

地域精神保健・児童福祉領域における ひきこもりケースへの訪問支援

近藤 直司^{1,2)}, 境 泉洋³⁾, 石川 信一⁴⁾, 新村 順子⁵⁾, 田上 美千佳⁵⁾

Naoji Kondo, Motohiro Sakai, Shin-ichi Ishikawa, Junko Niimura,
Michika Tanoue: Home Visits for Social Withdrawal Cases in
Community Mental Health and Child Welfare Services

自宅への訪問は、ひきこもりケースに対して有効性が期待される介入・支援方法の一つである。本研究は、地域精神保健と児童福祉の分野で思春期ひきこもりケースを対象に実施されている訪問の現状を調査し、その有効性について検討することを目的としている。

全国の保健所や保健福祉事務所、児童相談所などのうち59ヶ所を対象に質問紙による調査を実施したところ、思春期ひきこもりケースの2割程度に対して保健師や児童福祉司などによる訪問が実施されていることがわかった。また、回答が得られた54ケースを検討したところ、医療・相談機関への受診・相談につながる、家庭内暴力が改善するなど、22ケース(40.7%)において何らかの改善が認められていた。また、対象ケースのうち19ケース(35.2%)に家族への暴力行為がみられ、8ケース(42.1%)は訪問によって暴力行為が改善していた。

<索引用語：社会的ひきこもり，思春期，訪問，家庭内暴力>

1. はじめに

ひきこもりケースの多くは家族からの相談によって事例化し、本人とは接触できないまま支援を開始・継続しなければならない。現在、精神保健福祉センターや保健所などの相談支援機関では、ひきこもりケースにおける家族支援が重視され、家族との相談面接や心理教育的アプローチなどが実施されている。しかし、家族との相談を継続しても、本人と家族との関係性や本人の生活状況には何らの変化も生じないケースや、本人から家族への暴力が続いているケースなどに対しては、よ

り積極的な介入手段として訪問による本人へのはたらきかけが必要になることも多い。

ただし、訪問は本人に対して極めて侵襲の強いアプローチになる場合がある。不用意な訪問が、かえってひきこもりを強化させてしまうかもしれないし、とりあえず訪問には応じたものの、訪問者が帰った後で家族に激しい怒りを向けるケースや、稀なこととは思いますが、ひきこもる本人が訪問者に危害を加える可能性もあり、訪問は方法を誤れば、本人、家族、援助者のいずれにとっても弊害ないしは危険を伴う介入手段になりうる。

著者所属：1) 山梨県立精神保健福祉センター, Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center
2) 山梨県中央児童相談所, Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center
3) 徳島大学総合科学部, Faculty of Integrated Arts and Sciences, The University of Tokushima
4) 宮崎大学教育文化学部, Faculty of Education and Culture, University of Miyazaki
5) 東京都精神医学総合研究所, Tokyo Institute of Psychiatry

受理日：2008年7月5日

こうした難しさを実感しながらも、保健・福祉分野の専門職はごく日常的な支援方法として自宅への訪問を実施しているが、その実状や有効性について客観的データを収集して検討を加えた研究は少ないようである。そこで本研究は、地域精神保健福祉および児童福祉の分野において、思春期ひきこもりケースに対してどのような訪問支援が行われているかを把握し、その有効性を検討することを目的とする。

2. 方 法

(1) 調査手続き

本研究では、多段抽出法を用いて調査対象者を選定した。第1に、思春期ひきこもりケースに訪問相談をしている可能性のある全国の公的な保健・福祉機関を各地方（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）から最低1機関は選出するという基準に基づいて機関の選出を行った。第2に、精神保健福祉センターなど、複数の機関への調査を取りまとめることができる機関が存在する場合、その機関から管内の機関に調査依頼を行うよう手配した。調査の取りまとめを行う機関がない場合は、当該地域の各機関に対して個別に調査を依頼した。その結果、選抜された全国59ヶ所（保健所、精神保健センター、健康福祉センター、福祉事務所、福祉保健所、保健福祉事務所、精神保健総合センター、保健福祉センター、福祉総合相談センター、児童相談所、地域子どもセンター、こども総合相談センター、子ども障害者相談センター）に調査用紙を配布した。各機関では相談を受けたひきこもりケースを全て選出してもらい、調査対象ケースとした。

