



日本における ひきこもり対策

筑波大学 医学医療系 斎藤環

社会的ひきこもりの現状

2016年9月、内閣府は、学校や仕事に行かず、半年以上自宅に閉じこもっている15～39歳の「引きこもり」の人が、全国で推計**54万1千人**いるとの調査結果を発表した。

2019年3月、**内閣府は40～64歳のひきこもり状態の人が全国に61・3万人**いるとの推計を公表した。

「中高年ひきこもり」の全国規模の数が明らかになるのは初めて。従来ひきこもりは青少年・若年期の問題と考えられてきたが、その長期化・高年齢化が課題となる状況が浮き彫りとなった。

今回の推計は、ひきこもる中高年の子と高齢の親が孤立する「8050（はちまるごーまる）問題」が、特殊な例ではないことを示すものといえる。内閣府の**北風参事官はひきこもり総数が「100万人以上」になるとの見方を示した。**

年齢層は40代が38・3%、50代が36・2%、60～64歳が25・5%だった。期間は5年以上の長期に及ぶ人が半数を超え、20年以上の人が2割弱を占めた。性別は男性76・6%、女性23・4%だった。

社会的ひきこもりと犯罪

ひきこもりの犯罪率は著しく低い

●ひきこもりとの関連性が疑われる事件：

※定義に一致するもの

新潟少女監禁事件（2000年に発覚）

川崎殺傷事件（2019年、ただし加害者は死亡しており、厳密に定義に一致するかどうか不明）

・これまで「加害者がひきこもり」と報道された事件は、上記以外はすべて別の診断名で通院中、あるいは精神鑑定でひきこもりとは異なる診断が下されている

・母集団が100万人以上存在する「ひきこもり」が、約20年間でほとんど殺傷事件と関わりを持っていない事実をふまえるなら、ひきこもりの犯罪率は著しく低いと考えられる

社会的ひきこもりの定義

- 六ヶ月間以上、社会参加せず
- 精神障害を第一の原因としない

※ ただし「社会参加」には、「就学」「就労」
のほか 「親密な仲間関係」 も含まれる

※ 診断名、臨床単位とは言えない

社会的排除としてのひきこもり

- ひきこもりが社会問題化：日・韓・伊
- 家族主義が優位な国で問題化している
- イギリス、アメリカではひきこもり問題は比較的小規模だが、ヤングホームレスが多い（英：25万人、米：160万人）
- 日本のホームレス人口は1万人以下
- **社会的排除の形式の違い**
 - 個人主義が優位な地域：ホームレス
 - 家族主義が優位な地域：ひきこもり
- ただし、世界的には「日本化」が進んでいる

随伴しやすい精神症状 (主に2次的な症状)

抑うつ気分

希死念慮・自殺企図

不登校

対人恐怖(自己臭 視線恐怖 醜形恐怖)

被害関係念慮

強迫症状(主として強迫行為)

心気症状

不眠と昼夜逆転

悪性の退行

家庭内暴力

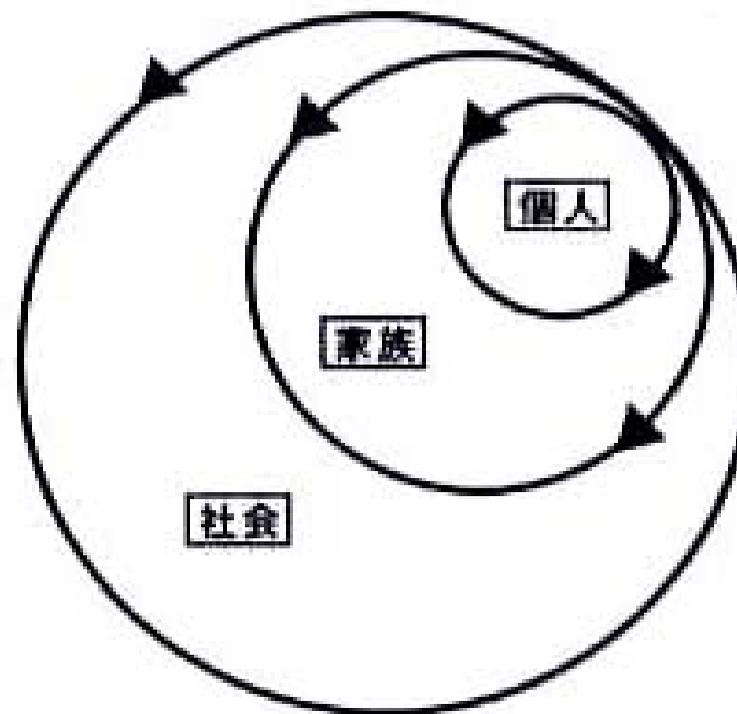
鑑別診断

- **統合失調症**
- **発達障害（主にASD）**
- **スチューデント・アパシーと退却神経症**
- **回避性人格障害**
- **社会不安障害**
- **境界性人格障害**
- **思春期妄想症**
- **うつ病**
- **分裂病質人格障害**
- **循環性気分障害**

