

## 介入の法的な許容性について

池原 毅和

(アドボカシー法律事務所)

本人から「何とかしてほしい」という要請のない「ひきこもり」に対し、時に強制的に関わる場合の法的根拠やその問題点について情報提供が行われた。

介入の法的な許容要件として、「必要性と手段の適合性」「重大性と比例原則」「緊急性」「LRA(the Least Restrictive Alternative)」「任意性の原則と判断能力」「自己決定」という原則が示された。

これらの原則に基づき、精神保健福祉法等の法的適合性のもとに介入が許容されるが、現行法を直接的に「社会的ひきこもり」への対応に用いることは難しい現状である。

### 《報告の概要》

「社会的ひきこもり」の状態にある者から相談・援助の要請がない事例に対し、強制的に介入することが許容される法的な基本原理は、Police power(警察権力)とPaternalism(保護主義)の適用から成り立っている。Police powerの適用はHarm principle(他害原理)に基づき、個人が他者に危害を加える(加える恐れがある)場合に許容される。一方、Paternalismの適用は、本人の自己決定が自滅的であり健全な育成が妨げられるときに許容され、具体的には本人の判断能力や年齢の要件に反映される。

介入の基本的な許容要件として、まず介入の必要性と介入が必要とされる事態に対し適切な解決方法を用いているかという問題があげられる(手段の適合性)。「社会的ひきこもり」に対する介入の必要性を精神医療という手段の適合性の面から見ると、本人の精神疾患の有無あるいは精神医療による治療効果の期待度によって類型化することができる(資料参照)。現行の精神保健福祉法は、精神疾患があり精神医療により治療効果が相当程度期待できる場合は、強制的な手段を含め、比較的整備されている。しかし精神疾患があっても精神医療により治療効果が期待できない場合、および精神

疾患がない場合は、強制的な介入は問題があり、任意の働きかけも、教育・福祉・医療等の手段を総合した法制度は整備されていない。

介入の程度については、介入を行わない場合に生じうる事態の重大性に比例したものを上限とするものでなければならない（比例原則）。事態の重大性にはグラディエーションがあり、それに相応して介入の程度の段階づけができるが、介入度の最大限の手段を用いるかどうかは、他の許容要件を勘案し問題解決の効果が高い手段を選択すべきである。

介入が必要であり、介入を行わないと重大な結果を生じる場合であっても、緊急性がなければ強制的な手段は用いることはできない。また介入の手段については、同じ目的を達成するために、本人に対し最も制約の少ない手段を選択しなければならないという憲法上の原則（the Least Restrictive Alternative）がある。

介入の任意性の問題については、おおむね 15 歳以下の年齢の者に対しては親権者が本人に代わって必要な医療・福祉・教育上の決定をなし得ると解釈することができる。15 歳以上の者に対しては本人の意思が親権者の意思以上に尊重されなければならないが、精神障害のために判断能力が欠けている状態であれば、精神医療については保護者の同意により医療保護入院などを行わせることができる。「社会的ひきこもり」の場合、社会とのつながりを持つことの必要性は理解できているが、その理解に従って合理的に自己のとるべき行動がとれないという意味では判断能力に問題があるようにも見受けられるが、精神疾患を持たない事例では判断能力の欠如を問題にして代諾による強制をすることは困難と思われる。なお、長期的にみて自己決定を不可能あるいは著しく困難にする事態を回避するための介入は個別法がなくても違法性はないと理解することができる。「社会的ひきこもり」の場合、長期化するほど自己決定が困難な状態に陥っていくことが予想される。従って自己決定が可能な状態を回復させるための情報の提供が必要であり、自己決定を引き出し育成するための働きかけは積極的に行わなければならない。

以上のような原則に基づき、精神保健福祉法、少年法、刑法あるいは児童福祉法などの法的適合性によって介入が許容される。

## 《報告後の議論》

### 1) 法的な対応の際の精神障害の定義や区分はどのようになっているか

精神保健福祉法によれば、分裂病のみではなく人格障害などにも適用することは可能である。

入院の措置については、入院で現状よりも回復の可能性がある場合、現状以上の悪化を予防するという発想がある。法的には Paternalism の観点に立ち、本人の生活がどの程度破綻しているかが判断の基準になる。精神疾患があり入院の必要があると認められれば介入することができる。

## 2) ADHD や LD (学習障害)、アスペルガーといった問題を持ち、ひきこもりの状態にある場合、判断能力という側面はどうか。また、欧米では判断能力の有無を判断する基準を設けているか

強制入院という形式は本人の判断能力が欠けているという判断で行われる。緊急性がない場合は自己決定を促すような説得を行う。また、成年後見制度については、後見人が治療契約を結び本人の診療について支払いをすることはできるが、インフォームドコンセントを代理で行うことはできないため、本人が診療を拒否する場合に強制することはできない。

欧米では特定分野についての判断能力がないという判定を受けて、初めて他者が判断することが認められる。能力の有無の判定は「有り」「無し」の二者択一ではなく、自己のとるべき行動との関係により判断される。

