

強い、つまり体験の様式としては自他の境界が曖昧であり、これが感受性の低さとしてとらえられる、という観点です。そしてそれだけに、家族にとっては、“親から自立してゆく自分”、あるいは“子どもの自立を支える親としての自分”といういずれの役割においても、分離・自立といった課題が大きな不安・葛藤を引き起こすことになるという点が第二の観点です。そして第三に、こうした対象関係にもとづく二者関係優位のプリミティブな体験様式は、母子の密着といったように、家族状況としても二者関係優位の状況となり、これが世代間境界の曖昧さとして捉えられるという観点、さらに第四は、こうした親子関係が持続する結果、家族は危機的な状況にある子どもに必要なholding environment（抱える環境）を提供することに失敗しているという観点です。

つまり、ひきこもりケースに対する家族援助の基本的なテーマは、「家族の対象喪失を支えること」に他なりません。そのために必要な援助者の姿勢は、『家族が家族のために、新しい関係性のあり方を経験し、学び、認識できるようなholding environmentを提供すること』であると言えるでしょう。それでは、家族に必要なholding environmentとはどのような「場」でしょうか。ここでは、「そこにいると少しほっとできたり、支えられていると感じられる場」「一人では向かい合えないような、さまざまな体験を思い出したり、自分自身に向かい合うことができる場」「過去や現在、そのときどきの感情を生き生きと感じることができる場」とご説明しておきたいと思います。こうした基本的観点が、家族グループや個別相談といった個々の援助実践に一貫して反映されてゆくことが、ひきこもりケースへの家族援助を考えるうえで最も重要な課題であろうと思います。

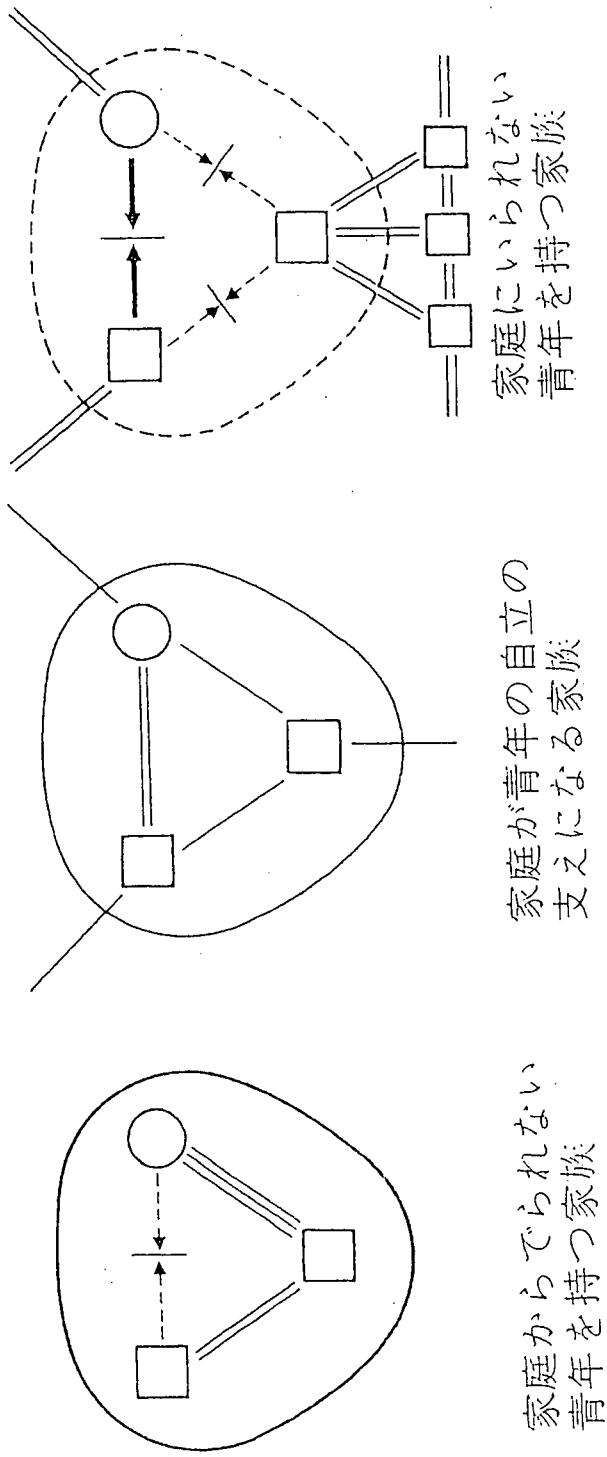


図10 文献1)からの図を一部改訂

# 家族教室開催のお知らせ



このところ、当精神保健福祉センターにおいて、若者の「引きこもり」や「閉じこもり」についてのご相談をお受けすることが増えてきています。個別相談とともに、それぞれのご家族の皆様にお集まりいただき、共通する多くの悩みや不安について一緒に考えたり、話し合える場として、「家族教室」を年一回開催してきました。引きこもる若者の心理について勉強したり、彼らへの関わり方を話し合ったり、さらには親自身をふりかえる機会としても考えています。

