

香川県精神保健福祉センター

林 公子 黒河内美鈴 藤岡邦子 長楽鉄乃祐

1 はじめに

2003年に厚生労働省から「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」が出され、ひきこもり支援の取り組みの重要性が関係者に明示された。

当センターでもひきこもり対策において相談援助を最も重視し、診療、面接相談、電話相談、電子メール相談を実施してきた。今回、平成16年度に受け付けたひきこもりに関する相談（診療・面接相談）における来所者の実態及び支援状況を分析し今後の課題について検討したので報告する。

2 調査対象

平成16年4月1日～平成17年3月31日までの間に当センターにおいて、本人またはその家族が来所相談した者のうち、初回相談時又は相談継続中に「社会的ひきこもり」の基準（伊藤順一郎らの『社会的ひきこもり』に関する相談・援助状況実態調査報告）による）にあてはまった事例全て（現在ひきこもり状態が改善している者も含む）を対象とした。

3 結果

？ 相談件数・性・年齢

ひきこもりに関する相談件数は実件数51件、述べ件数610件で、全精神保健福祉相談件数の内、各々15.8%、21.7%を占めている。性別内訳は男66.7%、女33.3%であった。現在の年齢は30～34歳が29.4%と最も多く、次いで25～29歳が23.5%、19～24歳が21.6%であった。最年少は14歳、最年長は43歳、平均年齢は27.1歳であった。

？ 初回来所者の続柄・主訴・ひきこもるきっかけ

初回の来所者は「家族のみ」が66.7%と最も多く、「本人及び家族」が21.6%、「本人のみ」が11.8%であった。初回来所時の主訴は、「ひきこもり」が41.2%、「不登校」が21.6%、「精神症状」が17.6%、「対人関係」が13.7%、「問題行動」が5.9%であった。また、全員がひきこもるきっかけを持ち、多いものとして「対人関係」51.0%、「自信のなさ」41.2%、「いじめ」21.6%があった。

？ ひきこもり始めた年齢と初回来所時の年齢

ひきこもり始めた年齢は13～15歳が31.4%と最も多く、次いで16～18歳が27.5%、19～24歳が25.5%で、35歳以上の者はいなかった。一方、初めて相談に訪れた年齢は19～24歳が29.4%と最も多く、次いで30～34歳が21.6%、25～29歳が17.6%、16～18歳が15.7%であった。また、ひきこもり始めてから初回相談に至るまでの期間を見ると、1年未満が27.5%、1～2年が13.7%、3～4年が17.6%、5～6年が5.9%、7～9年が11.8%、10年以上が13.7%であった。

？ 精神病理学的背景

「神経症圏等」「人格障害」を背景に持つものが各々41.2%、「発達障害」が11.8%であった。

？ 不登校経験

不登校経験のある者は78.4%であった。高校の時に不登校を経験している者が41.2%と最も多く、次いで「中学校」39.2%、「短大・大学」17.6%、「小学校」7.8%であった。

？ 就労経験（アルバイト含む）

就労の経験がある者は、39.2%であった。

？ 相談状況

「医療で継続」41.2%、「相談で継続」15.7%、「医療・相談併用」7.8%と64.7%が相談を継続し、中断者は17.6%であった。本人が来所相談しているのは45.1%で、初回の33.3%から増えている。相談継続期間は、1～2年が41.2%と最も多いが、3年以上の者が全体の48.9%を占めていた。

？ 本人の活動範囲（相談開始時との比較）

相談開始時は、「就学・就労」「友人や地域との交流あり」は各々0%、「外出可」21.6%、「条件付で外出可」33.3%、「外出不可」37.3%、「自室にこもっている」5.9%であった。また、調査時の活動範囲

は「就学・就労」19.6%、「友人や地域との交流」11.8%、「外出可」11.8%、「条件付で外出可」29.4%、「外出不可」2.0%、「自室内にこもっている」0%と、相談開始時に比べると活動範囲は明らかに広がっている。

4 考察及びまとめ

? 本人及び家族への支援

初回から調査時までの相談期間が3年以上の者が半数を占めていた。継続的な関わりの中で、活動範囲が初回相談時に比べ広がり、19.6%の者が就学・就職できているが、相談も継続している。これらのことから、ひきこもりの問題は長期にわたる援助が必要であるといえるが、相談が途中で中断する事例もみられた。初回相談者の多くは家族で、これまでの対応に疲れきって相談に来ている場合が多いので、家族の心労をサポートし、継続的援助につなげることが大切である。そのためにも初回相談時に的確にアセスメントし、その後の適切な対応方針を定めることが重要と思われる。そこで、当センターではインテーク会議、事例検討会を開き支援の質を高めることに努め、さらに今年度より親の集団カウンセリングを実施し、相談者に適した支援方法を選択できるようにしている。地道な相談活動を積み重ねることが重要であると考ええる。

本人が初回相談に来所した時の主訴は、「対人関係」「精神症状」が多い。ひきこもるきっかけとして、「対人関係」を挙げている者は51%、「自信のなさ」を挙げている者は41.2%であった。また、就労経験のない者も58.8%であった。そこで本人との面接に当たっては、自己評価の回復と同世代の友人関係を維持するために必要な社会技能の獲得を目的とした取り組みが重要となる。当センターでは、個別相談の他、思春期・青年期デイケアを実施しているが、本人が社会参加を始めた時の適切な支援を考えると、教育・労働関係機関との連携をさらに充実していかなければならない。

? 初期段階での対応の充実

ひきこもり始めてから相談に至るまでの期間が3年以上の者が半数を占めることにより、初期段階において適切な介入がなされていないことがうかがえる。そこで、地域住民へのひきこもりやその支援に関する情報発信の役割を充実させると共に、県内のひきこもり相談の窓口を広げていくためにも援助者に対する研修事業を開催していくことが大切である。

不登校経験者が78.4%と多く、不登校のまま中学校を卒業する子どもや高校・大学の中退者の中にはそのまま長期にわたってひきこもりの状態に陥るケースがある。現在、教育関係機関と協働して在学中から支援したり、養護教諭等の自主研修会を組織育成しているが、さらに連携を強化していくことが重要である。また、退学や卒業により学校を離れる時は学校による援助から地域での支援へと引き継がれる体制の確立が必要である。