## 3) ひきこもりに対する心理療法への法的制約とはどのようなものか

家族が家庭の悩みを任意に相談することは本人のプライバシーの侵害には当たらない。本人についての情報であっても、家庭内の日常の会話の中で得た情報を話すことは問題はない。しかし手紙や日記といった個人が自分だけの情報としている情報を持ち出すことは問題がある。また他機関への情報提供は、機関がネットワークとして機能し、情報を共有できるシステムができていればよいが、公的機関であっても守秘義務の遵守は必要であり、任意で特有に知り得た情報を共有することはできない。

家庭訪問については、本人が希望しない場合、訪問を続けコミュニケーションを図ることは可能である。本人の部屋に無断で立ち入らなければ、訪問には問題はないと思われる。ただし、相手を脅してその意思を曲げる行為は違法であり、相手の自由を尊重しつつ何らかの介入を受け入れるように導くテクニックは必要であろう。

#### 4) ひきこもりであり、家庭内暴力がある場合の判断はどうなるか

家庭内暴力は他害行為と認められる。しかし警察には民事不介入という原則があるため、暴力を受けた家族が客観的に被害の様子分かるようにしておくこと（例えば診断書など）が必要である。暴力が今後予想される場合は、虞犯扱いが考えられる。しかし、より危機的な場合の対応については、行政への提言も含め検討が必要であろう。

精神疾患によらない他害行為の場合、家族からの情報で推定診断による投薬は、法的には許されない。あえてその方法を採用しても事態を収拾しなくてはならないという限定範囲の中で考えるべきである。

## 介入の法的な許容性について

池原毅和

## 1 介入の許容性についての基本原理

## ① Police Power

Harm Principle 基づくもので、本来は、唯一の自己決定制約原理であるべきものとされる。

問題は、「他害」(harm) の発生又は発生可能性がどの程度に至った時に、どの程度の介入が許容されるかにある。

## ② Paternalism

自己決定制約原理として認めるべきかに争いがある。しかし、Police Power を唯一の自己決定制約原理とする前提には、成熟した近代市民社会の理性的市民という人間像が前提になっている。従って、成熟した理性的市民という前提を欠く場合には、「保護」(Paternal) が許容される場合がある。具体的には、判断能力や年齢の要件に反映される。

## 2 介入の基本的な許容要件

## (1) 「必要性」と「手段の適合性」

	必 要 性	手段の適合性
他 害	精神疾患による他害又は他害のおそれ（あるいは自傷又は自傷のおそれ）	精神保健福祉法（措置入院）、少年法（警察・家裁）、刑法（警察・裁判所）、* II 軸上の疾患を区別するか
	精神疾患によらない他害	少年法（警察・家裁）、刑法（警察・裁判所）
保 護	精神分裂病などの DSM -IV の I 軸上の精神疾患を有する。	精神保健福祉法（任意入院、移送、医療保護入院）
	人格障害などの DSM -IV の II 軸上の精神疾患を有する。	精神保健福祉法（任意入院、移送・医療保護入院などの強制受診の是非は問題）
	精神疾患とはいえないが、引きこもりのため栄養状態、衛生状態などの極度の悪化、自傷行為などがある。	原則として自発性に対する任意の多角的働きかけ、例外的に緊急行為による強制？
	精神疾患とはいえないが社会化の遅滞がある。	自発性に対する任意の多角的働きかけのみ

- a. 手段の適合性とは、解決を必要とされる事態に対して、適切な解決方法であるかどうかという問題。
- b. 「社会的引きこもり」に対する介入の必要性を、精神医療という手段の適合性の面から見ると、①引きこもりのコアに精神疾患のある場合と、②精神疾患がない場合があり、精神疾患のある場合（①）でも、i)精神医療によって治療効果が相当程度期待できる場合と、ii)精神医療のみでは十分な治療効果が期待できない場合がある。しかし、他方、精神疾患がない場合（②）でも、精神科医等の医療関係者が、多角（教育、福祉、医療）的働きかけのためのスタッフであることが有効な場合もある。

現行精神保健福祉法は、①-i)の場合は、強制的手段も含めて比較的整備されているが、①-ii)の場合については、強制入院を含めて、入院という手段が有効であるかに疑問もあり、社会的対処能力を高めるための医療以外の働きかけも効果があると考えられるが、その手段は特に法制度上用意されていない。②については、生命、身体に危険を生じる状況でなければ、強制的な介入は不可能であり、任意の働きかけにしても、教育、福祉、医療等の手段を総合した法制度は整備はなされていない。

また、実際にはこうした類型のほかにも、確定診断に至らない「疑い」の状態がある。措置入院と少年法以外では、「疑い」あるいは危険性の状態で強制手段を用いることは許されていない。

- c. 措置入院をPolice Powerに基づく強制入院とすることには問題もある（自傷はむしろPaternalism）が、とりあえず現行の措置入院とは別に他害対処型の強制治療制度として分類してみた。ここでも人格障害等について、強制入院で対処することが有効かは問題がある。

