

基調講演

テーマ: 社会不安障害(SAD)と「引きこもり」

講師: 杏林大学保健学部精神保健学教室教授 田島 治

人前で字を書く、電話をかける、あるいは食事を共にする、話をするといったごく普通の行為ばかりでなく、単に他人と接するだけでも過度の緊張や恐怖を覚え、長年にわたって苦しむ人たちがいます。近年、このような症状が性格によるものではなく「社会不安障害」という心の病によるものであることがわかってきました。しかし、人生を左右しかねない病気であるにもかかわらず、認知度も受診率も非常に低いのが現状です。治療で改善が期待できるこの病気が広く認知され、理解されることが望まれます。

1. 社会不安障害とは

「社会不安障害」(Social Anxiety Disorder, SAD)という聞き慣れない病名が日本でも知られるようになったのは、ごく最近のことです。新しいタイプのうつ病の治療薬である SSRI (選択的セロトニン再取りこみ阻害薬)として、現在日本ではフルボキサミン(商品名デプロメール、ルボックス)、パロキセチン(商品名パキシル)、セルトラリン(商品名ジェゾロフト)の3種類が登場していますが、このタイプの薬がうつ病だけでなく、それまで抗不安薬(精神安定剤のこと)などで対応してきた、いわゆる不安障害にも効くことがわかってきました。日本でも SSRI が社会不安障害の正式な治療薬として使えるように、厚生労働省から認可を得るための臨床試験が行われるのに際し、新聞広告で治験に参加する患者さんを募集し、医師にも協力を依頼したことなどで、この病名が徐々にですが知られるようになったのです。社会不安障害は社会恐怖ともいいますが、最近では、社会不安障害という病名を使うケースが多くなっています。

初対面の人や、権威ある人の前で緊張してドキドキするのは、誰にでもあることです。しかし、この病気の人には、たとえば職場でいつも会っている仲間同士の会議などでも異常に緊張し、精神的な恐怖感を感じます。さらに体が硬直する、手に汗をかく、手が震える、声がうわずる、口の中がカラカラに乾くなど、体にもさまざまな症状が出ます。普通の人非常な特別な場面で緊張するときに見られるような症状が、それほど緊張しなくてもいいような、あるいは本人自身も緊張しなくてもいいと思うような場面で、いつも出てしまい、そのことで長年悩んでいるのです。

2. 社会不安障害の症状と診断

社会不安障害の診断は、通常、最初にこの病名が登場したアメリカの精神医学会が作成した『精神疾患の診断と分類の手引き第四版』という診断の基準に基づいて、専門医が問診して行います。

実際に患者さんに聞いてみると、人前で何かをしななければならない場面になる前から「いやだなあ」という気持ちと不安感が非常に高まっていくようです。そして、場面

に入った途端にドキドキしてパニック状態になり、頭の中は真っ白、手が震える、手に汗をかく、体がこわばるなどの症状が出てくるといいます。ある人は、コンビニで支払いをするときに、店員さんと顔を合わせることが苦痛でドキドキします。そうなることが事前にわかっているので、買い物そのものがおっくうになるといいます。また、職場の仲間と一緒に昼食をとろうとすると、緊張して食べ物のどを通らないという人もいます。意識すればするほどあがってしまい、人と食事すること自体が恐怖になって「おなかがすいていない」とか「今日はもう済ませた」とウソまでいわなければならなくなるのです。こうなると、みんなと昼食をとることもできませんし、外食も出来なくなります。

店頭でのクレジットカードのサインも、手がこわばってできない人がいます。もっと改まった場面、たとえば葬儀や結婚式での記帳の際など、逃げ出したくなるそうです。とくに結婚式は何か月も前から予定されていますから、あまりにつらいときは都合が悪いことにして欠席したりします。そうすると、本人はますます情けない思いをすることになります。

3. 社会不安障害のタイプ

症状は人によってさまざまですが、大きく分けて、それほど困らない軽いタイプの社会不安障害の患者さんは全体の2~3割です。しかし、残りの7割以上はどのような場面でも過度の緊張症状が出てしまい、社会生活にも支障をきたして本人が非常に悩むタイプです。

