

第 102 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

「ひきこもり」に必要な支援は何か

伊藤 順一郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

A. はじめに

まず、結論を先に言ってしまうと、「ひきこもり」の解決は、地域中心の精神保健医療福祉システム (Community based Mental Health System) をしっかりとつくりえるかにかかっているというのが筆者の論点である。

これは何も「ひきこもり」に陥っている人々のためだけの特別のシステムをつくるということではない。今の精神科保健医療福祉のありかたでは、なかなか安定した質の高い地域生活を維持できない人々全体のための新たなシステムをつくることを目指そうということである。

このような人々とは、ひきこもりに陥っている人々ばかりでなく、精神疾患のためにホームレスになっている人々でもある。また、社会的入院とよばれる状態になっている人々もそのなかに含まれる。

そして、必要なシステムとは、診察室やデイケア、病棟や「作業所」などで利用者が来るのを待っているばかりではなく、スタッフのほうで利用者の生活の場に出向いていき本人や家族と良い関係づくりを行うことに努め、彼らが地域のなかで孤立せず自らの生活を始めることを支援できるようなシステムのことである。

B. 「ひきこもり」のガイドラインで伝えたこと

【B-1: ガイドラインの考え方】

われわれは、2003年に厚生科学研究の産物として『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』を上

梓したり。これは、当時、「ひきこもり」の臨床に携わっていた多くの精神科医、ソーシャルワーカー、臨床心理の専門家、福祉の専門家、家族療法の専門家などの手によって作成されたものである。

「ひきこもり」の状態を大変ラフにスケッチすれば、(i) 多くの場合家族は支援を求めているが、本人は支援の場に出ては来ない、(ii) かといって、本人の状態は自傷他害の恐れが強いため強制的な介入を必要とするほどではない場合が多く、(iii) しかし、自宅あるいは自室に閉じこもることを中心とした生活の持続には一種の精神的に困難な状況がうかがわれ、長期的に見れば彼らが自由な選択肢を失っているといわざるを得ない、といった特徴がみてとれる。

そこで、このガイドラインのなかで、われわれは以下の点を主張した。

(i) 多様な人々がストレスに対する一種の反応として「ひきこもり」という状態を呈する。したがって、「ひきこもり」をひとつの診断的カテゴリーとして扱うことは誤りである。そこには、精神科診断学的に言っても多彩な状態になる人々が含まれている。

(ii) 狭義の精神疾患の有無に関わらず、「ひきこもり」の状態は現在の支援システムの下では長期化しやすい傾向にある。この長期化はかならずしも「ひきこもり」の病理的特徴と言い切れることはできず、現状では、本人・家族と支援する側が安定した関係を築きにくいことに多く起因している。したがって支援システムのあり方の変革が必

要である。

(iii)「ひきこもり」という状態の特徴として、本人の詳しい状況や心理状態をアセスメントした上で、治療的介入あるいは支援を行うという方法論をとることが困難である。したがって人権に充分配慮した上で、ニーズがあると思われる本人と関係性をねばりよく築いていき、その後に支援の目標を明確にしていくという方法論が求められる。

この主張のなかでは、生活支援のサービスばかりではなく精神医学的アセスメントの必要性についても言及した。われわれは議論のなかで生活支援と精神医学的アセスメントおよび治療の結合したあり方を検討していたわけである。そして、それは必然的に「精神科医療が地域に出て行く」という方向性を示した。そして、家族支援、アウトリーチ、多彩な選択肢を提供できる場の3つは具体的方法を示すkey wordsとして大変重要であると筆者らは認識した。以下にこれらに絞って解説を加える。

【B-2：家族支援】

まず、「ひきこもり」や「不登校」で共通している現象を大雑把にまとめた記述を示す。

1) これらの状態にあるとき、本人の社会的機能は低下して、社会的な集団に積極的に参加することができなくなっている。あるいは自分の主として所属している集団（学校や職場）に不適應になっていることで、所属する可能性のある他の集団（近所の仲間、スポーツのクラブなど）のなかで適応するという機会も奪われている。本人は様々な意味で孤立している。

2) そのために自宅を中心とした生活になるが、基本的に家族はこの孤立を消極的にはあるが承認し、食事や寝る場所の提供など生理的な機能の維持の支援を行っている。

3) しかし心理的には家族と本人とのあいだには強い葛藤関係があり、心理的なエンパワメントや新たな生活の展開についての共同作業は家族間では行われにくい。具体的には子供は家族からの

