

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 21 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤万比古

平成 22 (2010) 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 21 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤 万比古

平成 22 (2010) 年 3 月

目 次

I. 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 ……………1
主任研究者 齊藤万比古 国立国際医療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

- ひきこもり支援ガイドラインの作成に関する研究 ……………7
齊藤万比古¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 佐藤裕美子¹⁾ 平 理英子¹⁾ 磯野友厚¹⁾ 黒江美穂子¹⁾
牛島洋景¹⁾ 宮崎央桂¹⁾ 大西豊史¹⁾ 永田真由¹⁾ 青木桃子¹⁾ 勝見千晶¹⁾ 渡部京太¹⁾
小平雅基¹⁾ 岩垂喜貴¹⁾ 入砂文月²⁾ 木沢由紀子²⁾ 川上桜子²⁾ 中里容子²⁾ 岩永梨沙²⁾
1) 国立国際医療センター国府台病院 児童精神科
2) 国立国際医療センター国府台病院 リハビリテーション部

III. 分担研究報告

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 ……………11
中島豊爾¹⁾ 大重耕三¹⁾ 五島淳¹⁾ 来住由樹¹⁾ 太田順一郎²⁾ 塚本千秋¹⁾
1) 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 2) 岡山市こころの健康センター
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 ……………15
～児童精神科におけるチームによるアウトリーチ活動の追跡調査～
伊藤順一郎¹⁾ 吉田光爾¹⁾ 瀬戸屋雄太郎¹⁾ 宇佐美政英²⁾ 井上喜久江³⁾ 英一也¹⁾
1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 2) 国立国際医療センター国府台病院
3) 関東医療少年院
3. 親ガイダンス事例集 ……………39
皆川邦直¹⁾ 関谷秀子²⁾ 中 康²⁾
1) 法政大学現代福祉学部 2) 関東中央病院
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 ……………57
一高校生の実態と教育相談機関による支援一
弘中正美¹⁾ 岡安孝弘¹⁾ 吉村順子¹⁾ 太田智佐子¹⁾ 竹村周子¹⁾ 小粥宏美²⁾ 齊藤和貴²⁾
益子洋人²⁾ 加室弘子³⁾ 北村洋子⁴⁾ 西川一臣⁵⁾ 高嶋裕子⁶⁾ 茅野真起子⁷⁾
1) 明治大学 2) 明治大学大学院 3) 世田谷区教育相談室 4) メンタルヘルスビューロー
5) 東京都立稔ヶ丘高等学校 6) 東京都立清瀬小児病院 7) 東京都立新宿山吹高等学校
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 ……………67
近藤直司^{1,2)} 清田吉和³⁾ 北端裕司⁴⁾ 黒田安計⁵⁾ 黒澤美枝⁶⁾ 境 泉洋⁷⁾
富士宮秀紫¹⁾ 猪股夏季¹⁾ 宮沢久江⁸⁾ 宮田量治⁹⁾
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) 石川県こころの健康センター 4) 和歌山県精神保健福祉センター
5) さいたま市こころの健康センター 6) 岩手県精神保健福祉センター
7) 徳島大学総合科学部人間社会学科 8) 山梨県発達障害者支援センター
9) 山梨県立北病院

6. 大学生に見出される不登校・ひきこもりの実態把握と援助に関する研究……………	103
水田一郎 ¹⁾ 小林哲郎 ¹⁾ 石谷真一 ¹⁾ 安住伸子 ¹⁾ 井出草平 ²⁾ 谷口由利子 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との関連について……………	119
— “ひきこもり” の下位分類の試み—	
奥村雄介 ¹⁾ 野村俊明 ²⁾ 吉永千恵子 ³⁾ 布施木誠 ⁴⁾ 千葉泰彦 ⁵⁾ 元永拓郎 ⁶⁾ 工藤剛 ⁷⁾	
月野木竜也 ⁸⁾ 佐久間祐子 ¹⁰⁾ 高橋恵一 ¹¹⁾ 鈴木圭 ⁶⁾ 鈴木彩之 ⁹⁾	
1) 府中刑務所 2) 日本医科大学 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 6) 帝京大学 7) 秩父中央病院 8) 千葉県警察本部少年課	
9) 豊昭学園 10) 日本橋学館大学 11) 杉並区子ども家庭支援センター	
8. 地域連携システムによるひきこもり支援……………	133
清田晃生 ¹⁾ 宇佐美政英 ²⁾ 大隈紘子 ³⁾	
1) 大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック	
2) 国立国際医療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(3)……………	141
渡部京太 ¹⁾ 齊藤万比古 ¹⁾ 小平雅基 ¹⁾ 宇佐美政英 ¹⁾ 岩垂貴喜 ¹⁾ 磯野友厚 ¹⁾	
佐藤裕美子 ¹⁾ 平理英子 ¹⁾ 牛島洋景 ¹⁾ 宮崎央桂 ¹⁾ 黒江美穂子 ¹⁾ 大西豊史 ¹⁾	
青木桃子 ¹⁾ 永田真由 ¹⁾ 勝見千晶 ¹⁾ 入砂文月 ¹⁾ 木沢由紀子 ¹⁾ 川上桜子 ¹⁾ 中里容子 ¹⁾	
1) 国立国際医療センター国府台病院 児童精神科	
10. ひきこもり青年の就労支援に関する研究……………	151
原田豊 ¹⁾ 大塚月子 ¹⁾ 川口 栄 ¹⁾ 小谷由佳 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……………	171
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	
12. ひきこもり者の疫学調査可能性の検討……………	177
堀口逸子 ¹⁾ 坂本なほ子 ²⁾	
1) 順天堂大学医学部公衆衛生学教室	
2) 成育医療センター研究所成育社会医学研究部成育疫学	
IV. 研究成果の刊行に関する一覧……………	179
V. 研究成果の別刷……………	181

I. 平成 21 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

研究代表者 齊藤万比古 国立国際医療センター国府台病院第二病棟部長

研究要旨

ひきこもり支援は、就労支援に加えて、よりメンタルヘルスを視野に入れた支援の必要性にも関心が集まる時代を迎えている。ひきこもり支援にはある意味で手探りな部分が多く、支援の指針となるガイドラインが必須な時を迎えている。本研究の三年間にわたる分担研究はこのガイドライン作成において役立つ成果を多数含んでいた。各分担研究の結果と考察の成果がドラフト版ガイドラインとともに、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン（案）」の基盤となっていることはいままでのない。

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 府中刑務所
清田 晃生 大分大学医学部附属病院小児科医師
渡部 京太 国立国際医療センター国府台病院精神科医師
原田 豊 鳥取県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
堀口 逸子 順天堂大学医学部公衆衛生学教室助教

A. 研究目的

本研究は10代を中心とする思春期の「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、その実態の把握と包括的治療援助システムの開発を目的として実施した。

B. 研究方法

本研究班は、初年度にひきこもりを「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。」と定義することでコンセンサスに達した。

この定義にも明確に提示したように、本研究では子どもから大人までの広い年代に生じる社会

活動からの持続的回避状況をひきこもりととらえている。本研究は以下のような三分野から構成されている。

『実態把握のための研究』では、思春期ひきこもりの実態把握においては疫学調査を新たに計画するには制限が大きいと、実質的には小山らの報告にいたるいくつかのひきこもりに関する疫学的先行研究の評価検討を続けており、最終年度は実施されるべき新たな疫学調査の枠組みを提案し、各地における疫学的調査の実施状況に関する電話による調査を行った（堀口）。また各領域のひきこもりの実態については急性期精神科医療機関（中島）、中学校、高校の適応指導教室及び一般教育現場（弘中）、精神保健福祉センター等保健機関（近藤）における実態とその精神病理的な側面を含む諸特性についての検討が行われた。さらに、不登校・ひきこもり学生への支援を実施している大学から和歌山大学、神奈川工科大学、広島大学、九州大学、香川大学を選び、その活動の詳細を調査した（水田）。非行少年におけるひきこもりへのリスク因子の解析も、物理空間活動と情報空間活動という二種類の次元から活動パターンを類型化することを通じて、新たなひきこもりと非行の分類体系を提案することに取り組んだ（奥村）。これらの検討結果から、精神疾患を含むひきこもりの現象としての特性を多角的に明らかにすることに取り組んだ。

『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、急性期精神科医療の現場で診療したひきこもり事例、特に家庭内暴力等を伴うひきこもり事例への介入（中島）、大学における学生相談を含む各年代の教育現場における相談業務を通じた支援と予防的介入（水田、弘中）、医療等の支援に反応しないひきこもり小中学生へのアウトリーチチームによる訪問型支援（伊藤）、ひきこもりが人格形成に及ぼす影響の深刻さに対応するための親ガイダンスによる家族支援（皆川）、不登校・ひきこもり事例の児童精神科病棟における入院治療（渡部）、精神科医療施設における10代から20代にかけての青年のた

めの「ひきこもりデイケア」（斎藤）、保健、福祉、教育、医療、警察など関連諸機関の担当者による事例検討を中心とする地域連携システムによるひきこもりへの支援（清田）、精神保健福祉センターでの相談及び訪問支援（近藤）、同センターやハローワーク等によるひきこもり事例の就労支援（原田）の各支援分野に関する検討に取り組み、支援ガイドラインの作成に寄与した。

『総括研究』は、二年度にまとめたドラフト版『思春期ひきこもりに対する評価・援助のためのガイドライン(案)』を公的機関やNPO団体等の意見を参考に、最終年度である本年は完成版の作成に取り組んだ。

平成22年2月19日、日経カンファレンスルームにおいて、研究成果等普及啓発事業による一般向け発表会（こころの健康科学研究）を「ひきこもり支援の新たな展開をめざして」と題して開催し、研究成果の国民への還元を務めた。

（倫理面への配慮）

研究にあたっては、関連法規等を遵守し、必要な研究では所属機関の倫理委員会での審査・承認を得て実施した。

C. 研究結果

（1）分担研究者の研究結果

堀口分担研究者は、これまでにひきこもりに関する調査を実施していたのは、青森県、大分県、埼玉県、徳島県、鳥取県の5つの精神保健福祉センターであり、現在調査実施中が福岡県の精神保健福祉センターであった。鹿児島県が自立支援のためのアンケート調査のなかにひきこもり者の調査内容を入れ、現在実施中であることもわかった。調査報告書のある3県について、調査時期は、平成13年が2県、残りは平成17年に実施されていた。調査対象は、いずれも県内相談機関を対象として、そこに相談にきた本人または家族であり、調査方法は、質問紙調査であった。いずれも、疫学調査、いわゆるひきこもり者の実数把握ではなく、相談機関につながりを持ったひきこもり者の実数をはじめとした現状把握を目的としてい

た。いずれも相談者に限定されていたことから、疫学調査とは考え難く、ひきこもり者の推計をすることはできなかった。

中島分担研究者は、平成 19～20 年度の全外来初診患者 3058 名のうち 30 歳以下のものは 969 名であり、そのうち初診時ひきこもりを呈していた患者は 160 名（男 100 名、女 60 名）であり、30 歳以下の受診者の 17%にあたることを見出した。この 160 名診断分類（ICD-10）は、F4 神経症性障害、F8 心理的発達の障害、F2 統合失調症、F3 気分障害の順に多く、この 160 名のうち、初診時の受診に激しい行動化などの緊急性があったケースは 89 名で 56%にあっていた。

水田分担研究者は、和歌山大学のひきこもり回復支援プロジェクト、神奈川工科大学の欠席過多学生プロジェクト、広島大学のコミュニティー・アプローチ、九州大学のファミリーサポートグループ、香川大学の自発来談学生への支援における不登校・ひきこもり支援の取り組みについて神戸女学院の学内でシンポジウムを行い意見を交換した。

弘中分担研究者は、昨年度よりデータ数を増やした高校生の調査結果の分析から、高校生の不登校生徒の中で、中学生までに不登校を経験した生徒に比べ、高校で初めて不登校になった生徒は対人関係がある程度保たれており、対人回避傾向も低いことがわかり、教育相談機関はひきこもり状態にある不登校の生徒に対して、保護者への面接相談や本人への訪問相談など様々な取り組みが行われているが、さらに充実させる必要があることを明らかにした。

近藤分担研究者は、精神保健福祉センターのひきこもり相談に当事者が来談したケースを、＜第一群＞統合失調症、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が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの、＜第二群＞広汎性発達障害や精神遅滞などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの、＜第三群＞パーソナリティ障害（傾向 trait を含む）や

適応障害、身体表現性障害などを主診断とし、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるものに分類し、その属性を検討した。また、当事者が来談したケースは、相談の開始から本人が来談するまでの期間が第一群で 3.184 ± 1.307 ヶ月、第二群で 4.489 ± 1.334 ヶ月、第三群で 2.745 ± 1.281 ヶ月となり、群間に有意な差はなかった。

奥村分担研究者は、物理活動空間（IA）の 5 分類の出現率は、標準型、放浪型、放蕩型、仮面型、社会的ひきこもり型の順に高く、社会的ひきこもり型は 3%に過ぎなかったのに対して、情報空間活動（IA）を高 IA2（相互作用型）と低 IA2（自己完結型）の 2 群に分けて各項目の傾向を比較したところ、高 IA2（自己完結型）は低 IA2（相互作用型）と比較して、学歴が高卒以上で高く、薬物使用歴や精神科治療歴の頻度が高い反面、性体験、非行・補導歴、共犯のある者が少ないという結果を得た。

伊藤分担研究者は、医療等の支援に反応しないひきこもり小中学生へのアウトリーチチームによる訪問型支援を、国府台病院児童精神科の訪問チームとともに実施した。その結果、平成 20 年 4 月から平成 21 年 6 月までの間に 8 事例に介入を行い、最大で 12 ヶ月間のフォロー調査を行った。なお、事例 1 人に対する訪問頻度は平均 2.19 回/月、訪問一回あたり関与しているスタッフは平均 1.64 名であった。また、本人については社会参加状況、支援者とのコンタクト、行動範囲、外出頻度、外出時間等に関して、ベースライン時と比較して改善傾向が見られ、また家族についても、精神的健康度、本人との関係の満足度、サービス満足度等が上昇していたのに対して、本人の主観的な側面についての指標には改善が認められなかった。

皆川分担研究者は、昨年度、統合失調症、発達障害を除く非精神病性の思春期のひきこもり（20 歳未満）のガイドラインを作成したが、今年度は、その補足として事例検討を行って事例集を作成した。事例は前思春期から初期思春期、中期思春期、後期思春期および青年期のそれぞれ男

女2名ずつ、計8名の青少年の親であり、内容は必要部分を除き大幅に改編したものである。

渡部分担研究者は、ひきこもり状態にある義務教育以降の患者を対象に、平成19年5月からは男子の、平成20年5月からは男女別に二つの「デイケア」に取り組み、その意義を検討した。対象は中学卒業後から20歳未満の神経症圏のひきこもりを主訴とするケースで、男子メンバーは就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多かった。女子メンバーは、通信制、定時制などの高校に通学ができていない者であり、完全な不登校ひきこもり状態のメンバーは参加できないことが多かった。男子は10名参加していたが、4名が参加を終了し進学、復学し、1名は中断している。5名は参加を継続していたが、4名は高校に通学したりアルバイトをするようになった。女子は11名参加し、適応状況がデイケア開始時よりも悪化した者はいなかった。

斎藤分担研究者は、2001年1月から2007年11月までの間に佐々木病院精神科外来を受診したひきこもり状態にあると考えられるケース67例についての調査研究を行い、1989年の調査データと比較検討した結果、全体に著しい高年齢化の傾向を認め、最も効果のあった治療法として主治医は、第一に薬物療法、第二にデイケアと感じていることなどがわかった。

清田分担研究者は、保健、福祉、教育、医療、警察など関連諸機関の担当者による事例検討を中心とする地域連携システムによるひきこもりへの支援の意義を明らかにした。

原田分担研究者は、鳥取県における「とっとりひきこもり生活支援センター」と鳥取県立精神保健福祉センターにおいて実施しており、両センター間の事例の、平均年齢、ひきこもり年数、不登校歴等に差は認めなかった。また、医師のいる精保センターでは、およそ半数に広汎性発達障害の診断がついている。鳥取県のひきこもりセンターが、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」と異なるところは、①ひきこもり者を対象と

した県独自の就労体験事業を行っていること、②事業主体が、福祉サービス事業所を有しており、状況に応じ障害者就労支援制度の利用へスムーズに運ぶことができること、③精保センターとの定期的な連携により、広汎性発達障害をはじめとする利用者の医学的な診断が比較的早期にできることにあることを見出した。

(2) 総括研究

研究代表者と研究協力者による総括研究は、分担研究の成果や昨年度作成したドラフト版ガイドラインを基礎資料として、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン(案)」の作成に取り組んだ。ドラフト版を参考にしながら、研究代表者が一貫性を持った内容と表現になることを目指して原案を作製し、それに関して数次にわたって分担研究者および全国精神保健福祉センターの担当者から修正意見を募り、最終的にそれらの指摘を研究代表者の責任で取りまとめ、完成させた。完成したガイドライン(案)は総合研究報告書に添付した。

D. 考察

ひきこもり支援は、今大きな曲がり角をむかえており、就労支援に加えて、よりメンタルヘルスを視野に入れた支援の必要性にも関心が集まる時代を迎えている。ひきこもり支援には課題が多く存在し、それらを一つ一つ克復しながら、当事者や家族とともに歩んでいくという姿勢が必要であり、ある意味で手探りな部分が多い。そうしたひきこもり支援の指針となるガイドラインが今ほど求められている時はない。本研究はその時代の要請に応えるべく三年間にわたり取り組まれてきた。三年間の各分担研究はこのガイドライン作成におおいに役立つ成果を多数含んでいた。各分担研究の成果の詳細は各報告書に譲るが、それらの検討と考察の成果がドラフト版ガイドラインとともに、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン(案)」の基盤となっていることはいうまでもない。しかし、このガイドラインはエビデンス性の高いものとはいまだなっておら

ず、エキスパート・コンセンサスと呼ぶべきものである。今後、このガイドラインに基づく支援が実践に移され、その検証からエビデンスが生まれ、やがてはそのエビデンスに支えられた新たなガイドライン作りにつながっていくことが今後の課題として残っている。

E. 結論

ひきこもりは子どもから成人までの広い年代で生じるメンタルヘルス上の問題であり、いまやわが国の社会的問題として座しできない重要な問題となっている。各ケースの持つ特性を多軸的・重層的に評価し、テーラーメイドな支援を提供する必要が地域社会には求められている。教育、福祉、精神保健、医療、就労の各分野にわたる地域諸機関が連携ネットワークを構築して、総合的に支援を組み立てる必要があり、本研究の成果であるガイドラインがその有効な指針となること

を期待するとともに、それはさらなる支援の発展の出発点を提供するに過ぎない。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文による発表 17 編

書籍による発表 16 編

学会発表多数

(論文および書籍の詳細は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

Ⅱ. 平成 21 年度 主任研究ワーキング・グループ 研究報告

ひきこもり支援ガイドラインの作成に関する研究

主任研究者 齊藤万比古¹⁾

研究協力者 宇佐美政英¹⁾ 佐藤裕美子¹⁾ 平 理英子¹⁾ 磯野友厚¹⁾ 黒江美穂子¹⁾ 牛島洋景¹⁾

宮崎央桂¹⁾ 大西豊史¹⁾ 永田真由¹⁾ 青木桃子¹⁾ 勝見千晶¹⁾ 渡部京太¹⁾ 小平雅基¹⁾

岩垂喜貴¹⁾ 入砂文月²⁾ 木沢由紀子²⁾ 川上桜子²⁾ 中里容子²⁾ 岩永梨沙²⁾

1) 国立国際医療センター国府台病院 児童精神科

2) 国立国際医療センター国府台病院 リハビリテーション部

研究要旨

＜研究目的＞本研究の目的は平成 20 年度に作成した「思春期ひきこもりに対する評価・援助のためのガイドライン（案）」をもとに、各種専門機関における相談業務現場で簡便に利用することができるガイドラインを作成することである。＜方法＞主任ワーキング・グループによって、平成 20 年度に作成したガイドライン（案）からそのエッセンスを抜粋して、ガイドラインを作成した。次に分担研究者および全国の精神保健福祉センターに作成したガイドラインを配布し、その配布先から集まった意見をもとに内容の修正を行った。＜結果＞平成 21 年 11 月末までに分担研究者 4 名および精神保健福祉センター 1 機関から e-mail にて意見を得た。具体的な意見としてはひきこもりと精神障害の関連性の問題や児童期のひきこもり概念の検討が必要などであった。これらの指摘を受け、主任ワーキング・グループにて修正した。特に精神障害という用語に関しては、精神病的障害のみを示す狭義の意味ではなく、精神障害全般を網羅した広義の意味で使用することに留意した。＜考察＞本研究ではひきこもりの概念とその評価、そして地域の専門機関がその年代にあった支援と必要に応じて地域の多機関が連携した支援にも言及したガイドラインを策定した。本ガイドラインでは内容の一貫性とより勘弁な指針を提示できることを目指した。また、昨年度のガイドライン（案）に比べて、相談業務の中でより簡便に使用することが可能となった。今後はひきこもり臨床の現場でより多く使用され、地域の専門機関による適切な支援が全国各地で活発におこなわれることが期待される。

A. 研究目的

本研究の目的は平成 20 年度に作成した「思春期ひきこもりに対する評価・援助のためのガイドライン（案）」をもとに、各種専門機関における相談業務現場で簡便に利用することができるガイドラインを作成することである。

B. 研究方法

主任ワーキング・グループによって、平成 20 年度に作成したガイドライン（案）から、本年度版のガイドラインを作成した。次に分担研究者および全国の精神保健福祉センターに本年度版のガイドラインを配布し、その配布先からの意見を集めた。

C. 研究結果

平成 21 年 11 月末までに分担研者 4 名および精神保健福祉センター1 機関から e-mail にて意見を
得ることができた。

分担研究者からの意見のうち、誤字脱字や内容の重複を指摘するもの以外の指摘を以下に示す。

1. 「社会的」「社会現象」という用語を用いることで「おもに社会的要因による現象」と誤解される可能性があること。
2. 「精神障害」という用語も、狭義の精神病性障害か精神疾患すべてを対象とした用語か明らかにしないと誤解される可能性があること。それに関連して診断された精神障害が一次性か二次性を明らかにする必要があること。
3. 精神医学的診断がつくことで、すべてのケースが精神科医療の対象となるわけではなく、医療以外の地域の専門機関による支援システムを利用しなくてはならないと明記する必要があること。
4. 入院治療、児童相談所の一時保護などの介入方法についても言及する必要があること
5. 診断と治療・援助方針に基づくひきこもりケースの「3分類」は、近藤らが本研究班にて行った16歳以上の調査データに基づいている分類されている(近藤ら,2009)。16歳以前も同じように適応できるか検討する必要があること。
6. 家族相談の目的と方法論について整理すべきであること。
7. Social withdrawalを「社会的ひきこもり」と訳していた時代も合ったので、『非』社会的なひきこもり」という表現が分かりづらいこと。
8. 市町村の保健センターは、地域保健法の中で位置づけられており、多くは、母子保健や高齢者関連の業務を行っている。市町村の精神保健、精神障害者福祉関連は、保健

センター以外のところが担当している所も多く、精神保健福祉法の中でも、市町村の役割の中で、保健センターとの記述はなく、ひきこもりへの地域支援機関として保健センターと記載するより「もよりの市町村」と記述することの方が適切である。

D. 考察

主任ワーキング・グループによって本年度版の「ひきこもり支援に関するガイドライン」が策定された。本研究班の分担研究者および精神保健福祉センターからの意見をもとに、主任研究者が再度監修を行い、ガイドラインを完成させた。以下にこのガイドラインの特徴を示す。

1. 精神疾患との関連性については、精神病性障害だけでなく、広義の精神疾患を踏まえた概念で記載されていること。
2. 医療機関だけでなく、地域の専門機関による包括的な評価および支援の必要性が記載されていること
3. 重度の家庭内暴力などの緊急対応時の記載があること
4. 義務教育年代のひきこもり状態、すなわち不登校状態にある事例との関連性についても明記されていること
5. 発達障害とひきこもりの関係性についても明記されていること
6. 家族相談の方法論を指摘に沿って以下の①-③の内容にした。
 - ① 受診・相談のための支援：家族相談を本人に会えるまでのプロセスと捉え、おもに本人が受診・来談する、あるいは訪問・往診を受け入れるまでの手順や手段を話し合うこと。
 - ② システミックなアプローチ：本人が来談・受診することはそれほど重視せず、家族にはたらきかけ、家族システムや家族同士のコミュニケーション・パターンの変化を

通して、本人の問題や行動に変化を生じさせること。

- ③ 心理教育的なアプローチ：解説や助言などによって、家族が本人の心理や精神医学的問題について理解し、適切に関われるようにはたらきかけること。

本研究で作成したガイドラインはひきこもりの評価だけでなく、その具体的な支援の方法についても明示しており、相談現場で使用することに耐えうるものと考えている。

今後はガイドラインの公表を目指していく予定である。そして、公表されたガイドラインが地域の専門機関で利用されることによって、全国でより適切なひきこもり支援が実際におこなわれることを期待する。

E. 結論

本研究班による「ひきこもり支援に関するガイ

ドライン」が策定することができた。今後は我が国のひきこもり支援の中で幅広く利用され、その支援の質の向上に寄与するものと期待される。

文献

1. 近藤直司、宮沢久江、境泉洋他：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：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 20 年度報告書
2. 思春期ひきこもりに対する評価・援助のためのガイドライン（案）：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 20 年度報告書

Ⅲ. 平成 21 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 大重耕三¹⁾ 五島淳¹⁾ 来住由樹¹⁾ 太田順一郎²⁾ 塚本千秋¹⁾

1) 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 2) 岡山市こころの健康センター

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200万人の岡山県の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が契機であることが少なくない。

前年度までの研究では、平成18年度に岡山県精神科医療センターを初診した患者（30歳以下）で、初診時ひきこもりを呈していた患者68名について、緊急性や行動化の有無という観点から分析を行った。本研究の最終年度にあたる平成21年度は、研究対象を増やし、平成19年度と同20年度に当院を初診した患者について、同様に分析を行った。

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20年度の初診患者1576名、年間入院者数1562名（延）、病床利用率93.7%、平均在院日数67.5日であった。

岡山県精神科医療センターへの救急受診患者を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た。さらに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。初年度の第一研究では、平成18年度の当院への初診患者（30歳以下）から、初診時にひきこもりを呈していた群を抽出し、実

態と診断分類、受診経路などについて調査報告した。2年目の第二研究では、第一研究で抽出された63症例を、緊急性や行動化の有無や受診の意思の有無という観点から分析し、8症例が抽出された。この8症例についてより詳細に症例検討した。本年度の研究では、研究対象年度を増やし、平成19年度、平成20年度についても同様の調査を行った。

B. 研究方法

①平成19年度および平成20年度の初診患者（30歳以下）で、初診時ひきこもりを呈していたものを対象とした。

②各症例の担当医へのアンケート調査とカルテの後方視による調査を行い、緊急性（+）・行動化（+）・本人の受診意思（-）の症例を抽出

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)

研究目的の治療ではなく、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 19 年度の全外来初診患者は、1482 名であった。そのうち、本研究の対象年齢である 30 歳以下は、435 名であった。このうち、初診時ひきこもりを呈していた患者は 81 名（男 51 名、女 30 名）であった。この患者 81 名を診断分類別（ICD-10）にみると、F4、F2、F8、F3 の順に多く、F4 は 26 名（男 11 名、女 15 名）、F2 は 19 名（男 14 名、女 5 名）、F8 は 16 名（男 14 名、女 2 名）、F3 は 10 名（男 6 名、女 4 名）だった。

平成 20 年度の全外来初診患者は、1576 名だった。そのうち、30 歳以下は 513 名いた。このうち、初診時ひきこもりの患者は 79 名（男 49 名、女 30 名）いた。診断分類別でみると、F8、F4、F2、F3 の順に多く、F8 は 28 名（男 19 名、女 9 名）、F4 は 20 名（男 11 名、女 9 名）、F2 は 18 名（男 11 名、女 7 名）、F3 は 5 名（男 3 名、女 2 名）だった。

さらに、上記で抽出された 30 歳以下のひきこもり患者を行動化の有無、緊急性の有無、本人の受診意思の有無（拒否）で分類した。まず、行動化を①反社会的問題行動、②非社会的問題行動、③家庭内限局性問題行動、④自己破壊的問題行動と分類した。①反社会的問題行動には万引き・家宅侵入・傷害などを含み、②非社会的問題行動にはひきこもり・不登校・近隣への迷惑行為など、③家庭内限局性問題行動には家庭内暴力・家財の

持ち出しなど、④自己破壊的問題行動には、自殺企図・自傷行為・摂食の問題・アルコール乱用などとした。非社会的問題行動にあげたひきこもり・不登校は、本研究の行動化の分類からは除外した。緊急性（+）を、休日夜間や日中の受診に関わらず、受診の契機や主問題が行動化であるものとした。検察庁からの依頼による簡易鑑定や医療観察法による症例は、緊急性（+）に含めなかった。

平成 19 年度初診のひきこもり患者 81 名を「行動化の有無」で分類すると、「有り」は 52 名だった。この 52 名を「緊急性の有無」で分類すると、「有り」は 48 名だった。このうち、「受診の意思がない（拒否）」ケースは 9 名いた。

平成 20 年度初診のひきこもり患者 79 名のうち、「行動化有り」は 47 名いた。このうち、「緊急性有り」は 41 名おり、さらに「受診意思なし（拒否）」は 4 名該当した。

D. 考察

本研究では、平成 19 年度および同 20 年度に精神科急性期病院を初診した行動化（+）・緊急性（+）で、本人に受診意思のない症例を抽出した。平成 19 年度は 81 名、同 20 年度は 79 名だった。診断分類としては、F2、F4、F8 が多かった。平成 18 年度を対象にした第二研究であげた結果と同様のものが得られた。

E. 結論

今回の調査は、前年度の調査から対象を増やし、3 年間のまとめの研究に反映するために行われた。研究対象となった平成 18 年度～20 年度の 3 年間で、ひきこもり患者の実数に変動は少なく、また診断分類別に見ても、F2、F4、F8 が多いという結果が得られた。3 年間のまとめの研究においては、行動化（+）、緊急性（+）、受診の意思（-）となる対象事例について、治療的支援の取り組みなども合わせて報告したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

• なし.

2. 学会発表

- 大重耕三: 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研究*第一報* 第50回日本児童青年精神医学会, 2009.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

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) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. ICD-10 (融道男ら監訳、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)

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 ～児童精神科におけるチームによるアウトリーチ活動の追跡調査～

分担研究者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者 吉田光爾¹⁾ 瀬戸屋雄太郎¹⁾ 宇佐美政英²⁾ 井上喜久江³⁾ 英一也¹⁾

臨床チーム²⁾（五十音順）：岩垂喜貴 大西豊史 川上桜子 黒江美穂子 佐藤裕美子 巢山俊郎

高橋美穂 名手千晶 中里容子 林杏奈 細川光代 本城浩子

松井七重 宮崎央桂 山本啓太

1)国立精神・神経センター精神保健研究所 2)国立国際医療センター国府台病院 3)関東医療少年院

研究要旨

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したものである。平成20年4月から平成21年6月までの間に8事例に介入を行い、最大で12ヶ月間のフォロー調査を行った。

なお、事例1人に対する訪問頻度の平均2.19回/月、訪問一回あたり関与しているスタッフは平均1.64名という形で介入が行われた。

その結果、本人については社会参加状況、支援者とのコンタクト、行動範囲、外出頻度、外出時間等に関して、ベースライン時と比較して改善している様子がうかがえた。また家族についても、精神的健康度、本人との関係の満足度、サービス満足度等が上昇していた。他方で、本人の主観的な側面についての指標には改善が認められなかった。

このことからアウトリーチ活動による支援は、思春期のひきこもり事例に対して有効であることが示唆されたと考えられるが、他方で本人の事態への直面化など内面的な側面にも寄り添っていく必要があると考えられた。

I. 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

む等、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、あるいは発達障害等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等から、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等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)が公開される等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。公の活動では市町村・保健所の保健師や精神保健福祉士による訪問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等している⁷⁾。また、欧米では成人の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等の点で効果をあげ⁸⁾、日本でも国立精神・神経センター精神保健研究所での ACT-J の導入を筆頭に各地で臨床活動がされはじめている等、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、その効果を実証的に明らかにすることを目的とする。

II. 対象

国立国際医療センター国府台病院児童精神科に通院している者で、下記の項目全てにあてはまる者を対象とした。

■基礎属性：下記 a-c の全てにあてはまる者。

- a. 年齢：おおむね義務教育年代
- b. 診断：主診断が中等度以上の精神遅滞が疑われる者は除く。
- c. 住所：市川市に在住あるいはおおむね片道 30 分以内で訪問できる者。

■ひきこもり状況等；下記 d-e の全てにあてはまる者

- d. 現在までに本人のひきこもり状態(自宅を中心とした生活で通学・社会参加が困難)が 6 か月以上続いている(学校にほとんどいっていない、等でも適用とする)。
- e. 外来への通院治療は、家族ガイダンスが中心となっているもの。

エントリー期間は平成 20 年 4 月から平成 21 年 6 月までとし、合計 8 事例が対象となった。

III. 方法

1. 介入方法

① 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際医療センター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。よってひきこもりの訪問支援に関する基本的知識の伝達を目的とした研修会を平成 19 年 10 月に実施した。

② マネジメント会議の開催

月に一度、児童思春期精神科病棟師長、看護師、児童精神科医、医療福祉相談室の精神保健福祉士および精神保健研究所の研究者が集まり、マネジメント会議と称し、対象患者の選定や、支援チームの決定、対象となっている患者のカンファレンス、スーパービジョン等を実施した。

③ 訪問活動

児童精神科医、心理士、看護師、精神保健福祉士等からなる 2,3 名のチームを組み、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、本人に働きかけた。平成 21 年度より訪問用車両を導入し機動力を確保した。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

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を行いベースラインから3ヶ月毎に1年後までの状況を把握する前向き縦断研究である。

なお、12ヶ月間のフォロー調査終了後も、介入自体は対象者のニーズがあれば継続している。なお、本報告では12ヶ月間のサービスについて記述している。

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した。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た。本人に明確な拒否があった場合は調査の対象としないこととした。

3) 調査指標および調査時点

a. 基礎情報票：（開始時/6ヶ月/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⁾等

b. 家族調査票（本人の行動観察）：（3ヶ月毎）

- ・本人の行動評価：以下の行動レベルの項目について家族が観察し評価する。
- ・活動範囲（「自室内：1点」～「外出に問題はない：4点」で評価）
- ・月あたり外出頻度（「全く出ない：1点」～「月に20回以上：7点」で評価）
- ・1回あたり外出時間（「ない：0点」～「5時間以上：7点」で評価）
- ・他者との交流頻度（「ない：1点」～「月に9回以上：5点」で評価）
- ・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（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。得点が高いほど生活困難感が高い。
- ・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。得点が高いほど拒否度が高い。
- ・精神的健康度（GHQ-12）（新納ら,2001）¹⁴⁾：一般的な精神的健康度を測定する。得点が高いほど精神的健康度が低い。
- ・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。得点が高いほどサービス満足度が高い。
- ・家族関係の満足度（「全く不満：1点」～「全く満足：7点」で評価）

d. サービス記録票（随時）

- ・提供されたサービスについて、サービスの形態・時間（面接・訪問等）と、サービス内容（関係づくり、アセスメント、本人・家族との相談、外出同行）が分類できるシートを作成し、記録する。

e. 本人自記式調査：（コンタクト後3ヶ月毎）

- ・本人の主観的側面について以下で把握した。
- ・Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度（村田,1996）¹⁷⁾：小中学生向けの抑うつ感評価用の尺度である。得点が高いほど抑うつ度が高い。
- ・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。得点が高いほど疎外感が高い。
- ・無気力感尺度（下坂,2001）¹⁹⁾：青年期の無気力感をはかる。得点が高いほど無気力感が高い。

（倫理面への配慮）

本調査は、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。

4) 分析方法

対象者の状態について経時的に状態を記述するため、3ヶ月毎の状態の各指標の平均値を算出した(指標によっては6ヶ月毎)。

なお、平成21年6月まで事例がエントリーされたため、平成21年度末時点で12ヶ月のフォロー調査を終えることができない事例が存在した。そのため、集計はフォロー期間が可能な時期に分けて行った。(※12ヶ月フォロー可能事例(3例)、9ヶ月フォロー可能事例(5例)、6ヶ月フォロー可能事例(6例)、3ヶ月フォロー可能事例(8例)。ただし指標毎に欠損値が存在する)

なお、事例数が少ないため、妥当な統計的検討は行うことができなかった。

IV. 結果

1. 対象者の概要

エントリー時点における対象者の概要は以下のとおりである。

- ・ 年齢：平均 14.3(±2.2)才。
- ・ 診断：全般性不安障害 5 例、気分変調性障害 2 例、社会不安障害 1 例。
- ・ 社会参加の状況：社会参加なし 7 名、中間的社会参加(サークル活動等) 1 名。(いずれも現在及び過去 6 ヶ月以内)
- ・ 過去 1 年の入院歴：いずれもなし。
- ・ 最近 1 ヶ月の支援者と本人とのコンタクト：全くなし 5 名、病院支援者と面接 3 名
安定：不安定 = (1:2)
- ・ GAF 得点：36.2 点 (SD=2.7)。

2. 対象者の変化について

1) 本人の行動変化について

家族・主治医によって観察された本人の行動変化について、以下に結果を示す。

(a) 社会参加状況

エントリー時点においては社会参加がない状態であったが、経過と共に社会参加に至る事例が増えていた(図1,図2)。ただし、社会参加無しの状態に有るものも少なくなかった。

(b) 支援者とのコンタクト状況

エントリー時点においては多くの本人が、支援者とのコンタクトがない状態であったが、時間の経過と共にコンタクトが増え、安定的になっていた。(図3,図4)

(c) GAF

GAF については若干の上昇傾向にあるようであった。(図5)

(d) 行動範囲

本人の行動範囲については、介入直後から拡大するものの、その後「外出に問題なし：4点」までは延びにくい状況が明らかになった。(図6)

(e) 外出頻度

外出頻度については、介入直後から上昇していることがわかる。(図7)

(f) 外出時間

外出した際の外出時間についても介入直後から上昇していることがわかる。(図8)

(g) 他者との交流頻度(病院支援者含)

他者との交流頻度については、訪問を行っていることもあり、介入直後から上昇していることがわかる。(図9)

(h) 他者との交流頻度(病院支援者)

訪問を行っていれば他者との交流が増えるのは当然でもあるので、病院支援者との交流を除いた場合での他者との交流頻度についても尋ねた。その場合でも、介入直後から上昇していることがわかる。(図10)

(i) HBCL 得点

HBCL 得点については本来 10 因子 45 項目で 10 種類の問題行動を評価するものであるが、本調査では事例の個別性が大きく、また事例数が少ないため、因子毎の結果は十分に出な

かった。よって本来尺度の使用想定外であるが、各下位項目の点数を総計したもの(0-135点)を算出し結果を示すこととした。その結果、ひきこもりの問題行動数は若干減少している傾向にあった。(図 11)

2) 家族の変化について

家族の生活困難度や拒否度、家族システム評価尺度得点等には大きな変化が見られなかったが、GHQ 得点は低下しており(図 12)、家族の精神的健康度が改善されている状況がうかがえた。また家族関係の満足度、サービス満足度については若干ではあるが上昇している様子がうかがえる。(図 13・図 14)

3) 本人の主観的側面について

無気力感尺度については変化が無く(図 15)、対人的疎外感尺度(図 16)や Birlleson のうつ尺度(図 17)については若干点数が上昇していた。本人の主観的な側面については、行動面の改善とは裏腹に深刻な状況にとどまっていることが推測された。

3. 提供された支援の状況

- ・コンタクト数：総訪問コンタクト数(外来・訪問含む)は 100 回であった。
- ・コンタクトの種類：コンタクトの分類は表 1 の通りである。大部分(82.5%)が本人と家族両方に対する訪問となっている。
- ・コンタクトの頻度：月あたりのコンタクト数は平均 2.19 回(SD=0.75)であった。
- ・コンタクトの時間：一回あたり平均 60.25 分(SD=28.69)であった。
- ・コンタクトしているスタッフの職種(複数回答)：コンタクトしている職種の各割合は、94 コンタクトに対して、医師(53 回,56.4%)、ソーシャルワーカー(26 回,27.7%)、看護師(59 回,62.8%)、臨床心理士(15 回,16.0%)であった。なお、1 回のコンタクトあたり関わっているスタッフ数は 1.64(SD=0.54)人

であった。

- ・支援の内容：支援の内容について表 2 に示す。ケースに対する%(総コンタクトの中でその支援が実施されている割合を示す)をみると、関係づくりが占める割合が大きい(本人との会話:95.6%、家族との会話 78.9%、レクリエーション・ゲーム 55.6%)。なお、本人との会話がコンタクト中 92.4%行われていることが示すように、訪問して本人とコンタクトがとれない事例はなかった。また、関係づくりの中で、心理・生活能力のアセスメント(22.2%)が行われていることがわかる。ただし、医療的アセスメントについては、必ずしも大きな割合を占めていない(2.2%)。

本人との相談の中では、必ずしも特別な精神療法的なアプローチではなく、広く全般的な生活相談(その他:18.9%)が行われているようである。また、外出同行も一定数行われており、その中では活動範囲の拡大(13.3%)、余暇・レクリエーション活動の支援(8.9%)が比較的多くなっている。

V. 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、実際にケースへの介入を実施した。

利用者像としては、結果に示したように、本人とのコンタクトがエントリー時点では十分ではない事例がほとんどであった。しかし、ひきこもり状態であるとはいえ、本人とのコンタクトが全く取れないわけではないことが、支援の経過でわかった。事例数は限られているとはいえ本研究の結果では、訪問が拒絶され本人への接触ができないという事例はなかった。本研究の対象者は何らかの形で、外来で一度は繋がっている事例であるとはいえ、訪問スタッフは必ずしも対象者と知己ではなく、むしろ未知の存在として利用者に現れているはずである。このことを考えると、(青年期・長期化事例との

相違は考慮されるべきではあるが)、思春期のひきこもり本人との接触を図るために、訪問は一定の可能性のあるアプローチであるといえよう。

1. 本人の変化

経過の中で本人の行動レベルでは大きな変化が認められた。すなわち本人の社会参加状況、支援者とのコンタクト、行動範囲、外出頻度、外出時間については、ベースライン時と比較して改善している様子がうかがえた。訪問活動を通じて、本人の行動の変容が促されていると考えられる。このことからアウトリーチ活動による支援は、思春期のひきこもり事例に対して有効であることが示唆されたと考える。

他方で対照的に、本人の主観的な側面についての指標では大きな改善が認められず、对人的疎外感や抑うつ尺度の得点はむしろ上昇傾向にあるようであった。行動的な変化に対して、主観的な面での変容が必ずしも鋭敏でないことは吉田ら⁹⁾の研究でも明らかになっている。

まず、行動面と主観的な側面の動きが逆行していることについては、「問題の直面化」が関係していると考えられる。ひきこもりはストレス状況からの退避行動としてとらえられ⁴⁾、ひきこもることによって一時的に精神上的の安定を得ている状況でもある。このかりそめの安定状況に対して、訪問支援を通じ社会参加や行動範囲の拡大という変化がもたらされると同時に、回避していたストレスや葛藤状況に再び直面化することが、これらの内面的指標の負の変化につながっていると考えられる。また、対象が中学生を中心とした思春期児童であることもあり、月日が経過することによる切迫感の増大は、長期にひきこもっている慢性化したひきこもりの本人よりも大きいのかもしれない。

アウトリーチ活動を行う際には、本人の変化や直面化と共に、このような内面的な葛藤や不穏が増大することもありうることに留意しながら、それに寄り添いながら支援を行っていく

ことが必要であると考えられる。

しかし逆に言えば、内面的な側面で大きな改善が認められないにもかかわらず、行動レベルでは大きな改善が認められていることにも注目が必要である。これは本人の抑うつや疎外感、無気力感には大きな改善が無くとも、行動が変化しうる可能性を示している。そのような意味では、停滞しがちなひきこもり支援においては、内面の整理や準備→行動の変化という枠組みで支援を行うだけではなく、アウトリーチ活動を積極的に行うことを通じて直接行動の変化を促していくような枠組みも有効であることを示していると考えられる。

他方で全ての事例が社会参加の状況に至った訳ではないことも結果から示されている。これらから訪問アプローチは本人を変化させる有用なアプローチの一つではあるものの、万能ではなく、場合によっては長期的な関わりを要する事例がありうることも示されたと考える。とはいえ、支援者と本人のコンタクト状況が全ての事例で安定的に得られたという結果も出ており、今後の支援を進める上で、非常に大きな進展であるといえよう。

2. 家族の変化について

家族については本人の関係の満足度や、精神的健康度が改善しており、訪問を通じた本人の改善や、直接訪問してもらえることからの安心感等が、このような結果をもたらしたのではないかと考えられる。

他方で、家族の困難度や拒否度については必ずしも大きな変化が現れなかった。拒否度については、慢性の精神疾患患者家族を対象に作成された尺度であり、そもそも点数が低かったことも背景にあると考えられる。また家族の困難度についても、ひきこもり状況に若干の改善が見られたとはいえ、必ずしも全ての問題が解消されたわけではなく、思春期児童を子にもつ親の不安や困難感は必ずしも簡単には低減しないことが考えられる。

とはいえ、サービス満足度も上昇していることから、家族にとってもこれらのアウトリーチ支援は、概ね好意的に受け止められていると考えてよいと思われる。

3. サービスの概要について

本研究では、事例数は少ないながらも、一定の成果を得ることができたと考える。このような成果を可能にしたのは、臨床スタッフによる、約月2回という頻度の高い丁寧な訪問や、対人関係への不安や緊張の高い対象者との関係性づくりに労力をさいているからであろう。訪問や外出同行で多くを占める支援内容は、レクリエーションや余暇活動の支援であり、専門的な精神療法ではない。対象者の年齢や特徴を考えると、専門的な精神療法を、相手のフィールドである自宅で性急に行うことは侵襲的になりかねない。むしろ、相手の興味や関心に合わせた関係性づくりを丁寧に行っていくことが必要だという判断が現場で働き、このような結果になっていると考えられる。

またスタッフ間では、家庭や本人の状態を実際の生活現場に見ることが、支援の見立てをしていく中で非常に役立つとの声も聞かれた。具体的には、*訪問で得られる本人の実像と家族が訴える本人像との違いを把握できる、*親子間のやり取りを前にして、本人が家族内で抱えるテーマが見えてくる、等、これらは訪問によって初めて可能な要素であると同時に、臨床上非常に有効な知見を与えてくれるものである。また、医療的アセスメントではなく、心理・生活能力のアセスメントがコンタクトの中で比較的多く行われていた(22.2%)のも、訪問活動の中では、医療的側面というより生活者としての利用者像が際立って見えることを示しているかもしれない。

しかし他方で、医療機関という現場で、どの程度の人的・時間的コストを、こうした活動にかけるかについては議論があると考えられる。本研究の記述からは、事例1人に対するコンタ

クト頻度は約2回/月、関与しているスタッフは1.64名、また実際の支援時間は約1時間であり、これに移動や記録の時間、また自動車にかかる経費を考慮すると、かなりの人的・時間的コストがかかることが示されている。また、このような支援を、「どこまで・いつまで」続けるかについての期限等は、本研究ではまだ十分に設定されていない。本研究では改善が見られた事例も多いが、若干の改善後事態が膠着している事例もある。今後も研究枠組の外で本活動は継続される予定であるが、支援の終了の判断基準等について事例の蓄積を重ねていくなかで検討していく必要があると考えられる。

4. 本研究の限界

本研究の限界として以下の点が挙げられる。

第一にコントロール群をとっていないため、訪問支援による介入の効果のみを純粋に評価することができず、家族の外来診療による効果なのか、あるいは本人の成長によるものなのかが判断できない点である。とはいえ、基本的にエントリー時点では長期に本人とのコンタクトがとれない/不安定であり膠着状態にあった事例に対する支援であり、このままの状態では大きな変化が見込まれないとしてアウトリーチ支援が導入された事例であるため、介入後の変化について訪問が寄与した部分は大きいと考えられる。

第二に事例数が少なく統計的検討ができなかった点である。また、フォロー期間が12ヶ月に達している事例も多くなかった。これについては、現在本研究の終了後も事例の募集・支援の継続を検討しており、今後も一定数の研究参加がなされることが期待されるため、今後の報告を待たれたい。

VI. 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し

たものである。平成 20 年 4 月から平成 21 年 6 月までの間に 8 事例に対して、介入を行い最大で 12 ヶ月間のフォロー調査を行った。

事例 1 人に対する訪問頻度の平均は 2.19 回/月、訪問一回あたり関与しているスタッフは平均 1.64 名という形で介入が行われた。

その結果、本人については社会参加状況、支援者とのコンタクト、行動範囲、外出頻度、外出時間等に関して、ベースライン時と比較して改善している様子がうかがえた。また家族についても、精神的健康度、本人との関係の満足度、サービス満足度等が上昇していた。他方で、本人の主観的な側面についての指標には改善が認められなかった。

このことからアウトリーチ活動による支援は、思春期のひきこもり事例に対して有効であることが示唆されたと考えられるが、他方で本人の事態への直面化等内面的な側面にも寄り添っていく必要があると考えられた。

※なお、本報告書の主たる執筆は研究参加者である吉田が行った。

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,榎林理一郎,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.
- 1 1) 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—Birleson 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.

図1 本人の社会参加状況(12ヶ月フォロー事例 n=5)

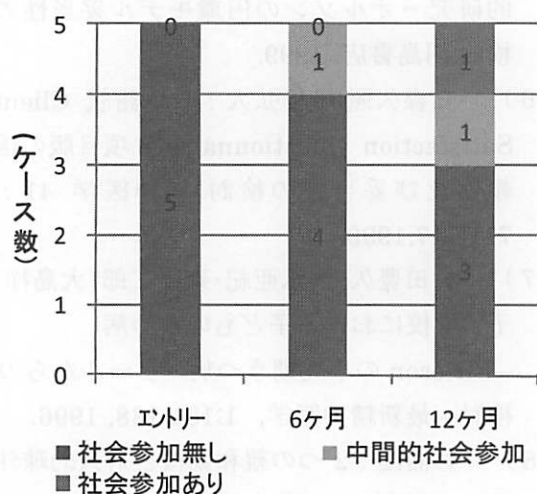


図2 本人の社会参加状況(6ヶ月フォロー事例 n=8)

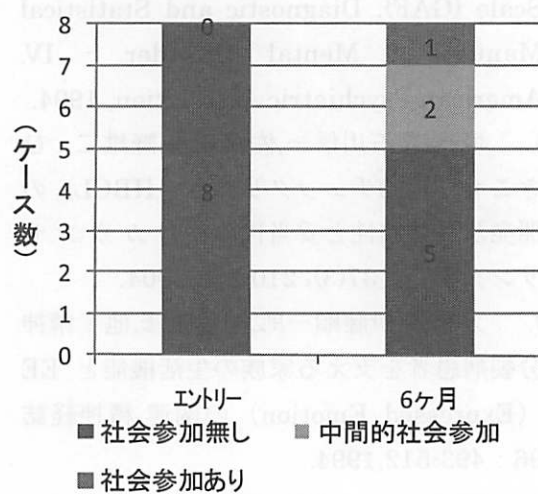


図3 支援者とのコンタクト状況(12ヶ月フォロー事例 n=5)

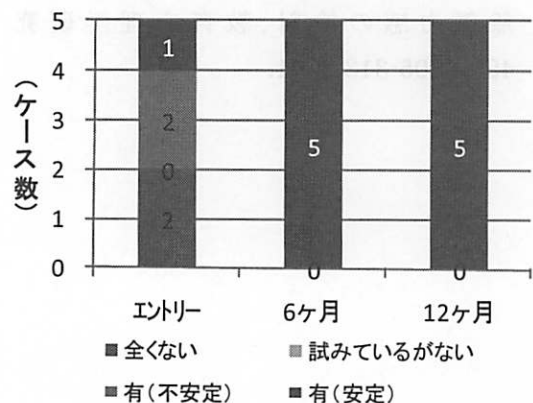


図4 支援者とのコンタクト状況(6ヶ月フォロー事例 n=8)

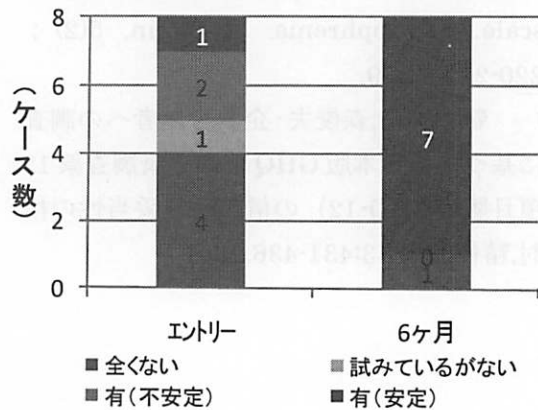


図5 本人のGAF平均点の推移(1-100点)

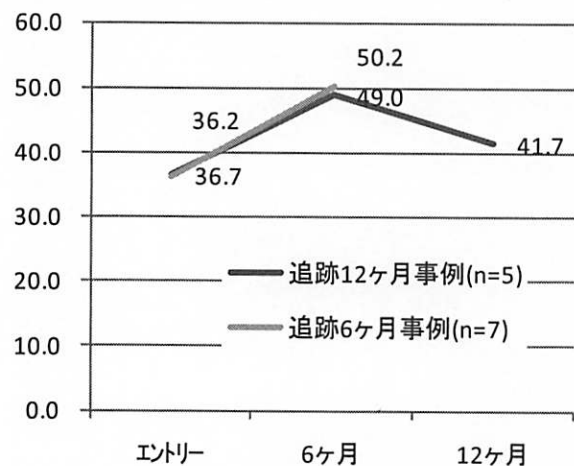


図6 本人の活動範囲平均点の推移(1-4点)

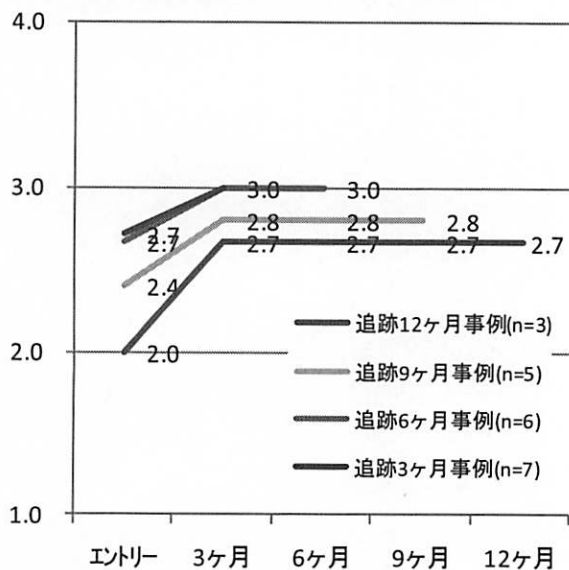


図7 本人の外出頻度平均点の推移(1-6点)

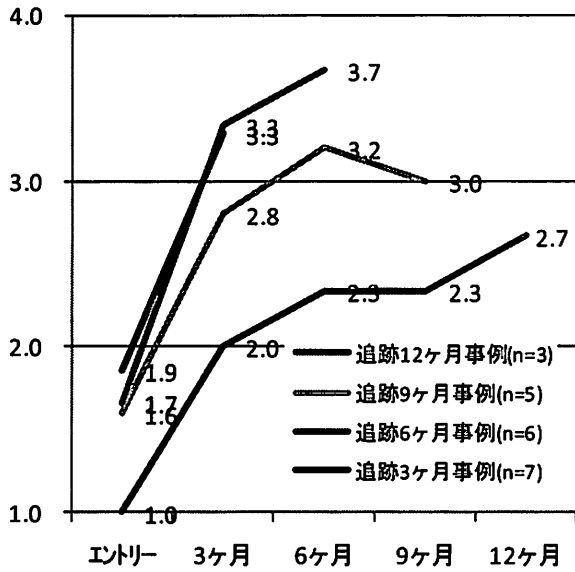


図8 本人の外出時間平均点の推移(0-7点)

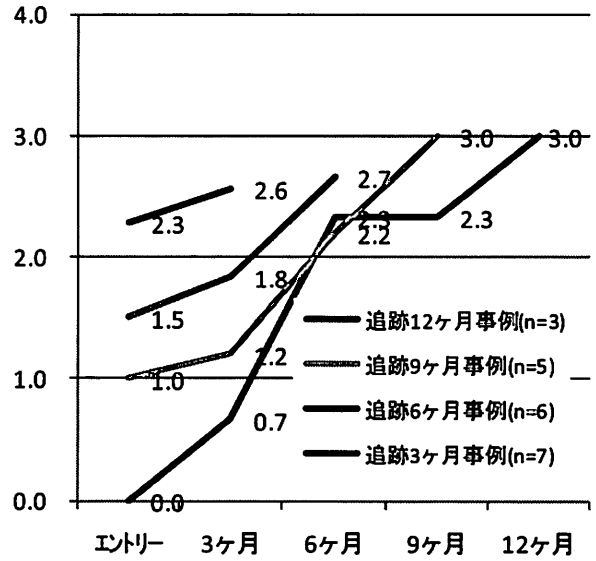


図9 他者の交流頻度平均点推移(1-5点:病院支援者含)

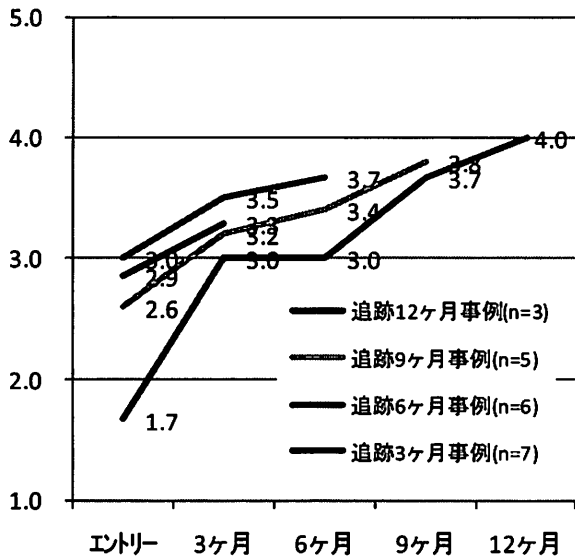


図10 他者の交流頻度平均点推移(1-5点:病院支援者除)

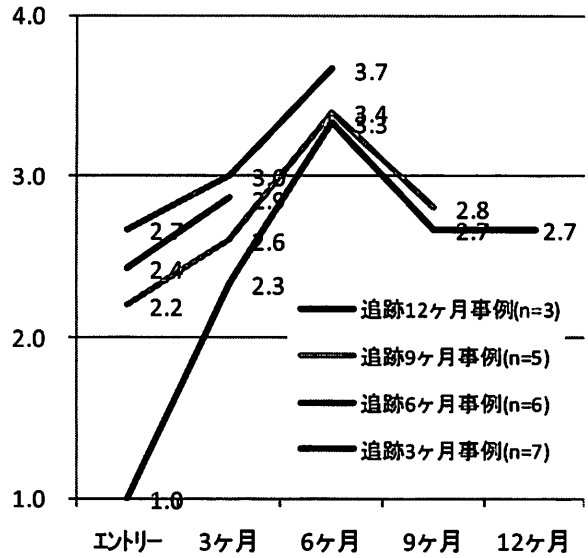


図11 HBCL 得点平均点の推移(0-135点)

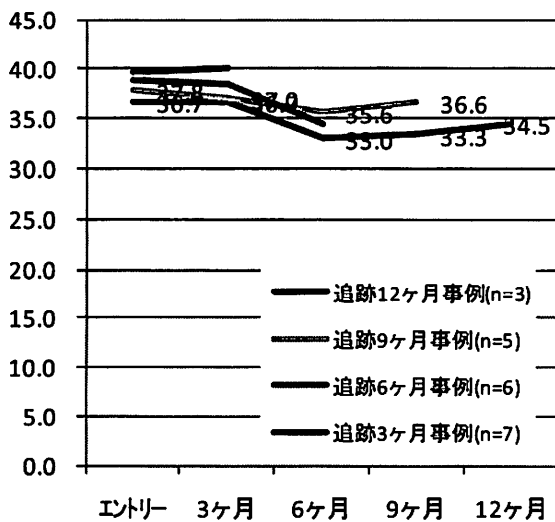


図 12 家族の精神的健康度平均点の推移 GHQ(0-12 点)

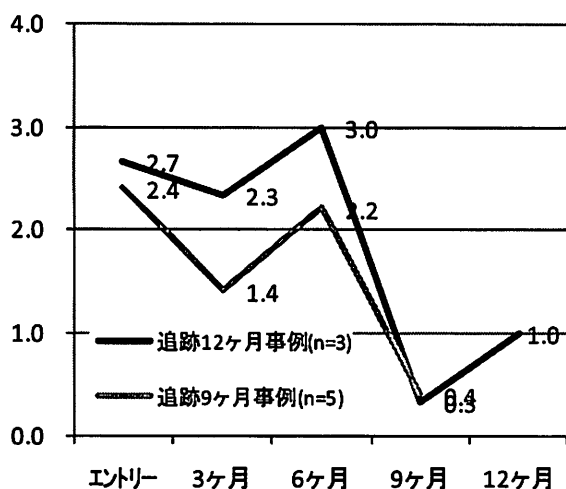


図 13 家族と本人の関係の満足度平均点の推移(1-7 点)

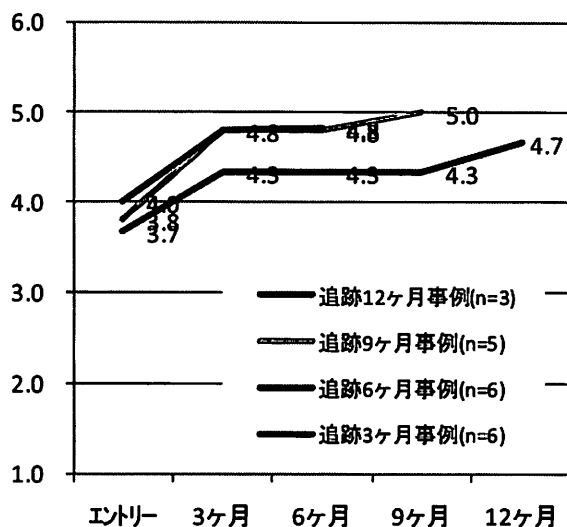


図 14 家族のサービス満足度平均点推移:GSQ-8J(8-32 点)

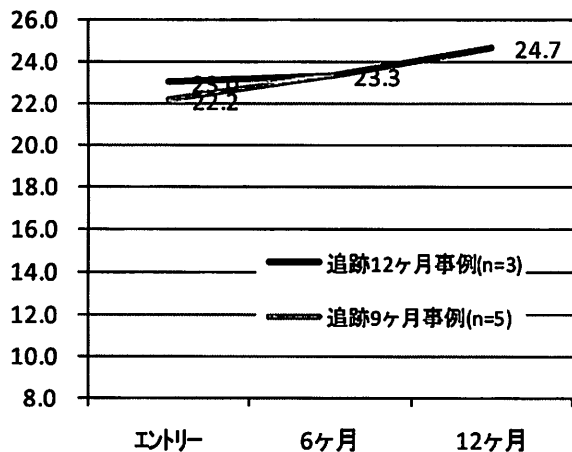


図 15 本人の無気力感尺度得点平均点推移(19-114 点)

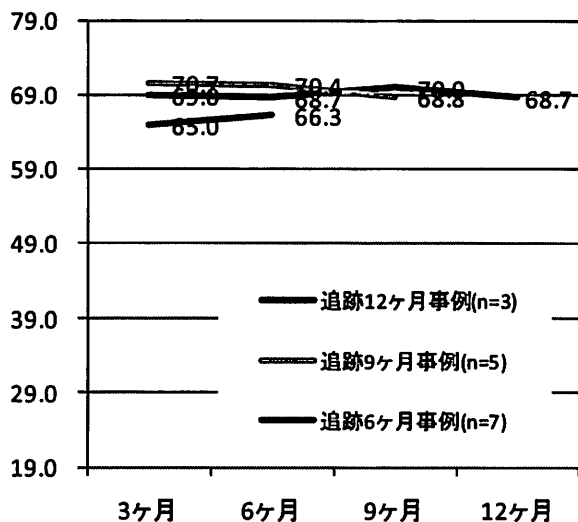


図 16 对人的疎外感尺度得点平均点推移(21-105 点)

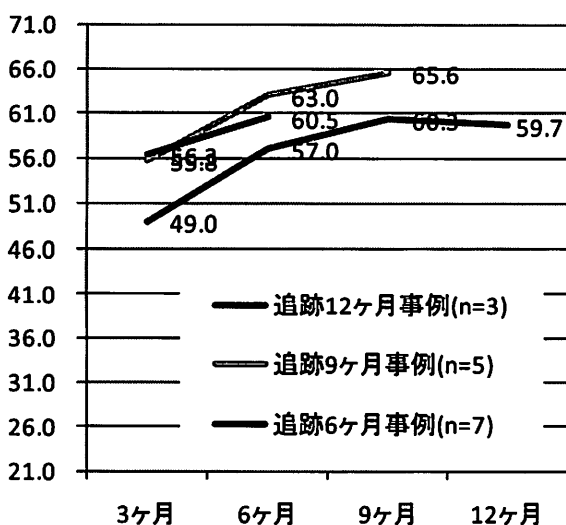


図 17 Birleson 抑うつ評価尺度得点平均点推移(0-36 点)

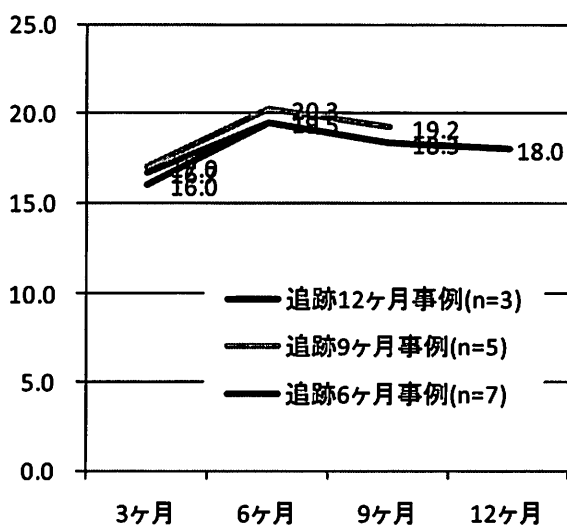


表 1. コントクトの種類(N=95,複数回答)

	件数	回答数に対する%
訪問(家族のみ)	3	3.1%
訪問(本人+家族)	80	82.5%
訪問(本人のみ)	12	12.4%
本人の日常生活支援	2	2.1%

※家族のみの外来面接は除く

表 2. コントクトにおける支援内容(N=38,複数回答)

	支援内容	件数	回答数に対する%	ケースに対する%
関係づくり	本人との会話	86	30.1%	95.6%
	家族との会話	71	24.8%	78.9%
	レクリエーション・ゲーム	50	17.5%	55.6%
アセスメント	医療的アセスメント	2	.7%	2.2%
	暴力・自傷他害のアセスメント	1	.3%	1.1%
	身体健康のアセスメント	3	1.0%	3.3%
	心理・生活能力アセスメント	20	7.0%	22.2%
	その他	4	1.4%	4.4%
本人との相談	認知行動療法的アプローチ	1	.3%	1.1%
	その他相談	17	5.9%	18.9%
外出動向	活動範囲の拡大	12	4.2%	13.3%
	余暇・レクリエーション活動の支援	8	2.8%	8.9%
	施設・サービスの見学	2	.7%	2.2%
	社会技能獲得の支援	3	1.0%	3.3%
	その他	2	.7%	2.2%
家族との相談	その他	4	1.4%	4.4%

ひきこもりを呈する青年への地域支援システムに関する研究 —和歌山県田辺市モデルが都市型の地域に活用できるか—

分担研究者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者 目良宣子²⁾ 英一也¹⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所

2) 畿央大学健康科学部看護医療学科

研究要旨

本研究では、ひきこもりを呈する青年への地域支援システムとして、どのようなシステムを構築することが地域を基盤とした支援を有効なものにするのかについて検討することを目的とする。具体的には、A市（都市型、人口約40万人）におけるひきこもり支援の実態や課題について聞き取り調査をし、その調査結果を基に、現在の支援に不足していることや今後求められる支援について考察し、谷間のない支援体制を確立するための方法を検討する。また、和歌山県田辺市モデル（地方型、人口約8万人）が普遍化できるものになりうるかどうかを、A市の地域支援システムを考える中で考察する。

