

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

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

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤万比古

平成 20 (2008) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

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

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤 万比古

平成 20 (2008) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	1
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	1
主任研究者 齊藤万比古 国立精神・神経センター国府台病院	
II. 主任研究ワーキング・グループ研究報告	11
地域の専門機関を対象とした不登校・ひきこもり事例の対応に関する全国調査	11
齊藤万比古 ¹⁾ 宇佐美政英 ¹⁾ 井上喜久江 ¹⁾ 平理英子 ¹⁾ 渡部京太 ¹⁾ 小平雅基 ¹⁾ 入砂文月 ¹⁾ 木沢由紀子 ¹⁾	
1) 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科	
III. 分担研究報告	19
1. 精神科急性期医療におけるひきこもり青年の実態と精神医学的治療に関する研究	19
中島豊爾 ¹⁾ 塚本千秋 ¹⁾ 大重耕三 ¹⁾ 来住由樹 ¹⁾ 太田順一郎 ¹⁾	
1) 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター	
2. ひきこもりを呈する青年の地域生活支援プログラムに関する研究 一方法論の検討およびパイロットケースの実施一	25
伊藤順一郎 ¹⁾ 瀬戸屋雄太郎 ¹⁾ 吉田光爾 ¹⁾ 宇佐美政英 ²⁾ 井上喜久江 ²⁾ 園環樹 ¹⁾	
1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 2) 国立精神・神経センター国府台病院	
3. 児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究 不登校・ひきこもり・思春期非行に対するグループ親ガイダンスの効果をめぐる	33
皆川邦直 ¹⁾ 田上美千佳 ²⁾ 新村順子 ²⁾ 三宅由子 ³⁾ 野津真 ⁴⁾	
1) 法政大学 2) 東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所 3) 国立精神・神経センター精神保健研究所 4) 東京都立中部総合精神保健福祉センター	
4. 中学生・高校生に見出される不登校・ひきこもりの実態把握に関する研究	37
弘中正美 ¹⁾²⁾ 岡安孝弘 ¹⁾²⁾ 吉村順子 ²⁾ 太田智佐子 ²⁾ 竹村周子 ²⁾ 小粥宏美 ³⁾ 齊藤和貴 ³⁾ 益子洋人 ³⁾ 加室弘子 ⁴⁾ 北村洋子 ⁵⁾ 西川一臣 ⁶⁾ 高嶋裕子 ⁷⁾	
1) 明治大学 2) 明治大学心理臨床センター 3) 明治大学大学院 4) 世田谷区教育相談室 5) メンタルヘルスビューロー 6) 東京都立桐ヶ丘高等学校 7) 東京都教育相談センター	
5. 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究	49
近藤直司 ¹⁾²⁾ 宮沢久江 ¹⁾ 境泉洋 ³⁾ 清田吉和 ⁴⁾ 北端裕司 ⁵⁾ 黒田安計 ⁶⁾ 黒澤美枝 ⁷⁾ 宮田量治 ⁸⁾	
1) 山梨県立精神保健福祉センター 2) 山梨県中央児童相談所 3) 徳島大学総合科学部人間社会学科 4) 石川県こころの健康センター 5) 和歌山県精神保健福祉センター 6) さいたま市こころの健康センター 7) 岩手県精神保健福祉センター 8) 山梨県立北病院	

6. 大学生に見出されるひきこもりの精神医学的な実態把握と援助に関する研究……………	65
水田一郎 ¹⁾ 小林哲郎 ¹⁾ 石谷真一 ¹⁾ 安住伸子 ¹⁾ 草野智洋 ²⁾	
1) 神戸女学院大学 2) 大阪大学大学院人間科学研究科	
7. 思春期ひきこもりと反社会的問題行動—少年非行の二極化—……………	83
奥村雄介 ¹⁾ 野村俊明 ²⁾ 吉永千恵子 ³⁾ 布施木誠 ⁴⁾ 千葉康彦 ⁵⁾ 元永拓郎 ⁶⁾	
工藤剛 ⁷⁾ 月野木竜也 ⁸⁾ 榎野葉月 ⁹⁾ 高橋恵一 ⁶⁾	
1) 関東医療少年院 2) 八王子医療刑務所 3) 東京少年鑑別所	
4) さいたま少年鑑別所 5) 横浜少年鑑別所 6) 帝京大学 7) 秩父中央病院	
8) 千葉県警察少年センター 9) 首都大学東京	
8. 地域連携システムによるひきこもり支援と疫学的検討……………	95
清田晃生 ¹⁾ 宇佐美政英 ²⁾ 大隈紘子 ³⁾	
1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 2) 国立精神・神経センター国府台病院	
3) 大分県精神保健福祉センター	
9. 児童期・前思春期のひきこもりに対する精神医学的治療・援助に関する研究(1)……………	103
渡部京太 ¹⁾ 齊藤万比古 ¹⁾ 小平雅基 ¹⁾ 宇佐美政英 ¹⁾ 平理英子 ¹⁾ 鈴木祐貴子 ¹⁾	
平栗裕美 ¹⁾ 井上喜久江 ¹⁾ 岩垂貴喜 ¹⁾ 上野耕揮 ¹⁾ 早川洋 ¹⁾ 磯野友厚 ¹⁾	
佐藤裕美子 ¹⁾ 入砂文月 ¹⁾ 木沢由紀子 ¹⁾ 川上桜子 ¹⁾ 中里容子 ¹⁾	
1) 国立精神・神経センター国府台病院	
10. ひきこもり青年の就労支援に関する研究……………	111
原田豊 ¹⁾ 川口栄 ¹⁾ 大塚月子 ¹⁾	
1) 鳥取県立精神保健福祉センター	
11. 後期思春期・早期成人期のひきこもりに対する精神医学的治療・援助に関する研究……………	137
斎藤環 ¹⁾ 佐々木一 ¹⁾ 宮本克巳 ¹⁾ 半田聡 ¹⁾ 松木悟志 ¹⁾	
1) 爽風会佐々木病院	
IV. 研究成果の刊行に関する一覧……………	155
V. 研究成果の別刷……………	157

I. 平成 19 年度 総括研究報告

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

主任研究者 齊藤万比古 国立精神・神経センター国府台病院 リハビリテーション部長

研究要旨

近年、ひきこもりの背景に多彩な精神疾患の関与が指摘されるようになったことから、医療・保健・福祉・教育の領域で一貫性あるひきこもり概念の策定と、標準的な評価・治療・援助システムの開発が緊急に求められている。本研究は10代を中心とする「思春期ひきこもり（ひきこもり状態の顕著な不登校を含む）」を対象とし、その実態把握とともに、思春期ひきこもり事例に対する医療的治療と社会的支援を包括した援助システムを開発することを目指すものである。本年度はパイロット・スタディと文献研究を中心に取り組んだが、全国調査も実施し、新たな支援法の開発も開始している。次年度より疫学研究も追加する予定である。

分担研究者氏名・所属機関名 および所属機関における職名

中島 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
伊藤順一郎	国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部長
皆川 邦直	法政大学現代福祉学部教授
弘中 正美	明治大学文学部・明治大学心理臨床センター教授
近藤 直司	山梨県精神保健福祉センター所長
水田 一郎	神戸女学院大学人間科学部教授
奥村 雄介	関東医療少年院医務課長
清田 晃生	国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部室長
渡部 京太	国立精神・神経センター国府台病院精神科医師
原田 豊	鳥取県立精神保健福祉センター所長
斎藤 環	爽風会佐々木病院診療部長

わが国で現在まで一貫して社会的注目を集め続けるとともに、いまや青少年をめぐる最重要課題の一つとなっているのが「ひきこもり」という現象である。ひきこもりに対する支援は、これまでどちらかというと民間機関が中心となってきたが、近年、民間機関による違法性の高い搬送や監禁、そして死亡事件の発生などの不祥事が続いたこともあって、医療・保健・福祉の領域で利用可能な一貫性のあるひきこもり概念の策定と、標準的な評価法および治療・援助法の再評価ならびに新たな開発が緊急に求められることとなった。

ひきこもりはこれまで20代、30代の青年および成人の間で注目された現象であったが、近年になって、10年来増加し続けてきた義務教育期間の不登校からの移行が10数%ほど生じること、ひきこもりという非社会的問題の中から家庭内の事件を含め反社会的な問題行動に走る事例も少なからず存在すること、各種の発達障害はひきこもりへの親和性を高める促進要因であることなどが徐々に明らかになってきた。また、ひきこもりという現象には統合失調症をはじめ多彩な

精神疾患が関与している可能性もあるにもかかわらず、その多くが診断されることも医学的治療を受けることもなくひきこもり続けているという現実も深刻であることがわかっている。したがって、現在ほど精神疾患の関与を織り込んだ『思春期ひきこもり』の実態把握と包括的対応システム構築の必要性が高まっているときにはないといってもよいだろう。本研究はそのような時代的ニーズに応えるべく計画されたものである。

A. 研究目的

昨今、ひきこもりをめぐるいくつかの問題が生じており、またひきこもりの背景に多彩な精神疾患の関与が指摘されるようになったことから、医療・保健・福祉・教育の領域で一貫性あるひきこもり概念の策定と、標準的な評価・治療・援助システムの開発が緊急に求められている。本研究は10代を中心とする「思春期ひきこもり（ひきこもり状態の顕著な不登校を含む）」を対象とし、その実態把握とともに、思春期ひきこもり事例に対する医療的治療と社会的支援を包括した援助システムを開発することを目指すものである。

B. 研究方法

三年計画でなされる本研究を通じて、20歳未満の若年層を中心とする思春期ひきこもりに関する疫学的観点からの実態と、医療、保健、福祉、教育等の各領域相談・治療機関を訪れるひきこもりを主訴とする来談者の実態および動態を知ることができるとともに、精神科的治療法及びそれと緊密に連携した関連専門機関による治療・支援技法の新たな開発が期待でき、それらの結果を統合した思春期ひきこもりのための包括的治療・支援システム案の提示を期待できる。最終年度には、思春期ひきこもりに関する以上のような成果を全国へ普及させることを目的とする『思春期ひきこもりに対する精神科医療・精神保健・障害福祉分野の実践家用ガイドライン』の編纂が行われる予定である。

本研究は実態把握のための研究、治療・援助シ

ステムの開発ならびに標準化のための研究、そして総括研究の三分野から構成されており、分担研究者は前二者の一方もしくは両方の分野の研究に取り組み、主任研究者とワーキンググループが広範な調査研究やガイドライン作成に主に取り組んでいる。

『実態把握のための研究』では、中島分担研究者は平成18年度の初診患者（1232名）のうち、30歳以下で初診時にひきこもりを呈していた患者の実数、診断分類、受診経路、受診までに介入していた機関などを後方視的に調査した。二年度以降も急性期精神科医療におけるひきこもりの実態把握を続けていく予定である。弘中分担研究者は不登校のサポート体制が整った学校（適応指導教室等8校、チャレンジスクール等の高校6校）における10月現在欠席が60日以上生徒（長期欠席群）と15日未満の生徒（登校群）の学級担任あるいは担当者（適応指導教室）を対象に、現在のひきこもりの状況、学校生活への適応力、対人態度の特性、保護者の養育態度と学校（教員）との関係の持ち方などをアンケート形式で調査した。水田分担研究者は関西圏の大学34校の学生相談機関代表者、および学生相談担当者を対象に、質問紙法による調査を実施するとともに、大学生のひきこもりに関する文献研究を行った。清田分担研究者はひきこもりの疫学研究に関する文献研究、市川市と大分市の連携システムにおける19年度事例検討会で検討対象となった不登校・ひきこもり関連の7名と大分地区で平成16～19年度に検討した不登校・ひきこもり事例の10名を加えた17名についての支援経過の分析、大分市の不登校児童生徒の教育的支援を目的とするフレンドリールーム（適応指導教室）に通級し平成13～15年度の3年間に中学を卒業した40名のその後の経過に関する予後調査をアンケート郵送法により行った。近藤分担研究者は山梨県立精神保健福祉センター、岩手県精神保健福祉センター、石川県こころの健康センター、さいたま市こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センターの各機関における平成19～21年度の新規相談ケ

ースのうち、後掲の「ひきこもりの定義」に当てはまる16～35歳までのひきこもり相談事例181名（来談群97名、非来談群84名）の精神医学的診断等の属性の調査を行った。奥村分担研究者は平成17年にX少年院に入院した14～20歳の男女100名（男64名、女36名）を対象に、診療録などから得られた情報をもとに、ひきこもり傾向、行為障害の有無および精神医学的診断、本件非行、非行性、家族状況、対人関係などについて調査し統計解析を行った。これらの諸研究を包括し、三年度の研究終了時までに、精神疾患を含むひきこもりという現象の特性を多次元的に明らかにすることに取り組む。

『治療・援助システムの開発ならびに標準化のための研究』では、中島分担研究者は急性期精神科医療におけるひきこもり青少年に対する緊急対応について検討した。伊藤分担研究者は国府台病院児童精神科と共同で、思春期のひきこもりの子どもに対するアウトリーチ型の訪問サービスを企画し、本年度はひきこもりアウトリーチの方法論（ひきこもりの定義、サービスの加入基準、実際に提供するサービスの内容、研究デザイン、調査票、研修会の内容、パイロット調査の実施方法、スーパーバイズの方法の検討など）について検討するとともに、その結果得られたアウトリーチサービスの実施方法および調査方法に問題点がないかどうかを検討するために、数名の思春期ひきこもり例のパイロット調査を実施した。皆川分担研究者は1998年9月より2003年3月にかけて東京都立中部総合精神保健福祉センター思春期デイケア親プログラムの一部として、思春期問題をもつ15歳から21歳までの青年の親を対象とするグループ親ガイダンスと子育て心理教育を実施した。プログラム参加者のうち研究協力に同意し、かつ子どもが「不登校+ひきこもり（ひきこもり群）」である親41名、「不登校+非行（非行群）」である親13名、計54名を対象とし、毎回グループ中にスタッフがケース毎のプロセスノートにまとめ、これを年度ごとにスタッフ全員のコンセンサスによる評定を行い、その解析を行

った。原田分担研究者は全国の精神保健福祉センター66か所を対象に、各センターが行っているひきこもり者を対象とした相談・面接、事業、就労支援に関する連携等について、アンケート調査を行った（回答率100%）。さらに、鳥取県内就労相談機関12か所（若年仕事ぶらざ、各ハローワーク、障害者職業センター、障害者支援センター等）に勤務する41名を対象に、各就労相談機関が行っているひきこもり者を対象とした相談、就労支援に関する連携等についてのアンケート調査を行った（回答率63%）。渡部分担研究者は平成19年7月17日から3ヵ月間の国府台病院児童精神科通院児のうち、調査時点で小学生以上であり、かつ平成18年12月までに受診したものを対象として、不登校（ひきこもり）の有無、初診時の状態像、診断、適応状況（GAF値）、調査時点での、随伴症状、診断、適応状況、通院で行なわれた治療、入院治療の有無、連携機関、小児逆境体験（ACE）の質問項目、自傷行為、自殺企図の有無などについて調査した。斎藤分担研究者は平成13年年1月から19年11月までの間に佐々木病院を受診した患者のうち、統合失調症やうつ病などの基礎疾患を持たず、1年間以上のひきこもり状態にあり、本人との治療関係が6ヵ月以上継続しており、調査のための情報が十分に揃っているもの67名を対象に、性別、発症年齢、初診時所属、などの背景情報、家族歴、適応状態、精神症状、面接時の所見、治療経過等について検討した。

『総括研究』では、主任研究者を中心とする総括研究ワーキンググループが、全国の児童相談所214機関、精神保健福祉センター63機関、保健所・保健センター691機関、都道府県の市教育委員会680機関および政令指定都市の区教育委員会185機関の計1677機関を対象に、不登校・ひきこもり事例を対象とした活動内容、不登校・ひきこもりの年代別取り扱い事例数、不登校・ひきこもりを支援する際の精神科医療機関との連携の必要性等に関する調査表を作成し、郵送による調査を行った。それとは別に、市川市内で試行中の

『精神疾患を背景要因とする思春期の行動の問題を持つ対応困難な事例に対する地域専門諸機関による連携システム』を本年度中に6回開催し、地域機関の連携によるひきこもり事例への支援技術について検討をつづけている。

(倫理面への配慮)

本研究は「個人情報の保護に関する法律」、「疫学研究に関する倫理指針」及び「疫学研究に関する倫理指針の施行等について」を遵守し、所属研究機関の倫理委員会の審査・承認を得て実施するよう努めた。特に対象者の個人情報保護のためには、対象者の匿名性の確保に努めるとともに、フィールド調査に際しては対象者にインフォームド・コンセントを実施し、調査の目的を明確に伝えたとともに、調査によって対象者の処遇に不利益を生じさせないよう配慮する旨を伝えた。

C. 研究結果

本年度はまず研究班全体で研究対象とするひきこもりの定義を定めることに取り組み、本研究班は今後の研究を「**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、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6ヵ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いてもよい)を指す現象概念である。なお、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病性の現象とするが、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である。**」との定義にしたがって実施することで合意に達した。

『実態把握のための研究』で得られた結果は以下の通りである。中島分担研究者は、人口約200万人の精神科救急の約八割に対応している岡山県精神科医療センターにおける平成18年度の初診時ひきこもり患者の調査を行った結果、初診時ひきこもり患者は68名(6%)だった。ひきこもりの背景精神障害としては神経症(27%)、統合

失調症(24%)、発達障害(22%)が多く認められ、ひきこもり患者の初診時年齢は20歳以上が多いものの、ひきこもり開始年齢は半数以上が18歳以下の高校生年代であることを明らかにした。

弘中分担研究者は、不登校の長期化と、生徒の学校生活適応度の不足、対人回避傾向の強さ、対人スキルの不足等との間に関連が見られ(全て $p<0.001$)、さらに保護者の学校や子どもに対する態度と不登校の長期化との間にも関連が見られた。また、長期欠席群の中でも「友人との外出を全くしない」41名を「ひきこもり中核群」とすると、引きこもり中核群は「対人回避」の項目が有意に高いという結果であった($p<0.01$)。

水田分担研究者は、文献研究において大学生のひきこもりや関連する問題(スチューデント・アパシー、不登校、留年、休学、中途退学など)の実態とこれらに対する学生相談の現場での対応についての我国の文献のうち、大学生のひきこもり自体を扱った文献の数が極めて限られていることを明らかにし、関西圏の学生相談機関の代表者、および学生相談担当者を対象にした調査ではひきこもり関連の相談が相談全体の9~15%を占め、決して少なくはないが、その実態についてはよく把握されていないところも多いという結果を得た。

清田分担研究者は、文献検討からひきこもりが一般人口の1~3%前後に生じる現象であり、開始年齢の平均は10代後半とされているが、中学年代以前に始まるものも20~30%あり、ひきこもり期間は1年前後から3ないし4年までが多く、不登校経験持つ等の学校関連のものが40~60%程度おり、少なくとも半数で精神疾患が併存するというひきこもりの疫学的なコンセンサスが浮かび上がってきた。これまで行われた不登校の予後研究や適応指導教室の予後調査、以前に分担研究者らが行った入院児童の予後調査の結果などを総合すると、義務教育年代に適切な支援を受けた子どもは70~80%が数年後には適応状態にあり、支援を継続することが適応状態改善に有用で

あるとの結果を得た。

近藤分担研究者は、研究対象のひきこもり相談事例 181 例の検討から来談群は 97 例、非来談群は 84 例であったこと、来談群 97 名は第一群（統合失調症や気分障害、不安障害などが主診断で、薬物療法などの精神医学的介入が必要と判断されたもの）が 24 名、第二群（ひきこもりの発現に何らかの発達障害が関連しており、治療・援助においても発達支援の視点が不可欠と判断されたもの）が 22 名、第三群（パーソナリティ障害や神経症的傾向、あるいは薬物療法が無効ないしは補助的な手段にとどまるような気分障害や不安障害など、精神療法的アプローチ等の心理-社会的支援が中心になると判断されたもの）が 32 名という評価結果を得た。なお、19 名は情報不足などにより、診断保留とされた。これら 3 群を比較すると、ひきこもり期間は第二群が他の群よりもひきこもり期間が短い傾向が示され ($p < .10$)、残差分析により相談・支援の転帰について、第一群では精神科医療、第二群においては社会参加と他機関紹介、第三群においては相談継続が有意に多いことが示されるなどの結果を得た。

奥村分担研究者は、100 名の対象の検討から男子は粗暴犯や窃盗犯が多く、女子は薬物犯や虞犯が多く ($p < 0.01$)、男子の方が非行・補導歴のある者、特に施設入所歴のある者の割合が高く ($p < 0.05$)、女子の方が薬物乱用歴のある者の割合が多く ($p < 0.01$)、女子の方が不登校の割合が多く ($p < 0.05$)、女子の方がリストカットする者の割合が多く ($p < 0.01$)、女子の方が自殺企図する者の割合が多い ($p < 0.05$) という結果を得た。また、男子の方が非行・補導歴のある者の割合が高く、特に施設入所歴のある者の割合が高いことから、男子の方が非行性の深度が高い、つまり反社会的問題行動に親和性が高いのに対して、女子では不登校、薬物乱用歴、リストカット、自殺企図の項目において割合が高く、反社会的問題行動よりも自己破壊傾向がより強く、非社会的問題行動と親和性があるという結果であった。男子と比較して女子のひきこもりは、リストカット、大量服薬ある

いは食行動異常などの問題行動を合併することはあるが、受動的であり、特殊な環境でなければ攻撃・破壊性は顕在化しないため、非行・犯罪として事例化することは稀で、ほとんどは医療機関で対処されていると考えられる。

『治療・援助システムの開発ならびに標準化のための研究』では以下のような結果を本年度は得ることができた。中島分担研究者は、実態把握のための調査でえられたひきこもり症例のうち、突発的な行動化や家庭内暴力を示したものを統合失調症 (F2)、神経症 (F4)、発達障害 (F8) の 3 障害群から 1 例ずつ選び、詳細な経過の検討を行った結果、ひきこもり患者においては顕在化した本人の医療ニーズが少ないことから、医療は家族や社会的な要請に沿うことがどうしても多くなり、家庭内暴力や反社会的行動などのないひきこもりでは治療の場に結びつけにくいこと、さらに治療継続が難しく、支援には医療機関以外の機関との連携が必要であること等がわかった。

伊藤分担研究者は今年度、方法論の検討を主に行い、調査方法を決定した。また介入方法についての研修会を開催し、パイロットケース 2 例への訪問を開始した。調査方法としては、ウェイトイングリスト法による無作為化ランダム試験 (RCT) とすることにした。待機期間は 6 カ月とした。調査対象者としては、市川市に在住し、国立国府台病院児童精神科へ相談のあった義務教育年代 (15 歳以下) のひきこもりのうち、診察時の本人の受診歴が 6 カ月以上ない患者とした。訪問型アウトリーチチームは、児童精神科医、心理士、精神保健福祉士等からなるチームを組むこととし、訪問の目的や、アプローチの方法について研修会を行った。またパイロットケースとして 2 例への訪問を開始し成果を挙げた。

皆川分担研究者は、母親の年齢がひきこもり群のほうが非行群よりやや高いこと、事例はすべて不登校 (怠学) と非行の問題のために親が相談を求めたものであったが、親ガイダンスに参加後に子どもが受診することは両群に見られたこと、ひきこもり群では初診に至る半年間の子どもの

GAF は 40 点から 50 点台が多く、非行群では 30 点から 50 点台が多かったこと、最終時点でひきこもり群は初診時には 3 名いた 30 点以下が 0 名に減少、初診時 70 点以上の 2 名は 21 名に増加し、ひきこもり群と非行群の両群ともに改善傾向を示してはいるが、ひきこもり群の 6 割は多少の問題を残しつつも社会適応できるようになっているのに対して、非行群では同様の回復は 4 割の子どもたちしか示していないこと、最終評価時の両群の子どもの改善を比較すると、ひきこもり群の改善のほうが有意に多かったこと ($P < 0.05$) などを明らかにした。

原田分担研究者は、全国精神保健福祉センター 66 カ所中 63 カ所 (96%) がひきこもりに関する相談を受けており、相談延件数・実件数は、大半のセンターで伊藤ら¹⁾による調査時と比較して増加していること、21 カ所 (32%) がひきこもりに関する相談を特定の専門相談として、49 カ所 (74%) が一般の精神保健福祉相談の中で受けていること、また 49 カ所 (74%) が、継続して相談・面接を行っていること等を明らかにした。相談とは別にひきこもり本人及び家族を対象としたグループワーク・デイケア等を行っているセンターは 41 カ所 (62%)、家族を対象としたグループワーク・家族会を行っているのが 34 カ所 (65%)、家族教室をおこなっているのが 36 カ所 (55%) であったが、就労を目的とした相談があるのは 35 カ所 (53%)、センターにおいて就労を目的とした事業や活動があると回答したものは 5 カ所 (8%) にとどまり、自治体や NPO の若者サポートステーション、若者自立塾等のかつどうとの連携が必要であるという結果を得た。

渡部分担研究者は、調査期間内に国府台病院児童精神科外来を受診した 21 歳未満の受診者 1035 名 (男 655 名、女 380 名) のうち 44.7% にあたる 463 名 (男 238 名、女 225 名) に調査時点および治療経過中の不登校 (ひきこもり) を認め、この 463 名中の DSM-IV-TR に基づく診断は多いほうから広汎性発達障害、全般性不安障害、気分変調性障害、適応障害、強迫性障害、統合失調症とな

っており、提供された治療は親ガイダンス (421 名)、遊戯療法を含めた個人精神療法 (417 名、うち 24 名が遊戯療法)、入院治療 (143 名)、院内学級の利用 (59 名) 等であった。また、不登校歴のある 463 名中の中学生 101 名について、「調査時不登校 (+) 群」と「不登校 (-) 群」を比較し、「調査時不登校 (+) 群」で (-) 群より「入院治療」を行われた子どもの比率が少なく、「入院回数」も少なく、「教育相談機関」「適応指導教室」との連携が多く行われていることから、入院治療の意義が浮かび上がってきた。なお「不登校 (+) 群」と「不登校 (-) 群」の調査時点の GAF 値は各 58.4 と 69.2 でありすでに調査時点で不登校でないもののほうが社会適応的には良好であることが示された。

斎藤分担研究者は、佐々木病院受診者のうちのひきこもりの定義に合致した 67 名の検討から、ひきこもり状態の「発症」時年齢は平均 20.3 歳であり、年齢別には「16 歳から 20 歳」が 38% と最も多く、次いで「21 歳から 25 歳」と「26 歳から 30 歳」がともに 21% でこれに続いていたこと、性別では男性が 79% を占めていること、初診時年齢の平均は 27.3 歳であり、年齢別にみると「26 歳から 30 歳」が 29% と最も多く、「31 歳から 35 歳」が 27% とこれに続いていること、初診時点でのひきこもり期間は、平均 68.9 カ月であり、期間別には「5 年から 10 年」が 30% と最多であり、次いで「1 年から 2 年」が 27%、「3 年から 5 年」が 18% と続いていること、ひきこもり期間が「10 年以上」に及んだ事例も 10% を占めることなどの結果を得た。また、DSM-IV-TR の I 軸診断では「社会不安障害」が 76%、「気分変調性障害」が 16%、「強迫性障害」が 7%、「身体化障害」が 1% を占めており、II 軸診断では該当する診断なしとするものが 67% と最多で、以下「回避性人格障害」27%、「強迫性人格障害」3%、「境界性人格障害」1%、「妄想性人格障害」1% などであった。

『総括研究』が実施した全国調査は、1126 機関から回答を得た (回収率は 67%)。回答機関の

不登校・ひきこもりへの支援活動の内容を集計すると、「親ガイダンス」は各機関で行われており、「相談窓口の設置」、「フリースペース（居場所）の設置」、「学習支援」、「機関内での事例検討会」は教育機関が、「個人精神療法」は児童相談所や精神保健福祉センターが、「集団親ガイダンス」、「デイ・ケア」は精神保健福祉センターが他機関と比較してより積極的に行っている傾向を見出した。また、アウトリーチ的な「訪問活動」については教育機関、児童相談所、保健所が積極的に行っていた。取り扱った事例数については教育機関が最も多く、全相談事例の78%を取り扱っており、義務教育年代の事例では教育機関と児童相談所が、成人事例では精神保健福祉センターおよび保健所・保健センターが相談機関の中心となっているが、教育機関や児童相談所では対象年齢を超えたキャリアオーバー事例も少なからず存在していることが明らかとなった。精神科医療機関との連携の必要性については、回答した機関のうち96%の機関が地域で不登校・ひきこもり事例への相談活動を行う際に精神科医療機関との連携を必要としているとの結果を得た。

D. 考察

本研究は下図のような総合的な取り組みを通じて思春期ひきこもりの実態と対応に関する根拠のある資料を提供するとともに、わが国における思春期ひきこもりに対する評価と対応の実際的な標準を示すことを目指している。本年度は結果に示したように、本研究班が各研究における対象選択と考察の基準として準拠すべき共通の「ひきこもり」の定義をまず設定することから始まった。この定義は思春期ひきこもりを主な研究対象とすることから、「何からひきこもっているのか」という点については「義務教育を含む就学」という表現を入れることで、不登校の中の社会からひきこもる傾向の著しい、終日家庭にとどまる生活を続けているものもひきこもりと理解するということを確認している。また、統合失調症に関する注意を喚起する表現を敢えて定義に含める

ことで、統合失調症に罹患しており、かつその症状としてひきこもり状態を呈しているものの、いまだ確定診断に至っていないものが「ひきこもり」という現象でくられた子どもや青年の中に含まれている可能性を明確にした。これは従来のひきこもりの定義よりも精神医学的な観点をより強めた定義であることに由来することは明らかである。

このような共通のひきこもりイメージを持つことで開始した本研究班が、各々の研究を通じて初年度に得た結果から、以下のようないくつかの考察を行った。

(1) 不登校対応システムを備えた中学校および高校における不登校生徒の検討から、不登校生徒の中にもほとんど家を出ない子どもがおり、このような生徒は使用した質問紙の「対人回避」点がひきこもりのない不登校より有意に高いことがわかった。また学校生活適応度や対人スキルの低さと対人回避傾向の強さ、さらには親や学校の姿勢や態度は、不登校・ひきこもりの長期化に関与していることが明らかである。このことから、ひきこもりは子どもの資質と環境との間の相互作用として生じる現象と基本的にとらえて対応を組み立てる必要があると理解してよいだろう。

(2) 救急対応の精神科医療機関におけるひきこもりを呈する患者は初診患者の6%、大学における学生相談におけるひきこもりの相談件数は総件数の10%強、そして児童精神科外来での21歳以下の通院患者のうち45%が現在もしくは過去に不登校・ひきこもりの既往があるとの各研究結果から、一般精神科、大学の学生相談、児童思春期精神科という現場の特性によって取り扱うひきこもり事例の比率（とおそらくは質も）はかなりの相違があることがわかる。義務教育および高校での教育相談および大学での学生相談、そして児童思春期精神科の臨床は不登校およびひきこもり事例の対応が開始する場として選択しやすく、逆に一般精神科はやむをえない事態の出現による緊急の受診以外は選択しにくい面があると思われる。それでも全初診者の6%という数字

が示すように、ひきこもり対応における一般精神科の意義が一定程度存在することは明らかであると考える。

(3) ひきこもりの思春期青年期事例は、一般医療機関の受診者では統合失調症と最終的に診断された事例が 24%、発達障害とされたものが 22%に及ぶという一般精神科における結果は、本研究が引きこもりという現象に統合失調症の事例が少なからず混じりこんでいる可能性を前提に定義を行ったことを支持する結果といえるだろう。佐々木病院のよう積極的に「ひきこもり」診療にあたっている民間の一般精神科医療機関の場合には、ひきこもり当事者の精神疾患は、第一軸障害では社会不安障害が最も多く、次いで多い気分変調性障害と合わせて 92%を占め、第二軸障害では回避性人格障害が 27%と最も多い問い結果を得ており、自ら治療を希望する事例の背景障害の特異性が際立つ形となっている。精神保健福祉センターでの相談事例では、精神障害(精神病性障害、気分障害、不安障害など)の関与している比率は 25%、発達障害の関与している比率は 23%であった。以上の年長事例に対して、年少事例が相対的に多くなる児童精神科外来における不登校・ひきこもり事例 463 名中の精神障害の診断は概ね 4 グループに分かれる。第一グループは広汎性発達障害 142 名を中心とする発達障害の 202 名(44%)であり、第二グループは全般性不安障害 47 名と強迫性障害 42 名を中心とする不安障害の 132 名(29%)であり、第三グループは気分変調性障害 45 名を中心とする気分障害の 61 名(13%)、第四グループは統合失調症 41 名とその関連障害の一群の 43 名(9%)、第五グループは適応障害の 42 名(9%)などである(重複あり)。本年度のこれらの研究結果は、ひきこもりに統合失調症等の精神病性障害が含まれる可能性は年長例になるほどリスクが上昇すること、逆に年少例ほど不安障害や気分障害(大半が気分変調性障害)などの神経症性の障害の比率が上昇すること、ひきこもり出現の背景には年少例と年長例を問わず高い確率で発達障害が存在す

ることなどを示唆するものと思われる。

(4) ひきこもりの子どもや青年への治療・支援については、一般精神科診療の観点からは、受診ひきこもり事例の治療参加の維持が難しく、医療以外の地域機関との連携が必要になるというひきこもり特有な傾向が浮かび上がってきた。そのため親への支援を通じた対応も以前から試みられてきたが、今回集団親ガイダンスなどの親プログラムが進展するにつれ、ひきこもり中の青年が自ら支援プログラムに参加するようになる事例が少なくないこと、ひきこもりのみの不登校事例と非行がらみの不登校事例では前者の改善幅のほうが大きい傾向があることなどがみられたことは、ひきこもりの支援に親の支援を組み込むことの高い妥当性を示してくれたものと考えられる。

(5) 小中高、および大学などの教育現場での相談活動の意義については今回の研究結果としては得られていないが、今後その領域での研究の展開も求められるところである。総括研究が行った全国専門機関の調査では不登校・ひきこもりの全相談事例の 78%を教育機関が扱っているという現実には、教育相談の持つ意義が非常に大きいことを示しており、教育相談における他機関との連携の必要性の査定とそのタイミングについてなど検討すべき課題は多い。

(6) 治療・支援における本研究班独自の試みとしてアウトリーチ型の訪問サービスである。これまでの訪問サービスは主として精神保健機関が行ったものであるが、今回の試みは地域の各種専門機関との連携を前提としつつも、病院の医師、心理士、精神保健福祉士、看護師等がチームを組み、外来で子どもの受診が途絶えてしまった不登校・ひきこもり事例に対する訪問サービスとして試行をはじめている。今後さらに、各種連携機関の養成と親の養成が一致した場合の非医療事例に対するサービスの提供についても方法を模索するとともに、こうしたサービスの治療的有効性についてのエビデンスを求める検討をつづける予定となっている。

(7) 就労支援はひきこもりの年長事例におい

て非常に重要な課題であり、今回はそのような目的を持った活動の乏しさが浮き彫りになった形である。

(8) 反社会性の高い非行が見られた思春期の子ども、すなわち少年院入院者の男女 100 名の中で、ひきこもりの定義を厳密に満たした者は男子 5 名でしかなく、純型のひきこもりは非行・犯罪とは縁遠いことが示唆されたが、女子では自己破壊性や受動性の目立つ非行などを伴うひきこもり事例があり、その自傷行動の質とひきこもりの室の関連などが、次年度以降の重要な検討対象となると思われる。

E. 結論

本研究はパイロット・スタディ的な今年度の研究の中にもいくつかの重要な結論が得られつつある。この今年度のパイロット・スタディおよび文献研究に続いて二年度は、思春期ひきこもりの『実態把握のための研究』としては、10 代を中心とするひきこもりに関する疫学的データがわが国で著しく不足している状況に対応すべく、二年度新たに堀口逸子分担研究者を加えて、10 代のひきこもりの実態を明らかにする疫学調査に取り組むとともに、今年度に続いて急性期精神科医療でのひきこもりの実態把握、中高生のひきこもりの質に関する解析、全国の大学学生相談室におけるひきこもり支援の実態調査、諸外国のひきこもり事例とわが国のそれとの諸属性の比較検討、精神保健福祉センターで取り扱ったひきこもり事例の検討、非行少年のひきこもりへの危険因子の解析などに取り組み、『治療・援助システムの開発ならびに標準化のための研究』として思春期ひきこもりに対する急性期精神科医療における緊急対応、ひきこもり予防を目指す教育相談的

支援法、大学の学生相談における支援法、小中学生を中心とするアウトリーチ型訪問サービス、親ガイダンス、就労支援、児童精神科専用病棟における入院治療、思春期青年期のひきこもりデイケアなどについて技法開発およびその効果に関する研究に取り組み、『総括研究』は、初年度実施した全国調査結果の解析、地域専門諸機関による連携システムを通じたひきこもりへの支援技術の検討、諸分担研究の成果を中心に精神疾患を背景に持つ思春期ひきこもりの精神医学的評価などの標準的な評価体系や、治療・支援のためのすでにある技法や新たに開発された技法に関する根拠ある資料を提供することのできるガイドラインの作成に取り組む。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

本研究報告書の巻末にまとめて掲載する。

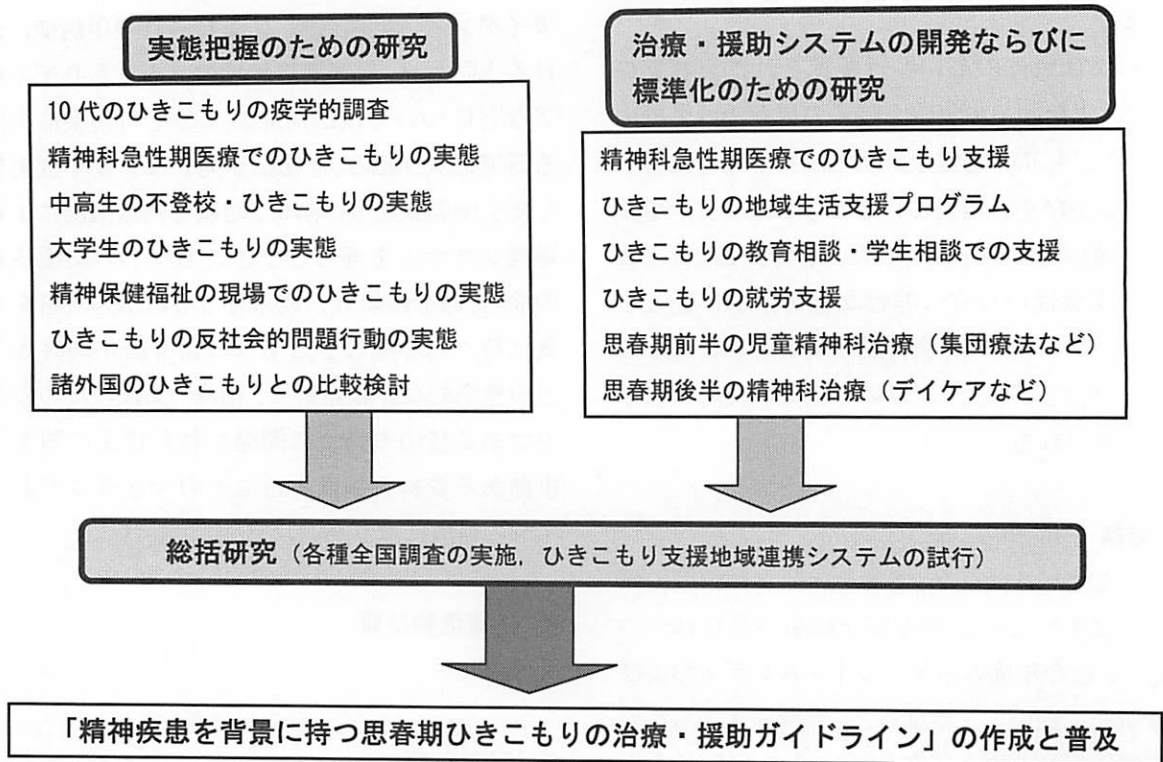
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得； 特になし
2. 実用新案登録； 特になし
3. その他； 特になし

文献

伊藤順一郎，吉田光爾，小林清香，他：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告（ガイドライン公開版）．こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究，pp114-140，2003.

図 本研究実施の流れ図



Ⅱ. 平成 19 年度 主任研究ワーキング・グループ 研究報告

地域の専門機関を対象とした 不登校・ひきこもり事例の対応に関する全国調査

主任研究者 齊藤万比古¹⁾

研究協力者 宇佐美政英¹⁾ 井上喜久江¹⁾ 平理英子¹⁾ 渡部京太¹⁾ 小平雅基¹⁾

入砂文月¹⁾ 木沢由紀子¹⁾

1) 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科

研究要旨

<研究目的>本研究は、地域の専門機関が不登校・ひきこもり事例を対象として行なっている支援活動の内容と、その活動で取り扱っている事例数を明らかにする目的で行われた。

<研究方法>本調査は全国の児童相談所、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、教育機関の計 1677 機関を対象に、不登校・ひきこもり事例に対する支援活動の内容や取り扱い事例数に関するアンケート調査を郵送法にて行った。

<結果>平成 19 年 12 月 31 日までに 1126 機関から返信を認め、回収率は 67%であった。本調査結果から不登校・ひきこもり事例への支援活動の実態として「親ガイダンス」は各機関で行われており、「相談窓口の設置」、「フリースペースの設置」、「学習支援」、「機関内での事例検討会」は教育機関が、「個人精神療法」は児童相談所や精神保健福祉センターが、「集団親ガイダンス」、「デイ・ケア」は精神保健福祉センターが他機関に比較して積極的に行っていた。また、「訪問活動」については教育機関、児童相談所、保健所が積極的に行っていた。取り扱った事例数については教育機関が最も多く、全相談事例の 78%を取り扱っており、義務教育年代の事例では教育機関と児童相談所が、成人事例では精神保健福祉センターおよび保健所・保健センターが相談機関の中心となることが分かった。しかしながら教育機関や児童相談所の相談事例の中にその対象年齢を超えた事例も少なからず存在していることが明らかとなった。精神科医療機関との連携の必要性については、回答した機関のうち 96%の機関が地域で不登校・ひきこもり事例への相談活動を行う際に精神科医療機関との連携を必要としていることが分かった。

<考察>一つの専門機関の対象年齢を過ぎた事例が他の専門機関へ継続して相談することができ、各種専門機関が行っている特徴的な活動を、事例の必要性に応じて活用できるような地域の専門機関によるネットワーク体制の確立が必要であると考えられた。また、義務教育年代までの不登校事例と義務教育年代後のひきこもり事例との関係性について明らかにしていくために、より多くの機関を対象としたアンケート調査の実施と、地域のネットワークを利用した不登校事例の長期経過に関する調査を行う必要があると考えられた。

A. 研究目的

本研究は主任研究班ワーキング・グループによって、地域の専門機関による不登校・ひきこもり事例を対象とした援助活動の内容と、各機関が実際に取り扱っている事例数を明らかにする目的で行われた。

B. 研究方法

本調査の対象は全国の児童相談所、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、教育機関とした。その送付機関数は合計 1677 機関で、内訳は児童相談所が 214 機関、精神保健福祉センターが 63 機関、保健所・保健センターが 691 機関であり、教育機関に関しては市の教育委員会が 680 機関および政令指定都市の区教育委員会が 185 機関の合わせて 865 機関であった。なお、町村にある教育委員会については近年わが国で推進されている市町村の統廃合の結果を適切に得ることができなかつたために、今回は調査対象から除外とした。

調査方法は調査票を用いた郵送法とした。調査票（別紙）には往復はがきを使用し、そこに「不登校・ひきこもり事例を対象とした活動内容」、「不登校・ひきこもり事例の年代別事例数」、「不登校・ひきこもりを支援する際の精神科医療機関との連携の必要性」の四項目に関する質問を記載した。平成 19 年 8 月に児童相談所、精神保健福祉センター、保健所・保健センターを対象に郵送し、同年 10 月には全国の市にある教育委員会を、同年 11 月には政令指定都市の区にある教育委員会を対象に郵送した。

C. 研究結果

(1) 回収率

総計 1677 機関に調査用紙を送付し、平成 19 年 12 月 31 日までに 1126 機関から返信を認め、回収率は 67%であった（表 1）。最も回収率の高かつた機関は精神保健福祉センターで 86%で、次いで保健所・保健センターが 67%、児童相談所が 66%、教育機関が 51%

であった。

(2) 不登校・ひきこもり事例を対象とした活動内容

各回答機関が実際に行っている活動内容について、下記①-⑬の中からすべて選ぶ形式で質問をおこなった。

- ① 特になにもしていない
- ② 相談窓口の設置
- ③ フリースペースの設置
- ④ 個人精神療法（通常の面接・相談を含む）
- ⑤ 学習支援
- ⑥ 親ガイダンス（通常の面接・相談を含む）
- ⑦ 訪問活動
- ⑧ 親を集めた集団ガイダンス
- ⑨ デイ・ケア
- ⑩ 作業療法
- ⑪ 貴機関内での事例検討
- ⑫ 複数機関による事例検討
- ⑬ その他

1126 機関中 1087 機関から有効回答を得ることができた。本調査が対象とした機関で最も多く行われた活動は「親ガイダンス」であり、1087 機関中 609 機関（56%）に認めた。次いで「個人精神療法」が 500 機関（46%）、「専門相談窓口の設置」が 452 機関（42%）、「一機関内での事例検討」が 442 機関（41%）、「訪問活動」が 406 機関（36%）。「複数機関での事例検討」が 332 機関（31%）、「集団親ガイダンス」が 273 機関（25%）であった。「フリースペースの設置」が 156 機関（14%）、「デイ・ケア」が 61 機関（6%）、「作業療法」が 39 機関（4%）であった。「なにもしていない」と答えた機関は 58 機関（5%）であった。

(3) 不登校・ひきこもり事例の年代別相談事例数

回答機関が現在取り扱っている相談事例数について、「義務教育年代以下」、「義務教育年代～19 歳まで」、「成人以上」の三つの年代に分けて

質問した。

その結果、1126 機関中 958 機関から有効回答を得ることができ、「義務教育年代以下」の相談事例数については最小 0 事例から最大 350 事例までの回答を認め、平均 15.3(SD:33.3)事例であった。同様に「義務教育年代～19 歳まで」では最小 0 事例から最大 136 事例までの回答を認め、平均 2.4(SD:7.9)事例であり、「成人以上」では最小 0 事例から最大 106 事例までの回答を認め、平均 3.7(SD:9.6)事例であった。

(4) 不登校・ひきこりを支援する際の精神科医療機関との連携の必要性

調査票にて「貴機関が不登校・ひきこりに対する支援において精神科医療機関との連携は必要とお考えですか」という問いに対して、その回答を「常に必要である」、「必要である」、「どちらでもない」、「ほとんど必要ない」、「全く必要ない」の選択肢の中から一つ選ぶ形式で質問を行った。

その結果、1126 機関のうち 1077 機関から有効回答を得ることができた。「常に必要である」と選択した機関が 1077 機関中 193 機関 (18%) であった。次いで「必要である」が 842 機関 (78%)、「どちらでもない」が 31 機関 (3%)、「ほとんど必要ない」および「全く必要ない」が合わせて 6 機関 (1%)、であった。

D. 考察

本調査結果を機関別および年代別の視点からみた不登校・ひきこりの相談事例の特徴と、地域の専門機関による相談活動の現状と課題について考えてみたい。

(1) 不登校・ひきこりの相談事例の特徴

本調査によって得た相談事例数から、児童相談所、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、教育機関の 4 つの専門機関別に、一機関が取り扱っている相談事例数の平均値を算出した (表 2)。算出方法は回答から得られた相談事例数の総数÷機関別回答機関数とした。その

結果、一機関が取り扱っている相談事例数の平均数は教育機関が 31.3(SD:43.4)事例、児童相談所が 23.8(SD:42.7)事例、精神保健福祉センターが 43.7(SD:39.6)事例、保健所・保健センターが 9.0(SD:13.5)事例であり、精神保健福祉センターが一機関で最も多くの事例を扱っていることが明らかとなった。

次に回答から得た相談事例数を年代別に分類すると、全相談事例数の 71%が義務教育年代の事例であり、11%が義務教育年代後から 19 歳までの事例であり、18%が成人の事例であることが分かった (表 3)。さらに年代別に主たる相談機関をみてみると、義務教育年代ではその年代の 78%の事例が教育機関に相談しており、次いで 18%の事例が児童相談所に、6%の事例が精神保健福祉センターに、2%の事例が保健所・保健センターに相談しており、義務教育年代の主たる相談機関が教育機関と児童相談所であることが分かった。一方で成人のひきこり事例になると、その年代の 66%の事例が精神保健福祉センターに相談しており、次いで 31%の事例が保健所・保健センターに、2%の事例が教育機関に、1%の事例が児童相談所に相談しており、成人のひきこり事例の主たる相談機関が精神保健福祉センターと保健所・保健センターであることが分かった。これら二つの年代の中間となる義務教育年代後から 19 歳までの事例については、教育機関が全体の 33%の事例を取り扱っており、次いで児童相談所が 26%、保健所が 15%、精神保健福祉センターが 25%の事例を取り扱っている結果であり、いずれの機関においても同等数の事例が取り扱われていることが分かった。

すなわち、本調査によって事例の年代に応じて主な相談機関が移り変わることで、義務教育年代を主な対象としている教育機関が義務教育年代以降の事例を取り扱っていること、児童相談所が成人事例を取り扱っていることの三つが明らかになったと言える。このような調査結果になった背景には、教育機関や児童相談所がその対象年齢を過ぎた事例を地域の適切な機関へと紹介するこ

とができず、相談業務を続けなくてはならない現状があるといえる。

(2) 各専門機関の取り組み

表 4 に実際に行われている活動を職種別に分類した結果を示す。この結果から「親ガイダンス」はいずれの機関でも行われており、「相談窓口の設置」、「フリースペースの設置」、「学習支援」、「機関内での事例検討会」は教育機関が積極的に行っていることが分かった。さらに「個人精神療法」を児童相談所や精神保健福祉センターが、「集団親ガイダンス」、「デイ・ケア」は精神保健福祉センターが多機関に比較して積極的にしていることが分かった。「訪問活動」については教育機関、児童相談所、保健所が積極的に行っていた。「複数機関における事例検討」はいずれの機関でも 30%前後の施行率であり、あまり行われていないことが分かった。さらに「作業療法」はほとんど行われていないことも分かった。

このように機関によって行っている援助内容に差異を認めるということは、地域の専門機関が連携して不登校・ひきこもり事例に対する援助活動を行うことによって、ある一機関だけでは行うことができない多様な援助を可能にすると考えられる。ただし、その際には不登校やひきこもりの背景となる問題に発達障害を含む精神疾患の有無を判断していくことが、その後の援助方針を決定していく上で極めて重要であり^{1, 2)}、回答機関の 98%が精神科医療機関との連携を必要としていることが分かった。本調査結果が示すように児童思春期精神科医療機関との連携はこのようなネットワークを地域に構築する際に必須であるといえるだろう。

(3) 本調査の問題点と今後の課題

本調査を基にして不登校・ひきこもり事例に関する専門機関の活動を把握していく上での今後の課題について以下のことが考えられた。

1. 本調査は調査対象となった 1126 機関の 不登校・ひきこもり事例に対する相談活動の

現状が明らかになったが、わが国全体の現状を把握するには不十分な調査であると言わざるを得ない。そのため、今後は不登校・ひきこもりの支援を行っている全国の教育機関、医療機関、障害者就労支援センター、非営利団体 (NPO)、非政府団体 (NGO) など調査対象を拡大していくことが、わが国における不登校・ひきこもり事例への相談活動の現状を的確に把握する上で必要であると考えている。

2. 教育機関や児童相談所が対象年齢を過ぎた事例を取り扱っている現状から、最初に相談を開始した機関が対象年齢を過ぎた後も相談業務を続けなくてはならないというわが国の現状が明らかとなった。このような現状を解決していくためにも、地域の専門機関がそれぞれの介入方法を持ち合わせて、不登校・ひきこもり事例を地域で支えていくことが必要であるといえ、そのような連携を可能にしていく地域の専門機関によるネットワークを構築していくことが今後の課題であるといえる。
3. 義務教育年代である不登校事例が義務教育終了後のひきこもり事例よりも多く存在していることが明らかとなったが、その理由としては①義務教育年代以降では相談機関が少なくなることと、②不登校事例の多くが改善しひきこもり事例へと展開していかないという二つの可能性が考えられる。しかしながら、これらの可能性を検証していくためには、不登校事例の長期的な追跡調査を行っていく必要があり、その際に先に述べたような地域の専門機関による連携ネットワークを構築し、各種専門機関が抱える事例の状態像や相談機関先などに関する情報を経時的に調査していくことが必要である。

E. 結論

本調査によって児童相談所、保健所・保健セン

ター、精神保健福祉センター、市および政令指定都市の区の教育機関が行っている不登校・引きこもり事例への取り組みが明らかとなり、以下のことが分かった。

- ① 各専門機関が行っている支援活動については「親ガイダンス」がいずれの機関でも行われていることがわかり、「相談窓口の設置」、「フリースペースの設置」、「機関内での事例検討会」は教育機関が、「個人精神療法」は児童相談所や精神保健福祉センターが、「集団親ガイダンス」、「デイ・ケア」は精神保健福祉センターが他機関に比較して積極的に行っていることが分かった。「訪問活動」については教育機関、児童相談所、保健所・保健センターが積極的に行っていることが分かった。
- ② 取り扱った事例数については教育機関が最も多く、全相談事例の78%を取り扱っていることが分かった。義務教育年代の事例では教育機関と児童相談所が、成人事例では精神保健福祉センターおよび保健所・保健センターが相談機関の中心となることが分かった。しかしながら教育機関や児童相談所の相談事例の中にその対象年齢を超えた事例が少なからず存在していることが明らかとなった。
- ③ 精神科医療機関との連携の必要性については回答した機関のうち96%の機関が地域で不登校・引きこもり事例への相談活動を行う際に精神科医療機関との連携を必要としていることが分かった。
- ④ 事例の年齢に応じた地域の専門機関による継続した相談活動および、各種専門機関が行っている特徴的な活動を事例の必要性に応じて各

機関がお互いに利用できるような地域の専門機関がシームレスに連携できるネットワーク体制の確立が必要であると考えられた。

- ⑤ 義務教育年代までの不登校事例が時間経過によって義務教育年代後の引きこもり事例へと展開していくのかについて不登校事例と引きこもり事例との関係性について明らかにしていくために、より多くの機関を対象としたアンケート調査の実施と地域のネットワークを利用した不登校児例の長期経過に関する調査が必要であると考えられた。

文 献

- 1) 齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生他：行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに対応する地域連携システムの設置・運用に関する検討：厚生労働科学研究費補助金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16-18年度報告書
- 2) 宇佐美政英：地域連携システムの可能性と問題点 市川市および大分・別府地区における対応・連携システムについて：児童青年精神医学とその近接領域(0289-0968)48巻3号
Page294-304(2007.06)

表 1：アンケートの送付機関数と回答数

	教育機関	児童相談所	精神保健福祉センター	保健所・保健センター
送付機関数	895	214	63	691
回答機関数	458	142	54	472
回収率	51%	66%	86%	68%

表 2：機関別および年代別の推定相談事例数

	教育機関	児童相談所	精神保健福祉センター	保健所・保健センター	合計
回答機関数	895	214	63	691	1863
一機関の平均取り扱い事例数	31.3±43.4	23.8±42.7	43.7±39.6	9.0±13.5	18.5±35.1

表 3：機関別の相談事例数

		教育機関	児童相談所	精神保健福祉センター	保健所・保健センター	合計
回答機関数		396	116	41	405	958
相談事例数	義務教育年代	11545	2078	356	734	14713
	義務教育年代後から 19 歳まで	790	625	352	594	2361
	成人	65	58	1084	2336	3543
	合計	12400	2761	1792	3664	20617

表 4：各機関別の不登校・ひきこもり事例への取り組み
(括弧内は機関毎の活動内容の施行率)

	教育機関 N=416	児童相談所 N=141	精神保健福祉センター N=53	保健所 N=472	合計 N=1082
なにもしていない	17 (3%)	5 (4%)	0 (0%)	36 (8%)	17 (5%)
相談窓口	311 (75%)	8 (6%)	15 (28%)	118 (25%)	311 (42%)
フリースペース	129 (31%)	3 (2%)	14 (26%)	10 (2%)	129 (14%)
個人精神療法	200 (48%)	98 (70%)	40 (77%)	162 (34%)	200 (46%)
学習支援	302 (73%)	9 (6%)	2 (4%)	10 (2%)	302 (30%)
親ガイダンス	280 (67%)	97 (69%)	40 (77%)	192 (41%)	280 (56%)
訪問活動	185 (44%)	50 (35%)	6 (11%)	165 (35%)	185 (37%)
集団親ガイダンス	112 (27%)	5 (4%)	37 (70%)	119 (25%)	112 (25%)

Ⅲ. 平成 19 年度 分担研究報告

精神科急性期医療におけるひきこもり青年の実態と 精神医学的治療に関する研究

分担研究者 中島豊爾¹⁾

研究協力者 塚本千秋¹⁾ 大重耕三¹⁾ 来住由樹¹⁾ 太田順一郎¹⁾

1) 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

研究要旨

精神科急性期医療における「ひきこもり」について、人口約200万人の岡山県における精神科救急を担う基幹病院である岡山県精神科医療センターにおける実態を報告し、治療の有効性と限界について検討した。

ひきこもり青年に精神科治療を提供するに至るにはその青年が医療の場に現れなければ困難である。医療の場に現れる場合、とくに急性期医療においては、突発的な行動化や反社会的な行動であったりすることが少なくない。

医療に現れた場合においても、医療に対する本人のニーズはそれほど高くないこともまれではなく、その後の支援に苦慮することも多く、医療と福祉、保健、教育などの関係機関が、専門性に基づいた責任をもった関与を同時並行して行うことが必要となる。とくに思春期青年期においては、15歳、18歳、20歳の区切りごとに、教育機関、児童相談所、家庭裁判所の関与は順を追って弱まり、連携先の確保が困難となった。

A. 研究目的

岡山県精神科医療センターは、救急急性期入院棟（50床）をもつ単科精神科病院であり、岡山県内における精神科救急事案の約8割に対応する県内の精神科救急の中核病院である。平成18年度の初診患者1232名、年間入院者数1047名、病床利用率90.8%、平均在院日数63日であった。

当院への救急受診患者も含んだ初診患者を、「ひきこもり」の有無という観点から捉えなおすことにより、ひきこもりと急性期精神科医療との関係についての実態把握の第一歩とし、今後の研究の基礎資料とすることを考えた。精神科急性期医療におけるひきこもり青年の実態を明らかにし、評価・支援の課題について取り上げることを

一連の研究の目的とした。本研究ではその端緒として、昨年度の当院への初診患者をひきこもりという観点から分析した。

B. 研究方法

①平成18年度の初診患者（1232名）のうち、30歳以下で初診時にひきこもりを呈していた患者を抽出した。

②カルテを用い、実数、診断分類、受診経路、受診までに介入していた機関などを後方視的に調査した。

③情報不十分の場合、直接主治医に確かめた。

④家庭内暴力、反社会的行動などで緊急的対応が必要だった症例については別途詳細に検討した。

(注) 後方視的調査であるため、過去にひきこもりや不登校があっても、現在そうでないものは抽出できていない。

(倫理面への配慮)

研究目的の治療でなく、日常臨床を、統計的解析と事例検討により考察した。また個別事例は、事例が特定できないように、内容を一部改変し、プライバシーの保護に配慮した。このため倫理上の問題はないと考える。

C. 研究結果

平成 18 年度における全外来初診患者 1232 人であった。そのうち、本研究の対象年齢である 30 歳以下は、308 人（全外来初診患者のうち 25.0%）であった（図 1）。30 歳以下の全外来初診患者の診断分類（ICD-10 に準拠）では、F2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）、F4（神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害）、F8（心理的発達の障害）が多かった（図 2）。

30 歳以下で、初診時ひきこもりを呈していた患者は、68 人（全外来初診患者のうち 5.5%；男 39 人、女 29 人）であり、それらの初診時年齢は、18 歳以上が 49 人（初診時ひきこもり患者のうち 72.1%）と大半をしめた（図 3）。また、初診時ひきこもりを呈していた患者が、ひきこもりを始めた年代は高校生年代以上が 53 人（同 77.9%）と、大半を占めており、義務教育終了後にひきこもりを始めたものが多かった（表 1）。初診時の紹介もと機関は精神科病院・診療所からのものが 38 人（同 55.9%）と最も多かった（表 2）。

初診時ひきこもりを呈していた患者を診断分類別にみると、F2、F4、F8 が多く、F2 は 16 人（23.5%；男 9 人、女 7 人）、F4 は 18 人（26.5%；男 7 人、女 11 人）、F8 は 15 人（22.1%；男 15 人、女 0 人）であった（図 4）。診断分類別にみたときに多く認めた F2、F4、F8 の中で、突発的な行動化や家庭内暴力を呈しており救急的対応が必要だったケースを、各 1 症例ずつ選び、以下

に提示する。

事例 1 初診時 28 歳 男（F2:統合失調症）

〔主訴〕 急に興奮する、飛び出す。

〔生活歴〕 高校 1 年時で中退。その後アルバイトなどをしたが長続きしなかった。

〔現病歴〕 X-4 年より、何も無いのに他の家へ謝りに行くようになった。統合失調症の診断で、1 ヶ月精神科病院に入院。退院後数ヶ月で治療中断し、自宅にひきこもった。X 年春より、徐々に疎通がとれなくなり、突然興奮して暴れるようになったため、同年 4 月家族および警察官に付き添われて、当院を受診。同日医療保護入院。

〔治療経過〕 入院時、目を見開いて突然走り出し、ほとんど疎通がとれない状態だった。薬物療法で幻覚妄想は改善した。本人や家族に対して、疾患に関するガイダンスを行い、X 年 10 月退院した。

退院後、社会参加はなく、自宅に閉居しながらも当院外来へ継続通院している。

〔検討〕 治療中断後に再燃し、精神運動興奮により警察介入が必要だったケース。病識に乏しいものの、治療継続の必要性を本人と共有することができ、ひきこもりの状態は続いているが治療継続している。

事例 2 初診時 18 歳 女（F4:強迫性障害）

〔主訴〕 感情のコントロールがきかない。急に死にたくなる。

〔成育歴〕 発達の遅れなし。4 才頃に継父から性的虐待。

〔現病歴〕 小学校高学年より、いらいらすることが増えた。母はカルシウムを飲ませて対応した。

中学校では友だちができなかった。紫外線を気にしたり、自分の体臭を気にしたりするようになった。徐々に登校しづり。

高校 1 年で中退し、自宅にひきこもり。強迫症状に加え、家庭内暴力が増えた。X-1 年 11 月より精神科クリニックに通院。X 年 4 月当院を紹介受診した。

〔治療経過〕 強迫症状や軽度の抑うつ感やいらいらを認め、本人や家族と治療契約を結びながら外来で治療を行った。徐々に上記症状は軽減し、通信制高校での勉強に取り組むことができるようになっていく。

〔検討〕 被虐待と家庭内暴力があったケース。医療の入り口で本人のニーズをひろう丁寧な整頓が必要だった。自我境界の脆弱さも認め、統合失調症への診断変更の可能性があると考えている。

事例3 初診時17歳男 (F8:広汎性発達障害)

〔主訴〕 家庭内暴力、ひきこもり

〔成育歴〕 幼少時より人見知りがなく、集団行動ができず、こだわりが目立ったが、専門機関の関与はない。

〔現病歴〕 小学校の頃からいじめられ、中学校3年より不登校。その後自宅にひきこもり、いじめ体験を思い出しは家庭内暴力を行なった。16歳時、家族が家を出て、本人は単身生活となった。

家族が児童相談所に相談したが年齢的に対象外とされ、X-1年11月より家族のみ当院に相談。X年1月、暴れる本人をす巻きにして当院受診。危機状態への介入、生活の立て直しなどを目的として、同日医療保護入院。

〔治療経過〕 衝動性、記憶の再体験に対して薬物療法を開始。障害特性を本人・家族に伝えていくとともに、本人のニーズに合わせ、入院中から職業訓練校を利用し、X年2月退院した。

しかし、本人は退院後に治療中断。再び自宅外での接点を維持することが困難な状況となっている。

〔検討〕 集団への不適応からひきこもり、家庭内暴力がみられた広汎性発達障害の症例。退院後の生活を調整したが、治療中断し、再びひきこもった。地域の機関連携の難しさなどが根底にある。

D. 考察

人口約200万人の精神科救急の約8割に対応

している単科精神科病院における、平成18年度の初診時ひきこもり患者の調査を行った結果、当院における初診時ひきこもり患者は68名(5.5%)だった。ひきこもりの背景として、統合失調症、神経症、発達障害を持つものが多く認められた。またひきこもり患者の初診時年齢は20歳以上が多いが、ひきこもり開始年齢は半数以上が18歳以下であることも明らかになった。

精神科急性期医療におけるひきこもり患者について、さらに詳細に検討していった結果、二つの大きな課題があった。一つは、精神科救急での入り口の問題である。ひきこもり患者においては、本人の医療ニーズが少ないことが類推され、むしろ家族や社会的な要請に沿うことが多く、家族相談から始まった場合には治療導入や診断に苦慮することが多い。医療的介入のタイミングとなりうるのは、家庭内暴力や反社会的行動などが挙げられるが、ひきこもりのみの場合、治療の場に現れることが難しい。またいったん治療の場に現れることが出来た場合でも、本人との治療契約や他機関との連携など治療の入り口での丁寧な整頓が必要となるケースが多い。二つめの課題は、ひきこもり患者の、精神科救急における支援の課題である。本人の医療ニーズが少ないことが多い故、治療継続が難しい。支援には、医療機関だけでなく、他機関の連携が必要となることが多いのだが、15歳、18歳、20歳の年齢の区切りごとに教育機関、児童相談所、家庭裁判所などの関与は順に弱まっていくため、小児から成人への連続した継続可能な本人支援の形を組むことが難しい。

文献

1) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992.

