

依存の反対語は

「つながり」

～ ダルク支援会メンバーからのメッセージ～



## ～ メッセージ ～

「回復を求めるアディクトが、  
すばらしい生き方が待っているのも知らずに  
命を落とすことはない」

「アディクトやアディクションそのものの  
本質を変えることはできないが、  
もっと多くの人たちに回復を手にしてもらえるよう  
私たちが努力を惜しまなければ、

『一度アディクトになったら、  
一生アディクトから足を洗えない』

という昔からの偽りを正すことができる」



# ～ Contents ～

- P 1 はじめに
- P 2 精神科医 吉田 精次 (よしだ・せいじ)  
「依存症と自殺」  
「依存症の問題を抱えたあなたへ」  
「関係者の方々へ」  
生きるための理由リスト (Linehan et al.,1983)

## ～ ダルク支援会メンバーからのメッセージ ～

- P 2 1 徳島県精神保健福祉センター 所長 石元 康仁 (いしもと・やすひと)  
「誰もが住みよい世界に！」
- P 2 4 徳島県精神保健福祉センター 紀川 功充 (きがわ・よしみつ)  
「当事者グループとの関わりについて」
- P 2 6 弁護士 瀧 誠司 (たき・せいじ)  
「ダルク支援を通して」
- P 3 2 看護師 藤原 稔章 (ふじわら・としあき)  
「ダルクとわたし」
- P 3 6 弁護士 田中 拓 (たなか・ひらく)  
「ある弁護士が依存症とのかかわりの中で考えること」  
\*田中拓氏の寄稿は、令和2年度香川県地域自殺対策事業にて制作した  
香川ダルクの冊子より抜粋

- P 4 6 関係機関 相談窓口
- P 4 7 徳島ダルク 相談窓口
- P 4 8 徳島ダルク家族会「メリーゲート」紹介



## 「はじめに」

この冊子は生きることを願って作られました。

依存症の問題を抱え、生きることが考えられないような状態に陥っているあなたに、生きていてほしいというメッセージが届くことを願って作られました。

おそらくは、言葉に力が足りず、心に届くような深さもないかもしれません。しかし、死なずに生きていてほしいという願いだけははっきりしている、そのような拙いメッセージかもしれません。

同時に、依存症の問題にかかわるすべての人に向けて、依存症と自殺という深刻な問題に向き合い、自分も含めたすべての人が生きることを選択することができるように、少しでも役立つようなメッセージを伝えたいという願いで作られました。

いったい、私たち一人一人になにができるのでしょうか。

この冊子を作る過程で見えてきたことのひとつが「つながり」というキーワードでした。もう一つのキーワードが「いっしょに」というものでした。

人はだれかに、なにかにつながっていることで生きていられるのではないか。いや、そもそもだれかやなにかにつながっているからこそ生きていられる、それが現実なのではないか。だとしたら、たったひとつのつながりであっても見出すことができたなら、なにかが変わってくれるのではないか。

そういう思いがこの冊子の根底にはあります。

この冊子を作ることはつながることへの願いです。

冊子を手にしてくれたこと自体がひとつのかすかなつながりです。

そこからなにかが生まれて、発展していくことができればという願いでこの冊子を送ります。



## 精神科医 吉田 精次（よしだ せいじ）

藍里病院 副院長、あいざと依存症研究所 所長  
徳島ダルク後援会 会長

1981年、徳島大学医学部卒。2001年からアルコール依存症治療を開始。  
徳島刑務所における薬物離脱教育を6年間担当。  
2007年からギャンブル依存症の治療も開始。  
現在は依存症全般を専門として治療にあたっている。

依存症家族勉強会を2005年から院内で毎月開催。依存症問題に悩む家族のための強力な援助プログラムであるCRAFTを全国的に広める活動を行っている。アルコール問題の一次予防活動として小学校6年生から高校生を対象に、ダルクのメンバーと共に「アルコール・薬物乱用防止教育」の出前授業も行っている。自殺予防活動として自殺予防面接技法研究会を主宰。

# 「依存症と自殺」

## 1. 依存症と自殺の密接な関係

依存症と自殺について『自殺対策の認知療法』（アーロン・ベック他共著）に記載されている内容を箇条書きにして紹介します。

- 自殺企図を行った患者の68%が薬物依存・乱用を有していた
- 物質依存がある入院患者の3分の1以上が生涯に最低1度自殺企図を行っていた
- 物質乱用の問題は自殺関連行動に至る経過の中の中核的な特徴である
- 心理的剖検研究では自殺既遂者の50%がなんらかの薬物依存・乱用を有していた
- アルコール依存症：一般人口の自殺リスクの6倍。女性は20倍。
- アルコール依存症患者の15～50%が生涯において自殺関連行動を行っている
- アルコール摂取そのものが自殺関連行動のきっかけの役割を果たしている
- 飲酒量が増えるほど、自殺関連行動にかられる危険性が増大する
- アルコールの効果は①リラックスと高い高揚感、②強い鎮静と抑うつ
- 飲酒後の高揚の後に生じる抑うつと、攻撃性の増加が自殺関連行動を促進する
- アルコールは自殺危機でみられる「注意の固定」を悪化させる（アルコール近視）

- 薬物依存における自殺リスク；オピオイド乱用・依存で1.4倍、鎮静・睡眠・刺激薬乱用・依存で2.0倍、マリファナ乱用・依存で4倍高い
- 自殺企図の危険因子；若年、女性、多剤乱用、希死念慮、うつ病、BPD、PTSD
- 1年後の自殺企図予測因子；社会的孤立、希死念慮、多剤乱用、受診回数の多さ
- 依存症治療プログラムは自殺念慮のような危険因子を減らすが、自殺企図の頻度は減らさない
- 3年後の自殺企図予測因子；社会的孤立、自殺念慮の持続、多剤併用の継続
- 薬物依存症者の場合、自殺リスク因子が極端に高頻度に見られる。より多く、より重度に有している
- 同時に、教育・雇用歴の貧困、社会的孤立、服役、両親からの虐待・ネグレクト、離婚などの社会的因子が極めて濃厚
- リスク因子のほとんどは、薬物使用そのものと相互に関係している
- 多剤乱用は自殺関連行動特有の危険因子である
- オピオイドとコカイン依存の併存では自殺既遂リスクが2.0倍高い
- 自殺未遂歴のある女性の多剤乱用者は一般と比べて既遂率は8.7倍高い
- ヘロインの大量使用は自殺企図というより偶発的なことが大半
- 意図的な大量使用はベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬に見られる
- 薬物依存症；①長期的に続く他の危険因子と関連、②主観的な苦痛感を増大させる、③人間関係上の葛藤を増大させる
- アルコール・薬物使用；①判断を曇らせる、②抑制を弱めて衝動的行動に駆り立てる、③抑うつを増大、④自殺だけが唯一の方法であるという注意の固定を悪化させる



## 2. 依存症と自殺がなぜ密接に関係するのか

依存症者に自殺が多いのは周知の事実です。アルコール依存症であれば一般人口の約6倍自殺リスクが上昇します。女性のアルコール依存症だと20倍まで跳ね上がります。

オピオイド(麻薬系鎮痛剤)の乱用と依存で14倍、鎮痛・睡眠・刺激薬の乱用と依存で20倍、マリファナ(大麻)の乱用と依存で4倍に自殺リスクが高まります。これが多剤乱用になるとさらに自殺リスクは高まります。

オピオイドとコカイン(覚せい剤と並ぶ代表的な精神刺激薬)の依存が併存していると20倍、自殺死のリスクが高まります。

自殺未遂歴のある女性の多剤薬物使用の場合であれば推定ですが87倍、自殺で死んでしまう危険性が高いと言われています。

依存症者の自殺率の高さをこれらの数値だけでとらえたくはありません。どうしてここまで自殺のリスクを高めてしまうのでしょうか？

それは依存症という病の特徴なのでしょう。依存症者にとって社会がいかに生きづらい環境なのかを如実に示す事実を示してはいないのでしょうか？統計ではなく、生身の一人の依存症者の自殺をどう受け止めるか、リアルな死から目線をずらさずに考えていきたいと思えます。

依存症者がどうやって死なずに生きていけばいいのか、それが一番考えたいことです。そのためには、依存症とはどういう病気なのか、自殺とはどういう行為なのか、依存症者にとって自殺とはどういう行為なのか、なぜ依存症者に自殺が多いのかを考える必要があります。

### **●自殺が起きるとき**

自殺が起きるときには3つの重大な要素が重なります。『所属感のなさ』『負担感の増大』『獲得された自殺潜在能力』の3つです。

所属感のなさとは「自分には味方がいない」「自分は必要ない存在だ」「自分がいなくなってもだれも困らない」という感覚です。

強い負担感とは「自分はいつも人に頼ってばかりで、迷惑ばかりかけている」「自分は助けてもらう価値のない人間だ」「自分はいなくなったほうがいい人間だ」という感覚です。

この二つが重なると死にたい、死んでしまいたいという希死念慮が起きてしまってもおかしくありません。

しかし、希死念慮だけですべてが自殺につながるわけではありません。自分で自分の命を絶つのは容易なことではありません。

想像を絶する恐怖感が起きます。

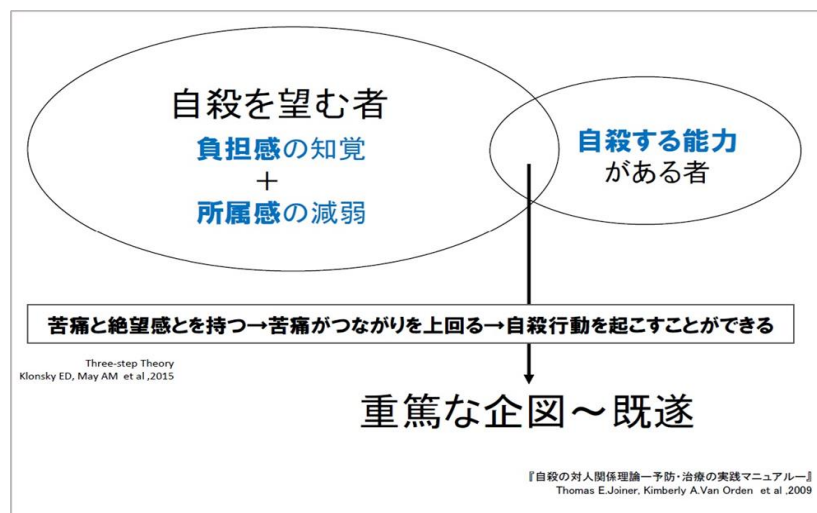
自殺を実行するためのハードルがあります。依存行動はそのハードルを下げてしまいます。リストカットを繰り返すうちに痛みに鈍感になり、「切ってもつらいが、切らなければもっとつらい」状態になります。