? 予防活動

ひきこもりの精神病理学的背景をみると、軽度発達障害を背景としたものが11.8%と少なくないことが明らかになった。このようなケースは思春期・青年期に入って複雑化する社会状況や人間関係が彼らの対処能力を越えることによって不適応状態となり、それがひきこもりへと移行するケースが多いと考えられる。そこで、市町・保健所と協力しながら軽度発達障害の早期発見・早期支援のあり方を検討していく必要がある。さらに、ライフサイクルに応じて継続した支援が得られる体制の整備が必要であると考えられる。

静岡県における社会的ひきこもりへの対応状況と課題

静岡県子ども家庭相談センター

川田敦子 柿澤真知子 白石直也 松本晃明

1 はじめに

静岡県内の社会的ひきこもり者は約一万人と推定されるが、多くは孤立した状態であると考えられる。静岡県内で社会的ひきこもり対策を推進するにあたり、平成 16 年度県内の精神科医療機関、社会復帰施設等における社会的ひきこもりへの対応の現状を調査したので、結果を報告する。また、精神保健福祉センターの役割にもふれ、平成 17 年度の社会的ひきこもり事業の新たな展開を示す。

2 調査の概要

調査対象：精神科医療機関、精神障害者社会復帰施設（通所型） 保健所 全 192 ヶ所

調査方法：対象機関あて調査票を送付し、郵送もしくは FAX で回収した。

調査時期：平成 16 年 7 月

調査内容：医療機関 - 対応の有無・外来種別・受診者・従事する職種・治療方法・往診の可否
 : 社会復帰施設 - 対応の有無・有りの場合の具体的内容（自由回答）
 : 保健所 - 現在の取り組み・保健所で必要と思われる対応・対応困難な理由

3 調査結果 表のとおり

① 医療機関での対応状況（124 施設中 89 施設：回答率 83.2%）

質問項目		施設区分		精神科病棟病院		精神科外病棟院		診療所	
対応	有り	18ヶ所	58.1%	6ヶ所	46.2%	28ヶ所	62.2%		
	無し	13	41.9	7	53.8	17	37.8		
有り答え医療機関の回答									
外来	一般外来	18	100.0	6	100.0	26	92.9		
	専門外来	0	0.0	0	0.0	2	7.1		
受診	本人のみ	1	5.6	2	33.3	5	17.9		
	家族診療可	4	22.2	2	33.3	9	32.1		
	家族場合は相談のみ	13	72.2	2	33.3	14	50.0		
医師以外の対応 (複数回答)	医師のみ	3	16.7	0	0.0	16	57.1		
	看護師	5	27.8	0	0.0	6	21.4		
	精神保健福祉士	12	66.7	2	33.3	7	25.0		
	臨床心理技術者	12	66.7	6	100.0	8	28.6		
	作業療法士	2	11.1	0	0.0	0	0.0		
	その他	0	0.0	0	0.0	1	3.6		
治療方法	精神科イケア外の集団精神	3	16.7	0	0.0	3	10.7		
	精神科イケア	8	44.4	0	0.0	6	21.4		
	カウンセリング	12	66.7	3	50.0	21	75.0		
	その他の精神療法	0	0.0	0	0.0	6	21.4		
	薬物療法	17	94.4	4	66.7	23	82.1		
往診	可	3	16.7	0	0.0	6	21.4		
	不可	15	83.3	6	100.0	21	75.0		
調査対象(回答率)		38(15%)		19(84%)		66(81%)			

② 精神障害者社会復帰施設（通所型）での対応状況（57 施設中 47 施設：回答率 78.9%）

	地域生活支援センター		通所授産施設		小規模通所授産施設		共同作業所	
対応有り	8	47.1%	4	50.0%	0	0%	2	10.5%
対応無し	9	52.9	4	50.0	1	100	17	89.5
調査対象数(回答率%)	17(100%)		10(80.0%)		3(33.3%)		27(70.4%)	

4 考察

? 医療機関における対応

社会的ひきこもりの対応をしている医療機関は半数を超えている。しかし、思春期外来等の専門外来を設けて対応しているところは2ヶ所と少ない。診察は本人のみしか受けないという医療機関は15%と少なく、家族については相談を受けている場合が多い。医師以外の対応者については精神科病床のある病院では、臨床心理技術者や精神保健福祉士等のパラメディカルスタッフの関わりが見られる。治療方法では8割を超える医療機関が薬物療法を行っている。当センターの相談状況から推測すると、本人が受診するのは、抑うつや不眠等の症状を訴えての場合が多い(神経症圏)と考えられる。よって軽症の神経症や発達障害では精神科治療に消極的であり、医療に繋がりにくい。家族は本人の社会復帰を目的とし医療機関を利用するため、治療目的に若干の相違があり、医療を中断しがちである。積極的に社会的ひきこもりを対象とした治療を行う医療機関が少ない現段階においては、精神保健福祉センターや保健所等の行政機関の相談窓口が重要になる。精神保健福祉センターでは情報を正確に把握し情報提供すること、また個別相談やひきこもりデイケア等が有効に活用できるような医療機関との連携も充実させる必要がある。

? 社会復帰施設における対応

精神障害者地域生活支援センターにおいては、専門的な対応は困難としながらも相談があれば対応できる体制であり、過去に相談を受けたことのあるセンターが半数近い。また現在センターを利用しているひきこもり者もあり、今後の生活支援センターでの対応が期待される。通所授産施設や共同作業所ではひきこもり者が利用することを想定しておらず、対応がされていないところがほとんどであるが、家族からの相談を受けたことのある施設が5施設ある。以上から精神障害者社会復帰施設においては、地域生活支援センターが地域での相談機関としてひきこもり者やその家族に利用されていることがわかった。地域生活支援センターは主に統合失調症等の精神障害者の利用を想定しているため、プログラムや通所メンバーの特性の違いがひきこもり者に受け入れられ難いこと、専門的な対応が困難であることが課題となるが、生活圏が小さくなりがちな社会的ひきこもり者にとって地域で利用できる施設として活用できると思われる。

