

## 2) 教育機関(大学生以上)における支援

学生生活の中で不適応を起こしたり、さまざまな困難を抱える大学生に対しては、これまでも、学生相談室や保健センターなどの学内相談部署を中心に支援がなされてきました。しかし、このガイドラインの他のところでも述べているように、不登校・ひきこもりの学生については、学生本人が相談部署を訪れにくい、来談しても中断しやすい、相談部署単独での支援に限界がある、学内連携が困難などの事情のために、多くの大学では、未だに十分な支援が行えておらず、対策を模索しているのが現状です。

しかし、幾つかの大学では、不登校・ひきこもりの学生に対して、相談部署が積極的に働きかけたり、学内連携による支援体制を構築することで、支援に成果をあげています。たとえば、香川大学の調査では、不登校状態に陥った学生44名の1年後の追跡調査の結果、学生相談に来談しなかった学生34名のうち22名(65%)が除籍・退学していたのに対し、来談した学生10名のうち退学・除籍になっていたのは3人(30%)だけでした。しかも、そのうち2人は他大学入学、結婚など、自ら納得してのものであったことから、来談学生の殆どが不登校を解決したと考えられました。また、和歌山大学では、訪問支援やピア・グループなどを中核とした働きかけによって、留年・中途退学・卒業後の未就職を防ぐことができたこととされています。学生相談室からの電話による働きかけと連携支援によって退学者を減らすことに成功したという神奈川工科大学の報告もあります。

不登校・ひきこもりと一口に言っても、その背景には様々な要因が関わっており、学生にもいろいろな学生がいます。それぞれに異なった背景や事情を抱えた彼らを類型化しようとするのは、本質的に無理な試みかもしれません。しかし、類型化には、それによって彼らの支援の方法や方向性に、おおまかな見通しを与える可能性があるというメリットもあります。このことから、これまでに何人もの研究者によって類型化の試みがなされてきました。また、彼らに対する支援についても、様々な方法が提唱され、実施されています。本稿では、この類型と支援の方法について、代表的なものを幾つか示します。

### 大学生の不登校・ひきこもりの類型

#### \*ひきこもりの程度による分類

これは、不登校・ひきこもりを総括した分類というよりも、不登校とひきこもりがどのように区別できるか・できないかということに重点を置いた分類です。この分類の代表的なものの一つが「5(キ)③教育機関(大学生以上)による評価」の項で述べた山田のアパシー概念です。山田は、スチューデント・アパシーが、笠原が主張したような本業からの選択的退却に留まるものではなく、完全退却に至ることもあり、両者は連続線上にあるとしました。また、土川は、アパシーを、部分的撤退を単一に示すI型と全体的撤退と部分的撤退が流動的で他の症状も複合的に示すII型に分けました。彼らの考えに従えば、アパシー的な不登校には、大学に行かない以外は(本業以外の場面では)むしろ活発に活動している不登校から、完全にひきこもってしまう不登校までが含まれることになります。アパシーとひきこもりが同じスペクトラム上にあるものか、本質的に異なるものかについては意見の分かれるところですし、不登校の全てがアパシーというわけではありません。しかし、具体的な支援の方法を考えていく上で、不登校に伴うひきこもりの程度を評価しておくことに重要な意義があることは、間違いないように思われます。

#### \*発現時期による分類

井出は、大学生の不登校・ひきこもりを中学・高校と大学に発現時期を分けて、それぞれの特徴を検討しています。

前者は、中学や高校で不登校を経験し、大学に進学後、再び不登校・ひきこもり状態に陥るというタイプです。このタイプには、たとえば、入学試験に合格し、入学式には出席したもの、その後、大学には全く出席しない(基本的には、高校からのひきこもり状態が大学入学後も続いている)といったものや、中学・高校と五月雨型の不登校を繰り返し、大学に入学後も、些細なことをきっかけに、何度も断続的に、比較的期間の短い不登校やひきこもりを繰り返すといったものが含まれます。

後者は、大学ではじめて不登校・ひきこもり状態になるものです。このタイプには、不本意入学、入学後の環境変化への不適応、就職活動や研究活動での挫折など、きっかけの明確なものもあれば、明らかなきっかけなく起こってくるものもあります。

井出は、この二つのタイプの不登校・ひきこもりの背景に、学校環境の相違（高校までの拘束的環境と大学での開放的環境）が関わっているとし、学生の示す症状や性格特徴も異なるとしています。この点については、今後、実証的な検討が必要ですが、発現時期による区別も、具体的な支援を考える上で重要な要因になる可能性があります。

#### \*症状・心理機制・性格特徴による分類

小柳は、大学生の不登校を「種々の対人恐怖を伴うもの」と「抑うつをともなうもの」に分類しています。そして、前者については、高校までに対人恐怖傾向はあったものの、学業に専念することで辛さに耐えていたのが、大学に入ると学業に優れているだけでは評価されず、対人関係や関心の幅広さが求められるようになるため、そこで学業という支えが崩れて不登校が始まるとしました。また、後者については、更に疲弊型、逃避型、アパシー型の三つのタイプに分け、それぞれの特徴を述べています。疲弊型は几帳面、完全主義のために、あらゆることを完璧にこなそうと心身ともに疲れ果てて不登校になる。逃避型は、プライドが高い割に現実対処能力の少ない学生が、うまくやりおこせそうもない場面で、一種のやけや投げ出し反応として不登校になる。アパシー型は、プライドが高い割に現実対処能力が少ないという逃避型と似た特徴を持つ。しかし、逃避型では、自覚的な苦しみを持つことが多いために面接が継続しやすく、不登校も断続的な形をとることが多いのに対し、アパシー型では自覚的な苦しみが少ないために、相談室に来談すること自体が稀で、来談したとしても継続が困難であり、不登校は遷延しがちである。その点が違っているといったことです。

宮西は、大学生のひきこもりを、アパシー型と非アパシー型に分類し、後者を更に不安障害型、強迫・恐怖障害型、人間不信・分裂型に分けています。それぞれの特徴は、次のようなものです。

|          |                                            |
|----------|--------------------------------------------|
| アパシー型：   | プライドが高い反面、意志力が弱い。失敗を恐れ回避する傾向が強い。           |
| 非アパシー型：  |                                            |
| 不安障害型    | 葛藤処理が困難となり不適応反応を生じる。母子間の不安定な愛着パターンを内包している。 |
| 強迫・恐怖障害型 | ひきこもりの原因は家族にあるとの妄想的確信を持ち、成功の保障を求める傾向が強い。   |
| 人間不信・分裂型 | いじめなどによるトラウマを有する、いわゆる優等生の「仮面をかぶったひきこもり」。   |

宮西は、タイプによって適切な支援法は異なるとし、この分類を、学生のメンタルサポーターによる訪問支援や自助グループによる支援などに生かしています。

#### 大学生の不登校・ひきこもりの支援法

前述したように、大学生の不登校・ひきこもりは、その特性上、相談部署による専門的な支援だけでは限界があります。現実的にどれほど可能かはさておき、学内部署間の連携や、場合によっては学外機関との連携を欠かすことはできません。このことを踏まえた上で、ここでは、相談部署による専門的な支援を中心に述べます。連携の問題については「7（カ）教育機関（大学生以上）における援助」の項を参照してください。

相談部署による専門的な支援には、個人精神療法、訪問支援、ピア・グループ、集団療法、インターネット・メール・電話を活用した支援、家族への支援などがあります。支援法自体は、青年期以降のひきこもりや高校までの不登校と共通するところも多いのですが、大学生に特有の配慮や工夫が必要になる場合もあります。

##### A) 個人精神療法

多くの大学では、相談部署（学生相談室、保健センター）はキャンパス内にあり、相談は無料です。そのため、地理的にも経済的にも個人精神療法を受けやすいという利点があります。一方で、相談は在学中に限られていることが多いため、学生が問題を抱えたまま、中途退学したり、卒業してしまうと、そこで個人精神療法が中断してしまうという問題が起きます。このような場合には、いかに学外の支援機関と連携して、本人への支援を継続できるかが重要なポイントになります。これは、他の支援法についても言えることです。

##### B) 訪問支援

不登校やひきこもり状態にある学生が、自ら相談部署を訪れることはめったにありません。また、一旦来談したとしても、相談が中断してしまうこともよくあります。このような場合に、訪問支援を検討してみる価値があります。事実、訪問による働きかけを続けたことによってひきこもり状態が改善したという報告がなされています。

誰が、いつ、どのような形で訪問するかについては、個別の事例に応じた慎重な配慮が必要です。理想的な訪問支援のあり方を一律に論じることはできません。それは、学生の状態や大学の支援体制の現状によっても変わってきます。

このことを前提として、誰が訪問すべきかについての一般的な注意点を述べます。まず、不登校やひきこもりには精神疾患が関わっている場合があります、これを見逃すと、適切な対応ができなくなることがあります。このため、精神医学的な知識を持った専門家が、少なくとも一度は訪問し、本人に接することが望まれます。また、不登校やひきこもりの学生は、学業や単位についての問題を抱えていることが多く、教員の訪問は逆効果になる場合もありますので、この点には注意が必要です。大学によっては、教員が相談部署の相談員を兼務しているところもありますので、実際には困難な場合もありますが、できる限り、本人の単位に関係のない者が訪問する方が望ましいと考えられます。

### C) グループの活用

不登校・ひきこもり状態になる学生には、ソーシャル・スキルに問題を抱えていたり、それまでの仲間体験が不足していたり、仲間体験の中で傷ついたことがあるものが少なくありません。このような学生に対しては、グループの活用が有効な場合があります。グループの形としては、専門家がファシリテーター役やコーディネーター役を担う集団精神療法、専門家が中に入らず、側面から支援する形のピア・グループ、同質の問題（不登校・ひきこもり）を抱えたメンバーだけで構成されるグループ、様々に異なる問題を抱えたメンバーで構成されるグループなど、いろいろな形が考えられます。当該学生にどのようなグループが適当かは、個別に判断する必要があります。

