

第10節 アウトリーチ(訪問支援)の方法～ひきこもり，不登校等を中心に～

1 はじめに

現在，ひきこもり状態の子どもや若者，あるいは来所相談に応じない非行少年やその家族に対して，児童相談所，保健所，市町村などの福祉・保健分野の公的支援機関，学校や教育分野の相談機関，あるいは民間の支援団体などが，自宅への訪問活動を通して相談・支援を実践している。

特に，ひきこもりケースにおいては，本人が外出することや相談・治療場面に出席することが難しい場合，相談・受診の必要性を感じつつも1歩を踏み出せない場合，あるいは，治療・援助に対する本人の動機づけが希薄で，支援関係を形成することが当面の課題となるような場合などにおいて，援助者側から一歩踏み込んだ介入が必要なことがある。また，家族への相談面接や心理教育的アプローチなどを継続しても，本人と家族との関係性や本人の生活状況には何らの変化も生じないケースや，本人から家族への暴力が続いているケースに対しても，より積極的な介入手段として，訪問による本人への働きかけが検討される機会は少なくない。

ただし，訪問は本人に対して極めて侵襲の強いアプローチになる場合があることは十分に認識しておく必要がある。不用意な訪問が，かえってひきこもりを強化させてしまうかもしれないし，とりあえず訪問には応じたものの，訪問者が帰った後で家族に激しい怒りを向けるケースや，稀なこととは思いますが，ひきこもる本人が訪問者に危害を加える可能性もあり，訪問という介入手段は方法を誤れば，本人，家族，援助者のいずれにとっても弊害ないしは危険をとまなう行為になり得る。

また，自宅を訪問するという活動には，来談型の相談・面接よりも援助者が感じるプレッシャーが大きい，子どもが心理的に退行しやすいなどの特異性があり，そのことが有効な介入を難しくさせたり，問題を複雑化させる要因になる場合があることが指摘されてきた。

援助者の多くがこうした困難性を認識していながらも，これまで訪問についての研究は，教育分野以外では意外に乏しく，援助者は各々に試行錯誤しながら訪問を実践してきたものと思われる。本稿では，教育，福祉保健分野などの訪問活動の現状や論点を紹介したうえで，福祉保健分野におけるアンケート調査の結果などを踏まえて，おおむね標準的と思われる訪問の方法論について提言してみたいと思う。

2 教育分野における訪問面接

(1) 訪問活動の経緯と論点

教育分野では、1970年代から現在に至るまで、教育相談や学校保健活動、スクール・カウンセリング活動などの一環として、不登校事例を対象にした訪問について多くの報告がある。活動内容は多様で、自宅への訪問による本人・家族との面接の他、学習指導を中心とした家庭教師的な訪問活動、子どもと一緒に外出し、釣りや写生などの活動をとにもするような、いわゆるフィールド・セラピー、あるいはカウンセリングと遊戯療法の両方を取り入れた中間的な手法など、さまざまな活動・実践が報告されてきた³⁴⁾。

また、こうした訪問活動の是非やその方法論について、さまざまな議論が重ねられてきた³⁵⁾。たとえば、訪問に慎重な立場をとる臨床家からは、自室に押し入り、やみくもに登校を迫るなど、子どもと家族への配慮を欠いた、強引で不適切な訪問が行われている実態が指摘され、そのような訪問が子どもにとって著しく迫害的な体験となり、結果として、かえってひきこもりを強めてしまったり、子どもを不要に追い詰めることで暴力を誘発させてしまうなどの非治療的・倫理的な問題点が指摘されてきた。

不登校の児童・生徒だけでなく、義務教育年齢以降の若者に対する訪問活動がさまざまな立場・分野で実践されている現在、教育分野におけるこうした議論を振り返り、訪問の倫理性について検討することはきわめて重要であると思われるので、後に詳しく検討したい。

(2) 訪問活動と治療構造論

教育分野で実践されてきた訪問活動に対して、“治療構造”の概念が欠如しているという批判も少なくなかったようである。ここでいう治療構造とは、心理療法における治療者とクライアントとの交流・交渉の様式を規定するものであり、治療者とクライアントの人数や組み合わせ（たとえば、子ども・本人との1対1の面接を行うのか、子ども・本人との面接と親面接とを2名の治療者で分担するのかなど）、面接室の広さや空間的配置（たとえば、面接室は会話が外へ漏れないようなつくりになっているか、クライアントと面接者は真正面から向かい合うように座るのか、斜め、あるいは90度の位置関係で座るのかなど）、面接の回数・頻度や1回の面接時間、相談・面接の料金、あるいは、秘密の保持や面接の進め方などの基本的なルール（たとえば、子ども・本人との面接内容を親に伝えないことを原則とするなど）など、さまざまな事柄が含まれる。

治療構造をめぐる認識論には大きく分けて三つの観点がある。

第1に、どのようなケースを、どのような治療構造で治療・援助するのが有効であるかを検討することである。たとえば、親の気持ちばかりが気になり、自分の率直な気持ちを語れない子どもとの面接では、面接内容を親には伝えないことを約束し、1対1の面接を設定した方がよいかもしれない。またこのとき、親との相談面接（並行面接）が必要であるならば、子どもの面接担当者とは別の援助者が担当した方がよいかもしれない。

34) 長坂正文,1997,「登校拒否への訪問面接」,『心理臨床学研究 15(3)』;237-248,日本心理臨床学会

35) 田嶋誠一,2001,「不登校・引きこもり生徒への家庭訪問の実際と留意点」,『臨床心理学 1(2)』;202-214

2点めは、治療構造を遵守することの重要性である。たとえば、ひきこもっていた子どもが外で誰かと遊びたいという希望を述べたときに、面接者がそれまでの役割を越え、自分が遊び相手を引き受けるのがよいのか、あるいは、面接者はそれまでの役割を守り、自分とは別の遊び相手につながることによって子どもの対人関係の広がりを促すことの方が重要なのではないかと、面接者が無自覚に役割を越えてしまう（治療構造を変えてしまう）ことで、面接者以外の仲間ともつながりを求めるようになりつつある子どもの社会化・能動性を損ねてしまうのではないかと、といった点が議論されるべきであろう。

そして3点めには、治療構造の是非についてよりも、設定されている治療構造がクライアントや治療者 - クライアント関係に及ぼしている影響を認識しようとする観点がある。たとえば、あるセッションでクライアントが「自分は親に大切に扱われてこなかった。」と語っているのは、面接者が約束の時間に遅れたことや、休暇のために面接の回数が減ったことによって親イメージの否定的な側面が賦活され、面接者に投影されているのかもしれない。

