

われている、薬物依存患者を受療につなげるプログラム Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) が参考になります。(Smith & Meyers, 2007)。CRAFT では、認知行動療法の理論に基づき次のことを週 1 回 1 セッションで実施します。①家族の動機づけを高める。②問題の行動分析。③家庭内暴力の予防。④家族のコミュニケーションスキルの改善。⑤望ましき行動を増やす。⑥望ましくない行動を減らす。⑦家族自身の生活を豊かにする。⑧本人に受療を勧める。

### 3. ひきこもりの評価

#### 3-1 評価のための基本的視点

様々な専門機関は、何を評価すべきなのでしょうか。いうまでもなく、ひきこもりの評価とはひきこもっている当事者とその周囲の状況の全体像、支援の指針を明らかにするためのものとなる情報です。このガイドラインでは、ひきこもりをいくつかの軸に分けてとらえ、最終的に全ての軸を組み立てて全体像を得ようとする多軸評価法が合理的と考えましたので紹介します。

第 1 軸：背景精神障害の診断：発達障害とパーソナリティ障害を除く精神障害の診断です（参照 2-6、3-3）。

第 2 軸：発達障害の診断：発達障害があればそれを診断します（参照 2-7、3-3）。

第 3 軸：パーソナリティ傾向の評価（子どもでは不登校のタイプ分類）：パーソナリティ障害を含むパーソナリティ傾向の評価です。子どもの不登校では過剰適応型、受動型、衝動型といった不登校の発現経過の特性による分類が有益です（参照 2-5、3-3）。

第 4 軸：ひきこもりの段階の評価：（参照 3-6）

第 5 軸：環境の評価：ひきこもりを生じることに寄与した環境要因とそこからの立ち直りを支援できる地域資源などの評価です。

第 6 軸：診断と支援方針に基づいたひきこもり分類：第 1 軸から 5 軸までの評価結果やそれに基づく支援計画の見通しなどを総合して、三群にわたるひきこもり分類のどれにあたるかを評価します（参照 3-7）。

### 3-2 適切な評価が行われるための環境

適切な評価が行われるためには、2つの要素が重要です。一つは、ひきこもりは相談初期に得られた情報だけでは効果的な支援ができず、長期的な関与を続けながら情報を蓄積する事が必要であるという事です。もう一つは、適切な支援を計画するために精神障害の有無についての判断が非常に重要であるという事です。

まず、情報の蓄積についてです。

例えば、各種の学校で不登校が生じた場合は、管理職、学級担任を含め子どもにかかる教員、教育相談担当教員、養護教諭、スクール・カウンセラーなどの職員による校内システムに基づいた支援、教育相談機関(教育センター・教育研究所・教育相談所等)による支援等が行われていますが、これらの支援の中で得られた情報は、当事者のひきこもりにつながる様々な出来事(過去の出来事も含めて)を推察するために、とても重要となります。

また、地域の保健・福祉分野の相談機関(児童相談所、保健所、精神保健福祉センター、市町村の担当部署など)は、当事者の直接的な相談よりは家族や現場職員からの相談が多くなりますが、ここでは家庭内や近隣での生活の様子など生活に密着した幅広い場面でどのような事が問題になってきたのかという支援等の経過を確認でき、今後の支援の計画を立てるために、とても重要になります。

さらに、精神科医療機関(精神科及び児童精神科を持つ総合病院や単科病院あるいは診療所)では、当事者が受診しない時期に家族から得た情報などから推察される一定の病状判断は、支援に関する暫定的な方針を決定するためにとても重要です。

こうした情報の収集を通じて、ひきこもりの総合的評価が行われることが期待されますが、支援の初期に得られた情報だけで評価を行うには限界が多く、評価対象となった個々のひきこもり事例の経過、そこで生じた現実の出来事、当事者とその家族の相互作用の質と量、当事者のパーソナリティ傾向をはじめとする特性などを総合的にとらえたひきこもりの全体像を得るには、時間をかけて情報を蓄積していく必要があります。初期に関わった機関が持っている情報を、次の機関に引き継ぎ、さらに次に関与する機関に伝達するという機関間のバトンタッチのシステムが大切です。その結果として得られた全体像は、それまで孤立的であった情報のつながりを明らかにし、時間経過による状態像や症状の変化

をとらえる根拠を提供し、当事者や家族あるいは以前に関与した機関などから得た情報間の矛盾や食い違いを解きほぐしていく中から支援上の重要なヒントを得ることなどが期待できます。

各専門機関での見立てにあたって忘れてならないことは、ひきこもりは、それ自体が何らかの精神障害の症状として表れている場合もある一方で、ひきこもりの状態を維持することで何らかの精神障害の発症ないし顕在化を防いでいる場合も、まずひきこもりが生じ、後になって精神症状が顕在化してくるような場合もあります。それゆえに、ひきこもりが防衛機制として機能しているうちは、統合失調症にせよ、気分障害にせよ、症状が不明瞭で把握しにくい場合が少なくありません。長期化しつつある事例や対応に苦慮する事例では少なくとも一度は何らかの形で精神医学的診断を評価の中に加えるべきです。

### 3-3 ひきこもりと関係の深い精神障害とその特徴

ひきこもりの背景に存在する主な精神障害には以下のようなものがあります。

#### ① 適応障害

いじめなどの出来事を契機に不安や抑うつ気分が出現し、不登校・ひきこもりに至ることがあります。適応障害をもたらすストレス状況が遷延したり、あるいは誘因は解消しても症状が遷延したりすると、適応障害から気分障害や不安障害などへの展開が生じ、結果的にひきこもりが本格化・遷延化することは珍しくありません。

