

第 102 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神障害者の「ひきこもり」に対する包括的地域生活支援

高木 俊介 (たかぎクリニック)

1. 「ひきこもり」問題の背景

いうまでもなく「ひきこもり」という名称は、疾患名ではなく状態像であり、時には精神医学的な意味での「状態」ですらない。この名称の爆発的な普及・流行の背景には、これが現代日本の社会問題を象徴していると感じられたという事情がある。

いま少し敷衍して述べれば、戦後のわが国の「若者」に対する視線の変遷をたどることで「ひきこもり」の位置づけが明らかになる。70年代以前の高度成長期には、若者は、従来の第一次産業を基盤とした共同体においてそうであったのと同様に、将来を期待される労働力であった。工業化において共同体が再編されると、若者は旧来の共同体からの自立・離脱を期待され(たとえば「集団上京」)、新たな産業社会への適応を迫られるようになった(「学校化」)。この「学校化」社会に適応できない思春期の若者たちが、「登校拒否」「不登校」としてあぶりだされてきたのが、70年代であった。

80年代になるとバブル経済とともに出現した経済的余剰と情報化によって、家庭というプライベートな領域が崩壊するにしたがい、家庭や学校のもつ規範に従わない若者が出現するようになる。こうして公共・私的領域で行われた葛藤劇が、「非行」や「家庭内暴力」として問題化した。

90年代になると、若者をめぐる社会的葛藤自体がもはや起こりえないほど、年長世代の共同体的・規範的価値観が崩壊・多様化してきた。この時代に生じたのが、「しらけ」「無気力」という若

者の心性と、その表現態としての「ひきこもり」である。

いささか評論家的に述べたが、このような時代的背景を考えると、「ひきこもり」が現代の社会不安を象徴するものとして、一元的にとらえられ、言葉としてもここまで普及・流行した意味がみえてくる。

ちなみに、21世紀となってここ数年、「ひきこもり」という言葉はすでに消費しつくされ、社会の視線は「フリーター」「ニート」という労働問題に絡んだものに移ってきている。これは、90年代を通じて進行してきたわが国の雇用形態の変化と、それに適応できない若年労働者層の大量の出現に対応したものであり、「ひきこもり」に対する視線が、「自分探し」や「モラトリアム」といった心理的問題から労働問題へと変わってきた結果である。

つまり、90年代をとおして内向きになっていた社会の目が、21世紀になり新自由主義経済体制が整うにつれて外向きとなり、若年労働力人口が抱えている問題が、社会心理的問題から労働問題へと焦点化されたのである。障害者の就労問題も含めて、現在かまびすしくなってきた「ひきこもり」「フリーター」「ニート」「パラサイト・シングル」といった層への就労支援・促進の動きは、このような歴史的潮流に棹さすものである。

このような社会的・歴史的視座をおさえておかなければ、私たち援助者は知らぬ間に社会の要請にのみ従って「ひきこもり」に接するという、素人並みの援助に陥ってしまうであろう。そういう

危惧をふまえた上で、「ひきこもり」問題も、障害者の就労の問題も論じられなければならない。

2. 統合失調症と「ひきこもり」

「ひきこもり」は、時には医学的状态像ですらないほど、様々な原因・様態・経過を含んでいる。しかし、数字上はつきりとは把握できないが、経験上、精神医学的疾患がかなりの割合で含まれている。たとえば保健所の精神保健相談などの窓口で受ける相談のほとんどは、家に閉じこもっている、あるいは外出するとしても主に夜間に近隣を無目的に徘徊するのみで、家人との交流もほとんどないといった状態が主訴になったものである。こういった人たちは、思いあまった家族がようやく精神科医療機関に相談に行ったとしても、精神保健の専門家に「本人を連れてこなければ意味がありません」と言われて、絶望して帰ってくる。(ちなみに、このような初期対応の結果、家族全体が「ひきこもり」となってしまうケースがあまりにも多い。せめて相談を受ける側は、家族を絶望させないために、利用者に対してみずからの力の及ばなさを「済まながる」姿勢をみせてほしいものだ。)

問題となる精神医学的疾患は、うつ病、強迫性障害、不安障害、統合失調症などである。これらの疾患では、できるだけ早期に医学的評価が必要であり、できるなら精神科医療関係者による接触が図られねばならないことは言うまでもない。とりわけ統合失調症については、プロイラーの基本症状を持ち出すまでもなく「自閉」がその中核にある症状であり、そのひとつの表現態としての「ひきこもり」は、細心の注意を持って扱われねばならない。