I. はじめに

ひきこもりが社会的な注目を浴びて久しいが、2009年度の現在に至るまで、各地域での支援は必ずしも十分とはいえない。「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（暫定版）」（主任研究者：伊藤順一郎）が公表されてから10年が経過する。それまでは民間機関が中心であった支援に、精神保健福祉センターや保健所或いは市町村といった公的支援が地域ぐるみの支援として一部展開しつつあるが、全国的に支援が広がらない一因として、ひきこもり支援に関わる支援領域が多岐にわたっていることが考えられる。学齢期のひきこもりは教育領域の支援、卒業後のひきこもりは保健福祉あるいは就労領域での支援、医療的ニーズがある支援と、支援分野が様々な領域にまたがっていることから、支援を全体的に包括する機能が得られず、対応が散発的になりがちである。

しかしながら子どもの育ちには連続性があ

るため、成長段階や状態に応じて支援の担当領域が変わるのではなく、総合的にとらえることが求められ、従来の行政の縦割りを横断的にした支援が必要になってくる。ひきこもり状態にあると、実態が把握されにくく、またニーズは潜在化し、サービスに繋がりにくいことが考えられる。このような状態は、本人や家族の疲弊だけでなく、支援に手が届かない結果、社会的にも損失は大きいと言える。ガイドライン¹⁾では、「ひきこもり」とは、6ヶ月以上自宅にひきこもって社会参加（就学・就労等）をしない状態が続いており、精神障害が第一の原因とは考えにくいものと定義されている。また、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業（主任研究者：斎藤万比古）「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」²⁾では、ひきこもりを「様々な要因の結果として社会参加（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おおむ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或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。」と定義するという合意に達している。小山らの調査³⁾では、生涯有病率1.2%、ひきこもり状態にある子どもを持つ世帯0.5%、これは住民基本台帳に基づく我が国の総世帯の0.5%に当たる255,510世帯にひきこもり者がおり、少なくとも255,510名であると推定されている。

本調査では、都市化の進んだA市におけるひきこもり支援の実態や課題について、市内の関係機関（15機関）の協力を得て訪問聞き取り調査を実施し、その調査結果を基に、現在の支援に不足していることや今後求められる支援について考察し、谷間のない支援体制を確立するための方法を検討する。また、和歌山県田辺市モデル（地方型、人口約8万人）が普遍化できるものになりうるかどうかを、A市の地域支援システムを考える中で考察する。

II. A市におけるひきこもり支援の状況調査

1. 調査目的

A市におけるひきこもり支援の状況を俯瞰的に把握するため、市内の関係機関（15機関）の協力を得て、訪問聞き取り調査を実施し、今後の支援の方向性を検討する。更に田辺市モデルを活用し、普遍化できるものになりうるかどうか、A市の地域支援システムを考える中で考察する

2. 調査方法：訪問聞き取り調査

3. 調査者 2名

・国立精神・神経センター精神保健研究所社会

復帰相談部 英 一也

・畿央大学健康科学部 目良宣子

4. 調査時期と調査対象機関

【平成22年2月17日】

地域活動支援センター（市立）

発達支援課（独自のセンターを持っている）

中核地域生活支援センター（B県委託機関）

総合病院児童精神科

精神障害者小規模作業所

就労移行支援機関

【平成22年2月18日】

障害者支援課

教育委員会相談部門

子育て支援課

A保健所／B県精神保健福祉センター

【平成22年2月19日】

A市少年センター

A市教育センター

障害者就労支援センター（市立）

B県児童相談所

基幹型支援センター（A市委託機関）

III. A市におけるひきこもり支援の状況調査結果

A市におけるひきこもり支援の状況を考えるにあたり、対象者のライフステージ別に整理することが妥当と考えられたため、以下その枠組みに沿って状況を説明する（表1. ひきこもり支援のライフステージ別対応機関と支援内容）。

1. 【幼児期から学齢期（15歳まで）のひきこもり支援】

義務教育終了までは、不登校によるひきこもりにかかわらず、様々な子どもに関する相談の場が存在し、パンフレット等で啓発が行われている。

①小・中学校時代の不登校支援の豊かさ

ひきこもり状態を示す小・中学生の不登校支援は、公立の小・中学生においては、教育領域を中心に、きめの細かい支援が行われている。まずは学校が窓口となって対応し、中学校単位（校区内の小学校にも対応している）でA市が配置しているカウンセラーの活用、県教育委員会のスクールカウンセラーの活用、また必要に応じて教育センターと連携し、センター内の相談や適応指導教室を活用し、事例に応じた居場所機能や学習支援を行っている。また必要に応じて家庭訪問を実施し、本人や家族に寄り添った支援が行われている。

また、暴力や虐待などが疑われる場合や、経済的な支援が必要と思われるような場合には、家庭の状況に応じた専門的な支援が提供できるように、子育て支援課や児童相談所と連携をとり、適切な支援の提供に努めている。また、医療的な見立てが必要な場合には医療機関を紹介している。更に、カウンセラーや相談員のスーパーバイザーとして、児童精神科医の協力を得て、事例の対応等相談できる体制を築いている。

総合病院児童精神科では、医療機関を受診した児童の中で必要に応じて市立の院内学級を紹介している。また、研究段階ではあるが、医療チームによる訪問サービスが、医療機関を受診した児童の中で必要に応じて提供されている。

②一般的な子育て支援として

子育て相談の窓口が、発達支援課、子育て支援課、児童相談所、教育委員会相談部門、教育センター、少年センターと、多機関に渡って開設されている。また必要に応じて家庭訪問を実施している機関もあり、本人や家族にとって、支援の入り口としての相談の選択肢は多くなっている。

③15歳までのひきこもり支援の課題

どんなに手厚い支援でも、一定の割合で不登校状態の回復がみられないまま卒業してしまう子どもが存在する。そういった子どもに、卒業

後確実に支援が継続されるシステムがない。

また課題として、発達支援課での発達が気になる子どもに対してのフォローが最大小学1年生で途絶えてしまうこと、そのため卒業後の状態の把握が難しいことがあげられた。また、入学以降に発見される発達障害への個別の特性に応じた対応が、集団生活の中でどこまで可能なのかが心配された。或いは、教育現場では医療的な専門職が少ないため、思春期が好発年齢である統合失調症の見立てが可能であるのかについても心配された。さらに昨今の家庭事情等経済的な要素も加わって複雑な状況が予測され、子どもの生活を支援するためには家族ぐるみの支援を考えていかなければならない事例が少なくないことが分かった。

2. 【15歳以上のひきこもり支援】

手厚い支援体制も学齢期を超えると一気に支援の糸口がなくなってしまう状況が明らかになった。

①15歳以上の支援が手薄に

中学校時代に不登校であった子どもについては、高校に進学後、最大1年生の夏休み頃までの情報を最後に、その後の情報はほとんどないことが分かった。更に、高校や大学に進学した後の不登校については、本人や家族、或いは教員等の関係者ですら、対応する支援機関について把握できていない状況があった。

現実的に、高校生年代でひきこもり相談を受けている機関はほとんどなかった。不登校が遷延化した場合や、高校生年代以降新たに不登校になった場合は、支援につながらず、長期化していることが予測された。

保健所や地域活動支援センター・障害福祉課、市や県の委託機関である民間支援機関が、それぞれのひきこもりに特化はしていない窓口にアクセスされた個別の支援において、お互いが把握している範囲内において連携し、非常に丁寧な支援がなされていたが、システム化には至

っていない。10 数年の歳月を経て相談を受けた機関や、一部民間の機関に就労支援をニーズとし相談が入っているが、家族からの相談が多く、本人の姿が全く見えず、どのように支援を展開していけばよいのかわからないまま、結果的に継続支援ができていない事例があった。

②アウトリーチサービスについて

地域活動支援センター・障害福祉課、市や県の委託機関である民間支援機関による相談は、必要に応じて家庭訪問を実施している。その中で医学的診断が必要だと判断した場合には、保健所と連携している。狭義の精神疾患で緊急性がある場合や、状態を把握する必要がある場合などは、保健所の家庭訪問が行われている。

③不足している支援内容は何か

まずは相談窓口が明確化されていないことである。PR 不足もあげられる。ひきこもり相談と特化していない既存の相談窓口で相談を受け付けるというだけでは、入口に繋がりにくい人をとらえることはむずかしい。

また、表 1 で分かるように、セルフヘルプグループが皆無であることと、居場所が少ないことがあげられる。相談を開始すると同時に、本人が出かけてきたときの居場所の確保が必要である。更に、支援が展開されると、将来的には就労支援の枠組みについて考える必要がある。

IV. 和歌山県田辺市のひきこもり支援⁴⁾

1. ひきこもり検討委員会とひきこもり相談窓口の設置

田辺市は、不登校児童・生徒らに対する支援を行っていた家族や関係者の要望を受け、2001 年 1 月ひきこもり検討委員会(以下、「委員会」)、同年 3 月ひきこもり相談窓口(以下、「窓口」)を開設し、ひきこもり支援活動を開始した。窓口は、当初から 3 年間保健師が一人専任として担当し(4 年目から 1 名嘱託相談員増員)、事例のケースマネジメントを行い、青年と家族のニーズを評価し、サービスを調整して提供して

きた。

更に、年 2 回開催される委員会会議と委員 12 名で構成され月 1 回開催される小委員会会議では、支援活動を続ける中で顕在化したニーズを協議し、そのニーズに応じたサービスを生み出してきた。また、管轄地域外からの相談や公的機関の対応が困難なニーズに対しては、居住地や分野にとらわれず多様なサービスを提供できるという利点を持つ民間団体が種々の支援を行ってきた。

行政、公的機関、民間団体を含む委員会の組織構成を図 1 に、ひきこもり支援システムと支援の流れを図 2 に示す。

2. ニーズに応じた支援の広がり

組織の発展の中で、行政主導の家族会は自主活動になり、青年自助会(行政内支援)が誕生した。不登校児への早期支援として適応指導教室(教育委員会)が開設された。民間有志により運営される NPO 法人「ハートツリー」は居場所兼デイケアの位置づけが明確になり、社会福祉法人「やおき福祉会」が就労訓練の場を提供するようになった。その後、居場所や窓口実施の体験活動に、ボランティアの関わりが増え、NPO 法人である「絆」や「かたつむり」が体験活動の場の提供を始めた。そして 2008 年、「ハートツリー」が「南紀若者サポートステーション」を市の施設を借用して開設した。

また、和歌山県は、2004 年度から、全国で初めて「ひきこもり社会参加促進事業」として、民間に「ひきこもり者社会参加支援センター」として設置要綱及び補助金(県・市町村各 1/2)を創設した。さらに 2009 年度から、精神科医、精神保健福祉士、保健師、臨床心理士といった専門家による個々の「ひきこもり」者に合った支援方針検討制度、及び「ひきこもり」者が社会参加に必要な対人能力や自信の醸成などを目的とした社会体験事業を社会参加支援センターに新たに導入し、機能強化を図ることにした。

このように、委員会が調整する中で、青年と家族のニーズに合わせて、行政、公的機関、民間団体が種々のサービスを積極的に生み出し、居場所と就労支援の場の役割分担も進み、青年の状態やニーズに応じて各サービスを提供できる状況となった。そして、新たな支援の関係者や当事者の代表は委員会の構成メンバーとなり、委員会は情報交換や有効な支援を協議するための場所となっている。

V. 考察

田辺市の支援体系図に、A市の支援の現状をあてはめてみると、不足している内容が、「相談窓口の明確化と相談の継続」「セルフヘルプグループの活動」「ネットワークとして委員会の設置と毎月の開催」である。

1. 【相談窓口の明確化と継続相談】

現在それぞれの機関において、個別の相談に対して、対象者を大切に丁寧な支援が実施されている。また、必要に応じて、それぞれの担当者が把握している範囲において、関係機関が連携をしながら対応している。しかしながら、システムにはなっておらず、相談が中断されたり、対応機関の引き継ぎがスムーズでなかったり、当事者も支援者も対応に苦慮するままに、時間だけが過ぎていく様子がかげえた。また、ひきこもりに特化された窓口がないため、相談につながらないまま長期化している事例も予測された。

まずはひきこもりを長期化させないために、義務教育を修了した15歳以上の年代に対する早期対応ができる支援の枠組みを考える必要がある。例えば、適応指導教室の卒業後1年間の利用が可能なシステムを作ったり、20歳までの地域でひきこもる青年の相談或いは居場所としての機能を有したり等、機能の拡大である。或いは、卒業後、家族の理解を得て、行政内の保健福祉部門に確実につなぐシステムを作って、病気や障害の予防としての早期対応につな

げることなど、工夫が必要である。

義務教育期間に不登校を経験しなかった15歳以降の支援が展開されるためには、住民への啓発が不可欠である。まずは地域の中に、公民の関係機関が「ひきこもり相談を受け付けています」という看板をあげて、相談支援が実存しているお知らせをし、住民に周知することである。

2. 【セルフヘルプグループの育成】

田辺市⁵⁾での経験によると、ひきこもり支援の転帰として最も効果が見られたのは、セルフヘルプグループであった。

相談を開始すると同時に、外に出かけることができた時に、自宅以外で安心していられる場を確保したり、更には同じような体験をした仲間との出会いや交流の場を設けたり、グループ支援につないでいくことが提案できる。居場所としては、既存の居場所を活用するか、新たに既存の機関の一部屋を開放することなども考えられる。まずは、他者との信頼関係を築きなおすことから始める。

少しずつ元気を取り戻し、就労意欲が出てきたときには、就労訓練の場が必要になる。現状では、福祉制度の就労継続や就労移行支援事業を、手帳の取得に関係なく柔軟に活用する仕組みを取り入れることが考えられる。地域住民に、ひきこもり支援への理解を得るための啓発活動を継続し、地域の協力を得られることが望ましい。

3. 【支援ネットワークの構築と定例会の開催】

田辺市モデルに当てはめて考えていく。

①公的支援の役割

まず、県精神保健福祉センターが離れたところにあるため活用しにくいようであるが、今後県行政に期待できることを考えていく必要がある。全県下の啓発活動、家族や支援者を対象とした勉強会、或いは教員が、不登校の中で

発症する統合失調症を早期に発見し、早期に必要なサービスにつないだり、これまで以上に、発達障害を疑う子どもへの適切な対応ができるための研修会の開催があげられる。

保健所については、現在の保健所の機能を最大限有効に機能するような立場として位置づける。1996年の地域保健法により、住民に身近なサービスが県から市町村の業務に変わり、保健所の機能は、より広域性、専門性が求められるものになり、多くの住民からは遠い存在となりつつある。緊急度が高いものやより専門性の必要な病気や障害への支援を対象としている。ひきこもりの状態像を示す事例の中で、緊急事態が起こったとき、或いは状態の確認（鑑別診断等）が必要なときに、従来からの役割をネットワークの中で発揮することが求められる。

市町村については、保健福祉分野の分散化がすすみ、地域の実情によって、どの分野がひきこもり支援の事務局的役割を持つことが妥当なのか、ひきこもり支援を充実していくためには、早急に検討していく必要がある。ひきこもりをメンタルヘルスの問題としてとらえれば、社会福祉制度を活用する前の段階でとどまることを目指した支援でありたい。予防的対応と早期対応で、一時期既存の社会資源を活用しつつ、心身の健康を取り戻していく作業が必要である。疾病や障害の予防、健康づくりの視点で、早期の段階から関わるができる機関を窓口として、多様で創造的な支援が展開できるような仕組みを、公民協働で模索しながら築くことが急務であろう。

予防的役割としては、乳幼児期からの支援体制が必要であり、発達障害の早期発見と適切な対応、虐待予防としての育児支援や親支援などがあげられる。状況に応じて、福祉サイドとの連携の強化が必要と考えられ、特に学齢期の事例における関わりの深い学校関係者が、福祉サイドのサービスについて熟知する必要があると思われる。

ひきこもり支援のような長期戦の支援につ

いては、物理的にも住民に身近なところで相談を受けることができなければ、継続すること自体が困難になってくる。また、ひきこもっている本人には収入がなく、経済的にも親の保護を受けているという立場から、費用がかかる支援を本人自ら選択することは困難であることにも配慮が必要である。

②総合病院児童精神科がリーダーシップを

事務局を行政の中に置いてスタートさせるネットワーク会議（委員会）を開催する。

今回の調査で、A市の特徴として、市内にある総合病院の児童精神科が地域の中で果たしてきたこれまでの役割と存在の大きさ（関係機関からの信頼度の高さ）に触れることができた。医療チームによる訪問サービスの利用と拡充（年齢幅を広げる）や医学的診断の必要性がある事例への支援協力体制だけでなく、全般的なひきこもり支援の展開に向けてのリーダーシップをとることが、行政内の教育・保健・福祉部門等関係機関の調整役を担うことにつながり、今後の支援の発展に大きな力を発揮するであろう。

委員会（ネットワーク）の事務局は、全住民を把握することが可能でかつ個人情報保護の立場からも、行政機関が望ましいと考える。まずは市町村行政が事務局を持った委員会を設立し、関係者が定期的に顔を突き合わせながら、ひきこもり支援について前向きに検討していくことを、現場での実践と並行しつつ進めていくことが先決である。毎月1回程度のペースで、個人情報に配慮した事例検討等、事例を通じた情報交換が最も関係機関の機能と役割を互いに知り合う関係になり、双方の理解を深めあうとともに、不足するものを補完しあう仕組みが作られるだろう。A市の住民を核とした社会資源のネットワークについて、図3に示す。

今回の調査では、民間のひきこもりに特化した支援機関や、支援が展開される中で協力が得られる可能性のある周辺領域の障害者支援の福祉機関の全てを訪問することはできなかつ

たが、今後委員会が設立され、機能し始めると、情報を共有しやすくなり、また新たなアイデアも生まれやすくなるため、委員会の構成機関については流動的である。

VI. まとめ

本研究は、和歌山県田辺市モデルが、地域の特性や人口規模に対応しながら、普遍的に活用できるものかを、A市のひきこもり支援の現状と課題を把握したうえで、A市の地域支援システムを提案する中で考察する事を目的とした。

田辺市モデルに当てはめた結果は、これまでに述べたとおりであり、A市におけるひきこもり支援の今後の展開を考えていく指標となりえた。

A市は人口規模は大きい、その分支援に関わることができる人材と社会資源の豊富さがあった。行政がシステムとしての委員会組織を設置するとともに、各関係機関が「ひきこもり相談を受けています」というアナウンスをすれば、おのずとニーズが整理され、既存の社会資源の活用で、かなりの部分の支援の展開が可能であろう。

A市の歴史ある総合病院の存在は、何物にも代えがたい財産であり、目良⁶⁾が2008年7月近畿圏内の関係機関を対象にひきこもり支援ネットワークについての質問紙調査を実施した結果得られた結論である、①医療機関を含む関係機関で構成される市町村単位のネットワークが一つの支援システムのモデルとなりうると考えられること、②財源の確保等の課題はあるが、市町村単位に、精神保健福祉士の雇用などの検討も行い、地域を基盤としたひきこもり支援ネットワークの充実を図ることが急務であるという2点の「医療機関の存在」と「精神保健福祉士の雇用」がA市にはすでに存在する。この社会資源を活用した今後のA市のひきこもり支援の発展が期待される。

文献

- 1) 伊藤順一郎：「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」国立精神・神経センター精神保健研究所 2003
- 2) 斎藤万比古：「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21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）報告書 2009
- 3) 小山明日香ら：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査と精神医学的診断について—平成14年度～平成17年度のまとめ—平成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）報告書 こころの健康についての疫学調査に関する研究 研究協力報告書 2008
- 4) 目良宣子：「ユースアドバイザー養成プログラム ～関係機関の連携による個別的・継続的な若者支援体制の確立に向けて～—現場の実践例（ひきこもりの地域支援）内閣府政策統括官（共生社会政策担当） H20年3月
- 5) 『田辺市におけるひきこもり支援（「ひきこもり相談窓口」開設5年目）』平成17年4月～18年3月 2006
- 6) 目良宣子：「ひきこもり青年に対する地域を基盤とする支援ネットワークについての調査報告」第25回日本精神衛生学会プログラム・抄録集 2009

表 1. ひきこもり支援のライフステージ別対応機関と支援内容

機関名		幼児期 ～6歳	学齢期		青年期		備考	
			～15歳	～18歳	～34歳	35歳以上		
医療機関	総合病院児童精神科	①、③ペアレントトレーニング⑤					市立の院内学級あり	
研究所	精神保健研究所社会復帰相談部	②、ACTjキッズ						
公 的 支 援 機 関	保健	A市保健センター	「事例への関わりなく、今後も関わることはない。今回の調査への協力はできない」との回答					
		A保健所	①					
		B県精神保健福祉センター	①					保健所で聞き取り
	福祉	発達支援課	①発達についてほぼ就学まで 肢体は18歳まで					
		子育て支援課	①、②					
		地域活動支援センター（A市立）	①、②、④					
		障害者支援課	①、②、 ⑦、⑧、は個別での紹介					
		B県児童相談所	①、②、⑧					
	教育	教育委員会相談部門	①、②、⑦					
		A市教育センター	①、②、⑦ 3歳から中3生					
	A市少年センター		①、小1生から20歳					
民 間 支 援 機 関	障害者就労支援センター			①、⑧			A市委託事業	
	基幹型支援センター	①、②					A市委託事業 24時間電話対応	
	中核地域生活支援センター	①、②、 ⑦、⑧、は個別での紹介					B县委託事業 24時間電話対応	
	精神障害者小規模作業所			①、④、⑦ 精神的な困難を抱えた方				
	就労移行支援機関			①、障害があり、就労意欲のある方を対象				

支援内容

①相談 ②家庭訪問 ③家族会 ④居場所 ⑤デイケア ⑥セルフヘルプグループ ⑦社会体験 ⑧就労支援

*新ガイドラインの定義

様々な要因の結果として社会参加（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おおむ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或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。

以前から除外すると強調されてきた統合失調症も、実際に診断面接を経て診断確定する前の状態でひきこもりに含まれている可能性が少なからずある以上、それに注意すべきであることを付記して注意喚起を行なっている。なお年齢については、就学年齢の子どもにはじまり成人までの広い年齢層の幅で適用できるものとして定義している。

上記より年齢区分は幼児期から成人で区分し、今回の調査では、関係機関については、公的機関を中心に、関連すると思われる医療機関・民間機関について調べたものである。今後支援の発展とともに必要になるであろう就労支援は、自立支援法下の民間機関に協力を求めることが生じ、また、民間独自のひきこもり支援機関についても調査する必要がある。

図1. 田辺市ひきこもり支援ネットワーク

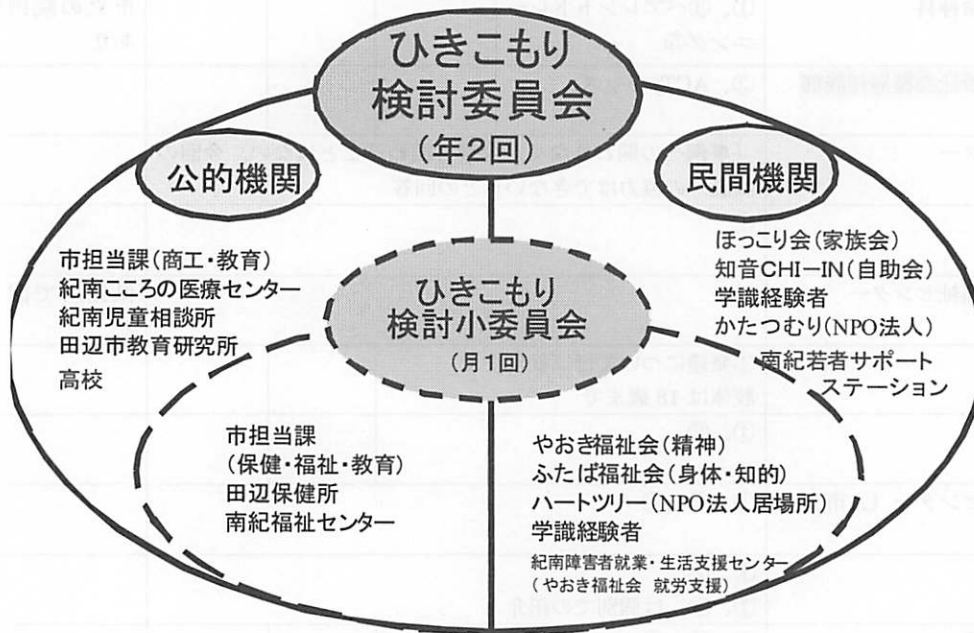


図2. 田辺市相談窓口支援の流れ(実線枠外は民間実施)

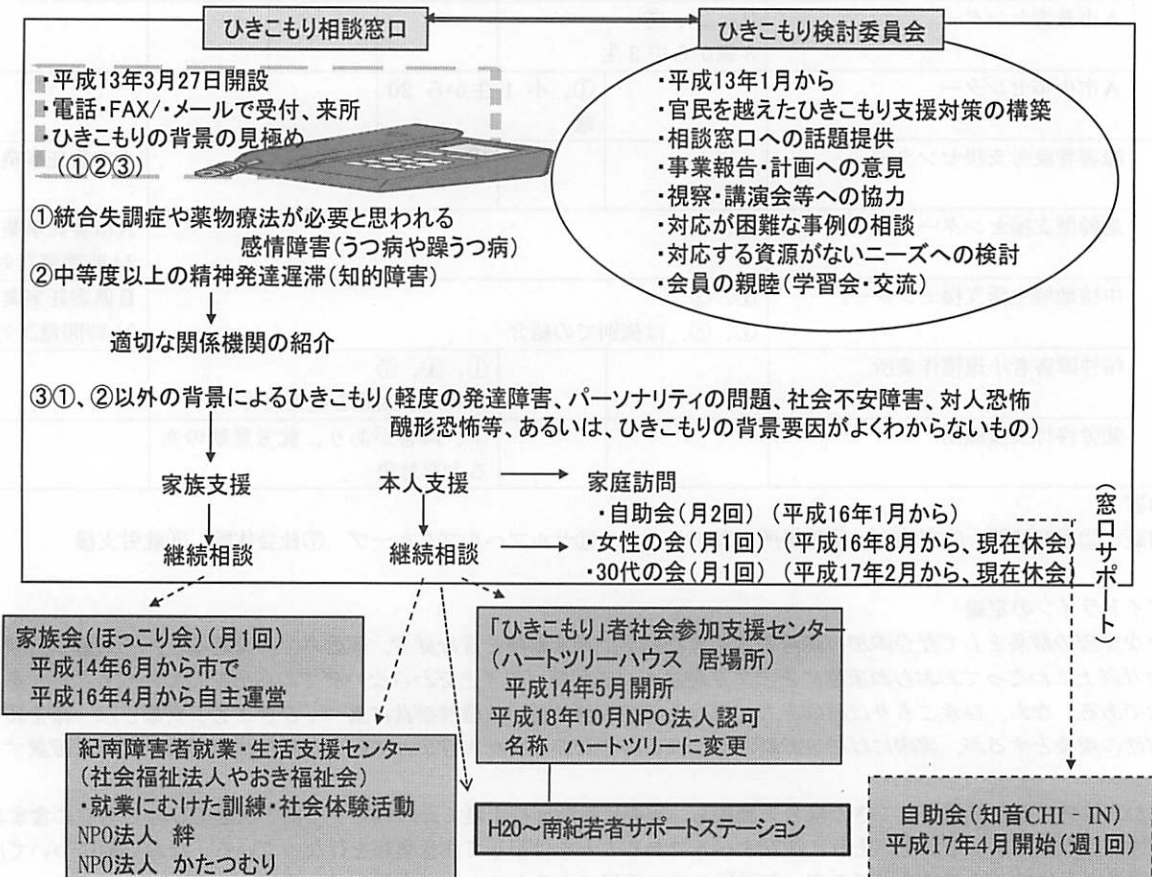
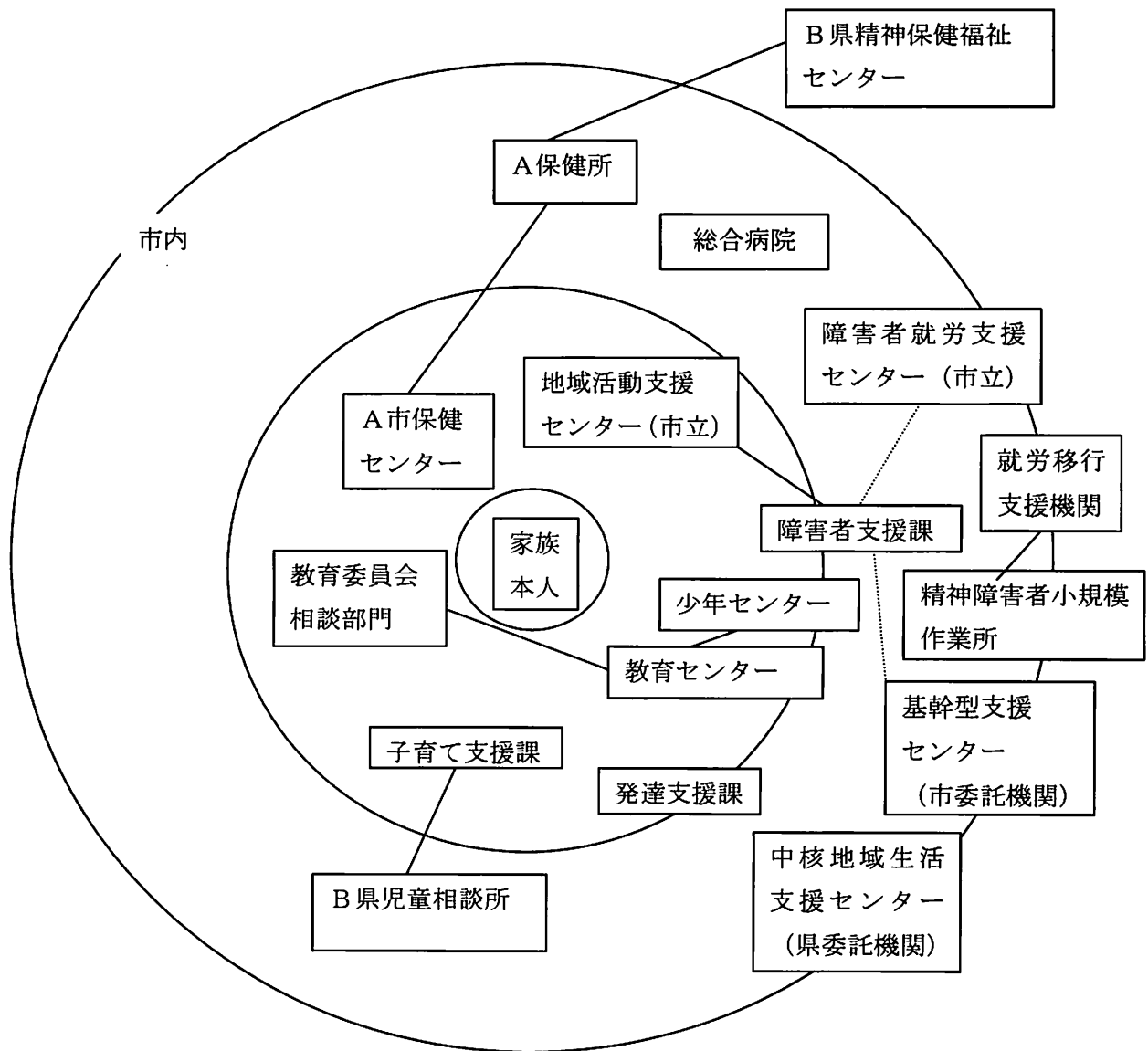


図 3. A市ひきこもり支援機関と本人家族からのアクセス体系図



親ガイダンス事例集

分担研究者 皆川邦直¹⁾

研究協力者 関谷秀子²⁾ 中 康²⁾

1) 法政大学現代福祉学部 2) 関東中央病院

研究要旨

昨年度、統合失調症、発達障害を除く非精神病性の思春期のひきこもり（20歳未満）のガイドラインを作成したが、今年度は、その補足として事例検討を行って事例集を作成した。事例は前思春期から初期思春期、中期思春期、後期思春期および青年期のそれぞれ男女2名ずつ、計8名の青少年の親である。第三者によって本人が同定されるような資料はすべて削除した。また一部該当例以外の事例の情報を混ぜることによって本人ならびに家族の匿名性を保つように配慮した。そのためここで報告する事例は実在しない。

A. 研究目的

昨年度、統合失調症、発達障害を除く非精神病性の思春期のひきこもり（20歳未満）のガイドラインを作成したが、本研究はそれを引き継ぎ、思春期青年期のひきこもりの子どもの親ガイダンス事例集の作成を研究目的とした。

B. 研究方法

事例は前思春期から初期思春期、中期思春期、後期思春期および青年期のそれぞれ男女2名ずつ、計8名の青少年の親である。第三者によって本人が同定されるような資料はすべて削除した。また一部該当例以外の事例の情報を混ぜることによって本人ならびに家族の匿名性を保つように配慮した。そのためここで報告する事例は実在しない。

C. 研究結果

事例1：初診時小学校5年生男子（不登校・ひきこもり）

概要

約2年間の隔週の両親ガイダンスを施行した事例である。子どもは、初診時10歳の男子、小学校5年生の夏休みに受診した。両親と3人暮らし。4年生から受験塾に通って受験勉強を始めた。成績は伸びて全国模試でも好成績を上げることができるようになった。ところが5年生になって担任が男性教諭に変わり、クラスで騒ぐ男の子たちが注意を受けるようになった。その声のきつさに受け持ち教諭が怖くてどうしようもなくなった、と本人は母親に話をした。そして朝登校しよとして玄関に立つと腹痛や頭痛がひどくなった。次いで入眠困難/中途覚醒が始まり、食欲も低下した。母親は彼のあまりの体調の悪さと、間もなく夏休みに入ることから、学校には行かなくて良い、と救いの手を差し伸べた。学校を欠席するようになると共に外出も控えるようになった。両親は夏休みには受験塾を止めて本人の思う通りに過ごさせた。暴力暴言は出ていない。

発達のマイルストーンは正常または正常範囲

内であった。家庭内に目立つ問題はなく、両親は共稼ぎで、彼は乳幼児期には保育園に預けられて育った。彼の小学校入学前に母親は、自らの選択で常勤職を辞して非常勤として勤務するようになった。父親は温和でで日ごろから子どもとの接触をもっている。

両親面接では両親ともに協調的にわが子について話をした。母親のほうが父親よりも子どもの様子については熟知しているが、母親は息子について父親に十分な情報を提供しているようであった。

本人面接は、恐怖症的な高い不安が予想されたので、彼に両親と本人の家族面接か個人面接を選択してもらい、家族合同面接を行なった。彼は母親の意向を気にしながら話をしているようであった。声は小さく聴き取りにくい、文法的にはしっかりした分かる話をした。その内容は両親から聞いたものと同様であった。

アセスメントの説明

頭脳明晰な少年であり、今回の腹痛や頭痛が発作的に登校時に現れるまでは順調に育っていたように思われる。彼の話すとおり、担任の先生のクラスの男のたちへの注意の仕方がやや荒々しかったことと、発達的に前思春期に入って、不安が高くなりやすい時期でもあったことが重なって、彼は本当に担任の先生が怖くなったのであろう。昔からこの状態は恐怖症と呼ばれてきたが、一旦このような不安の高い状態に陥ると、不安軽減のために自動的に子ども返りが生じて、常に母親と一緒にいる必要性が出てくるのが常である。高い不安は発達が進むと共に軽減するはずであり、中学まで持ち越す事もあり得るが、これまでの発達の様子から推測する限り、一過性で良くなるのではないか。彼の不安を下げる方法としては運動がある。思春期になると一気に母親離れが進むので、父親と一緒に楽しめる運動か家族3人が一緒に参加する運動が良いであろう。不眠と食欲不振があるので不安を下げる薬物療法もあり得るが、運動によって不安がどの程度低下するかを

見てから薬物療法は考えれば良いであろう。中学受験は今から無理と断定はできない。経過の中で考えて行けば良いであろう。取りあえずは親ガイダンスで彼の不安を下げるようなかわりが望まれる。

ガイダンス経過

隔週1回、毎回、両親揃ってガイダンス・セッションに参加した。アセスメントと治療方針についての説明を聞いた後、両親も本人も、今後の道筋が見えたようで安心した、という。運動は何にしようか話し合い、父親が相撲を提案したところ、本人も乗り気になった。そして彼は、毎日のように父親の帰りを待って相撲を取った。と共に睡眠も食欲も回復してきた。夜に怖い夢を見て目が覚めることも減ってきたが、こんな夢を見るんだけど、彼は母親に先生の意見を聞いてきて頼んだ。怖い人が出て来て、追い掛け回されて目が覚めるのだそうだ。そこでセラピストは、多分不安夢と言われる夢をみて恐怖のあまり目が覚めてしまうのであろう、このタイプの夢は不安が下がってくると自然に消えて行くから余り心配しないで良いだろうと彼に説明するように両親に助言した。

2ヶ月も経過すると彼は家族3人で散歩にでかけることができるようになった。睡眠や食欲も正常化して薬物療法を使う必要はなかった。昼間の時間をもてあますようになり、自分から勉強を少しだけする、と言い出した。

3ヶ月目になると変な夢を見たという。そこで、その内容を思い出せる範囲で聞いてきて欲しいと両親に依頼した。彼が母親に語ったところによると、課外授業の夢で同級生と歩いて水族館にかけた。バスを降りて歩き始めると、途中で、変な30代の男の人が出て来て、何人かでその男の人を取り囲んだ。そしたらその人は逃げ出して行った。それでみんなで水族館に入って楽しんだ。そんな夢だったが、夢で目覚める事はなく、朝起きたら夢だったのかと思った、と母親を介して伝えて来た。

彼の恐怖は夢にも現れていたのだが、この夢は今までの夢と違って彼の睡眠を妨害していない。つまり彼の恐怖症性の不安は睡眠や食欲を妨害するような強いものではなくなったという事であり、夢の内容は無意識の願望充足として解釈できる。つまり、担任の先生なんか怖くない、生徒を怒鳴るなら、僕たちでやっつけちゃうよ、という彼の願いがこめられているのだろう。以前は自分の心の中にある、この先生をやっつけちゃうぞ、という気持が怖かったのだろう。しかし、今は自分のそういう気持も怖くなくなってきているようだから、そんなに遠くない将来、心配なしに外出できるようになるであろうし、学校にも復帰できるようになるのではないかと親を通して彼に伝えてもらった。

その2週間後に彼は怖がることなく学校近くまで外出できるようになった。そして両親の勧めた教育委員会の教育相談センターに通い始めてプレイセラピーを楽しむようになった。両親は学校への復帰についてセラピストの意見を求めてきた。セラピストは3学期からは登校再開も不可能ではないように感じて、冬休み前に担任と相談するように助言した。担任は直接の復帰ではなく、不登校児童の学級にまず通うように勧めた。こうして3学期は不登校学級と教育相談センターに通うため定期的に外出するようになった。両親はこの期間、クラスの他の児童は反応しないのに、何故わが子は先生をあのように怖がるようになったのか、と疑問を抱いた。

セラピストは次のように説明した。すなわち幼児期に男の子は母親を独占したいと願うようになり、その願望を満たす上で父親が邪魔になる。殺人願望と言うのだが、その一方、子どもは父親を必要としてもいるので、殺人願望を危険視しすぎて、自分の外に放り出そうとする。父親に自分の願望を投影して、今度は父親が自分を亡き者にしようとしているかのように怖く感じることもある。この恐怖をそのまま認識するのは怖すぎるので、怖い対象を父親から何かに置き換える。それが動物恐怖であったり、登校恐怖であったりす

る。担任の先生の大声での注意は恐怖対象を父親から置き換えるのに丁度タイミングが良かったのかもしれない、と説明した。そして不登校のような行動上の問題やその他の心の症状の原因を一つに求めることは難しく、いくつもの要因が重なり合って発生すると考えられていることを付け加えた。この細かな説明は本人に伝える必要はないとも助言した。母親はなかなか理解が難しい、父親は自分にも何となく覚えのあることで、分かったと述べた。

6年生になった4月からは通常学級に復帰した。同級生に朝迎えに来てもらい学校と一緒に登校した。勉強にも随分集中することができるようになった。そこで1学期の終わる前に受験したいなら塾を再開しても大丈夫だろうと伝えた。彼はその気になって夏休みになってから別の塾に通い始めて親ガイダンスは終了した。そして志望校に合格して中学生活が始まったが、入学後の1年間に母親は2回ほど息子の学校適応に不安を覚えて追加ガイダンスを受けて、息子が大丈夫であることを再確認した。

事例2: 初診時小学校5年生女子(不登校、自傷・自殺の脅し)

概要

小児神経内科からの紹介で精神科に来院して1年間の母親ガイダンスを実施した。初診時、子どもは10歳、小学校5年生の女子。小学校4年生の時に生理が始まり、その後間もなく、失立失歩、不登校、自傷の脅しを呈するようになった。独歩できないため車椅子を使用していた。義父は優しく、本当の娘のように接してくれるが、娘は2-3年前にはなついていたのに、症状出現前後から義父を嫌がるようになった。母親にひどく反抗的な時があり、母親の言う事を聞かずに、母親の意図とは正反対の行動に出たりする。しかし彼女の行動上の問題は家庭の外にまで波及することはない。反抗的な言動に走られると母親としては腹が立ってきて、娘を無視することがしばしばであった。そうすると自分の手首に赤マジックで

横に線を引いて、それを母親に見せながら、手首を切ってやると脅すというのである。それが毎日のように続くので、母親としては生きた心地がせずに、疲れ果てている。この密着したアンビバレントな母娘関係に義父は立ち入る事はできずに、傍観する以外にないという。

母親は10代で妊娠、結婚、出産したが、娘が2歳の時に離婚した。そして娘の乳幼児期には母親と母方祖母が協力して育児に当たった。しかし娘の乳児期についての母親の記憶は余り残っていない。離乳は1年前後、そして排泄訓練には苦労した。4歳頃から母親は夜勤の仕事について、母方祖母が育児を担当した。実父は離婚以前から余り帰宅することがなく、従って娘には実父との接触が殆どなかった。

娘が小学校2年生の時に現在の夫と再婚した母親は、仕事を辞めて専業主婦としての生活を始めた。娘は義父を以前から知っていて、祖母を離れて3人の生活に慣れるのに問題はなかったが、初潮後は距離を取るようになって、義父が近づこうとすると嫌がる、という。

本人の面接では車椅子に座って話をするが、年齢に比べて幼い印象を与える。立って歩けないことについては全く説明できないのか、触れたくないのか、気にしていないのか不明であった。母親および本人の面接から現在母子共生関係に退行していることは明らかであったが、本人の最大の発達がどこにあるのか、すなわち潜伏期に到達した事があるのか否かは不明であった。

アセスメントの説明

本人がひどく幼児返りした状態にあること、および複雑な家族背景があるので、本人にはプレイセラピーの中で自分の気持を表現していく事が問題解決の役に立つと思うとだけ伝えた。そして母親にはアセスメントの詳細について伝えた。

初潮を迎えて娘さんは大人になる道を歩み始めたのだが、自信がもてずに困り果てているように見える。年齢相応の友人関係はもてていない。母娘の世界で毎日を過ごしているが、本当は自信

をもって思春期の育ちを享受したいのだろう。ところが自分の気持を言葉で表す事に躊躇があるのか、一人で立って歩く事のできない身体症状を通してそれを表現しているのであろう。自信がもてないので母親に頼りたいが、頼ると今度は自分を失ってしまうのではないかという心配が出てくるので頼れない。前門の虎、後門の狼といった事態に陥って失失失歩という身体症状を表現しているのだが、それでもひどい不安に襲われて、その不安から逃れるために手首自傷の脅しを仕掛けてくるのであろう。それによって一時的に不安から逃げようとしているように思われる。しかし意図的に母親を困らせようとか、怖がらせようとしているのではなく、彼女のどうしようもなく不安な寄り添なさを母親に救って欲しい、ということなのであろう。

彼女の困り果てている気持を彼女が言葉で表す事ができるような手助けが彼女の役に立つように思われる。一つは親ガイダンスであり、母親が家庭での母子のやり取りをセラピストに語り、行動観察から娘の気持を理解して、彼女のニーズに見合う対応をする、また彼女が心の内面を言葉にして母親に伝える手伝いをする事である。もう一つはプレイセラピーを実施することである。母親は治療方針に合意した。しかし娘はプレイセラピーを拒否した。

ガイダンス経過

娘はほぼ機嫌の良い一日を過ごしたとしても、入眠間際には突然不機嫌になって、母親に当たり散らす。例えば、じゃあ、お茶飲んで寝るねというまでは機嫌が良かったのに、突然、ママの入れるお茶はまずい、と言い出す。ではあなたが自分で入れてみる？と聞いただけで、美味しいお茶を入れろ、と叫ぶ。母親が、また来たかと思うその瞬間に、新聞を丸めて投げつけてくる、母親は娘の機嫌を取ろうとするが、何を言っても、しても、しなくても機嫌は悪くなる一方で、母親はお手上げになって自室に戻る。しばらくすると母親の部屋に入って来て、赤マジックで印のついた手首を

見せて、切ってやると叫び出す。そして二人は母親のベッドに入り、母親は娘を抱き寄せて娘の機嫌の治まるのを待つ。母子のやり取りの内容はそのたびに少しずつ違うにしても、基本的にはこのアンビバレントな関係の反復、すなわち再接近期への退行に伴う危機的な状況に陥って母親も娘も疲れ果てていることが理解された。

そこで、セラピストは、母親に以下のように伝えた。すなわち母親は娘が素敵に育って行くように願っている。しかしどうすれば娘の役に立てるのか分からずに困り果てているようだ、と。そしてお母さんもできるだけ手助けして行きたいと思っていると娘に伝え返すように、また母子間でそういう話し合いをするために、母親と娘の座る位置をもう少し離して距離を取ったほうが良いだろうと助言した。昼間の機嫌の良い時を見計らって、夜寝る前に気持が不安定になることが続いているので、先生に相談したら、こういうふうに言われたんだ。ママもそう言われてみれば、そうだなあと思うので、あなたに伝えるんだけど、寝る30分くらい前になったら二人の距離を少し置いてみようよ。で、あなたの気持がどうなるか見てみようよ。母親はセラピストの提案を受け入れて、早速、娘に話をしたところ、娘はその場でそれを受け入れた。

母親は、先生から言われたんだけど、今までより少し離れて座ってみようよ、と切り出した。すると娘は、ママの入れるお茶はまずい、といういつもの話ではなく、どうしてそういう風に言うのか分からないけど、そう言いたくなっちゃうのだと母親に語った。これに対してセラピストは、母親がどう対応をしたか聞いた。母親は、そうなんだ、とは言ったが、言葉に詰まってしまって、また荒れたが、荒れ方がいつもほどではなかったという。そこでセラピストは母親に、何が、そう言わせるのか、ママも一緒に考えてやって行きたいと娘さんに返すように、それから将来の夢について聞いて上げるように助言した。

母親の問いかけに娘さんは、きれいな服を着てスタイルの良い大人になりたい、といったことを

語ったという。セラピストは、彼女は実父がどんなスタイルの男性であるか知っていますか？と質問した。多分、知らないだろうという答に、一緒に暮らしていれば、どんな父親、母親のスタイルというのは分かっているから、自分の将来の身体つきを予想しやすいが、もし娘さんが父親を知らないのなら、将来の自己象を想像するのにハンディがありますね、母親として父親の話をするのは難しいですかと聞いてみた。すると、随分時間も経っているし、今自分は再婚して安定した気持ちがあるので、できないことはないだろう、と。そこで身長はどのくらいで、どんな感じの人だったとか、大人になって行くのに父親のことは知りたいだろうから、ママに質問して良いからと、伝えるように助言した。こうしたやり取りから、彼女の不安は下がり、半年後には自立歩行が可能になった。

しかし、親ガイダンスによって常に順調に回復が進んだのではなく、前進と後退の反復の中で、後から振り返れば、随分回復したな、といった印象を抱くような回復であった。娘さんが前向きの気持で毎日を過ごそうとする時に彼女を悩ませたのは彼女の出生をめぐる疑問であった。娘さんは繰り返し、どうせママは私なんかいないんでしょ、私のことなんか嫌いよね、私はママのお荷物よね、生まれて来ないほうが良かったんだよね、などの陰性感情を表現する言葉が現れて来て、ママを責めるという悪循環が観察された。言い換えれば、娘さんには両親がうまく行かなくなったのは自分のせいだったのか、自分なんか生まれてこないほうが良かったのかななどの深刻な疑問のあることが窺われた。そこでセラピストは母親にママの思春期はどんなであったか、実父とはどうやって知り合ったか、どういうところに惹かれたのか、妊娠中に生まれてくる赤ちゃんへのどんな期待や心配を抱いたか、初めて赤ちゃんを抱いた時の印象などを娘さんに伝えるように助言した。

母親は助言のように娘さんに自分の話をした。母親が女の子を授かって嬉しかったという言葉

や両親の離婚は自分のせいではないという言葉
を母親から直接聞いたことによって彼女の気持
は和らいだ。こうして娘さんの母親攻撃の悪循環
は止まった。

このような変化の前に、母親は娘の早期乳幼児
期に夫婦関係が不安定で、いつもいつも娘を愛し
ていると感じていたか否かは自信がない、と躊躇
した。そこでセラピストは確かに常に愛情を持ち
続けていることはできなかつたかもしれないが、
それで食事を与えなかつた事はあるだろうか？
娘さんが怪我するような暴力を振るつたことは
あるだろうか？ 1週間も1ヶ月も娘さんを祖母
に預けて一度も会わなかつたようなことはあり
ますか？ と質問した。そういうことはなかつた
という事であったので、母親が多少の後ろめたさ
を感じているのは理解できるが、今、娘さんが自
分は母親に愛されている、大事に思われていると
思えるように関わるのが最も大切であり、そう
感じる事ができれば娘さんは将来に向かって自
分を作って行くことができるようになるだろう、
そして不安に駆り立てられることなく、友達や担
任と一緒に過ごす事もできるようになる。そうな
れば、過去に拘る必要性はなくなるのだから、今
お母さんが娘さんのために頑張りましょうと励
ました。この励ましは有効であった。母親は繰り返
し繰り返し娘が再接近期に退行して母親との
近い関係を破壊しようとする動きに駆り立て
られるのを耐えて、娘の前向きの姿勢を支える事
ができるようになった。つまり、母親が責められ
て自室にひきこもることはなくなり、娘に不安定
な情緒が押し寄せる時に、母親はそれに反応せず
に娘の気持が落ち着くまで見守ることができる
ようになった。こうして初診から1年が経過して、
娘のヒステリー症状は解消して、通常の学校生活
に戻った。

事例3：初診時中学校2年生男子（不登校・家庭
内暴力・ひきこもり、完璧主義）

数年間を外国で暮らした後、中学1年生の長男
は秋まで塾通いをして勉強していたが、2学期に

なると塾通いを止めて、塾の勉強は下らないから
しないと言い出した。そして12月に入ると塾を
辞めた。そして3学期にはまだら登校から間もな
く完全不登校が始まった。

息子は勉強をする理由が見当たらない。勉強は
下らない、勉強する気にならない、真面目に勉強
をしている同級生に腹が立つ。特に女子には苛立
つと云う。母親は長男にそう言われると、何も言
えなくなって、絶望的な気持になる。父親は何と
か学校に行って勉強もしろよと言いたいのだが、
勉強をする気が起こらないと言われると、どこか
具合が悪いのかな、と思って話し合いを続けて良
いのか否か自信がなくなるという。こうして2
年生の3学期の終わりに初診した。

3年生になる直前に学校には行かないと宣言
した。そして完全不登校が始まると、テレビゲー
ムに熱中して一日を過ごす、また妹の行動にけち
をつけて暴力を振るう、また母親にも罵声を浴び
せ暴力を振るうようになった。担任教諭のできる
だけ学校においでよ、と云う働きかけには、今は
学校に行かないと強い口調で答えて動かなかつ
た。

面接ではニキビが一杯のいかにも思春期真っ
盛りの男の子という感じであり、見るからにイラ
イラと落ち着きがなく、不安が非常に高い事が伝
わってきた。同級生の男子との親しい関係を作る
事はできずに、彼らを嘲笑する言葉を表現した。
女子に対しても同様で、セクシュアリティについ
て興味はありそうなのだが、それを認めることは
できない。テレビゲームに夢中になってあり余る
エネルギーを発散する以外に身を保つことは難
しそうであった。そして登校再開の見通しは立た
ない状態であった。

妊娠・分娩から発達のマイルストーンはすべて
正常または正常範囲内で、幼稚園、小学校を通し
て特に問題はなかつた。外国では日本人学校に通
っていたので、クラスは少人数であった。現在の
クラスは30人クラスで生徒も多く、それが問題
なのかと母親は疑問に思っている。

アセスメントの説明

思春期中期に入り、今までに経験した事のない自分にどう対処して良いのかが分からないという感じでのだろう。通常は、同性の親友と一緒に色々な行動を共にして、エネルギー発散するのだが、彼は海外帰国子女という事もあって、それができないままに思春期を迎えている。一日中テレビゲームでエネルギーを発散して、母親に罵声を浴びせたり、妹に文句を言ったり、暴力を振るわずに過ごす事ができれば、その一日は彼なりに頑張ったと理解したほうが良いであろう。このような状態はいつまでも続くものではなく、大人になりつつある自分の身体に慣れるにしたがって再び落ち着きを取り戻して行くのが常である。16・7歳頃には大分落ち着くだろう。それまでの間、登校する、しないは大きな問題ではない。むしろ高校にも行かずに将来どうなってしまうのだろうという両親の心配は分かるが、やがて大学をどうしようかという事を自分なりに考える時がやってくるので、それまで待っていることが親としては大切である。親が我慢できずに動きすぎると、暴力が発生したり、それに伴って自分はダメ人間だ、幸せになる資格はない、お先まっくらだと感じたり、死にたくなって自殺企図することもある。親が心配の余り普通高校や定時制高校への入学やサポート校への進学をせかせかせたりするほうが、子どもの自尊心を傷つけることになり、あるいは自分たち両親は子育てに失敗したという気持ちになりやすい。そうすると子どもは自分が親を不幸に陥れている、困らせている、親の夫婦仲を引き裂いているなどの思いを抱くようになって、不登校で自尊心が傷つく以上の心の損傷を被る事になる。つまり心の2次的損傷をひどくしてしまう。そうってから普通に育つ健康な仲間の中に再び入って行くのは難しい。そして大学を卒業して職を得るような道からはずれてしまう。だから落ち着いて自分を保つ事ができるようになるまで高校に行かないで良い。むしろ落ち着いてから認定試験経由で大学に進学するほうが、長期的には望ましい発達のレベルにまで到達し得

るであろう。そういう経路を通して大学に入学してくる学生は少なくない。今、高校に進学したいと思い、そうできるのなら受験すれば良いし、できそうもなければ、焦ってサポート校やフリースクールに通う必要もない。今すぐに決める必要もなく、3年生の経過の中で様子を見ながら決めて行くのが良いのではないか。その間、取り合えずテレビゲームや読書でエネルギー発散して暴力を振るわずに済むのなら、せいぜい親が息子さんにして上げられることは、一緒に運動をするとか、少なくとも毎週3回、1回1時間程度の運動を勧めることであろう。但し、母親と息子さんの二人でする散歩や運動は避けるようにと伝えた。両親はこの説明を聞いて安心した。本当に、2年も3年も閉じこもっている子どもが認定試験経由で大学に入学できるのだろうかと質問した。それについてはセラピストの知っている事実や経験を伝えて親ガイダンスを薦めた。

親ガイダンスの経過

週末は両親や妹と共に散歩をするようになった。と共に暴力を振るう事は殆どなくなった。しかし機嫌の悪い日はあって、なるべくそっとしておくように心がけているという。どんな事が彼の機嫌を悪くするのだろうかと問うと、やはり母親が学校の事を気にして息子に何か言ったりするといけないようだという。母親のこの気づきは大きく、母親なりにそういう心配を息子に表明するのを慎むようになった。次に、大学を卒業する意義について親子で話し合うように助言した。そして、父親と母親がわが子に大学教育を受けて欲しいと思う理由を彼に伝えてもらった。彼はこの話については否定せずに聞いたという。こうして比較的安定している日が続くようになった3ヵ月後に、息子さんに高校はどうしたいのかを聞くように両親に伝えた。

息子さんは高校には行きたいと伝えてきた。そこで高校に行きたいのなら秋には登校したほうが内申書の面でメリットはあることを伝えてもらった。すると彼は夏休み前の1週間、毎日登校

をしてみた。そして、登校は無理と彼なりに判断した。夏休み中は家族でいくつかの高校を見て歩いた。春から夏の終わりまでの半年近くの間は2-3回だけだが、荒れて彼は母親に暴力を振るう事があったが、そのために父親と息子さんの二人でガイダンスに訪れたことがあった。彼なりに暴力を振るう自分が嫌で来院したのだが、どういう経緯で母親に暴力を振るったのか話すことはできなかった。その次の回に、母親は息子さんが時々母親のところにやって来て、膝枕させてほしいことがあるが、もうそういう事はしないほうが良いのでしょうか、と質問した。実際のところ、息子さんにそう言われると母親はいけないのかなと思いつつ、ついつい彼の言うことを聞いてしまうのだという。セラピストは親離れの途上であって、そうやって母親に甘える自分のいる事は、父親には知られたくないだろうし、仲間にも絶対に知られたくないだろう。しかし20代の半ばを過ぎててもまだ母親のおなかに自分の頭を乗せて、ママとこうしているのが一番幸せだみたいなことを言う息子さんもいますよ。確かに20代の半ばになってまだそういう事をしているのはただだけないけど、まあ、そういう形で母親に甘えることは最後のお楽しみ程度に思っただけでも良いのではないですかと応えた。

以来、彼が母親に膝枕を要求したという話は聞かなかった。彼は秋になっても登校しなかったが、それはそれとして、彼の高校進学希望を実現していく上で、母親は担任と連絡を取って動いた。その結果、高校受験について担任と何回か会って話をした。こうして年末に向けて、どこの高校を受験するか、しないかという話が両親と彼との間で繰り返された。彼は大学受験を目指すこともできるコースのある通信制高校の入学を決めた。入学が決まると共に、彼の緊張はとけて昔と変わりのない明るい表情に戻った。

事例4：初診時中学校2年生女子（不登校・家庭内暴力・ひきこもり）

概要

3年半にわたる隔週の母親ガイダンスを施行した事例である。初診時、子どもは13歳女子、中学2年生2学期。3人姉妹の末娘であり、父親は単身赴任で毎月2回ほど週末に帰宅する。しかし父親と娘3人との対話は殆どない。母親と3人の娘が父親抜きで過ごす家庭は大変そうだと容易に推測することのできる内容の話が母親から語られた。彼女は女子中学高校一貫校に入学直後より学校に馴染めなかった、という。中学2年になると母親に何故自分を女に産んだ、男に産み直せと言って暴力を振るうようになり、秋からは完全不登校に陥った。彼女が自分を生みなおせと言う時の娘の表情や鋭い目つきから、わが子は狂ってしまったと強く感じていた。

彼女は二人の姉と争う事はなく、暴言暴力もない。もっぱら母親を相手に女性であることへの不満を言葉にして、次第に感情が乱れて母親に怒りを最初は言葉で、やがて殴る蹴るなどの暴力にエスカレートするという。母親一人で娘の暴言暴力を制御することは難しく、夫に頼りたくても単身赴任で母一人途方にくれる毎日であった。また暴言暴力の繰り返しから逃げ出す事もしばしばであるという。

中学に入学するまでは発達史上目だった問題はなく、初潮は小学校5年生の時にあった。正常分娩、離乳は生後1年時、排泄訓練は2歳から3歳の間、幼稚園時代はおままごとの好きな女兒であったという。

面接で彼女は緊張感が高く、寡黙で自発的に自己を語る事はなかった。質問に少ない言葉と身振り態度で応じたが、思春期前半の恥じらいの強い様子が感じられた。彼女は中学入学以来制服のスカートを極端に嫌がっていたが、不登校後、スカートは一切はかずにジーンズで通している。4回のアセスメント面接で毎回ごとに不安は増大しているように見えたので、無理に個人療法に導入することはせずに、隔週の母親ガイダンスだけを治療方針として選択した。

アセスメントの説明

以下の説明を本人と母親に伝えた。すなわち思春期が進み、自分が女性であることを否定しがたくなるにつれて、女性であることに居心地の悪さを感じているようである。性別同一性障害という診断もありえるが、そのように断定するのは成人期まで待つべきである。いよいよ女性らしくなっていくこの時期に、女子中学では仲間同士の会話で、私とかわず俺と言う子もいるものだが、時が経つうちに素敵な女性らしい女性に仕上がっていく事が殆どである。従って、今、男に生まれなかった、男に産み直せという気持ちがどのように変わって行くかを楽しみにして待っていれば、それで十分であろう、と伝えた。学校に関しては、今は非常に不安が高いので、登校は難しいと思われるが、通常数年の経過の中で新たな女性としての身体にも慣れてきて、不安は低下してくる。本人は母親に自分の気持ちを言葉で話すように努めれば良いし、母親は娘の話に耳を傾けて理解しようとするれば、それが一番望ましい解決策であろう、と伝えた。本人は黙って説明を聞いていて、感想を述べる事はなかった。母親は、数年の間、現在のような状況が続くのだろうか、一人で対応するのはとても大変そうで、その役割を果たせるかどうか心配。とにかくやる以外ないんですね、と感想を述べた。

ガイダンス経過

中学2年—3年（1年半）

母親は毎回同じような娘の暴言暴力について語った。担任教諭からはしっかりした女子教育をすべきなのに、母親が逃げ腰すぎると母親に思わせるような発言があった。母親はこの発言を気にしていた。週末に父親がいると、娘たちは静かに良い子にしているので、普段の母親の大変さは夫に分かってもらえないとこぼした。

男に産みなおせという彼女の要求の意味するところは当初全く理解することはできなかった。そして激しい暴言暴力への対処が主な仕事になった。父親も姉も不在の時間帯に発生することが多く、母親は彼女に嫌気を抱くだけでなく、怖れ

も抱くようになっていた。それがまた暴力を増幅させていた。そこで最寄の警察署生活安全課を訪れて、実情を話して、本当に危険を感じた時には署に連絡をするように精神科医から助言されたことも伝えるように助言した。そして母親は生活安全課で丁寧な対応をしてもらった。それによって母親の安全感は少し回復して、娘との接触はやや改善した。

母親の話からセラピストには次のようなことが想像できるようになった。すなわち母親、姉三人の父親不在の家庭の中で一番年下の娘が育って行くのは、それ自体大変な営みであって、安心して身体的な成熟を心で受けとめていくのは難しいことを母親に分かってもらいたいのではないか？ これを母親に伝えたところ、母親には思い当たるところがあって、それまで男に産みなおせと言われると、娘は狂ったのではないかと感じていたが、狂ったわけではないのかもしれない、と母親に心境の変化が生じた。そして男に産みなおせと言われて、思わず逃げ出したくなるのは、それを字義通りに受け取り過ぎていたからだが、そうでないとするれば、自分の態度は娘の目には逃げに映っていたらろうと母親は気づいた。母親自身のこの気づきによって、母親の耐性は高まり、娘の語りかけに耳を傾けることができるようになった。

母親は娘の暴力については余り話さずに、現在と昔の家庭を比較するようになった。下の二人が幼かった頃の母子は、二人の大人の女性（母親と長姉）と二人の娘（下の二人）という感じが強かったが、下の二人が小学校の高学年になると、次第に4人の女性たちの家族という雰囲気が出てきた。競争関係は強まり、緊張場面は増えた。一番下の娘の居心地は必ずしも良いものではなかったようである。母親のこうした振り返りをまとめて、セラピストは次のように母親に説明した。すなわち母親と思春期の娘の競争や争い、憎しみ合いなどの問題はどの親子や家庭にも見られるものであり、一般的には父親が介入しないと母と娘の感情の対立や抗争は修復できない、と言われ

ている、と。そして父親が母と娘の双方にポジティブな言葉かけをすると良いであろうと助言した。それには、たまの週末に状況を選んで父親が言葉かけするのも良いであろうし、娘に短い手紙でちょっとしたことを誉めたり、励ましたりするのにも賢明であろうと伝えた。母親はすぐに夫に連絡をして対応を頼んだ。夫はその父親役割を理解して実行を心がけるようになった。具体的には父親が週末に家に戻ったら、娘に声をかけるとか、無視していないよという合図を送るとかであり、またお誕生日のお祝いのカードを送るなどであった。

このような変化の中、3年生の1学期に担任から主治医に直接電話連絡が入った。母親の了解のもとでの連絡で、不登校のまま卒業を認めることのメリットとデメリットについての質問であった。メリットを説明したところ、校長と担任と主治医でミーティングをもつことになった。こうして学校は高校推薦はできないが、主要教科ごとに課題を出すので、課題提出をもって評価して卒業を認めることになった。

母親も父親も中学卒業後も家庭に引きこもり続けそうな状況を容認することが娘の一生にどのような影響を与える事になるのかを心配した。セラピストはこれまでの経験から思春期のひきこもりの多くは17歳前後になると新しい自分の大人の身体に慣れてきて、不安は下がり、社会の中での自分の場所を考えて前進を始める事が多い。そうならずにもその後もひきこもり続ける事例は非常に少ない。このような事例では思春期のひきこもりを無理やり解消させようと親が焦りすぎて子どもに厳しすぎる要求をしたり、親子でせめぎ合ったりして、お互いにお互いを傷つけ合ってしまう。そして親子ともども二次的な心の損傷を受けてしまって先に進めなくなっていることが多い。だから、娘さんがどうしても高校に入学したいと思っていれば話は別だが、そうでない限り、無理に高校やフリースクールなどに入学する必要はない。むしろ娘さんの回復を待つほうが賢明ではないか。そうすれば必ず大学進学への道が

100%開けるとまでは保証できないが、そうなる可能性を壊さずに娘さんの将来に期待をかけ続けることができる、と説明した。この説明を踏まえて両親で相談をした結果、高校については本人の決断に任せようと合意して、それを娘に伝えた。彼女は、高校受験はしないと決めた。

そして課題に対応する作業について彼女は母親と話し合い、また母親が外出できない娘に代わって教材を買ってくるなど再び娘に協力しつつ親子の生産的なやり取りが回復した。このように課題を提出して卒業するという営みは、本人にとっても母親にとっても良い経験になったようであり、母親への彼女の暴言暴力は殆ど消えた。

中学卒業後の2年間高校には進学せずに、本人の思うままの毎日を過ごすようになった。彼女は歴史が好きで、歴史の本を読む時間が次第に長くなった。父親との交流が始まって久しいが、父親との間で何か娘にとって受け入れがたいことがあったようである。その後1年前後は父と娘のもめ事が表面化するようになった。たとえば父親が自宅用のコンピュータを買って間もない頃に、彼女はコンピュータの内部やキーボードに接着剤を流し込んで使用不能にしたり、また別の時には週末を迎えて、父親の帰宅する直前に玄関脇の壁一面をすっかり壊してしまった。父親は帰宅するなり激怒して二人は取っ組み合いの喧嘩を始めた。それを見た母親は娘が殺されると心配して、警察署にかけこんだ。警察官が自宅に駆けつけた時に父親と娘は大きく息をしながら床に座り込んでいたという。父親からも娘からもこれに関する情報は殆どないので、何が起きていたのかは分からないが、以降、彼女は大きく前進した。外出が3年ぶりに回復した。彼女は町の書店で何冊も歴史書を読みふけるようになった。そこでセラピストは大検経由の大学入学の可能性を娘に伝えるように母親に助言した。

それを聞いた彼女は元同級生の何人かと電話で話をするようになった。元同級生は元担任がボーイフレンドとうまくいっているとかなどの学

校での噂話の実況中継を主にしたようであるが、それだけでなく近づく大学受験への皆の準備状況についても話してくれたようであった。年が明けると、彼女は大検塾に通いたいと母親に言い出した。そしてすぐに大検塾に通う毎日が始まった。春には塾の講師に大検は大丈夫だから大学受験勉強に切り替えるように勧められた。こうして彼女は、元同級生と共に大学に入学する夢を抱くことができるようになった。この時彼女は心配だからカウンセリングも同時に受けたいと母親に伝えた。そこで親ガイダンスは目的を達成して終了することになった。そして娘への支持的な個人精神療法を開始したが、その翌年には志望大学に入学。その大学も無事に卒業して就職に至っている。

