

めに、家族内の関係性にとらわれた顕著な葛藤を抱え（それが問題行動や精神症状であらわされています）、対社会的な自発性や意欲を阻まれています。治療や支援が、あるいはひきこもり段階の時間そのものがそれらの問題を緩和し、内的な葛藤が受容できるものに変化していく中で、社会への関心が再び芽を吹き、機会を与えられれば動き出せる用意が形をとり始めたなら、それが「社会との再会段階」というわけです。

ひきこもり支援の最終段階はこの社会との再会段階から真の社会生活へと進んでいくプロセスを辛抱強く支えることに他なりません。その結果、学校復帰や進学、あるいは就労が可能となることも多いのですが、それが必ずしも支援の最終目標というわけではありません。おそらくその後も一定の支援が必要な時期がしばらく続くでしょう。このような経過での支援終結のタイミングは、当事者やその家族が支援なしで動いてみようと思える時をおいてありません。徐々に交流が減っていき、いつの間にかあらわれなくなるという経過も悪くありませんが、どこかの時点で最終回の面接を設定し、当事者と支援者の双方で終わりを確かめあうという終り方もあるでしょう。

支援を提供しているにもかかわらず、中間的な支援の場との関係にとどまり続け、就学や就労に向かうことが困難な当事者も沢山いますし、支援機関とのかかわりを拒み続け孤立状況を続ける当事者も少なくないのがひきこもりの現実です。このような事例では支援は非常に長期になることが予想されます。

どのような経過をたどるにしろ、一旦終結した支援の再開については当事者や家族からのアクセス法を明確にしておくべきでしょうし、必要なら再開可能とする柔軟な対応を保障した終結がひきこもり支援の原則でしょう。

4-5 訪問支援（アウトリーチ型支援）

不登校やひきこもりの支援では、当事者が相談や治療場面に出向くことが難しい場合が多いこと、あるいは相談や受診に踏み切れない当事者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、家庭訪問を中心とするアウトリーチ型の支援が有効な支援法の一つとして期待されています。

4-5-a 訪問支援を考慮するタイミング

精神保健機関や児童相談所など、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が必要となるのは以下に示したようなタイミングです。

- ① 当事者の心身の状態が悪化し、あるいは不安定となり、生じている事態の正確な評価、自他の生命の危険性(自傷他害を含む)、安全性の検討が必要とされるとき。
- ② 当事者に精神医学的な観点から見た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とき。
- 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こしており、支援者が直接当事者に会って、状況確認や支援方針を見定める必要性が高いと判断したとき。
- ④ 家族や関係機関との相談を継続していく中で、支援者が訪問することを当事者が納得する、あるいは希望するとき。

こうした訪問支援を開始するタイミングの指標は重複していることも多く、その場合にはより緊急性が高まるものと考えられます。

4-5-b 訪問実施前の準備段階で検討すべきこと

訪問支援（アウトリーチ型支援）は人的・時間的コストを要する支援法であり、訪問による重大な弊害が生じる可能性もあることから、実施するからには訪問の効果を高めるために事前の準備を十分に行っておかねばなりません。いうまでもなく、訪問者の安全が確保されていることも重要です。そのためには、初回訪問までに以下に示した点を中心に検討しましょう。

- ① 情報の収集とそれを通じた関係づくりを行うこと； 当事者の成育歴や相談・治療歴の有無や経過は、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す。また、広汎性発達障害などの発達障害が疑われる事例を含め、家族や学校関係者から発達的な問題や成長過程の特徴などを聞き取ることが可能になるような支援者と家族、支援者と学校などの専門機関との関係を築いておくことが大切です。これまでの訪問支援でも、当事者の生活の様子、言動の

特徴、趣味や特技などの多くの情報が事前に十分に把握されている場合に有効な訪問となりやすいことがわかっています。

- ② **訪問の達成目標を明確に設定しておくこと**； 訪問支援がめざす長期的な目標と、当面の短期の目標を事前に明確にしておく必要があります。支援効果の高い訪問では、漫然とした訪問ではなく、訪問ごとに目標を設定するという目的意識の明確な訪問が行われています。大切なことは、一回の訪問で目標が完全に達成できたか否かということよりも、なぜその目標は果たせなかつたのか、その目標設定は適切だったのか否かといった検討を訪問後に行い、次の訪問に反映させていくことがあります。
- ③ **訪問することを事前に家族や当事者に伝えること**； 一般に家族や当事者の了解を得たうえで訪問することが推奨されています。多くの支援者が配慮しているのは、家族の伝言や手紙などを介した間接的な接触の試みを通じて、支援者や訪問そのものに対する当事者の反応を確認するということです。当事者が訪問を拒否している場合は、訪問以外の支援法や家族に対象を限定した訪問を検討します。無理やり面談を強いるのではなく、当事者の部屋の外からドア越しに声かけをするなどを繰り返し、家族と雑談して帰る、というタイプの訪問活動も有効です。ただし、生命に関わるような深刻な自傷・他害の危険があると判断される場合には、精神保健福祉法に基づく精神保健指定医による措置入院のための診察などの制度を利用することも検討しなければなりません。
- ④ **訪問の適切なセッティングを工夫すること**； 適切な訪問日時、場所、話題などを検討します。また、訪問への当事者の反応も予測しながら、訪問スタッフの構成を考えます。事情を近隣に知られたくないと思う家族もあり、訪問時に車を近くにとめないようにするなどの配慮もその必要性を事前に確認します。家庭内暴力などの暴力行為が激しい事例の場合は、家族による警察への支援の要請や一時家を出て避難するといった対応も訪問以前に考えられますが、もし訪問型の支援を行うとすれば、支援者の前で激しい暴力を家族に向けたり、支援者に向ける場合には警察の介入を要請することになるでしょう。
- ⑤ **関係機関との情報交換**； 有効であった訪問では、地域における関係専門機関と事前の連絡協議が行われています。事前に関係機関から合意や了解を得ておきま

