

若者のひきこもりを精神保健福祉課題として どう同定するか

山本 耕平*

若者のひきこもりは、個人と社会との関わりの問題のひとつであるが、それを克服する実践を展開する為のアセスメントや介入方法が、社会問題研究や社会福祉援助理論研究の対象として取り上げられてからまだ日が浅い。全国で推計150万人の社会的ひきこもり者が生活すると言われるが、この人数は、あくまでも統計的な根拠に基づいたものではない。また、臨床的に、社会的ひきこもりと称される人が、年々増加しつつある感を持つ。ひきこもる若者たちは、現象的には、青年期の発達課題と主体的に対峙する能動性・主体性が阻害される生活のしづらさ（生活障害）をもつ。その生活障害は、人生を規定する経済や文化・価値等の社会的背景、家族機能（とりわけサブ・システムと集団の機能）、思春期以降の発達や生活を規定する社会システムとの関わりで生じる。本論では、アセスメント構成要素の一部につき提起したが、アセスメント基準の段階妥当性に関しては、今後検討が必要である。とりわけ、本研究の思考処理において存在したいくつかの困難に関する検討が必要である。その困難のひとつは、社会との関わりの困難化を判断する為に依拠するスケールの不在である。この為、DSM-4の重症度を参考にし、当事者、家族、支援者から聴取した状況に分析を加えることにより、その段階を設定する方法をとった。しかし、この段階には、当然のことながら筆者の価値観が加味されている。今後、この段階やアセスメント基準に基づいて展開された若者のひきこもりを克服できる実践の効果が、科学的に明らかにされてこそ基準としての妥当性をもつと考える。さらに、若者のひきこもり回復支援にとって家族の回復は重要な位置を占める。精神保健福祉実践研究にとって、ひきこもりの当事者および家族研究は、早急に着手しなければならない課題である。

キーワード：精神医学ソーシャルワーク、若者問題、ひきこもり、アセスメント、介入

はじめに

若者のひきこもりが、精神保健福祉実践課題として認知されてから10年が経過した¹⁾。1999年に発覚した新潟女児監禁事件は、精神保健福祉行政や実践に大きな影響を与え、精神保健福

祉法第34条²⁾が施行されるきっかけとさえなった。一方で、ひきこもりが社会的な関心事となることにより、ひきこもり産業とも言えるひきこもる若者を強制的に病院や施設に搬送する事業所や、収容所的役割を帯びたフリースクールさらに居場所が台頭することにもなった。もちろん、若者のひきこもりは、古くは岡堂哲雄（1980年）や北尾彦彦（1986年）によって取り上げられている。しかし、ひきこもりという問題

* 立命館大学産業社会学部教授

の性質上、その実態は十分に把握できていない現状もある³⁾。

本稿では、まず、ひきこもりが社会的課題となるなかで生じている適応主義的支援とその背景となっている研究を批判的に検討し、次に、筆者が聞き取り、整理した研究に基づき、ひきこもる若者がもつ中核的な生きづらさを明確にすることを旨とし、若者のひきこもりと取り組む精神保健福祉実践課題を提起することを目的とする。

1. ひきこもりと精神医学、精神保健福祉の視座

精神科臨床及び精神科研究の一部は、ひきこもる若者の支援に科学性を与える作業を行い、彼らが持つ生活のしづらさを明確にしたが、多くの研究は、ひきこもる若者が持つ個の特性を追求することにとどまっている。

1-1. 精神科臨床は、個の課題を社会との関わりで捉えることができているか

精神科臨床医であり、「社会的ひきこもり」の第一人者と評されてきた斎藤環は、「(社会的)ひきこもり」は、「個人—家族—社会のそれぞれの場における『習慣』としての病理性が複合的に作用しあい」形成される(斎藤, 2003)と考え、「オートポイエーシス」理論を応用し「ひきこもりシステム」論を提起した。斎藤は、「ひきこもりシステム」を、個人・家族・社会それぞれの境界で誤解と葛藤、罵倒と断絶のみが生み出され続け、それぞれのシステム内部において悪循環が生じる「ディスコミュニケーションを再生産するシステム」と定義する。個人システムにおける悪循環を、「神経症レベル」と「嗜癖レベル」で捉え、神経症レベルには、

ひきこもり状態に伴う対人恐怖症と強迫症状があり、「これらの症状は、まさに社会との接点が欠如していることによって、より強化される」と述べる。斎藤が指摘する家族システムは、嗜癖事例における共依存理論に立脚したものである。さらに、彼は、家族内のひきこもる子どもの存在を社会から隠すなかで、社会との断絶が深刻化するという。

また、彼は、必ずしもひきこもる若者の苦しさに理解や共感を示さない臨床家ではなく、「侵襲性」と結びつく支援実践には批判的であり、いくつかの侵襲的介入を行う実践者と距離をおく⁴⁾。しかし、その一方で、ディスコミュニケーション下にある若者と家族が、その状況を克服する為には第三者介入が必要であり、その方法として家族指導を通し、家族に本人を連れてこさせ、本人を治療するという支援アプローチを描くのである。

このシステム論に、精神保健福祉研究はどう発言すべきであろうか。そもそも精神保健福祉とは、今日の社会で精神障害及び精神保健上の課題を持つ国民が、自己努力では克服困難な課題を克服あるいは緩和する為に必要な制度・政策・実践・運動の総体をさす。ひきこもりは、若者の発達に影響を及ぼす経済や文化・価値等の社会的背景や若者の発達を規定する社会システム(学校・家族・地域等)の変容との関わりで捉えなければならない。ひきこもる個の課題は、ひきこもる若者たちの課題のみでなく、社会に参加しづらい若者たちの課題でもある。この若者の課題を解決する為には、実践主体である当事者(この場合は、ひきこもる若者とその家族)が、ひきこもらざるをえなかった社会に対し発言し、必要な制度や政策を生み出す主体となる支援が必要である。「ひきこもりシステ

ム論」が示す第三者介入による社会適応を目指す実践では、その要因となっている親と若者との関係改善を促すことは可能であるが、ひきこもる若者たちに共通する社会福祉課題を見出し、それを解決する制度・政策を創り出す取り組みを生み出すことは不可能であろう。

他の若者のひきこもりを論じてきた精神医学者や臨床家達も、ひきこもりの臨床像や精神医学的背景を明らかにしてきた。しかし、それらは、当然、精神医学的関心からのものであり、若者と社会との関わりに関する分析が十分に行われていると言えない。たとえば、狩野力八郎は、統合失調症やその他の精神疾患による自閉とは異なる臨床像や事例化を示すひきこもりが、近年の社会・文化・家族の構造的変化と密接に結びついていることを指摘している（狩野、2000）。また、近藤直司（近藤、2001）は、「ひきこもり」や「社会的ひきこもり」を単一の疾患単位であるかのように扱う傾向に対し、それぞれのケースの背景にある問題が多様であることに十分に配慮する必要がある⁵⁾ことを指摘し、ひきこもり問題の背景要因を「脳と心の問題」と「環境側の問題」に大別し、「脳と心の問題」を「生物学的要因＝精神疾患、発達の遅れ・偏り」「心理的要因＝思春期的な防衛機制、スキゾイド・ジレンマ、自己愛的な傷つき、アイデンティティ拡散症候群」に分け考える。さらに「環境側の問題」として、社会的要因をあげ、それを「家族状況、学校、職場」「文化・社会的状況、支援体制」に分けている（第四回全国社会的ひきこもり支援者実践交流会基調講演、札幌、2009年2月）。精神保健福祉実践研究は、実践課題の時代的背景と個別要因の構造的な分析が求められることから、両者の指摘は、精神保健福祉実践研究にとって重要な提起をお