#### ② 不安障害（社交不安障害、全般性不安障害、パニック障害など）

社交不安障害は、人前で行動するなどの社会的活動に対する回避傾向が主症状の不安障害で、同年代やなじみの少ない対象を回避し、ひきこもりへと向かう可能性が少なくありません。全般性不安障害は様々な場での不安が特徴的ですが、特に失敗や挫折を恐れるあまりに緊張の強さが目立つ点に特徴があり、ときに不登校やひきこもりの原因となります。パニック障害の発作様の不安・恐怖状態が頻発するようになると、その出現を恐れて外出を控えるようになり、ひきこもり状態に至ることもあります。

#### ③ 気分障害

その大半はうつ病性障害で、大うつ病エピソード、あるいはそれに準ずるうつ状態

(気分変調性障害、月経前不快気分障害、小うつ病性障害など) の際にひきこもりを生じることがありますが、多くの場合に一旦ひきこもった当事者はうつ状態が改善したからといって、ただちにひきこもりから抜け出すことができるわけではないことを心得ておきましょう。うつ病性障害の中でも気分変調性障害はひきこもりとの親和性がより高い障害とされています。また、うつ状態から活動力の亢進する躁状態に転じる双極性障害であることが明らかになる事例もあります。

#### ④ 強迫性障害

強迫症状が増悪してきた場合に、強迫症状に縛られて日常生活の習慣的行動をスムーズにこなせなくなったり、家族を巻き込んだ強迫症状に伴って退行が生じることで母親との共生的な結びつきから離れられなくなったりする結果、ひきこもり状態となることがあります。

#### ⑤ パーソナリティ障害

不登校やひきこもりに表現されるような回避性、依存性、自己愛性、境界性（空虚感、孤立感、対象へのしがみつきと操作などが特徴）などの心性が年余にわたって持続する間に、こうした心性がパーソナリティに構造化されてパーソナリティ障害への展開が生じことがあります。もちろん不登校・ひきこもりが生じる前にパーソナリティ障害が確立していき、各パーソナリティ障害に固有なタイプの社会適応の困難さが深刻化し、社会的活動や関係性を回避するようになり、ひきこもりに至るという経過も多くみられることはいうまでもありません。

#### ⑥ 統合失調症

統合失調症の陽性症状そのものである幻覚、妄想、自我障害などに基づく強い不安・恐怖から外出を控えたり、妄想に根ざした警戒心から家庭に閉じこもったりすることがあります。また陰性症状と呼ばれる意欲の低下に基づいて外出頻度が低下したり、人との交流を求めなくなったりするため、結果としてひきこもり状況に至る場合もあります。また統合失調症に基づく言動の影響で、周囲との人間関係が悪化し、周囲から距離を置かれるようになることに伴って外出困難になるという経過もあるでしょう。また、周囲の統合失調症に対する差別や偏見が強いため、あるいは家族が近所の目を気にしすぎるために、トラブルを避けるために外出させてもらえないという事例もあるかもしれません。また、当事者ではなく家族の中に統合失調症の

人がいて、その人の妄想に基づく外界への警戒心から当事者の外出を禁じたり、その人の影響で当事者も同じ妄想を共有するようになったりしたため、ひきこもりに至っている事例も存在することを支援にあたって心得ておきましょう。

⑦ 対人恐怖的な妄想性障害（醜形恐怖、自己臭恐怖、自己視線恐怖）や選択性緘默など児童思春期に特有な精神障害

自らの容貌が醜いため、体臭が不快なため、あるいは視線がきついため他者を不快にさせているという思春期特有な確信を持つ妄想性障害の若者は、他者との接触を極端に避けるようになることがあります。また、選択性緘默のような幼い頃から幼稚園や学校で口を閉ざしていた子どもが、やがて徐々に学校にいかなくなり家にひきこもる、あるいは高校卒業後は進路を決めないまま家庭にとどまるようになることがあります。

⑧ 広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders；以下 PDD）

広汎性発達障害、特にその高機能群（アスペルガー障害など）は思春期に入った小学校高学年から中学生にかけての年代で、同年代仲間集団から孤立したり、からかいやいじめの対象になったりすることが多く、そのことを契機にひきこもることがあります。いじめられた経験の頻回なフラッシュ・バックとそれに伴うパニック的な興奮、社会への関心の乏しさ、ゲームなどの活動への没頭の生じやすさなどは社会から孤立した PDD の若者がひきこもりに向かう強力な推進力となっていると思われます。

⑨ 注意欠如・多動性障害（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder；以下 ADHD）

本来人懐っこく、親しい人間関係を求める気持ちの強いのが ADHD の子どもの特徴です。しかし ADHD の主症状である不注意、多動性、衝動性のため、思春期年代に入る頃には仲間集団から孤立したり、学校生活で疎外されたりという状況に陥りやすくなります。こうした状況が長期化すると二次的に気分障害を併存したり、極端に反抗的になったりし、最終的には不登校・ひきこもりに至る可能性が高まります。

⑩ 知的障害・学習障害など

知的障害者（IQ70 未満）が保護的で支持な環境や適切な能力応じた活動の機会を提供されなかった場合、社会的活動の場を回避して家庭へのひきこもりを生じる可能性があります。障害ではありませんが境界知能（IQ70～84）の子どもや若者は社会

