

表3 ひきこもり全体の相談率と精神病でないひきこもりの電話・来所相談率

平均値

	WD全体相談率(1万対)			非精神病性WD電話来所相談率(1万対)			
	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			
	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)	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)	
都道府県	北海道	1.23	.60	.06	.90	.30	.06
	青森県	.46	.	.17	.41	.	.17
	岩手県	.70	.	.36	.61	.	.36
	宮城県	1.58	.42	.16	.55	.35	.16
	秋田県	.43	.	.12	.49	.	.12
	山形県	.54	.	.24	.59	.	.24
	福島県	.53	.	.30	.35	.	.30
	茨城県	.80	.	.20	.19	.	.20
	栃木県	1.04	.	.31	.45	.	.31
	群馬県	.51	.	.20	.50	.	.20
	埼玉県	.66	.	.10	.37	.	.05
	千葉県	2.52	.	.10	.45	.	.10
	東京都	3.43	.	.27	.92	.	.26
	神奈川県	.80	.	.36	.44	.	.36
	新潟県	.52	.	.20	.34	.	.20
	富山県	.89	.	.97	.52	.	.63
	石川県	.73	.	.45	.23	.	.45
	福井県	1.15	.	.58	.51	.	.58
	山梨県	1.08	.	.94	.22	.	.61
	長野県	.77	.	.26	.33	.	.20
	岐阜県	.36	.	.03	.28	.	.03
	静岡県	.49	.	.17	.27	.	.17
	愛知県	.82	.	.24	.30	.	.17
	三重県	1.02	.	.24	.42	.	.13
	滋賀県	.87	.	.	.63	.	.
	京都府	4.34	.59	.14	.96	.59	.14
	大阪府	1.49	.13	.26	.61	.08	.26
	兵庫県	.54	.	.12	.36	.	.12
	奈良県	.33	.	.	.10	.	.
	和歌山県	1.11	.	.	.21	.	.08
	鳥取県	4.11	.	.26	.41	.	.26
	島根県	1.05	.	.29	.82	.	.14
	岡山県	2.20	.	.	.59	.	.
	広島県	1.26	.92	.21	.35	.75	.21
	山口県	1.13	.	.07	.68	.	.07
	徳島県	1.08	.	.74	.87	.	.31
	香川県	.98	.	.	.50	.	.
	愛媛県	.57	.	.	.43	.	.05
	高知県	1.37	.	.28	.71	.	.28
	福岡県	.95	.04	.	.53	.04	.
	佐賀県	.70	.	.07	.43	.	.07
	長崎県	1.63	.	.03	.58	.	.01
	熊本県	.44	.	.31	.19	.	.29
	大分県	1.24	.	.41	.66	.	.35
	宮崎県	.45	.	.09	.28	.	.05
	鹿児島県	.53	.	.22	.34	.	.22
	沖縄県	.52	.	.	.43	.	.19

表4 ひきこもりに関連した問題行動（全機関）

家庭内暴力関連行為	1,284 件(電話・来所相談総数 6,151 件のうち 20.9%)
そのうち 父母間の暴力	58 (1,284 件の 4.5%)
親から子(本人)への暴力	105 (8.2%)
子(本人)から親への暴力	1109 (86.3%)
自殺関連行為	281 件(6,151 件のうち 4.6%)
そのうち 自傷行為	136 (281 件の 48.4%)
自殺未遂	142 (50.5%)
自殺既遂	7 (2.5%)
反社会行為	472 件(6,151 件のうち 7.3%)
そのうち 万引き・盗み	59 (472 件のうち 12.5%)
薬物・アルコール乱用	101 (21.4%)
いじめ・校内暴力	126 (26.7%)
性的逸脱行動	27 (5.7%)
動物や他人への残虐行為	24 (5.1%)
近隣への迷惑行為	173 (36.7%)

表5 ひきこもりの年齢分布（全機関）

年齢幅	件数 (%)
10-15 歳	514(9.7%)
16-20 歳	1,219(23.1%)
21-25 歳	1,280(24.2%)
26-30 歳	1,118(21.2%)
31-35 歳	625(11.8%)
36 歳以上	526(10.0%)
計	5,282(100%)

表6 ひきこもりの継続期間（全機関）

期間	件数 (%)
6 カ月-1 年未満	1,102(21.8%)
1 - 3 年未満	1,615(31.9%)
3 - 5 年未満	905(17.9%)
5 - 7 年未満	598(11.8%)
7 -10 年未満	363(7.2%)
10 年以上	472(9.3%)
計	5,055(100%)

表7 ひきこもりの経歴（全機関）

経歴	件数 (%)
就労経験有り	1,771(28.8%)
小中高での不登校経験有り	2,503(40.7%)
電話・来所相談総数	6,151(100%)

表8 ひきこもりの依頼経路（全機関）

依頼経路	件数 (%)
同居している家族、親戚から	3,587(58.3%)
同居していない家族、親戚から	340(5.5%)
本人から	386(6.3%)
知人、友人から	107(1.7%)
学校、会社から	130(2.1%)
警察、福祉事務所から	187(3.0%)
その他の機関から	440(7.1%)
電話・来所相談総数	6,155(100%)

表9 ひきこもりへのデイケア・グループ活動の実施状況

実施形態	保健所	精神保健福祉センター	計
ひきこもりを対象とした活動を行っている	6(1.3%)	12(25.5%)	18(3.6%)
分裂病などの精神障害者と一緒の活動を行っている	92(19.7%)	6(12.8%)	98(19.1%)
行っていない	368(79.0%)	29(61.7%)	397(77.4%)
計	466(100%)	47(100%)	513(100%)

表10 ひきこもり相談・支援上の問題点（自由記載）

問題点	保健所	精神保健福祉センター	計
紹介・連携できる専門治療(復帰)機関、スタッフが少ない、他地域と連携できない	224	20	244
機関として治療相談体制(システム・マンパワー)が整っていない	202	23	225
精神病との鑑別やひきこもりへの知識・支援技術不足	191	11	202
本人と会えない、事例化が困難、当該地域の実態を把握していない	131	14	145
本人への支援が困難	95	11	106
家族への支援が困難	89	10	99
当該地域への情報提供・広報が不十分	27	1	28
社会問題、勤め先、行き先の問題	16	4	20