こなっている。

1-2. ひきこもる若者は、どのような社会参加の困難さをもつのか

ひきこもる若者の苦しみは多様である。彼らは、それぞれの人生で出会う出来事や苦しみが異なるが、一人の人間として生き続ける尊厳を見出せず、人や社会との関係を紡ぐ作業に支障が生じている共通点を持つ。幼少期から継続した虐待のもとで育ってきた若者のなかには、思春期から青年期に出会う新たなストレスが絡み合い社会参加が至って困難になり、生活上の深刻な課題を持ち孤立する者がいる。その若者たちは、ありのままの自己の価値を認めることができず、他者や社会との関係で被害的になり、自己を傷つけ、その存在を訴えることがある。では、そうして生じる若者のひきこもりをいかなる社会参加障害として定義すべきであろうか。

この作業を行う際に、ひきこもりを成立させるわが国特有の病理、つまり、若者たちの発達を規定している「社会・文化・信念」の変動が、若者たちの発達をいかに阻害しているのかを明確にしなければならない。その作業は、国家的レベルの諸条件の変動が、生活の場（学校・家庭・地域等）を通して個々人の行動や人格形成にどのような影響を与え、若者たちの生活にどのような根本的な困難が生じているのかに着眼し、分析することで可能となろう。

ひきこもりの若者たちがもつ中核的な障害を、第一に、関係障害（他者との関係を主体的に紡ぐ力の障害）に求める。関係障害は、統合失調症に見られる妄想等の生理学的要因が起因となるものではない。この関係障害は、彼らが、その人生の過程で関係を避けざるを得ない

諸課題との関わりで生じたものである。若者たちのなかには、他者との関係において、自分の存在が評価されなかったり、認められなかったりすることに極度の不安をもちながら生活していたと語る者がいる。競争社会のなかで、きょうだいや従兄弟、さらには友人や隣人と比較されているのではないかと感じ、社会の敗者であるかのような思いを強めることがある。さらには、自分は他者より容貌や姿が劣っていて、嫌がられるのではないかと不安をもつようになる者もいる。そのなかで、若者たちは、他者との関係を紡ぐことから遠ざかる。筆者は、事例を基に、ひきこもる若者のなかに多い「漠然とした不安」について報告した（山本耕平，2009）。藍沢鎮雄は、「恐怖が特定の対象の危険に対する反応であるのに対して、不安は不特定で対象のない漠然とした破局への予感，気がかり，無気力」（1980）と述べる。この「漠然とした破局への予感，気がかり」は、具体的な対象や存在に対するものではなく、むしろ、なにが不安なのかかわらないがゆえに生じるものである。

この「漠然とした不安」をもつ若者が目立ってきたのは1970年以降ではなかろうか。鍋田康孝（2003）は、「これがつらい」「これが他者に不快感を与える」といった具体的なテーマが存在する古典的神経症に対し、不全型神経症では、漠然たる緊張感と戸惑いを示すことを指摘する。鍋田は、この群の若者が、嫌われているのではないかという気持ちになると「避ける、こもる」対応を行うと指摘する。漠然とした不安のなかで、若者たちは他者とかわり、結合することへの不安をもち、仲間を得る力を失い、同年齢集団への参加が制約され、次第に社会的に孤立する。

こうして生じる社会参加制約のなかで、第二の中核的な障害としての日常活動への主体的参加の弱化が生じる。ここで言う日常活動とは、自室を出て家族とともに食事を行う活動や自身の必要な物品（たとえば煙草等の嗜好品や雑誌等）を近くのコンビニに買いに出かけるといった活動に始まり、仲間とともに地域で行われる自発的な活動に参加することや仕事への参加まで含む。この力が弱まる要因を、彼ら自身の生理的脆弱性や心理的未熟や家族間の課題（ディスコミュニケーション）にのみ求めることはできない。

ひきこもる若者の第三の中核的な障害として、身体機能の低下による社会参加困難がある。自室あるいは自宅への長期にわたるひきこもりや、そこからやや回復し自宅からコンビニに行くといった活動を獲得しても、深刻な身体機能の低下があり、それが回復後の社会参加にとって大きな障害となる。次に、第四の障害として就労能力獲得の困難さがある。若者たちのひきこもりは、1990年代に社会的な課題として具現化してきた。1990年代から続く不況のなかで自己実現の手段としての職業選択という理想や思いが後退し、2003年の国民生活白書で指摘されるようにフリーターが増加し、高校卒業生の約1割、就職した生徒にかぎると4割近くがフリーターとなった。財団法人社会経済生産性本部による「ニートの状態にある若年者の実態及び支援策に関する調査研究」（2008年3月）で明確になっている。この調査の対象となった若者（若者自立塾，サポートステーションの利用者418名）中49.5%にひきこもりの経験があった。報告書では、一般的な対人関係を含め、コミュニケーションの苦手意識は、調査対象となったニート状態にある若者にかなり広く共通

する特性として存在することを証明したと指摘している。

第五の中核的障害として、低い自己尊厳と反社会的行動がある。若者は、家族との同一化によって築かれた自己像を基盤とし、仲間や社会の中で青年期における自我同一性を獲得する。しかし、ひきこもる若者たちは、仲間や社会への参加に困難をもち、社会構成員としての価値観を喪い、自己尊厳を低め、ときには仲間や社会への攻撃性を強め、反社会的行動をとることがある。

2. 若者のひきこもりと精神保健福祉課題

精神科ソーシャルワークの実践的課題は、当事者の個人的病理に焦点をあてるのではなく、当事者が生活や発達課題さらに障害と向き合いながら獲得しつつある可能性に着眼するなかでこそ設定が可能となる。

2-1. ひきこもりを対象とする精神保健福祉実践初期介入アセスメントの課題および視座

ひきこもりを対象とする精神科ソーシャルワークは、当事者の可能性を見出すために、各自の「精神症状」「行動化」「関係障害」の状況、および、その三要素と深いかわりをもつ家族要因さらに実践の場要因を考慮に入れた初期介入アセスメント基準を作成することが必要である。筆者は、その基準を、聞き取り及び支援対象とした40事例を根拠に提起した⁶⁾。もちろん、この基準は、まだ標準化されたものではない。本稿では、まず「精神症状」と「行動化」に視点をあて、その事例が統合失調症を中心とする精神病性ひきこもりかそれ以外のひきこも

り事例であるのかを分析し、初期介入方法を決定する視座を提起する。さらに、ひきこもりによる悪循環を予防する支援を展開する為に支援組織が立脚すべき実践視座につき検討を加える。

2-1-1. ひきこもりアセスメントと精神症状、行動化

ある若者は、外出時の下痢を主とする過敏性大腸症候群の為にまったく外出不可能だったが、抗不安薬と抗うつ剤の投与を受け居場所に参加し、その後大学に進学しPSW資格を取得した。また、統合失調症による激しい幻聴妄想を体験し、通院加療のなかで陽性症状の改善をみた若者は、保健所の精神保健福祉相談員の訪問を受け、居場所に参加することが可能となり、居場所と地域生活支援センタースタッフの支え（ジョブコーチ）により一般就労が可能となった。これらの事例では、医療や福祉実践が、それぞれに当該事例の抱え込みを行うのではなく、地域の支援機関が密に連携し若者たちが持つ課題と向き合っている。しかし、その一方で、少なくない事例では、その事例が最初に相談に訪れた医療機関や支援機関さらに居場所等が、事例の困難さに疲弊しつつも地域の支援機関との効果的な連携を図ることができていない状況を見る。その要因の一つとして、地域のあらゆる機関が、ひきこもり事例に関する共通したアセスメント基準や視座を持ち、集団で事例検討や支援ができていないことを指摘することができる。

