

特集 ニーズのある子ども達の未来を考える—支援のあり方を巡って—

精神医学、精神医療の立場からの支援

内 田 千代子

はじめに

「ニーズのある子どもたちの未来を考える—支援の在り方をめぐって—精神医学、精神医療の立場からの支援」というテーマは、筆者にとって大変大きなテーマであり、現時点では心の準備が整っていない状態である。今回はひきこもりへの支援を中心に、精神科医として考える医療支援について述べたい。

医療の中でも精神科は患者・当事者にあまり好まれない科であるが、たとえ嫌がられても支援（介入）しなければならないこともある。自傷他害の恐れのある場合はもちろんのこと、その恐れがなくとも本人の意思に反して治療をせざるを得ない場合が少なくない。教育支援、福祉支援においてもそのようなことが起こりうるが、次元が異なるように思う。

ひきこもりへの医療支援として、診断、治療について簡単に述べた後に、ひきこもりへの介入をめぐる倫理的問題（内田, 2018）について考え、さらに日米を比較（内田, 2019）し、教育問題にも触れたい。

1. 精神科医療とは

精神科では、医学・医療の常として、見立て・診断を行う。そして、見通しを示し、対策を練る。環境調整や日常の工夫が必要になることが多く、家族や教師の協力を得て進めていく。対策の延長に治療がある。治療は、外来治療、入院治療の形態に分かれる。ACT (Assertive Community Treatment 包括型地域生活支援プログラム) のような多職種訪問型の支援サービス（アウトリーチ）も含まれる。治療方法としては、大きく分けると精神療法と薬物療法その他の生物学的（および電気けいれん療法や磁気刺激療法等の物理的）治療法がある。

診断、見通しを立てて対策を練る過程には様々な業務が含まれる。特に各種診断書は、患者の治療を福祉的支援に結び付ける大事な書類で、自立支援医療、療育手帳、精神保健福祉手帳、障害者年金などが対象になる。心理検査やカウンセリングの指示も医師の仕事である。療育あるいは治療プログラムの判断も重要である。

医者は、時に学校などの現場に出向いて子どもたちの様子を見ることもあるが、基本的に診察室で患者・当事者を診察するので、医者目の前でない状況で患者がどのような状態な

のか知る必要がある。家族や学校からの情報は有益であり、家族、学校の教師や学校カウンセラー、職場関係者および病院内のカウンセラーやソーシャルワーカーなどとの協同作業なしに精神科医療は成り立たない。そして、子どもの精神科医療では保護者への支援が大きな部分を占めていることも特徴のひとつである。

2. ひきこもりとは—ひきこもりと精神科医療

1) ひきこもりの定義

「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」(厚生労働省, 2010)によると、ひきこもりの定義は、「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、非常勤職員を含む就労、家庭外での交遊)を回避し、原則的には6か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)を示す現象概念」とし、「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症性の現象とするが、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」としている。

「若者の生活に関する調査報告書」(内閣府, 2016)によると、学校や職場に行かずに半年以上自宅にこもり、ひきこもり状態にある15歳から39歳までの若者は、54万人と推計されている。「不登校」と「職場になじまない」というのがきっかけとして最も多い。

2) ひきこもりの背景としての精神障害

ひきこもりを評価するうえで、精神医学的診断は重要である。ひきこもりは、社会活動に参加できずに本人も苦しんでいる状態であり、他の診断が当てはまらない場合でも、ICD-11(WHO, 2018)、DSM5(American Psychiatric Association, 2013)による適応障害の診断は該当することが多い。的確な診断は必須である。

(1) いわゆる精神病

- ・統合失調症スペクトラム障害(統合失調症)

最も注意すべきである。被害妄想や幻聴のために外敵から身を守るために、雨戸やカーテンを閉め切って閉じこもることがある。また、不潔な部屋の中で無為自閉の状態でひきこもっていることもあり、早急に治療が必要である。

(2) うつ病、双極性障害などの気分の障害

- ・双極性障害および関連障害群(躁うつ病)
- ・抑うつ障害群(うつ病)

抑うつ気分、精神運動抑制症状の現れるうつ状態はひきこもりを呈しやすい。また、ひきこもりによる二次障害からうつ状態を呈することはたびたび認められる。子どものうつ病では、抑うつ気分がイライラとして表れやすい。

