

## 第 57 回日本病院・地域精神医学会総会（分科会②）

### 宮城県ひきこもり地域支援センター開設に向けた 県精神保健福祉センターの支援体制整備

大場 <sup>おおば</sup> ゆかり<sup>ゆかり</sup>※1、小原 聡子※2、水本 有紀※2、加藤 ますみ※1、熱海 勝幸※3、  
石濱 かおり※4、佐藤 朋恵※4、中村 恵美※5

Key words：児童思春期・青年期、その他（ひきこもり）

※1	宮城県精神保健福祉センター	保健師
※2	同	医師
※3	同	看護師
※4	同	心理士
※5	同	作業療法士

#### 1 はじめに

宮城県精神保健福祉センター（以下、当センター）では、今後若年者メンタルヘルス対策が重要であるとの認識から、社会的問題となっており、当センターでの取組が期待されているひきこもり支援を強化することとし、平成 26 年 1 月 6 日に「宮城県ひきこもり地域支援センター」を当センター内に開設した。

宮城県がひきこもり支援に取り組み始めてから 10 年以上が経過するが、県内の支援体制が進んできたとは言い難く、今後ひきこもり地域支援センターが担う役割として直接相談とともに支援体制の整備が求められる。

今回は、ひきこもり地域支援センター開設に向けての当センター内の体制づくりと現在の支援状況について報告する。

#### 2 宮城県のこれまでの取組

宮城県では平成 14 年度から「社会的引きこもり社会復帰支援事業」としてモデル事業が始まり、平成 16 年度から「社会的引きこもりケア体制整備事業」となり県保健福祉事務所をひきこもり相談の一次相談窓口として専門相談（「思春期・ひきこもり相談」）及び普及啓発を行ってきた。

また、当センターでは、思春期から青年期における家庭や学校での生活のしづらさや不適應は成人期のひきこもり問題につながる可能性を含んでいることから、平成 17 年度に思春期デイケアが開始され、同時に家族援助が必要と考え家族教室を平成 17 年度は試行的に取り組み、平成 18 年度から思春期・青年期家族教室を実施してきた。その後、この家族教室は青年期（ひきこもり）家族会となり、現在に至っている。

#### 3 ひきこもり地域支援センター開設に向けたセンター内の体制づくり

先に述べたとおり宮城県では県保健福祉事務所をひきこもり相談の一次相談窓口として

専門相談及び普及啓発を行ってきている。一方、当センターのひきこもり対策に関連する事業は相談診療班が担当する精神保健福祉相談におけるひきこもりを主訴とした相談への対応とデイケアを担当する生活支援班が実施する青年期（ひきこもり）家族会（以下、家族会）の2つであった。しかし、ひきこもり支援を強化するに当たっては①センター内の体制の問題と②県保健福祉事務所とひきこもり支援に関する連携がほとんどなく圏域の体制づくりに課題があった。

そこで、まず、平成 24 年度から当センター内のひきこもり支援体制の見直しを行った。これまでのひきこもりに関する相談と家族会を振り返り問題を整理した。相談に関しては、①相談診療班内でひきこもりを主訴とする相談の集約や課題の共有を行ってこなかったため、相談業務担当者間の連携が不足していた。②当センターが持つ相談、外来診療、デイケア、家族会の機能を活かしきれておらず、所内連携が不足していた。一例として、相談業務担当者が家族会の内容等を把握しておらず、相談者に家族会について十分な紹介を行ってこなかったことが挙げられる。③当事者が個別支援から次のステップ（集団）に進むための居場所や活動等の場がない。保険診療による精神科デイケアはあるが、医療を必要としない人が利用できる場がなかった。④センター単独で提供できるサービスには限りがあったが、外部機関との連携が不足していた。⑤ひきこもり支援のノウハウを蓄積してこなかった、ことが挙げられた。

家族会に関しては、①参加家族のインテーク面接や個別のフォローを実施しておらず、参加家族の基本情報の把握が不足していた。このことは初参加の家族がなかなか定着しない要因とも思われた。②相談診療班の相談から紹介された家族の情報が共有されておらず、所内の連携が不足していた。③参加家族が利用している外部の相談機関等との情報共有や連携が不足していた。④ひきこもり支援のノウハウを蓄積してこなかった、ことが挙げられた。