? 保健所における対応

保健所は、家族教室等の家族支援やひきこもり者への個別相談への取り組みが必要である。また、圏域における社会資源への情報提供や取り組みを始めた施設等の情報交換の場を提供していくことも保健所の役割となるであろう。しかし、現在の保健所の人的力量では十分な対応は困難である。

? 静岡県精神保健福祉センターの取り組み状況及び今後の展望

これらの結果を踏まえ、平成17年度から静岡県精神保健福祉センターでは新たな社会的ひきこもり対策を始めた。

ひきこもり専門外来を新設し、本人や家族の受診の機会を設けた。次に従来から行なわれていたひきこもりデイケアにおいておこなっていたグループワーク(ピア・トーク)を、デイケアとは別の集団精神療法(ピア・トーク)とし、デイケア通所者以外の方でも利用できるシステムとした。これによりひきこもり本人の来所者、また他医療機関からの紹介者が増加した。

保健所については、全県においてひきこもり家族教室を開催していく方向で、精神保健福祉センターにおいて、保健所職員を対象とした研修を実施し、地域でのひきこもり対策に積極的に技術支援をすることとした。

今後、精神保健福祉センターにおいては、先駆的に行われた援助技術を専門機関に広めるための研修事業等を行い、身近な相談場所や居場所として活用できる機関の育成とネットワークづくりを進めなくてはならない。また医療機関等の対応状況等「社会的ひきこもり」支援に関する情報集約・発信機関としての役割を担うことも重要である。

社会的ひきこもり者に対するデイケアプログラムの再編

静岡県精神保健福祉センター

白石直也 柿澤真知子 川田敦子 松本晃明

1 はじめに

近年、思春期・青年期における非精神病性の「社会的ひきこもり」の問題が大きな社会的関心を呼んでおり、新たな精神保健課題として注目されるようになってきている。そのような背景の中で、静岡県精神保健福祉センターでは平成 13 年度よりそれまでの精神障害者対象のデイケアから社会的ひきこもり者対象のデイケアに移行し、対人スキルと社会性の向上を目的として様々な活動を実施している。

移行当初はメンバーに自主性・自発性を持たせることが必要と考え、自主活動を中心としたプログラムを設定し活動が続けてきた。しかし当初 4 年間の活動を通して、社会的ひきこもり者（以下、当事者とする）のニーズに的確に対応できていない点が明確となり、平成 16 年 10 月からは実際にデイケアメンバー（以下、メンバーとする）の意見を聞きながらプログラムの変更に取り組んだ。そこで今回のその経過を報告し、社会的ひきこもり者対象のデイケアに求められる役割について考察を加える。

2 現状

？ ひきこもりデイケアについて

対象： 非精神病性のひきこもり状態にあり、おおむね 20 歳代でデイケアが適当であると判断された者

目的： 生活リズムや対人関係の改善、自主性・社会生活の拡大、向上を図り、社会参加と社会復帰の促進を目的とする。

定員： 15 名 日時：週 2 日（月・金）午前 9 時～午後 4 時

期間： 原則として 1 期（6 ヶ月）単位で、必要に応じて延長（最長 5 期まで）

？ 経過

社会的ひきこもりデイケアにおいては、デイケア内の対人関係の構築が目的とされ、就労・就学そのものへの支援は不十分になりがちである。しかし、本来社会参加を熱望している当事者が、その社会復帰過程でデイケア以外の社会を求める状況に至ることがとても多く経験された。この年代の青年達は就労・就学への意識や価値観は高いが、「すぐ就労するのは不安だが、自分の状態を全部承知して理解してくれるところで試しに働いてみたい」、「『社会』とはどういうところか様子を見てみたい」というところまで来たメンバーに対し、その手段がないために結局“デイケア内でひきこもる”という状態に至り、社会復帰に繋がらない者も出てきた。そのままでは社会参加の方向性が定まらないままデイケア期間終了を迎えるおそれも実感した。

？ 変更点

活動プログラムの変更点は、デイケア室の中でのデイケアスタッフやメンバーとの関わりのみならず、一般社会の人々との関わりを持つことを重視し、「社会参加プログラム」の導入と拡大を図った。

実際に彼らが就労を具体的・現実的に考えることができるような支援を検討し、平成 16 年 10 月から、「社会参加プログラム」と称し、ハローワーク訪問と市立動物園での就労体験をそれぞれ月に 1 回ずつ取り入れることとした。さらに 17 年度からは、デイケア活動をデイケア室以外の場所でも行ったり、就労準備訓練やマナー・接遇研修の要素が強い意見交換も取り入れた。意見交換の具体的内容は、就労・就学するにあたり自分の利点や欠点の自己分析、解決方法についての他メンバーからのアドバイス、さらには就労経験のあるメンバーによる経験談などであり、ときにはロールプレイも実施した。

3 結果

精神疾患が第一原因でないひきこもり当事者では、デイケア通所 1 年を経過する頃には「デイケア内の対人関係の構築」という課題は達成できることが多い。メンバー達は「デイケア室で集団作業をすることが自分にとってどんな意味があるのかわからない。こんなことしている場合じゃないのに」と言い始めた。

そうなると次の課題は必然的に「デイケア外に活動の幅を広げる」ことになるが、このハードルは高く、経験不足や失敗経験のダメージにより社会参加がままならない社会的ひきこもり者にとっては、この段階での手厚い支援も必要になってくる。

しかし、当センターのデイケアに通所する当事者の特徴として、「受動的」「他者依存的」という傾向が存在し、「誰かがお膳立てしてくれるのを待つが、いざとなると理由をつけてそれを受け入れない」という仕方での社会復帰拒否が目立った。自分の意見や意志を表現することに抵抗があるのである。

上記のような特徴を踏まえて、社会参加の足がかりのため平成 16 年 10 月から「社会参加プログラム」を取り入れた。具体的には定期的にハローワークに行きその環境に慣れることや、職業検索・求人情報検索を通して学習の機会を提供することと、市立動物園休園日に園内の清掃や柵の補修等の作業体験の 2 点を実施した。ハローワークに定期的に通うことで情報収集にも役立ち、就労への意識付けが高まるようである。そこで知ったハローワーク主催の就労支援セミナーに参加したメンバーもいた。動物園での作業は、初めはどんな感じが全くわからないということに不安を感じて参加者が少なかったが、参加者の体験談を聞くことで不安が軽減され、2 回目以降は全体的に参加の意欲が高まっている。

