

精神障害を抱えたニート・ひきこもりへの援助を考えた際には、医療機関との連携および先に述べてきた国の施策を利用することは当然としても、様々な障害者福祉を専門に行っている機関との連携はその援助を行う上で欠かすことができないだろう。例えば、ハローワーク（公共職業安定所）でも障害者求職情報検索ができることや、千葉市美浜区に障害者職業総合センターが、埼玉県・岡山県・福岡県の三県に広域障害者職業センターが、47都道府県に地域障害者職業センターがあり、ハローワークと協力して、就職に向けての相談、職業能力等の評価、就職前の支援から、就職後の職場適応のための援助まで、個々の障害者の状況に応じた継続的なサービスが行われている。さらに障害者就業・生活支援センター（135カ所）、障害者雇用支援センター（14カ所）も開設されており、より身近に地域に即した援助を受けることができるようになってきている。また国立職業リハビリセンターも埼玉県所沢市あり、ここでは身体障害だけでなく、精神障害、知的障害、発達障害にも対応したプログラムを提供している。

#### 5) ニート・ひきこもりへの就労支援の留意点

ここまでニート・ひきこもりへの就労支援に関するわが国の取り組みを紹介してきたが、現実的にはニートやひきこもり青年たちへの援助において就労支援は、その最後に迎える最も困難な課題といってもよいだろう。それは、ひきこもり青年に対して就労支援を行うことができるということは、その援助者と当事者の間では十分な関係性が構築されており、なおかつ当事者がある程度の社会的関心を高めている状態ともいえるだろうし、逆に言えばニートやひきこもりがそこまで改善してきたからこそできる支援ともいえる。

そのため、ニート・ひきこもりへの就労支援において最も重要なことは、就労支援を行う時点で、援助者との関係性が良好に保たれており、当事者自身の意欲の向上と、仮に背景に精神疾患があるのならその病状の改善が認められていることを強調して述べておきたい。即ち、ひきこもり状態にある事例においては、家族以外の他人である援助者との関係性の向上を目指した極めて支持的な介入や、ニートと呼ばれるような就労や通学などの社会参加以外での外出が可能な人たちにとっては、就労の意義を知り、そのモチベーションを高めていくような個人精神療法や職場体験など介入を行っておくことが、就労支援を行っていく上では欠かすことができないだろう。さらにひきこもり状態に加えて重度の精神疾患を抱えている事例では、ひきこもりへの援助と同時に精神疾患の治療を適切に行い、その状態の安定と共に社会参加への意欲向上を目指したデイ・ケアや作業所への通所などを行った上での就労支援が求められるといえる。

このような就労支援を行う前の準備段階を経ることによって、支援者という心強いサポーターと一緒に、少しだけ興味が出てきた社会参加への期待を胸に、ニートやひきこもり青年たちは実践的な就労支援を受け入れることができる。そして、就労支援を行う段階になったとしたら、地域社会は、ひきこもりと同時に意欲や自信を失いかけている若者に、適切な助言や社会活動、労働体験への参加の機会を提供するなど、意欲や自信を取り戻し慮ることなく再挑戦できることを支援していかななくてはならないだろう。

国立国際医療センター国府台病院 宇佐美政英

#### 参考文献

- 1) 近藤直司、境泉洋、石川信一、新村順子、田上美千佳、地域精神保健・児童福祉領域におけるひきこもりケースへの訪問支援：精神神経学雑誌(0033-2658)110巻7号 Page536-545(2008.07)

#### 9) 発達障害者への就労支援の活用

ひきこもり者の中には、発達障害を持つものも少なくなく、ひきこもり者の就労支援に係わる場合、発達障害者への就労支援についても理解しておくことが必要である。

この場合、本人の発達障害の症状やその程度も支援については重要な要素となるが、それと並行して重要な課題は、本人や家族が、発達障害というものを理解しているのか理解をした上で、発達障害者としての支援を受けることに理解をしているのかどうかである。

近年は、幼児期から小児期にかけて、すでに発達障害と診断を受け、何らかの生活上の、あるいは教育上の支援を受けていることも少なくない。このような場合には、本人や家族に発達障害であるとの何らかの告知がなされており、発達障害者としての支援を受け入れることにそれ程の抵抗は認めない。特に、特別支援学校や支援学級などの場に置いて支援を受けている場合は、就労に関しては、障害者職業センターや障害者就労支援センターなどを利用して、本

人に特徴を理解した上での支援が可能となる。

しかしながら、本人や家族には、当初は、障害者としての就労としてではなく、一般就労としての支援を希望されることもあり、この場合は、本人や家族の希望にそった就労支援を行うことになる。

一方で、思春期・青年期になるまで、発達障害の診断がなされていない場合、時には、就労したが十分な適応が出来ず医療機関において初めて発達障害であるという診断がなされることも少なくない。また、仮に発達障害であると診断されたとしても、家族のみに告知がなされ本人には告知が何らかの理由でなされなかったり、本人に告知をしても本人がそれを受け入れないと言うこともある。地域によっては、成人の発達障害の診断を出来る医師が少ないなどの理由で、発達障害の可能性を関係者が疑いながらも診断がなされない、あるいは、周囲は発達障害の可能性を感じながらも、本人や家族が受診や診断を受けることを拒否していると言うこともある。

これらの場合には、障害者としての就労支援制度を利用することは難しく、一般就労の中で、本人の支援をしていくこととなるが、必ずしも適切な支援が受けられるかどうかは難しいところである。

いづれにしろ、就労支援に関しても、就労支援機関のみでの対応は難しく、必要に応じて、発達障害支援センターや精神科医療機関、NPO 団体や親や本人の会等との連携が必要とされる。

#### <障害者制度を利用した就労支援制度>

これらを利用するに当たっては、精神障害者保健福祉手帳の申請・取得や、自立支援法事業所の利用については、市町村へのサービス利用申請・受給者証の交付などが必要となり、市町村担当窓口で相談を行うことが出来る。

障害者職業センターや障害者就労支援センターなどの利用に際しては、発達障害であることを十分に理解してもらいながら、これまで支援を受けてきた関係機関との連携を充分にとってもらうことが望ましい。また、社会適応訓練事業（精神障害者通院患者リハビリテーション）等の窓口として保健所等や、ハローワークの障害者雇用等に対応する特別援助部門の利用も考えられる。

#### <障害者制度を利用しない就労支援制度>

この場合、一般就労となるので、現実的に仕事を探すことが難しいことが少なくない。特に、発達障害者の場合には、臨機応変な対応が難しかったり、職種によって得手不得手が大きすぎたりすることがある。本人の特徴を十分に理解してもらうことにより、熱心に仕事に取り組めたり、丁寧に作業をこなしたりすることが出来る。しかしながら、新しい場面への対応が出来なかったり、仕事そのものはうまくできて、人間関係が安定して保つことが出来なかったり、すでに面接の時点で不安が高まってしまい、採用に至らないこともある。

ハローワークでは、発達障害そのものとして関わってもらうことができなくても、このような性格的特徴があることを理解してもらい、就労相談に応じてもらうことも出来る。また、近年は青年などを対象とした就労支援機関もあり、ヤングハローワークや若者就労支援センター（ジョブカフェ）等がある。ジョブカフェは、若者の就労相談等を実施しており、多くはハローワークに併設されている。これらの機関に相談すれことにより、じっくりと本人の訴えを聞いてもらいながら、本人に適切な仕事を一緒に相談したり、探しをすることも可能である。

もっとも、ひきこもり者は、対人不安や人間関係の確立の苦手さなどの、さまざまな困難な状況が認められ、就労支援の相談があったとしても、単なる就労活動のみを目的としたサービス提供ではだけでは難しく、並行した生活支援への取り組みが行われることが必要とされる。

ハローワークなどへの就労に関しての相談が行われている中には、

「本人は就労の意志はあるものの、自分の能力や特徴を十分に把握していないために、適切な就労支援が充分に行えない」「本人が就労したいという気持ちが必要でも明確でない」「家族の希望の寄ることが多く、本人はそれ程積極的に就労を希望していない」などの状況が見られることもあり、本人がどの程度就労意欲を持っているのかを判断することも必要とされることがある。

本人が就労を希望して相談窓口を訪れたとしても、表面的には就労を目的と話をしても、その背景には、就労の目的が、

- ① 社会的役割や達成感のために就労をしたい
- ② 経済的不安があり、就労したい
- ③ 日中の居場所をもとめて、あるいは、人間関係を求めて就労したい
- ④ 世間体を本人が、あるいは家族が気にして就労をしたいが、実の所、不安があったり、積極的にそれを望んでいない、
- ⑤ 周囲が働けとうるさいが、自分としては積極的にそれを望んでいない、

など、様々な場合がある。特に、本人が積極的に就労を望んでいない、あるいは、本人の能力や症状などから、現時点で積極的な就労支援が難しい場合は、本人の就労相談の背景にある不安感や状況を理解して、その問題点の部分

に対して、他機関との連携を持ちながら支援を行っていくことが必要である。

なお、具体的な発達障害者への就労支援を行って行く上での考慮すべき点については、前述の「発達障害を考慮した上での生活・就労支援が必要な群」を参考にし、頂ければと思う。

鳥取県立精神保健福祉センター 原田豊

#### ④ 本人への生物学的治療

##### 薬物療法

###### I. はじめに

児童青年期における薬物療法の問題として、エビデンスが確立していないものが多いという点とオフラベル・ユースがある。成人領域では、大規模臨床試験を基礎に統合失調症やうつ病などの治療アルゴリズムが提示されてきているが、児童青年を対象とした薬物研究は少なく、十分なコンセンサスが得られた治療技法が確立しているとは言いがたい。そのこととも関連して、わが国では児童青年に対して認可された薬物はピモジドとメチルフェニデートの2製剤のみであり、オフラベル・ユースで投与されているのが現状である。

薬物療法を行う場合、まず標的症状を決めることが重要である。不登校・ひきこもりは種々の背景を有する異種性の高い現象であるため、不登校の多軸診断などを参考にして、基礎疾患やパーソナリティ、緊急度、環境要因などを適切に評価する。そして治療技法の選択では、心理社会的治療の可能性を検討し、その上で薬物療法が必要な場合には標的症状を定めて使用することが重要である。

現時点では、成人領域での治療アルゴリズムを参考にしながら、適切な現在症の把握と標的症状の変化をモニタリングしながら、薬物を選択し、その効果や副作用についてのインフォームドコンセントを得た上で投与することが求められる。

