

一方、ひきこもり支援経験年数は6件(75%)が3年未満であり、最近になってひきこもり支援に関わり始めた人が多かった。

相談員や保健所のひきこもり支援への興味・関心や熱心さは、「非常にある・少しある」、「熱心である・少しは熱心である」と回答した人が7件(88%)であり、ひきこもり支援に対して、興味や関心を持ち、熱心に取り組んでいる人が多いことが推察された。

疾患・年齢・性別のひきこもり相談件数(表2)

本調査では、ひきこもりを起こす疾患グループとして、①発達障害、②人格障害、③神経症、④精神病、⑤中等度以上の精神遅滞(IQ50-55未満)を挙げ、これらに起因するひきこもり、及び、疾患とは言えない⑥病気でないひきこもりについて、それぞれの件数や対応、医療連携の状況などを尋ねた。

結果であるが、まず回答者が平成17年度に新規に担当した「ひきこもり」状態にあったケースの相談の総件数は62件で男性が多く(81%)、年齢は20~30歳代が多かった(77%)。この傾向は、いずれの疾患についてもほぼ同様であった。ただし、発達障害の場合は年齢層が比較的低く(30歳未満が89%)、これに対して、精神病の場合は年齢層が比較的高い(30歳以上が89%)傾

向が見られた。

疾患別の度数では、病気でないひきこもりが24件(39%)と最も多く、これに神経症(11件[18%])、発達障害(9件[15%])、精神病(9件[15%])、人格障害(8件[13%])が続いていた。精神遅滞は1件(2%)と少なかった。ひきこもり相談の全体のうち、精神医学的診断がつくと考えられたのは38件(61%)であった。

精神科医療の優先性(保健所でのひきこもり対応と医療のどちらが優先すると考えたか)(表3)

この表は、相談事例の中でA:精神科医療がそれ以外の支援よりも優先されると感じ、実際に医療機関を紹介した事例、B:精神科医療がそれ以外の支援よりも優先されると感じたが、医療機関を紹介しなかった事例、C:精神科医療が優先されると感じたというよりも、本人や家族・関係者の要請で、医療機関を紹介した事例、D:精神科医療よりもそれ以外の支援が優先されると感じたり、精神科医療の必要性を感じなかった事例がどの程度含まれていたかを尋ねたものである。全体としては、61件中、A-23件(38%)、B-3件(5%)、C-2件(3%)、D-33件(54%)であった。精神科医療が優先されると感じた事例はA+B(=43%)であり、精神医学的診断がつくと考えられた事例(61%)より少なかった。精神科

表2. ひきこもり相談件数-回答者が平成17年度に新規に担当した「ひきこもり」状態にあったケースの特性

ひきこもりの種類	性別	年齢				全年齢(再掲)
		19歳以下	20-29歳	30-39歳	40歳以上	
① 発達障害からくるひきこもり	男性	2 (25)	5 (63)	1 (13)	0 (0)	8 (16)
	女性	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (8)
	計(再掲)	2 (22)	6 (67)	1 (11)	0 (0)	9 (15)
② 人格障害からくるひきこもり	男性	0 (0)	3 (50)	2 (33)	1 (17)	6 (12)
	女性	1 (50)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	2 (17)
	計(再掲)	1 (13)	3 (38)	3 (38)	1 (13)	8 (13)
③ 神経症からくるひきこもり	男性	2 (22)	4 (44)	3 (33)	0 (0)	9 (18)
	女性	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (17)
	計(再掲)	2 (18)	6 (55)	3 (27)	0 (0)	11 (18)
④ 精神病からくるひきこもり	男性	0 (0)	1 (13)	5 (63)	2 (25)	8 (16)
	女性	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (8)
	計(再掲)	0 (0)	1 (11)	5 (56)	3 (33)	9 (15)
⑤ 中等度以上の精神遅滞(IQ50-55未満)からくるひきこもり	男性	0 -	0 -	0 -	0 -	0 (0)
	女性	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (8)
	計(再掲)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (2)
⑥ 病気でないひきこもり	男性	3 (16)	8 (42)	7 (37)	1 (5)	19 (38)
	女性	1 (20)	1 (20)	3 (60)	0 (0)	5 (42)
	計(再掲)	4 (17)	9 (38)	10 (42)	1 (4)	24 (39)
合計	男性	7 (14)	21 (42)	18 (36)	4 (8)	50 (81)
	女性	2 (17)	4 (33)	5 (42)	1 (8)	12 (19)
	計(再掲)	9 (15)	25 (40)	23 (37)	5 (8)	62 (100)

