

## ひきこもりに関する研究

### －不登校の登校回避感情，パーソナリティ特性との関連から－

分担研究者 本城秀次<sup>1)</sup>

研究協力者 小倉正義<sup>1)</sup> 笛吹素子<sup>1)</sup> 村瀬聡美<sup>1)</sup> 金子一史<sup>1)</sup> 田中裕子<sup>1)</sup>

1)名古屋大学発達心理精神教育科学研究センター

#### 研究要旨

本研究では不登校児の登校回避感情，パーソナリティ特性について明らかにするために，臨床群としてA大学附属病院・Bクリニックを2002年から2006年の間に受診した中学生28名，一般生徒群としてC県内の中学生223名を対象に調査を行った。その結果，不登校児の登校回避感情は，積極的に学校を嫌いであるわけではなく，何となく学校を回避しようとするという特徴があることが明らかになった。また，一般生徒群の登校回避感情が高い群と比較しても，不登校児のパーソナリティ傾向として強迫性が特徴的であるといえることが明らかになった。このような不登校児に関する知見は実態がつかみにくいひきこもりの臨床に貢献できるだろう。

#### A. 研究目的

ひきこもりとは，何らかの治療的関与を受けているか否かに関わらず，登校拒否あるいは何らかの精神的問題で学生時代から家庭内に閉居しているグループと，新たに引きこもりを呈しはじめたグループからなっていると考えられる。そして，ひきこもりの中でも，学校時代から不登校を続けているグループは，当然のこととして難治と考えられる。ひきこもりへの対応を考える際，実際に青年前期を過ぎ，ひきこもりとしてとらえられるようになってからではなく，より早期の対応が望まれる。そして，より早期の段階で対応するためには，まだ不登校と呼ばれる学齢期の段階で，ひきこもりという問題にどのように対応するのが望ましいかを考えていく必要があるといえる。

昨年の報告に引き続き本研究では，不登校児童生徒の特徴をとらえることで，ひきこもりの特徴について考えていくことにする。

ところでわが国では，1960年代以降登校拒否

が急激に増加し，大きな社会問題となってきた。

このような不登校児童生徒は，学校に対して強い忌避的感情を有していると一般的には考えられている。そして，その学校に対するネガティブな感情は登校回避感情と呼ばれている（森田，1993）。森田（1993）は，中学2年生の調査で，学校に行くのがいやだという感情をもちながら，登校している不登校潜在群が42.0%も存在していると指摘している。そして，不登校の問題が，特別な傾向をもったごく一部の子どもたちに起こる現象ではなく，中学生活に日常的に起こりうる出来事としてとらえられている。

森田（1993）をはじめ一般的には，登校回避感情が高いものほど不登校に陥りやすいものと考え，これらの子どもたちは不登校とのグレーゾーンと呼ばれている。しかしながら，これまで実際の不登校症例について登校回避感情がどのようなものか検討した報告は皆無といってよい。また，臨床場面において不登校児は，不登校の理由とし

て、学校への否定的感情を述べることは必ずしも多いとは言えず、不登校の理由として身体症状を訴えたり、自分がどうして学校に行けないのかわからないと訴えたりする場合も多い (Stickney & Miltenberger, 1998; Eggers et al., 1999)。このことから、不登校児に必ずしも登校回避感情が高いとはいえないのではないかという見解もある (本城, 1996)。これらのことから、不登校児の登校回避感情と登校している生徒の登校回避感情との間にどのような関連があるのか検討することは重要であると考えられる。

ところで、筆者ら (Honjo et al, 2003) は、一般の中学生・高校生を対象に登校回避感情、抑うつ、性格傾向について調査を行った。そこでは、登校をしている中学、高校生を対象に、Children's Depression Inventory (CDI)、登校回避感情尺度、登校拒否関連性格尺度を実施した。それらの尺度の関係について検討した結果、登校回避感情尺度は学校嫌い、学校回避の2つの下位尺度からなっており、登校拒否関連性格尺度は強迫性、消極・非社交性、内弁慶の3つの下位尺度からなっていた。そして、登校回避感情尺度と登校拒否関連性格尺度との相関は有意であったが、すべて低かった。登校拒否臨床群においても登校回避感情と登校拒否関連性格等の関連を検討することは、実際に不登校である症例と不登校の潜在群の関連を検討する手がかりになると考えられる。

本論文では、不登校症例における登校回避感情、登校拒否関連性格の有り様について一般対照群と比較検討を加えることによって、登校拒否児の特徴を更に明確にすることを目的としている。

なお、本研究は名古屋大学医学部倫理委員会の承認を得ている。

## B. 研究方法

### 1. 対象

臨床群としては、A 大学附属病院・B クリニックを2002年から2006年の間に受診した中学生のうち、登校拒否と診断されたものを対象とした。

登校拒否は DSM-IV (APA, 1994) などの国際的な診断基準には診断名としては採用されていないが、わが国における児童精神科臨床では一般的に採用されている診断名であり、アメリカ等でも登校拒否に関する研究は現在も発表されている (Elliott, 1999; King et al, 2001)。登校拒否の診断基準としては、Berg et al (1969) によるものを採用した。登校拒否を主訴にしていたとしても、主診断が統合失調症、大うつ病等のものは除外されている。このような基準で採用された臨床群は28名 (男子14名、女子14名) であり、いずれも中学生であった。臨床群の平均年齢は13.32歳であった。

一方、一般生徒群としては、C 県内の中学生223名 (男子108名、女子112名) が用いられた。対照群の平均年齢は13.94歳であった

### 2. 手続き

臨床群に関しては、A 大学附属病院・B クリニックへの初診時に個別に実施された。実施に際しては調査への協力は自由意志によるものであること、調査に応じなくても特別の不利益はないこと、また調査結果は統計的に処理され、個人のプライバシーは保証されることを伝えた上で実施された。また、一般生徒群に関しては、ホームルーム等の時間を用いて一斉方式で実施された。実施に際しては、本調査は無記名の調査であり、調査に協力しなくても特に個人に不利益のないことを伝えた上で、実施された。

### 3. 質問紙の内容

質問紙は年齢・性別をたずねる項目と、以下の「登校回避感情尺度」、「登校拒否関連性格尺度」の2つの尺度により構成された。

#### ① 登校回避感情尺度

藤垣 (1996) により作成された登校回避感情尺度を使用した。本尺度は、学校嫌いと学校回避の2つの下位因子で構成されている。

#### ② 登校拒否関連性格尺度

Honjo et al (2003) により作成された登校拒否関連性格尺度を使用した。本尺度は、不登校に見られる性格傾向を測定するものであり、「強迫性」

(11項目)、「消極・非社交性」(6項目)、「内弁慶」(5項目)で構成されている。

## C. 研究結果

### 1. 臨床群と一般生徒群の登校回避感情の比較

臨床群と一般生徒群の登校回避感情の平均値の差を検討するために、登校回避感情尺度全体、学校嫌い因子、学校回避因子をそれぞれ従属変数として  $t$  検定を行った。その結果、登校回避感情尺度全体では有意な結果は得られなかったが ( $t = 1.12, n. s.$ )、学校嫌い因子では一般生徒群が臨床群に比べて平均値が有意に高く ( $t = 4.10, p < .001$ )、学校回避因子では臨床群が一般生徒群に比べて平均値が有意に高かった ( $t = 2.25, p < .05$ )。