訪問活動に対して治療構造上の理由から多くの批判が寄せられたことには、面接室から出て行くことに対する心理療法家自身の抵抗感や、面接室や心理療法室で実施されるべき心理療法が安易に拡大されることへの懸念、あるいは狭義の心理療法への固執という側面もあったように思われるものの、当時、わが国の心理療法実践に、「治療構造を守る」という原則が十分に定着していなかったことが大きく影響しているものと推察される。つまり、治療構造を遵守することという認識の乏しさ故に、クライアントの精神病理や治療者 - クライアント関係についての慎重な検討を欠いたまま安易に治療構造が変更されることによって、クライアントの心理的な退行や治療者 - クライアント関係の混乱を生じさせることがあること、あるいは、それまでの治療者・援助者の役割を大きく逸脱してしまうような「行き当たりばったり」、「何でもあり」の臨床実践からは、その治療過程・治療機序について普遍的な検証を加えることができないことなどが十分に認識されていなかったものと推測される。

長坂³⁶⁾は、こうした構造をめぐる議論を踏まえ、訪問面接は週に1回1時間、場所は子どもの家の特定の場所、面接内容は言語によるカウンセリングを原則とし、この原則で面接ができない事例に対しては少しずつ構造を緩やかにすると同時に、何がそうさせているのかを検討することが重要であると指摘している。また、小学生など対象年齢が低いほど遊び的な要素が強まり、一定の構造や契約事項を確認・設定しにくいこと、自宅や自室という守られた日常空間にいる子どもには退行が起きやすいことと同時に、守りが薄く不安や緊張、ゆとりのなさを体験しているセラピストは子どもや家族に過剰なサービスをしやすいことなど、構造論的な観点から訪問の特異性を指摘している。

岩倉³⁷⁾も基本的な面接構造を維持することを重視する立場から、訪問カウンセラーとの関係が深まりカウンセラーへの期待や依存が高まっていく時期、あるいは、子どもが設定した構造以上の関わりを求めてくる時期に、友だちや他の援助者につなげることで対人関係の拡大を図るような仲介

36) 長坂正文,2006,「不登校への訪問面接の構造に関する検討」,『心理臨床学研究 23(6)』:660-670

37) 岩倉 拓,2003,「スクールカウンセラーの訪問相談」,『心理臨床学研究 20(6)』:568-579

的・ケースワーク的な役割が重要であることを強調している。

訪問の治療構造をめぐるこうした議論は決して過去のものではない。民間支援団体やボランティアなど、さまざまな立場からメンタルヘルス問題に対する貢献が求められている現在、治療・援助構造についての原則や基本的な考え方を確認する必要性は更に高まっているものと認識するべきであろう。

(3) 教育分野における標準的な訪問の進め方

以上のような検討を踏まえて、教育分野では不登校・ひきこもり事例への訪問活動について、ある程度のガイドラインや準拠枠が示されている。たとえば田嶋³⁹⁾は、本人と非侵人的な(脅かさない)つながりを創り、支えること、本人の周囲との関係と活動を広げること、本人の主体的自助努力を引き出し、試行錯誤を通してその精度をあげるための援助を行うこと、といった基本方針と想定される治療・援助の展開を示している。

また、その過程で重視される事柄として、本人の反応を見ながら援助者がどういう対象として映っているのかを吟味し、それによって関わりの頻度や接し方を変える必要があること、あるいは、「嫌がることを無理に押し付けたり、聴き出そうとしたりはしない」と保証すること、逃げ場を作りつつ関わり続けるために、訪問者には「節度ある押しつけがましさ」が必要であることなど、子どもや親に対する配慮を詳述している。このほか、自らが訪問者となる場合や担当教師へのコンサルタント役を担う場合など、学校現場で想定されるさまざまな設定が紹介されており、多くの臨床家が参考にしているものと思われる。

(4) 学齢期事例と青年期事例との違い

不登校になった時点ですぐに関わり始めることができるのが教育相談やスクール・カウンセリング活動の大きなメリットであり、何度訪問しても本人に会えない事例や、すでに深刻な病理性が顕在化している事例がそれほど多いわけではない。一般に本人の年齢が上がるほど有効な介入が難しいケースが増加してくる傾向がある。不登校・ひきこもりが年単位で長期化・遷延化して青年期、もしくは成人期に至っているケースには、もともと本人の病理性が重かったものや、周囲からの不適切な関わりのために事態がさらに悪化してしまったもの。家族機能はかなり弱いものなどが多く含まれているものと考えられる。

長期化したひきこもり事例や激しい家庭内暴力をともなう事例では、本人がかたくなに相談・受診を拒否する、あるいは本人に会えたとしても、膠着した事態には容易に変化がみられない、家族への支援・調整にかなりの労力を要するなど、学齢期の不登校事例以上の困難さをともなうことも多い。また、彼らの怒りや恨みの激しさ、新しい体験に対する抵抗感の強さやかたくなさに援助者が圧倒されることも稀なことではないし、それだけ家族の負担感や疲弊感も強い。また、訪問という活動を実施・継続する際の時間的コストなども考えた場合、単純に訪問を推奨することは現実的ではない。こうした事例に対しては、個々の事例ごとに問題の背景要因を把握し、実現・実行可能性のある介入方針を検討できるだけの専門性が求められることになる。

3 地域保健活動や児童福祉分野における訪問

精神保健福祉や地域保健分野，児童福祉分野の公的支援機関においては，教育分野で解決し得なかったような困難事例に対応する機会が多いものと思われる。自宅への訪問は極めて日常的な活動であり，たとえば精神保健福祉業務の一環として行われる訪問指導については，本人の状況，家庭環境，社会環境等の実情を把握し，これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は，原則として本人，家族に対する十分な説明と同意の下に行うが，危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。訪問指導は，医療の継続または受診についての相談援助や勧奨のほか，生活指導，職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援，家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他の家族が抱える問題等についての相談指導を行う，とされている。³⁸⁾また，18歳未満の不登校・ひきこもり事例に対しては，しばしば児童相談所の所管するメンタルフレンド事業が活用されている。