表11 ひきこもりへの今後の取り組み（自由記載）

取り組み	保健所	精神保健福祉センター	計
連携・ネットワークを図る・強化する	164	15	179
治療相談体制(システム・マンパワー)の充実	165	13	178
家族教室・相談を開催する、家族支援の開発	147	26	173
デイケア・たまり場・セルフヘルプグループ・ピアサポートの場の提供	104	27	131
ひきこもりへの知識・支援技術研修	120	9	129
情報提供・広報、啓蒙、実態把握	102	11	113
訪問相談・往診の実施	35	4	39
電話相談・インターネット相談を受ける	8	1	9

3. 援助システムのあり方

診察所・システムズコンサルテーションにおけるひきこもり

楢林 理一郎

(大津市湖南クリニック)

本報告では、精神科クリニックを起点とした場合の「ひきこもり事例」への関与活動の現在と、介入技法としてのシステムズコンサルテーションについて、湖南クリニックを例として紹介した。

《報告の概要》

湖南クリニックは滋賀県南部に位置する精神科クリニックである。同クリニックの特徴としては、精神科病院を中心に、四ヶ所のクリニック・家族療法専門機関・病院併設の老健施設などで精神科医療のネットワークを形成している点があげられる。これによって外来—入院—外来と一貫した治療の流れを作りあげることが可能になっている。

「ひきこもり」は現在様々なメディア上で頻繁に使用されているタームであるが、どのような定義をもって「ひきこもり」とするかについては社会的なコンセンサスが得られていない。この点を指摘したうえで、臨床場面でどのようなケースを「ひきこもり」と定義するかについて、クリニックで関与した回避性人格障害や依存性人格障害、対人恐怖傾向などの疑いのある症例を通じて議論をした。その中で、「ひきこもり」は社会的参加の困難さが認められるものの、従来の精神病理学的なパラダイムでは必ずしもひきこもり行動を説明しきれず、どこまで従来の医学モデルで対応できるかといった議論も交えて、定義に関する検討をせねばならないことを述べた。

次に、現在の保険診療体制の枠内で、診療所として「ひきこもり」にどのような対処が可能であるかどうかを報告した。可能な対処の形態として、①家族（おもに両親）の相談、②本人の受診、③往診、④入院治療を挙げたが、ひきこもりという必ずしも疾病や障害を基盤としない特殊な状態に対して、各々の対処方法がどのような可能性と限界・射程をもちうるかを事例から報告した。

こうした現在の診療体制の枠組みの可能性と限界を踏まえて、次に利用可能と思われる資源を検討した。現在のところひきこもりに対応可能な地域資源はほとんどないか、また

は対応可能であっても必ずしもひきこもりの青年たちに対して適切ではない、という実情を報告し、(ex、分裂病患者のためのデイケアや知的・身体障害者のための作業所・不登校のフリースペースなど)、ひきこもりに独自の支援資源の必要性があることを指摘した。また、こうした環境を整備していく際に障壁となる、本人の受診を中心として制度化されている保険診療制度の問題点についても挙げた。

ひきこもりの事例においては、必ずしも本人を直接援助の対象とするとは限らないことから、精神科医の役割も自ずと通常の診察や相談とは異なってくる。本報告では、ひきこもり事例に対する精神科医の役割をあげ、ひきこもりの診断的評価やそれに基づく介入援助の見たでの重要性を確認した。また、家族や周囲のキーパーソンなど本人の周囲のソーシャルサポートシステムに対して相談・助言を通じて働きかけることで、本人に間接的に援助を行うシステムズコンサルテーションの技法も有効なアプローチとして紹介した。

しかし、こうした対処や問題の把握には、一貫して共通の問題系があることも重ねて確認した。ひきこもりはDSM-IVにおけるI軸診断が適用されるタイプのものもあると考えられるにしても、ひきこもりそれ自体は疾病概念ではなく、果たして医学的アプローチが適応可能なのか、可能だとしてもそれが医学の専制(社会的問題を全て医学的問題に置き換え、再定義してしまう)をまねかないか、といった問題が常に存在しているおり、法も視野に入れて医療側の対応を綿密に検討せねばならない(特に移送の問題など)。またその一方で医療に接触しなくても解決してゆける道筋をも視野に入れておくことが重要ではないかという提言をした。そうした新しい道筋とは、学校と社会の中間領域として個人の成長や社会化を可能にする新しい枠組みであり、医療とは連携しつつも別個に社会の中で定立させていくことが、ひきこもり問題に社会的に対処する際には重要になっていくであろうと思われる。

《報告後の議論》

1) ひきこもりと年齢

- ・ ひきこもりには年齢差(10代/20代以降)によってその傾向が違うのではないかとされているが、地域の臨床家としてどのような印象を受けるか?

→ 10代のひきこもりは、家庭内暴力や精神症状を呈することが多いが、20代以降のひきこもりでは(過去に顕著な病理性がみられることもあるが)沈静化して目立った問題行動が無く沈潜化していることが多い。

- ・ 20代以降のひきこもりについてもどのように対応して行くかを検討していく必要がある。あるいは、年長のひきこもり青年が年少者を援助していくという形で、ひきこもりを呈していても相互援助を通じて社会的な役割を得ることが出来るかもしれない。(他のひきこもり青年の往診や訪問についていく、あるいは障害者の援助など)

2) システムズ・コンサルテーション

- ・ システムズコンサルテーションの問題点は？

→ 行政などに対して研修を行っても、担当者の異動が多いため成熟していかない。引継ぎやシステム全体を研修して行く必要がある。

3) その他

- ・ フローチャートをつくり、その中で医学的に対象化できないものを「ひきこもり」と定義してはどうか？
- ・ だが、DSM-IV上で1軸診断は困難としても、2軸診断(人格障害など)の出来ない「ひきこもり」はない。
- ・ しかし少なくとも、行政的に介入対象となる「ひきこもり」を定義する必要がある。そしてその定義は、定義に当てはまらない人を援助の網から完全に排除するようなものではなく、当てはまらない人にも何らかの対応が可能であるような、柔軟性を備えてなくてはならない。

