

Title	ひきこもりの基本問題とその対応
Sub Title	Basic problems and related matters regarding "Hikikomori (social withdrawal)" : how to support Hikikomori
Author	須田, 誠(Suda, Makoto)
Publisher	慶應義塾大学大学院社会学研究科
Publication year	2011
Jtitle	慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要 : 社会学心理学教育学 : 人間と社会の探究 (Studies in sociology, psychology and education : inquiries into humans and societies). No.72 (2011.) ,p.55- 70
JaLC DOI	
Abstract	This study focused on basic problems and related matters regarding "hikikomori (social withdrawal)" that was one of big issues in Japan recently. First, it was arranged essential information of hikikomori in Japan. Second, since hikikomori was divided into a mental diseased hikikomori and non-mental diseased one, each feature was studied. Third, the most difficult assessment as supports of hikikomori was investigated. Forth, it was examined the methodology of psychological supports for the identified person through their family. Finally, it was suggested that the family association would become more important in the future for hikikomori. Therefore I proposed that the useful construction of psychological clinical service would be set up for family association. Accordingly, clinical psychologists who support hikikomori must have the new identity for providing adaptable service of various patterns differing from traditional them who provide service of a single pattern.
Notes	論文
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000072-0055

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

ひきこもりの基本問題とその対応
Basic Problems and Related Matters Regarding
“Hikikomori (Social Withdrawal)”
—How to Support Hikikomori—

須 田 誠*
Makoto Suda

This study focused on basic problems and related matters regarding “hikikomori (social withdrawal)” that was one of big issues in Japan recently. First, it was arranged essential information of hikikomori in Japan. Second, since hikikomori was divided into a mental diseased hikikomori and non-mental diseased one, each feature was studied. Third, the most difficult assessment as supports of hikikomori was investigated. Forth, it was examined the methodology of psychological supports for the identified person through their family. Finally, it was suggested that the family association would become more important in the future for hikikomori. Therefore I proposed that the useful construction of psychological clinical service would be set up for family association. Accordingly, clinical psychologists who support hikikomori must have the new identity for providing adaptable service of various patterns differing from traditional them who provide service of a single pattern.

はじめに

近年、「ひきこもり」という言葉は巷に浸透し、誰もが知るところとなった。一般では「ひきこもりは贅沢病であり、心が弱いからそうになってしまうのであって、家から引っ張り出せば鍛えられる」という論調も存在するが¹⁾、事態はそれほど簡単ではない。ひきこもりの援助に携わった者なら誰もが知るところだが、ひきこもる者はそれほど「柔（やわ）」ではないのだ。ひきこもることにかけてはむしろ常人よりもはるかに「屈強」である²⁾。なぜ、彼らは「屈強」なのか。それは彼らが「生きる上での重大な決断としてひきこもることを選んだから」である。常人と思い込んでいる我々の方が人生における重大な決断を出来る限り避けて、大勢に身を任せているのかもしれないし、その方がこだわりなく呑気に生きていけるものである。

尚、「自ら選んでひきこもったというのならば、そうさせておけばよい」という考え方もあり得るが、

* 福島学院大学福祉学部（コミュニティ心理学）

筆者は「放置」という立場をとらない³⁾。筆者は心理臨床家であるが、心理臨床においては「余計なお節介」は厳に慎むべきとされている。そして、援助を求める者には等しくそのサービスを提供するべきとされている。ひきこもりの援助を行っている多くの者が知っていることであるが、ひきこもる者は自らの意思でひきこもるという大決断をしておきながらも、その一方で、「ひきこもりの現状は辛く苦しいので何とかして欲しい」と願っているのである。心理臨床家としては、「放っておいてほしいが何とかして欲しい」というアンビバレンスなメッセージを受け止めたときに、「何とかして欲しい」という方のメッセージを選び、介入を行うのである。

また、そうした心理臨床家の一般的な態度とは別に、筆者は不登校・ニート・ひきこもり等の所謂「若者問題」への取り組み方は、若者をどう見るのかに因ると考えている。筆者は若者を「善い存在」であると見なしているし、誰もがかつては若く幼く未熟であったのであり、それを見守りつつ成長を促すことは大人である筆者の役割であると自覚している。そこで、筆者はひきこもりという問題の解決に具体的に参加しながら研究を進めているのであり、誰もが切り捨てられることなく共に生きるための心理臨床サービスの構築を模索しているのである。

本稿では、第一に、ひきこもりについての基本情報の整理を行い、第二に、精神病性のひきこもりと非精神病性のひきこもりのそれぞれの特徴について論じた。第三に、ひきこもりのアセスメントの困難さについて議論し、第四に、家族を介して当事者に援助することの方法論について検討を行い、最後に、ひきこもり援助に関する今後の課題を提示した。また、本稿においては、ひきこもり援助においてあまり取り上げられることのなかった「アセスメント」について議論したことと、「就労」や「キャリア教育」を視野に入れた議論をしたことが特色である。

ひきこもりの定義

2005年に厚生労働省が発行した『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』によると、ひきこもりの定義は次の通りである。“①自宅を中心とした生活を送っており、②就学・就労といった社会参加をしておらず、③その状態が6ヶ月以上続いている者のうち、④統合失調症等の精神病圏の疾患と中等程度以上の精神遅滞 (IQ: 50-55) を持つ者は除き、また、⑤家族以外の他者と親密な人間関係が維持されている者も除く”，というものである。この定義は臨床的に妥当なものであり、多くの調査で採用されている。精神病性のひきこもりは除くことと、家族以外の親密な他者との交流がある場合も除外されることがポイントである。「6ヶ月」という期間に厳密な根拠はないが、1年の大半をひきこもっているとすると社会生活を営む上で支障が出ると想定しているのである。

更に、2010年に厚生労働省が発行した『ひきこもりの評価・支援のガイドライン』では、ひきこもりの定義を“様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）”を指す現象概念と定義づけており、概ね従来通りである。但し、“ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべき”と強調し、ひきこもりの援助者に対して、ひきこもっている統合失調症患者およびその家族が「非精神病性のひきこもり」と無意識的に誤認して援助を求めてくる場合が多いと

注意を促している。

実際、筆者の経験では、地域におけるひきこもりの第1線の相談窓口である保健所および精神保健福祉センターは、非精神病性のひきこもりの相談窓口であるにも関わらず、実際には統合失調症・うつ病・不安障害等の精神病性のひきこもりの相談が圧倒的であり、次いで多いのは知的障害を含んだ発達障害に由来するひきこもりの相談であった。このことは、第1線窓口では、ひきこもっている統合失調症者や発達障害者を確実に医療機関に繋げることが重要であるということと、第1線窓口の援助者は、例えば家族のみから得られた情報であったとしても、的確にアセスメントをして、話題に上がっている当事者が統合失調症等の精神疾患や発達障害であることを見破らなければならないことを意味している。これは非常に重要であると同時に、援助者には非常に難しい課題である。ひきこもりの援助におけるアセスメントの重要性については後述する。