###### II. 不登校・ひきこもりに対して使用される薬物について

不登校・ひきこもりに対する薬物療法において、可能性のある標的症状とその主たる治療薬を表1に掲げた。以下、各種薬剤について概説する。

###### 1. 抗うつ薬

近年、児童青年期においてうつ病や抑うつ状態が多く認められると報告され、抗うつ薬の有効性や有害反応についても検討されてきている。抗うつ薬は強迫性障害やパニック障害、社会不安障害などの神経症圏に対しても有効であることが示されている。不安・抑うつを伴う不登校に対する抗うつ薬の有効性や社会的ひきこもりを生じている社会不安障害の患者への有効性が報告されており、不登校・ひきこもり事例に対する薬物療法において主体的役割を果たす可能性があると思われる。

現在、抗うつ薬で主流となっているのがSSRIやSNRIであり、特にSSRIがうつ病治療や神経性障害における第一選択薬として広く認められてきている。SSRIは腹部症状を除くと副作用が少ないことが知られているが、投与初期や増量期に生じやすいとされる焦燥感(activation syndrome)は自殺との関連が示唆されており、十分な注意が必要である。またセロトニン症候群や離脱症状にも留意すべきである。最近SSRIやSNRIの有効性や認容性に差があるというメタ解析が報告されており、児童青年期においても各薬物の有用性について今後さらに検証が求められる。

三環系抗うつ薬は、優れた抗うつ・抗不安効果を有し、SSRIに反応が乏しいうつ病や強迫性障害にクロミプラミンが使用されることがあるが、口渇や振戦、便秘、立ちくらみなどの副作用が強いのが欠点である。また循環器、特に刺激伝導系への影響についてもモニタリングが必要である。

###### 2. 抗精神病薬

抗精神病薬は、幻覚や妄想という統合失調症の陽性症状に対する治療薬として開発されてきたが、近年のいわゆる非定型抗精神病薬は意欲低下や自閉などの陰性症状にも有効であると報告されている。青年期は統合失調症の好発期であり、不登校・ひきこもり事例の中に統合失調症を有するものも少なくないと考えられる。抗精神病薬は鎮静作用に優れ、興奮や攻撃性に対しても有効であるため、家庭内暴力や器物破損などを伴う事例においても効果が期待される。非定型抗精神病薬には、口中錠や液剤があり、即効性にも優れるとされている。また錐体外路症状などの副作用は少ないとされており、比較的使用しやすい。しかし体重増加を来す場合が多く、また高血糖性の昏睡が重大な副作用として指摘されている。使用前に糖尿病の家族歴の確認と血糖値を測定することが推奨される。

###### 3. 気分安定薬

リチウムおよび抗てんかん薬のうちバルプロ酸とカルバマゼピンは躁病の適応を有し、気分安定薬としての効果がある。双極性障害の場合はこれらの気分安定薬が第一選択薬となるが、さらに衝動性や攻撃性に対しても使用されている。

これらの薬物はいずれも血中濃度が重要であり、高濃度では意識障害などの重篤な中毒症状が出現する。血中濃度は他の薬物にも影響を受けるため、定期的に測定することが必要である。各薬物には有効血中濃度が設定されているものの、有効濃度以下でも効果を示す場合がある。抗てんかん薬は、精神科領域の中では肝機能障害や薬疹を生じやすい薬物であり副作用発現には特に注意すべきである。

#### 4. 抗不安薬・睡眠導入薬

これらの薬物ではベンゾジアゼピン系薬物が多く、抗不安作用、抗けいれん作用、鎮静作用があり、各薬物のプロファイルに応じて抗不安薬は高力価から低力価に、睡眠導入薬は短時間作用型から長時間作用型まで分類されている。心身症を含む神経症圏に使用されることが多いが、依存や耐性形成、乱用などの問題があり、アドヒランスの確保が重要となる。また服薬後に、多弁、過活動、易興奮性などの脱抑制症状が生じることがある。

非ベンゾジアゼピン系の薬物は副作用が比較的少ないと言われるが、まれに短時間作用型睡眠導入薬のゾルピデムでは幻覚が生じる場合があり、特にSSRIとの併用でその危険性が高まるとされている。タンドスピロンの抗不安作用はベンゾジアゼピン系薬物に比べると弱い印象を受けるが、眠気も弱く、心身症などに対しては使用しやすい印象がある。

#### 5. その他

上記薬物以外に、攻撃性や興奮に対して抗高血圧薬を用いたり、身体症状に対して対症的に薬物を投与することがあるが、多岐にわたるため本稿では表1にとどめる。

### III. まとめ

日頃の臨床で家族や教員と接していると、薬物療法に関して2種類の誤解が存在していると感じる。1つは「脳に作用する薬を子どもに投与するなどんでもない」という誤解で、他は「薬を飲めば何でも治る」という万能的誤解である。薬物は短期間で効果発現が期待されるため、種々の症状に対して広く用いられており、それは児童青年期においても同等である。しかし最初に述べたように標的症候の同定とそれに対する薬物選択が薬物療法の基本であることをきちんと説明する必要がある。また先入観としての恐怖心には、科学的な根拠を示しながら、効果と限界を適切に説明する努力を継続することが求められる。「あくまで治療法の1つにすぎない」ことを医師、患者、家族、学校などが共通して理解できれば、効果的な薬物投与が可能となるのではないだろうか。

大分大学医学部付属病院 清田晃生

#### (参考文献)

- 1) King J, Neville, Bernstein A Gail. "School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years." J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 40.2 [2001]: 197-205.
- 2) Rutter Michael. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Massachusetts: Blackwell Publishing Limited, 2008.
- 3) 齊藤万比古. 不登校対応ガイドブック. 東京: 中山書店, 2007.
- 4) 山田佐登留. "薬物療法." 精神科治療学増刊号 23(増) [2008]: 113-118.

表1 不登校・ひきこもりに関連した主たる標的症候と使用薬剤

標的症候	主たる使用薬剤
抑うつ	SSRI, SNRI, 抗うつ薬, 非定型抗精神病薬など
不安	抗うつ薬, 抗不安薬, 抗精神病薬など
不眠	抗うつ薬, 睡眠導入剤, 抗精神病薬など
多動・衝動	中枢刺激薬, 抗精神病薬, 気分安定薬, SSRI, 抗高血圧薬など
固執	SSRI, 抗精神病薬など
興奮	抗精神病薬, 気分安定薬, 抗高血圧薬など
幻覚・妄想	抗精神病薬など
身体症状 腹部症状	整腸剤, 過敏成長症候群治療薬など

循環器症状	抗不安薬、昇圧薬・抗高血圧薬など
呼吸器症状	抗不安薬、抗精神病薬など

## ⑤ 不登校・ひきこもり支援における発達という観点の有用性

### 1) 発達障害支援の特性

#### はじめに

これまで、わが国の児童・思春期精神保健福祉や教育分野では、家族の問題、ことに母子関係の問題こそが子どもの問題や精神病理の第一の原因であると捉える“神話”があったように思われる。またそのような視点だけで有効な支援・治療を展開することができないケースに出会うと、その“難治性”を再び家族病理に還元しようとすることも稀ではなく、心理-社会的視点の偏重が長年にわたって家族、特に母親を苦しめてきた一面があったように思われるのである。

近年、発達障害を背景とする不登校・ひきこもり事例が少ないことが明らかになり、本人の発達特性に応じたさまざまな支援が工夫されるようになってきている。高機能群の他、診断基準をみたくほど明らかでないケース、発達障害と診断されていないケースの中にも、個に応じた学習指導を工夫する、状況理解の苦手さや感覚過敏などへの対処方法を検討することにより、良い変化が生じる事例があることを、多くの治療者・援助者が経験し始めているものと思われる。

本章では、不登校やひきこもり事例において発達障害に注目することの意義、発達障害に焦点を当てた本人と家族への支援、学校などの環境調整、その他の社会資源の活用、そしてそれらを的確に組み合わせて全体的な支援体制を構築するためのケースマネジメントについて述べることにする。

#### 本人への心理療法的アプローチ

不登校の児童生徒への心理療法的アプローチとしては、本人が学校で体験したことを丁寧に聴いていくことが重要である。根深い不快感や被害感を抱えていることもあり、援助者は、まずは安心できる関係を築くために、批判的否定的なコメントは控え、共感的であり続ける必要がある。その後、援助者は、予測される不適応場面への具体的な対処方法や常識的ふるまいを本人と一緒に考えていくのであるが、本人のコミュニケーションの問題や感覚過敏や鈍感などの発達特性を十分知った上で進めていくことが効果的な支援に繋がるものと思われる。

特に小学校高学年から思春期・青年期においては、「自分らしさとはなにか」という発達課題と向き合うことになり、本人自身が発達の特性を知ることが自己形成の一助となることもある。しかし、不適切な告知によって、「どうせ自分は何もできない」と自己評価や意欲の低下を招いたり、さらに深刻な事態に陥ってしまったりすることもあり得るだけに、告知される側の心理的状況やその後のサポート状況を確認するなど、慎重な検討が必要であろう。

青年期ケースにおいては、近年、ニートと呼ばれるような若者たちを対象とした労働分野の相談機能や就労支援が充実してきている。しかし、青年期においてひきこもりを来し、初めて発達障害と診断されるケースのほとんどは、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もない人たちである。すでに深刻な二次障害が固定化している状態に至っていることが多いことから、まずは根気強い心理療法的アプローチが必要になる場合が少なくないようである。

青年期ひきこもりケースへの心理療法的アプローチの目標としては、対人関係上の違和感や被害感、不快感を軽減させること、現在の生活パターンへの固執（同一性保持の傾向）を緩め、新しい取り組みへの意欲を育むことが中心となる。そのうえで、教育訓練的な取り組みや集団活動を体験してもらうことなど、社会参加を視野に入れた関わりを必要とすることが多い。

以下、青年期ケースにおける心理療法的アプローチの留意点について述べる。

#### <理解しやすい話し方や表現手段の工夫>

具体的で簡潔な言葉づかいなど、本人が理解しやすい話し方を工夫する。通常の面接ではそれほど意識しない笑いや頷きなどの動作や態度が、混乱した情報として伝わっていることもあるので注意を必要とする。視覚認知の優位な人には、ノートやホワイトボードなどを活用し、文字や図を使用することで面接内容が理解しやすくなる場合もある。

