

今ご紹介いただきました齊藤です。

今回、お話しさせていただきますのは、私が研究代表者をさせていただいた厚生労働科学研究の中に、「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」という研究班がこの3月までございまして、その3年間の研究成果として、ひきこもりの評価・支援に関するガイドラインを作成させていただいたということがありまして、今回、このガイドラインのおおよその内容をお伝えできればと思っております。

多分、資料の2ページ目の下のほうにホームページがあると思いますので、これをどうぞ打ち込んでいただきますと、国府台病院のホームページの中の児童精神科という診療部門の中にこれが張りつけてあります。直接このアドレスでPDFを開くことができますので、もちろんダウンロードも自由にできますから、よろしかったら目を通していただければと思っております。

このガイドラインは、五、六年前に私の精神保健研究所時代の同僚である伊藤順一郎先生たちが作成したひきこもりに関する最初のガイドライン（既に全国で利用されてきたガイドラインです）に続く新たな指針として作成されたものです。

では、なぜ今、新しいガイドラインを厚労省が必要としたのでしょうか。ひきこもりという問題は社会現象として扱う傾向が、この現象が注目され始めた当初からあったわけですね。しかし、社会現象として扱ってくる中で、この人たちを支援するにはどうしてもメンタルヘルス的な関与、支援をなくしては、なかなか思うようなアウトカムを得られないということがわかってきた。加えて、本格的にひきこもっている人間に対する支援を行っている機関の多くが精神保健機関であるという現実があります。保健所や精神保健福祉センターなどの精神保健機関がみずからの持っている知識やスキルを使ってひきこもり支援にあたるためにも、メンタルヘルスという観点からひきこもりを位置づけることが必要となってきました。特に、ひきこもり支援が普及し始めたこの五、六年の間に強まってきたのです。

その結果、ひきこもりを社会の問題とだけとらえないで、個人の心の病理、そしてまぎれもなく環境との相互作用の中で生じている問題としての側面にも焦点を当てる総合的な心の支援を必要とする状態ととらえる必要が出てきたのです。つまり、この個人としての精神病理や環境との相互作用の中で結晶化していくシステムの病理をきちんと把握した支援ではなく、例えば従来ニート支援という形で存在した就労支援を、本来のひきこもり当

事者に直接紹介しても効果が上がらないことがわかってきたわけです。

そうすると、一体ひきこもりにはどのような支援が可能であり望ましいのかという疑問への標準的な見解、すなわちガイドラインを示す必要が出てきます。それが新たなガイドラインを必要とした主な原因だと私は理解しております。

ガイドラインとは、全国に普及してほしい、日本中の各地域が自分の地域のひきこもりに対してこのくらいのサポートはしていただきたいということを示す標準ないし基準ですので、地域によってはこんなの当然だ、すでに実施しているとお思いの地域もあろうかと思えます。そこは非常に先進的では素晴らしい取り組みをしている地域だと思えますが、このガイドラインでは支援機能として例えば定義の明確化、多軸評価、連携システム、アウトリーチ型支援などといったいくつかのパッケージが提案されておりますので、各地域に何が十分に足りていて、何がまだ足りないかといった自己点検の基準にしていただければと思っています。

このガイドラインには特徴となるいくつかの観点が提案されています。第一に挙げた観点は、ひきこもりを高校卒業以降の青年や大人の現象とだけ見るのはやめ、義務教育期間だったら教育部門が主としてかかわっている不登校が、少なくともその中核群はひきこもりの大人や青年に見出される心性と共通の心性を持っているというとらえ方です。少なくとも児童精神科臨床の対象となった不登校の子どもたちの長期経過を追跡すると、およそ10%弱くらいの比率で20代のひきこもり状態となっているという調査研究の結果もあります。10代の間は途中多少の揺れはありますが、中学を卒業したあたりから10年間ほど追跡すると、10%弱は二十歳過ぎからずっとひきこもった状態にあるということがわかっています。一方、七十数%の不登校児はかなり良好な適用を20代に入るとしていることもわかっています。ですが、このひきこもりにつながった10%という数字は決して少ないものではありません。