社会的ひきこもりの特徴

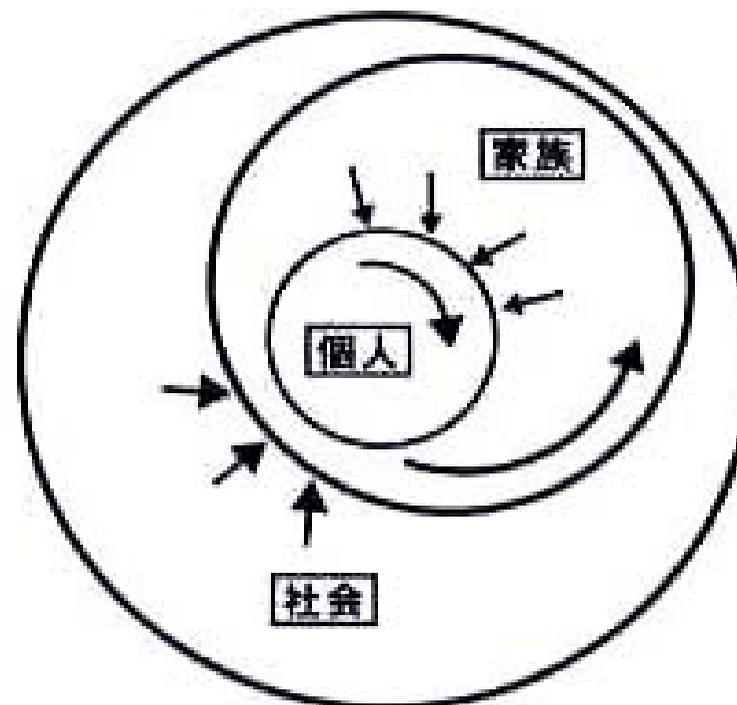
- ◎ 1970年代後半から増加
- ◎ 比較的、男性事例に多いとされている
- ◎ 内閣府の推計で約115万人、過小評価？
- ◎ どのような家庭のどのような子供にも起こりうる
- ◎ しばしば著しい長期化（数年～数十年）に至る
- ◎ 長期化とともに精神症状が、あるいは家庭内暴力などの問題行動が出現しやすい
- ◎ ひきこもりきっかけは多様だが、長期化のパターンは共通点が多い
- ◎ 長期化に至った事例が自力で社会参加を果たすことは著しく困難→高年齢化の問題

