
ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン



厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業
「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と
精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究（H19-こころ-一般-010）」
（研究代表者 齊藤万比古）

— 目次 —

1. はじめに

2. ひきこもりの定義・出現率・関連要因

- 2-1 ひきこもりの定義
- 2-2 ひきこもりと不登校
- 2-3 ひきこもりとニート
- 2-4 わが国のひきこもりの出現率
- 2-5 ひきこもりと思春期心性
- 2-6 ひきこもりと精神障害
- 2-7 ひきこもりと発達障害
- 2-8 ひきこもりを支援対象とする理由
- 2-9 ひきこもりの長期化とその予防について

3. ひきこもりの評価

- 3-1 評価のための基本的視点
- 3-2 適切な評価が行われるための環境
- 3-3 ひきこもりと関係の深い精神障害とその特徴
- 3-4 とくに留意すべき精神障害
- 3-5 家族しか相談に訪れない場合の精神障害の評価についての考え方
- 3-6 ひきこもりの段階を知ること
- 3-7 診断と支援方針に基づいた分類

4. ひきこもりに対する支援

- 4-1 ひきこもり支援の多次元モデル
- 4-2 地域連携ネットワークによる支援
 - 4-2-a ひきこもり支援を提供できる機関
 - 4-2-b 地域の専門機関が連携することで得られるもの

- 4-2-c 地域における連携ネットワーク設置の注意事項
- 4-2-d ひきこもり支援におけるプライバシーの保護と守秘義務
- 4-3 家族への支援
 - 4-3-a 家族しか来談していない事例の相談
 - 4-3-a-i 来談当初の受けとめ方
 - 4-3-a-ii 家族のみの相談の場合それを当事者に伝えることの是非
 - 4-3-a-iii 家族だけの相談が長期間になってきた際の対応
 - 4-3-b 家族に向けた心理・社会的支援法
 - 4-3-b-i 家族への個別面談の意義と進め方
 - 4-3-b-ii 家族へのグループ活動の意義と進め方
- 4-4 当事者への支援
 - 4-4-a 当事者への支援の考え方
 - 4-4-b ひきこもりを抜け出すための当事者への支援と治療とは何か
 - 4-4-c 当事者との初期の面談における留意点
 - 4-4-d 当事者のための心理・社会的支援とは何か
 - 4-4-d-i 個人療法
 - 4-4-d-ii 集団療法
 - 4-4-d-iii デイ・ケア
 - 4-4-d-iv 教育機関による支援
 - 4-4-d-v 就労や社会参加に向けた支援
 - 4-4-e ひきこもりに対する薬物療法の考え方
 - 4-4-f ひきこもり支援の終結のタイミング
- 4-5 訪問支援（アウトリーチ型支援）
 - 4-5-a 訪問支援を考慮するタイミング
 - 4-5-b 訪問実施前の準備段階で検討すべきこと
 - 4-5-c 訪問開始に向けた家族との準備
 - 4-5-d 訪問時に心得ておくべきこと
 - 4-5-e 当事者が拒否する場合の対応
 - 4-5-f 訪問支援の着地点（ゴール）

4-6 支援をめぐるその他の課題

4-6-a 専門機関に相談する前にできること

4-6-b ひきこもりの支援に関する啓発活動

4-6-c 緊急時の対応に関する考え方

5. 今後の課題

5-1 ひきこもり支援の今後の課題

5-2 本ガイドラインの限界

1. はじめに

本ガイドラインは、子どもから成人まで広い年代にわたって問題となっておりますひきこもりという現象の評価と支援に関する標準的な指針を提供することを目的に作成されました。いうまでもなく、ひきこもりは子どもから成人までの広い年齢層に生じる社会現象の一つをあらわす用語であり、概念です。ひきこもりは一つの疾患や障害にのみ現われる症状ととらえるべきではなく、様々な疾患の症状として、また様々な葛藤の徴候としてあらわれるものと理解すべきでしょう。したがって、ひきこもりという概念が覆う領域は非常に広く、その境界はあいまいなものとならざるをえません。しかし、様々な支援を行う際には、より明瞭な境界で区切られた現象像の定義が求められるところであり、本ガイドラインでも次項に掲載したような定義を用いてひきこもりという現象を規定しています。

ひきこもりの支援を考える際に、支援者が心得ておかねばならない重要な留意事項があります。それは、ひきこもり状態に在る子どもや青年がすべて社会的支援や治療を必要としているわけではないという点です。例えば、慢性身体疾患の療養過程で家庭に長くとどまる必要のある事例や、家族がそのような生き方を受容しており、当事者もその考えであるため社会的支援を必要としていない事例の場合、少なくとも当面は支援を要するひきこもり状態とはならないということを承知しておくべきでしょう。

一般的に支援を必要とするひきこもり事例の中心は、子どもであるにしろ、青年あるいは成人であるにしろ、ひきこもりが長期化し社会生活の再開が著しく困難になってしまったために、当事者をはじめ家族が大きな不安を抱えるようになった事例です。そのようなひきこもりには何らかの精神疾患の診断が可能な事例も多いことと思われます。

本ガイドラインは、現に精神保健・医療・福祉・教育などの専門機関の支援を必要としているひきこもり事例を対象として作成されたものです。「ひきこもり」の評価と支援の実践的なガイドラインとして、支援にあたる専門機関(公的機関だけをさしているのではありません)の職員が何をどうしたらよいかという指針を得るために、あるいは支援を求める当事者やその家族が現時点での支援の現状とその利用法についての情報を得るために、広く利用していただけたら幸いです。

2. ひきこもりの定義・出現率・関連要因

2-1 ひきこもりの定義

このガイドラインは、ひきこもりを以下のように定義しています。

「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し，原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）を指す現象概念である。なお，ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが，実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低いことに留意すべきである。」

ここで重要なのは、社会参加をしていない子どもや青年がすべて社会的支援や治療を必要としているわけではないということです。例えば慢性身体疾患の療養のため家庭に長くとどまる必要のある事例や、家族がそのような生き方を受容し社会的支援を必要としていない事例の場合、少なくとも当面は支援を必要とするひきこもり状態とはなりません。

一般的に支援を必要とするひきこもり事例の中心は、子どもであるにしろ、青年あるいは成人であるにしろ、社会参加の回避が長期化し社会生活の再開が著しく困難になってしまったために、当事者や家族が大きな不安を抱えるようになった事例です。そのようなひきこもり事例の中には、家庭内暴力や顕著な退行、あるいは不潔恐怖や手洗い強迫などが深刻化したり、幻覚や妄想といった精神病症状が顕在化したりといった、何らかの精神障害の症状が顕在化し、その苦悩から家庭内の生活や人間関係さえ維持することが困難になっている場合も少なくないのです。ここでいうひきこもりとは、以上のような現に支援を必要としている、精神保健・福祉・医療の支援対象としてのひきこもりのことです。

2-2 ひきこもりと不登校

不登校とは、もともと学校もしくは登校をめぐる激しい葛藤をともなった欠席状態を意味しています。文部科学省の定義では「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくともできない状況にあるため年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの」となっています。

近年の調査で、義務教育年限の不登校から一定の比率、たとえば中学生年代での入院事

例の 10%ほど（齊藤，2000）に青年期以降のひきこもりが出現していることが明らかとなっていることを踏まえ、このガイドラインでは、不登校のうちには本ガイドラインで定義したひきこもりと関連性が強い一群が確実にあると考えています。そこで、不登校についても、社会的活動（学校生活や仲間との交友）とそれに関連した場（学校）からの回避行動＝社会活動からのひきこもり（withdrawal from social activities）であるとの視点を強調し、本ガイドラインでは不登校の問題を「**顕在性か潜在性かを問わず、学校に参加することへの恐れ、拒否感、あるいは怒りと、欠席することへの罪悪感を持ち、登校せずに家庭にとどまる生活は総じて葛藤的であるといった状態像を伴う長期欠席**」であると捉えています。

2-3 ひきこもりとニート

「ニート」とは「Not in Education, Employment or Training」の頭文字（NEET）からくる英国での造語で、直訳すると「就業、就学、職業訓練のいずれもしていない人」になります。日本においてこれにあたるものは、内閣府による「平成 17 年青少年の就労に関する研究調査」の報告書に記載された、いわゆる職に就いていない若者（無業者）について「高校や大学に通学しておらず、独身であり、ふだん収入になる仕事をしていない 15 歳以上 35 歳未満の個人（予備校や専門学校などに通学しているものも除く）」とした定義があり、これがわが国のニートの定義ととらえてよいと思います。

職に就いていなくとも就職希望を表明し求職活動をしている「失業者」はニートから除くと定義することによって、そのような状態にある者を統計的に把握することが可能となりました。しかしその一方で、就業意欲があっても、家族の介護などにあたるために求職活動をしていない「家事手伝い」もニート（非求職型）として扱われることなどにみられるように、ニートは支援の必要性とは独立して捉える概念となっています。

ひきこもりについては、本ガイドラインの定義でも触れたとおり、少なくとも半年以上は社会参加ができずにいる状態であり、かつ、社会生活の再開が著しく困難になって精神保健・福祉・医療の支援対象となる状態を言いますので、支援の必要性の深刻度という視点から用語を使い分ける必要があります。しかし同時に、ニート状態の人の中には、本ガイドラインで示したようなひきこもり問題を抱え、専門的な支援を要する人が少なからず含まれていることを心得ておきましょう。

2-4 わが国のひきこもりの出現率

世界精神保健（WMH）調査（WHO 主導による国際的精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクト）の一環として、20 歳以上を対象にひきこもりの疫学調査を行った平成 16 年から 3 年間の厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究（主任研究者：川上憲人）」の結果（その論文文化されたものが Koyama, 2010）が現在のところ最も信頼性の高いものといえます。この研究では全国 11 市町村の 20～49 歳までの住民から無作為に選択された 1660 名を対象に直接面接をした調査で、住民に対してひきこもり経験の有無などを質問しています。この研究から、ひきこもりの平均開始年齢は 22.3 歳で、生涯有病率（生涯に一度はひきこもり経験がある人の割合）は 1.2%、また調査時点でひきこもり状態にある子どもを持つ世帯は 0.5%、20 歳台が 30～40 歳代より多く、また男性に多いことがわかりました。（20 歳以下のひきこもりに関しても同様の調査が必要ですが、それぞれの家庭において非常にデリケートな問題でもあるため、WMH 調査以外の調査では把握が現在のところ困難です。）

上記の WMH-J 調査の数値から現在ひきこもり中の子どもや青年の数を推定すると、平成 18 年 3 月末日現在の住民基本台帳に基づく我が国の総世帯数（51,102,005 世帯）の 0.5% にあたる 255,510 世帯でひきこもりの子どもがいることになります。（おそらくこれは推定値としては最小限のものと思われます。）

2-5 ひきこもりと思春期心性

一般的に、思春期（10 歳から 18 歳くらい）の主たる発達課題は、「両親（とりわけ母親）からの分離」と「自分探し、自分作り」です。思春期の前半（10 歳から 14 歳くらい）の年代は親（特に母親）から心理的に距離を置くために、同性の仲間へと接近し、その活動に没頭します。その後半（14 歳から 18 歳くらい）の年代では本当の自分を確立し、社会とわたりあう能力を身につけるために、信頼できる友人を求めると同時に、自己という感覚に過敏となります。

思春期を通じて高まっている同性仲間集団からの脱落の恐れは、子どもを集団への過剰適応に向かわせます。そして、そこでの適応上の危機の増大や現実生じた失敗は、たとえばそれが些細なものであったとしても、子どもに強い挫折感と恥の感覚を経験させ、同時

にそれが生じた現場である仲間関係や学校生活を回避させ、子どもを家にとどめる強力な原動力として作用します。まさに思春期であるからこそ、そのようなことが起きやすいのです。もちろん、家族を揺さぶる問題が家庭に生じているような事態も、思春期の子どもを家族にしばりつけ、学校生活などの社会的活動を回避させることがよくあります。

思春期後半の発達課題に伴う自己感覚の過敏性の増大は、他者の視線や、他者の批判、自己の独立性・自律性をめぐる不安に対する過敏性と脆弱性としてあらわれます。このような自己の状態を防衛するため、思春期を通じて子どもの自己愛性はかなり高まるといわれています。こうした自己愛を支えあう適切な友人を持つことは適応性を高めるために必須ですが、友人関係の破綻はこの年代の子どもの自己愛を揺さぶり、孤立感や無力感などを生じさせたり、自己の独立性をめぐって被影響感（自分の考えや感情が他者から強いられるもので自分の独自のものではないように感じる）や被害感（他者から意地悪されているように感じる）を刺激したりします。そのような思春期後半の心性は、社会的関係性の挫折により、容易に自己へのひきこもりと自己愛性のさらなる亢進を強いられることとなります。いうまでもなく通常の家を持つ思春期の子どもにとって、自己にひきこもることを最も容易に保障するのは家庭にとどまることなのです。

また、思春期を通じて特徴的とされる心性に亢進した両価性（正反対の感情が同時に浮かぶ葛藤の強い内的状況）があります。近づきたい・離れたい、大好き・大嫌い、助けてほしい・かまわないといった正反対の気持ちに激しく揺れる思春期の子どもは挫折や自己の危機に際して適切な支援を求めることができないという特性が目立ちます。思春期年代の子どもが一旦ひきこもると、そこから抜け出しにくいという特徴はこの両価性の高さも大きな役割をはたしていると理解できます。思春期のひきこもりでは、子どもは学校へ行っていないことに対する罪悪感から、支援者の中立的な姿勢や質問をしばしば非難と受け止めやすく、高まった両価性によって関係性は不安定かつ了解しにくいものになってしまいます。

ここまで述べてきた10歳から18歳くらいまでの、人生の中で最もひきこもりへの親和性が強いといってよい思春期心性は、青年期と呼ばれる19歳以降の年代に至っても、危機に陥ればすぐさま頭を持ち上げてくるもののようです。青年期に始まるひきこもりにも、思春期年代の不登校・ひきこもりと共通の側面が存在することは明らかです。

2-6 ひきこもりと精神障害

ひきこもりという用語は病名ではなく、あくまで対人関係を含む社会との関係に生じる現象の一つをおおまかにあらわしている言葉です。また、それが生じる原因には『いじめ』『家族関係の問題』『病気』などが挙げられることがあります。一つの原因でひきこもりが生じるわけでもありません。生物学的要因や心理社会的要因などのさまざまな要因が絡み合って、ひきこもりという現象が生じています。近年になってひきこもりには多彩な精神障害が関与しているという報告がされるようになりました。例えば、精神保健福祉センターのひきこもり相談における研究（近藤ほか、2010）では、当事者との面談ができた事例の大半に精神障害の診断が可能であることが示されました。いうまでもなく、ここでいう「精神障害」とは ICD-10 や DSM-IV-TR に記載されているすべての障害をさしています。ひきこもりと関連の深い精神障害の主なものとしては、広汎性発達障害、強迫性障害を含む不安障害、身体表現性障害、適応障害、パーソナリティ障害、統合失調症などをあげることができます。本ガイドラインのひきこもりの定義でも、統合失調症は除外することを明記していますが、注意すべきは、当事者との直接的な精神医学的面談によってそれと診断されるに至っていない統合失調症の当事者が含まれる可能性を前もって排除しないということです。ひきこもりの相談にあたって、常に統合失調症や双極性障害である可能性をどこかで意識していきましょう。本ガイドラインの定義で、**「原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである。」**とあえて強調しているのはそのためです。これらの精神障害の大半はひきこもりを引き起こす要因の一つとなった一次性的のものと考えられますが、中にはひきこもり状態の中で発症した二次性的のものも含まれています。例えば、うつ病性障害はひきこもりの原因になる事例が大半ですが、中にはひきこもり状態の遷延する過程で発症してくる事例もあります。

2-7 ひきこもりと発達障害

ひきこもりの大半の事例には多彩な精神障害が関与しており、中でも発達障害の関与はけっして稀ではないことから、現在特に注目されています。急性期精神科医療の現場で、30 歳以下の初診患者のうち 22%がひきこもりを呈しており、その診断は統合失調症

(ICD-10 の F2)、神経症性障害（同じく F4）、広汎性発達障害（同じく F8）を中心とする発達障害（中島ほか，2009）がほぼ同数だったという報告もあります。また、精神保健福祉センターでのひきこもり相談来談者の調査からも全体の 30%弱ほどに発達障害の診断がついたという報告もあります（近藤ほか，2010）。このような数字が示唆するのは、発達障害の特性のいくつかがひきこもりとの親和性を持っているのではないかという点です。また、発達障害を持つ事例の支援にあたっては、各発達障害の認知特性に適合させた指導プログラムや生活・就労支援が必要になりますし、また有効です。以上からひきこもりと発達障害との関連は大いにありそうです。

発達障害は国際的な定義にしがいますと、WHO の ICD-10 でも米国精神医学会の DSM-IV-TR でも、精神障害の一領域と位置づけられています。それらの考え方に準じて、本ガイドラインでは精神障害には発達障害は含まれているという視点からの記載を行っています。

2-8 ひきこもりを支援対象とする理由

支援を必要とするひきこもりの中心にあるのは、子どもであれ、青年あるいは成人であれ、社会的な活動からの回避が長期化し、社会生活の再開が著しく困難になってしまった事例です。このような事例では、家族が見通しの立たない事態に大きな不安を抱えるようになっていきます。また、家庭内暴力や退行、不潔恐怖や手洗い強迫などが深刻化している事例、幻覚や妄想といった精神病症状など、何らかの精神障害の症状が顕在化している事例では、家庭内の生活や人間関係さえも危機に瀕している場合もあります。いずれの場合も、精神保健、福祉、医療などからの支援を必要としています。

ひきこもりの長期化とは、年齢相応の社会経験を積む機会を失うことです。すでに同世代の大半が年齢相応の社会経験を積んで次の課題に向いあっている状況に合流し、一緒に進みはじめることは容易なことではありません。再チャレンジを支える仕組みと支援者が必要なのです。