※表に示した数値は度数、()内の数値は%を表す。(N=8)

医療よりもそれ以外の支援が優先されると感じたり、精神科医療の必要性を感じなかった事例が半数以上（C+D=57%）を占めた。

疾患別に見ると、この全体的傾向が特に顕著だったのは、病気でないひきこもり（D-96%）と発達障害（D-63%）であった。これに対して、精神遅滞、精神病、人格障害、神経症では、精神科医療が優先されると感じた事例が多くなっていた。（A+Bの比率はそれぞれ100%、100%、75%、55%であった。）

精神科医療との連携についての基本的姿勢（表4）

次に、ひきこもり支援における保健所と地域の精神科医療機関の連携のあり方について、実際に相談を受けた事例に限らず、基本的な考え方や対応の姿勢を尋ねた。

①地域の精神科医療機関と連携したいと思うか。

病気でないひきこもりを除く全ての疾患で、連携したいと思う事例が多かった。連携したいと思う・強く思うと答えた比率は、神経症・精神病が100%、発達障害・人格障害が88%、精神遅滞が63%であった。これに対し、病気でないひきこもりの場合は、その比率は25%であった。

②地域に連携できる精神科医療機関（保健所嘱託医師を除く）の候補があるか、連携は可

能か。

疾患によってばらつきが見られた。即ち、精神病では、全例において候補となる医療機関があり、連携も可能であるという回答であったのに対し、その比率は、神経症では88%、人格障害では75%、精神遅滞・発達障害では50%であった。一方、病気でないひきこもりでは、どちらとも言えない・連携の必要はないという回答が多く、その比率は75%であった。

③連携時における精神科医療の優先性（ひきこもり対応と医療のどちらが優先するか）。

疾患によってばらつきが見られた。精神病、神経症、人格障害、発達障害では医療が優先・やや優先という回答が多く、それぞれ100%、88%、75%、57%であった。一方、精神遅滞、病気でないひきこもりでは、ひきこもり対応が優先・やや優先という回答が多く、それぞれ63%、100%であった。

④-1. 現在の保健所嘱託医師との連携の状況はどうか。

-2. 現在の精神科医療機関（医師）との連携の状況はどうか。

保健所嘱託医師については、全般的によく活用していることが分かった。活用している・やや活用しているという回答は、全体（該当する事例がないと答えた事例を除く）の79%を占めていた。

表3. 「ひきこもり」状態にあったケースにおける精神科医療の優先性

ひきこもりの種類	特徴A	特徴B	特徴C	特徴D	全特徴（再掲）
① 発達障害からくるひきこもり	2 (25)	1 (13)	0 (0)	5 (63)	8 (13)
② 人格障害からくるひきこもり	5 (63)	1 (13)	0 (0)	2 (25)	8 (13)
③ 神経症からくるひきこもり	6 (55)	0 (0)	2 (18)	3 (27)	11 (18)
④ 精神病からくるひきこもり	8 (89)	1 (11)	0 (0)	0 (0)	9 (15)
⑤ 中等度以上の精神遅滞（IQ50-55未満）からくるひきこもり	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
⑥ 病気でないひきこもり	1 (4)	0 (0)	0 (0)	23 (96)	24 (39)
合計	23 (38)	3 (5)	2 (3)	33 (54)	61 (100)

特徴A～Dについて—特徴A：精神科医療がそれ以外の支援よりも優先されると感じ、実際に医療機関を紹介したケース。特徴B：精神科医療がそれ以外の支援よりも優先されると感じたが、医療機関を紹介しなかったケース。特徴C：精神科医療が優先されると感じたというよりも、本人や家族・関係者の要請で、医療機関を紹介したケース。特徴D：精神科医療よりもそれ以外の支援が優先されると感じたり、精神科医療の必要性を感じなかったケース。