## (2) 「重大性」と「比例原則」

介入の程度は、介入を行わない場合に生じうる事態の重大性に比例したものを上限とするものでなければならないという法原理

生命や身体の安全に重大な影響を生じる場合、精神疾患自体の放置できない悪化がある場合、社会化の遅滞に自己や周囲が悩んでいる場合など、事柄の重大性にグラディエーションがあり、それに相応して刑事的強制・措置入院的強制、民事的強制・医療保護的強制、任意の働きかけというようなグラディエーションがある。双方のグラディエーションは、一応の段階付けができるとしても、本来は比例関係を持って連続的に連動する程度の変化として理解すべきものである。

なお、強制手段であるから問題解決効果（手段適合性）が高いということが常に言えるわけではなく、むしろ、任意的手段のほうが問題解決効果が高い場合もある。従って、事柄の重大性は、介入度の上限を限界づける意味を持ち、最大限の手段（例えば強制）を用いるかどうかは、他の要件を勘案して選択すべきことになる。

## (3) 緊急性

介入が必要であり、介入を行わないと重大な結果を生じる場合であっても、そ

の結果が生じる時期が目前に迫っていなければ、強制的な手段は用いることができないという法原理

措置入院における自傷他害の「おそれ」や移送の「直ちに」という文言は、この趣旨を示している。

(4) LRA (the Least Restrictive Alternative)

もっとも制約の少ない手段を選択しなければならないという憲法原則。選択しようとする介入手段について、同じ目的を達成するために、本人に対して、より制約の少ない手段がないかを検討し、その手段では目的が達成できないことが明らかかな時に、最初に選択しようと考えた介入手段が許容されるという原則。

(5) 任意性の原則と判断能力・年齢、代諾・家族とプライバシー

おおむね15歳以下の年齢の者（民法上の身分に関わる行為や責任能力、義務教育の終了との関係から15歳程度であれば、自己の心身についての自己決定能力を持つと見てよいと思われる）については、親権者が、本人に代わって必要な医療、福祉、教育上の決定をなしえと解することができる。

おおむね15歳以上の者については、本人の意思が親権者の意思以上に尊重されなければならないが、精神障害のために判断能力が欠けている状態であれば、精神医療については保護者の同意により医療保護入院などを行わせることができる。但し、判断能力については「能力者の推定」原則が働くので（米国では明確に規定されているが、わが国でも任意入院を原則とし、医療保護入院等について指定医が患者の同意能力の欠如を診断すべきものとされていることからすると、能力がある状態を原則的に推定していると解釈できる）、無能力と判定されない限り、能力があるものとして対応する（つまり、任意の対応）ことが必要。

判断能力は、解決しなければならない問題の困難さ複雑さによって異なり（変動性尺度）、また、判断能力には、自己がおかれている状況と医療等の必要性についての理解力とその理解に従って自己の行動を統制する能力の二面を必要とする。社会的引きこもりの場合、社会とのつながりを持つことの必要性は理解できている、あるいは、その渴望があるといってもよいのかもしれないが、その理解に従って合理的に自己のとるべき行動がとれないという点で、広い意味では判断能力に問題があるようにも見受けられるが、精神疾患をコアに持たない引きこもりの事例では、判断能力の欠如を問題にして、代諾による強制をすることは困難と思われる。

プライバシー権や自己決定権は人格的自律権（憲法13条）に由来するものと解されている。理論的には人は出生と同時にその権利の享有主体になるが、15歳程度を目安に、それ以前は親権者の監護権が子の意思に優先し、15歳以降は子の自律権が優先すると解すべきものと思われる。従って、家族に対する働きかけをする場合にも、15歳以上の対象者の場合は、本人の意思に反する介入にはならないように、また、本人に関する情報については、本人のプライバシーを侵害しないようにする配慮が必要と思われる。

なお、自己決定権は、「長期的に見て自己決定を不可能あるいは著しく困難にする自己決定」は、憲法上、自己決定権の内在的制約として許されないという考

え方がある（そうした事態を回避するための介入は、個別法がなくても違法性が阻却されると解する余地がある）。

(6) 社会的引きこもりと自己決定

自己決定は、いわば選択枝決定の自由というものであり、選択枝がなければ自己決定ということの意味はないし、また、客観的には選択枝があっても、それが本人に認識できる状態にない場合や選択枝は認識できても、その意味や効果や違いを判断するための十分な情報がなければ自己決定はできない。

社会的引きこもりの場合、引きこもれば引きこもるほど、情報から遠ざかることが想定でき、自己決定が困難な状態に陥っていくことが予想される。従って、自己決定が可能な状態を回復させるための情報の提供が必要であり、自律や自己決定を引き出し育成するための働きかけは、むしろ、積極的に行われなければならない。

### 3 現行法

(1) 精神保健福祉法と介入の端緒

相談援助

措置通報

移送

etc

(2) 少年法

① 「少年」の定義；20歳に満たない者（2条）

② 対象；犯罪少年、触法少年（14歳未満）、虞犯少年（3条）、実務上は何らかの刑罰法令にふれる行為などが無いと対象になりにくく、大多数の社会的引きこもりには適合的でないと考えられる。