また、ひきこもり中の子どもと親、特に母親との間で、過保護や過干渉を伴う共生的な関係性が形成されやすいという事例も多く見られますが、そういう場合は青年期の子どもを社会に送り出してゆくために必要な社会との橋渡しの機能を家族が発揮できなくなりがちです。ひきこもりに必然的に伴うこうした家族の機能不全が、さらにひきこもりの長期

化を招くという悪循環を形成してしまいがちです。このような家族システムの機能不全も支援の重要な対象となります。

2-9 ひきこもりの長期化とその予防について

ひきこもりの長期化は当事者の身体的ならびに心理・社会的な「健康」に深刻な影響を与えます。生物的・身体的には、衛生面、栄養面での問題や、身体疾患、あるいは使用しないことによる身体的機能の低下などが懸念されます。また心理・社会的には、年齢相応の学習や社会的体験の機会を逃すだけでなく、学校や社会の通常の活動に再び参加するチャレンジの場を提供される機会が徐々に減っていき、さらにはひきこもっていた時期が就労での障害となりやすいことなどもあり、長期化はひきこもり状態から社会参加への展開を妨げる高い壁を形成する可能性があります。そうしたハンディキャップはしばしば精神的な健康を損なわせ、何らかの精神障害を発症するストレス要因の一つとなる可能性があります。支援者はひきこもりの長期化がもたらす困難な事態をよく理解しておく必要があります。

ひきこもりの長期化を防ぐための最も重要な視点は、当事者の来談・受診をできるだけ早く実現するということです。そのためには、ひきこもりの状態となっている場合に提供されている身近な地域のサービスの一覧を普段から住民向けに広く周知しておくこと、家庭への訪問を行うアウトリーチ型支援をタイミングよく開始すること、家族がひきこもりの本人に来談・受診を説明しやすくなるようなアドバイス、あるいはガイダンスを継続することなどが必要です。

(参考)

- 支援へのアクセス可能性を高める工夫としては、英国保健省の傘下機関である国民保健機関（National Health Service: NHS）による、心理療法、特に認知行動療法へのアクセス改善を目指した Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme (the IAPT team, 2008) 等が注目されています。
- アウトリーチのアセスメントについては、【4-5 訪問支援（アウトリーチ型支援）】を参照してください。
- 家族がひきこもりの本人に相談や受診を進めるためのアドバイスに関しては、米国で行

われている、薬物依存患者を受療につなげるプログラム Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) が参考になります。(Smith & Meyers, 2007)。CRAFT では、認知行動療法の理論に基づき次のことを週 1 回 1 セッションで実施します。①家族の動機づけを高める。②問題の行動分析。③家庭内暴力の予防。④家族のコミュニケーションスキルの改善。⑤望ましき行動を増やす。⑥望ましくない行動を減らす。⑦家族自身の生活を豊かにする。⑧本人に受療を勧める。

3. ひきこもりの評価

3-1 評価のための基本的視点

様々な専門機関は、何を評価すべきなのでしょう。いうまでもなく、ひきこもりの評価とはひきこもっている当事者とその周囲の状況の全体像、支援の指針を明らかにするためのものとなる情報です。このガイドラインでは、ひきこもりをいくつかの軸に分けてとらえ、最終的に全ての軸を組み立てて全体像を得ようとする多軸評価法が合理的と考えましたので紹介します。

第 1 軸：背景精神障害の診断：発達障害とパーソナリティ障害を除く精神障害の診断です（参照 2-6、3-3）。

第 2 軸：発達障害の診断：発達障害があればそれを診断します（参照 2-7、3-3）。

第 3 軸：パーソナリティ傾向の評価（子どもでは不登校のタイプ分類）：パーソナリティ障害を含むパーソナリティ傾向の評価です。子どもの不登校では過剰適応型、受動型、衝動型といった不登校の発現経過の特性による分類が有益です（参照 2-5、3-3）。

第 4 軸：ひきこもりの段階の評価：（参照 3-6）

第 5 軸：環境の評価：ひきこもりを生じることに寄与した環境要因とそこからの立ち直りを支援できる地域資源などの評価です。

第 6 軸：診断と支援方針に基づいたひきこもり分類：第 1 軸から 5 軸までの評価結果やそれに基づく支援計画の見通しなどを総合して、三群にわたるひきこもり分類のどれにあたるかを評価します（参照 3-7）。

3-2 適切な評価が行われるための環境

適切な評価が行われるためには、2つの要素が重要です。一つは、ひきこもりは相談初期に得られた情報だけでは効果的な支援ができず、長期的な関与を続けながら情報を蓄積する事が必要であるという事です。もう一つは、適切な支援を計画するために精神障害の有無についての判断が非常に重要であるという事です。

まず、情報の蓄積についてです。

例えば、各種の学校で不登校が生じた場合は、管理職、学級担任を含め子どもにかかわる教員、教育相談担当教員、養護教諭、スクール・カウンセラーなどの職員による校内システムに基づいた支援、教育相談機関(教育センター・教育研究所・教育相談所等)による支援等が行われていますが、これらの支援の中で得られた情報は、当事者のひきこもりにつながる様々な出来事(過去の出来事も含めて)を推察するために、とても重要となります。

また、地域の保健・福祉分野の相談機関(児童相談所、保健所、精神保健福祉センター、市町村の担当部署など)は、当事者の直接的な相談よりは家族や現場職員からの相談が多くなりますが、ここでは家庭内や近隣での生活の様子など生活に密着した幅広い場面でどのような事が問題になってきたのかという支援等の経過を確認でき、今後の支援の計画を立てるために、とても重要になります。

さらに、精神科医療機関(精神科及び児童精神科を持つ総合病院や単科病院あるいは診療所)では、当事者が受診しない時期に家族から得た情報などから推察される一定の病状判断は、支援に関する暫定的な方針を決定するためにとても重要です。

こうした情報の収集を通じて、ひきこもりの総合的な評価が行われることが期待されますが、支援の初期に得られた情報だけで評価を行うには限界が多く、評価対象となった個々のひきこもり事例の経過、そこで生じた現実の出来事、当事者とその家族の相互作用の質と量、当事者のパーソナリティ傾向をはじめとする特性などを総合的にとらえたひきこもりの全体像を得るには、時間をかけて情報を蓄積していく必要があります。初期に関わった機関が持っている情報を、次の機関に引き継ぎ、さらに次に関与する機関に伝達するという機関間のバトンタッチのシステムが大切です。その結果として得られた全体像は、それまで孤立的であった情報のつながりを明らかにし、時間経過による状態像や症状の変化

をとらえる根拠を提供し、当事者や家族あるいは以前に関与した機関などから得た情報間の矛盾や食い違いを解きほぐしていく中から支援上の重要なヒントを得ることなどが期待できます。

各専門機関での見立てにあたって忘れてならないことは、ひきこもりは、それ自体が何らかの精神障害の症状として表れている場合もある一方で、ひきこもりの状態を維持することで何らかの精神障害の発症ないし顕在化を防いでいる場合も、まずひきこもりが生じ、後になって精神症状が顕在化してくるような場合もあります。それゆえに、ひきこもりが防衛機制として機能しているうちは、統合失調症にせよ、気分障害にせよ、症状が不明瞭で把握しにくい場合が少なくありません。長期化しつつある事例や対応に苦慮する事例では少なくとも一度は何らかの形で精神医学的診断を評価の中に加えるべきです。

3-3 ひきこもりと関係の深い精神障害とその特徴

ひきこもりの背景に存在する主な精神障害には以下のようなものがあります。

① 適応障害

いじめなどの出来事を契機に不安や抑うつ気分が出現し、不登校・ひきこもりに至ることがあります。適応障害をもたらすストレス状況が遷延したり、あるいは誘因は解消しても症状が遷延したりすると、適応障害から気分障害や不安障害などへの展開が生じ、結果的にひきこもりが本格化・遷延化することは珍しくありません。

② 不安障害（社交不安障害、全般性不安障害、パニック障害など）

社交不安障害は、人前で行動するなどの社会的活動に対する回避傾向が主症状の不安障害で、同年代やなじみの少ない対象を回避し、ひきこもりへと向かう可能性が少なくありません。全般性不安障害は様々な場での不安が特徴的ですが、特に失敗や挫折を恐れるあまりに緊張の強さが目立つ点に特徴があり、ときに不登校やひきこもりの原因となります。パニック障害の発作様の不安・恐怖状態が頻発するようになると、その出現を恐れて外出を控えるようになり、ひきこもり状態に至ることもあります。

③ 気分障害

その大半はうつ病性障害で、大うつ病エピソード、あるいはそれに準ずるうつ状態

（気分変調性障害、月経前不快気分障害、小うつ病性障害など）の際にひきこもりを生じることがありますが、多くの場合に一旦ひきこもった当事者はうつ状態が改善したからといって、ただちにひきこもりから抜け出すことができるわけではないことを心得ておきましょう。うつ病性障害の中でも気分変調性障害はひきこもりとの親和性がより高い障害とされています。また、うつ状態から活動力の亢進する躁状態に転じる双極性障害であることが明らかになる事例もあります。

④ 強迫性障害

強迫症状が増悪してきた場合に、強迫症状に縛られて日常生活の習慣的行動をスムーズにこなせなくなったり、家族を巻き込んだ強迫症状に伴って退行が生じることによって母親との共生的な結びつきから離れられなくなったりする結果、ひきこもり状態となることがあります。

⑤ パーソナリティ障害

不登校やひきこもりに表現されるような回避性、依存性、自己愛性、境界性（空虚感、孤立感、対象へのしがみつきの操作などが特徴）などの心性が年余にわたって持続する間に、そうした心性がパーソナリティに構造化されてパーソナリティ障害への展開が生じることがあります。もちろん不登校・ひきこもりが生じる前にパーソナリティ障害が確立していき、各パーソナリティ障害に固有なタイプの社会適応の困難さが深刻化し、社会的活動や関係性を回避するようになり、ひきこもりに至るという経過も多くみられることはいうまでもありません。

⑥ 統合失調症

統合失調症の陽性症状そのものである幻覚、妄想、自我障害などに基づく強い不安・恐怖から外出を控えたり、妄想に根ざした警戒心から家庭に閉じこもったりすることがあります。また陰性症状と呼ばれる意欲の低下に基づいて外出頻度が低下したり、人との交流を求めなくなったりするため、結果としてひきこもり状況に至る場合もあります。また統合失調症に基づく言動の影響で、周囲との人間関係が悪化し、周囲から距離を置かれるようになることに伴って外出困難になるという経過もあるでしょう。また、周囲の統合失調症に対する差別や偏見が強いため、あるいは家族が近所の目を気にしすぎるために、トラブルを避けるために外出させてもらえないという事例もあるかもしれません。また、当事者ではなく家族の中に統合失調症の

人がいて、その人の妄想に基づく外界への警戒心から当事者の外出を禁じたり、その人の影響で当事者も同じ妄想を共有するようになったりしたため、ひきこもりに至っている事例も存在することを支援にあたって心得ておきましょう。

⑦ 対人恐怖的な妄想性障害（醜形恐怖、自己臭恐怖、自己視線恐怖）や選択性緘黙など
児童思春期に特有な精神障害

自らの容貌が醜いため、体臭が不快なため、あるいは視線がきついため他者を不快にさせているという思春期特有な確信を持つ妄想性障害の若者は、他者との接触を極端に避けるようになることがあります。また、選択性緘黙のような幼い頃から幼稚園や学校で口を閉ざしていた子どもが、やがて徐々に学校にいかなくなり家にひきこもる、あるいは高校卒業後は進路を決めないまま家庭にとどまるようになることがあります。

⑧ 広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders；以下 PDD）

広汎性発達障害、特にその高機能群（アスペルガー障害など）は思春期に入った小学校高学年から中学生にかけての年代で、同年代仲間集団から孤立したり、からかひやいじめの対象になったりすることが多く、そのことを契機にひきこもることがあります。いじめられた経験の頻回なフラッシュ・バックとそれに伴うパニック的な興奮、社会への関心の乏しさ、ゲームなどの活動への没頭の生じやすさなどは社会から孤立した PDD の若者がひきこもりに向かう強力な推進力となっていると思われます。

⑨ 注意欠如・多動性障害（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder；以下 ADHD）

本来人懐っこく、親しい人間関係を求める気持ちの強いのが ADHD の子どもの特徴です。しかし ADHD の主症状である不注意、多動性、衝動性のため、思春期年代に入る頃には仲間集団から孤立したり、学校生活で疎外されたりという状況に陥りやすくなります。こうした状況が長期化すると二次的に気分障害を併存したり、極端に反抗的になったりし、最終的には不登校・ひきこもりに至る可能性が高まります。

⑩ 知的障害・学習障害など

知的障害者（IQ70 未満）が保護的で支持な環境や適切な能力応じた活動の機会を提供されなかった場合、社会的活動の場を回避して家庭へのひきこもりを生じる可能性があります。障害ではありませんが境界知能（IQ70～84）の子どもや若者は社会

的な評価や介入に非常に敏感で傷つきやすい面があり、不安な状況が続くと社会活動を回避しひきこもりに至る可能性の高いグループであることを心得ておきましょう。

3-4 とくに留意すべき精神障害

ひきこもりとは状態像をさす用語であって、その背景がどのようなものかということまでは特定していません。ですから、ひきこもりととらえた段階で評価を停止するのではなく、その背景に存在し、当事者を苦しめるとともに、ひきこもり状態を遷延させている要因としての精神障害への関心を忘れない姿勢が支援者には求められるのです。特に、精神障害の中には適切な治療の開始が遅れることで当事者が大きな不利益をこうむることになる以下のような障害もあることを常に心得ておかねばなりません。

その第一に挙げるべきは、気分障害の大うつ病性障害と双極性障害における大うつ病エピソードです。その第二に挙げるべきは統合失調症とその類縁疾患でしょう。そして第三の障害群は、ADHD や PDD を含む「発達障害」です。

ぼんやりしたり、ふさぎこんで考え込んでいたり、好きなこともしなくなり生活全般に意欲が感じられず、生きている価値がないと感じたり、死にたいと訴えたりする場合は、気分障害のうつ状態かもしれません。子どもの場合は言葉で気分を表現できず、説明のできない苛立ちや不機嫌という形で現れる場合もあります。いずれにしても突発的な自殺に至る可能性があり、早期に休息や薬物療法などの介入が必要です。

幻覚や妄想がある場合、特に特徴的な内容の幻聴や妄想がある場合は統合失調症の可能性を吟味すべきです。例えば「悪口をいわれている」「うわさされている」「自分の行動についていわれる」という訴えや、また独り言をぶつぶつと喋って誰かと話している様子などから幻聴があると思われるとき、また被害妄想を中心とした様々なタイプの妄想があるときです。他にも「自分の考えが読まれている／伝わってしまう」「あやつられている」などの訴え、脈絡なくとまらない言動があるときも注意が必要です。こうした体験はそのまま統合失調症を意味するわけではありません。他者の批判的な目や近所の人々の噂話への過敏な被害妄想的解釈などは、統合失調症ではないひきこもり者の発言としてしばしば出会うものです。しかし、統合失調症であることが診断できたら、速やかに適切な薬物療法を開始すべきです。

対人関係のもちにくさが著しく他者の意図や状況の理解が難しい場合、衝動性の高さや独特の風変わりな思考やこだわりなどのために周囲から孤立している場合、からかいの対象になっている場合、あるいは学習に集中できないなどの困難が多く自信をなくしている場合は、知的障害も含めた何らかの発達障害の可能性を考慮する必要があります。診断が確定すれば各発達障害の特性に応じた環境の構造化や学習指導法、薬物療法、親に発達障害の特性を知ってもらい我が子の行動管理に役立つスキルを獲得してもらうためのペアレント・トレーニングなどを提供することができます。

3-5 家族しか相談に訪れない場合の精神障害の評価についての考え方

精神障害の評価を正確に行うためには、医療の専門家が当事者の日常生活・精神状態・親との関係性・症状など、多方面から評価し総合的な見立てを行う必要があります。当事者と直接会えない状況で、家族が述べる情報を元に評価する際には、情報があくまで家族の目を通した間接的で限定的なものであることを常に意識し、得た評価結果についてもあくまで推測の結果に過ぎないとする慎重さが求められます。

評価は、一般的な病歴はもちろんのこと、発達歴や生育歴を詳しく聴取し、かんしゃくやこだわりなどの特性、集団場面での適応などに取り組みます。次に日常生活について聴取しますが、睡眠覚醒リズムの評価が特に重要です。一次的・体質的な睡眠覚醒リズム障害、気分障害や統合失調症などの精神障害の症状としての不眠、社交恐怖や回避、自己嫌悪等の心理から生じた二次的な睡眠覚醒リズムの障害まで、多様な可能性が考えられます。食事摂取状況の評価も必要です。広汎性発達障害にともなう著しい偏食や、摂食障害にともなう拒食や過食・嘔吐が見られる可能性があります。不安や抑うつが強い事例では、うつ病性障害でなくとも食事量が減って痩せてくることもあります。清潔・不潔など身の整え方に関しても評価します。ひきこもり青年には強迫症状を併せ持つ事例が少なくありませんが、強迫性障害者は過度に清潔さや整理整頓にこだわる面をもつと同時に、そのこだわりのために物をため込んで乱雑に放置したり、不潔恐怖のために着替えや入浴ができないまま不潔な状態に陥っていたりすることがよくあります。また、全体的に清潔・不潔に無頓着で、人格水準の緩徐な低下を伴う場合には解体型の統合失調症の発症を疑う可能性があります。

また、強迫症状に家族を巻き込むなど、家族を支配的に扱う事例がありますが、このよ

うに家族が病理的な関係性に陥っている事例は深刻な事態を呈しやすく、特に病態の変化が急激な場合は何らかの深刻な状態が予想されます。当事者と家族の関係性にも注目し、その特性について詳細に評価する必要があります。家族の陳述からの評価は診断についてだけではなく、ひきこもりの経過で生じてくる諸現象にも注意を払いつづけましょう。