筆者は、聞き取り調査に基づき精神症状を五段階（表1）にわけた。精神症状の第5段階と第4段階は、症状性ひきこもりが多く含まれ、統合失調症による自閉やうつ病の制止等がみら

表1 社会的ひきこもり事例初期介入タイプ決定アセスメント基準—精神症状段階—

段階	精神症状
5	活発な精神症状（妄想、幻聴、パニック）があり、専門医療の下での集中治療が必要である
	精神症状（妄想、幻聴、パニック）により、家人の誰かが常時管理する必要がある。
	精神症状（妄想、幻聴、パニック）により、自殺念慮や企図がある。
4	精神症状に関しては、入院等の濃厚な医療的管理を必要としないが、精神保健福祉支援者等による症状への配慮がなされないと日常生活が困難である。
	精神症状（強い不安や不眠、パニック）は認められるが、濃厚な医療的管理が必要でない。
	精神症状は認められるが、自己管理ができつつある。
3	反社会性ならびに境界例を疑う人格特徴が明瞭であり、人格特徴からの事件・事故を起こしたことがある。あるいは、それらの人格特徴や精神症状により日常生活が困難である。
	反社会性ならびに境界例を疑う人格特徴があり、家庭内暴力や家具の破壊が明瞭である。
	反社会性ならびに境界例を疑う人格特徴があり、常に攻撃的である。
	客観的には存在しない自己の醜貌や自己匂への強い拘りがあり、自己像の認知に歪をみる。
	摂食障害があり、自己像の認知に歪をみる。
2	リストカットを繰り返し、自己の存在を確かめる。
	精神症状や人格の偏りが顕著でないが、軽い神経症様症状を持つ。その神経症状は社会的生活に大きな支障をもたらしていない。
1	精神症状や人格の偏りは顕著でない。

(山本, 2007)

れる。第5段階の精神症状を示す若者には、地域福祉実践のみでは効果的な支援が期待できず、短期間でも入院を含む集中的な精神科治療が必要である。第4段階は、長期にわたるひきこもりのために精神症状が生じているものや、不安や孤独感、さらに喪失感が精神症状に結びついているものが多く含まれる。第4段階の事例では、地域の公的支援機関と居場所や民間支援機関、それに医療機関が密接な連携を図りつつ支援を展開することが必要である。

第3段階・第2段階・第1段階の若者たちは、精神科治療やなんらかの精神療法よりも、彼らの人生が肯定される地域実践と仲間の存在が必要である。

支援者が混乱や焦りを招きやすいものに、若者の行動化（表2）がある。他者を傷つけた

り、自室や自宅を破壊する若者たちは、さびしさや怒り、むなしさや絶望感さらには孤立感から自暴自棄になることが多い。彼らは、こうした感情に幾度ともなく襲われ、誰かにしがみつこうとする。彼らの周囲にいる支援者やピア、家族は、不安定で衝動的な人間関係のうずのなかに引き込まれ憔悴することがある。

人の財産や命を傷つける、あるいはインターネットを活用して他人の地位に危機的な状況をもたらす行為が生じたとき（第5段階）は、地域精神保健福祉実践の対象として十分な支えを行うことが不可能である。この場合、当初は、刑事事件の対象としてとらえ、その後、その若者の地域生活を支援することが必要である。度重なる自殺企図をとともう強い死の願望がある場合や、アルコールや薬物へのアディクション

表2 社会的ひきこもり事例初期介入タイプ決定アセスメント基準—行動化段階—

段階	行 動 化
5	それは、人の財産や命を傷つける行為である。
	それは、他人に恐怖や不安を継続的に与える行為である
	それは、電子的媒体を活用し、他人の地位に危機的な状況をもたらす行為である
4	それは、自己の財産や命を傷つける行為である。
	それは、度重なる自殺企図を伴う強い死の願望である
	入院加療が必要なアルコールや薬物へのアディクションをみる
	入院加療が必要な重度の摂食障害をみる
3	それは、自室や自宅内の物質的な破壊であり、頻繁である。
	習癖化したリストカットが頻繁にみられる。
	行動、言葉、表情等に巻き込みがみられる
2	それは、自室や自宅内の物質的な破壊であるが、頻繁でない。
	軽度の接触障害をみる
1	特に行動化は生じていない。

(山本, 2007)

が基礎にある場合、さらに摂食障害による命の危機は、深刻な行動化（第4段階）であり、精神科病院への入院を含めた濃厚な精神科治療を保障することが必要になることがある。しかし、多くの場合（第3－1段階）では、若者たちと向き合い、彼ら自身が、その行動化を見つめ、自傷や他害をともなわずに自己の要求を伝える力を獲得するために寄り添う実践の提起が必要である。

2－1－2. 傷ついた自己への焦りと悪循環（長期化）因子

適切な支援が保障されず、学習や就労への意欲を喪失し、他者との関係を紡ぐ力を獲得することが困難となり、ひきこもりが長期化する場合もある。ひきこもりの長期化により、傷ついた自己への焦りと不安が激しくなり、他者との交流を断ち、生活障害がより重度化するといった悪循環が生じる。その背景には、「家族因子」

（表3）「本人因子」「支援の場の因子」がある。

若者のひきこもりと家族の問題を考えると、家族力動の病理性に着眼し、家族を治療や支援の対象として捉え、治療や支援に従順に従うことを要求することがある。家族の問題を考える時に重要なことは、子どもがひきこもる前から持っている生活上の課題や家族の力と、ひきこもり後に生じた新たな不安定な生活課題を明確にし、何がひきこもりの長期化を招く要因となっていることを明らかにすることである。そのなかでこそ、家族と若者が、共に相互の生活課題と主体的に向き合うために必要な実践を提起することが可能となる。

生存と発達を護り育てるべき福祉実践の場で若者の命を奪った事件が数多く存在する⁷⁾。その背景となっているのがパターンリズムである。これは、情熱的な支援者が献身的にかかわっている支援組織においてもみられることである。そこでは、家族のひきこもりを克服したい

表3 社会的ひきこもり事例初期介入タイプ決定アセスメント基準 付加要因—家族—

段階	家 族 要 因
5	現在の状況を認めることができず、子どもに暴力と共に焦りや極度な不安を与えている。
	親子でコミュニケーションを取る事がほとんど不可能である。
	子どものひきこもりに関して、皮肉な発言が終始している。
	子どもの心の揺れを否定し、怠けであると評価し、その評価を伝える
	家で起こっている問題は、恥であり外部に相談することがあってはならないとの価値観を持つ。
4	時には、子どものひきこもりに関する親の否定的感情を爆発させる。
	時には、ひきこもっている状況から遠ざかろうとする。
	子どもの精神的世界に無理に介入しようとしたり、無関心であったりと揺れ動く。
	課題を抱える家族のことを心配する他の子どもの言動を否定する。
3	親の価値観を強い、子どもの生活を支配しようとする。
	指示的なコミュニケーションが多く、リハビリテーションを急ごうとする。
	子どもを愛することは、支配することであると考えている為、親の価値観を押し付ける
	ひきこもりの状況を認めることに揺れがある。
	子どもに話すことを強要しないでおこうとする一方で、子どもが自己の思いを出すことを願う。
2	親の立場と子どもの立場を理解しようと努める。
	子どもの心の揺れは仕方ないことと不承不承認める
	指示的なコミュニケーションが少なく、子どもの痛みを理解しようと試みる
	コミュニケーションには暖かさがみられる。
	きょうだいのことを心配する他の子どものアドバイスを受け止めることができる。
1	話し合いができる。
	今、おきているひきこもりという事実を肯定的に受け止めることができる。
	親子の間に暖かさやユーモア、ジョークがある。
	外部の人に子どものことを相談することに抵抗を持たない
	他の家族メンバーと該当者のことを一緒に考え行動する。

