

10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる

地域精神保健活動のガイドライン

**精神保健福祉センター・保健所・市町村で
どのように対応するか・援助するか**

こころの健康科学研究事業

地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究

(H12-こころ-001)

10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる

地域精神保健活動のガイドライン

精神保健福祉センター・保健所・市町村で どのように対応するか・援助するかー

本ガイドラインでは、自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている、「ひきこもり」の状態の人への地域精神保健分野における対応の指針が述べてあります。

まず、「ひきこもり」の概念について述べ、「ひきこもり」に関する基本的な理解を示します。次に、「社会的ひきこもり」という状態を中心として、「ひきこもり」事例の相談を受けた場合の基本的態度を示しました。そして、後半には、具体的な援助方法について、さまざまな角度から述べました。

本ガイドラインは、「治療」というよりも、「地域においてまずできることは何か」ということに力点をおきました。したがって、本格的な治療という点では、他の成書を参考にさせていただきたいと思います。

なお、本ガイドラインは本研究班に関わったすべての人々の臨床体験・研究成果をもとにしております。当研究班が2001年に発行した「ガイドライン(暫定版)」をベースにしておりますが、3年間の研究成果を踏まえ、大幅に加筆いたしました。

本ガイドラインが、「ひきこもり」に関わる地域精神保健分野のすべての人々や、困難を抱えるご本人やご家族の、何らかのお役に立てれば、と願ってやみません。

目次

| | |
|--------------------------------|-----|
| 章．「ひきこもり」の概念..... | 1 |
| 章．関与の初期段階における見立てについて..... | 7 |
| 章．援助を進めるときの原則..... | 13 |
| 章．具体的な援助技法..... | 39 |
| 1 節 面接のポイント..... | 40 |
| -1 初回面接..... | 40 |
| -2 家族面接..... | 45 |
| -3 本人との面接..... | 52 |
| 2 節 さまざまな援助技法を活用する..... | 57 |
| -1 電話相談..... | 57 |
| -2 家庭などへの訪問..... | 61 |
| -3 家族向けの心理教育的グループ..... | 67 |
| -4 本人向けのグループ活動..... | 71 |
| -1 デイケア・居場所..... | 71 |
| -2 SSTグループ..... | 77 |
| 3 節 さまざまな支援プログラムの可能性..... | 81 |
| -1 社会復帰への援助..... | 81 |
| -2 インターネット相談..... | 88 |
| 4 節 緊急時の対応..... | 91 |
| -1 ケア会議の開き方..... | 91 |
| -2 暴力が生じている場合の家族支援..... | 98 |
| -3 緊急時対応の法的根拠..... | 101 |
| -4 緊急時対応のプライバシー保護..... | 105 |
| 5 節 援助者のメンタルヘルス..... | 108 |
| 付録．「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告 | |

章. 「ひきこもり」の概念

「ひきこもり」は、単一の疾患や障害の概念ではありません

「ひきこもり」はさまざまな要因によって社会的な参加の場がせばまり、就労や就学などの自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態のことをさします。

これは、なにも特別な現象ではありません。何らかの理由で、周囲の環境に適応できにくくなった時に、ひきこもる」ということがあります。

このような「ひきこもり」のなかには、生物学的な要因が強く関与していて、適応に困難を感じ「ひきこもり」をはじめたという見方をすると理解しやすい状態もありますし、逆に環境の側に強いストレスがあって、「ひきこもり」という状態におちいつている、と考えた方が理解しやすい状態もあります。つまり、「ひきこもり」とは、病名ではなく、ましてや単一の疾患ではありません。また、「いじめのせい」「家族関係のせい」「病気のせい」と一つの原因で「ひきこもり」が生じるわけでもありません。生物学的要因、心理的要因、社会的要因などが、さまざまに絡み合って、「ひきこもり」という現象を生むのです。

ひきこもることによって、強いストレスをさげ、仮の安定を得ている、しかし同時に、そこからの離脱も難しくなっている、「ひきこもり」は、そのような特徴のある、多様性をもったメンタルヘルス（精神的健康）に関する問題ということが出来ましょう。

「ひきこもり」の実態は多彩です

よく、「ひきこもり」をしている人々の性格の特徴が、あたかも一種類にくくれるような言われ方をすることがありますが、実際には、多彩な人々が、「ひきこもり」の状態におちいつています。そして、そのときのご家族の対応にも、かなりの多様性があります。「ひきこもり」への援助の特徴として、この多様性への対応ということがあげられます。

生物学的要因が強く関与している場合もあります

「ひきこもり」という行動をとる人のなかには、生物学的要因が影響している比重が高く、そのために、「ひきこもり」を余儀なくされている人々がいます。たとえば、

統合失調症、うつ病、強迫性障害、パニック障害などの精神疾患にかかっている人々です。これらの疾患にかかると、その一部の人は、不安や恐怖感などがとても強くなり、人と会うことが困難になったり、症状のために身動きできずに、ひきこもらざるを得なくなったりするのです。

また、軽度の知的障害があつたり学習障害や高機能広汎性発達障害などがあるのに、そのことが周囲に認識、理解されず、そのために生じる周囲との摩擦が本人のストレスになることがあります。このようなストレスが過剰になった場合に、ひきこもることでそれを回避するものの、精神的に不健康な状態を持続させてしまうというパターンにはまる人々もいます。

明確な疾患や障害の存在が考えられない場合もあります

それに対して、明確な精神疾患や障害の存在が考えられないにもかかわらず、長期間にわたって自宅外での対人関係や社会的活動からひきこもっている人々もいます。成長とともに「生活のしづらさ」が増え、そこから回避するように「ひきこもり」をはじめたり、何らかの挫折感を伴う体験や心的外傷となる体験が引き金となって、社会参加への困難感が強まり、「ひきこもり」にはまったりすることがあるのです。精神科的観点から詳細な診断をすると、パーソナリティ障害や社会恐怖などと診断される人々もこのなかにはふくまれます。

「ひきこもり」の長期化はひとつの特徴です

ひきこもるようになったとしても、「3日ひきこもったのでストレスから回復して元気になった」ということと、「3年間ひきこもっても楽になるめどがたたない」ということでは、生じている現象が異なっていると考えられます。このガイドラインで扱う状態は長期化している「ひきこもり」の状態です。長期化は、以下のようないくつかの側面から理解することが出来ます。ただこれも、複数の要素が混在していると考えerほうが適切です。

生物学的側面

たとえば、昼夜逆転はしばしばおきやすい状態ですが、このような状態では、体内時計が変調をきたし、ホルモンの分泌のリズムなどに変化が生じてしまいます。そうする

と、体のリズムを戻すのに、少し時間を必要とします。

また、「ひきこもり」の背景に精神疾患がある場合は、その疾患の治療をすることなしには、意欲の低下や不安感、緊張感などが軽減しません。そのために外出困難な状態が持続します。あるいは、ひきこもるという対処行動自体がストレスになって、2次に精神疾患が発現する場合があります。ともすると「気持ちの問題」と考えやすい状態のなかにも、神経システムの機能の変化が起きて、医学的な観点からもさまざまな工夫が必要な状態が生じることがあるのです。

心理的側面

たとえば、ひきこもる以前に、本人にとってはかなりのストレスがあり、それに耐えようと踏ん張っていたため、ひきこもると同時に大きな挫折感や疲労感をかかえ、回復が遅れてしまうことがあります。踏ん張りがあまりにもきつかったので、以前属していた集団に復帰するのに強い拒否感をもってしまうような場合もあります。

あるいは、「ひきこもり」という生活パターンを繰り返す中で、次第に人との交流の機会が減少し、他人に会う時の緊張感や不安感を考えて、また他者からの否定的な評価におびえて、社会に出て行くことがより困難になるような場合もあります。一般的に、本人は自分にたいする評価が低くなっており、他者からのマイナスの評価がひどくこたえるようなのです。パーソナリティ障害とよばれるような人々の場合には、いわば「こころのクセ」のために、上述したような心理的困難が顕著で、行動を変えにくくなっているのです。

社会的側面

「ひきこもり」の人を取り巻く社会環境も、状態に影響を与えます。たとえば就労や就学以外に選択肢を認めない環境では、いったんひきこもった人が再び社会参加をするのに、多くの困難があるでしょう。「ひきこもってしまったら将来はない」とか「みんなと違うことをすることは良くない」といった価値観が優勢な場合には、ご家族も本人も、「悪いこと、不利なことをしている」といった認識になって、援助を求めることも出来ず、孤立しがちです。そのような場合は、本人や家族の回復への力が十分に発揮できにくいものです。また、気軽にこのような問題を相談できる適切な場所が身近にあるかないか、ということも長期化に影響をあたえている可能性があります。「ひきこもり」

の状態からの回復は、なかなか個人の力では難しいときがあるからです。多様な価値観が尊重されるように社会のあり方を変えることで、困難を抱えながらも、生きやすくなっていくこともあるのです。

以上のように、「ひきこもり」の長期化は、さまざまな要素により精神的健康をそこね、離脱が困難になっている状態ととらえることができます。したがって、援助にあたっては、「なぜ、ひきこもってしまったか」と原因をつきとめるようとするよりも、「今の膠着状態を変えるために、どのような工夫が必要か」ということを優先して関わりをはじめのほうが、より安全で確実なありかたであると思われます。そのためにも、多面的なものの見方を維持しながら、「いまここで」をどうするかについての適切な態度と技術が援助する側には必要です。

「社会的ひきこもり」とは？

近年まで、「ひきこもり」といえば、統合失調症などの精神疾患のために、なかなか社会参加が出来ない人への援助が、地域精神保健の中心的な課題でした。しかし、この10年ぐらいのあいだに、10代で不登校をしている人々の数が増加し、また、それらの人々が就学年齢を過ぎても、必ずしも社会適応がうまくいっていないという調査結果もできるようになりました¹。つまり、狭義の精神疾患とは呼べないが「ひきこもり」を呈している人々への援助が地域精神保健の課題としてクローズアップされてきたわけです。

そこで、このような対象者の状態のことを、狭義の精神疾患を有するために生じる「ひきこもり」状態と区別して、「社会的ひきこもり」と呼ぶようになりました。たとえば、斎藤はその著書の中で「20代後半までに問題化し、6ヶ月以上、自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とはかんがえにくいもの」²と、その定義を述べています。

しかし、これもあくまでも、状態像の記述であり、医学的診断として提唱されているものとはいえません。すでに述べてきたように、「社会的ひきこもり」というカテゴリーにあてはまる人々のなかにも、さまざまな病態や状況の人々がいるのが現実なのです。

¹文部科学省：不登校に関する実態調査 2001 平成5年度不登校生徒追跡調査報告書

² 斎藤環：社会的「ひきこもり」 1998 PHP 選書

すなわち、あるひとが「社会的ひきこもり」か否かという議論には、それほど大きな意味があるとはいえません。むしろ、現実に即しておさえおくべき大切な事柄は、() 多様な人々が、ストレスに対する一種の反応として「ひきこもり」という状態を呈すること、() 狭義の精神疾患の有無に関わらず長期化するものであること、そして() 「ひきこもり」という状態の特徴として、本人の詳しい状況や心理状態がわからぬままに、援助活動を開始せざるを得ないことが多々生じていることであると思われます。

「ひきこもり」は精神保健福祉の対象です

以上、述べてきたように、「社会的ひきこもり」も含めて「ひきこもり」という状態は、長期間にわたって生活上の選択肢が狭められた、精神的健康の問題と、とらえられます。その援助活動はひろく精神保健福祉の領域に属するものであるといえるでしょう。

本ガイドラインでは、いわゆる「社会的ひきこもり」への精神保健福祉サービスに力点をおいて言及していますが、あくまでも「自宅にひきこもって社会参加しない」という共通の行動をとっている、多彩な状態への地域精神保健活動のあり方に対する指針であることを念頭において読んでいただきたいと思います。

参考文献:近藤直司編 「ひきこもり」ケースの家族援助 2001 金剛出版

章 . 関与の初期段階における見立てについて

「ひきこもり」の事例との関わりの困難は、多くの場合その初期にあっては本人に会えず、主に、家族からの情報で、支援のためのアセスメントをしなければならないことです。そのため、限られた情報から、初期の対応の枠組みを決めていかねばなりません。

地域精神保健福祉の実践的な観点からいえば、適切な初期対応を進めるためにとくに欠かせないのが、次の 2 点からの見立てです。

- ・ 生物学的な治療（薬物療法）が必要か
- ・ 暴力などの危険な行為のため、緊急対応が必要か

これらの見立てのうちに、薬物療法をふくむ専門的な対応や緊急対応が必要と思われる場合は、それぞれの独自の対応を進めていくことになります。

生物学的な治療（薬物療法）が必要か

全ての事例に明確な医学的判断がつくわけではありません。また、医学的判断がなければ援助が先に進まないわけでもありません。

けれど、「ひきこもり」の状態にある方を援助するに際して、医学的な診断は、今後の援助を効果的に進めるにあたって、役に立つ情報ではあります。

家族や本人に関わりながら見立てをしているうちに、医学的な診断が必要と考えたなら、ある時点で精神科医の判断を仰ぐよう準備をしておく事が必要です。

生物学的要因が強く関わっているときには、薬物療法などの専門的治療が支援のひとつになります

精神疾患のなかには、ストレスへの対処に破綻をきたし、たとえば脳内神経伝達物質などにアンバランスを呈して発症するものがあります。このような生物学的問題が明らかかな場合は、薬物療法などの専門的治療の有効性が期待できます。専門的治療や服薬によってずいぶん苦痛が軽減されるので、適切に診断や治療ができる医療機関への紹介や連携ができるよう心がけるのがよいでしょう。

ただし、こうした場合でも、医学的な関わりができればすべてよしではなく、その後本人の回復には家族も含めた援助が必要なのはいうまでもありません。

このような精神疾患の代表的なものには以下のようなものがあります。

統合失調症

神経が敏感になりすぎ、環境への適応に困難を生じる精神疾患です。小さな刺激にも敏感に反応するようになり、例えば「周囲の者が自分の悪口を言っているに違いない」とか「テレビでも自分の噂をしていた」「盗聴器が仕掛けられていて、自分の様子が伝わってしまう」といった非現実的な考えにとらわれてしまいます。不眠が続き、考えが次から次へとまとまらなく湧いてきてしまうとも言います。同時に感情が不安定になり、気持ちのゆとりがなくなって、仕事や勉強などうわの空になりがちです。

一方陰性症状といって、根気が続かない、意欲がわからない、生き生きとした感情がわいてこない、などの症状が同時に出現する場合があります。このような時は、傍から見てるといつも疲れやすく無気力でごろごろしている、といった状態が続きます。

薬物療法にくわえて、支持的な環境のなかで丁寧にリハビリテーションをおこなうことが必要な疾患です。

うつ病

ここで述べるのは、「抗うつ薬」の対象となるような「うつ病」のことです。

憂うつな気分と共に、意欲の減退、集中力の低下などが生じ、自分自身に対する感情も大変否定的になってしまいます。一般的に、頭が働かず、感じたり考えたりということもなかなかできない状態になり、決断をおこなうこともむずかしくなります。やはり、環境の変化や挫折体験などのストレス状況から発症しがちですが、対人場面で「とりかえしがつかないことをしてしまった」とか「他人に迷惑をかけてしまった」と苦しむことが多いようです。この点、「ひきこもり」の状態にある人が普通に感じる空虚感とはやや異なります。また、便秘や食欲不振、早朝覚醒があるがなかなか起き上がれない、といった身体症状を伴いがちです。

抗うつ剤を中心とした薬物療法と支持的な環境での認知療法、認知行動療法で回復可能です。

強迫性障害

もともと、この障害があるために、外出などが困難になる場合と、「ひきこもり」の2次的な問題として、強迫性障害が生じてしまう場合があります。

たとえば「自分のからだは汚れているのではないか」とか「自分はひどいことをまわりの人にするのではないか」など、強迫観念といって一つのものごとに考えがとらわれてしまう症状と、その強迫観念を打ち消すように、あるいは強迫観念に左右されて、例えば一日に何十回となく手を洗ったり、何度も繰り返し確認したりといった行動をくりかえす強迫行為という症状があります。時に、強迫行動に家族を巻き込んでしまうので、つきあう家族も大変疲れることがしばしばです。

薬物療法と認知行動療法などの併用が回復には有効です。

パニック障害

ひどい動悸や呼吸困難、息苦しさを体験する「パニック発作」があり、以後、乗りに乗ったり、会議や授業に出たりすると「また似たような発作がおきるのではないか」との予期不安が強まり、次第に単独での外出が困難になってしまう状態です。このような社会的な場面にでる事にまつわる恐怖感を広場恐怖とよびます。これらの問題も神経伝達物質の一種の機能障害によるものといわれています。

抗うつ剤や抗不安薬をもちいて不安発作を予防するとともに、予期不安に対して行動療法や認知行動療法が有効です。

摂食障害

体重の減少に対して強いこだわりがあり、ダイエットのために拒食をしたり、食べても太らないようにと過食や嘔吐を繰り返したりということが生じます。女性に多い病気です。食にまつわる症状のほかにも、自分に対して自信を持つことが難しく、対人関係で困難を感じる状態におちいつてしまっていることも多く、結果として「ひきこもり」の状態におちいつている人が相当数います。

抗うつ剤を中心とした薬物療法と、支持的な環境での認知行動療法、家族療法などをおこなうことで、回復に向かいます。

PTSD（外傷性ストレス障害）

強い恐怖や、戦慄、無力感を感じさせるような突然の衝撃的な出来事を経験することによって生じる、特徴的な精神疾患です。原因となった外傷体験が繰り返し意図せずして思い出されたり、逆に体験を思い出すような状況や場面に対して感情や感覚が麻痺したりします。不眠やイライラなどが持続する場合があります。このような心理的困難のために生活を維持できず、「ひきこもり」の状態になってしまいうるのです。

専門的な精神・心理療法にくわえ、抗うつ剤の服用が回復に役立ちます。

適応障害

どんな人でも、強いストレス状況におかれると、不安や緊張が強くなり、精神的な失調をきたすことがあります。たとえば、軽度知的障害の人などが、無理をせざるを得ない状況に追い込まれ、混乱がひどくなる場合があります。睡眠障害、被害関係念慮（周囲に対して疑り深くなる）、聴覚過敏などの精神病的症状があらわれ、生活に支障をきたし「ひきこもり」になる場合があります。

このような時は、抗精神病薬を服用し、神経の緊張や疲れがとれるように生活を工夫することで、回復にむかうことができます。

暴力などの危険な行為のため、緊急対応が必要か

これは、疾患の有無というよりも、家族や周囲の人々あるいは本人自身が差し迫った危険のある状況におかれているかどうか、という点についての判断です。精神疾患に罹患していてもいなくても、暴力や自傷行為を含む緊急事態が発生するということはありません。後述するような緊急時の対応（章 5 節参照）をおこなう必要があるかどうかについてのアセスメントは関わりの早期にする必要があります。

「ひきこもり」の中で他者や自分に対して攻撃的な行動が見られることがあります

「ひきこもり」は仮の安定の状況とはいえ、心理的安定が常に得られるとは言えません。多くの人々が安心感、「今のままで大丈夫」という感覚を得られずに、孤立感、焦燥感、不安感、そして苦悶感をつのらせています。追いつめられた気持ちから、「こうなったのも家族のせいだ」「自分をこんな目にあわせている周囲をうらんでやる」と他者を責める気持ちが昂じたり、「もうどうなってもいい」と自暴自棄になる場合もあります。心配する家族とのやりとりなどから苛立ちを募らせると、小さな刺激が他者や自分自身に対する攻撃的行動を引き起こしてしまうこともあります。

「ひきこもり」の状態にあるときは、対社会的には自分を表現する事が難しいため、大きな社会問題となるような行動が生じる事はまれといっていますが（伊藤・吉田らの調査³では、対他的な問題行為は来所相談事例中の 4.0%）、逆に家庭の中では、

³ 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香ら：社会的「ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査。地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 平成 15 年度報告書 2003（印刷中）

不安感や焦燥感が問題行動のかたちで現れることがしばしば見られます。2000 年度に行った、倉本の保健所調査⁴では、20.9%に家庭内暴力が認められています。また伊藤・吉田らの調査結果でも来所相談中の事例において「家族に対する支配的な言動：15.7%」「器物破損：15.1%」「家族に対する暴力：17.6%」という値がでており、決して低い数字ではありません。

家族が暴力について話せる関係を作ることが、支援につながります

しばしば家族は自責感や恥の感覚から、かなり深刻になるまで周囲の人々や専門家に事態を打ち明けられないことがあります。重大な結果にいたることを防ぐためには、家族が本人の暴力について安心して話せる雰囲気確保し、情報を早期から共有しておくことが大切です。そのためにも、「ひきこもり」の経過中に家庭内での暴力が一時的にも見られるのは決して珍しいことではなく、暴力に対する支援も可能であることは相談の初期から伝えておきましょう。

ときには本人の暴力のために家族が一時的に家を離れることを希望する場合があります。こうした時、家を出ることについて相談にのるとともに、出たあとにも必ず相談機関との連絡を継続してほしい旨、家族に伝えておくことも必要でしょう。家庭内での暴力は家族が外部の援助につながる大切な契機でもあるのです。

とくに緊急対応が必要な場合は、複数の援助者が連携して対応にあたりましょう

もっとも、緊急対応が必要なのは、たとえ相手が家族でもすでに外傷を負うような暴力行為が発生している、刃物などの危険物を所持している、性的な虐待や小動物の虐待などが疑われる、自傷の危険が高まっているなどの場合が考えられます。このような場合は、対応にあたって援助者が自分一人だけで抱えようとしないことが大切です。援助者側も孤立してしまえば、緊急連絡を受けそこなったり緊急の対応が遅れたりしがちです。後述するケア会議（章 5 節 1 項）の開催などもふくめ、同僚、スーパーバイザー、精神科医、精神保健相談員、警察官、など、援助者自身が緊急時に対応を要請する人々との連携を早い時機から準備するのがよいでしょう。

⁴倉本英彦ら：保健所・精神保健福祉センターを対象にした「ひきこもり」の全国調査から。地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 中間報告書 p33-p45 2001。

章 . 援助を進めるときの原則

1 節 援助の目標立て

前述したように、「ひきこもり」という状態は、しばしば本人の意思の力だけでは離脱することが困難です。そのため、適切な援助がないところでは長期化しやすいという特徴もあります。精神保健福祉の観点から言えば、柔軟な思考や行動が難しくなってしまう、日常の活動が制限されたり、社会参加が制約された状態とも見る事が出来ます。したがって回復にあたっては、さまざまな精神保健福祉のサービスを活用することが有用です。この節では、「ひきこもり」の事例に関わるにあたっての、支援の組み立て方のアウトラインを示します。そして、 章で詳しく説明する援助技法の、全体のなかでの位置づけを明確にすることを目的としたいと思います。

目標 1 : 家族との関係作り

「ひきこもり」の援助は、状態像の特徴からいって、相談機関との接触の時点で、本人が相談の場に現れることがすくなく、家族など周囲の人々の相談としてはじまります。しかも、本人があらわれるまでにも時間がかかることが大抵です。したがって、必然的に家族への対応が援助において重要な要素になります。家族への援助の延長に、本人との関わりがあるのが定石と考えたほうがよいようです。持続的な家族との関係作り、そして家族のエンパワメントは、援助活動の基盤となるものです。

具体的には以下のような活動が考えられます。

- ・ 相談機関での家族との個別面接
- ・ 「家族に会いに行く」家庭訪問
- ・ 家族が適切な情報を得ることが出来、他の家族と話し合える機会にもなる「家族心理教育」
- ・ 家族に対する、危機介入的対応

目標 2 : 本人との関係作り

「ひきこもり」の状態にある人は、対人関係に対する安心感が、しばしば損なわれているといわれます。とくに、あらたに会う人にどのように評価されるか、どのような関係になるのか、といったことにまつわる不安感や緊張感は、かなり強いようです。つま

り、「ひきこもり」の状態になると、他者と会う事が、大仕事になってしまいます。

したがって、援助する側に必要な事の第一は、相手を評価したり説得する事ではなく、まず相手に安心感を送り届けられるような、関係作りに努めることです。ひきこもっている人に対して、あなたを応援しようとしている人がいる、あなたの可能性を信じている人がいるといったメッセージがゆくゆくは伝わるように、まずは相手を傷つける意志のない存在として前にいることを表現できるようなふるまいをすることが最初の仕事になります。

こういった関わりは、およそ以下のような活動を通じて実行されます。

- ・ 相談機関での本人面接
- ・ 「本人に会いに行く」家庭訪問
- ・ 電話相談・インターネット相談

目標3：アセスメント（見立て）

関係作りをしながら、援助のために必要なアセスメント（見立て）をおこないます。現実的には家族のアセスメント、それから本人のアセスメントという手順になると思いますが、どちらも基本は同じです。アセスメントは「何が原因か」を明らかにすることではありません。「この人たちには、どのような可能性があるのか」「どのような生活を望んでいるのか」「そのためにできることはどんなことなのか」ということを明らかにするためにいきます。やりとりのなかで情報を得て、これからどのように援助をおこなっていけばよいかを作りあげていきます。

アセスメントは、最初から包括的なものができるわけではありません。アセスメントとは、別の言い方をすれば「相手を知る」ということですから、関わりが深まるにつれて、アセスメントも変わりうるのです。そこで、まずは、援助の初動が何をめざして行なわれたら良いかが明らかになるような、スケッチ程度のアセスメントからはじめます。

家族にたいする援助初期のアセスメント（見立て）例

- ・ 家族のおかれているのは緊急事態か
- ・ 家族が今かかえている困難はどのようなものか
- ・ 家族がすでにできていることは何か
- ・ 家族の疲労度はどの程度か

- ・ 家族は本人とどのように関われるのか。同伴しての来所は可能か
 - アセスメントの内容は、援助者側のみが把握するだけでなく、「私たちはこのように、皆さんのことを理解しましたが、妥当ですか」と、ご家族に提示することも有用です。このようなやりとりで、「まず、どのようなことをしていくか」が家族とのあいだで明確になります。

本人に対する援助初期のアセスメント（見立て）例

本人の場合は、直接最初から会えるとは限りませんので、その場合は、家族から得た情報でおおまかなアセスメントをすることになります。本人に会えたところで、ていねいなアセスメントが始まります。

本人に会える前のアセスメント

- ・ すみやかに医療が必要な状態かどうか
- ・ 緊急に関わりをはじめることが必要か

本人に会えてからのアセスメント

- ・ 「ひきこもり」の中で本人がやっていることはどんなことか
- ・ 本人は、これからの生活がどのようになれたらと、望んでいるか
- ・ 本人の長所はどんなところか
- ・ 生理的情報：睡眠・食欲・便通・日内リズム
- ・ 精神活動についての情報：全体的な気分・気持ちにゆとりがあるか・あせりは強いかわからないか

目標 4：プランニング（計画作り）

アセスメント（見立て）をしつつ、これからどんなふうに相談を進めていくかというプランニング（計画作り）が始まります。プランニングは、家族や本人の当面の希望、望んでいることと、援助者側の見立て、考え方との折り合いの中で決まっていきます。プランニングは援助者側が勝手におこなうものではありません。家族や本人と「とりあえず、こんな風にやってみようか」と相談しながらつくりあげていくものです。「とりあえずのプラン」「半年先くらいまでのプラン」「もう援助が必要ないと思える最終ゴール」などが明確になるとよいと思います。しかし、以上のプランがいったんに作られるものでもありません。「とりあえずのプラン」を作りあげて、それにそって動いている

うちに、少し先の見通しもついてくるということでしょう。

このうち、もっとも具体的で明らかであることが必要なのは「とりあえずのプラン」です。このプランが現実的で実行可能であることが、相談に来る人々の意欲を高めます。

プランには、実際は「目標(こうなりたいというすがた)」と、「そのための工夫」が入ります。より近い未来のためのプランほど、「そのための工夫」が具体的であることが望ましく、将来についてのプランでは「なりたいすがた」が、明確であればそれだけでいいと思います。

家族とつくるプランの例

「とりあえずのプラン」

- ・ 2週に一回、保健師との相談をつづける
- ・ ちかぢか、保健師と一緒に、本人の状態についてどう考えたらよいか精神科医に相談に行く
- ・ 暴力の問題について、緊急に対処を考える

「半年先くらいまでのプラン」

- ・ 保健師が家族に会いに自宅か自宅の近くまで訪問する
- ・ 「ひきこもり」の心理教育プログラムに家族が参加する
- ・ 信用できる臨床心理技術者を見つけて、継続の相談ができるようにする
- ・ 本人と家族と一緒に食事がたまにはできるようにする

「最終ゴールのプラン」

- ・ 本人がアルバイトでも始め、母親や父親も、自分たちの生活を大事にできる
- ・ 本人に留守番をまかせて、両親だけで旅行ができる
- ・ 本人が精神科医に通うようになって、気持ちが落ち着いて生活できる
- ・ 本人が大検(大学入学資格検定)の勉強が落ち着いて出来、自分の望んでいることにむかって生活をおこなえる

本人とつくるプランの例

「とりあえずのプラン」

- ・ 2週間に1回、保健所のスタッフと会う
- ・ 1週間、暴力を我慢する
- ・ 今やれている、楽しみ（ビデオをみる）をこれからも続ける
- ・ 睡眠の状態を2週間記録して、今度保健師に会うときに、睡眠について一緒に考える

「半年先くらいまでのプラン」

- ・ 保健所のスタッフと一緒に、今は苦手なバスに乗ってみる
- ・ 保健師と一緒に、一度精神科の医者に、睡眠や音に敏感なことについて相談してみる
- ・ 保健所のスタッフと一緒にハローワークに行ってみる

「最終ゴールのプラン」

- ・ 自分にあった職場で、パートタイムで働く
- ・ 一人暮らしが楽しくできるようになる
- ・ 福祉系の資格をとって、働く
- ・ 仲のいい友人と、韓国に旅行に行く

目標5：ネットワーキング（資源の紹介）

関わりがつながってくると、家族や本人の生活が次第次第にふくらんできます。「とりあえずのプラン」に取り組んでいるうちに、何か「もう少しやってみたいこと」が出来上がってきます。そのときに、家族や本人を、さらに資源とつなげていくことも、援助者の大切な仕事です。

地域精神保健に関わるものには、仕事のうえでのさまざまな限界があります。実際、一つ一つの事例と十分に時間が取れないのがたいていの職場です。自分が出来ない部分は、他の資源を使ってこそ、層の厚いサービスが展開できるのです。家族や本人の望んでいることに応じて、いくつかの資源を活用していくことをネットワーキングとよびます。ネットワーキングを上手にするには、以下の点に留意することが必要です。

- ・ 一人で抱え込まない
- ・ 「たらいまわし」にならないように、ていねいにつなげる。新しい資源につながった後も、しばらくは並行して関わる
- ・ 日ごろから、ネットワークができる相手との関係作りをしておく

社会的な援助の例

居場所（フリ-スペース、デイケアなど）

就労・就学支援プログラム（ハローワーク、フリースクール、就労支援センター、小規模作業所）

家族の会

緊急時対応

インフォーマルな関係作り

心理的な援助の例

個人カウンセリング

S S Tグループ

認知行動療法

家族療法

家族心理教育

医学的な援助の例

抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬などの投与

医学的診断による見立て

2節 家族支援の重要性

家族支援を第一に考える

「ひきこもり」を主訴とした相談は、本人自身よりも家族が最初に来られることのほうが多いものです。「ひきこもり」が始まってから何年も経っている事例も多く、これまで何回も相談機関や援助機関を訪れた経験を持っている家族もあれば、何年も様子を見てようやく初めて相談を訪れたという家族もあります。

それぞれの家族には、今回ここへ相談を訪れるに至ったそれぞれの事情があり、悩みや困っていることがあります。「ひきこもり」の事例への援助は、まず、この家族の悩みや困っていることに焦点を当てた相談や支援から始まります。

家族自身が支援の対象なのです。

「ひきこもり」の相談を訪れた家族は、少しでも「ひきこもり」が改善することを願っています。家族によっては、本人自身が治療機関や相談機関へ行ってくれさえすれば、あとは専門家に任せれば良いと考えていたり、家族が相談へ来るのは本人が自ら相談へ訪れるための“つなぎ”だと思っていることもあります。

ですから、相談を続けていても「ひきこもり」の問題が変化しないと、相談に来ても意味がなかったと思ってやがて来所を中断してしまう場合も珍しくありません。そして、家族はしばしば無力感に襲われ、以後相談へ行くことを諦めてしまうこともあります。この時同様に、支援者もまた無力感を感じてしまい、「ひきこもり」の問題に苦手意識を持ってしまうこともあります。

もちろん、本人の行動が変化し、家から出て来てくれるようになることは重要なことですが、ここで大切なことは、そのことが家族支援の第一の目標ではないということです。家族支援の目標は、仮に「ひきこもり」の問題はなかなか解決しなくとも、家族の困難度を減らすと同時に、家族が問題解決への意欲を持ち続け、ねばり強くひきこもっている子どもに関わり続けてゆけるように援助することなのです。その意味で、家族自身が支援の対象となるのです。

家族を支える

子どもが長期にわたりひきこもると、家族は自分たちがその原因なのではないかと自分を責めたり、将来への不安や悲観、絶望感を感じていることがしばしばです。家族の方がうつ状態を呈して治療が必要となることも珍しくありません。

毎日、子どもの行動を目を皿のようにして見守っていることも多く、ちょっとした子どもの変化に一喜一憂してしまいがちです。そのような緊張した毎日に疲れ果てたとしても不思議ではありません。この苦しい状況を誰かに相談したくとも、家庭内のことを親戚や近隣の人に相談するのはかなり勇気のいることです。つい、誰にも相談しないまま時間だけが経ち、家族自身もまた周囲から孤立してゆくこともまれではありません。

こうした家族の孤立感や罪悪感を軽減することは、家族支援の大切な目標となります。相談機関が家族にとって唯一本音を話せる場であることもしばしばです。家族のこれまでの努力や苦勞を十分にねぎらい、共感的に話を聞くことが第一歩となります。家族の罪悪感や無力感を解きほぐすために、次のようなことをくり返し伝えると良いでしょう。

「ひきこもり」は誰にでも起きる可能性があります。

「ひきこもり」は、対人関係の不安や自分に自信が持てないことなどを背景に、社会に一步を踏み出せないでいる状態のことで、「怠け」や「反抗」などとは異なります。

過保護や放任などの親の育て方や過去の家庭環境などに原因を求める考え方は、多くの場合問題の解決にはあまり役に立ちません。

家族の対処の仕方によって、少しずつ解決してゆける問題であり、家族や周囲が「ひきこもり」の解決を焦らないことが大切です。少なくとも、家族の焦りを本人にぶつけないことがポイントとなるでしょう。

それでも、どうしても家族に焦りは残ります。それは親としてとても自然な気持ちです。持って行き場のない親の気持ちを、安心して話せる人や場所、家族が自分たちの経験や思いを共有でき、孤立感を和らげられるような場所を見つけることも大切です。「家族教室」や「家族グループ」などがその役に立つでしょう。

少しの変化を試みる助言

家族にとってみれば、せっかく相談に来た以上は、何か新しいヒントをもらって帰りたいと思うのも自然なことです。たしかに、わずかな相談で何か大きな変化を期待してもそれはやはり無理なことでしょう。まずは、相談を繰り返すうちに援助者に少しずつできてきたイメージを基に、少しの変化を試みってみる助言をすることがよいでしょう。たとえば、「とりあえず明日からの生活に役立つヒント」といったようなイメージのもので十分です。また、家族が「これなら自分たちでも出来そうだ」と思えるようなものや、「いま既にやっていること」を強調することなどもよいでしょう。このときに大切なことは、家族も援助者も結果を急がないということです。「助言どおりにしてみたのにちっとも変わらなかった」と家族が訴えることもあるかも知れませんが、結果が目に見えてくるのには時間が必要なこと、むしろ、頑張っていて取り組んでいる家族の意欲を評価して、もう少し続けてみることを応援するというかたちでよいのです。

家族自身の居場所も確保しましょう

ひきこもっている本人と毎日を過ごしている家族は、身を削るような張りつめた生活を送っていることが稀ではありません。しばしば、家族自身が疲れ、抑うつ状態となったり、不眠や過度の不安が生じたりすることがあります。また、相談できる所もなく、地域や親戚からも孤立していることもよくみられます。そのような家族が自分自身を取り戻し、ゆっくりと自分や家族を振り返る時間を持つことはとても大切なことです。

自分に合った支援者や相談機関を見つけることで、このような時間を取り戻す場合もあれば、最近数多く出版されている「ひきこもり」の本や情報に触れてみることもよいきっかけとなるでしょう。

とくに家族に勧めたいのは、家族教室や「ひきこもり」の親の会など、同じ悩みを抱えている家族同士が集まってくる場へ参加することです。このような場で、家族は悩んでいるのは自分たちだけではないこと、同じ問題をさまざまに乗り越えて来た家族があることなどを知り、安心したり勇気づけられたりします。

このような場へ参加することで、初めて「ひきこもり」の問題に取り組む意欲や希望が回復した家族も少なくありません。最近では精神保健福祉センター等公的な援助相談機関がこのような場を設けることが増えてきました。積極的な利用が望まれます。

