

新潟県内の保健所における引きこもり家族教室について

齋藤 敏 靖

新潟青陵大学福祉心理学科

About the family education program at the public health center in Niigata to whom spends closed life at home.

Toshiyasu Saito

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

Abstract

In recent years, the person who is spends closed life at home holds a social problem. The necessity of compatible to those people is pointed out. However, the public health center, appropriate compatibility has not yet completed. As for the help of those people, " the help model to the schizophrenia" is effective. Then, the active support of the expert is necessary and the support from the family important. Also, I considered about the implementation of the family education program at the public health center and about the subject.

Key words

the education program to the family, the help model to the schizophrenia,

要 旨

近年引きこもりが社会問題化し、その対応の重要性が叫ばれているが、本来積極的に対応すべき保健所等の公的相談機関は、その対応のためのノウハウが蓄積されておらず、十分な対応ができていない。本論文では引きこもり者に対する援助は、保健所が現在行っている統合失調症支援モデルが援用できることを提示する。そして、専門家による積極的支援の必要性と、専門家支援導入には家族の役割が重要であることを強調した家族教育プログラムが有効であることを述べる。また保健所における家族教室の実施を踏まえて、今後の課題を考察した。

キーワード

家族教育プログラム、統合失調症支援モデル

はじめに

今日引きこもりが社会問題化し、厚生労働省も積極的に対応すべきものとして、「10代・20代を中心とした引きこもりをめぐる地域精神保健活動のガイドライン」(以下ガイドライン)¹⁾を作成している。その実数はその定義の混乱や、把握のしずらさもあり確定はできないが、全国引きこもり親の会KHJでは、「100万人を超える」といっている。この数字の根拠がはっきりしないため、早計な判断はできないが、引きこもりの多くは不登校が遷延化しているものとの指摘があることや、厚生労働省や文部省が14万人を超える不登校があるとの公式見解から想定すると、学籍を離れた「引きこもり者」はその数倍、数十万人あると考えることも可能である。その多くの家族は相談先も無く、本人を抱え、地域社会から孤立状態で、「2重の引きこもり」(精神科医 齋藤環氏)²⁾状態に陥っている。引きこもりの家族に対する調査によるとその家族は相談先が少ないことをその困難さの上位に上げている。特に、学齢期(18歳以上)には学校・教育相談所などの教育機関が「不登校」に対する相談先として対処がありながら、それ以降の年齢になると原則相談してもらえないこと、一部の民間相談機関がその相談先となっているが地域によってはまったくそれが無いこと、公的相談機関(保健所・精神保健福祉センターなど)が、十分にその相談を受けてくれないことなど多くの問題が指摘されている。

一方で、NHK³⁾が3年前に公的相談機関担当者に行った調査では、約7割の担当者が適切に対応できていないと回答している。また、その対応の不備により家族を傷つけたと感じている担当者は5割を越えている。その理由として自由記載で目立つのは「対応についての研修もなくどうやって対応してよいか分からない」との記述であったという。

筆者も5年前まで埼玉県内で精神保健センター・保健所で相談業務を行っていたが、同様の感想を持っている。新潟県内でも2年前から精神保健福祉センターで「引きこもり家族教室」を行っているが、その対象者は交通

事情からほとんどが新潟市内もしくは近隣市町村在住者である。各地域の保健所では散発的な個別相談業務は行っているが、その対応に苦慮しているのが現状である。もともと保健所における相談業務は統合失調症を中心とした精神障害者が主たる対象であり、引きこもりの相談に対するそれではなかった。

しかしながら、今日の社会情勢を鑑みるにその対象を拡大せざるを得ない状況になっていると思われる。ガイドラインにおいても「保健所等の公的機関が家族に対する正しい知識・情報提供や相談を行うことで、その解決の糸口となる可能性がある」としており、そのきっかけとなり得る家族教室の意義は大きいと考える。しかしながら保健所が家族教室を行うに当たっての具体的な内容については、そのモデルになるような先行実施事例も1部の保健所(東京都品川保健所等)以外にはなく、担当者の苦慮するところとなっている。

本論文では、新潟県内の保健所において引きこもり家族教室を試行的に実施し、その効果、問題点、さらに今後の課題について考察する。それにより将来におけるその有効な事業実施に寄与することができると考えるものである。