### 2. 臨床群と、一般生徒のうち登校回避感情の高い群及び登校回避感情が比較的低い対照群とのパーソナリティの比較

まず、臨床群と一般生徒群のうち登校回避感情の高いものを比較するために、一般生徒群の中で登校回避感情が高いものの群分けを行った。一般生徒群の登校回避感情尺度の合計得点の平均値は、 $24.93 \pm 4.58$ であった。このうち平均値より  $1/2SD$  以上高い群を登校回避感情高群とした。また、平均値より登校回避感情が低い群を学校に比較的適応しているものと考えて対照群とした。登校回避感情高群は72人、対照群は94人であった。

次に、臨床群、登校回避感情高群、対照群の間の登校拒否性格関連尺度の平均値の差を検討するために、登校拒否性格関連尺度の下位因子である強迫性、消極・非社交性、内弁慶をそれぞれ従属変数として一要因分散分析を行った。その結果、強迫性、消極・非社交性、内弁慶のすべての変数において、主効果が有意であった(強迫性:  $F = 3.56, p < .05$ ; 消極・非社交性:  $F = 3.16, p < .05$ ; 内弁慶:  $F = 3.22, p < .05$ )。それぞれ Tukey 法による多重比較をした結果、強迫性では臨床群と登校回避感情高群の間に有意な差がみられた(臨床群 > 登校回避感情高群)。また、消極・非社交性、内弁慶では登校回避感情高群と対照群の

間に有意な差がみられた(ともに登校回避感情高群 > 対照群)。

## D. 考察

### 1. 登校回避感情について

まず、臨床群と一般生徒群の登校回避感情の差について考察する。

登校回避感情全体では臨床群と一般生徒群の間に有意な差は見られなかったが、これは学校嫌い下位因子では一般生徒群の方が平均値が高く、学校回避下位因子では臨床群の方が平均値が高かったため、全体としては差が見られなかったと考えられる。また、一般生徒群において、最大値が33点であるにもかかわらず平均値が24.93点という比較的高い値を示したことを考慮すると、学校に通っている中学生であってもある程度学校を回避したいという感情をもっていることが予想された。

ところで、学校嫌い因子には「学校では嫌なことばかりある」「学校にいと憂うつになる」などの項目が含まれており、積極的に学校を嫌っていることを測定する因子だと考えられる。一般生徒群が臨床群よりも学校嫌い因子の得点が高く、不登校児に比べてそうでないものは積極的に学校が嫌いである気持ちを持っていると考えられる。また、学校回避因子には「朝、何となく学校に行きたくないときがある」「日曜の朝、明日から学校かと思うと気が重くなる」などの項目が含まれ、自分でも原因がよくわからないままに学校を避けている因子であると考えられる。そして、学校回避因子の得点が一般生徒群よりも臨床群が高いことから、不登校児は確かに学校を回避しているのだが、あまりはっきりとした形で「学校が嫌い」という気持ちを持っているわけではないと推察される。これらのことは、本城(1996)が臨床的な経験から、「登校拒否児が学校に行きたくない気持ちがあるのはたしかだが、必ずしもそうした気持ちが意識されているわけではなく、なぜ学校に行けないかよくわからない」というのが実際のところではないかと述べている部分と一

致する。つまり、不登校児の抱えている登校回避感情は、一般生徒の登校回避感情とは必ずしも同質のものではなく、一般生徒の登校回避感情が高まり、その結果、不登校に至るとそう単純に考えない方がよいかも知れない。

## 2. 登校拒否関連性格について

次に、登校回避感情高群よりも臨床群のほうが強迫性の得点が高かったという結果から、学校にはいつているが登校回避感情の高いものよりも実際に不登校状態にあるもののほうが、強迫性が高いことが明らかにされた。このことから、臨床群、つまり不登校児の症例のパーソナリティ特徴として、強迫性が高いといったことが指摘される。

不登校児のパーソナリティ傾向として強迫性が認められることは、これまで多くの研究者によって指摘されている(高木, 1965 など)。このようなことから、不登校児のパーソナリティを考える上で、強迫性は重要な因子であると考えられる。しかし、以前のわれわれの一般生徒を対象とした研究では、強迫性は登校回避感情と負の相関がみられた(Honjo et al, 2003)。

今回の研究では、臨床群と一般生徒の登校回避感情高群で強迫性を比較したところ、臨床群で強迫性が有意に高かった。このことから、不登校児において、一般生徒の登校回避感情高群より、強迫性がより高いことが示唆され、これまで、臨床的には一般的に言われてきたことではあるが、実証的な研究で示されることのなかった不登校と強迫性との関連性が今回の研究で初めて明らかにされたと考えられる。

また、消極・非社交性、内弁慶について、対照群よりも登校回避感情高群のほうが高かったという結果から、登校回避感情が高い生徒は、消極・非社交性、内弁慶といったパーソナリティ特性をもっていることが示唆された。また、有意な結果は得られていないが、臨床群も登校回避感情高群とかわらない得点であることを考えると、消極・非社交性と内弁慶という2つのパーソナリティ特性は、不登校児と学校には登校しているが登校回避感情が高いものとの共通するものである

と考えられる。以上のことから、学校には登校しているが登校回避感情は高いものは、消極性・非社交性、内弁慶といったパーソナリティ特性がみられるが、強迫性に関してはそれほど顕著にみられないと考えることができる。そして、再度繰り返すことになるが強迫性が不登校児に特徴的なパーソナリティであることが予想された。消極性・非社交性、内弁慶といったパーソナリティ特性に加え、強迫性というパーソナリティ特性がみられる場合は、不登校に至る危険因子が高く、支援を必要としていると考えることができよう。

## E. 結論

本研究で得られた中学生の不登校児の登校回避感情やパーソナリティの特徴に関する知見は、ひきこもり臨床を考えるうえで意味のあるものであると考えられる。

今回の知見から類推すると、ひきこもりの青年たちは、不登校児と同じように何となく外に出ることや人と関わることを回避してしまい、消極・非社交性、内弁慶といったパーソナリティ特性に加えて、強迫性障害とはいえないまでもきちっとしなければいけない、いろいろと気になるなどの強迫性を持ち合わせている可能性があると考えられる。もちろんひきこもりの青年には様々な臨床像があると考えられるが、統合失調症や気分変調性障害、発達障害などの診断がつかない群に関してはこのような傾向を持ち合わせている可能性があるだろう。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

本城秀次(2005): 不登校. 上島国利・保坂 隆(編) 精神科臨床ニューアプローチ7 児童期精神障害 メディカルビュー社.