参考文献：

榎林理一郎 2000 「ひきこもり」とは 保健婦雑誌 56(2), 94-99

榎林理一郎 1999 家族療法の現在 こころの科学 85, 78-83

榎林理一郎・三輪健一・上ノ山寛・吉川悟・湯沢茂子 1994 学校現場におけるシステムズ・コンサルテーションの可能性—滋賀県での「さざなみ教育相談」の経験から 家族療法研究 11(2), 99-107

榎林理一郎 1997 治療を拒む患者とその家族への心理面接的アプローチ 安部裕・大西守・篠木満・中村真一編 精神療法マニュアル, p171-178

診療所における「社会的ひきこもり」の臨床と システムズ・コンサルテーション

大津市 湖南クリニック
榎林理一郎

【1】臨床場面で遭遇する「ひきこもり」症例

1) 当院プロフィール

当クリニックは、1980年に京都、大阪を通勤圏とする都市近郊のベッタタウンに開設された。滋賀県南部（湖南地区）を主な診療圏とし、サラリーマンと主婦からなる核家族世帯も多いが、一方で田園の中に伝統的な地域社会が散在し、三世代家族も多い地域である。

当院は、同年10月に設立した「湖南病院」（精神科110床、木田孝太郎院長）を中核としたグループ診療の形態と特徴とし、湖南地区を主要な診療圏とする地域精神科医療ネットワークを形成する。現在では、今春新築移転した新湖南病院（120床）の他に、精神科クリニック、家族療法専門機関、および老健施設等でネットワークが構成されている。その中で当院は、地域診療所と病院のサテライト機能とを併せ持ったクリニックとしての特徴を有している。

従って、各医師も関連医療機関を掛け持ちで回り、たとえば私はクリニックの診療以外に週2?3日病院へも顔を出し、自分が入院の方針を決めた患者さんの診療にも直接携わっている。それによって、外来?入院?外来と一貫した治療の流れを作ることが出来、患者さんの入院治療への不安や抵抗を軽減させることに役立っている。

2) 臨床現場で出会う「ひきこもり」症例・・・「ひきこもり」概念でどのような症例を想起するか？

（なお、症例は、プライバシー保護の観点から、要旨のみとした）

(a) 「保健婦雑誌」（参考文献5）p95、症例孝彦参照

(b) K.S. 36y, 回避性人格障害

大学卒業後、現在まで就労せず、自宅でひきこもり生活をつづけ、時々の外出と定期的な通院を続けている症例を報告した。現状を肯定的に扱う面接を続け、2年間の通院の間に、少しずつ自信を回復し始め、対人交流が増え始めている。

(c) M.Y. 33y :

対人恐怖傾向があり、職場の対人関係がうまく行かず、20代半ばよりひきこもりと家庭内暴力が始まり、やがて母への暴力が激しくなり、新潟のS君事件を契機に周囲が入院治療を説得し、任意入院に至った症例を報告した。

私の理解：

少なくとも、従来の疾病概念では捉えきれないような生活行動上の問題を呈する一群。

従来の精神病理学的な意味では、さして異常とは捉えられない（記述する言葉が乏しい）。

少なくとも、精神病理学的な症状からひきこもり行動を説明しきれない。

その意味で、「不登校」の問題と極めて類似している。

すなわち、どこまで従来の医学モデルで対応できるかも慎重に検討を要すると考える。

【2】現在の保健診療体制の中で可能な対処とは？（当院を一事例として）

1) 診療の実際。初診の形態と受診ルート、治療/相談の継続に関して

①家族、特に両親の相談：

最も多いが、両親の相談のみで長期継続するケースは、少ない。
相談のみで本人に変化がないと、両親の動機づけも低下し、中断してしまう。親も高齢であることが多い。親にも抑うつなどの精神症状が出現した場合、親の治療に付随する形で本人の相談も継続することがある。

②本人の受診：

行動面での活動性が認められるケースでは、本人が医療機関の情報を入手して自ら受診することもある。(マスコミ情報の役割が大きい。分裂病であれば知人、親戚、地域情報が多い。)

往診可能であった場合、数回の往診後、多少の信頼関係が出来ると、突然本人が受診に現れる場合もあるが、気まぐれ的であることもある。

多少の症状(強迫症状、不安症状など)があり、本人も改善を希望しているときには、その治療の枠組みで通院が成立することもある。

家庭内暴力→両親の相談→家庭内病力の軽減→(抑うつ)→本人の受診、のパターンも比較的多い?

家庭内の緊張が高いほど、変化が起こりやすい。(家族療法の原則、変化のレベルが問題)

親が半ば強引に受診させたケースは、ほとんどない。

③往診について：

近距離であれば、可能な限り一度は往診し、本人の診察を試みることを原則としている。

しかし、定期的な往診は時間的ゆとりが無く、現在不可能。

近い将来的には、Ns、CPやPSWを教育して訪問看護の方向も考えてはいる。

一旦往診することによって、以後保険診療、投薬、32条公費負担が可能となる。

遠方のケースはなすすべがない。(インターネットの利用可能性?)

おそらく、往診家族療法が有効性が高いと考えられる。

④入院治療について

「ひきこもり」のみでは医療保護入院の適応とはならないと考えられる。任意入院が原則。

現実的には、この様な本人の動機づけの高い入院治療は難しいのでは?

