

的に見て問題が少ない事例と考えられ、保護者の不安に対する支持的面接を続けるだけで、問題が解決していくことが多い。

過敏性が非常に強い事例や、義務教育の時代に見逃されていた～手当てが不十分であった発達障害の事例では、高校の中退が、そのまま社会との断絶につながることも多い。このような事例では、高校の中退が、そのまま社会との断絶につながることも多い。このような事例では親の不安感が非常に強い上に、本人への関わりの場やマンパワーも必要なので、計画的な支援を構築するためのケースワークが求められる。このような事例を放置すると、母子の関係性がこじれたり、歪んだりして、家庭内暴力や支配に発展することがあるので、早めの介入が必要である。

3. 10代の心性から見たひきこもり

1) 子離れとひきこもり

成人期のひきこもりは、親自身が自らの退行や衰退を意識するなかで、先行きの不安と焦りを感じながら続いていく。それに対し10代のひきこもりは、親が「子育てを終えて、さあ自分の時間が持てるようになった」という矢先に起きる出来事であり、子どもの問題性を自分のライフサイクルの中にどのように織り込んでいくか、親自身の課題が大きいかとも言える。中には子どもの不登校の問題を家族全体の課題と定位することができた結果、家族の結束が固まり、より幸せな家族像を見いだす事例もある。逆に自己実現の機会を阻まれるように感じた母親が、配偶者への怒りを爆発させて、夫婦間の潜在的な亀裂が一挙に顕現してしまうこともある。

曲がりなりにも、小学校・中学校に登校ができ、一定の適応を果たしていた事例の場合は（精神病の発症でない限り）、発生している問題は“基本的に子ども自身が考えて結論を出すべき問題”であり、自身の問題ではないと分離して捉えることが健全である。その場合は、経済的な自立をせまることが一番わかりやすいが、心理的な子離れが十分に達成できていない事例では、いつまでも多額の小遣いを与えて子どもの自立を阻むことも少なくない。

筆者は精神障害などの徴候を認めない事例の場合は、「親の役割は基本的に中学卒業と高校入学の時点で終わっている。あとの人生は、極端に言えばどうなるとも本人の責任」と親に伝えることが多い。

2) 思春期心性とひきこもり

10代という10年間を考えると、非常に幅広い。この年代の子どもにとって、さまざまな発達課題を乗り越えていくことが求められる。それらの課題は、親からの自立、集団への適応など葛藤にみちたものであることが多い。「怒涛の思春期」と呼ばれるゆえんである。個体として自立していくことも、同年代集団との関係を成熟させていくことも、そのどちらが欠けても不登校やひきこもりといった事象を生じやすい。

親からの自立は、子どもに異性の親への両価的な葛藤を引き起こしやすく、そのとき子どもがその葛藤を乗り越えていく力を持っているかどうか、また親側についても分離しようとする子どもの力を受け入れることができるかどうかといった、様々な要素のバランスが関係している。

また仲間集団との関係は、とくに男子においてはgang groupからcheer group、peer groupといった経過をたどりながら成熟していくとよく言われる。一方で、この年代は衝動性も亢進しており、集団もより粗暴となりやすく、いじめなどの対象となってしまうことも多い。そういった集団に圧倒されてしまうと適応が困難となる。

かつては思春期といえれば14、15歳～18歳くらいまでを指していた。その前の10～13歳頃は「子ども」であり、18歳以降は「大人」とみなされた。ところが今日では成熟が早まるとともに（10歳前後に初潮を迎える女兒は少なくない）、心理的な成熟が遅れる傾向にあることが趨勢となってきた。その意味では、10代という時期は大人としての完成には程遠い、“途中経過”の時期といえる。

その結果、個人差も非常に大きくなり、10歳そこそこでも大人びている小学生もいれば、30歳に近いのにまだまだ子どものような自己愛的な人間関係しか持つこともできない人もいる。

さらに今日のように社会格差が広がってくると、同じ年齢であっても、与えられている環境に天と地ほどに違う、などということも起きる。

このように考えると、彼らの心性を「思春期心性」としてひとまとめに理解することは難しいといわざるをえない。それゆえ10代のひきこもり青年を評価する際には、暦年齢や常識にとらわれずに、目前の事例について、家族や同年代集団における人間関係や社会性など、さまざまな領域における発達段階を評価するとともに、その青年がおかれている環境を正しく評価する必要があることになる。

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター 大重耕三
塚本千秋
中島豊爾

e) 成人のひきこもり

「自立」とひきこもり

筆者はひきこもりについては、年代別にその特性に大きな差異があるとは考えていない。少なくとも基本的な葛藤構造、そこから生じてくる精神症状、家族や社会との関係性などにおいて、そうした差異は認められない。確かに、年齢が高くなればなるほど、問題の解決が困難になりやすいという傾向はある。しかしそれは、必ずしも高年齢のひきこもり事例の病理性が高いためではなく、むしろ彼をとりまく家族や社会との関係性が加齢とともに変化していくためであると考えている。

具体的には、まず「就労」の問題がある。就労に関しては、年齢が高くなればなるほどそれが困難になるのは自然なことである。ほとんどの成人のひきこもり事例にとって、就労がほぼ唯一の解決策である。そうした解決策が年齢とともに困難になるとすれば、「成人のひきこもり」問題の多くは、まさに社会との関係においてもたらされることになるだろう。

たとえば「不登校」問題には、国際的な普遍性がある。「十代のひきこもり」の一部もまた、そうした問題の延長線上で考えることが可能かもしれない。欧米的な視点からみて最も奇妙な存在に見えるのは、やはり「成人のひきこもり」問題であろう。このような事例の報告は、いまだ日本と韓国に限られるのが現状であるためだ。

ただしこの事実は、日本の社会病理が欧米に比べて重篤であることを意味しない。青少年の不応答問題は、先進諸国に共通の問題であり、そこにあるのはおそらく形式的な差異でしかない。

たとえばイギリスでは、25歳以下の若者のうち、25万人もがホームレス状態にあるという。いっぽう2007年1月に厚生労働省が実施したホームレスの実態に関する全国調査によれば、わが国のホームレス人口は18564人であり、35歳未満のホームレスは1.5%だった。定義の違いなどから単純な比較はできないが、イギリスに比べれば、日本の若年ホームレスは問題の規模としてはごく小さい。ここから導かれるのは、イギリスの若年ホームレスに対応するのが、日本のひきこもり青年たちなのではないか、という推測である。

こうした形式的な差異をもたらした要因のひとつに、自立モデルの違いを挙げることができるだろう。

欧米における「自立」のモデルは「家出」型である。合衆国が一つの典型であるような、「自立」を至上の価値とする文化圏では、成人年齢に達した子どもは親元から離れ、「自立した個人」として振る舞うことを自明の如く要求される。

これに対して、日本や韓国などの「儒教文化圏」における自立モデルは、「親孝行」である。少なくとも、この文化圏における「自立」とは、必ずしも個人が家から出ていくことを意味していない。むしろ成人後も家に留まり、両親の生活を支えながら生きていく「孝」の姿こそ、望ましい成熟のあり方なのである。その意味で儒教文化とは同居文化でもある。

若者がなんらかの不応答状態に陥った時、「路上」にドロップアウトするか、家の中にひきこもるか、その分かれ目は、こうした基本的発想の違いに求められる。ただし、いずれのモデルも一長一短である。

欧米における家出型自立は、失敗すれば自殺、あるいは若年ホームレス、あるいは薬物依存や犯罪などの反社会行動に結びつく可能性が高い。いっぽう日本の若者は、国際的にみても、きわめて反社会傾向が低い集団である。彼らはむしろ、ひきこもりやニートといった、非社会的な問題行動のほうに移行しやすい。

彼らの生活を支えるのは両親をはじめとする家族である。日本においては、若者問題のほとんどが就労問題、あるいは高齢者問題の大半を、家族が支えることで解決を先送りしてきた。わが国に青少年問題を専門とする省庁がいまだに存在しないのも、その解決の責任を個々の家族に押しつけることで、問題解決を先送りすることが可能だったためである。

非社会性スペクトラム

以上のような社会的背景を考える時、もはや社会的ひきこもりを単独の現象と考えることは難しい。筆者はこの問題を、若者におけるさまざまな非社会的な問題行動群のひとつとして理解するべきであると考えている。

日本における若者問題は、少なくとも1970年代以降は、ほぼ完全に非社会性モードにおいて理解されるようになった。古くは「三無主義」ないし「シラケ世代」などと呼ばれた世代から、現在のひきこもり、ニートに至るまで、一種のシニシズムに根ざした無力気感は、一貫して若者における気分の主調をなしてきた。

若者に対して与えられたさまざまなレッテルをながめてみると、少なくともその主要なものは、ほとんどが非社会性に絡むものであることにあらためて驚かされる。たとえば不登校、おたく、フリーター、パラサイト・シングルといった言葉である。筆者は、こうした「問題」は、ひきこもり、ニートといった「問題」と、社会的背景と成立要因

において連続性を持ち、しばしば相互に移行し合うという意味で、「非社会性スペクトラム」として理解することを提案してきた。

ひきこもり状態は、非社会性スペクトラムの中でも、最も「病理」寄りに位置づけられる問題ということになる。ただし筆者には、「非社会性」それ自体を直接に問題視しようとする意図はない。ただ、これらの問題が強い心理的葛藤を通じて精神症状をもたらすような場合には、非社会性そのものに対する治療を含む支援が有効であり、公的機関を含む多様な対応窓口の整備が求められる。こうした提言はこれまでも何度か述べてきたのでここでは繰り返さない。

すでに述べた通り、非社会性スペクトラムの広がりには、日本独特の家族的・社会的要因が深く関与している。それらは必ずしも、単純な「社会病理」や「家族病理」、あるいは「個人病理」に還元できない広がりを持っている。おそらくそこにあるのは、社会—家族—個人の複合的な関係性において、関係性それ自体にはらまれてしまうような病理性であろう。

