

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付
障がい者制度改革推進会議担当室 御中

意見書 レジюме

障がい者等の範囲、定義の見直しに関し、制度の谷間となっている引（ひ）きこもり
全国引きこもりKHJ親の会（家族会連合会） 本部理事長 奥山 雅久

『制度の谷間』への平準公平化としての生活機能障害の考察提言
同上 奥山 雅久

「ひきこもり外来」医師からの提言
長期化・重篤化したひきこもりへの支援の必要性について
新潟市特別医療法人 精神科心療内科 中垣内 正和

特定非営利活動法人〔内閣府認証〕
全国引きこもりKHJ親の会（家族会連合会）
本部 理事長奥山 雅久
〒339 - 0057 埼玉県さいたま市岩槻区本町1 - 3 - 3
FAX 048 - 758 - 5705
メール webmaster@khj-h.com
URL <http://www.khj-h.com>

尚、4月19日当日に下記参考資料を持参いたします。

- ・内閣府公開講座、厚労省シンポの特集号：全国機関紙「旅立ち」55号 70部
- ・最新 第7次全国アンケート調査冊子 （徳島大学+家族会） 3冊
- ・研究報告：引きこもり外来「長期ひきこもりにおける心身機能の変化について」 3冊

意 見

記

当障がい者制度改革推進会議の目指すべき基本テーマである、障がい間の偏見差別の撤廃としての障がいの範囲、定義の見直しに関し、制度の谷間となっている、いわゆる「引(ひ)きこもり」の緒症状(疾患、障害) 精神疾患、障害による引(ひ)きこもりを加入させる必然性を具申致します。

- ・その論拠として、今6月に厚労省から出される「引きこもりのガイドライン」では、診断基準であるDSM - 4やICD - 10に含まれる全ての障害概念を対象に含む、とあります。
- ・すなわち、統合失調症、発達障害、不安障害、パーソナリティー障害、気分障害、適応障害、強迫性障害、パニック障害等や重度の摂食障害、PTSD、癲癇、解離性障害 等 を指します。(主に上記精神疾患、障害者等で未受診の引きこもり)
- ・当該制度への加入は、引きこもりのこれらの障害への早期対応の促進が図られ易くなる。従って専門家の育成や対応スキルの集積、回復プロセスへの社会環境整備等が促進されるばかりでなく、このことへの官民協働への基盤的な制度として当該制度が貢献することとなります。
- ・そして、青年から壮年化へと蓄積してしまっている長期重篤な引きこもり者へと遷延化している現状の阻止が図られ、いわゆる動態論のなかで、* 1 二次障害への移行の阻止が、国家財政の* 2 費用対効果面でも当該制度が貢献することとなりましょう。
- ・さらには、いま一つの困窮閉塞している「既に長期重篤な大人の引きこもり者」への支援や生存権の担保は、当該制度が当事者や当該家族への大きな希望の光となり、励ましとなり憲法第二五条に鑑がみ叶うところです。

* 1 : 栄養障害や栄養不良による脊髄の湾曲、放置した為の骨折、発声障害等の身体疾患の合併症、知能の高度な低下などによる生活機能障害(ひきこもり外来医師の報告)、他に全身衰弱による瑕疵や歩行困難等

* 2 : 大人の引きこもり当事者の生活費100万円/年間×100万人=1兆円
現在は100万軒の老いた親が面倒みているが、親亡き後国家の財政が・・・

「制度の谷間」への平準公平化としての「生活機能障害」考察提

言

当障がい者制度改革推進会議が真にWHO理念に則った方向への改革を旨とすとするなら、「生活機能障害」の診断基準が必須と感じております。

以下に意見者の「私的体験と引きこもり」を事例として考察陳述致します。私（意見者）は、思春期より白血病性骨肉種で左下肢離断（切断を重ね根元から左足を失う）で身体障害者手帳を有する者です。

さらに同疾患の転移により右肺切除と左上肺葉固定（放射性同位元素照射で肺葉内ケロイド固定で肺機能四分の1）と後刻の別系統の胃癌で胃と胆嚢の切除摘出などの面で身体的弱者です。

しかし幸いにも、今日まで30年間の会社勤務と10年余間引きこもり家族会の全国代表の役務に耐えて来られました。

この私事は一例に過ぎませんが、その私から見れば、けして身体障害を軽く診るわけではありませんが、「長期重篤な引きこもり当事者は『目に見えない障害者』」と感じております。