昨今の操作的診断と、そこからアルゴリズムとして導き出される薬物療法一辺倒の欧米流と違って、わが国には統合失調症に関する精密な観察と治療的努力によって培われた、統合失調症者に対するきめの細かい精神病理学的洞察と治療論がある。なかでも、「先取り不安」「徴候性への過敏さ」(中井久夫)、「自己の確立不全」(木村敏)な

どの基底病的病理性からくる「孤独を守る生き方」、そこから導かれる「世に棲む患者」(中井久夫)としての生活環境の保護、「自閉の利用」(神田橋條治)という被覆的・精神療法的配慮と対処法育成など、「ひきこもり」状態に対する対応の叡智が蓄積されている。

しかるに、これまでのわが国の精神科医療の全体を見渡すと、このような治療的営為とは対局的治療観のもとに精神障害者全般が処遇されてきたと言わざるを得ない。もとより、精神科入院ベッド数32万床という世界に類をみない病院収容主義は、精神障害者を個別の境遇と歴史をもった存在としてみるのではなく、十把一絡げの疾患、しかも致命的で社会生活の不可能な存在として集团的・画一的処遇を行ってきた。近年、病院経営的観点からも盛んに行われるようになってきた院内作業療法やリハビリテーション訓練、外来者に対するデイケアなども、本来集団に馴染まない統合失調症者に集団適応を強制することを眼目として行われているのが現状である。さらに、病院という環境とそこへの長期の収容は、施設症という状態を引き起こすことはすでに常識となっている。(みずからを施設の一部以上とみなさず、自我境界を集团的他者へと融合させてしまうことが、施設症の本態であろう。)

このような処遇環境の中、多くの統合失調症者が、その本来の自閉という病理性以上に、「人間不信」「社会不信」「医療不信」に陥っている。統合失調症者における「ひきこもり」という表現態は、自閉という病理現象の現れであるばかりでなく、こうした現実的・社会心理的要素の現れでもある。そして、前者について、もしも治癒や改善がありうるとしたら、そこに至る長いであろう道のりの前に、後者の「ひきこもり」要因が解消されなくてはならない。

ACT-K (ACT-京都)の活動は、統合失調症者に対して、その人固有の環境と歴史を壊すことなく、自らの生き方として貫徹できるための生活支援を行いながら、疾病に対しても必要な医療的支援を行うことを目的としている。

表1 ACTとは何か——その形式——

①重い障害をもった精神疾患の人々に対して
②医療と福祉を同等に包括した24時間の生活支援を
③多職種チームで訪問を主体として行う
ケア・サービスである

表2 ACTとは何か——その目的——

①精神障害者が疾病の重さにかかわらず地域生活をまっとうするための支援 ニリカバリ
②精神障害者とその家族のエンパワーメント

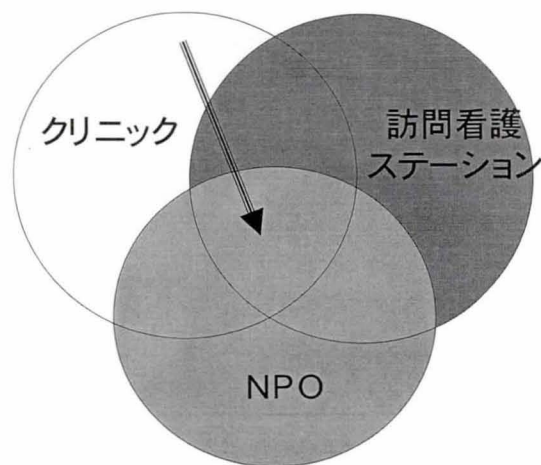


図1 ACT-Kのサービス

表3 ACT-K (ACT 京都) のこころみ
——既存の制度を使った新しい結合——

1) 在宅医療型精神科診療所 (個人診療所)
たかぎクリニック
04年6月開院
2) 精神科訪問看護ステーション (有限会社)
ねこのて
04年11月開設
3) NPO 法人
メンタルケア・アクション
04年4月設立

3. ACT-K の実際

ACT (assertive community treatment ; 包括的地域生活支援プログラム) は、1970年代にアメリカで始まった重症精神障害者の地域生活を支援するためのアウトリーチ主体のプログラムである。その特徴と理念を表1, 2に示す。現在日本では、厚生労働省が主導し厚生科学研究費による試行プログラムが国立国府台病院で始まっている。これは一般に、ACT-Jと呼ばれており、これに対して民間の既存の機関を結合させることで経済的基盤を得て行っているのが、我々のACT-Kである(表3, 図1)。