3-6 ひきこもりの段階を知ること

当事者が現在どの段階にいるのかを評価することは、周囲の大人が心得ておくべき留意点や支援法の選択などに大きな影響を与える大切な要因です。不登校の中核群を含むひきこもりの発現とその後の経過は図1のような流れをたどるものと考えてよいでしょう。

「準備段階」は、当事者の内面では葛藤がありますが、症状はあったとしても身体症状、不安・緊張の高まり、抑うつ気分などの一般的な症状です。もちろん、この時期の当事者は就学ないし就労を続けていますから周囲からはひきこもりの経過が始まっているとはわかりにくい段階です。このまま適切な支援を受けるなどの理由でひきこもりに至ることなく終る子どもや若者は多いので、なおさらこの準備段階でひきこもりを想定することは難しいでしょう。しかし、ひきこもり事例の経過をたどりなおすと、たとえ短期間でもこの時期を経ないというひきこもりはありえません。様々な一般症状を含めた当事者の変化を見逃さない適度な敏感さを、子どもや若者の支援にあたる大人は求められているといえるでしょう。

「開始段階」はいよいよひきこもり状態が始まった直後からその後しばらくの期間を含めた時期です。ひきこもりの発現に伴ってしばしば激しい葛藤が顕在化し、不安や焦りを伴う情緒的動揺や気分の落ち込みが目立つ時期です。それに重なるようにして、幼児のように親にしがみつुकかと思うと、手のひらを返すように暴力的な言動を示すような不安定さと両価性の目立つ時期が続くことがあります。このような状態は小中学生のひきこもりでは普通に見られるものですが、青年や成人のそれでは目立たない場合のほうが多いと思われます。しかし青年のひきこもりでも、その内面では似たような葛藤が刺激されている可能性があることを承知しておくべきです。この時期は、それまで属していた学校や職場に対する拒否感を、休んでいることへの罪悪感だけでは説明できないくらい強く表現します。これはひきこもりに対する家族や社会からの怒りや罰を過大評価した不合理な恐れであり、ひきこもりが始まると急速に進行する幼児期心性の再現（「退行」といいます）によ

るものと理解できます。

「ひきこもり段階」は、開始期の不安定さがひとまず治まっていき、当事者も家族もひきこもりという状況にいくぶん腹を据えたようにみえる時期といえるでしょう。外界での社会的活動に対する恐れと回避は著しく、家庭外での社会的活動に引き出そうとする介入には強い拒否を示すことは開始段階と違いはありません。しかし、そうした介入がない状況では多くの事例で開始段階ほどの不安定さは目立たなくなり、比較的穏やかな日常が過ぎていきます。この時期は軽度の退行が生じているのが普通であり、ふとした拍子に言動の幼さが目立ち、周囲の大人を困惑させることがあります。ゲームやインターネットへの長時間の没頭もこの時期に目立つ事例が少なくありません。この時期に入りしばらくすると、夜間にコンビニへ一人で買い物に行く、母親の運転する車で本屋へなら出かけるなど、ごく浅い社会との接触は再開することがあります。一方、開始段階以来の著しい退行が持続し、幼児のように親（主に母親）にしがみつき、過大な要求をしたり、それが拒まれると暴力的になったり、不安、抑うつ、強迫、解離などの精神症状が出現したりという混乱した状況が続く事例も稀ならず存在します。いずれにしてもこの時期は、ひきこもりの背景にある精神障害や強い葛藤などからの回復に取り組んでいる時間と理解すべきでしょう。実際、ひきこもり段階のいずれかの時点から、多くの事例は漠然とした社会情勢や具体的な社会活動への関心を徐々に示し始めます。そうした関心がある程度大きくなり、実際の模索を始めようとする気配が濃厚となったある時点から次の時期である「社会との再会段階」へ入っていきます。

「社会との再会段階」に入ると多くの事例は、実際のもどっていく社会生活とひきこもり状況との間に存在し、両者を橋渡しする機能を持つ「中間的・過渡的な時間と場」を利用する機会を求めるようになります。この時期は、そのような場での十分かつデリケートに配慮された支援が必要な段階ととらえておくべきです。この段階を経て当事者は実際の社会活動へと復帰するか、あるいは新たな場への挑戦に向かっていきます。しかしながら、すべての事例がこの経過をたどるわけではありません。開始段階から多くの日数を経ることなく社会との再開段階の活動に入っていく事例もあれば、ひきこもり段階に長くとどまり続ける事例も少なからず存在しています。また、社会との再会段階に長くとどまる事例もありますし、そこからひきこもり段階に逆戻りしてしまう事例もあります。まず子どもが今どの段階にあるのかを評価し、その段階の特性によって支援法を変えていく工夫が必

要です。

表 1 は以上のような各段階の特徴と対応の原則をまとめたものです。

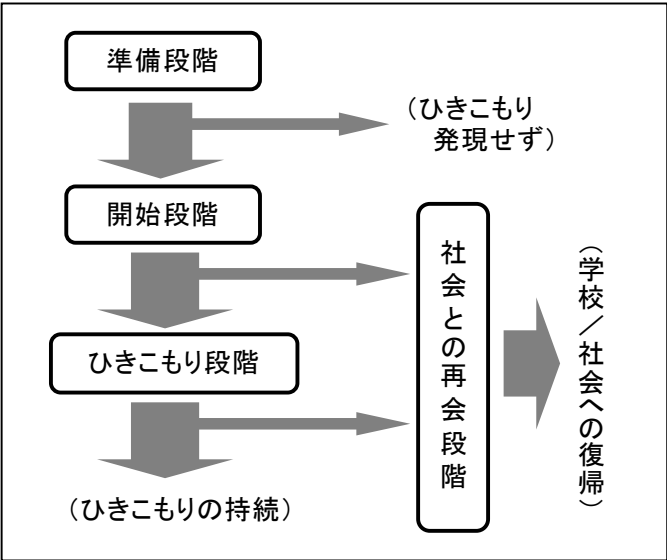


図 1 ひきこもりの諸段階

表 1 経過の段階ごとの特徴と対応

段 階	特 徴	対 応
準備段階	身体症状や精神症状や問題行動などの一般的症状が前景に立つ時期	顕在化した症状のケアなどを通じて子どもの心の訴えに耳を傾け対処すべき
開始段階	激しい葛藤の顕在化、家庭内暴力などの不安定さが目立つ時期	当事者には休養が、家族やその他の関係者には余裕が必要な時期であり、支援者が過度に指示しすぎないことが肝要
ひきこもり段階	回避と退行が前景に出て、葛藤は刺激されなければ目立たない。徐々に回復していく場合もあるため、焦りに基づく対応は避ける。しかし、何の変化もみられないまま遷延化する徴候が見えたら積極的な関与も考慮すべき時期	焦らずに見守る、性急な社会復帰の要求は避ける、家族の不安を支える、適切な治療・支援との出会いに配慮が必要

社会との 再会段階	試行錯誤しながら外界（多くは中間的・過渡的な場）との接触が生じ、活動が始まる時期	子どもの変化に一喜一憂せずに安定した関わりを心がける（家族が焦って登校刺激や外出刺激を行う傾向がある）
--------------	--	---

3-7 診断と支援方針に基づいた分類

近藤らによる山梨県立精神保健福祉センターでの16歳以上の相談事例に関する研究から、ひきこもりは以下の三つの群に分類できることがわかりました（表2）。この分類の重要な点は、各群によって利用を推奨できる治療・支援機関や支援制度が異なることです。本ガイドラインではこの分類を多軸評価の最後の軸（第6軸）に置き、そこまでの評価結果を実際の支援に方向づけるための「まとめ」と位置づけています。

第1群は、統合失調症、気分障害、不安障害などの精神障害と診断され、かつ発達障害を併存していない群であり、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されます。この場合、病態や障害に応じた薬物療法や各種の精神療法の併用が有効であるため、治療・支援の場として医療機関が重視されます。統合失調症や双極性障害、あるいはうつ病などの急性症状が顕著な場合には、ときに入院治療が適応となることもあります。また、それらの障害が難治性あるいは遷延性であるために生活・就労支援が必要となるような場合には、精神保健福祉法に基づいて設置された社会復帰施設や、障害者自立支援法に基づいた支援体制（市町村の相談支援事業など）、障害者を対象とした就労支援体制（障害者職業センターや生活・就業支援センターなど）などの活用を考慮する必要があります。

第2群は、広汎性発達障害や知的障害などの発達障害と診断される群で、この群には発達特性に応じた精神療法的アプローチやソーシャル・スキル・トレーニング、さらに具体的な生活・就労支援を中心とする取り組みが必要です。発達障害の事例は、二次障害ととらえるべき他の精神障害（社交不安障害や強迫性障害、慢性の適応障害など）を併存しやすく、その併存障害をターゲットにした治療が必要となる場合が少なくありません。そのような事例は第1群に準じた医療機関の治療・支援を組み込むべきですが、発達障害の基本的特性が原因ととらえられる社会的適応上の問題に対しては、福祉的支援が必要なら市町村の担当窓口や知的障害者更生相談所、あるいは発達障害者支援センター、精神保健福祉センターなどの保健・福祉あるいは労働分野の相談支援機関などを活用した生活・就労

支援が必要です。

第3群はパーソナリティ障害や身体表現性障害、同一性の問題などを主診断とする群で、この場合は、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となります。またここには第1群で気分障害や不安障害を主診断とする事例のうち、薬物療法が無効なために心理－社会的支援が中心になるものも含まれます。医療機関や保健・福祉分野の相談支援機関、カウンセリング機関、青少年育成や労働に関する相談支援機関、民間支援団体などによる治療・支援を活用すべきです。

なお、この分類にあたって注意しなければならないことは、精神疾患の診断名によって機械的にどの群に分類すべきかが決まっているわけではないということです。あくまで、第1軸から第5軸までの評価をまとめる形で事例の全体像を描き出し、支援法との関連で最も適合している群に分類すべきです。

表2 ひきこもりの三分類と支援のストラテジー

第一群	統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とするひきこもりで、薬物療法などの生物学的治療が不可欠いしはその有効性が期待されるもので、精神療法的アプローチや福祉的な生活・就労支援などの心理－社会的支援も同時に実施される。
第二群	広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とするひきこもりで、発達特性に応じた精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもので、薬物療法は発達障害自体を対象とする場合と、二次障害を対象として行われる場合がある。
第三群	パーソナリティ障害（ないしその傾向）や身体表現性障害、同一性の問題などを主診断とするひきこもりで、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもので、薬物療法は付加的に行われる場合がある。

4. ひきこもりに対する支援

4-1 ひきこもり支援の多次元モデル

ひきこもりの支援は当事者とその周囲の状況の全体的な評価に基づいて組み立てられるべきです。支援者は評価の段階だけではなく支援が開始してからも、「支援しつつ評価する」あるいは「支援も評価も」という姿勢を維持すべきでしょう。そのひきこもりの支援は、以下の3つの次元からとらえると、理解しやすいのではないのでしょうか。

第一の次元：背景にある精神障害（発達障害とパーソナリティ障害も含む）に特異的な支援

第二の次元：家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起こしなど環境的条件の改善

第三の次元：ひきこもりが意味する思春期の自立過程（これを幼児期の“分離 - 個体化過程”の再現という意味で“第二の個体化”と呼ぶ人もいます）の挫折に対する支援

背景にある精神障害の治療と環境の修正などはひきこもり支援にとって避けては通れないところですが、それらが成功しても当事者はなかなか動かないということをししばしば経験します。このことは、思春期の自立過程の挫折というひきこもり体験がもたらす深い傷つきの克服のための作業が手付かずであることを意味しています。思春期の自立過程とは思春期年代における親離れと自分探し・自分作りの過程の結果得られる自己の自律性と独立性の確立を意味しており、ひきこもりはその確立経過を押しとどめ、停滞させます。その結果、退行が生じ、家族内人間関係へのしがみつきの万能的な自己中心性が強まり、ひきこもりをますます強固なものにしてしまいます。背景の精神障害が改善しても、環境が修正されても、この悪循環を止めるのは容易ではありません。これに支援の手を伸ばすことなしには、すなわち支援の第三の次元に注目することなしには、一向にひきこもりが改善しないという事例は非常に多いといってもよいでしょう。

4-2 地域連携ネットワークによる支援

4-2-a ひきこもり支援を提供できる機関

ひきこもり支援を専門にしてはいないものの相談を受け、その後も支援を続けることのできる機関は決して少なくはありませんが、専門的ひきこもり支援の場については数少ない現状を踏まえれば、現時点では不登校を含むひきこもり支援は教育機関、保健機関、児童福祉機関、福祉機関、医療機関、NPO 団体などの複数の専門機関による多面的な支援が必要になるでしょう。地域の中でまずどこに相談したらよいかをガイドする「ひきこもり地域センター」の設置を厚生労働省では進めています。（平成22年2月時点で全国19か所）このセンターには、ひきこもり支援コーディネーターが配置され、地域における関係機関とのネットワークの構築や、ひきこもり対策にとって必要な情報提供を行います。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/hikikomori05.pdf>。

医療機関（精神科、心療内科、小児科等）：専門科の違いもあり、積極的に取り扱っている機関とそうでない機関があるため、その地域でどの医療機関が不登校・ひきこもりに積極的に取り組んでいるかは、保健所や精神保健福祉センター、あるいは市町村の担当部署などの地域の保健・福祉・教育機関などから情報を得る必要があります。医療機関においては統合失調症など、見逃してはならない精神病性障害や身体疾患の診断と治療に取り組めます。その他の精神障害の場合にも、当事者の心理状態を評価して必要なサポートについて精神医学的、あるいは心身医学的な見地からのアドバイスが行われます。

保健機関（保健所、精神保健福祉センター、市町村の担当部門）：保健所では精神保健福祉相談員や保健師による訪問支援が行われており、不登校・ひきこもりに対しても地域での支援が見込まれます。精神保健福祉センターは、精神保健福祉法に基づき各都道府県などに設置された機関で、精神障害者の保健福祉の増進を図るため、様々な相談に応じています。その専門性は高く、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士などの職種がいるため、不登校・ひきこもりへの支援は単なる相談にとどまらず、個人精神療法や集団精神療法などの専門的な治療が行われる場合もあります。市町村に精神保健も担当する部門がある場合には、上記の機関が果たす機能のいくつかを担当し

ていますので、身近な窓口として相談しやすいでしょう。

福祉機関（児童相談所、福祉事務所、発達障害者支援センター）：児童相談所は児童福祉が目的のため対象は0歳から18歳未満ですが、児童福祉司と呼ばれる福祉専門職と児童心理司と呼ばれる心理専門職、常勤ないし非常勤の医師がいて、児童に関するあらゆる相談に応じています。不登校・ひきこもりへの支援は、当事者や家族の相談に乗ることが中心ですが、児童虐待などの家族機能の問題が生じていないかを把握することも重要な役割です。児童虐待などの家族機能に問題のある事例が増えており、その対応においては中心的役割を担っています。また生活保護家庭の子どもの事例では福祉事務所との連携も重要になります。発達障害者支援センターも各地に設置されており、発達障害を持つ子どもの長期化しつつある不登校やひきこもり事例に対する支援機関の機能を果たします。

教育機関（教育センター・教育相談所・学校）：不登校・ひきこもりの状態で、小学校・中学校・高等学校に在籍していれば、まず学校の担任に相談するケースが多いでしょう。相談を受けた学校は、担任を中心として管理職、養護教諭、部活の顧問、学級主任などの教員が連携し、スクール・カウンセラーやスクールソーシャルワーカー、あるいは校医と相談をしながら、当事者と家族に支援を行っていきます。学校内での対応だけでは難しい場合、地域の教育委員会が設置している教育センター・教育相談所などの機関との連携が必要になります。相談員として教員や心理士が在籍しており、不登校・ひきこもりへの対応の窓口となっており、不登校状態にある子どもがその在籍学校への復帰を目指していく際の中間的な施設として従来「適応指導教室」と呼ばれてきた教室を持っていることが多く、不登校児への支援が行われています。また、もし地域に存在するなら心理系の大学に設置された相談室も公的な教育相談機関に準ずる支援の場として利用することができます。

特定非営利組織(Non Profit Organization. 以下、NPO など)：不登校・ひきこもりを支援するNPO団体は多く、学習支援、就労支援、フリースペースのような居場所を目的とするところなどがあります。いうまでもなく、NPO団体によって支えられながらひきこもりを克服していく当事者はたくさんいます。しかしNPO団体は、支援機関としての活動の質がまちまちであり、ときに不適切な対応を行う団体も皆無ではありません。当事者の年齢

や状態に応じた適切な機関を見つけ出すことは難しいため、地域の公的機関や医療機関などから、必要に応じて目的にかなった NPO 団体を紹介してもらうのがよいでしょう。

就労支援機関：最も代表的な機関はハローワークですが、地域若者サポートステーション、ジョブカフェ（若年者就業支援センター）、ヤングハローワーク、学生職業総合支援センターなどの機関があります。これらの機関がひきこもり事例に関与することができるのは、支援がかなり展開し、就労がある程度具体的な目標として登場してくるような段階であり、初期対応のための機関ではないことを心得ておきましょう。

4-2-b 地域の専門機関が連携することで得られるもの

地域は、専門機関による連携ネットワークを設置することによって、以下のような成果を期待できます。

- ① 地域の専門機関が一機関だけではその介入に苦慮している不登校・ひきこもりを多機関で評価および支援することを可能にします。
- ② 保健・医療・福祉・教育等の各分野の機関による包括的で総合的な評価と支援の提供を可能にします。
- ③ 定期的な事例検討会議の開催によって実務者による方針決定を可能にします。
- ④ その検討会議そのものが専門機関を対象としたひきこもりに関する啓発活動として機能します。
- ⑤ 各機関の機能の特徴をお互いに理解しあった「顔の見える連携ネットワーク」の構築を可能にします。

以上のような点が期待できる連携ネットワークはひきこもり支援には欠かすことのできないものといえるでしょう。なぜなら、ひきこもりに対する支援を行うときに、ある一つの機関だけではその支援が完結しないことがたびたびあるからです。そのような経験は医療・福祉・教育・司法のいずれの領域の機関であっても避けて通ることはできないでしょう。