家庭内暴力、自殺企図、自傷他害のおそれの場合には、医療保護あるいは措置入院の適応。

治療的入院のためには、病院には、精神療法的環境、集団的アプローチ、SSTなどの社会復帰プログラム、可能なら家族療法などの、治療的メニューがあることが必要。しかも、精神分裂病治療とは別グループである必要。可能なら、同レベルの問題の患者同士のグループ。

退院後も、DCや同様な問題のレベルのグループなどの場があること、あるいはそのような場との連携のあることがのぞましい。つまり、「精神療法的に配慮され、地域とのネットワークを考慮している病院であること」。

・基本は通院の形態。特に「ひきこもりDC」が検討の価値有り。

2) 地域で利用可能な資源(当院周辺の場合)

a) 現在

①現在の所、ほとんどない。

②当院DC。入所したケースもあるが、分裂病のメンバーとレベル合わず、中断。

③滋賀県精神保健総合センターで、ときどき「ひきこもり」の家族教室が開催される。

④滋賀県は知的身体障害の作業所は充実。しかし、ひきこもりのケースは対象外。

⑤HCの訪問。頼めば一応訪問してくれると思われるが、これまで該当ケースなし。

⑥市町村HCの訪問。頼めば一応訪問してくれると思われるが、精神に関しては対応技術

は未熟。H14からのホームヘルプ対応で手一杯、精一杯？

⑦不登校のフリースペースはあるが、学齢期対象？

⑧その他？

b) あると良いもの

①自助グループ的な場所

②定期的な家族教室、家族グループ？ 公的機関であれば比較的やりやすいのでは？

③ひきこもり専門DC

④フリースペース（「わたげ」の滋賀版）

⑤職親的な就労環境（少し社会化された段階の人向け）（ジョブコーチも利用できないか？）

⑥つまり、ゆっくりと社会へ出てゆける架け橋のような場所

⑦行政のサービス、HCや市町村の相談窓口、訪問チーム。？訪問相談技術の向上は緊急の課題？！

⑧孤立する家族の集まれる場所

⑨困った時に相談できる治療相談援助スタッフのための相談窓口、スーパーヴィジョン・サービス（精神保健福祉センター？）

⑩インターネットによる情報交換、各エリアごとの情報HP、チャットの開設

3) 保険診療の問題

①家族相談が保険点数化されていない。「通院精神療法（家族）」（392点）は、初診時は算定できない。

②本人と家族の同日の「通院精神療法」は算定できない。

③「通院集団精神療法」（270点）は6ヶ月しか使えない。同日に他の専門療法算定できず。

④入院の場合、家族との面接が診療報酬の対象となっていない。

⑤「家族教室」が診療報酬の対象となっていない。

⑥訪問看護料が低い（550点）。一人で近くを訪問することが前提の点数。複数スタッフの訪問は不可

⑦PSW、Nsの相談業務の点数化

4) 精神科医の役割（固有の役割は①②）

①「ひきこもり」の診断的評価：両親の相談からの推定診断，往診による直接診断（参考文献4）

② ①に基づく対処の方針：緊急性の判断，治療の必要（入院／外来），「法」の発動についての判断

③本人とのコンタクトの試み：往診，手紙，FAX，インターネット？

④両親面談，往診／訪問チームの派遣，他の資源紹介

⑤地域のスタッフとの事例検討，コンサルテーション，スーパーヴァイズ，

⑥家族への支援，相談，時に治療，往診家族療法

⑦DC，自助グループの場の提供

⑧家族への情報提供，家族グループの育成，孤立する家族への援助

5) システムズ・コンサルテーション（参考文献1,2,3,）

①会話による相談／援助行為の構造

②システム論的な認識に基づくコンサルテーション，問題を巡る意味づけ，関係性に焦点を当てて事態を捉え，解決策を相談する。

③相談／援助スタッフの力量アップを目指す。

④家族も援助スタッフの一員と見なせば，家族と本人との交流，関係性に焦点を当てる

ことも可能。

* 家族療法のこと。

【3】「ひきこもり」への対応における諸問題

1) 単に医療へのアクセスの問題として見るだけでは捉えきれない問題であること

A) 医療が対応できる「ひきこもり」

・精神分裂病など明確な精神科診断がつき、精神科医療の側に対応できる方法がある場合。たとえば、「精神分裂病」ならば、行政も比較的スムーズに動き出せる。緊急時も含めて、制度も一応整っている。

・Ⅰ軸上の診断が付けば、精神障害と位置づけ、治療の枠組みにのせることは可能。通院、投薬、精神療法・・・

その上、自傷他害、あるいは入院治療の必要への判断が出来ないほどの（病識のない）状態であれば「移送」も含め、「法」に基づく対処可能。

Ⅱ軸のレベル（人格障害、精神遅滞）を医療が扱う場合、任意が原則。

・「ひきこもり」も同様に、医療のコード（Ⅰ軸）にのせることが出来れば、「精神障害」として対応可能となる。しかし、ことはそう単純ではない。そもそも、「ひきこもり」は疾病概念ではない。

“病氣”“精神障害”でないものに、精神科医療はどのように対応可能なのか？「法」の枠外？

そもそも、「医療」が対応すべきなのか？

「移送」は、単に「ひきこもり」というだけでは適応外となる。

・社会問題の「精神医学化」にならないか？

精神医療の“万能化”にならないか？（社会の側に一部そのような期待？要請？）

B) 医療以外の対応がふさわしい「ひきこもり」

・医療に接触しなくても解決してゆける道筋もあってよい。例）不登校のフリースペース

・精神科医療の中で培われた技術を、医療の枠組みの外で応用して行くこと。システムズ・コンサルテーションもその可能性。

* どのような領域となるのか？福祉？教育？？

学校と社会の間段階の個人の成長、社会化を可能にする枠組み、社会的認知を受けた場所

現在そのような役割を担っているのは、「フリーター」（以前は女性の「家事手伝い」も）という社会的役割、自己啓発セミナー、一部の宗教、フリースペース、・・・そのような場に恵まれない場合、家庭内に引きこもるしかない？（→バーチャルスペース？）

* 行政レベルでのあたらしい領域の概念化、名づけ。（つまり予算を出すのは文部省か、厚生労働省か、環境省か??）既存の制度の枠内では対応しきれない問題であるとの認識が必要。

・社会文化的な装置（公認の学校社会中断／卒業後の社会化訓練ステップ）：

不登校？単位制高校、大検、フリースペース。モラトリアム？フリーター、

「ひきこもり」？、（フリースペース）（自助グループ的な集団）、ボランティア？

・現在はフリースペースが引き受けていることのエッセンスを社会の仕組みとしてどう用意できるか？社会化のためのある程度保護的な小集団を体験できる仕組みとは？

・当面は、ニーズに応える形で地域の中に自然発生的に生まれる新しい動きに敏感になること。

・マスコミに報道できる選択肢を提供する。“治り方”についての社会的合意を形成る。

「経験したことが一人前と社会的に承認される」ような社会的仕組み。（通過儀礼の欠

如?)