※表に示した数値は度数、（）内の数値は%を表す。（N=8）

表4. ひきこもり支援における保健所と地域精神科医療機関の連携のあり方に対する姿勢

連携の姿勢／ひきこもりの種類	回答選択肢				
	全く思わない	思わない	思う	強く思う	-
① 地域の精神科医療機関と連携したいと思うか					
① 発達障害からくるひきこもり	0 (0)	1 (13)	5 (63)	2 (25)	-
② 人格障害からくるひきこもり	0 (0)	1 (13)	5 (63)	2 (25)	-
③ 神経症からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	5 (63)	3 (38)	-
④ 精神病からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	2 (25)	6 (75)	-
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	0 (0)	3 (38)	5 (63)	0 (0)	-
⑥ 病気でないひきこもり	0 (0)	6 (75)	2 (25)	0 (0)	-
全体	0 (0)	11 (23)	24 (50)	13 (27)	-
② 地域に連携できる精神科医療機関の候補の有無および連携可能性 (保健所嘱託医師除く)	候補があり連携は可能	候補の医療機関なし	候補はあるが連携不可	どちらともいえない	連携の必要なし
① 発達障害からくるひきこもり	4 (50)	4 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
② 人格障害からくるひきこもり	6 (75)	1 (13)	1 (13)	0 (0)	0 (0)
③ 神経症からくるひきこもり	7 (88)	1 (13)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
④ 精神病からくるひきこもり	8 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	4 (50)	1 (13)	0 (0)	2 (25)	1 (13)
⑥ 病気でないひきこもり	1 (13)	1 (13)	0 (0)	4 (50)	2 (25)
全体	30 (63)	8 (17)	1 (2)	6 (13)	3 (6)
③ 地域医療機関との連携時における対応の優先性 (医療とどちらが優先するか)	ひきこもり対応が優先	ややひきこもり対応が優先	やや医療が優先	医療が優先	-
① 発達障害からくるひきこもり	0 (0)	3 (43)	3 (43)	1 (14)	-
② 人格障害からくるひきこもり	0 (0)	2 (25)	5 (63)	1 (13)	-
③ 神経症からくるひきこもり	0 (0)	1 (13)	2 (25)	5 (63)	-
④ 精神病からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (100)	-
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	2 (25)	3 (38)	3 (38)	0 (0)	-
⑥ 病気でないひきこもり	6 (75)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	-
全体	8 (17)	11 (23)	13 (28)	15 (32)	-
④1 現在の精神科医療機関 (医師) との連携のあり方: 保健所嘱託医師との連携	活用している	やや活用している	あまり活用していない	活用していない	該当するケースはない
① 発達障害からくるひきこもり	4 (50)	2 (25)	2 (25)	0 (0)	0 (0)
② 人格障害からくるひきこもり	5 (63)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	1 (13)
③ 神経症からくるひきこもり	5 (71)	2 (29)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
④ 精神病からくるひきこもり	7 (88)	1 (13)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	4 (50)	0 (0)	1 (13)	0 (0)	3 (38)
⑥ 病気でないひきこもり	3 (38)	2 (25)	1 (13)	1 (13)	1 (13)
全体	28 (60)	9 (19)	4 (9)	1 (2)	5 (11)
④2 現在の精神科医療機関 (医師) との連携のあり方: 地域の精神科医療機関との連携	活用している	やや活用している	あまり活用していない	活用していない	該当するケースはない
① 発達障害からくるひきこもり	3 (38)	2 (25)	1 (13)	2 (25)	0 (0)
② 人格障害からくるひきこもり	1 (13)	3 (38)	1 (13)	1 (13)	2 (25)
③ 神経症からくるひきこもり	4 (50)	1 (13)	1 (13)	2 (25)	0 (0)
④ 精神病からくるひきこもり	4 (50)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	2 (25)
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	1 (13)	0 (0)	1 (13)	1 (13)	5 (63)
⑥ 病気でないひきこもり	1 (13)	0 (0)	1 (13)	5 (63)	1 (13)
全体	14 (29)	8 (17)	5 (10)	11 (23)	10 (21)
⑤1 今後の精神科医療機関 (医師) との連携のあり方: 保健所嘱託医師との連携	推進すべき	やや推進すべき	余り推進すべきでない	推進すべきでない	-
① 発達障害からくるひきこもり	6 (75)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	-
② 人格障害からくるひきこもり	5 (63)	3 (38)	0 (0)	0 (0)	-
③ 神経症からくるひきこもり	7 (88)	1 (13)	0 (0)	0 (0)	-
④ 精神病からくるひきこもり	8 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	5 (63)	1 (13)	2 (25)	0 (0)	-
⑥ 病気でないひきこもり	2 (25)	3 (38)	3 (38)	0 (0)	-
全体	33 (69)	10 (21)	5 (10)	0 (0)	-
⑤2 今後の精神科医療機関 (医師) との連携のあり方: 地域の精神科医療機関との連携	推進すべき	やや推進すべき	余り推進すべきでない	推進すべきでない	-
① 発達障害からくるひきこもり	6 (75)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	-
② 人格障害からくるひきこもり	6 (75)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	-
③ 神経症からくるひきこもり	7 (88)	1 (13)	0 (0)	0 (0)	-
④ 精神病からくるひきこもり	8 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	5 (63)	1 (13)	2 (25)	0 (0)	-
⑥ 病気でないひきこもり	1 (13)	3 (38)	4 (50)	0 (0)	-
全体	33 (69)	9 (19)	6 (13)	0 (0)	-
⑥1 現在の地域の精神科医療機関のあり方: ひきこもり状態の患者の診察を積極的に実施	全くそう思わない	そう思わない	そう思う	非常にそう思う	-
① 発達障害からくるひきこもり	1 (14)	4 (57)	2 (29)	0 (0)	-
② 人格障害からくるひきこもり	1 (14)	3 (43)	3 (43)	0 (0)	-
③ 神経症からくるひきこもり	0 (0)	3 (43)	3 (43)	1 (14)	-
④ 精神病からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	5 (71)	2 (29)	-
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	2 (33)	2 (33)	2 (33)	0 (0)	-
⑥ 病気でないひきこもり	5 (83)	0 (0)	1 (17)	0 (0)	-
全体	9 (23)	12 (30)	16 (40)	3 (8)	-