(融道男, 中根允文, 小見山実, 岡崎祐士, 大久保善朗訳. ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン新訂版. 医学書院, 東京, 2005)

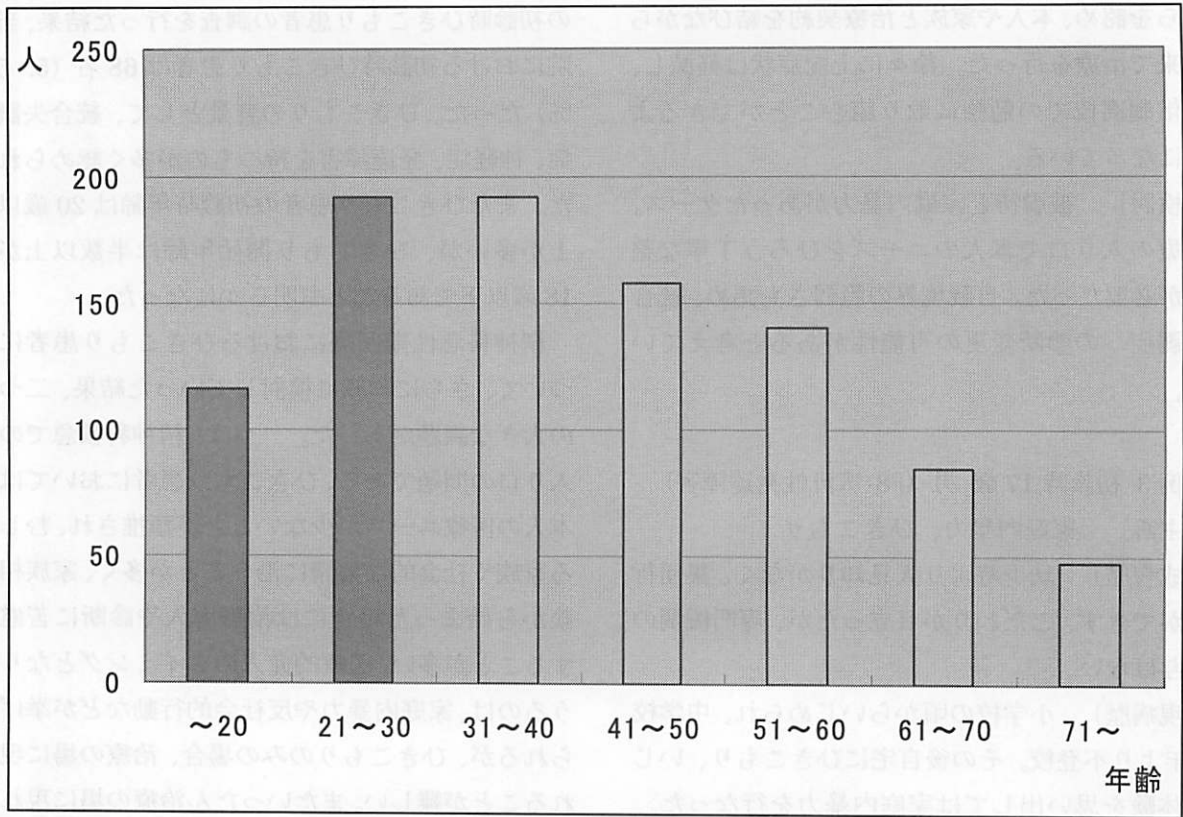


図1 全外来初診患者の初診時年齢（平成18年度）

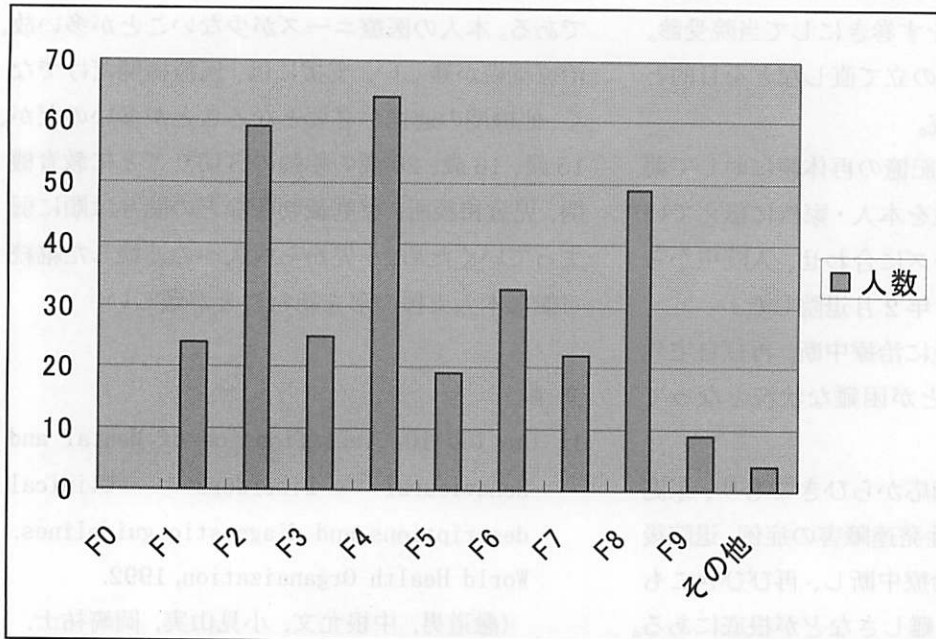


図2 30歳以下の全外来初診患者の診断分類（平成18年度）

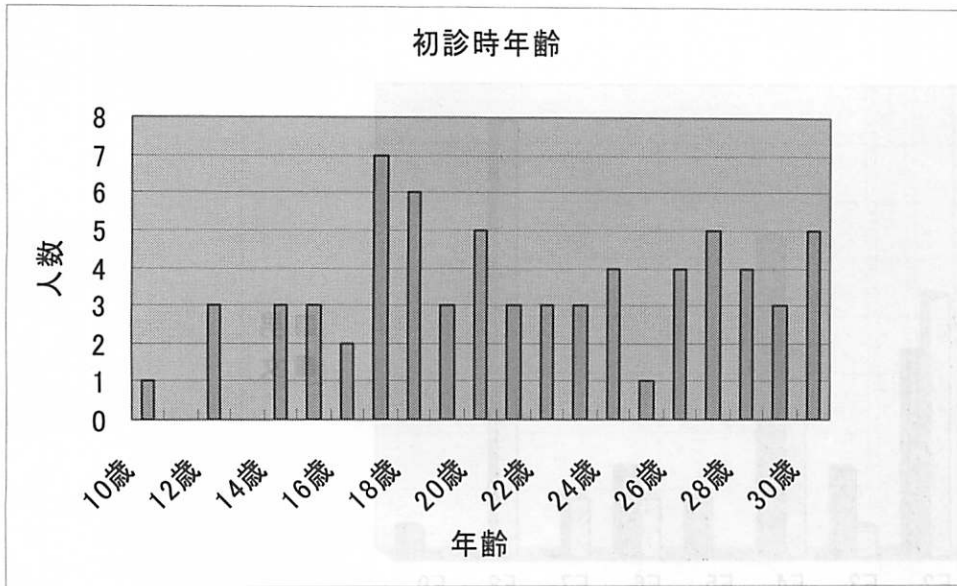


図3 30歳以下の初診時ひきこもり患者の初診時年齢（平成18年度）

表1 30歳以下の初診時ひきこもり患者の「ひきこもりを始めた年代」（平成18年度）

	中学生以下	高校生年代	18歳以上	計
人数	15	24	29	68

表2 30歳以下の初診時ひきこもり患者の紹介元機関別件数（平成18年度）

	件数
精神科病院・診療所	38
身体科病院・診療所	5
消防	1
警察	3
司法	2
福祉機関(児相)	1
なし	18

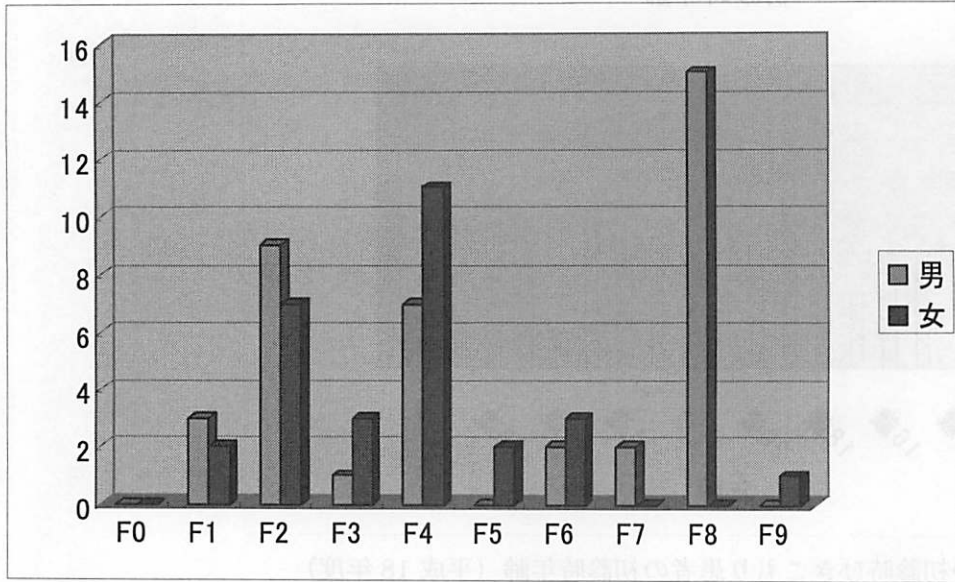


図 4 30歳以下の初診時ひきこもり患者の診断分類 (ICD-10、同年度)

性別	18歳以上	対高生以上	中学生以下	未定
男	29	24	15	

(男) 30歳以下の初診時ひきこもり患者の診断分類 (ICD-10、同年度)

診断	人数
双極性障害	18
統合失調症	1
うつ病	3
不安障害	2
強迫性障害	1
その他	18

ひきこもりを呈する青年の地域生活支援プログラムに関する研究 —方法論の検討およびパイロットケースの実施—

伊藤順一郎¹⁾ 瀬戸屋雄太郎¹⁾ 吉田光爾¹⁾ 宇佐美政英²⁾ 井上喜久江²⁾ 園環樹¹⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所

2) 国立精神・神経センター国府台病院

研究要旨

本研究では、児童精神科において「ひきこもり」を主訴とする家族および本人に対し、訪問（アウトリーチ）を主とした地域生活支援プログラムの効果を実証的に明らかにすることを目的とする。今年度は、方法論の検討を主に行い、調査方法を決定した。また介入方法についての研修会を開催し、パイロットケース 2 例への訪問を開始した。調査方法としては、ウェイトングリスト法による無作為化ランダム試験（RCT）とすることにした。待機期間は 6 カ月とした。調査対象者としては、市川市に在住し、国立国府台病院児童精神科へ相談のあった義務教育年代（15 歳以下）のひきこもりのうち、診察へは両親のみで本人の受診歴が 6 カ月以上なく、かつ初診より 3 カ月以上経過している患者とした。訪問型アウトリーチチームは、児童精神科医、心理士、精神保健福祉士等からなるチームを組むこととし、訪問の目的や、アプローチの方法について研修会を行った。またパイロットケースとして 2 例への訪問を開始し成果を挙げた。

来年度はパイロットケースでの検討を元に、調査方法や調査票を適宜修正し、RCT 研究を開始する予定である。

A. はじめに

近年、通学や就労といった社会参加や対人的な交流を行わず、自宅を中心とした生活を送る「ひきこもり」の状態を呈する人々に注目が集まっている。2003（平成 15）年度には全国の精神保健福祉センター・保健所を対象とした調査¹⁾が行われ、ひきこもりに関する相談は、電話相談で述べ 9986 件、来所相談で 4083 件にのぼった。また、三宅らの疫学的手法による調査では、限定された地域からの推定ではあるが、「ひきこもり」にあたる当人をかかえる世帯数は全国で「24 万世帯」²⁾「41 万世帯」³⁾と見込むなど、支援ニーズを要する状態にある人々が多数に及ぶ可能性があることを示した。

ひきこもりの背景には、神経症・うつ病、あ

るいは発達障害などさまざまな要因が指摘され、また家族と本人の関わりの特徴などから、援助のあり方についても家族療法的なアプローチを中心にさまざまな援助が行われている。また、2003（平成 15）年には厚生労働省から、保健所・精神保健福祉センターなど公的相談機関における支援の指針を示した「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」（以下ひきこもりガイドライン）⁴⁾が公開されるなど支援方法に関する議論が高まっている。

しかし、支援をうけたひきこもり事例のその後の経過について、実証的に検討した研究は乏しい⁵⁾のが現状である。今後、支援の有効性やあり方について検討するうえで、ひきこもり事

例の経過を辿ることは有効であると考えられる。

他方で、ひきこもり支援においては先のひきこもりガイドラインでも示されたように、訪問による支援の可能性が議論されてきた。公の活動では保健師による訪問⁶⁾や、ひきこもり者の家族会である全国 KHJ 親の会では訪問サポートに関する研修を行うなどしている⁷⁾。また、欧米では重症精神障害者に対する訪問活動を含む Assertive Community Treatment (ACT) が地域滞在率の上昇などの点で効果をあげ⁸⁾、日本でも国立精神保健研究所での ACT-J の導入を筆頭に各地で研究がされはじめているなど、訪問支援の可能性について期待が高まっている⁹⁾。しかし、ひきこもりに特化した訪問活動による支援の効果の実証的な検証はなく、また、効果をあげるまでの支援内容に関する記述的な研究も乏しい。

そこで、本研究では、児童精神科において「ひきこもり」を主訴とする家族および本人に対し、訪問を主とした支援を展開しその経過を記述するとともに、RCT の研究デザインを導入し支援の効果を実証的に明らかにすることを目的とする。

今年度は、上記の目的を達成するために、以下の3点を実施した。

1.ひきこもりアウトリーチの方法論の検討、2.研修会の開催、3.パイロットケースの実施。

B. 対象

ひきこもりアウトリーチの方法論の検討を行い、本研究におけるひきこもりの定義や、アウトリーチサービスの加入基準の定義を決定した。

本研究におけるひきこもりとは、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、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6カ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）を指すこと

とする。

本研究の対象である、アウトリーチサービスを提供する対象者は、市川市に在住し、国立国府台病院児童精神科へ相談のあった義務教育年代（15歳以下）のひきこもりのうち、診察へは両親のみで本人の受診歴が6カ月以上なく、かつ初診より3カ月以上経過している患者とした。

C. 方法

1.ひきこもりアウトリーチの方法論の検討

月に1-2回、有識者と児童思春期精神科の臨床家とで検討を重ね、ひきこもっている方を対象としたアウトリーチ研究の検討を実施した。

検討内容は、ひきこもりの定義、サービスの加入基準、実際に提供するサービスの内容、研究デザイン、調査票、研修会の内容、パイロット調査の実施方法、スーパーバイズの方法の検討などである。

2.研修会の開催

本研究を推進するにあたり、中核の支援スタッフとなる国立国府台病院の児童精神科スタッフのひきこもり支援に関するスキルアップが不可欠である。よって①ひきこもりの訪問支援に関する基本的知識の伝達、②本研究のプロトコル案の提示を目的として研修を行った。

3.パイロット調査の実施

1.で検討したアウトリーチサービスの実施方法および調査方法に問題点がないかどうかを検討するために、1-2例のパイロット調査を実施した。

（倫理面への配慮）

パイロットケースへの研究を開始するに当たり、調査方法が固まった時点で国立精神・神経センターの倫理委員会に本研究の倫理審査を申請し、倫理的に問題がないことが承認された。

D. 結果

1. ひきこもりアウトリーチの方法論の検討

ひきこもりに関する学識経験者、児童精神科医および研究者による検討を月 1、2 回程度重ねた結果、以下のような研究デザインで調査を実施することとなった。

① 介入方法

児童精神科医、心理士、精神保健福祉士等からなるチームを組み、情報を共有しつつそれぞれの強みを発揮し、家族を支持し、本人に働きかける。アウトリーチチームは、訪問の目的や、アプローチの方法について研修を行った後に介入を行う。介入の頻度は週 1-2 回とする。

② 本研究の加入基準

本研究の加入基準は以下とした。

国府台病院児童精神科に通院している者で、下記の項目の全てにあてはまる者。

■ 基礎属性；

下記の a~d の全てにあてはまる者。

- 年齢；~15 歳。
- 診断；主診断が中等度以上の精神遅滞（IQ50-55）が疑われる者は除く。
- 住所；市川市に居住している者。

■ ひきこもり状況等；

下記の a~d の全てに当てはまる者

- 自宅を中心とした生活を行っている。
- 就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの。
- 以上の状態が 6 カ月以上続いている
- 国府台病院児童精神科への通院は両親のみで、過去 6 ヶ月間に本人の受診歴がはない。
- 国府台病院児童精神科の初回診察より最低 3 カ月経過している。

③ 調査方法

1) 研究デザイン

ウェイトリソ法による RCT 研究。

介入群：従来の外来による治療+訪問型アウトリーチチームによる介入

対照群：従来の外来による治療

ウェイトリソ期間は 6 カ月とし、介入群への追跡期間は 1 年とする（6 カ月以降は RCT 研究ではなくなる）。介入自体は調査終了後も対象者のニーズがあれば継続する。

2) 研究への参加について

対象者の参加にあたっては、対象が未成年であることから、代諾者（保護者等）に本調査および介入の内容について説明文書を用いて、本研究の目的、手順、拒否権を保障し、調査を拒否しても不利益にはならない点を明確に説明する。対象がひきこもりを呈する思春期の子どもであるため、保護者に本調査および介入の内容について分かりやすい説明文書を手渡し本人に説明してもらい、本人の理解が得られるようにつとめる。本人に明確な拒否があった場合は調査の対象としない。

調査研究に関する同意は代諾者からの書面への署名とする。その際、父、母の両方より同意を得ることを原則とする。介入群については、本人と接触できた場合、本研究について説明し、調査および介入を継続するかどうか再確認する。

3) 調査指標および調査時点

a. 基礎情報票：開始時、1 年後時

・基礎属性、診断、社会参加状況、本人と支援者のコンタクト状況、入院状況、GAF¹⁰ など

b. 家族調査票①(本人の行動観察):3 ヶ月毎

・本人の行動評価：外出頻度、活動範囲、他者との交流頻度などの行動レベルの評価
・HBCL：ひきこもり行動チェックリスト（境ら, 2004）¹¹⁾。ひきこもりの本人に特有の問題行動を家族の視点から評価する。

c. 家族調査票②(家族の精神健康度):3 ヶ月毎

・家族の生活困難度（大島ら, 1994）¹²⁾：障害者を支援する家族を対象とした尺度。家族の生活困難感を測定する。
・患者拒否度¹³⁾：障害者を支援する家族を対象とした尺度。患者に対する拒否感を測定する。

- ・精神健康度 (GHQ-12) (新納ら, 2001) ¹⁴⁾ : 一般的な精神的健康度を測定する。
- ・家族システム評価尺度 (立木, 1999) ¹⁵⁾ : 家族機能を「家族のきずな」および「家族のかじとり」の観点から評価する。
- ・CSQ-8J (立森ら, 1994) ¹⁶⁾ : サービスの満足度を評価する。
- d. サービス記録票 (随時)
 - ・提供されたサービスを随時記録する。
- e. 本人自記式調査票 (コンタクトが取れた後に随時、および終了時)
 - ・本人のサービスの効果に関する主観的な認識
 - ・Birson 自己記入式抑うつ評価尺度 (村田, 1996) ¹⁸⁾ : 小中学生向けの抑うつ感評価用の尺度である。
 - ・対人的疎外感尺度 (杉浦, 2000) ¹⁸⁾ : 青年期の対人的疎外感を測定する。
 - ・無気力感尺度 (下坂, 2001) ¹⁸⁾ : 青年期の無気力感をはかる。
 - ・精神健康度 (GHQ-12) : 一般的な精神的健康度を測定する
 - ・CSQ-8J : サービスの満足度を評価する

2.研修会の開催

研修は平成 19 年 10 月 26 日に行われ、参加した職種は医師、看護師、ソーシャルワーカーなど二十余名である。研修内容は、①ひきこもり支援に関する原則の提示、②アウトリーチ活動の技術の提示、③プロトコル案の提示、である。①に関しては「ひきこもりガイドライン」をベースとして、本人支援のみならず家族支援が重要であること、また、訪問に関しても本人との直接コンタクトが第一義的な目的ではなく、家族の負担感の軽減や、緊張した家族システムの変容が目的であることが概説された。②に関しては ACT-J のアウトリーチ活動の事例をもとに、本人とのジョイニングの過程が重要であること、また知的障害や広汎性発達障害など発達に偏りのある可能性なども念頭に置き

ながら訪問活動を展開していくことの重要性などが指摘された。

3.パイロットケースの実施

本稿執筆時点で 2 例のケースへの訪問を開始した。保護者への研究の説明は主治医が行い、内容を理解された上で、研究への参加の同意を得た。パイロットケースという事もあり、保護者、本人の受け入れが良好であることが予想される対象を選択した。

同意を得た対象の状態像は以下である。

・ Case No. 1

男児 15 歳

I 軸診断：過剰不安障害、II 軸診断：境界知能

GAF:45

主たる養育者：母 42 歳

問題発現時期：99 年 9 月頃

初診：01 年 10 月

現在のエピソード開始時期：06 年 12 月

最近 1 カ月の社会参加状況：参加なし

最近 1 年間の社会参加状況：国府台病院院内学級数回

最近 1 カ月の支援者と本人の接触状況：全くない

・ Case No. 2

男児 15 歳

I 軸診断：PDD、II 軸診断：なし

GAF:45

主たる養育者：父・母

問題発現時期：96 年 1 月頃

初診：96 年 1 月

現在のエピソード開始時期：不明

最近 1 カ月の社会参加状況：国府台病院院内学級数回

最近 1 年間の社会参加状況：国府台病院院内学級数回

最近 1 カ月の支援者と本人の接触状況：全くない

初回の訪問は主治医とは別の医師 2 名および

心理士で徒歩にて訪問。どちらのケースも初回訪問より本人と会うことができ、支援者と良好な関係を結ぶことができた。今後訪問を継続し、本人の社会参加を目指し支援を行っていく。また RCT 研究が円滑に実施できるよう、調査方法等における問題点が見つかった場合には、適宜修正する。

E. 考察

ひきこもりを主訴とする家族および本人に対する、訪問（アウトリーチ）を主とする地域生活支援プログラムの効果を検討するに当たり、本年度は研究の方法論の検討と、ひきこもりへの支援を提供するスタッフへの研修、およびパイロットケースへの介入を実施した。

支援の対象者は、国府台病院の児童思春期精神科の外来に（保護者が）通院している者のうち、ひきこもりを呈する者で、国府台病院のある市川市在住、知的障害を除く、15歳以下とした。15歳以下としたのは、国府台病院児童精神科の主な対象が15歳までであることと、15歳までであれば援助が比較的豊富であり、それらのサービスと連携することでその後の予後の改善が望めると判断したためである。ひきこもり状態を呈する期間としては、6カ月以上とし、国府台病院の外来で3カ月以上支援を提供しても状態の変化がない者とした。

提供する支援は、児童精神科医、心理士、精神保健福祉士等からなるチームを構築し、主に訪問による支援を提供することとした。直接サービスを提供しながら、外来通院も含む他機関につなげることを一応のゴールと定めた。これらサービス提供にあたり、研修会を開催し、ひきこもりガイドラインの内容などに関する研修を実施し、サービス提供の質の強化を図った。

調査法はウェイトンリスト法による RCT とした。倫理的な問題もあり、待機期間は6カ月とした。ただし、介入後のフォローは1年とした。実際は提供するマンパワーの問題もあり、月に新規エントリーは数例にとどまるた

め、いずれにせよ待機時間が生じるので、6カ月であれば倫理的に問題ないと判断した。また先行報告からも、6カ月間集中的な援助を提供すれば、本人に何らかの変化が生じることも期待される。

調査票については先行研究を元にアイテムプールを作成した上で、現実的な量や重複を考慮し、添付のような調査票案を作成した。これはパイロットケースへの調査を元にさらに修正される予定である。

パイロットケースへの介入は、調査方法の検討結果を元に国立精神・神経センターの倫理委員会に本研究の倫理審査を申請し、倫理的に問題がないことが承認された上で実施した。

本報告執筆時点で2例のパイロットケースへの介入が開始され、いずれも初回訪問より本人へのコンタクトが取れた。今後訪問を継続し、本人の希望を元に社会参加をめざし支援を行う。また調査方法上問題点がないかをパイロットケースを元に検討し、問題点が合った場合は、来年度実施される本施行（RCT 調査）を円滑に実施できるよう、調査方法を適宜修正する予定である。

F. まとめ

本研究は、ひきこもりを主訴とする人に対する、訪問（アウトリーチ）を主とする地域生活支援プログラムの効果を検討する事を目的とする。

今年度は、方法論の検討を主に行い、調査方法を決定した。また介入方法についての研修会を開催し、パイロットケース2例への訪問を開始した。

調査方法としては、ウェイトンリスト法による無作為化ランダム試験（RCT）とすることにした。待機期間は6カ月とした。調査対象者としては、市川市に在住し、国立国府台病院児童精神科へ相談のあった義務教育年代（15歳以下）のひきこもりのうち、診察へは両親のみで本人の受診歴がないか6カ月以上なく、か

つ初診より 3 カ月以上経過している患者とした。

訪問型アウトリーチチームは、児童精神科医、心理士、精神保健福祉士等からなるチームを組むこととし、訪問の目的や、アプローチの方法について研修会を行った。

またパイロットケースとして 2 例への訪問を開始し成果を挙げた。

来年度はパイロットケースでの検討を元に、調査方法や調査票を適宜修正し、RCT 研究を開始する予定である。

文 献

- 1) 伊藤順一郎, 吉田光爾, 小林清香, 野口博文, 堀内健太郎, 田村理奈, 金井麻子: 「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 報告書; 45-69, 2003.
- 2) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人: 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 (主任研究者: 川上憲人)」総括・分担研究報告書. 141-151, 2003.
- 3) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人: 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 (主任研究者: 吉川武彦)」総括・分担研究報告書. 75-78, 2004.
- 4) 伊藤順一郎, 秋田敦子, 有泉加奈絵, 狩野力八郎, 加茂登志子, 倉本英彦, 後藤雅博, 楢林理一郎, 原敏明, 藤林武史, 吉川悟, 吉田光爾: 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, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究, 2003.
- 5) 吉田光爾, 小林清香, 伊藤順一郎, 野口博文, 堀内健太郎, 土屋徹: 公的機関における支援を受けた社会的ひきこもり事例に関する 1 年間の追跡調査調査から, 精神医学, 47(6):655-662, 2005.
- 6) 森田桂, 宮本ふみ: 「ひきこもり」から脱出させるための支援技術 (2) — 保健師の戦術「家庭訪問」をいかそう, 保健師ジャーナル, 61(12):1156-1159, 2005.
- 7) 奥山 雅久: 親の会 (家族会) の歩みのなかに訪問サポートが (訪問カウンセリング — 危機に立ち臨み語るこころ) — (訪問と社会活動), 現代のエスプリ, 445: 204-216, 2004.
- 8) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al.: Model of community care for severe mental illness: A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24:37-74, 1998.
- 9) 伊藤順一郎, 西尾雅明, 大島巖, 塚田和美, 鈴木友理子: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業、重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成 18 年度総括・分担研究報告書, 3-12, 2007.
- 10) Frances A, Pincus HA, First MB. The Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - IV. American Psychiatric Association, 1994.
- 11) 境泉洋, 石川信一, 佐藤寛, 坂野雄二: ひきこもり行動チェックリスト (HBCL) の開発及び信頼性と妥当性の検討 カウンセ

リング研究, 37(3); 210-220, 2004.

- 1 2) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 他: 精神分裂病患者を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) の関連, 精神経誌 96: 493-512, 1994.
- 1 3) Kreismann DE, Simmens SJ, Joy VD.: Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. Schizophrenia Bulletin, 5(2); 220-222. 1979.
- 1 4) 新納美美, 森俊夫: 企業労働者への調査に基づいた日本版 GHQ 精神健康調査票 12 項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討, 精神医学 43: 431-436, 2001.
- 1 5) 立木茂雄: 家族システムの理論的実証的研究—オルソンの円環モデル妥当性の検討, 川島書店, 1999.
- 1 6) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討, 精神医学 41: 711-717, 1999.
- 1 7) 村田豊久・清水亜紀・森陽二郎・大島祥子: 学校における子どものうつ病—Birlson の小児期うつ病スケールからの検討—, 最新精神医学, 1: 131-138, 1996.
- 1 8) 杉浦健: 2 つの親和動機と対人的疎外感との関係—その発達的变化—, 教育心理学研究 48: 352-360, 2000.
- 1 9) 下坂剛: 青年期の各学校段階における無気力感の検討, 教育心理学研究 49(3): 305-313, 2001.

1 (3) : 305-313, 2001.
 1 (9) : 下坂剛：青年期の学校環境と発達障害のある児童の学校生活。『教育心理学研究』49(3) : 305-313, 2001.
 1 (8) : 杉浦謙二：2つの異文化圏と日本人の海外生活。『教育心理学研究』49(8) : 181-186, 1998.
 1 (7) : 杉浦謙二・南水敏子：異文化環境に育つ子どもの心理的適応。『教育心理学研究』49(7) : 711-717, 1999.
 1 (6) : 立木茂雄・家塚ゆきよの理論的考察。『教育心理学研究』49(6) : 481-486, 2001.
 1 (5) : 杉浦謙二・伊藤弘人：日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信憑性及び妥当性の検討。『教育心理学研究』49(5) : 499-507, 1999.
 1 (4) : 杉浦謙二・森田天：企業心理学者の職業生活に関する研究。『教育心理学研究』49(4) : 320-323, 1979.
 1 (3) : 杉浦謙二・Stammann DE, Stammann S, Joy VD: Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report measure. 『Journal of Personality and Social Psychology』62(3) : 493-512, 1994.
 1 (2) : 杉浦謙二・杉浦謙二：『教育心理学研究』49(2) : 210-220, 2000.

児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究 不登校・ひきこもり・思春期非行に対するグループ親ガイダンスの効果をめぐる

分担研究者 皆川邦直¹⁾

研究協力者 田上美千佳²⁾ 新村順子²⁾ 三宅由子³⁾ 野津真⁴⁾

1) 法政大学 2) 東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所

3) 国立精神・神経センター精神保健研究所 4) 東京都立中部総合精神保健福祉センター

研究要旨

1998年～2003年に東京都立中部総合精神保健福祉センターにおいて、思春期デイケア親プログラムのグループ親ガイダンスが行なわれた。これに参加した不登校の子をもつ母親を対象に、子どもの問題がひきこもりか非行（ぐ犯）かによって対象を2群に分け、効果を比較した。GAFによる評価で、両群とも初回時に比較して最終評価時点では改善傾向が見られ、ひきこもり群のほうがより高い水準に達していた。またひきこもり群の親のほうがガイダンスにおける助言を活用する割合が高く、またガイダンス終了時の子どもの改善度も高かった。非行群の親はより援助が困難であることが示された。しかし両群とも親に対するガイダンスによる子どもの改善傾向は明らかであり、本人が受診できない場合にも、親への援助を提供することによる一定の効果はあるものと考えられる。

A. 研究目的

1998年、東京都立中部総合精神保健福祉センターに新たに思春期デイケアが開設された。この思春期デイケアに子どもの思春期問題に悩む親用の心理教育（1回30分のビデオテープ16本）とグループ親ガイダンスが設けられた。本研究の目的はそこで実施したグループ親ガイダンスの効果を不登校+ひきこもりの子どもの親群と不登校+少年非行の子どもの親群の2群に分けて、これらの青年の精神発達上の問題に対する効果の比較検討を試みることにある。

B. 研究方法

1998年9月より2003年3月にかけて東京都立中部総合精神保健福祉センター思春期デイケア親プログラムの一部としてグループ親ガイダンスをと子育て心理教育を実施した。これは近隣の病院、クリニック、女子高校、児童相談所、保

健福祉センター等より紹介された思春期問題をもつ15歳から21歳までの青年の親の任意に参加する半閉鎖集団であり、以下のルールを作った。最初に、グループ内では子どもの家庭や学校などの日常生活について話をする事、そこで得られる情報はプライバシーの尊重のためにグループ外では話さないこと、次いで参加を終結ないし中断する場合には、その意向をグループ内で表明して話し合いの上で決断すること、3番目にグループ外での親同士の交流はしないこと、これら3つのルールを設けることでグループの構造と過程を守るように配慮した。

毎週1回90分のセッションで、45分は新メンバーの話聞いて助言を提供した。残りの45分は15分ずつ、参加中の3名の親の話聞いて助言を提供したが、子どもの緊急事態について相談を必要とする親は、この3名枠の中で相談の順番を優先的に扱うことにした。

グループ親ガイダンスに参加した 207 名の親のうち研究協力に同意した親は 187 名であった。この 187 名のうち、子どもが不登校+ひきこもりである親（引きこもり群）は 41 名、不登校+非行である親は 13 名（非行群）、計 54 名であった。但しここでいう非行はぐ犯であり、鑑別所入りの必要のない程度の軽度非行に限定される。本研究の対象はこれら 54 名の親である。

1. 毎回の面接記録はスタッフの係りがグループ中にプロセスノートを作成して残した。
2. 1999, 2000, 2001, 2002 年 9 月および 2003 年 3 月にスタッフ全員でプロセスノートを参照しつつ振り返り調査を実施して、以下についてコンセンサスによって判断した。
3. 親がグループのルールを守っているか、助言を活用しているか、少なくとも活用すべく努力しているか、あるいはその気がないかを判断した。
4. 同様にスタッフのコンセンサスによって、子どもの症状・適応度を GAF (DSM) によって評価した。

なお、本研究は親に子どもの問題行動チェックリスト、親の気持チェック等の自記式質問紙への記入を依頼する際に口頭で説明して、研究協力の同意を得た。

C. 研究結果

1. 年齢

ひきこもり群の子どもは平均 16.1 歳、父親は平均 50.3 歳、母親は平均 48.4 歳であった。非行群の子どもは平均 16.2 歳、父親は 48.8 歳、母親は 45.7 歳、両群を合わせた全体では子どもは平均 16.2 歳、父親は平均 49.9 歳、母親は平均 47.7 歳であった。母親の年齢はひきこもり群のほうが非行群よりやや高いが、共に成人期の真っ只中にあり、ライフサイクル的に同時期にあると考えて良いであろう。

2. 相談件数

ひきこもり群男子は 21 名、非行群男子は 4 名

であった。ひきこもり群女子は 20 名、非行群女子は 9 名であり、全体として男子の相談 25 件、女子の相談 29 件、合計 54 件であり、女子についての相談がやや多かった。これは近隣の私立女子高校からの紹介が多く、この高校では中学時代に不登校であった女子の入学を引き受けていたことによるところが多いように思われる。

3. 子どもの精神・行動症状の改善

親の話に基づいてスタッフのコンセンサスによって DSM-IV の機能の全体評定 (GAF) を用いて、子どもの症状と適応度を初診時と最終時に評定した結果は、表 1 に示すとおりである。

表 1 GAF 評価

初回 GAF 非行(%) ひきこもり(%) 合計(%)

10-	1(7.7)	0(0.0)	1(1.9)
20-	0(0.0)	1(2.4)	1(1.9)
30-	3(23.1)	2(4.9)	5(9.3)
40-	3(23.1)	21(51.2)	24(44.4)
50-	3(23.1)	17(41.5)	20(37.0)
60-	1(7.7)	0(0.0)	1(1.9)
70-	1(7.7)	0(0.0)	1(1.9)
80-	1(7.7)	0(0.0)	1(1.9)
90-	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

最終 GAF 非行(%) ひきこもり(%) 合計(%)

10-	1(7.7)	0(0.0)	1(1.9)
20-	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
30-	2(15.4)	0(0.0)	2(3.7)
40-	3(23.1)	10(24.4)	13(24.1)
50-	2(15.4)	7(17.1)	9(16.7)
60-	1(7.7)	7(17.1)	8(14.8)
70-	2(15.4)	13(31.7)	15(27.8)
80-	2(15.4)	2(4.9)	4(7.4)
90-	0(0.0)	2(4.9)	2(3.7)

精神科診断的には統合失調症、発達障害、精神遅滞は除外している。すべて不登校とひきこもり、または不登校(怠学)と非行の問題のために親が相談を求めたものであり、ひきこもりの青年は精神科ないし心療内科を受診していることは原則

的になく、非行の場合も同様である。しかし、親が親ガイダンスに参加後に子どもが受診することは両群にあった。

ひきこもり群では初診に至る半年間の子どものGAFは40点から50点台が多く、非行群では30点から50点台が多かった。最終時点では、ひきこもり群は初診時には3名いた30点以下が0名に減少、初診時70点以上の2名は21名に増加した。非行群では、初診時に4名いた30点以下は3名に減少、2名いた70点以上は4名に増加した。両群ともに改善傾向を示してはいるが、引きこもり群の6割は多少の問題を残しつつも社会適応できるようになっているのに対して、非行群では同様の回復は4割の子どもたちしか示していないことが明らかになった。

最終評価時の両群の子どもの改善を比較するために悪化ないし不変群と改善群に分けて検討した。その結果を表2に示すが、引きこもり群の改善のほうが有意に多かった ($P < 0.05$)。

表2 最終評価時

	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
悪化不変	8 (61.5)	11 (26.8)	19 (35.2)
改善	5 (38.5)	30 (73.2)	35 (64.8)
合計	13 (100.0)	41 (100.0)	54 (100.0)

$$\chi^2 = 5.214 (df = 1) \quad p = 0.022$$

4. 親の取り組み

親についても最終評価時のデータを用い検討した。すなわちグループ親ガイダンスへの親の取り組みをルール遵守、助言の活用について評価した。

全体的にルールを守ってグループガイダンスに参加する親が多かった。ルールを守り、助言を活用して伴侶や子どもに話をする親は活用群とした。その一方、中には毎回のガイダンス終了後にメンバーの電話番号を聞きだして、深夜に電話をしてきて、メンバーである他の親に、子どもに

こう言ったら良い、こうしたほうが良いなどの助言を提供しようとする、お菓子を作って来てグループガイダンスの前後にメンバーに配ろうとするなどの逸脱行動を示す親（反発違反群）、グループガイダンスでは子どもの事についての話をすることになっているのに、子どもについては1分間と話すことができず、常に自分が落ち込んでいるから駄目だ、自分の夫がどうだなどの話になってしまい、面接的な介入によってもそれを修正することができない親（実行不能群）、得た助言の意味は理解して助言を実行しようとするが、子どもや夫と対話することができないために助言を実行できない親（活用努力群）の4群に分かれた。前2群を助言不活用群、後2群を助言活用群として、非行群、ひきこもり群両群におけるそれぞれの割合を表3に示した。その特徴を一言で述べると、非行群の親にグループ親ガイダンスを積極的に活用する、ないし活用しようと努力する親は少なく、ルールを守り、積極的に活用しようと心がける人は少なかった。その一方、ひきこもり群の親には逆に活用する、ないし活用を心がける人は多く、ルール違反をする人や積極的に助言を活用しようとしなない人は少なかった。両群の親のこのような特性には有意差を認めた ($p < 0.01$)

表3 親の特性と子どもの問題

助言	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
不活用群	9 (69.2)	9 (22.0)	18 (33.3)
活用群	4 (30.8)	32 (78.0)	36 (66.7)
合計	13 (100.0)	41 (100.0)	54 (100.0)

$$\chi^2 = 9.929 (df = 1) \quad p = 0.0016$$

D. 考察

子育て心理教育では、思春期青年期に子どもの経験する発達上のストレス、たとえば親離れによ

って一時的に不安定になる感情状態、思春期の身体的成熟をもたらす親子関係の変化、それに連動する同性仲間関係の親密化、仲間内での競争や軋轢とその発達上の意義、超自我の緩和と自我理想の改訂、親の夫婦関係と親子関係の関係、子どもの同胞関係、子どもの自傷行為、暴力、希死念慮、非行の心理などについての知識提供には殆どの親がその意義を認めていたが、こうした知識はわが子や親としての自己を客観的に理解する上で有用のように思われた。そしてガイダンスの効率を高めるように思われた。

非行群、ひきこもり群のいずれの親でも、子どものためにガイダンスを活用しつつ子どもとかわり続ける事が、子どもの発達路線への回復を助けることを示す結果であると言えよう。

本研究結果は非行群の親のガイダンスのほうかひきこもり群のそれよりも難航することを示しているが、神経症群の精神療法のほうがパーソナリティ障害やアルコール薬物依存症のそれよりも効果を挙げやすいという臨床的事実に一致するものであり、妥当な結果であると考えられる。そして、思春期青年期の不登校+ひきこもり、あるいは不登校+非行の子どもがたとえ治療を拒否したとしても、その子どもの親にグループガイダンスを子育て心理教育を併用しつつ提供することには治療的効果がある事を示すデータであると云うこともできるであろう。勿論、子どもへの個人精神療法とグループ親ガイダンスを組み合わせることも可能である。

本研究では、グループ親ガイダンスを実施するスタッフとその結果を評価するものが同一であり、そこに客観性を疑問視する意見はあり得る。ここの本研究の限界があると言わねばならない。しかしながら、ガイダンスと独立の評価者を準備したとしても、その評価者はグループガイダンスに参加して、実際の場面を長期間にわたって観察しなければならない。あるいはビデオテープを観察しなければならない。その過程では、ビデオテープでは伝わらない情報が少なくなく、結局のところガイダンスチームと意見交流をする必要が

生じるであろう。そこでは自然科学に求められる客観性を必ずしも担保できるとは限らない。その意味で、ガイダンスチームのスタッフ全員によるコンセンサスによって臨床的判断を下して行くアプローチは現実的かつ合理的な方法であるように思われる。そして本研究で得たデータには現時点で望みえる限りの客観性があると言えるであろう。

文献

1. Furman E: Filial Therapy. Basic Handbook of Child Psychiatry III, Editor in Chief: Joseph Nospitz, Editor: Saul Harrison, 1979
2. 皆川邦直: 思春期の子どもの精神発達と精神病理をとらえるための両親との面接—主に治療契約までの親ガイダンスをめぐる—。思春期青年期精神医学 1 (1): 78-84, 1991
3. 皆川邦直: 両親(親)ガイダンスをめぐる。思春期青年期精神医学 3 (1): 22-30, 1993
4. 皆川邦直: グループ親ガイダンス(その1)。思春期青年期精神医学 11 (1): 64-68, 2001
5. Chethik M: Techniques of Child Therapy. Guilford Press, NY. 1989. 齊藤久美子監訳: 子どもの心理療法。創元社。1999
6. 佐藤篤司、皆川邦直: 児童・思春期の親治療について。思春期青年期精神医学 17 (2): 137-150, 2007

中学生・高校生に見出される 不登校・ひきこもりの実態把握に関する研究

分担研究者 弘中正美¹⁾²⁾

研究協力者 岡安孝弘¹⁾²⁾ 吉村順子²⁾ 太田智佐子²⁾ 竹村周子²⁾ 小粥宏美³⁾ 齊藤和貴³⁾
益子洋人³⁾ 加室弘子⁴⁾ 北村洋子⁵⁾ 西川一臣⁶⁾ 高嶋裕子⁷⁾

1)明治大学 2)明治大学心理臨床センター 3)明治大学大学院 4)世田谷区教育相談室
5)メンタルヘルスビューロー 6)東京都立桐ヶ丘高等学校 7)東京都教育相談センター

研究要旨

本研究では、不登校の中学・高校生の状態を把握し、ひきこもり傾向の強い生徒の特性を明らかにすることにより、ひきこもりの長期化を防ぐための方策を見出すことを目指す。

研究の初年度に当たる今年度は、不登校からひきこもりへの悪循環につながる要因を探るため、不登校の生徒の対人関係のあり方に焦点を当て、その特性を探った。その方策として、不登校のサポート体制が整った学校を調査対象とし、不登校からの回復が見られた生徒と、不登校が長期化している生徒の対人関係の特性などを比較した。

結果、不登校の長期化と、生徒の学校生活適応度の不足、対人回避傾向の強さ、対人スキルの不足の間に関連が見られた。さらに、保護者の学校や子どもに対する態度と、不登校の長期化との間にも関連が見られた。また、ひきこもり傾向と対人回避傾向に関連があることが分かった。

これら差異が見られた特徴についてさらに詳細な検討をしていくことが、来年度以降の課題である。

A. 研究目的

不登校の中学生・高校生は、この年代の主たる社会活動に参加していないと言う意味ではひきこもり状態にあると言えるが、実際にはその状態は様々である。また、不登校の予後に関する研究をみると、不登校経験者が成人後ひきこもりになる割合は2割前後であり、その割合は少ないと言える。しかしまた、成人してもなおひきこもり状態が続くものも2割前後いることも事実であり、それらの実態を明らかにすることは、不登校から長期のひきこもりへとつながることを防ぐために重要であろう。

本研究では、不登校の中学・高校生の状態を把握し、ひきこもり傾向の強い生徒の特徴を明らかにすることにより、ひきこもりの長期化を防ぐための方策を見出すことを目指す。

研究の初年度に当たる今年度は、不登校の生徒の対人関係のあり方に焦点を当て、ひきこもり傾向の強い不登校生徒の特徴を探り、ひきこもりの悪循環につながりやすい要因を明らかにする。

B. 研究方法

調査対象校は、不登校のサポート体制が整った学校（適応指導教室等8校、チャレンジスクール等の高校6校）とする。

不登校のサポート体制が整った学校にも登校できていない生徒（不登校が長期化している生徒）と、登校している生徒（不登校からの回復がみられた生徒）との特徴を比較するため、調査対象を10月現在欠席が60日以上（長期欠席群）と15日未満（登校群）とした。ただし、倫理面への配慮から生徒本人への回答は求めず、回答者はその生徒の学級担任あるいは担当者（適応指導教室）とし、各学級担任あるいは担当者にそれぞれの群1～2名ずつについての回答を求めた。

調査方法は、質問紙調査とし、調査内容は、現在のひきこもりの状況、学校生活への適応力、対人態度の特性、保護者の養育態度と学校（教員）との関係の持ち方である。

（倫理面への配慮）

調査は全て無記名とし、統計的に処理を行って個人が特定されないように処理を行い、それを回答者に対しても明記した。

C. 研究結果

1. 回収数

調査回収数は、長期欠席群152名、登校群211名の計363名（表1）である。なお、今回の調査では、回収数が少ないこと、結果について校種や性別による大きな差異がみられなかったことから、校種や性別による群分けや、それに基づく比較は行わなかった。

2. ひきこもりの状況

不十分な回答を除いて統計処理を行い、対象生徒およびその保護者の社会とのかかわりの状況を検討した。

まず、不登校の経験について、長期欠席群では、小学校時代に不登校を経験した者が46%、中学校時代に不登校を経験した者は89%、調査前年度の不登校状態は98%であった。登校群では、小学校時代に不登校を経験した者は41%、中学校時代に不登校を経験した者は81%、調査前年度の不登校

状態は42%であった。よって、小学校、中学校での不登校経験は両群に大きな差はないが、長期欠席群はほぼ全ての生徒が、前年度から不登校であることが分かった。

次に、他者や学校などの社会とのかかわりについては、長期欠席群は、登校群よりほぼ全ての項目で社会とのかかわりが少ないという結果であった。保護者も同様の結果で、家族全体が社会とのかかわりが少なくなっていることが分かった（図1-1～1-3）。

また、医療機関や相談機関の利用については、「利用している」と回答したものは、長期欠席群・登校群共に3割弱と少なかった。ただ、長期欠席群の方が登校群よりも利用者は多いという結果であった（図2-1、2-2）。

3. 学校生活および対人態度の特性

学校生活適応（5項目、4件法）、生徒の対人態度の特性（28項目、4件法）について因子分析を行った（プロマックス回転、最尤法）。その結果、「学校生活適応」は1因子構造が認められ（表2）、対人態度は「対人トラブル」、「対人回避」、「対人スキル」の3因子構造が認められた（表3）。

次に、長期欠席群と登校群の差異を見るため、「学校生活適応」及び生徒の対人態度の特性の各因子について、比較を行った（t検定）。その結果（表4）、長期欠席群の生徒は、「学校生活適応」、「対人スキル」が有意に低く（ $t(260)=6.63$, $p<.001$ ； $t(142)=4.58$, $p<.001$ ）、「対人回避」が有意に高かった（ $t(260)=7.56$, $p<.001$ ）。なお、「対人トラブル」因子では、有意な差は見られなかった。

4. 保護者の態度

保護者の教員に対する態度（11項目、4件法）、及び養育態度（6項目、4件法）について因子分析を行った（プロマックス回転、最尤法）。その結果、教員に対する態度として「学校攻撃親」、「学校拒否親」の2因子構造（表5）が認められ

た。養育態度は「親子関係放任・拒否」,「親子関係密着・干渉」の2因子構造が認められた(表6)。

次に,長期欠席群と登校群の差異を見るために,各因子について比較を行った(t検定)。その結果(表7),長期欠席群の保護者は,全ての因子で有意に高かった(「学校攻撃親」 $d(260)=2.84$, $p<.01$:「学校拒否親」 $d(132)=3.92$, $p<.001$:「親子関係放任・拒否」 $d(260)=3.37$, $p<.01$:「親子関係密着・干渉」 $d(260)=2.77$, $p<.01$)。

5. 生徒の特性と保護者の態度の関連

さらに,生徒の特性と保護者の特性の関連を見るため,各因子の相関を調べた(ピアソンの相関)。その結果,「対人トラブル」と「学校生活適応」は保護者の特性因子全てと関連が見られたが,「対人回避」,「対人スキル」との関連はあまり見られなかった(表8)。

6. ひきこもり中核群の特性

ひきこもりにつながる特性を詳しく調べるために,長期欠席群の中でも「友人との外出を全くしない」41名を「ひきこもり中核群」として抽出し,長期欠席群の中でも「友人との外出をする」45名との各因子について比較を行った(t検定)。その結果(表9),引きこもり中核群は「対人回避」のみ有意に高かった($d(84)=2.82$, $p<.01$)。

D. 考察

1. 長期欠席群の特性について

今回の研究では,適応指導教室やチャレンジスクール等の不登校をサポートする体制が整った学校において,登校を再開かつ継続できている生徒と,なお不登校が続いている生徒の比較を行った。このことにより,不登校が長期化する生徒の特徴を明らかにすることを目指した。

不登校が長期化している生徒の社会とのかかわりをみると,学校だけでなく友人や地域とのかかわりも少なく,社会的にひきこもった状態であることがわかった。これは保護者も同様の結果で,本人だけでなく家族も社会からひきこもる傾向

にあることがわかった。さらに,医療機関や相談機関の利用も少なく,社会的サポートを得ることもできていないことが明らかになった。これら社会的サポートとのかかわりの断絶は,不登校からひきこもりへの悪循環につながる要因になっていると推察される。

次に,不登校が長期化している生徒の特性をみると,学業成績や提出物などの生活態度をみる「学校生活適応」因子,「対人スキル」因子が低く,学校生活を送る上でのスキルが未熟であることがわかった。これは,不登校が長期化した結果とも考えられるが,いずれにしてもひきこもる悪循環につながる要因と考えられ,これらのスキルを育てていくことは,不登校の長期化を予防することにつながるものと考えられる。

さらに,対人関係の持ち方の特徴としては,不登校が長期化している生徒は,「対人回避」傾向が強く,逆に対人関係で主張が強くてトラブルを招く「対人トラブル」因子には差が見られなかった。このことから,不登校の長期化には不安・緊張の高さなどから来る対人回避的な傾向が強いかかわっており,対人回避的な生徒へのかかわり方を見出していくことは今後の大きな課題となることが示された。

2. 保護者の特性について

保護者の対人関係の態度の特性を見るために教員への態度の比較を行った。その結果,不登校が長期化している生徒の保護者は,教員に対して攻撃的あるいは拒否的な態度が強いことが明らかとなった。いずれの態度も,良好な対人関係を築きにくくさせる要因と考えられる。これらの態度は,不登校が長期化し,学校と保護者との関係が悪化した結果とも考えられるが,社会的な関係が途切れてひきこもりにつながる悪循環に入っていることが推察され,それを断ち切るための学校や社会からのかかわりの工夫が必要である。

また,保護者の養育態度を見ると,不登校が長期化している生徒の保護者の方が放任・拒否,密着・干渉の傾向が強く,子どもとの適切な距離を

保ちにくいことが明らかとなった。これらは家庭の中での親子関係の混乱,あるいは家族からの子どもの撤退を促進する要因と考えられ,保護者が子どもと適切な距離を保つための援助が必要とされる。

3. ひきこもりにつながる要因について

不登校とひきこもりの間には関連はあるが,前者が後者にそのまま繋がるといった単純な関係ではないことは,これまでに行われた調査研究によって明らかにされている。本研究では,ひきこもり傾向の強い生徒(ひきこもり中核群)を,「長期の不登校の状態にある」だけでなく,「友人との外出をまったくしない」生徒と定義し,そのような状態と関連のある生徒自身の諸特性および生徒の親の持つ諸特性を分析・検討した。

その結果,ひきこもり中核群の生徒が持つ主要な特徴として,生徒自身が持つ対人回避傾向(「他人に対して心を閉ざしている」など)が抽出された。これに対して,親の関わりが持つ諸要因(学校に対して拒否的で攻撃的な,また子どもに対する養育態度としての放任・拒否・密着・干渉などのネガティブな諸特性)は,生徒の不登校が長期化することと強い関連を持つものの,生徒がひきこもりに陥る直接の危険因子ではないことが示されたのである。

ところで,本研究が捉えた生徒の対人回避傾向とひきこもり傾向の関係は,相関的な関係に止まるものである。すなわち,ひきこもり中核群の生徒の特徴が対人回避傾向にあるとしても,それは中核群の生徒がもともと持っていた特性なのか,あるいはひきこもりの現象に随伴して現れたものであるのかについては,明らかにされていない。前者であれば,対人回避傾向はひきこもりをもたらす因果的な意味での危険因子となるし,後者であれば単なる相関関係に止まる。この問題については,今後の研究を待つことになる。

しかしながら,因果関係の特定とは別に,ひきこもり状況の改善や予防という視点から考えるとき,ひきこもり中核群の生徒が示す対人回避傾

向は重要な意味を持つ。すなわち,因果的な特性にしる,ひきこもり状況に随伴する特性にしる,対人回避傾向がひきこもり状況を持続させる要因となっていることは推測に難くないのであり,それゆえに,不登校ないしはひきこもりの状態にある生徒に,対人回避傾向を緩和させるアプローチを試みることで,生徒をひきこもり状況から脱却させたり,ひきこもりに陥らずに済むことをもたせたりする可能性が示唆されているのである。

E. 今後の課題

今後に残された重要な問題のひとつは,前述の「対人回避傾向」が個人の気質や生育歴に根ざした変化しにくいものなのか,あるいは不登校との関係で結果的に身に着けたものなのかに関する分析・検討である。「対人回避傾向」のベースとなっているものを明らかにすることは,それを改善する具体的な方法を工夫するためにも必須のものとなる。また,「対人回避傾向」は,個人によってその態様が異なることも予想されるであろう。

次に,本研究における生徒の諸特性を測定するための尺度作成は,ひきこもり傾向測定尺度の開発を目的としており,対人回避傾向が主要な特性として取り上げられたのであるが,今後,一般の生徒を対象にひきこもり傾向を測定できる尺度としてさらに精緻化することが求められる。本研究では,できるだけ効率的に調査を行うために,適応指導教室など,ひきこもり予備軍の生徒が多数いることが予想される学校教育現場で調査を行ったのである。今後の研究において,一般の生徒を対象としたひきこもり傾向測定尺度を作成することが必要となるが,それはひきこもりに対する予防的なアプローチとも関連している。すなわち,一般的なひきこもり傾向測定尺度を用いることによって,一般の生徒の中で,ひきこもり傾向が高く,ひきこもりに陥る潜在的可能性を持っていても,実際にはひきこもりの状態に陥らなければいか,不登校の状態にも陥らない生徒を抽出

することができるであろう。こうした生徒に関する諸情報を分析・検討することによって、ひきこもりの危険因子を発現させない要因(仲介変数)が明らかにされ、ひきこもりの予防へと繋がることが期待されるのである。

なお、本研究で取り上げられた対人回避傾向以外の危険因子を発見することもまた、今後の研究において重要となろう。たとえば、「依存傾向」がそのひとつであり、本研究のデータ分析では、まとまった因子として現れなかったものの、今後の研究において項目を追加することによってひとつの因子を構成する可能性をもっていることが予想される。また、今回の研究では省略した「強迫傾向」なども検討に値する特性と考えられる。

F. 文献

- 1) 磯部美良・佐藤正二・佐藤容子・岡安孝弘(2006): 児童用社会的スキル尺度教師評定版の作成. 行動療法研究,32(2), 105-115.
- 2) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課: 生徒指導上の諸問題の現状と文部科学省の施策について. 文部科学省初等中等教育局児童生徒課, 2006.
- 3) 森田洋司: 不登校に関する実態調査 平成5年度不登校生徒追跡調査報告書. 現代教育研究会, 2001.
- 4) 森田洋司(編著): 不登校—その後 不登校経験者が語る心理と行動の軌跡. 教育開発研究所, 東京, 2003.
- 5) 谷井淳一: 適応指導教室における体験的活動が不登校児童生徒の回復過程に果たす役割に関する研究(課題番号 11610305) 平成11, 12, 13年度科学研究費補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書. 独立行政法人国立オリンピック記念青少年総合センター, 2002.
- 6) 東京都立教育研究所教育相談研究室: 学校・関係機関等による不登校児童・生徒への支援に関する研究—学校による支援を中心に—. 東京都立教育研究所紀要 45号, 2000,

117-161.

- 7) 伊藤順一郎他: こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究. 厚生労働省, 2001.
- 8) 斉藤万比古(2000): 不登校の病院内学級中学校卒業後 10年間の追跡研究. 児童青年精神医学とその近接領域, 41(4),377-399

1. 回収数

表1 回収数

		性別			合計
		男	女	不明	
長期欠席群 (60日以上欠席)	中学	23	43	0	66
	高校	36	49	1	86
	計	59	92	1	152
登校群 (15日未満欠席)	中学	40	47	0	87
	高校	41	79	4	124
	計	81	126	4	211
合計		140	218	5	363

2. ひきこもりの状況

A. 生徒の対人関係

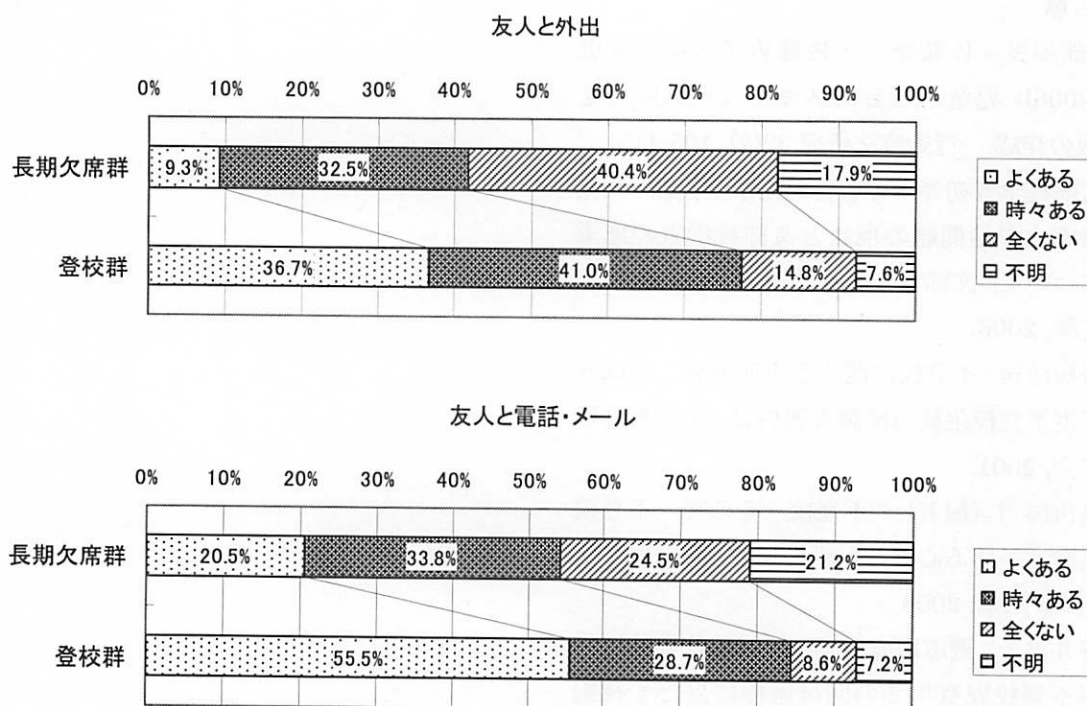


図 1-1 生徒の友人関係

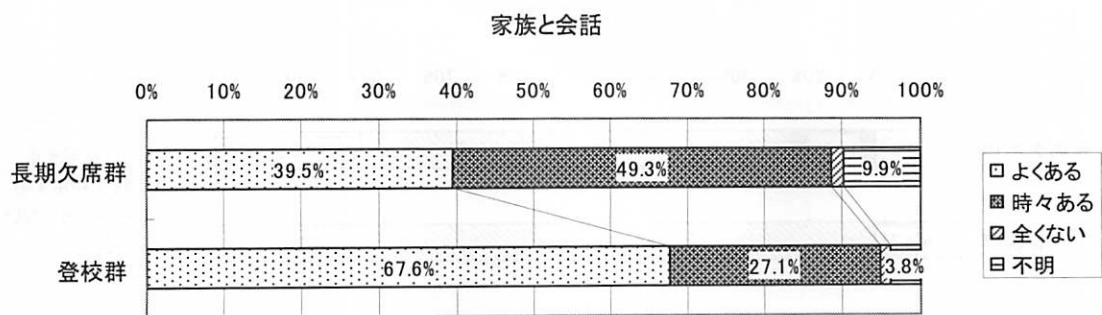
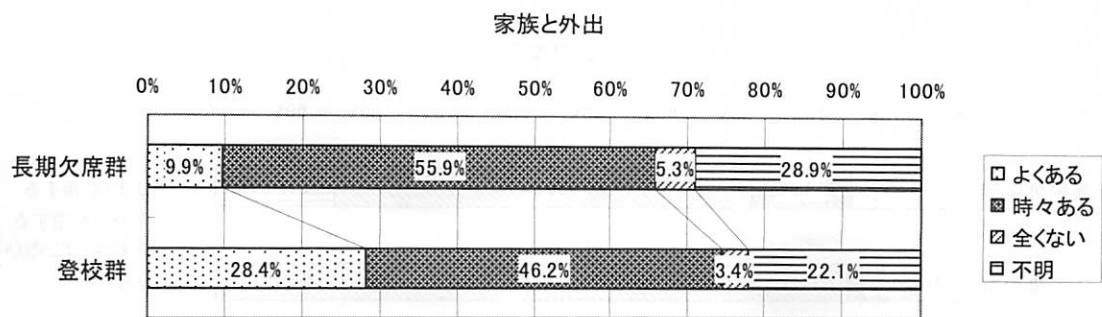


図 1-2 生徒と家族の関係

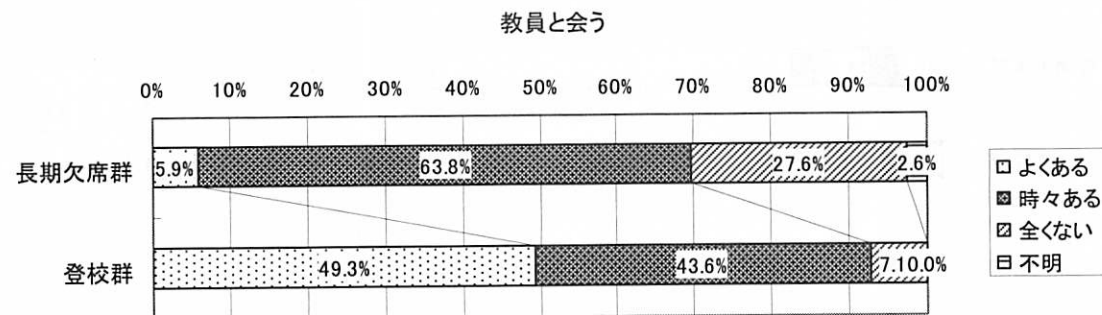
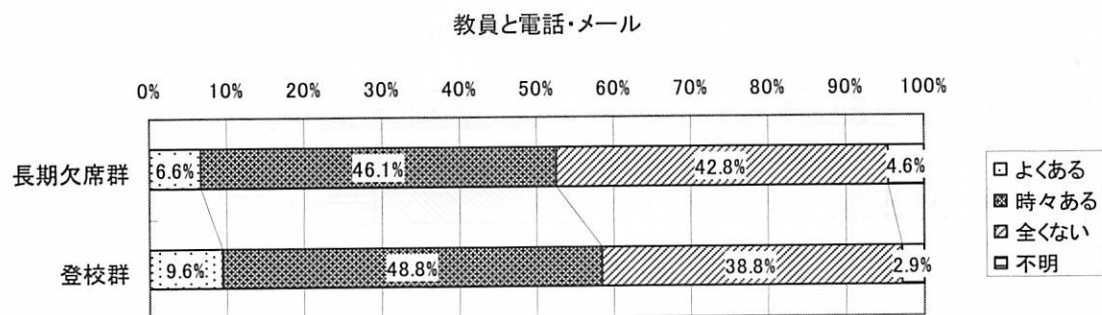


図 1-3 生徒と教員の関係

B. 相談機関の利用状況

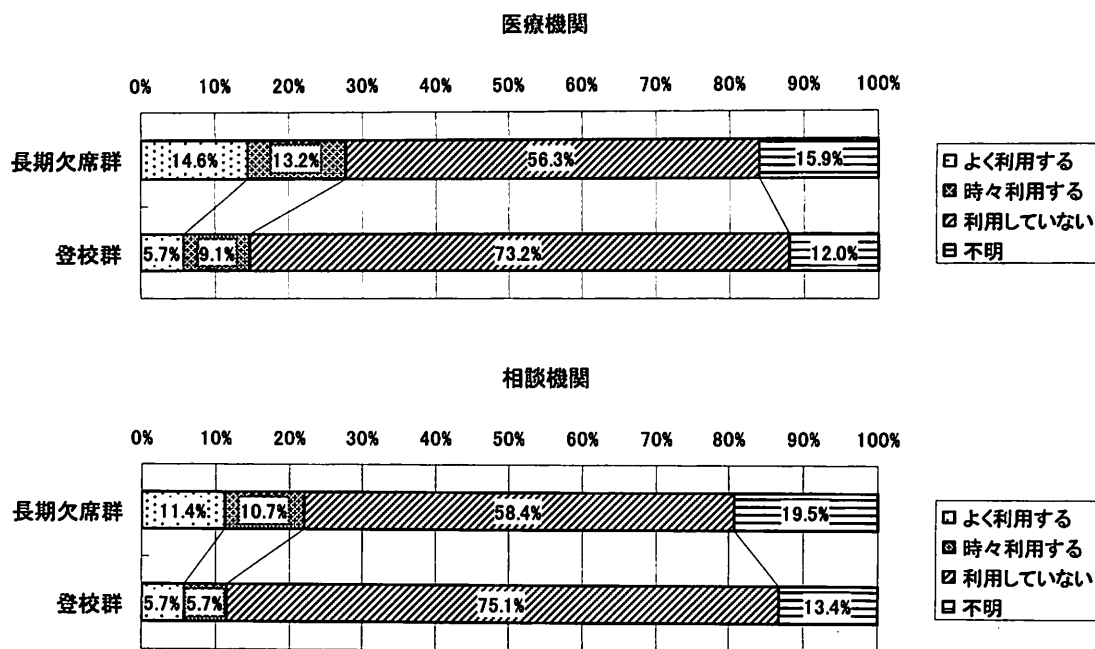


図 2-1 生徒の相談機関への通所状況

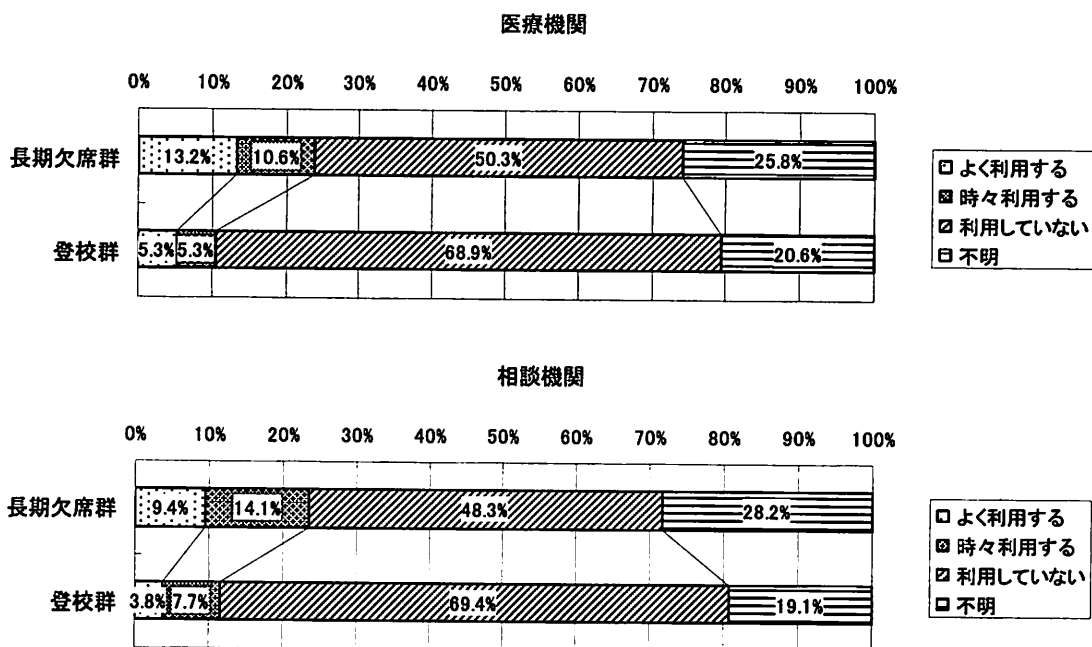


図 2-2 保護者の医療機関への通所状況

3. 学校生活および対人態度の特性

表2 学校生活適応能力

項目	因子1
授業に意欲的に取り組む	.920
提出物をきちんと出す	.901
授業時間などの決まった時間を守る	.860
学業成績が優れている	.746
身だしなみ・服装をきちんと整える	.665

表3 生徒の対人態度の特性

項目	因子1 対人 トラブル	因子2 対人回避	因子3 対人 スキル
カッとなると感情を抑えられない	.827	-.015	-.037
文句や抗議などと言ってくることが多い	.798	.032	.059
自分の意見ばかり主張する	.791	.007	.047
人がしていることを遮ったり、邪魔したりする	.785	-.098	-.008
嫉妬したり拗ねたりする	.781	-.040	-.052
人に対して反抗的な態度をとる	.751	.002	-.047
友だちを非難したり、責めたりする	.762	-.109	-.041
人の注目を引きたがる	.696	-.134	.092
友だちや教員を独占しようとする	.687	-.007	.069
気分や感情が突然変わる	.649	.123	.102
友人とのトラブルが多い	.646	.048	.136
素直に謝ることができる	-.514	-.101	.460
嫌なことを言われても受け流すことができる	-.464	-.299	.196
他人に対してこころを閉ざしているようである	-.081	.888	.146
集団に入れたい	.033	.837	.085
いつも不安げにオドオドしている	-.055	.692	.113
人と話すときに緊張する	-.092	.645	.008
親しい人がない	.067	.618	.004
何気ない雑談に加われる	.075	-.612	.159
一人だけ冷めていることが多い	-.006	.530	-.007
大勢の前で発言したり発表したりするのを避ける	.053	.519	-.010
自分から働きかけないが、声をかけられれば応じる	-.227	.370	-.164
分からないことを尋ねることができる	-.001	.075	.780
自分の意見を言える	.123	-.034	.582
嫌な提案は断ることができる	.338	.028	.406

表4 生徒の長期欠席群と登校群の特性の比較

		N	平均値	標準偏差
学校生活適応	長期欠席群	86	11.71***	4.087
	登校群	176	15.26	4.052
対人トラブル	長期欠席群	86	24.92	8.654
	登校群	176	24.45	8.298
対人回避	長期欠席群	86	25.23***	5.276
	登校群	176	19.72	5.668
対人スキル	長期欠席群	85	8.32***	2.189
	登校群	172	9.57	1.803

(*** : $p < .001$)

4. 保護者の態度

表5 保護者の教員に対する態度の特性

項目	因子1 学校攻撃親	因子2 学校拒否親
すぐに感情的になる	.956	-.055
文句や抗議などを言うことが多い	.830	.051
人の話をよく聞くことができる	-.720	-.023
自分の意見ばかり主張する	.709	.094
人の話をよく聞くことができる	-.384	-.181
教員からのかかわりを拒否する	-.111	.936
相手によって態度が大きく違う	.227	.662
教員が連絡を取ろうとしても、連絡が取れない	.113	.515
子どもの状況について説明できる	-.109	-.338

表6 保護者の養育態度の特性

項目	因子1 親子関係 放任・拒否	因子2 親子関係 密着・干渉
子どものことをよく理解している	-.753	.024
子どもを放任しているようである	.652	-.126
子どもに対して拒否的である	.610	.229
親子関係が密着しすぎているように見える	-.242	.712
子どもに対して口やかましい	.204	.557
子どもの言いなりになっている	.067	.505

表7 保護者の長期欠席群と登校群の特性の比較

		N	平均値	標準偏差
学校攻撃親	長期欠席群	86	8.87**	3.463
	登校群	176	7.67	3.094
学校拒否親	長期欠席群	86	7.26***	2.675
	登校群	176	5.98	1.981
親子関係 放任・拒否	長期欠席群	86	6.41**	1.967
	登校群	176	5.55	1.915
親子関係 密着・干渉	長期欠席群	86	6.86**	1.923
	登校群	176	6.18	1.851

(*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$)

5. 生徒の特性と保護者の態度の関連

表8 生徒の特性と保護者の特性の相関

生徒 保護者	対人トラブル	対人回避	対人スキル	学校生活適応
学校攻撃親	.423***	.138*	-.025	-.324***
学校拒否親	.350***	.160**	-.071	-.400***
親子関係 放任・拒否	.383***	.149*	-.041	-.432***
親子関係 密着・干渉	.315***	.277***	-.123*	-.244***

(*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$)