また、言語中心の面接場面ではすぐに返事ができなかったことを、ファックスやメールなどの手段を活用して、しばらくして伝えてきてくれる人もいる。援助者は本人の認知特性を把握し、本人が活用しやすい表現手段を積極的に活用することが望ましい。

#### <安心できる場の提供>

安定した治療・援助関係を築くために、来談者の不安を軽減し、面接場面が安心できる場となるように配慮することは、すべてのケースに対して重要である。発達障害ケースの場合には部屋の内装や騒音、臭いや室温などに過敏な人も少なくないので注意しておきたい。また、約束の時間を守ることや時間配分の苦手な人に対しては、自宅からの道のりや交通手段を話し合っておくこと、面接時間のたまかな使い方をあらかじめ伝えておくことが必要な場合もある。さまざまな工夫により、社会的な接点を再開することで体験される不安や不快感を最小限に留めるような配慮が必要である。

また、面接者は中立性や受身性にこだわり過ぎず、穏やかでプレイフルな雰囲気づくりを心がける必要がある。自己否定的な感情を刺激するような言葉は控え、積極的な傾聴もしくは真面目さや正義感など、その人の肯定的な部分を積極的に伝えることを心がけたい。

#### <作業療法的な活動（アクティビティ）を取り入れた面接>

ひきこもり状態にある発達障害者の中には、運動表出系の問題のために就労や日常生活に著しい支障をきたしていることがある。運動表出系の問題として、緘黙状態や著しい言語表現の苦しさが生じている場合には、言語を中心とした面接が困難と思われる場合もある。こうしたケースでは、カード・ボードゲームや軽いスポーツなどの活動、あるいはコラージュ、スクイグル、絵画による交流が得意な人もあり、本人が取り組みやすい交流様式を積極的に活用することが望ましい。

#### <心理教育的アプローチ>

過去の失敗体験に固執して、対人交流を長期に回避している事例もある。それらの否定的な体験をすべて払拭することは難しいが、経験した出来事の文脈や周囲の反応の意味などをわかりやすく説明・解説することにより、同様の場面での新たな対処方法を発見できたり、同じような場面に遭遇したときの適切な対処方法が検討できたりする機会になることがある。一方、「同様の場面」という概念化が難しく、似たような状況であっても、個々の場面における対処法を一つずつ検討することが必要な場合もある。知能検査などの心理検査を活用しながら、認知特性とそれに基づく生活上の困難、過去のトラブルや失敗との関連性、得意分野の活かし方と苦手領域を補完する手立てなどをわかりやすく説明することが必要である。

#### <メンタライジング mentalizing なアプローチ>

広汎性発達障害の事例では、他者の意図や会話を理解すること、状況や文脈の読みが苦手なために、漠然とした、または独特に意味づけされた違和感、被害感、不適応感、自己不全感を抱きやすく、このことが社会恐怖や対人恐怖、意欲の低下などにつながり、ひきこもりを生じさせていることがある。基本的な特性を変化させることは難しいが、根気強い働きかけによって、他者や自らの心を意識できるようになる人はいるようである。クライアントが援助者の心を意識できるようになるための働きかけとしては、「私は〇〇と考えます」「私は□□のような気持ちです」など、援助者が自身の考えや感情を積極的に言語化して伝えることが有効かもしれない。

また、クライアントが自身の心を意識できるようになるための働きかけとして、通常の心理療法的面接では、「そのとき、あなたはどのような気持ちでしたか？」といった問いかけをすることが多いが、広汎性発達障害をもつ人に対しては、「あなたは〇〇とお考えになったようですが、私は□□だと思います」「私があなたの立場だったら〇〇と考えられると思いますが、あなたはどうですか？」など、さらに具体的な手がかりを示しながら問いかけることが有効かもしれない。こうしたアプローチは、「あなたと私」「内と外」を強調することになり、自分と他者との捉え方の違いを意識しやすくなり、過剰な被害感や衝動性が軽減する、相手の意向に配慮する姿勢を示すようになるなど、社会適応を高めるために必要な治療的变化につながる可能性がある。

#### <“想像すること”を促進する>

広汎性発達障害の事例では、イメージーションの障害のため今後のことを具体的に想像できない、あるいは過去の成功や不快な体験に固執する傾向が強いため、現状の生活パターンを変えること、新しい体験や予期せぬ事態に直面することに強い抵抗感を抱いている場合がある。こうした傾向の強い人に、「これから先、どんな生活をしていきたいですか？」といった質問を投げかけても具体的な答えが返って来ることは少なく、面接が行き詰ってしまうことも少なくない。

「自活するなら、1か月の生活費はどのくらい必要だろうか」「宝くじで100万円当たったら、どんなことに使おうか」「3年後をどうなっていたいか」「70歳になったら、どんな暮らしをしたいか」といった話題を通して、“想像

すること”を促し、今後の生活について考える、あるいは少しずつでも将来のことを意識するように働きかけることが有効かもしれない。こうしたアプローチの際も、「私だったら100万円を〇〇に使いたいと思いますが、あなたの場合はどうですか?」といった介入により、少しずつでも今後の生活について思いを巡らせるようになる場合がある。

<洞察よりも知的な自己理解を促進する>

広汎性発達障害の事例では、無意識的な自己の洞察といったレベルよりも、自らの認知特性を理解するというレベルの自己理解を優先させた方がよいと思われる。そのような理解を通して、現状の不応状態や周囲とのズレを知的に理解・整理し、適応的な手段を見出していくことができる事例もあるし、思春期・青年期におけるアイデンティティ形成や自己形成に良い影響を及ぼすこともある。

### 家族支援などの環境調整

乳幼児期の発達障害児を養育する親の困難や疲弊感は強く、子ども側も余裕のない親の対応に混乱し、緊張した親子関係に陥っていくことが多い。こうした事態への介入として、ペアレント・サポート・プログラムなどの家族支援が普及しつつある。平成17年に施行された発達障害者支援法では、全てのライフステージにおける支援と関係機関との連携・協働、そして家族支援の重要性が掲げられており、平成19年度に完全実施となった特別支援教育においても、保護者への支援も重要な目標となっている。

また、不登校・ひきこもりケースでは、小・中学校や高校、大学、職場などの環境調整も重要な支援課題となることが多い。環境を効果的に調整するために、2つのポイントを指摘しておきたい。一つは、膠着した事態の背景や対処方法を、家族や関係者にわかりやすく説明・解説することが重要である。問題行動については、そのような行動に及んだ経緯や契機を伝えることも重要である。もう一つは、日常生活の場面における苦労や困惑を本人が周囲に伝えられていない、あるいは周囲に誤解され孤立しているなどの場合に、本人の発達特性やそれに基づく生活上の問題などを、専門家が本人に代わって説明することである。周囲には迷惑行為と捉えられるような行動については、本人には悪気がないこと、周囲の気づきや適切な配慮によって修正できる可能性があることを強調して伝えることで、本人をとりまく環境調整に役立つことがある。

### 社会資源の活用

発達障害者の支援は、ライフステージに応じた適切な支援など長期的展望が必須である。その時点で必要な社会資源を活用できるように支援すること、また、将来像を視野に入れた継続的で一貫したケースマネジメント機能が欠かせない。

精神遅滞を伴うケースや中核的な自閉症が見逃されたまま経過したケースなどについては、家族と本人に丁寧に説明したうえで、適切な生活・就労支援を受けられるよう、知的障害者更生相談所や発達障害者支援センター、障害者職業センターなどの福祉・労働分野の相談支援機関につなぐことが多い。高機能の広汎性発達障害者が活用できる福祉制度はまだ不十分ではあるが、徐々に整備されつつある支援制度の情報収集に心がけておく必要がある。

また近年、精神障害者保健福祉手帳の取得により、精神保健福祉法に基づく社会復帰施設や障害者自立支援法に基づく支援機関・制度を活用するケースも増えているようであり、既存の社会資源や支援システムを応用することで社会参加につながることもあるので、柔軟な発想を心がけたい。

山梨県発達障害者支援センター 小林真理子

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) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について。精神神経学雑誌 109:834-843,2007
- 2) 近藤直司、小林真理子、宮沢久江、有泉加奈絵、宇留賀正二、中嶋彩、中嶋真人：在宅青年・成人の支援に関する検討—ライフステージからみた青年・成人期PDDケースの効果的支援に関する研究、厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」（主任研究者：神尾陽子）平成19年度総括・分担研究報告書
- 3) 近藤直司、小林真理子、宮沢久江：広汎性発達障害をもつ青年期ひきこもりケースの心理療法について。思春期青年期精神医学誌 18(2):116-123,2008
- 4) A.Bateman,& P.Fonagy：Psychotherapy for Borderline Personality Disorders：Mentalization-based

## 2) ひきこもりによる思春期の精神発達の問題とその解決をめぐる

### 1. はじめに

中学・高校時代を不登校で過ごした後、16-17歳以降の不安の低下に伴って自己を社会に位置づけようとする心理社会的な営みを始める青年は少なくない。そして大学、短大、専門学校生活に適應して職業選択に至る。疫学データは十分にはないが、臨床的印象としては7割前後の思春期のひきこもりは社会適應の方向に動くように思われる。換言すれば、思春期の子どもとその家族にかかわる精神科医や心理臨床家は勿論のこと、中学生や高校生とかかわる教諭も不登校・ひきこもりの長期経過を理解しておくことは大切であろう。

### 2. 前思春期の退行と初期思春期以降の発達

前思春期になって高まる欲動（性衝動と攻撃衝動）はそれまで潜伏期にあって安定していた子どもの心を脅かす。これら二種の衝動は潜伏期に到達している小学生では融合して、自我のさまざまな営みを執行するエネルギーに用いられている。しかしブロスによれば前思春期を迎えると、衝動の増大と共に子どもたちは肛門期に欲動退行を來たす。欲動退行によってそれまで融合していたリビドーと攻撃性は、脱融合してサドマゾキスティックな言動に用いられるが、正常発達ではそれ以上の退行は生じない。思春期に入ると母親表象からの脱備給が始まり（幼児期に性愛対象とした親表象からリビドーを撤退させる心の動き）、代わりに同性仲間にリビドー備給して、仲間の誰かを新たな依存や憧れの対象とする。そしてリビドーも攻撃性も共に同性仲間との会話や活動に用いられるようになって思春期の発達は進行する。

