

た。このほか高校中退者は公立 53,261 人、私立 24,636 人であり、前年度比では 4.8%減少した。中退率では 2004 年度と 2005 年度ともに 2.1%であった。

中退理由で最も多いのが、「学校生活・学業不適応」で 38.4～38.6%、次いで「進路変更」の 34.2～34.3%、1982 年度は 19.1%を占めていた「学業不振」は、2004、2005 年度は 6.5～6.9%まで減少した。「学校生活・学業不適応」の内訳を見ると、「もともと高校生活に熱意がない」の割合が高い。「進路変更」の内訳は、「就職を希望」や「別の高校への入学を希望」の割合が高い(3)。17 年前の高等学校を中退した女子生徒のついでに北村の調査では、71 名中 15 名(21.1%)が高校時代に不登校であった。また、中途後数年を経た時の様子を知り得た彼女たち 45 名中無気力な状態になっている者は 3 名(6.7%)であった(5)。

(3) 保健室登校について

小学校、特に中学校においては保健室登校児童生徒が多く、また高等学校においても、保健室登校生徒がいる。高校と中学校の違いは高校では授業中、一定時間以上保健室にいと、欠課(授業欠席)の扱いとなり、累積すると進級できなくなる。また法定の 74 単位を取得することが必須で、単位の取り方は学校外の様々な資格試験も単位として認められていく傾向にある。さらに単位が不足しそうな場合は、教育相談などに養護教諭が調整役として参加し、個別指導を行っている学校もある(6)。1997 年度の文部科学省学校健康教育課の調査によると、全国で 37.1%の中学校と 19.4%の高等学校が保健室登校生徒を抱えていた(7)。

2. 「ひきこもり」の前歴としての不登校

1974 年に藤本は、「保護者が家庭的に社会的に衰退する姿しか示し得ず、また高学歴志向を目的とする学校教育の中では、思春期の若者は不安と困惑に陥り、未来投機を放棄し、依存的で閉鎖的な状態の中で、今日だけに沈殿するという自己防衛を図るしかないであろう」と、ひきこもりという言葉は使っていないが、今日という不登校ひいてはひきこもりの増加を予言した(8)。その後不登校は増加の一途を辿り、近年はニート(NEET)と成人の年齢に達した人たちの「ひきこもり」が社会問題視されている。厚生労働省による保健所・精神保健センターのアンケート調査では、ひきこもりの 33%(9)、斎藤環はひきこもりの 86%(10)に不登校経験があったという。大阪府下の保健所の社会的ひきこもり支援状況では、2005 年度のひきこもり相談実数は前年度より 24%増加しており、ひきこもりなどの問題発現時年齢は 19 歳以前が 50%を占め、不登校歴のある例が 45%、最終学歴は中学卒と高校中退が 31%を占めていた(11)。不登校とその後のひきこもりが関連していることを推測させる研究報告は多い(12, 13, 14)。

3. ひきこもりの定義

伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香らによるひきこもりの基準は、①自宅を中心とした生活、②就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの、③以上の状態が 6 ヶ月以上続いている、ただし、④統合失調症などの精神病圏の患者、または、中等度以上精神遅滞(IQ55-50 以下)をもつ者は除く、⑤就学・就労はしていなくても、家族以外の他者(友人など)と密接な人間関係は維持

されている者は除く、としている(9)。本調査研究もこの定義に従った。

B. 調査目的

20 歳を過ぎて、ひきこもり状態になっている若者のうち、不登校であったものが多いという報告を受けて、将来ひきこもりになる恐れのあると思われる高等学校での不登校生徒、保健室登校、中途退学等の調査が試みられ、統計数値のみが昨年発表された(15)。しかし、個々の事例についての検討はされていない。ひきこもりの深刻度を見るために、また、ひきこもりへの改善策を探るために、高等学校不登校、保健室登校、中途退学について具体的な姿と経過、すなわち事例について検討を行う必要があると考えられる。そこで、本研究においては、高等学校において、不登校・保健室登校・中途退学生徒のうちでひきこもり傾向の強い例について、個々のやや詳細な情報を把握し、それを分析し、実情をよく知った上で、将来、高等学校を中途退学したり、ひきこもりになるおそれのある生徒への高等学校からの働きかけの手掛かり、進路指導のあり方を探ることを研究目的とした。

C. 調査対象と方法

1. 調査方法

2004 年度在籍の高校生について、養護教諭へ「ひきこもり」と思われる生徒について、質問紙により事例調査を行った。質問紙の内容は、以下の通りである。

(1) 2004 年度の当該児童生徒の学年

1 年・2 年・3 年・4 年・その他

(2) 性別 男・女

(3) ひきこもりの形態

不登校・保健室登校・退学・その他

(4) 話し合ったことはありますか: ある・ない

(5) (4)で「ある」と答えた方

①何年のときからのひきこもりですか。

②ひきこもりの理由はなぜですか。

③家庭内事情に何か問題はありますか。

④家族構成はわかりますか。

⑤友人関係はありますか。

⑥友人関係で何か問題はありますか。

⑦2005 年度に入ってから 8 月までの様子はわかりますか。

⑧退学した場合は退学理由。

であり、各項目について、自由に記載してもらった。

2. 調査対象

近畿地方の公立高等学校勤務の養護教諭 33 名に郵送で質問紙を届け、養護教諭・学校等の固有名詞は無記名で、回答を郵送で求めた。

調査期間は、2005 年 8 月から 9 月下旬である。

21 名の養護教諭から回答を得た。質問紙回答について、回収率は 63.6%であった。

その質問紙への回答の集計処理は単純集計を行った。

回答を得た21名の養護教諭の職歴は5年以下から25年以上と幅広く、職歴の平均値は約16年であった。また、21名の養護教諭の勤務校の在籍生徒数は表1に表す通りである。

結果集計は単純集計を行った。

表1 養護教諭勤務校の在籍生徒数 (人)

	1年	2年	3年	計
男子	2,608	2,501	2,516	7,627
女子	3,304	3,151	3,129	9,584
計	5,912	5,652	5,645	17,211

D. 結果と小考察

1. 全体集計

養護教諭が記載した116の事例得た(表2)。これは、在籍生徒数の0.67%に相当した。1、2年の女子事例が多い結果となった。

表2 全体的統計

	男子	女子	不明	計
1年	19	26	0	45
2年	13	36	0	49
3年	6	15	1	22
計	38	77	1	116

表3 研究対象例

	男子	女子	不明	計
1年	17	22	0	39
2年	10	28	0	38
3年	3	14	1	18
計	30	64	1	95

2. 研究対象例

1) 抽出例数

本調査で、ひきこもり生徒について、その時期、理由、家庭内事情、家族構成について養護教諭に自由記載で回答を求めたところ、詳細が、比較的詳しく記入されている高等学校男女95の事例を選び出し、この95例を分析対象とした。分析対象の例数は表3の通りとなった。男子30例、女子64例、性別不明1例の計95例である。学年別では、1、2年が多く見られる。

2) 学年・性別

(1) 不登校

不登校で、不登校以外の保健室登校や中退等なんらかの状態が重複しているものを除く不登校例の男女はほぼ同数となり、学年・性別は表4の通りとなった。1年生が多い結果となった。

表4 不登校数

	男子	女子	計
1年	8	4	12
2年	4	4	8
3年	0	5	5
計	12	13	25

(2) 保健室登校

保健室登校(別室登校を含む)で、不登校・中途退学・転学などが重複しているものを除く保健室登校例の学年・性別は表5の通りとなった。全体的に例数は少なく、1、2、3年もほぼ同数であった。

表5 保健室登校

	男子	女子	計
1年	1	1	2
2年	0	1	1
3年	0	2	3
計	2	4	6

(3) 中途退学

退学で、不登校・保健室登校・転学など重複しているものを除く退学例の学年・性別は2年男子1、女子1、3年女子1の計3名と全体的に例数は少なかった。

(4) 転学

転学で、不登校・保健室登校、中途退学など重複しているものを除く転学例の学年・性別は1、2年女子各1名、計2名と少なかった。

例数が少なく確かなこととはいえないが、転学する生徒は1年と2年に見られることから、転学する生徒は高校へ入学して比較的早くに転学する傾向があるかもしれない。

(5) 重複例

不登校を経て保健室登校・退学・転学・病気などの、重複のある例をあげると表6の通りである。

そのうち、病気であるものは43例中7例であった。病気の内訳は、病名が重複する場合は、各病名・症状名各1例とした。1人の生徒で重複した病名・症状名を持つ生徒は多い。1年生が最も多く、次いで2年生が多く、3年生は少なかった。