事例 5：初診時 18 歳の男性（不登校・家庭内暴力・ひきこもり）

概要

高校 2 年で高校を退学した後、自宅にひきこもる男子。中学までは元気で過ごしていたが、高校に入学直後より通学途中の電車の中でパニック発作を経験した。電車に乗れなくなって、不登校に陥った。とは言え、希望の大学に付属する高校に入学したので、母親は何とか登校させようとタクシー通学も試みさせたが、同様なパニックに襲われて閉居を続けるようになり、間もなく母親に暴力を振るうようにもなった。そのため母親は軽度の捻挫や肋骨の骨折などを受傷したことがある。2 年生になっても状況は変わらず約 1 年半前に退学した。高校入学以来、同性の友人関係は途切れている。

父親はサラリーマンで母親はパート勤めをしている。姉はフルタイムの仕事について単身生活を実家のそばでしている。両親の仲が割れて久しいが、母親は父親と一緒に部屋で休むつもりはなく、息子が小学校の 2 年生以来、母親は息子と布団を並べている。今では夫婦の会話は喧嘩以外に全くなくなっている。以前、父親は母親の作る

食事や食器の洗い方に細かな文句をつける癖があり、母親は結婚当初、父親（夫）の意に沿うように努めていたが、息子が小学校に入学する頃には、夫の満足することはないと見切って、対立するようになった。セックスレスになると共に、夫婦は別の部屋に、母親は息子と同じ部屋で休むようになった。

本人との面接では、非常に不安が高く、自ら自己を語ることは殆どできなかった。母親への暴力はコントロールしがたく、ついつい手や足が出てしまう。母親に捻挫させたり、肋骨を骨折させてしまったりで、本当に自分のことを嫌になってしまうし、将来に絶望するという。2 回目の面接までは来院したが、3 回目以降は来院することができなくなった。

アセスメントの説明

アセスメントは両親に伝えた。外出恐怖が主な症状であり、この不安は自分が母親を父親から奪い取ってしまったという勝利感と罪悪感に基づいて生じる父親からの報復を恐れているものであり、いわゆる神経症性の不安である。母親と同室で起居するのは息子さんの幼児期の願望の勝利ではあるが、この報復の恐怖をもたらすので、すぐに解消したほうが良いであろう。両親が同室に戻り、息子さんが父親の部屋に移るのはどうだろうか、と提案した。

この提案について母親は、間髪を入れずにそれは無理と応じた。理由を問うと、夫に対する文句が溢れ出てきた。決して建設的な気持からの発言ではなく、夫婦関係の改善には相当の時間を必要とすることが自明であった。父親もまた負けずに母親について批判した。セラピストはとにかく母親と 18 歳の息子が同じ部屋で布団を並べて休むのは不適切であり、それが不安を作り出すのだから、早急に解消したほうが良いと述べて、取りあえず息子さんのために両親としてできるのはこの解決のみであることを伝えた。

次回、部屋数も少なく、夫婦が一緒に同じ部屋で休むか、これまでのように母親と息子さんが一緒に起居することになると母親は語った。セラピストがなお母親と息子さんの分離を提言したところ、母親は自分の兄に頼んで、息子を兄宅に預けることを決めた。父親に異論はなかった。そして息子さんは兄宅で暮らすことでどうなっていくかを見ていくことを目的に両親ガイダンスを毎月1回実施することになった。

ガイダンスの経過

親ガイダンスは約1年、10回ほどで終了した。両親は毎回別々に来院して、ガイダンス終了後は別々に帰宅した。毎回、両親の夫婦喧嘩の連続であった。まず、二人は面接室に入るドアの前で、どちらが先に入るかで言い合い、面接室に入れば、どちら側の椅子に座るかで言い争った。ようやく着座すると、今度はどちらが話の口火を切るかで争った。ようやくどちらかが話し始めるのだが、そこまで最低10分はかかった。どちらかが話し始めて最長10秒以内で、もう一方が話の腰を折るようにして話に割って入ってきた。セラピストは落ち着いて話を聞くことができず、呆然と成り行きを見守ることが多かった。しかし、それではプロセスは進まないで、話始めた親の話の文脈を追うように、そして話をしていない親からの妨害は止めるように心がけた。セラピストはそうしているうちに頭がボーッとしてくるようになり、多分、息子さんはこんな感じで小中学校時代をすごしていたのだろうと想像した。息子さんが小学校時代には夕食を家族3人か4人で共にすることもあったが、食事が始まると間もなく夫が食事の味付けに文句を言い出して口論が始まったという。口論は食器を洗い終わるまで続いたらしい。長女は短大卒業と共に就職して、小さなアパートで一人暮らしを始めて、母親とのコミュニケーションは続いているが、父親とは話もしないし、会いもしないという。セラピストは、息子さんは相当我慢強く、母親を支える役割を果たしてきていたようだ感想を述べた。こうした

通常のガイダンスのやり取りは1セッションあたり数分もてれば良いほうであった。

息子さんが母親の兄宅に移って3ヶ月も経過すると外出恐怖は消失して、表情も明るくなったという。母親は同室で息子と布団を並べて休むことが、そんなに影響していたのだろうか疑問を持ち出した。セラピストは他にどんな可能性が考えられるのだろうか質問で応えた。両親ともに他の可能性は思い浮かばず、そういうことなら息子が完全に元気になるまで、兄に頼んでみようということになった。

半年後、息子は運転免許証を取りに自動車学校に通い始めて、すっかり元気になったという。そして母親は我慢できずに息子を自宅に戻した。2週間も経たないうちに息子さんは感情的に不安定になって、母親に暴力を振るい始めた。両親とも、息子にとって自分たちと一緒に暮らすことがマイナスになるのを目の当たりにして、再び、息子を兄宅に預けることにした。

ガイダンス開始1年の頃に、両親は初めて言い争うことなく面接室のドアを開け、着座した。本当に初めての出来事であった。そして言い争うことなく、父親が言うには、「自分たちは本当に仲が悪いと分かった」。これに続いて母親が、「それでも私たちは離婚しないで」、それを父親が引き取って、「同じ屋根の下、別々に暮らして行こうと意見が合いました」。今度は母親が、「だからこれ以上先生に無駄な時間を使わせたら悪いので、今日でカウンセリングは最後にしよう」と二人の話は合ったんです。息子は伯父宅から専門学校に通い始めていた。

事例6 初診時15歳中学3年、女子(摂食障害、体重減少)

中学2年生の夏頃から母親の瘠せが目立つようになった。3学期には生理が止まり、中学3年生の1学期にはBMIが16前後になった。学校の身体検査で注意されて受診したが、この1ヶ月間の摂食状況は急速に悪化している。初診時、BMIは16.5あり、血清電解質は正常値であった。

食欲不振で脂物は一切食べない。母親が無理に食べさせようとする、てんぷらの皮を取って紙で油をふき取って食べる。母親が元気をつけようと思ってカロリーの高い食事を準備すれば、箸をつけないという。母親と娘の間は常に「食べなさい vs 食べない」の争いの連続である。

瘡せのきっかけは下校時に仲間で学用品を買いに行った折にあった。みんなは店に入るのだが、それは校則違反になるので、彼女は店のドアの前で足が止まって入ることができなかった。このエピソードをきっかけに仲間から真面目すぎると言われるようになった。彼女自身、確かに学用品を買うために文房具屋に立ち寄るくらい良いのではないかという思いがないわけではない。しかし、店に入ろうとすると校則は守るためにあるのよ、という母親の言葉が頭に浮かび、足が止まってしまうのだという。仲間はファウンデーションを使ってみたり、マニキュア、口紅、頬紅、おしゃれなTシャツなど、家で楽しむようになって、学校の休み時間には、そうした話で仲間は盛り上がるのだが、彼女はみんなと一緒に話の輪に加わりたい気持と、それはダメという思いとが交錯して、落ち着かなくなる。そのうち気がついてみれば、体重減少が始まっていたという。

父は仕事に忙しく、母は専業主婦。3歳年下の弟がいる。母親は、娘がこれまで順調に育って来ていたので、何が子育ての失敗だったのか分からないが、何か失敗があったに違いない、父親は仕事柄休日でも緊急に駆けつけねばならず、子どもたちと距離がありすぎたのかもしれない、と思っている。父親は娘のお仕置きに暗い押し入れに入れたのがいけなかったのかな、と反省している。母親は長男(弟)を妊娠している時に、近づいてきた娘を思わず押し返したことがあり、それがいけなかったのかな。その時の娘のびっくりした表情は今でも忘れられない。あの思わずの拒絶がいけなかったのかと考えている、という。

本人は既に述べたように年齢相応の興味を受け入れる事ができずに親友と距離ができ始めていることを伝えてきた。発達のマイルストーンは

すべて正常ないし正常範囲内であり、特記すべきようなことはない。

アセスメントの説明

中学2年生までは通常の発達をしてきていたが、思春期が進むにつれて、自分が大人の女性になりつつある中で内側から沸き起こる興味を仲間は受け入れてお洒落をしたり、罪のない校則破りをしたりしている。ところが娘さん自身は小学校時代に親の言うことを全部守ります、みたいな真面目さを今でも維持しているようだ。この超自我の緩和と呼ばれる過程が停滞しているために、自分の内側から沸き起こってくる年齢相応の興味を満足させたい自分は悪い子である、といった気持ちになるのだろう。低体重つまり栄養不良状態になると身体は性的な側面を切り落として生命や身体を守ろうとするようにできていて、だから摂取カロリーを減らして低体重になっているように見える。この1ヶ月の急速な体重減少は、学校から注意されて母親が娘さんに何とか食べさせようと必死になって、彼女の摂取量を増やそうとした結果であるのかもしれない。BMIはまだ16を切っているわけではないので、そこまで焦る必要はなく、まずは赤信号、みんなで渡れば怖くない、といった仲間の行動に参加できるようになること、おしゃれやお化粧品にも興味をもって良いのだと思えるような娘さんになってもらう必要がある。

父親はこの説明におおむね納得したが、小学校の頃に比べて、娘さんが父親に相談を持ちかけなくなっているのだが、それはどう理解すれば良いのか、と疑問を投げかけられた。この発達期には近親姦の掟が作動するため、娘さんは父親との距離を取るようになるのが自然であり、その意味では娘さんの育ちは悪くない、自然の掟の通りに育っている部分もあるという事になる、と説明した。母親は自ら考えてきている子育ての失敗にこだわり、どこに失敗があったのか、教えて欲しいと述べた。このような心の発達の問題について、原因はこれ一つである、と特定することはできない

のが常であり、むしろ多種多様ないくつもの要因が重なりあって発生する、と理解されている。生まれつきの素因からいくつもの環境因までであるので、どうしてこういう問題が生じたのかを理解するのは難しいし、それに拘る事が娘さんを助けることにはならないと説明した。

治療として本人が望めば個人精神療法は勧められる。また、娘さんの家での様子を親から聞いて親としてできる手助けについて助言を提供することはできる、と伝えた。娘さんは治療を拒否して、母親はガイドランスを望んだ。

親ガイドランスの経過

摂食行動について親は一切口出しせず、娘さんにすべてを任せるようにしたところ、娘さんの摂食行動は急速に回復して危機は脱出した。この助言に対して母親は、子どもの食べ物について細心の注意を払うのが母親の役目ではないのですか？と訝った。母親の母親役割に対する思い入れは非常に強く、そこで自律性や主体性についての説明して理解を得るようにした。母親にとって娘の摂食行動を娘に任せるのは大変な作業であったが、そうすると娘の摂食行動に改善が見られるので、母親も頑張った。ただ学校のお弁当を作るのは母親の仕事であったため、これには丹精こめてお弁当作りに励んだ。しかしある日、母親は娘が家の近くのごみ集積場でお弁当箱をひっくり返すところを目撃してしまった。

母親はガイドランスの日まで何も娘に言わずに持ちこたえた。そしてどういうことなのか、と説明を求めた。セラピストは娘さんは母親の気持を思い遣って渡されたお弁当箱をカバンに入れるのだが、母親の作るお弁当を学校で開いてみると栄養バランスの整ったエネルギーも十分なお弁当が詰まっていて、それを食べたい気持と食べたくない気持が刺激されてたまらないのではないかと？周りの同級生からも何か言われるだろうし、だから学校には空のお弁当箱を持って行くのが気楽で良いのだろう。そんな罰当たりの行動を許すのが正しい育児ですか？と母親はセラピスト

に詰め寄った。セラピストは正しいとか、間違っているとかではなく、大人に育ちゆく今、母親の言いつけを守らない自分があるって良いということを実に納得しなければならない娘さんに、お弁当を捨ててはいけないと言うのは、どうでしょうか？とセラピストは母親に返した。暫く考えて母親は、自分は今までずっと母親の言いつけを守り、背いたことは一度としてありません、と述べた。その話を続けると母親の精神療法の領域に入って行ってしまうので、親ガイドランスではそれ以上のコメントはしなかった。しかし、この母親の言葉は何故娘が母親の「校則は守るもの」を覆して同級生と一緒に文房具屋に入ることができなかったか、ファッションやお化粧品への興味を押し殺し続けるのかを雄弁に物語るものではあった。

肉やてんぷらも普通に食べるようになるには時間がかかった。ガイドランスを開始して半年も経過した頃、母親は娘が母親の前で一人前の食事をするものの、その直後にトイレに入るので、娘は嘔吐しているのではないかと疑うようになった。この疑いは決して的外れではなかったのかもしれないが、セラピストはそれも娘に任すように伝えた。ガイドランスの方針としては、娘の自律性を尊重して娘の主体的な前向きの動きを信じて待つ姿勢を一貫して保った。1年後、BMIは18.5に近づいて、神経性無食欲症の危機は去った。しかし、今度は時折の腹痛発作が発生するようになった。症状移動であるが、この腹痛発作は2-3ヶ月に一度程度のものであり、あまり苦しむときには病院の専門家の診察に委ねることにした。こうして1年から1年半が経過して親ガイドランスは終了した。その後娘は大学入学後に自ら個人精神療法を希望して受け始めた。

事例7：初診時25歳男子（ひきこもり・家庭内暴力）

中学2年生の時に不登校に陥り、児童精神科の精神科医のカウンセリングを受けてきた。そして大検経由で大学に入学して自宅から遠く離れて生活を始めた。しかし街で暴力行為に及んで大学

を中退してしまった。その後、自宅にひきこもり続ける青年である。両親と息子の三人暮らし。姉は職について一人で生活している。20 台の半ばになっても父親や母親への暴力行為のために両親は来談した。しかし、息子にそういう説明をすると怒り出すので、母親自身のことで相談に行くと息子には説明しているという。

父親は超多忙なサラリーマンで息子の幼児期から母と息子は密着した関係にあった。息子の思春期を迎えて近すぎる母子の関係のために不安が亢進して不登校に陥ったように思われた。その関係は今でも続き、母親はサディスティックな息子の要求をマゾキスティックに受け止めるようである。例えば、真夏の暑い最中、僕は冷房は嫌いだと全てのスイッチを切る。すると母親は汗を流しながら息子の要求を受け入れる。また母親が休んでいるところにやってきて、布団の中に入ってくる、母親のおなかの上に頭を乗せて、僕はママとこうしているのが一番幸せだ、と言うのだ。時には母親の保護者であるかのような素振りもするという。その一方、機嫌が悪くなると、母親に痣ができるほどの強さで殴ってくる。一次は痣の消えることがなかった時代もあったという。

アセスメントの説明

不登校から抜け出すのがむずかしく今日に至っているのだが、明らかにエネルギーをもてあまし気味である。家庭の中で一番我が物顔にしているが、そうさせるのはまずいかもしれない。何故ならば、居候をさせてあげているのは両親であり、彼は両親に頭を下げてお願いすべき立場にあるのだから。いきなりそういう立場を入れ替えるのはむずかしいが、徐々にここは両親の家であり、彼はその家を親の好意によって使わせてもらっているのだ、と彼に説明しても良いのではないか。父親は、それはその通りで、息子にそう言ってやりたいが、今いきなり言ったならば、彼は激怒するように思う、と。母親は確かに自分が甘やかせてきてしまっているが、彼にはつついそうして

しまいたくなるようなセンスがあると、まるで息子自慢をするかのような発言をした。取り合えず、両親としては彼の暴力にはこれまで耐えに耐えてきた。しかし、両親は老いてきていて、もう暴力には耐えられないので、暴力は止めにして欲しいと伝えることになった。冷房や布団に入ってくることについては、そういう行動が生じた時に、母親がしっかり No と彼に伝えるようにと勧めて両親は了解した。そして父親の多忙な仕事もあり、母親ガイダンスを中心に必要に応じて父親も参加することになった。

ガイダンス経過

母親一人の来談では、息子の問題は父親が不在だからいけないのだ、というのが母親の基本的な考えで、それによって母親と息子の幼児的な馴れ合いを自分では許しているかのようなのであった。そして息子からセラピストに電話が入った。その時彼は、彼が私をチェックして母親が見てもらうべき精神科医か否か判断するみたいなことを述べて母親の代わりに来談したいと述べた。私は両親が私と相談をしたいと判断したのだから、息子さんにはそのようなことをしてほしいと両親は言われていない。だから私には彼と会う必要はないと丁寧に説明して来院を断った。以来、彼からの連絡はない。そして安定した親ガイダンスの経過を辿った。

夏が来て、冷房の問題が生じた。そこでセラピストは母親に、息子さんにご両親から次のように伝えてはどうか、と助言した。すなわち、ここは父親と母親の家で、居間の冷房を切ると両親には暑すぎる。だからスイッチは切りません。暑いのが良いのなら、自分の部屋の中はいくら暑くても良いから、自分の部屋で過ごして欲しいと彼に伝える。そして両親の予想に反して、息子は親の言葉に従った。何故息子は暴力的にならずにおとなしく親のいう事を聞いたのか、不思議であり、分からないという両親に、多分、幼稚園に通う男の子には、母親に気に入ってもらいたい、認められたいという強い願いがあり、そのためにナイトを

気取る幼児もいるが、息子さんにもそういうところがあるのだろう。ナイト気取りは思春期以降漸減して行くのだが、彼の場合は不登校で仲間関係が切れてしまったため、今でもそういう傾向が削り落とされていないのではないかと職業訓練を受ける、その他の教育を受けるなどの経験を積む中で、幼児性が漸減していくはずなので、その事を彼に伝える必要はないと説明した。父親は納得したが、母親には通じた感じではなかった。いずれにしてもその夏、冷房を切ることなく無事に秋を迎えた。

息子が布団に入って来て、という話が出た。そこでセラピストはフロイトのハンス少年の話を持ち出して、洋の東西を問わず、男の子は母親と一緒にいたいという願いをもつものだが、その願いを諦めねばならない運命の元に生まれてきている、そして諦める事ができれば、大人になって行けるのだが、そうでないといつまでもお母さんの大きな赤ちゃんのままで大人になりきれないのだと説明した。そして母親が息子さんをいつまでも自分の赤ちゃんとして可愛がっていたい、そのためには自分の息子の発達を犠牲にしても構わないと思うのであれば、それはそれで良いだろう、と伝えた。更に実際に、世の中のお母さんの中には、あの子が一番私の気持を和ませてくれるし、可愛い。学校に行かなくても、仕事に行かなくてもとにかく可愛いし、あの子がそばにいてくれるだけで私は幸せな気持になれると言われる方も少なからずおられるものですよ、とも付け加えた。だから、息子さんが今のひきこもりから抜け出す手伝いをするのか、それともいつまでもお布団に入ってきてもらいたいのか、よくよくご自分の気持に聞いてみて決めて下さいと助言した。私は布団の中に入ってきてもらいたいとは思わないから、入ってくるな、と息子に言います、と決断して、実際に、そう伝えた。そこでも暴力は生じなかった。代わりに、息子さんは青年期デイケアに通うようになった。

事例8：初診時25歳女子(抑うつとひきこもり・

自立の試みと失敗)

父親はサラリーマンで母親は専業主婦の3人暮らし。3歳違いの弟は独立している。本人は外国の大学を卒業する見込みが立ち、かつ、その国の教諭の資格も得た。間もなく卒業というところで、ルームメイトとの口論をきっかけに突然やる気を失い、外国の精神科クリニックを受診して日本で治療を受けるようにと勧められた。卒業はしたものの外国にとどまって仕事を始めるか日本に戻るかを迷いつつ、母親に連れられて日本に戻ってきた。

しかし日本に戻った事を高校時代の友人にも知らせもせず自宅閑居して孤立を続けた。両親の勧めに応じて精神科クリニックで非定型性抗精神病薬とSSRIを中心とする薬物療法を約1年にわたって受けた。しかし何ら改善はしなかった。そして体重は30キロ以上増加した。本人は体重増加について訴えたが、主治医はそれを取り上げてくれず、本人は治療拒否するに至った。家では母親に無理難題を投げかけたり父親に暴言を吐きつける日々が続いた。そのため母親は親交のある外国人牧師と相談して、牧師は娘を誘い出して元気づけようと何回も試みてくれたが、結果は得られなかった。そこで両親はガイダンスを求めて来院した。

本人には高校時代に抑うつ感と希死念慮のエピソードがあった。彼女の不幸感は小学校低学年の頃からのものであるが、それは両親の夫婦仲に起因するものであった。夫は末っ子で母親の目に入れても痛くない息子であったが、それだけに父親は定期的に実家の母親に会いに行きたいと考えて、親子4人で定期的に実家を訪れていた。ところが彼女の幼稚園の頃、母親と姑との対立が表面化して、小学校の2年生の頃から母親は父親の実家訪問を拒否するようになった。父親はそれでも子ども二人を連れて実家訪問を続けた。彼女と弟は両親の間に挟まれて辛い思いをしたのだという。彼女は母親が可哀想でいつも母親の気に入るように心がけて小学校時代を過ごしたという。中学生になると母親の意に沿うだけでは済まな

くなり、反抗するようになった。しかし、娘からの反抗を受けると母親の動揺は大きく、そのため彼女は思うような発言や行動を取りたいと思いつつ我慢をすることが少なくなった。父親に相談することもためらっていたが、中学3年生のある時、1年間の高校留学の宣伝を読んで高校1年の時に留学した。これには両親も賛成してくれた。留学中はホームステイして自分の思いのままに学校生活を楽しむ事ができた。これで自分は年齢相応の高校生になれると思って帰国したが、復学してみると留学時代とは異なって、常に母親の監視のもとで自由や自主性のない毎日を過ごさねばならないと強く思うようになった。この拘束感から逃れ出るために彼女は似た感情を抱く同学年の仲間と夜遅くまで出歩くようになった。ある時、友人宅に泊まるつもりで母親に連絡をしたところ、母親にこれから父親が迎えに行くからと言われてしまった。家への帰路の車の中で、彼女は打ちひしがれた思いを味わい、留学前から何も変わっていない、自分が留学で達成したはずの前進は幻に過ぎなかったと感じて落ち込んだ。そして死にたくなって高層マンションに登って死場を探した。こうして2回目の高校1年生から3年間、カウンセリングを受けた。その結果、彼女は外国の大学への進学を選んだという。

両親と面談後に娘さんとの面接を実施したが、以上に述べたような個人史が語られた。長い間自宅閑居で外出しないままに過ごしていたとは言いが、精神運動抑制も希死念慮も認められなかった。

アセスメントの説明

うつ病と複数の精神科医から診断を受けているとおり、感情障害があるのかもしれない。しかし、いずれのエピソード共、親離れ、殊に母親からの離脱の過程で先に進む事が困難になっているようであり、その部分を乗り越えて行くことも大事であろう。日曜日に父親や弟と一緒に父方祖父母宅に遊びに行く事は楽しかったのかもしれないが、一人で寂しく家に残る母親への気持は複

雑で処理しにくいのではないか。そのため十分に先に進める状況に到達しながら自己破壊的な心の動きが生じるようにも見える。今後の方向性は本人以外に決めることはできないので、自分自身の自律的な決断が下せるまでは散歩などの運動をして体重を元に戻す事、親が適切に対応するように心がける事が取りあえず必要であると伝えた。本人は個人療法を受ける気にはならず、母親が必要に応じて親ガイダンスを受けたいというところで合意した。

ガイダンスの経過

毎月1回程度のガイダンスを2年近く実施した。母親の自己愛傾向は高く、娘とのやり取りについて語り続けるのは困難で、それについてすぐに夫を責める話に移行しがちであった。娘中心の文脈に戻すためにセラピストはしばしば娘の話に戻す働きかけを行なうのが常であった。1ヶ月も経過すると娘の体重は減少し始めて約18ヵ月後には元通りの体重に戻った。この間、薬物療法は不要であった。

外国人牧師は働きかけ続けてくれて、娘は牧師と一緒に山登りに出かけたり、教会の集まりに参加したりするようになった。娘は長い間、自分の力で両親の仲を取り持ちたいと願ってきた。大学の長期休暇で日本に戻った時にいつもそう願ってきたが、毎回、がっかりする結果であり、自己への落胆は大きかった、と母親に初めて語ったという。その話を聞いた母親はそれは無理よ、私とパパの仲の悪さは二人でもどうにもならないのよ、これまでに夫婦カウンセリングを受けたことも一度ならずあるけど、どうしてもうまく行かないのよ、と娘に話したという。娘が自分のせいもあって両親の仲は悪いのかもという心配をずっとしてきていて、そうであればこそ、大学時代の休みごとの落胆と神経症的な罪悪感にめぐることができなかったという娘は、母親に自分の気持を分かってほしいと願っているのだが、母親は彼女の気持をあまり気に止めずに自分たちの仲がどうにもならないものだというところだけを強

調して応じているように感じられた。つまり自分一人では処理しきれない感情を娘は母親に分かって助けてもらおうと話しているのだが、母親は娘の役に立たない返答をしているのかもしれないとセラピストは想像した。そこでセラピストは母親に、娘さんはどんな事を求めて、お母さんにその話をしたと思われますか？と質問した。

セラピストの想像の通り母親の関心は自分たちの夫婦仲に向いてしまい、娘がどのように感じているか、心配しているかというところに関心を向けるのは労の多い、中々報われない作業であった。そこでセラピストは母親の関心を娘に向け続ける状況を確認しながら、父親と弟と一緒に父親の実家に喜んで出かけようとする自分と怒りや悲しみの溢れる母親とを対比して、お母さんに悪い事をしているな、と感じる娘の気持を母親に分かってもらいたがっている事を理解しましょう、と繰り返した。ここまで伝えても、母親の娘への関心を持続させるのは至難の作業であった。しかし、母親として娘にしてあげられることは限られていて、娘さんは自力で自立しなければならない。娘の将来は娘が決めなかれ場ならないのだ、と理解して母親は娘さんが日本で大人になるのか、外国で大人になるのかは娘に任せようと思えるようになった。

E. 結論

事例集を作成した。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし。

文献

- (1) 小此木啓吾、片山登和子、山本允子ほか : 児童治療における並行母親面接 (その1その2) 児童精神医学とその近接領域 10 (3), 1969.

- (2) 小此木啓吾、片山登和子、滝口俊子ほか : 児童・思春期患者と家族とのかかわり 講座家族精神医学3 ライフサイクルと家族の病理 弘文堂,1982.
- (3) 小此木啓吾、片山登和子、滝口俊子 : 父母カウンセリングと父母治療 講座家族精神医学4 家族の診断と治療 弘文堂,1982.
- (4) 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って— 思春期青年期精神医学 1: 78-84, 1991.
- (5) 皆川邦直 : 両親(親)ガイダンスをめぐって 思春期青年期精神医学 3 (1) 22-30, 1993.
- (6) 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.
- (7) Furman, E.: Filial Therapy. In Harrison Basic Handbook of Child Psychiatry. vol. III. 149-158. Basic Books, New York, 1979.
- (8) Morton Chethik: 子どもの心理療法—サイコダイナミクスに学ぶ (斉藤久美子監訳) 創元社. 1999

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 — 高校生の実態と教育相談機関による支援 —

分担研究者 弘中正美¹⁾

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

1) 明治大学 2) 明治大学大学院 3) 世田谷区教育相談室 4) メンタルヘルスビューロー
5) 東京都立稔ヶ丘高等学校 6) 東京都立清瀬小児病院 7) 東京都立新宿山吹高等学校

研究要旨

本研究では、不登校の中学生・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。

本研究の最終年度である平成 21 年度は、高校生のデータ数を増やし、これまであまり把握されてこなかった高校生の不登校の実態を探った。その結果、高校生の不登校生徒の中で、中学生までに不登校を経験した生徒に比べ、高校で初めて不登校になった生徒は対人関係がある程度保たれており、対人回避傾向も低いことがわかった。さらに、不登校生徒への援助のあり方を探るため、教育相談機関における援助の実態を探った。その結果、ひきこもり状態にある不登校の生徒に対して、保護者への面接相談や本人への訪問相談など様々な取り組みが行われているが、さらに充実の必要があることがわかった。さらに、地域専門機関との連携では、定期的な連携の機会を持っている機関が約半数で、連携先は福祉機関が中心で、医療機関など他機関との連携も充実していく必要が示唆された。

A. 研究目的

本研究は、不登校の中学生・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 2 年次には、不登校の中学生・高校生の実態や対人関係における特徴を把握した。その中で、中学生に比べて高校生は、不登校状態にあっても対人関係がある程度保たれているということがわかった。しかし、平成 20 年度は高校生のデータ数が少なく、それ以上の詳細な検討が困難であった。また、平成 15 年度まで文部科学省調査においても高校生には「不登校」という概念があてはめられなかったこともあり、高校生の不登校についての調査・研究は少なく、その実態は明らかになっていないのが現状

である。

そこで、今年度は高校生データを増やし、これまであまり把握されてこなかった高校生の不登校・ひきこもりの実態を明らかにすることを目指した。

さらに今年度、教育相談機関における援助の実態を把握し、不登校・ひきこもりへの援助の課題や今後のあり方を探ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 高校生調査

高校生についてデータ数を増やして詳細な検討を行うため、20 年度と同じ質問紙を用いて同時期(夏期休暇中)に新たに 6 校で調査を行い、20 年度のデータと併せて分析を行った。

(1)調査対象

高校生を調査対象とし、公立高校 20 校(20 年度 14 校、21 年度 6 校)の学級担任をしている教員約 150 名に以下の 2 群について回答を求めた。

- ① 不登校群(7 月末現在 15 日以上欠席の生徒について現在担任している全員、いない場合は過去 5 年以内に担任した生徒のうち最近担任した生徒)
- ② 登校群(7 月末現在欠席が 15 日未満の生徒を現在担任している生徒の中から 2 名出席番号でランダム抽出)

(2)調査方法

無記名の質問紙調査とし、対象校に送付、学校ごとに返送を依頼した。調査期間は夏期休暇期間中とし、1 学期の出席状況や登校していた時期の様子について回答を求めた。

調査内容は、不登校の経験の有無、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、精神症状や発達障害の診断の有無である。

(倫理面への配慮)

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

2. 教育相談機関調査

(1)調査対象

東京都内の全公立教育相談機関(53ヶ所)を対象とし、回答者は相談担当者とした。

(2)調査方法

質問紙調査とし(機関名については任意)、各機関に送付、郵送にて回収した。調査期間は平成 21 年 7 月 1 日～31 日とした。

調査内容は、相談体制、不登校・ひきこもりへの援助の実態と課題、機関連携についてである。

(倫理面への配慮)

調査への記名は任意とし、個人が特定されないように統計的に処理を行い、それを回答者に対しても明記した。

C. 研究結果

1. 高校生調査

(1)回収数

調査回収数は、不登校群 266 名、登校群 221 名である(表 1)。

不十分な回答を除いて統計処理を行った。なお、不登校群については、現在担任している生徒と過去 5 年以内に担任した生徒についての回答に意味のある差が認められなかったため、それぞれを分けずに不登校群として扱い、処理を行った。

(2)高校生の不登校群と登校群の比較

①社会とのかかわりの状況

生徒の不登校経験、他者とのかかわりや外出の頻度、相談機関への通所状況について検討した。

まず、不登校の経験についてみると、不登校群では、小学校時代に不登校を経験した者は 16.4%、中学校時代に不登校を経験した者は 63.3%であり、中学校で不登校の経験があった者が多く、不登校状態が長期化している生徒が多く存在することが分かった(図 1-1、2)。

次に、他者とのかかわりや外出の頻度について比較を行った。友人との外出を全くしない者は、登校群 3.2%、不登校群 15.0%であり、友人と電話やメールでやり取りを全くしない者は登校群 0.9%、不登校群では 23.4%であった(図 2-1、2)。家族とのかかわりでは、家族と外出を全くしない者は登校群では 0.9%、不登校群 12.4%であり、家族と全く話さない者が登校群では 0.5%、不登校群では 30.2%であった(図 3-1、2)。さらに、一人での外出を全くしない者は、登校群は 1.8%、不登校群では 25.4%であった(図 4)。

これらの結果から、不登校群は登校群より友人や家族とのかかわりや外出の頻度が少なく、それぞれ全く無いひきこもり状態にある者が 10～20%前後いることがわかった。

また、相談機関や医療機関への通所状況については、不登校群ではよく利用するが 25.6%、時々利用するが 28.9%と半数以上が何らかの形で相談機関を利用していた(図 5)。

②学校生活および対人態度の特性

不登校群と登校群の差異を見るため、20年度に作成した「学校生活適応尺度」および「対人態度特性尺度」を用いて比較を行った(t 検定)。学校生活適応尺度は「授業に意欲的に取り組む」、「提出物をきちんと出す」など5項目(4件法)により構成される。対人態度特性尺度は、27項目(4件法)によって構成され、「対人トラブル」、「対人回避」、「対人スキル」の3因子からなる。

二つの尺度を用いて不登校群と登校群の比較を行った結果(表2)、不登校群は有意に「学校生活適応」が低かった($d(452)=7.44, p<.001$)。対人態度特性では「対人スキル」が有意に低く($d(433)=10.71, p<.001$)、「対人トラブル」、「対人回避」が有意に高かった($d(433)=2.09, p<.05$; $d(448.939)=15.97, p<.001$)。

③精神症状・発達障害の有無

「わざと自分を傷つけたり、死にたいと訴えたりしたことがある」、「強い不安や緊張のために、倒れたり過呼吸になったりしたことがある」「専門機関によってADHD、アスペルガー障害、LD等の診断を受けている、または疑いがあると言われている」など、対象生徒の精神症状や発達障害の有無を9項目で尋ねた。その結果、不登校群は登校群と比べると、何らかの精神症状を抱える場合や発達障害が多いが、特定の症状や障害との間に関連は見られなかった(図6)。

(3)不登校開始年代による特徴の比較

20年度の調査においては中学生不登校群と高校生不登校群の間に差が見られたが、今年度高校生のデータを増やして再検討を行ったところ、高校生不登校群と中学生不登校群の間には差が見られなかった。よって、昨年度の中学生と高校生の差は20年度高校生データの偏り(高校で初めて不登校になった生徒が多い)によるものと考えられた。それを確認し、高校生の不登校の特徴をさらに詳細に分析するため、高校以前の不登校経験によって以下の3群に分け検討を行うことにした。高校以前に不登校が確認された生徒を「小・中学校不登校経験

群」「中学校不登校経験群」、高校で初めて不登校になった生徒を「高校初発群」とした(表3)。

①社会とのかかわりの状況

他者とのかかわりや外出については、友人と電話やメールでやり取りを全くしない者が小・中学校不登校経験群30.0%、中学校不登校経験群34.1%であるのに比べ、高校初発群は10.9%であった(図7-2)。家族とのかかわりでも、全く話をしない者が小・中学校不登校経験群41.0%、中学校不登校経験群47.7%であるのに比べ、高校初発群は8.7%であった(図8-2)。さらに、一人での外出を全くしない生徒は、小・中学校不登校経験群27.5%、中学校不登校経験群47.7%であるのに比べ、高校初発群は19.6%であった(図9)。

これらの結果から、高校初発群は家族や友人との対人関係がある程度保たれていることがわかった。また、中学生までに不登校を経験したものがひきこもり状態にあるが、不登校開始が小学校の群と中学校の群では差が見られなかった。

②学校生活および対人態度の特性

3群の学校生活および対人態度の特性の差異を見るため、学校生活適応尺度および生徒の対人態度特性尺度の各因子について比較を行った(一要因分散分析)。その結果(表4)、高校初発群は他の2群に比べ「対人回避」が有意に低かった($F(2, 122)=8.96, p<.001$)が、小・中学校不登校経験群と中学校不登校経験群の間には差が見られなかった。

③精神症状・発達障害の有無

3群の間で、特定の症状や障害との間に関連は見られなかった(図10)。

2. 教育相談機関調査

(1)回収数

東京都内の全公立教育相談機関(53ヶ所)の内、32機関(分室からの回答も加えると36機関)から有効回答が得られた(有効回答率60%)

(2)相談対象年代

各機関が相談の対象としている年代は、中学生ま

を対象としている機関が 10 ヶ所(31.3%)、高校生を対象としている機関が 22 ヶ所(68.7%)であった。

(3)不登校・ひきこもりへの援助方法

本人が来所できない状態にある不登校生徒への援助方法としては、保護者への面接は 28 機関(87.5%)、本人及び保護者への電話相談は 26 機関(81.3%)、訪問相談は 10 機関(31.3%)、メール相談は 1 機関(3.1%)で行われていた(図 11)。さらに、訪問相談の実施者をみると、心理職が 6 機関、学生が 3 機関、教職出身者が 2 機関であった(図 12)。

次に、自由記述でひきこもり状態にある不登校生徒に対して有効だった援助方法、新たな施策として望まれる方法について尋ねた。その結果、有効だった方法としては、本人への手紙や電話、大学院生の訪問相談などの働きかけ、その働きかけを通して適応指導教室などの情報を提供していくことなど、対人関係の拡大や情報提供といったことがあげられていた。さらに望まれる施策としては、高校生以上や発達障害の生徒などへの援助や居場所の提供、保護者への集団療法などのサポート、訪問相談の充実など、多様で複合的な援助方法や居場所の提供が求められていた。

(4)他機関との連携

各機関に地域専門機関との連携の状況を尋ねたところ(分室ごとに回答が異なるため n=36 で分析)、定期的な連絡会を持っているのが 17 機関(47.2%)、必要時に事例検討会等を開催するのが 12 機関(33.3%)、情報交換や紹介のみが 6 機関(16.7%)、連携をとっていないのは 1 機関(2.8%)であった(図 13)。連携先としては、定期的な連絡会では子ども家庭支援センターや児童相談所などの福祉機関、学校が中心で医療機関は少なく、必要時に事例検討会等を行っている機関でも同様の傾向が見られた。情報交換や紹介のみの機関は、福祉機関や医療機関など様々な機関と連携していた(図 14-1~3)。この結果から、地域専門機関との連携を図っている機関は多いが、定期的に機会を持っている機関は約半数であり、連携先としては福祉機関や学校が多く、

医療機関が少ないことが明らかとなった。

D. 考察と今後の課題

1. 高校生の不登校とひきこもりの関係

本研究では、不登校状態にある高校生のデータを多く取ることにより、高校初発の不登校に関する検討、不登校継続期間とひきこもり等の状態像に関する数量的な検討を行うことができた。医療機関で従来経験されてきた、高校初発の不登校が統合失調症など重篤な状態と関連するリスクについては、本研究のデータは支持していない。むしろ、高校初発の不登校生徒はひきこもりの程度が軽く、全体に適応度が高いことが明らかとなった。しかし、この結果は高校初発の不登校生徒が所属する高校のレベルとも関連する可能性があり、今後さらなる検討が必要となる。

それにしても、一貫して示されたのは中学で不登校を発症し、高校まで継続している生徒の健康度の低さである。これは、ひきこもりのリスク要因が、不登校の継続期間と単純に関連しているわけではないことを示すものである。中学初発の継続的な不登校が比較的軽篤であり、ひきこもりに繋がる危険性が高いとすれば、そこにどのようなリスク要因が関わっているのか、今後の研究課題となる。

2. 教育相談機関のひきこもり対応体制

教育相談機関は、児童・思春期の子どもの心の問題に対応する最もスタンダードな相談機関であるが、不登校の問題については、学校教育上の視点からの取り組みが主となるためか、ひきこもりの防止視点は必ずしも強くないことが分かった。本格的なひきこもりに繋がる危険性の高い高校生の不登校に対しては、約3割の教育相談機関が対応をしていない。また、ひきこもりに対する最も直接的な援助アプローチとなる訪問相談を行っている教育相談機関は約3割にとどまっている。しかし、訪問相談を十分に行うためには教育相談機関の人的資源の余裕が相当に必要なことが予想されるので、この3割の数字は、単に少ないとは言い切れない。むしろ、従来、来談型の相談機関であった教育相談機関が、多機能な役

割を持った相談機関として活動している実態を表わすとも言えよう。また、訪問相談に心理職が関わっている割合が多いことも、教育相談機関が来談型の相談機関を脱皮していることを強く示すものである。

さらに、ひきこもりに支援において複数の機関が連携して取り組むことは必須といえるが、定期的な形でも連携の機会が持っているのは約半数であり、さらに連携の強化が求められる。また、今回の結果からは教育相談機関と医療機関との連携が希薄であること現状が明らかとなり、ひきこもりの支援にあたっては、医療機関を含めた連携を充実させていくことが強く求められる。

3. まとめと今後の課題

本研究では中学生までに不登校を経験した生徒の方がひきこもり状態にあることが示され、中学生までの介入と支援がひきこもりの長期化を防ぐためには重要であることは強調すべき点であろう。これに対しては、不登校の相談を多く受けている教育相談機関において様々な支援が行われているが、さらに複合的な支援機能を充実させていくこと、さらには医療・福祉・教育の専門機関が常に必要な支援を分担していけるような連携体制を作っていくことが今後の課題といえよう。

E. 研究発表

1. 学会発表

- 弘中正美：高校生の不登校の実態に関する研究。第50回児童青年精神医学会，2009。
- 齊藤和貴、弘中正美他：他者評定による中学生・高校生を対象とした学校生活適応および対人特性尺度の開発の試み(1)。第28回日本心理臨床学会秋季大会，2009。
- 小粥宏美、弘中正美他：他者評定による中学生・高校生を対象とした学校生活適応および対人特性尺度の開発の試み(2)＝不登校群と登校群の比較から－。第28回日本心理臨床学会秋季大会，2009。

F. 文献

- 1) 古口高志,山内祐一,熊野宏昭: 心療内科入院治療を施行した不登校症例の病態特徴について—DSM(Ⅲ-R&Ⅳ)多軸評定に準じた形式での評定結果より—。心身医,42(7);424-429,2002。
- 2) 本間友巳,中川三保子: 教育心理学研究,48(1); 不登校児童生徒の予後とその規定要因—適応指導教室通所者のフォローアップ—。カウンセリング研究,30(2),1997。
- 3) 小林正幸,田中陽子,神村栄一: 不登校事例の改善に関する研究—登校行動改善の規定要因—。カウンセリング研究,28; 131-142,1995。
- 4) 北村陽英,加藤綾子: 高等学校不登校・保健室登校・中途退学の経過研究—社会的引きこもりを視野に入れた養護教諭による調査より—。奈良教育大学紀要,56(2); 21-28,2007。
- 5) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課: 生徒の指導上の諸問題の現状と文部科学省の施策について。文部科学省初等周到教育局児童生徒課,2006。
- 6) 齋藤万比古: 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(4);377-399,2000。
- 7) 高畑隆: 埼玉県における「ひきこもり」の実態。精神医学,45(3); 299-302,2003。
- 8) 筒井千恵,仙波圭子,大野由美子,小林正幸: 不登校事例に対する教師の前兆行動の把握と対応に関する研究。カウンセリング研究,31(2);117-125,1998。
- 9) 山下みどり: 高校生にみる不登校傾向に関する研究—意識調査を通して—。鹿児島教育大学教育学部教育実践研究紀要,14; 21-38,2004。

表1 回収数

	性別			合計
	男	女	不明	
不登校群（15日以上欠席）	95	167	4	266
登校群（15日未満欠席）	99	119	3	221
合計	194	286	7	487

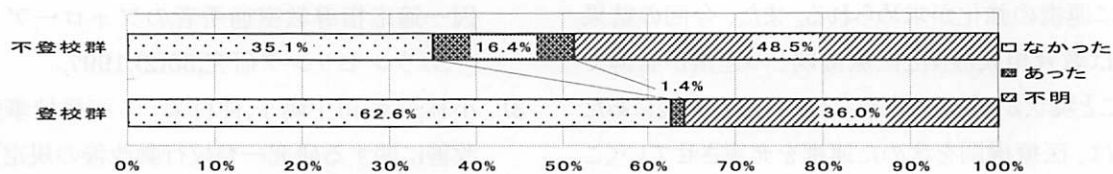


図 1-1 小学校時の不登校経験 (登校群・不登校群)

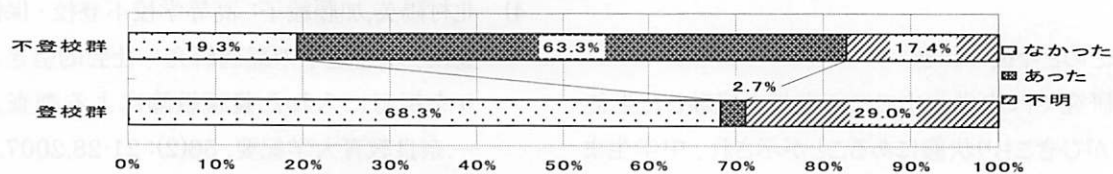


図 1-2 中学校時の不登校経験 (登校群・不登校群)

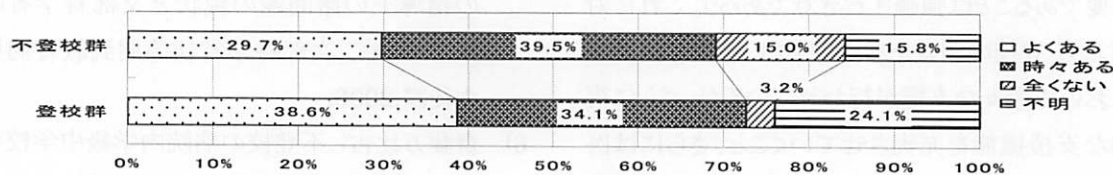


図 2-1 友人と外出 (登校群・不登校群)

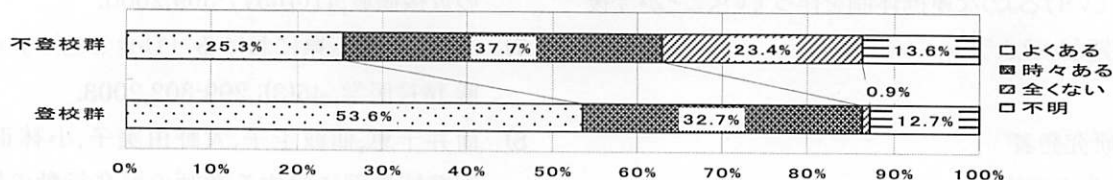


図 2-2 友人と電話やメール (登校群・不登校群)

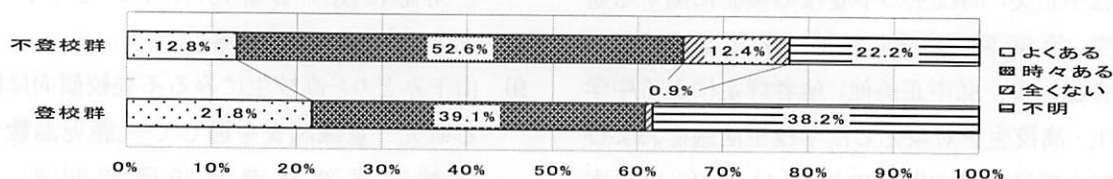


図 3-1 家族と外出 (登校群・不登校群)

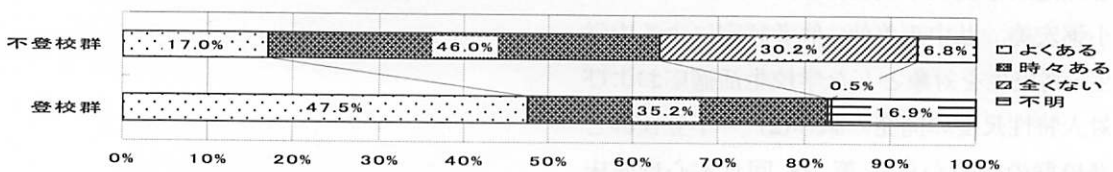


図 3-2 家族と会話 (登校群・不登校群)

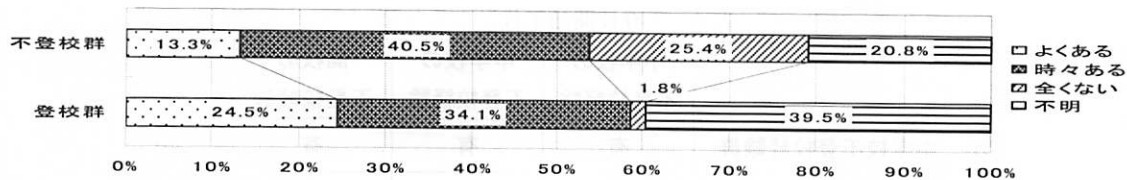


図4 一人で外出 (登校群・不登校群)

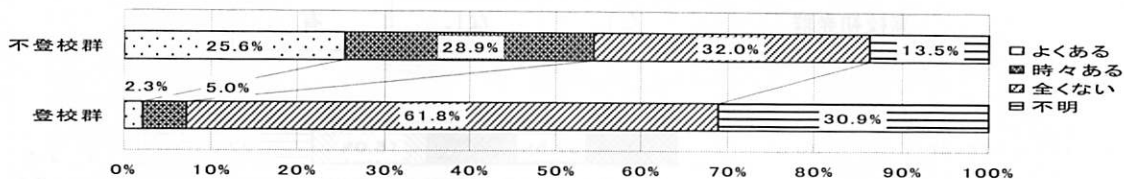


図5 相談機関への通所 (登校群・不登校群)

表2 各下位尺度得点の比較 (不登校群・登校群)

			N	平均値	標準偏差	t値
学校生活適応		不登校群	235	12.60	4.04	7.44***
		登校群	219	15.32	3.70	
対人態度特性	対人トラブル	不登校群	223	19.26	7.53	2.09*
		登校群	212	17.85	6.52	
	対人スキル	不登校群	231	14.32	3.15	10.71***
		登校群	204	17.69	3.39	
	対人回避	不登校群	244	15.92	4.37	15.97***
		登校群	213	10.11	3.39	

*** $p < .001$ * $p < .05$

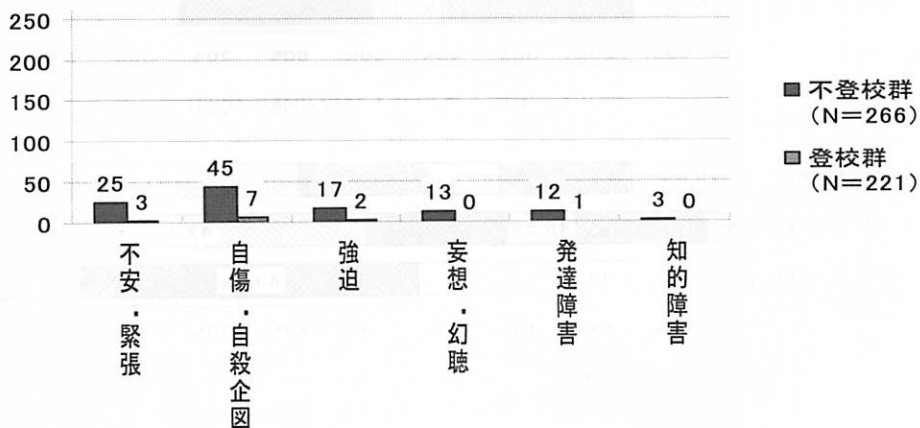


図6 精神症状・発達障害の有無 (登校群・不登校群)

表3 不登校開始年代による分類

	小学校の 不登校経験	中学校の 不登校経験	高校の 不登校経験	N
小・中学校不登校経験群	有	有	有	40
中学校不登校経験群	なし	有	有	44
高校初発群	なし	なし	有	46

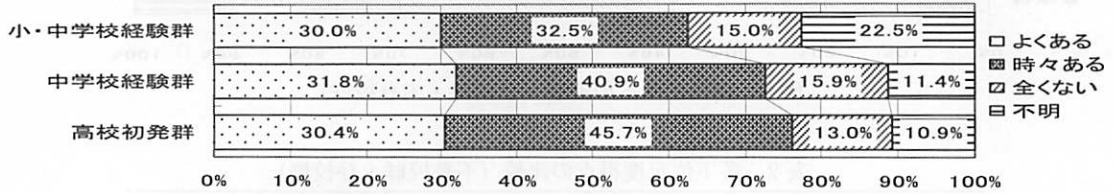


図 7-1 友人と外出 (不登校初発年代別)

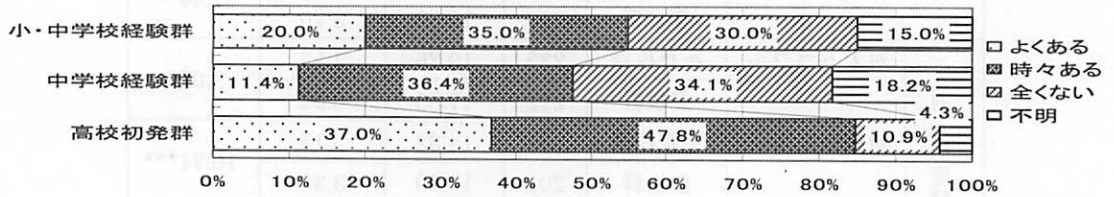


図 7-2 友人と電話やメール (不登校初発年代別)

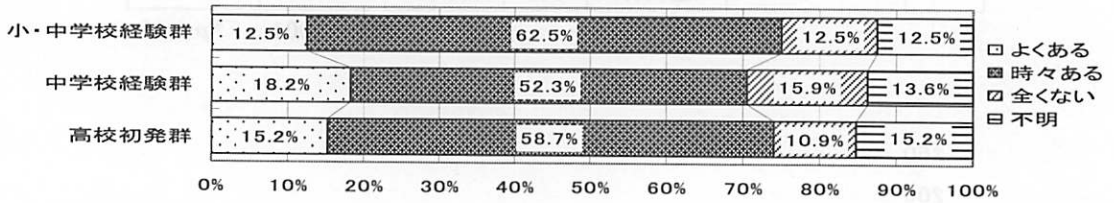


図 8-1 家族と外出 (不登校初発年代別)

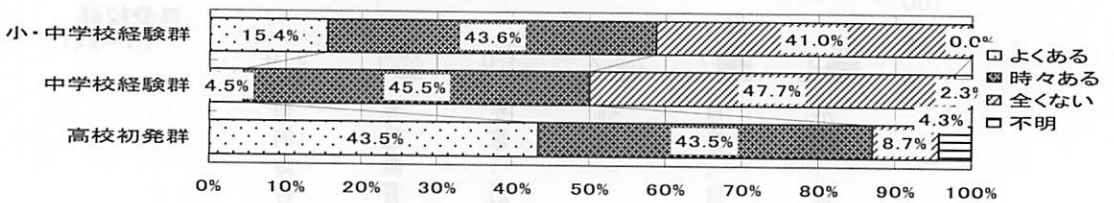


図 8-2 家族と会話 (不登校初発年代別)

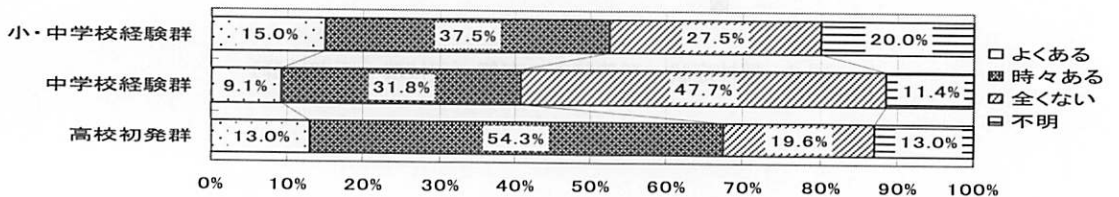


図 9 一人で外出 (不登校初発年代別)

表 4 各下位尺度得点の比較（不登校開始年代別）

			N	平均値	標準偏差	F値
学校生活適応		小・中経験群	36	12.75	4.65	0.16
		中学経験群	37	13.22	3.44	
		高校初発群	45	12.76	4.20	
対人態度特性	対人トラブル	小・中経験群	33	21.18	9.52	0.79
		中学経験群	36	18.94	7.55	
		高校初発群	43	19.23	7.18	
	対人スキル	小・中経験群	39	14.74	2.93	0.39
		中学経験群	39	14.38	2.79	
		高校初発群	40	15.00	3.52	
	対人回避	小・中経験群	40	17.73	3.61	8.69*** 小、中>高
		中学経験群	42	17.02	4.51	
		高校初発群	43	14.23	4.01	

*** $p < .001$

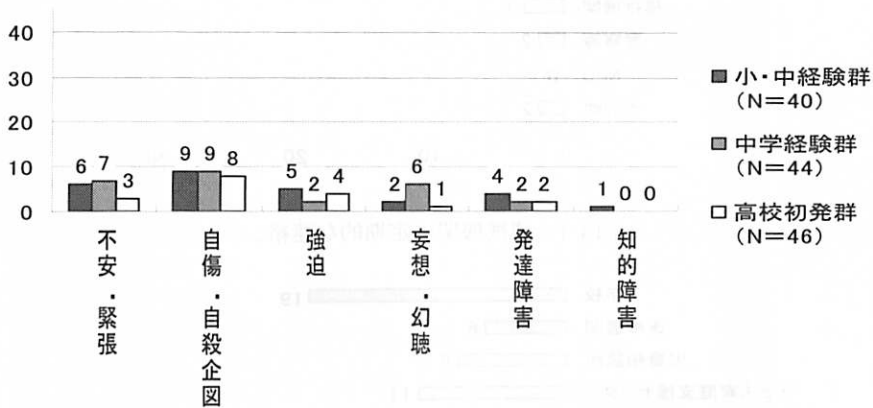


図 10 精神症状・発達障害の有無（不登校初発年代別）

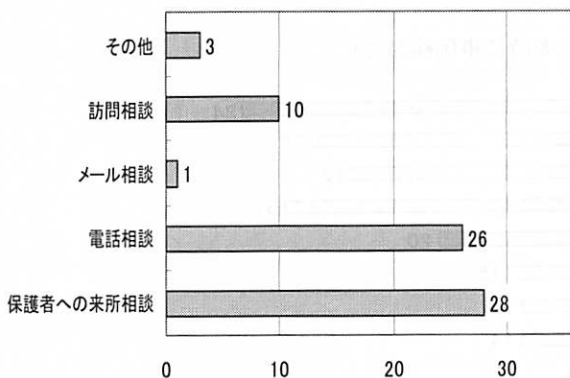


図 11 不登校・ひきこもりへの援助方法

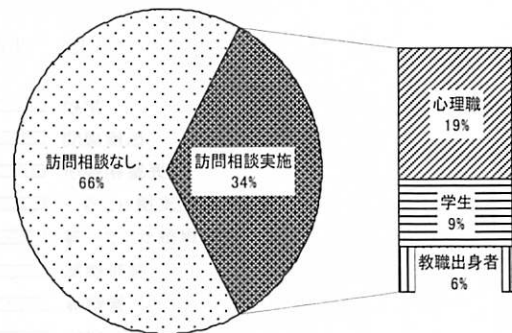


図 12 不登校・ひきこもりへの訪問相談実施者

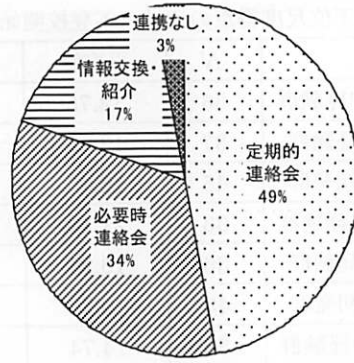


図 13 他機関連携

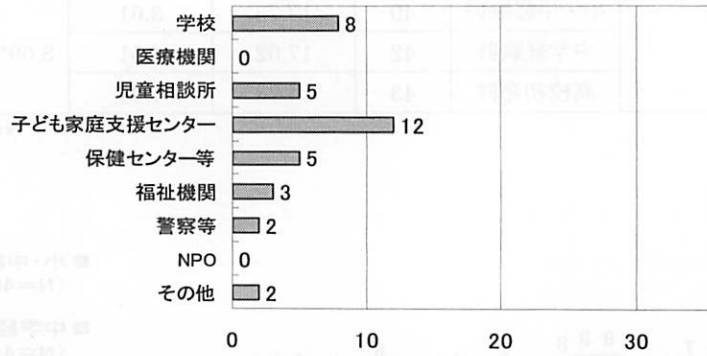


図 14-1 連携機関（定期的な連絡会）

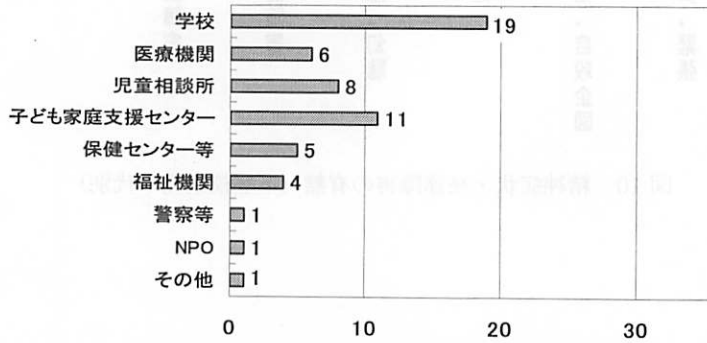


図 14-2 連携機関（必要時に事例検討会）

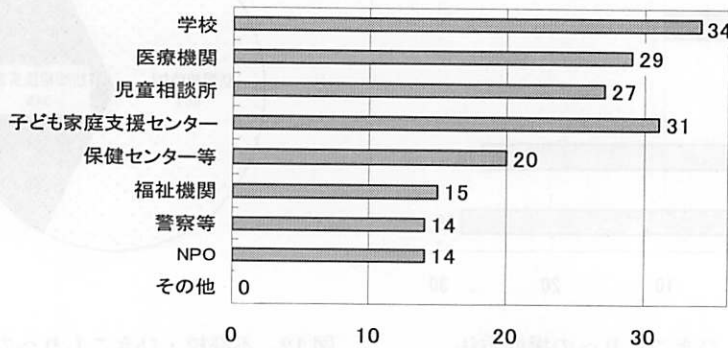


図 14-3 連携機関（情報交換・紹介のみ）

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 清田吉和³⁾ 北端裕司⁴⁾ 黒田安計⁵⁾ 黒澤美枝⁶⁾ 境 泉洋⁷⁾

富士宮秀紫¹⁾ 猪股夏季¹⁾ 宮沢久江⁸⁾ 宮田量治⁹⁾

- 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) 石川県こころの健康センター
- 4) 和歌山県精神保健福祉センター
- 5) さいたま市こころの健康センター
- 6) 岩手県精神保健福祉センター
- 7) 徳島大学総合科学部人間社会学科
- 8) 山梨県発達障害者支援センター
- 9) 山梨県立北病院

研究要旨

5ヶ所の精神保健福祉センター・こころの健康センターにおいて、平成19年4月の時点で相談継続していたケースと、それ以後、21年度の9月末日までの間に受け付けた339件の思春期・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184件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155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、初回相談時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」とし、このうち、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。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」とし、このうち、本人がいずれの治療・相談機関にもつながっていないものを「非来談群①」、家族が来談している精神保健福祉センター・こころの健康センター以外の治療・相談機関につながっているものを「非来談群②」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。

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 年度の時点では相談を継続していないものも調査の対象とする。

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、各機関で下記に定める方法によって診断したうえで、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、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が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの。生物学的治療だけでなく、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が必要となる場合もある。

<第二群>広汎性発達障害や精神遅滞などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害への治療・支援が必要な場合もある。

<第三群>パーソナリティ障害（傾向 trait を含む）や適応障害、身体表現性障害などを主診断と

し、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害のうち、薬物療法よりも心理-社会的支援が中心になると判断されたものも含む。

上記のいずれに分類するのも適当ではないと思われるケースは<その他>、情報不足などのため、確定診断に至らなかったケースは<診断保留群>とする。また、前年度に集計したデータのうち、診断名を変更または追加した場合は、フォーマットのデータを修正し、変更理由を併せて報告する。

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

- ① 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。
- ② 分担研究者は各年度当初に協力機関を巡回し、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。
- ③ 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。
- ④ 山梨県立精神保健福祉センターにおける平成 17 年度、18 年度の新規相談ケースで、19 年度の時点では相談を継続していないものについては、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。

(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要因、経緯について検討する。

(3) 支援開始から本人が来談するまでの期間

家族などの相談が始まってから、本人が来談するまでの期間を記載する。

(4) 非来談群について

過去の受診歴や家族から得られた現在症など、本人の精神医学的診断を推測できる情報を収集する。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。

(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) 来談群の精神医学的診断と相談・支援の転帰については、各機関でケースを分類し、それぞれの群に該当する件数、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。診断と転帰に関するデータが、個々のケースごとに集計されて分担研究者に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) ひきこもり始めた年齢、相談開始までの期間、不登校歴・職歴の有無などについても、個々のケースの属性としては集計しない。また、これらのデータは5機関のデータを一括して統計的に解析する。これらのデータは、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られ、個々のケースの属性・特性として公表されることはない。

(4) 各機関は、平成19年度から21年度の11月末日において各年度のデータを集計し、分担研究者に報告するものとする。

(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、診断や治療・援助の転帰は群別に集計され、ひきこもり始めた年齢、相談開始までの期間、不登校経験、職歴なども、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5機関を一括して統計的に解析され、個人を特定できる形では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 339 件の概要を表 1 に示す。性別は男性 253 名 (74.6%)、女性 86 名 (25.4%) であった。年齢は平均 24.3 ± 5.5 歳であり、最小が 16 歳、最大が 37 歳であった。ひきこもり始めたときの平均年齢は 20.1 ± 4.7 歳であり、最小が 8 歳、最大が 30 歳であった。ひきこもりが始まってから相談開始までの期間は平均 4.4 ± 4.2 年であり、最小は 0 ヶ月、最大は 25 年 11 ヶ月であった。最終学歴は、中卒(高校中退を含む)が 117 名 (34.5%)、高卒(大学等の中退を含む)が 133 名 (39.2%)、大学・専門学校卒 87 名 (25.7%)、不明が 2 名 (0.3%) であった。職歴は、あり(正社員)が 50 名 (14.7%)、あり(アルバイト)が 116 名 (39.2%)、なしが 172 名 (50.7%)、不明 1 名 (0.3%) であった。GAF 得点は、平均 38.9 ± 9.0 、最小は 17、最大は 65 であった。

2. 来談群の分類

339 件のうち、来談群は 184 件、非来談群は 155 例であった。来談群のうち 16 件は長期家族支援群に分類された。

来談群 184 件のうち、情報不足などのため診断保留とされたものが 35 件であった。これらを除く 148 件で診断が確定し、その内訳は第一群が 49 件(32.9%)、第二群が 48 件(32.2%)、第三群が 51 件(34.2%)、いずれの診断基準も満たさないと判断され、その他に分類されたものが 1 件 (0.7%) であった (表 2)。

また、支援経過中に I 軸、II 軸診断について、追加あるいは変更されたケースはなかった。

(1) 第一群

第一群に分類された 49 件の 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、社会参加したケースに対する支援期間について、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ため、診断の総数は事例数よりも多くなる)。

I 軸、II 軸診断は、統合失調症および他の精神病性障害が 17 件、気分障害が 16 件、不安障害

が 14 件、パーソナリティ障害が 5 件、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が 3 件、適応障害、他のどこにも分類されない衝動性の障害、身体表現性障害がそれぞれ 1 件であった。

III 軸としては、10 件で身体疾患の関連が指摘されていた。IV 軸診断については、家族の問題が 28 件、経済的問題が 3 件、教育上の問題が 4 件、経済的問題が 3 件、その他が 3 件であった。

転帰については、社会参加が 10 件、精神科医療が 24 件、支援機関紹介が 1 件、相談継続が 9 件、中断が 5 件であった。社会参加した 7 件が社会参加に至るまでの平均支援期間は、 21.7 ± 13.6 ヶ月で、最小 1 ヶ月、最大 49 ヶ月あった。

(2) 第二群

第二群に分類された 48 件の 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、社会参加したケースに対する支援期間について、それぞれの内訳と件数を表 4 に示す。