表4. ひきこもり支援における保健所と地域精神科医療機関の連携のあり方に対する姿勢（つづき）

⑥2 現在の地域の精神科医療機関のあり方：ひきこもり支援の社会資源について理解あり	全くそう思わない	そう思わない	そう思う	非常にそう思う	—
① 発達障害からくるひきこもり	0 (0)	4 (57)	3 (43)	0 (0)	—
② 人格障害からくるひきこもり	0 (0)	4 (57)	3 (43)	0 (0)	—
③ 神経症からくるひきこもり	0 (0)	4 (57)	3 (43)	0 (0)	—
④ 精神病からくるひきこもり	0 (0)	2 (29)	4 (57)	1 (14)	—
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	0 (0)	3 (50)	3 (50)	0 (0)	—
⑥ 病気でないひきこもり	2 (29)	3 (43)	2 (29)	0 (0)	—
全体	2 (5)	20 (49)	18 (44)	1 (2)	—
⑦1 今後の地域の精神科医療機関のあり方：ひきこもり状態の患者の診察を積極的に行うべき	全くそう思わない	そう思わない	そう思う	非常にそう思う	—
① 発達障害からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	4 (50)	4 (50)	—
② 人格障害からくるひきこもり	0 (0)	1 (13)	3 (38)	4 (50)	—
③ 神経症からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	1 (13)	7 (88)	—
④ 精神病からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	1 (13)	7 (88)	—
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	0 (0)	3 (38)	4 (50)	1 (13)	—
⑥ 病気でないひきこもり	2 (25)	2 (25)	4 (50)	0 (0)	—
全体	2 (4)	6 (13)	17 (35)	23 (48)	—
⑦2 今後の地域の精神科医療機関のあり方：社会資源について理解し連携すべき	全くそう思わない	そう思わない	そう思う	非常にそう思う	—
① 発達障害からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	5 (63)	3 (38)	—
② 人格障害からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	5 (63)	3 (38)	—
③ 神経症からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	4 (50)	4 (50)	—
④ 精神病からくるひきこもり	0 (0)	0 (0)	4 (50)	4 (50)	—
⑤ 中等度以上の精神遅滞 (IQ50-55未満) からくる	0 (0)	2 (29)	3 (43)	2 (29)	—
⑥ 病気でないひきこもり	0 (0)	2 (25)	4 (50)	2 (25)	—
全体	0 (0)	4 (9)	25 (53)	18 (38)	—