(山本, 2007)

という強い思いに懸命に寄り添うあまりに、それぞれの生活や発達の歴史を見極めず、ただ献身的にかかわろうとすることがある。そうした支援の場では、支援者集団による見極めが軽視され、特定の支援者のひきこもり観や人間観が絶対となり、その実践者が思い描く「あるべき人生」への適応が求められる。その支援者の「基準」（それは、支援者の価値観でもある）からみた「よくできる子」あるいは「協力的な親」

から外れた当事者は、またもや集団所属観を失い、自己尊厳に大きな損傷を持つ。

社会的ひきこもり支援者として名高い工藤次と、ひきこもり研究の第一人者である精神科医・斎藤環の対談『激論ひきこもり』（工藤次、斎藤環 2001）で、工藤が「不登校経験者が三分の一を占めている、ということは、実のところ、私には十分予想できたことだ。なぜならば、不登校の児童・生徒に対する対応が社会

性を身につける，という点を軽視し続けた結果であり－あるいは，精神的側面のみを重視し，甘やかしの，自己中心的な人間を作り出してきた，不登校児童・生徒への専門家たちの，矛盾の当然の結果である」と述べ（同書 p202），自宅を訪問し，当事者を連れ出し，彼が準備した就労コースに青年達を適応させることが，あたかもひきこもりの長期化を予防するかのよう論じている。工藤のその発言に，斉藤は「つれてこられた青年達は，まずほとんど逃げないだろうし，タメさんを恨むことは決してないだろう。いいかげん働かなくちゃ，という思いは，長いひきこもり経験者ならみんな感じることだ。彼らはしかし，働くための必然性をつかみそこねて，ひきこもってしまった。そこに外部からやってきて，強力な必然性をもたらしたのがタメさんだ。そんな恩人に，感謝こそすれ，恨みなど感じようはずがない」（同書 p212）と述べる。

その発想は，まさに若者を社会適応の客体として捉えるものである。長いひきこもり経験のある若者が，連れ出しにより与えられる支援により，社会に主体的に参加する力を獲得できるだろうか。長いひきこもり経験者にこそ，彼らに合った仕事への参加方法や仕事内容を検討すべきであり，保護的状况下での就労への参加を検討すべきである。ひきこもる若者たちが，青年期の主たる発達課題である就労を通しての社会的自立をめざそうとするとき，ある種の不安感情でその課題への取り組みが困難となる。それは，今日の労働現場を襲う競争主義的かつ能力主義的支配への不安である。その不安が強い彼らを一般就労に参加させる実践を展開するならば，彼らから就労への意欲を奪いかねない⁹⁾。

2-2. ひきこもりと地域精神保健福祉実践の課題

ひきこもり支援の最終地点は，育ちの保障にあり，社会への適応を図ることにはない。ここで言う「育ちの保障」とは，現代社会の諸矛盾のなかで育つ若者たちが，その社会をより暮らしやすい社会に変革する主体として育つことを意味する。

1980年代後半に，精神科医の中沢正夫が，精神科臨床において，登校拒否や家庭内暴力，摂食障害，ボーダーラインといった現代社会病理を反映した事例が増えてきたことをあげ，こうした事例への治療的接近は，「待ち，ほめ，その子固有の発達のスピードを考えて課題を与えなければならない。挑戦をはげまし達成の喜びを保障しなければならない。そして挫折のときはそのくるしみをともにし，責任転嫁をしないように原因を分析し耐える強さ，再度挑戦する勇気を与えることが求められる」（1991）と，狭義の医療モデルから人格発達モデルに基づくアプローチに転換することが必要であることを指摘している。

ひきこもる若者たちの少なくない部分は，こう生きなければならないと考える関係性のもとで抑制された自己同一性を強いられた人生を送ってきている。ひきこもる若者たちが抑制された自己同一性から自己を解放し，しかも，抑制を強いてきた家族やコミュニティから若者たち自身が解放されるメッセージを送るのは，若者たち自身である。その為に，精神保健福祉実践は，当事者が，集団もしくはコミュニティに積極的に参加することにより，他者との歴史意識を助長し，そこに仲間意識を育て，自分たちが援助者になる実践を準備しなければならない。その場として，「ひきこもり支援センター」

「ともに生活する住まい」「多様な働き方と働く場の獲得」「親育ち」さらに、若者たちが最初に社会との関わりをもつ「居場所」の五つの仕掛けを準備することが必要である。

2-2-1. ひきこもり支援センターの創設と 確実な介入

ひきこもる若者たちの地域生活支援を展開するためには、若者の支援責任をもつ相談支援センターが必要である。疾風怒涛の思春期から青年前期にある若者たちが、夜間生じる孤独感や不安と向き合う為には、24時間対応が可能な危機介入支援が必要となる。ひきこもり支援センターは、センター専属職員（精神保健福祉士、臨床心理士）と市町村役場の福祉担当部局に所属する社会福祉士や精神保健福祉士、小・中・高校の教員、それに地域で実践する支援組織の支援者達とピアスタッフによって構成される委員会で組織されることを構想すべきである。その委員会が、包括的かつ濃厚な地域生活支援を創造する為には、次の機能を持つことを追求する。第一に、地域の支援機関と、ひきこもり事例に関するソーシャルワークを連携かつ協力して進める機能。第二に、地域の支援機関や保健所と連携しつつ、アウトリーチとショートステイを行う機能。第三に、地域のひきこもり支援に関する政策を立案する機能である。

2-2-2. とともに生活する住まいの保障

ニートを対象とし、3か月間の合宿による就労意欲形成を目的とした集団生活に取り組むものとして若者自立塾がある。ここで構想する「ともに生活する住まい」は、若者自立塾の構想とは異なり、ひきこもる若者たちが、プロさらにピアの支援を受けつつ自己と向き合うこと

が可能となる住まいである。つまり、そこでは、ひきこもりからの脱出が強要されるのではなく、少し前からそこに住み、そこを活用しながらコミュニティに参加する力を獲得しつつあるピアとの共同生活で社会への参加技法を獲得する。ひきこもる若者たちが同年代の仲間や大人との関係をつくりあげることが、至って困難なことである。鈴木聡は、世代継承サイクルを問い直す作業のなかで、若者つまり移行期にある者は、社会的領域＝生活圏と実践的領域＝公共圏との間で異質な他者との関わりを通じて、実践的、政治的能力を獲得することを指摘する。また、その公共圏での異質な集団との交流の為に「ナナメの関係」にアクセスすることが必要であると述べる（2002）。若者の住まい（生活圏＝実践的領域）がコミュニティ（公共圏）に位置づけられ、その生活圏で育つ自治能力が地域や社会に政治的に関わる力として育つのである。

若者たちが共に暮らす場は、現在の社会への適応を目指すものではなく、その社会と対峙し、生存と発達が保障される社会づくりを進める力を獲得していく場となる必要がある。また、この住まいの一室は、若者が、なんらかの危機的な状況を迎えたときに緊急避難できる場として確保されていなければならない。そこは、緊急避難するとともに、少しの間安心してひきこもることが保障される場となる必要がある。