ひきこもりと被害妄想

こうした関係性のねじれがもたらす症状の一つに、妄想様観念がある。

ひきこもり事例が示しやすい精神症状には、対人恐怖、強迫行為、抑うつ気分、不眠、昼夜逆転、などがあるが、成人事例で最も問題となりやすく、にもかわらず認知度が十分とは言えない症状であるため、本章で取り上げる。

ひきこもり事例は、しばしば被害妄想的な訴えをすることがある。そうした訴えの中には「近隣住民が自分の悪い噂を流している」、「隣の家の住人が自分にあてつけて車の空ぶかしをする」、「誰かが自分のことを盗聴している」といったものがあり、こうした事例が統合失調症と診断されて、医療保護入院の対象となることも珍しくない。しかし、精神病性ではないひきこもり事例にも被害妄想的な訴えが珍しくないことは、当事者の家族や現場の支援者にとってほぼ常識に属する。

ひきこもり事例にみられる被害的な訴えは、厳密に言えば真正妄想ではない。妄想様観念の一種であり、しばしば状況依存的である。環境や状況の変化によって、あっさり消失してしまうことも珍しくない。

以下、そうした妄想様観念のあり方について、事例に則して検討してみよう。

事例1 初診時25歳 男性

会社員の父親と専業主婦の母親と同居中である。同胞2人中第2子。社会人の姉は家を出て単身生活をしている。特記すべき既往はない。

高校までは特に大きな問題はなかった。卒業後受験に失敗して2浪した。芸術系の予備校に入学するが、周囲にないめず退学した。

音大に合格した姉が自宅でピアノの練習をしていると「うるさい」「死ね」などと大声で攻撃するため、一時期本人がアパートで単身生活をしていた。しかし隣人の生活音を気にして口論になり、自宅にもどった。自宅でも「近隣住民に悪口を言われている」「工事の業者に昔の同級生がいて部屋を覗かれている」などと訴え、しばしば家庭内暴力に及ぶため、家族に伴われて本人が25歳の時、筆者の外來を受診した。

妄想的な訴え以外は会話の了解もよく疎通性も良好で、ほかに幻聴などの陽性症状を認めないため、ひきこもり状態に伴う妄想様観念と診断し、治療を開始した。抗精神病薬を中心とした薬物療法を試みたが効果なかったが、その後何度か入院を繰り返す中で、次第にそうした訴えは改善していった。現在はひきこもりが主症状で、妄想様観念の訴えは特にみられない。

このような症状の存在は、診断的な混乱につながりやすいうえに、しばしば家庭内暴力や近隣住民への暴力などにも発展しやすく、対応と処遇を著しく困難にする。また、こうした症状の存在自体が、ひきこもり状態の長期化を招きやすく、後述する高年齢化を促進する大きな要因となっている可能性もある。

高年齢化の問題と今後の対策

筆者は現在、勤務先の病院におけるひきこもり事例の統計調査を進めているが、基礎データを取りまとめる段階で最も驚かされたのは、高年齢化の傾向である。

ひきこもり事例の現在の年齢は、平均が32.6歳で、年齢別には「35歳以上」が34%と最多であり、「31歳から35歳」が31%と、三〇代だけで全体の七割近くを占めている。筆者自身が1989年に行った調査研究において、現在の年齢が平均21.8歳であったことを考え合わせるなら、急速に高年齢化が進行しつつあることは否定できない。

その要因はなんだろうか。一つは、「発症」年齢の上昇であろう。かつては、多くのひきこもり状態が、不登校から遷延化して結果として生じていた。しかし最近では、いったん就労したあとでひきこもり、外來を受診するケース

が少なくない。20代後半、あるいは30代に至ってからひきこもりは始める事例の増加が、その背景にあると考えられる。

もう一点考えられるのは、ひきこもり期間の長期化である。ひきこもり事例の多くは、一度ひきこもってしまった場合、その状態に留まり続けることが多く、これが事例全体の高年齢化を促す一大要因と考えられる。

しかし、「ひきこもり」問題において、ほとんど一つかずのままなのが「高年齢化」の問題である。現在、ひきこもる青年たちの大半は、家族によって生活を支えられている。しかし、家族もいずれ高齢化し、あるいは病に倒れたり、亡くなったりすることもある。家族亡き後のひきこもり青年達は、どうなるのだろうか。すでに、追い詰められたひきこもり当事者による無理心中未遂とおぼしい親殺しや、飢餓と衰弱の果ての孤独死などのニュースが、時折目につくことが増えつつある。

こうした高年齢化問題への対策を考える上でも、精神科医以外のさまざまな専門家の参加が欠かせない。

現時点で、公的支援をあてにできない状況がある以上、ひきこもり事例を支える家族や支援者が、高年齢化に積極的に備えていく必要があるだろう。

たとえば、両親が定年を迎えたのに子供がまだ就労していない場合、どのように対応を考えるべきか。治療以前に重要なのは、彼らのサバイバルを支える経済的な問題の解消であろう。そのためには、現在の資産状況を正確に把握したうえで、しっかりしたライフプランを立てることが必要になってくる。

しかし家庭によっては、経済的な限界が間近にせまっている場合も少なくない。そのような事例では、障害者年金や生活保護などの利用を検討しておく必要がある。ただし、いずれも本人の判断任せにはできない。彼らは社会に対して強い不信感と恐怖感を抱いており、いよいよという場合でも、福祉制度の利用などは思いもよらないということが珍しくないからだ。あらかじめそうした制度を利用する時期や状況などについて、当事者を交えて話し合っておく意味は大きい。

親の死後における経済的問題への対応策としては、独自の後見システムを構築するというアイデアもある。現行の成年後見人制度は、精神鑑定を要する点など、ひきこもり事例が利用することは難しい。両親が亡くなった後の資産管理を第三者機関に委託することで、残された子供の経済状態を安定させるといったものにするこも、今後の検討課題のひとつとなるであろう。

以上見てきたように、成人のひきこもり事例、とりわけ高年齢化した事例は、精神医療だけではサポートしきれないような、複合的な問題を抱えている。そこには医療のほかに、少なくとも福祉や経済の専門家の参加が要請される。しかし現在の行政においては、青少年問題の対策においても、縦割りの弊害があつて十分に機能していない。たとえば就労支援の窓口では、高いニーズがあるにもかかわらず、メンタルヘルスの問題は全く相手にされない。

制度として今後必要となってくるのは、イギリスの「コネクションズ」と呼ばれるサービスのよう、関係省庁を横断的につなぐことで若者を支えるようなシステムであろう。わが国においても、ひきこもりに限らず、非社会性スペクトラム全般にわたる支援ネットワークが構築されることで、社会から排除される可能性のある若者を早期に支援することが可能になるであろう。すでにコネクションズをモデルにした支援事業は、大阪などで試みられてはいるが、将来的には全国でそうしたサービスが利用可能になることが望ましい。

爽風会佐々木病院 斎藤環

4. 不登校・ひきこもりへの支援について

a) 専門機関による相談開始まで

① 電話相談の意義

<電話相談について>

電話相談は、手軽に自宅からでも、職場からでも、相談できるものである。相談者は、自分の名前を名乗りたくないければ名乗る必要も無く（匿名性）、相手（受け手）と直接、顔を合わせることもないため、緊張も少なく、そして、いつでも切ることが出来る。仮に相談に途中で不安を感じて中断をしても、後々に、受け手側と直接かわる必要がないので、精神的な負担も少なくすむ。対人緊張が高く、外出の機会の少ないひきこもり者にとって、電話相談は非常に有用な手段の一つである。

しかしながら、受け手側からすれば、直接の面接相談に比べて相談者の状況を把握することは難しく、内容を即座に判断することも難しい。話の中で、受け手側が、必要と感じたことと、相談者が電話相談に求めていることが、必ずしも一致するとは限らない。受け手側は、電話での話だけを通して、相談者が今、何を求めているのかを適切に把握する必要がある。

相談者が、電話相談の中に不安を感じ、その時点で電話相談を中断してしまえば、それ以降相談は続かなくなってしまう。受け手側からすれば、慎重に、せつかくの機会を失わないように、電話をとった時点から相談が始まってしまうと思ってしまうことが重要である。電話相談においては、1回1回の相談を大切にするとともに、次回の相談にいかにつなげるかは重要な課題である。「また、電話相談をしたい」と感じる安心感を相談者に感じて貰えることが必要である。また、面接相談を並行して行っている機関においては、「電話だけではなく、直接会って相談してみたい」と相談者が思えるような関係づくりが求められる。

<ひきこもり本人からの電話相談>

相談者が電話相談を行う目的は、単に話を聞いて欲しいだけのものから、ひきこもりに関する制度や支援施設などの情報が欲しいもの、電話相談ではなく直接会って相談がしたいと思っているものなど様々である。

また、単に話を聞いて欲しいだけの人の中でも、話したい内容として、世間話をしたいだけの人もいる。一見、世間話だけでは、次につながらない、相談の意味がないのではと感じる人もいるが、普段会話をする機会や相手がほとんど無いひきこもり者にとっては、世間話を一緒にできると言うことだけでも、安心感を得ることができ、その安心感の延長線上で、徐々に、より具体的な相談へと発展していくことも少なくない。

一方で、多くのひきこもり者は、決して今の状況が良いとは感じておらず、しかし、どうしようもできない自分に対する苦しさ、ふがいなさを感じ、自分自身の将来に対する不安を聞いて欲しいと言う人もいる。しかし、ここからの一歩がなかなか踏み出せないでいる現状の中で、指示的なアドバイスは、本人に対して不安や、時には不快感、怒りを感じさせることになる。まずは、じっくりと話を受け入れることが必要である。