提案を拒む傾向があり、親は育児への責任感や自責感から子供を変化させるために多くの労力を使っては無力感に悩む傾向がある。

4) 結果として家族自身が疲弊し、また社会的偏見も手伝って孤立している。孤立感が家族間の葛藤をより強めている。

このような状況に必要なことは、まず孤立感を和らげる手段である。そこには中立的な第三者の存在が不可欠である。しかし、しばしば家族や本人が自ら行う努力は家族内の閉じたコミュニケーションのうちに終始し、その不毛なチャレンジに疲れ果ててしまう。援助の専門家が介在する意義があるとすれば、このような中であって、まずは穏やかにその場に立ち入れる他者として存在することであろう。

たとえば、家族だけで医療機関も含め相談機関を訪れたときというのは、支援者が他者として関わり始めることのできる大きな契機である。このようなときに立ち会う支援者に必要なことは家族の努力を無にしないように、その家族の語る困難・苦悩に寄り添い、引き続きこの件について語りあうことのできる第三者となるように努めることである。

家族が心理的・身体的に休息することを支持すること、彼らが自らの悩みを話し、自分のしてきたことを整理する援助をすること、彼らが他者から支えられている感覚を持てるような関係性を築くこと、そのようなことがまずは重要であり、そのことがまさに家族支援の第一歩である。

【B-3：アウトリーチ（訪問）】

アウトリーチ（訪問）とは家庭や利用者の生活圏に第三者が具体的に参加し、関係性のなかでコミュニケーションを豊かにし、彼らが今までとは異なる生活のあり方を実現することを支援しようとする方法である。

くれぐれも注意を促すが、アウトリーチとは、ひきこもりをしている人を短期に直接的に引き出す手段ではない。

アウトリーチをするものがまず行うべきことは、

定期的に寄り添うように自宅を訪れることで、利用者本人や家族に受け入れられる第3者になることである。それは、「介入」などという言葉から想起される勇ましいものではなく、穏やかで、地味でしかし粘り強い作業である。関わりの中のアセスメントとして行われるべきは「何が問題か」ではなく「このような状況でも何ができているか」であり「症状の改善」よりは「本人/家族の強み」や「良いところを伸ばす」という姿勢である。このあたりの作業遂行のために、「本人/家族の関心のあることを見出す能力」「本人/家族の強みを見出す能力」「本人/家族の自己決定のプロセスにじっくりと付き合う能力」などが必要になる。「医療につなげねば」とか「早く教育の場につなげねば、就労につなげねば」というこちらのニーズに合わせるのではなく、「彼/彼女が望んでいることは何だろう」ということを彼らとのコミュニケーションから紐解いていく姿勢、そして「彼/彼女には力がある」と信じることでできる姿勢を持つものが、このアウトリーチを実りあるものにする。

その上で、本人の回復を妨げている要因にも目をむけ、その妨害要因をいかに小さくしていくかが次の課題となる。精神医学的アセスメントはこのときに役立つスキルである。統合失調症から気分障害、パーソナリティ障害、PTSD、そして高機能自閉症までのスペクトラムが「ひきこもり」の背景にはあるとあってよい。アセスメントのうちに、役に立つ薬物療法、役に立つ障害や疾患についての情報提供、役に立つ社会資源などの情報提供も行うことは精神科医療にたずさわる者の務めであろう。

そして、さらに必要なことが本人/家族とともに行動することである。一人ではなかなかできないことが、信頼できる他者の同行や見守りがあることで可能になる、というのはひろく支持的な精神療法や認知行動療法の要にあることであろう。言葉のみによる「同行」や「見守り」も大切であるが、アクションをとともにすることの力強さはアウトリーチの醍醐味でもある。家の中でともに何

かをする、一緒に外出すること、行ってみたかった場所を訪れることなどは、その行為のモニタリングを丁寧にすれば、彼らが自分自身で新たな行動を始める契機を作っていることがしばしばである。

【B-4：多彩な選択肢を提供できる場】

本人が自宅から外に出てこられるようになったときに必要な場、それが「多彩な選択肢を提供できる場」である。これは何も多様なメニューのそろったデイケアのような場をイメージしなくても良い。大切なのは「本人のニーズに合わせて、提供するメニューを組み立てることのできる場」という機能である。多彩なメニューを一箇所で用意することにプライオリティがあるのではなく、本人の望みや希望を聞き、本人のモチベーションを高めることのできるような形で、様々な地域の情報を取り入れて、必要なアクションプランを組み立てることができるとに意義がある。すなわちケアマネジメントの考え方が援助技術としてあることがポイントである。

ケアマネジャーによる直接サービスを伴うケアマネジメントである、ICM (Intensive Case Management) や ACT (Assertive Community Treatment) が重い精神障害者の地域生活支援に有効なことは科学的根拠に基づく実践 (EBP: Evidence Based Practice) が示していることである²⁾。「重い精神障害」の定義を説明するときにしばしば用いられる言葉である「現在の精神保健医療福祉のありかたでは安定した質の高い地域生活を送ることができない」状態とは、ひきこもりを呈している人々全般に言えることといっても良く、精神科的治療についての技術をもった者による ICM や ACT のモデルは今後さらにこの分野にも活用してよいものである。