I 軸、II 軸診断は、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が 49 件、不安障害が 6 件、適応障害が 4 件、気分障害が 3 件、統合失調症および他の精神病性障害が 1 件、解離性障害が 1 件であった。

III 軸に関連する身体疾患として記載されたのは 2 件であった。IV 軸診断は、家族の問題が 19 件、教育上の問題が 5 件、経済的問題が 2 件、その他が 9 件であった。

転帰については、社会参加が 6 件、精神科医療が 5 件、支援機関紹介が 12 件、相談継続が 22 件、中断 3 件であった。社会参加した 6 件が社会参加に至るまでの平均支援期間は、 17.3 ± 10.7 ヶ月で、最小 6 ヶ月、最大 36 ヶ月あった。

(3) 第三群

第三群に分類された 51 件の 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、社会参加したケースに対する支援期間について、それぞれの内訳と件数を表 5 に示す。

I 軸、II 軸診断は、パーソナリティ障害が 27 件、不安障害が 23 件、気分障害が 7 件、適応障

害が7件、身体表現性障害が2件、摂食障害が2件、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、解離性障害、性障害及び同一性障害、選択性緘黙がそれぞれ1件であった。

Ⅲ軸に関連する身体疾患が記載されたのは2件であった。Ⅳ軸診断は、家族の問題が37件、教育上の問題が5件、経済的な問題が3件、その他が2件であった。

転帰については、社会参加が11件、精神科医療が7件、支援機関紹介が2件、相談継続が26件、中断5件であった。社会参加した10件が社会参加に至るまでの平均支援期間は、 27.4 ± 20.8 ヶ月で、最小2ヶ月、最大61ヶ月であった。

(4) その他

上記のいずれに分類するのも適当ではないと判断されたケースは1件であった。このケースは、DSM-IV-TRのいずれの診断基準を満たさないと判断されたものであった。

(5) 診断保留群

診断保留群の概要を表6に示す。現時点で疑われるⅠ軸、Ⅱ軸の診断は、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が10件、パーソナリティ障害が5件、統合失調症および他の精神病性障害が2件、不安障害が2件、気分障害、適応障害、摂食障害がそれぞれ1件であった。

転帰については、社会参加が1件、精神科医療が2件、支援機関紹介が1件、相談継続が14件、中断16件、不明1件であった。社会参加した1件が社会参加に至るまでの支援期間は5ヶ月であった。

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、ひきこもりが始まってから家族が相談に至る相談までの期間、家族が相談に来てから本人が相談に至るまでの期間、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、ひきこもりが始まってから家族が相談に至る相談までの期間、家族

が相談に来てから本人が相談に至るまでの期間、GAFについては診断分類を独立変数とする多変量分散分析によって、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、性別と転帰において有意な差が認められた(性別： $\chi^2(2)=9.82, p<.01$ 、表7；転帰： $\chi^2(8)=43.71, p<.01$ 、表8)。性別についての残差分析の結果、第一群において女性が有意に多く($p<.05$)、第二群において男性が有意に多い($p<.01$)ことが示された。転帰についての残差分析の結果、第一群においては精神科医療($p<.01$)、第二群においては支援機関紹介($p<.01$)、第三群においては相談継続が有意に多い($p<.05$)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、長期家族支援群16件について、その概要を表9、10に示す。

支援開始から本人が来所するまでの平均期間は 2.17 ± 1.21 年であり、最大5年を要したケースがあった。Ⅰ軸、Ⅱ軸診断は、不安障害が7件、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が5件、パーソナリティ障害が3件、統合失調症および他の精神病性障害、気分障害がそれぞれ1件であった。Ⅲ軸に記載のケースはなかった。Ⅳ軸診断は、家族の要因が9件、教育上の問題が1件であった。

転帰については、社会参加が3件、精神科医療が1件、支援機関紹介が1件、相談継続が8件、中断3件であった。社会参加した3件が社会参加に至るまでの支援期間は平均 48.0 ± 4.6 ヶ月で、最小43ヶ月、最大52ヶ月であった。

来談までに長期を要した要因として指摘されたのは、本人側の要因が10件、家族要因が9件で、支援の要因が4件であった。来談した理由として指摘されたのは、家族の要因が6件、家族以外の要因が5件、本人の要因が4件であった(表10)。

5. 相談開始から本人が来談するまでの期間 (表 11)

相談の開始から本人が来談するまでの期間は、第一群が 3.184 ± 1.307 ヶ月、第二群が 4.489 ± 1.334 ヶ月、第三群が 2.745 ± 1.281 ヶ月であり、群間に有意な差はなかった。すべてのケースで本人が来談するまでの期間を確認したところ、0 ヶ月が 125 件(67.9%)、0.5 ヶ月から 3 ヶ月までで 28 件(15.2%)、0.5 ヶ月から 12 ヶ月まででみると 44 件(23.9%)であった。

6. 非来談群について (表 12、13)

(1) 概要

非来談群①136件の転帰は、社会参加が 11 件、精神科医療が 5 件、支援機関紹介が 7 件、相談継続が 65 件、中断が 48 件であった。非来談群②19 件の転帰は、社会参加が 2 件、精神科医療が 8 件、支援機関紹介が 3 件、相談継続が 2 件、中断が 4 件であった。

(2) 来談群との比較

来談群と非来談群①との間で、性別、年齢、ひきこもり始めた年齢、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、GAF については来談の有無を独立変数とする多変量分散分析によって、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。非来談群②については、他の機関で多様な支援を受けている群であり、非来談群①とは等質性が低い可能性があるため、解析から除外した。

その結果、Wilks の Λ は有意であり ($\Lambda(3, 308) = 3.30$ 、 $p < .05$)、GAF において群の有意な群の主効果が認められ ($F(1, 310) = 8.08$ 、 $p < .01$)、非来談群①の値は来談群よりも有意に低いことが示された (図 1)。

転帰についても有意な差が認められた ($\chi^2(10) = 53.32$ 、 $p < .01$ 、表 14)。残差分析の結果、来談群において社会参加 ($p < .05$)、精神科医療が多く ($p < .01$)、非来談①において中断が有意に多い ($p < .01$) ことが示された。

D 考察

1. 調査対象者の概要

これまでの調査と同様、性別は男性が多く、女性の約 3 倍であった。ひきこもり始めた平均年齢は 20.1 ± 4.7 歳であったが、最小が 8 歳、最長が 34 歳と大きなばらつきがあり、最終学歴も多様であることから、平均年齢よりも、あらゆる年齢でひきこもりが生じていることに注目するべきであろう。

2. 来談群の I 軸、II 軸診断について

来談群 184 件のうち診断が確定したのは 149 件 (184 件中の 80.9%) であった。その内訳は第一群が 49 件(32.9%)、第二群が 48 件(32.2%)、第三群が 51 件(34.2%)、いずれの診断基準も満たさないと判断され、その他に分類されたものが 1 件(0.7%)であった。情報不足などのため診断が保留された 35 件であったが、診断が保留されたケースでも、何らかの精神医学的問題が疑われているケースが多かった。

こうした精神医学的問題が、ひきこもりによって二次的に生じた可能性も指摘されている。本研究では、次年度の集計の際に診断名を変更または追加したケースがある場合は報告することとしているが、来談群 184 件のうち、支援経過中に I 軸、II 軸に新たな診断が追加されたケースはなかった。したがって、「ひきこもりが続くと精神医学的問題が生じる」といった仮説は否定的であり、本研究で把握された精神医学的問題はひきこもりによって生じたものではなく、ひきこもりの原因となっている可能性が支持される。

これらの結果から、薬物療法などの生物学的治療を必要とするケースは全体の 1/3 程度であり、その他については、発達特性やパーソナリティの問題、神経症的傾向を踏まえた心理療法的アプローチ、就労支援などの心理-社会的支援が中心になるものと考えられる。

ただし、診療機能をもたない精神保健福祉センターにおける相談・支援活動の特徴として、生物

学的治療や入院治療を要する可能性が高いと考えられるケースについては、電話相談の時点で受診を勧めるなどして、来所相談に至らない場合が多いことから、ひきこもりをきたしている青年期ケース全体としては、第一群に分類されるケースがもっと多いことが予測される。また、何らかの発達障害がみられるものは原則として第二群に分類されているが、併存する統合失調症や妄想性障害などが主診断と判断されたケースは第一群に分類されている場合がある。

3. 来談群のIV軸診断とその他の属性について

IV軸診断については、各群において家族問題に関する記載が多く、とくに第三群においては、家族の自殺や死、親からの虐待や不適切な養育など、より深刻な家族問題が多く記載されており、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。

また第二群では、学校でのいじめや発達障害に対する気づきや対応の遅れなど、教育上の問題も多く記載されていたことから、発達障害をもつ児童に対する適切な早期支援が望まれる。

また、来談群を3群に分けてケースの属性について検討した結果、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有意に多かったことから、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。

4. 来談群に対する相談・支援の転帰について

転帰については、第一群は精神科医療につながったものが多い。また、第二群では支援機関紹介（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いと思われる）が多く、第三群で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。ひきこもりケースへの

治療・支援にあたっては、精神科医療機関（とくに薬物療法）に一定の役割が期待されると同時に、心理療法的アプローチや生活・就労支援などを提供できる、多様な相談・支援システムが必要であると考えられる。

調査期間内に社会参加（一般就労、週3日以上のアパートや福祉施設への通所、進学など）に至ったケースは、第一群で10件、第二群で6件、第三群で11件であった。また、診断を保留した35件からも社会参加に至ったケースが1件あり、来談群184件の中で社会参加に至ったケースは28件（15.2%）であった。また、初回相談から社会参加に至るまでの平均支援期間としては、第一群で 21.7 ± 13.6 ヶ月、第二群で 17.3 ± 10.7 ヶ月、第三群で 27.4 ± 20.8 ヶ月を要しており、ひきこもりケースに対する支援の難しさが浮き彫りになった。

ただし、この184件には、本人が来談して間もないケース、ようやく隔週程度の個別面接につながったようなケースも多く含まれている。精神保健福祉センターで実施しているグループ支援についての近藤、榊原の調査結果（本報告書に所収）では、利用者の過半数が就労・就学に結びついているプログラムも把握されていることから、個別支援から時間をかけてグループ支援にステップアップできたケースなどでは、もっと多くのケースが社会参加できる可能性がある。また、集中的な通所型支援や入所型支援の活用など、さらに効果的な支援方法を検討する必要がある。

5. 来談群の割合と本人が来談するまでの期間と家族相談の方法について

本研究の対象者339件のうち184件（54.3%）が調査実施期間に本人が来談していた。本人が来談するまでの期間は三群の間で有意な差はなかった。次に、すべてのケースで本人が来談するまでの期間を確認したところ、0ヶ月が125件（67.9%）であった。これは、ほとんどが初回から本人が来談したケースであると思われる。家族相談から始まり、本人の来談に至ったケースは59件（32.1%）

であった。来談までの期間は、0.5ヶ月から3ヶ月までが28件(59件のうち47.5%)、0.5ヶ月から12ヶ月までが44件(74.6%)であった。それ以後も、粘り強い家族支援を継続し、最長で5年をかけて本人の来談に至ったケースもあった。

家族支援の技法論についてさらに積極的な検討が必要であると同時に、自宅への訪問など、本人に直接はたらきかける介入方法を、これまで以上に積極的に検討する必要があるかもしれない。

6. 本人の来談に関する阻害要因について

本人が来談するまでに12ヶ月以上の家族相談を要したのは来談群のうち16件であり、これらは来談群の中でもとくに本人が相談につながりにくかったケースであったと想定される。来談までに長期を要した要因として指摘されたのは、本人側の要因が10件、家族要因が9件で、支援の要因が4件であった。

この群のI軸、II軸診断は、不安障害が7件、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が5件、パーソナリティ障害が3件と続いている。来談までに長期を要した本人側の要因としては、本人の外出や対人接触に対する恐怖感が強いことや生活の変化、新しい体験への抵抗感や拒絶が強いことが多く指摘されており、ひきこもりが長期化するケースでは、不安障害と発達障害への対応が一つの重要な課題になるものと考えられる。

家族要因としては、家族の問題解決能力の低さや本人に対する不適切な関わり、症状や暴力の増悪を恐れて変化を促せなくなっているなど、家族が機能不全の状態に陥っている傾向が認められた。

7. 非来談群について

来談群と非来談群①(本人がいずれの医療・相談機関にもつながっていないケース)を比較した結果、来談群よりも非来談群①のGAF得点が有意に低いことから、非来談群①には、より問題の深刻なケースが多く含まれているものと考えら

れる。

来談群と非来談群①の転帰を比較すると、来談群の社会参加が有意に多いという結果も出ているが、非来談群①に中断が多いことから、本人の生活状況が変化したかどうかは確認ができないというのが正確である。しかし、非来談群①では、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、あるいは家族相談さえも中断に終わっているケースが多いことが窺われ、現状では最も支援の難しいタイプのケースと言える。

長期家族支援後の来談群に関する結果と併せて推察されるのは、不安や恐怖感のために社会的な場面や生活の変化を拒絶する本人と、症状・状態の増悪を恐れて変化を促せない、適切な対処行動がとれないなどの家族状況が、来談までに長期間を要する、あるいは本人が来談しないまま経過することの背景要因となっていることである。近年、ひきこもり問題の長期化・高齢化が指摘されており、その実状と背景要因の一端が明らかになったものと思われる。

ただし、非来談①に該当する136件の中には、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が11件(8.1%)あり、一部のケースについては、家族を対象とした支援(家族療法的アプローチ)が有効であった可能性も示唆された。

E 結論

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。

F 健康危険情報

特記事項なし

G 研究発表

1. 論文発表

- ・近藤直司：青年期における発達障害と精神科医療。精神神経学雑誌 111(11);1433-1438,200
- ・近藤直司、小林真理子、富士宮秀紫、萩原和子：青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて。精神科治療学 24(10);1219-1224,2009
- ・近藤直司、小林真理子、宮沢久江、宇留賀正二、小宮山さとみ、中嶋真人、中嶋 彩、岩崎弘子、境 泉洋、今村 亨、萩原和子：発達障害と社会的ひきこもり。障害者問題 37(1);21-29,2009
- ・近藤直司：青年のひきこもり。児童青年精神医学とその近接領域。50(50周年記念号);156-160,2009
- ・近藤直司：ひきこもり。精神科臨床サービス 9(4);507-511,2009

2. 学会発表

近藤直司：青年期における発達障害と精神科医療。日本精神神経学会シンポジウム、2009

H 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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339例の概要

項目		人数 (%)
性別	男性	253 (74.6%)
	女性	86 (25.4%)
年齢	10代	80 (23.6%)
	20代前半	105 (31.0%)
	20代後半	85 (25.1%)
	30代	69 (20.4%)
	平均年齢(歳)	24.3±5.5
	最小値(歳)	16
	最大値(歳)	37
ひきこもり始めた年齢	20代より前	162 (47.8%)
	20代前半	114 (33.6%)
	20代後半	57 (16.8%)
	30代	6 (1.8%)
	平均年齢(歳)	20.1±4.7
	最小値(歳)	8
	最大値(歳)	34
ひきこもり始めたから支援開始までの期間	1年未満	55 (16.2%)
	1年以上 5年未満	165 (48.7%)
	5年以上 10年未満	74 (21.8%)
	10年以上	44 (13.0%)
	不明	1 (0.3%)
	平均期間(年)	4.4±4.2
	最小値	0か月
	最大値	25年11ヶ月
最終学歴	中卒(高校中退含む)	117 (34.5%)
	高卒(大学等の中退含む)	133 (39.2%)
	大学・専門学校卒	87 (25.7%)
	不明	2 (0.6%)
職歴	あり(正社員)	50 (14.7%)
	あり(アルバイト)	116 (34.2%)
	なし	172 (50.7%)
	不明	1 (0.3%)
不登校歴	あり	178 (52.5%)
	なし	151 (44.5%)
	不明	10 (2.9%)
G A F	0-10	0 (0.0%)
	11-20	11 (3.2%)
	21-30	43 (12.7%)
	31-40	139 (41.0%)
	41-50	116 (34.2%)
	51-60	19 (5.6%)
	61-70	2 (0.6%)
	71-80	0 (0.0%)
	81-90	0 (0.0%)
	91-100	0 (0.0%)
	不明	9 (2.7%)
	平均値	38.9±9.0
	最小値	17
最大値	65	

表2 339件の分類

来談群	184件(長期家族支援群16件)	
	診断保留	35件
	確定診断	149件 (100.0%)
	第一群	49件 (32.9%)
	第二群	48件 (32.2%)
	第三群	51件 (34.2%)
	その他	1件 (0.7%)
非来談群	155例	(100.0%)
	非来談群①	136例 (87.7%)
	非来談群②	19例 (12.3%)

表3 第1群49件の概要

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	17	家族の問題	28	社会参加	10
295.30統合失調症妄想型	10	家族の不和	7	精神科医療	24
295統合失調症(病型の記載なし)	3	家族の健康問題	6	支援機関紹介	1
295.20統合失調症緊張型	1	家族の問題解決能力の低さ	2	相談継続	9
295.60統合失調症(残遺型)	1	親の精神障害	2	中断	5
297.1妄想性障害(混合型)	1	親子間の葛藤	2		
統合失調様障害	1	家族の自殺	1		
気分障害	16	親からの虐待	1	社会参加した事例	
300.4気分変調性障害	4	親の死	1	支援期間	件数
296.89双極 II 型障害	2	親の自殺	1	1年未満	2
296双極 I 型障害(下位分類の記載なし)	1	親子関係の問題	1	1年以上3年未満	7
296.2x大うつ病性障害単一エピソード完全寛解	1	同胞との不和	1	3年以上5年未満	1
296.2大うつ病性障害単一エピソード 中等症	1	母の重篤な病	1	5年以上	0
296.3x大うつ病性障害反復性エピソード部分寛解	1	母子家庭	1	平均支援期間(月) 21.7±13.6	
296.3大うつ病性障害 反復性 中等症	1	両親の離婚	1	最短値(月)	1
296.90特定不能の気分障害	1			最大値(月)	49
300.4気分変調性障害 早発性	1	身体疾患	10		
311特定不能のうつ病性障害	1	てんかん	2		
296大うつ病性障害 慢性エピソード	1	顔面の裂傷	1		
296.3x大うつ病性障害 反復性 重症 精神病性の特徴を伴うもの	1	橋本病	1		
不安障害	14	手掌多汗症	1		
300.23社会恐怖(社会不安障害)	8	過敏性大腸炎	1		
300.02全般性不安障害	3	腎疾患	1		
300.3強迫性障害	2	難聴	1		
300.22パニック障害の既往歴のない広場恐怖	2	網膜剥離の既往	1		
300.00特定不能の不安障害	1	肺気腫	1		
パーソナリティ障害	5	教育上の問題	4		
301.4強迫性パーソナリティ障害	1	いじめ	2		
301.6依存性パーソナリティ障害	1	級友との不和	1		
301.82回避性パーソナリティ障害	1	進路の悩み	1		
演技性パーソナリティ傾向	1	経済的問題	3		
境界性パーソナリティ傾向	1	失業	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	3	不安定な家計	1		
299.00自閉性障害	1	その他	3		
317軽度精神遅滞	1	友人とのトラブル	2		
318.0中等度精神遅滞	1	精神科医療への抵抗感	1		
適応障害	1	対人関係の葛藤	1		
309.4適応障害 慢性 情緒と行為の混合した障害を伴うもの	1				
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	1				
312.31病的賭博	1				
身体表現性障害	1				
300.7身体醜形障害	1				

表4 第2群48件の概要

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	49	家族の問題	19	社会参加	6
299.80アスペルガー障害	16	家族の不和	4	精神科医療	5
299.00自閉性障害	10	親の過保護	4	支援機関紹介	12
317軽度精神遅滞	11	家族の健康問題	3	相談継続	22
299.80特定不能の広汎性発達障害	5	親からの虐待	3	中断	3
318.0中等度精神遅滞	2	不適切なしつけ	3		
299.広汎性発達障害(下位分類の記載なし)	1	家族の問題解決能力の低さ	1	社会参加した事例	
314注意欠陥/多動性障害(病型不明)	1	父親のアルコール問題とその死	1	支援期間	件数
314.00注意欠陥/多動性障害 不注意優勢型	1	教育上の問題	5	1年未満	2
315.1算数障害	1	いじめ	3	1年以上3年未満	3
317軽度精神遅滞	1	学校でのいじめ	1	3年以上5年未満	1
不安障害	6	教師や級友との不和	1	5年以上	0
300.3強迫性障害	3	身体疾患	2	平均支援期間(月)	17.3±10.7
300.23社会恐怖(社会不安障害)	2	低出生体重	1	最短値(月)	6
300パニック障害	1	内分泌性疾患	1	最大値(月)	36
適応障害	4	経済的問題	2		
309適応障害(病型の記載なし)	1	能力的に困難な勤務条件	1		
309.0適応障害 抑うつ気分を伴うもの 慢性	1	失業	1		
309.24適応障害 不安を伴うもの 慢性	1	その他	9		
309.9適応障害(特定不能)	1	発達特性についての理解不足・対応の遅れ	5		
気分障害	3	気づき・対応の遅れ	2		
311特定不能のうつ病性障害(小うつ病性障害)	2	独居	1		
300.4気分変調性障害	1	配慮・対応の不足	1		
統合失調症および他の精神病性障害	1				
297.1妄想性障害(被害型)	1				
解離性障害	1				
解離性障害(病型の記載なし)	1				

表5 第3群51件の概要

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		27	家族の問題		37	社会参加	11
301.82回避性パーソナリティ障害	9	家族の不和	6	精神科医療	7	支援機関紹介	2
301.20シゾイドパーソナリティ障害	7	親からの虐待	5	相談継続	26	中断	5
301.4強迫性パーソナリティ障害	3	不適切なしつけ	5				
301.6依存性パーソナリティ障害	3	親の過保護	4				
301.9特定不能のパーソナリティ障害	1	親の死	4				
回避性パーソナリティ傾向	1	親子間の葛藤	3				
強迫性パーソナリティ傾向	1	家族の問題解決能力の低さ	2				
自己愛性パーソナリティ傾向	1	衝動性の高い家族	2				
抑うつ性パーソナリティ障害	1	DV目撃	1				
不安障害		23	親の自殺		1		
300.23社会恐怖(社会不安障害)	16	親の精神障害	1				
300.3強迫性障害	6	親子関係の問題	1				
300.02全般性不安障害	1	父親のアルコール問題	1				
気分障害		7	両親からの過度の期待		1		
300.4気分変調性障害	5	教育上の問題		5			
300.4気分変調性障害 早発性	1	学校でのいじめ	3				
311特定不能のうつ病性障害(小うつ病性障害)	1	学業上の問題	2				
適応障害		7	経済的な問題		3		
309.0適応障害 抑うつ気分を伴う	2	失業	2				
309.9適応障害 特定不能	2	度重なる就職活動の失敗	1				
309.0適応障害(病型の記載なし)	1	身体疾患		2			
309.0適応障害 抑うつ気分を伴うもの 慢性	1	てんかんの疑い	1				
309.4適応障害 情緒と行為の混合した障害を伴うもの	1	舌小帯短縮症	1				
身体表現性障害		2	皮膚科疾患		1		
300.7身体醜形障害	1	その他		1			
300.82特定不能の身体表現性障害	1	意に沿わない帰郷		1			
摂食障害		2					
307.1神経性無食欲症	1						
307.50特定不能の摂食障害	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		1					
307.23トウレット障害	1						
313.23選択性緘黙	1						
解離性障害		1					
300.6離人症性障害	1						
性障害および性同一性障害		1					
302.85青年または成人の性同一性障害	1						

社会参加した事例	
支援期間	件数
1年未満	3
1年以上3年未満	4
3年以上5年未満	3
5年以上	1
平均支援期間(月)	27.4±20.8
最短値(月)	2
最大値(月)	61

表6 診断保留35件の概要

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	10	社会参加	1
広汎性発達障害の疑い	3	精神科医療	2
アスペルガー障害の疑い	2	支援機関紹介	1
特定不能の広汎性発達障害の疑い	2	相談継続	14
軽度精神遅滞の疑い	1	中断	16
自閉性障害の疑い	1	不明	1
知的障害の疑い	1		
パーソナリティ障害	5	社会参加した事例	
シゾイドパーソナリティ障害の疑い	2	支援期間	件数
パーソナリティ障害の疑い	1	1年未満	1
回避性パーソナリティ障害の疑い	1	1年以上3年未満	0
特定不能のパーソナリティ障害の疑い	1	3年以上5年未満	0
		5年以上	0
統合失調症および他の精神病性障害	2	平均支援期間(月)	5
統合失調症か統合失調感情障害の疑い	1	最短値(月)	5
統合失調症の疑い	1	最大値(月)	5
不安障害	2		
強迫性障害の疑い	1		
不安障害の疑い	1		
気分障害	1		
うつ病の疑い	1		
適応障害	1		
309.●適応障害(病型の記載なし)	1		
摂食障害	1		
食行動の異常による摂食障害が疑われる	1		
情報不足	6		
不明	3		
情報不足(IV軸:母親の過保護)	1		
判断不能	1		
不明 V62.89境界知能はあり	1		

表7 診断分類群と性別の関連

		性別			
		男		女	
第1群	度数	29		20	
	調整済み残差	-2.51	*	2.51	*
第2群	度数	6		42	
	調整済み残差	-2.86	**	2.86	**
第3群	度数	15		36	
	調整済み残差	0.34		-0.34	

* $p < .05$, ** $p < .01$

表8 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	支援機関紹介	中断		
第1群	度数	10	24	9	1	5		
	調整済み残差	0.48	4.92	**	-3.54	**	-2.30	*
第2群	度数	6	5	22	12	3		
	調整済み残差	-1.25	-2.73	**	1.27	4.15	**	
第3群	度数	11	7	26	2	5		
	調整済み残差	0.76	-2.18	*	2.26	*	-1.82	†

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

表9 長期家族支援群16件の概要

支援開始から 本人が来所するまでの期間	診断名 (I・II軸)・件数	件数	診断名 (III, IV軸)・件数	件数
平均期間(年) 2.17±1.21	不安障害	7	家族の問題	9
最短(年) 1	300.23社会恐怖(社会不安障害)	5	家族の問題解決能力の低さ	2
最長(年) 5	300.3強迫性障害	1	親からの虐待	2
	300.22パニック障害の既往歴のない広場恐怖	1	家族の不和	1
転帰	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	親の過保護	1
社会参加	299.80アスペルガー障害	2	不適切なしつけ	1
精神科医療	299.00自閉性障害	1	父親のアルコール問題	1
支援機関紹介	317軽度精神遅滞	1	親からの虐待・衝動性の高い家族	1
相談継続	317軽度精神遅滞(強迫性障害)	1	教育上の問題	1
中断	パーソナリティ障害	3	学校でのいじめ	1
	301.20シゾイドパーソナリティ障害	2		
社会参加した事例	301.82回避性パーソナリティ障害	1		
支援期間	統合失調症および他の精神病性障害	1		
1年未満	297.1妄想性障害(混合型)	1		
1年以上3年未満	気分障害	1		
3年以上5年未満	396.3X大うつ病性障害 反復性 重症 精神病性の特徴を伴うもの	1		
5年以上	診断保留	1		
平均支援期間(月) 48.0±4.6				
最短値(月) 43				
最大値(月) 52				

表10 長期家族支援群16件の概要(続き)

来談までに長期を要した要因	件数	来談した要因	件数
本人の要因	10	家族の要因	8
本人の外出や対人接触への恐怖	3	家族の変化	4
本人の変化に対する拒否	2	家族が本人に来談を促すことができた	4
本人のモチベーションの欠如	2	家族以外の要因	5
本人の相談機関への不信感	1	いとこの積極的働きかけ	1
本人のニーズなし	1	精神科医に精神科治療について質問できる	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	社会的事件の報道を見て、危機感を感じた	1
家族の要因	9	知能テストの実施	1
家族機能が低く、対処能力が発揮されない	3	担当者からの手紙	1
家族が本人の混乱や病状の悪化を予測して来談を促せなかった	2	本人の要因	4
暴力の憎悪を恐れて家族が来談を促せなかった	1	本人が置かれた状況の変化	2
父親の機能不全と母親のうつ病	1	健康に関心が強い人だったので、保健師による健康相談に導入できた	1
本人に対する家族の関わりが暴力を誘発していた	1	本人なりの目標を見つけ、それに対する相談のニーズが生じた	1
母親の不適切な関わり	1		
支援の要因	4		
相談に行っても何をしてもらえないのかわからなかった	1		
家族相談での具体的な助言などの工夫不足	1		
母親への助言にもう一工夫する必要があった	1		
担当者も本人に対しては積極的にアプローチしなかった	1		

表11 支援開始から本人来談までの期

月	件数	
0	125	(67.9%)
0.5	1	(0.5%)
1	18	(9.8%)
2	5	(2.7%)
3	4	(2.2%)
4	3	(1.6%)
5	3	(1.6%)
7	2	(1.1%)
10	2	(1.1%)
11	3	(1.6%)
12	3	(1.6%)
15	2	(1.1%)
16	1	(0.5%)
19	1	(0.5%)
20	1	(0.5%)
21	1	(0.5%)
23	1	(0.5%)
27	1	(0.5%)
31	1	(0.5%)
33	1	(0.5%)
35	2	(1.1%)
51	1	(0.5%)
60	1	(0.5%)
不明	1	(0.5%)
平均支援期間	3.12	±8.57
最短値(月)	0	
最大値(月)	60	

表12 非来談群①136件の概要

転帰	件数	社会参加した事例
社会参加	11	支援期間 件数
精神科医療	5	1年未満 5
支援機関紹介	7	1年以上3年未満 5
相談継続	65	3年以上5年未満 1
中断	48	5年以上 0
		平均支援期間(月) 13.0±12.5
		最短値(月) 2
		最大値(月) 47

表13 非来談群②19件の概要

転帰	件数	社会参加した事例
社会参加	2	支援期間 件数
精神科医療	8	1年未満 2
支援機関紹介	3	1年以上3年未満 0
相談継続	2	3年以上5年未満 0
中断	4	5年以上 0
		平均支援期間(月) 6.0±1.4
		最短値(月) 5
		最大値(月) 7

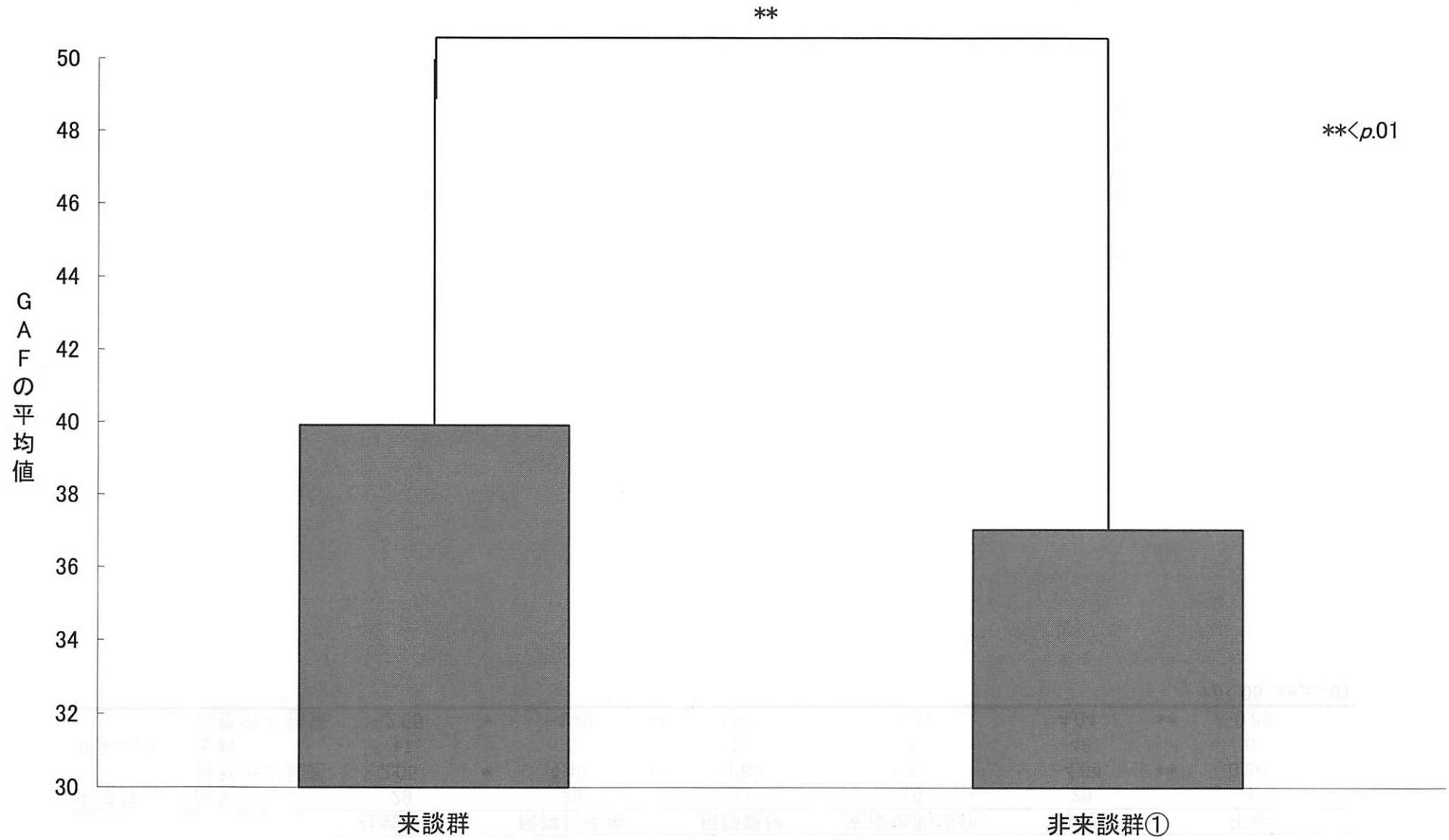


図1 来談の有無とGAFの関連

表14 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	不明		
来談群	度数	29	38		71	16	29	1		
	調整済み残差	2.05	*	4.40	**	-1.65	1.21	-4.04	**	0.86
非来談群①	度数	11	5		65	7	48	0		
	調整済み残差	-2.05	*	-4.40	**	1.65	-1.21	4.04	**	-0.86

* $p < .05$, ** $p < .01$

精神保健福祉センターで実施しているグループ支援の実際と ひきこもりケースに対する有効性に関する研究

分担研究者 近藤直司^{1, 2)}

研究協力者 榊原聡³⁾

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) 名古屋市精神保健福祉センター

「思春期ひきこもりに対する評価・援助のためのガイドライン」の作成に向けて、精神保健福祉センターにおいて実施されているグループワークの実際を把握し、ひきこもりケースに対する有効性を検討した。

所報や研究協議会の抄録等から週2日以上グループワークを実施している、または実施していたことがあるセンターを抽出し、調査に同意の得られた7ヶ所のプログラムを調査対象とした。7ヶ所うち、利用者の過半数が就労・就学に至ったグループが3ヶ所、過半数が家事参加に至ったグループが2ヶ所、過半数がコミュニティ等への参加に至ったものグループが1ヶ所あった。就労・就学に関して良好な転帰を示したグループには、①自施設における個別の相談を経たメンバーから構成されたグループにおいて継続的に支援する、②1年以内の期限とメンバーの入れ替りのない閉じたグループを設定し、社会参加という課題達成を目的に掲げ、関係作りのためのプログラムと就労に関する学習プログラムを中心に構成する、③さまざまな精神医学的問題をもつ人々を対象とした大規模デイケアにおいて、心理療法的視点を重視しつつ、多彩なプログラムを運営して、幅広いニーズと目的に対応しようとしている、といった特徴がみられた。

A 研究目的

1. 目的

本研究では、精神保健福祉センターにおいて実施されているグループワークの実際と、これらがひきこもりケースに対して、どのような有効性や効果を示すかを検討した。

2. 研究の背景

近藤らの調査（近藤ら2009）によれば、精神保健福祉センターにおけるひきこもりケースのうち、本人が来談し、調査期間内に社会参加（一般就労、週3日以上のアパートや福祉施設への通所、進学など）に至ったケースは16%であった。この調査対象には、まだ本人が来談して間もないケースや、その時点では個別の相談面接のみでフォローされているケースなどが多く含まれていることが推察される。

一方、全国精神保健福祉センターにおいては、数年に及ぶような継続相談・支援ケースも少ないし、さまざまなグループ支援や集団療法的アプローチの試みが始まっている。全国精神保健福祉センター、保健所を対象にした伊藤らによる調査では（伊藤ら2003）、保健所の17.9%で、他障害と合同のデイケア活動が行われており、精神保健福祉センターの23.0%でひきこもり専門のデイケア活動が行われていたことがわかる。これらの実状を把握することにより、ひきこもりケースに対するグループ支援の有効性について検討することとした。

B 研究方法

1. 調査対象

対象は、全国精神保健福祉センターにおいて平

成20年度までに実施されていたグループワークまたは精神科デイ・ケア等のうち、実施頻度が週2回以上であるもの、支援の転帰が把握されており、機関として公表することに同意が得られたものを対象とした。プログラムの内容や転帰については、グループ支援を開始してから平成20年度までの任意の年度を当該センターで選択してもらうこととしたが、より多くの利用者がよい転帰を示していると考えられる年度があれば、その年度を優先してもらうこととした。また、診療報酬請求を行っていないグループワークだけでなく、通院集団精神療法、精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケアなど診療報酬請求を行っているものも含めた。

この調査でいう「ひきこもり」は、本研究班の定義である「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ヶ月以上におわ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ものである。」を踏襲し、グループワーク等の利用により統合失調症の診断が確定した人も「ひきこもりケース」に含むこととした。

2. 調査方法

全国の精神保健福祉センターが発行している所報と、全国精神保健福祉センター研究協議会抄録集等から候補となるグループワークまたはデイケアプログラムを抽出した。電話で調査への協力を依頼し、了解の得られた山形県精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、静岡県精神保健福祉センター、香川県精神保健福祉センター、広島県立総合精神保健福祉センター、広島市精神保健福祉センター、名古屋市精神保健福祉センターに対

して、郵送法によりプログラム内容や個々のケースの転帰等について回答を得た。また、グループの実施内容や目標、構造等については、電話により補足聴取を行った。

グループの構造については、グループの名称、目的、対象者、実施頻度、利用期間、定員、職員数、プログラムの情報を聴取した。転帰については、調査対象となる精神保健福祉センターにより選定された年度に、そのグループを利用していたひきこもりケースの件数、及びその精神保健福祉センターが把握している範囲でのグループ利用開始後の転帰別の人数を調査項目とした（複数回答）。

転帰については、ICF-2でいう「参加」の領域に属するコードのうち「主要な生活領域」(d8)を就労・就学と訓練との二つに細分し、「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」「家庭生活」と合わせて4つに類型化した。「対人関係」は他の活動・参加コードを横断するコードと考えられるため割愛した。この調査におけるより詳細な転帰結果の分類については、本稿末尾に資料を付す。

C 調査結果

1. グループワークの概要

7ヶ所の精神保健福祉センターから回答を得た。それぞれの支援グループの概要を表1～3に示す。

2. グループの構造

(1) グループの目的

グループの目的については、以下のように4つに大別することができた。

	心理療法 発達支援	対人関係・ソーシャルスキルの改善・学習	現在の自分の認識・受容	社会への参加	その他
山形		○			
多摩				○	生活、治療
静岡県				○	
香川	○	○	○		

広島県	○	○			
広島市	○	○	○	○	生活リズムを形成
名古屋市			○		これからの生活を考える

(2) 対象者

全てのプログラムで年齢の条件が設けられていた。20代前半は全てに共通して対象となっていた。対象年齢の下限は15歳であり、山形、香川県、広島県が該当する。静岡県と名古屋市は20歳を下限とし、静岡県は20歳代に限定していた。山形県は上限を25歳としており、最も対象年齢層が若く、年齢幅も狭かった。最も高い上限設定は広島市の45歳であった。年齢の幅が最も広いのも広島市で、18歳から45歳を対象としていた。

多摩、静岡県、香川県、広島市、広島県、名古屋市が、「精神疾患があること」を条件として明記していた他、山形県では自施設で相談・治療をしている人から対象者を選定していた。静岡県は、家族も家族向けのプログラムに参加することが条件となっていた。

その他、定員、プログラムの回数・頻度、プログラム内容などについて、表2にまとめた。

3. 利用者の転帰 (表3)

支援の転帰については、各精神保健福祉センターに調査対象年度を選定してもらっており、追跡期間は統一されていない。追跡期間が最も長いのは、平成17年度のグループを選定した広島県であった。次いで、静岡県と名古屋市が平成18年度のグループを、山形県が平成19年度のグループを、多摩、広島県、広島市は平成20年度のグループを選定していた。多摩については、大規模なデイケアで対象者が他機関に比べて格段に多いこともあり、詳細な転帰が把握できていないケースが少なくなかった。

(1) 就労・就学

就労・就学に至った利用者が多いのは、登録者の80%を超えた山形県 (89.5%) と静岡県 (83.3%) の

2ヶ所、次いで、名古屋市の66.7%、広島市の41.7%であった。これ以外の3ヶ所のグループは40%未満であった。山形県の転帰には、就学に至ったケースも含まれている。

(2) 訓練利用

職業訓練など、何らかの訓練プログラムの利用に至った利用者が登録者の50%を超えたグループはなかった。40%を超えたグループが1ヶ所、20%台のグループが3ヶ所あった。訓練の利用に至った利用者が比較的多かったグループは、多かった順に、名古屋市が12人中5人 (41.7%)、山形県が19人中5人 (26.3%)、広島市が12人中3人 (25.0%)、香川県が4人中1人 (25.0%) であった。

(3) コミュニティ参加等

コミュニティ参加等に至った利用者が登録者の70%を超えたグループが1ヶ所、30%台のグループが1ヶ所、10%台のグループが1ヶ所であった。コミュニティ参加等に至った利用者が多かったグループは、名古屋市が12中9人 (75.0%)、山形県で19人中6人 (31.6%)、静岡県で6人中1人 (16.7%) であった。

(4) 家事参加

家事参加に至った利用者が登録者の70%を超えたグループが2ヶ所、30%以上50%未満のグループが3ヶ所あった。調査対象とした7グループ中2グループが登録者中の70%以上の人が家事参加に至っていた。家事参加に至った利用者が多かったグループは、広島市が12人12人 (100.0%)、香川県が4人中3人 (75.0%)、広島県が7人中3人 (42.9%)、名古屋市が12人中5人 (41.7%)、山形県が19人中6人 (31.6%) であった。

D 考察

1. 就労・就学について

就労・就学に関しては、利用者の50%以上が就労・就学に至ったグループが3グループ、40%以上でみると、7グループ中4グループが就労・就学に至っ

ていた。以下、これら4つのグループ（山形県、静岡県、名古屋市、広島市）の特徴について要約する。

山形県のグループは、自施設の個別相談、または外来診療からステップアップしたメンバーでグループを構成しており、利用者個々の特性を踏まえた支援を行いやすいこと、利用期限を設けていないことから、次のステップへの移行も時間をかけて支援することができること、利用対象者の年齢を15歳～25歳に限定していたため、他のグループと比べて就学に至る人が多かったことが窺われる。また、就労・就学以外の転帰についても、利用者の20～30%が訓練の利用やコミュニティ参加、家事参加に至っており、就労・就学だけでなく、個々の状態や適応水準に合わせた目標設定とケースワークを重視したものと思われる。

静岡県のグループは、利用期限を設けているグループの中では、更新のない6か月という最短の利用期間を設定していたこと、メンバーの入れ替りのない閉じた構造のグループを構成していたこと、家族プログラムが並行して実施され、全てのケースで利用されていたことが特徴的であった。社会参加を目的に掲げて、初期段階ではグループづくりのために感情交流や対人関係に関するプログラムを、その後は就労に関する学習プログラムを配して、最終的には個別支援を重視することによって、利用者の多くが就労へ至っていた。山形県とは対照的に、社会参加という課題の達成に向けて、短期集中的に取り組んだグループであったと考えられる。利用対象者の年齢層はおおむね20歳代であり、就学に至った人はいなかった。

名古屋市のグループは、利用期間が11か月と少し長い他は、静岡県とほぼ同様の構造をもつグループであった。転帰としては、就労・就学が60%台であり、その他、訓練利用やコミュニティ参加等、家事参加についても40%から70%に達していた。名古屋市の場合は「就職や就労に関して、自分自身のできることや課題を知ること」が目標として掲げられ、

就労という課題の達成を指向してはいるものの、自身のできることや課題を知った上で、「これからの生活を考える機会とする」ことが目的となっている。就労についても一般就労だけでなく、障害者雇用制度を活用して就労に至っている人もおり、本人自身の現状認識や社会資源の学習を通じて、多様な働き方を支援していたことが特徴的であったと考えられる。

また、名古屋市では、就労・就学以外にもさまざまな形での社会参加があるという視点に基づいて、すでに独自に追跡調査を実施していたこともあって、就労以外の転帰も多いことが特徴的である。「人との関わりからの撤退」がひきこもり問題の一つの本質であることを考えると、支援者が就労・就学以外の社会参加にも留意しておくことが重要であると思われる。

広島市のグループは、心理療法的・発達支援的な目的、対人関係・ソーシャルスキルの改善・学習、現在の自分の認識・受容、社会への参加等、多様な目的を内包している。3つのサブグループを設け、言語や身体を媒介とする多彩なプログラムの、SSTやデイケア終了後に利用できる社会資源について学習するサブグループも設定されており、多様なニーズに応え得る構造設定である。全体としては、さまざまな精神医学的問題を有する対象者が混合した大規模の精神科デイケアであり、利用者の心理状態や全体の集団力動にとくに留意した運営が特徴的である。転帰としては、統合失調症などの精神障害をもつ人をおもな支援対象としている福祉施設の利用なども多いことから、他の利用者がロールモデルとなって障害者向けの支援サービスへの接近を容易にしているのかもしれない。

広島市の転帰にみられるもう一つの特徴は、利用者全員が家事参加に至っていることである。名古屋市の援助者が就労以外のさまざまな転帰に関心を向けていたように、ここでも家事参加という転帰に援助者側が関心をもっていることが窺われる。また、

社会的な機能水準や支援目標という点において、さまざまな水準の利用者が参加しているものと考えられる。

E 結論

精神保健福祉センターにおいて、ひきこもりの人を対象に週に2日以上頻度で実施されていた7つのグループワークを対象に、プログラムの内容や利用者の転帰等について調査した。

利用者の転帰については、利用者の50%以上が就労・就学に至ったグループが3ヶ所、利用者の50%以上が家事参加に至ったグループが2ヶ所、利用者の50%以上がコミュニティ参加等に至ったグループが1ヶ所であった。訓練の利用に至る利用者が50%以上に達したグループはなかった。

就労・就学に関して、良好な転帰が得られたグループには、①自施設における個別の相談を経た10代後半から20代前半の利用者から構成されたグループによって継続的に支援する、②1年以内の利用期間とメンバーの入れ替りのない閉じたグループを設定し、社会参加という課題達成に関する目的を掲げつつ、グループ作りに配慮したプログラムと就労に関する学習などのプログラムから構成する、③統合失調症のケースなど、さまざまな精神医学的問題をもつ人々を対象とした大規模デイケアにおいて、心理療法的視点を重視しつつ、多彩なプログラムを運営することによって幅広いニーズと支援目的に対応している、といった特徴がみられた。

これらの結果から、個別支援からグループ支援へと継続的なステップアップを図ることができたケースや、比較的早い時期からグループを活用できるケースを対象として丁寧に支援すること、あるいは、援助者が就労以外のさまざまな社会参加のあり方に目を向けることによって、個々のケースに応じた社会参加を促進できる可能性が示された。

本調査では、利用者側の条件として診断・障害や社会的機能水準などを統制していない。また、グル

ープの効果については、その目的やプログラムだけでなく、グループを構成する他の利用者やスタッフの状況など、さまざまな要因が関連しているものと考えられる。転帰についても、利用者を取り巻く社会資源や雇用情勢といった環境要因も大きな影響を与えると考えられることから、本調査によって各機関のグループワークの有効性が厳密に検討・比較されたことにはならない。また、各機関の転帰はすべて単年度の実績であり、事業の継続性や他年度の実績については調査していない。

謝辞

業務繁多の中、この調査にご協力いただきました山形県精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、静岡県精神保健福祉センター、香川県精神保健福祉センター、広島県立総合精神保健福祉センター、広島市精神保健福祉センター、名古屋市精神保健福祉センターの皆さまに深謝申し上げます。

文献

伊藤順一郎・吉田光爾・小林清香・ほか(2003)『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』114-140。

近藤直司・宮沢久江・境泉洋・ほか(2009)「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」齋藤万比古『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20年度総括・分担研究報告書』,63-77。

表 1

	名称	目的	対象者の条件	対象年度
山形県	山形県精神保健福祉センターデイケア (思春期デイケア「くつろぎの部屋」)	対人関係・行動等に問題をもつ思春期・青年期の人々に対して、小集団活動を行うことによって社会適応力を高めることを目的とする。	(1) 当センターに相談・診療に来所している人のうち、人と付き合うのが苦手、外に出るのに自信がない、家に閉じこもりがち、話できる友達がいないなどの悩みを持っていて、社会適応が困難な状態にあるが、社会参加に意欲がある人。 (2) 年齢は概ね15歳から25歳までとする。	19
多摩	思春期・青年期デイケア	精神疾患をもつ若年層の利用者対象に、生活・治療・就労を中心としたプログラムの提供	・35歳以下 ・精神科の診療を受けている ・本人の意思 ・多摩地区(東京23区をのぞく都内)	20
静岡県	社会的ひきこもり家族支援研究事業(通称: breakthrough program)	社会的ひきこもり状態にある本人と家族に対し、家族全体を支援対象とした一体的な支援プログラムを実施し、本人の社会参加を促進する。	県内に在住する人で、非精神病性の社会的ひきこもりの状態にあり、社会参加の方法について課題意識のある本人及びその家族で、通院集団精神療法が適当であると医師が判断したものを支援対象とする。 本人の年齢は、20歳代に限るが、医師の判断により必要と認められた場合は、30歳代であっても支援対象とする。 また、家族については、両親の参加を原則とする。医師の判断により必要と認められた場合、本人の参加が困難であっても、両親だけがプログラムに参加することができる。	18
香川県	思春期・青年期デイケア	「思春期青年期において様々な悩みや障害を抱えた人達を対象に、個々の課題を整理し、自信の回復、生活意欲の増進、社会生活能力の向上をはかり自己実現を促進するために、計画的に集団援助と個別援助を行うものである」	原則として、次の各号に該当する者 (1) 年齢は概ね15歳から30歳の者とする。 (2) 社会参加を強く希望し、積極的に利用する意思のある者。 (3) 家族が、本人の課題を家族全体の課題として考え、本人の利用に協力し、また、家族合同面接、家族教室に対しても積極的に参加できる者。	20
広島市	広島市精神保健福祉センターデイケア	発達の課題をやり直す機会を持ち、様々なグループ活動に参加することによって、対人関係の改善を図ること、仲間体験を通し病気に対する受容と自覚を促し、あわせて生活リズムを形成し、障害受容と社会生活への適応を促進する。	精神的な病気で通院治療を受けている、おおむね18才から45才までの方	20
広島県		精神障害、社会的不適応、ひきこもり等により、青年期の発達課題達成に困難を有する概ね15歳～29歳を対象に、自己同一性を獲得し、現実の社会生活への対処能力を学習することを目的に、従来のデイケアを平成14年度に再編成した。グループは通常グループ(青年期グループ)と個別的なサポートと小集団でのグループ体験を要する人を対象にしたウォーミングアップ	・精神科受診中で、主治医の紹介があること。(ひきこもり等で主治医がいない場合は、当センターの医師がデイケア受け入れの時点で主治医になる) ・精神障害、社会的不適応、ひきこもり等により、青年期の発達課題達成に困難を有する人。 ・概ね15歳～29歳の人。	17

		ループから成っている。		
名古屋市	就労チャレンジコース	プログラムを通して、就職や就労に関して、自分自身のできることや課題を知り、これからの生活を考える機会とする。職員はそれを支援する。ただし、就職の斡旋は行わない。	対象者は、次の条件をすべて満たす人として募集された。 <ul style="list-style-type: none"> ・働いていないか若しくは学校にいていない状態が現在若しくは過去に6か月以上続いている（過去に続いていた場合とは、過去に前述の状態にあり現在はアルバイトに挑戦しているが上手く行かず長続きしていない場合などを想定。） ・本人が自身をひきこもりであると考えている ・次の疾患を除く精神疾患がある 統合失調症、妄想性障害、統合失調感情障害、躁病相があった気分障害 ・その精神疾患の治療を担当している主治医がいる ・その主治医が当コースの利用に賛成している ・本人が働きたい（家庭以外の社会生活に参加したい）と考えている ・概ね20代から30代前半である 	18

表 2

	定員	利用 期限	週あたり の実施頻 度	スタ ッフ	プログラム	備考 1	備考 2
山形	20 人	なし	2日/週	4	学習、ミーティング、スポーツ、ゲーム、音楽、調理、PC、個別相談		定員は概ね
多摩	70 人	6か 月。 最長 1年 間	4日/週	13	3グループ構成（導入グループ、生活体験グループ、就労準備グループ）＜エンジョイコース、スキルアップコース、クラフトコース、クラブ活動、テーマ別活動		
静岡県	10 人	あり	2日/週		ゲームや調理（集団づくり）、オブジェ作りやお菓子作り等で自己表現、小講義のテーマの話し合い、外部講師による就労支援の小講義、将来について話し合う、社会参加への取り組みの反省、終了後の生活について話し合う、具体的な行動を指示されて動く	家族の家族教室への参加がセットとなる総合支援。グループ開始時期にグループのプログラムを設定	6か月間の期間中に頻度は1/w→2/w→1/wと変化する
香川	20 人	なし	3日/週	4	スポーツ、ミーティング、学習会、美術、所外活動、料理、俳句、音楽・ビデオ鑑賞、茶道、室内レク、七宝焼き、ボラ活動	家族教室毎月1回開催。担当制をとっておりPHNとPSWが個別相談等している。	
広島市	70 人	6か 月最 長5 年	4日/週	11	基本グループ（各グループで話し合い様々なプログラムを計画）、作業グループ（ウッドクラフト、陶芸、編み物、紙粘土、絵画、染物、ちきり絵、スポーツ、書道、パソコン、文芸、刺繍、パッチワーク、茶道、華道、レザークラフト、音楽）、全体行事、SST、デイケア後について考える講座	サブグループあり。デイケア後を考える講座を実施 家族の集い	
広島県	30 人	最長 5年	3日/週	3	全体ミーティング、手芸、音楽、疾病セミナー、園芸、SST、書道、絵画、健康教室、スポーツ、作業、料理、クラブ活動、	家族のつどい	
名古屋	20 人	11 か月	3日/週	5	影絵、自己表現、トワイライトタイム、働くことについての講義、自分について考えるワーク、コミュニケーション、履歴書・面接について考える、OB体験談、体力チェック、体力づくり（ウォーキング等）、職安見学、ヤング・ジョブ・あいち見学、事業所見学、高等技術専門校見学、障害者職業センター見学、皮革製品製造、書類作成、模擬就労、セルフチェック、個別面接（振り返りと目標設定）、二週間に一回の「計画表作成」で各自が活動計画を立て、それに沿って活動する。	グループ開始時期にグループのプログラムを設定 家族教室を4回開催	

表 3

	登録	就労・就学 実数 (比率)	訓練利用 実 数 (比率)	コミュニテ ィ参加等実 数 (比率)	家事参加 実 数 (比率)	その他 実数 (比 率)	不明 実数 (比率)	備考
山形	19人	17人 (89.5%)	5人 (26.3%)	6人 (31.6%)	6人 (31.6%)	1人 (5.3%)	0人 (0.0%)	
多摩	117人	7人 (6.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	5人 (4.3%)	2人 (1.7%)	終了・中断時 の転帰。登録 者の62%の人 が統合失調症
静岡 県	6人	5人 (83.3%)	0人 (0.0%)	1人 (16.7%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	
香川 県	4人	0人 (0.0%)	1人 (25.0%)	0人 (0.0%)	3人 (75.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	
広島 市	12人	5人 (41.7%)	3人 (25.0%)	0人 (0.0%)	12人(100.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	
広島 県	7人	0人 (0.0%)	1人 (14.3%)	0人 (0.0%)	3人 (42.9%)	1人 (14.3%)	2人 (28.6%)	
名古屋	12人	8人 (66.7%)	5人 (41.7%)	9人 (75.0%)	5人 (41.7%)	0人 (0.0%)	2人 (16.7%)	2008.4-5 月 時 の転帰%

資料

- ・【転帰1：就労・就学】グループワーク参加後に1日以上就学・就労したことがある（d820,d830,d8451,d850）
 - ※就学前教育（d815）はひきこもりの人の年齢を考慮して除外
 - ※就学は、在籍ではなく実体のある通学とする。
 - ※就労は、自営、被雇用の別あるいは雇用形態や勤務時間を問わず報酬を得る仕事に就くこととする。
- ・【転帰2：訓練の利用】グループワーク参加後に1日以上職業訓練、職業準備訓練、出席日数にカウントされる塾もしくはフリースクール、技能連携校・サポート校、大検（高認）予備校、精神科デイケア、自立訓練（生活訓練）、地域活動支援センターを利用したことがある（d810,d820,d840,d8450,d898）
 - ※職業訓練は、特定の仕事の知識技術を身につける訓練であり、専門学校、職業能力開発校、能力開発施設、その他公共職業訓練が含まれる。ICF-2ではd810にコードされる。
 - ※職業準備訓練は、働く習慣などどの仕事に就くにも身に付いているとよいこと（キャリアカウンセリングではemployability）を身につける訓練をいい、障害者職業センターの職業準備訓練、就労移行（継続）支援事業、就労を主体とした地域活動支援センター、YESプログラム、若者自立塾、若者サポートステーションのプログラム、その他若年者就労支援のプログラムが含まれる。ICF-2では、d840あるいはd898にコードされる。若年者トライアル雇用は雇用関係が発生しているがマッチング目的の有期契約であることから、d840にコードする。
 - ※学校長の判断により出席日数にカウントされる塾やフリースクール、技能連携校・サポート校、大検（高認）予備校は公教育復帰への準備あるいはオルタナティブな教育として、d810にコードする。定時制高校や単位制高校は公教育として、d820にコードする。
 - ※精神科デイケア、自立訓練（生活訓練）、地域活動支援センターの生活リズムを整える訓練は、広い意味での職業前訓練とも考えられるが、d898にコードされるものとする。
 - ※就職活動（d8450）は求職登録からネット検索まで幅広いため、転帰2に含めないこととする。
- ・【転帰3：コミュニティ参加等】グループワーク参加後に1日以上上記2類型以外のコミュニティ（フリースペース、自助グループもこちらに含める。）に属して活動したことがある（d9xx,d855）
 - ※無報酬の仕事（d855）は、d9xxのコミュニティに属して行うことが多いと考えられるので、転帰3に含める。
- ・【転帰4：家事参加】グループワーク参加後に、1日以上家庭の活動に従事したことがある（d6xx）
- ・【転帰5：その他】グループワーク参加後のグループワーク参加以外の活動状況が上記4類型以外の状況である
- ・【転帰6：不明】グループワーク参加後のグループワーク参加以外の活動状況が不明である

ひきこもりケースに対する訪問による支援方法についての検討

近藤直司^{1,2)} 田上美千佳³⁾ 新村順子³⁾ 柏木由美子⁴⁾ 糊澤直美⁵⁾
小林桂子²⁾ 広沢 昇⁶⁾ 藤原千秋⁷⁾ 水口ひろ子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) 東京都精神医学総合研究所 4) 東京都多摩小平保健所
5) 川崎市精神保健福祉センター 6) 埼玉県越谷保健所
7) 東京都町田保健所 8) 神奈川県三崎保健福祉事務所

調査の経緯と目的

近藤ら¹⁾は、ひきこもりを伴う行為障害、ないしは家庭内暴力のケースの実態と介入方法としての訪問のあり方を検討する目的で、全国 59ヶ所の保健所、児童相談所等の公的支援機関を対象に、訪問事例に関する調査を実施した。また、その成果と、これまでの先行文献をもとに、標準的と思われる訪問のガイドライン²⁾を公表した。

今回、「思春期ひきこもりに対する評価・援助のためのガイドライン」の公表に向けて、より多くの経験豊富な相談支援実務者による知見を取り入れ、検討を加えることとした。

調査方法

1. 調査方法の選定

調査方法として、フォーカスグループインタビューを選択した。この方法は、特定の話題について少人数のグループを対象にインタビューを行うもので、社会科学におけるデータ収集方法として開発されたものである。意思決定や結論を出すための方法ではなく、特定のテーマについて実情に即した情報が得られるとともに、参加者の現実を理解することが目的となる。参加メンバーとしては、共通の話題で話せる背景を持っている人を選定することが基本である。

2. インタビューガイドの作成

事前に、共同研究者らで、グループインタビューの流れ、およびインタビュー項目の柱を検討した。具体的には、今まで作成した、ひきこもり事例への家庭訪問支援のガイドラインを下敷きに、①(初回)訪問に行く前にどのような準備をするべきか、②(初回)訪問に行ったときにどのような対応や面接を行っているのか、③訪問後のケースへのフォローをどのようにしているのか、④訪問の倫理的側面について配慮しなければならないことは何か、という4つのインタビュー項目の柱をあげ、インタビューを進めることとした。

3. 調査対象者の基準および選定

①調査対象者の条件

以下の条件を満たす者を対象者とした。

- ・ 地域精神保健福祉領域および児童福祉領域でひきこもりケースへの家庭訪問支援を行っている

中堅以上(実務経験5年以上)の保健師、精神保健福祉士、児童福祉司などの専門職。

②調査対象者の選定

①の条件を満たし、研究協力の依頼を行って同意の得られた専門職を対象とした。

4. インタビュー内容の分析

インタビューの内容は参加者に許可を得てテープに録音し、逐語録を作成後、インタビューガイドに基づいた項目に沿って質的に内容の分析・整理を行った。

倫理的配慮

1. 対象者にはグループインタビューの目的や方法の説明と共に、研究への参加の決定は自由意志であり、参加に同意することまたは参加を拒否することで不利益はないこと、研究協力の中止はいつでも保障されていること、インタビューデータは調査目的以外に使用されないことを口頭で説明した上で、調査協力の同意を得た。
2. グループインタビュー中に語られた内容については、プライバシーの保護のため、固有名詞は逐語録作成時点で消去した。また、調査結果の発表等の際にも十分に配慮した。

結果

1. 実施日時

フォーカスグループインタビューは以下のように実施した。

2009年7月10日 13:30~16:30 於、東京都精神医学総合研究所

2. 調査対象者の概要

①所属機関および職種

所属機関：保健所4名、精神保健センター1名、児童相談所1名

職種：保健師2名、精神保健福祉士2名、福祉職1名、作業療法士1名、児童福祉司1名

(参加者のうち1名は精神保健福祉士と作業療法士両方の資格を所有)

②性別 女性5名、男性1名

③経験年数

平均22.8年(範囲8年~36年)

④ひきこもりに関する事業の経験年数

平均16.3年(範囲2年~35年)

⑤調査時点までのひきこもりケースへの訪問件数

平均394.3件(範囲30件~1728件)

⑥調査時点までのひきこもりケース以外への訪問件数

平均2823.3件(範囲100件~8640件)

3. フォーカスグループインタビューの結果

インタビューの逐語録を、インタビューガイドの項目に沿って、以下のように整理した。

I (初回)訪問に行く前の準備

(1) 訪問を要請される状況

ひきこもりケースにおいては、家族自身の問題解決能力が低下しており、支援者が直接本人に会って状況の確認や方針を見定める必要のある場合が比較的多い。

(2) ひきこもりケースの家族の特徴に合わせた支援の提供

i 訪問前の家族相談で行った方がよいこと／課題

- ・ 家族内のコミュニケーションが少なくなっているため、本人と家族が向かい合えるように、支援を通しコミュニケーションを復活させる。
- ・ 家庭訪問を設定する前に、一度は本人の来所相談にチャレンジする。
- ・ 訪問することを家族から本人に伝えてもらう。
- ・ 訪問についてどのように家族が本人に伝えているのか／伝えていないのかを確認する
→家族機能のアセスメントになっている。
- ・ 家族が本人に訪問していることを伝えられない場合には、手紙を書き、家族から本人に渡してもらう。手紙は、自分のペースで読めるので電話より受け入れやすいことがある。
- ・ できるだけ複数の家族員と面接を行っておき、各家族員の本人に対する見方を確認する。
- ・ 家族がなかなか変化できず、本人が登場する前の家族相談に非常に時間のかかる場合がある。時間をかけて家族に変化があるまで待つべきなのか、本人と家族を分離する方向で支援したらよいのか、判断が難しいことがある。
- ・ 支援者に万能感を抱き、本人のことはすべて任せてしまいたいと家族が考えている場合もあるので、相談や訪問の目的、支援者のできる範囲などを伝え、了解を得る。

ii 訪問時の対応について事前に家族に伝えること

- ・ 訪問場面では、本人に会う、会わないに関わらず、支援者は本人に軸をシフトし、本人の気持ちに添った発言や行動をとることを家族にあらかじめ理解してもらう方がよい。
- ・ 本人に無理やり会うことはしないと伝えておくことも重要。
- ・ 親が事前に訪問のことをどのように伝えているのか確認をして、それに合わせて本人に自己紹介をする。
- ・ 親との相談内容をどこまで聞いたことにするか、どこまで家庭訪問時に話題にしてよいかを確認しておく。例) 最初から症状のことを話題にしてもよさそうかどうか。
- ・ 当日の服装などにも留意する。
- ・ 同行者の選定に際しては、暴力のあるケースの場合には複数で行くことにしている。あるいは、どんなケースでも、原則として訪問は複数で実施している機関もある。
- ・ 親が過度に期待しないようにするためにも、当日、本人に会えない場合もあること、本人に会えるまでに時間がかかる場合もあることを事前に伝えておく。
- ・ 実際には、事前の予想や打ち合わせと全く違う展開が生じることもあるので、柔軟な態度で臨む。

II (初回) 訪問に行ったときにどのような対応や面接を行っているのか、

(1) 本人に会えたとき

- ・ 初回の面接時間は5～10分で充分である。逆に、長時間面接して本人との関係を一気に深めないことを心がけている。
- ・ 趣味など表面的な話題の方が適切なこともある。
- ・ 本人には初回訪問では会えなくて普通。会えたら「めっけもの」という気持ちで。
- ・ 訪問中には、本人に「この人は自分のために来てくれた人かどうか」を試される場面が沢山ある。

「率直に、かつ本人に寄り添った発言」がどれ位できるか。

「あなたなりのひきこもっている理由があるよね」など、個別性を大事にした発言をする。

- ・ 会う場所：居間なのか、本人の部屋なのか（より本人の趣味等がわかる）
 - ・ 確認すること：本人の様子（表情、雰囲気、服装、本人の生活状況、拒絶の度合い）、生活の様子、家の荒れ方、緊急性の判断、家族から聴いた情報と現実との差、ノックをしたときの本人の反応等。
- (2) 本人に会えなかったとき
- ・ 同じ会えない状況でも、来ているのが分かって気にしているのか、全くの拒絶なのか、攻撃をこちらに向けてきているのかによって、対応の仕方が異なってくる。
 - ・ 来ているのを気にしている場合いには、ドア越しに本人に声をかけることもある。
 - ・ 変化するのに時間がかかることを親と共有する。

III 初回訪問の終了の仕方、または、その後のフォロー

(1) 訪問終了時に家族に伝えること

i 次回訪問の約束

日時をはっきり決めた方がよいと、ぼかした方がよいときがあるように思う。

発達障害など、強迫傾向が強い場合には、事前に来訪日を知らせると過度に負担になり、マイナスになることもあるので、〇月の下旬位～などと大まかに決め、何かのついでに来たことにした方がよい。

ii 訪問後変化が起こったりするので「何かあったら連絡下さい」と必ず伝えている。

(2) 家庭訪問継続の是非の判断

i 継続するとき

- ・ 会えなくても、「本人に待たれているな」という手ごたえを感じる時がある。
たとえば、訪問の前後の本人の言動・・・たとえば「訪問に来ている人はどんな人？」「何時に来たの」など、訪問者に興味を示すとき、親とのコミュニケーションのとり方がやわらかくなるなどの変化が生じたときなど。

ii 家族の来所面接に切り替えるとき

- ・ 訪問場面で、無理やり面接場面に登場させるなど、親が本人に過剰なプレッシャーをかけることがあったと予想されるとき。
- ・ 本人と会えなかったことを題材に家族と相談を継続していく。
- ・ 訪問で得られた具体的情報を使って、家族の対応の仕方などを具体的に助言できる。肯定的にリフレーミングするなど、ストレングスを意識した視点で変化や状況を評価する。
- ・ 訪問によって一気に事態が変化・改善するわけではないことを家族にわかってもらう。
- ・ 福祉保健分野の場合、ひきこもりケースに対する支援メニューは個別相談やグループなどがあり、訪問はその中の一つとしての位置付けになる。他の支援方法も使いながら相談・支援を継続していく。