しょう。

4-5-c 訪問開始に向けた家族との準備

訪問に際しては、事前の情報収集とその評価や、当事者の了解を得ることなど事前準備には家族の協力が必須です。

評価のために必要な情報としては、第一に生まれてから現在までの成長の経過、保育園や幼稚園、小学校、中学校、高校などの各段階における友人関係や集団への適応、大人達との関係の特徴など当事者のいわゆる成育歴をあげることができます。さらに、現在までの相談や治療歴、当事者の現在の日常生活、日頃の言葉や行動の特徴などは訪問に際して重要な情報です。もちろん、訪問を検討するような事例はすでに家族だけの相談が行われている事例が大半ですから、以上のような情報は相談開始時にすでに聴取したものばかりかもしれません。しかし、訪問を計画するにあたり、支援者は家族と協力してもう一度これら的情報を見直し、この段階での新たな情報から必要があれば以前の情報を修正する必要があります。

また、当事者が好んでいる趣味、あるいは特技など、訪問した際に支援者が話題にしやすく、当事者にとっても応じやすい、侵入性や侵襲性の低い話題の素材となるような情報も家族に提供してもらわねばなりません。

当事者に訪問の了解を得る手続きは原則的には必須であり、了解なしの訪問はあくまで緊急の必要性が存在する場合の例外的なものにとどめるべきです。当事者への予告なしの訪問が契機となって、ひきこもりがひどくなったり、家庭内暴力が悪化したりといった結果も起こりうることを、支援者は重々承知していなければなりません。

支援者は家族と慎重に検討したうえで、家族を介した伝言や支援者からの手紙などの手段で、訪問したい旨を伝えるとともに、訪問が実際にはどのような形をとり、どのような支援が可能かをできるだけ具体的な表現で伝えます。それに対する当事者の反応は家族から支援者に伝えられ、それが訪問に関するタイミングや方法を検討するための素材となります。訪問の同意が得られれば、事前情報を参考に適切な訪問の日時、場所、話題などを決定します。

実際の訪問の際に、精神医療もしくは精神保健の分野の支援者は家族や当事者との面談の内容だけからではなく、当事者の身だしなみや外観、家族との交流の様子、部屋の状態、

居住地の環境なども併せて把握します。当日は、当事者のいつも通りの生活が評価できるよう、家族は家の中をできるだけ日常に近い状態に保つておくことお勧めします。

4-5-d 訪問時に心得ておくべきこと

初回の家庭訪問で、当事者に会えるとは限りませんが、これに関して支援者は無理をすべきではありません。初回の訪問に限らず、当事者に会えときには必ず支援者は「よく顔を出してくださいました。お会いできて本当に嬉しいです。」といった気持ちを自分の言葉で伝えるようにしましょう。そして、支援者は自分が何者で、何の目的で家庭訪問をしたのかを静かな口調で話すことが特に重要です。

挨拶以後の面談で、もし当事者が自分から能動的に話をしてくれるなら、支援者はその話しを十分に聞くことが必要です。せっかちに話の腰を折ったり、いきなり内容を批判したりといったことはせずに、この日当事者が勇気を出して支援者と会ったことに込めた気持ちをとらえようと、耳を傾けましょう。初回訪問時に当事者が話した言葉は、一見取りとめのない雑談のような言葉であっても、後にその言葉には大切な意味があると気づくことは案外多いものです。支援者は、長年にわたるひきこもり状況を当事者がどんな気持ちで過ごしていたのかを感じ取ることに、まずは努めましょう。

当事者との会話の内容として、訪問前の家族などからの情報収集で得た情報を活用して、好きな趣味や特技など、当事者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、比較的速やかに気軽に話せる関係になれるかもしれません。しかし、あまりにも当事者のことを知りすぎているという印象を与えるような支援者の話し方はかえって逆効果となることはいうまでもありません。

一方で、多くの支援者が訪問時の面談について、「当事者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」という不安を抱きやすいことはよく知られています。また、家庭内暴力が激しい事例では、支援者が去ってから生じるだろう家族への暴力を心配するあまりに、当たり障りのない面接に終止してしまうという経過もよく生じることです。その結果、当事者が抱えている社会参加への不安や、暴力などの問題行動については、その背後にある葛藤や救援を求める思いを含めて一切触れないまま、いたずらに時を空費することになります。

語り合うべき時には問題ときちんと直面してもらうためにも、敢えて葛藤の大きいと思

われる話題に触れざるをえない時がくることを支援者は承知していかなければなりません。その上で、支援者はそのような局面につながっていくことを目指して、当事者・支援者間の関係性と、当事者の社会に対する関心の芽生えに注目しつつ、辛抱強く訪問を続けていかねばなりません。

当事者との面談が可能であれば、支援者は家族の情報に加え、当事者の言葉、当事者の身だしなみや外観、家族との関係性、部屋の状態、居住地の環境などを具体的に評価し、当事者の全体像をある程度把握することができます。当事者の身体的清潔の保たれ方、衣服の状況、食事のとり方、睡眠のとり方などのセルフケアの水準と、当事者の居室を含めた家の中の状況から、当事者のメンタルな機能水準や家族の疲労の程度を把握し、支援の緊急性を判断することは特に重要です。もちろん当事者の身体的衰弱が激しい場合には、栄養状態、血圧と脈拍、呼吸、体温などのバイタルサインの確認が必要です。