今年度も次の日程で開催いたしますので、お忙しいとは思いますが、出来るだけご両親お揃いでご参加下さいますようお願い申し上げます。参加ご希望のご家族は事前にご連絡をお願いいたします。

## 1 日時と内容

第1回	H12年 9月28日(木)	午後1時30分～3時30分	オリエンテーション 「引きこもり」の理解
第2回	10月11日(水)	午後1時30分～3時30分	「ひきこもり」への対応(1)
第3回	10月26日(木)	午後1時30分～3時30分	「ひきこもり」への対応(2)
第4回	11月 8日(水)	午後1時30分～3時30分	「ひきこもり」への対応(3)
第5回	11月24日(金)	午前10時～12時	自立について考える
第6回	12月 7日(木)	午後1時30分～3時30分	自立について考える
第7回	12月21日(木)	午後1時30分～3時30分	自立について考える
第8回	H13年 1月10日(水)	午後1時30分～3時30分	自立について考える
第9回	1月25日(木)	午後1時30分～3時30分	自立について考える
第10回	2月 7日(水)	午後1時30分～3時30分	自立について考える

## 2 場所

山梨県立精神保健福祉センター・集団精神療法室（山梨県福祉プラザ3階）

## 3 講師

山梨県立精神保健福祉センター所長

近藤直司

＜問い合わせ先＞  
精神保健福祉センター  
TEL 055-254-8644～6  
担当 小林

## 地域サポートシステムにおける精神科医の役割

狩野力八郎

(東京国際大学)

(旧任：東海大学医学部精神科学教室)

「地域サポートシステムにおける精神科医の役割」という話題で、社会的ひきこもりの診療と援助に携わる精神科医として、地域の基幹病院となる大学病院に勤務する立場から報告した。

東海大学病院の紹介と共に、ひきこもりに対して必要なのは、精神療法的配慮をもち、地域ネットワークをこころざす病院ではないかということが挙げられた。報告に続いて、意見交換が行われた。

### 《報告の概要》

**診断を下す役割として：**まず精神科医は、来談した事例について医学モデルに基づいて診断を行う。この際には疾患の鑑別を行うとともに、必要に応じてより専門知識を持つ者によるコンサルテーションを受けること（特に児童思春期特有の障害）が求められる。ひきこもりの事例に関して言えば、精神分裂病・てんかんを含む器質性一症状性精神疾患・軽度精神遅滞や発達障害などをはじめとする児童思春期に特有の障害・性障害・薬物やアルコール依存などを鑑別し、診断を行う必要がある。また、コンサルテーションを受けることは事例を紹介して終わるのではなく、その後もゆるやかに関係を保つことが必要である。

また、医学モデルによる問題の見立てだけでなく、力動的立場からは、本人や家族の治療動機、障害の程度、つまり問題の継続期間や影響を受けている分野の範囲などを把握し、対人関係の特徴などについて診断・理解する。

また、ひきこもりの状態像について家族に説明し、理解を求める際には精神病パーソナリティの特徴を把握しておくことが役立つと考える。精神病パーソナリティとは欲求不満事態への耐性がないこと、万能的超自我とも呼べるものを持っていることなどが特徴とされる（資料1参照）。

**治療目標を立てる役割として：**さらに、家族資源や社会資源を組み込んだ系統的な治

療計画を立て、目標設定をする役割も重要である。こうした目標設定は相談者にとっては情緒的な希望を与えることにもなる。その中で当該の援助者（援助機関）が何を提供できるか、を明確にする必要である。

コンサルタントとして： また、精神科医は地域システムへのコンサルタントとしての役割も持ちうる。コンサルタントとしての役割を果たすためには、さまざまな社会資源についての情報を持ち、地域システムと双方向性の関係（横のつながり）を持つことが必要である。また、診断・治療計画を共有し、治療の時期によって必然的に異なってくるような治療援助ネットワーク内でのリーダーの位置を意識しつつ動くことが必要とされる。

薬物療法・入院の判断： 薬物療法の要否は常に考慮する必要がある。ただしマスクド Medikation という選択肢は一時の対症療法的なやり方で望ましいものではなく、「薬物投与の代わりに何ができるか」についての相談を家族と進めることが先決となろう。

入院の要否の判断と動きについては時に医療側からの積極的な働きかけや、資源の活用が必要ではないか。入院の要否の判断は本人の持つ破壊性や治療動機の程度から行われる。入院が必要と判断される場合には、家族への説明を行い、協力を得るとともに、多施設で共同して対応にあたる必要がある。また、入院が必要ではない場合にも、病院や診療所などのさまざまな援助策を利用したり、地域資源の活用、情報の提供などの働きが必要となる。

まとめ・行政への示唆： 疾病の捉え方の変化を背景に疾病構造の複雑化が見られ、社会的ひきこもりもまた、多次元的問題、多職種—多施設間問題、多行政システム問題を内包している。