ひきこもりの実態調査

2002年に岡山大学は精神保健学者の川上憲人を主任研究者として「こころの健康についての疫学調査に関する研究」を実施した。これは、岡山県・鹿児島県・長崎県の20歳以上の無作為抽出された一般住民1,649人（協力量率56.4%）を対象にした調査で、ひきこもりの子どもがいる世帯は全国で41万世帯（推計）という結果が得られた。

2003年には厚生労働科学研究事業として精神医学者の伊藤順一郎を主任研究員として「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」が実施された。調査対象は全国の保健所（回答率94.7%）・精神保健福祉センター（回答率100%）であった。その結果、2002年1月から12月の間のひきこもりに関する相談は、電話相談9,986件（延べ）、来所相談4,083件（実数）であった。ひきこもりの当事者の性別は男性76.9%・女性23.1%で、当事者の平均年齢は26.7歳で、18歳以下14.3%・19-29歳52.1%・30歳以上32.3%であった。小中学校いずれかの不登校経験者は33.5%、就労・アルバイトの経験ありは53.1%・経験なし40.3%・不明6.6%であった。

同じく、2003年には精神医学者の金吉晴を主任研究員として「若年者におけるひきこもり事例の有病率に関する予備調査」が実施された。これは、三重県尾鷲市の全世帯を調査対象としたもので、ひきこもり体験者0.49%、継続中の者は0.12%という結果を得た。これを基にすると、全国ではひきこもり体験者約60万人（推計）、ひきこもり継続中の者は約14万人（推計）となる。

2005年にはニートの調査が実施された。この調査の主任研究員であるキャリア研究者の小杉玲子は、2005年の『労働経済白書』の定義を用いて、ニートを「仕事をせず、失業者として求職活動もしていない非労働力のうち、15歳から34歳までで、卒業者かつ未婚で、通学や家事を行っていない者」と定義した。調査対象は全国の若者自立塾・地域若者サポートステーションの利用者で、彼らの約半数がこれまでの生活経験の中で経験している項目は「学校でいじめられた」「会社を自分でやめた」「ひきこもり」「精神科・心療内科の受診」「職場の人間関係のトラブル」であった。尚、2009年の厚生労働省による「労働力調査」によると、ニート数は約63万人である。

2008年には臨床心理学者の高塚雄介を主任研究員として東京都でひきこもりに関するアンケート調査が実施された。調査対象は東京都内の15歳から34歳の無作為抽出された若年者（15歳以上34歳未満）3,000人で、このうち有効回答者は1,388人（有効回答率51.2%）であった。そのうちひきこもり者は0.72%おり、東京都内では25,000人と推計される。

2010年には内閣府が精神医学者と臨床心理学者を中心としたチームを組み、「若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）」を実施した。調査対象は全国の15歳以上39歳以下の者5,000人で、アンケート用紙を訪問留置・訪問回収した。有効回収数（率）は3,287人（65.7%）であった。このうちひきこもり群は59人（1.79%）で、総務省の「人口推計」（2009年）によれば、全国では推計で69.6万人となる。この調査では、「ひきこもる気持ちが分かる」等という質問項目が複数設けられており、それに肯定的に回答した者をひきこもり親和群としているが、これは全国では推計で155万人という結果となった。ひきこもり状態の子どものいる世帯は、全国で約26万世帯と推計されている。

その他にも調査は行われているが、現在のところ最も信頼性の高い調査結果は、この内閣府（2010）による全国のひきこもり群69.6万人（推計）、全国のひきこもり親和群155万人（推計）、ひきこもり状態のいる子どものいる世帯26万世帯（推計）である。1998年に、我が国のひきこもり研究の第一人者である精神科医の斎藤環が臨床の実感として「全国のひきこもり者は100万人」と述べ、当時、アメリカの「タイムズ」等でも引用された。100万人とまではいかずとも69.9万人という数字は驚くべき数字である。

精神病性ひきこもりとその周辺

内閣府（2010）の「思春期のひきこもりをもたらし精神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」によると、ひきこもりは、第1群（統合失調症・気分障害：薬物療法による治療が必要）、第2群（広汎性発達障害・知的障害：生活・就労支援が必要）、第3群（パーソナリティ障害や適応障害：心理療法的アプローチが必要）の概ね3群に分かれたと報告されている。精神病性のひきこもりは、ここで言う第1群と第2群に相当するだろう。

ひきこもり（social withdrawal）とは、精神保健医療の分野においては、元々は統合失調症（schizophrenia）を初めとする精神疾患や精神障害の症状を指す用語であった。統合失調症者は、陽性症状および陰性症状のために自室や自宅に蟄居することが多々ある。陽性症状の場合であれば、「CIAが電波を使って監視しているため外出できない」等という妄想を抱いて、部屋の窓にアルミホイルをびっしりと張り詰めて、その部屋の外には出ないということがある。一方、陰性症状の場合であれば、エネルギーが低下して、考えることも感じることもままならず、ひたすら横臥しているということがある。

統合失調症の陰性症状と同じような状態になるのがうつ病（depression）である。気分障害（mood disorder）の大うつエピソードでもやはりエネルギー低下による蟄居が見られる。

心的外傷後ストレス障害（post traumatic stress disorder：以下PTSDと表記する）においても、ひきこもりは特徴的な症状である。PTSDでは、戦争や災害や事故や虐待やレイプ等により、心理的に大きなダメージを受けた後で、当時の状況を生々しく心的内界で再現するというフラッシュバックの症状が出現する。それは、受けたダメージに関連する刺激に触れただけで出現するものなので、次第に外界の刺激を回避するようになり、遂には外出もしなくなるのである。

不安障害（anxiety disorder）の者もひきこもりやすい。精神医学者の笠原（1977）によると、不安障害者の不安は強いて言えば“足元に深淵が開いている時のような感じ”であり、そのような得も言われぬ不安を不安障害者は常に抱いている。但し、その不安がかりそめの対象を持つことがあり、恐怖症に姿を変える場合がある。その対象は人間であったり、広場であったり、乗り物であったり、動物であったり、不潔であったりする。すると、彼らはそれを回避するために、外出を避けるようになるので

ある。

不安障害と概念的に重なる部分の多い強迫性障害 (obsessive-compulsive disorder) の者もまた外出を避けるようになる。強迫性障害の中でも不潔恐怖は特にひきこもりになりやすい。常人であれば気にならない「汚れ」や「穢れ」が頭から離れず、外出している間は常に不快な思いをし、帰宅後に肌が荒れるほどの洗浄をするのである。そのことに疲れ果て、遂には自宅または自室を清潔な「聖域」として、その聖域にひきこもって、不潔な世界には出て行かなくなるのである。強迫性障害の特徴は「こだわりと心配」であるが、鍵をかけたか、ガス栓を閉めたか、ストーブを消したか等が心配になり、何度も何度も確認をする。あるいは、自動車で行く途中、人を轢いてしまったのではないかと心配になり、何度も何度も走行を停止しては車を降りて確認をする。そうした確認行動に疲れ果てて、ひきこもる例も多々ある。

また、近年注目されているのが、発達障害 (developmental disorder) のひきこもりである。発達障害では、中枢神経系の成熟に強く関連した機能の発達の偏りや欠如が見られる。具体的には社会性の障害・コミュニケーションの障害・想像力の障害が現れるため、人生早期からの支援が受けられない場合には、社会適応がうまくいかずにひきこもってしまう場合がある。