6. ひきこもり中核群の特性

表9 ひきこもり中核群の特性

		N	平均値	標準偏差
学校生活適応	外出有り群	45	11.42	4.240
	外出無し群	41	12.02	3.940
対人トラブル	外出有り群	45	24.06	8.182
	外出無し群	41	25.86	9.152
対人回避	外出有り群	45	23.76	4.593
	外出無し群	41	26.85**	5.552
対人スキル	外出有り群	44	8.48	1.785
	外出無し群	41	8.15	2.565
学校攻撃親	外出有り群	45	8.38	3.070
	外出無し群	41	9.41	3.814
学校拒否親	外出有り群	45	7.09	2.618
	外出無し群	41	7.44	2.757
親子関係 放任・拒否	外出有り群	45	6.36	1.824
	外出無し群	41	6.46	2.134
親子関係 密着・干渉	外出有り群	45	6.62	1.775
	外出無し群	41	7.12	2.064

(*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$)

思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究

分担研究者 近藤直司^{1,2)}

研究協力者 宮沢久江¹⁾ 境 泉洋³⁾ 清田吉和⁴⁾ 北端裕司⁵⁾ 黒田安計⁶⁾ 黒澤美枝⁷⁾
宮田量治⁸⁾

1)山梨県立精神保健福祉センター

2)山梨県中央児童相談所

3)徳島大学総合科学部人間社会学科

4)石川県こころの健康センター

5)和歌山県精神保健福祉センター

6)さいたま市こころの健康センター

7)岩手県精神保健福祉センター

8)山梨県立北病院

研究要旨

平成19年度現在において、全国5ヶ所の精神保健福祉センター・こころの健康センターで受け付けていた181例の思春期・青年期ひきこもりケースについて検討した。本人が来談している97例については精神医学的診断(DSM-IV-TRによる多軸診断)と治療・援助方針、転帰などについて、また、本人が来談せず、診断の対象とならない84例については、GAF得点や職歴、相談・支援の転帰などから、社会的機能水準や精神病理学的特性を検討した。

A. 研究目的

本研究は、社会的ひきこもりをきたしている思春期・青年期ケースの精神医学的診断、及び精神病理学的特性を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1. 研究の対象

主任研究班において、『ひきこもり』は以下のように定義されている。『本研究におけるひきこもりとは、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、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヵ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）を指す現象概念である。』

本分担研究班では、山梨県立精神保健福祉センター、岩手県精神保健福祉センター、石川県こ

ころの健康センター、さいたま市こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センターの各機関において、平成19年度から21年度の新規相談ケースのうち、上記の定義に当てはまる16歳から35歳までの全てのケースを対象とする。ただし、30歳以上のケースについては、ひきこもり始めた年齢が30歳以前のものだけとする。

調査対象のうち、相談・支援経過において本人が来談したケースを「来談群」、家族の来所相談のみで本人は来談していないケースを「非来談群」とする。また、来談群のうち1年以上の家族相談の後によく本人が来談したケースを「長期家族支援後の来談群」とする。

また、平成18年度以前に相談が始まり、平成19年度現在も本人が継続して来談しているケースは「来談群」、平成18年度以前から相談が始まり、平成19年度現在も家族相談のみを継続し

ているケースは「非来談群」として本調査の対象に含める。また、平成 18 年度以前から家族相談を継続し、本研究の実施期間内に 1 年以上の支援経過を経て本人が来談したケースは「長期家族支援後の来談群」に含むものとする。

2. 研究方法

(1) 来談群の精神医学的診断について

来談群については、診断と治療・援助方針に応じて、以下の三群に分けて集計する。

＜第一群＞統合失調症や気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療を含めた精神医学的介入が必要と判断されたもの。

＜第二群＞ひきこもりの発現に何らかの発達障害が関連しており、治療・援助においても発達支援の視点が不可欠と判断されたもの。

＜第三群＞パーソナリティ障害や神経症的傾向、あるいは薬物療法が無効ないしは補助的な手段にとどまるような気分障害や不安障害など、精神・心理療法的アプローチや、その他の心理-社会的支援が中心になると判断されたもの。

各機関における診断については、その統一性・均質性を保つために、次のような手続きを踏む。

- ・ 相談担当者が収集する情報を統一するために、分担研究者は現在症や発達歴などの項目を網羅した聴き取り調査票を作成し、各機関は相談ケースとの面接に際して、共通してこれを使用することとする。
- ・ 分担研究者は各年度当初に全ての協力機関を巡回し、ひきこもりケースの精神医学的診断についてのこれまでの知見、および診断に困難を伴うと思われるケースの診断手順、情報収集の方法などについて、協力機関の職員を対象に研修・意見交換を行う。
- ・ 各機関では、精神科医 1~2 名を含む精神保健福祉専門職 3~4 名以上から構成される診断会議を組織する。診断会議では、相談担当者（精神科医師、心理・福祉職、保健師等）からの報告や知能・心理検査所見などをもとに、合議によって DSM-IV に基づいて多軸的に診断する。

ただし、発達障害やパーソナリティ障害に気分障害や不安障害が併存するようなケースに対して、どのような治療・援助方針を選択するかは、各機関の判断に委ねるものとする。

(2) 長期家族支援後の来談群について

他の来談群と同様の手続きによって、精神医学的診断を検討する。また、本人が来談するまでに長期間を要した要因、あるいは来談に至った経緯について検討する。

(3) 非来談群について

相談開始時の年齢、性別、ひきこもり始めたときの年齢、機能の全般的評価尺度（The Global Assessment of Functioning：以下 GAF 尺度）、不登校経験の有無、職歴、相談の転帰について来談群との間で統計的に比較・検討し、その特性を検討する。

(4) その他

山梨県立精神保健福祉センターにおいては、平成 17 年度、18 年度の新規相談ケースで、19 年度現在、相談を継続していないものも調査の対象とする。これらについては、相談記録の検討と相談担当者（精神科医、心理福祉職、保健師、作業療法士）からの聴き取りをもとに、③と同様の診断会議において診断を確定する。診断会議のメンバー以外の者が相談を担当したケースについては、相談記録の検討に加えて、相談担当者から 1 ケースにつき 1 時間程度の聴き取りを行う。

（倫理面への配慮）

各機関は、収集したデータや確定した診断などを定められたフォーマットに入力し、分担研究者に送付する。各機関が報告するデータ、あるいは分担研究者が収集・公表するデータの取り扱いを以下のように定める。

(1) 来談群については、診断と治療・援助方針によって三群に分類して集計することとし、各機関は各群に該当するケース数、各群において付与された診断と相談・支援の転帰の内訳とその件数のみを分担研究者に報告する。また、年齢や性別、診断、転帰など、個人を推定しうるデータが、個々

のケースごとに集計・報告されることはない。

(2) III軸、IV軸診断と転帰については、個人を特定し得るようなデータが公表されることのないように配慮する(たとえば、身体疾患については具体的な病名ではなく、「慢性の身体疾患」とする。また、「父親の自殺」「弟の暴力」などは「家族の自殺」「家族からの暴力」などと抽象化する、「障害者職業センターへの通所」「発達障害者支援センターへの通所」は「支援機関紹介」と一括する、など)。

(3) ひきこもり期間、ひきこもり始めた年齢、不登校歴・職歴の有無などについても、来談群との比較を通して非来談群の特性を検討するためだけに用い、個々のケースの属性としては集計・公表しない。

(4) 協力5機関のデータは一括して統計的に解析されるので、ケースの居住地域などが特定される形で公表されることはない。

(5) 以下の理由により、対象者からの同意の取得は行わない。

- ・ 対象者から収集するのは、それぞれの精神保健福祉センターにおける通常業務において把握する範囲の情報であり、研究の実施に際して対象者に新たな負担をかけるものではない。
- ・ 分担研究者が各協力機関から収集する情報には、氏名、生年月日、住所、診療録番号などの個人情報に含まれない。また、年齢や性別、ひきこもり期間、ひきこもり始めた年齢、不登校経験、職歴、診断、治療・援助の転帰など、個人を推測しうるデータは群別に集計され、個別ケースについての一連の情報・属性としては集計されない。さらに、これらのデータは協力5機関を一括して統計的に解析され、居住地域が公表されることはないので、対象者が不利益を被ったり、その人権が侵害されるおそれはきわめて低い。

本研究は、「臨床研究に関する倫理指針」(平成16年12月28日：厚生労働省)に準拠し、山梨

県立精神保健福祉センター倫理審査委員会の審査を経て実施された。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

本研究の対象となったひきこもり相談事例181例の概要を表1に示す。

2. 来談群の分類

181例のうち、来談群は97例、非来談群は84例であった。来談群97名を3群に分類した結果、第一群に24名、第二群に22名、第三群に32名が分類された。19名は情報不足などにより、診断保留とされた。

(1) 第一群

第一群に分類された24例のI軸、II軸診断とIII軸、IV軸に該当した事項、相談・支援の転帰について、それぞれの内訳と件数を表2に示す(1つのケースに複数の診断が付与される場合がある)。

III軸診断は、自己免疫性の慢性疾患と心身症と思われる消化器疾患、皮膚疾患、後天的な身体障害を併せて3例において記載されていた。

IV軸診断については、家族問題が12例に認められ、その内容は、家族の健康問題、家族内の不和、親子間の葛藤などの他、家族のうつ病や自殺、児童期・思春期における虐待、経済的問題などの記載があった。

(2) 第二群

第二群に分類された22例のI軸、II軸診断とIII軸、IV軸に該当した事項、相談・支援の転帰について、それぞれの内訳と件数を表3に示す(1つのケースに複数の診断が付与される場合がある)。

III軸診断に該当したのは低出生体重1例のみであり、IV軸診断としては、家族内の不和、家族機能の低さによる介入の遅れ、親の過干渉などの家族問題が4例に認められた他、学校でのいじめや能力的に困難な勤務条件など、家族外での問題が記載されたものが3例あった。

(3) 第三群

第三群に分類された 32 例の I 軸、II 軸診断と III 軸、IV 軸に該当した事項、相談・支援の転帰について、それぞれの内訳と件数を表 4 に示す（1 つのケースに複数の診断が付与される場合がある）。

III 軸に該当する事項が記載されていたのは、肥満と皮膚科疾患の 2 例であった。IV 軸に該当する事項としては、家族問題が 24 例に認められ、その内訳は、家族の障害受容が困難であったことによる介入の遅れ、親子間の葛藤、親からの身体的・心理的虐待・ネグレクト、発達特性についての家族の理解不足・無理解、不適切な養育、親の精神障害や知的障害、家族内の不和、能力に見合った養育・教育の欠如、家族の死、転居などであった。家族外の問題は 7 例で、学校でのいじめ、度重なる就職活動の失敗、不適切な学校環境などであった。

(4) 診断保留群

診断保留群の概要を表 5 に示す。

3. 第一群，第二群，第三群の比較

本人の性別、年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、最終学歴、職歴、不登校歴、GAF、転帰について各群の比較・検討を行った。年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、GAF については診断分類を独立変数とする分散分析によって、性別、最終学歴、職歴、不登校歴、転帰については χ^2 検定を用いて検定を行った。

その結果、ひきこもり期間と転帰において有意な差が認められた（ひきこもり期間： $F(2, 75)=3.23, p<.05$, 図 1；転帰： $\chi^2(8)=22.60, p<.01$, 表 6）。ひきこもり期間について Tukey 法による多重比較を行った結果、第二群が他の群よりもひきこもり期間が短い傾向が示された（ $p<.10$ ）。また、残差分析の結果、相談・支援の転帰について、第一群では精神科医療、第二群においては社会参加と他機関紹介、第三群においては相談継続が有意に多いことが示された。この他、性別において有意傾向の差が認められ（ χ

$\chi^2(2)=5.77, p<.10$, 表 7)、残差分析を行った結果、第一群に女性が多く、第二群に男性が多いことが示された。

4. 長期家族支援後の来談群

来談群のうち、長期家族支援後の来談群 8 例について、その概要を表 8 に示す。

来談までに長期を要した要因についての自由記載では、家族要因が 6 例で、本人側の要因が 9 例で指摘されていた。

5. 非来談群について

(1) 概要

非来談群 84 名の転帰を表 9 に示す。

(2) 来談群との比較

来談群との間で、性別、年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、最終学歴、職歴、不登校歴、GAF、転帰について比較・検討を行った。年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、GAF については来談の有無を独立変数とする分散分析によって、性別、最終学歴、職歴、不登校歴、転帰については χ^2 検定を用いて検定を行った。

その結果、転帰について有意な差が認められた（ $\chi^2(4)=28.79, p<.01$, 表 10）。残差分析の結果、非来談においては相談継続と中断が有意に多く、来談群においては社会参加、精神科医療、支援機関紹介が有意に多いことが示された（いずれも $p<.01$ ）。

また、調査時の年齢について有意な差が認められ、非来談群の方が来談群よりも年齢が高いことが示された（ $F(1, 178)=4.19, p<.05$, 図 2）。ひきこもり始めた年齢、GAF においても有意傾向の差が認められ（ひきこもり始めた年齢： $F(1, 178)=3.67, p<.10$, 図 3；GAF： $F(1, 178)=3.85, p<.10$, 図 4）、非来談群では、ひきこもり始めた年齢が来談群より高く、GAF は来談群より低い傾向が示された。

D. 考察

1. 対象者の概要について

本研究の対象者 181 例のうち 97 例 (53.6%) が調査実施期間に本人が来談していた。相談ケースの半数以上で本人が来談していることは、全国的に精神保健福祉センターで取り組んできた家族相談・家族支援の成果であると思われる。

2. 来談群の診断分類について

来談群において確定診断された対象者が 78 例 (97 例中の 80.4%) であり、情報不足などのため診断が保留された 19 例についても、ほとんどのケースで何らかの精神障害が疑われていた。

診断のついた 78 例を 3 群に分類したところ、第一群に 24 例 (78 例中の 30.8%)、第二群に 22 例 (78 例中の 28.2%)、第三群に 32 例 (78 例中の 41.0%) が分類された。また、どの実施機関でも、この 3 群に該当しない事例は認められなかった。これまで、ひきこもる本人の病理性は低い、精神障害がないといった指摘もあったが、今後は本人の精神病理について厳密にアセスメントすることが必要であり、その際に、国際的な診断基準を用いることが妥当であると考えられる。また、本研究で用いた 3 分類はおおむね妥当な分類であるものと考えられる。

本研究においては、来談群の診断と治療・援助方針が比較的均等に 3 群に分類されたが、この点について考察しておきたい。精神保健福祉センターでは、来所相談に至る前に電話相談などで本人の状態像を聴き取り、生物学的治療や入院治療を要する可能性が考えられる事例については、直接、医療機関を受診するような助言をしたり、本人が受診を拒否する場合などは、保健所や保健福祉事務所を紹介し、自宅への訪問によって本人にアプローチするなどの方針を選択することが多い。したがって、精神保健福祉センターの来談ケースを調査対象とした本研究においては、ひきこもりケース全体に占める第一群 (生物学的な治療を要すると判断される群) の割合が少ない可能性がある。

来談群を 3 群に分けて比較・検討した結果、第

二群のひきこもり期間が短い傾向が示された。発達障害をおもな背景要因とするケースでは、本人が自ら相談を求めることが多い、あるいは家族のはたらきかけによって来談に同意しやすいのかもしれない。

性別については、第一群に女性、第二群に男性が多かった。発達障害を中心とする第二群に男性例が多いことは当然のこととして、ひきこもりケース全体に占める女性の割合が低いにもかかわらず、第一群には女性例が多かったことから、若年女性に深刻なひきこもりが生じている場合には、第一群に分類されるような精神医学的問題と治療・援助方針を積極的に検討する必要があるものと考えられる。

転帰については、第一群で精神科医療につながったものが多く、第二群では社会参加と支援機関紹介 (発達障害者支援センターや障害者職業センターなど) が多く、第三群は精神保健福祉センターで相談を継続しているケースが多いことが示された。

Ⅲ軸、Ⅳ軸診断については、第一群と第三群に分類された多くのケースに何らかの家族問題が認められ、家族外の問題や身体的問題は比較的少数であった。とくに第一群と第三群については、家族問題がひきこもり状態の形成・長期化に関連しており、治療・援助に際しては家族問題・家族関係に積極的に介入することが重要であると思われる。

3. 長期家族支援後の来談群について

長期家族支援後の来談群のⅠ軸、Ⅱ軸診断については、不安障害、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害、気分障害、パーソナリティ障害のいずれもが認められ、障害や診断に特異性は認められなかった。

Ⅲ軸、Ⅳ軸診断に関しても、家族問題や家族外の問題が認められたケースは比較的少数であり、これらの点について他の来談群との差異は認められなかった。

また、本人が来談するまでに長期を要した要因

について、家族の要因としては、本人に対する不適切な関わり方、本人側の要因としては、本人の外出や対人接触への恐怖感が記載されていた。

4. 来談群と非来談群の比較について

来談群と非来談群の比較した結果、非来談群では調査時の年齢とひきこもり開始時の年齢が高く、GAF 得点が低い傾向が示された。また転帰においては、来談群は社会参加、精神科医療、他機関紹介が多く、非来談群の転帰は、相談継続と中断が多く、社会参加が少ないことが示された。

これまで、回避傾向や新たな体験に対する抵抗感などの点で、非来談群にはより問題の深刻なケースが多く含まれていることが指摘されており、今年度の結果はこれを裏付けるものと思われる。また、非来談群においては、本人には変化がみられないまま家族相談が長期化している、あるいは家族相談も中断に終わっているケースが多いものと思われる。

E. 結論

社会的ひきこもりをきたしている青年期ケースの精神医学的診断(DSM-IV-TR による多軸診断)と治療・援助方針、転帰などについて検討し謝辞

協力 5 機関において、相談ケースに対応された職員の皆様、特に、本研究の取りまとめにご尽力いただいた方々に厚く御礼を申し上げます。

た。また、本人が来談せず、診断の対象とならないケースについては、GAF 得点や職歴、相談・支援の転帰などから、社会的機能水準や精神病理学的特性を検討した。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition ,Text Revision . DSM-IV-TR . APA, Washington, D.C. 2000. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江：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, 2007

表1 ひきこもり相談 181 例の概要

項目		人数 (%)	GAF	0-10	5人 (3%)
性別	男性	139人 (78%)		11-20	6人 (3%)
	女性	42人 (22%)		21-30	20人 (11%)
年齢	10代	40人 (22%)		31-40	67人 (37%)
	20代前半	56人 (31%)		41-50	72人 (40%)
	20代後半	46人 (25%)		51-60	11人 (6%)
	30代	39人 (22%)		61-70	1人 (0.5%)
	平均年齢	24.60±5.57		71-80	0人 (0%)
ひきこもり始めた年齢	10代	86人 (48%)		81-90	0人 (0%)
	20代前半	66人 (36%)		91-100	0人 (0%)
	20代後半	26人 (14%)	不明	1人 (0.5%)	
	30代	3人 (2%)			
	平均年齢	20.26±4.51歳			
ひきこもり期間	1年未満	11人 (6%)			
	1年以上 5年未満	110人 (61%)			
	5年以上 10年未満	41人 (23%)			
	10年以上	19人 (10%)			
	平均期間	5.00±3.74年			
	最短 最長	6か月 18年			
最終学歴	中卒(高校中退含む)	57人 (32%)			
	高卒(大学中退含む)	78人 (43%)			
	大学・専門学校卒	45人 (25%)			
職歴	なし	94人 (52%)			
	あり(アルバイト・正社員)	87人 (48%)			
不登校歴	なし	82人 (45%)			
	あり	92人 (51%)			
	不明	7人 (4%)			

表 2 第 1 群 24 例の概要

I 軸、II 軸診断	件数	III 軸、IV 軸	件数	転帰	件数
統合失調症および他の精神病性障害	8	身体的問題	3	社会参加	3
統合失調症妄想型	4	自己免疫性の慢性疾患	1	精神科医療	12
統合失調症(下位分類の記載なし)	3	消化器疾患、皮膚疾患	1	支援機関紹介	3
統合失調症および他の精神病性障害	1	後天的な身体障害	1	相談継続	6
不安障害	9	家族の問題	12	中断	0
強迫性障害	2	家族の健康問題	3		
特定不能の不安障害	2	親子間の葛藤	3		
全般性不安障害	2	家族内の不和	3		
社会恐怖(社会不安障害)	2	家族のうつや自殺	2		
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	1	児童・思春期における虐待	1		
気分障害	5	家族外での問題	2		
大うつ病性障害単一エピソード 中等症	1	友人とのトラブル	2		
双極性 II 型障害	1	その他	2		
双極性 I 型障害	1	経済的な問題	1		
気分障害(下位分類の記載なし)	1	情報不足	1		
大うつ病性障害・反復性・重症・気分不一致した精神病性的特徴を伴うもの	1				
適応障害	2				
適応障害(下位分類の記載なし)	1				
適応障害(慢性、情緒と行為の混同した障害を伴うもの)	1				
パーソナリティ障害	2				
強迫性パーソナリティ障害	1				
境界性パーソナリティ傾向	1				
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	2				
軽度精神遅滞	1				
中等度精神遅滞	1				

表 3 第 2 群 22 例の概要

I 軸、II 軸診断	件数	III 軸、IV 軸	件数	転帰	件数
通常, 幼児期, 小児期, または青年期に初めて診断される障害	23	身体的問題	1	社会参加	8
自閉性障害	7	低出生体重	1	精神科医療	1
軽度精神遅滞	5	家族の問題	4	支援機関紹介	5
アスペルガー障害(疑い 1 例を含む)	5	家族内の不和	2	相談継続	8
広汎性発達障害(下位分類の記載のない 2 例と特定不能 1 例を含む)	3	家族機能の低さによる介入の遅れ	1	中断	0
中等度精神遅滞	2	親の過干渉	1		
注意欠陥/多動性障害の疑い	1	家族外での問題	3		
不安障害	3	学校でのいじめ	1		
社会恐怖(社会不安障害)	2	能力的に困難な勤務条件	1		
強迫性障害	1	不適切な学校環境	1		
適応障害	2				
適応障害(慢性、不安を伴うもの)	1				
適応障害(慢性、抑うつ気分を伴うもの)	1				
その他	1				
解離性障害	1				

表4 第3群32例の概要

I軸、II軸診断	件数	III軸、IV軸	件数	転帰	件数
パーソナリティ障害	20	身体的問題	1	社会参加	5
回避性パーソナリティ障害	6	肥満	1	精神科医療	7
シゾイドパーソナリティ障害	6	皮膚疾患	1	支援機関紹介	1
強迫性パーソナリティ障害	3	家族の問題	24	相談継続	18
依存性パーソナリティ障害(傾向1例を含む)	2	家族の障害受容が困難であつたことによる介入の遅れ	4	中断	1
自己愛性パーソナリティ傾向	1	家族内の不和	4		
特定不能の人格障害(抑うつ性パーソナリティ障害など)	2	親子間の葛藤	3		
不安障害	13	親からの身体的・心理的虐待・ネグレクト	3		
社会恐怖(社会不安障害)	9	親の精神障害や知的障害	3		
強迫性障害	3	発達特性についての家族の理解不足・無理解	2		
全般性不安障害	1	不適切な養育	1		
気分障害	3	能力に見合った養育・教育の欠如	1		
気分変調性障害	2	如			
気分変調性障害 早発性	1	家族の死、転居	1		
適応障害	3	親の過保護・過干渉	1		
適応障害(情緒と行為の混合した障害を伴うもの)	1	DV目撃	1		
適応障害(特定不能)	1	家族外での問題	7		
適応障害(抑うつ気分を伴うもの 慢性)	1	学校でのいじめ	2		
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	2	学業上の問題	2		
トゥレット障害	1	倒産による失業	1		
軽度精神遅滞	1	度重なる就職活動の失敗	1		
その他	5	不適切な学校環境	1		
特定不能の摂食障害	2				
身体醜形障害	1				
青年または成人の性同一性障害	1				
離人症性障害	1				

表 5 診断保留 19 例の概要

どのような障害が疑われたか	件数	転帰	件数
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	5	社会参加	4
軽度精神遅滞の疑い	1	精神科医療	0
広汎性発達障害とパーソナリティー障害の鑑別不能	1	支援機関紹介	2
広汎性発達障害の疑い	1	相談継続	8
自閉性障害の疑い	1	中断	5
不明 V62.89 境界知能はあり	1		
パーソナリティー障害	5		
不明(パーソナリティー障害の疑い)	2		
シゾイドパーソナリティー障害の疑い	2		
特定不能のパーソナリティー障害の疑い	1		
統合失調症および他の精神病性障害	1		
統合失調症か統合失調感情障害の疑い	1		
不安障害	1		
不明(不安障害の疑い)	1		
その他	1		
食行動異常による摂食障害が疑われる	1		
不明	6		
情報不十分により保留	5		
不明	1		

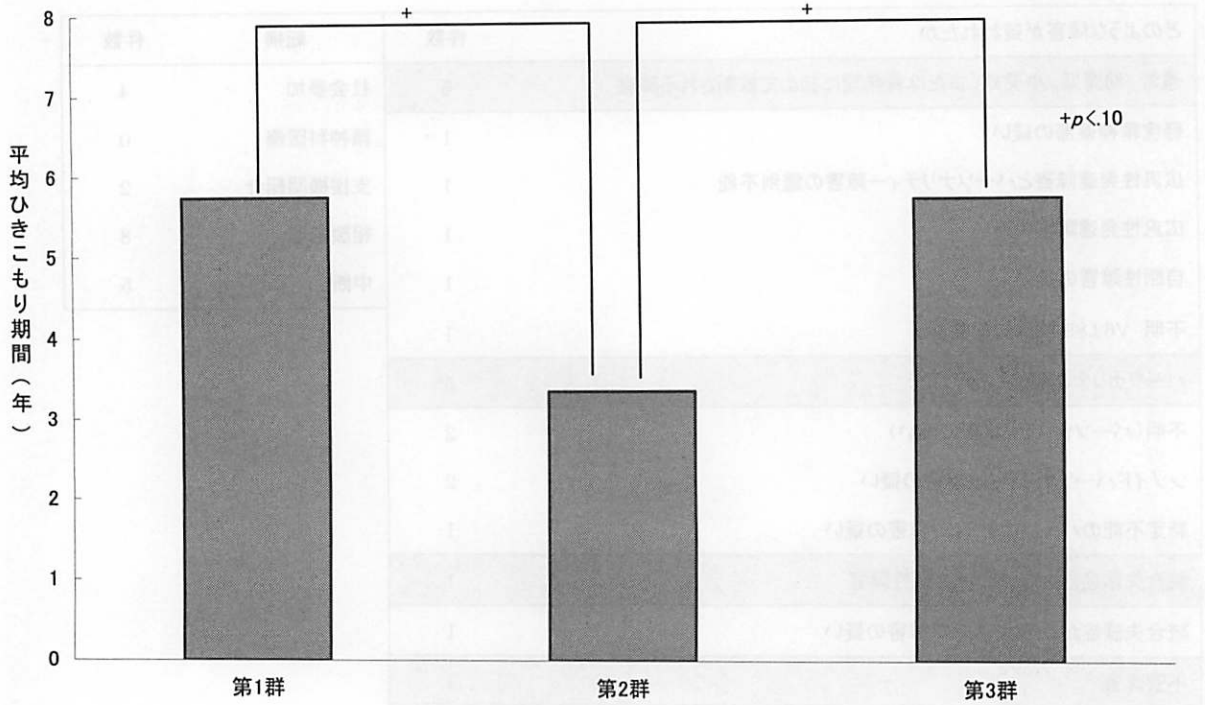


図1 診断分類とひきこもり期間の関連

表6 診断分類と転帰の関連

		転帰								
		社会参加		精神科医療		相談継続		他機関紹介		中断
第1群	度数	3		12		6		3		0
	調整済み残差	-1.92	†	5.85	**	-3.85	**	0.23		-0.31
第2群	度数	8		1		8		5		0
	調整済み残差	3.49	**	-4.64	**	-1.03		2.46	*	-0.28
第3群	度数	5		7		18		1		1
	調整済み残差	-1.56		-1.21		4.87	**	-2.69	**	0.59

†p<.10, *p<.05, **p<.01

表7 診断分類群と性別の関連

		性別			
		男		女	
第1群	度数	13		11	
	調整済み残差	-3.92	**	3.92	**
第2群	度数	19		3	
	調整済み残差	3.49	**	-3.49	**
第3群	度数	23		9	
	調整済み残差	0.44		-0.44	

**p<.01

表 8 長期家族支援群 8 例の概要

診断名 (Ⅰ・Ⅱ軸)・件数	件数	診断名 (Ⅲ, Ⅳ軸)・件数	件数	転帰	件数
不安障害	3	家族の問題	2	社会参加	4
社会恐怖(社会不安障害)	2	両親の不和	1	精神科医療	1
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	1	児童期・思春期における虐待	1	支援機関紹介	0
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	2	家庭外での問題	1	相談継続	3
アスペルガー障害	2	学校でのいじめ	1	中断	0
気分障害	1	その他	1		
大うつ病性障害・反復性・重症・気分一致した精神病性の特徴を伴うもの	1	診断保留	1		
パーソナリティ障害	1				
シゾイドパーソナリティ障害	1				
その他	1				
診断保留	1				

来談までに長期を要した要因	件数	来談した要因	件数
家族の要因	6	家族の要因	3
家族が本人の混乱や暴力、病状の悪化を恐れて来談を促せなかった	3	家族の変化	3
家族機能が低く、対処能力が発揮されない	2	本人の要因	2
母親への助言にもう工夫する必要がある	1	関心ごとの情報が得られることで来談意欲が生じた	1
本人の要因	9	社会的事件の報道を見て、危機感を感じた	1
本人の外出や対人接触への恐怖	6	家族以外の要因	3
本人のニーズなし	1	いとこの積極的働きかけ	1
本人の変化に対する拒否	1	担当者からの手紙	1
本人は将来について悲観的で、新しい体験への抵抗感が強い	1	精神科医に精神科治療について質問できる	1
情報不足	1		
相談に行っても何をしてもらえるのかわからなかった	1		

本人が来所するまでの期間	
平均期間	1.94±0.67 年
最短	1.0 年
最長	2.9 年

表 9 非来談群 84 例の転帰

転帰	件数
社会参加	5
精神科医療	7
支援機関紹介	2
相談継続	51
中断	19

表 10 来談の有無と転帰の関連

		転帰									
		社会参加		精神科医療		相談継続		支援機関紹介		中断	
非来談群	度数	5		7		51		2		19	
	調整済み残差	-6.60	**	-5.53	**	8.77	**	-4.03	**	7.40	**
来談群	度数	20		20		40		11		6	
	調整済み残差	6.60	**	5.53	**	-8.77	**	4.03	**	-7.40	**

**p<.01

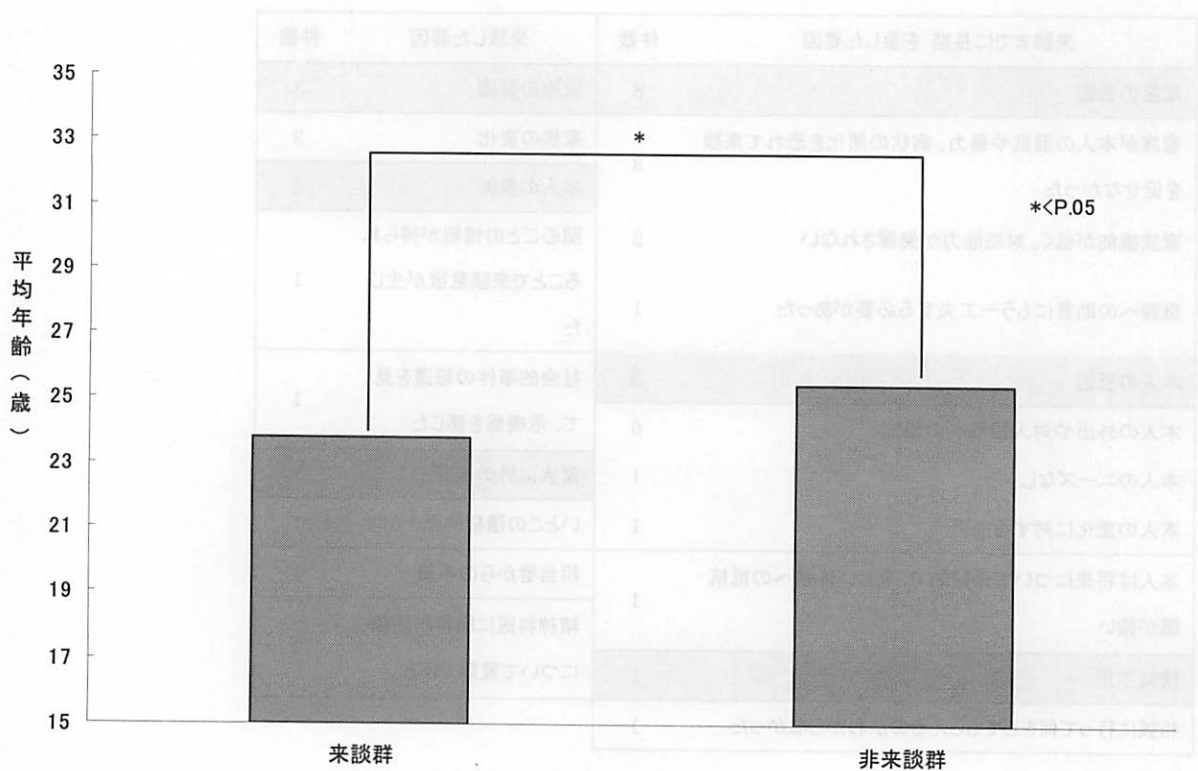


図2 来談の有無と年齢の関連

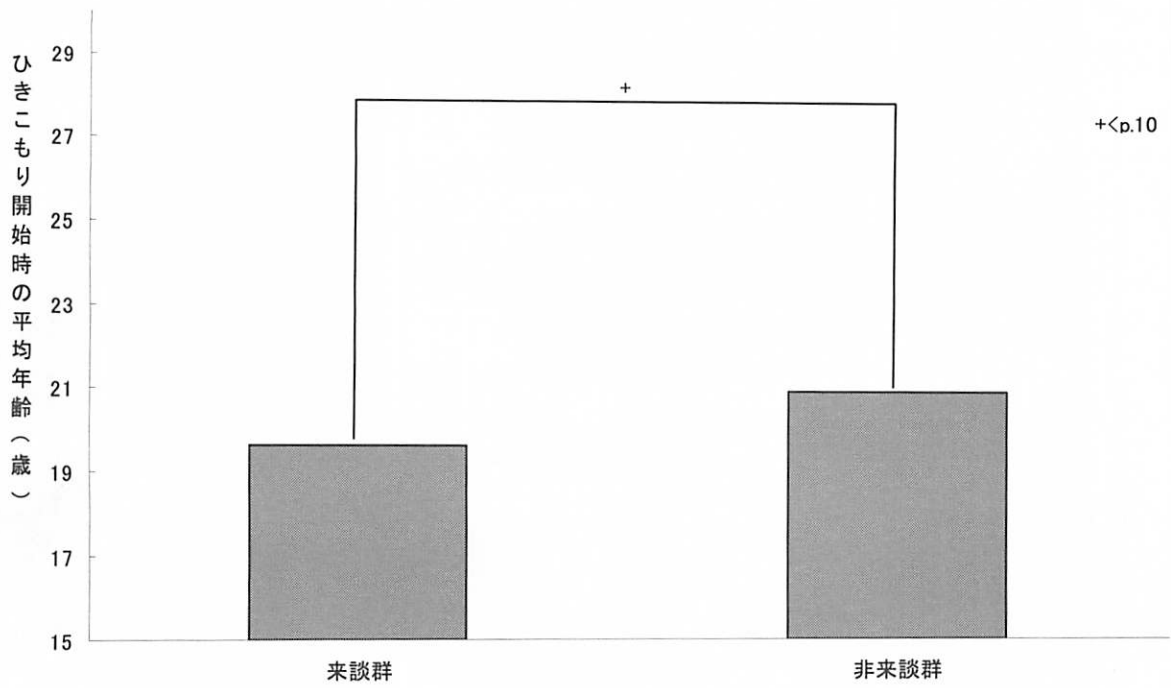


図3 来談の有無とひきこもり開始時の年齢の関連

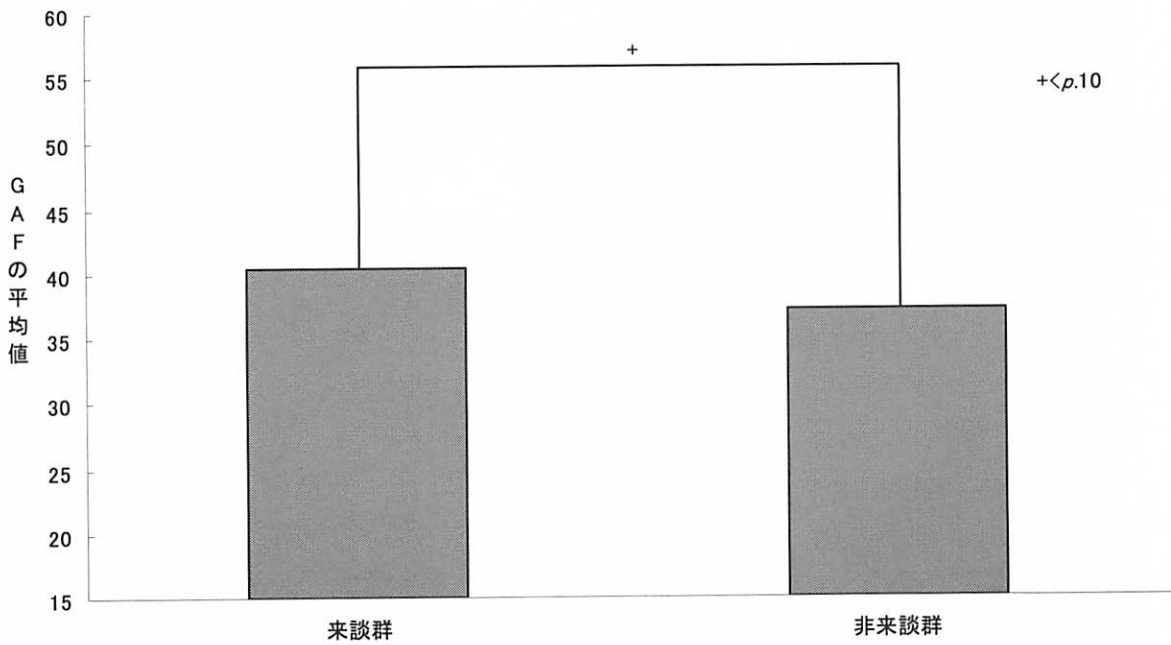


図4 来談の有無とGAFの関連

大学生に見出されるひきこもりの 精神医学的な実態把握と援助に関する研究

分担研究者 水田一郎¹⁾

研究協力者 小林哲郎¹⁾ 石谷真一¹⁾ 安住伸子¹⁾ 草野智洋²⁾

1) 神戸女学院大学 2) 大阪大学大学院人間科学研究科

研究要旨

ひきこもりの多くは10歳代後半から20歳代前半に始まるとされる。その中には大学生の事例も少なからず含まれている可能性がある。ところが、大学生のひきこもりや、それに対する支援の実態はよく分っておらず、これらに関する調査や研究も殆ど存在しない。ひきこもり全般に対する理解と支援の一環として、大学生のひきこもりを明らかにすることが求められている。

この問題意識に基づき、研究初年度である本年は、文献研究と調査研究を実施した。

文献研究では、大学生のひきこもりや、それに関連する問題（スチューデント・アパシー、不登校、留年、休学、中途退学など）の実態や、これらに対する学生相談の現場での対応についての我国の文献を検討した。その結果、ひきこもりとの関連や重なりが想定される問題（スチューデント・アパシー、不登校、留年、休学、中途退学など）については、既に多くの調査・研究が存在するものの、大学生のひきこもり自体を扱った文献の数は極めて限られていることが明らかになった。スチューデント・アパシーとひきこもりの関連についても、両者の関連や異同を直接的に検討した文献は殆ど見当たらず、両者が連続するという立場と、両者の間に本質的な違いが存在するという両方の立場が混在していた。支援についての文献も限られていたが、ひきこもり傾向の学生はそもそも相談機関に訪れないことが多いため、来談してきた人に対応するという従来の心理療法スタイルでは支援が困難であるという認識は、ある程度共有されているように思われた。幾つかの新しい支援の試みが報告されていた。

調査研究では、関西圏の複数の学生相談機関の代表者、および学生相談担当者を対象に、質問紙法による調査を行った。ひきこもり関連の相談は全体の9～15%を占め、決して少なくはないが、その実態についてはよく把握されていないところも多いようであった。殆どの事例が、何らかの精神疾患を疑われていた。支援に関しては、特別な取り組みや工夫をしている大学もあり、学内の他機関との連携も比較的頻繁かつスムーズに行われていたが、学外との連携は学内連携に比べるとその程度は低かった。学生相談担当者による自由記述からは、学生相談には課題や問題点も多く、支援に困難を感じている担当者が多いことが明らかになった。

A. 研究目的

ひきこもりの多くは10歳代後半から20歳代前半に始まるとされる。その中には大学生の事

例も少なからず含まれている可能性がある。ところが、大学生のひきこもりや、それに対する支援の実態はよく分っておらず、これらに関する

る調査や研究も殆ど存在しない。

一方、学生相談の現場では、ひきこもりや、それに関連した問題（スチューデント・アパシー、不登校、留年、休学、中途退学など）の相談を受けたり、対応を迫られる機会も多く、その支援も簡単にはいかない場合が多いといった話をしばしば耳にする。

精神医学的観点から見た場合、大学生のひきこもりや、それに関連した問題には、精神疾患が関わっており、精神医学的治療が優先されると考えられるものから、精神疾患が関わっているものの、精神医学的治療よりは心理・教育・発達の支援が優先されると考えられるもの、精神疾患は関わっておらず、精神医学的介入は控えた方がよいと考えられるもの（この中には本人の心理的安定・成長にとって必要・不可欠と考えられるひきこもりも含まれる）まで、様々な病態（様態）のものが含まれる。有効な支援のためには、当該学生のひきこもりがこの疾患・健康スペクトラムのどの辺りに位置するかについての正確な評価が重要であるが、学生相談の現場では、この評価が必ずしも十分になされていないか、なされていたとしても、それに基づいた支援が十分に行えていないのが現状のようである。その理由としては、支援に必要な人的・経済的・システマ的な資源の不足・制約、学内外の精神科医療や地域の精神保健機関・相談機関・民間支援団体などとの連携困難、担当者の精神医学的知識・経験不足など、さまざまな要因が考えられる。

以上のように、学生相談の現場では、ひきこもりや、それに関連する問題を持った学生の支援に多くの困難や課題を抱えており、新しい有効な支援のあり方が模索されているところである。

以上の問題意識に基づき、本年度は、大学生のひきこもりの実態や、ひきこもり支援に関わる学生相談の現状や課題を明らかにすることを目的とした文献研究と予備的調査研究を行うこととした。

B. 文献研究

今回の文献研究では、大学生のひきこもりという現象についてこれまでどのような研究がなされてきたかを概観するとともに、今後どのような研究が望まれるかを検討した。以下に要約を記す。

全国の保健所・精神保健福祉センターを対象に行った調査（伊藤, 2003）によると、不登校を含めたひきこもりの最初の問題発生時の年齢は平均 20.4 歳であり、主として 19 歳から 24 歳が中心である。つまり、ひきこもりという問題が発生したとき、当事者の多くは大学生に相当する年齢であるということになる。もちろん大学生に相当する年齢であるということを経由して彼らが大学生であったとは断定できないが、少なくとも大学生時にひきこもりが生じる可能性を無視することはできない。

大学が行う調査では、大学生のひきこもりは休学や退学・留年という形で数字に現れることが考えられる。内田（2007）による「大学における休・退学、留年学生に関する調査第 28 報」によると、全国 74 校の国立大学における 2005 年度の大学在籍学生数に対する休学者の割合（以下、休学率）は 2.56%、同じく退学者数の割合（以下、退学率）は 1.51%、留年者数の割合（以下、留年率）は 5.80%であった。休学者内での休学理由の割合を 2005 年度調査と 1995 年度調査とで比較してみると“積極的理由”が 40.44%から 29.24%と大きく減少し、“消極的理由”は 26.52%から 32.42%と増加している。休学率そのものも 1995 年度調査の 1.60%から 2005 年度調査の 2.56%へと大きく増加しており、ひきこもり状態から休学にいたる大学生が 10 年前にくらべて増加している可能性は十分考えられる。

ひきこもりという言葉が現在のように広く普及する前の 1970 年代頃から、大学ではスチューデント・アパシー（以下、S・A）が問題になっていた。S・A とは、アメリカの Walters（1961）によって報告された大学生に特有の慢性的な無気力状態のことである。笠原（1973）によれば、S・A とは、大学生の本業である学業からは退却

するがそれ以外のアルバイトやサークル活動などは普通に行うことができるという“部分的退却”がその中核的な特徴である。一方、山田（1987）は部分的退却と完全退却は連続線上にあり、長期事例では両者は流動的であるとしている。本業に限らずあらゆる生活領域から完全に退却するのであれば、当時のS・Aの中にも現在でいうひきこもりが含まれていた可能性が大いに考えられる。

“ひきこもり”という言葉が現在のように広く一般に普及したのは、斎藤（1998）による著書『社会的ひきこもり』の影響によるところが大きい。斎藤のいう社会的ひきこもりのような“精神疾患によるものではないひきこもり”はその後大きな社会問題となり、2003年にはNHKによるひきこもりサポートキャンペーンが展開され、2004年には“NEET(Not in Employment, Education or Training)”という言葉の登場（玄田・曲沼, 2004）により、就職もせず学校にも行かず職業訓練も受けていない15歳から34歳までの若者を就労支援という観点から支援する必要があるという新しい動きが起こる。しかし、このような流れの中で精神医学や心理学におけるひきこもり概念に混乱が生じてきたと近藤（2006）は指摘する。井上（20005b）は、ひきこもり支援において精神医学的な治療が優先される事例を鑑別することの必要性を説いており、現時点では拡大され曖昧になったひきこもりという概念をもう一度精神医学の立場から再構築するという取り組みがなされつつある。

S・Aとひきこもりはどちらも青年期の非社会性の病理を問題としているが、1990年代前半までに行われてきたS・A研究と1990年代後半から盛んになったひきこもり研究とは時間的には連続しているように見えるにもかかわらず、S・Aとひきこもりの相違点や共通点などを比較して扱った研究はきわめて少ない。土川（1990）の定義では、S・Aには選択的退却のI型と全面的退却のII型があり、必ずしも選択的退却を示すものだけがS・Aとされるわけではない。また、下

山（1997）の定義でも選択的退却はS・Aの核となる概念には含まれていない。このような立場に基づけばひきこもりとS・Aの差異はその程度の違いに過ぎず質的な違いではないということになる。S・Aでは、本人がS・A状態であることに對して葛藤をもたない（自我親和的）ということと、青年期の発達課題に何らかの問題があるということが言われている。一方で、ひきこもり状態にあるとき、本人は無力感や罪悪感に苦しんでいるという調査（草野, 2007）や、ひきこもりの青年は基本的信頼感の形成という乳児期の発達課題に課題を残しているという調査（小柴, 2002）もある。このように、S・Aとひきこもりは質的に異なる病理である可能性も示唆されており、今後それぞれの問題に対する適切な治療的介入を行なっていく上でも、S・A概念とひきこもり概念の異同についてさらに研究を進めていくことが望まれる。

援助という観点から考えると、大学による学生のための心理的援助の代表的なものとしては学生相談が挙げられる。しかし、S・Aやひきこもりの学生はそもそも相談機関に訪れないことが特徴であるため、来談してきた人に対応するという従来の心理療法スタイルでは、援助はおろか接点を持つこと自体が困難である。このような特徴をもつS・Aやひきこもりの大学生に対して様々な援助技法が工夫されている。下山（1997）はS・Aの学生に対する援助として“つなぎモデル”という援助モデルを提唱する。つなぎモデルとは従来の心理療法のように心の悩みを語ることを前提とするのではなく、“関係をつなぐ”ことを重視するアプローチである。難波ら（2002）は大学の保健センターにおける休学から復学する際の復学者健診を有効に活用することによって、自発的来談の意欲に乏しい学生と援助機関の接点を生み出し、効果的なサポートを行うことができた例を報告している。また、和歌山大学では、大学生のメンタルサポーターがひきこもり状態にある学生の家庭訪問を行うという取り組みが行われ、成果を挙げている（池田, 2006）。

一方で、S・A やひきこもりの大学生に対して果たして本当に援助が必要なのだろうか、と疑問を投げかける立場も存在する。遠山ら（1994）は、日本の大学では中学や高校のように毎日登校することが当たり前ではなく、学生に自分を問い直す時間を与えるということが大学のひとつの機能となっているとしたうえで、そのような状況において不登校の何が問題になるのであろうかという問いを提出している。高岡（2001）は、ひきこもりを保証せずコミュニケーションを強要する人々がひきこもりの子どもや青年を追い詰めているとし、ひきこもりを治療の対象とみなす考え方を激しく批判している。また、留年学生を対象とした調査（伊藤ら、2005）では、“留年してかえって良かった”“留年したのでよく勉強した”などと、留年したことに対する肯定的な回答が多かったことも報告されている。このように、大学生に対してモラトリアムを保証し、一時的に留年やひきこもりといった状態を呈してもいたずらに介入することなく見守り続けることで、自分の力でその状態から抜け出し人間的な成長を果たすことがあるというのも事実である。しかし、S・A やひきこもり状態の、または留年や休学をする大学生の全員が、援助を必要としていないかと言えば、決してそうではない。

井上（2005a）は「成長には時間が必要であり、自分を見つめる時間が無駄であるとは必ずしも言えない」ということを認めたとうえで、実際問題としては「しかし、自力で立ち直る学生ではなく不登校ひきこもりが慢性化する学生を想定して対応を考えざるをえない」と述べるが、これが現実の学生相談の状況であろう。大学生という、子どもから大人への移行のただなかにある青年に対してより良い支援を行っていくためには、“ひきこもっている学生”や“休学している学生”とひとくくりにするのではなく、早期介入を行うべきなのか見守り続けるべきのかなど、学生一人ひとりの状況に合わせたきめ細やかな対応が求められる。一方で、教育機関である大学のなかで、そのような一人ひとりの学生のニーズに合わせ

たきめ細やかな対応が、現実問題として予算的・人員的にどこまで可能なのか、今後の課題とされる。

C. 調査研究

C-1. 研究方法

関西圏の大学 34 校の学生相談機関代表者、および、学生相談担当者を対象に、質問紙法による調査を行った。調査大学は、近畿学生相談研究会加盟機関のリストから、我々が何らかの形で関係を持っている大学を選び、直接に依頼した。質問紙は、代表者用と担当者用の二種類を、著者らが独自に作成した。質問は全て 2006 年度（2006 年 4 月 1 日～2007 年 3 月 31 日）を念頭において回答してもらった。

依頼した大学 34 校中、代表者が回答した大学は 26 校（回答率 77%）、担当者が回答した大学は 23 校（回答率 68%）、いずれかが回答した大学は 28 校（回答率 82%）、回答した担当者数は合計 61 人（1 校平均 2.7 人）であった。

代表者回答に基づく大学（n=26）の内訳としては、設立母体については国立・公立 6 校（23%）、私立 20 校（77%）、大学/短大の別については、大学 22 校（85%）、短大 2 校（8%）、他（大学・短大共通）2 校（8%）、共学/女子大・女子短大の別については、共学 18 校（69%）女子大・女子短大 7 校（27%）、他（共学大学と女子短大共通）1 校（4%）、学部数については 1 学部 7 校（27%）、2～5 学部 14 校（54%）、6 学部以上 5 校（19%）、学生数については、1000 人未満 2 校（8%）、1000 人以上 5000 人未満 17 校（65%）、5000 人以上 10000 人未満 3 校（12%）、10000 人以上 4 校（15%）、男女別学生数については、男子学生数（合計）約 6 万人（55%）、女子学生数（合計）約 5 万人（45%）、学部生/大学院生の別については、学部生（合計）約 14 万人（85%）、大学院生（合計）約 2.5 万人（14%）、他約 0.1 万人（1%）であった。

代表者回答（n=26）に基づく学生相談の主な担当部署としては、学生相談室 15 校（58%）、保健センター 3 校（12%）、学生課 1 校（4%）、その

他（心理臨床センター、カウンセリングルーム、学生生活支援室、保健センター＋学生課など）7校（27%）、学生相談担当部署スタッフの人数としては、1～2人4校（15%）、3～5人10校（38%）、6～10人9校（35%）、10人以上3校（12%）であった。

代表者回答（n=13～21）に基づく代表者/担当者の身分としては、代表者は、教員系90%、職員系5%、他5%、カウンセラー（専任）は、教員系62%、職員系23%、他15%、カウンセラー（非常勤）は、教員系29%、職員系19%、他52%、資格としては、代表者は、臨床心理士42%、精神科医21%、医師（他）16%、他21%、カウンセラー（専任）は臨床心理士69%、他31%、カウンセラー（非常勤）は、臨床心理士68%、精神科医8%、他24%であった。

担当者回答（n=60～61）に基づく担当者の身分としては、カウンセラー（非常勤）が最も多く（67%）、これにカウンセラー（専任）（10%）、教員（10%）が続いていた。資格としては臨床心理士（80%）が最も多かった。また、学生相談の経験年数は、1年未満が7%、1年以上3年未満が21%、3年以上5年未満が15%、5年以上10年未満が26%、10年以上が31%であった。

C-2. 研究結果

本研究で尋ねた以下の諸項目の結果は、上述した大学の諸特性（設立母体、大学/短大、共学/女子大・女子短大、学部数、学生数、学生相談担当部署の特徴など）によって異なる可能性があり、その点を考慮するならば、特性別に分析することが望ましい。しかし、今回は、回答者数が代表者は26名、担当者は61名と少なかつたことから、特性別の分析は困難と判断し、全体をまとめて分析することとした。

（代表者回答）

総相談件数、および、ひきこもり関連相談（留年/休学/中退、不登校/アパシー/ひきこもり）件数（表1）

項目ごとに回答数にばらつきがあるため、正確

な比率は算出できないが、表の平均から単純に計算したひきこもり関連相談比率は9%（男2%；女13%）であった。一人あたりの面接回数は、全体では平均7回であったのに対し、ひきこもり関連では平均10回であり、ひきこもり関連の方が多かった。

留年・休学・中退率（表2）

表2の通りであった。留年・休学・中退率の平均は2～3%であり、いずれについても、男子学生が女子学生よりも多かった（表の平均からの単純計算では2～4.5倍であった）。

留年・休学・中退理由（表3）

理由の内訳は、内田ら（2002）に従ったもので、身体疾患には、病氣・傷害、リハビリ、傷病による死亡・事故死などが、精神疾患には、精神疾患、自殺などが、消極的理由にはアパシー、ひきこもり、精神疾患の疑い、勉学意欲の減退・喪失、単位不足、学外団体活動、アルバイトや趣味、進路再考・進路変更、性行不良などが、積極的理由には海外留学・研修、海外遊学・旅行滞在・派遣、他大学再受験（他大学合格）、履修科目上の都合、資格取得後、就職再トライなどが、環境要因には経済的理由、家庭の都合・父母の看護・家業を継ぐ、結婚・出産・育児などが、不詳には「一身上の理由」、未調査、調査不能などが含まれていた。

全体でみた場合、留年では消極的理由、休学・中退では積極的理由が最も多かった。男子学生では、留年は消極的理由、休学は環境要因と不詳、中退は積極的理由が最も多かった。女子学生では、留年・休学・中退のいずれも、積極的理由が最も多かった。但し、留年・休学・中退のいずれについても、理由不詳が多く、この点で結果の解釈には慎重を要すると考えられた。

留年・休学の開始学年と継続年数、および、中退時の学年と中退に至るまでの留年・休学年数（表4）

留年の開始年齢は男女ともに全例が2年時であり、継続年数は1年未満が最も多かった。休学の開始学年は全ての学年にまたがっていたが、1

年時と4年時がやや多かった。継続年数は1年未満、1年以上2年未満が多かったが、2年以上3年未満、3年以上もみられた。中退時の学年は全ての学年にまたがっていたが、1年時、2年時がやや多かった。中退までの留年・休学年数については、1年未満から3年以上までが、ほぼ均等にみられた。

(担当者回答)

まず、調査年度(2006年度)に同じ大学に勤務していたかという質問に対しては、回答者61名中55名(90%)が「はい」、5名(8%)が「いいえ」、無回答が1名(2%)であった。「いいえ」と答えたり、無回答であった担当者については、厳密に言えば、分析の対象から除外すべきかもしれないが、そのように答えた回答者も、以下の質問には回答していたため、今回は、少しでも多くの情報を得ることを優先し、彼らも含めて、全例について、以下の分析を行うこととした。

総相談件数、および、ひきこもり関連相談件数(表5)

項目ごとに回答数にばらつきがあるため、正確な比率は算出できないが、表の平均から単純に計算したひきこもり関連相談比率は15%(男18%;女13%)であった。

タイプ別ひきこもり関連相談件数(表6)

次に、ひきこもり関連相談を、高石(2001)を参考に、アパシー型、中間型、ひきこもり型の三つのタイプに分け、それぞれについて、件数を尋ねた。三つのタイプの定義は以下の通りである。

アパシー型…3ヵ月以上、大学の正課活動に全くあるいは殆ど出席していないが、生活のその他の場面では活発に楽しみ十分な対人関係も持っている。あるいは過去にそのようなことがあった。

中間型…3ヵ月以上、大学の正課活動に全くあるいは殆ど出席していないが、課外活動(バイト・サークル等)など、生活の他の場面にはある程度参加し、限られた対人関係は持っている。あるいは過去にそのようなことがあった。

ひきこもり型…3ヵ月以上、大学の正課活動に

も課外活動にも全くあるいは殆ど参加せず、自宅または自室にこもっている。あるいは過去にそのようなことがあった。

結果は表6の通りであった。アパシー型、中間型、ひきこもり型の間で、相談件数に大きな差は見られず、いずれのタイプでも、女子学生の相談件数の方が多かった。

精神疾患の疑われる件数/通院件数(表7)

ひきこもり関連相談のうち、精神疾患の疑われる件数、および、その中で、医療機関に現在通院しているか、過去に通院したことのあった件数は、表7の通りであった。(括弧内の数字は表6の相談件数の再掲である。)アパシー型、中間型、ひきこもり型の間で、何らかの精神疾患(精神疾患[全体])の疑われた相談件数に大きな差は見られなかったが、通院件数については、この順に多くなっていた。疾患別にみると、アパシー型では、神経症圏、発達障害圏がやや多く、これに、うつ病圏、人格障害圏が続いていた。精神病圏はみられなかった。中間型では、神経症圏、人格障害圏がやや多く、これにうつ病圏、発達障害圏、精神病圏が続いていた。ひきこもり型では、人格障害圏がやや多く、これに神経症圏、うつ病圏、精神病圏、発達障害圏が続いていた。

ひきこもり関連相談のうち、精神疾患の疑われる比率については、項目ごとに回答数にばらつきがあるため、正確に算出はできないが、表の平均から単純に計算した精神疾患の比率は、アパシー型で94%、中間型で107%、ひきこもり型で106%であり、殆どの事例で何らかの精神疾患を疑われていることが伺われた。

ひきこもり関連相談は増えているか?(表8)

近年、ひきこもり関連相談が増えてきているかどうかを尋ねた。その結果は表8の通りである。「よくわからない」、「このような事例を担当したことはない」という回答が多かった。これを除いてみると、アパシー型では「変わらない」が最も多く、「減っている」がこれに続き、「増えている」は殆どみられなかった。これに対して、中間型・ひきこもり型では、「変わらない」が最も多いこ

とはアパシー型と同様であったが、「増えている」がそれに続き、「減っている」という回答は殆どみられなかった。即ち、アパシー型については、不変～減少という回答が多かったのに対し、中間型・ひきこもり型では、不変～増加という回答が多く、この点で両者は対照的であった。

ひきこもり関連事例は支援・対応が困難か？ (表 9)

ひきこもり関連事例は、そうでない事例と比べて、支援や対応の困難なことが多いかを尋ねた。その結果は表 9 の通りである。「よくわからない」、「このような事例を担当したことはない」という回答が多かった。これを除いてみると、アパシー型、中間型、ひきこもり型のいずれについても、「困難なことが多い」が最も多く、また、この順に、その比率は上がっていた。これに対して「困難なことは少ない」という回答は皆無であった。ひきこもり関連事例の援助や対応に困難を感じている担当者の多いことが伺われた。

次に、どのような点が困難かについて、自由記述で回答を求めた。本人が来ることができない・来ても続かない、本人の問題意識が低い、親の対応しかできない、家族のサポート機能が弱い、精神疾患である場合が多い、カウンセリングに来ることはできても、そこから外につながるできない(生活空間がカウンセリング室と自宅に限定されてしまう)、欠席が目立ち始めた時期に早期対応ができておらず、気がついた時には手の打ちようがなくなってしまう、担当者の逆転移の問題(無力感、絶望感)本人の自己愛の問題(自己愛の深い傷つき)など、さまざまな困難が具体的に述べられていた。

ひきこもり関連事例の支援・対応に関する特別な取り組み・工夫

ひきこもり関連事例の支援や対応に関して、特別な取り組みや工夫をしているかを尋ねたところ、「はい」が30%、「いいえ」が70%であった($n=18$)。取り組みや工夫について自由記述で回答を求めたところ、学内各部署や親との連携、手紙・メール・電話の活用、親のサポート、支援機関の存在

や支援内容についての情報伝達などの回答が得られた。

学内連携

ひきこもり関連事例の支援や対応における学内連携について、学内連携を行っているか、学内連携はうまくいっているか、学内連携は必要かといった点を尋ねた。まず、学内連携を行っているかという質問に対しては、「積極的に行っている」が11%、「時々行なっている」が57%、「あまり行なっていない」が23%、「全く行なっていない」が9%であった。 $(n=53)$ 学内連携は概してうまくいっているかという質問に対しては「はい」が84%、「いいえ」が16% ($n=31$)、学内連携は必要かという質問に対しては、全員が「はい」と回答した。 $(n=18)$ ひきこもり関連事例の支援や対応において、学内連携の必要性は強く認識されており、また実際に、比較的頻繁、かつスムーズに連携が行われていることが伺われた。どのような部署と連携しているかについて自由記述で回答を求めたところ、教員、学生課、教務課、保健室・医務室などの回答が多くなっていた。学内連携における困難や課題について自由記述で回答を求めたところ、教員や他部署の理解不足、守秘義務やどこまで学生に関わっていくのかについての認識の相違、非常勤勤務のため連携がとりにくい、学内連携体制の不備、熱心な職員・教員への依存、本人の状態確認の困難などの回答が得られた。

学外連携

ひきこもり関連事例の支援や対応における学外連携について、学外連携を行っているか、学外連携はうまくいっているか、学外連携は必要かといった点を尋ねた。まず、学外連携を行っているかという質問に対しては、「積極的に行っている」が0%、「時々行なっている」が21%、「あまり行なっていない」が42%、「全く行なっていない」が37%であった。 $(n=52)$ 学外連携は概してうまくいっているかという質問に対しては「はい」が70%、「いいえ」が30% ($n=10$)、学外連携は必要かという質問に対しては、「はい」が74%、「いいえ」が26%という回答であった。 $(n=18)$ ひきこ

もり関連事例の支援や対応において、学外連携の必要性はある程度認識されているものの、学内連携に比べると、その程度は低く、課題や問題点も多いことが伺えた。どのような機関と連携しているかについて自由記述で回答を求めたところ、医療機関が最も多かったが、ひきこもり関連のNPOや精神保健センターという回答も、僅かながらみられた。学外連携における困難や課題について自由記述で回答を求めたところ、主治医との連絡が困難、主治医と本人の関係が不十分、医師による対応の違い、主治医からの情報不足、本人受診の困難・本人や家族の同意が得られにくい、大学側の体制不備などの回答が得られた

ひきこもり支援に対する関心

ひきこもり支援に対する担当者自身の関心度について尋ねたところ、「非常にある」が23%、「少しある」が49%、「どちらとも言えない」が23%、「あまりない」が5%、「全くない」が0%であった。

次に、ひきこもり支援に対する大学当局の熱心さについて尋ねたところ、「非常に熱心である」が0%、「少し熱心である」が21%、「どちらとも言えない」が61%、「あまり熱心でない」が13%、「熱心でない」が5%であった。

大学生のひきこもりや、その支援について思うこと（自由記述）

大学生のひきこもりや、その支援について思うことについて、自由記述で回答を求めたところ、さまざまな視点からの多くの意見や感想が得られた。一部を抜粋し、以下に記す。

「キャンパス内の相談室に来談すること自体が本人にとってむずかしいことが多いので保護者へのコンタクトを通して相談を受けることが多いが、問題解決に至らないことが多い」、「表に出てこない潜在的学生の数は相当数あるのではないかと想像している。しかし現実的には大学側も表面化すると対応できないため受身的な対応に終わっている」、「個性やアイデンティティを強調する風潮が、それを強要されていると捉えてしまう学生にひきこもりを生じさせているのでは

ないか。自分さがしという言葉に不安と疑問を感じて仕方がない」、「最近のアパシーの中には大学での授業方法や学力的についていけない学生など修学支援にかかわる問題を持った学生も多いのではないか」、「女子大生の場合、ひきこもり傾向のある学生は、家族が引き受けてしまうのではないか」、「本人がすでに18歳以上ということで、児童相談所が利用できないのも困る。発達障害の方が二次的徴状としてひきこもっているのかどうかも判断が難しい。保健所や発達障害者支援センターまたハローワークにもひきこもりの本人、家族の利用できる窓口をつくり、PRをもっと大学などにもしに来ていただけると紹介しやすい」、「学生相談において、“他者からの評価への過敏さ”“自己否定・不全感”、“孤立傾向”のいくつかが認められる学生は少なくない。いわばひきこもりの予備軍のような状態にある学生はかなり存在すると思われる」、「来談しなくなったときに、その原因が改善によるものなのか、ひきこもりによるものなのか確認することは、カウンセラー単独では困難である。授業などへの出席状況の把握を担当教員と連携してできるシステムを考える必要がある」。

C-3. 考察

今回、我々は、関西圏の34校の学生相談機関の代表者、および学生相談担当者を対象に、質問紙法による調査を行った。その結果を全体的に眺めると、学生相談の現場において、ひきこもり関連の相談は決して少なくないが、その実態は、必ずしも十分に把握されているとは言えないようであった。精神疾患との関連については、殆どの事例で何らかの精神疾患が疑われていると推測された。支援に関しては、特別な取り組みや工夫をしている大学もあり、学内の他機関との連携も比較的頻繁かつスムーズに行われていたが、学外との連携は学内連携に比べるとその程度は低かった。学生相談担当者による自由記述からは、学生相談には課題や問題点も多く、支援に困難を感じている担当者が多いこ

とが明らかになった。以下、個別の調査結果について検討していく。

調査方法

まず、調査方法であるが、今回我々は、少しでも回答率を上げることを目指し、我々が関係者を直接に知っているなど、何らかの形で我々が関わっている大学を選び、直接に依頼した。68～82%という比較的高い回答率が得られたのは、この方法がある程度、功を奏したのかもしれない。次年度は、今回よりも大きな規模で、同様の質問紙調査を行う予定であるが、その際の調査方法の候補の一つとして、検討に値すると思われた。

調査対象大学/短大の内訳

今回の調査対象大学/短大の内訳を平成 18 年度学校基本調査による全国のそれ(文部科学省の HP 上で閲覧可能)と比較してみる。全国の大学数は 744 校で、その内訳は国立が 87 校 (12%)、公立が 89 校 (12%)、(国立と公立を併せて 176 校[24%])私立が 568 校 (76%)であった。本研究の内訳は、国立・公立が 23%、私立が 77%であり、全国の内訳とほぼ同様であった。全国の短大数は 468 校で、大学と短大を併せた全体 (1212 校)に占める大学の比率は 61%、短大は 39%であった。本研究の内訳は、大学が 85%、短大が 8%であり、大学の比率がやや高くなっていた。全国の女子大(女子のみの大学)数は 84 校、女子短大(女子のみの短大)数 151 校(男子のみの大学は 0 校、短大は 1 校)であり、共学と女子のみの大学・短大を併せた全体に対する共学の比率は 81%、女子大・女子短大の比率は 19%である。本研究の内訳は、共学が 69%、女子大・女子短大 27%であり、共学の比率がやや低くなっていた。学部数分布の全国データは学校基本調査に載っておらず、本研究と比較できなかった。全国の大学・短大の学生数分布については、大学と短大で区切り人数が異なるため、両者を併せた学生数分布を求めることはできなかった。大学については、1000 人以下が 223 校 (30%)、1001～5000 人が 360 校(48%)、5001 人～10000 人が 98 校(13%)、10001 人以上が 63 校 (8%)、短大については、

1000 人以下が 443 校 (95%)、1001 人以上が 25 校 (5%)であった。本研究の内訳は、1000 人未満が 8%、5000 人未満が 65%、10000 人未満が 12%、10000 人以上が 15%であり、1000 人未満の小規模大学・短大の比率がやや低くなっていた。

全国の男女別学生数は、大学は男子大学生が約 170 万人(61%)、女子大学生が約 110 万人(39%)、短大は男子短大生が約 3 万人 (12%)、女子短大生が約 18 万人 (88%)、大学と短大を併せた男子学生数は約 176 万人 (57%)、女子学生数は 130 万人 (43%)であった。本研究の内訳は、男子学生数が 55%、女子学生数が 45%であり、全国の内訳とほぼ同様であった。

全国の学部生と大学院生の内訳については、大学院生の数が約 24 万人であることから、短大生を学部生とみなすと、学部生は約 92%、大学院生は約 8%であった。本研究の内訳は学部制が 85%、大学院生が 14%であり、やや学部生の比率が低かった。

以上をまとめると、本研究の対象となった大学・短大は、全国のそれに比べて、国公立/私立比と男子大学生/女子大学生比はほぼ同様、大学/短大比ではやや大学が高く、共学/女子大・女子短大比ではやや共学が低く、学生数では 1000 人未満の小規模大学・短大がやや低く、学部生/大学院生比では学部生がやや低かった。