的な評価や介入に非常に敏感で傷つきやすい面があり、不安な状況が続くと社会活動を回避しひきこもりに至る可能性の高いグループであることを心得ておきましょう。

### 3-4 とくに留意すべき精神障害

ひきこもりとは状態像をさす用語であって、その背景がどのようなものかということまでは特定していません。ですから、ひきこもりととらえた段階で評価を停止するのではなく、その背景に存在し、当事者を苦しめるとともに、ひきこもり状態を遷延させている要因としての精神障害への関心を忘れない姿勢が支援者には求められます。特に、精神障害の中には適切な治療の開始が遅れることで当事者が大きな不利益をこうむることになる以下のような障害もあることを常に心得ておかねばなりません。

その第一に挙げるべきは、気分障害の大うつ病性障害と双極性障害における大うつ病エピソードです。その第二に挙げるべきは統合失調症とその類縁疾患でしょう。そして第三の障害群は、ADHD や PDD を含む「発達障害」です。

ぼんやりしたり、ふさぎこんで考え込んでいたり、好きなこともしなくなり生活全般に意欲が感じられず、生きている価値がないと感じたり、死にたいと訴えたりする場合は、気分障害のうつ状態かもしれません。子どもの場合は言葉で気分を表現できず、説明のできない苛立ちや不機嫌という形で現れる場合もあります。いずれにしても突発的な自殺に至る可能性があり、早期に休息や薬物療法などの介入が必要です。

幻覚や妄想がある場合、特に特徴的な内容の幻聴や妄想がある場合は統合失調症の可能性を吟味すべきです。例えば「悪口をいわれている」「うわさされている」「自分の行動についていわれる」という訴えや、また独り言をぶつぶつといつて誰かと話している様子などから幻聴があると思われるとき、また被害妄想を中心とした様々なタイプの妄想があるときです。他にも「自分の考えが読まれている／伝わってしまう」「あやつられている」などの訴え、脈絡なくとまらない言動があるときも注意が必要です。こうした体験はそのまま統合失調症を意味するわけではありません。他者の批判的な目や近所の人の噂話への過敏な被害妄想的解釈などは、統合失調症ではないひきこもり者の発言としてしばしば出会うものです。しかし、統合失調症であることが診断できたら、速やかに適切な薬物療法を開始すべきです。

対人関係のもちにくさが著しく他者の意図や状況の理解が難しい場合、衝動性の高さや独特的の風変わりな思考やこだわりなどのために周囲から孤立している場合、からかいの対象になっている場合、あるいは学習に集中できないなどの困難が多く自信をなくしている場合は、知的障害も含めた何らかの発達障害の可能性を考慮する必要があります。診断が確定すれば各発達障害の特性に応じた環境の構造化や学習指導法、薬物療法、親に発達障害の特性を知ってもらい我が子の行動管理に役立つスキルを獲得しもらうためのペアレンツ・トレーニングなどを提供することができます。

### 3-5 家族しか相談に訪れない場合の精神障害の評価についての考え方

精神障害の評価を正確に行うためには、医療の専門家が当事者の日常生活・精神状態・親との関係性・症状など、多方面から評価し総合的な見立てを行う必要があります。当事者と直接会えない状況で、家族が述べる情報を元に評価する際には、情報があくまで家族の目を通した間接的で限定的なものであることを常に意識し、得た評価結果についてもあくまで推測の結果に過ぎないとする慎重さが求められます。

評価は、一般的な病歴はもちろんのこと、発達歴や生育歴を詳しく聴取し、かんしゃくやこだわりなどの特性、集団場面での適応などに取り組みます。次に日常生活について聴取しますが、睡眠覚醒リズムの評価が特に重要です。一次的・体質的な睡眠覚醒リズム障害、気分障害や統合失調症などの精神障害の症状としての不眠、社交恐怖や回避、自己嫌悪等の心理から生じた二次的な睡眠覚醒リズムの障害まで、多様な可能性が考えられます。食事摂取状況の評価も必要です。広汎性発達障害にともなう著しい偏食や、摂食障害にともなう拒食や過食・嘔吐が見られる可能性があります。不安や抑うつが強い事例では、大うつ病性障害でなくとも食事量が減って痩せてくることもあります。清潔・不潔など身辺の整え方に関しても評価します。ひきこもり青年には強迫症状を併せ持つ事例が少なくありませんが、強迫性障害者は過度に清潔さや整理整頓にこだわる面をもつと同時に、そのこだわりのために物をため込んで乱雑に放置したり、不潔恐怖のために着替えや入浴ができないまま不潔な状態に陥っていたりすることがよくあります。また、全体的に清潔・不潔に無頓着で、人格水準の緩徐な低下を伴う場合には解体型の統合失調症の発症を疑う可能性があります。

また、強迫症状に家族を巻き込むなど、家族を支配的に扱う事例がありますが、このよ

うに家族が病理的な関係性に陥っている事例は深刻な事態を呈しやすく、特に病態の変化が急激な場合は何らかの深刻な状態が予想されます。当事者と家族の関係性にも注目し、その特性について詳細に評価する必要があります。家族の陳述からの評価は診断についてだけではなく、ひきこもりの経過で生じてくる諸現象にも注意を払いつづけましょう。