これらの問題は担当班のみで解決できるものではなく、センター全体で認識を同じくし、解決に向けて検討していくことが必要であった。また、それぞれの事業の問題を整理することで両事業に共通する課題が見えてきた。一つは各事業が縦割りで行われており、センター内の横の連携がなく、情報共有がされてこなかったこと、もう一つはセンターが持つ機能（精神保健福祉相談、精神科外来診療、精神科デイケア、青年期（ひきこもり）家族会）と多職種がいることの利点が十分に活かされていなかったことである。このことによって、組織として支援のノウハウが蓄積されてこなかったと思われた。

そこで、関係する全職員が横断的に情報共有することからスタートし、事業や担当セクションの枠を取り払って「支援体制づくり」と「各ケース支援の見直し」に協働して取り組んだ。

#### （1）支援体制づくり

- ① 面接相談と家族会の申込窓口の一本化：これまで事業担当それぞれで設けていた窓口を相談診療班に一本化し、インテーク面接を行い、現状を把握した上で家族会等の支援につなげる。
- ② 様式の統一：面接相談と家族会のインテーク面接時に共通して使用できる様式を作成し、アセスメントを行い、情報の集約と管理を行う。
- ③ 個別支援の強化：家族会のみに参加していた家族に改めてインテーク面接を行い、家族

会と併せて個別相談を継続して行い個別の問題に対応する。

- ④ 支援ノウハウの蓄積：ひきこもり支援の実践豊富な民間団体の協力を得て事例検討を行う。

#### (2) 各ケース支援の見直し

- ① ひきこもりケースの集約：面接相談及び家族会参加者を一覧に整理し、ひきこもりの経緯、生育歴、現在の状況、主訴等をまとめ、所内で支援ケースの全体像を把握し、職員間で共有する。
- ② 事例検討：事例検討を通して、職員間で事例を共有し、アセスメントと具体的支援方法を学ぶ。
- ③ 事例検討を踏まえた実践：事例検討を踏まえて本人及び家族の状態に応じて、面接相談、外来診療、デイケア、家族会を組み合わせた支援を提供する。

前記の改善により、班縦割りの取組から横の連携を図り、打合せや事例検討を通して各々の取組や事例を共有し、またセンターの持つ機能と多職種による介入を活かした支援に強化した。

このことにより母親の相談から始まった事例が家族会に参加するようになり、家族内の緊張が解け家族と本人との会話が生まれてきたり、本人がセンターに足を運び始めるなどの変化が見られるようになった。参加者が固定化していた家族会も個別相談からつながり参加者が増え、相互交流が活発化し先輩家族がアドバイスする場面も見られるようになった。

また、職員の意識に変化が生じ、互いに事例について相談し合うなど班を跨いで情報交換が行われるとともに事例検討を通して事例が共有され、支援のノウハウの共有と蓄積が徐々にでき始めている。

## 4 ひきこもり地域支援センターの開設と現在の支援状況

前記の準備段階を経て、平成 26 年 1 月 6 日に「宮城県ひきこもり地域支援センター」を当センター内に開設した。ひきこもり地域支援センター職員は当センター職員の兼務体制とし、精神科医と相談診療班、生活支援班の 2 班で事業を実施することとした。事業内容は①ひきこもり相談、②青年期（ひきこもり）家族会、③ひきこもり等支援関係者研修、④普及啓発、⑤ひきこもり支援関係機関のネットワーク推進、⑥ひきこもり支援関係者の支援である。

開設に当たっては職員手作りの「ひきこもり地域支援センターリーフレット」と「ひきこもりサポートブック」を作成して関係者に配布し、相談のフローチャートと相談様式や台帳も整備した。職員間で意見を出し合って作成したことでひきこもり支援の共通理解が深まり、これらの準備段階を通してひきこもり地域支援センター開設に対する職員の不安の軽減や意欲の向上につながった。

また、所長等を交えた運営会議とスタッフを中心とした全体会議を月 1 回設け、定期的な報告と職員間の協議や支援の評価等を行えるようにした。

現在の相談状況（H26 年 6 月末現在）は、実 25 件、延 88 件、内新規相談は 14 件であり、ひきこもり地域支援センター開設前と比較すると半年間でこれまでの 1 年間の相談件数とほぼ同じになっており、徐々に周知され相談が増えている。相談者は家族が主であり、

特に母親からの相談が 6.5 割を占めている。ひきこもり本人は男性が 8 割を超え、年齢は 10～20 代が多いが、30～40 代の相談も増えている。ひきこもり年数は 6 ヶ月未満の早期の相談がある一方で、10 年以上のひきこもりが 1 / 4 見られ、長期化が窺える。

