡し、家庭内での本人の病状と夫の負担を伝えると「退院は試験的なものだった」と言われる。これらの中で夫は在宅と入院の間で揺れていた。

この事例では、CLである夫がPQとして妻を取り上げPQの退院を阻止してもらいたいという要請がPHNに出されている。すなわち入院という形で転院させたいという希望であった。しかし、PHNが動き、退院後に妻が落ち着いている期間中は、そのような相談はとくに見いだせなくなる。つまり、夫の問題は状況依存적であるといえるのである。

事例1、2に共通することであるが、事例1ではPQに関する同様の相談をいくつかの所で行なってきたり、また、事例2では、転院入院をかつて2度繰り返し行なっているのである。

次に精神障害者本人が初回相談者であった事例についての3者関係を提示する。

事例 3：女性、把握時年齢 22 才

診断：不安神経症

C L：精神障害者本人 - P Q：医師

中学 3 年の後半に思春期痩せ症になり、体重が 30 K g まで減少した。それに伴い月経が 1 年半止まる。このとき内科を受診して、カウンセリング的な対応により高校 2 年のときには軽快した。このときの医師の対応は週 1 回、1 時間程度のものであったという。

高校を卒業後、専門学校へ入学し 2 年間で卒業。その後某銀行へ勤務し外為関係の業務に就く。しかし、入社当初から仕事への不満、人間関係の悩みから何度も退職を考えたという。しかし、1 年間は我慢しようと思い耐えた。そうしている内に身体症状として下痢、腹痛が発現。しかし、仕事は日増しに忙しくなり、残業が増えてきた。

ある日、風邪にて銀行を早退。家に帰り何時間か眠った後に、「急に血の気が引いたようになり、心臓がおかしくなって死ぬのではないか」という、過去に経験したことが無いような恐怖に駆られた。暫くして、生活発見の会（森田療法）へと参加するようになった。しかし、易疲労、無気力が続き、貧血、動悸が出現。ここまでで、入社後約 1 年を経過。

さらに、尿路感染症にかかり、このころを境に、「うつ状態になった」という。これを機に 1 カ月の休職をする。この間に、神経科クリニックに 2 度通っている。復職後 1 カ月で腰痛、頭痛、鬱状態になり会社を休みがちになる。このとき内科受診するも身体的な異常所見は発見されなかった。そして、2 度通った神経科クリニックにて不安神経症 + 神経症性抑鬱状態と診断され保健所に

いたるまで、通院を続けていた。通院中仕事は休職していた。

本事例がクリニックに定期的に通院を始めてから約7カ月経ってから保健所へと来所した。主訴は「休職しているのだが、復職に対して不安がある。今の主治医は外来だけであるので、ゆっくり話せない」というものであった。保健所を知ったきっかけは広報であったという。

保健婦は一回目の連絡が電話であったこともあり、精神衛生相談に来るように指示している。2回目の接触、つまり精神衛視相談での相談の内容は前回と同じであった。漠然とではあるが援助することが可能であることを保健婦は本人に伝えている。

約10日後に、「高麗人参茶を飲み始めたが、だるく、胃が不快となる、副反応だろうか。また、友人にコンサートに誘われているがどうでしょうか。」と相談を持ちかけてくる。ここで、保健婦は「副反応については主治医に聞くように、また、外出する機会を増やすよう」と告げている。

翌日、本人より厳しい口調で電話がある。「コンサートから帰宅後、母から、これからどうするつもりか、といわれた」と訴えている。その後、母親、本人と保健婦は面接している。その後3回ほど本人から連絡あり。4回目に、保健婦不在のため、保健所医師Aが対応する。このときの内容は月経痛と月経時の情緒不安定についてであった。その後、動悸、不安感を訴え、「先日の先生(A)に話したい」という。そこで、約20分程医師Aと話し合う。

4日後に祖母と来所。この時のクレームは「不安発作がよく起こるようになった。どうすればよいか」というものであり、さらに祖母は涙ながらに孫である本人のことを話している。

同日、本人より電話があり保健婦が受けた。相談の内

容は「先生（A）と話したい」というものであった。

その後、A医師への相談が頻回となり、結局通院中のクリニックの医師があまり話を聞いてくれないために、転医を希望していることが明らかとなった。

本事例では精神障害者本人が相談者であったために、2者関係を想定しやすい。しかし、実際はクリニックの医師に対する不満とそういった現状の改善を求めていることが明かとなったのである。先の3者関係に置き換えれば、初回相談者の問題としていたことはクリニックの医師であったのである。

本例は神経症者の持つ疾病利得と症状の過時的な再燃の時間的関連性が窺える事例である。この事実とて、3者関係において、何に困り、何を求めているのかを捉えることにより明らかになるものであると考えられる。

なお、保健婦は初回相談者は本人の社会復帰の問題に終始し、3者関係に気付かなかつたために、「本人が援助してもらいたい方向性を確認することに終始し、方向性を明らかにできなかったとしている」。

事例4：女性、把握時年齢29才

診断：てんかん

C L：精神障害者本人－P Q：医師

高校時代に貧血で倒れることがあった。保健婦把握する2年前には意識消失を経験している。一ヶ月後脳波異常が発見され、てんかん症候群の診断がつくが、本人はこの時点では知らされていない。それは医師に「てんかんではないが、一生服薬する必要がある」といわれたためであり、「一生服薬する」ということに不安を覚えて治療を自ら中断している。その後、しかし、病気の方も

心配で別の病院にかかり漢方薬を飲み始める。その後一年間に、4度の発作があった。その内一度は救急車にて運ばれている。

このときの主治医が長男の育児は無理と主治医が判断し、保育園にあずけられる。

たまたま次男(3 yrs)の経過観察にて来所した本人が、保健所の診察医に「てんかん」について聞く。そこで、診察後保健婦が精検先の病院を紹介するという事で面接を行う。「いままでの病院では診断も教えてもらえなかった」。また、「本当にてんかんだろうか」という疑問がぬぐい去れないし、不安であることを述べている。結局自分で新しく病院を選び受診する。

結果的に病院で診断を教えてくれなかった医師達が問題であると彼女は考えているものと解釈できる。そこで、保健所の医師に控えめにてんかんについて尋ねたのであり、また、新しい病院を自ら捜して転医した。しかし、保健婦は何もできずに3回の接触で終了している。

近隣住民が初回相談者である場合はどうであろうか。

事例5：男性、把握時年齢52才

診断：精神分裂病

C L：近隣住民 - P Q：精神障害者本人

本人は第二次世界大戦後6年ほど働いていたが、それをやめてからは全く仕事をしていなかった。父親の生前は、父親の年金を取りにいたり、買物をするなど本人が行い、炊事を父親がしていたという。父の死後は自分で自炊していたという。

兄弟が様子がおかしいと感じたのは、保健婦が把握す

る3-4年前であったという。「風呂のボイラーの音が高いのは隣から電波が入っているからだ」とか「誰かが自分の部屋に入っている」とか「隣の人がゴルフボールを自分の部屋に投げ入れる」などのことを話すようになった。そのころから自室に施錠し、「誰も入るな」という張紙をして、部屋に人を入れなくなった。

また、隣の子供に馬鹿にされたといい、その子の帰宅途中、待ち伏せしたりすることもあったという。

一方で自室内には、扉を開けると矢が飛ぶような仕掛を施していた。その矢で自分自身が怪我をし、仕掛が発覚。民生委員の知るところとなった。

民生委員が「人に怪我をさせたら大変なので、なんとかしてほしい」と来所。これに対し、保健婦は公式に認知し、民生委員と対応策を練った。

さらに、家族へも働きかけるが、本人と同居している弟が受診を受け入れ、姉が「(本人は)おかしくない」と言い、家族内の意見がまとまっていなかった。事態は平行線を辿っていたが、10カ月後、本人が子どもに手を出すという事件があり、家族、民生委員、自治会長等にて話し合いを持ち、受診を促進する体制をとることを合意した。

しかし、自治会長が検診のチラシを本人に持って行ったところ、奥の方で刃物を持っていたため、警察に通報。ここで、警察保護のもとに同意入院となる。

明らかに3者関係が存在する。民生委員が本人に対して他害の危険性を感じての相談となったものである。これと同時に別の3者関係に言及すると、弟、姉と本人との3者関係が指摘できる。また、弟、姉、保健婦という3者関係も抽出することが可能である。

また、本論の対象ではないが佐々木の提示するA子¹⁷

の事例も同様に考えられ得ることを示しておきたい。

A子の両親は、学校の先生に「最近オカシイ。何でも無いという診断書を貰ってくるまで登校させるな」と言われ、両親が診断書を求め来所した。この際、両親ともかなり怒っていた。学校の先生はA子のことを異常と思っており、両親に以上のように告げたものであるが、両親に取って、あるいはA子にとって焦眉の急であったのは、再び登校することであったのであって、精神医学的確定診断ではなかったと佐々木は述べている。この相談者の優先順位を逆転させたが為に、結局両親は他の病院にて診断書を貰い二度と現われることはなかったのである。