IV 訪問の倫理的側面についての配慮

- ・ 訪問は「他の人から見えにくい支援である」ということを自覚しておく必要がある。
- ・ 支援するときには、他人の家を訪ねて行くという一般常識を忘れないようにする。
- ・ 介入の緊急性の高い時ほど、本人の同意をとることが難しい場合が多いが、本人に「伝える」「同意をとる」努力をすることが重要。
- ・ 本人の立場に立って、訪問時に援助者が「やって良いこと」「悪いこと」を考える。

- ・ 工夫として、
複数訪問・・・本人と話す人、家族と話す人と分けることも多い（分けることがベター）。
本人よりの動きをとりやすくするための工夫。
事例検討を設ける・・・全体像を確認できる、いろいろな立場からの意見を集約する
記録の回覧、言語化・・・皆で共有する雰囲気、組織として対応しているという自覚、周囲
に認識を促す工夫を考える。
- ・ 守秘義務について
まずは、相手に「伝えてよいか」を確認することが基本。
- ・ 家庭訪問は、精神保健福祉分野では長く行政機関がその実施主体であった。訪問の倫理や対
象者の人権を守るための「質の担保」のためにも、今まで積み上げてきた方法やスキル、ノ
ウハウ等を民間の支援者と共有していく作業が重要なのではないか。

ガイドラインの作成・公表について

『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」（代表研究者：齋藤万比古）平成21年度総合研究報告書において、要旨を公表した。

文献

- 1) 近藤直司、境 泉洋、石川信一、新村順子、田上美千佳：地域精神保健・児童福祉領域におけるひきこもりケースへの訪問支援。精神神経学雑誌 110(7):536-545,2008
- 2) 新村順子、田上美千佳、近藤直司：地域保健機関による思春期ひきこもり事例への訪問支援。平成18年度、厚生労働科学研究（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・支援に関する研究（主任研究者：齋藤万比古）、総合研究報告書

大学生に見出される不登校・ひきこもりの実態把握と支援に関する研究

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⁾ 井出草平²⁾ 谷口由利子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

本研究の最終年度にあたる平成 21 年度は、大学における有効な不登校・ひきこもり支援のあり方について、各大学の实情に合わせて適用可能な幾つかのモデルを提示することを目的に、①不登校・ひきこもり支援を積極的に行い、成果を挙げている大学の学生相談担当者を講師に招いてシンポジウムを開催した。②シンポジウム内容を小冊子にまとめ、全国の主要な学生相談機関・専任カウンセラー一宛に郵送した。その際、同封の質問紙への回答を依頼し、その結果を分析した。

①では、和歌山大学（ひきこもり回復支援プロジェクト）、神奈川工科大学（欠席過多学生プロジェクト）、広島大学（コミュニティー・アプローチ）、九州大学（ファミリーサポートグループ）、香川大学（自発来談学生への支援）における不登校・ひきこもり支援の取り組みが紹介された。①で紹介された各大学での取り組みは、他の大学においても、そのままの形で、或いはそれぞれの大学の实情に合わせて多少の変更を加えることによって、不登校・ひきこもり学生の有効な支援モデルになる可能性があると考えられた。

②については、回答のあった大学の中で、不登校・ひきこもりに対して何らかの取り組みが行われていた大学が全体の 75%にのぼっていた。また、①の各大学での取り組みについて「参考になる・取り入れたい」と答えた大学が非常に多かった。この結果、及び昨年度までの調査結果から、大学生の不登校・ひきこもりが、大学において無視できない程ほど大きな問題になっていることが示唆された。支援法としては、日常的学生支援、制度化された学生支援、専門的學生支援の各階層のそれぞれにおいて、また、階層を跨いで支援が様々な形で行われている事が明らかになった。しかし、全学レベルでの組織的支援、アウトリーチ型支援、保護者支援、ピアサポート等の支援を行っている大学は限られており、これらの支援法の有効性や実行可能性について検討することが今後の課題と考えられた。

最後に、大学生の不登校・ひきこもりに対する支援・介入のあり方、特に「見守ること」の是非を巡って、支援者の間に考え方の違いのあることが分かった。一方では、不登校・ひきこもりを意味のある時間・作業と捉え、彼らの成長を見守る姿勢で支援に臨むべきであるとする考え方があり、他方では、見守っているのは支援の時期を逸してしまう危険の高い学生（精神疾患を初めとする精神病理の表現・帰結として不登校・ひきこもりが生じたり、遷延化することによって精神病理が発現・増悪する学生）に対して早期から積極的に介入していくべきであるという考え方がみられた。これらの視点は、二律背反のものではなく、個々の学生の状況や支援の時期によって、また、個々の大学や支援者の实情に応じて柔軟に切り替え、適用していくことが必要だと考えられた。見守りか介入かの選択の判断に際しては、学生の状態を把握・評価する必要があるが、自発来談しづらく、支援者からの働きかけに対して萎縮してしまいがちな不登校・ひきこもり学生の場合、この評価の段階で支援者のジレンマが生じると考えられた。このジレンマを解決し、見守ることが必要な不登校・ひきこもりと、介入することが必要な不登校・ひきこもりの両者に対して、求められる支援を提供していく方策を検討することも、今後の重要な課題と考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、大学生の不登校・ひきこもりの実態、及び、それに対する支援の現状と課題を明らかにし、各大学の実情に合わせて適用可能な支援モデルを提示することであった。

本研究の初年度にあたる平成19年度は、基礎的調査として、大学生の不登校・ひきこもりについての①文献研究、及び②近畿圏内の複数の大学の学生相談担当者を対象とした質問紙調査を行った。(水田ら, 2008) ①の結果、不登校・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、留年、休学、中途退学等)については、既に多くの調査・研究が存在するものの、大学生の不登校・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。支援についての文献も限られていたが、不登校・ひきこもり傾向の学生は自発来談し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。(草野ら, 2008)

平成20年度は①全国の大学教員を対象としたサンプリングによる質問紙調査、②全国の大学の学生相談機関(学生相談室、保健センター、学生課等)を対象としたサンプリングによる質問紙調査、③ひきこもり支援に積極的に取り組んでいる大学機関の現地調査を行った(水田ら, 2009)。①の結果、不登校学生は全体で0.7~2.9%(全国の大学生約280万人中2.0~8.1万人)程度、このうち、アパシー状態にある学生が0.1~1.0%(全国で0.3~2.8万人)程度、ひきこもり状態にある学生が0.2~1.0%(全国で0.6~2.8万人)程度存在していると推察された¹。一方、②の結果、ひきこもりかそれに準ずる状態にある学生の来談率は約0.09%(0.3万人)であり、①の結果

¹平成20年度の調査報告書の数字と若干異なっている。これは、調査票を再度点検したところ、幾つかの誤入力が発見され、再計算を行ったためである。

と大きな隔たりがあった。その理由として、不登校やひきこもり状態にある学生は、その特性上、相談機関に来談することが少なく、相談機関で把握・対応されていない可能性が考えられた。①、②の結果から、相談機関も教員も、不登校・ひきこもり状態にある学生の対応や支援に苦慮している現状が明らかになった。これらの学生の支援がうまくいっていないと感じている相談機関が多く、その理由として、学生が相談機関に来談しにくい(再訪しにくい)という学生側の事情に加えて、現在の体制ではこれ以上の対応は困難、関わり方の共通認識が無い・乏しい、相談員が非常勤勤務のため連携が制度的に困難、教職員の理解不足、資金不足等、支援側の事情、即ち、現在の支援体制における限界や問題点を指摘する声が多かった。一方、教員によって指摘された問題点は、教員が専門家でないことに伴う困難、介入の程度・時期・是非の判断の難しさ、不登校・ひきこもり学生の増加やそのケアに伴う負担の増大、早期発見・対応の難しさ等であった。これらの結果から、現在、不登校・ひきこもり学生の支援において最大の障害になっているのは、相談機関・教職員・保護者間の連携不足、及び、大学全体での取り組みや支援体制構築の未整備・未発達であると考えられた。しかし、③の調査から、不登校・ひきこもり支援に積極的に取り組み、成果を挙げている大学のあることも明らかになった。

最終年度の本年は、過去2年の調査結果を踏まえ、各大学の実情に合わせて適用可能な支援モデルを提示することを目的に、以下の企画・調査を行った。

B. 研究方法

1. 不登校・ひきこもり支援を積極的に行い、成果を挙げている大学の学生相談担当者を講師に招いてシンポジウムを開催した。

2. シンポジウムの内容を小冊子(神戸女学院大学カウンセリングルーム, 2009)にまとめ、全国の主要な学生相談機関・専任カウンセラー宛に郵送し、その際、同封の質問紙への回答を

依頼した。質問紙の質問項目は、次の通りであった。

1. 学生の不登校やひきこもりに対して何らかの取り組みをしているか。(「取り組んでいる／ある程度取り組んでいる」、「取り組んでいない／あまり取り組んでいない」のいずれかを選択。)
2. (1で「取り組んでいる／ある程度取り組んでいる」を選択した場合)
 - ・取り組み・支援の方法
「学内専門機関での来所相談」「学内専門機関以外の来所相談」「学内・学外機関との連携」「本人への連絡」「保護者への連絡」「訪問」「ピア・サポート」「親の会」「その他」から選択(複数回答可)²。
 - ・取り組み・支援の具体的内容(自由記述)。
3. (1で「取り組んでいない／あまり取り組んでいない」を選択した場合)
 - ・取り組んでいない理由
「学生が来談しにくい・再訪しにくい」「現状の体制では、これ以上の取り組みは困難」「関わり方の共通認識がない・乏しい」「相談員が非常勤勤務のため」「連携が制度的に困難」「教職員の理解不足」「積極的に動く人がいない」「資金不足」「不登校・ひきこもりの学生はいない／あまりいない」「不登校・ひきこもりの学生に対する支援や取り組みは、必要と感じない／あまり必要と感じない」「その他」(複数回答可)³。
4. 小冊子内容や大学生の不登校・ひきこもりについての意見・感想(自由記述)。

C. 研究結果

1. シンポジウム

シンポジウムでは、和歌山大学、神奈川工科大学、広島大学、九州大学、香川大学で不登校・ひきこもり支援を積極的に行ってきた相談員を講

² 「学内専門機関以外での来所相談」「学内・学外機関との連携」「その他」については、具体的内容についての自由記述を求めた。

³ 「その他」については、具体的内容についての自由記述を求めた。

師に招き、各大学での取り組みについて紹介していただき、意見交換を行った。

和歌山大学では、導入期から社会参加期まで、段階を踏んで展開されるひきこもり回復支援プログラムが実践されていた。各段階では、精神科医とピアによる訪問、個人精神療法、集団精神療法、ピア・グループ、ボランティア活動、就労支援等、さまざまな支援法が、学生と地域のひきこもり青年に対して活用されていた。

神奈川工科大学では、退学生を減らすために立ち上げられた欠席過多学生対応プロジェクトが、不登校・ひきこもり学生支援に効果を挙げていた。ここでは、教職員と学生相談機関相談員が一体となった学生や保護者への積極的な働きかけが特徴的であった。

広島大学では、不登校・ひきこもりをはじめ、学生のさまざまな問題に対応するためのコミュニティー・アプローチが実践されていた。個別事例のレベル、及び、全体会議等の制度的レベルでの学生相談機関相談員と教職員の連携に加えて相談員と保護者の連携が行われ、学生に対しては、ピアサポーター養成や講義での予防啓発的アプローチを通じて問題の発生予防や早期対応の促進が試みられていた。

九州大学では、不登校・ひきこもり学生の保護者を対象としたファミリーサポートグループが実践されていた。ここでは、支援者としての保護者の孤立を防ぎ、元気づけるために、疾患についての心理教育、大学内資源・社会資源についての情報提供、個別面談、保護者同士の情報交換・情緒的相互サポート等が実践されていた。

香川大学では、本人の自発来談への対応、及び教職員と学生相談機関相談員の個別事例レベルでの連携が中心であった。来談しない学生に対する積極的な働きかけやピアの活用等は、危険性が高いという理由で差し控えられていた。

2. 質問紙調査

小冊子・質問紙の送付先リストは、学生相談学会名簿、近畿学生相談研究会名簿、及びシンポジウム参加者名簿を基に作成した。送付件数は合計

876 件 で、このうち宛先不明で返送された 2 件を除く 874 件のうち、304 件から回答が得られた。回収率は 34.8%であった。

まず、質問 1 (不登校やひきこもりに対して何らかの支援・取り組みを行っているか)については「取り組んでいる／ある程度取り組んでいる」が 75% (228 件)、「取り組んでいない／あまり取り組んでいない」が 22% (66 件)、無回答が 3% (10 件)であった。

次に、質問 2 (支援や取り組みの方法)であるが、質問 1 で「取り組んでいない／あまり取り組んでいない」と回答した 66 件と無回答 10 件のうち、質問 2 の項目のいずれかにチェックを入れていたものが 16 件あった。質問 1 で「取り組んでいる／ある程度取り組んでいる」と回答した 228 件にこの 16 件を加えた 244 件の中で、それぞれの取り組みを行っていると答えた割合 (件数) は、多いものから順に、学内専門機関での来所相談 93% (227 件)、本人への連絡 82% (201 件)、保護者への連絡 70% (171 件)、学内・学外機関との連携 48% (116 件)、訪問 20% (48 件)、学内専門機関以外での来所相談 17% (41 件)、ピア・サポート 6% (14 件)、親の会 2% (6 件)、その他 9% (22 件)であった。

「学内・学外機関との連携」についての記述であるが、学内連携については、学内専門機関 (学生相談室、保健室、保健管理センター、臨床心理相談室等)、関連部署 (教務課、学生課、学生支援センター、キャリア支援センター等)、教員 (担当・担任教員、学科主任、学部・学科等) の間で様々な連携が行われていた。学外機関との連携は、医療機関 (精神科・心療内科系のクリニック・病院、カウンセリングセンター等) や保健機関 (精神保健センター) との連携が中心であったが、中には、民間のひきこもり支援機関や福祉・就労支援機関 (発達障害者支援センター、ハローワーク、ジョブカフェ、若者サポートセンター、地域生活支援センター等) との連携も報告されていた。但し、全学的に組織化された連携体制についての記述は少なかった。個人レベルの連携のた

め、連携のなされ方にばらつきがあるとする記述もみられた。また、医療機関との学外連携については、クリニックや病院の医師が、何らかの形で大学と接点を持っている (校医、スーパーバイザー、医師自身が当該大学の教員である等) とする記述もみられた。

「学内専門機関以外での[学内]来所相談」についての記述であるが、教員 (担任・担当教員、チューター、相談員、学科主任、教務部長、学部・学科等)、職員・関連部署 (学生課、教務課、学生課、キャンパスライフ支援室、なんでも相談室、学習支援センター等) による来所相談に加えて、欠席過多・単位取得不良学生の呼び出し等の取り組みも報告されていた。

「その他」についての記述であるが、質問 2 の「その他」以外の項目と重なる記述も多かったが、教職員に対するコンサルテーション、学生の呼出し、友人や同ゼミ学生からの (当該学生への) 連絡、同じ高校出身の先輩との懇話会、グループカウンセリング・ひきこもりの会、保護者懇談会、(問題発生予防の試みとしての) 在学生全員に対する個別面接等、多くの試みが報告されていた。

次に、質問 3 (支援や取り組みを行っていない理由) であるが、質問 1 で「取り組んでいる／ある程度取り組んでいる」と回答した 228 件と無回答 10 件のうち、質問 3 の項目のいずれかにチェックを入れていたものが 10 件あった。質問 1 で「取り組んでいない／あまり取り組んでいない」と回答した 66 件にこの 10 件を加えた 76 件の中で、取り組みを行っていない理由の割合 (件数) は、多いものから順に、現状の体制ではこれ以上の取り組みは困難 50% (38 件)、相談員が非常勤務のため 37% (28 件)、関わり方の共通認識がない・乏しい 33% (25 件)、学生が来談しにくい・再訪しにくい 32% (24 件)、積極的に動く人がいない 26% (20 件)、不登校・ひきこもりの学生は本学にはいない／あまりいない 20% (15 件)、教職員の理解不足 14% (11 件)、資金不足 13% (10 件)、連携が制度的に困難 12% (9 件)、

不登校・ひきこもりの学生に対する支援や取り組みは必要と感ぜない／あまり必要と感ぜない3% (2件)、その他28% (21件) であった。

「その他」についての記述であるが、基本的には来談した学生のみを対象としている、個別相談レベルでは対応しているが組織的には実施していない、学生相談室が学内に存在せず、教員の個別対応になっている、(不登校・ひきこもり支援が必要であるという考えが) 上層部がない、2回留年すると退学となるため長期的な援助の機会がない等であった。なお、不登校・ひきこもりの学生は本学にはいない／あまりいない、不登校・ひきこもりの学生に対する支援や取り組みは必要と感ぜない／あまり必要と感ぜないという回答の中で、自由記述欄や欄外に記述があるものや、署名欄(任意)に署名のあるものの内容を見ると、小規模大学、短期大学、専門性の高い大学(音楽大学、医科大学等)が多かった。

次に、質問2の自由記述(取り組みの具体的な内容)であるが、質問紙調査に応じた304件のうち178件(59%)が何らかの記述を行っていた。字数は平均で約150字であった。この記述内容を、日本学生支援機構の「大学における学生相談体制の充実方策について－「総合的な学生支援」と「専門的な学生相談」の「連携・協働」－」(日本学生支援機構, 2007)に示されている「学生支援の3階層モデル」に従って整理してみる。

「学生支援の3層モデル」とは、日常的な学生支援(第1層)、制度化された学生支援(第2層)、専門的な学生支援(第3層)の3階層からなる。第1層には、教職員が日常的に学生に接する中から、学習指導や研究室運営、窓口業務における助言等を通して、自然な形で学生の成長支援を行うことや、学生同士の自発的な交流等が含まれる。第2層には、制度化された学生支援として、「クラス担任制度」「アカデミック・アドバイザー」「チュートリアル・システム」「オフィス・アワー」「何でも相談窓口(員)」「就職相談」等の役割・機能を担った教職員による活動や、学生の相互援助力を活かす「ピア・サポート」等が含まれ

る。第3層には、上記の二つの階層を越えてより困難な課題が生じた際の「学生相談機関」「キャリアセンター」「学習(修)支援センター」「保健管理センター」等、学内の専門的な学生支援機関による支援が含まれる。また、この3階層モデルが効果的に機能するためには、各階層の交流及び連携・協働と、各大学の個性・特色を活かした体制作りが重要とされている。

日本学生支援機構によるこの報告書の中には、不登校学生についての記載もあり、そこには、「学業への意欲を喪失したり、不登校状態に陥った学生に対する支援方策が、多くの大学で課題となっている。このような学生が、教職員に対して自ら支援を訴えることは稀であり、学生のニーズは教職員に汲み取られることによって初めて顕在化する。かつては、このような学生への相談・援助活動は自主的に相談に訪れる学生に対してのみ行われていたが、近年では早期に積極的なアプローチをとる大学も増加している」とある。

そして、このような学生に対する3階層支援の望ましいあり方として、以下のような指摘がなされている。

①日常的な学生支援(第1層)「教職員は、単位取得状況の思わしくない学生、授業やゼミに出席しない学生、あるいは休・退学をしようとする学生等に注意を払い、早期に個別の対応に結びつける姿勢を持つことが望まれる。また、学生間のネットワーク不足が不適応を助長することが多いため、大学は、クラス活動やサークル活動の活性化、友だちづくりの機会や学生の居場所の提供、教職員との日常的交流の活性化等の方策をとることが重要である。」

②制度化された学生支援(第2層)「学業不振・不登校学生に対し、学生の自主性を尊重しつつ、クラス担任や指導教員また教務担当の事務系職員から、学期や年次ごとの面談や保護者への連絡等の取組を行う意義は大きい。また、学業への復帰の援助にあたっては、補習の提供が有用な場合もある。」

③専門的學生支援（第3層）「心理的な問題が
うかがえる場合には学生相談機関のカウンセラ
ー等に紹介し、連携・協働していくことが望まれ
る。長期に渡る引きこもりの場合には、保護者、
教員、カウンセラー間で継続的に連絡を取り合
い、学生の状況に合わせた支援を行うことが重要
である。」

本調査における自由記述の内容は多岐にわた
っていたが、その中で比較的多くみられた取り組
み・支援内容を、この3階層モデルに従って整理
すると、およそ以下の通りであった。

①日常的學生支援（第1階層）

(a) 本人への連絡

不登校やひきこもり傾向が疑われたり、明らか
になった学生本人（以下、本人とする）に対する
連絡（電話、メール、手紙、訪問等）や呼び出し
が、比較的多くの大学で、日常的に行われてい
た。連絡者は教職員が主であったが、同級生や同
じゼミの学生が、教員の依頼を受けて、或いは自
発的に本人に連絡している大学もあった。

(b) 本人への声かけ・助言

本人が登校してきた際に、本人の負担にならな
いように気を配りながら教職員が声かけした
り、学内外の専門機関での相談を勧めるといった
声かけ・助言が、比較的多くの大学で日常的に行
われていた。

(c) 保護者への連絡

教職員から保護者への連絡（電話、メール、手
紙等）が日常的に行われている大学もあった。連
絡のタイミングは、本人の問題が気づかれると同
時のケースもあれば、本人への連絡が不調に終わ
った時点で、次の手段として保護者に連絡がなさ
れるケースもあった。逆に、保護者からの連絡に
よって本人の問題が気づかれ、対応が開始される
ケースもあった。

②制度化された學生支援（第2階層）

(a) 早期発見・早期対応

②に分類される記述の中では、この「早期発見
システム」と次の「担当教員からの働きかけ」に
該当するものが最も多かった。

多くの大学では、発見の手段として、授業の出
欠・履修登録・単位取得・成績状況等の調査が
用いられていた。具体的には、出席管理システム
（各授業における出欠管理の厳格化等）による学
生の出欠状況の定期的把握（年2回～数回）、出
欠をとる科目の出欠状況調査、教員全員を対象と
した長期欠席者（例：講義を連続して3回以上欠
席した学生）調査、履修登録を行っていない学生
の把握、単位取得不良・成績不振学生の把握等
の方法が用いられていた。これらの調査の結果、不
登校やひきこもり状態にあるか、その危険が高い
と考えられた学生について、担当教員や関連部署
（学生課、学生生活支援センター、教務課等）の
職員が、本人や保護者に連絡をとったり、呼び出
して面接を行い、状況に応じて学内・学外の専門
機関につなぐというのが、大方の次のステップで
あった。連絡の方法は、個別連絡の場合もあれ
ば、学生・保護者全員に学期ごとに送られる成績
表に注意書や相談先の案内等を同封するという
形の連絡もあった。

(b) 担当教員からの働きかけ

働きかけの内容は①と重なるところが多い
が、①との違いは、本人への働きかけが教員の自
発性に任されるのではなく、制度的に保障されて
いるという点であった。但し、具体的な対応の仕
方や関わり方については、ガイドラインが整備さ
れていない大学が多く、教員によって個人差が大
きいという指摘が散見された。

担当教員の名称は、制度によって、担任、クラ
ス（学級）担任、学生担任、学生主任、ゼミ（演
習）担任、指導教員、チューター、チュートリアル
担当教員、グループ担当教員、アドバイザー、
コース（クラス）アドバイザー、相談員、学年顧
問、学部長・学科長等、様々であったが、学部・
学科の実情に併せる必要のためか、学部・学科単
位で制度化されていることが多い印象であった。

働きかけの内容は、本人・保護者への連絡（電
話、メール、手紙、訪問等）・呼び出し、本人・
保護者との面談、学内・学外専門機関の紹介／相
談・受診の勧め等であった。また、不登校・ひき

こもりの発生予防や早期発見の観点から、欠席がちな学生に連絡を入れたり、学生全員を対象とした個別面接を定期的に行ったり、学生・保護者からの相談を教員が受け付ける制度(オフィス・アワー、保護者懇談会)を設けたり、入学時に質問紙調査(UPIテスト等)を行い、リスクが高いと考えられた学生に面談を行う等、早期発見・早期対応に努めている大学もあった。

(c) ピア・サポート

(a)、(b)に比べると数は少ないものの、ピア・サポート的な取り組みを行っている大学も散見された。具体的には、学内専門機関内に設けられた「談話室」(カウンセラー常駐)における自然発生的なピア・サポート、クラス毎に行う縦割りクラス会(1回生から4回生の合同クラス会)、学習面での遅れに不安を感じている学生のピアサポートグループ(互いの得意・不得意分野をカバーし合う;勉強だけでなく、少人数での趣味の会やお茶会等も組み込み、学内での孤立感を和らげるような工夫が加えられている)・少人数制のサークル活動様のグループ(いずれも学内専門機関によって組織化されている)、留年学生(多くが不登校による)が相互に励まし合うグループ(留年からリスタートして軌道にのっている先輩学生によるサポートがあり、ケースマネジメントは教員によって行われる)、ピア・サポーターの養成(専門家の所には行きづらくても学生同士なら相談しやすいという考え方に基づく)等の取り組みが記述されていた。

一方、ピア・サポーター自身が援助を必要としている場合もあり、ピア自身が自らの課題に取り組んでいけるような場作りが必要であるという指摘もみられた。

③専門的學生支援(第3階層)

学内(学生相談室、保健管理センター等)による支援としては、以下のような取り組みが挙げられていた。

(a) 来談学生の支援

不登校・ひきこもり学生に対する支援の取り組みとして最も多くみられたのが、来談した学生

を支援するという記述であった。その理由として、自主的に来談した学生を支援するのが学生相談の基本であり、不登校・ひきこもり学生の支援においてもその基本を守るという積極的な理由もあったが、大半は、不登校・ひきこもり学生の支援においては、来談した学生のみへの対応では不十分であるという認識を持ちながらも、様々な理由でそれ以外の働きかけが困難であるという消極的な理由によるものであった。学生が少しでも来談しやすいように、様々な手段による専門機関の周知(大学HP・構内掲示板への掲載、入学時・学年初めオリエンテーションでのパンフレットの配布・相談員の紹介、保護者への広報等)を図ったり、様々な経路(直接の来所、電話、Fax、メール、学内各所の相談箱等)で相談申し込みを受け付けているとする記述が散見された。また、一旦、来談したものの、その後来談が中断してしまった学生に対しては、電話や手紙等で連絡したり、訪問するという記述もみられた。

(b) 教員・保護者のコンサルテーション・相談

専門機関に来談しにくく、来談した場合でもドロップアウトしやすい(特に自発来談ではなく、教員や保護者に言われて来談した場合)という不登校・ひきこもり学生の特徴に関連して、少なくとも支援の初期においては、本人を直接支援する形ではなく、教員や保護者のコンサルテーション・相談(後方支援)の形が中心であり、この形で支援を続ける過程の中で本人が専門機関に来談した場合には④の連携に移行するという記述が多くみられた。

(c) 学内専門機関登校

不登校・ひきこもり学生の中には、教室には入れないが、学内専門機関になれば何とか来られるという学生もいる。そのような学生に対して、専門機関の一室を居場所として開放したり、出席簿をつけて、授業参加へのスモールステップとしたりするといった、義務教育年齢での保健室登校に相当すると思われる取り組みが散見された。

(d) 予防・早期発見のための取り組み

新入生の入学時健康診断の際に、学生全員に対して質問紙調査を行ったり、専門機関カウンセラーが面接を行ったりすることによって、リスクの高い学生を見出し、予防的働きかけや早期発見の取り組みを行っているとする記述も散見された。また、予防的取り組みの一環として②(c)に挙げたようなピア・サポートを組織している、留年した学生全員に対して学生相談室の案内を送るといった記述もみられた。

④各階層間の連携

質問2の自由記述内容の中で最も多くみられたのが、この各階層間の連携についての記述であった。連携を構成する構成員として挙げられていたのは、教員(担当教員、学部・学科)、職員(関連部署)、学内専門機関(学生相談室、保健管理センターのカウンセラー・保健師・医師)、学外機関(医療・保健機関、民間団体)、学生(ピア)、保護者であった。

連携の方法は多岐にわたっていたが、比較的多くみられたパターンは、およそ次の通りであった。

まず、不登校やひきこもりに陥るリスクが高いと考えられる学生(高校までの不登校歴・入学時健診におけるハイリスク判定等)に対する予防的対応(上述)の行われている大学もあり、そこでは、教職員と学内専門機関の連携(教職員によってハイリスクと判定された学生の学内専門機関への紹介、教職員から情報提供を受けた学内専門機関から本人への連絡・面接等)が行われていたが、このような予防的対応が行われている大学の数は比較的限られている印象であった。

次に、不登校やひきこもりの疑われる学生の早期発見については、最初に発見した教職員が自発的に、或いは制度的役割の一環として本人に連絡をとり、状況を把握した上で、必要に応じて学内関連部署や学内専門機関に紹介したり、保護者に連絡し、連携して支援にあたるということが、日常的或いは制度的に行われている大学が多かった。最初の発見者は、出欠をとる科目の教員であることが最も多いようであったが、そのような科

目の少ない大学や学年では、学期初めの履修届状況や学期末の成績・単位取得状況等を最初に把握する立場の学内関連部署(教務課等)であったり、保護者や他の学生からの連絡を受けた教職員である場合もあった。発見者と連絡者は、同じ場合も、異なっている場合もあった。たとえば、ある大学では、欠席の多い学生について教員が学内関連部署(学部・学科の担当教員、学生課、学生生活支援センター、学生相談室等)に連絡し、連絡を受けた担当教員や学内関連部署の担当者が本人へ連絡(電話・メール・手紙・訪問等)をとっていた。別の大学では、学生の成績や履修・単位取得状況について学内関連部署が担当教員に連絡し、担当教員が学生に連絡をとっていた。

保護者への連絡については、本人への連絡が不調に終わった場合に限って、或いは本人の同意がとれた場合に限って連絡している大学もあれば、本人の同意の如何に関わらず、比較的早期に連絡をとり、連携して対応にあたり、学期末に成績や単位取得状況を保護者宛に郵送し、その際、学内相談先の案内を同封する等、保護者が本人の現状を把握し、希望すれば相談できるような制度を設けている大学もあった。

支援については、本人と連絡がついた場合には、学生と直接話をした教職員が、その後も本人に連絡を取り続けたり、相談に乗ったりするという形で、単独で支援を続けていく場合もあったが、より多くのケースでは、他の学内関連部署や学内専門機関との連携が図られていた。明確な線引きは困難なもの、本人に精神疾患やサブクリニカルな問題があり、医療的・カウンセリング的対応が必要／望ましいと判断されたケースでは学内専門機関との連携や学外機関への紹介が中心になることが多く、そのような問題はないが、学業・生活・経済面等での困難があると判断されたケースについては、学内専門機関以外の関連部署との連携が中心になり、学内専門機関の関与は比較的限定されていることが多いようであった。いずれの場合にも、連携の一環として、他の学生(ピア)の活用が図られている大学もあった

が、その数は限られていた。

本人と連絡がつかない場合、支援はそれ以上続けられないとする大学もあったが、多くの大学では、保護者への連絡によって事態の打開を図ろうとしていた。その方法は、保護者との情報交換の継続、担当教職員や学内専門機関での相談の勧め等であった。保護者の会を組織することで保護者への情報提供を行ったり、保護者同士の支え合い機能を高めようとする大学も少数だが存在した。

連携における学内専門機関の役割は、来談した本人・保護者に対するカウンセリング、教職員へのコンサルテーション、学外機関への紹介・連携等、比較的受動的なものが多かったが、中には、学内連携の中心的な役割やコーディネーター的役割、本人・保護者への積極的な連絡・働きかけ、教職員に対する（問題を抱えた学生の対応についての）啓発活動（セミナー、ハンドブック）等、能動的な役割を担っている大学もあった。

不登校・ひきこもり学生への支援を、この問題に特化して、全学的なレベルで組織的に行っている大学は限られていた。但し、不登校・ひきこもりを含む様々な問題を抱えた学生について、常設の学内委員会等で対応を協議したり、個々の学生の問題について、関連する教職員が公式・非公式に情報交換しながら、対応や役割分担を協議するということが、比較的多くの大学で行われているようであった。また、ワーカー（キャンパスソーシャルワーカー）を配置したり、教職員・カウンセラー（臨床心理士）・ワーカー（キャンパスソーシャルワーカー）・精神科医によって構成される支援チームを作り、積極的にアウトリーチ型支援を展開している大学も、少数ながら存在していた。

最後に、質問4の自由記述（小冊子内容についてのフィードバック）であるが、質問紙調査に応じた302件のうち212件（70%）が何らかの記述を行っていた。字数は平均で約160字であった。記述内容は多岐にわたっていたが、比較的多くみられたかった内容をまとめると、およそ以下の通りであった。

①全体的感想・意見

小冊子内容についての全体的感想・意見としては、「良かった」「参考になった」「（自分の大学での取り組みに）取り入れたい」という感想が大半を占めた。その理由として、回答者の大学でも不登校・ひきこもり学生への対応に苦慮していること（苦労しているのは回答者の大学だけではないことがわかったこと）、回答者の大学でも対応を検討していたところでその具体的指針が与えられたこと、不登校・ひきこもりは対応の必要な問題であることを（再）認識できたこと、不登校・ひきこもりは予防・早期発見・早期対応が重要であることを（再）認識できたこと、不登校・ひきこもり支援には（大学の実情、支援者の個性・考え方、学生の個性等によって）いろいろなアプローチがあってよい・他人の真似をしようとしてもうまくいくとは限らない（自分にあったやり方でしかできない）ということが分かったこと等が挙げられていた。また、講演者によって、不登校・ひきこもりに対する考え方の違いが大きいと感じたという意見もあった。

②個々のシンポジストの講演内容についての感想・意見

基調講演の小柳の講演については、不登校・ひきこもりを「意味のある作業」「生き方の変更」「必要な時間」と解釈し、温かい目で見守るという姿勢に感銘／共感した。不登校・ひきこもり援助の基本的スタンスは「不登校で実現しようとしていること」を援助することであり、不登校でなくなることではないという考え方に共感した。不登校・ひきこもりの意味や連携のあり方について再考できた、本人の自発的来談（相談の“潮時”）に対応するという相談員の姿勢によって守られるものがあるということを再認識できた、見守ってよい学生と早期発見・早期介入の必要な学生の見極めが難しい（ケース・バイ・ケースである）と感じた等であった。

宮西の講演については、宮西らが実践しているピアサポートの有効性を認識した、宮西らのピアサポートシステムは理想的だが実現はなかなか

困難である、目の前にある現実に対してできるところから関わっていくという宮西の姿勢に共感した等であった。

市来・最上の講演については、見守りが大切な学生がいる一方で、精神疾患等、病理性の強いものについては早期発見・早期介入が重要であるという考え方に共感した、予防的取り組み（一年次前期の対応）が重要であると再認識した、大学全体としての組織的な取り組み（ネットワーク作り）がうまく機能している例ととして参考になった、「働きかける相談室」の実践例として参考になった、大学側・学生側双方の抱えている問題に対して今後どのように支援を行うかを考える上で参考になった等であった。

峰松の講演については、ウサギの穴の図（注：ひきこもりのイメージ[引き出そうとすればするほど怯えて穴の奥に引きこもってしまうウサギ]）に共感した、「ファミリーサポートグループ（親の会）」を自分の大学でも実現させたい、自分の大学では実家が離れている学生が多いので親の会の実現は難しそうである等であった。

③小冊子内容についての要望

非常勤相談員しかいない大学での試みも紹介してほしい、留学生の事例も紹介してほしい、大学によって体制や学生の質が異なるので、実情に合った取り組みを進めるためにも更にいろいろな取り組みについて紹介してほしい等の、小冊子内容についての要望があった。

④不登校・ひきこもり学生の特徴

最近の不登校・ひきこもり学生の特徴についての記述も多くみられた。その内容は、不登校・ひきこもりは把握が困難、不登校・ひきこもりが多い・増えている（注：但し、単科大学、短期大学では「あまりいない」という記述もあった）、本人に葛藤や問題意識の少ない不登校・ひきこもりが増えている、精神疾患絡みではない不登校・ひきこもりが増えている、発達障害を抱えた学生の不登校・ひきこもりが増えている／彼らの多くは高校までは見過ごされてきている、高校までに不登校歴があったり、それ以外の問題を抱え

ていたり、本当は大学に来たくなかった（不本意修学の）学生の不登校・ひきこもりが増えている、入学直後と卒業間近の時期に不登校・ひきこもりの問題が出てくることが多い、大学によって不登校・ひきこもりの質に相当の違いがある、不登校・ひきこもりの背景は様々である（精神疾患、バイトや遊びに熱中しすぎたための生活リズムの乱れ、家族メンバー間の不和・家庭内暴力、基礎学力の不足、友人作りの失敗、友人関係面での挫折等）等であった。

⑤不登校・ひきこもり学生への介入のあり方

不登校・ひきこもり学生への介入のあり方についての記述も多くみられた。その内容は、本人の自発来談は殆ど期待できないため、積極的な働きかけが重要である、早期発見・早期介入が重要である、大学では学生の自主性が重んじられるため、高校までと比べて積極的な働きかけを行いにくい、見守る（待つ）ことと働きかけるのバランスが難しい、（育ちを）見守ることが重要である（不登校・ひきこもりでなくなることで自体が支援の目標ではない）、連携の際の役割分担・責任範囲の決め方が難しい等であった。

⑥その他

以上に挙げた以外にも、現状の困難・課題、保護者対応、不登校・ひきこもりの社会的背景等、様々な意見が記述されていた。その内容（質問3の項目に直接関連するものを除く）は、連携の際に本人に対する守秘義務と関係者間の情報共有の兼ね合いが難しい、保護者対応の機会や必要性が増えている、保護者の理解・協力を得にくい（自宅が遠方にある、本人を登校させる以外の選択肢を[保護者が]受け入れられない、問題意識が希薄等）、不登校・ひきこもりの社会的背景（パソコンやメール等の便利さに伴って希薄になった人間関係、大学を卒業すれば就職できるという社会状況／少子化進行の流れの中で定員を確保したい大学の事情等を背景に増加した不本意就学）等であった。

D. 考察

以上の結果を踏まえ、大学生の不登校・ひきこもりに対する支援の現状や課題、及び、各大学の実情に合わせて適用可能な支援モデルについて考察する。

まず、シンポジウムで報告された各大学の取り組みであるが、和歌山大学では、訪問とピア・グループを取り入れた段階的・総合的ひきこもり回復支援プログラムが実施されていた。神奈川工科大学では、欠席過多学生対応プロジェクトとして、教職員と学生相談機関相談員の連携の下に、大学全体が一丸となって支援に取り組んでいた。広島大学では、日常的学生支援・制度化された学生支援・専門的學生支援（日本学生支援機構，2007）の三階層の支援が有機的に結びついたコミュニティー・アプローチが実践されていた。九州大学では、保護者を対象としたファミリー・サポート・グループが、支援者としての保護者の孤立を防ぎ、元気づけていた。香川大学では、自発来談学生への支援、及び、教職員と学生相談機関相談員の個別事例レベルでの連携が中心であった。

このように、各大学でそれぞれに異なった取り組みがなされていることが明らかになったが、これらの取り組みは、実際に、どの程度の効果を挙げているのであろうか。不登校・ひきこもり支援の効果をどのように判定するかについては様々な意見があり、不登校・ひきこもりでなくなることを支援の効果と捉えることには問題があるが、仮にこのことを効果の一つの目安とした場合、和歌山大学では、プログラムに導入された学生の85～97%が卒業に至り、地域のひきこもり青年の90%近くが外出可能となっていた（宮西，2009；池田ら，2006）。又、神奈川工科大学では、欠席過多学生プロジェクトの開始前には5%前後を推移していた退学・除籍率が、開始後は3%程度まで低下した。単純に考えれば、このプロジェクトによって2%の学生や青年が退学に至ることなく、登校を継続することが可能になったということである（最上ら，2008；神戸女学

院大学カウンセリングルーム，2009）広島大学では、卒業・復帰・進級を併せて40%、進路変更のための退学も含めれば47%が不登校を脱したと考えられた（磯部ら，2006）。九州大学では、詳細は不明だが、「親の会」に保護者が参加した不登校・ひきこもり学生のうち、20%近くが卒業に至っており、20～50%は休学せずに在籍を続けていた（峰松ら，2003）。香川大学では、専門機関に非来談の不登校学生のうち、再登校・卒業に至ったのは僅か10%弱であったのに対し、来談学生の80%近くが不登校を解決したと考えられた（小柳，1996）。

これらの調査は、香川大学を除いては対照群を置いた比較調査でないことや、退学後の系統的なフォローアップができていないこと等、いずれも、方法論上の止むを得ない限界のため、調査結果に現われた数字だけから明確な結論を導くことはできない。しかし、その数字は、シンポジウムで紹介された各大学の取り組みが、大学生の不登校・ひきこもり支援に有効であることを強く示唆するものであると言えよう。このことは、小冊子を読んだ学生相談機関相談員・カウンセラーの多くが、各大学の取り組みが有効であると感じ、自分の大学での取り組みにおいても「参考になる・取り入れたい」と回答していたことによっても裏づけられるように思われる。従って、シンポジウムで紹介された各大学の取り組みは、他の大学においても、そのままの形で、或いはそれぞれの大学の実情に合わせて多少の変更を加えることによって、不登校・ひきこもり学生の有効な支援モデルになる可能性がある。

次に、質問紙調査の結果であるが、「不登校・ひきこもりに対して何らかの支援・取り組みを行っているか」という質問に対して、75%が「取り組んでいる／ある程度取り組んでいる」と回答した。また、「取り組んでいない／あまり取り組んでいない」と回答したものについても、その理由の大半は、現状の体制ではこれ以上の取り組みは困難、相談員が非常勤勤務のため、関わり方の共通認識がない・乏しい、学生が来談しにくい・再

訪しにくい等の消極的理由(本来は取り組むべきであると考えているが、実際にはそれができていない)であって、積極的理由(不登校・ひきこもりの学生に対する支援や取り組みは必要と感じない/あまり必要と感じない)によるものは、僅か3%にすぎなかった。また、小冊子内容や大学生の不登校・ひきこもりについての意見・感想を求めた質問4の自由記述には、シンポジウム・小冊子の内容が「良かった」「参考になった」「(自分の大学での取り組みに)取り入れたい」という趣旨の記述が非常に多かった。

今回の質問紙調査は、回収率が35%弱と低く、回答に偏りがあった可能性(大学生の不登校・ひきこもり問題に関心を寄せていたり、取り組んでいる大学の方が多く回答を寄せてきた可能性)は否定できない。しかし、このことを差し引いても、これだけ多くの大学が不登校・ひきこもり対策に取り組んでいたり、取り組む必要があると考えていること、そして不登校・ひきこもり支援に積極的な大学の取り組み(小冊子内容)が「参考になった・取り入れたい」と答えた大学がこれほど多かったということは、この問題が、大学という教育現場において、今や、無視できない程大きな問題になってきていることを示しているのではないだろうか。

実際、小冊子についての意見・感想欄には、不登校・ひきこもりの把握は困難であるものの、近年、その数が増加傾向にあるという記述が数多くみられた。また、自由記述では、最近の不登校・ひきこもり学生の特徴として、葛藤や問題意識が少ない;精神疾患絡みではない:発達障害を背景に持つ;高校までに不登校歴等の問題を抱えている;不本意修学等のケースが増加しているといった指摘もなされていた。このことは、大学生の不登校やひきこもりが単に増加しているだけでなく、その性質も変化してきていることを示唆するものである。更に、入学直後と卒業間近の時期に不登校・ひきこもりの問題が出てくることが多い;大学によって不登校・ひきこもりの質に違いがある;不登校・ひきこもりの背景は様々である

といった指摘は、大学の不登校・ひきこもりが、高校までの不登校や青年期のひきこもりと同じように、様々な要因を背景に生じてくるという支援者の実感を反映していると言えよう。

次に、具体的な支援内容であるが、日常的学生支援(第1層)、制度化された学生支援(第2層)、専門的學生支援(第3層)の三階層のそれぞれにおいて、また、階層を跨いでの支援が、様々な形で行われている事が明らかになった。

第1層の支援としては、本人に対する連絡や、本人が登校してきた際の声かけ・助言、保護者への連絡等が日常的に行われていた。第2層の支援としては、早期発見・早期対応のための制度整備、担当教員からの働きかけが中心的な位置を占めていた。第3層の支援としては、学内専門機関での来談学生の支援や、教員・保護者のコンサルテーション・相談が中心であり、これに加えて、学内専門機関への登校、予防・早期発見のための取り組み等も行われていた。各階層間の連携による支援としては、教職員、学内専門機関、学外機関、学生(ピア)、保護者の間で、様々な形の連携が行われていた。全学的なレベルで組織的に支援・連携を行っている大学は限られていたが、不登校・ひきこもりを含む様々な問題を抱えた学生について、常設の学内委員会等で対応を協議したり、個々の学生の問題について、関連する教職員が公式・非公式に情報交換しながら、対応や役割分担を協議するということは、比較的多くの大学で行われていた。

これらの支援を、シンポジウムで紹介された各大学の支援との関連でみると、総じて、香川大学(自主来談への対応が中心)、神奈川工科大学(早期発見・早期介入の全学的取り組み)、広島大学(支援三階層の有機的連携)型の支援が多く、これに比して、和歌山大学(訪問やピア・サポートの積極的活用)や九州大学(保護者の会)型の支援は少ない傾向にあった。このことは、大学生の不登校・ひきこもり支援において、アウトリーチ型支援、保護者支援、ピア活用といったアプローチが、全国レベルでみた場合には、未だ、未開拓

の領域として残されていることを示している。これらのアプローチが、和歌山大学や九州大学と同じように、他の大学でも有効性を発揮できるのか、またその実行可能性について検討することは、大学生の不登校・ひきこもり支援における、今後の重要な課題と言えるのではないだろうか。

最後に、大学生の不登校・ひきこもりに対する支援・介入のあり方について、シンポジウム講演者の間にも、また質問紙調査に回答した学生相談関係者の間にも、微妙な、しかし鋭い対立点があったことを指摘しておく必要があるだろう。それは、一言で言えば「見守ること」の是非を巡っての考え方である。峰松（神戸女学院大学カウンセリングルーム, 2009）が「ひきこもるウサギ」の比喻を用いて指摘するように、支援者が助けようとするほど、ますます追いつめられたと感じ、ひきこもりの態勢を強化してしまいがちな不登校・ひきこもり学生に対して、彼らの不登校・ひきこもりを「意味のある時間・作業」と捉え、彼らの成長を「見守る」（小柳[神戸女学院大学カウンセリングルーム, 2009]）姿勢で支援に臨むべきか。或いは、不登校・ひきこもりが成長の糧となり得る学生が確かに存在することを認めつつも、そのような学生だけを念頭に置いて「見守って」いては、精神疾患を初めとする精神病理の表現・帰結として不登校・ひきこもりが生じたり、不登校・ひきこもりが遷延化することによって精神病理が発現・増悪する学生に対する支援の時期を逸してしまう。そのことを防ぐためにも、不登校・ひきこもりに対しては、可能な限り早期から、積極的に対応していくべきか（宮西, 市来・最上[神戸女学院大学カウンセリングルーム, 2009]）。

言うまでもなく、この二つの立場は、二律背反のものと考えする必要はない。支援の実際に当たっては、この両方の考え方・姿勢を、個々の学生の状況や支援の時期によって、また、個々の大学や支援者の実情に応じて切り替え、適用していく柔軟性こそが求められるものであろう。おそらく最も重要なことは、見守るにせよ、介入するにせ

よ、そのことが、そうしないことよりは学生にとってのメリットが大きいと、支援者が判断できていることではないか。しかし、ここで支援者にジレンマが生じる。それは、この判断のためには学生の状態を把握・評価する必要がある、そのためには、まず、学生に出会わなければならないということである。「来談しにくい」不登校・ひきこもり学生に出会うための試み自体が既に、少なくとも学生本人にとっては介入的・侵襲的になる危険性があり、それを避けるためには、見守らざるを得ない。ところが、そうした場合、支援者は、見守ることが介入することよりもメリットが大きいという確信を持つことができない。逆に、介入を選択する時、その介入は、支援者の意図に反して、学生を更に委縮させたり、最悪の場合には傷つけてしまう危険性を孕んでいる。このジレンマをいかにして解決し、見守ることが必要な不登校・ひきこもりと、介入することが必要な不登校・ひきこもりの両方に対して、求められる支援を提供できるのか。その方策を検討していくことも、今後の重要な課題と言えよう。

E. 結論

本研究の最終年度にあたる平成 21 年度は、大学における有効な不登校・ひきこもり支援のあり方について、各大学の实情に合わせて適用可能な幾つかのモデルを提示することを目的に、①不登校・ひきこもり支援を積極的にを行い、成果を挙げている大学の学生相談担当者を講師に招いてシンポジウムを開催した。②シンポジウム内容を小冊子にまとめ、全国の主要な学生相談機関・専任カウンセラー宛に郵送した。その際、同封の質問紙への回答を依頼し、その結果を分析した。

①では、和歌山大学（ひきこもり回復支援プロジェクト）、神奈川工科大学（欠席過多学生プロジェクト）、広島大学（コミュニティー・アプローチ）、九州大学（ファミリーサポートグループ）、香川大学（自発来談学生への支援）における不登校・ひきこもり支援の取り組みが紹介された。①で紹介された各大学での取り組みは、他

の大学においても、そのままの形で、或いはそれぞれの大学の実情に合わせて多少の変更を加えることによって、不登校・ひきこもり学生の有効な支援モデルになる可能性があると考えられた。

②については、回答のあった大学の中で、不登校・ひきこもりに対して何らかの取り組みが行われていた大学が全体の75%にのぼっていた。また、①の各大学での取り組みについて「参考になる・取り入れたい」と答えた大学が非常に多かった。この結果、及び昨年度までの調査結果から、大学生の不登校・ひきこもりが、大学において、無視できないほど大きな問題になっていることが示唆された。支援法としては、日常的学生支援、制度化された学生支援、専門的學生支援の各階層のそれぞれにおいて、また、階層を跨いでの支援が、様々な形で行われている事が明らかになった。しかし、全学レベルでの組織的支援、アウトリーチ型支援、保護者支援、ピアサポート等の支援を行っている大学は限られており、これらの支援法の有効性や実行可能性について検討することが今後の課題と考えられた。

最後に、大学生の不登校・ひきこもりに対する支援・介入のあり方、特に「見守ること」の是非を巡って、支援者の間に考え方の違いのあることが分かった。一方では、不登校・ひきこもりを意味のある時間・作業と捉え、彼らの成長を見守る姿勢で支援に臨むべきであるとする考え方があり、他方では、見守ってはいは支援の時期を逸してしまう危険の高い学生(精神疾患を初めとする精神病理の表現・帰結として不登校・ひきこもりが生じたり、遷延化することによって精神病理が発現・増悪する学生)に対して早期から積極的に介入していくべきであるという考え方がみられた。これらの立場は、二律背反のものではなく、個々の学生の状況や支援の時期によって、また、個々の大学や支援者の実情に応じて柔軟に切り替え、適用していくことが必要である。見守りか介入かの選択の判断に際しては、学生の状態を把握・評価する必要があるが、自発来談しづらく、支援者からの働きかけに対して萎縮してしま

いがちな不登校・ひきこもり学生の場合、この評価の段階で支援者のジレンマが生じる。このジレンマを解決し、見守ることが必要な不登校・ひきこもりと、介入することが必要な不登校・ひきこもりの両者に対して、求められる支援を提供していく方策を検討することも、今後の重要な課題と考えられた。

文献

- 1) 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.
- 2) 磯部典子, 内野悌司, 鈴木康之, 藤巴正和, 岡本百合, 林マサ子, 土井由, 黒崎充勇, 品川由佳, 酒井祥子: 学生相談から見た不登校の現状. 総合保健科学, 22:91-98, 2006.
- 3) 神戸女学院大学カウンセリングルーム: 神戸女学院大学カウンセリングルーム主催シンポジウムー不登校学生をいかに支援するか〜支援における連携・ピアサポートの意義を中心に〜. 2009.
- 4) 草野智洋, 水田一郎: 大学生のひきこもりに関する研究の現状と展望. 思春期青年期精神医学, 8(1):39-52, 2008.
- 5) 峰松修, 福盛英明, 一宮厚, 明石久美子: 学生相談における「関係者支援」の試み(1)Family Support Group: 保護者をいかに支援するか. CAMPUS HEALTH, 40(1):344-345, 2003.
- 6) 宮西照夫: (私信), 2009.
- 7) 水田一郎, 小林哲郎, 石谷真一, 安住伸子, 草野智洋: 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. 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 平成19年度総括・分担研究報告書, 65-81, 2008.
- 8) 水田一郎, 小林哲郎, 石谷真一, 安住伸子, 井出草平, 谷口由利子: 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. 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 平成 20 年度総括・分担研究報告書, 79-101, 2009.
- 9) 最上澄枝, 金子糸子, 佐藤哲康, 布施晶子, 市来真彦: 自ら助けを求めず潜在している学生に対する学内協働による取り組み一欠席過多学生対応プロジェクトを通して. 学生相談研究, 28(3):214-224, 2008.
- 10) 日本学生支援機構: 大学における学生相談体制の充実方策についてー「総合的な学生支援」と「専門的な学生相談」の「連携・協働」. 学生支援情報データベース (<http://www.g-shiendb.jasso.go.jp/gsdb/main/tmp/contents/ab00401.html>), 2007.
- 11) 小柳晴生: 大学生の不登校一生き方の変更の場として大学を利用する学生たち. 心の科学, 69:33-38, 1996.

思春期ひきこもりと反社会的問題行動との関連について — “ひきこもり” の下位分類の試み—

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⁾ 千葉泰彦⁵⁾ 元永拓郎⁶⁾ 工藤剛⁷⁾

月野木竜也⁸⁾ 佐久間祐子¹⁰⁾ 高橋恵一¹¹⁾ 鈴木圭⁶⁾ 鈴木彩之⁹⁾

1) 府中刑務所 2) 日本医科大学 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 6) 帝京大学 7) 秩父中央病院 8) 千葉県警察本部少年課

9) 豊昭学園 10) 日本橋学館大学 11) 杉並区子ども家庭支援センター

研究要旨

本研究の目的は非行少年を対象に、“ひきこもり”に着目し、非行類型、精神医学的診断、対人関係および家族状況などについて調べ、思春期ひきこもりと反社会的問題行動との関係を解明することである。本研究の最終年度にあたる平成21年度は少年非行と“ひきこもり”の関係の実態解明に迫るべく、“ひきこもり”概念⁶⁾について再検討し、物理空間活動(Locomotion activity:以下LAと略す)と情報空間活動(Information activity:以下IAと略す)の二つのパラメーターを導入し、LA,IAを用いて少年非行の下位分類を試みた。さらにLAの活動領域を家庭、学校、地域の三つに分け、それぞれの領域における活動頻度の相対的な関係から物理空間活動パターンを類型化した。

A. 研究目的

<はじめに>

少年非行は時代を映す鏡といわれている。近年、非行⁴⁾臨床にかかわる現場では非行少年の質の変化と処遇の困難性がクローズアップされ、様々な議論が取り交わされている。報告者らは、その原因の一つとして、従来、非行と背反事象であった“ひきこもり”から非行が散発していることを指摘し、“少年非行の二極化⁵⁾”として提唱した。

本研究における“ひきこもり”の定義は端的に言えば行動範囲が家庭内に限局しており、その結果、社会的な人間関係が乏しくなっている状態であり、その実態をとらえるのは困難である。したがって思春期ひきこもりと非行を中核とする反社会的問題行動との関係を論ずる際、“ひきこもり”概念について改めて考察する必要がある。報

告者らは“ひきこもり”概念について再検討し、多面的にアプローチするために従来の“ひきこもり”の定義に加え、新たに二つの視点を導入した。第一は物理空間活動(Locomotion activity:以下LAと略す)と情報空間活動(Information activity:以下IAと略す)の二つのパラメーターの導入であり、第二は物理空間活動パターンの類型化である。

<研究目的>

本研究の目的は、非行少年を対象に“ひきこもり”に着目し、男女差、非行類型および精神医学的診断、家族状況、対人関係などについて調べ、思春期ひきこもりと反社会的問題行動との関係の実態解明に迫るべく、“ひきこもり”の下位分類をすることである。

B. 研究方法

(研究対象)

調査対象は、2009年x月1日から(x+2)月末の3ヶ月間に少年鑑別所に入所した男女346名(男子:306名,平均年齢16.5歳,女子40名,平均年齢15.8歳)である。

調査票は過年度の研究で使ったものを修正し、“ひきこもり”の実態をより多面的かつ詳細に検討するために、新たに物理空間活動パターン、インターネット利用状況などの項目を追加した。調査票は、①フェイスシート、②本件非行、③非行・補導歴、④ひきこもり傾向、⑤携帯・パソコンによるインターネット利用状況、⑥精神医学的診断、⑦家族関係、⑧社会参加状況、⑨物理空間活動パターンの9カテゴリー、計29項目から構成されている。

(倫理面への配慮)

調査票の項目については、一部を除き、通常の鑑別業務の範囲で得られる情報から転記できるように工夫し、対象者・調査者の負担を軽減した。調査票の記載は、すべて鑑別技官が行い、無記名として対象者個人が特定できないようにした。また、医官が調査票を回収する際、特に医学的な項目をチェックし、不備な点を捕捉した。なお、本調査を行うにあたっては、その目的、社会的有用性、個人情報保護などの観点から実施の適否について各施設で予め検討し、調査結果の発表については、学術的に意義のある場に限定するなどの倫理的な配慮を行った。

(“ひきこもり”概念の多面的検討)

本研究では以下の三つの視点から“ひきこもり”概念を多面的に検討した。

①本研究班における“ひきこもり”の定義

様々な要因の結果として社会参加を回避し、原則的に6ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態を指す現象概念であり、30歳までに発症するものである。

ただし、本調査では上記の定義を厳密に満たすもの及び、ある程度満たすものをあわせて、ひきこもり傾向とした。なお、ひきこもりの定義をあ

る程度満たす場合とは、ひきこもりの既往がある場合、ひきこもり期間が6ヶ月に満たない場合、家族以外の非常に限局した対人接触を稀に持つ場合も含まれている。

②(LA軸, IA軸)

運動・移動 Locomotion と情報 Information の二次元から下位分類を試みた。(図1)

Locomotion Activity (物理空間活動;直接的で対面を伴う行動や人間関係に関する項目)

LA軸の評価:「非行・補導歴」「非行集団所属」「性体験」の3つの項目のうち、1項目でも満たした場合を高LA、いずれも満たさなかった場合を低LAとした。

Information Activity (情報空間活動;間接的で、情報空間における自己表現や人間関係に関する項目):IA1,IA2の2種とした。

IA1軸の評価:携帯電話やパソコンなどの利用に着目し、情報的孤立の有無を判別する。

高IA1:利用がある場合

低IA1:利用がない場合

IA2軸の評価:情報空間における送受信の方向性に着目し、相互作用型か自己完結型かを判別する。

高IA2:相互作用型(双方向)

低IA2:自己完結型(単一方向、利用せず)

③物理空間活動パターン

物理空間における活動領域を家庭、学校、地域の三つに分け、それぞれの領域における活動頻度の相対的な関係から物理空間活動パターンの分類を行い、以下の5類型を抽出した。

I標準型(Normal Type):活動領域は家庭・学校・地域の三つにまたがり、特に偏りなく人間関係を維持できている。(図2)

Ⅱ 社会的ひきこもり型 (Social Withdrawal Type) : 日常的活動空間の大部分は家庭内にほぼ限定され, 学校や地域など家庭外の活動は回避されがち。コミュニケーションスキルの不足と社会性の欠如が認められる。(図 3)

Ⅲ 放浪型 (Vagrant Type) : 基盤となる家庭環境が不安定で十分な養育を受けていない。家庭や学校に居場所がなく, 夜遊び, 外泊, 家出を繰り返すなど, 地域での素行不良が目立つ。(図 4)

Ⅳ 放蕩型 (Prodigal Type) : 保護者の養育態度は放任あるいは過保護であることが多い。学校生活からドロップアウトし, 家庭や地域で気ままかつ自堕落的な生活を送っている。(図 5)

Ⅴ 仮面型 (Masked Type) : 活動空間は, 家庭と学校の往復にほぼ限定され, 学校では部活動や生徒会など課外活動に参加していない。行動上は適応しているように見えるが, 家族との関係が疎遠で個人的な友達づきあいも希薄である。(図 6)

C. 研究結果

1. ひきこもり傾向

本研究班の”ひきこもり”の定義はすでに示したとおりである。定義を満たす者は男子 1 名, 女子 0 名であり, 極めて稀であることがわかった。これに対し, ある程度満たす者は男子 8 名, 女子 4 名であった。”ひきこもり”の定義を満たすか, またはある程度満たす者は男子 3.0%, 女子 10.0%であり, 非行群においてひきこもり傾向のある者は少なく, 過年度の研究結果と一致していた。

2. 性別の比較

主に性別間で有意な差が見られた項目をあげる。

男女で各項目の傾向を比較したところ, 男子に比較して女子の方がひきこもり傾向, 不登校経験の頻度が高かった(グラフ 1)。また, LA, IA1 軸の組み合わせで見ると, 女子は高 LA 高 IA1 が 100%と頻度が高く男女差が見られた。男子においても高 LA 高 IA1 が 90.2%と多く, 非行群

では男女ともに高 LA 高 IA1 の割合が高い傾向があることがわかった(グラフ 2)。物理活動空間の 5 類型に関しては, 男女差は見られなかった(グラフ 3)。ネット利用形態では女子の方が, 双方向利用が多く, 携帯・ネット利用時間は男子で 1 時間未満が最も多く時間が長くなるほど頻度が低くなるのに比較して, 女子では 1 時間未満と 3 時間以上の頻度が高く, 二極分化していた(グラフ 4, 5)。家庭環境を見ると, 男子に比較して女子は家族機能不良, 養育態度不良である傾向が見られた(グラフ 6)。逸脱行為については, 女子の方が性体験や薬物使用歴の頻度が高く, 酒・タバコ, 非行補導歴は男子の方が, 頻度が高かった(グラフ 7)。

本件非行については, 凶悪犯を中心に能動的な犯罪のほとんどは男子に多く, 薬物事犯のみ女子の頻度が高い傾向がみられた(グラフ 8)。

以下, 男子のみの結果を示す。

3. LA (Location Activity ; 物理空間活動)

物理空間活動を LA 定義に従い高 LA と低 LA の 2 群に分けて各項目の傾向を比較したところ, インターネットツールの使用状況に差が見られ, 低 LA 群の方がパソコンのみ使用している者及びパソコンと携帯電話のどちらも使わない者が多かった(グラフ 9)。ネット利用時間については, 高 LA 群では利用時間とその割合は反比例しているのに対し, 低 LA 群では利用時間が 1 時間未満の者と 3 時間以上の者に二極分化していた(グラフ 10)。物理活動空間の 5 類型については, 高 LA 群に放浪型, 仮面型が多く, 低 LA に標準型, 社会的ひきこもり型, 放蕩型が多かった(グラフ 11)。

4. 物理活動空間の 5 類型

物理活動空間の 5 分類の出現率は, 標準型, 放浪型, 放蕩型, 仮面型, 社会的ひきこもり型の順に高く, 社会的ひきこもり型は 3%に過ぎなかった(グラフ 12)。

また、社会的ひきこもり型は家族機能や養育態度が不良で、自傷歴、自殺企図、精神科治療歴の頻度が高かった（グラフ 13, 14）。なお、自傷歴のある者の頻度が最も高かったのは放浪型であった。酒・タバコなどの嗜好は放浪型や放蕩型に多く、社会的ひきこもり型では少なかった（グラフ 15）。

5. IA2 (Information Activity²; 情報空間活動²)

情報空間活動を IA2 定義に従い高 IA2 (相互作用型) と低 IA2 (自己完結型) の 2 群に分けて各項目の傾向を比較したところ、高 IA2 (自己完結型) は低 IA2 (相互作用型) と比較して、学歴が高卒以上で高く、薬物使用歴や精神科治療歴の頻度が高い反面、性体験、非行・補導歴、共犯のある者が少なかった（グラフ 16, 17）。

6. ”ひきこもり” 指標間の関連

”ひきこもり” 指標間の相関は必ずしも高いとは言えなかった。ただし、その中で低 LA と、ひきこもり傾向・IA2・社会的ひきこもり型・不登校経験の 4 つの指標との間に弱い相関がみられた（表 1）。

D. 考察

”ひきこもり” は、病気にたとえれば主に陰性症状から構成される状態であり、具体的な指標を捉えて分類するのは困難である。しかし、前年度の報告で指摘したように LA と IA の二つのパラメーターを導入することにより、下位分類が可能となり、四つのグループに分けることができた。さらに物理空間活動(LA)については、その活動頻度から五つのタイプに分けることができる。本年度は”ひきこもり”の実態を多面的に検討するために、以下の三つの視点を調査項目に盛り込んだ。

- ・ 本研究班の”ひきこもり”の定義
- ・ (LA 軸, IA 軸)
- ・ 物理空間活動パターン

1. 本研究班の”ひきこもり”の定義

”ひきこもり”の定義を満たす者は男女 346 名中男子 1 名 (0.3%) に過ぎず、”ひきこもり”の最中における非行は極めて稀であり、むしろ例外とみなすべきことがわかった。一般的に家庭内²⁾での問題行動は軽微なものであれば事件として扱われないため、事例化するのは家庭内暴力の延長としての家族に対する殺傷事件や奇行、不潔行為などの迷惑行為の極端なもの、たとえば放火など限られた非行・犯罪である。”ひきこもり”の男子 1 名の本件非行もこの範疇に属していた。これに対して”ひきこもり”の定義をある程度満たす者は男子 8 名 (3%)、女子 4 名 (10%) であり、軽犯罪が多く、非行の質も異なっていた。個々の事例をみると”ひきこもり”の既往があり、本件非行時には夜間徘徊や不良交友が認められ、窃盗、住居侵入、薬物乱用などの比較的軽い犯罪が多かった。”ひきこもり”の生活を送っていたために社会性が欠落し、未熟で免疫がなく、インターネットを通して、または巷を徘徊するうちに容易に不良集団に感染するという意味で、これらを”ひきこもり先行型非行”と呼ぶことにする。男子については、家庭環境の問題もさることながら、第二次性徴により性的な欲動が亢進し、活動レベルが高くなり、家庭内では飽き足らず、興味や関心が外に向くといった能動的なメカニズムが働いていると考えられる。一方、女子については、家庭環境に恵まれず、しばしば性的虐待を含む身体的・精神的虐待を受けており、家庭内の居場所がなくなり、夜間徘徊や家出を繰り返す中で不良グループや暴力団に感化されるといったケースがほとんどであり、自己表現や自己主張が不得手で受動的なタイプが多い。大半は薬物乱用に性非行を伴っており、場合によっては暴力団による管理売春の被害者になることも少なくない。

2. (LA 軸, IA 軸)

男子は高 LA が 90.2% であり、女子では 100% であった。つまり女子は、性体験、非行・補導歴、非行

集団所属歴のいずれかを満たしており、“ひきこもり”の最中に非行に至るケースはなかった。また高 IA1 すなわち携帯やパソコンなどのインターネットツールの使用は男子では 92%,女子では 100%であり、すべての女子は情報的にも孤立していなかった。さらに女子の方が男子に比べ、相互作用型の割合が高く、情報活動は活発であった。インターネットツール利用時間をみると男子で 1 時間未満が最も多く時間が長くなるほど頻度が低くなるのに比較して、女子では 1 時間未満と 3 時間以上の頻度が高く、二極分化していたことから、女子の中に携帯を利用するネット依存が含まれている可能性があることが示唆された。以上より、非行群では性差はあるものの男女ともに大半が物理空間活動ならびに情報空間活動において高いレベルにあることがわかった。また、二つのパラメーターがともに低い状態、いわば純系の“ひきこもり”は男子の 1%に過ぎず、例外であることがわかった。したがって、前年度と同様の結果となり、“ひきこもり”と非行は背反事象であるというテーゼは支持された。

以下、女子は N 数が少なかったため、男子についてのみ考察する。

インターネットツールの使用状況をみると、低 LA 群の方がパソコンのみを使用している者およびパソコンと携帯電話のどちらも使用していない者が多かったことから男子の“ひきこもり”の様態は二つに分かれた。つまり、家庭内にひきこもり、かつ情報的にも社会から孤立している群と家庭内にひきこもっているがネットサーフィンなど情報活動はむしろ活発に行われている群の二つである。またネット利用時間について低 LA 群では 1 時間未満の群と 3 時間以上の群に二極分化していることから、後者の中にはひきこもっていればいるほどパソコンを利用した情報活動が盛んに行われている者が含まれている可能性があると考えられる。その他、物理空間活動の 5 類型については、低 LA に社会的ひきこもり型が

多く、高 LA に放浪型が多かったことから二つの指標間の傾向は一致していた。

3. 物理空間活動パターン

社会的ひきこもり型は男子 5%, 女子 3%で 5 類型の中では最も少なかった。上記の二つの視点からみた結果と同様、やはり非行群における“ひきこもり”は少なかった。また、社会的ひきこもり型の家族機能や養育態度が不良であったことから、非行群における“ひきこもり”は、家庭環境が劣悪で虐待されている場合もあり、家庭内に居場所がなくなった結果、“ひきこもり”状態にとどまることができず、巷の徘徊や家出をする中で非行に至っている可能性があることが示唆された。その他、社会的ひきこもり型では自傷歴、自殺歴および精神科治療歴の頻度が高く、酒やたばこなどの嗜好が少なかったことから、攻撃性の方向が内向しやすく、攻撃性が外向する従来の非行少年とは対極にあることが示された。

以上、三つの視点から“ひきこもり”について多面的に検討したが、統計的には“ひきこもり”指標間の相関は必ずしも高いとは言えなかった。ただし、中でも低 LA とひきこもり傾向、不登校経験、社会的ひきこもり型および IA1 の四つの指標との間に弱い負の相関がみられた。強い相関がみられなかった理由としては、LA を評価する基準として便宜的に非行・補導歴、非行集団所属歴、性体験の 3 項目を用いたことや、物理空間活動の 5 類型を評価する際に主に空間因子に着目し、時間因子には言及しなかったことなどが挙げられる。

E. 結論

- ① “ひきこもり”の実態を把握するのは困難であり、様々な指標を用いて多面的にアプローチする必要がある。従来の“ひきこもり”の定義に基づく『ひきこもり傾向』に加え、(LA 軸, IA 軸) からみた 4 類型と物理空間活動 (LA) の 5 類型の新たな二つの視点を導入

した。いずれの視点からも非行群における“ひきこもり”は少なかった。特に純系の“ひきこもり”は非行・犯罪とは縁遠く、対極にあると考えられる。また“ひきこもり”の女子が反社会的問題行動に及ぶことは極めて稀である。

- ② 物理空間活動の5類型からみた社会的ひきこもり型は少数であり、その特徴をみると家族機能や養育態度が不良で、自殺企図や精神科治療歴の頻度が高かった。逆にタバコ・酒などの嗜好は放浪型や放蕩型に多く、社会的ひきこもり型では少なかった。
- ③ 男子と比較して女子の方が不登校経験やひきこもり傾向の頻度が高く、家族機能や養育態度が不良で家庭環境に恵まれていないことがわかった。また女子は性体験や薬物使用歴が高い傾向があることが示唆された。
- ④ (LA 軸, IA 軸) の視点からまとめる。まず情動的孤立の有無を判別する IA1 に着目すると、女子ではすべて高 LA 高 IA1 群であったのに対し、男子は高 LA 高 IA1 群, 高 LA 低 IA1 群, 低 LA 高 IA1 群, 低 LA 低 IA1 群の四つの類型に分かれた。また男子の高 LA 群と低 LA 群を比較すると後者の方が、パソコンを主に使用する者の割合が高い傾向があった。次に相互作用型か自己完結型かを判別する IA2 に着目すると、女子の方が男子よりも相互作用型の割合が高かった。また男子については、自己完結型は相互作用型と比較して学歴が高く、薬物使用歴や精神科治療歴の頻度が高い反面、性体験、非行・補導歴、共犯のある者は少なかった。以上より、LA と IA の二つのパラメーターによる非行の下位分類は有用であり、特に男子において低 LA 高 IA1 群が“いきなり型非行”³⁾を含めたネット関連犯罪⁷⁾に及ぶポテンシャルを秘めた新たな非行群として注目される。

F. 研究発表 論文発表

- ① 奥村雄介：少年犯罪—処遇と責任能力，責任能力の現在—法と精神医学の交錯。中谷陽二編；182—194，金剛出版，東京，2009
- ② 奥村雄介，佐久間祐子他：“ひきこもり”と反社会的行動との関連について—“ひきこもり”概念の再検討—，社会精神医学。(投稿中)

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(67)3，101—104，2001.
- 2) 奥村雄介：少年院被収容者から見た家庭内の問題。法と精神医療 16；44—52，2002.
- 3) 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—現場が語る最前線—，笠井達夫編；98—109，北大路書房，京都，2002
- 4) 奥村雄介・野村俊明：非行精神医学。医学書院。東京。2004.
- 5) 奥村雄介，野村俊明，元永拓郎，他：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—。思春ひきこもりをもたらず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，斉藤万比古（主任研究者）；厚生労働科学研究費補助金，こころの健康科学事業，平成 19 年度，総括・分担研究報告書。2008.
- 6) 奥村雄介，野村俊明，元永拓郎，他：思春期ひきこもりと反社会的問題行動—“ひきこもり”概念の再検討—。思春ひきこもりをもたらず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，斉藤万比古（主任研究者）；厚生労働科学研究費補助金，こころの健康科学事業，平成 20 年度，総括・分担研究報告書。2009.
- 7) 坂明：ネット社会における脅威の特徴と対応。刑政 120(7)；44—53，2009.