社会的ひきこもりへの援助の一環として、ひきこもりをなくすキャンペーンやその受け皿作り、受け皿養成のための教育研修のモデル作り、情報収集とその提供、当事者への継続的なつながりを維持できる精神保健システムマネージャーの登用などが有効ではないか。

## 《報告後の議論》

### 1) 治療計画を明確化することの重要性

ひきこもりの事例に関しても治療計画を立てることの重要性と共に、ケアプランを

公開、当事者と共有することが重要ではないか。現在、看護ではそうしたプランが立てられている。医師という立場でもそうした目標を明確化し、公開することが求められているのではないだろうか。

援助機関が縦のつながりだけでなく横の連携もとれ、そのつながりをコンサルテーションすることができると、本人自身も自由に動けるのではないか。2つ以上の機関が関わることは青少年特有の忠誠心(ロイヤリティ)を揺るがす側面もあるが、機関同士の間には協力体制があることは、むしろ本人に安心感をもたらすものでもある。

## 2) コンサルタントとして機能する際の留意点

また、援助を公的機関で行うときは、共通のフォーマットに沿って援助を行っていくため、ケアプラン作成のプロトコルや記録用紙の作成も課題となる。

たとえば保健所と病院というように、多機関が共同して本人にかかわる場合、本人自身の手を介して連絡メモをやり取りするという方法は、本人にとっても情報が公開され、信頼関係を保つ上でも有効と思われる。また、複数機関の間で共有したい情報にずれが生じることもあり、受け入れ側のほしい情報に配慮する必要があるだろう。

ひきこもり事例にたいする対応を医療機関のみに頼るのではなく、援助のネットワークの中で医療機関をどう活用するかを考えていく必要もあろう。

参考文献：

狩野力八郎・近藤直司 青年のひきこもり—心理社会的背景・病理・治療援助 2000  
岩崎学術出版社

## 地域サポートシステムにおける精神科医の役割 —精神科医の役割の変化と神話に左右されない姿勢の維持—

狩野力八郎

### 前提として

- 1：青年は社会変化のキャリアーである
- 2：社会（大人）は現状について居心地よく思っている、変化を望んでいない
- 3：還元主義—神話の問題
  - 家族について：「家族のせいだ」「核家族化が問題だ」「父親不在が問題だ」  
（根拠はあるだろうか？日本の家族の特徴は原則的なルールがないところにある）
  - 医学について：「病気じゃない」「思春期の問題は時間が解決する」  
「行為障害だ」「ADHDだ」「脳に穴が開いている」（物質神話）
  - 教育について：「学校のせいだ」「教育は荒廃している」
  - 価値観について：「思想、信条、宗教の自由」「多様化」という教条的考え（皆同じことを考えていることを忘れる—常識を忘れてしまう）  
「自由からの逃走」の予見的価値—個人・家族は孤独と孤立に耐えかねている

### 診断を下すものとしてどのようなことができるか？

- 1) 診断を下す役割
    - a) フォーマルな診断をすること
      - \* 精神分裂病の鑑別を忘れないこと  
（ひきこもりブームの中で忘れられてはいないか）
      - \* 器質性—症状性精神疾患の鑑別をすること、
      - \* 児童思春期に特有の障害を鑑別すること  
軽度精神遅滞、学習障害、コミュニケーション障害、発達障害、注意欠陥破壊的行動障害など  
これは容易ではない—少なくとも疑いを持つことと専門家のコンサルテーションを受けること（その場合、見捨てないこと）
      - \* 性障害（とくに paraphilia を）と性別同一性障害
      - \* 薬物依存とアルコール依存
    - b) 力動的な診断をすること
      - \* 治療動機の程度
      - \* 期間と分野（長期間か広範囲か）・回復能力（重さより柔軟性が大切）
      - \* 破壊性の程度 「love is destructive」
      - \* 現実的な「理想」の程度とそれを実践する力
      - \* 対人関係—対象関係を持つ能力
- 《精神病パーソナリティの特徴》
- 欲求不満への耐性がない—衝動の放出
  - 万能的超自我—あらゆることを知り尽くしている、経験から学べない
  - つながりへの攻撃
  - 傲慢
  - 展望の逆転—静的分裂
  - 強制的分裂—寄生的、依存、ひとを物として扱う

(常時接合の原理) →彼らは人の誠実さへ深刻な疑いを持っている  
→愛(親密さ、近づくこと)がたちどころに憎しみに変わる

- 2) 治療計画を立てる役割ー目標設定(情緒的には希望を与える!!)
- \* 系統的な治療計画を立てるそして記述する習慣はあるか
  - \* 治療計画の中に家族資源を組み込む習慣はあるか
  - \* 治療計画の中に社会資源を組み込む習慣はあるか
  - \* 性による治療計画の違いはあるか  
(少年犯罪が注目されるが、女子の引きこもりはどうするか)
  - \* 治療計画を紙に書いて、患者家族に渡すことができるか