ところが、この思春期の同性仲間の輪から脱落する子どもは、早くて小学校の4-6年から、多くは中学時代に不登校に陥り、脱融合したリビドーと攻撃性を友人関係を主とする人間関係にも勉強にも趣味にも用いることができなくなって、ひきこもりは発生する。この部分が正常発達と相違する。不登校に陥る前、あるいは非行に走る前に保健室を訪れる生徒は少なくない。養護教諭の介入によって再び同性の仲間との交流を回復する生徒もいるが、そこでも脱落して不登校に陥る生徒も少なくない。

不登校に陥ると、それまで学校生活を中心に発散していたエネルギーを健全に消費することができなくなる。しかも家には母親のいることが多く、子どものリビドーも攻撃性も共に母親に向かうことになる。そしてひきこもる子どもは欲動を口唇期や肛門期に退行させて母親に向けて発散するか、インターネットに夢中になって発散するか、いずれかのチャンネルを通してエネルギー発散をすることになる。このように思春期の子どもの親への暴力は親への恨みを晴らす、といった単純なものではない。換言すれば、暴力も親子の幼児返りした愛情交流の一場面なのである。

登校しようとする不安に襲われて登校できない、苦し紛れに親に暴言を吐き、暴力をふるってしまう。そういう自分を好む子どもはいない。こうした行動を繰り返す度に彼らの自信や自尊心は傷つき、自責感や自己卑下感は強まる。こうして超自我不安（無意識の罪悪感による処罰欲求）は高まって、将来に希望を見ることのできる自分すなわち自我理想は意識から消失する。そして自責感を自分で抱えておけなくなって、自分の代わりに親を責める言動も多くなる。

親は親で自分に暴言を吐いたり暴力をふるったり、あるいは責めたりするばかりの子どもの心を理解することができず、あれこれと悩む。また子どもの機嫌を取ろうとしたり、責めたりもする。自分を責める時の子どもの目が座っているのも子どもは本当におかしくなってしまったのだ、と思いつくこともある。最初は母親につかかかる子どもに話しかける父親もいるが、子どもは父親の接近を怖がるのが常であり、その怖さを感じないように逆に強がるか、父親から逃げようとする。

両親は子どもの行き詰まりを感じて途方に暮れる。伴侶の子育ての失敗で子どもはひきこもったのだ、と伴侶を責める。親の夫婦関係の悪化はしばしば起こる。悪化する夫婦仲を見て、子どもは自分のせいで親が仲たがいでいると思う。そんな自分はいないほうが良いと思いつめる。このように家庭は極度に緊張する。その結果、家族から幸福感は失われて家族全員心の休まる思いをもてなくなる。

ブロスは思春期の同性愛段階（初期思春期）に、子どものリビドーの母親からの脱備給は進み、リビドーの一部は2次の自己愛に吸収されて自己愛は肥大化すると述べる。Freudは自己愛入門において「自我（私）の性質は放棄された対象備給の沈殿物である」と述べる。換言すれば、「私」の性質とは、放棄された対象備給、すなわち子どもがかつ



て必要とした母親や父親がかつて自分を賞賛したように、励ましたように、あるいは自分を非難したように、脱備給後には自分が自分をそのように評価し、接するようになるということを意味する。したがって、プロスの言うところとは、初期思春期以前に父親や母親にネガティブに思われることの多かった子どもが思春期の進行と共に自己についてのマイナス評価を増加させることを示唆する。また、そのような子どもの自己愛は、同性愛段階から自己愛段階に進んで行く過程でひどく傷ついたものとなり、その傷ついた自己についての思いを一人で抱えておくことはできなくなる。そこで母親に向かって、自分のことは好きか、と10分おきに質問する、真夜中に自分の希望の品をコンビニまで買いに行けと命令するなどの行為に至るのである。こうした行為を通して母親の愛情を確認せざるを得ないほど彼らは追い詰められている。こうして誰よりも自分が自分のことを価値のない人間であると思いつく。これが社会的なひきこもりと暴力の一つの大きな動機である。もう一つの動機は母親以外の家族、すなわち父親を恐怖するところにある。これはFreudの「ハンス少年」に記述される恐怖症において顕著に見られるが、他の神経症性障害においても同様に観察される。男の子の場合には去勢不安と呼ばれ、女の子の場合にはエディパルな意味での分離不安と呼ばれる。いずれもこの不安は中期思春期(固有の思春期)において最大となり、親への暴言や暴力、希死念慮や自殺企図、自傷行為、あるいは自殺の脅しなどとして表現される。まさに地獄に落ちて生きた心地のしない毎日であろう。自己否定の強い心情に圧倒される時に、簡単に自己肯定することはできないが、親の揺るぎない態度や考えに触れることによって自己否定感は和らぐ。

不登校に陥ってからの親の子どもへの対応は非常に大切である。ひきこもる子どものありのままに良しとする親の子どもに対する完全肯定は子どもの自己受容に転じて行く。そうすることによって子どもが、自分は捨てたものではない、希望をもって将来に進んで行けるのかも、という気持を抱くことができるようになる。それが子どもの立ち直りの兆しであり、これが正常な発達路線への復帰につながる。

### 3. 子どもの自己愛と親の対象愛、親からの脱備給と同一化

子どもが不登校という生きた心地のしない状態に陥る時に、親の反応は二つに大別できる。一つは子どもを理解しようとする親の態度である。もう一つは子どもと一緒に共振する態度である。前者の親の営みとは、親が子どもを愛するそれであり、親の対象愛のもたらすものである。暴言を吐かれようが暴力を振るわれようが、その子の発信を受け取り愛し続ける。子どもの親に愛されるという情緒体験は後に子どもが自分を愛することを可能にする。その一方、後者の親の営みは決して子どもを理解するそれではない。親は親である事を忘れて、子どもが誰かを責めるのと同様に、伴侶を責めて子どもと被害者同盟を結ぼうとする。それは親自身が子どもも表象から脱備給して自己愛の世界に閉じこもる営みでもある。そこで子どもは親と共ぶれしながらも、その親に捨てられたと感じるのである。子どもは親が自分を見棄てたように、今度は自分を見棄てるであろう。つまり愛情供給を停止して自己愛の世界に閉じこもる親は、こうして子どもの自己愛を一層傷つけることになる。この親の子どもに対する二つの在り方の違いは計り知れないほど大きく、子どもを助けたり、傷つけたりという形で子どもの将来を大きく左右する。たとえば、クラスでいじめられたという子どもの言い分を盲目的に信じて、いじめっ子とその親を非難し続ける親は、傷ついたわが子を助けることにはならない。繰り返しになるが、誰々にいじめられた、のように他人を責め続けるだけで、どうすれば傷ついた子どもの心が癒えるのかを身をもって子どもに教えない親は子どもを見棄れている、と子どもには受け取られることに気づきたい。どんなに傷ついていても親がその子どもを愛すれば、傷は癒えるのである。

子どもは自分を愛する親との情緒交流によって暗黒の自己愛の世界から抜け出して、親に愛されるという大切な対象関係を経験する。その意味で、ひきこもる子どもが眼前にいるという状況は、親にとって過去の子育てのちょっとした失敗を反復して傷を更に広げるか、それとも、それを修復する絶好の機会であることに、そして、ひきこもり、自責し、将来に何の希望も見出せない子どもは、そこで親に愛されて初めて前途ある世界に飛び出して行けることに気づくべきである。

この親に愛される体験が親表象を脱備給する子どもの営み、簡単に言えば、親離れの営みによって、その親イメージは子どもの心の中に取り込まれて、今度は自己を受容する、是認する、励ます、正す自分自身になって行く。それが子どもの親との同一化であり、遅しく一生を生き抜いていく自己の中核になる。ひきこもりの問題解決とは、子どもの心の中で起こるこのような現象を意味するのである。

### 文献

1. 皆川邦直(1980) 青春期・青年期の精神分析的発達論—ピーター・プロスの研究をめぐって。(小此木啓吾編) 青年の精神病理2, pp.43-66. 弘文堂, 東京
2. Freud, S (1914) On Narcissism, Standard Edition vol. fourteen, Hogarth Press, London(懸田克躬・高橋義孝ほか訳) ナルシシズム入門, フロイト著作集5巻 109-132, 人文書院, 東京, 1969

## ⑥ 家族と本人への総合的訪問型支援

### 1) 医療機関による訪問型支援の適応と方法

#### 【医療機関からのアウトリーチの意義と目標（ゴール）】

医療機関からアウトリーチ（訪問）は、生活支援の機関からのアウトリーチとは色彩がことなる。最もことなるのは、それが“診断”というアセスメントとそれに付随する治療や支援を行いうることである。すなわち、医療スタッフがひきこもりを呈している利用者の住む家までおもむく意義は、主に次の二つである。

- ・ 精神医学的アセスメントを行うことができる：たとえすぐに本人に会えなくても、訪問では、診察室で家族の話や家族の話を聞くときよりは多くの情報を入手することができる。住居の状況や部屋の間取り、使い方などで、家族の価値観やコミュニケーションの様子、本人の家族のなかでの位置などが想像できる。
- ・ 精神疾患への早期介入の端緒になりうる：訪問のうちに本人のアセスメントが行われ、薬物療法などが必要と思われた場合に、早期に処方や介入を差し出すことができる。想定されるのは、統合失調症、あるいはうつ病、過去に外傷体験を体験している人々のPTSDなどである。

このように整理すると、アウトリーチの具体的な目標（ゴール）は以下のように絞られる。

- ① 医療が必要と判断されるものには、すみやかに治療が開始されるように努める。
- ② 医療が現時点では不要と判断されるものには、本人の可能性が伸びるよう、心理社会的なサポートリソースに確実につなげる。

すなわち、原則として医療機関のアウトリーチは、“ひきこもり”の支援の一端を担うに過ぎない。可能な限り、生活支援や就労支援の機関、あるいは教育機関などとコミュニケーションを良くしておき、他機関での支援と平行で支援が行われることを心がけるべきである。

ひきこもりを呈している人々の生活の質がよくなるのが目的なのであり、医療はそのための下支えである。

#### 【アウトリーチの導入までのプロセス】

医療機関と利用者との関係は一種の契約関係である。

したがって医療機関からアウトリーチがおこなわれる前提としては以下のような場合が考えられる。

- ・ 家族のみが外来診療に訪れ、相談を始めたがなかなか改善が明かず、本人をもっと知り、治療のかかわりをもう一步進めるために自宅へのアウトリーチを提案し、家族に受け入れられた場合。
- ・ 児童相談所や保健所、あるいは地域の支援機関などからの相談があり、訪問を依頼された場合。この場合でも家族に来院を促し、家族と訪問についての契約をとることになる。