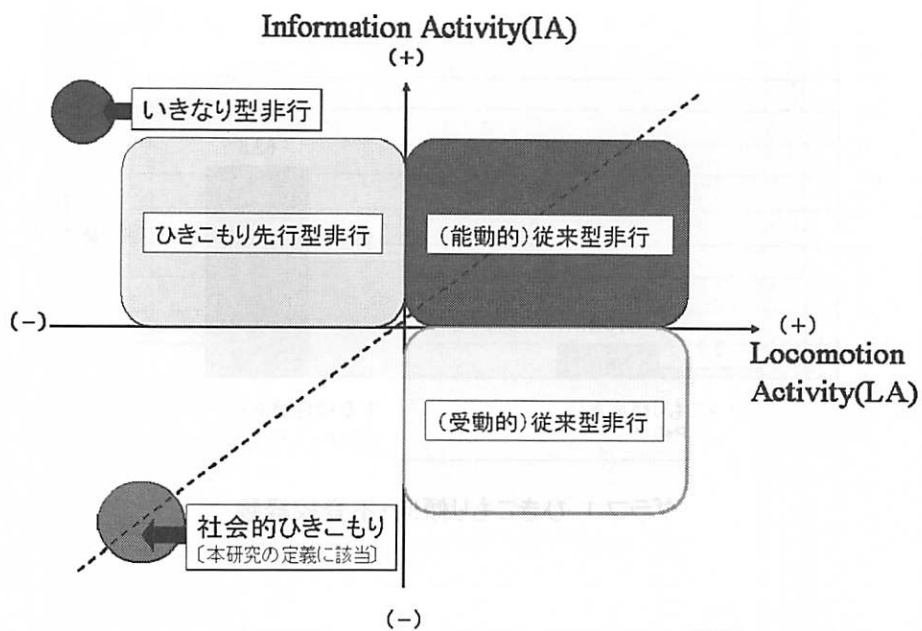


図1 運動・移動(Locomotion)と情報(Information)による下位分類



図2 I標準型

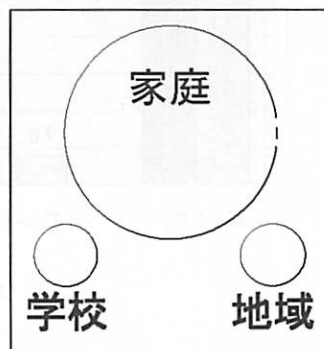


図3 II社会的ひきこもり型

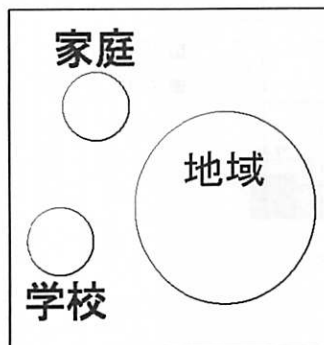


図4 III放浪型

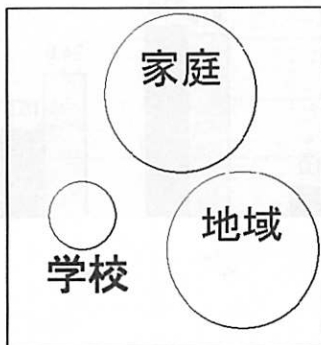


図5 放蕩型

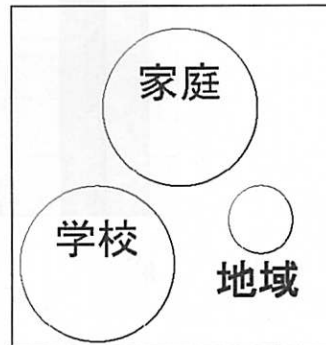
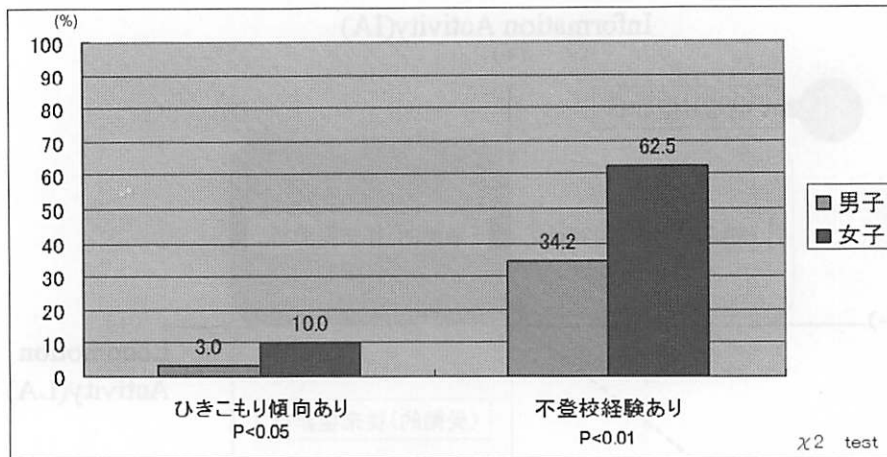
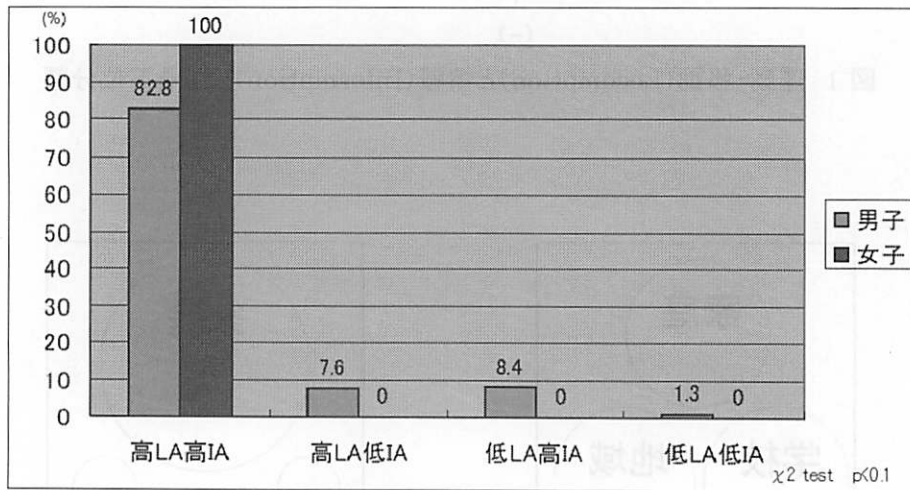


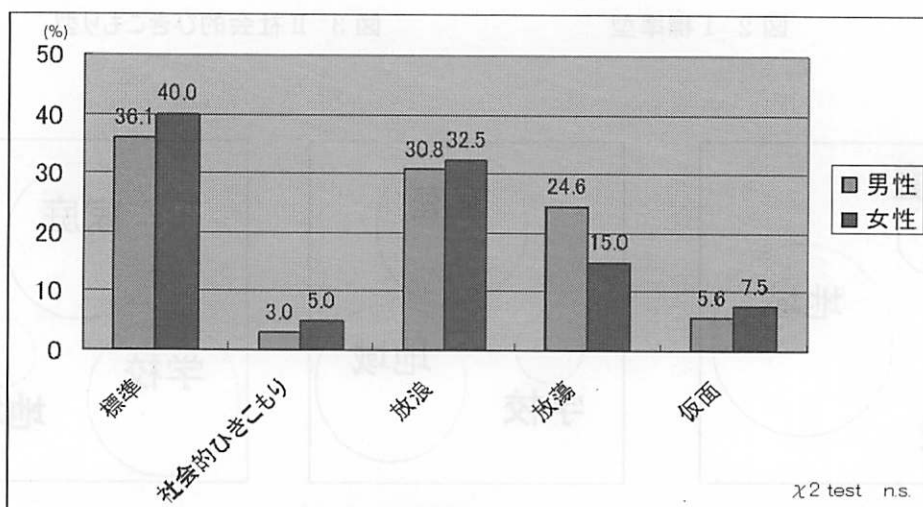
図6 仮面型



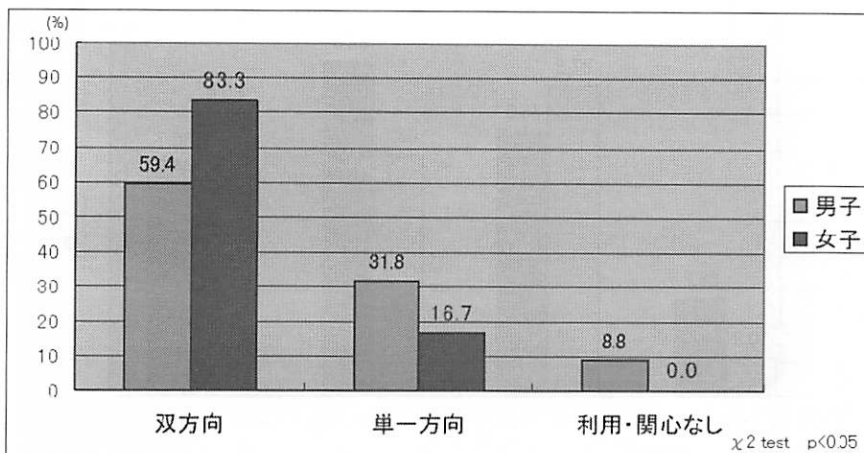
グラフ 1 ひきこもり傾向・不登校経験



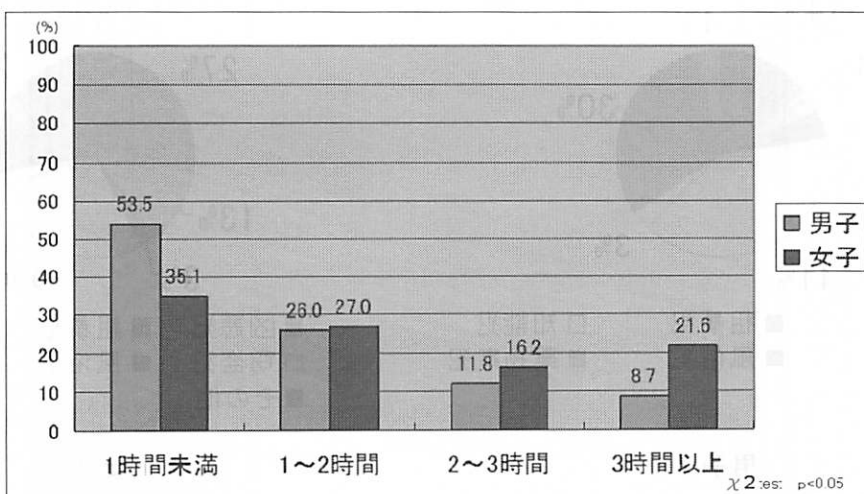
グラフ 2 LA・IA1



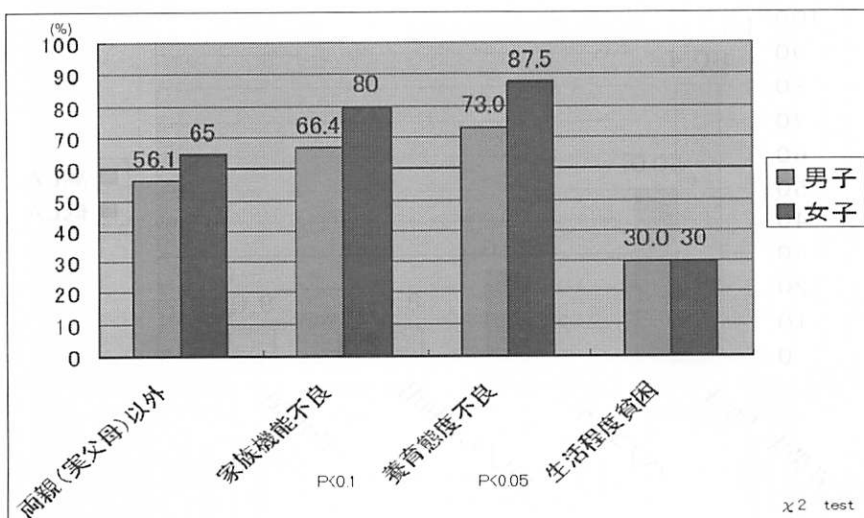
グラフ 3 物理活動空間の 5 類型



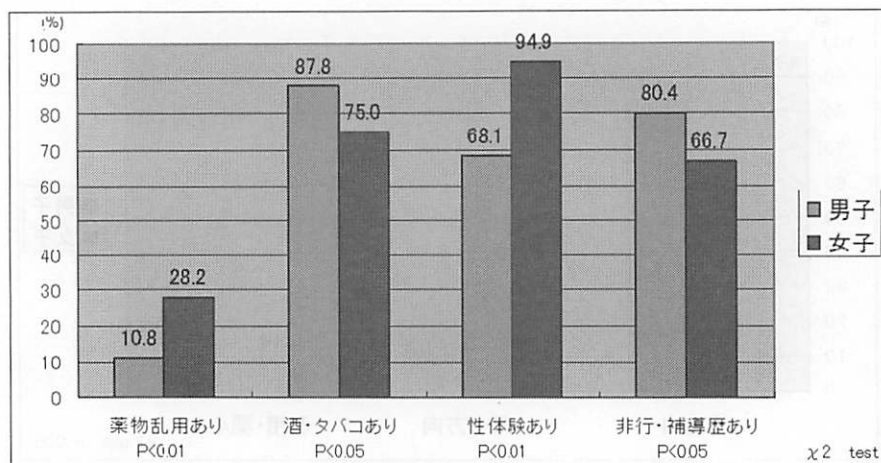
グラフ 4 ネット利用形態



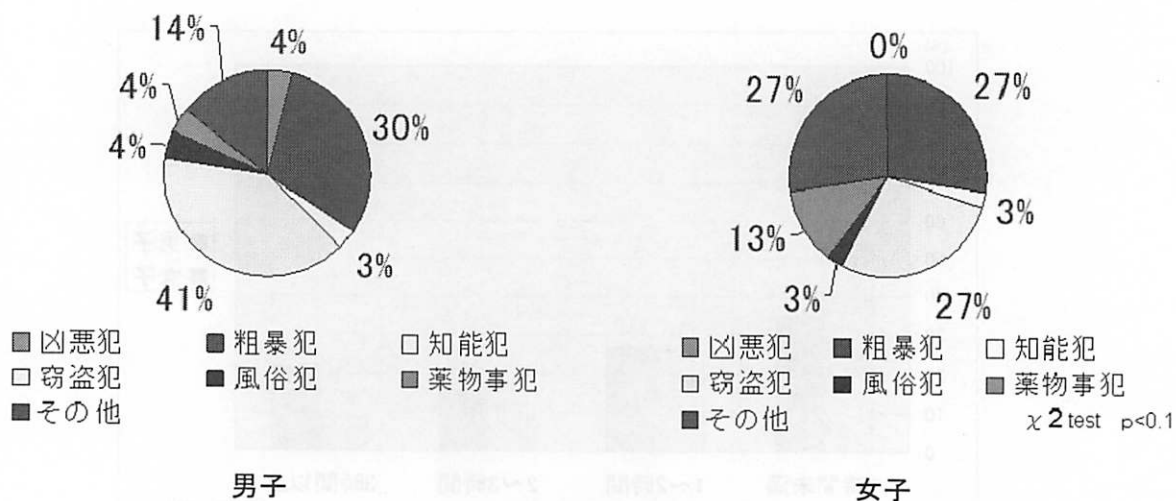
グラフ 5 携帯・ネット利用時間



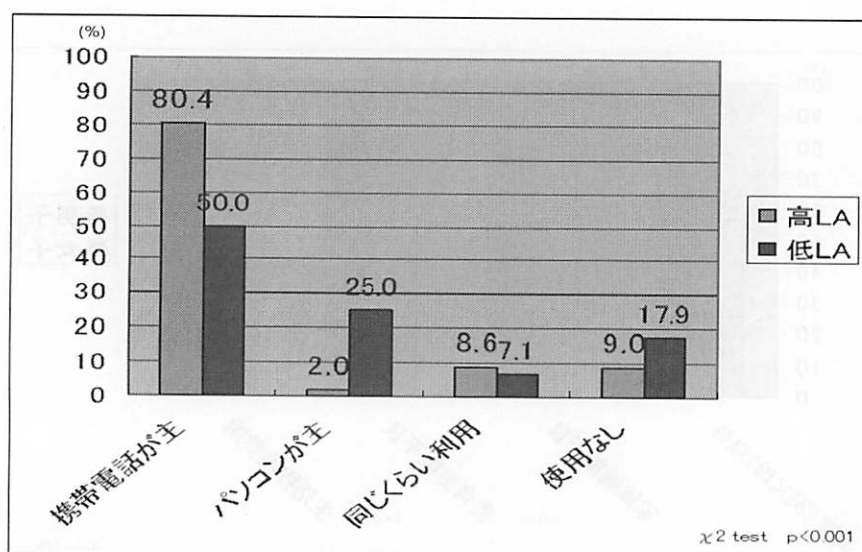
グラフ 6 家庭環境



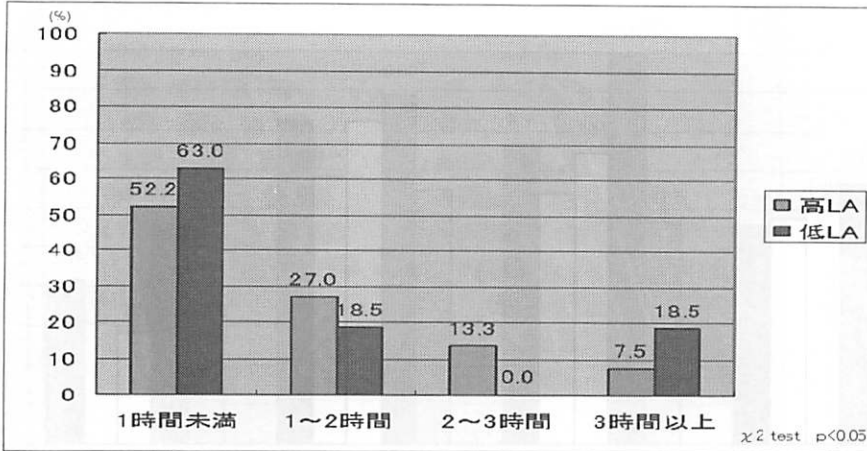
グラフ7 逸脱行為



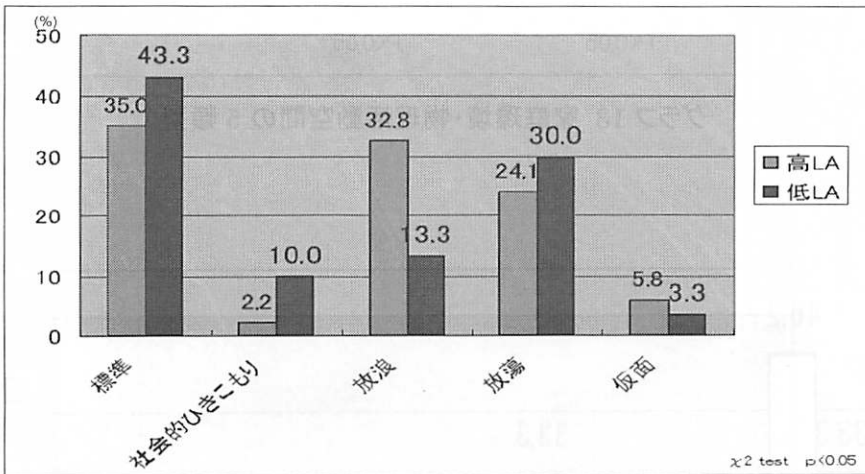
グラフ8 本件非行



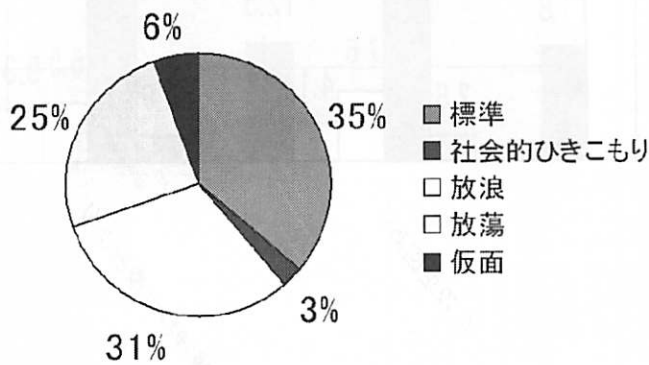
グラフ9 ネットツール利用形態(LA別)



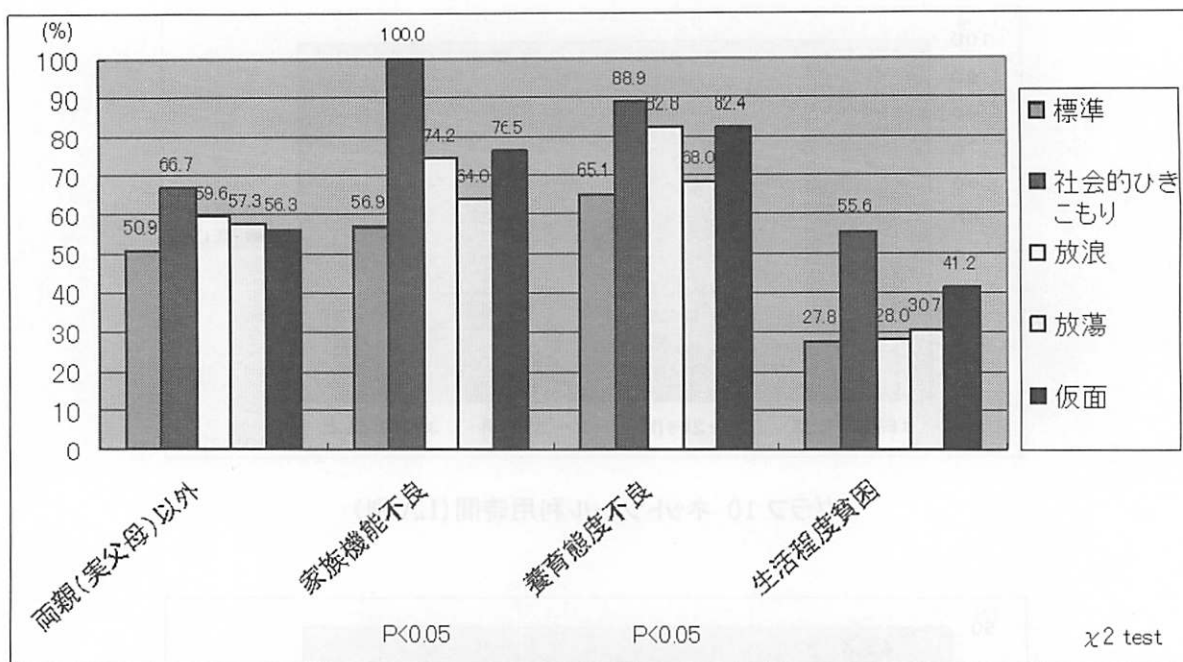
グラフ 10 ネットツール利用時間(LA 別)



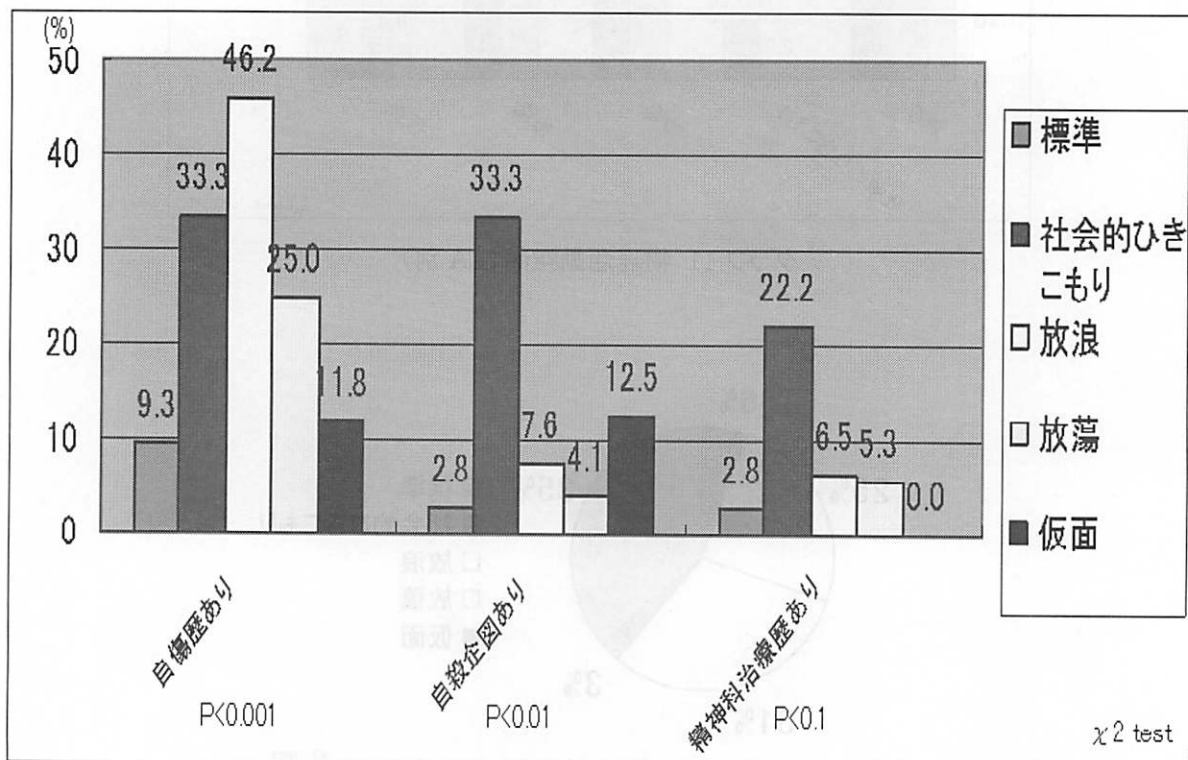
グラフ 11 物理活動空間(LA 別)



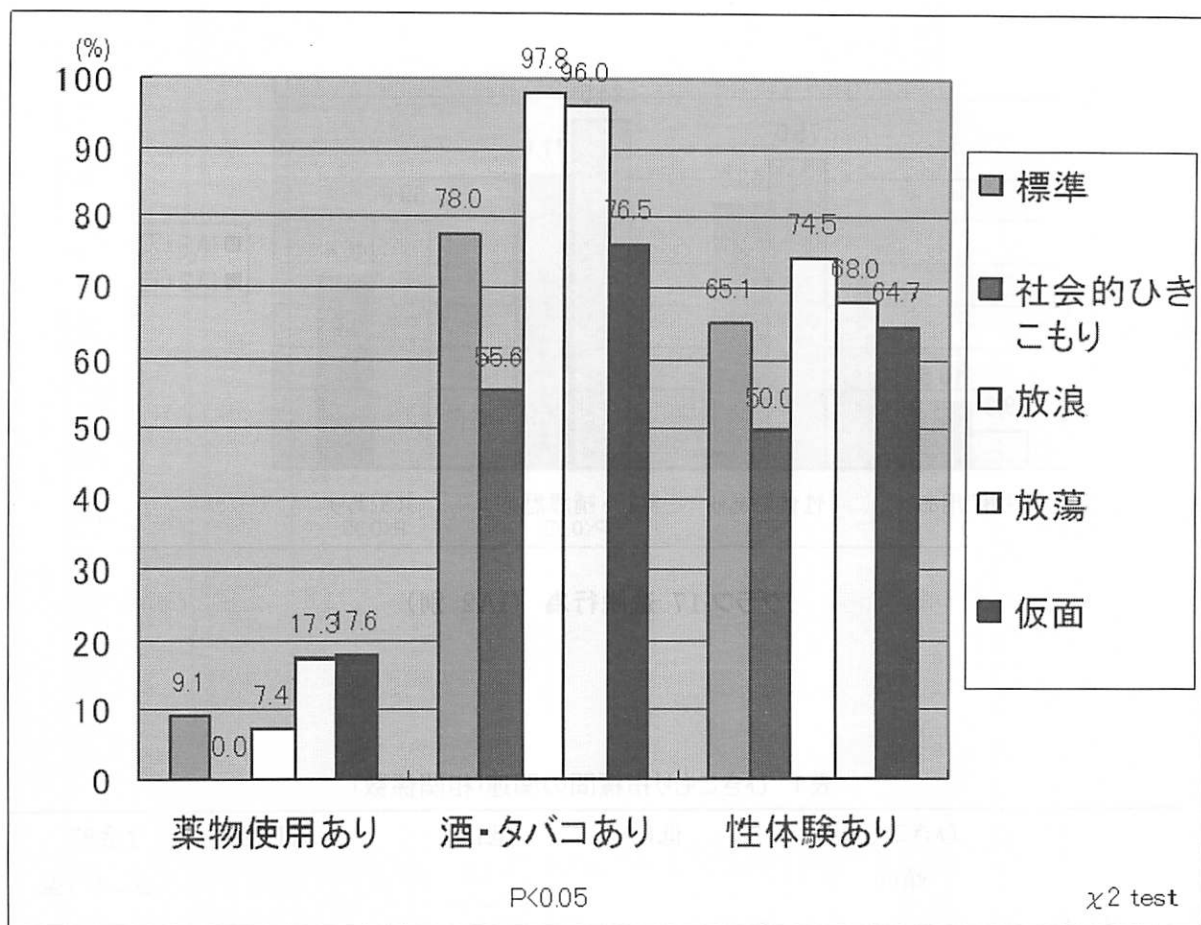
グラフ 12 物理活動空間(男子)



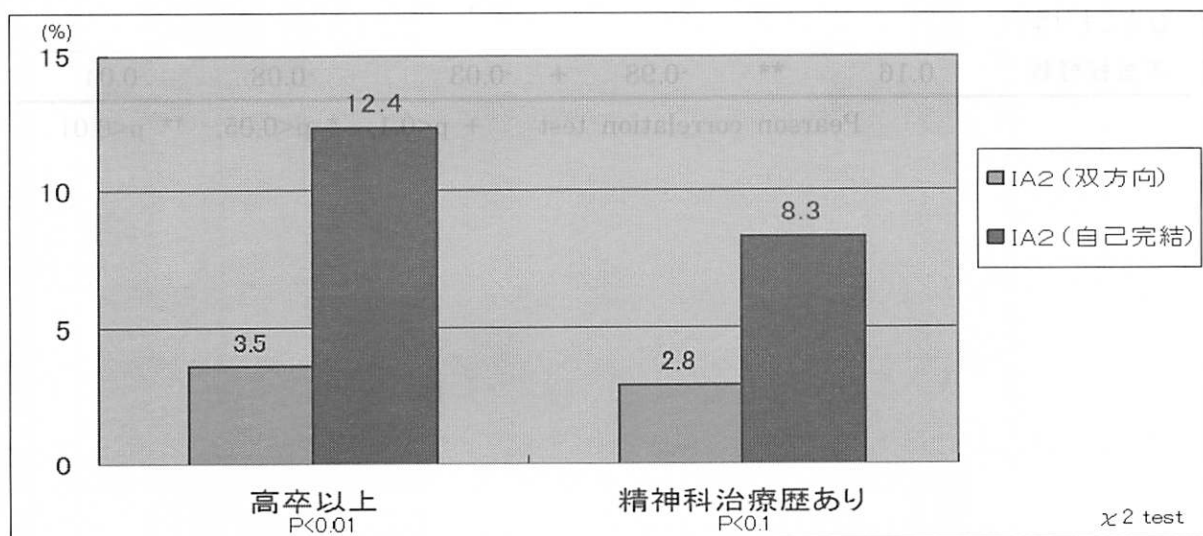
グラフ 13 家庭環境・物理活動空間の 5 類型



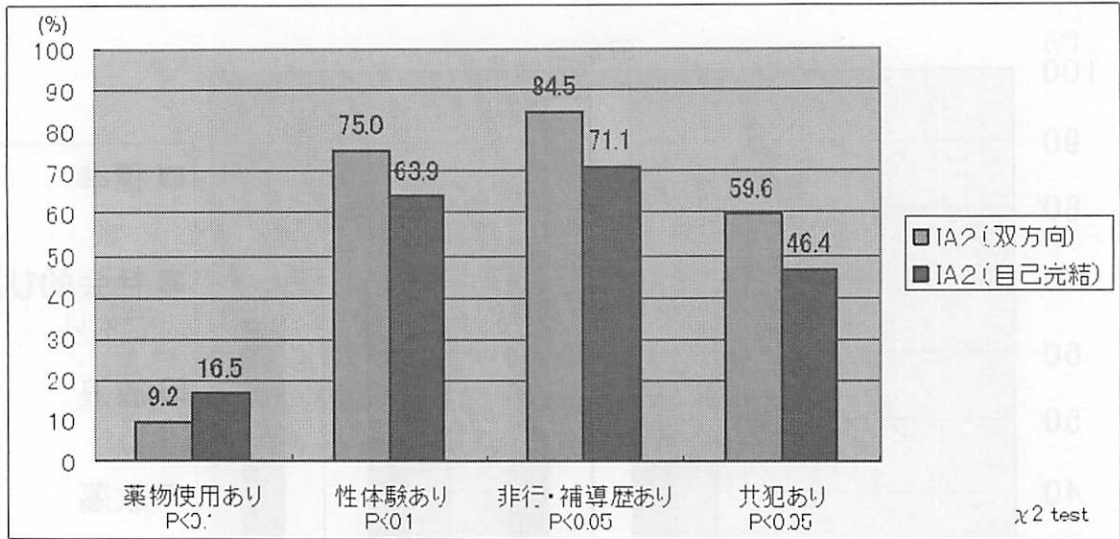
グラフ 14 自傷歴・自殺企図・治療歴と物理活動空間の 5 類型



グラフ 15 逸脱行為・物理活動空間の5類型



グラフ 16 学歴・治療歴 (IA2 別)



グラフ 17 逸脱行為 (IA2 別)

表1 ひきこもり指標間の関連(相関係数)

	ひきこもり 傾向	低LA	低IA1	低IA2	社会的 ひきこもり型
低LA	0.14 *	—	—	—	—
低IA1	-0.05	0.05	—	—	—
低IA2	0.01	0.13 *	0.38 **	—	—
社会的 ひきこもり型	0.08	0.14 *	0.02	0.08	—
不登校経験	0.16 **	-0.98 +	-0.03	-0.08	-0.04

Pearson correlation test + p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01

地域連携システムによるひきこもり支援

分担研究者 清田晃生¹⁾

研究協力者 宇佐美政英²⁾ 大隈紘子³⁾

1) 大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック

2) 国立国際医療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

単独の機関では対応が困難な種々の事例について、市川地区および大分地区において行為障害に関する研究を含めてほぼ5年間、地域専門機関による事例検討会を開催してきた。検討事例数は市川地区では72件、大分地区では33件だった。参加機関の特徴を反映して、検討事例の年齢構成は両地区で差が見られた。また検討した問題行動には反社会的行動と非社会的行動の両方が含まれていたが、いずれにおいても精神疾患あるいは発達障害の関与が想定される事例が多く、児童青年精神科医の関与が必要であると思われた。実務者レベルの事例検討は「顔の見える連携」を推進し、問題事例への適切な対応において有効に作用すると考えられた。両地区とも、本研究終了後も事例検討会を継続することで合意している。

I. はじめに

一般に不登校の予後調査では、長期でみると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。

児童青年期の多様な問題行動に対して多機関での関わりを目指して、千葉縣市川地区と大分県大分地区で地域連携システムを運用してきた。保健福祉領域では既に多機関での話し合いの場もあるが、多くは何らかの問題事例が生じたときに関係機関が参集するという形態である。われわれは、実務担当者が定例的に会合する形式を採用し、その長所や課題について検討した。

また必要な情報を提供するためのフォーマットを現段階の案として呈示し、今後の課題としたい。

II. 対象および方法

市川・大分地区の事例検討会参加機関は表1に示す各種専門機関である。実務担当者が定期的に事例検討会を開催した。市川地区は2か月に1回、大分地区は3か月に1回のペースで行った。

事例提供機関は、事務局（大分地区は大分大学、市川地区は国府台病院）に事例を提出し、事務局は会場確保や連絡などのマネジメントを担当した。事例提供に当たっては、可能な限りプライバシー情報を削除するとともに、参加者は秘密保持の誓約書を提出した。

各事例に見られた問題行動や背景要因についてまとめ、ひきこもり支援を考えるときの地域連携システムの有用性について検討した。

III. 結果

検討事例は市川地区72例、大分地区33例で

あった。

地区別年齢別検討事例数、事例提出機関別事例数を図1、図2に示す。市川地区では12、3歳を中心とする前青年期～青年期前期の事例が多く、幼児まで含めた低年齢の事例が多い。大分地区では、中学生年代を中心により年齢の高い群が多かった。事例提供機関別では、両地区とも医療機関と教育機関が中心になっており、市川地区では市役所や発達センターから事例が出されていた。大分地区では保健所と児童相談所が比較的多く事例提供されていた。

各事例に見られた問題行動の種類を図3に示す。最も多いのが不登校・ひきこもりを中心とする非社会的行動であり、大分では特にその傾向が強かった。家庭内限局型の問題行動が大分地区で多く認められたのも、この影響と思われる。

背景要因として精神疾患、発達障害、虐待の3要因について検討した。図4で示すとおり、市川地区でも大分地区でも精神疾患と発達障害（ともに疑いを含む）が関与すると思われた事例が約4割存在した。両地区の総検討事例105例中、精神疾患が疑われたものは42例、発達障害が疑われたものは47例、両方が疑われたものは8例であり、いずれも関与しないと想定された事例は23事例（22%）に過ぎなかった。虐待の疑いは1/4から4割と高率に認められた。

IV. 考察

2つの地域での事例検討会を通じて、地域の専門機関が多くの対応困難例を抱えており、その内容は反社会的行動から不登校・ひきこもりまで様々であることが分かった。その中で、市川地区と大分地区で取り扱った事例に関しては以下の点に差が見られた。

- 1) 市川地区の方に若年事例が多い
- 2) 大分地区では保健所、児童相談所の事例提供が多い
- 3) 大分地区では非社会的行動が見られた事

例が大半を占め、家庭内限局問題行動の事例も3割に達していた

- 4) 大分地区では虐待が疑われた事例が多い

この理由として、事例検討会の構成メンバーの違いが主たる要因と思われた。市川地区では児童精神科病棟を有する国府台病院が事務局をしており、低年齢の子どもから中学生までの診療を行ってきた歴史がある。このため、1つには医療機関が呈示する事例が比較的low年齢になること、第2に関係機関もlow年齢の子どもについて相談しやすい、であろう。

大分地区では、医療機関には児童精神科の専門病棟はなく、low年齢の子ども問題には教育や福祉が主として関わってきた経緯がある。医療機関は中学生以降の青年期の患者を診ることが多いため、全体的に年長者の割合が高くなったと思われる。また保健所からはひきこもりの青年事例が呈示されている。

大分地区では児童相談所からの事例が多いため、虐待の疑い事例も多くなっているであろう。また問題行動として、不登校・ひきこもり+家庭内暴力のパターンが比較的多く見られたことが、市川地区との差となっていると考えられた。

市川地区、大分地区に共通して言えることは、疑いを含めると精神疾患あるいは発達障害が背景に存在する事例が非常に多いという点である。このことは事例検討会を含む地域連携システムに児童青年期精神科医が関与することが必要かつ重要であることを意味する。近藤らの研究においても、面接可能であったひきこもり青年のほとんど全員に精神科診断が可能であったと報告されている。医師数が少ない現状では十分な関与が困難になると予想され、地域連携という視点からも人材育成が必要であろう。

地域連携システム参加機関からの自由意見として、この事例検討の長所として各機関の独自性を保持している点があった。参加者が各々の専門性を発揮して適切な介入方法を協議す

るが、一方で各機関に責任が課されるわけではなく、悪者にされる場ではないという安心感が、自由闊達な意見交換を可能にしていると思われた。実務者レベルでの検討会であるため、現実感覚が常に保たれ、また「顔の見える連携」が進むことで、「総論」で終わることなく具体的な対応方法まで話し合うことが可能であることも本システムの長所と思われた。一方で、担当者が異動になると信頼関係を再構築することが必要であり、事務局の負担が大きい。定期連絡を含めて、事務局の努力に依存する点は否定できない。

V. まとめ

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。検討事例には反社会的行動も非社会的行動も含まれていたが、いずれにおいても精神疾患あるいは発達障害の関与する事例が多く、児童青年精神科医を中心とする医療機関の関与が不可欠である。実務者レベルの事例検討を重ねる中で、専門機関同士の「顔の見える連携」が深まり、有効な支援体制が構築されると思われた。事務局の負担を含めて継続性の担保が今後の課題である。

その中で、市川地区、大分地区とも本研究終了後も同様の事例検討会を継続することで参加機関が合意している。これは各機関、参加者がこの事例検討会の有用性を認識しているためと考えて差し支えないであろう。

有効な事例検討のためには十分かつ総合的な情報の収集と共有が必要である。その1つの対策として表2のような一定の事例提供フォーマットを使用することは有用であろうと思われる。今後の検討を進めて行く予定である。

表1 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	大分県精神保健福祉センター
千葉県警察本部生活安全部	大分県中央児童相談所
千葉県精神保健福祉センター	大分県教育委員会（体育保健課，生徒指導推進室）
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
同 子育て支援課	山本病院
中核地域生活支援センター	櫻井クリニック
国立国際医療センター国府台病院	国立国際医療センター国府台病院
	大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック

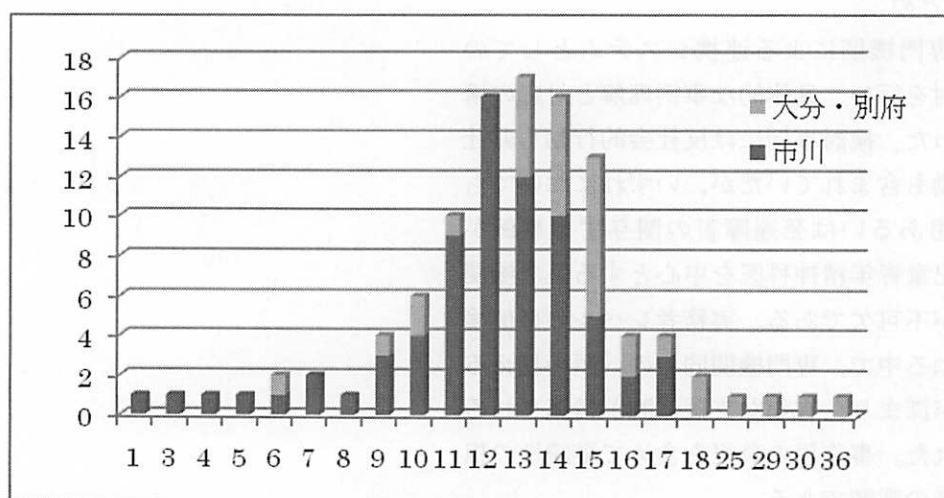


図1 地区別年齢別事例数

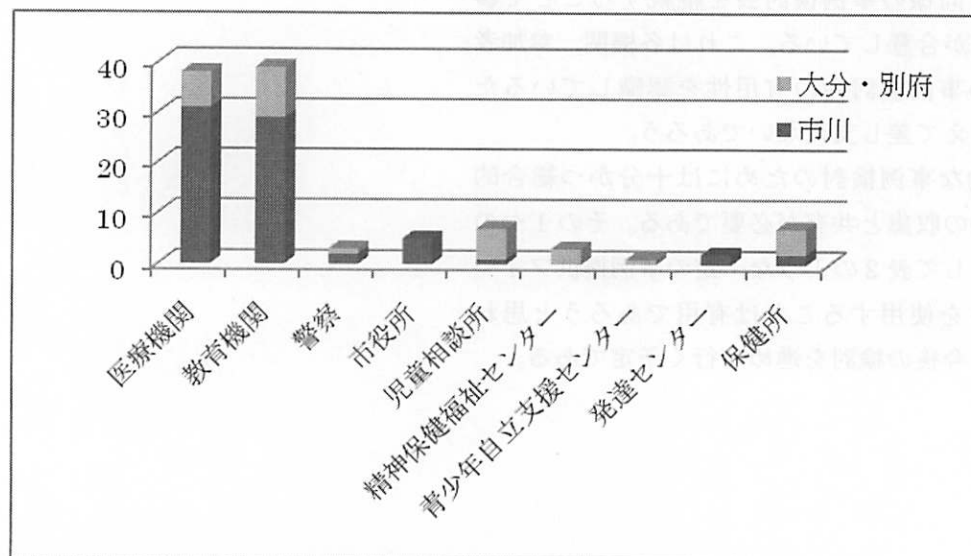
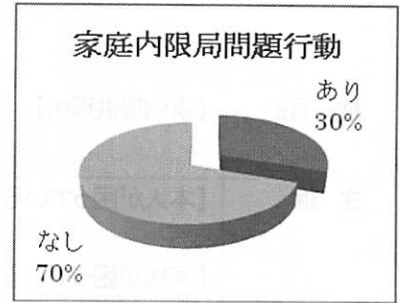
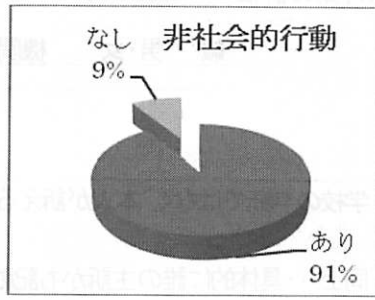
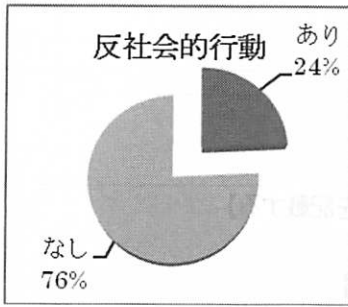
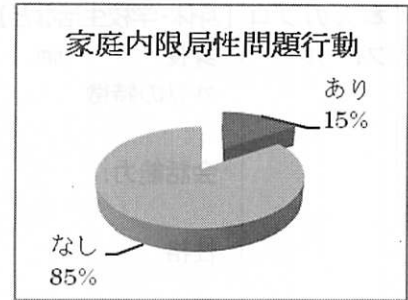
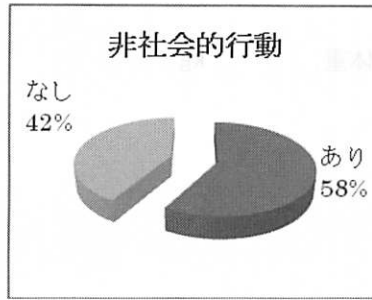
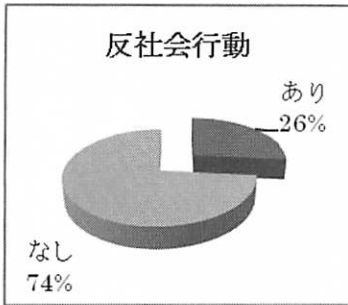


図2 地区別事例提供機関別事例数

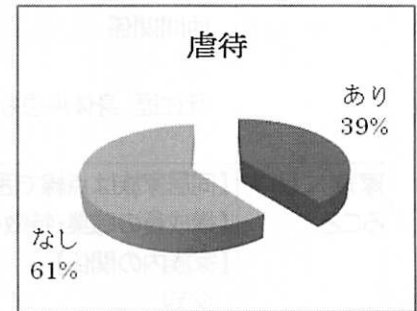
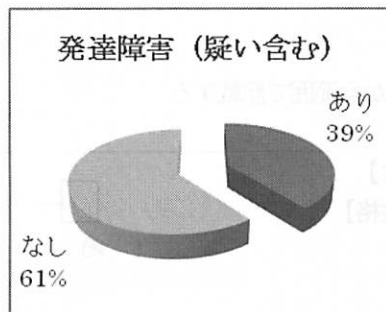
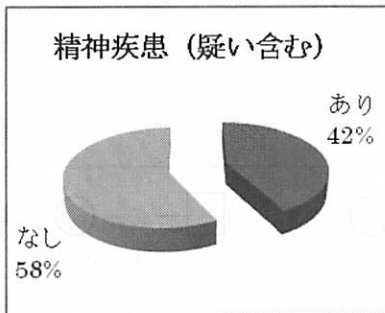


(A) 大分地区(N=33)

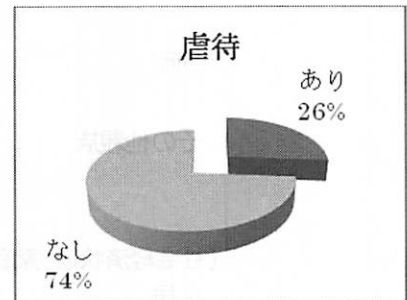
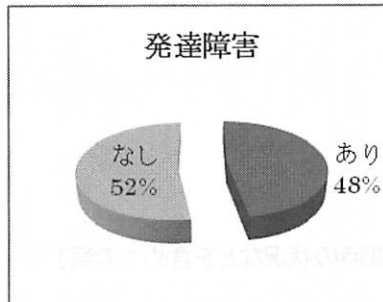
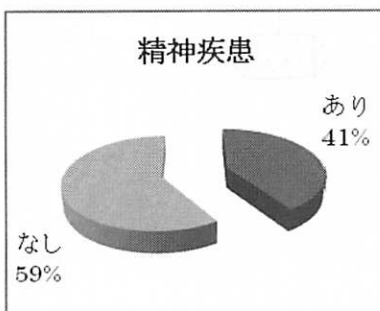


(B) 市川地区(N=72)

図3 各種問題行動の有無 (大分・市川地区)



(A) 大分地区(N=33)



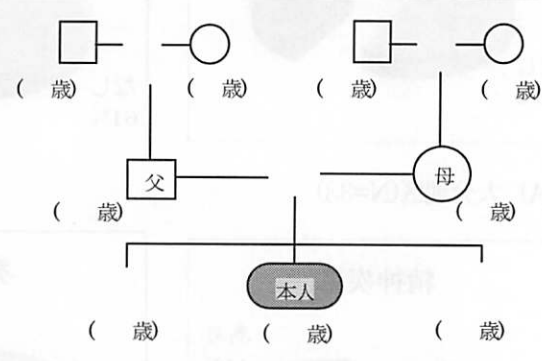
(B) 市川地区(N=72)

図4 問題行動の背景要因の有無 (大分・市川地区)

表2 問題行動の評価:事例提供フォーム(案)

____ 歳 男・女 機関(____)

検討目的	【事例提供理由】 ○
主 訴	【本人が困っていること;学校の判断ではなく,本人が訴える内容を記載する】 ○ 【家族が困っていること;同上…具体的に誰の主訴かも記載する】 ○
本人のプロ フィール	【身体・学校生活など】 ○身長: _____ cm, 体重: _____ kg ○外見の特徴: ○会話能力: ○性格: ○成績: ○運動能力: ○趣味・特技・部活動: ○仲間関係: ○既往歴: 身体疾患も分かる範囲で記載する
家族に関する こと	【同居家族は点線で囲む】 【構成員の職業・特徴・性格】 【家族内の関係】 ○父親: ○母親: ○同胞: ○その他親族: 【社会経済状態:家庭訪問時の状況などを含めて考察】 ○住居: ○経済状態:



<p>現在までの経過と現在の状況</p> <p>#1 関係機関との連携を含めて記載する</p>	<p>(提出機関での対応)</p>
---	-------------------

<p>専門機関の 診断と見立 て</p>	<p>機関名 _____ 評価者 _____ (年 月 日)</p> <p>○</p>
------------------------------	--

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（3）

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⁾ 岩垂喜貴¹⁾ 磯野友厚¹⁾

佐藤裕美子¹⁾ 平理英子¹⁾ 牛島洋景¹⁾ 宮崎央桂¹⁾ 黒江美穂子¹⁾

大西豊史¹⁾ 青木桃子¹⁾ 永田真由¹⁾ 勝見千晶¹⁾ 入砂文月¹⁾

木沢由紀子¹⁾ 川上桜子¹⁾ 中里容子¹⁾

1) 国立国際医療センター国府台病院児童精神科

研究要旨

ひきこもり状態にある義務教育以降の患者を対象に、平成19年5月からは「男子作業療法」として開始し、平成20年5月からは男女別の「デイケア」として女子の活動も開始した。対象は中学卒業後から20歳未満の神経症圏の患者とした。自殺企図や自傷行為などの著しい逸脱行動のある患者は除外した。男子メンバーは就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多かった。女子メンバーは、通信制、定時制などの高校に通学ができており、完全な不登校ひきこもり状態のメンバーは参加できないことが多かった。男子は10名参加していたが、4名が参加を終了し進学、復学し、1名は中断していた。5名は参加を継続していたが、4名は高校に通学したりアルバイトをするようになった。女子は11名参加していた。女子では、適応状況がデイケア開始時よりも悪化した者はいなかった。同世代の仲間集団の力を生かした思春期デイケアは治療のひとつのオプションとして必要と考えられる。

初年度に当科外来におけるひきこもり（不登校）の診療状況を調査したが、解析対象のなかに中学校卒業後在宅の患者が17名、高校卒業後在宅の患者が20名いた。これら37名の診断、行われていた治療、初年度調査時点から1年後、2年後の適応状況を調査した。37名は診断によって統合失調症群、広汎性発達障害群、不安障害・気分障害群に分けられた。37名のうち23名は受診を継続していたが、就学・就労していた者は4名（男4名）のみだった。義務教育年代に生じたひきこもり（不登校）がどのような経過をたどり青年期・成人期のひきこもりへ移行していくかどうかを明らかにするためには前方視的な経過追跡研究が必要になるだろう。

A. 研究目的

当院の児童精神科部門の診療構造は、①外来診療、②原則中学生年代までの開放的処遇での入院診療、③成人精神科閉鎖病棟を利用した入院診療であり、院内に公立小中学校の分校を併設している。そのため、中学生年代までは同年代集団と交

流する医療的な場をある程度提供できるのに対し、高校生年代の患者についてはそのような場の提供が難しい。

そのような背景のもと、ひきこもり状態にある義務教育以降の患者を対象に、家庭外での活動の場、交流の場を持つ機会と関わりとを提供し、ひ

きこもり状態の改善を図ることを目的として活動を企画し、平成19年5月からは「男子作業療法」として開始し、平成20年5月からは男女別のデイケアとして女子の活動も開始した。その経過を報告する。

また、初年度に当院児童精神科外来におけるひきこもり（不登校）の診療状況について調査した。その調査の解析対象の中に、中学校卒業後高等学校などに進学しないまま在宅でひきこもりを示している患者、高等学校に進学したものの続かず中退し在宅でひきこもりを示している患者、高等学校卒業後に進学や就労をせずに在宅でひきこもりを示している患者が認められた。このように義務教育年代で始まったひきこもり（不登校）患者のなかで義務教育終了以降も学校や就労をしないで在宅だった患者の診断、治療、その後の適応状況などについて追跡調査を行ったので報告する。

なお、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（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くないことに留意すべきである。』との定義に従った。

B. 研究方法

1) 男女別思春期デイケアの構造・枠組み

①対象：中学卒業後から20歳未満の神経症圏の患者を対象とした。自殺企図や自傷行為などの著しい逸脱行動のある患者は除外した。

②デイケアのスタッフ

当院では成人精神科患者を対象としたデイケアが週4日行われている。平成19年5月から、成人のデイケアが行われていなかった曜日に「男

子作業療法」を開始した。成人のデイケアと「作業療法」のスタッフは併任である

i) 「男子作業療法」:

作業療法士 (OT) 1名と児童精神科医2名。

ii) デイケア1年目:

デイケア専属スタッフ3名（看護師男女各1名、女性精神保健福祉士 (PSW) 1名）、児童精神科医2-3名。

iii) デイケア2年目:

デイケア専属スタッフ5名（看護師男女各1名、女性 PSW 1名、女性 OT1 名、女性臨床心理士 (CP) 1名）、男性の児童精神科医2名、女性の児童精神科医1名。

スタッフ・ミーティングを定期的に行った。

③活動時間:

平成19年度: 週1日 (2時間)。

平成20年度: 週1日 (3時間: 女子午前、男子午後)。

平成21年度: 週1日 (2時間: 男女並行)。

④参加メンバーの回復の評価:

奥平らが考案したひきこもりの回復段階を評価する尺度を使用し、参加メンバーのひきこもりの程度を評価した。

ひきこもりの評価段階は、次のように評価した。

第1段階: 自室から出ない。家族からも孤立。

第2段階: 家から出ない。家族とは交流。

第3段階: 外出、買い物はするが、友人・知人との交流がない。

第4段階: 友人、知人との付き合いはあるが、通学、就労ができない。

第5段階: 通学、就職、アルバイト、ボランティアをする。

デイケア参加時、平成21年11月時におけるひきこもりの程度を評価した。

2) 中学卒業後在宅、高校卒業後在宅だった者のその後の追跡調査

初年度に当科外来におけるひきこもり（不登校）の診療状況について調査した。平成19年のある3ヶ月間に通院治療を行なっている者のうち、①調査時点で小学生以上の者、②平成18年

12月までに当科を受診した者を対象に調査を行った。3ヶ月間に1084名(男683名、女401名)の外来受診者があり、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。解析対象のなかに、中学校卒業後在宅の患者が17名で、そのうちひきこもり状態の患者は16名だった。さらに高校卒業後在宅の患者が20名で、ひきこもり状態の患者は15名だった。

これら37名を調査対象とし、診断、行われていた治療、初年度調査から1年後、2年後の適応状況を調査した。適応状況については、奥平らが考案したひきこもりの回復段階を評価する尺度を使用した。

C. 結果

1) 男女別思春期デイケア

①男子「作業療法」および「デイケア」:

i) 参加メンバーと「作業療法」および「デイケア」の経過:

「作業療法」および「デイケア」に参加した男子メンバーは表1に示した。男子メンバーのデイケア開始時の社会適応は、就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多かった。主にスポーツを中心としたプログラムを行った。スポーツのプログラムでは、メンバーとスタッフに別れて対戦することを通してメンバー間の連帯感、凝集性を高まる機会となったと考えられる。デイケアに移行し活動時間が2時間から3時間に増えるに伴い、またメンバー間の連帯感や凝集性が高まるにつれて、活動開始前に話し合いの時間ができるようになっていった。その話し合いを通して、メンバーが行動を振り返るきっかけ、また互いに他のメンバーの興味・生活・社会活動の様子を知り、ゲームなどの活動のほか、社会活動へむけた動機付けをも得る機会ともなった。

ii) 男子メンバーの回復の評価:

男子メンバーの参加時、平成21年11月時、あるいは終了時におけるひきこもりの回復評価や適応状況を表1、2に示した。男子は10名参

加し、4名が参加を終了し進学、復学していた。1名は中断していた。5名は参加を継続していたが、4名は高校に通学したりアルバイトをするようになった。

②女子デイケア

i) 参加メンバーと「デイケア」の経過:

女子メンバーは全員が高校に在籍していた。完全不登校・ひきこもり状態の者は、保護者のみの見学、あるいは本人が見学しても参加に至らないことが多かった。メンバーは学校とは別に同世代の仲間との交流を希望したり、毎日通学する息抜きとしたりと、“学校以外の居場所”としての役割が大きいと思われた。

初年度は、女子デイケアは午前中に行われた。メンバーは起床できずに、毎回1、2名の参加者だった。年間を通じて数名の見学者があったが、新しいメンバーは参加に至らなかった。活動内容は、当初は話し合っただけだったが、メンバーは意見を出さないため、スタッフが主導してスポーツ、絵画工作、ビデオ鑑賞、読書(マンガ)、散歩遠足、料理などといったプログラムを組み、行っていった。

2年目は、新メンバーとしてEとFが加わり(EとFは入院治療で顔なじみだった)、E、Fを中心にグループは活動するようになった。Fは毎週休まずに参加し、好きなアニメの話をしグループの中心となっていた。また2年目からデイケアは午後に行われることになり、Dが参加できるようになった。Cは安定して通学できるようになり参加しなくなったが、6月、7月より新たに見学したGとHが参加するようになり、月1回程度参加し、平均3~4人利用となった。活動内容は、参加者からの提案で決めるようになり、散歩、フリートーク、スポーツなどを行った。

ii) 女子メンバーの回復の評価:

女子メンバーの参加時、平成21年11月時、あるいは終了時における引きこもりの回復評価や適応状況を表3、4に示した。女子は11名参加していた。女子は全員が高校に在籍しており、適応状況はデイケア開始時よりも悪化している

者はいなかった。

2) 中学卒業後在宅、高校卒業後在宅だった者のその後の追跡調査

①中学校卒業後・高校卒業後に在宅だった患者の診断：

中学校卒業後、高校卒業後に在宅だった患者の診断・知的障害の併存の有無、ひきこもり回復段階の評価、具体的な社会参加、受けている治療をまとめたものを表5に示した。

i) 中学校卒業後に在宅だった患者について：

平成19年の時点で中学卒業後在宅だった17名(男11名、女6名)の主診断は、広汎性発達障害が6名、統合失調症が5名、全般性不安障害が5名、特定不能の不安障害1名、強迫性障害が1名だった。

17名のうち、平成21年の時点で受診を継続していた者が10名(男8名、女2名)、他院精神科へ紹介になった者が2名、受診を中断した者が4名で、ひきこもり状態が改善し終診となった者が1名だった。受診を継続していた10名のなかで就学、就労していなかった者は7名(男5名、女2名)で、ひきこもり回復段階の第5段階だった者は3名(男3名)で、何らかの形で社会参加をしていた。

②高校卒業後に在宅だった患者について：

平成19年の時点で高卒後在宅だった20名(男11名、女9名)の主診断は、統合失調症が7名、広汎性発達障害が4名(うち知的障害を伴う者1名)、強迫性障害が3名、気分障害が3名、身体表現性障害が2名、全般性不安障害が1名だった。

20名のうち、平成21年の時点で受診を継続していた者が13名(男9名、女4名)、他院精神科へ紹介となった者が6名で、受診を中断した者が1名であった。

受診を継続していた13名のなかで就学、就労していなかった者は12名(男8名、女4名)で、ひきこもり回復段階の第5段階だった者は1名(男1名)で派遣社員の形で就労していた。

これらの患者は、統合失調症、広汎性発達障害、不安障害・気分障害の3群に分けられた。統合失

調症群では、12名中5名が他院に紹介されていた。統合失調症群ではひきこもり回復段階の5段階の者はいなかった。広汎性発達障害群では、10名中2名が中断になっていた。広汎性発達障害群ではひきこもり回復段階の5段階の者は3名だった。不安障害・気分障害群では、15名中1名が終診、3名が他院へ紹介され、3名が中断になっていた。不安障害・気分障害群ではひきこもり回復段階の5段階の者は1名だった。

D.考察

1) 男子および女子のデイケアの活動についての考察：

男子メンバーのデイケア開始時の社会適応は、就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多く、思春期のギャング集団を形成する経験に乏しかったと思われた。スポーツや話し合いといった活動を通して、グループの凝集性は高まって活動性を高めていき、バイトや復学、進学をして社会活動が増加しているメンバーがみられた。

