

ホ) 関わりの中心たる機関

機関連携には、主たる関与機関やマネジメント事務局が必要である。それらがいない場合、「船頭多くして山を登る」という事態を招きかねず、多機関が関与することによって、かえって混乱を生じてしまいやすい。

ヘ) 機関や担当者のエンパワメントの側面

スムーズな機関連携を図られる以前から関与していた機関は支援に困難を抱え、疲弊していることが多い。機関連携によってエンパワメントされることで、支援の継続がしやすくなる。

④岡山県の地域連携の課題

イ) 機関どうしのつながりを維持すること

年度替りの担当者の移動やマンパワーの減少により、連携の継続が困難となることが多い。それまで連携しながら支援してきた事例が、年度替りでいつの間にか支援が立ち消えてしまうのである。連携が担当者のつながりのみでなく、機関同士のつながりでもあることが必要である。機関の管理者が機関連携の重要性を意識することがなければ、この課題は解決しにくい。連携が地域における支援システムとして機能しつづけるようであればならない。

3 ひきこもり事例での地域連携

はじめに述べたように、ひきこもり事例では本人側のニーズが乏しいことが多く、その支援は実務者の大変地道な努力が必要である。支援する機関は無力感を感じながら援助を続けていることも少なくない。支援者の燃え尽きも大きな課題となる。その中で、上記の機関連携の作法を留意しながら連携していくことで、多面的な支援を行うことができる可能性がある。

はじめに事例がアクセスする機関がどこなのかに関わらず、その機関がゲートキーパーとして役割を果たし、専門性を発揮し、どの場面でも常に地域の他機関との連携の可能性を意識しつづけることが、ひきこもり事例に関わらずどんな事例に対しても重要なことではないだろうか。

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
中島豊衛

5. 不登校・ひきこもりへの支援で留意する点

a) 暴力が激しい不登校・ひきこもりへの支援

緊急時対応が必要となる状況

「ひきこもり」のある時点で、本人が暴力的、反社会的な行動や傾向を引き起こしてしまう場合があります。それは家庭内暴力であったり、近隣への迷惑行為であったり、自傷行為であったりします。伊藤・吉田らの調査¹では、来所相談中の事例において「家族に対する支配的な言動：15.7%」「器物破損：15.1%」「家族に対する暴力：17.6%」という値がでており、決して低い数字ではありません。特にひきこもっている本人が同居者（多くは家族）に対して暴力的になる場合には、家族も援助者も苦慮することが多く、緊急対応が必要となることがあります。しかし、放置すると傷害事件や家族の精神健康状態の悪化などに発展することもあるので注意を要します。

このような行為は、今まで動きの少なかった「ひきこもり」本人やその家族関係が、動き始めた徴候として捉えることも可能です。緊急事態は、「問題行動」として捉えるだけではなく、その動きが「ひきこもり」からのターニングポイントになる「チャンス」と捉える視点も重要です。

¹ 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香ら：社会的「ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査、地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 平成15年度報告書 2003

家庭内暴力の存在を打ち明けられたとき

家族から家庭内暴力が生じていることが分かった際に、援助者はその実態について確実に把握し、過小評価しないようこころがけることが大切です。本人の暴力の存在を語りたがらない家族は多く、また語ったとしてもそれがごく一部に過ぎないことがあります。その理由としては、本人に対する自責感や憐憫の情、体面を気にするなどといった点の他、本人の暴力や報復を心底恐れていることなども挙げられます。暴力が長期化している場合には家族が抑うつ状態やトラウマ反応などを呈していることもあり、その際に被害者となっている家族の訴えはまとまりを欠くことが多いのです。

援助者は本人のみならず、家族の精神状態・健康状態にも目を向け、家族から暴力の訴えがあった場合は、例えば表現が軽微であっても看過せず、本人と家族への介入の必要があるかどうかを検討すべきと考えられます。

家族支援の指標

援助者は被害を受けている家族に対し、暴力的な環境を回避する（暴力を一旦抑止する）という選択がありえることを早い時点で提示することが大切です。同時に、どのようなとき、どう対応するか、などを家族と協議しておくとういでしょう。家族に抑うつ状態などが存在する場合には、家族自身の心理的・精神的援助を必要とすることも多いものです。

具体的な対策としては、1) 被害を受けている家族の緊急避難、2) 警察のポリスパワーによる介入、3) 精神保健福祉法における措置入院、4) 近親者などのネットワークによる説得、などがあります。これらに関しては、サポートする専門的支援者（家族の状況をよく把握し、「ひきこもり」本人ないし被害を受けている家族と良好な関係が保っている者など）の存在が必須であり、積極的援助の一環として対応することになります。

また、この時期は、地域保健師の家庭訪問など第三者が接触する良い機会であるという見方もできます。地域での支援活動を積極的に活用し、第三者が本人と会い、状態を判断する場面をぜひ設定したいものです。家庭内暴力はしばしば家族という密室でおこるため、家族が安全に本人との関係を取り戻すためにも、外部から第三者的立場のキーパーソンが入ることはとても重要です。

被害者の安全を守ること

緊急時対応に至った場合には、家族の安全をまず第一に考えることが肝要です。家族への対応は、被害を受けていない家族の中に協力者があるかどうか、被害者に対応への余力があるかどうか、医師や地域のサポートがあるか、など総合的に検討します。被害者の身体的・精神的健康度とサポート体制の確立の度合いによりませんが、これを検討し

た結果、例えば被害者に重篤なうつ状態やPTSD症状が持続する場合には、中長期的に生活を分離するという選択もあ
りうることを念頭に置いておきましょう。

避難が想定される場合には、その準備としてできる限り具体的なアドバイスをを行うことが望ましいでしょう。例
えば、当面の生活費、健康保険証、貯金通帳・カード、数日分の着替えなどをすぐ持って出られるところに保管して
おくことが挙げられます。また、経済的に困窮しているケースなどでは福祉事務所などと連携を取っていく必要もあ
ります。このように、できるだけ予め避難の準備を家族と支援者で念入りに行い、機をみて避難することになります。

暴力からの避難先

緊急避難が必要となった場合、基本的に、本人に家族の居場所（避難先）は教えず、一定の期間は連絡を取らない
ほうがよいと考えられています。数日単位の短期避難のみで対策を講じずに戻った場合には、暴力がエスカレートす
る可能性もあるからです。

被害者の避難先としては、親戚や友人宅、ホテルなどが利用しやすいでしょう。自宅以外にアパートなどの生活場
所を確保して、随時避難できる態勢を整えておくといった方法もあります。

また、婦人相談所や一時保護所などの公的シェルター、民間シェルターなどの利用も考慮するとよいでしょう。公
的シェルターの相談窓口は福祉事務所（夜間・休祭日では警察）となっており、着のみ着のまま避難してきても保
護が可能です。これらの施設の多くは配偶者間暴力の被害者となる女性を対象としています。ケースの状況に柔軟
に対応する施設もまれではありません。

その他、本人ないし被害を受けている家族が医療機関と繋がっており、主治医がいる場合には、加害者（患者）の
治療に留まらず、被害者（家族）の入院を含めて対応していることもあります。

ただし、これらの資源や施設の状況には地域差や施設間差が存在し、長期的な滞在が難しい、公的サポート体制が
確立されにくいなどの難点がみられるところもありますので援助者は利用方法などについて、あらかじめ調査してお
く必要があるでしょう。

本人のフォローについて

被害者が避難した場合、とくに本人が未成年の場合には、分離に対する不安が起こることがあります。しかし、家
族の逃避によって本人は確かに一旦取り残された形になりますが、この機会は自らの加害行為について振り返る良い
チャンスでもある点を付記します。本人のもとに被害が重篤でない家族が残る場合には、残った家族と避難した家族
が電話などで連絡を取り合い、本人にその状況を伝え、関与の放棄ではなく生命や精神状態の危機に起因した緊急避
難が一義的な理由であると伝えることは本人の分離不安を軽減し、自らの行為を振り替える方向性をしばしば与えま
す。

緊急事例の相談を受けたときの援助の流れ

1) 第1線機関における緊急の相談を受けたとき

家族や周囲の人から、すぐにでも何とかして欲しいという期待が、家族の身近な機関である、学校、市町村役場、
医療機関などに寄せられます。

なお、継続的に個別面接や家族教室等で関わりを持っていればプランも立てやすいのですが、初回相談が緊急対応
を求める場合も少なくありません。その場合、まず情報の収集、緊急度と重症度のとりあえずの判定を行います。緊
急度の判定のためには、「ひきこもり」の程度や「ひきこもり」がいつから始まったかという情報だけではなく、緊急
を要する当該行動がいつから、どれくらいのスピードで始まったかが重要な情報になります。また家族や周囲の身
体的精神的被害の程度、家族や周囲のサポート能力、本人の援助を利用する能力なども必要な情報です。

緊急度や重症度が高くして単独の機関のみでは支援が困難な場合、または、緊急度や重症度の判断が困難な場合、そ
んな場合には、コンサルテーションやコーディネーションができる機関を利用することが、次のステップになります。
保健所、精神保健福祉センター、児童相談所などがそのような機関になります。また、これらの機関においては、危
機を感じた第1線の援助者がアクセスしやすい工夫と、「ひきこもり」事例についてアクセスできる合意をあらかじめ
形成しておくことは重要です。

2) 2次機関としての判断

保健所や精神保健福祉センターなどの2次機関で、市町村や学校などの第1線機関からの緊急事例の相談があった
場合、または、自機関で受理した場合も含めて、やはり緊急度と重症度を正確に判定し、単独機関だけの対応でよい
か、第1線機関と2次機関との連携協力だけでよいか、多数の関係機関を集めたネットワークミーティングを開催す