不登校から保健室登校、そして退学あるいは転学というさまざま

表6 重複例

	男子	女子	不明	計
1年	7	14	0	21
2年	3	10	0	13
3年	2	6	1	9
計	12	30	1	43

な姿を経過している。そのうち病気のもの、16.3%を占めている。

表7 病名(重複あり)

(6) 病名・症状名

病名・症状名が判明した例は7例であり、病名としては表7に表す通りである。病名、症状が重複している場合が多い。「摂食障害」が比較的多く見られ、次いで「うつ」が多く見られた。「うつ」を除いて、精神病は見られず、他は全て神経症圏の問題であった。

摂食障害	6
うつ	4
不安神経症	1
精神不安	1
アトピー性皮膚炎	2
対人恐怖	1
過敏性大腸症候群	1
アーム・リストカット	2
過換気症候群	1
計	19

3. 事例分析

詳細が不明な例を除いた95の事例について検討を加えた。

表8 不登校相談の有る生徒 (人)

ある	ない	計
87	8	95

(1) 養護教諭による生徒との話し合い

本調査では95名中87名(91.6%)の生徒が養護教諭や担任等と話し合ったことがあった(表8)。また、その中には生徒と直接ではなく、親からの経過報告だけを聞くというような場合もあった。あると回答した中で養護教諭以外の相談相手は表9の通りである。

表9 相談相手 (人)

カウンセリ ング係	部顧問	担任
7	1	3

養護教諭は、保健室登校生徒だけでなく、多くの不登校生徒と話し合っている。

表10 欠席が多くなった時期

小学校頃	1
中学校頃	15
高校1年頃	41
高校2年頃	15
高校3年頃	9
計	81

(2) 事例のうち欠席が多くなった時期

事例において、欠席が多くなった時期を問うたところ、81名について回答を得た。

本調査の50.6%が高校1年頃から欠席日数が増えた例が最も多く、次いで、中学校頃と高校2年頃(各18.5%)からという結果となった。また、高校において欠席が多い生徒81名について、そのうち中学校以前から欠席が多かった生徒が16名(19.8%)を占めた。欠席が多くなった時期は表10の通りである。

中学時代に欠席が多くなった生徒は、2、3年生時に特に多く認められた(表11参照)。欠席が増え始めるのは、特に高校1年頃に多く見られる。

表11 中学時代の不登校

	男子	女子	計
中1	1	0	1
中2	1	4	5
中3	0	4	4
学年不明	1	4	5
計	3	12	15

(3) 不登校の理由

69事例について不登校の理由の記載があった。

理由としては友人関係が最も多い(44.9%)が、そのうち、

表12 理由 (人)

対人関係	31	うち、いじめ	8
体調不良	9		
精神不安	10		
その他	19		
計	69		

いじめが原因で不登校となった例は31名中8名(11.6%)であった。理由の内訳は表12の通りである。69名の不登校理由のうち、精神不

安定が10名(14.5%)認められた。

不登校理由として、友人関係がもっとも多いということは、青年期の発達課題の一つである「他者の中に居れる自己の確立」にうまく取り組めず、結果として不登校という、ひきこもり(回避)の自我防衛機制を働かせていると考えられる。

(4) 家庭内での問題

家庭内での問題が判明した57事例についてみると、家庭内での問題は様々だが、生徒にとって精神的になんらかの良くない影響を及ぼした事柄が多いと感じとれた。家族からの重圧では将来に関わる「有名大学に入る、もっと勉強なさい」などの回答が多かった。

家庭内事情のやや詳しい内容は表13の通りである。家庭内での問題として回答があった57例中不幸以外での表の項目は集計のとき重複している。

保護者不在(父または母)が33.3%を占めた。

表13 家庭内事情(重複あり) (人) (%)

家族が病気	8	14
家族からの重圧	12	21
家族内の不幸	6	10.5
家族の不仲	11	19.3
不幸以外で両親のどちらかが不在	19	33.3
その他	9	15.8
計	65	57

(5) 家族構成

95例中家族構成が判明したのは77例であった。本調査では大きな枠組みで表14にまとめた。

家族構成の不明との回答が多く、学校教育の立場から家族構成や家庭内事情を聞くのは難しく、これらのことは生徒理解のために重

要なことであるが、養護教諭から生徒の家族の考察は難しい。表の結果は重複している。

一人っ子が全体の 20.8%を占めている。

また、ここでは少なくとも形式上の家族構成を聞いたところ保護者不在（父母または両方）が 23.4%を占めた。

表 14 家族構成
(人)

父・母または両方不在	18
兄弟・姉妹がいる	60
祖父・祖母がいる	7
一人っ子	16
同胞不明	3

(重複あり)

(6) 友人関係

友人関係については 85 事例について回答が得られた。本調査の結果では、友人のほとんどいない生徒よりもいる生徒のほうが多かった。ほとんどないと回答された生徒は 85 名中 16 名 (18.8%) であった。

しかし、クラブ内にと学校内にいるは 61 名 (71.8%) である。過半数が学校内で交友関係を結んでいる。

友人関係の有無は表 15 に表した。

不登校の多くが友人関係はありながら、その友人関係が問題となって不登校になっているとも考えられる。

表 15 友人関係
(人)

ほとんどない	16
他校にはいる	8
クラブ内にいる	12
学校内にいる	49
不明	10
計	95

表 16 2005 年度の様子
(重複あり、人)

回復傾向	23
完全復帰	4
治療中	22
転学	24
退学	31
不明	15

(7) 友人関係での問題

友人とのトラブルによるケースもいくつかは見られたが、自分から相手に対して何かをすることが苦手という回答が多く、友人関係による不登校という例の実態は、本人が引っ込み思案で友人関係においては、同級生等から圧倒され、圧倒されることをはね返すのではなく、むしろ引っ込み思案的に、圧倒される場を回避するために、不登校などのひきこもりになっているということを示唆させる生徒が多い事を示唆している。

(8) 2005 年度の様子

2005 年度に入ってから経過は、全 116 例中 101 例に記述が認められた (表 16 参照)。僅か 5 ヶ月程の経過観察期間である

が、不登校であった生徒も転学などの環境の変化によって、元気になるケースが 101 名中 23 名 (22.8%) と比較的多かった。

また、養護教諭、担任の先生、クラブ顧問、家族などまわりの人と相談することやはっきりとした目標をもつことで 101 名中 26 名 (25.7%) の生徒が回復傾向や完全復帰することが出来ている。

その一方、治療中が 22 名 (21.8%)、転学が 24 名 (20.8%)、退学が 31 名 (30.7%) も見られた。転学と退学を合わせて、54.5% は元の高校ではうまくいかなかったということである。また、完全復帰は僅か 4.0% であった。

(9) 不登校の経過

(i) 学年・性別

95 の事例について、不登校の経過を表した。学年・性別の内容は表 17～19 の通りである。

①1 年男子

不登校の生徒が 17 名中 8 名 (47.0%) と最も多い、また保健室登校、留年、転学をした生徒の多くは不登校を経ている。最終的に退学している生徒は 17 名中 3 名 (17.6%) である。

②1 年女子

1 年生女子は、摂食障害や不安神経症などの病気によるものがみられた。留年、退学、転学になるまでに保健室登校になっている場合が多い。

表 17 不登校の経過・1 年生

(人)

不登校の経過	男子	女子
不登校	8	4
不登校→保健室登校	3	2
不登校→保健室登校→留年		1
不登校→留年	1	
不登校→保健室登校→摂食障害		2
不登校→保健室登校→退学		1
不登校→転学	1	3
不登校→退学	2	4
保健室登校	1	1
保健室登校→転学		1
転学		1
不安神経症		1
退学	1	1
計	17	22

最終的に退学になっているものは、22 名中 6 名 (27.2%) であり、1 年生男子よりも多い結果となった。

③2 年男子

2 年生男子は、不登校が 10 名中 4 名 (40.0%) と、高い割合を示した。退学は、10 名中 1 名 (10.0%) であり、1 年生男子よりも少ない結果となった。