2) 「ひきこもり」概念の独り歩きへの危惧

マスコミの影響をどのように評価するか?

- ・「ひきこもり」が問題化してくる過程に、マスコミの力が大きい。マスコミが創った概念?
- ・「ひきこもり」と犯罪が結びつけて報道される。ごく一部の特異な事例を中核にして社会的に概念が形成されることへの危惧。社会的概念が逆に自己を規定してゆく恐れ。(参考文献6, p119?)
- ・「ひきこもり」の“本来の”姿をマスコミが肯定的に報道することを促進する働きかけも必要では。

参考文献:

- 1) 榎林理一郎, 三輪健一, 上ノ山一寛, 吉川悟, 湯沢茂子; 「学校現場におけるシステムズ・コンサルテーションの可能性? 滋賀県での『さざなみ教育相談』の経験から?」, 家族療法研究, Vol.11, No.2, p99-107, 1994.
- 2) 「家族療法の現在」, こころの科学 85 現代の家族, 社会評論社, 1999.5.
- 3) 「ひきこもり」を抱える家族の援助: 狩野力八郎, 近藤直司編, 「青年のひきこもり」, 岩崎学術出版社, 2000.
- 4) 治療を拒む患者とその家族への心理面接的アプローチ, 精神療法マニュアル, 朝倉書店, 1997.
- 5) 「ひきこもり」とは, 保健婦雑誌, 56(2), 94-99, 2000.
- 6) 座談会「青年のひきこもり」へのアプローチを考える, 家族療法研究, 17(2), 85-121, 2000.
- 7) 朝日新聞記事「人と生きたい」1? 6 (1997年2月); ブックレット福祉ナウ③「引きこもる若者たち? 社会に出られない?」朝日新聞大阪厚生文化事業団, 1997, 所収.

以上

精神保健福祉センターにおける「社会的ひきこもり」 に対する介入のあり方について

益子 茂

(多摩総合精神保健福祉センター)

本報告では、精神保健福祉センターを起点とした場合の「ひきこもり」への関与活動のあり方について、現状をふまえたうえでの検討と報告がなされた。

《報告の概要》

多摩総合精神保健福祉センターは東京西部の26市3町1村をキャッチメントエリアとする、精神保健福祉に関する複雑困難な相談指導等を行う中核的機関であり、デイケアや病床も備えた大規模・総合的なセンターである。精神保健福祉全般の中核的機関としてひきこもりへの対応をとることを社会的に望まれる立場であるが、専門的・技術的機関としての性格から、精神分裂病に代表される狭義の精神障害を中心とした事業展開の充実がまだまだ期待されており、今日的な問題への柔軟な対応を実施しにくい状況にある。また地域保健法の実施・精神保健福祉法の改正から市町村の役割が増大したことで、精神保健福祉に関する行政事業に一部整理が必要となってきた。

このような状況をふまえ、ひきこもりへの対応における精神保健福祉センターの位置づけは、今後一貫して対応を担当する専任機関というものではなく、市町村や医療機関・民間団体などがひきこもりへ取り組む環境が整えられるまでの間、精神保健福祉にノウハウのあるセンターが先駆的に事業を行い技術を開発し広めてゆくという、「サンセット方式」の構図の中で捉えることができる。その際、地域への近接性などを生かして新しいニーズへ積極的にとりくんでいる保健所とも連携しながら行くことが必要である。

ひきこもりの相談の多くは家族から寄せられるが、通常の医療機関では保険診療制度に拘束されるため、本人の来談がない援助はできない。しかし、センターや保健所では、保険診療制度から自由であるため、家族をクライアントとして継続的な相談の

維持が可能である。この特性を生かして、既にアルコール問題などで実績のある家族相談を支援の大きな柱として展開していけるであろう。

ひきこもりの家族相談は長期化しがちであり、相談からの家族のドロップアウトや援助者のバーンアウトなどの問題があると考えられる。相談技量の研鑽や、家族のモチベーションの維持、援助者のスーパーヴァイズ・ケース検討会体制など、継続的に面接・相談を実施していく上での改善が必要である。また、介入中に本人の登場が得られた場合には、医療受診のアセスメントを行いながら、個人カウンセリングや家庭外の居場所の確保・デイケア・職業訓練などの個別援助を用意することを検討すべきである。しかしデイケア利用の場合、予想されるひきこもり本人の短時間のデイケア利用は診療報酬制度の適用外のため施設への負担が大きく、制度上の改革も必要ではないかと思われる。この他、自立生活能力について支援する必要も考えられるため、生活訓練施設などの利用も考慮すべきである。

用意しておくべき重要なサービスメニューとして、家庭外の第三者が関与する家庭訪問によるアウトリーチサービスが挙げられる。広大なキャッチメントエリアをかかえる各精神保健福祉センターとしては、地理・マンパワーの面から訪問を実施するのは困難な現状もあると予想されるが、保健所・市町村保健センター職員など多職種との連携によって実施を行うなどが可能性として挙げられる。これらの実施に際して、「ひきこもり訪問マニュアル」の作成・配布なども必要である。さらに、こうした訪問への取り組みについては東京都下谷の精神保健福祉センターで過去に行われていた医師による訪問面接、高齢者精神医療相談班や欧米のコミュニティチームの活動が参考になるであろう。