危機介入の必要性の判断

家庭内で暴力を振るうなど家庭内がかなり緊迫した事態に陥っている場合は、少し積極的な介入が必要になることがあります。支援者は、事態の緊急度をできるだけ適確に判断し、緊急訪問の必要性、保健所、警察その他関係機関との連携や家族の避難の必要性について判断し、また、どこの機関の誰が連携の責任者（マネージャー）になるかも関係者と相談して決定します。不幸にして家族に怪我を負わせてしまった場合、本人自身もひどく傷つくものです。家族の相談を受けながら、必要に応じて事態の緊迫度を予測して行動することも大切です。リスクマネジメントも家族支援の目標のひとつなのです。この点についてより詳しくは、別章を参照してください。

家族支援が本人の支援につながります

家族支援を通じて、本人の変化を生み出す契機を工夫することも大切です。引きこもっている本人は、会話はあまりなくても日常的に家族と共にいます。つまり、本人に一番影響を与える立場にいるのが他でもない家族なのです。家族の家庭内での日常的な振る舞い、言葉遣い、言い回し、言外の雰囲気など、ささやかな対応の工夫で家庭内の雰囲気を変えることは十分可能です。一度に急に変えることは難しいにしても、そのような工夫を少しずつ積み重ねる内に、徐々に家庭内の雰囲気が変わってきたことが本人にも伝われば、次の変化を生み出す準備ができてきたこととなります。

まず、本人と家族の状況を把握し、よい兆候に焦点を当てる

家族の話詳しく聞くなから、本人の様子を把握します。毎日の食事、入浴、1日の生活リズムをはじめ、家族との会話の様子、とくに家族の話しかけや行動に対する本人の反応を詳しく尋ねます。そのような様子を聞きながら、家族が本人をどのように受け止めているかを理解すると同時に、本人は家族の言動をどのように感じ、受け止めているかも推測してみることが大切です。このような本人と家族との会話や交流の様子を尋ねてゆくと、本人と家族のそれぞれの事態の受け止め方が把握でき、また、家庭内で起きているやりとり（相互交流パターン）が把握できるようになるでしょう。

このようなやりとりを聞いてゆく中で、いつもとは異なる少し良い兆候やいつもと

違った反応などにとくに焦点を当て、そのような反応を引き起こすのに役だったことなどを尋ねてゆくことが新しい視野を広げる契機となることがあります。

一方、独り言を言うなど意味の通じないまともでない言動がみられるとか、魔術的儀式的な行動にこだわるなど、本人の様子を尋ねることによって医学的な治療の必要性が把握されることもあります。当然、その場合には医療機関へ繋げることも大切な支援となります。

家族の対処を変える働きかけ

長期にわたる「ひきこもり」の問題を抱えている家族は、心配のあまり常に本人に注目し続けているために、しばしば本人に接近し過ぎてしまっていることがあります。ひきこもっている本人と家族との距離が“過保護”“過干渉”と呼べるくらいに緊密になっている場合、背景にこのような事情が見られることがありますが、それは決して問題の“原因”などではないのです。また、家族の側の自責感から本人の要求のままに行動し、家族自身の仕事や生活を犠牲にしてまで本人に尽くしている家族に出会うこともあります。反対に、本人を「甘え」や「怠け」としか理解できず、あるいは将来への不安から外へでることをせかしたり、就労への圧力を掛けたりし、それに応じない本人を批判したり責めたりしてしまう家族と出会うことも珍しくありません。このようなやりとりが家庭内の緊張を高め、本人の「ひきこもり」を一層強めてしまうことがあります。

このような緊迫したやりとりは、持続する慢性のストレスにさらされていたり、周囲から孤立して援助や協力が得られないと感じていたり、問題についての正しい知識を十分に持っていないためどう対処して良いか分からないなどの場合に起こりやすいとされています。

家族がゆとりを取り戻すためのさまざまな働きかけを家族と共に工夫したり、緊張を高めてしまう家庭内のやりとり(交流のパターン)を分かりやすく説明することで、家族もちょっとした言葉掛けの仕方の工夫ができるようになるものです。そのようにして少し緊張が緩和されると、さらによりポジティブな言葉掛けややりとりの工夫が生まれやすくなり、そのゆとりの雰囲気は本人にも伝わることによって本人も少し楽に動けるようになることが期待できるのです。

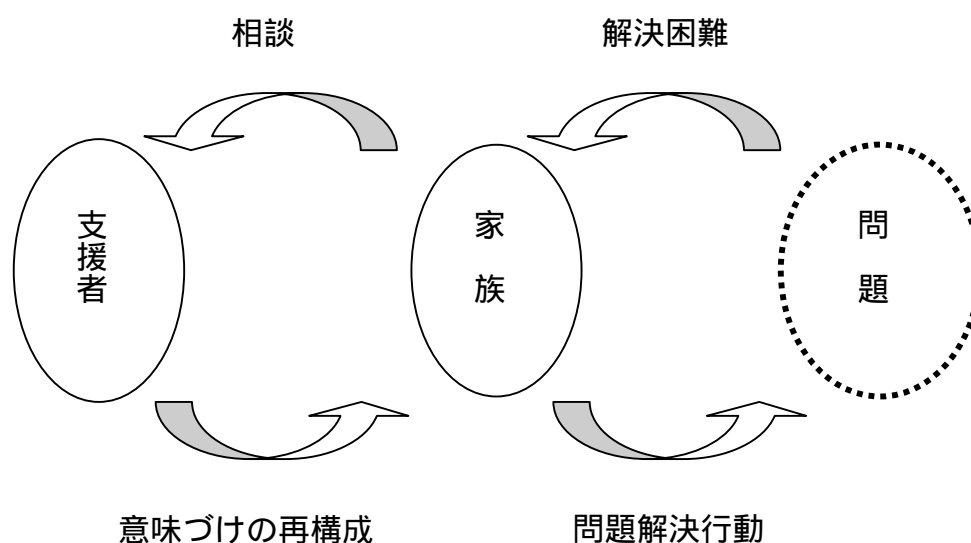
「ひきこもり」という事態に対して家族が対処していこうというゆとりを持たたと

き，ようやく本人の変化への準備が始まると言っても良いほどです。

家族との相談（メンタルヘルス・コンサルテーション；精神保健相談）の構造

家族との相談という行為が持つ構造について簡単に説明します。

相談つまり本来の意味での「メンタルヘルス・コンサルテーション（精神保健相談）」は，図のような構造を備えています。（とくに，システム論的なものの見方を基づくときシステムズ・コンサルテーションと呼びます）



図：コンサルテーションの構造

（楕円の点線は，問題が絶対不変の実体ではないことを表す）

これを簡単に説明してみますと，家族は解決困難な事態を「問題」と感じ，支援者（コンサルタント）に救いや意見を求めます。支援者は，家族との会話の中から家族の訴える（描写する）問題をイメージし，同時に支援者の視点（家族とは異なった視点）から問題を捉え直し，それを基に質問や会話をして「問題」を別の側面から描写してみようとしています。その様なやりとりの中で，支援者と家族は共に，問題とされていることの中に肯定的な側面を見いだしたり，新たな意味を見つけたりして，問題への新しい意味づけを共有します。家族は新たな視点に基づいてそれまでとは異なる問題への働きかけを試みます。このようなプロセスの繰り返しの中で，次第に家族が

問題へ取り組む視点が変化し、問題がそれまでとは違った意味を帯びて見えてくるようになります。簡単な例で言えば、「未来の見えない困ったこと」であった「ひきこもり」が、「未来に向けて彼なりの人生を歩み出す準備を整えている段階」と家族が心から思えるようになり、家族が本人の支援を始める場合などが挙げられるでしょう。大切なことは、この場合、問題に直接取り組むのはあくまでも家族自身をおいて他にないということなのです。このように相談における支援者の役割は、あくまでも家族自身による解決力を引き出し、高める働きかけをすることにあるのです。

3節 本人に会えたときの基本的態度と見立て

ひきこもっていた人が、相談の場に出てくるのは、来所であれ、自宅であれ、また表面的な態度はどうあれ想像を絶する努力をしているのです。このことを念頭において、援助者が本人と出会ったとき、本人がどのような体験をすることが目標となるのか、そのために援助者はどのように対応したらよいかについて述べてみます。

最も大きな目標は、本人が相談について安心感や安堵感を体験することです

本人との出会いにおいて、どのような疾患が存在するかどうかを検討するよりも、適切な情緒的態度に基づいた問題の見立てが大切です。「ひきこもり」の人との援助作業における失敗は不正確な診断によるのではなく不適切な情緒的態度によることが多いのです。彼らは多くの場合、「人と親しくなりたいが、親しくなると、人に支配されたり、見捨てられたりして自分が傷つく、しかし孤独ではられない」というジレンマを持っています。つまり、この大目標は、援助者による、本人が安心して成長できるような環境作りといえます。

大目標を達成するために、本人が体験することが望ましいのは以下のような9項目です。援助者は、それらの達成にむけて対応しましょう

1) 相談の場に行くことが出来た価値を、本人が知る

援助者は本人に会うことが出来たら、まず話を聞くよりも前に「出てこられたこと」「人と会えたこと」をねぎらうことが必要です。これまで、一人でがんばってきた、どうにかして今の状態を変えたいとここまで出てきた、ということは非常に大きな努力のもとになされてきたことです。たとえ表面的に無関心・沈黙といった態度をとっていても、「いま、ここにいる」ということは「ひきこもり」から次の一步を踏み出そうとしている彼らの努力の現われなのです。このことを評価する態度で接することで、本人へのねぎらいの気持が自然に伝えられるといよいでしょう。

2) 何を話しても大丈夫だという感触を、本人が持つ

援助者は、まずは、ごくゆるやかに会話を始めましょう。本人は援助者に対して「分

って欲しい」と思いながらも「分ってくれるはずがない」「分られるのが怖い」「分られてたまるか」という気持を抱いている場合があります。また、長期の「ひきこもり」によるコミュニケーション能力の低下や過去の不幸な相談歴といったさまざまな理由のために、人に対する信頼感を最初から十分持てないでいる場合もあります。このように、ジレンマを抱えながら相談に来ていることを念頭に置きつつ話を聞いていくことが重要となるでしょう。

「君の問題はかくかくしかじかだ」と問題に急に切り込もうとしたり、「ひきこもり」の原因を追求したりせず、ゆっくりと本人の気持をわかってもらう「待ち」の態度が必要です。ここで大切なことは「待ち」というのは消極的なものではなく非常に能動的な態度を意味しているということです。援助者が先走ることなく、本人のペースに合わせるということです。本人の趣味や興味あることなど、話の出来そうな話題を探しながら、関心をもって接することが必要です。過度に同情しすぎず、かといって批判的にならず、どちらかといえば淡々と、人として尊重しつつ、「大切な話も茶飲み話をするように」接することができたら、本人はずいぶん楽になります。何を話しても自分は責められない、認められているということが伝わると、徐々に緊張がほぐれてきます。

3) 相談への期待を、本人が表現する

このようにアプローチしながら、援助者は本人が相談に対する期待について話をするように質問します。彼らは「ただ会ってみたかったから」「他の相談機関に知っているがそれでいいかどうか確認したい」「期待などない」「親に言われて仕方なく」など、建設的なものから否定的なものまで、いろいろな期待や動機を持っています。概して、相談するという経験に関して、本人はいままで期待はずれで落胆していることが多いのです。

大切なことは、相談に対し否定的な気持を表現したなら、「言いにくいことをきちんと言えた」と評価することです。また家族の意向であると言ったら、「よく、家族の意をくんでくれた」と、それを引き受けた本人をねぎらいましょう。自殺企図や暴力といった危機的状況は、変化したいという願いや相談への期待の表れである場合もあります。本人の主観的な期待を尊重し、肯定的にとらえなおすという作業が必要なのです。本人の期待や動機についての詳細は 章1節1項を参照してください。

4) 今困っていることを、本人が言葉で表現する

期待とは別に、本人が今、何に困っているか尋ねてみましょう。「ひきこもり」に困っているのは自明かもしれませんが、そのどこにどんなふうに困っているかを聞いてみます。あるいは、本人は「ひきこもり」とは直接関係のないことに困っている場合もあります。

今まで相談にこないで今来ているということは、本人の周りで何か新しい出来事がおきている可能性を示唆しています。「家族の誰かが病気をした」「父親が引退した」「兄弟が進学した」など家族内の変化やライフサイクル上の変化、社会の変化などが本人に影響を与えているものです。どんなつまらないことでもよいのです。専門家から見てつまらなくても、本人にとっては「大したこと」なので、口にすることが出来た場合は丁寧に扱います。

5) 今困っていることにかかわるいろいろな要素について、本人が言葉で表現する

しばしば、本人は何かにこだわっていて、関心の幅が狭くなっています。そこで、今困っていることを言葉で表現できたら、つぎにそれにまつわる出来事や経験をひとつひとつ丁寧に聞いてみます。この場合、「根掘り葉掘り」的になったり、「深追い」しないことです。援助者が本人のあらゆることに関心を持っていることを示すだけで十分です。それによって、本人の関心や気付きの幅が少しでも広がればよいのです。

6) 今までの相談歴の結果について、本人が言葉で表現する

「ひきこもり」の場合、これまで本人は、援助機関であれ学校の教師であれ、何らかの相談をした経験をもっているのです。それらの結果について聞いてみます。これは、今後の対応を考えることに役立ちます。本人は、それまでの相談がうまくいかなかったと判断している場合が多いのです。援助者は、本人の落胆した気持ちを尊重しながら、「どのようにうまくいかなかったのか」「多少役に立ったことはなかったか」といったことについて一緒に考えましょう。そうすれば、同じ失敗を繰り返す危険が少なくなります。

7) いろいろな援助者や援助機関があることを、本人が知る

今の社会には、多種多様な、そして異なった特徴をもった援助者や援助機関があり

ます。これらの情報を本人に伝えます。その際、口頭だけでなく書いたものを手渡し、具体的な利用の仕方を説明するのがよいでしょう。案外、本人はこうしたことについて知らないのです。あるいは知っていてもその具体的な使用の仕方を知らないのです。この作業は、本人が継続的援助について複数の選択肢をもつこと、それらを主体的に選択できる可能性を知ることの意味しています。そして「ここで失敗しても別がある」という安心感を与えます。

8) 今出来ていることを本人が言葉で表現し、持続する。どんな風になればよいかを援助者と一緒に考える

以上のようなことに留意しながら、援助者は本人と一緒に「どんふうになればいいと思うか」「そのためにはまずどんなことができたらいいか」「今出来ていることはどんなことか」などについて考えます。これは、本人と援助者が共有する行動目標を作る作業ですが、それらはごくごく小さな具体的な行動レベルで作り上げられる必要があります。これができると、援助が少しずつ動き出します。早急な変化を求めるのではなく、まずは「歯を磨く」「近くに買い物に行ける」など、今出来ていることがとても大切で、それを続けていくことが貴重であるというメッセージを伝えることが重要です。

最初、「どうなりたいか」についてはっきりしたことが言えるのはとても難しいことです。「わからない」から「ひきこもり」を続けている、とも言えるわけで、最初この話題をめぐるやりとりは曖昧なものになりがちです。しかし、援助者が本人の可能性を信じ、「未来にはいろいろな選択肢もあるはず」ということを強調しつつ、ともに考えていくうちに「ひきこもり」ながらも、こんなことが出来ていた、とかこんなふうになったら」「調子が良いときには、こういうことがしてみたい」ということが作り上げられていくのです。もちろん、このようにとりあえず立てられた目標は、これから始まる援助や相談の中でどんどん姿を変えていき、それらにそって援助方法も多様化していきます。

9) 本人がまた来てみようという気持を示す

本人との出会いは、どんな場合であれ1回で終わらせないことが大切です。本人の相談に対する期待によっても違いますが、ここまで述べてきたように、本人の希望を

尊重した「やってみたいこと」という、具体的でごく小さな行動目標を作り上げたならば、必ず次のアポイントメントをとることが大切です。小さな行動目標は、「本人の質問に対し、今度来るまでに援助者が調べてくる」ということもあります。他の援助機関に紹介することになった場合は「その援助機関へ行く」ということが目標ですから、その結果どうなったかについて相談するために再度会う必要がでてきます。このように共通の目標を持ちながら、継続的に会うということが、「何か出来そうだ」「また来てみよう」という気持ちを引き起こすことに役立ちます。さらに、これまでのやりとりから得られた情報をもとに簡潔な問題の見立てを伝えることも、今後の相談へつなげる役割を持ちます。総じて言えば、最初の出会いがその場限りでの対応にならず、長期的取り組みに繋がるような姿勢と対応が必要なのです。

見立て

見立てるという作業は、これまで述べたような大目標と9つの小目標を本人と援助者が達成するための努力です。その中で得られた情報を手がかりに、援助者が問題を整理するためのチェックリストを以下にあげます。つまり、見立ては、診断分類よりもっと広い視野からおこなう問題の理解と援助計画の立案を意味します。なお精神医学的な診断に関することは 章「関与の初期段階における見立てについて」を参照してください。

1) 問題の評価

- a. 入院などの即座の対応の必要性
- b. 自殺の危機を考える
- c. 現在のストレス状況を考える
- d. 本人・家族に役立つ社会的資源を知る
- e. 本人の長所を知る
- f. 今困っていることを知る
- g. 相談歴とその結果を知る
- h. 相談への期待を知る
- i. 継続的援助の可能性の評価

2) 留意すること

援助者は、この見立ての作業において次のようなことに留意する必要があります。

- a. 神話にとらわれない: 特定の概念や流行の考え方にとらわれず多角的に理解します
- b. 縄張り意識を捨てる: ネットワーキングのために大切です
- c. 多忙を理由としない: 失敗はしばしば労を惜しむことからきます
- d. 欠点の強調に陥らない: 本人の長所を発見することが大切です
- e. 単眼思考に陥らない: 幅の広い、複眼的思考が大切です

4節 ネットワークを通じた「ひきこもり」への援助

「ひきこもり」は原因がひとつに求められるような「単一な疾患」ではないので、地域保健の立場からは多面的な関わりを必要とします。また援助の際に生物・心理・社会的な側面からのアプローチが必要となりますが、結局目標は再社会化なので、多様な人が関わる（多様な機関が関わる）ような、より社会に近い形が望ましいといえます。

一方地域精神保健福祉サービスとして予防的側面から考えると、一次予防・二次予防・三次予防のそれぞれにネットワークが必要とされます。

必要とされるネットワーク

- 早期介入・予防のためのネットワーク（教育領域との連携）

子育て支援、ハイリスク児への支援

不登校の遷延化予防のネットワーク

- 緊急対応ネットワーク（医療・司法領域との連携）

- 回復支援ネットワーク（地域の社会資源との連携）

家族の継続相談から社会資源との接触へ

緊急対応での処遇から引き続いての支援

ここでは「回復支援ネットワーク」のうち主として継続相談から社会資源へのネットワーク形成について述べることにします。

先に述べられているように、「ひきこもり」の支援は家族相談から始まります。たらい回しにならないようにいったん受けとめて継続相談とする必要がありますが、多面的問題である以上、必ず他の援助機関や社会資源と連携する、あるいは紹介する必要が生じてきます。むしろ逆に言えばひとつの機関でずっと援助しようと思わないことも大事なのです。そうすると効果的に「連携する仕方」が大事だということになります。

三者関係を作る

例えば、保健所で相談を受けて精神保健福祉センターへ心理的・医療的アセスメントあるいは家族教室参加のために紹介する場合を考えてみます。その場合の原則は以下のようなものです。

- 紹介は機関宛でなく、あるいは部署宛でなく「個人」宛におこなう
- 紹介した後も家族から報告をしに来てもらい相談を継続する
- 家族の理解を取って紹介先と役割分担を協議し、継続する

紹介するときには、それぞれの地域でそれまでの機関同士のルールがあるから、それを無視するわけには行きませんが、紹介はできる限り「応対やサービスの内容がよくわかっている個人宛に」おこなうのが原則です。さらに「紹介」が家族にとって「見捨てる」「たらい回し」にならないために、「紹介してもこちらを継続する」ことが重要です。これによって紹介をすることで関係機関（関係する人）が増えることになるのです。

とくに医療機関への紹介はつながりをすぐにきらないことが大切です。たとえ医療的関わりが主になっても、将来的に「地域で生活する」部分は残るし、家族はそれまで通り地域で生活しているので相談は継続する必要があります。

紹介先の機関（人）との協議は、よく知っている紹介先であれば事前におこなうこととなりますが、紹介先で話をした上で役割分担を決めることとなります。例えば「センターでの家族教室が月1回で、保健所での相談がその2週後で都合月2回家族が行くところがある形にする。緊急時の連絡先は保健所」などと決めます。同じ様な家族相談を2カ所でおこなうのに意味があるかということになりますが、相談に行ける場所は1カ所より複数がよいと考えます。担当者が休みの場合や、立場の違う見方があの方が、より「社会に近い」かたちだからです。

これでネットワークの基本である3者関係ができます。これと同じパターンで、紹介先の精神保健福祉センターが医療機関を紹介しながら家族教室も継続する、あるいは保健所では、市町村の保健師さんに依頼しながら相談を継続する、などとそれぞれのできる範囲で増やしていけばネットワークができていきます。

それぞれの機関内でのネットワークの増大と強化

保健所、精神保健福祉センターそれぞれの機関の中でも、「ひとりで」対応しようと

しないことが大切です。先に述べた「三者関係」を作るやり方は、同じサービス機関の中でもチームワークと連携を作るのに有効です。それぞれの職種や職制によって役割分担を決めておきます。これは担当者が休んだときにも、他の人が対応できるようにするためでもあります。本人が登場したときに「すでに形成されている肯定的な社会関係」の中に入ってくる、ということのためでもあります。「複数で関わる」「重層的なサービス」という考え方が大事なのです。

新しい社会資源の開拓

•すでにある社会資源

| | |
|----|------------------------|
| 医療 | 精神科・心療内科・小児科・産婦人科 |
| 保健 | 保健所・精神保健福祉センター・市町村保健師 |
| 福祉 | 児童相談所 |
| 教育 | 教育センター・市町村教育相談所・学校 |
| 司法 | 思春期対策に関する窓口（電話・補導員） |
| 一般 | 市町村相談所（女性相談） 助産（子育て支援） |

最初の窓口となったり、その後も相談に応ずることのできる機関は、実はかなりたくさんあります。けれども、そのどれもが「ひきこもり」についての専門的な場所ではなく、本人が来ないと相談継続するのが難しい場所であったりします。しかし、うまく依頼することによって、保健領域以外でも少し役割を担ってもらうことも可能です。学齢の時期を過ぎると児童相談所や学校、教育相談所などの教育関係は難しいようにも思えますが、学校時代のいい関係を取れていた先生や部活動の先生などが有効な社会資源となる場合があります。また家庭内暴力などがあるときに近くの駐在所の警察官が訪問して家族の力になっていることもあるのです。ただ職務の性質上、他機関との連携が取りにくい場合があるので個人的、一時的な援助にかぎられてしまっていることが多く、連携を取る必要があります。

医療は多くの場合本人主体で、とくに明確な疾患ではない家族の相談は近所の診療所でも継続が難しいのですが、保健領域が主に関わっているときには、一部の役割をになってくれる場合があります。精神科領域だけではなく歯科医やアトピー、喘息な

どの慢性疾患の主治医と市町村保健師の連携で社会的場面を増やしていける場合もあります。

●民間の資源：

最近「ひきこもり」を対象とした、ボランティアグループ、家族会、フリースペースなども徐々に増えています。そういうところとも当然ネットワークを作っていく必要があります。とはいっても、まだこういった民間の社会資源は一部地域に限られています。今ある社会資源とネットワークを作るといっても、そういったものに発展していく芽を育てるといふかたちのネットワーキングが要請されています。

●インフォーマルな社会資源：

家族が持っている社会資源を発見し広げる事も重要です。たとえば本人の友人、家族の友人、親戚、近隣、宗教関係などです。遠くに離れている兄弟などでも意外に影響がある場合があり、本人への働きかけの有効性ととも、家族が地域社会や親類などの中で孤立しないことが結果的にはよい方へ進むのです。

●どうやって普段から連携をとるか：

- 研修会や講習会をネットワーク形成の場所として考える
- 家族教室をネットワークの場所として考える

研修会や講演会はいろんな機関に呼びかけます。家族教室をおこなうときにスタッフは実施機関だけではなく他の機関の人にも参加してもらうようにします。情報提供の役目を取ってもらってもいいし、企画段階から参加してもらってもよいでしょう。

本人を支えるネットワーク

本人がこの様なサービスのネットワークに登場してきても、いきなり相談機関の担当者と深い関係を結ぶことはありません。むしろそういう結びつき方は多くの「ひきこもり」を続ける人にとっては怖いことです。そのため、最初は当たり障りのない関係が少しずつある方がよいでしょう。そのためには、家族が「たったひとりの偉い専

門家」のところへ本人を連れてくる、というパターンのイメージよりも、家族を支えているいろんな普通の人の集まりの安全なネットワークの中へ入る、というイメージがよいでしょう。信頼できる個人的関係は重要ですが、その関係は「支援ネットワークの代表」というかたちでつながるのが望ましいのです。

家族の継続相談から、訪問などをきっかけにして援助者と本人の関係ができたり、あるいは本人が相談機関や医療機関のカウンセリングに、あるいはフリースペースに通うなど動き始めた場合も、それまでの家族を支えたネットワークは維持する必要があります。できれば本人と家族の担当者は違う方がいいし、必然的にそうなるでしょう。そこでも本人を含めた家族へ重層的に支援サービスがある、というかたちが理想的です。

このように、本人が登場し継続的に接触できる場合には、それまでの相談機関のネットワークに加えて地域にある精神障害者のリハビリテーションのための施設やサービスが使える場合があります。地域生活支援センター、作業所、クラブハウス、セルフヘルプグループ、家族会のおこなう支援活動、職業リハビリテーションの施設やプログラム、などです。現在でもこういった施設やサービスには以前と違って人格障害や神経症圏の利用者がかなり増えており、チームが組めてバックアップがあればかなり対応できている場合もあり、重要な社会資源になりうるものです。

緊急時ネットワーク

緊急対応のためのシステムとネットワークについては本書の他のところで述べられています。ただこのような司法、医療も含めた緊急・危機のときこそ、関係諸機関が一同に会し、役割分担をおこなうときで、ネットワーク形成にとっては千載一遇の機会であると考えべきでしょう。当然本人との接触もあるわけで、そこからスタートするときには関わった諸機関のネットワークが、その後も維持され、家族と本人への支援ネットワークへ繋がるように考えるべきです。いわば緊急時は通常継続的なネットワークの特殊型と考えるべきで、「どこかに処遇するため」だけのネットワークではありません。問題はその後であり、十分医療機関や司法機関と連携して、いつ地域に戻ってもいいような態勢にしておくことが大事です。

ケースマネージャーの必要性

ネットワークを利用して支援する、あるいは必然的に支援はネットワークを必要とします。その場合、複数の機関がある種統一的にとりあえずの目標を共有して役割分担することが必要です。それが、サービスの調整と統合であり、基本的には家族、本人のニーズに基づいて行われなければなりません。そうすると必然的にどこかの機関の誰かがケースマネージャーとして振る舞わなくてはならなくなりますし、そうすることが有効になります。

まとめ

- ・ 家族支援のスタートから重層的なサービスを心がける
- ・ どの機関もある意味では非専門家なので一部ずつ役割分担する
- ・ サービス提供機関同士、機関内のスタッフ同士も「ひきこもらず」オープンに今あるサービス機関、社会資源を少しひきこもり向けに衣替えするように働きかけること

章. 具体的な援助技法

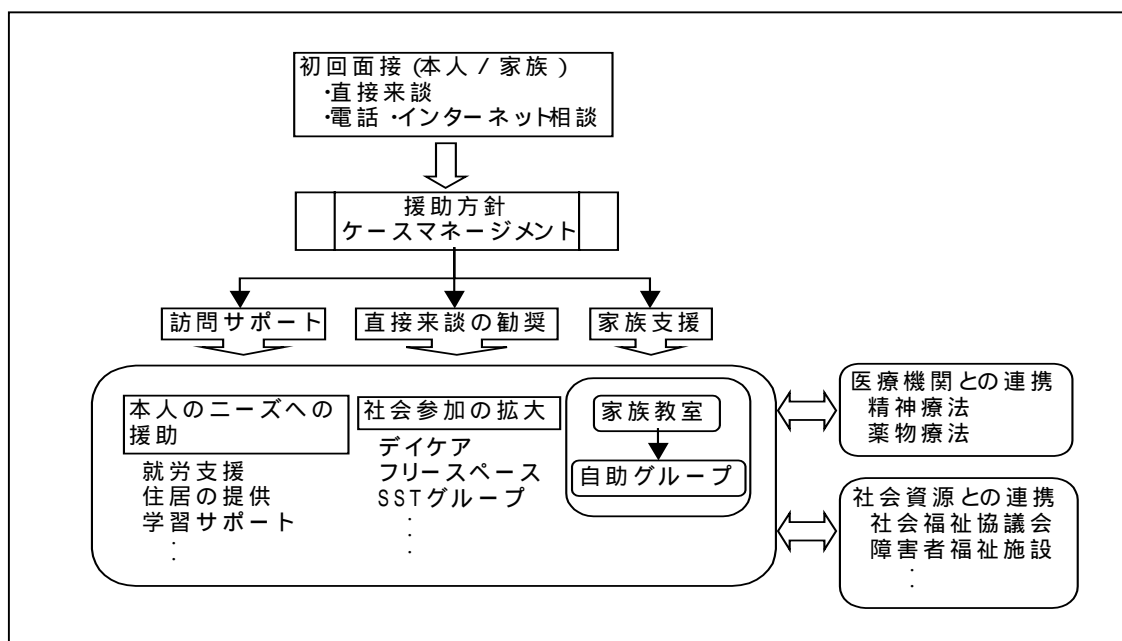
はじめに

「ひきこもり」に関する相談・援助は増加の傾向にありますが、本人の来談がないことや、決定的な援助方法がないことなどにより、長期化することが多くなっています。「ひきこもり」事由とする相談は家族からのものも多く、援助の対象を特定できないことも、問題の一因となっています。

ひきこもっている人々に対する援助にあたっては、自宅を中心とした生活から社会への参加に至る継続的な流れのなかで、さまざまなアプローチによって変化を引き起こしていく必要があります。また、本人に対する援助のほかに、家族への援助を積極的に行っていく必要もあります。

前章で述べたように、「ひきこもり」を主訴として相談をおこなうケースには、要因や背景といった点で多様性が見られるため、一概に「ひきこもり」に有効な援助技法を論じることはできません。個々のケースに対して、「ひきこもり」の状態を適切に判断し、達成することができる援助方針を立てていく必要があります。この際、精神科リハビリテーションの枠組みにとどまらず、保健・福祉・教育・労働などの各領域にわたる活動を加え、本人や家族との個別相談、各種のグループワーク、就労や生活のサポート、さらには危機介入的な関わりなどをおこなっていくことが重要になります。

図：「ひきこもり」に対する援助のスキーム



参考文献: 近藤直司編 「ひきこもり」ケースの家族援助 2001 金剛出版

1 節 面接のポイント

- 1 初回面接

「ひきこもり」への相談の初回面接も、通常の医療・保健・福祉などの援助の初回面接と基本的に大きくかわることはありません。しかし「ひきこもり」の問題は、家族だけの相談で始まることが多いという特徴や、本人が精神疾患かどうか特定しにくいなどの特徴もあります。したがって、前述したようにまずは家族を相談の対象者として考え、家族の支援に焦点を絞るというスタンスが援助者には求められます。このことを念頭において、まず初回面接の特殊な位置付けを理解しておきます。

初回面接の位置付けを考えておきましょう

- (1) 初めての出会いですから、双方に、何が起きるか予測がつかないということによる強い不安や緊張がおきます。
- (2) 特定の精神・心理療法と違って、はっきりと定まった技法があるわけではありません。
- (3) 決まった場所で行われるとは限りません。家庭、相談室、ときには相談機関の廊下などさまざまです。
- (4) 「初めよければすべてよし」というのはやや大げさですが、初対面の印象は本人や家族にとって強い印象をあたえます。

つまり、初回面接で援助者には臨機応変な柔軟性が求められます。

初回面接に臨む人の一般的心理を理解しておきましょう

それだけに、初回面接に来る人の一般的な心理を理解しておくことが、「ひきこもり」本人や家族を理解する糸口として役に立ちます。

1) 援助者は、無力感と挫折感に共感します

自分(達)で問題を解決できず、刀折れ矢尽きて相談に来るのですから、見かけはどうかあれ、ひどい無力感や挫折感を抱いています。また、援助者に頼らざるを得ないという状況も本人(達)にとっては苦痛なものです。

2) 援助者は、肯定的動機を確認しましょう

肯定的動機とは、相談をすることによって、何らかの利益を期待するという心理ですが、これには話を聞いてもらいたい、理解してもらいたい、問題を解決したいという比較的合理的な場合から、即座の解決を求めたり、すべて解決してもらいたいなど極端なものまであります。これを、確認するのは次のステップに進む大切な一歩です。

3) 援助者は、否定的動機にも配慮します

先に述べたように、相談することには不安や緊張が付きまといまいます。これらの不安を読み取り、言葉で伝えることは本人や家族との協力関係を作っていく第一歩になります。次にあげるのは、初回面接でもっともよく見受けられる不安です。

- a. 何か自分に不利益なことを援助者はするのではないか
- b. 自分を援助者はどう評価するのか、馬鹿にしたりしないだろうか
- c. 他人である援助者に自分のことを知られるのはとても恥ずかしい
- d. 援助者の言うことを聞くと、自分を維持できなくなり、援助者の思うままにされるのではないか
- e. こんなこと言ったら援助者に無視され、もう援助してもらえなくなるのではないか
- f. この援助者は一体どんな人なのか、信用してよいのだろうか

4) 「自家製の診断」を大切にしましょう

どんな人であれ他者に相談するとき、自分なりの判断を下しているものです。これを自家製の診断といいます。これは、専門家から見ると理屈に合わなかったり、曖昧だったりすることが多いのですが、それでも本人（達）は懸命な努力をして作り上げたものです。「私たちのせいで、この子は「ひきこもり」になった」というのもそのひとつです。まず、援助者は、本人（達）が作った主観的イメージである「自家製の診断」を、頭から否定せず、尊重するところからスタートしましょう。

5) 援助の中では、「エンパワメント」に力点をおきましょう

エンパワメントとは人が「自ら関わる問題状況において生活主体者として自己決定能力を高め、自己を主張し、生きていく力を発揮していくこと」です。具体的な相談の場で現われる姿としては「人が自身を肯定でき、気持ちを楽にして、対処の可能性を見出し、かつ、力量が増えること」ということができます。「ひきこもり」の援

助の第一歩は、まず相談に訪れた家族がエンパワーされることということができます。

初回面接での援助技法の実際

これまで述べたことを総論とするなら、次に述べることは各論です。

1) 出会う前にほんの少し考える時間を取りましょう

初対面とはいっても、援助者は事前に本人や家族について多少の情報をもっています。名前、年齢、性はどんな場合でも分っていますし、紹介状があればもっと詳しいことも分っています。5分でも6分でもよいのですが、それらの情報を確認したり、それらをもとに、どんな家族か、どんな人かを一人で思い描いて見ます。この作業は、それ以前の仕事に区切りをつけ、これから始まる面接に対する余裕をつくるのに役立ちます。いわば、心の準備体操なのです。

2) 出会ったとき、来所できたこと・ここまでこぎつけたことをねぎらうことから始めましょう

まず挨拶をします。「 さんですね、私が です」といって、家族が複数のときは、一人一人に会釈をします。これは「私はあなた方の気持を理解しようとしています」という気持を伝えるための大事な援助者の振舞いです。挨拶をしながら、本人達がどれほど不安なのか混乱しているのかなど推し量ってみましょう。

つぎに話に入りますが、相談の初期段階では、家族や本人は、先に述べた無力感や挫折感、肯定的動機や不安(否定的動機)で、混乱し精神的な孤立感を深めています。そのため「誰かに話をきいてもらいたい」という気持ちから、援助者が何も言わずとも、とめどなく話をする場合があります。このような場合には、ひとまず向こうのペースで話してもらう時間を設けることも必要です。あるいは、こちらから何か切り出すのを待っている場合もあります。そのときは型どおりに「どんな事情でこられましたか」と切り出せばよいでしょう。いずれにしても、家族や本人は援助機関に来るまでにさまざまな苦労や葛藤をしています。援助機関に来ることには、勇気が必要であったかもしれませんし、多くの場所を探してようやくと辿り着いたのかもしれません。そのような苦労を乗り越えて、機関まで相談に来た彼らの努力をねぎらうことは大切です。

また、本人が来所できないため、家族が相談をしにきている場合、いきなり本人の来所を過度に要求することは控えた方がよいです。「ご家族だけでの相談でもうまい

ったケースがある」ということを伝え、本人の来所の有無にかかわらず家族を援助する用意があることを明確に伝えましょう。

3) 情報収集の目的は、原因さがしではなく、これから役立つ材料さがしです

「 . 援助を進めるときの原則」でのべたように家族や本人について知るということの目的は、援助者と家族あるいは本人との共通の目標を立てることにあります。ところで、インテークの面接は、援助機関の習慣によって多少異なるでしょうが、現在の状態のほかに、生育歴、家族歴、既往歴などの情報をとることが通常です。このような面接は、過去のふりかえりになるわけですが、時にそれが「ひきこもり」の原因さがしや犯人さがしの様相を呈し、知らずに専門家が家族の子育てや対応のまずさを責めてしまっていることがあります。