いずれにしても、アウトリーチ活動を開始する時点では本人との契約関係ができていない場合はきわめてまれで、家族との契約により、家族に会いに行くためにアウトリーチ活動を始めるというのが現実的な姿であろう。

一方、自傷他害などの事由で緊急的な強制入院などが必要な状況の場合は、保健所など公的機関と連携の上、精神保健福祉法上の強制入院のプロセス行動をとったほうがよい。ここでのべる医療機関からのアウトリーチはあくまで任意の自由意志に基づく関与が原則だからである。

#### 【アウトリーチ活動に必要な体制】

医療機関からのアウトリーチはたとえ3、4人が単位であっても多職種によるチームによって行うのが望ましい。チーム構成には精神科医のほか、精神保健福祉士、臨床心理技術者、看護師、作業療法士などから数職種が含まれるのが良い。このチームは、精神科医を除けばアウトリーチ活動専従であることが理想であるが、それがかなわない場合も、週に1回以上はケースをめぐってチームミーティングを開く環境を持つべきである。

そして、このチームは、チームで事例を共有するというあり方をするのが良い。こうすることで、情報が共有され、多面的に事例を検討することができる。一人のスタッフが事例に過度に巻き込まれることの防止にもなるし、また他

業務と掛け持ちでアウトリーチ活動を行う場合でも、利用者に対して一定以上の密度で関わる事が可能になる。

恒常的にアウトリーチ活動を行う場合は、専用車両、携帯電話などが必要になる。記録用紙の整備も必要である。また、専従でない場合は、週の一定時間をアウトリーチ活動に充てることの保障が必要になる。現実的には、「精神科訪問看護」で活動する中核のチームがあり、そこに「ひきこもり」状態の人々にもかかわるスタッフがジョイントできるようなするのが良いのかもしれない。

このあたり、院内の現状を分析し、そのなかで「ひきこもり」の状態にかかわるのであれば、何を目的にするのか、どれだけの時間をさき、どのような価値を生み出そうとする活動なのかなどを明確にし、病院管理者を含め院内でコンセンサスを得ておくことが必要であろう。

#### 【アウトリーチ活動の心得】

- ・ 前述したように、家族との契約から訪問活動が始まるのがしばしばである。急いで本人に会おうとするよりも、まずは家族との関係作りを第一に心がけるべきである。医療スタッフの訪問が家族の安心感をまし、家庭の中の緊張度が和らげば、経過とともに本人と会えるきっかけも増すものである。
- ・ ひきこもりの状態にある人々は「変わりたいけど変わるのが怖い」「変化の先に何が待っているのか不安で、今のままでよいと思う」といった両価的（アンビバレンツ）な心理状態にあることがしばしばである。この両価的な心理をまずは受け止めることから、かわりは始まると考えてよい。両価的であることを当然のことと理解し、変化は起きる場合でもゆっくりであるほうが良いというメッセージが主たるトーンであるなかで、すこしずつ関わりが深まっていく。たとえ、医療者であっても、最初に行うべきことは、よりそい、ともに楽しむ時間を味わい、すこしずつ語り合う時間をもつといった、人と人との出会いのプロセスである。
- ・ 精神科医はチームのコメディカル・スタッフのあとからついていくようなスタンスでよいと考えるが、薬物療法の必要性についてのアセスメントは精神科医の仕事である。薬の差し出し方としては「つらさを和らげるのに薬が役に立つかもしれない」と、控えめに差し出すほうが相手を受け取りやすい。「まずは睡眠をとることで、神経が穏やかになることを工夫しよう」とか、「頭がいっぱいになっている状態を少し緩めるのに薬が役に立つかもしれない」というような、対症療法的な説明のほうが、薬を飲む目的がはっきりして判断がしやすいようである。これらの説明はいくぶん本人の身体感覚への自覚を促す。「こころ」の問題としてではなく、「からだ」の問題に対して「薬」を差し出すという感覚は、かれらの薬物への抵抗感を幾分減じるのに貢献する可能性をもっている。
- ・ 処方差し出したとしても、本人は必ずしも言われたとおりに薬を飲むとは限らない。「薬を飲む」ということは一種の信用の現れであるから、安心感の回復と服薬とは同時並行的に生じると考えても良いであろう。むしろ当初は、薬をめぐるやりとりが第3者とできること自体が大きなコミュニケーションの変化と考えてよいだろう。押し問答にならないよう、「暮らし」や「からだ」の話題のなかで、すこしずつ「薬」という異物が、生活になじむのを期待するように薬の話題を扱うべきであろう。

#### 【早期介入の可能性】

以上、医療機関のひきこもり事例にたいするアウトリーチについて述べてきたが、これは別の文脈で論じれば、精神科医療機関における早期介入チーム（early intervention team）のシステム作りとかなりの部分が重なる。その目標は未治療の期間（DUP）を減少させることであり、精神疾患をもっていた場合に病のために損なわれる社会生活の時間を最小限にとどめることである。

多くのひきこもり事例で精神疾患や発達障害などの問題が認められることを考えれば、医療機関の関与は実はもっと積極的であっても良い。そのためには、入院棟中心の医療システムを外来中心、アウトリーチ活動中心といったシステムに変化していくことが不可欠である。ひきこもり事例へのアウトリーチ活動にはそのような変化の萌芽が含まれている。

国立精神・神経センター精神保健研究所 伊藤順一郎

## 2) 地域の専門機関による訪問型支援の適応と方法

### はじめに

不登校やひきこもり事例の支援では、本人が相談や治療場面に外向くことが難しい場合があること、あるいは相談

や受診に踏み切れない本人に対する一步踏み込んだ介入が必要な場合があることから、家庭訪問が有効な援助方法の一つとして期待される。しかし、これまで訪問についての研究的な蓄積は乏しく、保健所や児童相談所などはじめとした地域の専門機関では、援助者が各々に試行錯誤しながら家庭訪問を実施してきた現状がある。

近藤らは、初回相談の時点で本人の年齢が10歳から20歳までで、『社会的ひきこもり』が1ヶ月以上持続しており、支援の一環として自宅への訪問を実施したケースを対象とし、全国59ヶ所の保健所、保健福祉事務所、児童相談所などに協力を依頼し、自宅への訪問支援の現状を把握し、援助効果の高い訪問について検討を行った<sup>1)</sup>。本項では、その調査結果と訪問支援についての先行文献をもとに、保健所や児童相談所など、保健・福祉分野の専門機関における思春期のひきこもり事例に対する訪問支援の指針を示したい。

#### どのようなときに地域専門機関による訪問支援が必要とされるのか

地域専門機関が援助を開始し、訪問支援が必要となるのは以下のような場合である。

- ① 本人の心身の状態が不安定であり、自他の生命の危険性、安全性の検討が必要とされる場合。
  - ② 本人に病的なエピソードがあり、受療の必要性についての判断や精神医学的な判断が、家族や関係機関から求められる場合。
  - ③ 家族自身が重大な健康問題を抱えている、または家族機能不全を起しており、援助者が直接本人に会って、状況確認や援助方針を見定める必要性が高いと判断した場合。
  - ④ 家族や関係機関との相談を継続していく中で、援助者が訪問することを本人が納得する、あるいは希望する場合。
- これらの理由は重複していることも多く、また時間の経過によっても変化していくことが特徴である。

#### 初回訪問に至るまでの準備

家庭訪問は人的・時間的コストを要する援助方法であり、1回の訪問の効果を高める工夫が必要である。そのためには、事前の情報収集と評価、本人の了解を得る手続きなど、初回訪問までの事前準備が重要である。

##### ① 情報収集ならびに相談関係づくり

本人の生育歴、これまでの相談・治療歴の有無や経過などは、他機関から医学的な判断を期待されている場合には、確認の優先度の高い項目である<sup>1)</sup>。また、ひきこもり事例において、広汎性発達障害が疑われる事例がかなりあることも報告されており<sup>2)</sup>、家族や学校関係者から発達のな問題を確認しておくことも、その後の見立てや方針を検討していく上で欠かせない情報である。

さらに近藤らの調査<sup>1)</sup>では、有効な訪問においては、本人の生活の様子、言動の特徴、趣味や特技など、多くの情報が事前に把握されていた。暴力のみられる事例については、とくに本人の言動にみられる特徴が慎重に把握されている傾向が伺われた。これらの情報により、本人と家族の生活の様子や暴力の程度などを具体的に把握しておくことが必要である。また、本人や家族の健康的な側面についての評価は、本人・家族との関係づくりや援助の糸口を見出ししていくためにも欠かせない。

##### ② 訪問の目的を設定する

次に、援助の長期的な目標と当面の短期目標を立てておく必要がある<sup>3)</sup>。援助効果の高い訪問では、漫然と訪問を継続せず、訪問毎に目的を設定している傾向があった<sup>1)</sup>。しかし1回の訪問で目的をすべて達成することに固執するよりも、達成できなかった目標について援助方針や目的の設定が適切であったかどうかを検討し、事例の理解を深めていく姿勢が求められるように思われる。

##### ③ 訪問することを家族や本人に伝える

一般に、家族や本人の了解を得たうえで訪問することが推奨されている<sup>4) 5) 6)</sup>。予告なしに訪問することは、本人にとって外傷体験となりひきこもりを強化することも考えられる。まずは家族や手紙を介した間接的なアプローチをしたうえで、援助者や訪問に対する反応を確認するという手順を踏むこと、あるいは、本人が訪問を拒否している場合には、訪問以外のアプローチや家族を対象とした訪問を検討することなどは、一般的に多くの援助者が配慮している点であると思われる。近藤らの調査<sup>1)</sup>においても、本人の同意を得て実施した訪問の方が、本人の状況がより改善している傾向がみられた。

ただし、生命に関わるような危険が生じている局面では、本人の了解が得られないままでも訪問を実施することがある。こうした場合でも、できる限り本人の意思を尊重する姿勢には変わりはないが、事例の緊急性や強力な介入の必要性を冷静に判断することも必要である<sup>7)</sup>。

##### ④ 訪問のセッティングを工夫する

事前情報をもとに、適切な訪問の日時、場所、話題などを検討する。また、訪問への本人の反応を予測しながら、

訪問する側の人数、性別や年齢、経験年数、職種などを検討しておくことも必要である<sup>4)</sup>。暴力行為が激しい対象の場合には警察官などとの同行訪問を検討する、新人職員が担当の場合は経験の豊富な職員と同行訪問するなど、援助者側の安全を保障することも効果的な訪問につながっているようである<sup>1)</sup>。また、すでに本人と相談関係を築けている関係者がいれば、その人に同行してもらうことも工夫の一つである。