③ 介入の端緒；②の対象者を発見した者は、家庭裁判所あるいは児童相談所に通告する（6条）。

(3) 児童福祉法

① 「児童」の定義；乳児、幼児、少年（小学校就学から18歳まで）

② 介入の端緒；保護者に監護させることが不相当であると認める児童を発見した者は、福祉事務所、児童相談所等に通告しなければならない（25条）。

(4) 児童虐待防止法

① 対象；心身の正常な発達を妨げるような長時間の放置、著しい心理的外傷を与える言動を行うこと

② 介入の端緒；児童虐待を受けた児童を発見した者は、児童福祉法25条の通告をする（6条）。



## 4. 援助の実践報告

## 「社会的ひきこもり」への家族療法による関与

吉川悟

(システムズアプローチ研究所／コミュニケーション・ケアセンター)

大阪のシステムズアプローチ研究所／コミュニケーション・ケアセンターにおける、特定の医学的診断のつかない「ひきこもり」への家族療法による実践活動について、4つの事例を通じて報告があった。

### 《報告の概要》

ひきこもりの事例では、主な来談者は両親や同胞など本人以外の場合が多いが、今回報告する事例においては全て、ひきこもりを起こしている本人よりもその家族に焦点を置いたアプローチを行っている。このアプローチでは、本人に直接関与するよりも、家族との面接を通じ家族内でのコミュニケーションのパターンを改変することで、ひきこもり状態に変化をもたらしているのが特徴である（資料1参照）。

関与の期間はケースに応じて異なる（3ヶ月から半年、あるいは3年半）。頻度については月1回、もしくは1／2週間のペースでの家族面接が基本であるが、状況に応じて週一回に行うこともある。

相談開始の初期には、家族が精神的に疲労困憊していることも多く、直接問題に切り込むよりも、家族の支援や相談継続の動機づけ、問題の見立てを行うことが重要である。主な留意点としては、①疲弊した家族の情緒面での支援を行うため、「よくここまでいらっしやいましたね」「ここまで支援してきたので、（問題が）この程度ですんでいるのですね」など、家族の持つ無力感へのコンプリメントを行う。②援助をうけることで必ず状況が変化するという〈未来についての可能性〉について希望を抱いてもらい、援助への動機付けをする、などである。ただし家族が全ての関与を「専門家任せ」にすることを避けるため、家族にも主体的に援助に協力してもらえようとする必要がある。

介入中における治療者の対処の基本として、家族がひきこもり問題を捉える際に持ちがちな、特定の誰かを原因とする視点を、循環論的視点へと再構成する必要性もあ

る。本人も問題解決のため努力をしながら極度の理想を持ちがちなために挫折し、自信を喪失してひきこもることを繰り返すパターンが見受けられること、また親自身も改善しようとするあまりひきこもりを強化している可能性など、循環論による図式を示し「誰も悪いものはいない」という理解をしてもらうことによって、そのパターンの改変を促すことや、親自身の無力感・罪悪感あるいは本人への非難を解消することが、ひきこもりを解決に導く上で大きな役割を果たすと考えられる。

また、母の過保護と父の無関心という一般的に流布されている家族原因論的な考え方は、家族を罪悪感に追い込む可能性がある。本人をエンパワメントするためには家族のエンパワメントが不可欠であるので、むしろ家族の肯定的な側面をみつけ援助していく態度こそが必要であろう。

#### 《報告後の議論》

- ・ 今回の報告では、家族支援を通じてひきこもりへの関与を行っており、それが有効であることが示された。しかし、これまでの精神保健のシステムは、問題の当事者をどの専門機関で処遇するかについては機能的であるが、家族への継続的な支援は欠如している。今回の事例で報告されたような家族支援を、どのように現行の行政システムに組み入れるかは課題であるだろう。
- ・ 本人へは必要に応じて医療などの多職種によるネットワークの形成することによって対応し、家族に対しては、専門職がケアのネットワークのマネジメントとチェックを行うことを通じ継続的なフォローをする、という枠組みも考えられる。しかし、ネットワークの形成の実態とはどのようなものか、そのマネジメントを誰が受け持つのか、連絡体制をどのように形成するのか、という点については、実践を通じて今後も検討していく必要があるであろう。これらの問題点については、アメリカで実施されているインテンシブ・ケースマネジメントが参考になるかもしれない。このような点を検討したうえで、ひきこもりの援助はどのような目標を持てばいいのか、それにむけてどのようなアプローチをしていけばいいのか、それについてのモデルを構想し、ガイドラインやアセスメントの書式を作っていく必要があるだろう。
- ・ 家族支援という点については、家庭内暴力を起すタイプのひきこもりにおける家族からも、本人が（親と離れて）居場所とできるような小規模作業所に類似したも

の作れないか、という要望があがってきている。社会福祉事業法の改定で小規模作業所の設置基準が下がっており設置は過去に比べて難しくなくなっているが、作業をせねばならない「作業所」という枠組みにとらわれるのではなく、フリースペースとして緩やかな性格をもった場所であってもよいであろう。フリースペースや作業所は、問題解決のための有効なリソースとして考えられる。