では、実際のひきこもり事例で他機関との連携を必要とする理由は为什么呢。第一

に、ひきこもりの背景に潜む精神障害の評価のみならず、ひきこもりの評価は家族の機能や家族内葛藤、家族の経済状況、学校の支持機能の質と量など多岐にわたる評価が必要になります。また、ひきこもりに対する支援に関しても医療機関による精神障害の治療だけでなく、様々な社会資源を利用しつつ当事者の社会復帰と家族の立ち直りを目指した支援を行っていかなくてはなりません。社会復帰に向けて、子どもなら地域の教育センターなどの相談機関で学校復帰プログラムに取り組む必要があるかもしれませんし、青年なら職業訓練などの就労支援および、地域のデイ・ケアや作業所などの利用を考慮する必要もあります。

このような機能をすべて提供できる専門機関はありませんし、現実的ではありません。地域の多岐にわたる専門機関が連携し、機能の分担を積極的に進めるべきでしょう。このような理由からも、地域における複数の専門機関の連携はひきこもり支援において必須のものといえるでしょう。

しかし現実には、そのような連携はしばしば連携の必要があった一事例のそれで終わってしまいがちです。そのため他の事例で連携が必要になったときには、また最初からやり直さないとはいけません。幸運にも連携に関心を持ってくれる職員が相手機関に存在し、一旦結ばれた連携関係が持続したとしても、そのような職員が転勤によって相手機関にいなかった際には、またやり直しになります。このようなことが度重なると、連携を作り上げ維持しようとする意欲も地域から消えていきます。そのような事態を防ぐためにも、また専門機関が必要な時に実践的なアドバイスや連携相手を速やかに得ることができるようにするためにも、普段から恒常的な支援ネットワークを地域に構築し、担当職員が替わっても各機関の参加が維持されるような構造を作り上げておく必要があるのです。

なおこのネットワークは、参加専門機関の責任者が集まり、ネットワーク機能の大枠について協議し、機関間の調整をはかるネットワーク管理のための協議会が必要ですが、それとは別に各機関の実務者が集まって実際に現在対応が難しくなっている事例を検討し、支援の方針を出し、その支援に現在関与している機関と連携する機関を明らかにすることを目指すケース・マネジメント会議（参照 4-2-c）が必ず存在しなければなりません。

4-2-c 地域における連携ネットワーク設置の注意事項

連携ネットワークの設置・運用に際して注意すべき点がいくつかあります。以下にその

注意事項を列挙し、その後に各事項について解説します。

- ① 連携ネットワークに参加する各分野の機関のひきこもりに対する理解や対応方法には違いがあることを心得て、機関間の理解のすりあわせを辛抱強く続ける必要があります。
- ② 連携ネットワークの機能を維持するために定期的なケース・マネジメント会議を開催していくとともに、緊急の課題に対応するための臨時会議開催を可能にしておく必要があります。
- ③ 連携ネットワークの機能を維持するためには、検討事例受付のための窓口機能をはじめとしたネットワーク運営にあたる活動的な事務局機能が必須です。
- ④ 連携ネットワークは、検討事例の情報を複数の機関で共有することになるため、特に当事者および家族の個人情報をはじめとするプライバシーの保護には厳密な配慮が必要です。
- ⑤ 連携ネットワークの質を決定するという意味で事務局機能と同じようネットワークの要（かなめ）となるのはケース・マネジメント会議です。毎回、必ず支援法をめぐる新たな見通しや協力機関が得られるよう工夫しましょう。
- ⑥ 連携ネットワークは新たに設置する場合と、すでに運営されている類似の機能を持つネットワークに新たな機能を付加して活用する場合があります。地域の特性や状況に応じて選択しましょう。

①について：

ひきこもりは比較的新しい概念のため、高齢者や従来の精神障害者のケア会議などと異なり、それぞれの支援機関にはひきこもりに対する理解や認識、あるいは対応方法に相違が存在することがあることを心得ておくべきです。そのような相違を越えて健全な連携を実践するためにも、日頃から地域の様々な分野のひきこもり支援機関の実務家が定期的集まり、対応の難しい事例の検討を行う会議（ケース・マネジメント会議）を定期的開催して、情報や概念のすりあわせを行うとともに、各機関が複数の他機関と協働する経験を蓄積していくことが推奨されます。

②について：

その際、定期的に集まることを通じてケース・マネジメント会議を連携ネットワークとして築きあげる必要があります。一方で、定期会議では間に合わない緊急の課題が生じた際には臨時の会議を開く柔軟性はネットワークの前提として必ず保持しておきたいものです。そのような臨時の会議では、ネットワーク参加機関のすべての日程を調整していると、何週間も先になってしまうことが多いため、必要度の高い機関から優先的に時間を合わせていき、ひとまず集まることのできる機関で検討をおこなうべきでしょう。

③について：

上記のような機能を持つ地域連携ネットワークの成功に關与する重要な要因は、ネットワークにおける事例検討の入り口機能を果たし、ケース・マネジメント会議の対象となった事例のその後のフォローアップを含む各機関との連絡、検討の必要がある事例の有無の確認、日程の調整、事例提出機関の資料作成に関するアドバイスなどにあたる事務局の役割を果たす機関の有無です。また、ケース・マネジメント会議でひきこもり事例の評価や支援に関する有益な検討を行うためには、情報が一面的になりすぎないように、事例を提出した機関だけでなく、他機関からも事例やその周囲の環境に関する情報が出てくるような準備作業を事務局が行うことを求められます。このように、事務局機能を担う機関が活発に活動してこそネットワークは有益な事例検討を行うことができるのです。

④について：

ケース・マネジメント会議の開催においては、事例の情報を複数の機関で共有することになるため、当事者および家族のプライバシーに十分留意する必要があります。少なくとも家族の同意は基本的にとっておくべきです。もし同意を得られない事例の検討がどうしても必要な場合には、当然ながら提示される資料には十分プライバシーの保護がなされるべきです。ケース・マネジメント会議では、今回の会議に事例を出す理由、検討のアウトカムへの希望（支援方法を知りたいのか連携機関を求めているのかなど）、各参加者の立場と役割、当事者の同意の有無、参加者の守秘義務などを司会あるいは事務局が確認します。その上で参加者は、事例を出した機関の希望に応える形で情報の共有、評価、支援への協力を名乗り出た機関との役割の明確化、支援プラン、具体的な危機介入法などについて検討することになります。

⑤について：

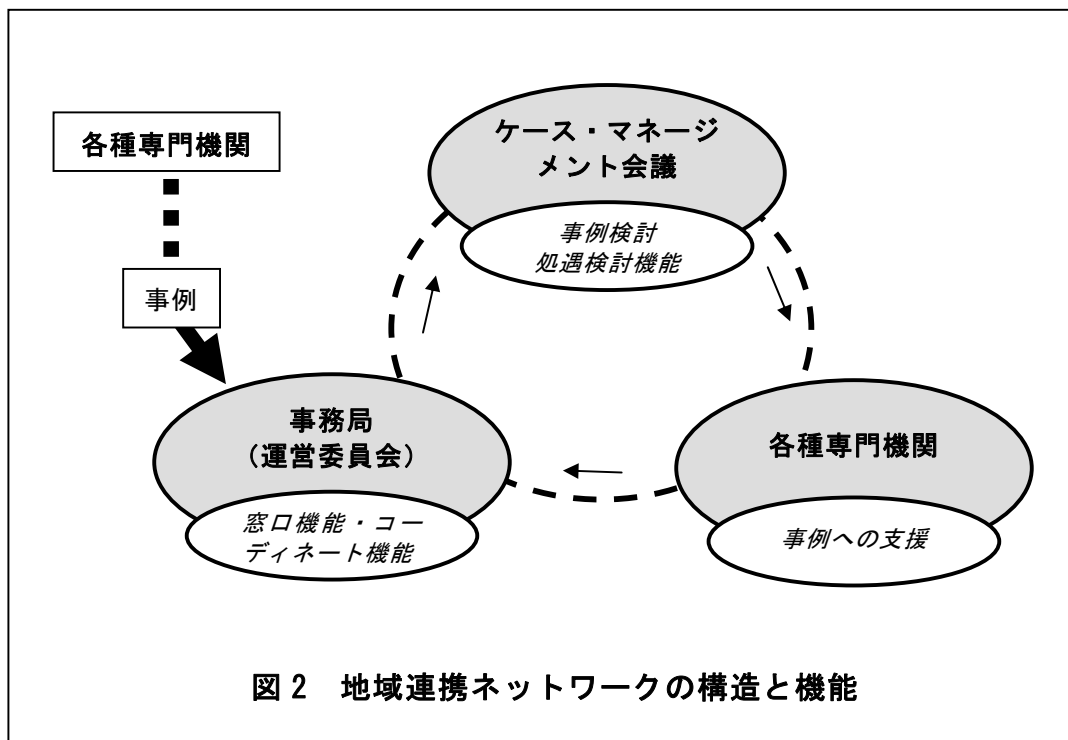
ケース・マネジメント会議の検討結果が一部機関にだけ役割を集中させたり、支援に

協力を申し出る機関が現われなかったりといった事態がくりかえされると、ケース・マネジメント会議の雰囲気は沈滞し、連携ネットワークは尻すぼみになっていきます。このような事態を避けるためには、ケース・マネジメント会議に出された事例に対しては、必ず何らかの支援に関する結論を出し、その結論に基づいて必ず支援に協力できる機関が手を上げるという結果に終るよう、各機関が最大限の努力をするという約束を最初から交わしてネットワークをスタートさせることをお勧めします。このネットワークの特性は、各関係機関がそれぞれの分野特有な持ち味を生かし共同で「ひきこもり」支援に関わることで、各事例の事情に適応し、かつ重層的な支援を提供できるところにあるのではないのでしょうか。

⑥について：

地域連携ネットワークを設置する場合、まったく新たに設置する場合と、すでにある類似のネットワークにケース・マネジメント会議の機能を付加して運用する場合とが考えられます。後者の例としては国の補助事業である「ひきこもり地域支援センター」のネットワークが考えられます。ひきこもり地域支援センターは地域における第一次相談機能を担うとともに、保健、福祉、教育各分野の公的機関や医療機関、地域若者サポートステーション、家族会などによる関係機関ネットワークの連携強化に取り組み、地域におけるひきこもり支援について情報発信することが求められています。実施主体は都道府県と政令指定都市ですが、運営委託も可能とされており、平成 22 年 2 月現在で全国 19 ヶ所に設置されています。また、平成 21 年度には全国 92 ヶ所まで増加した地域若者サポートステーションは国と地方自治体との協働によって、地域における「ニート等の若者」の自立支援の中心となることを目的に運営されるもので、サポートステーション独自の支援プログラムの提供とともに、民間機関を含めた地域機関による「地域における若者支援ネットワーク」を設置し、参加機関の支援機能を地域資源として活用することが求められています。この若者支援ネットワークも、参加機関の分野を調整し、ケース・マネジメント会議を重要な活動の一つとして組み込むことができれば、ひきこもりが中心の当事者や家族の支援のための地域連携ネットワークとして機能できるようにすることができます。その他、平成 21 年に成立した「子ども・若者育成支援推進法」も、不登校やひきこもり、ニート等の問題を持つ子どもや若者を支援するための子ども・若者地域支援協議会を各地に設置するよう勧告しています。

以上①から⑥までの注意事項とその解説で前提とした地域連携ネットワークの構造と機能は図2のような略図で表わすことができます。



参照：ひきこもり地域センターのネットワークの活用

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/hikikomori01.pdf>

参照：地域若者サポートステーションのネットワークの活用

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/nouryoku/ys-station/index.html>

4-2-d ひきこもり支援におけるプライバシーの保護と守秘義務

プライバシー権は、自分についての情報をコントロールする権利と定義されます。たとえば地域連携ネットワークにおけるケース・マネジメント会議のような、地域専門機関間での不登校・ひきこもりの事例検討では様々な関係機関の実務者が情報を共有する必要があります。その一方で事例検討が有効かつ有意義なものとなるためには、当事者やその

家族にとって他者に知られたくないと望んでいる情報に触れることなしには検討を続けることができません。そのために、当事者や家族のプライバシーの保護と情報の共有化に関するルールを設定しておく必要があります。

家族が独自に持っている情報については、家族自身の承諾があれば情報を得た関係者が他の関係者に情報を提供することは許されます。当事者に関する情報でも、共に生活する中での観察を通じて家族が得た情報は、家族自身の情報であるため、その情報利用については情報の所有者たる家族の同意があればよいとされます。ただし、当事者が家族にだけうちあけた情報は当事者の同意を得てから情報を提供するようにすべきです。当事者が隠している日記帳や引出しの中などを家族が無断で調べて得た情報は、当事者のプライバシーを侵して得た情報であり、そのような行為は緊急時のそれを除いて行うべきではないことを明確にしておきましょう。

当事者あるいはその家族から職務上知り得た情報について、専門機関の支援者は医師法や公務員法などによる守秘義務を課せられており、家族や当事者の承諾がなければ他の機関の関係者に情報を提供することは許されません。地域連携ネットワークの機能である会議での事例検討などで複数の機関が情報を共有化する場合、その情報をあくまでも支援だけのために（情報使用の目的）、ケース・マネジメント会議などの限定された場で共有化すること（情報使用の範囲）を当事者と家族に承諾してもらうべきでしょう。また、ケース・マネジメント会議などの事例検討での事例の説明は、現に支援に関わっている機関を除いて当事者や家族を特定できないよう匿名化しておくことも有効な工夫でしょう。

緊急時の法理によって介入が認められるような場合には、プライバシー権を制約することも違法とはなりません。起こりつつある事態の緊急性・重大性の程度によっても違いますが、その情報を開示することで損なわれる当事者のプライバシーとその情報を開示することで回避できると予測される結果の重大性や緊急性の程度とのバランスを考えて、適切な対処をする必要があります。自傷行為や他害行為の可能性が明らかに差し迫っているような状況であれば、通常の場合では認め難い当事者のプライバシーに関わる情報を開示することも許されるでしょう。こうした場合にも、できる限り当事者とのコミュニケーションを大切にして、当事者から承諾が得られる可能性がないのかを検討することが必要です。

なお、精神保健福祉法、児童福祉法、少年法、虐待防止法などが緊急時における当事者や家族の許認可を越えた通報・通告の義務について規定しており、そのような法の対象と

なる事態に関しては専門家や機関間の情報の伝達を妨げないことになっています。

4-3 家族への支援

家族への支援の対象となるのは主として親（実父母あるいは養父母）であることはいうまでもありませんが、稀には祖父母や同胞、さらには親戚である場合もあります。また、相談や治療の場を最初から本人が単身で訪れ、家族が登場しない場合もあるでしょう。後者の場合には、当事者が成人であるなら原則として図3の個人的支援段階にすぐに入っていくことになります。しかし、未成年の不登校・ひきこもり事例はもとより、家族につれられてしぶしぶ家族と一緒にやってくる成人のひきこもり事例や、そもそも家族だけしか相談に来られない事例では、支援は図3の第一段階である家族支援段階から開始し、順を追って当事者が中心の支援段階へと進んでいくことになります。

4-3-a 家族しか来談していない事例の相談

4-3-a-i 来談当初の受けとめ方

家族に対する個別面接の意義と目的としては、

- 1) ひきこもりの子どもを持つ親の苦悩が受容された体験を得る
- 2) 家族面接を通じて当事者への影響が期待できる
- 3) 親が共同支援者としての冷静さと意欲を持つことができる
- 4) 両親間の協力関係が構築される

などを挙げることができます。

来院当初は、この意義と目的へのスタート地点にあたります。初回面接は、情報収集のための面接となりますが、単なる情報収集の場としてだけではなく、養育過程での良い思い出や当事者との関係についての振り返りを含めた穏やかで伸び伸びとした場となることが大切です。親が子育ての時代を思い出し、良いこともうまくいかなかったことも同様に受け入れなおす場として初回面接を含む相談開始直後の何回かの面接が機能すると、その

後の相談継続の動機を高めることができます。親が話したいことを十分に話すことができ、聴いてもらえたという実感を来談当初に持てるか否かに支援者は注目すべきです。親は多くの場合、相談当初から「どうしたらいいのでしょうか」と直接的な対処法についての質問の答えを求めるものですが、支援者は魔法のような万能的な対処法は存在しないこと、相談はまず状況を十分理解すること、特に親子がたどってきた実際の生活の歴史を詳しく知ることから始まることを静かに伝えましょう。こうして支援者と親の双方が得るひきこもりに対する理解は少しずつ当事者にも影響を与えるだろうことも伝えるべきでしょう。

4-3-a-ii 家族のみの相談の場合それを当事者に伝えることの是非

ケース・バイ・ケースですが、可能なら相談を始めることを事前に知らせるべきでしょう。しかし、家族がその決意をできない時に無理強いすべきではありません。家族への暴力や支配が激しい場合は、相談へ行ったことを知るとさらなる暴力の悪化を招くこともあります。そのような場合は、知らせずに時期を待つことも大切でしょう。このような事例では、家族が相談を続けている事実を当事者に伝える気持ちになるまでのプロセスを大切にしましょう。家族が相談に動いたという事実は、しばしばそれだけで、常態化し硬直化したひきこもり状態に変化をもたらす刺激となるでしょう。また、当事者が親の変化を求めて、親を相談に来させているに違いないと感じられる事例もときどき見られます。当事者に家族が相談に行った事実や次回是一緒に行かないかといった誘いをどう伝えるかについては、当事者が必ず納得する魔法の言葉があるわけではありません。家族自身の言葉で相談にいったこと、相談担当者からなにを言われたか、家族はなにを感じたかなどについて語ることが大切でしょう。