不登校・ひきこもりの学生は、一旦その状態を脱しても、些細なことをきっかけに、再び元の状態に戻ってしまう学生も少なくありません。グループには、この逆行を防ぎ、周囲とのコミュニケーションを保ち続けられるようにサポートする効果も期待できます。

### D) インターネット・メール・電話の活用

不登校・ひきこもり状態にある学生は、相談部署を訪れたいと思ったり、その必要性を感じても、実際にそこに赴くまでに、さまざまな不安やためらいのために、結局は来談できないままになってしまうことがよくあります。インターネット・メール・電話の活用によって、このような学生の抵抗感を減じ、相談につなぐきっかけにできる可能性があります。また、来談が中断した学生についても、これらの手段を活用することで、来談を再開できることもあります。ただし、これらの手段は、直接顔を合わせて話をする面接とは違い、間接的なコミュニケーションになりますので、それに伴う危険を十分に認識しておく必要があります。

### E) 家族への支援

不登校・ひきこもりの学生を抱える家族は、そのことによって大きな負担を抱え、また、そのために、さまざまな精神的不調をきたしがちです。このため、支援においては、学生本人だけではなく、その家族の心理的サポートや支援も視野に入れる必要があります。そのことが、ひいては本人を支えることにもつながるからです。この観点から親の会を実施している大学もあります。

以上のように、大学生の不登校・ひきこもりの類型や支援法にはさまざまなものがあります。彼らの支援に際しては、その類型や重篤度、時期などを勘案した上で、それぞれの大学の支援体制の現状に即して、どの支援法をどのように組み合わせるのが適当かを判断していくことになります。もちろん、最終的には、類型によってではなく、個々の事例に応じて対応や支援法を考えていく必要があることは言うまでもありません。

神戸女学院大学 水田一郎

## 3) 個人精神療法

### 治療目標についての考え方

ひきこもりの治療において、個人精神療法の位置づけは、他の精神疾患とはやや異なる。本人の治療への動機付けが低い場合、家族支援の比重が相対的に高くなるのだ。それゆえ治療的対応は、(1)家族相談、(2)個人治療、(3)集団

適応支援の三段階で構成される。このうち(1)(3)については、それぞれの項目を参照されたい。(2)の一部である個人精神療法は、(1)と(3)の橋渡しの位置づけになる。

筆者の治療環境は下記の通りである。

筆者は民間の単科精神科病院の勤務医であり、外来は一時間に約六人の予約制である。よって面接時間は平均一〇分～一五分程度であり、この時間内で本人や家族と話す必要がある。こうした制約ゆえに、筆者の精神療法には、下記に述べるような特徴がある。

すなわち、治療関係においては距離感を一定に保ち、変化よりは現状維持を重視し、「賭け」と「冒険」の要素を廃し、デイケアなどの集団力動の作用を必須のものとし、家族や関係者への介入、あるいは臨床心理士やPSW、あるいは民間NPO団体などとの連携は積極的に行う。

本人の希望があれば、情報提供という形で就労・就学も支援する。治療者の交換性を重視し、ドラマティックな覚醒よりは、シラケによる洞察を重視する。薬物や検査結果を含め、情報公開と他の治療者・治療技法の選択には積極的に協力する。

ひきこもり事例の個人精神療法については、これまでいくつかの提案がなされている。精神医学の領域に限っても、森田療法や認知行動療法など、さまざまな技法が提唱されている。

精神分析的な立場に限っていえば、その多くは、ひきこもり状態とスキゾイド・パーソナリティとの関連づけ、スキゾイド・パーソナリティへの治療的アプローチをひきこもり事例の治療においても用いようというものが多い。確かにフェアベーンによる「精神分析的治療のもう一つの目的は、患者の内なる世界をなしているこの閉ざされた体系に突破口をもたらして、もってその世界に外なる現実の影響が及ぶようにすることである」との指摘は臨床的にも有用なものではあるが、やや具体性に欠ける。

ひきこもり状態を当然のように病理的なものとみなす発想は、「賦活」中心の方法論に短絡しがちである。この種の短絡を予防するためには、student apathy に関する議論が参考になるだろう。その提唱者であるWalters, P.A. Jr.や、わが国でのstudent apathy 概念の普及に大きく貢献した笠原は、治療原則として教育的激励、叱咤の無効、十分なモラトリウム期間をとることなどの重要性について指摘している。

とりわけ笠原が指摘するように「成熟を促す精神療法」を心がけ、「治療者は青年後期の男性としてはアイデンティティ形成の困難、心理社会的モラトリウムの不可欠さを最低限理解する必要がある」。

いずれにしても、意欲の直接的賦活を治療の目的にすることは、困難であるばかりか、しばしば有害である。むしろ、なんらかの葛藤や症状が意欲の発露をはばんでいる可能性を想定し、そうした障害物を除去しながら、もともと彼らに具わっている意欲の回復に備える、というイメージを持って治療に臨むことが望ましい。

それでは、ひきこもりの「治療目標」をどのように考えるべきだろうか。さしあたり「学校復帰」や「就労」などだろうか。もちろん、そうした当事者や家族からの要請を、安易に切り捨ててはいかない。

しかし、それらは少なくとも、普遍的な意味での治療目標ではありえない。「就学」や「就労」を目標とすることは、比較的受け入れられやすい価値判断ではあるが、筆者は治療の現場にこの種の「価値判断」が自明のごとく持ち込まれることについて、慎重な姿勢を維持すべきであると考えている。

筆者の考える「ひきこもり」の治療目標は、精神的な自由度の改善である。自由度が定量できない以上、これはあくまでも抽象的なイメージにとどまらざるを得ない。ここで筆者の考える「自由」を、「万能感」の対義語と考えるなら、いくぶんイメージしやすくなるだろうか。いずれにせよ、「復学」や「就労」といった具体的目標は、彼らがいったん自由な判断力を回復した上で、自発的に選択される形での実現が最も望ましい。

ただし、この立場から考えるなら、ひきこもることで十分なくつろぎや充足感を感じられ、精神がのびのびと解放されるという個人は、治療対象になりえないことになる。現実にもそうした事例に出会う機会はまずないが、ひきこもりそのものが臨床単位ではない以上、ひきこもり状態そのものを治療の対象とするべきではない。あくまでもひきこもりが二次的にもたらすであろう葛藤、不安、精神症状などの「不自由さ」に対して、治療的介入を試みられるべきであろう。

#### 導入から治療関係の維持まで

ひきこもりの個人精神療法においては、他の精神疾患に比べても、初回面接の重要度がかなり高いと考えられる。もちろんその後も挽回のチャンスがあるとはいえ、ここでつまづくことが数ヶ月から数年もの回り道につながりうること考えるなら、治療への導入は慎重になされる必要があるだろう。

長期間にわたるひきこもり生活は、しばしば極端なまでの「人間不信」につながりやすい。ほとんどの事例で、本人と両親の関係は断絶しているか、深刻な対立関係にあるため、当初治療者は家族の味方、すなわち「敵側」の人間

と見なされている。それゆえ治療者は、初回面接の段階で、できるかぎり自らの立場の「公正さ」を強調しておく必要がある。筆者の場合、初回面接では、以下のような点について明言しておくことを心がけている。

・私は治療者として、就学や就労が無条件に善であるとも考えていないし、ひきこもりが無条件に悪であるとも、まして病気であるとも考えていない。あなたの状態が病気かどうかの判断については迷うところも大きいし、まだ良くわからない。それゆえ少なくとも、あなたにこちらの価値観を押しつけたり、治療を強制したりするつもりはない。

・ただ、あなたのご両親が困って相談に通っていること、そこから推測するに、あなたも悩んだり困ったりしている可能性はないだろうか。もしそうであるなら、私は治療者という立場から、問題解決のために何らかの協力ができるかもしれない。

・たとえば、あなたが家族の無理解やあなたへの態度に悩んでいるのなら、まず家族のほうから変わるように変化を促すことはできる。そうした協力を通じて、あなたが家庭で、少しでもくつろいで楽しく過ごせるようになるのなら、治療も無駄ではないかもしれない。

おおよそ以上のようなことを確認した上で、家族にも同席してもらい、本人の前で「指導」をする。家族に不当な扱いを受けてきた（という思いを抱えている）当事者になりかわって家族に対峙し、これ以上本人を苦しめることなく、まずは家庭の中にあつくつろげる環境を作ること強く要請するのである。これは、家族対本人という対立にあつては、治療者は本人を支援する、という宣言でもある。

初回面接が成功して、面接が定期的に行われるようになって以降も、本人との信頼関係についてはつねに配慮し続ける必要がある。私がかつて精神科医に対して行ったアンケート調査では、複数の医師が、治療者が当事者と「場を共有する」こと自体が持つ治療的価値を指摘していた。これは、ひきこもりの精神療法にあつては、治療関係の維持そのものが治療的である、ということの意味している。たとえ面接の内容のほとんどが近況や雑談で占められようとも、そうした関係そのものが持つ価値を忘れるべきではない。

ひきこもり事例の精神療法で、特に配慮を要する点があるとすれば、治療場面におけるミクロの政治や「権力闘争」に関してであろう。ひきこもり当事者の「アンテナ」は、くつろいだ会話の中にすら、権力闘争の兆候を見出してしまふほど鋭敏である。具体的には「治療者が自分の趣味の話について熱が入ってしまったら引かれてしまった」「面接時のやりとりがすぐに議論のようになってしまう」「『～してあげる』といった言い方をしたら強く反発された」などという失敗談がしばしば聞かれる。治療者が彼らの「自己愛の病理」に注目しすぎた場合に、こうした失敗が起こりやすいような印象もある。

こうした傾向は、それまで家族との間で、同様の権力闘争を繰り返してきた経験に基づくのだろう。このため、治療者のもたらした何気ない感想や指示が、ことごとく「押しつけ」や「命令」に響いてしまいがちである。

それゆえ、治療者がなんらかの意見を表明するさいには「～と私は思う」と付け加えることで個人的感想であることを強調し、指示的に響きそうなことがらについては、「もし良かったら～してくれると嬉しい」のように、「お願い」のニュアンスを込める必要があるだろう。さらに、たとえ形式的であれ、本人の拒否権を常に尊重するという姿勢は欠かせない。