2 引きこもりの定義

引きこもりについて定義を整理しておくことはこの場合重要である。なぜならその援助対象者の属性、発生のメカニズムの確定なしには、その援助の効果期待はないからである。統合失調症の場合、家族教室の有効性の根拠は同居家族におけるEE研究(感情表出)がある。これは、当事者の再発は同居家族の否定的な感情表出(高EE)がストレスとなり、ストレスに対する脆弱性(ストレス脆弱性モデル)と連動して起こる。同居家族の否定的発言・行動がその強い誘因であろうとの仮説に基づいている。同居家族に対し、教育的な情報提供・知識・対処技能獲得を行うことで、否定的感情表出を低下させることは、その再発を防止する上で重要である。さらに統合失調症者に対しSST(ソーシャルスキルスト

レーニング)を行うのは、ストレス回避の生活技能が獲得されていないものとして、その技能向上を行うことが再発予防ならびに社会参加に寄与するとの仮説のためである。

つまりここで言う所の定義とは、単に理論上の操作的定義に留まらず、援助を効果的に行うための実践的定義を想定している。

前述の齋藤環氏によれば、その定義を以下のように定義している。

「20代後半までに問題化し、6ヶ月以上自宅に引きこもって社会参加をしない状態が持続しており、他の精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」⁴⁾

また、倉本氏(心理療法士、精神保健福祉士)は、上記の定義を概ね認めながらプラスして、「社会的に要請される役割から、非自発的に退いていること」と定義し、フリーターのように自分の意志で社会的役割を限定、退いている人々は除くこととしている。⁵⁾

さらに、学籍がある場合は「不登校」とされている(文部科学省)ことから、上記に加えて学籍(小・中・高)が有る場合を除くこととする。

以上の定義は重要であるが、現実に行っていることの表面的理解である。では、援助を実際に行うために、なぜ引きこもり状態におちいつているのかといった点にまで踏み込んだ定義を考えたい。そこで注目すべきは援助の実践者がどのように引きこもりを捉らえているのかを述べたい。

タメ塾で長く引きこもり者の援助を行っている工藤氏は、引きこもり者の特徴として、社会的・心理的に未成熟な人々が多いことを指摘し、就労や対人関係経験などの社会体験を積むことによって支援が成り立つことを述べている。⁶⁾

さらに氏は家族間葛藤から、心理的に追い込まれ家族の力だけでは改善しない状況に追い込まれた人々であると理解し、「他者の介入」の必要性を強調している。このことは氏が従来の不登校生徒・児童への支援の基本線である、「悩みに寄り添うこと」「自己決定を待つこと」⁷⁾への疑義・批判となって現れている。⁸⁾

齋藤環氏は引きこもり者に対して医師の立

場から精神的「治療」の対象者としてそれを捉え、援助者のかかわりを強調する。氏の述べる「治療」とは、単に身体医学的治療とは異なり、精神科医療の持つ精神・心理学的援助を含むものと理解できるため、工藤氏の述べる「他者の介入」と共通する部分であると考えられる。特に齋藤環氏は、引きこもりの「遷延化」について、家族の対応がそれを増幅させていて、その対応の変化で改善が多くみられるとの見解を述べているが、私はこの点が重要であると考えられる。

このような見解について私見を述べると、私が相談を受けた引きこもり者の多くは、その性格や行動に「未成熟」な面があり、社会との接点を持ちにくい場合が見受けられる。

一例をあげると、アルバイト先の雇用者から仕事のミスを指摘されると、その立場を忘れ、怒り、一方的に止めてしまうというようなことが見受けられた。このケースの場合、そのことを私が指摘すると「なぜ雇用主だからといってえらそうなことを言うのかが分からない」とのことだった。決して悪気があるわけではないのだが、社会的にどのような「態度」を取ることが今求められているのが理解できていないのである。私は幾つかの相談ケースで同様の体験をしていたため、工藤氏の見解に共感するものである。さらに、家族の対応については齋藤氏の見解が参考になる。家族が本人の引きこもりを「遷延化」させているケースが多いことは私の事例でもしばしば見受けられる。これは、育成過程では特に問題があるとはいえない家庭であっても、「不登校」などの行動から親が混乱し、冷静な対処ができなくなり、さらなる関係の悪化をきたすような場合である。齋藤氏はこれを「引きこもりの悪循環」と表現している。齋藤氏はこの「悪循環」を断ち切るためには家族が対応を変えることが回復のきっかけになると述べる。このような場合、「不登校」「引きこもり」状態の初期に、親や友人など回りの人が何らかの適切な介入があれば回復することは可能であったが、それが行われないうち、もしくは本人が社会的・心理的「未成熟」な場合、強いストレス状態に置かれた場合などは遷延化してしまう。援助者の介入