本研究では以下のような教示を用いてケースの選定を行った。「本調査では、『社会的ひきこもり』を「対人関係を回避し、孤立している状態」を指すものとします。家族やインターネット上の交流だけが保たれているものは、これに含めます。家族だけが来談した場合も含めて、初回相談の時点で本人の年齢が10歳から20歳まで、『社会的ひきこもり』が1ヶ月以上持続しており、支援の一

環として自宅への訪問を実施したケースを調査の対象とします。ただし、本人の安否を確認することを第一の目的とした訪問調査や、虐待通告に基づいて訪問を実施したケースは除いてください。」

諸機関で受け付けたケースのうち、上記の条件に該当する訪問経験を有する者（以下：訪問者）を対象に質問紙に回答を求めた。この際、1ケースにつき1つの質問紙に回答を求め、複数のケースについて訪問を行った訪問者がいた場合、それぞれのケースについて回答を求めた。

(2) 調査内容

調査は、所属長、または相談・支援業務を監督・管理する立場を対象とした調査票(1)と、個々のケースの担当者（訪問者）を対象とした調査票(2)に分けて、平成18年2月に実施した。調査票(1)では、施設におけるひきこもりケースについて、下記の項目について回答を求めた。

①平成16年度と17年度における「社会的ひきこもり」に該当するケース数

②そのうち自宅への訪問を実施したケース数
調査票(2)では、ひきこもりケースに対する実際の訪問について、下記の項目について回答を求めた。

①訪問者の属性（性別、年齢、経験年数、地域、所属機関、資格）

②ひきこもり本人の属性（性別、年齢、ひきこもり期間、精神科既往歴、精神科以外の疾患）

③訪問が必要になった理由、訪問前の情報収集、訪問にかかる事前準備

④訪問開始前と調査回答時点での暴力行為（暴力行為の有無、暴力行為の対象、頻度、程度）

⑤訪問開始前と調査回答時点での生命に関わる危険性、行動異常、犯罪性

⑥訪問開始前と調査回答時点での機能の全体評価（The Global Assessment of Functioning、以下GAF）

⑦訪問支援における訪問者のかかわり方に関する

る自由記述

⑧訪問支援の結果、及びGAFが改善している場合の改善点に関する自由記述

⑨訪問支援を行う上で配慮したことや困難であったことに関する自由記述

3. 結 果

(1) 訪問の実施状況と訪問者の職種

59ヶ所の相談機関に調査を依頼し、58機関(98.3%)から回答を得た。調査票(1)の結果から、調査対象となった相談機関では、平成16年度には計359件、平成17年度には計208件のひきこもりケースが把握されており、平成16年度で80件、平成17年度で44件に対して訪問が実施されていた。一施設あたりでは、平成16年度は平均6.9件、平成17年度は平均4.0件のひきこもりケースを把握し、訪問を実施したケースの割合は平成16年度で22.3%、平成17年度は21.2%であった。本研究において把握できたのは計54件であり、平成16年度と17年度に訪問を実施したケースのうち、それぞれ30.0%、45.5%に相当する。

訪問者は54名(男性12名、女性42名)であり、所属機関は保健所37名、児童相談所15名、福祉事務所1名、福祉保健所1名であり、訪問者の職種は保健師29名、児童福祉司15名、精神保健福祉士8名、その他2名であった。

(2) 本人の生活状況と既往歴など

対象54件の訪問開始時におけるデモグラフィック・データを示す。男女比は男性37件、女性17件であり、平均年齢は 15.8 ± 2.7 歳(範囲12-25)、ひきこもり期間は 23.8 ± 21.5 ヶ月(範囲1-84)であった。精神科既往歴のある人が14名おり、統合失調症や重症対人恐怖、アスペルガー症候群などの診断を受けていた。また、精神科既往歴はないものの、知的障害や低身長、てんかんといった医学診断を受けている人が6名いた。GAF得点は平均 41.6 ± 16.5 (範囲0-75)であった。

訪問を開始した時点において暴力行為がみられ

ていたケースは19件(35.2%)であった。暴力の対象はおもに母親(13名)で、暴力の頻度は月2~3回以上が14件と最も多く、暴力の程度は病院に行くほどではない軽度のものが16件であった。