切っても切っても楽にならないのに切ってしまう、そういうことを繰り返すうちにいつの間にか死の恐怖がレベルダウンしてしまいます。市販薬や処方薬の過量服用を繰り返すうちに、薬剤の効果が薄れて使用量が増えていきます。

そうして、知らぬ間に恐怖感が麻痺していきます。違法薬物を毎回自己注射することも同様です。自分の命と引き換えに薬物を注射する、そういう行為になっていくのではないのでしょうか。

それらの行動がその人に自殺潜在能力（自殺を実行する能力）を獲得させてしまいます。未遂で終わった自殺も高い潜在能力を獲得させてしまいます。

自殺はこれら3つの要素がそろったときに起きてしまいます。





「覚せい剤やめますか、人間やめますか」という忌まわしい標語のメッセージは「違法薬物を使用するのは人間ではない」「覚せい剤をやめられないのは人間ではない」「薬物に依存するものには地獄が待っている」にほかなりません。

その人がどんな人なのかは関係ないのです。依存行動がやめられない人に対する周囲の無理解による断罪は、所属感のなさや負担感の増大をさらにどこまでも増幅させるでしょう。その人が生きていくことの意味を奪ってしまうのではないのでしょうか。その苦痛は想像を絶します。

そしてその苦痛を和らげるためにはさらに依存行動にのめりこむしかなくなります。依存症者の自殺を考えると、私たちの住む社会が依存症者をどう見ているかは最も重要な要素です。そして、そのことは私たち自身の考えや姿勢に直結しています。私は依存症者をどう見ているのか？という問いを抜きにした一般論は何の役にも立ちません。

### ●依存症・依存行動とはいったいどのようなものなのか？

依存症とはいったい何なのでしょう？『特定の物質や行為・過程に対して、やめたくても、やめられないほどほどにできない状態を依存症と言います』と説明はされてきました。

どのテキストや文献にもそう書かれています。しかし、その説明では依存症の本質的な部分は何も語られていません。依存症と自殺についての考えを進めてくると、依存症とは次のようなことなのではないか、というところにたどり着きます。

“「健康でありたい」「自分自身でありたい」「生きている実感を得たい」「自分の力を十二分に発揮したい」「手ごたえのある暮らしがしたい」「自分を受け入れてもらいたい」「こんな自分でも生きていていいんだと思いたい」と望み、始めたものが、次第に苦痛しか与えなくなってしまう”、そのような行動こそが依存行動ではないかと思えます。

助かりたくて必死の思いでしがみついた行動が実は自分を本当の所では救ってくれない、それを知りつつその行動から逃れられない。そこに

は究極の精神痛を伴うのではないのでしょうか。

依存症と自殺に向き合う時、この究極の精神痛について知ろうとする態度が不可欠ではないかと思っています。

### 3. 生きる理由、死なない理由

#### ●自殺の保護因子

自殺のことを考えるときに自殺リスクにどうしても注目が集まります。しかし、自殺には危険因子と保護（防御）因子があります。保護因子とは自殺を考えているときにその人が持つ死なない理由です。これに着目したいと思います。

自殺を行わないための信念と希望を自己記入式で評価する『生きるための理由リスト』というものがあります（この章の終わりに載せてあります）。

生きることと対処についての信念(24)、家族への責任(7)、子どもへの懸念(3)、自殺に対する恐怖(7)、社会的評価へのおそれ(3)、道徳律(4)に関する48の項目（括弧内の数がそれぞれの項目数）があります。

自分でやってみました。信念の5項目だけが該当しました。信念以外の項目にはチェックが入りませんでした。やってみて、14歳の頃から厭世観と付き合ってきた自分の死生観がよく表れていると感じました。同時に、生きている理由がたくさんは必要ない、極端に言えば、たった一つでもあればよいと思いました。

その実感はこれまで病院で出会って来た自殺を考える人たちとの関わりでおぼろげながら感じていたことと一致しました。死にたいと思っている相手と向き合う時、なにか一つでも保護因子が生まれるような向き合い方がすることが何よりも重要なことではないかと思ひ至りました。

先に述べた自殺の3要素、負担感の強さ、所属感のなさ、獲得した自殺潜在能力という点から考えると、その人にとってどのような環境が必要なのかということになります。それは端的に言えば、『どのような相手が必要か』ということです。死にたい気持ちを抱いて相談に訪れた人

の保護因子に治療者や援助者が（つまり私が）どうすればなれるのかということなのです。

私がどのような存在か、ということなのです。

もちろん、相手を取り巻く社会的な問題や課題はおそらくたくさんあるでしょう。しかし、「依存症者に死なずに生きていてほしい」と願うときのスタートは私がどのような私であるかに尽きます。

私は依存症治療をずっとやってきました。依存行動を問題行動だとみなし、それを修正させることが仕事ではなく、こころを扱う仕事だと思ってやっています。

なぜその人はその行動を続けてしまうのか？その行動によってなにを得ているのか？得ようとしているのか？その人が本当に手に入れたいものは一体何なのか？その人の一番大切なものは一体何なのか？—それらの問いに向き合う仕事だと思うようになりました。

そして、依存症と向き合うことは死にたい気持ちにどう向き合うことと同質です。問題行動が相手なのではなく、その人、その人のこころが相手です。

### ●心の無重力空間

どのような治療者として（人として）依存症者と向き合うかということとをずっと探ってきました。その答えの一つが『向き合う場が無重力空間となること』です。

無重力空間とは『批判・非難がない、決めつけがない、査定がない、正誤がない、優劣がない、比較がない、裁きがない場所』のことです。それは何を言おうと、どんな態度をとろうとそれをそのまま見よう、受け取ろうとする態度によって生まれます。

相手を理解することなどできようもないが、どこまでも知ろう、理解しようとする態度です。それこそが何よりも必要なことだと考えています。そのためには自分の価値基準や常識や決めつけや経験など、さまざまなものから自分自身が自由になる必要があります。

スキーマ療法の開発者であるジェフリー・ヤングに次のような言葉があります。

理解されたと感じてはじめて  
人は自らが変化する必要性を受け入れ  
治療者によって提案された  
より健康的な別の見方を  
受け入れられるようになる

「理解されたと感じて」というのは、相手が理解しようとしていることを感じるということだと思います。

人は誰かに関心を持たれ、受け入れられた、理解しようとしていられると感じた時にはじめて自分自身でいられるということなのではないかと思います。この無重力空間を作り出すことが自殺の保護因子が生まれる環境ではないかと思います。

#### ⑩【スキーマ療法】

人には①愛してもらいたい、守ってもらいたい、理解してもらいたい ②有能な人間になりたい、いろんなことができるようになりたい ③自分の感情や思いを自由に表現したい ④自由にのびのびと動きたい、楽しく遊びたい、生き生きと楽しみたい ⑤自立性のある人間になりたい、ある程度セルフコントロールできる人になりたい、という5つの中核的感情欲求があり、幼少時にこれらの欲求が満たされないとそれぞれの分野で傷つきが生まれると考えます。

それらを早期不適応スキーマと言い、子ども時代に確立された、人生の全体に繰り返される否定的な思考パターンのことです。

見捨てられスキーマ（どうせ自分は見捨てられる存在だ）や罰スキーマ（出来なければ罰せられる）、欠陥スキーマ（自分は人間として大事なものを欠如している）、愛されないスキーマ（自分は愛されない人間だ）、失敗スキーマ（どうせ失敗してしまうだろう）などの18のスキーマが見つかっています。

スキーマ療法はその人の脳を支配している考え方の元を修正しようとする治療法です。その意味では最も根源的な治療法と言えると思います。

# 「依存症の問題を抱えたあなたへ」

わたしたちは、いつのまにか依存症が「間違った行動が引き起こす病気」に見える眼鏡をかけるようになり、しかもその眼鏡をかけていることにも気がつかなくなっています。

その眼鏡でものごとを見ると、「依存行動をやめることが正しい」と見えてしまいます。「依存行動をやめないことは間違っている」と。さらにその眼鏡では「やめていない人は人間的におかしい、劣っている」と映るでしょう。

周囲の人だけでなく、いつのまにか自分のこともその眼鏡で見るようになります。自分は劣っている、価値がない、ダメな人間だと。

そもそもその眼鏡は人を幸福にする道具なのではないでしょうか？ほんとうの姿を映し出しているのでしょうか？

とてもそうは思えません。自分と人とを分断し、なにかあれば自分も人も断罪し、人を孤立させていくような眼鏡です。「その人はいったいどのような人なのだろう、その行動にはいったいどのような動機や背景があるのだろう、心の中にはいったい何があるのだろう」、というような相手への関心を決して生むことのない眼鏡です。

この眼鏡をかけて生まれてきたものではありません。外すことができる眼鏡です。抱えきれないほどの苦痛を抱え、死んでしまいたいとまで考えているあなたに、生きることが正しく、死ぬことは間違いだなどと言うつもりは全くありません。想像すらつかないような苦痛があるのではないかと、としか思えないからです。

ただひとつ、これはほんとうに勝手な願いなのですが、今自分が見ているものを眼鏡をはずして見てみよう、そうしたらいったい何かどのように見えるのだろうと、ほんの少しでもそのような気持ちが起きることを願っています。

自分の眼鏡に気が付くのに一番効果があるやり方は、だれかに聞いてみることです。あなたにはどう見えているのですかと。そのだれかは、あなたが一番決めつけなく話を聞いてくれるのではないかと思う相手です。

そのだれかにわたしたちはなりたい。

**この冊子を手にしてくれたことに感謝します。  
そして、読んでいただいたことに感謝します。**

# 「関係者の方々へ」

## 1. 自殺とどう向き合ってきたか

自殺とどう向き合うかについての提案をするにあたって、まず私自身がどう向き合ってきたのかについてお伝えすべきだと思います。

どの自殺対策でも自殺を図った人の最後の紹介先は精神科、つまり私の職場です。その臨床現場で求められるのは遠い将来に自殺が起きる危険ではなく、目の前にいる患者さんが48時間以内という近い将来に自殺を実行するかどうかという現実的な危険性についての判断です。この極めて困難な課題に取り組まなければなりません。