このような、ケアマネジメントによる多彩な選択肢からの提供に当たっては、以下のような考え方が必須である。

1) まずは本人の「これから何をしたいか」に焦点が当たっていること

2) それが明確にならない場合でも「とりあえずこうしてみる」という緩やかな姿勢があること

3) 小さな「失敗」から学ぶことができること。「失敗」というくくりを生活のなかでしなくてもいいこと

4) 本人が過去の挫折体験などを語りたくなったらそれを語る場が保証されていること

上述の4)とも関連があるが、多彩な選択肢を提供できる場で、本人が援助者以外の他者と穏やかに出会うということは、もうひとつの要点であろう。それはピアの関係になれる他者であったり、あるいは本人が少しでも働きかける相手であったりする。このような他者と1対1ではなく小さなグループの1メンバーとして出会うことで、彼らが過去に不応を起こしたあるいは外傷体験をこうむった「集団」という状況に、より安全な形で再参加を始めることができるのである。

C. 地域中心の精神保健医療福祉 Community based Mental Health づくりに精神科医療従事者はいかにコミットしていけるか

【C-1：障壁は何か】

以上、ひきこもりへの支援を充実化していくことは、地域中心の精神保健医療福祉のシステムづくりをしていくことであるという文脈で、その具体的な援助の方法論について述べてきた。

では、これらの方法論は実際に精神科病院やデイケア精神科クリニックで働く医療従事者にすぐにでも可能であろうか。

筆者の見るところ、技術のレベルでは、継続的なトレーニングやスーパーバイズは必要ではあるものの、日本の精神科医療従事者のなかには、上述の考え方や方法論を生かして地域のなかで援助を展開していくことができる能力のあるものは数多くいると思われる。それは、これらの技術が何も特別なものではなく、今までの援助技術に含まれている要素の組み合わせだからである。実際、精神障害をもつ人々のところへ在宅訪問を続けてきた保健師やソーシャルワーカー、訪問看護ステーションの看護師たちのなかには、すでにこのよ

うな取り組みを行っている人々が少なからずいる。

問題は、このような技術を生かすことのできるシステムづくりのほうである。システムとは、(1)少人数の特別な人々のスキルということではなく、援助を行うものにとってひとつの共通した考え方として、上述の考え方や方法論の重要性が理解され、(2)それを行うことが、援助者の生計を立てていく「普通の仕事」として位置づいており、(3)これらの実施を促進するような環境の整備が行われている、ことを意味する。これらは、そのこと自体の実現の困難さではなく、(1)病棟中心、デイケア中心といった「はこもの」に利用者を集める方法からの考え方の転換、(2)これらの仕事の評価としての財源の確保、ひいてはそのための、たとえば慢性入院病床など他領域のコストカット、(3)医療と生活支援(福祉)の分断というシステムを医療・生活支援の合一のシステムに変えていくための権限の委譲、が必要なためにその実現化に様々な障壁を生じている。

最後に、これらの障壁に取り組むための筆者の考察を述べる。

【C-2：アウトリーチサービスを行う多職種チームの実現】

再三述べてきたように、ひきこもりのような事例では彼ら本人が医療機関を訪れるのを待っているという方法論を手放さなければ、支援をニーズにあった形で始めるのは難しい。家族とであってもまずは相談支援を始める、あるいは誰かが彼らの生活の場を訪れることがあたりまえにできて、初めて支援らしい支援が開始されるのである。そのためには、多職種よりなるアウトリーチチームが診療報酬上あるいは障害者自立支援法上評価される必要がある。

今、もっともその実現に近い位置にいるのは訪問看護ステーションであろう。訪問看護ステーションは高齢者の在宅介護・在宅医療を支える機能として発達してきたが、難病の在宅療養、脳血管障害や生活習慣病の在宅療養と並んで精神科医療の分野でもその機能を果たし始めている。すでに

作業療法士, 言語療法士, 理学療法士は看護師, 保健師と並んでステーションのスタッフとして認可されているが, ここに, 精神保健福祉士や臨床心理技術者の配置が認可されたならば, ひきこもりを呈する人々へのアウトリーチチームとして有力な資源となるであろう。本人や家族をエンパワメントすることによって生活支援を開始できるとともに, 精神科医の協力も得ながら精神医学的診断の情報収集が可能であり, また必要な薬物療法や情報提供も行えることが, 訪問看護ステーションの強みといえることができる。医学的方法論ももちながら生活支援が可能という, 望ましいあり方を可能性として持っているのである。