るかを判断します。ネットワークミーティングを開催するのは、大変な時間・コストを費やすことになり、開催をためらう傾向にあります。また、現場より遠くなるほど、緊急度や切迫感は感じ取れなくなるので、コーディネーター機関の担当者は、家族など第1線の支援者が感じている切迫感を、よく把握することが必要になります

3) ケア会議（ネットワークミーティング）を開催する

ネットワークミーティングは、多機関・多職種が集まりそれぞれの持っている支援の枠組みを組み合わせながら支援していくための仕掛けです。「ひきこもり」は比較的新しい概念のため、高齢者や従来の精神障害者のケア会議と異なり、参加する機関には「ひきこもり」に対する理解や認識・対応方法にずれが存在することがあります。「ひきこもり」事例に対するネットワークが何もないからこそ、ネットワークミーティングを開催しなければならないのです。

集まってほしい機関や職種すべての日程を調整していると、何週間も先になってしまいますので、必要度の高い人から優先的に時間を合わせていくことになります。どうしても関係者の集まるのが困難な場合に、コーディネーターが個別に電話連絡を行う、複数の関係機関に向いて経過を説明するなどの対応を迫られることが現場ではよくあります。一同に関係者が会さないこの方法は、誤解や合意のずれが生じる可能性があり、この点に留意する必要があります。

ケア会議の開催においては、事例の情報を共有することになります。複数の機関での情報を共有する際のプライバシーの留意点は、別の項目で触れられますが、今後のネットワーク支援を展開する上においても家族の同意は必要なことです。場合によると家族が同席することもいいかもしれません。

4) ケア会議（ネットワークミーティング）で何を行うか

ネットワークミーティングが行われるにあたり、今回の会議が必要になった理由、会議の目的、各参加者の立場と役割、当事者の同意の有無、参加者の守秘義務、終了時刻などを司会が確認します。その上で、情報の共有、評価、役割の明確化、援助プラン、危機状況での具体的な対応について、参加者からの追加補足意見を加味しながら進めていきます。「ひきこもり」事例は、情報が限定的であり一面的になりやすい傾向があります。多方面からの情報を集めることにより、正確に状況を把握できるだけでなく、事例の健康な面や「問題行動」の意味を発見することにつながります。

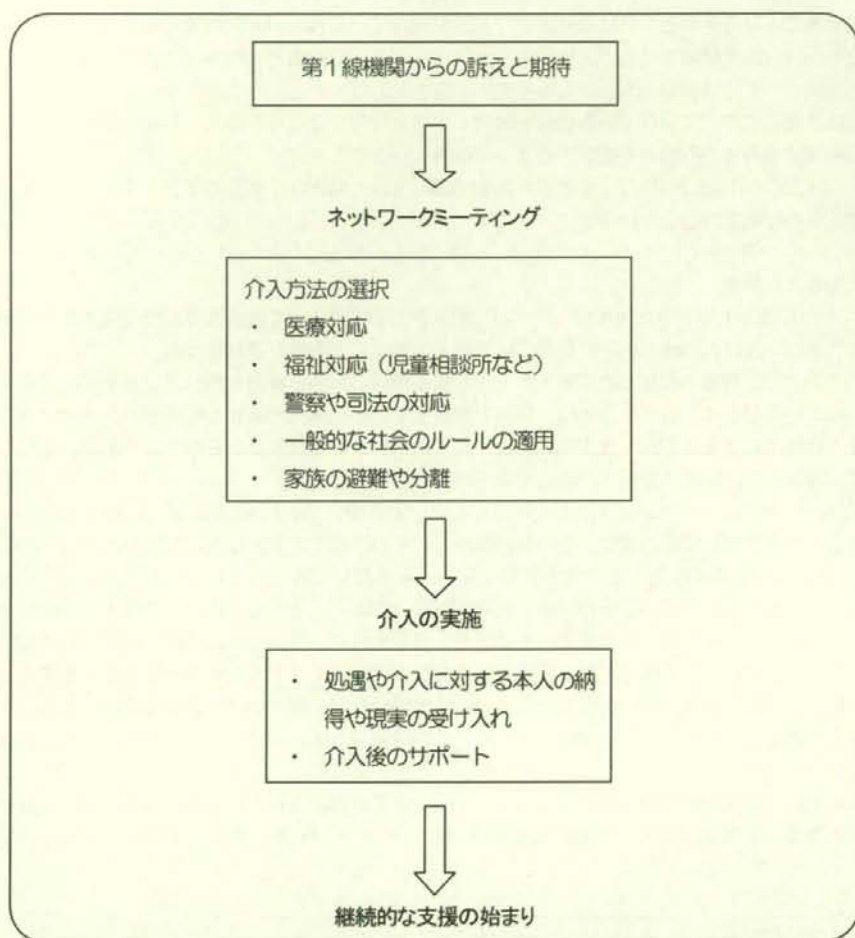
各機関の役割を明確にしていく中で、専門機関や行政機関にだけ役割が集中してしまうこともよくみられますが、決して「たらいまわし」や「極集中の押しつけ」になるのではなく、各関係機関がそれぞれに持ち味をもって同時に関われる重層的な支援の輪ができることを目指します。何よりも、援助プランでできあがった支援の輪が、家族や本人にとって、大勢の人から支援されているという実感や安心感につながるようなものでなくてはなりません。

5) 介入、保護、分離の選択

事例本人に誰がどのように介入するのか、どのような形で保護を行うのか、家族が家庭から離れることで分離をすすめるのか、これら具体的な対応について、その是非とメリット・デメリットについて十分論議をしておきます。「ひきこもり」は、保健医療機関が相談の窓口になっていることが多く、その事実だけで周囲は病気として捉え、医療の枠組みの中での支援や保護を念頭に置いている場合がよくみられます。しかし、「ひきこもり」事例の保護を、疾患の存在やその疑いを前提とした医療的な枠組みで行うことは無理な場合が少なからずあり、その後の継続的な支援にはつながってこない場合も多くあります。

「ひきこもり」事例の緊急介入では、医療の枠組みだけで捉えるのではなく、その問題として生じている事態に対して社会一般的な介入を第一選択としていくこともありえる選択肢です。暴力や近隣への反社会的な行動には警察による司法対応が自然であり、家庭内暴力や犯行をほめめかすような言動には、虞犯行為と捉えて児童福祉法や少年法を根拠とした介入も可能になります。また、近隣への迷惑行為についても、自治会や管理組合などからの通常の介入が自然です。社会の常識的なルールに沿った介入は、当初本人は反発しながらも、「こんなことをしたらこのような処遇を受けるのはしょうがない」という納得が生じます。この納得と現実の受け入れは、次の変化のステップになります。加えて、危機介入後の適切なサポートをタイミングよく提供できれば、その介入は次の継続的な支援につながり回復を促していくチャンスになります。どの選択肢を選ぶか、その法的根拠はあるのか、判断が高度な場合、それぞれの専門家からのスーパーバイズを受けることも必要でしょう。警察、弁護士、少年鑑別所など司法領域の専門家との連携も躊躇することなく求めていくことも重要です。

2次機関（保健所、精神保健福祉センター、児童相談所など）の役割



国立精神・神経センター精神保健研究所 伊藤順一郎

b) 不登校・ひきこもりへの援助におけるプライバシーの問題

プライバシーと情報の共有

プライバシー権は、自分についての情報をコントロールする権利と定義されます。「不登校・ひきこもり」のケースマネジメントのためには、さまざまな関係機関の人たちが情報を共有する必要がある反面で、その情報は人に知られたくない情報を多く含むと考えられるので、本人や家族のプライバシーの保護と情報の共有化の間に一定のルールを設定しておくことが必要になります。

プライバシー保護についての基本的な考え方は、情報の提供者自身の同意がなければその情報を他に漏らすことは原則として許されないということです。同意がなくても情報の利用が許される場合としては、個別的に法律が例外

を認めている場合であるか緊急法理の適用が認められる場合ということになります。

■家族が有する情報

家族支援を進めて行く時に、当然、家族から本人の状態についての情報が提供されることとなります。しかし、家族が独自に持っている情報については、その情報を持っている家族自身の承諾があれば、情報を得た関係者が他の関係者に情報を提供することは許されることとなります。家族が持っている情報が本人に関するものであるとしても、本人からとくに打ち明けられた情報ではなく、家族がともに生活していて観察した情報は家族自身の情報といえますから、その情報利用については情報の所有者である家族の同意があればよいということになります。

家族が通常の生活状態の中で外に現れている状態を観察して得た情報ではなく、本人から家族だけに打ち明けられた情報は、本人の同意を得てから情報を提供するように指導すべきでしょう。

本人が隠している日記帳や引出しの中などを家族が無断で調べて得た情報は、本人のプライバシーを侵して得た情報ですから、そうした行動を慎むように指導すべきです。

■関係者が職務上知りえた情報

家族あるいは本人から職務上知り得た情報については、関係者の立場によって医師法や公務員法による守秘義務があり、家族・本人の承諾がなければ他の機関の関係者に情報を提供することは許されません。

情報の共有化のためには、情報を提供した家族・本人から情報使用の目的と範囲を明確にした承諾の書類をもらっておくことが望ましいでしょう。重要なことは、情報の共有化を含めた本人や家族と関係者のケースマネジメントにおける信頼関係の構築にありますから、まず書類を書いてくださいという対応は必要ありませんが、重要な事柄なので関係者の意識を確認するためにも書面での確認作業を行うべきでしょう。

