

- 齊藤万比古, 渡部京太編: 第3版 注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン, じほう, 東京, 2008.
- 齊藤万比古: 自閉性障害とアスペルガー障害, 朝倉次男(監修): 子どもを理解する「こころ」「からだ」「行動」へのアプローチ, pp187-198, へるす出版, 東京, 2008.
- 齊藤万比古: II. 精神疾患についての説明 8. 発達障害などの児童青年期の精神障害, 林直樹(編): 専門医のための精神化臨床リュミエール9 精神科診療における説明とその根拠, pp122-136, 中山書店, 東京, 2009.
- 牛島洋景, 宇佐美政英, 齊藤万比古: 発達障害のうつ病, 神庭重信, 黒木俊秀(編): 現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法, pp229-244, 創元社, 大阪, 2009.
- 齊藤万比古: 注意欠陥多動性障害(ADHD) C. 最近の話題として, 市川宏伸, 鈴村俊介(編): 日常診療で出会う発達障害のみかた, pp106-114, 中外医学社, 東京, 2009.
- 齊藤万比古, 磯野友厚: アスペルガー症候群の疫学, 柳原洋一(編): アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助, pp8-19, ミネルヴァ書房, 京都, 2009.
- 齊藤万比古(編著): 子どもの心の診療シリーズ1 子どもの心の診療入門, 中山書店, 東京, 2009.
- 齊藤万比古(編著): 発達障害が引き起こす二次障害のケアとサポート, 学研, 東京, 2009.
- 伊藤順一郎: チームによる地域生活支援(ACT), 松原三郎編: 専門医のための精神科臨床リュミエール4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰, pp89-104, 中山書店, 東京, 2008.
- 近藤直司: 青年期のひきこもりをめぐる臨床研究の課題, 児童心理学の進歩 2006 年度版, pp161-183, 金子書房 2007
- 近藤直司, 宮沢久江: 不登校と家庭内暴力, 不登校と非行, 訪問診療・訪問指導, 齊藤万比古編, 不登校対応ガイドブック(分担執筆), 金剛出版, 2007.
- 近藤直司: 「心が閉じる局面」と治療関係ーひきこもりケースの精神療法よりー, 藤山直樹編: ナルシシズムの精神分析, 岩崎学術出版社, 2008.
- 小宮山さとみ, 近藤直司: 不登校・ひきこもりと二次障害ー内在化障害への支援, 齊藤万比古編著: 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート, 学研, 2009.
- 近藤直司, 中嶋真人: ひきこもりと Asperger 障害, 市川宏伸, 内山登喜夫編: 発達障害ケースブック, 診断と治療社, 2009.
- 近藤直司, 野田美千子: 福祉機関との連携ーライフサイクルに応じた福祉分野の支援, 市川宏伸, 鈴村俊介編: 日常診療で出会う発達障害のみかた, 中外医学社, 2009.
- 近藤直司: 家族ガイダンス, 齊藤万比古編: 子どもの心の診療入門, 中山書店, 2009.
- 近藤直司, 金重紅美子: 対人恐怖とひきこもり, こころの科学 147, pp43-47, 2009.
- 近藤直司, 小林真理子: アスペルガー症候群とひきこもり, 柳原洋一編著: 別冊 [発達] アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助, ミネルヴァ書房, 2009.
- 水田一郎(分担執筆): 不登校対応ガイドブック(齊藤万比古編) 第V章 2-10 妄想性障害,

pp103-108, 第 VI 章 4 高校生の不登校, pp234-240, 中山書店, 東京, 2007.

奥村雄介：その他—非行・犯罪にみる衝動性. 精神看護エクスペール第 20 卷, 衝動性と精神看護 pp118-125, 中山書店, 2007.

野村俊明・奥村雄介：非行と犯罪の精神科臨床—矯正施設の実践から—. 星和書店, 東京, 2007.

奥村雄介：行為障害の矯正治療. パーソナリティ障害, 福島 章編, pp111-139, 日本評論社, 東京, 2008.

奥村雄介：医療少年院で「叱る」ということ, こころの科学 142, 臨床現場に学ぶ叱り方. pp48-53, 日本評論社, 東京, 2008.

奥村雄介：少年犯罪一処遇と責任能力, 責任能力の現在—法と精神医学の交錯. 中谷陽二編, pp182-194, 金剛出版, 東京, 2009.

渡部京太. 子どもの入院治療. 齊藤万比古 (総編集・責任編集). 子どもの心の診療シリーズ 子どもの心の診療入門, pp300-305, 中山書店, 東京, 2009.

渡部京太. 医療における二次障害へのケア—集団療法の事例を中心に. 齊藤万比古 (編著者). 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート. Pp150-163, 学研, 東京, 2009.

原田 豊, 大塚月子, 長谷川照子, 梅林千恵, 大城陽子, 谷野真由実：地域における自殺対策の取り組み～鳥取県・日南町こころのセーフティネット事業. 全国国民健康保険診療施設協議会第 12 回優秀研究論文集, pp36-41, 2008.

斎藤 環：『ひきこもりはなぜ「治る」のか?』中央法規出版, 東京, 2007.

斎藤 環：『ひきこもり』小児科診療増刊号「小児の治療指針」, 診断と治療社, 東京, 2007.

斎藤 環：母は娘の人生を支配する. NHK出版, 東京, 2008.