近藤ら³⁹⁾は，全国の保健所，福祉事務所，保健福祉事務所，児童相談所など，精神保健福祉・児童福祉分野の公的相談機関59か所を対象に，思春期のひきこもり事例，特に家庭内暴力をとまなう事例に対する訪問支援の現状調査を実施し，54例の訪問事例を把握した。訪問担当者の職種は保健師，児童福祉司，精神保健福祉士などであり，「対人関係を回避し孤立している状態が1か月以上継続している，おおむね10歳から20歳の事例を指し，家族やインターネット上の交流だけが保たれているものはこれに含まれる」ものを対象事例とした。

(1) 福祉・保健分野の訪問活動の実際

対象事例54件の男女比は男性38件，女性16件であった。訪問開始時における平均年齢は15.9歳（範囲12～25歳），ひきこもり期間は23.6か月（範囲1～84か月）であった。対象事例の中には精神科既往歴のある人が14名おり，統合失調症や重症対人恐怖，アスペルガー症候群などの診断を受けていた。また精神科既往歴はないものの，知的障害や低身長，てんかんといった医学診断を受けている人が6名いた。訪問を実施した期間は平均11.7か月（範囲1～72，不明16件），訪問回数は平均6.5回（範囲1～50，不明4件）であり，その頻度は平均5.8週（範囲2～24，不明23件）に1回であった。

訪問の目的や進め方を尋ねた設問に対しては，話題を選びながら慎重に本人との支援関係を形成する，本人が訪問者に会うことを拒否する場合には本人宛に手紙を置いて帰るなどのほか，受診・入院勧奨を目的としたもの，医師の同行による診察や心理検査を実施するためなど，多様な訪問が実施されている実状の一端が明らかになった。

また訪問に際して，訪問担当者は本人の生活の様子やこれまでの受診・相談歴，発達歴，精神疾患の有無など，多岐にわたる情報を，できる限り詳細に収集しようとしていることがうかがわれた。

38) 平成12年3月31日の厚生省大臣官房障害保健福祉課部長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」より抜粋

39) 近藤直司・石川信一・境 泉洋・新村順子・田上美千佳,2007,「思春期における非社会的行動（ひきこもり）と行為障害の関連に関する研究（主任研究者：齋藤万比古）」,厚生労働科学研究費補助事業（こころの健康科学研究事業）『児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究』,平成18年度研究報告書

訪問の目的や方法は、暴力行為の有無や緊急性の程度、精神科薬物療法の有効性が期待できるかどうか、あるいは本人の現実検討能力や家族機能など多くの条件によって判断されており、保健・福祉分野の専門職はこれらの情報を検討することによって、あるいは精神科嘱託医やかかりつけ医療機関の主治医の意見などを参考にしながら介入の方針を決定しているものと考えられた。このうち、約半数の訪問者が本人の趣味に関する情報を収集しており、本人との間で円滑に援助関係を形成するための工夫の一つと考えられた。

訪問の準備に関しては、来談者以外の家族成員からも了解をとってから訪問を実施しているという回答も多かった。ひきこもりケースへの支援に困難を感じる事として、両親間の不和、あるいは家族が問題を隠蔽しようとする、本人の言いなりになってしまう家族がいるなど、家族状況について指摘されていたことと併せて解釈すれば、多くの援助者は、訪問の是非や支援の方向性をめぐって対立している家族の意見調整や、問題の解決に向けて家族が積極的に取り組むように働きかけるなど、本人にアプローチする以前に家族支援・家族調整を要するケースに多く出会っていることが推測された。

個々のケースについての記載を見ていくと、訪問を開始後すぐに本人に会うことができ、数週間から数か月で本人が家業の手伝いを始めたり、相談・支援機関や医療機関などにつながったものから、趣味の話題には応じるものの外出することを強く拒否し、3年間で40数回の訪問を続けた結果、ようやく本人が通所型の相談や医療機関の受診につながったもの、あるいは訪問の実施について家族全員の同意が成立しない、訪問を実施・継続することに対して家族の協力が得られないなどの理由から相談・支援自体が中断に終わったもの、3～4年という長期にわたる経過の中で40～50回に及ぶ訪問を続けてきたものの、本人とはほとんどやりとりができず、生活状態には何らの変化も生じていないといった事例もあった。

こうした多様性は、思春期のひきこもりケースの背景にある問題が一様ではないことを表しており、訪問の目的・方法についても個々の事例を慎重に検討する必要があることを改めて認識させられるものである（第2章第2節「若者の抱える問題」参照）。

（2）暴力をともなう事例について

次に、暴力をともなうひきこもりケースに対する訪問の有効性について紹介しておきたい。本研究で対象としたケースの35.2%に家族への暴力が見られた。暴力の見られるケースでは初回訪問で本人に会えない場合が多く、介入の困難なケースが多いと思われたが、訪問によって暴力行為が改善し、本人の生活機能水準が上昇する傾向が示された。

暴力の改善が見られた8ケースの経過・転帰をみると、精神科外来につながり、内服治療などで落ち着いてきているものが1ケース、精神科外来への通院と同時に児童福祉施設への入所や精神科入院治療を要したものが4ケースあった。これらの支援経過をみると、本人に会えるまでに何度も手紙を出す、家族に伝言を依頼するなどのアプローチを2年近く続けたり、訪問者に会うことを拒否する本人に対して部屋の外から声をかけることから始め、時間をかけて一時保護から児童福祉施

設の活用に至ったケースもあった。

その一方で、強迫症状などの精神症状や近隣への迷惑行為などが問題となっていたケースに対して初回から精神科医や病院職員、警察官などに同行を求め、速やかに入院治療に導入していたケースもあった。こうしたケースでは、援助者は入院中に本人と頻回に面会するなどして退院後の生活基盤を整えるための支援を継続しており、訪問による介入は治療・支援の導入としての意義を果たしていたようであった。その他の3ケースは初回の訪問では本人に会うことができず、月1回程度の訪問を続けながら手紙やメモを置くなどして少しずつ本人に働きかけた結果、ひきこもり状態は続いているものの、暴力は消失しているという点が共通していた。

暴力行為が改善したケースの支援経過は、おおむね二つに分類された。一つは、「会うまでに何度も手紙を渡した」、「本人に会えるまで月1回くらい訪問した」、「訪問を継続しながら、電話での家族相談を継続した」など、訪問による本人への働きかけ、あるいは訪問と並行して家族相談を継続するなど、保健・福祉分野だけで継続的に支援したものであった。もう一つは、「内服治療により状態は安定しており、就労について検討中」、「病院職員に訪問に同伴してもらった」、「訪問を契機に入院治療に至った」、「入院後は病院のケースワーカーや医師と連絡を取り、病院で本人に面会した」など、精神科医療機関との連携のもとに支援を展開したもので、あるいは当初から医療機関につなげることを明確に意図した介入である。