ネットワーク会議、ケースカンファレンスなどで情報を共有化する場合、本人から得た情報にせよ、家族から得た情報（本人に関するものを含む）情報にせよ、その情報源から、その情報を本人と家族の支援のために（情報使用の目的）、ネットワーク会議で共有化すること（情報使用の範囲）を承諾してもらっておくべきでしょう。家族が日常生活の中で本人の生活を観察して得ている情報は家族自身の情報ですから、その使用については家族の承諾で足りません。テーブルの上に封から出されて置かれたままの手紙など、日常生活上、普通に目に触れる範囲内の情報は既に開示されている情報といえますから、それを家族が見聞して得た情報は、とくに本人の承諾などを要するプライバシーには当たりません。しかし、本人が机の中にしてしまった手紙や日記、鍵をかけてある部屋の中のものなどは本人が開示しない意思であることを示している情報ですから、その情報を本人の承諾なしに持ち出すことは許されません。

また、近い将来必要になる支援の準備的な段階として、本人や家族が特定されないように匿名化して、ネットワーク会議の情報共有の準備をしておくことも機動的な活動とプライバシー保護のバランスの観点から有効な工夫といえるでしょう。

緊急時法理とプライバシー

緊急時の法理によって介入が認められるような場合には、プライバシー権を制約することも違法とはなりません。この場合にも、情報の内容や種類によって本人のプライバシーへのかかわり方に程度の差がありますし、起こりつつある事態の緊急性・重大性の程度にも違いがあります。その情報を開示することで損なわれる本人のプライバシーとその情報を開示することで回避しようとする結果の重大性と緊急性の程度のバランスを常に考えて適切な対処をする必要があります。

自傷行為や他害行為の可能性が明らかに差し迫っているような状況であれば、通常の場合では許されないような本人のプライバシーに関わる情報を開示することも許されるでしょう。ただ、こうした場合にも、できる限り本人とのコミュニケーションを大切に、本人から承諾が得られる可能性がないのかを検討することも必要です。

また、精神保健福祉法（23条）や児童福祉法（25条）、少年法（6条）は、それぞれ保護を図ろうとする対象者（精神障害者、要保護児童、審判に付すべき少年）について通報・通告の制度を設けています。それに必要な範囲で情報を提供することは、個別法により許容されていることになるので、その範囲内での情報の共有化は許されることとなります。

6. 不登校・ひきこもりへの専門機関による支援の現状と課題

a) 精神科医療機関における現状と課題

精神科医療機関での外来治療・入院治療の実際については、すでに別の著者が包括的に述べているので、ここでは青年期にひきこもりを呈する患者の入院治療における現状と課題について特化して述べる。

1 入院治療の開始

1) 入院治療の適応

不登校という現象が、その環境下での子どもの適応的行動として尊重すべき場合から、精神科疾患の現れであって治療すべき状態と考えられる場合までを含む、非常に幅の広い現象であるように、ひきこもりも多様である。苦痛の多い環境下でなされる自己防御としてのひきこもりもあるわけで、ひきこもっているという理由だけで入院が決められてはならないことは言うまでもない。だが逆に、「ひきこもりだから入院治療を行ってはならない」と決めつけてしまうのも暴論である。要は、どのような目的でどのような入院治療を行うか、結果として何が予測されるかなどを、本人や家族にきちんと明示して、それが共有されればよい。

しかし青年は、権威に対して、それが権威であるという理由だけで、否定的に受けとめる心性を持っている。それゆえ医師という権威が待ち受けている病院という場所は、青年にとって敵意を感じるべき場所、忌避すべき場所となりやすい。まして彼らは『大人がよいという行動』ではなく、『お勧めできない行動』をとっており、幾ばくかの罪悪感を抱えているから、大人が合理的と考えるような説明にそう簡単に耳を傾けるわけがない。

そのようなわけで、医師が「入院してみればよいのに」と思って勧めても、ひきこもり青年の入院治療はそう簡単には実現しない。それが実現するのは、①ひきこもり行動以外に本人が苦痛感を感じる何か（症状や環境）があって、それを軽減したいという動機づけがある場合か、②家族や社会への迷惑行動が顕著で、強制的な入院治療をしないかぎり事態が改善されないことが明らかな場合に限られることになる。

2) 本人に動機づけのある場合

中学1年生くらいまでは、心気的なものも含め、身体症状の存在が十分な入院理由になる。肩こりによる頭痛や過敏性大腸症候群などによる下痢の繰り返しなども、タイミングを間違えなければ入院治療のきっかけになることが多い。ところが、中学校の後半の年代からは、いったんひきこもってしまうと、身体症状があつたくらいでは入院に応じてくれない。頭痛や下痢くらいの少々の身体症状では病院にさえなかなか行かないことが多く、逆に自分から身体精査を望んでくるような場合には、実際にかかり重篤な身体疾患が発生しているか、統合失調症類縁の疾患が発生しかけていて、それによる身体違和感（頭の違和感・身体の異常感覚など）が発生している可能性を考えた方がよい。

視線恐怖、醜貌恐怖や自己臭妄想など一連の対人恐怖症状も、ひきこもる青年にしばしば認められる症状であり、苦痛感も強いが、彼らは自分がそのようなことで悩み苦しんでいることを人に知られたくないという心性を持っているため、外来に来ることで精一杯であり、入院には結びつきにくい。

もし、これまでに述べてきたような心身症状や神経症症状を理由に入院が実現するとすれば、森田療法や絶食療法など、神経症等の治療に特化した治療方法をその病院が標榜し、実践している場合か、それまでのやりとりで外来医との間にかかり信頼関係が育っていて、医療に対して一定の信頼を寄せている場合に限られるだろう。

それに対して、入院治療が実現しやすいのは、摂食障害の患者、とりわけ過食症や、排出型の神経性食欲不振症などの、衝動コントロールの問題を抱えている患者群である（ただしこれらの患者群のなかには境界例が混じっているため、主治医は入院に積極的にはなりにくい）。過食衝動に困っていてそれを抑制するために入院するなどの場合である。

3) 本人に動機づけが少ない場合

まず、自傷行為や自己破壊的な行動がくりかえされていたり、希死念慮が表明されていて、家族や教師など周囲の人々が、本人を放置しておけない場合である。本人の様子が顕著に抑うつ的で不眠なども伴い、自殺が懸念されるような場合には、大うつ病などの可能性を念頭に、入院治療が提案されることになる。深刻な場合には閉鎖病棟への入院が必要であろう。一方、自傷行為や希死念慮が表明される一方で、本人があっけらかんとしていて悪びれた様子がない場合や、大げさで演技的な様子が見られるような場合、あるいは操作的な側面が見られ家族や友人を巻き込んで

いるような場合には、性格上の問題が併存していると考え、見立てに時間をかけて、安易に入院治療を導入しないほうがよいことが多い。

次に、かなり深刻な家庭内暴力や、他の同居家族への暴君的な支配が続いていて、それがエスカレートしているような場合にも入院治療が提案されることになる。この場合の暴力や支配の対象は母親であることが多い。また強迫神経症症状に家族を巻き込んでいて（巻き込み強迫）、母親など家族が自分の要求どおりに掃除や洗濯、洗濯などを行ってくれない場合に、暴力をふるうケースも多い。このような場合には、自分から病院に来ることはほとんどないので、困り抜いた家族が警察を呼んだり、親族を集めたりして、強制的に病院に連れてこられることになる。

また、摂食障害で、拒食が続いて痩せが進んでおり、家族が心配したり怒ったりしているため、治療意欲には乏しいもののしぶしぶ自分から入院に合意するような事例もある。

4) 過剰な期待の戒め

患者の親の中には、医療機関に対して過剰な期待を抱き、入院治療をすればひきこもりが解決すると考えている親もいる。また、過度な期待はないものの、治療そのものを医療機関に丸投げしてしまい、自分たちは何の努力もしようとしない親もいる。

治療には一定の限界があり、思い通りにはならないこと、そして患者はやがては退院して地域生活（多くは家庭での生活）を送ることになるのだから、親の側も患者への対応方法を学んでおかなければならないことを伝えておく必要がある。

こうした医療スタッフと家族のすれ違い減少を防止するためにも、入院前～入院中に親ガイダンスを行って、本人の問題性を整理して伝えることはもちろん、ときには親自身の問題性を見詰めてもらい、これまでの不安定な対応はやめて、ぶれの少ない毅然とした対応が出来るように親を変化させていくことも必要である。

2 入院治療の展開

1) 小さな目標設定

非自発的な入院はもちろん、自発的に入院を望んだ症例でも、実際に入院してみると自分が思い描いていた環境とは違うので、入院直後から退院を申し出てくる青年は少なくない。任意入院なら、本人が望めば原則として退院させなければならないが、自傷行為や家庭内暴力などでの非自発的な閉鎖病棟への入院の場合、主治医は退院させるべきか、粘って入院を続けさせるべきか迷うことになる。

1回の入院でどのあたりまでの改善が可能かは、やってみないとわからないことが多いが、青年期患者の場合、1回の入院で改善させようというような「欲」を主治医が持たないことが重要である。というより、青年の方が一気に大きな変化を起こそうとして焦ってしまうので、主治医やスタッフはその焦りに巻き込まれずに、小さな変化を肯定的にとらえ、投げ出さずに繰り返し支援していくことが必要である。

例えば初回の入院では、病棟環境に不満を感じてすぐに退院してしまった患者が、家庭で似たような問題行動の繰り返しのもと、2回目、3回目に入院したときには、少し治療への決意を固めていて、より真剣に入院治療に取り組む、などの経過とか、初回入院では個室に閉じこもって他の患者や看護師と全く交わろうとしなかった患者が、2回目、3回目にはデイルームで過ごすようになり、少しずつ病棟内での人間関係が形成されるなどの経過が考えられる。