- ・ ひきこもりのための心理教育的アプローチは、トラブル対策や問題の把握についての情報を提供するには有効であると考えられる。しかし心理教育のみで問題を解決するというよりも、インテンシブな治療・介入ベースを持った上での実施が原則であろう。
- ・ 本報告にある家族支援は、家族療法的な視点を基盤として行われている。ひきこもり援助において重要な役割を果たしていくことになるであろうスタッフ（ソーシャルワーカーや保健婦）に対して、このような家族療法的な援助を指導・訓練することは可能であろうか、という点は、ひきこもり援助を確立していく際に考慮に入れる必要がある。しかし、家族療法の考え方は、精神保健の領域の技法と大きく異なるわけではない。複雑高度な技術や知識ではなく、ひきこもりの問題を把握するのに必要な考え方や技法、特に家族との精神保健相談のあり方についての知識を得るだけであれば、複雑なトレーニングは不要であり、研修などで対応可能であると考えられる。とくに「問題発見的な経過」の視点ではなく「期待外れの経過」の視点を、専門職に得てもらうことが研修において重要である。たとえば、さまざまなサービスに関わってきた家族の場合、問題の解決を望んでいたが今まで解決には至らななかった、という「期待外れの経過」を経験してきたことが多い。しかし逆に援助者は、「どうして今まで解決されてこなかったのか？その原因となる問題は何か？」という、本人や家族の問題点を追及するとならえ方をして話を聴くため、家族の期待外れの経験や思いを無視してしまったり、気持ちを挫いてしまいがちなのである。
- ・ 家族相談はひきこもる本人と専門職の唯一の接点であり、また家族自身も苦悩や負担感を抱え援助を必要としている状態でもある。相談は家族にとって、そこに来ることでエンパワーされ、このまま相談を継続していこうという意欲の湧く場でなければならない。家族の気持ちを挫くことなく十分エンパワーして面接を続けていけるような、援助者側の態度を養成することが必要である。

## 「社会的ひきこもり」への家族療法による関与

システムズアプローチ研究所  
コミュニケーション・ケアセンター  
吉川 悟

## 1, 家族療法によるいくつかの事例への取り組み

## 症例1 省略

## 症例2

患者：25歳 男性

家族：父親（52）、母親（48）、患者（25）

発症経過：大学卒業時、会社訪問を繰り返しているうちに自虐的になり、翌年2ヶ月勤務し退社、以後引きこもる。その後、仕事を探すが不就労のままとなり、2年後に父親に相談して就職するも、その後抑うつ的となり、再度引きこもる。母親があきらめるとたまに外出。一切の仕事は自分には向かないと自虐的な発言を繰り返し、心配する母親に対して暴力的となる。

治療経過：＜初期＞ 両親だけで相談を開始し、卒業時の対人不審の払拭と具体的援助が必要とインフォメーションをする。

＜後期＞ 両親からの対人不審への取り組みに応じるようになり、再度患者の社会参加への直接的援助を指示。

- \* 患者の状態に対するコンセンサスを持ち込み、明確な患者の受けた被害を想像し、それに同調する立場として両親を援助者として位置づけながら、変化を導入。

## 症例3

患者：26歳男性

家族：父親（会社役員、56）、母親（専業主婦、52）、患者、弟（院生、23、別居）

発症経過：平成2年に東京の予備校に入学。一浪時に希望大学への進学を断念し、専門学校へ。しかし、アルバイトにかまけて中退するが、親には告げなかった。翌々年、4月に就職したと親に偽り、生活困難となり、強制的に帰宅させられる。その後、1ヶ月ほどのコンビニでのアルバイト（夜間）を年に一度する程度。日常的は自閉的で、母親との口論がたまにあった。

治療経過：＜初期＞ 精神病の否定と社会適応援助が必要とのインフォメーションをする。

＜中期＞ 患者の治療参加と、親子間の葛藤を治療的に創造する。

＜後期＞ 患者の社会参加と、親子間の物理的・心理的距離を創造し、上記葛藤の解消のための相互作用を作り出す。

- \* 患者の僅かな葛藤を誇張し、患者を一旦「被害者」として位置づけ、被害者救済のための相互作用を創造することで家族のコミュニケーションに変化を導入。

## 症例4 省略

## 2, 治療開始時の留意点

- ・ 主な来談者 母親のみ、両親・同胞など、本人以外  
＜長期間続いている／受診経験を持つ者が多数＞
- ・ 来談時の家族の動機づけ  
家族が疲弊しきっている  
＜感情的になって話し続けるような父親や母親の無力感のあらわれ＞

・初期段階の援助のポイント

いかに家族の持つ無力感をコンプリメントできるか

いかに家族の動機づけを維持できるようにするか

禁忌事項：家族の対応の是非を議論。問題点を暴き立てる。対応の非を指摘

家族の心労に対するサポートが不可欠な手続きである。

ジョイニングとリフレイミングを利用する。

### 3. 治療継続中の留意点 [治療者の対処の基本]

・治療における初期の矛盾

家族をコンプリメントすること＝「患者が問題」という認識を強化

[心理教育的な視点を導入すること]