現在('06年9月), 3つの組織をあわせて, Dr 1名, PSW 3名, 社会福祉士1名, 薬剤師1名, 看護師4名, NPO職員数名という人員構成であり, 福祉学科系学生によるボランティアの訪問も徐々に増えている。来年には作業療法士も増える予定である。NPO職員の中に臨床心理士が

おり, 多職種のチームができている。

ACTプログラムによる統合失調症を中心とした精神障害者への支援を主体としており, このような対象者が60名を越えている。これには含まれていないが, 経済的理由と地域からの信頼を得るために, 精神症状をもつ診療所近辺の高齢者や知的障害者の往診, 介護保険による訪問看護も, 本来の目的を損なわない程度に引き受けている。また, 本シンポジウムで話題になっている「ひきこもり」に対して, 医学的評価のための訪問を引き受けることもある。

現在, 医師の訪問診療が120回/月, 3人のPSWによる訪問が200回/月, 4人の看護師による訪問が300回/月, その他にNPO職員やボランティアによる訪問がある。これらの訪問によって, 経営的には成り立ちつつある。

対象となっている統合失調症者は, 年齢は20代から60代まで幅広く, 老若に偏ることなく分

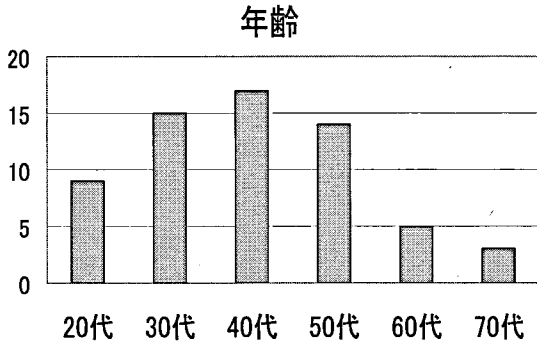


図2

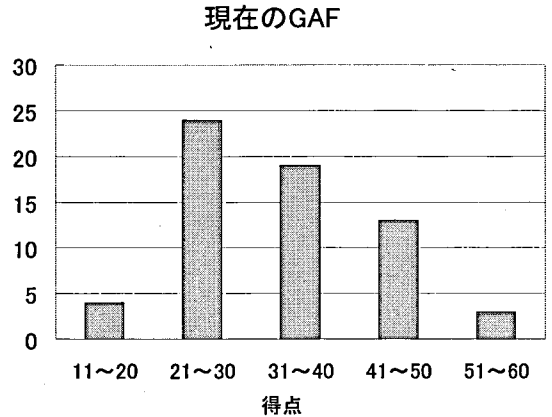


図3

布している（図2）。重症度は、GAFであらわすと20～30点台が中心である（図3）。就労支援や一人暮らしへの移行を支援している人から、症状の改善のないまま病院の保護室から退院してきた人まで、さまざまである。なんとか医療につなげるために、保健所から紹介されてくるケースも増えつつあり、まさに「ひきこもり」に対する訪問援助を行っている。

4. 精神病性「ひきこもり」と社会参加

ACT-Kの活動を通じた統合失調症者の「ひきこもり」状態へのかかわりによって、最初は我々に対して拒否的であったり無関心であったり、医療不信に固まっていた人々と我々との間に、次第に関係性が構築されて、社会とのかすかな通路ができあがってくることを経験している。

このような例の中には、アウトリーチによる非侵襲的なかかわりによって服薬を始め、その結果として「ひきこもり」が解消された例もあれば、「医療不信」の解消が困難で服薬には至らないままであっても、スタッフとの信頼関係ができ一

緒に外出するようになった例もある。

また、本人には面会することすら非常に困難な中で、家族に対する支援を続けることによって家族の精神障害者本人に対するかかわりが変化し、ついには家族の勧めで服薬するようになった例がある。

これは、利用者のもとにこちらが出向くというアウトリーチの形を持続的に行える体制をとって、権威的な強制を可能な限り排除し、長期的にかかわった成果である。その結果、

①病院・施設という医療・福祉の圏域への強制ではない形での、

②当事者の生活圏の中における社会への参加であり、穏やかな「ひきこもり」からの離脱、を実現させたものである。

ACTは、このような理念に基づいた、現実化可能な体制を提供しており、その成果は精神病性「ひきこもり」のみならず、非精神病性「ひきこもり」に対する対応方法としても有意義であると考えられる。