2) 非自発的入院の場合

家庭内暴力や反社会的行為のために、警察等の介入の末に医療保護入院となった事例の場合は、いったん保護室に收容されることが多いと思われるが、当初の青年の姿は多様である。ふてくされて何もしゃべらなくなったり、すごむような態度を取って医療スタッフに退院を迫るような場合もある。しかしたいしては、入院して数日も経つと、おだやかな状態になって、「反省したから退院させて欲しい」と言い出す。このところで、問題をどこまで直面化させるかは、患者の状態や病理の深さ、医療スタッフ側が準備できるマンパワーなどによって、ケースバイケースである。家族、特に母親との関係が病的であることを直面化しても、認めなかったり、合理化するなどして、考えを深めることから逃げ、逆に親や医療スタッフに対して恨みを深める事例も少なくない。

特に広汎性発達障害圏のひきこもり青年の場合には、親に命令していることなど自分が暴君になっていることや、自分が特別なことがらにこだわっていることに、なんら違和感を感じておらず、当然のことと思っているので、自覚を迫ることがとても難しい。このような場合には、患者自身の世界観や生活観が、一般の人々とかなりかけ離れているので、共感的な面接を続けて、当初の混乱や恨み感情がおさまった後に、心理検査などを実施して見立てをしっかりと行った上で、治療プランを提示し、初歩的なことから一つずつ生活に必要な物事の決まりや、社会の慣例などをおしえていかなければならない。

外来においても、こうした広汎性発達障害圏の患者の場合は、共感的に見守るだけでは変化が起きにくいので、より具体的な行動を提案し実現させていく必要がある。このときにその課題の実行を手助けしたり、いっしょに実践したりしてくれるマンパワーが地域にあれば、実現の可能性が飛躍的に高くなる。発達障害者支援センターや地域の生活支援センターあるいは保健所などと連携して、こうしたマンパワーを育て地域に根付かせていけると良いと思う。

3) 学習支援や将来の生活設計に関わる支援

今述べたような広汎性発達障害圏の事例や、家族の力が乏しい事例の場合は、ただ単に休養させたり、薬物療法を行うだけの入院では、またもとのひきこもり生活が再開されてしまう可能性が高い。入院中に次の生活のスタイルを模索し、それらにつながるような社会資源とつながっておくようにケースワークを行うことや、入院中に学習支援を行うことで、高校や専門学校などへの進学への足がかりとするなどの試みも考えられる。

ひきこもり青年は、周囲が働きかけてもなかなか動き出さないものであるが、入院治療に応じるようなケースでは何かを提案すると十分に現実味せずそれに飛びついてしまうこともある。また、その場の気分や思いつきから行動してしまうものも少なくない。青年から何かの提案があった場合でも、「実現可能性や実現に必要なプロセスを十分に吟味することが大事です」といった押しとどめ、関係者を集めて話し合いを行ってから、そこに向かってあゆみを進めていくことが必要である。

3 入院治療の課題

ひきこもる青年の入院治療では、薬物療法のターゲットになる精神症状が乏しいことが多く、またそうした症状があっても薬物が奏功しにくいので、入院治療が手詰まりになりやすい。

手詰まりになることを予防するために次のような視点をもって治療に当たることが重要である。

①入院治療の目的をふりかえって確認する作業を定期的に行う。状況によって入院の目的を変更した場合には、そのことを親やスタッフにも確認する。

②治療の動機づけが乏しい事例では、動機づけを高めるはたらきかけ・工夫をする。コメディカルスタッフとチームを組んで青年とのかかわりを複雑化すると、動機づけが高まりやすい。例えば、心理士に動機づけを高めるためのセッションを持ってもらうとか、理学療法士から身体運動の課題を与えてもらうなどである。

③家族が壊れて支援する人がいない事例や、家族の力が乏しい事例では、いったん入院させてしまうと、目標が見えにくくなったり、ときには退院先がなくなってしまうことすらある。当初から地域資源との連携を考え、そのためにソーシャルワーカーを通じて日頃から地域資源と顔見知りの関係になっておく必要がある。

④ひきこもり青年の中には過保護な保護者に庇護されて育つために生活スキルが身につけていないものや、長期にわたる不登校のために社会スキルが育っていないものが散見される。各事例の達成すべき課題に合わせて設計された訓練のプログラムが必要である。このプログラムへの参加が外来でのデイケアにつながっていくことが望ましい。そのためには入院中にかかわるスタッフと外来やデイケアで関わるスタッフの連続性や連携が欠かせない。

⑤最終的には就業が課題になるわけだが、そこまでを一気に入院治療で行えるわけではないし、どうしても就業できない事例があっても良いと思う。高すぎる目標を持ったり、直線的なルートを設定するのは危険である。「行きつ戻りつでよい」くらいのゆったりとした気持ちで計画を立てることが必要であろう。そういう意味で、ひきこもり青年が入院後も、再びひきこもることも選択肢として認めるくらいの寛容さがスタッフには求められよう。

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター 塚本千秋
大重耕三
中島豊爾

b) 精神保健福祉センターにおける現状と課題

精神保健福祉センターは、精神保健及び精神障害者に関する法律（精神保健福祉法）に基づく施設です。全国の都道府県や政令都市などに設置されています。

精神保健福祉センターの目標として、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進・自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで広範囲にわたっています。

主な精神保健福祉センターの業務として、企画立案、技術指導及び技術援助、教育研修、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談、組織の育成、精神医療審査会の審査に関する事務並びに自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定などがあげられています。それぞれの精神保健福祉センターは、その地域の状況に応じて業務の重点が幾分異なっていたりします。

精神保健福祉センターの活動については、全国精神保健福祉センター長会のホームページがありますので、こちらの方も参考にして下さい。

<http://www.acplan.jp/mhwc/>

ひきこもりの本人やご家族、関係する方が精神保健福祉センターを利用するに当たっては、下記の用な支援があります。

<精神保健福祉相談>

精神保健福祉に関する相談は保健所や市町村などに置いても実施されていますが、精神保健福祉センターにおいても、精神保健福祉相談を行っています。ひきこもりに関する相談については、

- 1) ひきこもりを対象とした相談日を設けているところ、
- 2) 思春期・青年期を対象とした相談日を設けているところ、
- 3) 一般の精神保健福祉相談の中で、ひきこもりの相談を行っているところ、

など、形態は異なりますが、いずれの精神保健福祉センターにおいても、ひきこもりに関する相談が行われています。

精神保健福祉センターによっては、診療行為を行っているところと、そうでないところがありますが、いずれの精神保健福祉センターも、精神保健福祉相談を行っていますので、本人からの相談だけでなく、本人が受診・来所出来ない場合でも、家族や関係者からの相談も行っています。

<グループ活動>

精神保健福祉センターによっては、精神障害者を対象としたデイ・ケアを実施しています。必ずしもこのような集団活動にひきこもり者が入ることは難しい事も少なくありませんが、人によっては、少しずつこのようなデイ・ケアに参加し、集団に慣れ始めている人もいます。

一方で、多くの精神保健福祉センターでは、ここ数年、これまで実施していた精神障害者を対象としたデイ・ケアは、精神科医療機関に委ねて中止しているところも出てきています。その代わりに、特定の思春期やひきこもり、発達障害者などを対象とした少人数のグループ活動を新たに始めている事もあります。もともと、まだまだすべての精神保健福祉センターにおいてこれらのグループ活動が実施されていると言うわけではありませんので、最寄りの精神保健福祉センターに問い合わせてみて下さい。また、これらのグループ活動に参加するに当たっても、事前に、精神保健福祉相談をうけておかれて参加の有無も含めて相談をして置いた方が良いでしょう。

<教育研修>

精神保健福祉センターでは、様々な精神保健福祉に関する研修を行っています。

ひきこもり者へ関わっている人への専門的な技術支援を行っています。

鳥取県立精神保健福祉センター 原田豊

c) 保健所・保健センターにおける現状と課題

保健所・保健センターに支援を要請されるケースは、親に統合失調症やアルコール依存症等の問題がある環境下に育つ子どもが多いように思われる。親にそのような問題がない場合には、学校から教育相談センターに紹介されるか、親自身の独自の情報収集と判断で子どもを病医院の精神科に連れてくるか、親自身が相談に訪れることが多いので、必然的に親が積極的に子どものひきこもりに対処できないケースが保健師の受け持ちになるのであろう。

I. 思春期青年期のひきこもりの特性

子どもに不登校・ひきこもり問題が発生しても、親が積極的に専門機関に向いて相談することのできない場合、親のメンタルヘルス問題のためにかわりをもつ保健師が家庭訪問の中で事例発見することが少なくない。しかも事例発見できれば、ひきこもる子どもは迅速に保健所や保健センターの思春期相談あるいは専門医療機関を受診するようになるかという点、そうではない。そのため保健師としては家庭訪問を通して子どもとの関係を作る、あるいは親と子どものユニットと関係を作る必要に迫られる。そして子どもが思春期相談担当医の面接を受けることができるように支援することが、取りあえずの目標となる。

近藤によれば、病医院受診群とは異なり、神経症圏のひきこもりよりも、統合失調症、広汎性発達障害ならびに精神遅滞に伴うひきこもりが多くなる。また非行の重複するケースや注意欠陥多動性障害も一部存在するであろう。