(3) 不安が主の障害

- ・不安障害群(社交不安障害、パニック障害、全般性不安障害など)

社交不安障害は人前での緊張感が強く、それを避けてひきこもる。パニック障害は、突然、電車の中で死ぬほどの恐怖感に襲われるパニック発作の出現を恐れて外出できないようになる。

・強迫性障害

不潔恐怖で手を長時間洗い続け、お風呂は2時間、しかも家の鍵やスイッチを数十回も確認しないと気が済まない。通常生活ができなくなり母親にも確認を強要して家にひきこもる。

・心的外傷およびストレス因関連障害群

心的外傷後ストレス障害（PTSDとは、非常に危険なストレス体験後（地震や台風などの自然災害、事故、強姦、強盗などの被害等）に生じる特徴的な精神障害だが、深刻ないじめの後にも発症することが少なくない。PTSDの症状としては、つらい出来事が繰り返し思い出され、そのときの苦痛もよみがえる。ありありとした現実感を伴うフラッシュバックといわれるような状態が起こる。また、その体験に関係する状況や場面を避け続ける。物音や刺激に対して過敏に反応し、不眠やイライラが続く過覚醒状態になったり、反対に感情が鈍磨したように無反応になり、体験に関する重要なことを思い出せない、現実感がない状態となったりする。このために引きこもることがある。

適応障害とは、はっきりとしたストレス因に反応して3か月以内に不安やうつなどの症状が出現し、社会的な機能の重大な障害が起こる状態である。不登校が続いてひきこもっている状態に当てはまることが多い。

(4) パーソナリティ障害

パーソナリティの偏りのために本人や周りが困る状態である。シゾイド、回避性、依存性、強迫性、自己愛性、境界性パーソナリティ障害などが深く関係する。

(5) 発達障害（自閉症スペクトラム障害 ASD、ADHD など）および知的障害

実際には、発達障害（特に自閉症スペクトラム障害 ASD）や知的障害で不登校ひきこもりとなることが非常に多い。空気が読めない KY と学校で排除されいじめられたことを苦にして、不登校、ひきこもりとなったり、二次的にうつ状態を呈していることもまれでない。音に対する過敏性、人と触れることへの恐れなどの感覚過敏が関与していることもある。いじめのフラッシュバックで苦しむことも少なくない。その場合、PTSD の診断が当てはまることもある。

3) 精神障害の診断に対応した支援方針

ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン（厚生労働省、2010）の「ひきこもりの三分類と支援のストラテジー」を参考に下記のように分類した。どの群にも、薬物療法などの生物学的アプローチ、精神療法的アプローチ、福祉的な生活支援就労支援などの心理・社会的支援のアプローチを要するが、有効性の優先順位が異なる。

第1群：統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とするひきこもりで、薬物療法等の生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待される。精神療法的アプローチや福祉的

な生活・就労支援などの心理・社会的支援も同時に実施される。

第2群：発達障害や知的障害などを主診断とするひきこもりで、発達特性に応じた精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるが、薬物療法も同程度に重要である。発達障害自体の治療として、ADHDには薬が有効であることが多い。自閉症スペクトラム障害ASDでは、混乱による爆発（しばしばパニックと表現される）や併存するてんかんに対してなどととも、二次障害のうつ状態、不安症状を対象に薬物療法が行われる。

第3群：パーソナリティ障害などを主診断とするひきこもりで、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となる。薬物療法も必要となる場合が多い。

ところで、長期化したひきこもりに、親（多くは母親）への暴力が伴うことは稀でない。親は、「逃げる」とか「しかるべき機関に連絡する」といった具体的な行動と直面しなければならなくなる。本人の精神障害としては、パーソナリティ障害、統合失調症、発達障害などの他、てんかんを含んだ脳波異常などが認められることもある。このような場合、診断、治療が重要な支援となるが、強制入院や警察による緊急の保護が必要となることもある。本人の意思に基づかない強制入院は精神科医（精神保健指定医）の判断による。