こうした個別援助の他に、これまでの取り組みの知見からグループワーキングについても有効な支援のひとつとして挙げられ、グループワーキングの枠組みはセンターの事業に比較的親和的であるため援助の大きな柱となっていくであろう。

しかし、これらの事業を実践し得られた知見を他機関へと伝達していくには、保健所スタッフや地域の医師などへの再教育のみならず、まずセンター職員そのものへの重点的な研修を保証することも必要である。また、また最新の知識や情報の伝達とともに、実践の中での on the job training の要素もなければならないであろう。

さらに、関係機関の連絡会とケースマネジメントは見落としとしてはならない点であ

る。とくにひきこもりにおいては、学校機関や警察など職域を越えたマネジメント体制が必要になってくるであろうと思われる。

《報告後の議論》

- ・ 今回の報告は東京都の場合だが、実質的には精神保健福祉センターには地域差がある。公平性という点も考慮して全国的に見た場合、東京都の場合は、サンセット方式の中での牽引の役割としてセンターを捉える考え方もあるが、具体的な実践にあたっては、さまざまな困難がある。広大なキャッチメントエリアをカバーできるか、グループを行うにしても家族や本人がセンターから遠距離に住んでいる場合参加できるかなどの問題がある。
- ・ 東京都の精神保健福祉センターと地方のセンターを比較すると、予算面や規模・人員で大きな格差がある。そのため標準的な地方の精神保健福祉センターではアウトリーチ活動を独自に実施するのは困難である。むしろ地方のセンターではアウトリーチ活動は、市町村の保健センターに頼らざるを得ず、それら対応可能な機関に業務を分担させ連携体系をつくることになる。そのためには、大規模な精神保健福祉センターだけでなく、専門家の員数がそれほど多くない小規模のセンターや保健所・市町村保健婦を対象にしたガイドラインづくりや研修が必要である。
- ・ アルコール問題とひきこもりでは類似しており、自助グループや親の会などの蓄積されたノウハウが応用できる。アルコールで実績のある保健婦がひきこもりでも活躍することになる。そして彼らへのコンサルテーションを行うのが精神科医という役割分担が妥当であると思われる。
- ・ 本人がこうすればよくなる、という経過や見取り図が必要である。またその対応を専門職がやるのか、専門職にスーパーバイズされた保健婦がやるのかを明確に示さないといけない。仮に前者ならば、どのような関わりをすればよいかを示すべきである。精神医学や心理学などむしろ教育をうけた専門家こそが対応に苦慮しているという問題点もあり、ポイントを定めてスペシャリストを養成するほうが適切であると思われる。地域全体の対処能力をケースマネジメントのような連携で高めるより、インテンシブにスペシャリストを養成し地域で把握したケースを確実にスペシャリストにつなげるシステムを作り上げる方が現実的には可能であるように思

う。各機関の連携は難しいということが実感である。

- ・ 地域のマネジメントは既に同様のケアのパッケージがあれば可能であるように思う。またむしろ小規模市町村などでは連携や小回りのきいた対応が可能になる。
- ・ 精神障害などの分野ではすでに各行政レベルで共通言語や共通概念が形成されているため、連携をとりやすいといえる。しかし、ひきこもりではノウハウや理論の蓄積がない。また回復のプロセスも明らかになっていない。ひきこもりをどのように定義するか、といった初歩的なレベルですら共通認識ができていない。
- ・ ひきこもりのパターン分けや定義について示し、共通認識をもたらす必要がある。研修に際しては、短期間で行っても効果が薄いというのが、ひきこもりに限らず、多くの分野で実感としてある。長期的にインテンシブに行なったほうがよい。また、知識や情報を伝える、というだけでなく、フリースペースの見学など実習的・実践的な要素を強めて行うことが望まれる。

精神保健福祉センターにおける「社会的ひきこもり」に対する介入のあり方について

多摩総合精神保健福祉センター
益子 茂

I. はじめに

1. 精神保健福祉センターについて

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第6条に基づき、都道府県及び政令指定都市が任意に設置する機関で、精神保健福祉に関する複雑困難な相談指導等を行う、精神保健福祉に関する中核的機関である。具体的な業務としては、保健所・市町村等に対する技術指導及び技術援助、専門的研修等の教育研修、普及啓発、調査研究並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する相談指導のうち複雑又は困難なものを行う。その他、センターは、診療機能やデイケア、社会復帰施設等のリハビリテーション機能を持つことが望ましいとされている。

なお今回の法改正（平成14年施行分）で、その名称を弾力化するとともに都道府県及び政令指定都市に必置義務が課せられた。また、手帳交付及び通院医療費公費負担の判定業務、精神医療審査会の事務局業務が新たに加わった。その他、センターに関しては法令で定める以外のことは条例で定めることができるとされ、今後各自治体の実情に合わせた特色ある事業展開が期待される。

2. 都立多摩総合精神保健福祉センターについて

東京都には三つの精神保健福祉センターがあり、多摩総合精神保健福祉センターはそのうち最も新しいセンターとして平成4年に開業。多摩市に位置し、多摩地域（26市3町1村 人口3,869千人）をキャッチメントエリアにしている。世田谷にある中部総合精神保健福祉センターと同規模で大規模デイケア2つ、社会復帰病室20床、生活訓練施設40名定員を併設している。ひきこもりに関連しては、開設時より思春期特定相談を実施し、平成6年から親グループミーティング、平成11年から家族講座、平成12年より本人グループを導入した。