この種の権力闘争は、とりわけ治療者が本人に対して賦活を焦っている時に生じやすい。しかし言うまでもなく、人間の意欲を直接に賦活するような治療技法は存在しない。むしろ神田橋條治の指摘にならない、「ひきこもり」事例においては、その「ひきこもり能力」の肯定的側面を理解する努力を試みるべきであろう。

ちなみに神田橋には次のような指摘もある。「精神療法の場で、動きを引き起こそうと目論むさいには、閉鎖された情報を他と結ぶように働きかけをするのがコツである」。

「内省精神療法の終極の目標は、自己を抱える主体の能力、の回復・拡充である。過去・現在・未来における自己のありようを、一貫した自己として理解し共感し承認する自己部分、が膨れることである。それは、健康なナルシシズムの確立である。」

いずれもひきこもり事例のみに向けられた言葉ではないが、ひきこもりの個人精神療法を考える上で、とりわけ貴重な助言となるだろう。

爽風会佐々木病院 斎藤環

#### 4) 精神保健・福祉機関における本人への個人療法的支援

ここでは、精神保健福祉センター、保健所、児童相談所など、保健・福祉分野の相談支援機関における本人との個別面接の実際と留意点について述べる。

### 各機関の不登校・ひきこもり支援の特徴

これらの機関は公的機関であり、相談は無料である（一部に有料の診療機能をもつ場合もある）。各機関では複数の職種の専門家が協働しており、不登校・ひきこもり状態にあるケースの背景を評価して、達成可能な支援方針を策定することになる。

児童相談所は、18歳未満の児童について広く相談に応じる専門機関である。不登校・ひきこもり相談の支援については、本人や家族の通所指導・巡回相談、メンタルフレンドの派遣などを通して支援することが多い。

精神保健福祉センターや保健所は、精神保健福祉相談事業の中でひきこもり相談に対応しており、ひきこもりケースを対象とした専門相談窓口を設けている場合もある。治療・支援方針を明確にするところまでを役割とし、必要な関係機関を紹介する機能を主に行っている場合と、自ら継続的な相談面接や心理療法的アプローチ、継続的な家族療法的アプローチを実施している場合など、自治体ごと、機関ごとに特徴がある。

### 初回面接の重要性～相談につなぐ・他機関を紹介する

ひきこもり相談では、多くの場合、家族相談を経て本人が来談する。本人が来談に至る経過は、家族の促しにすぐに応じて来談する場合や、長期にわたる家族面接を経てようやく来談する場合など様々である。時には、家庭訪問が必要になり、そこで初めて本人と会える場合もある。

本人との初回面接は、本人と支援者の双方が強い緊張を感じることが少なくない。ことに、家族がどうにか本人を説得して、本人が不本意ながら来談するような場合には、支援者には「失敗できない」という思いが湧きやすい。支援者側の思惑や意向はできるだけ抑えて、本人が来談すると決心し、実際に行動したことを、とにかく肯定的に評価することが大切である。

来談までの経過にもよるが、初回面接で本人が明確な来談動機を話さないことが多いようである。たとえば、「自分はひきこもりではない。とくに目的がなかったから家にいただけ」と、ひきこもっていたこと自体を否認することもある。また、『ひきこもった理由』として、これまでの家族からの理不尽な対応についての不満を力説したり、過去に体験した対人関係での辛さを切々と訴えたりすること、緊張感が強く、言語的なやりとりがほとんど成立しないこともある。

初回面接では、本人が批判される不安を感じないで済むように、支援者は中立的な立場で常に柔らかな雰囲気イメージした対応を心がける。ひきこもりに至る様々な大変さや、ひきこもっていることで感じている後ろめたさなどに共感しながら、本人の思いに理解を示す。来談すること、あるいは支援者に対する拒否感や不信感、不安感などのネガティブな感情を少しでも和らげ、次回以降の面接をつなげることが初回面接のおもな目標となる。

初回面接で、本人が就労を進めていきたいと希望することもある。本人が仕事をしたいとはっきり表明する場合には、通常、ハローワークを紹介することが多いが、これまでの職歴や本人の能力的な問題などを考慮し、ハローワークを紹介することだけで良いのか、就労に取り組む前段階として必要な支援課題がないかを十分に検討することが求められる。もし、うまく紹介先につながらなかった場合には、そのまま再び家庭にひきこもる可能性もあり、安易な紹介は真んたの方がよい場合が多いのではないと思う。

また、精神科受診が必要だと判断されるものの、本人が了承せず、結局は受診につながらないことが推測されるような場合には、数回の面接の中で本人に身体症状の有無について確認したり、薬物療法の有効性について説明する。その上で、受診に対する本人の抵抗感を軽減するために、実際に受診できそうな医療機関はどこか、どの医療機関の、どの医師の外来を受診するか、あるいは、最初はケースワーカーを訪ねる方がよいかなど話し合う。面接場面で紹介先に電話し、先方の担当者との打ち合わせを本人にも聞いてもらうなど、できるだけ丁寧に対応するべきである。

### 2回目以降の面接～相談関係をつくる

明確な相談動機が語られない場合や、緊張感が強く、言語的な面接が成立しにくい場合などには、いずれは今後の方向性を話し合えるような機会を待つこととし、まずは本人が安心して面接場面にいられること、面接者とどうにか交流を維持できるための工夫が必要である。本人が少しでも話しやすい話題やコミュニケーション様式を探ったり、テーブルゲームや作業的な活動を取り入れながら、言語的な関わりが持てるようになるための関係づくりを心がける。

ひきこもり問題について話し合うことができない場合には、その時点における本人の生活ニーズを探るのも一法である。たとえば、健康志向が強く、食べ物に気を遣っている人に、保健師による健康相談を提案するといった工夫で

ある。こうしたケースで、健康相談を中心とした面接を継続するうちに、自分に自信がなく、努力することも苦手であるために新しいことを始める決心がつかないことを話すようになった。

このように精神保健福祉センターや保健所、児童相談所などは、他職種の専門職から構成されており、ケースのニーズに応じた職員がそれぞれの専門性を発揮しながら協働できるという利点がある。

### アセスメントと支援の展開

本人との相談面接を継続しながら、ひきこもりに至った背景について生物的一心理一社会的な要因を多角的に評価し、支援方法について検討する。

本人を理解するためには、生育歴や生活歴、またこれまでの対人関係の持ち方や特徴、本人の性格、趣味や興味・関心事、日常生活の過ごし方など、様々な情報を集めることになる。また、発達障害が疑われるケースの場合には、詳細な発達歴の聴取が必要になる。

児童・思春期の不登校相談と、義務教育年齢以降（青年期）のひきこもり相談では、支援の内容や展開が異なるようである。

#### 1) 児童・思春期ケース

まずは、本人が感じている不安や心配事について丁寧に聴くことが必要である。学校や家族状況を確認し、登校しにくい具体的・現実的な要因がある場合には、環境調整によって登校しやすい状況を整えつつ、本人に登校を促す。また、親からの心理的自立に伴う分離不安や自意識の高まりなどの思春期心性の高まりから生じる不登校などもある。こうした分離不安や自己評価の不安定さに対しては、現実でできていることを肯定的に評価することや挑戦しようとする気持ちを励ます。面接の中で本人が自己肯定感を高め、成長・発達していくことを支えることになる。

児童・思春期ケースは、全体的には青年期ケースよりも治療・支援に対する反応がよいのだが、一部には将来的に深刻なひきこもり状態に陥ることが危惧されるケースがある。たとえば、広汎性発達障害をもつ小学校高学年の子どもが思春期を迎えた仲間集団に付いていけないこと、マイペースな行動を周囲から批判されることなどから孤立し、学校や友達関係には何一つ楽しいことがないと訴えて不登校に陥っているケース、おもには広汎性発達障害に伴う知覚過敏から生じた社会恐怖によって不登校となり、年齢相応の社会的経験が著しく不足したまま中学校を卒業し、進路が決まらずに自宅で過ごしていたケースなどである。こうしたケースについては、教師や家族などと協力し、本人の社会的な適応を助けること、少しずつでも社会的な経験の範囲を広げていくことを心がけたい。中学校卒業後、あるいは高校を卒業または中退した後は支援者や経験の場が減っていく傾向があるので、在学中に将来を見据えた可能な限りの支援を提供する必要がある。

#### 2) 青年期ケース

まずは、生活の中で本人の行動範囲を広げられていくことを励まし、社会参加に伴って生じる不安を受け止め、明らかになった課題について助言するといった方針が考えられる。しかし、ひきこもることによって人や社会との関係を回避している青年期のケースの場合は、本人が不安や心配事を積極的に語らないことも多い。長期化したケースの場合、本人が困っていることを話し始める、社会参加への意欲がもてるようになるまでには、かなりの時間を要する。実際に社会参加に向けて本人が動きだすまでに、年単位の支援を要することも少なくない。

### 精神保健福祉センターにおける継続面接の実践

精神保健福祉センターで継続的に支援するケースとしては、発達障害を背景とするケース、神経症的な傾向やパーソナリティの問題を背景とするケースが多いように思われる。

発達障害を背景とするケースでは、多くがこれまで未診断であり、就学前の療育や特別支援教育を受けた経験のない人たちであり、すでに深刻な二次障害をきたしていることも多い。まずは、本人の対人関係における不快な体験や被害体験を聴きながら、理解を示すことによって、支援者との関係を形成できるように配慮する。その中で、本人の認知・思考様式などを知り、本人が体験した被害的な対人関係の場面や不適応をきたした出来事について、その出来事の文脈や周囲の反応の意味などを少しずつ説明・解説していくことを心がける。本人の発達特性や情緒的な問題から、どの時期に、どのように伝えるのがよいかを慎重に検討することが重要である。

神経症的な傾向やパーソナリティの問題を背景とするケースでは、まずは、ひきこもりに至る本人の対人関係や認知・行動のパターンについて話し合っていくのが最も一般的であろうと思われる。治療・支援関係を維持しつつ、①他者との関係を安全なものとして体験できるようになること、②セルフ・エスティームが安定すること、③万能的な内的世界から抜け出すこと、④依存性・寄生性の軽減と能動性の回復が中心的な治療課題となる。