初回訪問では、当事者も家族も、そして支援者も緊張しているのが普通です。あまり長い面談にならないよう気をつけましょう。そして、訪問を継続したほうがよいと判断した場合には(多くがそうなるはずです)、必ず次回訪問の日時を当事者と家族に告げましょう。それによって支援の恒常性が得られやすくなり、継続的な訪問を当事者が受け入れられやすくなることが期待できます。なお訪問支援の頻度は月1回ほどが多いようですが、もっと回数を増やす場合もあり、ケース・バイ・ケースといってよいでしょう。しかし、何ヵ月も間隔があき不定期の訪問としか映らないものになってしまふと、支援としての恒常性はいつまでも確立しません。

4-5-e 当事者が拒否する場合の対応

当事者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するなどの配慮が必要です。ただし、生命に関わるような危険（拒食や飲水の拒否などによる生命の危険や自傷・他害の危険など）が生じている場合には、当事者の了解が得られないままでも訪問を実施すべき場合があります。その際に支援者は、状況の緊急性、強力な介入の必要性の有無、そしてその介入を合法的なものとする法律（精神保健福祉法など）の適用の可否などを客観的・中立的に判断する冷静さが求められるとともに、関連する専門機関との連携を図る必要があります。

当事者が面談を拒否することから、家族を対象とした訪問を続けていると、何回目かに

ようやく当事者に会えるという経過も訪問支援ではよくある展開です。特に家庭内暴力を伴う場合には、支援者が初回訪問で当事者に会うことはかなり難しいと考えられます。その場合には、支援者の「会いたい」という気持ちを家族から伝えてもらったり、その旨を記した手紙を家族に託したり、会えないまま訪問を続ける中で当事者に手紙やメモを残したりするなどの働きかけを続けることをお勧めします。入室を拒否する当事者の部屋へ強引に侵入するという出会いが、前記のような緊急事態の場合を除いて、望ましくないことはいうまでもありません。もし、ある機関による訪問支援が当事者と会えないまま長期間経過し、スタッフの間に膠着状態との思いが拡がり、展望を見失う事態となったら、専門機関の地域連携ネットワークのケース・マネージメント会議に事例を提出し、そこで多機関のスタッフによる検討に委ねることをお勧めします（もちろんそのようなネットワークを地域に設置する必要がありますが）。それを通じて、支援のパートナー機関が現れ、支援が新しい展開を示すことも少なくないと考えられます。

当事者は支援者と会うことを拒んでいる場合でさえ、多くの事例では訪問してきた支援者に強い関心を持って、支援者の気配に注目しているはずです。支援者は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、どれだけ耳を傾けてくれそうな人なのかななどを知ろうと、五感をときすましているはずです。もちろん、訪問が終わった後の家族の自分への接し方や会話にも関心は向いています。そのため、支援者は当事者がいない部屋での家族との面談でも、当事者の存在を意識し、当事者の本当の気持ちを尊重するという姿勢で臨むことを忘れてはなりません。

4-5-f 訪問支援の着地点（ゴール）

訪問支援（アウトリーチ型支援）がめざすゴール、すなわち着地点は、精神科医療が必要と判断される事例には速やかに治療が開始されることであり、ひとまず精神科医療が必要と判断される事例には当事者の社会活動への可能性を広げるための支援を提供する地域の社会資源につながることです。

往診や訪問看護の形をとつて実施される児童精神科や精神科医療機関によるアウトリーチ型支援は、ひきこもり支援の一端を担う特殊な分野です。それは、児童精神科医療や精神科医療の支援が必要な事例に対して、当事者を医療的支援へつなげることをゴールと定めた支援が中心となります。医療以外の生活支援や学校復帰ないし就労を支援する専門

機関（教育機関や就労支援機関など）につながることもゴールの一つとできる柔軟さを持っている必要があります。現在、アウトリーチ型支援は教育機関、保健所や市町村などの公的機関、あるいはNPO団体が実施するものが中心ですが、精神医学的評価がより厳密に行いうる医療機関によるそれは今後の発展が期待される領域です。

訪問を重ねる中で暴力行為、自傷・自殺の危険性、不適応的な問題行動、犯罪性などに改善がみられた、家族以外の人間関係をもつようになつたなど、学校復帰や就労には至らなくともある程度の社会参加が生じることもあります。しかし、当事者とも会えず、結果の得られないまま、漫然と訪問をくりかえすことが必ずしも適切とはいえません。別の何らかの支援法を検討すべきタイミングを失わないという感覚も大切です。くりかえしになりますが、これはそのような訪問を長期にわたって続ける以外に手のない事例も少なくないことを承知したうえでの話です。

いずれにしても、訪問支援はひきこもり当事者とその家族の生活の質（QOL）が改善することをゴールとして目指している支援ですから、かくあるべきといった画一的なゴールを設定すべきではありません。その人それぞれの生活や生き方に合わせた着地点をゴールとしてめざすためにも、経過の中で当事者、家族、訪問支援者の三者で繰り返しこの点について話し合いましょう。

4-6 支援をめぐるその他の課題

4-6-a 専門機関に相談する前にできること

＜電話相談＞

電話相談は、携帯電話の普及もありまって、どこからでも、思い立った時に、手軽に相談できるという利点があります。自分の名前を名乗りたくない場合は名乗る必要も無く（匿名性）、相談担当者と顔を合わせる必要がないことから、面接による相談に比べ緊張もなく、精神的な負担も少ないため、相談を実行する際の抵抗が少なくてすみます。