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

## 身体性および居場所の概念から見た引きこもりの病理および支援に関する研究 －ひきこもり青年を支える家族の調査－

分担研究者 青木省三<sup>1)</sup>

研究協力者 野村陽平<sup>1)</sup>、原田修一郎<sup>1)</sup>

1)川崎医科大学精神科学教室

### 研究要旨

平成 18 年度は、ひきこもり青年の生活の質やひきこもり青年を支える家族の状況や家族の視点から見て必要と考えている援助を調査することと、韓国でのひきこもりへの対策を知ることを目的とした。あるひきこもり青年を支える家族会会員にアンケート調査を行い、回答を得た 54 家族（回収率 60%）を対象とした。不登校経験 64.2%を認め、そのなかでひきこもりと連続しているものは 70.6%であり、不登校時期における関与の重要性が確認された。家族に必要な援助としては、家族の悩みや苦しみに配慮できる専門家の相談や助言が受けられる場と、同様の悩みを抱える家族が話し合える場がこれまで以上に必要と考えられた。青年の将来のことを考えた経済面での支援を望む声も多く、検討すべき課題である。家族に対する GHQ30 で 8 点以上が 62.7%と過半数を占め、GHQ 平均総得点が 10.5 点であり、精神健康面での問題を抱えている可能性があり、家族に対するサポートが不可欠であると考えられた。また、ひきこもり青年に対しては、専門家や相談機関というより、むしろ具体的な就労支援（働く場の提供、情報提供だけでなく、対人技能や職業訓練など）や同世代の青年と出会える場などが期待されていると考えられた。

韓国でのひきこもりの実態は、わが国同様つかめておらず、わが国ほど社会的認知度は高くない印象であった。韓国自体も現在実態調査を行っている最中であり、これから進展していくものと思われた。

### A. 研究目的

「ひきこもり」という言葉はわが国では日常用語のように使われているが、「ひきこもり」当事者が社会との接触が少ないために、実際の人数、さらには彼らの悩みや苦しき、そして日常生活を把握することは極めて困難である。現在、ひきこもり青年の

量的な実態を全国値として示している調査は、三宅らによる 32 万世帯りという推定値のみである。

本研究では、1) わが国における「ひきこもり」を諸外国と比較し、外からわが国の「ひきこもり」を見つめ直し、何がおきているのか検討すること、2) わが国の「ひ

きこもり」当事者の生活の質はどうなっているのか、またどのような援助が求められているのか、3)「ひきこもり」の親はどのように感じ、どのような援助が必要と考えているのかを調査することを目的としており、平成18年度は、家族への調査と韓国の現状調査の二つを行った。

研究1. ひきこもり青年を支える家族の生の声やひきこもり青年の生活の質を明らかにするためにアンケート調査を実施し、家族の抱える問題を把握するとともに、家族や当事者に必要なものについて検討する。

研究2. 隣国である韓国での「ひきこもり」に対する認識や対応を把握し、報告する。

## B. 研究方法 (研究1)

### 1. 調査対象

対象は、ひきこもる青少年の支援に関する事業をおこなっている特定非営利活動法人の家族会員(90家族)にアンケート用紙を送付し、そのうち回答を得た54家族(75名)で回収率60%であった。

### 2. 調査方法

平成18年5月から6月にかけて、特定非営利活動法人の家族会代表者に研究の主旨を伝え、研究への協力の同意を得た上で、代表者を通じて、家族会員にアンケート用紙を郵送あるいは手渡しにより調査協力を依頼した。

### 3. アンケート用紙の内容

アンケート用紙の質問項目は、ひきこもり青年の年齢や性別、ひきこもりになったときの年齢、ひきこもりの期間、程度、不登校経験、就労経験、家族から見た本人の印象、ひきこもりになった原因、家族や本

人に対して必要と思われる援助、家族の精神健康度(GHQ30を使用)などである。

精神健康度を測定する尺度として、日本版一般健康調査票(General Health Questionnaire; GHQ)30項目版(以下、GHQ30と称す)を用いた。GHQ30は、一般疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、社会的活動障害、不安と気分変調、希死念慮とうつ傾向の下位因子から構成されている30項目の質問について、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、0~30点に分布する。カットオフ値は、7点以下が健常域、8点以上が何らかの問題がある臨床域とされている<sup>2)</sup>。

### (倫理面への配慮)

本研究におけるアンケート用紙の質問項目は、家族に対して当事者の状況や家族の健康度を問う形としており、心的侵襲度の低い内容である。アンケート用紙の冒頭に調査の主旨を記入し、家族の自由意志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の返送とし、どの家族が記入したかわからない形とした。

## C. 研究結果 (研究1)

得られた54家族の回答について、内容を検討した。アンケート用紙は自由記載のため、記載されていない項目が散見され、総数にばらつきがあり、そのなかで検討していることに注意されたい。またこれらの回答をひきこもり青年自身が記載しているわけではなく、家族からの視点であることも再度付記しておく。

### 1. ひきこもり青年の基本属性および同居人数

ひきこもり青年の平均年齢は、27.4歳(20～44歳) / 52例で、10代は認めず、20代が76.9%、30代が17.3%を占めた(図1)。男女比は40(76.9%) : 12(23.1%) / 52例であった。

同胞の有無は、「あり」が35名(74.5%)、「なし」(ひとりっ子)が12名(25.5%) / 47例であった。同胞の構成がわかった44例中、長子が84.1%、次子が15.9%、そのうち男性33例では長男27名(81.8%)、次男6名(18.2%)で、女性11例では、長女11名(90.9%)、次女1名(9.1%)だった。

本人を除く同居人数は、最も多いのが2名(41.5%)であり、ほか3名(28.3%)、4名(13.2%)、同居なし(9.4%)、5名(3%)、1名(1.9%) / 53例だった。

### 2. ひきこもりが始まった時の年齢およびひきこもり期間

ひきこもりが始まった時の平均年齢は18.5歳(8～34歳) / 50例で、20歳未満が72%を占めた(図2)。ひきこもり期間は、平均6.6年 / 49例であった。6ヶ月以上5年未満は36.7%、5～9年が32.7%、10年以上が30.6%、最大継続期間は18年であった(図3)。

### 3. 最終学歴および不登校経験の有無

最終学歴は中学校卒業3名、高等学校卒業24名、高等学校中退5名、専門学校中退1名、専門学校在学中1名、短期大学・大学卒業5名、短期大学・大学中退10名、短期大学・大学在学中3名、不明2名であった。

不登校経験(高等学校、短期大学・大学を含む)は、「あり」が34名(64.2%)、「な

し」が19名(35.8%) / 53例。「あり」の内訳(重複あり)は小学校4名、中学校15名、高等学校13名、短期大学・大学7名、不明2名であった。

また不登校経験がある34名のなかで、不登校と以後ひきこもりが連続しているものは、24名(70.6%)、不連続が9名(26.5%)、不明が1名であった(表2)。不登校とひきこもりが連続している24名のなかで不登校が始まった時期の内訳は、小学校2名(8.3%)、中学校6名(25.0%)、高等学校9名(37.5%)、短期大学・大学7名(29.2%)であった。

### 4. ひきこもりの程度および就労歴

ひきこもりの程度は、53例中、①「社会活動以外は外出自由」36名(67.9%)、②「条件付で外出可能」8名(15.1%)、③「外出できず、家庭内でも不安定で落ち着きない」3名(5.7%)、④「外出できないが、家庭内では普通である」3名(5.7%)、⑤「自室で閉じこもっている」1名(1.9%)、他に重複するものもあり、②・③が1名、①・③・⑤が1名であった。

就労歴は、「あり」が37名(69.8%)、「なし」が16名(30.2%) / 53例であった(表2)。

就労形態は、アルバイト28名(51.2%)、パート8名(14.8%)、正社員5名(9.3%)、未回答3名であった。

就労経験した職種を挙げると、飲食店7名、郵便配達6名、3名記載のあるものが、接客業(レジ打ち、販売など)、新聞配達、工場勤務、介護助手で、2名記載のある職種が、ガソリンスタンド、清掃業、コンビニエンスストア店員、ガードマン、左官、ペット店店員だった。ほかには、ゲームセ