### 3-6 ひきこもりの段階を知ること

当事者が現在どの段階にいるのかを評価することは、周囲の大人が心得ておくべき留意点や支援法の選択などに大きな影響を与える大切な要因です。不登校の中核群を含むひきこもりの発現とその後の経過は図1のような流れをたどるものと考えてよいでしょう。

「準備段階」は、当事者の内面では葛藤がありますが、症状はあったとしても身体症状、不安・緊張の高まり、抑うつ気分などの一般的な症状です。もちろん、この時期の当事者は就学ないし就労を続けていますから周囲からはひきこもりの経過が始まっているとはわかりにくい段階です。このまま適切な支援を受けるなどの理由でひきこもりに至ることなく終る子どもや若者は多いので、なおさらこの準備段階でひきこもりを想定することは難しいでしょう。しかし、ひきこもり事例の経過をたどりなおすと、たとえ短期間でもこの時期を経ないというひきこもりはありません。様々な一般症状を含めた当事者の変化を見逃さない適度な敏感さを、子どもや若者の支援にあたる大人は求められているといえるでしょう。

「開始段階」はいよいよひきこもり状態が始まった直後からその後しばらくの期間を含めた時期です。ひきこもりの発現に伴ってしばしば激しい葛藤が顕在化し、不安や焦りを伴う情緒的動搖や気分の落ち込みが目立つ時期です。それに重なるようにして、幼児のように親にしがみつくかと思うと、手のひらを返すように暴力的な言動を示すような不安定さと両価性の目立つ時期が続くことがあります。このような状態は小中学生のひきこもりでは普通に見られるのですが、青年や成人のそれでは目立たない場合のほうが多いと思われます。しかし青年のひきこもりでも、その内面では似たような葛藤が刺激されている可能性があることを承知しておくべきです。この時期は、それまで属していた学校や職場に対する拒否感を、休んでいることへの罪悪感だけでは説明できないくらい強く表現します。これはひきこもりに対する家族や社会からの怒りや罰を過大評価した不合理な恐れであり、ひきこもりが始まると急速に進行する幼児期心性の再現（「退行」といいます）によ

るものと理解できます。

「ひきこもり段階」は、開始期の不安定さがひとまず治まっていき、当事者も家族もひきこもりという状況にいくぶん腹を据えたようにみえる時期といえるでしょう。外界での社会的活動に対する恐れと回避は著しく、家庭外での社会的活動に引き出そうとする介入には強い拒否を示すことは開始段階と違いはありません。しかし、こうした介入がない状況では多くの事例で開始段階ほどの不安定さは目立たなくなり、比較的穏やかな日常が過ぎていきます。この時期は軽度の退行が生じているのが普通であり、ふとした拍子に言動の幼さが目立ち、周囲の大人を困惑させることができます。ゲームやインターネットへの長時間の没頭もこの時期に目立つ事例が少なくありません。この時期に入りしばらくすると、夜間にコンビニへ一人で買い物にいく、母親の運転する車で本屋へなら出かけるなどのごく浅い社会との接触は再開することがあります。一方、開始段階以来の著しい退行が持続し、幼児のように親（主に母親）にしがみつき、過大な要求をしたり、それが拒まれると暴力的になったり、不安、抑うつ、強迫、解離などの精神症状が出現したりという混乱した状況が続く事例も稀ならず存在します。いずれにしてもこの時期は、ひきこもりの背景にある精神障害や強い葛藤などからの回復に取り組んでいる時間と理解すべきでしょう。実際、ひきこもり段階のいずれかの時点から、多くの事例は漠然とした社会情勢や具体的な社会活動への関心を徐々に示し始めます。こうした関心がある程度大きくなり、実際の模索を始めようとする気配が濃厚となったある時点から次の時期である「社会との再会段階」へ入っていきます。

「社会との再会段階」に入ると多くの事例は、実際のもどっていく社会生活とひきこもり状況との間に存在し、両者を橋渡しする機能を持つ「中間的・過渡的な時間と場」を利用する機会を求めるようになります。この時期は、そのような場での十分かつデリケートに配慮された支援が必要な段階ととらえておくべきです。この段階を経て当事者は実際の社会活動へと復帰するか、あるいは新たな場への挑戦に向かっていきます。しかしながら、すべての事例がこの経過をたどるわけではありません。開始段階から多くの日数を経ることなく社会との再会段階の活動に入っていく事例もあれば、ひきこもり段階に長くとどまり続ける事例も少なからず存在しています。また、社会との再会段階に長くとどまる事例もありますし、そこからひきこもり段階に逆戻りしてしまう事例もあります。まず子どもが今どの段階にあるのかを評価し、その段階の特性によって支援法を変えていく工夫が必要です。