本研究の対象となった大学・短大 34 校のうち、実際に回答を寄せたのは 30 校弱であり、これは、全国の大学のおよそ 2%程度に過ぎない。また、その内訳をみると、上述したように、全国のそれに比べて幾つかの領域での偏りが認められた。このことから、今回の調査結果を、全国の学生相談の現場で起こっていることの代表とみなすことには慎重であらねばならない。本研究と同様の調査を、より大きな規模で実施し、結果を再検討することが必要である。

また、本研究で尋ねたひきこもりに関するさまざまな事象は、上述した大学・短大の諸特性によっても異なる可能性があり、その点を考慮するならば、特性別に分析することが望ましい。それを

可能にするためにも、今回よりも規模を拡大しての再調査を行う必要があるが、これについては次年度以降の課題としたい。

学生相談担当部署・スタッフ構成

次に、学生相談の担当部署やスタッフ構成であるが、これについては、日本学生相談学会研究委員会による2006年度全国調査（大島ら、2007）

(A)と中央教育審議会大学分科会の大学教育部会（第3回）2005年度資料（文部科学省のHP上で閲覧可能）(B)と比較してみる。

まず、学生相談の担当部署であるが、(A)によれば、学生相談機関の設置が確認された大学・短大・高等専門学校は53%であるが、以前の調査の結果などから、実際にはこれよりも多くの大学に設置されているはずと結論している。(B)によれば、学生相談担当のカウンセラー（非常勤を含む）を配置している大学は78%である。カウンセラーを配置していないということは、その大学に正式な学生相談機関がないということにほぼ等しいと考えれば、これらの調査から伺える全国の大学・短大の学生相談機関の設置率はおよそ53%～78%である。逆に言えば、22～47%の大学では、未だに学生相談機関が設置されていないか、学生相談機関が閉鎖されてしまったことになる。このような大学において、学生相談がどのような形で行われているのかについての資料や文献は入手できなかったが、(A)の学生相談機関の名称のデータが、参考になると思われた。それによれば、名称は「学生相談系」（72%）、「カウンセリング系」（12%）、「保健・医療系」（10%）などに分類され、「学生相談系」には学生相談室、学生相談センター、何でも相談、学生生活相談などが、「カウンセリング系」には、カウンセリング・ルーム、カウンセリング・センターなどが、「医療・保健系」には保健管理センター、保健センターなどが含まれている。この中の「学生相談系」に挙げられている名称は、名称だけから言えば、カウンセラーではない職員が担当している部署であっても不思議はない。おそらく、学生相談機関が設置されていない大学では、学生課や教務課関連の

部署の職員や、個々の教員が、随時、学生相談にあっているというのが現状ではないだろうか。

本研究における学生相談の主な担当部署は、学生相談室が58%、保健センターが12%、学生課・その他が31%であった。(A)の名称分類に従って尋ねたわけではないので正確な比較はできないが、学生相談系・カウンセリング系が最も多く、これに保健・医療系が続き、それ以外の部署でも一部対応されている場合があるという順番は、ほぼ同様であった。

次に、学生相談の担当部署のスタッフの人数であるが、(B)によれば、カウンセラーを配置している大学は78%あるものの、そのうち、常勤カウンセラーを配置している大学は37%しかない。

(A)によれば、カウンセラー総数の平均は3.8人であるが、実質カウンセラー数（専任カウンセラーは1、その他のカウンセラーは勤務時間÷40として計算）は僅か0.9人であり、実質カウンセラーが0.5人以下のところは半数以上（52%）を占めていた。

本研究におけるスタッフ人数（大半はカウンセラーと推測される）は1人～10人以上まで幅があったが、3人～10人が最も多かった。(B)の3.8人よりは若干多い計算になるが、カウンセラー（非常勤）が最も多かった（67%）ことを考えれば、実質カウンセラー数はおそらく、大幅にこれを下回ることになるであろう。

次に、学生相談機関代表者・担当者の身分と資格であるが、(A)によれば、専任カウンセラーの身分としては、教育職が最も多く（50機関）、職員がこれに続き（17機関）、職種や待遇は不明だが「カウンセラー」や「専門職員」などの職名で雇用されているケースがそれに続いていた（16機関）。またカウンセラーの資格としては、臨床心理士が圧倒的に多く（464機関）、これに精神科医（56機関）、大学カウンセラー（36機関）などが続いていた。本研究においても、これとほぼ同様の傾向が認められた。なお、学生相談経験年数については、本研究と比較できる全国データを見つけることができなかった。

今回、学生相談スタッフの人数・構成や身分・資格・経験年数について尋ねたのには理由がある。まず、ひきこもり傾向を持つ学生の支援においては「来談してきた人に対応するという従来の心理療法スタイル」では支援が困難なため、学内の他部署や教員などとの連携や、学外の医療機関・保健機関・NPOなどとの連携が重要になると予想される。また、ひきこもりの少なくとも一部には、背景に精神疾患が関わっている可能性があるため、精神疾患を正確に評価することも大切である。この連携と精神疾患の評価に際して、学生相談スタッフの人数・構成や身分・資格・経験年数などが、大きく関わってくると考えたからである。自由記述も含めて、今回の調査結果から伺えた現状の問題点や課題は、①スタッフ数が不足している、②来談してくる学生の対応に手一杯で、来談してこないひきこもり学生については、気になりながらも手が回らない、③連携は重要と感じているが、非常勤勤務であったり、学内における身分が不安定なため、実際には困難、④ひきこもりに精神疾患が関わっていると思われる事例でも、(連携困難などの理由で)精神疾患に対して十分な対応がなされていない場合がある、⑤臨床心理や精神医学の知識や経験のない(少ない)職員が学生相談にあたっている場合があり、ひきこもり学生の心理的・精神医学的な問題を十分に把握できていない可能性がある、といったものであった。

大学生のひきこもりの頻度

今回の調査では、ひきこもり関連の相談人数は、全体の9～15%であった。2006年度全国調査(大島ら, 2007)(A)によると、学生来談率の平均は4.8%(大学4.0%、短大7.0%)であった。ここから単純計算すると、ひきこもり関連学生の比率は0.43～0.72%になる。また、狭義のひきこもり(本調査の「ひきこもり型」)を表6の平均相談件数から単純計算すると、0.15～0.25%となる。しかし、自由記述で何人かの回答者が指摘しているように、或いは留年・休学・中退理由に占める「消極的理由」や「理由不詳」の多さが暗示して

いるように、来談しないひきこもり学生や、ひきこもり予備軍的な学生も、実際には相当数存在している可能性がある。その意味で、今回の推定結果は、下限に近い数字と捉えるべきであり、実際にはこれよりも相当に多い学生がひきこもっている可能性がある。いずれにせよ、無視できない比率でひきこもり学生が存在することが、今回の調査によって、ある程度裏付けられたと言えよう。

留年・休学・中退

本調査で、ひきこもりの間接的指標として調べた留年・休学・中退についてのデータは、文献研究の項で示した全国のデータとほぼ同様の傾向を示した。

留年・休学の開始学年と継続年数、及び、中退時の学年と中退に至るまでの留年・休学年数については、これに比較すべき全国のデータは入手できなかった。これを尋ねた理由は、大学生のひきこもりには、入学以前からの不登校やひきこもりに続く、或いは入学直後からひきこもりの始まる、言わば入口タイプと、大学生活の前半は問題がなく、就職活動が活発化する3年生後期以降に、或いは、就職が決まらないまま大学卒業を迎え、そのままひきこもってしまう、言わば出口タイプがあるのではないかという印象があり、間接的にはあるが、これを調べてみたいと考えたからである。本調査では、この項目の回答数が極端に少なく(n=0～7)、この疑問に答えることはできなかったが、次年度に計画している大規模調査で、再度、この点を検討してみたい。

大学生のひきこもりの男女比

本調査では、アパシー型、中間型、ひきこもり型のいずれについても、女子学生の件数が男子学生の件数よりも多かった。これは、文献研究でも述べた「ひきこもりは男に多い」というこれまでの調査結果とは、逆の結果である。しかし、本調査には、①回答数が少なく、男女差が統計的に有意であるとは言いきれない、②女子大・女子短大の(共学に対する)比率が高い、③来談したひきこもり関連学生中心の数字である(来談しなかった学生については、親が来談した事例などをのぞ

いては、数字に現われていない) など、幾つかの限界(データを偏らせる可能性のある要因)があり、今回の結果をそのまま一般化することはできない。この点についても、再度の調査が必要である。

大学生のひきこもりと精神疾患の関連

本調査では回答数が少ないため、精神疾患の分類別(神経症圏、うつ病圏など)に論じることは控え、全体としてみると、大学生のひきこもり関連事例の殆どが、何らかの精神疾患を疑われていると推察された。また、通院については、アパシー型、中間型、ひきこもり型の順に件数が増えていた。(表7から単純計算すると、それぞれ38%、69%、78%であった。)これは、この順に、いわゆる“病理”が重くなっていくと考えるなら、当然の結果と言える。ここで問題になるのはむしろ、精神疾患と判断されながら、通院していないケースが相当数いるということであろう。また、断定はできないが、精神疾患を持ちながら、学生相談に来談しないひきこもり事例は、来談する事例と比べて、医療機関に受診する確率が更に低い可能性もある。冒頭でも述べたように、精神疾患であることと、精神医学的治療が優先されることとは同じではない。しかし、薬物療法などの精神医学的治療によって症状が軽減したり、心理的支援や修学的支援が行いやすくなる事例が、学外機関との連携困難などの理由によって、精神医学的治療につながらないままになっている可能性、またそのような事例が決して少なくない可能性については、十分に認識し、対応を考えていく必要があるのではないだろうか。

最後に

本調査では、ひきこもり関連の相談件数の変化、また、ひきこもり関連事例の支援の困難さについて尋ねた。その結果は表7と表8の通りであるが、ここで最も注目すべき点は、いずれの質問についても、「よくわからない」、「このような事例を担当したことはない」という回答が非常に多かったことであろう。このことは、ひきこもり支援が「困難なことが多い」と答えた回答者の多さや、

自由記述に現われた具体的な困難の内容と併せ、大学生のひきこもりの実態や、その支援の現状の一端を如実に示す結果のようにも見える。それは即ち、「来談してきた人に対応するという従来の心理療法スタイル」が通用しない、しかし、明らかに支援を必要としているかもしれない学生に対し、学生相談担当者として、学生相談機関として、そして大学として、一体、何ができるのか、何をしなければならないのか、そして、何をしてはいけないのかという問いかけに対する、学生相談の現場での困惑や葛藤を映し出しているように思われるのである。

繰り返しになるが、今回の調査結果は、ひきこもり学生支援の現状について、次のような問題点や課題を明らかにした。①スタッフ数が不足している、②来談してくる学生の対応に手一杯で、来談してこないひきこもり学生については、気になりながらも手が回らない、③連携は重要と感じているが、非常勤勤務であったり、学内における身分が不安定なため、実際には困難、④ひきこもりに精神疾患が関わっていると思われる事例でも、(連携困難などの理由で)精神疾患に対して十分な対応がなされていない場合がある、⑤臨床心理や精神医学の知識や経験のない(少ない)職員が学生相談にあたっている場合があり、ひきこもり学生の心理的・精神医学的な問題を十分に把握できていない可能性がある。

これらはいずれも、学生相談スタッフ個人の努力だけでは限界があり、学生相談部署に対する人員・予算措置などを含め、大学当局の理解と支援が是非にも要請される問題である。進学希望者全入時代に突入し、財政状況も厳しさを増す大学・短大が増える中で、困難も多いと予想されるが、ひきこもり学生を支援するためには、単に学生相談部署のみならず、全学的な取り組みが必要であることを、今回の調査結果は指し示しているように思われた。

D. 結論

研究初年度である本年は、文献研究と調査研

究を実施した。文献研究では、大学生のひきこもりや、それに関連する問題（スチューデント・アパシー、不登校、留年、休学、中途退学など）の実態や、これらに対する学生相談の現場での対応についての我国の文献を検討した。その結果、ひきこもりとの関連や重なりが想定される問題（スチューデント・アパシー、不登校、留年、休学、中途退学など）については、既に多くの調査・研究が存在するものの、大学生のひきこもり自体を扱った文献の数は極めて限られていることが明らかになった。スチューデント・アパシーとひきこもりの関連についても、両者の関連や異同を直接的に検討した文献は殆ど見当たらず、両者が連続するという立場と、両者の間に本質的な違いが存在するという両方の立場が混在していた。支援についての文献も限られていたが、ひきこもり傾向の学生はそもそも相談機関に訪れないことが多いため、来談してきた人に対応するという従来の心理療法スタイルでは支援は困難であるという認識は、ある程度共有されているように思われた。幾つかの新しい支援の試みが報告されていた。

調査研究では、関西圏の複数の学生相談機関の代表者、および学生相談担当者を対象に、質問紙法による調査を行った。ひきこもり関連の相談は全体の9～15%を占め、決して少なくはないが、その実態についてはよく把握されていないところも多いようであった。殆どの事例が、何らかの精神疾患を疑われていた。支援に関しては、特別な取り組みや工夫をしている大学もあり、学内の他機関との連携も比較的頻繁かつスムーズに行われていたが、学外との連携は学内連携に比べるとその程度は低かった。学生相談担当者による自由記述からは、学生相談には課題や問題点も多く、支援に困難を感じている担当者が多いことが明らかになった。

次年度は、本年度に行った研究を発展させ、大学生のひきこもりの実態に更に迫るとともに、有効な支援システムのあり方について検討を進める予定である。具体的には、初年度の文献研

究、及び予備的調査研究の結果を踏まえ、①調査対象を広げ（可能であれば、全国の大学の学生相談担当者を対象に）質問紙調査を行うこと、②ひきこもり支援に熱心に取り組んでいたり、成果を挙げていると思われる大学の支援の現場を視察したり、学生相談担当者から直接話を聞くことを通じて、大学生のひきこもり支援システムのあり方について検討を進めることなどを計画している。

文献

- 1) 玄田有史，曲沼美恵：ニートフリーターでも失業者でもなく一，幻冬舎，2004.
- 2) 池田温子，畑山悦子，塩谷昭子，宮西照夫：和歌山大学のひきこもり支援プロジェクトとその成果，CAMPUS HEALTH 43(2)：101-106, 2006.
- 3) 井上洋一：大学の学生相談の現状，思春期青年期精神医学 15(2)：175-180, 2005 a.
- 4) 井上洋一，小笠原将之，福永知子，小川朝雄，補永栄子：青年期後期の発達課題と引きこもりの関連についての研究(その1)，平成17年度厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」（主任研究者：井上洋一）研究報告書：13-35, 2005 b.
- 5) 伊藤日出男，上村佐知子，石川玲：理学療法学生の留年経験とその後の行動，理学療法学 32(3)：105-109, 2005.
- 6) 伊藤順一郎（主任研究者）：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告，地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究，厚生労働科学研究事業，2003.
- 7) 笠原嘉：スチューデント・アパシーと社会的ひきこもり，こころの臨床 a・la・carte 20(2)：184-188, 2001.
- 8) 草野智洋：社会的ひきこもり状態からの回復プロセスについての臨床心理学的研究，未公表修士論文，大阪大学人間科学研究科蔵，2007.

- 9) 近藤直司：青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について，精神科治療学 21(11)：1223-1228, 2006.
- 10) 小柴順子：ひきこもりの若者の人間関係についての一考察—大学生の人間関係との比較を通して—，川崎医療福祉学会誌 12(1)：139-145, 2002.
- 11) 難波愛，柿沼義孝，山村礎，長沼洋一，酒井佳永，加藤千恵子，太田みどり，三瓶道代，中野良吾，佐々木雄司：復学者健診で事例化したケースの特徴とそのサポート—獨協大学保健センター（第6報）：データベースを用いて—，CAMPUS HEALTH 38(2)：589-592, 2002.
- 12) 大島啓利，青木健次，駒米勝利，楡木満生，山口正二：2006年度学生相談機関に関する調査報告，学生相談研究，27：238-273, 2007.
- 13) 斎藤環：社会的ひきこもり—終わらない思春期—，PHP 研究所，1998.
- 14) 下山晴彦：臨床心理学研究の理論と実際—スチューデント・アパシー研究を例として—，東京大学出版会，1997.
- 15) 高石恭子：学生相談から見たひきこもりと不本意就学の現状，甲南大学学生相談室紀要 9：16-28, 2001.
- 16) 高岡健：「ひきこもり」についての疑問，こころの臨床 a・la・carte 20(2)：227-230, 2001.
- 17) 遠山宜哉，佐々木大輔，豊嶋秋彦：“不登校”の心身医療—大学生の事例—，心身医療 6(9)：1200-1205, 1994.
- 18) 土川隆史：スチューデント・アパシー，同朋社，1990.
- 19) 内田千代子：大学における休・退学，留年学生に関する調査 第28報，国立大学等保健管理施設協議会，2007.
- 20) 内田千代子，櫻井由美子，中島潤子，野村正文：休・退学理由についての実態調査「大学における休・退学，留年学生に関する調査」第22報(その3)，CAMPUS HEALTH, 38(2)：581-584, 2002.
- 21) Walters P.A.J.：Student Apathy. Blaine B.Jr. & McArthur C.C. (ed) Emotional Problem of the Student Appleton-Century-Crofts. 1996. 笠原嘉，岡本重慶訳：学生のアパシー，石井完一郎他監訳，学生の情緒問題：106-120, 文光堂，1975.
- 22) 山田和夫：スチューデント・アパシーの基本病理—長期縦断的観察の60例から—，平井富雄監修，現代人の心理と病理，サイエンス社：355-373, 1987.

表 1. 総相談件数、および、ひきこもり関連相談件数

	範囲	Mean	SD
相談件数 (男子学生)	0-382	48	85
ひきこもり関連	0-7	1	2
相談件数 (女子学生)	5-213	76	54
ひきこもり関連	0-46	10	13
面接回数 (延べ)	96-5212	827	1011
ひきこもり関連	0-463	114	141

*n=12~25 (代表者回答 26 校中)

表 2. 留年・休学・中退率

	範囲	Mean	SD
留年率 (全体)	0-6 %	3 %	2 %
男子学生	0-40 %	9 %	12 %
女子学生	1-4 %	2 %	1 %
休学率 (全体)	0-6 %	2 %	1 %
男子学生	0-14 %	2 %	4 %
女子学生	1-3 %	1 %	1 %
中退率 (全体)	0-8 %	2 %	2 %
男子学生	0-20 %	5 %	6 %
女子学生	0-6 %	2 %	1 %

*n=10~16 (代表者回答 26 校中)

表 3. 留年・休学・中退理由

	全体			男子学生			女子学生		
	留年	休学	中退	留年	休学	中退	留年	休学	中退
身体疾患	5	4	1	1	3	2	4	3	2
精神疾患	1	12	2	0	1	2	1	2	1
消極的理由	47	8	17	40	0	11	8	5	8
積極的理由	43	51	52	19	4	19	24	7	9
環境要因	5	37	16	3	5	13	3	6	8
不詳	37	41	48	25	5	5	20	6	3

*n=1~14 (代表者回答 26 校中)

表 4. 留年・休学の開始学年/継続年数、および、中退時の学年/中退までの留年・休学年数

	全体			男子学生			女子学生		
	留年	休学	中退	留年	休学	中退	留年	休学	中退
開始学年/中退時の学年									
1年生	0	8	7	0	3	5	0	2	3
2年生	7	5	10	1	1	8	6	3	1
3年生	0	4	6	0	1	2	0	3	1
4年生以降	0	8	5	0	3	3	0	5	1
継続年数/中退までの年数									
1年未満	0	12	5	0	2	3	6	6	3
1年以上2年未満	0	7	4	1	2	2	0	5	2
2年以上3年未満	0	2	4	0	1	2	0	1	1
3年以上	0	3	5	0	2	3	0	1	1

*n=0~7 (代表者回答 26 校中)

表 5. 総相談件数、および、ひきこもり関連相談件数

	範囲	Mean	SD
担当件数 (全体)	0-139	34	30
男子学生	0-73	11	17
女子学生	0-80	24	21
ひきこもり関連件数 (全体)	0-24	5	6
男子学生	0-19	2	3
女子学生	0-23	3	5

*n=44~57 (担当者回答 61 名中)

表 6. タイプ別ひきこもり関連相談件数

	範囲	Mean	SD
アパシー型 (全体)	0-17	1.7	4.0
男子学生	0-12	0.7	2.3
女子学生	0-16	0.9	2.8
中間型 (全体)	0-8	1.5	1.7
男子学生	0-4	0.7	1.1
女子学生	0-6	1.0	1.2
ひきこもり型 (全体)	0-7	1.7	1.7
男子学生	0-4	0.6	1.0
女子学生	0-7	1.2	1.3

*n=28~43 (担当者回答 61 名中)

表 7. 精神疾患の疑われる件数/通院件数

	精神疾患 全体	神 経 症 圏	う つ 病 圏	精 神 病 圏	人 格 障 害 圏	発 達 障 害 圏	そ の 他
アパシー型 (全体)	(1.7) **						
精神疾患	1.6	3.0	1.5	0.0	1.3	2.0	1.5
通院	0.6	0.5	3.0	0.0	0.5	0.0	1.0
中間型 (全体)	(1.5) **						
精神疾患	1.6	1.7	1.1	1.0	1.4	1.0	1.5
通院	1.1	1.6	0.9	1.0	1.1	1.0	1.0
ひきこもり型 (全体)	(1.7) **						
精神疾患	1.8	1.1	1.1	1.0	1.3	1.0	1.0
通院	1.4	1.2	1.0	1.0	1.5	1.0	1.0

*n=1~30 (担当者回答 61 名中)

**括弧内の数字は表 6 からの再掲

表 8. ひきこもり関連相談は増えているか？

	アパシー型	中間型	ひきこもり型
増えている	4 %	16%	13%
変わらない	17 %	20%	17%
減っている	8 %	2%	0%
よくわからない	42 %	43%	54%
このような事例を 担当したことはない	29 %	20%	15%

*n=51~52 (担当者回答 61 名中)

表 9. ひきこもり関連事例は、支援・対応が困難か？

	アパシー型	中間型	ひきこもり型
困難なことが多い	24 %	42%	56%
変わらない	22 %	24%	10%
困難なことは少ない	0 %	0%	0%
よくわからない	20 %	13%	17%
このような事例を 担当したことはない	34 %	20%	17%

*n=41~48 (担当者回答 61 名中)

思春期ひきこもりと反社会的問題行動 —少年非行の二極化—

分担研究者 奥村雄介¹⁾

研究協力者 野村俊明²⁾ 吉永千恵子³⁾ 布施木誠⁴⁾ 千葉康彦⁵⁾ 元永拓郎⁶⁾ 工藤剛⁷⁾
月野木竜也⁸⁾ 槇野葉月⁹⁾ 高橋恵一⁶⁾

1)関東医療少年院 2)八王子医療刑務所 3)東京少年鑑別所 4)さいたま少年鑑別所
5)横浜少年鑑別所 6)帝京大学 7)秩父中央病院 8)千葉県警察少年センター 9)首都大学東京

研究要旨

社会構造が著しく変化する中で、従来の非行・犯罪と背反事象であったはずの社会的ひきこもりの中から非行・犯罪が散発するようになっている。つまり、行動的で攻撃・破壊性が外に向く『従来型非行』に対し、行動範囲がもっぱら家庭内に限局し、社会的な接点の少ない『ひきこもり型非行』がみられるようになっている。このような少年非行の構造的変化を報告者らは臨床経験に基づき“少年非行の二極化”¹⁾として提唱した。本研究の目的は、非行少年を対象にひきこもり傾向に着目し、報告者らの提唱している“少年非行の二極化”¹⁾仮説を実証し、さらに非行類型、精神医学的診断、対人関係、家族状況などについて調べ、思春期のひきこもりと反社会的問題行動との関係を検討することである。

A. 研究目的

<はじめに>高度経済成長とバブルの崩壊、少子高齢化と社会福祉の充実、個人主義の台頭と価値観の多様化、高度情報化と管理化などにより、社会構造がめまぐるしく変化している。

このような変化の中で逸脱行動となって攻撃・破壊性が外に向く、従来の非行・犯罪と、背反事象であったはずの社会的ひきこもりの中から非行・犯罪が散発するようになっている。(図①)

つまり、行動的で攻撃・破壊性が外に向く『従来型非行』に対し、行動範囲がもっぱら家庭内に限局し、社会的な接点の少ない『ひきこもり型非行』がみられるようになっている。仮に前者を凸型非行、後者を凹型非行と名づけると少年非行は凸型と凹型の二つのタイプに大別され、二極化している。(表①)このような少年非行の構造的変化を報告者らは臨床経験に基づき“少年非行の二極

化”として提唱した。

<研究目的>本研究の目的は、非行少年を対象にひきこもり傾向に着目し、報告者らの提唱している“少年非行の二極化”¹⁾仮説を実証し、さらに非行類型、精神医学的診断、対人関係、家族状況などについて調べ、思春期のひきこもりと反社会的問題行動との関係を検討することである。

B. 研究方法

平成 17 年の 1 年間に X 少年院に入院した 14 歳から 20 歳の男女 100 名を対象に、診療録などから得られた情報をもとに、ひきこもり傾向、行為障害の有無および精神医学的診断、本件非行、非行性、家族状況、対人関係など 23 項目を調べ、統計解析を行った。対象は以下の男女である。

男子：64 名、平均年齢：17.6 歳

女子：36 名、平均年齢：16.8 歳

なお、プライバシー保護のため、個人が特定されないよう配慮している。

C. 研究結果

1. 性差について

<本件非行>

男子は粗暴犯や窃盗犯が多く、女子は薬物犯やぐ犯が多かった。(p<0.01)

<年齢>男子の低年齢層は少なく、ピークは18歳であり、女子では年齢層の格差はあまりみられなかった。(p<0.10)

<非行・補導歴および施設入所歴>

男子の方が非行・補導歴のある者の割合が高く、特に施設入所歴のある者の割合が高かった。(p<0.05)

<薬物乱用歴>

女子の方が、薬物乱用歴のある者の割合が多かった。(p<0.01)

<不登校>

女子の方が、不登校の割合が多かった。(p<0.05)

<リストカット>

女子の方が、リストカットする者の割合が多かった。(p<0.01)

<自殺企図>

女子の方が自殺企図する者の割合が多かった。(p<0.05)

2. 凹型非行と凸型非行（少年非行の二極化）

本研究はひきこもりと反社会的問題行動がテーマであるため、ひきこもり傾向と行為障害の二つの指標に着目した。ちなみに操作的診断である行為障害は少年非行²⁾と近縁な概念であり、非行少年の大半が該当するとされている。(表2)

<ひきこもり傾向と行為障害の有無>

非行少年について、ひきこもり傾向、行為障害の有無を指標にグループ分けすると理論的には図②のように4群に分けられる。この中で②はひきこもりの既往があり、本件非行時、行為障害に該当するグループである。ひきこもりのために社会性が育たないまま、ある年齢から不良交友が始

まることから、“ひきこもり・不良感染型非行³⁾”と命名した。④はいわゆる“いきなり型非行¹⁾”に該当する。この二つを除き、①と③に着目すると、①は“従来型非行”であり、ひきこもり傾向なく、かつ行為障害に該当し、③は“ひきこもり型非行”であり、ひきこもり傾向あり、かつ行為障害に該当しない。便宜的に前者を凸型非行、後者を凹型非行と呼ぶことにすると、ひきこもり傾向の有無と行為障害の有無は逆相関しており、凸型非行と凹型非行は対極に位置している。(p<0.01)

凸型非行が64名(うち女子25名)、凹型非行が15名(うち女子2名)となった。(グラフ①、表③)ただし、ひきこもりの定義を厳密に満たすものは男子5名に過ぎず、女子は皆無であった。

ちなみに、本研究における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、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6ヵ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)を指す現象概念である。なお、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病性の現象とするが、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いことに留意すべきである。”である。なお、分析にあたっては、この定義を厳密に満たす場合を純系のひきこもり、ある程度、満たす場合をひきこもり傾向とし、両者を併せてひきこもり傾向ありと判定した。

以下、女子のサンプル数が少ないことから男子(n=52, 凸型n=39, 凹型n=13)についてのみ統計解析を進める。

<精神医学的診断>

全体としてはグラフ②のように主診断はその他の大半を占める薬物依存症が比較的多かった。男子の非行タイプ(凹凸の二群)を比較すると、グラフ③のように主診断としては、凸型では薬物依存症や人格障害が多く、凹型では統合失調症や発達障害が多かった。

<本件非行>

本件非行について有意な結果は出なかったが、凶悪・粗暴犯や財産犯は凸型に多く、風俗犯、ぐ犯および薬物犯は凹型に多い傾向がみられた。

(グラフ④)

<非行性>

・非行・補導歴および施設入所経験をみると凹型と比較し凸型では施設入所経験が有意に多かった。(グラフ⑤, ⑥)

・非行集団所属については凹型と比較し凸型の方が有意に多かった。(表④, グラフ⑦)

<知能指数および学歴>

知能指数と非行タイプとの間に関連性は認められなかったが、学歴は凹型の方が凸型よりも高い傾向がみられた。(p<0.10)

<家族状況>

・家族形態をみると凹型の方が、両親あるいはいずれかの片親が不在である欠損家庭が多かった。(p<0.05)

・夫婦間葛藤や養育態度など家族機能については凸型の方が不良である割合が多かった。(p<0.05)

・被虐待歴をみると凸型の方が虐待されている者の割合が高い傾向がみられた。(p<0.10)

・家庭内暴力は凹型の方が多かった。(p<0.05)

<対人関係および社会適応>

・共犯については凸型の方が多く、凹型のほとんどは単独犯であった。(グラフ⑧)

・職歴については凸型の方が有意に多かったが、その大半はパートアルバイトであった。(グラフ⑨, ⑩)

・性体験については凸型の方が凹型よりも高い傾向がみられた。(p<0.10)

<その他>

自己破壊傾向や精神科治療歴については凹型・凸型の間に有意な差は認められなかった。

D. 考察

1. 性差について

一般に男性は女性に比べ、能動性、暴力性が高

く、犯罪・非行の発生件数が高いとされている。本調査でも男子では粗暴犯や窃盗犯など暴力的・能動的な非行が多く、女子では薬物犯やぐ犯など受動的な非行が多かった。また、男子の方が非行・補導歴のある者の割合が高く、特に施設入所歴のある者の割合が高いことから、男子の方が非行性の深度が高い、つまり反社会的問題行動に親和性が高いと言える。これに対し、女子では不登校、薬物乱用歴、リストカット、自殺企図の項目において割合が高く、反社会的問題行動よりも自己破壊傾向がより強く、非社会的問題行動と親和性があることが言える。また、男子に比べて女子のひきこもりは少なく、女子36名の中でひきこもりの定義の厳密に満たす者は皆無であり、ひきこもり傾向のある者は6名に過ぎなかった。

以上より、男子と比較して女子のひきこもりは、リストカット、大量服薬あるいは食行動異常などの問題行動を合併することはあるが、受動的であり、特殊な環境でなければ攻撃・破壊性は顕在化しないため、非行・犯罪として事例化することは稀で、ほとんどは医療機関で対処されていると考えられる。ちなみに男女100名の中で、ひきこもりの定義を厳密に満たした者は男子5名に過ぎず、純系のひきこもりは非行・犯罪とは縁遠いことが示唆された。

2. 凹型非行と凸型非行(少年非行の二極化)

すでに述べたように女子はサンプル数が少ないため、以下、男子について検討する。

ひきこもりの有無と行為障害の有無は逆相関しており、“少年非行の二極化”仮説が支持された。精神医学的診断をみると主診断としては、凸型では薬物依存症や人格障害が多く、凹型では統合失調症や発達障害が多かった。非行性については、凸型の方が非行・補導歴、非行集団所属が多く、非行性が進んでいる。家族状況をみると凸型の方が、家族機能が不良で、被虐待歴があるのに対し、家庭内暴力と欠損家庭については凹型の方が多かった。家庭内暴力については、いわゆる過保護・過干渉の結果、本人はスポイルされて勝手気ままな生活をしており、保護者側の腫れ物に触

るような態度と相呼応して、家庭内の専制君主のごとく君臨している構図がしばしば観察される。知能指数と非行タイプとの間に関連性は認められなかったが、学歴は凹型の方が凸型よりも高い傾向がみられた。これは凸型の方がより早期に学校教育から脱落していることを意味している。

次に対人関係および社会適応をみると、凹型のほとんどは単独犯であり、職歴や性体験もなく、対人関係が希薄であることが確認された。

なお、自己破壊傾向や精神科治療歴については凹型・凸型の間で有意な差は見られなかった。

以上より、凸型では社会文化的な要因の影響がより強く、凹型では疾病の影響が比較的強いことが示唆された。したがって純系のひきこもりは統合失調症などが除外されるので、非行・犯罪とは縁遠いと考えられる。その他、純系のひきこもりが非行・犯罪と縁遠い理由としては、①自己完結的で家族以外の対人接触がなく、かつ家族との交流も希薄であるため、対人暴力など他害行為に及ぶ動機が発生しにくいこと、②行動範囲が家庭内に限局しているため、攻撃・破壊の対象は家族または家財に限定されること、③問題行動は、騒音、不潔行為、器物破損、軽い家庭内暴力程度で犯罪構成要件を満たさないか、または被害者である親が訴えることは稀であること、④おおむね6ヶ月以上、「ひきこもり」の生活が維持できるだけの衣食住が整った環境にあり、個体保持本能は充足していること、などが挙げられる。

ひきこもりは、社会的な関係を持たず、ひきこもりを長期間続けている当人を Identified Patient とする家族病理と考えられるが、本人あるいは家族が、その状態を問題であると認識し、Client として医療機関に接触を求めるか、あるいは何らかの反社会的問題行動に及んだ結果、保健所や司法機関が介入しなければ事例として顕在化することはない。見方によれば本人と家族が、安定した強固な家族システムを形成していると言える。したがって、ひきこもりの中で例外として非行・犯罪として事例化する可能性があるのは

家族殺人、放火などの重罪犯、あるいはぐ犯や薬物犯などの軽犯罪であると考えられる。その他、ハッカーなどのインターネット犯罪はあり得るが検挙に至ることは稀であろう。本研究では凹型非行の要因として疾病因の重要性が浮き彫りにされたが、おそらく環境因としては家族システムの攪乱あるいは崩壊、つまり親の離婚、破産、定年、病氣、死別などが間接的に反社会的問題行動を誘発する可能性があると考えられる。また、発達障害などの素因も見逃せないファクターである。

E. 結論

1. 純系のひきこもりは非行・犯罪とは縁遠く、特にひきこもりの女子が反社会的問題行動に及ぶことは稀である。

2. 少年非行は、ひきこもり傾向を伴い、かつ行為障害に該当しない凹型と、ひきこもり傾向を伴わず、かつ行為障害に該当する凸型の二つのタイプに分かれ、報告者らの提唱する“少年非行の二極化”仮説が実証された。従来型の非行である凸型では、粗暴犯や財産犯が多く、家族機能は劣悪でしばしば被虐待体験があり、非行性は進んでおり、対人交流が盛んであるのに対して、ひきこもり型の非行である凹型は、薬物犯やぐ犯などの軽犯罪が多く、しばしば家庭内暴力がみられ、非行性はあまりなく、対人交流は乏しい。なお、実数としては多くないが、殺人や放火などの重罪犯が凹型の一部を占めている。

3. ひきこもりから反社会的問題行動に至るリスクファクターを検討すると、個体側の要因としては統合失調症や発達障害などの疾病因または素因が重要であり、環境側の結実因子としては、いわゆるスポイルが、誘発因子としては家族システムの危機が挙げられる。

4. 本研究はパイロットスタディであり、少年院送致になった非行少年の中で医療措置を必要とする者を調査対象としている。そのため特に疾病因が濃縮されており、バイアスが生じている可能性は否めない。したがって今後の検討課題は少

年鑑別所在所中の非行少年を対象にして大規模な調査を行い、本研究結果の普遍的妥当性を高めることである。

G. 文献

- 1) 奥村雄介：最近の少年非行の動向と特質—医療少年院の現場から—。犯罪学雑誌，第 67 巻，第 3 号，2001.
- 2) 奥村雄介：非行精神医学。医学書院，東京。2006.
- 3) 奥村雄介：悪性ひきこもりの現在。臨床精神医学 33(4)；391—395，2004.
- 4) 奥村雄介：凶悪な少年非行—いわゆる「いきなり型非行」について。犯罪に挑む心理学，笠井達夫編，北大路書房，京都，2003.
- 5) 奥村雄介：「少年犯罪を考える」—精神科医の立場から。東京小児科会報 23(1)；8—10. 2004.

表1 “少年非行の二極化” 仮説

タイプ	凸型	凹型
行為障害	+	-
家庭環境	崩壊過程・虐待・ネグレクト	過保護・過干渉・家庭内暴力
対人交流	不良交友	ひきこもり
自己同一性	反社会的	非社会的
感情表出	大袈裟・顕示的	単調・平板

表2 少年非行と行為障害

	少年非行	行為障害
概念	法的モデル	医学的モデル
触法性	+	±
反復性・持続性・多方向性	±	+

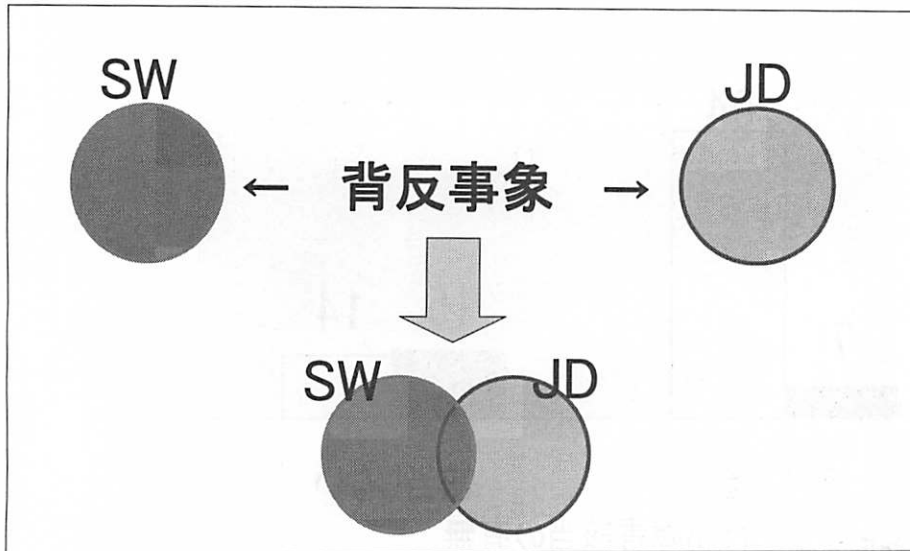
表3 非行タイプ凸凹2群と性別 人数 (横%)

		性別		合計
		男	女	
非行タイプ凸凹2群	凸型	39(60.9)	25(39.1)	64(100.0)
	凹型	13(86.7)	2(13.3)	15(100.0)
合計		52(65.8)	27(34.2)	79(100.0)

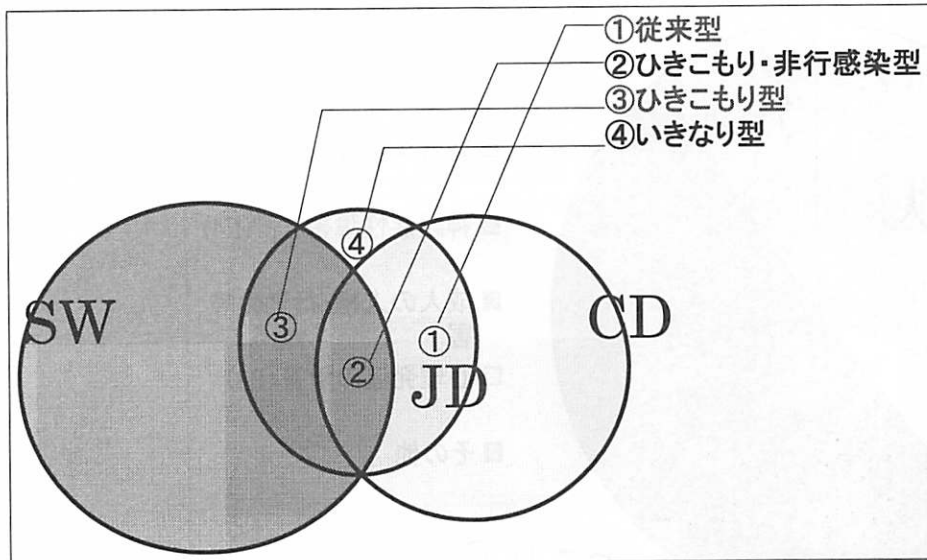
fisher exact test p<0.10

表4 非行集団所属 人数 (横%)

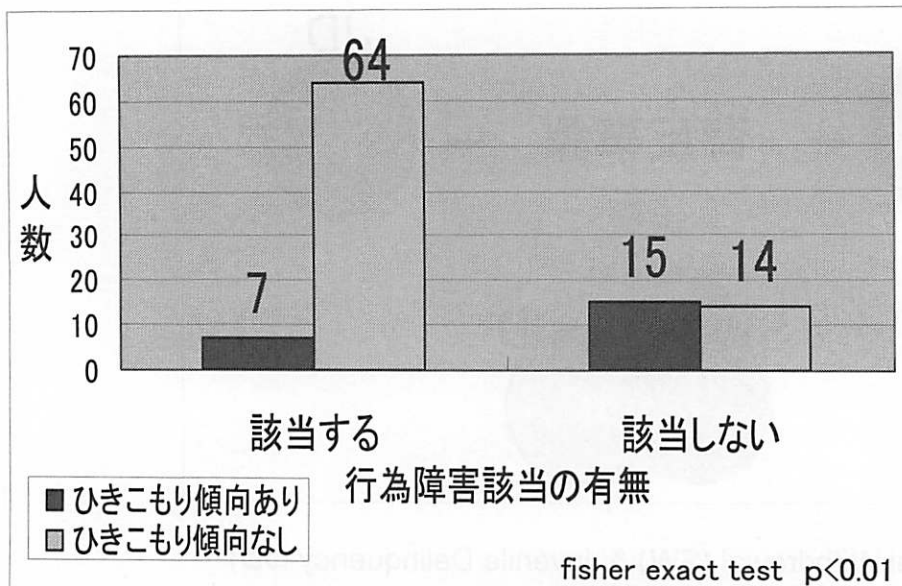
	暴力団	暴走族	地域不良集団	なし	合計
凸型	6(15.4)	13(33.3)	4(10.3)	16(41.0)	39(100.0)
凹型	0(0.0)	1(7.7)	0(0.0)	12(92.3)	13(100.0)
合計	6(11.5)	14(26.9)	4(7.7)	28(53.8)	52(100.0)



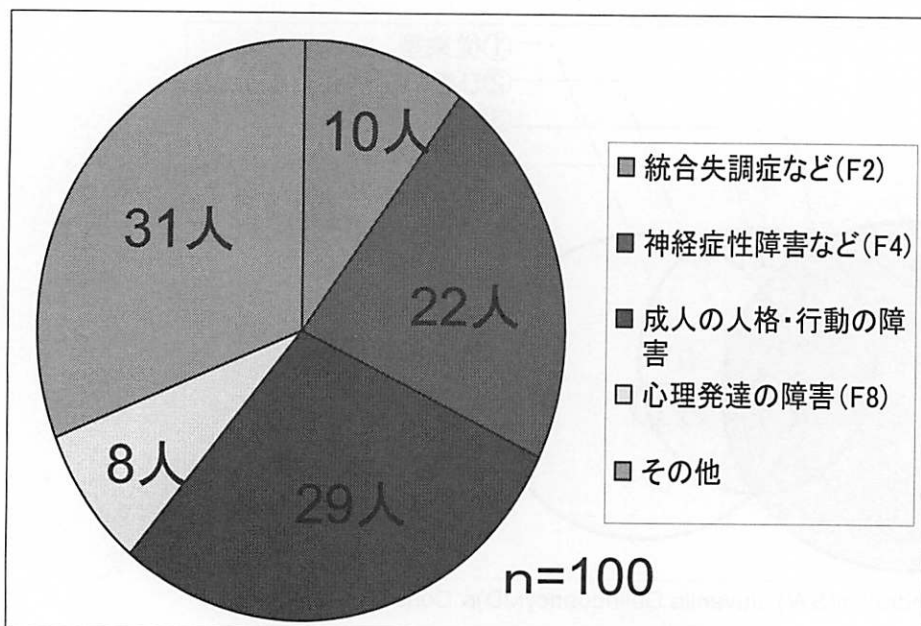
図① Social Withdrawal (SW) & Juvenile Delinquency (JD)



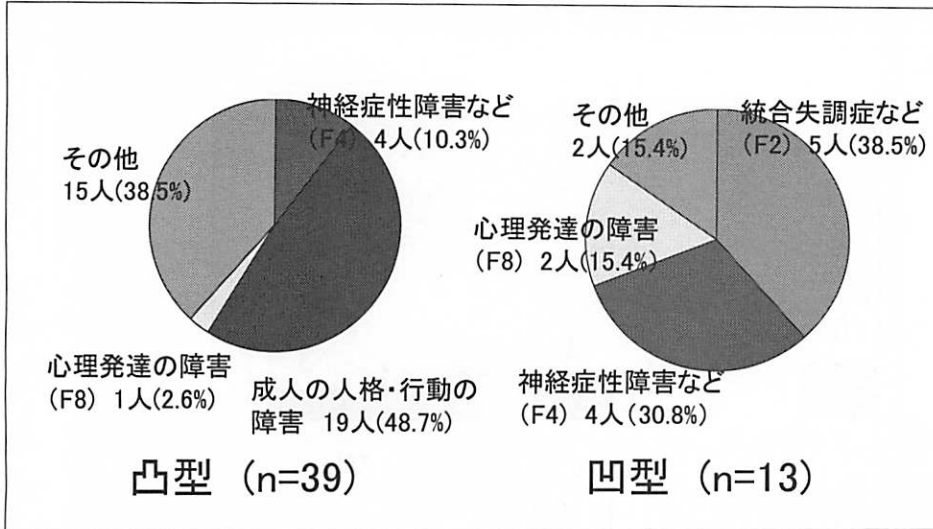
図② Social withdrawal (SW), Juvenile Delinquency (JD) & Conduct Disorder (CD)



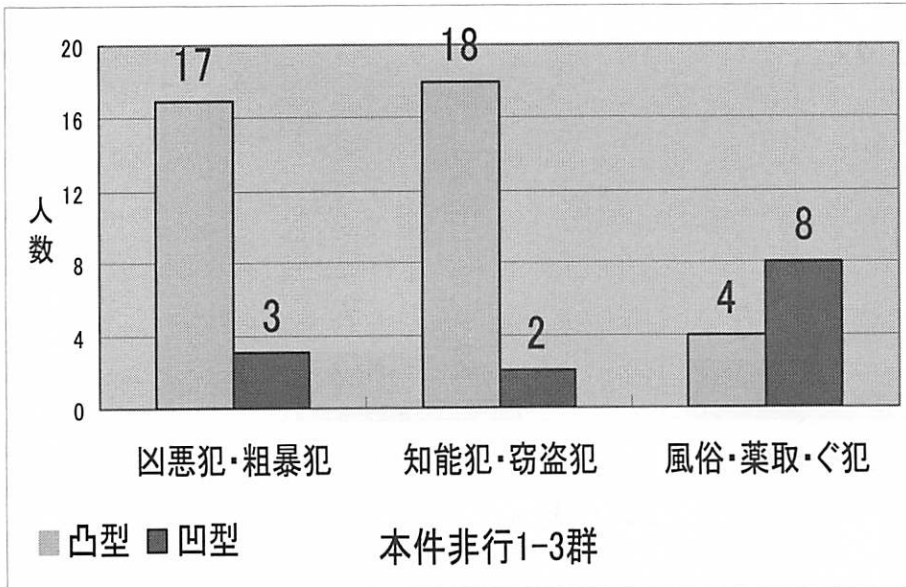
グラフ①ひきこもり傾向と行為障害の有無



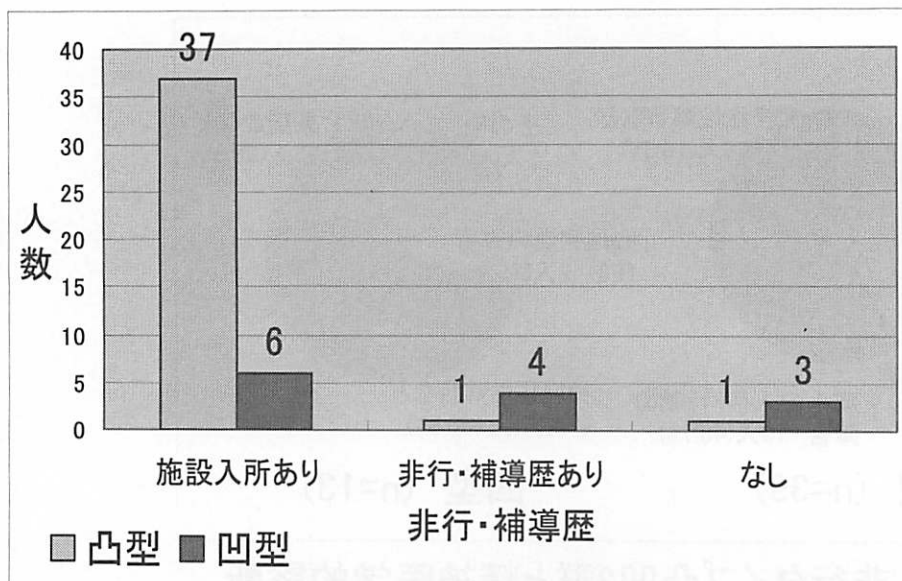
グラフ② 精神医学的診断



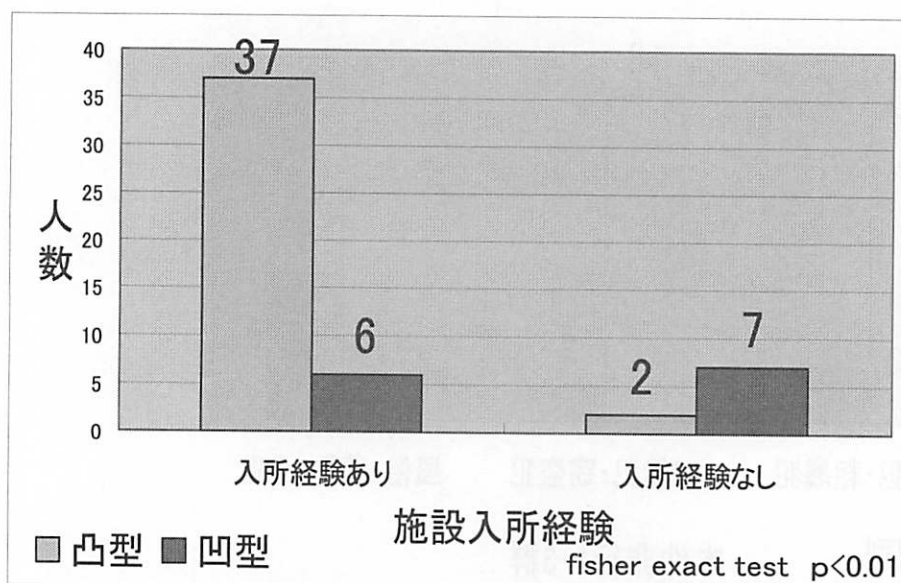
グラフ③ 非行タイプ凸凹2群と精神医学的診断



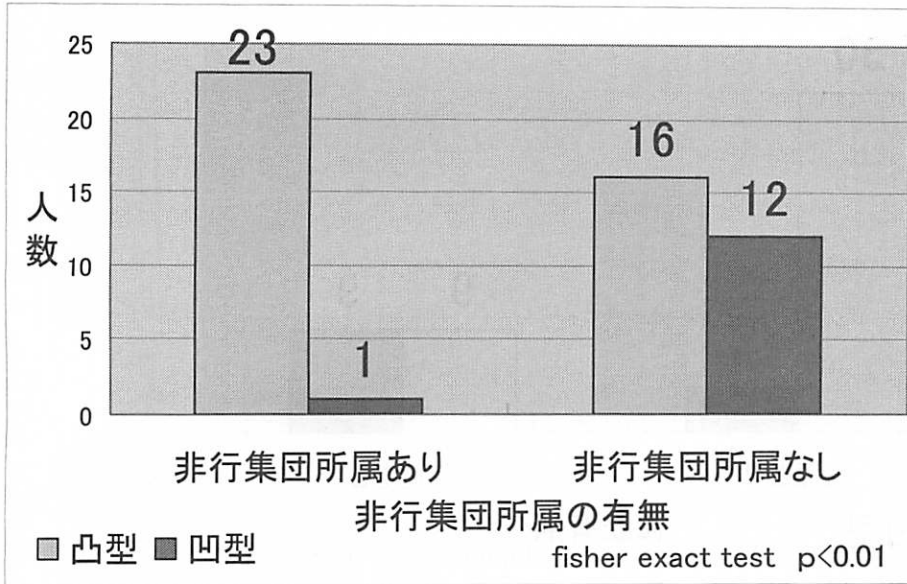
グラフ④ 非行タイプ凸凹2群と本件非行1-3群



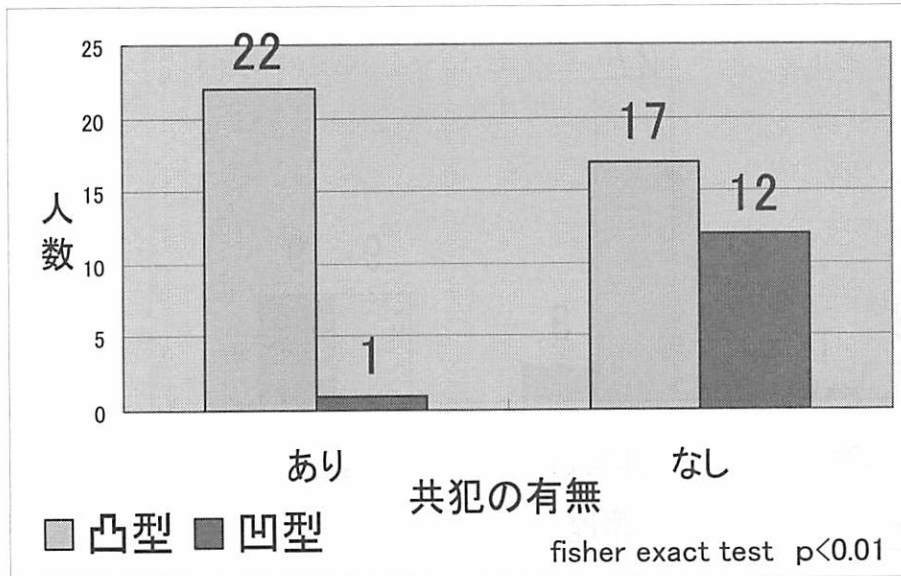
グラフ⑤ 非行タイプ凸凹2群と非行・補導歴



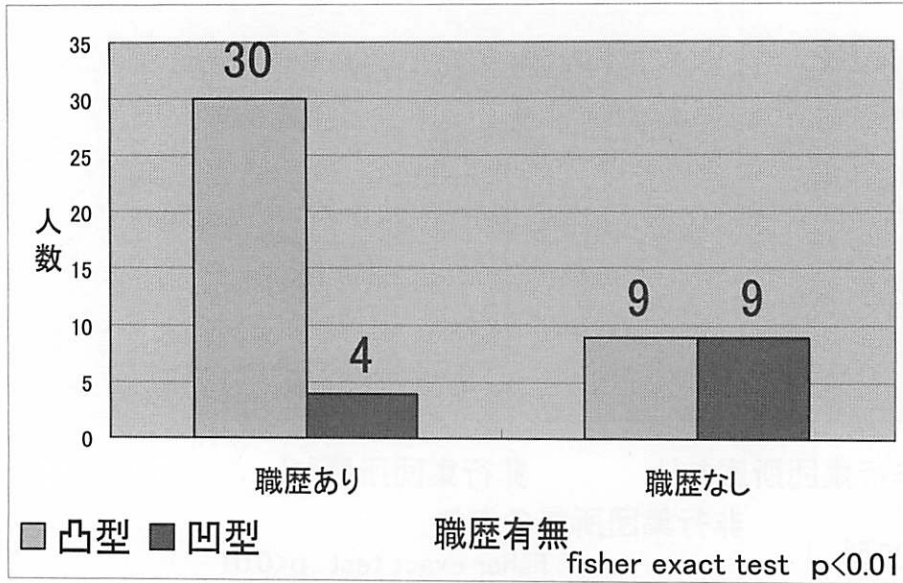
グラフ⑥ 非行タイプ凸凹2群と施設入所経験



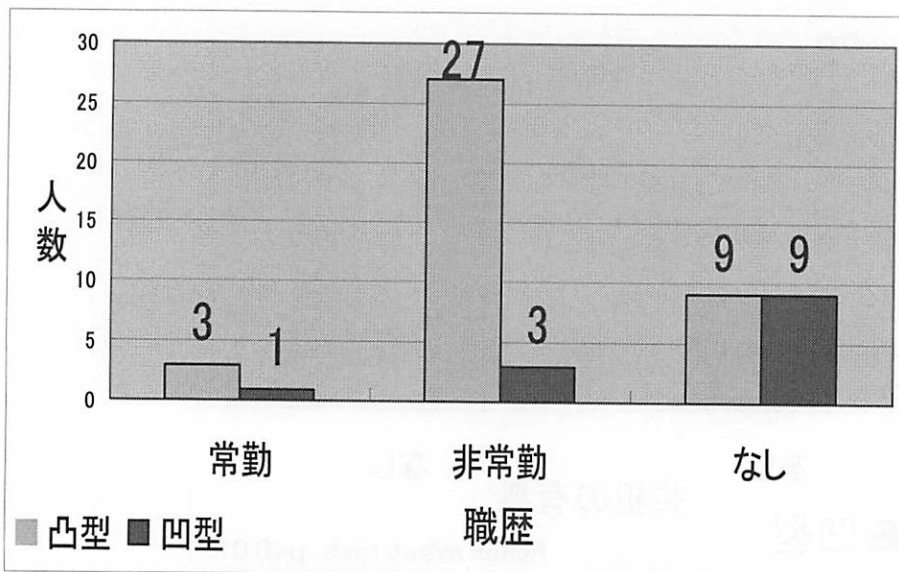
グラフ⑦ 非行タイプ凸凹2群と非行集団所属の有無



グラフ⑧ 非行のタイプ凸凹2群と共犯の有無



グラフ⑨ 非行タイプ凸凹2群と職歴有無



グラフ⑩ 非行タイプ凸凹2群と職歴

地域連携システムによるひきこもり支援と疫学的検討

分担研究者 清田晃生¹⁾

研究協力者 宇佐美政英²⁾ 大隈絃子³⁾

1)国立精神・神経センター精神保健研究所

2)国立精神・神経センター国府台病院

3)大分県精神保健福祉センター

研究要旨

ひきこもり事例において、不登校経験を有するものが一定割合存在する。本研究では文献的検討から不登校とひきこもりの関係について考察するとともに、不登校の予後という視点から検討を加えた。文献検討から、1. ひきこもりは一般人口の1～3%前後、2. 開始年齢の平均は10代後半、3. ひきこもり期間は1年前後から3、4年、4. 中学年代以前に始まるものが20-30%、5. 不登校経験または学校が関連するものは40～60%程度、6. 少なくとも半数で精神疾患が併存、と考えられた。不登校の予後研究や適応指導教室の予後調査、われわれが以前行った入院児童の予後調査の結果などを総合すると、義務教育年代に適切な支援を受けた子どもは70～80%が数年後には適応状態にあると思われる。また支援を継続することが適応状態改善に有用であることが示唆された。適切な支援体制の構築には多機関の協力という「横の連携」が必要であり、また支援継続には機関同士の「縦の連携」が必要であると考えられる。現在千葉県市川地区と大分県大分地区で施行している地域専門機関による地域連携システムは、このための1つの方策として機能すると思われた。

A. はじめに

児童青年期の臨床において不登校の占める割合は極めて高く、その一部は中学や高校を卒業した後も自宅にとどまることを経験する。一般に不登校の予後調査では、長期で見ると70%前後のものが良好な転帰を示しているが、不良群の中にひきこもりに移行した一群が存在する可能性がある。不登校とひきこもりの関係については緒論があるが、現状では両者の関連についての疫学的検討は十分とはいえない。

一方、さまざまな問題を呈する児童青年に対しては、1つの機関だけでは対応困難な場合が多く、そのため多機関での関わりが必要になる。われわれは厚生労働科学研究事業の一環として、地域連携システムの構築について検討を行

い、千葉県市川地区と大分県大分地区でモデル的に多機関参加の事例検討会を開催してきた。

そこで、今回は地域連携システムとしての事例検討を不登校・ひきこもり事例に関して施行し、こうした事例がどのような支援機関を利用しながら改善、あるいは悪化していくのかという動態を検討したいと考えている。また、他国の研究者との討論において、不登校・ひきこもり事例への対応に関して文化的相違が大きいと感じられた。そこでいくつかの国の研究者と不登校・ひきこもり事例に関する情報交換を行い、文化的側面が与える影響についても検討する予定である。こうした点から疫学研究を補完する分析を行うこととしたい。

今年度は、ひきこもりの疫学研究に関する文

献調査と検討事例の概要について報告する。また事例検討会に参加している適応指導教室の予後調査を協力して行ったのでその概要も併せて報告する。

B. 対象および方法

1) 文献研究

文献検索を PubMed で行ったところ、ひきこもり (hikikomori) としてヒットしたのは 2 例でいずれも日本人によるものであった。医学中央雑誌では多数の文献が検索された。その中で、一般人口を対象とした疫学調査をまず検討した。

2) 地域連携システムとしての事例検討

事例検討会は、平成 19 年度には市川地区と大分地区で 11 例について行った。そのうち不登校・ひきこもり事例は 7 例であった。その 7 例と大分地区で平成 16～19 年度に検討した不登校・ひきこもり事例 10 例を加えた 17 例について検討した。

3) 適応指導教室の予後調査

大分市子ども教育総合センターは適応指導教室であるフレンドリールームを併設し、義務教育年代の不登校児童生徒の支援を行っている。今回の対象は、平成 13～15 年度にフレンドリールームに通級をして中学を卒業したものの 40 名である。子ども教育相談センターから卒後の社会適応などに関するアンケートを郵送法により行った。

C. 結果

1) 文献研究

一般住民らを対象とした疫学調査として、金らが 2001 年と 2003 年に報告したもの、および Koyama ら (2008 予定) の研究があり、その概要を表 1 に示す。

また倉本は全国の保健所および精神保健福祉センターに相談件数などを調査して報告している。ひきこもりの定義は、①6 か月以上自宅にひきこもって社会参加しない状態 (学校や

仕事に行かない) が持続している、②統合失調症などの精神病ではないと考えられる、である。1 年間のひきこもり相談件数は 6151 件で、年齢が 10-15 歳のは 9.7%、16-20 歳は 23.1% を占めていた。継続期間は、6 か月～1 年が 21.8%、1～3 年が 31.9%、3～5 年が 17.9% である。40.7% で小中高での不登校経験が見られた。

高畑 (2003) は埼玉県内の相談機関・医療機関 450 施設を対象としてひきこもり調査をしている。分析対象は 306 施設 (68.0%) で、個別事例として情報が得られたものは 127 件であった。ひきこもりは、①6 か月以上自宅にひきこもり社会参加しない、②原因が統合失調症などの明らかな精神病ではない、③ 30 歳未満にひきこもりを開始した、である。現在の年齢は平均 22.0 歳 (10～45 歳) で、ひきこもり開始年齢は 17.1 歳 (6～29 歳)、ひきこもり期間は 4.81 年で、半数以上は 3 年以内であった。64.6% のものに現在または過去に不登校経験を有していた。平均して 1.76 の相談機関を利用しており、本人の受診歴があるものは 43.3% であった。

近藤ら (2007) は、山梨県精神保健福祉センターがひきこもり事例として関わっている 88 名について、精神医学的検討を行っている。ひきこもりを、年齢や社会的立場に相応した社会参加に至らず、対人関係を回避して孤立している状態、と定義し、6 か月以上のひきこもり事例を対象としている。現在の年齢は 24.8 歳 (17～35 歳)、ひきこもり開始年齢が 18.9 歳 (10～32 歳)、ひきこもり期間は 4.2 年 (6 か月～15y 年) であった。不登校歴を有するものは 42% で、なし 27%、不明 31% である。最終学歴は、中卒 (高校中退含む) 32%、高卒 42%、不明 6% だった。来談群 (29 件) の主要な精神科的診断は、精神遅滞 3 名、広汎性発達障害 10 名、統合失調症および妄想性障害 4 名、不安障害 9 名、パーソナリティ圏 4 名、保留 5 名などであった。

上記以外にも、各医療機関や相談機関におけ

るひきこもり事例についての検討を行った文献は多い。

2) 地域連携システムとしての事例検討

平成 19 年度に市川地区、大分地区で検討した事例は 11 例（男 6 名、女 5 名）で、年齢は 5～25 歳であった。主たる問題は以下のとおり。

不登校・ひきこもり事例	7 例
非社会的事例	2 例
反社会的事例	1 例
虐待関連事例	1 例

事例提出機関では、医療機関 5 例、教育機関 3 例、保健・福祉機関 3 例となっていた。

平成 16 年度から 18 年度における大分地区での検討事例の中で 10 例が不登校・ひきこもり事例であったため、今年度の 7 例を加え 17 例（男 9 名、女 8 名）で検討した。

年齢範囲は 9～25 歳で、9～12 歳が 3 例、13～15 歳 10 例、17～19 歳 3 例、20 歳以上は 1 例であった。不登校・ひきこもり開始年齢は小学校年代が 7 例、中学校年代が 8 例、中卒以後が 1 例で、1 例は詳細不明であった。随伴症状として、10 例で家庭内問題行動があり、5 例は反社会的問題行動を伴っていた。不登校・ひきこもりに関連して最初に関与した機関は、医療機関が 7 例、保健福祉機関が 5 例（うち児童相談所 3 例）、教育機関 4 例、司法機関 1 例であり、1 例は特定不能であった。医療機関が経過中に関与したものは 15 例で、その中で精神疾患が疑われるものは 13 例であった。診断（疑診含む）別で見ると、統合失調症圏 6 例、発達障害圏 5 例、強迫性障害 2 例、その他不安障害 2 例、気分障害圏 1 例などであった。

3) 適応指導教室の予後調査

19 名（男 6 名、女 3 名）から回答が得られた。（回収率 47.5%）現在の平均年齢は 20.3 歳で、平均経過年数は 5.3 年であった。中学卒業時の進路は、全日制高校が 14 名で最多であり、通信制高校 4 名、アルバイト 1 名であった。一方、高校卒業時の進路では、4 年制大学は 3 名、専

門学校が 9 名、就職が 4 名、在宅が 2 名、その他 1 名であった。中学卒業以降のひきこもりの有無に関して、6 か月以上の期間のひきこもりがあったもの 1 名、6 か月未満のひきこもりがあったもの 3 名であった。19 名中、医療機関受診歴があるものは 8 名で、現在通院中のものが 4 名いた。現在の社会適応状況を 4 段階で質問し、それを適応と不適応の二分法で検討すると、適応群は 16 名（84%）、不適応群は 2 名（11%）、未記入 1 名であった。

D. 考察

文献研究をまとめると、概ね下記のように考えられる。

1. ひきこもり経験を有するものは一般人口の 1～3%前後。
2. ひきこもりの開始年齢の平均は 10 代後半。
3. ひきこもり事例の中で、開始が中学年代以前のものは 20-30%程度存在する。
4. ひきこもり期間はほぼ 1 年前後から 3, 4 年。
5. きっかけとして不登校経験または学校が関連するものは 40～60%程度。
6. 精神疾患の併存は少なくとも半数以上に認められる。

医療機関が関与した不登校の予後についてはこれまでに各機関から多くの報告があり、それをみると、義務教育年代以後一定割合で精神障害を発症している。（表 3）われわれはかつて国立精神・神経センター国府台病院に入院し中学卒業時に退院した子どもの予後を検討した。その中で、退院後 1 年目に適応群であったものは、その 78%が 5 年以上経過した調査時点で適応を維持していた。一方、退院後 1 年目が不適応であった子ども 19 名のうち、調査時点で適応状態へ移行したものが 9 名存在し、その中の 7 名は定期的に外来フォローを継続していた。このことから、義務教育年代に精神科的困難を抱えた子どもに対して、まず適切な治療的介入を行い十分な適応状態で中学卒業を迎えること、そして高校年代にも継続してフォローする

ことが重要であることが示唆された。

これらに比較して、今回実施した適応指導教室の予後調査はより良好な結果となっていた。すなわち中学卒業後5年あまり経過した時点で、適応群が84%であった。これは適応指導教室と医療機関における重症度の差が反映している可能性がある。しかし適応指導教室群の中に医療機関受診歴を有するものが8名いて、その7名が適応群であった。この8名が医療機関を受診していなかった場合の転帰を予測することは困難であるが、現在通院中である4名のうち3名が適応群である理由の1つに医療機関による継続支援が考えられる。

今回の文献検討とこうした不登校の予後調査を合わせて考えると、義務教育年代に不登校を経験したものはひきこもり群の約1/4を占めるが、この時期から高校年代にかけて十分な支援を受けることで、成人期には社会適応が改善する可能性が高いのではないかと考えられる。

しかし、こうした長期間のフォローが可能な機関はそれほど多くない。医療機関はその1つの候補であり、児童青年の不登校、ひきこもり事例に対しても一定の役割が期待されよう。事例検討においても、医療機関関与の必要性が指摘された事例は少なくない。同時に医療機関は決して万能ではなく、アウトリーチ機能など苦手あるいは不足している機能がある。特に処遇困難事例では、家族への支援が非常に重要な役割を果たすことが多いため、支援体制にはアウトリーチ可能な機関を含めることが必要となる。したがって、各時点で、他の機関と協力して支援体制を構築する「横の連携」が重要と考えられる。

一方で教育機関や児童相談所など、支援機関や対象年齢が限られるものもあり、当該機関から他の機関へいかにスムーズに橋渡しするかは重要な問題である。こうした時間軸に沿った「縦の連携」も、短期間で終わることが少ない困難事例への支援には不可欠な視点である。そして、こうした2種類の「連携」という課題へ