4-3-a-iii 家族だけの相談が長期間になってきた際の対応

家族だけの来談が長期に及びはじめた場合には、漫然とそれ続けるのではなく、なぜ当事者は登場できないのかについての評価をあらためて詳細に行うべきでしょう。家族からの情報を通じてしか得られない当事者像ではありますが、それが変化しつつあるのか否か、生じているとすればどのような変化なのかなどについて検討すべきです。大半のひきこもり事例は何らかの精神障害と診断できる可能性が高く、中には専門治療を速やかに開始すべき統合失調症である場合もありうることから、支援者は家族からの情報に限られる

とはいえ、診断という観点から慎重に評価する視点を持ち続けましょう。そのためにも、ひきこもりに関与する支援機関は精神医学的・精神保健的な専門性を持ったスタッフを必ず含むべきです。

家族のみの面談が長期化する背景に、親が自らの出身家族との問題や葛藤、あるいは夫婦間のそれを強く持っており、まずその問題を解決しないと支援者のひとりとして動けないという事情がある場合も考えられます。このような場合、面談では当事者の話はほとんどでず原家族や夫婦間の葛藤に関する話題に終始することがよくあります。そのような場合、「関係のない話」と切り捨てずに耳を傾けましょう。そのような面談がくりかえされる間に、その親の葛藤に果たしていた当事者の役割が徐々に明らかになっていくことが少なくありません。支援者がそれに気づく頃、当事者が相談に登場してくるということも珍しくありません。

それでも当事者が現われず、家族も手の打ちようがないという気持ちになっていくような展開となれば、アウトリーチ型の当事者との接触も考慮すべきタイミングでしょう。評価を通じて統合失調症のような精神病性障害が疑われる状況でありながら、当事者がいっこうに現われない場合には、保健所や精神保健福祉センターなどの精神保健相談へつなげることを検討しましょう。

4-3-b 家族に向けた心理・社会的支援法

ひきこもりや不登校の当事者はなかなか相談や治療・支援の場に現われませんので、子どものひきこもりや不登校の状況に直面して解決を求める家族はしばしば自分だけで相談を続けるしかありません。いうまでもなく、当事者が参加している事例でも、家族支援は欠くことのできない大切な支援となります。図3の家族支援段階およびそれに続く段階での家族への心理・社会的支援は、家族内のコミュニケーション・パターンや家族関係に注目しつつ、それらを変化させることを通じて当事者の変化を促すことを期待する家族相談と、当事者に生じている事態や背景となっている精神医学的問題、適切なはたらきかけなどについて家族の理解を深めるための心理教育が組み合わされたものとなるでしょう。また、家族支援の構造という観点からは、個別面談、集団療法的アプローチ、そしてアウトリーチ型の支援があります。なお、アウトリーチ型支援は別の項で詳しく解説します。

4-3-b-i 家族への個別面談の意義と進め方

我が子が不登校・ひきこもりになったとき、親は自分の養育法を後悔し、自責的あるいは他罰的になるなど、情緒的には混乱しがちです。家族に対する個別面談で重要なことは、養育をめぐる親の失敗や責任を探索し暴くことではなく、何が起きているのか、そして今どうすべきかを中立的に考えることのできる落ち着きと心の余裕を得ることができるよう支援することです。こうした親のエンパワーメントがある程度進んでこそ、親は当事者の養育過程での苦い体験や、それに関わる自らの特性について率直に話題にできるのです。支援者が忘れてならないことは、親は罪悪感によって子どもを支えることはできないということです。めざすべきは、親が支援スタッフとしての誇りと自信を持って当事者のひきこもりに伴走でき、支援できる心境になることではないでしょうか。

個別面談に関与する支援者が、穏やかな中立的姿勢で当事者の支援をめぐる家族の言葉に耳を傾け、当事者と家族の歩んできた道の険しさに共感し、静かに「一緒に考えていきましょう」と語りかける面接状況は、家族の心を癒し安定をもたらすことが期待されます。そして、共感され受容される体験を家族が持つことは、家庭における当事者への家族の姿勢に好ましい影響を与えることにつながる可能性があります。もちろん、家族の対応や姿勢と当事者の不登校・ひきこもりとを直線的かつ因果論的に関連づけた「親原因論」的な決めつけは有害でこそあれ、何の利益ももたらさないことを肝に銘ずべきです。同時に、当事者に対する学校や会社の対応にもっぱらひきこもりの原因を見ようとする家族の他罰的な心性（もちろんそれは我が子のひきこもりをめぐる苦悩の結果です）に安易に迎合すべきではありません。真実はゆっくりと現われてくるものと心得て、そこにアクセスしていく家族の心の旅に同行するのが個別面談の機能の一つです。

初回面談とそれに続く数回の面談は評価を主な目的とする支援の第一段階ですが、単なる情報収集だけではなく、子育ての楽しかった思い出や当事者との幼い頃からの交流について振り返ってもらい、ひきこもりをめぐる親の悲しみや当事者の心を理解しようとした努力や工夫について語ってもらいましょう。大切なことは家族が当事者の本当の気持ちを理解していくプロセスであり、直接的な対処法の教示はしばしばその場しのぎに過ぎません。

回を重ねるにつれて、支援者はときどき個人面談における話題の向かっている方向をふ

り返りましょう。当事者の困った行動に話題が集中している面談が続いている場合には、「当事者がひきこもることによってこの家族はどのように変化したのでしょうか、そのような観点に立って家族全体を見直してみると、そこに何が見えてきますか」といった家族療法的な観点を家族に提示し、話し合ってみるのも有益です。

毎回の面談は予約を前提とし、必ず次の予定を決めて終るという形で個別面談の連続性と恒常性が得られるようにしましょう。同じ意味で、面談の間隔は1ヵ月以内とすべきでしょう。

4-3-b-ii 家族へのグループ活動の意義と進め方

家族の個別面談を続けていると、「同じ悩みを抱えた親の話を聞きたい。語り合いたい」という希望が聞かれることがしばしばあります。グループ活動を通じて親同士で辛い思いを分かち合い、様々な工夫を共有しあえる仲間との語り合いで支えられるというピア・カウンセリング的な意義は大きいものがあります。親が精神的な安定を得られることは、子どもの状態の改善に役立つ可能性を高めることはいうまでもありません。

グループ活動には、担当する支援者が毎回の活動に必ず加わるものと、家族だけで運営される自助グループ的なものがあります。前者には、基本的に支援者が毎回の話し合う課題などを決めて議論を引っ張っていくグループ活動と、自由討論を基本とし、支援者があまり介入しないものとがあります。現在でも、思春期青年期のひきこもりの子どもを抱える親を対象とした「グループ親ガイダンス」などを実際に行っている機関がすでに少なからず存在します。

ある力動精神療法的に運営された「グループ親ガイダンス」は、支援者(治療者)が適切なリーダーシップを発揮することでグループに参加する親一人一人の個を尊重する構造を作り出すことができました。その構造の中で、親は守られた感覚を抱きつつ、自分の親としてのあり方や親子の交流を客観視することができるようになり、自分の問題点を理解することが可能となっていきました。この集団親ガイダンスでは、セラピストは集団力動(集団が作り出す関係性の質と量)の展開をコントロールして、穏やかな陽性転移感情がグループ内で持続し、集団陰性転移の発生を制御しました。このグループ活動は同時に、精神分析的発達論の枠組みをもつセラピストが共有する発達の正常と異常に関する専門的な知識を親に提供する子育て心理教育のプログラム(回数が決まっている)を用意し、グルー

ブ親ガイダンスに参加している親に提供し、よい成績をおさめています。

また、専門的支援スタッフが親のフリーディスカッションの流れにタイミングよく介入することで、参加メンバー全員がなんらかの発言を通じて能動的に参加でき、グループ活動から成果を得られるよう工夫された集団精神療法的なグループ活動もあります。このグループ活動も、目標は親が同じ悩みを共有できる仲間の中で支えられ、精神的安定を得ることで当事者との関係性に変化が生じることにあります。このような集団精神療法の考え方を基礎としたグループ運営を担当する支援者はリーダーとサブリーダーの2名が必要とされています。また、グループ活動に並行させて親の個別面接を続けることが推奨されています。

また息の長い支援となる相談の開始段階で、ひきこもりに関する知識や情報、あるいは子どもの発達過程に関する知識、対処法や支援法あるいは地域の社会資源に関する情報などをコンパクトにまとめて伝達することで、ひきこもりをめぐる知識や情報のベースラインを底上げし、その後の支援活動に資することを目指した心理教育プログラムも有益なグループ活動の一つです。

こうした親のグループ活動は期間や回数をどのように設定すべきでしょうか。多くのプログラムはひとまず期限を設けるか回数を限定しています。このグループ活動プログラムにくりかえし参加することも可能としている活動もありますが、プログラム終了後はより自助グループ的側面が大きなグループ活動に引き継いでいくというシステムも考えてよいでしょう。

一回ごとの時間は90分から120分とするのが適当です。120分を越えることは集中力の持続という点で無理があり、推奨できません。また参加する支援スタッフは原則として固定すべきですし、参加するメンバーも途中で随時加わってくる構造よりは、1プログラムに参加するメンバーを固定する活動のほうがグループ活動としての安定性は格段に高くなると言われています。プログラム参加希望者は上記のような自助グループ的なグループ活動に属しながら待機するような工夫も必要です。

各地で「親の会」などの自助グループが独立に活動しています。家族の精神的な安定に資するという効果が期待できますが、専門家の参加やスーパーバイズを得るといった形で議論が独善的にならないよう工夫することが求められます。親の会の中には当事者が参加したり、親の会そのものが当事者のための居場所を運営していたりするケースもあります。

いずれにしても長期にわたることの多いひきこもり支援では、家族の動機を維持するピア・カウンセリング的な機能を持った支援が大切であることはいうまでもありません。

4-4 当事者への支援

4-4-a 当事者への支援の考え方

ひきこもりの当事者に支援を行うことのできる機関は、教育機関、精神保健・福祉機関、医療機関など多様であり、各機関による専門性の違いも大きなものがあります。したがって、1機関だけで支援できない側面に気づいた時点で、現在関わっている機関は他機関との連携の道を積極的にさぐるべきです。そのようにして、時間軸に沿って複数の支援法が有機的かつ体系的に組み立てられた支援が当事者と家族に提供されるべきでしょう。当事者へのひきこもりの支援法の組み立てにあたっては、ひきこもりの経過（3-6を参照）および3群分類（3-7を参照）の評価結果などを根拠として、最初に支援を受け入れる機関やさしあたり主となる支援法（心理療法、デイケア、薬物療法など）の決定を含め、系統的に行われるべきです。

当事者への直接的な支援は支援の当初から始まる場合もありますが、多くは家族のみの来談による家族支援から始まり、ある時点で来談型あるいはアウトリーチ型の当事者に対する支援が始まるという経過をたどります。当事者の直接的支援が始まっても、何らかの形の家族支援が継続されるべきであることはいうまでもありません。当事者の変化に家族が置いてきぼりを食うような事態が生じないような工夫がなされるべきです。

また、広汎性発達障害をはじめとする発達障害を背景としてひきこもっている当事者に対しては特有な支援の組み立てや技法が必要になりますが、現在のところ確立したものは少なく、今後さらに検討していく必要があります。

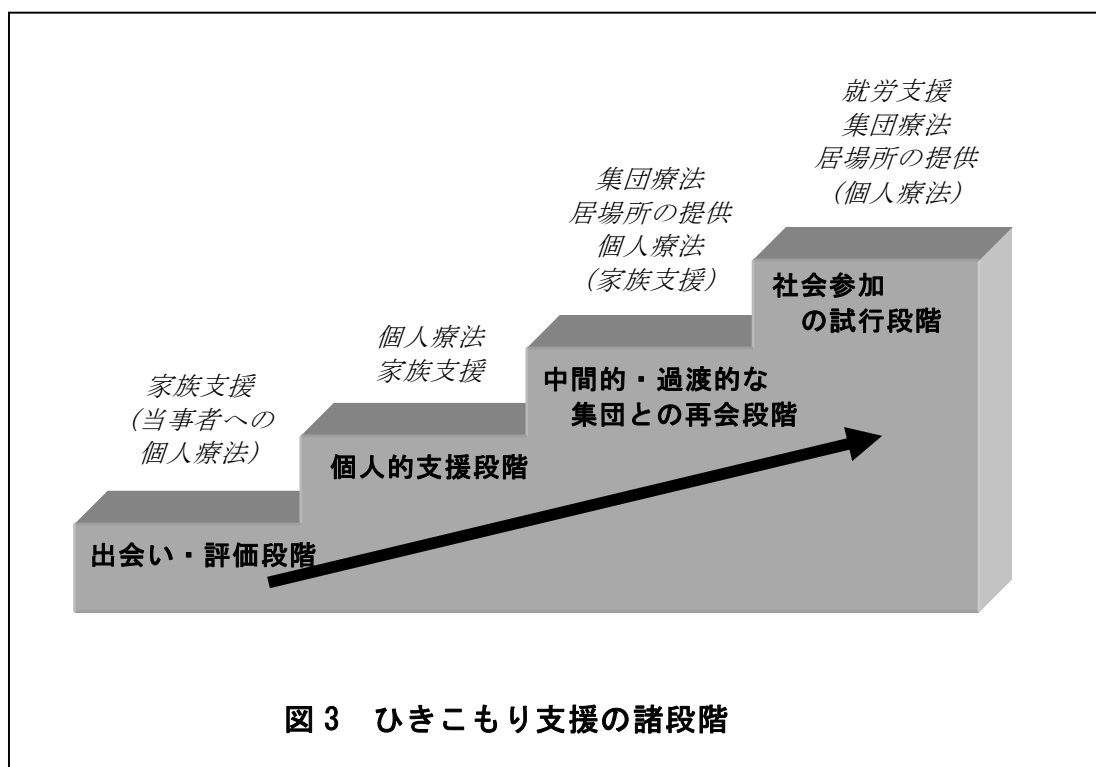
4-4-b ひきこもりを抜け出すための当事者への支援と治療とは何か

ひきこもり支援は通常、出会いと評価の段階における家族支援から当事者の個人的な心の支援へ、そして個人的支援からデイ・ケアや居場所のような中間的・過渡的な同世代集団との再会へ、中間的・過渡的集団活動から本格的な社会活動（就学・就労を中心に）へという図3に示したような諸段階を一段一段登っていく過程であり、各段階にどのくらいの時

間を必要とするかは各事例の特性によってまったく異なることを心得ておかねばなりません。

図の各段階には固有の中心的な支援方法があることを示していますが、その支援方法は次の段階でも継続して行われるべきです。その新たな段階で初めて加わった支援方法が徐々に中心的支援方法として有効なものになっていくにつれ、前の段階から継続していた支援方法の意義はゆっくりと減少していきます。このようにして徐々に新たな支援法に重心が移っていくということを重ねながら、社会との再会に向かう当事者のデリケートな一步一步を支援していきます。

基本的にこの経過の進行は各段階の順番にしたがって進行するものであり、支援者が人工的にこの過程を加速させることや途中段階をショートカットすることはお勧めできません。避けねばならないのは支援が届いていない状況での不必要な停滞であって、支援を受けながら進行する時間が各事例の事情に応じて異なることは当然のことと心得るべきです。当事者やその家族の中で熟していく時間や、内面的な取り組みが行われている時間に無駄はありません。大切なことは当事者や家族が孤立した状態ではこの過程を全うすることが難しいという点にあります。地域社会はひきこもりの当事者と家族を孤立させずに支援する機能を備える必要があります。



4-4-c 当事者との初期の面談における留意点

当事者は他人と会うことによって、自分のひきこもり状態を叱責されるのではないか、罰を受けるのではないかという恐れや不安を必ずといってよいほど感じるものです。そのため、初回の面談に訪れた当事者は非常に緊張しており、他者の接近に敏感になっています。また、最初から斜に構えていたり、むやみに攻撃的な、あるいは挑発的な態度をとったりする場合も少なくありません。これらの態度は、長いひきこもり生活の中で獲得した他者への不信感や不安の裏返しである事を十分に理解しておくべきです。支援者は出会いをめぐるこの緊張した居心地の悪さや心細さを、必ず出会う最初の壁と承知したうえで初回面談に臨む必要があります。

家族の面談でも同じことですが、当事者にもまず「今日あなたが相談にいらっしゃるのを決断するには大変な努力が必要だったことと思います。このあなたの努力を大切に受けとめて、これからあなたと一緒に話し合い、考えていきたいと私は思っています。」といったねぎらいの言葉をかけたいものです。このねぎらいは当事者の来談をめぐる恐れや不安に対する手当てというだけでなく、社会生活への最初の一步を踏みだした気持ちを評価し、それを応援するという支援の展望をそれとなく伝えるメッセージでもあります。

注意すべき点として、支援者が自己愛的な万能感、すなわち自分が当事者を救済するといった気分を持って支援に臨むことは、初回面談から厳に慎まねばなりません。それではねぎらいの言葉も目標にたどり着く地道な努力を呼びかける現実的なメッセージにはならず、支援者に任せておけば大丈夫といった非現実的で魔術的な期待を刺激するメッセージとなって当事者に届いてしまいます。その結果、支援の場は現実的な努力に代わって万能的な救済空想を互いに強めあう場に変貌し、当事者と支援者の双方が相手に失望しあい、腹を立てあうという不健康な関係性が優勢となり、支援活動は実質的に停滞します。

支援者は自分の感情について常に観察する必要があると同時に、支援活動における自分の偏りを指摘してくれる同僚やスーパーバイザーを持つことが望ましいでしょう。また、機関内での、あるいは多機関間での事例検討会をできるだけ開催しましょう。

初回面談を含む初期の支援では、けっして結論を焦らないことが当事者と支援者の双方に必要です。「けっして焦ることなく、あなたの気持ちを一緒にゆっくりと検討していきましょう。動き出す時にはやれることから始めましょう。先を急ぎすぎず、自分らしさを失

わない速さで歩きましょう。そして疲れきる前に立ち止まり休みましょう。そのようなあなたの努力をお手伝いしたいと思っています。」という穏やかなイメージを共有できれば成功です。まずは、当事者の不安をじっくりと受けとめることに努め、支援者自身が焦らないことが何よりも大切です