自分で自分の命を絶つという行為は極めて個人的な行為です。同時にこれほど周囲の人に衝撃を与えるものはありません。自殺という行為を目前にすると、人が生きるということはどういうことなのか、死ぬということはどういうことなのか、家族とは、仕事とは、健康とは、自分とはいったい何なのだろう？・・・根源的な問いが次々に現れてきます。

自殺を防ぎたい。

では、なぜ防ぎたいのか？と自分に問うてみます。

「自殺はいけないことだから」「防ぐのが当たり前だから」ではとてもではありませんが対応できません。歯が立たない。自殺に向き合うことは、死を考えている相手の深い心に触れようとする行為です。

こちらの本気度が問われます。その本気度は相手のことをどこまで理解しようとしているかで決まります。

そして、その理解の深さはいかに自分を深く見つめるか、見つめて来たか次第です。自殺と向き合うことはそこから始まります。

自殺を予防するために自分に何ができるのかを真剣に考え始めたのは、2011年の東日本大震災が契機でした。数日間でしたが仙台の被災地にこころのケアチームの一員として入りました。対岸の火事ではない、必ず自分の住む場所でも同じことがいつか起きるといふ危機意識が生まれ

ました。精神科医として今から何かできることがあるのではないかと考えるようになりまして。その直後、神戸開催の日本トラウマティック・ストレス学会に参加しました。

恥ずかしい話ですが、その時に初めて自分たちのいる職場（特に急性期精神科病棟）が実は最もストレスに満ちた職場の代表であるという事実を知りました。

そういうストレスフルな現場なのに、果たしてそこで働く職員（自分も含めて）のストレスケアをどこまで考え実践してきたのか、職場で最大のストレス要因である自殺と暴力についてどれだけのエネルギーを注いで対策をしてきたのかを振り返ってみました。

残念ながら、やってきたと思えることはほとんどありませんでした。精神科医になってから担当した患者さんが自殺で亡くなった経験を何度かしてきました。

しかし、その時になぜ自殺が起きてしまったのかを関係者で話し合うこともしてきませんでしたし、関係者が受けた心理的ストレスについて話し合う場もつくってきませんでした。

「自殺をタブー視する弊害」という文言を自殺関連図書などで何度も見てはいても、実際自分がやってきたことがまさにその言葉通りのことだったということに初めて気が付きました。

一般論ではなく、自分の足元から、自殺を防ぐために、なにか始めたいと考えるようになりまして。しかも、精神科は自殺を考え、凶る人がおそらくは最後に訪れる医療機関です。最も自殺のハイリスクの職場です。自殺を考えている人と直接接する仕事です。その立場にいるのだとやっと自覚しました。一人の自殺者も出さない、そのために何をどうすればいいのかということが喫緊の課題になりました。

なぜ、こんな個人的なことから書き始めたのかというと、これが自殺と向き合うことの出発点だからです。自殺を防ぐということは一体どうということなのかについて考え始めて分かったことの一つが、自殺について、人の生と死について、実際のところ自分がどう考えているのか、考えてきたのかをしっかり見つめてはじめて自殺と向き合うことができるということでした。

「私の生き死にに、先生は関係ないでしょう！」「生きていることになんの意味があるんですか？」と言われたとき、どういう自分で相手に対するのか、ということです。

自殺を考えている相手と向き合った時、嫌でも最後に突き当たるのが自分自身の死生観と自殺観です。

自殺に向き合うために必要な作業はまずそれを見直すこと、点検することであるということでした。死んでしまいたいと考えている人が「自殺などとんでもないことだ」と考えている人に心を開くとは思えません。

自殺がどんな行為なのか、死にたいという気持ちとは一体どういう気持ちなのかについて理解するためには、まず自分が自殺についてどう考えているのかを調べる必要がありました。

この作業は現在進行形です。

## 2. 自殺を考えている相手とどう向き合うか—TALKの原則

一般論ではなく、私の前に自殺を考えている人がいる、そのとき私はその相手にどう向き合うのかという、超現実的な話です。

1で書いたように、まず私自身が自殺についてどう考えているかが問われます。すべての対応はここが起点です。

これぬきに「死にたい気持ちを持っている人にはこのように対応すればよい」というようなマニュアルは全く役に立たないからです。

静かに、深く、いったい自分が自殺をどう見ているのかを調べることが第1歩です。どのような自殺観が正しいかはわかりませんが、私は絶望的で逃げようがない苦痛を終わらせる最後の手段だと考えています。

自殺を考えることが間違いだとは考えません。そして、そのうえで、生きていてほしいと願います。そのためにいったい何ができるのだろうか、逆に何ができないのだろうかと考えます。

この点を押さえたうえで、自殺対策の基本とされる『TALKの原則』についてお話ししたいと思います。



## ●TALKの原則

死にたい気持ちを抱えた人に対する対応の基本とされるものです。

TはTell、言う、伝えるのTです。心配していることを言葉にして伝えるという意味です。

AはAsk、尋ねるのAで、死にたい気持ちについて素直に尋ねることです。

LはListen、聴くので、相手の気持ちを聴くことです。

KはKeep safe、安全を確保するのKです。

この4つの指針が対応の基本とされ、周知されるようになりました。

さて、問題はここからです。

この原則を知っていれば、実際に死にたいと打ち明けられた時に対応できるでしょうか？病院の自殺予防委員会の活動などで、多くのスタッフに話を聞いてきましたが、その場になるとフリーズしてしまって何も言えないという体験を語る人が多いのが現実です。

その理由は多岐にわたりますが、おそらく一番の理由は自分の死生観と自殺観に向き合った経験が浅いことだと思います。

相手の気持ちに向き合う前に、気持ちが動転してしまい、混乱状態に陥るのだと思います。一生懸命、必死で向き合おうとしてもどうしていかわからなくなってしまう。落ち着いて向き合うためには、どうしても自分と向き合う経験が必要である理由がここにあります。

## ●Listen聴くについて

TALKの原則ではT（言う、伝える）が最初に来ていますが、実際はAとLの後にきます。最初から何かを伝えるような問題ではありません。まずは聴くことからです。

この聴くという行為はどのようなことを意味しているのでしょうか。傾聴の「聴く」です。相手の身になって（なれるわけではないのですが、そのような気持ちで）聴くこと。

相手の身になってと考えているときは、自分の価値観や尺度や判断はいったんどこかの棚に上げておいて、虚心坦懐に、一心に聴くということです。普段、私たちが聞くという行為をしているときは自分の価値基

準で聞いていることが大半です。

瞬時に聞いたことを評価し、判断し、何かの反応を起こす、そういう聞き方しか知らない人も多いかもしれません。TALKの原則のLはこの聞き方とは全く異なります。

聴く内容は自殺、死に関することです。聞く側の心を大きく揺さぶられる内容です。その内容をただただ無心に聴くということです。これには訓練が必要です。意識してこの聴き方を何度も練習して身につける、そういうものです。

### ●Ask尋ねるについて

これも単に質問すればよいというものではありません。

まず、何を尋ねてよいのかわからないでしょう。「なにか尋ねたとして、返ってきた言葉になにか答えなければならない」という思い込みや決めつけがあると、途端に尋ねることができなくなります。

思い込みの多くは「自殺を思いとどまってくれるような、なにか役に立つことを言わなければならない」ではないかと思います。この考えは完全に捨て去ることが必要です。

そもそも、相手の生き死にを左右できるような言葉などありません。それができると思うこと自体が不遜であり、身の程知らずです。できないことを考えると思考は停滞し、相手との柔らかな関わりは消えてしまいます。

素直な気持ちで相手の死んでしまいたい気持ちを聴いたとき、自然と湧いてくる疑問や知りたいことが起きてくるものです。

「なにかあったのだろうか?」「そこまで思い詰めるには今、話したこと以外にもなにかあるのではないだろうか?」「どんなつらい思いがあるのだろうか?」「これまでどんな暮らしをしてきたのだろうか?」「周りの人との関係はどうなのだろうか?」「なにか大切にしているものやことはないのだろうか?」「いつから死のうと考えているのだろうか?」

「少しでもこのことを話した相手はいないのだろうか?」「自殺を実行する準備をしているのだろうか?」「方法まで考えているのだろうか?」などなど。

相手から聞き出そうとか、相手の問題を解明しようという態度ではなく、素直な気持ちで浮かんできた問いを尋ねる。

それは相手に対する関心を表明することに他なりません。「私はあなたのことが知りたい」というメッセージです。

『自殺対策のTALKの原則であった、こんなことを質問したらいいだろう』といった、マニュアル化された対応では役に立ちません。その場、その時に相手と向き合った時に、心の中に浮かんできた思いを言葉にする、どこまでもリアルでライブな対応が自殺と向き合うということです。

くりかえします。

何か相手に「役に立つような」ことを言う必要は全くありません。聴くだけでよいのです。素直な気持ちが「言葉がない」であるのなら、それを正直に伝えればよいと思います。

### ●Tell伝えるについて

心配や懸念を言葉で伝えるということです。「死にたい気持ちを和らげられるように」というような邪念は不要です。

一貫した心構え、姿勢は「ただただ相手と向き合うこと」それだけです。結果のことは考えない、この後どうなったらいいだろうとも考えません。

ただ、相手と今を共有する。伝える言葉もこういう言葉がよいというようなものもありません。

そのとき自分の心の中に生まれたものを言葉にして言うということが大事です。言葉にして言わなければ相手には分かりません。

同時に、何も言えないという状態だってあります。そのときは沈黙を共有してもいい。

本心の言葉でなければ、伝わりません。

初めて出会い、何時間も話し合ったわけでもない相手であっても、共有した時間の中で私の心に相手の存在がしっかりあり、相手に対しての思いは生まれます。

それを丁寧に言葉にして伝える、それがTell伝えるだと思っています。

ここまで書いてきて思うのですが、心を扱う仕事を生業にしている人の仕事はここに書いてある行為を日々練り上げることではないかということ。普段の仕事でこれらのことを意識して身につけることが、自殺対策に直結すると思います。