訪問を受け入れていても、事情を近隣の人に知られたくないと思っている家族も多い。訪問時に役所の車を近くに駐車しない、などの配慮が必要な場合もあるので、事前に確認をとっておくことが必要である。

#### ⑤ 関係機関との情報交換

有効な訪問では、訪問前の準備として、関係機関との事前の連絡・協議が行われている傾向があった<sup>1)</sup>。家庭訪問を実施することについて、関係機関に周知し、合意や了解を得ておくことが必要である。

#### 実際の訪問場面において

実際の訪問場面においては、事前に想定したとおり訪問が進むとは限らない。状況に合わせて、臨機応変に訪問を進めることが必要である。以下、本人に会えた場合と、本人には会えなかった場合に分けて、訪問場面での留意点について述べる。

#### ① 本人に会えた場合

<会えたことを大切に>

ひきこもり事例、とくに暴力を伴う場合、初回の訪問で本人と会って話ができる機会は決して多くはない<sup>1)</sup>。援助者と会うだけでも、本人にとっては相当な努力を必要としているかもしれない。まずは、「よく顔を出してくれた」「会えて嬉しい」といった気持ちを伝えることが重要であると思われる。

<自己紹介>

家庭訪問の場合には、援助者は自分が何者で、何の目的で家庭訪問したのかを伝えることがとくに重要である<sup>4)</sup>。近藤らの調査<sup>1)</sup>においても、有効な訪問事例では、援助者は自分の身分・立場を正確に伝えている傾向があった。しかし、訪問の有効性を高めること以前に、自分の立場や訪問に至るまでの経緯、訪問の目的などを本人に正確に伝えることは基本原則であり、それらを隠したり、偽ったりすることは通常の間人間関係ではあり得ないことである。本人の現実検討能力が著しく低下している場合や、より強制的な介入が必要とされる状況では、どのように名乗るべきかを画一的にマニュアル化することは難しいようにも思われるが、上記の原則をどうしても逸脱する必要があると判断される場合には、その理由や根拠が明確であり、「逸脱していること」を明確に意識しておく必要があるのではないかとと思う。

<面接の内容・テーマ>

訪問前の情報収集の内容を活用し、好きな趣味や特技など、本人にとって話しやすく侵襲性の低い話題を取り上げることで、比較的スムーズに面接を進めることができるかもしれない<sup>1)</sup>。

一般に、ひきこもっている本人との面接では、多くの援助者が、本人の内面に侵入しすぎてしまい、傷つけてしまうのではないかとといった不安を抱きやすいことが指摘されている<sup>4) 8)</sup>。とくに家庭内暴力がある場合には、面接後の暴力的な反応を恐れ、援助者は当たり障りのない面接に終止してしまう傾向がある。その結果、本人が抱えている社会参加への不安や暴力など問題行動については一切触れられず、状況に全く変化が生じないまま支援が経過していくこともある。

訪問面接を重ねる中で、いずれは解決すべき課題について話し合えるようになることが目標となるが、こうした事態は、情緒的な交流を回避し、内的にひきこもっている人との面接では常に直面するものである。

<本人の様子や部屋の中の様子の把握>

家庭訪問時に、家族や本人との面接内容だけでなく、本人の身だしなみや外観、家族とのやりとりの様子、部屋の状態、居住地の環境等もあわせて把握する。とくに、本人のセルフケアレベルや、屋内の様子から家族の疲労の程度を確認することは、介入の緊急性を判断するためには重要な項目である。身体的衰弱が激しい場合には、バイタルサインの確認が必要である。

<次回訪問の約束>

初回訪問では、本人、援助者ともに緊張が高いため、早めに終了する方がよい場合が多いという指摘がある<sup>5)</sup>。また、訪問を継続した方がよいと判断した場合には、面接を終了する前に次回訪問の日時を約束しておくこと、援助の継続性を確保しやすいものと思われる。

#### ② 本人には会えなかった場合

<その後の援助について>

ひきこもり事例の場合、家族を対象にした訪問を何回か実施した後、初めて本人に会えたという経験をもつ援助者が少なくないようである。とくに、暴力を伴う事例への訪問では初回で本人に会えることは少ないが、「会いたい」というメッセージを家族から伝えてもらったり、家族相談と並行して自宅への訪問を続け、本人の部屋のドア越しに声を掛ける、あるいは本人宛の手紙やメモを残すなどはたらきかけを続けることで暴力が改善することもある<sup>1)</sup>。また、病院を含めた関係機関とのカンファレンスで方針を検討し、外来受診や入院治療によって状態が改善した事例もあった<sup>1)</sup>。

#### <家族面接に臨むときの姿勢>

本人は直接援助者と会うことは拒む一方で、訪問してきた援助者に対して強い関心を抱いており、援助者が自分の家でどのような振る舞いをするのか、家族とどのような話をしているのか、自分の話すことにどれだけ耳を傾けてくれそうな人なのか、訪問が終わった後に家族はどのような対応をするのかなど、直接顔を合わさなくとも、本人の心の中で援助者に対する見立てが行われているかもしれない。こうした場合には、本人が同席していなくても、本人の存在を感じ、本人の気持ちを尊重しながら、家族と面接することが大切である。

ただし、外界への関心や現実検討能力が著しく低下している場合などには、こうした配慮はまったく報われないこともあり得る。ひきこもっている本人が訪問をどのように体験しているのかを画一的に判断することはできない。

#### 初回訪問後のフォロー

##### ①訪問の頻度

有効な訪問の頻度については、まだわかっていない。現在の地域専門機関においては、長期の関わりが必要な場合には、関係機関と交代で訪問し、家族の来所・電話相談なども取り入れながら月1回程度の訪問を継続していくことが現実的であると思われる。しかし、週2回程度の訪問が有効であるという印象を述べる援助者もあり、今後訪問の頻度については検討が必要である。

##### ②他機関、とくに医療機関に繋ぐ援助

訪問の結果、医療機関や他の相談機関に本人や家族を紹介する必要性が明らかになることがある。他機関への紹介を契機に援助関係が途切れた経験をもつ援助者も多いようであり、慎重な配慮が必要である。所在地や連絡先を伝えるだけで良いのか、先方の担当者との間に入って日時を調整するなどの援助、あるいは初診や初回相談に同行することが必要な場合まで、紹介の際に必要な援助の程度は事例によってさまざまである。紹介した後も、本人や家族が次の援助者との信頼関係を築けるよう見守ることが必要な場合も多いように思われる。

とくに医療機関に繋ぐ際には、本人と家族の精神的負担が高いことが予想される。保健所等の地域資源を活用し、できるだけ無理なく外来治療や入院治療に導入できるよう工夫したい。

##### ③援助者自身へのサポート

家庭訪問が長期に及ぶと、援助者に対する本人や家族の期待や依存が大きくなる。同時に援助者側も、「自分がこの人を何とかしてあげなければ」といった万能感が生じ、本来家族や本人自身が取り組まなければならないことを援助者が肩代わりし続けてしまうこともある<sup>4,11)</sup>。援助者がこうした援助関係に気づき、自ら関わり方を調整することは簡単ではない。ケア会議や事例検討会、定期的なスーパービジョンを受けられるような研修体制が整えられていることが望ましい。

#### 訪問の効果と限界

近藤らの調査<sup>1)</sup>では、54件の訪問ケースのうち、①訪問前後で暴力行為、生命の危険性、行動異常、犯罪性のいずれかに改善がみられる、②訪問の結果、あるいはGAFが改善している場合の改善点に関する自由記述から、医療機関や専門相談機関で治療・支援を受けるようになったことが読み取れる、という二点を改善の指標として解析したところ、54件の訪問事例のうち22件(40.7%)が改善群に分類された。その他、明らかな改善とまでは言い難いものの、家族以外の人間関係をもつようになるなど、ある程度の社会参加が生じたものもあった。

個々のケースについての記載をみていくと、訪問を開始後すぐに本人に会うことができ、数週間から数ヶ月で本人が家業の手伝いを始めたり、相談・支援機関や医療機関などにつながったものから、趣味の話題には応じるものの外出することを強く拒否し、3年間で40数回の訪問を続けた結果、ようやく本人が通所型の相談や医療機関の受診につながったもの、あるいは訪問の実施について家族全員の同意が成立しない、訪問を実施・継続することに対して家族の協力が得られないなどの理由から相談・支援自体が中断に終わったもの、3~4年という長期にわたる経過の中で40~50回に及ぶ訪問を続けてきたものの、本人とはほとんどやりとりができず、生活状態には何らの変化も生じていないといった事例もあった。

こうした多様性は、思春期のひきこもりケースの背景にある問題が一律ではないことを表しており、訪問の目的・方法についても個々の事例、それぞれの局面を慎重に検討する必要があることを示している。

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

#### <引用文献>

- 1) 近藤直司、石川信一、境 泉洋、新村順子、田上美千佳(2008)：地域精神保健・児童福祉領域におけるひきこもりケースへの訪問支援。精神神経学雑誌 110(7)；536-545。
- 2) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江(2007)：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について。精神神経学雑誌 109；834-843。
- 3) 野中猛(2003)：思春期事例に対するケースマネージメントの工夫。思春期青年期精神医学 13(1)；17-25。
- 4) 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；587-608。
- 5) 伊藤順一郎監修ひきこもりに対する地域精神保健活動研究会編(2004)：地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン。pp68-74。じほう。
- 6) 平山朝子、宮地文子監修(1990)：公衆衛生看護学体系 2 公衆衛生看護学総論 2。pp4-18。日本看護協会出版会。
- 7) 後藤雅博(2001)：ひきこもりケースへの危機介入。In：ひきこもりケースの家族援助(近藤直司編著) pp203-212。金剛出版。
- 8) 近藤直司 (2003)：青年期におけるひきこもりの成因と長期化について。精神医学 45(3)。pp235-240。