II. 対応：アセスメントからソーシャルワークへ

保健所・保健センターでかわるひきこもりは地域の中でも比較的重症のひきこもりであり、親も子ども本人も自律的にニーズを満たして発達に向かって行く力はあまり強くない。それだけに家族や子どものニーズに見合う社会資源を活用する必要性は非常に高い。

関係作りとは、ひきこもりのアセスメントを含む。子どもとかわりをもとうとするだけでなく、広く家族全体の状況を把握しなければならない。キーパーソンから平均的な一日の家族全員の生活の様子、子どもの一日の生活の様子、その中でキーパーソンの手にかかるといえる問題は何かを聴き取る。問題をどのように理解して、どのように解決しようとしたか、その結果はどうであったか、両親間でどのような話し合いをしてきたか、親子間でどのような話し合いをしてきたか、DV、自傷行為、自殺企図など家族の安全を脅かすような問題はないか、などについても聴き取る。また親のメンタルヘルス問題の現在と歴史についても十分に聴き取る必要がある。

以上のような詳細にわたる聴き取りを実施することによって、家族とひきこもる子どものニーズを十分に把握する事ができる。そうすれば次にそれぞれのニーズを満たす為は何をなすべきかが自ずと理解されるであろう。

子どもの暴力あるいは夫のDVが家族に危険を与えているのであれば、警察署生活安全課との連携が必要である。また、夫のDVが余りにも激しく家族は安心して就寝することもできないのなら、家族は家を出て避難すべきであり、その場合には女性センターとの連携が必要になる。虐待・ネグレクトがひどければ、児童相談所との連携をしなければならない。また子どもに投薬治療が必要ならば、病医院との連携も必要になる。昼間の時間帯に母子密着がコントロールできないならば、保健室登校やその他の学級に通級して時間を過ごすほうが子どもは安定するかもしれない。このようなニーズがあれば学校の担任教諭と連携すべきである。中学卒業後にひきこもっている子どもの場合には、非精神病性障害を病む青年のデイケアが必要ではあるが、今日、そのようなデイケアは存在しない。一つには思春期青年期デイケアでは行動化の問題が発生しやすく、そのグループワークには非常に高いレベルの専門性が求められるので、保健所・保健センターで実施するのは殆ど不可能であると云えよう。代わりに児童相談所と連携してメンタルフレンドを活用して子どもに家から出て時間を過ごす経験をもたすことが望まれる。

以上のように保健士にはアセスメント後にソーシャル・ワークの観点からの仕事が求められている。いずれにしても、臨床心理士やソーシャル・ワーカーとしての機能が求められるので、保健センターの地域の最前線としての幅広い役割を十分に果たして行くには、保健師の職能ではカバーし切れない家族や思春期青年期の若者の幅広く多様なニーズがある。それを保健師一人で対応することには明らかな限界がある。精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカーからなるチームを新たに編成する必要があるであろう。

III. ひきこもりの今後の課題 — 地域のひきこもりの一次予防と二次予防

地域のメンタルヘルスの一次予防や二次予防を考える時、保健所・保健センターに期待される役割は非常に大きく、また、重要でもある。一時的なひきこもり以外のすべての統合失調症、広汎性発達障害、精神遅滞および重症神経症、あるいは注意欠陥多動性障害・行為障害に併存する若者の社会的ひきこもりは、地域社会の成熟度を示す指標であり、地域社会が適切な支援を通して解決していかねばならない問題である。

近年の研究によって次第に明らかになりつつある非行発生メカニズムは、単純に単一遺伝子によってできあがるものではなく、いくつかの遺伝子の組合せによって非行を発生する脆弱性が遺伝するだけであるという。つまり非行にしる成人の犯罪にしる、犯罪性という資質は脆弱性のある個体に一定の外部ストレスが加えられる事によって形成されるのであり、そのような環境因子を取り除いて子どもが繰り返しネガティブな打撃を受けないように子どもを保護することが大切であることが理解されつつある。このような科学的知見の積み重ねを踏まえて、わが国では地域の子どものメンタルヘルスを護り育てるための一次予防や二次予防の施策を作っていくことが大いに期待されるのであろう。

法政大学大学院人間社会研究科臨床心理相談室に地元小学校から学級適応できないために紹介されてくる低学年児童の中には母親は家出して母方祖父母と一緒に暮らす子どもや原家族と暮らしていても、両親に十分な親機能を備わっていない子どもがいる。彼らに必要なのはインテンシブなインテンシブな治療的学童保育であり、児童養護施設であり、児童自立支援センターである。また、卒業生の中には子ども家庭支援センターの心理職として勤務する臨床心理士がいるが、彼らは精神遅滞の母親が赤ちゃんの頭を柱や壁にぶつけても全く気にしない様子、あるいは自分の食事はせつせと食べるが、授乳には頭が回らない様子に触れて驚嘆する。そして乳児院入所の必要性を強く感じさせられるケースが何例かあるが、養護施設不足で積極的な介入ができないままに何をすべきかに悩む。このような現状を踏まえてこれからの課題について考察することにする。

I. 妊婦検診から分娩後のフォローアップのシステム

身体的な意味での妊娠・分娩・育児指導に加えて、親機能を十分に発揮することのむずかしい人々をスクリーニングして、地域が妊娠育児の手助けを提供する行政的な枠組を作るべきである。そして10台の妊娠、精神遅滞者や統合失調者の妊娠、婚外妊娠、不安定な夫婦関係からの妊娠などのハイリスク群は分娩前後にわたりフォローアップするシステムが強く望まれる。

生後1年で形作られる乳児の母親への愛着（アタッチメント）は、幼児や児童生徒がその後の人間関係に積極的に用いる自己内部の人間力となる。その形式が安定した人間関係を作り維持発展させるものである子どもは比較的順調に育って行くが、不安定型の中でも殊にディスオーガナイズド・タイプの場合には児童生徒は担任と安定した意味のある人間関係を作ることが非常に困難で学校不適応行動を示しやすいたことが知られるようになってきた。

換言すれば、早期乳幼児期に形成される愛着のタイプが不健康なものであると、その後の養育によって修正することが非常に困難になるということである。それだけに十分なおや機能を発揮することのできない家庭で育つ乳児は子ども家庭支援センターや乳児院や児童養護施設に入所して健康なスタッフが主な育児を受け持つべきである。そして親は毎日のように入所する我が子に会いに来て、子どもとの良い関係を護られながら作っていくべきである。それによって乳幼児の愛着が安定型になれば、将来、就業人口の中に入って、社会を担っていく成人になれる可能性は高い。このような新たなシステムがないままであれば、これらの多くの子どもたちの愛着型は不安定型となって、将来安定した就業につくことも安定した家庭を作ること困難になってしまうであろう。今日の10代の妊娠に至る未婚の父も母も共に、そのような不安定な乳幼児期を過ごした結果、自分達と似た境遇の赤ちゃんを再生産するようになっていくと考えるのが妥当であり、この流れを絶って行く行政施策が強く求められている。

法政大学大学院人間社会研究科 皆川邦直

文献

1. 穴井己理子：子どもを虐待して治療を受ける母親の研究 - 親密な人間関係への怖れについて -，法政大学人間社会研究科博士論文，2005
2. 池上和子：乳幼児期の剥夺的養育環境と思春期の対象関係の発達，法政大学人間社会研究科博士論文，2008

d) 児童相談所（一時保護所の有用性）における現状と課題

(1) 児童相談所の基本的機能と不登校・ひきこもりへの介入

児童相談所の基本的機能は、①市町村援助機能、②相談機能、③一時保護機能、④措置機能である。児童相談所が不登校・ひきこもりケースに介入する場合としては、不登校や社会性・対人関係上の問題、行動上の問題などで、家族や子ども自身から相談を受けた場合、または不登校・ひきこもりの背景として児童虐待の関連が疑われる場合などが想定される。

不登校・ひきこもりに対する相談支援は、おもに児童福祉司や児童心理師が担当し、子どもや保護者との個別面接や心理療法的アプローチを実施している。心理療法については、面接室やプレイルーム、箱庭など、さまざまなケースに対応できるだけの設備が整っている。集団心理療法やキャンプなどの野外活動も実施されており、長期不登校の子どもが、こうした活動への参加を契機にひきこもりから脱するようなターニングポイントになることもある。また、児童福祉司や児童心理師による巡回相談が定期的にも実施されており、移動手段がない、経済的な基盤が弱い、遠距離

の交通機関が利用できないなど、通所型の相談を活用することが難しい家族や子どもが、その機会を利用して相談に繋がることもある。家族が予約の時間を守れない、遠方まで相談に出かけるだけの動機付けが弱いといった場合や、実際に家庭や生活の状況を評価したい場合などには、専門職による自宅への訪問も日常的に実施されているし、自宅で子どもと一緒に過ごす、外出に同行するなどの目的で、定期的・継続的な有償ボランティアもよく利用されている(メンタルフレンド派遣事業)。

この他、不登校・ひきこもりケースに介入するうえで、児童相談所の一時保護機能が有効な場合がある。他児に暴力を振るうような非行児童や精神医学的な問題が生じている被害児童などへの対応に追われることも少なくないが、基本的には、生活場面における子どもの行動観察を通して発達の側面や情緒・行動、社会性・対人関係の特徴などが詳細に把握できるし、子どもへの関わりも手厚い。一時保護中に知能・心理検査や医学判定なども併せて実施することで、ケースのアセスメントが短期間で進められるという利点もある。また、個室の設備がある一時保護所では、深刻な社会恐怖などのため、すぐには集団に入れそうもない子どもを一時保護することで、有効に介入できる場合もある。こうしたケースでは、当初はおもに個室を使用し、徐々に食事やレクリエーション、学習場面などに参加し、集団活動に慣れさせてゆくような方法で、かなり深刻な不登校・ひきこもりケースに短期間で大きな改善がみられることがある。