図1 ひきこもりシステム模式図



「健全」なシステム・モデル

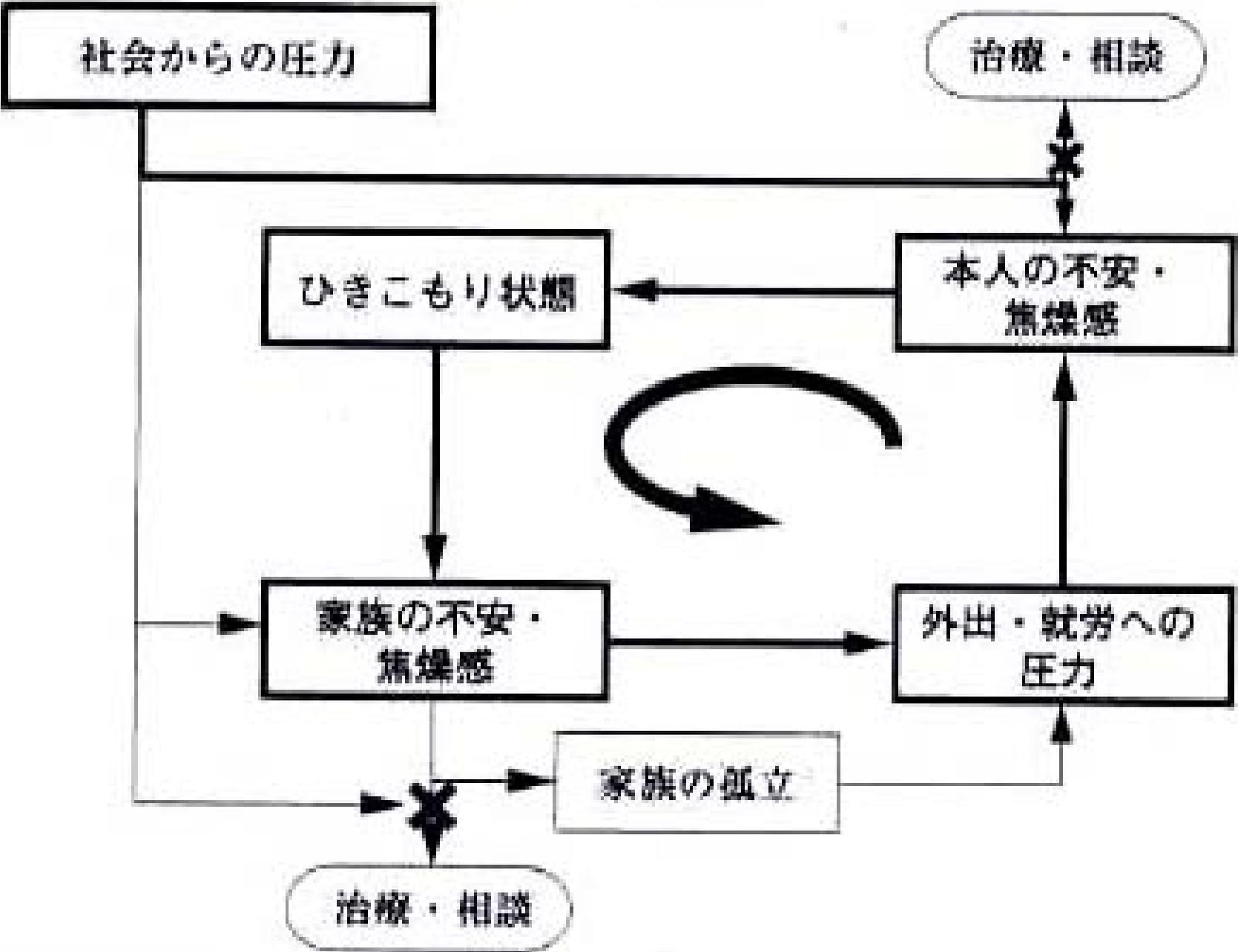
円はシステムの境界であり、境界の接点においては、システムは交わっている。つまり、3つのシステムは相互に接し合って連動しており、なおかつ、みずからの境界も保たれている。



「ひきこもりシステム」

システムは相互に交わらず連動することもない。
システム間相互に力は働くが、力を加えられたシステムの内部で、力はストレスに変換されてしまいストレスは悪循環を助長する。

図2 社会的ひきこもりの悪循環模式図



ソーシャルワーク
集団療法
居場所の提供
(個人療法)

集団療法
居場所の提供
個人療法
(親支援)