更に、精神病性ではないが、今後は明らかな障害を持つ者のひきこもりにも注目する必要があるだろう。例えば、身体障害 (physically disability) や知的障害 (mental retardation) を持つ者もまた社会参加ができずにひきこもりやすいと言える⁴⁾。

非精神病性のひきこもりとその周辺

近年、問題となっているのは、疾患や障害が背景にないひきこもりである。これは内閣府 (2010) の調査結果の第3群 (パーソナリティ障害や適応障害: 心理療法的アプローチが必要) に相当し、敢えて精神医学の見地からラベルを貼ればパーソナリティ障害や適応障害が「非精神病性のひきこもりとその周辺」と言えるだろう。

パーソナリティ障害 (personality disorder) とは、異常な性格とか偏った性格という概念と重なる。同じ概念を「パーソナリティ障害」と呼ぶこともあれば「人格障害」と呼ぶこともあるが、「人格」という日本語が「その人の人間性そのものを指す」というニュアンスがあり、「人格障害」というと人間性の否定になりかねないため、修辭的な問題ではあるが、近年では「パーソナリティ障害」と呼ばれるようになってきた。さて、パーソナリティ障害は、精神分析学を代表とする様々な理論により説明が試みられているが、筆者としては未だ明確な「障害」としては認めがたい。パーソナリティを論じるにあたっては気質等の遺伝的要因も含めて論じるべきであるが、本稿では紙幅の都合上割愛する。本稿では精神分析学を援用して、パーソナリティ障害とは「幼少期の子どもと両親の関係が影響して思春期以降に生じる性格の偏り」と解釈するととどめる。性格 (character) とは、人格のように人間性を表す概念ではなく、その人が社会的相互作用の中で身に付けた情緒や行動の持続的な表出パターンである。更に、それら性格の偏りをアメリカ精神医学会 (2003) による「精神疾患の診断と分類の手引き (DSM-IV-TR)」をもとに便宜上の分類をすると、A群 (精神病に近いグループ)、B群 (情緒不安定のグループ)、C群 (不安が強いグループ) に分けられる。DSMの人格障害の分類を表1に示す。

A群においては、統合失調症的な性格の偏りから奇矯な思考パターンを有し、そのために社会不適応が生じ、ひきこもると考えられる。B群においては、情緒不安定のために人間関係の構築および維持が

表1 『DSM-IV-TR』の人格障害の分類

・ A 群	(1) 妄想性人格障害 (2) シゾイド人格障害 (3) 統合失調症型人格障害
・ B 群	(1) 反社会性人格障害 (2) 境界性人格障害 (3) 演技性人格障害 (4) 自己愛性人格障害
・ C 群	(1) 回避性人格障害 (2) 依存性人格障害 (3) 強迫性人格障害
・ 分類不能の人格障害	

不安定である点から、社会不適応が生じ、ひきこもると考えられる。C群においては、己の内の不安やこだわりが強いため、己と集団との折り合いがつかずに社会不適応が生じ、ひきこもると考えられる。

さて、内閣府（2010）のひきこもりの分類における第3群には、もう一つの疾患様状態である「適応障害（adjustment disorders）」が挙げられている。適応障害とはストレスが原因で生じる社会生活上・学業上・就業上の困難のことを言う。筆者の臨床上の経験からは、適応障害は疾患や障害とは言い難く、当事者が保険を使って薬物の処方等の医療的処遇を必要としている場合に下される便宜的な診断名であると言える。これと同じものに「うつ状態（depression）」が挙げられる。我が国では医師が診断名を下さなければ保険診療を行うことができないため、それと同時に、精神疾患や精神障害は医療機器による検査で迅速に鑑別ができるものではないため、このような「本格的な診断を下す前の便宜的診断名」が存在するのである。適応障害やうつ状態は、医療機関において明確な疾患や障害が見当たらない不登校やひきこもりの者に対して適用される場合が多い。

パーソナリティ障害や適応障害は、一見すると、常人と変わらないため、「怠け」や「甘え」や「弱さ」として周囲からは誤認されやすい。しかし、実態は本稿の冒頭で述べたように逆であり、むしろ、「頑固」で「こだわり」が強いパーソナリティや性格であるために、他者に迎合しなかったり、学校や会社等の組織の規則に反発したりする場合が多い⁵⁾。

更に、筆者の臨床的な印象では、親子である以上はパーソナリティや性格と呼ばれるものが遺伝的に因っても環境的に因っても似るのは必然であり、そのため、親はひきこもる子どもの心性に思い当たる節があり、子どもに対して強い態度を取れない場合が多いようである。

さて、内閣府（2010）の調査では、「ひきこもり親和群」と呼ぶ一群の存在が浮かび上がっている。これもまた非精神病性のひきこもりとおおいに関連があろう。この一群は、ひきこもってはいないのだが、「家や自室に閉じこもっていて外に出ない人たちの気持ちがわかる」「自分も、家や自室に閉じこもりたいと思うことがある」「嫌な出来事があると、外に出たくなくなる」「理由があるなら家や自室に閉じこもるのも仕方がないと思う」という項目に同意を示した人達である。その出現率は3.99%にのぼり、全国に約155万人が存在するという推計がなされている。

ひきこもり親和群は、古典的にはエリクソンが提唱した常人におけるライフサイクル上の同一性拡散（identity diffusion）の心性にあるのかもしれないし、あるいは精神分析家の小此木（1981）が1971年に論考した“モラトリアム人間”や、笠原（2002）が1984年に論考した“アパシー・シンドローム

(apathy syndrome)”もしくは“退却神経症 (withdrawal neurosis)”に近い心性を持っているとも考えられる。ひきこもり親和群が全てひきこもることはないであろうが、この群の中から一定のひきこもり者が生まれてくることは容易に推測される。

非精神病性ひきこもりの生物-心理-社会的側面

生物・身体的 (biological) なことに関連する側面としては、昼夜逆転の生理的リズムになりやすいことが第一に挙げられる。昼夜逆転は当事者も家族も心理的側面である意欲の問題と考えがちだが、これは生物・生理学的な問題である。また、ひきこもりが長期化することにより、様々な病理が引き出されることがある。強迫性・回避性・抑うつ等の神経症的傾向が強まり、それらが行動化・症状化しやすくなるのである。精神病に近い状態になったり、情緒不安定になったり、不安になったりとパーソナリティ障害レベルの問題が深刻化する場合もある。

心理的 (psychological) なことに関連する側面としては、思春期や青年期の心理的発達に必要な葛藤は、ひきこもりという行動となって現れやすいということが第一に挙げられる。その時期には、対人恐怖傾向、傷つきやすさ、内省の強さ、反抗や非行等の行動が多く現れる。また、自信や自尊心が低下しやすく、意欲も低下しやすくなる。