本人に生命の危険があると判断されたケースは5件であり、内訳は自殺企図3名、低栄養状態1名であった。行動異常のみられたケースは18件で、内訳は家族や訪問者、近隣への威嚇、リストカット、強迫行為などであった。さらに盗癖など、犯罪性があると判断されていたケースが4件あった。

(3) 訪問の理由と目的

訪問が必要になった理由や目的については、「本人の生活状態を把握するために訪問を行った」が40名(74.1%)と最も多かった。次いで、「本人の精神科的問題を確認するため」と「本人と援助・相談関係を築くため」がそれぞれ29名(53.7%)であった。さらに、「本人の発達上の問題を確認するため」が23名(42.6%)、「今後についての本人の意向を確認するため」が19名(35.2%)、「家族からの依頼・要請が強かったため」が14名(25.9%)、「家族との相談だけでは事態が改善しないと考えたため」が13名(24.1%)、「精神科受診・入院や一時保護などの処遇につなげるため」が10名(18.5%)であった。

(4) 事前の準備について

訪問前の情報収集について回答を求めたところ、本人の生育歴を聴取している訪問者が47名(87.0%)、1日の生活の様子については45名(83.3%)の訪問者が聴取していた。また、これまでの相談・治療歴については39名(72.2%)、発達歴については35名(64.8%)、疾患の有無については32名(59.3%)、本人の言動の特徴については28名(51.9%)、本人の趣味や特技については26名(48.2%)が情報収集していた。

初回訪問までの事前準備について回答を求めたところ、41名(75.9%)の訪問者が来談者(そ

の多くは、保健所や児童相談所などに相談に訪れた親)以外の家族成員が訪問することを了解しているかどうかを確認していた。また、本人が訪問を了解しているかどうかを確認するという回答が27名(50%)、訪問に対する本人の反応を予測・検討した訪問者は17名(31.5%)、必要な関係機関(多くは精神科病院や警察など)との事前協議を行ったのは16名(29.6%)、家族を介して本人の了解を得たのは14名(25.9%)、他機関(病院職員や警察官など)に同行を求めたのは13名(24.1%)、訪問する日時を本人に知らせたのは10名(18.5%)、本人と関係をとりにやすいのは誰かなど、訪問者を選定したのは10名(18.5%)であった。

(5) 訪問の期間・頻度と介入の実際

訪問を実施した期間は平均 11.4 ± 15.3 ヶ月(範囲1-72, 不明16名)、訪問回数は平均 5.9 ± 9.6 回(範囲1-50, 不明4名)であり、その頻度は平均 5.8 ± 4.7 週(範囲2-24, 不明23名)に1回であった。

訪問者の関わり方を自由記述で回答を求めたところ、話題を選びながら慎重に本人との支援関係を形成するような関わり方の他、受診・入院勧奨を目的としたもの、医師の同行による診察や心理検査を実施するためなど、多様な目的で訪問が実施されていることがわかった。本人が訪問者に会うことを拒否する場合には、本人宛に手紙を置いて帰るといった回答もあった。

(6) 訪問を実施する上での困難

訪問支援を行う上で困難を感じたことについて自由記述で回答を求めたところ、本人が精神科医療機関への受診に同意しない、面接での話題の選び方や本人の安全感を脅かさないような接し方が難しいといった他、訪問しても本人に会えない、

会えても問いかけに全く反応しない、本人が現在の生活に困っていない、知的障害や広汎性発達障害などの発達障害を伴う場合の関わり方が難しい、などの回答があった。

また、家族に関するものとしては、両親間の不和や意見の不一致、家族が本人の言いなりになっていたり、本人のひきこもり問題を隠蔽しようとするために訪問の実施に同意・協力してくれない、などの回答があった。

(7) 訪問の効果と関連する要因

訪問を実施したケースに対する支援の効果を検討するにあたり、効果の有無に関する基準を次のように設定した。

①訪問前後で暴力行為、生命の危険性、行動異常、犯罪性のいずれかに改善がみられる。

②訪問の結果、あるいはGAFが改善している場合の改善点に関する自由記述から、医療機関や専門相談機関で治療・支援を受けるようになったことが読み取れる。

これらの基準によって訪問の効果ありと判断されたのが22名(40.7%)、効果なしと判断されたのが30名(55.6%)であった(以下、効果ありを改善群、効果なしを非改善群とする)。改善群のうち基準①に該当したのが14件、基準②が17件であった(重複あり)。