現在のひきこもり地域支援センターは、ひきこもり支援の第 1 段階である家族支援を丁寧に進めている。家族は「本人を外に出したい。仕事に着きたい。」と本人を何とかして変えてほしいと訴えることが多い。家族の訴えに耳を傾けながらも、本人が動くには時間がかかることを伝え、まず家庭の中で本人が安心して過ごすことができることを目標に家族との話し合いを進めている。その相談の中で夫婦や家族間の葛藤や問題が語られ、しばしば相談場面で夫に対する不満等に終始することもある。この夫婦関係や家族関係が家庭内の緊張を生み、母子関係の密着に結びついていることがあり、この緊張が緩和されないと本人が家庭内で安心できなかつたり自立を阻むことになると考え、母親とともに父親の参加を勧めている。親の養育の失敗や責任を問うのではなく、今に焦点を当てどうしていくかを一緒に考えていくスタンスで接し、子どもにばかり目が向き自分達が人生を楽しむことがなくなっている状態から親がまずエンパワーメントされるよう支援している。そのため、夫婦相互が理解し合えるように働きかけたり、夫婦での楽しみを探すことを提案したりもしている。

また、相談ケースを通して他機関との連携も始まっている。家族支援の個別相談は他機関が担い、家族会での様子を伝えながら協働して支援を行っているケースや家族と本人の支援を分担するなど連携して支援を行い始めている。

## 5 センターにおけるひきこもり支援の課題と今後の取組

相談や家族会を通して今後の課題が見え始めている。ひきこもり地域支援センターは当センターの職員兼務体制で始まったが、ほとんどのケースは継続相談となり、相談ケースが増え始めていることから兼務体制には限界が生じてくる。

また、ひきこもり支援は、段階を踏みながら長期に渡り支援を継続していくことが求められ、支援の段階に応じて関係機関に適切につなぎながらネットワークを組むコーディネーター（調整役）が必要だと考える。このコーディネーターを誰が担うのかといった問題がある。不登校歴を持つ人も多く、不登校支援からの連続性が必要であり、教育とどう連携していくかも課題である。

家族支援を中心に支援を行ってきたが、本人や家族の変化により本人が面談に来所するようになった事例も出始め、次の段階として本人達の居場所や様々な体験ができる場が必要になってきている。既存の社会資源を有効に活用する工夫と新たな資源の開発が求められる。

このことから、今後の取組として相談の充実と支援関係者のネットワークづくりに力を注いでいきたいと考えている。

## 6 まとめ

ひきこもり地域支援センターの開設に向けてセンター内の体制づくりを進めてきたが、そのことを通して職員のひきこもりに対する理解が深まり、事例を通して支援を共有することができた。家族支援を中心に支援を積み重ねる経験により、職員全体の支援スキルが

確実に向上してきている。

「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」によるとひきこもり支援は 3 つの次元から捉えると理解しやすく、第一の次元は背景にある精神障害（発達障害とパーソナリティ障害も含む）に特異的な支援、第二の次元は家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起こしなど環境的条件の改善、第三の次元はひきこもりが意味する思春期の自立過程の挫折に対する支援があり、この第三の次元に注目することなしには、一向にひきこもりが改善しないという事例は非常に多いと言われている。家族支援に当たってはこの第三の次元を念頭に置いて、家庭内における本人の「拒否権」と「選択権」を尊重しながら今後も家族とともに本人へのアプローチを一緒に考えていきたい。

## 7 終わりに

新たな体制での当センターにおけるひきこもり支援は始まったばかりである。ひきこもりが長期化し 10 年以上、中には 20 年以上ひきこもっている事例や 30～40 代でひきこもり始める事例もみられ、早期に相談につながる仕組みと本人と家族の状況に応じて息の長い支援を関係機関と共に継続していくことが求められる。ひきこもり地域支援センターとして県内のひきこもり支援を牽引する役割があることを認識し、関係機関との連携を強め、ひきこもり支援のネットワークづくりを進めていきたい。

## 引用・参考文献

- 1) 齋藤万比古、他：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康科学研究事業、2010
- 2) 内閣府子ども若者・子育て施策総合推進室：ひきこもり支援者読本、平成 23 年 7 月
- 3) 近藤直司編著：ひきこもりケースの家族援助、金剛出版、2001
- 4) 斎藤環：社会的ひきこもり、PHP 研究所、1998
- 5) 宮城県精神保健福祉センター：精神保健福祉センター紀要第 39・40 合併号、2011・2012