要です。

表1は以上のような各段階の特徴と対応の原則をまとめたものです。

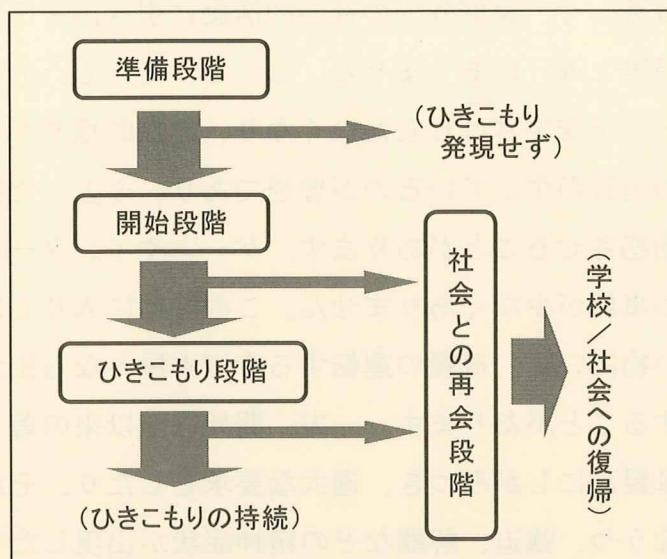


図1 ひきこもりの諸段階

表1 経過の段階ごとの特徴と対応

段階	特徴	対応
準備段階	身体症状や精神症状や問題行動などの一般的な症状が前景に立つ時期	顕在化した症状のケアなどを通じて子どもの心の訴えに耳を傾け対処すべき
開始段階	激しい葛藤の顕在化、家庭内暴力などの不安定さが目立つ時期	当事者には休養が、家族やその他の関係者には余裕が必要な時期であり、支援者が過度に指示しすぎないことが肝要
ひきこもり段階	回避と退行が前景に出て、葛藤は刺激されなければ目立たない。徐々に回復していく場合もあるため、焦りに基づく対応は避ける。しかし、何の変化もみられないまま遷延化する徴候が見えたら積極的な関与も考慮すべき時期	焦らずに見守る、性急な社会復帰の要求は避ける、家族の不安を支える、適切な治療・支援との出会いに配慮が必要

社会との 再会段階	試行錯誤ながら外界（多くは中間的・過渡的な場）との接触が生じ、活動が始まる時期	子どもの変化に一喜一憂せずに安定した関わりを心がける（家族が焦って登校刺激や外出刺激を行う傾向がある）
--------------	---	---

### 3-7 診断と支援方針に基づいた分類

近藤らによる山梨県立精神保健福祉センターでの16歳以上の相談事例に関する研究から、ひきこもりは以下の三つの群に分類できることがわかりました（表2）。この分類の重要な点は、各群によって利用を推奨できる治療・支援機関や支援制度が異なることです。本ガイドラインではこの分類を多軸評価の最後の軸（第6軸）に置き、そこまでの評価結果を実際の支援に方向づけるための「まとめ」と位置づけています。

第1群は、統合失調症、気分障害、不安障害などの精神障害と診断され、かつ発達障害を併存していない群であり、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されます。この場合、病態や障害に応じた薬物療法や各種の精神療法の併用が有効であるため、治療・支援の場として医療機関が重視されます。統合失調症や双極性障害、あるいはうつ病などの急性症状が顕著な場合には、ときに入院治療が適応となることもあります。また、それらの障害が難治性あるいは遷延性であるために生活・就労支援が必要となるような場合には、精神保健福祉法に基づいて設置された社会復帰施設や、障害者自立支援法に基づいた支援体制（市町村の相談支援事業など）、障害者を対象とした就労支援体制（障害者職業センターや生活・就業支援センターなど）などの活用を考慮する必要があります。

第2群は、広汎性発達障害や知的障害などの発達障害と診断される群で、この群には発達特性に応じた精神療法的アプローチやソーシャル・スキル・トレーニング、さらに具体的な生活・就労支援を中心とする取り組みが必要です。発達障害の事例は、二次障害とともに他の精神障害（社交不安障害や強迫性障害、慢性の適応障害など）を併存やすく、その併存障害をターゲットにした治療が必要となる場合が少なくありません。そのような事例は第1群に準じた医療機関の治療・支援を組み込むべきですが、発達障害の基本的特性が原因ととらえられる社会的適応上の問題に対しては、福祉的支援が必要なら市町村の担当窓口や知的障害者更生相談所、あるいは発達障害者支援センター、精神保健福祉センターなどの保健・福祉あるいは労働分野の相談支援機関などを活用した生活・就労

支援が必要です。

第3群はパーソナリティ障害や身体表現性障害、同一性の問題などを主診断とする群で、この場合は、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となります。またここには第1群で気分障害や不安障害を主診断とする事例のうち、薬物療法が無効なために心理－社会的支援が中心になるものも含まれます。医療機関や保健・福祉分野の相談支援機関、カウンセリング機関、青少年育成や労働に関する相談支援機関、民間支援団体などによる治療・支援を活用すべきです。

なお、この分類にあたって注意しなければならないことは、精神疾患の診断名によって機械的にどの群に分類すべきかが決まっているわけではないということです。あくまで、第1軸から第5軸までの評価をまとめる形で事例の全体像を描き出し、支援法との関連で最も適合している群に分類すべきです。

表2 ひきこもりの三分類と支援のストラテジー

第一群	統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とするひきこもりで、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもので、精神療法的アプローチや福祉的な生活・就労支援などの心理－社会的支援も同時に実施される。
第二群	広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とするひきこもりで、発達特性に応じた精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもので、薬物療法は発達障害自体を対象とする場合と、二次障害を対象として行われる場合がある。
第三群	パーソナリティ障害（ないしその傾向）や身体表現性障害、同一性の問題などを主診断とするひきこもりで、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもので、薬物療法は付加的に行われる場合がある。

## 4. ひきこもりに対する支援

### 4-1 ひきこもり支援の多次元モデル

ひきこもりの支援は当事者とその周囲の状況の全体的な評価に基づいて組み立てられるべきです。支援者は評価の段階だけではなく支援が開始してからも、「支援しつつ評価する」あるいは「支援も評価も」という姿勢を維持すべきでしょう。そのひきこもりの支援は、以下の3つの次元からとらえると、理解しやすいのではないでしようか。