訪問の効果に関連する要因を検討するために、訪問者の属性、ひきこもり本人の属性、訪問支援前のひきこもり本人の生活状況、訪問支援の経過について改善群と非改善群との間で比較を行った。群間の比較は t 検定及び χ^2 検定(セルの期待値が5未満の場合、直接確率計算)を用いた*1。その結果、訪問が必要になった理由を尋ねた「本人の生活状態を把握するため($p < .05$)」と「家族との相談だけでは事態が改善しないと考えたため($p < .05$)」において改善群の回答が有意に少な

*1 上記の質問項目については、単一回答法による回答を求めているため、上述のような解析手続きを用いざるを得ない。しかしながら、この手法では検定の繰り返しによるタイプIエラーの問題を考慮に入れる必要があり、結果の解釈は慎重に行うべきである。

く、「支援の経過の中で、本人が訪問に同意したため ($p < .05$)」において改善群の回答が有意に多いことが示され、それ以外においては有意な差は認められなかった。

(8) 暴力ケースに対する訪問の有効性に関する検討

ひきこもりに付随する問題行動に対する訪問の有効性を検討するために、暴力行為、生命の危険性、行動異常、犯罪性の有無について McNemar 検定を行った。その結果、暴力行為において有意な改善が認められた ($p < .05$)。また、暴力や他者への残虐な行為が「ある」と回答した 19 ケースのうち、訪問後、明確に暴力行為に改善がみられたのは 8 ケース (42.1%) であり、変化のみられなかった 4 ケース (21.0%) を上回った (7 名は不明)。そこで、暴力行為がみられるケースへの訪問の実際を明らかにするために、暴力あり群 19 ケースと (GAF 得点未記入の 1 名は除く) (35.2%)、「なし」と回答した 35 ケース (64.8%) (以下、暴力なし群) として、両者の間で実施された訪問支援に違いがあるかどうかを検討した。

まず、暴力あり群と暴力なし群において、初回面接までの期間・回数 (期間: $t = -0.90$; 回数: $u = 275.00$)、および訪問全体の期間や回数に差はみられなかった (期間: $t = 0.10$; 回数: $u = 203.50$)。訪問の理由や初回訪問の目的としては、暴力あり群では、「精神科受診・入院や一時保護などの処遇につなげるため」が多く ($p < .01$)、より強力な介入を目的としていることが示された。また、暴力あり群では、本人の言動の特徴について調べてから訪問することが多いことも明らかとなった ($p < .05$)。また、暴力あり群では、初回の訪問で本人に会えたケースは 2 ケース (10.5%) であったのに対して、会えなかったのは 17 ケース (89.5%) であった。一方、暴力なし群では会えたのは 19 ケース (54.3%) で、会えなかった 16 ケース (45.7%) を上回っていた。 χ^2 検定の結果この差は有意であった

($\chi^2[1, 54] = 9.923, p < .01$)。

暴力の改善がみられた 8 ケースの経過・転帰、自由記載の結果をまとめてみると、精神科外来につながり、内服治療などで落ち着いてきているものが 1 ケース、精神科外来への通院と同時に児童福祉施設への入所や精神科入院治療を要したものが 4 ケースあった。これらの支援経過をみると、本人に会えるまでに何度も手紙を出す、家族に伝言を依頼するなどのアプローチを 2 年近く続けたり、訪問者に会うことを拒否する本人に対して部屋の外から声をかけることから始め、時間をかけて一時保護から児童福祉施設の活用に至ったケースもあった。

その一方で、強迫症状などの精神症状や近隣への迷惑行為などが問題となっていたケースでは、初回から精神科医や病院職員、警察官などに同行を求めて、速やかに入院治療に導入していたケースもあった。こうしたケースでは、援助者は入院中、本人と頻回に面会しながら、退院後の生活基盤を整えるための支援を継続していた。その他の 3 ケースは、初回の訪問では本人に会うことができず、月 1 回程度の訪問を続けながら、手紙やメモを置くなどして少しずつ本人にはたらかかけた結果、ひきこもり状態は続いているものの、暴力は消失している点が共通していた。