斎藤 環：いじめの集団病理. 集団の精神病理, 新興医学出版社, 東京, 2008.

斎藤 環：若者を匿名化する再帰的コミュニケーション. アキハバラ発〈00年代〉への問い. 岩波書店, 東京, 2008.

斎藤 環：関係する女 所有する男. 講談社現代新書, 2009.

<その他>

水田一郎：分離不安障害. 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）子どもの心の診療医の養成に関する一般精神科医向けの研修テキスト. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, pp81-83, 2008.

斎藤 環：社会問題から見た心の病 第9回 ひきこもり. Medical Tribune, 2008. 2. 7.

斎藤 環：時代の風 訪問支援活動への懸念. 每日新聞, 2009. 3. 15

斎藤 環：時代の風 若者政策の困難. 每日新聞, 2009. 7. 30.

VI. 研究成果の別刷

国府台病院児童精神科による不登校・ひきこもり事例に対する 地域支援の現状

宇佐美政英・前田喜久江・宮崎 央桂・瀬戸屋雄太郎・吉田 光爾・
岩垂 喜貴・渡部 京太・小平 雅基・伊藤順一郎・齊藤万比古

思春期青年期精神医学・JSAP 2009 Vol. 19 No. 2 pp. 144-154

卒後教育

国府台病院児童精神科による不登校・ひきこもり事例 に対する地域支援の現状

宇佐美政英* 前田喜久江** 宮崎 央桂* 濑戸屋雄太郎***
吉田 光爾*** 岩垂 喜貴* 渡部 京太* 小平 雅基*
伊藤順一郎*** 齊藤万比古*

はじめに

臨床家なら誰でも不登校やひきこもり事例を取り扱っていると、ある一つの機関だけでは十分な支援を行うことができないことを経験するであろう。たとえば、不登校であった少年が中学校を卒業すると、それまで通っていた中学校や地域の教育センターとの関わりが途絶てしまい、その後の支援が頓挫してしまうことがある。

Community support for "Hikikomori" cases by child and adolescent psychiatry, Kohnodai hospital, International Medical Center of Japan

* 国立国際医療センター国府台病院児童精神科
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1
Masahide Usami, Yuka Miyazaki, Yoshitaka Iwatare,
Kyota Watanabe, Masaki Kodaira, Kazuhiko Saito :
Department of Child and Adolescent Psychiatry,
Kohnodai Hospital, International Medical Center of
Japan

** 関東医療少年院
〒183-0052 東京都府中市新町1-17-1
Kikue Maeda : Kanto Medical Reform and Training
School for the Juvenile Delinquents

***国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰部
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
Yutaro Setoya, Koji Yoshida, Junichiro Ito : National
Institute of Mental Health, National Center of
Neurology and Psychiatry

る。また、青年期から成人のひきこもり事例においても、その支援は医療機関だけでなく精神保健福祉センターや保健所、ハローワークなどの社会復帰を目指した援助も必要であろう。そのため不登校・ひきこもりへの支援は地域の各種専門機関が集まり、背景にある精神疾患や虐待や貧困、さらには就労問題などの社会的要因を包括的に評価した上での支援活動を地域全体で取り組んでいく必要がある。

しかしながら、このような包括的な援助について語ることは簡単であるが、その実践にはいくつもの困難が待ち構えている。たとえば、現在のひきこもり生活から脱却して、簡単なアルバイトや復学などの社会参加を本人が強く願っていたとしても、その長きに及んだひきこもり生活によって生じた、もしくは増悪したかもしれない社会参加に対する強い不安感が彼らの思いを阻害するのである。そのため、必要な医療機関を受診することすらできないのである。仮に親が相談をしに通院したとしても本人不在のために適切な評価ができないのであれば、その後の治療方針を明確に打ち出すことが困難であり、その治療内容は治療者の臨床感覚に頼らざるを得ない現状ともいえる。

すなわち、不登校・ひきこもり問題に対するこのような状況に対して、地域の専門機関は何かしらのアプローチを考えていく必要がある。たとえば、近藤ら¹⁾によれば成人のひきこもり事例への訪問活動において、その訪問活動から得られた情報がいかに重要であるか述べている。そして、ひきこもり当事者の社会参加への不安を過度に刺激することなく、義務教育年代のうちから長期のひきこもりを予防していく視点を持ったアウトリーチ活動を地域の専門機関によって構築していくことや、その後の社会復帰を目指した医療・教育・福祉といった専門機関による複合的な支援システムの構築を目指していくことが急務であるといえる。

本稿ではこれらの問題点を踏まえた上で、不登校・ひきこもりにある児童・思春期事例に対して当院と地域の専門機関が共同して行っていく取り組みについて報告する。

I. 不登校・ひきこもりへの コミュニティー・アウトリーチ

1. わが国の現状

(1) ひきこもり対策としての訪問

近年、通学や就労といった社会参加や対人的な交流を行わず、自宅を中心とした生活を送る「ひきこもり」の状態を呈する人びとに注目が集まっている。平成15年度には全国の精神保健福祉センター・保健所を対象とした調査²⁾が行われ、ひきこもりに関する相談は、電話相談で、のべ9,986件、来所相談で4,083件にのぼった。また、三宅らによれば「ひきこもり」にあたる当人をかかえる世帯数は全国で「24万世帯」³⁾から「41万世帯」⁴⁾にのぼるとされている。このようなひきこもり事例の多さに呼応する形で、国は平成15年に保健所・精神保健福祉センターなど公的相談機関における支援の指針を示した「10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン」^{5) 6)}を示しており、平成21年に