前者においては、第三者による介入それ自体が家族への暴力の改善に役立った可能性があり、外部システムとの交流に乏しく、密室化した家族状況、あるいは本人と母親との密着した葛藤関係など、思春期の家庭内暴力に特徴的とされる家族状況に変化が生じるきっかけとなったかもしれない。後者においては、精神科医療機関や警察などと事前協議の機会をもち、訪問に際して病院職員や警察官などに同行を求めている事例もあった。

4 医師による往診・訪問

ユースアドバイザーが自ら訪問するよりも、何らかの方法で精神科医師による訪問・往診をアレンジする方が良い場合もあると思われる。精神病圏の病態が想定されたり、医療機関につなげるのが優先される場合などは、医療機関からの往診や保健所嘱託医による訪問が有効なことがあるので、往診に取り組んでいる医療機関、保健所・保健福祉事務所、市町村などの精神科嘱託医に協力を求められるようなネットワークを持っていると心強い。

榎林⁴⁰⁾は、青年期のひきこもりケースのうち、家族相談が中心となっており、かつ問題が重いと想定される場合には、精神科医療機関から積極的に往診することを推奨し、その理由として以下のような点を指摘している。

診断的な確認を行うことができること。

家族によって語られた本人のイメージと直接出会ったときの治療者のイメージとの差異を確認できること、すなわち家族の問題のとらえ方を把握できること。同時に、“家の空気”を肌で感じる機会が得られること。

できるだけ本人との会話を試みることによって、本人の通院に結びつける可能性を探ることができること。仮に、通院に直ちに結びつかなくても、往診面接の継続の可能性が生まれること。家族も加わった訪問家族セッションとすることも可能であること。

仮に本人の受診に結びつかなくても、家族が相談に行っている治療者がどのような人物であるかを本人に知っておいてもらうことができること、そのことによって、家族の言動の背後にどこかに治療者の存在を感じ取ってもらうことが期待でき、家族と本人との会話の中に、治療者もコンテキストとして紛れ込める可能性があること。

治療者が一度でも本人と出会っていることで、仮にその後家族のみの通院が続いたとしても、治療者が本人を知っているという安心感を家族が持つことができること。

さらに、一度でも本人を診察しておけば、以後の診療が保険診療可能となること。

40) 榎林理一郎・狩野力八郎・近藤直司編，2000，「「ひきこもり」を抱える家族への援助」，『青年のひきこもり』，pp151-160，岩崎学術出版社

5 民間の訪問カウンセリング活動

教師らの関わりをかたくなに拒否している事例や、不登校のまま中学を卒業する、進路の決まらないまま高校を中退するなどして学籍のない事例、あるいは、これらの子どもを抱えた家族の苦悩、そして、それらの問題に対して公的支援が行き届かない現状などを早くから認識し、家族相談や自宅への訪問に取り組んできたのは民間団体による相談支援活動であった。

こうした活動の重要なメリットの一つは、保健・福祉分野の専門職や精神科医師のような肩書きを持たないことが、支援の導入期において、クライアントの緊張感を和らげたり、「病人扱いされる」といった被害感を抱かせることなく本人にアプローチできることなどであろう。一方、デメリットとしては、入院治療などのハードな介入を要する事例に出会ったときに医療機関などのバックアップ・システムが乏しいこと、支援対象や活動内容、活動実績などについて知る手がかりが各々の広報活動に限定されており、活動の実態が周囲からは見えにくいことなどが挙げられようか。良心的で優れた支援活動が展開されている一方で、一部には人権上の問題が問われるような強引な侵行的行為、あるいは入所施設における暴行事件や死亡事件なども報じられており、個々の支援活動の質や透明性などがこれまで以上に厳しく問われていくことになる。

ひきこもり問題などに対する包括的な対策を検討する際に、民間団体による支援活動の充実が重要であることは明らかであり、今後は福祉保健分野の公的相談機関や医療機関がもっと積極的に民間の活動との連携を図れるような状況を整えることが必要であろう。そのためには、どのような団体が、どのような対象者に、どのような支援活動を実践しているのか、その結果どのような成果が見られ、どのような課題を抱えているのか、あるいは、多くの支援課題を持つケースに対して、公的支援や医療機関との間でどのような連携を図り、民間支援団体はどのような役割を担ったのかなど、それぞれの実践を報告・議論できる場が必要であるように思われる。

また、民間の支援活動については、倫理や人権という点において医療機関や公的支援機関と同等の、あるいはそれ以上に慎重な配慮が求められると思われるので、次に訪問活動の倫理的な側面について考えてみたいと思う。

6 訪問活動の倫理

(1) 家庭訪問の法的根拠

まず、福祉・保健分野の専門職による訪問活動の法的根拠について確認してみたい。たとえば保健師は、以下の2点を法的根拠として家庭訪問という支援手段を用いている。一つは、母子保健法、結核予防法、老人保健法、精神保健福祉法などの各法規によって、「訪問指導」が規定されている場合であり、もう一つは、(訪問指導という用語は用いられていないものの)各法規で定められた事業の目的を達成する手段として訪問指導が用いられる場合である。たとえば発達障害者支援法においては、子どもがより早期の支援を受けられるように家族が障害を受け入れ、相談機関に結びつくことを目的に訪問指導・家庭訪問を行う場合などが想定される⁴¹⁾。

したがって保健師の場合、対象者の健康上のニーズが高く、その改善のために家庭訪問指導が有効と判断されれば、援助対象者と契約関係が結べていなくても訪問が可能であると解釈できるかもしれない。また福祉分野では、生活保護法や児童虐待防止法によって、福祉事務所や児童相談所に"立ち入り調査"の権限が定められている。

こうした公的支援とは対照的に、民間支援団体の立場で実施される訪問には法的根拠や倫理基準がないことが指摘されている⁴²⁾。また、ユースアドバイザーとして訪問に携わる場合にも、身分や所属機関によっては確固とした法的な裏づけを見出すことが難しいと考えられるので、支援対象となる若者と援助者としてのユースアドバイザーの双方を守るために、本人もしくは家族との契約関係・相談関係を事前に形成し、家庭訪問について合意が成立していることが望ましい。