また、保護者が学校に行かせない、外出させないなどのネグレクトや心理的虐待の結果として不登校・ひきこもりが生じていることが疑われるケースでは、関係機関との協力のもとに、自宅への訪問などの手段によって子どもの安全を確認し、家族への指導や相談・支援を実施することになる。また、身体的虐待や性的虐待による精神的・心理的反応の一つとして不登校が生じている場合もあり、これらに対しては通所や訪問による子どもと保護者への相談支援、一時保護、医療機関や児童養護施設などへの一時保護委託、施設・里親措置などの機能を活用して、有効な介入を検討することになる。

(2) 市町村の児童家庭相談機能と要保護児童対策地域協議会

これまで児童福祉法では、児童相談所があらゆる児童家庭相談に対応することとされてきた。しかし、児童虐待ケースが急増し、緊急かつ高度な専門的対応が求められる一方で、育児困難など、身近な子育て相談のニーズも増大していることなどから、平成16年の児童福祉法改正により、児童家庭相談に応じることが市町村の責務となった。またこの改正法では、地方公共団体が、要保護児童の適切な保護を図る目的のもとに、さまざまな関係機関によって構成され、子どもや保護者に関する情報の交換や支援内容の協議を行う協議会(要保護児童対策地域協議会)を設置できることとなり、現在、都道府県・政令市、市町村単位での設置が進められている。この協議会の設置により、地域の要保護児童を早期に発見し、迅速に支援を開始することができる、関係機関同士の連携や情報の共有化、ネットワーク支援が展開しやすくなる、などの利点がある。こうした新しいシステムを活用し、早期に介入を要するような不登校・ひきこもりケースが地域で把握され、有効な介入・支援に繋がるようになることが期待される。

(3) 現状と課題

全国的な児童虐待ケースの増加により、多くの児童相談所が日々その対応に追われていることは、よく知られていることであろう。また、精神医学的な問題や発達障害、深刻な情緒・行動上の問題をもつ被害児童の増加、関わり方の難しい保護者への対応などの問題もあり、処遇困難ケースの増加が全国的な課題となっている。うつ病やPTSDなど、職員のメンタルヘルス問題も指摘されており、全体的にみれば、従来は中心的な支援対象であった非行や不登校などのケースに必ずしも十分に手がかけられないような現状にあると言わざるを得ない。

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

<参考・引用文献>

日本児童福祉協会編：子ども・家族のための相談援助をするために、市町村児童家庭相談指針、児童相談所運営指針、2005

e) 教育機関(高校生まで)における現状と課題

1. 不登校・ひきこもりに対する教育機関専門的介入の現状と課題

ここでは従来の学校教育の中で教員が行ってきた学校分掌上の取り組み以外の専門的な介入について述べる。それ

には、次の4つがある。

- ① 教育相談機関での取り組み
- ② スクールカウンセラーの取り組み
- ③ 適応指導教室における取り組み
- ④ 不登校を視野に入れた新しい学校の創設などの取り組み

(1)教育相談機関の現状と課題

①教育相談所(室)の活動概要

各都道府県および政令指定都市の教育委員会の管轄下に教育相談所(名称は「教育相談室」などそれぞれの地域によって異なる)が全国で115ヶ所あり(さらにその分室・分所がある)、地域に置かれた無料の教育相談機関として機能している。文部科学省が行った「平成19年度児童生徒の問題行動など生徒指導上の諸問題に関する調査」によれば、①相談形態は来所・電話・訪問のすべてを行っている場合が多い(表1)、②相談件数では電話による相談が多い(表2)、③相談内容は不登校に関するものが多い(表3)。また、教育相談所(室)の教育相談員は非常勤であることが多く(表4)、常勤の場合もほとんどは教育相談所(室)に配置された現職教員である。

表1 都道府県・政令指定都市における相談形態別教育相談機関数

来所のみ	電話のみ	訪問のみ	来所 電話	来所 訪問	電話 訪問	来所 電話 訪問	計
1	16	5	56	0	2	94	174

表2 都道府県・政令指定都市における相談形態別教育相談件数

来所相談	電話相談	訪問相談	巡回相談	計
36,839	166,581	10,172	3,901	217,493

②教育相談員の専門性について

教育相談所(室)の教育相談員は、生徒・児童およびその保護者の面接を行うカウンセリングの専門家としての役割を持っている。教育相談員は臨床心理学の専門家(心理職)である場合と教育の専門家(教育職)である場合とがある。教育職の場合は、学校内で教育相談や生徒指導に携わってきた教員や、退職後に嘱託として再雇用された教員が多い。教育職だけが配置されている場合や、逆に心理職が中心となっている場合など、両者の配置状況は地域によってさまざまである。東京都23区や大都市の教育相談所(室)では、心理職が中心となっている傾向があり、そこでは教育相談員に臨床心理学の専門性を求めていると言える。

教育相談員の専門性として、臨床心理学の専門性と教員経験のいずれを重視すべきかは、微妙で複雑な問題である。それは、カウンセリングの専門性は、本来教員の専門性と異なるものであるが、日本の学校教育においては、教員がカウンセリング・マインドを持って児童・生徒の援助・指導に当たることが教員の役割のひとつとなっているからである。今後も、教員自身がカウンセリングの専門性を高め、教育相談機関および学校の中で不登校への対応を行う重要なリソースとして機能することが期待されていると言えよう。また、一方では、教育相談所(室)の専門的機能の維持と向上のためには、心理職の教育相談員のほとんどが非常勤であるという現状の改善が今後の課題となる。

表3 都道府県・政令指定都市における中学生および高校生に関する教育相談件数

区分		小学生	中学生	高校生	合計
来所 相談	教育相談総件数	12,932	14,559	6,258	33,749
	いじめに関して	200(1.5)	288(2.0)	118(1.9)	606(1.8)
	うち、不登校に関する相談もあわせて 行った件数	52	139	29	220
	不登校に関して	3,067(23.7)	6,172(42.4)	2,529(40.4)	11,768(34.9)
電話 相談	教育相談総件数	38,672	41,795	35,698	116,165
	いじめに関して	5,759(14.9)	5,020(12.0)	2,173(6.1)	12,952(11.1)

訪問相談	不登校に関して	4,565(11.8)	9,523(22.8)	4,887(13.7)	18,975(16.3)
	教育相談総件数	6,114	2,788	571	9,473
	いじめに関して	226(3.7)	45(1.6)	4(0.7)	275(2.9)
巡回相談	不登校に関して	1,043(17.1)	2,111(75.7)	101(17.7)	3,255(34.4)
	教育相談総件数	2,381	1,217	188	3,786
	いじめに関して	87(3.3)	24(2.0)	1(0.5)	112(3.0)
計	不登校に関して	635(26.7)	719(59.1)	120(63.8)	1,474(38.9)
	教育相談総件数	60,099	60,359	42,715	163,173
	いじめに関して	6,272(10.4)	5,377(8.9)	2,296(5.4)	13,945(8.5)
	不登校に関して	9,310(15.5)	18,525(30.7)	7,637(17.9)	35,472(21.7)

表4 都道府県・政令指定都市における教育相談員数別機関数

	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~19人	20人以上	計
常勤	95	23	16	28	12	0	174
非常勤	16	86	19	21	16	16	174

(2) スクールカウンセラーの現状と課題

① スクールカウンセラーの配置

スクールカウンセラーの公立学校への配置は、不登校やいじめ問題への対応として、1995年に文部省(当時の活用調査研究委託事業)の形で開始された。現在は、中学校にほぼ全校配置(7,692校)されているが、小学校、高校への配置はまだじゅうぶんではないのが現状である。平成18年度学校基本調査によると、公立小学校22,680校中1697校(配置率7.5%)、公立高等学校4,060校中769校(同19.0%)に止まっている。今後、小学校、高校へのスクールカウンセラー配置が課題となる。

② 問題の低年齢化への対応の必要

不登校については、中学校における状態が最も深刻であり、スクールカウンセラーも中学校に重点的に配置されている。しかしながら、中学校における不登校生徒のうち51%の生徒が小学校での不登校体験があることが統計的データによって示されるように(図1)、不登校問題の根はより低年齢層にある。今後、小学校段階で生じている問題に積極的にアプローチすることが、不登校の問題に予防的に取り組むのに必須である。

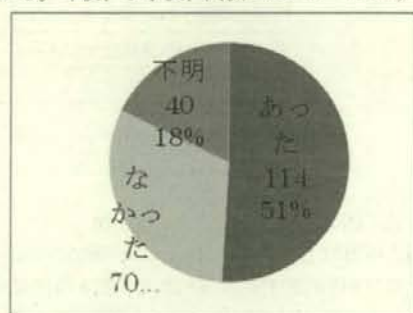


図1 中学校不登校生徒における小学校時の不登校経験

③ スクールカウンセラーの配置の質の確保の問題

中学校におけるスクールカウンセラーの活動についてみると、当初、文部科学省(当時は文部省)が都道府県教育委員会を通じて管轄していた時期は、1校についてスクールカウンセラーが週2日、各4時間の派遣が基本であった。その後、スクールカウンセラー事業が拡大し、また地域の教育行政機関に運営の主体が移ることにより、スクールカウンセラーの派遣は地域ごとにさまざまな形態を取るようになった。公立中学校への全校配置の一方で、スクールカウンセラーの1校あたりの勤務回数・時間は減少したのが一般である。1校に月1回しか勤務しない状態も生まれ、機能を果たせない場合も生じつつある。