社会参加
の試行段階

個人療法
親支援

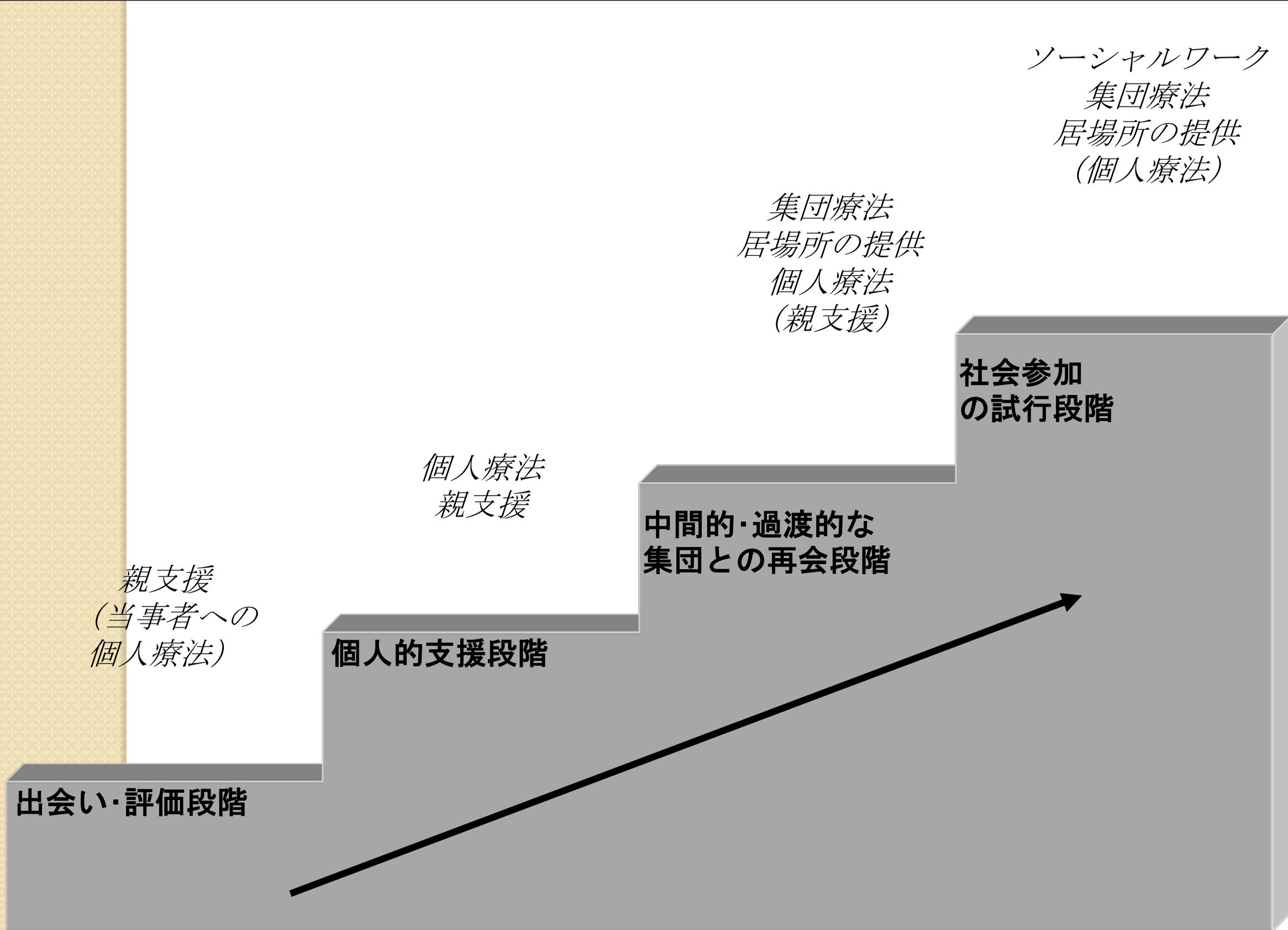
中間的・過渡的な
集団との再会段階

個人的支援段階

親支援
(当事者への
個人療法)

出会い・評価段階

ひきこもり支援の諸段階



ひきこもり

精神症状の有無をみる

対人恐怖 被害妄想 強迫症状
不眠と昼夜逆転
家庭内暴力
抑うつ気分 希死念慮 自殺企図

あり

なし

最初は**家族のみ**

精神科（場合によっては心療内科）に相談
家族会への参加

ひきこもり地域支援センター
精神保健福祉センター
保健所の窓口
民間のひきこもり支援団体
一部の就労支援機関

訪問支援活動

本人の
治療

集団療法

デイケア
プレリワーク
たまり場・居場所
グループホーム
サークルなどの
各種コミュニティ

就労支援

地域若者サポートステーション
就労継続支援・移行支援
ジョブカフェ・ハローワーク
民間の就労支援団体、NPO
作業所など中間労働

ひきこもりへの対処政策

- ◎ **家族会と居場所**の有機的な連携ネットワークの構築
- ◎ **家族相談窓口**の充実(医療機関を含む)
- ◎ 医療よりも**福祉**、治療よりも**支援**が重要
- ◎ **自助グループ**活動の支援
- ◎ **ペアレントメンター**養成
- ◎ 短期の研修による**半・専門家**の養成(高度な専門性は不要)
- ◎ **待機型・受け身型ではない対応システム**の整備(例;イギリスの**コネクションズ** 強制をとまなわず、長期的に関わりを維持できるものが望ましい)
- ◎ **安全なアウトリーチ支援**の充実
- ◎ **入寮型支援機関**の認可制(暴力的介入の排除)
- ◎ 安心と信頼を与えられる居場所の確保
- ◎ 必要に応じた**福祉制度**の活用
- ◎ 福祉・ケアとしての就労支援
- ◎ 高齢化問題に対するライフプラン
- ◎ 新たな後見システムの構築

家庭内暴力への対処法

- 暴力は断固「拒否」する（「禁止」ではなく）
- 暴力が起きた場合の対応を予告する
 - ※「通報」もしくは「避難」
- 実際に暴力が起きたら、予告通りに実行する。
 - ※「その日のうち」が原則
- 避難の三原則
 - (1) 暴力直後の避難 (2) 避難直後の連絡 (3) 帰宅のタイミング