精神科医の診断、診療行為が2者関係に依拠するものであるという慣習が、相談者を困らせ、怒らせている、学校の先生という存在を看過させた一例として考えることができよう。ここには学校を彼らは問題としてその解決のためにやってきたのである。よって、ここではCLである本人、家族-PQである教師の医師の3者関係が構成される必要があったのである。

2. CL-PQ関係の概要とその指標となるCLの感情的側面

以上のように必ずしも精神医学的問題を有する者 a mentally ill person がCLによって問題とされているのではないことが示されている。よって、 $PQ \neq$ a mentally ill personでは必ずしもない。

事例2では、クリニックの医師が問題であると言う訴えが主たるものである。あるいは佐々木の事例A子では、治療をCLである家族が望んでいるのではなく、学校へ

の娘の復婦が問題とされているのである。先の事例性をさらに詳細に記述すれば「誰が、誰の何を問題としているのか」が問われねばならない。ここにおける「何を問題として」の部分が精神医学的対処にて対応し得る問題に限らないことを示すのである。

その精神医学的問題への対処はあくまでCLの内にあっては副次的であるか、あるいは意識化されていない場合が多い。例えば「家族が病識がない」という表現はこれを精神医学的側面に限って見た一面的なものであることがわかるのである。であるから精神科治療を提供することを常としている立場からみると”訴えが曖昧である”との認識が形成される可能性もあろう。

事例1では、家庭内の暴力が、あるいはおかしい息子の状況が母親にとっての解決せねばならない優先的課題なのであって、息子を精神科治療につなぐことに関しては心理的に両価性をもつと解せる。事例2では妻を別の病院へと再入院させることが主訴であった。事例3では医師が話を聞いてくれない事に対する相談が結局は求めるものであった。事例4では、本人にためらいがあるものの診断を教えてくれる医師をもとめて、doctor-shoppingを行っていたのである。また、事例5では、近隣住民である精神障害者を本人をなんとか受診させたいというものである。

つまり、CLは具体的な人物=PQの中に、常に精神医学的問題を設定しPHNに対処を求めるのではないことがここに指摘できる。これがCL-PQ関係の特徴であると思われる。

ところで、この構造は相談者により必ずしも明確に言語化されるわけではない。ことに事例3、4では非言語的領域において微妙に表現されているのみである。事例3では、一度「相談にのって貰えないので、こちらで復職について話したい」と語っているが、これに対しPH

Nは「復職」に焦点をあてていると事例検討で語っている。実際に解決したい問題が、相談の理由として相談を修飾する形で述べられていると考えられるのである。また、A子の場合は、両親の怒りの感情にのみ3者関係の糸口が示されていると考えられるのである。それゆえ、言語化された主訴のみを捉えるならば、この3者関係は時として不明瞭なものになるのである。よって、3者関係を理解する鍵がCLの情動、ことに相談を修飾する情動にあると考えられるのである。

事例1では、本人に内緒で来たという息子へ気兼ねする感情が相談内容を修飾していると考えられるのである。また、入院させたことを後悔する気持ちが息子の入院後に語られている。事例2では、突然保健所へとやってくる性急さに感情をみることができるといえる。また、事例3では、症状の再燃が新しく「話の聞いて貰える」医師に相談できるようになってから出現している。事例4では、保健所の医師に対して話のついでに聞いてみるといった、非常に控えて恐る恐るの問いかげの仕方と、診断を教えるための転医と言う行動に、両面的な感情をみることができるといえる。事例5では明らかに近隣住民の不安が前景に出ているのである。またA子の両親はかなり怒りを表現していたのである。これらは「なぜこの場で以上のような情動が観察されるか」という問いかげによってのみ明らかになる。

以上より、情動的側面がCL-PQ関係の存在を認知するための先行する一指標と考えられるのである。そして、これらは本来CLが問題としているPQへの情動的反応に起因して発生したものと捉えられる。

以上をまとめると、CL-PQ関係をPHNから見るとは、PQの初回相談時の状態をAであるとすると、「CLがPQの現状態であるAを問題とし、CLの望むAへと変化させようとして、役割が求められている」と

いう観点になる。そして、 $A \rightarrow A'$ とは必ずしも精神医学的な症状の改善などではないことが指摘できる。また、求められる役割とはCLが問題の全面解決をPHNに委ねると言う形式を必ずしも取るのではなく、その一部分を合理的に求めて来るのである。よって、実際のPQの状態の変化 $A \rightarrow A'$ そのものは相談内容とはならないこともあり、相談内容を修飾するCLの感情に $A \rightarrow A'$ を望む内容が端的に表出されていると考えられるのである。

3. CLIENTの感情の経過中の消長及びCL-PQ関係との関連について

さて、以上の5事例に関して、CLの示す感情の特徴とその消長、及び問題の起こった2者関係との関連を以下では明らかにしたい。

そのために、図1～5を示す。これらは事例1～5における保健婦の援助における接触の経過を示すものである。

事例1では、入院という状況の変化により、「強行にでも入院させたい」という母親の感情が、「かわいそう」という同情に変化している。入院というPQである息子の状況の変化により感情の内容が変化している。一方保健婦に至るまでの期間と保健婦に至ってから状況の変化に及ぶまでの期間にわたって、母親は同様な訴えを多岐なところで行なってきた。

事例2では保健婦の介入とPQである妻の病状の安定という、CLである夫にとって予期しない状況の変化に従い、性急に妻を入院させたいという気持ちは消失している。これは図中の訴えの回数の低下に示されていると考えられる。しかし、妻の病状の悪化に伴い、夫の性急さは再度表出するようになっている。夫からの訴えが一時消失する期間がCLの性急さという感情の消失してい

る時期である。一方で夫は過去に妻を2度転院させている。PHNが相談を受けた時点で、夫は3度目の転院という過去と同一の対処方法をとろうとしているのであるすなわち、過去に継続的に同じパターンを繰り返していることが窺える。

事例3では、保健所の医師に話を聞いて貰えるということを知ってから、症状が再燃するという変化を見せた。また、保健婦ではなく医師に会いたいという気持ちに変化している。しばらく間があいた後に、頻回に本人が連絡してくる時期が、症状の再燃時期である。

事例4では、結局本人は過去に繰り返してきた転院を繰り返すこととなった。ことに変化は見いだせない事例である。PHNが介入するすべもなく、CLは継続的に過去行なってきたと同様の行動を続けている。

事例5では、入院という状況の変化まで近隣住民の問題提起は続いていた。しかし、入院後は消失している。それまでは、ほぼ定期的に相談があることが感情の持続を示すものとみることができる。

以上見てきたことをまとめると、まず次の第一点が指摘しうる。

同様のパターンの相談が保健所に至るまでの経過及びPQの変化という事態まで持続的に観察しうる。これは反復強迫的なものであると見てよからう。

次に第2点として、PQの状態の変化、つまり前節で述べたA→A'という経過に付随して消失ないしは変化する点である。このことからCLの感情はPQの状態変化に反応しているといえ、反応性の情動であると解することができる。つまり、これらのCLの情動は状況依存性の強い反応性のものであり、状況の変化にとまない消長を示すとみられる。

これらを総合すると、CLの感情とは、PQの状態がAに留まっている場合には反復強迫的に持続する情動反

応であることが示唆されている。そして、これらは対人関係上に生起するものである。よって、本来問題とされる者、つまりPQの状況に依存する情動反応であることは明らかである。

これを更に精神分析的立場から検討を加えると、CLの情動反応は、PQに対する逆転移countertransference³⁵⁾のものであると考えられよう。そして、本来、逆転移がPQに向けられるものであると考え、Rackerのいう間接的逆転移indirect countertransference³⁵⁾がPHNに向けられているものだと考えることができよう。

この点で、CLとPQの関係性が、この転移された情動において再現されているものと考えられるのである。先に指標となるものであると述べた理由はこのことである。

よってCL-PQ間における関係性を初回相談者の情動は示すものであり、かつ、その消長を指標として役割と活動を編成することが保健婦の援助活動の一方法論となる可能性を示唆すると思われるのである。

保健婦側に立ち、上述の点を述べると、自分に向けられている情動が実は誰に向けられているものであるのかを知る必要があるということである。ここで事例性の定義における「誰」であるPQが設定されることが要請されるのである。

以上をまとめると、CLはPQの状況の改変をPHNに求めているのである。しかし、この構造は、CL→PQという情動が第3者であるPHNに向けられていることを指標とすることで非常に理解しやすいものとなる。そして、PQがCLの望むべき状態へと変化するに従い、その情動は消失するか変化する。一方、状態が変化しない場合は、反復強迫的に持続するものと考えられる。

この反復強迫的に持続する本人を囲む者達の体勢を精神障害者本人を早期に発見し早期に適正治療につなぎ社

会復帰を促進する観点¹²⁾からみれば、早期発見早期治療を遅らせ（事例1、4、事例5の姉）、社会復帰を妨げている（事例2、3）要因であると考えられる。よって、CLの情動を鎮静化の後に、この体勢そのものをも変える必要性がここに指摘できる。