の1つの回答が、地域専門機関による地域連携システムであろう。

不登校に関しては、これまで各国から報告がなされているが、文化によりその意味や対応の視点が異なるように思われる。ひきこもりに関しても同様であり、日本独自の現象なのか、他国でも類似の現象が生じているのか、その性状や対応策にどのような異同があるのかについて検討することは意義深いと思われる。その比較においては、社会学的視点は重要ではあるが、同時にどのような不登校、ひきこもり事例が実際に臨床現場に現れ、どのように対応されているのか、現実的、具体的に検討することによって臨床的意味が明らかになるのではないだろうか。そのために、先ず臨床現場で出会う症例を1つずつ集積し、比較することが望ましいと思われる。現在、フランス、イタリア、韓国の臨床家とコンタクトをとりその準備を始めているところであり、次年度以降の課題と考えている。

E. まとめ

義務教育年代を中心とする不登校およびその後のひきこもりとの関連について、文献的研究と適応指導教室の予後調査を行った。また地域専門機関による連携システムとしての事例検討を行い、具体的な事例理解と対応の構築を図った。不登校の子どもが、継続的支援を受けることでひきこもりなど社会的不適応への移行を予防できる可能性が考えられる。そして、継続的支援のための1つの方法として地域連携システムによる「縦の連携」が有効であると思われた。さらに各機関の長所、短所を補う意味での「横の連携」にも有用であると考えられる。またわが国における不登校、ひきこもりを明確にするには、他国の状況との比較が有用ではないかと思われる。

文献

- 1) 金吉晴, 堀口逸子, 森真琴: 若年者におけ

る引きこもり事例の有病率に関する予備調査. 厚生科学研究補助金平成 13 年度報告書; 13-17, 2001

- 2) 金吉晴, 堀口逸子, 横山知加: 引きこもり事例の有病率に関する実態調査. 厚生科学研究補助金平成 15 年度報告書; 19-39, 2003
- 3) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子他: 青年期引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(9); 834-843, 2007
- 4) 倉本英彦: ひきこもりの現状と展望—全国の保健所・精神保健福祉センターへの調査から—. こころの臨床 à·la·carte, 20(2); 231-235, 2001
- 5) 齊藤万比古: 不登校だった子どもたちのその後. こころの科学, 87; 81-87, 1999.
- 6) 高畑隆: 埼玉県における「引きこもり」の実態. 精神医学, 45(3); 299-302, 2003

表1 一般人口を対象としたひきこもり関係の疫学調査

	金ら(2001)	金ら(2003)	Koyamaら (2008 予定)
ひきこもりの 定義	6 か月以上自宅にひきこも り、学校や仕事に行かな い状態が続いている	同 左	同 左 たまに外出することはある が、家族以外との対人接 触はない
対象	福岡県田川市 高校1年～20歳代 551名(男239,女344)	三重県尾鷲市 20歳代～60歳代1420名 の子ども1740名	神奈川,岡山,長崎,鹿児 島,栃木,山形の10市町 20歳～49歳,1660名
	ひきこもり経験あり 21 名 (3.8%) ----- 現在あり 7 名(1.3%) 過去あり 14 名(2.5%) 15歳以下 6 名 16-18歳 5 名 19歳以上 3 名 きっかけ 学校 40% 仕事 25% 辛い出来事 25% etc	ひきこもり経験あり 16 名 (0.9%) ----- 現在あり 4 名 過去あり 9 名 不明・未記入 3 名 現在年齢 26.3 歳(17-42) ひきこもり開始年齢 19.6 歳 (11-33) ひきこもり終了年齢 20.4 歳 (11-33) ひきこもり年数 1.78 年 家族外への相談 あり 9 名, なし 5 名 不明 2 名 精神科・心療内科 7 名 知人・友人 4 名 親類, 保健所・精神保 健福祉センター各 3 名	ひきこもり経験あり 19 名 (1.2%) ----- 開始年齢 22.3 歳 うち 10-14 歳 20.1% 15-19 歳 37.4% ひきこもり期間 うち 6-11 か月 53% 12-23 か月 27% 精神疾患あり 54.5% うち 不安障害 18.2% 気分障害 31.8% 物質関連障害 25.0% etc 35%は、ひきこもり以 前に精神疾患を発症

表 2 地域連携システム（事例検討会）参加機関

市川地区	大分地区
市川児童相談所	大分県中央児童相談所
千葉県警察本部生活安全部	大分県精神保健福祉センター
千葉県精神保健福祉センター	大分県教育委員会
市川市教育センター	大分県教育センター
市川健康福祉センター	大分県警察本部少年課
市川市発達支援課	大分市児童家庭相談センター
同 保育課	大分市子ども教育相談センター
同 保健センター	大分市保健所健康課
同 子育て支援課	山本病院
中核地域生活支援センター	国立精神・神経センター精神保健研究所
国立精神・神経センター国府台病院	同 国府台病院

表 3 主要な義務教育年代の不登校に関する予後研究（齊藤 1999 を一部改変）

発表者	対 象	追跡期間	社会適応 (%)		追跡期間中の 精神障害発症など
			良好	不良	
若林ら (1983)	精神科外来 N=25	発症から 5~21 年	56	44	同一性障害 12%, 回避 性人格障害 4%, 境界例 12%
梅沢 (1984)	児童病棟 N=40	退院から 2~12 年	75	25	記載なし
大高ら (1986)	精神科外来 N=40	発症から 6~22 年	65	35	統合失調症なし, 対人恐怖症 10%
森口 (1986)	精神科外来 N=41	初診から 4 年以上	61	39	統合失調症 33%, 気分 障害 10%, 神経症 10%
齊藤ら (1989)	児童病棟 N=92	退院から 4~21 年	70	30	統合失調症 8%, 神経症 4%, 人格障害 4%
森田ら (2001)	H5 に中学卒業 N=1265	中卒後 5 年	77*	23*	記載なし

* 仕事または学校の有無で判定した

児童期・前思春期のひきこもりに対する 精神医学的治療・援助に関する研究（1）

分担研究者 渡部京太¹⁾

研究協力者 齊藤万比古¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 平理英子¹⁾ 鈴木祐貴子¹⁾

平栗裕美¹⁾ 井上喜久江¹⁾ 岩垂貴喜¹⁾ 上野耕揮¹⁾ 早川洋¹⁾ 磯野友厚¹⁾

佐藤裕美子¹⁾ 入砂文月¹⁾ 木沢由紀子¹⁾ 川上桜子¹⁾ 中里容子¹⁾

1) 国立精神・神経センター国府台病院

研究要旨

当院児童精神科における児童期・前思春期の不登校（ひきこもり）への診療の状況を明かにする目的で、平成19年7月17日から10月12日までの3ヶ月間、当院児童精神科で通院治療を行なっているもののうち、①調査時点で小学生以上のもの、②平成18年12月までに受診した対象に調査を行った。3ヶ月間に1084名（男683名、女401名）の外来受診者があった。そのうち21歳未満の受診者1035名（男655名、女380名）を解析対象とした。1035名中463名（男238名、女225名）に調査時点および治療経過中に不登校（ひきこもり）を認めた。調査時点で不登校（ひきこもり）だったものは、242名（/463名=52.3%：男133名、女109名）だった。小学生年代は33名（/53名=62.3%：男19名、女14名）、中学生年代は101名（/154名=65.6%：男58名、女43名）、高校生年代は79名（/184名=42.9%：男40名、女39名、18歳以上21歳未満のもの29名（/71名=40.8%：16名、女13名）だった。

調査時点で不登校（ひきこもり）を示していた疾患は、男児では①広汎性発達障害、②強迫性障害、③全般性不安障害、女児では①全般性不安障害、②適応障害、③広汎性発達障害の順で多かった。中学校卒業後在宅のものが18名で、そのうちひきこもり状態のものは16名だった。さらに高校卒業後在宅のものが20名で、ひきこもり状態のものは15名だった。今後、義務教育年代以降に在宅で引きこもり状態のものについて詳細に調査したいと考えている。

A. 研究目的

当院児童精神科の治療構造は、①中学3年までの新規外来患者の診療を受けつけている（中学3年までに初診した患者については、以後も診療を継続している）、②小学生・中学生が入院できる41床の児童精神科専門病棟（開放病棟）がある、③院内小・中学校が併設されており、院内学級と連携して年単位の長期の入院を行うこともある、といった特徴があげられる。当院児童精神科における不登校（ひきこもり）への診療状況を明らか

にする目的で、通院治療を行っているものを対象に調査を行った。本研究における「不登校（ひきこもり）」は、本研究班の『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、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態』という定義に従った。

B. 研究方法

平成19年7月17日から10月12日までの3

ヶ月間、当院児童精神科で通院治療を行なっているもののうち、①調査時点で小学生以上のもの、②平成18年12月までに当科を受診したものを調査対象とした。調査票は、①調査時点までの不登校（ひきこもり）の有無、②初診時の状態像、診断、適応状況（GAF値）、③調査時点での、随伴症状、診断、適応状況、④通院で行なわれた治療、⑤入院治療の有無、⑥連携機関、⑦小児逆境体験（ACE）の質問項目、⑧自傷行為、自殺企図の有無などからなる。調査票は、各主治医が記載した。

C. 結果

1) 対象の特性

3ヶ月間に1084名（男683名、女401名）の外来受診者があった。そのうち21歳未満の受診者1035名（男655名、女380名）を解析対象とした。1035名中463名（男238名、女225名）に調査時点および治療経過中に不登校（ひきこもり）を認めた。

対象の発症年齢は5～18歳に分布し、平均11.6±2.4歳（男女ともに11.6±2.4歳）だった。初診時年齢は2～18歳に分布し、平均11.8±2.4歳（男：11.7±2.4歳、女：11.9±2.4歳）だった。調査時年齢は6～20歳に分布し平均15.0±2.7歳（男：14.9±2.7歳、女：15.2±2.6歳）だった。

2) 診断

調査時点および治療経過中に不登校（ひきこもり）を認めた463名のDSM-IV-TRに基づく診断は表1に示した。①広汎性発達障害、②全般性不安障害、③気分変調性障害、④適応障害、強迫性障害、⑤統合失調症の順で多かった。

調査時点で不登校（ひきこもり）を示していた疾患は、男児では①広汎性発達障害、②強迫性障害、③全般性不安障害、女児では①全般性不安障害、②適応障害、③広汎性発達障害の順で多かった。

3) 不登校（ひきこもり）に行われている治療

対象の463名に行われている治療は、親ガイダンス（421名）、遊戯療法を含めた個人精神療

法（417名：うち24名が遊戯療法）、入院治療（143名）、院内学級の利用（59名）の順で多かった。

4) 連携機関

不登校（ひきこもり）の子どもが在籍している学校との連携が59名、教育相談機関（53名）、適応指導教室（34名）、児童相談所（33名）の順で多かった。

5) 調査時点で不登校（ひきこもり）状態の対象の解析

i) 調査時点で不登校（ひきこもり）の対象

調査時点で不登校（ひきこもり）だったものは、242名（/463名=52.3%：男133名、女109名）だった。小学生年代は33名（/53名=62.3%：男19名、女14名）、中学生年代は101名（/154名=65.6%：男58名、女43名）、高校生年代は79名（/184名=42.9%：男40名、女39名、18歳以上21歳未満のもの29名（/71名=40.8%：16名、女13名）だった。図1、図2、図3、図4に、不登校（ひきこもり）の対象の在籍クラスや進路について示した。

小学生と中学生年代を比較すると、中学生年代になると教育相談機関への通所、適応指導教室、情緒障害学級の利用が多くなることが示された。中学校卒業後在宅のものが18名で、そのうちひきこもり状態のものは16名だった。さらに高校卒業後在宅のものが20名で、ひきこもり状態のものは15名だった。

ii) 小学生の不登校（ひきこもり）について

小学生の対象について、「調査時不登校（+）群」と「不登校（-）群」を比較すると、「調査時不登校（+）群」では、①「調査時GAF尺度」が低い（「不登校（+）群」：57.4 v.s. 「不登校（-）群」：69.0）、②「ADHD」の子どもが少ない、という結果が得られた。

iii) 中学生の不登校（ひきこもり）について

中学生の対象について、「調査時不登校（+）群」と「不登校（-）群」を比較すると、「調査時不登校（+）群」では、①「調査時の身体症状」が多い、②「過量服薬」という自殺企図が少ない、③「精神遅滞」の子どもが少ない、④「感情安定

薬」を処方されていた子どもが少ない、⑤「入院治療」を行われた子どもが少ない、⑥「入院回数」も少ない、⑦「教育相談機関」「適応指導教室」との連携が多く行われている、⑧「調査時 GAF 尺度」が低い（「不登校（+）群」：58.4 v.s. 「不登校（-）群」：69.2）、という結果が得られた。

iv) 義務教育以降の不登校（ひきこもり）について

「義務教育年代の不登校（ひきこもり）」と「義務教育年代以降の不登校（ひきこもり）」を比較すると、「義務教育年代以降の不登校（ひきこもり）」では、①「調査時の抑うつ症状」、また「リストカット」などの自傷行為、「過量服薬」による自殺企図、「死にたい」と訴えるものが多い、②「抗精神病薬」「睡眠導入薬」を処方されたものが多い、③「院内学級」を利用したものや「入院治療」を受けたものが多い、④学校との連携を行ったものは少ない、⑤「広汎性発達障害」は少なく、「統合失調症」「強迫性障害」「パーソナリティ障害」が多い、⑨「不登校（ひきこもり）の発症年齢」「初診時年齢」は高い、⑩入院回数は多い、⑪調査時の GAF 値は高い（「義務教育年代群」：62.1 v.s. 「義務教育年代以降群」：65）、という結果が得られた。

D. 考察

中学生の「調査時不登校（+）群」では、身体症状が多く、治療介入では教育相談機関や適応指導教室との連携が多く行われていた。逆に「調査時不登校（-）群」では、「過量服薬」という自殺企図が多く、「感情安定薬」の処方や「入院治療」を受けた子どもが多いという結果が得られた。この結果から、自殺企図といった衝動行為を伴った不登校（ひきこもり）のものが、「感情安定薬」の処方を受けたり「入院治療」に結びつくことが多く、「入院治療」によって不登校（ひきこもり）から改善していく可能性が示唆された。小学生の「調査時不登校（+）群」では ADHD の子どもが少ない、中学生の「調査時不登校（+）群」では「精神遅滞」の子どもが少ないという結果が得

られた。小学生の ADHD や中学生の精神遅滞は、適切な介入により不登校（ひきこもり）から改善する可能性が高いことが示唆された。

「義務教育年代の不登校（ひきこもり）」と「義務教育年代以降の不登校（ひきこもり）」を比較した結果から、「義務教育年代以降群」は、①「入院治療」とあわせて「院内学級」を利用し、不登校（ひきこもり）は改善傾向に向かいつつあり経過を追跡されているもの、②慢性の抑うつ症状、自傷行為、自殺企図、「死にたい」という訴えが続き「パーソナリティ障害」へと展開しつつあるものや「強迫性障害」のように難治性で義務教育年代以降も intensive な治療を必要としているもの、③「統合失調症」や「気分障害」といった成人型の精神障害の診断がなされ今後も治療継続が必要なものと大別されることが示唆された。

E. 結論

当院児童精神科における児童期・前思春期の不登校（ひきこもり）への診療の状況を明らかにする目的で、平成 19 年 7 月 17 日から 10 月 12 日までの 3 ヶ月間、通院治療を行なっているもののうち、①調査時点で小学生以上のもの、②平成 18 年 12 月までに受診した対象に調査を行った。3 ヶ月間に 1084 名（男 683 名、女 401 名）の外來受診者があった。そのうち 21 歳未満の受診者 1035 名（男 655 名、女 380 名）を解析対象とした。1035 名中 463 名（男 238 名、女 225 名）に調査時点および治療経過中に不登校（ひきこもり）を認めた。調査時点で不登校（ひきこもり）だったものは、242 名（/463 名=52.3%：男 133 名、女 109 名）だった。小学生年代は 33 名（/53 名=62.3%：男 19 名、女 14 名）、中学生年代は 101 名（/154 名=65.6%：男 58 名、女 43 名）、高校生年代は 79 名（/184 名=42.9%：男 40 名、女 39 名、18 歳以上 21 歳未満のもの 29 名（/71 名=40.8%：男 16 名、女 13 名）だった。中学校卒業後在宅のものが 18 名で、そのうちひきこもり状態のものは 16 名だった。さらに高校卒業後

在宅のものが20名で、ひきこもり状態のものは15名だった。今後、義務教育年代以降に在宅で引きこもり状態のものについて詳細に調査したいと考えている。

文 献

- 1) 齊藤万比古:不登校の児童・思春期精神医学. 金剛出版, 東京, 2006.
- 2) 本城秀次:児童期・思春期の不適応現象と精神病理(総説).精神科診断学,9:153-165,1998

表1 対象の診断

1) 通常、幼児期、小児期、または 青年期に初めて診断される障害	社会恐怖：13名(8/5：1/5/5/2)
精神遅滞：36名(22/14：1/13/18/4)	外傷後ストレス障害：4名(2/2：0/1/2/1)
学習障害：4名(4/0：0/1/2/1)	全般性不安障害：47名(18/29：5/19/23/0)
吃音3名：(3/0：1/1/1/0)	特定不能の不安障害：19名(10/9：4/0/9/6)
広汎性発達障害：142名(102/40：24/54/43/21)	強迫性障害：42名(26/16：4/8/21/9)
AD/HD：20名(14/6：6/8/9/2)	5) 身体表現性障害
行為障害：4名(14/6：1/0/3/0)	身体化障害：10名(6/4：1/3/6/0)
反抗挑戦性障害：19名(15/4：4/8/6/1)	鑑別不能型身体表現性障害：7名(4/3：1/3/2/1)
特定不能の破壊性行動障害：2名(2/0：1/0/1/0)	転換性障害：3名(0/3：0/1/0/2)
トゥレット障害：2名(1/1：0/0/2/0)	身体醜形障害：1名(0/1：0/1/0/0)
慢性チック障害：3名(3/0：0/1/2/0)	特定不能の身体化障害：10名(3/7：3/4/1/2)
遺尿症：1名(1/0：1/0/0/0)	6) 解離性障害
分離不安障害：15名(8/7：6/8/0/1)	解離性健忘：1名(1/0：1/0/0/0)
選択性緘黙：8名(4/4：0/5/3/0)	離人症性障害：1名(0/1：0/0/1/0)
2) 統合失調症および他の精神病性障害	特定不能の解離性障害：3名(2/1：0/1/1/1)
統合失調症：41名(12/29：0/6/18/17)	7) 摂食障害
妄想性障害：1名(1/0：0/1/0/0)	神経性無食欲症：9名(0/9：1/3/3/2)
短期精神病性障害：1名(0/1：0/1/0/0)	神経性大食症：2名(0/2：0/0/1/1)
3) 気分障害	8) 睡眠障害
大うつ病：10名(7/3：2/1/5/2)	概日リズム睡眠障害：1名(1/0：0/0/1/0)
気分変調性障害：45名(9/36：1/15/24/5)	9) 他のどこにも分類されない運動制御の障害
特定不能のうつ病性障害：4名(3/1：1/2/1/0)	間歇性爆発性障害：3名(1/2：0/1/2/0)
双極Ⅱ型障害：1名(1/0：0/0/1/0)	抜毛癖：1名(0/1：0/1/0/0)
特定不能の双極性障害：1名(1/0：0/0/0/1)	10) 適応障害：42名(14/28：6/23/13/0)
4) 不安障害	11) パーソナリティ障害：15名(8/7：0/0/9/6)
パニック障害：5名(1/4：1/1/3/0)	12) 臨床的関与の対象となることのある状態、 追加：境界知能11名(4/7：0/3/3/5)
広場恐怖：2名(1/1：0/0/2/0)	

【N=463：重複あり：(男/女：小学生/中学生/高校生/18歳以上)】

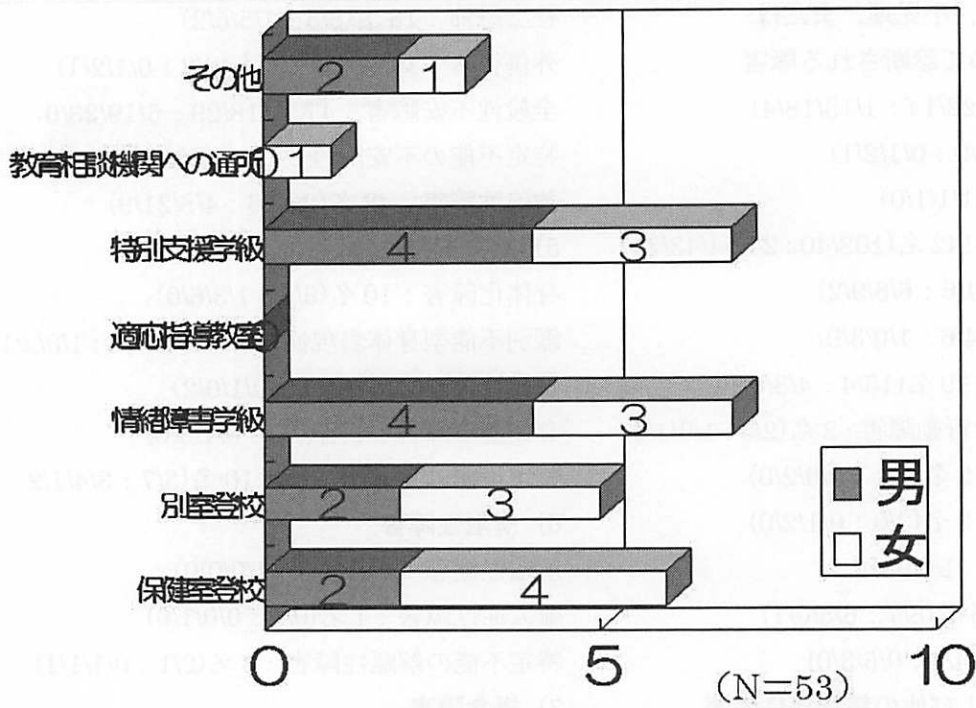


図1 小学生の不登校（ひきこもり）の子どもの在籍クラス

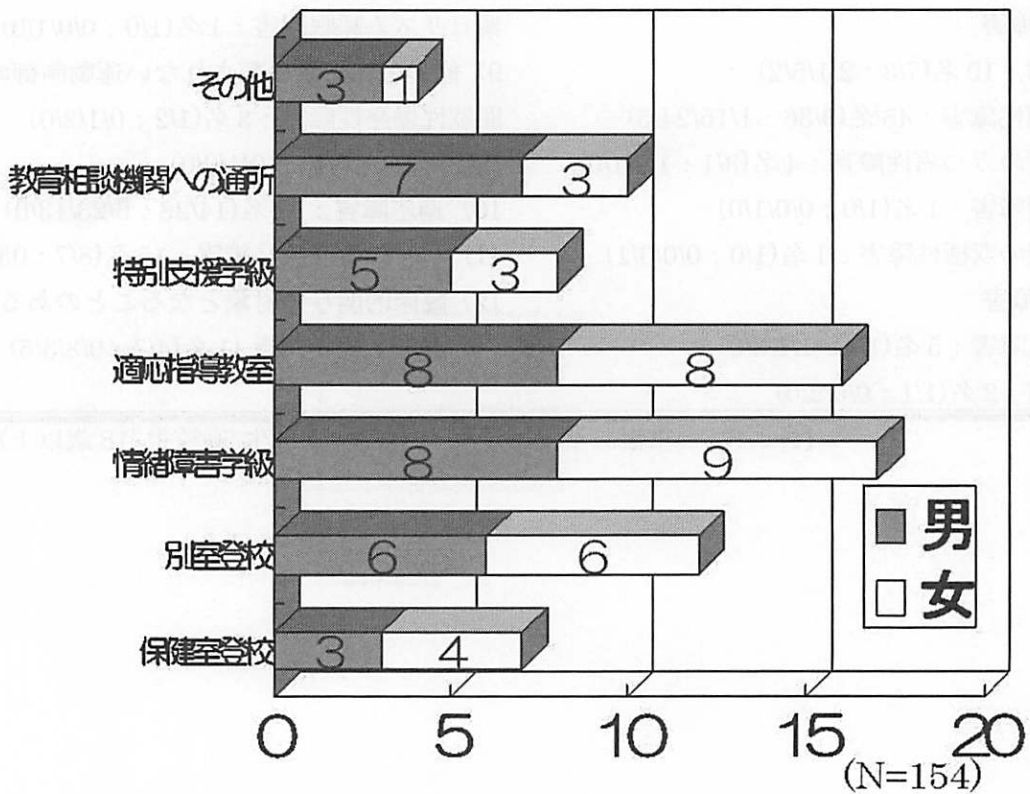


図2 中学生の不登校（ひきこもり）の在籍クラス

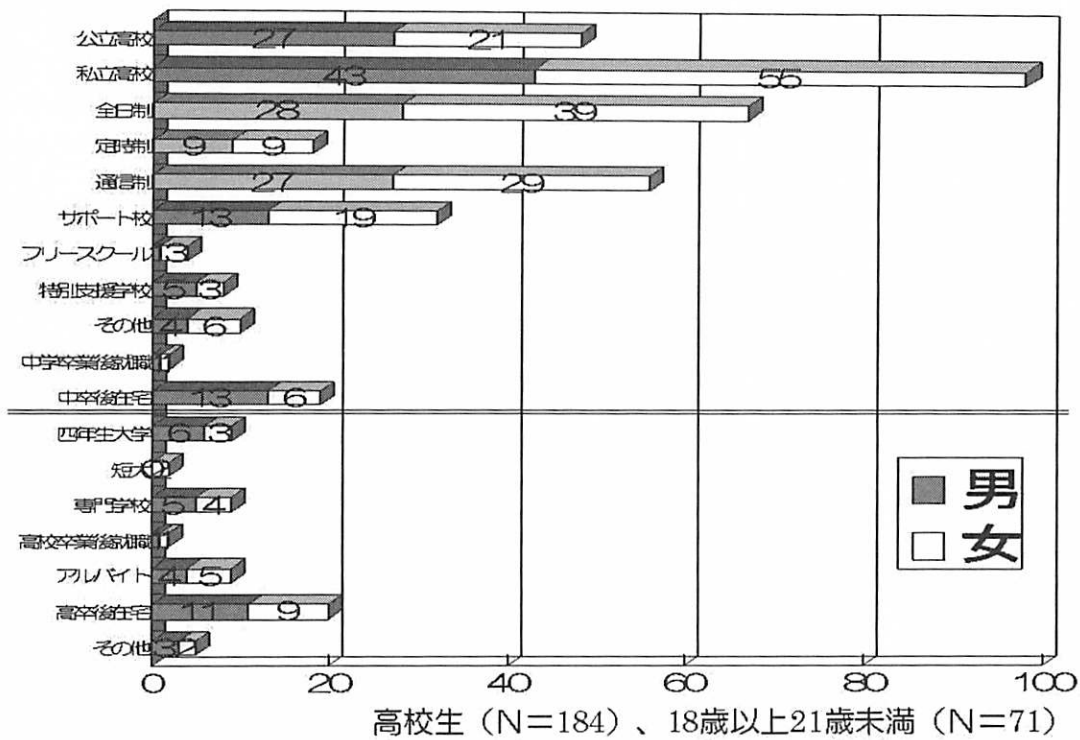


図3 義務教育年代以降の不登校（ひきこもり）対象の在籍場所

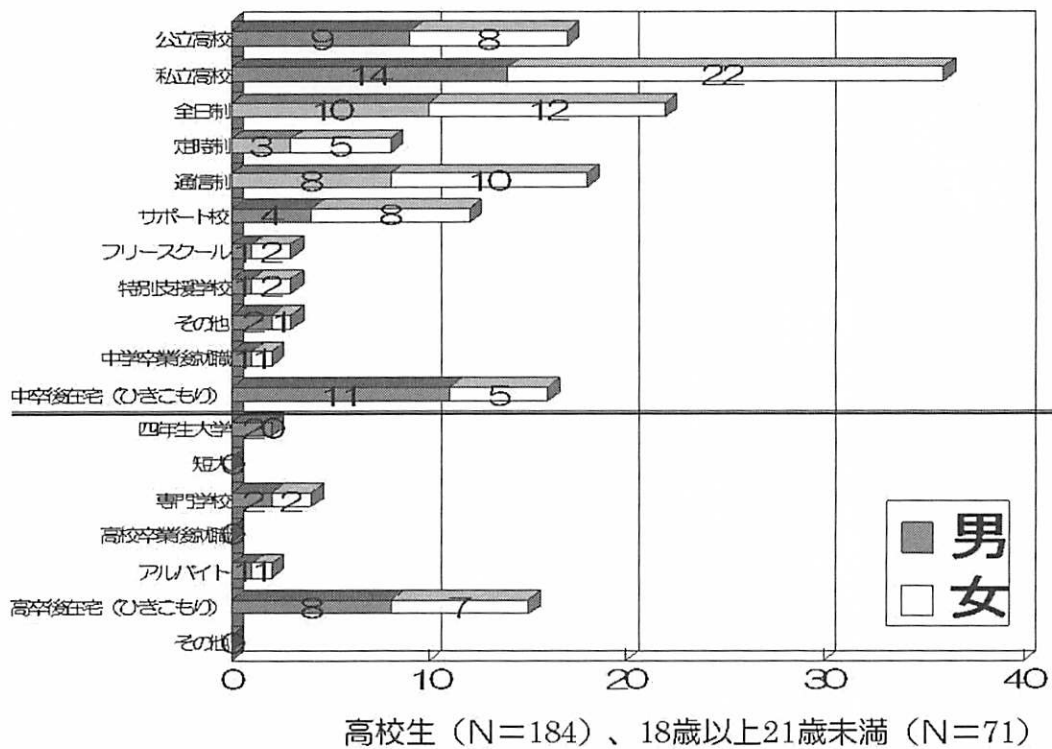


図4 義務教育年代以降の不登校（ひきこもり）対象のなかで、調査時に不登校（ひきこもり）を認めたものの在籍場所

ひきこもり青年の就労支援に関する研究

分担研究者 原田豊¹⁾

研究協力者 川口栄¹⁾ 大塚月子¹⁾

1) 鳥取県立精神保健福祉センター

研究要旨

ひきこもり者の就労支援に関しては具体的な社会制度や施策が不十分な現状にある。今回、今後のひきこもり青年に対する就労支援のあり方について検討を行うために、就労支援の現状について調査を行った。この結果について、考察を加え報告する。

(1) 就労支援の状況を見るために、全国の精神保健福祉センター（以下、センター）を対象に、ひきこもりに関する支援活動や就労援助等の実態に関するアンケート調査を実施した（回答率 100%）。ほとんどのセンターで、ひきこもりの相談をうけており、相談件数は増加してきている。本人のデイ・ケアや家族のグループワーク、家族教室等がそれぞれ 30 数カ所のセンターで実施されている。半数以上のセンターがひきこもり者の中に発達障害のある者が「多くある」「やや多くある」と回答し、8割以上が発達障害に関する理解が必要と感じている。半数で就労に関する相談があるとしているが、センター自身が就労の支援を行っているところはわずかである。就労支援の連携機関としては、本人が「精神障害者保健福祉手帳」を有している場合は、障害者就労支援センター、障害者地域生活支援センター等を、有していない場合は、ヤングハローワーク・ジョブカフェ等をあげており、両面での連携が重要である。また、県・市町村や NPO 法人等が事業を実施している所も多く、これらとの連携等も必要とされる。しかし、ひきこもり者は、対人不安や人間関係の確立の苦手さなどの、さまざまな困難な状況が認められ、これらの症状の改善、関わりなどへの取り組みの必要性も課題とされている。

(2) 就労相談機関の現状を見るために、鳥取県内の就労相談機関へのアンケート調査を実施した。これらの相談機関では、ひきこもり者の相談は、多くはないという状況にある。対応に悩むこととして、半数のものが、「十分に就労能力がない」をあげており、就労そのものよりも、就労に至るまでの対応について相談できる機関や就労能力が充分にない方への訓練機関等の必要性をあげていた。また、ひきこもり者の相談において、発達障害のあるもの、その可能性を考えられるものも見られ、「十分なコミュニケーションがもてない」「十分に就労能力がない」など対応の仕方の難しさもあり、多くのものが、ひきこもりや発達障害に関する研修の必要性を感じていた。また、ひきこもり者の就労相談に関しては、本人からの希望よりも、家族からの方が積極的であるとの記載もあり、家族への支援も重要である。

今後は、ひきこもり者に対する就労支援を行っている機関の具体的な現状、問題点を把握し、今後、どのような多面的な支援が必要か、どのような形で相互に連携を持っていくの

かを検討していく必要がある。また、障害者への就労支援をしている機関、及び一般の就労支援をしている機関の両者に対して、ひきこもりや発達障害に関して、より理解を深めるために、関わり方などに関する研修等が必要と考えられる。

A. 研究目的

近年、就学、就労等の社会参加や対人的交流を避け、自宅を中心とした生活をおくる「社会的ひきこもり」への関心が高まっている。これに対し、厚生労働省は「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（平成15年）」を公表し、地域精神保健領域での対応指針を示しているものの、就労支援に関しては十分な対応が行われていないのが現状である。今回、現在の就労支援体制の現状を知るために、(1) 全国の精神保健福祉センター（以下、センター）へのアンケート調査、及び(2) 鳥取県内における就労相談機関へのアンケート調査を実施した。今後のひきこもり青年に対する就労支援のあり方について、考察を加え報告する。

B. 研究方法

(1) 全国の精神保健福祉センターへのアンケート調査

全国の精神保健福祉センター66か所を対象に、各センターが行っているひきこもり者を対象とした相談・面接、事業、就労支援に関する連携等について、アンケート調査票を郵送にて送付した。回答期間は、平成19年8月20日より9月末日までとし、郵送、FAX、もしくは電子メールによりアンケートの回答を得た。回答率は100%であった。

(2) 鳥取県内における就労相談機関へのアンケート調査

鳥取県内就労相談機関12か所（若年仕事ぶらざ、各ハローワーク、障害者職業センター、障害者支援センター等）に勤務する41名を対象に、各就労相談機関が行っているひきこもり者を対象とした相談、就労支援に関する連携等につ

いて、アンケート調査票を郵送にて送付した。回答期間は、平成19年9月10日より9月末日までとし、郵送によりアンケート調査票の回収を行った。回答数は26名、回答率は63.4%であった。

C. 研究結果

(1) 全国の精神保健福祉センターへのアンケート調査

1) ひきこもり相談について（表1-1~4）

全国精神保健福祉センター66か所中63か所（95.5%）がひきこもりに関する相談を受けており、相談延件数・実件数は、大半のセンターが、伊藤ら²⁾(2003)による調査時と比較して増加している（表2）。他の3か所も、何らかの形でひきこもりに関する相談を受けている。

66か所中21か所（31.8%）が、ひきこもりに関する相談を特定の専門相談として実施しており、一方で、49か所（74.2%）のセンターが一般の精神保健福祉相談の中で、ひきこもりの相談を受けている（図1-2）。

これらの相談に対して、49か所（74.2%）が、継続して相談・面接を行っている。また、必要に応じて他の関係機関への紹介、自らのセンターで実施しているグループ活動や家族教室等への紹介を行っている（図1-3）。

他機関への紹介に関しては、医療機関31か所（47.0%）、NPO等の相談機関29か所（43.9%）、保健所・福祉事務所27か所（40.9%）等が多く、一方で市町村は3か所（4.5%）と少ない。その他としては、青少年相談センター、若者就業サポートステーション等があげられている（図1-4）。

2) 発達障害との関連について（表1-5~7）

ひきこもり相談のなかで、相談の背景に発達障害（疑いも含めて）が考えられるものが、多くある（14か所）、もしくは、やや多くある（20

か所)と回答したものは、合わせて34か所(51.5%)であった(図1-5)。また、ひきこもり者の支援において、発達障害等に関する理解や対応が必要であると、多く感じる(32か所)、もしくは、やや多く感じる(23か所)と回答したものは、合わせて55か所(83.3%)であった(図1-6)。ひきこもり相談において、対象者が発達障害の可能性がある場合は、43か所((65.2%)が所内での個別相談、40か所(60.6%)が所内での家族相談を行っている(図1-7)。連携の機関として、発達障害支援センターが33か所(50.0%)、精神科医療機関が33か所(50.0%)であり、この他には、NPO団体や、親や本人の会等があげられていた。一方で、保健所との連携はわずか8か所(12.1%)である。

3) ひきこもり本人及び家族を対象とした活動について(表1-8)

ひきこもり本人及び家族を対象とした活動として、グループワーク・デイケア等41か所(62.1%)、家族を対象としたグループワーク・家族会34か所(65.2%)、家族教室36か所(54.5%)であった。この他にも、家族交流会の開催や当事者グループへの支援、親の会等への側面的支援等を行っている(図1-8)。

4) 就労を目的としたひきこもり相談について(表1-9~13)

就労を目的とした相談があるものは35か所(53.0%)、ないものは30か所(45.5%)であった。相談の内容については、就労の内容そのものだけではなく、そこに至る対人関係や面接への不安等さまざまである。

就労に関しての相談への対応は、センターによってさまざまであり、就労相談機関への紹介や連携等を行っている(表2)。

センターにおいて就労を目的とした事業や活動があると回答したものは5か所(7.6%)のみで、内容としては、就労に関した講話やグループ・ワーク、見学、体験学習等である。

一方で、ひきこもり者の就労に関しての支援

を行っているところは、県や市町村では、31か所(47.0%)、NPO団体では、54か所(81.8%)となっている。具体的な内容としては、若者サポートステーション、若者自立塾等があげられている。

5) 就労に関する連携(表1-14~16)

各センターが、日頃、精神障害等の障害者の就労に関して連携をとっている機関として、障害者就労支援センターが41か所(62.1%)、障害者地域生活支援センターが38か所(57.6%)、ハローワーク(公共職業安定所)が36か所(54.5%)であった(図1-14)。一方で、ヤングハローワーク・若者プラザは17か所(25.8%)であり、その他としては、障害者職業センターや社会適応訓練事業の実施窓口である保健所等である。これに対し、日頃、ひきこもり者の就労に関して連携をとっている機関としては、ヤングハローワーク・若者プラザが30か所(45.5%)と最も多く、その他として、若者就業サポートステーション、若者就労支援センター(ジョブカフェ)等があげられている(図1-15)。また、他機関からの就労に関する相談については、ヤングハローワーク・若者プラザが12か所(18.2%)と最も多いが、特にないが39か所(59.1%)であった。

6) 就労に関する研修会等(表1-17~18)

平成16年度以降で、各センターにおいて、ひきこもり者の就労に関する研修会等を開催したところは9か所(13.6%)であった。

その他、ひきこもり者の就労に関する意見としては、

- ・ ひきこもり者を対象にした職親制度やジョブコーチ利用の拡大が望まれる。
- ・ 社会的ひきこもりには発達障害、特にPDDが多く含まれているという認識から一人一人の抱える問題点を評価した上で障害特性に即した支援が必要である。
- ・ 当センターにおいては、就労以前の課題(家族の理解、本人のひきこもりからの

脱出等)に対し、個別面接やグループ活動等への参加を促す取組みが中心となっている。

- ・ ニート・フリーター対策事業と連携を図ることで引きこもり者に対する効果的な就労支援ができると考える。
- ・ いきなり就労は難しいのでトライアルジョブや職場体験など、前段階の必要性を感じている。
- ・ 対人問題等のために就労支援機関になぐまでにかかなりの時間を要するのが現状である。
- ・ 発達障害を持つが手帳の取得ができない人は、障害者としての就労支援が受けられないため、支援の手段が乏しい。

などが見られ、ひきこもりの就労に関する支援は、対人関係の問題などの、就労に至るまでの問題や、発達障害との関連、就労前の段階での体験、制度上の問題など、さまざまな課題が述べられている。

(2) 鳥取県内における就労相談機関へのアンケート調査

1) 対象者の背景

回答を得た26名中、6名が障害者職業センター等の障害者を対象とした相談機関、19名がハローワーク等の障害者のみを対象としたものではない相談機関において相談を行っているものである。相談を受けている仕事についての勤務期間としては、26名中23名(88.5%)が10年以下、このうち10名は2年以下である。

2) ひきこもり者の就労相談について(表3-1~3)

ひきこもり者の就労相談について、本人自身から受けることが、よくあると回答したものはなく、まあまあある(1名)、もしくは、少しある(9名)が合わせて10名(38.5%)であり、ほとんどないは16名(61.5%)であった(図2-1)。また、家族から受けることが、まあまあ

ある(1名)、もしくは、少しある(10名)が合わせて11名(42.3%)であり、ほとんどないは15名(57.7%)であった(図2-2)。相談に関しては、特に他の機関からの紹介でないとするものが、10名(38.5%)と最も多くみられた。

3) ひきこもり者の相談への対応について(表3-4~6)

ひきこもり者の相談を受けて、対応に悩むことが、よくある(2名)、もしくは、まあまあある(6名)、少しある(6名)が合わせて14名(53.8%)であった(図2-4)。対応の悩みとしては、十分に就労能力がない(13名、50.0%)、十分なコミュニケーションがもてない(8名、30.8%)が多くみられた(図2-5)。

ひきこもり者にかかわるとき、必要な支援として、対応について相談できる機関を13名(50.0%)、就労能力が充分にない方への訓練機関等を10名(38.5%)があげていた(図2-6)。一方で、マニュアル・解説書などは5名(19.2%)であった。

4) 発達障害との関連について(表3-7~12)

ひきこもり者の相談において、自らが発達障害であると話されることが、まあまあある(1名)、もしくは、少しある(3名)が合わせて4名(15.4%)であり、これらの対応に悩むことが、よくある(1名)、もしくは、まあまあある(3名)、少しある(4名)が合わせて8名(30.8%)であった。具体的な内容としては、十分なコミュニケーションがもてない7名、十分に就労能力がない5名、対応の仕方がわからない4名であった。

また、診断はついていないが、相談を受ける側が発達障害ではないかと感じられることは、よくある(1名)、もしくは、まあまあある(5名)、少しある(7名)が合わせて13名(50.0%)であった。この場合、対応に悩むことが、よくある(1名)、もしくは、まあまあある(6名)、少しある(5名)が合わせて12名(46.2%)である。具体的な内容としては、対応の仕方がわ

からない6名、十分なコミュニケーションがもてない5名であったが、病院への受診をどのように勧めるのかと言う内容の意見もみられた。

4) 研修について(表3-13~14)

これまで、ひきこもりについての研修を、23名(88.5%)が受けたことがないと回答しており、うち17名が研修等が必要であると考えており、研修等を受けたことがあるものも含めれば、20名(76.9%)が研修等が今後とも必要であると考えている。一方で、発達障害に関して、16名(61.5%)が受けたことがないと回答しており、23名(88.5%)が研修等が今後とも必要であると回答している。

5) 相談について困ったこと等(表3-15~17)

困ったこととして、

- ・ 家族と同伴の場合が多く、付添いの人が話す、本人が話さないため、本人の意志や考えが分かりづらい。
- ・ 母親から相談を受けたが、本人自身の考えがわからず、対応の仕方がわからない。
- ・ 保護者の目指すゴール(目標)と本人の希望に大きなギャップがある。

など、本人と家族の意見や意欲の相違を示すものが見られる。

ひきこもり相談にあたって、あればよいと思うことについては、相談先や就労訓練の場、生活の場等があげられている。

D. 考察

社会参加や対人的交流を避け、自宅を中心とした生活をおくる「社会的ひきこもり」について、まだまだ充分な理解や就労支援に関しての対応が行われていないのが現状である。

著者ら²⁾は、これまでに鳥取県における精神保健福祉センターや保健所等で受理した「社会的ひきこもり」の基準を満たす95件を対象に調査を行い、ひきこもり期間が長期化すると、

対人関係は同居している家族のみに限定されることが多いが、行動範囲は必ずしも狭くならないことから、ひきこもりの大きな誘因として、居場所のみならず、継続的な人間関係の中断が要因となると考えた。また、鳥取県における就労支援事業における報告³⁾を通して、ひきこもり期間が短期間のものの方が、就労支援がより有効であり、早期に介入できる関係機関や人間関係の存在により、ひきこもりの予防が可能であるとしている。

このように、ひきこもりに対する予防や長期化を防ぐためにも、就労支援は重要な課題の一つであるが、必ずしも充分な状況に有るとは言い難い。今回、今後のひきこもり青年に対する就労支援のあり方を検討するにあたり、現在の就労支援体制の状況を知るために、アンケート調査を実施した。

全国精神保健福祉センター66か所を対象としたアンケート調査において、ほとんどのセンターがひきこもりに関する相談を受けており、相談件数も増加しており、センターにおいてもひきこもり相談は、今後の大きな課題の一つである。多くのセンターでは、これらの相談に対して、相談・面接を実施するとともに、必要に応じて関係機関への紹介やセンター内で実施しているグループ活動や家族教室等への紹介を行っている。

ひきこもり者へは、精神疾患との鑑別・治療を行う医療支援や、日常生活全般への相談支援など、さまざまな多面的な支援が求められ、紹介先としても、医療機関やNPO等の相談機関が多く見られている。

一方で、近年、ひきこもり者の中には、発達障害を持つものも少なくないとの報告⁴⁾もあり、今回の調査においても、およそ半数のセンターが、ひきこもり相談の中で、相談の背景に発達障害(疑いも含めて)が考えられるものが、「多くある」または「やや多くある」と回答しており、8割以上のセンターが、ひきこもり者の支援において、発達障害等に関する理解や対応が

必要であると、「多く感じる」もしくは「やや多く感じる」と回答している。ひきこもり者の背景には、発達障害が関連している事が決して少なくないと考えられ、こういった視点からの支援体制も重要である。

発達障害が考えられる場合には、保健所との連携は少なく、発達障害支援センターや精神科医療機関、NPO 団体や親や本人の会等との連携がもたれていた。

半数以上のセンターでは、就労を目的とした相談を受けているが、その内容は、就労そのものよりも、対人関係や面接への不安等、むしろ就労に至るまでの対人不安・恐怖を基盤においたものが少なくない。

センター自身において就労を目的とした事業を活動があると回答したものは5か所に過ぎず、一方で、県や市町村、NPO 団体では、さまざまなひきこもり者の就労に関しての支援が行われ、今後は、これらの機関への支援、連携のあり方が課題となる。

各センターが、日頃、精神障害等の障害者の就労に関して連携をとっている機関として、障害者就労支援センター、障害者地域生活支援センター、ハローワークが多く、その他としては、障害者職業センターや社会適応訓練事業等の窓口として保健所等があげられていた。ハローワークでは、障害者雇用等に対応する特別援助部門の利用が考えられる。これに対し、日頃、ひきこもり者の就労に関して連携をとっている機関としては、ヤングハローワーク・若者プラザや若者就労支援センター（ジョブカフェ）等があげられていた。ジョブカフェは、若者の就労相談等を実施しており、多くはハローワークに併設されている。

ひきこもり者の中には、「精神障害者保健福祉手帳」を所持しているものも見られ、この場合は、「障害者」として制度の就労支援を受けることが可能であり、この場合の連携機関としては、障害者就労支援センター、障害者地域生活支援センター等となる。一方で、手帳を有し

ていない場合は、ヤングハローワーク・若者プラザ、ジョブカフェ等、若者の就労支援を行っている機関との連携が多く認められている。このように、ひきこもり者の就労支援では、障害者手帳を有している場合と、そうでない場合の両面での連携が求められる（図3）。また、NPO 法人が事業を実施している所も多く、これらの機関・事業との連携等も課題となる。

しかし、ひきこもり者は、対人不安や人間関係の確立の苦手さなどの、さまざまな困難な状況が認められ、就労支援においては、単なる就労活動のみを目的とするものだけでは難しく、これらの症状の軽減、関わりなどへの取り組みの必要性も課題とされている。

今後は、ひきこもり者に対する就労支援を行っている機関の現状を把握し、ひきこもり者への就労に関して、どのような多面的な支援が必要か、どのような形で相互に連携を持っていくのかを検討していく必要がある。また、障害者への就労支援をしている機関、及び一般の就労支援をしている機関の両者に対して、ひきこもりや発達障害に関して、より理解を深めるために、関わり方などに関する研修等が必要と考えられる。

また、今回、就労相談機関の現状を見るために、鳥取県内の就労相談機関へのアンケート調査を実施した。これらの相談機関では、ひきこもり者の相談は、多くはないという状況にある。また、多くの相談者は、他機関からの紹介の無いものが大半であり、十分な連携が取られていないのが現状であり、今後の課題とされる場所である。また、対応に悩むこととして、半数のものが、「十分に就労能力がない」をあげており、就労そのものよりも、就労に至るまでの対応について相談できる機関や就労能力が充分にない方への訓練機関等の必要性をあげていた。

また、ひきこもり者の相談において、発達障害のあるもの、その可能性を考えられるものも見られ、「十分なコミュニケーションがもてな

い」「十分に就労能力がない」など対応の仕方の難しさもあり、多くのものが、ひきこもりや発達障害に関する研修の必要性を感じていた。

また、ひきこもり者の就労相談に関しては、本人からの希望と言うよりも、家族からの方が積極的であるとの記載もあり、家族の不安・焦りも考えられ、ひきこもり者の家族教室や家族会等の家族に対する支援も重要である。

就労相談機関へのアンケート調査は、今回は、鳥取県内のみにとどめたが、今後は、全国的な就労相談機関の状況について、調査、検討を行っていくことが必要と思われる。

E. 結語

1 ひきこもり青年に対する就労支援のあり方について検討を行うために、就労支援の現状について調査を行った。

2 全国の精神保健福祉センターを対象に、アンケート調査を実施した。ほとんどのセンターで、ひきこもりの相談をうけている。半数以上のセンターが発達障害のある者が「多くある」「やや多くある」と回答している。

3 就労支援の連携機関としては、「精神障害者保健福祉手帳」を有している場合は、障害者就労支援センター、障害者地域生活支援センター等を、有していない場合は、ヤングハローワーク・ジョブカフェ等をあげており、両面での連携が重要である。

4 ひきこもり者は、就労活動以前に、対人不安や人間関係の確立の苦手さなどをみとめ、これらの症状の改善、関わりなどへの取り組みの必要性も課題とされている。

5 鳥取県内の就労相談機関へのアンケート調査を実施した。対応に悩むこととして、半数のものが、十分に就労能力がないをあげ、相談できる機関や就労能力が充分にない方への訓練機関等の必要性をあげていた。多くのものが、ひきこもりや発達障害に関する研修の必要性を感じていた。

6 就労相談に関しては、本人からの希望より

も、家族からの方が積極的であり、家族への支援も重要である。

7 今後、就労支援を行っている機関の具体的な現状、問題点を把握し、今後、どのような多面的に支援が必要か、どのような形で相互に連携を持っていくのかを検討していく必要がある。

文献

- 1) 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香、他：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告（ガイドライン公開版）。こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究。2003；114-140.
- 2) 原田豊、川口栄、角田智玲、他：鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題～精神保健福祉センター及び各福祉保健局におけるひきこもり相談から～. 鳥取医学雑誌. 2006；64-70.
- 3) 原田豊、川口栄、白岩有里、他：鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題Ⅱ～社会参加促進ステップアップ事業の取り組みについて～. 鳥取医学雑誌. 2007；10-15.
- 4) 杉山登志郎. ひきこもりと高機能広汎性発達障害. こころの科学. 2005；123：36-43. 日本評論社.

表1. 精神保健福祉センターへのアンケート調査票及び回答

アンケート調査票

アンケートの記載方法

- 内には、該当するものには ○ を、もしくは、数値をご記入ください。
 ※本表における数値は、回答か所数
- 内には、関係する内容のものを、ご記入ください
 ※本表における記載は、回答内容

センター名

記載者

連絡先(電話番号)

※後日、問い合わせをさせて頂く場合があります。

本研究における「社会的ひきこもり」の基準は、下記の、伊藤らによる「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告を参考にしてください。

① 自宅を中心とした生活
 ② 就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの
 ③ 以上の状態が6か月以上続いている

ただし、
 ④ 統合失調症などの精神病圏の疾患、または中等度以上の精神遅滞(IQ55-50)をもつ者は除く
 ⑤ 就学・就労はしていなくても、家族以外の他者(友人など)と親密な人間関係が維持されている者は除く。

(出典:『「社会的 ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告(ガイドライン公開版)』、「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」こころの健康科学研究事業「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 pp114-140,2003)

1 相談窓口で、ひきこもりに関する相談を受けていますか。

63 1 いる

0 2 いない

3 3 その他→ ①特化はしていないが、思春期専門相談で該当事例有り。
 ②直接相談は保健所。センターは複雑困難な事例のみ。
 ③現時点では家族教室に参加した人や、他からの紹介の人を受けている。

2 ひきこもりに関する相談をどのような形で受けていますか。(複数回答)

21 1 特定の専門相談として実施している

具体的に→ ひきこもりの専門相談日を設定している。
 精神科医師による特定相談。
 センター内にひきこもり相談支援センターを設置。
 月2回の思春期相談の中で受けている。 ..など。

49 2 一般の相談の中で受けている

6 3 その他→ 当事者のグループ活動及び家族教室。
 青年期グループワークでの本人からの相談。
 ひきこもり家族教室受講に先立ちインテークする。 ..など。

3 ひきこもり相談のうち、継続的な相談が必要とされた場合、どの様に対応されていますか(複数回答)

49 1 (距離的に通所可能であれば)所内において継続相談・面接

12 2 (基本的に)他機関に紹介

- 14 3 その他→
- 必要に応じて保健所等の関係機関等適切な機関に紹介。
 - 当センターのグループワーク紹介。
 - 必要な場合は所内で診療、相談、電話対応している。
 - 遠距離のケースは紹介します。
 - 家族教室やグループ活動への参加を呼びかける。
 - アセスメントのための訪問、往診、家族面接等。
 - 「家族の会」(1/M回、所内で開催中)への案内。・・など。

1 未回答・回答無し

4 3-2→他機関に紹介する場合、主にどの様な機関を紹介してますか。(複数回答)

27 1 保健所・福祉事務所

3 2 市町村

31 3 医療機関

29 4 NPOなどの相談機関

- 17 5 その他→
- 障害者職業センター。
 - 大学の心理相談室、民間の相談機関、発達障害者家族会等。
 - 県立青少年センター、青少年相談センター。
 - 発達障害者支援センター。
 - 若者就業サポートステーション。
 - 社会復帰施設や当事者支援グループ。
 - 若者サポートステーション(厚生労働省委託実施事業)実施団体。
 - 自助グループ(親の会や当事者の会等)。
 - 全国ひきこもりKHJ親の回の本県支部。・・など。

19 未回答・回答無し

5 ひきこもり相談のなかで、相談の背景に発達障害(疑いも含めて)が考えられるものがありますか。

14 1 考えられるものが、多くある。

20 2 考えられるものが、やや多くある。

28 3 考えられるものも、少しはある。

2 4 考えられるものは、あまり見られない

1 5 分からない。

0 6 その他。

1 未回答・回答無し

6 ひきこもり者の支援において、発達障害等に関する理解や対応が必要と感じますか。

32 1 多く感じる。

23 2 やや多く感じる。

10 3 少しは感じる。

0 4 それ程、感じない。

0 5 分からない。

0 3 その他。

1 未回答・回答無し

7 ひきこもり相談において、対象者が発達障害の可能性がある場合は、どの様に対応されていますか。(複数回答)

43 1 所内での個別相談

40 2 所内での家族相談

8 3 保健所との連携

33 4 発達障害支援センターとの連携

33 5 精神科医療機関との連携

4 6 NPO団体との連携

具体的に→ ○ひきこもり者家族会のNPOとの連携。・・など。

12 7 その他機関との連携

具体的に→ ○障害者職業センター、地域生活支援センター等。
○「地域の親や本人の会」等。
○発達障害者の家族会を紹介。
○若者就業サポートステーション等。
○ひきこもり作業所、働き暮らし応援センター。
○継続相談は区役所が窓口となって専門機関と連携。・・など。

5 8 その他→ ○本の紹介、まず保護者に発達障害について理解してもらう。
○所内での家族面接、訪問、住診等に対応。
○所内でのデイケア利用。・・など。

1 未回答・回答無し

8 ひきこもり本人及び家族を対象とした活動を行っていますか。(複数回答)

41 1 当事者のグループワーク・デイケアなど

34 2 家族のグループワーク、家族会など

36 3 家族教室

17 4 その他→ ○県内の家族交流会。
○保健所等関係機関主催の家族教室支援。
○20歳以上の方の”居場所”としての週1回のグループ活動。
○デイケアの中に一部発達障害の方を受け入れている。
○ひきこもり家族セミナーを圏域3会場で開催。
○講演会。
○個人心理療法、作業療法、SST。
○当事者のグループワーク、デイケアなどを実施。
○親の会への側面的支援を行っている。
○当事者グループへの支援。
○地域別の連絡協議会。・・など。

2 未回答・回答無し

9 ひきこもり相談の中で就労を目的とした相談がありますか

35 1 ある

実件数等については、表2参照。

具体的に→

○仕事の探し方、職場での人間関係など。
○面接を受けても落ちてしまう、就労への不安等。
○「外にでない」等の問題点がひきこもり相談では中心となっている。ひきこもり相談枠外での「仕事が長続きできない」等の相談は多数あります。
○働きたいが自信がない。対人関係が不安など。
○他機関の利用についての相談等。
○就職面接が苦手、就職するための方法を知りたい。
○家の中では普通に過ごせているが、外に働きに行けない。
○家族相談に「子どもが仕事に就かない」というもの。
○仕事が続かない。
○就労に向けての個別SST、職場見学等。
○家にいてできそうな仕事はあるだろうか？
○就労相談窓口の問い合わせ、NPO法人の活動問合せ、事業の利用等。
○経済的に大変なので何とか就労してほしい、と家族が本人をつれてきた。
○職業訓練をしたい、適切な仕事先をみつきたい。
○就職について考えるが、対人関係が心配。
○家族から本人が外出はできるが就労につながらない。・・など。

30 2 ない

1 未回答・回答無し

10 就労に関しての相談があった場合はどのような対応をされますか

表2に記載

11 精神保健福祉センターにおいて、ひきこもり者の就労を目的とした事業や活動がありますか

5 1 ある

具体的に→

○グループ支援の中で就労に関する講話や見学のプログラムを組んでいる。
○発達障害に関する就労体制を整えている。
○就労を目的としたグループワーク参加者には、「関係機関の紹介、連絡調整、必要時面接同行、情報提供等。また、グループワークでSST」の対応をしている。
○社会的ひきこもりを対象とした就労を課題とした精神科デイケアを実施。週3回、1年間のみ、期間延長なし。
○ひきこもり本人の所外体験学習。・・・など。

60 2 ない

1 未回答・回答無し

12 県や市町村で、ひきこもり者の就労に関して事業や活動をおこなっているところがありますか

31 1 ある

具体的に→

表2に記載

34 2 ない

1 未回答・回答無し

13 NPO団体などで、ひきこもり者の就労に関して事業や活動をおこなっているところがありますか

54 1 ある

具体的に→

表2に記載

9 2 ない

2 未回答・回答無し

14 日頃、精神障害など障害者の就労に関して連携をとっている機関はどれですか。(複数回答)

36 1 ハローワーク

17 2 ヤングハローワーク・若者プラザ

41 3 障害者就労支援センター

38 4 障害者地域生活支援センター

41 5 その他→
○障害者職業センター。
○職親制度を導入している事業所。
○「社会適応訓練事業」の実施窓口である保健所。
○精神障害者授産施設等。
○若者サポートステーション、若者就労支援センター(ジョブカフェ)。
○若者自立支援センター。
○労働局、県産業人材課等。
○フレッシュワーク(経済産業省 地域産業活性化人材育成事業)。・・・など。

2 6 特にない

1 未回答・回答無し

15 日頃、ひきこもり者の就労に関して連携をとっている機関はどれですか。

14 1 ハローワーク

30 2 ヤングハローワーク・若者プラザ

11 3 障害者就労支援センター

8 4 障害者地域生活支援センター

32 5 その他→
○障害者職業センター。
○若者就業サポートステーション。
○就職サポートセンター。

- 若者サポートステーション、若者就労支援センター(ジョブカフェ)。
- 若者自立支援センター。
- 県産業人材課→地域若者サポートステーション事業。
- ひきこもり親の会。
- 市町村、作業所。
- ヤングジョブステーション、青少年就労支援ネットワーク。
- 若者自立塾。
- 若者自立支援ネットワーク会議などへの出席。
- 県キャリアセンター。・・など。

15 6 特にない

2 未回答・回答無し

16 他機関からひきこもり者の就労に関して相談をうけることがありますか。

6 1 ハローワーク

12 2 ヤングハローワーク・若者プラザ

4 3 障害者就労支援センター

7 4 障害者地域生活支援センター

14 5 その他→

- 若者就業サポートステーション。
- 保健所、市町村、医療機関、NPO。
- 障害者職業センター、就職サポートセンター。
- 若者自立支援センター。
- 高校から進路の相談。
- ヤングジョブステーション。
- 発達障害者支援センター。・・など。

39 6 特にない

1 未回答・回答無し

17 平成16年度以降で、精神保健福祉センター主催でひきこもり者の就労に関する研修会等の開催をしたものがありますか。

9 1 ある

具体的に→

- グループワークメンバーを対象に就職サポートセンターの説明、社会適応訓練事業についての説明を行った。
- 保健所や市町担当者等対象の「ひきこもり支援研修」の中に「地域資源とのネットワーク」をテーマに引きこもり者が活用できる社会資源の職員を講師として招いた。
- 若者自立支援セミナー。
- 思春期・青年期のこころの健康について考える連続講座。
- 家族教室の中で年1回就労をテーマに話題提供(当事者も参加)。
- ひきこもり者支援フォーラム、ひきこもり者支援講演会、精神保健福祉従事者に対するひきこもりの研修会等。・・など。

56 2 ない

1 未回答・回答無し

18 その他、ひきこもり者の就労に関して、意見等がありましたら御記載下さい。

- 軽度発達障害特性の一部との類似性の高いケースが相談数全体の3割を占めている。障害年金や手帳の取得には至らず、特にひきこもりが長期化している場合は就労の方策が立てにくい状況がある。
- 産業労働関係で、ひきこもりを含む離職者、フリーターを対象という名目で就職講座を実施したりするが、現実として対象は高学歴の者となり、ひきこもり者の再チャレンジの機会とはなり得ない。また、「職場見学」「体験会」「相談会」等実施している民間団体もあるが、協力企業に雇用の意志がない場合も多く、参加した引きこもり者が失望し、こうした民間団体に不信を持ったことがある。就労に関しては、精神保健福祉行政の対応だけでは限界があり、具体的には産業労働関係やNPO等の協力が不可欠であるが、参加しようとした引きこもり者が現実的に就労に結びつくような事業展開が求められる。

○センターでは就労の相談まではできていないのが現状。「ひきこもり」に関しては相談や訪問そのものがまだ不十分でとても就労までは無理。

○ひきこもり者を対象にした職親制度やジョブコーチ利用の拡大が望まれる。

○若者の就労をサポートする機関はあるが、ひきこもりを対象としているところがほとんどない。ひきこもりの青年が外に出られるようになって、一般就労の相談には敷居が高く、なかなか繋がらない。ひきこもりを対象とした就労準備をフォローする機関が必要であると痛感している。しかし、あくまでも社会的ひきこもりは状態像でしかないので、ひきこもり全体に対する包括支援は成立が難しい。社会的ひきこもりには発達障害、特にPDDが多く含まれているという認識から一人一人の抱える問題点を評価した上で障害特性に即した支援が必要である。支援者側には発達障害に関する知識と理解の普及啓発が必要であり、当事者側には、自らの特性の理解と受容が必要である。当センターでは、発達障害支援体制整備事業の中で就労部会を設けて関係機関が一同に会する場を提供している。また、当事者に関してはアスペルガーグループと当事者勉強会を行っている。メンバーの中には就労している人もいるが、多くは就労に結びついていない。どのように就労に繋げていくか、今後の課題である。

○当センターにおいては、就労以前の課題(家族の理解、本人のひきこもりからの脱出等)に対し、個別面接やグループ活動等への参加を促す取り組みが中心となっている。

○民間の支援団体においても”出口”は大きな課題と聞きます。理解ある事業所をどう増やすか、また、新しい働き方(ひきこもり経験者に適応しやすい)をどうやって作っていくか、難しい課題がたくさんあると感じています。

○基本的に相談の対象者が18歳以上であるため、(最終的には)就労も関わってくると思います。

○社会的引きこもりに特化して就労支援をしている機関は皆無に等しい。ニート・フリーター対策事業と連携を図ることで引きこもり者に対する効果的な就労支援ができると考える。

○いきなり就労は難しいのでトライアルジョブや職場体験など、前段階の必要性を感じている。

○障害者自立支援法に関係なく引きこもり者の就労支援のための機関が増すことを希望する。

○当センターでは、就労に直結する相談は少ないように認識している。ただし、多くの機関を巻き込んだ事業やプログラムの1つとして就労支援を位置つけることが好ましい。就労そのものよりも社会的スキルや対人コミュニケーションの向上を主とした取り組みの必要性を痛感している。

○就労意欲はあるが、対人問題等のために就労支援機関につなぐまでにかかなりの時間を要するのが現状である。しかし、その時間を過す場所が少なく一つの機関で支援することが多い。対人関係の課題を達成できないと実際の就労支援に進めないケースに関しては、一支援機関の支援では限度があると思われる。

○どのような制度を利用して就労に近づいていくか、当事者の決断がもっとも重要と感じます。

○ひきこもりを精神保健福祉のセクションが担当することに違和感がある。

○発達障害を持つが手帳の取得ができない人は、障害者としての就労支援が受けられないため、支援の手段が乏しい。また、社会的ひきこもりについてもジョブコーチのような制度があれば、段階的な就労を試みることができると思われる。

○対人関係の問題など就労支援に至る以前の問題が多いと感じている。

○当所は個別相談と家族教室の開催等により、引きこもりに対しての考え方や家庭での家族の対応等について理解を深める取り組みを行っている状況です。

○就労への興味はあるも対人不安や体調管理がうまくいかず進まないことが多い。しかし、今年度、若者サポートステーションに就労相談にまず出向く当事者が増えているのを実感している。ハローワーク等の一步手前の相談機関の役割は大きいと思う。ただし、本人のペースを守るといったスタッフ側の理解が必須であると思う。発達障害の方に関しては本人への告知(自分を知ることを含む)も含め就労以前のサポートの必要性を感じている。

○労働サイド等の資源等が新たに誕生しているが、連携が課題である。

○ひきこもり者の就労支援については、労働行政が中心となり実施した方が効果的ではないか。その中で、精神保健面での支援が必要であれば、保健所、精神保健福祉センターが側面的な支援をする方が望ましい。

○ひきこもっておられた方が、急に就労というのは難しいと思います。まずは当事者の集いに参加してもらい、自信をつけられた上で次へのステップを図った方がいいと思います。・・・など。

