

ひきこもりの理解

はじめに

先日、NHKの朝の報道番組で、秋田県のある町に暮らすひきこもり男性の生活ぶりが紹介されていた。その50歳の男性は、ずっと両親の元で暮らしていたのだが、最近になって両親とも相次いで病に倒れ、ひとりで生活を支えていかざるを得ない状態に陥った。ひとりでは食事の支度もままならず、途方にくれては飲酒に逃げる日々。そんな彼を批判するのはあまりにもたやすい。しかし、こうしたケースがいまや少なくないという現実を考えるなら、ひきこもっている個人への批

判や否定だけでは、もうどうしようもないところまでできているのかもしれない。

いま、ひきこもり支援の現場で最も大きな問題となりつつあるのが、ひきこもり全体の高年齢化である。厚生労働省のひきこもり研究班に参加した際、筆者が勤務先の病院で行った調査では、ひきこもり事例全体の平均年齢は32歳だった。20年前の調査では21歳だったことを思えば、驚くべき速度で高年齢化が進行しつつある。もはやひきこもりを「若者問題」というくくりで考えること自体が困難な時代になりつつあるのかもしれない。一般に「ひきこもり」とは、不登校や

就労の失敗をきっかけに、何年もの間、自宅に閉じこもり続ける青少年をさす言葉である。近年では海外でも“hikikomori”として広く知られている。

2010年に内閣府が発表した調査研究によれば、現在、日本国内には約70万人のひきこもりがいるとされる。ひきこもり人口の統計的な把握は極めて難しいが、とうに社会問題の規模となっていることに異論は少ないだろう。

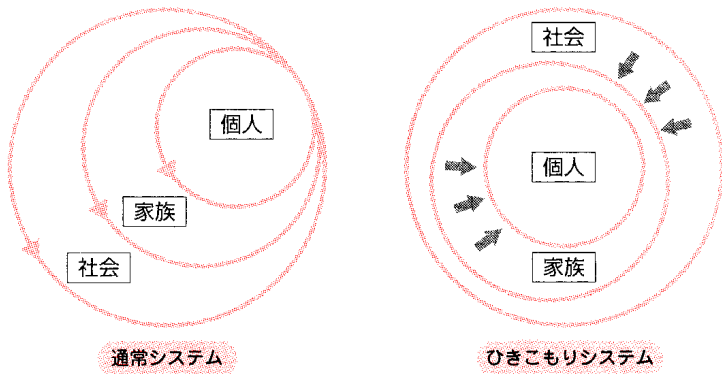
「ひきこもり」は独立した病名や診断名ではなく、ひとつの状態像を意味する言葉である。定義は複数あるが、共通するのは①6か月以上社会参加していない、

千葉県／医療法人社団爽風会
佐々木病院診療部長

齋藤 環

さいとう・たまき 1961年生まれ。筑波大学医学専門群（環境生態学）卒業。医学博士。著書に『社会的ひきこもり』（PHP新書、1998年）、『「ひきこもり」救出マニュアル』（PHP研究所、2002年）、『ひきこもり文化論』（紀伊國屋書店、2003年）ほか多数。テレビゲームやアニメなど、サブカルチャーにも造詣が深い。

図 ひきこもりシステム模式図



3つのシステムは相互に接しており、互いに影響を及ぼし合って作動を続けている。

(筆者作成)

3つのシステムは接点を失ってばらばらに乖離し、相互のはたらきかけはストレスに変換されて、いっそう乖離を促す。「接点」とはコミュニケーションのことである。

②非精神病的の現象である、③外出していても対人関係がない場合はひきこもりと考える、の3点である。
 「ひきこもり」そのものは、必ずしも「治療」の対象ではない。「状態」なのだから当然である。長期間に及ぶひきこもり状態がもたらす二次障害としての精神症状や問題行動が治療の対象となる。また留意しておくべきなのは、ひきこもり状態の陰に、未治療の「発達障害」や「統

合失調症」が潜んでいる可能性である。

2010年に厚生労働省が発表したガイドラインによれば、ひきこもりの約8割は何らかの精神障害として診断可能であるとされる。ひきこもりの支援には、医療も決して万能ではないが、有力な手段のひとつと考えることができる。

長期に及ぶひきこもり問題を、本人や家族の自助努力だけで解決することはほぼ不可能である。先ほど述べた「高年齢化」の一因はこれである。ひきこもりから再び社会参加を果たすには、家族以外の「理解ある第三者」の介入が必要となる。医療関係者に限らず、支援団体や友人、恩師などの支援が、ひきこもりからの回復において重要な意味をもつのである。

ひきこもりシステム

ひきこもりに至る原因はさまざま。成績の低下や受験の失敗、いじめなどの挫折体験から始まることも多いが、原因やきっかけがはっきりしない場合も少ない。

筆者はひきこもった原因を考えるより

も、「何がひきこもりから抜け出すことを困難にしているか」の理解のほうがはるかに重要であるとの考えから「ひきこもりシステム」という仮説を考案した(図)。

ひきこもりシステムとは、個人―家族―社会それぞれのシステム同士の間でコミュニケーションがなくなった状態をさす。当事者と家族が断絶し、家族はそのことを誰にも相談できずに抱え込んでいるような状態である。この状態は大変安定性が高く、放置すれば次第に膠着状態に陥り、長期化しやすくなるという性質がある。このため病気でいえば「自然治癒」にあたるのが極めて起こりにくい。
 このためひきこもりの支援は、こうしたひきこもりシステムの作動に介入し、断絶したコミュニケーションの再開をめざしてなされることになる。