表18 不登校の経過・2年生 (人)

不登校の経過	男子	女子
不登校	4	4
不登校→保健室登校	1	4
不登校→保健室登校、境界例		1
不登校→転学	2	2
不登校→留年→保健室登校		1
不登校→退学		2
保健室登校		1
うつ病→保健室登校		1
退学	1	4
転学	2	8
計	10	28

④2年女子

2年生女子では、最終的に転学しているものが、28名中10名(35.7%)であり、最も多い結果となった。うつ病、過換気症候群、リストカット等の病名がみられた。退学しているものは、6名(21.4%)と、1年生女子より少ないものの、あまり差はみられなかった。

⑤3年男子

3年生男子は、例数が少ないため判断するのは難しい。この数字から3年生で不登校になるものは少なく、それまでに転学や退学などのなんらかの方法をとっているのではないかと予想される。

表19 不登校の形態と経過3年生 (人)

	男子	女子	不明
不登校		5	
不登校→保健室登校		3	
不登校→保健室登校→摂食障害		1	
不登校→転学	1	1	
不登校→退学	1		1
退学		1	
保健室登校	1	2	
うつ病		1	
計	3	14	1

⑥3年生女子

3年生女子でも、摂食障害、うつ病などの病気がみられる。1、2、3年生を通して病気は女子にのみみられた。

退学をしている生徒は、14名中1名(7.14%)であり、比較的少なかった。

(ii) 不登校の経過の全体統計

95例の不登校の形態をまとめると、表20の通りとなった。

表20 不登校の経過全体統計

不登校の形態	人
不登校	25
不登校→保健室登校	13
不登校→留年	1
不登校→転学	10
不登校→退学	10
保健室登校→転学	1
保健室登校	6
転学	11
退学	8
不登校→保健室登校→留年	1
不登校→留年→保健室登校	1
不登校→保健室登校→退学	1
不登校→保健室登校→摂食障害	3
うつ病	1
うつ病→保健室登校	1
不登校→保健室登校、過換気症候群・境界例 リストカット	1
不安神経症	1

不登校の形態と経過の全体統計を見ると、不登校が25名(26.3%)と最も多くみられた。何らかの経過を経て、最終的に退学している生徒は、95名中19名であり、全体の20.0%を占めている。

退学はしていないが、最終的に転学した生徒は、22名(23.2%)と比較的多くみられた。

病気により不登校になった生徒はここでは7名(7.37%)であるが、これは質問紙に記載されていたもののみ取り上げたものであり、実際にはもう少し増加するものと思われる。

E. 考察のまとめ

1. 本調査研究より

筆者の以前の調査研究では今後の課題として、ひきこもりの深刻度を見るために、また、ひきこもりへの改善策を探るために高等学校不登校、保健室登校、中途退学について具体的な姿と経過、すなわち事例について検討を行う必要があると考えられた。そこで、今回、本調査研究で比較的多数の事例調査を行った。

その結果、経過と転帰をみた場合、ただ不登校といわれる生徒は1年生時に多いが、学校側からの働きかけによって、保健室登校を利用した生徒は、1、2、3年ともにほぼ同数あり、1年生時の不登校生徒は保健室登校となり、その中で不登校と保健室登校が続いて、中に退学せざるを得ない生徒が出ているものと思われる。不登校が長引いて、退学する例が最も深刻な例と考えられる。

また、退学する生徒は1、2年で多く、3年に少ない、ということは退学する生徒は1、2年の間に退学してしまい、3年まで残らなかったと考えるべきであろう。退学する生徒には、他の進路指導

が必要となってくるとされる。

2. 対策

今回の調査で、約5ヶ月の経過観察を行なったところ、25.7%が経過良好であったが、病気治療中が21.8%、転学・退学合わせて54.5%が元の高校を去っていた。高校不登校生徒の予後は、元の高校へとどまるか否かという視点から見れば半数以上が良くないといわざるを得ない。病気治療中の生徒には、養護教諭が治療機関と連絡を取って、学校内相談組織に図った上で、何とか卒業に持っていくべきであろう。また、本調査では把握できなかったが、外部相談機関へ保護者、時には本人が相談に行っている例もあると思われ、学校と相談機関との連絡・情報交換、ひいては不登校の解決ないしは卒業へ持っていくべきであろう。

前回の調査で、養護教諭に、不登校例の社会復帰例を「過去にひきこもった生徒であったものが、現在社会復帰している例があれば自由に記載してください」と言う問いかけに対して、5例だけの記載があった。記載例が少ないと言うことは、社会復帰に向けてうまくいっている例が少ないと捉えるべきであろう。

うまくいっている、すなわち現在、社会復帰できている5例に共通して言えることは、ひきこもり中に保護者と養護教諭はもちろん、学校教育関係者、さらには、子ども家庭センター、医療機関からの働きかけをうけているということである。放置されていたらひきこもったままになっていたと思われる、ひきこもりへの対策として、周囲からの働きかけは必須のように思われる。そのときに本人の社会に向かっての意向が多少なりともあれば、それを尊重し、そのことから始めることが、対応のポイントのように思われる。

3. ひきこもりと無気力不登校

大阪府保健所の報告によると、ひきこもりの相談(11)は20-40歳に多く、その3割が、過去、中学、高校時代に不登校であったという。不登校を、学校恐怖型、登校拒否型、無気力型と分類する報告(16)があるが、中学、高校の不登校のうちで、無気力型不登校のものは、高校中途退学、さらには、社会へは出られず、家庭内ひきこもりになっている恐れが強いものと思われる。

4. 今後の課題

本調査で中学、高等学校時代に中途退学や不登校などの状態になっている生徒の多くが将来ひきこもる恐れが強いという結果が得られた。

中学生の不登校生徒は2000年頃にピークに達し、その生徒が7年たった今青年となり、そのままひきこもりになって現在の深刻なひきこもり問題を引き起こしている可能性が高い。そのことから、生徒時代の中途退学や不登校といったような状態を減らすこと、あるいは不登校が解決しにくいときはせめて社会性を養う機会があり、他者との交流ができるようになれば、ひきこもりを減少させることにつながると考えられる。

引用文献

(1) 文部科学省：学校基本調査。1966-2004

- (2) 文部科学省：生徒指導上の諸問題の現状について(速報)、2004年度、2005。
- (3) 文部科学省：生徒指導上の諸問題の現状について(速報)、2005年度、2006。
- (4) 日本経済新聞：高校中退率 0.1 ポイント改善。2005年10月10日。
- (5) 北村陽英：高校中退。北村陽英著・中学生の精神保健。213-225、日本評論社、東京、1991。
- (6) 清水花子：高校で保健室登校をしている生徒の進級や卒業はどうなっているの？。大谷尚子・森田光子編著・保健室登校の研究。健康教室2005年12月臨時増刊号。東山書房。
- (7) 森田光子、三木とみ子：健康相談活動の理論と方法。ぎょうせい、東京。
- (8) 藤本淳三：登校拒否は疾病か。臨床精神医学 3,603-608, 1974。
- (9) 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香、他：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態報告。地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究。平成14年度厚生労働科学研究補助金、こころの健康科学研究事業。総合研究報告書；45-96, 2003。
- (10) 影山任佐、斉藤環、田中千穂子、他：座談会 ひきこもり。日本社会精神医学会雑誌 10；269-297, 2002。
- (11) 大阪府：保健所精神保健福祉業務年報(ひきこもり)。2005。
- (12) 倉本英彦：ひきこもりの予後。精神医学 45；241-245, 2003。
- (13) 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香、他：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告(ガイドライン公開版)。10代20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン。こころの健康科学研究事業・地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究。2003。
- (14) 斉藤万比呂：子どもの攻撃性と脆弱性；不登校・ひきこもりを中心として。児童青年精神医学とその近接領域 44；136-148, 2003。
- (15) 北村陽英：奈良教育大学、中途退学—ひきこもりに視点をおいた調査研究。教育実践総合センター研究紀要。16号、印刷中、2007.3。
- (16) 和田慶治「無気力型不登校の特徴と背景」『少年補導』24；20-26, 1979。