仮に、受け手側が、話の内容から、精神疾患の可能性を疑い、精神科受診を勧めたいと感じたり、不眠や抑うつが激しいために、早急な治療の必要性を感じたとしても、（受け手側の判断は必ずしも間違っていないが）必ずしも相談者は、それを目的としているとは限らない。相談者は、単に自分の不安を、（仮にそれが妄想であったとしても）聞いて欲しいと思っているに過ぎないかも知れない。早急な情報やアドバイスの提示は、自分自身の苦しさが十分に理解されていない、理解してもらえないと受け取られ、その時点で、相談者は相談そのものを中断してしまうかも知れない。

「情報が欲しい」という内容の訴えをしてくることもある。情報欲しいと訴える人に対して、適切な情報提供することは必要であるが、一方で、なぜそのような情報を得ようとしているのか、もしかしたら自分の不安を聞いて欲しいという気持ちが、根底に隠れていることもある。話の中で、本当は何を望んで電話をかけてきているのかを、把握していく必要がある。

ひきこもり者は、これまで多くの人から、少なからず、さまざまな叱責や非難を受けてきている。そのため些細な言葉に容易に傷ついたり、過剰に反応したりすることがある。受け手側がまず行うことの一つとして、相談者が、これまでどの様な事を体験し、どのような事に不安を抱えてきたのかをじっくりと聞くことが重要である。もちろん、相談者自身が話したいことが中心であり、無理に本人が触れたくない話題は避けるようにする。その中に問題点を見いだすことだけにこだわらず、まずは、相談者がこれまでに頑張ってきたこと、苦しかったことを認めることが必要

である。「何を言っても叱られない、安易に意見をされない」という安心感が必要である。

相談者は、受け手側が、自分の苦しみを少しでも理解できる人、理解しようとしてくれる人だと感じたとき、初めて安心感を感じ、相談を行うことが出来る。不用意な叱責や励ましは、逆に、その時点で自分の意見が言う事をやめ、口を閉ざし、防衛的になってしまうこともある。

相談者が、受け手側に対して、不快や不信感を抱いて電話相談を中断するとき、明らかに不快感を示す場合もあれば、表面的には丁寧に相談を終了されるとときもある。この時は、受け手側が、問題点を感じることが出来ないこともある。常に、受け手側が、自らの電話相談対応が適切であったのかを振り返る必要がある。

また、ひきこもり者の中には、これまでの生活体験を通して、時に社会に対して強い不満や不信感を抱いていることがある。自分自身に対して、自己評価が低く、劣等感を抱いているということもある。これらの社会や自分自身に対する怒りが、代償的に電話相談の受け手に向けられることがある。例えば、受け手側の言動に対して、受け手を罵倒したり、一方的に責めてくると言うことが起きることがある。特に、相談者の匿名性が保たれる電話相談において、こういったことは十分に起こりうることである。

この場合、受け手は冷静に本人の話に耳を傾け、これまでの本人の苦しかった感情を受け止めることが重要である。安易に、受け手側の意見を伝えようとすることは避けられなければならない。攻撃的な言動が、その時の受け手側の対応に対して向けられているのか、代償的に怒りを向けているのかを考えることは重要である。

受け手側の対応に問題があれば、素直に自分の非を認め、改めていくことが必要である。一方で、受け手側に向けられた攻撃が、本人の苦しみの表現であったり、これまでの体験の中での不信や失望などに対する怒りの表現であったりすることもある。怒りが代償的に受け手側に向けられているときは、受け手側はそれに耳を傾けるも、これらの相談は、受け手側にとっても強い精神的負担をもたらすこととなる。受け手側の不安を取り除き、「燃え尽き」を防ぐためにも、受け手側に対してのスーパーバイズやケアが必要とされる。

<ひきこもり者家族からの電話相談>

電話相談は、ひきこもり者本人のみならず、家族や関係者からの相談も少なくない。家族から持たされるひきこもりの相談は、実に様々である。単に今のひきこもりの状態を改善したいと言う相談だけではなく、ひきこもりに伴って出てくる様々な問題行動や、就労に関する相談など多岐に渡っている。

ひきこもりそのものは、一時的であれ家族が受け入れていても、家庭内暴力があったり、厳しいこだわりの行為により家族が巻き込まれていて疲労していると言うことがあったり、このような行動にどの様に対応したらよいかという相談も少なくない。

この場合、ひきこもりの状況の中で、現時点で、家族が望んでいる内容と、相談を受けた側が必要と思っている内容が異なっていることもある。家族が、ひきこもりや家庭内暴力の相談をしてきたとしても、家族が本人の状況を今すぐ改善したいと思っているのか、確かに改善は望んでいるがこれまでの経験からそれが早急には困難であると認識しており、自分の不安や苦しみを聞いて欲しいだけであることもある。

電話相談には、限界があり、相談者家族からの、「早急に何とかして欲しい」という緊迫した相談は、受け手側を混乱させることもある。必要に応じ、他機関と連携をとれる体制を日頃から持っていることが求められる。一方で、受け手側が相談者の困難な状況を聞くことによって、逆に「早急に何とかしないと行けない」と言うような事を伝えてしまうこともある。しかし、このような指示的な対応は、これまで苦しい状況の中で頑張ってきた家族に対して、あたかもこれまで家族が努力を怠ってきたかのように誤って感じ取られることがあり、家族自身が責められていると感じることもある。また、日々の生活が精一杯の状況のなかで、指示的な対応は、家族に取って逆に負担となることもある。

ひきこもりそのものよりも、問題となる行動だけでも何とかできないだろうかと言う相談もみられる。単に自分の苦しい気持ちを聞いて欲しいと言うだけの時もある。何か他に良い方法があるのではと常に思い続け、今の自分たちの対応が決して間違っていないという確認であったりする。

就労の相談をしてきたとしても、それは家族の、本人に自立をして欲しいという思いや将来への不安の表れであったりすることもある。この場合は、単に、就労支援機関を紹介するだけではなく、家族の不安な気持ちに耳を傾ける必要がある。

<電話相談全般について>

このように電話相談に求められるものは、実に様々である。日常生活を何とか頑張って過ごしながらも、時々自分の不安などを第三者に話すことによって、安心感を抱くことを求めている人もある。一方で、電話相談を通して、あ

る時点で、面接や、紹介などにより、他の医療機関や支援機関につながっていく場合もある。

電話相談の種類にも、より対象を、特定の年齢や疾患・状態像に限定したものもあれば、より幅広い層を対象としたものもある。相談の受け手側も、行政機関が実施しているものや、民間団体、ボランティア団体が運営してものもある。相談を受ける側も、臨床心理士やケースワーカー、保健師などの専門職が対応してるところもあれば、「いのちの電話」のように、研修を受けたボランティアなどが、中心に行っているところもあり、それぞれの役割に応じた活動を行っている。

電話相談は、他の相談に比べて、相談者にとっては気軽にできるものの一つであるが、自ずと限界もある。電話相談を通して相談が行われるとともに、日ごろから各機関同士の連携を持ちながら、本人や家族の必要に応じた様々な相談・支援ができていくことが重要である。

鳥取県立精神保健福祉センター 原田豊

② インターネット相談の可能性

◆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始めています。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ずに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。対処に当たっては、さまざまなリスクを生じることや、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がある。

相談の適用範囲としては、一義的には面接に結びつけるためのサポートとして、メンタルヘルスに関する説明および専門機関の紹介といった情報提供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中では、受療の勧奨を行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、メール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、現段階では慎重に行う必要があります。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、人との接触到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行うことができる。
- 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。

相談の枠組みを保證するためには、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)を定義づけ、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行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、機関の体制づくりも必要です。

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行う必要があります。精神症状が強いときや、行動化が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。

国立精神・神経センター精神保健研究所 瀬戸屋雄太郎

③ 利用できる専門機関

1. どの機関を利用するか

不登校・ひきこもりに対応する機関は多種多様に存在するが、実際に不登校・ひきこもりへの援助を行おうとする際にはどのような機関を利用したらいいのかわからなくなることがしばしばある。実際の臨床の現場における不登校・ひきこもり支援において、教育・保健・福祉・医療機関のいずれか、もしくは複数の機関による支援が必要である。例えば、不登校・ひきこもり状態にある当事者の年代が様々であり、背景となる精神疾患の有無や生活環境など、それぞれ必要となる支援が異なることも、どの機関を利用していきべきか困難にさせる要因となっている。さらに、地域の支援体制の問題として、いずれの機関においても不登校・ひきこもり支援に特化した機関ではなく、様々な業務の一つとして不登校・ひきこもりに取り組んでいることや、不登校・ひきこもりの問題専門の窓口が地域の専門機関内に設置されているわけではなく、どの機関に相談するかは利用する側の選択にかかっていること、地域によって中心に取り組んでいる機関の温度差があることが専門機関側の問題としてあげることができる。

このような初期の相談活動について2003年に発刊された『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』(以下:ひきこもりをめぐる地域精神保健活動のガイドライン)1)には以下のように記されている。

「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っ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。」

さらに「「ひきこもり」の解決は、地域中心の精神保健医療福祉システム(Community based Mental Health System)をしっかりとつくりえるかにかかっている」ことや、「(地域中心の精神保健医療福祉システムとは)診察室やデイケア、病棟や「作業所」などで利用者が来るのを待っているばかりではなく、スタッフのほうが利用者の生活の場に出向いていき本人や家族と良い関係作りを行うことに努め、彼らが地域のなかで孤立せず自らの生活を始めることを支援できるようなシステム」とも伊藤は述べている2)。

「不登校・ひきこもり」という用語は、通学や就業が適切に行えないといった社会的な活動が低下した状態像をしめしているだけである。そのため、そのような状態を精神病理学的な視点で捉え直してみると様々なタイプが存在し