### ●Keep safe安全を確保するについて

今すぐ自殺を決行するのではないかと思った時、必ず安全を確保するために行動することです。単純明快な言葉に見えますが、たいへんな対応です。

相手の話を聴き、尋ね、今自殺について相手がどのように考えているのかを知る必要があります。

そのうえで、あなたに死んでほしくないから、安全を確保させてくださいと伝えます。

自殺の危険を感じた時は、相手が「大丈夫だから」と言ったとしても、この点に関してだけは譲歩できないのだということも表明しなければなりません。

これは大変な申し出です。しかし、死んでほしくないから安全を確保するのです。

「あなたを信じてここまで話したのに、裏切るのか」と言われるかもしれません。

それでも、死なないために必要だと判断したら実行します。

勇み足でもいいと私は考えています。その時は勇み足を謝罪します。

そうしたらいいのか、そこまでしなくていいのかの判断はとても難しい。表情や態度を見ただけでは判断できません。

ListenとAskにかかっていると思います。



### 3. どのような相手になら隠しておきたい気持ちを 打ち明けようとするだろうか

この問いには正解というものはおそらくないでしょう。

しかし、いくつかの要素は見つかります。

- 決めつけない
- 自分の考えを押し付けない
- すぐに判断や評価を下さない
- 経験をひけらかさない
- 裁かない
- 肩書や経歴で人を評価しない
- 自分に関心をもってくれている
- 自分に正直な人
- できることとできないことを見分けようとする人
- できないことはできないと認める人
- どんな話も予断や偏見なくフラットに聴いてくれる人
- いっしょに考えようとしてくれる人



そういう人に少しでも近づく努力を楽しみながら続けることが、自殺対策につながると信じています。

## 生きるための理由リスト (Linehan et al.,1983)

### Survival and Coping Beliefs

1. わたしは自分のことに充分気を配って生きている
2. 自分の問題に対して自殺以外の解決法を見つけると信じている
3. まだすべきことがたくさん残っている
4. 事態が良くなって、未来はもっとよくなるだろうという希望を持っている
5. わたしには人生に立ち向かう勇気がある
6. 人生で与えられるすべての経験をしたいし、まだ経験していない多くのことがある
7. 最善を尽くすための道が必ずあると信じている
8. 人生の目的、生きる理由が見つかると思じている
9. わたしは人生を愛している
10. どんなに気分が悪くても、長続きしないと知っている
11. 人生は終わるにはあまりに美しく、貴重だ
12. わたしは幸せで、自分の生活（人生）に満足している
13. この先、何が起きるかに興味がある
14. 死に急ぐ理由がない
15. 自分問題に適応したり対処することができると信じている
16. 自殺は何かを成し遂げたり、何かを解決することはないと思じている
17. わたしは生きていたい
18. 自殺をするほど不安定ではない
19. 将来成し遂げたいことがある
20. 死んだ方がましだと思うくらい絶望的なことが起きるとは思えない
21. わたしには生き抜こうとする本能的欲求がある
22. 死にたくない
23. 人生は一度限りで、あるにこしたことはない
24. 人生や運命を支配できると信じている

## Responsibility to Family

- 25. 自殺は家族をひどく傷つけるだろう、そんなことは望まない
- 26. 家族に罪悪感を感じてほしくない
- 27. わたしが自分勝手に卑怯者だと家族に思わせたくない
- 28. 家族にはわたしが必要だ
- 29. 家族を愛しているし家族といることがうれしい、そんな家族と離れたくない
- 30. (わたしが自殺すれば) わたしが家族を愛していないときっと思うだろう
- 31. 私は家族に責任と義務がある

## Child-Related Concerns

- 32. 子どもに与える影響はとてひどいだろう
- 33. 子どもの世話を放棄して他の人に任せるなんてとんでもないことだ
- 34. 子どもが大きくなるのを見ていたい

## Fear of Suicide

- 35. 痛み、出血、暴力などの方法で自分を殺すことが怖い
- 36. わたしは臆病で自殺する根性がない
- 37. わたしは不器用なので失敗するだろう
- 38. 自殺の方法が失敗することを恐れる
- 39. わたしは未知のことが怖い
- 40. わたしは死ぬのが怖い
- 41. どこで、いつ、どのように実行したらよいか決められない

## Fear of Social Disapproval

- 42. 人はわたしのことを弱くて利己的だと考えるだろう
- 43. 自分で人生をコントロールできない人だと見られたくない
- 44. 人がわたしのことをどう見るかが気になる

## Moral Objections

- 45. 私の信仰が自殺を禁止している
- 46. 神のみが人生を終わらせる権利を持っていると信じている
- 47. 自殺は道徳的に悪であると考え
- 48. 地獄に行くのが怖い



## 石元 康仁（いしもと やすひと）

徳島県精神保健福祉センター 所長

1988年 3月 徳島大学医学部医学科 卒業  
1988年 5月 徳島大学医学部附属病院精神科神経科 医員（研修医）  
1989年 4月 徳島大学大学院医学研究科（内科系専攻） 入学  
1993年 3月 徳島大学大学院医学研究科（内科系専攻） 修了  
1993年 5月 徳島大学医学部附属病院精神科神経科 助手  
1997年 5月 徳島大学医学部附属病院精神科神経科 講師  
2003年10月 徳島大学病院 精神科神経科・心身症科 講師  
2006年 4月 徳島県精神保健福祉センター 所長

# 「誰もが住みよい世界に！」

大昔のお話です。精神疾患にかかると、魔女、悪魔に憑かれた者などとして、処刑されたり鎖につながれたりしていました。

フランス革命の頃の1793年のパリで、ピネルPinel,P.という医師が、「罰せられるべきではなく、病めるひとりの人として、あらゆる看護を受けるべき権利をもつ」と主張し、手足の鎖から解放しました。

つまり、精神疾患の患者さんが罪人から医療の対象になったわけです。このことが、精神保健福祉の始まりといわれています。

それから200年以上がたった日本では、薬物依存症者は鎖につながれたままです。刑務所で罰を受けても、出所すると再犯を繰り返している人が多くいます。薬物依存症は、病気です。必要な治療・支援受けると、回復可能な病気なのです。

1998年、日本の年間自殺者が、3万人以上に急激に増えました。

国は、2006年になってやっと、自殺対策基本法を制定し、対策を始めました。

しかし、その後も自殺者数は、2011年まで14年も連続して3万人をこえていました。自殺で亡くなった人の9割以上は何らかの精神疾患にかかっていたことが分かっています。

自殺の背景には依存症、うつ病、統合失調症などの精神疾患があるのです。



県では、2010年3月、精神保健福祉センター内に、『とくしま自殺予防センター』を開設して、「徳島県自殺者ゼロ作戦」を開始しました。自殺の防止に関わる相談や研修会、自死遺族（家族など大切な人を自殺で亡くした人）の交流会などを行っています。

2018年6月には、依存症の専門相談窓口として『徳島県依存症相談拠点』も開設し、支援を開始しました。

2013年のある日のことです。香川ダルクの村上亨代表と藍里病院の吉田精次先生が、徳島県精神保健福祉センターを訪れ、「徳島にもダルクを作りたい」と話されました。

このことが、徳島でのダルクの始まりといえると思います。

吉田先生が発起人になって、同年7月25日に精神保健福祉センターで、第1回の「ダルク設立準備会」が開かれました。

村上代表、吉田先生はじめ藍里病院の方々、弁護士さん方、保護観察所と精神保健福祉センターの職員および私が参加しました。

徳島新聞の記者も取材に来てくれました。

同年9月21日に「徳島ダルク設立準備フォーラム ー新しい始まりー」があわぎんホールで行われて、同年12月に徳島ダルクができました。

翌年の2014年4月5日には「徳島ダルク開設フォーラム ー新しい出会いー」が、その後毎年もダルクフォーラムがあり、参加しています。ダルク設立準備会は「ダルク支援会」と名を変えて、現在も精神保健福祉センターで行われています。

2016年4月に自殺対策基本法が改正されました。

それに基づき、県では、同年11月に「徳島県自殺対策基本計画」を策定、2019年3月には2期計画に改定しました。

県民総ぐるみによる自殺対策により「誰も自殺に追い込まれることのない徳島の実現」を目指しています。

特に、民間の団体との連携は重要と考えていて、現在61の民間の団体と「自殺予防の取り組みに関する協定」を締結しています。

徳島ダルクとも、2017年2月27日に協定を締結し、協力して頂いています。

人は、言えないと黙り、正直に言えないと隠そうとして、嘘をつきます。人は、人生の途中で、あやまちを犯したり、病気になったり、障害を背負うことがあります。

周囲の人に認められ、受け入れられることで、自分の本来持っている力が発揮できるようになって、それを乗り越えられます。

誰にも、居場所と仲間が必要です。

安心して本音が話せて、自分らしく振る舞える場所の存在意義は、はかりしれません。

分からないことを聞かれた時、プライドにとらわれず、「分かりません。」と言える誠実さ、あやまちを犯した時、「ごめんなさい。また、やりました。」と言える素直さ、助けてほしい時、いいかっこうをせず、「助けて下さい。」と声を出す謙虚さを持った人、その人の痛みや弱さに寄り添うことができる、暖かな場所ダルク。

皆さんの1つ1つの活動が、目立たないけど、徳島を、日本を、そして世界を変えていく大きな力になっています。新型コロナに見舞われていますが、令和の時代も、誰もが住みよい世界になるよう、今後ご協力をお願いします。

徳島ダルクを応援しています。



## 「当事者グループとの 関わりについて」

私がダルクや依存症支援者の方々と関わりを持つようになったのは、2016年、精神保健福祉センターに異動になってからのことです。

数えて丸5年は、異動の多い公的機関としてはますます長い方になると思いますが、息の長い支援が必要である依存症支援という点で言えば、まだまだ「駆け出し」の時期にあると思います。

この2016年は徳島ダルク支援会が定期的に行われるようになった最初の年でもあります。

私は全くの偶然で、それ以前から準備会としてダルク開設に尽力された藍里病院吉田精次先生、弁護士の瀧先生、センター所長石元とともに精神保健福祉センターで毎月開設されるダルク支援会に参加できることとなりました。

この会議は文字通り「ダルクの活動を支援するための会」なのですが、個人的には依存症という病気への考え方や実際の支援、支援の現場で起こっている問題などを学ぶ貴重な機会でもありました。