「ひきこもり」に関する文献・資料レビュー

分担研究者 北村陽英
奈良教育大学・教育学部・学校保健研究室

研究要旨：

この10年ほどの間にひきこもりに関する多くの調査、研究、活動報告がされてきた。本研究では、30編あまりの過去の調査・研究・活動報告資料などから、ひきこもりへの支援方法のあり方ならびに精神医学的疾患論を考えるために、ひきこもりの人数、病理像の種類、症候論などをまとめてみた。

(1) ひきこもりの数：諸報告で32万人から129万人まで大きなひらきがある。統合失調症のひきこもりが算入されたために多くなったのであろうと思われた。それと重度の知的障害のひきこもりを除けば、ひきこもり数は約50万人と推定される。

(2) 全国の保健所、精神保健福祉センターへのひきこもりの相談が多く、医療機関への相談は少ない。男性が6～8割を占め、その多くは電話ないし保護者（母親）からの相談であり、本人の来所は少ない。

(3) ひきこもりは状態像であり、基本疾患の診断は、統合失調症を除くと、社会恐怖・不安障害・強迫性障害など神経症圏が最も多く、次いでうつ病圏、発達障害、人格障害、軽度知的障害などが見られた。既存の疾患概念に当てはまらないひきこもりが存在するという報告も見られる

(4) 診断名はさておいて、現実の問題として、ひきこもりとそれにとまなう家庭内暴力、自殺未遂、反社会的行動やその他の行動問題で悩む保護者は多く、そのために相談・支援組織の確立が早急に必要であると思われる。

A. はじめに

ひきこもり状態は昔からあったと思われる。ただ、近代の精神科医療が治療対象にしたひきこもり状態の人のほとんどは、統合失調症であり、たまに人格障害の例もみられた。ところが近年は、ひきこもり状態の思春期・青年期の不登校などの相談に応じていると、ひきこもりの原因としての病名で統合失調症例は1割にも満たず、その他の神経症レベルあるいは発達障害によるひきこもりが多く、病名がつかず状態像としてひきこもりで不登校とだけしか言えない例が2割ほどを占める

(7)。精神科領域では1995年頃から統合失調症ではないひきこもり状態の青年について報告が見られるようになった(2)。ひきこもりの青年の病理像は100人100様であるが、本人特に保護者の苦悩は計り知れなく深いものがある。一方で、そのような本人と保護者に対して精神科医療は必ずしも十分な対応をできていない状況にある。

B. 研究目的

この10年ほどの間に多くのひきこもりに関する調査報告・研究がされてきた。今はひきこもる人に対して、支援対策を確立させねばならない時期であろう。支援対策を考えるためには、まずひきこもり状態の人の人数、ひきこもりの病理像の

内容の把握、各病理像に応じてどのような支援ができるのか、実際に相談だけでよいのか、あるいはどのような相談機関とスタッフが有効になりうるのか、また共同生活が良いのか、どのような例には、集団精神療法、家族療法、個人精神療法あるいは積極的な投薬を伴う精神科治療が必要なのか、等々を明らかにしておく必要がある。本研究では、過去の調査研究報告から、支援のあり方を考えるために、ひきこもり状態の人の数、病理像の種類、症候論などをまとめておきたい。

C. 研究の対象と方法

過去10年近くの間、日本国内のひきこもりに関する調査報告書、相談機関や医療機関での対応の記録、研究論文、インターネットを含むマスコミ報道の検索、得られた記録30編あまりの論文と資料の内容の分析である。

分析にあたっては、調査によるひきこもりの数、相談・医療機関でのひきこもりの受け入れ形態と受入数、相談・医療機関が関わったひきこもり例の精神医学的診断名に分けて考察を加えた。

また、本研究を始めるにあたって、ひきこもりは何らかの精神科疾患の一症状ではないかという思いで着手した。

D. 結果と小考察

1) ひきこもりの数について

表1に、一般住民中のひきこもり者数の諸調査結果を示した。調査対象者の集団特性、年齢、調査対象の母数、調査票の回収率、ひきこもりの定義の有無、調査方法不明も表に掲げた。ひきこもりの定義内容は「仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている」といったものであった。また金の調査(7)では現在と過去のひきこもり経験を合計したものである。全国値は、あくまでも推定値であるが、3報告の間で32万人から129万人まで100万人程の差がある。調査にあたって、定義の有無やそのほかの調査方法・条件、調査対象の選び方等の違いで、このような結果になったものと思われる。倉本(17)によると、NHKが2002年から実施した「ひきこもりサポートキャンペーン」プロジェクト(22)でわかった相談機関別の受療率で計算すると、ひきこもりはせいぜい人口1千人に1人程度とみなされ、「ひきこもり百万人説」は根拠がなく、実に扇動的な主張であるという。

2) 相談機関・医療機関でのひきこもり

表2に、各種相談機関、医療機関、保健所、精神2000年に地域精神保健活動のガイドライン暫定版が、2003年にその最終版が出された(3)。このガイドラインでは統合失調症などの精神病圏が加えられている。

2001年に全国引きこもり親の会(33)が設立された。元来子どものひきこもりに苦悩していた保護者は潜在的に非常に多くおり、精神科医療機関へ相談してもひきこもりがなかなか解決せず、相談機関や対応してくれる治療的施設を切望していたと思われる。ガイドラインの発行については厚生労働省による各保健所・精神保健福祉センターへのひきこもり相談についての指導、親の会からの要望が、相談件数の増加の要因になったものと思われる。

表2に示すように、相談は電話と来所ともに多く、保健所では訪問も行っている。相談対象者は男性が多く、その年齢は10歳代から40歳代に及ぶが、特に20歳代から30歳代が大部分を占めている。また相談者は保護者が8割以上を占め、特に母親が多く、本人は少ない。

性差と年齢について、倉本ら(17)によると、近年は男女差があまり見られなくなってきており、30歳代以降のひきこもりが多くなってきた、すなわちひきこもりの長期化と高齢化がおきているという。

神保健福祉センター、児童相談所でのひきこもりの相談受理件数、相談方法、本人の性別と年齢、相談者、全国調査か地方公共団体での諸調査報告か、報告者名と報告年次を示した。

医療機関からの報告はほとんど見られない。筆者の近年の高校世代の患者の診療記録では、95例中18例(19%)にひきこもり(閉居)が認められ(9)、精神科医療機関でのひきこもり症例は相当に多いと予想される。しかし、精神科においてひきこもりは病名ではなくとある精神科疾患の一症状であるため、診断統計にひきこもりの言葉が出てこない。仮にひきこもり調査依頼が来ても回答の仕様がないのである。

2002年に行なわれた伊藤らによる全国保健所・精神保健センターを対象としたひきこもり調査(4)では、社会的ひきこもりの基準として、統合失調症などの精神病圏の疾患、または中等度以上の精神遅滞(IQ55-50)をもつものは除かれた。相談機関からの統計報告は多く、特に保健所や精神保健福祉センターからの報告が多い。この5年余りの間にこれらの相談機関では、年度を追うごとに相談件数は、全国的にも地方的にも増加している。

諸外国のひきこもりの実態については、本研究が国内文献・資料に限って考察対象にしたために、不明である。邦訳された大韓民国のひきこもりの報告によると(32)、同国ではひきこもりを「隠遁型ウェットリ(一人ぼっちの意)」といい、確かな根拠は示されていないが、ひきこもりは100万を超えるという報告もあり、中流以上の家庭に多く、恵まれた生活の中で、インターネットやコンピューターゲームに夢中になっている事例が多く、ひきこもりの増加予防に兵役制は何の影響力もないそうである。イギリスではBBCがひきこもり番組をしたところ、多くの母親から、うちの子もまったく同じですという反響がきたそうである(27)。

3) 調査、保健所、精神保健福祉センターなどで判明したひきこもりの精神疾患名

ひきこもりの本人へ直接会って面接し、詳しい病歴、精神医学的な心理テストなどを行なって、ひきこもりの精神医学的基礎疾患の診断を行なった報告は比較的少なかった。近藤(12)、諏訪ら(29)、三宅ら(20)の報告は当初から統合失調症を除外している。表3に示すように、各報告ともに社会恐怖、不安障害、神経症性障害などを最も多く挙げ、続いて気分変調性障害、気分障害、うつ病を、そして人格障害、発達障害を挙げている。