暴力が改善した 8 ケースで報告された改善点は、「家族への問題行動がなくなった」「入院治療によって強迫行為が減少した」「入院治療によって家庭では獲得できなかった日常生活の過ごし方を学んだ」「友人が訪れるようになるなど、家族以外の対人関係に広がりが出てきた」「家族への暴力がなくなり、比較的規則正しい生活をしている」「相談者との面接が可能になってきている」などであった。

4. 考 察

(1) 対象ケースの精神医学的背景について

本研究は保健・福祉分野の相談支援機関を対象に実施したものであり、訪問者は保健師や児童福祉司など、医師以外の職種である。これらの専門

職は、通常、ひきこもっている本人の言動や生活状況を精神医学的な観点からも把握しようとする姿勢を備えているが、すでに診断が確定している場合を除けば、彼らの訪問によって精神科診断が確定することは少ない。そのため本研究では、対象となったケースや援助の有効性を精神医学的診断と関連させて検討する方法を用いなかった。ただし、本研究で対象となったケースの精神医学的背景について、最近の知見を踏まえて若干の考察を加えておきたい。

近藤ら¹⁾は、5ヶ所の精神保健福祉センター（こころの健康センター）において、初回相談の時点で6ヶ月以上の「社会的ひきこもり」がみられていた16歳から35歳までの相談ケースのうち、相談・支援の経過中、本人が1回以上来談した97件の精神医学的診断と治療・援助方針を検討した。その結果、主診断は統合失調症、気分障害、不安障害、精神遅滞、広汎性発達障害、パーソナリティ障害（ないしは傾向）、身体表現性障害など、きわめて多様であった。また治療・援助方針は、①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できる群、②発達障害ないしは個々の発達特性を踏まえた生活・就労支援が中心となる群、③パーソナリティの問題や神経症的傾向、あるいは、薬物療法の効果が乏しい気分障害や不安障害など、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となる群、という三群に分類された^{1,2)}。

ただしこの知見は、本研究で対象となった54件よりも対象者の年齢層が高く、ひきこもり期間も長いケースを対象とした調査・研究に基づいている。また、精神保健福祉センターでは、電話相談や家族相談において本人に幻覚・妄想や激しい強迫症状など、生物学的治療を必要とするような精神症状が確認された場合、あるいは、明らかに医療を必要とするような病像を呈しているにもかかわらず、本人が医療機関への受診を拒否している場合や自傷他害行為が認められる場合には、より強力な介入の必要性を想定して医療機関や保健所・保健福祉事務所を紹介することが多いため、

保健所や保健福祉事務所で訪問を実施したケースには、活発な精神症状が確認されているケース、衝動性や粗暴行為が問題となっているケースがより多く含まれているものと考えられる。

その一方で、本研究の対象は10～20歳の児童・思春期ケースであること、「1ヶ月以上のひきこもり」という比較的新しいケースまでを含めており、深刻な精神病理が固定化する以前のもも多く含まれている可能性があることから、本研究で対象となった54件には、おそらくさまざまな精神医学的背景を有するケース、あるいはさまざまな精神病理水準のケースが混在しているものと思われる。

(2) 相談・訪問の現状と本研究で把握されたケースについて

保健・福祉分野の相談支援実践において、自宅への訪問はごく日常的な支援方法の一つである。たとえば、厚生労働省が公表した平成18年度、地域保健・老人保健事業報告の概況³⁾によれば、平成18年度に全国の保健所と市区町村が受けた精神保健福祉の相談者数は延べ758,906人であり、このうち、ひきこもりの相談は25,124人（3.3%）であった。平成16年度の相談者数（来所相談）は797,086人、17年度は800,064人、訪問指導を実施したのは16年度が370,422人、17年度が330,901人であったことから、相談ケース全体のうち3割程度が訪問によって対応されていたことになる。