第一の次元：背景にある精神障害（発達障害とパーソナリティ障害も含む）に特異的な支援

第二の次元：家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起こしなど環境的条件の改善

第三の次元：ひきこもりが意味する思春期の自立過程（これを幼児期の“分離・個体化過程”の再現という意味で“第二の個体化”と呼ぶ人もいます）の挫折に対する支援

背景にある精神障害の治療と環境の修正などはひきこもり支援にとって避けては通れないところですが、それらが成功しても当事者はなかなか動かないということをしばしば経験します。このことは、思春期の自立過程の挫折というひきこもり体験がもたらす深い傷つきの克服のための作業が手付かずであることを意味しています。思春期の自立過程とは思春期年代における親離れと自分探し・自分作りの過程の結果得られる自己の自律性と独立性の確立を意味しており、ひきこもりはその確立経過を押しとどめ、停滞させます。その結果、退行が生じ、家族内人間関係へのしがみつきと万能的な自己中心性が強まり、ひきこもりをますます強固なものにしてしまいます。背景の精神障害が改善しても、環境が修正されても、この悪循環を止めるのは容易ではありません。これに支援の手を伸ばすことなしには、すなわち支援の第三の次元に注目することなしには、一向にひきこもりが改善しないという事例は非常に多いといってよいでしょう。

## 4-2 地域連携ネットワークによる支援

### 4-2-a ひきこもり支援を提供できる機関

ひきこもり支援を専門にしてはいないものの相談を受け、その後も支援を続けることのできる機関はけっして少なくはありませんが、専門的ひきこもり支援の場については数少ない現状を踏まえれば、現時点では不登校を含むひきこもり支援は教育機関、保健機関、児童福祉機関、福祉機関、医療機関、NPO団体などの複数の専門機関による多面的な支援が必要になるでしょう。地域の中でもどこに相談したらよいかをガイドする「ひきこもり地域センター」の設置を厚生労働省では進めています。(平成22年2月時点で全国19か所) このセンターには、ひきこもり支援コーディネーターが配置され、地域における関係機関とのネットワークの構築や、ひきこもり対策にとって必要な情報提供を行います。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/hikikomori05.pdf>

**医療機関（精神科、心療内科、小児科等）：**専門科の違いもあり、積極的に取り扱っている機関とそうでない機関があるため、その地域でどの医療機関が不登校・ひきこもりに積極的に取り組んでいるかは、保健所や精神保健福祉センター、あるいは市町村の担当部署などの地域の保健・福祉・教育機関などから情報を得る必要があります。医療機関においては統合失調症など、見逃してはならない精神病性障害や身体疾患の診断と治療に取り組みます。その他の精神障害の場合にも、当事者の心理状態を評価して必要なサポートについて精神医学的、あるいは心身医学的な見地からのアドバイスが行われます。

**保健機関（保健所、精神保健福祉センター、市町村の担当部門）：**保健所では精神保健福祉相談員や保健師による訪問支援が行われており、不登校・ひきこもりに対しても地域での支援が見込まれます。精神保健福祉センターは、精神保健福祉法に基づき各都道府県などに設置された機関で、精神障害者の保健福祉の増進を図るため、様々な相談に応じています。その専門性は高く、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士などの職種がいるため、不登校・ひきこもりへの支援は単なる相談にとどまらず、個人精神療法や集団精神療法などの専門的な治療が行われる場合もあります。市町村に精神保健も担当する部門がある場合には、上記の機関が果たす機能のいくつかを担当し

ていますので、身近な窓口として相談しやすいでしょう。

**福祉機関（児童相談所、福祉事務所、発達障害者支援センター）**：児童相談所は児童福祉が目的のため対象は0歳から18歳未満ですが、児童福祉司と呼ばれる福祉専門職と児童心理司と呼ばれる心理専門職、常勤ないし非常勤の医師がいて、児童に関するあらゆる相談に応じています。不登校・ひきこもりへの支援は、当事者や家族の相談に乗ることが中心ですが、児童虐待などの家族機能の問題が生じていないかを把握することも重要な役割です。児童虐待などの家族機能に問題のある事例が増えており、その対応においては中心的役割を担っています。また生活保護家庭の子どもの事例では福祉事務所との連携も重要になります。発達障害者支援センターも各地に設置されており、発達障害を持つ子どもの長期化しつつある不登校やひきこもり事例に対する支援機関の機能を果たします。

**教育機関（教育センター・教育相談所・学校）**：不登校・ひきこもりの状態で、小学校・中学校・高等学校に在籍していれば、まず学校の担任に相談する場合が多いでしょう。相談を受けた学校は、担任を中心として管理職、養護教諭、部活の顧問、学級主任などの教員が連携し、スクール・カウンセラーやスクールソーシャルワーカー、あるいは校医と相談をしながら、当事者と家族に支援を行っていきます。学校内での対応だけでは難しい場合、地域の教育委員会が設置している教育センター・教育相談所などの機関との連携が必要になります。相談員として教員や心理士が在籍しており、不登校・ひきこもりへの対応の窓口となっており、不登校状態にある子どもがその在籍学校への復帰を目指していく際の中間的な施設として従来「適応指導教室」と呼ばれてきた教室を持っていることが多く、不登校児への支援が行われています。また、もし地域に存在するなら心理系の大学に設置された相談室も公的な教育相談機関に準ずる支援の場として利用することができます。