その中で強く印象づけられたのは、我々とは全く異なる「伝わる」話し方です。単純に経験から来る重みというだけでなく、相手に「語りかける」という、技術ではない気持ちが伝わる話し方をされるのは、相談業務で話す機会の多い私としては大変興味深く、またそのコミュニケーションには新鮮な驚きがありました。

支援会でもお話は非常に面白く、引きつけるものがあったのですが、それ以上に村上代表、櫛田代表が当事者や家族の方と話すのに立ち会った時の、当事者や家族の方に伝え、伝わる様子は非常に印象深いものがありました。

もう一つ、これもいつも感心しているのですが、当事者の方との距離感です。

依存症は長い治療の過程で様々な状況や変化が起こるのですが、真剣に関わりながらも一つ一つの変化、特に悪い変化を大きく取り上げないで同じ距離を保ちつづける、時には諦観にも似た理解と寛容を示しつつも、自分の考えを伝え続けるという、「近いー遠い」でも「優しいー厳しい」でも測れない独特の距離感に「これが寄り添うということなのか」と感心しつつも真似できない感覚だなと思わず考えさせられるものがあります。

同じことは断酒会のメンバーの方との関わりの中でも感じる場所が多く、依存症対策に関する色々な課題や取組を話し合う経験を通して「依存症の治療には当事者グループの支援が欠かせない」というセオリーを体感的に学べる機会を持てたことは、本当に幸運なことだったと思っています。

コロナウィルス感染症は感染症としての恐ろしさもさることながら、人と人との繋がりを疎遠にする点、多くの人に慢性的な不安や閉塞感を起こす点で、我々の生活に深刻な影響を及ぼしています。

特に人と人との繋がりをベースとした依存症治療において、その影響は計り知れないものがあると想像されます。

実際、ダルク、断酒会といった依存症治療の最前線に立つ当事者グループの多くは活動の制限を余儀なくされ、またガイドラインに沿った適切な活動であっても周囲の反応から活動を自粛せざるをえないことも少なくありません。

その一方で生活範囲の制限やステイホームの影響で潜在的な依存症者はこれまでよりも増加、深刻化している可能性も指摘されており、今がまさに依存症対策、特に当事者団体への周囲の理解と協力が必要不可欠な状況にあると思われます。

定期的な情報交換と連携の場である支援会の開催も難しい状況にはありますが、これまで以上に関係機関、地域による、ダルクやその他当事者団体の支援の輪が広がるよう精神保健福祉センターも知恵を出し、協力していきたいと考えています。



弁護士 瀧 誠司（たき せいじ）

うずしお法律事務所 所長

東京大学法学部卒。  
2002年10月に司法試験に合格。  
2004年10月に徳島弁護士会に登録し、あわ共同法律事務所で執務。  
2011年12月19日に独立して、うずしお法律事務所を創立。  
2013年度・2016年度 徳島弁護士会副会長。  
徳島南ロータリークラブ・徳島絆ネット・NPO法人アプローチ会など、  
高齢者障害者の権利擁護活動や自殺防止活動・子どもの人権活動に造詣が深い。  
新たに徳島ダルクの活動を後輩弁護士とともに支援している。

## 「ダルク支援を通して」

### 1. 私がはじめて薬物依存治療回復施設を見学したとき

瀧です。徳島ダルク開設の時からダルク支援会に携わっています。

開設フォーラムを行ったのが平成26年3月ですので、もうあれから7年も経つのかと思うと時の速さを実感します。

私は平成16年から弁護士をしており、早い物であつという間に17年が経過することになりました。私自身がはじめて薬物依存治療回復施設に関わったのは、私が司法試験に合格した後に群馬の施設（群馬の施設は「アパリ」という略称で親しまれています。）を1度訪問しました。

私が印象に残ったことは、みんなで集まりそれぞれ自分自身が薬物依存になった体験や経験を話していったことです（今はそれがミーティングという場であったことを知りましたが、昔は全く知りませんでした。）。

私自身、その当時思ったことは、果たしてこのような自分自身を語る活動で薬物依存から回復するのかという点でしたが、それ以上に自分自身を赤裸々に語るということが非常に衝撃的でした。

私は、あまり自分自身を語る機会がありません。もちろん自分自身の業務自体、守秘義務という観点から人前で話すことが難しいのですが、

司法試験を受験しているときもどうしても人と関わりが少なく、なかなか自分自身を語る機会が少なかったように思います。

自分が1日1日の体験を通じてどのように思ったのかを考えて行動する。発表するという機会が与えられたらどんなにいいかと思いました。

良く「悩みや負担を人に話すことは弱い人」なのかといわれたりしますが、誰かに悩みや不安を話すのは、私たちがもっている人とのコミュニケーション手段のひとつです。

うれしいことや楽しいことがあったとき、誰かに話したくなるのと同じように、つらいことも誰かに話すことで、私たちはお互いを理解しあい、信頼しあうことができます。

悩みを人に話すのは、弱い人ではなく、むしろ勇気がいることかもしれません。そして、悩みを話すことで、相談を受けた人も悩みを話しやすくなります。

こうやって、お互いをサポートしあうことで、みんなが日々のストレスを乗りこえやすくなっていくのです。

このようなシステムを持っている薬物依存治療回復施設は素晴らしいなと思いました。

ただ私はこの薬物依存治療回復施設は都会での話であり、四国徳島ではこのような施設は作られることはないなという思いも持っていました。

## 2. 徳島で弁護士をするようになってから

私は、司法修習を1年半受講した後、徳島の事務所に就職して弁護士をするようになりました。

徳島で弁護士をする経緯は、なかなか都会の事務所は非常にドライに仕事を考えていてあまり私の感覚になじめなかったこと、私が長男でもあり両親が徳島に帰ることを希望したこと、徳島県の弁護士も当時50人（今は90人弱います。）と非常に少なかったことなどがあります。今この選択は間違いではなかったと確信をしております。

ただ担当する刑事事件は何度も何度も窃盗を繰り返す、あるいはアル

コール依存で飲酒運転や暴行を行ってしまう、薬物に何度も手を出してしまうといった非常に再犯が多くそしてその原因を作っているのが依存症ということでした。

当然刑事裁判はやったことの重さで量刑が決まります。

結果が軽い犯罪であれば罰金、結果が軽いとはいえませんが初犯なのであれば執行猶予、結果が重大であったり結果が軽微でも何度も犯罪を繰り返していれば刑務所に服役ということが多いです。

ほとんど量刑としては決まっており、ベルトコンベアーのように刑事手続きが流れていく、そういう刑事手続きでいいのかと疑問を持っていました。

刑事裁判でやむを得ず犯行を犯してしまった事情、動機、環境などを主張するのですが、どうしても犯罪行為や結果を裁判所では重視してしまい、どのようにすれば今後本人の環境を変えられるのかといった側面はあまり取り上げられなかったことが多く、結構歯がゆい思いをすることが多かったです。

私自身、どのようにすれば犯罪をしないような環境をつくっていけるのかという観点から弁護士業務だけではなく様々な活動に取り組みたいという思いを持つようになり、自殺防止の団体（NPO法人アプローチ会）に加入して自殺防止のための啓発活動などを行っていたりしました。

そのような状況で、私は平成23年にお世話になった事務所を独立し、現在の「うずしお法律事務所」を開業しました。

### 3. ダルク支援会とのつながり

そのようななか、香川の弁護士から現在の徳島ダルクの代表である村上亨さんを紹介してくれました。そのときは香川で作っているダルクを徳島でも作りたいという話でその力になってほしいという話でした。

私は絶対に作られないであろうダルクが徳島でも作られようとしているということに関心を抱き、微力ながら協力することになりました。

そして藍里病院の吉田精次先生など優れた方々とも一緒にすることができました。

村上さんと話していると、いつの間にかトークに引き込まれるというか、本当に自分の経験を生かした説得力ある話が非常に素晴らしかったように思います。

また、いろいろな人を巻き込もうとする力、いろいろな人が村上さんの思いに答えなければならない・答えてあげたいと思わせるようなネットワーク力にも惹かれるようになりました。

それからは村上さんの活動に、弁護士としてできることは協力し、これはなかなか法的に難しいのではないかと思うことはそのようにアドバイスをさせていただきました。

平成26年には徳島ではじめてとなるダルクフォーラムを開催し、私も講師として（講師といってもほとんど雑談で自分の思うこと感じたことを皆さんの前で話すというようなことですが）参加させていただきました。

全国からきていらっしゃっており、ダルクのつながりを深く感じることができました。そのときに、私が司法試験に受験する前に見ていた「ミーティング」（心の奥底の思いを語る時間）というのを久しぶりに拝見することができ、ついに徳島でもダルクができるようになるのかという、うれしさを実感した次第です。

私はそこからダルク支援会の活動をし、毎年行われるダルクフォーラムにも日程が会える限りは参加していきました。

私は平成23年度から令和元年度まで徳島大学で憲法の授業を教えていましたが、この村上さんの体験は学生にとって聞く価値があると思い、私のカリキュラムの1つとして村上さんにきていただき、多くの徳島大学の学生にも感じるどころがあったと思います。

また四国放送など地元のメディアでもダルクの活動が取り上げられ、世の中も少し意識が変わってきたのかなという感覚を持つようになりました。



## 4. ダルクでの好きな言葉

私は、ダルクの中で好きな言葉があります。

それは「一日一生」、1日だけ薬を我慢することを考える、その1日1日が1週間、1ヶ月、1年につながっていくということです。

これは多くの人生に当てはまることで、自殺防止の考え方にも生きている考え方です。

とにかく1日を生きて見る、1日だけとやっていく、その1日1日を大事にする感覚が好きでした。

なみだをこらえて かなしみにたえるとき  
ぐちをいわずに くるしみにたえるとき  
いいわけをしないで だまって批判にたえるとき  
いかりをおさえて じっと屈辱にたえるとき  
あなたの眼のいろが ふかくなり  
いのちの根が ふかくなる

という相田みつをさんの詩がありますが、毎日毎日をこなすことで1日1日命の根を深くする作業、それが人生なのかもしれません。

私も、本業は非常にストレスフルで毎日毎日悩みギリギリの判断を迫られますが、1日1日生きるということでなんとかやれているという思いもあります。

まずは1日をとにかく必死でやってみる。このことはどの人生にもつながる素晴らしい言葉だなと思い、私も常に意識しています。

## 5. 刑事手続きの変化

本業の関係からどうしても刑事事件との関わりでダルクに携わっているのですが、なかなかダルクのこと、依存症のことなどを捜査機関に説明しても冷たい反応が返ってくることも多く、歯がゆい思いをすることが多かったです。