青年期や成人期の現象だと思われているひきこもりですが、既に子ども時代から不登校という形でのひきこもり傾向を持ち、その後の経過でその心性を強めていったグループがいるということ、そしてその心性は高校年代の後半や大学生、あるいは就職してからひきこもり始める人たちと大差はないということです。だから、教育界だけで子どもの不登校を抱え込まず、早い段階から地域の複数の異なる専門性の観点から不登校の子どもを評価し、支援を組み立てていくことが必要ですし、連続性のある支援を、特にひきこもりにつながるリスクの高いグループに提供することが可能となると思います。

この観点からも、子ども・若者育成支援推進法が対象を子ども・若者としていることは非常に妥当であり、ひきこもりという現象は子ども、そして若者、そして大人と発達過程にしたがって一貫して存在し続けているものであることをぜひお忘れにならないでいただきたいと思います。典型的な不登校の中には、義務教育期間の学校だけでの支援では終わらない、つまり学校の支援期間が終わった後にそのままひきこもりにつながっていく青年たちがいるのだということを忘れないでいただきたいのです。抱え込まずに、教育と他の分野の機関とが一緒に子ども時代から支援を組み立てていくという発想がガイドラインの中で推奨されています。

ガイドラインの特徴的観点の第二はひきこもりの定義にあります。ガイドラインではひきこもりの基本概念を「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ヵ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もよい）を指す現象概念である。」と定義しました。ひきこもりはすでに15年ぐらいにわたって概ねこのように定義されてきました。今回のガイドラインでの定義も概念の主たる枠組みは踏襲しております。間に括弧をつけて挟み込んである記述は、時代とともに変わっていく部分ではありますけれども、こういうものは社会参加としますよ、こういうものは家庭にとどまり続けている状態の中を含めますよという断り書きです。簡潔に言えば、ひきこもりはほぼ家庭を出ない生活が続け、直接他者と交流するような社会参加はたとえ趣味の世界でも回避している状態のことであるということです。

今回のガイドラインの定義の特有な観点は、その後の後半の規定、すなわち「なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである。」という付記にあります。5年後、10年後に見たら、このような付記は蛇足だと思っただけの時代が来ることを私は祈っています。ひきこもりは非精神病性の現象ではあるが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれていることはけっして稀ではありません。

なぜこの蛇足をつけたかということに関しては、おそらくメンタルヘルスの専門家でないといびんとこないかもしれませんが、実はひきこもりの窓口を訪れる人たちの中に少なくとも10%弱、このような人たちが含まれているのです。しかも延々とひきこもり相談の中にとどまり続けている事例が結構あるのです。特に、家族の相談しか受けていない場合

には、延々とこれが見つからないまま経過してしまうといった事態が生じやすいようです。ひきこもりという時間的にはじっくり支援していくべき現象と、適切な薬物療法をただちに開始すべき精神病性の障害とは、支援者が持つべき時間感覚が違います。こうした精神病性の障害を「ひきこもりとされている人たち」から区別する理由はただ一つ支援上のこの時間感覚の違いにあるのです。このような付加的な規定が蛇足と言われる時代に早くなっていたいただきたいという願いがこのガイドラインの定義には込められています。

ひきこもり相談で家族だけが相談に来ているだけだとしても、その後ろに精神病性障害の気配を感じ取る感覚を、全員が持つべきかどうかは別として、少なくともその地域の前線でひきこもり支援に当たる諸チームの中に1チーム、そうした感性を持った精神保健として専門性の高いチームがなければなりません。そのチームに他のチームは診断的評価に関する何らかの支援を求めることとなります。そういうことをこの定義は言外に含んでいます。

次に、ひきこもりは実際どのくらいいると考えたらいいのでしょうか。今回ガイドラインを作成するにあたり、これまで我が国のひきこもり当事者の推計数に関する調査研究の中で、疫学的に信頼性が高い方法で実施したものはどれかという検討を行いました。その結果見出したのがWMHというWHOが主導して世界の各地域で焦点を当てた何種類かの精神障害がどのくらい発生しているのかを調査した国際疾病疫学調査の一環として、わが国で行われたWMH-Jと呼ばれる調査（研究代表者は川上憲人東京大学大学院医学系研究科教授）です。参加国は決められた障害の調査のほかに自分の国特有な現象や障害について調査してよいことになっており、WMH-Jはひきこもりを調査項目に入れました。これは一定のトレーニングを経た調査者による構造化面接による各障害の有病率の調査です。この結果は考察を含めて本年に国際学術誌に掲載されました（Koyama A, et al. (2010): Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Research* 176; 69-74.）。