4. 社会不安障害と対人恐怖

この病気が治療を必要とするものであるとして、正式に病名として登場したのは1980年で、アメリカの精神医学会で初めて社会恐怖という病名で診断基準が作成されました。このときは、いわゆる高所恐怖、尖端恐怖など、さまざまな恐怖症の一つとして捉えられていました。人の関わりで過度に恐怖感を感じてしまう、比較的珍しいタイプの恐怖症であろうとされ、高所恐怖や尖端恐怖と同様、少しずつ慣らしていく行動療法による治療が適当であると考えられていました。

実はこのような病気に悩む人は昔からいたのですが、その後の研究で対人恐怖と社会不安障害は、まったく同じ病気ではないものの、かなり症状が重なっており、似た病気であることがわかってきました。対人恐怖症の中でも、とくに人前での過度の緊張を主症状にする緊張型の対人恐怖が、欧米で1980年頃からいわれ始めた社会恐怖、あるいは社会不安障害とだいたい同じ病気であろうと考えられています。

5. いつ発病するか

この病気はいつ始まり、どのくらい続くのでしょうか。外国の研究では小学校就学前と中学生くらい、とくに15-

16歳頃に発病する人が多いとされています。社会人になって、あるいは30代を過ぎて発病するケースもあります。中学生の頃に発病した方の場合、小学生時代は明るく活発で、人づきあいで緊張するようなことはなかったという人も多くいます。ただし、学齢前に発病した人では、物心ついたときからそのような状態で、内気で小心という方が多いようです。この病気が起こると、多少よくなったりは悪くなったりはありますが、放っておくと多くはそのまま一生続いてしまいます。思い余って病院を訪ねた時点で、すでに発症してから若い人で5~10年、中高年では10~20年経過している人もかなりいます。

6. 内気と社会不安障害

「内気」という言葉がありますが、内気と社会不安障害は多少関連があります。長い間自分は内気だ思い込んでいる人の中に内気と勘違いしている社会不安障害の人も少なからずいると思われまふ。

7. 引きこもりと社会不安障害

引きこもりと社会不安障害との関連は、まだ十分に研究されていませんが、社会不安障害の症状のために仕事がうまくいけなくなり、人と関わるのがつらくて結果的に引きこもりになってしまった人もかなりいます。引きこもりの方のかなりが対人恐怖やこだわり、うつに悩んでいます。とくに社会不安障害の重症の方で発病の早い方は、回避性人格障害という診断も同時につけられるような、まさに引きこもりの方の心理に合致する状態を示しますが、これが薬による治療でよくなることが示されています。

現在引きこもりの方の中に、多くの社会不安障害の方がいることが指摘されており、引きこもりを解決する糸口として期待されます。現在長期の引きこもりの方で、社会不安障害の治療を行っているケースがかなりありますが、期待できるものです。

8. 社会不安障害はどうして起こるのか

人との関わりで不安や緊張を覚えるのは、ある意味では正常なことで、人間にとって多少必要なことでもしょう。しかし、緊張しなくてもいい場面で常に過度に反応してしまうのは、病的であるともいえます。原因はまだ解明されていませんが、単に性格とか気の持ちようなどではなく、何かのきっかけでマイナスの学習をしてしまい、心と体が恐怖で条件付けされ、過度に反応していると考えられています。ある患者さんは「中学時代に先生に指名されて英語を読まされたが、なぜかものすごく緊張してうまくいかず床に座り込んでしまった。それが心の傷になり、また同じようになつたらどうしようと思うと、反応がどんどん過敏になってしまった」といいます。

単に「また起きたら」という気持ちの問題だけではなく、恐怖反応を起こす脳の神経も過敏になっているということが分かっています。また、父親にも似たところがあったなど、もともとそうなりやすい素質を遺伝的に受け継いでいる面も多少はあると考えられます。幼児期の人見知りを持続し、新しい状況に入るのを怖がる行動抑制と呼ばれる心理傾向も、発病の早い方では、社会不安障害

になりやすい要因といわれます。そういった下地の上に、緊張してしまうような環境、場面があって恐怖が条件づけられ、脳の不安恐怖反応を起こす神経が何らかのメカニズムで過敏状態になり、この状態が長く続いてしまうと考えられているのです。