家族自身が何らかの失敗の結果と「ひきこもり」の状態を捉え、自責的になっていることもあって、否定的な情報が提供されやすいこともその一因です。情報収集は過去の問題をあばきたてるものではなく、これから何をしていくことがよいかを考えるための材料を見つけるためであることを明言してから始めるのがよいでしょう。

また、エンパワメントの立場では、援助者は「家族ががんばってきたから、ここまで何とかやってこられたのだ」というように話を聞きます。そして、家族や本人が既におこなってきた工夫や対処を積極的に明らかにし、そのような工夫ができたことを積極的に評価しサポートします。このような関わりの中で、家族や本人が「自分がやれていること」に気づき、問題についての捉え方をより肯定的にできる可能性がふくらむのです。

4) 「問題」を家族や本人から引き離し、「問題」と「人」は別々のものと考えるようにしましょう

初回面接で援助者は、家族や本人が、問題に対して少し距離をとって考えるのに役に立つようなメッセージを、しっかりとわかりやすく伝えることが重要です。「 章 援助をおこなう時の原則」の項で述べたような、「さまざまな原因がこうさせたのであって、子育てに問題があったとはいえない」「ひきこもりは誰にでも起こりうる状態である」「本人のなまけや努力不足でもない」などの情報は、このような目的のメッセージの一例です。時には、「ひきこもり」は災害でケガをしたようなもの。何が原因だったかを探すよりも、これからどうしたらケガから回復できるかを考えるため

に時間を使いましょう」と、今から未来の対応に向けて話題が整理できるような工夫も必要です。本人＝「ひきこもり」ではなく、本人＝「ひきこもり」という困難を抱えた人、という見方も大切です。このようにすると「問題」と「人」を分けて考えることができるので、「人」が問題に「対処する」という考え方にたやすいのです。

5) 家族や本人が初回面接の場で感じている不安を取り上げて、面接のストレスを減らし、援助関係を作っていきます

「ねぎらう」ことと同時に、先に述べた不安を取り上げましょう。先に述べた不安は誰もがもつものです。また、家族や本人はこんなことに苦しんでいるのは世界で自分たちだけだという心理に陥っていることもあります。そこで「 といったことを感じておられますか」「そうですか、そういった不安は初めての面接のときは誰しも感じるものですよ」などということは、面接のストレスを減少させ、共感の意を伝えることに役立ちます。あるいは、「悩んでいるのは自分達だけではない」と考えるようになるきっかけともなります。

6) 次回の来所につなげることが最大の目標です

「ひきこもり」の解決には、家族の粘り強い長期的な取り組みがどうしても必要です。本人と家族と専門家が、さまざまな葛藤を抱えながらも、工夫や対処を積み重ねるうちに、状況が変化し「ひきこもり」が解消していくのです。したがって、初回面接の目標は「ここに相談に来てよかった、この人達と解決に向けてこれから少しずつでもやっていこう」という気持ちになってもらうことです。これが、家族時には本人にとって命綱になるわけです。「援助をおこなう時の原則」で述べたことがそのための具体策ですが、とくに次の4点は家族の生活を支える上で重要なことであると思われます。

家族の望んでいる方向に沿うかたちで、近い将来に実現可能性の高い、家族自身の具体的な小さな行動の目標をとりあえずつくる。

暴力・自殺企図などの切迫した状況では、家族の被害が最小限で食い止められるような方向で、対処の提案をする。

次のアポイントメントは必ず決めておく。

から について簡潔に書きとめたものを、家族に手渡す。

- 2 家族面接

「ひきこもり」の援助では〔家族との相談を実施する〕ことが必要です

「家族との相談を実施する」という考え方は、精神科臨床や地域精神保健の中でしばしばおきることながら、援助の方法論としては、十分定着しているとはいいがたいものがあります。たとえば医療などの面接場面では、本人のみが援助の対象ととらえられており、家族との面接をしても、それはあくまでも本人の援助のための補助的手段として考えられていることがしばしばです。

しかし、「ひきこもり」の相談においては、当初から本人自身が受診することはまれで、結果的に家族が相談の窓口を訪れることとなります。そして、「ひきこもり」の問題を援助していくためには、当面の相談においても、家族との相談を継続することが中心的な課題となるのです。

そこで、ここでは、一般的な家族面接における家族を通じた支援・援助・治療などの対応から得られた知見をもとに、「ひきこもり」の家族面接」の概要について紹介していきます。

家族との相談のための前提

「家族 = 困っている人 = クライアント」という視点が大切です

医療や保健の場では、医療的な対応が必要な相手を「患者」として考えます。そして、患者さんこそが「病に困っている人」であり、治療や援助の対象ということになります。そのため、家族は医療的な見方では「患者」ではないゆえに、援助の第一の対象とはみなされにくく、むしろ患者さんを助ける存在、患者さんの世話をする存在としての意義が強調されてきました。

一方、精神科臨床の周辺でおこなわれる相談の一例として「家庭内暴力」への被害相談があります。対子ども（虐待）、対妻や彼女（DV）、対老人（老人虐待）、対親（家庭内暴力）など、暴力のふるわれる対象によって異なる対応がなされています。共通しているのは、これらの相談で来談する多くは「暴力の被害者」であって、暴力をふるった人ではないということです。また、思春期・青年期の不適応に関する相談においても、子ども自身には問題に関する自覚がないため、保護者の相談が中心となって

います。つまり、これらの相談においては、来所するのが問題行動を起こしている本人ではなく、影響（被害）を受けている家族であり、家族の困難に焦点をあてて相談が成立しています。つまり、家族＝困っている人＝相談の対象（クライアント）となっているわけです。

これらの例と同じように、「ひきこもり」の家族相談においても、なんらかの問題を抱えた本人から影響を受けている人が、精神的に困窮して相談に来るという考え方が有効だと思われます。

「ひきこもり」の家族は、本人の「ひきこもり」によって日常生活に不安を持っているという意味において「困っている人＝クライアント」として見なすべきものだと考えられるのです。

家族をどのように見ると相談が成立しやすいか

「ひきこもり」の相談において、相談の場に登場する「家族」の疲れ具合は、他の問題を抱える事例と比べても軽いものではありません。来談にいたるまでに、多くの家族は自らの考え得る方法に基づいて、本人の不適応を改善しようと努力し、できる限りのさまざまな対応を繰り返しています。そうした努力にもかかわらず、本人の「ひきこもり」の状態が維持され、相談に訪れたのです。すでに自分たちなりに一生懸命考えてやってみたが、問題は解決せず、どうしていいかわからなくなって、自信をなくしている状態です。「ひきこもり」の相談に家族が登場した背景には「家族がさまざまな改善の手段を講じたが、それらが無効化されているという前提」があるのだということをお心にとめておく必要があります。

精神的・心理的に疲弊しきった家族には、まずはこれまでの苦勞に対してのねぎらいが不可欠です。家族には、それぞれにとっての事情があります。これまでにしてきた対応の是非について議論しようとする、その多くは「家族の対応のまずさ」を指摘することにつながりかねません。疲弊している家族にとって、そうした指摘が自分たちの至らなさを確認する場になってしまいかねません。これでは、疲弊しながらも「何とかしたい」と考えて、相談の場に足を運んできたという改善のためのエネルギーを奪ってしまうことにもなりかねません。

とくに援助の初期の段階では、家族のこれまで行ってきた対応の結果の是非ではなく、家族が対処してきたことそのものに焦点を当て、家族の努力と苦勞をねぎらうよ

うにしましょう。

家族自身が、援助を必要とする存在です

家族は本人のことに困っていながらも、精神的・社会的には健康な存在であるという前提が、家族への援助を困難にしていることがあります。家族が困窮していることをつい忘れ、本人の援助に役立つような適切な指導・助言を行えば、それにしたがって多様な行動を家族がとれるはずだと考えてしまうことになりがちです。過剰な期待を家族に持ってしまい、援助者の思うとおりに行動できない家族を「家族は援助を攪乱する否定的存在だ」などと、援助者はとらえてしまいがちです。しかし、実際におきていることといえば、家族自身が本人の問題から影響を受け、困難を抱え、悪循環にはまって疲弊し、援助を必要としている状態だということです。

家族がそういう状態にあるのだということを理解して、単純に「家族と相談を繰り返す」ということを維持するだけでも、家族や本人に変化を引き起こす最大の要因となることがあるのです。

複数成員と家族面接をおこなう際の留意点

家族という単位との相談には、個人を対象とした相談とは異なるいくつかのポイントがあります。以下では、複数の家族成員で構成される「家族」という単位との面接をおこなう際の留意点を概観していきます。

家族という集団に入れてもらう

家族との相談関係を作るためには、まず、家族という集団に援助者が「入れてもらう」ことが大切です。

それぞれの家族は、その家族にとってごく自然な関わり方や価値観を持っています。たとえば「両親は意見が一致していることが必要」とか「家族を代表して話をするのは母親である」といったものです。ところが、それがときには援助者の価値観と異なるがために、その関わり方に違和感を感じて、指摘したくなることもあります。「何が問題なのか」という目で見ると、「変」に思ったことをすぐにでもやめさせたいのは、「問題探し」に慣れてしまった援助者のクセかもしれません。

しかし、いろいろな関わりによって成り立っている家族という集団に受け入れられ

するためには、まず、家族に生じている関係をそのままこちらも受け入れ、可能な限り家族が普段行っている振る舞いが面接の場でもごく自然に行えるよう、援助者が関わっていくことが大切です。援助者の考えをいきなり押しつけるのではなく、家族のもっているパターンに援助者が合わせてみるのです。そうすることで家族も、強い抵抗を感じることなく援助者を受け入れやすくなります。

家族成員間で共有できる、合意事項を作り続けていきます

家族は複数の人で構成されているわけですが、家族成員のそれぞれの考え方や未来に対する予測・期待・あきらめなどについて、明確な合意がいつもあるわけではありません。それでも日頃の生活ができているのが、ふつうの姿です。

ところが、家族が相談に訪れるような状況においては、どうしても家族のあいだ - とくに両親のあいだ - に合意事項があるかどうか気になるものです。両親の間が対立的であったり、情緒的なつながりが上手く持てなかったりという状態をみかけると、家族との相談を進めることが難しいと、援助者側が思い込んでしまうことがみられます。また、家族がさまざまな改善の手段を講じたものの、よい結果が得られないままに続いている「ひきこもり」の状態では、家族のあいだで合意していることがあいまいになっている場合が多々あります。そこで、家族それぞれの対応や努力を有効なものにしていくためにも、また援助者もおちついて関わり続けていくためにも、相談の場で、家族のあいだでほんの少しでも合意事項を作り上げていくことが大切となります。

その合意事項は、日常生活の中では、ごくごく小さな行為や目標であってもいいのです。たとえば、ひきこもっている本人への働きかけについて、家族それぞれの希望を詳しく聞き取り、その意図や考え方、本人に対する見方などの中から、共通する部分を明確にしていくという作業などがそれにあたります。一見何でもないような作業ですが、これは「家族が目標や可能性を共有できるため」におこなうもので、こうした積み重ねを繰り返すことがひきこもっている本人への対応を新しく作り上げていくことにつながるのです。

既に起こっている変化を見つける

家族との相談において最も有効なことは、家族が積極的に取り上げないような「変

化」に注目して、話題に取り上げることです。「ひきこもり」の相談では、日常の行動が決まり切っているかのようなことが多く、家族が積極的に変化を報告することはまれです。むしろ、「何も変わらない」という報告がほとんどです。しかし、日常的な何気ないできごとの中には、さまざまな変化が隠されていることが多く、その変化を見つけて出すことが大切なのです。

たとえば、誰も家人がいないため、仕方なく近くのコンビニまで買い物に出かけたこと、これがひきこもっている本人にとって大きな冒険となっていることがあります。本人が「仕方なくコンビニに行く」という行動ができているならば、家族の意図の有無にかかわらず、両親は「家にいないようにすること」で、本人の社会との接点を作ろうとしたと考えることもできます。このような変化は、何気ない日常の生活の中から生まれたもので、家族にとっては見逃されてしまっている大切な変化へのきっかけとなることがあるのです。

まず、家族の日常生活を改善し、未来の可能性を広げる

援助にとって最も必要なことは未来の可能性を広げることです。具体的な感覚として表現するなら、「今やっていることをつづけていれば、何とかなるかもしれない」というものです。「ひきこもり」の相談において最も必要とされているのは、この未来に対する可能性を作り上げることだといえます。そこで必要なことは、「ひきこもり」の本人への対処だけではなく、相談に来談している家族にとっての日常生活の改善です。

たとえば、「ひきこもり」の本人に気遣うあまり、家族の日常に極度な制限が加わっているのであれば、両親が社会的な場面に出でいけるようにすることや、息抜きのための行動を奨励することからはじめることも有効です。困難を抱えていながらも、自分たちのために自由に時間をすごすことで、すこし家族が余裕をとりもどすことができれば、家族が「もう少しがんばってみよう」という気持ちが湧いてくるかもしれません。一般的に、本人を変えようとするよりも、家族が自分たちの生活を変えることを目標とした方が容易に実行できることであり、効果的です。本人への対応を中心とした日常から、本人をすこしは気遣いながらも自分たちのペースで生活できるように変われたら、かならず家族と本人の関係も変わりはじめます。そしてそこにこれまでとは異なることができる可能性がふくらむことがあるのです。

なれていない緊張を僅かずつ試してみる

どのような家族にも、一定以上の緊張を生まないような「閾値」(限界)の設定があり、その「閾値」を守るための行動は、多くの場合意識されないまま定着しています。たとえば、ある家族にとって父親と本人のやりとりが続くと、母親が泣き出したり、父親が対話の場から外れたりするなど、緊張の高い場面を避けようとするなどの気づかいがされます。こうした行動をすることによって家族の安定が保たれるわけですが、家族の中に問題が生じている場合には、これらの行動のために変化がおきにくく、悪循環と呼ばれるどうどうめぐりが生じている場合も多いのです。

「ひきこもり」が長期にわたって続いていけば、家族の間に高い緊張が生じないようにするため、必要以上に緊張回避のための行動がおこっていることがあります。家族にとって緊張をはらんだ対話は苦痛をもたらすものですが、その一方で、こうした緊張がこれまでにない発想や展開の糸口となることがあるのです。そこで、家族の緊張回避の行動に共感しながら、それを家族が受け入れられる程度に僅かずつ変化を求めようとして提案することが有効なこともあります。今まで以上に緊張に耐えられるようにすることで、今までとは違った行動がとれるように、家族を支えるのです。

たとえば、上述の例ですと母親は泣きたくなるのを少しがまんし、父親も今までよりすこしだけがんばって本人と話を続けるようにすることです。また、父親が話をしている場から離れたくなっても、少しリラックスできるような話をしてから場を離れるようにするなどです。このようにして、すこしだけ緊張を生み出す中で、何かこれまでと違った発想が生まれやしなかったか、何か違ったことがおこらなかったかをていねいに聞くうちに、今までとは異なる可能性が生まれてくることもあるのです。

家族面接の勘所

「ひきこもり」の家族との面接は、他の相談と比べても比較的長期にわたる傾向があります。本人の変化を考えても、悪循環からの離脱、本人の社会への再参加の試行錯誤、今までとは異なる生活目標の設定、そして徐々にとりもどしていく社会性などの経過があります。したがって、本人の成長あるいは社会的なりハビリにより沿うように、家族面接も続けられる必要があるのです。そのことをあらかじめ心にとめ、ていねいに関係を作っていこうとする姿勢がまずは大切です。

すぐにでも何とかなると安易に考えて取り組んだ場合、援助者が早期に変化がおこ

らないことは、相談に関与するそれぞれにとって心理的な負担となって、気力と時間を浪費しているかのように感じられることも少なくありません。いわば、問題にエネルギーを奪われているかのような錯覚に陥ってしまいかねないのです。とくに家族にとっては、「ひきこもり」が改善していないと感じてしまうと、まるで無意味な相談を続けているかのように思えることも少なくありません。その意味で家族面接は、家族の相談意欲が持続できるような働きかけが最優先と考えたほうがよいのです。つまり、面接の要点を「一発逆転」のような問題解決に置くのではなく、持続的な社会的接点として相談に来るといった「関わり」を大事にして、家族が孤立しないように援助することが大切です。

同様に、援助者自身が早計に自分の関わりの効果の有無を判断することは避けた方がいよいでしょう。面接をおこなうことによって大きな変化が急激に起きることはなくても、それでもここまで述べたような家族との面接をおこなうことによって、半年、一年と僅かずつの変化は導入されていることが少なくないのです。「ひきこもり」の相談においては、その多くが見えない程度の僅かずつの変化の積み重ねによって、日常の中にさまざまな変化が生まれてくるものです。

-3 本人との面接

本人との面接における基本姿勢

「ひきこもり」という問題をもつ人との援助関係が繊細で中断しやすいことは、その問題の性質上、避けがたいことといえるでしょう。それだけに、まずは関係をつくること、そして関係を維持することが、本人への援助における重要な課題となります。

「何かあったら連絡してください」といった約束だけでは、なかなか建設的な援助関係を築くことはできません。次回の予約をしたうえで面接を終了すること、できれば定期的に会うことを原則とした方がよいでしょう。また、グループを活用して支援しているケースにおいても、グループでの体験について話し合える“基地”のような個別面接の枠がある方がよいと思います。

「良い面接をしよう」「安心して参加できる良いグループを運営しよう」といった熱意と工夫が援助者に求められることは言うまでもありませんが、どんなに良い面接を心がけても、彼らが面接やグループに対する幻滅を感じることは多かれ少なかれあるものです。そのような陰性感情を抱かせないように努力することが重要なのではなく、さまざまな気持ちを抱きながらも、援助者やグループとの関係が維持できるようになることが課題となります。そのためには、彼らが援助者やグループに対して抱いている気持ちに細心の注意を払い、その感情や情緒を個別面接の中で共有できるようになることが一つの目標になるでしょう。援助関係からひきこもろうとする局面は、同時に、彼らの成長に貢献できる好機でもあります。

また、ご本人が「対人関係がうまくいかない」「社会に出て行けない」といった本質的な問題を明確に意識して来談しているとは限りませんし、最初から相談の継続が難しいと思われるケースもあります。たとえば、現実的とは思えないような解決策に固執する人や、すべての要求・期待に応じられない援助者に、すぐにも見切りをつけそうな人などに対しては、たとえご本人の意に沿わなくても、そのアイデアが建設的であるとは思えないこと、そして問題解決までに必要なプロセスや援助者の考えを明確に伝えておく必要があるかもしれません。その結果、一旦は援助関係が切れてしまっても、以前より明確な動機付けをもって改めて来談してくる人もいますし、別の援助者との間で、より建設的な関係を結べるようになるかもしれません。

初期の面接では、ご本人がどのような不安や葛藤を感じているのか、あるいは、どのような希望をもっているのかを話し合うことができるとよいと思います。ご本人のもつ力に目を向け、自己効力感を高めようとする姿勢を保ちながら、情緒的な交流と社会的自立を促進することが課題となります。問題を性急に解決しようとするより、「長い付き合いになる」という心積もりをしておいた方がよいと思います。また、「ひきこもりは・・・」といった一般論を過信せず、目の前にいるご本人の話をよく聴き、何が起きているのかを理解しようとする姿勢が重要です。

こうした面接過程において、薬物療法の対象となるような精神症状で悩んでいることが語られたり、軽い知的な遅れや発達の違いがあることがわかってくることもありますので、「ひきこもり」ケースの背景が多様であることは常に念頭に置いておきましょう。たとえば、援助を進めてゆくうえで、薬物療法などの医療的ケアが必要であろうと思われるケース、知的な遅れや発達の違いにも留意しながら援助を進める必要があるケース、精神（心理）療法的アプローチや心理社会的アプローチにより重点が置かれるケース、という三群に分けて考えてみると、その後の援助や面接の進め方について見通しを立てやすくなるでしょう。以下、それぞれのタイプにおける面接について述べます。ただし、本人との面接だけで生活状況に速やかな変化がみられるケースばかりではないので、できれば家族相談やその他の心理社会的アプローチを並行して継続することをお勧めします。

継続的な面接の進め方

(1) 援助を進めてゆくうえで、薬物療法などの医療的ケアが必要であろうと思われるケース

「ひきこもり」の背景に、統合失調症や気分障害（うつ病、抑うつ状態）などの精神疾患が関与しており、薬物療法の有効性に期待できる人たちがいます。強迫性障害やパニック障害、社会恐怖（社会性不安障害）などに対しても、薬物療法の有効性が指摘されています。また、PTSD や摂食障害を背景としているケースもあり、これらに対しては、まずは受診援助が中心となるでしょう。

受診を援助する際には、継続的な援助の文脈を大事にしながら、「ひきこもりのことで病院へ行く」のではなく、「あなたが困っている問題を軽くするために病院を利用する」というようにするとよいですが、なかなか受診に同意しない人もいます。「病気や

症状に苦しめられているあなた」「その病気もあなたの一部分だけど、そうでない、前から変わらないあなた」というように、本来の健康な側面に焦点を当てることで、ご本人の対処能力を引き出すことができる場合もあります。いずれにせよ、薬物療法を中心とした精神科治療だけですべての問題が解決することは多くなく、自立と社会参加に向けた継続的・複合的な援助が原則でしょう。

（２）発達の違いや偏りに留意しながら関わってゆく必要があるケース

軽度知的障害や広汎性発達障害など、発達上の問題をもつ人と面接する際には、以下のような配慮が必要でしょう。まず、わかりやすく簡潔な言葉遣いを心がけましょう。わかっているかのようにみえても、ご本人がこちらの質問や発言の意味を理解していないこともあります。こうした場合には、別の言葉で言い替えてみることも、パンフレットを見せながら説明する、状況を図示しながら面接するなど、視覚的な情報伝達を活用してみるとよいかもしれません。また彼らは、これまで一生懸命に取り組んでも周囲からは評価されない経験や、いじめ、からかいの対象とされてきた体験をもつことが少なくありません。自尊心は傷ついており、援助者の些細な言動を極端に被害的に受け取ることもあります。リラックスした雰囲気の中にも、丁寧で誠実な対応が大切です。

ご本人の希望を尊重しながら、少しずつステップアップできればよいと思いますが、話し言葉の理解や読み、書字、状況の理解や見通しをたてること、作業能力など、全体的な印象からは把握しきれないような不得意な領域をもっていることがあります。あるいは、円滑な対人関係を妨げるようなこだわりがみられることもありますので、その人の全体的な適応能力や得意、不得意を的確に把握しておく必要があります。この際、知能・心理検査の所見は大いに参考になりますので、適当な関係機関につなぎ、今後の援助方針や社会資源などについて助言を求めることをお勧めします。

暴力や性的な問題行動などがみられることもありますが、家族の関わり方や環境側の条件を調整することで速やかに解決することもありますので、問題行動の背景と生活状況を丁寧に見直してみることが重要です。しかし、ケースの理解やマネジメントに不安を感じるようであれば、助言を求められるような関係機関やスーパーバイザーの確保を検討しましょう。

(3) 精神(心理)療法的アプローチや心理社会的アプローチが中心になるケース

a. 援助者が抱えることになるジレンマについて

多くの援助者・面接担当者は、こうしたケースの面接において、「ほかの相談ケースより緊張する」「何を話したらよいかかわからない」「深入りすると、傷つけてしまうのではないか」「そうかと言って、世間話や趣味の話ばかりしていても…」といった戸惑いを感じるものと思われます。この一群の人たちは、しばしば「人と関わるか関わらないか」「近づくか離れるか」といった強いジレンマを抱えていますので、彼らとの面接で援助者が同じような戸惑いを感じることで、そして、彼らへの援助が一進一退の経過をとることは当然のことといえるでしょう。

援助者が、こうしたジレンマや、「自分はこのケースに少しも役に立っていない」といった不安、焦り、無力感に耐え切れないうちに、援助姿勢・方針を急激に変更するなどして中断につながる人が多いように思われます。まずは性急に何とかしようとせず、関心を払いつづけることが大切です。

b. 行動化への対処

ときには、激しい行動化が生じる場合があることも予測しておく必要があります。行動化は、援助者やグループとの関係が深まりつつあり、もっと近づきたいという思いとその不満や幻滅が感じられる時期に起きやすいようです。長い経過の中では、境界例のケースにみられるような“しがみつきの”や自傷行為、家族への暴力がエスカレートするなど、危機介入を要するような局面があるかもしれません。行動化への対処に不安を感じる場合には、関係機関や助言者にコンサルテーションを求める必要があるでしょう。

c. 変化を阻む“心のクセ”について

少しずつ改善しているかのようにみえても、結局は何の変化も起きないまま延々と長期化するケースがあります。このようなケースの面接は、ご本人が抱えている社会や他者に対する軽蔑や、「やろうと思えば、いつだって、何だってやれる」「一発逆転のウルトラCがあるはず」といった万能的な感覚、自らの課題に直面することの回避、あるいは「すべて誰かに何とかしてもらいたい」といった依存性、自らをさらに悪い状況に追い込もうとするかのような自己破壊的な傾向などによって進展が阻まれ、そ

こから抜け出せなくなっていることがあります。

「自信をもたせてあげれば・・・」「待ってあげれば、いつかは・・・」といった援助者の姿勢は、しばしばこうした“心のクセ”の解決を遅らせますし、社会的ブランクが長引くことで、かえって強化させてしまうかもしれません。ある程度の信頼関係が築かれていれば、「長引けば長引くほど動き出しづらくなってしまいうことに、あなたも気づいているのではなよいでしょうか。いろいろな不安もあるでしょうし、人間関係の問題もすぐには解決しないかもしれませんが、就労や進路の決定については先延ばしにしてもメリットがないと思うので、早いうちに取り組んでみた方がよいように思います」と率直に伝えることが有効かもしれません。しかし実際には、援助者がこうした“心のクセ”に対処できず、深刻な行き詰まりに陥ったり、人生を台無しにしてしまうような不毛な「ひきこもり」に加担してしまうこともありますので、適切なスーパービジョンが必要な局面であると考えられます。

2節 さまざまな援助技法を活用する

- 1 電話相談

「ひきこもり」の電話相談の特質

電話相談には、電話でのカウンセリング的な機能、緊急対応や制度利用、情報提供の機能、支援を実施している専門相談機関の入り口としての機能など、それぞれの機関の持つ性格や役割によってさまざまな機能があります。また相談体制の枠組みも、機関の通常の電話窓口での対応 / 電話相談専用の窓口での対応、相談受付の時間帯、担当スタッフの数、特定の期間のキャンペーン / 継続業務、などさまざまです。

しかし一般に電話での相談は、抱えている問題の整理や、相談内容によって適切な相談機関に繋げるという交通整理、必要な情報提供、一定の見立てをおこなう中で必要であれば自機関の来所相談へと繋げる、などが大きな役割となるでしょう。

電話相談の特徴と注意点

電話相談においても、基本的な態度は一般的な個別相談とおなじです。しかし、電話相談は一般的に以下のような特徴をもっています。

電話相談は比較的敷居の低い相談形態です

一般的に電話相談は、誰でも、どこからでも、自分のプライバシーを明らかにしないまま、予約無しで、しかも安価に相談に乗ってもらうことが可能です。こうしたことは、相談という垣根を低くするメリットがあります。それは一般的に長期化しやすい、「ひきこもり」の相談を早めに行える大変貴重なチャンスです。

反面、情報だけを得られれば、という本人や家族の期待が強く出てしまい、一回限りの情報提供だけで終了してしまう可能性もあります。相談員からは、情報の活用の仕方（情報提供は、あくまでも本人が希望し自らが動き出すことが前提であること）などについても丁寧に話ししておく必要があります。また、情報提供や他の機関にリファーする際も「問題があったらまた電話をしてきてください」などの言葉を添えておくことも必要でしょう。なお、話を聞いていく中で必要性を感じたら来談をすすめるなどして、電話相談を来所相談につなげていくことも大切です。

できれば電話相談用に、地域の相談機関・社会資源の一覧表を用意すると便利です。

相談としての構造が明確にしにくい場合があります

電話相談は相談としての構造が曖昧になりがちです。機関としてできることと出来ないことなどの限界を明らかにしておく必要があります。具体的には、時間の制約や、同じ相談員で継続相談が出来にくいこと、フィードバックが出来ないため話しの内容が一般的・表面的な内容に偏る可能性のあることなどを説明する必要があるでしょう。

これまでの経緯や思いがあふれてしまうことがあります

家族なり本人の今までの思いや不満が一気にあふれてしまい、話が混乱する場合があります。その場合、まず相談員はその不安や不満などをできるだけ聞くように努めます。次には、電話をかけて来た人が、何をどのように解決したいのかを語ってもらうようにします。沢山出てきてしまう場合には、大変さに共感しつつも、その内の第1番目と2番目位について絞って語ってもらうようにします。

例外的に複数回に渡って関与する場合があります

電話相談は一回限りのケースも多いと考えられますが、時には継続して電話をかけてくることも考えられます。強うつ・強い自殺念慮・自殺企図など緊急の場合などを例として、必要な場合には、反対にこちらから相談者に再度かけてもらうよう依頼する場合があります。とくに「ひきこもり」本人からの相談の場合には、相談機関と本人をつなぐ窓口が電話のみとなっている場合もあり、継続的な援助の必要性・有効性が考えられるケースも多いと考えられます。その場合は申し送りを行い複数の職員間で対応を継続させたり、あるいは特定の相談員が特定の個人に対応するような体制を検討し、継続電話相談の体制を作ることが検討されるでしょう。

緊急的な相談に遭遇する可能性があります

電話相談においては、その電話相談が危機介入的なものを目的としている・いないにかかわらず、強い自殺念慮・自殺企図や暴力行為など、きわめて緊急的な相談に遭遇する可能性があります。相手の話をよく聞きながら危険度を評価しつつ、電話相談のみで解決できる問題か、他の手段を講じるべきかを判断しましょう。緊急時の対応については、 章2節の「緊急時対応」を参照してください。

家族からの電話相談の場合にこころがけること

家族からの電話の場合には、可能であれば家族が相談に出かけて来る気持ちになることを一つの目標としましょう。これは、家族自身がひきこもっている状態から、相談のためであっても家を離れ、外出する機会を作るという意味合いもあります。また、電話を通してよりも、対面での相談の場のほうが、援助の可能性が広がるためです。

そのため、第一に伝えることは、電話をくれてよかった、これからは一緒に頑張りましょう、ということです。孤軍奮闘するのではなく、これから先は一緒に考えていく仲間ができたという感覚を持ってもらえるようにすることが大切です。

また、家族の質問に答えを出しすぎないようにすることも有効でしょう。電話相談では今現在こんなことで困っている、どうしたらいいか答えを知りたいというような問いかけも少なくありません。こうした場合、緊急事態を除いては、どうしていいのかがいいかじっくり一緒に考えていくのも一つの手法です。そのためにまず電話をかけてきた親が相談の場に顔を出してください、ということを手際よく伝えていきます。

事例紹介：「ひきこもり」の本人からの電話相談への対応

ここでは参考に、民間フリースペースにおけるひきこもっている本人への電話相談を例示します。

基本的態度

本人からの電話相談は、それを通じてすぐに問題を解決したり整理することなどがしにくいといえますし、また本人も必ずしもそれを求めているとは限りません。電話がその人にとって唯一の窓口であり、「ともかく他の人に接したい」「誰かに不安をきいて欲しい」といった思いから電話をかけてくることがあります。こうした思いに対し、援助者が問題の解決をしようと意気込み、質問攻めなどで切り込むと逆効果である恐れもあります。相談者は電話相談を通じ、本人にとって心地よいコミュニケーションをとることを目標とし、相手のペースに添って話すことをこころがけるとよいでしょう。

基本的には、つながりがもてるのはその1回限りかもしれないと考えて話を聞くようにします。実際に何ヶ月・何年もためらって、その日ようやく電話できた、というような例もあります。やっとの思いでかけてきた電話を有効に使えるよう、「また今度」はない、と意識して電話に対応するようにしましょう。また、ご本人に安心してもらうために、相談はあくまで秘密でありプライバシーが守られることも伝えましょう。

なお、学校や家族などに言われて無理して電話をしてくる場合、自分自身や家族、学校や教師などに怒りをもっていることもあります。その場合には、そうした状況に理解を示しながら、「にもかかわらず電話をかけてきて嬉しい」などねぎらうようにしましょう。

具体的な援助技法

59

-2 さまざまな援助技法を活用する

-1 電話相談

ゆっくり幅を持たせて、対応する

本人からの電話の場合、なかなか自分のことは話さずに、こちらの機関についての質問を次々にしてくる場合があります。「何歳くらいの人が、何人くらい来ているのか」「どんなことをしているのか」。そうした質問は、自分は特殊なのではないかと不安で、自分が相談してもいいかどうか確認していると考えて、あまり具体的になりすぎず、なるべく幅を持たせて答えるようにします。こうでなければいけない、というような決まりはなく、電話をかけてきているあなたも受け入れているというこちら側の態度を示すことにもなります。

本人のいる状況をイメージする

一方的に話を聞くだけでなく、本人のいる状況がイメージできるように、こちらからも質問を投げかけます。たとえば「今どこの部屋から電話しているの」という質問で、自分の部屋にこもっているのか家族が過ごす居間から電話することができるのかを知ることができます。こうしたやりとりを通じ、どんな状況から電話しているのかを推察しやすくなります。

自分の困難な状況を話し続ける本人に対して、その困難をいきなり打開する策を示すのは至難の業です。会話の合間に相手の今いる状況を把握して、今現在できることを探していきます。

電話をしながらでもできる行動を提案し、体験を共有する

電話で会話を続けながら、ちょっと後押しをして何かを試してみる体験を共有することを本人からの電話相談でこころがけるとよいでしょう。たとえば「カーテン、締め切っていないでちょっとだけ開けてみたら?」「いいお天気で気持ちいいね」といったような感じです。ここで注意することは、大きな提案をするのではなく、電話をしながらでもできるような身近な小さな行動を起こしてみるように提案することです。このように、そうした小さな行動でも少し気分が変わることを体験したり、それができたことを一緒に味わうようにするのも一つのテクニックです。

電話を切るとき

電話を切る時には、電話をくれたことをねぎらい、話ができたとうれしく思うといったような感想を伝えます。さらに「もっと話が聞きたいなあ」という言葉も明るく添えるとよいでしょう。いつでも電話をくれるのを待っている、というメッセージを伝えます。また「どんな顔をしているのかなあ、会いたいなあ」という事もあります。本人に関心を持っているということを最後まで柔らかく伝えるように心がけます。

ただし本人が直接相談に来るのは、大変な勇気と労力のいることです。性急に来所相談を目標とするのではなく、基本的にはこの場で心地よいコミュニケーションをする、可能であればまた電話をしてくれることを目標にするなど、相手のペースに合わせた対応をしましょう。

参考文献:佐藤誠 高塚雄介 福山清蔵著 電話相談の実際 1999 双文社

-2 家庭などへの訪問

「ひきこもり」の状態のように、外出に困難を感じる人々への援助にあたって、援助者が訪問をおこなうというあり方は、当然考慮されてよい方法です。すでに、精神障害の領域では、なかなか通院通所が出来ない患者さんの居住地域に援助者が足を運び、生活の場で支援するという方法論が、地域生活の安定に寄与するという成果をあげています。

おそらく、「ひきこもり」の状態にある人々への支援にあたって、同様の効果を訪問活動があげることが期待されます。しかし、訪問には、こちらの力量や立場、あるいは相手の事情によって、多様なあり方が考えられます。必ずしもひとつのガイドラインとして整理できない部分もあるかと思われます。本章では、現時点で考えられる訪問の選択肢のいくつかについて提示をおこないます。

生活の場にふれること VS 生活の場に侵入すること

訪問とは、「家族や本人の生活の場に足を運ぶ」活動です。訪問してみると、視覚・聴覚・触覚・嗅覚など様々な知覚により情報がとらえられ、今まで気がつかなかった家族や本人の状態がわかるものです。生活の状況を肌身で理解して、その実状に応じた支援やサービスを提供することが可能になるのは、訪問の最大のメリットでしょう。

一方、訪問される側の立場に立つと、それは他者がプライベートな空間に侵入してくる体験に他なりません。もし、この他者が無害な存在であり、また、新鮮な息吹きを運んでくる存在だとすれば、この訪問は、孤立感や不安感を和らげるものとして歓迎されるでしょう。ときには、プライバシーを共有しうる、より親しい存在と意識されるかもしれません。しかし、もし、この他者が根掘り葉掘りプライバシーをあばく存在、安定を揺さぶる存在として意識されれば、それは望まれざる訪問者となります。かえって、邪魔な存在、拒否の対象となるでしょう。

訪問を開始するにあたって、以下の点は最小限考慮すべき項目と思われます。

- ・ 訪問は、一種の契約関係により成立する援助活動であり、第三者の要請による「援助としての訪問活動」はありえません。少なくとも家族と十分関係づくりが出来てからはじめること

- ・ 一回の訪問で、多くの事をしようと思わないこと。とくにはじめのうちは短時間で切り上げること
- ・ 訪問開始時に、少なくとも数回分の訪問のスケジュールを作ること。一度しか訪問しないという計画は、力みが入るので、かえって侵入的になることがあります
- ・ 訪問だけで援助活動を組み立てないこと。来所相談、家族心理教育への参加など、複数のプログラムのなかで家族や本人を支えること。また、訪問を振り返る時間を家族や本人と持つこと