また、守秘義務についても十分に認識・配慮する必要がある。民間支援においては医療法や地方公務員法、あるいは職業規定によって定められた守秘義務などを負っていない援助者が多いことが推測される。また、家庭訪問という性質上、対象者のプライバシーに深く触れる機会が多くなることが予測されるので、援助者としての守秘義務についても慎重な配慮が求められる。

(2) やってはならない「侵入的な訪問」とは？

「侵入的過ぎる訪問」、「やってはならない訪問」とは、どのようなものであろうか。そのとらえ方は多様であり、たとえば、訪問者との面会を拒否している本人の部屋に押し入ることなど論外であり、部屋の外から声をかけ、返事がなければそれ以上は侵入しない方がよいという援助者がいる。また、部屋に近づいて声をかけること自体がすでに侵入的過ぎるという意見を述べる援助者もいる。

同意なしに部屋に入ることは、どのような場合においても許されないのであろうか。許される、あるいは許されないほどの「侵入」とは、どのようなケースに対する、どの範囲の行為のことを指すのであろうか。長坂³⁶⁾は、訪問面接を継続させるためには、援助者に求められる能動性、つまり、子どもの家に出かけ、子どもと個別面接ができるように家族に介入し、面接中は受身的な子ども

41) 平山朝子・宮地文子監修、1990、「公衆衛生看護学体系2」、『公衆衛生看護学総論2』、pp4-18、日本看護協会出版会

42) 渡辺 健、2004、「訪問カウンセラーの心理」、『現代のエスプリ 445、訪問カウンセリング』、pp167-174、至文堂

もをリードすることが不可欠であると指摘し、訪問面接ではセラピストの能動性と受身性がバランスよく共存することが大切であると述べている。田嶋³⁵⁾が提唱する「節度ある押しつけがましさ」というキーワードも示唆的である。渡辺⁴²⁾は、明確な倫理基準のない民間支援活動の一環としての訪問においては、何より「常識を見失わないこと」が重要であることを強調している。

確かに、明確にガイドラインのない現時点においては、「バランス」、「節度」、「常識」としか言いようがないように思われる。ひきこもりケースの精神医学的背景は極めて多様であるし、家族状況なども個々のケースによって多様性が大きい。また、「対人関係を避けようとしている人に関わろうとする」という活動において、「どこまで入り込んでよいのか?」、「どこからは控えるべきなのか?」、あるいは「対人関係を避けたいという気持ちをどこまで尊重し、見守るべきなのか?」という迷いが生じるのは必然であり、それをマニュアル的に解決することは簡単でないからである。

7 標準的な訪問ガイドライン

ここまで、訪問活動の困難性や留意点を強調して述べてきたが、筆者らの意図は、ひきこもりケースに対する訪問活動を否定したり、抑制することではない。むしろ、これまで以上に積極的な訪問活動が展開されることが必要であると考えており、それだけに、支援に関わる援助者に訪問の倫理性や構造論的観点を認識していただきたいと思う次第である。

以下、地域精神保健の立場から新村らが提言したひきこもりケースへの訪問ガイドライン⁴³⁾を一部改変し、標準的と思われる訪問のあり方を提言してみたいと思う。

(1) なぜ訪問支援が必要とされているのかを確認・認識する

一般に、思春期・青年期ケースは、家族からの相談によって事例化することが多い。とくにひきこもりや非行事例では、本人は他者との接触を頑なに回避・拒否しており、家族の希望によって訪問を始めることが少なくない。誰がどのような理由で訪問を希望し、どのような経緯で訪問を実施することになったのかを振り返ってみることは重要である。

一般に、訪問が始まるのは以下のような経緯・理由からであろう。

受診や相談を目的に外出することが困難である、居住地が遠隔であるなどの理由で、本人が訪問による面接を希望している場合。

おもに家族が訪問を希望しており、本人も訪問に同意している、ないしは積極的に拒否していない場合。

本人に病歴や病的なエピソードがあり、家族や関係機関から医療機関への受診の必要性についての判断や精神医学的な判断を求められている場合。

本人の心身の状態や家族状況などに対して早急に介入する必要がある、あるいは、本人・家族の安全や生命の危険性について訪問以外の方法では確認ができないと援助者が判断した場合。健康問題や家族機能の問題などにより家族の問題解決能力に期待ができない、自分が直接本人に会って状況確認や援助方針を見定める必要があると援助者が判断した場合。

本人の意向は十分に確認できないが、家族が強く訪問を希望している場合。

このうち、¹⁾は訪問が必要になった理由や本人の意思が明確であり、理想的である。²⁾のような状況では、来談している家族とひきこもっている本人との間で、あるいは家族同士で訪問の必要性についての認識が大きく異なっている場合があり、訪問による本人や他の家族成員の反応に注意を払う必要がある。³⁾及び⁴⁾については、事前に状況を詳しく確認し、保健福祉事務所・市町村の精神保健福祉相談員や保健師、児童相談所の児童福祉司、警察官など、法的根拠をもって介入できる専門職へのつなぎを検討する必要があるかもしれない。

43) 新村順子・田上美千佳・近藤直司, 2007, 「地域保健機関による思春期ひきこもり事例への訪問支援」, 平成18年度厚生労働科学研究費補助事業(こころの健康科学研究事業), 『児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究(主任研究者: 齋藤万比古)』, 総合研究報告書

及び については少し詳しく述べておきたい。

思春期・青年期の長期化したひきこもり事例の中には、家族だけが来談し、本人は治療や援助を求めようとする積極的な動機づけに乏しい、あるいは、自ら問題を解決しようという能動性・積極性を半ば放棄してしまっている人がいる。こうした状況は、本人が自ら治療・援助を求めて来談してくる場合に比べて、本人との関係づくりは明らかに困難である。

また、訪問を実施しなければ本人にアプローチできないこと自体が家族機能の低さの表れであることも少なくない。本人に適切な励ましを送ることができない、今後の生活設計や進路選択について話し合えない、相談・受診の必要性を本人に説明・説得できない、問題の解決に向かうような有効な手立てを見出すことができない、あるいは、自分たちには問題を解決する力がないという無力感で一杯になっているときなどに、家族は"専門家の訪問"に頼ろうとすることがあるからである。そして、本人と家族との間で解決され得なかった葛藤状況を万能的に解決してくれる"救世主"のような存在として援助者・訪問者に期待を寄せている場合には、訪問者が否応なく、「自分こそがこのケースを何とかしなければならぬ」という心境に追い込まれたり、そうした役割と責任を自ら背負い込んでしまう事態が起きやすい⁴⁴⁾。