ひきこもりの心理を理解するためには、精神分析的解釈が有効である。精神分析学では防衛機制の一つに「ひきこもり (withdrawal)」を挙げており、自我による現実への適応策の一つと見なしている。特に、対象関係論学派においては、クライン (Klein, M.) の「妄想-分裂ポジション (paranoid-schizoid position)」, フェアバン (Fairbairn, W. R. D.) の「分裂的状态 (schizoid conditions)」, ウィニコット (Winnicott, D. W.) の「孤立 (isolation)」, オグデン (Ogden, T. H.) の「自閉-隣接ポジション (autistic-contiguous position)」等も正常発達のなかのひきこもりの側面をさす概念である。ひきこもりの援助者は、ひきこもりの心理を病理的で否定的なものと決めつけず、その心理が持つ肯定的側面をしっかりと見据えて時には支持する姿勢も必要である。

社会・文化的 (sociological) なことに関連する側面としては、就学や就労に一度挫けた者が再チャレンジするチャンスが社会の中で乏しいということが第一に挙げられる。我が国では「学校適齢期」が強固に存在し、一度その時期から逸れてしまうと学校に復帰することが実質的にできなくなるという文化が存在する。ひきこもる者の中には基礎学力が身につけていない者もいるので、学校をドロップ・アウトした者が復学できる風土を作ったり、学校を終えた者が再び本気で学業を学ぶというリカレント教育を普及させるべきである。また、ひきこもりの者がいる家庭は富裕層であるという誤解も存在するが、ひきこもる者のいる家族の中核は低所得者層である (宮本, 2007)。そのため、父親の定年前後に経済的問題を巡って大騒ぎが繰り返られるのである⁶⁾。

また、ひきこもる者を持つ家族は、一般的価値観 (「学校に行かなければならない」「働かなければならない」「良い子・良い親でなければならぬ」等) に過剰適応する家族文化を持つ場合が多い。そのような家族は、子どもの適応がうまくいかない場合、家族全員が急激に活力を失ったり燃え尽き症候群 (burnout syndrome) のような状態に陥りやすい。

エリクソンはアイデンティティ拡散症候群 (identity diffusion syndrome) を提唱したが、その状態像は、いつまでも心理社会的モラトリアムの段階に停滞し、しかも、同一化できる対象が見つからずに自己意識ばかりが高まり、モラトリアムを有意義に楽しめない状態と見なすことができる。小此木

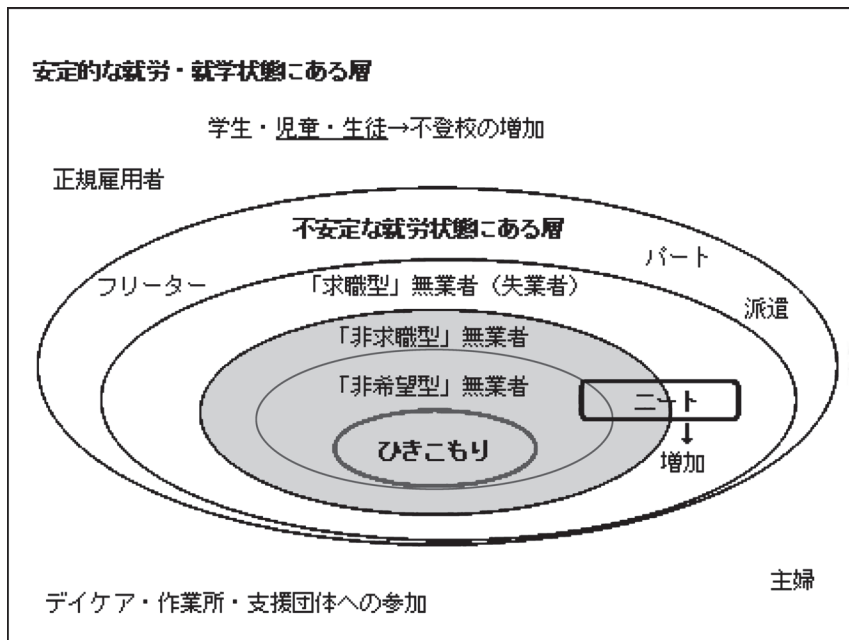


図1 自立支援の対象となる若年者の職を中心とした捉え方（2007年の厚生労働省の図に筆者が加筆して改訂）

(1981) は、これを現代日本社会一般の心理社会的性格であるとしている。こうした現代日本の社会的特徴が、個々人の不適応的な自己愛傾向とシゾイド傾向を強調し、ひきこもりをもたらす可能性がある。

今なぜ問題なのか

ひきこもりの問題がなぜ今日的な問題なのかと言うと、第1には、不登校 (school absence) やニート (not in Education, Employment or Training: NEET) 等の「ひきこもり予備軍」が多数存在することが挙げられる。斎藤 (2006) は「ひきこもりの多くは不登校から長期化したものである」と述べている。内閣府 (2010) の調査でも、ひきこもり群とひきこもり親和群は、一般群に比べて「不登校を経験した」という回答が多かった。1970年代から増加し続けている不登校の児童・生徒数は、1998年から全国で10万人を超え、以後、横ばい状態で減少することがない。

また、ひきこもりは雇用 (employment) の問題と密接に関連している。若年無業者は容易にひきこもりの生活に陥りやすいのである (宮本, 2007)。厚生労働省によると、若年無業者とはニートに類似した概念で「非労働力人口で、15歳から34歳までの通学や家事をしていない者」であるが、2002年から全国で60万人を超え、以後、横ばい状態で減少することがない。

就学・就労状態とひきこもりの関係を図1に示す。この図の楕円の内側が、若年層における就労・自立支援の対象である。楕円の中心に近づくほど、社会との関係が希薄で就労の意思が低いことを示している。尚、この図における無業者からは通学している者と配偶者のいる者は除かれている。「求職型」無業者とは、就職希望を表明し、求職活動をしている者であり、一般には失業者と呼ばれる。「非求職型」無業者とは、就職希望を表明しているが、求職活動はしていない者である。「非希望型」無業者とは、就職希望を表明していない者である。彼らの心理および行動は図の楕円に示したように階層構造を

成す。長引く社会経済状況の悪化により、「求職型」無業者は、「生活のために働かなければならないので就職したいが、ハローワークに通いつめても仕事が見つからないので疲れ果てた。しばらくアクションを起こしたくない」と思い詰める場合がある。そのため、「求職型」無業者は容易に「非求職型」無業者に陥りやすい。そして、遊ぶお金もないので家で無為に過ごしている「非求職型」無業者は、「どうせ就職活動をしてしても無駄なのだ。自分など雇ってくれる職場はないのだ」と思い詰めやすい。そのため、「非求職型」無業者は容易に「非希望型」無業者に陥りやすい。いわゆるニートと呼ばれる若者の心理は、「求職」と「非求職」と「非希望」の各層を不安定に行き来しているのである。この階層構造の中心がひきこもりであり、「ひきこもりは頑なな『非希望型』無業者」と言うこともできよう。

この図からは、就労している者と言えども、将来を楽観できないことも分かる。フリーターやパートや派遣社員等の不安定な就労状態にある層は、いつ「失業者＝『求職型』無業者」になるとも知れない。就労のチャンスに乏しい社会状況にあっては、ひとたび楕円の内側に陥ると、より内側の心理および行動の状態に陥りやすいのである。