ンター店員、宅急便の梱包・仕分け作業、引越、派遣社員、バイク販売店、花屋、印刷会社、事務、英語塾講師、内職など様々であった（複数回答）。

#### 5. ひきこもり青年の楽しみ・趣味

最も多かったのは、テレビ 29 名(53.7%)であった。羅列していくと、音楽鑑賞 19 名(35.2%)、インターネット（日記、商品購入など）18 名(33.3%)、ビデオ鑑賞 16 名(29.6%)、読書 12 名(22.2%)、テレビゲーム 10 名(18.5%)、漫画 10 名(18.5%)、オンラインゲーム 4 名(7.4%)、釣り 3 名(5.6%)、ドライブ 3 名(5.6%)、友人と電話で話す 3 名(5.6%)、ほかには、ラジオ鑑賞、マージャン、パチンコ、作詞、絵描き、小物作り、洋服、化粧、お菓子作り、料理、野菜作り、習字、ブリザードフラワー、散歩、ゴルフ、スキー、であった（複数回答）。

#### 6. ひきこもり青年の心配な行動

ひきこもり青年の心配な行動としては、昼夜逆転 23 名（42.6%）、被害的言動 13 名（24.1%）、強迫的行為 9 名（16.7%）、家族への暴力 7 名（13.0%）、器物破損・摂食行動・自傷行為各 5 名（9.3%）、インターネット依存 4 名（7.4%）、他はうつ状態、携帯電話依存、飲酒行為が各 1 名ずつ（各 1.9%）、心配行動なし 9 名（16.7%）であった（複数回答）。

#### 7. 相談機関利用状況

家族の相談機関利用経験は、52 例中 51 例（98%）であり、「大変役に立った」23 例（45.1%）「いくらか役に立った」20 例（39.2%）、「あまり役に立たなかった」6 例（11.8%）、「どちらともいえない」2 例（3.9%）であり、役に立っていると回答したのは 84.3%であった。

#### 8. ひきこもり青年の良い点

各々の家族で表現は多種多様であったが、優しい 8 名、気配り・思いやりの心 8 名、前向きな思考や姿勢 7 名、まっすぐ・素直 4 名、真面目 3 名、家庭内では普通の生活を送れる 3 名、家事を手伝う 2 名、正義感が強い 2 名、暴力は振るわない 2 名、明るくなった 2 名、毎日会話できる・思っていることを言える 2 名。

ほかを列記すると、安定した生活を送っている、人とつながりたい想いをいっぱい持っている、自分で生活ができています、外出ができるようになった、自分の部屋の片付けや掃除を時々する、冷静に考え行動する、人に奉仕する喜びを持つ、親に迷惑かけているという心情が伺える、話し相手になってくれる、興味のあることは集中できる、他人の悪口を言わない、決められたことはする、繊細なセンス、であった（複数回答）。

#### 9. ひきこもり青年の困る点

社会参加できない（しない）・外出できない（しない）7 名、話をしない 4 名、興味を示さない 3 名、怒りや不満を家族に向けている 3 名、頑固 2 名、神経質・強迫的 2 名、昼夜逆転 2 名、自立できない・依存心が強い 2 名、過去にこだわる 2 名。

ほかには、相手のことを考えて行動に移せない、金銭感覚がない、拒否される不安感を強く持っている、容姿にコンプレックスを持ちながら食欲に勝てず食べている、すぐあきらめる、他者に聞かれたら困惑する、目的がある日以外は朝起きない、気に入らないと親を邪魔者扱い、具体的に動き出す踏ん切りがつかない、現実を受け入れていない、大人になれない、生活費に困る、



風呂屋に行かない、愛犬依存、うつ状態、糖尿病で低血糖をおこす、相手のことを考えて行動に移せない、自分が嫌いで自信が持てない、暴言、感情をコントロールできない、であった（複数回答）。

#### 10. ひきこもり青年の心配な点

将来（親の高齢化、いなくなった時、就労面）11名、健康面（肥満や摂食障害など）7名、人付き合いが難しい3名、社会との接点がない3名、自分に自信がない2名、投げやり2名、過去へのこだわり2名、希死念慮・自傷行為2名、長続きしない2名。

ほかには、意欲低下、被害念慮、周りに反応しすぎる、殺人など物騒なことを言う、前向きだが、その思いが進んでいない、アルバイトでやや満足している、社会のハードルを盛り越える気分が弱い、自分のペースを持ち続けられるか心配、父と心が通じ合っていない、全て心配、であった（複数回答）。

#### 11. ひきこもりの原因と考えるもの

対人関係が下手で不安を持つため12名、躰の仕方（厳しさ、過保護）10名、養育環境の問題9名、学校時代のいじめ6名、自分に自信がない3名、傷つきやすい・過敏さ2名、精神的な幼さ2名、気が小さい2名、将来の目標が定まっていない2名、ほかには、生活に困らないこと、プライドが高い、親の過度の期待、やる気をなくしたこと、兄弟に対する引け目、社会の急激な変化、脳の異常、があげられた（複数回答）。

#### 12. 家族に必要と思う援助

理解してくれる専門家や相談機関（医療機関の理解を高めること、それに対する公的助成も含む）が最も多く13名であった。次に経済的支援（奨学金制度用の制度、健

康保険や年金や税金の優遇措置など）12名、悩みを抱える家族が話し合える場6名、働き方のアドバイス3名、居場所作りに対する行政支援2名、ほかには、一時避難できる場所、相談に行きやすい環境作り、であった（複数回答）。

#### 13. ひきこもり青年に必要と思う援助

家族に必要な援助と重なることも多いが、より具体的に、理解してくれた上で就労サポート制度7名、働かせてくれる場所や情報提供6名、居場所や仲間作りの場所6名、技術や人間関係などを体験できる施設4名など、当事者に対しての手厚いサポート制度を望むことが多かった。また親が年老いた時の社会的支援が5名あり、ひきこもり青年に対する親の将来への強い不安がうかがわれた。

ほかには、18歳以上だとひきこもりを相談しても理解してくれない、身体障害者と同一扱いにして欲しい、少しずつ（週1-2回）参加できる場所・簡単な手仕事のできる場所および柔軟な受け入れ体制、労働への意識付け、本人と家族と話ができる方法を教えて欲しい、であった（複数回答）。

#### 14. 家族の精神健康度（GHQ30）

ひきこもり青年と同居する家族の精神健康度をみる質問紙（日本版 GHQ30）の回答75名のうち、何らかの問題ありと考えられる8点以上は47名（62.7%）で、7点以下の健常群は28名（37.3%）であった。

総得点の平均点は、10.5点で、8点以上の家族の平均得点は、15.5点、7点以下の家族の平均得点は、2.43点であった。

ひきこもり期間と GHQ 総得点との Pearson の相関係数に有意な差は認められなかった。ほかに、性別や不登校経験の有

無、就労経験の有無と GHQ 得点との検定でも有意な結果は得られなかった。

#### D. 考察

ひきこもり青年を支える家族が相談しあう家族会会員を対象にアンケート調査を実施し、ひきこもり青年の状況および必要とされている援助について検討した。

##### 1. ひきこもり青年の状況

回答を得たなかでは、他の報告<sup>34)</sup>でもあのようにひきこもり青年の多くは男性であった。そして同胞を持つのが 74.5%と、意外にひとりっ子が少なかった。同胞構成では、長子が 84.1%で、男女ともに多かった。これはひきこもりと関連する因子の一つとして検討する必要がある。