・ひきこもり現象を単純な循環で説明すること

『ひきこもり→社会化への行動→自信喪失→ひきこもり→社会化への行動→自信喪失  
→・・・』 ← [これを個々の事例ごとに経過のエピソードに絡める]

・これによって「患者自身も改善しようとするあまり、結果的にひきこもりを強化しているのだ」という新たな理解を導入することができる。「行為の意図せざる結果」「問題解決努力が問題を膠着化させる」

・両親の「解決努力」の意識を肯定し、結果としての評価ではなく、解決過程の両親の意識に焦点を合わせ、二次的な葛藤を早々に処理すること。単純な「子供のことを心配しない親はいない」

### 4. 治療継続中の留意点 [家族への見立ての関して]

・ひきこもり＝発達段階の母親の対応にあるとされることが多い

母親は、「甘やかし、対応不足、過干渉」など。父親は、「無関心、無責任、期待過剰」など。— [子供の不適応と母親の養育態度との関連に関する研究の誤解]

・多くの家族内の葛藤は、家族がひきこもりの解決のために行った様々な働きかけの結果、効果がないことで生じた二次的な葛藤 — [どこにも見られるほどの家族内葛藤があったという程度の問題]

家族関係の観察に慣れていない臨床家

ひきこもりを表面的に理解 — 「家族関係の病理」

・ひきこもりの子供と両親間の葛藤「語られる内容」が事実に基づく or 事実ではないもの [子どもから両親に対する挑発的な陰性感情]

### 5. 援助システムに必要な家族療法から見た有効な対応

・まず、両親・関係者をエンパワーメントする

内容・対応より、家族の困窮をサポートすることが継続的な援助を受け入れるために不可欠な対処である。

「問題」を見出すより、「解決」を話題とする

・子どもの状態を間接的に診断する

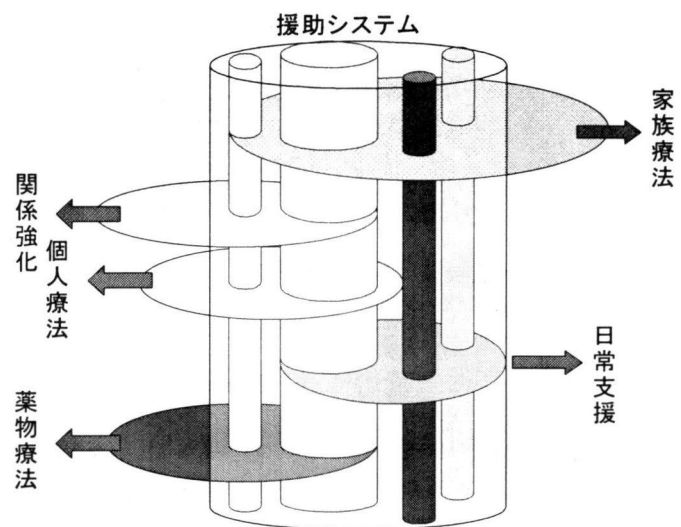
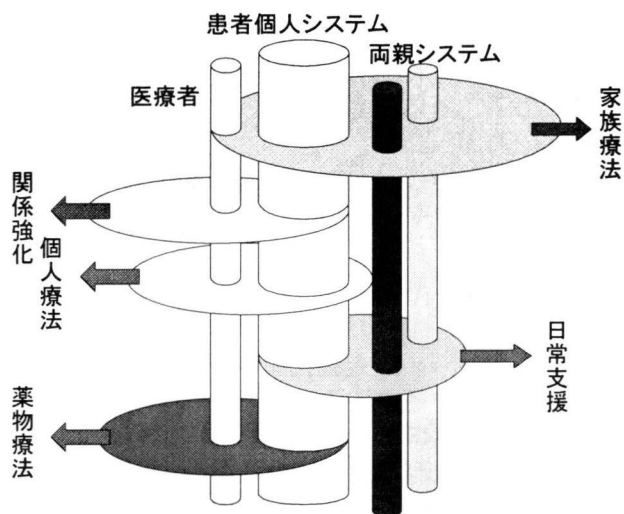
発達段階の情報を早く手に入れ、現実の家族内の相互作用を詳細に把握することが必要である。

診断の必要性和、相互作用に働きかけること

・長期化する援助に対しての二次的なエンパワーメント

変化のない状態に対しての焦りを共有し、そこから少しの新たな対応を作り出していくことが不可欠である。

・働きかけのポイントを日常の中から見つけ出すこと



## 不登校・社会的ひきこもりへの関わり 横浜市青少年相談センターの活動

原 敏明

(横浜市青少年相談センター)