訪問の目的

訪問は、その主たる対象ごとの場合わけすると、およそ次の3つのパターンが考えられます。

- ・ 家族に会いに行く訪問
- ・ 本人に会いに行く訪問
- ・ 家族と本人が一緒にいるところに会いに行く訪問

それぞれ、その目標とするところは、少しずつ異なります。ただ漫然と訪問に行くのではなく、この訪問でどのようなことが出来ればよいのかを、ある程度明確に意識しておくことは、その後の援助の進め方を検討するうえでも、有用なことです。

しかし同時に、こちらの意図とは別に、訪問してみると家族だけでなく本人にもあえたり、思わぬ拒否にあったり、ハプニングはつきものです。

目標を明確に持つと同時に、状況が変われば対応も変えるといった柔軟な姿勢があることが望まれます。

家族に会いに行く訪問

家族との継続相談がはじまって、家族と援助者との関係性が落ち着いてきたときに、家庭訪問をすることがあります。この場合本人と会える場合もあるかもしれませんが、それはあくまで副産物です。長年にわたる「ひきこもり」のために、家族までもがひきこもり、自宅に他人を招かなくなって久しいような状況で、家庭の風通しをいくらかでも良くできれば、家族が自宅で他者とほんの少しでも和やかに雑談ができればといったような目的でおこないます。ただし、こちらはいくら家族のためと思っても、

家族にしてみれば「ぜひ本人を連れ出してもらいたい」と思うのは、しばしばありがちなことです。「今回は、お母様のお友達のようなつもりで、少しだけ、おうちのご様子を教えていただければとおもって訪問をしたいのですが」と、こちらの意図をきちんと明らかにしておきましょう。

訪問に行くことを本人にどう伝えるか

スタッフが家庭を訪問するとなったとき、家族から本人にそのことをどう伝えるかというのも大切なポイントです。不意打ちにはならないように、数ヶ月前くらいには、家族が相談にきていることが、伝わっているほうが安全でしょう。それも、「本人のために相談に行っている」というよりも、むしろ「家族自身が自分の考え方の整理など相談したくて行っている」というような表現で、伝わっていることが望ましいところです。そして、訪問についても「いつも相談に行っているところから、ちょっと私に会いに、遊びに来てくれる」というように、軽い感じで伝えてもらうのがコツのようです。

実際に家庭を訪問する

ひきこもった本人のいる家に誰か他人が訪ねてくること自体がもう何年もされていない場合もあり、訪問は、それだけで家庭にとって大きな介入になりえます。本人も相談機関から誰かが尋ねてくるとなると、何をいわれるのか、どんなことをされるのかと非常に緊張するようです。まずは多くのことを望まず、会話が少なくなりがちな家庭の中で明るい話し声が聞こえる時間を作りに行くという感じで、あまり硬くなりすぎず、本人へも圧迫的になりすぎないように注意します。「家族に会いに行く訪問」は、あくまで家族が訪問の対象です。本人の意思を確かめずに、本人の部屋に入ったりの行動は慎みましょう。

最初のうちは、あまり長居をせず、せいぜい30分程度で、雑談程度、ちょっと立ち寄った程度の軽い訪問が、安全で、かつ次の展開につなげやすい訪問です。このような訪問をしながら、訪問後何か小さな変化が生じているかを、来所相談のときに家族とていねいに振り返るとよいでしょう。

本人に会えたとき

訪問を繰り返すうちに、本人がちらっと姿を見せたり、ときには訪問者のいる部屋に入ってきたりするようになります。顔を出さないまでも隣の部屋にいる気配で、訪問者に関心を持って近づいてきていることがわかるときもあります。本人の姿が見えたら「こんにちは」と明るく声をかけますが、その後は家族との会話を変わらず続けるのがよいようです。ちらっと顔を出したとたん、急に一对一で会話することを求められたら、戸惑うし、緊張するものです。あえて本人に注目しすぎずに、家族との会話を続けて、そのなかで本人にも声をかけられる部分で声をかけるというのがよいようです。

本人に会いに行く訪問

本人に会いに行こうと意図した訪問でも、容易に本人に会えるとは限りません。また、本人の同意が取れるまでは、あくまで任意の働きかけに過ぎません。したがって、当初は直接会うことよりも、侵入的でない援助者、何かあったら相談できる存在であることを雰囲気や伝えられたらよいかと思えます。ご家族と主として会話をしながら、「おじゃまします」「また、きますね」などの、声かけ程度からはじめるのがちょうど良い場合もあります。「拒否されてはいないようだ」との感覚をもてたら、短い手紙などを書きおいておくのもよいかもしれません。

本人に会えたとき

本人に会えたときには、自己紹介をして自分がどのような立場にあるかを簡潔に話します。本人は訪問者に対して、期待と不安を同時に持っています。会えて良かった、嬉しかったということを淡々と、しかし素直に口に出して本人に伝えましょう。

長期間自宅にひきこもっていた場合、誰かと話したくても話す自信が持てなかったり、上手く話せないのではといった不安感が先に立ってしまい、話すこと自体に戸惑いを感じることもあります。初対面では以下のような配慮が必要です。

- ・ 初対面は大変疲れるもの。興が乗っているようなときでも20分程度で切り上げる
- ・ 無口な方との面接では、沈黙を恐れないこと。沈黙に耐え切れず、援助者側が一方的にしゃべってしまうことがないように

- ・ 過去や未来のことをいきなり話すのではなく、「今・ここ」の話題を扱うこと。相談というよりも、和やかな「おはなし」であるように。まずは、問題よりも、本人がすでにやっていること、本人の長所をさがして、ほめること
- ・ 「また会いに来てもいいか」ということをたずね、可能であれば、つぎに会うときの約束をとりつけること
- ・ 話を終えるときに、「勇気をもって会ってくれた」ことにたいする感謝とねぎらい、おそらく神経を使ったであろうから、ゆっくり休んでもらいたいとのコメントをつたえること

本人と慣れてきたら

生活の場への訪問のメリットは、会話だけでなく、本人の好きなことを一緒にするという体験ができることです。たとえば、一緒にゲームをする、ペットがいたらそれにふれる、散歩をする、一緒に喫茶店に行く、などです。「本人がやってみたい何かを手伝う訪問」になると、訪問の幅も広がります。選択肢として「一緒に相談機関まできてみる」という、課題もいれ、本人の活動が広がることを応援します。仕事や勉強といった課題にどのように取り組みたいのかということにもふれ、その実現のための工夫を一緒に考えるということもあります。

なお、本人が単身で住んでいる場合などには、互いの緊張を解くために、一人での訪問は控え、複数で訪問するなどの配慮が必要でしょう。

本人と家族が一緒にいるところに会いに行く訪問

ときには、家族と本人と一緒にいる場所で話ができる場合があります。家族療法に詳しい方は別として、一般的には、親や本人のどちらかに肩入れしすぎてしまい、家族のあいだの板ばさみになることがあります。訪問の当面の目標は、「家族全体の応援者がいる」ことを伝えることです。たとえば、次のような工夫は会話をつなげていくのに役に立ちます。

- ・ どちらかといえば、親に6分、本人に4分程度の肩入れをめざす。これは、本人と家族の意見が対立するようなときに、本人に肩入れするあまり家族に対して否定的になってしまいがちなことへの戒めです。逆に家族に100%の肩入れでも

具体的な援助技法

65

うまくいかないことはいうまでもありません。

- ・ 本人・家族に共通する話題で、雑談をする。その際、本人のコメントと家族のコメントの両方を聞く。そのときに、援助者自身の体験も少し披露できると、よい関係づくりができるようです。
- ・ 本人のすでに出来ている点、家族のすでに出来ている点などをていねいに会話の中から拾い上げていきます。「何が問題なのか」というのは、しばしば聞かれる問いですが、安易に答えを見出さないこと。「今まで体験したちょっとでもよい状態」のときのことなどを詳しく聞き、解決の糸口を一緒に考えること。
- ・ 本人に関する話題ばかりでなく、家族に関する話題もとりあげる。ときには、本人とは無関係の話題に、本人がコメントを述べるような場面も良いようです。
- ・ 本人と家族の意見の食い違いがあるときには、違いがあることを、ていねいに確認すること。そして、「お母さんは　　というように考えているんだけど、誰々さんは××と考えているわけだ。そういう考え方の違いがあるんだね」というようなおさえ方をすること。けっして、片方の意見のみを優遇するようなことはないようにすること。
- ・ 暴力のような、危険な行為に関しては、援助者の見解を明確に述べること。

- 3 家族向けの心理教育的グループ

家族が集まることの意義

「ひきこもり」の家族援助の基本は個別面接での関わりです

家族の回復に向けた援助の基本は、個別の面接です。援助者との間にしっかりとした信頼関係が作られ、家族が安心感を持てることが非常に重要です。

同じような問題を持つ家族が集まることにも意義があります

ときには、家族の焦りなどが影響して変化が起きにくかったり、有効な変化が得られるまでに時間がかかることもあります。同じような問題を抱えている複数の家族で構成されるグループに参加することは、「特殊な問題を抱えてしまった」と感じていた家族がよく似た立場の人に出会う場となり、孤独感の軽減や大きな安心感が得られる場ともなります。また、それぞれに困難を抱えつつも、問題に対処してきた者として会話をしていく中で、それぞれが抱えている問題への対処がしやすくなり、変化が促進されることもあります。

心理教育的アプローチとは

心理教育的アプローチは、家族を元気づける援助技法です

心理教育的アプローチは、慢性的な疾患や長期にわたる問題を抱える家族を援助するために用いられる技法で、情報提供の場と相談の場の二つが中心となります。それにより、正しい知識の習得、孤立感の軽減、よりよい工夫のためのヒントなどを得ることができます。

心理教育的な援助は、個々の家族とおこなう場合と、グループでおこなう場合があります。グループ形式で実施することで、相互のやりとりの中から新たな問題解決の可能性の選択肢が広がる、コミュニケーション能力が向上するといった効果も得られます。グループに参加するということは家族の社会参加の機会となり、家族の居場所として機能することもあります。

「ひきこもり」の家族への心理教育の効果

家族を対象とした心理教育的グループはこれまで統合失調症などを中心に発展し、患者の再発率を低下させ、生活を安定させるといった効果が報告されています。心理教育的グループは同様に慢性に経過することが多いその他の問題（たとえば摂食障害や老人介護）を抱えた家族に対しても実施されるようになり、実証的な効果の検討もされつつあります。

「ひきこもり」もまた、回復までには年単位の時間を要することが多く、慢性に経過して家族にも大きな負担となる問題と捉えることができます。心理教育的グループによって家族の負担軽減や対処能力の回復・向上がおきうるのではないかと考えられます。すでに相談機関の中では、家族相談会、家族勉強会といった名称でその心理教育の手法を取り入れた試みをおこなっているところがあります。

しかしそれらの取り組みは「ひきこもり」からの回復への直接的な効果の実証には至っておらず、今後の経験の積み重ねが必要な分野です。このガイドラインの中では、すでに行われている「社会的ひきこもり」の問題を中心とした心理教育的家族グループの取り組みを、ひとつの参考として取り上げます。

グループをはじめる前に

詳しい内容は成書を参考にしてください。

グループの枠組みを決めておきます

時間・開催回数を決めます。また、参加者同士が情報を共有しやすいという意味で、参加開始時期も一定期間内に限る方がよいようです。

顔と名前が一致し、やり取りできる程度がグループサイズの目安です

会場の大きさ、時間、スタッフ数によって違いますが 7～12 人程度、スタッフを含めて 10～15 人程度参加していると、落ち着いた雰囲気、しかもある程度多彩な発言が得られるようです。

参加者の属性(母親のみなど)については、グループの目標や機関の性質などによって決定しておくといよいでしょう。

スタッフの役割分担も大切です

スタッフの役割ではグループリーダー、ホワイトボードを使った板書係などがあります。人数に余裕がある場合は、情報提供や記録の係を別に決めておくといよいでしょう。

グループの進行を明確にしておきます

グループの進行(時間割)を明確にしておくことは、参加者の不安や孤立感の軽減に役立ちます。また援助者自身の安心感にもつながります。毎回の進め方や簡単なルールは、掲示してつねに参加者で共有できるようにしておくといよいでしょう。

心理教育的グループの進め方

実際のグループは、主に援助者側からの情報提供の時間と、参加者同士で具体的な問題の解決に向けた話し合いの時間とに大きく分けることができます。以下の例を紹介します。

はじめの挨拶：参加者の労をねぎらったり、進行の説明をします。

ウォーミングアップ：例えば「良かったこと探し」などを全員で語ります。

情報提供

話し合い

- 1) テーマの決定
- 2) 現状・困っていること・解決したいポイントを明確にする
- 3) アイディアを出し合う
- 4) 相談者がすぐに取りかかれそうな、アイディアを選ぶ

感想：参加者、スタッフ全員で感想を述べます。

終わりの挨拶：参加してくださったことへの感謝、次回の連絡をします。

心理教育的グループ運営上の工夫

ゆっくりと休憩時間をとることに、大きな意味があります

休憩時間は家族同士で一息ついて交流する時間にします。お茶などがあるとリラックスしたコミュニケーションがとりやすくなることもあります。

グループ進行では、なるべく柔らかな雰囲気を作ることが大切です

グループにおいて、ここでは話をしても大丈夫だと感じられる雰囲気を作ることが、重要です。雰囲気作りはスタッフ全員の仕事でもあります。

ドロップアウトを防ぐために

回を重ねる中で、欠席者やドロップアウトしてしまう参加者が出てくることもあります。こうしたことを少なくするためには、以下の工夫があります。

- 1) 前回休んだ場合でもグループの進行がわかるようにする
- 2) 次回相談したいこと、要望などを書く欄を作り、対応できなくても何らかのフィードバックをする
- 3) 情報提供は、できるだけ簡潔で理解しやすいように配慮する
- 4) 発言者が偏って、他の参加者が置き去りにされないようにする

グループの効果をつねに評価していく姿勢が必要です

グループを有効に活用していくためには、個別の面接の中でグループに参加する目的をきちんと位置づけること、家族がグループで感じたことや学んだことについて個別面接の中でもフォローしていくことが必要です。アンケートやアセスメント表を使用した、家族の主観的評価、面接者の客観的評価からグループの与える影響を見極め、機関内でもその評価を共有するようにして事業評価をしていくことが必要でしょう。

参考文献:鈴木戈・伊藤順一郎著 SSTと心理教育 1997 中央法規

後藤雅博編 家族教室のすすめ方 1998 金剛出版

- 4 本人向けのグループ活動

- 1 デイケア・居場所

グループ活動の持つ意味

個別の面接は二者関係が基本ですが、本人のグループ活動参加はそれを三者関係へと広げるといふ大きな意味合いを持ちます。「ひきこもり」を起こしている場合、仮に本人が家庭や個別の面接から、外の社会に参加しようとしても、本人たちは対人関係や集団活動への不安、基本的な社会的経験の不足などにより幾つもハードルがあると考えられます。人によっては<「ひきこもり」からのリハビリテーション>をおこなう必要があるのです。「デイケア」や「グループ活動」への参加は、家庭と実社会の中間的な領域として家族的な関係から社会的な関係への質的な変化へと踏み出すことを意味します。

こうした活動を進展するためには、非精神病圏のためのデイケア・デイサービスを拡充したり、新規に事業を立ち上げなくとも保健所などの精神障害者のためのデイケア・デイサービスを積極的に活用していくことが考えられます。

本人にとっての意味

居場所としてのグループ

本人が家族から離れ新たな居場所を求める場合には、学校や職場のような評価を感じやすい場所では、対人関係や集団活動の不安などのため、なじめないことがあります。そのため、取りあえず“そこに居るだけで良い”ところから始められる場所が必要になります。それが“居場所としてのグループ”です。同じような仲間がいる場所に、安心して居られることは、本人の孤立感の低減につながり、また“今のままの自分で良いんだ”という自己肯定感を育むと考えられます。

対人関係の中で自己を理解する場として

集団の中に入ることは、ひとりや、家庭や援助者との狭い関係の中で得られる以上の自分への深い理解をもたらします。自分が他者に与える印象、他者がどのように自分について考えているか、どのような行動をとると相手が喜んだり不快になったりするか、など他者からの反応によって、これまで気づかなかった自分に気づくことができます。

自己表現の場としてのグループ

グループ活動へ参加することで、自己表現の機会が増え表現を練習していくことにつながります。言葉による表現のほか、スポーツやゲーム、創作活動などを介した自分なりの表現をしたりする場合があります。

さまざまな経験の学習としてのグループ

メンバー同士で話をしたり、趣味の活動をしたり、一緒に外出して行動するなど、不足しがちな集団での経験や多様な社会経験を増やす契機となります。集団活動を通じ、新しい経験を獲得したり、これまでの経験を再学習しとらえなおすことができるのです。

通過点・足がかりとしてのグループ

回復が進んだ場合でも、社会への一步を踏み出すのは難しいものです。グループで学習サポートをしたり、あるいはグループで就労、ボランティアなどの経験をするなど、グループへの参加を足がかりにし社会への参加を勧めていくことも必要でしょう。

希望を抱く

グループ活動では、自分が少しずつよくなっていくと実感し、また他の人がよくなるのを見ることから、「よくなる可能性」について希望をもつことができます。本人が希望的かつ楽観的な見通しをもつことができると、回復の可能性が広がります。

プログラムの内容

グループには、1)構造化されたグループワークとしての性格が強いもの 2)「溜まり場」としての機能を重視したピアグループとしての性格が強いもの、が考えられます。内容や開催頻度は機関など設置主体の性格によりさまざまだと思われませんが以下に例を示します。

構造化されたグループ活動の内容

1)の場合、ゲームやスポーツ、パーソナルコンピューター利用などの技術獲得、創作活動など、何らかの活動を介在させてグループをおこなうことが考えられます。その場合、出来上がりや技術の習得によって充実感を得るために、専門家による講座開催を考えてもよいでしょう。また映画館や喫茶店など外部の社会場面を利用する内容などは、本人の社会的な経験や生活範囲を広げたりその評価に活かすこともできます。

具体的な援助技法

72

-2 さまざまな援助技法を活用する

-4 本人向けグループ活動

-1 デイケア・居場所

また社会参加への準備として、就労のためのトレーニングや体験就労などの就労プログラム、学習指導・大検受験希望などへの学習サポート活動の設置も考えられます。

なお、本人がプログラムに意欲的に参加できるように、利用者である本人とスタッフが相談してプログラムを作成したりするなど工夫することも有効でしょう。

「溜まり場」としての機能を重視したグループ

活動レベルの高い構造化されたグループには不安や緊張を覚える人もおり、無理に参加すると疎外感を感じてしまう場合もあります。そこで、とくに目的や、することがなくても安心していられ 2)の「溜まり場」としてのグループをすることもできます。ここでは明確な目的よりひとまず「空間を心地よく共有する」ことが目指されます。

しかし場所を用意しておくだけでは、逆に何をしたいかわからなくなってしまうものです。読書やゲーム、スポーツ、パーソナルコンピューターの使用など、幾つかの選択肢を準備しておくこともよいでしょう。会話を促進したり、人間関係の調整に対応できるようスタッフを配置しておくのもよいでしょう。

グループ活動への導入

こうしたグループ活動への導入の適否と時期と方法を整理しておきましょう。

個別での面接で、本人と援助者との関係が深まり、同時に本人の中から集団での再体験をしてみたいという希望が確認された場合、グループ活動への導入が検討されます。

本人がどのような意図や目標でグループに参加したいのかを確認し、それをサポートしておくともよいでしょう。これは、グループを卒業して、新しいステップに移行する場合にも、目標達成を確認するという意味でも必要になってきます。

ですが、これは「友人の獲得」や「他者との会話」などの大きな目標でなくてもよいのです。大きな目標をたてると、逆にそれが失敗して、負の体験が積み重なることもあります。「とりあえずそこにいてみる」「5分間参加する」「挨拶してみる」など小さな目標設定も大切なことです。また期限限定の参加を目標とするなど、「とりあえずの練習」という位置づけにしておくのもよいでしょう。

とくに、たまり場の性格を重視したグループでは「何もせずとも安心できること」が求められますので、目標をたてることなく「そこにいることを試す」ことを優先させてよいでしょう。

- 具体的な援助技法
- 2 さまざまな援助技法を活用する
- 4 本人向けグループ活動
 - 1 デイケア・居場所

最初は、参加する時間や活動に幅を設けるなど“見学参加”という位置づけをしてみます。少し低いハードルを設けて、援助者が本人と一緒に検証して行きます。最初は「転校生」と同じですから、本人の緊張などでなじみにくいものです。皆に受け入れられようと努力をして疲れてしまう場合や、集団から距離をとって自分の世界に入って安定しようとする人もいます。こうした緊張や不安の中で本人がスタッフをふりかえたときに、スタッフは傍らについて、それをうけとめられる体制を作っておくとよいでしょう。

なお、1)構造化されたグループと2)溜まり場としてのグループが二つある場合には、2)のグループをベースとして、1)のグループに徐々に参加していくことも可能です。

いくつかの留意点

定期的な個別面接の継続

グループ活動への参加ができて、個別の面接は必ず必要です。グループでの活動は、社会活動になれない本人にとってストレスフルな状況であることも多いものです。グループを離れても、話ができる人がいることを保障し、「辛い・しんどい」時にはそこに戻れるという構造を保つことで、社会的な場面でも安心して生き生き活動できるのです。

親との面接も本人の年齢にもよりますが、適宜実施した方がよいと思われます。それまで密接な関係であった親が、本人がグループに定期的に出ていくことで喪失感を味わったり、本人に一見無関心のような状態（機関へ任せきり）になることもあります。親子間で適切な距離感を保持してもらうためにも親との面接の継続は有効です。

さまざまな情緒・葛藤の再体験

グループという集団の中では本人が傷ついたり、望んでいたような相互理解ができず失望を抱いたりすることも当然起こりえます。あるいは人間関係につきまとう、妬みや怒り、不安などさまざまな葛藤や情緒を再体験することになるでしょう。

しかし、こうした葛藤や情緒は事前に防止するのではなく、逆に社会的な関係の中では、当然そのような体験もありそれを成長に繋げる、という発想をするとよいでしょう。以前本人が混乱した情緒を感じた時には、自分一人でその混乱を抱え込むことも多かったと思われます。それに対し、グループでの情緒の体験は、相談員が定期的な個別面接

具体的な援助技法

-2 さまざまな援助技法を活用する

-4 本人向けグループ活動

-1 デイケア・居場所

の中でよりそって一緒に考えるという構造になります。これは以前の体験を修正する大きな契機となりますし、もし状況への対処が可能になれば貴重な成功体験となります。

グループ活動からのドロップアウトについて

対人関係に不安や緊張を覚えがちな本人にとって、グループ活動になじめずドロップアウトしてしまうことは往々にしてあるものです。これを防ぐためには、参加を期間限定にする、目標を小さく設定してみる、あるいは「練習」というスタンスをとる、などの工夫がありえます。ドロップアウトした場合は、またいつでもグループ活動に戻れることを保証し、再びわくかもしれない本人の自発性をキャッチできるようにしましょう。

また、自機関でおこなっているグループ活動になじまなかったからといって、その本人にはグループ活動は全くなじまない、と判断するのは性急です。他の資源の活動や、あるいは精神障害の作業所・デイケアなどなら合っているのかもしれませんが、1つでもその本人が落ち着ける場所がみつければよいのです。色々な選択肢を検討しましょう。

グループの対象者に関して

年代別や性別など対象者の属性でグループをわけたり、ニーズごとにグループを組織化することも考えられます。対象者が均質な場合はニーズがはっきりし、目的も明確になるというメリットがあります。他方、さまざまな人が混在するグループのほうが、コミュニティに近い場合、多様な経験ができるという観点もあるでしょう。対象者のニーズ、自機関の状況などをもとに、どのような組織化をするかを検討しましょう。

精神障害のデイケアなどのグループ活動への導入

本人の参加者数や予算などにより、グループ活動を単独で組織化できない場合には、精神障害のデイケア・デイサービスなど、既存のグループ活動を積極的に活用することもよいでしょう。その場合本人の希望やイメージとは一致しないサービスであることも考えられますから、導入の前に、既存のサービスの内容を説明し、そのうえでどのような目的で参加するのか（例えば「友人をつくること」、あるいは「ひとまず家庭外の場所へ参加してみること」）を明確にしておくことが必要だと思われます。

- 具体的な援助技法
- 2 さまざまな援助技法を活用する
- 4 本人向けグループ活動
 - 1 デイケア・居場所

スタッフの役割

できれば、グループをサポートする職員なりアルバイト・ボランティアがいると、メンバーの動きの観察ができて望ましいでしょう。

スタッフの役割は、話題の提供や、うまくなじめない参加者のフォロー、その場の暖かい雰囲気を作り出すこと、本人が能動的に参加して「自分はできている・やれている」と感じられるようにサポートすること、などです。そのためスタッフはリーダーシップをとりすぎず、並列的な「仲間意識」を感じさせるとよいでしょう。

- 2 SSTグループ

本人グループの一つにSST(Social Skills Training 生活技能訓練)という援助技法があります。SSTとは人が生活していくために必要とされるコミュニケーション能力(技能)が、障害や環境などによって衰えてしまったり、身につけていない状態に対して個別やグループを利用して学習していくものです。

「ひきこもり」自体は病気や障害が原因と言うことではありませんが、ひきこもっているという環境によって、「人とつきあっていくやり方」が使われなくなることで鈍ったり、本来、人と関わることが多い若い頃からひきこもっていることによって「やり方」を学ばずに時がたってしまったということもあるように思われます。

SSTの実際のやり方やロールプレイの進め方は「ひきこもり」独自ではないので、SSTに関する成書を参考にしてください。しかし、「ひきこもり」状態にある人を対象としたSSTグループを維持・運営していくときには、精神病圏のケースとは違う配慮が必要なので以下に述べていきたいと思います。

SST グループ活動をする上での留意点

動機づけについて

本人グループなどへの参加をはじめたり、就労を意識しはじめたメンバーからは「友人を作りたいがどのように声をかけていいかわからない」「何を話していいのかわからないから世間話や雑談が苦手」とか、人と関わることで自分の守備範囲を広げていきたいというコミュニケーション能力に関するニーズをもっているため、SSTに対する動機づけは比較的得やすいようです。

しかし、全体的には、SSTに参加して対人技能を学習しようというモチベーションは必ずしも高くないかもしれません。根本的な問題として、彼らには人と親密に関わろうというニーズが希薄であることも多いからです。この時点で援助者はモチベーションやニーズを明確にしようとしすぎるよりも、まずはグループにつなぐことを目標にした方がよいでしょう。

場面が少ない

各自の目標を身近な生活場面に切り下げることや、それらを宿題として実行し現実の場で活かしていくことの難しさがあります。これは、本人がごく限られた範囲内だけで日常生活を送っていることが起因しているとも考えられます。本人たちからなかなか場面が出ないときには、援助者側がストレスとなりうる日常生活のさまざまな場面想定したことが書かれた「場面カード」を利用したり、ご本人が日常生活を維持していくために使っていたり、もっている力を知るために「生活技能アンケート」を実施して具体的に提示する方法が有効です。

自己開示に抵抗感が強い

自分のことを集団の場で語ることを避けようとする傾向は、「ひきこもり」ケースでは比較的共通してみられます。「場面カード」の利用は現実の事ではなく、あくまでも想定された場面ですから自分自身のプライバシーを開示しなくてもすむという利点もあるようです。

SSTはグループで行わなければいけないものではありませんから、あまりにプライベートすぎる場面の時には、個別面接のなかでSSTを応用したやり方を利用することも有効です。

課題が出せない

グループを進めていくと「練習する課題がない」「相談したいことがない」と発言するメンバーがいます。自分の課題に直面することを避けている人に多く見られる傾向です。

あるいは、自己開示に抵抗感が強いために、人と関わるとしても、自分の内面や生活史にふれられないような技術を身につけたいというモチベーションで参加するメンバーもあり、ひきこもりがちな傾向を改善しようとするよりは、人と関わることや、さまざまな場に参加するような機会を避けるためのやり方を身につけようと課題を出してきます。その場を切り抜けようとするやり方を身につけていくことも対処方法の一つだと思いますが、「なぜ避けるのか」について話し合える個別面接をすることでその人自身の方向性や希望を捉えていくことも必要です。

具体的な援助技法

78

-2 さまざまな援助技法を活用する

-4 本人向けグループ活動

-2 SSTグループ

しかし、こうした不安や葛藤を持ちながらも、SSTで現実的な行動レベルの対処方法と、日常生活のなかで切り抜けられる場面が増えることで、不安・葛藤が軽減されるケースもあります。たとえば「招待されてしまった友人の結婚式での振る舞い」や「美容室に行く」など、現実的に直面していく状況として予想される場面での行動をあらかじめリハーサルしておくことは社会に参加する上で大切なことだと思います。

ドロップアウトと個別相談の併用

援助者と当事者がいくら心地よい場をつくっていくように努力していても、「ひきこもり」という性質上、グループに参加しない方やグループを避けてしまう方がいるということは常に直面し続ける課題です。

安全な居場所としてのグループ運営に配慮することはもちろんですが、大切なことはドロップアウトを防止することよりも、グループからひきこもる心の動きについて本人との間で十分に話し合える時と場を共有していることです。彼らがどのようにグループを体験したのかを個別相談の場で話し合い、SSTの場面でのエピソードをすりあわせることで本人と援助者間の理解が深められる機会にもなります。

発達障害圏のケースに対しては、前述の他に、さらに工夫と配慮が必要になります。わかりやすい言葉で簡潔に話す、一つの行動を実行する小さな要素にわけ、社会行動を構成するいくつかの標的行動を順番に練習する、一つの行動を繰り返し練習する、「板書」や「お手本を示す」などの視覚的な手がかりをより多くすることが必要になります。彼らはグループに参加していても、流れについて行けず何となく浮いている印象があり、そのままドロップアウトするケースがあります。十分マンパワーがあれば、発達障害圏のケースを対象としたグループを立ちあげることで安定した場を提供することができるかもしれません。

歪みを修正する

SSTは認知行動療法に基づいていますので、彼らの認知の歪みを修正することを目的に利用することもできます。相手にうまく伝えられなかったことを気にしたり、緊張してあがったり、赤面したりして恥をかいたという考えにとらわれ、その結果、対人交流の場を避けようとしていたり、十分なスキルを持っているのに、実際の場面

具体的な援助技法

-2 さまざまな援助技法を活用する

-4 本人向けグループ活動

-2 SSTグループ

でやろうとしなかったりすることもあります。

ロールプレイをとおして、その方法で十分相手に伝えられていること、その方法では相手に笑われることはない、などを伝えることによって、認知の歪みを修正していくことができるのです。

SSTの使い方

より目的をしばった活用の方法

前述のように、彼らは自分のことを集団のなかで語ることを避ける傾向があります。個人の課題を出してロールプレイをするよりも、たとえば他の集団（たとえば自助グループなど）に参加し始めた人などを対象にしたものや、就労準備などを目的にしたSSTや共通課題（モジュール）などは、SSTへの参加への動機づけがはっきりするうえ、SSTの構造自体も明確になります。

いかに本人のニーズや目標の共有をはかりながらSSTグループを運営していくかが大切になるでしょう。

複数のプログラムのなかの一つとして位置づけた利用方法

SSTはそれだけで効果があがるものではありません。実際の生活場面で活かしてこそ身に付くものです。SSTを、スポーツ、音楽鑑賞などの活動や、話し合いなどいくつかのプログラムのなかの一つとして位置づけて利用すると、参加する本人たちにとっても選択肢の幅が広がり、スキルを実行する場面も増えると思われれます。また、複数のプログラムがあることで、SSTが自分に合わなかったときもグループへの参加の保証が可能になります。

メンバーとともにショッピングや喫茶店に出かけることは、SSTを現実的な場面で取り組むことになりスキルアップにつながりますし、その中から現実的な課題が明確になり、次回のSSTで練習していくこともできるでしょう。

援助者は、メンバーがSSTという技法を使ってどのようなコミュニケーション能力を学習したいのかを常に共有しながらグループを運営していきましょう。

参考文献: 東大生活技能訓練研究会編 わかりやすい生活技能訓練 1995 金剛出版

Alan S.Bellack 他著 熊谷直樹他監訳 わかりやすいSSTステップガイド上・下 2000 星和書店

具体的な援助技法

-2 さまざまな援助技法を活用する

-4 本人向けグループ活動

-2 SSTグループ

3節 さまざまな支援プログラムの可能性

- 1 社会復帰への援助

支持的で、自発性を尊重した援助

保健・医療機関などで相談をすすめていくなかで、社会復帰に関するニーズが明確に表れてきたときには、さまざまな社会資源による活動と連携して支援を提供していくことが重要です。「ひきこもり」からの回復のなかでは、本人の社会復帰を援助することが必要になる場面があります。しかし前述したように、一般の社会には多くの「ハードル」があり、家庭から外に出ることを躊躇することも考えられます。また、就労や就学などによって社会的な役割を得ることができたものの、基本的な生活を送るための技術の不足によってドロップアウトしてしまうことも予想できます。

社会復帰を援助するためには、本人が自発的に活動に参加することができるように、さまざまな選択肢を用意していくことが必要です。「ひきこもり」の状態に変化を起こすきっかけとして、以下のように、日常生活における本人の役割行動や地域のイベントに参加することなどが役立つこともあります。

多様な社会復帰への援助

- 家事・家業などの手伝い
- 年中行事・法事などの参加
- 青年会・地域清掃などの活動
- ボランティア活動
- フリースクール、通信教育
- アルバイト、福祉的就労
- 自動車運転免許、各種資格の取得 など

このような活動や参加の目標を本人のニーズに応じて設定し、自然な形で参加することができる機会を提供していくように心がけます。支援のネットワークを通して、本人にとって安心する雰囲気をつくり、サポートできる環境のなかですすめていくこ

とが望めます。本章では、連携の資源として情報収集した活動の事例を紹介します。

生活の場の提供

長期にひきこもっていた人にとっては、単身生活をおこなうことに大変な困難を伴います。家族や社会との接触を失いやすく、アパートなどにひきこもってしまうこともあります。

生活の場の提供にあたっては、定期的に訪問してフォローしていくことが重要です。また、「グループホーム」などを利用することも一つの方法です。共同生活のなかで家事などの技術を学んだり、対人関係を築くことを練習したりすることができます。

事例紹介 「生活の場の提供」(仙台・フリースペース)

このフリースペースでの生活の場の提供は、遠方から参加を希望する人に、フリースペース内での「ホームステイ」を提供することによって始まりました。現在では、「寮」として戸建ての家を三軒借り、10代から30代までの13人が共同生活をおこなうようになりました。それぞれが個室をもち、台所、風呂、トイレは共同という下宿生活といった感じになっています。

入寮するための条件はとくにありませんが、まず数日間、本人が体験利用してみることが大切です。入寮を希望する本人や家族にとっては、すぐにでも利用したい気持ちが大いなのでしょうが、一大決心をして身を措くことなので、焦らないように進めています。数回に分けて寮生活を体験しながら、「力を抜いて身を任せてもいいかな」と思ったら、本格的に利用することにしています。

フリースペースの寮は「施設」とは異なり、メンバーは同じ家に集うきょうだいのように関わっています。問題が生じた場合には、きょうだいとして、仲間としての対応を心掛けています。生活のルールについても、スタッフから指示することはなく、メンバー自身で必要を感じたときに作っています。当初は、「自室では自分のペースでいること」「夕食は一カ所の寮で、全員で食べることを提案しています。

メンバーに不安を与えないことと緊急時の対応のために、スタッフが交替で宿直をし、常に寝起きを共にしています。スタッフは、メンバー活動をねぎらったり、相談にのったりしています。

寮の利用者には、年齢的にも経済的にも余裕がなく、プレッシャーを受けながら寮生活をしている人もいます。入寮のときには、「ひきこもり」の状況から早く開放されたい一心で身を措くのです

が、短期間での回復は難しいということを実感し、経済的な負担が重くのしかかることもあります。回復の途中で寮の利用を中断しなければならない場合でも、入寮前の状況に戻ることはないよう、寮に在る間にできるだけ社会との接点をたくさん体験してもらうことにしています。

「退寮」は、フリースペースを「卒業」することではありません。寮生活をおこなうことが本人の安定につながり、楽になることができたなら自宅からフリースペースに通うこともあります。自宅へ戻ってアルバイトをしながら、ときどきフリースペースでの活動に参加するというように、退寮後の地域での土台作りができるまでは関係を持続していくことも意識的におこなっています。寮を離れても、社会生活に疲れたら戻ってくる場を提供を心掛けています。

学習のサポート

ひきこもっている人の中には、学校教育における不登校や中途退学などの問題により、学習の機会が少なくなっている人もおり、このような本人のニーズに対し、学習のサポート活動をおこなっている機関もあります。また、社会復帰を目標として、就労のために各種資格の取得をサポートしたり、生涯学習としてさまざまな取り組みをおこなっているところもあります。

事例紹介 「フリースペースにおける学習サポート」(仙台・フリースペース)

ひきこもっていた人が、フリースペースのなかで安定して活動することができると、さまざまな本人のニーズを表現するようになります。

ここでは、不登校をしていたメンバーを中心に、「勉強をしてみたい」という声があがるようになりました。当初は、年長者が中学生のメンバーにわかる範囲で勉強を教えることを始めました。その後、学習サポートの希望者が増え、大検受験を希望するメンバー出てきたことから、学習サポートプログラムを独立して設けることにしました。