ひきこもっている人との向き合い方

たまたま

困難な状況にある

まともな人

ひきこもりからの出口とは

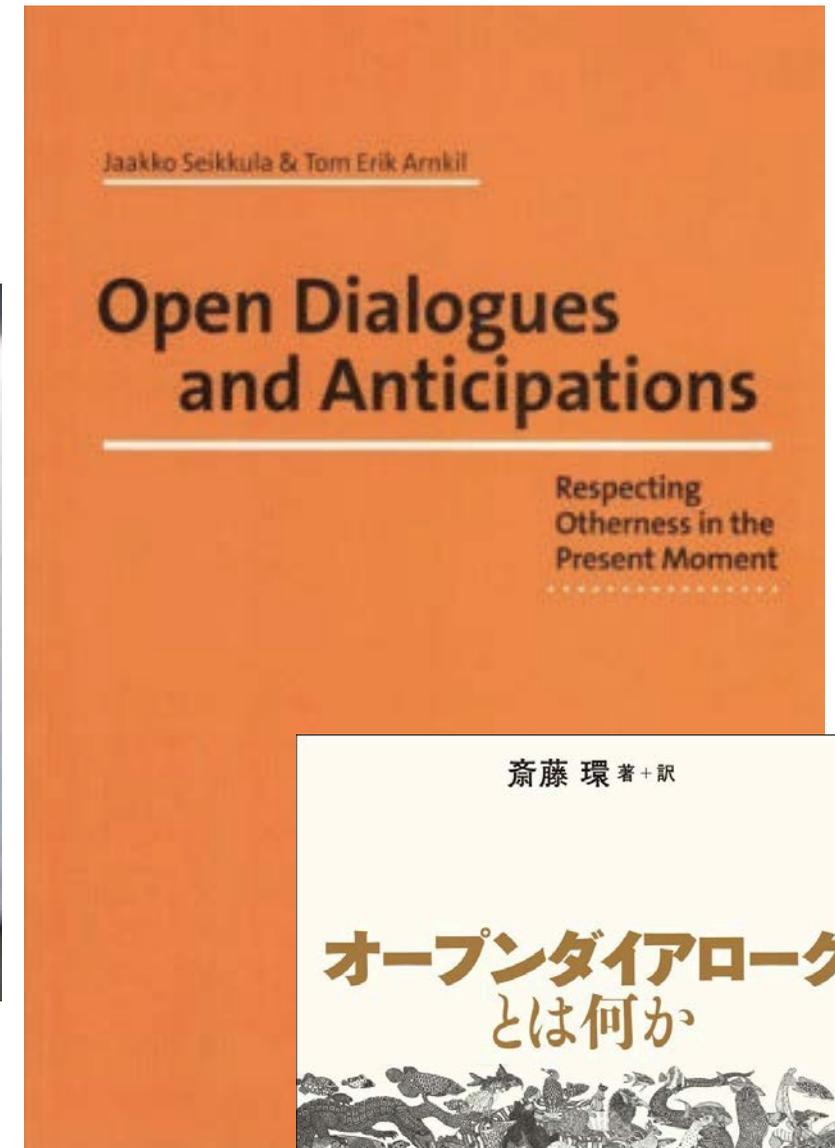
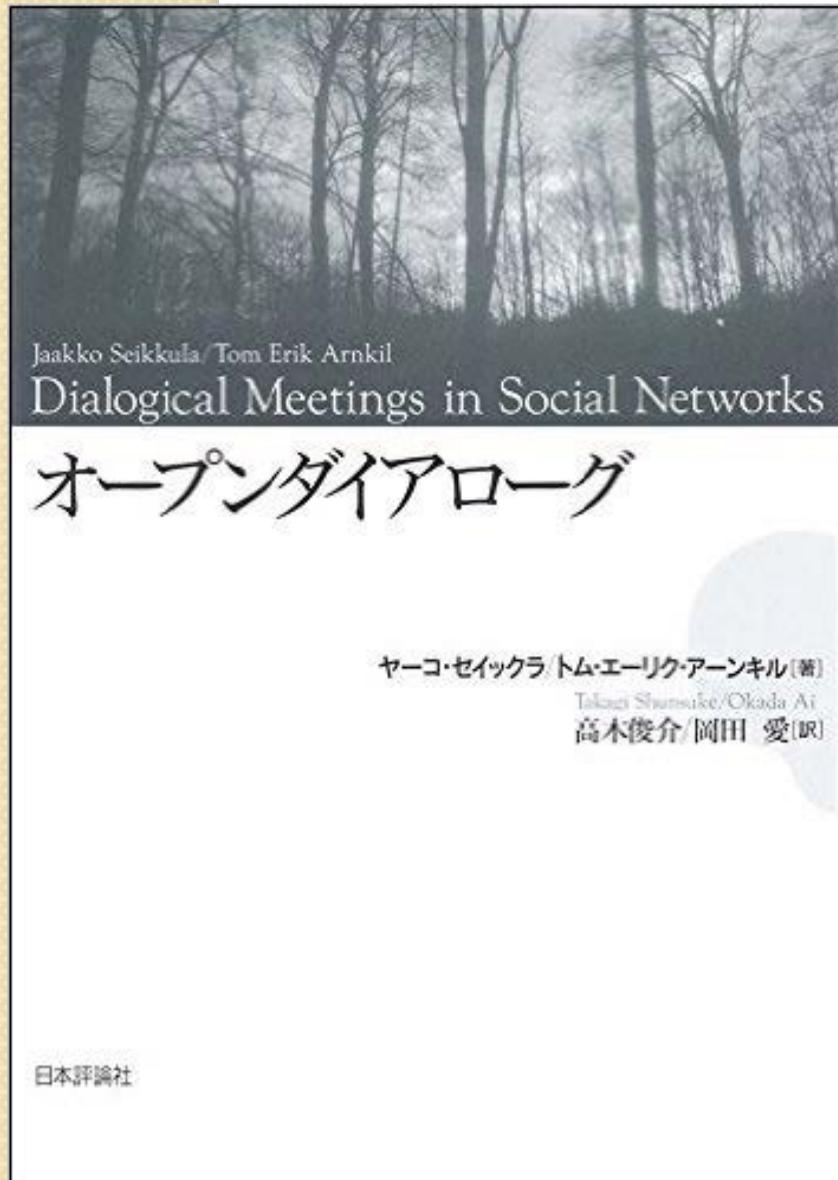
**自分自身の状態を
肯定的に受け入れられる
ようになること**