※アンケートはここまでです。ありがとうございました。

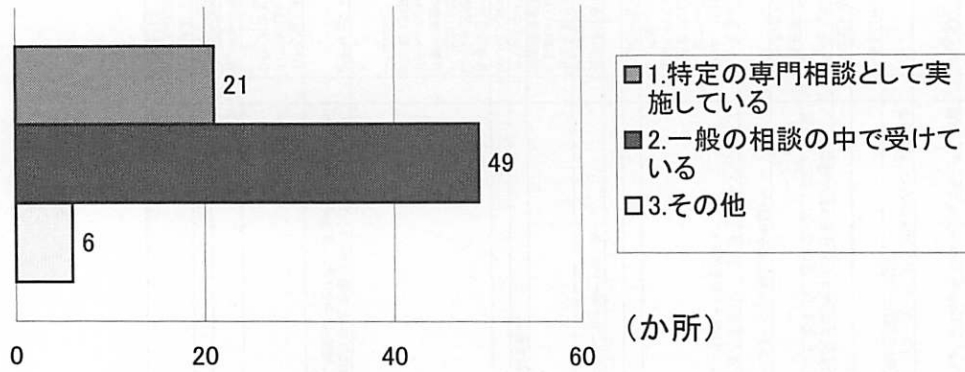
表2. 精神保健福祉センターへのアンケート調査回答内容

	1. ひきこもり相談を受けているか				9. 就労相談は		10. 就労の相談への対応		12. 県・市町村の事業		13. NPOの事業		
	1.ある 2.ない 0.未回答 回答無し	延件数 来所十 件数	伊達ら (2003) 延件数 電話のみ	案件数 来所十 件数	伊達ら (2003) 案件数 来所のみ	1.ある 2.ない 0.未回答 回答無し	1.ある 2.ない 0.未回答 回答無し	1.ある 2.ない 0.未回答 回答無し	1.ある 2.ない 0.未回答 回答無し	1.ある 2.ない 0.未回答 回答無し	1.ある 2.ない 0.未回答 回答無し		
北海道立精神保健福祉センター	1	178	72	48	49	2	0	就労に結びつきそうな場合は、ハローワークや職業センター等他機関紹介、対人不安等、就労を妨げる要因がある場合は個別グループで相談を行う。 社会資源の情報提供や関係機関への紹介など。	1	ジョブカフェ北海道	1	NPO法人青少年自立支援センタービバの会、NPO法人青少年自立支援センター 他 ※様々な団体がありすが、詳細を把握していません。	
札幌こころのセンター	1	242	156	88	82	1	—	障害者職業センター、保健所(職観)の紹介	1	青森県若者サポートステーション	1	IT関係の仕事を通して、社会参加を目指した活動	
青森県立精神保健福祉センター	1	194	25	34	9	1	3	障害者職業センター、保健所(職観)の紹介	1	青森県若者サポートステーション	1	KHJ青森県「アップルの会」	
岩手県精神保健福祉センター	1	55	41	19	19	2	0	就労に関する相談機関につなぐ	2	盛岡地域若者就業サポートステーション(主にNEET対	1		
宮城県精神保健福祉センター	1	79	416	26	5	2	0	ハローワークやジョブカフェ等の情報を提供する	2		2		
仙台市精神保健福祉総合センター	1	425	—	89	35	1	—		2		2	1	地域若者サポートステーション
秋田県精神保健福祉センター	1	282	43	67	2	2	0		1	秋田県生活環境文化部県民文化政策課	2		
山形県精神保健福祉センター	1	310	9	14	2	2	0	一般の就労相談窓口(ハローワーク、ヤングはローワーク等)と障害者職業センター等への紹介、連携 関係機関の紹介、連絡調整、必要時面接同行、情報提供等。また、グループワークでSSTを行っている。	2		1	1	社会人としてのマナー講座など
福島県精神保健福祉センター	1	71	33	30	24	1	3	国の事業、県の事業、NPO法人の活動などを紹介し、各人に判断・行動を委ねている。	1	県で設置しているニート相談窓口ひきこもり者からの相談がある。	1	1	通常プログラムにボランティア体験、職場見学等組み込まれている。
茨城県精神保健福祉センター	1	95	11	17	5	2	0	相談内容や本人の状態等により、センター事業利用もしくは他機関紹介等により可能な支援を行う。	1	茨城就職支援センター	1	1	NPO法人2か所(「すだち」若者サポートステーションいばらき)、任意の団体2か所(「とらいスペース」「里平の
栃木県精神保健福祉センター	1	288	50	65	20	2	0	発達障害者支援センターやハローワーク等へつなげる	2		1	1	NPOとちぎボランティアネットワークで主にひきこもりを対象とした6か月間の就労目的の教育研修を行っている。
群馬県こころの健康センター	1	68	67	45	20	1	不明	発達障害者支援センターやハローワーク等へつなげる	1	ぐんま若者サポートステーション	1	1	県内のNPO団体のいくつかは活動しているが詳細は不
群馬県立精神保健福祉センター	1	—	151	27	46	2	0	他機関と連携を図り、使える施設や制度の検討を行う	1	—	1	9	
さいたま市こころの健康センター	1	711	—	142	—	1	—	本人自身が動けるようであればヤングキャリアセンターや若者自立支援センターなどの利用をすすめる。動けなければ個別相談。	2	(よくわかりません)	2	2	(把握していません)
千葉県精神保健福祉センター	1	295	—	—	14	1	—	労働関係行政機関(ハローワーク、地域若者サポートステーション)等を紹介。このほかに若者自立塾(県内の)を紹介することがある。	1	地域若者サポートステーション事業 ☆市町村事業については不明	1	1	NPO法人ニュースタート事務局、企業組合労協センター(事業団(2団体とも厚生労働省「若者自立塾創出推進事業」)
千葉県こころの健康センター	1	74	15	74	14	2	0	ケースバイケース。まず病気の有無の判断を第一義と考えている。	2		2	2	
東京都立精神保健福祉センター	1	—	—	56	—	2	0	就労以前の問題である場合が多いので保護者、本人の目標を下げさせるために相談継続する。就労準備性のありそうなケースについては下記(12、13)のような資源を	1	例)足立区において若者サポートステーションの実施	1	1	例)不登校情報センター、若者自立塾を実施している、労協センター事業団等
東京都立中部総合精神保健福祉センター	1	—	350	—	140	2	0	就労相談機関の必要があれば紹介する	2		1	1	青少年自立援助センター
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	1	—	—	72	—	1	—	個別相談及び就労相談機関紹介、同行等	2		1	1	—
神奈川県精神保健福祉センター	1	57	154	57	46	2	0		2		1	1	パソコン教室、フリースクール、フリースペース等によるフリーマーケットを開催している。 -パン、本の店舗に就労しひきこもりからの社会復帰を目指す。
横浜市こころの健康相談センター	1	81	—	75	—	2	0	ひきこもりを対象に就労支援を行っている相談機関を紹介する。	1	ひきこもりを対象とした就労相談機関の設置(NPO法人に委託)	1	1	
川崎市精神保健福祉センター	1	1156	—	197	—	1	5	川崎市リハビリテーション医療センター-就労支援センターに依頼し連携しながら対応をすすめていることが多い。	2		1	1	よこはま若者サポートステーション他
新潟県精神保健福祉センター	1	358	49	65	24	1	3	ケースに応じて心理的なサポート、関係機関への同行、連携先へのケース連絡	1	ひきこもりに特化しないが、市とハローワークが連携して「ひきこもり相談～就職」までワンストップサービスを提供(柏崎	1	1	
新潟市こころの健康センター	1	27	—	21	—	1	2	個別相談で親から本人への働きかけ方について伝える。	2		1	1	メンタルフレンドにいがた、KHJにいがた秋桜の会
山梨県立精神保健福祉センター	1	274	66	38	20	1	5	個別相談でアセスメント、必要に応じて就労支援関連やその他の専門機関に紹介する	2		1	1	ニュースタート「宿泊体験」
長野県精神保健福祉センター	1	355	70	42	32	1	数件	相談を通して方向づけをばかり、その後はハローワーク、ジョブカフェ等の就労に関する情報、ノウハウを持つ機関につなげる場合があります	2		1	1	塩尻地域若者サポートステーション、若者自立塾、「待学園スクオーラ今人」
岐阜県精神保健福祉センター	1	254	36	73	36	1	—	ハローワークや若者就労支援機関の紹介	2		1	1	県内:第三三谷学園(知的施設でのボランティア経験)、真珠(農業体験)、近景(名古屋オレンジの会(就労文部科学省委託:青少年の自立支援事業
静岡県精神保健福祉センター	1	316	28	60	51	1	27	家族からの相談の場合は本人の状況を確認し、適当であればヤングジョブステーションや青少年就労支援ネットワーク静岡(NPO)等の情報提供をしている。本人からの相談の場合は了解を得たうえで、事前に情報提供をし、場合によっては同行している。	2		1	1	
静岡市こころの健康センター	1	232	—	—	—	1	—	ケースのアセスメントを行ったうえで適宜支援を行う。必要があれば就労支援機関へ紹介、同行、連携を行っている	1	—	1	1	—
浜松市精神保健福祉センター	3	—	—	—	—	2	0	就労支援をしている機関の情報提供する	2		2	2	
愛知県精神保健福祉センター	1	678	48	83	35	1	—	他機関の紹介	2		1	1	
名古屋市精神保健福祉センター	1	334	44	—	25	1	15	一般窓口相談では他機関を紹介(継続支援はしない)。精神科デイケアのメンバーは利用期間中は継続相談をケースの状況に応じて、若者就労支援の窓口を紹介する	1	若年者就労支援事業、若者サポートステーション	1	1	詳細は調査中
三重県こころの健康センター	1	205	25	92	3	1	—	ケースの状況に応じて、若年者就労支援の窓口を紹介する	1	県(生活部労働・雇用支援室)にて、若者自立支援センター(相談窓口)を設置、機関同士のネットワーク作りをし、他機関との連携	1	1	若者就労支援ネットワーク会議、親向けセミナー、講演会、就労体験事業などを県(生活部)の委託により実施し
滋賀県立精神保健福祉センター	1	716	—	—	—	1	27	他機関との連携	1		1	1	ひきこもり作業所において求人紹介
富山県心の健康センター	1	632	67	53	67	1	43	個別相談として受け、必要に応じて他機関と連携をとる、もしくは紹介する。	1	富山県若者サポートステーション	1	1	若者自立塾(北陸青少年自立援助センター、宇奈月塾)、マイジョブクリエーション
石川県こころの健康センター	1	261	87	29	35	2	0		2		2	2	
福井県精神保健福祉センター	1	202	30	42	56	1	7	「ふくい若者サポートステーション」を紹介している。(厚生労働省若者自立支援ネットワークモデル事業)	2		1	1	「ふくい若者サポートステーション」(厚生労働省若者自立支援ネットワーク整備モデル事業)
京都府精神保健福祉総合センター	1	788	35	95	22	2	0	①若年者の就労相談機関 ②若者自立塾 ③府実施の就労支援事業等の選択肢を提示	1	府:職観事業、ジョブトレーニング事業等を民間と協力しながら実施している。	1	1	ひきこもり支援団体ネットワーク連絡会議に登録している団体に府が委託している。
京都市こころの健康増進センター	1	155	120	—	20	1	—	必要に応じてセンターにて相談を行い、適切な機関を紹介することもある	1	京都府「青少年の社会的ひきこもり支援職観事業」	1	1	京都オレンジの会、恒河沙、パレットハウス

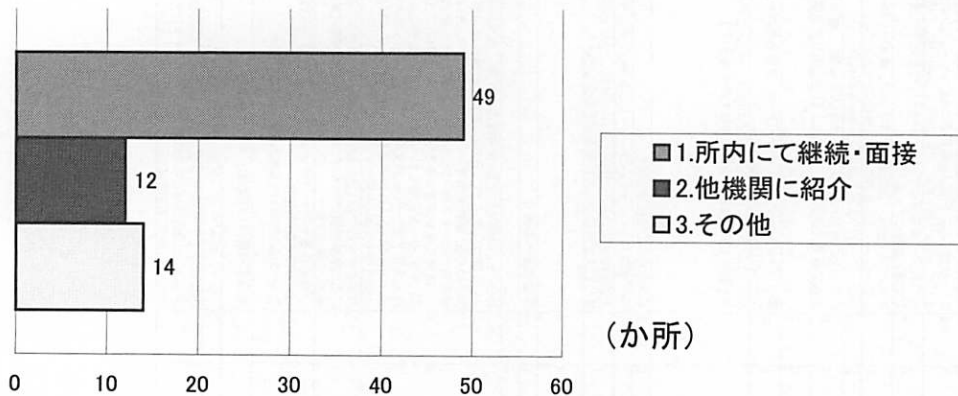
大阪府こころの健康総合センター	1	585	122	122	103	1	29	・就労に向けての準備、心構えについて個別面接。 ・就労支援機関についての情報提供。必要に応じて同伴もあり。	1	大阪府立子どもライフサポートセンター	1	府下の不登校・ひきこもりを支援しているNPOでは、ほとんどが職業体験などを実施。
大阪市こころの健康センター	1	111	-	24	-	2	0		2		1	A' ワーク創造館、茨路プラッツ
堺市こころの健康センター	1	236	-	50	-	1	14	就労の相談であっても、その前に課題、問題がある場合には、その課題問題解決の支援を行う。就労が可能な状態であれば、就労支援機関と連携する。	1	ジョブカフェ(ひきこもりが対象ではなく、若者が対象)	1	淡路プラッツ(大阪市) ニュースタート(高槻市) 情報センターLSIS(枚方市) など
兵庫県立精神保健福祉センター	1	347	37	94	46	2	0	若者ごと倶楽部、若者サポートステーション、ハローワーク、ひきこもり就労支援に力を入れているNPO等民	1	若者ごと倶楽部、若者サポートステーション	1	ISIS神戸
神戸市こころの健康センター	3		14		4	1	1	カウントしていない	2		2	
奈良県精神保健福祉センター	3		73		21	9	0		9		9	
和歌山県精神保健福祉センター	1	98	7	45	3	1	-	すぐには難しいのがほとんどなので、当事者支援サークル、社会復帰施設、当センターのフリースペース等につながる	1	青年長期社会体験活動	1	エル、シテオ、ハートツリー
鳥取県立精神保健福祉センター	1	492	45	68	25	1	6	具体的就労支援は他機関を紹介する。センターではひきこもり状態からの回復、家族間のコミュニケーションの改善など、相談支援を行うことを説明し、必要に応じて個別	1	県: 社会的ひきこもり者の社会参加促進ステップアップ事業	1	NPO法人 鳥取青少年ピアサポート
鳥根県立心と体の相談センター	1	56	5	20	5	2	0	就労疾患や障害等のアセスメントを行い、それぞれ適切な機関と連携して支援する。	1	YCスタジオ:ハローワーク、起業支援のNPO、篤志の企業主等と連携して就労へつなぐ		
岡山県精神保健福祉センター	1	250	4	70	25	1	-	本人とごら側とで信頼関係ができれば、職業センター、ハローワーク障害者窓口、社通事業等へつなげる。	2		2	わかものサポートステーション(リ・スタート)
広島県立総合精神保健福祉センター	1	612	93	56	61	2	0	ハローワークや障害者職業センター等の紹介	2		2	
広島市精神保健福祉センター	1	100	64	100	34	2	0	家族からの相談の場合は本人の状況を確認し、適当であれば若者仕事館やワークサテライトなど紹介する場合	1	文部科学省委託事業: 青年長期社会体験活動事業 NPO法人青少年交流・自立支援センターCROSSへ再委	1	NPO法人青少年交流・自立支援センター CROSS NPO法人青少年交流・自立支援センターCROSS
山口県精神保健福祉センター	1	246	24	29	30	2	0		2		1	若者サポートステーション(NPO)、NPO法人(山口カウンタリングセンター、和の郷)
徳島県精神保健福祉センター	1	678	33	76	38	1	-	県サポートステーション、ハローワーク、障害者職業センターへの紹介、継続面接など	1	若者サポートステーション等による相談	2	
香川県精神保健福祉センター	1	558	-	44	-	1	2	ケースバイケースだが、継続しての相談、あるいはデイケアを勧めます(社会復帰に向けての支援を行う。	1	県労働政策課の活動(かがわ若者サポートステーション等)について、センターとの連携あり	1	OKH)香川県「オリーブの会」: 若者のグループ「グループWA」に所属し、ポレポレ農園で作業しながら収入を得て、自立への一歩を踏み出そうとしている。 ○若者自立塾! 五色台! : 3ヶ月間の合宿形式による集団生活の中で生活訓練、労働体験、資格取得などを適して、社会人として働くことの自信と意欲を持たせて就労に
愛媛県心と体の健康センター	1	343	-	74	2	2	0	必要に応じて他機関を紹介	2		2	えひめ若者サポートステーション
高知県立精神保健福祉センター	1	16	40	4	15	2	0	障害者職業センターやハローワークと連携して対応する	2		2	
福岡県精神保健福祉センター	1	58	79	36	22	1	11	相談内容を聞いた上で対応について助言したり、必要に応じて就労関係の他の相談機関を紹介している。	1	福岡県若年者ごとサポートセンター	1	福岡県若者サポートステーション、ヤングジョブスポット天神、若者自立塾
北九州市立精神保健福祉センター	1	14	119	14	26	2	0		2		2	市民活動グループ「STEP北九州(不登校・ひきこもりを考える無い)」が不登校・ひきこもり経験のある若者への就労支援活動を行っている
福岡市精神保健福祉センター	1	55		31		1	-	相談機関への紹介	1	福岡市、福岡労働局	1	キャリアコンサルタント協会、キャリア開発支援協会
佐賀県精神保健福祉センター	1	50	22	10	13	2	0		2		1	NPO法人スチューデント・サポート・フェイス
長崎県こども・女性・障害者支援センター	1	1	2	12	0	2	0	ひきこもりの期間や背景(精神疾患の有無)、就職経験により支援方法が違ってくるので、電話での場合は来所相談を勧める。精神疾患等なく、就職の経験のない方は長崎若者サポートステーションやフレッシュワークを勧め	2		2	長崎若者サポートステーションは県(雇用労政課)も協力し、厚生労働省が民間機関に委託して設置しているもので、概ね15歳から34歳までの若者の職業的自立や生活習慣の改善などを、専門のスタッフがさまざまな面からサポートしている。ニート、フリーター、引きこもりに限らず若者を対象にしている。就職活動セミナーのプログラムもある。
熊本県精神保健福祉センター	1	281	137	81	87	1	-	就労をすすめてよいある程度相談内容を吟味し、必要に応じて来所相談、デイケア、家族セミナー、他機関(就労相談)を紹介する	1	厚生労働省委託事業: 若者サポートステーション(NPO)(就労相談、体験etc.キャリアコンサルティング、カウンセリングも含む)	1	若者サポートステーション(NPO)
大分県精神保健福祉センター	1	91	78	33	46	1	不明	○地域若者サポートステーション、ジョブガイダンス(若者ハローワーク)の紹介 ○NPO法人等が行う資格取得支援事業の紹介	1		1	・NPO法人あんだんて・NPO法人若者支援の会ステップ・NPO法心の支援センター・NPO法人大分教育支援協会・若者社会傘下支援ネットリフレコ 等
宮崎県精神保健福祉センター	1	19	23	19	13	2	0	雇用相談窓口との連携	2		2	県レベルの親の会があり、自主的な自立支援活動を展開。活動内容の詳細は不明。
鹿児島県精神保健福祉センター	1	4	24	4	20	2	0	ヤングハローワークへ相談に出向くことを勧める	2		2	NPOかこしま青少年自立センター「静活館」
沖縄県立総合精神保健福祉センター	1	3	3	3	15	2	0	当面は津センターの当事者のつどいに参加してもらい、本人が、自信をつけたら次のステップ(キャリアセンター・若者自立塾等)を紹介する。	2		2	NPO法人、ほのほのスペースでは、就労支援事業として、グループミーティング(月1回)、就労体験活動を行っている。

図1. 精神保健福祉センターへのアンケート調査
回答内容(3)

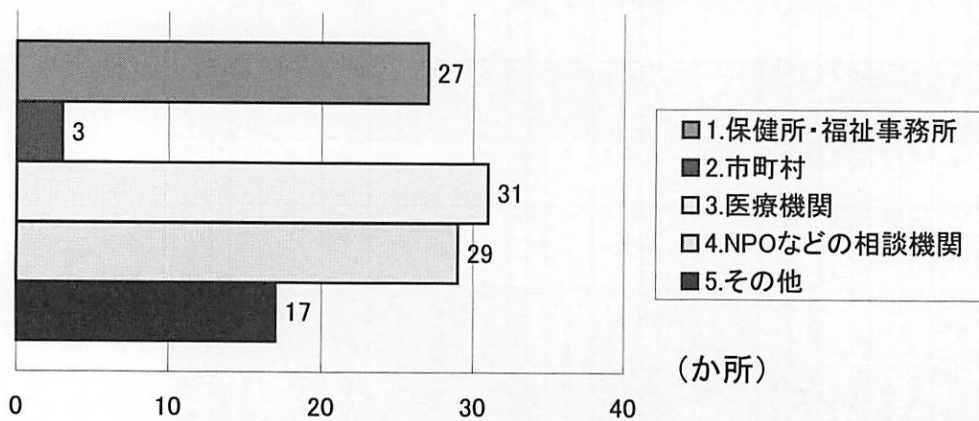
2. どのような形で受けているか



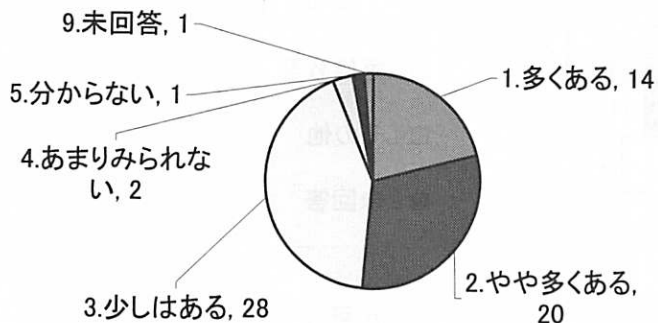
3. どの様に対応しているか



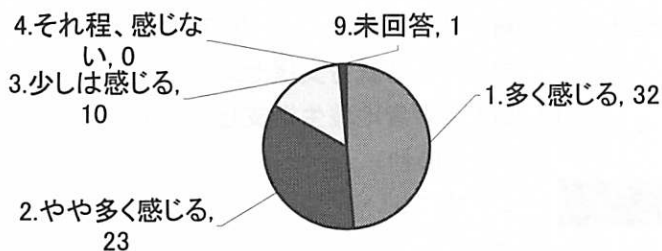
4. どの様な機関を紹介するか



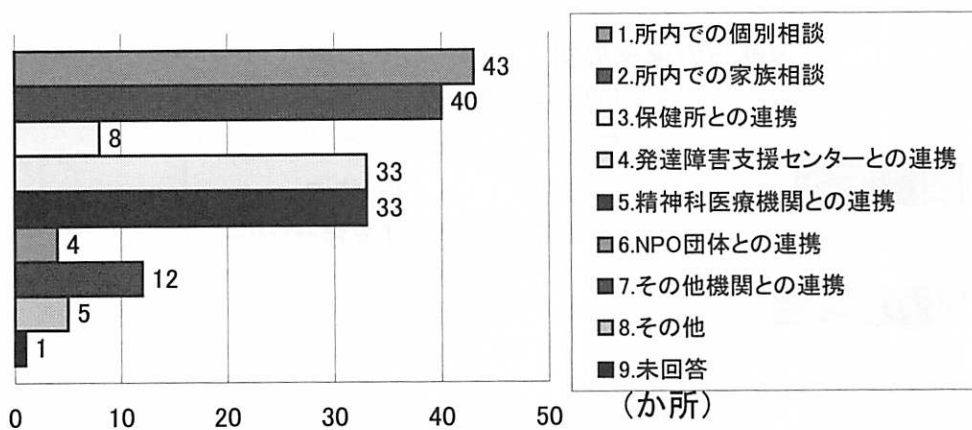
5. 発達障害と考えられるのは (か所)



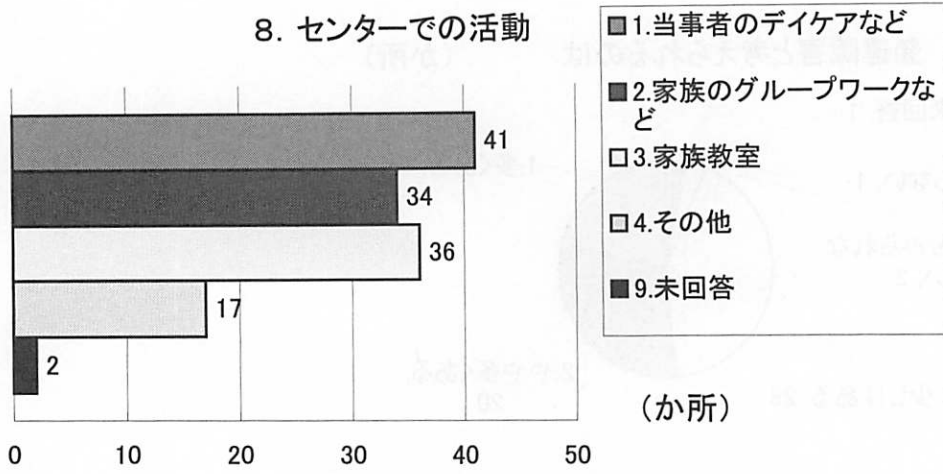
6. 発達障害の理解は必要か (か所)



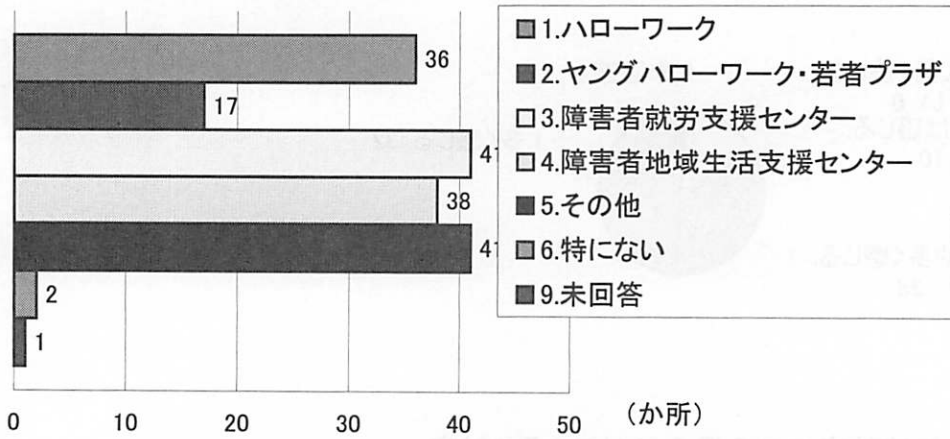
7. 発達障害のある場合はどのような対応



8. センターでの活動



14. 障害者就労の連携機関



15. ひきこもり就労の連携機関

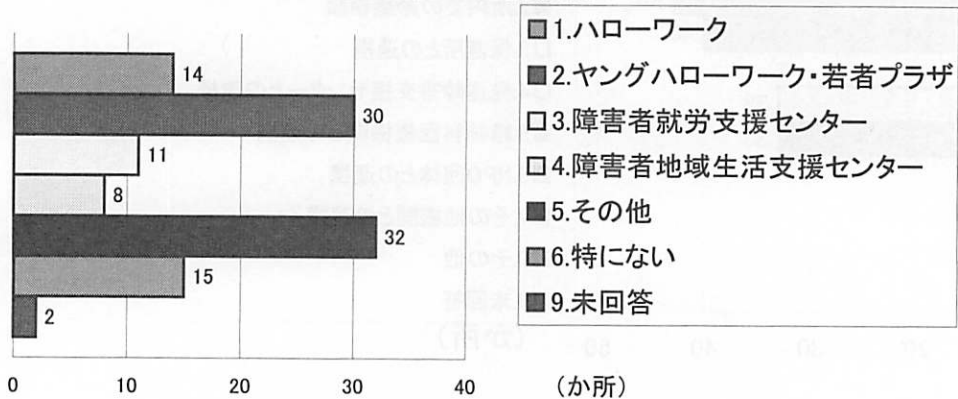


表 3. 就労相談機関へのアンケート調査票及び回答内容

ア ン ケ ー ト 調 査 票

本研究における「社会的ひきこもり」の基準は、下記の、伊藤らによる「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告を参考にしてください。

- ① 自宅を中心とした生活
- ② 就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの
- ③ 以上の状態が6か月以上続いている

ただし、

- ④ 統合失調症などの精神病圏の疾患、または中等度以上の精神遅滞（IQ55-50）をもつ者は除く
- ⑤ 就学・就労はしていなくても、家族以外の他者（友人など）と親密な人間関係が維持されている者は除く。

（出典：『「社会的 ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告（ガイドライン公開版）』。「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」こころの健康科学研究事業「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 pp114-140,2003）

※ 回答者の今の状況について教えてください。

相談機関名（よろしければ）

※（ ）内は、回答者数（名）

主に、今相談を受けておられるのは・・

- 1, 障害者が中心（例：障害者職業センターなど） (6)
- 2, 必ずしも障害者が中心ではない（例：ハローワークなど） (1 9)
- 0, 回答無し (1)

相談を受ける仕事についてから

およそ

0 ~ 2 5

年

- 1, 2年以下 (1 0)
- 2, 5年以下 (8)
- 3, 10年以下 (5)
- 4, 11年以上 (3)

質 問

- (1) 「ひきこもり」の方の就労の相談を、本人から受けることがありますか。
1, よくある (0) 2, まあまあある (1)
3, 少しある (9) 4, ほとんど無い (16) 5, わからない (0)
- (2) 「ひきこもり」の方の就労の相談を、家族から受けることがありますか。
1, よくある (0) 2, まあまあある (1)
3, 少しある (10) 4, ほとんど無い (15) 5, わからない (0)
- (3) 主にそれは、他からの紹介（正式な紹介でない者を含む）ですか。（複数回答）
1, 紹介でない (10)
2, 医療機関 (1) 3, 保健所・福祉事務所など (1)
4, 市町村 (0) 5, 知人・家族 (6)
6, その他 (1: 障害者職業センター)
0, 回答無し (9)
- (4) 「ひきこもり」の方の就労の相談を受けて、対応に悩まれることがありますか。
1, よくある (2) 2, まあまあある (6)
3, 少しある (6) 4, ほとんど無い (6) 5, わからない (2)
0, 回答無し (4)
- (5) 具体的に、どの様なことに悩まれますか。（複数回答）
1, 十分に就労能力がない (13) 2, 対応の仕方がわからない (4)
3, 紹介先がない (7) 4, 十分なコミュニケーションがもてない (8)
5, その他 (0)

○本人の労働意欲がなく、親の方が一生懸命だったりする。本人や動かないことには始まらない。
○家族、病院との連携が必要と思われる場合
○本人の能力と希望する業務内容のギャップ。本人が支援の必要性を感じてない。本人が就労に対して、どれくらい本気で考えているか？

0, 回答無し (11)

(6) 「ひきこもり」の方にかかわるとき、どの様な支援が必要と感じられますか。(複数回答)

- 1, 対応について相談できる機関 (13)
- 2, 紹介できる機関 (8)
- 3, 「ひきこもり」の方への関わり方のマニュアル、解説書など (5)
- 4, 「ひきこもり」の方への関わり方に関する研修会などへの参加 (3)
- 5, 就労能力が充分にない方への訓練機関など (10)
- 6, その他 (0)
- 0, 回答無し (3)

(7) 「ひきこもり」の方で就労の相談に来られる方の中で、自ら、「自分がアスペルガー症候群などの発達障害である」と自ら話される方がありますか

- 1, よくある (0)
- 2, まあまあある (1)
- 3, 少しある (3)
- 4, ほとんど無い (13)
- 5, わからない (4)
- 0, 回答無し (5)

(8) 「ひきこもり」の方で就労の相談に来られる方の中で、アスペルガー症候群などの発達障害の方の、対応に悩まれることがありますか。

- 1, よくある (1)
- 2, まあまあある (3)
- 3, 少しある (4)
- 4, ほとんど無い (7)
- 5, わからない (5)
- 0, 回答無し (5)

(9) 具体的に、どの様なことに悩まれますか。(複数回答)

- 1, 十分に就労能力がない (5)
- 2, 対応の仕方がわからない (4)
- 3, 紹介先がない (4)
- 4, 十分なコミュニケーションがもてない (7)
- 5, その他 (1)

○ 「ひきこもり」の方の場合、何らかの外界との亀裂があり、いかにして外に出て継続的に働きかけるかが支援のポイントであるが、発達障害の方の場合、さらに対人対応が苦手であることなど、特性からくる課題が加わり、対応のむずかしさ、継続就労を促すことのむずかしさがある。

○ 周囲の障害特性の理解が得られにくい。

- 0, 回答無し (14)

(10) 「ひきこもり」の方で就労の相談に来られる方の中で、診断などはついていないが、相談を受ける側が、「この方は発達障害ではないか」と感じられることがありますか

- 1, よくある (1)
- 2, まあまあある (5)
- 3, 少しある (7)
- 4, ほとんど無い (5)
- 5, わからない (4)
- 0, 回答無し (4)

(11) 「ひきこもり」の方で就労の相談に来られる方の中で、(10)の場合に、対応に悩まれることがありますか。

- 1, よくある (1) 2, まあまあある (6)
3, 少しある (5) 4, ほとんど無い (5) 5, わからない (3)
0, 回答無し (6)

(12) 具体的に、どの様なことに悩まれますか。(複数回答)

- 1, 十分に就労能力がない (4) 2, 対応の仕方がわからない (6)
3, 紹介先がない (4) 4, 十分なコミュニケーションがもてない (5)
5, その他 (1)

○診断を考える際、どの段階で誰が病院へ受診することを伝えるか。

- 0, 回答無し (14)

(13) これまでに、「ひきこもり」についての研修等を受けたことがありますか。必要だと感じますか。

- 1, ない、必要だと思う (17) 2, ないが、それ程必要だとは思わない (6)
3, ある、今後とも必要だと思う (3) 4, あるが、それ程必要だとは思わない (0)
5, その他 (0)

(14) これまでに、「発達障害」についての研修等を受けたことがありますか。必要だと感じますか。

- 1, ない、必要だと思う (14) 2, ないが、それ程必要だとは思わない (2)
3, ある、今後とも必要だと思う (9) 4, あるが、それ程必要だとは思わない (0)
5, その他 (0)

(15) これまでに、「ひきこもり」の方の相談を受けて、困ったことが有れば、書いて下さい。

○原因はさまざまだが、アトピーであったり、吃音等で消極的な方(学生の時に同級生からのいじめ等)で、コミュニケーション不足。特に何もやりたいことがなく、ただ、親に連れられても来ましたという方の対応はむずかしい。

○家族と同伴の場合が多く、付添いの人が話す、本人が話さないため、本人の意志や考えが分かりづらい。

○母親から相談を受けたが、本人自身の考えがわからず、対応の仕方がわからない。母親は多くの相談機関に相談されているが、何も変わらないと感じておられた。

○保護者の目指すゴール(目標)と本人の希望に大きなギャップがある。

○本人の思いと家族の思いの優先、あるいは、ギャップ。

(16) 今後、「ひきこもり」の方の相談にあたって、有ればよいと思うこと、必要と感じることが有れば、書いて下さい。

- 専門の相談機関等の紹介先を教えてください（あれば）。また、ひきこもり対象の職業訓練の場なども必要か。
- 地域、特に民生児童委員と本人及びその家族との関係を良好に保つことが必要。
- 本人と仲よくなれること、仲よくなったら本人に元気が出るように共感する、共感によく話しを聞く共感によく話しを聞く。
- 若者塾のような自立に向けて生活できる場所。
- 日中活動ができる場所、相談ができる場所。

(17) これまでに、「ひきこもり」の方の相談を受けて、このうち、発達障害もしくはその疑いのある方に対して、困ったことが有れば、書いて下さい。

- 狭い範囲での思考能力の中で、明らかに無理と思われるような職業選択（イラストレーター、翻訳家など）能力はない。
- 口数が少ないため、コミュニケーションが取りづらい。

※アンケートはここまでです。ありがとうございました。

図2. 就労相談機関へのアンケート調査
回答内容(2)

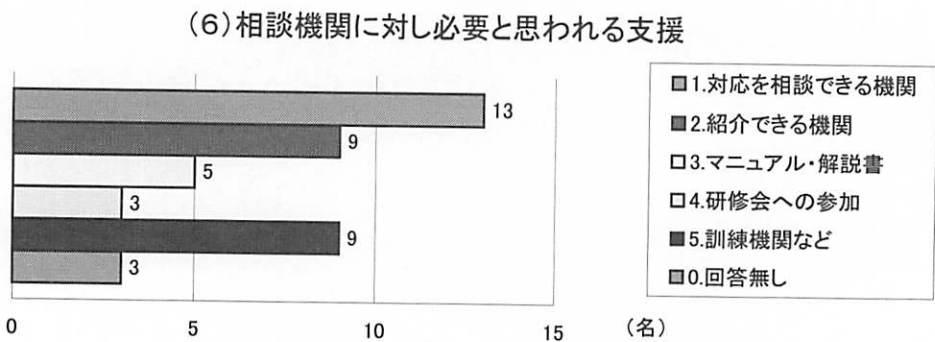
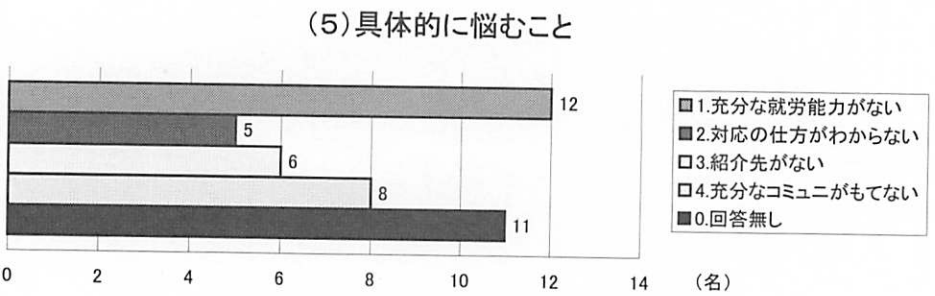
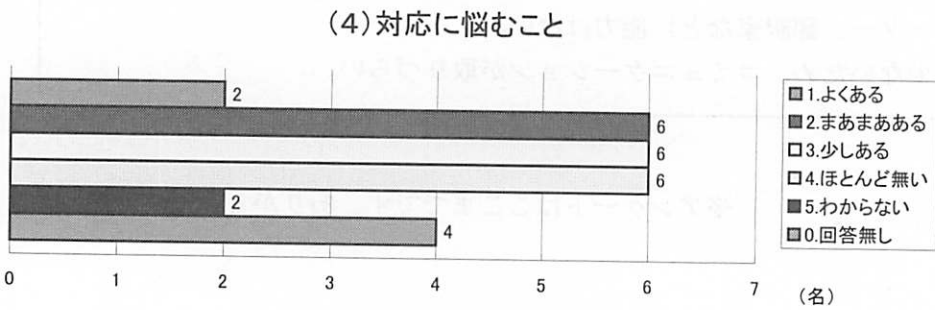
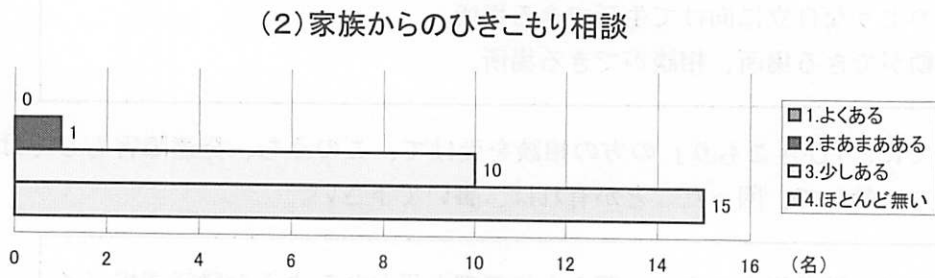
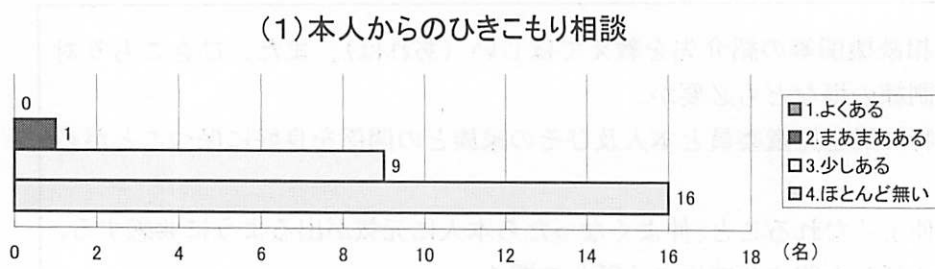
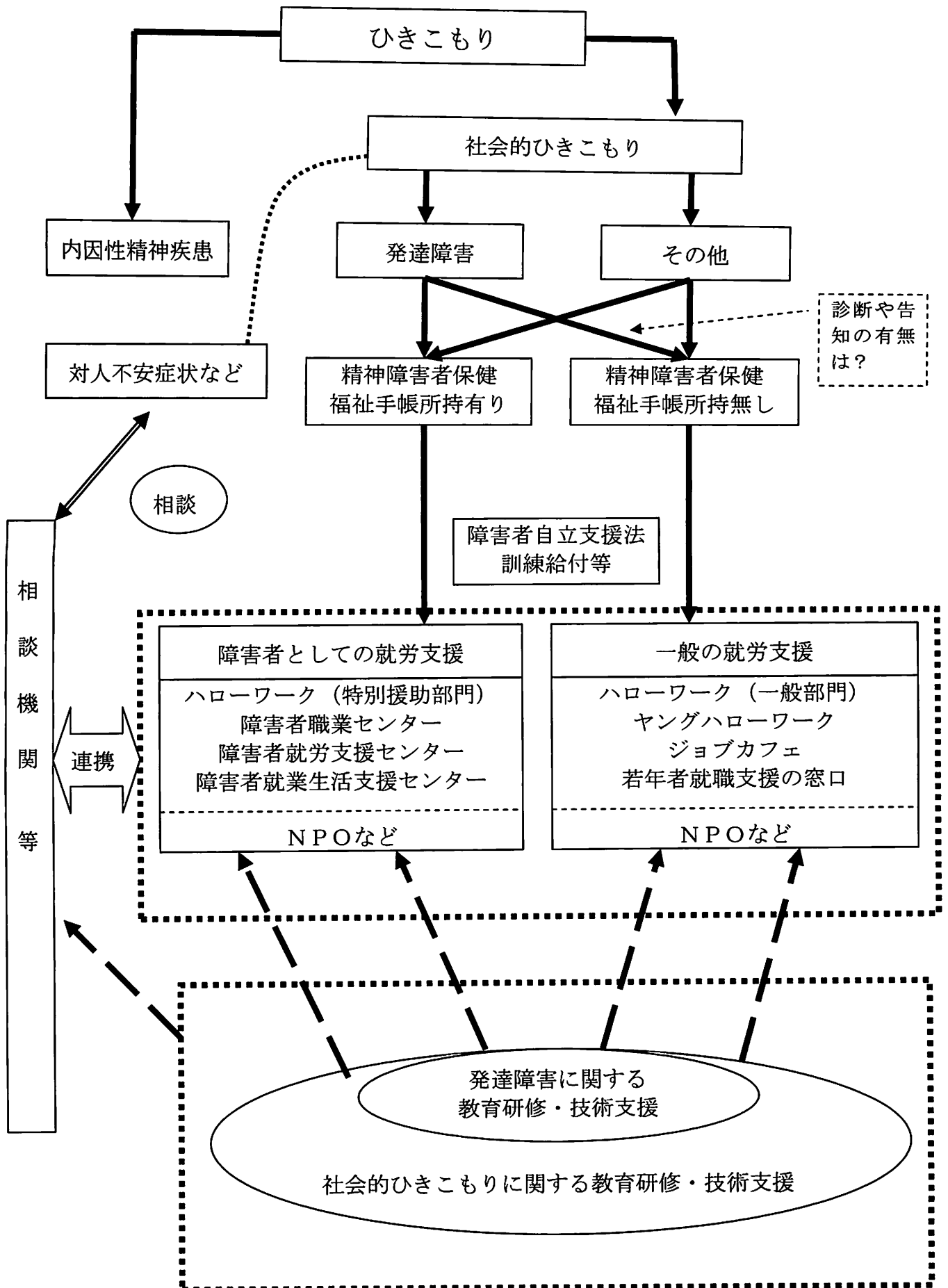


図3. ひきこもり者への就労支援



後期思春期・早期成人期のひきこもりに対する 精神医学的治療・援助に関する研究

分担研究者 斎藤環¹⁾

研究協力者 佐々木一¹⁾ 宮本克巳¹⁾ 半田聡¹⁾ 松木悟志¹⁾

1) 爽風会佐々木病院

研究要旨

2001年1月から2007年11月までの間に当院外来を受診した患者のうち、統合失調症やうつ病などの基礎疾患を持たず、一年間以上のひきこもり状態にある事例67例を対象として、独自に作成した評価表による評価を試みた。今回は、対象集団の性別、発症年齢、初診時所属、適応状態などの基礎情報をまとめ、筆者が1989年に行った調査との比較を試みた。その結果、前回の調査と比較して、「発症」年齢では4.8歳、初診時年齢では7.7歳、さらに現在年齢では10.8歳もの上昇が認められ、高年齢化の可能性が強く示唆された。高年齢化の主たる要因としては、「発症」年齢の上昇と、ひきこもり期間そのものの遷延化が考えられた。

A. 研究目的

社会的ひきこもり事例は近年ますます増加傾向にあると推定され、これとともに本人の高年齢化や家族の高齢化が進み、無理心中や家族亡き後のホームレス化、あるいは孤独死などの問題が浮上しつつある。2003年に厚生労働省が配布した対応ガイドラインは一定の成果を挙げたものの、現在の政策はニート支援など就労対策を中心としたものへと推移しつつあり、メンタルヘルスの視点がなおざりにされる懸念もある。

筆者らは早くから社会的ひきこもり事例の治療と家族相談に積極的に取り組んできた。とりわけ、民間の単科精神科病院としては初めて、ひきこもり事例に特化したデイケアサービスを1999年6月から提供しており、一定の成果を挙げつつある。このほかにもプロの音楽家に依頼して施行する、音楽療法の一環としての「ベルカント・セラピー」の試みなども実を結びつつある。以上のような複数の治療経験と現在までの状況をふまえ、多変量解析の手法などを用いて、主として改

善要因を中心とした検討を進めることが、本研究の目的である。

2007年度の研究では、まず対象事例の選択を行い、年齢、性別、ひきこもり期間などの基本情報について集計を行い、1989年に筆者が行った調査研究との比較から、事例群としていかなる変化が認められるかについて検討を行った。

B. 研究方法

本研究の対象者は、2001年1月から2007年11月までの間に当院外来を受診した患者のうち、以下の条件を満たした67例である。

- (1) 統合失調症やうつ病などの基礎疾患を持たない。
- (2) 一年間以上のひきこもり状態にある。
- (3) 本人との治療関係が六ヶ月以上継続している。
- (4) 調査のための情報が十分に揃っている。

本研究では、性別、発症年齢、初診時所属、などの背景情報、家族歴、適応状態、精神症状、面接時の所見、治療経過のそれぞれについて評価す

るための評価表（付表）を作成した。評価表の作成にあたっては以下の資料を使用しないし参考にした。

・職業分類についてはILOの「国際標準職業分類」を用い、これに「学生」「主婦」「無職」「パート、アルバイト」「ボランティア」「その他」「不明」の分類を新たに追加した。

・適応状態についてはDSM-IV-TRのGAF尺度を用いた。

・行動の異常、感情の異常、認知の異常、などの精神症状については、Gunderson, J.G.らによるDIB (Diagnostic Interview for Borderlines) を参考にした。

・身体症状、面接時の所見については、Wing, J.K.らによるPSE (現在症診察表) を参考にした。

対象者全員についての評価表による評価は、現在進行中であるため、今回は年齢、性別、ひきこもり期間、GAF尺度などの、基礎情報を報告するにとどめる。

C. 研究結果

ひきこもり状態の「発症」時年齢は、平均 20.3 歳であり、年齢別には「16 歳から 20 歳」が 38% と最も多く、次いで「21 歳から 25 歳」と「26 歳から 30 歳」がともに 21% でこれに続いていた (図 1)。

初診時年齢の平均は 27.3 歳であり、年齢別にみると「26 歳から 30 歳」が 29% と最も多く、「31 歳から 35 歳」が 27% とこれに続いていた (図 2)。

初診時点でのひきこもり期間は、平均 68.9 ヶ月であり、期間別には「5 年から 10 年」が 30% と最多であり、次いで「1 年から 2 年」が 27%、「3 年から 5 年」が 18% であった。なお、ひきこもり期間が「10 年以上」に及んだ事例が 10% を占めていた (図 3)。

現在の年齢は、平均が 32.6 歳で、年齢別には「35 歳以上」が 34% と最多であり、「31 歳から 35 歳」が 31%、「26 歳から 30 歳」が 18% でこれに続いていた (図 4)。

性別では男性が 79% を占めており (図 5)、D

SM-IV-TR の I 軸診断では「社会不安障害」が 76%、「気分変調性障害」が 16%、「強迫性障害」が 7%、「身体化障害」が 1% という内訳だった。

II 軸診断では、該当する診断なしとするものが 67% と最多で、以下、「回避性人格障害」が 27%、「強迫性人格障害」が 3%、「境界性人格障害」が 1%、「妄想性人格障害」が 1%、「特定不能の人格障害」が 1%、という内訳だった。

初診時点での適応状態を DSM-IV-TR における GAF 尺度で評価した。その結果、平均は 36.5 であり、内訳は「21~30」が 53% と最も多く、「41~50」が 22%、「31~40」が 13% で、これに続いていた。

D. 考察

今回の調査でもっとも顕著であったのは、ひきこもり事例全般における著しい高年齢化の傾向である。厳密な比較対照群として有効かどうかは今後の検討を要するが、以下に、筆者自身が 1989 年に行った調査研究との比較を試みてみよう。

本研究と前回の研究との最大の相違点は、研究対象者サンプリングの条件として「初診時点で 3 ヶ月以上の無気力・ひきこもり状態があること」とした点であり、他の点では大きな違いはない。この調査では、初診時点の平均ひきこもり期間が 23.4 ヶ月であり、事例の大半は 1 年以上のひきこもり状態にあったことを考慮するなら、ひきこもり期間の設定の違いは、それほど結果に大きな影響を及ぼしていないものと考えられる。

前回調査における対象者は 80 例 (男性 66 例、女性 14 例) であり、「発症」年齢は、平均 15.5 歳、初診時年齢は平均 19.6 歳、初診時ひきこもり期間は平均 23.4 ヶ月、現在の年齢は平均 21.8 歳、GAF 尺度による評価は平均 43.3 であった。

つまり、「発症」年齢では 4.8 歳、初診時年齢では 7.7 歳、さらに現在年齢では 10.8 歳もの上昇が認められたのである。

もちろん比較の対象として参考程度の調査であるとは言え、ここに高年齢化の傾向を読み取っ

たとしても、それほど荒唐無稽な結論とは言えないのではないだろうか。

高年齢化が事実であるとして、その要因はなんであろうか。おそらく複数の要因が考えられる。一つは、「発症」年齢の上昇である。かつては、多くのひきこもり状態が、不登校から遷延化して生じていた。しかし最近では、いったん就労したあとでひきこもり、外来を受診するケースが少なくない。20代後半、あるいは30代に至ってからひきこもりは始める事例の増加が、その背景にあると考えられる。

もう一点考えられるのは、ひきこもり期間の長期化である。ひきこもり事例の多くは、一度ひきこもってしまった場合、その状態に留まり続けることが多く、これが事例全体の高年齢化を促す一大要因と考えられる。

今回の比較で言えば、「発症」年齢に比べて、現在年齢は2倍以上の幅で上昇している。つまり、高年齢化を説明する上で、「発症」年齢の上昇だけでは不十分であり、ひきこもり期間そのものが遷延化傾向にある可能性をも考慮に入れる必要があると考えられる。

E. 結論

今回の調査では、調査対象全体の顕著な高年齢化の可能性が強く示唆される結果となった。今後は、改善を促す要因とともに、高年齢化をもたらす要因をも視野に入れて、事例の分析を進めていく予定である。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition ,Text Revision
DSM-IV-TR. APA, Washington, D.C. 2000.
(高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) Gunderson, J.G., Kolb, J.E. and Austin, V.A.: The diagnostic interview for borderline patients. *Am. J. Psychiatry*, 138:894(1981)
- 3) 斎藤環: 社会的ひきこもり. PHP 研究所. 1998.
- 4) 斎藤環: ひきこもり救出マニュアル. PHP 研究所. 2002.
- 5) 斎藤環: 「ひきこもり」の治療と援助 —本人に対して—. *精神医学*, 45(3):255-258. 2003.
- 6) Wing, J.K. et al: Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms, London(1974) (高橋良他訳: 精神症状の測定と分類, 医学書院, 東京(1981))

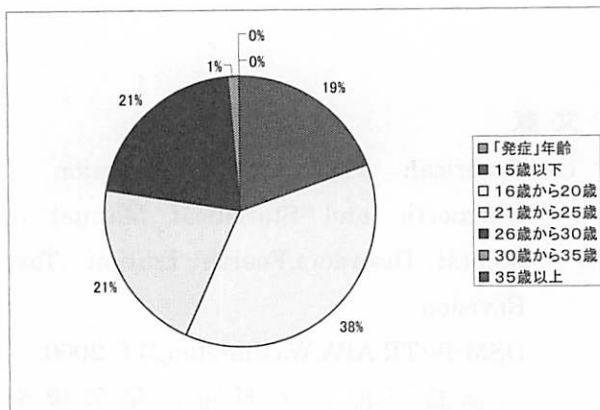


図 1

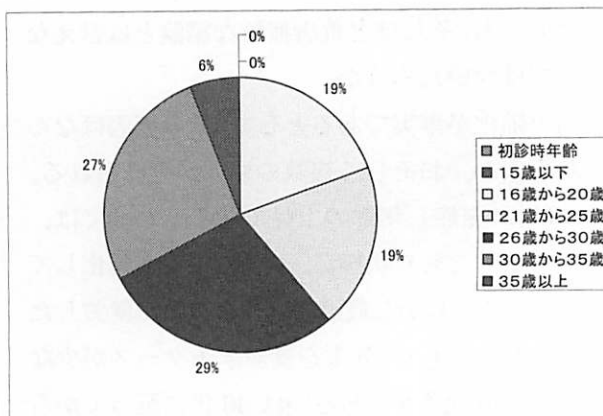


図 2

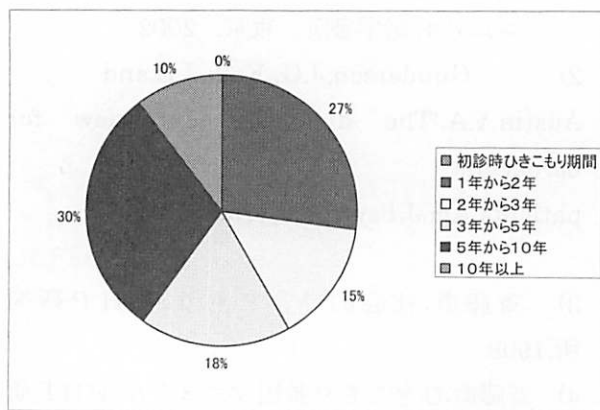


図 3

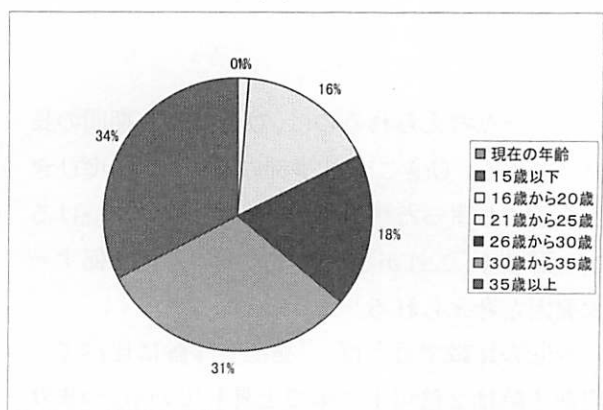


図 4

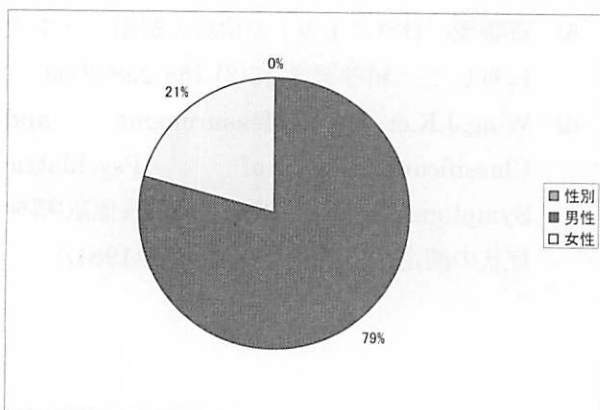


図 5

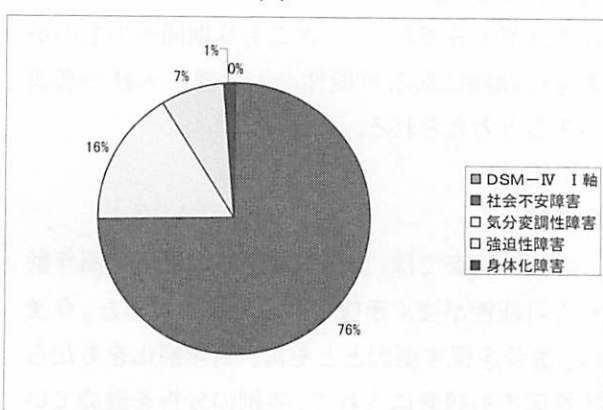


図 6

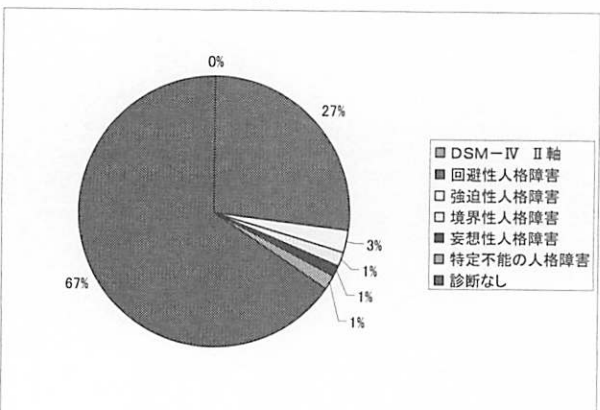


図 7

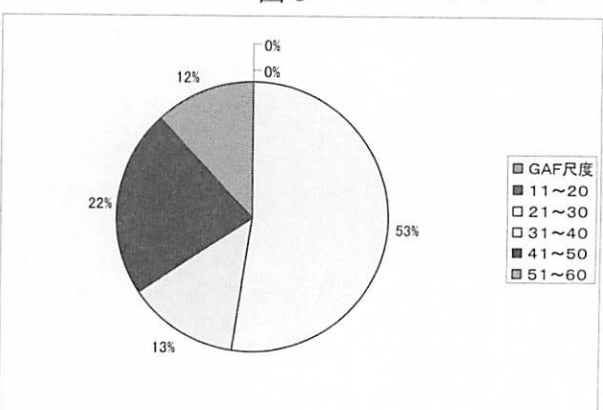


図 8

ひきこもり状態評価表

■使用上の注意■

- ・評価は基本的に三段階評価です。特に断わりがなければ 2. についてはすべて 3. と 1. の中間的状态と考えて下さい。
- ・評価の時期として(1)現在 (2)初診時 (3)発症時から現在までにそのエピソードがあったか否かの三つがあります。(1)(2)についてはそれぞれ現在まで、あるいは初診時までの3ヶ月間における平均的状态について評価して下さい。(3)については、3. と 2. 両方のエピソードが同程度に認められたような場合には、程度の強い方をとって、必ず 3. とスコアして下さい。また「発症時」とは、今回の問題につながってくると思われる症状が出現した時点と考えて下さい。
- ・「慢性」とはDSM-IV にならって三ヶ月以上持続した場合を指します。したがって「一時的」は、三ヶ月より短い持続期間と言うこととなります。また短期間という場合は二週間以内と考えて下さい。
- ・その他不明な点は付属の「使用法について」を参照して下さい。

■背景情報■

1.整理番号

2.本人氏名 (姓名イニシャルのみ)

3.記録者氏名 (姓名イニシャルのみ)

4.記録日時 年 月 日

5.性別 1.男 2.女

6.生年月日 年 月 日

7.初診日 年 月 日

年齢

8.現在 歳

9.初診時 歳

10.発症時 歳

現在の治療状況

11.治療形態

1.収容治療中 ※施設名 () 2.外来治療中

12.治療歴

(カウンセリングの場合、また親のみの相談の場合も含む。電話相談のみ、また祈祷など宗教行為は除外する)

1.なし 2.1カ所 3.2カ所 4.3カ所 5.4カ所以上

13.精神科入院歴 (心療内科など精神科以外の医療機関でも、今回の問題の治療目的であれば可)

1.なし 2.あり

14.初診場所

※具体的に ()

15.発症時所属

0.所属なし 1.小6以下 2.中1 3.中2 4.中3

- 5.中卒予備校 6.高1 7.高2 8.高3 9.予備校 10.定時制高校
11.通信制高校 12.専門学校 13.短大 14.大学 15.社会人
16.その他 ※具体的に ()

16.初診時所属

- 0.所属なし 1.小6以下 2.中1 3.中2 4.中3
5.中卒予備校 6.高1 7.高2 8.高3 9.予備校 10.定時制高校
11.通信制高校 12.専門学校 13.短大 14.大学 15.社会人
16.その他 ※具体的に ()

17.最終学歴

- 1.中卒 2.高卒 3.高校中退 4.短大卒 5.専門学校卒
6.大学中退 7.大卒以上 8.その他 ※具体的に ()

18.職業 ※具体的に記入して下さい ()

- 1.専門的職業 2.管理的職業 3.技術的職業 4.事務・販売 紹介 5.熟練的職業 6.半熟練的職業

- 7.非熟練的職業 8.学生 9.主婦 10.無職 11.パート、アルバイト 12.ボランティア

- 13.その他 14.不明

19.来院経路

- ※具体的に ()

■家族歴■

20.父親の職業 ※具体的に記入して下さい ()

- 1.専門的職業 2.管理的職業 3.技術的職業 4.事務・販売 紹介 5.熟練的職業 6.半熟練的職業
7.非熟練的職業 8.学生 9.主夫 10.無職 11.パート、アルバイト 12.ボランティア
13.その他 14.不明

21.父親の学歴

- 1.中卒 2.高卒 3.短大卒 4.専門学校卒 5.大卒以上 6.その他 ※具体的に ()

22.母親の職業 ※具体的に記入して下さい ()

- 1.専門的職業 2.管理的職業 3.技術的職業 4.事務・販売 紹介 5.熟練的職業 6.半熟練的職業
7.非熟練的職業 8.学生 9.主婦 10.無職 11.パート、アルバイト 12.ボランティア
13.その他 14.不明

23.母親の学歴

- 1.中卒 2.高卒 3.短大卒 4.専門学校卒 5.大卒以上 6.その他 ※具体的に ()

■来院者 (外来通院の場合の、来院者とその頻度について)

24.本人

- a (1.いつも来る 2.ときどき来る 3.あまり来ない 4.来院拒否)

- b (1.協力的 2.非協力的 3.不明)

25.母親

- a (1.いつも来る 2.ときどき来る 3.あまり来ない 4.来院拒否)
b (1.協力的 2.非協力的 3.不明)

26.父親

- a (1.いつも来る 2.ときどき来る 3.あまり来ない 4.来院拒否)
b (1.協力的 2.非協力的 3.不明)

27.虐待歴について

1. 現在、親あるいは養育に関わる関係者（教師、施設職員など）などから虐待をうけている。
虐待の内容（ ）
虐待者（ ）
2. 過去に親あるいは養育に関わる関係者（教師、施設職員など）からう虐待をうけたことがある。
虐待の内容（ ）
虐待者（ ）
3. 本人は虐待があったと訴えているが事実については確認されていない
虐待の内容（ ）
虐待者（ ）
4. 被虐待歴はない

28.治療者からみた父親の印象（下の形容詞対のもっとも適当なところに○をつける）

柔軟な	1	2	3	4	5	頑固な
温かい	1	2	3	4	5	冷たい
陽気な	1	2	3	4	5	陰気な
たくましい	1	2	3	4	5	弱々しい
社交的な	1	2	3	4	5	非社交的な
落ち着いた	1	2	3	4	5	落ち着きのない
きちんとした	1	2	3	4	5	だらしのない
理性的な	1	2	3	4	5	感情的な
慎重な	1	2	3	4	5	軽率な
尊大な	1	2	3	4	5	謙虚な
皮肉な	1	2	3	4	5	素直な
依存的な	1	2	3	4	5	自立した
寛容な	1	2	3	4	5	非寛容な
自信のある	1	2	3	4	5	自信のない
積極的な	1	2	3	4	5	消極的な

29.治療者からみた母親の印象（下の形容詞対のもっとも適当なところに○をつける）

柔軟な	1	2	3	4	5	頑固な
温かい	1	2	3	4	5	冷たい
陽気な	1	2	3	4	5	陰気な
たくましい	1	2	3	4	5	弱々しい

社交的な	1	2	3	4	5	非社交的な
落ち着いた	1	2	3	4	5	落ち着きのない
きちんとした	1	2	3	4	5	だらしない
理性的な	1	2	3	4	5	感情的な
慎重な	1	2	3	4	5	軽率な
尊大な	1	2	3	4	5	謙虚な
皮肉な	1	2	3	4	5	素直な
依存的な	1	2	3	4	5	自立した
寛容な	1	2	3	4	5	非寛容な
自信のある	1	2	3	4	5	自信のない
積極的な	1	2	3	4	5	消極的な

同胞

30.同胞数 人（本人も含める）

31.同胞順位 位

32.第1子の性別 1.男 2.女

33.第1子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動 ()
6.不明

34.第2子の性別 1.男 2.女

35.第2子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動 ()
6.不明

36.第3子の性別 1.男 2.女

37.第3子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動 ()
6.不明

38.第4子の性別 1.男 2.女

39.第4子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動 ()
6.不明

40.同胞が5人以上の場合、その性別と適応状態を以下に記載して下さい。

- ()
()
()
()

41.特殊家庭事情（初診時点で主要なものを一つ）

- 1.親の別居・離婚 2.親の死別 3.親の病気・入院 4.親の単身赴任 5.その他
() 6.なし

負因

42.負因

1.なし 2.あり

43.負因者 ()

44. (28.で 2.あり の場合) 障害の種類 ※ ()

■発症前の状況■

45.GAF尺度による発症前1年間の最高レベル

46.GAF尺度による初診時のレベル

47.GAF尺度による現在のレベル

※GAF尺度については「使用法について」を参照のこと

48.あきらかな発症契機または初発時の環境的变化

(最も重要と思われるものをひとつ)

※具体的に記入してください ()

1.学業上の挫折体験 2.職業上の挫折体験 3.居住環境の変化(転居、帰国)

4.就学環境の変化(入学、進学、転校、クラス替え、学校行事、進級、卒業)

5.就業環境の変化(就業、失業、配置転換、昇進、単身赴任)

6.家族以外の対人関係の軋轢・破綻・緊張 7.家族関係の軋轢・破綻・緊張

8.なんらかの喪失体験 9.身体疾患 10.その他 11.不明

49.”あきらかな発症契機”が不明の場合、推定される発症契機

(最も重要と思われるものをひとつ)

※具体的に記入して下さい ()

1.学業上の挫折体験 2.職業上の挫折体験 3.居住環境の変化(転居、帰国)

4.就学環境の変化(入学、進学、転校、クラス替え、学校行事、進級、卒業)

5.就業環境の変化(就業、失業、配置転換、昇進、単身赴任)

6.家族以外の対人関係の軋轢・破綻・緊張 7.家族関係の軋轢・破綻・緊張

8.なんらかの喪失体験 9.身体疾患 10.その他 11.不明

50.初発症状 (複数回答可)

1.ひきこもり 2.無気力 3.不登校 4.非行 5.家庭内暴力

6.身体症状(心身症的なもの、あるいは自律神経症状) 7.心気症状 8.対人恐怖症状

9.その他の恐怖症状 10.強迫観念・強迫行為 11.そのほかの(上記以外の)神経症症状

12.摂食行動の異常(過食、拒食) 13.抑うつ気分

14.その他 ※具体的に ()

51.友人の数(発症直前の状態)

交際している友人が

1.2人以上いる 2.1人いる 3.まったくいない

52.友人との親密さ(※41.で 1. または 2. の場合)

つきあっている友人とは

1.しばしば連絡をとり、行動をともにする 2.時に連絡をとり、行動をともにする 3.ごく稀に連

絡をとる程度

いじめ体験の時期

53.喧嘩や意地悪

- 1.小学校低学年（3年生まで）
- 2.小学校高学年（4年生以上）
- 3.中学
- 4.高校
- 5.大学
- 6.その他

54.いじめ

- 1.小学校低学年（3年生まで）
- 2.小学校高学年（4年生以上）
- 3.中学
- 4.高校
- 5.大学
- 6.その他

55.いじめ非行

- 1.小学校低学年（3年生まで）
- 2.小学校高学年（4年生以上）
- 3.中学
- 4.高校
- 5.大学
- 6.その他

いじめ体験の程度

56.喧嘩や意地悪

- 1.1度あった
- 2.持続的に繰り返されたが解決した
- 3.持続的に繰り返されたが解決しなかった
- 4.持続的に繰り返されたために転校などを強いられた
- 5.その他

57.いじめ

- 1.1度あった
- 2.持続的に繰り返されたが解決した
- 3.持続的に繰り返されたが解決しなかった
- 4.持続的に繰り返されたために転校などを強いられた
- 5.その他

58.いじめ非行

- 1.1度あった
- 2.持続的に繰り返されたが解決した
- 3.持続的に繰り返されたが解決しなかった
- 4.持続的に繰り返されたために転校などを強いられた
- 5.その他

（※深谷はいじめの分類として(1)「喧嘩や意地悪」(2)「いじめ」(3)「いじめ非行」の3つに分類する。「いじめ」に該当するのはゲーム性の強い「菌ごっこ、無視や仲間外れ、悪質な悪口、嫌がらせ、落書き、物を隠す」などであり、「暴力、カツアゲ、使いパシリ、物を壊す、嫌がることを強要する」などは「いじめ非行」であるとする。このうち少なくとも「いじめ非行」は犯罪であり、対応上も区別が必要である。）

■対人関係■

母親との関係

59.会話（現在の状態）

- 1.母親と普通に話すことができる
- 2.母親とある程度話すことができるが、話題などは限られている。（3と1の間）
- 3.母親とほとんど話をしない

60.攻撃性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

暴力は振るわないが、家族を責める、乱暴な口をきく、無理な要求をする、脅迫する、などの行為が

- 1.慢性的に認められた
- 2.一時的に認められた
- 3.ほとんど認められない

61.暴力（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

大声を出す、物に当たる、家族に肉体的暴力をふるう、などの暴力行為が
1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

62.母親との関係の不安定さ（発症後、現在までに以下のような状態があったか）
主として攻撃的態度と依存的態度の交代が

1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

63.母親に対する依存的態度・幼児性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

母親にまわりつく、同じ部屋で、あるいは同じ布団と一緒に寝たがる、過度のスキンシップを求めて来る、幼児語をつかう、などといった行為が

1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

父親との関係

64.会話（現在の状態）

1.父親と普通に話することができる

2.父親とある程度話することができるが、話題などは限られている。（3と1の間）

3.父親とほとんど話をしない

65.攻撃性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

暴力は振るわないが、家族を責める、乱暴な口をきく、無理な要求をする、脅迫する、などの行為が

1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

66.暴力（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

大声を出す、物に当たる、家族に肉体的暴力をふるう、などの暴力行為が

1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

67.父親との関係の不安定さ（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

主として攻撃的態度と依存的態度の交代が

1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

68.父親に対する依存的態度・幼児性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

父親にまわりつく、同じ部屋で、あるいは同じ布団と一緒に寝たがる、過度のスキンシップを求めて来る、幼児語をつかう、などといった行為が

1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

きょうだいとの関係

69.会話（現在の状態）

1.きょうだいと普通に話することができる

2.きょうだいとある程度話することができるが、話題などは限られている。（3と1の間）

3.きょうだいとほとんど話をしない

70.攻撃性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

暴力は振るわないが、家族を責める、乱暴な口をきく、無理な要求をする、脅迫する、などの行為が

1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

71.暴力（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

- 大声を出す、物に当たる、きょうだいに肉体的暴力をふるう、などの暴力行為が
- 1.慢性的に認められた
 - 2.一時的に認められた
 - 3.ほとんど認められない

友人関係

72.友人の数（現在の状態）

現在交際している友人が

- 1.2人以上いる
- 2.1人いる
- 3.まったくいない

73.友人との親密さ（※41.で 1. または 2. の場合）

現在つきあっている友人とは

- 1.しばしば連絡をとり、行動をともにする
- 2.時に連絡をとり、行動をともにする
- 3.ごく稀に連絡をとる程度

74.異性関係

- 1.特定の異性関係がある
- 2.異性の友人がいるか、または過去に特定の異性関係があった。
- 3.異性関係はほとんど無い

■行動の異常■

75.不登校

- 1.現在まで持続するもの、または過去に3ヶ月以上の持続的な不登校
- 2.過去に3ヶ月以内の不登校もしくは断続的不登校
- 3.ほとんどない

76.ひきこもり程度（初診時の状態）

- 1.ほとんど外出しない
- 2.時に近所まで出る程度
- 3.外出はするが非生産的

77.ひきこもり程度（現在の状態）

- 1.ほとんど外出しない
- 2.時に近所まで出る程度
- 3.外出はするが非生産的
- 4.学校・職場などの活動に、部分的に参加している。
- 5.学校・職場などの活動に、ほぼ完全に参加している。