自分がこうした事態に巻き込まれていることは、できれば訪問の前に認識しておきたい。というのも、こうした状況に置かれていることを自覚できていないときに、援助者は、そうとは意識しないまま、「バランス」、「常識」、「節度」を失ったまま逸脱行動に及ぶことがあるからである。

こうした事態に陥らないためには、訪問することになった経緯や理由、訪問を希望しているのは誰か、あるいは訪問の目的と方法、その実現可能性などを慎重に吟味することが重要である。とは言っても、家族から訪問を求められたときに、こうした考えに囚われて判断に時間をかけ過ぎたり、最もらしい理由をつけて訪問の実施を先延ばしにするのも良くない。援助者の態度に幻滅した家族は、その後の展望のないまま相談を中断してしまうことがあり、その結果、有効な介入が年単位で先延ばしになる事例を少なからず経験するからである。

44) 後藤雅博・近藤直司編著、2001、「ひきこもりケースへの危機介入」、『ひきこもりケースの家族援助』、pp203-212、金剛出版

(2) 初回訪問に至るまでの準備

本人の暴力行為や強迫行為の家族への巻き込みが激しいときなどは、家族や身近な援助者から緊急の訪問を要請されることもある。相談者のニーズに速やかに応じるという姿勢が必要であることは言うまでもないが、家庭訪問は多くの人的・時間的コストを要する援助手段であり、1回1回の訪問の質を向上させていく工夫も必須である。そのためには、援助者なりの見立てを描き出せるような事前の情報収集と整理、あるいは本人の了解を得る手続きなど、初回訪問までの事前準備について検討してみることも重要である。

こうしたプロセスにおいて、家族との関係を深めることは重要な支援課題の一つである。そのためには、まずは最初に来談した家族を第1相談者として受け止め、相談に至るまでの苦労や努力を十分にねぎらいつつ、家族が何にどのように困っているのかを把握する必要がある。また、事前準備の過程で家族が落ち着きを取り戻してきたり、本人の状態が安定してくる、本人が来談・訪問に同意するなどの進展がみられることがある。

以下、訪問するまでの事前準備として必要と思われる項目を列挙してみたい。

ア 事前の情報収集

身体的・精神的疾患の有無、本人の生い立ちや養育環境などを含む生育歴、これまでの相談・治療歴の有無や経過などは、医療の必要性や精神医学的な判断が必要な場合には必須の確認項目である。また、青年期のひきこもり事例の中に広汎性発達障害を背景とする事例が含まれていることも分かってきており⁴⁵⁾、母子手帳や幼稚園・保育園の連絡帳、小・中学生時代の通知表などを参考にすることで家族から発達歴を確認しておくことも、本人・家族へのその後の関わり方を考えるうえで役立つことがある。

また、本人の生活の様子や本人の言動などの情報を家族から得ることを通して、本人と家族がどのような気持ちで日々の生活を送り、どのような事柄について、どのように困っているのかについて、想いを巡らすことを試みてみたい。暴力のみられる事例については、本人の言動にみられる特徴や、本人の同意を得ないまま訪問を実施した場合、本人がどのような反応を示すであろうかを推測すること、暴力の出現が予測される場合には、その対象や程度を推測しておくことも必要である。

これらと同時に、本人や家族の健康的な側面（ストレングス）を認識しておくことは、本人・家族との関係づくりや援助の糸口を見出していくうえで重要であろう。たとえば、「うちの子どもは仕事が続かず、5回も解雇されている」、「何もできない」と家族が訴えているときに、「5回も就職できた」、「求職活動を進める力は充分である」とリフレーミング（意味づけを変換）したうえで、これまでの職業選択は適当であったかどうか、採用された後、実際の勤務を通して難しく感じられたのはどのような場面であったかなど、真に必要な支援課題を絞り込み、課題に

45) 近藤直司・岩崎弘子・小林真理子・宮沢久江, 2007, 「青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について」, 『精神神経学雑誌 109』, 834-843

取り組む動機づけを高めることができるかもしれない。

イ 訪問の目的を設定する

できれば、その時点で得られている情報をもとに、当面の短期的目標と中期的・長期的な支援目標を立てておきたい。一般的に、ひきこもりケースに対する訪問の短期目標としては、数回の訪問で本人に会える、もしも初回で本人に会えれば、短時間のやりとりをして、次回につながるような支援関係を形成するというくらいが順当なところであろうか。

中・長期的な目標や訪問活動のゴールとしては、訪問者との面接を来所型の相談に切り替えて継続する、訪問者が所属する支援機関の支援プログラムを利用できるようになる、他の生活・就労支援機関の支援プログラムや医療機関につながる、などが考えられる。また、精神科の外来治療や入院治療につなげる、児童相談所で一時保護するなどの強力な介入を想定して初回訪問に臨む場合もある。

ただし、数回の訪問で目標を達成したり、何らかの変化を生じさせることに固執するよりも、達成できなかった目標について援助方針や目的の設定が適切であったかどうかを検討する、事例の理解や支援方針を再検討するなど、粘り強い姿勢が重要である。また、家族が訪問という介入手段や"専門家"の支援に対して万能的な期待感を抱いていることがあるので、家族が訪問に何を期待しているのか、援助者ができることとできないことなどを家族と話し合い、訪問の目的や目標を家族と共有しておくことをお勧めしたい。

ウ 訪問することを他の家族や本人に伝える

一般に、来談者以外の家族や本人の了解を得たうえで訪問することが推奨されている。予告なしに訪問することは、本人にとって侵襲性の強い体験となり、ひきこもりを強化してしまうことも考えられる。まずは家族から援助者が訪問することを伝えてもらう、または手紙を渡してもらうなどして、訪問に対する本人の反応を確認するのが一般的であろう。また、援助者が訪問に行きたいと考えていることを家族から本人に伝えてもらうことで、家族と本人とのコミュニケーションが再開する契機になることがあるかもしれない。来談者以外の家族が訪問に同意しているかどうか確認しておきたい。

ただし、本人が深刻な精神医学的な問題により現実検討能力が低下している、激しい暴力が続いている、生命に関わるような危険が生じているなどの局面では、本人や来談者以外の家族の意向が確認できないまま訪問を実施することはあり得る。こうした場合でも、できる限り本人の意思を尊重する姿勢には変わりはないが、事例の緊急性や強力な介入の必要性、介入の法的根拠などを冷静に判断することも必要である⁴⁴⁾。こうした判断の根拠や介入方針の検討に困難を感じる場合には、地域の市町村や保健福祉事務所、精神保健福祉センターなどに助言を求めることをお勧めしたい。