その中で、ひきこもり経験を持つ被調査者が1.2%（生涯有病率）見出されました。一方、今ひきこもり中の家族がいるかという質問を世帯を持つ被調査者に聞き、肯定する回答が概ね0.5%（有病率）でした。調査時点にひきこもり中の家族がいる世帯が0.5%となりましたが、これは有病世帯率と呼ぶべきもので、厳密な意味での有病率とは異なるとは考えられますが、近似値を示していることは確かです。平成18年の3月末日現在の

住民基本台帳による世帯数を用いてその0.5%を求めると255,510世帯となりました。それだけの世帯に少なくとも1人のひきこもり者がいるということになります。そこから、ガイドラインはひきこもり当事者の現時点での推計数を255,510人と、これを最小限の数としました（ひきこもりの家族を持つ世帯数よりひきこもり当事者数は多いはずだからです）。

私どもが公表したガイドラインは、ひきこもりとはメンタルヘルスの問題であるということをおっしゃっています。これがこのガイドラインの特徴的な観点の三番目のものとなります。もちろん、ひきこもりという現象をメンタルヘルスの観点だけでとらえきることができるとおっしゃっているわけではありません。時代性を写す青年の病理、すなわち個人病理ではなく社会病理であるという社会学的な観点からのとらえ方があることは承知しているつもりです。しかし、今支援を求めている人に今何をしてあげなければいけないかという緊急の問いに答えるには、メンタルヘルス的な支援の視点が不可欠です。別の言い方をすれば今ひきこもっている人間にアプローチするためには、メンタルヘルスの側面を加味した評価をしないと行かないのです。そうでなければ、なぜ家から出てこれないか、なぜ就労支援に出ないのか、なぜ居場所やほんとうに初歩的なトレーニングをしてくれるNPOやNGO団体の提供する居場所や精神保健福祉センターのひきこもり相談の場に出てこれないのかといった問いへの答えも得られず、対処する何の方法も浮かんでこないということになりかねません。

では、ひきこもりはメンタルヘルスの問題であるという観点の合理性はどこにあるのでしょうか。メンタルヘルス的な観点の中心には精神障害の体系が置かれています。先ほど私は定義のところではひきこもりは「精神病性の障害」ではないと言いましたが、この統合失調症を中心とする精神病性障害は、精神障害の大きな体系の中ではほんの一部に過ぎません。すなわち、精神病ではない精神障害が非常に沢山あるのです。その多くの精神障害がひきこもりの背景に存在しているはずだという観点がメンタルヘルスの考え方と言ってもよいでしょう。

そのような考え方の妥当性についてガイドラインは以下のような考え方を推奨しています。いじめられて不安がものすごく強くなり、学校やクラスが怖くて学校へ一歩も出られなくなってひきこもりのような不登校の子ども、これは精神医学的には不安を主症状とする適応障害と診断するでしょう。この適応障害という障害は、何らかの原因があって自分ではコントロールできない不安や抑うつ感が居座ってしまう状態を指す障害概念ですが、そ

んなの病気じゃない、いじめられたら誰でもそうなるでしょうと反論する方がおられると思います。でもいいんです。まさにそのとおり、いじめられた結果、そういった状態となったのです。そうなのですが、その子どもは心に居座った不安や抑うつをどうしようもない感情として苦しみ、しかも大切なことは自分ではどうしてもそれを解決・克服できなくなっているのです。もちろん、それを支える家族もお手上げで、どうしたらいいか頭を抱えています。こういう状態を社会機能、学習機能、適応機能の著しい障害と呼ぶわけです。そして、こういう障害のある心の苦しみが持続する状態を精神障害ととらえるのがメンタルヘルス的な発想なのです。

先ほどの川上先生たちの疫学的研究ですが、そこではひきこもりのうち精神疾患を持つものが54.5%とする結果が掲載されています。私たちのガイドラインはひきこもり当事者の大半は上記のような苦痛を抱えた精神障害を持っているとしており、この54.5%は低すぎます。この数字の秘密はこれが構造化面接法を用いた調査であることです。構造化面接とは聞くべきものは一定の形式で必ず聞き、聞くべき一覧にない内容は一切聞かないという方法です。この川上先生たちの調査は、聞いたものについての有病率は非常に客観的な数字を出していただいた非常にいい研究です。しかし、残念ながら、聞いていない障害がたくさんあり、何よりも発達障害の諸障害が全く調査対象に入っていません。この発達障害をつけ加えたら一体何%になるでしょう。おそらく限りなく100%に近づくはずですよ。