78.ひきこもり期間（初診時点での通算で）※断続的の場合は加算して

（ ）ヶ月

79.ひきこもり期間（現在までの通算で）

（ ）ヶ月

80.反社会的行動（発症後、現在までに以下のような事があったか）

- 1.窃盗、脅迫、などの明かな犯罪行為
- 2.未成年の飲酒、喫煙などの虞犯、不良行為
- 3.ほとんどない

81.希死念慮・自殺企図（発症後、現在までに以下のような事があったか）

- 1.自殺を目的とした自傷行為、自殺企図などがみられた
- 2.自殺をほのめかすような言動、自殺による脅迫などがみられた
- 3.ほとんどない

■感情の異常■

82.気分の不安定さ

- 1.慢性的に気分変動が激しい
- 2.気分変動は一時的か、または正常範囲
- 3.気分変動はほとんど認められない

83.慢性的な軽度の抑うつ状態または1度以上の身体症状をとまなう大うつ病相を経験したか

- 1.大うつ病相
- 2.軽度の抑うつ状態のみ
- 3.ほとんどない

84.絶望感、希死念慮、罪責感など

1.自殺企図あるいは持続する強い希死念慮にいたるほどの絶望感、無価値観、罪責感、救われない感じを経験した

2.時に漠然とした希死念慮を感じるていどの絶望感、無価値観、罪責感、救われない感じを経験した

3.ほとんどない

85.慢性的な強い不安、不安による身体症状など

1.パニックに陥るほどの強い不安、緊張を経験した

2.不安、緊張でしばしば自律神経症状を訴えたり、症状に対する予期不安が強い時期があった

3.ほとんどない

86.慢性的な孤独感、退屈、空虚さ

1.孤独感、退屈、空虚さの全てを持続的に経験した

2.孤独感、退屈、空虚さのいずれかを経験した

3.ほとんどない

■認知の異常■

87.対人恐怖症状

1.重症対人恐怖症状（自己臭、視線恐怖、赤面恐怖、会食恐怖）がこれまでにあった

2.軽度の対人恐怖症状があった

3.対人恐怖症状は顕著ではない

88.強迫神経症症状

1.確認強迫、洗浄強迫、儀式的行為、強迫観念などの強迫神経症症状が過去に存在した

2.明かな強迫症状はないものの、過度な几帳面さや完全主義、またちょっとした確認癖などの強迫傾向は認められる

3.強迫傾向は顕著ではない

89.幻覚・妄想体験

1.思考吹入、思考奪取、作為体験、考想察知、迫害妄想、関係妄想、罪責妄想、誇大妄想、心気妄想、そのほかの妄想、あるいはなんらかの幻覚体験を一過性に経験した

2.過度の疑り深さ、関係念慮、そのほかの妄想様体験があった。

※1. 2.の体験の主な内容（ ）

3.このような訴えはほとんどない

90.奇妙な思考、異常な知覚体験

1.強い迷信傾向、魔術的思考、第六感、繰り返す錯覚、強い確信的体験、明かな離人感などのいずれかが現在まで持続している

2.強い迷信傾向、魔術的思考、第六感、繰り返す錯覚、強い確信的体験、明かな離人感などのいずれかが過去に経験された

※1. 2.の体験の主な内容（ ）

3.このような訴えはほとんどない

91.被害妄想、被害念慮の対象

1. 家族 2. 近所の住民 3. 親戚、知人 4. 友人 5. かつての友人、同級生

6. 有名人 7. 不特定多数 8. その他（ ）

92.妄想に基づく実際行動

1. 相手に暴力的な反撃を加えた
2. 反撃の準備行動がみられた（武器の用意など）
3. 相手を家族に向かって罵倒する
4. とくに行動は起こさない
5. その他（ ）

■そのほかの精神身体症状■（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

93.学業、職業などの本業以外の分野における活動性

- 1.一定の趣味もしくは関心のある分野があり、その分野では興味を持って積極的に活動できる
- 2.趣味や関心を持っている分野はあるが、あまり熱心ではない
- ※ 3 または 2 の場合は興味を持っている分野を具体的に（ ）
- 3.ほとんど何事にも趣味、関心はない

94.薬物嗜癖

- 1.アルコールまたは特定の薬物に関する慢性的な大量の（治療目的以外の）使用が明らかであった
※薬物名（ ）
- 2.アルコールまたは特定の薬物に関する挿間的な（治療目的以外の）使用が明らかであった ※
薬物名（ ）
- 3.アルコールまたは治療目的以外の薬物の使用は明かでない

■身体症状■

95.身体的既往

- 1.あり ※（ ）
- 2.なし

96.不眠

- 1.慢性的な不眠を訴え、睡眠剤の持続的使用を必要とした
- 2.一時的に不眠を訴え、睡眠剤を使用することがあった
- 3.不眠の訴えは顕著でないか、とくに睡眠剤を必要としない程度であった

97.睡眠のパターン（昼夜逆転傾向について）

- 1.起床は午後 2 時以降あるいはきわめて不規則な睡眠パターンで、昼夜逆転傾向が慢性的に顕著だった
- 2.起床はほぼ午前 10 時から午後 2 時までの間で、若干の昼夜逆転傾向を認めた程度
- 3.規則的に午前 10 時前には起床

98.自律神経症状

- 1.頭痛、のぼせ、ほてり、めまい、ふらつき、発汗、口渇、窒息感、動悸、呼吸困難、胃部不快、腹痛、振戦、などいずれかの心因性と思われる身体症状が慢性的に認められた 特に顕著なもの（ ）
- 2.上記症状が一時的に認められた
- 3.上記症状はほとんど意識されなかった

99.心気症傾向

- 1.内科的には異常が無いと診断されたにも関わらず、身体的愁訴が慢性的に持続したことがあった
※顕著な愁訴内容（ ）
- 2.上記訴えが一時的にみられたか、またはあきらかな訴えはないものの自らの健康状態に過敏

3.心氣的傾向はほとんど認めない

100.性欲の異常（性障害および性同一性障害）

1.DSM-IV 第1軸で診断可能な異常が持続的にみられる

診断名（ ）

2.DSM-IV 第1軸で診断可能な異常が一過性にみられる

診断名（ ）

3.異常はみられない

■メディア・通信関係■

101.テレビの使用状況

1.ほとんど使用しない 2.1-2時間程度視聴 3.3時間以上視聴

4.視聴するともなくつけっぱなしの状態 5.ビデオ（LD, DVD）鑑賞が主

6.テレビゲームが主 7.その他（ ）

102.携帯電話の使用状況

1.所有せず 2.家族と共用 3.所有するが使用せず 4.頻繁に使用（通話相手： ）

103.電話・手紙に対する態度

1.いっさい無視する 2.受ける時もある 3.手紙のみ受ける 4.電話のみ受ける

5.ともに常に受ける 6.文通相手がいる 7.電話友達がいる

104.インターネットの利用

1.利用しない 2.ときおり利用する 3.ひんぱんに利用する 4.過度な没頭がみられる

（※3. と 4. の区別としては、日常生活や治療に支障を来すか否かを判断基準とする）

■面接時の所見■（医師の主観的判断による現在の状態）

105.感情的ひきこもり

1.自発語は全くなく、緘黙に近いものから、面接者の問いかけにごく簡単に反応するものまで。視線を合わせないなど、その反応も不適切であることが多い。

2.自発語も時にみられる。応答は比較的短く、声が平板だったり、表情の変化に乏しかったりする傾向があるが、一応面接者の話題に沿って話ができる。

3.自ら話題を出すなど積極的に話す。面接者の問いかけにも十分適切に答えることができる。

106.奇妙さ

1.姿勢、態度、言語表現などいくつかの点で明らかに不適切であり、周囲の状況にそぐわない奇妙な態度が持続的にみられる。

2.やや奇異な癖、しぐさ、言葉などが時に見られる。 3.奇妙さはほとんど認められない。

107.疎通性（ここでは分裂病性の疎通性の無さを念頭において答えること）

1.疎通性に欠け、内面を明かさず、分裂病を疑わせる事もある

2.疎通性はかなりあるが、いま一つ話が深まらない 3.疎通性は十分にある

108.深刻味のなさ

1.葛藤、深刻味はほとんど認められない 2.葛藤、深刻味は中程度に認められる

3.葛藤が強く、訴えには深刻味が感じられる

109.治療意欲・通院態度など

1.本人が定期的いきちんと通院・服薬し、勧められた活動（アルバイト、クラブ、ハウスなど）などにも積極的に参加する

2.通院や服薬が時に不規則になり、勧められた活動などにも消極的

3.通院、服薬はきわめて不規則で、活動への参加もない

■治療内容■

110.カウンセリング

1.行なった 2.行なわない

111.薬物療法

1.行なった 2.行なわない

112.家族指導・家族カウンセリング

1.行なった 2.行なわない

113.入院

1.行なった 2.行なわない

114.クラブ

1.行なった 2.行なわない

115.宿泊療法

1.行なった 2.行なわない

116.キャンプ

1.行なった 2.行なわない

117.グループカウンセリング

1.行なった 2.行なわない

118.相談的家庭教師

1.行なった 2.行なわない

119.電話相談

1.行なった 2.行なわない

120.手紙相談

1.行なった 2.行なわない

121.訪問相談

1.行なった 2.行なわない

122.家族会・家族グループ

1.行なった 2.行なわない

123.その他（ ）

124.インターネット利用の治療上の影響について

1.有意義であった（具体的に： ）

2.どちらともいえない

3.有害であった（具体的に： ）

125.薬物への反応（無気力、ひきこもり状態について）

- 1.薬物を使用し、明かな効果を認めた
有効だった薬物 ()
- 2.薬物を使用し、若干の改善を認めた
有効だった薬物 ()
- 3.薬物を使用しなかったか、使用しても特に効果を認めなかった

改善度の評価

126.無気力、ひきこもり状態について

- 1.治療終結に至った
- 2.明かな改善を認めた
- 3.いくつかの点でわずかに改善した
- 4.ほとんど変化がみられない
- 5.より悪化した

127.神経症傾向が認められる場合、その改善度について※具体的に ()

- 1.治療終結に至った
- 2.明かな改善を認めた
- 3.いくつかの点でわずかに改善した
- 4.ほとんど変化がみられない
- 5.より悪化した

128.症状改善に最も効果があったと思われる治療内容

- 1.カウンセリング
- 2.薬物療法
- 3.家族指導
- 4.入院
- 5.クラブ
- 6.宿泊療法
- 7.キャンプ

- 8.グループカウンセリング
- 9.その他 ※具体的に ()

129.診断的に最も近いもの、あるいは可能性のあるもの

DSM-IVにおける1軸の診断コード

- 1軸 (コード: 診断名:)

130.診断的に最も近いもの、あるいは可能性のあるもの

DSM-IVにおける2軸の診断コード

- 2軸 (コード: 診断名:)

IV. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧

<書籍>

- 1) 齊藤万比古：不登校の児童思春期精神医学。金剛出版，東京，2006.
- 2) 齊藤万比古（編）：不登校対応ガイドブック。中山書店，東京，2007.
- 3) 齊藤万比古：不登校。大塚俊男，上林靖子，福井進，他（編）；[新版]心の病気を知る事典；pp269-279，弘文堂，東京，2007.
- 4) 近藤直司，宮沢久江（分担執筆）：不登校と家庭内暴力。不登校と非行。訪問診療・訪問指導。不登校対応ガイドブック（齊藤万比古編）中山書店，2007.
- 5) 水田一郎（分担執筆）：不登校対応ガイドブック（齊藤万比古編）第V章2-10 妄想性障害（pp. 103-108）。第VI章4 高校生の不登校（pp. 234-240）。東京，中山書店，2007.
- 6) 水田一郎（分担執筆）：現場に活かす精神科チーム連携の実際ー精神科医，心理士，精神科ソーシャルワーカーのより良い連携を求めて（藤本修編）第3章2節 三職種チーム連携が行われる場について「精神科診療所」（pp. 61-63）。第4章1節 三職種チーム連携の理解のために「児童虐待」（pp. 69-75）。第4章2節 三職種チーム連携の理解のために「不登校」（pp. 82-87）。第4章3節 三職種チーム連携の理解のために「家庭内暴力」（pp. 97-101）。第4章7節 三職種チーム連携の理解のために「転換性障害，解離性障害」（pp. 153-159）。大阪，創元社，2006.
- 7) 奥村雄介，野村俊明：非行精神医学。医学書院，2006.
- 8) 奥村雄介：矯正医学事典。鴨下守孝ほか編集，東京法令出版，2006.
- 9) 奥村雄介：その他ー非行・犯罪にみる衝動性。精神看護エクスペール第20巻，衝動性と精神看護，118-125，中山書店，2007.
- 10) 奥村雄介：社会と精神医学・司法。看護のための最新医学講座第2版，第12巻 精神疾患，第2章 精神科をとりまくもの，108-118，中山書店，2006.
- 11) 野村俊明，奥村雄介：非行と犯罪の精神科臨床ー矯正施設の実践からー。星和書店，東京，2007
- 12) 清田晃生，齊藤万比古：アスペルガー症候群（障害）と不登校。家庭内暴力。石川元（編）；アスペルガー症候群 歴史と現場から究める，pp186-194，至文堂，東京，2007.
- 13) 斎藤環：『ひきこもりはなぜ「治る」のか？』。中央法規出版，東京，2007.
- 14) 斎藤環：ひきこもりと「医療化」。医療化のポリティクス。学文社，東京，2006.
- 15) 斎藤環：ひきこもりと強迫性障害。強迫性障害治療ハンドブック。金剛出版，東京，2006.

<雑誌>

- 1) 齊藤万比古：児童面接における心得と工夫。精神科臨床サービス 6(3)；347-350，2006.
- 2) 齊藤万比古：よくみる子どもの心の問題 思春期の問題 引きこもり。母子保健情報 55号；50-53，2007.
- 3) 齊藤万比古，岩垂喜貴：軽度発達障害における二次的障害。小児看護 30(9)；1267-1273，2007.

- 4) 齊藤万比古：子どもの心の症状に気づいたら 第 14 回不登校・引きこもり。日本医事新報 No.4347；75-77，2007.
- 5) 齊藤万比古：児童期の精神障害。精神保健福祉白書編集委員会（編）；精神保健福祉白書 2008 年版 多様化するメンタルヘルスと 2 年目を迎える障害者自立支援法，pp167，中央法規出版，東京，2007.
- 6) 伊藤順一郎：「ひきこもり」に必要な支援は何か。精神神経学雑誌 109(2)：130-135，2007.
- 7) 伊藤順一郎：「ひきこもり」と精神医療～Community based Mental Health System づくりの展望。精神神経学雑誌 109(2)；128-129，2007.
- 8) 皆川邦直，佐藤篤司：児童・思春期の親治療について。思春期青年期精神医学 17(2)；137-150，2007.
- 9) 近藤直司，岩崎弘子，小林真理子，宮沢久江：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；834-843，2007.
- 10) 近藤直司：社会的ひきこもり。臨床精神医学 35 巻増刊号；316-321，2006.
- 11) 近藤直司：青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について。精神科治療学 21；1223-1228，2006.
- 12) 近藤直司：青年期のひきこもりをめぐる臨床研究の課題。児童心理学の進歩 2006 年度版；161-183，金子書房，2006.
- 13) 近藤直司：児童・思春期のネットワーク支援と人材育成。児童青年精神医学とその近接領域 48；293-322，2007.
- 14) 水田一郎：解離性障害の精神療法と精神病理。臨床精神病理 28(2)；151-158，2007.
- 15) 奥村雄介：行為障害・非行。特集 児童思春期精神医学の最近の進歩，第 2 章 子どものこころの障害。臨床精神医学 第 36 巻 第 5 号；611-616，2007.
- 16) 奥村雄介：非行と自己破壊行動。母子保健情報 55 号，特集 子どもの心Ⅱ，54-58，2007.
- 17) 渡部京太：不登校児童生徒への治療と援助。児童青年精神医学とその近隣領域 48(2)；102-110，2007.
- 18) 渡部京太，清田晃生：1 不登校の現在。臨床精神医学 36(5)；643-647，2007.
- 19) 原田豊，川口栄，白岩有里，坂本裕子，長谷川絵美，渡部一恵：鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題Ⅱ－社会参加促進ステップアップ事業の取り組みについて－。鳥取医学雑誌（鳥取医師会発行） 35 巻；10-15，2007.
- 20) 原田豊，川口栄，角田智玲，田中有里，元木順子，渡部一恵，新田雅美：鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題－精神保健福祉センターおよび各福祉保健局におけるひきこもり相談から－。鳥取医学雑誌（鳥取医師会発行） 34 巻；64-70，2006.
- 21) 斎藤環：ひきこもりと自己愛。精神療法 33 巻 3 号，2007.
- 22) 斎藤環：『ひきこもり』小児科診療増刊号「小児の治療指針」。診断と治療社，東京，2007.

V. 研究成果の別刷

I よくみる子どもの心の問題 思春期の問題

引きこもり

国立精神・神経センター国府台病院リハビリテーション部長 さいとう かずひこ 齊藤 万比古

キーワード 引きこもり、NEET、人格障害、発達障害、治療・援助

1. 引きこもりの定義

引きこもりは現在の児童・思春期の子どもに始まり、青年時代を越えて壮年期まで及ぶ非常に幅の広い現象である。また、不登校やNEETをはじめ関連の深い現象を表現する用語としばしばその意味を十分に吟味されないまま混用されており、定義の難しい側面があることは否定できない。

NEET (Not in Employment, Education or Training) は「学校に通学せず、独身で、収入を伴う仕事をしていない人」を意味しており、若年無業者 (学校へ通学しておらず、配偶者がいない独身者で、普段収入の伴う仕事をしていない15~34歳の個人) のうち、就業希望はあるが求職活動はしていない者 (非求職型) と、そもそも就職希望を表明していない者 (非希望型) のことと内閣府の調査では定義している。この調査では2002年にNEETは全国でほぼ80数万人いるという数字をあげている。

このNEETという概念は、いうまでもなく引きこもりそのものを表わしているわけではまったくないので、この数字をそのまま引きこもりの人数とするわけにはいかない。例えば、就学や就労はしていないが、友人関係や遊びに関連する家庭外の活動をごく普通に行っている子どもや青年も多数NEETの中に含まれており、このような事例は少なくとも引きこもりには含めるべきではない。

結局、引きこもりとは基本的には社会的回避行動を頑固に続ける非社会性の表現であり、原則として精神病は含まないものとして定義されること

が多い。筆者も、通学や就労などの社会的活動を回避し、大半の時間を家庭にとどまって過ごし、家族内の人間関係に限局した対人交流しか持とうとしない社会的に孤立した子どもや青年の状態像のうち、精神病性疾患によるものを除外したものを「引きこもり」と定義し、以後はそのような子どもや青年を「引きこもり事例」と表記する。

2. 引きこもりを生じさせ維持させる心性

引きこもり事例の心性はけっして一律なものではなく、実際にはかなり多様な心性がこの現象の成立には関与している。以下にその主なものをあげておきたい。

回避は引きこもりの基本心性であり、社会的活動やそこにおける対人交流において経験せねばならない (あるいはそのように思い込んでいる) 事物に対する恐怖、あるいは漠然とした不安がその中心的な発現要因である。おそらく、社会的な場で意思表示して他者の視線を集めたり、責任を負ったりすることに伴う「一人」というイメージが、孤立無援であったり、恥をかいていたたまれなくなるといった恐怖感や不安と直結してしまうといった心性が回避の背景には想定される。

強迫性も引きこもりと関連の深い心性である。内的な衝動性を恐れるかのように自己を強迫的儀式でがんじがらめにするといった、思春期に比較的よく見ることのできる強迫性障害の病態は、ある程度以上の重症度で出現し、かつ遷延化した場合、思春期年代の学校や同年代集団との社会的交流に耐えうる適応上の柔軟性と強靱さを大きく制

限し、引きこもり状態への親和性を高めることにつながっていく。引きこもりが始まると強迫性障害の子どもは強迫症状に母親を巻き込み、強迫行為を代行させたり、強迫行為のパートナーにしたりするようになる。こうした母子の関係性は引きこもり状態の推進要因となることが少なくない。

引きこもりの背景に高まった自己愛性が存在することは容易に理解できることである。思春期心性そのものが、親離れの進行とともに自己愛性を高めていくことは知られているが、自己愛性の高まりは社会的な活動や人間関係が必然的に内包する自己の傷つきへの過敏性と脆弱性を亢進させ、社会的な活動や対人関係を回避させる原動力の一つとなる。

また、空虚感や無力感はどの子どもにも存在する心性ではあるが、この感情が強すぎると、一人で存在することに強く傷ついたり、受け入れてくれる対象に対して過剰に求めすぎたり、応えてくれないことに対して傷つき、憤りすぎたりといった不安定な人間関係が生じやすくなる。その結果、社会的な場と人間関係に対する挫折感や不遇感が強まると、引きこもりへの親和性を高めることにつながる。

スキゾイド心性が思春期の引きこもりの背景に存在することも多い。スキゾイド心性とは一人でいることを好み、また一人でいることが苦痛ではないという心性であり、スキゾイド人格障害がその典型的な姿であるといってもよい。感情的には淡白で、ときに平板でさえあり、周囲からは淡々とマイペースでやっている人、あるいは冷たい人と受けとめられることがある。このような心性も、社会にとどまることに意味を感じなくなることで引きこもり状態を発現させることがある。

3. 引きこもりの背景精神疾患

引きこもりは必ず背景に精神疾患を持っているわけではないが、大半は何らかの精神疾患の概念に一致する症状を持っていると考えても大きく外れることはないだろう。引きこもりは前節で述べたような特徴的な心性を背景に持っており、それ

らの心性が本人の社会的機能に著しい障害をもたらす場合、これがある疾患概念に適合するならば、それは精神疾患とされるのである。例えば回避が引きこもりに至るほど重度ならば、それは社会不安障害と診断されることになるだろうし、それが10代の半ばから20代に入るまで続けば、回避性人格障害や、親への依存が著しければ依存性人格障害も考慮しなければならない。強迫性は強迫性障害や強迫性人格障害と関連するだろうし、自己愛性は様々な精神疾患の背景に存在するだけでなく、自己愛人格障害、依存性人格障害、あるいは演技性人格障害などの人格障害への発展もありうる。また、過剰な空虚感や無力感は境界性人格障害の中心的な特性の一つであるし、気分変調性障害などの慢性のうつ病性障害や解離性障害などとの関連もありうる。いずれにしても引きこもり事例はあらゆる精神疾患に罹患している可能性があり、中でも非社会的な姿勢をもたらすいくつかの人格障害との親和性が高い。

近年、引きこもり事例には発達障害（わが国では広汎性発達障害（PDD）、注意欠陥／多動性障害（AD/HD）、学習障害が含まれる）の事例がかなり含まれているという意見や調査結果が出されるようになって来た。引きこもり心性の一つにあげたスキゾイド心性はPDDと関連が深く、スキゾイド人格障害と診断されているアスペルガー障害や特定不能のPDD事例が存在する。アスペルガー障害などの引きこもり事例の中には非常に風変わりなこだわりや思い込みが目立ち、発達障害に気づかれないままスキゾタイプル人格障害とされている場合もある。AD/HDの事例も引きこもりの中にはそれなりの数を見出すことができるグループであり、社会不安障害、全般性不安障害、強迫性障害、気分変調性障害など二次性の様々な併存精神疾患を経て、回避性人格障害、境界性人格障害、受動攻撃性人格障害に展開していく事例も少なくない。

精神病性疾患を除外して定義されている引きこもりではあるが、引きこもり事例が積極的に精神科の診察を受けることはきわめて難しく、ケース

として相談を受けたり、治療的に関与したりする場合にも、たいていは引きこもっている本人とはまだ出会っていない状況を暫時しのがねばならないことが多い。その段階では、診断・評価の対象としての引きこもり事例が精神病のいずれかに罹患していないという根拠は何もない。もちろん両親をはじめ周囲の本人を知る提供者からの情報を詳細に吟味して、ある程度確度の高い見立てを得ることは児童・思春期精神医療の専門家にとって可能ではあるが、それもけっして確定診断とはいえない。そのため引きこもり事例と関わる際には、本人と直接面接して確定診断を得るときまで、常に精神病性疾患である可能性を念頭においておかねばならない。

4. 引きこもり事例の治療・援助とは

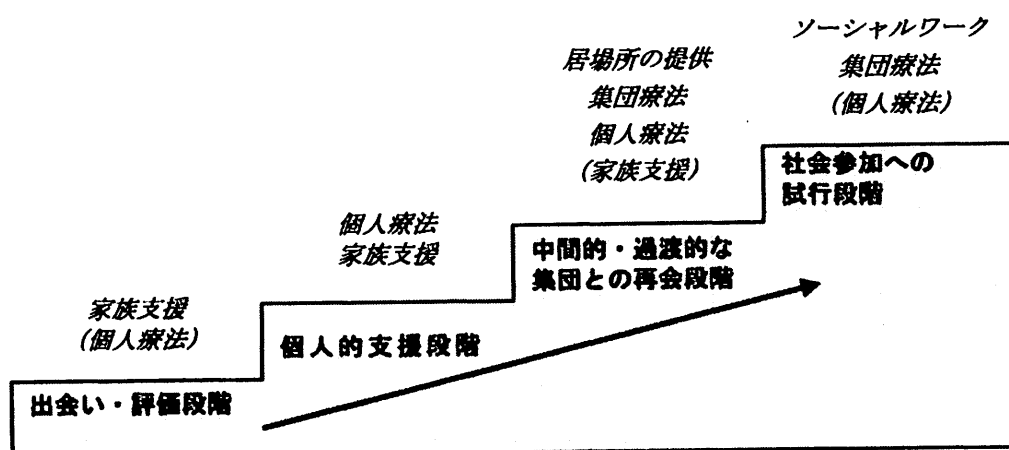
引きこもり事例の治療・援助の目標はどこに置くべきであろうかという問いに答えようとする、実は治療・援助者側はかなりデリケートな感覚を求められていることに気づかざるをえない。引きこもり事例に関与するとき誰でも、引きこもり状態にある子どもや青年をそこから引き出し、社会的活動の場に適応させてあげたいと考える。そこに問題はないが、実際にはそのような目標を達することがなかなかできない事例にしばしば出会うことになる。そのような事例は治療・援助者が自分を現在の状態から「引き出そう」としてい

ることを敏感に察して、自己の殻を硬く閉ざしてしまいがちである。したがって、引きこもり事例に関わる際の目標は、「自分らしく生きることを目指して、ほんの少しだけ自分のやり方を変えてみよう、それで十分に幸せになれる」というあたりに置くべきではないだろうか。図は、そのような目標で開始する引きこもり事例の治療・援助経過を、その治療・援助法の組み立てという観点から四段階に分けて示した模式図である。

第一段階は引きこもり事例との出会いと、それに続く評価のための時期をあらわす段階である。この段階で本人が治療や相談の場に現れることは稀であるため、治療・援助は家族と接触し、家族を支え、家族を介して本人に静かなメッセージを送ることから始まるのが普通である。第二段階は治療や相談の場に本人が現れるところから開始する時期であることから、第一段階の期間によって長短が著しく異なることになる。

本人が現れるところから第二段階は開始するため、必然的に治療・援助は個人療法として本人を支え、社会の中に希望を見出し、それに向かおうとする心を育むことが主な治療・援助の内容となる。引きこもり事例が社会への拒否感や恐れの心性を強く持っていることを考慮すると、最初から集団療法的な場に参加させることは冒険にすぎるため、個人療法的なサポートを十分な期間続けるべきだろう。その間、親の不安や焦りにも十分配

引きこもり支援の諸段階



慮し、親が少しでも心静かに引きこもり事例を見守れるよう家族支援を続けるべきである。

第三段階は引きこもり事例が、自分の参加できるような居場所があるなら参加してみたいという気持ちを表明することから始まる段階である。もちろんそのような居場所は第二段階の個人療法の中で徐々に具体的なイメージを伝えていったいくつかの候補の一つであることが多い。このような居場所は、家の中の世界から社会へという社会化過程の中間段階ないし橋渡しのための過渡的段階を意味しており、社会の息吹を伝えつつ十分に保護的でもあるという特徴を持つ場である。このような居場所で、引きこもり事例は引きこもって以降初めて仲間集団と出会うことになるが、この仲間集団にはその活動を調整し支援するために治療・援助スタッフが深く関与すべきであり、活動は自然発生的な側面よりは集団療法の側面が強いものとなる。このような保護的で中間的な居場所での集団体験が進行するにつれ、家族支援の意義は徐々に後景に退いていく。その一方で、かつて集団体験で挫折したことが引きこもり開始の主要な原因であった大多数の引きこもり事例にとって、中間的・過渡的とはいえ仲間集団との再会は非常に強い不安と緊張を強いられる機会となる。そのため第三段階を通じて個人療法を通じた支援を続ける意義は依然として大きい。

この三段階は引きこもり事例が実際に学校に足を踏み込む、あるいはアルバイトをしてみるといった社会への実際の一步を具体的にイメージできるようになった時点で終了し、第四段階に入っていく。第四段階は、この社会に対する実際的な参加を成功裏に実現し進行させるために、具体的な活動の場を探し出したり、参加までの道のりをア

レンジしたりといったソーシャルワーク的な支援が必要となる。同時に、居場所的な場でのピアカウンセリング的な集団療法は、本人と同じような立場にある仲間を結びつけ相互に支えあう機会を広げるという意味で、この段階でも重要な機能を発揮することだろう。その一方で、個人療法の役割は第四段階に至るとかなり後景に退いていく傾向が見られる。

5. 引きこもり支援の今後

引きこもりの治療・援助は前節のように進行していくが、実際の支援にあたってはその経過が思うように展開しない場合が多い。特に、第一段階から第二段階への進行、すなわち治療・援助の場への本人の登場をいかに実現できるかが非常に大きな課題となる。精神科医療機関による引きこもり事例への伝統的な関与は、本人が頑固に登場しない場合、なかなか展開を見ないことになり、その成功には名人芸的な技能を必要とする場合が少なくない。一方で近年、医療機関による引きこもり事例のための特殊なデイケアや、精神保健機関などによる訪問相談などのアウトリーチ型援助など個人療法とは発想の異なる活動がいくつかの医療機関や地域保健機関によって試行されるようになってきた。今後はこれらの試みを発展させるとともに、医療機関、精神保健機関、教育機関などの地域専門機関や中間的・過渡的な居場所を提供する民間機関などが協力しあって、個々の引きこもり事例への対応を機関間で工夫し分担し合う地域連携システムをも組み込んだ包括的な治療・援助システムを各地で運用する努力が求められることになるだろう。

* * *

青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について

近藤 直司^{1,2)}, 岩崎 弘子²⁾, 小林 真理子³⁾, 宮沢 久江¹⁾Naoji Kondo, Hiroko Iwazaki, Mariko Kobayashi, Hisae Miyazawa :
The Psychiatric background of Social Withdrawal in Adolescence

わが国の精神保健福祉活動は、近年、社会的ひきこもりが長期化する青年期ケースの増加に直面しており、その治療・援助は全国的な課題となっている。本研究は、ひきこもり状態をきたしている青年期ケースの治療・援助指針、あるいは精神科医の役割を明らかにすることを目的とする。

精神保健福祉センターに寄せられた相談のうち、社会的ひきこもりがみられた青年期ケースを、本人が来談して相談・支援を活用した「来談群」、家族相談のみで本人に会うことができなかった「非来談群」、来談群のうち1年以上の家族相談の後によろやく本人に会うことができた「長期家族支援後の来談群」の三群に分けて検討した。その結果、青年期のひきこもりケースは、基本的には現行の操作的診断基準(DSM-IV)で診断・分類が可能であり、今後は国際的診断基準を基軸に精神医学的解明を進めていくことが重要であることを指摘した。さらに、「非来談群」は「来談群」に比べてより深刻なケースが多く含まれていると推測されること、家族構成や家族状況は本人の来談に影響を及ぼしている可能性があること、また、本人が来談しないケースに対する支援課題のいくつかを示した。

そして、精神科医に診断と治療が求められる場合、生活・就労支援は非医療的な相談支援機関が中心となり、精神科医には的確な診断やリーダーシップが求められる場合、あるいは民間支援団体との連携や協力など、青年期のひきこもり問題に対する精神医学や精神科医の役割が多岐にわたる可能性があることを指摘した。

<索引用語：社会的ひきこもり，青年期，精神科診断，治療・援助指針>

1. はじめに

わが国の精神保健福祉活動は、近年、社会的ひきこもりが長期化する青年期ケースの増加に直面しており、その治療・援助は全国的な課題となりつつある。これまで、社会的ひきこもりの問題は個人精神病理(生物学的-心理的背景)、家族状況や文化・社会的状況(社会的背景)など、多くの要因が関連し合って形成されていること、それだけ

に、医療、教育、保健、福祉、労働など、多くの領域からの貢献が必要であることが指摘されてきた。

しかし、その精神医学的背景や心理特性は十分に解明されておらず、有効な治療・援助が展開されているとは言い難い現状にある。また、家族が相談に訪れるものの、本人は受診・相談につながらないケースが多く、精神医学的な検討にあたっ

著者所属：1) 山梨県立精神保健福祉センター，Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center
2) 山梨県中央児童相談所，Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center
3) 山梨県発達障害者支援センター，Yamanashi Support Center for Developmental Disorders

受理日：2007年7月7日

て大きな制約があることも事実である。

本研究では、ひきこもり状態をきたしている青年期ケースの精神病理を検討することにより、その治療・援助指針を明らかにする一助となることを目的とする。また、本人が受診・来談しないケースについても考察の対象とすることで、青年期のひきこもり問題の全体像を展望することを試み、精神科医に求められる役割について検討したい。

2. 「ひきこもり」「社会的ひきこもり」の捉え方

現在、「社会的ひきこもり」という用語は、広く対人交流や社会参加の機会をもととしない非精神病的な青年や若年成人を指すものとして用いられる場合がある。また、「社会的ひきこもり」を状態像、ないしは症状として捉えるべきなのか、あるいは診断名や診断に準ずるような均質で独立した一群の問題と考えるべきなのかといった混乱も生じているように思われる³⁾。

筆者らは、まずは「社会的ひきこもり」を状態像として規定し、その背景として想定される生物-心理-社会的要因を現行の国際的診断基準に準拠して診断・分類することを試みる必要があると考えており、本稿もその立場から論じたいと思う。

3. 研究の対象

本稿では、「社会的ひきこもり」を「年齢や社会的立場に相応した社会参加に至らず、対人関係を回避して孤立している状態」を指すものとした。山梨県立精神保健福祉センターにおいて、X年4月からX+4年3月の4年間に受け付けた全ての新規相談ケース814件のうち、6か月以上に及ぶ社会的ひきこもりがみられた青年期(16歳~35歳)ケース88件を検討の対象とした。このうち、相談・支援経過において本人が1回以上来談したケースを「来談群」、家族相談のみで本人は来談しないケースを「非来談群」とした。また、非来談群の精神医学的背景を推察する手がかりとして、来談群のうち1年以上の家族相談の後によく本人が来談したケースを「長期家族支援後の来談群」として、その精神病理や家族状況についてさ

らに詳細に検討した。

88件の経過・転帰をX+5年11月まで追跡した結果、来談群は29件、非来談群は59件であった。来談群のうち、長期家族支援後の来談群は3件であった。

4. 方 法

来談群については、相談記録の検討と相談担当者(精神科医、心理福祉職、保健師、作業療法士)からの聴き取りをもとに、精神科医(臨床経験18年)、精神科医(7年)、心理福祉職(21年)、心理福祉職(18年)の4者の協議によってDSM-IVに基づいて多軸的に診断した。診断に加わった4名以外が相談を担当したケースについては、相談記録の検討に加えて、相談担当者から1ケースにつき1時間程度の聴き取りを行った。また、精神医学的診断に基づいて、治療・援助方針や精神科医に期待される役割などについて考察を加えた。

非来談群については、家族相談の内容から、本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴などを確認し、おもに精神的な医療ニーズについて検討した。また、初回相談時の年齢、性別、ひきこもり始めた年齢、不登校経験、職歴、相談の転帰などについて来談群との間で統計的に比較・検討し、その精神病理学的特性や家族状況、家族支援の課題などについて検討を試みた。

長期家族支援後の来談群については、来談群と同様の手続きによる精神医学的診断に加えて、本人が来談するまでに長期間を要した要因について検討した。

5. 結 果

(1) 対象ケースの概要

調査対象となった88件の概要を表1に示す。

(2) 来談群の精神医学的診断

「来談群」29件の診断と相談・支援の転帰を表2に、29件の診断別件数(重複診断あり)を表3

表1 ひきこもり相談88件の概要

項目		人数 (%)
性別	男性	68人 (77%)
	女性	20人 (23%)
年齢	10代	19人 (22%)
	20代前半	29人 (33%)
	20代後半	19人 (21%)
	30代	21人 (24%)
	平均年齢	24.8歳
	最年少 最年長	17歳 35歳
ひきこもり 始めた年齢	10代	44人 (50%)
	20代前半	28人 (32%)
	20代後半	7人 (8%)
	30代	4人 (5%)
	不明	5人 (6%)
	平均年齢 最年少 最年長	18.9歳 10歳 32歳
ひきこもり 期間	1年未満	10人 (11%)
	1年以上 5年未満	41人 (46%)
	5年以上 10年未満	20人 (23%)
	10年以上	12人 (14%)
	不明	5人 (6%)
	平均期間 最短 最長	4.2年 6か月 15年
最終学歴	中卒 (高校中退含む)	28人 (32%)
	高卒 (大学中退含む)	37人 (42%)
	専門学校卒	9人 (10%)
	大卒以上	9人 (10%)
	不明	5人 (6%)
職歴	なし	45人 (51%)
	アルバイト	19人 (22%)
	正社員	23人 (26%)
	不明	1人 (1%)
不登校歴	なし	24人 (27%)
	あり	37人 (42%)
	不明	27人 (31%)
家族構成	三世同居	14人 (16%)
	両親	52人 (60%)
	父子家庭	3人 (3%)
	母子家庭	16人 (18%)
	不明	1人 (1%)

に示す。

診断を保留したのは5件であった。このうち2件は統合失調症が疑われ、生物学的治療が優先されると判断されたため速やかに医療機関へ紹介し、精神保健福祉センターにおける相談を終了としたものであった。この他、家族の強い希望で本人が来談に至ったものの、「親戚内の祝い事に出席しなくて済むように親を説得してほしい」といった希望を述べるだけであったり、「自分には何も問題はない」「これまで働こうとしなかったのは、親が働けと言わなかったから」と主張するなどして、相談・面接を継続する合意に至らなかったケースが2件あった。いずれも回避的・他罰的な傾向が強く、パーソナリティ障害圏の精神病理、あるいは広汎性発達障害も疑われたが、診断を確定するには情報が不十分であると判断した。あと1件は、高校時代から数年にわたって不登校・ひきこもりがみられていたが、来談後は速やかに社会参加に至って終結となり、ひきこもっていた当時の精神状態などについては十分な振り返りができなかった。

(3) 非来談群の特性

まず、家族相談の内容から本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴・入院歴などを確認した。59件のうち13件は、家族から統合失調症を疑わせる陽性症状や激しい巻き込み型の強迫行為が報告されたり、過去に統合失調症の診断を受け、現在は医療中断しているなどのケースであり、訪問を含めた積極的な受診勧奨の対象として保健福祉事務所へつないだり、直接、精神科医療機関を紹介していた。本人が来談しないまま社会参加に至ったことが確認できたケースは6件あり、そのうち1件は本人が自ら精神科医療機関を受診し、薬物療法を受けた後、就労に至っていた。家族相談が中断に終わったケースは35件、その他、転居先の相談機関を紹介して終了したケースなどが5件あった。これらについての情報はかなり乏しいが、確認できた範囲では7例に受診歴があり、そのうち4例には暴力

表2 来談群 29 件の診断と相談支援の転帰

No.	年齢	性別	I 軸, II 軸診断	IV 軸診断	V 軸診断	転帰
1	20 代前半	男	統合失調症 (緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
2	30 代前半	女	統合失調症 (残遺型の疑い)	親の過保護	51	精神科病院通院
3	30 代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意向による能力以上の進路選択	48	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
4	20 代後半	男	統合失調症 (下位分類は不明)	情報不十分	43	精神科病院通院 授産施設通所
5	20 代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
6	10 代後半	女	中度精神遅滞, 選択性緘黙, 適応障害 (不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	学校・家庭で障害を踏まえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
7	10 代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害 (不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ	38	福祉的就労
8	10 代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所 通所授産施設体験利用
9	30 代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
10	20 代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・親の介護
11	20 代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
12	30 代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
13	20 代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
14	20 代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
15	20 代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	両親の別居, 険悪な親子関係	42	発達障害者支援センター通所
16	10 代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
17	20 代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 適応障害 (抑うつ気分を伴うもの, 慢性)	家族内の深刻な葛藤	35	精神科クリニック通院
18	20 代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
19	20 代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同一性の問題	養育環境の著しい不備, 介入・支援の遅れ	45	就労
20	10 代後半	女	適応障害 (不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
21	30 代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
22	20 代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
23	10 代後半	女	社会恐怖, 特定不能のパーソナリティ障害	家族の不仲, 希薄なコミュニケーション	48	精神保健福祉センター通所
24	20 代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母が時折来所
25	30 代前半	男	不明 (パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
26	10 代後半	女	不明 (統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院 通信制高校編入
27	20 代後半	男	不明 (統合失調症の疑い)	情報不十分	45	精神科病院通院
28	10 代後半	女	不明	情報不十分	情報不十分	精神保健福祉センター相談中断
29	20 代前半	男	不明 (広汎性発達障害の疑い)	子どもの自立を支えられない家族機能の問題	31	精神科病院通院

近藤・他：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について

表3 来談群 29 件の診断別件数 (重複診断を含む)

診断名	件数	
通常, 幼児期, 小児期または青年期に初めて診断される障害	軽度精神遅滞	2
	中度精神遅滞	1
	アスペルガー障害	6
	特定不能の広汎性発達障害	4
	選択性緘黙	1
統合失調症および他の精神病性障害	統合失調症	3
	妄想性障害	1
気分障害	双極性障害	1
不安障害	パニック障害の既往歴のない広場恐怖	1
	社会恐怖	4
	強迫性障害	3
	特定不能の不安障害	1
身体表現性障害	特定不能の身体表現性障害	3
適応障害	適応障害 (不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	3
パーソナリティ障害・傾向	回避性パーソナリティ障害	2
	特定不能のパーソナリティ障害	1
	自己愛パーソナリティ傾向	1
臨床的関与の対象となることのある他の状態	同一性の問題	1
診断保留		5

や摂食障害, 自殺企図などによる入院歴があった。家族が幻覚・妄想などの精神症状に気づいているものの, 積極的に本人を受診させようとしないうまま中断に終わったケースも3件あった。これらより, 非来談群 59 件のうち, 薬物療法を含めた精神科治療が必要であると判断されたケースが16件, 少なくとも過去のある時点で精神科医療を必要としたことが確認されたケースが8件あった。

次に, 性別, 初回相談時の年齢, ひきこもり始めた年齢, ひきこもり期間, 最終学歴, 職歴, 不登校経験, 家族構成, 相談・支援の転帰について, 来談群との間で統計的に比較・検討した。各項目でデータが不明であるケースは除外して統計処理した。

初回相談時の年齢, ひきこもり始めた年齢, ひきこもり期間, 父親の年齢, 母親の年齢の5項目についてはスチューデントの *t* 検定を用いて両群を比較したが, どの項目も有意差を認めなかった。性別, 最終学歴, 職歴, 不登校経験, 家族構成,

世帯の職業, 相談・支援の転帰の7項目については分割表を作成し, 両群を比較・検討した。その結果, 職歴, 家族構成, 転帰の3項目で統計的に有意差をみとめた (表4)。

職歴に関しては, 職歴がない, アルバイト歴がある, 正社員歴がある, という3項目について分割表を作成し, χ^2 二乗検定を行った結果, 有意差を認めた ($p < .05$)。残差分析の結果, 来談群では本人にこれまで職歴のないものが10ケース (34.5%) であったのに対し, 非来談群では35ケース (60.3%) ($p < .01$) であった。来談群ではアルバイト歴のあるものが11ケース (37.9%) であったのに対し, 非来談群では8ケース (13.8%) であった ($p < .01$)。以上から, 来談群ではアルバイト歴が有意に多く, 非来談群では職歴のない場合が有意に多いことが示された。

家族構成に関しては, 三世代家族, 両親のいる家族, 父子家庭, 母子家庭という4項目で分割表を作成した。そのいずれでもない1ケースについ

表4 来談群と非来談群との間で優位差のある項目

	職 歴				家族構成					転 帰				
	なし	アルバイト	正社員	計	三世代	両親	父子	母子	計	精神科医療	相談継続	社会参加	中断	計
来談群	10(34.5%)	11(37.9%)	8(27.6%)	29(100%)	7(25.0%)	14(50.0%)	3(10.7%)	4(14.3%)	28(100%)	12(41.4%)	9(31.0%)	6(20.7)	2(6.9)	29(100%)
非来談群	35(60.3%)	8(13.8%)	15(25.9%)	58(100%)	7(12.3%)	38(66.7%)	0(0%)	12(21.0%)	57(100%)	13(22.0%)	5(8.5%)	6(10.2%)	35(59.3%)	59(100%)
全 体	45(51.7%)	19(21.9%)	23(26.4%)	87(100%)	14(16.5%)	52(61.2%)	3(3.5%)	16(18.8%)	85(100%)	25(28.4%)	14(15.9%)	12(13.6%)	37(42.1%)	88(100%)

p値=0.0215, *不明1ケースは除外

Fisher's exact test p値=0.0299483,

Fisher's exact test p値<0.0001

*不明2ケース, その他1ケースは除外

ては除外してデータ処理した。来談群では両親と同居しているケースが14ケース(50%)であるのに対し、非来談群では38ケース(66.7%)であった。来談群では三世代同居のケースが7ケース(25.0%)あるのに対し、非来談群では7ケース(12.3%)であった。また、来談群には父子家庭が3ケース(10.7%)あったが、非来談群には父子家庭はなく、これらの差は有意であった(p<.05, Fisherの直接確率計算による)。残差分析では、父子家庭は来談群で有意に多いことが示された(p<.05)。

転帰については、精神科医療につながった場合、相談を継続した場合、社会参加した場合、相談を中断した場合という4項目で分割表を作成した。相談機関と精神科医療機関の両方を利用しているケースは「精神科医療」として、相談機関や医療機関を利用しながら何らかの社会参加に至っているものは「社会参加」としてカウントした。来談群では、本人が精神科医療につながったものが12ケース(41.4%)、精神保健福祉センターやおもな紹介先である発達障害者支援センターなどで相談を継続しているものが9ケース(31.0%)であり、相談の中断は2ケース(6.9%)にすぎなかったが、非来談群では35ケース(59.3%)が相談を中断していた。これらの差は有意であり(p<.0001, Fisherの直接確率計算による)、残差分析の結果、来談群では精神科医療につながるケースと相談継続するケースが有意に多く(それぞれp<.10, p<.01)、非来談群では相談の中断が有意に多いことが示された(p<.01)。

(4) 長期家族支援後の来談群について

対象者は3名で、家族が初めて相談に訪れてから本人が来談するまでの期間は、それぞれ1年3ヶ月、2年1ヶ月、4年7ヶ月であった。精神医学的診断としては3例すべてに社会恐怖を認め、併存障害は特定不能の広汎性発達障害が1名、特定不能のパーソナリティ障害が1名、広汎性発達障害の疑いが1名であった。広汎性発達障害とその疑いが強い2例には著しい頑なさや物事を曲解する傾向、特定の事柄への固執などが共通しており、生活上の変化や新しい状況に直面することに対して抵抗感を抱きやすい傾向がみられた。職歴なしが2名、アルバイト歴ありが1名であった。家族状況としては、家族同士のコミュニケーションの希薄さや家族が一方向的に本人を叱咤するような関係など、本人が医療機関や相談機関を利用するように適切に促したり、話し合ったりすることができない家族状況がみられた。

6. 考 察

(1) 青年期ひきこもりケースの精神医学的診断について

筆者らは本研究において、6ヶ月以上に及ぶ社会的ひきこもりをきたす青年期ケースは、本人に会える場合には、基本的に現行の国際的診断基準によって分類・診断が可能であることを示した。また、諏訪、鈴木は、精神医学的診断を検討したひきこもりケース14例のうち2例については従来の診断カテゴリーには分類せず、「一次性ひきこもり」という新カテゴリーを提唱しているものの、12例については社会恐怖、強迫性障害、妄

想性障害, 広汎性発達障害がそれぞれ2例ずつ, 身体表現性障害, うつ病性障害, 注意欠陥/多動性障害, 境界知能が1例ずつであったとしている⁵⁾.

これらの報告から, 少なくとも本人が精神科治療や精神保健福祉相談を活用しているケースを慎重に検討すれば, その多くに何らかの精神科診断が付与されることが明らかになってきている。これまで青年期ひきこもりケースについて, 一部には「中核群では, 本人の病理性は軽い」「精神障害がない」といった解釈も示されていたが, 今後は国際的診断基準を基軸に精神医学的解明を進めていくことが重要であると思われる³⁾.

ただし, 本人が困難を感じている社会的場面や精神症状などについて率直に述べる, 必要な場合には知能・心理検査の実施に同意する, 家族からも十分な発達歴が聴取できるなど, 確定診断にはいくつかの条件が揃っている必要がある。また, 診断に迷うケースも少なくない。たとえば, 操作的診断基準においてはパーソナリティ障害が最もよく合致するが, 能力面のアンバランスや特徴的な発達歴から広汎性発達障害も疑われ, 両者の鑑別が困難なケースがある。パーソナリティ障害と広汎性発達障害との鑑別や重なり合いについては, 近年, 児童精神医学にとどまらず精神医療全般において重視され始めている。第102回の本学会総会でもシンポジウムのテーマとして取り上げられており¹⁾, 今後, 診断に必要な手続きについての何らかの指針が必要になるものと思われる。また, 刺激を回避した状態にあるため, ひきこもりの原因となっている精神症状が目立たない, 本人が自らのひきこもりのメカニズムを言語化できない場合や意図的に報告しようとしなない場合があることなど, ひきこもりケースに特異的とも思われる診断の困難性が指摘されている³⁾.

ただし, 筆者らが青年期のひきこもり問題について, 個人の精神病理学的視点からのみ論じようとしているものではないことは付言しておく必要がある。本論では個人精神病理を中心に検討しているが, ひきこもり状態の長期化と家族状況との

関連, あるいは文化・社会的状況との関連⁵⁾についても積極的な議論が必要であることを強調しておきたい。

(2) 本人への治療・援助方針と精神科医に求められる役割について

表2, 3に示したように, 来談群にみられる精神医学的背景は多様である。発達障害やパーソナリティ障害(ないしは傾向 trait)に不安障害や適応障害が併存するようなケースも多く, 必ずしも明瞭に区分できるわけではないが, 精神医学的背景と治療・援助方針, 精神科医に求められる役割に注目し, 来談群のうち診断を確定した24件を以下の三群に分類しておきたい^{2,3)}.

第一に, 統合失調症や気分障害, 不安障害を主診断とし, 一般的な精神科医療の対象となる一群がある。表2のNo.1からNo.5までがこれに相当する。近年, 社会恐怖(社会不安障害)についても薬物療法の有効性を示す多くの報告があり, ひきこもりケースに対する精神科医療の役割に, 今後さらに多くの期待が寄せられるものと思われる。

第二に, 何らかの発達障害を認め, 発達臨床, 発達支援の観点が必要になる一群がある。表2ではNo.6からNo.18までが相当する。これらは, 軽度知的障害や広汎性発達障害などのために年齢相応の社会的要請に答えられないケースや, 過去の出来事への固執や生活状況を変えることへの抵抗感が強い, あるいは不安障害や適応障害などの併発のためにひきこもり状態が遷延しているケースであった。生活・就労支援については非医療機関の役割も大きい, 的確な診断と併存障害の治療は精神科医の重要な役割であると思われる。

第三に, 精神療法やその他の心理社会的支援が中心になると思われる一群がある。表2ではNo.19からNo.24までがこれに相当し, パーソナリティ障害(傾向)や同一性の問題 identity problemなどのケースが中心である。また, 薬物療法の有効性が低く, 心理社会的支援が重視される社会恐怖のケースなどもこの群に含まれよう。この

群の治療・援助については、カウンセリング機関や民間の支援団体など、非医療的な支援システムの役割も大きいと思われるが、これまで蓄積されてきた精神療法研究は多くの心理社会的支援の方向性を検討する上で有用であろう。また、第二群と三群は精神保健福祉センターや保健福祉事務所などの公的支援機関でフォローされることも多く、精神科医にはこれらの公的相談機関におけるリーダーシップが求められる。

(3) 非来談群の特性と支援課題

ひきこもりという問題の性質上、本人は受診・相談につながらないケースが多く、本研究においても、88例のうち59例は家族だけが来談したケースであった。本人に会えていないうえ、家族相談も1回から数回で中断に終わるケースが多く、精神医学的検討には大きな制限を伴うが、ひきこもりケースの全体像を検討するためには避けて通れない課題でもある。

まず、家族相談の内容から本人の精神医学的背景を推測できるような情報や精神科医療機関の受診歴などを確認したところ、非来談群59件のうち、家族から幻覚・妄想や激しい強迫行為などの精神症状が報告され、薬物療法を含めた精神科治療が必要であると判断されたケースが16件、少なくとも過去のある時点で精神科医療を必要としていたことが確認されたケースが8件あった。

次に、性別、初回相談時の年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、最終学歴、職歴、不登校経験、家族構成、相談・支援の転帰について来談群との間で統計的に比較・検討することにより、非来談群の精神病理や家族状況などの特性を検討することを試みた。その結果、職歴の有無、家族構成、相談・支援の転帰という3項目において統計的な有意差を認めた。

まず、来談群にはアルバイト歴のあるケース、非来談群では職歴のないケースが有意に多かった。このことから、非来談群には社会への志向性、回避傾向、社会適応能力などの点で、より深刻なケースが多く含まれていることが推測された。

家族構成では、来談群に父子家庭が多いことがわかった。また、有意差はなかったものの非来談群では両親との同居が、来談群では三世代家族が多かったことから、父親や祖父母の存在は、本人が来談する促進要因になっている可能性がうかがわれた。

相談の転帰としては、非来談群で有意に中断が多かった。山梨県立精神保健福祉センターでは、家族だけが来談するケースに対して、まずは面接や家族教室などで家族相談を継続することが多い。本人の生活状況を把握し、状況によっては保健所と協力するなどして訪問を実施する場合もあるが、その際にもできるだけ本人の意向を確認するようにしている。中断ケースの多くは、継続的な相談に対する家族の意欲や動機付けが乏しかったり、本人への訪問カウンセリングを早急に実施することを希望していた。また、数回は通所してくるものの、本人に目立った変化がみられないことを理由に相談を中断する家族も多かったことから、今後、家族の相談動機を維持できるような支援技術や、従来よりもさらに積極的に自宅への訪問を試みるなど、短期間で何らかの成果を出せるような相談活動のあり方を検討する必要があると思われる。

(4) 長期家族支援後の来談群について

本人が来談するまでに1年以上を要した3ケースには、社会恐怖を背景とした回避傾向や著しい頑なさ、生活の変化や新しい状況に対する強い抵抗感などの精神病理学的特性が共通して認められた。また、本人が医療機関や相談機関を利用するように促したり、話し合ったりできるような家族関係が失われている傾向もうかがわれたが、こうした家族状況が本人の受診・相談へのつながりにくさの一要因として捉えられるのか、本人が相談・受診や家族との関わりを拒否する結果、二次的に生じた変化なのかを特定することはできない。

7. 結 論

本研究は、社会的ひきこもりをきたす青年期ケ

ースのうち本人が受診・来談する場合には、基本的には現行の操作的診断基準 (DSM-IV) で診断・分類が可能であり、ひきこもり問題の精神医学的解明にあたって国際的診断基準が適用できることを示唆するものである。ただし、ひきこもりケースの診断には特有の困難さがあり、発達障害の鑑別診断など、大きな臨床的課題も関連してくる。また本研究の対象が、精神医学的診断を検討したケース 29 件、家族からの情報をもとに精神科的な医療ニーズや精神病理学的特性・家族状況を検討したケース 59 件に限られており、青年期のひきこもりケース全般にわたる結論とすることはできない。

ただし、家族相談のみで本人が来談しなかったケースと、1年以上に及ぶ家族相談の後によく本人が来談したケースの検討から、本人が来談しない、あるいは、なかなか来談しようとしなないケースの中には、薬物療法を含めた精神医学的治療を必要とするケースが少なくないこと、本人が自ら受診・来談するケースに比べて、生活の変化や新しい状況に直面することへの強い抵抗感、社会への志向性や回避傾向、社会適応能力などの点においてより深刻なケースが多いことが示されており、もしも本人が受診・来談すれば、何らかの精神科診断が付与される可能性は高いものと考えられる。また、本人が来談するかどうかということに家族構成・家族状況が関連している可能性が示され、家族への相談・支援におけるいくつかの

課題が明らかになった。

最後に、精神科医療機関における診断・治療の他、的確な診断と生活・就労支援システムとの連携、精神療法研究や公的相談機関におけるリーダーシップなど、精神科医は青年期のひきこもり問題に対して多くの貢献を求められていることを強調しておきたい。

謝 辞

山梨県立北病院院長、藤井康男氏、同副院長、宮田量治氏には本論の研究計画について、また、徳島大学総合科学部、境 泉洋氏には統計解析について、それぞれ貴重なご助言をいただきました。厚く御礼を申し上げます。

本研究は、平成 17 年度、18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)、思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究 (主任研究者：井上洋一) の分担研究として実施した。

文 献

- 1) 鹿島晴雄, 藤山直樹, 衣笠隆幸ほか: シンポジウム, アスペルガー症候群とシゾイドパーソナリティ障害——臨床的あるいは生物学的視点から考える——。精神経誌, 109; 30-54, 2007
- 2) 近藤直司: 青年期のひきこもりについて。精神経誌, 103; 556-565, 2001
- 3) 近藤直司: 青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について。精神科治療学, 21; 1223-1228, 2006
- 4) 鈴木國文: 社会の変化と思春期青年期の臨床への影響。精神科治療学, 21; 1173-1181, 2006
- 5) 諏訪真美, 鈴木國文: 「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴。精神経誌, 104; 1228-1241, 2002

The Psychiatric background of Social Withdrawal in Adolescence

Naoji KONDO^{1,2)}, Hiroko IWAZAKI²⁾, Mariko KOBAYASHI³⁾, Hisae MIYAZAWA¹⁾

- 1) *Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center*
- 2) *Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center*
- 3) *Yamanashi Support Center for Developmental Disorders*

In recent years, Japan's mental health welfare service personnel are encountering a growing number of adolescents in whom social withdrawal persists for extended periods. The provision of treatment and support for these individuals has become a challenge that needs to be addressed on a nationwide scale. This study was conducted to identify the guidelines for treating and assisting adolescents who manifest social withdrawal behaviors, and to clarify the psychiatrist's role.

Of the consultation requests sent to the Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center, cases of adolescents manifesting social withdrawal behaviors were classified into the following three groups and studied: (1) the Consultation Group (the subject himself/herself came to the center and made use of the consultation and assistance services), (2) the Non-Consultation Group (only the subject's family came to the center for consultation, and the staff were unable to meet him/her), and (3) the Consultation-after-Family-Support Group (those subjects in the Consultation Group whom the staff could finally meet after one year or more of consultations with the family).

As a result, we learned that adolescent cases of social withdrawal could be diagnosed and classified, in principle, according to the current diagnostic criteria (DSM-IV), and that, from here on, we aim to psychiatrically elucidate the pathology by focusing on international diagnostic criteria. We also showed that, compared with the Consultation Group, the Non-Consultation Group had a greater number of subjects with no employment history. The subjects within this group, moreover, tended to exhibit even more serious problems, and there was a possibility that the family structure and circumstances influenced whether or not the subjects visited the center for consultation. We also determined some of the issues related to assistance and support provided to individuals who fail to come to the center for consultation.

Furthermore, we showed the possibility that psychiatry and psychiatrists play a wide variety of roles in dealing with the issue of social withdrawal in adolescence. These include: (a) cases in which a psychiatrist is called upon to provide diagnosis and treatment, (b) cases in which non-medical consultation service institutes play a central role in providing assistance in daily living and matters relating to employment, and a psychiatrist is called upon to provide adequate diagnosis and guidance, and (c) cases in which a psychiatrist collaborates and cooperates with private-sector support groups.

<Authors' abstract>

<Key words: social withdrawal, adolescence, psychiatric diagnosis, the guidelines for treating and assisting>

社会的ひきこもり

近藤 直司

KEY WORDS

adolescence, young adult, psychiatric diagnosis, treatment, psycho-social support

1 はじめに

青年のひきこもりをめぐる近年の議論は、心理・文化・社会的視点が強調され、生物学的な視点は排除される傾向があったように思う。また一部には、「社会的ひきこもり」が1つの診断カテゴリーであるかのような誤解や、「ひきこもりには精神障害がない」「青年期のひきこもりは精神科治療の対象ではない」といった画一的な解釈も生じたため、大きな社会問題として取り上げられたにもかかわらず、有効な臨床研究の蓄積は滞っていたように思われる。私たちは、社会的ひきこもりを生物-心理-社会的な諸要因によって生じている1つの状態像として捉え直し、その精神医学的背景の解明や治療・援助に貢献する責任を再確認する必要があると思う。

2 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景と診断上の困難

社会的ひきこもりの精神病理学的背景は多様であり、有効な治療・援助のためには個々のケースに対する的確な診断が1つの核心にな

る。

筆者らは、青年期において社会的ひきこもりをきたしているケースの精神医学的診断を検討した⁸⁾。この研究では、『社会的ひきこもり』を「対人関係を回避し、孤立している状態」を指すものと規定し、「年齢相応の社会参加に至らず、ごく限られた範囲の社会参加にとどまるもの、あるいは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」も含めることとした。2001年4月から2005年3月の間に山梨県立精神保健福祉センターで受けた新規相談ケースのうち、初回相談の時点で6カ月以上にわたる『社会的ひきこもり』がみられた青年期ケース(16歳～35歳)は88件、このうち支援経過において、本人が1回以上来談した24ケースを対象にDSM-IVに基づいて診断を検討した。情報不足のために診断を保留したのは3件であった(表1)。

診断に困難を伴うようなケースも多かった。以下のような点は、多くの治療者が直面する課題ではないかと思う。

1. 内的・情緒的なひきこもりについて

問題の性質上、本人に会えない事例や治療中断例が少なくない。また、クライアントはしばしば情緒的にもひきこもっており、自らの内的

表1 対象24例のプロフィール

	年齢	性別	I軸, II軸診断	IV軸診断	V軸診断	転帰
第1群	20代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
	30代前半	女	統合失調症(残遺型の疑)	親の過保護	51	精神科病院通院
	30代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意向による能力以上の進路選択	48	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
第2群	10代後半	女	中度精神遅滞, 選択性緘黙, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	学校・家庭で障害をふまえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
	10代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ, 障害者として扱われることの本人の抵抗感	38	福祉的就労
	10代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所・通所授産施設体験利用
	30代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・父親の介護
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
	30代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
	20代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
	20代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	42	発達障害者支援センター通所
10代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所	
20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所	
第3群	20代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同一性の問題	養育環境の著しい不備, 介入・支援の遅れ	45	就労
	10代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
	30代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
	20代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母親が断続的に来所
診断保留	30代前半	男	不明(パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
	10代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院, 通信制高校編入
	20代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	特記事項なし	31	精神保健福祉センター相談中断

体験を語ることや、困っている問題について話すことにさえ抵抗感を抱いていることもある。こうした場合、治療・援助関係が維持できたとしても、それだけでケースについての理解が深まるわけではない。これらは、内的にひきこもっている人を理解しようとする際に直面する基本的な難しさでもある。

2. 「精神症状がみられない」とされるケースについて

多くの治療者・援助者が、深刻な社会的ひきこもりを生じさせるだけの精神症状を把握できないケースに直面している現状もある。この点について、ひきこもりケースの中には何らかの精神症状によってひきこもりが生じているというよりも、ひきこもりそのものが一義的な問題として捉えられる一群があると指摘する臨床家は多い^{4,11,13,14}。

例えば塩路ら¹³は、強迫行為や外出恐怖、赤面恐怖など神経症的な焦点が比較的明確で、症状を回避する結果ひきこもりに陥っている症例を「二次的なひきこもり」とし、症状の焦点が漠然としており、当初からひきこもりそのものが中心的な問題となっているものを「一次的なひきこもり」と呼んだ。「一次的なひきこもり」に分類された症例の精神医学的診断は、対人恐怖と回避性パーソナリティ障害が中心である。同様に衣笠⁴は、精神病症状や神経症症状が顕著ではなく、ひきこもりそのものが主な特徴である一群のケースを「一次的ひきこもり」と呼び、スキゾイド・パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害によって構成されるとしている。

スキゾイドや自己愛の病理を中心とするケースの中には、操作的な診断基準だけでなく、その精神力動を理解しようとする視点がなければ、社会的ひきこもりに至るメカニズムを把握することは難しいように思う。また、ひきこもった生活を送っているために、その原因となっている精神・神経症症状が目立たない場合がある。ICD-10では広場恐怖と社会恐怖について、

「一貫して恐怖症的な状況を回避することができるので、ほとんど不安を体験しない者もいることに留意しなければならない」という記述があり、上記24例の中にも、社会参加や外出を強く促すなど、家族や知人による何らかの働きかけの結果、はじめて身体表現性障害や不安障害が確認されたケースがあった。クライアントが診察や相談の場面でこれらの症状を自ら報告しない場合、不安障害や身体表現性障害はさらに見逃される可能性が高くなるものと思われる。

3. 青年期において初めて診断される発達障害について

青年期における発達障害は、詳細な生育歴の把握と面接内容の検討、知能検査の結果などから確定診断に至る。ただし、青年期や成人期のケースに対する発達障害の診断が広く定着しているとはいえない。今後、鑑別診断や診断に要する情報や手続きについて、何らかの指針が必要になるものと思われる。

3 本人への治療・援助について

表1に示したように、青年期ひきこもりケースにみられる精神医学的背景は多様である。発達障害やパーソナリティ障害(傾向)に不安障害や適応障害が併存するようなケースも多く、必ずしも明瞭に区分できるわけではないが、精神医学的背景と治療・援助方針、精神科医に求められる役割について、大まかに3つに分類してみたい。

1. 第一群

一般的な精神科医療の対象となる一群、つまり、統合失調症や気分障害、不安障害が主診断となるグループである。薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活・就労支援、家族支援など、包括的な介入を要することもある。社会恐怖(社会不安障害)についても、近年、薬物療法の有効性を示す多くの報告がある。このうち永田ら⁹は、社会不安障害によって深刻な社会的ひきこもりが生じて

いるケースにも SSRI/SNRI の有効例が少なくないことを報告している。

2. 第二群

何らかの発達障害を認め、発達臨床や発達支援の観点が必要になるケースをすべてこのグループに分類した。軽度知的障害や広汎性発達障害などのために年齢相応の社会的要請に応えられないケースや、過去の出来事への固執や生活状況を変えることへの抵抗感のために、ひきこもり状態が遷延しているケース、あるいは、気分障害、不安障害、適応障害などの併発例も多い。

彼らは家族に説得されて渋々来談したものの、ひどく不機嫌であったり、これまでの対人関係をめぐり不快な経験から、初対面の治療者・援助者にさえ被害感を抱いていることもある。初期の治療・相談場面では、クライアントのペースを尊重したていねいな関わりが望まれる。話しことばより文字の方が表現・理解しやすい人にはノートを使いながら面接したり、ファックスやEメール、作業療法や芸術療法の手法を取り入れるなど、クライアントの得意なコミュニケーション方法を活用することも重要である⁶⁾。発達障害者支援センターや精神保健福祉センター、保健所などをフィールドに、生来的な知的水準や発達特性をふまえた支援の取り組みが報告され始めているが^{1,3,12)}、知的障害を伴わない発達障害者の生活・就労支援については、今のところ有効な支援メニューが少ないため、精神障害や知的障害の支援施策を援用することも多い。精神科医の役割としては、的確な診断と併存障害の治療が重要であろう。

3. 第三群

主診断か副診断のいずれかにパーソナリティ障害(ないしはその傾向)や同一性の問題(identity problem)などが付与され、精神療法的アプローチが中心になるケースを第三群とした。

Gabbard G²⁾は回避性パーソナリティ障害に対して表出的・支持的な個人精神療法と集団精神療法が有効であることを指摘し、その要点を、

人前に自分をさらすことへの当惑や恥辱に共感しながらも、恐れている状況に自身をさらしていくように確固とした態度で励ますこと(支持的要素)、羞恥心の基礎にある理由と過去の体験との関連を探求すること(表出的要素)と解説している。また、表出的要素の一例として、批判的・威圧的な父親から繰り返し屈辱的な扱いを受けてきた女性が、感情的になることや恥をかかされることを過剰に恐れたり、楽しい気持ちになることに罪悪感を抱くようになったことが洞察された精神療法症例を提示している。

また、不安定なセルフ・エスティームや万能的態度などの自己愛の病理、情緒的孤立と内的現実への囚われを伴うスキゾイド・パーソナリティが問題となるケースに出会うことも多いように思う。こうした人たちは、いわば、“他者と現実的な関わりを持つようとすると、急速に心のバランスを失う人たち”であり、自らの能動性を放棄し、家族に依存・寄生することで安定を維持していたり、「自分のことはすべてわかっている」といった万能感が強い場合などは、本人が支援・治療を拒んだり、精神療法が行き詰まったまま長期化してゆくこともある。支援・治療の中断例や、現行の生活・就労支援にのりにくいケースも少なくない。まずは治療・援助関係を維持しつつ、①他者との関係を安全なものとして体験できるようになること、②セルフ・エスティームが安定すること、③万能的な内的世界からの抜け出すこと、④依存性・寄生性の軽減と能動性の回復、などが中心的な課題となる。

上記、永田らの報告⁹⁾は、社会不安障害のために外来受診した人が薬物療法を拒否したり、薬物療法により社会的ひきこもりが著明に改善したにもかかわらず、いくら丁寧に説明しても自ら治療を中断した症例が複数あったことについても言及している。また、これらの症例が回避性パーソナリティ障害の併存例であったことを示唆し、「良くなることさえも怖がって回避する傾向」によるものと考察している。こうし

た局面は、多くの治療者・援助者が共通して経験しているのではないかと思われ、さらに検討を深める必要のある臨床的課題である。精神分析や精神分析的な精神療法の臨床研究では、好ましい治療過程が進展しているにもかかわらず、治ることや治療の進展を拒絶する精神力動が精神療法における陰性治療反応として考察されており、こうした局面の理解にも有用である⁵⁷⁾。

4 家族支援について

ひきこもりという問題の性質上、本人に会えないケースも多く、家族を対象にした相談活動や心理教育プログラム、親の会などの試みが各地で定着してきている。楢林¹¹⁾は、ひきこもりケースに対する家族支援の有用性を、以下のような3つのレベルに整理している。

①症状形成に関与する家族内相互交流パターンのレベル：ひきこもりが家族との相互交流のパターンにも影響を受けているという仮説に立ち、家族間の交流パターンの変化により、ひきこもりという現象も変化することを期待するアプローチ。

②ひきこもりに付随する問題解決のレベル：ひきこもり現象が直ちに解消しなくても、ひきこもりに付随して生じる問題や家族とのトラブルを軽減するためのアプローチ。

③家族への支持レベル：家族は抑うつ、自責、焦燥などの不安定な感情状態にあるため、まずは家族が気力を回復し、問題解決の希望を持つことができるようになるためのアプローチ。

山梨県立精神保健福祉センターでは、思春期・青年期の子どもを社会に送り出してゆくための「橋渡しシステム」としての家族機能¹⁰⁾を重視している。特に、本人が受診・来談せず、家族だけが相談に訪れている場合には、①まずは、今後の人生について話し合える親子関係を取り戻すことを目標とする、②現在の生活を変えるために何らかの努力を始めるか、そうでなければ、自ら受診・相談するといった選択を、期限

を切って本人に促す、③上記の方針に沿ってさまざまな関わりを試み、いずれも無効であった場合には、とにかくいったんは離れて生活したり、本人を家から出すことも検討してみる、といった段階的な目標に沿って家族面接や心理教育を実施している。

こうした家族支援に共通するのは、過去の原因を究明しようとするよりも、現在から未来を指向した問題解決を念頭に置くこと、問題解決のための新たな行動選択の可能性を発見するために、家族が希望や意欲、自信を回復することを重視する姿勢である¹¹⁾。

5 おわりに

若年者を対象としたさまざまな就労支援施策の他、NPOや民間支援団体などが運営する、いわゆる居場所や訪問カウンセリング、就労体験、宿泊訓練などの支援プログラムを活用することで、ひきこもり状態を脱する人も多いと思われる。これらは、ひきこもりに悩む本人や家族にとって精神科医療や公的な精神保健福祉サービス以上にアクセスしやすく、きめの細かい支援を受けられる社会資源として多くの期待を集めている。しかしその一方で、平成18年5月には、「引きこもり者更生支援施設」と称するNPO法人の代表らが施設入所者への逮捕監禁致死容疑によって逮捕される事件も起きており、精神科医療・精神保健福祉分野の専門職には、今後も堅実な治療・支援実践と臨床研究の積み重ねが求められていると思う。

文献

- 1) 有泉加奈絵, 近藤直司: 青年期ひきこもりケースを対象としたSST(社会技能訓練)の試み. 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業), 「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者: 伊藤順一郎), 総合研究報告書2003
- 2) Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. American Psychiatric Press, 1994(館 哲朗監訳: 精神力

- 動的精神医学—その臨床実践 [DSM-IV版] 一,
③臨床編：Ⅱ軸障害. 岩崎学術出版社, 東京,
1997
- 3) 日詰正文：アスペルガー症候群への地域保健が果たせる支援. 臨床精神医学 34：1199-1205, 2005
- 4) 衣笠隆幸：ヤングアダルトのひきこもり. 臨床精神医学増刊号, pp147-152, 1998
- 5) 菊地孝則：通院設定での個人精神療法. 狩野力八郎, 近藤直司編著：青年のひきこもり. 岩崎学術出版社, 東京, pp185-196, 2000
- 6) 小林真理子, 近藤直司：青年期のひきこもりと発達障害. 現代のエスプリ, 至文堂, 東京, 2006 (印刷中)
- 7) 近藤直司：青年期におけるひきこもりの成因と長期化について. 精神医学 45：235-240, 2003
- 8) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか：ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究. 平成 17 年度, 厚生労働科学研究 (こころの健康科学研究事業), 「思春期・青年期のひきこもりに関する精神医学的研究」(主任研究者：井上洋一) 研究報告書
- 9) 永田利彦, 大島 淳, 和田 彰ほか：社会不安障害に対する薬物療法. 精神医学 46：933-939, 2004
- 10) 中村伸一：非行の家族を中心に. 家族療法研究 8：132-137, 1991
- 11) 植林理一郎：「ひきこもり」を抱える家族への援助. 狩野力八郎, 近藤直司編：青年のひきこもり. 岩崎学術出版社, 東京, pp151-160, 2000
- 12) 澤田信也, 原田ゆかり, 中野育子ほか：青年期アスペルガーグループの活動. 臨床精神医学 34：1125-1132, 2005
- 13) 塩路理恵子, 久保田幹子, 中村 敬：神経質とひきこもり. 精神療法 26：549-556, 2000
- 14) 諏訪真美, 鈴木國文：「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴. 精神神経誌 104：1228-1241, 2002

*

*

*

青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について

近藤 直司*

抄録：現在、「ひきこもり」概念、あるいは「社会的ひきこもり」の精神医学的な捉え方は混乱した状況にあり、このことが本人や家族への支援・治療を進展させるうえで一つの障壁となっているように思われる。本稿では、こうした混乱の背景を検討し、精神医学における「社会的ひきこもり」の捉え方や精神疾患・障害との関連、ひきこもりケースの診断をめぐる特有の困難について考察した。また、ひきこもりケースの精神病理学的背景に応じた支援・治療方針を整理したうえで、精神科医や精神保健福祉サービスに求められる役割にも言及した。

精神科治療学 21(11); 1223-1228, 2006

Key words : *social withdrawal, adolescence, definition, psychiatric diagnosis*

I. はじめに

厚生労働省は平成17年5月から、教育訓練も受けず就労することもできないでいる若年者等を対象に若者自立塾創出推進事業を創設し、全国20カ所のNPO法人に運営を委託した。こうしたNPOや民間支援団体が運営する居場所や就労体験、宿泊訓練などの支援プログラムは、ひきこもりに悩む当事者が活用しやすく、きめの細かい支援を提供できる社会資源として期待が寄せられている。

しかし、ここで懸念されるのは、「社会的ひきこもり」「ニート」といった概念のもとに、多様な精神病理学的背景をもつ人たち、たとえば、生物学的治療を要する精神障害をもつ人たちや、そ

れぞれの発達特性に応じた支援が必要な発達障害圏の人たちまでもが、必要な個別的配慮を欠いたまま一様に扱われるような事態である。平成18年5月、施設入所者への逮捕監禁致死容疑によって、「引きこもり者更生支援施設」と称するNPO法人の代表らが逮捕される事件が起きた。今後、民間支援施設の活動内容とともに、個々の利用者が支援対象として適当であるかどうかという判断が課題になり、精神保健福祉行政や精神科医、精神保健福祉専門職の果たすべき役割が問われることになるかもしれない。

また、薬物療法の適応となるような不安障害を背景としてひきこもっているケースを、診療機能をもたない精神保健福祉センターに「ひきこもりだから…」という理由で紹介してくる医療機関もある。これらに共通する背景として、精神医学的に「社会的ひきこもり」をどのように捉えるのか、ひきこもりと精神疾患・障害との関連をどのように理解するのかといった点について、専門職の間に混乱があるように思う。本稿では、精神医学における「ひきこもり」の概念や、ひきこもりケースに対する精神科医や精神保健福祉サービス

Social Withdrawal in adolescence and defining social withdrawal.