援助者は、支援経過や面接場面において生じる情緒的ひきこもりには、とくに敏感である必要がある。たとえば、

キャンセルや表面的で情緒を伴わないやりとりなどであり、こうした局面は、ひきこもりの心理的メカニズムを検討するよい機会になることがあるからである。本人が援助者との関係や面接をどのように体験しているのか、丁寧に聴き取ることが重要である。本人の認知・行動のパターンを明確にしなが、安定した対人交流を保てるようになることを目標に面接を継続する。

ただし、パーソナリティ障害圏のケースでは治療的な変化に対するさまざまな抵抗によって面接が行き詰まり、長期化することも少なくない。援助者には焦燥感や無力感が生じやすいため、こうした局面で、援助者がそれまでの方針や姿勢を極端に変えること（行動化すること）によって相談が中断することがあるし、そうした事態を避けよう意識すれば、変化を恐れ、今の生活を大きく変えたくないという本人の意向に巻き込まれる形で、面接は膠着したまま経過することも少なくない。こうした局面では、本人との面接経過を慎重に再評価すること、スーパービジョンを受けることなどを検討するべきであろう。

## おわりに

精神保健福祉センターや保健所、児童相談所におけるひきこもり相談では、個々の精神医学的背景やケースの状況などに応じて、精神科医療やその他の関係機関に紹介する、あるいは面接・相談を継続することになる。面接を継続した場合、再登校や就労支援に移行していく段階を見極めて、適切な時期に、確実に次のステップについていくことが重要である。

山梨県立精神保健福祉センター 宮沢久江  
近藤直司

## <参考文献>

近藤直司・長谷川俊雄編著：引きこもりの理解と援助、萌文社、1999

## 5) 医療機関における外来および入院治療

### I. 不登校（ひきこもり）の多軸評価をめぐって

不登校の診断・評価は、それぞれの不登校の子どもに適合したテラー・メイドな治療・援助を提供できるようにさまざまな評価軸にしたがって行われるべきものであり、齊藤<sup>7)</sup>は、表1のような不登校の多軸評価、そして多軸評価に基づいて治療・援助を組み立てることを提唱している。この多軸評価は、義務教育年代の「不登校」だけでなく、義務教育年代以降の「不登校やひきこもり」の理解にも有効と思われる。本稿では、多軸評価に基づいた医療機関で行う「不登校（ひきこもり）」の治療・支援について述べる。

第1、2軸は、不登校の子どもの精神状態、そして発達障害の有無を評価するためのものである。第3軸は、齊藤が個々のケースの対社会的な対処法（coping strategy）と、各対処法特有な不適応状態の発生様式によって、不登校を5型に分類している（表2）。

第4軸は、不登校の子どもが「不登校の展開のどの段階にあるのか」についての評価軸であり、治療・援助の組み立てや介入姿勢を決定する上で重要である。①不登校準備段階、②不登校開始段階、③ひきこもり段階、④社会との再会段階に分類される。

第5軸は、家族、学校、地域社会、といった子どもを取り巻く環境の質と量についての評価軸である。

### II. 不登校（ひきこもり）の多軸評価の治療・支援への応用（図1）

#### 1) 治療・援助システムの最深層

第5軸の評価結果と関連して、治療・援助の基本的な方向を定めることが主な課題である。虐待が進行している子どもの援助は、不登校について考慮する以前に、虐待に対する対応が最終戦されるべきであり、児童相談所への通報を含め、子どもを有効に保護することが目標になる。家族機能に限界をもたらす家族要因やライフイベント（例えば、家族の病気、死去、両親の離婚、父親の単身赴任など）に関する評価から、何をどのように支えれば家族機能を回復させる援助が可能かという治療・援助の方向を決めることができる。学校環境の評価は、学校の誰と連携すべきかについて指針を与えてくれる。また、地域に不登校への偏見が少ない開放的な空気が優勢で、活発な援助システムが存在するなら、それを利用することで、学校には復帰できそうもない子どものひきこもりに取り組むことができる。

## 2) 治療・援助システムの第2層

第1軸(背景精神疾患)と第2軸(発達障害)の診断・評価から導かれた背景精神疾患と発達障害を直接ターゲットとする治療・援助が課題である。第1軸評価で精神疾患の診断が確定したケースでは、その疾患固有の治療法が存在しており、その成功によって不登校も改善することも少なくない。注意欠如・多動性障害(ADHD)や広汎性発達障害(PDD)のような発達障害を持っているケースでは、個々の疾患に特有な認知機能の障害を前提とした教室環境の構造化と個別的な教育支援の導入により、子どもの教室での不安と混乱を軽減することが可能になる。

## 3) 治療・援助システムの第3層

第3層の課題は、不登校状態がもたらす特有な社会的状況や対人関係の布置、不登校の展開プロセスの各段階特有な心理状態などに対応した治療・援助法の組み立てにある。

①過剰適応型不登校(ひきこもり): この型の不登校の子どもは、恥をかき顔を潰されることを過敏におそれ、不登校について自分を責めそうな人物との接触を頑なに回避したり、接触しても過剰適応的なよい子を演じたり、強気に平気さを強調したりする。治療・援助者は彼らのその過剰適応的な防衛の後ろに隠された傷つきやすさに共感し受容することを通じて、彼らが「本当の自分」と直面できる場面まで支えることが必要になる。

②受動型不登校(ひきこもり): この型の子どもには「援助を焦って彼らをこわがらせない」という治療・援助者の態度が必要になる。

③受動・攻撃型不登校(ひきこもり): この型の場合には、彼らの見せかけの受動性に感化されることなく、「命令しない、罰しない、しかし関心を持ち続ける」という姿勢を辛抱強く保たねばならない。

④衝動統制未熟型不登校(ひきこもり): この型の場合には、「行動化に対する制限を大人の怒りや嫌悪の表現と感じさせない工夫と姿勢」が必要になる。これまで周囲の大人や子どもと対立関係に陥ることが多く、叱られたり罰せられたりすることの多かったこの型の子どもに、制限はむしろ彼らの誇りを傷つけないための保護であり、限界設定はどう振る舞うべきかを知るための方法であることを、治療・援助者の関わりを通じて伝えることがきわめて重要になる。

⑤混合型不登校(ひきこもり): この型の治療・援助は各型の留意点を柔軟に組み合わせたものとなる。

不登校(ひきこもり)の治療・援助法は、ケースがどの段階にいるかによっても異なった工夫がなされるべきである。

①不登校(ひきこもり)開始段階: この段階の治療・援助者の姿勢として「いたずらに絶望したり焦ったりせずに、子どもの気持ちに耳を澄まし向かい合おう」という気持ちを親や学校関係者に持ってもらうように働きかけることが求められる。「登校刺激を与えてはならない」「登校刺激を与えるべき」といったあまり単一な介入姿勢を原則化しないことがよい。それよりもむしろ治療・援助者は、混乱状態の中で展開する子どもの状態像、親子関係の特徴、学校の介入姿勢などを偏見なしに観察することが求められる。

②ひきこもり状態: この段階の治療・援助者の目標は「子どもとの共生関係に陥りやすい母親を孤立させない」ということである。不登校の子どもが医療機関を訪れるようになるのは、多くは不登校開始段階からこの時期に移行した頃である。開始段階およびひきこもり段階では、背景疾患や精神症状に対する薬物療法や子どもへの支持的療法を実施できるケースもあるが、多くは受診を拒否し、親ガイダンスなどの家族支援が中心となる。

③社会との再会段階: 不登校の治療・援助が本格化するはこの段階である。子どもも治療場面に顔を出すようになるのもこの段階のことが多い。治療・援助の焦点は、まず親機能(家族機能)の支持、治療に現れた子どもの傷つきやすい心への支援、次に家庭と社会を結ぶ中間段階の集団と居場所の提供とそこでの活動に対する支持、そして最後に本格的な社会参加への挑戦のためのソーシャル・ワーク的支援へと展開していく。子どもが受診するようになった以降は、家族から社会へという社会との再会をめぐる展開を一貫して支えていくのが個人精神療法であり、中間的な居場所である(図2)。

## III. 不登校(ひきこもり)への入院治療

### 1) 不登校(ひきこもり)への入院治療の適応

齊藤<sup>5)</sup>は、児童思春期の入院治療の適応を4つあげている。

#### ①急性症状の深刻化への危機介入が必要な場合:

希死念慮や自殺企図の深刻化、その結果としての自殺の切迫性が生じている状態、家庭内暴力が深刻化したり、強迫症状に家族が巻き込まれることが深刻化した場合である。

#### ②非社会的症状の長期化への介入が必要な場合:

主として不登校状態やひきこもり状態の遷延化が進んだ場合や、義務教育期間の残り時間がわずかになってくるといった理由で、今後の治療・支援の困難性が際だって高くなると予測できる場合である。

③家庭の保護・支持機能に重大な問題がある場合：

身体的虐待、心理的虐待、性的虐待やネグレクトが行われている家族の中で精神疾患を子どもを入院させる場合がその典型である。

④外来では診断確定・治療方針決定が難しい場合：

前述した三つの適応のどれかと重なり合うことで入院の必要性が生じてくる。

2) 入院治療への導入をめぐる

精神科病棟で入院治療を行う時には、精神保健福祉法の規定する治療手続きや枠組みはすべて遵守しなければならない。また、児童福祉法に基づく子どもの保護のための処遇に可能な限り協力する必要があると同時に、医療機関は虐待を察知した場合に児童相談所に通告する義務を負っており、児童相談所とは共同で子どもの保護と治療に取り組むことが求められる。