9. 社会不安障害が人生に与える悪影響

この病氣を持つ方の悩み、苦痛が大変なものです。アメリカでは「社会不安障害のために学校の成績が上がらず、就職も思うようにならず、収入が低くなり、経済状態も悪くなる。また、人間関係がうまくいかない、結婚もうまくいかない」という研究があります。日本では必ずしもそのような人ばかりではなく、社会人として立派にやっている人もたくさんいます。ある大学生は過度に緊張してしまうために、就職試験の面接がうまくいかず、就職が1年、2年遅れてしまいました。年配者では、社会不安障害のために仕事を変わった、辞めてしまったという人もいます。自分が苦手とする人と関わる場面の多い仕事に耐えられなかったのです。同様に、職場でデスクワークから苦手な接客の仕事に異動させられた人が、非常につらくて、ひどいうつ状態になってしまい、今度はうつ病の治療で長期間会社を休まなければならなくなりましたというケースもあります。

大学のクラブ活動に参加したいが、自己紹介の場面

を考えただけで恐ろしくて参加できないという学生、電車で行き先を知らせる人の目線に耐えられず、電車に乗れなくなってしまったという人もいます。習い事をしたいが、お付き合いが耐えられない。また、会合で挨拶の順番が近づいただけで、ドキドキする。実際に話し始めても、周囲が怪訝に思うほど話がまとまらない。それですます落ち込むという中年の女性もいます。

このような症状は本人にとって大変に苦痛であり、くやしく、情けないものです。現実の生活に不都合も生じます。しかし「なぜそんなことで」と思われるため、周囲も本人も病氣とは認識しにくく、多くは自分でなんとか克服しようと思っています。なかには、非常なストレスからうつ状態になり、パニック障害を合併する人もいます。欧米ではアルコールや薬物の依存症になってしまう人も多いとされています。

10. どのくらいの方が悩んでいるか

生涯になんと13%以上の方がこの病氣に罹っている可能性があるという、有名なアメリカの調査結果があります。そこで、この病氣の可能性のある人がどのくらいいるのか調べるため、中学生くらいから起こるケースが多いことを考え、関東地区の高校生約1000人のメンタルヘルス調査をしたことがあります。国際的に使われている簡便な不安障害やうつ病の問診調査票を質問紙として用いた結果、地域によって多少の差はありますが、調査の時点で社会不安障害の可能性のある生徒は全体の1~5%で、女性に多いという結果になりました。その後の各国での疫学調査や、日本の九州、四国地方の調査結果では、これまでの数字よりもかなり低い一生の間に約2%という結果が出ていますが、実際にはかなりの

数の隠れた患者さんがいるのではないかとされます。

11. 社会不安障害の治療法

治療方法は大きく分けて二つあります。一つは薬を使わない認知行動療法です。マイナスの学習と条件づけしてしまったものを取り除いていく方法で、グループや一対一で、病気について学んだ後、考え方の歪みの是正とともに、暴露療法を行います。高所恐怖の人が低いところから段階的に高い場所に慣れていくように、目と目を合わせて話すなど、その人に合ったトレーニングをする治療です。1回約1時間程度のセッションを数回から10数回にわたって行います。

認知行動療法は日本でも非常に注目されてきており、この方法だけを単独で行なっても、薬と同等かそれ以上のかなりの効果が期待できます。しかも、あるていど治療を行えば、中止しても効果が持続し、症状のぶり返す率が2割以下とされています。ただし、この治療法をきちんとしたプログラムを組んで行なっている施設が非常に少ないのが現状です。また、残念ながら正規の保険治療として行なっている施設もありません。

もう一つの方法は薬物療法です。ある種のうつ病の治療薬には不安や恐怖感、こだわりを取り除く作用があるのです。現在、欧米でも日本でもかなり研究されて使われているのは、セロトニンの働きを強めるSSRIです。とくにSSRIのなかではフルボキサミンが最初に社会不安障害に効果があることが示された薬剤です。3か月の服用で、5~6割の人にかかなりの症状の改善がみられたのです。さらに3-6ヶ月間飲み続けると、2-3割の方では非常によく、人生が変わったという方もいます。

日本では、パロキセチンとフルボキサミンの臨床試験が行われ、現在はフルボキサミンが広く使われています。3か月の服用で6割くらいの人に恐怖や緊張感が和らぐなど症状の改善がみられます。半年、1年と飲み続け、すっかり症状がなくなる人もいます。少なくとも1~2年は飲み続けてもらい、その後は症状を見ながらゆっくり減らすなど、医師と相談して決めます。薬による治療の欠点低