治療的支援の方法

ひきこもり問題への治療的支援としては、①家族相談、②個人治療、③集団適応支援の3段階がある。

ひきこもり事例の当事者が最初から治

療に参加する可能性は低いため、治療的対応は家族相談から始める必要がある。すなわち、最初は家族だけで、相談機関（医療機関、地域ひきこもり支援センター、保健所、その他民間の支援団体など）に定期的に通い、相談を続けなければならぬ。

家族相談は極めて重要で、この段階において適切な対応がなされれば、それだけでも本人の状態が好転することがあり得る。家族が本人と良好な信頼関係を築くためには、まず両親が無益な説得・議論・叱咤激励などをやめ、いったんは本人のひきこもり状態を丸ごと受容する必要がある。すでに起きたものとしてその存在を認め、焦って否認しようとしないうこと。ひきこもりそのものへの批判をせずに、本人と向き合い、対話を試みることに。これによって本人は、ようやくそれまでの肩身の狭い居候気分から抜けだし、家の中に自分の居場所を与えられ、くつろいで過ごすことができるようになる。こうした信頼関係の再構築が、ひきこもり対応の第一歩なのである。

やがて本人が受診するようになったら、治療者による個人精神療法や必要に応じて薬物治療も開始されることになる。本人との十分な信頼関係ができたなら、次は社会復帰への第一歩として、たまり場の居場所やデイケアなどの利用へとすすめていく。ある程度集団への参加に慣れた時点で、本人の意向に基づきながら、アルバイトや就労など、段階的な社会参加をすすめていく。

第3段階の集団適応支援の目的は、「親密な対人関係」の経験を重ねることである。具体的には、デイケア活動や支援団体の「たまり場」や「居場所」、自助グループや作業所などを活用する。宿泊型のグループホームが利用される場合もある。筆者はひきこもりの治療において「複数の親密な仲間関係をもつこと」をひとつのゴールと考えている。

ひきこもりの場合、数年以上の長期にわたって、家族以外の対人経験がまったくないことが珍しくない。対人恐怖や対人困難をはじめとする多くの問題が、こうした孤立状況そのものから起こってくる。

る。家族以外の親密な対人関係は、しばしばそれ自体が治療的な意味をもつため、筆者は最近これを「人薬」と呼んで活用している。人と親しくなることは、すなわち自分を受け入れ、承認してくれる他者と出会う、ということの意味する。「他者から承認されること」は、自信や自己価値感情を取り戻すうえで大きな意味をもつ。就労に際しても、まずは対人関係にある程度の自信をもてるようになってからのほうが成功しやすい。以上のようない理由で、この集団適応支援のもつ意味は極めて大きい。

「ライフプラン」の重要性

本人のひきこもり生活を支えるうえで、どの家庭でも考慮しておくべき「限界」がふたつある。すなわち「寿命」と「お金」である。当事者の高齢化が進行しつつあるなかで、「親亡き後」の問題は、いっそう切実なものとなりつつある。もし親に万が一のことが起こった場合、経済事情はどうなるのか。この点を早い段階で、具体的な数字に基づいて話

し合っておく必要がある。資産や借金、保険金ほどの程度あるのか。相続はどのようになるのか。こうした話し合いは、本人に危機感を植えつけるためではなく、本人をひとりの大人として信頼し、いざという場合にその判断に委ねるためになされるものである。

筆者は最近、ファイナンシャルプランナーの畠中雅子氏と共著で『ひきこもりのライフプラン』（岩波ブックレット）を出版した。「親亡き後」を考えるうえで、

ライフプランという視点はもはや欠くべからざるものであり、可能な限り専門家との相談をすすめることが望ましい。ライフプランを検討した結果、本人を支えるにはどうしても限界があるという結論に達する場合もあるだろう。そうした場合は、福祉サービスの利用も考えておく必要がある。

生活保護や障害者年金の受給は、必ずしも「就労不可能」「社会参加不可能」の烙印を意味しない。むしろ「親亡き後」も生存の危機にまで追い詰められる心配はないという保証のもとで、新たな社会

参加の可能性を探り続けるためにも、必要に応じて活用されるべきものである。

社会学的視点から

ひきこもりが男性に多いこと、国際的には日本と韓国に突出して多くみられる事実などは、この問題の背景に社会文化的な要因が存在する可能性を示唆している。韓国の精神科医によれば、韓国では約30万人のひきこもりがいると推定されている。

ひきこもりの原因は、青年の社会的排除の状況と家族文化との関係から、十分に説明が可能である。つまり「ひきこもり」とは、「若年ホームレス」など同様に、青少年が社会から疎外されていく形式のひとつとも考えられるのだ。

ホームレスとひきこもりを同列に考えることには違和感があるかもしれない。しかしいざいざ、個人的資質や病理によつて起こるのみならず、社会や家庭の事情によつて、本人の意図にかかわらずそうなることを余儀なくされるといふ側面をもっている。

どんな社会にも、そこから疎外される青年は一定の割合で存在する。となれば問題は、彼らの居場所である。社会から排除された青年たちの居場所は「家の中」か「路上」のいずれかしかない。

先進諸国中、両親との同居率が70%以上の地域は、日本、韓国、イタリア、スペインだが、イタリアではEU諸国中、唯一ひきこもりが社会問題化している。

一方、イギリスやアメリカでは、若年ホームレスの増加が社会問題化している。

要するに、青年の親との同居率が高い地域では「ひきこもり」が、同居率が低い地域では「若年ホームレス」が増える傾向があるのだ。家族主義がひきこもりをもたらす一方で、個人主義はホームレスをもたらしている。このように、ひきこもりをホームレスと同様に社会的排除という視点で考えることは、この問題を医療に限定しない包括的支援の対象と考えるうえでも重要な視点といえよう。