4 考察

社会参加プログラムに参加したメンバーにとって、動物園の専門の技術をもった人を目の当たりにし、指導を受け、一緒に作業をしたという交流の経験が有意義であった。継続的に参加することで、就労がどういふものか実感できたと思われる。さらに動物園側から「非常に助かった。ぜひまたきてもらいたい」という言葉をかけてもらったことが、非常に貴重な体験であった。また、自己評価の低い当事者にとっては、第三者に承認されるということの意義は大きい。実際に外に出て活動してみることによって、大変な思いもするが得るものもあるということを経験的に知ることが、次のステップを踏み出す力になると考えられる。事実、今回メンバーの状態を把握し、メンバーの意見を参考に社会参加プログラムを取り入れたことによって、ただ漠然と「何かしなければ」と焦っていたメンバーが、より現実的かつ具体的に社会参加へ動き始めている。

精神科デイケアで実施している就労支援は個別で行う印象が強い。しかし今回のようにデイケアプログラムを再編し、社会復帰支援を信頼関係が形成されている集団を用いたことがメンバーの安心感に繋がり、参加意欲をかきたて、その成功体験が最終的にメンバーへの自発性を賦活することができた。このように、社会的ひきこもり者の社会復帰支援は常に集団を意識しなければならない。社会という集団への復帰を目的としている当事者にとっては集団での成功体験が重要であり、訓練として参加対象となる集団が当事者にとって関係の浅いものであればあるほど、そこでの成功体験がより効果的になるとと思われる。

一方、ちょっとした失敗に立ち直れないほどのダメージを受けてしまうような脆弱性を持った社会的ひきこもり青年に対し、失敗した時にも迅速に適切にフォローできる態勢を整えておくことも忘れてはならない。また、ひきこもりの病理がゆえに経験不足が深刻な彼らには、「やり方がわからない 不安 動けない さらに経験不足」という悪循環が見られることが多く、より具体的に HowTo を指導するようなプログラムの導入も検討する必要がある。

5 まとめ

社会的ひきこもり者の支援にはデイケア室内での支援だけでは限界がある。よって今後、社会復帰支援へのニーズに具体的かつ適切に対応するために、利用できる社会資源の発掘が大きな課題であると考えられる。当センターでは、平成 17 年 6 月から県商工労働部が管轄する若年者を対象とした就職相談センター（ヤングジョブステーション）との連携を実現した。これにより、デイケア通してヤングジョブステーションに依頼するメンバーや、さらにはデイケア以外で個人的に就労支援を申し込むメンバーが増えてきている。

社会的ひきこもり相談体制の現状と課題
～地域保健特別事業の取り組みをとおして～

徳島県精神保健福祉センター

林 多美江 岡部浩通 高林 学
平井 大祐 幸田文一

1, はじめに

近年、社会的ひきこもり等、新たな複雑困難な相談が年々増加する中で、県下の関係機関から効果的な相談対応についての専門的要請が寄せられ、当センター相談担当係の大きな課題となってきた。

そこで、県下の相談状況の把握と各機関の相談体制の充実を図ることを目的に、国の地域保健推進特別事業「社会的ひきこもり相談体制支援事業」として平成15年度から2年間実施した。

当事業の概要と、今後の課題について考察したので報告する。

2, 事業の概要報告

? 当センターにおける社会的ひきこもり相談状況について

< 来所相談 > 相談内容として「ひきこもり」を挙げる相談件数を計上した。

(デイケア相談を除く)	平成14年度		平成15年度		平成16年度	
	実人数(人)	延件数(件)	実人数(人)	延件数(件)	実人数(人)	延件数(件)
ひきこもり専門相談	10	144	68	555	82	549
センターでの全相談	205	660	247	1027	214	912

? 社会的ひきこもり相談状況調査

対象機関	県下の保健、医療、福祉、大学、民間機関等 134機関
期間	H15年7/1～12/31 (6ヶ月間)
内容	社会的ひきこもり相談機関での対応状況調査 本人、家族個別調査
結果	97件の回答(ほぼ8割が限定的であるが外出は可能) < 要望について > *家族のみでも相談が出来る医療体制の構築と専門医療の整備 *身近なところで気軽な居場所、ケア、作業所づくりの要請と普及啓発 *相談窓口で配布できる資料の希望(本人、家族用のパンフレット) *経済的支援(就労)の対策(アンクルプログラム、訓練施設の要請)

? 精神保健福祉センター相談支援体制の充実強化

	開催日 頻度	内容	実績(2年間)
事例検討会	随時開催 (1週間1～2回程度)	ひきこもり及び複雑困難事例検討 親の会、当事者会の運営、体制検討	約102回
親の会 クローズ形式 (個別相談との併用)	月2回 2時間程度 第2木曜(不登校親の会) 第4木曜(ひきこもり親の会)	心理教育セッション グループワークセッション 家族同士の情報交換 個別面接	(不登校親の会) 23回 延123人 (ひきこもり親の会) 18回 延76人
当事者会 クローズ形式 (個別相談との併用) H15.10月開始	月4回 2時間程度 毎火曜午後	当事者同士の相互交流 個別面接 居場所の確保、主体性の回復 ～社会参加の一助	(当事者の会) 37回 延153人

- ？ 社会的ひきこもり相談体制支援会議の開催
早期介入と効果的支援のために 関係者のネットワーク構築を目的に開催
- ？ 社会的ひきこもり専門研修会の開催
ひきこもりの理解と相談援助技術（カカリワグ）のスキル向上を目的に実施
- ？ 県下各相談機関への体制支援、指導
各機関の複雑困難事例や相談体制づくり等への指導支援
*ひきこもり事例の関わり方について *ひきこもり相談体制受け皿づくりについて
各相談機関への協力、支援 *地域住民への啓発講座（出前講師）
*複雑困難事例検討会議への参加（ケースコンサルテーション）
- ？ 社会的ひきこもり相談に係る各相談機関の連携について(フロー図)