なお、他の72例を検討したところ、援助経過において、保健婦からの活動が密になると相談が一旦消失するという既に指摘した傾向は32例に認められた。それ以外の事例は保健婦からの活動が事例1のように少なく、相談が持続する事例が17例であった。その他は保健婦側にて接触を多く持つにも関わらず事例側からの接触がほとんどない（11例）か、類型化しにくいものであった。

4. CL-PQ関係における保健婦の情動的遍在について

さて、間接的逆転移はPHN側に違和感を派生させるであろうことが容易に予想される。

事例1では、「保健所の対象となるのか」という感想を事例検討で語っている。

事例2では「病院（妻が入院していた病院）にもこのこと（妻をすぐに別の病院に再入院させること）は伝わっている」という夫の発言に違和感を感じて、主治医へと連絡している。

事例3では、一連のCLである本人の具体的相談内容が変転することがなぜであるのか、と言う点について違和感を表明している。本事例に関するPHNの問題点の提示は「面接時、おさえを重ねて問題点、方向性の共有化をはかりながら、援助をすすめたいと考えていたが、やはり判断の仕方が甘かった。流れにそった援助について反省したいので、その時々々のPHNの対応について検

討していただきたい」というものであった。何度もその時々々の相談内容に対する対応に違和感を感じつつも、CL-PQ関係を模索していたPHNであったことが検討されている。

事例4では、3才時健診のときにはPHNの間診後に、診察医の健診を行なうこととなっていた。しかし、間診時に本人の「てんかん」についての相談はされず、診察医に対して行なわれたことに対しての違和感を表明している。結果的にCLは医師を求めて転医する事になってPHNはようやくCL-PQ関係に気付くのである。

事例5ではCLである近隣者とのみ主に連絡を持っていたことに違和感を感じていたのである。

あるいはA子の事例では「両親ともかなり怒っている」という記述および「何でもないと診断書を買ってくるまで登校させるな」という両親の発言にことに違和感は表明されていないものの、その後何を求めて彼らはやってきたのかという違和感に発して考察が行なわれたのである。

これは、既に佐々木により「オヤ?！」¹⁹⁾として、あるいは、宮本により「異和感の対自化」³²⁾として、外口により「思いとのずれ」²¹⁾として表現される違和感と同じであると考えられる。この違和感が彼らによれば援助活動の重要な鍵となると考えられているものである。

これらは、PQを想定することにより間接的逆転感情として明らかにできるものであることは既に述べた。そして「私(PHN)に向けられている感情をそのまま受けとめる」ことにより解消しないことが、おそらくは保健所精神衛生活動の難しさではあるまいか。前節に述べたように実際にPHNがPQへと働きかけることがCLの間接的逆転感情を変化せしめるのである。この意味では、PHNはCLの間接的逆転感情をPQに「つないでいる」という見方が可能である。

では、PQへとPHNが働きかけが行なわれない場合、なぜ、PHNは行動化できないのであろうか。これを転移、逆転移の立場から説明を試みる。

逆転移countertransferenceはS.Frued²⁹⁾により1910年に初めて語られた概念である。精神分析療法において治療者に対する患者の抵抗resistanceとして治療を阻害する要因にFruedは気付いた。これは転移と呼ばれ、過去の重要な人物に対する非合理的な感情や態度あるいは防衛の手段が現在、現実の対象となる人物—多くは分析医—にむけられていると解釈できるものをいう。つまり、過去の人物に対する感情、態度などを現在の対象である人物に転移しているとするものである。これに対し、治療者である分析医が転移に対する反応として、患者に転移を起こす場合を逆転移という。分析医の逆転移は患者の転移と同じく無意識的な反応であるため、治療者には想起され難いため治療上問題となる。

転移には陽性転移と陰性転移があり、同様に逆転移にも陽性逆転移と陰性逆転移がある。陽性の転移とは、信頼、友情、あこがれ、賛美、恋愛など生産的な感情、態度であり、陰性の転移とは恨み、非難、憎しみ、反抗、敵意などの破壊的な感情、態度をいう。現実には、陽性の感情、態度と陰性の感情、態度は両方が存在するのであって両者の存在により両価的ambivalentであるとされている。

その後この逆転移は治療を阻害するばかりでなく、治療上積極的な価値をもち得ると考えられるようになり、逆転移を意識することが治療者に要求されるようになった。また、この逆転移が患者のみならず、それ以外の人々、例えば自分の家族など、への感情、態度にも現われるとしたのが、H.Racker³⁵⁾であった。これは間接的逆転移indirect countertransferenceと呼ばれている。また、Rackerは逆転移だけではなく、精神病理学的過程として

の逆転移神経症として取り上げ、その力動を明らかにした。元来、神経症が反応性の精神疾患として位置づけられている以上、逆転移は分析医に認められる神経症的傾向として位置づけられ得るとしたのである。ただし、逆転移神経症という場合、転移が反応因として存在することが必要条件となる。

また、Rackerは逆転移を融和型逆転移と補足型逆転移に分類した。融和型逆転移とは、転移感情へとほぼ一体化した逆転移であり、逆転移そのものが転移と同様の内容を持つに至るとされている。また、補足型逆転移とは転移の一部に反応した逆転移を指し、融和型に比べ部分的に反応したものをいう。

CL-PQ関係においてPHNが取り得る立場は、両者から中立したものと、どちらか一方あるいはその他の立場への偏在である。CLへの偏在は転移を用いて説明すれば、PHNの陽性逆転移である。よって、PQへの陰性逆転移が反動的に形成される。また、PQへの偏在は、PHNのPQへの陽性逆転移であり、CLへの陰性逆転移である。この場合にことに融和型の逆転移が想定されやすい。

事例1では、保健所が精神疾患を扱えないという点をもって、活動の対象外事例を置こうとする意識が「保健所の対象となるか」という意識に窺えるが、これは精神科医療への融和型逆転移と捉えることができる。つまり精神科医療の立場へのPHN自身の同一化が行なわれているのである。

事例2では、中立性が保たれているのである。どちらへも心理的には距離が保たれている。また、初回面接時には、夫の感情を受けとめる支持的な面接経過が窺われた。よって向かうべきPQへとPHNが動けたのである。

事例3では、CLの提出する具体的問題への拘泥がCLの問題を不分明にした原因と考えられる。これは社会

復帰を前提にPHNが問題を捉えたことに起因することが事例検討で明らかにされたのであるが、保健所の社会復帰を行なう役割へとPHNが自らを位置づけしたこと、つまり本来の役割へと疑うことなく、同一化するという陽性逆転移に依存しているとみることができるのである。

事例4では、「主治医はどんな方針を立てているのか、主治医抜きで（てんかんについての）精密検査のできる病院を紹介してよいのか」として戸惑っていることが表明されている。しかし、PHNは主治医への連絡に動けなかったのである。これは、転医処置がPHNにとって困難であることを示唆している。島袋²⁰⁾が指摘しているように、多くの場合に主治医の方針がPHNにとっての方針となるという主治医の方針との同一化とみることができるといえるであろう。

事例5では、あきらかにジレンマの中にPHNはあって、ある意味では中立的である。

A子の事例では、両親は病気ではないと思っているのであり、病気でないことを証明して貰いたいのであった。にも関わらず、従来の臨床医としての診断、治療という過程に踏み込もうとしたことに原因が佐々木によりあったとされている。これはいままでも疑いの余地の無かった臨床医としての方法論への同一化であると解することができる。

筆者²⁴⁾は、3才時健診を取り上げた事例検討において、健診のシステム及び医師が一般的に問題であると言う議論が交わされたのみで事例検討が終始したとの報告を行なった。これは、明らかに健診の対象者への融和型の間接的陰性逆転移が健診のシステムひいては診察医に向けられた例であると考えられる。この際にCLには反動的な融和型の陽性逆転移が行なわれている。

あるいは三枝¹⁵⁾の提出した事例は、彼自身が看護職員として勤めている病棟へ他の病院から患者が転院してき

たことに始まる。その時の患者は哺乳瓶を手にし、発語もなく、食事、排泄、更衣などを自分で行なおうともしなかった。そこで、このような退行現象に対して甘えを問題として三枝は看護を始めたのであった。しかし、事例検討により、転院する前の病院のスタッフと話し合うことにより、一方的に甘えを問題としたのは、その「哺乳瓶をもたせていた」前病院のスタッフへの反応であった部分が少なからず在ることに気付いたのである。この事例も、前病院スタッフへの陰性逆転移を間接的に患者に向けたと考えることができるのである。

これらから、ことに問題となるのはある立場への同一化であると考えられる。ことに精神科医療への同一化は佐々木¹⁸⁾が指摘してきた疾病性の問題であるとしてよさるう。そして問題は同一化の反動として結果的に派生するCLあるいはPQへの陽性あるいは陰性の逆転移である。このようにして、いずれかの立場へと同一化することによって結果的にCL-PQ関係がより不分明となると考えられるのである。