※表に示した数値は度数、()内の数値は%を表す。(N=8)

病気でないひきこもりの場合でも、その比率は63%と高かった。これに対して、地域の精神科医療機関（医師）は、全般的に活用度が低かった（47%）。特に、病気でないひきこもりについては、活用していると答えた比率は13%にすぎなかった。

⑤-1. 今後、保健所嘱託医師との連携は推進すべきか。

-2. 今後、精神科医療機関（医師）との連携は推進すべきか。

保健所嘱託医師、精神科医療機関（医師）とも、全般的に、連携を推進すべきであるという回答が多かった。推進すべき・やや推進すべきと答えた比率は、保健所嘱託医師で90%、精神科医療機関で88%であった。病気でないひきこもりについても、保健所嘱託医師で63%、精神科医療機関で50%が、連携を推進すべき・やや推進すべきと回答していた。

⑥-1. 現在の地域の精神科医療機関はひきこもり状態にある患者の診察を積極的に実施しているか。

-2. 現在の地域の精神科医療機関はひきこもり支援の社会資源について理解しているか。

精神病を除き、ひきこもり状態にある患者の診察をあまり積極的に行っていないという回答が多かった。積極的に実施していると思わない・全く思わないと回答した比率は、精神病の0%に対して、病気でないひきこもりでは83%、発達障害で71%、精神遅滞で67%、人格障害で57%、神経症で43%に達していた。また、ひきこもり支援の社会資源については、全般的に理解していないという回答が多かった。理解していると思わない・全く思わないと回答した比率は、病気でないひきこもりでは71%、発達障害・人格障害・神経症で57%、精神遅滞で50%、精神病でも29%に上った。

⑦-1. 今後の地域の精神科医療機関はひきこもり状態の患者の診察を積極的に行うべきであるか。

-2. 今後の地域の精神科医療機関はひきこもり支援の社会資源について理解し、連携すべきか。

全般的に、ひきこもり患者の診察を積極的に行うべきであるという回答が多かった。積極的に行うべきだと思う・非常に思うと答えた比率は全体で83%であり、一番低い病気でないひきこもり

についても 50%に達していた。ひきこもり支援の社会資源を理解し、連携すべきであるという回答も、全般的に多かった。社会資源を理解し、連携すべきであると思う・そう思うと答えた比率は、全体で 91%であり、一番低い精神遅滞についても 71%に達していた。

D. 考察

本研究では、地域の公的機関の中で、ひきこもり支援の第一線を担うことを期待されている保健所と精神科医療機関の連携の現状や問題点、今後に向けての課題を検討することを目的として、大阪府下の府保健所の相談員を対象に、聞き取り調査と質問紙法による調査を行った。

その結果、①保健所で受けるひきこもり相談の中には精神医学的診断のつく事例が少なからず存在すること、②医療機関との連携は重要であると感じていること、③しかし、現状では連携は必ずしも容易ではないこと、④連携を困難にしている精神科医側の要因として(a)ひきこもり支援に関わる社会資源についての知識が乏しい、(b)発達障害や思春期を診ることのできる医師が少ない、(c)現在の医療保険制度の下で時間や手間のかかるひきこもりに対応することは困難などの要因があること、⑤ひきこもり支援において、保健所でのひきこもり対応と医療のどちらが優先されるかは、基礎疾患によっても異なることが分かった。以下、それぞれについて考察していく。