プログラムでは、スタッフとの1対1の個別指導の形式で、学習指導にあたっています。希望者は、学校や塾に行くように決まった時間にフリースペースから学習サポートの場に通うようになり、時間の使い方が構造化されるようになりました。

もちろん学習は本人の意志に基づくものですが、学習サポートの場をフリースペースから物理的に離れたことで、プログラムの利用者にとっては、フリースペースは勉強から離れてくつろぐ場となり

ました。また、フリースペースに来たばかりのメンバーにとっても、フリースペースは常に自由にして
いられる場として確保できるようになりました。

このような工夫は、さまざまな回復段階にある利用者が、同じ場所を利用する場合にはとても有効
です。また、すべての活動が同じ場所で満たされるのではなく、必要に応じて通っていくスタイルは
社会の中では必要な行動であり、構造化がなされることは重要だと思います。

事例紹介 「ホームヘルパー資格取得を目指した活動」(仙台・フリースペース)

「ひきこもり」の状態から社会復帰を考えると、就労を将来の目標としていても、いきなり何かを
はじめるのは困難です。そこで、自分にはこれができるという自信にもなり、研修を通して技術を身
に付けることができる資格として、ホームヘルパー2級取得のための講座を設けています。

このフリースペースでの活動の第一歩は、老人施設や障害者施設などでのボランティア活動で
す。自然に介助の仕方などが身につき、福祉サービスの手ごたえと成功体験も得ることができま
す。その後、次の一步へのステップアップとして、ホームヘルパー2級の取得を進めています。

講師は、フリースペースのメンバーが訪問している施設の職員が、ボランティアで引き受けていま
す。参加は強制的ではなく、自然に必要と感じた人が受講しています。一人では勇気がいることで
も、仲間がいることで安心して参加できる面もあります。家族会の親たちのなかにも一緒に受講して
いる方もいます。

就労を視野に入れた活動

就労を続けていくためには、作業能力や職場の対人関係に適応することなどが必要
です。本人の履歴書が必要な場合には、ひきこもっていた期間の記載を工夫していき
ます。また、ひきこもっていた人のなかには、疲れやすく、持久力の低くなっている
こともあり、短時間のアルバイトなどから徐々にステップアップしていくことも望ま
れます。

援助の実践としては、「ひきこもり」に理解のある職場を開拓し、事業者との相談の
なかで、訓練として働き始めていく方法があります。また就労が継続している場合で

具体的な援助技法

-3 さまざまな支援プログラムの可能性

-1 社会復帰への援助

も、職場における対人関係などの困難をもつことがあり、定着していくためのフォローが必要になります。

これらの援助を、本人のニーズと回復の状況にあわせて行い、自立にいたるステップを確実にしていくことが望めます。保護的な「福祉作業所」などに通所して、仲間づくりをおこなうとともに、働く能力を向上させていくことも効果があります。また、本人の適性に応じて、夜間における就労や、インターネットなどの技術を利用した自宅内での就労を検討していくなどの柔軟な対応が望めます。

事例紹介 「高齢者施設への訪問による交流活動」(仙台・フリースペース)

就労を考えるときには、役割を持って行動し、責任を果たすことが必要です。しかし、緊張しながら一人で責任を負うのは、非常に大きな課題です。

そこで、資格の有無に関係なく、他者にサービスを提供する活動として、高齢者の施設に玩具を持って訪問し、いっしょに遊びながら交流をする活動をおこなっています。

訪問の頻度は決まっていません。施設から依頼があれば、月に 6・7 回の活動となるときもあります。活動の時間は、1 回あたり 1 時間から 1 時間半程度です。

スタッフは毎回 2 名付き添います。事前に担当と役割などを決め、スムーズに活動が行われるよう援助します。現在は活動が忙しく、参加人数が足りなくなり、あわてて人集めをするということもあります。

ここでは、他者と交流するなかで成功体験を積むことを目的としています。施設の職員や利用者(高齢者)にも、訪問する者が「ひきこもり」に悩む若者であることを伝え、対人関係の緊張が強いことについての理解を得ておきます。こうすることで、高齢者にも訪問する側に友好的に働きかけてもらえるようになります。この橋渡しがスタッフの役割でもあります。

事例紹介 「有償ボランティア活動」(仙台・フリースペース)

有償ボランティアとは、活動に対して小額の報酬が支払われるボランティア活動のことです。自分が活動したことが相手に喜ばれるだけでなく、実際に賃金となって支払われることは、社会生活においては当然のことであり、仕事を続ける動機付けになります。

具体的な援助技法

-3 さまざまな支援プログラムの可能性

-1 社会復帰への援助

ここでの活動の多くは、高齢者の家庭での家事援助や障害者などへの外出の支援です。内容は、庭木の伐採、草取り、ペンキ塗り、荷物の移動、買い物や旅行への付き添いなどがあります。依頼があれば、スタッフが事前に訪問して要望を聞き、活動にかかる経費を見積もってきます。依頼内容と期日はフリースペースの伝言ボードに書き込み、参加したいメンバーが、自分の名前を書き入れて登録します。

活動内容によって単価に違いがありますが、受け取った報酬は参加した人数で均等割りにします。以前は活動ごとに参加したメンバーに支払っていたのですが、活動も広がり、現在では月末にまとめて手渡すことにしています。賃金の中から10%を、フリースペースの「活動基金」に積み立てています。

活動の多くは二人一組でおこなうようにしています。こうすることで、責任や緊張感を分かち合い、ゆとりを持って活動することができます。ホームヘルパーの資格をもっている者とまだ勉強中の者、慣れている者と初めての者、というように組み合わせることで、経験を積んでいるメンバーがアドバイスをしたり、互いに学びあうことができます。

また、参加するメンバーの安心と依頼者の信頼を大切にするために、スタッフは必ず毎回付き添っていくようにしています。まだ独立した活動ではないので、スタッフの存在は不可欠です。

活動中の事故などに備えて、精神科デイケアや小規模作業所の利用者を対象とした傷害保険や、ボランティア活動を対象とした保険などに加入することも必要です。

また、これらの活動のなかには、行政からの助成事業として協力を得ているところもあります。

事例紹介 「小グループによる清掃アルバイト」(東京・非営利団体)

ひきこもっている若者たちが、社会に参加する一歩前の活動として、グループでのアルバイトをすすめています。この活動では、就労の訓練のみではなく、社会参加のためのきっかけ作りを目的としています。参加メンバーが実際の作業を通し、職場の雰囲気を感じたり、一緒に働く人たちとの関わり方などを学んだりして、社会参加への自信や意欲を深めることを目指しています。

活動の受入先については、「ひきこもり」に理解のある職場を選びました。現在では、ビル管理会社の理解と協力を得られ、4カ所で清掃に関わる活動をおこなっています。

メンバーの中には、はじめからフルタイムで働きたいと望む者もいますが、余裕をもって参加して

もらいたいため、週一回(ビルの執務者が少ない土曜日あるいは日曜日)のペースで実施しています。また、勤務時間は実働 5 時間で、休憩や昼食時間は他のアルバイトに比べてゆとりがあります。このようなペースで活動を続けているうちに、物足りなくなったメンバーたちは自分で他のアルバイトなどを見つけ、仕事をするようになっていきます。

参加メンバーは、同じ施設でおこなっているデイケアなどの活動に関わった人に限定されているので、スタッフも含め顔見知りが多く、安心して参加できるようです。仕事先での各グループも 5~6 名の少人数で構成されているため、互いに関わる密度も濃く、他人との関わり方を学ぶ良い機会となっています。

また、ビル管理会社の現場責任者が定期的に巡回に当たるので、安心して作業をおこなうことができます。時々、分からないことやうまくできないことがある場合は、質問したり、コツを教えてもらうことができます。スタッフも常時一緒にいるので、メンバー間のトラブルなどにも不安は少ないようです。

作業内容については、メンバーがある程度責任を任せられ、達成感のあるものが望ましいと考えています。現在は、清掃業務のうち、主に床の洗浄とワックス塗りを任せられ、グループで共同作業を進めています。この作業はチームワークが大切であり、全体の進行具合をみながらおこなっています。

この活動の報酬は、一般のアルバイトと同額が、メンバーの申し出た銀行口座に振り込まれます。「お金が入って行動範囲が広がった」などと喜び、達成感を持っているようです。

- 2 インターネット相談

リスクと可能性

現在、さまざまな機関で、「ひきこもり」を呈している本人や家族などを対象にしたインターネット相談が行われはじめています。従来の面接カウンセリングの技法と異なり、本人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。

従来の面接相談で対処することが難しい「ひきこもり」状況を、インターネットによって扱っていくためには、相当程度の知識と経験が必要です。対処にあたっては、さまざまなリスクを生じることもあり、相談のプロセスが希薄になる傾向もあり、本人や家族の状態や関係性に注意して、以下のような問題を丁寧に扱う必要があります。

声のトーンや表情といった非言語メッセージを受け取ることが難しく、本人像を誤認しやすい。また、意図しないメッセージを伝えやすい。

インターネットにのめり込みやすく、いわゆる「昼夜逆転」などを引き起こし、社会生活を妨げることがある。

相談頻度が不規則になり、安定した援助関係を維持することが難しい。

相手の理解や反応を直接確認することができない。情報通信のエラーなどにより、相談内容などのプライバシーが守られないこともある。

相談の適用範囲としては、一義的には面接に結び付けるためのサポートとして、メンタルヘルスにかんする説明および専門機関の紹介といった情報提供のサービスがあげられます。医療機関とのネットワークのなかでは、受療の勧奨をおこなうこともできると思います。また、コミュニケーションを補助するために、郵送で連絡しているようなことを、メーリングリストなどを通して伝えることも可能です。

一方、精神医学的な診断や治療ツールとしてインターネット相談を利用することは、現段階では慎重におこなう必要があります。この場合、問題に対する直接的なアプローチは行わず、面接によるカウンセリングを補完するうえで、自宅にいる本人とコンタクトをとることなどに限定した利用にとどめることが望まれます。

実施する際に必要になる条件

上記のように、インターネット相談にはさまざまな問題がありますが、人との接触に困難をもっていたり、専門機関で自分の状態や感情を十分に表現できないような状態に対しては、以下の利点をあげることができます。

専門機関まで出向く必要がなく、自宅にいながら相談をおこなうことができる。

氏名や住所などを教える必要がないため、私的な状況を伝えやすい。

夜間や休日など、自由な時間に相談メールを送ることができる。

感情をことばで表現することにより、問題の意識化、外在化に効果的である。

相談の過程を記録、保存することができ、状態の変化を振り返ることができる。

スタッフにとっては、相談内容をチェックし、対処方法を検討して答えることができる。

相談の枠組みを保証するためには、次のような条件に基づいて、慎重に実施していくことが必要になります。

インフォームドコンセント

相談の規則（一回性・情報提供への限定など）を定義付け、さまざまなリスクと限界性（相談内容の記録など）について同意を得ます。また、プライバシーの保護などへの倫理的な配慮を示し、スタッフの責任の範囲を理解してもらうことも必要です。どのようなスタッフが相談をおこなっているかを伝えることも重要になることがあります。

対処の方法

クライアントの生活リズムを安定させたり、依存関係を防いでいくために、相談時間と頻度、内容量などを調整していきます。主訴と異なる相談内容を制限していくことも必要です。また、担当するスタッフをバックアップする機関の体制も必要です。

一方、クライアントにとっては相談による変化を自分で受け入れていくことになるため、心理的なアプローチは慎重におこなう必要があります。精神症状が強いときや、行動化を生じる恐れがあるときには、とくに注意が必要となります。

他の連絡方法の確保

インターネット相談は緊急対応の困難さを伴います。電子メールによる接触に加えて、可能であれば直接面接するチャンスを用意することが重要です。危機介入のニーズがある場合には、他の連絡方法を確保しておきます。

参考文献:メールカウンセリング「現代のエスプリ 388-」1999.至文堂

NHK 「ひきこもり」サポートキャンペーン:<http://www.nhk.or.jp/hikikomori/> 2003.1

4節 緊急時の対応

- 1 ケア会議の開き方

「ひきこもり」事例の緊急事態をどのように捉えるか

「ひきこもり」のある時点で、本人が暴力的、反社会的な行動や傾向を引き起こしてしまう場合があります。それは家庭内暴力であったり、近隣への迷惑行為であったり、自傷行為であったりします。また、自傷他害をほのめかすようなメモや手紙が発見されることもあります。変化に乏しいとみなされがちな「ひきこもり」事例において、これらの緊急事態をどう捉えればよいでしょうか。

多くの場合において、「ひきこもり」を維持させていた環境の変化がみられます。例えば、きょうだいの進学や就職・結婚、親の病気による入院や死亡、新たな同居者の出現、仕送りの中断、近隣に住む人の苦情、税金や年金掛け金などの請求。援助者が意図しないところで、環境の変化がある日突然生じ、それが「ひきこもり」の生活を脅かし、本人の心の中に緊張が高まってきます。そして、その緊張に耐えることができなくなって、あるいは、その緊張に対処するかのように、問題とされる行動が現れてきます。または、社会や周囲のプレッシャーに押されて「ひきこもり」から社会に少し出たけれども、社会との隔たりやずれのために不安と緊張が高まり、緊急を要するような行動が現れることもあります。ほかには、ひきこもっている本人から、親やきょうだいへの家庭内暴力が以前から続いており、その暴力を受けていた家族が我慢の限界を感じて相談に来られる場合もあります。

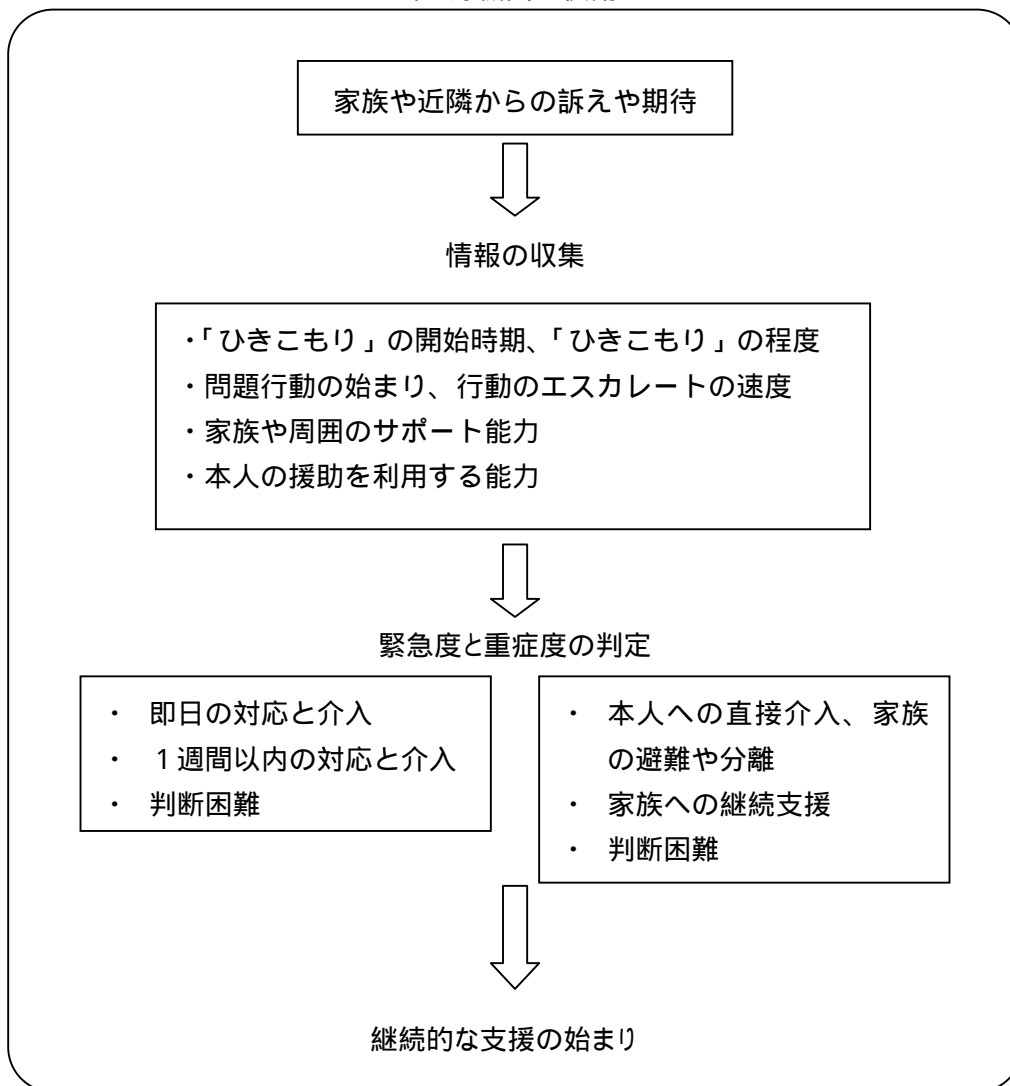
いずれの場合も、本人・家族や周囲の安全をはかる必要性から、事例の言動を「問題行動」と捉え、いかにその「問題」をなくすかに主眼点を置いた対応を求めて相談に来られます。しかし、今まで動きの少なかった「ひきこもり」本人やその家族関係が、動き始めた徴候として捉えることも可能です。緊急事態は、「問題行動」として捉えるだけではなく、その動きが「ひきこもり」からのターニングポイントになる「チャンス」と捉える視点も重要です。

緊急事例の相談を受けたときの援助の流れ

1)第1線機関における緊急の相談を受けたとき

家族や周囲の人から、緊急である、すぐにでも何とかして欲しい、入院させたい、会ってほしい、警察に連れて行ってほしいなどの期待が、家族の身近な機関である、学校、市町村役場、福祉事務所、医療機関などに寄せられます。継続的に個別面接や家族教室とかで関わりを持っている場合には、情報の集積があるため、その後のプランも立てやすいのですが、初回相談が緊急対応を求める場合も少なくありません。その場合、答えを早急に出すのではなく、まずは、情報の収集、緊急度と重症度のとりあえずの判定を行います。緊急度の判定のためには、「ひきこもり」の程度や「ひきこもり」がいつから始まったかという情報だけではなく、緊急を要する当該行動がいつから、どれくらいのスピードで始まったかが重要な情報になります。また、家族や周囲の身体的精神的被害の程度、家族や周囲のサポート能力、本人の援助を利用する能力なども必要な情報です。

第1線機関の役割



緊急度や重症度が高くても単独の機関のみでは支援が困難な場合、または、緊急度や重症度の判断が困難な場合、そんな場合には、コンサルテーションやコーディネーションができる機関を利用することが、次のステップになります。地域事情や事例本人の年齢にもよりますが、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所などがそのような機関になります。また、これらの機関においては、危機を感じた第1線の援助者がアクセスしやすい工夫と、「ひきこもり」事例についてアクセスできる合意を予め形成しておくことは重要です。

2)2次機関としての判断

保健所や精神保健福祉センターなどの2次機関で、市町村や学校などの第1線機関からの緊急事例の相談があった場合、または、自機関で受理した場合も含めて、やはり緊急度と重症度を正確に判定し、その段階に応じて、単独機関だけの対応でよいか、第1線機関と2次機関との連携協力だけでよいか、多数の関係機関を集めたネットワークミーティングを開催するか、を判断します。ネットワークミーティングを開催するのは、大変な労力と大勢の人の時間を費やすことになります。そのために、開催することをためらう傾向になります。また、現場より遠くなれば遠くなるほど、緊急度や切迫感を感じ取れなくなるものです。コーディネーター機関の担当者に求められることは、家族など身近な人や第1線の支援者が感じている切迫感を、十分納得いくまで、よく把握することです。そして、それが、次のステップのネットワークミーティングを開催していく原動力になるのです。

3)ケア会議(ネットワークミーティング)を開催する

ネットワークミーティングは、多機関・多職種が集まりそれぞれの持っている支援の枠組みを組み合わせながら支援していくための仕掛けです。元々は、アルコール関連問題や児童虐待の分野で活用されているケア会議の方法です。「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と異なり、参加する機関には「ひきこもり」に対する理解や認識・対応方法にずれが存在することがあります。「ひきこもり」事例に対するネットワークが何もないからこそ、ネットワークミーティングを開催しなければならないのです。

開催にあたっての留意点がいくつかあります。アルコール問題や児童虐待以上に、

「ひきこもり」については各機関の対応に温度差があり支援方法もさまざまです。現時点で集まっている情報を適切に伝えながら、当該機関がネットワークミーティングに参加する必要性を説明します。集まるタイミングも非常に重要です。集まってほしい機関や職種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います。しかし、真に緊急な事態であるからには、その緊急度に応じて即座に関係者を集めたネットワークミーティングを開催しなければ意味がありません。タイミングを重視すると、集まるメンバーの必要度の高い人から優先的に時間を合わせていくことになります。派遣依頼の公式文書を起案し送付する時間がない場合もあります。それでも開催が必要であれば、口頭で依頼することもやむをえないでしょう。どうしても関係者の集まるのが困難な場合に、コーディネーターが個別に電話連絡をおこなう、複数の関係機関に出向いて経過を説明するなどの対応を迫られることが現場ではよくあります。一同に関係者が会さないこの方法は、誤解や合意のずれが生じる可能性があります。この点に留意しながら、合意の得られたプランや方針を関係機関に伝達することですめていきます。

ケア会議の開催においては、事例の情報をそれぞれが共有することになります。複数の機関での情報を共有する際のプライバシーの留意点は、別の項目で触れられますが、今後のネットワーク支援を展開する上においても家族の同意は必要なことです。場合によると家族が同席することもいいかもしれません。

4) ケア会議(ネットワークミーティング)で何をおこなうか

ケア会議(ネットワークミーティング)が行われるにあたり、冒頭で司会が確認して伝えておくべき事項が何点かあります。今回の会議が必要になった理由、会議の目的、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、終了時刻などです。これらの項目についての確認は会議をめりはりよく進行させます。その上で、情報の共有、評価、役割の明確化、援助プラン、危機状況での具体的な対応について、参加者からの追加補足意見を加味しながら進めていきます。「ひきこもり」事例は、情報が限定的であり一面的になりやすい傾向があります。多方面からの情報を集めることにより、正確に状況を把握できるだけでなく、事例の健康な面や「問題行動」の意味を発見することにつながります。

ネットワークミーティングの開催

| 開催時に伝えること | 明らかにしていくこと |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 会議が必要になった理由・ 会議の目的・ 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・ 終了時刻 | <ul style="list-style-type: none">・ 情報の共有・ 評価・ 役割の明確化・ 援助プラン（介入、保護、分離）・ 危機状況での具体的な対応 |

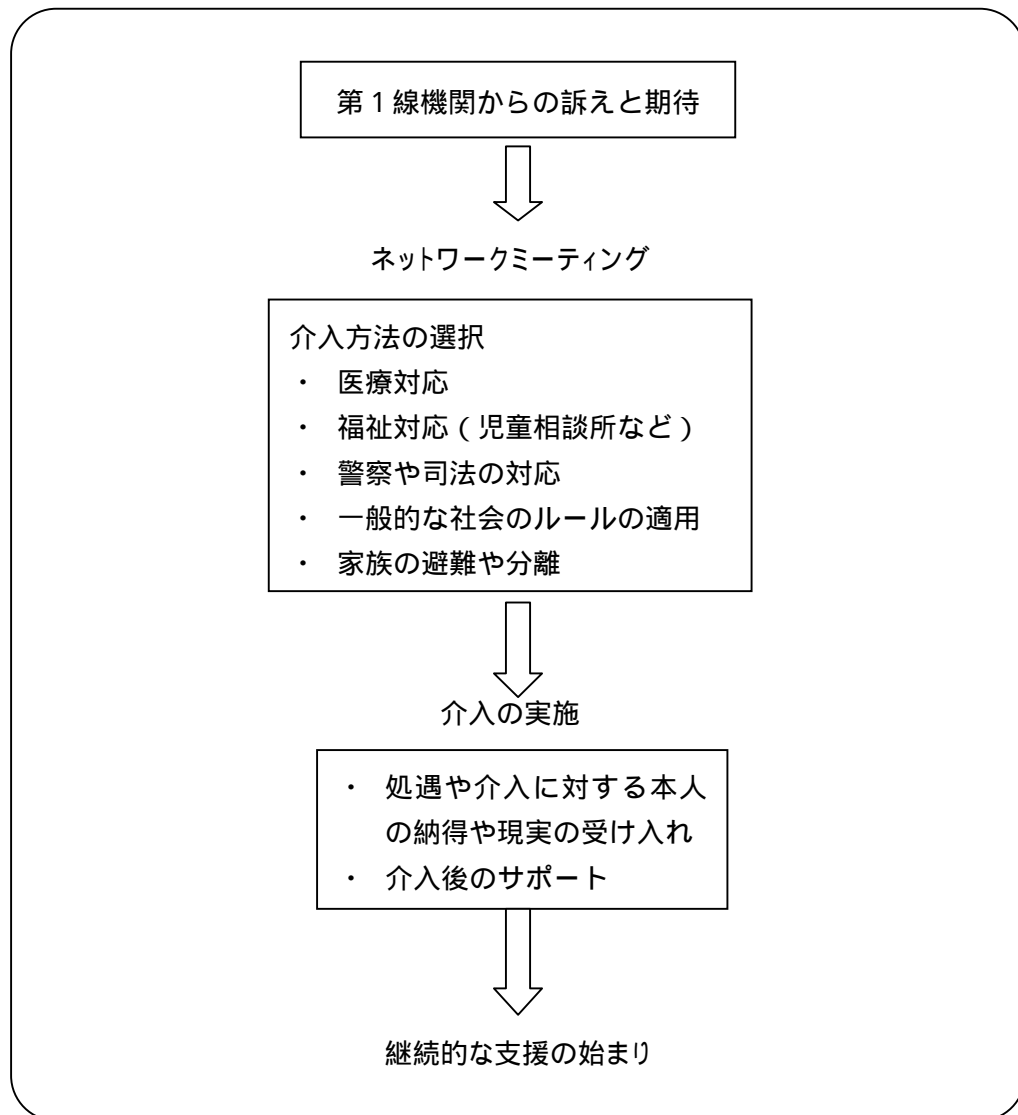
各機関の役割を明確にしていく中で、専門機関や行政機関にだけ役割が集中してしまうこともよくみられます。それぞれのできることでできないことを明確にしながらも、決して「たらいまわし」や一極集中の「押し付け」になるのではなく、各関係機関がそれぞれに持ち味をもって同時に関わられるような重層的な支援の輪ができることを目指します。何よりも、援助プランでできあがった支援の輪が、家族や本人にとって、大勢の人から支援されているという実感や安心感につながるようなものでなくてはなりません。

5) 介入、保護、分離の選択

事例本人に誰がどのように介入するのか、どのような形で保護をおこなうのか、家族が家庭から離れることで分離をすすめるのか、これら具体的な対応について、その是非とメリット・デメリットについて十分論議をしておきます。「ひきこもり」は、保健医療機関が相談の窓口になっていることが多く、その事実だけで周囲は病気として捉え、医療の枠組みの中での支援や保護を念頭に置いている場合がよくみられます。しかし、「ひきこもり」事例の保護を、疾患の存在やその疑いを前提とした医療的な枠組みでおこなうことは無理な場合が少なからずあり、かえって事態を混乱させてしまい、その後の継続的な支援にはつながってこない場合も多くあります。

「ひきこもり」事例の緊急介入では、医療の枠組みだけで捉えるのではなく、その問題として生じている事態に対して社会一般的な介入を第一選択としていくこともありえる選択肢です。暴力や近隣への反社会的な行動には警察による司法対応が自然であり、家庭内暴力や犯行をほのめかすような言動には、虞犯行為ととらえて児童福祉

2次機関(保健所、精神保健福祉センター、児童相談所など)の役割



法や少年法を根拠とした介入も可能になります。また、近隣への迷惑行為についても、自治会や管理組合などからの通常の介入が自然です。このような社会の常識的なルールに沿った介入は、当初本人は反発しながらも、「こんなことをしたらこのような処遇を受けるのはしょうがない」という納得が生じます。この納得と現実の受け入れは、次の変化のステップになります。加えて、危機介入後の適切なサポートをタイミングよく提供できれば、その介入は次の継続的な支援につながり、回復を促していくチャンスになります。どの選択肢を選ぶか、その法的根拠はあるのか、判断が高度な場合、それぞれの専門家からのスーパーバイズを受けることも必要でしょう。警察、弁護士、

少年鑑別所など、司法領域の専門家との連携も躊躇することなく求めていくことも重要です。

緊急時対応が円滑に進むために

「ひきこもり」の介入の難しさ、法律の適応の難しさについて、関係機関と日頃からコンセンサスを形成しておくことは大事なことです。そして、事例を丁寧にアセスメントし援助プランを立て経過をフォローした後、その転帰から学ぶといった日々の経験の蓄積が、「ひきこもり」事例の危機介入ネットワークの構築につながり、ひいては回復を支えるネットワークや予防・早期発見のネットワークにも展開していきます。

- 2 暴力が生じている場合の家族支援

緊急時対応が必要となる状況

ひきこもっている本人が同居者（多くは家族）に対して暴力的になる場合には、家族も援助者も苦慮することが多く、緊急対応が必要となることがあります。

本人は援助機関の利用をしばしば拒絶し、家族もまた自らの自責感や世間体などから本人の相談・援助に消極的な態度をとることも少なくありません。しかし、放置すると傷害事件や家族の精神健康状態の悪化などに発展することもあるので注意を要します。

家庭内暴力の存在を打ち明けられたとき

家庭内暴力が生じていることが分かった際には、援助者はその実態について確実に把握し、過小評価しないよう心がけることが大切です。本人の暴力の存在を語りたがらない家族は多く、また語ったとしてもそれがごく一部に過ぎないことがあります。その理由としては、本人に対する自責感や憐憫の情、体面を気にするなどといった点の他、本人の暴力や報復を心底恐れていることなども挙げられます。暴力が長期化している場合には家族が抑うつ状態やトラウマ反応などを呈していることもあり、その際に被害者となっている家族の訴えはいつそうまとまりを欠くことが多いのです。

援助者は本人のみならず、家族の精神状態・健康状態にも目をむけ、家族から暴力の訴えがあった場合は、例え表現が軽微であっても看過せず、本人と家族への介入の必要があるかどうかを検討すべきと考えられます。

家族支援の指標

援助者は被害を受けている家族に対し、暴力的な環境を回避する（暴力を一旦抑止する）という選択がありえる点を早い時点で提示することが大切です。同時に、どのようなとき、どう対応するか、などを家族と協議しておくといよいでしょう。家族に抑うつ状態などが存在する場合には、家族自身の心理的・精神的援助を必要とすることも多いものです。

具体的な対策としては、1) 被害を受けている家族の緊急避難、2) 警察のポリスパワーによる介入、3) 精神保健福祉法における措置入院、4) 近親者などのネット

ワークによる説得、などがあります。これらに関しては、サポートする専門的支援者（家族の状況をよく把握し、「ひきこもり」本人ないし被害を受けている家族と良好な関係が保っている者など）の存在が必須であり、積極的援助の一環として対応することになります。

また、この時期は、地域保健師の家庭訪問など第三者が接触する良い機会であるという見方もできます。地域での支援活動を積極的に活用し、第三者が本人と会い、状態を判断する場面をぜひ設定したいものです。家族が安全に本人との関係を取り戻すためにも、第三者的立場のキーパーソンの存在は重要です。

被害者の安全を守ること

緊急時対応に至った場合には、家族の安全をまず第一に考えることが肝要です。家族への対応は、被害を受けていない家族の中に協力者があるかどうか、被害者に対応への余力があるかどうか、医師や地域のサポートがあるか、など総合的に検討します。被害者の身体的・精神的健康度とサポート体制の確立の度合いによりますが、これを検討した結果、例えば被害者に重篤なうつ状態や PTSD 症状が持続する場合には、中長期的に生活を分離するという選択もありうることを念頭に置いておきましょう。

避難が想定される場合には、その準備としてできる限り具体的なアドバイスをおこなうことが望ましいでしょう。例えば、当面の生活費、健康保険証、貯金通帳・カード、数日分の着替えなどをすぐ持って出られるところに保管しておくことが挙げられます。また、経済的に困窮しているケースなどでは福祉事務所などと連携を取っていく必要もあります。

暴力からの避難先

緊急避難が必要となった場合、基本的に、本人に家族の居場所（避難先）は教えず、一定の期間は連絡を取らないほうがよいと考えられています。数日単位の短期避難のみで対策を講じずに戻った場合には、暴力がエスカレートする可能性もあるからです。

被害者の避難先としては、親戚や友人宅、ホテルなどが利用しやすいでしょう。自宅以外にアパートなどの生活場所を確保して、随時避難できる態勢を整えておくといった方法もあります。

また、婦人相談所や一時保護所などの公的シェルター、民間シェルターなどの利用

も考慮するとよいでしょう。公的シェルターの相談窓口は福祉事務所（夜間・休祭日では警察）となっており、着のみ着のままで避難してきても保護が可能です。これらの施設の多くは配偶者間暴力の被害者となる女性を対象としていますが、ケースの状況に柔軟に対応する施設もまれではありません。

その他、本人ないし被害を受けている家族が医療機関と繋がっており、主治医がいる場合には、加害者（患者）の治療に留まらず、被害者（家族）の入院を含めて対応していることもあります。

ただし、これらの資源や施設の状況には地域差や施設間差が存在し、長期的な滞在が難しい、公的サポート体制が確立されにくいなどの難点がみられるところもありますので援助者は利用方法などについて、あらかじめ調査しておく必要があるでしょう。

本人のフォローについて

被害者が避難した場合、とくに本人が未成年の場合には、分離に対する不安が起こることがあります。しかし、家族の逃避によって本人は確かに一旦取り残された形になりますが、この機会は自らの加害行為について振り返る良いチャンスでもある点を付記します。本人のもとに被害が重篤でない家族が残る場合には、残った家族と避難した家族が連絡を取り合い、本人にその状況を伝え、関与の放棄ではなく生命や精神状態の危機に起因した緊急避難が一義的な理由であると伝えることは本人の分離不安を軽減し、自らの行為を振り替える方向性をしばしば与えます。

- 3 緊急時対応の法的根拠

緊急時の法理

基本的な考え方

「ひきこもり」そのものを対象にして危機介入を整備した法律はありませんが、法の一般原理として緊急時に介入が許されるための幾つかのファクターがあります。

緊急性

緊急行為として本人の意思を無視しても介入が許される場合の「緊急性」は、自傷や他害などの結果の発生が切迫している状態であること、その結果を生じることが目前に迫っている状態であることが必要です。

重大性

重大性には程度があり、生命や身体に対する危害、人の自由や生活の平穩に対する危害、器物の損壊（細かく言えば壊される物の価値にもよりますが）など、その程度はさまざまです。介入の強度は介入によって防ごうとする結果の重大性の程度とバランスを持ったものでなければなりません（比例原則）。

明白性

介入を行わないと一定の結果が生じることが明らかであることが必要です。家族や関係からの情報、今までの行動傾向などから、客観的な根拠に基づいて一定の結果が発生することがはっきりしていると言えるかどうかを検討します。

介入目的の正当性

介入の目的はひきこもっている本人自身の生命や健康を守ることであるか家族を含めた他人の生命や身体の安全、自由や平穩の確保など適正なものでなければなりません。関係者が介入の目的を確認する必要があります。

介入手段の相当性

a. 介入手段の正当性

介入の手段が医学や心理学、教育学や社会福祉学などによって承認される手法であることが必要です。

b. 介入手段の適合性

介入手段は当然のことながら発生しようとしている事態を解決する効果をもつものでなければなりません。緊急時の問題が起こる場合は、ひきこもって

いること自体が緊急かつ重大であるというよりは、それに付随して、重大な自傷行為や他害行為の可能性が高まっているということが多いと思われます。介入手段の適合性は、「ひきこもり」全般に適合的な手段であることを求めているのではなく、発生しようとしている個別の緊急事態に適合的であることが必要であるという意味に理解すべきでしょう。

c. L R A (less restrictive alternative)

介入の目的を達成するために、もっと穏やかなやり方ではその目的が達成されず、これ以外に危機を回避する方法がないということ(介入手段の必要最低限度性)を十分に検討する必要があります。

以上のような諸条件が満たされる場合には、個別的法律がなくとも介入が許される(超法規的違法性阻却)と考えられます。また、こうしたファクターは、個別的法律の介入の実質的な根拠にもなるものですから、個別的法律を運用する場合にも、形式的な条文だけにとらわれずに、実質的に上記の条件が認められるかどうかを検討するとよいでしょう。

緊急性の種類と程度

本人の意思に基づかない介入を認めるための「緊急性」の条件は、上記のようにかなり時間的に切迫した限定的な状態をいいます。しかし、実際の事態は徐々に事態が悪化し、緊急度が高まってゆくものです。関係者としては、緊急であれば何でも許されるが、緊急でなければ本人や家族の自由意思に任せるしかないというような二者択一的な考えをもつのではなく、緊急性の高まりに応じて介入の度合いを調整すべきで(比例原則の考え方)最終的に本人の意思に基づかない介入ができるのは究極の「緊急」の場合ですが、そこに至るまでに発生している事態の程度に応じた働きかけを検討すべきです。

自己決定権と緊急時の法理の関係

緊急時の法理は、重大な事態の発生が目前に迫っているという特殊な場合に適用される法理ですから、どちらかといえば例外的な法理ということになります。そうした特殊な場合以外は自己決定権の尊重が原則とされなければなりませんから、本人の意思に反して強制的なことをすることはできません。