エ 訪問のセッティングを工夫する

事前に得られた情報から、訪問するのならば何曜日の何時頃が良さそうか、どの場所で本人に会うのか、どのような話題を選べば本人と話ができそうかなどを検討する。また、訪問に対する

本人の反応を予測しながら，訪問する側の人数，職種，性別や年齢層，経験年数などを検討しておく必要がある。暴力行為が激しい対象の場合には警察官などとの同行訪問を検討する，新人職員が担当の場合は経験の豊富な職員と同行訪問するなど，援助者側の安全を確保することも忘れてはならない。本人との間で良好な関係を形成している関係者がいる場合には，その人に同行してもらうことも工夫の一つである。

また，子どもがひきこもっていることや，そのことで相談機関を利用していることを近隣の人に知られたくないと思っている家族も多い。訪問時に機関名の入った車は近くに止めないでほしい，制服では来ないでほしいなどと依頼される場合もあるので，事前に確認が必要である。

オ 関係機関との情報交換

訪問前の準備として，関係機関との事前の連絡・協議が必要な場合がある。教育関係機関や児童相談所，医療機関などがすでに関わっている場合や，それらの機関と連携を図ることが必要な場合には，家庭訪問を実施する場合にも，他機関の合意や了解を得ておくことが必要な場合がある。ただし，家族の同意を得ずに他機関と情報をやりとりすることは原則として厳禁である。

(3) 訪問・面接の進め方

訪問というセッティングは，来所型の相談よりも想定外の出来事に出会うことが多く，援助者の想定どおりに構造を維持することが難しい。会いたくないと言っていた本人が部屋から出てくるなど，援助者側の予想していなかった事態が起きることもあり，基本的には状況に合わせて臨機応変に，家族や本人の意向に沿って進めていく柔軟さが求められる。

以下，本人に会えた場合と，本人には会えなかった場合に分けて，訪問場面におけるいくつかの留意点について述べてみたい。

ア 本人に会えた場合

<会えたことを大切にす>

ひきこもり事例，特に暴力を伴う場合，初回の訪問で本人と会って話ができる機会は決して多くはない³⁹⁾。また，本人は援助者と会うだけでも相当な努力をしているかもしれない。まずは，「よく顔を出してくれた」，「会えて嬉しい」といった気持ちを伝えることが重要であると思われる。

<自己紹介>

原則として，訪問者は自分の身分や職業，訪問の目的などを正確に伝える必要があるが，本人の現実検討能力が著しく低下しているために強制的な介入が必要とされるような局面や，専門職の介入を過剰に被害的に体験することが予測されるような状況においても，「常に本当のことを述べるべきである」とマニュアル化するのは難しいようにも思われる。

ただし，「自分の職種や立場をそのとおりに名乗れない」，「何とか解決の糸口を見出すためには身分や訪問の目的を偽ることも致し方ない」といった判断は，通常の間人関係や治療・支援関係においてはあり得ないことであり，そのような判断に至った場合でも，「常識的ではないこ

とをしている」という自覚は常に必要である。それしか方法がないと感じられるときには、家族関係の問題に援助者が過剰に巻き込まれている可能性なども十分に検討するべきである。

また、支援関係の形成を焦るあまり、援助者自身のプライバシーや個人情報を開示して本人との共通点を強調すること、本人が援助者個人に対して抱く興味・関心を支援関係の形成に利用しようとするなど、程度、節度をわきまえた慎重な姿勢が必要である。有効な支援関係と親密な人間関係を単純に混同してはならない。

< 面接の内容・テーマ >

対象が小学生・中学生年代の場合には、自分の内面に起こっていることを言語化する力がまだ十分に育っていないことがある。青年期事例においても、訪問によってようやく面接することができた本人は、治療・援助に対する積極的な動機づけが乏しい、対人緊張や回避傾向が強いなど、自从来談する人に比べて援助・相談関係の形成が困難、ないしは慎重な配慮を要するケースが多いと考えるべきであろう。自分がどのような経過でひきこもっているのか、どのような気持ち・心境で過ごしているのかなどをすぐには語れない人も多く、訪問前の情報収集の内容を活用し、毎日の生活パターンや趣味、楽しみにしていることや特技など、本人にとって話やすく侵襲性の少ない話題を取り上げるなどの工夫により、スムーズに面接に入っていけるかもしれない。

また、著しく緊張感の強い人や発達障害圏の人との間では言語的な面接が難しい場合があり、一緒にゲームをする、筆談を交えるなど、言葉でやりとりする必要のない面接の進め方を工夫することが有効な場合や、訪問に至った経緯や今後の方針、あるいは訪問者の考えや印象、感想などを簡潔・明確に伝えることを意識すると、クライアントに「分かりやすい」と体験され、援助者 - クライアント関係が安定しやすいことがある。

一般に、ひきこもる本人との面接において、本人の内面に侵入しすぎてしまう、子どもを傷つけてしまうといった不安を抱く援助者は多い。とくに家庭内暴力がある場合には、面接後の暴力的な反応を恐れ、援助者は当たり障りのない話題に終止してしまう傾向がある。その結果、訪問が継続できたとしても、本人が抱えている問題の本質的な部分に触れることができないまま経過したり、本人の生活状況には全く変化が生じないこともある。

訪問面接を重ねる中で、いずれは解決すべき課題について話し合えるようになることが目標となるが、どこまで侵入的な態度を控えるのか、いつ頃から本人の内面に介入してゆくのかといった迷いやジレンマは、情緒的な交流を回避し、内的にひきこもっている人との面接では常に直面することである。

< 本人の様子や部屋の中の様子の把握 >

家庭訪問においては、家族や本人との面接内容だけでなく、本人の身だしなみや外観、家族とのやりとりの様子、部屋の状態、居住地の環境なども併せて把握する。とくに、食事や睡眠などの健康状態、清潔の保持などのセルフケアの力、家族の疲労の度合いを確認することは、介入の緊急性を判断するためには重要な項目である。身体的衰弱が激しい場合などには、医療機関や保健師などへの速やかなつながりが必要である。

< 次回訪問の約束 >

初回訪問では、本人、援助者ともに緊張が高いため、早めに終了することが推奨されている⁴⁶⁾。また、訪問を継続した方が良いと判断した場合には、面接を終了する前に次回訪問の日時を約束しておくこと、援助の継続性を確保しやすい。