は、服用をやめると5割近い方で症状がぶり返す可能性があることで、認知行動療法的なアプローチの併用が必要になります。

SSRIは今日飲んで明日効くというものではなく、特有の副作用もあります。効果が出るまでには、2~3か月は続けて服用しなくてはなりません。同時に社会不安障害についてよく理解し、医師と治療の見通しなどについても話し合うことも大切です。医師のアドバイスを受けながら、自分でもできる認知行動療法のような多少の努力も併用すると、かなりの人に効果がみられます。相当改善され、人前がこわくなくなる、緊張せずに挨拶できるようになったなど、喜びや感謝を述べる人が多くいます。長年の引きこもりから脱却できた方もあります。しかし、治療のゴールは、人前での緊張が全くなくなることはありません。多少のあがり、緊張は人として当然のもので、残ってもかまわないと患者さんに伝えてあります。受診する場合、最も専門性が高いのは精神科、いわゆるメンタルクリニックですが、どの精神科医も知識と経験が豊富というわけではないので、地域でこの病気の治療経験の豊富な医師で、相性のよい方を探すとよいでしょう。

日本でも相当数の患者さんがいると思われませんが、受診率は非常に低く、90%以上は未受診で、TVや新聞などでこの病気を知ったごく一部の人しか受診していないのが実情です。放っておけば10年、20年あるいは一生続いてしまうこともある病気で、しかも、人間関係、仕事、趣味などに支障をきたし、重症な方では引きこもりに陥るなど人生に悪影響を及ぼしかねない病気であるのに、受診率が低いことは残念です。3-6ヶ月程度の治療で、症状が相当改善される可能性があり、広く認知されることが望まれます。