### コンサルタントとしてどのようなことができるか?

- 3) 地域システムへのコンサルタントとしての役割
- 【家族はコミュニティを失っている】
- \* 医者は、縦の連絡には慣れているが、横の連絡には慣れていない  
(例えば、コンサルテーションとスーパービジョンとの違い)
  - \* さまざまな社会資源について知ること  
(資料があるとよい、それを見て患者家族と相談できる) ⇒学校の悩み
  - \* 診断ができればそれを伝えられる
  - \* 治療目標と治療計画ができればそれを伝えられる
  - \* 治療援助ネットワークの中でリーダーは誰か  
(治療の時期によって異なるだろう)ー 縄張り意識を内省すること

### 薬物療法、入院の判断に際しての動き方

- 4) 薬物療法の要否
- つねに薬物療法の可能性は考えておくこと  
ごまかしはしない(精神科医の葛藤)ー長い目でみるとよくない
- 5) 入院の要否の判断と活動
- 【受身の精神科医からお節介な機能が必要な時代になっているのではないか】
- \* 破壊性の程度、治療動機の程度の判断による
  - \* 入院要の場合: 利用できる手段を考えるー家族への具体的な説明と家族の協力  
多施設協同  
非常に困った症例ーY氏
  - \* 入院否の場合: 病院と診療所ー家族療法、個人精神療法、集団療法、薬物療法  
などさまざまな方法を使用できる  
地域資源が利用できる  
情報の提供(現在適切な情報が不足している、各病院および施設にそうした冊子があるとよい)  
失敗した(?)症例ーS氏



## 【まとめ】

疾病構造の複雑化とは：疾病の捉え方の変化によるー機械論モデルから有機体モデルへ  
例) 生活習慣関連病、環境ホルモン

### 社会的ひきこもりの捉え方

#### 1) 多元的問題

個人	精神医学モデル
家族	家族システムモデル
地域社会	教育モデル、コミュニティモデル

#### 2) 多職種ー多施設問題

非常に多くの職種、施設がかかわる（新潟モデルなど）

#### 3) 多行政システム問題

教育、司法、厚生（精神保健福祉）・労働（壮年の引きこもり）など

### 【行政への示唆】

#### 1) 「治すことができる精神障害（病気）を治そう」キャンペーン

ひきこもり撲滅キャンペーンはなぜできないのか

c f) 身体病では「 」撲滅キャンペーンはある

治すことができる病気を治すこと！（しかし「受け皿」の問題がある）

#### 2) 情報の収集と提供（冊子などの配布）

#### 3) 精神保健システム マネージャーを作る（センター、保健所、児童相談所）

保健婦、精神保健福祉士がよい

患者家族への継続的なつながりを維持

（お節介を恐れない、動いていれば破局は防止できる、孤立の重さを理解せよ）

## 2. 全国施設調査の結果

## 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

倉本 英彦

(社団法人) 青少年健康センター

全国の保健所・精神保健福祉センターを対象にした社会的ひきこもりの実態に関する調査研究について報告があった。報告においては非精神病圏のひきこもりに対して、各機関においてデイケア・家族教室の開催、セルフヘルプグループの紹介など、新しい取り組みも徐々にではあるが、始まっていることが示唆された。しかし、非精神病圏への本格的な取り組みは今後の課題である。報告に続いて意見交換が行われた。

### 《報告の概要》(資料1参照)

全国の精神保健福祉センターと保健所を対象として、ひきこもりに関する実態調査を行った。ここで、ひきこもりは次のように定義した。①6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、②分裂病などの精神病ではないと考えられるもの。ただし、社会参加しない状態とは、学校や仕事に行かないまたは就いていないことを表す。

回答が得られた機関は、保健所 623 カ所、精神保健福祉センター(指定都市) 6 カ所、同(都道府県) 44 カ所、計 673 カ所であった。本調査の回収率は、保健所約 97%、精神保健福祉センター(指定都市) 100%、同(都道府県) 89.8%であった。回答が得られた機関の管轄地域人口の全国の割合(該当率)は、保健所 83.6%、精神保健福祉センター(指定都市) 100%、同(都道府県) 96.5%であった。本調査が全国の大部分の保健所・精神保健福祉センターから得られたデータに基づくものであることがわかる。

### ひきこもりの実態

最近1年間の精神保健福祉相談(電話相談を含む)の総ケース数と、そのうち診断名を問わないひきこもり全体の相談ケース数を調査したが、ケース数は延べ人数か実

人数が区別できない機関があったため、直接ケース数を合計して比較することは出来なかった。

各機関で関わったケースの中で、前述の定義に当てはまるような非精神病圏のひきこもりの有無を尋ねたが、673カ所の保健所・精神保健福祉センターのうち662カ所から回答があり、そのうち522カ所（83.4%）が「有り」と答えた。

精神病でないひきこもりは増加しているかについては、533カ所から回答があり、そのうち「はい」が318カ所（59.7%）、「いいえ」が2カ所（0.4%）、「どちらともいえない」が213カ所（40.0%）と、増加傾向が強いことがうかがえた。他方、分裂病などの精神病（あるいはそれが強く疑われる）によるひきこもりは増加しているかについては、533カ所の回答のうち、「はい」133カ所（30.0%）、「いいえ」56カ所（10.5%）、「どちらともいえない」344カ所（64.5%）と、明確にいけない機関が多かった。