入院治療の導入にあたっては、子ども、家族と十分な話し合いの時間を持ち、子どもが入院の理由や目的を理解することが望ましく、子どもが入院に同意すれば任意入院による入院治療が成立する。不登校に家庭内暴力が伴うような場合には、親のみが受診し入院治療を希望する場合もある。親は子どもを入院させることへの罪悪感や退院後にさらに親子関係が悪化するのではないかと不安が高まったりもする。また、「入院すればすべてが解決する」と安易に入院を希望するような場合もある。親に対しては、①治療者の子どもの状態の見立て、②入院後の治療の流れ、③退院後の見通しなどを丁寧に説明しておく必要がある。両親の間で入院に対する意見が異なる場合には医療保護入院が成立しないという精神保健福祉法についての説明も必要になる。両親が同じ方向で考えられるようになり、親の覚悟が決まるまでは時間をかけて話し合いを行うことが望ましい。

3) 不登校（ひきこもり）の入院治療の意義

入院治療では、個人精神療法、認知行動療法、親ガイダンス、家族療法、集団療法、薬物療法といった治療技法を組み合わせで行われる。入院治療では、同年代の仲間集団、新たな大人（治療スタッフ）との出会いが重要な役割を果たす。仲間集団は入院したばかりの子どもにとっては精神疾患発症前後の学校における葛藤を再現させ、入院治療の最初のハードルになる。同性仲間集団との再会は、男子は gang への退行を、女子には二人組みへの執着を生じさせ、かつての葛藤と直面させることになる。この gang の集団性を通じた不安の軽減と迫力の獲得を経て、chum 的な親友の獲得、peer 的な議論の喜びへと続く仲間集団の質的成長に援けられて子どもの自我は成長していく。しかし、自然発生的な仲間集団にはいじめを発生させたり、過剰な大人への反抗、容認しがたい行動化を刺激するという側面を必ず持っている。病棟規則といった取り決めは、入院している子どもの安全と、治療側の恒常性を確保するために必須である。規則は子どもの主体性を奪われる恐れを刺激し、反抗の対象となる。子どもの、あるいは子ども集団の挑戦と反撥に対して、治療スタッフは受容と制限のバランスのよい処方を行うことが必要になる。最近では ADHD や PDD といった発達障害の子どもが入院が増加してきている。発達障害の子どもには神経症水準の子どもにおける枠組みをめぐる治療スタッフの柔軟な姿勢とは異なる姿勢が必要になる。すなわち、規則などの枠組みは何を行うべきか、何を行ってはならないかを明確に示す必要がある。入院治療における仲間集団は、学校に比べ相対的に多数存在する大人（治療スタッフ）による介入が必要な局面を通過して、互いの成長を支えあえるような機能を持った集団へと成熟していくことで、そのプロセスが治療的なものとなる。

IV. 義務教育年代以降のひきこもりへの対応

義務教育期間中に長期にわたる不登校を生じたケースのうちの 70～80%は 20 歳を越える頃には良好な社会適応状態を持続的に示すようになっていくが、10 数%は 20 歳代半ばにはひきこもり状態を呈していたと齊藤は報告している。義務教育年代以降の不登校（ひきこもり）には、義務教育年代で不登校が始まり持続しているもの、高校から不登校となるもの、大学や就労からドロップアウトしひきこもり状態を呈しているものといえるだろう。不登校の最頻発年代である思春期（10 歳代前半）のひきこもりは、外界での孤立をめぐる不安の表現の一つであり、家族、特に母親に退行的にしがみつき、かつ支配しようとする特異な関係性と充進した両価性が前景に立つ一方で、10 歳代後半のひきこもりは自分を脅かされる不安による社会的回避という側面が中心となる。近藤ら<sup>2)</sup>は、16～35 歳までのひきこもりケース 181 名を対象に精神医学的診断と治療・援助方針を含め次のような 3 群に分けている。

①第 1 群：統合失調症、気分障害、社会不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療を含めた精神医学的介入が必要ないしは有効と判断されたもの。

薬物療法のほかに精神療法的なアプローチや福祉的な生活・就労支援が治療・支援の主体となる。永田ら<sup>4)</sup>は、社会不安障害を背景としたひきこもりへの薬物療法について報告している。ひきこもりに対して SSRI や SNRI の有効例が少なくないことが示されている。社会不安障害のために受診をした人が薬物療法を拒否したり、薬物療法によりひきこもりが改善したにもかかわらず、いくら丁寧に説明しても自ら治療を中断した症例が複数あったことが取りあ

げられ、これらの症例には回避性パーソナリティ障害が併存していたこと、治療中断には「よくなることさえもこわがって回避する傾向」が関連してことが考察されている。

②第2群：ひきこもりの発現に何らかの発達障害が関連しており、治療・援助においても発達支援の視点が不可欠と判断されたもの。

個々の発達特性を踏まえて精神療法的アプローチや福祉的な生活・就労支援が中心となるが、併存障害（うつ状態や不安・緊張感、被害感など）に対する精神医学的治療、日常生活場面への不適応について悩んでいる場合には social skill training、他のメンバーをモデルとして social skill を学ぶことを目的とした集団療法が必要な場合もある。

③第3群：パーソナリティ障害や身体表現性障害などの神経症的傾向、あるいは、薬物療法が無効ないしは補助的な手段にとどまるような気分障害や不安障害などを主診断とし、心理社会的支援が中心になると判断されたもの。

Gabbard<sup>1)</sup> は回避性パーソナリティ障害に対して表出的・支持的個人精神療法と集団精神療法が有効であることを指摘し、その要点を、人前に自分をさらすことへの当惑や恥辱に共感しながらも、おそれている状況に自分をさらしていくように確固とした態度で励ますこと（支持的要素）、羞恥心の基礎にある理由と過去の体験との関連を探索すること（表出的要素）と解説している。不安定な自己評価や万能的態度などの自己愛の病理、情緒的孤立と内的現実へのとらわれを伴うスキゾイドパーソナリティが問題となるケースもある<sup>3)</sup>。このようなケースでは治療の行き詰まりや長期化、中断も少なくない。治療関係を維持しながら、①他者との関係を安全なものとして体験できるようになること、②自己評価が安定すること、③万能的な内的世界から抜け出すこと、④家族に依存・寄生することの軽減と能動性の回復が中心的な治療課題になる。

義務教育年代以降のひきこもりのケースで入院治療が必要になるのは、急性症状の深刻化への危機介入が必要な場合になるだろう。ひきこもりが長期化しているケースが突然に医療機関に訪れる救急場面では、急激な環境の変化によって暴力、自傷行為、自殺企図などの予想外の衝動行為に及ぶことがあるので、がっちりとした治療構造を必要とすることもある。

#### V. おわりに

医療機関では、本人および親の同意が得られるならば、長期に治療・援助を続けることが可能である。齊藤ら<sup>6)</sup> は、1995年以降に児童精神科病棟で入院治療を行った者を対象として退院後の経過について郵送法により調査した。調査票の郵送が可能だった146名のうち53名から回答が得られ、記載漏れが多かった2名を除き51名（35%）を解析対象とした。その結果を、①退院後1年目の適応がよかった者は65%でその多くは現在まで良好な適応が持続していたこと、②退院後には不適応状態であった者もその後47%は適応状態に改善し現在に至っていたこと、③ひきこもりは経過中16名（31%）、そのうち11名は6ヶ月以上ひきこもりが持続していたこと、またひきこもりは退院後5年目までに出現するものがほとんどで、その半数以上が6年目以降にひきこもりから脱却していたこと、と報告している。この調査対象は必ずしも不登校を主訴としているわけではないが、約80%が神経症圏の子どもである。これらの結果から、義務教育期間に発現した不登校に対して、本人および親から同意が得られるならば、中学校卒業後5年間は社会適応状況の良否に関係なく支持的な治療関係を維持し、6年目以降は不適応群に属するものを中心にさらに治療援助を続けることが望ましいと言えるだろう。

表1 不登校の多軸評価

- 
- 第1軸：背景疾患の診断
  - 第2軸：発達障害の診断
  - 第3軸：不登校出現過程による下位分類の評価
  - 第4軸：不登校の経過に関する評価
  - 第5軸：環境の評価
- 

表2 不登校の下位分類

- 
- 1) 過剰適応型不登校：背伸びが目立ち、恥をかくことへのおそれが前景に出る
  - 2) 受動型不登校：圧倒されることへのおそれが前景に出る
  - 3) 受動攻撃型不登校：支配されることへの不服従が一貫して存在する
  - 4) 衝動型不登校：衝動統制の問題から、孤立が生じている
-

5) 混合型不登校：いずれの一型に分類できない



図1 不登校（ひきこもり）の治療・援助システムの構造



参考文献：

- 1) Gabbard, G.O.: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, The DSM-IV Edition. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1994. (館哲朗監訳：精神力動的臨床精神医学—その臨床実践 [DSM-IV版] 一, ③臨床編：II 軸障害. 岩崎学術出版社, 東京, 1997).
- 2) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について. 精神経誌, 109; 834-843, 2007.
- 3) 近藤直司：社会的ひきこもり. 精神科治療学, 23 (増刊号); 291-294, 2008.
- 4) 永田利彦, 大島淳, 和田彰ほか：社会不安障害に対する薬物療法. 精神医学, 46; 933-939, 2004.
- 5) 齊藤万比古：児童精神科における入院治療. 児童青年精神医学とその近接領域, 46, 231-240, 2005.
- 6) 齊藤万比古, 清田晃生, 渡部京太ほか：義務教育期間に生じた不登校とひきこもりとの関連に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 分担研究報告書 (平成 17~18 年度総合報告書), p. 29-36, 2007.
- 7) 齊藤万比古：不登校の児童青年精神医学的観点. 児童青年精神医学とその近接領域, 48, 187-199, 2007.