また同居人数は、2名(41.5%)、3名(28.3%)が多く、同胞がいてもすでに実家から出ているなどして、家族構造としては小さく、核家族が多いことが伺える。しかしひきこもりとの因果関係については言及することはできない。

ひきこもりが始まった時の年齢は 15 歳から 19 歳の年代が多く 64.2%が不登校経験を持っていた。また、不登校経験を持つ群をみると、中学校、高等学校の時期が多く、不登校からひきこもりに連続したものが 70.6%であった。いずれも不登校とひきこもりとの関連を示唆するものとする。一部のひきこもりは不登校の長期化と捉えることができるのではないかと思う。それを促進したのは、経済不況と後述するような科学技術の発展などの、社会文化的要因ではないか考える。

ひきこもりの程度としては、「社会活動以外は外出自由」が 67.9%と多く、街に出ら

れるが社会参加はできないという、ひきこもり形態が多いことが印象的であった。彼らが街中のジョブカフェなどをあまり利用しないのは、まだ数が少ないし、一歩足を踏み入れるということにも大きな心理的抵抗があるのかもしれない。筆者らは、多くの青年が利用するレンタル・ビデオなどの一角にそのようなコーナーを設置するなど、青年の興味や関心の持つ場にそのようなものを設けたらどうかと考えている。

ひきこもり青年の楽しみや趣味では、テレビ 53.7%、インターネット 33.3%を認めている。総務省の平成 17 年通信利用動向調査では、過去 1 年間にインターネットを利用したことのある人は推計 8529 万人に達し、引き続き増加傾向であり、携帯電話利用率 71.9%、パソコン利用率 56.7%と過半数を超えており、パソコンや携帯電話は国民的に一般的な情報通信媒体になっている。インターネットの世帯普及率は 87%と大半の世帯に普及している。20 代~40 代でいうと、携帯電話利用率は 9 割を超え、パソコン利用率は 7 割を超えている。

このような現状から考えると、ひきこもり青年のうちでインターネットを楽しみとするものが 33.3%というのは、予想外に低いという印象がある。一群のひきこもり青年が一日の多くの時間をインターネットに費やしているのも事実であるが、他方で一群のひきこもり青年がインターネットを活用できていない可能性について、またインターネットの利用方法を教えることなど、改めて検討する必要がある。

##### 2. ひきこもり青年を支える家族の状況

家族に必要な援助として、理解してくれる専門家や相談機関と挙げていることが多

かった。その理由として、保健所にはひきこもりへの対応ガイドライン<sup>5)</sup>が配られているが、現場で家族と接触する場合にまだ周知されておらず、保健師により対応がまちまちであること、相談窓口がわかりにくいこと、医療機関自体もひきこもりに対する認識が広まっていない、などが考えられる。

家族がひきこもりの原因として挙げた点を見ると、本人の問題以外に、過去の養育環境の悪さ、躰の仕方などを記し、自責的に考えやすい傾向が伺われる。また GHQ30 で 8 点以上が 62.7% と過半数を占め、GHQ30 平均総得点が 10.5 点であり、図 4 から GHQ の高得点だけが平均点を引き上げているのではなく、全体的に高いことが伺われ、健康面での問題を抱えている可能性があり、家族に対するサポートが不可欠であると考えられる。

特に家族が過剰に自責的にならないようにサポートすることは大切である。家族が自責的になることは、結果としてひきこもり青年の自責感を強め、ひきこもりを長びかせる可能性がある。

具体的には、家族の悩みや苦しみに配慮できる専門家の相談や助言が受けられる場、同様の悩みを抱える家族が話し合える場がこれまで以上に必要と考えられる。また経済的面で家族への支援も検討すべき課題である。

また、ひきこもり青年に対しては、専門家や相談機関というより、むしろ具体的な就労支援（働く場の提供、情報提供だけでなく、対人技能や職業訓練など）や同世代の青年と出会える場などが期待されていた。ひきこもり青年の思考は抽象的に、また

堂々巡りになりやすく、思考がよい意味での現実的な変化をもたらさないことが多い。そのような思考の空回りとでもいうものをそばでみている家族が、より具体的で現実的な行為、すなわち就労支援という形を期待するのは当然ではないかと考える。

## 研究 2. (報告)

海外比較では、韓国での「ひきこもり」に対する認識や対応を把握する目的のため、現地に行き、臨床に携わっている専門家(精神科医) 5 名に会い話し合いを行った。

①韓国には、日本の「ひきこもり」と似たものとして、「隠遁型ウェットリ (ひとりぼっちの意)」という言葉が存在し、日本の「ひきこもり」に相当する青年は存在することは確かである。

②疫学調査はこれまでのところなされておらず、実態はわかっていない。

③Dr. Young Sik Lee を中心として、国家青少年委員会が大韓青少年学会主管で隠遁型ウェットリ事業を最近立ち上げ、実態調査を進行中である。50 例を対象として、カウンセラーが直接訪問して調査、評価を行おうとしている。

④専門家の印象としては、日本ほど「ひきこもり」は多くなく、現時点では社会的にあまり認知されていない。

⑤政府の「隠遁型ウェットリ」に対する政策は、まだない。

⑥臨床的には、東南精神科の Dr. In Joong Yeo が、特色のある「Rhythm Camp」と称する多様なプログラムを組み、リズム運動をおこなう集団療法的なキャンプを行っている例がある。元々は、有田秀穂氏（東邦

大) がリズム運動でセロトニン神経が活性化すると唱えた研究からヒントを得て、日本のひきこもり青年を韓国でキャンプし治療することから始まったようである。

以上のような状況であり、韓国のひきこもりに対する調査研究はこれから進展していくものと考えられた。

## E. 結論

ひきこもり青年を支える家族が必要としている援助には、まずひきこもりを理解し、家族の悩みや苦しみに配慮できる専門家の相談や助言が受けられる場である。2004年に保健所に対してガイドラインを配布したが、うまく活用できていない可能性があり、援助方法への更なる検討と相談機関に対するひきこもりに対する理解の更なる啓発が必要である。また同様の悩みを抱える家族が話し合える場がこれまで以上に必要と考えられる。経済的面で家族への支援も検討すべき課題である。また、ひきこもり青年に対しては、むしろ具体的な就労支援（働く場の提供、情報提供だけでなく、対人技能や職業訓練など）や同世代の青年と出会う場などが期待されていると考える。そして支援の方法としては、現代では一般的な情報伝達方法となっているインターネットに限らずマルチメディアの効果的な活用の検討が必要と考える。

## 引用文献

1)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。「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（平成16年度総括・分担研究報告書：主任研究者 竹島正）；89-93, 2005

2)北村俊則：精神症状の測定の理論と実際。海鳴社、東京、1995

3)小林清香、吉田光爾、野口博文、土屋徹、伊藤順一郎：「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

4)伊藤順一郎、吉田光爾、小林清香、ほか：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告。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」総合研究報告書（主任研究者 伊藤順一郎），2003

5)伊藤順一郎（監修），ひきこもりに対する地域精神保健活動研究会（編）：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，2004