*山梨県立精神保健福祉センター/山梨県中央児童相談所
〔〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12山梨県福祉プラザ〕
Naoji Kondo, M.D.: Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center./Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center. 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.

に求められる役割について、改めて検討・整理してみたい。

Ⅱ. ひきこもり概念の混乱について

まず、今日的な青年のひきこもりが精神医学において、あるいは社会一般において、どのように捉えられてきたのか、その現状と問題点について整理しておきたい。

従来、精神医学や心理学において、ひきこもりという用語はおもに以下の二つの意味合いで用いられてきた。一つは、周囲に無関心になり、もっぱら自らの精神内界の現実のみ心を奪われ、全能的自己愛に浸っている現象、つまり内的・情緒的なレベルで生じているひきこもりであり、もう一つは、生活する空間や時間を狭め、外出しなくなったり、家族とも顔を合わせないように昼夜逆転の生活を送るなど、対人関係の回避や孤立といった現象、つまり外的・社会的なひきこもりである。

いずれにしても、精神医学ではひきこもりを症状ないしは状態と捉えるのが一般的であり、症状・状態の背景には、その原因となる疾患・障害が存在するというのが基本的な考え方であった。しかし、こうした精神医学的常識は、社会的ひきこもりの「定義」が普及した頃から、にわかには混乱し始めたように思われる。たとえば斎藤⁹⁾は、「社会的ひきこもり」を「二十代後半までに問題化し、六ヵ月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」と定義し、同時に、「社会的ひきこもり」は診断名ではなく、自らが「社会的ひきこもり」と呼ぶ事例は、国際診断基準では社会恐怖と回避性パーソナリティ障害のいずれかに分類されるとも述べた。この説明は確かにわかりにくいのだが、むしろ、かなり多くの専門家が、その妥当性についての検証を欠いたまま、上述の「定義」を一つの診断カテゴリーのように解釈したことに大きな問題があったように思う。厚生労働科学研究「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者：伊藤順一郎)の中間報告において同様の

「定義」が示されたことも影響が大きかったようである。

こうして、「社会的ひきこもり」という用語が症状や状態像を指すのか、あるいは診断名なのか、社会的交流や社会参加の機会をもととしなが、病理的とも言えないような若者たちを指す用語なのか、混沌とした状況に陥っていったように思われる。これと同時に、個人精神病理(生物学的-心理的側面)と家族状況や時代・文化・社会的背景(社会的側面)など、さまざまな要因が関連しているという問題認識から生物学的な視点が欠落し、心理-社会的な側面ばかりが強調されるようになった。「ほかの精神障害が第一の原因とは考えにくい」という記述を、「社会的ひきこもりの本人には病理性がない」と解釈した臨床心理学領域の論評や、「ひきこもりは精神科医療の対象ではない」と言い切る精神科医も現れた。診断名として「社会的ひきこもり」を用いた学会発表に対して、海外の精神科医がひきこもりは症状であり、診断には国際的な診断基準を使用すべきであると厳しく批判する場面に居合わせたこともある。一部のNPOなどにみられた「ひきこもりは甘えである」「ひきこもりには厳しく接しなければならない」という偏った画一的解釈や犯罪的な活動の発生にも、このような概念の混乱が一因となったように思われるのである。

Ⅲ. ひきこもり概念の再整理

次に、精神医学におけるひきこもりの捉え方について、改めて検討してみたい。現在、社会的ひきこもりの捉え方や、現行の診断体系との関連をどのように理解するかといった点については、いくつかの立場があるように思う。

第一は、「ひきこもり」「社会的ひきこもり」を症状・状態像として捉え、その原因となる精神障害を従来の精神科診断分類に沿って同定しようとする立場である。たとえば近藤ら¹⁰⁾は、精神保健福祉センターで受け付けたひきこもりケースの精神医学的診断について報告した。この研究では、「社会的ひきこもり」を「対人関係を回避し、孤立している状態」を指すものとし、「ごく限られ

表1 対象24例のプロフィール(文献6より引用)

	年齢	性別	I軸, II軸診断	IV軸診断	V軸診断	転帰
第1群	20代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
	30代前半	女	統合失調症(残遺型の疑)	親の過保護	51	精神科病院通院
	30代前半	男	妄想性障害, 強迫性障害	家族の意思による能力以上の進路選択	48	精神科病院・精神保健福祉センター通所
	20代後半	男	双極性障害の疑い, 社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
第2群	10代後半	女	中度精神遅滞, 選択性緘黙, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	学校・家庭で障害を踏まえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
	10代後半	女	軽度精神遅滞, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性)	母親の養育不備, 学校でのいじめ, 障害者として扱われることの本人の抵抗感	38	福祉的就労
	10代後半	男	軽度精神遅滞, パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供, いじめ	30	精神保健福祉センター通所・通所授産施設体験利用
	30代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・父親の介護
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
	30代前半	男	アスペルガー障害, 強迫性障害, 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
	20代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
	20代後半	男	アスペルガー障害, 社会恐怖, 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	42	発達障害者支援センター通所
	10代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害, 社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
第3群	20代前半	男	特定不能の身体表現性障害, 同一性の問題	養育環境の著しい不備, 介人・支援の遅れ	45	就労
	10代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
	30代前半	男	回避性パーソナリティ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
	20代後半	男	強迫性障害, 自己愛パーソナリティ傾向	親の過保護, 父親のアルコール問題	51	精神科病院・精神保健福祉センター通所
診断保留	20代前半	男	回避性パーソナリティ障害, 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに母親が断続的に来所
	30代前半	男	不明(パーソナリティ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
	10代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院, 通信制高校編入
	20代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	特記事項なし	31	精神保健福祉センター相談中断

た範囲の社会参加にとどまるもの、あるいは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」も含めることとした。2001年4月から2005年3月の間に受けた新規相談ケースのうち、社会的ひきこもりがみられた青年期ケース(16歳~35歳)は88件、このうち初回相談の時点で6ヵ月以上にわたって『社会的ひきこもり』が持続しており、支援経過において、本人が1回以上来談した24ケースを対象にDSM-IVに基づいて診断を検討した。その結果、情報不足のために診断を保留した3件以外には、すべてのケースに何らかの診断が付与された(表1)。

第二に、一部のひきこもりケースの精神病理を記述・診断するためには、現行の診断分類以外の新カテゴリーが必要であるとする立場がある。こうした仮説の学術的検証を試みている研究としては、諏訪ら¹²⁾の報告がある。この研究では、精神保健福祉センターで実施しているひきこもり青年

の活動グループに参加していた14例の精神医学的診断が検討されており、社会恐怖、強迫性障害、妄想性障害、広汎性発達障害がそれぞれ2例ずつ、身体表現性障害、うつ病性障害、注意欠陥/多動性障害、境界知能が1例ずつであったとしている。そして従来の診断カテゴリーには分類できないとされる「一次性ひきこもり」の2例は、スキゾイド、回避、自己愛などの性格傾向を有するものの、パーソナリティ障害と判断できるような固定的な性格病理はみられず、ひきこもり以外には人格の偏りに起因する他の症状や問題行動は認められなかったという。

DSM-IVに準じれば、「一次性ひきこもり」はパーソナリティ傾向 personality trait としてII軸に記載するのが適当ではないかと思われる。筆者自身は、新カテゴリーを提唱するよりも国際的な診断基準を尊重する方がよいと考えているが、諏訪らは、ひきこもりを症状・状態として捉え、そ

の原因となる疾患・障害を診断する立場を明確にしており、その点においては第一の立場と同じである。

第三に、広瀬、清水が指摘したような、社会的ひきこもりをきたしている青年期ケースの「中核群」は現行の診断カテゴリーには当てはまらない²⁾、疾病でもなければ、狭義の医学的治療の対象でもない¹⁰⁾という見解があるが、これは現場の臨床経験とは隔たりが大きい。「一次性ひきこもり」やDSM-IVにおける「パーソナリティ傾向」が「疾病でもなければ、狭義の医学的治療の対象でもない」ケースに相当するのかもしれないが、近藤、諏訪らの報告では、主診断として一次性ひきこもりやパーソナリティ傾向が付与されたケースは全体のごく一部である。いずれの報告も、精神保健福祉センターに来談したり、グループ活動に参加した人たちが検討の対象となっており、ひきこもる青年たちの全体像を捉えているかどうかは明らかではないが、誰も本人を診ていないケースを「軽い」と判断できる根拠もない。ただし広瀬、清水の発言は、今日的なひきこもり問題について、精神科医はその精神病理の解明や診断に積極的に貢献すべきであるという点が骨子であり、この点にはまったく同感である。

IV. ひきこもりケースの診断をめぐる課題

ひきこもりケースの中には精神科治療を必要とする人が少なくないし、的確な診断を必要とするケースも多い。しかし、精神症状が見逃されたり、さまざまな理由で診断に困難を伴うようなケースも多く、このことも、「ひきこもり」概念の混乱に大いに関連しているものと思われる。次に、診断をめぐる課題について検討してみたい。

1. 内的なひきこもりについて

問題の性質上、ひきこもりケースには治療中断例が少なくない。また、クライアントはしばしば情緒的にもひきこもっており、自らの内的体験を語ることや、困っている問題について話すことにさえ抵抗感を抱いていることもある。こうした場合、治療・援助関係が維持できたとしても、それ

だけでケースについての理解が深まるわけではない。これらは、内的にひきこもっている人を理解しようとする際に直面する基本的な難しさでもある。

2. 「精神症状がみられない」とされるケースについて

多くの治療者・援助者が、深刻な社会的ひきこもりを生じさせるだけの精神症状を把握できないケースに直面している現状もある。この点について、ひきこもりケースの中には何らかの精神症状によってひきこもりが生じているというよりも、ひきこもりそのものが一義的な問題として捉えられる一群があると指摘する臨床家は多い^{5,11,12)}。

たとえば塩路ら¹¹⁾は、強迫行為や外出恐怖、赤面恐怖など神経症的な焦点が比較的明確で、症状を回避する結果ひきこもりに陥っている症例を「二次的なひきこもり」とし、症状の焦点が漠然としており、当初からひきこもりそのものが中心的な問題となっているものを「一次的なひきこもり」と呼んだ。「一次的なひきこもり」に分類された症例の精神医学的診断は、対人恐怖と回避性パーソナリティ障害が中心である。同様に衣笠⁵⁾は、精神病症状や神経症症状が顕著ではなく、ひきこもりそのものが主な特徴である一群のケースを「一次的ひきこもり」と呼び、統合失調質パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害によって構成されるとしている。

また、ひきこもった生活を送っているときには、その原因となっている精神症状は目立たず、家族や知人からの働きかけの結果、初めて身体表現性障害や不安障害が確認されるケースがある。ICD-10では広場恐怖と社会恐怖について、「一貫して恐怖症的な状況を回避することができるので、ほとんど不安を体験しない者もいることに留意しなければならない」という記載があり、ひきこもって刺激を回避している人の恐怖症性不安障害は見逃されやすいと解することができる。本人が診察や相談の場面で、これらの症状を自ら報告しない場合、不安障害や身体表現性障害は、さらに見逃される可能性が高くなるものと思われる。

3. 青年期において初めて診断される発達障害について

青年期における広汎性発達障害は、詳細な生育歴の把握と面接内容の検討、知能検査の結果などから確定診断に至るが、現時点では、その発達特性をよく理解している専門職でなければ、問題の性質を明らかにできないことは充分にあり得る。今後、鑑別診断や診断に要する手続きについて、何らかの指針が必要になるものと思われる。

V. 治療・援助について

最後に、ひきこもりケースに対する治療・援助の方針と、精神科医に求められる役割について簡単にまとめておきたい。表1に示したように、青年期ひきこもりケースにみられる精神医学的背景と治療・援助方針、あるいは、精神科医に求められる役割を大きく三つに分類してみた。

まず第一に、統合失調症や気分障害などを背景として、あるいは不安障害によって深刻なひきこもりが生じているグループがある。これらは薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活支援、就労支援など、包括的な支援が必要であることが多い。最も精神科医療の貢献が必要な一群でもある。近年、社会恐怖（社会不安障害）に対する薬物療法と精神療法については内外から多くの研究報告があるが、笠原の著書⁴⁾や永田らの研究報告⁷⁾は実践的で参考になる。

第二群は、発達障害、とくに軽度知的障害や広汎性発達障害のために同年代の仲間集団についていけなくなったり、年齢相応の社会的要請に応えられずにひきこもり状態に陥っているケースであり、上記のような気分障害や不安障害を併発していることもある。これらについては、生来的な知的水準や発達特性を踏まえた治療・援助が必要である。精神保健福祉センターや保健所における支援の取り組みが報告され始めているが^{1,3,9)}、発達障害者支援法の施行により、今後、支援の充実が期待される。精神科医の役割としては、的確な診断と併存障害の治療が重要であろう。

第三群は、回避性パーソナリティ障害や自己愛パーソナリティ障害（あるいは、その傾向）、同

一性の問題 identity problemなどを背景とし、精神療法的なアプローチが重視される一群である。パーソナリティ障害のためにひきこもっている人たちは、いわば、“他者と関わりをもとうとすると、急速に心のバランスを失う人たち”であり、支援・治療の中断例や、現行の生活・就労支援に乗りにくいケースも少なくない。自らの能動性を放棄し、家族に依存・寄生することで安定を維持していたり、「自分のことはすべてわかっている」といった万能感が強い場合などは、本人が支援・治療を拒んだり、精神療法が行き詰まったまま長期化していくことも多い。

この他、家族を対象にした相談活動や心理教育プログラム、親の会など、家族支援の試みが各地で定着してきている。また、精神科治療や従来の精神保健福祉サービスではなく、若年者を対象とした近年の労働施策の他、NPOやボランティアによる訪問活動、宿泊体験や就労訓練など、非医療的な支援を活用することによってひきこもり状態を脱するケースも多いと思われるので、それらの支援活動の実情、有効性と限界、最も有効性を発揮する対象者の特性などを精神医学的な観点からも検討する必要があるように思われる。

文 献

- 1) 有泉加奈絵, 近藤直司: 青年期ひきこもりケースを対象としたSST(社会技能訓練)の試み. 平成15年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」(主任研究者: 伊藤順一郎), 総合研究報告書, p.82-86, 2003.
- 2) 藤原茂樹, 原敏明, 岡本淳子ほか: 座談会—ひきこもりと精神医療. 精神医学, 45; 278-291, 2003.
- 3) 日詰正文: アスペルガー症候群への地域保健が果たせる支援. 臨床精神医学, 34; 1199-1205, 2005.
- 4) 笠原敏彦: 対人恐怖と社会不安障害. 金剛出版, 東京, 2005.
- 5) 衣笠隆幸: 自己愛とひきこもり—精神保健福祉センターの相談状況—. 精神療法, 26; 586-594, 2000.
- 6) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか: ひきこもりの個人精神病理と治療の観点についての研究. 平成17年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「思春期・青年期のひきこもりに関する精神医学的研究」(主任研究者: 井上洋一), 研究報告書, p.74-78, 2006.

- 7) 永田利彦, 大島淳, 和田彰ほか: 社会不安障害に対する薬物療法. 精神医学, 46; 933-939, 2004.
- 8) 斎藤環: 社会的ひきこもり. PHP新書, 東京, 1998.
- 9) 澤田信也, 原田ゆかり, 中野育子ほか: 青年期アスペルガーグループの活動. 臨床精神医学, 34; 1125-1132, 2005.
- 10) 清水將之: ひきこもりを考える. 精神医学, 45; 230-234, 2003.
- 11) 塩路理恵子, 久保田幹子, 中村敬: 神経質とひきこもり. 精神療法, 26; 549-556, 2000.
- 12) 諏訪真美, 鈴木國文: 「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴. 精神誌, 104; 1228-1241, 2002.

特集：学校精神保健

渡部 京太*

不登校児童生徒への治療と援助

児童青年精神医学とその近接領域 48(2); 102-110 (2007)

不登校を主訴に児童精神科を受診する子どもをとりまく環境は年々悪化してきている印象があり、複雑な家族背景や不適切な養育状況の家庭で育ってきた子どもが増えているように思われる。不登校の子どもの診療にあたる時に、まず治療者はその子ども自身に何が起きているのかを理解しなければならない。さらに、子どもと親を中心とするその家族、そして子どもにとって主たる外界である学校・仲間集団の三領域の相互関係を詳細に評価することを通して、不登校の子どもの治療・援助システムを組み立てていくことが必要になる。このような評価には子どもの精神医学的診断が含まれており、それは疾病単位の特定的のみならず“見立て”が意識されていなければならない。齊藤(2004)は不登校をきちんと精神医学的に規定し直すことの必要性を述べ、不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している。その多軸的な評価システムは、①背景疾患の診断、②発達障害の診断、③不登校発現様式による下位分類の評価、④不登校の経過に関する評価、⑤環境の評価からなる。さらに不登校の子どもには、精神分析的な発達論を参照しながら、「大人になったら、社会の中で働く場を確保し、ともに生きていくパートナーを見つけ、次世代を育てていくことが望ましい」というような常識的な発達論に準拠して発達支援を行うことが大切であると考えられる。

Key words : assessment, child and adolescent, inpatient treatment, school non-attendance, parent-guidance

I. はじめに

不登校の治療・支援については、青木(2006)、齊藤(1996)、皆川(2001)を始めとして数多くの論文があり、児童精神科における不登校を中心とした入院治療については齊藤(2005)の論文がすでにある。ここで不登校の治療・支援について屋上屋を重ねる理由はないと思われる。その一方で児童精神科を受診する子どもをとりまく環境は年々悪化してきている印象があり、複雑な家族背景や不適切な養育状況の家庭で育ってきた子どもの受診が増えてきている。齊藤(2004)は不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提案しているが、筆者は疾病単位の特定的のみならず“見立て”を丁寧に行い、

不登校の子どもへの治療・援助システムを組み立てていくことの大切さを強く感じている。本稿では小学校低学年から不登校になった症例をどう評価し、治療を組み立てていったかを報告する。

II. 国府台病院児童精神科における不登校への診療の現状

2003年から2005年の当科の新患における不登校を示した子どもの診断を示した(図1)。3年間の新患総数が778名、715名、691名で、新患患者の30~40%が不登校を示しており、男女はほぼ同数だった。不登校を示した子どもの半数が神経症性障害で、ADHDや自閉性障害は25%、気分障害は5~10%だった。2軸診断で精神遅滞の診断がなされたのは、15名、13名、8名だった。神経症性障害の診断の内訳は、不安障害

*国立精神・神経センター国府台病院児童精神科
e-mail : kyotaw@r9.dion.ne.jp

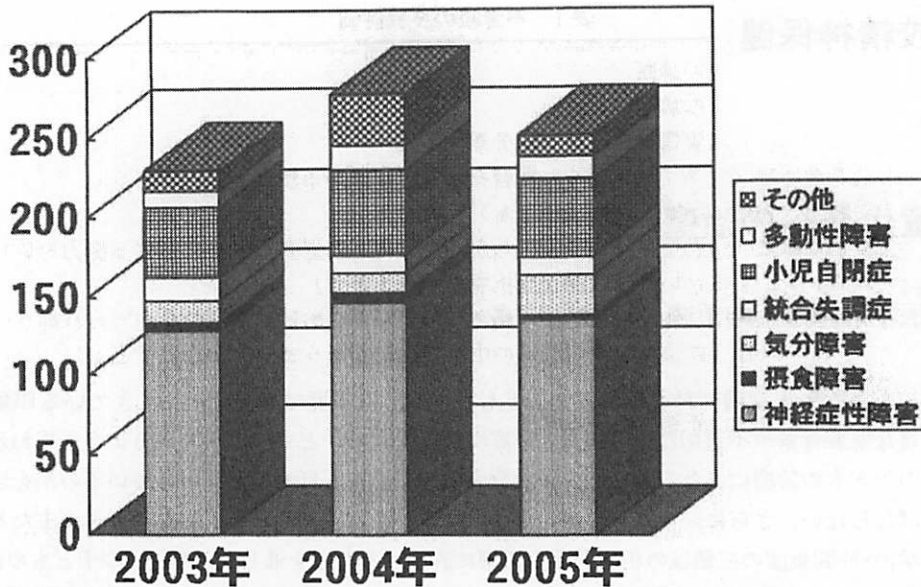


図1 国府台病院児童精神科新患における不登校を示した子どもの診断 (DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) のI軸診断)

(全般性不安障害や強迫性障害など)が45%，適応障害が40%，転換性障害・解離性障害・身体化障害が20%で，この3年間ほぼ同じ比率だった。2003年から2005年の当科の新規入院患者のうち70～80%が不登校を示していた。不登校は，児童精神科の診療において対処しなければならない重要な問題と言えるだろう。

国府台病院児童精神科の治療構造は，①小中学生を対象とした41床の児童精神科病棟（開放病棟）がある，②9室の個室（保護室ではない）で隔離，身体拘束といった行動制限を行うことがある，③院内小・中学校が併設されており，院内学級と連携して年単位の長期の入院を行うこともある，④同世代の仲間集団に参加を目的として集団精神療法的アプローチが活発に行われているといった特徴があげられる。

Ⅲ. 不登校の多軸評価

齊藤（2004）は，不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している（表1）。第2軸は，第1軸の精神疾患とは別に，不登校の背景疾患として，発達障害が診断される場合も少なくない。発達障害が明確になれば，その症例の支援に何が重要かという課題に有力な手がかりを与えてくれる。第3軸では，不登

校症例の理解にあたり，不登校開始直前までの学校における，あるいは友人関係における対処法および適応姿勢の特徴を評価する。齊藤（2000）は院内中学校を卒業した不登校児の10年間に及ぶ追跡調査を行い，過剰適応型は受動型，衝動統制未熟型，混合型の3型より中学校卒業後10年目の適応群の比率が有意に高いことを報告しており，第3軸は不登校の経過の予測につながってくる。

Ⅳ. 症例呈示

不登校は小学校高学年に増加し始め中学になり急増するといわれているが，本稿では小学校低学年から不登校になった2症例を，多軸評価に沿って呈示したいと思う。この2症例を呈示するのは，これらの症例が，“入院”という治療的介入が行われなければ，長期に及ぶ“ひきこもり”になっていたと思われるからである。

1. 症例A 男児（初診時小学3年）

主訴：不登校。母親から離れると不安が強くなる。昼夜逆転の生活。

既往歴：夜泣きがひどく，救急車を要請することもあった。小学1年時に足を骨折した。

生育歴・現病歴：Aの母親は飲食店で働いてい

表1 不登校の多軸評価

1) 第1軸：背景疾患の診断
2) 第2軸：発達障害の診断
3) 第3軸：不登校出現様式による下位分類の評価
①過剰適応型（プライドが高く、弱音を出さずに強がる傾向のある子ども）
②受動型（萎縮し不安に満ちた子ども）
③受動攻撃型（受動型の症例にみえるが、実は大人の過剰な干渉に対する努力を放棄するという自虐的な反抗を続ける子ども）
④衝動統制未熟型（体質的衝動性の高さや対象関係における強度の見すてられ抑うつなどにより、仲間関係の中で衝動統制がうまくいかない子ども）
⑤混合型
4) 第4軸：不登校の経過に関する評価
①不登校準備段階
②不登校開始段階（葛藤の顕在化による不安定さが目立つ段階）
③ひきこもり段階（退行と外界の回避が前景に出る中で、徐々に余裕を回復しながら固有の葛藤に向かおうとしている段階）
④社会との再会段階
5) 第5軸：環境の評価
ライフイベント、家族機能の評価、各種相談機関や医療機関の有無

た。25歳時に飲食店に通っていた男性と交際するようになった。妊娠したがまもなく流産した。その後Aを妊娠した。母親は中学の頃からシングル・マザーになって子どもを育てたいと思っていたという。男性と入籍するつもりはなく、シングル・マザーになろうと考えていて、母親はお腹の中にいたAに「父親はいないから」と話しかけていたという。妊娠8カ月頃に流産しかけて入院した。母親は看護師に入籍を勧められ、その男性と入籍することにした。Aの父親は、母親の10歳年上で、パチンコで生計を立てていた。Aは出生時へその緒が首に絡まり、保育器に入ることはあったが、その後の健診で発達の遅れを指摘されたことはない。

Aが生まれた時、母親、父親、母方祖父母が同居していた。父親が定職につかないため、母親は飲食店で働き始め、Aは1歳からベビーホームに預けられた。母方祖父には愛人がいて家に寄りつかず、祖母は家政婦をしていた。母親は離婚を考え、Aが2歳頃に別居し、3歳時に離婚が成立した。母親はさみしくて泣いてしまい、Aに「2人で死のう」と語りかけることがたびたびあったという。Aは2年間保育園に通い、母親から離れることを嫌がったが、次第に

友達ができ、保育士からは「おとなびている」といわれたという。

Aは小学校に入学したが漢字の書き取りが苦手で、Aは担任の教師に叱責され、母親も「しっかり指導してください」と怒られ、Aも母親も担任が苦手になった。母方祖父は飲食店で多額の借金を作り、その取り立てが厳しくなったため、Aが小学1年時に祖父母は夜逃げをした。Aは小学1年の秋から不登校になり、母親は飲食店を辞めた。Aは放課後に友達と遊ぶこともあったが、自転車で転倒して骨折してからは外出しなくなった。小学2年時には家のチャイムが鳴るとひどくおびえ、夜には身体を震わせてこわがるようになった。母親は児童相談所に相談し当院を勧められ、小学3年の春に初診した。外来での治療経過：Aは分離不安障害と診断され、2回だけの受診で来院しないため、入院を勧められた。Aは母親に「再婚をしたらいい」と話し、母親は交際相手との再婚を考え働くようになった。母親の再婚話はなくなり、母親の体調不良やAが嫌がるために通院は不定期になった。Aは昼夜逆転の生活を送り、食事をとりすぎて嘔吐した。母親が仕事に行くと、「家に戻ってきてほしい」と電話をして、母親が戻って

こないと母親にあたった。次第に母親の抑うつ感は強くなり、精神科クリニックを受診した。小学4年の春に主治医が転勤になり、筆者が主治医を引き継いだ。Aが来院しないため、筆者は母親面接を継続した。Aはいじめられていたことを母親に話し、小学1年時の骨折が実はいじめによるものだったことがわかった。筆者は、Aの家庭訪問を継続していた市教育委員会と連絡をとり、母親との合同面接を行い、筆者は母親に入院を勧めた。母親はAが小学5年になった時点で入院を開始することに同意した。しかしその後母親はAを入院させることを拒否し、筆者は親面接を継続した。Aの母親に密着した生活が続いたため、母親も入院に同意し、秋に入院になった(医療保護入院)。Aは髪の毛が伸び放題で、肥満体だった。筆者が入院を勧めると、Aは妙に大人びている感じで「どうせどうにもならない」という表情を浮かべ、「入院したくない」と言うのみだった。筆者がAの手を引っぱり病棟へ連れて行こうとすると、Aは抵抗したが、次第に息切れし、病棟まで歩けなかった。

2. 症例B 女児(初診時小学5年)

主訴：不登校。学校でいじめられたことを思い出すとこわくなる。

父親が暴れることをなんとかしてもらいたい。吐き気がする。

既往歴：足の骨折以外は特記事項なし。

生育歴・現病歴：Bの生育歴・現病歴の前に、Bの母親(以下Cとする)の生育歴を記す。Cの父親(Bの祖父)はCだけに暴力をふるい、Cは「気が強いから殴られたと思う」と語り、Cは生真面目な性格だった。父親のCへの暴力は続いたため、22歳時に両親は離婚し、父親は行方不明になった。

Cは28歳時に友人の紹介でBの父親と知り合い結婚した。結婚1年後から父親は仕事で嫌なことがあると、Cにあたるようになった。父親は几帳面だった。結婚5年後にBが出生した。健診で発達遅れを指摘されたことはない。B

が3歳時に妹が出生した。妹は心臓病を患っていた。Bの父親は、容姿が父親似で病弱な妹をかわいがり、母親似のBには冷たく、機嫌が悪いとCとBを怒った。CとBは父親の機嫌を損ねないように気を遣っていたが、Bは5歳時にCに「暴れるお父さんは嫌いだから殺してほしい」と頼んだという。幼稚園では男児からいじめられることがあった。小学校入学翌日にBは一人の男児から椅子を投げつけられて足を骨折し、長期欠席した。小学2年時にも膝を蹴られて負傷し長期欠席した。小学3年時には女児から仲間はずれにあい、徐々に不登校になった。父親は仕事が忙しく、Bには無関心だった。Cは学校に相談したが、積極的に対応してくれなかったという。

小学5年時にBは男児からボールを頭や首にぶつけられた。その後首の痛みや嘔気が続き、総合病院の小児科や脳神経外科で診察を受けたが問題はないと言われた。担任とB、その男児との話し合いがもたれ、Bはその男児に「謝ってもらいたい」と話した。男児は謝ろうとせず、最後に横を向いて謝ったという。Bはその男児の態度を「許せない」と怒ったが、話し合いが終わった帰り道にその男児の待ちぶせにあい、ボールを再び強くぶつけられた。その後Bは登校しなくなった。嘔気は続き、小児科から児童相談所への相談を勧められ、小学6年の春に来所した。児童相談所の嘱託医だった筆者がBを診察したが、Bは礼儀正しく、周囲にとっても気を遣っていることが痛々しいほど伝わってきた。Bは「いじめられることと父が暴れることをなんとかしてもらいたい。いらいらするし、落ちこむ。こわい怒ったような顔が見えたりする」と幻視の訴えを語った。筆者はBと母親に「いじめられたり父親が暴れたりして、あなたは腹を立てているのかもしれない。でも、自分の気持ちをだすと、さらにいじめられたり、父親はもっと暴れるかもしれない。あなたの中には腹立たしい気持ちとその気持ちをだすとどんなことが起こるかこわいという気持ちがあるのでしょね」と伝えると、Bは「そういう気持

ちはあります」と答えた。筆者はBを鑑別不能型身体表現性障害、気分変調性障害と診断したが、Bの精神症状は十分な観察が必要だと感じ、BとCに児童精神科の受診を勧め、児童相談所や女性サポートセンターと連携していくことにした。

外来での治療経過：BとCは児童精神科を受診し、筆者はBに抗うつ薬を主体とした薬物療法を行い、Cには親面接を行った。Cとの面接では離婚を考えているが踏み切れないことが語られた。小学6年の夏になっても状況は変わらず、BはCに「お母さんはいつまでお父さんの奴隷になっているの」と話すようになった。筆者はCに（このまま夫の暴言に堪えることもできるし、子どもと新しい生活も始めることもできる）と伝えると、Cは「自分が動かないと始まらないのです」と語り、Cは子どもとともに女性サポートセンターの援助を受けて離婚調停を開始した。秋からはBへのプレイ・セラピーを開始し、女性の心理士が担当した。冬に両親の離婚は成立し、Cが親権を持つことになった。筆者はCに入院を勧め、児童精神科が満床のため

小児科に入院した。入院と同時に院内小学校への入級の手続きを勧め、中学入学と同時に児童精神科病棟に転棟した（任意入院）。

3. 症例A, Bの多軸評価と“見立て”

症例A, Bでの不登校の多軸評価を表2に示した。

Aの家族の情緒的な交流はばらばらで、将来の生活設計といった見通しはなく、それぞれが自分が好きなことを勝手にしているようで、Aにはモデルになる大人の存在はなかった。Aの母親は自分の両親（Aの祖父母）に頼ることができないと感じていたため、Aの母親がシングル・マザーになりたいと思っていたことは、母親の手元に置いて頼ることができる子どもがほしいということだったと思われる。不登校になったAは母親が自分の言うことを聞かないとあたり、加えて母親は抑うつ状態になって仕事ができなくなり、母子密着の生活が強まっていった。抑うつ状態の母親はAに愚痴をこぼすことが多く、Aは母親の不安や抑うつの受け皿になった。母親がAから離れると、母親は不安や抑

表2 症例A, Bにおける不登校の多軸評価

<p>症例A（筆者に主治医が変更になった時期の評価）</p> <p>第1軸】分離不安障害</p> <p>第2軸】特になし（後に行ったWISC-IIIではVIQ=91, PIQ=70, FIQ=80）</p> <p>第3軸】受動型</p> <p>第4軸】ひきこもり段階</p> <p>第5軸】Aのライフイベント：いじめ</p> <p>家族機能：両親は離婚し、母親と2人ぐらし。</p> <p>母親はうつ病、依存性パーソナリティ障害で精神科クリニックに通院中。</p> <p>関係機関：教育委員会</p>
<p>症例B（筆者が病院で主治医になった時期の評価）</p> <p>第1軸】鑑別不能型身体表現性障害、気分変調性障害</p> <p>第2軸】特になし（後に行ったWISC-IIIではVIQ=86, PIQ=79, FIQ=81）</p> <p>第3軸】受動攻撃型</p> <p>第4軸】社会との再会段階</p> <p>第5軸】Bのライフイベント：いじめ</p> <p>家族：両親は不仲で、父親は母親とBにあたる。</p> <p>父親のBへの対応は、心理的虐待、ネグレクトと考えられる。</p> <p>母親は離婚を考え始めている。</p> <p>関係機関：児童相談所、女性サポートセンター（緊急時の母親、子どもの保護）</p> <p>嘔気などの身体症状：かかりつけの総合病院小児科</p>

うつのためにどうにかなってしまうというAの不安がかきたてられ、Aは母子密着の生活に退行してしがみつこうとし、母親にあたるのが生じたと考えられた。またAが母親にあたることは、Aが母子密着の生活から抜け出そうとする側面もあると感じられた。母親はクリニックではうつ病と言われているが、依存性パーソナリティ障害の傾向を認めた。筆者が母親にAの入院を勧めたことによって、Aから離れてひとり取り残されるという不安が強まったため、母親は入院を拒否したと考えられた。

Bの母親(C)は、自分の父親(Bの祖父)から暴力を受けて育った。Cが「気が強いから叩かれたと思う」と語っていたが、CとBの祖父の間にはCが正当な自己主張をすると叩かれるという関係ができていた。Cは暴力をふるわないが、あたりちらす男性(Bの父親)と結婚した。Bの父親は、Bにもあたり、Bの成長には全く関心を持っておらず、Bへの対応は心理的虐待およびネグレクトという状態であったと考えられた。父親から暴言を投げかけられるCの姿を見たり、父親から関心を向けてもらえず、さらに同年代の中ではいじめられることの多かったBは、「どうしてこんな仕打ちを受けないといけないのか」という怒りを感じながら、父親を恐れ痛々しい程に気を遣っていた。そしてBの中には、怒りや自己主張をおさえこんでマゾヒスティックに耐え、自分はだめだと自己評価を切り下げ、他者との関係を作っていけないような受動攻撃的な対象関係が形成されていたと考えられた。

4. 症例A, Bへの治療・援助の組み立て

1) Aの入院治療の初期経過：

入院当初は、同世代の中で過ごしたことの無いAを保護し、Aの精神症状や病態を観察し、そして治療スタッフとの関係作りのためにしばらく個室隔離を行った。筆者はAと週2回面接を行い、院内学級に通い同世代の仲間とのつきあい方を学んだり遅れた学習を取り戻すといった目標を明確にした。Aは他の子どもからいじ

められることを恐れていた。4人部屋に移ったある日、1歳年上のADHDの男児にからかわれ、突然蹴りあげられ、Aは怒って男児を叩き喧嘩になることがあった。Aは面接で「くやしい」と言って泣いた。筆者は(あなたが怒ったことは当然で、どうでもいいとなくなってくんかしたことは大切だと思う)と伝えた。その後のAは院内学級に通い、仲間集団にとけこんでいった。母親との面接は2週に1回行い、母親からAに頼っていたことが語られた。Aと離れるとAがそのまま離れていってしまうという母親の不安は少なくなっていき、母親は適切なAとの距離をとれるようになってきている。

2) Bの入院治療の初期経過：

院内中学校に入学したBの周囲には上級生が多く、Bはびくびくしていた。Bは嘔気のため院内学級に通えなかった。筆者はBと週2回の面接を行い、外来で開始した心理士とのプレイ・セラピーも継続した。Bは面接中に次第にベンなどで自傷行為をするようになり、プレイ・セラピーでも「自分を傷つけようと思うので、はさみを貸してください」、「窓から飛び降りてもいいでしょうか」と話し、プレイどころではなくなり、転棟4カ月後に中止した。Bは面接時「死にたい。生きているのがつらい。私にしあわせはくるのか」と話し、自傷したり、面接室で倒れたりした。筆者は(そんなに自分をだめだと思わなくてもいい。自分がだめだと思ふ気持ちが強くて、病棟でも新しい友達の中に入っていけなくなっているのではないかと)伝え、Bの自傷がひどい時には制止した。Bは徐々に院内学級に登校するようになってきている。

V. 考察

不登校の子どもの診療にあたる時に、まず治療者はその子ども自身に何が起きているのかを理解し、子どもとその家族、そして学校・仲間集団の三領域の相互関係を詳細に評価し、“見立て”を行う必要があるが、不登校の子どもを総合的にとらえるために齊藤の提唱した多軸評価

システムは有用と思われる。そして“見立て”に基づいてどのような治療・援助を行っていくのかを子どもや親にわかりやすく説明することが必要になる。筆者は、生地(2002)が述べているように精神分析的な発達論を参照しながら、「学童期は社会で生きていくために必要な最低限の知識と技術を身につけ、青年期は大人から徐々に離れて自分独自の対人関係を広げ、社会の中で自分の役割の方向を見出し、大人になったら、社会の中で働く場を確保し、ともに生きていくパートナーを見つけ、次世代を育てていくことが望ましい」という常識的な発達論に準拠するのがよいと考えている。その理由は常識的な発達論に準拠することにより、子どもや家族にとってわかりやすく手ごたえのある治療・援助になると思うからである。青木(2006)は、不登校の子どもへの援助で重要なこととして、①子どもへの精神療法は重要であるが原則としては子どもからの問いかけを待つこと、②親の心理的援助が重要であり、親への援助が間接的に子どもを支えることになること、③不登校の子どもでは重要な同年輩集団の中で「もまれる」体験が得られないため、形の異なった多様な居場所を提供することが必要なこと、④何よりも大切なことは子どもが人生を肯定的に捉え生きられるようになること、をあげている。子どもへの治療介入は成人に比べて非言語的交流が中心となり、さらに思春期に高まった両個性はしばしば言語的交流を阻む要因となり、精神療法に導入することが困難で、しばらくすると子どもは来院しなくなり、親のみが受診するということが少なくない。そのため、親ガイダンスを通じて親を支えることは大切である。ただし、親の一部には子どもに十分な関心を払い続けるために避けることのできない苦痛や欲求不満に耐えられなかったり、症例Aのように子どもが自分とは別個の独立した人間であることを認めがたく自分の所有物としておきたいために、親機能を発揮できない人も存在する。このような場合には親ガイダンスだけでは状況を打開するのが難しい。Aの母親はAが成長し母親

から分離していくことに対する不安が強く、母親にはモーニング・ワークが進まないまま残っている流産、離婚、家族の離散といった対象喪失体験が数多く存在していた。近藤(2000)は、長期化しているひきこもりでは「ひきこもり家族の文化」とでもいべき家族の特性をあげ、治療・援助を有効に活用できない家族が存在すると述べているが、ひきこもり家族の特性、なかでも母親のパーソナリティや対象関係の特徴を把握することの重要性を指摘しておきたい。そのほかに齊藤(1996)は不登校の援助する時に心得ておくべきこととして、①子ども個人の立場に立つこと、②子どもが変化するための固有の速度を尊重すること、③子どもの両価的心性を常に心得て援助にあたる必要があること、④状況に応じて必要となる専門的相談機関や援助者と連携することを、あげている。Bは自身自身の状況をなんとかしたいという気持ちで、父親の暴言に耐える母親を動かして治療に訪れた。多軸評価の第4軸において、Aが引きこもり段階であるとすれば、Bは社会との再会段階と考えられる。齊藤(2004)は、治療者が社会との再会段階の開始を敏感に察知し援助することを強調しているが、筆者は児童相談所との連携を続けながら、速やかに病院での治療に導入した。BとCにとって、筆者が行った治療・援助はある程度手ごたえのあるものとして受け入れられ、Cは離婚を決意しBの入院治療導入につながったと思われた。

AとBは小学校低学年から不登校になり、小学校年代で身につけておかなければならない学習ができなかったり、仲間集団の中での経験ができずにいた。ひきこもりがさらに長期化すると、Aの受動的、Bの受動攻撃的性格傾向はパーソナリティの形成において大きな影響を及ぼすことになるだろう。そのため入院治療に導入したが、入院治療での目標は、①患者の持続的な傷つき体験によって形成されてきた妙に大人びた部分や気を遣いすぎる部分を修正し、子ども集団の中で子どもらしさを取り戻すこと、②長期に及ぶ不登校や養育の不十分さのために学

習していないことを援助するということになる。

文 献

American Psychiatric Association (2000) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington DC, American Psychiatric Association.

青木省三(2006)：不登校の治療と援助を再考する。精神科治療学, 21, 287-291.

近藤直司(2000)：ひきこもりケースの家族特性とひきこもり文化。狩野力八郎, 近藤直司(編), 青年のひきこもり 心理社会的背景・病理・治療援助 (pp. 39-46). 東京, 岩崎学術出版社.

皆川邦直(2001)：固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療：親ガイダンスの重要性

を中心に。近藤直司(編)：ひきこもりケースの家族援助, 相談・治療・予防 (pp. 164-172). 東京, 金剛出版.

生地新(2002)：発達支援の視点からみた学校不適応の予防。思春期青年期精神医学, 12, 90-95.

齊藤万比古(1996)：解題(1)―青年期心性の展開とその適応障害としての不登校。齊藤万比古, 生地新(編)：不登校と適応障害(pp. 111-128). 東京, 岩崎学術出版社.

齊藤万比古(2000)：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究。児童青年精神医学とその近接領域, 41, 377-399.

齊藤万比古(2004)：最近の不登校。臨床精神医学, 33, 373-378.

齊藤万比古(2005)：児童精神科における入院治療。児童青年精神医学とその近接領域, 46, 231-240.

TREATMENT AND SUPPORT FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS EXHIBITING SCHOOL NON-ATTENDANCE

Kyota WATANABE

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center of
Neurology and Psychiatry.*

The circumstances surrounding children brought in for consultation to child psychiatrists regarding school non-attendance appear to be deteriorating with each passing year, with more children being brought up in families harboring complicated backgrounds or under inadequate rearing conditions. In dealing with such children exhibiting school non-attendance, we must first understand what is happening to them. A treatment and support system for each child must be constructed following careful assessment of the interactions between the three domains consisting of the child, the family around the parents at the core, and primary outer world surrounding the child such as the school or peer group. This assessment must include the psychiatric diagnoses of the children, not only in terms of specifying the diagnostic category, but also taking "clinical judgment" into account. Saito (2004) citing the need to redefine school refusal in psychiatric terms, suggests a multi-axial assessment system for comprehensive understanding of the phenomenon. The multi-axial assessment system consists of: 1) diagnosis of underlying dis-

ease, 2) diagnosis of pervasive developmental disorders, 3) assessment of subgroup according to mode of onset of the school non-attendance, 4) assessment of the course of school non-attendance, and 5) assessment of the environmental conditions. Furthermore, the author suggests the importance of providing children who are exhibiting school non-attendance with developmental support based on sensible developmental theories, such as, "when you grow up, it is desirable to secure a working place in society, find a partner to grow old with, and bring up the next generation", with reference to the psychoanalytic theory of development.

Author's Address :

K. Watanabe

Department of Child and Adolescent
Psychiatry, Kohnodai Hospital, National
center of Neurology and Psychiatry.
1-7-1 Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba,
272-8516 JAPAN

特集 ◀

児童思春期
精神医学の
最近の進歩

第3章 現代社会と子ども

1. 不登校の現在

渡部 京太 清田 晃生

Key words: school refusal, multiaxial assessment, parents-guidance, developmental disorders, social withdrawal

1 はじめに

筆者が精神科の研修を開始した頃に編集された「思春期青年期ケース研究3 不登校と適応障害」の中で、印象的だった箇所が2つある。1つは、齊藤⁹⁾が『不登校という事態に向かい合うことへの深刻さが薄れていることはそのまま自我感あるいは自己感と呼ぶべき内へ向けてのある種の実感の鮮烈さが薄れていることかもしれない』と指摘したことである。2005年7月に文部科学省は、不登校の子どもに対してインターネット、電子メール、テレビなどを利用しての自宅学習などを出席扱いとするという方針を通達し、登校しなくても義務教育を修了できる道が開かれたといえるが、今後不登校に向かい合う実感はますます薄れていくのかもしれない。青木¹⁾は、このような変化が短期的には行かなければならないという登校への圧力を減らす、長期的には自宅学習をする子どもが増える可能性があること、さらに自宅学習では獲得できないものとして、質のよい同年輩の集団体験をいかに持つかが課題であると指摘している。もう1つは、生地²⁾が『子どもの甘えたい気持ちやすねた気持ちへの感受性がない、あるいは兄弟葛藤について姑や自分の母親から学ぶ機会がない母親が増えてきているのではないかと指摘

したことである。生地の指摘は現在でもそのままあてはまると思われ、親と子どもの感情のすりあわせがうまくいくように親を援助する工夫が必要になる。2004年、本誌第33巻第4号において「思春期臨床の現在」という特集が生まれ、齊藤⁷⁾は「最近の不登校」というテーマで、不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している。筆者は疾病単位の特定的のみならず“見立て”を丁寧に行い、不登校の子どもへの治療・援助システムを組み立てていくことの大切さを強く感じている。本稿では、不登校の症例をどう評価し治療介入を行うか、義務教育期間に生じた不登校と引きこもりとの関連について触れたいと思う。

2 不登校の多軸評価

筆者は、2003年から2005年の当科における不登校の診療の現状を報告した¹⁰⁾。新規外来患者の30～40%、新規入院患者の70～80%が不登校を示していた。不登校は児童精神科の診療において対処しなければならない重要な問題といえる。齊藤⁷⁾は、不登校を総合的にとらえるための多軸評価システムを提唱している(表1)。第2軸は、第1軸の精神疾患とは別に、不登校の背景疾患として、発達障害が診断される場合も少なくない。発達障害が明確になれば、その症例の支援に何が

'School refusal' as a contemporary issue of mental health in Japanese children and adolescents

WATABE Kyota 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科 [〒272-0835 市川市中国分2-9-1]

KIYOTA Akiyo 国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部

表1 不登校の多軸評価

第1軸；背景疾患の診断
第2軸；発達障害の診断
第3軸；不登校出現様式による下位分類の評価
第4軸；不登校の経過に関する評価
第5軸；環境の評価

必要かという課題に有力な手がかりを与えてくれる。第3軸では、不登校症例の理解にあたり、不登校開始直前までの学校における、あるいは友人関係における対処法および適応姿勢の特徴を評価する。

3 症例呈示

入院治療を行った注意欠陥多動性障害(ADHD)と親ガイダンスを中心に治療介入を行った不登校児の治療経過を呈示する。

[症例A]男児(初診時中学1年)

主訴：忘れ物など不注意が目立つ。母親が注意をするといらだち、何もしなくなる。

‘どうでもいい’と話すことが多く無気力。

家族歴：姉(2歳年上)は解離性障害の診断で当科にて入院治療を受けた。姉の解離症状は中学入学後から出現し、その頃から母親は抑うつ状態になり治療を受けるようになった。

生育歴・現病歴：両親は結婚後から不仲だった。Aは仮死状態で生まれ、始語は2歳と遅かった。幼稚園の保育士からは、‘ほやっとしている子ども’といわれた。両親の不仲は改善せず、父親が母親を殴ることもあったという。4歳時、母親は姉を連れて別居し、Aは父親、父方祖父母と暮らしたが、Aには運動性チックが出現した。その後両親は離婚した。小学2年からは母親に引き取られたが、母親は飲食店で夜間働いていたために母方祖父母に預けられた。小学5年からは、母親、姉の3人暮らしが始まったが、実際には母親は夜間不在のことが多かった。小学生年代のAは落ちつきがなく、授業には集中できず、整理整頓が苦手だった。Aの行動は中学入学後も変わらず、家庭や学校でも‘だらしが無い’と叱責されることが多く、反抗的になっていった。中学1年秋には授業を妨害し、級友の鞆にいたずら書きをしていじめることがあつ

た。学校でいじめをめぐって話し合いが行われたが、相手の親から‘君みたいな身体大きい子どもにいじめられたら、子どもは登校できなくなる’といきなり殴られ、Aは泣きじゃくったという。その後のAは無気力で、大人から注意を受けると何もしないという態度をとり不登校になった。当科に入院していた姉がAを心配して母親にAの受診を勧め、中学1年3学期に当科を受診した。初診時のAはおもしろいことが全くないという表情だった。筆者は初診時の状態像をADHD(不注意優勢型)、反抗挑戦性障害、気分変調性障害と診断し、Aには何もしないことで自分を台無しにする受動攻撃(passive-aggressive)な傾向を認めると考えた。

外来での治療経過：Aの無気力さや不注意症状の改善を標的にmethylphenidateや抗うつ薬を投与したが変化はなかった。中学2年時Aは新しい担任になつて登校し始めた。2学期にはAは勉強についていけず、授業を怠け教師に反抗するグループと親しくするようになった。Aが親しくなったグループ内で財布をなくした子どもがいて、Aが犯人扱いされ孤立した。さらにAが登校前にファーストフード店に立ち寄っていたことを学校に通知され、教師から注意を受けた。翌日からAは不登校になり、無気力は強まった。来院したAは「母が用意してくれないからファーストフード店で食事をして登校していたのに注意されるなんて、もう誰も信用しない」と硬い表情で語った。Aの養育状況は放任状態で、Aの受動攻撃的な傾向が強まっていったため、筆者はAと母親に入院を勧め、中学3年春に児童精神科病棟に入院した。Aの入院時における不登校の多軸評価を表2に示した。

入院治療の経過：Aは入院当初つまらなそうな表情だったが、中学生男児とうちとけていった。Aは1学期末には元気を取り戻し、Aは身体が大きいため、Aが少し強い口調で話すことや身体接触があると男児はAを恐るようになった。Aは「みんなが俺を恐がってこそそしている」と男児の態度にいらだちを強め、Aはさらに恐がられ孤立した。筆者を始めとする病棟スタッフは、AがいらだつとAが冷静に戻るように働きかけ、他の子どもとつきあう方法を相談していった。Aは「みんなと仲よくしたいと思う」と話すかと思うと、「みんなは俺を恐がっている。俺は一匹狼になる」となげやりな態度をとった。2学期の初めに

表2 症例Aにおける不登校の多軸評価

第1軸；反抗挑戦性障害，気分変調性障害
第2軸；注意欠陥多動性障害（不注意優勢型）
WISC-IIIでは，IQ = 95（言語性IQ = 90，動作性IQ = 101）
第3軸；受動攻撃型
第4軸；不登校開始段階
第5軸；Aのライフイベント：仲間関係からの孤立。
家族機能：両親は離婚し，母親，姉と3人暮らし。
母親は夜間飲食店に勤務し，子どもの養育は放任。
母親は抑うつ状態で通院治療中。

病棟スタッフは入院中の中学生男児を集め，男児のグループの悪い雰囲気改善のための話し合いを行った。その話し合いで，Aは「自分を恐いということはやめてほしい」と語り，他の男児は「Aとは仲よくしたいけど，Aがいらいだと恐い」と語り，雰囲気が悪くならないように仲直りをするようになった。それでも男児集団のぎこちない雰囲気は続いた。その頃に新しく入院した男児B（強迫性障害）が，Aの持ち物を壊してしまい，AとBは殴り合いになった。Aは易怒的なため個室隔離をせざるを得なかった。Aは2週間個室隔離となったが，「暴力はふるわないと思っていただけ，カッとなって殴ってしまった。ひとりぼっちでさみしい」と語り穏やかになった。その後Aは男児のグループに受け入れられていった。冬にはAはバレーボールの練習に熱心に参加し，大会では優勝を勝ち取った。Aはスタッフに「いい友達ができてよかった。友達に年賀状を書くのは何年ぶりかな」と語った。

症例Aのまとめ：Aは家庭や学校でも叱責されることが多く，中学入学後は反抗的になり仲間から孤立した。Aは受動攻撃な傾向を強め，さらにAは家庭で放任されている状況だったため，入院治療を行うことにした。Aは病棟男児から孤立したが，病棟のスタッフや個室隔離といった行動制限の力を借りて，Aはこれまで失敗し続けた友人関係を修復することができ，これはAにとって自信につながる体験になったと考えられた。Aの母親の抑うつ状態は姉の回復とともに改善してきているが，母親は子どもの養育には関心は低いので，母方祖父母の援助を受けながらAを支える環境をつくる必要がある。

不登校の子どもの診療にあたる時に，まず治

療者はその子ども自身に何が起きているのかを理解し，子どもとその家族，そして学校・仲間集団の三領域の相互関係を詳細に評価し，“見立て”を行う必要があるが，不登校の子どもを総合的にとらえるために齊藤の提唱した多軸評価システムは有用と思われる。そして“見立て”に基づいてどのような治療・援助を行っていくのかを子どもや親にわかりやすく説明することが必要になる。筆者は，生地³⁾が述べているように精神分析的な発達論を参照しながら，常識的な発達論—学校への適応を目指すよりも，社会の中で働き，異性のパートナーをみつけて生きることを目標にする—に準拠するのがよいと考えている。その理由は常識的な発達論に準拠することにより，子どもや家族にとってわかりやすく手ごたえのある治療・援助になると思うからである。

子どもへの治療介入は成人に比べて非言語的交流が中心となり，さらに思春期の高まった両個性はしばしば言語的交流を阻む要因となり，精神療法に導入することは困難で，しばらくすると子どもは来院しなくなり，親のみが受診するということが少なくない⁹⁾。

[症例C] 女児(初診時中学2年)

主訴：頻尿。不登校。死にたいといって泣き叫ぶ。

生育歴・現病歴：両親は一流企業の職場で知り合い結婚した。Cには4歳年上の姉がいる。母親はCを母乳で育てたが，授乳後に喘鳴が出現した。3カ月時にCは呼吸困難のため小児科に入院し，ミルクアレルギー，気管支炎と診断された。母親は体質改善のために食事に気を配り，アレルギー用ミルクに切りかえたが，Cは受けつけず苦勞したという。この頃父親は会社を設立するところで，子どもに無関心だっ

た。5歳時に父親の女性問題が発覚して、両親は離婚し、姉とCは母親に引き取られた。Cは繊細なまじめな子どもで、幼稚園の頃から友達にとけこみにくいところがみられた。小学3年時Cはいじめにあったが、母親は「Cが自分で解決してくれたらいい」と詳しくは聞かなかった。中学1年秋から頻尿を訴え小児科を受診した。頻尿は続き、冬にはCは突然「どうして自分は生きていけないといけないのか」と泣きながら母親に話し、その後不登校になった。母親は担任、スクールカウンセラーに相談したが、学校で問題となることはなかったという。カウンセラーの勧めで母親とCはD精神科クリニックを受診した。医師の診察後、心理士がCの心理療法を担当した。母親は医師に「子どもへの接し方がわからない」と話したところ、医師は母親も心理療法を受けるように勧めたという。数回で通院は中断したが、Cは中学2年になって登校し始めた。合宿のグループを決めるときに級友と口論になり、1学期半ばで不登校になった。Cは母親に「学校に行かないといけないよね」と話したり、母親に「死にたい」と泣き叫ぶなどいらだつようになり、秋に当科を初診した。初診時のCは終始無言で、母親は「(Cは)話してもわかってもらえないといって、質問には答えたくないと話すのです」とうんざりした様子で答えた。Cはしばらくすると「外で待っている」と面接室から退室した。母親は「Cが死にたいといっているけど、Cの気持ちがわからない。自分はCの対応に疲れたので、Cをこのまま死なせてあげた方がいいと思う。実は自分も小さい頃からずっと死にたいと思ってきた」とあきらめたように語った。筆者は面接から感じた①Cの姉は名門進学校に進学し、Cも成績が良かったものの姉にはかなわないと感じていること、②母親はCが幼い頃から養育が難しいと感じていて、母親がCのために行うことをCは受けつけないとうんざりしているのではないかといった印象を伝えると、母親は「母親にひどくあたるかと思うと、嫌われたくないとべたべたしてくる」と語った。筆者はCの頻尿の不安を軽減するために抗不安薬を投薬した。Cは帰宅後に「今まで会った中ではまともな医者だった」と母親に語ったが、その後入院するが診察室には入室しなかった。逆にCは「Dクリニックの薬の方がよかった」と語り、Cの治療に対する気持ちは両面的だった。その後の母親との面接では、①母親の両親は厳しかっ

たため、自分のいいたいことがいえずに死にたいと思いつめることもあったこと、②母親には優秀な姉がいて劣等感を感じていたこと、③その姉は順調な結婚生活を送っていて、離婚した母親はさらに劣等感が強まっていることが語られた。筆者は(長女と比べると養育しにくかったり不登校になったりするCは、姉に対して劣等感を感じている母親自身と重なって見えてしまうのかもしれませんがね。Cは母親にとって価値がある子どもかどうか確かめたいと思っているのかもしれませんが)と伝えると、母親は同意した。その後母親はCの「愚痴」をよく聞くようになり、Cは初診後3カ月で登校するようになった。

症例Cのまとめ：Cは全般性不安障害、鑑別不能型身体表現性障害という診断になる。Cは治療に対して両価的な態度が目立った。母親はCへの対応で疲れ果て、Cを受けとめられない様子だった。筆者は母親との面接を続け、Cへの接し方を助言したり、Cの抱える問題について面接から感じたことを伝えていった。母親は疲れ果てた様子からCの「愚痴」を聞くように変わっていった。母親に「愚痴」を聞いてもらえることは思春期前期の女兒にとって幸福な親子関係なのではないかと思われる。不登校の子どもの親ガイダンスを行う際には、ひきこもり家族の特性⁹⁾、中でも母親のパーソナリティや対象関係の特徴を把握することの重要性¹⁰⁾を指摘しておきたい。

4 義務教育期間に生じた不登校とひきこもりとの関連について

わが国における不登校児の予後研究では、社会適応の良好な群が56～88%という結果である⁹⁾。予後不良群の一部がひきこもりに移行していく可能性がある。齊藤⁹⁾は、児童精神科に入院歴があり中学校卒業時まで院内学級に所属した対象で、中学校卒業後10年間にわたり1年ごとの適応状況を評価していく調査を実施した。その結果を、①中学校卒業後5年間は評価がかなり変動しやすいが、6年目以降はほぼ10年目の評価と一致していること、②不登校の下位分類では、過剰適応群が他の3群(受動型、衝動統制未熟型、混合型)よりも中学終了10年目の社会適応がよいこと、③不登校に伴う症状のうち抑うつ症状、家庭内暴力、

妄想関連症状、著しいひきこもりの4症状のいずれかを示す子どもは、中学終了後10年目の適応状況が不良になりやすいこと、④106名の対象が中学卒業後10年間で新たに診断された精神障害は不安障害群、パーソナリティ障害、統合失調症、抑うつ群などであり、しかもその疾患の種類に関係なく中学校卒業後10年目の適応状況は診断されない者よりも不良となりやすいこと、と報告している。齊藤の報告は1988年までに治療援助を受けた不登校児の予後調査から得られた結論であり、現在の不登校事情にそのまま当てはまるか否かについては対象を変えて検討する必要がある。さらに齊藤ら⁸⁾は、1995年以降に児童精神科病棟で入院治療を行った者を対象として退院後の経過について郵送法により調査した。調査票の郵送が可能だった146名のうち53名から回答が得られ、記載漏れが多かった2名を除き51名(35%)を解析対象とした。その結果を、①退院後1年目の適応が良かった者は65%でその多くは現在まで良好な適応が持続していたこと、②退院後には不適応状態であった者もその後47%は適応状態に改善し現在に至っていたこと、③ひきこもりは経過中16名(31%)、そのうち11名は6カ月以上ひきこもりが持続していたこと、またひきこもりは退院後5年目までに出現するものがほとんどで、その半数以上が6年目以降にひきこもりから脱却していたこと、と報告している。この調査対象は必ずしも不登校を主訴としているわけではないが、約80%が神経症圏の子どもであり、齊藤の先行研究の対象と極端に異なっているわけではない。これらの結果から、義務教育期間に発現した不登校に対して、本人および親から同意が得られるならば、中学校卒業後5年間は社会適応状況の良否に関係なく支持的な治療関係を維持し、6年目以降は不

適応群に属するものを中心にさらに治療援助を続けることが望ましいといえるだろう。

文献

- 1) 青木省三：不登校の治療と援助を再考する。精神科治療学 21：287-291, 2006
- 2) 生地 新：解題2—自己批判能力の向上のためのコメント集。齊藤万比古, 生地 新責任編集：不登校と適応障害。岩波学術出版社, 東京, pp129-139, 1996
- 3) 生地 新：発達支援の視点からみた学校不適応の予防。思春期青年期精神医学 12：90-95, 2002
- 4) 近藤直司：ひきこもりケースの家族特性とひきこもり文化。狩野力八郎, 近藤直司編：青年のひきこもり 心理社会的背景・病理・治療援助。岩崎学術出版社, 東京, pp39-46, 2000
- 5) 齊藤万比古：解題1—青年期の展開とその適応障害としての不登校。齊藤万比古, 生地 新責任編集：不登校と適応障害。岩波学術出版社, 東京, pp111-128, 1996
- 6) 齊藤万比古：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究。児童青年精神医学とその近接領域 41：377-399, 2000
- 7) 齊藤万比古：最近の不登校。臨床精神医学 33：373-378, 2004
- 8) 齊藤万比古, 清田晃生, 渡部京太ほか：義務教育期間に生じた不登校とひきこもりとの関連に関する研究。厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)分担研究報告書(平成17~18年度総合報告書)(印刷中)
- 9) 皆川邦直：固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療 親ガイダンスの重要性を中心に。近藤直司編著：ひきこもりケースの家族援助 相談・治療・予防。金剛出版, 東京, pp164-172, 2001
- 10) 渡部京太：不登校児童生徒への治療と援助。児童青年精神医学とその近接領域(印刷中)

*

*

*

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「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」
平成19年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成20(2008)年 3月
発行者 主任研究者 齊藤万比古
発行所 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1
TEL: 047-372-3501 FAX: 047-318-4622