**特定非営利組織(Non Profit Organization. 以下、NPOなど)**：不登校・ひきこもりを支援するNPO団体は多く、学習支援、就労支援、フリースペースのような居場所を目的とするところなどがあります。いうまでもなく、NPO団体によって支えられながらひきこもりを克服していく当事者はたくさんいます。しかしNPO団体は、支援機関としての活動の質がまちまちであり、ときに不適切な対応を行う団体も皆無ではありません。当事者の年齢

や状態に応じた適切な機関を見つけ出すことは難しいため、地域の公的機関や医療機関などから、必要に応じて目的にかなったNPO団体を紹介してもらうのがよいでしょう。

**就労支援機関**：最も代表的な機関はハローワークですが、地域若者サポートステーション、ジョブカフェ（若年者就業支援センター）、ヤングハローワーク、学生職業総合支援センターなどの機関があります。これらの機関がひきこもり事例に関与することができるのには、支援がかなり展開し、就労がある程度具体的な目標として登場してくるような段階であり、初期対応のための機関ではないことを心得ておきましょう。

#### 4-2-b 地域の専門機関が連携することで得られるもの

地域は、専門機関による連携ネットワークを設置することによって、以下のような成果を期待できます。

- ① 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・ひきこもりを多機関で評価および支援することを可能にします。
- ② 保健・医療・福祉・教育等の各分野の機関による包括的で総合的な評価と支援の提供を可能にします。
- ③ 定期的な事例検討会議の開催によって実務者による方針決定を可能にします。
- ④ その検討会議そのものが専門機関を対象としたひきこもりに関する啓発活動として機能します。
- ⑤ 各機関の機能の特徴をお互いに理解しあった「顔の見える連携ネットワーク」の構築を可能にします。

以上のような点が期待できる連携ネットワークはひきこもり支援には欠かすことのできないものといえるでしょう。なぜなら、ひきこもりに対する支援を行うときに、ある一つの機関だけではその支援が完結しないことがたびたびあるからです。そのような経験は医療・福祉・教育・司法のいずれの領域の機関であっても避けて通ることはできないでしょう。

では、実際のひきこもり事例で他機関との連携を必要とする理由はなんでしょう。第一

に、ひきこもりの背景に潜む精神障害の評価のみならず、ひきこもりの評価は家族の機能や家族内葛藤、家族の経済状況、学校の支持機能の質と量など多岐にわたる評価が必要になります。また、ひきこもりに対する支援に関しても医療機関による精神障害の治療だけでなく、様々な社会資源を利用しつつ当事者の社会復帰と家族の立ち直りを目指した支援を行っていかなくてはなりません。社会復帰に向けて、子どもなら地域の教育センターなどの相談機関で学校復帰プログラムに取り組む必要があるかもしれませんし、青年なら職業訓練などの就労支援および、地域のデイ・ケアや作業所などの利用を考慮する必要もあります。

このような機能をすべて提供できる専門機関はありませんし、現実的ではありません。地域の多岐にわたる専門機関が連携し、機能の分担を積極的に進めるべきでしょう。このような理由からも、地域における複数の専門機関の連携はひきこもり支援において必須のものといえるでしょう。

しかし現実には、そのような連携はしばしば連携の必要があった一事例のそれで終つてしまいがちです。そのため他の事例で連携が必要になったときには、また最初からやり直さないといけません。幸運にも連携に関心を持つてくれる職員が相手機関に存在し、一旦結ばれた連携関係が持続したとしても、そのような職員が転勤によって相手機関にいなくなつた際には、またやり直しになります。このようなことが度重なると、連携を作り上げ維持しようとする意欲も地域から消えていきます。そのような事態を防ぐためにも、また専門機関が必要な時に実践的なアドバイスや連携相手を速やかに得ることができるようするためにも、普段から恒常的な支援ネットワークを地域に構築し、担当職員が替わっても各機関の参加が維持されるような構造を作り上げておく必要があるのです。

なおこのネットワークは、参加専門機関の責任者が集まり、ネットワーク機能の大枠について協議し、機関間の調整をはかるネットワーク管理のための協議会が必要ですが、それとは別に各機関の実務者が集まって実際に現在対応が難しくなっている事例を検討し、支援の方針を出し、その支援に現在関与している機関と連携する機関を明らかにすることを目指すケース・マネージメント会議（参照 4-2-c）が必ず存在しなければなりません。

#### 4-2-c 地域における連携ネットワーク設置の注意事項

連携ネットワークの設置・運用に際して注意すべき点がいくつかあります。以下にその

注意事項を列挙し、その後に各事項について解説します。

- ① 連携ネットワークに参加する各分野の機関のひきこもりに対する理解や対応方法には違いがあることを心得て、機関間の理解のすりあわせを辛抱強く続ける必要があります。
- ② 連携ネットワークの機能を維持するために定期的なケース・マネージメント会議を開催していくとともに、緊急の課題に対応するための臨時会議開催を可能にしておく必要があります。
- ③ 連携ネットワークの機能を維持するためには、検討事例受付のための窓口機能をはじめとしたネットワーク運営にあたる活動的な事務局機能が必須です。
- ④ 連携ネットワークは、検討事例の情報を複数の機関で共有することになるため、特に当事者および家族の個人情報をはじめとするプライバシーの保護には厳密な配慮が必要です。
- ⑤ 連携ネットワークの質を決定するという意味で事務局機能と同じようネットワークの要（かなめ）となるのはケース・マネージメント会議です。毎回、必ず支援法をめぐる新たな見通しや協力機関が得られるよう工夫しましょう。
- ⑥ 連携ネットワークは新たに設置する場合と、すでに運営されている類似の機能を持つネットワークに新たな機能を付加して活用する場合があります。地域の特性や状況に応じて選択しましょう。