すなわち、この様な身体障害者でもたまたま社会参加が可能な例が在るのにもかかわらず、長期重篤な引きこもり当事者は、いわゆる対人緊張、対人不信、対人恐怖などにより、社会参加はおろか人そのもの、しいて言えば家人すら受け入れられない面もあり、人間に生まれて人間の社会に入り難いレベルの方々です。しかも「引きこもりガイドライン」の論拠となる多くの公的機関の研究発表でも、引きこもりはDSM- やICD-10の全ての障害概念を含む、とあります。全国的に現場引きこもりの家族会を見てきた私としてもこの障害概念は正に実感であり、『目に見えない障害』と陳述致します。

もしここに、ICF的理念での『生活機能障害度』を福祉支援への診断基準に援用するならば、「上記障害概念で人に生まれ人の社会に入れにくい（アンコントロール）」は、かなり上位の障害度となりましょう。

「人として生まれ人の中に入れにくいところの傷」は人生そのものが成り立ち難い深刻な「生活機能障害」です。

『制度の谷間』にあるこの引きこもり案件が「障がい者制度」に加えられることを強く希望致します。

長期化・重篤化したひきこもりへの支援の必要性について

新潟市 特別医療法人佐潟荘^{さがた} 精神科・心療内科 医学博士 中垣内^{なかがいと} 正和^{まさかず}

私は、2000年の柏崎監禁事件以来、ひきこもり外来を拓いて、親の相談をうけ、主として親を強化する方法によって、ひきこもり当事者の家族との来院を図り、9年間で約172名の当事者の来院を得た。精神療法、社会参加プログラム、集団療法、薬物療法、居場所・自助グループ・親の会の設置など複合的な方法を駆使して対応し、当事者の6割近くは就学・就労などの社会参加を開始するにいたった。

平成22年2月、論文「長期ひきこもりにおける心身機能の変化」(アディクションと家族誌)に発表するにあたり、15年以上のひきこもり者15名(全体の9%)を長期化群として抽出したところ、平均して17歳から開始して、その期間は約20年にも及び、受診時には37歳に達していた。この群は、ひきこもり問題が騒がれた西暦2000年にはすでに平均30歳となり、10年のひきこもりを経過していた群である。ひきこもり発生の原因として、中学不登校群には社会不安障害や思春期うつ病、高卒群には受験をめぐる葛藤・挫折が多かった。長期間のひきこもりを経て受診した段階においては、ほとんどのケースが「回避性、シゾイド、自己愛性などの重篤なパーソナリティ障害」(DSM-)と診断され、極度の栄養不良・栄養障害や放置された骨折、発声障害など身体疾患の合併が多く、なかには知能低下まで来たケースもあった。13名が入院による社会参加プログラムを受け、高卒認定資格4名、自動車免許1名取得と就学者は一定数存在したが、就労者は2名であり、15年以内の他群と比較して就労率が極度に低かった。受診時にうつ病、被害妄想、興奮状態などの精神疾患を合併したケースも少なくなく、総じて高度の「生活機能障害」を引き起こしており、経済の自立はおろか、生活の自立も困難な一群と思われた。全国のひきこもり総数を100万人とみなした場合には、単純に推測すると、生活機能障害を起こした長期ひきこもり者は5~10万人は存在すると推定される。2008年の親の会(KHJ)の統計では、当事者の平均年齢30歳、平均期間10年に達したと報告されたが、このまま対策のないまま5年放置された場合には、15年ひきこもりに達することになる。「生活機能障害」は極端な運動不足、社会的刺激・人間関係の欠如、精神生活の低下、身体疾患の合併、偏った食生活による栄養不良、栄養障害など複合的な要因によるものと思われる。単一障害の判定による現行の障害者年金制度では、精神障害・知的障害・身体障害の3障害を合併して、とくに生活機能障害をきたした長期ひきこもり者に対する福祉対応は大きく不足している。「ひきこもり」に不登校を含むことで一次予防は広がり、ひきこもりの対象を統合失調症、不安障害、うつ病性障害、発達障害に広げることによって、2、3次予防の充実に図ることができる。しかし、すでに長期間ひきこもって、「生活機能障害」を惹起した10年以上、15年以上の中長期群に対する対策はいまだ大きく不足し、新ガイドライン(予定)においても焦点は十分当たっていない。「長期化を予防することの重要性」と「生活機能障害をきたしたひきこもりに対する精神保健福祉的な対応」の緊急の必要性を訴えたい。(了)