3. 多摩総合精神保健福祉センターをめぐる状況

近年の社会の複雑化に伴い、一般国民の心の健康への危機感が今ほど強まった時代はかつてなかったであろう。薬物問題、思春期問題、児童虐待、中高年の自殺、犯罪被害者や災害罹災者の心的外傷などの新たなメンタルヘルスの課題に対し、専門的技術的中核機関としてセンターに期待されるころは大きいが、精神分裂病に代表される狭義の精神障害関連に中心軸をおいた従来型の事業展開から、柔軟に幅を広げて対応することがなかなかできないというジレンマを抱えている。また、地域保健法の実施や今回の精神保健福祉法改正により、精神保健福祉領域での市町村の役割が増大するにつれ、いわゆる県型保健所とセンターの事業や役割に一部競合するところが出てきており、整理が必要である。東京都多摩地域には平成9年に再編統合された12の都保健所があり、精神保健については専任保健婦（係長）を置くなど力をいれた事業展開を行ってきている。また、今後の存立に対し現場の危機感が強く、新しいニーズに積極的に対応しようという雰囲気がある。児童虐待や思春期問題等についても、より地域に近いことから、センターよりもニーズのキャッチは早く、未経験などといってられない待たなしの対応を迫られ、手探り状態の中から、地域の資源を掘り起こしながら否応なく実地の経験を積みつつある。12保健所の思春期への取り組みについてはそれぞれ濃淡があり、家族への継続的な面接や家庭訪問のみならず親グループを持っているところすらある（なお、こうした中で聞かれるのが、児童・

思春期を得意とする精神科医が地域に絶対的に不足しているということである。ある保健婦は、いつまでも遠くの専門医を頼るより、近くの精神科医を育てていくというように発想を転換することにしたと逞しい意見を述べた。)

今後早晚地域精神保健福祉は一元的に市町村を中心とした体制へと移行することが予想されるが、これまで都主導で保健所を中心に力をいれて推し進めてきた経緯もあり、多摩地区の市町村は総じて、その取り組みには消極的な姿勢に終始してきたきらいがある。このように精神保健に経験の乏しい市町村にとっては、分裂病に代表される狭義の精神障害より、かえってひきこもり等の思春期問題の方が健康との連続性があり、育児相談や教育相談にも近縁なものとしてより身近でとりかかりやすい可能性も考えられる。今後、市町村や民間団体、医療機関などが本格的に取り組む環境が整えられるまでの間、現状では最も精神保健のノウハウのあるセンターや保健所が先ず先駆的に事業を行い、技術を開発して引き継いでゆくという、いわゆるサンセット方式の位置付けで取り組むという考え方もできる。

II. センターに求められるひきこもりへの援助について

1. 保健所等への技術援助及び関係職員研修

センターは通常都道府県に各一箇所ずつであり、直接的サービスより関係機関への技術援助といった広域的な間接サービス機能がその主体をなしている機関である。ひきこもり事例の相談についても、先ずは地域の精神保健の第一線機関である保健所や市町村の保健センターに寄せられることが多いであろう。センターは当該機関からの要請により、ケース会議に出席して対応等についての助言を行うといった活動が中心となる。緊急に医療に結びつける必要のある事例については、保健所を主体にセンターも協働して動く場面もある。継続してやや専門性の高いカウンセリングを要する事例については、センターでの個別相談やグループ活動の適応になる場合が考えられる。

またセンターの重要な役割である関係職員研修においては、講義形式による単なる知識の伝達ではなく、家族療法的アプローチの基本的技術等を含めたより実践的なプログラムを用意する必要がある。

2. 家族相談からはいる直接的援助について

センターは、都道府県等に一箇所で当然保健所よりは地域から遠く、受療行動という観点からは後方に位置しているといえる。ひきこもり事例のセンターへの来談経路としては、まず複雑困難事例という位置付けで保健所からの紹介がある。また、医療機関からは、病理性や緊急性はさほど高くないという医師の判断のもと、保険診療上やりにくい家族のみの継続的相談をそちらでしてほしいといった依頼がある。そのほか教育関係や児童相談所からの紹介がある。

ひきこもり事例に対するセンターや保健所の強みは、保険診療に縛られる医療機関と違って、本人の来談がない状態が続いても、家族をクライアントとして継続的な相談が維持でき、本人を来談させなければというプレッシャーを家族が感じないですむ環境を提供できることがあげられる。また家族のみの継続的相談から本人の登場という流れが共通しているアルコール相談での豊富な経験を応用できるかもしれない。先ず十分に家族から情報を聴取することが重要であるが、同時にカウンセリング的要素も不可欠である。そしてある程度情報がそろった段階でなるべく早期に医師を交えたケース検討を行い、必要に応じて医師が直接家族に面接して推定診断を行う。精神分裂病等の可能性が高いと判断された場合は、医療機関への相談も並行して行うよう勧める。また、問題行動が激しいなど早急に訪問等の直接介入が必要と考えられる事例では、より機動力のある地域の保健所につながる場合もある。センターでの家族カウンセリングでは先ず、家族自身がクライアントとして受け入れられ、これまでの対応について肯定的にかえされることでエンパワーされるといったことで第一段階がクリアされる。しかし、専門機関として何か特効薬的な解決策

の提供をうけられることを期待して訪れた家族が、失望して一回きりで来なくなることもままあり、初回の面接は技術的にも重要である。母親が第一相談者であることが多いが、できるだけ早く父親にも登場してもらい、問題を共有化し理解を深め正しく役割を担ってもらおう。こうして得られた家族の余裕のある対応が、家族の焦り→過剰の外出圧力→ひきこもりの強化というこれまでの悪循環をストップさせ、本人に好影響を及ぼすことが家族に実感される。家族から本人に自分たちがカウンセリングを受けていることを伝え、同行を誘ってみる。または、担当者から手紙を書く。タイミングを見計らった訪問も考慮するなどの本人への働きかけをはじめ。こうしたプロセスはいずれにしても時間がかかるため、しばらく膠着状態が続くとどの段階においても相談の中断がおりやすくなり、カウンセラー個人の負担が重くなる傾向がある。ポイント、ポイントでケース検討会やスーパーバイズを受けられる体制が必要である。また家庭内暴力を伴う事例も多いことから、その対応について家族へ適切に助言を行うことも極めて重要である。こうした個別対応と並行して家族講座や親グループの運営などを活用することが極めて有効といわれる。本人の登場が得られた場合は、早期にセンター医師による診断のための面接を行い、医療機関受診を並行して行う必要があるかどうかの評価を行う。本人の意向を尊重しながら今後の処遇の検討を行い、継続的な個人カウンセリングや居場所としてのセンターの利用、同じような仲間がいる少人数のグループやデイケアへの参加、民間のフリースペースなどの紹介や本人の意欲によっては職業訓練的援助の提供などを検討する。生活訓練施設を併設している場合はそれを利用した自立のための生活訓練の検討も今後の課題である。