国立国際医療センター国府台病院児童精神科 渡部京太

## 6) 精神保健・福祉機関におけるグループ活動

ひきこもり者の多くは、強い対人不安や集団に対する恐怖感を抱いており、集団の中に入ることにに対する不安を持ち、会話も、家族ともあまりしないこともあれば、同居している家族との会話は保たれているが、それ以外の人とはほとんど会話をしないことも多い。外出もほとんどすることがない、あるいは、外出をしても家族と一緒にしか出て自分では会話を避けていたり、一人で外出をするようになって、コンビニや書店などのレジで機械的な会話を交わす程度で、感情的な交流を要しない会話にとどまることが多い。

しかし、ひきこもり者は、これらの状況を必ずしも良しとは考えていないことが多く、何とか、今の状況から、(今すぐでなくても) 抜け出して行かないと考えていたりする。

こういった状況の中で、精神的に落ち着いてくると、徐々に外に出られる様になりたい、あるいは、積極的にそれを望んでいるわけではないが、出ないと行けないと言う感情が起きてくるようになる。しかし、いきなり、大きな集団への参加は難しく、出来れば、無理のない小集団への参加からを望んでいる。

望まれる小集団は、個人個人によって異なるが、出席や発言を強制されない、自分の発言に対して非難をされない、途中でいつでも中断、離脱できるというものであり、こういった安心感が確保されることが必要とされる。

このような小集団に参加するときは、それ以前に個別に支援を受けていることが望ましい。小集団参加への不安や恐怖感が高まったときに、並行して、個別に相談や支援が行われることにより、参加を維持していくことがより可能になっていく。

また、小集団の中で不安なことが起きたときに、「スタッフの中の誰に、SOS を出せばよいか」が、明確になっているほうが安心して参加しやすく、その場合、担当のスタッフは、本人の症状やこれまでの経過を十分に理解しておく必要がある。

もちろん、こういった小集団への参加は、周囲の大人が、訓練やリハビリとして参加を強要するのではなく、あくまでも、本人自身の意志によることが重要である。ただ、本人自身が、様々な情報を必ずしも十分に得ることは難しいので、情報の提供などは周囲の大人がしても差し支えない。しかし、情報の提供のみにとどめ、参加への意志決定、あるいは参加の中断は、本人の自己選択を優先することが必要である。

また、ひきこもり者は、少ない対人関係の中で過ごしてきているので、集団に入ることで、人一倍疲労感を感じ、また、回復にも人一倍時間を要することとなる。仮に、1週間、参加し続けたとしても、徐々に慣れてきているという場合もあれば、すでに疲労が蓄積し限界状態にあるということもある。小集団への参加が、維持されていたとしても状況は様々である。

また、些細な言動や対応に傷ついたりすることもあるが、その事を言語化して表明しないまま、その場から去っていくということもある。その場合、本人がその状況をキチッと適時説明できるような個別の相談支援が並行して行われていることが重要である。

時に、何かが達成できると、周囲のものがすぐに次の段階へのステップアップを提供しようとすることがあるが、それぞれには、時間を要するので、一つ一つのステップにキチッと時間をかけていくことが必要である。

なお、集団への参加についての動機も様々であり、本人あるいは家族がどのような事を目的に参加をしているのか、あるいは参加させたいと思っているのかを知っておくことも重要である。

本人の場合、集団の中に、自分自身の居場所を求めている場合、話し手を求めている場合、何らかの可能性を求めている場合、何らかの体験を求めている場合など様々であり、その集団を当面の自分自身の居場所となればと考えていることもあれば、そこを単なる通過点としてとらえている参加者もいる。一方で、家族の思いも、とりあえず、自宅以外に出かけて行く場所が欲しい、家族以外の人と話せる相手を持って欲しいとの願いにとどまることもあれば、将来の就労への訓練としての強い期待を抱いている事もある。これらの目的が本人と家族の間で、大きく離れてしまっている場合もあり、それぞれの思いを理解しながらも、本人にとっては、無理の無いようにしていきたいところである。

しかしながら、いざ、現実には、ひきこもり者がグループ活動に参加をしたいと考えても、身近な機関に必ずしもそのような場が提供できるとは限らない。

ひきこもり者が、これまでに参加してきたグループとしては、①精神科医療機関の外来のデイ・ケアなど、②保健所や市町村などの行政機関のデイ・ケア、デイサービスなど、③地域の小規模作業所などが多く、これらは、障害者を対象としたものである。これらの集団を利用しているものもあれば、これらの集団に入ることに対人不安などから抵抗のあるもの、障害者として対応されることに抵抗のあるものもあり、近年では、④ひきこもりや思春期・青年期などより対象を限定した小集団などもみられるようになってきている。身近な機関がどのような活動をしているかは、最寄りの市町村、保健所、精神保健福祉センターなどから、大まかな情報が手に入れられる。

<精神科医療機関の外来のデイ・ケア、行政機関のデイ・ケア、デイサービスなど>

精神保健領域における集団活動の代表的なものは、統合失調症などの内因性精神疾患を対象としたものである。精神科医療機関では医療点数をとるデイ・ケアが実施され、保健所や市町村などでは、デイ・ケアやデイサービス、ソーシャルクラブ（それぞれ、呼び名が異なる）等が実施されてきている。これらのデイ・ケアなどは、必ずしも内因性の精神疾患で無くとも、あるいは、精神障害者保健福祉手帳などを有していなくても利用できるもので、ひきこもり者が利用することも可能である。

デイ・ケアは、リハビリテーションや、社会復帰訓練・就労のための準備訓練、居場所など様々な機能を有している。病院デイ・ケアは、週に4～6日開催され、医療機関に通院中のものが、そのデイ・ケアを利用するが、近年では、クリニックなどにもデイ・ケアが併設されるようになり、通院病院以外の機関のデイ・ケアに通所されるものもある。

これに対し、保健所・市町村は週に1回から月1回程度に開催されている程度であるが、個々の方への訪問活動や相談支援を並行して行っていることが多い。医療機関のデイ・ケアは、リハビリテーションや訓練の要素を持つものも多いが、市町村などにおけるデイ・ケア、デイ・サービスなどは、居場所的機能としても、大きな役割を果たしている。

ひきこもり者の中には、このようなデイ・ケアを一時的に利用するものも見られる。デイ・ケアは、それぞれの状況に応じた配慮がなされるので、無理のない対人交流の場を提供するとともに、徐々に集団に慣れていく過程の中での利用は効果的である。一方で、これらの精神障害者が中心となって利用するデイ・ケアは、集団活動を基本とするので、対人緊張の強いひきこもり者にとっては、精神的負担が高く、なかなか利用に至らないと言う場合も多い。

<地域の小規模作業所など>

1985年ころより、全国的に小規模作業所の開設が激増し、多くの作業所は、就労訓練的な要素を持ちながらも、身近な居場所機能として多くの役割を果たしており、作業所によって雰囲気は異なるが、比較的ひきこもり者にとっては自由な空間として参加してきているものも認められる。

一方で、2006年より障害者自立支援法が施行され、これまでの小規模作業所は、順次、自立支援法における事業所に移行してきている。作業所の多くは、新たに、就労継続支援B型などを中心に形態を変えてきているため、これらの事業所に通うためには、市町村にサービス利用申請をして審査、判定を受け、その結果、障害程度区分が決定され受給者証が交付され、利用者は、サービス提供事業者と契約し、サービスの利用が始まることとなる。しかし、この法律の対象者は、一定の要件を満たした障害者となっているので、以前のような感じで、気軽にひきこもり者が利用できるというものでは無くなってきているが、これらの事業所利用が可能かどうかは、市町村の担当窓口などで相談対応が行われている。

<ひきこもりや思春期・青年期などより対象を限定した小集団など>

近年、これらのデイ・ケアやデイサービスなどの中には、対象者を、思春期や青年期などの世代によって限定した

り、内因性精神疾患以外の、発達障害者など疾患や状態像を限定した集団活動も、一部の精神保健福祉センターやその他の精神保健・福祉機関などで始まってきている。

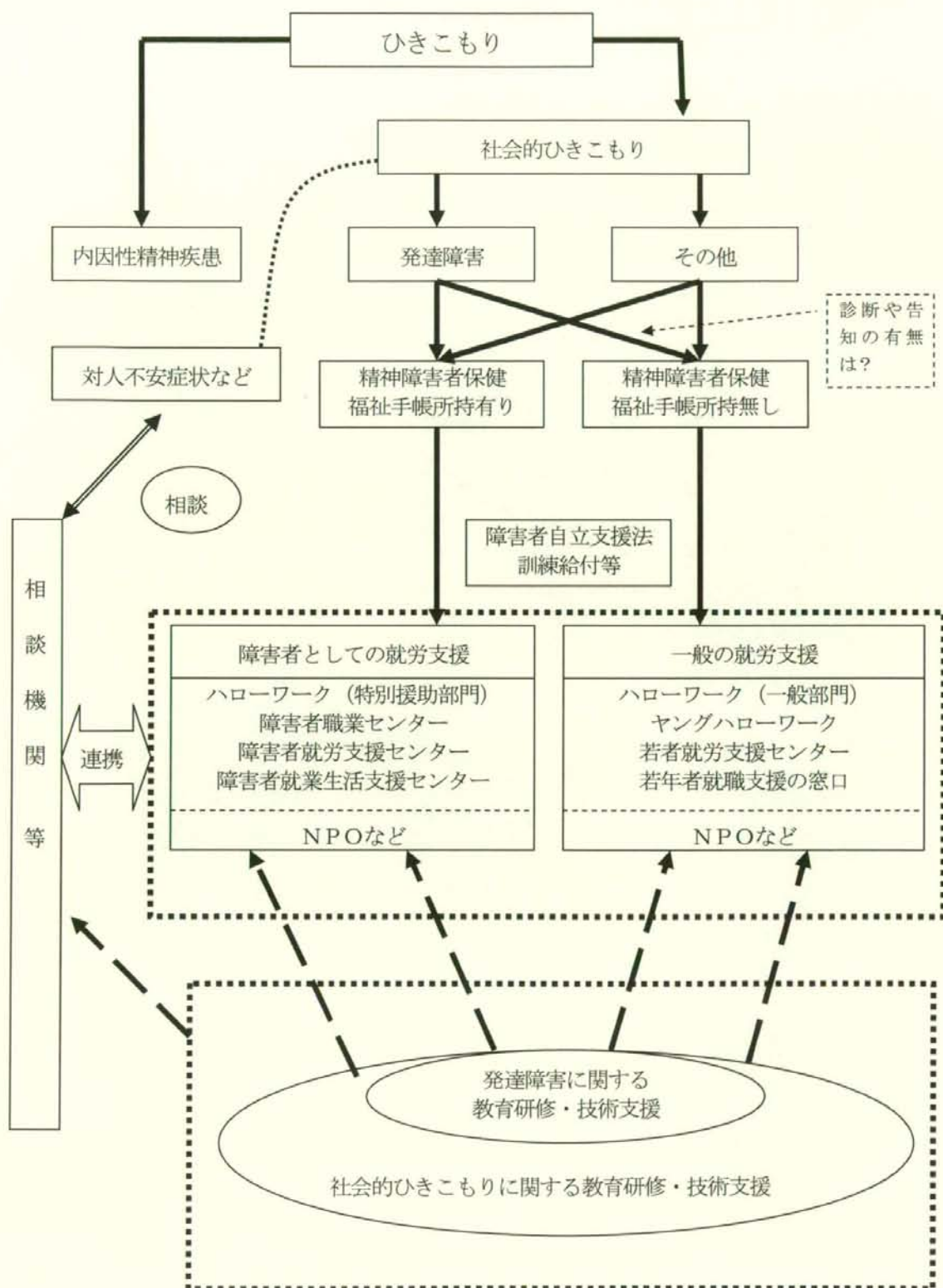
これらは、以前のデイ・ケアに比較して、少人数のグループで運営されていることが多い。また、これらの小集団においては、年代や症状の特徴にあったプログラムが用意されている場合もあれば、居場所機能を重視したり、日々のスケジュールが決められている事への不安が高いなどの理由から、あえて明確なプログラムを作っていない場合もある。