本報告では、横浜市青少年相談センターにおける、中学校後半年齢から概ね20歳までの、社会的ひきこもりへの関与活動を紹介した。

### 《報告の概要》

横浜市青少年相談センターは、市の条例によって設置された公的な機関であり、教育・警察関連の機関ではない福祉局所管の施設である。そのため、比較的自由的な目標設定と裁量権をもって対処が可能となっている。こうした性格から、本センターは何らかの専門性を特化させて事例に対応する施設というより、中間的な施設としての性格を持っている。例えば福祉職にとどまらず心理職・医師・学生など多職種・多領域の人材を活用することで、鑑別面接や保護者へのコンサルテーションなどの多様なサービスを提供したり、所員への多様な研修などを行うなど、利用者の多様なニーズに対応可能にしているところに特徴があり、そのことが社会的ひきこもりに対する柔軟かつ機動力のある対応を可能にしてきた。また本センターにおける援助の対象年齢層が思春期・青年期にあたるため、対応している社会的ひきこもりは不登校問題として顕在化している事例が多いが、“教室に戻る”という目標設定にのみ目がいきがちな家族や本人にとって、教育機関ではないセンターの性格は、家族や自分自身が冷静に客観視できる契機を与えている可能性がある（以下資料2参照）。

本センターでの社会的ひきこもりへの関与活動として、家族や本人への電話相談・来所相談が一般的に行われている。来所相談・電話相談のうち不登校・養育に関する相談は7割弱を占めており、明確な分類は出来ないがその中に社会的ひきこもり事例が相当数含まれていることを考慮すると、「社会的ひきこもり」の実態数の把握に示唆を与えるものである。（資料3参照）こうした相談とそれに基づく指導は、1年以上かかる事例が4割以上を占め、社会的ひきこもりにおける長期的な取り組みの必要性が



示唆されるであろう。

また本センターの特徴的な関与活動として、家庭訪問の実施があげられる。現在、家庭訪問を行っている事例は10ケースである。家庭訪問は、本人が希望・あるいは拒否していないことを前提に行われるが、基本的に過剰な干渉はせず、手紙や声掛けなど本人の境界線を重視し「大切にされている感覚」を尊重した態度の上で実施される。一般的に多くの相談機関が本人の来所を前提としているため、結果的に社会的ひきこもりに対して受け身的な態度をとらざるをえない状況のなか、訪問活動という積極的なアウトリーチサービスの展開をすることは、本人が微細な変化を起こす契機や社会への接触を提供しうる可能性をひめている。また、家庭訪問によって専門家が深く関与することは、本人への援助という意味だけでなく、家族にとっても負担感の緩和や情緒的な支援として働いていると考えられる。これらの訪問は本人以外の家族員がいる日を基本とするなどの原則のもとに行っている。

また、センターに来所相談するケースの多くが母親の来所から開始されているが、相談が進展し本人がセンターに現れはじめた場合は、定例グループ活動やサークル活動などの集団活動への導入を行っている。ここでは、①日常生活のリズムをつかむ、②目標ができることによる昼夜逆転の解消、③習慣的な行動が出来るようになることによる自信の育成、④他者との関わりの再体験と喜びの発見・内的な成長の促進、⑤センターへの来所を通じて選られる外部環境との接触などの効果が期待されている。基本的に本人の他者との関わりの中での自己回復力・自己解決力を重視し、そのための環境＝たまり場を提供することが集団活動の目的である（これらの類似の活動としてキャンプ等の野外活動や地域活動も行っている）。そしてこうした集団活動をより発展・補完することを目的として「みんなの部屋」事業を平成12年3月から新たにスタートさせている。これはグループ活動を卒業し、学業や仕事など新たな活動をスタートさせたメンバーを対象に、自主運営的なフリースペース機能を持たせることを狙ったものになっている。

さらに心理教育の技法による家族のためグループを月に一回の頻度で実施していることも、本センターの特徴的な活動であろう。（資料4参照）思春期的な心理問題に関する知識や家族システム論的な概念を伝える事によって、家族の心理的負担感・罪責感の軽減・家族関係パターンの改善などをめざしている。長期的な問題ということも考慮し、これまでに終了した家族のフォローのグループも形成されている。

さて、幾つかの事例から援助の基本的な方針が考えられる。

まず、一定の社会的な規範や価値観を元にアプローチを行うことは、本人に容易に拒絶される可能性があげられるが、「思春期の難しい時期なので事態を見守りましょう」という月並みな助言では、社会的ひきこもりの悪循環は断ち切ることが出来ない。社会的ひきこもりへの援助は、まずインテンシブに家族・キーパーソンに対して援助・助言を行い、本人と家族の相互作用に変化を生じさせる中で状況が改善していくのではないかとと思われる。そのためには家族の合同面接が効果的ではないか、と考える。

今後のセンター事業の課題としては、ひきこもりへの相談に有効ではないかと言われているメールなどによる相談を行い、相談事業を充実することを検討している。また心理教育アプローチの充実を今後もより一層充実させること、またケースに対する多方向からの援助体制を形成・維持していくケースマネジメントとしての機能を強化していくこと、25歳まで対応できる体制の確保など、を充実させていく必要があると考えている。