IV. 考察

1. 本資料に関して

提出された事例はなんらかの意味で保健婦が自分の援助に問題があったとする事例である。また、接触回数も多く、事例検討へ提出するまでの保健婦の接触回数の平均は25.2回(SD=32.5)であった。この接触回数は精神障害者本人、家族、諸機関などとの全接触回数である。これを元永²³⁾が行なった調査と比較しても高い数字である。援助回数が長く、保健婦が処遇に困難を感じている事例群であると言いきよう。

そういった意味では本論文は処遇困難例の分析という

位置づけが可能である。

ことに保健所において問題のある事例を通して保健所精神衛生を検討するという限界がここに生じることになるのである。

ただし、短期で保健婦が問題を感じることなく援助が終了した事例が必ずしも以上のような問題を有しないということもできない。第3の立脚点から問題とする者と問題とされる者の間に流れる情動的側面を捉えることにより、錯綜した問題が存しないという判断が必ず保健婦の技法の一過程を占めるべきではないかと考えられるのである。

事例4は短期であるが、本人の繰り返す反復強迫的な行動パターンを変えることはできなかったのである。早期発見、早期治療の観点からは、無為な転医を繰り返すことに価値を見いだすことはできない。あるいは、事例1において、できるだけストレスの少ない入院の方法を取れなかったことは遺憾であると思ふべきであろう。これらにCL-PQ関係の認知とPHNの行動が必要だったのではないかとと思われるのである。

2. PHNの逆転移からの解放に関して

指摘してきた様にPHNの援助上の問題は、各々の立場への同一化である。各々の立場の中でも最も解決困難と思われるのは、通常担っている自身の役割であり専門性への同一化の問題である。

しかし、このことは既にいくつかの研究者により指摘されてきたことである。

神田橋⁷⁾は精神分裂病治療に際して、最も有害な因子の一つとして精神科医を挙げ、患者の自閉を治療に利用することの可能性を指摘した。また、中井²²⁾は精神科医自身が処方される必要を説いている。これは自身を対象

化し同一化をさける視点の要請に他ならない。あるいはミラノ派¹⁾の家族療法では、誰の味方ともならない治療者の中立性を主張している。多少極端ではあるが、基本的姿勢を中立性におく点で保健所精神衛生活動と変わりが無い。

このように一方で中立的立場を有する観点を主張するものは多い。元来逆転移を意識化する過程そのものが実の所、中立的な観点を要請しているのである。

保健婦の同一化が考えられる立場は自らの社会復帰の援助であるとか早期発見、早期治療といった問題に留まらず、援助対象への同一化も存在する。援助状況は二者関係に留まろうとしないのであって、他者関係におけるPHN自身の位置づけがより複雑な関係の中で問題となると考えられる。

ことに精神疾患の治療を優先課題としてみることは治療チームへの同一化であり、佐々木の言う「臨床へのノミコマレ」¹⁸⁾はこのことを指すものと思われるのである。

保健婦にあっても、上述した中立的観点は必要であると思われるのである。よって事例性とはこの中立的観点を要請するものである。

しかし、中沢²³⁾が「casenessとしての問題に注目し公正(?)な判断を提示することはかえって・・・信頼関係づくりを損なうことが少なくない」としているが、この指摘により事例性の重要性が低減するものではない。なぜなら、casenessの視点を持つことが公正であっても、それは、すべからず客観的な立場に立つことを意味してはいないからである。この事例性の要請する観点は、関わる部分を観察する自己意識の分離を促すものである。関わる部分では、転移が起こっていても構わないのである。また、ことに受理面接の過程で事例性が疾病性に優先するのであって、対人サービス上の諸理論、生活臨床、危機介入は有効と思われるのである。

土居¹⁹⁾が患者とのラポールができてからならば、生活臨床の効果は上がるが、そうでないところでは、非常にモラリスティックになると述べている。このモラリスティックな側面こそ、中沢の問題としている部分である。事例性の公正性に中立性に根ざすモラリスティックなニュアンスの存在は認められるものの、受理段階、つまりラポール形成時においては重要性を持つものと考えられる。よって、ここに諸理論に支持される技法が事例性に根ざした受理面接の後に、適応が考えられるべきものと考えられるのである。

3. 保健所精神衛生の役割に関して

事例性の観点に保健婦が従うときに、結果的に佐々木の言う補強補完機能、及びチェック機能が果たされると考えられる。

なぜなら、事例2で明らかにされているように、夫の性急なうろたえに対し、保健婦が病院へと連絡し事実を告げたことにより、病院側の判断が変化したのである。この点で病院側へとチェックを行なったといえる。

また、補強補完機能は上述のチェック機能をも含むが、ことに、事例1などで病院では「本人を連れて来なさい」としか言われずに困っている事例を受療させる機能として見ることが出来る。

結果的に「つなぐ」という機能を重視する限り、このような機能は結果的に活性化するものと思われる。

また、ことに佐々木が対精神科臨床をことさらに意識した理由は、先に示した精神科臨床への同一化の問題に根ざすものであろう。ここに、機能的な「臨床と公衆衛生の二重構造」が指摘できるのである。

4. 地域精神衛生の理念からみたCL-PQ関係

地域精神衛生の基本的概念は精神医学上の第3³⁰⁾の革命 third psychiatric revolution、あるいは第4¹⁹⁾の革命として評価されている。

Pinelが精神障害者を鎖から解放し、精神障害者に人道的光を与えた。これが第1の革命である。この時代は理性の時代 the age of reason と呼ばれている。その後Freudによる精神分析が神経症者に光をもたらした。これが第2の革命である。この精神分析は精神療法の基礎的な命題を与え、その後これに派生する数々の精神療法理論を生む契機を与えた。神経症者に限らず、精神分裂病を始めとする諸精神疾患に対しての応用、臨床心理学、看護学、社会学への応用など、広範な応用が試みられた。ことに米国においては、精神分析が力動精神医学を生む契機を与える。基本的に精神障害一般を対人関係における反応性のものであるとする観点は、環境としての人的環境、及びその延長としての社会環境までもを視点に含めた研究領域の拡大に一役かうこととなる。

これに続き、1950年代に向精神薬が開発される。これを革命と考えるか否かについては異論が残るものの、実質的な薬物治療が初めて可能となり、病状の安定を促進することとなった。

病状の安定、及び力動精神医学の成果に加え、多くの精神障害者が精神疾患とは別の要因である入院生活そのもの、つまり施設内収容という要因により悪影響を受けていることが指摘されるに至り¹⁴⁾、施設収容型の従来の治療形態に疑問が投げかけられることとなった。これらの要因と人道的な治療形態、人権の尊重等が地域精神衛生を実施の方向へ導いた。さらに従来から関心の寄せられた予防精神医学的観点及び「危機介入 (crisis intervention)」¹²⁾、等の技術的な側面の充実も地域精神衛

生に寄与している。

以上のように地域精神衛生は結果的には各専門領域の複合体となったのであり、個々の理念の交錯したものとなった。これらのことはもちろん精神科医そのものの役割をも変化させた。従来の院内治療では考えられなかった役割が地域という場においては必要となった。この精神科医の identity に関する問題に関しては、わが国においても佐々木が精神衛生センターにおける自身の役割についての感想の中でも語っている¹²⁾。これは先に述べた同一性の分裂が保健所精神衛生活動において要請されるためと考えられる。

では具体的に地域精神衛生とは何であろうか。より、具体的な観点に立てば、Greenblatt, M.¹²⁾ の言うような「精神医療における施設を中心とした治療モデル the institution-based model を、地域を中心とした a community-based model へと転換させること」であった。つまり、換言すればケアを行う場の転換であり、悪影響を及ぼすと考えられるある程度以上の長期入院という要因からの精神障害者の解放であり、地域という場での再適応を促進することである。一方で、入院治療の短期化を図り、一方で地域内にいわゆる受け皿を作るといった組織作りと作業が行われた。これらが地域精神衛生の初期の基本的な現象であった。

Hume, P. B.²¹⁾ の記述するように、「地域精神医学の実践とは、初期のころは、大きな精神病院の外に住民用の外来診療システムを発展させること」であった。よって、地域精神衛生の初期の段階では顕在化したニード、つまり入院から解放され地域へと出た精神障害者への対応の接近性をあげる単なる clinical psychiatry for the community であったといえる。しかし、現在も clinical psychiatry for community の拡大は地域精神医学のテーマである。以上の発想は、地域精神衛生の臨床的機能

に注目した場合のモデルであり、臨床指向的 treatment orientedなものであると考えられている。これは地域精神医学の一つの重要な志向性と考えられている。なぜなら、精神障害が蜂矢²⁷⁾・臺⁵⁾の指摘するごとく「疾病と共存する障害である」以上、治療的な臨床志向性は重要なものであるからである。