けれども、自己決定権については、本人に十分な情報が与えられ、自分が置かれている状況や将来の見通しについての情報が確保されているという前提条件が保障されていることが重要です。A と B、二つの選択肢がある場合に、A と B は、それぞれどのような内容のものであり、どのような違いがあるのかがわからない状況で、闇雲にどちらかを選んでいくとした場合、そのような選択を権利として保障された自己決定と呼ぶことは適切ではなよいでしょう。自己決定権は、最終的な決定権が本人にあることを意味していますが、最終的な決定の前には十分な情報の収集と吟味が必要です。そして、情報の収集と吟味は、通常、さまざまな形態による人とのコミュニケーションによってもたらされるものです。

家族や友人との交流、地域、その他のコミュニティへの社会参加が十分に果たされている場合、人はさまざまなコミュニケーションの機会に恵まれ、自己決定の前提となる情報の収集や吟味が行えることとなりますが、「ひきこもり」のために、そのようなコミュニケーションを持つ機会を失い、情報の収集と吟味がしにくい状態になっている場合、本人の自己決定権を支えるためには、むしろ、不足しがちな情報の提供とその吟味の支援をすることが大切であるといえるでしょう。そのためのコミュニケーションのきっかけを掴んだり、本人の気持ちを尊重しながら必要な情報の理解を助けるコミュニケーションの工夫がたいへん重要な役割を果たすこととなります。

自己決定という他人からの一切の干渉なしに自分だけで決めるべきことが求められるように見られるかもしれませんが、自己決定権の保障は、人の話を聞きながら自分の考えを形成する、自分の意見を述べながら相互に考えを練る、という民主主義社会の対話過程の基本を保障するために重要な原理であって、社会との関係をまったく度外視して孤立した個を作り出そうとするものではないはずです。こうした観点からも、ひきこもっている人との対話の持ち方を工夫してゆくことはたいへん重要なことになると思います。

精神保健福祉法による対応

ひきこもっている本人に精神障害が認められ、その精神障害のために自傷あるいは他害のおそれを生じているときは、精神保健福祉法に基づく措置入院（同法 29 条）を用いることができます。

また、その精神障害のために判断能力が低下していて、医療の必要性を理解するこ

とができない状態にあり、適切な医療を施さないと本人の医療及び保護を図れない状態にある場合は、医療保護入院（同法 33 条）あるいはそのための移送（同法 34 条）をおこなう可能性もあります。

児童福祉法による対応

ひきこもっている本人が 18 歳未満の場合には児童福祉法に基づく要保護措置を用いることも考えられます（同法第 2 章第 4 節）。本人が 14 歳以上で傷害行為など犯罪行為を行った場合には少年法が優先されますが、それ以外で、危機的な状況が迫っていて家族に監護させておくのが適当でないような場合には、福祉事務所あるいは児童相談所に通告して所定の措置を促すことができます。

少年法による対応

ひきこもっている本人が 20 歳未満の場合で、傷害行為などの犯罪行為を行った場合、刑罰法令に触れる行為をおこなうおそれ（虞犯）が認められる場合、保護者の正当な監督に服しない場合など（同法 3 条）には、警察の介入を求めて少年法による保護処分を促すことができます。

刑法による対応

児童福祉法や少年法は、すでに起こってしまった犯罪行為などに対処するというよりは、本人の保護と健全育成のために、将来的な生活状況の改善を目指すため、自傷や他害行為があったことは保護の必要性を推測させる要素にはなりますが、保護的な措置の必須条件とはされていません。これに対して刑法による対応は、処罰を目的とするものですから現実に犯罪行為を行ったことが必要です。けれども、家族に対してであっても人に危害を加えることが許されないことは、最低限の社会のルールであり、第三者の介入によって抜き差しなくなっている家族間の関係に変化を与えるとともに、本人に一般社会のルールを再認識してもらうことが効果的な場合もあります。

以上のような介入方法は、よくも悪しくも本人に大きな衝撃を与えるでしょうし、また、いずれの処分も本人が社会に出て行くときにマイナスのスティグマ（烙印）を与えてしまう危険性があります。従って、緊急時の法理の基本的な考え方を踏まえて介入の適否を慎重に検討する必要があります。

- 4 緊急時対応のプライバシー保護

プライバシーと情報の共有

プライバシー権とは、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。「ひきこもり」のケースマネジメントのためには、さまざまな関係機関の人たちが情報を共有する必要がある反面で、その情報は人に知られたくない情報を多く含むと考えられるので、本人や家族のプライバシーの保護と情報の共有化の間に一定のルールを設定しておくことが必要になります。

プライバシー保護についての基本的な考え方は、情報の提供者自身の同意がなければその情報を他に漏らすことは原則として許されないということです。同意がなくても情報の利用が許される場合としては、個別的に法律が例外を認めている場合であるか緊急法理の適用が認められる場合ということになります。

家族が有する情報

家族支援を進めて行く時に、当然、家族から本人の状態についての情報が提供されることとなります。しかし、家族が独自に持っている情報については、その情報を持っている家族自身の承諾があれば、情報をえた関係者が他の関係者に情報を提供することは許されることとなります。家族が持っている情報が本人に関するものであるとしても、本人からとくに打ち明けられた情報ではなく、家族がともに生活していて観察した情報は家族自身の情報といえますから、その情報利用については情報の所有者である家族の同意があればよいということになります。

家族が通常的生活状態の中で外に現れている状態を観察してえた情報ではなく、本人から家族にだけに打ち明けられた情報は、本人の同意をえてから情報を提供するよう指導すべきでしょう。

本人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えた情報は、本人のプライバシーを侵してえた情報ですから、そうした行動を慎むように指導すべきです。

関係者が職務上知りえた情報

家族あるいは本人から職務上知りえた情報については、関係者の立場によって医師

法や公務員法による守秘義務があり、家族・本人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。

情報の共有化のためには、情報を提供した家族・本人から情報使用の目的と範囲を明確にした承諾の書類をもらっておくことが望ましいでしょう。重要なことは、情報の共有化を含めた本人や家族と関係者のケースマネジメントにおける信頼関係の構築にありますから、最初からまず書類を書いてくださいという対応は必要ありませんが、重要な事柄なので関係者の意識を確認するためにも書面での確認作業をおこなうべきでしょう。

ネットワーク会議、ケースカンファレンスなどで情報を共有化する場合、本人から得た情報にせよ、家族から得た情報（本人に関するものを含む）情報にせよ、その情報源から、その情報を本人と家族の支援のために（情報使用の目的）、ネットワーク会議で共有化すること（情報使用の範囲）を承諾してもらっておくべきでしょう。家族が日常生活の中で本人の生活を観察して得ている情報は家族自身の情報ですから、その使用については家族の承諾で足りません。テーブルの上に封から出されて置かれたままの手紙など、日常生活上、普通に目に触れる範囲内の情報は既に開披されている情報といえますから、それを家族が見聞して得た情報は、とくに本人の承諾などを要するプライバシーには当たりません。しかし、本人が机の中にしまっておいた手紙や日記、鍵をかけてある部屋の中のものなどは本人が開披しない意思であることを示している情報ですから、その情報を本人の承諾なしに持ち出すことは許されません。

また、近い将来必要になる支援の準備的な段階として、本人や家族が特定されないように匿名化して、ネットワーク会議の情報共有の準備をしておくことも機動的な活動とプライバシー保護のバランスの観点から有効な工夫といえるでしょう。

緊急時法理とプライバシー

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。この場合にも、情報の内容や種類によって本人のプライバシーへのかかわり方に程度の差がありますし、起こりつつある事態の緊急性・重大性の程度も違いがあります。その情報を開示することで損なわれる本人のプライバシーとその情報を開示することで回避しようとする結果の重大性と緊急性の程度のバランスを常に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、通常の場合では許されないような本人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。ただ、こうした場合にも、できる限り本人とのコミュニケーションを大切にし、本人から承諾が得られる可能性がないのかを検討することも必要です。

また、精神保健福祉法（23条）や児童福祉法（25条）、少年法（6条）は、それぞれ保護を図ろうとする対象者（精神障害者、要保護児童、審判に付すべき少年）について通報・通告の制度を設けています。それに必要な範囲で情報を提供することは、個別法により許容されていることになるので、その範囲内での情報の共有化は許されることになりま

5節 援助者のメンタルヘルス

**まずは、自分のメンタルヘルスについて積極的に考え、その建設的意味を発見
しましょう。メンタルヘルスの維持向上は心理的成長につながります**

個人的・家族的・社会的なレベルでさまざまな問題を抱えている「ひきこもり」本人や家族と長年付き合っていくことは、非常に根気が要る仕事です。「ひきこもり」の援助の特徴として、すぐに「目に見えるような変化」がおきにくいいため、援助者が「達成感」を持ちにくいということがあります。また、援助者一人でおこなうものではなく、チームあるいはもっと広くネットワークを利用しますから、それらへのきめ細かな配慮が必要になります。援助者のもっとも基本的な仕事は、「人の身になって考える」ことです。というのは簡単ですが、これは大変ストレスの多い仕事です。加えて、援助者には、記録をつけること、部下を教育すること、いわゆる雑事という管理的な業務、人によっては研究といった仕事があります。「紺屋の白袴」にならないよう、援助者自身が自分のメンタルヘルスの維持・向上について留意しておく必要があります。

援助者が、自分のメンタルヘルスの維持向上に努めることは、たんなる健康維持が目的ではありません。このガイドラインで縷々述べてきた『「ひきこもり」本人や家族が安心して変化・成長できるような援助環境の提供と維持』に役立ちます。しかし、それだけならば、一般的な労働衛生におけるメンタルヘルスの目標となら変わりません。メンタルヘルスの専門家が自分のメンタルヘルスを考えるということは、援助者自身がパーソナルにも職業的にも心理的成長をするという役割も果たします。

援助者は、人を理解する多くの武器を持っているのですから、ちょうど「人の身になって考える」ように、「自分を他者として見ることによって他者(自分)の身になって考えることができる」という他の職業にはない素晴らしい利点を持っています。このように、自分のメンタルヘルスについて配慮することに建設的な意味を発見することが、まずはもっとも大切な作業なのです。

ぼんやりとして自分を振り返りましょう

まずは、自分がストレス状態やその結果（心身の調子の変化）に気付くことが大切です。ストレス状態には、不安、緊張、不快、怒りなどが伴います。つぎには、それらを解消するために、自分がどんな手段を意識的にとっているかを考えてみましょう。

意識的にといっても、はっきりと意識してやっている場合から、なんとなくやっている場合まであります。「厭なことを忘れよう」「出来ないことは人のせいにする」「ひとりであれこれ空想する」「多忙のため余裕がなく気付かない」といったことも対処行動のひとつです。自分のメンタルヘルスについて考えることは建設的であるということ思い出して、1日1回、短時間でも自分をぼんやりと振り返る時間を作りましょう。

対処行動が多種多様であり柔軟性がある場合はうまくいっているといっていよいでしょう。反対に、対処行動の種類がひどく少なくなっている場合（たとえば、ひたすら「忘れようとするだけになっている」）場合は、誰か信頼できる人に相談しましょう。

「ひきこもり」や援助技法に関連する事柄について知ることが大切です

当たり前のことのようにですが、「ひきこもり」の特徴について、援助者が学習することは、専門的な技量を磨くだけでなく、自分のメンタルヘルスの維持向上にも役立ちます。このガイドラインで強調してきた「家族援助」とか「まずはできるところから始める」ということを知っているのとそうではない場合では、援助者のストレス状態は大いに違います。「ひきこもり」の援助に際しては、とりわけ「できることと出来ないこと」を知ることが大切でしょう。最初から、大きな目標を立てると、それは援助者にとって大変な苦痛になります。

「ひととの交流を始めたかと思うとまたひきこもる」「アルバイトを始めたかと思うと短期間で止めてしまう」あるいは「もう相談にこないという主張が実は前向きのことと考えているサインである」「援助的かわりからひきこもっているが実は保護や支えを求めている」などといった「ひきこもり」の特徴を知っていると、ずいぶん援助者の不安は減少します。

具体的には、「ひきこもり」に関する本を読む、セミナーに参加する、自分の所属する施設でケースカンファレンスを開く、などという学習の機会を持つことが大切です。

人や家族に対して援助者が経験する感情の価値を知り、援助につなげましょう

援助の中で、援助者は本人や家族についていろいろな感情を経験します。本人に肩入れするあまり親に批判的になったり、親への共感から本人に厳しくなったり、あるいは本人と親の板ばさみで身動きが取れなくなったりする場合があります。会うたびに不快感や苛立ちが募ったりすることもあります。家族からちっとも問題が解決

しないと言われつづけ混乱したり、いっきにけりをつけようともあります。本人や家族の孤立感に共感するあまり、あれこれ過剰に世話を焼いてしまい、「ひきこもり」を強化してしまうこともあります。

逆転移の価値を知ること

こうした援助者の情緒反応のことを逆転移といいます。逆転移は、一見すると援助過程の妨害要因のようにみえるので、援助者はつい自分を責めたり、あるいは同僚がそういう状態に陥っていると批難したくなりますが、そうではありません。逆転移は、援助者が「一時的に相手の身になる、つまり自分と相手を同一化する」ことからおきますから、逆転移感情は、本人や親の心の一部分なのです。つまり、援助者が経験する感情を、逆転移として理解することは、それだけ本人や家族を理解できたこととなります。たとえば、ついつい厳しくなっている場合には、本人の心の中に、見かけとは違い非常に厳しい倫理的側面があることを意味します。過剰にやさしくなることは、本人の心の中にある激しさを援助者が感じ取り、それに脅えた結果かもしれませんし、本人の無力感への同情の結果の場合もあります。本人と家族の板ばさみになるということは、その家族の中で「板ばさみ状況」が続いていたことの現れの場合もあります。

援助者が経験する逆転移には、援助者の生活上の出来事が関係していることもあります。援助者の生活にもよいことも悪いこともおきます。援助者の家族の病気、死、事故、子どもの進学などさまざまです。また、ライフサイクル上の変化もあります。若い援助者は、「ひきこもり」本人に共感し親に批判的になるかもしれません。30歳代になると援助者としての自信が出来てきていろいろ試したくなりかえって軋轢をおこすかもしれません。中高年の場合は、余裕が出来てきますが、親に共感し、自分の子どもと「ひきこもり」本人とを同一視し、不安にかられるかもしれません。

特殊なケースとして、逆転移が、援助者と援助者が勤務する施設との関係に刺激されて起きてくることがあります。援助者が施設に対し情緒的葛藤を抱えているとき、家族や本人との援助関係に逃げ込んでしまい、なんでも一人でやっつけてしまおうという気持になる場合があります。反対に、援助について投げやりになることもあります。

逆転移をいかに活用するか

では、逆転移に気付き、それを活用するにはどうしたらよいのでしょうか。3つの方

法があります。第1は先述した「ひとりでぼんやりとしながら振り返ること」、第2も先に述べた「学習すること」です。第3の方法については次に述べます。(注：第4として、援助者自身が、病気を治す目的ではなく、自分の心理的成長のために何らかの精神・心理療法(個人精神分析的心理療法、家族療法、トレーニングとしての集団療法など)を受けるといった方法があります。これは、大変効果的な方法ですが、費用や時間、文化的違いから、わが国では特定の分野の専門家を目指す人がそれぞれに応じた特定の心理療法を受けるといった状況なので、本ガイドラインでの説明は省きます)

援助者も支えを体験することが必要です

同僚・仲間による支え

人間は社会的存在であるといわれますが、援助者がたった一人で行えている援助活動はまったくありません。すべての援助活動は集団の中で行われています。施設に勤務する人は受け付けや事務の人も含め皆同僚なのです。したがって、援助者は自分のおこなっている援助活動を同僚と共有し、それについて同僚から理解され情緒的に支えられる必要があるのです。たとえば、逆転移という理解が共有されていないと、援助者は同僚から「あの人は冷たい人だ、我慢のない人だ、お節介だ」としかみなされなよいでしょう。「ごくごく小さなできるところから始める」という考えが浸透していないと、援助者は「歯を磨けるかどうかといったどうでもよいことにこだわっている、ちゃんとした援助をすべきだ」といった批難を受けるでしょう。

このように援助者が支えを体験する具体的方法がケースカンファレンス、コンサルテーション、スーパービジョンなどです。

ケースカンファレンスによる支え

ケースカンファレンスは、事例の見立てや援助経過の評価のために行われますが、もうひとつ大事な目的は事例発表者を援助し、支えることです。ですから、ケースカンファレンスでは、不十分な点や盲点を明らかにしいろいろ異なった視点から議論することはもちろん大切なのですが、まずなによりも参加者が「発表者の労をねぎらうこと」が大切です。発表者の労をねぎらい、盲点を明確にしつつもそれを肯定的にとらえ返しながらい意見を述べる、というのはそれ自体が重要な技術と考えましょう。経験と工夫が必要ですが、まずはそのような意識をもつことが始まりです。

コンサルテーションとスーパービジョンによる支え

コンサルテーションとスーパービジョンは、かなり似通った方法ですが、前者において相談する者とされる者が対等の関係であり、相談される側が抱えている問題解決を援助するのが目的なのに対し、後者は経験のある者と経験の少ない者という上下関係があり、教育が目的であるという点で異なります。この二つとも継続的あるいは定期的な場合と不定期ないしは1回だけの場合があります。またコンサルタント(あるいはスーパーバイザー)が一人で相談する側(コンサルティあるいはスーパーバイザーといいます)が複数ということもあります。典型的なのは、定期的な1対1のスーパービジョンです。相談する側は、じっくりと話を聞いてもらい、「共に考える」という体験を持てます。とりわけ、逆転移感情はケースカンファレンスのような集団の中では話しづらいものですが、1対1のスーパービジョンならばずっと打ち明けやすくなります。しかも、継続的ですから、情緒的な支えが安定したものになります。

援助機関の中で、これらを実行するには時間と労力が必要ですが、ぜひ実行したいものです。

援助過程の中で達成感や充足体験をもちましょう

上に述べたように、「ひきこもり」の援助では達成感をもちにくく、したがって職業上の充足感を持つのが困難です。しかし、達成感や充足感なしに、援助活動を続けていると「燃え尽き症候群」に陥ってしまいます。では、本当に援助者は達成感をもてないのかというとそうではありません。ちょっと視点を変換してみましょう。小さな変化がいかに大きな意味をもつか、小さな改善がいかに大きな改善の序章になっているかがみえてきます。本人や家族が後戻りしたかに見えても、目標を一度でも達成したという体験は継続しています。援助過程は進展しており落胆する必要はないのです。

このガイドラインで述べている「小さな目標」、それを達成するためのさまざまな援助技法を考慮すれば、援助者は達成感をもちやすくなります。その意味で、ガイドラインは援助者のメンタルヘルスのために書かれているともいえるのです。

付 録

「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告

(ガイドライン公開版)

伊藤順一郎¹、吉田光爾¹、小林清香²、野口博文¹、堀内健太郎¹、田村理奈¹、金井麻子¹

国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部¹ 東京女子医科大学²

要旨

近年、通学・就労といった社会参加や対人的な交流を行わずに自宅を中心とした生活おくるひきこもりとよばれる状態を呈する人々に関する社会的関心が高まっている。

そこで本研究では 公的機関における援助の中心となっていると考えられる全国の保健所・精神保健福祉センターにおける現在の相談・支援状況を把握するとともに、支援した事例に関する情報を収集しその特徴を把握することで、今後のひきこもり支援のあり方を考えるうえで必要となる基礎資料を作成することを目的とした。調査の対象は全国の保健所・精神保健福祉センターで平成14年3月に実施された。回答率は保健所94.7%、精神保健福祉センター100%であった。

平成14年1月から12月間の全国の保健所・精神保健福祉センターにおけるひきこもりに関する相談は、電話相談9986件(延べ)、来所相談で4083件(実数)であり、あわせて14069件であった(新規・継続問わない)。ひきこもりに関する支援について「家族の個別来所相談」「本人の個別来所相談」「電話相談」などは両機関においてほとんどの箇所で開催されていた(総計で各84.4%、96.5%、90.2%)。

また、援助場面への本人の登場が少ないひきこもり支援の糸口として重要なだけでなく、家族自身の精神的健康を保持するために必要であると言われる家族支援については、「家族だけの相談には応じていない」とする機関は少なく、また精神保健福祉センターでは機関主体の家族教室(62.3%)・家族主体の家族相談会(24.6%)を積極的に開催・支援していた。特に精神保健福祉センターでは保健所に比べ事例が集積していること、サービス内容も比較的多彩であることなどから、今後支援の中核となることが期待される。

ひきこもりを呈している本人については、平成14年1月から12月までの間に保健所・精神保健福祉センターに本人・家族が来所相談にきたひきこもりを呈する事例のうち、3293件(総来所相談の80.7%)について情報を得た。平均年齢は26.7歳、男女比は男性76.9%、女性23.1%であった。本人の問題行為について、近隣への迷惑行為などを含む対他的な問題行為を呈する事例は少ないものの(4.0%)、家庭内暴力の存在するもの(19.8%)、器物破損や家族の拒否など家庭関係に影響を与える行為のある事例は多く(40.4%)、家族関係の調整・支援についての必要性が示唆された。また、全事例のうち小・中学校における不登校経験者は33.5%であり、不登校とひきこもりとの関連を今後検討していく必要が示された。

全事例のうち調査時点で援助が終了しているのは16.0%、援助が継続されているのは56.9%、中断・音信不通が24.1%であり、援助に長期的な関わりが必要であることが示されると同時に、中断事例がかなり存在することが明らかになった。なお、援助終了時点ないし現在継続中の場合の調査時点で就学・就労が確認されたのは全事例のうち6.3%(206事例)であり、就学・就労などの再社会参加への支援体制をどのように充実させていくかが今後の重要な検討課題であると考えられた。今回得られた結果は、今後のひきこもり支援に関してのあり方を考える上で基礎的な資料となると考えられる。

A．調査目的

近年、通学、就労といった社会参加や対人的な交流を行わずに自宅を中心とした生活おくる社会的ひきこもりとよばれる状態を呈する人々に関する社会的関心が高まっている。全国の精神保健福祉センター・保健所を対象にした調査¹⁾では、83.4%の機関が精神病ではないひきこもりの事例を経験しており、また6割の機関がそうした事例の増加を感じているという状況が明らかになった。

こうした社会的関心をうけ、2001年5月には厚生労働省から「10代・20代を中心とした「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン(暫定版)」²⁾が発行され、保健所・精神保健福祉センターなどにおける援助活動の指針が呈示されるなど、ひきこもりを巡る研究や支援体制の整備が社会的にとりくまれつつある。

しかし、社会的認知が高まってから一定期間を経た現在、保健所・精神保健福祉センターにおける相談状況や、それに対する支援体制についての詳細な調査は行われておらず、支援整備の展開状況が明らかになっていない。

また保健所・精神保健福祉センターなどで支援を提供した事例について集積的に情報収集をした研究は、センターの新規事例を検討した別所らの報告³⁾をのぞき無く、実際にこうした機関から提供された支援内容、その後の転帰などについては十分に明らかになっていないのが現状である。

そこで本研究では、保健所・精神保健福祉センターにおける現在の相談・支援状況を把握するとともに、支援した事例に関する情報を収集しその特徴を把握することで、今後のひきこもり支援のあり方を考えるうえで必要となる基礎資料を作成することを目的とした。

B．対象

1．援助機関調査

平成14年3月時点で把握された精神保健福祉センター61ヶ所(指定都市12、都道府県49)、保健所582ヶ所を調査対象とした。

2．ひきこもり事例に関する調査

平成14年1月1日から12月31日までの間に、保健所・精神保健福祉センターにおいて、本人またはその家族が来所相談(二回以上とする)をした者のうち、以下の「社会的ひきこもり」の基準にあてはまる事例全てを調査対象とした。なお、事例の把握について新規・継続は問わなかった。

<本研究における「社会的ひきこもり」の基準>

自宅を中心とした生活

就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの

以上の状態が6ヶ月以上続いている

ただし、

統合失調症などの精神病圏の疾患、または中等度以上の精神遅滞(IQ55-50)をもつ者は除く

就学・就労はしていなくても、家族以外の他者(友人など)と親密な人間関係が維持されている者は除く。

C．方法

全国の保健所・精神保健福祉センターを対象に、二部構成の質問紙を作成し、郵送した。第一部は期間におけるひきこもりの相談数や施設での援助状況について尋ねた「援助機関調査」調査票である。

第二部はひきこもり事例の年齢・性別などの基礎属性や、提供された援助・転機などを尋ねた「ひきこもり事例に関する調査」調査

票（以下個票）である。

配票・回収は厚生労働省精神保健福祉課から各都道府県・政令指定都市・中核市・その他保健所設置市・特別区における精神保健福祉主管課を通じ実施された。

事例の情報は援助機関職員が機関記録より抽出したが、抽出された記録は全て ID 番号で管理し、個人が同定されない配慮した。

D．結果

1．回収状況

本調査では、精神保健福祉センター61ヶ所（回収率 100%）、保健所 551ヶ所（同 94.7%）の回収があった。また、これらに加えて、保健所支所（53ヶ所）と、実質的に相談業務を担当している保健センターで振り替えて回答したもの（29ヶ所）などがあった。本調査ではこれらを便宜的に保健所の枠内で集計した（保健所総計 633ヶ所）。

2) ひきこもり事例調査

全国での保健所・精神保健福祉センターへの来所相談は 4083 件（実数）が報告された。そのうち個票が回収されたのは 3293 件（80.7%）であった。なお、精神保健福祉センター・保健所における重複事例が存在すると考えられたが、収集された情報は限定的であるため、これらの峻別は不可能と判断した。

2．援助機関調査についての結果

1) 事例数

全国の保健所・精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談（電話・来所）と、ひきこもりに関する相談（電話・来所）の都道府県別の集計を表 1 に示す。全国でひきこもりに関する相談は、電話相談で 9986 件（延べ）、来所相談で 4083 件（実数）であり、あわせて 14069 件であった。

保健所・精神保健福祉センターにおける精神保健福祉に関する相談のうち、ひきこもりに関する相談の割合は、保健所で電話相談 1.2%・来所相談 1.7%であり、政令指定都市の精神保健福祉センターで電話相談 3.7%・来所相談 15.1%、都道府県精神保健福祉センターで電話相談 2.4%、来所相談 8.2%であった。

またひきこもりに関する相談のうち、精神保健福祉センターで担当した相談は、電話相談のうち 35.9%（3581 件）、来所相談のうち 41.7%（1700 件）を占めていた。

都道府県別にひきこもりに関する総相談件数を見ると、比較的政令指定都市のある自治体で相談が多いことがわかる（図 1）。なお、各都道府県の人口 10 万人対の相談比率を計算すると、大都市を有する自治体にひきこもり事例が多い、という傾向は見られなかった。（図 2）

1 機関あたりの平均事例数は、保健所では平均 4.0 事例（SD=6.3、最頻値 0.0、中央値 2.0）、精神保健福祉センターでは 29.8 事例（SD=29.8、最頻度 20.0、中央値 24.0）であった。分布を図 3・4 に示した。

2) 提供している支援

保健所・精神保健福祉センターで提供している支援を機関種別に表 2 に示す。

「家族の個別来所相談」「本人の個別来所相談」「電話相談」などは両機関においてほぼすべての機関で実施されていた。

保健所・精神保健福祉センター別にみると、保健所では「医師による訪問」（29.1%）や「専門職による訪問」（58.5%）など、アウトリーチサービスを実施している機関の割合が多かった。

また数は少ないものの「他障害と合同のデイケア活動」（17.9%）や「家族教室・心理教

育」(12.2%)など、精神障害などの既存サービスを転用した支援も行われていた。

他方、精神保健福祉センターでは「ひきこもり専門のデイケア活動」(23.0%)「家族教室・心理教育」(68.9%)などが保健所と比べて多く実施されていた。また「講演会の開催」(63.9%)や「研修事業」(45.9%)「広報類の作成」(36.1%)など、地域住民や専門職に向けての情報発信をしている機関が多かった。また「本人への薬物療法」(41.0%)をしている機関も多かった。

しかし、どちらの機関においても、「ボランティアによる訪問」(保健所1.1%、センター3.3%(以後断りのない場合は同順で記述)や、職親や職域の開拓事業などによる「就労の組織的支援」(1.1%、6.6%)サポート校との連携などによる「進路相談・進学の組織的支援」(0.8%、1.6%)などを実施している機関は少なかった。

また、ひきこもり援助に関して、ガイドライン発行後何らかの研修を受けたスタッフがいる機関は、保健所で41.9%、精神保健福祉センターで67.2%であった。(表3)

3) 個別の支援事業の概要

本人・家族の個別相談の体制について訪ねた結果を表4に示す。多くの機関が「既存の窓口」で対応しており(保健所:94.6%、精神保健福祉センター:82.0%)また「専用の窓口」で対応している機関も精神保健福祉センターで11.5%存在した。「本人が来所すれば相談に応じるが、家族だけの相談には応じていない」とする機関は保健所で10ヶ所(1.6%)、精神保健福祉センターで3ヶ所(4.9%)存在した。

本人向けのデイケアについては平均で月4.0回、一回につき2.9時間、4.9人の参加が

あった。(表5)

家族向けの会や教室の実施状況について表6に示す。「家族主体の相談会の支援」が保健所3.8%・精神保健福祉センター24.6%、「機関主体の家族教室」が各9.5%・62.3%、「機関主体の講演会」が各6.5%・21.3%、「特になし」が各78.4%・23.0%であった。主として精神保健福祉センターを中心に家族会・家族教室が支援されたり、実施されたりしていた。

なお「家族主体の相談会」「機関主体の家族教室」の頻度は平均でそれぞれ年10.0回、年7.7回であった。

電話相談については、専用の電話相談窓口を設けている機関は少なく(保健所1ヶ所、センター3ヶ所)多くの機関が既存の窓口で対応するか、窓口はないが相談があれば対応するという回答であった。(表7)

4) ひきこもり事例の分担・振り分け

ひきこもり事例における児童相談所や教育機関との分担について、条件を提示し、その場合の分担・振り分け状況について尋ねた。その結果を表8に示す。

保健所ではいずれの条件でも「個別のケースで判断」という回答が一貫して目立ち、ひきこもり事例を自機関で対応することについては事例のもつ性格によって判断するという状況がうかがえる。

他方、精神保健福祉センターでは「本人が義務教育年齢であり、いわゆる「不登校」の状態」の場合には、他機関への振り分ける(37.7%)という回答が目立つが、一貫して他の条件では自機関で対応するという回答が多かった。

保健所・精神保健福祉センターいずれも、「本人が義務教育年齢であり、いわゆる「不

登校」の状態」という条件の場合、「他の資源に振り分ける」(各 35.7%、37.7%)という回答が他の条件に比べて多い。その場合の振り分け先は保健所で「児童相談所」(56.6%)「公立の教育相談機関」(61.3%)であり、精神保健福祉センターで「児童相談所」(73.9%)「公立の教育相談機関」(60.9%)であった(表 9)。

しかし、本人の年齢によって業務分担している場合において、本人が加齢していく際の援助を継続している体制についての問では、「援助を継続させる体制はほぼできている」という回答はいずれの機関も低く(各 9.3%・8.1%)「不十分」「全くできていない」という回答が目立った。(表 10)

5) 支援の拡大

平成 13 年 5 月に本研究班が「10 代・20 代を中心とした「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン(暫定版)」を発行してから、保健所・精神保健福祉センターで新たに構築・充実させた支援について尋ねた(表 11)。

保健所では新たに構築させたものの中で回答が多い順に、「家族の個別来所相談」(16.4%)、「本人の個別来所相談」(10.9%)、「他資源との連携による支援」(9.8%)、「家族教室・心理教育」(8.4%)、「講演会開催」(8.1%)、専門職訪問(6.0%)であった。精神保健福祉センターでは多い順に「家族の個別来所相談」(27.9%)、「家族教室・心理教育」(27.9%)、「講演会開催」(27.9%)、「本人の個別来所相談」(24.6%)、「他資源との連携による支援」(24.6%)であった。

今後新しく実施する予定の対応や活動については、保健所では「講演会開催」(8.9%)、「家族教室・家族心理教育」(7.9%)とする回答が多く、精神保健福祉センターでは「デイ

ケア活動」(17.0%)、「広報類作成」(17.0%)、「家族教室・心理教育」(14.9%)が多かった(表 12)。

6) 援助上の困難感と今後の展望

ひきこもりへの支援について、どの程度困難があるかについて尋ねた(表 13)。

保健所では「困難なく対応できる」が 0.9%、「やや困難」が 29.1%、「かなり困難」が 67.8%、「全く対応できない」が 1.1%であった。

たいして精神保健福祉センターでは「困難なく対応できる」が 3.3%、「やや困難」が 59.0%、「かなり困難」が 37.1%、「全く対応できない」が 0.0%であった。

今後、機関としてひきこもり支援について必要だと考える取り組みについて尋ねた結果を表 14 に示す。

保健所では多い順に「他の専門機関の拡充」(85.3%)「回復後につながることでできる居場所や就労の場の確保」(73.6%)「自機関の援助職への知識・支援技術の提供」(65.7%)「自機関の治療相談体制の充実」(50.1%)「地域への情報提供・広報活動」(46.9%)「ひきこもり支援の業務上の明確化」(39.8%)であった。

一方精神保健福祉センターでは「回復後につながることでできる居場所や就労の場の確保」(85.2%)「他の専門機関の拡充」(80.3%)「自機関の治療相談体制の充実」(63.9%)「自機関の援助職への知識・支援技術の提供」(42.6%)「地域への情報提供・広報活動」(41.0%)「ひきこもり支援の業務上の明確化」(32.8%)であった。

両者を比較した場合、保健所で多い回答は「自機関の援助職への知識・支援技術の提供」であり、精神保健福祉センターでは「自機関の自機関の治療相談体制の充実」であった。

3. 「ひきこもり事例に関する調査」

1) 相談事例の年齢分布・性別

相談事例における、ひきこもりを呈している本人の性別は男性 76.4%、女性 22.9%であった(表 15)。また、平均年齢は 26.7 ± 8.2 才であった。年齢の内訳を表 16 に示す。10代後半から 20代が中心だが、30歳を超えても大きく減じてはおらず、36歳以上の人も 1割近くを占めた。

不登校を含めた最初の問題発生時の年齢は、平均で 20.4 歳 (± 7.5) であり、主として 19~24 歳が多かった。18 歳までに問題が発現した事例は 46.8%であった(表 17)。

現在の年齢と問題発生時年齢の差をとって経過年数とすると、平均で 4.3 年 (± 2.3) であった。半数は 5 年未満だが、最初の問題発生からかなりの時間が経過している割合も多く 10 年以上の事例も 2 割近く (760 件) みられた(表 18)。

2) 来談経路

来所相談の経路を表 19 に示す。ひきこもりの相談は家族からのものが最も多く(合計 72.2%)、本人からの相談は少ない(6.6%)。また学校や福祉事務所など他の機関からの紹介による事例も 19.0% 存在する。

初回の相談については直接来談 52.4%、電話相談 42.1% であった。

3) 援助開始時の本人の活動範囲

事例の援助開始時点の活動範囲について表 20 に示す。「友人とのつきあい・地域への活動には参加」9.2%、「外出可能」40.8%、「条件付外出可能」20.9%、「外出不可能で家庭内では自由」17.0%、「自室で閉じこもっている」9.7% であった。

4) ひきこもりに関連した問題行動

対象者への関与中に存在した事例の問題行動をたずねた(表 21)。家庭内暴力については、何らかの暴力が存在している相談事例は全体の 19.8%、本人から親への暴力が存在している事例が 17.9% あった。また家族関係に直接影響を与える行為としては、器物破損が 15.1%、家族への拒否が 21.4%、家族への支配的な言動が 15.7% 見られ、これら 3 つのいずれかが存在している事例は 40.4% であった。

近隣への迷惑行為なども含む対他的な問題行為は、事例の 4.0% に問題が見られた。

自傷・自殺に関する行為で、自傷行為が 2.1%、自殺企図が 3.2% に見られた。

また、強迫的な行為(17.9%)・被害的な言動(14.5%)・食行動異常(7.6%)などの精神症状的な見地からの検討も考えられる問題も見られた。その他には昼夜逆転が 41.1% と多かった。

なお、男女別にみると、男性では「家庭内暴力」「器物破損」が多く、女性では「食行動異常」が多かった。

5) 本人の精神医学的診断の既往歴

本人の精神医学的診断の既往歴について尋ねた結果を表 22 に示す。結果、「診断無し」という回答が 46.6% と最も多く、「不明」という回答も 15.8% で多かった。診断が把握された中では、強迫性障害や PTSD などを定義に含んだ「神経症性・ストレス関連障害」(16.6%) が最も多く、ついで「その他」(6.8%)、「人格障害」(5.6%)、「感情障害」(4.6%) が多かった。重複診断をのぞいて何らかの診断の既往歴がある事例は 1174 事例(35.7%) であった。なお本研究ではひきこもり事例の定義上の問題から統合失調症は除外している。

6) 本人の不登校経験

「小学校」「中学校」「高等学校」「短期大学・大学」それぞれにおける本人の不登校経験を尋ねた(表 23)。なお、高等学校・大学などについては、「不登校」という概念は本来的にはそぐわないが、本研究では便宜的に使用することとした。

それによると不登校経験有の事例は、事例全数に対して、「小学校」11.4%、「中学校」31.6%、「高等学校」33.0%、「短期大学・大学」12.3%の割合で認められた