衣笠(8)は、広島市精神保健福祉センターで1994

年から1998年の間に診た30名のひきこもり例について、精神病的・神経症的症状によるひきこもりと、そのような症状は顕著でなくひきこもる例を報告し、後者を一次的ひきこもりとし、一次的ひきこもりにはスキゾイドパーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛的パーソナリティ障害などの各種のパーソナリティ障害の問題が背景にあり、ひきこもりはあくまでも状態像であり症候群であると報告している。

諏訪らと三宅らは既存の精神医学の疾患名のどれにも該当しないひきこもり例を挙げている。特に諏訪は診断のつかない2症例を詳細に検討し、過去に言われた退却神経症やアパシー・シンドローム(5)や各種のパーソナリティ障害にも該当しないゆえに「一次性ひきこもり」の名称を使用している(29)。

4) 相談・医療機関が迫られる対応

ひきこもりの基礎疾患はともあれ、ひきこもりの相談や治療機関は、ひきこもりに随伴する問題行動の対応に迫られる。その主なものは、昼夜逆転の生活、強迫的行動、被害的な言動、浪費、家庭内暴力関連行動では、ひきこもる子から親への暴力、親から子への暴力、家族への拒否、器物破損、家族への支配的言動、自殺関連行動では自殺診主意、自傷行動、反社会的行動では、近隣への迷惑行動、いじめ・校内暴力、薬物・アルコール乱用、万引き・窃盗、その他である(4,16,23)。

ひきこもりが社会問題化し、マスコミにも取り上げられ、相談・医療機関を受診するひきこもり本人とその関係者が増加している。医療機関では薬物療法が試みられ、今のところ良い効果は得られていない(21)。ひきこもりの基礎疾患の多くは、薬物で治まる性質のものとは言いがたい。集団精神療法、家族精神療法、ピアカウンセリング、フリースペース、本人の意思で参加でき安全でうまく運営されている共同生活などが有効なのかもしれない。すでに保健所、精神保健福祉センター、精神科クリニックなどで、スタッフの養成とこれらの治療の試みがされつつある。しかしすべての需要に答えられるほどには発展できているとは言いがたい。

E. おわりに

思春期、青年期、成人期で学校あるいは一般社会へ参画できないことだけで異常事態である。そのような例はすべてが相談・援助が必要である。相談を受けたものはそれへの対応をしながら診断を考え、より適切な対応を工夫していかねばならない。精神科医療機関、公的相談機関は十分な治

療、対応ができる体制を早急に整備しないと、苦悩した保護者は、藁にでもすがる思いで、とんでもない営利主義の民間施設にひきこもる子を無理に押し込め、不幸な結果を招いてしまいかねない状況にある。

F. 文献

- 1) 朝日新聞、兵庫、阪神版：ひきこもり「生」に悩む。2007年1月6日朝刊。読売新聞：2006年4月21日。
- 2) 藤井康徳、坂尾良一、衣笠隆幸：成人の家庭内ひきこもりの臨床的検討(第1報)。精神神経学雑誌、97；940-941, 1995。
- 3) 伊藤順一郎、吉田光爾：ひきこもりガイドラインの反響と意義。こころの科学、123；17-24, 2005。
- 4) 伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香、他：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告。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)地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究。研究協力報告書。
- 5) 笠原嘉：退却神経症 Withdrawal neurosis という新カテゴリーの提唱。中井久夫・山中康裕編集・思春期の精神病理と治療、岩崎学術出版社、東京；287-319, 1978。
- 6) 笠原嘉：アパシー・シンドローム。臨床精神医学 増刊号；217-220, 1994。
- 7) 金吉晴、堀口逸子、森真琴：若年者におけるひきこもり事例の有病率に関する予備調査。地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究。分担研究報告書；13-17, 2002。
- 8) 衣笠隆幸：ヤングアダルトのひきこもり。臨床精神医学増刊号 147-52, 1998。
- 9) 北村陽英：学校精神保健。松岡弘編著・学校保健概論。光生館、東京；85-99, 2005。
- 10) 小林清香、吉田光爾、野口博文、他：「社会的ひきこもり」を抱える家族に関する実態調査。精神医学、45；749-756, 2003。
- 11) 小林真理子、近藤直司：発達障害とひきこもり。村尾泰弘編集・ひきこもる若者たち。現代のエスプリ別冊、至文堂、東京；54-64, 2006。
- 12) 近藤直司：非精神病性ひきこもりの現在。臨床精神医学、26；1159-1167, 1997。

- 1 3) 近藤直司：本人が受診・相談に現れないひきこもりケースの家族状況と援助指針について。家族療法研究、17；47,2000。
- 1 4) 近藤直司：青年期におけるひきこもりの成因と長期化について。精神医学、45；235-240,2003。
- 1 5) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、他：ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究。平成17年度厚生労働科学研究費補助金（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。研究協力報告書。
- 1 6) 倉本英彦：社会的ひきこもりの実態。全国の保健所・精神保健福祉センターへの調査より。倉本英彦編著・社会的ひきこもりへの援助。ほんの森出版、東京；60-71,2002。
- 1 7) 倉本英彦、大竹由美子：ひきこもりの歴史的展望。こころの科学、123；31-35,2005。
- 1 8) 三宅由子：「ひきこもり」の統計とその周辺。こころの科学、123；25-30,2005。
- 1 9) 三宅由子、立森久照、竹島正、他：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査—平成14年度～平成16年度のまとめ。平成16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）こころの健康についての疫学調査に関する研究；89-93,2005。
- 2 0) 三宅由子、立森久照、竹島正、他：地域疫学調査で把握された「ひきこもり」例の診断について。平成17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）こころの健康についての疫学調査に関する研究。研究協力報告書。
- 2 1) 永田利彦、大嶋淳、和田彰、他：社会不安障害に対する薬物療法。古典的対人恐怖、ひきこもりとの関連。精神医学、46；933-939,2004。
- 2 2) NHK：ひきこもりサポートキャンペーン <http://www.nhk.or.jp/fnet/hikikomori>
- 2 3) 大阪府：こころの健康総合センター ひきこもり電話相談集計表。2006年4月3日。
- 2 4) 大阪府：保健所精神保健福祉業務年報（ひきこもり）、保健所年報総括表。2005年度。
- 2 5) 大阪府：子どもライフサポートセンター電話相談記録。2005年度。
- 2 6) 斎藤環：社会的ひきこもりの現状と展望。思春期青年期精神医学、12；13-20,2002。
- 2 7) 斎藤環：座談会 ひきこもりの現在。村尾泰弘編集・ひきこもる若者たち。現代のエスプリ別冊、至文堂、東京；34,2005。
- 2 8) 塩路理恵子、久保田幹子、中村敬：神経質と引きこもり。精神療法、26；549-556,2000。
- 2 9) 諏訪真美、鈴木國文：「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴。精神神経学雑誌、104；1228-1241,2002。
- 3 0) 高畑隆：埼玉県における「ひきこもり」の実態。精神医学、45；299-302,2003。
- 3 1) 和田慶治：無気力型不登校の特徴と背景。少年補導、24（6）；20-26。
- 3 2) 呂寅仲：韓国ひきこもり事情。こころの科学、123；88-92,2005。
- 3 3) 全国引きこもり KHJ 親の会：<http://www.khj-h.com>

表1. ひきこもり出現率、全国推計数調査結果

報告、引用者	報告、調査年	調査対象年齢	調査対象数	調査方法(意義)	ひきこもり数、 ¹⁾ 全国推計
斎藤環(26)	2001	講演参加一般市民	2934人	質問紙(-)	80-120万人
金吉晴、他(7)	2002	高校生~20歳代青年	551人	質問紙(+)	21, 3.81%
三宅由子、他(19)	2002-2004	20~49歳	1186人	面接(+)	14, 1.18%
全国KHJ引きこもり親の会(1)	2005	18歳以上 平均29.5歳	不明	(+)	32万人 129万人