#### ⑦ 地域連携を利用した支援

##### 1) 市川地区・大分地区における地域連携システム

###### 1. 地域連携の必要性

臨床現場に身を置くものなら誰でも、ある一つの機関だけでは充分なサポートを行うことができなかった事例を経験したことがあるだろう。それは医療機関、教育機関、福祉機関など地域の専門機関のいずれであっても経験することでもある。例えば、教育機関に相談していた事例に自殺企図を認める場合などその事例の持つ問題にある機関が対応しきれない場合や、その取り扱うべき対象年齢を超えても継続的な援助を必要とする場合や、さらに矯正と医療などの複数機関による同時介入を必要とする場合、などが例としてあげられる。しかしながら、実際の臨床における機関間連携はケース・バイ・ケースで行われることが多く、またそのケースの相談が一度終結をむかえてしまうと、それまで行ってきた連携も消えてなくなってしまうことを経験したことがあるだろう。そこで、このような問題を地域の専門機関によるネットワークを築き上げ、その各種専門機関が持つ特異性を生かした介入によって克服し、事例が抱える問題に合った介入を可能にすることこそが、地域資源を生かした包括的介入の神髄と考えることができるだろう。

さらに地域の中で機関間連携を行っていく際には、事例の年代に応じた介入の必要性も考えておく必要がある。例えば、児童・思春期に発症した不登校・ひきこもりの問題が長期に続く場合には、その対応機関が教育相談機関から保健所や精神保健福祉センターなどへと変化していくことがある。このような年代に応じた相談機関の変更に对应していくためにも、地域の専門機関による連携を定期的に行い、各種専門機関の特異性を恒常的に地域資源としてお互いの機関が利用していけるようなネットワークを構築していく必要があるといえる。

本稿では千葉県市川市（以下、市川地区）、大分県大分市・別府市（以下大分地区）で実際に行われている活動をもとに、連携システムを利用した介入方法の意義を述べる。

###### 2. 地域連携の実際の仕方

我々は千葉県市川市および大分県大分市・別府市をモデル地域に医療・教育・福祉・司法などの各種専門機関による対応・連携システムの設置および運営を行い、取り扱い事例の特徴について集計および検討をおこなった。また、平成 17 年度には二地区いずれかの対応・連携システムに参加した専門職を対象にした対応・連携システムの利点に

関する質問紙調査も施行した。対応・連携システムは市川地区では2ヵ月に1度の間隔で平成17年1月から事例検討会議を開催し、大分地区では3ヶ月に1回行われてきた。

### (1) 対応・連携システムの構築

厚生労働省の研究班によって作成された「精神疾患を背景にもつ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン」4) によって対応・連携システムは構築および運用がなされている。対応・連携システムは「事務局」、「ケース・マネジメント会議」、「各種専門機関」の三つの主要モジュールから構成され、それぞれに窓口機能、事例検討機能、情報統括機能、処遇検討機能などの機能を持たせた構造になっている(図1)。

「事務局」はネットワークを構築する際の要となるモジュールであり、コーディネーター的な役割として事例検討会議の調整役に加えて、システム参加のための窓口機能やシステムの利用法を宣伝する啓発機能も持つ。例えば、このような機能を持つ「事務局」を市川システムでは国立国際医療センター国府台病院が担っている。さらにケース・マネジメント会議には、市川児童相談所、市川教育センター、精神保健福祉センター、保健センター・保健所、警察、国立国際医療センター国府台病院、国立精神・神経センター精神保健研究所が参加し、加えて事例の特性や地域の状況に応じて福祉事務所など他の専門機関の参加も認めている。これら機関の中から取り扱う事例に直接関与している担当者がケース・マネジメント会議に参加することを促している。

### (2) 対応・連携システムの運用の流れ

ガイドラインに沿ったネットワークの運営については、以下の①-⑤の手順で行われている(図1)。

- 1) 受理 (Acceptance) : 困難事例を抱えた機関からのシステム利用の申し込みを【事務局】が受ける。
- 2) 評価・介入計画の立案 (Evaluation・Planning) : 【ケース・マネジメント会議】で各種専門機関と事例の評価および介入計画の立案を行う。
- 3) 介入 (Intervention) : 介入計画に基づいた【各種専門機関】による介入を行う。

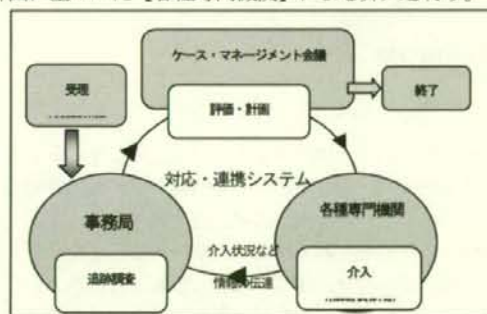


図1：市川システムの概要図

- 4) 追跡 (Follow-up) : 各機関による介入経過を【事務局】が追跡して、その情報を一括管理する。
- 5) 【ケース・マネジメント会議】に戻り、事務局の情報を元に継続した介入とネットワークの利用が必要に場合には再度②評価・介入計画の立案 (Evaluation・Planning) へ戻り、②から④の活動を繰り返す。または、ネットワーク利用の必要性がないと判断された場合にはネットワークの利用が終了 (Termination) となる。

### (3) 事例の評価の仕方

ガイドラインによるとネットワークの対象事例については深刻な問題行動を示し、かつ精神疾患を背景に持つ18歳未満の児童思春期事例のうち、ある一機関だけでは対応困難な事例と定義されている。このような事例をケース・マネジメント会議で取り扱う際には、異職種参加者が事例の評価の仕方を共有できるように評価方法を統一しておく必要がある。そのためガイドラインでは、これら問題行動については、

1. 反社会的問題行動 (暴力、性犯罪、窃盗、売春、非合法薬物乱用など)
2. 非社会的問題行動 (ひきこもり、不登校など)
3. 家庭内限局性問題行動 (家庭内における暴力、暴言、器物破損、家財持ち出しなど)
4. 自己破壊的問題行動 (リストカット、夜遊び、性的逸脱、大量服薬など)



以下の四つに分類している。さらに各種問題行動の背景要因として、

- 1.発達障害（広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、精神遅滞など）
- 2.精神障害（統合失調症、躁うつ病、強迫性障害、摂食障害、人格障害など）
- 3.虐待など重大な家庭の問題、

の三つに分類している。特に背景要因における発達障害や精神疾患については医療機関以外では、疑った事例をケース・マネージメント会議で積極的に取り扱っていくべきであると推奨しており、市川地区・大分地区における地域連携システムでも実践されている。

### 3. 対応・連携システムに求められていること

市川地区と大分地区ではガイドラインに基づき、その地区の専門機関と共にネットワークの構築および運用が平成17年1月から始まっている(2,4,5)。

市川地区および大分地区におけるケース・マネージメント会議によって、平成20年6月までに計72事例が取り扱われた。この72事例について検討し、地域の複数の専門機関による評価と介入を必要とする事例の特徴について紹介する。

ケース・マネージメント会議での取り扱いを必要とした事例の特徴として①ケース・マネージメント会議に事例を提示した機関の38%が医療機関であり、36%が教育機関であったこと、②暴力や触法行為などの激しい反社会問題行動を全体の30%に認めたが、同時に不登校・ひきこもりといった「自傷も他害もない」非社会的問題行動を全体の70%の事例に認めるなど、重大な問題行動として取り扱われやすい反社会的問題行動よりも非社会的問題行動に対して地域の専門機関が対応に苦慮していること、③これら問題行動の背景要因として発達障害を全体の46%に、精神疾患を全体の46%に、さらに虐待などの重大な家庭の問題を全体の32%に認めたなど、その背景要因の評価を的確にしていく必要性が明らかとなったこと、④これら事例の年代としては12歳から15歳の中学生年代が全体の63%を占め、それらの事例がケース・マネージメント会議で取り扱われる際には義務教育終了後の進路について協議されることが多いこと、の四項目があげられる。

このように地域の専門機関による連携システムを実際に運用することによって、各種専門機関が対応に困っている事例が浮かび上がっており、特に自傷も他害も認めないような不登校・ひきこもり事例に対して対応が困難であり、他機関との連携を模索している現状が明らかになったと言えるだろう。また、その背景に発達障害や精神疾患を抱える事例の多さにも注目すべきであろう。

そして参加者を対象に行ったアンケート調査では、「医学的な評価をしてもらうことができた」、「顔見知りになることができた」などの意見を多く認め、連携システムに対する医学的な評価のニーズと、地域連携を行う際の人の繋がり的重要性が明らかとなった。

### 4. ひきこもり事例に対する地域連携

ここまで述べてきたように地域の専門機関がその対応に苦慮している「不登校・ひきこもり」事例への介入において地域の専門機関による対応・連携システムを利用することの利点について以下にあげておく。

- ・ 地域の専門機関が一機関だけではその介入に苦慮している不登校・ひきこもりなどの非社会的問題行動を多機関で評価・介入することが可能になること。
- ・ 医療・福祉・教育による包括的評価の必要性、特に発達障害を含む医学的な評価が可能となること。
- ・ 定期的なケース・マネージメント会議を開催することによって地域の専門機関を対象とした児童・思春期精神保健全体に関する啓発活動として機能すること。
- ・ 各機関の機能の特徴をお互いに理解しあい「顔の見える連携ネットワーク」を地域に浸透させていく契機となること。
- ・ 地域に連携システムがあることによって、年代を超え、そして機関の垣根をも越えたシームレスな連携を可能にさ

せていくこと。

- ・ ADHD などの精神疾患が反抗挑戦性障害、素行障害、反社会性人格障害へと展開していくことや、虐待を含む環境要因が発達障害児の様々な二次障害を引き起こしていくこと(6,7,8)からも、地域に他職種による連携ネットワークを構築することによって、そのような事例の早期発見・早期介入を可能にし、結果的に重大な問題行動や精神疾患を予防していくこと

ただし、今後の課題として地域の専門機関が連携を図っていく際には従来からある地域の「人の繋がり」に依存した連携になりやすく、担当者の異動などで容易にその連携が崩れやすい。そのため、担当者の異動などに耐えうる「人の繋がり」を構築するためにも、連携システムの浸透を目指した啓発活動や、各種専門機関間での情報交換と機関内での情報交換を積極的に行っていく必要がある。そして、このような各種専門機関が連携して包括的な評価・介入を行うことによって、発達障害や精神疾患だけでなく、それらに付随する問題行動などの多様なメンタル・ヘルスの予防が可能となるであろう。

最後にわが国の現状を踏まえると、地域の一専門機関だけでは対応が困難なひきこもり事例に対して多機関との連携によってより適切な援助を受けることを目指して、専門機関による対応・連携システムの普及を全国各地に早急に目指していく必要があると考える。