相談者が電話相談に求められるものは実に多様です。時々自分の不安や葛藤を第三者に話すことによって、日常生活を何とか続けていく支えとしている当事者やその家族もいますし、電話相談を変化の契機としようとする思いで受話器をとる当事者や家族もいます。最初はからかいやいたずら電話の形をとらないとアプローチできない当事者もいますし、

本当に愉快犯的ないたずら電話である場合もあります。本当のいたずら電話を除いて、間違いなく多くは心の支えや救済、あるいは変化の契機を得ようとする真剣なものであり（表面にあらわれた姿勢ではなく）、電話相談を通じて、その機関での面接による相談や、医療機関を含む他の支援機関での相談・治療につながることは少なくありません。

しかし、電話相談は他の相談に比べ、相談者にとって気軽にできるものである反面、なかなか実態に迫れない事例が多いこと、深刻な状況がうかがえてもただちに支援に移るということがしにくいくこと、相談の結果が具体的にとらえにくいくことなどの限界もあります。電話相談という闇（しきい）の低い相談窓口をひきこもり事例の支援への入り口の一つとして確保するとともに、ひきこもり支援にあたる機関同士が緊密な連携を保ちながら、当事者や家族の真のニードに応じることのできる多様な相談・支援システムを各地域に構築することをめざしましょう。

<インターネット相談>

現在、さまざまな機関で、ひきこもりを呈している当事者や家族などを対象にしたインターネット相談が行われ始めています。当事者や家族は電子メールで相談内容を送り、それを受け取ったスタッフは面接を行わないで返信するというプロセスになっています。インターネット相談は、面接相談や医療機関の受診に結びつけるためのサポート手段として、メンタルヘルスに関する説明および専門機関の紹介といった情報提供を行う目的で実施されているものが多いようです。一方、精神医学的な診断や治療手段としてインターネット相談を利用することも行われていますが、現段階ではその実施に際してはかなり慎重であるべきでしょう。顔を合わせない間接的相談であることから、問題に対するあまりに突っ込んだ探索的アプローチなどは行わず、家族や当事者への情報提供や、家族相談にとどまっている事例での当事者とのコンタクト（もちろん当事者がそれを望む場合に限られる）などに限定した利用とすべきでしょう。

4-6-b ひきこもりの支援に関する啓発活動

ひきこもりの当事者はもとより、その家族も同じように社会的に孤立し、通常の情報が届きにくくなっている場合が少なくありません。いうまでもなく、情報の乏しい状況に長く置かれることは孤独感を助長し、人を自暴自棄にさせがちです。このため、質の高い情報が早くから当事者や家族に届くよう、ひきこもり支援にあたる地域の専門機関は啓発活

動についても活発に取り組む必要があります。

ひきこもりという現象があること、それが支援の対象であること、この地域ではどのような支援が利用でき、どのような専門機関や窓口が存在しているかという点をわかりやすく説明したパンフレットやリーフレットが地域の様々な公的機関の窓口に置かれていることが必要です。それらが当事者や家族の手に届くよう、窓口に置くことのほかにも、例えば地域の町内会の回覧板で回覧や配布を行ったり、各市町村便りなどでその内容を紹介したりするなどの方法を組み合わせて、繰り返し支援の存在をアピールすべきでしょう。その内容については、厚生労働省のホームページに掲載されている「『ひきこもりかな?』と思ったら」という当事者や家族向けの啓発用パンフレットも利用可能ですし、専門機関が地域の事情に合わせて本ガイドラインの中の適切な項目を選択して組み合わせ、表現に工夫を加えながら独自のパンフレットや、もっと気楽に手に取れるリーフレットを作成することが推奨されます。すでに複数の精神保健福祉センターなどが独自の啓発資材を作成しています。

以上のような当事者や家族への啓発資材の開発と配布とともに大切なことは、民間団体を含めた地域の支援機関の担当者が自らの知識の獲得と支援技法のスキルアップを目的とする研修会を地域で活発に開催し、地域のひきこもり支援の機能を向上させることです。教育、保健、医療、福祉などの諸分野で研修会を開催する必要があります。4-2で述べた地域連携ネットワークが機能している地域なら、そのネットワークを中心に研修会を開くのも有益です。

このような当事者や家族向けの啓発や支援者側のスキルアップを目的とする研修会が活発に取り組まれている地域でなら、年に何回かモデル的活動を続けている先進的地域活動の担当者やひきこもり支援の領域でユニークな活動を続ける支援者、ひきこもり支援の研究者、あるいは社会へ向けて発言している当事者や家族などを講師とする講演会の開催も意義深いものとなるでしょう。しかし、年に1、2回講演会だけを開催して啓発活動の全てとすることは、当事者や家族のためにも、そして支援者のためにも有意義とはいえないようです。

4-6-c 緊急時の対応に関する考え方

ひきこもりの支援者は、緊急時の対応をどうすべきかについて、日頃から明確にしてお

く必要があります。

① 家庭あるいは地域で生じる緊急事態

ひきこもりへの支援を続けて行く経過で、特に当事者に会えないまま家族の相談だけを続けている中で、支援者や家族が当事者に自殺の恐れありと判断したり、深刻な家庭内暴力がコントロールできない水準に至ったと思われたりする場合、あるいは近隣に対し攻撃的行動をとったり重大な攻撃行動をほのめかす場合で、統合失調症、あるいは双極性障害や大うつ病のような気分障害の存在が明確になり、しかも治療への抵抗が強く、容易に治療を開始できない事例などでは、危機介入としての精神科受診と、さらには必要であれば入院治療への導入も選択肢の一つとして検討されるべきでしょう。その際、背景に存在する精神障害（ICD-10 や DSM-IV-TR に掲載されたすべての障害）や危機介入的入院がもたらす結果の予測、そして家族が本当に対応不可能になっているのか否かなどの評価に基づく慎重な判断が支援者には求められます。