スクールカウンセラーは、本来学校に常駐することを通じてその機能を果たすものであり、その学校配置の質をいかに高めるかは、小学校、高校への配置の量的拡大の問題とは別に、今後の大きな課題となっている。

(3) 適応指導教室(現教育支援センター)の現状と課題

① 適応指導教室の概要

文部科学省が平成15年に発表した「適応指導教室整備指針(試案)」に基づき、都道府県および市町村が設置した適応指導教室の設置状況を表5に示す。

全国に1,200ヶ所以上の適応指導教室が設置されているが、その指導員の多くは非常勤によって占められている。特に、市町村が設置している適応指導教室では常勤の指導員は平均して1人にも満たず、常勤・非常勤を合わせても平均3.4人となっている。さらに、適応指導教室の設置数と不登校児童生徒との割合を計算してみると、地方ごとのばらつきは見られるが、全国では約107人の不登校児童生徒に対して1つの適応指導教室が設置されていることになる。

また、適応指導教室が平成19年度に相談・指導等を受けた件数は16,845件であり、不登校児童生徒に占める割合は13.0%となっている(表6)。これは、病院・診療所(12,466件、9.6%)や適応教室以外の教育委員会所轄の機関(9,722件、7.5%)を上回っており、学校外の機関としては最多となっている。

表5 平成19年度適応指導教室設置状況

設置	機関数(箇所)	指導員数				合計 人数(人)
		常勤		非常勤		
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
都道府県	20	65(3.3)	50.4	64(3.2)	49.6	129(6.5)
市町村	1,188	1,045(0.9)	25.8	3,002(2.5)	74.2	4,047(3.4)

* ()内は1機関あたりの平均人数

表6 平成19年度に相談・指導等を受けた学校外機関と人数

施設	相談・指導を受けた人数(人)	不登校児童生徒数 における割合(%)
教育支援センター(適応指導教室)	16,845	13.0
教育委員会及び教育センター等 教育委員会所管の機関(上記を除く)	9,722	7.5
児童相談所・福祉事務所	7,667	5.9
保健所、精神保健福祉センター	1,063	0.8
病院、診療所	12,466	9.6
民間団体、民間施設	2,505	1.9
上記以外の機関など	2,748	2.1

②適応指導教室の運営をめぐる問題

適応指導教室の本来の目的は、不登校の児童・生徒を原籍校に復帰させることであるが、現実的な目標は、心理治療的な目的から教育的な目的まで、個々の児童・生徒の現状に応じて異なってくる。具体的には、ア)治療的な休息の場を与える、イ)小集団における人間関係や生活を体験させる、ウ)原籍校に復帰するためのステップ(学習の遅れへの対応を含む)として活用するなどである。

このため、教室の運営は、教室のメンバー全体で活動に取り組む場合もあるし、個々の児童・生徒の自由な活動に任せたり、学習指導、個別面接が行われたりするなど、さまざまな形態を取る。

適応指導教室は、不登校の児童・生徒を引き受けている最も主要な専門機関であり、その運営も児童・生徒の状況に合わせて柔軟に行なわなければいけない難しさを持っているが、スタッフの構成については十分な手当てがなされていない。退職した教員などの教職経験者と比較的若い心理職(大学院生を含む)によって構成されている場合が多く、そのほとんどは非常勤である。このような状況の改善が今後の課題となる。

③適応指導教室の対象児童・生徒について

適応指導教室は、もともと非社会的傾向の強い不登校児童・生徒を想定して設置・運営されてきた。ところが、昨今、非行傾向や発達障害が疑われる過活動傾向の児童・生徒が学校不適応・不登校を契機に入級する機会が増えた。そのため、非社会性タイプの不登校児童・生徒が適応指導教室に馴染めない事態が生じ始めている。

(4)不登校を視野に入れた新しい学校の創設の取り組みの現状と課題

不登校・引きこもり援助の管轄については、学籍を有する不登校児童生徒は文部科学省となるが、高等学校等の中退などにより学籍を失うことで厚生労働省管轄へと移行する。このことから、不登校から継続した引きこもり予防の

ための支援がスムーズに行われ難い現状がうかがえる。

また、義務教育を終了した後の進路選択の一つに高等学校への進学が挙げられるが、不登校状態にある(あった)生徒は、その幅が狭くなっているのが現状である。さらに、高等学校における不登校生徒は適応指導教室への通級が不可能となる。このように、年齢が上がるほど不登校生徒への支援の場がより少なくなるというのが現状である。

実際、国公立高等学校において、不登校生徒を多く受け入れる体制の整っている学校は多くない。そのような状況を背景として、東京都で始まった新たな試みとして、主に不登校児童生徒を受け入れの対象としている公立の単位制の高等学校等が注目を集めている。これらの学校はチャレンジ・スクールと呼ばれ、卒業年限を4年(3年で卒業も可能)として、昼夜三部制の伸びやかな体制で単位を取得できる工夫がなされている。

チャレンジ・スクールとは年齢層が異なるが、伸びやかな体制で不登校児童・生徒を受け入れるために教育特区制度に基づいて作られたた学校の例として、小中一貫校である八王子市立高尾山学園がある。

このように、不登校児童・生徒を受け入れる体制を備えた学校を立ち上げる試みは徐々に広まりつつあるが、まだ少数例に止まっている。今後、これらの学校での実践を積極的に積んでいくこと、新たな学校の立ち上げを模索することが課題となる。

明治大学大学院 小粥宏美
齊藤和貴
明治大学 弘中正美

f) 教育機関(大学生以上)における現状と課題

大学生の不登校・ひきこもり支援の現状

「教育機関による評価」のところで述べたように、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。しかし、実際には、これらの対応は、いずれも、単独で十分なことは少なく、複数の対応が必要な場合の方が圧倒的に多いと考えられます。たとえば、精神疾患が関わっている場合、専門的な治療に加えて、教員の支持・励ましや、学生課・教務課や教員による修学・生活支援が得られると、治療だけでは期待できないような大きな改善が起こることがあります。また、最初は、純粋に修学上の問題や生活上の問題から不登校やひきこもりが起こったように見える場合でも、経過中に、何らかの精神症状が出たり、専門的なカウンセリングが必要になったりする場合もあります。これらのことから、大学生の不登校・ひきこもりの支援においては、特定の部署や個人が単独で関わるのではなく、部署や教職員の間で連携をとりながら支援ネットワークを構築していくことが大切になります。

その際、連携のコーディネーター的役割を、誰が、或いはどの部署がとるかですが、これは、大学の事情によっても違ってきます。しかし、基本的には、相談部署(保健センター、学生相談室など)がこの役割を担うことが望ましいと考えられます。適切な対応のためには、精神疾患の有無や専門的カウンセリングの必要性の見極めが必要ですが、それを行える専門家が、相談部署に配置されているからです。相談部署が継続的に当該学生を支援していくかどうかは別にして、支援のどこかの時点で、最低でも一度は、相談部署が学生に接触し、その評価を行うことが望まれます。しかし実際には、なかなか、それが実現できていないのが現状のようです。

大学の中で、学生の状況を最もよく把握していると考えられる教員を対象にした調査によると、不登校・ひきこもり状態にある学生は、少なく見積もっても全体の1~2%はいるという結果が出ています。全国の大学生数は280万人程度ですから、3~6万人程度の規模の学生が不登校・ひきこもり状態にあるという推定が成り立ちます。その一方で、学生相談や保健センターなどの大学の相談部署で把握されているひきこもりは0.1~0.2%に過ぎません。単純計算すると、相談部署で把握できている不登校・ひきこもり学生は10人に1人しかいないことになります。彼らの殆どが、相談部署を訪れないままになっているのです。

この理由は、大きく分けて、二つあると考えられます。一つは、不登校・ひきこもり状態の学生は、その性質上、自ら相談部署を訪れることが少ないということです。もう一つは、彼らを支援する体制が整備できていないということです。相談部署に来談しない学生を相談部署につなぐためには、教員や学内部署、親や地域の専門機関などとの連

携を欠かすことはできませんが、様々な困難のために、この支援ネットワークを構築できていない大学が多いのです。

そもそも、全国の大学・短大のうち、半数近くは、未だに専門の相談部署を置いていないという調査結果もあります。このような大学では、学生課などで相談業務を行っているのが実情でしょうが、専門家のいない部署での相談は、精神疾患を抱えた学生の見極めや対応を始め、困難を感じる場面も当然出てくるはずで、そこで、非常勤のカウンセラーを置いたり、地域の専門機関と連携することになりますが、不登校・ひきこもり状態の学生に対して、この体制で十分な支援を行うことは極めて難しいと思われる。

専門の相談部署を置いている大学でも、必ずしも支援体制が整っているとは言えません。全国の大学のうち、カウンセラーを配置している大学は80%近くにのぼるものの、常勤カウンセラーは40%に満たない状況です。また、カウンセラーの身分も安定しているとは言いがたいところがあります。

不登校・ひきこもりの支援ネットワークを構築しようとする際に、相談部署が中心になって動くためには、常勤カウンセラーの存在が不可欠です。急な対応を要する問題が起こった時や、他の部署や教員と連絡を取り合う必要が生じた時に、非常勤では迅速に対応できないからです。また、常勤カウンセラーであっても、身分が教員以外の身分で教授会の構成メンバーになっていない場合には、そのことによって、教員を含む支援ネットワークの構築がスムーズに進まない可能性も考えられます。

全国の大学の相談部署を対象にした調査によれば、不登校・ひきこもり支援が満足に行えていないと回答した大学が70%にのぼりました。そして、その理由として、学生が来談しにくいという学生側の理由以外に、現状の体制ではこれ以上の対応は困難、対応の仕方の共通認識が乏しい、相談員が非常勤勤務のため限界がある、連携が制度的に困難、教職員の理解不足、積極的に動く人がいないといった、支援側の理由が多く見られました。