3. ひきこもりを精神科医療で扱うときの倫理的問題点

本来、医療・治療はサービスを与える治療者と受け手の患者の契約関係の上で成り立つ。ひきこもり当事者は、治療を自発的に求めることは少ない。このような患者の治療を導入する際には、そこで生じる倫理的配慮が必要になる。「本人が望まない治療を施行することに伴う倫理的問題」である。それとともに、もう一つ大きな倫理的問題は、「プライバシー保護（個人情報保護）の問題」である。

1) 本人が望まない治療・精神療法・支援に伴う倫理

(1) 判断能力・弁別能力が低い状態の時など

意識状態の悪化している外科治療を要する患者の場合は、家族の了承のもとに手術等の身体的処置が行われる。それと似た状態が精神科患者の判断能力・弁別能力が低い状態と考えられる。「自傷他害の恐れあり」の事例の場合は、原則的には精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条通報等により、警察関与の公権力の責任で措置入院および緊急措置入院の強制入院治療に進む。そこまでの症状がなくとも強制入院が必要な場合は、病院と家族の責任での医療保護入院および応急入院となる。

「自傷他害の恐れなし、強制入院の必要なし」のひきこもりを、本人が嫌がるからという理由で放置してよいのか？ ひきこもり当事者は、様々な精神疾患や環境要因を抱えながら、外出できない、学校に行けない等の苦しみを抱えている。本人が外来に自ら訪れないときに、母親か父親のみ外来診療することは珍しくなく、また、当事者とは手紙のみでの交流の場合もある。このような方法での介入でも実際には何も無いよりは役に立つ（内田，2001）。

(2) アウトリーチ支援や学校関係者による訪問と倫理

本人が病院での受診を望まないひきこもり状態には、アウトリーチの生活支援、医療的介入がなされるのが有効と思う。アウトリーチでは本人が望まない支援である場合が多く、家族からの要請で訪問となる。家に訪問することができても、家族にだけ面接という場合が多い。その場合は、倫理的には問題にならないが、本人は何のために支援スタッフが家に来て家族と話しているのかを知っており、不愉快に感じて、拒絶、阻止しようとすることもある。家という生活空間は家族で共有するものであるため、大げさな言い方をすれば生存権の問題にもなる。支援者、訪問者が帰ってから家族に怒りを爆発し、暴力的な行動化が出現するような最悪事態も起こりうる。

まだ ACT (Assertive community treatment 包括型地域生活支援プログラム) などが普及していない頃に、マンションの自室にひきこもる女性患者のことで夫から依頼があり、看護師、ソーシャルワーカーとともに医師として訪問した経験がある。我々の訪問を知った患者はマンションのベランダから身を乗り出してしまい、消防署を呼ぶ騒ぎになり、却って危険を呼び寄せるような結果となった。ひきこもり当事者が望まない訪問では、このような危険も起こりうることを想定して、それなりの覚悟と準備も必要なことは確かである。

学校教育では、担任が家庭を訪問することがほぼ慣習となっている。部屋に閉じこもって不登校となった高校生の担任が家庭を毎月訪問し、母親自身の悩みを聞くことを続けていくうちに、息子も居間に出てきて徐々に会話に加わり、来年度はどうしようなどという話をするようになって学校に戻ったというような話を教員から聞いたことがある。家庭への福祉・医療支援としてのアウトリーチ訪問でも、母親の依頼により母親とのみ面接を行っていくうちに、当事者も会話に加わるようになることはまれでない。

精神科医療、特に精神療法は契約関係により成り立つものであるが、最初は契約関係がなくとも、徐々に信頼関係が形成され、なし崩し的に精神療法的な関係になるというような状態が、ひきこもりの精神療法ではあり得る。そして、親からの分離自立、自分は何者か等の自我同一性のテーマにも及ぶようになる。つまり、最初是对等な立場での契約関係が結べない押しかけ状態が、気づいてみると関係性ができているというのがひきこもりの精神療法の実態であり、それが役に立つと考えるのである。

大学生のひきこもりで、一人暮らしのアパートに誰が訪ねていくか、ということについてはどうだろう。ゼミや研究室の仲間、若い教員などが訪ねることは一般的に認められる。医療関係者やカウンセラーがアウトリーチのような形で本人の了承なく尋ねることはどうだろうか。友人らの訪問や親への連絡などの初期作動があってから後のステップであるが、多職種 ACT のようにチームでの訪問を行っている大学もある。たとえ本人が面接を拒絶してもこのような訪問を実行せざるを得ないこともある。