女子の参加メンバーは、通信制、定時制などの高校に通学ができていて、完全な不登校ひきこもり状態のメンバーは、見学のみか見学にも来られないか(親のみの見学が数名あった)であり、男子とはメンバー構成が違った。女子デイケアにおける問題点は、参加者が増えなかったことだった。この理由としては、デイケア専属スタッフが思春期の患者の対応に慣れてないこと、参加者数に対してスタッフの数が多いため、デイケアの場の緊張感が高まりやすいことと、毎週連続して参加できる利用者は少なく、また見学者はすでに参加しているメンバーとスタッフが打ち解けていることに疎外感を感じやすかったために利用者同士の交流が活発とならず見学者が登録に踏み切れなかったことや、午前中にデイケアが行われるという時間帯の影響が考えられた。また、デイケアスタッフより、「児童精神科医が多く参加すると運営がしづらい、参加メンバーがデイケア専属スタッフに頼らなくなつたので

困る」との提言があった。以上をふまえて、次年度はスタッフ構成と時間帯に変更を加え運営した。2年目からは、デイケアを午後に行うことにして、参加メンバーが増えた。また、児童精神科医の参加数を減らし、病棟で友人関係だったメンバーを中心として、メンバー同士の交流が深まり、メンバーの参加増加と新しいメンバー参加につながったり、活動内容もメンバー導で決定するようになっていった。成人のデイケア専属のスタッフに対しては、メンバーの特徴を説明はしていたが、逸脱行動の少ないメンバーを選ぶことで、あまり抵抗なく、医師抜きで活動できるようになっていった。

男女別にデイケアを行うことは、男子にとってギャング集団、女子にとってチャムグループといった思春期心性による行動パターンに配慮した対応を行いやすい。義務教育以降の年代への支援は薄いのが現状ではあるが、同世代の仲間集団の力を生かした思春期デイケアは治療のひとつのオプションとして必要と考えられる。成人のデイケアに慣れたスタッフには、思春期患者の対応に抵抗感を持つ場合もあり、思春期心性や疾患の特徴などのガイダンスが円滑に運営するためには必要だった。

2) 中学卒業後在宅、高校卒業後在宅だった者のその後の追跡調査の結果についての考察：

中学校卒業後在宅の患者が17名で、高校卒業後在宅の患者が20名、計37名を調査対象とし、適応状況等を調査したところ、統合失調症群、広汎性発達障害群、不安障害・気分障害群に分けられた。37名のうち23名は受診を継続していたが、ひきこもり回復段階の第5段階だった者は4名(男4名)のみだった。治療は、統合失調症では薬物療法が主体に行われ、集団療法が併せて行われていた。他院への紹介が多かったが、統合失調症を対象とした成人精神科のデイケアを行っている医療機関に紹介され転院していた。広汎性発達障害群では薬物療法、なかには集団療法が提供されていた。不安障害・気分障害群は、薬物療法に併せて前述したデイケアを利用している者が

みられた。齊藤は、児童精神科病院入院中の中学生のための病院内学級を卒業した不登校児のうち中学校卒業後10年間の経過を知りえた106名を対象として、中学校卒業後10年間の経過とそれに影響を与える諸要因を検討し、①中学校卒業後10年間で新たに診断された精神障害は不安障害群(発現率9%)、パーソナリティ障害群(9%)、統合失調症(6%)、抑うつ群(5%)などであること、②義務教育期間に不登校であったものが中学校卒業後に上記のような成人型精神障害と診断された場合、障害群の種類に関係なく長期におよぶ社会的不適応状態につながる可能性が高まること、③中学校卒業後の5年間は社会適応状況が10年目の評価と一致しない可能性が誤差の範囲を超えて高いが、6年目以降は大半が10年目の評価と一致するに至り、なかには10年間を通じて適応群と不適応群の間を動揺する経過を示す一群があることを報告している。本調査の対象のうち統合失調症群については、児童精神科から成人精神科につなげていき、成人精神科でのデイケアの利用などを通じて問題解決能力やコミュニケーション・スキルを習得すること、さらに社会資源の活用するためのソーシャル・ワークが中心になっていくだろう。広汎性発達障害群では、不安、抑うつ、パニック、衝動性のコントロールといった二次障害の改善をめざしての薬物療法が行われ、薬物療法にあわせて問題解決やコミュニケーション・スキルを高めるためには集団療法が有効かもしれない。さらに就労に向けての支援も重要になっていくと考えられる。不安障害・気分障害群では、薬物療法に併せて、思春期デイケアや集団療法の提供によって思春期の自立過程の挫折に対する支援が必要になる。本研究の対象のうち、なかでも広汎性発達障害群や不安障害・気分障害群では、齊藤が報告したように今後適応に向かう者もいると推測される。今後本研究の対象がどのような経過をたどるのか、経過追跡研究が必要と考えられる。

本研究では、義務教育年代で生じたひきこもり(不登校)からその後も就学、就労しないまま在

宅でひきこもりが続いていく可能性がある症例について、その経過を追跡した。近藤らは、山梨県立精神保健福祉センターなどに来談した本研究のひきこもりと同じ定義のひきこもり患者（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）を対象に、その精神医学的診断を検討した結果、3群に分けられたと報告している。〈第一群〉は、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ないしは有効と判断されたものである。生物学的治療のほか、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや、福祉的な生活・就労支援が治療・支援の主体となる。〈第二群〉は、ひきこもりの発現になん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されたものである。個々の発達特性を踏まえた心理療法的アプローチや福祉的な生活支援が中心となることが多いが、併存障害（うつ状態や不安・緊張感、被害感など）に対する精神医学的治療が必要な場合もある。〈第三群〉は、パーソナリティ障害（ないしは、その傾向 trait）や身体表現性障害などの神経症的傾向、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、心理的・社会的支援が中心になると判断されたものである。児童・思春期における不安障害や気分障害では、成人ほど薬物療法のみで精神症状の軽快や問題が解決するという事は少ないと考えられる。また、義務教育年代に生じたひきこもり（不登校）が青年期・成人期のひきこもりへ移行していくかどうかを明らかにしていくためには前方視的な経過追跡研究が必要になるだろう。

E. 結論

1) ひきこもり状態にある義務教育以降の患者を対象に、家庭外での活動の場、交流の場を持つ機会と関わりとを提供し、ひきこもり状態の改善を図ることを目的として活動を企画し、平成19年5月からは「男子作業療法」として開始し、平成20年5月からは男女別のデイケアとして女子

の活動も開始した。対象は中学卒業後から20歳未満の神経症圏の患者を対象とした。自殺企図や自傷行為などの著しい逸脱行動のある患者は除外した。男子メンバーは、就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多かった。主にスポーツを中心にしたプログラムを行った。女子メンバーは、通信制、定時制などの高校に通学ができていない者であり、完全な不登校ひきこもり状態のメンバーは参加できないことが多かった。女子の活動は、散歩、フリートーク、スポーツなどを行った。男子は10名参加していたが、4名が参加を終了し進学、復学していた。5名は参加を継続していたが、4名は高校に通学したりアルバイトをするようになった。1名が中断になった。女子は11名参加していた。女子では、適応状況がデイケア開始時よりも悪化した者はいなかった。義務教育以降の年代への支援は薄いのが現状ではあるが、同世代の仲間集団の力を生かした思春期デイケアは治療のひとつのオプションとして必要と考えられる。

2) 初年度に当科外来におけるひきこもり（不登校）の診療状況について調査したが、解析対象のなかで、中学校卒業後在宅の患者が17名で、高校卒業後在宅の患者が20名いた。これら37名を調査対象とし、診断、行われていた治療、その後の適応状況を調査した。37名は診断によって統合失調症群、広汎性発達障害群、不安障害・気分障害群に分けられた。37名のうち23名は受診を継続していたが、ひきこもり回復段階の第5段階だった者は4名（男4名）のみだった。治療は、統合失調症群では薬物療法が主体に行われ、集団療法が併せて行われていた。他院へ紹介されていることも多く、成人精神科での治療に移行していた。広汎性発達障害群では薬物療法、なかには集団療法が提供されていた。不安障害・気分障害群は、薬物療法に併せて前述したデイケアを利用している者がみられた。本研究では、義務教育年代で生じたひきこもり（不登校）からその後も就学、就労しないまま在宅でひきこもりが続いていく

可能性がある症例についてその経過を追跡したが、義務教育年代に生じたひきこもり（不登校）がどのような経過をたどり青年期・成人期のひきこもりへ移行していくかどうかを明らかにするためには前方視的な経過追跡研究が必要になるだろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1) 国府台病院における男女別思春期ショートケアの試み

磯野友厚、佐藤裕美子

第 50 回日本児童青年精神医学会 京都

2009

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

文献

1) 奥平謙一、鳥海薫、中島克己：ひきこもりグループ活動参加者とひきこもりからの回復，日社精医誌 10, 141-147, 2001

2) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、ほか：青年期のひきこもりの精神医学的背景について，精神神経学雑誌 109, 834-43, 2007

3) 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

4) 渡部京太：集団療法 23 増刊号，精神科治療学, 87-92, 2008

表1 デイケアに参加した男子メンバーの診断・経過

	病名	開始時 年齢	回復段階 登録直前	登録前の状況	回復段階 現在
A	不安障害	15	3	自宅でゲームに没頭し、昼夜逆転。	3
B	不安障害,境界知能	16	3	通信制高校に進学したが友人との交流は少ない。	5
C	不安障害	17	3	外出するが、同世代との交流なし。	5
D	広汎性発達障害	15	3	サポート校在学。好きなものを買うほかは閉居。	3
E	不安障害	18	2	学校や仕事への所属なし。	5
F	側頭葉てんかん	17	4	通信制高校在学。ストレス負荷に発作が誘発されやすく、対人関係に困難を感じやすい。	5
G	統合失調症	16	3	被害念慮もちやすく不安あり、他者との交流に乏しい。	5
H	うつ病	17	3	通信制高校在学。 外出するも同世代との交流乏しい。	5
I	うつ病	16	3	普通高校在学し、休学中。	5
J	不安障害	15	4	通信制高校在学中。不登校が続く。	4

表2 男子メンバーの参加状況

	現在の参加状況	終了時あるいは現在の状況
A	継続中	大きな変化なし。家庭状況に影響されやすく気分変動あり。
B	継続中	大学に進学し、参加頻度は減少中。
C	継続中	アルバイトをはじめ、継続している。
D	継続中	高校卒業を間近にし、仕事について考えるようになる。
E	終了	ゲームを購入し関わり増える。通信制高校に入学。
F	継続中	学校は継続して通っている。衝動統制は改善傾向。
G	終了	通学開始のため終了
H	終了	高校に通い始めて終了。
I	終了	新年度になり復学して終了。
J	中断	なじめずに中断。

表3 ショートケアに参加した女子メンバーの診断

	疾患	学校・開始時年齢	通学状況	参加動機	ショートケア参加状況
A	摂食障害 境界知能	定時制1年(16歳)	毎日	生活リズムの 確立	部活・バイトに忙しくなり 夏以降不参加
B	不安障害	通信制1年(16歳)	スクーリング	友人作り	月1~2回出席
C	強迫性障害 境界知能	単位制2年(17歳)	やや休み多い	学校以外の 居場所	月1~2回出席
D	うつ病	通信制1年(16歳)	スクーリング	友人作り	朝起きられず不参加
E	転換性障害	単位制1年(16歳)	毎日→停学	生活リズムの 確立	秋よりほぼ毎週参加
F	広汎性発達障害	サポート校1年(16歳)	毎日	学校以外の 居場所	毎週参加
G	摂食障害	サポート校1年(16歳)	スクーリング	生活リズムの 確立	入院中に参加
H	不安障害	通信制2年(17歳)	やや不登校	友人作り	月1~2回 1時間のみ参加
I	ADHD	全日制(16歳)	不登校	友人作り	最近参加、昨年度入院
J	気分変調症	なし(17歳)	なし	生活リズムの 確立	最近参加
K	強迫性障害	全日制(16歳)	不登校	生活リズムの 確立	最近参加

表4 女子メンバーの経過

	ひきこもり回復段階		それぞれの変化など
	参加時	終了時	
A	5	5	社会活動の充実に伴い、参加終了。
B	5	5	全身黒づくめ・眼深帽の衣服から、薄い色の服・脱帽へ変化。
C	4	5	安定して通学できるようになり、終了。
D	5	5	生活リズムが安定。
E	5	5	Fとともにデイケアで1日過ごしている。
F	5	5	デイケアで1日過ごしている。
G	4	5	成人病棟入院中に参加開始。
H	3	3	家庭訪問(ACT-J KIDS)も利用している。母親と同伴の1時間の参加から、母親の同伴がなくてもデイケアに参加するようになってきている。

表5 中学校卒業後、高校卒業後に在宅の患者の診断、社会参加、治療について

診断 年齢(21年時) 性別	知的障害 の併存	ひきこもり 回復段階 平成19年 調査時			社会参加	治療
			1年後	2年後		
1)統合失調症群						
21歳 女性	なし	2	2	3	なし	薬物療法、集団療法
20歳 男性	なし	2	1	2	なし	薬物療法
20歳 女性	なし	3	3	3	サポート校通学できず	薬物療法、集団療法
19歳 女性	なし	2	2	—	—	他院へ紹介
19歳 女性	なし	4	4	—	—	他院へ紹介
21歳 男性*	なし	2	2	2	なし	薬物療法、集団療法
23歳 男性*	なし	2	2	2	なし	薬物療法
22歳 女性*	なし	4	4	3	アルバイト	薬物療法
23歳 女性*	なし	4	4	4	なし	薬物療法
21歳 男性*	なし	2	2	—	—	他院へ紹介
22歳 女性*	なし	4	4	—	—	他院へ紹介
22歳 女性*	あり	3	3	—	—	他院へ紹介
2)広汎性発達障害						
18歳 男性	なし	3	5	5	アルバイト、通信制高校	薬物療法
19歳 男性	なし	3	5	3	なし	薬物療法
18歳 男性	なし	2	2	2	なし	薬物療法、集団療法
18歳 男性	なし	3	3	5	アルバイト	
21歳 男性	なし	5	5	—	—	中断
18歳 男性	なし	1	1	—	—	中断
21歳 男性*	なし	3	3	4	一人暮らし、作業所(週3日)	薬物療法、集団療法
21歳 男性*	なし	3	4	5	就労(週3日)	薬物療法
20歳 男性*	なし	2	2	2	なし	
21歳 女性*	あり	4	4	4	なし	薬物療法
3)不安障害・気分障害群						
強迫性障害 19歳 男性	なし	2	2	—	—	中断
不安障害(特定不能) 17歳 男性	なし	4	4	4	デイケア(週1日)	薬物療法、デイケア
全般性不安障害 19歳 男性	なし	3	4	5	デイケア(週1日)、高校(週2日)	薬物療法、家族療法、デイケア
全般性不安障害 20歳 男性	なし	3	4	4	アルバイト、デイケア(週1日)	デイケア
全般性不安障害 18歳 女性	なし	2	5	—	—	終診
全般性不安障害 19歳 女性	なし	4	—	—	—	中断
強迫性障害 21歳 男性*	なし	3	3	3	なし	薬物療法
強迫性障害 22歳 男性*	なし	3	3	4	障害者センター(週1日)	薬物療法、家族療法
強迫性障害 23歳 男性*	なし	2	2	3	なし、一人暮らし	親ガイダンス、保健所との連携
うつ病 22歳 女性*	なし	3	3	—	—	他院へ紹介
気分変調症 20歳 女性*	あり	4	4	—	—	他院へ紹介
気分変調症 20歳 女性*	なし	4	5	—	—	中断
身体表現性障害 22歳 女性*	なし	4	4	4	なし、一人暮らし	薬物療法、集団療法
身体表現性障害 22歳 女性*	なし	3	—	—	—	他院へ紹介
全般性不安障害 21歳 女性*	なし	3	3	4	アルバイト	薬物療法

*は高校卒業後に在宅の患者。

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 大塚月子¹⁾ 川口 栄¹⁾ 小谷由佳¹⁾

1) 鳥取県立精神保健福祉センター

研究要旨

ひきこもり青年の就労支援は、「一般就労支援」と「障害者就労支援」と両面での連携が重要であるが、いずれも、現在の支援制度では十分な対応が難しいと考えられている。鳥取県では2002年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」をはじめ、2009年度には、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持った「とっとりひきこもり生活支援センター（以下、ひきこもりセンター）」を開所した。ひきこもり相談は、鳥取県立精神保健福祉センター（以下、精保センター）とひきこもりセンターの両機関で実施され、今後、両センターの連携や役割分担を明確にし、就労支援を行うことが重要である。今回、両センターに相談・通所した事例（精保センター33例、ひきこもりセンター30例）を対象に、相談内容や就労支援等の調査を行い、鳥取県によるこれまでの事業経過をふまえ、就労支援の課題について検討を行った。

両センター間の事例の、平均年齢、ひきこもり年数、不登校歴等に差は認めなかった。医師のいる精保センターでは、およそ半数に広汎性発達障害の診断がついている。精保センターの事例では、ひきこもり傾向が強く、家族への暴言、他者への攻撃的言動、家庭内暴力、被害的言動、強いこだわり等の精神症状や問題行動が多く見られた。ひきこもりセンターでは、本人からの相談内容は、できる仕事がしたい、就労体験・訓練をしたい等が多く認められ、相談機関が何らかの具体的な支援手段を持っていることが、相談に向かう動機付けとなっている。精保センターでは、家族からの相談内容では、症状や問題行動への対応方法、病気か障害か鑑別してほしい等が多く認められ、保健医療的な専門性が求められている。ひきこもりの相談は、①精神疾患・発達障害等の診断、生活上支障となる行為（家庭内暴力や強迫症状など）への関わりなどの保健・医療を中心とした相談と、②幅広い情報提供を行うとともに、生活支援・就労支援を中心とした相談がある。①の場合は、精保センターや保健医療機関、②の就労支援は、一般就労支援や障害者就労支援機関に加え、相互に連携を取りあいながら生活支援や総合的な相談を、ひきこもり地域支援センターが実施するものと考えられる。鳥取県のひきこもりセンターが、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」と異なるのは、①ひきこもり者を対象とした県独自の就労体験事業を行っていること、②事業主体が、福祉サービス事業所を有しており、状況に応じ障害者就労支援制度の利用へスムーズに運ぶことができること、③精保センターとの定期的な連携により、広汎性発達障害をはじめとする利用者の医学的な診断が比較的早期にできることにある。今後のひきこもり者への就労支援に関しては、これまでの就労支援に加えて、これら①～③に該当する内容の制度化や連携の強化が重要である。なお、これらの相談経過を参考に、ひきこもり者への相談におけるフローチャートを提示した。

A. 研究目的

ひきこもり青年の就労支援は、ハローワーク等の「一般就労支援」と、障害者職業センター、障害者就労・生活支援センター等の「障害者就労支援」と、両面での連携が重要である。しかしながら、一般就労支援の相談機関が受ける相談内容には、家族からの相談が多く、就労にいたる以前の精神症状の安定や生活支援の必要性などに課題を抱えている事例が多く含まれている（図1）。

しかし、現実には、これら就労支援機関が、精神症状や生活を含めた相談に乗ることは困難な状況にある。

鳥取県では2002年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」を行い、ひきこもり者への相談事業、共同生活事業、就労体験事業を行っている。厚生労働省でも、2009年度より、ひきこもりの状態にある本人や家族からの相談等の支援を行う「ひきこもり地域支援センター」の開設がすすめられ、鳥取県でも、2009年度より、県独自の事業に加え、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持った「とっとりひきこもり生活支援センター（以下、ひきこもりセンター）」が開所された。

ひきこもり相談は、鳥取県立精神保健福祉センター（以下、精保センター）でも実施され、今後、両センターの役割分担や他機関を含めた連携を明確にし、就労支援を行うことが重要である。

今回、両センターの相談事例を対象に、相談に至る経過や相談内容、その後の経過、就労支援等の調査を行うとともに、鳥取県による就労体験事業等のこれまでの経過をふまえ、ひきこもり者の就労支援の課題と今後のあり方について検討する。

B. 研究方法

鳥取県におけるひきこもり事業の経過と、ひきこもりセンターの開設に至るまでの経過を検討するとともに、平成20年度に3回以上の相談・通所のあった事例（精保センター33例、ひきこもりセンター30例）を対象に、相談記録等を参

考に、相談に至る経過や相談内容、その後の経過、就労支援等の調査を行い、ひきこもり者の就労支援の課題について検討した。

C. 研究結果

1. 鳥取県におけるひきこもり事業の経過と、とっとりひきこもり生活支援センターの状況（表1）

鳥取県では2002年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」が、民間団体（2004年より、NPO法人「鳥取ピアサポート」）への委託により開始されている。当初は、老人保健施設等の協力事業所において就労体験を実施したが、対人恐怖や集団緊張が強く、協力事業所での体験が困難な事例が認められるようになり、NPO法人自身が運営するパン工房等の開設・利用も行われるようになった。共同生活体験は、2003年度より、指導員・ボランティアの支援により行われたが、徐々に利用者の減少を認め、指導員等の負担も大きく、2005年度にて終了している。

2009年度より、これら県独自の事業に加えて、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持った「ひきこもりセンター（とっとりひきこもり生活支援センター）」が開所された。これにより、相談事業等は、ひきこもり地域支援センターの事業として、就労体験事業のみ引き続き県独自の事業として実施されることとなった。

なお、ひきこもりセンターでは、相談事例の増加に伴い、就労体験事業の利用を希望するものの、能力上の問題や精神症状等により就労体験事業を利用するほどの状態にまで達していない事例も少なくなく、これらの事例に対しては、試験的にひきこもりセンターに短時間のみの試行的通所を行っている。

また、このNPO法人では、2007年度より、障害者自立支援法に基づく福祉サービス事業所（就労継続A型、B型、生活訓練）を開設しており、状況に応じて障害者就労支援の連携をとって

実施することができている。

なお、2002年県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」の開始時より、月1回、実施NPO法人と精神保健福祉センターとの定期的な連絡会・事例検討会を開催しており、2009年度のひきこもりセンターの開設に伴い、県内各保健所（福祉保健局）、若者ピアサポートステーションを含めた同様の会を開催している（図2）。

これまで、ひきこもり青年の就労に関して、今後、必要なものとして次のような課題が問題とされていた。

① 対人不安、集団不安への関わりができる相談機関（保健・医療）、薬物療法、カウンセリング、集団療法、グループへの参加

② 本人の能力に対応した就労支援

③ 必要に応じて、障害者の支援制度の利用も検討できる体制・連携

④ 家族だけの相談にも継続的に対応できる相談機関

⑤ ひきこもり者の中には、発達障害等を有しているものも少なくなく、発達障害や精神疾患等の診断・治療を行なう機関とその連携

⑥ 就労支援機関に対する発達障害を含めたひきこもりの理解と啓発

これらの課題の多くは、精保センターや関係機関と、ひきこもりセンターの、それぞれの機関の機能の充実と連携によって可能になってくるものと思われるが、鳥取県の就労体験事業に値する②に関しては、国レベルでは制度化されていない。

今回、就労体験事業（同事業利用に至るまでの試行的通所を含む）を利用することにより、その期間中に、本人・家族と、より継続的かつ安定した関係、支援機関同士の連携をとることができ、次のような対応が可能となり、高い効果を上げている。

・「就労体験事業」という具体的な訓練の場が提供できることにより、本人・家族の来所への動機

付け、目的が明確化され、これまで相談に行くことのなかった事例が相談にくることが増えてきている。

・家族関係を含めた生活状況の把握、並行して、生活支援を行うとともに、個々の面接を時間をかけて実施することができた。

・数回の本人面接などでは十分に判断が難しい本人の就労意欲・能力の客観的判断ができた。これにより、今後の支援の方向性が明確化しやすくなった。

・本人・家族とスタッフとの関係づくりが出来、今後の支援がやりやすくなった。

・精神保健福祉センター等との連携により、精神疾患や発達障害などの鑑別診断が可能となり、診断の結果により、自立支援法の利用（福祉サービス事業所への通所）や手帳交付、年金受給への支援もスムーズに行うことができた。

・連絡会の開催により、若者サポートステーション（本機関を通して、ヤングハローワークとも連携）との連携も図りやすくなり、一般就労支援への連携・移行を検討する事例もみられた。

2. 精神保健福祉センター及びひとりひきこもり生活支援センターの相談支援状況（表2）

両センターに平成20年度に3回以上の相談・通所のあった事例（精保センター33例、ひきこもりセンター30例）を対象に、相談に至る経過や相談内容等について、調査を行った。

精保センター、ひきこもりセンターそれぞれの事例の、平均年齢は、 29.7 ± 7.7 歳、 28.8 ± 6.7 歳である。ひきこもり年数は、平均5.9年、5.3年であるが、1年未満のものが、合わせて63人中9人（14.3%）であるのに対し、10年以上のものも、13人（20.6%）であった。

不登校歴、最終学歴、精神科受診歴については、両者に大きな差は認めていない。精神科診断は、精保センターでは19人に診断がついており、全体のおよそ半数の16人が、広汎性発達障害であった。ひきこもりセンターでは、診断がついてい

るのは3分の1の10人で、大半が気分障害であったが、これらは、内因性うつ病ではなく、状態像（うつ状態等）による診断であると考えられるものが大半である。

障害者の手帳は、精保センターで3人、ひきこもりセンターで7人が取得しており、いずれも精神障害者保健福祉手帳であった。障害年金は、それぞれ2名が受給していた。

ひきこもり以外の問題行動について、精保センターでは、「家族への暴言」「他者への攻撃的言動」「家庭内暴力」「被害的言動」等、精神症状や攻撃的言動を示すものや、「特定の物事への強いこだわり」などが多く認められている（図3）。一方で、ひきこもりセンターでは、「ゆううつ気分」「心気症状」等、抑うつ症状を認めるものが多かった。

ひきこもり状況は様々であるが、精保センターでは、場所・ほとんど自室14人、42.4%、人・ほとんど会話なし18人、54.5%、家事の手伝い・何もしない18人、54.5%と、ひきこもりセンターと比較して、よりひきこもりの強い傾向にあった。一方で、ひきこもってはいるものの、大半の家事をこなしているものも見られた。

就労歴のあるものは、精保センターが15人、45.5%、ひきこもりセンター16人、48.5%と、半数近くを占めているが、その多くは、高校や大学等卒業後短期間のものであった。

以前に支援を受けていた機関としては、精保センターでは、保健所やひきこもりセンター、ひきこもりセンターでは、障害者職業センター、教育機関、精神保健福祉センター等が認められた。

それぞれの生育歴・生活状況は多様であり、小中学校時代から不登校傾向を認めていたものもみられる一方で、大学卒業までほとんど問題を認めていなかったものもある。

本人からの相談内容は、精保センターでは、「人と上手に会話ができない」「家族とうまくいかない」等がみられるが、全体数としては少ない。一方で、ひきこもりセンターでは、「通う場所がほしい」「できる仕事がしたい」「就労体験・訓練

をしたい」等が多く認められる。

家族からの相談内容は、精保センターでは、「通う場所・居場所がほしい」が多い一方で、「症状や問題行動への対応方法」「病気が障害か鑑別してほしい」が多く認められる。ひきこもりセンターでは、「通う場所・居場所がほしい」「就労体験・訓練をしたい」「人と上手に会話できない」等が多くみられた。

支援内容としては、ともに、個別面接相談が中心となっている。精保センターでは、家族教室の利用等も行われているが、ひきこもりセンターでは、就労体験、訓練実習、就労支援、居場所・交流の場の提供等が行われている。また、障害年金や障害者手帳の申請への助言が行われている。

その後の経過として、精保センターでは、継続的な個別面接を行っているが、就労・就学が計7人、21.2%、家庭内適応、自営手伝い、内職等が8人、24.2%である。ひきこもりセンターでは、18人、60.0%が、障害者制度を利用した福祉サービス事業、通所に至っている一方で、NPO団体の職員・スタッフとして就労しているもの6人、就労・就学計2名であった。

D. 考察

ひきこもり青年の就労支援は、ハローワークや地域若者サポートステーション、ジョブカフェ（若年者就業支援センター）、ヤングハローワーク等の「一般就労支援」と、ハローワーク・特別支援部門等、障害者職業センター、障害者就労支援センター、障害者就労・生活支援センター等の「障害者就労支援」と、両面での連携が重要である。しかし、一般就労支援の相談機関が受ける相談内容には、家族からの相談が多く、就労にいたる以前の精神症状の安定や生活支援の必要性、一般就労に至るまでの能力上の問題等を抱えている事例が多く含まれている。

しかし、現実には、一般就労支援機関が、これらの課題に対応することは困難であり、一方で、障害者就労支援を考慮するにしても、診断や状態像の把握が十分になされていないため、その適応

になるのかどうかの判断も難しい。仮に適応を考えられても、本人や家族が必ずしもそれを選択したり、受容することが難しい場合も少なくない。障害者就労を実施するには、そこに至るまでの十分な面接や就労訓練の体験などが必要となるが、このような役割を十分に果たすことは現状の支援制度の中では難しい。

鳥取県では2002年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」を行い、2009年度より、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持ったひきこもりセンターを開所した。ひきこもり相談は、精保センターでも実施され、両センターでの連携を行いながら、相談支援、就労支援を行っている。

今回、両センターの平成20年度の相談・通所事例、精保センター33例、ひきこもりセンター30例を対象に、相談支援、就労支援の現状の比較検討を行ったが、両センター事例の、平均年齢、ひきこもり年数不登校歴、最終学歴、精神科受診歴に差は認めなかった。しかし、ひきこもり年数が10年以上のものもおよそ2割をしめており、長期ひきこもり者への関わりも今後の大きな課題とされた。

精神科診断は、精保センターの方が、19人に診断がついており、広汎性発達障害が16人と全体のおよそ半数をしめているのに対し、ひきこもりセンターでは、診断がついているのは3分の1の10人で、ほとんどが気分障害であった。これは、精保センターでは医師による面接により、診断的な関わりが可能であるためである。ひきこもり者の中には、同様に広汎性発達障害を有しているものの、診断や就労支援を含めた場面において適切な対応がなされていない可能性もある。今後、ひきこもり者の支援においては、適切な診断を行うことのできる連携も重要であると考えられる。

障害者の手帳の取得は、ひきこもりセンターの方に多く認められたが、これは、今後の障害福祉サービス事業所の利用など障害者就労支援を考慮しているためによると考えられる。(これらの利用に関しては、手帳の取得だけでなく、自立支

援法による申請が必要である)

ひきこもり以外の問題行動について、精保センターでは、「家族への暴言」「他者への攻撃的言動」「家庭内暴力」「被害的言動」等、精神症状や攻撃的言動を示すものや、「特定の物事への強いこだわり」などが多く認められている。こだわりの強さは、広汎性発達障害の症状がより明確に出ているものと考えられる。精保センターでは、このように、事例の問題行動や精神症状を有するものの診断や対応(家族への助言を含む)を求められることが多く見られる。時に、統合失調症であることもあり、この場合は精神科医療機関への紹介となるが、広汎性発達障害による症状や2次障害による問題行動や精神症状の場合は、精神科医療への導入が難しい。仮に精神科医療に導入されたとしても、現実に通院歴はあるものの中断している事例も多く、治療継続が難しいことが少なくない。そのため、発達障害を有し、問題行動等を認めるひきこもり事例に対しては、今後、どのような機関が対応・連携を行うかは重要となる。鳥取県においても、精保センターがこの役割の一部を担っているが、全県すべてを補うことは難しく課題とされる。

ひきこもり状況は、精保センターでは、ほとんど自室、ほとんど会話なし、家事の手伝い・何もしないなどひきこもり傾向が強かったが、これは背景に広汎性発達所害を認め、問題行動や精神症状を有するものが多いためであると考えられる。一方で、ひきこもってはいるものの、大半の家事をこなしているものも見られ、どのあたりを支援の目標におくのかは、個々によって大きく異なると考えられる。

就労歴のあるものは、半数近くあるものの、その多くは短期間のものであり、もともとの対人関係の苦手さ、不安の高い事例もあり、就労歴の有無にかかわらず、その人の状態にあった生活支援、就労支援が重要であると考えられる。

以前に支援を受けていた機関としては、ひきこもりセンターでは、教育機関もあげられているが、これは近年、高校の不登校等の事例が継続して学

校等から紹介されるためであると考えられ、今後、支援の中断やひきこもりの長期化を防ぐためにも、こういった教育機関との連携は重要であると考えられる。

それぞれの生育歴・生活状況は多様であり、面接においては、これらの背景を十分に考慮していくことも重要である。

本人からの相談内容は、ひきこもりセンターでは、「通う場所がほしい」「できる仕事がしたい」「就労体験・訓練をしたい」等が多く認められる。これらは、ひきこもりセンターが、就労体験事業を実施しているがゆえに相談来所したものであり、単なる相談のみの機関であれば、来所していなかったかもしれない。相談機関が、何らかの具体的な支援手段を持つことは、相談者の動機付けにとって重要なことである。

家族からの相談内容は、精保センターでは、「通う場所・居場所がほしい」が多い一方で、「症状や問題行動への対応方法」「病気が障害か鑑別してほしい」が多く認められる。精保センターが、これまでにこのような事例の相談を多く受けてきた経過があり、知人や家族を通して精保センターを知ったものが多く、また、これらの問題行動の背景には広汎性発達障害等が関与している場合が多く、保健医療的な専門性を有している機関が関与する必要があることも考えられる。

このようなことから、精保センターとひきこもりセンターは、ともにひきこもりの相談を行っているが、それぞれの役割を有しており、必要に応じて連携をとっていくことが重要と考えられる。

ひきこもりの相談は、①精神疾患・発達障害との鑑別をはじめ、生活上支障となる行為（家庭内暴力や強迫症状など）への関わりなどの保健・医療を中心とした相談と、②幅広い情報提供を行うとともに、生活支援・就労支援を中心とした相談がある。①の場合は、精神保健福祉センターや保健医療機関、②の就労支援は、一般就労支援や障害者就労支援機関、そして連携を取りあいながら生活支援や総合的な相談を、ひきこもり地域支援センターが実施するものと考えられるが、それぞ

れの役割は地域によっても異なるものと思われる。

支援内容としては、ともに、個別面接相談が中心となっている。精保センターでは、家族教室の利用等も行われているが、ひきこもりセンターでは、就労体験、訓練実習、就労支援、居場所・交流の場の提供等が行われている。また、障害年金や障害者手帳の申請への助言が行われている。

その後の経過として、精保センターでは、継続的な個別面接を行っているが、就労・就学が計7人、21.2%、家庭内適応、自営手伝い、内職等が8人、24.2%である。精保センターでは、問題行動や精神症状への対応を求める相談が多く、必要に応じて、精神科医療機関に紹介、並行して、精保センターでも個別面接を継続することがある。その結果、ある程度、これらの症状が安定してくるにより、就労・就学にいたる事例も見られる。また、きびしい問題行動を有する事例では、ある程度症状が安定して、家庭内で生活を送ることができることが、当面の目標をされることが多い。問題行動や精神症状を有するひきこもり者に対して生活支援・就労支援を行うにあたっては、これらの症状等を軽減することが重要な課題となる。

ひきこもりセンターでは、18人、60.0%が、障害者制度を利用した福祉サービス事業、通所に至っており、これらの多くは、元来、対人恐怖や集団緊張が強いものなどで、就労体験事業を経過していく中で、本人や家族自身が、支援を受ける中での自ら福祉サービス事業所の利用を望まれる場合が多い。一方で、NPO団体の職員・スタッフとして就労しているものも認められている。

鳥取県では、2009年度より「ひきこもりセンター（とっとり・ひきこもり生活支援センター）」を開設している。国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持つが、「ひきこもり地域支援センター」との相違は、

①ひきこもり者を対象とした県独自の就労体験事業を行っていること。

②事業主体が、福祉サービス事業所を有しており、

必要に応じ（本人・家族の希望により）、これら障害者就労支援制度の利用へスムーズに運ぶことができる。

③精保センターとの定期的な連携により、広汎性発達障害をはじめとする利用者の医学的な診断が比較的早期にできる。

などがある。

これらの事業、連携により、これまで対応が困難であったひきこもり者への相談支援、就労支援が、より適切に行うことができるようになってきている。

今後、それぞれの機関の機能を充実していくとともに、相互の連携を深めていくことが重要であると考えられる。

なお、これらの一連の相談の比較検討をもとに、ひきこもり者の相談におけるフローチャートを参考までに提示する（図7）。

参 考

- 1) 原田豊, 川口栄, 大塚月子. 引きこもり青年の就労支援に関する研究. 厚生労働科学研究・思春期のひきこもりをもたらし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. 111-135. 2008.
- 2) 原田豊, 川口栄, 大塚月子. 引きこもり青年の就労支援に関する研究. 厚生労働科学研究・思春期のひきこもりをもたらし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. 137-159. 2009.

表1 鳥取県における就労体験事業と、とっとりひきこもり生活支援センター開設に至る経過

年度	事業名	事業概要
2002	<p>社会参加支援事業</p> <p>※事業開始当初より、月1回精神保健福祉センターと委託事業先と連絡会・事例検討会を実施。</p>	<p>①自然体験活動（10日間共同生活）</p> <p>②就労体験事業</p> <p>(1) 体験者の要件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6か月以上自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続している者 ・精神疾患に罹患していないと考えられる者 ・原則として県内在住者 ・事業実施年度の4月1日時点で満15歳以上である者 <p>(2) 職場体験</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体験者は、職場体験事業を受け入れる民間企業や個人事業所等で職場体験を行う。実施期間は1人当たり30日間を原則とし、状況に応じて延長できるものとする。ただし、1人当たりの総実施期間は90日間を限度とする。 <p>(3) 受入先</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受入先は、受託団体が候補先を確保し、県及び受託団体がその中から調整協議の上決定するものとする。 <p>(4) 職場体験委託料の支払い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受託団体は、職場体験に係る経済的な負担を補填するため、受入先に対して職場体験委託料、日額2,000円を実際に職場体験の実習が行われた日数を乗じて得た金額を支払うものとする。 <p>※当初は、体験者にも日額2,000円が支払われていたが、2004年度より体験者への支払いは中止となっている。</p>
2003	社会参加訓練事業	<p>①共同生活体験：施設「セミナーハウスうらどめ（岩美町）」にて最大30日間、指導員、ボランティアのもとで共同生活を行う。</p> <p>②就労体験：個人事業所等において職場・就労体験を行う。最大90日。精神保健福祉センター等は、相談、体験先の調整等、必要に応じて支援。</p>
2004	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	<p>①相談事業：受託団体先で、面接、電話相談を行う。随時、精神保健福祉センター等と連携する</p> <p>②共同生活体験（2003年度と同じ）</p> <p>③就労体験（2003年度と同じ）</p> <p>保健所へ体験申込書誓約書を提出し、県が参加決定を行う。</p> <p>※「手づくりパン工房ピア（岩美町）」開設、宿泊体験は、工房施設内にて実施することとする。</p>
2005		<p>①②③、いずれも2004年度と同じ</p> <p>※法人付帯施設「パンの学校ピア（鳥取市）」を開所</p>
2006		<p>①③、いずれも2005年度と同じ、②共同生活体験は中止</p> <p>※喫茶スペース「のの菜（な）」を開所</p>

2007		①③、いずれも 2006 年度と同じ
2008		※NPO (福祉サービス事業所の開設：就労支援 A・B 型など)
2009	とっとりひきこもり生活支援センター 開設 実施事業 (1) 相談支援 (2) 連絡会への参加等 (3) 情報発信 (4) 職場体験事業 ※(1)～(3)は、ひきこもり地域支援センター事業、(4)は、鳥取県単県事業。 ※とっとりひきこもり生活支援センター受託先の「NPO 法人 鳥取ピアサポート」は、障害者自立支援法指定障害福祉サービス多機能事業所も併設している。	

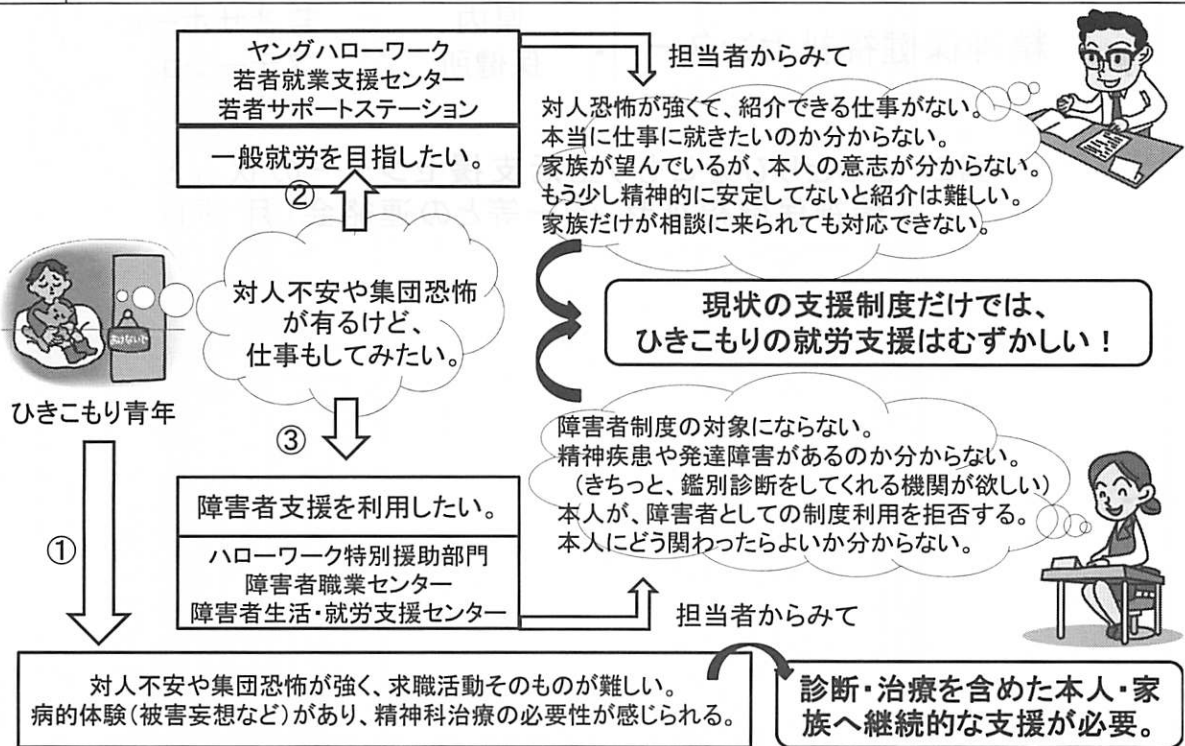


図 1 ひきこもり青年の就労に関する課題

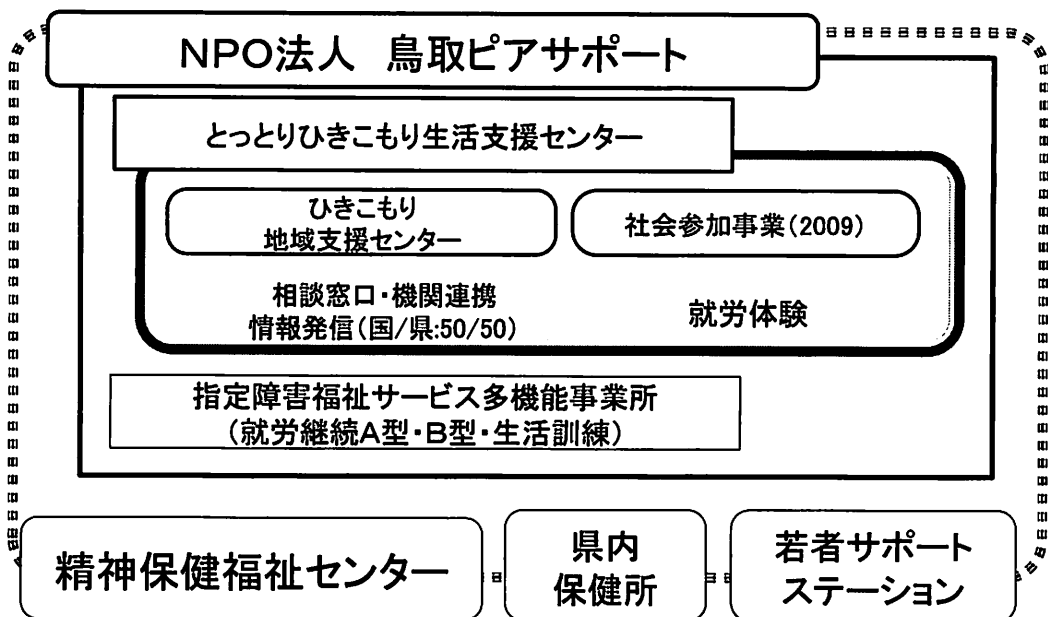


図2 ひとりひきこもり生活支援センターの状況と精神保健福祉センター等との連絡会(月1回)

表2 精神保健福祉センター及びとっとりひきこもり生活支援センターの相談者の背景1

		精神保健福祉センター	ひきこもり生活支援センター
対象者（人）		33	30
男/女		27/6	20/10
年齢（歳）		29.7±7.7	28.8±6.7
相談者		本人 20 家族 30 父 10 母 20 他	本人 20 家族 6 その他 10
相談経路		家族・知人 6 県・市町村 5 広報・マスコミ 8 医療機関 5 教育 5	家族・知人 19 県・市町村 2 広報・マスコミ 1 医療機関 1 教育 4 労働・障害関連機関 5
家族構成		独居 0 同居 33	独居 2 同居 27
1	ひきこもり年数	平均 5.9年 6月～1年未満 5 1年～5年未満 10 5年～10年未満 11 10年以上 7	平均 5.3年 6月～1年未満 4 1年～5年未満 16 5年～10年未満 4 10年以上 6
2	不登校歴	なし 10 あり 22 小学校 5 中学校 11 高等学校 11 大学・専門学校 8	なし 3 あり 27 小学校 9 中学校 16 高等学校 20 大学・専門学校 15
3	最終学歴	中卒・中退群 20 中学校卒業 6 高等学校中退 7 大学・専門学校中退 7 卒業群 13 高等学校卒業 3 大学・専門学校卒業 10	中卒・中退群 15 中学校卒業 3 高等学校中退 1 大学・専門学校中退 11 卒業群 12 高等学校卒業 8 大学・専門学校卒業 4
4	精神科受診歴	なし 18 あり 15 (通院中7)	なし 18 あり 11 (通院中7)

5	精神科診断 (来所時の診断)	なし 14 あり 19 広汎性発達障害 16 気分障害など 1 人格障害 2 強迫性障害 1	なし 20 あり 10 広汎性発達障害 0 気分障害など 10 恐慌性障害 1
6	障害者手帳	なし 30 あり 3 (精神 3)	なし 23 あり 7 (精神 7)
7	障害年金	なし 31 あり 2	なし 27 あり 2
8	ひきこもり以外の 問題行動	図3に記載	
9	ひきこもり状況		
	(1)場所	ほとんど自室 14 ほとんど自宅 7 時々外出 12	ほとんど自室 5 ほとんど自宅 5 時々外出 17 無記入 3
	(2)人	ほとんど会話なし 18 家族とは普通 15 その他 0	ほとんど会話なし 17 家族とは普通 7 その他 1 無記入 5
	(3)家事の手伝い	何もしない 18 言われるとする 12 何かする 3	何もしない 7 言われるとする 15 何かする 2 無記入 6
	具体的な家事	○日用品の買い物。 ○夕食後の食器洗い。 ○家の掃除などを言いつけると渋々する。 ○両親の外出を送迎、町内会の手伝い。 ○家業の軽作業の手伝い。 ○掃除、調理、家の行事準備。 ○毎食、食事の準備、調理。 ○洗濯物の取込、掃除。 ○多くの家事(掃除、食事の準備)をする	○食事の片付け程度。 ○盆正月、墓参りなど家行事全般をする。 ○墓掃除、買い物の送迎。 ○皿洗い、洗濯物の取込。 ○洗濯、茶碗洗い、炊飯。
10	就労歴	なし 18 あり 15	なし 11 あり 16

	<p>具体的に</p>	<p>○24歳大学卒業後会社就職、2年で退職。 ○27歳学校講師、1年で退職。 ○28歳電機会社等数カ所を3か月から1年程度で、転々とする。 ○23歳大学卒業後工場勤務。仕事の行き詰まり、借金、無断欠勤にて退職。 ○15歳高校中退後、1か月製造会社。 ○20歳から3年間、工事の検査。 ○22歳6か月、パート職員。 ○21歳小売店に3年間勤務。 ○21歳ホテル部屋の清掃、1週間。 ○26歳コンピュータ関連3年間。 ○21歳大学卒業後製造業パート1か月。正規社員を断り退職。 ○21歳会社の事務、アルバイトを転々と短期間のみ。 ○17歳工場等を数か月単位で転々とし退職。いずれも、仕事、人になじめず退職。 ○大学卒業後開発業務、いきなり退職。</p>	<p>○アルバイト程度。 ○2か所のパン屋で2年間。 ○高校卒業後県外会社に勤務する。職員指導を任せられ困惑し、退職。 ○部品の組み立て会社に5か月。 ○会社に一時勤務したのみ。 ○1年間、組立作業員、継続困難となる。 ○短大卒業後4か月レジの仕事をいやいやしていたが、辛く苦しくなり退職。 ○29歳、電機会社に3年間働いたが苦しくなり退職。 ○短大卒後接客業務。気遣い、厳しさにストレス、うつ状態となる。 ○派遣社員、3か月、組立て検査など。 ○パソコン関係3年、仕事の能力不足、社内の対人関係ができなくなり、退職。 ○バイト等を2か月程度で転々。 ○電機会社等のバイトを短期間。</p>
11	<p>以前に受けていた、または今も継続している支援</p>	<p>10</p> <p>保健所 4 ひきこもりセンター 3 大学相談室、クリニックなど</p>	<p>13</p> <p>障害者職業センター 4 教育センター等 4 精神保健福祉センター 2 保健所、クリニックなど</p>
	<p>a.相談</p>	<p>4</p> <p>保健所 3 ひきこもりセンター 1</p>	<p>2</p> <p>精神保健福祉センター 1 教育機関 1</p>
	<p>b.訪問</p>	<p>5</p> <p>ひきこもりセンター 4 障害者職業センター 1</p>	<p>1</p> <p>保健所 1 (社会適応訓練)</p>
	<p>c.就労訓練</p>		

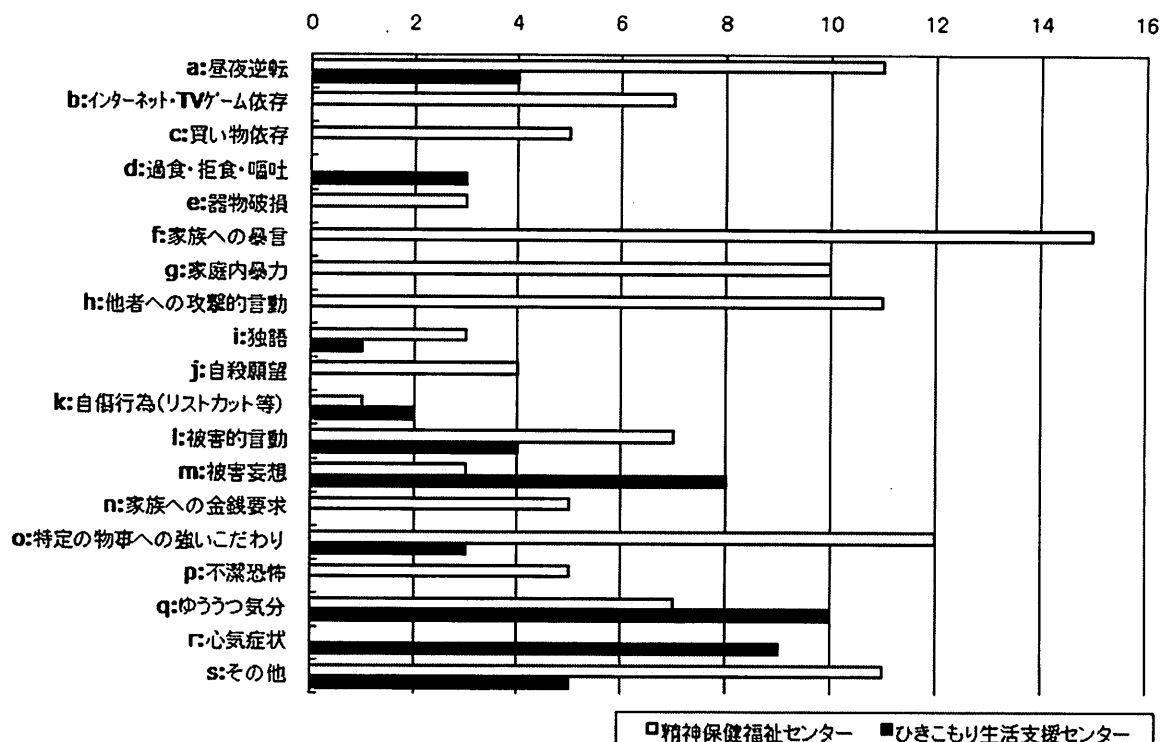


図3 ひきこもり以外の問題行動

表3 精神保健福祉センター及びとっとりひきこもり生活支援センターの相談者の背景2

12	生育歴・生活状況	<p>○被虐待体験有り。小学、中学は不登校。高校中退し、就職するが職場の人と馴染めないと1カ月で退職、以降、ひきこもり。</p> <p>○高校までは問題なし、大学3年不登校、中退、行方不明となる。その後、自宅にてひきこもり。</p> <p>○中学高校でいじめられた。大学中退後、会社に勤務するが仕事ができず、人間関係をこじらせ会社拒否で退職、ひきこもり。</p> <p>○中高大学を学業成績良好で卒業、その後、ひきこもり。</p> <p>○短大卒業後、バイトをするもすぐに退職、ひきこもり。昼夜逆転、終日自室で過ごす。日常会話できるが、就労の話は拒否する。</p> <p>○大学卒業後県外で就職、その後地元に戻るも、両親と感情的にぶつかり、反抗、ひきこもりとなる。隣人の目が気になり、外出できない、県外では普通に外出できる。</p> <p>○退職後、ひきこもり。趣味の本を大量に購入し、金銭管理ができない。買い物、レンタ</p>	<p>○小さいときから人前が苦手、人と接するのが怖い。家族との会話はほとんどなく、食事、入浴後は自室にひきこもる。</p> <p>○子どもの頃はいじめにあっていた。中高時代は友人も少なかった。</p> <p>○小さい頃から人前が苦手。就職活動もできず、自分の将来に不安が強く、ひきこもりセンターに来所。</p> <p>○小中学校不登校があり、専門学校に進学するも、実習ができず中退する。その後、就職できず、ひきこもり生活となる。</p> <p>○中学時に不登校。学校に通うことが出来ず。</p> <p>○中学頃からはほとんど家族との会話なく、高校はすぐに不登校。教師の薦めで共同生活体験に参加した。</p> <p>○中学1年頃に悪口を言われ対人恐怖になる以降、いじめや対人的苦手がとれず、不登校。大学進学するも中退。母と2人暮らしだが、日常的に母に対する毒舌、暴言がある。</p>
----	----------	--	--

		<p>ルショッピングなどで外出は自由にしますが、家事は言いつけられてやる程度。</p> <p>○自室でパソコン、インターネットをしている。食事は家族と共にする。買い物に出る程度、生活音に過敏で、母に対して攻撃的な言動がある。</p> <p>○終日自室にひきこもる。食事は家族が終わった後一人で食事。入浴・食事・就寝起床は定刻で生活リズムは固定。</p> <p>○母と2人暮らし。母への暴行暴言、器物破壊、金品の要求がきびしい。(本人、病院受診するも、中断、精神保健福祉センターにて、母・本人を別枠で相談を継続する。</p> <p>○自室にひきこもり。バイトするも1週間で中断、不眠、抑うつで精神科受診するも改善せず中断。</p> <p>○生活リズムの崩れなく規則正しい生活を送る。趣味が多く家事や植物の世話などをこまめにし、祖母の介護を手伝う。</p> <p>○規則正しい日常生活リズムを送る。日中パソコン、ゲーム、読書をして過ごす。自転車で図書館、書店等に外出する。時々、親に誘われて釣りに出かける。</p> <p>○簡単な自分の食事は作り、洗濯もする。</p> <p>○ほとんど外出しないか、家事の大半を自分でできる</p> <p>○ほとんど好きに過ごしている。10年間家から出たことがない。</p>	<p>○高校学校後、仕事に就かず放浪生活を送る。家族の支援は薄く、身なり、金銭管理も不十分で、生活全般で支援を要する。</p> <p>○高校卒業したが就職した企業先で、対人関係で落ち込み、それ以来、人中が苦手で、トラウマになる。自宅にこもり始め、ときどき短期のバイトなどをすることが続かない。</p> <p>○高校卒業後会社に就職し、事務仕事をするが仕事の負担が大きいくつ状態になり退職する。もともと大人しい性格、自宅では静かに過ごす。</p> <p>○高校時より過敏性腸症候群にて通院治療。対人関係が苦手で高校失業後3年間引きこもり、その後、就職したが1か月で退職する。</p> <p>○大学中退後、営業や工場などを転々とするが短期間で退職、9年間ひきこもった状態になる。障害者職業センターに相談し、ひきこもりセンターを紹介される。</p> <p>○母との関係が悪く、会話はほとんどなく、自室でひきこもり。(兄弟の協力にて、ひきこもりセンターを通して就労支援を受け、並行して精保センターに通所面接を希望し紹介となった。)</p> <p>○ひきこもりの生活にて、ほとんど入浴、着替えをしない。</p>
13	相談内容	図4(本人)、図5(家族)に記載	

14		1. 電話相談 8 2. 個別面接相談 33 3. 訪問、同行外出 3 4. 居場所、交流の場の提供 2 5. 就労体験、訓練実習 1) 団体事業として 1 2) 自立支援事業 0 3) 県就労体験事業 3 4) その他 0 6. 就労支援 3 7. 制度利用に関する助言 1) 障害基礎年金申請 2 2) 障害者手帳申請 2 3) その他（生活保護） 1 8. その他 6 (家族教室など)	1. 電話相談 4 2. 個別面接相談 29 3. 訪問、同行外出 4 4. 居場所、交流の場の提供 20 5. 就労体験、訓練実習 1) 団体事業として 18 2) 自立支援事業 8 3) 県就労体験事業 9 4) その他(社会適応訓練事業) 2 6. 就労支援 12 7. 制度利用に関する助言 1) 障害基礎年金申請 7 2) 障害者手帳申請 10 3) その他 0 8. その他 5 (生活全般への支援など)
※	平成22年1月現在の状況 (複数回答)	1. 福祉サービス事業、通所 1 2. 就労 4 3. 就学 3 4. NPO 団体職員、スタッフ 2 5. 他機関の支援へ移行 ・精神科医療機関 3 ・サポートステーション 1 ・障害者就業生活センター 1 ・保健所 1 6. 支援中断 2 7. 支援終了 8 ・家庭内適応、自営手伝い、 内職など 8. その他 6 9. 精神保健福祉センター の支援継続 8	1. 福祉サービス事業、通所 18 2. 就労 1 3. 就学 1 4. NPO 団体職員、スタッフ 6 5. 他機関の支援へ移行 1 ・精神科医療機関 1 6. 支援中断 1 7. 支援終了 1 8. その他 2

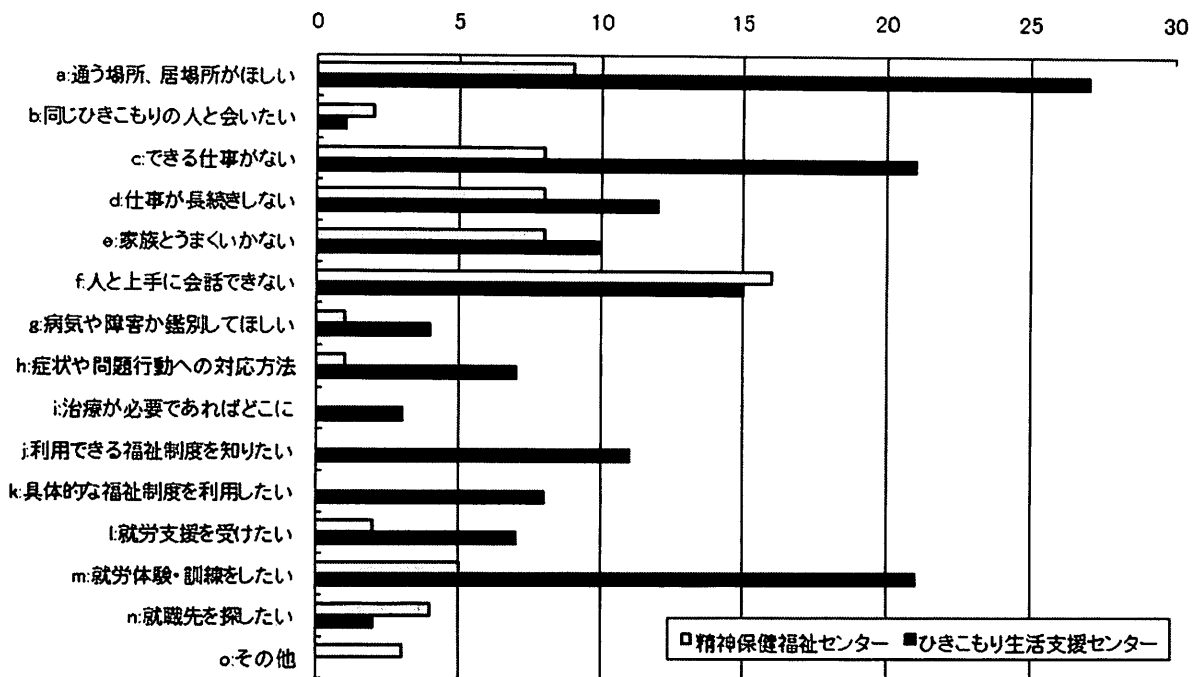


図4 相談内容（本人から）

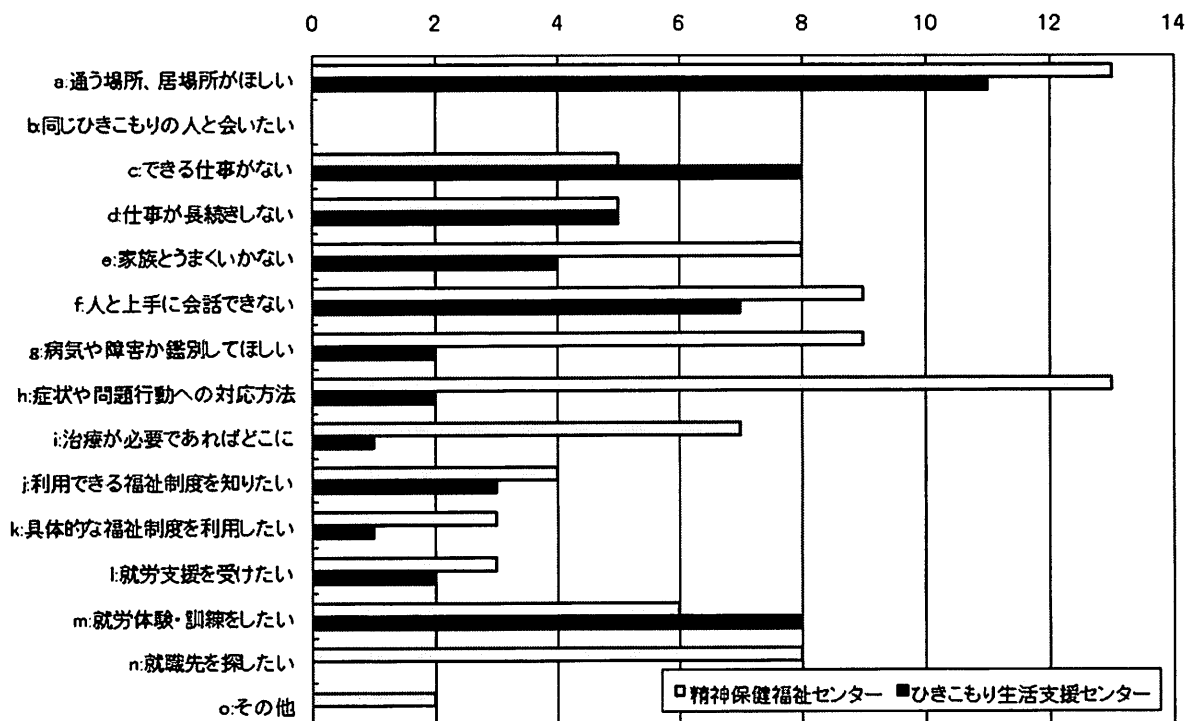


図5 相談内容（家族から）

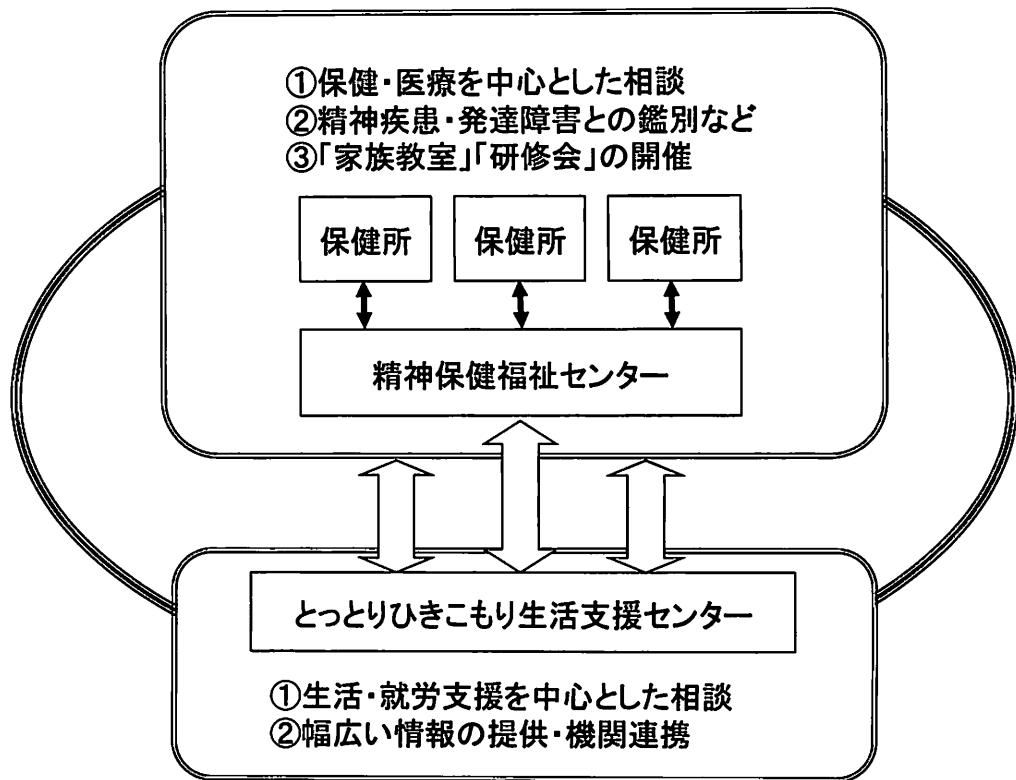


図6 精保センターとひきこもりセンターの機能的役割と連携

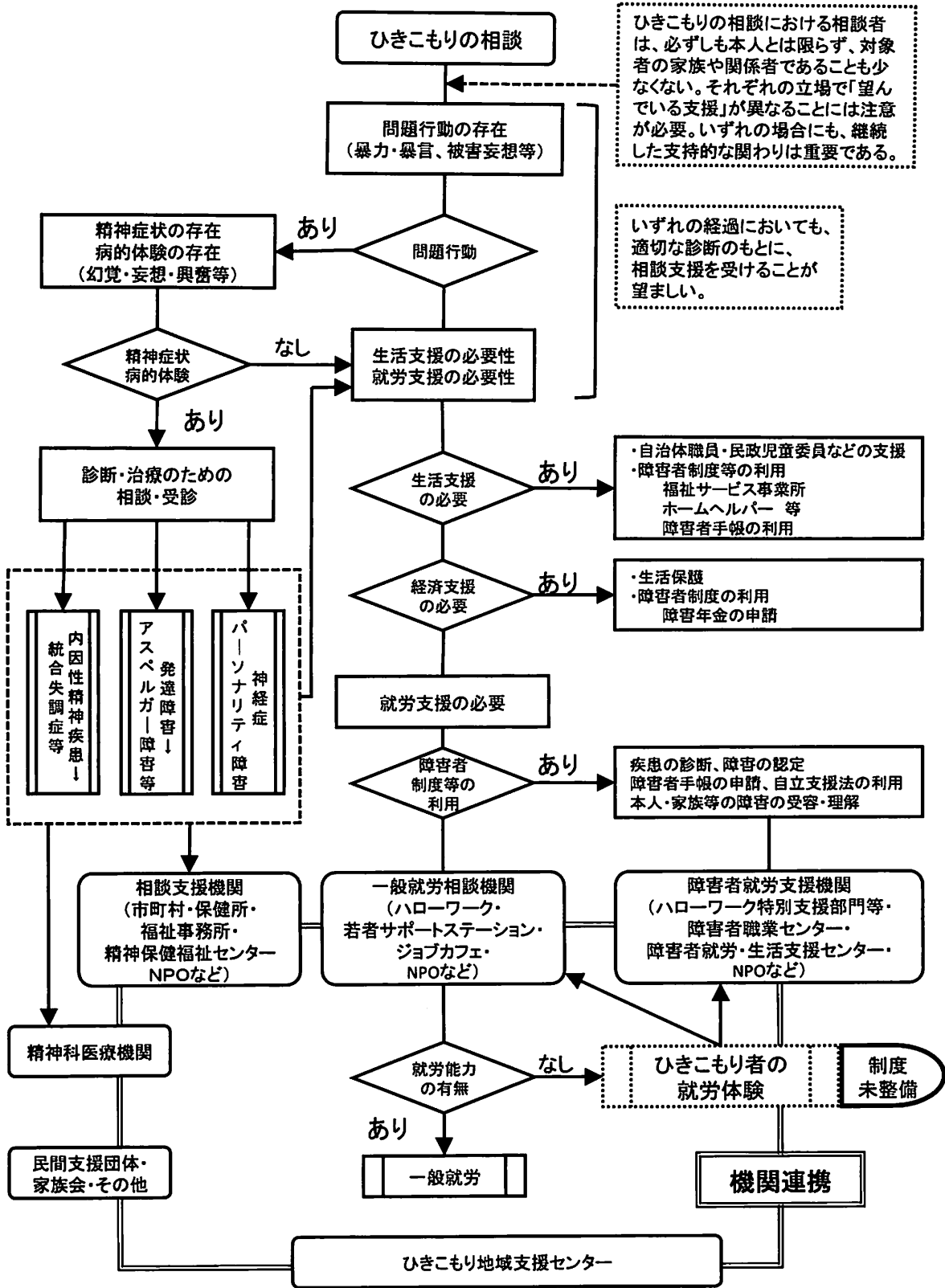


図7 ひきこもり相談におけるフローチャート

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

研究協力者 佐々木一 宮本克巳 半田聡 松木悟志

爽風会佐々木病院

研究要旨

本研究の最終年度にあたる平成21年度は、研究対象である67例のひきこもり事例の評価結果について、Pearsonの相関分析、多項ロジスティック回帰分析、因子分析などの多変量解析を行った。その結果、改善に関わる要因として、本人の治療意欲が高く通院にも積極的であること、現状に対して不安を感じていることなどが明らかになった。本人の治療意欲に強い影響をもたらすのは、精神症状や家庭環境以上に両親の治療態度であり、とりわけ母親の治療態度が重要であった。本人の適応度については、精神症状以上にコミュニケーションスキルが重要な指標であり、そのさい家庭外の対人関係のみならず、家族間の活発なコミュニケーションも重要であった。治療に際しては、個々の症状の改善はもとより、自己肯定感の回復と身体的なバランスの回復こそが、より本質的で安定した改善につながると考えられた。