この点で、私たちがガイドラインの根拠としたのはこの疫学研究ではなく、精神保健福祉センターの相談窓口に本人がやってきて、精神科医がちゃんと面接することができたケースの診断を集めた山梨県立精神保健福祉センターの近藤直司先生の調査結果です。疫学調査ではありませんが、これは精神科医が自分の経験の中でありとあらゆる障害の可能性に対して心を開いて、当事者と会って診断した障害です。この集計は1人1診断の集計ではなく、一部に複数の診断がつけられた事例があります。結果は、125人の対象の診断として挙げられた170個の診断名の集計です。ですから、事例1人について1診断という観点からの数字ではなく、その近似値となります。

それによると、発達障害が最も多い診断名となり27%を占めます。不安障害がそれとほぼ同じ24%を占め、この2障害領域を合わせて半数となります。パーソナリティ障害は18%、気分障害、これはほとんどがうつ病ですが、これが14%と続いています。主な精神障害は以上の発達障害、不安障害、パーソナリティ障害、気分障害の4種類の障害

であり、それらで81%を占めています。

注目していただきたいのは、精神病性障害8%という数字です。精神病性障害としているのは大半が統合失調症ですが、ひきこもり相談にやってきた青年たちの中から精神科医が8%の統合失調症を見つけ出したということです。その診断がなされる瞬間までこれらの事例はひきこもりの相談のクライアント、すなわちひきこもり当事者と受け止められていたわけです。この現実を知っていただきたいのです。そして、それこそ定義にあのような蛇足を付加した理由に他なりません。

皆さんが地域で支援しようとするひきこもり当事者たちは、このようなメンタルヘルス上の問題ないし課題を背負って家から出てこないのです。こうした精神障害を持つということは、多くの場合、社会活動や人間関係の営みへの抵抗が著しく増し、それに伴う苦痛が大きいということを意味しています。無業者であっても趣味の活動には外出でき、趣味を通じた他者との交流もある程度存在しており、しかも顕在化した大きな苦悩は抱えていない人は、定義でもお話ししましたように、このガイドラインが対象とするひきこもりと考えていません。

私たちガイドラインの作成にかかわった者は、ひきこもりの評価、すなわちひきこもりの当事者をきちんと一人一人を評価し、その特性を描き出すことが、テーラーメイドな支援法を組み立てるうえで必須だと考えました。一人一人に合わせたテーラーメイドな支援体系を作るために一人一人の特性を描き出す評価法が必要です。そこでガイドラインでは6軸にわたる多軸評価を提案しています。

第1軸は、すでに述べたような精神障害をきちんと評価しようという軸です。発達障害やパーソナリティ障害は精神障害の一領域ですが、第1軸には含めず別に評価軸を設定しました。発達障害はその他の精神障害を併存しやすく、様々な障害の背景要因として重要です。といいいますのは、発達障害のありなしで治療構造に対する配慮がまったく違ってくることがあるからです。各発達障害に適した環境を長い視点で整備するということが、発達障害を持つひきこもりの支援には必須といってよいでしょう。ですから、発達障害の有無と、もしあるならどの発達障害かという評価結果を記載するのは第2軸としました。

第3軸はパーソナリティ傾向の評価です。これはパーソナリティ障害を含んだものになりますが、要するに、この当事者はどういう気持ちかより強い人なのかということを見極める評価です。また、第4軸は、ひきこもりの始まりから終結までの展開段階のどの段階に今いるのという評価を記載する軸です。

第5軸は、この人を取り巻く環境の評価結果を記載する軸です。この環境には、ひきこもりをつくり上げることに貢献した病理性の高い環境要因の有無の評価にとどまらず、当事者が動き出したいと思った際に、どのような支援を用意することができる環境か、すなわちリソースという意味での肯定的で支持的な環境の評価に及びます。そこには、当事者を取り巻くひきこもり状態を維持している環境要因があるか否か、あったらどのようにそこに介入できるだろうかといった評価も含まれます。そして、第6軸は、そういったものを全部まとめる形で、この当事者のためにひきこもり支援はどうあるべきかを大まかに示したひきこもりの臨床分類を記載する軸です。