は「思春期ひきこもりに対する評価・援助のためのガイドライン（案）」が作成されるに至っている。

他方で、ひきこもり支援においては先のガイドラインでも示されたように、訪問による支援の可能性が常に模索されてきた。公の活動では保健師による訪問⁷⁾や、ひきこもり者の家族会である全国KHJ親の会では訪問サポートに関する研修を行うなどしている⁸⁾。さらに児童・思春期のひきこもり、つまり不登校と呼ばれる状態について見てみると、義務教育年代では教師が個人的に家庭訪問を定期的に行っていることや、地域の教育センターなどが大学生のボランティアを派遣していることがある。一方で精神疾患に対する訪問活動については、欧米では重症精神障害者に対する訪問活動を含むAssertive Community Treatment (ACT) が地域滞在率の上昇などの点で効果をあげ⁸⁾、日本でも国立精神保健研究所でのACT-Jの導入を筆頭に各地で研究がされはじめているなど、訪問支援の可能性について期待が高まっている現状である⁹⁾。

(2) 児童・思春期の精神疾患とひきこもり

近年、児童精神科における精神疾患に対する注目が高まっており、とくに発達障害に対する注目が高まっていると言えるだろう。これらの注目はひきこもり問題にも広がりをみせており、実際に行われている訪問活動報告¹⁾をみてみても、ひきこもり続ける事例の中に発達障害などの精神障害を抱えた事例がかなり存在しており、とくに発達障害との関連も視野に入れた評価と援助が必要とされている。

児童・思春期から発達障害を含む何かしらの精神疾患を抱えて成長していくことには、さまざまな困難が待ち構えている。たとえば、幼少期の検診などでも特別な指摘を受けてこなかつた広汎性発達障害やADHDの場合では、彼らの固執性やコミュニケーションの問題や、多動や衝動性などは周囲の大人から理解されず、集団の中で常に怒られながら低い自尊感情とともに

に成長することがある。そして思春期年代特有の高まった集団性の中で彼らは自分が抱えたさまざまな問題を自己の異質性として気がつき始め困惑するかもしれない¹¹⁾。その結果として気分障害や不安障害、もしくは反抗挑戦性障害や素行障害などの二次障害が発現し始める^{11), 12)}。それらの二次障害によって長期の不登校やひきこもりといった状態に至る可能性も考えられるだろう。

このようなことを背景にわれわれは国立国際医療センター国府台病院を2008年1月から12月まで的一年間に受診した義務教育年代の児童660名（小学生304名、中学生356名）について調査を行なった。初診時に不登校であった児童は小学生が64名（21%）、中学生が183名（52%）であり、中学生に多い結果であった。一方で660名の初診時診断を見てみると広汎性発達障害が195名（30%）、不安障害が91名（18%）、ADHDが81名（12%）、適応障害と気分障害がそれぞれ52名（8%）、身体表現性障害が33名（5%）、摂食障害が30名（5%）で比較的多く認めた疾患である。これらの疾患別に不登校を認めた児童の数をみてみると広汎性発達障害（PDD）が52名（27%）、不安障害が61名（67%）、ADHDが2名（2%）、適応障害と気分障害がそれぞれ43名（83%）、身体表現性障害が13名（40%）、摂食障害が7名（23%）であった。

このように児童精神科外来を初診して気分障害や適応障害と診断された児童に高率で不登校を認めることからも、不登校状態にある児童の背景に抑うつや不安を伴う多彩な精神疾患が潜んでいる可能性が高い。とくにADHDと診断された児童においては

不登校と診断される児童は少ない結果であった。ADHDにおいては喧嘩や忘れ物が多いなど学校生活が上手くいってなかったことを主訴として不登校状態になる以前の状態で受信することが多く、ADHD特有の衝動性の高さや過度の人懐っこさからも多少のトラブルがあったとしても、それらを意に介せず登校しつづけている可能性が高い。それは思春期年代になって反抗挑戦性障害や素行障害などの非行の問題を抱えるようになったとしても、非行集団を形成しながらも学校への登校をし続ける例を経験することも多い。