A. 研究目的

筆者らによる2008年度の研究報告では、対象事例の年齢、性別、ひきこもり期間などの基本情報に加え、家庭環境や精神症状、治療手段などの項目について集計し、より詳細な検討を行った。

今回は、ひきこもり事例の治療について、とりわけ改善に関わる要因について明らかにすべく、多変量解析による検討を試みた。

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を作成した。なお、評価表は2007年度の研究報告書に添付したため、本報告書では省略する。

この評価結果に基づき、まず改善群と非改善群の比較検討を行った。ついで項目間の相関を検討すべく、Pearsonの相関分析、多項ロジスティック回帰分析、因子分析などの多変量解析を行った。なお解析には統計ソフトSPSS 18.0 for Windowsを用いた。

C. 研究結果

改善群22例と非改善群45例との比較検討の結果、改善群のほうで本人の通院頻度が有意に高かった。他の項目について有意差は認められなかった。

ついで相関分析の結果について、1%の水準で有意だった項目のうち、重要と思われるものを以下に示した。

現在年齢については、初診時年齢($r=0.83$)、発症時年齢($r=0.55$)、本人の治療態度が協力的であること ($r=0.41$)、初発症状としてのひきこもり ($r=0.43$)、同じく不登校($r=0.44$)、同じく対人恐怖があること($r=0.37$)、父親やきょうだいへの攻撃性が高く($r=0.36, 0.36$)、父親との関係が不安定であること($r=0.54$)、治療意欲が良好であること ($r=0.32$)、母親の通院頻度が低いこと($r=0.37$)や治療態度が非協力的であること($r=0.42$)、気分不安定さが低いこと($r=0.34$)、などの項目と正の相関を認めた。

初診時年齢については、現在年齢($r=0.83$)、母親の通院頻度が低いこと($r=0.42$)、治療態度が非協力的であること($r=0.37$)、初発症状に不登校がないこと($r=0.43$)、(現症において)不安が少ないこと($r=0.31$)、などの項目と正の相関を認めた。

本人の通院頻度の高さについては、本人の治療態度が協力的であること($r=0.71$)、母親や父親の通院頻度の低さ($r=0.42, 0.35$)、面接での治療意欲($r=0.67$)や改善度($r=0.46$)などの項目と正の相関を認めた。

本人の治療態度が協力的であることについては、現在年齢($r=0.41$)、母親や父親の通院頻度の低さ($r=0.56, 0.39$)、父親との関係の不安定さが低いこと($r=0.33$)、面接での治療意欲($r=0.54$)などの項目と正の相関を認めた。

母親の通院頻度の高さについては、母親の治療態度が協力的であること($r=0.47$)や父親の通院頻度($r=0.39$)と正の相関を示し、初診時・現在のひきこもり期間が長いこと($r=0.40, 0.38$)、本人の治療意欲の強さ ($r=-0.56$)や改善度の高さ ($r=-0.36$)とは負の相関を示した。

母親の治療態度が協力的であることについては、母親の通院頻度の高さ($r=0.47$)、父親の治療態度が協力的であること($r=0.39$)、気分不安定さ($r=0.35$)やうつ状態の重さ($r=0.40$)、初診時年齢の低さ($r=0.37$)、面接時における深刻味の強さ

($r=0.39$)などの項目と正の相関を認めた。

父親の通院頻度の高さについては、母親の通院頻度($r=0.39$)や父親の治療態度が協力的であること($r=0.41$)、本人の通院頻度($r=0.35$)や治療に非協力的であること ($r=0.39$)などの項目と正の相関を認めた。

父親の治療態度が協力的であることについては、母親の治療態度($r=0.58$)や父親の通院頻度の高さ($r=0.41$)、面接時の疎通性のなさ($r=0.39$)、身体的既往がないこと($r=0.35$)などの項目と正の相関を認めた。

発症前、初診時、現在のGAFはそれぞれ正の相関関係にあった。

発症前のGAFについては、初発症状にひきこもりがないこと($r=0.32$)、初診時のひきこもり程度が軽いこと($r=0.40$)などの項目と正の相関を認めた。

初診時GAFについては、初診時ひきこもり程度の軽さ($r=0.40$)、初発症状として対人恐怖がないこと($r=0.32$)などの項目と正の相関を認めた。

現在のGAFについては、初発症状として対人恐怖がないこと($r=0.33$)、発症前の友人の数の多さ($r=0.34$)などの項目と正の相関を認めた。

現在の友人の数は、発症前の友人の数($r=0.47$)や異性関係の活発さ($r=0.37$)、携帯電話使用の度合い($r=0.40$)や電話、手紙への積極的態($r=0.56$)と正の相関があり、現在のひきこもり程度($r=-0.35$)とは負の相関にあった。

異性関係の活発さは、初発症状としての心気症状($r=0.33$)と現在の心気症状の強さ($r=0.32$)、携帯電話($r=0.42$)や手紙・電話への積極性($r=0.62$)、面接時の疎通性の良さ($r=0.33$)とは正の相関にあり、対人恐怖症状($r=-0.35$)とは負の相関にあった。

初診時ひきこもり程度と現在ひきこもり程度($r=0.42$)、また初診時ひきこもり期間は現在ひきこもり期間($r=0.82$)は正の相関にあり、現在ひきこもり程度と携帯電話使用の度合い($r=0.46$)、手紙・電話などへの積極性($r=0.45$)、治療意欲($r=0.43$)、改善度($r=0.47$)は負の相関にあった。

改善度については、入院歴がないこと($r=0.34$)、本人の通院頻度($r=0.46$)と面接時の治療意欲($r=0.44$)と正の相関にあり、母親の通院頻度が高いこと($r=-0.36$)や昼夜逆転傾向の強さ($r=-0.43$)と負の相関にあった。

初発症状と現在の精神症状の相関分析の結果について、1%の水準で有意だった項目は以下の通りだった。すなわち、初発症状としての「非行」と薬物嗜癖(0.43)、初発症状としての強迫症状と現在の強迫症状(0.363)、初発症状としての「その他の恐怖」と現在の「奇妙な思考、異常な知覚体験」(0.335)などで、正の相関がみられた。

次に改善度を目的変数として、これに独立して影響を及ぼす因子を多項ロジスティック回帰分析で求めたところ、有意確率が0.05以下の変数として不登校が軽いこと、現在のひきこもり程度の軽さ、初診時のひきこもり程度の重さ、現在の不安が強いことなどが強く関与していた。

次に、現在の精神症状について最尤法、プロマックス回転による因子分析を行った。最尤法を用いて得られた各因子の固有値の結果から2因子構造が妥当であると考えられた。プロマックス回転後の因子分析結果を表1に示した。

第1因子は「絶望感・希死念慮・罪責感」、「希死念慮・自殺企図」、「気分の不安定さ」、「孤独感・退屈・空虚さ」の値が大きく、「自己否定的な気分」と考えられた。第2因子は「自律神経症状」、「昼夜逆転傾向」、「不安」、「不眠」の値が大きく、「身体的な不調和」と考えられた。

D. 考察

今回の研究で問題となったひきこもり事例全体の高年齢化については、最も重要な要因として母親の治療態度が考えられた。

母親の態度が通院や治療に及ぼす影響は父親以上に大きいと考えられるが、母親が通院に協力的ではない方が改善度が高いという結果も出ている。これは、本人の治療意欲と家族の治療意欲がしばしば逆相関の関係になりやすいという臨床経験からもうなずけるが、改善事例ほど治療が

本人任せになりやすいためもあるであろう。

年齢が高いほど本人が治療に協力的な態度をとるのは、年齢的に「もう後がない」という焦りに加え、家族が非協力的であるため「自分で何とかするしかない」と考えざるを得なくなるためとも考えられる。

改善に関与する要因として、本人の通院頻度が高いことや面接時の治療意欲があることなどの重要性があらためて確認された。また昼夜逆転傾向が少ないことが改善要因として意外に大きいことも分かった。父親の通院・治療に対する態度には、母親の通院・治療に対する態度が大きな影響を持っていることもはっきりした。

ひきこもりの改善に関与する要因には交絡因子が多いことが予想されるため、多項ロジスティック回帰分析を行った結果、現在の不安の強さが改善度に影響していることがわかった。これは、改善事例であっても現状に対する不安や葛藤が強いこと、また、現状に対して葛藤が弱く回避傾向が強い事例ほど改善が難しいといった傾向を示唆するものと考えられる。

初発症状と現在の精神症状の相関を分析した結果、類似もしくは同一の症状で相関を認めたのは「非行」と「強迫」のみであり、その他の症状については有意な相関を認めなかった。この結果は、ひきこもり事例における精神症状の不安定さや一貫性の乏しさを示唆している。筆者はその原因として、ひきこもり状態に対する反応として、2次的に精神症状が生じる可能性を考えている。

また、現在の精神症状の因子分析結果として、「自己否定的な気分」と「身体的な不調和」という二つの因子が抽出されたが、これらはひきこもり事例の治療に際して、いずれも重要な視点と考えられる。すなわち、個別の表面的な症状の改善よりも、自己肯定感と身体的な調和の回復こそが、より本質的で安定した改善につながる可能性を示唆している。

初診時や現在の適応度を示すGAF尺度については、コミュニケーションスキルの重要性が浮き彫りになった。その指標としては、友人の数や

異性関係、携帯電話や手紙・電話の利用、面接時の疎通性の良さ、初発症状として対人恐怖の存在などがとりわけ重要であった。

家族間の会話は、それが多いほどひきこもり期間は短くなる傾向が示唆されたことから、あらためて会話の重要性が確認された。この結果からは、事例本人が特定の家族とのみ会話をするのではなく、家族全員が相互に満遍なく会話の機会を持つのが望ましいことが示唆されている。

E. 結論

ひきこもり事例の改善に関わる要因として、本人の治療意欲が高く通院にも積極的であること、現状に対して不安を感じていることなどが明らかになった。本人の治療意欲に強い影響をもたらすのは、精神症状や家庭環境以上に両親の治療態度であり、とりわけ母親の治療態度が重要であった。本人の適応度については、精神症状以上にコミュニケーションスキルが重要な指標であり、そのさい家庭外の対人関係のみならず、家族間の活発なコミュニケーションも重要であった。治療に際しては、個々の症状の改善はもとより、自己肯定感の回復と身体的なバランスの回復こそが、より本質的で安定した改善につながると考えられた。

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) 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 ー本人
に対してー. 精神医学, 45(3):255-258. 2003.

図 1

パターン行列^a

	因子						
	1	2	3	4	5	6	7
性別	-.374	-.138	-.109	-.016	.131	.008	-.103
不登校	.138	.180	-.135	-.130	.164	-.207	.453
反社会的行動	-.009	-.096	.084	.349	.137	.071	.060
希死念慮・自殺企図	.944	-.070	-.175	.040	-.020	.012	.045
気分の不安定さ	.447	.128	.179	.104	-.139	-.042	-.046
うつ状態	.392	-.242	.464	-.078	.271	-.118	-.175
絶望感、希死念慮、罪責感	1.095	-.008	-.139	-.045	-.105	.047	.065
不安	.085	.437	.144	.091	.216	-.114	.094
孤独感、退屈、空虚さ	.418	.006	.261	.140	.125	.042	.064
対人恐怖症状	-.133	-.002	-.164	.165	1.042	.098	.165
強迫神経症症状	-.026	-.006	.727	.214	-.182	.184	.170
幻覚・妄想体験	-.002	-.017	.156	.058	-.009	.624	.161
奇妙な思考、異常な知覚体験	.137	.215	-.043	-.146	.176	.574	-.258
本業以外の活動性	.001	-.058	-.002	.070	.072	.400	-.021
薬物嗜癖	.090	.088	-.138	.940	.063	-.033	-.268
身体的既往	.080	.151	.143	.067	.059	-.304	.041
不眠	.276	.319	.027	-.074	.007	.105	.019
昼夜逆転傾向	.050	.794	-.063	-.068	-.076	-.048	.035
自律神経症状	-.113	.795	.135	.035	.012	.054	-.007
心気症傾向	-.068	.175	.571	-.254	-.066	-.079	-.199
ひきこもり程度（初診時）	.061	-.026	.014	-.098	.111	.091	.689

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

a. 8 回の反復で回転が収束しました。

ひきこもり者の疫学調査可能性の検討

分担研究者 堀口逸子¹⁾
研究協力者 坂本なほ子²⁾

1) 順天堂大学医学部公衆衛生学教室 2) 成育医療センター研究所成育社会医学研究部成育疫学

研究要旨

ひきこもり者を推計するため、行政機関によって実施された疫学調査結果を収集し、その結果からひきこもり者の推計を行うことを目的とした。全国精神保健福祉センター、都道府県、東京特別区、政令指定都市、中核市の精神保健担当部署への電話インタビューをしたところ、調査実施は、5つの精神保健福祉センターで、現在調査実施中が1県であった。3県の調査報告書から、調査対象はいずれも県内相談機関を対象で相談にきた本人または家族であった。調査数が少ないこと、調査対象者が相談者に限定されていたことから、ひきこもり者の推計をすることはできなかった。ひきこもり者の実数把握に向けては、専門家チームによる、いくつかの調査法案を作成し、実施に向けた検討を重ねることが望ましいと考えられた。

A. 研究目的

16-19歳のひきこもり者の現状把握として、行政機関によって実施された疫学調査の有無と、その結果からひきこもり者の推計を行う。

B. 研究方法

全国67精神保健福祉センター及び47都道府県庁、東京23区特別区、18政令指定都市、40中核市の精神保健担当部署への電話インタビューを実施した。インタビュー内容は、ひきこもり者に関する調査の有無とそれに関連する調査の有無、そして調査されている場合には報告書の提出を求めた。

推計については、報告書の結果を参照することとした。

C. 研究結果

1) 調査実施の有無

これまでに調査を実施していたのは、青森県、大分県、埼玉県、徳島県、鳥取県の5つの精神保健福祉センターであり、現在調査実施中が福岡県の精神保健福祉センターであった。県担当課では、鹿児島県が自立支援のためのアンケート調査のなかにひきこもり者の調査内容を入れ、現在実施中であった。政令指定都市や中核市では調査はされていなかった。

調査結果報告書の提出を求めたが、紛失1、未着（催促中）1で、3県の調査報告書を手に入れることができた。

調査報告書のある3県について、調査時期は、平成13年が2県、残りは平成17年に実施されていた。調査対象は、いずれも県内相談機関を対象として、そこに相談にきた本人または家族であり、調査方法は、質問紙調査であった。いずれも、疫学調査、いわゆるひきこもり者の実数把握ではなく、相談機関につながりを持ったひきこもり者の実数をはじめとした現状把握を目的としていた。

調査報告書は紛失しているが、平成14年と平成15年に調査を実施した鳥取県は、民生委員によるききとり調査であった。

また、現在鹿児島県で実施している調査は、「若者自立支援のための実態把握調査」として実施され11月現在、鹿児島県HPより中間報告書を見ることができる。就労支援が目的であるため、調査項目からひきこもり者を明確に知ることは難しい。また、調査対象も本人またはその保護者を対象としているが、HPから調査に参加することもできるようになっており、そのことから有意抽出となっている。またいわゆる実数把握を目的としたものではない。
http://www.pref.kagoshima.jp/filemst/47057/c_hukanhoukoku.pdf

調査数が少ないこと、また調査がいずれも相談者に限定されていたことから、疫学調査とは考え難く、ひきこもり者の推計をすることはできなかった。

D. 考察

ひきこもり者の調査において、たとえ相談者対象であっても実施している自治体は非常に少なかった。これは、ひきこもり者支援に対する自治体全体としての評価が不十分であることを示唆している。一方、ひきこもり者への支援のプランニングに際しては、支援が必要な対象者数に対してのコストパフォーマンスを含む、ニーズ、人的配置などが考慮されるべきであるが、推計を含む実数把握がなされていない現状からは、ひきこもり者支援に関わる専門家の意識改革も必要と思われた。

ひきこもり者の実数把握については、精神保健分野だけでの調査の困難性を克服するために、鹿児島県が実施しているような「就労支援」の視点からなど他部署との連携も考えられる。

ひきこもり者の推計含む実数把握については、国勢調査の利用（目的外利用）も考えられる。調査実施に向けた専門家チームによる、いくつかの調査法案を作成し、実施に向けた検討を重ねることが望ましいと考えられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

IV. 研究成果の刊行に関する一覧

<雑誌>

- 梶原荘平, 齊藤万比古, 樋口重典, 松崎淳人: 身体症状および精神症状を有する不登校において関連の強い因子. *子どもの心とからだ* 18(1); 108-116, 2009.
- 齊藤万比古: 小児の不安障害. *不安障害研究* 1(1); 164-168, 2009.
- 齊藤万比古, 牛島洋景: 統合失調症. *小児内科* 41 増刊号; 836-840, 2009.
- 齊藤万比古: 子どもの強迫性障害. *精神療法* 35(5); 571-577, 2009.
- 齊藤万比古: 不登校. *児童青年精神医学とその近接領域 50 周年記念特集号 50*; 145-155, 2009.
- 田上美千佳, 新村順子, 皆川邦直, 三宅由子, 野津眞, 川関和俊: 思春期のひきこもり 軽度非行のある不登校に対するグループ親ガイダンス, *精神科治療学* 24(11), 2009.
- 近藤直司: 青年期における発達障害と精神科医療. *精神神経学雑誌* 111(11); 1433-1438, 2009.
- 近藤直司, 小林真理子, 富士宮秀紫, 萩原和子: 青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて. *精神科治療学* 24(10); 1219-1224, 2009.
- 近藤直司, 小林真理子, 宮沢久江, 宇留賀正二, 小宮山さとみ, 中嶋真人, 中嶋 彩, 岩崎弘子, 境 泉洋, 今村 亨, 萩原和子: 発達障害と社会的ひきこもり. *障害者問題* 37(1); 21-29, 2009.
- 近藤直司: 青年のひきこもり. *児童青年精神医学とその近接領域. 50(50 周年記念号)*; 156-160, 2009.
- 近藤直司: ひきこもり. *精神科臨床サービス* 9(4); 507-511, 2009.
- 奥村雄介, 佐久間祐子他: “ひきこもり” と反社会的行動との関連について— “ひきこもり” 概念の再検討—, *社会精神医学*. (投稿中)
- 渡部京太. ADHD 治療ガイドラインにおける atomoxetine の位置づけ. *臨床精神薬理* 12(9)1987-1997, 2009.
- 斎藤 環: 日本から「大きな空気」が消えた--タコツボに引きこもる若者たち. *中央公論* 124(4), 2009.
- 斎藤 環: 「ひきこもり」の実態と支援. *こころを支える* 4(2), 2009
- 斎藤 環: 「おたく」であることの困難と希望. *こころの科学* 144, 2009.
- 斎藤 環: オタクとひきこもり. *児童心理* 63(16), 2009.

<書籍>

- 齊藤万比古: II. 精神疾患についての説明 8. 発達障害などの児童青年期の精神障害. 林直樹 (編): 専門医のための精神化臨床リュミエール 9 精神科診療における説明とその根拠, pp122-136, 中山書店, 東京, 2009.
- 牛島洋景, 宇佐美政英, 齊藤万比古: 発達障害のうつ病. 神庭重信, 黒木俊秀 (編): 現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法, pp229-244, 創元社, 大阪, 2009.

- 齊藤万比古：注意欠陥多動性障害（ADHD） C. 最近の話題として. 市川宏伸, 鈴木俊介（編）：日常診療で出会う発達障害のみかた. pp106-114, 中外医学社, 東京, 2009.
- 齊藤万比古, 磯野友厚：アスペルガー症候群の疫学. 榊原洋一（編）：アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助, pp8-19, ミネルヴァ書房, 京都, 2009.
- 齊藤万比古（編著）：子どもの心の診療シリーズ1 子どもの心の診療入門, 中山書店, 東京, 2009.
- 齊藤万比古（編著）：発達障害が引き起こす二次障害のケアとサポート. 学研, 東京, 2009.
- 小宮山さとみ, 近藤直司：不登校・ひきこもりと二次障害—内在化障害への支援. 齊藤万比古編著：発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート. 学研, 2009.
- 近藤直司, 中嶋真人：ひきこもりと Asperger 障害. 市川宏伸, 内山登喜夫編：発達障害ケースブック. 診断と治療社, 2009.
- 近藤直司, 野田美千子：福祉機関との連携—ライフサイクルに応じた福祉分野の支援. 市川宏伸, 鈴木俊介編：日常診療で出会う発達障害のみかた. 中外医学社, 2009.
- 近藤直司：家族ガイダンス. 齊藤万比古編：子どもの心の診療入門. 中山書店, 2009.
- 近藤直司, 金重紅美子：対人恐怖とひきこもり. こころの科学 147, pp43-47, 2009.
- 近藤直司, 小林真理子：アスペルガー症候群とひきこもり. 榊原洋一編著：別冊 [発達] アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助. ミネルヴァ書房, 2009.
- 奥村雄介：少年犯罪—処遇と責任能力, 責任能力の現在—法と精神医学の交錯. 中谷陽二編, pp182-194, 金剛出版, 東京, 2009.
- 渡部京太. 子どもの入院治療. 齊藤万比古（総編集・責任編集）. 子どもの心の診療シリーズ 子どもの心の診療入門. pp300-305, 中山書店, 東京, 2009.
- 渡部京太. 医療における二次障害へのケア—集団療法の事例を中心に. 齊藤万比古（編著者）. 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート. Pp150-163, 学研, 東京, 2009.
- 斎藤 環：関係する女 所有する男. 講談社現代新書, 2009.

<その他>

- 斎藤 環：時代の風 訪問支援活動への懸念. 毎日新聞, 2009. 3. 15
- 斎藤 環：時代の風 若者政策の困難. 毎日新聞, 2009. 7. 30.

V. 研究成果の別刷

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

発達障害とライフステージ

青年期における発達障害と精神科医療

近藤 直司

精神神経学雑誌第 111 巻第 11 号別刷

平成 21 年 11 月 25 日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 111, Numerus 11, 2009

第105回日本精神神経学会総会



青年期における発達障害と精神科医療

近藤 直司 (山梨県立精神保健福祉センター, 山梨県中央児童相談所)

近年、さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に発達障害を背景とするものが少なくないことが明らかになってきている。本稿では、青年期のひきこもり問題における発達障害、青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割、さらに、青年期における発達障害の診断に関する課題について検討した。

全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターを対象とした調査結果からは、発達障害ケースに対する地域ネットワーク支援において、精神科医療機関には薬物療法、デイケア利用、危機介入的な入院治療などの他、確定診断や診断書作成などが期待されていた。同時に、精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題として、精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題が多く指摘されていた。

青年期の広汎性発達障害ケースについて、ひきこもりを伴う群と伴わない群とを比較した研究からは、ひきこもりをきたす広汎性発達障害ケースは内向的・受身的なタイプが多く、発達歴と現在の発達・行動所見の慎重な把握が必要であることが明らかになった。近年、障害者自立支援法に基づく福祉サービスを利用するために、精神障害者保健福祉手帳を取得する高機能の発達障害ケースが増えている現状もあり、精神科医にとって、発達障害の診断が重要かつ困難を伴う課題であり、今後、詳細な検討が必要であると考えられる。

1. はじめに

近年、さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に発達障害を背景とするものが少なくないことが明らかになってきており、有効な支援を展開するうえで、まずは発達障害に気づくこと、そして、個々の発達特性や精神・心理状態を踏まえた支援を工夫することが重要な課題となっている。本稿では、青年期のひきこもり問題における発達障害、青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割、さらに、青年期における発達障害の診断に関する課題について検討する。

2. 青年期ひきこもりケースと発達障害

まず、青年期のひきこもり問題と発達障害との関連について検討する。平成19年度から組織さ

れている厚生労働科学研究「思春期のひきこもりをもたらし精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究（主任研究者：齊藤万比古）」¹⁾において、研究対象としての「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。』

その分担研究として、筆者らは岩手県、石川県、さいたま市、和歌山県の精神保健福祉センター（こころの健康センター）との共同研究²⁾を実施しており、16歳から36歳までのひきこもりケー

スの精神医学的診断について検討している。平成19年度および20年11月までの時点で281件のケースが研究対象となり、性比は男性211件、女性70件、平均年齢は24.5歳であった。このうち、調査実施期間に本人が来談した152件(54.1%)について、各機関でDSM-IV-TRにもとづいて診断した。情報不足などのため診断保留となった27件を除く125件(152件中の82.2%)で診断が確定し、治療・援助方針までを含めて以下の三群²⁾に分けて集計した。

＜第一群＞

統合失調症、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が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの。生物学的治療だけでなく、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が必要となる場合もある。

＜第二群＞

広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害への治療・支援が必要な場合もある。

＜第三群＞

パーソナリティ障害(傾向 trait を含む)や適応障害、身体表現性障害などを主診断とし、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害のうち、薬物療法が無効なために心理-社会的支援が中心になるものも含む。

125件の群別件数と割合は、第一群が39件(31%)、第二群が41件(33%)、第三群が45件(36%)であり、いずれにも当てはまらないと判定されたケースはなかった。第二群に分類された41件に記載された第1軸、2軸診断としては、軽度知的障害が12件と最も多く、次いで自閉性障害11件、アスペルガー障害10件、特定不能の広汎性発達障害4件、中度知的障害2件、注意欠陥/多動性障害2件、算数障害1件の他、下位分類の記載が漏れていた広汎性発達障害が1件あ

た(重複診断あり)。併存障害は、強迫性障害と社会恐怖(社会不安障害)を中心に不安障害6件、気分障害3件、適応障害1件、妄想性障害1件、解離性障害1件であった。相談・支援の転帰は、社会参加6件、精神科医療機関への紹介3件、他の相談支援機関への紹介12件、精神保健福祉センターで相談を継続18件、中断2件であり(重複あり)、医療機関よりも発達障害者支援センターや精神保健福祉センターなどの相談機関が支援の中心となっていた。また、第二群だけでなく、併存する統合失調症や妄想性障害が主診断と判断されたために第一群に分類されたケースの中にも自閉性障害、軽度知的障害、中度知的障害が1件ずつ、第三群の中にもトゥレット障害が1件含まれていた。

これらの知見は、多くの青年期ひきこもりケースに発達障害が関連していることを示すものであり、ひきこもり問題への対策を包括的に検討する際、発達障害をもつ人たちと家族への支援体制・制度を如何に構築するかという視点を欠かすことはできないことを示している。また、これらのケースは、ほとんどがこれまで未診断であり、就学前の療育や特別支援教育を受けた経験のない人たちである。すでに深刻な二次障害が固定化した状態に至っていることが多いことから、福祉サービスや就労支援などの社会資源を活用できるようになるまでに根気強い心理療法的アプローチが必要になる場合が少なくない³⁾。

3. ひきこもりを伴う広汎性発達障害ケースの特性について

高機能の広汎性発達障害ケースを、社会的ひきこもりを伴う群(以下、ひきこもり群)と伴わない群(以下、非ひきこもり群)に分けて両群の特性を比較・検討した研究結果⁵⁾を示し、ひきこもりをきたしやすい広汎性発達障害の特徴について明確にしたい。

平成X年Y月～Y+8月までの期間で、山梨県発達障害者支援センターに本人が来談した16歳以上、IQ 75以上の広汎性発達障害ケースで、

調査に対する同意が得られた 34 件を対象とした。ひきこもり群は 12 件、非ひきこもり群は 22 件であった。ひきこもり群 12 件の主診断は自閉性障害 4 件、アスペルガー障害 2 件、PDD-NOS 6 件、併存障害としては、社会恐怖や強迫性障害、特定不能の不安障害などの不安障害が 7 件、大うつ病性障害や小うつ病性障害などの気分障害が 6 件、(厳密には除外診断であるが) 選択性緘黙が 2 件、境界知能が 2 件、書字表出障害が 1 件であった。相談・面接場面において把握された心理的所見としては、ひきこもり群のケースでは被害感が強い傾向があった。また、PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度) については、幼児期における特徴的な発達歴を尋ねる「回顧評定」、現在/最近の症状や対人関係上の問題などを尋ねる「現在評定」ともに、ひきこもり群の得点が有意に低く、非ひきこもり群に比べて広汎性発達障害に特徴的な発達歴や症状・行動特性が目立たないことが明らかになった。主要 5 因子性格検査においては従順・受身態度などの内向性が高く、周囲への迷惑行為の出現頻度が低いことや、家族の勧めによって医療・相談機関を利用する割合が多く、教師など家族以外の勧めによるものが少なかったことから、ひきこもり群のケースは発達歴や現在症において広汎性発達障害に特徴的な所見に乏しい傾向があり、乳幼児期から学童期において障害に気づかれにくいことが予測された。また、ひきこもっている現時点においても、きわめて慎重な発達・行動所見の把握が必要であり、現状においては、一般的な精神科医療機関や相談機関では的確に診断されない場合があるものと思われた。

4. 地域のネットワーク支援と精神科医療の役割

次に、発達障害者支援センターと精神保健福祉センターで実践されている高機能の発達障害者へのネットワーク支援に関する調査結果⁹⁾から、高機能の発達障害者に対する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割と課題について述べる。

調査は、全国発達障害者支援センター連絡協議

会と全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを活用し、発達障害者支援センター 73 ヶ所と精神保健福祉センター 67 ヶ所、合計 140 機関から、15 歳以上の高機能広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、学習障害など、高機能の発達障害ケース (確定診断されているケースの他、その可能性が強く疑われるものも含める) に対して、他機関とのネットワークによって支援した実践例を収集した。

ここでは、ネットワーク支援を以下の二つに限定した。

①一つのケースに複数の支援課題があり、複数の機関・支援者が同時に関与していること (以下、「協働」と呼ぶ)。

②クライアントの加齢や社会的立場の変化 (卒業、進学、就労など)、あるいは、これまでの支援により新たな支援段階に達したために、おもな支援機関が移行すること (以下、「移行」と呼ぶ)。

他機関とのネットワークによって支援した実践例が「ある」と回答したのは、発達障害者支援センター 28 機関、精神保健福祉センター 25 機関であり、このうち 28 機関から 181 ケースについて回答が寄せられた。このうち、医療機関が協働に加わっていたものが 98 ケース (54%) と最も多く、続いて、他の福祉・保健機関との協働が 93 ケース (51%)、就労支援機関との協働が 90 ケース (49%)、教育機関との協働が 34 ケース (18%)、司法関係は 9 ケース (4%) であった (重複あり)。

精神科医療機関を含むネットワーク支援には、医療機関から他の機関へ紹介または協働を依頼する場合と、相談支援機関が精神科医療機関に紹介または協働を依頼する場合があった。以下、これらの移行・協働の実際と精神科医療機関の担う役割と、精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題としてあげられていた記述を整理する。

1) 医療機関が他機関を紹介して協働する場合、
または、おもな支援機関が医療機関から他
機関に移行する場合

精神科医療機関において確定診断された後、生活・就労支援や学校に対するコンサルテーションなどの心理-社会的支援を目的として、発達障害者支援センターなどに紹介されるケースがあった。また、入院治療から外来・地域支援に移行する際に、デイケアや思春期グループの利用を目的に精神保健福祉センターなどに紹介されたケースや、生活・就労支援や地域支援ネットワークのマネージメントを目的に発達障害者支援センターに紹介されたケースがあった。

この他には、通院の中断や本人がひきこもり状態に陥ったため、家族相談や自宅への訪問などを目的に、家族に医療機関が精神保健福祉センターや発達障害者支援センターなどの相談機関を紹介し、支援機関が移行したケースや、小児科や児童精神科、思春期外来などの対象年齢（15歳までを診療対象としている場合が多い）を越えたために、一般精神科医療機関や精神保健福祉センターに紹介・移行したケースもあった。さらに、発達障害が疑われる事例の確定診断を目的に、精神科医療機関から他の医療機関や精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに紹介されたケースもあり、発達障害に精通する一部の医療・相談機関に紹介ケースが集中している現状の一端が明らかになったように思われる。

2) 相談支援機関が医療機関に紹介、または協働を依頼する場合

相談支援機関が精神科医療機関に紹介するパターンとしては、就労支援機関や発達障害者支援センター、学校などから、診断、薬物療法、デイケア利用、診断書作成などを目的に紹介されたものが多かった。その他、相談支援機関で支援を継続しながら、暴力や衝動行為がエスカレートしたときなどに、短期の精神科入院治療を活用していたケースがあった。

3) 精神科医療機関の担う役割と問題点について

上記のような協働においては、精神科医療機関が薬物療法を担い、カウンセリングや生活・就労支援などの心理-社会的支援を相談支援機関が担っているパターンが最も一般的なようである。薬物療法の対象となる精神障害や標的症状としては、不安障害（対人恐怖・社会恐怖、強迫症状、パニック発作など）、気分障害（うつ状態、気分易変）、易怒性・衝動性、かんしゃくの問題などが多く、一部には、依存症、幻聴、妄想、拒食、睡眠障害という記載もあった。その他にも、精神科医療機関が医師や心理職などによる精神・心理療法を担っている場合や、診断および精神障害者保健福祉手帳の取得を目的とした診断書作成、デイケアや本人が参加できるグループにおける支援、精神医学的アセスメントに基づく他機関への助言・コンサルテーションなどを担っていたケースがあった。また、地域によっては、これらの役割のいくつかを精神保健福祉センターが担っている場合があった。

精神科医療機関とのネットワーク支援の課題としてあげられていたのは、発達障害に対する医師同士、機関同士の捉え方に不一致があること、その時点における本人の状態についての評価や優先的な介入課題についての認識のズレが生じやすいこと、医療機関がケースを発達障害と認識していないことなど、精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題であった。

5. 診断における問題点と今後の課題

ここまで繰り返し述べてきたように、精神科医にとっては青年期の広汎性発達障害ケースの診断が重要かつ困難を伴う課題となってきた。たとえば、DSM-IV-TRに準拠して診断する場合には、診断基準の各項目について過去の発達歴と現在の発達・行動上の所見を検討することになる。

まず、自閉性障害の診断基準のうち、A項目についてである。A項目は、(1)対人的相互反応における質的な障害について2項目以上、(2)意志

伝達の質的な障害について1項目以上、(3)行動、興味および活動の限定について1項目以上を満たせば自閉性障害と診断することになっている。このうち(2)は自閉性障害とアスペルガー障害とを鑑別診断するうえで特に重要であり、(a)から(d)の4項目の有無を確認する必要がある。このうち(a)(b)(c)の3項目は言語発達や会話を成立させるためのコミュニケーション能力、(d)は「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」について検討することになっており、(a)(b)(c)を満たさない場合でも、(d)の「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」が確認できれば、(2)の基準を満たすことになる。青年期においては、たとえば、本やテレビのフィクションについて、「意味がわからない」「意味がない」と述べる人や、いわゆる“再現ビデオ”の場面を現在進行中の“実況放送”として捉えてしまうといった所見が把握できれば、この項目を満たすと判断できるかもしれない。しかし、養育者などから幼児期の遊びの様子を詳細に把握することは困難であり、厳密に運用しようとすれば、この一項目が不明であるために確定診断を留保せざるを得ないことがある。

また、自閉性障害の場合、B項目において、上記の(1)(2)(3)のうち少なくとも一つが3歳以前に出現していたことを確認する必要がある。一方、アスペルガー障害では、3歳以前の言語機能や認知機能、年齢相応の自己管理能力、適応的行動、環境への好奇心などに関して明らかな遅れがみられないことが強調されている。しかし一般に、ケースの年齢が高くなるほど正確な発達歴の確認は難しくなるし、養育者が記憶している発達・行動特性が3歳以前のものであったかどうかも判然としないケースが多くなる。したがって、発達上の問題がなかったのか、あるいは情報不足により確認できないのかを厳密に区別しない場合、アスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害が過剰診断される可能性があるように思われる。

もっともDSM-IV-TRの序文には、「診断に関する適切な臨床研修と経験をもつ人によって使用されることを想定している。重要なことは、研修

を受けていない人にDSM-IVが機械的に用いられてはならない」という記載がある。確かに、自閉性障害のいくつかの項目は、それを読むだけでは、どのような所見をとればよいのかわからないものも少なくないし、「著明な障害」という判断基準に戸惑いを感じる臨床家も多いのではないだろうか。上記のような問題点も、現時点においては、「適切な臨床研修」によって補われるべきなのであろうが、精神科医による確定診断が多くの場面で求められるようになってきている現状があり、精度の高い診断が広く実施されるような対策を検討する必要があると考えられる。こうした知識や技術の普及が、発達障害をもつ人たちへの治療・支援の向上に結びつくことが期待される。

謝 辞

本稿で紹介した共同研究⁹⁾にご参加いただいている石川県こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センター、さいたま市こころの健康センター、岩手県精神保健福祉センターの皆さまに感謝申し上げます。

本稿で引用した研究は、平成19～20年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」(H19-障害-008)(研究代表者:神尾陽子)、平成19～20年厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学)「思春期のひきこもりをもたらず精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究」(H-19-こころ一般-010)(研究代表者:齊藤万比古)、平成20年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合)「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」(H-20-障害一般-008)(研究代表者:近藤直司)による助成を受けて実施された。

文 献

- 1) 厚生労働科学研究(こころの健康科学)「思春期のひきこもりをもたらず精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究」(研究代表者:齊藤万比古)、平成20年度研究報告書、2009
- 2) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子ほか:青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について。精神経誌、109; 834-843, 2007
- 3) 近藤直司、小林真理子、宮沢久江:広汎性発達障

害をもつ青年期ひきこもりケースの心理療法について。思春期青年期精神医学, 18; 130-137, 2008

4) 近藤直司, 宮沢久江, 境泉 洋ほか: 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。厚生労働科学研究 (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」(研究代表者: 齊藤万比古), 平成 20 年度研究報告書, 2009

5) 近藤直司, 小林真理子, 宇留賀正二ほか: 在宅青年・成人の支援に関する研究—ライフステージからみた青年・成人期 PDD ケースの効果的支援に関する研究—。厚生労働科学研究 (障害保健福祉総合研究事業) 「ライフス

テージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」(研究代表者・神尾陽子), 平成 20 年度研究報告書, 2009

6) 近藤直司, 萩原和子, 宇留賀正二ほか: 全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターにおける高機能発達障害に対するネットワーク支援の現状とモデル事例に関する研究。厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合) 「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」(研究代表者: 近藤直司), 平成 20 年度研究報告書, 2009

文 献

- 1) Bennetto, L. and Scolding, N.: Inflammatory/post-infectious encephalomyelitis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 75(Suppl.1); i22-28, 2004.
- 2) Bizzi, A., Ulug, A.M., Crawford, T.O. et al.: Quantitative proton MR spectroscopic imaging in acute disseminated encephalomyelitis. *AJNR. Am. J. Neuroradiol.*, 22; 1125-1130, 2001.
- 3) Dale, R.C., de Sousa, C., Chong, W.K. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis, multiphasic disseminated encephalomyelitis and multiple sclerosis in children. *Brain*, 123; 2407-2422, 2000.
- 4) Dalton, C.M., Chard, D.T., Davies, G.R. et al.: Early development of multiple sclerosis is associated with progressive grey matter atrophy in patients presenting with clinically isolated syndromes. *Brain*, 127; 1101-1107, 2004.
- 5) Davis, L.E.: Diagnosis and treatment of acute encephalitis. *Neurologist*, 6; 145-159, 2000.
- 6) Holtmannspotter, M., Inglese, M., Rovaris, M. et al.: A diffusion tensor MRI study of basal ganglia from patients with ADEM. *J. Neurol. Sci.*, 206; 27-30, 2003.
- 7) Hurst, E.W.: Acute haemorrhagic leucoencephalitis; a previously undefined entity. *Med. J. Aust.*, 2; 1-6, 1941.
- 8) Idrissova, Z., Boldyreva, M.N., Dekonenko, E.P. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis in children; clinical features and HLA-DR linkage. *Eur. J. Neurol.*, 10; 537-546, 2003.
- 9) Inglese, M., Salvi, F., Iannucci, G. et al.: Magnetization transfer and diffusion MR imaging of acute disseminated encephalomyelitis. *AJNR. Am. J. Neuroradiol.*, 23; 267-272, 2002.
- 10) Kimura, S., Nezu, A., Ohtsuki, N. et al.: Serial magnetic resonance imaging in children with postinfectious encephalitis. *Brain Dev.*, 18; 461-465, 1996.
- 11) Krupp, L.B., Banwell, B. and Tenenbaum, S., for the International Pediatric MS Study Group.: Consensus definitions proposed for pediatric multiple sclerosis and related childhood disorders. *Neurology*, 68(suppl2); S7-S12, 2007.
- 12) 葛原茂樹: 成人の急性ウイルス脳炎と急性散在性脳脊髄炎. *Neuroinfection*, 12; 3-10, 2007.
- 13) Leake, J.A.D., Albani, S., Kao, A.S. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis in childhood; epidemiologic, clinical and laboratory features. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 23; 756-764, 2004.
- 14) Lucchinetti, C.F., Parisi, J. and Bruck, W.: The pathology of multiple sclerosis. *Neurol. Clin.*, 23; 77-105, 2005.
- 15) Mader, I., Wolff, M., Nagele, T. et al.: MRI and proton MR spectroscopy in acute disseminated encephalomyelitis. *Childs Nerv. Syst.*, 21; 566-572, 2005.
- 16) Mikaeloff, Y., Adamsbaum, C., Husson, B. et al.: MRI prognostic factors for relapse after acute CNS inflammatory demyelination in childhood. *Brain*, 127; 1942-1947, 2004.
- 17) Murthy, J.M., Yangala, R., Meena, A.K. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis; clinical and MRI study from South India. *J. Neurol. Sci.*, 165; 133-138, 1999.
- 18) Nakayama, T. and Onoda, K.: Vaccine adverse events reported in post-marketing study of the Kitasato Institute from 1994 to 2004. *Vaccine*, 25; 570-576, 2007.
- 19) Tenenbaum, S., Chamoles, N. and Fejerman, N.: Acute disseminated encephalomyelitis; a long-term follow-up study of 84 pediatric patients. *Neurology*, 59; 1224-1231, 2002.
- 20) Tenenbaum, S., Chitnis, T., Ness, J. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis. *Neurology*, 68 (Suppl.2); S23-S36, 2007.

■研究報告

思春期のひきこもり・軽度非行のある不登校に対する
グループ親ガイダンス

田上美千佳¹⁾ 新村 順子¹⁾ 皆川 邦直²⁾
三宅 由子¹⁾ 野津 眞³⁾ 川関 和俊⁴⁾

抄録：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、グループ親ガイダンスを実施した。これに参加した不登校の子をもつ親54名を、子どもの問題がひきこもりか軽度非行（ぐ犯）かによって2群に分け、効果を比較した。Global Assessment of Functioning（以下、GAFとする）による評価で、両群とも初回時と比較して最終評価時点では改善傾向を示したが、不登校とひきこもりのある群のほうがより高い水準に達していた。また、不登校とひきこもりのある群においてグループ親ガイダンスでの親の助言活用度と子どもの問題解決ならびに健康な方向への変化が認められたが、不登校と非行のある群には有意な差は認められなかった。 精神科治療学 24(11) : 1397-1403, 2009

Key words : group parental guidance, adolescence, school non-attendance, social withdrawal, delinquency

I. はじめに

不登校・家庭内暴力・ひきこもり・いじめ・いじめられ、怠学あるいは万引きや性非行などのぐ犯といった思春期青年期の精神保健問題（以下、思春期問題と記す）は社会問題化し、行政的な対策が求められている。例えば、2007年度青少年白書¹⁾によると、2006年度の検挙・補導された刑法犯少年は112,817人、ぐ犯少年は1,482人であり、

いずれも前年度より減少してはいるものの、刑法犯少年の年齢別割合では14歳から16歳までが62.4%と低年齢層の占める割合が高い。また、2007年度に年間30日以上欠席した不登校生徒数は、小学生23,926人（0.34%）と1997年度以来2万人を超え、中学生では105,328人と全児童数の2.91%を占めて、中学生では34人に1人とその割合は過去最高であるというように、楽観視できない状況は続いている。対策の一環として、内閣府は2003年には「青少年育成施策大綱」¹⁵⁾を決定し、青少年

2009年1月7日受稿, 2009年10月5日受理

Group guidance for the parents of adolescent school non-attenders with the characteristics of social withdrawal and delinquent tendencies.

¹⁾東京都精神医学総合研究所

〔〒156-8585 東京都世田谷区上北沢2-1-8〕

Michika Tanoue, Ph.D., Junko Niimura, M.S., Yuko Miyake, Ph.D.: Tokyo Institute of Psychiatry, 2-1-8, Kamikitazawa, Setagaya-ku, Tokyo, 156-8585 Japan.

²⁾法政大学/サイコセラピーインターナショナル

Kuninao Minakawa, M.D., Ph.D.: Hosei University/ Psychotherapy International.

³⁾東京都立中部総合精神保健福祉センター（現・東京都立多摩総合精神保健福祉センター）

Makoto Nozu, M.D., Ph.D.: Tokyo Metropolitan Chubu Center for Mental Health. (Current: Tokyo Metropolitan Tama Center for Mental Health.)

⁴⁾東京都立中部総合精神保健福祉センター

Kazutoshi Kawazeki, M.D.: Tokyo Metropolitan Chubu Center for Mental Health.

の健全育成に係わる政府の基本理念と中長期的な施策の方向性を示した。さらに、2008年には不登校・ひきこもり等への対応として「早期発見・早期対応に努めるとともに、成育歴等を踏まえた総合的な対応を実施」を基本的考え方の一つに掲げた新しい「青少年育成施策大綱」の枠組み¹⁶⁾を提示した。また、2008年には青少年育成施策の一環として専門的な相談要請のためのユースアドバイザー養成プログラムのテキスト¹⁶⁾も作成されたように、思春期問題に対するメンタルヘルスへのサービスや対策は、この数年間に発展しているところである。このような試みとしては、例えばオーストラリアや英国では思春期の子ども達の精神保健問題を系統的に支援する施策がある。

思春期問題の一つであるひきこもりについては、厚生労働省のこころの健康科学研究事業として2000年から研究が行われており、2003年にはひきこもりについてのガイドラインが示されて、精神保健福祉センターや保健所等でひきこもりにある人への取り組みがなされている^{3,6)}。また、思春期・青年期のひきこもりに関する精神医学的研究や、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・援助に関する研究のように思春期問題への研究が行われている^{2,6,17)}。ひきこもりケースへの自治体での心理教育的支援方法としては、グループアプローチによる家族教室が紹介されている⁴⁾。しかし、家族アプローチの有効性は実証されておらず、家族援助技法の確立が期待されている。

ところで、2002年度に行われた不登校問題に関する調査研究報告書¹²⁾では不登校が継続している理由として、小学校においては、「あそび・非行」型の占める割合が0.7%で最も少ないのに対して、中学校においては13.6%を占め、思春期の不登校と非行問題への対応も必要な現状にある。このような思春期非行への支援は、恐喝・暴行などについては主に警察が対処してきているが、軽度非行についてはメンタルヘルス関係者に多く期待される場所である。

このような思春期問題への治療的援助については親への治療的接近が必須であるにもかかわらず、親に直接働きかける接近の少ないことを佐藤

ら¹⁸⁾が指摘して、親マネジメントトレーニング Parent Management Training (PMT) と、親ガイダンスについて詳細なレビューを行っている。PMTは非行に対する治療効果についての報告がなされてはいるものの、PMTの臨床的意義や治療効果の維持期間の不明確さについての問題が指摘されている。親ガイダンスについては、アンナ・フロイトの理論的根拠に基づいた精神分析的親ガイダンスについて Chethic が1970年代に紹介しているが、親ガイダンスの実証的な研究はなく、成書もない現状にある。わが国では皆川⁷⁻¹⁰⁾がその方法について紹介している。

筆者らは1998年より東京都立中部総合精神保健福祉センターにおいて、統合失調症・躁うつ病と発達障害を除く子どもへの思春期ダイケアを開始して、その中で親に対する支援プログラムを提供した。

研究の目的は、この非精神病の思春期親支援プログラムにおいて実施したグループ親ガイダンスの効果を、不登校とひきこもりの子どもの親群と不登校と軽度非行(ぐ犯)の子どもの親群の2群に分けて比較することにある。

すなわち、前述したような文部科学省の調査では不登校の内訳がひきこもりと非行とは区別されていない。しかし、私たちは不登校であっても、その状態がひきこもりと非行では精神病理の質が異なると考えた。したがって、異なる精神病理をもつ子どもの親支援の有効性の程度を把握しようと試みた。もちろん、この研究のみでグループ親ガイダンスの効果を証明することはできないが、精神病理の異なる思春期問題をもつであろうと考えられる子どもの親に対する効果の違いを比較することにより、グループ親ガイダンスの実態を示すことができると考えた。

II. 「グループ親ガイダンス」の紹介

1. 「グループ親ガイダンス」の目的

子どもが健康な方向に成長して大人になっていけるように、親としての子育てへの対応を具体的に助言して子どもの社会適応の改善を図ることにある。

2. 参加者

15～21歳の思春期問題のある非統合失調症・非発達障害の子どもの親。

3. 実施方法

「グループ親ガイダンス」には、「子育て心理教育」が含まれていた。

1) 「子育て心理教育」は、毎週1回、40分程度、思春期の発達をテーマに分けて知識提供した。

2) 「グループ親ガイダンス」は、思春期デイケアに参加している子どもの一部の希望する親に加えて、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、「グループ親ガイダンス」に関しては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と精神保健問題について話すること、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、次いで参加を最終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。

「グループ親ガイダンス」の方法は、毎週1回、90分間で、「子育て心理教育」を受けた後に行った。その方法は毎回、子どもについて初めて話をする親が45分与えられて話をし、セラピストは、親の理解していない子どもの問題を同定して説明し、とりあえず親のできる対応について助言した。すなわち、①セラピストが子どもの健康的・肯定的側面と子どもの問題を整理して親に伝え返して親の不安を下げること、②参加している親が伴侶と子どもに伝える具体的・現実的な助言を提供した。次いで、後半の45分は以前話した2～3名の親が子どもや伴侶とのやりとりについて話した。具体的には、前回受けた助言の活用の仕方、それに対する子どもの反応や、伴侶をはじめとする家族の反応、あるいは、助言を活用しなかったという経過についての話であった。その話

に対して、セラピストがまた新たな助言を提供した。「グループ親ガイダンス」終了後に、セラピスト・コセラピストならびに後述する記録者によるレビューを行った。

3) 記録者2名（精神科看護師・保健師）がグループの輪には入らず、外側からセッションを観察して、プロセス記録を行った。また、対象者への調査協力の依頼と説明を行い、調査を実施した。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象

親プログラム開始時1998年9月から2003年3月までの4年6ヵ月間に親プログラムに参加した207名の親のうち研究協力に同意した親は187名であった。そのうち、グループで子どもの問題を2回以上話した親は132名、その中で、本研究の対象は子どもの問題が不登校と非行である親（非行群）13名、不登校とひきこもりである親（ひきこもり群）41名、計54名（2回以上話をした親の40.9%）であった。非行はく犯であり、鑑別所入りの必要のない者であった。また、精神科診断的には統合失調症、発達障害は除外した。精神病が疑われた場合には精神科医療機関受診を勧め、診断を確認した。思春期デイケアに参加している子どもの親の参加は2名であった。対象者の主な来所経路は保健所12名（22.2%）、学校11名（20.4%）・知人11名（20.4%）、医療機関7名（13.0%）、児童相談所3名（5.6%）等からの紹介であった。

2. 方法

1) グループ親ガイダンスのプロセスは、ノートに記した。

2) 1999、2000、2001、2002年9月および2003年3月にグループ親ガイダンスに関与するセラピスト・コセラピスト（精神科医、臨床心理士等）と、記録者の5～6人全員でプロセスノートを参照しつつ振り返り、対象者毎に以下について検討して、コンセンサスを得て判定した。評価は、親が話をした最後の結果（以下、「最終時」とする）を使用した。

3) 親の助言活用度：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によって、親を「助言活用群」と「助言不活用群」の2群に大別した。

4) 母親の話から推測される子どもの変化（以下〈子どもの変化〉と称す）：同様にスタッフのディスカッションとコンセンサスによって、子どもの問題や症状あるいは状態を、グループ親ガイダンス参加時（以下、「開始時」とする）と比べて悪化あるいは、変化していない「悪化不変群」と、緩和あるいは、発達の方向と同定して「発達群」の2群に分けた。

5) GAF (Global Assessment Functioning Scale) 評価：開始時と最終時の子どもの症状・社会適応度を児童精神科医がGAFの9段階（10-100点，1段階の評価幅は10点）で評価した。さらに，GAFを60以下と61以上のそれぞれ2群に大別した。

6) 上記の活用度・変化について，非行群とひきこもり群とで比較検討した。連続量にはt検定あるいはU検定，質的データについてはカイ2乗検定を用いた。介入前後の子どものGAFの変化についてMcNemar検定を行った。

3. 倫理的配慮

グループ親ガイダンスではルールを毎回のグループ開始時に説明するとともに，参加者に研究者がグループを見学しプロセス記録をすることの了承を得た。本研究は参加した親に研究の主旨や内容，参加は自由意志であり研究不参加による不利益がないことを口頭で説明して研究協力の同意を得，研究に用いる自記式質問紙への記入を依頼した。なお，本研究は東京都精神医学総合研究所倫理委員会の承認を得た。

IV. 結 果

1. 対象者と子どもの背景

非行群は13名，非行群の子どもは平均16.2歳（SD=1.9），父親は48.8歳（SD=5.5），母親は45.7歳（SD=3.6）であった。ひきこもり群は41名，

ひきこもり群の子どもは平均16.1歳（SD=1.8），父親は平均50.3歳（SD=5.0），母親は平均48.4歳（SD=4.0）であり，子どもと父親の年齢は両群間で有意差はなく，母親の年齢はひきこもり群のほうが非行群よりやや高かった（ $p=0.036$ ）（表1）。親の学歴は，非行群の父親は，大学卒7名（53.8%），高校卒5名，不明1名，母親は大学卒・短大卒・高校卒がそれぞれ4名（30.8%），不明1名であった。ひきこもり群の父親は大学卒23名（56.1%），短大卒1名，高校卒10名，中学卒4名，不明3名，母親は大学卒10名（24.4%），短大卒16名（39.0%），高校卒10名，中学卒2名，不明2名であった。子どもの性別は，非行群男子が4名，女子が9名，ひきこもり群男子は21名，女子は20名であった。参加者は両親同席の場合もあったが，継続しての参加は53名が母親で父親は1名であった。

2. 親の助言活用度

非行群，ひきこもり群における最終時の親の助言活用度の割合を表2に示した。非行群における助言活用群は30.8%と少なく，その一方，ひきこもり群での助言活用群は78.0%であった（ $p=0.002$ ）。これには有意差が認められた。

3. 子どもの精神症状・行動の改善

1) 子どもの変化

非行・ひきこもり群における子どもの変化については，非行群では悪化不変が8名（61.5%）と発達の5名（38.5%）に比べて多かった。ひきこもり群では発達の方向が30名（73.2%）であり，ひきこもり群の発達への変化の方が非行群に比べて有意に多かった（ $p=0.022$ ）（表3）。

2) 子どもの症状ならびに社会適応度の評価

GAF評価を用いた子どもの症状と社会適応度については，表4に示す通りである。子どものGAFは，開始時，非行群では31点から60点が各段階3名（23.1%）と多く，ひきこもり群では41点から50点台が多かった。非行群では，40点以下は開始時4名であったが，最終時には3名に減少，61点以上は開始時3名から最終時5名に増加した。一方，ひきこもり群では開始時には3名で

表1 対象家族, 子どもの年齢

	全体	非行群 (N=13)		ひきこもり群 (N=41)	
		平均値	SD	平均値	SD
家族の年齢 父	49.9	48.8	5.5	50.3	5.0
家族の年齢 母	47.7	45.7	3.6	48.4	4.0
子どもの年齢	16.2	16.2	1.9	16.1	1.8

表2 子どもの問題と親の助言活用度の特性 (最終時)

助言活用度	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
助言不活用群	9 (69.2)	9 (22.0)	18 (33.3)
助言活用群	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), $p=0.002$

表3 スタッフ評価による子どもの変化 (最終時)

	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
悪化不変	8 (61.5)	11 (26.8)	19 (35.2)
発達	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), $p=0.022$

表4 介入前後のGAF評価

GAF	開始時			最終時		
	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
11-20	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)
21-30	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
31-40	3 (23.1)	2 (4.9)	5 (9.3)	2 (15.4)	0 (0.0)	2 (3.7)
41-50	3 (23.1)	21 (51.2)	24 (44.4)	3 (23.1)	10 (24.4)	13 (24.1)
51-60	3 (23.1)	17 (41.5)	20 (37.0)	2 (15.4)	7 (17.1)	9 (16.7)
61-70	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (7.7)	7 (17.1)	8 (14.8)
71-80	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	2 (15.4)	13 (31.7)	15 (27.8)
81-90	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	2 (15.4)	2 (4.9)	4 (7.4)
91-100	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.9)	2 (3.7)

表5 最終時の子どものGAF

	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
≤60	8 (61.5)	17 (41.5)	25 (46.3)
≥61	5 (38.5)	24 (58.5)	29 (53.7)
合計	13 (100.0)	41 (100.0)	54 (100.0)

$\chi^2=1.600$ (df=1), $p=0.206$

あった40点以下が0名に減少, 61点以上は開始時0名から最終時は24名に増加した。両群ともに改善傾向を示してはいるものの, 最終時61点以上がひきこもり群の58.5%に対して, 非行群では38.5

%にすぎなかった。しかし, この割合には統計的有意差を認めなかった ($p=0.206$) (表5)。

群毎にプログラム開始前後の子どものGAFの変化についてみると, 非行群では開始時50.1 (SD=1.9), 最終時は55.5 (SD=2.1) と平均値は5.4点上昇し, ひきこもり群では開始時の平均が48.7 (SD=0.7), 最終時は64.5 (SD=1.5) と平均値は15.8点上昇していた。開始時・最終時でMcNemar検定を行った結果, ひきこもり群ではGAF得点に有意な上昇が認められた ($p<0.001$) が, 非行群では有意差はなかった ($p=0.248$) (図1)。

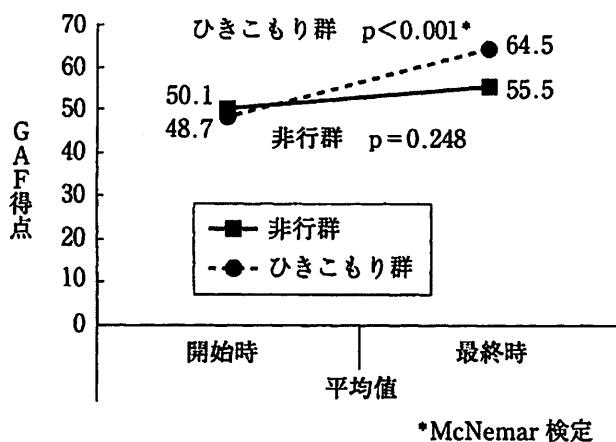


図1 非行群、ひきこもり群のGAF得点の変化

V. 考 察

1. 不登校と非行、ひきこもりケースへのグループ親ガイダンスの効果

グループ親ガイダンス時の発言内容から、ひきこもり群の親の方が非行群と比較して、グループのルールを守る傾向が強く、受けた助言を活用して子どもと関わる事ができるという結果になっていた。子どもの変化については、スタッフ評価において、ひきこもり群の子どもの方が健康な発達の方に有意に変化していることが示された。つまり、ひきこもり群の親の方がグループ親ガイダンスでの助言を活用して、子どもの問題を改善する手助けをしやすい傾向にあることを示唆している。一方、非行群では助言活用度、子どもの変化ともにひきこもり群に比べると改善傾向には至らず、非行群の親は助言を自律的に活かすことがひきこもり群よりも困難であると考えられる。

また、子どもの症状ならびに社会適応度については、ひきこもり群・非行群の両群において介入前後で子どものGAF得点の平均が上昇した。つまり、ひきこもり群の親は、子どものためにグループ親ガイダンスを活用しつつ子どもと関わり続けることにより、子どもの発達路線への回復を助けることができると考えられる。そして、思春期・青年期の不登校とひきこもりのある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親ガイダンスと子育て心理教育を併用しつ

つ提供することには治療的效果があることを示唆していると考えられる。非行群では子どもの変化について有意な効果は本データから得られなかったが、子どものGAF得点の上昇する事例があるため、軽度非行の親にとってもグループ親ガイダンスを提供することは、無意味であるとはいえない。

2. グループ親ガイダンスとしての方法

グループ親ガイダンスでは、数人から10数人のメンバーが集まるので、セラピーグループとしての配慮が必要である。グループの陰性転移は時に個人療法におけるそれ以上に破壊的になり得るので、グループの構造設定を慎重に考慮しなければならない。本グループでは、発言者を指定して、それ以外のメンバーの発言を積極的に奨励しなかったのは、そのためである。また、グループの目的は参加メンバーの子どもの発達援助であり、親個人の発達援助ではないことを明確にした。

以上のようなワークグループとしての構造への配慮に加えて、セラピストには子どもの精神発達に関する十分な知識が求められる。親のする話から子どもの外的葛藤と内在化した葛藤を推測して、外的葛藤の親側のそれを改善する方向に助言する。親が助言に従って行動変容していくには、親は穏やかな陽性転移をセラピストとグループに対して維持しなければならない。

参加期間が長くなるとともにメンバーは、この親グループと子育て心理教育が、親子関係のみならず親の夫婦関係をも支えるものであることを知り、慣れない新メンバーの不安を緩和する方向に動くことが観察された。このようにグループの自律性が育つには半年を要したが、いったん、自律性が育つとグループの維持は容易になる。

この親グループから統合失調症と発達障害の子どもの親を除外した理由は、このグループの自律性の発展には同様の問題、すなわち容易に子どもが発達し得る問題をもつ親グループである必要性があるからであったが、実際にこの設定は有用であったといえる。

3. 本研究の限界と課題

本研究はケーススタディーであり、対照群（グループ親ガイダンスを利用していない群）を設定したデザインではない。したがって、本研究の親ガイダンス前後の指標の変化のみではグループ親ガイダンスの効果を結論づけることはできない。今後、対照群を用いた研究を行う必要がある。さらに、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者が、一部同一であり、ここに本研究の限界がある。しかしながら、直接には参加せずグループの経過を把握する記録者と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いくアプローチは現実的かつ合理的な方法であろう。そして本研究で得たデータには現時点で望み得る限りの客観性があると考えられる。また、本研究は1998年から2003年まで実施したプログラムの評価である。現在も中学生の不登校生徒数は生徒1,000人あたり約30人と少なくない。そのため、思春期問題への親支援の意義は当時も現在も変わらないと思われる。したがって、本研究は現在も通用する不登校問題をもつ子どもの親への支援に関する実証的なデータであると考えられる。

VI. 結 論

不登校ケース54名を不登校とひきこもりである子どもの親（ひきこもり群）41名、不登校と非行である子どもの親（非行群）13名に分類して、4年6ヵ月間のグループ親ガイダンスの評価を行った。その結果、不登校とひきこもりのある群において、グループ親ガイダンスでの親の助言活用度と子どもの問題の解決ならびに健康な方向への変化が認められた。

謝 辞

グループ親ガイダンス実施にあたり、ご協力いただきました東京都立中部総合精神保健福祉センター関係者の皆様に感謝申し上げます。

文 献

1) 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, 大阪, 1999.)

- 2) 井上洋一: 思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究. 厚生労働省科学研究費補助金平成17年度-18年度総合研究報告書, 2007.
- 3) 伊藤順一郎: 地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン. じほう, 東京, 2004.
- 4) 近藤直司: 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, 2001.
- 5) 厚生労働省HP: 『「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会』報告書(概要) (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0330-13.html>)
- 6) 厚生労働省HP: 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 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/dl/tp0728-1a.doc>)
- 7) 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; 78-84, 1991.
- 8) 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; 22-30, 1993.
- 9) 皆川邦直: 現代社会における思春期・青年期の精神発達と家族. 思春期青年期精神医学, 5; 197-205, 1995.
- 10) 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; 64-68, 2001.
- 11) 文部科学省HP: 学校基本調査(速報)2008 (http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/08072901/index.htm)
- 12) 文部科学省HP: 今後の不登校への対応の在り方について(報告) (http://www.mext.go.jp/b_menu/public/2003/03041134.htm)
- 13) 内閣府編: 平成19年度版青少年白書, 2007.
- 14) 内閣府政策統括官: ユースアドバイザー養成プログラム: 関係機関の連携による個別的・継続的な若者支援体制の確立に向けて, p.346-363, 2008.
- 15) 内閣府政策統括官HP: 青少年育成施策大綱 (<http://www8.cao.go.jp/youth/suisin/taikou/mokuji.html>)
- 16) 内閣府政策統括官HP: 新しい「青少年育成施策大綱」の枠組み (<http://www8.cao.go.jp/youth/suisin/taikou/wakugumi/wakugumi.html>)
- 17) 齊藤万比古: 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. 厚生労働省科学研究費補助金平成18年度総括・分担研究報告書, 2007.
- 18) 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; 137-150, 2007.

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21年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成22(2010)年 3月
発行者 主任研究者 齊藤万比古
発行所 国立国際医療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