最近1年間の精神病でないひきこもりの電話・来所相談ケース数の合計は、保健所3,787件、精神保健福祉センター（指定都市）278件、同（都道府県）2,086件であった。

### ひきこもりに関連した問題

家庭内暴力は精神病でないひきこもり相談の20.9%にみられ、そのうち子から親への暴力が86.3%を占めた。自殺関連行為は相談の4.6%にみられ、そのうち自傷と自殺未遂がそれぞれ半数を占めた。反社会行為は相談の7.3%にみられ、近隣への迷惑行為、いじめ・校内暴力、薬物・アルコール乱用などが目立った。また、精神病でないひきこもりの経歴は、3割弱に就労経験があり、4割強に小中高での不登校経験があった。

ひきこもりの年齢分布は、16歳から30歳まで、ほぼ一様で全体の7割弱を占めたが、30歳をこえても大きく減らず、36歳以上が1割あった。また、ひきこもりの継続期間が10年以上のケースが1割弱を占めたことは注目すべきであろう。

### ひきこもりへの取り組み

精神保健福祉活動の一環として、ひきこもりへのデイケアやグループ活動については、とくに地域におけるひきこもりの相談が多い保健所での取り組みがまだ進んでい

ないことがうかがえる。

また、ひきこもりケースの依頼経路については、6割弱が同居している家族、親戚からの依頼によるものであった。家族の交流会を開いているのは保健所34カ所、精神保健福祉センター14カ所あった。家族向けの学習会・講演会を開いているのは、保健所38カ所、精神保健福祉センター13カ所あった。家庭内暴力などの被害から家族を支援するために利用している施設は、多い順に、婦人センター（相談所）一時保護施設、警察、公的機関一時保護施設、病院およびその付属施設、民間機関のシェルター、ホテル宿泊（短期間）、親戚・知人宅などがあげられた。

### 《報告後の議論》

・精神病でないひきこもりに関連した問題行動として、他者との接触の乏しさのためか、物音に対して敏感になり、近隣に接する壁を叩く、夜間にスピーカー音量を大きくするなどの迷惑行為が見られる。中には、ストーカー行為まで発展するケースもあり、注意して対応する必要がある。臨床的な印象では対応困難例ほど公的機関による関わりが求められることが多いように思うが、NPO、民間カウンセリングルーム等の社会資源を利用してプランを立てていくことも重要である。

・精神保健福祉活動の一環として、ひきこもりを対象にしたデイケア等の先駆的な事業を行っている精神保健福祉センターがある。また一部の地域では関係職員に対する研修事業を積極的に進めている。一概に全国的なガイドラインの作成は難しいとしても、より取り組みやすい事業形態にするため、ケースマネジメントのなかのネットワークづくりに予算措置を行うなどの施策は必要であろう。具体的には、家族支援や本人支援としてのグループワーク、保健所による直接サービスとしてのアウトリーチ（訪問活動）、研修事業等を相互に関連付けていくような取り組みを期待したい。

・反社会的な行動などがみられる処遇困難事例に対して、単に保健所のみによる対応には限度があり、精神保健福祉センターの役割が重要になる。しかし、反面ユーザーサイドからは、精神保健福祉センター・保健所は利用しにくく、地域の病院や精神科や診療所を利用することが多いように思われる。公的機関と民間機関の連携が今後の

課題である。また最近では当事者の親の会の活動として、ひきこもりの子の居場所を探すための調査を行ったり、作業所を作っていこうという動きもある。このような社会資源を活用するようなネットワークを形成し、包括的な自立支援・家族支援がおこなわれることが望まれる。

## 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

(社団法人) 青少年健康センター 倉本 英彦  
国立精神・神経センター精神保健研究所 伊藤順一郎

### 方法

厚生省（現在の厚生労働省）の協力を得て、全国の精神保健福祉センターと保健所を対象として、ひきこもりに関する実態調査を行った。

社団法人青少年健康センター(会長平野龍一)からの依頼書を添えて、平成12年10月6日付けの厚生省大臣官房障害保健部精神保健福祉課長名により、各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当主管部(局)長あてに、「青少年の社会的ひきこもりの実態・成因・対策に関する実証的研究」(1999年度トヨタ財団研究助成；研究代表者倉本英彦)の一部としての「ひきこもり実態調査」に関する協力依頼を行った。そして、各担当より各都道府県・指定都市のすべての精神保健福祉センターと保健所に調査票を送付してもらった。平成12年11月末日を回答期限としたが、実際に回答が出そろったのは平成13年1月中旬であった。

なお、精神保健福祉センターは平成12年4月1日現在、47都道府県と6指定都市(札幌市、仙台市、京都市、大阪市、広島市、北九州市)に55施設あった。保健所は平成11年4月1日現在、全国に641カ所あったが、その後の統廃合や名称変更などにより、調査時点での正確な施設数は把握できなかった。