上記の考えは、主として既に顕在化している精神衛生上のニーズに応えようとする発想に基づくものである。もちろんこの背景には精神医療に立脚した観点からの変革が先行したということが理由としてある。しかし、ケアの場の転換において「ケアの継続性 (continuity of care)」が重要視されることには変わりが無い。

これらの点では、治療者-患者関係を主軸とした活動が主となり、保健所の直接的援助は現行制度下ではありえない。

上記の臨床志向性に対して、非臨床機能や役割、あるいは臨床的であっても精神医学的でない機能や役割を幅広く利用することにより地域精神衛生に貢献することが一方で考えられた。ことに公衆衛生、社会学といった領域において発展してきた考え方である。これらは臨床指向的 treatment orientedではないものである。Leob, M. B.²⁾は「精神障害者や情緒障害者を援助して、彼らが、個人的および社会的妥当性を最大限達成できるように、いろいろな社会資源を利用させることである。過去に見逃されていたこれらの諸々の社会資源を、精神障害者のために合目的に活用すること」とし、「機関、近隣、統合機関、あるいは社会運動などのいわゆる地域社会資源を精神療法的アプローチを用いて精神医学化 psychiatrizeすることが地域精神医学を意味するものでもないことはいうまでもない」として非臨床的アプローチをより特徴あるものとして強調している。これらは、より地域社会レベルに立とうとしたものであって、臨床志向 clin

ical orientedに比して地域指向的community orientedなものとして位置づけられている。

よって、Forstener, H.M.²⁾のいうように、「患者およびその家族に対して直接的個別的な臨床サービスを与える」ことと、「地域の社会資源に対して間接的集団的な非臨床サービスを与えること」の2つの方向が地域精神衛生の内に存在することとなったのである。後者において保健所における、先の「つなぐ」機能、及び佐々木の言うチェック機能、補強補完機能が、間接的集団的な非臨床サービスに該当するものであると考えられる。

これらの議論と平行して、地域責任性に関する議論が行われた。先のGreenblatt, M.^{1,3)}の言葉は精神病院外の問題に関して関心を払う必要性を示唆するものであった。さらに、予防精神医学の基礎を築いたCaplan, G.は、地域精神衛生を、「機能的あるいは地理的に限定された人工集団内の精神衛生ニードに答えるプロセスである」とし、「地域責任性」の承認を地域精神衛生の前提とする考えを示した。ここに地域責任性の考え方が明示され強調されることとなったのである。すなわち、精神障害者の社会復帰という既に顕在化したニードへの対応に加え、潜在的なニードを想定し対処することの重要性を主張がなされたこととなる。

Halleck, S.L.²⁾が挙げた地域精神医学の機能のうちで、「地域を困らせている者をすべて処遇できるように計画された事例発見の技術を含む」、「行政的管理的活動により健全な問題解決を助ける」ことは潜在的ニードをより考慮したものである。ここに先の潜在的ニードの発掘への具体的機能が記載されることとなるのである。保健所精神衛生の機能はまさにここに該当するのではなかろうか。「精神衛生の問題を社会問題としての枠組み把握しよう」³⁷⁾とする主張や、「一見して取るに足らないような専門外の問題に対して真摯に取り組むべき」³⁸⁾であ

るといふ主張は、地域における問題の健全な解決を目指すものである。また、地域における問題があらゆる立場からの相談者から提起されるにあたり、指摘してきたC-L-P-Q関係の重要性は増すものと思われる。また、上述の指摘が曖昧した、社会問題、一見して些細な問題としているのは、問題そのものがまさに専門性とは関連性を持たぬものだからである。

このようにケアの継続性と地域責任性が地域精神衛生では重視されている。

わが国の地域精神衛生の実践は、昭和40年の精神衛生法改正にともない保健所が精神衛生活動の第一線機関と定められたことに始まる。それから四半世紀の時が流れた。わが国では先にも述べた「臨床（精神科医療機関）と公衆衛生（主に保健所）の二重構造」¹⁹⁾を特徴として持っている。そして、この二重構造における保健所のあり方が問われ議論されてきた。

概ね、これらの議論は保健所の精神衛生活動に対して積極的に意義を認める立場と、批判的な立場からの議論にまとめられる。

佐々木¹⁹⁾は保健所の精神衛生活動を「医療と協力関係であるが別系列であって、地域保健活動としての独自性を保つべきもの」と捉え、そこに保健所に独自の機能を主張している。また、桑原²⁰⁻¹⁾は「公衆衛生の精神衛生活動」として、同様に保健所の精神衛生活動の独自性を論じているし、中沢ら²⁴⁻²⁶⁾は「生活臨床」という方法論を持ち込むことで保健所の精神衛生活動の主体的活性化を図っている。いずれにしても、これらの主張は保健所の精神衛生活動に関してポジティブな側面に焦点を当てた議論と位置づけることができる。これらは、保健所ないしは精神保健センターなど地域精神衛生活動において実践に埋没してきた立場からの発言である。

これと対局をなすものとして、保健所の精神衛生活動

に関して批判的な議論も存在する。浜田²⁸⁾は現行の精神保健センター、保健所を地域精神衛生活動の拳点とすることについて消極的であり、ことに「第一線における活動主体」とすることについての問題点を指摘している。しかし、この指摘は精神障害者の人権を扱うという観点から、保健所、精神保健センターの権力的構造のあり方を批判したものであって、その存在自体を批判するものではない。あるいは、精神障害者の精神病理的側面へのアプローチにおける専門的接近法という点で保健所の精神衛生活動は有害無益とする批判も存在する。

これらから考えられる状況は保健所の精神衛生活動はその存在意義からして、疑義の対象となっているというものであり、少なくとも一つの方向に収斂しようとする動向として捉えられないといえるであろう。これらの議論に保健所精神衛生活動の問題点が露にされていると考えてよかろう。

次に、「臨床と公衆衛生の二重構造」の片側にある臨床の側に目を向けると、保健所の精神衛生活動はどの様に映っているのか。浮田ら²⁹⁾は精神科単科病院における退院条件に関する調査から、病院に替わる居住施設(alternatives to hospital)に頼らずとも、退院を可能にする必要な条件の一つとして「保健所の訪問指導の実質的な充実」を挙げている。これはCaplan¹⁾²⁾のいう第三次予防の観点からみたものと考えられるが、つまり、再発予防、社会復帰の援助を目的とした活動であるとの認識があると思われる。これとは別には別に第二次予防の観点からみると医療機関へ至る過程上の一経過点として保健所は文献中に現れて来る。主に受療行動に関する調査において保健所の医療勧告から受診に至る経過機関としての機能が考えられている。しかし、その実数は多いものではなく、広範な医療機関へ至る紹介体系の一つであるという事実以上に論及されていない。要するに臨床側からの

保健所の認識においては、主に第二次予防、第三次予防を目的とする主体であると言う側面が強調されていると考えられる。

以上のような点から、保健所精神衛生の機能は、精神障害者を囲む人的環境内にある反復強迫的で精神障害者の福利を幾分阻害する体勢を変化させることであると考えられる。よって、早期発見、早期治療、つまり地域責任性及び社会復帰におけるケアの継続性を側面から支えているといえよう。そして、その対象となるものは精神疾患のみではなく、あらゆる対人関係上における問題であると考えられた。この点における認識の違い、及び個々の主張を行なうものの、なんらかの立場への同一化が、この様に多様な議論を生む一因となっていると思われる。

実際、精神科臨床機関がその経済性からみても、法的な制度上からも扱い難いと思われる、家族のみ、近隣住民のみからの一見して取るに足らない問題をも保健所は扱い得る。また、料金のかからない保健所は相談しやすい機関であると考えられる。また、臨床から離れた独立した機能を保健所が有することは精神科医療への同一性を保留しやすい立場にあるものである。この点からも、C L - P Q 関係へのアプローチは行い易いものであろう。

よって、臨床と公衆衛生の二重構造は活動を質的に検討する限りにおいては、個々に独立した機関であることを強調する論理を採用する方が、保健所精神衛生活動にとって有利に働く可能性を有していると結論される。また、役割の曖昧さが些細な問題の対応を可能にし、柔軟性のある立場へと P H N が立つことを可能としていると考えられるのである。

IV. まとめ

保健所精神衛生活動における保健婦の活動を修正した事例性概念にそって分析を試みた。この修正された事例性とは「誰が、誰をどの様なことで問題とし保健所へきたか」という観点である。その結果、

1. 保健所への相談者は必ずしも精神科治療を求めている。また、相談者が問題としていることは相談者自身の問題でなく、別の他者の問題である場合が保健所精神衛生活動には存在した。
2. 初回相談者の保健婦に向ける感情は、相談者が問題として取り上げている者の状態に依存しており、相談者の望む状態へと変化した場合には消失あるいは変化を示す。この状態の変化には保健婦からの仲介的な働きかけが必要であった。
状況が不変である場合には、反復強迫的に繰り返される行動を支える感情として持続的に存続することが明らかにされた。
3. この相談者の感情は相談者が問題としているものへ本来的には向けられているものであり、保健婦へは間接的に示される、間接的逆転移と考えられた。
4. 保健婦が援助上問題とする事例は相談者、相談者に問題とされた者、あるいは精神科医療への同一化による反動としての逆転移感情によるものと考えられた。