本人向けには、レクリエーションや話し合いを中心に活動されているが、家族向けのグループミーティングや学習会を行っているところもある。家族に対しては、病気や状態像に対して正しい知識を学ぶとともに、ひきこもりの子供をどう理解すれば良いのかなど、学習の場として、同様に悩み苦しんでいる他の家族との話し合いの中で、相互に支え合う場として活動が行われている。

なお、近年、定期的な家族会や家族教室の開催、一定期間を一クールとした「ひきこもり家族セミナー」などと称したものも開催されていることがあり、最寄りの相談機関から情報を得ることが出来る。

鳥取県立精神保健福祉センター 原田豊

# ひきこもり者への就労支援



## 7) 医療機関におけるひきこもりのグループ活動

### 集団適応支援の意義

筆者はひきこもり事例の治療において、「複数の親密な仲間関係の獲得」をひとつのゴールに設定している。これは、治療機関としてはデイケア活動への参加を通じて可能になるが、もちろんこれに限らず、さまざまなNPO団体の運営している居場所、自助グループ、家族会（本人も参加可能なところが少なくない）、フリースクールなども活用している。本稿ではこのうち、医療機関が運営するものとして、主にデイケア活動に焦点をあててみたい。

対人困難の解決と社会性の獲得を目指す場合、治療が診察室の中で完結している限りはどうしても限界がある。青木はひきこもり事例を含む思春期・青年期事例にとっての「たまり場」の持つ重要性を早くから指摘した。また蔵本は、精神保健福祉センターにおけるグループカウンセリングの有効性を指摘している。ややインテンシブな技法としては、稲村が提唱した民家などをグループホーム的に利用する短期宿泊療法の試みがある。筆者自身も勤務先である単科精神科病院の外來で、ひきこもり事例を対象としたデイケア部門の運営にかかわっており、一定の成果を挙げつつある。

これらの方法論は、集団療法そのものではなく、同質集団の中で作用する集団力動を利用した、いわば「集団療法的」な治療の試みである。ひきこもりの臨床では医療機関やNPO団体を問わず、こうしたグループ活動の必要性に関してはすでに一定の合意がある。以下、この種の活動の意義について簡単にまとめておこう。

社会的ひきこもりの事例では、数年以上の長期にわたり、家族以外の対人経験がまったく欠けていることが珍しくない。こうした状況は、それ事態がしばしば病理性をはらみやすく、対人スキルの著しい低下につながりやすい。いっぽう、家族以外の親密な対人関係は、しばしばそれ自体が治療的である。

ただし、ひきこもり状態から、いきなりボランティアやアルバイトといった形で、直接の社会参加へと進むことは、大きな危険をはらんでいる。ひきこもりに対する世間の偏見はいまだに強く、アルバイト先でひきこもり経験が周囲に知れていじめられた、といった事態がしばしば起こる。そのような経験で傷つき、再度ひきこもってしまうような事態も珍しくない。

偏見やいじめの被害を避ける意味からも、安全な形で対人経験を重ねていくことが必要になってくる。そのような場所として、同じひきこもり経験を共有する集団に参加する意義はきわめて大きい。これは言うてみれば、いきなり海や川に泳ぎ出す前に、まずは安全なプールで十分に練習を重ねるというイメージに近い。

ひきこもり事例の自己愛は、長期間にわたり他者との出会いを欠いた結果として、かなりいびつなものになっていることが多い。コフートの的には「自己-対象」との出会いを欠いた結果として、自己愛の成長が滞っていると考えることもできる。他者との出会いは、他者に同一化しながらその機能を取り込むことで、自己の機能を高めることにつながる。そうした経験を欠く場合、人はしばしば「プライドは高いが自信はない」という形で、自己愛の屈折を抱え込むことになる。さらに、プライドの温存と自信の回復を一挙に目指そうとする努力は、しばしば学歴や社会的地位による代償を求めがちであり、そのほとんどは行動にも至らずに頓挫してしまう。かくして自信、すなわち自己価値感情はますます低下する。

筆者は、必要最低限の自信や自己価値感情を回復する上では「他者による承認」が不可欠であると考えている。集団に参加する意義は、自分を受け入れ、承認してくれる他者と出会う、ということもある。そうした出会いをきっかけに社会参加を果たしていった事例は数多く存在する。

集団参加の意義はこれに限らない。長期にわたるひきこもり生活は、意欲の低下というよりはむしろ、自分の欲望がわからないという事態を招きやすい。その結果、極端な浪費や極端な禁欲がもたらされがちであるが、いずれも欲望の混乱がその基盤に存在する。

ラカンが指摘する通り、欲望は常に他人の欲望であり、人は他者との接点なくしては自分の欲望を理解できない。それゆえ集団活動への参加は、自らの欲望を再発見する過程でもあり得る。家族や治療者による就労の勧めはしばしば拒否されるが、親密な関係の仲間による促しは強力な動機付けとなる。単純な促し以上に、仲間の言動によって、直接間接に意欲の賦活が起こる。

以上のような理由から、筆者が治療場面で唯一本人にやや指示的に促すのは、こうしたグループへの参加のみである。ただし、促すと言っても、あくまでも「提案」であり、「指示」「説得」はできる限り控えるようにしている。

### デイケア活動運営の実態

以下に、筆者の勤務先である爽風会佐々木病院で運営されている「ひきこもりデイケア」の活動の概略を紹介する。佐々木病院では1999年から、一般の精神障害者向けのデイケア（「一般デイケア」）とは別に、「ひきこもり」問題

に特化したデイケア活動を行っている。この種の活動は、精神保健福祉センターや民間のNPOなどが運営する居場所などを除けば、単科精神病院としてはかなり珍しいタイプの活動と言える。

このデイケア活動が開始されるまでは、ひきこもり事例の社会参加は、一般的なデイケアや作業所、あるいは軽作業やアルバイトなどへの参加からスタートしていた。しかし、例えばアルバイトなどにいきなり参加して、対人関係のきつさから退職してしまうようなことも珍しくなかった。その意味でデイケア活動には、実際に危険な海で泳ぎだす前に、安全なプールで十分に練習を重ねておくという意味もある。

それではなぜ、一般デイケアとは分けて運営する必要があるのか。一般にひきこもり事例はプライドが高く、治療や相談に対する動機付けが乏しいため、些細なきっかけで中断が起こりやすい。一般デイケアには慢性の統合失調症患者などの参加も多く、ひきこもり事例がそうした患者さんの姿を見て「自分はこんなに重くない」とショックを受ける事もあるためである。

また、治療目標も若干異なっている。一般的なデイケアの目的をソーシャルスキル全般の向上を目指すリハビリテーションであるとするなら、ひきこもりデイケアの主目的は、安全な出会いとコミュニケーションの機会を提供することを通じて、親密な仲間関係の経験と、社会参加の契機をもたらすことにある。ちなみに当院ではデイケアにおける「就労支援」積極的には行わない。要望があれば関連機関を紹介するにとどめている。

「ひきこもりデイケア」は「一般デイケア」とは内容的にも異なる。まず、活動プログラムのメニューが一般デイケアほど固定的ではなく、午前中はほぼ自由時間となっている。午後はスポーツ・プログラムと、運動したくないメンバー向けにはゲーム（ボードゲーム、麻雀など）プログラムがある程度である。これは参加の敷居を低くするためで、いつ入りいつ出ていっても良いという、緩やかな社交空間を目指している。

もっとも、最初からスムーズに参加できるケースはむしろ例外的で、見学の段階では「とてもなじめそうにない」と訴えるものがほとんどである。しかし、なじめなさを乗り越えて参加を続けていくと、次第に親密な仲間関係が成立し、デイケア後の食事会や飲み会などにも誘い合って参加するようになり、特に親しい友人達とはプライベートな交際がはじまる。この段階に至ると、ほとんどの場合、本人自らアルバイトや復学を希望するようになる。

ただし、コミュニケーションへの苦手意識が強すぎるため、なかなかなじめないメンバーも少なくない。

コミュニケーションが不得手なメンバーのために、当デイケアではさまざまな工夫をしている。まず、この種のグループ活動を運営していく際に決まって問題になる「グルーピング」への対応である。気の合うメンバー同士が仲良くグループを形成してしまい、それが他のメンバーからは排他的な集団（実際にはそうでなくても）に見えてしまいやすいという問題である。

この結果、活発なメンバーが中心となっているグループと、そこに入れないメンバーとの間に、あたかも「勝ち組」と「負け組」にも似た階層関係が生じ、活発なメンバーはますます活動的に、不活発なメンバーはますますいじけてしまう、といった「二極化」が進みがちである。こうした報告は、デイケアやたまり場の運営者や参加者からしばしば聞かれる。