ここで、「ひきこもり」は次のように定義した。①6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、②分裂病などの精神病ではないと考えられるもの。ただし、社会参加しない状態とは、学校や仕事に行かないまたは就いていないことを表す。

### 結果とコメント

#### 1. 対象機関

保健所623カ所、精神保健福祉センター(指定都市)6カ所、同(都道府県)44カ所、計673カ所から回答が得られた。本調査の回収率は保健所が約97%、精神保健福祉センター(指定都市)が100%、同(都道府県)が約90%であった。

平成11年3月31日現在の住民基本台帳人口による各都道府県・指定都市の保健所・精神保健福祉センターが管轄する地域の人口と、回答が得られた機関の管轄地域人口の割合(これを該当率とする)を、都道府県毎にまとめて検討したところ、本調査の該当率は保健所83.6%、精神保健福祉センター(指定都市)100%、同(都道府県)96.5%であった。

以上より、本調査が全国の大部分の保健所・精神保健福祉センターから得られたデータに基づくものであることがわかる。

## 2. ひきこもりの実態

### 1)精神保健福祉相談とひきこもり相談

表 1 に、最近 1 年間の精神保健福祉相談(電話相談を含む)の総ケース数と、そのうち診断名を問わないひきこもり全体の相談ケース数を示す。ただし、調査項目の表現上、ケース数は延べ人数か実人数か区別できない状態であったため、数字の合計から全体の相談件数を明らかにするのは困難であった。その上で、総相談件数中、ひきこもりに関する相談の割合をあげると、保健所では 2.2 %、精神保健福祉センター(指定都市)では、3.1 %、同(都道府県)では 2.3 %であった。

### 2)精神病でないひきこもりの相談

各機関で関わったケースの中で、前記の定義に当てはまるような精神病でないひきこもりの有無を尋ねたが、673 カ所の保健所・精神保健福祉センターのうち 662 カ所から回答があり、そのうち 522 カ所(83.4%)が「有り」と答えた。

また、精神病でないひきこもりは増加しているかについては、533 カ所から回答があり、そのうち「はい」が 318 カ所(59.7%)、「いいえ」が 2 カ所(0.4%)、「どちらともいえない」が 213 カ所(40.0%)と、増加傾向の印象が強いことがうかがえた。

他方、分裂病などの精神病(あるいはそれが強く疑われる)によるひきこもりは増加しているかについては、533 カ所の回答のうち、「はい」133 カ所(30.0%)、「いいえ」56 カ所(10.5%)、「どちらともいえない」344 カ所(64.5%)と、明確にいけない機関が多かった。

表 2 に、最近 1 年間の精神病でないひきこもりの電話・来所相談ケース数を示す。機関によっては電話相談ケース数を記録していないところもあり、ふりかえり調査なので十分な把握がされたとは言い難いが、この電話・来所相談ケース数から保健所・精神保健福祉センターが関わったケースの実態を把握することは可能であろう。集計が出来た数としては、保健所 3,787 件、精神保健福祉センター(指定都市)278 件、同(都道府県)2,086 件であった。

### 3)ひきこもりに関連した問題行動

表 4 に、精神病でないひきこもりに関連した問題行動を、家庭内暴力、自殺関連行為、反社会行為に分け、それぞれの行為内容を具体的にみた内訳を示す。

家庭内暴力は精神病でないひきこもり相談の 20.9%にみられ、そのうち子から親への暴力が 86.3%を占めた。逆に親から子に暴力が振るわれるケースも 8.2 %、父母間の暴力も 4.5 %報告された。因果関係については不祥であるが、暴力を誘発しやすい状態を作るといことで、ひきこもりが家族全体の負担になっていることを推測することも可能である。自殺関連行為は相談の 4.6%にみられ、そのうち自傷と自殺未遂がそれぞれ半数を占めた。反社会行為は相談の 7.3%にみられた。「多い」みるか「少ない」と見るかは議論の別れるところであるが、引きこもりながらも家庭外への問題行動を生じる一群があることをこの



データは示していよう。近隣への迷惑行為、いじめ・校内暴力、薬物・アルコール乱用などが目立った。

### 5)ひきこもりの年齢と継続期間

表5に精神病でないひきこもりケースの相談時の年齢分布を、表6にひきこもり継続期間を、それぞれ示す。年齢分布は、16歳から30歳までがほぼ一様で全体の7割弱を占めたが、30歳をこえても大きく減らず、36歳以上が1割あった。また、ひきこもりの継続期間が10年以上のケースが1割弱を占めたことは注目すべきであろう。

### 6)ひきこもりの経歴と依頼経路

表7に、精神病でないひきこもりの経歴、すなわち就労経歴と小中高での不登校経験を示す。3割弱に就労経歴があるものの、4割強に小中高での不登校経験があった。思春期早期からの社会参加上のつまずきが、ひきこもりというかたちでの不適応として持続していることが示唆された。

表8に、ひきこもりケースの依頼経路について示す。6割弱が同居している家族、親戚からの依頼によるものであり、本人よりも家族からの相談として開始されることが圧倒的に多いことをうきぼりにした。