以上の4点が明らかにされた。

これにより、保健婦の精神衛生活動の一仮説的方法論及び役割上保健所精神衛生が臨床と独立の観点を有する必要について論じた。

謝 辞

本稿を終えるに当たり感謝の辞を述べたいと思います。まず、忍耐強かつ暖かく見守りながら、適宜、的確にして熟考を促される助言をして下さった佐々木教授に深く感謝致します。また、栗栖瑛子助教授、斉藤高雅助手、森俊夫助手に感謝致します。高橋正雄助手には、その豊富な経験からの助言を頂き、連想を膨らませることができました。有難うございます。また、東京都精神医学総合研究所の宮本正巳先生には事例検討に関する貴重な示唆を与えて頂きました。感謝致します。

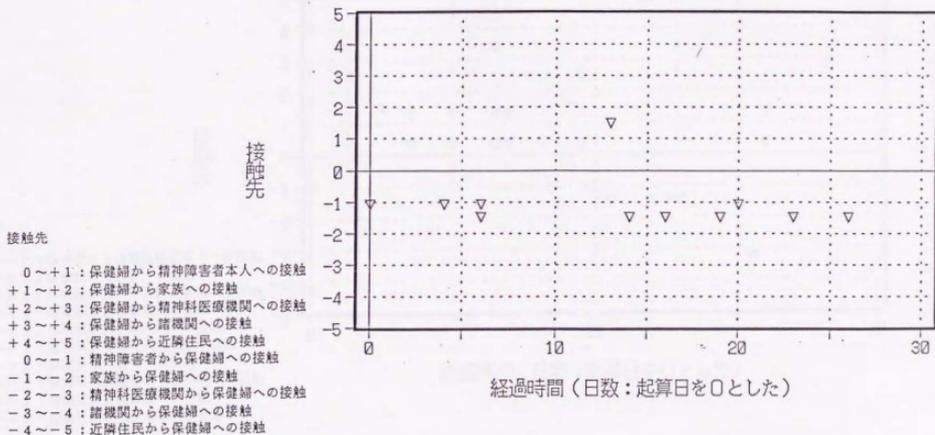
また、事例検討を共にしてきた保健婦の皆様。名前は挙げませんが、貴重な現場からの助言を頂きました。有難うございました。

文献

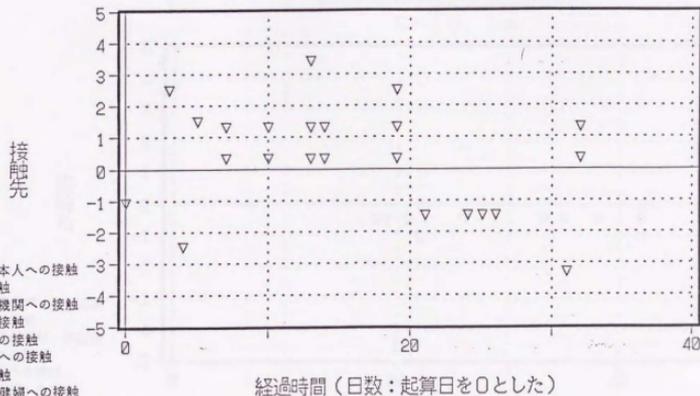
- 1) 稲村博他:家族療法の理論と技法,至文堂,1987
- 2) 石原幸夫:地域精神医学,83-117,臨床精神医学体系2 3 B,1979
- 3) 浮田徹嗣:長期入院者の退院条件に関する研究—一私立病院の入院者の分析から—,社会精神医学,11(1):87-92,1988
- 4) 蕨弘:精神医学の方法論—生活臨床の教訓—,精神医学17(8):784-800,1975
- 5) 蕨弘:慢性分裂病と障害概念,臨床精神医学 14(5):737-741,1985
- 6) 河合春雄:臨床心理学の立場から,精神医学,16(11):943-947
- 7) 神田橋條治:「自閉」の利用,精神神経学雑誌,78(1):43-57,1976
- 8) 神田橋條治:特殊な状況,「精神療法面接のコツ」,183-202,1990
- 9) 桑原治雄:日本における地域精神医学,精神医学 9(11):809-825,1967
- 10) 桑原治夫:公衆衛生における地域精神衛生活動,精神医療 5(1):45-51,1976
- 11) 桑原治雄:「公衆衛生の精神衛生」を進めよう—保健所の精神衛生活動の発展のために—,日本公衛誌 34(1):689-601,1988
- 12) Caplan,G:Principles of Preventive Psychiatry,Tavistok Publications,1964
- 13) Greenblatt,M.:Mental Health consultation. In:Comprehensive Textbook of Psychiatry Vol.2,1975
- 14) Goffman,E:Asylums:Esseys on the social situations mental patients and other innate. Anchor Books, Doubleday & Company Inc,1961
- 15) 三枝三樹夫:振り返りの起点としての事例検討,外口編「方法としての事例検討」,81-95,1981
- 16) 佐々木雄司:精神衛生—「公衆衛生としての精神衛生」を目指して,公衆衛生,52(3):158-160,1988
- 17) 佐々木雄司:精神衛生の実践面から,臺・土居編「精神医学と疾病概念」:117-135,1975
- 18) 佐々木雄司:保健所衛生活動と保健婦—その基本視点に関する試論— 6/9,1990
- 19) 佐々木雄司:宗教から精神衛生へ,金剛出版,1986
- 20) 島袋洋子:10月目を迎えた夜事例検討会(その8),第50回公衆衛生学会総会,1991
- 21) 外口玉子:方法としての事例検討,外口編「方法としての事例検討」,3-43,1981
- 22) 中井久夫:精神科治療の覚書,日本評論社,1982
- 23) 中沢正夫:地域における精神科看護とは何か—職域の消滅とおしかけ精神療法,臨床精神医学,7(5):527-533,1978
- 24) 中沢正夫:わが国における地域精神衛生活動—大学精神科の立場から—,臨床精神医学 3(2):17 9-186,1974
- 25) 中沢正夫:地域(農村)精神衛生活動の所問題,精神医学 8(10):801-804,1966
- 26) 中沢正夫:社会精神医学と地域精神医学,社会精神医学 2(1):259-266,1979
- 27) 鎌谷英彦:精神障害者試論—精神科リハビリテーションの現場からの一提言—,臨床精神医学 10: 1653-1661,1981
- 28) 浜田晋:地域精神衛生活動—その学点(保健所と精神衛生センター)の構造を中心に—,臨床精神医学,3(2):157-164,1973
- 29) Freud,S:Die zukunftigen Chancen der psychoanalytische Therapie,1910(小此木訳1958/69)
- 30) Bellak,L:Handbook of Community Psychiatry,Grune & Stratton,New York,1964
- 31) Hume,P.B.:General principles of community psychiatry In: American Handbook of Psychiatry,1959
- 32) 宮本正巳:臨床における「挫折体験」と事例検討,外口編「方法としての事例検討」,139-152,1981
- 33) 元永拓郎:文京区における保健所精神衛生活動—5年間の全ケースの分析を通して—,昭和63年度医学技術協力研究報告書,1989
- 34) 山村礎:転機を迎えた自主事例検討会の問題点とこれから,第47回公衆衛生学会総会,1988
- 35) Racker,H:Transference and countertransference,1868(坂口信貴訳)
- 36) William,R:Emotional disorder as a social problem:implications for mental health programs In:Community mental health(ed. Bruce,D et al.):21-30,1973
- 37) Robert,R:The Ideological and technological implications of clinical psychology In:Community mental health(ed. Bruce,D et al.):31-46,1973

図 1

時間経過からみた保健婦の接触先
D-5, II b



時間経過からみた保健婦の接触先
D-2, I b



接触先

- 0 ~ +1 : 保健婦から精神障害者本人への接触
- +1 ~ +2 : 保健婦から家族への接触
- +2 ~ +3 : 保健婦から精神科医療機関への接触
- +3 ~ +4 : 保健婦から諸機関への接触
- +4 ~ +5 : 保健婦から近隣住民への接触
- 0 ~ -1 : 精神障害者から保健婦への接触
- 1 ~ -2 : 家族から保健婦への接触
- 2 ~ -3 : 精神科医療機関から保健婦への接触
- 3 ~ -4 : 諸機関から保健婦への接触
- 4 ~ -5 : 近隣住民から保健婦への接触