また、同じ調査で学内連携・学外連携について尋ねたところ、教員や学内部署（学生課・教務課）などとの学内連携や保護者との連携は比較的保たれていたものの、医療機関や精神保健機関（精神保健センター、保健所）、民間支援施設などとの学外連携は殆ど行われていない実態が明らかになりました。特に、精神保健機関と民間支援施設については、連携はほぼ皆無という結果でした。

以上のように、大学における不登校・ひきこもり支援は、さまざまな問題を抱えているのが現状です。専門家が相談部署で待ち受けていて来談した学生に対応するという、これまでの学生相談モデル・治療モデルだけでは、不登校やひきこもりの状態に陥っている学生に対して十分な支援が行えないことは明らかです。相談部署の専門家もこのことは十分に認識しています。しかし、専門家が相談部署から外に出ていったり、連携の中心的役割を担って、教員や他の学内部署との連携を積極的に進めていけるだけの体制や土壌が、多くの大学ではまだ整っていないのです。

大学生の不登校・ひきこもり支援の課題

前述した現状を踏まえて、次に、大学生の不登校・ひきこもり支援の課題を考えてみます。課題は、ある意味で、山積していると言ってもよいほどですが、ここではその中から、特に次の4点を指摘したいと思います。

1. 不登校・ひきこもりが支援を要する問題であるという共通認識を持つ
2. 相談部署を更に充実させる
3. 相談部署を中心とした支援ネットワークを構築する
4. 学外連携を視野に入れる

まず、1についてですが、大学の相談部署では、不登校・ひきこもりが支援を要する問題であるということ、或いはもう少し正確に言えば、不登校やひきこもりの状態にある学生の中に、支援を必要としている学生が相当数含まれていることをはっきりと認識しています。それは、不登校やひきこもりが遷延することによって、学生が、単に修学上の不利益を蒙るだけでなく、学生生活全般や、その後の人生にも大きな負の影響が出てしまう危険が高いからです。しかし、このような認識が、大学の教職員全体に共有されているかという点、必ずしもそうとは言いきれません。何百人、何千人の学生の中で、大学に姿を見せなくなってしまう学生が何人かいたとしても、そのことに無関心であったり、そのことを大きな問題であると捉えない教職員が多いことは、おそらく事実でしょう。しかし、大学生の不登校・ひきこもり支援をうまく進めていくためには、それが支援を要する問題であるという認識を、大学全体で共有することが、是非とも必要です。3の支援ネットワークを成功させるためにも、2のための予算的・人力的措置を確保する上でも、この共通認識は不可欠のものと言えます。

次に、2についてですが、相談部署の相談員の多くは、不登校やひきこもりの支援に関心を持っていることが、調査から明らかになっています。しかし実際には、来談する学生の対応に手いっぱい、来談しない学生にまで手を差し伸べる余裕がないのが現状です。この問題を解決するためには、相談部署に対して、現在よりも手厚い予算的・人力的な配慮が必要です。そのためには、学生相談が大学において果たしている役割と意義を、大学当局が十分に認識

することが前提となります。大学経営が厳しさを増す環境の中、難しい注文かもしれませんが、不登校・ひきこもり支援の観点からは、相談部署を充実させることの重要性を、どうしても強調しないわけにはいきません。

従って、来談を待つ学生相談の体制は維持しつつも、スクリーニング・担任教員と連絡によってひきこもり状態の学生を発見し、積極的な学生との関わりを行っていく制度の導入がひきこもり支援には必要になります。

次に3の相談部署を中心とした支援ネットワークを構築するという事です。不登校・ひきこもりの支援において連携が不可欠であること、連携の中心的・コーディネーター的役割は相談部署が担うのが望ましいということについては前述しました。また、この支援ネットワークをうまく機能させるために、支援が必要であるという認識を大学全体で共有することが不可欠であることも1で述べた通りです。もう一点付け加えるとすれば、相談部署の相談員の構えということが挙げられるかもしれません。

不登校やひきこもり状態に陥っている学生に対しては、相談室で来談した学生に対応するという従来の相談モデル・治療モデルだけで十分な支援が行えないことは明らかです。相談員が相談室から積極的に外に出ていたり、教員や学内の他部署と意見や情報を交換したり、学生の自宅を訪問したり、電話やメールなど、これまではあまり使っていなかった手段を用いて学生とコミュニケーションしたりといったことが求められる場面が増えることが想定されます。支援ネットワークの中心的役割を果たすためには、相談員が、このような、これまでとは異なった支援スタイルを従来の相談モデルとうまく共存させたり、切り替えたりすることが必要になると思われませんが、それはやはり、ある程度の時間とエネルギーを要する作業であることを予想しておく必要があるかもしれません。

最後に4の学外連携です。前述したように、全国の大学の相談部署を対象にした調査によれば、医療機関や精神保健機関（精神保健センター、保健所）、民間支援施設などとの学外連携は殆ど行われていないのが現状です。このことは、不登校・ひきこもり支援においては、特に大きな問題になり得ます。学内での支援にも関わらず、不登校やひきこもりが遷延してしまった場合、学生は留年や休学から退学に至ることになります。学内の相談部署は、原則として在学中の学生のみを対象としていることが多いため、学生が退学すると、支援はそこで中断してしまうこととなります。この時に、学外連携がうまく機能していれば、継続的な支援の可能性が高まりますが、逆に、連携ができていないと、学生は、そのまま、長期のひきこもりに至ってしまうかもしれません。その差は極めて大きいものです。この点だけを考えても、大学生の不登校やひきこもりの支援においては、学生の在学中から、学外連携を視野に入れ、活用していくことが重要と思われまます。

不登校・ひきこもり支援に積極的に取り組んでいる大学の事例

前述したように、多くの大学では、不登校・ひきこもり学生の支援にさまざまな問題や課題を抱えており、対応に苦慮しているのが現状です。しかし、その中で、支援に積極的に取り組み、成果を挙げている大学も出始めています。ここでは、その事例を幾つか紹介します。

*体系的な支援システムの構築（例：和歌山大学）

和歌山大学 メンタルサポートシステム

和歌山大学では先進的なひきこもり支援の取り組みを行っている。その支援プログラムは、以下のような段階から成り立っている。

Stage1(導入期)	訪問診断、アミーゴ派遣（ピア・サポート）
Stage2(治療期)	個人精神療法、薬物療法、家族療法
Stage3(仲間作り)	集団精神療法→アミーゴの会（ピア・グループ） →奉仕活動（ラテンアメリカ研究会）
Stage4(社会参加)	就労支援

訪問診断、アミーゴ派遣……Stage1

過去にひきこもり経験を持った大学生が自助グループで知識と経験を積んだ後に、「アミー

ゴ」として訪問支援を行っている。初回は精神科医が面接することで精神疾患を診断している。アミーゴが受け入れられると9割近くが外出可能になる。アミーゴは週2回、1回あたり3～4時間を目安に派遣している。

アミーゴの会（ピア・グループ）……Stage3

「アミーゴの会」は、ひきこもり限定の会ではなく、統合失調症や広汎性発達障害など多岐にわたった診断を持った学生も参加している。アミーゴの会では必ずピア・サポーターを置くようにしている。サポーターには、ひきこもり経験を持っている学生が多い。アミーゴの会の前段階として集団精神療法を行っている。

精神保健福祉センターとの連携

このプログラムでは、随時、精神保健センターとの連携を行っている。連携をうまく進めるためには、それぞれの支援機関や支援者の中で普段から情報共有や人的交流のあることが重要である。また、精神保健に関する勉強会や講演会も連携促進に有効である。講演会を行う際には大学と精神保健福祉センター・保健所が互いに支援担当者を講演者として招くなどの工夫をしている。一度連携を取ると、担当者が交代しても、連携体制を維持しやすいくなる。

*支援ネットワーク統括部署の設立（例：愛媛大学）

愛媛大学 学生支援センター

愛媛大学では、学生課、就職課、学生相談など複数にわたっていた相談窓口を学生支援センターとして一括した。また、学生支援センターに常勤職の職員を置き、教務課と連携しスクリーニングなどを行うことによって不登校やひきこもりを早期に発見している。窓口を一本化することで、学生本人や教職員がどこに相談を持ち込めばよいか分かりやすくなり、相談者のニーズに合った対処法や担当者を決めやすくなるというメリットが生まれた。

*適切な窓口を紹介する担当者の配置（例：四国学院大学）

四国学院大学 スクール・ソーシャル・ワーカーの配置

四国学院大学ではスクール・ソーシャル・ワーカーが各部署と連携を取って支援を行っている。また、ソーシャル・ワーカーによる訪問活動も行っている。統括部署の設立が困難な場合、支援の窓口を紹介する役割を持った担当者を配置することだけでも、統括部署と同様の効果を期待できる場合がある。窓口の一本化によって、各部署が個別に援助をする縦割り方式で問題となりがちな情報の分断化を回避できるというメリットがある。

*教職員対象のセミナーの実施（例：愛媛大学）

愛媛大学 学生との関わり方セミナー

ひきこもりをはじめとした学生への対応を教える学内教員向けのセミナーの実施も有効だと考えられる。問題を抱える学生を受け持つ教員の参加が多い。教員へ学生の対応の方法を伝えたり、教員間で有効な対処法の共有を行っている。

*教職員のための学生対応マニュアルの作成（例：東京工業大学）

東京工業大学 教職員のための学生サポートガイドブック