## 3. ひきこもりへの取り組み

### 1)デイケア・グループ活動

表9に、精神保健福祉活動の一環としてのひきこもりへのデイケアやグループ活動の実施状況を示す。精神保健福祉センターでは約4分の1のセンターでひきこもりを対象とした活動がおこなわれていたが、保健所での積極的な取り組みは2%におよばず、今後の地域精神保健活動の課題になっているといえよう。従来保健所における精神保健対策では、どちらかといえば精神障害者に対するサービスが先行してきたわけで、そこで蓄積したノウハウを活用しての、メンタルヘルス一般への幅広い対応が求められる。

上記のひきこもりを対象とした活動を行っている機関に、それらの活動の発足年、現在の参加人員、活動頻度、活動時間や活動内容を尋ねた。

発足年は長野県精神保健福祉センター福祉センタ-(85年)、北海道立精神保健福祉センタ-(93年)、茨城県健福祉センタ-(94年)などが早かったが、ほとんどの施設でこの数年に集中している。現在の参加人数は神奈川県立精神保健福祉センタ-(49人)、山形県精神保健福祉センタ-(25人)、茨城県精神保健福祉センタ-(18人)が多かったが、多くの施設では10人以下であった。毎月の活動頻度は山形県精神保健福祉センタ-(8回)をのぞいて1回から4回であった。1回の活動時間は山口県精神保健福祉センタ-(6時間)をのぞいて2時間から3時間であった。対象者の多くが対人関係に対する安心感がもちえずひきこもりをはじめ、また、少なからず

のものが小・中・高校での不登校体験を持っているとすれば、大集団が必ずしも好ましいとはいえず、適切な集団規模での活動が必要であろう。活動内容としては、多い順に、雑談(14カ所)、スポーツ(9)、ゲーム(9)、料理・会食(7)、テーマを設けての話し合い(7)、お花見・クリスマスなどの季節的行事(6)、カラオケ大会(4)などがあげられた。

また、これからの活動として期待されるインターネットによる本人や家族向けの相談活動について尋ねたが、全国で5ヶ所で相談案内をしていた。

## 2) 家族への取り組み

ひきこもりの家族が参加できる会の開催状況を尋ねた。家族の交流会を開いているのは保健所34カ所、精神保健福祉センター14カ所あった。家族向けの学習会・講演会を開いているのは、保健所38カ所、精神保健福祉センター13カ所あった。ちなみに精神分裂病等の精神障害者に対する家族支援としての学習会や講演会は全国の保健所の68%で実施している(全家連調査'97年)。精神障害の領域においては、家族会との連携をおこないながら家族支援を地道におこなってきた歴史が保健所にはある。ひきこもりの分野においても、今後市町村と連携しながら、家族支援において保健所が重要な役割を果たすことが求められると思われる。

また、家庭内暴力などの被害から家族を支援するために利用しているシェルターについて尋ねた。多い順に、婦人センター(相談所)一時保護施設、警察、公的機関一時保護施設、病院およびその付属施設、民間機関のシェルター、ホテル宿泊(短期間)、親戚・知人宅などがあげられた。

## 3) 相談・支援上の問題点と今後の取り組み

表10に、ひきこもりの相談・支援に関して各機関が抱えている問題点をまとめた。保健所・精神保健福祉センターとも同様の傾向が見られる。大きな課題として、「紹介できる専門機関の少なさ」「機関として治療相談体制が未整備」「スタッフの知識・支援技術不足」「本人と会えず、実態未把握」などが大きな問題点としてあがっている。推測するに、第一に他の業務量に圧倒され「手が回らない」という側面と、新たな問題ゆえに「ノウハウが確立していない」という側面があると思われる。精神保健福祉センター・保健所単独では対応に限界があると思われ、センターや保健所の役割を明確化するとともに、民間のフリースペースや小規模作業所、自助グループなどの資源や、医療機関との連携の中で事業を進めることが必要であろう。表11に、ひきこもりについて各機関が考えているあるいは必要と考える今後の取り組みを自由記述で述べられたものをまとめた。「連携強化」、「治療・相談体制の充実」「支援技術研修」といった、上述の文脈から導かれる対応内容に加えて「家族教室・家族相談の開催」「デイケア・たまり場・ピアカウンセリング・セルフヘルプグループの場の提供」「情報提供・啓蒙・実態把握」といった具体的な方法論についても多くの記述がなされていた。ただ、訪問相談・往診の実施という点に関しては、マンパワーの問題からか記述は少数であった。