ており、多様なサポートが必要となることが分かっている。また、多くの家族は当然のことながら不登校・ひきこもりの支援に関する知識は皆無であり、どのような機関を利用したらよいかという問題に直面しやすともいえる。そのため、地域の専門機関は最初に相談を受けた場合に、その後の相談窓口となって適切な機関と連携をとっていくことを常に考慮していかなくてはならない。さらに言えば、就労支援が必要なケースに教育関連機関だけの支援に終始してしまうことなど、そのケースに必要な支援を提供できない機関が最初に相談を受けたまま、いたずらに相談を受け続けることは最も避けるべき事態であろう。

また、機関選びをする上でもう一つ重要な点は、「本人の状態によって必要な支援が異なる」ということである。これについて、斎藤³⁾はひきこもりの回復過程について、以下のように述べている。

「こじれきた慢性のひきこもり状態から、どのようにして立ち直りをはかかっていくか。ごく大ざっぱに考えて、これは二つの段階があります。まず第一段階は、隣り合った二つのシステム同士の接点を回復することです。すなわち、本人と家族、また家族と社会という二つの接点が十分に回復されなければなりません。そして第二段階では本人と社会との接点をいかに回復するかが、はじめて問題となります」「このように書くと当然のことのようですが、意外にこの順番は守られないのです。しばしばみられるのは「個人システム」を、いきなり「社会システム」に結びつけようとして失敗するケースです。例えば、地方の全寮制の学校に本人を強制的に送り込むこと。強引にアパートを借り、単身生活をはじめさせること。住み込みの職場を見つけ出して、無理に就職させること。これらは初期には軌道に乗るかにみえても、じきに本人が潰れてしまい、家族への深い不信を残すのみの結果に終わることが多いのです。このような失敗を繰り返さないためにも、まず隣接するシステム間の接点を回復する作業からとりかかるほうが確実です」

すなわち、最初の段階から本人が社会と接することは困難であり、一般的には家族が機関を利用することから始まることを指摘している。このような段階において専門機関の役割は、「現状の評価」「家族の不安の軽減」「本人との接し方のアドバイス」「これからの見通しを伝える」といったことになるだろう。また、家族が医療機関を受診した場合には、不登校・ひきこもりの背景にどのような精神疾患が潜んでいるのか、その可能性だけでも指摘されることはその後の支援計画を立案していく上で極めて重要であるといえる。すなわち、家族との相談に乗りながら、必要に応じて医療機関との連携を図り、その評価と支援計画を具体的にやっていくことが最初のステップといえるだろう。

そしてそのような支援計画を導入していくことによって、本人の社会参加への不安が軽減していき、その社会参加に向けた様々な資源を利用していくことが始まるのである。例えば、フリースペース、個人精神療法、学習支援、訪問活動、デイケア、作業療法がそれに当たるだろう。このように、本人の段階によって必要な支援が異なることも機関の利用を難しくしている一因であり、この点からも多機関の連携が重要であると思われる。

2. 代表的な専門機関の紹介

さて、2003年のガイドライン(1)では「すでにある社会資源」として下記の専門機関が挙げられている。

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）

上記のうち太字のものが現在の中心的な不登校・ひきこもりの専門機関といえるだろう
それぞれがどのような機関であるか、以下に述べる。

● 医療——精神科、心療内科、小児科

不登校・ひきこもりに関わる医療機関の診療科は、主に精神科、心療内科、小児科であろうし、時には通常かかりつけ医として訪れている内科医などの場合もあるかもしれない。しかし、医療機関の取り組みは、専門科の違いがあるが、積極的に取り組んでいる機関と主たる取り扱い疾患の違いから積極的には診療行為に至ることができない機関もある。例えば精神科において不登校・ひきこもりといってもその背景に精神疾患の存在の可能性が多いに示唆されない限り、その支援を継続的に行っていくことが困難であることもしばしばある。また、小児科では身体疾患の存在が

疑われないケースや思春期外来などの子どもの心の問題に焦点をおいた専門外来などを行っていない限りは小児科の多忙な診療活動の中ではなかなか相談にのることが難しい場合もある。

したがって、医療機関への相談を行いたいと考えたときに、その地域でどの医療機関が不登校・ひきこもりに積極的に取り組んでいるかは、保健所・保健センターもしくは精神保健福祉センターなどの地域の保健・福祉・教育機関に尋ねておく必要があるかもしれない。

医療機関の不登校・ひきこもりへの支援は、①背景となる精神疾患・身体疾患の有無の判断、②背景疾患があればその治療、③疾病がない場合でも、本人の心理状態を評価して必要なサポートについて医学的な見地からアドバイスを行う、といったことになる。

● 保健——保健所・保健センター、精神保健福祉センター

保健所・保健センターは地域保健法に基づいて各都道府県、政令指定都市、その他の指定された市や特別区に設置された機関であり、地域の公衆衛生活動の中心である。保健所は、精神保健、食品衛生、感染症対策、公衆衛生的な統計の作成、そして母子保健や老人保健の一部が目的であり、行政機関、専門機関の色彩が強い。また、地域保健においては保健師の活動が大きな武器となっている。似た機関として「市町村保健センター」があるが、これは各市町村の健康づくりの場であり、母子保健や老人保健を目的としている。

保健所は地域の公衆衛生活動の中心であり、保健師による訪問活動などによる地域との強いつながりを持っている。不登校・ひきこもりの数が増え地域ぐるみでの取り組みが必要となる中で、不登校・ひきこもりへの支援において保健所が果たす役割は今後大きくなっていくと思われる。

精神保健福祉センターは、精神保健および精神障害者福祉に関する法律（通称、精神保健法）に基づいて各都道府県に設置された機関で、精神障害者の保健福祉の増進を目的としている。精神保健福祉に関する様々な相談に応じていくことが業務であり、その専門性は高い。精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士などの職種が勤務している。

精神保健福祉センターは精神保健に関する高い専門性を持った機関であり、不登校・ひきこもりへの支援は単なる相談にとどまらず、個人精神療法や集団精神療法などの専門的なアプローチも行われていることもある。

● 福祉——児童相談所

児童相談所は児童福祉法に規定されている機関で、児童福祉を目的として各都道府県と政令指定都市にそれぞれ1つ以上設置されている。業務としては、最近では「児童虐待に対応する機関」として注目されがちであるが、本来は児童に関するあらゆる相談に応じていくことが業務である。職種としては、児童福祉司と呼ばれる福祉専門職と児童心理司と呼ばれる心理専門職が中心であり、医師は非常勤勤務がほとんどである。児童福祉が目的のため、対象は0歳から17歳である。

児童相談所の不登校・ひきこもりへの支援は、本人や家族の相談に乗ることが中心であるが、児童虐待などの家族機能の問題が生じていないかを把握することも重要な機能となっている。現状では、近年急激に増加する児童虐待などの家族機能に問題のあるケースへの支援が、児童相談所の業務の多くを占めており、その不登校・ひきこもり支援にまでなかなか手が回らない現状とも言える。

● 教育——教育センター・市町村教育相談所・学校

不登校・ひきこもりになったとき、小学校・中学校・高等学校に在籍していれば、まず学校の担任に相談する機会が多い。相談を受けた学校は、担任を中心として養護教諭、部活の顧問、学級主任、教頭などの教員が連携し、スクール・カウンセラーや校医との相談を図りながら、本人・家族に支援を行っていく。

学校内の専門職だけでの対応では、その改善が困難な場合、地域の教育委員会が設置している教育センター・教育相談所などの機関との連携が必要になる。教育センター・教育相談所は、地方自治体が「住民からの教育に関する相談」と「学校など教育機関への支援」を主たる目的として、地方自治体が設立した機関である。教育センター・教育相談所には、相談に応じてくれる教員や心理士が在籍しており、不登校・ひきこもりへの対応の窓口となり、相談に乗ってくる。また教育センター・教育相談所には、不登校状態にある子どもがその在籍学校への復帰を目指していく際の中間的な施設として「適応指導教室」と呼ばれるような教室を持っていることが多く、そこでは学習支援を中心とした不登校児への支援が行われている。

さて、先ほどのリストには載っていないが、他の支援機関としては、NPO 法人による専門機関やハローワークなど

の就労支援機関がある。

● 特定非営利組織(Non Profit Organization. 以下、NPO)など

不登校・ひきこもりを支援するNPO団体は多く、内閣府のホームページで不登校、ひきこもりをキーワードに検索すると350団体がみつかるとある。それら団体の活動内容については、学習支援を目的とするところ、就労支援を目的とするところ、フリースペースのように居場所を目的とするところなどをあげることができる。すなわち、本人の年齢や状態に応じて必要な機関を上手に利用することが求められる訳だが、このように多様な活動目的を持った団体の中から自分たちの地域で、相談者が求めている支援活動を行っている団体を見つけることは困難であるかもしれない。そのため、地域の公的機関や医療機関などを主たる相談機関としながら、ニーズに併せたNPO団体を紹介してもらうなどの手順を踏むことが重要であろう。ケースによってはNPO団体が主たる相談機関へと移っていくこともよくあり、その存在は極めて重要な位置を占めているとも言えるだろう。なお、NPOに関する詳細は本ガイドラインの別項にまとめて記載されている。

● 就労支援機関

本ガイドラインの別項に詳しく掲載してあるため、本項では簡潔に述べる。わが国では若者が自立し、いきいきと活躍できる社会を目指して、企業や労働組合、学校、マスメディア、地域社会、政府等が一体となって、若者をとりまく問題をそれぞれの立場で考え、サポートし、その輪を広げていくことを目指して、様々な機関が設置されている。それらの機関についてはハローワークが最も代表的な機関であり、地域若者サポートステーション、若者自立塾、ジョブカフェ、ヤングワークプラザ、学生職業総合支援センター、フリーター常用支援事業などの機関がある。これらの機関における詳細は別項を参照していただきたい。