3, 考 察

初年度の社会的ひきこもり実態調査から、家族・本人に必要なサービスとして「専門医療機関及び相談機関、憩いの場、居場所、家族教室、経済的支援」の要請が多く、また本人だけでなく家族も含んだサービスのニーズも高かった。

またひきこもり相談対応については、「どこに相談すれば良いのかわからなかった」「具体的なかわり方について知りたい」等相談機関の窓口情報についての啓発不足が示唆された。

このような状況を踏まえて、県下の相談機関の情報整理と本人家族が楽になれるかわり方のヒントとして「本人、家族のための」リーフレットを作成し関係機関に配布した。

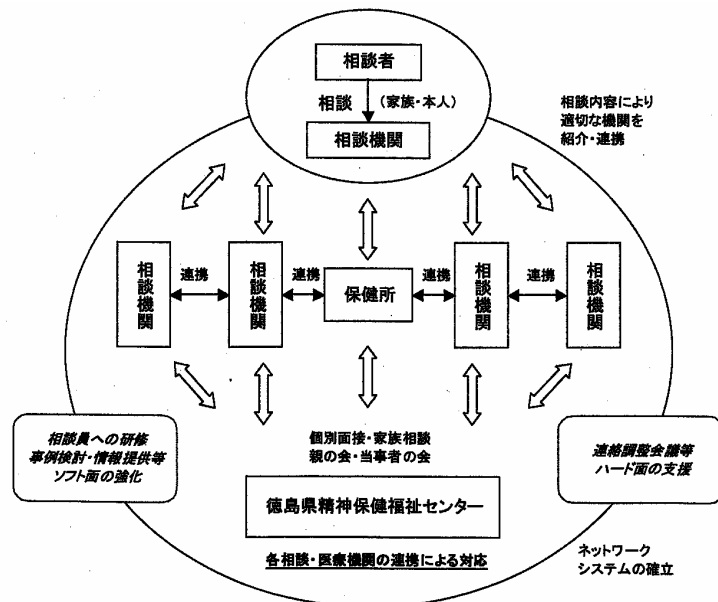
本人に相談自体を内密にしている家族が多い中で、その活用を通して本人との関係づくりの一助となったり、また「ひきこもりの背景となる障害と病気について」の項目から困っている事の確認と「回復の道筋」等を理解する事で、本人の問題意識が高まり、来所相談への動機づけともなっている。

2年事業の中で県下各機関を対象に専門的研修会の実施と現地での直接指導支援を通して、適切な初期対応について共に学習し、技術指導を継続する中で、地域での居場所づくりへの発展と相談の充実が図られ、県下6保健所の内4保健所で親の会の運営や地域住民を対象にしたひきこもり講演会を開催する等地域での「ひきこもり」体制づくりが広がる事となった。

また、地域での複雑困難なひきこもりについては、センターへの紹介など、当事業で構築した関係者相互のネットワークで、民間相談機関も含めて有機的連携が作動を始めている。

この特別事業を通して、「精神保健福祉に関する専門的技術的中核的機関」としての精神保健福祉センターの役割と機能について再評価される機会となった。

今後も地域の心の問題に時代の要請に添えるような専門的相談指導が実施できるように研鑽に努めていきたい。



注) 連携の具体的方法については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（厚生労働省）を活用。

鳥取県におけるひきこもり関連事業及びひきこもり相談の現状

鳥取県立精神保健福祉センター

川口 栄 元木順子 角田智玲 田中有里 原田 豊

1 はじめに

本県では、社会的ひきこもり関連事業として、各保健所における家族教室・家族の集いや、民間団体への委託事業として社会参加促進事業（共同生活体験、支援付き就労体験）を実施している。

また、県立精神保健福祉センター（以下、センター）及び各福祉保健局（保健所、心と女性の相談室）では、相談窓口として広報し、相談を受けている。今回、センター及び各福祉保健局で受理した相談を対象にして、その経過や誘因、背景について調査を行い考察を加えるとともに、今後の課題について検討した。

2 鳥取県での社会的ひきこもり関連事業

？ 家族の集い・家族教室 月1回から隔月1回（90～120分）「家族の集い」を開催し、家族の話し合い、学習会等を行っている。

？ ひきこもり者の社会参加促進ステップアップ事業（「NPO法人鳥取青少年ピアサポート」へ委託）

共同生活体験：一人最大30日間、自宅から離れて共同生活を体験し、人との交流を経験する。

支援付き就労体験：一人最大90日間。共同生活の体験後、本人の希望を考慮した事業所で、就労体験、就労訓練をする。独自施設としてパン工房。委託事業所では、農業、陶芸、介護施設等。申込み・問い合わせは福祉保健局とし、相談・見学などを経て申請し、県主管課の承認をもって事業の利用とする。

？ ひきこもりに関する家族研修会・相談会、メンタルフレンドの養成講座の開催・派遣

3 対象と方法

平成16年4月1日から平成17年3月31日までで、福祉保健局・センターで受理した相談のうち、

？ 自宅を中心とした生活、

？ 就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの、

？ 以上の状態が6か月以上続いているものとした。ただし、

？ 統合失調症などの精神病圏の疾患、または中等度以上の知的障害をもつ者を除く、

？ 就学・就労はしていなくても、家族以外の他者（友人など）と親密な人間関係が維持されている者は除く、「ひきこもり状態」の基準に該当する事例を対象とした。

これらを対象に、相談形態、来談者、提供した支援、今後必要な支援等の相談支援に関することと、ひきこもり事例の年齢、性別などの基礎属性のほか、誘因や経過などについて調査を行った。

4 結果

？ 全事例数95件であり、男女の内訳は、男73件、女22件であった。

？ 来談者は親64件、本人41件でほぼ全体を占めた。

？ 現年齢分布では、平均年齢は27.1歳（15歳～41歳）で、年齢分布は、全体では21～25歳30件、31～35歳20件、26～30歳16件、16～20歳14件であった。