第3軸のパーソナリティ傾向の評価だけ簡単に述べておきたいと思います。

10歳ころから25歳ころの15年ほどにあたる青年期という年代は、個々人が一人の人間として独立した自分を確立し、その自分をもって一人で生き抜いている状態、当然ながら、社会的構成員として社会的な役割も果たしているという大人を目標に成長している過渡的な年代です。もちろんここでいう独立や自分の確立や社会的役割といった概念を理想的で完全なものとする必要はまったくありません。あくまで、そこそこにそうした機能を得ていればいいわけです。そこそこに独立性を確保し、そこそこにオリジナルな自分を確立し、そこそこに社会的役割を果たし、そのことに喜びを感じることができればよいのです。ところが、ひきこもりという回避的な状態が長期化すれば、こうしたそこそこの到達点に至る道が閉ざされたり、ほぼ完成間近にあった人でもこの挫折によって青年期の開始期の葛藤に引き戻されたりします。青年期というのは次の成人期に20代後半に入っていくとして、完全に青年期の幕を下ろして次の成人期に入っていくものではありません。成人期に入ると青年期の葛藤はおおむね中和され、より若い年代の感情は青年期のそれによって厚く覆われ、普段はあまり表に出てくることはありません。しかし、実は青年期の発達課題や葛藤は完全に中和されてしまったわけではありません。例えばひきこもり生活が始まるような何らかの衝撃的な出来事によって挫折感が大きくなれば、容易に隠蔽されていた青年期の葛藤が前面に躍り出てきて、その人の心を青年期のつらい葛藤状態に引き戻します。ですから、例えば30代で転勤を契機にうつ病となり、その後治療によってうつ病が回復してきてもひきこもりは続いているといった人でさえ、やがてとっくに通過していたはずの親離れや自分作りをめぐる葛藤が再現し、自己中心的で自立と依存をめぐる両価性が際立ってくるのが稀ならず生じます。それとともにプリミティブで未熟なパーソナリティ傾向のいずれかが際立ってきて、中にはパーソナリティ障害と呼ぶにふさ



わしい大きな偏りを持続的に示すような状況に至ることもあります。

ひきこもりと関連深いパーソナリティ傾向のいくつかをあげてみます。『回避性』とは、とにかく社会活動や社会的な対人関係で他者から批判や拒否をされ、結果的に恥ずかしい思いをすることを非常に恐れて家にとどまることを選択しがちなパーソナリティ傾向を指しています。これによく似た『依存性』は、何事も他人頼みで、責任は絶対に負わないという姿勢が一貫しているものを指しています。これが実際に引きこもりを維持する心性として固定化していけばそれは回避性パーソナリティ障害であり、依存性パーソナリティ障害です。

『強迫性』は、完全主義で細部へのこだわりが目立つパーソナリティ傾向を意味しています。ほんとうに細部へのこだわりによって身動きとれない人格が結晶化すればそれは強迫性パーソナリティ障害と呼ばれることとなります。それから『受動攻撃性』です。どんな努力をしても主要な大人から主体性を認められず、指図ばかり受け続けた子どもが「だったらもう動くのをやめた」という気持ちで、指示に対して不従順となり、有意義な活動を放棄し、努力をやめ、家にとどまり続ける、これが受動攻撃的な怒りの表現です。この前向きな自己を犠牲にして自己主張しているような傾向が身についてしまった状態を受動攻撃的パーソナリティ障害と呼びます。

そして『自己愛性』のパーソナリティ傾向です。「私は特別、私はすごい」という思いが前面に出るパーソナリティ傾向のことですが、こうした万能的な自己像が損なわれることを恐れて、対人関係を回避する、試される場を回避するといった受身的な形で表れる自己愛性の高さもあります。ひきこもりの背景要因となる自己愛性とはこの傷つきやすく受身的・回避的な自己資性パーソナリティ傾向だと思われます。これは、甘やかして育てられた人、傷つくことなく育てられた人のパーソナリティ傾向と誤解されがちですが、実際には健全な自己愛の展開を阻まれたり踏みにじられたりした経験を通じて、特に思春期青年期のある局面で均衡を欠くほど高い自己愛性を顕わにするという形成過程を持つのが普通です。だから自己愛性パーソナリティ障害の人は、自分が特別であるということにこだわりながら、傷つくことを非常に恐れているのです。なお、ひきこもる中でこうした自己愛性が二次的に高まっていく心理過程もありうると考えられます。