表2. 相談機関等のひきこもり受件数など

報告者	報告、調査年	相談件数	性別%	年齢	相談者	機関所在地
高畑(30)	2001.6.-8.	385(年間推計1540)件	男80%,女20%	10~45歳	本人6% 母 87% 父 37%	埼玉県相談機関、 医療機関
倉本(16)	2001	6223 電話2464 来所3759				全国保健所、精神 保健福祉センター
伊藤(4)	2002	14069 電話9986 来所4083	男76%、女23% 不明0.6%	19~34歳が ²⁾ 70.2%占める		全国保健所、精神 保健福祉センター
大阪府子どもライフサポートセンター(25)	2005	141	男62%、女27% 不明11%	12歳以上	本人 10% 家族・親族 82% 関係者 9%	大阪府下
大阪府保健所(24)	2004	相談実数253 相談延数962 訪問実数44 訪問延数153				大阪府下
	2005	相談実数314 相談延数1520 訪問実数63 訪問延数197	男83%、女17% 不明5%	34歳以下が ²⁾ 93%占める		大阪府下
大阪府こころの健康総合センター(23)	2005	電話相談309	男61%、女35% 不明5%	13歳以上	本人 39% 家族・親族 82% 関係者 7%	大阪府下86%

表3. 診断名、報告者、報告年、調査方法、調査数

近藤(12)、1997、本人を面接、18例		小林ら(11)、2001-2004 本人を診断、24例	
DSM-IV 第1軸	第2軸		
社会恐怖	5	回避性パーソナリティー障害	9
広場恐怖	3	分裂病質パーソナリティー障害	3
気分変調性障害	3	自己愛パーソナリティー障害	1
同一性の問題	2	-----	5
特定不能適応障害	2		パーソナリティー障害
強迫性障害	1		統合失調症
特定の恐怖症	1		(重複あり)
大うつ病性障害	1		
諏訪ら(29)、2002、 本人を診断、14例、DSM-IV		大阪府こころの健康センター-(23), 2005,電話相談、304例	
社会恐怖	2	三宅ら(20)、2003-2005、 本人を面接、14例	神経症性障害
強迫性障害	2	不安障害	3
妄想性障害	2	大うつ病エピソード	1
広汎性障害	2	中等度うつ病	1
身体表現性障害	1	診断なし	9
うつ病性障害	1		精神障害
注意欠陥/多動性	1	大阪府保健所(24),2005, 本人を面接、113例	広汎性発達障害
境界知能	1	神経症性障害	30
診断なし	2	人格障害	16
		軽度発達障害	12
		感情障害	10
		知的障害	4
		その他	41
			軽度知的障害
			0.30%
			その他
			4%
			不明
			30%
			なし
			1%
			PTSD・トラウマ
			1%
			LD/ADHD
			1%
			嗜好
			6%
			気分障害
			15%
			人格障害
			16%
			神経症性障害
			20%

義務教育期間に生じた不登校とひきこもりとの関連に関する研究

分担研究者 齊藤万比古¹⁾

研究協力者 清田晃生²⁾ 渡部京太¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 佐藤至子¹⁾ 林望美²⁾
神尾陽子²⁾

1) 国立精神・神経センター国府台病院 2) 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

義務教育期間に生じた不登校と青年期におけるひきこもりとの関連を検討することが本研究の目的である。今年度は、平成7年から平成12年に国立精神・神経センター国府台病院児童精神科病棟を中学3年時に退院したもののうち、入院期間が30日以上のもを対象とした。53名（36%）から回答を得た。入院治療により退院直後の適応が良かったものは約6割で、その多くは現在まで良好な適応が持続していた。退院後には不適応状態であったものも、その後約半数は適応状態に改善し現在に至っていた。改善の要因としては外来治療継続が重要と考えられた。ひきこもりは、経過中約1/3に認めしたが、退院後5年目までに出現するものがほとんどで、その半数以上が6年目以降にはひきこもりから脱却していた。ひきこもりと適応状態は連動しており、成人早期まで外来治療などの支援を継続していくことが重要であると考えられた。

A. 研究目的

不登校経験者の一部が将来ひきこもりに移行すると言われている。ひきこもり者を対象とした研究でも、発達途上で不登校を経験したものが相当数認められている。一方、過去の不登校の予後研究を概観すると、長期的には半数以上（おそらく7割程度）は何らかの適応状態となっており、残りの2～3割が不適応状態にあると考えられ、その一部にひきこもりが存在する可能性がある。

本研究では、義務教育年代に様々な理由により不適応状態となり入院治療に導入された子どもの退院後経過を調査し、ひきこもりとの関連を検討することを目的としている。

昨年度は予備的研究として、退院または院内学校卒業後3年以内の子どもとその家族にアンケート調査を実施した。42名から回答（回収率45%）が得られ、診断別では発達障害圏5名、精神病圏9名、神経症圏28名であった。ひきこ

もりを一度でも認めたものは7名で、これらは全般的適応度では不適応群が多く、また精神健康度でも2/3が臨床域のレベルであった。不登校の短期的予後として全般的適応度を考えると、登校状況、仕事やアルバイト経験、ひきこもり、退院または卒業後1年目の適応度、精神健康度が関連する要因であった。

今年度は中長期的な予後を検討するために、退院後6～10年のものを対象にアンケート調査を施行した。

B. 研究方法

対象は、平成7年から平成12年に国立精神・神経センター国府台病院児童精神科病棟を中学3年時に退院したもののうち、入院期間が30日以上のもの193名とその保護者である。ただし、主治医等から本人の精神状態への影響などのため調査不適とされたものは除外した。本人及び保

護者用のアンケート用紙、退院・卒業後の経過票を作成し、郵送あるいは主治医からの手渡しにより調査協力を依頼した。経過票は、本人の意見を聞きながら保護者が記入することとした。

調査項目は以下のとおりである。⑦退院後の経過については、1年ごとに記載する形式とした。

- ① 現況(家族構成およびその変化, 生活満足度, 対人関係など)
- ② 進路(高校年代進路, 高校卒業後の進路, 進路変更の有無など)
- ③ 仕事, 仕事以外の所属団体, 趣味
- ④ 治療状況(精神科通院状況)
- ⑤ 精神的健康度(GHQ-12)
- ⑥ 入院治療, 院内学校(満足度, 有用度, 役立ったプログラムなど)
- ⑦ 退院後の経過(学校在籍状況, 不登校, ひきこもり, バイト, 精神科通院・入院, 利用相談機関, 随伴症状, 対人関係, 全般的適応度)

GHQ-12は身体症状, 睡眠, 集中力, 抑うつなどの12項目について, 4段階で自己評価する質問紙である。各項目とも, 良い方の2段階を0点, 悪い方の2段階を1点として総得点は0~12点に分布する。カットオフ値は2点以下が健常域, 3点以上が臨床域とされている。全般的適応度は, 齊藤(2000)にしたがって社会参加の状態等によって4段階評価とした。

- ① 適応: 社会参加が持続して適応が良好である
- ② やや適応: 大半は社会参加しているが生活上の同様が軽度に認められる
- ③ やや不適応: 社会参加が断続的で生活上の動揺が大きい
- ④ 不適応: 全く社会参加が認められなかった

このうち①適応と②やや適応を適応群, ③やや不適応と④不適応を不適応群とした。

ひきこもりは, 「自宅に引きこもって社会参加しない状態が持続している」ことと定義し, その期間が6か月以上か6か月未満かの選択肢を設定した。

(倫理面への配慮)

本研究における質問項目は, 現在の本人の健康

度や通学状況などを聞くもので, 心的侵襲度の低い内容であった。また本人, 保護者の自由意思によって協力の可否を決められるように, 回収は個別に郵送で返送してもらうこととした。

C. 研究結果

1. 対象の特性

対象となった193名中47名は転居先不明で調査票が配布できなかった。配布可能であった146名の36%に該当する53名から回答を得たが, 2名は記載漏れが多く, 本研究では51名を分析の対象とした。51名の人口学的特性や診断等について表1に示した。診断名に関して, 神経症圏とは, 発達障害圏と精神病圏を除いたもので, 摂食障害や適応障害を含んでいる。

回答が得られなかった群と比較すると, 回答群は入院時年齢が有意に低く(14.1歳と14.5歳), 入院期間が有意に長かった(61週と42週)。性比や現在の年齢等に有意差はなかった

2. ひきこもりとの関連

退院後に一度でもひきこもりの時期が認められたものは16名で, そのうち6か月以上のひきこもりを経験したものは11名であった。6か月未満のひきこもりしか経験しなかった5名は, ひきこもりへの親和性を有しつつ実際にはひきこもるほど重篤な状態ではない, 言わば中間層と考え, 今回は6か月以上のひきこもりを経験したものの11名と一度もひきこもりが見られなかった35名の2群に分けてひきこもり経験者の特徴について検討した。