第2の問題としては、ひきこもる者はキャリア教育（career education）から排除されるということが挙げられる。2010年に「子ども・若者育成支援推進法」が制定されたが、これはキャリア教育の充実を図るためのものである。こうした流れを受けて、初等教育においても「仕事体験」等の早期キャリア教育が始められたが、不登校の児童・生徒はそれを受けることができない。また、近年、高等教育においては、学生に対する手厚いメンタルヘルスケアとキャリア開発（career development）が行われるようになってきているが、高校・大学に通学しない者はそれを受けられないという問題が生じるのである。

第3の問題としては、ひきこもる者とその家族の高齢化が挙げられる。ひきこもりの大きな特徴の一つは「遷延化」「長期化」しやすいということである。当事者が高齢になると就労も就学も結婚も難しくなる。現状では、職歴の乏しい40代の男性が就労できるチャンスは皆無である。高齢になるほど学校に行くことを再チャレンジする意欲もなくなる。女性の場合は特にそうであるが、ひきこもる娘を結婚させようとする家族が多く見られる。結婚をすれば「若年無業者」という肩書きだけはなくなり「主婦」となるという理屈だが、実際には、収入も社会経験もなく、対人不安・対人緊張の強い者が結婚できるチャンスは皆無である。ひきこもる子どもとの生活を何とか経済的に支えてきた親も、団塊の世代が多く、定年してすぐに経済的不安に端を発してあらゆる不安が強くなる。当事者や家族の不安と焦りは、ひきこもりをより増悪させる。

最も重要であるアセスメント

第1に挙げられるひきこもり援助の重要な点は、アセスメント（assessment）である。アセスメントとは、当事者の資質および環境が持っている力と持ちうる力を見立てることである。ひきこもりのアセスメントにおいて、援助者は、隠匿されやすい情報を家族という第三者からうまく引き出す力が要求される。

ひきこもり援助の課題は「健常者を病者と誤ることはあっても、病者を健常者と誤ることはあってはならない」である⁷⁾。ひきこもりの援助においては、まず第1に、当事者からの情報であっても家族からの情報であっても、ひきこもりの背景に原疾患や一次的障害（統合失調症、気分障害、不安障害、強迫性障害、発達障害、知的障害、身体障害等）があるかどうかを正確に見立てる必要がある。疾患や障害であれば、医療機関での治療を最優先する必要があるからである。また、家庭内暴力や虐待や自殺や

自傷の危険があるかどうかをも見立てる必要がある。それは、そうした事態が生じている場合には、警察や児童相談所や女性センターに危機介入を依頼する必要があるからである。

しかし、精神疾患や精神障害は「恥」と見なす風潮があるため、当事者も家族も罪悪感を感じている場合がある。当事者ですら、自身がよもや精神の病気であるということは否認する。ましてや家族であれば尚のことである。そのため、家族情報に基づいて正確にアセスメントを行うのは至難の業である。当事者が「FBIに監視されている」「食事に毒を盛られている」等と家庭内で言っている場合ですらも、相談の場に現れた家族は、無意識的であれ、そうした情報を言わないという形で精神疾患や精神障害を隠匿し、「何とか外に出て働いてもらえないものか」等と迂遠なことを訴えるのである。発達障害の場合であれば、当事者も家族もどのような障害であるかも分からないので、「融通の利かない子」「ちょっと変わった子」で済まされてしまう。

また、現代の我が国は、高校就学年齢者の約96%が高校進学をしている時代であり、希望すればほぼ100%の子どもが普通科高校に進学できる時代である。我が子が普通科高校に入学したという実績があれば、家族は子どもが軽度知的障害である等とは夢にも思わないであろう。しかも、知的障害の子どもであっても、よほど重度でない限りは、ゲーム機や携帯電話等の操作は案外に出来るのである。ゲーム機を巧みに操る我が子を知的障害と思えない家族は、「うちの子は外出しないし働かない。ひきこもりだ」と訴えるのである。尚、知的障害の場合は、筆者の受け持ったケースにおいては、就職に向けて普通自動車免許を取得する段になって、学科に手も足も出ず、ようやく軽度知的障害であると発覚するケースが多い。知的障害である場合は、十分な話し合いがなされて、本人も家族も同意すれば、福祉による既存の援助の道が多数存在する。

また、更にアセスメントを難しくすることが、「二次的障害としての精神症状の出現」である。元々は疾患や障害ではないにも関わらず、ひきこもりが長期化すると、妄想様状態に陥ったり、強迫行動が現れる場合がある（斎藤，2006）。ひきこもりの二次的障害としてのうつ状態は比較的多く見られるものである。

一次的障害であれ二次的障害であれ、援助者はそれらの精神医学的および臨床心理学的知識を持っている必要があり、医師のように診断は下さずとも、それらの疑いをアセスメントして医療機関に紹介（reference）する必要がある。しかも、この課題の難しさは、精神の病気という重圧があるので、アセスメントが正確であればあるほど相談者との信頼関係が壊れやすく、中には紹介に至らず、相談から撤退してしまうケースも多いことである。臨床心理士・保健師・精神保健福祉師・教師という専門家であっても、ひきこもりのアセスメントは困難であり、ましてや民間のひきこもり援助施設や地域若者サポートステーションのスタッフにとっては、もっと困難なことである。そのため、急性期にはない統合失調症者が民間の援助施設に時々顔を出し、スタッフは「いつまで経ってもこの人は就労しない」と嘆いているという状況が存在する。

筆者は心理臨床家の業務において最も重要なものはアセスメントであると考えているが、筆者の印象では、資格保持者の増員を目指す故に「粗悪品の大量生産」が生じ、力量不足の臨床心理士が増えていくように思える。

家族援助の実際

ひきこもりの援助においては、個人援助を当事者にできることが最も望ましい。しかし、ひきこもり

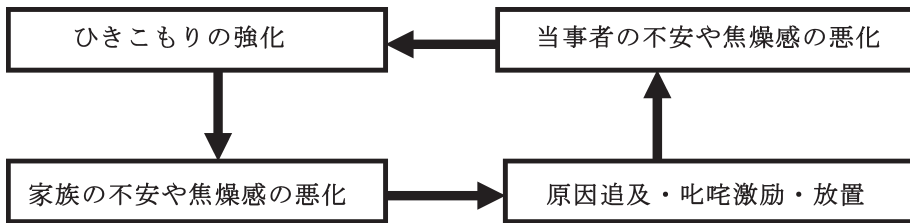


図2 ひきこもりを遷延化させる家族のコミュニケーション・パターン（ひきこもり研究者の共通認識であるパターン）

の問題を難しくしている最大のポイントは、困難を抱えていても当事者が援助を求めて外に出ることがないということである。もしも援助機関・相談機関を当事者が訪れた場合は、彼らの不安の強さ・慎重さ・傷つきやすさ・プライドの高さを考慮して、個別の心理療法をする必要がある。当事者が来談した場合は、洞察的心理療法（insight therapy）も有効である。なぜなら、彼らは孤立無援の状態にあって独自に洞察を深めている場合があり、それを援助者との共同作業とすることは彼らの対人不安を緩和させることに有効だからである。当事者は援助者を頼っても良いのであるし、頼るべきである。精神分析学者のウィニコットの言葉を借りれば「依存なき自立は孤立である」と言えるからである。