①保健所で受けるひきこもり相談の中には精神医学的診断のつく事例が少なくない。

表 2 に示したように、ひきこもり相談の全事例のうち、精神医学的診断がつくと考えられる事例は 61%であった。今回の調査では、伊藤ら(2003)の「社会的ひきこもり」調査で除外された統合失調症などの精神病圏の疾患と、中等度以上の精神遅滞 (IQ55-50) も含めたが、仮に伊藤らの基準に従い、それらを除外したとすると、精神医学的診断がつくと考えられる事例は 54%となる。今回の調査では、疾患の有無については保健師の判断に委ねた。精神科医も関わって診断が下された

事例もあると推定されるが、全例において、その手続きがなされたわけではない。従って、この数字をそのまま正確な有診断比率とすることはできない。そのような限界はあるものの、この数字は、保健所で受けるひきこもり相談の中に精神医学的診断のつく事例が少なくないことを明らかに示していると言える。この結果は、研究目的のところで取り上げた伊藤らや近藤らの研究を含め、これまでなされた調査・研究の結果とも軌を一にするものである。

②医療機関との連携は基本的には重要であると感じている。

表 4 (①、⑤1、⑤2) に示したように、現在および今後の精神科医療機関 (医師) との連携については、疾患を問わず、連携が重要であると感じ、連携を望んでいることが分かった。この結果は、精神病からくるひきこもりについて最も顕著であったが、それ以外の疾患 (発達障害、人格障害、神経症、精神遅滞) でも同様であった。このことは、①で述べたように、保健所で受けるひきこもり相談の中に精神医学的診断のつく事例が少なくないことを考えると、ある意味では当然と言える。やや意外であったのは、病気でないひきこもりについても、連携を推進すべきであるという回答が 50~63%もみられたことである。この理由としては、病気でないひきこもりでも、長期化する中で精神症状や問題行動が現われてくる場合があり、そのような場合には医療との連携が必要であると考えた可能性、また、一見病気でないように見えても精神疾患が隠れていることもあり、その見極めの精度を精神科医師との連携によって高めたいという期待が反映されていた可能性が考えられる。いずれにしても、今回の調査から、保健所相談員は、基本的には、医療機関との連携を重要であると感じ、連携を促進したいと感じていることが明らかになったと言える。

③現状では連携は必ずしも容易ではないこと

表 4 (②、④2、⑥1) に示したように、地域に連携の候補となる精神科医療機関がないという回答は全体では 17%程度であったが、発達障害

からくるひきこもりの場合、その比率は 50%にも達した。また、現在、精神科医療機関（医師）を活用していない・あまり活用していないという回答も、全体で 42%（病気でないひきこもり-86%、精神遅滞-67%、神経症-38%、発達障害-38%、人格障害-33%、精神病-0%）にのぼり、精神病以外ではあまり活用していないという実態が明らかになった。更に、現在、地域の精神科医療機関は、ひきこもり状態の患者の対応を積極的に行っていないという回答が全体の 53%（病気でないひきこもり 83%、発達障害 71%、精神遅滞 67%、人格障害 57%、神経症 43%、精神病 0%）であり、精神病以外のひきこもり治療には、あまり積極的に関わっていないと感じていることも明らかになった。

このように、保健所の相談員は、医療機関との連携を重要と考える一方で、現状では必ずしも連携が容易にできるわけではないと感じている。その理由の詳細は明らかでないが、おそらくは、本人・家族側の要因、保健所側の要因、医療側の要因が絡み合った結果とみなすのが自然だろう。本人・家族側の要因としては、そもそも本人が相談場面に現われることが少ないことや、本人の医療拒否が強く、医療機関への受診を勧めても受診に至らないことといったことなどが、まずは考えられる。保健所側の要因としては、④に述べるような理由で、少なくとも現時点においては、ひきこもり援助に関して、地域の医療機関に対する期待があまり高くなく、保健所の嘱託医の助けを借りながら、基本的には自分たちが中心になって援助していかざるを得ないと考えているのかもしれない。医療側の要因については、少なくとも④に述べるような要因が考えられるだろう。