≠ 就労、就学

Open Dialogue(開かれた対話) とは

- フィンランドの西ラップランド地方で1980年代から実践されている**統合失調症のケア技法/システム/思想**
- ケロプダス病院のファミリー・セラピストたちが中心となる
- **治療チームは危機にあるクライアントの自宅に赴き、危機が解消するまで毎日会いつづける**
- **治療のプロセスにクライアントや家族を巻き込み、臨床家たちは個人ではなくチームで働く**
- **入院治療と薬物療法を可能な限り行わない**
- **現時点で、ひきこもりに対してもっとも有効性が期待できる手法/システムである**

理論的主導者であるJaakko Seikkulaの著書



Jaakko Seikkula
Tom Arnkil





Keropudas Hospital

ODLONG研究(1992-2015)

Tomi Bergström, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen, Pirjo Mäki, Päivi Köngäs-Saviaro, Jyri J. Taskila & Jaakko Seikkula: The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9:310-321, 2017

対象疾患 (N=65) 研究デザイン：後ろ向きコホート研究

統合失調症(42%),統合失調症様障害(20%),
短期精神病性障害(23%),特定不能の精神病性障害(15%)

抗精神病薬の使用

使用せず	45%
観察期間中に投与あり	55%
2015年の時点で投与中	31%

治療期間、入院の有無

入院回数が0-1回	54% (0回は24%)
全観察期間での合計治療期間の平均	6±2年間

治療転帰 その他

治療者と患者の合意で治療が終結	62%
2015年の時点で治療継続中	18%

発症時に抗精神病薬を投与された群は、入院率が高く治療期間も長かった。

オープンダイアログの7つの原則

原語	定訳	意味
1. immediate help	即時対応	必要に応じてただちに対応する
2. a social networks perspective	社会的ネットワークの視点を持つ	クライアント、家族、つながりのある人々を皆、治療ミーティングに招く
3. flexibility and mobility	柔軟性と機動性	その時々ニーズに合わせて、どこでも、何にでも、柔軟に対応する
4. team's responsibility	チームが責任を持つ	治療チームは必要な支援全体に責任を持って関わる
5. psychological continuity	心理的連続性	クライアントをよく知っている同じ治療チームが、最初からずっと続けて対応する
6. tolerance of uncertainty	不確実性に耐える	答えのない不確かな状況に耐える
7. dialogism	対話主義	対話を続けることを目的とし、多様な声に耳を傾け続ける

ひきこもりと「対話」

- 面と向かって、声を出して、言葉を交わす
- **対話とは主観性の交換である。**「客観性」や「正しいこと」は役に立たない。
- **議論、説得、正論、叱咤激励**は「対話」ではなく「独り言」である。独り言(モノローグ)の積み重ねが、しばしば事態をこじらせる
- 外出させたい、仕事に就かせたい、といった「下心」は脇において、本人の言葉に耳を傾ける
- 基本姿勢は、相手に対する肯定的態度。肯定とは「そのままでもいい」よりも「あなたのことをもっと知りたい」
- 対話の目的は「対話を続けること」。相手を変えること、何かを決めること、結論を出すことではない
- 参考『オープンダイアログとは何か』(医学書院)