2-2-3. 働く場と、働き方の保障

玄田有史は、「1990年代以降、経済も、教育も、社会も『自分自身による主体的な能力開発が必要だ』『個性的でなければならない』『自分らしく生きなければ不幸だ』といった大合唱を

続けてきた。しかし、個性重視や個人の選択による自己実現を当然とする風潮のなか、その風に乗って努力を続けられる人もいれば、『そんなこといわれても自分にはムリだ』と感じてしまい、立ち尽くす人もいることを忘れてはならない。ニートが増加した背景には、そんな自己実現への絶望と疲弊がある」（2005）と、現在、多様な生き方や働き方を手に入れる困難さがあることを指摘する。

政府は、2003年に若者自立・挑戦プランを策定し、登場してきたニート論¹⁰を意識し、2004年度予算で省庁にまたがる政策として「若年・長期失業者の就業拡大に関する事業」を位置づけた。本田由紀は、この政策の背景に、若年失業に焦点を当て、労働需給の客観的構造自体が注目され、労働需要を刺激し回復するための方策を探るなかで、『ニート』ばかりが強調される風潮があったことを指摘する。そのなかでは、労働需要側の問題ではなく、労働供給側である若者の自己責任にすべてが還元されることが支配的になった（2005）のである。その若者自己責任論が台頭し、働く意欲が生じないものは切り捨てようとする再チャレンジ策が登場した。あくまでも社会への適応をめざした再チャレンジ策は、若者自身が発達課題や人生の課題に向き合い、スティグマに立ち向かう力を獲得することをめざすものではない。ひきこもる若者の就労能力の獲得は、彼らが生活の場で、自己の人生と主体的に向き合い、自己尊厳や自己効力感を高め、発達や生存への権利を主張し、自己が抑圧されてきた社会と批判的に立ち向かう力を獲得する実践を組織することによってこそ可能となる。

ひきこもる若者のなかでも発達障害や他の認知上の障害をもたらす基礎的な障害がある若者

たちにとって、仕事を覚えるという課題は計画的なりハビリテーションのなかで追及されねばならない。「仕事で失敗をくりかえすことができない」若者たちにとって、一般就労への適応を強いるのは、彼らを押し潰す結果に至りかねない。

2-2-4. 親育ちの保障

ひきこもりの多くは、それまでの家族対処では当時者が抱える課題と向き合うことが困難となり事例化する。ひきこもり、あるいはその起因となる諸課題（不登校や発達障害、精神障害のみでなく難病や貧困等々）には少なからずスティグマがつきまとう。その事例化の過程で苦しんできた家族は、その責任が自分にあるのではないかと自問し、自分を責め苦しむ。親類や知人が、親を励ますつもりで言った言葉が、結果的に親や家族が自責感や孤立感を強めることの要因となることもある。

家族が地域精神保健福祉実践者の前に現れるとき、その家族が、今、いかなる課題を抱えるのかを明らかにし、当事者と向き合う力を再構築する支援が必要である。そのために、精神保健福祉実践者がとるべき有効な方法は、いわゆる家族療法ではない。むしろ、同様の苦しみを体験してきた家族たちが、相互に支え合うなかで、共通する不自由さから解放たれ、生きる強さを獲得することをめざすセルフヘルプであろう。

岡知史（岡知史，1999）は、“わかちあい”がセルフヘルプの基礎となり、“ひとりだち”から“ときはなち”へと進むなかで、人生を自己決定する力や、自己尊厳が育ち、自分に不自由さを与えている社会を変える力を当事者が相互に獲得すると指摘している。家族当事者がセル

フヘルプにより、相互に自尊心をより高めることは言うまでもない。しかし、セルフヘルプのみで、家族の自尊心が高まるものではない。セルフヘルプとともに、子どもたちの居場所を運営し、発展させるための運動に主体的に参加するなかで、自身に不自由さを与えている社会を変える力を獲得し、親に自尊心が高まる。こうした運動への参加は、当然のことながら子どもがもつ社会的ひきこもりという事実をカミングアウトする必要性に迫られる。

2-2-5. ひきこもり支援の最終地点と居場所実践

居場所は、育ちあいの場であり、あくまでも個別心理療法を提供する場ではない。また、若者たちは、居場所での仲間との関わりを通し就労への意欲を獲得するが、ここは、当初から就労を目的とする実践を提供する場ではない。

かつて、戦後の生活指導運動は「仲間・集団・社会」のなかで可能となる人間の解放は、民主的集団（城丸彰夫、1971）のなかで追求されることを明らかにしてきた。その集団は、無規律な集団ではなく、主体者である子どもや若者たちがその集団を民主的に管理運営するものであった。居場所の質を、この民主的集団として捉えることが必要ではなからうか。なぜならば、「自分は何になりたいのか」「どんな人生を歩みたいのか」を問い苦悶する若者たちが、居場所と同じ躰きを持ちながら一歩前を歩む仲間と出会い、安心して「失敗」を繰り返すことが許容されながら、ひきこもりと向き合う主体性を育てるためには、強固なルールでがんじがらめになるのではなく、できるかぎりあいまいさが保障されることが、若者たちの解き放ちを左右するからである。当事者の意見や意志が反映

される柔軟性は、実践が展開され、言葉を発する自由も、逆に発しない自由も与えられる。また、その集団は、全ての自由が無造作に存在させるのではなく、暴力や干渉・介入、それに相互の間に存在する偏見を自治的に排除する。その自由を自治的に獲得する過程のなかで、若者たちは、仲間や社会に関わる力を獲得する。

支配的な価値観と向き合う為に必要な力のひとつが主体性である。主体性は、精神科医療や精神障害者リハビリテーションの場で展開される社会適応を目指したSSTや個別心理療法が目指す社会適応実践のみでは獲得に限界がある。その主体性は、彼らのユニークな人生を受容することが可能となる社会、つまり、能力主義的評価基準の廃棄を目指す¹¹⁾ 社会を若者と共に創りあげる実践を展開するなかでこそ可能となる。

牛島定信は、社会的ひきこもりへの精神科治療上の接近は、その基本に「高い自我理想、つまり自尊心が高いがゆえに体験している外傷、それは恥の体験、完膚なきまでにやられたという思いなどさまざまあるが、その外傷を癒すこと」に求め、父親や母親の価値観との衝突から生じた外傷を「治療者関係のなかで自尊心の体験をしなおす」ことが基本であると述べる（2000）。「治療者関係」のなかで、自分の気持ちを出しきることになんらかの制御がかかっていた若者が、その制御から自己を解き放つことが可能となるだろうか。同じ発達上の躰きを持ちながら一歩前を歩む仲間との出会いのなかでこそ、彼らは、解き放ちを可能とする相互育ちあいの関係を得る。若者たちは、その関係のなかで、「失敗」を許し合い苦しんできた過去を語り、歩むべき方向を確かめ合う作業を行い、自己の社会的有用性を認識し、自尊を獲得しな

おし、互いの解き放ちを行う。

おわりに

ひきこもる若者たちは、現象的には、青年期の発達課題と主体的に対峙する能動性・主体性が阻害される生活のしづらさ（生活障害）をもつ。その生活障害は、人生を規定する経済や文化・価値等の社会的背景、家族機能（とりわけサブ・システムと集団の機能）、思春期以降の発達や生活を規定する社会システムとの関わりで生じる。