- ④連携を困難にしている医療側の要因として、
- (a)ひきこもり支援に関わる社会資源についての知識が乏しい、(b)発達障害や思春期を診ることのできる医師が少ない、(c)現在の医療保険制度の下で時間や手間のかかるひきこもりに対応することは困難などがある。
- これらのことは、調査 1 の聞き取り調査の中で、

しばしば言及された事柄であり、調査 2 の結果にも見ることができる。たとえば、③で述べたように、発達障害からくるひきこもりの場合、地域に連携の候補となる精神科医療機関がないという回答が 50%にも達したこと、地域の精神科医療機関（医師）を（あまり）活用していないという回答が全体で 42%にも達したこと、現在、地域の精神科医療機関は、ひきこもり状態の患者の対応を積極的に行っていないという回答が全体の 53%に上ったこと、また、表 4 (⑥2)にあるように、精神科医療機関（医師）はひきこもり支援の社会資源について理解していないという回答が全体で 54%にも上ったことなどである。今後医療がもっと積極的にひきこもりに対応すべきであるという回答が 83%に上ったことや、医療機関がひきこもりの社会資源についての理解を深め、連携を強めるべきであるという回答が 91%に上ったことも、上のような精神科医療のひきこもり対応の現状への不満と今後の期待を反映したものと言えるだろう。

- ⑤ひきこもり支援において、保健所でのひきこもり対応と医療のどちらが優先されるかは、基礎疾患によっても異なること

上述したように、保健所の相談員は、いずれの疾患についても医療機関との連携が基本的に重要であると考えていた。一方、実際のひきこもり支援において、保健所でのひきこもり対応と医療のどちらが優先されるかという点については、基礎疾患によって大きく異なっていた。それを如実に示したのが表 3、表 4 (③) である。すなわち、実際に相談を受けたケースについて尋ねた表 3 では、病気でないひきこもりの場合、精神科医療よりもそれ以外の支援が優先されると感じたり、精神科医療の必要性を感じなかった事例が殆ど（96%）であり、発達障害でもその傾向が強かった（63%）。これに対して、精神病、精神遅滞、人格障害、神経症では、精神科医療が優先されると感じた事例が多くなっていた。（それぞれ 100%、100%、75%、55%）。また、ひきこもり支援の基本的姿勢について尋ねた表 4 (③) では、

連携時における対応の優先性として、精神病、神経症、人格障害、発達障害では医療が優先・やや優先という回答が多く、それぞれ 100%、88%、75%、57%であった。一方、病気でないひきこもりと精神遅滞ではひきこもり対応が優先・やや優先という回答が多く、それぞれ 100%、63%であった。

このように、病気でないひきこもりの場合は、保健所におけるひきこもり対応が優先するという回答が圧倒的に多かったのに対し、精神疾患に起因するひきこもりの場合は、医療が優先するという回答が多かった。しかし、精神疾患の中でも、精神病の場合は、医療優先の回答が圧倒的に多かったのに対し、神経症、発達障害、人格障害、精神遅滞の場合には、精神疾患があったとしても尚、保健所におけるひきこもり対応が優先するという回答が相当数みられたことは注目に値する。

調査 1 の聞き取り調査では、ひきこもり支援の中心は保健所が適当、医療はそれを背後から支えるような形で機能するのがよい、ネットワーク会議に医師会や精神科病院協会、精神科診療所協会のような医師団体が入ったり、地域で対応できそうな患者を精神科医療機関から保健所に紹介するなどの形での相互交流を望むなどの意見が出されていた。上の結果にはこのような考え方や意識が、反映されていると見ることもできるかもしれない。

以上のことから、総合的に見て、保健所の相談員は、ひきこもり支援において、精神科医療との連携への期待を強く持っていること、しかし、精神科医療の現状はその期待に十分応えきれていないと感じていること、連携における精神科医療の役割として、保健所を中心とした支援活動を背後から支えるような形での働きを期待していることなどが推察された。