また、当事者がいずれば集団心理療法に参加することもまた必須である。当事者が社会に出るためには「ジェネリックな力（generic skills）」が必要とされるが⁸⁾、いきなり本質的な対人コミュニケーションを身につけることは無理でも、グループワークで形式的なコミュニケーションを身につけると、本質的なコミュニケーションに対する構えが減り、双方向の生成的なコミュニケーションが取れるようになる場合が多いと言える。

ひきこもりの援助において、最も多く行われている援助は家族援助である。実際、「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」（厚生労働省、2002）によると、全国の保健所および精神保健福祉センターでのひきこもり相談において、家族のみの援助は59.8%、当事者のみの援助は9.0%というように、家族のみの援助が圧倒的であった。この調査結果は、その後も大きな変化はないとされている。ひきこもりの援助では、ひきこもりという問題の性質上、当事者が援助の場に現れることは少なく、家族が援助を求める場合が圧倒的である。家族は当事者を思い遣り心配しているからこそ援助を求めるのだが、大抵の場合、彼らは当事者の問題にばかりに目がゆき、健康的な資質に目を向けることができないが故に、当事者を愛することができずにいる。たいてい家族はそのことに罪悪感を抱いている。そして、家族はその葛藤を当事者に投影（projection）してしまい、当事者もまたそれを敏感に感じ取り、双方が葛藤を抱いてぎこちない態度になってしまうのである。これが、ひきこもる者がいる家族特有の悪循環のコミュニケーション・パターンである。これを図2に示す。

悪循環の「根っこ」となるものは、斎藤（1998）が初めて指摘した通り、①原因追及、②叱咤激励、③放置である。これはシステム論に則った考え方であり⁹⁾、システム論的介入戦略（systems approach）は家族療法（family therapy）と呼ばれる心理療法を中心に採用される戦略で、心理臨床家には馴染みのある考え方である。この考え方は、その後、厚生労働省（2002）の「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」でも採用され、保健師や精神保健福祉師にも広く普及することとなった。①原因追及とは、「母親の育て方のせいだ」「父親が家庭を顧

みなかったせいだ」「担任がはじめに気付かなかったせいだ」等であり、例えば、これを40歳になろうという当事者を巡って議論することは無意味である。②叱咤激励とは、「しっかりしろ」「元気を出せ」等である。軽症うつ等の人口の増加により、精神疾患や精神障害の者に叱咤激励は忌避であるという認識は広まったが、実際、当てどもない抽象的な叱咤激励は却って不安を煽ってしまうものである。但し、筆者は対象や期限を明確にして激励する場合は効果的であると考えている。例えば、「お風呂掃除の当番になったんだから、それに関しては頑張ってみよう」「『今度、今度』と言って、話が進まないから、求人広告をチェックするのを今月末までにやろう」等である。③放置とは、「余計なことを言うと当事者が怒り出すからそっとしておこう」「放っておけば、いつか自分から動き出すだろう」等である。ひきこもりの者のいる家庭は「分節 (segmentation)」がない場合が多い。例えば、就学も就労もしていないので、新学期や新学年や新年度もなく、家族全員が親戚付き合いも近所付き合いも止めて息を潜めているので、盆や正月等の年中行事もない家庭が多い。当事者が率先して変化を求めることはまずないので、放置という家族の態度は厳禁であり、意識して当事者に関わりながら、生活のメリハリをつけることが大切である。

同じ文脈の中にいる家族だけでは、この頑固なパターンを解消することはできない場合が多く、他者の介入が必要となる。悪循環を生み出すコミュニケーション・パターンは、精神病性のひきこもりと非精神病性のひきこもりのどちらの家庭でも同じものが生じやすく、やはり文脈外の援助者の介入が必要である。また、ひきこもる者を持つ家族の特徴としては、家族であるがゆえに行動様式や性格傾向が似ており、当事者のひきこもりが理解できるからこそその愛憎半ばする気持ちを抱いていることが多い。そのため、ひきこもりの家庭内は非常に緊張感が高く、家族が当事者に対して共感的で愛情深い態度を示すことを憚っている場合が多い。こうした点を指摘できることも文脈外の援助者ならではの強みである。

個人援助、家族援助に続いて重要であるのが地域援助 (community approach) である。家族全体が親類縁者や地域社会の中でひきこもりやすく、孤立無援の状態となる場合が多い。そこで、同じ問題を持つ家族を集めて、集団のアプローチで、心理教育 (psychoeducation) をすると¹⁰⁾、「みんな同じなんだ」「でも対応は家に応じて違っていても良いんだ」という安心感が育ち、コミュニケーションを改善する意欲が高まる場合が多い。当事者と家族が孤立したままとならないように、講演会や勉強会等を地域で開催して啓蒙活動をする必要もある。また、教育・医療・保健・福祉・産業・司法の領域でネットワークを構築することで、早期介入・危機介入が可能となる。

更には、社会援助 (social reform) も重要である。生物的側面 (能力) と心理的側面 (意欲) に問題がなくとも、社会的側面 (機会) の整備がなければ、ひきこもる者が社会に出ることはできない。就学・就労の機会を拡大するための社会政策が必要である。また、アイデンティティ拡散が我が国の社会性格となっているのならば (小此木, 1981), 新しい共通の自我理想 (ego ideal) や、新しいペダゴジー (pedagogy) が必要であろう。

今後の課題

第1の課題は、援助者の育成である。ひきこもりの解決には個人臨床にとどまらない援助アプローチが必要とされる。これを図3に示す。

援助者には、面接室での相談活動を超えて、地域援助活動のための知識とスキルが必要とされる。また、ひきこもりに関わる領域は多様である。援助者は、各種機関や各種専門家と連携 (liaison)・協

- | | |
|---------------|---|
| ① 個人臨床（当事者援助） | ： 個人心理療法 |
| ② 家族臨床（家族援助） | ： 家族療法，心理教育，家族グループ |
| ③ 地域臨床（地域援助） | ： 啓蒙活動，心理教育，早期発見・早期介入，
予防・危機介入のためのネットワーク構築 |
| ④ 社会臨床（社会援助） | ： 専門家の充実，就学・就労機会の拡大，
政策実現，社会改革 |

図3 臨床サービスの役割—ひきこもり援助の場合—

- | | |
|----------|----------------------------|
| ① 統合失調症 | ： 精神の慢性疾患。連帯志向。家族からの要請が多い |
| ② 腎臓病 | ： 身体の慢性疾患。連帯志向。当事者からの要請が多い |
| ③ 依存 | ： 解決志向。当事者・家族からの要請が多い |
| ④ 暴力 | ： 解決志向。家族からの要請が多い |
| ⑤ マイノリティ | ： 市民運動志向。当事者・家族双方からの要請が多い |
| ⑥ ひきこもり | ： 家族からの要請が多いが，何を志向しているのか？ |