時間経過からみた保健婦の接触先
E-15, 1a

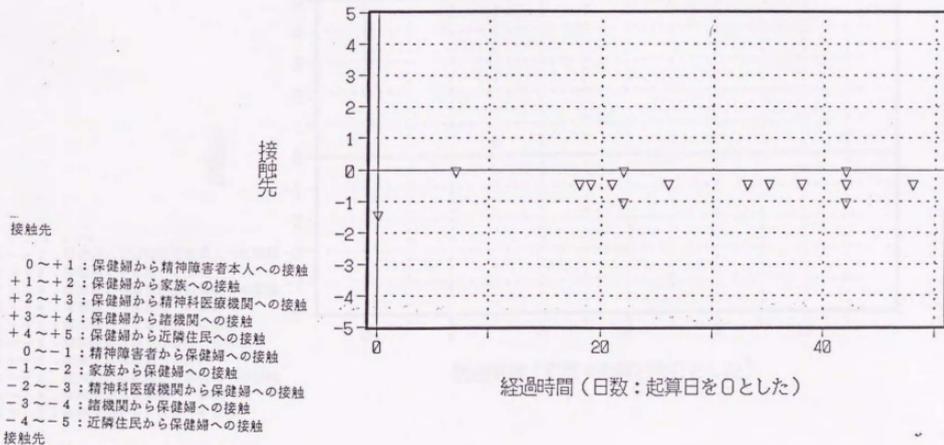
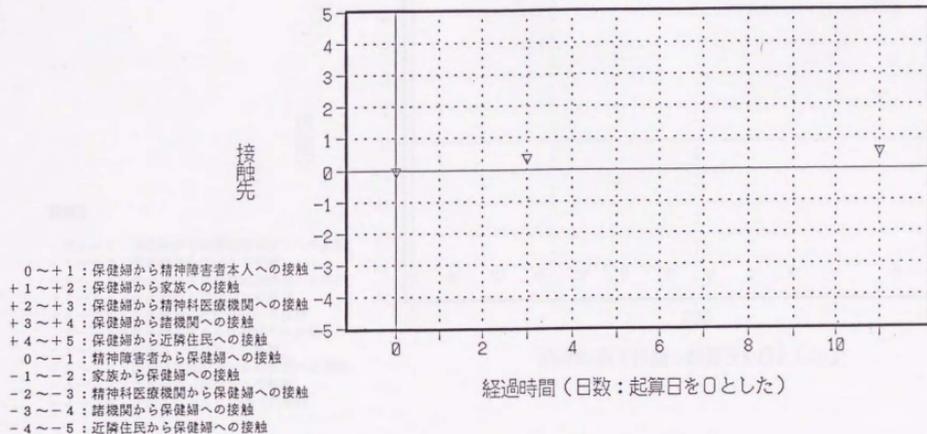
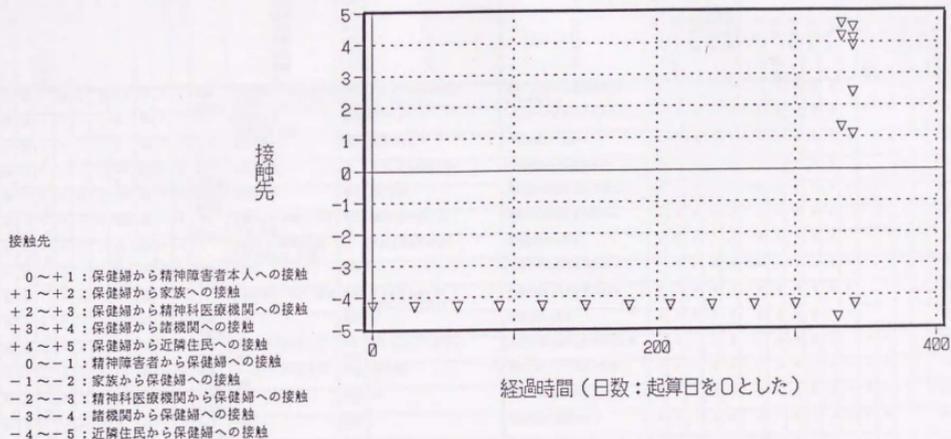


図 4

時間経過からみた保健婦の接触先
A-7, 1c



時間経過からみた保健婦の接触先
B-12, II c



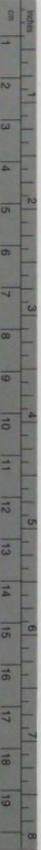
付表1

事例No	性別	年齢	把握時 年令	認知症 /本人の 認知	認知状 況	初回相 談者	初回相 談時 年令	単身/ 同居	世帯 状況	診断	保身 確保 の 必要 性 の 判断	保身 確保 の 方 法 の 検討	主 張 の 具 体 的 内 容	保 身 確 保 の 提 出 意 図	保身確保からの接触 回数				保身確保への接触 回数				保身確保の要因により 確保を取った回数				事例 進 出 ま で の 延 滞 日	記 述				
															本人	家族・ 親族	精神 科	近 隣 等	本人	家族・ 親族	精神 科	近 隣 等	本人	家族・ 親族	精神 科	近 隣 等						
R-1	♀	50	6	3	2	本人	単	+	+	精神 分型	高齢者への安眠の不安 患者の一人暮らしの不安	確認 カン	退院後の作業所利用 について知りたい	高齢入院者の社会復帰の援助につ いて考えたい	6	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	+	+	+	206	作 業 所 入 院	
R-2	♀	51	3	1	-	母	単	-	-	?	舞臺的生活 製作関係 飲酒	医療	変更させたい	インテークのやりかたを考えた い	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	+	+	+	7	確 立 受 付	
R-3	♀	51	3	1	-	母	単	-	-	?	心回 不安	医療	変更させたい	対応は良かったか	1	0	0	2	1	0	3	2	0	0	0	+	+	+	20	入 院		
R-4	♀	29	中 ?	?	-	本人 母	単	-	-	+	精神 分型	異常な行動	?	デイケアを利用したい	母親の態度が変わらない	2	1	0	1	0	2	5	0	0	0	0	+	+	+	1522	入 院	
R-5	♀	20	?	?	+	27	1	警察	同	-	異常な 精神	異常な行動	警察	協力要請	退院後の援助について考えたい	2	3	2	3	0	100	2	0	3	0	+	+	+	+	994	入 院	
R-7	♀	29	?	?	+	?	2	警察	同	-	+	+	診断および治療に対する 不信、不安	医療	精密検査を受けたい	援助の方向性にずれがある	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	+	+	+	13	確 立 受 付	
R-8	♀	41	大 ?	?	-	-	父 姉	同	-	+	+	+	家庭内での無軌道な生活 全体的な生活（引継）	?	入室に生活させたい	対応は良かったか	0	17	0	0	0	0	5	0	0	0	+	+	+	490	安 住	
R-10	♀	49	大 ?	?	+	?	?	?	?	+	+	+	精神 分型	引継	医療	-	今後の関わり方を考えたい	1	0	0	0	250	1	0	0	0	+	+	+	500	確 立 受 付	
R-11	♀	36	高 ?	?	+	34	1	姉	同	-	+	+	子供を養育しない（引継）	医療	どうしたらよいか 相談にのって欲しい	今後の関わり方を考えたい	2	1	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	23	安 住		
R-12	♀	54	大 ?	?	-	-	?	?	?	+	+	+	精神 分型	引継	医療	-	記憶状態にある	5	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	500	確 立 受 付		
R-13	♀	27	高 ?	?	-	-	?	?	?	+	+	+	精神 分型	引継	医療	デイケアへつなげたい	社会復帰に挫折したのはなぜか	5	2	1	2	0	3	0	0	0	+	+	+	220	確 立 受 付	
R-14	♀	17	?	?	?	?	?	?	?	+	+	+	精神 分型	引継	医療	協力要請	関わりはこれで良かったか	3	6	2	6	0	2	0	3	0	+	+	+	279	確 立 受 付	
R-15	♀	55	?	?	?	?	?	?	?	+	+	+	精神 分型	なし	医療	-	今後の援助の方向性	10	7	1	0	0	0	2	1	0	+	+	+	950	入 院	
R-16	♀	25	?	?	?	-	-	父	同	-	+	+	精神 分型	引継	医療	-	中途半端な援助だった	1	9	1	0	0	0	0	0	+	+	+	564	確 立 受 付		
R-1	♀	47	?	?	?	?	?	?	?	+	+	+	精神 分型	引継	医療	なんとかしてほしい 確保要請	音情への対応の仕方	0	2	1	5	1	3	0	0	2	+	+	+	909	確 立 受 付	
R-2	♀	35	?	?	?	?	?	?	?	+	+	+	精神 分型	引継	医療	なんとかしてほしい	強制隔離のあり方について考えた い	3	2	1	5	1	13	0	0	0	+	+	+	292	安 住	
R-3	♀	41	?	?	?	?	?	?	?	+	+	+	精神 分型	引継	医療	現場をみてほしい 確保要請	コースが転送せられてしまっ た	0	0	0	3	4	0	0	0	2	1	+	+	+	70	安 住