表1 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とひきこもり全体の相談件数

	保健所・精神保健福祉センター						
	保健所		精神保健福祉センター (指定都市)		精神保健福祉センター (都道府県)		
	相談件数	総WD数	相談件数	総WD数	相談件数	総WD数	
都道府県	北海道	11453	344	3044	108	283	33
	青森県	2764	46	.	.	2276	26
	岩手県	1832	38	.	.	1018	52
	宮城県	7984	213	1053	41	4055	38
	秋田県	4169	50	.	.	1449	15
	山形県	4098	54	.	.	962	30
	福島県	6828	135	.	.	5344	65
	茨城県	11734	297	.	.	662	59
	栃木県	5401	194	.	.	2611	62
	群馬県	7987	22	.	.	992	40
	埼玉県	19045	292	.	.	309	68
	千葉県	13892	1017	.	.	5404	61
	東京都	86029	1821	.	.	15983	208
	神奈川県	4570	103	.	.	5300	300
	新潟県	10994	89	.	.	688	50
	富山県	3941	99	.	.	2275	109
	石川県	5141	66	.	.	506	53
	福井県	3273	77	.	.	336	48
	山梨県	2063	79	.	.	3072	83
	長野県	8815	138	.	.	2858	58
	岐阜県	1878	59	.	.	2576	6
	静岡県	10575	166	.	.	6207	64
	愛知県	14850	390	.	.	1364	113
	三重県	7458	226	.	.	1314	45
	滋賀県	5899	83	.	.	.	.
	京都府	11429	994	3629	82	1247	16
	大阪府	24906	552	2425	32	4753	161
	兵庫県	3839	78	.	.	1949	64
	奈良県	242	10	.	.	.	.
	和歌山県	1983	66	.	.	480	.
	鳥取県	1764	167	.	.	526	16
	島根県	3845	67	.	.	730	22
	岡山県	8141	162	.	.	.	.
	広島県	19106	232	1657	102	2856	60
	山口県	9911	103	.	.	1192	11
	徳島県	3453	52	.	.	719	62
	香川県	2816	94	.	.	3609	.
	愛媛県	5453	49	.	.	3014	.
	高知県	2650	63	.	.	198	23
	福岡県	29378	353	145	4	.	.
	佐賀県	1299	66	.	.	404	6
	長崎県	6049	185	.	.	487	5
	熊本県	10516	71	.	.	4328	58
	大分県	7424	119	.	.	4261	51
	宮崎県	3421	43	.	.	145	11
	鹿児島県	6637	76	.	.	1467	39
	沖縄県	7640	63	.	.	20	.

注)最近1年間の相談件数を合計した。ただし延べ数か実数か区別できなかった。全国精神保健福祉相談/ひきこもり相談の合計は、保健所434,575/9,763、精神保健福祉センター(指定都市)11,953/369、同(都道府県)100,229/2,291であった。

表2 保健所・精神保健福祉センターにおける精神病でないひきこもりの電話・来所相談件数

	保健所・精神保健福祉センター						
	保健所		精神保健福祉センター (指定都市)		精神保健福祉センター (都道府県)		
	電話相談数	来所相談数	電話相談数	来所相談数	電話相談数	来所相談数	
都道府県	北海道	108	138	32	23	.	33
	青森県	7	7	.	.	21	5
	岩手県	10	16	.	.	29	22
	宮城県	21	101	24	10	34	4
	秋田県	14	15	.	.	12	3
	山形県	18	22	.	.	20	10
	福島県	16	33	.	.	50	15
	茨城県	22	25	.	.	26	33
	栃木県	26	65	.	.	42	19
	群馬県	.	5	.	.	26	14
	埼玉県	70	152	.	.	.	34
	千葉県	72	80	.	.	38	23
	東京都	170	516	.	.	145	70
	神奈川県	17	44	.	.	240	113
	新潟県	21	47	.	.	21	29
	富山県	16	38	.	.	17	54
	石川県	5	12	.	.	36	17
	福井県	5	30	.	.	15	33
	山梨県	2	9	.	.	35	19
	長野県	7	41	.	.	25	18
	岐阜県	4	23	.	.	.	6
	静岡県	33	54	.	.	38	26
	愛知県	28	118	.	.	51	31
	三重県	10	50	.	.	14	10
	滋賀県	7	66	.	.	.	.
	京都府	58	158	63	19	11	5
	大阪府	75	179	16	4	111	49
	兵庫県	13	40	.	.	.	64
	奈良県	.	3	.	.	.	.
	和歌山県	3	7	.	.	7	2
	鳥取県	6	14	.	.	.	16
	島根県	9	40	.	.	8	3
	岡山県	14	31	.	.	.	.
	広島県	17	57	37	46	24	36
	山口県	9	37	.	.	4	7
	徳島県	20	19	.	.	4	22
	香川県	15	28	.	.	.	.
	愛媛県	14	16	.	.	.	7
	高知県	6	31	.	.	.	23
	福岡県	37	147	4	.	.	.
	佐賀県	7	25	.	.	.	6
	長崎県	26	36	.	.	2	.
	熊本県	8	9	.	.	32	22
	大分県	16	25	.	.	24	19
	宮崎県	10	19	.	.	.	6
	鹿児島県	11	34	.	.	9	30
	沖縄県	25	21	.	.	9	16

注)最近1年間の相談件数を合計した。全国の精神病でないひきこもりの電話相談/来所相談/相談計の合計は、保健所1,108/2,683/3,787、精神保健福祉センター(指定都市)176/102/278、同(都道府県)1,180/974/2,086であった。