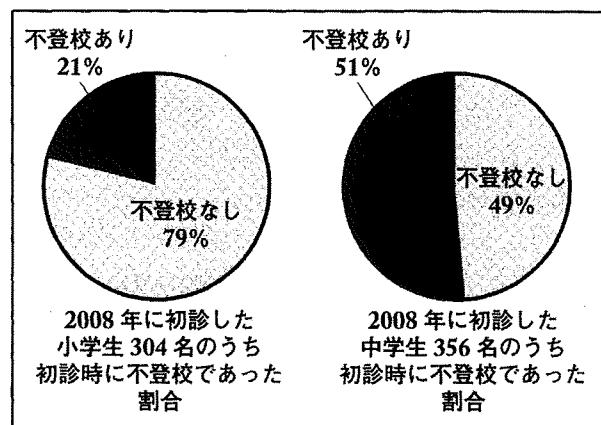


図1 児童精神科を初診した小中学生の不登校歴

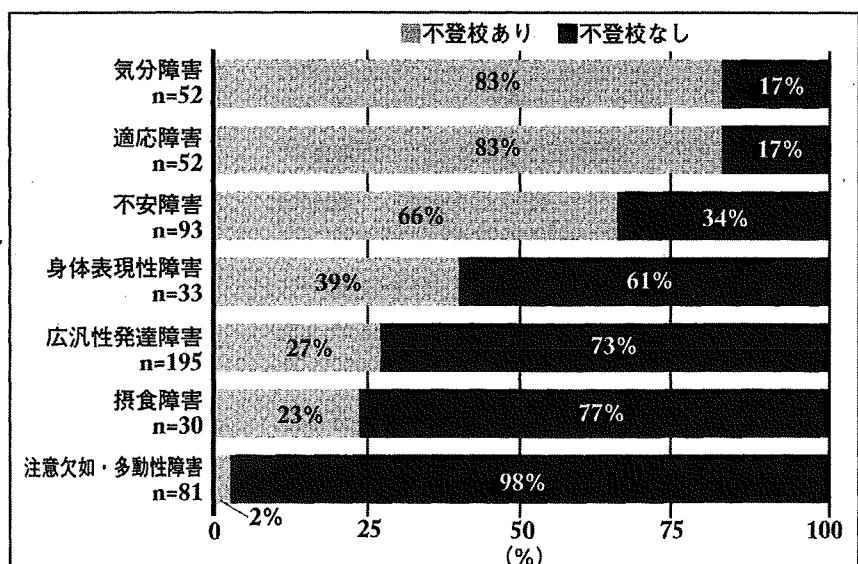


図2 児童精神科を初診した児童の診断別（30名以上受診した診断）の不登校児のしめる割合

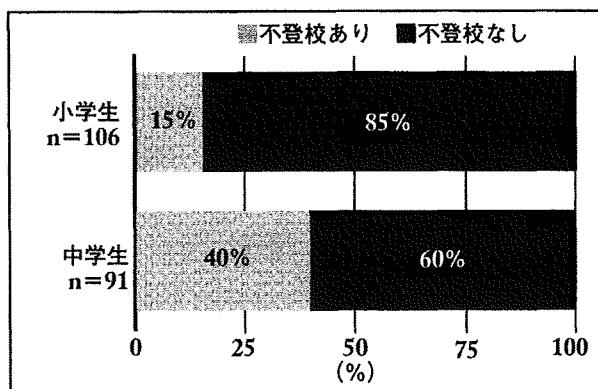


図3 児童精神科を初診した広汎性発達障害児の小中学生別の不登校児のしめる割合

しかしながら、一方で発達障害のもう一つの代表疾患である広汎性発達障害では、小学校と中学校別に不登校事例数をみてみると小学生106名のうち不登校であったのは16名(15%)であったが、中学生91名のうち不登校であったのは36名(40%)と急増していることがわかる。また初診時に子どもの抑うつに関する自己記入式チェック・リスト(Birelsonのうつ病チェック・リスト¹³⁾:以下DSRS-C)を行なうことができた広汎性発達障害31名のうち初診時に不登校を認めた児童9名はDSRS-Cの平均値が20.7(SD:7.3)で、不登校を認めない児童22名の平均値は12.9(SD:6.4)であった。DSRS-Cでは16点以上が臨床的に抑うつ的であると判断されることから不登校を認めた児童が認めなかった児童に比べて有意に抑うつ的であることがわかった。これらのことから広汎性発達障害においても思春期年代における仲間集団の中での自立を巡る葛藤と二次的に生じた抑うつなどの問題が関与している可能性が考えられた。

すなわち、思春期年代の不登校事例においてはその背景にある気分障害や不安障害だけでなく、広汎性発達障害などの発達障害まで評価していく必要があると言えるだろう。また、思春期年代から増え始める不登校事例においてその背景に多様な精神疾患が潜んでいるのならば、時にその病態が成人期まで遷延化していく可能

性が考えら、より早期の介入が予防的な観点からも重要であるといえるだろう。

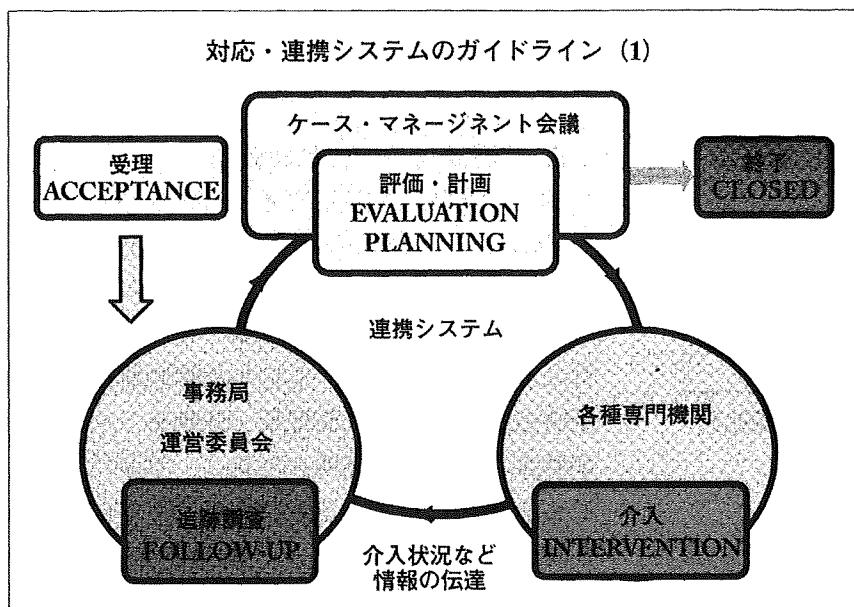
2. 地域単位での包括的援助

(1) 全国専門機関を対象とした調査

齊藤ら¹⁴⁾は地域の専門機関が不登校・ひきこもり事例を対象として行なっている支援活動の内容と、その活動で取り扱っている事例数を明らかにする目的で、全国の児童相談所、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、教育機関の計1,677機関を対象に、不登校・ひきこもり事例に対する支援活動の内容や取り扱い事例数に関するアンケート調査を行い、1,126機関から返信(回収率:67%)を認めた。