『境界性』は虐待を受けた、ネグレクトを受けたといった不安定な養育環境に育ち、安定した愛着を形成できなかった幼児期体験を持つ場合に形成されやすいパーソナリティ傾向です。一人でいると生きていけないほど空っぽで無力で無価値な存在という思いで圧

倒されてしまうような心性が目立ちます。だから、人にしがみついて、あなたと一緒に生きていけると感じ、しかも自分の能力を誇示しようとするかのように、しがみついた相手を思いどおりにコントロールしがります。そして相手との破局が訪れ孤立すると、激しい怒りと、生きていけないほどの無力感と、そして自己の存在の空虚さに圧倒され、しばしば激しい怒りの表現や自傷行為や違法薬物乱用などに行動化します。これが固定化し結晶化した場合、それは境界性パーソナリティ障害と呼ばれることになります。

『シゾイド性』というのは広汎性発達障害、特にアスペルガー障害との親和性が高いと考えられているパーソナリティ傾向で、一人でいても平気、自分のやりたいことができればそれでよいという感覚が一貫して強いという特徴があります。「え？ どうして働かなきゃいけないんですか。今こうしているのが僕には一番いいです。」という感覚を防衛として使い、「いや、いいですよ。ゲームやっていればいいですよ。毎日過ぎていきますよ」「親がいなくなったら？そのときは死ぬからいいですよ」という言い方をする、これはスキゾイド性ではありません。本当に傷つきやすい自我の防衛としての社会への関心の否認なのです。ところがスキゾイド性は、「ほんとうに私一人で全然苦痛じゃありませんから、邪魔しないでください。どうして社会に出なきゃいけないんですか？理解できません。」といった調子で、むしろ他者と親しく交流するほうが苦痛、それは防衛ではなく文字通り苦痛という心性が優勢なパーソナリティ傾向です。

以上のようなパーソナリティ傾向（パーソナリティ障害のような重度のものを含む）は児童期および思春期青年期、あるいはそれ以降のひきこもりを生じさせやすくする重要な要因の一つであり、同時にひきこもりの遷延過程でその傾向が二次的により強化される傾向を生じ、ついにはパーソナリティ障害に至るという経過を進む事例も、当初よりパーソナリティ障害が前景にでる事例とは別にあらわれてきます。

さて、評価の第6軸としたひきこもりの臨床分類についてですが、これは1軸から5軸までの評価をまとめる形で、第1群から第3群までのどこに当面含めるべきかという当面の介入と支援の方向性を決める評価軸です。

第一群は統合失調症、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べきという判断をされたグループです。まずは薬物療法を中心とする生物学的治療が先行し、それに心理社会的支援を組み併せていくといった支援構造が必要となるのがこのグループです。第

二群は広汎性発達障害や精神遅滞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 場合があるようなグループです。環境設定や道のりを作って、明確にわかりやすく示しながら、段階をふんで支援していくべきグループというわけです。第三群は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り、薬物療法は付加的に行われるにとどまるようなグループです。まず、パーソナリティが育っていくよう工夫した心理社会的な治療法が中心になるというわけです。

以上が評価に関するガイドラインの進める姿勢ですが、ここからは支援に焦点を当ててお話ししましょう。今回のガイドラインではひきこもり支援を多次元的なもの（ガイドラインでは三つの次元）としてとらえることを推奨しております。

第一次元というのは、三角形ないしピラミッド型で支援の体系を示した図では真ん中に位置づけられたものです。これは、ひきこもりの背景要因であり、その推進要因でもあり、同時にひきこもりの経過中に進行する二次的な病理の結晶体でもありうる精神障害に対して、もしそれが特異的な治療法や支援法を持っている障害であるならその治療・支援をきちんと提供すべきであるという次元です。

第二次元は、ひきこもり当事者のひきこもりへの親和性を高めている環境要因を調整したり、環境の支援機能を開発・整備したりする介入を指しており、支援ピラミッドの土台として表現した部分です。支援者が支援を計画し、その体制を組み立てていくのも、この第二次元に含まれます。

これら第一次元、第二次元は誰にとってもイメージを作りやすい部分ですが、例えばクラスでのいじめ体験からひきこもってしまった高校生が、精神科治療によってうつ病性障害は改善し、クラス的环境は学校側の努力で整備されたにもかかわらずひきこもりを続けているというケースはよくあることで、けっして珍しくもありません。ここに関わるのが支援ピラミッドの最上部においた第三次元です。