国立国際医療センター国府台病院 早川洋

文献

- 1) 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。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」(主任：伊藤順一郎)、2003。
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/pdf/guide.pdf>
- 2) 伊藤順一郎：「ひきこもり」に必要な支援は何か。精神経誌、109；130-135、2007

参考文献

- 3) 斎藤環：社会的ひきこもり PHP新書 PHP研究所 1998

b) 専門職による包括的評価の必要性

① 地域保健・児童福祉機関による思春期ひきこもり事例への評価

地域保健・児童福祉機関にもちこまれる相談事例の特徴

地域保健機関における精神保健相談では、本人からではなく、家族や関係機関から持ち込まれてくる相談の割合が多い¹⁾。特に、思春期のひきこもり事例では、本人が他人と接触できないひきこもりの状態にあること、年代的に自分の気持ちや不安を言葉で表現する力がまだ発達途上にあること²⁾ などから、本人から直接相談が持ち込まれるということは少なく、家族の他、学校などの関係機関から相談を受けることが多いものと考えられる。この点は、本人の受診を前提とした医療機関の“初診”とは異なり、“初回相談”と呼ぶことが多い。

さらに親自身も健康を害している、あるいは複数の家族員が健康問題や経済的問題を抱えているような多問題ケースにおいては、家族は適切な相談行動をとることが困難であることが多い。この場合、事例の対応方法についての関係機関からの相談や、近隣住民からの苦情や連絡といった形で地域保健機関にあがってくることになる。また、当初は全く違う領域の相談から支援が始まる事例も少なくない。たとえば、母親が姑の介護保険申請の手続きで役所を訪れ、担当者が生活状況について聴き取っているうちに子どものひきこもりが判明し、そのことを契機に援助者の関与が始まるといった場合である。このように、地域保健・児童福祉分野の相談機関では、生活に密着した幅広い領域から様々な経過を経て事例が浮上してくることが大きな特徴である。

評価(アセスメント)を行う際の留意点

地域保健・児童福祉機関で受ける不登校やひきこもり相談事例の特徴を踏まえ、相談に至るまでの事情や経路を丁寧に聞き取り、事例のニーズを見極めて、評価すること(アセスメント、見立て)が必要となる。この際の留意点をあげる。

(1) インテーク(受理面接)を丁寧にを行う

上記のように、まず、最初に相談を持ち込んできた人を第一相談者として受けとめることが大切である。とくに地域保健機関の場合には、第一相談者が本人や家族に限らず、関係機関や近隣住民など様々であることは上述したとおりである。相談者の職種や所属機関に関らず、「なぜ、今、この人がここに相談を持ち込んできたのか」「今、第一相談者が困っていることは何か」「事例に関わる人たちのうち、一番困っているのは誰なのか」をインテークのなかで明らかにしていく。丁寧なインテークを心がけることで、支援の緊急性や必要性、本人や家族、関係機関との関係などがある程度正確に把握することができ、評価をするときに大きく支援方向を見誤ることが少なくなる。

また、第一相談者自身が生活上の問題を抱えて行き詰っていることも多い。インテークでは、ひきこもっている本人に関する情報収集だけでなく、第一相談者自身の生活ニーズに注目し、負担感を和らげる姿勢をもつことによって、その後の支援に参加してもらうことにつながることもある。

(2) 治療や支援を受けることについての本人や家族の動機付けに注意する

地域保健・児童福祉機関の相談事例の場合には、治療や支援を受けることに対する本人や家族の動機付けは、事例ごとに大きく異なっている。本人と家族がともに医療機関を受診することに納得している場合もあれば、受診するまでの気持ちは固まっておらず、とりあえず専門家に相談をしてみたいと希望している場合、これまでの治療経験において医療機関とは関係がこじれており、むしろ治療を拒否している場合など様々である。

したがって、相談を受けた状況の中で、本人や家族は支援を受けることや受診することをどのように感じているのか、父や母の間で気持ちが異なっていないかなどをインテークなどの中で確認し、それに合わせた支援方法を検討することが必要である。たとえば、援助者側や家族は治療や支援の必要性を強く感じているが、本人がそれを拒んでいる事例においては、家族や援助者側のニーズと本人の気持ちをすり合わせていく作業が具体的にアセスメントの中に含まれていなければならないであろう。

また、家族や関係者の相談理由をそのまま支援課題として位置づけるかどうかは専門職の判断が必要である。たとえば、長期化した不登校の子どもをもつ親がメンタルフレンドの派遣を希望して児童相談所に来談している場合などは、不登校の背景要因はどのようなことなのか、本当にメンタルフレンドの派遣で充分なのか、他に支援課題はないのか、子どもがメンタルフレンドの関係を拒否した場合、その他の介入・支援方法が検討されることなく、そのまま相談が終了してしまうようなことはないか、不登校問題の背景に児童虐待の関連がないかといった点について、慎重な評価が必要である。

本人の衰弱や暴力が激しく介入の緊急性が高い事例の場合は、家族や関係者の危機感や不安、思惑が先行し、本人

の意向が確認されないまま援助が進んでいくこともある。とくに本人が未成年の場合には、家族・保護者の意向や決定が優先されることになるが、本人の気持ちや意志を確認する機会をもって評価することを基本としたい。また、結果的には本人の意向に添わない方向で介入が進んだとしても、いずれは、そうした支援が必要であった理由や事情を本人と話し合える機会を設けたい。本人の気持ちや意志が尊重される経験の有無は、将来、本人が主体的に支援や治療を活用することに大きく影響すると考えられるからである。

(3) 受療の必要性や精神医学的な判断のために情報を集める

不登校やひきこもり事例は、統合失調症をはじめとする精神疾患の好発年齢に属する。また青年期のひきこもり事例の中には、広汎性発達障害が疑われる事例が少なからず含まれていることも明らかになってきている³⁾。このため、地域保健機関では、関係機関から事例の受療の必要性についての判断や、精神医学的な疾患が疑われるかどうかを判断することを求められる場合が多い。したがって、本人の生い立ちや養育環境などを含む生育歴、疾患の有無、これまでの相談・治療歴の有無や経過、家族や学校関係者から発達的な問題を確認(たとえば母子手帳や通知表の記載などを参考に)しておくことなどは、地域保健機関で事例の評価を行うときには、確認の優先度の高い項目である⁴⁾。

また、統合失調症などの発症早期の場合には、症状としてよりも様々な生活の障害や困難が主訴となることも多い。初期の段階では診断を確定することが難しく、時間の経過により診断が変わる可能性もあるので、一度、医学的判断/診断が示された後も、継続的に経過を確認すること、改めて評価の機会をもつことが必要な場合がある。

(4) 家族全体を視野に入れ、家族も支援対象とする

10代の子どもがひきこもってしまうと、家族、とくに母親にとっては、それまで培ってきた交友関係や地域社会からの繋がりを断たれてしまい、子どもと同様に家族も孤立した状態に陥りやすいことがわかっている⁵⁾。家族内では子どもとの密着した生活が続き、子どもを世話することが親自身の生きがいになっている場合などには、そのことが子どもの社会参加の阻害要因になり、子どもの回復が親の喪失感を引き起こすこともある^{6,7,9)}。こうした事態を防ぐためには、不登校・ひきこもりを呈している本人だけでなく、母親をはじめ家族の健康状態、家族間の関係性、経済力や問題対処力、家族の発達特性(発達障害やその傾向の有無)についても評価し、必要な支援を組み立てることが求められる。

また、多問題家族の場合には、子どもだけでなく家族全体を視野に入れ、支援の優先度について評価していく必要がある。親が虐待や依存など重篤な問題を抱えているときは、そちらにもかなり支援者側のエネルギーを割かれることになる。ひきこもっている子どもの回復のためには、本人に関わる援助者とは別の援助者や機関が家族を対象とした治療・援助を継続して提供する体制をつくることが望ましいことがある。

(5) 関係機関と評価の内容を共有する

関係機関がいくつか関わっている場合、特に介入の緊急性が高く初動体制を整える必要がある場合などは、評価が包括的に行われ、評価内容を関係機関で共有しておくことが望ましい。そのためには、なるべく早い時期に関係者でケア会議などを設定しておくことよい。関係機関同士の事例についての理解・評価や、それぞれがもっている情報の付き合い合わせを行うことで、事例の全体像について理解が深まり、支援の方向性や個々の機関が担うべき役割が明確になることが目標になる。

こうした検討を効果的に進めるためには、それぞれがもっている情報・所見・観察点を何らかの理解・解釈・仮説にまとめ、そこから対応・方針を導き出すという道筋、あるいは、一つのケースにおもな支援課題がいくつあるかを明確にし、個々の支援課題について、どこの機関の誰が、どんな方法で支援するのかを明確にするような効率的なケース会議が求められる。

しかし、諸事情でケア会議などフォーマルな会議の設定が難しい場合には、職場内で上司や複数のスタッフとのミニカンファレンス、関係機関とのインフォーマルな情報・意見交換の機会なども有効に活用したい。

東京都精神医学総合研究所 新村順子

田上美千佳

山梨県立精神保健福祉センター/山梨県中央児童相談所 近藤直司

<文献>

- 1) 原綾子、柏木由美子、新村順子他(2002): 保健所における未治療者・治療中断者の精神保健福祉相談の現状. 平成14年日本公衆衛生学会抄録集. pp794.
- 2) 小此木啓吾、皆川邦直他編集(1985): 精神分析セミナーV 発達とライフサイクルの観点 pp163-168. 岩崎学術出版.