その結果から明らかとなった不登校・ひきこもり事例への専門機関による支援活動の実態として、「親ガイダンス」は各機関で行われており、「訪問活動」については教育機関、児童相談所、保健所が積極的に行なっていることが浮かび上がってきた。義務教育年代のひきこもり事例では教育機関と児童相談所が、成人事例では精神保健福祉センターおよび保健所・保健センターが相談機関の中心となることも明らかとなっている。しかしながら教育機関や児童相談所の相談事例の中にその対象年齢を超えた事例も少なからず存在していることが明らかになるなど、専門機関がとり扱うべき年代を超えても実際には取り扱っている現状がわかる。さらに精神科医療機関との連携の必要性については、回答した機関のうち96%の機関が地域で不登校・ひきこもり事例への相談活動を行う際に精神科医療機関との連携を必要としていることが浮かび上がってきた。

即ち、ある一つの専門機関の対象年齢を過ぎた事例が他の専門機関へ一つの地位内でシームレスに継続して相談することができ、各種専門機関が行なっている特徴的な活動を、事例の必要性に応じて活用できるような地域の専門機関によるネットワーク体制の確立が必要であるといえるだろう。



平成 16 年度厚生労働科学研究（主任研究者齊藤万比古）「児童思春期精神医療・保険・福祉のシステム化に関する研究」より

図4 市川市における各種専門機関による対応・連携システムの運用図

(2) 市川市での取り組み

ここまで述べてきたように地域の専門機関によるネットワーク体制の確立が必要であることを背景に、当院がある千葉県市川市では医療・福祉・教育などの専門機関による地域連携システムを平成 17 年から「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」¹⁵⁾に基づいて運用している。この連携システムについては、図 4 に示すような三つのモジュールから構成されている。その中にあるケース・マネジメント会議はこれまでに 24 回開催されており、地域の専門機関が関与しながらもこの連携システムを利用しなくては十分な援助ができない事例がどのような特徴をもっているかについて明らかとなりつつある。ここでは市川市における連携システムの概要とそこから明らかとなった地域の専門機関の資源を相互活用した援助が必要な事例の特徴について説明したい。

1) 市川市における地域連携システム

ガイドラインでは各種専門機関によるネットワークは「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 4）。

「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広報する啓発機能も持つ必要がある。このような機能を持つ「事務局」は市川地区では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、児童相談所、教育機関、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、警察、医療機関が常に参加しており、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考慮している。そして、取り扱っている事例を医療・教育・福祉による視点による現実的な介入方法を検討することを目的に、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している。

2) 地域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 4）。

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。
- 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・マネージメント会議】に戻り、事務局の情報を元に継続した介入とシステム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の活動を繰り返し行う。または、システム利用の必要性がないと判断された場合にはその利用が終了 (Termination) となる。

3) 事例の評価の仕方

連携システム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。そして、このような事例をケース・マネージメント会議で取り扱う際には、異職種の参加者が事例の評価結果を共有できるために、その評価方法を統一しておく必要がある。そのため、事例の問題行動については以下の4つに分類している。

- 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）

さらに各種問題行動の背景要因を以下の三つに分類している。

- ①発達障害（広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、精神遅滞など）

- ②精神障害（統合失調症、双極性障害、強迫性障害、摂食障害、パーソナリティ障害など）

- ③虐待など重大な家庭の問題

とく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る現状である。

4) 連携システムの運用経験から

平成21年3月までにケース・マネージメント会議でのべ79ケースを取り扱ってきた。これらの事例の特徴として以下の4つをあげることができる。

- 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

である。

すなわち、実際に地域で連携システムを構築

することの意義を以下のように要約することができるだろう。

地域に連携システムを構築する意義としては、最初に相談を受けた機関だけでは十分な援助を継続的に行うことができないケースに対して、必要に応じた地域資源を利用することをまず最初にあげることができるだろう。さらに、その際にケース・マネージメント会議を開催することによって、その問題行動だけに注目するのではなく、発達障害を含む精神疾患や養育環境など背景要因にも注目した包括的な評価と長期的な視点で援助を検討していくことが可能になることである。そのような評価を各種専門機関が共有することによって地域の資源を最大限利用することが可能な地域単位でのひきこもり支援を可能にするものといえる。

ここまで述べてきたように当院児童精神科を中心とした地域連携システムをわれわれは運用してきており、その設置・運用についてはある程度成功したともいえる。しかしながら、どの専門機関にも相談することができず、地域の社会資源を活用することすらできないひきこもり事例を地域の専門機関が連携して支えていかなくてはならず、彼らを必要に応じて何とかして地域の専門機関へと結びつけていく活動も必要であると考えるに至った。