一方、今回の調査対象となった59ヶ所の相談機関では、平成16年度には359件、平成17年度には208件のひきこもりケースが把握されていた。このうち訪問が実施されていたのは、平成16年度で80件（22.3%）、平成17年度で44件（21.2%）であり、精神保健福祉領域の相談ケース全体からみると、ひきこもりケースの場合、訪問が実施される割合はいくらか低いようである。一般的に地域精神保健福祉の分野では、活発な精神症状や暴力などの問題行動が生じているケースへの介入が優先され、ひきこもりの問題以外には

特に緊急的な介入を要するような問題がみられない場合には、必ずしも積極的に訪問が実施されているわけではない。また、すぐに成果がみられないケースに対して訪問を継続することは時間的なコストの問題からも簡単ではない。こうした状況は、児童虐待ケースの緊急対応に追われている児童相談所においても同様であろう。ひきこもりケースに対する訪問支援に一定の有効性が認められることは本研究からも明らかであり、今後、支援体制や介入手段の検討を進めるにあたって重要な検討課題の一つとなるものと思われるが、現在の保健・福祉分野の支援体制では、ひきこもりケースに対する訪問支援をさらに積極的に、あるいは継続的に展開することは難しいようにも思われる。

また、平成16年度に把握されているケースが多かったことについては、ひきこもりケースに対する地域精神保健活動のガイドライン⁴⁾が平成15年度に公表されたことが影響していたものと推測される。16年度と17年度の相談ケースについて、年齢、ひきこもり期間、介入前のGAF得点、性別、暴力のみられるケースの数について検定してみたが、いずれにも有意差がみられなかったことから、年度によるケースの質的な差異は少ないものと思われる。

(3) 保健・福祉分野における訪問の実際と効果

訪問に際して、訪問者は本人の生活の様子やこれまでの受診・相談歴、発達歴、精神疾患の有無など多くの情報を収集しており、訪問という介入手段を選択した援助者ができる限り詳細な情報を事前に収集しようとしていることがうかがわれた。保健・福祉分野の専門職は、これらの情報の検討や精神科嘱託医からの助言、あるいは、かかりつけ医療機関の主治医の意見などを参考にしながら、介入の方針を決定しているものと思われる。また、約半数の訪問者が本人の趣味に関する情報を収集していたことは、本人との間で円滑に援助関係を形成するための工夫の一つと考えられた。

訪問の準備に関しては、来談者以外の家族成員からも了解をとってから訪問を実施しているとい

う回答が多かった。ひきこもりケースへの支援に困難を感じることにして、両親間の不和、あるいは家族が問題を隠蔽しようとする、本人の言いなりになってしまうなど、家族状況について指摘されていたことと併せて、多くの援助者は、訪問の是非や支援の方向性をめぐって対立している家族の意見調整や、問題の解決に向けて家族が積極的に取り組むようにはたらきかけるなど、本人にアプローチする以前に家族支援・調整を要するケースに多く出会っているものと考えられた。

訪問の効果を検討するために、①訪問前後で暴力行為、生命の危険性、行動異常、犯罪性のいずれかが改善がみられる、②訪問の結果、あるいはGAFが改善している場合の改善点に関する自由記述から、医療機関や専門相談機関で治療・支援を受けるようになったことが読み取れる、という二点を改善の指標として解析したところ、54件の訪問事例のうち22件(40.7%)が改善群に分類された。この他、明らかな改善とまでは言い難いものの、家族以外の人間関係をもつようになるなど、ある程度の社会参加が生じたものもあった。

改善群には「支援の経過の中で、本人が訪問に同意したため」という理由で訪問を開始した事例が有意に多かった。本人の同意を得た上で訪問・支援を行うことが良い成果につながるという解釈も成り立つが、同時に、訪問について同意を得られるかどうか、本人の病理性を反映している可能性もある。たとえば近藤らの研究²⁾では、精神保健福祉センターにおける相談ケースのうち本人が来談しない群は、本人が自ら来談する群と比較して回避傾向や社会適応能力などの点で、より深刻なケースを多く含むことが明らかになっており、本研究において本人が訪問者に会うことに同意しないケースの中にも、より病理性の高いケースが多く含まれている可能性を指摘しておきたい。

また、改善群では「本人の生活状況を把握するため」と「家族との相談だけでは事態が改善しないと考えたため」という理由で訪問を開始した事例が有意に少なかったことから、生活状況を把握するという漠然とした理由から開始した訪問の効