とはいえ、法務省も少しずつではありますが、今までの必罰主義的な観点ではなく福祉的な支援も考える傾向になってきています。

最近では刑事手続の中で「支援計画」を策定することがあります。

本人の障害特性や病状を踏まえて同じ行為を繰り返さないために必要な支援について記載された計画書です。

社会福祉士などの福祉的支援の資格を有する専門家が、刑事手続を受けているご本人の今後の生活の精神的基盤、生活の基盤を作り、安心して生活できる環境を実現するための書類です。

またダルクの支援者の方々の証人尋問もなされたり、弁護士会が主催するダルクの勉強会に裁判官も出席するなど、刑事裁判において裁判官もダルクに関心を持つ方が増えてきました。

なかなか歩みは遅いですが、支援会活動を通し捜査機関や裁判所に活動をアピールし続けることで、刑事裁判の見方・判断の仕方も少しずつ変わってくればよいと考えております。

## 6. 最後に

ダルクは「仲間」との真摯な語らい・連帯の中で回復する施設です。

今はコロナ禍の中で人間関係が分断し孤立していきやすい傾向にありますが、このご時世だからこそダルクの活動がより取り上げられ多くの人々に認知していただければと思っております。

今後とも徳島ダルクを温かく見守っていただき、ご支援・ご協力をよろしくお願いいたします。





## 看護師 藤原 稔章（ふじわら としあき）

藍里病院

- 1995年 社会医療法人あいざと会藍里病院へ入職。
- 2000年 看護師免許を取得。
- 2004年 久里浜医療センターにて、アルコール依存症臨床医等研修（看護師コース）の課程を修了。
- 2015年 一般社団法人日本精神科看護協会の精神科認定看護師の資格を取得。
- 2015年 依存症治療拠点病院事業薬物依存症に対する認知行動療法研修の課程を修了。
- 2018年 12月、2018年度ギャンブル等依存症治療指導者養成研修の課程を修了。

現在に至る

# 「ダルクとわたし」

## 1. 私の依存症への理解の変化

徳島県社会医療法人あいざと会藍里病院で看護師として勤務をしております。藤原と申します。少し簡単に、自分のことを自己紹介させてもらいたいと思います。

私は、高校を卒業して、すぐに藍里病院に就職をいたしました。

最初の5年間は、藍里病院で仕事をしながら看護学校に通い、看護師の資格を取得しました。そして、現在も藍里病院で看護師として働いております。

私が依存症治療に携わることになったのは、平成16年からになります。きっかけは、自分から申し出たのではなく、病院側から依頼されて仕方なく引き受けました。

当時の私は、依存症の患者さんに対して、入退院ばかり繰り返えず治らない病気、病院の規則（精神科病院特有の入院生活の制限に関する規則）を守ってくれない、すぐに怒りを看護師にぶつけてくる。そういったイメージを抱いていたので、どちらかということ最初は依存症治療に携わることが嫌でした。

でも、実際は自分が思っていたことは違っていました。

依存症治療に携わるようになり、吉田精次先生から依存症のことをたくさん教えていただきました。

また依存症患者さんとの関りの中でも、たくさんのことを気づかせていただくようになりました。

“どうしてたくさんものを失い、傷つきながらも依存行動が止まらないのか”を理解したいという思いで、依存症の患者さんと向き合うようになりました。

それからは、私の依存症への理解が変化していきました。

そして、病気になった本人、その家族も苦しみ続け、孤立している状況を目の当たりにした時に、“依存症の病気で苦しんでいる人たちの何か支えになりたい。

そのためには、もっと病気のことについて学ばなければ”と思ったことがきっかけで、精神科認定看護師の資格を取得させていただきました。そういった経緯で、今も、依存症の方との関りを続けてさせてもらっています。

## 2. ダルクフォーラムでの出来事

私が初めてダルクと関わったのは、藍里病院で徳島ダルク支援会が開催されるようになったことがきっかけだったように思います。

お恥ずかしい話しですが、私は、それまでダルクのことをよく知りませんでした。

吉田精次先生にダルクのことを教えていただき、徳島ダルク支援会に出させていただくようになりました。

そこで、私がカッコいいと思う人である、徳島ダルク代表の村上さん、香川ダルク女性ハウス代表の榎田さんの二人と出会いました。

そして、今も、微力ながら一緒に活動を続けさせてもらっています。

そんな私が参加させていただいている徳島ダルク支援会のある日の会議で、私がフォーラムでスピーチをさせてもらえることが決まりました。

スピーチをすることが決まったときは、自分が前に出てスピーチできるのかという不安と、私も徳島ダルク支援会のメンバーとして認めても

えたと思い、とても嬉しい気持ちになったことを覚えています。

スピーチの当日は、自分でも驚くぐらいに緊張をしてしまい、足が震えて膝に力が入らなくなり、緊張して喋ることで息継ぎがうまくできなくなり、息苦しくなって声が震えだしたことを覚えています。

今思えば、“精神科認定看護師として良いこと言わなきゃいけない” “格好いい自分を見せたい” “期待に応えたい” “なんて思い、重いプレッシャーを自らにかけて、前に出て話をしたように思います。

そんな中、ダルクのメンバーたちが、ありのままの自分をさらけ出して話している姿を目の当たりにしました。私は、”みんなカッコいいな” “と思ったと同時に、ありのままの自分を隠してカッコよく見せようと前に出て話をした自分のことが恥ずかしくなりました。

そして、翌年も私にスピーチの機会をくださいました。

今度は自分もありのままの自分を出してみようと思って、そのときのフォーラムで話をしてみました。

確か、私が精神科認定看護師の資格をギリギリの成績で取得（1回落第して）したことや、その精神科認定看護師の中には、積極的で活動的な素晴らしい人がたくさんいて、その人たちが自分の活動を情報共有としてSNSにあげているのを見て、自分と比較して自信をなくし“どうせ自分は何もできない”と自己否定をし、また羨ましいと嫉妬もしていることを最初に話したと思います。

自分の本当の気持ちを隠さず話すことが、こんなに勇気がいることだとは思いませんでした。

でも、そんな私の話を、フォーラムに参加されていた人みんなが聞いてくれたことで、話した後にスッキリした気分になったことを今でも忘れられません。

その話の流れから、「ふつう精神科認定看護師だったら、これぐらい知ってるよね。できないとダメだよね」ということを自分で勝手に考えてしまい、「“ふつうプレッシャー”に押しつぶされそうになってます」という話をしました。すると、フォーラムが終わって私が帰ろうと

していると、一人の方が私に近寄ってきて、『私も「ふつうブレッシャー」感じることはありません』と言って下さった方がいて、共感してもらえたことが、とても嬉しかったです。

### 3. 私がダルクとのかかわりを通して学んだ大切なこと

私は、このダルクフォーラムで、安心してありのままの自分を出すことができ、それを受け止めてもらえる仲間がいる居場所があるということの素晴らしさを実際に体験して学ぶことができました。

人は、「このままの自分でいいんだ」「自分はここにいていいんだ」ということを実感したとき、自分の存在を受け入れ、認めることができると思います。

それは、確実に心の癒しになり、そうした体験を重ねることで、今度は自分が受け止めることをやってみようともします。まさに人は人とのつながりの中で生かされていることを感じます。

そんな良い出逢いの中から、その先の希望や挑戦を仲間とともにやっていける、希望のあふれる居場所ができるのだらうと思いました。

依存症は寂しさの病、孤立の病いともいわれています。

そして、自尊心が低かったり、人を信じられなかったり、本音が言えなかったり、自分を大切にできなかったり、依存症の方にはそういった共通点があるといわれています。ダルクでは生きづらさや問題点を、同じ依存症の仲間たちと生活する中で気づき解決していきます。

依存行動をしなくても人生を楽しく生きていくために必要なつながりをダルクで見つけて欲しいと思います。

私も、ダルクとのかかわりを通して、たくさんの気づきを頂いている一人です。





弁護士 田中 拓（たなか ひらく）

ひらく法律事務所

2009年、弁護士登録（62期司法修習）。  
法テラス（日本司法支援センター）の常勤弁護士として香川赴任。  
2017年、高松市内において、ひらく法律事務所を開設。

香川県弁護士会の刑事弁護センター運営員会、子どもの権利及び法教育に関する委員会、犯罪被害者支援委員会、人権擁護委員会等所属。  
日本弁護士連合会の取調べ可視化本部所属。高松刑務所の刑務所視察委員会所属。（いずれも2021年1月現在）

# 「ある弁護士が 依存症とのかかわりの中で 考えること」

## 1. ある依存症者の弁護

（1）弁護士になって初めて裁判まで担当した刑事事件は、万引きを繰り返す女性の窃盗事件だった。

30代前半の彼女は、私と出会うまでに何度も万引きを繰り返し、微罪処分（警察署で訓戒・注意をするにとどめて処分をしないこと）や、不起訴処分（検察官が刑罰まで与える必要がないとして処分をしないこと）を経て、罰金刑（前科として残る）、執行猶予付きの懲役刑（刑務所での服役を命じられるものの、猶予の期間中、社会内で生活することを許され、その期間内に再犯等がなければ刑務所での服役をしなくてよいという刑罰。猶予期間内に再犯すれば、原則として、猶予中の懲役刑と新たな罪の懲役刑とを合わせて服役しなければならない。）となったものの、執行猶予期間中に再度の万引きをし、2つの罪で服役を経験していた。

おまけに、服役を終えたのち、わずかな期間でさらに再犯し、3度目

の服役をし、私が担当したサプリメント等の万引きでは、4度目の服役をしなければならない状態にあった。

問われていた罪は、ただの窃盗ではなく、一定期間内に窃盗の罪を重ねる常習者に対する常習累犯窃盗であり、法律の定める刑罰は3年以上の懲役だった。

成人後、10年と少しで、彼女はそこに至っていた。

どうしてか。

彼女が、窃盗症（窃盗依存・クレプトマニア）だったからだ。

当時、まだ、窃盗症は、裁判官・検察官・弁護士等の司法関係者の中でも広く知られてはいなかった。

おそらく、医療関係者の中でもだ。

万引きを繰り返す中で、万引きの高揚感・緊張感、そして、成功後の弛緩や満足感に依存するようになり、万引き後の後悔や反省、もう万引きしないという自分自身の決意だけでは、商品棚の前に立って商品にさらされたときの自分の万引き衝動を制御できなくなってしまう病だ。