こ

シンポジウム

「引きこもり」の理解、さらに「制度対応」を考える

**座長 愛知県精神保健福祉センター所長
大重 頼三郎 (精神科医)**

**名古屋市精神保健福祉センター所長
竹内 浩 (精神科医)**

~~~~~

### 1. 実態調査から見えてくるもの

NPO法人全国引きこもりKHJ親の会(以下、親の会)においては、2002年~2005年にかけて全国規模の調査が行われてきました。各年の調査対象者は、2003年6月では529名、2004年8月~2005年2月では362名、2005年2月~4月では242名、2005年9月~12月では603名となっており、ひきこもりに関して他に類を見ない継時的で大規模調査であると言えます。

まずは、親の会において行われた調査や他の調査の結果を交えながら、ひきこもり状態の実態について紹介したいと思います。

まず、本人の性別については、一貫して男性が多いことが示されています。男女比は概ね6:1です。男女比については、他の調査においても一貫して男性が多いことが示されています。

本人の平均年齢に関しては、2002年3月では26.6歳、2003年6月では27.6歳、2004年8月~2005年2月では28.1歳、2005年2月~4月では28.1歳、2005年9月~12月では29.5歳となっており、本人の平均年齢が上昇している可能性が示唆されています。

ひきこもり開始時の平均年齢がいずれの調査においても、20.4歳~21.0歳となっていることから、ひきこもり状態が始まる年齢が高まったわけではなく、ひきこもり状態の期間が長期化した結果ひきこもり状態にある人の平均年齢が高くなっているものと考えられます。

ひきこもり状態にある人の高年齢化は、支援において大きな課題になると考えられます。就労する際には、年齢制限や年齢相応の就労経験、社会経験を求められます。高年齢化が進むにつれて、ひきこもり状態が続いている人が社会参加していく上での障害がますます多くなっていくことが懸念され、年齢が進んだ人達をどう支援していくかは、親の会にとって重要な課題であるように感じます。

### 2. ひきこもり状態への支援における課題

ひきこもり状態への支援は、家族への支援と本人への支援に分けられます。

家族への支援においては、  
家族関係の修復、  
本人と第三者をつなぐ、

本人への支援においては、

継続的治療、

社会復帰支援を行う必要があると考えられます。

家族と本人では、多くの場合家族が先に相談に訪れます。親の会において2005年9月~12月に行われた調査では、本人よりも家族の方が相談機関の利用に意欲的である事例が52.8%を占め、本人の方が相談機関の利用に積極的だった事例は僅か8.1%でした。

このことから、本人に繋がるためにはまず家族支援が重要であることがわかります。しかし、家族の方が意欲的にあることによる落とし穴もあるのではないかと考えられ、本人の意向を無視した支援を家族が強要しないようにしなければなりません。本人と家族が歩調を合わせて歩んでいく中で、本人への継続的治療が必要な場合があります。ひきこもり状態への継続的治療においてまず行うべきは、本人の心身の健康状態を正確に把握することです。

厚生労働省の調査では、ひきこもり状態と精神疾患の関連について、本人の中で35.7%の人が何らかの精神疾患を有していることが明らかにされています。

また、2006年に報告された調査によると、本人21名について精神医学診断を行った結果、「通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害」が13例、「統合失調症及びその他の精神障害」が3例、「不安障害」が8例、「パーソナリティ障害(傾向)」が3例であり、全ての対象者が何らかの精神疾患を伴っていることが明らかにされています。このことから、ひきこもり状態への継続的治療を行うときには、個別の心身の健康状態を丁寧に検査した上で、個別の状態に応じた対応をしていく必要があると考えられています。

近年社会復帰支援として就労支援が注目されているが、すべての人が就労支援に早急に繋がる必要はなく、本人の意向を尊重しながら、本人のニーズにあった支援を提供していくことが重要と言えます。本人ができそうだなと思える就労形態を開拓していくことも、今後の親の会の課題となると考えられます。

### 3. ひきこもり状態への支援における認知行動療への期待

認知行動療法は、アメリカ、イギリスでは標準的な心理療法として認識されている。アメリカ、イギリスで認知行動療法が普及したのには、認知行動療法の短期間に終結するという効率性がアメリカ、イギリスの医療制度に合致した点がある。引きこもり状態と比較的関連が強いとされている社会不安障害に対して認知行動療法は顕著な効果を上げている。アメリカ心理学会アメリカ心理学会の第12部会(臨床心理学部会)の研究組織によって「十分に確立された治療法」として認知行動療法が高く評価されている。

こうした認知行動療法の有効性は、一定期間治

療を受けた人を対象にして得られたものであり、引きこもり状態への適応にある程度の制限はある。

しかし、継続的に治療を受けないのは、治療を受けることによるメリットを実感できないことが要因のひとつであり、認知行動療法のための制限でない。

もし、着実に変化していくことを実感できることが継続的な治療につなげる原動力になるのであれば、認知行動療法は本人が継続的に治療を受けたいと思える心理療法のひとつになれるのではと期待される。