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

・青木省三：不登校の治療と援助を再考する。精神科治療学 21(3)：287-291, 2006

・青木省三：教育講演「青年期内閉への臨床的アプローチ」。児童青年精神医学とその近接領域 47(4)：337-341, 2006

・青木省三：シンポジウム 児童思春期の攻撃性・衝動性の理解と援助ーライフサイクルの視点から考える「思春期における攻撃性の光と陰」。精神医学 49(1)：99-105, 2007

・野村陽平,青木省三：青年精神医学における現在の問題。医学のあゆみ 217 (10)：929-934, 2006

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 ひきこもり青年の特徴

人数(男性/女性)	52 (40/12)
年齢(歳)※	27.4 (20-44)
ひきこもり開始年齢(歳)	18.5 (8-34)
※	6.6 (0.5-18)
ひきこもり期間(年)※	

※中央値(範囲)

図1 ひきこもり当事者年齢(n=52)

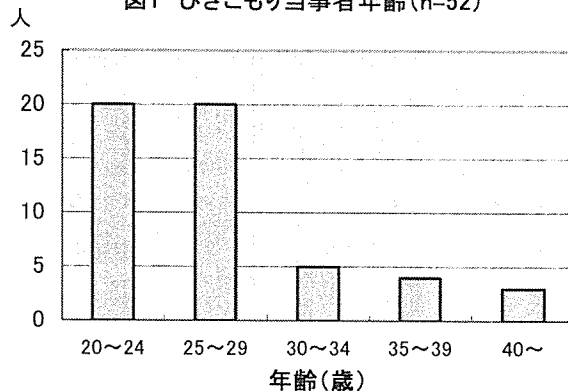


図2 ひきこもりが始まった年齢(n=50)

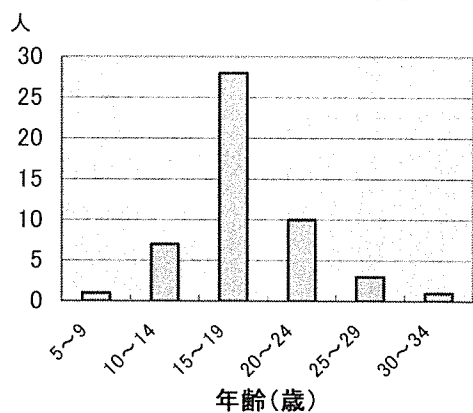


図3 ひきこもり期間(n=49)

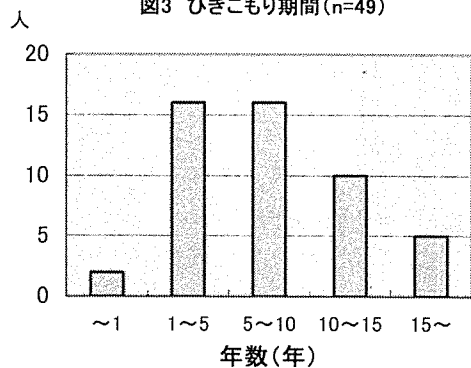
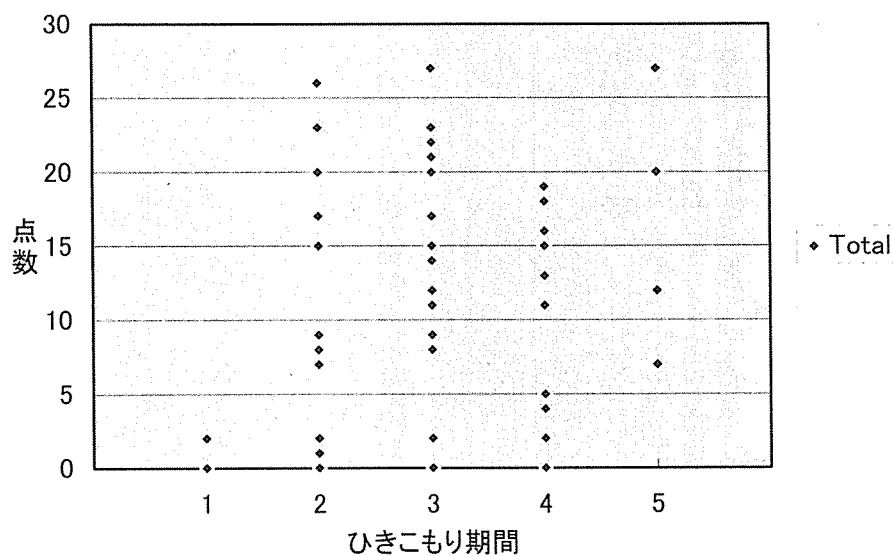


表2 不登校経験と就労経験

		あり		なし
不登校経験	ひきこもりとの連続性	あり	24 (70.6%)	34 (64.2%)
		なし	9 (26.5%)	
就労経験			37 (69.8%)	16 (30.2%)

図4 ひきこもり期間とTotal



注) ひきこもり期間の軸を番号化している

1 : <1年 2 : 1~4年 3 : 5~9年 4 : 10~14年 5 : 15年以上

## 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

分担研究者 近藤直司<sup>1) 2)</sup>

研究協力者 岩崎弘子<sup>3)</sup> 小林真理子<sup>4)</sup> 宮沢久江<sup>1)</sup> 宮田量治<sup>3)</sup> 藤井康男<sup>3)</sup>

- 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) 山梨県立北病院  
4) 山梨県発達障害者支援センター

### 研究要旨

青年期ひきこもりケースの精神病理学的検討にあたり、初年度にあたる平成 17 年度は、DSM-IV に準拠し、診断について検討・考察した。18 年度は、本人が来談して相談・支援を活用した「来談群」と、家族からの相談のみで本人に会うことができなかった「非来談群」に分けて検討した。相談記録等に基づく精神医学的診断の結果、「来談群」29 例の診断は、精神遅滞や広汎性発達障害など、『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 14 例、『統合失調症及びその他の精神障害』が 4 例、『不安障害』が 9 例、『パーソナリティ障害（傾向）』が 4 例、その他 8 例、診断保留 5 例であった（重複診断あり）。「非来談群」は「来談群」に比べて職歴のないものがあるに多く、より深刻なケースが多いことが推測された他、本人が来談しないことと家族構成・家族状況とが関連している可能性が示唆された。また、「来談群」と「非来談群」との中間群として、1 年以上の家族相談の後によりややく本人が来談した「長期家族支援後の来談群」4 例を検討したところ、すべてに社会恐怖を認め、2 例には広汎性発達障害が併存、他の 1 例も広汎性発達障害が疑われた。これらの知見を踏まえ、青年期ひきこもりケースの全体像について、今後さらに検討を深める必要がある。

### A. 研究目的

わが国の精神保健福祉活動は、近年、深刻な社会的ひきこもりが長期化する青年期ケースの増加に直面しており、その治療・援助は全国的な課題となりつつある。しかし、その精神医学的背景や心理特性は十分に解明されておらず、有効な治療・援助が展開されているとは言い難い現状にある。

そこで本研究は、青年期ひきこもりケースの精神医学的背景や診断をめぐる特有の課題、有効な治療・支援の指針を検討することを目的とする。平成 17 年度は、ひきこもりケースの精神医学的診断について検討すると同時に、診断をめぐる困難と課題を中心に検討した。