駆け出しだった私は、彼女の前件の裁判（3度目の服役の事件）を担当したのが先輩である安西敦弁護士であると分かり、すぐに相談した。

そこで、窃盗症という依存症を知る。

そこで、いろいろと調査を行い、当時、日本でほぼ唯一、窃盗症の治療を専門的に手掛ける赤城高原ホスピタルの竹村道夫医師を知り、同医師にアクセスした。

そうやって得た知識をもとに、警察署で身体拘束されている彼女と向き合った。

（2）彼女は、自らが繰り返す万引きに悩み、服役での辛い生活を厭い、絶望しかかっていた中で、自身が病気であり、専門家医師がいて、治療と回復のプログラムを継続することで今の自分を変えることができるかもしれないと知って目を輝かせた。

そこから、私と彼女は、彼女が保釈（裁判で判決が出るまでの間、裁判所の許可を得て社会内で過ごすこと）を得て身体拘束から解放される



ための闘いや、検察官との間の証拠に関する闘い、窃盗症とは何なのかや彼女が身体拘束から解放された後に赤城高原ホスピタルの入院で得た体験について法廷で明らかにするための闘いを共闘した。

彼女は、私に対し、そして、法廷で、目を輝かせ、新しい自分になりたい、竹村医師をはじめとする支援者との出会いでそれができると感じたと言った。香川で窃盗症者の自助グループを自分で立ち上げたいとの決意まで表明した。

しかし、彼女の法律状態では、裁判の結論は実刑（刑務所で実際に服役すること）しかなかった。

第一審は、検察官が懲役3年の実刑を求刑したのに対し、裁判所は、彼女の疾患やそこから立ち直ろうとする努力を評価しつつ、懲役2年の実刑と判決した。

（3）その後、控訴審（日本の裁判は三審制であり、第一審に不服がある場合は第二審、第三審を受けられる。高等裁判所での第二審を控訴審という。最高裁判所での第三審を上訴審という。）も担当した。

第一審の実刑判決後も身体拘束から解放させることができたので、彼女は治療等を継続するはずだった。

しかし、彼女は、次第にどうせどこまでやっても実刑だという思いに囚われ、女性刑務所での辛い服役経験に心がむしばまれていく。治療意欲が落ちた。裁判手続に必要な事務処理もおざなりになった。そして、ついに入院先から帰宅してしまった。私は、支え切れていなかった。

そして、控訴審でも実刑が維持され、彼女は、刑務所が嫌だから上告審もすると言った。

控訴審判決後の身体拘束からも解放されたのに、もう治療に赴く意思を喪っていた。東京にある最高裁判所にかかる上告審の国選弁護士（私費で弁護士を選任できない場合に国の費用で選任される刑事事件を担当する弁護士）は東京の弁護士が担当するのが原則であったこともあるものの、何より、彼女の姿勢を見て私が続けて担当するべきかどうか迷い、結局、上告審は担当しなかった。

それでも気になって、彼女の両親とは連絡を取り合っていた。

しかし、実際には、両親も彼女と同居しながらも対話できていなかった。

誰も知らないところで、上告審でも実刑が維持されて終わり、服役のために彼女が出頭しなければならない日が来ていた。

その日の朝、彼女は自ら命を絶った。

彼女は、私宛にも遺書と形見を遺してくれていた。

そこには、恨み、つらみなど一切なく、感謝の言葉とまた会いたいという言葉があった。

（この事件については、現代人文社『季刊刑事弁護』67号に「あるクレプトマニアの情状弁護で新人弁護士が得たもの」と題して詳細を掲載していただいている。）



## 2. ダルクとの出会い、ダルクによる出会い

(1) 彼女の死で私が受けた衝撃を案じて、安西敦弁護士と一緒に飲んでくれた。

それだけではなく、薬物依存症からの回復のためのリハビリテーション施設であるダルク（DARC）を香川にも設立するための準備会に誘ってくれた。

正直、残酷だと思った。  
依存症はもうこりこりだと思った。  
でも、つながった。

ダルク設立の過程で、多くの人と出会った。

最初は、大分からきたベンツさん（当時の大分ダルク施設長）に会った。私と依頼者の依存症当事者に、教会の地下でのミーティングを見せてくれた。

ミーティングの光景も、ありのままに語られる想いや体験にも衝撃を受けた。名古屋からきたケンさん（名古屋ダルク創設者）にも会った。正直、依存症や依存症者についての話は何を言っているのか分からなかった。

でも、カッコ良かった。  
不思議な信頼感があった。

そして、香川ダルクを設立することになるトオルさんとも出会った。最初、何なんだろうこの人はと思った。意味不明で、感情的だった。喧嘩もした。でも、たくさん教わった。

その繊細な想いや決意の言葉を聞いた。  
依存症当事者としての弱さや口にしたことを実現していく行動力を見た。  
一緒に依存症に苦しむ当事者の刑事事件での弁護もした。

香川ダルクができてからも、まだ、ダルクが何なのか、ミーティングの意味が何なのか、12ステップが何なのか分からなかった。理屈は頭で分かって、体感として、あるいは、心で感じた理解ではなかった。

今もまだそう。

でも、少しずつ馴染んできた、感じてきたと思う。

トオルさんが香川ダルクの支援会で爆発させる感情や夢。自分が刑事事件で依存症当事者を担当する中で、トオルさんが教えてくれる依存症者の発想やその現れの指摘。その当事者がトオルさんやダルクと関わって変わっていく様子。ときどき垣間見るウォーキングや筋トレ、法廷傍聴等している香川の入寮者の生活ぶり。

トオルさんを支える櫛田さんや中村さんの無償の働きぶりとその意味。毎年の香川ダルクのフォーラムに集まる名古屋や岐阜や北九州等の施設長の話、入寮者や家族の体験談、そして、そこに流れる温かい空気感、親密な雰囲気。

そういったものを通して、少しずつ感じてきた。感じるものだということがあった。

そんな中で、うんざりしながらの日々の中で、先を行く者の背中を追うことの大事さを知った。

言いはなし聞きはなしのミーティングを続けることで自分と会いつづけることの意味を知った。依存症は隠し事をする病だと知った。

薬物依存で自宅に放火して全焼させた青年の弁護では、当事者を愛する家族が依存を深めていることを知った。支援しようとする側の押し付けのおこがましさも感じた。

そして、依存症が死につながる病であることも改めて知った。

自ら死を選んでしまった彼女には何があればよかったんだろうということ考えた。

今思えば、安西敦弁護士がダルク支援活動に巻き込んでくれたのは、私にとっての回復のためのステップだったのかもしれない（そうではなく、単なる人手不足だったのかもしれない。）。

（2）香川ダルクが発足し、活動が広がる中で、ダルクに関わるたくさんの人たちとも出会った。

医療現場や精神保健福祉分野で依存症に向き合うひとたちだ。そして、藍里病院（徳島県板野郡所在）の吉田精次医師とも出会わせてもらった。

刑事事件を抱える依存症者の弁護を通して吉田先生の知見の深さと澄んだ熱意を知った。何度も尋問させてもらって、多数の経験に根差す、慈愛を感じるようになった。依存症者や家族と向き合う姿を見て、自分を顧みた。

そして、吉田先生からは窃盗症に限らず、薬物依存・ギャンブル依存・アルコール依存で刑事裁判や法的トラブルを抱える人をつないでもらった。

そうやってたくさんの依存症者を見た。かかわった段階では刑務所での服役を回避できない人も多かった。切ない別れもたくさんした。

控訴審から担当した事件を通して、テキトーな窃盗症弁護・薬物依存弁護をやっている弁護士たちも見た。吉田先生たちの診断や意見を法廷で無駄にしている事例も複数見た。

腹が立った。自分がやらなければと思った。

（3）今でも窃盗依存の当事者の事件をたくさん受けている。

吉田先生の治療や勉強会、自助グループに結び付いて、執行猶予中に再犯したにもかかわらず、再度の執行猶予（執行猶予中の再犯は原則として実刑になるところ、特に酌むべきものがあるとされる等の厳しい要件を満たしたときに、再度、刑の執行猶予を受ける（ふたつの懲役刑の執行猶予を同時に抱えることになる）ことがある。）をもらえた人もいる。

吉田先生の治療等だけではなく、その当事者の障害特性を見据えた福祉支援体制を福祉機関と連携して整えて、第一審で実刑だったけれども、控訴審で再度の執行猶予になった人もいる。

だけど、法律上、どうしても実刑にならざるを得ない人がいる。

例えば、服役後、5年以内に再犯した人。保護観察（保護観察所による監督を受け、遵守事項を守って生活しなければならない状態）の付された執行猶予中に再犯した人も同様だ。検察官が不起訴にしたり、罰金になったりしないかぎり、100%刑務所に行かざるを得ない。そして、このような事件で不起訴や罰金を得ることは、至難の業どころか、不可能に近い。

当事者本人や家族、吉田先生をはじめとする支援者とともに頑張ると、検察官の求刑の半分とか6割くらいの判決にはなる。それでも実刑だ。

別れなければならない。

依存症という気づきが得られても、その治療や回復にどれだけ努力していても、それだけで、検察官や裁判官は容易に結論を違えてはくれない。彼らは、同じ決意や治療環境の整備は服役後でもできるという。