緊急性の高い事態であることが確認されたにもかかわらず、家族が当事者をつれて精神科医療機関を受診できない場合には、訪問により直接当事者と会うことで、当事者の精神保健的健康度を評価できるだけでなく、当事者の保護と医療の速やかな提供の必要性を判断することができるでしょう。ただしこのような緊急時の訪問は通常の訪問型支援とは異なり、精神保健福祉法に基づいて実施すべきものです。その場合は、対応の主たる扱い手は保健所となり、そのメンタルヘルス担当者らによるチーム（精神科医特に精神保健指定医を含むものであることが望ましい）の訪問となります。指定医の診察により精神障害と診断され、かつ緊急に入院が必要と判断された場合、当事者の同意が得られなくとも保護者の同意があれば、精神保健福祉法第 34 条に基づく精神科病院への移送も行うことができます。また、特に自傷他害の恐れが高い場合には、警察官通報（精神保健福祉法第 24 条）などに基づいて、措置入院（同第 29 条）の是非を判断するため 2 名の精神保健指定医による診察が行われることになります。以上のような訪問を実施する際、当事者の他害的な暴力行為が予測される場合には、警察官の同行訪問も検討する必要があるでしょう。

一方、何らかの精神障害が関与しているか否かに関わらず、精神科入院治療、特に当事者の同意に基づかない入院（医療保護入院など）の対象にすぐにはならない家庭内暴力（精神病性障害が否定された事例など）もたくさんあります。そのような場合には、激しい家

庭内暴力の攻撃対象となっている家族（母親や年少の同胞が多い）を避難させざるをえないこともありますし、警察との協力で警察官の存在を暴力の抑止力として利用することもあります。被害家族の避難は、攻撃対象ではない家族（多くは父親）が同居を続けることで、避難した家族がけっして当事者を見捨てたのではなく、あくまで不当な暴力に対する避難に過ぎないことを伝える機会になりますし、やがては自らの行動を客観視できるようになるところまで当事者を支えることができるかもしれません。被害家族の避難を機に、残った家族の協力で訪問型の支援を開始する機会を得ることもあります。また、近隣の住人などの他人への攻撃行動やその他の迷惑行為・犯罪行為をほのめかしたり、実行に移したりする場合には、原則的には一般的の犯罪と同様に警察への相談ないし通報と、その後の司法的対応に委ねるべきでしょう。

② 当事者来談時の緊急事態

当事者が相談機関来談時あるいは医療機関受診時に、怒りを爆発させて支援者に暴力を振るおうとしたり、リストカットなどの自傷行為を行ったり、深刻な自殺願望を口にするといった状況を典型的な緊急事態とします。支援者などへの攻撃的な暴力行為は緊急避難的に相談機関のスタッフで抑えることは可能と考えます。いうまでもなく暴力に対する暴力は許されるはずはありません。あくまで暴力をとどめ冷静になってもらうことが目的ですから、無理に一人で対応せずに他の職員にも協力を求め、冷静に話しかけながら、双方がけがをしないように配慮しつつ、声をかけ続けましょう。当事者が冷静になり、実際に暴力を振るったわけではなければ、何が起きたのかを話し合い、できるだけ相談や治療が継続できるような同意点を見出す努力をしましょう。

しかし、実際に支援者やその他の人に激しい暴力を振るったなら、警察に通報すべきでしょう。暴力は許されないことであり、暴力は責任を取らねばならないという社会的ルールと直面することは当事者の立ち直りとも関わる大切な体験です。警察の介入によって、精神保健指定医による措置入院の適否をめぐる診察のための通報（精神保健福祉法第24条）が保健所になされることになれば、精神保健指定医によって精神障害の関与についての評価が行われ、精神科治療の道が開かれる場合もあります。また警察に逮捕・拘留され、さらに送検されて、そこで精神障害が強く疑われる場合には簡易鑑定が行われ、その結果精神障害に基づく行動と判断されれば、不起訴処分決定後に検察官が指定医診察のための

通報（同法第25条）を保健所に行う可能性があります。

当事者が来談中の機関で自殺願望を強く口にする場合や深刻な自傷行為・自殺行動を行った場合などには、その傷の程度や切迫度（実際に決定的な自殺行動を行う可能性）が高い場合、家族と連絡をとりあつた上で、必要と判断したら精神科医療機関または救急病院（現に大量服薬をしたり受傷したりしている場合）への救急搬送を消防署に依頼するか、自治体によっては警察に依頼し精神科救急のシステムに乗せることになります。

③ 緊急時の対応を決定するための地域連携ネットワークの利用

以上のような緊急時の対応は単独の支援機関だけで判断することが難しい場合が少なくありません。例えば、精神科医療に結びつけるべきか否か、警察の介入を依頼すべきか否か、当事者宅を訪問すべきか否かなどが、現在関与している機関にとって判断し難いという状況は少なくありません。そのような際には、「4-2-b」および「4-2-c」で示したような関係機関による地域連携ネットワークのケース・マネージメント会議において対応を検討することができれば、何らかの有効な結論を得る可能性も、協力機関が現われる可能性も非常に高まります。もし、緊急に対応を考えないと手遅れとなりそうな事例では、ケース・マネージメント会議で知り合うことのできた関連機関（精神保健福祉センターや保健所、警察、病院など）の担当者と速やかに連絡をとりあって、適切な対応について相談する必要があるでしょう。このような地域を挙げた対応が可能になるためにも、地域連携ネットワーク（これは機能を名づけたもので名称を規定した用語ではありません）を各地に設置することが望されます。