果が乏しい可能性、あるいは、家族との相談だけで事態が改善しない事例では本人の抱える問題がより深刻であり、訪問を実施しても、なかなか十分な効果が得られない場合が多いことが考えられる。

「訪問に同意した」以外にも、改善群と非改善群との間で、訪問の期間や回数、頻度などについて統計的な比較・検討を試みたが、有意差のある項目はなかった。このことは、何よりも本研究で対象とした54例の個別性の高さを反映しているものと考えられる。個々のケースの記載をみていくと、訪問を開始後すぐに本人に会うことができず、数週間から数ヶ月で家業を手伝い始めたり、相談・支援機関や医療機関などにつながっていったものから、趣味の話題には応じるものの外出することを強く拒否し、3年間、40数回の訪問を続けた結果、ようやく本人の相談・受診に至ったもの、あるいは訪問の実施について家族全員の同意が成立しない、訪問を実施・継続することに対して家族の協力が得られないなどの理由から、相談・支援自体が中断に終わったもの、3～4年という長期にわたる経過の中で40～50回に及ぶ訪問を続けてきたものの、本人とはほとんどやりとりができず、生活状態には何らの変化も生じていないものもあった。

これらより、本人の病理性に加えて、家族機能や家族状況が支援の有効性や継続性に強く関連していることが推測された。訪問の目的や方法は、暴力行為の有無や緊急性の程度、生物学的治療の有効性が期待できるかどうか、本人の現実検討能力や家族機能など、多くの条件によって判断されているものと考えられ、今後は、「どのようなケースの、どのような局面で、どのような訪問を実施し、どのような結果を得た」といった詳細な経験を蓄積することが必要であろうと思われる。

(4) 暴力を伴うケースに対する訪問の有効性について

本研究で対象としたケースの35.2%に家族への暴力がみられた。暴力のみられるケースでは初回訪問で本人に会えない場合が多く、介入の困難

なケースが少なくないものと推測されたが、本人の状態像を慎重に把握したうえで訪問を実施し、暴力行為の改善という成果を上げている傾向が示された。また、精神科受診や入院、児童相談所への一時保護など、強力な介入を意図した訪問が実施されているケースも多かった。

暴力行為が改善した8ケースの支援経過は、おおむね二つに分類された。一つは、「会うまでに何度も手紙を渡した」「本人に会えるまで月1回くらい訪問した」「訪問を継続しながら、電話での家族相談を継続した」など、訪問による本人へのはたらきかけ、あるいは訪問と並行して家族相談を継続するなど、保健・福祉分野だけで継続的に支援したものであった。もう一つは、「内服治療により状態は安定しており、就労について検討中」「訪問の際、病院職員に同行してもらい、支援検討会議を開いた」「本人への介入を契機に入院治療に至った」「入院後は病院のPSWや医師と連絡をとり、病院で本人に面会した」など、精神科医療機関との連携のもとに支援を展開したものの、あるいは当初から医療機関に繋げることを明確に意図した介入である。

今回の調査からは、暴力が改善した治療的機序は必ずしも明らかではないが、前者においては、生物学的・治療的な介入よりも第三者の訪問という介入それ自体が家族への暴力の改善に役立った可能性があり、外部システムとの交流に乏しく、密室化した家族状況、あるいは本人と母親との密着した葛藤関係など、思春期の家庭内暴力に特徴的とされる家族状況に変化が生じるきっかけになったかもしれない。また後者は、おそらく生物学的治療の有効性が期待・予測されたケースに対して、医療機関へつなぐという目的のもとに介入したケースであろうと思われる。本研究においては、多くの援助者が暴力を伴うケースに対して、本人の状態像を慎重に把握したうえで訪問を実施していることが示されたが、おそらく過去の病歴や受診歴など、さまざまな情報に基づいて暴力行為のメカニズムと介入方針を検討しているものと思われる。

(5) 本研究の限界について

まず、訪問の前後で点数化した GAF 得点について触れておきたい。統計的な検討により、暴力を伴うケースにおいては訪問の前後で GAF 得点有意に上昇する傾向が示されたが、家族からの情報などをとくに医師以外の多様な職種が点数化したものであること、訪問開始前の得点については調査時における振り返りによって点数化したものであることから、参考値として取り扱うこととした。