3. 新たな取り組みとしての訪問活動

(1) ACT-J-KIDS の始まり

ここまで市川市における地域の専門機関による連携システムの構築と運用について述べた。そこでは地域の各種専門機関が不登校・ひきこもりといった非社会的問題行動の一機関だけではその介入に困難を感じていることが浮かび上がってきた。そこでわれわれは地域の各種専門機関、と

くに医療機関において必要な治療を受けることができ、その社会的な活動性を高めることを目指して、以下のアウトリーチ活動を考えた¹⁶⁾。

われわれが考えたアウトリーチ活動は大きく分けて二つのチームで編成されている(図5)。一つは当院児童精神科医師・看護師、当院臨床心理士・精神保健福祉士によって構成された臨床・介入チームである。もう一つは国立精神・神経センター精神保健研究所のスタッフによる研究・解析チームである。

このような二つのチームを編成することによって、通常の臨床業務内で新たに行う訪問活動を行うスタッフに過度な負担をかけることなく、その臨床的見知にたった介入と、長期的な介入効果に関する評価を行うことを可能にしている。そして、精神保健研究所がわが国で立ち上げたACT-Jにより得た訪問活動の経験を訪問の基礎知識として、それを基盤に子どもとの関係性の構築や親へのガイダンスなどの児童精神医学的な考え方を取り入れていった。このようないくつかの専門機関による訪問活動の基礎をつくりあげができると考えて本活動は開始された。

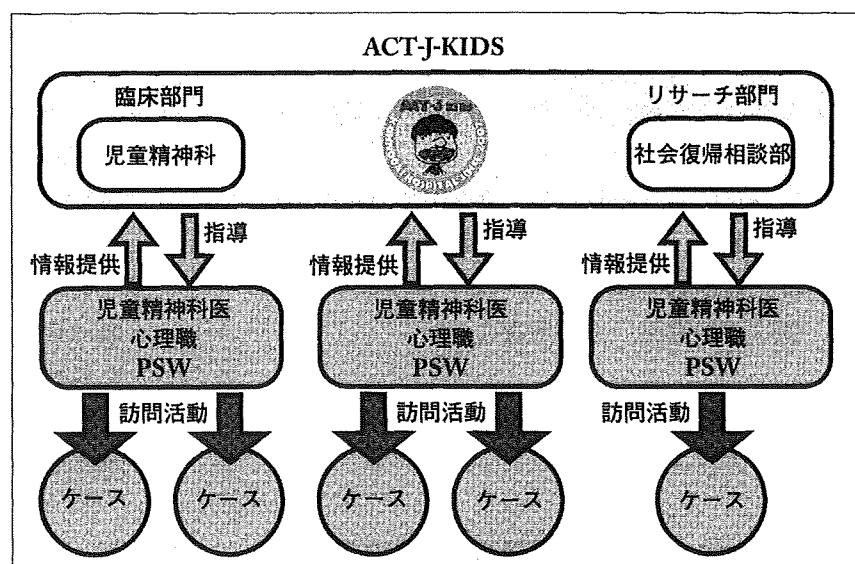


図5 ACT-J-KIDS の構造

なお、【ACT-J-KIDS】という名称は児童精神医学と ACT-J による訪問活動の知見を併せた活動を行うことからマーク（図 6）とともに決定した。また、本活動は厚生労働科学研究こころの健康科学事業「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」の一環として行われている。

(2) 活動への準備

さて、実際に ACT-J-KIDS の活動を行う上でいくつかの準備しておかなくてはならない問題があった。例えば、この ACT-J-KIDS のチームは医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、研究所職員と他職種が参加しているために、様々な点でコンセンサスの共有が求められる。まず始めにひきこもりの定義を【ひきこもりとは、様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には 6 カ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）】と決めた。また、児童精神科スタッフ（医師・看護師・心理士）は ACT-J のメンバーによる訪問活動の基本的考え方とその実際についても教育を受けた。これは、臨床チームの中心的なスタッフとなる国府台病院児童精神科スタッフがひきこもり事例への訪問活動への臨床的な経験が全くないためである。また逆に ACT-J を行ってきたスタッフに対しても児童

精神医学的な不登校やひきこもり事例への理解とその対応方法についても理解を深めて貰う必要があった。さらに訪問活動が開始になった後も月に 1 度の ACT-J-KIDS 全スタッフがあつまるカンファレンスを開催し、実際に介入しているケースの理解や対処方法について議論する場を設けることとした。

(3) 活動内容

ACT-J - KIDS の対象ケースは各主治医から外来通院中の患児の中で、上記のひきこもり概念に当てはまるケースの保護者に本活動の内容について説明を行い、その同意が得られたケースである。なお、子ども自身は保護者から説明をして頂き可能な限りその同意を得ている。

実際の臨床チームに関しては医師・看護師・心理士・精神保健福祉士の中から 2 ~ 4 名のメンバーを前述したカンファレンスで選ぶことにしており、可能な限り児童精神科医の参加を促していることと、職種が異なるようにすることを留意している。現在までにパイロット・ケースが 3 ケース。実際の運用ケースが 5 ケースに至っている¹⁶⁾。