本論では、アセスメント構成要素の一部を提起した。しかしアセスメント項目の段階妥当性に関しては、あくまでも筆者が出会った事例にもとづき、当事者の社会とのかかわりの困難さがどのように生じているのかに焦点をあて検討を加えている為、今後の検討が必要である。とりわけ、ここでの思考処理において生じたいくつかの困難がある。そのひとつは、社会との関わりの困難化を判断する為に依拠するスケールの不在である。この為、DSM-4の重症度を参考にし、当事者、家族、支援者から聴取した状況に分析を加えることにより、その段階を設定する方法をとった。しかし、この段階には、当然のことながら筆者の価値観が加味されている。今後、この段階やアセスメント基準に基づいて展開された社会的ひきこもりを克服できる実践の効果が、科学的に明らかにされてこそ基準としての妥当性をもつと考える。

また、社会的ひきこもりの回復支援にとって家族の回復は重要な位置を占める。精神保健福祉実践研究にとって、社会的ひきこもりの当事者および家族研究は、早急に着手しなければならない課題である。小林清香ら（2003）が、家

族と当事者との関係性や当事者の家族内での生活状況、さらに家族自身に及ぶ影響に視点をあて、分析をおこなっているように、今後、若者のひきこもり研究を精神保健福祉研究課題とする時、家族と当事者の関係性が生活実態との関りでいかなる課題を提起しているのかを検討しなければならない。

注

- 1) 2000年1月28日、行方不明になってから9年が経過し19歳になったA子さんが保護される事件が新潟で発覚した。この新潟少女監禁事件は加害者がひきこもり状態にあった西鉄バスジャック事件（2000年5月3日）と共にひきこもりという言葉を多くの人間に認知させる事になった。わが国の法体系では、社会的ひきこもり事例への支援を展開する中心的な機関は保健所である。新潟少女監禁事件発覚の5年ほど前、被告の母は、保健所に相談に行っていたにも関わらず、適切な対応ができていなかったという事実が明らかになった。これは、当時、保健所が、社会的ひきこもりへの assertive approach をどう展開すべきかの方針を持ちえていなかったことを示唆している。新潟事件の直後の2000年10月には、「青少年の社会的ひきこもりの実態・成因・対策に関する実証的研究」として、厚生省障害保健福祉課長名により、各都道府県・指定都市のすべての保健所と精神保健福祉センターを対象とした調査があった。この調査の回収率は、保健所が97%、都道府県精神保健福祉センターが89.9%、指定都市が100%と高率であった。さらに、同じ頃、「社会的ひきこもりの支援についての研究」が厚生科学研究として進められており、この研究結果が2001年5月に「10代・20代を中心とした『社会的ひきこもり』をめぐる地域精神保健活動のガイドライン（暫定版）」として出された。
- 2) 2001年に改正された精神保健福祉法に法34条（移送制度）が新設された。法34条は、長期にわたり自宅に閉じこもり精神障害があると認め

る者を本人の同意がなくとも、保護者が同意すれば精神科医の診察のもとで強制的に入院させることができるとする条文である。この法34条の制定が新潟事件や西鉄バスジャック事件で加速したと言える。

- 3) 東京大学医学部川上憲人を主任研究者とする(平成16年度～18年度厚生科研こころの健康科学研究事業)疫学調査研究や、斎藤万比古らによる「思春期のひきこもりをもたらす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」(平成19年度厚生科研こころの健康科学研究事業)により、ひきこもりの現状を科学的に捉える研究は進みつつある。しかし、ひきこもり事例の個別性と普遍性を明らかにし、エビデンスに基づいた実践を提起するためには、より具体的な実証研究が必要である。
- 4) 斎藤は、ひきこもり文化論(2003)において、積極的に訪問を行い社会に誘い出す支援者との距離をおいてきたと自己の立場を述べている。しかし、その一方では、そうした支援の代表的な人物である工藤定次の実践を積極的に評価し共著(対談集)において工藤の実践哲学と向き合う立場に立ちきっていない。
- 5) 近藤は、ひきこもりをきたす青年期のケースは、国際疾患分類(IDC-10)を適用すると、多岐の疾患にわたることと、個々のパーソナリティ水準においても神経症水準から境界水準、精神病水準まで多様性に富んでいると指摘している。また、依存分離尺度・ひきこもり尺度・不安神経症尺度から構成されるCBCL(Child Behavior Check List)のなかでひきこもりに相当する項目には、抑うつ状態や不安状態の他に心的外傷ストレス症候群との関連さらに遺伝的要因の強い群があると指摘する。さらに、Rubin, K. Hの研究に基づき、社会的ひきこもりを示す子どもを、①不安、恐れなどにより仲間集団に入れない子ども②仲間から排除され、孤立する子ども③仲間との遊びに興味がもてない子どもの三つに分類して捉え、仲間との遊びに興味がもてない子どもの中には、自閉性障害やアスペルガー障害、学習障害、精神発達遅滞

の子どもも含まれるとしている。近藤は、こうした群とともに、強迫行為や外出恐怖、赤面恐怖といった明らかな神経症症状を持つ「二次的ひきこもり(症候群)」と、従来ではひきこもりにまで至らなかった軽度の神経症症状しかみられない「一次的ひきこもり(症候群)」といった分類があることを紹介しつつ、①広汎性発達障害を中心とした「対人関係に生来的なハンディキャップを持つ人」②精神分裂病を中心とする「人生のどこかで発症した精神疾患を背景とする人」③神経症やパーソナリティ障害圏を中心とする「心のクセを背景とする人」に三分類し、「心のクセを背景とする人」の低位分類に自己愛型、スキゾイド型、強迫型を置いている。

- 6) 主に筆者がなんらかの関わりを持った事例と、調査を目的として出会った40事例を、初期要因別にグルーピング化し、「家族背景」「ひきこもり前の生活の事実と本人の特徴」「ひきこもり後から支援により生じた事実と本人の特徴」を整理することに重点を置いた。つまり、彼らがひきこもりに至った要因(仮に初期要因とする)に着目し、要因の共通性でグループ化を試みたのである。この研究は、個々人の個別性とひきこもりという同種課題を抱える当事者の普遍性を明確にすることが可能ではないかと考え研究を進めた。この研究の主要な限界は、40事例という限定された事例を根拠とする類型化であるが故に、科学的な因子分析に基づくものとなっていない。しかし、当事者との関係性を樹立し支援を展開しつつ行う研究方法をとることで、彼らが持つ人生の苦しみや、社会参加の困難や障害を実証的に明確にすることを可能とするという利点を持った。対象を不特定の当事者からの聴取とすることにより、そこで得た事実が客観性に欠ける可能性が存在すると考え、本論では、筆者自身が支援に関わる事例を中心的な研究対象とした。しかし、現に支援している事例であるが故に、過去の姿を知られることにより、支援者である筆者との間に築いてきた関係性が崩れるのではないかとの怖れを持ち、行動化に関する聴取に関しては、「そんな