？ 提供した支援は、不定期面接35件、定期面接30件、家族教室23件、1回のみ面接17件。

？ 今後必要な支援、社会支援等は、本人の集まる場・社会参加の場13件、家族支援12件、所在地内（外）の支援付き就労体験6件、本人への家庭訪問ボランティア5件、本人への医療的介入・鑑別4件、就労の場3件、その他県外の支援情報、発達障害の情報、関係機関との連携、就労後の支援者、経済的援助、本人の社会性スキルアップ支援、町保健師がそれぞれ1件であった。

？ 不登校、就労経験では、不登校歴は、なし27件、中学校30件、高校22件、小学校14件、専門学校・大学7件。就労経験では、就労経験あり46件、なし46件であった。

？ ひきこもり期間では、6ヵ月～1年以下9件、2年以下12件、3年以下8件、5年以下21件、10年以下23件、15年以下9件、20年以下7件、20年以上1件であった。

？ ひきこもりの誘因となる出来事では、就労経験後のリストラ・退職後の未就労22件、小学・中学校

でのいじめ、不登校、対人関係トラブル18件、専門学校・大学の不登校・中退後14件、高校不登校・中退後14件、親の離婚・死別3件、専門学校・大学卒業後未就労3件、DV被害2件、不明4件であった。

- ? ひきこもり以外の問題行動では、昼夜逆転30件、器物破損13件、言葉による暴力・悪態13件、家庭内暴力9件、自殺願望8件、その他リストカット2件であった。
- ? 精神科受診歴と精神科症状では、精神科受診歴は、受診なし49件、通院中15件、数回受診11回、中断6件、1回のみ受診4件であった。精神科症状は、症状なし24件、強迫症状13件、過食・嘔吐4件、拒食2件、その他26件、不明29件であった。
- ? 発達障害の可能性では、障害なしが37件、障害の疑い13件、障害の確定2件であった。
- ? 支援後の本人の変化では、変化として、治療導入・入院8件、就労する7件、支援付き就労体験参加6件、作業所・農作業をする4件、単身生活を始める3件、支援を継続している3件、父の死後、対話や外出するようになる3件、家の中の家事を手伝う2件、資格試験受験予定1件、就学希望する1件、会話するようになる1件。一方で、変化なし18件、支援中断・不明14件、就労したが中断5件、就労体験後再びひきこもり状態3件、借金トラブル1件、暴力の激化1件であった。

5 考察

現在の相談援助は家族と本人を対象とした面接を基本とし、本人との家庭訪問、家族教室への参加、就労体験事業の利用等を行っている。今後の支援として、ひきこもり本人が集まれる場や家庭訪問ボランティアなど、社会に近いところでの緩やかな交流の場が求められている。

ひきこもり事例をみると、女性に比べ男性が多く、平均年齢27歳、15歳から41歳まで広範囲で、思春期・青年期では、中学・高校・大学専門学校等の学校集団不適応が見られ、就労経験の有無はほぼ半数であった。また、ひきこもり期間では、5年から10年以下で半数以上であった。ひきこもりの誘因は、それぞれさまざまだが、学童期思春期での自尊心の傷つきや集団不適応から生じるもの、青年期における対人不信と信頼をめぐる集団不適応や対人関係の失敗から生じるもの、成人期では職場内の対人関係や退職後の未就労等があり、それぞれの不適応状態段階での早期対応が必要と考えられる。

支援後の変化では、治療導入、就労体験、外出や行動範囲の広がりなど見られる一方で、不変も少なくなく、状況に応じた支援目標の共有と細かな修正など、ねばり強い継続支援が必要と思われる。

ひきこもり状態以外の問題行動では、生活行動全般に影響する昼夜逆転の生活リズムの問題が多く見られる。また、器物破損や言葉の暴力など家庭内暴力の問題が多く挙げられ、非社会的問題行動であるひきこもり状態のなかで、くり返される暴力への介入は、今後の重要な課題と考えられる。

最後に、「ひきこもり」状態を呈する事例への援助方針では、甘え、自己愛の傷つき、家族病理など広く援助方針が検討され、社会的要因を背景とした就労支援もなされているが、長期ひきこもりの経過のなかで強迫症状等の精神症状を呈したり、発達障害の可能性を疑われる事例も少なくなく、今後支援を検討する上では、的確な生物学的な観点は不可欠であると考えられる。

1 はじめに

「ひきこもり」「社会的ひきこもり」が、症状ないしは状態像を示す用語として用いられることは、多くの専門職に共有されているものと思われる。しかし、青年期の「社会的ひきこもり」を独立した診断カテゴリーとして捉えていたり、従来の診断分類では捉えきれない一群と考える専門職も少なくないようである。

こうした捉え方の相違は、問題の解明や治療・援助を検討するうえで、少なからず混乱を生じさせており、今後の臨床研究に向けて確認しておくべき課題であると考えられる。

2 「ひきこもり」「社会的ひきこもり」の捉え方について

問題の捉え方は、おおむね以下のように分かれているようである。

第一は、「ひきこもり」「社会的ひきこもり」を症状・状態像として捉え、その原因となる精神障害を従来の精神科診断分類に沿って同定しようとする立場である。演者はこの立場をとる（近藤、2004）。

第二に、「社会的ひきこもり」を独立した診断カテゴリーとして捉え、その精神病理や治療・援助を検討しようとする立場がある。こうした仮説の学術的検証を試みている研究論文は、演者の知る限り、諏訪・鈴木(2002)の一遍だけである。諏訪・鈴木は青年期ひきこもりの2症例を精緻に検討し、その精神病理が他の精神障害とは異なるものであり、「一次性ひきこもり」と呼ぶ病態が独立した診断カテゴリーとして妥当であることを示唆している。

第三に、「社会的ひきこもり」をメディカルモデルでは解決できない（精神医学的診断分類に載らない）問題として捉える立場である。学術的根拠はないが、専門職の間でも意外に支持されている見解なのかもしれない（広瀬、2003）。

その他、独立した診断カテゴリーとしての検証を試みることもないまま、社会的ひきこもりを来たしているケースを十把ひとからげに論じるような論評は少なくない。学術誌に掲載される論文の中にも、薬物療法の対象となる疾患・障害や標的症候を明確にしないまま、「ひきこもりの中には薬物療法が必要な事例もある」といった発言がみられ、医療倫理の観点からも非常に危うい印象を受ける。ここでは、第一の立場から、青年期ひきこもりケースの精神医学的背景を明確にしたい。