図4 さまざまな家族会—ひきこもり家族会の目指すもの—

働（collaboration）を図るための知識とスキルが必要とされる。全ての領域に精通する必要はなく，連絡会議を開催したり，ネットワークを構築（networking）・組織化（organizing）する力が求められる。こうした臨床サービスをマネジメントできる援助者を養成する必要がある。

さて，現在，筆者が最も注目しているのは，「ひきこもりの家族グループ」である。多くの保健所・精神保健福祉センターが実施しているが，ほとんど研究されておらず，その実態は分かっていない。現在のところ，ひきこもりの家族のグループは，他の疾患・障害・問題の「家族会」のように自立して運営されるには至らず，専門家に牽引されて開催されている場合が多い。今後，「ひきこもりの家族会」が組織化されるまでには，その前段階であるひきこもりの家族グループの解明が必要である。一方で，「家族会」および「セルフヘルプ・グループ」そのものの歴史は大変に長く，アメリカでは1970年代から，日本では1980年代から活発に研究されているが，ひきこもりの場合においても，その研究知見が大いに有用であろう。図4に代表的な家族会の特徴を示す。

慢性疾患や依存や暴力等の家族会の志向性は比較的明確であり，モデル化が進んでいるが，今後は，ひきこもりの家族会についてもより精緻なモデル化が必要である。家族会においては，それぞれ別個に悩んでいた家族が，相互に助け合うことにより，より一層エンパワメント（empowerment）されてゆくという現象が多々生じる。

エンパワメントとは，アメリカにおけるソーシャル・ワークの実践の中から生まれた概念であり，生島（1992）は“人間が自らの問題を自らで解決し，自らの生活をコントロールする力を得て，生活に意味を発見するプロセス”あるいは“社会的に差別を受けて抑圧され，否定的な評価を受けているために，自らの生活するパワーを失っているクライアントに対し，無力感を克服して再び生活意欲を起こし，主体的に問題解決ができるようなパワーを獲得していけるように援助するプロセス”としている。ひきこもりのような長期化しやすい問題においては，当事者および家族が自ら問題を解決する力を獲得してゆくことが非常に重要であると言える。

おわりに

ひきこもりの心理を理解するためには精神分析的解釈が有効だが、ひきこもる者は行動レベルだけでなく、精神内界においてもひきこもるので、よほど熟達していなければ精神分析的面接が成立しにくい。また、ひきこもりの行動を減少・修正するためには、行動療法や応用行動分析学的プログラムが有効だが、ひきこもる者の行動レパートリーもバリエーションも非常に限定的で、行動変容のきっかけをつかみにくい。現時点では、ひきこもりの当事者よりも適応的な生活を送っている家族を対象に、家族の良い変化が当事者に良い影響を与えるという発想のもと、原因追及はせずに、問題解決型のシステム論的家族療法が具体的方法として採用される場合が多い。また、厚生労働省によるひきこもりへの対応のガイドラインでも、システム論的家族療法が推奨されているが、今後はその方法が本当に有効であるかどうかを評価する必要があるだろう。

援助者は、実際の援助という臨床サービスを行いながら、同時にそのサービスの評価と改善をしていかなければならない。さらに、ひきこもりの問題は、医療・保健・福祉・教育・産業・司法などの多領域に関わる問題であり、広く人間や社会に関わる問題のため、従来の臨床心理学的知見だけでは支援できない。

ひきこもりの援助には柔軟で多角的な視点が必要であり、援助者が一つの臨床心理学的アプローチにこだわっていたのでは、ひきこもりの援助はできない。つまり、ひきこもりの援助をする心理臨床家には、従来の心理臨床家とは異なり、「多様で臨機応変なサービスができる」という新しいアイデンティティが必要でなのである。

付記

本稿は2008年の人間科学コロキウムで報告したものに加筆、修正したものです。報告に際し、貴重なコメントを下された人間科学専攻の先生方に深く感謝いたします。

注記

- 1) インターネット上のひきこもりに関する掲示板や質問サイトでは、「どうすればひきこもりから脱出できますか?」という問いに対して、「放っておけばよい」とか「兵役に就けばよい」とか「死んでしまえ」という回答が多数寄せられている。
- 2) ひきこもる者の頑強さについて、ジャーナリストの池上正樹が、東日本大震災でのルポタージュを発表している。“その母親の自宅は、海のすぐそばに立地していて、29歳の次男が引きこもったままだった。母親は、地震の後、津波が来ることがわかっていたので、次男を救おうとして、必死に「逃げて!」と、説得した。母親は次男を引きずって、外に出そうとした。しかし、いくら引っ張っても、次男は「母さん、いいよ」と、頑として部屋を出ようとしなかった。すでに、波が来たときには、次男と母親の他に、車で逃げる準備をしていた長男の3人がまだ部屋の中にいた。津波はあっという間に押し寄せきて、母親と長男は、2階の屋根に乗った。そのとき、部屋の中にいた次男は、津波に流されていった。そのうちに、2人も波を被って、母親は流されていった。長男だけが屋根に残り、海の中を浮遊した。長男は翌日、目が覚めると、救出されていた”(池上正樹 2011年5月13日付 ダイアモンド・オンライン「引きこもり」するオトナたち)
- 3) ひきこもり肯定論も多数存在する。反精神医学の立場を取る精神科医の高岡健や批評家の芹沢俊介は「正しいひきこもり」なるものを説いている。しかし、彼らもまた「ひきこもったままでよい」としている訳ではなく、ひきこもりに病気というレッテルを貼るのではなく、社会環境にも目を向け、ひきこもりの個別性を大切に「正しいひきこもり」を全うすれば、そのひきこもりには必ず終焉が訪れると論じているのである。