シンポジスト(2)： 池田 佳世 (臨床心理士)

長年の体験から見えてくるもの/“制度的対応(長期的資金投入)”の必要性

1. 「引きこもり」当事者はトラウマ、傷つき体験を抱えている。
2. 「引きこもり」当事者はストレスの限界を乗り越えて、一人では立ち上がれない状態にある。
3. 「引きこもり」当事者は、死への道の手前で、そのまま踏みとどまって、引きこもっていることを理解して欲しい。
4. 回復への道では親の理解と社会の理解が欠かせない。
5. 回復への道はあまりにも長く、いろいろ迷ってしまい、希望を失いそうになっている。
6. 親も子も気持ちが悪くなり、心が楽しくなることがゴールへの道である。
7. 親も人間関係の欠落部分を少なくし、子も人間関係の欠落部分を満たすことが回復への道である。
8. 人間関係の育て直しに、是非とも居場所が必要である。
9. 希望を失わず、親も子も回復への長い道のりを歩くのに、第三者のカウンセリングが必要である。
10. 引きこもっている当事者には、友人のような訪問サポートが必要である。

従って、

中間施設(居場所、社会体験支援センター)、  
カウンセリング、 訪問サポート、 体験研修の機会、  
などに対する“制度的対応(長期的資金投入)”が必要である。

## シンポジスト(3)： 中垣内医師 (精神科医)

シンポジウム抄録

### 「ひきこもり外来 108 例からの報告」

精神科医 中垣内正和

ひきこもり対応には、核となる保健所、精神保健福祉センター、病院・医院、NPO などが必要となる。精神保健福祉センターには医師や相談員がいるが、経験が集積しにくい。良心的な NPO は多いが、実績は周囲から分かりにくく、人権蹂躪や死亡事件に至ったところもある。病院・医院の取り組みの動きは各地にあるが、経験を積むのは今からという段階にある。

演者は、新潟市の医療法人佐潟荘(精神科・心療内科・内科)において、ひきこもり状態にある人の家族の相談から開始する「ひきこもり医療」を行ってきた。ひきこもり状態は相変わらず行政の谷間に放置されている。延々と続く緊張関係に家族の疲弊も大きく、統合失調症との鑑別も必要となる。演者は精神保健福祉法の精神を遵守しつつ、これらの相談事例に対応するとともに、高校中退・大学中退者の生き方などの相談も受けたので、「ひきこもり状態」への対応は幅広いものとなった。

「ひきこもり外来」(週刊新潮9月21号紹介)は、外来、親の会、居場所を同時進行させて、親の受診に始まる「ひきこもり医療」を行う新しいスタイルの外来である。H13年10月～H18年9月の5年間において、108名の親の相談を受け、85名の本人受診と「わかものプログラム」参加を得ることができたので、ここにその結果を報告し、「ひきこもり問題」に関して考察と提言を行いたい。なお佐潟荘「わかものプログラム」は、ボランティア体験、社会見学、稼ぎ体験、パソコン教室、SST、就労セミナー、生き方セミナー、スポーツ、バンドと多様化し、支援者や保健所、雇用能力開発機構との連携も進んできた。

本人受診の85例のうち80%が親や家族とともに訪れた。問題発生時の平均年齢は20才、平均6年のひきこもり期間を経て、26歳時に親が初めて相談に訪れたことになる。16才～19才発症が多く、「ひきこもり問題」は、不登校と同様に、「教育の問題」であることがしめされた。一方職歴のあるひきこもりは23%であった。診断別では、相互に合併する割合が高いとされる社会不安障害、うつ病、摂食障害などで60%を超え、うつ病圏内の疾患が多いと思われた。ひきこもりに対する認知行動療法は診察場面と居場所におけるCBGTにて行われた。また、SSRI、SNRI投与群の治療反応性が良好であったことは注目に値する。外来での対応が中心であったが、暴力などの衝動行為、幻覚妄想、うつ病、強迫行為、長期高齢化などによって入院が必要な例にも対応した。

外来・入院や「わかものプログラム」を経て、何らかの社会参加を開始した者の比率は61%となった。社会参加率の高さは、女性>男性、10歳代発症>20歳代発症>30歳代発症、ひきこもり期間5年以下>5年～10年>10年以上、受診時35歳以下>35歳以上となった。診断別では、摂食障害>SAD>うつ>診断名なしの順であり、人格障害、強迫性障害などは不参加が多かった。また、居場所参加群、高校・大学の中退群、SSRI・SNRI投与群の社会参加率はそうでない群より高かった。

ニート対策の経過に関する全体的な統計報告はまだない。また、「ひきこもり問題」

はアイメンタルスクール事件などに見るように、放置され深刻化しているのが現状である。「ひきこもり外来」の実践は、医療が取り組むことの意義の大きさと対費用効果の良さを示すことができた。また、ひきこもり期間が短いうち、本人の受診時年齢が低いうちの取り組み開始が大切であることを示すことができた。あらゆる疾患と同様に、ひきこもりの取り組みにも Golden Time が存在するといえる。

以上の結果を踏まえて、当日は、  
各県単位の拠点専門外来・病院の必要性  
精神保健福祉センター機能の強化  
一定水準に達したすべてのNPOへの助成  
居場所・親の会への助成  
訪問サポート士(カウンセラー)の公的養成  
長期高齢化によって労働能力を失った重症ひきこもり群への年金などの必要性  
「全国ひきこもり支援ネットワーク」の設立  
などを訴えたい。