こともあった」との表現に留まる者がいた。

- 7) 過去には戸塚ヨットスクール事件（1982年12月）があった。当時、訓練生だった13歳の少年が、戸塚ヨットスクール校長であった戸塚宏に角材で殴打され、外傷性ショックで死亡した。戸塚ヨットスクールは、若者の人間性を無視して自宅から無理やり連れ出し、社会への適応を図ろうとした。最近のものでは、名古屋のアイメンタルスクール事件（2006年5月）がある。ここでも職員によって東京の自宅から連れ出された若者が、入寮4日目にして外傷性ショックのために死亡した。解剖結果では複数の内出血や擦過傷が認められた。アイメンタルスクールは、1997年、ひきこもり青年の「更生」を目的として設立されている。
- 8) 教育評論家の長田百合子は、自身の公式ホームページ（<http://www.mental-care.org/>）で、専門家や医療のひきこもり支援への介入を否定する。情熱的な支援者が献身的にかかわっている支援組織においてみられることであるが、当初は、理解のある支援者に迎え入れられたかのような錯覚をもつ。しかし、結果的にはパターンリズムの実践の下におかれる可能性が高い。なぜなら、支援者集団による科学的な見極めが行われないなかでは、支援者のひきこもり観や人間観が絶対のものとなり、当事者の個性が重視されずに、支援者が考える「あるべき人生」への適応が重視される。
- 9) 若者たちが働くようになれば自信をもつと考えて、彼らを治療対象とし、リハビリテーションプロセスへの適応を図る実践は、時として彼らから主体的に課題と対峙する力を奪う。その一方で、一般就労からみれば代替的な働き方として理解されるものであるが、たとえば、和歌山市で展開する共同作業所エルシティオでは、参加する仲間たちの何人かが関連法人である麦の郷が行う二級ホームヘルパー養成講座に参加し、資格修得後に関連事業所でヘルパーとして働く。また、和歌山高齢者生活協働組合が展開する農業をはじめとした仕事に参加している者もいる。そこで働く若者達は、一般就労にない働きがいのある働き方や人生を求めている。も

ちろん、若者達と関わる NPO や諸団体には、対価が得られる就労を目指した仕事探しや仕事起こしが求められることは言うまでもない。

- 10) 本田は、玄田有史の「働く意欲がないのではなく、働きたいけどはたらない」というニート定義（玄田有史2004）を行った不登校の学校に行きたいけどいけないというイメージとオーバーラップするものであるとし、小杉礼子のニート類型についてはひきこもり一步手前のような定義であると批判するなかで若者カテゴリーを提起している。その若者カテゴリーは、①働く意欲があるが職を求めないニート群（非求職型）、②今働く必要や予定がなく働くことを希望しない（非希望型）、③働く意欲がない犯罪親和層やひきこもりというものである。この犯罪親和層とひきこもりを、仕事という面では最も意欲を欠いているとの視点から不活発層と呼んでいる。この不活発層からイメージされるものには、孤立的であり自分自身の中に閉じこもって深く考え込む存在のグループであるひきこもりと、暴力や違法行為に手を染めがちな犯罪親和層があるグループがあるとする。この不活発層は、「家庭における不和や不幸、無理解あるいは貧困などの条件があったために、学校で『明るく前向き』にふるまえなくなり、その結果として友人関係もうまくいかなくなり、勉強にも熱心になれず、その結果、学校を中退してしまい、その経歴では社会や職場で受け入れてもらえないだろうと投げやりになる」（本田2006：64）という負の連鎖のなかで生じると論じる。
- 11) 鈴木勉は、障害の受容は「人間的価値をどのように評価するかに帰着する問題」であるが、障害のある当事者自身が生きてきた社会の障害者に対する評価である能力主義的評価基準に依然として拘束されているなかで、「障害の受容」＝「価値の転換」が困難であることを指摘している。鈴木は、この指摘のなかで「能力のちがいの受容は本人だけに要求されるべき問題ではなく社会的規模で承認されるものであると述べる。ひきこもる若者が個々に社会と向き合う取り組みを展開する時、社会が彼らのユニーク

な人生をどう受容するのが重要な課題である。

文献

- 傳田健三, 2002, 『子どものうつ病』, 金剛出版
- 遠藤辰夫・井上祥治・蘭千壽, 1992, 『セルフ・エスティームの心理学—自己価値の探求—』, ナカニシヤ出版
- 玄田有史, 2004, 『ニートフリーターでもなく失業者でもなく』, 幻冬舎
- 玄田有史, 2005, 『働く過剰 大人のための若者読本』, NTT出版
- 五味常明, 1995, 『体臭恐怖—増補改訂版—もうニオイで悩まない—』, ハート出版
- Gutiérrez Lorraine Margot, Parsons Ruth J, Cox Enid Opal, (=2000, 小松源助監訳『ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント—その理論と実際の論考集』, 相川書房
- Harry Stack Sullivan, 1953, *THE INTERPERSONAL THEORY OF PSYCHIATRY*, (=1990, 中井久夫・宮崎隆吉・高木敬三・鐘幹八郎訳, 『精神医学は対人関係論である』, みすず書房)
- 畑哲信・前田恵子・辻井和夫・浅井久榮・金子元久, 2003, 「統合失調症者に対するエンパワーメントスケールの適用」『精神医学』45巻7号: 733-40
- 本田由紀, 2005, 『若者と仕事—学校経由の就職を超えて—』, 東京大学出版会
- 本田由紀, 内藤朝雄, 後藤和智, 2006, 『「ニート」って言うな!』, 光文社新書
- 伊藤順一郎, 2003a, 「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—」, 厚生労働省, 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰部
- 伊藤順一郎, 2003b, 「「ひきこもり」ガイドラインの基本的な態度」『精神医学』45(3): 293-97
- James F. Masterson, 1971, *Treatment of The Borderline Adolescent - A Development Approach*, (=1979, 成田善弘・笠原嘉訳, 『青年期の本質』, 金剛出版
- Walters, P. A. J. 1961 Student apathy. In: Blaine, B. Jr. & McArthur, C. C. (Eds.), *Emotion problem of the student. Appleton-Centry-Crofts.* (=1979, 笠原嘉, 石井完一郎他(監訳)『学生的情绪問題』, 文光堂
- 笠原敏彦, 2005, 『対人恐怖と社会不安障害—診断と治療の指針—』, 金剛出版
- 笠原嘉, 1984, 『アパシー・シンドローム—高学歴社会の青年心理—』, 岩波書店
- 笠原嘉, 1988, 『退却神経症—無気力, 無関心, 無快楽の克服—』, 講談社
- 春日武彦, 2002, 『17歳という病 その鬱屈と精神病理』, 文藝春秋
- 狩野力八郎, 2001, 「スキゾイド病理をもつ家族への援助」, 近藤直司編, 『ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防』, 金剛出版
- 城戸章夫, 1971, 「集団の組織」, 小川太郎編『講座 集団主義教育第3巻・集団主義教育の内容と方法』
- 北尾倫彦, 1986, 「落ちこぼれ・無気力・ひきこもり」『教育と医学』34(5): 439-443
- 小林清香, 吉田光爾, 野口博文, 土屋徹, 伊藤順一郎, 2003, 「社会的ひきこもり」を抱える家族に関する実態調査」『精神医学』45(7): 749-56
- 近藤直司・長谷川俊雄・蔵本信比古・川上正己, 1999, 『引きこもりの理解と援助』, 萌文社
- 近藤直司, 2001a, 「ひきこもりケースの理解と治療的アプローチ」近藤直司編, 『ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防』, 金剛出版
- 近藤直司, 2001b, 「ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防」, 近藤直司編『ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防』, 金剛出版
- 近藤直司, 2001c, 「家族教室・心理教育アプローチ ①発達論的観点に基づいた心理教育」, 近藤直司編『ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防』, 金剛出版
- 近藤直司, 2003, 「青年期におけるひきこもりの成因と長期化について」『精神医学』45(3): 235-40
- 工藤定次, 齊藤環, 2001, 『激論ひきこもり』, ポッ