支援の第三次元とは、ひきこもりが母親離れを実現し自己を確立するという思春期青年期の発達課題（親離れと自分づくりを併せて『第二の個体化』と表現する考え方もあります）への取り組みの重大な挫折を意味しており、周りの人間の順調な発達の進行に対して、取り残され、孤立し、自己の能力に信頼を置けなくなるというひきこもりの副産物ともい

うべき辛い挫折感に打ちのめされている当事者の心性への支援を意味しています。ガイドラインはこの第三次元の支援を欠かすことのできない重要な支援要因ととらえることを推奨しました。この次元の支援は一言でいえば、土台が整備されてきた当事者のひきこもった生活と社会との橋渡し機能を果たすことと表現できるのではないのでしょうか。

こうした3種類の次元から支援を考えるということは、ひきこもり支援を当事者と当事者を取り巻く環境との相互作用への介入であるという理解と緊密に関係しています。そうであるならば、ひきこもり支援とは3次元のそれぞれに対する多様な支援を、個々の当事者の特性に合わせてテーラーメイドに組み立てて提供することを求めるものであり、けっして一支援機関がすべての支援に応えるというわけにはいきません。少なくとも保健、医療、福祉、教育等の専門性の異なる諸機関が参加する地域連携ネットワークを設置し運用することなしには困難であると言わざるをえません。

この連携ネットワークを設置しますと、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たひきこもり事例を多機関で評価しあうことができますし、多機関で支援することさえ可能になります。保健、医療、福祉、教育等の各分野特有な観点からの包括的で総合的な評価と支援の組み立てが可能になります。連携ネットワークの活動の中心はケース・マネジメント会議での定期的な事例検討会議で、各機関の一線の実務者による検討と方針決定が可能になります。

この事例検討会議の存在は、諸機関の担当者が自分たちではお手上げであったケースのその後の展開を知り、自分たちの機関だけでは思ってもみない他機関の考え方や方法などを学び、結果として自機関の機能の明確化が可能になります。まさに、地域諸機関相互の啓発と研修の場となるわけです。結果的に顔の見える地域諸機関によるひきこもり支援のための連携が可能になります。

厚労省が推進する地域ひきこもり支援センターの活動や、内閣府による子ども・若者育成支援推進法が推奨する子ども・若者支援地域協議会の活動も、以上のようなガイドラインの認識と共通する考えに基づいた提案と私は理解しています。

ガイドラインは近年注目しているアウトリーチ型支援（訪問支援）についても一定の指針を示しました。アウトリーチ型支援というのは「いつ始めるか」というタイミングが難しい支援法です。アウトリーチ型支援を始める前に、ほんとうに慎重に事例とそのひきこもりの経過を検討し、同時に自分たちの機能をほんとうに注意深く点検しながら準備しなければなりません。私やこのガイドライン作りに関わった人たちの大半はアウトリーチ型

支援をNPOなどの民間機関に丸投げすることには反対です。公的機関においても同様の活動に取り組みながら、良質なNPO団体が存在するような地域では協力して取り組み、その活動についてはチェックさせていただくという形での協力関係が適切であるように思います。地域でのひきこもり支援に参加しているNPO団体は、上記の連携システムに参加し、ケース・マネジメント会議における事例検討には必ず参加していなければなりません。

アウトリーチ型支援開始のタイミングについてもガイドラインでは指標を提供していますが、まだまだ検討が必要であり、改訂していかなければならないものと考えています。開始にはできるだけ当事者の同意を得る努力はすべきです。同意が得られなくても、家まで行ってみるといいうのも有意義な場合があります。家まで行って、玄関で親御さんと話して帰ってくるということも意味があることもあるのです。アウトリーチ型支援は、訪ねてはみたが、この展開はまずいな、突っ込み過ぎたかなと思ったら、すぐにすっと引いてくる柔軟さがものすごく大事です。

アウトリーチ型支援のゴールについてですが、精神科医療が必要と判断されるような事例においては、速やかに専門的治療が開始されることがゴールとなるでしょう。また、当面のところ精神科医療は不要と判断されるような事例では、当事者の社会活動参加への可能性を広げるため、支援を提供している地域のリソースにつながることをゴールとなるでしょう。上記のようなゴールにひとまず到達したら、訪問はひとまず終わりです。そこですっと引くということもとても大事だと思います。いつまでも訪問し続けるというのは、弊害が出てくるのが結構あります。アウトリーチ型支援は、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ということを常に忘れてはいけないと思います。同時に、訪問中に緊急事態が生じた場合、それにどう対処するかという点にもガイドラインは触れています。事例の多くには精神保健福祉法にのっとった対処が考慮できることは一応心得ておくべきです。その意味で、ひきこもり支援、特にアウトリーチに取り組む機関は、精神保健福祉法の内容をよく理解しておく必要があるでしょう。しばしば危機状況は新たな出発点でもあるということを心得ておきましょう。