(3) ひきこもりと自殺の危険

さて、大学生のひきこもりは、休学、退学、留年といった就学状況の問題として表れることが多い。筆者は「大学における休・退学、留年学生、死亡学生に関する調査」を長い間行ってきた。死因の第一位を自殺が占める状態が続いており、休学、留年者にそれが多という

結果が出ている。ひきこもり学生は自殺の危険の高い群でもあることが明らかとなっている(内田, 2008; 内田, 2010; 内田, 2014; Uchida et al., 2017a; Uchida et al., 2017b)。また、米国その他の国でも不登校や学校からのドロップアウトの時期に、自殺および自殺企図が起こることが多いといわれている。

ひきこもり学生は自殺リスクの高い集団であるが、助けを求めているながら自ら相談やカウンセリングに来る学生はまれである。自発的に来ないからといって、このような学生を放っておくわけにはいかない。面接を望まない学生にアプローチするために手紙を出して面接を試みる介入を行ったことがある。個人情報取得の許可を得るのも大変であった。望まない学生に勝手に面接はできないが、投げかけに応じる学生も存在する。

ひきこもりの治療・精神療法の倫理的問題の一つ、「本人が嫌がるからという理由で放置してよいか?」という問いには、「否、自殺の危険も含めてリスクの高いひきこもりを放置してはいけない。命を救うことはすべての倫理の最上位にある」と答えたい。

2) プライバシー保護(個人情報保護)の倫理問題

第2の倫理的問題、プライバシーの保護(個人情報保護)の問題について考えたい。

自殺念慮、自殺企図があっても、本人が親に伝えることを拒む場合は伝えるべきでないか? 本人の言うとおりにするのがプライバシーを守るという倫理に則るということか? どのような親子関係であるかにもよるので、一概にはなんともいえないが、自傷他害の恐れがあるときには保護者(あるいは保護者に代わる保証人のような人)に連絡すべきであると思う。

米国の大学精神保健の専門家に「授業に出ないで寮にひきこもっている学生が親に言わないでほしいといった場合どのように対処するか」ということについてインタビューした経験がある。「たとえ親であっても本人の意思に背くことは原則として行わない」というプライバシー保護の姿勢は強い。一方、アメリカの伝統的な私大では、1-2年生はカレッジに属して寮で暮らす。同居する教員の寮長は、寮生が自殺の危険などを示したときには精神科受診を命令する」権限があるという。つまり、親以外の大人に保護管理の権利と義務があり介入可能となる。学生の命と生活を守るために行動を起こすのである。

「プライバシーを守ること」と「責任ある管理をすること」は車の両輪であるべきことを米国の大学の体制から学んだ。もとより、命を救うことは、何よりも最優先されるものであり、ひきこもり当事者をプライバシーを理由に放置はできない。これは、病院や支援センター、学校でのひきこもり支援の際も同様である。

ひきこもりの治療・精神療法で生じる倫理的問題の2点「望まない治療・精神療法」「個人情報保護」について、ひきこもり当事者の、命を守る、生きる希望をあたえることが倫理の最上位に位置することを再認識した。

4. アメリカと日本を比較して

1) 国際用語になった Hikikomori

Hikikomori は、もはや米国その他の諸外国で通じる用語になった。2006年には The New York Times Magazine に Shutting Themselves In という記事が、ひきこもる青年の部屋の写真付きで掲載されたことが世界で知られるきっかけとなったといえる。Oxford 辞書にも、2006年より Hikikomori の項目が存在する。

2001年に「ひきこもりカルテ」(内田, 2001) という書籍が出版された頃は、国際学会などでは「social withdrawal」と訳していたがいまや訳す必要もない。その頃、日本のひきこもりについて欧米の精神科医に説明すると、「統合失調症か社交不安障害(社会恐怖)じゃないのか? 外出せずに家に何年もずっといる? 精神病では? 精神科受診は? 母親が部屋まで食事を運んでくれる? そんなのはあり得ない」と、理解できないという顔をされたものである。

最近では、韓国、中国、インド、米国 (Teo et al., 2015a; Teo et al., 2015b)、フランス (Furuhashiet al., 2012) その他の国々でも Hikikomori が存在すると報告されている。日本だけではないということだが、それでもやはり、日本に起こりやすいのではないかと筆者は思う。