3. アウトリーチ活動の展開

ひきこもり事例への援助の過程の中で、家庭訪問は用意しておくべき有効なサービスメニューのひとつと考えられる。それをどこのだれがになうかはその目的によって異なるであろう。極端に言えば、暴力等の問題行動が激しく切迫した状態であれば、警察官による訪問が第一選択ということもあるし、早期に専門的な診断・評価が必要とされた場合の医師の訪問面接（医療機関からであれば往診）もあろう。家族支援や本人への働きかけを目的にする場合は、その相談を受けている機関の担当職員による訪問であり、センターが主たる相談機関となっていれば、当然センターの医師や職員が訪問することが求められる。都道府県に一箇所であり、地理的にもマンパワー的にもそこまでは困難というセンターが多いのが現状であろうが、専門的技術的中核機関としては、ひきこもりのような新たな課題については、モデル地区を設定するなどして先駆的に取り組む必要があるのではないか。勿論、より地域に近く従来から訪問指導を日常行っている保健所と協働して動くことが必要であり、今後は市町村保健センター等との連携も進める必要がある。そうした先駆的活動をつうじて、「ひきこもり訪問マニュアル」を作成することも重要である。

東京都についていえば、センターにおける訪問活動として、台東区下谷にある都立精神保健福祉センターが、複雑困難事例訪問相談班という活動をしてきた実績がある。地域で事例化していながら本人が医療を拒んでおり、家族の力では受診させることのできない事例について、保健所と協働してセンター医師を含むチームで複数回訪問し、本人の状態を評価の上必要なら受診説得、病院への搬送援助といった内容で、34条を先取りした活動である（ちなみに東京都では、34条はいまだに事業開始されていないが、その運用の検討の中では、保健所による事前調査の過程で、必要に応じセンター医師等が34条適用の必要性の判断のために同行訪問することも含め積極的に協力する方向で議論されている。）。

さらに東京都では、独自の制度として高齢者精神医療相談班を三つのセンターに配置している。保健所等からの紹介で、高齢者の居宅を医師を含むチームが訪問し、老人性痴呆疾患専門病棟への入院が必要かどうかの評価を含め、処遇の方向や他のサービスへの結びつけなど家族に対し助言したりするのを役割としており、実績をあげている。

こうした手法を一般精神保健にひろげ、一次予防、再発予防をも視野に入れて進めて行くことが今後のわが国の地域精神保健活動の一つの方向性ではないだろうか。それには欧

米のコミュニティチームの活動が良いモデルとなるだろう。精神保健福祉を新たに becoming 市町村に対する都道府県の支援の一つとして、センターがモデル的に開始することも検討されてよいであろう。34条やひきこもりへの援助はこうした活動の恰好の契機になるのではないかと考える。

また、同時に医療機関による往診はもっと推進されるべきであり、診療報酬上の配慮などが必要と考える。

4. ひきこもり関連の思春期グループ、親グループの運営

これまでの先駆的取り組みの知見から、こうしたグループワーキングの有用性は間違いないところである。また一方でこれらが継続的な個別相談と並行して行われることが重要であるという点も一致している。この相談とグループ運営は、センターの事業に比較的馴染みやすいものとして、ひきこもりへのセンターの援助の目玉といえるものではないだろうか。具体的なプログラムの内容やグループワーキングの技法等については、先駆的な取り組みを参考に検討してゆく必要がある。

なお、保険診療のデイケアを持っているセンターでは、本人グループをその枠内でやるという選択肢もある。ただ殆どの事例が一日6時間という保険診療上の条件をクリアできないと思われ、今の所は例外的な事例を除いては難しいのではないかと考える。しかし、並行して継続的に医療機関とつながっている必要のある事例では、医療スタッフの厚い医療デイケアの適応が考えられる。民間医療機関でも対応していけるようにと考えるならば、こうしたケースについては一日6時間より短時間の設定のデイケア制度の創設が検討されてよい。

5. 関係機関ネットワークとケースマネジメント事業

思春期事例については、精神保健関係のほかに児童相談所、学校、教育関係、警察少年係、民生児童委員、NPOなどの関係機関が定期的に連絡会を持ち、事例発生時に必要に応じて集まれるような体制作りが必要である。特に学校関係とは日頃からスクールカウンセラーや養護教諭などとの交流の場を設けておくことが有用である。平成13年度の国のモデル事業の成果に注目する必要がある。

Ⅲ. センターの問題点について

1. 新たな精神保健の課題に対する取り組みについて

センターは、精神保健領域では最も専門性の高い公的機関という位置付けであり、社会情勢の急速な変化に伴う新たな精神保健の課題に対しても、高度な専門知識技術を持つ集団として指導的役割を期待される立場にある。しかるに、これまでは精神分裂病に代表される狭義の精神障害のリハビリテーションなどを事業の中心軸において運営されてきた所も多く、そうした事業の需要は今もけっして目立って減少しているわけではないことから、一挙に方向転換するという事は現実的には不可能であろう。柔軟に新たな課題やニーズにも対応するためには、人的な余裕のもとに職員の再教育やいわゆる *on the job training* ができる体制作りが必要である。ひきこもりについていえば、思春期心性の理解、家族療法の基礎的な技術やグループワーキング技術等の習得は必須であろう。単なる知識や情報の伝達を受けるのではなく、実践的な技術の習得を主眼においた研修でなければ意味がない。既存の技術の応用により比較的容易に習得できるものもあるであろう。このようにひきこもりに限らず、次々と現れる新たな課題に対しては、先ずは否応なく対応する中で経験を積むということにならざるを得ない面が大きいであろうが、同時に最新の知見や技術に *catch up* できるための機会が保障されなければならない。