さらに対話的であるために

- ポリフォニーの重視（シンフォニーではなく）→ 「違い」を擦り合わせて折衷案を出すのではなく、ただ「違い」を深掘りする。
- 「人は問題ではない。問題が問題だ」（M.ホワイト）
- 「外在化」による「自己責任」の回避
- 関係性のフラット化（上から目線では対話にならない）
- 選択肢を広げる：アイデアを「お盆に載せる」
- 対話主義：対話さえしていれば何とかなる、という視点

初診時31歳 男性 ひきこもり

- 発達や既往に特記すべき異常はない。一人遊びが好きな内気な子供だった。高3で教師に態度が悪いと殴られ不登校になった。この頃から自宅で椅子を振り上げてたたきつけるなどの暴力がみられていた。
- 浪人2年目から暴力が酷くなりアパートで单身生活をはじめた。24歳から通信制大学に入学し、4年後に卒業した。
- その後自宅にひきこもるようになり、家庭内暴力が増悪した。無断で物を捨てる、家具を壊す、身体的暴力も激しかった。
- 30歳から両親を追い出して自宅を占拠した。両親はX年5月にアパートを借りて別居した。本人は司法試験の受験を希望しており、両親は月に8万円の仕送りを続けていた。メールやメッセージには「お前らのせいでこうなった」「早く死んでくれ」といった言葉があった。X年4月に両親のみ演者らの外来を受診した。
- X年6月には両親が保健所職員と訪問したところ、会うことができた。同居したいという要望を伝えたが、本人は父親からのストレスが原因だと拒否した。

- X年8月には始めて本人が来院した。幼少期からの両親からの抑圧が辛かったこと、司法試験を目指していること、両親とは暮らすことが出来ないことを語っていた。その後は2週間ごとに通院するようになった。
- 当初の本人の要求は、自分が相続した財産をもらって自立したいというものだった。両親はそれには応じず、同居したいと繰り返すのみで、しばらく平行性が続いた。このためX年9月から、精神科医2名と本人、両親の5人で「オープンダイアログ的面接」を開始した。
- ②2回目のOD:本人が、**母親の口真似をしながら笑い出す**という場面があった。要求に応じてくれたら両親と同居も考える、と発言。
- ③父親の煮え切らない態度に激高して唾を吐きかけた。
- ④弁護士立ち会いで話し合い、**父親から借金したい**と提案。
- ⑤融資して貰った金を元手に投資会社を作りたいと主張。
- ⑦父親が借金に応じ、同居に応ずる話し合いとなった。
- ⑩本人から運動もしてみたいというので主治医が参加しているランニングの会)に誘う。
- ⑬**ランニングの会に参加。ひきこもり支援のNPOを作りたい**と資料を集めている。写真専門学校にも行って体験授業を受けてきた。
- ⑭**写真専門学校に入学してカメラを購入、ランニングの会には学校の友人も連れてくるなど積極的に参加している。**NPOに関してはさまざまなひきこもりの会にコンタクトを取って話を聞くなど、現実的な活動が続いている。両親との関係には大きな進展はないが、**写真の練習と称して母親の写真を撮る**などの変化が見られている。

新しい支援 『オープンダイアログ体験記』

オープンダイアログがひきこもりに対して目覚ましい効果を発揮することが確認され始めている。

二〇一七年六月に発売された『精神療法』では特集が生まれ、オープンダイアログは、ひきこもっている重度の強迫性障害の女性に対して有効であると報告された。それは、「二年前には、自殺の危機さえあったことが信じられない」（信田さよ子）ほどの効果だ。

斎藤環氏による最初の適用者

『現代思想』二〇一六年九月号の特集でもオープンダイアログがひきこもりに成果があったと報告されている。この特集において、オープンダイアログを日本で広めている筑波大学の斎藤環教授は、「個人精神療法で診た場合には社会参加まで通常二年かかるコースが、半年にまで短縮できました」と述べている。この半年で社会参加に成功したケースこそ、斎藤環教授がひきこもりにオープンダイアログを適用した第一号になる。

実は、その適用者が私だ。そこで、オープンダイアログを受けてどのような変化が起こったのか述べたい。紙幅の都合上、オープンダイアログについての詳しい説明は専門家の著作に委ね、ここでは、当事者視点での報告をする。

まず、オープンダイアログが始まる前の親子の会話は、「説得」や「議論」が中心だった。

「説得」は、どちらが屈服し、従属するかが問題となり、どちらも納得しなかった。「議論」はたがいの非をあげつらうだけで、話が噛み合っていない。このような親との会

話は壁に話しかけるようなもので、独り言（モノローグ）に等しい。きちんと向き合い、言いたいことを言い合っている、会話はいつも平線線で終わり、変化は生み出されなかった。