- 3) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江、藤井康男、宮田量治：ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究。平成17年度、厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究（主任研究者：井上洋一）、研究報告書
- 4) 近藤直司、石川信一、境 泉洋、新村順子、田上美千佳：思春期における非社会的行動（ひきこもり）と行為障害の関連に関する研究。平成18年度、厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究（主任研究者：齋藤万比古）、研究報告書
- 5) 小林清香、野口博文他(2003)：「社会的ひきこもり」を抱える家族に対する実態調査。精神医学45。pp749-756.
- 6) 塚本千秋(1994)：ひきこもりと強迫症状を呈する青年期患者への訪問治療。精神神経学雑誌 96.pp587-608.
- 7) 皆川邦直(2001)：固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療：親ガイダンスの重要性を中心に。In：ひきこもりケースの家族援助(近藤直司編著) pp164-172。金剛出版。
- 8) 近藤直司(2001)：ひきこもりケースにおける家族状況の分類と援助方針。In：ひきこもりケースの家族援助(近藤直司編著) pp53-65。金剛出版。

② 教育機関（高校生まで）による評価

1. 不登校・ひきこもりの児童・生徒にかかわる教育機関の概要

児童期及び思春期、いわゆる学齢期の子どもの不登校・ひきこもりの問題は、学校教育の在り方も深くかかわる問題であり、適切な教育環境を個々の子どもに応じて整えることが模索されてきた。その中で、学校においては学校内の教育相談体制の確立、スクールカウンセラーの導入、不登校を視野に入れた新しい学校の創設などが行われてきた。また、学校以外の教育機関としては、集団生活や学習をサポートする適応指導教室(現 教育支援センター)などの整備、教育相談機関(教育センター・教育研究所・教育相談所・教育相談室等)の整備などが行われている。

ここでは、学校を含め各自治体(教育委員会)の子ども教育にかかわる各機関(図1)の概要を述べ、そのうえで各機関における不登校・ひきこもり児童・生徒に関する評価のポイントを明らかにする。

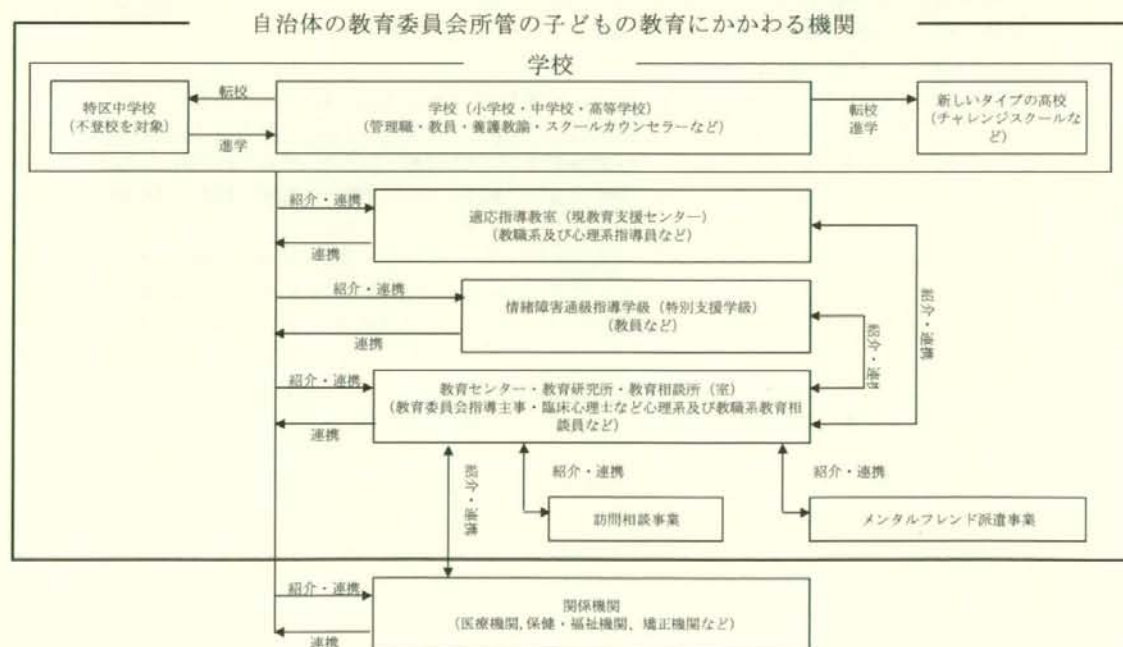


図1 不登校・ひきこもり児童・生徒に対する援助機関とその連携

2. 学校における援助と評価

(1) 学校における援助体制

不登校・ひきこもりは、学校で起る現象であり、学校が最初の援助者となる。校内では、管理職、学級担任を含め子どもにかかわる教員、教育相談担当教員、養護教諭、スクールカウンセラーなどで教育相談組織が運営され、それらの教員が連携し援助していくことが多い。そのなかで、学級担任、養護教諭、スクールカウンセラーが保護者や子どもへの対応を行ったり、学校内の居場所として相談室や保健室などへの来室につなげたり、家庭訪問をしたりして、子どもや保護者との関係を築きながら援助を行っている。また、事例によっては適切な専門機関の援助を得るため、学級担任やスクールカウンセラーが専門機関の紹介をしたり、橋渡しをしたりしている。

(2) 学校における評価

学校は不登校・ひきこもりの子どもが発見される場であり、初期の段階で子どもや保護者への援助を行うことができる。しかし、不登校・ひきこもりの状況が継続すると、学校だけでは対応できない場合が多く、学校で何ができるか、他にどこに援助を求めべきか、学校として評価することが求められる。その評価の観点としては、①不登校・ひきこもりの状況(不登校の期間、ひきこもりの程度、身体症状や精神症状、家庭内暴力などの随伴症状など)、②家族の機能(養育環境、養育態度、子どもの問題への取り組み方など)、③子どもの発達状態及び学習面(心身の発育状況、発達障害の疑い、知的能力の程度など)、④集団での対人関係能力、⑤子ども及び保護者への継続的な心理的援助の必要性などが挙げられる。それをもとに、子どもや保護者と相談しながら、医療機関や教育相談所(室)、適応指導教室や情緒障害通級指導学級、必要によっては児童相談所などの保健・福祉機関などを紹介する。その際、紹介先と連携しながら子どもが籍を置いている学校としての援助を継続していくことが求められる。

(3) 学校における新たな取り組み

① スクールカウンセラー

1990年代、不登校やいじめへの取り組みの一環として、臨床心理士などが学校にスクールカウンセラーとして導入された。その後、国の公的施策として全公立中学校(一部の小学校や高校も含む)に配置の動きが進められ現在に至っている。国とは別に都道府県や市町村レベルでも派遣している所が多い。学校にスクールカウンセラーがいるという状況は、不登校・ひきこもりの子どもや保護者にとっても身近な専門家としての役割を果たしている。スクールカウンセラーは、子どもや保護者に直接かかわる一方で、その背景や子どもの心理状態についての見立てを伝え学校の教職員が適切に対応できるよう助言したり、学校と外部の関係機関をつないだりしている。

② 不登校を視野に入れた新たな学校の創設

国の行財政改革の一環として、学校教育においても教育特区制度に基づいて不登校の子どもを対象とした学校を新たに作る動き(東京都八王子市、奈良県大和郡山市、京都市など)がある。個々の子どもの特性を考慮し、学習指導要領によらない柔軟な教育課程が編成されている。

また、高等学校においては個々の子どもの個性、能力、可能性を伸ばすことができるよう新しいタイプの高校が作られている。チャレンジスクール(東京都)もその一つである。昼夜開講の定時制、単位制で、入学後の学ぶ意欲や熱意を大事にしている。普通科の科目以外に子どもたちの興味・関心に合わせた体験学習を重視する科目が多く設定されている。小・中学校時代に不登校・ひきこもりを経験したり高校を中退したりした子どもたちが多く在籍している。

3. 適応指導教室(現 教育支援センター)における援助と評価

(1) 適応指導教室及び情緒障害通級指導学級(特別支援学級)

適応指導教室(現 教育支援センター)は、不登校・ひきこもりの支援のために、主に公立の小・中学校に在籍する子どもを対象に、都道府県又は市町村の教育委員会が設置している。現在全国で1,000カ所以上の施設がある。スタッフは教職系及び心理系指導員(非常勤が多い)などからなる。不登校・ひきこもりの子どもたちが、学校に在籍しながら学校とは異なる場所にある適応指導教室に通室することになる。小集団の活動などを通して対人関係や集団への適応を体験する場として機能しており、行事やスポーツなどの体験活動や学習への取り組みへの援助などを行っている。最終的には学校復帰を目指しているが、不登校・ひきこもりの状況も様々で、家でひきこもりの期間が長く同年代の子どもたちと一緒に活動することに抵抗がある子どもも少なくない。このような子どもに対しても、適応指導教室が学校に代わり安心して居られる「居場所」としても機能している。

自治体によっては、正規の教員を配置した情緒障害通級指導学級(特別支援学級)を不登校・ひきこもりを対象(主に中学生)に設置し、適応指導教室と同様に在籍校に籍を置きながら通級する形式をとっている所もある。

(2) 適応指導教室などでの評価

適応指導教室等に入室するのは、不登校・ひきこもりの状況が長期化している事例が大半であり、学校や教育相談所(室)などからの紹介が多い。入室は保護者からの申し込みを前提にするが、子ども自身の通室への意向を大事にする。見学後に体験通室を勧める。その期間中、子どもの行動観察や保護者や子どもとの面接、学校や子どもが通室している教育相談所(室)や医療機関などからの情報から、①子どもの不登校・ひきこもりの状況、②対人関係上の課題や抱えている悩みの内容や深さなどの心理的側面、③集団適応能力の程度などの見立てを行う。その上で、小集団活動を主体とする適応指導教室への通室が可能かスタッフ会議で評価する。学校や教育相談所(室)なども参加しての入室検討委員会においては、入室の可否を決めるだけでなく、通室の仕方も含めて今必要な援助の在り方に関して協議し、入室後も学校や教育相談所(室)などとの連携を継続することを確認する。入室後も、学年の節目に学校及び子どもや保護者と在室期間中の様子を評価し、その後の通室を継続するか否か子ども自身が決められるよう援助している。