そのような支持的なメッセージを伝えながら、支援者は一方では冷静で中立的な評価者でなければなりません。精神医学的な観点から評価可能な支援スタッフと情報交換を緊密に行いながら、ひきこもりを持続させている心性の評価、特に薬物療法などの精神医学的治療がまず必要な精神障害(統合失調症やうつ病性障害をはじめとする気分障害など)や特異的な治療法が確立している精神障害(先の両障害のほかにパニック障害や強迫性障害、子どもの注意欠如・多動性障害など)の存在に注目しなければなりません。これらの精神障害の存在は初期の面談では気づかない場合も少なくありませんので、このような評価者の感覚を常に忘れずに当事者の支援を続けましょう。

4-4-d 当事者のための心理・社会的支援とは何か

当事者が面談に登場し、当事者と支援者の直接的な面談が始まったら、まずは支持的で受容的な面談を開始すべきです。それは体系だった精神療法やカウンセリングの考え方に沿った面談であることが望ましいのですが、どの体系が特に推奨できるというものではありません。大切なことはひきこもりの当事者が過ごしてきた時間とその体験を尊重し、そこからスタートするという支援者の柔軟な姿勢であり、教科書的な体系にそった展開に頑なにこだわったり、支援の進行を急いだりすることではありません。いつまでも続くかのように感じられる当事者との一見取りとめのない話が続く面談の時間を、支援者は大切にすべきでしょう。介入的な面談(内面の探索や認知の修正などに取り組む面談)が可能な段階はそのような展開の中に徐々に姿をあらわしてくるものです。

そのような面談が展開する中で多くの事例は、内面的な話題を話し合うようになり、集団や社会への興味をほのめかす発言をくりかえすようになりという時をむかえます。その時に支援者は、待っていましたとばかりに嵩(かさ)にかかって次の段階へと当事者を引っぱろうとする姿勢を頭わにすべきではありません。じっくりと話し合い、作戦を立て、退路を確保しながら慎重に次ぎの段階への進出を果たす「共同作戦立案者」であり、作戦を実行する「同志ないし戦友」といった関係性を支援者は引き受けるべきでしょう。

ある種の探索的精神療法の中立的で隠れ身の立場をとる治療者という支援者の姿勢は、中間的・過渡的な仲間集団や居場所と出会うことに取り組みはじめた段階のひきこもり当事者との面談においてはきわめて例外的なものであり、多くは上記のようなより積極的な、しかし侵入的ではない関係性を果たすことが支援者に求められます。

中間的・過渡的な仲間集団や居場所には、教育機関では義務教育期間の適応指導教室やピア・グループなど、精神保健機関や医療機関では集団精神療法を含む集団療法的なグループ活動、デイ・ケア（「ひきこもりデイ・ケア」などと呼ばれる）など、NPO 機関ではフリースクールやフリースペースなど、そして宿泊型のグループホームなどがあります。また、福祉作業所をそうした場所として活用し有効だった事例もあります。

この中間的・過渡的な支援を受け、個人療法的な面談では得られない同年代集団との活動を経験した当事者の中から、より明確に就労を目的とした集団活動を求める当事者が現われます。その段階に至ったら、当事者の所属するそれぞれの地域で就労支援に積極的に取り組んでいる機関や制度につなげていく必要があります。この段階は、支援者のうちソーシャルワーク的な機能を引き受けることのできる支援者の活躍の場といえるでしょうし、当事者にとっては支援者の橋渡しの支援を受けて実社会に出て行く大きな冒険の段階でもあります。

こうした心理・社会的な支援は個人療法的段階から中間的・過渡的集団へ、次いで就学・就労へと、直線的に進行するものではないことを支援者はいつも念頭に置いていなければなりません。実際に支援を続けていますと、一見行きつ戻りつのくりかえしに見える段階が何度も訪れるものです。しかし、その停滞の多くは次ぎの段階を準備する大切な時期であることを心得ておきましょう。こうした足踏みにも耐えて前進するために、図3に示した支援の段階がどんなに進行したとしても、その各段階に応じた家族支援と当事者の個人面談的支援は継続することを推奨します。

4-4-d- i 個人療法

当事者が相談や治療に参加できる場合には、当事者の罪悪感や孤立感を保証し、「動き出した」新しい歩みを支えることを目的した支持的精神療法を基本として、様々な技法の個人精神療法が行われています。いうまでもなくどのような技法の支援かは各支援機関によって異なっています。

高校生までのひきこもりには、教育相談機関（教育センターや教育相談所など）を中心に、精神保健福祉センター、児童相談所、子どもの心の診療を行うことを標榜している児童精神科や精神科、あるいは小児科（子どもの不登校なら相談に応じる機関がある）のある医療機関、民間の NPO 団体などが相談や治療を提供しています。

大学生在学中の個人療法的支援は、多くの大学においてキャンパス内に設けてある学生相談室や保健センターでおこなわれていますし、精神科医療機関、精神保健福祉センター、NPO 団体などで受けることができます。

ひきこもり支援において、個人療法の位置づけは、他の精神障害とはやや異なります。当事者が支援に対するニーズの低い（少なくとも表面的には）事例も多いことから、家族支援の比重が相対的に高くなりがちです。そのためひきこもり支援は、家族支援、当事者の個人的支援、集団的支援の各段階を順に踏んでいくのが普通です。

家族支援の段階から当事者が参加する個人的支援の段階へ進展し、そこで初めて登場する個人精神療法は当事者が集団的支援、特に中間的・過渡的な居場所と出会うまでのデリケートで多様な葛藤の克服と、たどり着いた居場所における集団的支援の場で新たに生じる葛藤と取り組むための支援を提供することを目的として、支援の終結近くまで一貫して行われるものです。ここでいう個人精神療法とは、もともと当事者に具わっている自我の活力の回復をめざすために、一つ一つ障害物を越えていく当事者の心の中の仕事に伴走する支援といっていよいでしょう。

4-4-d-ii 集団療法

当事者は、もともとソーシャル・スキルに問題を抱えていたり、仲間体験が不足していたり、あるいは仲間体験の中で傷ついた経験を持つ場合が少なからずあります。また、長期間にわたるひきこもり状況によって、家族以外の対人的交流が著しく乏しくなっている場合もあり、二次性にも対人スキルを低下させます。

当事者は同年代集団との交流に特に大きな抵抗を感じている場合が多いため、適切にグループを活用した支援の意義は非常に大きいといっていよいでしょう。ひきこもり者は、一旦その状態を脱しても、些細なことをきっかけに、再び元の状態に戻ってしまうことも少なくありません。グループには、この逆行を防ぎ、周囲とのコミュニケーションを保ち続けられるようにサポートする効果も期待できます。

精神保健機関や医療機関などで行われる集団精神療法、デイ・ケア、教育機関や精神保健機関、あるいは NPO 団体などが提供する居場所やフリースクールなど集団療法を提供する場は多様です。

集団療法は、出席や発言を強制されない、発言に対して少なくとも支援スタッフからは非難されない、途中いつでも中断、離脱できるといった支持的な枠組みが確立されており、できるだけ支援スタッフ構成の変化が少ないこと、場所と時間が一定していることなどによって、集団の安定性と恒常性が保障されていることが大切です。さらに、「スタッフの誰に、SOS を出せばよいか」が明確になっているということも大切であり、担当の支援スタッフは当事者の症状や経過を十分に理解しておく必要があります。

集団療法への参加は周囲に強要されるべきものではなく、当事者の意志によってなされることが重要です。当事者は集団に入ると、はじめのうち人一倍疲労感を感じ、回復にも時間を要することを家族や支援スタッフは心得ていなければなりません。

4-4-d-iii デイ・ケア

ここでデイ・ケアと呼んでいるものは、スポーツ、調理、作業、音楽やコラージュなどの表現活動、社会見学、そしてディスカッションなどを通じて、社会復帰に必要な様々なソーシャル・スキルと活動性・能動性を身につけることを目的に構造化された支援法のことです。上記のような様々なプログラムを通じて他者と一緒に活動に取り組む経験を多様な形態で得ることができ、その結果として他者と折り合いをつけながら適切に自己主張するスキルとセンスを身につけることができます。このような形態の支援は、精神科医療機関ではデイ・ケア、保健所や市区町村などの行政機関ではデイ・ケア、デイ・サービス、ソーシャルクラブなど呼ばれているものがそれですが、参加する前にそのデイ・ケアで実施されているプログラムが対象者に向いているかどうかを慎重に判断する必要があります。

様々な機関で行われるデイ・ケア的活動ですが、各当事者の特性に適したプログラムを実施している機関は必ずしも多くはありません。これらのデイ・ケア、デイ・サービスなどの中には、対象者を思春期や青年期などの世代によって限定したり、発達障害などのある特定の障害や状態像に対象を限定したりと、ひきこもりの当事者が利用しやすいように工夫された集団活動も、一部では行われるようになっています。また、ひきこもり支援の一環として、明確に就労を目標として、それに向けての実践的なソーシャル・スキルの開

発と就労支援機関の利用をめぐる具体的な練習とその実践などに取り組む、期限あるいは回数を定めたデイ・ケアも試行されています。

これらは主に統合失調症を対象とした従来のデイ・ケアに比べると少人数のグループで運営されていることが多く、内容的にも参加者の年代やひきこもりという症状の特徴に適合したプログラムを用意しています。例えば、居場所機能を重視しピア・カウンセリング的な自主的集団活動を重視したり、あえてプログラムを作らない、あるいは極めて大まかなものだけにしたり、逆に明確な目標とその達成のためのプログラムに取り組んだり、あるいはメンバーをシャッフルしてランダムな小集団を作り、そこで話をしてから、全体でまとめるといった形態にしたりなどの多様な工夫がなされています。

参加メンバーの一部による集団形成（元気なものだけでかたまるなど）によりデイ・ケア活動全体の展開が妨害され、停滞させられる状況が生じることもあります。そのような場合には、スタッフがそのような集団形成を変化させるために能動的に介入しなければならないでしょう。従来のデイ・ケアの目的がソーシャル・スキル全般の向上をめざすリハビリテーションであるとするなら、ひきこもりデイ・ケアは安全な出会いとコミュニケーションの機会を提供することを通じて、親密な仲間関係の経験と、社会参加の契機を得ることにあるということができそうです。ただし、これらのデイ・ケア活動の有用性については現在も検討がなされている段階です。

4-4-d-iv 教育機関による支援

不登校・ひきこもりの子どもを支援する教育機関といっても一様ではなく、不登校が始まった現場としての在籍校（それは通常では最初の支援機関でもあります）、学習と集団生活の機会を提供する過渡的・中間的な居場所機能を持つ適応指導教室、そして相談や精神療法的支援を提供する教育相談機関などが含まれます。

在籍校は、当事者が他の機関から支援されている場合でも、支援機関の一つとしての機能、すなわち当事者の最も身近な社会的な場として、当事者が社会参加しようとする挑戦に場を提供したり、もどるべき本来の場として門戸を開いて待っているというメッセージの発信を続けたり、そして何より生徒として認知していることを伝え続けるといった支援ができる場です。

教育相談機関は、生徒・児童およびその保護者の精神療法やカウンセリングと呼ばれる

個別支援を行う役割と、学校や担当教師に支援法をアドバイスする役割を持っています。教育相談員は臨床心理学の専門家(心理職)と教育の専門家(教育職)から構成されており、両者の配置状況は地域によってさまざまです。

適応指導教室では、現役の教員、退職後の教職経験者、心理学や教育学を学んだ指導員などが支援にあたっています。本来、適応指導教室は不登校の児童・生徒を原籍校に復帰させることを目的に設置されましたが、現在では居場所としての中間的・過渡的な集団体験を提供するとともに、個々の事例の事情に応じて個人的支援を含めた多様な支援が可能な場として機能しているところも多くなりました。

以上は義務教育から高校にかけての教育機関による支援の概要ですが、大学生の場合には学生相談室や保健センターなど学内の相談部門が主に支援を担っています。ただ、学生が退学すると支援はそこで中断してしまうのが大学の相談部門の限界ですから、在学中から学外の支援機関との連携を検討すべきでしょう。

4-4-d-v 就労や社会参加に向けた支援

ひきこもりの当事者に対する就労支援を目的とする支援機関には、ハローワークをはじめ、地域若者サポートステーション、ジョブカフェ、ヤングワークプラザ、学生職業総合支援センターなどがあります。職業訓練校などが有効な場合も少なくないと思われます。また、統合失調症をはじめとする精神病性障害やそれと同程度に重篤な精神障害、知的障害、あるいは発達障害の診断がつく事例では、精神障害者保健福祉手帳か療育手帳を取得し、ハローワーク（特別支援部門）、障害者職業センター、障害者就労支援センター、障害者就業・生活支援センターなどで支援を受けるという選択肢があることを伝える必要があります。障害者職業センターとハローワーク等が連携しておこなう就労移行支援事業もよく利用されているものの一つです。

就労支援を担う機関は、すでに事例に関与しているメンタルヘルス、福祉、医療などの領域の相談機関がある場合には、それらの機関と連携しながら支援を進めることが求められます。また、すでに関与している機関がない事例においても、就労支援機関は地域でひきこもり支援に関わる他の分野の諸機関とも、必要に応じて連携する用意がなくてはなりません。

ひきこもりの当事者への就労支援を開始するにあたって大切な点は、支援者との関係が

良好に保たれており、当事者の意欲が向上し、かつ背景精神疾患の病状の改善が一定以上に認められていることなどです。ひきこもり状態が長期化している場合、支援者との関係性の向上を目指した支持的な辛抱強い支援とともに、社会への関心が育ち、就労への関心が芽生えることなどを目的とした個人精神療法を続けている段階を大切にしながら、その過程で就労への関心を少しずつ育んでいく段階がなくてはなりません。このような支援を受けてきた当事者が動き出した際に、まず当事者を受け入れるべきは就労の場ではなく、デイ・ケアや作業所などの中間的・過渡的な居場所です。

その中間的・過渡的な居場所での活動と人間関係の経験を通じて社会への関心が十分育った時に初めて就労支援が目的として登場してくるのです。就労支援機関そのものがこうした準備段階的な時期を支え、中間的・過渡的な居場所を提供し、就労支援へつなげていくという支援体系の全体を担う機能を持つ場合と、あくまで就労支援に限局しており、そこにたどり着く間の支援は他の機関にゆだねている場合があります。

以上のような就労支援機関の機能の全体像について、就労支援に参加する当事者の観点を中心にフローチャートの形で具体的に図解したものが図4です。このような繊細に配慮された支援が就労支援段階に入ってもひきこもりの当事者には必要であることを支援者は決して忘れてはいけません。

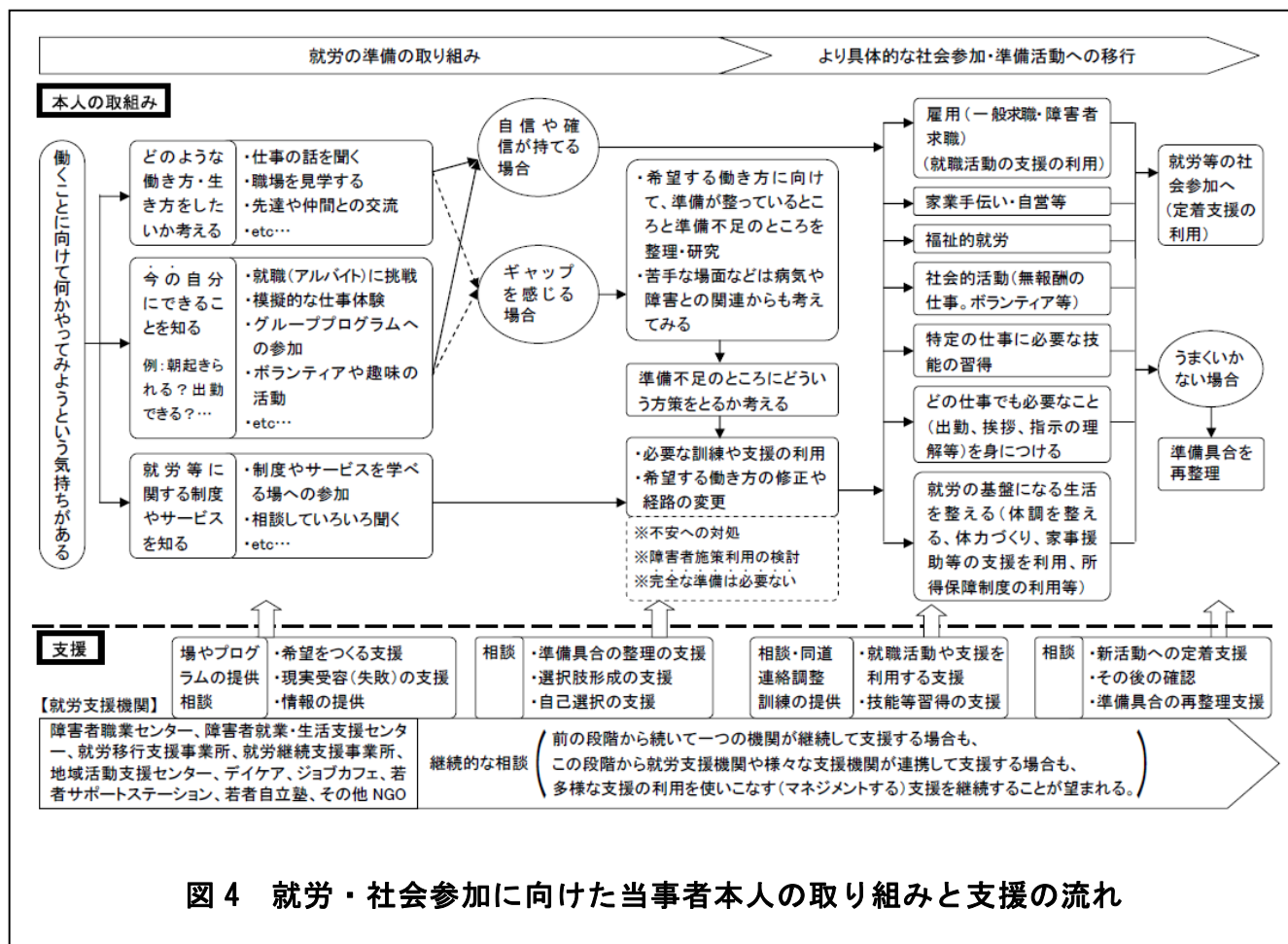


図4 就労・社会参加に向けた当事者本人の取り組みと支援の流れ

4-4-e ひきこもりに対する薬物療法の考え方

ひきこもりという現象それ自体が薬物療法の対象であるにとらえることは適切ではありません。ひきこもりという現象の背景に存在する精神障害の正確な診断に基づいて、薬物療法の適応となる重症度か否か、そして薬物療法の有効性を期待できるか否かについての評価を行ったうえで、はじめて薬物療法の開始を決定すべきです。