B-4	5	68	大 /	?	?	-	-	家生	妻	-	精神 分裂症	不器でまわくなどの 近所迷惑	?	なんとかしてほしい	長期的改善状態	26	0	0	0	1	2	0	0	0	1	+					1964	福祉 入院				
B-5	4	25	高 3 2	?	?	-	-	母親	妻	+	?	奇異な行動	診断	今後対応を考えたい	今後の対応を考えたい	0	1	1	1	0	0	4	0	0	0	+	+	+			134	福祉				
B-6	5	73	?	?	?	-	-	近所	妻	-	?	悪口を言いふらされる	既知	迷惑しているので 対処してほしい	好転の兆しがない	2	0	0	3	0	0	0	0	1	5	+	+					729	福祉			
B-8	5	39	?	4	?	?	?	親族	妻	-	?	奇異な行動	既知	専門医に受診させたい	受療措置ケースへの援助	1	2	0	0	0	0	1	0	0	3	+	+					15	福祉			
B-9	4	27	中 3 2	±	26	2		民生 委員	妻	-	士	家庭内暴力	既知	訪問情報	中途半端な援助になってしまった	2	5	4	1	4	0	2	2	1	1	+	+	+					530	入院		
B-10	5	37	中 1 5	?	?	-	-	母親	妻	-	+	精神 分裂症	入院費が払えず退院して 来ることへの不安	病院 入院	病院から就職させてほ しい、共に住めない	今後の関わりについて考えたい	4	3	0	0	2	0	4	1	0	1	+	+					631	入院		
B-11	5	63	中 1 1	±	23	1	ト-2 フェル	妻	-	士	精神 分裂症	無気力な生活	既知	-	今後の関わりについて考えたい	16	0	1	0	0	0	0	0	1	3	+	+					1226	福祉			
B-12	5	52	?	6	4	-	-	福祉 委員	妻	-	-	?	室内に凶器を仕掛けてい ることが住居に発見	既知	親族への受診勧告	受療措置ケースへの援助	0	2	1	1	4	0	0	0	13	+	+	+					242	入院		
B-13	4	32	?	?	?	-	-	近所 近所	妻	-	?	夜中に大声でわめく等の 近所迷惑	既知	安定前でも内服させた らどうか	関わりはこれで良かったか	0	5	2	1	2	0	1	0	1	2	+	+	+					47	通院		
C-1	5	21	高 2 1	?	?	-	-	母親	妻	-	-	神楽座	家庭内暴力	?	前回は幸くて何もでき ない	今後の対応について考えたい	0	12	0	0	0	0	11	0	0	0									259	入院
C-2	5	37	大 2 1	?	?	-	-	母親	妻	-	-	精神 分裂症	家庭内暴力	?	おかしいと思うのたか どうか	援助の方向性のずれ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	+								60	福祉	
C-3	4	26	?	?	?	?	?	本人	妻	-	-	?	家庭内暴力	?	リストカッティング	関わりはこれで良かったか	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+								1	中野	
C-5	5	23	高 1 2	?	?	-	-	叔母	母	-	?	?	万物を持ってヘランダで 寝る等の奇異な行動	?	入院させたい	中断してしまっただ援助について	0	5	0	0	0	0	2	0	0	0								14	中野	
C-6	4	16	短 2 1	?	?	-	-	母親	妻	-	-	精神 分裂症	閉じ込めり、暴力	病院	どう扱ってよいかわ つていない	援助の方向性のずれ	0	1	1	0	0	0	3	1	0	0									72	中野
C-7	5	7	中 3 1	?	?	-	-	民生 委員	妻	-	士	?	不眠、奇異な行動	既知	訪問情報	関わりがつかない	2	7	0	1	0	0	0	0	0	2	+	+					40	福祉		
C-8	4	51	中 5 4	+	36	1		母親	妻	-	士	?	奇異な行動	既知	扱い方を教えて欲しい	家庭内の力に任せざるべきか	0	3	2	0	0	0	1	0	0	0	+								31	福祉
C-9	5	20	高 2 1	?	?	-	-	母親	妻	-	-	?	家庭内暴力	診断	様子がおかしいのたか 知っている	関わりはこれで良かったか	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0									7	中野
C-10	5	22	高 2 1	?	?	-	-	姉	母	-	+	精神 分裂症	無気力な生活(看護)	?	-	援助のあり方について考えたい	2	1	0	0	0	0	3	0	0	0	+								810	福祉
C-11	4	20	高 4 3	±	31	1		民生 委員	妻	-	-	?	様子がおかしい	既知	訪問情報	入院状態について考えたい	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	+	+	+					201	福祉	
D-2	4	63	?	?	?	?	?	夫	母	-	+	精神 分裂症	妻の退院に対する不安	?	別の病院に再入院させ たい	関わりはこれで良かったか	6	7	2	1	0	0	5	1	0	0	+	+					20	福祉		
D-3	5	43	高 4 4	?	?	-	-	母親	妻	-	+	?	様子がおかしい	既知	訪問情報	関わりはこれで良かったか	4	1	0	2	0	0	1	0	0	0	+	+					40	福祉		
D-4	5	25	大 2 1	?	?	-	-	父親	母	-	-	?	家庭内暴力	病院	入院させたい	方向性にずれを感じる	15	3	4	0	0	1	7	0	2	0	+	+					150	福祉		

E-17	♂	34	中	2	-	-	3	父	回	-	?	暴力	精神科	病院で収容してほしい	援助の方向性かつかめない	8	2	0	0	0	0	12	0	0	0	+				29	継続		
E-18	♀	27	大	1	-	-	3	母	単	-	?	被害的強姦	精神科 分科医	入院させたい	状況が変化しない	2	4	3	2	1	0	21	2	0	1	+	+	+	+	62	継続		
E-19	♀	53	?	?	+	?	1	近親	回	-	?	言語行動	?	なんとかしてほしい	訪問を拒否された	8	0	0	2	9	0	0	0	0	6	+		+		72	中断		
E-20	♀	54	?	?	+	?	1	夫	回	-	?	暴力自傷	精神科 分科医	入院させたい	状況が変化しない	6	9	2	0	0	1	2	0	0	0	+				621	継続		
E-21	♀	30	大	2	±	?	2	母	回	-	+	神経症 養育不能	?	養育できるようにしてほしい	今後の関わりについて考えたい	27	7	3	1	0	8	20	1	1	0	+	+			731	継続		
E-25	♂	45	?	1	±	25	3	母	回	-	±	パニック 依存症	?	神経がおかしいので受診させたい	訪問を拒否された	2	4	2	1	0	0	4	2	3	0	+				379	継続		
E-26	♂	18	?	1	-	-	-	高校 教師	回	-	?	言語行動	?	通字させたい	相談ルートに乗りなかった	8	12	3	5	2	0	3	0	4	6	+	+	+	+	415	継続		
E-27	♀	25	?	1	-	-	-	母	回	-	±	?	暴力	区役	暴力を無くしたい	受身の援助姿勢であったかよかったか	1	2	1	2	0	0	9	0	0	0	+	+	+	+	144	継続	
E-28	♂	35	高	2	-	-	-	母	回	-	+	精神科 分科医	?	症状の改善がない	治療の効果が無いが、どうすればよいか	16	2	0	3	0	11	11	0	0	0	0	+	+			2455	継続	
E-29	♂	36	大	3	-	-	-	本人	単	-	+	精神科 分科医	?	聴が無い	経歴の件で相談したい	関わりはこれで良かったか	12	0	2	12	0	50	2	0	3	0			+		1166	継続	
E-30	♂	25	中	1	-	-	-	父	回	-	-	?	暴力	家族	入院させたい	受診させられなかった	1	0	2	1	4	0	3	1	0	0	+	+	+	+	69	継続	
E-32	♀	71	大	?	±	?	2	本人	回	-	?	被害を受けているという 訴え	?	物が盗まれるのでなんとかして ほしい	一旦中断してしまったことに関して 考えたい	4	4	0	1	0	2	2	0	2	0			+		270	継続		
E-33	♀	45	大	2	-	-	-	福祉 CW	回	-	+	精神科 分科医	?	無い合わせ	中断したことについて 考えたい	7	1	7	5	0	11	3	2	6	0			+			376	中断	
E-34	♀	22	高	3	-	-	-	福祉 CW	回	-	+	精神科 分科医	?	関わってあげてほしい	関わりはどうすればよかったか	5	2	7	2	0	14	3	2	2	0			+			56	中断	
E-35	♀	52	?	?	+	?	4	病院 CW	回	-	+	慢性性 精神科	?	退院後のフォローを依頼したい	再入院してしまったことについて 考えたい	3	10	5	3	0	0	0	2	1	0	+	+	+	+	101	中断		
E-37	♀	29	大	3	-	-	-	母	回	-	±	精神科 分科医	?	治療中断	区役	治療を継続させたい	治療の中断について考えたい	27	20	5	0	0	3	6	0	0	0	+	+			614	継続
E-38	♂	40	大	2	-	-	-	本人	回	-	+	精神科 分科医	?	聴が無い	精神科	アルバイトを促したい	治療の中断について考えたい	4	8	3	0	0	8	7	1	0	0	+				252	継続





Kodak Color Control Patches

Blue Cyan Green Yellow Red Magenta White 3/Color Black



Kodak Gray Scale



© Kodak, 2007 TM Kodak

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19