が必要な場合はこのように「遷延化」したケースであると考えられる。

以下私なりの定義を提示したい。先に述べた齋藤・蔵本両氏の定義を「現象的定義」としてそれを参考にして、「20代後半までに問題化し、6ヶ月以上自宅に引きこもって社会参加をしない状態が持続しており、他の精神障害がその第一の原因とは考えにくいもので、社会的に要請される役割から、非自発的に退いていること」とする。

さらに「実態的定義」として、「心理行動面の未成熟もしくは課題があり、対人関係や自己表現・自己コントロールに困難さを持ち、社会的に要請される役割期待にこたえられないため、自信や社会参加の動機付けを失い、他者との親密なかかわりを避けている状態」と定義した。

3 援助の方向性

援助の方向性は、2の「実態的定義」をちょうど後ろから改善することによって、援助の方向性が見出せる。

まず家族という親密であるべき関係を再構築すること

家族または援助者・仲間などとの関わりから、自信や社会参加の動機付けを取り戻すこと

自身が対人関係や自己表現・自己コントロールに困難さがあることを自覚・自己受容すること

社会生活上の技術を習得するために援助・支援を主体的に利用すること

心理・行動面が成熟し、自立した社会参加を行えるようになること

引きこもり状態は本人または、本人をめぐる「身体的 - 心理的 - 社会的要因の複合として」起こっていると考えられる。「遷延化した引きこもり」を支援するためには、多方面からの支援が必要である。家族の要因は重要であるが、「遷延化」した場合むしろ問題になるのは、「対人関係や自己表現・自己コントロールに困難さ」を克服もしくは補償すべき社会生活技術であり、支援者側としてはそのよう

な技術を獲得することへの「自信や社会参加の動機付け」促進が重要となる。

つまり、多くの場合、家族の対応変化はその後の援助者の本人に対する援助の導入部としての役割を持つ。家族の対応変化はそれのみで「引きこもり状態」を脱出する場合もありうるが、その場合も本人に対する支援は必要であり、むしろそこからの援助があつてこそ有効となる。工藤氏は特に就労援助についてそのような考え方をもち、独自の職親制度や、就労支援センターの試みを行っている。

具体的なイメージとして、引きこもりにより、何らかの精神症状が出現している場合は薬物療法、心理的な原因が強い場合であれば心理療法的なかかわり、社会的サポートが必要な場合は、セルフヘルプグループや施設ケア、社会生活技能向上はSST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング）などの認知行動療法、就労を希望する場合は職業訓練プログラムなどである。このように述べてくると、このような支援法は精神障害者特に統合失調症の方の「保健医療 - 職業 - 教育社会的リハビリテーション」（トータルリハビリテーション）の考え方と共通であることが分かる。私は、引きこもり者への援助は、「統合失調症援助モデル」が有効であると考えられる。

4 家族教室で何を伝えるのか

3で述べた点を基礎に、引きこもり家族室の意義や強調点を考察したい。

既に保健所等では、統合失調症の家族に対して家族教室を行っている。その強調点は以下の通りである。

- 1) 脳機能の障害であること（罪悪感の軽減）
- 2) 家族が直接に病気の原因ではないが、再発にはその対応が影響していること（家族努力の必要性和目標）
- 3) 当事者に対する治療・リハビリテーションが有効であること（治療・支援の有効性）
- 4) 回復モデルが存在し、同じような悩みを持った人々が存在すること（モデル提示や、セルフヘルプグループがあることによ

る安心感)

引きこもりの家族においても、その罪悪感（育て方が悪かったなど）や対応への苦慮、回復モデルの不在から本人への対応が適切でなく、更なる関係性の悪化をもたらしていると考える。