18 年度は、本人が精神保健福祉センターに来談し、相談支援を活用した「来談群」の精神医学的診断と同時に、家族相談のみで本人が来談しない「非来談群」と、本人は受診・相談を拒んでいたが、長期にわたる家族相談の後、ようやく来談した「長期家族支援後の来談群」についても検討の対象とし、青年期のひきこもり問題の全体像を精神医学的に展望することを試みてみたい。

### B. 研究方法

#### 1 対象

本研究では、『社会的ひきこもり』を「対人関係を回避し、孤立している状態」を指すも

のとし、ごく限られた範囲の社会参加にとどまるもの、あるいは家族やインターネット上の交流だけが保たれているものもこれに含めることとした。山梨県立精神保健福祉センターにおいて、X年4月からX+4年3月の4年間に受け付けた全ての新規相談ケース814件のうち、6か月以上に及ぶ社会的ひきこもりがみられた青年期（16歳～35歳）ケース88件を検討の対象とした。このうち、相談・支援経過において、本人が1回以上来談したケースを「来談群」、家族相談のみで本人は来談しなかったケースを「非来談群」、1年以上の家族相談の後に、ようやく本人が来談したケースを「長期家族支援後の来談群」とした。

88例の経過・転帰をX+5年11月まで追跡した結果、来談群は29例、非来談群は59例であった。また来談群のうち、1年以上の家族相談を経て本人が来談した3ケースと、上記88例には含まれていないが、今回の調査期間内に7年以上の家族相談を経て、ようやく本人が来談した1例を加え、計4例を長期家族支援後の来談群とした。

## 2 方法

来談群については、相談記録の検討と相談担当者（心理福祉職、保健師、作業療法士）からの聴き取りをもとに、精神科医（臨床経験18年）、精神科医（7年）、心理福祉職（21年）、心理福祉職（18年）の4者の協議によってDSM-IVに基づいて多軸的に診断した。診断に加わった4名以外が相談を担当したケースについては、相談担当者から1ケースにつき1時間程度の聴き取りを行った。

非来談群については、初回相談時の年齢、性別、ひきこもり始めたときの年齢、不登校経験、職歴、相談の転帰などについて、来談群との間で統計的に比較・検討した。

長期家族支援後の来談群については、来談群と同様の手続きによる精神医学的診断と、来談までに長期間を要した要因について検討した。

## C. 研究結果

### 1 対象ケースの概要

調査対象となった88例の概要を表-1に示す。

### 2 来談群の精神医学的診断

「来談群」29件の診断と相談・支援の転帰を表-2に、29例の診断別件数（重複診断あり）を表-3に示す。

### 3 非来談群の特性と支援課題

非来談群については、性別、初回相談時の年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、最終学歴、職歴、不登校経験、家族構成、相談・支援の転帰について、来談群との間で統計的に比較・検討した。各項目でデータが不明である場合は除外して統計処理した。

初回相談時の年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもり期間、父親の年齢、母親の年齢の5項目についてはスチューデントのt検定を用いて両群を比較したが、どの項目も有意差を認めなかった。

性別、最終学歴、職歴、不登校経験、家族構成、世帯の職業、相談・支援の転帰の7項目については分割表を作成し、両群を比較・検討した。その結果、職歴、家族構成、転帰の3項目で統計的に有意差をみとめた（表-4）。

職歴に関しては、「職歴がない、アルバイト、正社員」の3項目について分割表を作成し、 $\chi^2$ 二乗検定を行った結果、有意差を認めた（ $p < .05$ ）。残差分析の結果、来談群では本人にこれまで職歴のないものが10ケース（34.5%）であるのに対し、非来談群では35ケース（60.3%）（ $p < .01$ ）、来談群ではアルバイト歴のあるものが11ケース（37.9%）であるのに対し、非来談群では8ケース（13.8%）であった（ $p < .01$ ）。非来談群では職歴のない場合が有意に多く、来談群ではアルバイト歴が有意に多いことが示された。

家族構成に関しては、「三世代家族、両親の



いる家族、父子家庭、母子家庭」の4項目で分割表を作成した。そのいずれでもない1ケースについては除外してデータ処理した。来談群では両親と同居しているケースが14ケース(50%)であるのに対し、非来談群では38ケース(66.7%)であった。三世同居のケースが非来談群では7ケース(12.3%)であるのに対し、来談群では7ケース(25.0%)であった。また非来談群には父子家庭はなく、来談群では3ケース(10.7%)存在していたが、これらの差は有意であった( $p < .05$ , Fisherの直接確率計算による)。残差分析では、来談群では父子家庭が有意に多いことが示された( $p < .05$ )。

転帰については、「精神科医療につながった場合、相談を継続した場合、社会参加した場合、相談を中断した場合」に関して分割表を作成した。相談機関と精神科医療機関の両方を利用しているケースは「精神科医療」として、相談機関や医療機関を利用しながら何らかの社会参加に至っているものは「社会参加」としてカウントした。来談群では、本人が精神科医療につながったものが12ケース(41.4%)、精神保健福祉センターやおもな紹介先である発達障害者支援センターなどで相談を継続しているものが9ケース(31.0%)であり、相談の中断は2ケース(6.9%)にすぎなかったが、非来談群では35ケース(59.3%)が相談を中断していた。これらの差は有意であり( $p < .0001$ , Fisherの直接確率計算による)、残差分析の結果、来談群では精神科医療につながるケースと相談継続するケースが有意に多く(それぞれ  $p < .10$ ,  $p < .01$ )、非来談群では相談中断ケースが有意に多い( $p < .01$ )ことが示された。

#### 4 長期家族支援後の来談群について

対象者は4名で、家族が初めて相談に訪れてから本人が自ら来談するまでの期間は、最短で1年3ヶ月、最長で7年6ヶ月、平均は3年10ヶ月であった。精神医学的診断としては4例すべてに深刻な社会恐怖を認め、併存

障害は、特定不能の広汎性発達障害が2名、特定不能のパーソナリティ障害が1名、広汎性発達障害の疑いが1名であった。広汎性発達障害とその疑いの3例には、著しい頑なさや物事を曲解する傾向、特定の事柄への執着などが共通しており、生活上の変化や新しい状況に抵抗感を抱きやすい傾向がみられた。

また、これら4ケースのうち3ケースについては、家族内のコミュニケーションの希薄さや、家族が一方向的に本人を叱咤するような関係など、本人が医療機関や相談機関を利用するように適切に促したり、話し合ったりすることができない家族状況がみられた。

#### D. 考察

##### (1) 診断保留としたケースについて

来談群29ケースのうち診断を保留したケースは5ケースであった。このうち3ケースは、初回の相談面接において幻覚・妄想が認められるなど、統合失調症が疑われ、生物学的治療が優先されると判断されたため、医療機関を紹介して終了となったものであった。他の2ケースは、いずれも家族の強い希望で本人が来談に至ったものの、本人との間で相談・面接を継続する合意に至らなかったものであった。いずれも回避的・他罰的な傾向が強く、パーソナリティ障害圏、あるいは広汎性発達障害が疑われたが、診断を確定するには情報が不十分であると判断した。