5. 今後の課題

5-1 ひきこもり支援の今後の課題

不登校・ひきこもりの支援はまだ未確立な部分をたくさん含んだ課題であり、今後も支援の体系が持っている不備を改善し続けて行くことが専門機関とそこで支援にあたる実務家に課せられている義務といえるでしょう。

特に重要な課題を以下にあげておきます。

1) ひきこもりと社会的自立の中間的なタイプへの対応

第一の課題は、現在のところ提唱され実践されている支援体系がいずれも基本的には不登校・ひきこもり状態からの脱却、すなわち学校復帰や進学、あるいは就労を唯一のアウトカムとして想定している点ではないでしょうか。長期にわたって不登校の経過を追っていくと、一定の割合でひきこもり状態を続ける青年に移行していきます（齊藤（2000）によれば 10%程度）。これと同じように、青年のひきこもりを支援していくと、きっとひきこもりから脱却できない人が一定の割合で出てくることでしょう。支援の展開を示した図 3 でいえば中間的・過渡的な集団での活動にはなんとか適応できるのですが、実際の就労はどうしても踏み出せないという、ひきこもりでも社会的自立でもない群が一定程度現われるはずです。そのため、この中間的・過渡的な集団での支援を延々と続ける必要が出てきます。さらには、この中間的・過渡的集団に参加する段階に至らないまま、個人的支援にだけ参加できるような、あるいはまったくそれも拒んで家庭にとどまるような、ひきこもり状態を続ける群も必ずや存在することでしょう。

2) 一貫した包括的な支援体制とネットワークの構築

このような息の長い支援を地道に提供し、状況の変化に適切に対応できる柔軟でしなやかな支援の体制を維持し続けるためには、今後は継続的に一貫した支援を提供できる体制づくりが必要となるでしょう。また、本ガイドラインで採りあげた連携ネットワークやケース・マネージメント会議をどのように地域に定着させ発展させるかについても、今後積極的に取り組むべき重要な検討課題です。

残された重大な、そしてできるだけ早い段階で明確な提案をすべき課題として、以上 2 点を挙げて本ガイドラインのまとめとします。

5-2 本ガイドラインの限界

本ガイドラインは不登校を含むひきこもりの支援や治療に関与してきた専門家からなる研究班の三年間の成果として作成したものです。各分担研究者と研究協力者が記述した各項目からなるガイドライン・ドラフト版をまず作成し、次いでそれを整理し、内容と表現に一貫性を持たせてコンパクトにまとめるために、主任研究者が全体を書き直しました。その後、この整理されたガイドライン（案）を分担研究者および研究協力者、そして全国精神保健福祉センター担当者に送付して意見を募り、その意見を参考に主任研究者が再度、再々度の修正を加えました。このような本ガイドラインの成立過程は、全体としては緩や

かなエキスパート・コンセンサスという水準のもので、ガイドラインが推奨した評価と支援の方法やシステムは質の高いエビデンスに支えられたものではないという限界があります。今後はここで推奨した方法やシステムに準拠した実践とそれを対象とした臨床的研究によって、本ガイドラインの質の向上に取り組む必要があります。

引用文献

Asuka Koyama, Yuko Miyake, Norito Kawakami, et al.: Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. Psychiatry Research, 176: 69-74, 2010.

近藤直司, 清田吉和, 北端裕司ほか: 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究（主任研究者 齊藤万比古）」平成 21 年度総括・分担研究報告書, 2010(印刷中).

中島豊爾, 塚本千秋, 大重耕三ほか: 精神科急性期治療におけるひきこもり青年の実態と精神医学的治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究（主任研究者 齊藤万比古）」平成 20 年度総括・分担研究報告書, 19-24, 2009.

齊藤万比古; 不登校の病院内学級中学校卒業後 10 年間の追跡調査. 児童青年精神医学とその近接領域 41: 377 - 399, 2000.