国立国際医療センター国府台病院 宇佐美政英

#### 参考文献

- 2) 宇佐美政英、小平雅基、齊藤万比古、渡部京太：国立精神・神経センター国府台病院における児童精神科診療の現状14巻2号155-168
- 3) 宇佐美政英：地域連携システムの設置と運用について：児童青年精神医学とその近接領域48巻3号294-304
- 4) 精神疾患を背景にもつ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究 主任研究者齊藤万比古、平成13-15年度 総合研究報告書
- 5) 齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生、小平雅基、渡部京太、佐藤至子、入砂文月、秋山三左子：行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに対応する地域連携システムの設置・運用に関する検討：厚生労働科学研究費補助金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」平成16年度報告書
- 6) 齊藤万比古：子どもの心の診療と連携 地域に必要なネットワークについて：日本精神科院協会雑誌2008 Vol.27 No.7
- 7) J. M. Eddy 著、藤生英行訳：行為障害 キレル子の診断と治療・指導・処遇、金子書房、東京、2002
- 8) Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Dec;39(12):1468-84. Review.
- 9) Moffitt, T. E., :Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: 10-year research review and a research agenda, Lahe, B. C. Moffitt, T. E., Caspi, A, ed, :conduct disorder and juvenile delinquency, The Guilford press, New York, 2003

## 2) 岡山県における地域連携システム

### 1 はじめに

社会とのつながりを避ける行動であるひきこもり事例の支援は、困難であることが多い。それは本人側の支援に対するニーズが少ないことにある。こういった事例の支援には訪問などの地道なものが求められることが多い。しかし、ひとつの機関のみで対応している場合、支援者には徒労感や行き詰まり感を生じやすい。また、複数の機関が対応している場合でも、それぞれの機関の対応の方向性がばらばらになっていて、効果的な支援が困難となってしまうばかりでなく、互いの機関に不信感を抱いてしまうことも少なくない。

ひきこもり事例の支援に対して、機関どうしの連携の必要性は以前から求められてきている。岡山県においても同様である。これまで岡山県においては様々な機関連携の取り組みを行ってきた。次に岡山県における取り組みの現況と課題を述べたい。

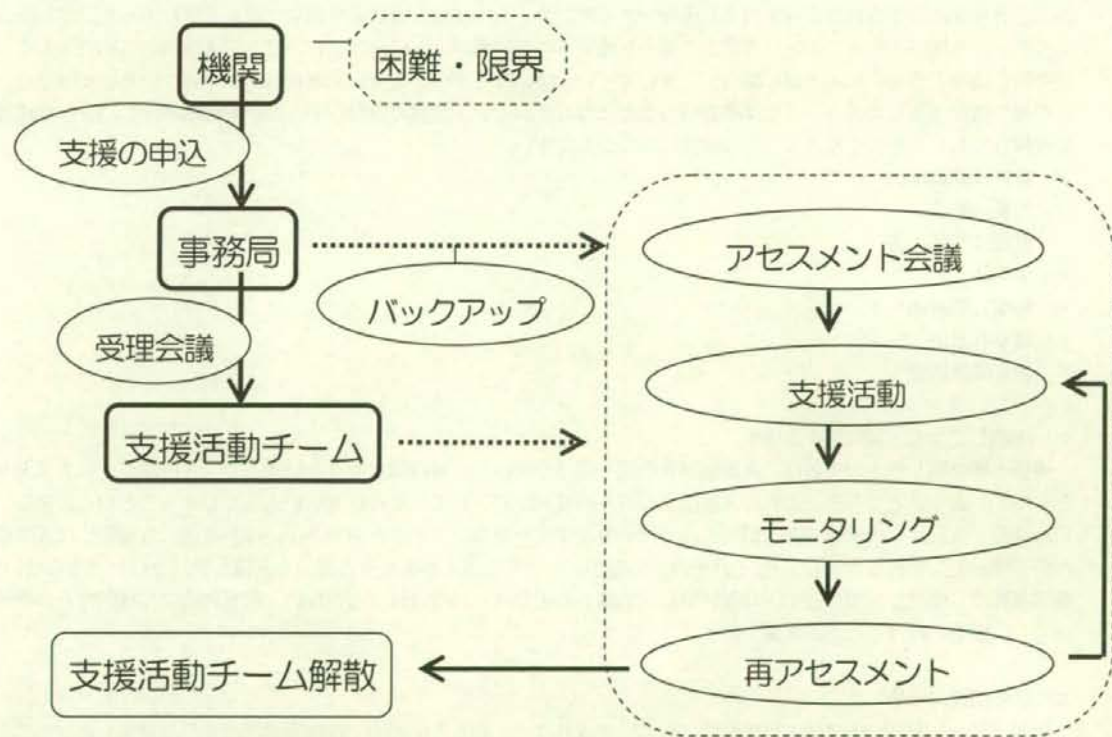
## 2 岡山県における地域連携の現況と課題

### ①岡山県の公式の機関連携

岡山県における公式の機関連携の形には次のようなものがある。児童相談所が主催する事例検討会議、保健所が主催する地域調整会議、市教育委員会などが主催する生徒指導地域支援ネットワーク会議、児童福祉施設など各機関独自のケースマネジメント会議、精神保健福祉センターが事務局として機関連携のマネジメントを行う思春期ケースマネジメント事業などが挙げられる。

公式の機関連携においては、ある機関がマネジメントの主体になる。まずその事例の問題点が何なのか、事例当事者と家族のニーズが何なのか、支援の目標が何なのか、そのためにどのような介入を必要としているのか、各機関が何をするのかということ各機関それぞれが共有することが必要である。それらの機関連携の中で、各機関が自律性をもって専門性を発揮することが求められる。

思春期ケースマネジメント事業は岡山県が主体となって行っている事業である。特に思春期事例の支援について、縦割りではなく公的機関を横断した形での機関連携の必要性があり、実施されている。この思春期ケースマネジメント事業の特性を紹介する。すべての機関が当事者となり、互いにバックアップしながら、各行政機関を横断した援助を提供できるということを主眼においたものである。連絡機能を事務局（精神保健福祉センターにおく）が行うため支援チームは臨床に専念できるという利点がある。これにより各機関が本来業務に集中でき、かつ互いにエンパワメントされる。一方で、支援チームの構成がうまくいかないと、時間と手間がとられてしまうという可能性もある。事務局の専門性とネットワークの軽さが不可欠となる。また事例ごとに必要かつコンパクトな支援チームの構成力を要する。事例支援だけであれば、機関ごとのネットワーク（次項目参照）で行ったほうが簡便である。



### ②岡山県の非公式の機関連携

非公式の機関連携とは、ある機関が別の機関に関与を求める形である。現在関与している機関が、事例ごとに必要

かつ適切な機関を適当なときに選び、その機関へ介入などの関与を依頼する。関与する可能性のある公的機関を次に挙げる。児童相談所、児童福祉施設（一時保護所・児童養護施設・情緒障害児短期治療施設・児童自立支援施設など）、保健所、市教育委員会、県教育委員会、教育機関（教育相談室・適応指導教室・各種学校）、家庭裁判所（家裁調査官、審判）、少年鑑別所、少年院、医療少年院、警察、精神科医療機関などである。さらに、公共職業安定所（ハローワーク）、障害者職業センター、障害者職業能力開発校、職業能力開発促進センター、地域生活支援センターなどもこれらの機関のひとつに挙げることができる。

これらの非公式の機関連携においては、普段から顔が見える関係、信頼関係を構築していることが重要である。この関与の依頼を行う機関は困難を抱えて疲弊し、支援に行き詰まりを感じていることが多い。連携を依頼された機関も、それに対する理解があることで、連携がスムーズとなりやすい。

### ③岡山県における地域連携で留意している点

#### イ) 年齢の壁

まず、地域における機関連携においては、事例の年齢によって関与機関が変化することに留意すべきである。12歳、15歳、18歳、20歳の年齢の壁があり、この年齢によって、関与できる機関が減っていくためである。15歳で義務教育が終了するとともに、児童相談所の関与が減っていく。また18歳では児童相談所の関与は終了する。年齢の壁により、支援が途絶えてしまうことも多い。さらに20歳で少年法の範疇を越えることもあり、真犯少年や触法少年など行動上の問題をもつケースに対応する際、意識すべき年齢の壁もある。これらの年齢の壁を越えるごとに、連携先の創出が困難となる。現在の支援のみならず、次の年代でどのような支援ができるのかを常に意識しながら、検討する必要がある。

#### ロ) 公的機関を規定する法規の理解

連携する公的機関はそれぞれの業務を規定する法的基盤がある。各機関が、それぞれを規定する法規を理解することは必須である。次に、これに関連した失敗例を紹介する。A機関の支援が行き詰まり、B機関に連携を求めた。しかし、B機関に規定された業務を越えた依頼であったため、B機関は支援に乗り出すことができなかった。こうなると、A機関の抱えていた行き詰まり感やB機関への期待感が大きければ大きいほど、A機関の落胆は大きく、結果的に機関どうしが相互不信に陥ってしまいやすい。これでは、事例の支援に必要な対応ができないだけでなく、その後の機関どうしのスムーズな連携を阻むことになりかねない。法規のみならず、互いの機関のマンパワーや流儀を理解しておくこともよりスムーズな連携につながりやすい。

- ・ 精神保健福祉法
- ・ 児童福祉法
- ・ 児童虐待防止法
- ・ 少年法
- ・ 警察官職務執行法
- ・ 刑事訴訟法
- ・ 教育関係法規

#### ハ) 橋渡しでなく、同時関与と協働

機関連携で陥りやすい失敗は、A機関がB機関へ関与を依頼し、B機関が関与を始めると、A機関がそのまま関与をやめてしまうことである。これはA機関がじぶんの役割が終了してしまったと思込んでしまうことから起きる。いわゆる“丸投げ”の状態であるが、これでは十分な支援を組み立てることができないばかりか、B機関にはA機関への不信感を生まれてきてしまう。それぞれの機関がいつでもじぶんが果たせる部分を意識し続けなければならない。機関連携は「橋渡し」ではなく、「同時関与」「協働」の視点で行わなければならない。相互の機関が専門性と自律性を持ち、援助し続けることが必要である。

#### 二) 信頼関係の構築

機関連携は、お互いの機関の信頼関係に基づいて成り立つ。相互不信の中では機関連携は十分な効果をあげることはできない。たとえば、医療機関は、医療対象の事例では緊急時に即応することや、常日頃から嘱託医などを通じて他機関を支援するなどの関係づくりをすることが信頼関係の構築に役立つ。信頼関係には、実務者どうしが“顔の見える関係”を維持し続けることが重要である。