日本に起こりやすい理由として、心理社会的文化的背景—社会の在り方(母子関係・家族・学校・地域社会・会社組織の在り方)や「恥」「甘え」の文化、文化依存症候群・(加藤らのいうところの)文化結合症候群的な面 (Teo et al., 2015a; Teo et al., 2015b) とともに、社会制度の違い(これも文化の違いという見方もできる)が考えられる。一方、社会の変化の影響として、インターネットの普及によりひきこもりに親和性の高い時代となったことがあげられる。これは万国に共通する課題であり、ひきこもりの国際化にも関わりうる。

2) アメリカ、日本のひきこもり対応の比較

米国でひきこもりが生じたときにどうなるか? 米国 Yale 大学のオストロフ先生が担当した身体醜形障害 10代の女性は、自分の顔が醜いことが恥ずかしいと、2週間一歩も外に出ず自分の部屋に閉じこもった。死にたいともいった。母親が警察に通報し、搬送されて精神科入院となり、入院治療は順調に進んだ。

日本でひきこもりが多いというが、それは日本の親が子どもを抱え込んで、必要な時に専門的医療サービスを受けないことが影響しているのではないかと、オストロフ先生はいう。たしかに、日本では余程のことがない限り、親は子どものことを通報しない。たとえ通報しても、警察は家族内のことには介入しない傾向がある。病も問題も家族が抱え込み、結果としてひきこもりが長引くこととなる。母子密着、精神科医療への偏見(スティグマ)、家の恥意識が、援助を妨げる。

(1) アメリカでの青少年のメンタルヘルスサービス

アメリカでは日本と違って国民皆保険は存在しない。保険に入っていない人たちの医療問題は社会の大きなテーマであり、オバマケアは解決への一歩であったといわれる。どのよう

な保険に入っているか、保険会社がどのような検査や治療を許可するかで、医療の質が変わる。しかし、青少年の非行、薬物依存、ホームレス、子どもの虐待、DV等の問題が社会を悩ませてきたことにより、精神障害・メンタルヘルスの問題を放置できないような事情から、生活支援、自立支援、経済支援とともに、様々な医療支援の仕組みが作られている。

マサチューセッツ州マスヘルス（MA Health）という州保険の「子どもと20歳以下の若者のためのマスヘルス behavioral health サービス」（Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Health and Services）をみながら、米国マサチューセッツ州で青少年がメンタルヘルスの問題を起こしたときのケアについて考えてみる。

この保険は国の貧困レベルの150パーセント以下の収入でないとはいれない。ただし、精神障害を含めて障害と認定されれば、収入は関係しないし、収入に応じて余分に支払えばよい。民間保険に入っている人でも料金を支払えば加入できる。マサチューセッツ州は、96%の住民がこのマスヘルスを含めて何らかの保険に加入しており、米国の州で最も高い加入率である。この保険がカバーするものとして、Children's Behavioral Health Initiative という州のプログラムがある。外来セラピー、自殺未遂などの緊急事態に駆けつける危機介入、外来依存症プログラム、In-Home Therapy という、いわゆるアウトリーチで家に出向いて家族への介入やカウンセリングを行うものや、Intensive care coordination といって深刻な情動の問題を抱える子どもたちの治療や管理などについての対策をチームで取り組む仕事などが含まれる。セラピスト、学校管理者および学校ナースカウンセラー、ソーシャルワーカーその他の専門家で作ったチームで行う。家族サポートトレーナー、スキルトレーナーという専門家が両親や本人にコーピングスキルなどを教える支援も利用できる。さらに、therapeutic mentors という支援も含まれる。このように、アメリカではいろいろな種類の支援専門家とセラピストが存在し、地域でのメンタルヘルス諸問題にあたる体制がとられている。

(2) 日本におけるひきこもり支援

日本政府は、ひきこもり当事者や家族がアクセスしやすい地域連携ネットワークによる支援機関を設けるよう推進している。その内容は、医療機関に加えて、学校・教育センター・教育相談所などの教育機関、保健所・精神保健福祉センターなどの保健機関、児童相談所・福祉事務所などの福祉機関、フリースペースのような居場所を提供するNPO、ハローワーク・地域若者サポートステーション等の就労支援機関、ひきこもり地域支援センターなど、多岐にわたる。先述のように、アウトリーチの充実が望まれる。