3 青年期ひきこもりケースの診断分類

平成13年4月から16年9月の3年半の間に、山梨県立精神保健福祉センターで受け付けたすべての新規相談ケースは737件、そのうち長期化したひきこもりを主訴とする16歳から35歳までのケースは82件、平均年齢は25歳、男性が女性の3.8倍であった。このうち本人が来談したのは24ケース、ひきこもりの期間は6ヶ月から15年、平均は3.6年であった。演者らの経験では、本人との面接や知能・心理検査、発達歴の聴取などにより、数回の面接で国際診断基準に基づいた診断が可能であった。診断分類は表に示したとおりである。この数字には、軽度精神遅滞と不安障害の併発などの重複診断が含まれている。不安障害が多いことは自明のこととしても、青年期に至った発達障害の診断は、今後の実践的課題になると思われる。

今回のまとめは予備的なものであり、さらに実証性の高い研究が必要であるものの、これまでの演者らの経験では、DSM- や ICD-10 で採用されている診断カテゴリー以外のものを必要とするケースはなかった。もし、諏訪・鈴木の提唱する「一次性ひきこもり」が含まれているとすれば、パーソナリティ傾向 personality trait に分類されているのではないかと思う。

ただし、国際診断基準に準拠した操作的診断だけでは、ひきこもりのメカニズムを説明しきれないケースも少なくなかった。たとえば、第1軸に気分変調性障害、第2軸に自己愛パーソナリティ傾向が付与されるケースなどについては、操作的診断に加えて、ひきこもりに至る個人精神病理（生物的・心理的観点）や、ひきこもりの長期化に影響している家族状況など（社会的観点）を詳細に検討し、記述する必要がある。

山梨県立精神保健福祉センターにおける
社会ひきこもり新規相談件数
2000年4月から2000年9月まで

本が来談した4例のDSM-診断
(重複診断あり)

- すべて新規相談ケース	73件	
- 社会ひきこもりに関する 青年期(6-35歳)のケース	8件	不安障害1 広汎性発達障害 軽度精神遅滞 パーソナリティ障害(傾向) 3
<平均年齢25歳 <男女比男女=3,8:1		
- 本が来談したケース	2件	気分障害3 統合失調症
<ひきこもり期間 6ヶ月-1年、平均、年		

4 まとめ～専門機関の役割と臨床研究の方向性について

青年期におけるひきこもりの問題は、個人の精神病理だけでなく、家族状況や文化・社会状況など、いくつもの要因が関連して生じていると考えられ、医療、保健、福祉、教育、労働など、多くの貢献を必要とする課題である。また今後、援助の主体は民間の活動に負う部分がますます大きくなるものと思われる。こうした状況において、専門機関と精神科医が貢献すべき中心的な役割は、診断と治療・援助方針を含めた精神医学的アセスメントであろう(清水、2003)。

こうした役割を果たすために、当面、症例研究の蓄積が必要であることを共通の認識としたい。この際に必要なのは「ひきこもりの定義」ではなく、検討・考察の対象を「規定」し、治療・援助の経験を蓄積することである。たとえば、『本研究では、家族やインターネット上の交流以外には対人関係をもたず、孤立した状態が1ヶ月以上続いている青年期ケース(18歳から30歳まで)を研究・考察の対象とする。』といった「規定」である。

さらに、今後の臨床研究にあたって、以下のような観点を提案したい。

年期のひきこもり現象を生物学的・心理的・社会的な現象として捉えることが重要である。とくに、生物学的観点を軽視すべきではない。

年余にわたるひきこもりは深刻な社会的機能の障害であり、その背景には何らかの個人精神病理(生物学的・心理的要因)が関与しているであろうという前提に立ち、これを検証する。また、個人精神病理の多様性を踏まえ、個々のケースの精神病理学的検討を重視する必要がある。

精神保健福祉センターのような専門機関、ことに精神科医が担うべき最低限の責任は診断である。

ひきこもりケースにみられる家族状況について理解を深めることは、本人の精神病理を検討することと同等に重視する必要がある。私たちには、家族のみ来談するケースについても有効な対応が求められているからである。

<参考文献>

- ? 近藤直司、小林真理子、有泉加奈絵ほか：思春期・青年期における不登校・ひきこもりと発達障害。精神保健研究 50;17-24,2004
- ? 諏訪真美、鈴木國文：「一次性ひきこもり」の精神病理学的検討。精神経誌 104(12);1228-1241,2002.
- ? 広瀬徹也、藤原茂樹、山崎晃資ほか：座談会、ひきこもりと精神医療。精神医学 45(3);278-291,2003
- ? 清水将之：ひきこもりを考える。精神医学 45(3);230-234,2003

青年期ひきこもりケースを対象にしたSSTグループについて

山梨県立精神保健福祉センター

有泉 加奈絵 松木 安子 近藤 直司

1 はじめに

山梨県立精神保健福祉センター（以下センター）では、平成13年1月から青年期ひきこもりケースを対象としたSSTグループを実施してきた。現在までに月2回実施しているセッションは90回に及んでいる。

ここでは、これまでのSSTグループの経過を述べ、ひきこもりケースを対象としたSSTグループの有効性や課題、グループ運営の工夫点などについて報告する。

2 対象、方法

対象は、ひきこもりを主な問題とする青年期ケースのうち、当センターにおいて個別相談を実施しており、SSTグループへの参加について同意を得られた者としている。SSTグループには見学も含め、これまでに14人が参加している。参加者の精神医学的診断は、パーソナリティ障害ないしはその傾向が5人、軽度知的障害1人、高機能広汎性発達障害4人、統合失調症1人、気分障害2人、診断保留1人だった。実施回数は月2回（第1, 3月曜）約1時間（午後2時～3時）とし、スタッフは当センターの作業療法士と、当センターで電話相談を担当している心理職の非常勤職員の2人が担当している。