エントリー時点における対象者の概要としては 5 ケースの平均 13.6 歳 (S.D=1.3) であり、DSM-IV-TR における I 軸診断は全般性不安障害 3 名、気分変調障害 2 名であった。また II 軸診断については推定も含めてすべて「なし」であった。現在のひきこもりエピソードの開始からエントリーまでの経過月数：平均 24.2 カ月 (S.D=12.1) であり、最近 1 か月の社会参加状態は社会参加なしが 4 名、中間的社会参加（趣味のサークル活動）1 名であり、最近 1 か月の支援者と本人との接触状態は「まったく無し」が 2 名、「外来における不安定なコンタクト有り」が 2 名、「訪問におけるコンタクト有り」が 1 名であった。

次に提供された支援の状況については訪問が開始されている事例 5 例の、総コンタクト数（外来・訪問含む）は 45 回であり、全体の 76% が本人と家族両方に対する訪問となって



図 6 ACT-J-KIDS のマーク

いた。月あたりのコンタクト数は平均2.0回(S.D=1.0)であり、一回あたり平均60.1分(S.D=23.6)であった。コンタクトしている職種の各割合は、全45コンタクトに対して、医師がのべ17回(37.8%)であり、1回のコンタクトあたり関わっているスタッフ数は1.8人で複数スタッフが関わっている割合は全コンタクト中77.3%(33回)であった。

実際の支援の内容については総コンタクトの中でその支援が実施されている割合をみると、関係づくりが占める割合が大きいことが分かる。具体的には本人との会話が92%、家族との会話が84%、レクリエーション・ゲームが66%であった。なお、今回までに訪問したケースではすべてで本人とコンタクトがとれ、テレビゲームと一緒にやることや、釣りに出かけたことやファースト・フードを食べにいくなどの外出同行も行われた。このような非言語的な支援によって活動範囲の拡大を目的としたレクリエーション活動による支援が行われている現状といえる。

(4) ACT-J-KIDSの利点と今後の課題

従来わが国で行われてきたひきこもりを対象とした訪問活動と比べると、ACT-J-KIDSは児童・思春期の年代のひきこもりを対象としている点と実際に児童精神科医による訪問活動であることにその新規性を認め、今後は対象ケースの増加とともに長期的な介入の継続と予後にに関する研究が期待されるところである。少なくとも現時点での介入においてテレビゲームなどの様々な非言語的なコミュニケーションによる介入を行い、長くひきこもり状態にあった子どもたちとのコンタクトに成功している。

現時点で全てのケースで子

ども自身との接触が可能である背景には、訪問するスタッフが子どもたちの抱える問題、とくに思春期の仲間関係の中で傷つき、同年代集団に圧倒され、「自分には価値がないのではないか」、「何をやってもうまくいかないんじやないのか」と悩み、誰もが持つような自分自身の中にある良い面と悪い面の両面を上手く受け入れることが出来ずに自宅に閉居し悩み続けている子どもたちの心性を理解し、早期に同世代集団に参加させることはせず、彼らの自然な活動性を支持的に接することを心がけているからだと考えている。しかしながら、今後は訪問者とともにその社会復帰に向けて具体的に目標設定をしていく必要があり、個々に異なっている社会復帰の到達点をどのように決めていくべきかが大きな課題であるといえる。おそらく子どもたちの中でスタッフとともに活動することによって自立志向的な心性が活発になってくることが予想され、そうなっていくことで医療機関を利用するだけでなく、サポート校への入学などの教育機関の利用やアルバイトを始めるなどの社会参加を支持していく工夫が必要であると言えるだろう。その際に先述したような地域の専門機関によるネットワークを構築しておくと、