一方、オープンダイアログは「対話」だ。個人が尊重されながら、共有可能な言語が作り出され、合意が生まれていった。

オープンダイアログの進め方

具体的には次のような方法だ。まず、筑波大学病院の診察室で斎藤環教授、准教授、父、母、私の計5人が参加した。オープンダイアログは、①私、②両親、③准教授という順序で斎藤環教授が語り掛けることに進む。①では、教授が開かれた質問（はい/いいえ以上の答えが求められる質問）をして私がそれに応える形がとられる。この間、両親と准教授はただ聞くだけで会話には加わらない。次に、②では、私の意見を聞いていた両親がそれぞれ思うことを述べた。③では、①と②で話された内容について准教授と教授が話し合った。話す機会と聴く機会が丁寧に区切られているのが特徴的だ。

「説得」や「議論」でうまくいかなかったことが、なぜ「対話」であるオープンダイアログでは成功したのか。それは、自由な発言を許された結果、対話が継続し、私自身に変化を起こせる十分な時間と機会が保証されたからだ。

オープンダイアログでは、専門家から結論を押し付けられることがない。私を「経験専門家」としてとらえ「無知の姿勢」のように丁寧に声を拾い上げて応答していた。この

否定されることなく安心して発言できる空間が「対話」を形成した。

また、斎藤環教授は上記『現代思想』で、「患者さん自身が主体的に変化するスペースをつねに確保しなくてはいけない」「治療者側の治したいという意図はかえってそのスペースを奪ってしまう」と述べる。私の主体性、自発性を最大限尊重したからこそ、「説得」では不可能だった変化が「対話」で生まれたのだろう。

家族全体の再生を可能に

「説得」では結論が先行している。結論が先行しているのならば、ひきこもり当事者は何を言ってもモノローグになってしまう。親との会話を壁と話しているように私が感じたのは、動かしがたい結論が先にあったことから生じる無力感が原因だった。このように、ただ一つの結論や答えに収束させようとする「閉じていく会話」では、当事者の主体性や自発性は生まれない。むしろ、当事者を無力にする。「働け」と、ひきこもりを「説得」しても無駄なのは、指示や説教が当事者の力を奪うからだ。

私が受けたオープンダイアログは、ひきこもり当事者の主体性と自発性を回復させるものだった。また、参加者全員で行われる「対話」は、家族全体の再生を可能にする。今後は、暴力的介入団体が利用する「説得」ではなく、個人を尊重した「対話」による支援が広がることを期待したい。

（文・木村ナオヒロ）

「説得」や「議論」でうまくいかなかったことが、なぜ「対話」であるオープンダイアログでは成功したのか。それは、自由な発言を許された結果、対話が継続し、当事者自身に変化を起こせる十分な時間と機会が保証されたからだ。

オープンダイアログでは、専門家から結論を押し付けられることは無い。当事者を「経験専門家」としてとらえる「無知の姿勢」のように丁寧に声を拾い上げて応答していた。この否定されることなく安心して発言できる空間が「対話」を形成した。(中略)当事者の主体性、自発性を最大限尊重したからこそ、「説得」では不可能だった変化が「対話」で生まれたのだろう。

「説得」では結論が先行している。結論が先行しているのならば、ひきこもり当事者は何を言ってもモノログになってしまう。親との会話を壁と話しているように私が感じたのは、動かしがたい結論が先にあることから生じる無力感が原因だった。このように、ただ一つの結論や答えに収束させようとする「閉じていく会話」では、当事者の主体性や自発性は生まれない。むしろ、当事者を無力にする。「働け」と、ひきこもりを「説得」しても無駄なのは、指示や説教が当事者の力を奪うからだ。

私が受けたオープンダイアログは、ひきこもり当事者の主体性と自発性を回復させるものだった。また、参加者全員で行われる「対話」は、家族全体の再生を可能にする。今後は、暴力的介入団体が利用する「説得」ではなく、個人を尊重した「対話」による支援が広がることを期待したい。

Open Dialogue Network Japan

Home

主催イベント

リンク

関連イベント・情報

関連文献（準備中）

メーリングリスト登録

ニュース

オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン



Open Dialogue Network
Japan



<http://open-dialogue-network-jp.jimdo.com/>

2015年3月発足。オープンダイアログに関する情報共有、意見交換、イベント、セミナーなどを行います。

共同代表：斎藤環（筑波大学） 高木俊介（たかぎクリニック）

石原孝二（東京大学）