V. 研究成果の刊行に関する一覧

<雑誌>

- 齊藤万比古, 西田寿美: シンポジウム「子どもの精神医療の現状と今後の展望」子どもの精神科専門機関の立場から. 精神神経学雑誌 109(1); 58-65, 2007.
- 齊藤万比古: AD/HD の治療における薬物療法の位置づけ. 臨床精神薬理学 11(4); 587-596, 2008.
- 齊藤万比古: 講座発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート ①二次障害とは何か. 月刊実践障害児教育 4月号(通巻 418 号); 40-45, 2008.
- 齊藤万比古: 講座発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート ②学童期における二次障害へのケア. 月刊実践障害児教育 5月号(通巻 419 号); 40-45, 2008.
- 齊藤万比古: 講座発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート ③思春期青年期における二次障害へのケア. 月刊実践障害児教育 6月号(通巻 420 号); 40-45, 2008.
- 齊藤万比古: 講座発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート ⑩二次障害のとらえ方・対応は何を目指すか. 月刊実践障害時教育 3月号(通巻 429 号); 40-45, 2008.
- 齊藤万比古: 不登校はなぜ減らないのか. 教育と医学 56(4); 308-316, 2008.
- 齊藤万比古: 専門医のための特別講座 児童思春期精神障害(摂食障害を含む)の疾病概念と病態—発達危機という文脈での理解—. 精神神経学雑誌 110(4); 327-337, 2008.
- 齊藤万比古: 行為障害概念の歴史的展望と精神療法. 精神療法 34(3); 265-274, 2008.
- 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. 日精協誌 27(7); 584-590, 2008.
- 飯山道郎, 齊藤万比古, 星加明徳: 子どもの心を守るために. 小児科医の立場から起立性調節障害を中心に. 日精協誌 27(7); 614-618, 2008.
- 齊藤万比古, 平理英子: 高機能広汎性発達障害. 治療 90(8); 2311-2314, 2008.
- 齊藤万比古: 第 104 回日本精神神経学会総会シンポジウム「AD/HD の薬物療法」ADHD 治療システムの中の薬物療法, その意義と限界. 精神神経学雑誌 110(10); 923-931, 2008.
- 齊藤万比古: 第 104 回日本精神神経学会総会シンポジウム「これからの児童青年精神医学に求められるもの」エビデンスに基づく子どもの精神療法. 精神神経学雑誌 110(10); 955-961, 2008.
- 齊藤万比古, 井上喜久江, 小平雅基: 新訂版児童・青年期の精神障害治療ガイドライン「強迫性障害」. 精神科治療学 23(増刊号); 336-340, 2008.
- 齊藤万比古, 平理英子: 対応の難しい AD/HD の治療. 小児科臨床 61(12); 2521-2526, 2008.
- 宇佐美政英, 齊藤万比古, 清田晃生ほか: 新潟県中越地震後における子どものこころのケア活動. 児童青年精神医学とその近接領域 49(3); 354-366, 2008.
- 梶原莊平, 齊藤万比古, 樋口重典, 松崎淳人: 身体症状および精神症状を有する不登校において関連の強い因子. 子どもの心とからだ 18(1); 108-116, 2009.
- 齊藤万比古: 小児の不安障害. 不安障害研究 1(1); 164-168, 2009.
- 齊藤万比古, 牛島洋景: 統合失調症. 小児内科 41 増刊号; 836-840, 2009.

- 齊藤万比古：子どもの強迫性障害. 精神療法 35(5) ; 571-577, 2009.
- 齊藤万比古：不登校. 児童青年精神医学とその近接領域 50 周年記念特集号 50 ; 145-155, 2009.
- 塚本千秋, 大重耕三, 太田順一郎, 安松昭子, 川崎孝至, 中島豊爾：ひきこもりと家庭内暴力を呈する発達障害の男子中学生への入院介入. 精神科 12(3) ; 221~230, 2008.
- 伊藤順一郎：「ひきこもり」に必要な支援は何か. 精神神経学雑誌 109(2) ; 130-135, 2007.
- 伊藤順一郎：「ひきこもり」と精神医療～Community based Mental Health System づくりの展望. 精神神経学雑誌 109(2) ; 128-129, 2007.
- 伊藤順一郎：“国府台モデル”というひとつのモデルとそのエビデンス. 現代のエスプリ 489 ; 70-84, 2008.
- 皆川邦直, 佐藤篤司：児童・思春期の親治療について. 思春期青年期精神医学 17(2) ; 137-150, 2007.
- 田上美千佳, 新村順子, 皆川邦直, 三宅由子, 野津眞, 川関和俊：思春期のひきこもり 軽度非行のある不登校に対するグループ親ガイダンス. 精神科治療学 24(11), 2009.
- 竹村周子, 太田智佐子, 岡安孝弘, 吉村順子, 小粥宏美, 齋藤和貴, 弘中正美：中学生・高校生に見出される不登校・ひきこもりの実態把握に関する研究. 明治大学心理社会学研究. 第4号, 2008.
- 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.
- 近藤直司：青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について. 精神科治療学 21;1223-1228, 2007.
- 近藤直司：児童・思春期のネットワーク支援と人材育成. 児童青年精神医学とその近接領域 48 ; 293-322, 2007.
- 近藤直司, 石川信一, 境 泉洋, 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 110(7) ; 536-545, 2008.
- 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.
- 近藤直司, 萩原和子：長期化したひきこもりの子どもを持つ親への支援. 精神科治療学 23(10) ; 1209-1214, 2008.
- 近藤直司：社会的ひきこもり. 精神科治療学第 23 卷増刊号, 児童・青年期の精神障害治療ガイドライン ; 291-294, 2008.
- 近藤直司, 小林真理子：ひきこもりと広汎性発達障害. 臨床精神医学 37(12), 2008.
- 近藤直司：青年期ひきこもり問題の現状—最近の精神医学的知見と主な論点について. 精神科 12(6) ; 453-457, 2008.
- 近藤直司：青年期における発達障害と精神科医療. 精神神経学雑誌 111(11) ; 1433-1438, 2009.
- 近藤直司, 小林真理子, 富士宮秀紫, 萩原和子：青年期における広汎性発達障害のひきこもりに