3 経過

<導入にあたって>本人たちのグループ支援の方法としてSSTを行うことになった理由は、「より現実的な行動レベルに焦点を当てること」「参加者からもコミュニケーション能力の改善に対するニーズがあり動機づけを得やすいこと」などである。参加者からは「対人関係能力をつけたい」あるいは「自分と同じような人と話したい」というどちらか一方の動機づけをもっており、一部にはその両方の動機づけを併せて語る人や、動機づけ自体は曖昧で呼びかけに対して受け身的に応じて参加した人もいた。

以下、これまでの経過を4期に分けて述べる。

<第1期>パーソナリティ障害圏の参加者中心で基本訓練モデルを踏襲した方法で始めた。参加者、スタッフともに緊張感の高いセッションが続き、参加者から具体的な課題はほとんどでなかった。SSTに慣れるためにウォーミングアップの時間を充分にとるなどの工夫をした結果、次第にグループに凝集性が感じられるようになり、セッション後に参加者同士で雑談する光景が見られるようになった。しかし他の参加者の年齢やひきこもっていた年数の違いなどを知り、「他者とのズレ」を感じたことでドロップアウトする参加者もいた。参加者が少なくなったセッションは次第に沈滞化していった。

<第2期>緊張感が高く、相変わらず課題が出にくかったため「場面カード」の使用が長期化した。少しずつ場面カードに示された設定を各自の日常生活に置き換えて語るようになった。あるパーソナリティ障害圏の参加者はグループの凝集性を高めようとセッション終了後の卓球を提案し実行した。しかし彼はSSTセッションの中では「誘いを断る」といった対人関係を避けようとする課題ばかりをだし、「近づきたいが離れたい」というジレンマを無意識的にスタッフや参加者に伝えており奇妙な雰囲気だった。またこの間、2人の見学参加者がいたが動機づけが曖昧なまま1回の見学のみとなった。

<第3期>一部の参加者から緊張感を軽減するようなグループ運営やプログラムの多様化を希望する声が挙がり、SST以外のプログラムを導入することになった。月単位でスポーツやウォーキング、喫茶店に行くなどのアクティビティや、それらと並行して各自の課題があるときはSSTを行った。外出をSSTで実践してきた課題を試す機会や新たな課題の発見の場になるよう意識した。この構造で再参加を始めたり、新しい参加者が継続して参加できるようになった。しかし、構造の緩いアクティビティの中で起こる雑談がきっかけになり、長期欠席となったパーソナリティ障害圏のケースや、さまざまな状況変化や雑談に対応しきれずにドロップアウトする発達障害圏のケースがいたためさらなる構造化の必要性が感じられた。また、参加者が当初とは入れ替わり、SSTの必要性が再び高まったため、今度は基本訓練モデルではなく課題技能別SSTを導入することにした。

<第4期> A S. Bellack らによる課題技能別 S S T を実施することとした。折しも、第3期に1年間にわたり長期欠席していたが進学を控えコミュニケーション能力の向上を目的に再参加し始めた参加者がいたため、新しい構造や内容を取り入れるには良い時期だった。課題技能別の「会話技能群」「自己主張技能群」など一つの技能群は、それぞれ細分化されたスキルの集合体であることや、「会話が苦手」と語る参加者にとっては会話のどのスキルが苦手なのかがわかるようになり、課題技能別 S S T はどの参加者にとっても有効のようである。以前に比べると構造化はだいぶ図られたが、発達障害圏の参加者にとってはまだ不確定要素が多いために現在は張り紙の貼付、座席の固定、名札の着用を実施している。

これまでの参加者14人の転帰は、継続3人、進学等による終了4人、ドロップアウト3人、1回の見学のみ4人である。

4 考察

当センターで実施している S S T グループの経過を4期に分けて報告した。現実的な対処方法が増えることで対人関係や社会的な場面で体験する不安や葛藤が軽減できたり、現実的に直面していく状況を予想し、あらかじめリハーサルできたことで社会的な場面に対する対処能力が向上したと考えられ、S S T グループは一定の成果を上げているものと考えられる。しかし、これまでのような精神病圏の参加者を対象とした S S T グループとは異なる視点や、その時々参加者に適したグループを維持するためにより多くの工夫が必要であることもわかったので考察してみたい。

? 参加者に合わせた内容の工夫

全90セッション以上を4期に分けた変化は、おもに参加メンバーの変化に伴うものであった。参加者のドロップアウトやスタッフが体験するグループ運営の難しさなどからセッションを点検し、参加者によって技法を変えてきている。パーソナリティ障害圏の参加者が中心だった第1、2期では「場面カード」を多く使用し、自己開示を強要しない比較的高い安全感の提供を心がけた。また、第3期から増えてきた発達障害圏の参加者には、わかりやすい簡潔な言葉、視覚的手がかりの明示、強力な構造化、集中できる環境、一つの行動を実行する小さな要素に分けるなどの工夫と配慮が必要になるようである。一つの行動を実行する小さな要素に分け、スタッフからのインストラクションやモデリングがあり、セッションが構造化されている課題技能別 S S T は発達障害圏の参加者には特に有効であった。

? ドロップアウトについて

ひきこもりという問題を持つ参加者で構成されるグループである以上、欠席の連続やドロップアウトは常に直面する課題であると思われる。これまでに経験したドロップアウト例は以下の3つに分けられた。第一に、動機づけが曖昧もしくは拒否的なまま1回の見学のみで終わったケース、第二に、プリミティブな一体化欲求のために他の参加者の年齢やひきこもっていた年数の違いなど「他者とのズレ」を感じ、一体感が崩れる体験を契機に急速にグループからひきこもったケースや、グループや参加者に抱いた過度の期待と現実の反応の「ズレ」を感じ1年にわたり中断したパーソナリティ障害圏のケース、第三に、構造が曖昧でセッションの中でおこるさまざまな状況変化や雑談に対応しきれなかった発達障害圏のケースである。

? 個別相談の必要性

ドロップアウトに至るこうした経過はすべて個別相談の場で聴くことができたエピソードである。スタッフとして、安全な居場所としてのグループ運営と同時に、個別相談の場で参加者がどのようにグループを体験しているのかを話し合う設定と援助関係を共有していることが重要で、それらを点検してさらなる工夫へと結びつけていく必要がある。