## 《報告後の議論》

### 1) 施設の中間的な性格

社会的ひきこもりへの援助は幾つかの理由により、既存の行政援助の枠では対応しにくい問題となっている。まず、本人の来談や希望がないという点において、行政のサービス原則に沿わないという問題があげられる。また次に、社会的ひきこもりにおける明確な専門的援助の必要性が外からは見えにくいという点があげられる。医療や福祉・教育上の援助の必要性が、疾病・障害・非行などの形では明確な形では把握しにくいことがあるため、専門機関が援助を提供できない。教育機関では本人が就学年齢以上になってしまう場合、援助を行うことが非常に困難となる。

ところで、社会的ひきこもりを援助する機関の、その重要な一角を担うものとして児童相談所がある。児童相談所では、18歳未満の相談をうけることになっているが、実際には不登校・社会的ひきこもりなどの相談事例に関して関与の対象年齢が限定されていると言える。また、児童相談所では、近年虐待問題の相談件数の増加によって、業務負担が限界にきていると考えられる。このような意味で、横浜市青少年相談センターのもっている、中間的な施設機能を生かし多様なサービスを提供していくという

性格は、多様な援助のニーズを含んでいる社会的ひきこもり事例に対してサービスを提供する上で、適当であったといえる。

## 2) 他施設との連携

しかしセンターのような一専門機関で全ての利用者のニーズを満たせるわけではない。医療機関や教育機関など他の機関と連携することが必要である。社会的ひきこもりの本人や家族によっては、フリースペースやボランティア、フリースクール・サポート校など民間の援助資源の利用が適当であると思われる事例も多く、こうした民間資源と積極的にアクセスしていくことも必要である。特に、民間機関とは違い、公的機関には社会的信用があり、他機関との連携が図りやすいという事実も、連携をするうえで認識しておくことが大切である。

だが、公的機関が民間機関と連携することには幾つかの問題もある。第一に、民間機関の性格や信頼性の十分な把握が難しく、公的責任をもって連携がしにくい。第二に、公的機関が特定の民間機関に個人を紹介する事は、社会的公正に背く可能性がある（利益問題は勿論、公的機関での援助は利用者にとっては安価なため、私機関の経営を圧迫する可能性がある）。第三に、サポート校などの教育機関と本人を結び付けたいという家族の希望は多いが、ひきこもりの問題の解決を「教育へ戻ること」を前提として考えることは本人にとっては圧迫となる可能性がある、などである。現在横浜市青少年相談センターではそれらの問題を考慮して、その資源を利用するかどうかは本人・家族の自己責任であることを強調した上で民間資源を紹介しているが、どのような連携のあり方がより良いのかは今後も検討する必要があるだろう。

## 「不登校・社会的ひきこもりへの関わり～横浜市青少年相談センターの活動」

相談員 原 敏明

当センターは、中学校後半年齢からおおむね20歳までの、思春期／青年期年齢の子どもとその家族からの相談に応じたり、その指導を実施している横浜市の公立相談機関です。

設置は昭和38年、市内（現在人口約340万人）に1ヵ所のみ設置されています。当時日本の三大ドヤと言われた横浜市中心部の簡易宿泊街の長欠児の対策として、簡易宿泊街の前に開設され現在に至っております。現在管理部門の職員の他に相談員としてソーシャルワーカーが5名、グループ活動の補助として心理学科の大学生のアルバイトが2名、非常勤で精神科医師（4名／月5枠／半日単位）と臨床心理士（1名／週3日／全日）が勤務しております。

センターでは、従来の、個別面接／家族面接／家庭訪問／週に3回の定例のグループ活動／キャンプなどの野外活動／父母会活動（毎月1回／他に年2回講演会）に加えて、児童福祉施設を借りて一泊二日で相談員と子どもと一緒に生活を体験する宿泊訓練（年8回）、専門家に参加して貰って実施する手話／演劇／七宝焼／マンガ／アーチェリー／自然観察／サッカー／マジック／パソコン／オカリナ&リコーダーなどのサークル活動、それに心理教育を使った思春期家族勉強会を3年前の1997年度から取り入れるなどセンター機能の強化を図って来ています。また、新たに今年の3月からはセンターのグループ活動を卒業したメンバーを対象に、フリースペース機能を狙って「みんなの部屋」事業もスタートさせています。

～資料をご参照願います～

### センターの特徴について

#### <機構面>

- (1) 児童福祉法や精神福祉保健法など法律により設置が義務付けられた施設でなく、市の条例によって設置された公的な相談機関であること
- (2) 教育や警察関係では無く、福祉局所管の施設であること

#### <機能面>

- (3) 単なる相談助言や振り分けだけでなく、面接や集団活動／体験学習など、利用者に応じた継続的な指導が行えること
- (4) 家庭訪問の機能があること

以上のように法律に縛られないことから、相談機関として比較的自由な裁量で対処が出来るようになっていきます（概ね小学校入学から20歳未満までと要綱にありますが、実際には20歳以上の相談も受け付けたり、特に継続ケースの場合、グループへの参加も認めています）。

また来所相談対応にとどまらず、必要に応じて家庭への訪問や学校など関係機関との連携打ち合わせに出かけるなどケースワーク機能として機動的に対応しています。