##### (2) ひきこもりケースにおける診断の困難性について

この点については、平成17年度に報告したので、簡単に触れておく。

まず、操作的診断基準においては、パーソナリティ障害が最もよく合致するが、能力面の著しいアンバランスや特徴的な発達歴から、広汎性発達障害も疑われるケースがあり、両者の鑑別が困難な場合があった。また、本研究においてアスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害(PDDNOS)と診断されたケースの

ほとんどは、これまで未診断であった。今回、詳細な生育歴の把握と面接内容の検討、知能検査の結果などから確定診断に至ったが、青年期に至った発達障害の診断を広く普及・定着させるためには、診断に必要な情報・手続きについて何らかの指針を示す必要があるもの思われた。

また、刺激を回避した状態にあるため、ひきこもりの原因となっている精神症状が目立たなかったが、家族や知人から就労を強制されるなど、強引とも思えるような周囲の働きかけの結果、初めて身体表現性障害や不安障害が確認されたケースがあった。診察や相談の場面で、本人が自らのひきこもりのメカニズムを言語化できない場合や、意図的に報告しようとしなない場合には、不安障害と身体表現性障害はさらに見逃される可能性が高くなるものと思われる。

### (3) 本人への治療・援助方針について

表-2、3に示したように、青年期ひきこもりケースにみられる精神医学的背景は多様である。発達障害やパーソナリティ障害（ないしは傾向 trait）に不安障害や適応障害が併存するようなケースも多く、必ずしも明瞭に区分できるわけではないが、精神医学的背景と治療・援助方針、精神科医に求められる役割について、大まかに三つに分類したい。

#### (1) 第一群

一般的な精神科医療の対象となる一群、つまり、統合失調症や気分障害、不安障害が主診断となるケースを第一群とした。薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活・就労支援、家族支援など、包括的な介入・支援を要することもある。近年、社会恐怖（社会不安障害）についても、薬物療法の有効性を示す多くの報告があるので、社会恐怖が主病名となるケースは、過去の受療歴から薬物療法が無効であると判断したものを除いて、原則として、第一群に分類した。

#### (2) 第二群

何らかの発達障害を認め、発達臨床や発達支援の観点が必要になるケースをすべてこのグループに分類した。軽度知的障害や広汎性発達障害などのために年齢相応の社会的要請に応えられないケースや、過去の出来事への固執や生活状況を変えることへの抵抗感のために、ひきこもり状態が遷延しているケース、あるいは、不安障害や適応障害などの併発例が多かった。

精神科医の役割としては的確な診断と併存障害の治療が重要であるが、実際の生活・就労支援については、医療機関よりも発達障害者支援センターや障害者職業センター、精神保健福祉センターなどの相談機関が中心的な役割を担っているケースが多いものと思われる。民間の支援団体の活用もあり得るが、的確な診断と発達特性を踏まえた支援の必要性を啓発することは専門職の重要な役割になるものと考えられる。

#### (3) 第三群

主診断か副診断のいずれかにパーソナリティ障害（傾向）や同一性の問題 identity problem などが付与され、個人精神療法や集団療法、心理社会的アプローチが中心になるとされるケースを第三群とした。また、主病名は社会恐怖であったが、過去に薬物療法が無効であったという治療歴があり、心理社会的支援が中心になると判断されたケースも、この第三群に含めた。

わが国の医療状況をみると、精神療法が中心になるケースは精神科医療機関の対象となりにくい現状があるため、このグループの治療・援助についてはカウンセリング機関や相談機関、民間支援団体など、非医療的な支援の役割も重視される。

#### (4) 非来談群の特性と支援課題

来談群と非来談群との間で、職歴の有無、家族構成、相談・支援の転帰に統計的な有意差がみられた。

まず、非来談群では職歴のないケースが有意に多かった。このことから、非来談群には就職・就労においてつまずきを生じているケースが多いこと、社会への志向性、回避傾向、社会適応能力などの点で、より深刻なケースが多く含まれていることが推測される。

家族構成では、来談群に父子家庭が多いことがわかった。また、有意差はなかったものの、非来談群では両親との同居が多く、来談群では三世代家族が多かったことから、父親や祖父母の存在は、本人が来談する促進要因の一つになっている可能性が伺われた。

非来談群の転帰としては有意に中断が多かった。山梨県立精神保健福祉センターでは、家族だけが来談するケースに対しては、まずは、面接や家族教室などで家族相談を継続することが多い。本人の生活状況を把握し、状況によっては、保健所などと協力して訪問を実施する場合があるが、その際にも、できるだけ本人の意向を確認するようにしている。

中断ケースの多くは、継続的な相談に対する家族の意欲や動機付けが乏しかったり、本人への訪問カウンセリングを早急に実施することを希望していた。また、数回は通所してくるものの、本人に目立った変化がみられないために相談を中断するケースもあった。

今後、家族が相談動機を維持できるような支援技術の向上と、短期間で何らかの成果を出せるような相談活動のあり方、自宅への訪問など、支援メニューの拡大について検討する必要があると思われた。

#### (5) 長期家族支援後の来談群について

本人が来談するまでに1年以上を要するケースには、深刻な社会恐怖による回避傾向や著しい頑なさ、変化や新しい状況に対する抵抗感が強い傾向がみられた。

また、本人が医療機関や相談機関を利用するように促したり、話し合ったりできるような家族関係が失われている傾向も伺われた。ただし、こうした家族状況が本人の受診・相

談へのつながりにくさの要因であるのか、本人が相談・受診や家族との関わりを拒否する結果、二次的に生じた変化なのかを特定することはできない。

#### E. 結論

本人が自ら来談して、困難を感じている社会的場面や精神症状などについて率直に述べる、必要な場合には知能・心理検査の実施に同意する、家族からも十分な発達歴が聴取できるなどの条件がそろえば、青年期において社会的ひきこもりをきたしているケースは、現行の操作的診断基準（DSM-IV）で診断・分類が可能であるものと考えられる。

また、家族相談のみで本人が来談しなかったケースと、1年以上に及ぶ家族相談の後に、ようやく本人が来談したケースの検討から、本人が相談を活用しようとしないケースは、相談の初期から本人が自ら来談するケースや、家族相談の開始から1年以内に本人が来談するケースに比べて、就職・就労につまずいているケースが多く、生活が変化することや新しい状況に直面することへの抵抗感の強さ、社会への志向性、回避傾向、社会適応能力などの点において、より深刻なケースが多いことが推測された。また、本人が来談するかどうかということに、家族構成・家族状況が関連している可能性も示唆された。

さらに、本人が来談しないケースでは、家族相談の中断が多く、今後、家族への相談・支援技術の向上や、自宅への訪問など、支援メニューの多様化が求められる。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・近藤直司：青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について。精神科治療学 21(11)；1223-1228, 2006
- ・近藤直司：青年期のひきこもりをめぐる臨床研究の課題。平木典子、稲垣佳世子、岩

田純 一他編、児童心理学の進歩 2006 年度版、  
pp162-183、金子書房、東京、2006

## 2. 学会発表

- ・近藤直司：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について、平成 18 年 11 月 3 日、福岡、第 70 回、日本心理学会ワークショップ、ひきこもり状態に関する心理学的研究（3）：精神医学と臨床心理学の立場から。
- ・近藤直司：青年期ひきこもりケースの理解、平成 18 年度青少年健全育成中央フォーラム、平成 18 年 10 月 31 日、京都府、主催：文部科学省、京都府、社団法人青少年育成国民会議

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特記事項なし