また、得られた回答をもとに集計したところ、「小・中学校いずれかでの不登校経験」は全事例に対して 33.5%で認められ、「小・中・高・短大・大学いずれかでの不登校経験」では 61.4%で見られた。

ただし、本調査項目については教育機関の段階があがるほど欠損値が増えている上での結果であることに注意されたい。

7) 本人の就労・アルバイト経験

本人の就労・アルバイト経験については、「経験あり」が 53.1%、「経験なし」が 40.3%であった(表 24)。なお不登校経験と就労・アルバイト経験の関連をみると、「小中学校でのいずれかの不登校経験あり」群では就労経験のあるものが 33.2%、「不登校経験なし群」では就労経験のあるものが 65.6%であった(表 25)。

8) 提供された支援

提供された支援で多いものは「家族への個別来所相談」(79.5%)、「家族向けの家族教室・心理教育」(29.9%)、「本人への個別来所相談」(28.5%)、「電話相談」(24.0%)などであった(表 26)。本人を対象とした面接以外の支援の実施率は、ひきこもり専門のデイケ

ア(7.8%)、他障害と合同のデイケア(3.8%)、就労・進学 of 組織的支援(各 1.7%、0.5%)など低かった。

また、機関調査と比較した場合、機関として取り組んではいるものの、個別の事例での実施率が低い支援項目も「家庭訪問」や「他の資源との連携による支援」などで見られた。機関調査回答では「医師訪問」が 55.4%、「その他専門職訪問」では 18.1%に対して、個票では「専門職訪問」がされている事例は 18.1%である。また、他資源との連携による支援は、機関調査回答では 51.6%であったが、個票回答では 20.7%であった。

9) 連携先機関

ひきこもり支援に関して連携した専門機関を尋ねた。結果を表 27 に示す。最も多い回答は「該当なし」(43.0%)で担当機関単独で支援している事例が半数近くであった。次いで「精神科医療機関」(26.9%)「精神保健福祉センター」(10.8%)などであった。

「精神障害者小規模作業所」(1.6%)「地域生活支援センター」(0.9%)「職親登録事業所」(0.3%)など、従来の精神障害者向け機関・サービスなどとの連携率は低かった。

10) 家庭内暴力がある場合の避難の有無

家族間に何らかの家庭内暴力がある場合、家庭外への避難があるかどうかについて尋ねた(表 28)。その結果、「家族の避難あり」が 31.2%、「本人の避難あり」が 1.6%、「非難はない」が 51.3%であり、家庭内暴力の存在する事例のうち、暴力からの避難が 3 割近く存在することがわかった。

避難者が家族の場合の続柄では、「母親」が 50.2%、「父親」が 12.4%、「両親」が 11.2%であった(表 29)。

家族の避難先では「その他」が45.1%、「親類・知人宅」38.2%、「女性センターなどシェルター」は3.4%であった(表30)。

11) 対象者の現在の状態

対象者の平成14年3月現在での援助状況について表31に示す。現在の援助状況については「援助継続中」が56.9%、「中断・音信不通」が24.1%、「援助終了」が16.0%であった。

援助が終了している場合の本人の状況を複数回答で尋ねた(表32)。終了した事例のうちで回答が多かったのは「改善は特に見られないまま終了」(25.9%)、「ひきこもってはいるが困難間・不安感が減少した」(16.3%)、「家庭関係の改善」(14.2%)であった。ひきこもっている状態像そのものの変化と関連している状況については、「非常勤・アルバイトの終了」が8.1%、「教育機関への就学」が5.3%、「常勤の就労」が1.3%、「その他の社会的活動への参加」が6.1%であった。

援助が継続している場合の現在の活動範囲を表33に示す。「就学・就労はしているが援助継続中」が6.9%、「友人とのつきあい・地域への活動には参加」が13.4%、「外出可能」41.1%、「条件付外出可能」16.3%、「外出不可能で家庭内では自由」13.0%、「自室で閉じこもっている」6.1%であった。

なお、援助終了時もしくは援助継続中の場合平成14年3月に就学・就労が調査項目の回答上から確認されたのは206事例(全事例中の6.3%)であった(表34)。

12) 支援提供の様式

なお、支援内容の項目から、支援提供が誰に対して行われているか、という支援提供の様式を「家族のみ」「本人と家族」「本人のみ」「その他の類型」に分類した集計を表に示

す。「家族のみ」が59.8%、「本人と家族」が25.1%、「本人のみ」が9.0%、「その他の類型」が6.1%であった(表35)

E. 考察

1. 相談件数について

平成13年度における倉本の調査¹⁾では、実数・延べ数が区別されていないものの、精神病でないひきこもりの相談は、電話相談2464件、来所相談3759件であった。集計方法が異なるため、安易に比較をして断ずることはできないが、今回の調査ではいずれの数字も上回っていることから(電話相談(延べ)9986件、来所相談(実数)4083件)ひきこもりに関する相談が近年増加している様子がうかがえる。

また、精神保健福祉センターでは精神保健福祉相談の内のひきこもり相談の割合が保健所と比して高いこと、ひきこもりの全事例のうち精神保健福祉センターでうける割合が多いことなどから、精神保健福祉センターが現在ひきこもり援助において中核的な役割を果たしていることが推測された。

政令指定都市を有する都道府県ではひきこもりの相談が多く見られたが、このことはこれらの自治体に人口が多く、また援助の中核となる精神保健福祉センターの施設数が多いことが影響しているものと思われる。各都道府県の人口比で除すと、この傾向はなくなることから、「都市圏にひきこもりが多く生じる」とは、安易にはいえないように思われる。

各保健所・精神保健福祉センターにおけるひきこもり来所相談の数については、1つの保健所での事例数は多くないことがわかった(平均4.0事例(SD=6.3)最頻値0.0、中央値2.0)。しかしこれをして実際に地域にひきこもり事例が少ない、と結論づけることは避

けたい。なぜならば住民が保健所をひきこもりに関して相談しうる機関として認知していない可能性や、精神科医療機関など他の援助資源にアクセスしている可能性もあるからである。しかし現時点で1保健所あたりの事例数が多くないという事実は、本人・家族の来所相談や電話相談といった従来援助以外の新規サービスを組織化・展開できない状態の原因のひとつになっているかもしれない。

一方精神保健福祉センターでは、機関ごとに事例数のかなりのばらつきが存在する。キャッチメントエリア内の人口の多寡も影響していると思われるが、センターは基本的には県庁所在地・政令指定都市などの大都市に位置することから、ひきこもり事例への対応のあり方にセンター間で地域差があることを示していると思われる。今後こうした地域格差をどのように解決していくかが課題となるであろう。

2. 提供されている支援について

1) 支援の開始について

相談・支援を開始するにあたり、開始時に本人が登場する割合は218事例(6.6%)と極めて少なかった。外出や対人接触到に恐怖感・不安感をもつことが中核的な問題であるひきこもり事例にとって、本人自らが援助機関に接触することの難しさを表している。

逆に、このことは本人の登場しないままでも、家族を相談の主体とした相談を始めることが、問題解決の糸口を掴むうえで重要であることを示している。特に精神科を含め医療機関は、保健診療上の枠組みや本人の受診を条件としたこれまでの医療モデルが前提にあるため、本人不在のまま援助活動を開始しにくい面もあると思われる。保健所・精神保健福祉センターなどで、「家族のみの相談には応

じていない」と回答した機関は少なく、これら公的機関で家族を主体とした相談に積極的に門戸を開くことは、今後のひきこもり支援の上で「家族支援」というモデルを提示する意味でも望ましいと考えられる。

また実際に関与中に本人の個別来所相談を提供したとする事例は28.5%であった。本人の来所相談が継続して行われているかどうかは本調査からは不明であるが、相談を継続する中で本人との接触を持ちうることを示している。また来談の経路の中で学校や警察・福祉事務所など他機関からの紹介による事例は全体の2割近く存在し、少なくない。本人・家族が何らかの機関にアクセスした際に、保健所・精神保健福祉センターなど適切な援助機関につながるができるように、機関間の連絡・連携をしておく重要であることを示唆している。

なお、事例の半数が電話相談によって開始されていたことや、機関でひきこもり専用の窓口が設置されることは少なかったことを考慮すると、一般の電話相談に関与する援助職がそのことを意識化し、ひきこもり事例に対応しうる電話相談体制を準備しておくことが重要であると思われる。

2) 提供されている支援の内容

上述したようにひきこもり事例では開始時に本人が不在であることが多く、家族相談から解決の糸口をさぐる必要がある。また、家族を本人と相談機関をつなぐ役割としてとらえるだけでなく、ひきこもり事例の家族では家族機能の健康度および精神的健康度の低下が見られることから⁴⁾、家族を主体にした相談・援助を開始するという枠組みで臨むことが望ましい。この点については、ほとんどの機関について家族の個別来所相談を実施して

おり（保健所 97.0%、センター98.4%）また「家族だけの相談に応じていない」とする機関は少なかった（保健所 1.6%、センター 5.0%）ことから、多くの機関で「家族主体の相談」という枠組みがとられてきていると考えられる。

また、家族支援に関しては、家族教室・心理教育を実施している機関は少なくなく（保健所 18.0%、センター60.7%）今後実施を予定している機関も多かった（保健所 9.9%、センター28.8%）ことから、統合失調症などの既存の支援で培われた家族支援の技術を応用していくことが期待される。

本人向けの支援については、「ひきこもり専門のデイケア」などの取り組みを実施している精神保健福祉センターは少なくない（23.0%）が、保健所で実施している機関は乏しかった（1.1%）。しかし保健所については1機関における事例数が乏しい機関が多いことから、そのような機関にひきこもり専門のデイケア活動の組織化を望むのは困難であることも予想される。逆に「他障害と合同のデイケア・グループ活動」の実施度は比較的して多いことから（18.0%）、他障害のデイケア・デイサービスや思春期対策など他の既存事業を積極的に活用していくことも今後の検討課題であるだろう。

また不登校経験者が多いこと、就労経験者が少ないことを考慮すると、就学・就労についての支援はひきこもりという状態からの回復の上で重要であると考えられる。しかし、現在これらについて組織的な支援は十分に行われてはいない。ハローワークや若者向けの就労支援事業など他の資源・事業とより積極的に連携を結ぶことや、ひきこもっている本人に対する就労・就学を支援するNPOなどを積極的に助成・育成していくことなどが今後

重要性を増していくと考えられる。

なお、個別の支援の中で関係している資源として「精神障害者小規模作業所」「地域生活支援センター」など従来の精神障害者向けサービスの関係は極めて少ないことも明らかになった。これらの従来の精神障害向けのサービス・制度を就労や社会参加のうえで、活用・応用していくことについて今後さらに検討が必要であろう。

3) 機関間の連携について

本調査では小・中学校いずれかにおける不登校経験者は、ひきこもり来所相談事例の33.5%であった。倉本らの調査（2001）¹⁾でも40.7%に不登校経験があるといわれており、逆に不登校経験者のうち5年後で「就学就労をしていないもの」は23%であったという森田らの報告⁴⁾もあり、不登校とひきこもりに関しては関連があると思われる。こうした義務教育年齢における不登校事例への対応について、保健所・センターでは、児童相談所・公立の教育相談機関などに振り分けるという回答が多くあげられている。しかし、加齢における事例のひきつぎについては十分ではないという意識が保健所・センターには存在することが明らかになった。今後、不登校からひきこもりへの遷延化防止という点において、不登校事例の予後や、児童相談所や教育相談機関との連携について検討していくことも課題であろう。

4) ひきこもり本人の生活状況

現在の年齢については、20代を中心としながらもかなり多様な年齢層を含んでいる。注目すべきは35歳を超えるものも少なくない点である。またひきこもりの継続期間とまでは言えないが、最初の問題発生から10年が経

過している事例も少なくなく、現在のひきこもり事例が長期化した場合、こうした壮年期の事例数も増加していくことが懸念される。年齢が高くなると通常の就学・就労といった社会参加上の困難が多くなることが予想されることから、今後壮年期以降のひきこもり対策について検討していく必要もあるだろう。

本人の活動範囲については、「自室で閉じこもっている」という状態を呈する者も少なくはない。しかし外出可能で地域の活動への社会参加もあるものや、家庭内では自由であるなど、一概に「ひきこもり」といってもその活動範囲は様々であることが明らかになった。本人の活動範囲に留意し、提供可能な支援や利用可能な資源を検討していくことが望ましい。

ひきこもり状況下でさまざまな問題行動が生じることはこれまでも報告されている¹⁾³⁾⁵⁾⁶⁾。本研究のひきこもり事例においては、家族外に対する対他的な問題行動を呈するものは多くないながらも、およそ2割で家庭内暴力の問題が存在し、4割で家族関係に直接影響を与える問題（器物破損や家族への支配的言動など）が見られた。小林ら⁵⁾の調査では、本人が家族を拒否していたり、支配的な言動があるなど家族関係に緊張のある場合、家族機能や精神的健康度が低いことが示唆されている。これらから、家族関係に問題が生じやすいひきこもり事例では、暴力に対する緊急時対応も含め、家族関係を調整するための適切なサポートが必要であることが再確認された。また、家庭内暴力が存在する事例について確認されただけでも3割の家族について避難が生じており、その避難者の半数は母親であったが、女性センター等シェルターの使用はきわめて少なかった。アクセス可能な範囲にそうした公的資源が存在するかどうか、

といった問題もあるが、今後DVに対応する女性センターなどへのひきこもり事例の緊急的な受け入れが検討課題になると思われる。

強迫的な行為、被害的な言動、食行動異常など、精神症状としての把握が検討される行為も、事例のうち少なくない割合で見られた。診断についても、神経症圏や感情障害を中心として35.6%の事例に何らかの既往歴があった。別所ら³⁾の報告では、調査項目に本研究では存在しない「統合失調症」の項目が存在するものの、32.8%の事例に精神医学的診断がついており本研究の結果に類似している。強迫行為などの問題が例えば強迫性障害といった明確な精神障害としてとらえるものかどうか、あるいは、精神症状的な問題や報告された診断の障害がひきこもる前からの一次的なものなのか/ひきこもることによって生じた二次的なものかについてはさらに詳細な情報収集が必要であり本研究では明らかにできない。しかし、いずれにせよ、こうした問題や診断の存在は、精神医学的な対応が様々な援助活動の一環として検討される一群が存在することを示唆するものである。

5) 本人の転帰について

2002年1月から12月までに保健所・精神保健福祉センターで支援したひきこもり事例のうち、援助を終了した者は16.0%(528事例)で、56.9%(1875事例)は援助継続中であり、長期的な関わりを必要としていることが明らかになった。また、現在「中断・音信不通」の事例は24.1%(792事例)と、援助を終了したものを上回っていること、また終了した場合においても「改善は特に見られないまま終了」したものが27.7%(137事例)存在することなどから、継続的に支援することの難しさが浮き彫りになった。中断した事例の中断

理由などは本調査からは明らかではないが、長期的な関わりを必要とし明確な変化の見えにくいひきこもり事例において、相談者の援助継続のためのモチベーションを維持することや、支援者のバーンアウトなどの問題に今後留意が必要かもしれない。

また、終了した場合においても就学・就労といった形で終了は少なく、援助終了時または調査時点で就学・就労が確認されたのは全体の6.3%にとどまった。ひきこもり支援における支援目標は就学・就労といった形での変化が目標ではないとしても、ひきこもりからの回復について重要な視点であることにかわりはなく、就労・就学支援についての援助モデルの呈示が今後重要な検討課題であると思われる。

6) 精神保健福祉センター・保健所の役割

精神保健福祉センター・保健所では、多くの機関でひきこもり事例への対応を何らかの枠組みで行っていた。また多くの機関で家族相談を実施していた。既に述べたように、医療機関においては、家族のみの相談が多いひきこもり支援に乗り出しにくい現状もあると思われる。家族が身近に相談しうる援助機関としての保健所・精神保健福祉センターへの期待は大きいといえよう。

また、精神保健福祉センターでは、保健所と比べて提供しているサービスの種類・関与している事例は明らかに多い。機関としての人員や予算の問題のみならず、事例数が多いことはデイケアや家族教室など組織化された支援も構築しやすく様々なサービスを展開しやすい面もあると思われる。こうした点で、精神保健福祉センターはひきこもり支援の上で各都道府県における中核的な位置をしめているといえ、期待は大きい。また今回の調査

では、研修事業・講演会・広報類の作成を行っているセンターも少なくないことがわかった。先駆的に開発された援助モデル・援助技術を研修事業などで保健所など他資源などへ広めていくことや、地域住民へのひきこもり支援に関する情報発信をすることなど、各都道府県におけるひきこもり支援についての情報を集約し、発信する役割をになうことも必要であると考えられる。

一方保健所は、地域における第一線の身近な相談機関としてその役割は大きい。また保健所は精神保健福祉センターと比較して、専門職による訪問活動が活発である。訪問活動によるサービスの提供の有効性は下時点では明らかではなく今後の検討が必要であるが、支援上のニーズを自ら来談して表明することの難しいひきこもりの本人にとって、保健師など専門職による訪問による相談・サービスの提供は大きな可能性をもつものであるといえるだろう。ただし、保健所の「支援技術の提供」へのニーズは高いことから、これらの支援活動をバックアップする面でも精神保健福祉センターなどによる研修事業の実施が必要であろう。

7) 地域資源の開発について

しかし、ひきこもり事例に関しての対応についての困難感保健所・精神保健福祉センター両者ともに決して少なくない。また「回復後につながる場の確保」「他の専門機関の充実」といった、自機関ではない他資源へのニーズは多い。フリースペースの開設や就学・就労支援などのひきこもり支援を行っているNPO法人や自助集団を財政面でも補助しながら育成していくことが重要であると思われる。

また、精神保健福祉センターが中核的な役

割を担うことが期待されるとはいつても、各都道府県に1ヶ所の設置が基本であるセンターへのアクセシビリティは地域住民にとって必ずしもよいものではなく、実際の利用には問題がある場合も多いと思われる。本人向けの宿泊施設を併設するような民間施設への助成なども考えうるであろう。ただし、これらの助成・育成を行うためには、第三者的な視点による適正な事業評価活動なども今後必要になってくると考えられる。また、訪問活動についても今後メンタルフレンドやボランティアの育成など、訪問活動をサポートするような事業の展開が検討されるかもしれない。

なお、これらの支援体制の整備とともに、機関で行われている援助や他資源の情報について、地域の家族や本人が知り、活用できるように、インターネットや広報・パンフレットなどによって情報発信していく事業の推進も重要であろう。

F. 総括

通学・就労といった社会参加や対人的な交流を行わずに自宅を中心とした生活おくるひきこもりとよばれる状態を呈する人々に関する社会的関心が高まっている。

本研究では 全国の保健所・精神保健福祉センターにおける現在の相談・支援状況を把握し、支援した事例に関する情報を収集し、ひきこもり支援のあり方を考えるうえで必要となる基礎資料を作成することを目的とした。

平成14年1月から12月間の全国の保健所・精神保健福祉センターにおけるひきこもりに関する相談は、電話相談9986件9986件(延べ) 来所相談で4083件(実数)であり、あわせて14069件であった。ひきこもりに関する支援について「家族の個別来所相談」「本人の個別来所相談」「電話相談」などは両機関

においてほとんどの箇所で開催されていた。

また、本人が援助場面の登場することが少ないひきこもり支援の糸口として重要なだけでなく、家族の精神的健康を保持するために必要であると言われている家族支援については、「家族だけの相談には応じていない」とする機関は少なく、また精神保健福祉センターでは機関主体の家族教室・家族主体の家族相談会を積極的に開催・支援していた。特に精神保健福祉センターでは保健所に比較して事例が集積していること、サービスの内容も比較的多彩であることなどから、今後の支援の中核となることが期待される。

ひきこもりを呈している本人については平均年齢は26.7歳、男女比は男性76.9%、女性23.1%であった。本人の問題行為について、近隣への迷惑行為などを含む対他的な問題行為を呈する事例は少ないものの、家庭内暴力の存在するもの、器物破損や家族の拒否など家庭関係に影響を与える行為のある事例は多く、家族関係の調整・支援についての必要性が示唆された。また、全事例のうち小・中学校における不登校経験者は33.5%であり、不登校とひきこもりとの関連を今後検討していく必要が示された。

全事例のうち調査時点で援助が終了しているのは16.0%、援助が継続されているのは56.9%、中断・音信不通が24.1%であり、援助に長期的な関わりが必要であることが示されると同時に、中断事例がかなり存在することが明らかになった。

なお、援助終了時ないし現在継続中の場合の調査時点で就学・就労が確認された割合は少なく、就学・就労などの再社会参加への支援体制をどのように充実させていくかが今後の課題であると考えられた。

本研究は「こころの健康科学研究事業：地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究(H12-こころ-001)の一環として行われた。調査にご協力頂いた方々、および保健所・精神保健福祉センターの皆さまに深く感謝いたします。

文献

- 1)倉本英彦：ひきこもりの現状と展望,こころの臨床アラカルト 20(2)：231-235,2001
- 2)障害保健福祉総合研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 (H-12-障害-008)：10代20代を中心とした「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン(暫定版),2001
- 3)別所晶子ら：「ひきこもり」についての相談状況調査報告書,2001
- 4)森田洋司ら：不登校に関する実態調査,平成5年度不登校生徒追跡調査報告書,2001
- 5)小林清香ら：「社会的ひきこもり」を抱える家族に関する実態調査,精神医学 45(7)：749-756,2003
- 6)斎藤環：社会的ひきこもり - 終わらない思春期,PHP 新書,1998

表1 都道府県における精神保健福祉相談・ひきこもり相談（施設別）

| | 総計 | | 保健所 | | | | 政令指定都市 精神保健福祉センター | | | | 都道府県 精神保健福祉センター | | | | | |
|------|--------------|--------|-------------|------|--------------|--------|----------------------|------|--------------|------|--------------------|-----|--------------|-------|-------------|------|
| | 精神保健福祉 相談 | | ひきこもり 相談 | | 精神保健福祉 相談 | | ひきこもり 相談 | | 精神保健福祉 相談 | | ひきこもり 相談 | | 精神保健福祉 相談 | | ひきこもり 相談 | |
| | 電話 | 来所 | 電話 | 来所 | 電話 | 来所 | 電話 | 来所 | 電話 | 来所 | 電話 | 来所 | 電話 | 来所 | 電話 | 来所 |
| 北海道 | 24140 | 5481 | 535 | 278 | 17568 | 4671 | 308 | 147 | 3504 | 367 | 155 | 82 | 3068 | 443 | 72 | 49 |
| 青森県 | 4000 | 794 | 58 | 31 | 2063 | 592 | 33 | 22 | | | | | 1937 | 202 | 25 | 9 |
| 岩手県 | 2470 | 639 | 59 | 26 | 1312 | 436 | 18 | 7 | | | | | 1158 | 203 | 41 | 19 |
| 宮城県 | 14180 | 3473 | 53 | 99 | 6797 | 2842 | 53 | 59 | 3264 | 401 | | 35 | 4119 | 230 | 416 | 5 |
| 秋田県 | 2506 | 456 | 64 | 20 | 1649 | 415 | 21 | 18 | | | | | 857 | 41 | 43 | 2 |
| 山形県 | 5613 | 646 | 76 | 34 | 4235 | 503 | 67 | 32 | | | | | 1378 | 143 | 9 | 2 |
| 福島県 | 4056 | 1160 | 64 | 52 | 3358 | 1060 | 31 | 28 | | | | | 698 | 100 | 33 | 24 |
| 茨城県 | 9136 | 2088 | 31 | 30 | 5965 | 1402 | 20 | 14 | | | | | 3171 | 686 | 11 | 16 |
| 栃木県 | 6334 | 1327 | 97 | 45 | 5361 | 1089 | 47 | 25 | | | | | 973 | 238 | 50 | 20 |
| 群馬県 | 7081 | 2085 | 102 | 43 | 4025 | 1874 | 35 | 23 | | | | | 3056 | 211 | 67 | 20 |
| 埼玉県 | 32411 | 6165 | 544 | 141 | 25866 | 5706 | 393 | 95 | | | | | 6545 | 459 | 151 | 46 |
| 千葉県 | 22111 | 2888 | 172 | 66 | 12893 | 2420 | 157 | 52 | 646 | 240 | 15 | 14 | 8572 | 228 | | |
| 東京都 | 115485 | 20606 | 1217 | 464 | 88626 | 19309 | 867 | 315 | | | | | 26859 | 1297 | 350 | 149 |
| 神奈川県 | 74846 | 16869 | 1092 | 356 | 68238 | 16614 | 702 | 227 | 3474 | 160 | 236 | 83 | 3134 | 95 | 154 | 46 |
| 新潟県 | 11658 | 2335 | 111 | 51 | 10728 | 2162 | 62 | 27 | | | | | 930 | 173 | 49 | 24 |
| 富山県 | 8103 | 1556 | 222 | 111 | 6772 | 1097 | 155 | 44 | | | | | 1331 | 459 | 67 | 67 |
| 石川県 | 6582 | 1144 | 122 | 59 | 3602 | 765 | 35 | 24 | | | | | 2980 | 379 | 87 | 35 |
| 福井県 | 5254 | 1372 | 134 | 84 | 4390 | 979 | 104 | 28 | | | | | 864 | 393 | 30 | 56 |
| 山梨県 | 5837 | 918 | 87 | 26 | 3513 | 735 | 21 | 6 | | | | | 2324 | 183 | 66 | 20 |
| 長野県 | 5801 | 1427 | 187 | 61 | 4855 | 1427 | 117 | 29 | | | | | 946 | | 70 | 32 |
| 岐阜県 | 4671 | 1142 | 44 | 41 | 2331 | 1010 | 8 | 6 | | | | | 2340 | 132 | 36 | 35 |
| 静岡県 | 12532 | 2899 | 126 | 101 | 8315 | 2611 | 98 | 50 | | | | | 4217 | 288 | 28 | 51 |
| 愛知県 | 28461 | 11354 | 211 | 126 | 25102 | 10839 | 119 | 66 | 1665 | 273 | 44 | 25 | 1694 | 242 | 48 | 35 |
| 三重県 | 8335 | 1422 | 86 | 24 | 4752 | 716 | 61 | 21 | | | | | 3583 | 706 | 25 | 3 |
| 滋賀県 | 8084 | 1366 | 210 | 73 | 6868 | 1209 | 210 | 73 | | | | | 1216 | 157 | | |
| 京都府 | 14281 | 4821 | 284 | 105 | 10225 | 4518 | 129 | 63 | 3076 | 145 | 120 | 20 | 980 | 158 | 35 | 22 |
| 大阪府 | 29141 | 13744 | 593 | 266 | 29141 | 13744 | 471 | 163 | | | | | 3710 | 553 | 122 | 103 |
| 兵庫県 | 28283 | 8280 | 262 | 127 | 24944 | 8050 | 211 | 77 | 1310 | 26 | 14 | 4 | 2029 | 204 | 37 | 46 |
| 奈良県 | 1354 | 1116 | 111 | 45 | 547 | 1079 | 38 | 24 | | | | | 807 | 37 | 73 | 21 |
| 和歌山県 | 5260 | 2181 | 31 | 15 | 4714 | 2134 | 24 | 12 | | | | | 546 | 47 | 7 | 3 |
| 鳥取県 | 2820 | 520 | 97 | 52 | 2165 | 170 | 52 | 27 | | | | | 655 | 350 | 45 | 25 |
| 島根県 | 4538 | 1422 | 21 | 13 | 3948 | 1261 | 16 | 8 | | | | | 590 | 161 | 5 | 5 |
| 岡山県 | 11163 | 3096 | 309 | 67 | 10829 | 2373 | 305 | 42 | | | | | 334 | 723 | 4 | 25 |
| 広島県 | 18238 | 5218 | 313 | 165 | 15328 | 4477 | 156 | 70 | 1738 | 220 | 64 | 34 | 1172 | 521 | 93 | 61 |
| 山口県 | 9328 | 1443 | 183 | 58 | 8353 | 1260 | 159 | 28 | | | | | 975 | 183 | 24 | 30 |
| 徳島県 | 4731 | 997 | 110 | 74 | 3897 | 740 | 77 | 36 | | | | | 834 | 257 | 33 | 38 |
| 香川県 | 5020 | 3025 | 52 | 21 | 3540 | 570 | 52 | 21 | | | | | 1480 | 2455 | | |
| 愛媛県 | 7038 | 2056 | 34 | 40 | 5320 | 1033 | 34 | 38 | | | | | 1718 | 1023 | | 2 |
| 高知県 | 4439 | 928 | 273 | 72 | 3239 | 780 | 233 | 57 | | | | | 1200 | 148 | 40 | 15 |
| 福岡県 | 39343 | 9906 | 578 | 182 | 35032 | 9358 | 380 | 134 | 2401 | 312 | 119 | 26 | 1910 | 236 | 79 | 22 |
| 佐賀県 | 4542 | 978 | 89 | 25 | 3523 | 604 | 67 | 12 | | | | | 1019 | 374 | 22 | 13 |
| 長崎県 | 6298 | 1216 | 90 | 38 | 5694 | 1133 | 88 | 38 | | | | | 604 | 83 | 2 | 0 |
| 熊本県 | 11388 | 1965 | 152 | 99 | 7686 | 1503 | 15 | 12 | | | | | 3702 | 462 | 137 | 87 |
| 大分県 | 8911 | 2062 | 126 | 66 | 7705 | 1771 | 48 | 20 | | | | | 1206 | 291 | 78 | 46 |
| 宮崎県 | 5258 | 1076 | 69 | 37 | 2981 | 791 | 46 | 24 | | | | | 2277 | 285 | 23 | 13 |
| 鹿児島県 | 8658 | 2327 | 65 | 40 | 7086 | 1949 | 41 | 20 | | | | | 1572 | 378 | 24 | 20 |
| 沖縄県 | 3433 | 1120 | 24 | 34 | 2865 | 964 | 21 | 19 | | | | | 568 | 156 | 3 | 15 |
| 合計 | 666862 | 161662 | 9986 | 4083 | 527946 | 142745 | 6405 | 2383 | 21078 | 2144 | 767 | 323 | 117838 | 16773 | 2814 | 1377 |

図1 各都道府県におけるひきこもりに関する総相談件数

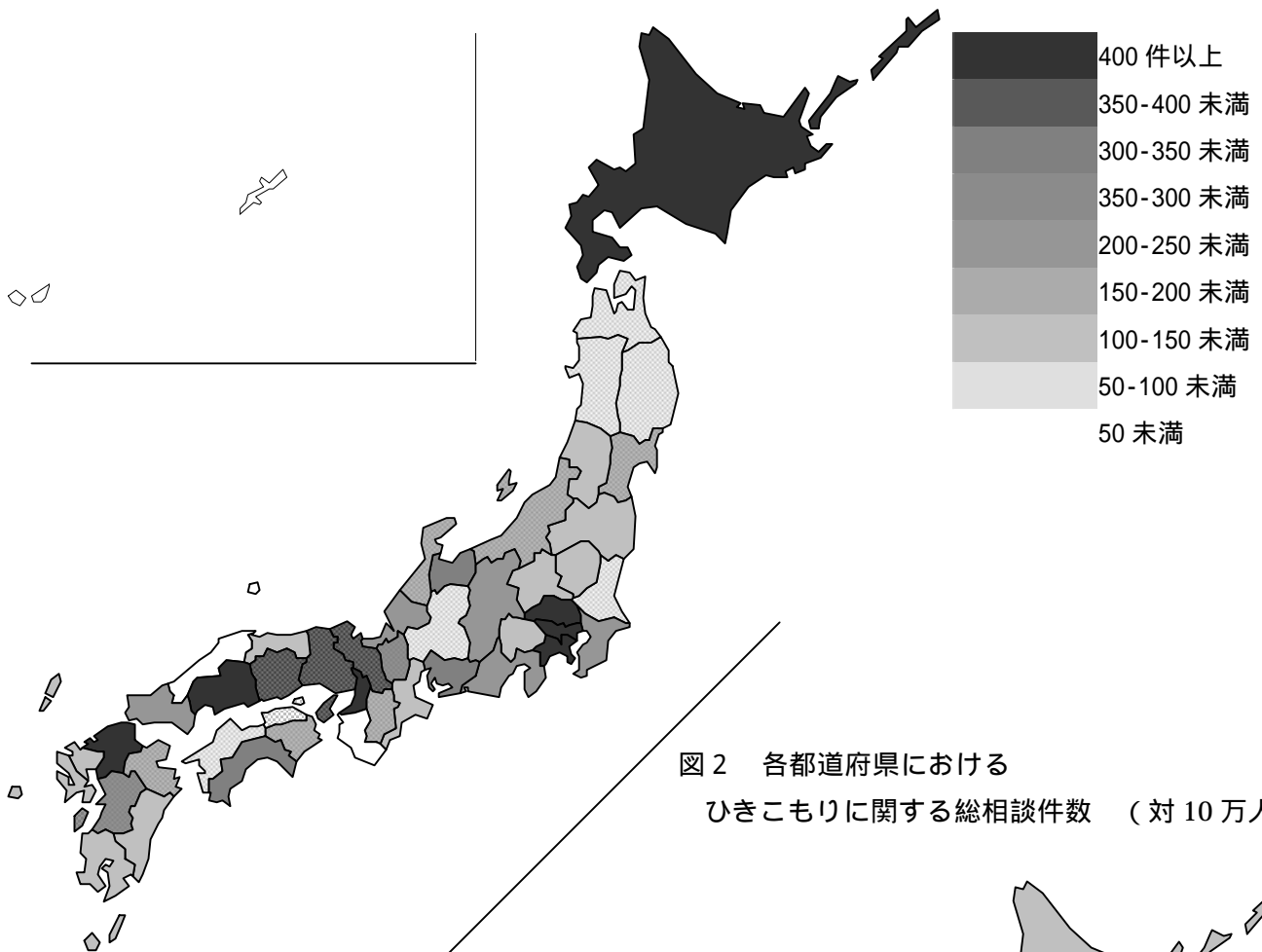


図2 各都道府県における
ひきこもりに関する総相談件数（対10万人）

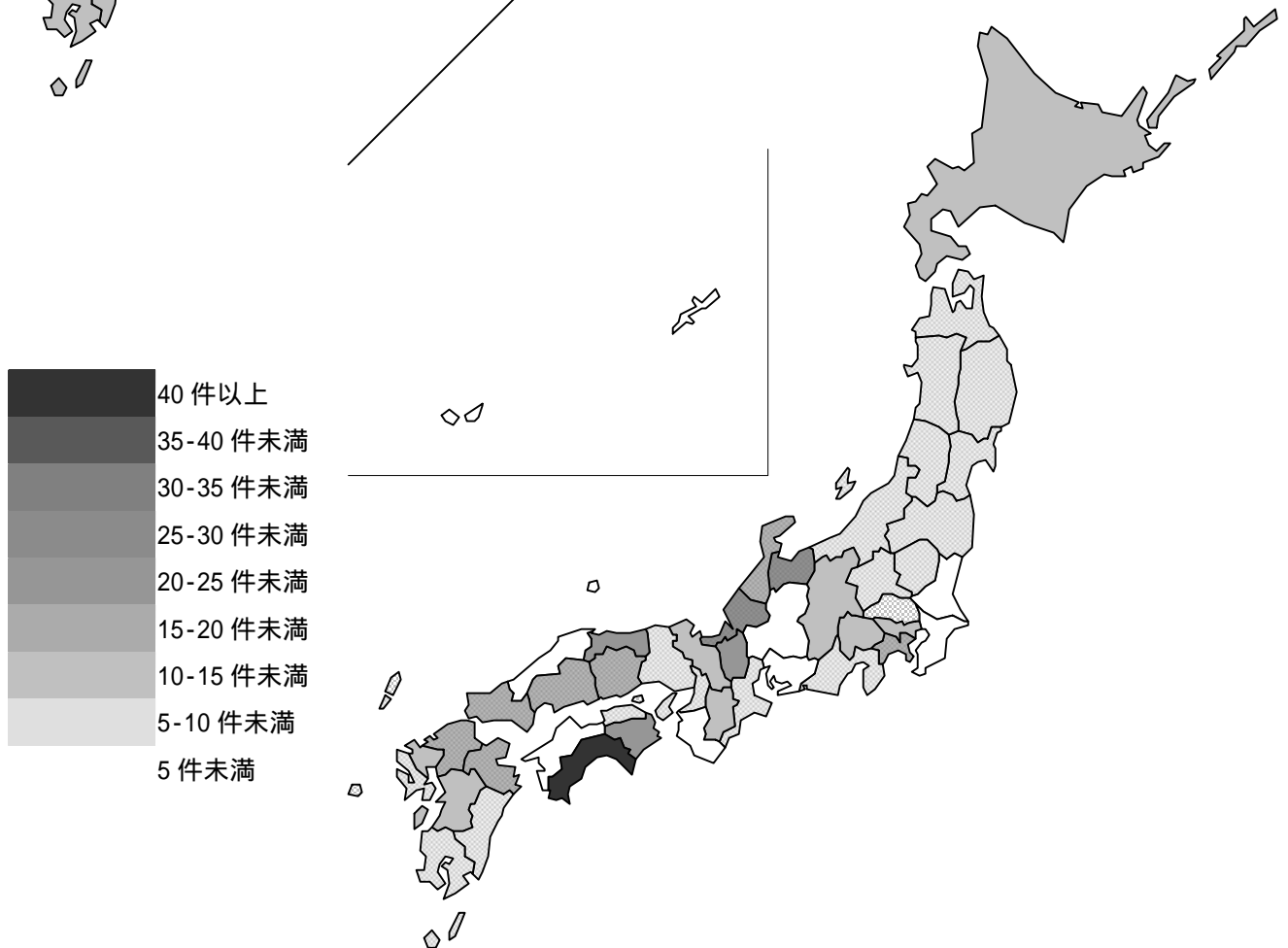


図3 保健所一ヶ所あたりのひきこもり来所相談ケース数 (n=598)