日本では米国と違って、国民皆保険のために医療サービス自体は自由に受けることができる。しかし、医療機関をはじめとして、十分なソーシャルワーカー、カウンセラー等の専門家の人材は限られている。心理士、ソーシャルワーカー等の仕事に医療保険が適応されないこともアメリカと大きく異なる点である。

3) 不登校に対するアメリカと日本の比較

子どもを取り巻く環境としての学校は、子どもの病状、状態に大きな影響を与える。病気、障害の予後を左右するような場合もある。医師として教育の在り方、学校の在り方は見過ご

せない課題であり深い関心を持っている。その観点から米国と比較してみたい。

(1) アメリカでの不登校への対応

アメリカでの不登校はどうなっているのであろう。マサチューセッツ州では半年のうち7日間あるいは半日の休みが14回あった場合、それも明確な理由がなく休んだ場合は事案となる。ちなみにアメリカでは、ほぼ全州でキンダーガーテンから12年生まで、つまり高校まで義務教育である。子どもが無許可で学校に行かない不登校が続くのは親の責任となるのである。法的に親は起訴される。逮捕されることもあるかもしれない。

たとえば、16歳の男の子が20日間特別な理由がなく学校を休むとすると、学校が児童相談所とCRA (Child Requiring Assistance) に通報し、裁判所に事案が提出されるという。CRAはChildren's Law Center of MAで、子どもの法律センターである。児童相談所とCRAの間の連絡をとったり、家庭を訪問して家族の相談を受けたりカウンセリングをしたりなどの活動を行うのが、In-Home Therapyのグループである。このように不登校の状態は法的に処理され、決して放置はされない。

日本でももちろん学校が不登校児を放置するというのではなく、教師は家庭訪問等を行い、学内でも関係者が話し合いを持つだろう。しかし、児童相談所や法的機関に学校が通報するという行動はありえない。しかも児童相談所やその他の支援機関の活動はこのような場合は強制力がないのではないだろうか？ 虐待の場合もこれまでは強制力がなかったことにより悲惨な状況にある子どもを救えなかったという反省のもとに法律改正もなされてきた。基本的に家族が拒否すれば特に強制的な介入を行うことはなく、その意味では不登校は続く。結果として外部の機関、外部の監督が入らずに放置され、ひきこもりが長引くということにもなりかねない。

ところで、不登校となって学校に行かない場合、本人が行きたがらない学校に強制的に行かせているのかという疑問が湧く。アメリカでは通信制の学校以外に、Home Schoolという制度が認められている。ホームスクールつまり家で教育をする、教育を受けることが認められているのである。親が子どもに教えたり、家庭教師を雇ったり、個人でなくグループ教育の場合もある。定期的なテストで合格すれば単位が認められる。ホームスクールを選ぶ理由は様々で、必ずしも成功例が多いとはいえないが、親の転勤その他のために10以上の学校を変った後にホームスクールで教育を受け、その後、大学も卒業し研究者になっているような人もいる。不登校でも義務教育は全員卒業できる日本と異なり、単位を満たさないと卒業できず、落第がある。

(2) 日本の学校とひきこもり

日本の義務教育は画一的で、公立小中学校では、子どもに合わない、好きでない学校に行く以外に選択肢が認められていないという現状がある。子どもに合わなくても何とか適応させようとするのが不登校児への教育的指導であった。最近はいじめを理由とした自殺への対処の関係もあり、登校しない時期が必要なこともあり得るという見解を文科省は示している。フリースクール、サポート校の存在も大きな力になっている。しかし、行きたくない学校に所属しそこに行かねばならないというプレッシャーの中で家にひきこもり、社会的な接

触を断ったまま放置されたように見える小中学生を診ることが少なくない。アメリカのホームスクールはひきこもりに似た状態も想像させるが、拘束感からは解放されているように見える。たとえ学校に行かなくともひきこもりにはならない可能性が高いだろう。

4) アメリカと日本の違いの要因

米国にもひきこもりが存在するとはいえ、日本で特に大きな社会問題となっている現状がある。家族の在り方、学校教育の在り方、メンタルヘルスの諸問題へのスティグマ、援助希求しやすい風土かどうかなどの文化依存的な面での日米での違いが大きく影響すると考えられる。また、社会制度の違い—これも文化依存的要素のひとつであるが—もひきこもりやすさに関係すると考えられる。