その結果を表2に示した。ひきこもりあり群では高校年代に進路変更するものが有意に多かったが, これには全日制高校から通信制やサポート校に転校する場合とその逆のケースが半数ずつであった。入院治療の有用度, 満足度については, 大変役立った(満足)~全く役立たなかった(満足していない)までの5段階評価とし, その結果をもとに有用/有用でない, 満足/満足していない2群として検討した。入院治療が役立ったと評

働いているものはひきこもりあり群でも 7 割を超え、なし群と有意差はなかったものの、満足度に関してはひきこもり群で有意に少なくなっていた。

現在の家族あるいは友人との関係を図 1 に示した。若干ひきこもり群の方が関係が上手くいっていない印象を受けるものの、統計的に有意差は認めなかった。また現在の生活満足度や全般的適応度、精神健康度 (GHQ-12) にも両群間に有意差はなかった。

退院後一貫してひきこもりの状態にあるものは少数で、多くは経過中の一時期に見られていた。そこで、ひきこもりの経過を検討したところ図 2 のようであった。退院後 1~5 年の間にひきこもりを経験したものは 9 名で、その間にひきこもりが見られなかったものは 2 名のみであった。6 年目以降の経過と重ねると、1~5 年目にひきこもりありのものうち 5 名はひきこもりから脱却したが、3 名は 6 年目以降も持続的なひきこもりを認め、2 名は不安定な経過をたどった。また 5 年目までにひきこもりがなかった 2 名は、6 年目以降に持続的なひきこもりが生じたものと不安定な経過をたどったものが 1 名ずつであった。ひきこもりの経過に影響を及ぼすと考えられる要因として、家族構成の変化や相談機関の利用、精神科通院状況などについて経時的に検討したが、対象者が限られていることもあり、今回検討した中では経過を左右するような要因は見出せなかった。

3. 全般的適応度との関連

ひきこもり状態とその時の全般的適応度を比較すると、予想されるようにひきこもり状態と不適応状態とはほぼ平行の動きをしていた。ひきこもりと同様に全般的適応度の経時的な人数変化を図示すると図 3 のようであった。

退院後 1 年目には約 4 割が不適応状態を呈しているが、その約半数が 6 年以降は適応状態に移行し、4 割は不適応状態が持続していた。一方、退院 1 年目に適応状態にあったものは、その 8 割が

6 年目以降も適応状態を維持しており、若干名が不適応に移行あるいは不安定な経過に変化している。そこで、適応状態が継続している群 (適応継続群 21 名) と不適応から適応状態へ改善した群 (適応改善群 9 名)、不適応状態が継続している群 (不適応継続群 7 名) に分けて検討すると、適応継続群は診断面では神経症圏のものが 20 名とほとんどを占めていた。逆に神経症圏の診断を受けていた 31 名についてみると、21 名が適応継続群、7 名が適応改善群で、不適応継続群は 4 名であった。また高校卒業年代の進路を見ると、適応継続群では大学や専門学校への進学が 12 名、就職またはアルバイトとして仕事に従事したものが 5 名であった。また適応改善群でも進学が 4 名、仕事が 3 名であった。精神科通院状況を検討すると、9 名中 2 名は退院時に外来通院を行っていなかったが、残り 7 名については 6 名は現在も外来を継続しており、1 名も適応状態が改善するまで通院を継続していた。

D. 考察

本研究では、義務教育年代に入院治療に導入した子どもの予後を調べ、ひきこもりとの関連について検討した。今年度は中長期的な予後として退院後 6~10 年後の予後を調査したが、直近 3 年間の適応状態でみるとほぼ 2/3 が適応群であった。この結果は、これまでの不登校の予後研究や院内学校を卒業した不登校生徒を対象とした齊藤 (2000) の予後調査と類似したものであった。本研究の対象者は必ずしも不登校を主訴としているわけではないが、診断別では神経症圏が多く、様々な学校不適応を生じており、群の特徴に極端な差があるとは思われない。

入院理由は事例ごとに異なるが、外来治療では改善が困難な事例である、いわば重症な子どもであっても、他の不登校生徒と同等の予後であるという点は注目に値する。図 3 で適応継続群が多いことを考えると、入院治療により良好な適応状態まで改善できれば、相当の確率でその後の適応が予測できることになる。また適応継続群では、入

院治療で有用と感じたものとして遠足などのイベントをあげるものが多かった。このことから、入院中に社会的活動に参加できるレベルまで改善すると、その経験がプラスに作用して、退院後の適応維持に役立つという正の相乗作用が生じられると思われる。また診断では、統合失調症に比べ神経症圏の方が予後良好であったが、これも臨床経験と符合する結果である。

適応改善群では、外来治療を継続しているものが多かった。齊藤（2000）は、最終学歴と長期予後との関連を認め、中学卒業後の教育状況等が重要であると報告しており、今回の研究も高校年代の不安定な時期を適切に支援していくことの重要性を示唆していると考えられる。

ひきこもりが経過中に見られたものは16名でほぼ1/3であり、そのうち6か月以上のひきこもりがあったものが11名であった。全般的適応度で見た不適応状態が、特に6か月以上のひきこもりとほぼ平行に連動していたことから、ひきこもりは全般的適応度の重要な判断基準であると考えられる。図2から、退院5年目までにひきこもりが見られたものの半数が、成人早期にひきこもりから脱却している。11名の診断を見ると、強迫性障害が4名、統合失調症2名、その他（社会不安障害、解離性障害、適応障害、摂食障害、双極性障害）が各1名となっており、ひきこもりが持続する群、脱却した群、不安定な群で診断に差があるとは思われなかった。結果で述べたように、今回の研究では、ひきこもりに影響を及ぼす因子を抽出することはできなかったが、ひきこもりが適応状態の判断基準であることから、高校年代から青年期後期にかけての支援はひきこもりに対しても重要であると言えよう。

今回の結果は、院内学校を卒業した不登校生徒の卒後10年目の予後は、卒後1～5年目の状態とは関連が少なく、卒後6年目以降の状態との相関が認められるとした齊藤（2000）の報告を支持すると言える。本研究の結果である、入院治療による適応状態改善により退院後も適応状態を維持しうる可能性が高いこと、退院後に再度不適

応状態となってもその後の外来治療継続などの支援を行うことにより成人早期には適応が改善しうること、という点は臨床経験からも首肯できるものであった。

E. 結論

義務教育年代に様々な理由により入院治療に導入された子どもの中長期的予後を調査した。

入院治療により退院直後の適応が良かったものは約6割で、その多くは現在まで良好な適応が持続していた。退院後には不適応状態であったものも、その後約半数は適応状態に改善し現在に至っている。この改善のためには、高校年代に外来治療を継続し、支援していくことが重要である。

ひきこもりは、経過中約1/3に認められたが、退院後5年目までに出現するものがほとんどで、その半数以上が6年目以降にはひきこもりから脱却している。全般的適応度との関連を考えると、成人早期までの支援継続がひきこもりからの脱却にも有用である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 齊藤万比古：不登校の児童・思春期精神医学，金剛出版，東京，2006
- 齊藤万比古：不登校，萱間真美，櫻庭繁，根本英行他編，精神看護エキスパート12 子どもの精神看護，202-213，中山書店，東京，2005
- 清田晃生，齊藤万比古：不登校の年齢的变化，精神科治療学，21；281-286，2006
- 渡部京太（2005）：不登校・ひきこもりの子どもへの入院治療，青年期精神療法，5；26-34

2. 学会発表

- 林望美，清田晃生，齊藤万比古他：児童精神科病棟における入院および院内学校利用の短期的予後について，第47回日本児童青年精神

医学会総会, 2006.10.18-20, 千葉

- 清田晃生, 齊藤万比古, 林望美: Outcome of the Treatment in the Child and Adolescent Psychiatry Ward. 第17回世界児童青年精神医学会総会, 2006.9.10-14, ムルボルン

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

(参考文献)

- 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.
- 齊藤万比古: 児童精神科における入院治療, 児童青年精神医学とその近接領域, 46; 231-240, 2005