支援の第三次元、すなわちひきこもり状況と社会との橋渡し機能の重要性についてはすでに触れました。ガイドラインはこれを階段状の過程として図示し、ひきこもりからの脱却とはこの階段を一段一段登っていく取り組みであるとししました。

まずは家族を支援する段階が第一段階です。たとえ当事者が参加した相談であっても、

最初は本人はあまり前面に出てこずに、家族を前に出させる傾向が強いものです。支援者はその段階では主たる支援対象が家族であることを理解し、家族が自信を取り戻し、支援機能を高めることを目的とする支援を心がけましょう。

そのうちに本人が顔を出すようになったり、本人が本気になってきたり、あるいはアウトリーチによって参加可能になったら、第二段階である個人的支援段階が始まります。そして、個人的支援段階が続く中で（その期間は千差万別とあってよいでしょう）、「もしも自分が社会へ戻っていくとしたらどんな方法がある？」といった趣旨の疑問をそっと表現する時がやってきます。その段階から実際に一步を踏み出すところまで慎重に当事者の第二の個体化過程を支える作業は、個人療法の真骨頂とあってよいでしょう。

第三段階は、この当事者が一步を踏み出すことこそ、中間的・過渡的な集団との再開に他ならず、それを提供する場こそ中間的・過渡的な集団と場です。いうまでもなくそれは就学・就労の場（学校や会社など）のような社会そのものではありません、文字通り間をつなぐ居場所（受容と訓練の場）なのです。

そのような居場所で社会参加への意欲と自信を育むことができれば、ひきこもり支援の第四段階であり、かつ最終段階でもある社会参加の試行段階に進んでいきます。ここでは実際に就労のための準備や試行に取り組み、アルバイトを経験したり、進学や就職に取り組んだりします。

この第三段階と第四段階はしばしば一体化したもので、例えば鳥取県では第三段階の機能を引き受ける機関と第四段階の実際に就労支援を支援する機関が連携ネットワークを組んでひきこもり就労支援事業を実施しています。精神保健福祉センターを中心に、NPOを含めた非常に多くの機関が協力しあっています。鳥取県では最近になって、それまでは受け入れなかった高校生もこの支援事業の対象として受け入れるようになったそうです。こんなふうに、連携ネットワークはおのずから成熟していくもので、徐々にその地域に合わせた変化が起きてくる、これが連携ネットワークの醍醐味といえるでしょう。

最後に今回公表したガイドラインの今後の課題について触れて私の話を終わりにしたいと思います。私は、このガイドラインには2つの課題が残されていると感じています。

第一の課題は、ガイドラインが示した支援システムは、当事者が就学・就労までたどり着くことを唯一のゴールとしているように見え、ひきこもりと社会的自立の中間段階にとどまる当事者への対応について、十分指針を出せていない点にあります。中間的・過渡的な居場所に延々と居続ける人、チャレンジはするけれど失敗して居場所に戻ってくる人、

個人支援段階から先へ進めない人、個人的支援にさえ出てこれず親の相談だけが続いている人、こういう人たちが膨大な数いるはずですが、このような当事者たちへの支援についてはさらに検討を進めねばならないでしょう。

第二の課題は、ガイドラインが一貫した包括的な支援体制とネットワークの構築を推奨しましたが、このようなネットワークを各地に構築する取り組みは今から始まります。現在のところ、こうしたネットワーク機能を持つ地域はほんの少数なのです。その全国への普及が最大の課題といってもよいでしょう。

ガイドラインに沿った支援が拡大することで、現在よりもっと沢山のひきこもり（不登校）当事者が支援を受け、彼らの多くがいつかは社会の一員として自立し、社会を支える勤労者となってくれることを祈って、またそこにたどり着けない当事者やその家族も、今よりは孤立せずに支えられることで、この社会の一員であることに喜びと安心を持てることを祈って、本日の講義を終わりにさせていただきます。

— 了 —