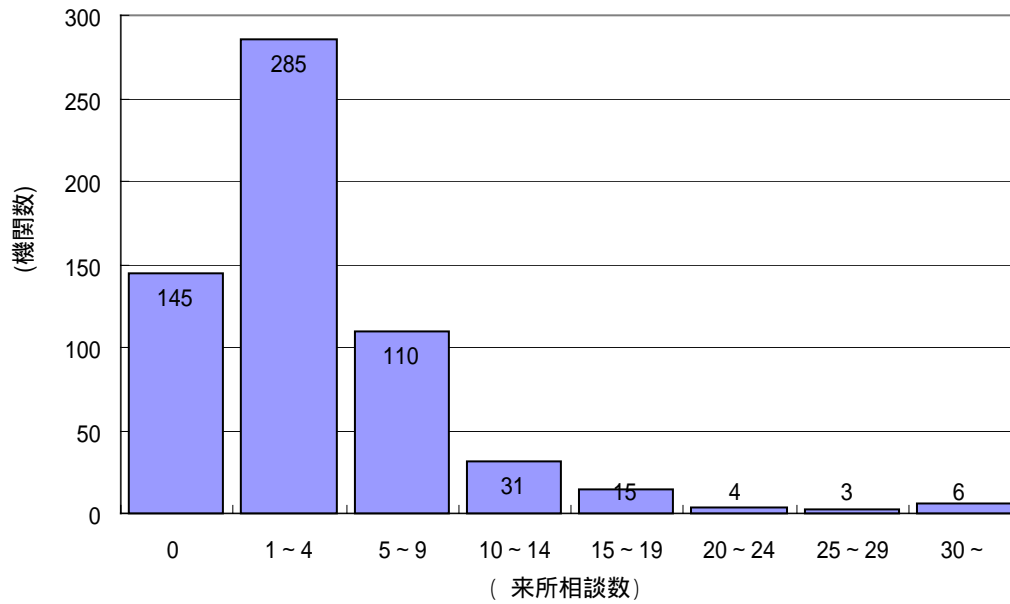


図4 精神保健福祉センター一ヶ所あたりのひきこもり来所相談数 (n=57)

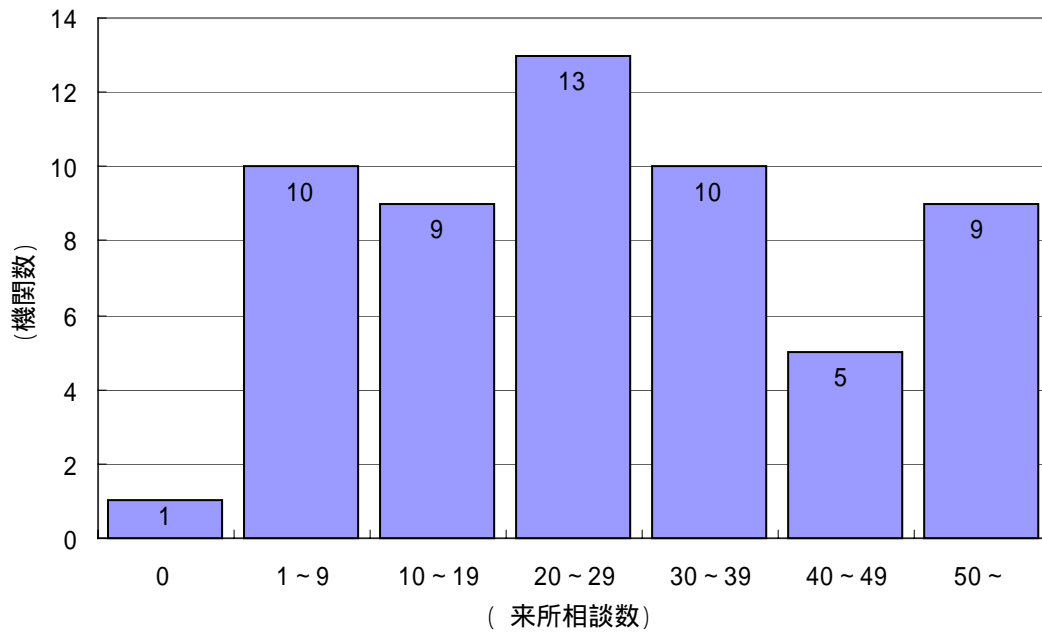


表2 機関としてひきこもり支援に行っている取り組み

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|----------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | N | (%) | n | (%) |
| 本人個別来所談 | 586 | (84.4) | 527 | (83.3) | 59 | (96.7) |
| 家族個別来所相談 | 670 | (96.5) | 610 | (96.4) | 60 | (98.4) |
| 本人薬物療法 | 29 | (4.2) | 4 | (0.6) | 25 | (41.0) |
| 医師による訪問 | 189 | (27.2) | 184 | (29.1) | 5 | (8.2) |
| 他の専門職による訪問 | 382 | (55.0) | 370 | (58.5) | 12 | (19.7) |
| ボランティア訪問 | 9 | (1.3) | 7 | (1.1) | 2 | (3.3) |
| ひきこもり専門のデイケア活動 | 21 | (3.0) | 7 | (1.1) | 14 | (23.0) |
| 他障害と合同のデイケア活動 | 123 | (17.7) | 113 | (17.9) | 10 | (16.4) |
| 就労の組織的支援 | 11 | (1.6) | 7 | (1.1) | 4 | (6.6) |
| 進路相談・進学・組織的支援 | 6 | (0.9) | 5 | (0.8) | 1 | (1.6) |
| 家族教室・心理教育 | 119 | (17.1) | 77 | (12.2) | 42 | (68.9) |
| 他資源との連携による支援 | 356 | (51.3) | 319 | (50.4) | 37 | (60.7) |
| 電話相談 | 626 | (90.2) | 567 | (89.6) | 59 | (96.7) |
| インターネット相談 | 19 | (2.7) | 14 | (2.2) | 5 | (8.2) |
| 講演会開催 | 152 | (21.9) | 113 | (17.9) | 39 | (63.9) |
| 広報類作成 | 79 | (11.4) | 57 | (9.0) | 22 | (36.1) |
| 研修事業 | 53 | (7.6) | 25 | (3.9) | 28 | (45.9) |
| その他 | 48 | (6.9) | 36 | (5.7) | 12 | (19.7) |
| あてはまるものはない | 6 | (0.9) | 6 | (0.9) | 0 | (0.0) |
| 欠損値 | 4 | (0.6) | 4 | (0.6) | 0 | (0.0) |

(複数回答)

表3 ガイドライン後ひきこもりに関する研修を受けたスタッフの有無

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|--------------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | N | (%) | n | (%) |
| 何らかの研修に参加したスタッフがいる | 306 | (44.1) | 265 | (41.9) | 41 | (67.2) |
| 研修には参加したスタッフはいない | 370 | (53.3) | 352 | (55.6) | 18 | (29.5) |
| 欠損値 | 18 | (2.6) | 16 | (2.5) | 2 | (3.3) |

表4 本人・家族への個別相談の体制

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|-----------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | N | (%) | n | (%) |
| 専用窓口にて対応 | 19 | (2.7) | 12 | (1.9) | 7 | (11.5) |
| 既存の窓口にて対応 | 649 | (93.5) | 599 | (94.6) | 50 | (82.0) |
| 本人来所前提・家族のみ相談無し | 13 | (1.9) | 10 | (1.6) | 3 | (4.9) |
| 欠損値 | 13 | (1.9) | 12 | (1.9) | 1 | (1.6) |

表5 本人向けのひきこもり専門デイケアの概況

| | 平均 | 最小-最大 | 最頻値(回答数) |
|------------------|--------|-------|----------|
| 月あたりの平均回数 (n=21) | 4.0 回 | 1-13 | 1 (7) |
| 一回の平均時間 (n=21) | 2.9 時間 | 1-6 | 2 (14) |
| 一回の平均参加人数 (n=21) | 4.9 人 | 1-10 | 4 (9) |

表6 家族向けの会・教室の実施状況

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|-------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | N | (%) | n | (%) |
| 家族主体の相談会の支援 | 39 | (5.6) | 24 | (3.8) | 15 | (24.6) |
| 機関主体の家族教室 | 98 | (14.1) | 60 | (9.5) | 38 | (62.3) |
| 機関主体の講演会 | 54 | (7.8) | 41 | (6.5) | 13 | (21.3) |
| 特に無し | 510 | (73.5) | 496 | (78.4) | 14 | (23.0) |
| その他 | 26 | (3.7) | 19 | (3.0) | 7 | (11.5) |
| 欠損値 | 41 | (5.9) | 40 | (6.3) | 1 | (1.6) |

(複数回答)

表7 電話相談の実施体制

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|----------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | N | (%) | n | (%) |
| 専用窓口で対応 | 4 | (0.6) | 1 | (0.2) | 3 | (4.9) |
| 既存の窓口で対応 | 354 | (52.1) | 304 | (48.0) | 50 | (82.0) |
| 特に設けていないが応じている | 314 | (46.2) | 308 | (48.7) | 7 | (11.5) |
| その他 | 7 | (1.0) | 6 | (0.9) | 1 | (1.6) |
| 欠損値 | 14 | (2.1) | 14 | (2.2) | 0 | (0.0) |

表8 ひきこもり事例の他の機関への分担・振り分けに関する状況

| | | 全体 (n=670) | | 保健所 (n=609) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|----------|----------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | | N | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 義務教育・不登校 | 自機関で担当 | 84 | (12.7) | 71 | (11.8) | 13 | (21.3) |
| | 他機関に振り分け | 238 | (35.8) | 215 | (35.7) | 23 | (37.7) |
| | 個別で判断 | 341 | (51.4) | 317 | (52.6) | 25 | (41.0) |
| 18歳以下就学中 | 自機関で担当 | 144 | (21.8) | 114 | (19.0) | 30 | (49.2) |
| | 他機関に振り分け | 120 | (18.1) | 112 | (18.6) | 8 | (13.1) |
| | 個別で判断 | 397 | (60.0) | 375 | (62.4) | 23 | (37.7) |
| 18歳以下未就学 | 自機関で担当 | 233 | (35.2) | 198 | (33.0) | 35 | (57.4) |
| | 他機関に振り分け | 50 | (7.6) | 44 | (7.3) | 6 | (9.8) |
| | 個別で判断 | 377 | (57.0) | 358 | (59.7) | 20 | (32.8) |
| 19歳以上就学中 | 自機関で担当 | 230 | (34.8) | 192 | (32.0) | 38 | (62.3) |
| | 他機関に振り分け | 35 | (5.3) | 31 | (5.2) | 4 | (6.6) |
| | 個別で判断 | 395 | (59.8) | 377 | (62.8) | 19 | (31.1) |
| 19歳以上無職 | 自機関で担当 | 322 | (48.2) | 280 | (46.1) | 42 | (68.9) |
| | 他機関に振り分け | 16 | (2.4) | 13 | (2.1) | 3 | (4.9) |
| | 個別で判断 | 329 | (49.3) | 314 | (51.7) | 16 | (26.2) |
| 保護者のみの来談 | 自機関で担当 | 276 | (41.2) | 235 | (38.6) | 41 | (67.2) |
| | 他機関に振り分け | 13 | (1.9) | 11 | (1.8) | 2 | (3.3) |
| | 個別で判断 | 380 | (56.7) | 363 | (59.6) | 18 | (29.5) |

表9 義務教育・不登校事例における振り分け先機関

| | 保健所 (n=212) | | 精神保健福祉センター (n=23) | |
|-------------------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | N | (%) | n | (%) |
| 精神科医療機関 | 5 | (2.4) | 4 | (17.4) |
| 心理相談機関 | 3 | (1.4) | 2 | (8.7) |
| 精神保健福祉センター | 9 | (4.2) | 0 | (0.0) |
| 保健センター | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) |
| 保健所 | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) |
| 児童相談所 | 120 | (56.6) | 17 | (73.9) |
| 公立の教育センターなど教育相談機関 | 130 | (61.3) | 14 | (60.9) |
| 民間の支援団体 | 3 | (1.4) | 1 | (4.3) |
| そのほか | 4 | (1.9) | 2 | (8.7) |

複数回答・有効回答のみ集計

表10 加齢による不登校からのひきつき状態

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=663) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|----------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | N | (%) | N | (%) |
| 完全にできている | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) |
| ほぼできている | 64 | (9.2) | 59 | (9.3) | 5 | (8.1) |
| 不十分 | 257 | (37.0) | 227 | (35.9) | 30 | (48.4) |
| 全くできていない | 211 | (30.4) | 190 | (30.0) | 21 | (33.9) |
| 欠損値 | 162 | (23.3) | 157 | (24.8) | 5 | (8.1) |

表 11 ガイドライン後構築・充実させた取り組み

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|----------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | N | (%) | N | (%) |
| 本人個別来所談 | 84 | (12.1) | 69 | (10.9) | 15 | (24.6) |
| 家族個別来所相談 | 121 | (17.4) | 104 | (16.4) | 17 | (27.9) |
| 本人薬物療法 | 2 | (0.3) | 2 | (0.3) | 0 | (0.0) |
| 医師による訪問 | 19 | (2.7) | 19 | (3.0) | 0 | (0.0) |
| 他の専門職による訪問 | 40 | (5.8) | 38 | (6.0) | 2 | (3.3) |
| ボランティア訪問 | 3 | (0.4) | 1 | (0.2) | 2 | (3.3) |
| ひきこもり専門のデイケア活動 | 10 | (1.4) | 5 | (0.8) | 5 | (8.2) |
| 他障害と合同のデイケア活動 | 14 | (2.0) | 11 | (1.7) | 3 | (4.9) |
| 就労の組織的支援 | 1 | (0.1) | 1 | (0.2) | 0 | (0.0) |
| 進路相談・進学の組織的支援 | 1 | (0.1) | 1 | (0.2) | 0 | (0.0) |
| 家族教室・心理教育 | 71 | (10.2) | 53 | (8.4) | 17 | (27.9) |
| 他資源との連携による支援 | 77 | (11.1) | 62 | (9.8) | 15 | (24.6) |
| 電話相談 | 61 | (8.8) | 53 | (8.4) | 9 | (14.8) |
| インターネット相談 | 4 | (0.6) | 4 | (0.6) | 0 | (0.0) |
| 講演会開催 | 68 | (9.8) | 51 | (8.1) | 17 | (27.9) |
| 広報類作成 | 32 | (4.6) | 25 | (3.9) | 7 | (11.5) |
| 研修事業 | 34 | (4.9) | 18 | (2.8) | 16 | (26.2) |
| その他 | 42 | (6.1) | 32 | (5.1) | 10 | (16.4) |
| あてはまるものはない | 338 | (48.7) | 320 | (50.6) | 18 | (29.5) |
| 欠損値 | 102 | (14.7) | 100 | (15.8) | 2 | (3.3) |

(複数回答)

表 12 今後実施する予定の取り組み

| | 全体 (n=541) | | 保健所 (n=494) | | 精神保健福祉センター (n=57) | |
|----------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | N | (%) |
| 本人個別来所談 | 12 | (2.2) | 12 | (2.4) | 0 | (0.0) |
| 家族個別来所相談 | 4 | (0.7) | 4 | (0.8) | 0 | (0.0) |
| 本人薬物療法 | 1 | (0.2) | 1 | (0.2) | 0 | (0.0) |
| 医師による訪問 | 11 | (2.0) | 10 | (2.0) | 1 | (2.1) |
| 他の専門職による訪問 | 10 | (1.8) | 8 | (1.6) | 2 | (4.3) |
| ボランティア訪問 | 5 | (0.9) | 4 | (0.8) | 1 | (2.1) |
| ひきこもり専門のデイケア活動 | 20 | (3.7) | 12 | (2.4) | 8 | (17.0) |
| 他障害と合同のデイケア活動 | 14 | (2.6) | 13 | (2.6) | 1 | (2.1) |
| 就労の組織的支援 | 8 | (1.5) | 3 | (0.6) | 5 | (10.6) |
| 進路相談・進学の組織的支援 | 2 | (0.4) | 2 | (0.4) | 0 | (0.0) |
| 家族教室・心理教育 | 46 | (8.5) | 39 | (7.9) | 7 | (14.9) |
| 他資源との連携による支援 | 37 | (6.8) | 32 | (6.5) | 5 | (10.6) |
| 電話相談 | 4 | (0.7) | 4 | (0.8) | 0 | (0.0) |
| インターネット相談 | 3 | (0.6) | 2 | (0.4) | 1 | (2.1) |
| 講演会開催 | 47 | (8.7) | 44 | (8.9) | 3 | (6.4) |
| 広報類作成 | 26 | (4.8) | 18 | (3.6) | 8 | (17.0) |
| 研修事業 | 16 | (3.0) | 13 | (2.6) | 3 | (6.4) |
| その他 | 31 | (5.7) | 26 | (5.3) | 5 | (10.6) |
| あてはまるものはない | 340 | (62.8) | 326 | (66.0) | 14 | (29.8) |

(複数回答。各項目について既の実施している機関の回答および欠損除く)

表 13 ひきこもりを支援する上での困難感

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|-----------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 困難なく対応できる | 8 | (1.2) | 6 | (0.9) | 2 | (3.3) |
| やや困難 | 220 | (31.7) | 184 | (29.1) | 36 | (59.0) |
| かなり困難 | 452 | (65.1) | 429 | (67.8) | 23 | (37.7) |
| 全く対応できない | 7 | (1.0) | 7 | (1.1) | 0 | (0.0) |
| 欠損値 | 7 | (1.0) | 7 | (1.1) | 0 | (0.0) |

表 14 今後のひきこもり支援の上で必要な取り組み・支援

| | 全体 (n=694) | | 保健所 (n=633) | | 精神保健福祉センター (n=61) | |
|-------------------------|---------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | N | (%) |
| 他の専門機関の拡充 | 589 | (84.9) | 540 | (85.3) | 49 | (80.3) |
| 自機関治療相談体制(システム・マンパワー)充実 | 356 | (51.3) | 317 | (50.1) | 39 | (63.9) |
| 自機関援助職への知識・支援技術の提供 | 441 | (63.5) | 416 | (65.7) | 26 | (42.6) |
| 地域への情報提供・広報の充実 | 321 | (46.3) | 297 | (46.9) | 25 | (41.0) |
| ひきこもり支援の業務上の明確化 | 271 | (39.0) | 252 | (39.8) | 20 | (32.8) |
| 回復後につながることでできる場の確保 | 517 | (74.5) | 466 | (73.6) | 52 | (85.2) |
| その他 | 31 | (4.5) | 26 | (4.1) | 5 | (8.2) |
| あてはまるものはない | 7 | (1.0) | 6 | (0.9) | 1 | (1.6) |
| 欠損値 | 11 | (1.6) | 10 | (1.6) | 1 | (1.6) |

(複数回答)

表 15 ひきこもり本人の性別

| | (n=3293) | (%) |
|----|----------|--------|
| 男性 | 2517 | (76.4) |
| 女性 | 755 | (22.9) |
| 不明 | 21 | (0.6) |

表 16 ひきこもり本人の年齢分布

| | (n=3293) | (%) |
|----------|----------|--------|
| 0-12 | 16 | (0.5) |
| 13-15 | 135 | (4.1) |
| 16-18 | 321 | (9.7) |
| 19-24 | 955 | (29.0) |
| 25-29 | 760 | (23.1) |
| 30-34 | 597 | (18.1) |
| 35- | 466 | (14.2) |
| 欠損値 | 43 | (1.3) |
| 平均年齢 | | (SD) |
| (n=3250) | 26.7 | (8.2) |

表 17 最初の問題発生年齢（不登校含む）

| | (n=3293) | (%) |
|----------|----------|--------|
| 12 歳未満 | 222 | (6.7) |
| 13-15 歳 | 633 | (19.2) |
| 16-18 歳 | 685 | (20.8) |
| 19-24 歳 | 959 | (29.1) |
| 25-29 歳 | 352 | (10.7) |
| 30-34 歳 | 194 | (5.9) |
| 35 歳以上- | 154 | (4.7) |
| 欠損値 | 94 | (2.9) |
| | 平均年齢 | (SD) |
| (n=3199) | 20.4 | (7.5) |

表 18 問題発生から現在年齢までの経過年数

| | (n=3293) | (%) |
|------------|----------|--------|
| 1 年未満 | 136 | (4.1) |
| 1 - 3 年未満 | 819 | (24.9) |
| 3 - 5 年未満 | 569 | (17.3) |
| 5 - 7 年未満 | 437 | (13.3) |
| 7 - 10 年未満 | 448 | (13.6) |
| 10 年以上 | 760 | (23.1) |
| 欠損値 | 124 | (3.8) |
| | 平均 | (SD) |
| (n=3169) | 4.3 | (2.3) |

表 19 本人の来談経路

| | (n=3293) | (%) |
|-----------|----------|--------|
| 家族・親戚(同居) | 2140 | (65.0) |
| 家族・親戚(別居) | 237 | (7.2) |
| 本人から | 218 | (6.6) |
| 知人・友人から | 59 | (1.8) |
| 学校から | 72 | (2.2) |
| 警察から | 17 | (0.5) |
| 福祉事務所から | 104 | (3.2) |
| その他機関から | 433 | (13.1) |
| 不明 | 12 | (0.4) |
| 欠損値 | 1 | (0.0) |

表 20 本人の活動範囲

| | (n=3293) | (%) |
|-------------------|----------|--------|
| 友人とのつきあい・地域活動には参加 | 304 | (9.2) |
| 外出は可能 | 1344 | (40.8) |
| 条件付外出可能 | 687 | (20.9) |
| 外出不可・家庭内では自由 | 560 | (17.0) |
| 自室で閉じこもっている | 321 | (9.7) |
| 不明 | 64 | (1.9) |
| 欠損値 | 13 | (0.4) |

表 21 問題行為(総数・性別別)

| | 総数 | | 男性 | | 女性 | |
|---|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| | n=3293 | (%) | n=2517 | (%) | n=755 | (%) |
| 昼夜逆転 | 1352 | (41.1) | 1061 | (42.2) | 287 | (38.0) |
| 家庭内暴力(本人から親) | 579 | (17.6) | 477 | (19.0) | 100 | (13.2) |
| 家庭内暴力(親から本人) | 53 | (1.6) | 35 | (1.4) | 18 | (2.4) |
| 家庭内暴力(本人以外の家族間) | 54 | (1.6) | 38 | (1.5) | 16 | (2.1) |
| 器物破損 | 496 | (15.1) | 415 | (16.5) | 77 | (10.2) |
| 家族への拒否 | 705 | (21.4) | 561 | (22.3) | 140 | (18.5) |
| 家族への支配的な言動 | 517 | (15.7) | 397 | (15.8) | 117 | (15.5) |
| 強迫的な行為 | 590 | (17.9) | 449 | (17.8) | 137 | (18.1) |
| 被害的な言動 | 477 | (14.5) | 335 | (13.3) | 136 | (18.0) |
| 深夜徘徊 | 61 | (1.9) | 47 | (1.9) | 14 | (1.9) |
| 食行動異常 | 251 | (7.6) | 143 | (5.7) | 106 | (14.0) |
| 薬物問題 | 18 | (0.5) | 14 | (0.6) | 4 | (0.5) |
| 飲酒問題 | 64 | (1.9) | 54 | (2.1) | 10 | (1.3) |
| インターネット・電話の過度な使用 | 192 | (5.8) | 162 | (6.4) | 30 | (4.0) |
| 万引き・盗み | 12 | (0.4) | 11 | (0.4) | 1 | (0.1) |
| いじめ・校内暴力(加害) | 14 | (0.4) | 10 | (0.4) | 4 | (0.5) |
| 性的逸脱行動 | 9 | (0.3) | 7 | (0.3) | 2 | (0.3) |
| 動物や他人への残虐行為 | 10 | (0.3) | 5 | (0.2) | 5 | (0.7) |
| 近隣への迷惑行為 | 82 | (2.5) | 69 | (2.7) | 12 | (1.6) |
| その他の非行・触法行為 | 23 | (0.7) | 23 | (0.9) | 0 | (0.0) |
| いじめ・校内暴力(被害) | 76 | (2.3) | 43 | (1.7) | 33 | (4.4) |
| 自傷行為 | 70 | (2.1) | 30 | (1.2) | 40 | (5.3) |
| 自殺企図 | 105 | (3.2) | 67 | (0.0) | 38 | (5.0) |
| その他 | 371 | (11.3) | 259 | (0.3) | 111 | (0.0) |
| 不明 | 55 | (1.7) | 41 | (10.3) | 12 | (14.7) |
| 該当なし | 624 | (18.9) | 474 | (1.6) | 145 | (1.6) |
| 欠損値 | 60 | (1.8) | 50 | (18.8) | 10 | (1.3) |
| <hr/> | | | | | | |
| 家庭内暴力がある(本人・親・家族間) | 641 | (19.8) | 520 | (20.7) | 119 | (15.8) |
| <hr/> | | | | | | |
| 家族関係に影響を与える行為がある (器物破損・支配的言動・家族の拒否) | 1306 | (40.4) | 1041 | (41.4) | 257 | (34.0) |
| <hr/> | | | | | | |
| 対他的な問題行為がある(万引き・盗み・ いじめ・性的逸脱行動・残虐行為・近隣への迷 惑行為・その他非行・触法行為) | 133 | (4.0) | 112 | (4.4) | 20 | (2.6) |

(複数回答・下欄については重複回答を除いて処理をした)

表 22 本人の精神医学的診断の既往歴

| | (n=3293) | (%) |
|------------------|----------|--------|
| 感情障害 | 153 | (4.6) |
| 神経症性・ストレス関連障害 | 545 | (16.6) |
| 人格障害 | 184 | (5.6) |
| アルコール・薬物関連障害 | 14 | (0.4) |
| AD/HD.LD | 21 | (0.6) |
| 高機能広汎性発達障害 | 60 | (1.8) |
| その他の発達障害・器質性障害 | 57 | (1.7) |
| その他 | 224 | (6.8) |
| 不明 | 520 | (15.8) |
| 診断無し | 1536 | (46.6) |
| 欠損値 | 72 | (2.2) |
| いずれかの診断あり(重複のぞく) | 1174 | (35.7) |

表 24 本人の就労・アルバイト経験

| | (n=3293) | (%) |
|--------------|----------|--------|
| 就労・アルバイト経験あり | 1750 | (53.1) |
| 就労アルバイト経験なし | 1326 | (40.3) |
| 不明 | 169 | (5.1) |
| 欠損値 | 48 | (1.5) |

表 25 小学校・中学校の不登校経験と就労経験

| | 就労・アルバイト経験 | | |
|--------------|-----------------|----------------|--------------|
| | あり | なし | 不明 |
| 小・中での 不登校 | 1126 (65.6%) | 536 (31.2%) | 55 (3.2%) |
| | 361 (33.2%) | 686 (63.1%) | 40 (3.7%) |

(不登校経験不明事例・欠損は除く)

表 23 本人の不登校経験

| | | (n=3293) | (%) |
|-------|---------------------|----------|--------|
| 小学校 | あり | 376 | (11.4) |
| | なし | 2353 | (71.5) |
| | 不明 | 417 | (12.7) |
| | 進学・就学せず | 1 | (0.0) |
| | その他 | 2 | (0.1) |
| | 欠損値 | 144 | (4.4) |
| 中学校 | あり | 1040 | (31.6) |
| | なし | 1773 | (53.8) |
| | 不明 | 350 | (10.6) |
| | 進学・就学せず | 5 | (0.2) |
| | その他 | 2 | (0.1) |
| | 欠損値 | 123 | (3.7) |
| 高等学校 | あり | 1086 | (33.0) |
| | なし | 1189 | (36.1) |
| | 不明 | 313 | (9.5) |
| | 進学・就学せず | 387 | (11.8) |
| | その他 | 16 | (0.5) |
| | 欠損値 | 302 | (9.2) |
| 短大・大学 | あり | 404 | (12.3) |
| | なし | 385 | (11.7) |
| | 不明 | 159 | (4.8) |
| | 進学・就学せず | 1311 | (39.8) |
| | その他 | 12 | (0.4) |
| | 欠損値 | 1022 | (31.0) |
| | 小・中いずれかで 不登校 | 1103 | (33.5) |
| | 小・中・高・大い ずれかで不登校 | 2023 | (61.4) |

表 26 事例に提供されたサービス

| | 総計 | | 保健所 | | 精神保健福祉センター | |
|---------------------|----------|--------|----------|--------|------------|--------|
| | (n=3293) | (%) | (n=1913) | (%) | (n=1379) | (%) |
| 本人の個別来所相談 | 940 | (28.5) | 416 | (21.7) | 524 | (38.1) |
| 家族の個別来所相談 | 2618 | (79.5) | 1493 | (78.0) | 1125 | (81.8) |
| 本人への薬物療法 | 180 | (5.5) | 99 | (5.2) | 81 | (5.9) |
| 専門職の家庭訪問 | 594 | (18.0) | 541 | (28.3) | 53 | (3.9) |
| ボランティアなどの家庭訪問 | 24 | (0.7) | 19 | (1.0) | 5 | (0.4) |
| ひきこもり専門のデイケア・グループ活動 | 258 | (7.8) | 79 | (4.1) | 179 | (13.0) |
| 他障害と合同のデイケア・グループ活動 | 126 | (3.8) | 76 | (4.0) | 50 | (3.6) |
| 就労の組織的支援 | 55 | (1.7) | 31 | (1.6) | 24 | (1.7) |
| 進学の組織的支援 | 16 | (0.5) | 6 | (0.3) | 10 | (0.7) |
| 家族向けの家族教室・心理教育 | 985 | (29.9) | 451 | (23.6) | 534 | (38.8) |
| 他機関・資源との連携 | 679 | (20.6) | 547 | (28.6) | 132 | (9.6) |
| 電話相談 | 791 | (24.0) | 627 | (32.8) | 164 | (11.9) |
| インターネット・電子メール相談 | 23 | (0.7) | 20 | (1.0) | 3 | (0.2) |
| その他 | 264 | (8.0) | 193 | (10.1) | 71 | (5.2) |
| 不明 | 1 | (0.0) | 1 | (0.1) | 0 | (0.0) |
| 該当無し | 26 | (0.8) | 21 | (1.1) | 5 | (0.4) |
| 欠損値 | 13 | (0.4) | 9 | (0.5) | 4 | (0.3) |

(複数回答)

表 27 連携先の機関

| | (n=3293) | (%) |
|----------------|----------|--------|
| 精神科医療機関 | 886 | (26.9) |
| 心理相談機関 | 68 | (2.1) |
| 精神保健福祉センター | 356 | (10.8) |
| 保健センター | 195 | (5.9) |
| 他の保健所 | 164 | (5.0) |
| 精神障害者小規模作業所 | 52 | (1.6) |
| 精神障害者グループホーム | 1 | (0.0) |
| 地域生活支援センター | 31 | (0.9) |
| 職親登録事業所 | 9 | (0.3) |
| 民間の支援団体・自助グループ | 161 | (4.9) |
| 児童相談所 | 93 | (2.8) |
| 学校 | 119 | (3.6) |
| 公立の教育相談機関 | 63 | (1.9) |
| 適応指導教室 | 14 | (0.4) |
| ハローワーク | 22 | (0.7) |
| 警察 | 107 | (3.2) |
| 民間の企業 | 8 | (0.2) |
| その他 | 232 | (7.0) |
| 不明 | 32 | (1.0) |
| 該当無し | 1343 | (40.8) |
| 欠損値 | 173 | (5.3) |

(複数回答)

表 28 家庭内暴力がある場合の避難

| | (n=641) | (%) |
|----------|---------|--------|
| 避難あり(本人) | 10 | (1.6) |
| 避難あり(家族) | 200 | (31.2) |
| 避難なし | 329 | (51.3) |
| 欠損値 | 102 | (15.9) |

表 29 避難者のうちわけ

| | (n=233) | (%) |
|-------|---------|--------|
| 父 | 29 | (12.4) |
| 母 | 117 | (50.2) |
| 配偶者 | 2 | (0.9) |
| きょうだい | 13 | (5.6) |
| 祖父母 | 3 | (1.3) |
| 他 | 3 | (1.3) |
| 両親 | 26 | (11.2) |
| 複数人 | 23 | (9.9) |
| 欠損値 | 17 | (7.3) |

表 30 避難者の避難先

| | (n=233) | (%) |
|----------|---------|--------|
| 親類・知人宅 | 89 | (38.2) |
| ホテル | 12 | (5.2) |
| 女性センターなど | 8 | (3.4) |
| その他 | 105 | (45.1) |
| 欠損値 | 19 | (8.2) |

表 31 現在の援助状況

| | (n=3293) | (%) |
|---------|----------|--------|
| 援助終了 | 528 | (16.0) |
| 中断・音信不通 | 792 | (24.1) |
| 援助継続中 | 1875 | (56.9) |
| 転居 | 21 | (0.6) |
| 死亡 | 2 | (0.1) |
| 不明 | 62 | (1.9) |
| その他 | 3 | (0.1) |
| 欠損値 | 10 | (0.3) |

表 32 援助を終了した場合の状況

| | (n=528) | (%) |
|---------------------|---------|--------|
| 教育機関への就学 | 28 | (5.3) |
| 常勤の就労 | 7 | (1.3) |
| 非常勤・アルバイトの就労 | 43 | (8.1) |
| その他の社会的活動への参加 | 32 | (6.1) |
| 友人の獲得 | 4 | (0.8) |
| 居場所の確保 | 33 | (6.3) |
| 家庭関係の改善 | 75 | (14.2) |
| ひきこもっているが困難感・不安感が改善 | 86 | (16.3) |
| 改善は特に見られないまま終了 | 137 | (25.9) |
| その他 | 91 | (17.2) |
| 不明 | 24 | (4.5) |
| 該当無し | 19 | (3.6) |
| 欠損値 | 33 | (6.3) |

(複数回答)

表 33 援助継続中の場合の活動範囲

| | (n=792) | (%) |
|-------------------|---------|--------|
| 就学・就労はしているが継続援助中 | 130 | (6.9) |
| 友人とのつきあい・地域活動には参加 | 252 | (13.4) |
| 外出は可能 | 770 | (41.1) |
| 条件付外出可能 | 306 | (16.3) |
| 外出不可・家庭内では自由 | 244 | (13.0) |
| 自室で閉じこもっている | 115 | (6.1) |
| 不明 | 36 | (1.9) |
| 欠損値 | 22 | (1.2) |

表 34 援助終了時または平成 14 年 3 月で
就学・就労が確認された事例

| | (n=3293) | (%) |
|------------|----------|--------|
| 就学・就労している | 206 | (6.3) |
| 就学・就労なし | 2097 | (63.7) |
| 中断・欠損値・不明等 | 990 | (30.1) |

(援助継続/終了を問わない)

表 35 提供された支援の様式

| | | 家族のみ | 本人のみ | 本人+家族 | その他 |
|------------|-----|--------|--------|--------|-------|
| 保健所 | n | 1169 | 123 | 413 | 177 |
| (n=1882) | (%) | (62.1) | (6.5) | (21.9) | (9.4) |
| 精神保健福祉センター | n | 776 | 170 | 403 | 21 |
| (n=1370) | (%) | (56.6) | (12.4) | (29.4) | (1.5) |
| 合計 | n | 1945 | 293 | 816 | 198 |
| (n=3252) | (%) | (59.8) | (9.0) | (25.1) | (6.1) |

「家族のみ」とは提供された支援が「家族来所相談」や「家族教室・心理教育」のみのもの

「本人のみ」とは「本人来所相談」「本人薬物療法」「デイケア活動」「就労支援」「就学支援」などの本人向けサービスのみもの

「本人+家族」は上記の二群の両方から1つずつ以上の支援項目が提供されていたもの

「その他」とは上記の「家族来所相談」や「本人デイケア活動」など家族や本人に対する来所による直接支援と考えられる支援内容がなく、専門職の訪問や資源連携などによって支援されていた事例

なお、欠損値除く。

研究費の名称：厚生科学研究費補助金

こころの健康科学 研究事業

地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究（H12-こころ-001）

作成者一覧

主任研究者

伊藤順一郎（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

分担研究者

池原毅和（東京アドボカシー法律事務所）

金 吉晴（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

益子 茂（東京都多摩総合精神保健福祉センター）

研究協力者

秋田敦子（わたげの会）

大島 巖（東京大学大学院医学系精神保健学分野）

加茂登志子（東京女子医科大学精神医学教室）

小林清香（東京女子医科大学）

後藤雅博（新潟大学医学部保健学科）

原 敏明（横浜市北部児童相談所）

吉川 悟（システムズアプローチ研究所）

有泉加奈絵（山梨県精神保健福祉センター）

狩野力八郎（東京国際大学早稲田サテライト）

倉本英彦（青少年健康センター）

近藤直司（山梨県精神保健福祉センター）

榎林理一郎（湖南クリニック）

藤林武史（福岡市こども総合相談センター）

吉田光爾（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

野口博文（国立精神・神経センター 精神保健研究所） 堀内健太郎（同左）

金井麻子（同上） 田村理奈（同上） 土屋 徹（同上）