- 4) 例えば、ヘレン・ケラーの物語を知らぬ者はいないだろう。盲・聾・啞という三重苦の少女：ヘレンが、熱心な臨床家：サリヴァンとの出会いにより、豊かな生涯を送ったという物語である。ヘレンは精神障害者でも知的障害者でもなく身体障害者であるが、サリヴァンとの出会いがなければ今でいうひきこもりになっていただろう。ヘレンを描いた戯曲にあって、ヘレンが「水」を知的に理解したという逸話は、有名ではあるが瑣末なことではない。重要なことはヘレンの知性と社会性の開花と共に、両親が「問題」への固執から解き放たれ、彼女を愛し信頼し、健康的な家族の変化が拓けたということである。その結果、ヘレンは人として自立した道を歩むことになる。実は彼女の両親は当初、怒りの唸りをあげ料理を手掴みで食べるヘレンに絶望しており、サリヴァンには必要最低限の「監視」しか望んでいなかったのである。一方、ヘレンにはそうした生き方しか選択肢はなく、しかし、一方で愛情を求めていたのであろう。サリヴァンは優秀な臨床家である。ヘレンを監視することではなく援助することを選んだのである。家族の誰もが、恐らくサリヴァンですらも、後にヘレンが世界中を飛び回り、障害者に対する啓蒙活動を行う等とは想像もつかなかったであろう。
- 5) ひきこもる者の多くが対人関係上の不安や緊張が強いことは事実であるが、それだけをもってひきこもる者を「弱い」と見なすことは危険である。むしろ、こだわりを「強く」持つことができると見なすこともできるからだ。内閣府（2010）の調査の中で臨床心理学者の高塚雄介は“現代社会は、人間関係を重視し（実態はほとんど希薄化しているにも関わらず）スムーズにそれを実践できないということを異常なことと見なしてしまうところがある。精神保健という観点からすれば、大多数の範疇に属さないものを異常とみなすことは厳に戒めなければならないところである。（略）人間関係をうまく構築したり営むことができなかつたり、きちんと言葉で意思表示をできないことは、あたかも欠陥商品として放逐されかねない社会環境が進行していることに、もっと目を向けてみる必要がある”と述べ、社会環境の調整の必要性を指摘している。高塚は、テキパキと物事をこなすというように処理能力が早く、言語表出能力の高い者ばかりが現代的な学校や企業では必要とされていて、そうでない者が就く職業的受け皿（例えば一人作業のボイラー技士等）がかつては存在したが、現代産業社会ではそうした受け皿はなくなりつつあると嘆いている。非精神病性のひきこもりの臨床像は、寡黙・頑固・一人であることを厭わない・自分の意思を重視するという点であり、敢えて言うならば「個性」である。現代社会では、表面上は「個性の尊重」を謳っているが、実態としては個性的な人間は学校や企業、更に言うならば現代の我が国では必要とされておらず、居場所がないのだと高塚は指摘している。このことは、長引く不況の中で、我が子に社会的に価値のある人間になって欲しいと願う家族と、社会的な価値にそぐわないもしくは反発する当事者との間に溝が生じることを意味している。また、我が子が可愛いからこそ親は社会的に価値のある人間になってもらいたいと願うのであるが、その一方で子どもの「個性」と呼ばれるものをも大切にしたいと願い、ここにもアンビバレンスが生じるのである。
- 6) 例えば、ひきこもりの家族を震撼させた事件が2004年10月に発生している。その概要は、「大阪市の36歳の男性が、自宅両親を殺したと自首してきた。定年したばかりの父親は66歳、母親は61歳で数年前から寝たきりの状態。一家の収入は父親の年金だけだった。その男性は、『自分に甲斐性がなく、家族3人の将来が不安だった』と供述した。父親は周囲に『そろそろ息子にも働いてもらわねば』と話していた」と言うものである。この事件がひきこもりの家族に与えた衝撃は非常に大きく、ひきこもる子どもにより一層働きかけられなくなった家族が多くなった。筆者の援助していたある父親は「余計なことを言って、殺されたらたまらない」とまで言っていたのである。我が国の圧倒的多数の家庭では、ひきこもる者を抱えたままでいられるほど富裕ではないのである。
- 7) この原則は、過誤にまつわる二大エートスのうちの一つである「医療のエートス」に因る。尚、もう一つの「司法のエートス」においては、「犯罪者を無実の者と誤ることはあっても、無実の者を犯罪者と誤ることはあってはならない」である。ひきこもる者は病気である可能性が高いので、「医療のエートス」が採用される。
- 8) ジェネリックな力とは、文部科学省によると「学士力」、経済産業省によると「社会人基礎力」と呼ばれているものであるが、極めて抽象的な概念である。ジェネリックな力は、文部科学省が2008年から3年に亘って実施した「現代的教育ニーズ取組支援プログラム」で取り上げられ、注目された。具体的な行動としては、メモを取る、挨拶をする、討議をする等であって、基礎的な批判的思考力・課題解決力・対人関係力・コミュニケーション力と解釈することができる。
- 9) システム論的に家族を見ると、当事者がまず変化をせずとも、その他の家族の一員がまず変化することが、当事者にも影響を及ぼすと考える。家族はそれぞれの成員が有形無形に繋がりがあったシステムだと考えるのである。

- 10) 心理教育とは、特定の問題を予防したり対処するための心理学的な知識やスキルの伝授をするというものであり、後藤（2003）は、“慢性疾患に代表されるような継続した問題を抱える人達に対する教育的側面を含んだ一連の援助技法”と定義している。

参考文献

- アメリカ精神医学会編、高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳 2003『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院。（American Psychiatric Association 2000『Diagnostic and Statistical Manual of Mental IV -TR』American Psychiatric Association, Washington D.C.）
- ジル・ジョーンズ、クレア・ウォーレス著、宮本みち子監訳、鈴木宏訳 2002『若者はなぜ大人になれないのか— 家族・国家・シティズンシップ』新評社。（Jones, G.・Wallance, C. 1992『Youth, family and citizenship. Milton Keynes: Open』Open University Press）
- 後藤雅博 2003「日本における家族心理教育」『精神神経学雑誌』第105巻2号、243-247.
- 後藤雅博 2007「家族間のコミュニケーション」埼玉県本庄市主催ひきこもり講演会資料.
- 池上正樹 2010『ドキュメントひきこもり「長期化」と「高齢化」の実態』宝島新書.
- 岩田泰夫 2010『セルフヘルプ運動と新しいソーシャルワーク実践』中央法規出版.
- 狩野力八郎・近藤直司編 2000『青年のひきこもり』岩崎学術出版.
- 笠原嘉 1977『青年期』中公新書.
- 笠原嘉 1994『アパシー・シンドローム』岩波現代文庫.
- 金吉晴・堀口逸子・森真琴 2001「若年者におけるひきこもり事例の有病率に関する予備調査」厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）研究報告書.
- 近藤直司編 2001『ひきこもりケースの家族援助—相談・治療・予防』金剛出版.
- 厚生労働省 2002「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」暫定版報告書.
- 厚生労働省 2007「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」報告書.
- 厚生労働省 2010「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」報告書.
- 宮本みち子 2004「ポスト青年期と親子戦略—大人になる意味と形の変容—」勁草書房.
- 宮本みち子 2007『『若者雇用対策』から『若者総合政策』へ』労働政策フォーラム資料.
- 内閣府 2003「若年無業者に関する調査」平成15年版国民生活白書.
- 内閣府 2010「若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する調査）」報告書.
- 岡山大学 2003「地域疫学調査における『ひきこもり』の実態調査」報告書.
- 小此木啓吾 1981『モラトリアム人間の時代』中公文庫.
- 齋藤万比古 2010「思春期のひきこもりをもたらし精神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」報告書.
- 斎藤環 1998『社会的ひきこもり—終わらない思春期』PHP新書.
- 斎藤環編 2005「特集ひきこもり」『こころの科学』日本評論社.
- 斎藤環 2006「社会的ひきこもりと大学生」6大学「学生相談」連絡会議資料.
- 芹沢俊介 2002『引きこもりという情熱』雲母書房.
- 生島浩 1992「社会援助、地域援助」氏原寛ら編『心理臨床大事典』培風館.
- 総務省統計局 2009「労働力調査」報告書.
- 東京都青少年・治安対策本部 2008「実態調査からみるひきこもる若者のこころ」平成19年度若年者自立支援調査研究報告書.
- 山本和郎 1986『コミュニティ心理学』東京大学出版会.

参照 URL

- 池上正樹 2011「ダイヤモンドオンライン第65回『引きこもり』するオトナたち」アクセス年月日2011年8月9日
<http://diamond.jp/articles/-/12211>