標的とする症状を同定するとともに、その症状をもたらしている精神障害を診断したうえで、その両者から適用薬剤を選択するのが薬物療法の基本です(表3)。いうまでもなく、薬物療法は万能ではありませんし、副作用を生じる可能性もあります。ですから、その効果と限界をきちんと把握したうえで、医師はあくまで治療法の一つとして薬物療法を提案します。

表 3 不登校・ひきこもりに関連した主たる標的症状と使用薬剤

標的症状	主たる使用薬剤
抑うつ	抗うつ薬、気分安定薬、非定型抗精神病薬など
不安・恐怖	抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬など
不眠	抗うつ薬、睡眠導入剤、抗精神病薬など
多動・衝動性	抗ADHD薬、抗精神病薬、気分安定薬など
強迫・こだわり	選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、抗精神病薬など
興奮	抗精神病薬、気分安定薬など
幻覚・妄想	抗精神病薬など

当事者や家族の皆さんは、医師から薬物療法を勧められた場合、その目標と服用による副作用の可能性について納得できるまで説明を受けるべきです。標的症状と薬物については、表3を参照してください。

専門機関の支援者は、薬物療法について正確でバランスのよい知識を持つように心がけましょう。支援がまず薬物療法からという展開は一部の精神障害の場合に限られ、精神療法やカウンセリング、集団療法的グループ活動、就労・自立支援などの心理・社会的な支援が優先されるべき事例のほうが多いはずです。心理・社会的支援と薬物療法の適応についての指針を得るために、ひきこもりの背景に存在する精神障害によってひきこもりをすでにお示しした表1のような3群に分類することを推奨します。

薬物療法に当たって支援者は、当事者にも家族にもその期待される効果と同時に、必ず重要な副作用について説明して、それへの対処法を明らかにしておくべきです。

4-4-f ひきこもり支援の終結のタイミング

ひきこもりという閉塞的で、時間が静止したかのようにさえ感じられる生活から、社会との接触を恐る恐る試みながら、自分や周囲が大きく変化しはじめるに違いない世界へと足を踏み出していくことを決めたその時点から、すでに「社会との再会段階」は始まっています。

「ひきこもり段階」までの当事者は、家庭内に限定された生活と退行が優勢な心性のた

めに、家族内の関係性にとらわれた顕著な葛藤を抱え（それが問題行動や精神症状であらわされています）、対社会的な自発性や意欲を阻まれています。治療や支援が、あるいはひきこもり段階の時間そのものがそれらの問題を緩和し、内的な葛藤が受容できるものに変化していく中で、社会への関心が再び芽を吹き、機会を与えられれば動き出せる用意が形をとり始めたなら、それが「社会との再会段階」というわけです。

ひきこもり支援の最終段階はこの社会との再会段階から真の社会生活へと進んでいくプロセスを辛抱強く支えることに他なりません。その結果、学校復帰や進学、あるいは就労が可能となることも多いのですが、それが必ずしも支援の最終目標というわけではありません。おそらくその後も一定の支援が必要な時期がしばらく続くでしょう。このような経過での支援終結のタイミングは、当事者やその家族が支援なしで動いてみようと思える時をおいてありません。徐々に交流が減っていき、いつの間にかあられなくなるという経過も悪くありませんが、どこかの時点で最終回の面接を設定し、当事者と支援者の双方で終わりを確かめあうという終わり方もあるでしょう。

支援を提供しているにもかかわらず、中間的な支援の場との関係にとどまり続け、就学や就労に向かうことが困難な当事者も沢山いますし、支援機関とのかかわりを拒み続け孤立状況が続ける当事者も少なくないのがひきこもりの現実です。このような事例では支援は非常に長期になることが予想されます。

どのような経過をたどるにしろ、一旦終結した支援の再開については当事者や家族からのアクセス法を明確にしておくべきでしょうし、必要なら再開可能とする柔軟な対応を保障した終結がひきこもり支援の原則でしょう。

4-5 訪問支援（アウトリーチ型支援）

不登校やひきこもりの支援では、当事者が相談や治療場面に出向くことが難しい場合が多いこと、あるいは相談や受診に踏み切れない当事者に対する一步踏み込んだ介入が必要な場合があることから、家庭訪問を中心とするアウトリーチ型の支援が有効な支援法の一つとして期待されています。

4-5-a 訪問支援を考慮するタイミング

精神保健機関や児童相談所など、保健・福祉分野の専門機関における思春期のひきこもり事例に対する訪問支援が必要となるのは以下に示したようなタイミングです。

- ① 当事者の心身の状態が悪化し、あるいは不安定となり、生じている事態の正確な評価、自他の生命の危険性(自傷他害を含む)、安全性の検討が必要とされるとき。
- ② 当事者に精神医学的な観点から見た病的なエピソードがあり、受療の必要性についての判断や精神医学的な判断が、家族や関係機関から求められるとき。
- ③ 家族自身が重大な健康問題を抱えている、または家族機能不全を起こしており、支援者が直接当事者に会って、状況確認や支援方針を見定める必要性が高いと判断したとき。
- ④ 家族や関係機関との相談を継続していく中で、支援者が訪問することを当事者が納得する、あるいは希望するとき。

こうした訪問支援を開始するタイミングの指標は重複していることも多く、その場合にはより緊急性が高まるものと考えられます。

4-5-b 訪問実施前の準備段階で検討すべきこと

訪問支援（アウトリーチ型支援）は人的・時間的コストを要する支援法であり、訪問による重大な弊害が生じる可能性もあることから、実施するからには訪問の効果を高めるために事前の準備を十分に行っておかねばなりません。いうまでもなく、訪問者の安全が確保されていることも重要です。そのために、初回訪問までに以下に示した点を中心に検討しましょう。

- ① **情報の収集とそれを通じた関係づくりを行うこと**； 当事者の成育歴や相談・治療歴の有無や経過は、他機関から医学的な判断を期待されている場合には確認の優先度の高い項目です。また、広汎性発達障害などの発達障害が疑われる事例を含め、家族や学校関係者から発達の問題や成長過程の特徴などを聞き取ることが可能になるような支援者と家族、支援者と学校などの専門機関との関係を築いておくことが大切です。これまでの訪問支援でも、当事者の生活の様子、言動の

特徴、趣味や特技などの多くの情報が事前に十分に把握されている場合に有効な訪問となりやすいことがわかっています。

- ② **訪問の達成目標を明確に設定しておくこと；** 訪問支援がめざす長期的な目標と、当面の短期の目標を事前に明確にしておく必要があります。支援効果の高い訪問では、漫然とした訪問ではなく、訪問ごとに目標を設定するという目的意識の明確な訪問が行われています。大切なことは、一回の訪問で目標が完全に達成できたか否かということよりも、なぜその目標は果たせなかったのか、その目標設定は適切だったのか否かといった検討を訪問後に行い、次の訪問に反映させていくことにあります。
- ③ **訪問することを事前に家族や当事者に伝えること；** 一般に家族や当事者の了解を得たうえで訪問することが推奨されています。多くの支援者が配慮しているのは、家族の伝言や手紙などを介した間接的な接触の試みを通じて、支援者や訪問そのものに対する当事者の反応を確認するということです。当事者が訪問を拒否している場合は、訪問以外の支援法や家族を対象を限定した訪問を検討します。無理やり面談を強いるのではなく、当事者の部屋の外からドア越しに声かけをすることを繰り返し、家族と雑談して帰る、というタイプの訪問活動も有効です。ただし、生命に関わるような深刻な自傷・他害の危険があると判断される場合には、精神保健福祉法に基づく精神保健指定医による措置入院のための診察などの制度を利用することも検討しなければなりません。
- ④ **訪問の適切なセッティングを工夫すること；** 適切な訪問日時、場所、話題などを検討します。また、訪問への当事者の反応も予測しながら、訪問スタッフの構成を考えます。事情を近隣に知られたくないと思う家族もあり、訪問時に車を近くにとめないようにするなどの配慮もその必要性を事前に確認します。家庭内暴力などの暴力行為が激しい事例の場合は、家族による警察への支援の要請や一時家を出て避難するといった対応も訪問以前に考えられますが、もし訪問型の支援を行うとすれば、支援者の前で激しい暴力を家族に向けたり、支援者に向ける場合には警察の介入を要請することになるでしょう。
- ⑤ **関係機関との情報交換；** 有効であった訪問では、地域における関係専門機関と事前の連絡協議が行われています。事前に関係機関から合意や了解を得ておきま

しょう。

4-5-c 訪問開始に向けた家族との準備

訪問に際しては、事前の情報収集とその評価や、当事者の了解を得ることなど事前準備には家族の協力が必須です。

評価のために必要な情報としては、第一に生まれてから現在までの成長の経過、保育園や幼稚園、小学校、中学校、高校などの各段階における友人関係や集団への適応、大人達との関係の特徴など当事者のいわゆる成育歴をあげることができます。さらに、現在までの相談や治療歴、当事者の現在の日常生活、日頃の言葉や行動の特徴などは訪問に際して重要な情報です。もちろん、訪問を検討するような事例はすでに家族だけの相談が行われている事例が大半ですから、以上のような情報は相談開始時にすでに聴取したものばかりかもしれません。しかし、訪問を計画するにあたり、支援者は家族と協力してもう一度これらの情報を見直し、この段階での新たな情報から必要があれば以前の情報を修正する必要があります。

また、当事者が好んでいる趣味、あるいは特技など、訪問した際に支援者が話題にしやすく、当事者にとっても応じやすい、侵入性や侵襲性の低い話題の素材となるような情報も家族に提供してもらわねばなりません。

当事者に訪問の了解を得る手続きは原則的には必須であり、了解なしの訪問はあくまで緊急の必要性が存在する場合の例外的なものにとどめるべきです。当事者への予告なしの訪問が契機となって、ひきこもりがひどくなったり、家庭内暴力が悪化したりといった結果も起こりうることを、支援者は重々承知していなければなりません。

支援者は家族と慎重に検討したうえで、家族を介した伝言や支援者からの手紙などの手段で、訪問したい旨を伝えるとともに、訪問が実際にはどのような形をとり、どのような支援が可能かをできるだけ具体的な表現で伝えます。それに対する当事者の反応は家族から支援者に伝えられ、それが訪問に関するタイミングや方法を検討するための素材となります。訪問の同意が得られれば、事前情報を参考に適切な訪問の日時、場所、話題などを決定します。

実際の訪問の際に、精神医療もしくは精神保健の分野の支援者は家族や当事者との面談の内容だけからではなく、当事者の身だしなみや外観、家族との交流の様子、部屋の状態、

居住地の環境なども併せて把握します。当日は、当事者のいつも通りの生活が評価できるよう、家族は家の中をできるだけ日常に近い状態に保っておくことお勧めします。

4-5-d 訪問時に心得ておくべきこと

初回の家庭訪問で、当事者に会えるとは限りませんが、これに関して支援者は無理をすべきではありません。初回の訪問に限らず、当事者に会えときには必ず支援者は「よく顔を出してくださいました。お会いできて本当に嬉しいです。」といった気持ちを自分の言葉で伝えるようにしましょう。そして、支援者は自分が何者で、何の目的で家庭訪問をしたのかを静かな口調で話すことが特に重要です。

挨拶以後の面談で、もし当事者が自分から能動的に話をしてくれるなら、支援者はその話を十分に聞くことが必要です。せっかちに話の腰を折ったり、いきなり内容を批判したりといったことはせずに、この日当事者が勇気を出して支援者と会ったことに込めた気持ちをとらえようと、耳を傾けましょう。初回訪問時に当事者が話した言葉は、一見取りとめのない雑談のような言葉であっても、後にその言葉には大切な意味があると気づくことは案外多いものです。支援者は、長年にわたるひきこもり状況を当事者がどんな気持ちで過ごしていたのかを感じ取ることに、まずは努めましょう。

当事者との会話の内容として、訪問前の家族などからの情報収集で得た情報を活用して、好きな趣味や特技など、当事者にとって話しやすく侵襲性の低い話題を取り上げることで、比較的速やかに気軽に話せる関係になれるかもしれません。しかし、あまりにも当事者のことを知りすぎているという印象を与えるような支援者の話し方はかえって逆効果となることはいうまでもありません。

一方で、多くの支援者が訪問時の面談について、「当事者の内面に侵入しすぎてしまい、傷つけてしまうのではないか」という不安を抱きやすいことはよく知られています。また、家庭内暴力が激しい事例では、支援者が去ってから生じるだろう家族への暴力を心配するあまりに、当たり障りのない面接に終止してしまうという経過もよく生じることです。その結果、当事者が抱えている社会参加への不安や、暴力などの問題行動については、その背後にある葛藤や救援を求める思いを含めて一切触れないまま、いたずらに時を空費するということになります。

語り合うべき時には問題ときちんと直面してもらうためにも、敢えて葛藤の大きいと思

われる話題に触れざるをえない時がくることを支援者は承知していなければなりません。その上で、支援者はそのような局面につながっていくことを目指して、当事者・支援者間の関係性と、当事者の社会に対する関心の芽生えに注目しつつ、辛抱強く訪問を続けていかねばなりません。

当事者との面談が可能であれば、支援者は家族の情報に加え、当事者の言葉、当事者の身だしなみや外観、家族との関係性、部屋の状態、居住地の環境などを具体的に評価し、当事者の全体像をある程度把握することができます。当事者の身体的清潔の保たれ方、衣服の状況、食事のとり方、睡眠のとり方などのセルフケアの水準と、当事者の居室を含めた家の中の状況から、当事者のメンタルな機能水準や家族の疲労の程度を把握し、支援の緊急性を判断することは特に重要です。もちろん当事者の身体的衰弱が激しい場合には、栄養状態、血圧と脈拍、呼吸、体温などのバイタルサインの確認が必要です。

初回訪問では、当事者も家族も、そして支援者も緊張しているのが普通です。あまり長い面談にならないよう気をつけましょう。そして、訪問を継続したほうがよいと判断した場合には(多くがそうなるはずですが)、必ず次回訪問の日時を当事者と家族に告げましょう。それによって支援の恒常性が得られやすくなり、継続的な訪問を当事者が受け入れられやすくなることが期待できます。なお訪問支援の頻度は月1回ほどが多いようですが、もっと回数を増やす場合もあり、ケース・バイ・ケースといってよいでしょう。しかし、何カ月も間隔があき不定期の訪問としか映らないものになってしまうと、支援としての恒常性はいつまでも確立しません。

4-5-e 当事者が拒否する場合の対応

当事者が訪問を拒否している場合には、訪問以外のアプローチや家族を対象とした訪問をするなどの配慮が必要です。ただし、生命に関わるような危険（拒食や飲水の拒否などによる生命の危険や自傷・他害の危険など）が生じている場合には、当事者の了解が得られないままでも訪問を実施すべき場合があります。その際に支援者は、状況の緊急性、強力な介入の必要性の有無、そしてその介入を合法的なものとする法律（精神保健福祉法など）の適用の可否などを客観的・中立的に判断する冷静さが求められるとともに、関連する専門機関との連携を図る必要があります。

当事者が面談を拒否することから、家族を対象とした訪問を続けていると、何回目かに

ようやく当事者に会えるという経過も訪問支援ではよくある展開です。特に家庭内暴力を伴う場合には、支援者が初回訪問で当事者に会うことはかなり難しいと考えられます。その場合には、支援者の「会いたい」という気持ちを家族から伝えてもらったり、その旨を記した手紙を家族に託したり、会えないまま訪問を続ける中で当事者に手紙やメモを残したりするなどの働きかけを続けることをお勧めします。入室を拒否する当事者の部屋へ強引に侵入するという出会いが、前記のような緊急事態の場合を除いて、望ましくないことはいふまでもありません。もし、ある機関による訪問支援が当事者と会えないまま長期間経過し、スタッフの間に膠着状態との思いが拡がり、展望を見失う事態となったら、専門機関の地域連携ネットワークのケース・マネジメント会議に事例を提出し、そこでの多機関のスタッフによる検討に委ねることをお勧めします（もちろんそのようなネットワークを地域に設置する必要がありますが）。それを通じて、支援のパートナー機関が現れ、支援が新しい展開を示すことも少なくないと考えられます。

当事者は支援者と会うことを拒んでいる場合でさえ、多くの事例では訪問してきた支援者に強い関心を持って、支援者の気配に注目しているはずです。支援者はどのような振る舞いをするのか、家族とどのような話をしているのか、どれだけ耳を傾けてくれそうな人かなどを知ろうと、五感をとぎすましているはずです。もちろん、訪問が終わった後の家族の自分への接し方や会話にも関心は向いています。そのため、支援者は当事者がいない部屋での家族との面談でも、当事者の存在を意識し、当事者の本当の気持ちを尊重するという姿勢で臨むことを忘れてはなりません。

4-5-f 訪問支援の着地点（ゴール）

訪問支援（アウトリーチ型支援）がめざすゴール、すなわち着地点は、精神科医療が必要と判断される事例には速やかに治療が開始されることであり、ひとまず精神科医療が不要と判断される事例には当事者の社会活動への可能性を拡げるための支援を提供する地域の社会資源につながることです。