当院のDCでは、こうしたグルーピングを予防するために、デイケアの終わりに毎回30分～1時間程度のミーティングを行っている。このさい、いったんランダムに作った小グループでまず話し合ってもらい、最後に全体でまとめる。小グループはカードをシャッフルしてメンバーを決めるため、相手を選ぶことができない。その結果、「あのひととは一度も口をきいたことがない」という事態を回避できる。

実際、この方法で当DCではグルーピングの弊害が起こりにくくなっているが、それはミーティングの直接の効果に加えて、それを防ぎたいという当方の姿勢がメンバーに理解されているためと考えている。

ひきこもりの臨床において、デイケア活動はニーズも多く、きわめて有意義な治療的支援たりえているが、その治療上の有効性については、改善事例を中心に現在統計的に分析を進めている。

爽風会佐々木病院 斎藤環

## 8) ニート・ひきこもりへの就労支援

### 1) はじめに

ニートやひきこもりと呼ばれるような非社会的な生活を送らざるを得なかった人たちにとって、その社会参加、特に就労は極めて困難な問題である。もし、彼らが働く意欲と能力を持っているのにも関わらず、何かしらの障害を抱

えているために、その社会参加が困難であるとしたら、極めて残念なことである。そのため、すべての人たちが平等に就労する機会を得られるような社会制度の構築を目指していかなくてはならないだろう。

ここではニートやひきこもり事例に対する就労支援を中心とした国の施策と、そのような支援を行う際の留意点について述べたい。

## 2) ニート・ひきこもりの就労に関する現状

まず、わが国の就労環境について見てみると、15歳から24歳までの完全失業率は、2007年の平均で7.7%と、1998年以来9年ぶりの水準まで低下しており、一方、同年齢の有効求人倍率は、2006年には1.64倍と、1991年以来15年ぶりの水準まで上昇している。さらに高校生の就職内定率(厚生労働省「職業安定業務統計」)は、2002年3月卒業生において9割を下回ったが、その後は上昇し大学生の就職内定率(厚生労働省・文部科学省共同によるサンプル調査)は、1999年度以降は上昇を続け、2005年度には調査開始以来最高の水準に達している。だが、このような低い失業率と高い就職内定率を認める一方で、厚生労働省の調査によれば、中学、高校、大学の卒業後の3年以内に離職する割合は、それぞれ約7割・5割・3割となっており、これが「7・5・3問題」として扱われている。

また、総務省統計局による労働力調査詳細集計では、フリーター(15~34歳の男性又は未婚の女性で、パート・アルバイトとして働く者又はこれを希望する者)は、1982年に50万人程だったフリーター数は、2003年に217万人をピークに2007年まで減少傾向にある。一方でニート(15~34歳の非労働力人口のうち、通学、家事を行っていない者)と呼ばれる若者は、1999年には約40万人にあったのが、2006年には62万人に増加している。25~29歳と30~34歳の年齢層は、それぞれほぼ倍増している。

## 3) わが国のニート・ひきこもりへの就労支援の現状

ここまで、わが国の就労状況とニート・ひきこもりの増加に関する報告を紹介してきた。このような現状を踏まえて政府は若者が自立し、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という「国民運動」を掲げている。そこでは関係各界のトップや有識者等の参集による「若者の人間力を高めるための国民会議」などが開催され、(1)若者向けの取り組み、(2)企業向けの取り組み、(3)学校(教員)向けの取り組みの三つが複合的に取り組まれている。

### 1) 若者向けの取り組み

#### (ア) 地域若者サポートステーション

地域若者サポートステーションは平成18年から厚生労働省の委託実施事業として25箇所から始まり、その活動内容は、キャリア・コンサルタントが、キャリア形成に係る相談を含めた総合的な相談支援を実施するとともに、メンタル面のサポートが必要な若者には、臨床心理士等がカウンセリングを行っている。さらに「働く」意欲の向上を促すために長期継続的なジョブトレーニングメニューとすることもある。

#### (イ) 若者自立塾

平成17年7月より、厚生労働省施策「若者自立塾」事業が始まり、現在、全国29団体が「若者自立塾」実施者として認定されている。「若者自立塾」は様々な要因により、働く自信をなくした若者に対して、合宿形式による集団生活の中での労働体験等を通じて、働くことについての自信と意欲を付与することにより、就労等へと導くことを目的として活動している。

対象者の条件としては施設ごとに特異な要件がある場合もあるが、原則として①義務教育課程修了後1年以上経過し、1年以上前から現在に至るまで、仕事をしていない、求職活動を行っていない、学校に行っていない、職業訓練を受けていない者、②過去に求職活動を行ったことがある者、③35歳程度までの未婚の若年者、としている。

活動内容は①就労につながるような生活訓練、労働体験、資格取得プログラム等の実施、②期間は原則3ヶ月(合宿あり)、③訓練修了後のフォローアップの実施、とされている。

#### (ウ) ジョブカフェ

ジョブカフェとは「若年者のためのワンストップサービスセンター」の通称として用いられている用語である。ここでは、若者が自分に合った仕事を見つけるためのいろいろなサービスを無料で受けることができる。ジョブカフェでは、各地域の特色を活かして就職セミナーや職場体験、カウンセリングや職業相談、職業紹介などの本人向けのサービスだけでなく、保護者向けのセミナーも実施している。

#### (エ) ヤングワークプラザ

ヤングワークプラザは「若い人向け」のハローワークで、東京、神奈川愛知、大阪、兵庫の五つが設置されている。ここでは、職業相談のほか、職業適性を調べたり、カウンセリングを受けたりできるほか、いろいろな職業や就職活動に関する講習、仕事を探している若い人が集まってるグループ演習などが行われている。

#### (オ) 学生職業総合支援センター

学生職業総合支援センターは、大学院、大学、短大、高等専門学校、専修学校等の学生の方や、これらを卒業した20歳代の既卒者への就職支援を行うことを目的に、平成11年12月に、東京都港区六本木に設置した国の機関です。

#### (カ) フリーター常用支援事業

平成17年5月より、全国のハローワークにおいてフリーター向けの窓口を設け、常用就職に向けたセミナーや合同選考会の開催、専任職員による一対一の相談・助言、求人開拓、職業紹介、就職後の職場定着指導等、フリーターの常用雇用化のための一貫した就職支援を実施している。

#### (キ) ジョブパスポート事業

ジョブパスポート事業とは、若者に対して、ボランティア活動などの労働体験等の機会に関する情報の収集・提供を行うとともに、そのボランティア活動などの実績などをジョブパスポートに記録し、自己理解能力の向上に役立てるとともに、企業に対してアピールできるよう整理する、いわば“社会体験経歴書”の普及を図るために厚生労働省によって発案された。これにより、若者の社会参加意識、就職に向けた意欲喚起を図るとともに、企業の募集採用に当たってボランティア活動などの取組の積極的な評価を促していくことが期待されている。

#### (ク) その他の施策

現代の若者のライフスタイルに合わせた相談事業もいくつか展開してきている。例えば、ネットを利用したものは、働く若者ネット事業 (<http://cda4u.jp/pc/>) があり、WEBカウンセリング、電話カウンセリング、対面カウンセリング、TVカウンセリングなどを行っている。また、キャリア情報ナビ

([http://www.ehdo.go.jp/career\\_navi/index.html](http://www.ehdo.go.jp/career_navi/index.html)) は、厚生労働省職業能力開発局が運営する個人の職業能力開発を支援するポータルサイトであり、「自分を知りたい」、「職業を知りたい」、「相談したい」、「職業能力を高めたい」、「仕事を探したい」など様々な要望に応える情報に、簡単にアクセスすることができるようになっている。

### 2) 企業向けの取り組み

ニートやひきこもりといった若者を雇う企業に対していくつかの取り組みがある。例えば、若者トライアル雇用は35歳未満の方を対象に、ハローワークの紹介により、企業に短期間(原則3ヵ月)雇用され、その間に仕事をする上で必要な指導などを受け、その後の本採用へと至る雇用支援制度がある。その期間中には事業主には奨励金が支給される。さらに、トライアル雇用後に常用雇用に移行した事業主に対しても若者雇用促進特別奨励金が支給され、また、フリーター等就職困難者が就労しやすいように就業規則等を変更し、トライアル雇用から常用雇用への受入れを行った事業主に対して制度導入1回につき雇用支援制度導入奨励金が至急される。

### 3) 学校(教師) 向けの取り組み

格好(教師) 向けの取り組みとしては、キャリア教育実践プロジェクト(キャリア・スタート・ウィーク)があり、児童生徒の勤労観、職業観を育成するために、各都道府県において、地域における職場体験の推進のためのシステムづくり、中学校を中心とした職場体験の5日間以上の実施など、地域の教育力を最大限に活用し、キャリア教育の更なる推進を図る目的で行われている。また、教職員が民間企業、社会福祉施設等学校以外の施設等への派遣さえる社会体験研修等の推進も導入されている。

### 4) 精神疾患を伴うニート・ひきこもりの就労支援

ここまで政府のニート対策に関する施策を個人、企業、学校の三分野にわたって述べてきたが、その援助においてもう一つ大事な視点を加えておかななくてはならない。それは、ひきこもりと呼ばれる人たちの中には発達障害を含む広義の精神疾患を抱えた人たちが少なからず存在していることである(近藤、2008)。すなわち、非社会的な活動だけで一概に分類されているニート・ひきこもりと呼ばれる人たちの背景に極めて多岐にわたる病態が潜んでいることが示唆されつつあるといえる。そしてニートやひきこもりと呼ばれる状態にある人が精神疾患や知的障害、または発達障害に罹患しているのならば、その就労支援を考えた際に、わが国にすでにある「障害者の雇用支援」という制度を時には利用しなくてはならない必要があるだろう。

本稿では障害者の雇用支援について述べる際に、発達障害は別項に譲るとして、知的障害および精神障害の就労支援について述べておく。