~~~~~  
シンポジスト(4)： 水野 信義 (精神科医)

(最近、実践の場：「心療クリニック・パティオちた(知多)」を立ち上げ)

訪問(出前)サービスの可能性を考える

- 欧米の地域精神保健システムを参考にして -

1. 訪問(出前)の意義

引きこもっている人は、人ないし近所を避けている、あるいは人から離れて自分の世界に引きこもろうとしている。従ってそういう人を訪問することは、それらの抵抗を乗り越えて接近するのだから、当事者にとってはいわばお節介りではある。

しかしながら、不登校児やほんのわずかであるがひきこもりの青年に対するメンタルフレンドの派遣の経験からは、時期にもよるが、不登校児やひきこもりの青年が友達や、何らかの支援を求めていることも確かである。

外国では不登校児への教師の訪問学習指導があると聞く。そうした訪問(出前)サービスが社会とのつながりを作るのに有効である可能性もある。私の報告は、ひきこもった人への第一段階の支援としての訪問サービスの可能性について、欧米の精神保健システムを参

考に考えるものである。

2. 我が国における訪問サービスの現状

医療の枠の中では、医師が訪問している人もあるようである。しかし多くは保健所などを基盤にして、保健師あるいは精神保健福祉士などであろう。また保健所をベースにして、ボランティアの方を養成して派遣しているところもある。

一方、福祉等のベースで、福祉や心理の専門家が訪問する場合もあろう。またひきこもり経験者のピア訪問や、学生の派遣なども試みられている。またKHJ親の会での訪問サポート士という試みもある。

しかし、こうした訪問サービスは、我が国ではまだ少なく、ひきこもり支援の一つの資源として利用できるまでには、至っていないといえる。まして、次のステップとしてつなげたい居場所

も少ないのが実情である。

3. 欧米の精神保健福祉システム

もし欧米でひきこもりの青年が増加したと仮定

するとどのようなサービスが考えられるだろうか？ さし当たって精神保健福祉の枠組みで考えてみたい。

欧米諸国は第二次大戦後、精神障害を持った人の地域生活を進める方向にあり、入院治療に対して極めて敏感になっている。すなわち患者さんの人権問題であり、社会性を失うおそれがあるとして、入院数を減らしており、人口比で比べるとイギリスの場合日本の5分の1程度である。イタリアに至っては、老年期認知症や物質依存症は別体系であるが、救急医療のほか入院者がいない。アメリカでは積極的地域治療(ACT)といわれるチームによる24時間サービスが行われている州もあり、イギリス、オーストラリア等に影響を与えている。

すなわち欧米各国とも第二次大戦後に出来たフランスのセクター制度を手本にしており、各セクターに医療チームがあり、訪問サービスを行っている。

イギリスでは、GPと言われる家庭医が第一次医療を支え、また各精神保健センターからの訪問(出前)チームが補完している。こうして入院については極力開放病棟での短期入院をめざしており、興奮する人、犯罪に関連した人については地域保安病棟があるが、入院数も少なく我が国の閉鎖病棟に近い。ただし、重罪を犯して患者のための、評判の良くない「保安病院」もあるが。

4. イギリスの「訪問(outreach、出前)サービス」の実際

昨年8月に10日くらいであるが、ケンブリッジ地区(トラスト)の精神保健福祉サービスを見学する機会を得た。ここでは地域サービスに

ついて紹介すると、その中の人口16万人のハントンドン地区では、通常の地域精神保健チームが2つ、さらに危機介入・家庭治療チーム、積極的訪問(出前)チーム、早期介入チーム、地域司法サービスなどがある。他職種で構成され、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、医師、ときに作業療法士などが加わり、15名くらいから3,4名の小さいものまである。

このように、様々なチームによる、きめの細かい支援があり、もし、ひきこもりの青年がいたとしても訪問サービスの対象となると思われる。我が国のように数が多いと専門チームができるかもしれない。

5. 我が国で訪問サービスを行うとしたら。

イギリスはNHS(国民健康サービス)という公社的な組織がこうしたサービスを行うが、我が国では公的サービスが極めて少ない。また近年は我が国でも地域精神保健が大切と言われながら、施設は作っても地域保健医療チームが不在である。一部の人アメリカのACTを取り入れて訪問サービスに取り組んでいるが至難の業である。

こうした状況で、ひきこもる人へのチーム支援を考えると、我が国では一つの機関では難しいため、地域資源をつなげて、サービスを総合的に組み立てる方法が考えられよう。これを公的機関が支援してほしいものである。

ただしこの際、「治癒」をめざす狭い意味での医療のネットをかぶせるのではなく、ACTの考え方にそって、本人、家族、地域が協力して「回復」をめざすことが大切であろう。とくにひきこもりは狭い意味での病気ではない人も含まれているからである。