しかし、そうして、刑務所に行ってしまうと、戻ってきたとき、再度、治療環境につながる保証はないのだ。私に連絡がある保証も。

吉田先生は、服役中も患者である当事者と文通していると教えてもらった。

自分にできることは何だろうと考えた。本人は、服役中、通信相手も人数制限がある。

そこで、出所が見込まれる前後に、家族と連絡をとり、出たら一度連絡を欲しがっていると伝えてもらうようになった。

そうやって、つながっていたいと思う。

そんなふうに思っていたら、トオルさんが、今度は、三光病院の海野順先生につないでくれた。海野先生とも少しずつ依存症当事者の事件を重ねている。

今も、ダルクのおかげで新たな出会いが続いている。

### 3. つながりあい

(1) 最近、事件が終わったあとのある依存症の当事者が、自ら、続けて会いたいと言ってくれた。

その当事者は、まだ重い刑罰を受けていない。次があってもそう重くはない。私を介してすでに医療にもつながっている。事件が終わったからもう安心なはずだ。

それでも、私との定期的な面談をしたいという。

何度も会っているうちに、話題は尽き、ほとんど雑談しかしなくなった。それでも満足して帰っていく。私もいい変化には喜び、不安の兆しには注意できるようになった。

そうこうするうちに、その当事者が、私が別の事件で担当した当事者ともつながった。事件が終わってもつながっていくという和ができた。

(2) そうやって事件が終わったあとでも、いろいろな人とつながっている。

ときどき事務所を訪ねてきてくれる人もいれば、ショートメールのやりとりをしている人もいる。そのつながりは、もはや弁護士と依頼者ではない。人と人としてのつながりだ。

もちろん、事件後も、トラブルはある。中には再犯もある。

しかし、つながっていると、すぐに話してもらえる。すぐに気付ける。初動の弁護が早くて速い。

トオルさんに、依存症は隠す病だと教わって、どこかおかしいなと気付けるようになった気がするからかもしれない。

吉田先生や海野先生に教わって、当事者や家族の気持ちをほんの少し理解できたからかもしれない。

(3) つながっていく。

私が依頼者だった当事者とつながりつづける。

事件が終わったのちも、弁護士としてではなく人としてつながっていることで、より悪い事態を防ぎ、よりよい次につながっていける。

当事者も、トオルさんや榎田さん、吉田先生や海野先生、私を通して、別の当事者とつながっていく。

また、私自身も支援者として他の支援者とつながっていく。

そのことで、出会った依頼者・当事者を新たな出会いにつなげることができる。トオルさんも、吉田先生も、海野先生も、安西弁護士も、私も、それぞれがそれぞれの居場所とやり方で、その人にできる精いっぱい支援を目指し、活動していた。

でも、それぞれの点がつながることで、支援は線になり、やがて網になった。

このままつながり続ければ、網の目はつまり、網の目から落ちる人が減るのではないか。

当事者だった人も、自助グループでつながっていくなかで、網に引っかかる側ではなく、誰かの必要な存在になって、網の側になる。

この問題に立ち向かう方法は、つながりあいた、と思う。





## 関係機関 相談窓口

### 徳島県精神保健福祉センター

(住所) 〒770-0855 徳島市新蔵町3丁目80番地

(TEL) 088-602-8911

- ・平成30年度より徳島県依存症相談拠点に指定されており、以下のような相談窓口を設置している。
- ・依存症相談（吉田精次医師の来所相談。毎月第2・第4月曜日午後。要予約）
- ・酒害何でも相談（酒害相談員の来所相談。第1・第3水曜日午後）
- ・精神保健福祉相談（センター職員の電話・来所相談。平日月曜から金曜の9時から4時。来所相談は要予約）

### 社会医療法人あいざと会 藍里病院

(住所) 〒771-1342 徳島県板野郡上板町佐藤塚字東288-3

(TEL) 088-694-5151

あいざと・こころの医療福祉相談センター（24時間365日）

(HP) <http://www.aizato.or.jp/>

- ・平成30年より、徳島県依存症専門医療機関として、さまざまなアディクション問題に対応している。
- ・依存症家族勉強会A 毎月第4土曜日
- ・自助グループ AA病院メッセージ（第1・第3・第5土曜日）、断酒会（第2・第4日曜日）

### 愛媛医療生活協同組合 愛媛生協病院

(住所) 〒791-1102 愛媛県松山市来住町1091-1

(TEL) 089-976-7001

(HP) <http://www.e-seikyo-hp.jp/index.php>

- ・精神科デイケアWISHにてアルコール教室開催。

### 医療法人社団 光風会 三光病院

(住所) 〒761-0123 香川県高松市牟礼町原883-1

(TEL) 087-845-3301

(HP) <http://www.sanko-hp.com/>

- ・平成30年より、香川県依存症治療拠点機関として、さまざまなアディクション問題に対応している。
- ・依存症の相談は、月曜・火曜・木曜の午前外来。
- ・断酒会（院内例会）を開催している。※スケジュールは三光病院HP参照
- ・薬物依存症とギャンブル等依存症のグループワークを開催している。
- ・依存症家族教室を開催している。
- ・土曜日午前には、10代からおよそ20代前半までを対象にしたネット・ゲーム外来（こども外来）を行なっている。お子さまの受診が難しい場合、まずは保護者だけのご相談も受け付け。

### 特定非営利活動法人 Approach For Life Saver（通称：NPO法人 アプローチ会）

(HP) <http://www.afls.jp/>

- ・徳島市内に拠点を置いている、自殺防止を目的としたNPO法人。
- ・専門家（医師、看護師、弁護士、学校教師）が、それぞれの「悩み」について、相談に応じている。
- ・アプローチ会のHPにて、LINE登録や相談フォームを利用することで相談できる。

# 徳島ダルク 相談窓口

## 一人で悩まず、共に解決の糸口を探しましょう!

DARC（ダルク）とは、「薬物依存」「アルコール依存」「ギャンブル依存」「クレプトマニア（窃盗症）」「摂食障害」などの、「依存症」から回復する為の専門施設です。（入寮・通所でのリハビリプログラムを提供しています）

子どもやパートナー、家族が依存症かもと感じているあなた、今すぐご連絡ください。専門スタッフが対応しますので、一人で悩まずに下記の連絡先へお電話、またはメールにてお問合せ下さい。（ご相談の内容や個人情報等、秘密は厳守いたしますのでご安心ください）

### 法務省委託事業 自立準備ホーム（平成26年6月登録）

薬物事犯等の刑務所出所者（仮釈放の者を含む）や保護観察中の方に、薬物依存症の治療及び回復のプログラムと、入寮（共同生活）による生活訓練を提供することで、再犯防止を図るだけでなく、社会の有用な一員として自立した生き方が出来るようサポートを行います。

### 面会メッセージ・裁判における情状証人出廷

刑務所・拘置所、専門病院などへの面会メッセージ活動を行っています。また、薬物事犯などの裁判における情状証人出廷を、医師・弁護士と連携して行っています。

### 薬物乱用防止啓発活動

薬物乱用防止・啓発活動の一環として、医師や弁護士と連携して、学校及び教育機関、行政機関、保護観察所、刑務所、病院等で講演活動を行っています。

毎年、徳島ダルクのフォーラムを開催しています。医師や弁護士を中心とした講師講演やダルクの仲間による体験談発表が主な内容です。ぜひ、私たちのメッセージを聴きに来ませんか？

### 相談支援事業と家族会

依存症に悩んでいる当事者、家族、関係者の方からの相談を24時間、受け付けています。相談内容に応じて医療機関や弁護士等と連携し、問題の解決に向けた支援を提供しています。

依存症の問題にお悩みの家族の方には、家族会（自助グループ）や、藍里病院で行っている依存症家族教室「クラフトプログラム」をご紹介しますので、ご相談ください。

徳島ダルク

TEL：080-3994-4173

E-mail：kagawadarc@ybb.ne.jp

徳島ダルクのホームページ →



# 家族会「メリーゲート」のご案内

## メリーゲートとは？

**Q：メリーゲートに集まる参加者は、どのような方ですか？参加する為の資格や手続きはありますか？**

A：メリーゲートは、薬物\*・アルコール・ギャンブル・クレプトマニア（万引き依存）・摂食障害・その他、自殺や自傷行為、DVなどの問題を抱える家族及び友人・恋人などの集まりです。

参加資格や手続きは必要ありません。今抱えている問題を、相談し解決したいと思う方はぜひ、一人で悩まずメリーゲートに参加してみてください。

\*覚せい剤や大麻、危険ドラッグなどの違法薬物だけでなく、病院で処方される安定剤や睡眠薬、風邪薬や咳止めシロップなどの市販薬も薬物に含まれます。

**Q：メリーゲートは具体的にどのような活動をしていますか？**

A：メリーゲートでは、ミーティングを主な活動として行っています。

ミーティングは、「言いつばなし、聞きつばなし」のスタイルで行っています。

一人の人が話している間、他の参加者は黙って話に耳を傾けます。そして、話された内容についての質問・助言・批判をする事、話された内容を外部に口外する事をルールとして禁止しています。

参加された方が、安心して自分の悩みや問題を話せるように工夫をしています。

また、毎月第4土曜日AM10:00～AM11:30に、藍里病院にて藍里病院 副院長 吉田 精次医師による、依存症家族勉強会に参加しています。（クラフトプログラムの学習も行っています）

会場：藍里病院（徳島県板野郡上板町佐藤塚東288-3） 新館3F会議室

**Q：メリーゲートの特徴やミーティング以外の活動はありますか？**

A：メリーゲートは、依存症リハビリ施設「香川ダルク」と連携を密にしています。

専門家による相談支援をはじめ、家族・関係者を対象とした勉強会の開催など、様々なサポートを受けています。

緊急性のある相談については、ご希望に応じてダルクへお繋ぎする事も出来ます。（入寮相談も可能です）特に緊急性が高い場合は、ダルクを通して連携先である医療機関や弁護士等へお繋ぎすることも可能です。

### ～メリーゲートのミーティング案内～

※ミーティングに参加ご希望の方は、会場や時間等が変更となる場合がありますので、事前にお電話にてお問い合わせください。

グループ	開催日・時間	会場・住所
香川	毎週土曜日 13:00～15:00	かがわ総合リハビリテーションセンター 香川県高松市田村町1114番地
丸亀	毎月第1日曜日 時間不定期	カトリック丸亀教会 香川県丸亀市幸町2-6-28
徳島	毎月第4土曜日 13:00～14:00	藍里病院 徳島県板野郡上板町佐藤塚東288-3
松山	毎月第2土曜日 13:00～15:00	カトリック松山教会 愛媛県松山市三番町4丁目5-5

（メリーゲートのホームページ）

家族会 メリーゲート お問い合わせ

TEL：090-4972-6930

E-mail：admire12step@yahoo.co.jp

秘密は厳守いたします、安心してご相談・お問い合わせ下さい。



# この冊子の中には 愛があります

徳島ダルク

TEL : 080-3994-4173

メール : kagawadarc@ybb.ne.jp

© 2021 TOKUSHIMA DARC

2021年3月発行

この冊子は、令和2年度徳島県地域自殺対策強化学業の補助を受け、作成しています。（若年層を対象とした、依存症が起因となる自殺問題と予防啓発を目的とした冊子作成及び普及事業）



無断複写、転載を禁止します