イ 本人には会えなかった場合

< その後の援助について >

ひきこもり事例の場合、家族を対象にした訪問を何回か実施した後、初めて本人に会えたという経験をしている援助者が少なくないようである。訪問前には援助者に会うと約束していても、そのときになると、「やはり会いたくない」と態度を反転させる人もいる。特に、暴力をとまなう事例への訪問では初回から本人に会えることは少ないが、そのような場合でも、「会いたい」というメッセージを家族から伝えてもらったり、家族相談と並行して自宅への訪問を続け、本人の部屋のドア越しに声を掛ける、あるいは本人宛の手紙やメモを残すなどの働きかけを続けることで暴力が改善することもある³⁹⁾。

< 家族面接に臨むときの姿勢 >

本人が援助者と会うことを拒んだとしても、訪問してきた援助者に対して強い関心を寄せていることがある。こうした場合、家を訪れてきた援助者の振る舞いや家族との会話の内容、訪問が終わった後の家族の表情や態度などから、自分の気持ちに耳を傾けてくれそうな人かどうかなど、援助者・訪問者に対する見立てが行われているかもしれない。

あるいは、本人と家族が対立していたり、著しく関係が悪化している状況では、家族とやりとりしている援助者は、それだけで「家族と結託している」と解釈されるかもしれない。本人の同席なしに家族と面接するときでも、本人の存在を意識し、本人の立場や気持ちを尊重する姿勢が必要である。また、会いたくないという気持ちを尊重することが、本人との関係づくりに有効であるという意見もある。

ただし、外界への関心や現実検討能力が著しく低下している場合、訪問者イメージが著しく歪められて空想されている場合などには、こうした配慮や気遣いはまったく報われないばかりか、むしろ有効な介入を遅らせる原因になることもあり得る。援助者には、会うことができていない本人が訪問をどのように体験しているのかを画一的に判断することはできないことを自覚するべきであり、さまざまな情報を組み合わせて、できるだけ総合的に推測・判断する姿勢が求められる。しかしそれでもなお、訪問によって本人に変化がみられるかどうか、経過を追って判断する以外には方法が見出せないことも少なくない。

(4) 初回訪問後のフォロー

継続性の確保と訪問の頻度

46) 厚生労働省、2003、『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』、じほう

ひきこもり事例の場合、本人や家族状況に何らかの関係が生じるまでに、ある程度の期間を要することが多い。基本的には、性急な解決よりも、まずは訪問を継続することや本人との関係を形成・維持することを重視するべきであろう。

継続的な訪問に際して、どの程度の頻度で訪問するのが良いかについては、まだ十分に検討されていない。福祉保健分野の公的支援機関では、関係機関との交代制をとったり、家族の来所・電話相談なども取り入れながら、月1回程度の訪問を継続するのが一般的であるが、週に2回など、より集中的な訪問が有効であるという支援経験を述べる援助者もあり、今後、訪問の頻度についても検討が必要である。

他機関、とくに医療機関につなぐ援助

訪問の結果、医療機関や他の相談機関に本人や家族を紹介する必要性が明らかになることがあるが、実際に医療機関につながるまでには相当な援助期間を要することも少なくない。

また、他機関を紹介した時点で援助関係が途切れることもあり、他機関への紹介・つなぎには慎重な配慮が必要である。紹介先の所在地や連絡先を伝えるだけで良いのか、先方の担当者との間に入って日時を調整する、あるいは初診や初回相談に同行することが必要な場合まで、他機関への紹介にあたって必要となる支援の程度は事例によってさまざまである。紹介と同時に支援が終了することばかりではない。しばらくは本人や家族が次の援助者との支援関係を築けるよう見守ることが必要な場合もある。

とくに医療機関につなぐときには、保健所の嘱託医に訪問への同行を依頼し、顔見知りになった医師が勤務する医療機関を初診してもらうなど、できるだけ無理なく外来治療や入院治療に導入できるよう工夫したい。

家族への支援

10代の子どものひきこもってしまうと、家族、特に母親にとっては、それまで培ってきた交友関係や地域社会からのつながりを断たれてしまい、子どもと同様に家族も孤立した状態に陥りやすいことが指摘されている。家族内では子どもとの密着した生活が続いている場合などには、そのことが子どもの社会参加の阻害要因になったり、子どもの回復が親の喪失感や抑うつを引き起こすこともある。また、他の家族員が身体的・精神的な健康問題や障害、経済的問題などを抱えていることもあり、こうした場合には、子どものひきこもりだけでなく、家族全体を視野に入れて支援を組み立てていく必要がある。

(5) 援助者自身へのサポート

訪問活動においては、援助者に対する本人や家族の期待や依存が強まると同時に、援助者の側にも、「自分こそがこの人を何とかしてあげなければ」といった万能的な感覚や、本来は家族や本人自身が取り組むべき責任性までも援助者が肩代わりし続けてしまうといった事態も起きやすい。その一方で、援助者が心理的に巻き込まれないことばかりに気をとられているために有効な支援が展開できない場合もあるが、いずれにしても、担当援助者がクライアントや家族との関係性を振り返り、自らの関わり方を検討・調整することは簡単ではない。

さらに、福祉保健分野における訪問について上記したように、訪問後、比較的早い展開が生じる事例がある一方、かなり長い経過を経て徐々に有効な展開がみられる事例、あるいは年単位の働きかけによっても全く変化が生じない事例もあり、継続中の訪問が効果を上げているのかどうか判断に迷うことも少なくないので、訪問を続けている援助者が事例検討会に参加したり助言を受けることができる、専門家のスーパービジョン⁴⁷⁾を受けられるなどの研修体制や関係機関との連携体制が整えられていることが望ましい⁴⁸⁾。

----- 山梨県立精神保健福祉センター所長 / 山梨県中央児童相談所副所長 近藤直司
----- 東京都精神医学総合研究所精神保健看護研究チーム技術研究員 新村順子
----- 東京都精神医学総合研究所精神保健看護チームリーダー主任研究員 田上美千佳

47) 対人援助職者が専門家としての資質の向上を目指すために受け持ったクライアントに対するカウンセリングを指導者 (Supervisor) の前で報告または指導を受ける教育方法

48) 渡辺 健, 2004, 「クライシスが聴こえる - 危機に臨むところ」, 『現代のエスプリ 445, 訪問カウンセリング』, pp108-114 . 至文堂