- ト出版
- 倉本英彦, 2003, 「ひきこもりの予後」, 『精神医学』45 (3): 241-45
- 宮島邦明, 1977, 「子どものとらえ方」, 秋葉英則・宮島邦明・長嶋瑞穂・寺田ひろこ・高垣忠一郎・清水民子編『小・中学生の発達と教育』, 創元社
- 中井久夫・永安朋子, 2000, 『養生を念頭においた精神科治療, 中井久夫選集 分裂病の回復と養生』, 星和書店
- 中沢正夫, 1991, 地図は現地ではない—地域精神保健と医療の明日を考える, 萌文社
- 中村伸一, 1997, 『家族療法の視点』, 金剛出版
- 榎林理一郎, 2001, 「子どもの「ひきこもり」に悩む家族への援助」近藤直司編『ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防』, 金剛出版
- 小田晋・作田明編, 2005, 『心の病の現在—ニートひきこもり / PTSD / ストーカー』, 新書館
- 大川希・大島巖・長直子・榎野葉月・岡伊織・池淵恵美・伊藤順一郎, 2001, 「精神分裂病患者の自己効力感尺度 (SECL) の開発—信頼性・妥当性の検討—」『精神医学』43巻7号: 727-35
- 岡知史, 1999, 『セルフヘルプグループ—わかちあい・ひとりだち・ときはなち』, 星和書店
- 岡田章・郭麗月, 2000, 「不登校を主訴に外来を訪れた児童, 青年の統計的研究」, 『精神医学』42巻8号: 869-75
- 岡哲彦, 1980, 「ひきこもり現象と家族心理」『心と社会』23 (3).
- 小川太郎, 1974, 『教育と陶冶の理論』, 明治図書
- 小此木啓吾, 1978, 『モラトリアム人間の時代』, 中央公論社
- 小此木啓吾, 2000, 「ひきこもりの社会心理的背景」狩野力八郎・近藤直司編『青年のひきこもり—心理社会的背景・病理・治療援助』, 金剛出版
- PHILIP Barker, [1971]1993, *Basic Child Psychiatry*, (=1999, 山中康裕・岸本寛史監訳, 『児童精神医学の基礎』, 金剛出版
- PHILIP Barker, [1981]1993, *BASIC Family Therapy*, (=1993, 中村伸一・信国恵子監訳, 『家族療法の基礎』, 金剛出版
- 斎藤環, 2002a, 「社会的ひきこもりの精神病理」倉本英彦編『社会的ひきこもりへの援助—概念・実態・対応—の実証的研究—』, ほんの森出版
- 斎藤環, 2002b, 『ひきこもる思春期』, 星和書店
- 斎藤環, 2002c, 『ひきこもり救出マニュアル』, PHP研究所
- 斎藤環, 2003, 『ひきこもり文化論』, 紀伊国屋書店
- 佐々木嬉代三, 1998, 『社会病理学と社会的現実』, 学文社
- 佐藤洋作, 平塚真樹, 2005, 『ニート・フリーターと学力』, 明石書店
- Saleeby, D., 1996, *The Stengths Perspective in Social Work Practice: Extention and cautions*, *Social Work*, 41(3), 296-305,
- 下山晴彦, 1997, 『臨床心理学研究の理論と実際—スチューデント・アバシー研究を例として』, 東京大学出版会
- 鈴木聡, 2002, 『世代サイクルと学校文化—大人と子どもの出会いのために—』, 日本エディターズスクール出版部
- 鈴木勉, 1999, ノーマライゼーションの理論と政策, 萌文社
- 高橋象二郎, 2001, 「問題行動を示す子どもの予後と早期介入の有効性—海外の先行研究より」, 近藤直司編『ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防』, 金剛出版
- 高垣忠一郎, 2002, 『共に待つ心たち』, かもがわ出版
- 高木俊介, 2002, 『ひきこもり』, 批評社
- 高岡健, 2001, 「ひきこもり—その脱精神医学化のために」『病院・地域精神医学』44巻4号
- 竹内常一, 1987, 『子どもの自分くずしと自分づくり』, 東京大学出版会
- 谷冬彦, 宮下一博, 2004, 『さまよえる青少年の心』, 北大路書房
- 土川, 1989, 「大学生のアバシー—スチューデント・アバシー再検討—」, 清水将之編, 『青年期の精神科臨床』, 金剛出版
- 三好昭子, 2003, 「主観的な感覚としての人格特性的自己効力感尺度 (SMSGSE) の開発」『発達心理学研究』14巻2号: 172-79
- 波平恵美子, 1984 『病氣と治療の文化人類学』, 海鳴

- 社
- 鍋田泰孝, 2003, 「「ひきこもり」と不全型神経症—特に対人恐怖症・強迫神経症を中心に—」, 『精神医学』45(3):247-53
- 榎林理一郎, 2003, 「ひきこもりの治療と援助—家族へのアプローチ—」『精神医学』45(3):271-77
- 牛島定信, 2000, 「最近のひきこもりをどう考えるか」『精神療法』第26巻第6号, 金剛出版
- ビバハウス 便り <http://www.geocities.jp/vivahousejp/home.htm>
- 山田和夫, 1983, 『成熟拒否—おとなになれない青年達』, 新曜社
- 山田和夫, 1989, 「境界例の周辺—サブクリニカルな問題性格群—」『精神療法』15(4):350-360
- 山本耕平・金城清弘, 2003, 『助走, ひきこもりから』, クリエイツかもがわ
- 山本耕平, 2005, 「社会的ひきこもりの背景と類型化について」『大阪体育大学健康福祉学部研究紀要』第2号:23-37
- 山本耕平, 2007, 「社会的ひきこもりの類型別実践課題試論」広島国際学院大学現代社会学研究科, 平成19年度博士論文
- 山本耕平, 2009, 『ひきこもりつつ育つ—若者の発達危機と解き放ちのソーシャルワーク』, かもがわ出版
- 山本誠一, 1992, 「青年期における不安の二側面に関する実証的検討」『心理学研究』63巻1号:8-15
- 吉川悟, 2001, 「学校現場でできる範囲の予防的介入」, 近藤直司編『ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防』, 金剛出版

Identifying Adolescent HIKIKOMORI as an Issue of Mental Welfare

YAMAMOTO Kohei *

Abstract: Reclusive withdrawal into the home is an issue that concerns the relationship between individuals and society. Assessments and practical interventions that attempt to overcome this state have been the subject of research on social issues and social assistance theory only recently. There are an estimated 1.5 million social recluses throughout Japan, but this number has no absolute statistical basis. Moreover, those who are clinically labeled as social recluses (*shakai hikikomori*) seem to be increasing year by year.

Young social recluses have difficulty coping with life. They are in a situation in which they are inhibited from proactively facing developmental issues. These life disabilities occur in the involvement of social backgrounds such as values, cultures, and economics that regulate life, as well as the functions of the family (particularly the functions of the sub system and groups), and social systems that regulate livelihoods and development after puberty.

This study studied a part of the structural elements of assessment, but will need further study of its levels of validity. In particular, there are a number of difficulties that were the result of the study's cognitive management. One of these difficulties was the absence of a scale that would determine the increasing difficulty of social relationships. Because of this, we referred to DSM-4 for degrees of severity, and established these levels by including analysis of information from the subjects, families, and supportive persons. However, as would be expected, these levels were influenced by the authors' own values. In the future, when the efficacy of the practice employed based on this scale and assessment standard to overcome reclusive withdrawal is scientifically elucidated, we can say that it has validity as criteria.

In addition, family recovery is a very important support for the recovery of the social recluse. For the sake of practical research on mental health, there must be prompt research on the topic of the social recluse and his or her family.

Keywords: psychiatric social work, youth issue, HIKIKOMORI, assessment, intervention

* Professor, Faculty of Social Sciences, Ritsumeikan University