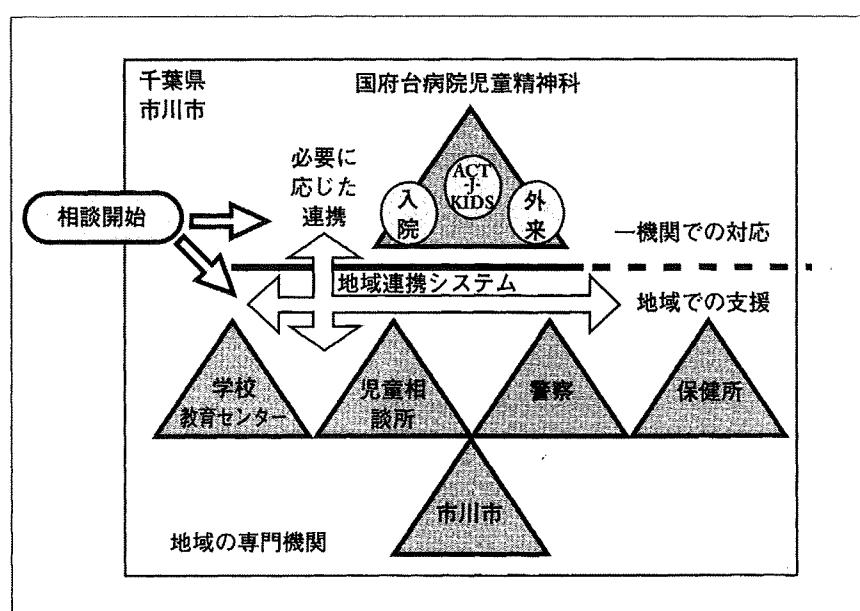


図7 国府台病院児童精神科と地域におけるひきこもり支援

それぞれのケースにあった地域資源のスムーズな利用が可能になると考えられる。

II. 地域で支えるひきこもり

ここまで述べてきたことを総括すると、地域単位でひきこもり事例を支えていくためには、大きく分けて二つの介入が必要であると言える（図7）。

一つはひきこもりの当事者への不安や抑うつなどに焦点を置いた介入であり、もう一つは彼らが社会参加していく上で地域資源を利用しやすいように支援を行っていくシステム用いた介入である。最初に述べた当事者への介入についてはひきこもり状態にある個人に対する一機関の介入であり、外来での親ガイダンスやACT-J-KIDSのような訪問活動がそれに属するのであろう。もう一つのシステムを利用した介入はACT-J-KIDSなどのアウトリーチ活動によってひきこもり状態の中に社会参加の芽生えがすこしでも認められた後の活動である。それは地域の専門機関と情報を共有し各機関の資源を有効活用することによって、例えば医療機関だけでなく義務教育年代であれば教育機関への連携やハローワークとの社会参加への支援などであるが、一機関だけでは難しい社会的参加へのステップアップを必要に応じて行うことができるシステムといえるだろう。ただし、どちらの介入であろうとも、子ども自身とその環境要因に対する適切な評価とそれに即した介入方法の選択という基本的な考え方は常に持っているべきであろう。そして思春期年代になって同世代集団への参加に過度に不安を感じる子どもたちのペースを大切にして決して焦ることなく併走していく気持ちや、子どもに非難されたり拒否されたりすることに傷つかずにゆったりと構えることができるような心意気を支援者は持っているべきである。そのような支援者との非言語的な遊びを通じて関わることによって、子どもたちは同世代集団の中で傷つき見失っていた本当の

自分を取り戻し、社会に向かって自分の身の丈にあった目標を抱くこととそれを実現させるような活動が可能にあるといえる。

III. 結 語

本稿ではわが国における不登校・ひきこもり支援の現状と当院を中心に取り組んでいる多機関連携システムと児童・思春期のひきこもり事例を対象としたアウトリーチ活動（ACT-J-KIDS）について報告した。今後は児童精神科外来および入院治療だけでなく、アウトリーチ型のACT-J-KIDSを組み入れた医療機関単独の支援システムの構築と、福祉・教育・警察などの地域の専門機関による連携ネットワークという地域単位の支援システムの構築という二つのシステムを持った援助体制を目指していきたい。

参考文献

- 1) 近藤直司：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.
- 2) 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香、野口博文、堀内健太郎、田村理奈、金井麻子：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告、厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 報告書、45-69, 2003.
- 3) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査、平成14年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究（主任研究者：川上憲人）」総括・分担研究報告書、141-151, 2003.
- 4) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査、平成15年度厚生労働科学研究費補助金（こ

- こころの健康科学研究事業)「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究(主任研究者:吉川武彦)」総括・分担研究報告書. 75-78, 2004.
- 5) 伊藤順一郎, 秋田敦子, 有泉加奈絵, 狩野力八郎, 加茂登志子, 倉本英彦, 後藤雅博, 楠林理一郎, 原敏明, 藤林武史, 吉川悟, 吉田光爾: 10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究, 2003.
 - 6) 吉田光爾, 小林清香, 伊藤順一郎, 野口博文, 堀内健太郎, 土屋徹: 公的機関における支援を受けた社会的ひきこもり事例に関する1年間の追跡調査調査から. 精神医学, 47(6); 655-662, 2005.
 - 7) 森田桂, 宮本ふみ: 「ひきこもり」から脱出させるための支援技術(2) ー保健師の戦術「家庭訪問」をいかそう. 保健師ジャーナル, 61(12); 1156-1159, 2005.
 - 8) 奥山雅久: 親の会(家族会)の歩みのなかに訪問サポートが. 訪問カウンセリングー危機に立ち臨み語るこころ, 現代のエスプリ, 445; 204-216, 2004.
 - 9) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al.: Model of community care for severe mental illness: A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24; 37-74, 1998.
 - 10) 伊藤順一郎, 西尾雅明, 大島巖, 塚田和美, 鈴木友理子: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業, 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 平成 18 年度総括・分担研究報告書, 3-12, 2007.
 - 11) 濱崎盛三: アスペルガー症候群における自殺. 精神科治療学, 19(9); 1101-1107, 2004.
 - 12) 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, 39 (12); 1468-1484, 2000.
 - 13) 傳田健三: 子どものうつ病ー見逃されてきた重大な疾患. 金剛出版, 2002.
 - 14) 齊藤万比古, 宇佐美政英, 井上喜久江, 平英理子, 渡部京太, 小平雅基, 入砂文月, 木沢由紀子: 地域の専門機関を対象とした不登校・ひきこもり事例の対応に関する全国調査, 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 平成 19 年度総括・分担研究報告書, 2008.
 - 15) 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.
 - 16) 伊藤順一郎,瀬戸屋祐太郎,吉田光爾,宇佐美政英,井上喜久江,英一也,園環樹: ひきこもりを呈する青年の地域生活支援プログラムに関する研究, 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 平成 20 年度総括・分担研究報告書, 25-31, 2009.

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」
平成19～21年度 総合研究報告書

発行日 平成22(2010)年 3月

発行者 主任研究者 齊藤万比古

発行所 国立国際医療センター国府台病院 児童精神科
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

TEL: 047-372-3501 FAX: 047-318-4622