- について. 精神科治療学 24(10) ; 1219-1224, 2009.
- 近藤直司, 小林真理子, 宮沢久江, 宇留賀正二, 小宮山さとみ, 中嶋真人, 中嶋 彩, 岩崎弘子, 境 泉洋, 今村 亨, 萩原和子: 発達障害と社会的ひきこもり. 障害者問題 37(1) ; 21-29, 2009.
- 近藤直司: 青年のひきこもり. 児童青年精神医学とその近接領域. 50(50周年記念号) ; 156-160, 2009.
- 近藤直司: ひきこもり. 精神科臨床サービス 9(4) ; 507-511, 2009.
- 水田一郎: 解離性障害の精神療法と精神病理. 臨床精神病理 28(2) ; 151-158, 2007. 9.
- 草野智洋, 水田一郎: 大学生のひきこもりに関する研究の現状と展望. 思春期青年期精神医学, 8(1) ; 39-52, 2008.
- 水田一郎, 植月マミ, 鈴木朋子, 渡辺洋一郎: “対人関係”に焦点を当てた摂食障害の集団療法の試み. 臨床精神医学 37(2) ; 205-214, 2008.
- 奥村雄介: 非行と自己破壊行動. 母子保健情報 55 号, 特集 子どもの心Ⅱ ; 54-58, 2007.
- 奥村雄介: 行為障害・非行. 臨床精神医学 36(5), 特集 児童思春期精神医学の最近の進歩, 第 2 章 子どものこころの障害 ; 611-616, 2007.
- 奥村雄介, 佐久間祐子他: “ひきこもり”と反社会的行動との関連について—“ひきこもり”概念の再検討一, 社会精神医学. (投稿中).
- 清田晃生: 不登校とうつ. 精神科治療学 23 ; 847-854, 2008.
- 清田晃生: 不登校. 精神科治療学 23 卷増刊 ; 281-285, 2008.
- 清田晃生: 発達障害における強迫性行動障害. 小児科臨床 61 ; 240-250, 2008.
- 渡部京太: 不登校児童生徒への治療と援助. 児童青年精神医学とその近隣領域 48(2) ; 102-110, 2007.
- 渡部京太, 清田晃生: 1. 不登校の現在. 臨床精神医学, 36(5) ; 643-647, 2007.
- 渡部京太: 児童・思春期の気分障害と注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) の関連について. 児童青年期精神医学とその近接領域, 49(2) ; 149-161, 2008.
- 渡部京太: 集団療法. 精神科治療学 23 (増) ; 87-92, 2008.
- 渡部京太: 講座発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート 二次障害に対して医療ができること. 月刊実践障害児教育 11 月号(通巻 425 号) ; 40-45, 2008.
- 渡部京太. ADHD 治療ガイドラインにおける atomoxetine の位置づけ. 臨床精神薬理 12(9)1987-1997, 2009.
- 渡部京太: 児童・思春期の気分障害と注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) の関連について. 児童青年精神医学とその近接領域 49(2) ; 149-161, 2008.
- 原田豊, 川口栄, 白岩有里, 坂本裕子, 長谷川絵美, 渡部一恵: 鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題Ⅱ—社会参加促進ステップアップ事業の取り組みについて—. 鳥取医学雑誌 (鳥取医師会発行) (35) ; 10-15, 2007.
- 斎藤環: ひきこもりと自己愛. 精神療法 33(3), 2007.
- 斎藤 環: 持続のために叱る, ということ. こころの科学 142, 2008.

- 斎藤 環：サイコ・バブルが日本を覆う. 中央公論 2008年1月号, 2008.
- 斎藤 環：メディアとペドフィリア. アディクションと家族 25(2), 2008.
- 斎藤 環：ひきこもりと社会病理. 精神科 12(6), 2008.
- 斎藤 環：思春期・青年期精神科看護における看護師の役割と専門性. 精神科看護. 2008年6月号, 2008.
- 斎藤 環：「再帰性うつ病」の時代. 臨床精神医学 37(9), 2008.
- 斎藤 環：日本から「大きな空気」が消えた--タコツボに引きこもる若者たち. 中央公論 124(4), 2009.
- 斎藤 環：「ひきこもり」の実態と支援. こころを支える 4(2), 2009
- 斎藤 環：「おたく」であることの困難と希望. こころの科学 144, 2009.
- 斎藤 環：オタクとひきこもり. 児童心理 63(16), 2009.
- Sugimura H, Horiguchi I, Shimizu T, Marui E : Relationship between employees' management factor of visual display terminal (VDT) work time and 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28) at one Japanese IT company's computer worksite. Nippon Eiseigaku Zasshi 62(4) ; 960-6, 2007.
- 堀口逸子, 吉川肇子, 丸井英二: クロスロードゲームを用いたリスクコミュニケーショントレーニング 食の安全をテーマとして, 厚生の指標 55(7) ; 28-33, 2008.
- 船山和志, 堀口逸子, 岡 利香, 平 智子, 斎藤 博, 鈴木敏旦, 丸井英二: 横浜市K区における, 健康づくりに関連した定年前中高年者の定年後の意識について(第2報) 量的調査の結果より, 厚生の指標 55(6) ; 23-27, 2008.
- 堀口逸子:【守りたい!食品の安全】食の安全に関する指導者養成, 食生活 102(5) ; 36-41, 2008.
- 堀口逸子, 柏木知子, 丸井英二:住民への普及啓発が必要な感染症は何か 行政機関感染症対策担当者を対象とした質的調査, 感染症学雑誌 82(2) ; 67-72, 2008.
- 堀口逸子, 吉川肇子, 角野文彦, 丸井英二:新型インフルエンザ大流行に備えた危機管理研修教材の開発とその有用性の検討 ゲーミング・シミュレーションを利用して, 厚生の指標 55(3) ; 11-15, 2008.
- <書籍>
- 齊藤万比古 (編) : 不登校対応ガイドブック. 中山書店, 東京, 2007.
- 齊藤万比古 : いじめ. 藤岡淳子 (編) : 関係性における暴力—その理解と回復への手立て—, pp46-61, 岩崎学術出版, 東京, 2008.
- 齊藤万比古 : 不登校児を理解する. 中根 晃, 牛島定信, 村瀬嘉代子 (編) : 詳解子どもと思春期の精神医学, pp144-153, 金剛出版, 東京, 2008.
- 齊藤万比古 : 児童・思春期. 上島国利, 樋口輝彦, 野村総一郎, 他 : 気分障害, pp574-583, 医学書院, 東京, 2008.