往診や訪問看護の形をとって実施される児童精神科や精神科医療機関によるアウトリーチ型支援は、ひきこもり支援の一端を担う特殊な分野です。それは、児童精神科医療や精神科医療の支援が必要な事例に対して、当事者を医療的支援へつなげることをゴールと定めた支援が中心となりますが、医療以外の生活支援や学校復帰ないし就労を支援する専門

機関（教育機関や就労支援機関など）につながることもゴールの一つとできる柔軟さを持っている必要があります。現在、アウトリーチ型支援は教育機関、保健所や市町村などの公的機関、あるいはNPO団体が実施するものが中心ですが、精神医学的評価がより厳密に行いうる医療機関によるそれは今後の発展が期待される領域です。

訪問を重ねる中で暴力行為、自傷・自殺の危険性、不適応的な問題行動、犯罪性などに改善がみられた、家族以外の人間関係をもつようになったなど、学校復帰や就労には至らなくてもある程度の社会参加が生じるということもあります。しかし、当事者とも会えず、結果の得られないまま、漫然と訪問をくりかえすことが必ずしも適切とはいえません。別の何らかの支援法を検討すべきタイミングを失わないという感覚も大切です。くりかえしになりますが、これはそのような訪問を長期にわたって続ける以外に手のない事例も少なくないことを承知したうえでの話です。

いずれにしても、訪問支援はひきこもり当事者とその家族の生活の質（QOL）が改善することをゴールとして目指している支援ですから、かくあるべきといった画一的なゴールを設定すべきではありません。その人それぞれの生活や生き方に合わせた着地点をゴールとしてめざすためにも、経過の中で当事者、家族、訪問支援者の三者で繰り返しこの点について話し合ひましょう。

4-6 支援をめぐるその他の課題

4-6-a 専門機関に相談する前にできること

<電話相談>

電話相談は、携帯電話の普及もあいまって、どこからでも、思い立った時に、手軽に相談できるという利点があります。自分の名前を名乗りたくなければ名乗る必要も無く（匿名性）、相談担当者と顔を合わせる必要がないことから、面接による相談に比べ緊張も少なく、精神的な負担も少ないため、相談を実行する際の抵抗が少なくてすみます。

相談者が電話相談に求められるものは実に多様です。時々自分の不安や葛藤を第三者に話すことによって、日常生活を何とか続けていく支えとしている当事者やその家族もいますし、電話相談を変化の契機としようとする思いで受話器をとる当事者や家族もいます。最初是从かいやいたずら電話の形をとらないとアプローチできない当事者もいますし、

本当に愉快犯的ないたずら電話である場合もあります。本当のいたずら電話を除いて、間違いなく多くは心の支えや救済、あるいは変化の契機を得ようとする真剣なものであり（表面にあらわれた姿勢ではなく）、電話相談を通じて、その機関での面接による相談や、医療機関を含む他の支援機関での相談・治療につながることは少なくありません。

しかし、電話相談は他の相談に比べ、相談者にとって気軽にできるものである反面、なかなか実態に迫れない事例が多いこと、深刻な状況がうかがえてもただちに支援に移ることがしにくいこと、相談の結果が具体的にとらえにくいことなどの限界もあります。電話相談という関（しきい）の低い相談窓口をひきこもり事例の支援への入り口の一つとして確保するとともに、ひきこもり支援にあたる機関同士が緊密な連携を保ちながら、当事者や家族の真のニーズに応じることのできる多様な相談・支援システムを各地域に構築することをめざしましょう。

＜インターネット相談＞

現在、さまざまな機関で、ひきこもりを呈している当事者や家族などを対象にしたインターネット相談が行われ始めています。当事者や家族は電子メールで相談内容を送り、それを受け取ったスタッフは面接を行わないで返信するというプロセスになっています。インターネット相談は、面接相談や医療機関の受診に結びつけるためのサポート手段として、メンタルヘルスに関する説明および専門機関の紹介といった情報提供を行う目的で実施されているものが多いようです。一方、精神医学的な診断や治療手段としてインターネット相談を利用することも行われていますが、現段階ではその実施に際してはかなり慎重であるべきでしょう。顔を合わせない間接的相談であることから、問題に対するあまりに突っ込んだ探索的アプローチなどは行わず、家族や当事者への情報提供や、家族相談にとどまっている事例での当事者とのコンタクト（もちろん当事者がそれを望む場合に限られる）などに限定した利用とすべきでしょう。

4-6-b ひきこもりの支援に関する啓発活動

ひきこもりの当事者はもとより、その家族も同じように社会的に孤立し、通常の情報が届きにくくなっている場合が少なくありません。いうまでもなく、情報の乏しい状況に長く置かれることは孤独感を助長し、人を自暴自棄にさせがちです。このため、質の高い情報が早くから当事者や家族に届くよう、ひきこもり支援にあたる地域の専門機関は啓発活

動についても活発に取り組む必要があります。

ひきこもりという現象があること、それが支援の対象であること、この地域ではどのような支援が利用でき、どのような専門機関や窓口が存在しているかという点をわかりやすく説明したパンフレットやリーフレットが地域の様々な公的機関の窓口に出されていることが必要です。それらが当事者や家族の手に届くよう、窓口に出すことのほかにも、例えば地域の町内会の回覧板で回覧や配布を行ったり、各市町村便りなどでその内容を紹介したりするなどの方法を組み合わせて、繰り返し支援の存在をアピールすべきでしょう。その内容については、厚生労働省のホームページに掲載されている『『ひきこもりかな？』と思ったら』という当事者や家族向けの啓発用パンフレットも利用可能ですし、専門機関が地域の事情に合わせて本ガイドラインの中の適切な項目を選択して組み合わせ、表現に工夫を加えながら独自のパンフレットや、もっと気楽に手に取れるリーフレットを作成することが推奨されます。すでに複数の精神保健福祉センターなどが独自の啓発資材を作成しています。

以上のような当事者や家族への啓発資材の開発と配布とともに大切なことは、民間団体を含めた地域の支援機関の担当者が自らの知識の獲得と支援技法のスキルアップを目的とする研修会を地域で活発に開催し、地域のひきこもり支援の機能を向上させることです。教育、保健、医療、福祉などの諸分野で研修会を開催する必要があります。4-2で述べた地域連携ネットワークが機能している地域なら、そのネットワークを中心に研修会を開くのも有益です。

このような当事者や家族向けの啓発や支援者側のスキルアップを目的とする研修会が活発に取り組まれている地域でなら、年に何回かモデル的活動を続けている先進的地域活動の担当者やひきこもり支援の領域でユニークな活動を続ける支援者、ひきこもり支援の研究者、あるいは社会へ向けて発言している当事者や家族などを講師とする講演会の開催も意義深いものとなるでしょう。しかし、年に1、2回講演会だけを開催して啓発活動の全てとすることは、当事者や家族のためにも、そして支援者のためにも有意義とはいえないようです。

4-6-c 緊急時の対応に関する考え方

ひきこもりの支援者は、緊急時の対応をどうすべきかについて、日頃から明確にしてお

く必要があります。

① 家庭あるいは地域で生じる緊急事態

ひきこもりへの支援を続けて行く経過で、特に当事者に会えないまま家族の相談だけが続けている中で、支援者や家族が当事者に自殺の恐れありと判断したり、深刻な家庭内暴力がコントロールできない水準に至ったと思われたりする場合、あるいは近隣に対し攻撃的行動をとったり重大な攻撃行動をほのめかす場合で、統合失調症、あるいは双極性障害や大うつ病のような気分障害の存在が明確になり、しかも治療への抵抗が強く、容易に治療を開始できない事例などでは、危機介入としての精神科受診と、さらには必要であれば入院治療への導入も選択肢の一つとして検討されるべきでしょう。その際、背景に存在する精神障害（ICD-10 や DSM-IV-TR に掲載されたすべての障害）や危機介入的入院がもたらす結果の予測、そして家族が本当に対応不可能になっているのか否かなどの評価に基づく慎重な判断が支援者には求められます。

緊急性の高い事態であることが確認されたにもかかわらず、家族が当事者をつれて精神科医療機関を受診できない場合には、訪問により直接当事者と会うことで、当事者の精神的健康度を評価できるだけでなく、当事者の保護と医療の速やかな提供の必要性を判断することができるでしょう。ただしこのような緊急時の訪問は通常の訪問型支援とは異なり、精神保健福祉法に基づいて実施すべきものです。その場合は、対応の主たる担い手は保健所となり、そのメンタルヘルス担当者らによるチーム（精神科医特に精神保健指定医を含むものであることが望ましい）の訪問となります。指定医の診察により精神障害と診断され、かつ緊急に入院が必要と判断された場合、当事者の同意が得られなくとも保護者の同意があれば、精神保健福祉法第 34 条に基づく精神科病院への移送も行うことができます。また、特に自傷他害の恐れが高い場合には、警察官通報（精神保健福祉法第 24 条）などに基づいて、措置入院（同第 29 条）の是非を判断するため 2 名の精神保健指定医による診察が行われることになります。以上のような訪問を実施する際、当事者の他害的な暴力行為が予測される場合には、警察官の同行訪問も検討する必要があるでしょう。

一方、何らかの精神障害が関与しているか否かに関わらず、精神科入院治療、特に当事者の同意に基づかない入院（医療保護入院など）の対象にすぐにはならない家庭内暴力（精神病性障害が否定された事例など）もたくさんあります。そのような場合には、激しい家

庭内暴力の攻撃対象となっている家族（母親や年少の同胞が多い）を避難させざるをえないこともありますし、警察との協力で警察官の存在を暴力の抑止力として利用することもあります。被害家族の避難は、攻撃対象ではない家族（多くは父親）が同居を続けることで、避難した家族がけっして当事者を見捨てたのではなく、あくまで不当な暴力に対する避難に過ぎないことを伝える機会になりますし、やがては自らの行動を客観視できるようになるところまで当事者を支えることができるかもしれません。被害家族の避難を機に、残った家族の協力で訪問型の支援を開始する機会を得ることもあります。また、近隣の住人などの他人への攻撃行動やその他の迷惑行為・犯罪行為をほのめかしたり、実行に移したりする場合には、原則的には一般の犯罪と同様に警察への相談ないし通報と、その後の司法的対応に委ねるべきでしょう。

② 当事者来談時の緊急事態

当事者が相談機関来談時あるいは医療機関受診時に、怒りを爆発させて支援者に暴力を振るおうとしたり、リストカットなどの自傷行為を行ったり、深刻な自殺願望を口にするといった状況を典型的な緊急事態とします。支援者などへの攻撃的な暴力行為は緊急避難的に相談機関のスタッフで抑えることは可能と考えます。いうまでもなく暴力に対する暴力は許されるはずはありません。あくまで暴力をとどめ冷静になってもらうことが目的ですから、無理に一人に対応せずに他の職員にも協力を求め、冷静に話しかけながら、双方がけがをしないように配慮しつつ、声をかけ続けましょう。当事者が冷静になり、実際に暴力を振るったわけではなければ、何が起きたのかを話し合い、できるだけ相談や治療が継続できるような同意点を見出す努力をしましょう。

しかし、実際に支援者やその他の人に激しい暴力を振るったなら、警察に通報すべきでしょう。暴力は許されないことであり、暴力は責任を取らねばならないという社会的ルールと直面することは当事者の立ち直りとも関わる大切な体験です。警察の介入によって、精神保健指定医による措置入院の適否をめぐる診察のための通報（精神保健福祉法第 24 条）が保健所になされることになれば、精神保健指定医によって精神障害の関与についての評価が行われ、精神科治療の道が開かれる場合もあります。また警察に逮捕・拘留され、さらに送検されて、そこで精神障害が強く疑われる場合には簡易鑑定が行われ、その結果精神障害に基づく行動と判断されれば、不起訴処分決定後に検察官が指定医診察のための

通報（同法第 25 条）を保健所に行う可能性があります。

当事者が来談中の機関で自殺願望を強く口にする場合や深刻な自傷行為・自殺行動を行った場合などには、その傷の程度や切迫度（実際に決定的な自殺行動を行う可能性）が高い場合、家族と連絡をとりあった上で、必要と判断したら精神科医療機関または救急病院（現に大量服薬をしたり受傷したりしている場合）への救急搬送を消防署に依頼するか、自治体によっては警察に依頼し精神科救急のシステムに乗せることになります。

③ 緊急時の対応を決定するための地域連携ネットワークの利用

以上のような緊急時の対応は単独の支援機関だけで判断することが難しい場合が少なくありません。例えば、精神科医療に結びつけるべきか否か、警察の介入を依頼すべきか否か、当事者宅を訪問すべきか否かなどが、現在関与している機関にとって判断し難いという状況は少なくありません。そのような際には、「4-2-b」および「4-2-c」で示したような関係機関による地域連携ネットワークのケース・マネジメント会議において対応を検討することができれば、何らかの有効な結論を得る可能性も、協力機関が現われる可能性も非常に高まります。もし、緊急に対応を考えないと手遅れとなりそうな事例では、ケース・マネジメント会議で知り合うことのできた関連機関（精神保健福祉センターや保健所、警察、病院など）の担当者と速やかに連絡をとりあって、適切な対応について相談する必要があります。このような地域を挙げた対応が可能になるためにも、地域連携ネットワーク（これは機能を名づけたもので名称を規定した用語ではありません）を各地に設置することが望まれます。

5. 今後の課題

5-1 ひきこもり支援の今後の課題

不登校・ひきこもりの支援はまだ未確立な部分をたくさん含んだ課題であり、今後も支援の体系が持っている不備を改善し続けて行くことが専門機関とそこで支援にあたる実務家に課せられている義務といえるでしょう。

特に重要な課題を以下にあげておきます。

1) ひきこもりと社会的自立の中間的なタイプへの対応

第一の課題は、現在のところ提唱され実践されている支援体系がいずれも基本的には不登校・ひきこもり状態からの脱却、すなわち学校復帰や進学、あるいは就労を唯一のアウトカムとして想定している点ではないでしょうか。長期にわたって不登校の経過を追っていくと、一定の割合でひきこもり状態を続ける青年に移行していきます（齊藤(2000)によれば 10%程度）。これと同じように、青年のひきこもりを支援していくと、きっとひきこもりから脱却できない人が一定の割合で出てくることでしょう。支援の展開を示した図 3 でいえば中間的・過渡的な集団での活動にはなんとか適応できるのですが、実際の就労へどうしても踏み出せないという、ひきこもりでも社会的自立でもない群が一定程度現われるはずです。そのため、この中間的・過渡的な集団での支援を延々と続ける必要が出てきます。さらには、この中間的・過渡的集団に参加する段階に至らないまま、個人的支援にだけ参加できるような、あるいはまったくそれも拒んで家庭にとどまるような、ひきこもり状態を続ける群も必ずや存在することでしょう。

2) 一貫した包括的な支援体制とネットワークの構築

このような息の長い支援を地道に提供し、状況の変化に適切に対応できる柔軟でしなやかな支援の体制を維持し続けるためには、今後は継続的に一貫した支援を提供できる体制づくりが必要となるでしょう。また、本ガイドラインで採りあげた連携ネットワークやケース・マネジメント会議をどのように地域に定着させ発展させるかについても、今後積極的に取り組むべき重要な検討課題です。

残された重大な、そしてできるだけ早い段階で明確な提案をすべき課題として、以上 2 点を挙げて本ガイドラインのまとめとします。

5-2 本ガイドラインの限界

本ガイドラインは不登校を含むひきこもりの支援や治療に関与してきた専門家からなる研究班の三年間の成果として作成したものです。各分担研究者と研究協力者が記述した各項目からなるガイドライン・ドラフト版をまず作成し、次いでそれを整理し、内容と表現に一貫性を持たせてコンパクトにまとめるために、主任研究者が全体を書き直しました。その後、この整理されたガイドライン（案）を分担研究者および研究協力者、そして全国精神保健福祉センター担当者に送付して意見を募り、その意見を参考に主任研究者が再度、再々度の修正を加えました。このような本ガイドラインの成立過程は、全体としては緩や

かなエキスパート・コンセンサスという水準のもので、ガイドラインが推奨した評価と支援の方法やシステムは質の高いエビデンスに支えられたものではないという限界があります。今後はここで推奨した方法やシステムに準拠した実践とそれを対象とした臨床的研究によって、本ガイドラインの質の向上に取り組む必要があります。

引用文献

Asuka Koyama, Yuko Miyake, Norito Kawakami, et al.: Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 176: 69-74, 2010.

近藤直司，清田吉和，北端裕司ほか：思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究．厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究（主任研究者 齊藤万比古）」平成 21 年度総括・分担研究報告書，2010(印刷中)．

中島豊爾，塚本千秋，大重耕三ほか：精神科急性期治療におけるひきこもり青年の実態と精神医学的治療に関する研究．厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究（主任研究者 齊藤万比古）」平成 20 年度総括・分担研究報告書，19-24，2009．

齊藤万比古；不登校の病院内学級中学校卒業後 10 年間の追跡調査．*児童青年精神医学とその近接領域* 41: 377 - 399, 2000.

製作者一覧

厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業

「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究（H19-こころ-一般-010）」

研究代表者

齊藤 万比古（国立国際医療研究センター国府台病院）

分担研究者

中 島 豊 爾（岡山県精神科医療センター）

伊藤 順一郎（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

皆 川 邦 直（法政大学現代福祉学部）

弘 中 正 美（明治大学文学部・明治大学心理臨床センター）

近 藤 直 司（山梨県精神保健福祉センター）

水 田 一 郎（神戸女学院大学人間科学部）

奥 村 雄 介（府中刑務所）

清 田 晃 生（大分大学医学部 脳・神経機能統御講座）

渡 部 京 太（国立国際医療研究センター国府台病院）

原 田 豊（鳥取県精神保健福祉センター）

斎 藤 環（爽風会佐々木病院）

堀 口 逸 子（順天堂大学医学部公衆衛生学教室）

研究協力者

宇佐美 政英（国立国際医療研究センター国府台病院）

瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

田上 美千佳（東京都精神医学総合研究所）

新 村 順 子（東京都精神医学総合研究所）

榊 原 聡（名古屋市総合リハビリテーションセンター）