そこで、以下のような強調点で家族への情報提供を行う。

罪悪感の軽減

家族努力の必要性と目標

支援の有効性

回復モデルとセルフヘルプ

は「引きこもり」は誰にでも起こり得ること、単に「親の育て方」だけではない。

については、を踏まえて、それが遷延化するの家族の対応にかかっている。

については、家族の対応変化、本人への援助の2方向への支援により「引きこもり状態」は改善する。

「回復モデル」は存在する。さらに焦らず本人の自立を促進するような関わりが大切

以下プログラムの例を提示したい。

引きこもり家族教室プログラムの例

| | テ ー マ | 内 容 |
|-----|---|--|
| 第1回 | ①オリエンテーション ②スタッフ紹介 ③話題提供「引きこもりとは」 ④自己紹介・話し合い | ①この教室でのねらい ②「引きこもり」はなぜ起こるのか ③参加者同士が状況を語り合い、分かち合うことで「つらさ」を共有しあう。 |
| 第2回 | ①前回のおさらい ②話題提供 「引きこもり」が遷延化しやすい背景 ③話し合い | ①引きこもりは本人因、家族因、社会因が複雑に絡み合っていること ②遷延化には共通するパターンがあり、家族の対応が影響していることを理解する |
| 第3回 | ①前回のおさらい ②話題提供 「本人と家族のコミュニケーション」を振り返る。 ③話し合い | ①引きこもりが遷延化している現状で、どのようなコミュニケーションのすれ違いが起こっているのかを知る。父母の役割・分担について提示する。 ②本人とのやり取りの中で、どのような「すれ違いが起こり、悪いパターン」になっているのかを話し合う。 |
| 第4回 | ①前回のおさらい ②話題提供 信頼関係取り戻すコミュニケーションとは」 ③演習・話し合い | ①家族間の信頼関係を取り戻すことがまず先決であり、そのために良いコミュニケーションを家族側が行うことが重要であることをロールプレイやSSTの技法を使い学ぶ ②演習し実際にコミュニケーション技法を学ぶ |
| 第5回 | ①前回のおさらい ②回復者に話を聞こう。 (当事者・家族) ③質問・話し合い | ①回復した当事者や家族にその体験を話してもらい、回復に至った経過やきっかけなど、ポイントを提示してもらう。 |

5 実施状況、考察および今後の課題

これまで述べてきたようなコンセプトで、平成15年7月～9月まで新潟県新発田保健所で家族教室を行い、12月現在フォローアッププログラムを実施中である。

(1) 参加者の属性・特徴

| | 年齢性別 | 参加者 | 引きこもり歴 | その他 |
|-----|-----------|--------|--------|--|
| Aさん | 18歳 男性 | 母 父 | 6年 | 中学1年時の不登校から始まる。当初は学校の先生や教育相談の担当者が訪問、現在は学籍がないため関わりなく自宅で過ごす。母とは一定の交流あるが父とは無し |
| Bさん | 19歳 男性 | 母 | 5年 | 中2から不登校あり、高校は1年で中退、母とは一定の交流あるが父とは険悪、本人避けている。外出はコンビニに行く程度で家にいる。 |
| Cさん | 28歳 男性 | 母 | 6年 | 小学校の頃から不登校ぎみ、高卒後勤めるが半年で体調壊し、自営を手伝う。数年手伝うが父との折り合い悪く自宅にこもるようになる |
| Dさん | 27歳 男性 | 母 | 2年 | 高校・短大は休まず通っていたが、友人はごく少なくあまり楽しそうではなかった。勤めるがうまく行かず専門学校入学を準備中に体調を壊しそのまま自宅に引きこもる。 |
| Eさん | 38歳 男性 | 父 | 10年 | 高卒後職を転々、母が精神的に不安定なこともあり家族の誰とも話さない生活 |
| Fさん | 34歳 女性 | 母 | 4年 | 中学生のとき不登校あり高校もいやいや卒業、勤めはやりすぎなくらいがんばった。結婚するも数年で離婚、アルバイトをするが続かず自宅に居る。母・祖父母・姉妹とはやや交流あるが、父とは険悪 |

特徴としては、6人中5人に不登校の経験があること、1名も友人が少なく楽しい学生生活ではなかったこと、全員にその後も社会適応への課題を持っていることが推察でき、「失敗体験」が癒されていないことが予想される。さらに家族関係が良好なケースは1例も無く、特に父親との関係が悪いケースが目立った。