4. 教育相談機関における援助と評価

(1) 教育相談機関

教育相談所(室)は、都道府県及び市町村の教育委員会が設置している機関である。地域内の子どもの教育に関する相談を行っており、無料で気軽に相談に行ける機関として機能している。来室しての個別の相談が中心である。申し込みは、学校や関係機関からの紹介が多いが、保護者からの申し込みを前提にしており、保護者自身が子どものこと相談するために継続して来室できることを大切にしている。相談対象は、幼児から小・中学生、機関によっては高校生までを扱う。スタッフは、教育委員会指導主事、臨床心理士などの心理系及び教育系の教育相談員(非常勤が多い)などである。相談内容は、不登校、集団不適應、いじめなど対人関係の問題、発達の問題、学業不振、就学や進路に関する問題など多岐にわたるが、主訴として不登校の相談は多く、なかにはひきこりを伴っている事例も少なくない。

(2) 教育相談機関での評価

教育相談所(室)における不登校・ひきこもりの相談は、学校復帰を視野に入れながらも、個々の子どもにとっての不登校・ひきこもりの意味を理解し、子どもが社会的に自立していくことへの援助活動である。

教育相談所(室)では、相談の初めに受理面接を行い、それを基にスタッフ間で受理会議を行う。受理面接では、①来室の経路及び来室の意図、②不登校・ひきこもりの状況、③家庭や学校での子どもの様子、④子ども自身の心理状態(困り感)、⑤発達障害や病理的傾向の可能性、⑥子どもの養育環境及び成育歴、⑦学校の対応や関係機関の利用などに関する保護者や子どもからの聞き取りを行い、その情報を基に受理会議で不登校・ひきこもりの見立て及び相談の方針を立てる。その上で心理的援助を主体にし、個別に通室する形での教育相談所(室)における援助活動が有効か否か評価する。医療機関や保健・福祉機関、矯正機関などでの対応が優先される場合には、各々の機関を紹介したり連携したりしながら対応する。また、学校との連携を重視しており、保護者や子どもと学校との間のパイプ役となり、両者の関係の改善に役割を果たすことが多い。

子どもが来室しない場合は、保護者との相談を継続しながら、事例によっては、相談担当者が家庭訪問をしたり、家庭に大学生が訪問するメンタルフレンド派遣事業などを活用についても検討する。また、相談を進めていく中で、個別面接においては心理的に安定していても、対人関係に大きな課題を抱えていたり傷ついた経験を持っていたりする子どもの場合、不登校の子どもたちを主体にした小集団のグループ活動や適応指導教室などを紹介し、連携しながら相談を継続している。

世田谷区教育委員会教育相談室 加室弘子
明治大学 弘中正美

③ 教育機関(大学生以上)による評価

大学における不登校・ひきこもり評価の特徴

大学生の不登校・ひきこもりは中学や高校とは違った体制で評価や支援を行う必要があります。ここでは、大学の各機関・部署が実施すべきこと、判断すべきことを中心に述べます。

大学では中学・高校までのように毎日学校に登校して朝から夕方まで授業を受ける形態をとっているところは稀で

す。大学生が登校しない日があることは中学・高校までのように特別なことではなく、いわば普通のことと言えます。また、年齢的にも、本人の自主性に任せるのが自然とされている年齢であることから、学校側も学生の修学状況を把握し、指導する必要性が高いとは考えない傾向にあります。たとえ、連続して欠席していたとしても、アルバイトに熱心になっているのかもしれませんが、サークルなどの課外活動に一生懸命になっているのかもしれませんが。中には、海外への遊学や長期旅行のために学校に来ていない学生もいます。中学・高校までのように登校しないこと自体が問題視されることはあまりありません。また、登校しない学生の全てが、支援の対象になるような問題を抱えているわけでもありません。

しかし、このことは、裏を返せば、中学・高校と比べて、大学では、支援の必要な学生の発見が遅れる危険性が高いということでもあります。たとえば、大学生の自主性に任せて介入を控えた結果、ひきこもりが何年も続いてしまうという事態も起こり得ます。

一方、大学では、カウンセラーや医師などの専門家が学内にいることが多く、この点は、不登校・ひきこもりの評価や支援に有利な点と言えます。しかし、専門家だけでできることには自ずと限界があります。専門職と教員や学生課・教務課の間での学内連携、地域の医療機関や精神保健機関などの学外連携、また保護者との連携をいかにうまく構築し、機能させられるかが、大学生の不登校・ひきこもりの評価や支援のポイントになります。

不登校・ひきこもり状態にある学生の発見

*スクリーニングの実施

大学で不登校・ひきこもり状態にある学生を見極めるために有効なのは、授業への出席・単位の取得状況を調べることです。本ガイドラインでは、この調査をスクリーニングと呼びます。このスクリーニングによって、出席や単位の取得状況が思わしくないことがわかった学生の中に、不登校・ひきこもり状態の学生が含まれることとなります。ただし、出席や単位の取得状況が思わしくない学生のすべてが支援を必要とする不登校やひきこもり状態にあるわけではありません。ケースごとの判断が必要になります。

最近の調査によると、スクリーニングを行っている大学は全体の8割近くに達しています。以前と比べると実施率は上がってきていると思われるが、今後更なる上昇を望みたいところです。

*スクリーニングの方法

スクリーニングのためにすべての科目で出欠を確認する必要はありません。それは教職員への負担を考えてみても難しいことですし、学生の負担を増やすことにもつながります。語学などの必修科目やゼミなどで出欠確認を行うだけでも、およその把握は可能です。ただし、不登校やひきこもりはすべての学年で起こり得ますので、いずれの学年においても週に1回程度は出欠を取る機会を設けるとよいでしょう。

単位取得状況のチェックも大切です。教務課や担当教員などがチェックを行うこととなりますが、その際、単位取得状況の思わしくない学生については、本人だけでなく、保護者に連絡をとることを考えてみる必要があるかもしれません。と言うのは、学生が登校していないことを保護者が把握していない場合があるからです。特に、保護者から離れて独居している学生については注意が必要です。学生の自主性を尊重する、あるいは個人情報を守るといった理由で学生の成績や単位取得状況を保護者に伝えていない大学もありますが、不登校・ひきこもりの早期発見の観点からは、この措置は望ましいとは言えません。

成績や単位取得状況について保護者に連絡する際には、ただ成績を送るのではなく、同時に、保護者や学生自身が相談できるところ（学生相談室、保健センターなど）についての情報も提供することが大切です。このような情報について知らない保護者も多いからです。

学生の状況に応じたアプローチの違い

学生の学年や家族と同居しているか否かなどによって、不登校やひきこもりの発見に有効なアプローチは異なってきます。

A) ゼミ・研究室に所属している学生

ゼミ・研究室に所属している学生については、スクリーニングは比較的容易です。これは、ゼミや研究室では学生数が比較的少なく、担当教員の目が届きやすいという事情に加えて、担当教員が学生の修学全般について指導する役割を与えられていることが多いという事情によるものと考えられます。実際、最近の調査では、ゼミ・研究室の担当教員は学生の出欠状況をよく把握しており、長期に欠席している学生についても、どのような事情で欠席が続いているかを比較的よく理解しているという結果が出ています。という結果が出ています。

B) ゼミ・研究室に所属していない学生

ゼミ・研究室に属していない学生については、前述した方法でスクリーニングを実施することになります。誰が実施するかは、大学によっても事情が違いますので一概には言えませんが、教務課や、必修科目の担当教員が行うことが多いようです。また、最近では、クラス担任・学生主事・アドバイザーなどの名称で、科目とは別に、学生の修学や生活全般にわたって指導したり、学生の相談に乗ったりする役割を持つ担当教員を定めている大学が増えてきています。このような役割を与えられた教員がスクリーニングを実施するという考え方もあるかもしれません。

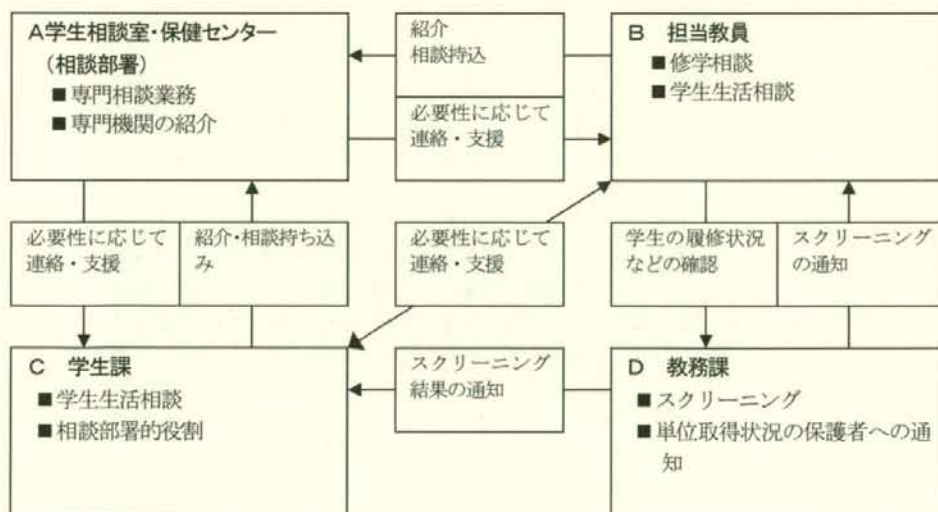
C) 独居の学生

前述したように、保護者から離れて独居している学生については、本人の状況を保護者が十分に把握できていない場合があります。本人が通学していないことを、学校からの連絡で保護者がはじめて知るといったことも、実際に起こっています。出欠状況や単位取得状況について保護者に連絡することが大切なのは、このためです。保護者に連絡する時期としては、1年に2回、即ち、前期・後期が終了し、成績や単位取得の可否が確定した時点で連絡している大学が多いようです。不登校やひきこもりは早期発見・早期対応大切という視点からは、これでも十分とは言えませんが、連絡に伴う教職員の負担や管理的になり過ぎることによる学生の自主性軽視といったリスクを考え併せると、スクリーニング段階では、この程度の連絡頻度が適当かもしれません。