#### ①について：

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などと異なり、それぞれの支援機関にはひきこもりに対する理解や認識、あるいは対応方法に相違が存在することがあることを心得ておくべきです。そのような相違を越えて健全な連携を実践するためにも、日頃から地域の様々な分野のひきこもり支援機関の実務家が定期的に集まり、対応の難しい事例の検討を行う会議（ケース・マネージメント会議）を定期的に開催して、情報や概念のすりあわせを行うとともに、各機関が複数の他機関と協働する経験を蓄積していくことが推奨されます。

#### ②について：

その際、定期的に集まることを通じてケース・マネージメント会議を連携ネットワークとして築きあげる必要があります。一方で、定期会議では間に合わない緊急の課題が生じた際には臨時の会議を開く柔軟性はネットワークの前提として必ず保持しておきたいものです。そのような臨時の会議では、ネットワーク参加機関の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ふことが多いため、必要度の高い機関から優先的に時間を合わせていき、ひとまず集まることのできる機関で検討をおこなうべきでしょう。

#### ③について：

上記のような機能を持つ地域連携ネットワークの成功に関与する重要な要因は、ネットワークにおける事例検討の入り口機能を果たし、ケース・マネージメント会議の対象となつた事例のその後のフォローアップを含む各機関との連絡、検討の必要がある事例の有無の確認、日程の調整、事例提出機関の資料作成に関するアドバイスなどにあたる事務局の役割を果たす機関の有無です。また、ケース・マネージメント会議でひきこもり事例の評価や支援に関する有益な検討を行うためには、情報が一面的になりなりすぎないように、事例を提出した機関だけでなく、他機関からも事例やその周囲の環境に関する情報が出てくるような準備作業を事務局が行うことを求められます。このように、事務局機能を担う機関が活発に活動してこそネットワークは有益な事例検討を行うことができるのです。

#### ④について：

ケース・マネージメント会議の開催においては、事例の情報を複数の機関で共有することになるため、当事者および家族のプライバシーに十分留意する必要があります。少なくとも家族の同意は基本的に取っておくべきです。もし同意を得られない事例の検討がどうしても必要な場合には、当然ながら提示される資料には十分プライバシーの保護がなされべきです。ケース・マネージメント会議では、今回の会議に事例を出す理由、検討のアウトカムへの希望（支援方法を知りたいのか連携機関を求めているのかなど）、各参加者の立場と役割、当事者の同意の有無、参加者の守秘義務などを司会あるいは事務局が確認します。その上で参加者は、事例を出した機関の希望に応える形で情報の共有、評価、支援への協力を名乗り出た機関との役割の明確化、支援プラン、具体的な危機介入法などについて検討することになります。

#### ⑤について：

ケース・マネージメント会議の検討結果が一部機関にだけ役割を集中させたり、支援に

協力を申し出る機関が現われなかつたりといった事態がくりかえされると、ケース・マネージメント会議の雰囲気は沈滞し、連携ネットワークは尻すぼみになっていきます。このような事態を避けるためには、ケース・マネージメント会議に出された事例に対しては、必ず何らかの支援に関する結論を出し、その結論に基づいて必ず支援に協力できる機関が手を上げるという結果に終るよう、各機関が最大限の努力をするという約束を最初から交わしてネットワークをスタートさせることをお勧めします。このネットワークの特性は、各関係機関がそれぞれの分野特有な持ち味を生かし共同で「ひきこもり」支援に関わることで、各事例の事情に適応し、かつ重層的な支援を提供できるところにあるのではないかでしょうか。

#### ⑥について：

地域連携ネットワークを設置する場合、まったく新たに設置する場合と、すでにある類似のネットワークにケース・マネージメント会議の機能を付加して運用する場合と考えられます。後者の例としては国の補助事業である「ひきこもり地域支援センター」のネットワークが考えられます。ひきこもり地域支援センターは地域における第一次相談機能を担うとともに、保健、福祉、教育各分野の公的機関や医療機関、地域若者サポートステーション、家族会などによる関係機関ネットワークの連携強化に取り組み、地域におけるひきこもり支援について情報発信することが求められています。実施主体は都道府県と政令指定都市ですが、運営委託も可能とされており、平成22年2月現在で全国19カ所に設置されています。また、平成21年度には全国92カ所まで増加した地域若者サポートステーションは国と地方自治体との協働によって、地域における「ニート等の若者」の自立支援の中心となることを目的に運営されるもので、サポートステーション独自の支援プログラムの提供とともに、民間機関を含めた地域機関による「地域における若者支援ネットワーク」を設置し、参加機関の支援機能を地域資源として活用することが求められています。この若者支援ネットワークも、参加機関の分野を調整し、ケース・マネージメント会議を重要な活動の一つとして組み込むことができれば、ひきこもりが中心の当事者や家族の支援のための地域連携ネットワークとして機能できるようにすることができます。その他、平成21年に成立した「子ども・若者育成支援推進法」も、不登校やひきこもり、ニート等の問題を持つ子どもや若者を支援するための子ども・若者地域支援協議会を各地に設置するよう勧告しています。