【C-3: 医療と生活支援の結合】

医療と生活支援の結合は, ささまざまな次元で考えられる。

最も大きい変化は行政レベルで, 医療行政と福祉行政が共通課題をもっていることから柔軟に財源を一部共有活用することであろう。たとえば米国のメリーランド州バルティモア市では, 重症の精神障害をもつ人々へのサービスに対して, capitation project といって医療保険の財源と州の財源をあわせた財源をつくり, 上限を決めてニーズに合わせて医療と生活支援を行うというモデル事業を行いよい成果をあげた³⁾。これは, 入院医療にかかるコストを抑えると生活支援に充分費用を回せるということで, 利用者やサービス提供者のモチベーションを上げたのである。

行政レベルの結合以外にも, 医療法人が社会福祉法人としても機能するか, あるいはその逆に社会福祉法人 (あるいは NPO 法人) が医療機関をもつというように, 現場レベルで両方の機能を備えたシステムづくりは今後一層必要と筆者は考える。今までは, いわゆる精神科病院の社会福祉施設づくりという面が突出していたが, これからは地域中心の精神保健医療福祉システムをつくるために, 診療報酬も障害者自立支援法の財源も活用していくというあり方を推進することになる。少数ではあるが高い機能の入院病床をもつと同時

に, 地域のなかにサテライトとして居住プログラムやアウトリーチサービス, 就労支援などの生活支援機能をもつような“メンタルヘルスケア”機関をつくっていくことが, 先に述べた障壁を乗り越えていくことに役に立つと考えている。

しかし, もっとも必要な変化は, 精神科医と看護師, コメディカルスタッフのチームワークのあり方であろう。地域中心の精神保健医療福祉をとくにアウトリーチのタイプで行うときには, 生活支援の範疇の様々な行動を利用者とともにいるスタッフが自らの判断で行う責任が生じる。個別に責任をとる姿勢とそれを支える精神科医のバックアップ態勢が共に重要になってくるのである。精神科医の「指示待ち」型ではなく, また精神科医が常に前線に立っているのでもない形のチームワークが, 病棟やデイケア以上に求められる。ともに責任のあるスタッフ間の, 双方向性のコミュニケーションが必要とされるのである。

【C-4: 地域ネットワークへの精神科医療機関の参加】

地域中心の精神保健医療福祉システムで重要なことは, 地域にある医療機関や社会福祉の機関, そして当事者や家族が, 地域のシステムの一構成要員であるという自覚をもって, 地域づくりに参加していけることである。ケアマネジメントに個別支援を表す「小さなケアマネ」に対して, 地域づくりに関わる「大きなケアマネ」という言葉があるが, まさにこのことを意味している⁴⁾。

精神科医療機関はその機関だけの存在では役割が限られてしまう。また, しばしばそこでだけ閉じたシステムとしてあることは社会的偏見の助長にもつながってしまう。精神科医療機関に働くものが, 医療機関の外に出て, ネットワークを構成する会議にも積極的に出席し, 医療圏域における生活支援のための機関との交流を図ったり, 病診連携の具体化に取り組んだりすることが必要になる。このような診療以外の取り組みを通じて, 地域の資源が見えてきて, 精神保健医療福祉領域の「地域づくり」が深まり, 住民のニーズに応じ

たサービス提供が可能になるのである。

おわりに

結局、「ひきこもり」の問題は、精神保健医療福祉のシステムの問題である、というのが筆者のずっと追ってきた文脈である。様々な症状や困難を抱えた人々が、「ひきこもり」という行動をおこしている。そのこと自体が、ひとつの対処行動であろうから、「ひきこもり」自体に良い悪いはない。ただ、この対処行動が未来を開く可能性につながらない場合に、他の選択肢を差し出す努力は支援者の役割であろう。今までの支援が役に立たないのであれば、別の方法を試みるしかないのである。

このようなあり方は、「社会的入院」問題にも相通じるところがあるように思えてならない。「受け皿がない」というときに、入院医療はなかば人為的に「ひきこもり」状態をつくっているとはいえないだろうか。

もし、この類推に妥当性があるとすれば、共通

する「別の方法」とは「医療が地域に出て行き、地域のシステムの一部となる」ということに集約されるはずである。

文 献

1) 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。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」(主任：伊藤順一郎)，2003。http://www.ncnp.go.jp/dfukki/guide.pdf

2) Muser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., et al.: Model of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24 (1): 33-74, 1998

3) The Baltimore Capitation Project, 2001. http://www.bmhsi.org/

4) ケアマネジメント・ガイドブック 精神障害者編 2006。厚生労働科学特別研究「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」(主任：高橋清久)，2006