また、改善群の中には家庭内暴力は消失したものの、その後もひきこもりが遷延しているケースも含まれており、問題の多くが解決したケースばかりではないこと、本研究で調査対象としたケースには、訪問だけでなく家族を対象とした来所相談や家族教室の活用など、他のメニューを組み合わせさせて支援が展開されていたものも含まれており、厳密に訪問の効果だけを検討したものではないこと、保健・福祉分野におけるひきこもりケースの支援は、本人が受診に至る以前の段階、あるいは精神医学的診断が確定していない状況で展開されることが多く、医師以外の専門職が中心的な役割を担っている分野であることから、個々のケースに対する支援・介入の方針や転帰などを精神医学的診断との関連で検討することが難しいことを付言しておく。

さらに、本研究においては、初回訪問の場面で本人にどのように声をかけるか、訪問の意図や訪問者の身分をどのように伝えるかなども設問に加えたが、ケース数の問題もあり、訪問の進め方と効果との関連を詳細に検討するには至らなかった。今後は、訪問時の本人との対話の実際、精神医学的診断を含めた対象の特性と訪問の方法・方針との関連性など、より質的な検討が求められる。

5. おわりに

質問紙による調査結果から、思春期年代のひき

こもりケースに対して保健・福祉分野で実施されている訪問支援の一端を報告し、考察を加えた。本研究の成果といくつかの先行文献に基づき、新村、田上らが地域保健分野における思春期ひきこもりケースへの訪問支援についてのガイドライン⁵⁾を作成しているのをご参照いただきたい。

謝 辞

多忙な業務の中、調査にご協力いただいた全国の関係機関の皆様には深謝申し上げます。

本研究は、平成 16～18 年度、厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究（主任研究者：齋藤万比古）の分担研究として実施した。

文 献

- 1) 近藤直司, 宮沢久江, 境 泉洋ほか: 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究。厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「思春期のひきこもりをもたらし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」（主任研究者：齋藤万比古）平成 19 年度研究報告書
- 2) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか: 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について。精神経誌, 109; 834-843, 2007
- 3) 厚生労働省: 平成 18 年度、地域保健・老人保健事業報告の概況。2008
- 4) 厚生労働省: 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—精神保健福祉センター・保健所・市町村でどのように対応するか・援助するか—。2003
- 5) 新村順子, 田上美千佳, 近藤直司: 地域保健機関による思春期ひきこもり事例への訪問支援。平成 18 年度、厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究（主任研究者：齋藤万比古）, 総合研究報告書

Home Visits for Social Withdrawal Cases in Community Mental Health and Child Welfare Services

Naoji KONDO^{1,2)}, Motohiro SAKAI³⁾, Shin-ichi ISHIKAWA⁴⁾, Junko NIIMURA⁵⁾, Michika TANOUÉ⁵⁾

- 1) *Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center*
- 2) *Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center*
- 3) *Faculty of Integrated Arts and Sciences, The University of Tokushima*
- 4) *Faculty of Education and Culture, University of Miyazaki*
- 5) *Tokyo Institute of Psychiatry*

Home visits are one of the intervention and assistance methods anticipated to be useful in cases of social withdrawal. This study aims at investigating the current status of home visits that are carried out in the regional mental health and child welfare sectors, targeting socially withdrawn adolescents, and at examining the efficacy of this method.

We conducted a survey using questionnaires targeting 59 institutions, such as public health centers, health and welfare offices, and child guidance centers, and found that home visits were carried out by public health nurses and child welfare personnel in about 20% of the adolescent social withdrawal cases. Answers to the question sheets were obtained for 54 cases, and investigation revealed that some form of improvement was seen as a result of these visits in 22 cases, or 40.7%. Typical answers included: “the visit encouraged the adolescent to go to a medical institution and/or a consultation agency for examination or consultation,” and the “incidence of domestic violence by the adolescent declined.” The survey also revealed that 19 of the social withdrawal cases, or 35.2%, inflicted acts of violence on family members; however, 8 cases, or 42.1% showed the improvement of violence through home visits.

<Authors' abstract>

<**Key words**: social withdrawal, adolescence, home visits, domestic violence>