各部署の役割

大学の部署構や名称、また、それぞれの部署に与えられた役割や人員置は、大学によって異なります。このため、不登校・ひきこもりの評価・支援体制をどのように構築するのが望ましいか、あるいは、部署間の連携や協働、役割分担をどのように進めていくのがよいかについて、一律に論じることはできません。ここでは、比較的多い部署名称を用いて、評価・支援の一つのモデルを示します。

連携例



大学生の不登校・ひきこもりは、大きく分けて、①精神疾患が関わっており、精神医学的対応（薬物療法等）の必要なもの、②精神疾患が関わっていることも関わっていないこともあるが、専門的なカウンセリング的対応が必要なもの、③精神疾患はなく、受容・共感・支持・励ましなどの一般的な対応が必要なもの、④修学支援や生活支援が必要なものがあります。この図で言うと、部署間での連携・協働を前提としての大まかな役割分担としては、主に①、②の対応にあたるのがA（学生相談室・保健センター）、主に③、④の対応にあたるのがB（担当教員）、C（学生課）、D（教務課）ということになります。

A) 学生相談室・保健センター

保健センターや学生相談室には、臨床心理士（カウンセラー）や精神科医などの専門家がおり、学生の相談にあっています。多くの大学では、この部署（相談部署）が、不適応を起こした学生の心理学的・精神医学的評価・支援を行う中心的な役割を担っています。しかし、不登校やひきこもりの学生の場合、自発的に相談機関を訪れることは殆どありません。また、一旦、相談や治療を開始しても中断が起りがちです。更に、相談や治療を進める中で、治療的観点から、学生の修学について教職員の配慮を求めたい状況が出てくることもあります。このようなことから、評価においても支援においても、相談部署と教員や学内の他部署（図では学生課と教務課を挙げましたが、この二つの課には限りません）、保護者との連携が不可欠になります。相談部署に現れない学生の状況を把握したり、学生を相談部署につないだり、相談場面以外で支援したりといった役割を、保護者や教職員に期待できるからです。

また、学内で対応困難なケースについては、学外の専門機関（医療機関、精神保健機関等）への紹介や連携が必要になることがあります。その場合、専門家同士で連絡を取り合う方が正確な情報が伝わりやすいことから、学外連携についても、相談部署（保健センター・学生相談室）が中心的役割を担うことが望ましいと考えられます。

B) 担当教員

学生の不登校やひきこもりを発見する機会が多いのは保護者と教員です。特にゼミや研究室を担当している教員は、大学の中で最も学生の状況を把握しやすい位置にいます。また、子供が不登校・ひきこもり状態になっていることを知った保護者が、教員に相談を持ち込むこともあります。担当教員は学生の状態を把握し、学生の問題が上述の①から④のどれにあたりそうか、およその見当をつけた上で、単独での対応が可能か否か、また単独での対応が困難な場合は、どの部署と連携をすべきかを考えます。ただし、①、②にあたる学生であっても、相談部署（学生相談室・保健センター）に行くことをためらったり、拒否したりする場合があります。その場合は、相談部署と連絡を取り合いながら、教員自身が学生に対応していくことが必要になるかもしれません。

C) 学生課

学生課は学生生活全般にわたる相談窓口としての役割を担っていることが多く、このため、不登校やひきこもりに関する相談が持ち込まれることもあります。評価や支援の順序は、教員の場合と同じで、学生の問題が①から④のどれにあたりそうか、およその見当をつけた上で、単独対応か連携か、連携の場合はどの部署との連携が適当かを考えることとなります。

また、小規模大学では、相談部署（学生相談室・保健センター）が置かれていなかったり、非常勤カウンセラーだけで学生相談業務を行っているところがあります。このような大学では、学生課が相談室的な役割を兼ねることが多いようですが、その場合、①、②にあたる学生の対応のために、学外の専門機関との連携が特に大切です。何か問題が起こってから対応するのではなく、普段から、連携できる学外の専門機関を確保しておくことが望まれます。

D) 教務課

教務課の主な役割は、学生の出欠状況の確認や単位取得状況を調べる事（スクリーニング）、またその結果を、必要に応じて、保護者や他部署に通知することです。スクリーニングの結果、心配な学生が見つかった場合は、教員や学生課の場合と同じ順序で連携を進めることとなります。

E) 就職課

不登校・ひきこもり状態の学生の支援には、図に入っている学生課や教務課以外の部署との連携が必要になることがあります。その一つが就職課です。在学中に問題を抱えると、卒業後の就職にも影響が及ぶことがあるからです。就職活動をきっかけとして、生活面や学業面で不調をきたす学生も少なからず存在します。中には、そこから、ひきこもり状態に陥ってしまう学生もいるようです。卒業を間近に控えた学生の問題を早期に発見できる部署の一つとして、就職課も大切な役割を果たします。

F) 保護者・家族

保護者・家族は、言うまでもなく、非常に大切な役割を果たします。不登校になったり、自宅や自室にひきこもっている学生に最も近いところにおいて、アプローチできるのは、保護者や家族において他にはいないからです。保護者・家族の協力や彼らからの情報提供なしに、連携をうまく進めることは殆ど期待できません。

同時に、不登校・ひきこもり状態の学生を抱える家庭では、保護者や家族が、その負担から、様々な精神的不調をきたすことが少なくありません。このため、連携を成功させるためには、学生本人のみならず、保護者・家族も支援していく視点が重要になります。

神戸女学院大学 水田一郎

④ 医療機関による評価

1 はじめに—「ひきこもり青年」の評価とは？—

“狭義の治療を行わないで家族の話を聴きながら様子を見る”という対応を含め、ひきこもり青年に治療に関わるには、正確な診断が欠かせない。しかし、ひきこもっている青年の多くは外来診療の場に出向いてこないため、直接、診断面接を行うことが難しい。そのため父母などの家族がその青年について述べる情報を元に、状態像を想像して評価を行い、仮の診断を行うことになる。

その青年が外来に来てくれる場合でも、内的体験を語る言葉に乏しかったり、医療スタッフを含んだ他者への不信感が強い場合には、十分な情報を得られない。そうした場合は、当事者に会えていても暫定診断とせざるをえないことになる。

このような事情から、ひきこもり青年を評価する際には、最初に“評価に用いた情報の出所”や、“情報の信頼性”などを明らかにして記述し、その上で、より具体的な評価に進んでいかなければならない。

2 医療機関に持ち込まれる事例の特徴

ひきこもる青年の家族が医療機関を訪れるのは、かつては、“精神科の病気ではないだろうか？”という不安があって、精神科医にその鑑別を求めるという理由からだった。そのため、家族の話を聞くスタッフの方も、“病気の徴候があるかないか”に注意して話を聞いていた。そして幻覚や妄想などの特異的な症状が認められず、不眠や食欲不振など疾病を疑わせる症状もない場合には、“病気ではないので本人の受診は必要ないと思いますよ。一般的な対応で様子を見られたらどうでしょうか？”というような応答で事足りていたように思われる。

ところが、今日では“ひきこもり”という用語が一般に周知されたことや、クリニックをはじめとする精神科の医療機関の数が増えて身近になってきたこともあって、“ひきこもっている家族に対してどう対応すればよいか”という、診断よりもむしろ解決策を期待して来談する事例が増えている。当然、このような事例の場合は、“病気ではないと思いますよ”という答だけでは家族は満足しない。しかし、“具体的な対応方法を含めた助言”を行うためには“病気であるかないか”だけでなく、後述するような心理的・社会的なアセスメントを含んだ総合的な見立てが必要になってくる。家族と面接を繰り返しながら、当初の見立てを改善・修正し、なおかつ適切な助言を与えていくためには、それなりの時間もかかる。それゆえ、対応する医師も自分の“役割”や“守備範囲”を明確にしておかないと、中途半端な対応になってしまう危険がある。

筆者は“これだけたくさん、わが子のひきこもりに悩む親がいるのだから、精神科医のせめて二人に一人くらいは『病気ではなさそうだから、治療の必要はない』というような紋切り型の応答でない、丁寧な支援を行うことができなければならないし、実際にそれを行ってもらいたい”と個人的に思っている。しかし、このような親支援を実行するためには、少なくとも1回30分以上の面接時間が必要になるので、コメディカルスタッフの協力が得られないような現場での実現は難しいことであろうとも思う。

いずれにせよ、来談した家族のニーズ、すなわち“病気かどうかの鑑別診断だけを期待して来談しているのか”“狭義の病気ではない場合にも、方法の示唆や社会資源の紹介など何らかの支援を期待して来談しているのか”を明らかにした上で、アセスメントを行っていかなければならない。以下の記述は、後者の場合、すなわち“家族として今後どのように対応すればよいか”というニーズも持った家族が来談した場合に必要なアセスメントについて述べる。

3 多方面からの青年の評価

青年の状態像を評価する際には、その青年の日常生活・精神生活・親との関係性・症状など、多方面から評価を行い、それらを総合して状態像を把握する。ただしすでに述べたように、間接的情報に頼ることが多くなるので、