(2) 結果および考察

教室開始時にアンケートを行ったが、引きこもりの原因について「育て方が悪かった」とほぼ全員が回答し、自由記載欄で「知りたいこと」として「対応の仕方」との回答が多く、親としての対応が悪くてこうなった」と自分を責めている様子がうかがえる。

そのことによってさらに、本人を責める言動が出現し、さらなる関係悪化という「悪循環」になっていることが伺える。プログラムではそのような家族の辛い気持ちを受け止め、冷静になること、まず親子関係を結びなおすこと、「良い会話」を復活させ、本人の気持ちを鎮め、必要であれば他者の介入に至る道筋をつけることを主眼にした。

教室終了後のアンケートおよびフォローアッププログラムでは、個人差はあるが、ほぼ全員が親自身の精神的安定が図られ本人と接するときに緊張感、悪感情の低下があったことを認めている。さらに回復者の話を聞いたことで、将来の展望が少し見えてきたとの発言が多かった。これから考察すると、当初の

目的は一定程度達せられたと考える。

(3) 今後の課題

まだプログラムをはじめて間もないこともあり、家族の心理的变化はあったが、本人の行動に顕著な変化出現には至っていないのが現状である。さらにその要因は、他にも考えられる。

継続した個別支援の体制がとり難いこと

本人に対する訪問体制が確立していないこと

本人を連れ出す「場」がないこと

は保健所等相談機関の体制の問題である。保健所では現在精神障害者に対する相談援助・訪問活動で手一杯であり、措置入院などの緊急ケースの対応に追われている。引きこもりで緊急な対応を必要とするケースは家庭内暴力が顕著の場合以外は、緊急性が低いためどうしても積極的なかわりが薄いのが現状である。また精神科医療機関も精神障害者の治療が主流であり同様である。他の民間相談機関は管内にはない。

は近年、一部の先進的な保健所等で引きこもり者の「居場所」を設定している。新潟県内でも精神保健福祉センターでは、H15年度から試行し、16年度から本格的に開始予定である。これにより本人を連れ出し直接支援を行うきっかけが生まれることになる。しかしながら他の圏域では、そのような場が無いことで援助の方向付けには大変不利である。早急な対応が求められる。

これまで述べたように、引きこもりは、「身体的 - 心理的 - 社会的要因の複合として」起こるもので、統合失調症への対応と同じように「地域の中にどれだけ社会資源を揃えられるか」といった視点での公的機関の関わりが求められる。その意味で精神障害者支援を行ってきた保健所等の精神保健福祉相談機関には一定のノウハウの蓄積はあると考える。

また医療・相談機関との連携は不可欠であり、個々の機関の役割の明確化と協力体制を強化すべきで、その連携協力の中心点としての保健所の役割は重要であると考えられる。

1月以降さらに同様のコンセプトで新潟県

内の他の保健所で実施予定であるが、経過とその効果についてはさらに実践・研究を続けてゆく予定である。

引用文献

- 1) 伊藤順一郎(主任研究員)他 「10代・20代を中心とした引きこもりをめぐる地域精神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 2003年
- 2) 尾木直樹「ひきこもり」問題と社会はどう向き合うべきか - 600家族の声にみる解決と支援への提言 - 臨床教育研究所「虹」2002年
- 3) NHK引きこもりサポートネットワーク
<http://www.nhk.or.jp/fnet/>
- 4) 齋藤 環「社会的引きこもり - 終わらない思春期」PHP新書 1999年
- 5) 蔵本信比古「引きこもりと向きあう その理解と実践のプロセス」金剛出版 2001年
56p ~ 59p
- 6) 工藤定次「おーい、ひきこもりそろそろ外へ出てみようぜ タメ塾の本」ポット出版 1997年
- 7) 富田富士也「子どもの悩みに《寄り添う》カウンセリング」ハート出版 1995年
富田氏は他の著作でも、教師や親などの周りの者が子どもの悩みに《寄り添う》といった支援が重要で、子どもの主体性を促進するという立場である。
- 8) 工藤定次・齋藤 環「激論!ひきこもり」ポット出版 2001年
工藤氏は、子どもの自己決定を「待つ」援助者側の姿勢について批判し、そのような論者の代表として富田氏を例に出し、援助者側の「積極的」介入無しには問題が解決しないとの批判を行っている。齋藤氏は医師という立場から、引きこもりを「治療」という立場だが、当事者に対する「積極的介入」という点では工藤氏の意見に同意している。