表 1 対象の特徴

男/女	16/35
年齢 (yr) *	22.7 (19-27)
入院時年齢 (yr) *	14.1 (11.5-15.4)
入院期間 (wk) *	62 (4.5-260)
退院後の期間 (yr) *	7.5 (4.4-11.1)
診断：発達障害圏 (男/女)	2/1
統合失調症・気分障害 (男/女)	4/4
神経症圏 (男/女)	10/28
ひきこもり (あり/なし)	16/35
うち6か月以上 (男/女)	3/8

* 中央値 (範囲)

表 2 6か月以上のひきこもりがある群と退院後一度もひきこもりのない群の比較

	あり	なし	P 値
性別 (男/女)	3/8	12/23	ns
年齢 (yr) *	23 (20-25)	23 (19-27)	ns
現在の家族関係 (良好/非良好)	7/4	27/8	ns
現在の友人関係 (良好/非良好)	5/6	27/8	ns
現在の生活満足度 (満足/満足でない)	6/5	22/13	ns
現在の全般的適応度 (適応/非適応)	8/3	25/4	ns
現在の GHQ-12 (健常域/臨床域)	7/3	21/11	ns
高校年代の進路変更 (あり/なし)	5/4	4/29	.013
入院時年齢 (yr) *	14.6 (12-15.2)	14(11.5-15.4)	.085
入院期間 (wk) *	26 (10-260)	55 (5-160)	ns
入院治療の有用度 (有用/有用でない)	8/3	32/3	ns
同 満足度 (満足/満足でない)	4/7	26/9	.032
診断：発達障害圏	0	3	
統合失調症・気分障害	3	5	
神経症圏	8	26	

* 中央値 (範囲)

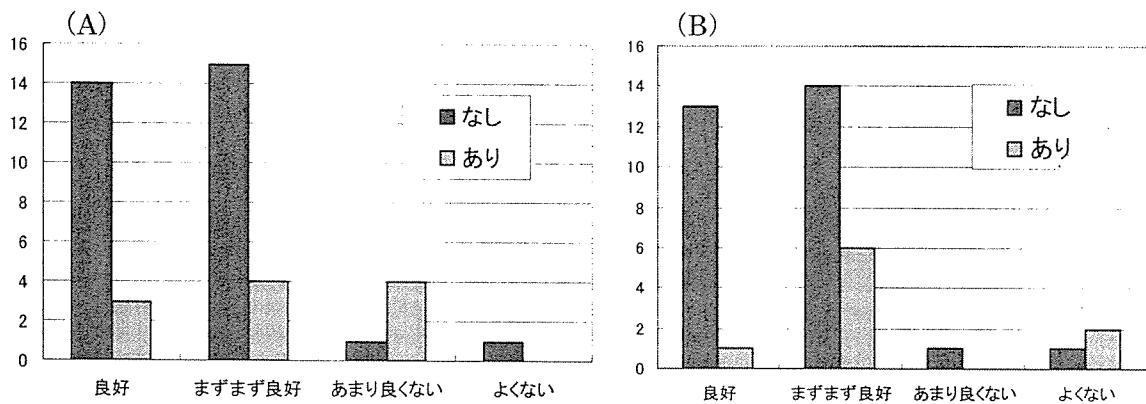


図1 家族 (A) および友人 (B) との関係

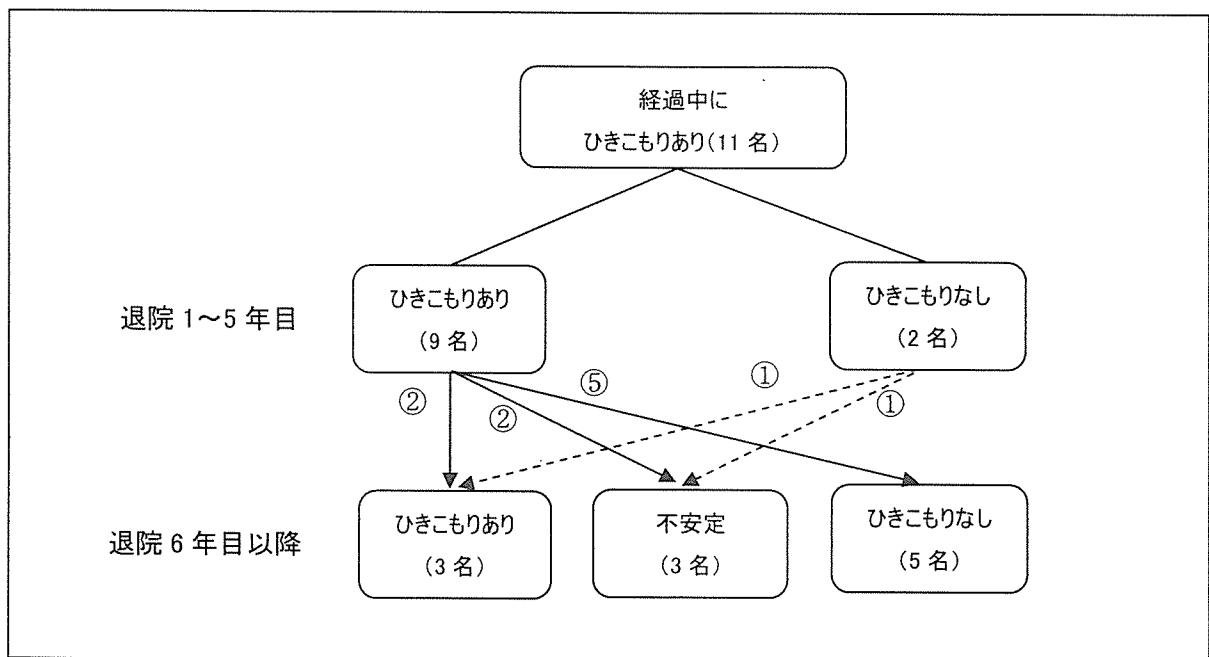


図2 退院後に見られた6ヶ月以上のひきこもりの推移
注) 図注の丸数字は人数を示す

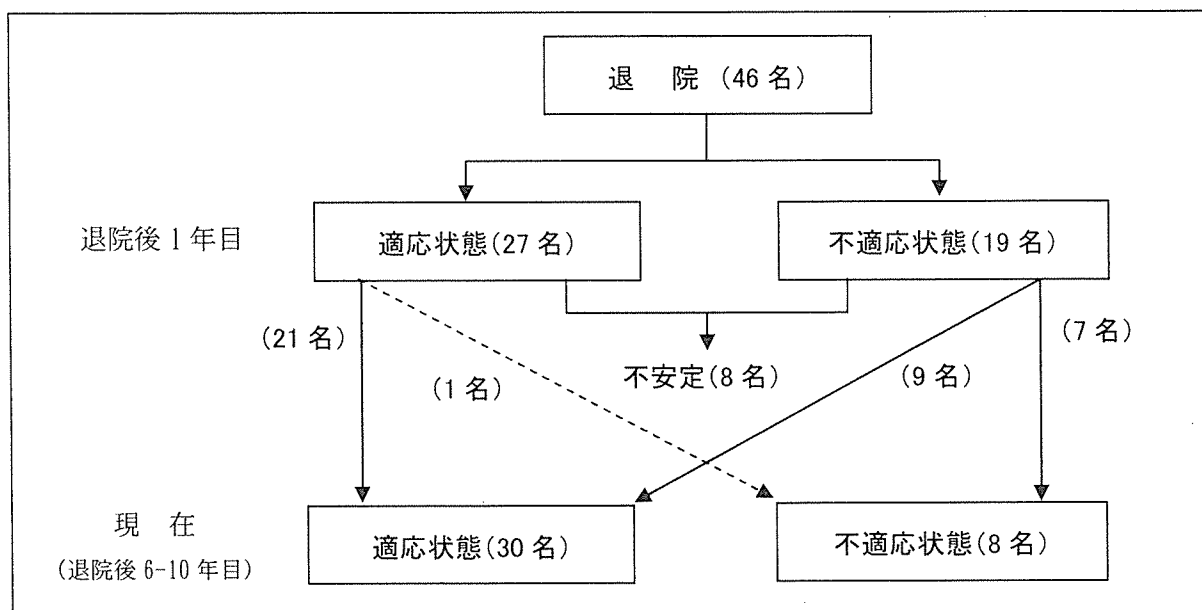


図3 全般的適応度の推移