地域社会でのメンタルヘルスサービスネットワークの充実度は、ひきこもりやすさにもひきこもりからの回復しやすさにも鍵となるが、子どもの不登校への法的な処置や大学を含めて学校教育での制度的柔軟性もひきこもりの行方を決める。総じて日本は管理的で柔軟性がないように考えられる。

おわりに

ひきこもりへの支援を通して、精神科医として考える精神医療支援について述べた。診断と治療の重要性を確認し、他者からの支援を望まないひきこもり当事者への介入をめぐる倫理的問題、さらに日米の比較から教育問題にも言及した。

謝辞

ボストンアーバーカウンセリングサービス、クリニカルスーパーバイザー西島実里氏、および、ハーバード大学 MGH 精神科内田舞氏に米国での治療についての助言を受けたことを感謝します。

引用文献

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, D.C.: APA. (高橋三郎, 大野裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル医学書院).
- Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Health and Services. MassHealth Behavioral Health Service for Children and Young Aged 20 and Younger. Available from: <https://www.mass.gov/files/documents/2016/07/0i/cbhguide.pdf>, (2020年1月7日取得).
- Furuhashi, T, Figueiredo C, Pionnie-Dax N et al (2012). "Pathology seen in French "Hikikomori"". *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 114, pp.1173-1179.
- 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. 厚生労働科学研究費

- 補助金こころの健衰科学研究事業「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（H19—こころ—一般—010）」（研究代表者 齊藤万比古）。
- 内閣府. (2016). 『若者の生活に関する調査報告書』.
- Teo, AR., Fetters, MD., Stufflebam, K. et al. (2015a). “Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries”, *Int J Soc Psychiatry*, 61, pp.64-72.
- Teo, AR., Stufflebam, K., Saha, S. et al. (2015b). “Psychopathology associated with social withdrawal: Idiopathic and comorbid presentations”, *Psychiatr Res*, 228, pp.182-183.
- 内田千代子. (2001). 『ひきこもりカルテ』. 法研.
- 内田千代子. (2008). 『1. 休・退学、留年学生および死亡について, 2. 大学における休・退学、留年学生に関する調査 第28報』, 学生の健康白書 2005, pp.325-354.
- 内田千代子. (2010). 「21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防への手がかりを探る」, *精神神経学雑誌* 112 (6), pp.543-560.
- Uchida, C. (2010). “Apathetic and withdrawing students in Japanese universities—with regard to Hikikomori and student apathy”, *JMEs Dent Sci*, 57, pp.95-108.
- 内田千代子. (2014). 『大学における休・退学、留年学生に関する調査 第34報』, 第35回メンタルヘルス研究会報告書, pp.36-51.
- 内田千代子. (2016). 『家庭と学校のメンタルヘルス 今日精神疾患治療指針第2版』（樋口輝彦他（編））, 医学書院.
- 内田千代子. (2017). 第3章・V 思春期青年期精神保健対策 / 第4章・I 家庭における精神保健・II 学校における精神保健, 精神保健福祉養成セミナー編集委員会, 精神保健福祉養成セミナー2（第6版）精神保健学—精神保健の課題と支援, へるす出版.
- 内田千代子. (2018). 『ひきこもりの精神療法の倫理』, *精神療法*, 44 (1), pp.74-76.
- 内田千代子. (2019). 『ひきこもりの日米比較』, *精神科*, 34, pp.150-156.
- Uchida, C. & Uchida, M. (2017a). “Characteristics and Risk Factors for Negative Academic Events: A 27-Year Serial Prevalence Study of 9.7 Million Japanese College Students”, *Prim Care Companion CNS Disord* 19 (4), 17m02123.
- Uchida, C. & Uchida, M. (2017b). “Characteristics and Risk Factors for suicide and Deaths Among College Students: A 23-Year Serial Prevalence Study of Data From 8.2 Million Japanese College Students”, *J Clin Psychiatry*, 78, 4, pp.404-412.
- World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) [Internet]. 2018. Available from: <https://icd.who.int/>. (2020年1月7日取得).