E. 結論

本研究では、地域の公的機関の中で、ひきこもり支援の第一線を担うことを期待されている保健所と精神科医療機関の連携の現状や問題点、今

後に向けての課題を検討することを目的として、大阪府下の府保健所の相談員を対象に、聞き取り調査と質問紙法による調査を行った。その結果、①保健所で受けるひきこもり相談の中には精神医学的診断のつく事例が少なからず存在すること、②医療機関との連携は重要であると考えていること、③しかし現状では、連携は必ずしも容易ではないこと、④連携を困難にしている精神科医側の要因として (a) ひきこもり支援に関わる社会資源についての知識が乏しい、(b) 発達障害や思春期を診ることのできる医師が少ない、(c) 現在の医療保険制度の下で時間や手間のかかるひきこもりに対応することは困難などの要因があること、⑤ひきこもり支援において、保健所でのひきこもり対応と精神科医療のどちらが優先されるべきかは、基礎疾患によっても異なることが分かった。

これらのことから、保健所の相談員は、ひきこもり支援において、精神科医療との連携への期待を強く持っていること、しかし、精神科医療の現状はその期待に十分応えきれていないと感じていること、連携における精神科医療の役割として、保健所を中心とした支援活動を背後から支えるような形での働きを期待していることなどが推察された。

(引用文献)

伊藤潤一郎、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。平成 15 年度厚生労働科学研究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総合研究報告書、pp. 45-69、2003。

近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江、藤井泰男、宮田量治。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総括・分担研究報告書、pp. 74-78、

2006.

ひきこもり家族調査委員会. ひきこもり家族の実態に関する調査報告書. 2006.

三宅由子. 「ひきこもり」の統計とその周辺. こころの科学, 123, pp. 25-30, 2005.

(謝辞)

本研究にご協力いただいた大阪府保健所の保健所長・相談員の皆様、大阪府庁障害保健福祉室地域生活支援課の皆様、また、質問紙の作成に当たり、貴重な御助言をいただいた大阪府こころの健康総合センター地域精神保健課の皆様に、心より感謝申し上げます。

F. 健康危険情報

(なし)

G. 研究発表

1. 論文発表

- 水田一郎 (分担執筆). 藤本修 (編): 現場に活かす精神科チーム連携の実際—精神科医、心理士、精神科ソーシャルワーカーのより良い連携を求めて, 創元社, 大阪, 2006.

2. 学会発表

- 水田一郎, 植月マミ, 鈴木朋子, 渡辺洋一郎. “対人関係”に焦点を当てた摂食障害の集団療法の試み. 第47回日本児童青年精神医学会, 2006.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

(上記1～3いずれもなし)

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
分担研究報告書

ひきこもりと発達障害の関連に関する研究(2)

分担研究者 田中 康雄 1)

1)北海道大学大学院 教育学研究科 附属子ども発達臨床研究センター

研究要旨

本研究の最終目的は、「発達障害に関連したひきこもりのタイプの特性と回復過程」の考察にあった。

昨年度は、純粹系というような「なんとなく、ひきこもりに至った」ひとりの青年からのライフストーリー・インタビューを通して、その特性と回復過程を予備的に検討した。その結果は、個人に備わっている回復力の程度と、周囲のさりげない気遣いと、あまりにも偶然すぎるタイミングが回復を促進していた。同時に、心因と環境因に追いつめられた場合は、心を癒し、包み込み、時間をかけて丁寧に寄り添う覚悟、および日常にあふれたヒューマンとノンヒューマンの支援が、よき循環をする刻を待つしかない、ということにつきた。

今年度は、臨床場面に登場する発達障害のある人々のなかで、不登校あるいは制限された社会参加に至っている人々を抽出し、それぞれの経過を後方視的に検討し、それぞれの現状に至る回復への促進因子と阻害因子を抽出し、その意味を考察した。

各因子状況と現在の社会参加と当人に精神状態を総合評価したものを比較すると、評価が低いほうは促進因子が少ないことがわかる。しかし、こうした数や種類では予測判断できず、多因子が複雑に関与する場合や、当人にある発達障害の一次的特性は、阻害因子となるも、総合評価において大きな影響を示すことはなく、抜きん出た因子が絶妙のタイミングで登場するか否かで決定する可能性が示唆された。一方で、家族、友人、社会的評価が促進的に作用する場合は、総合評価をよい方向に導いている印象があるが、これは、良い状況に至ったので、よき人間関係を形成するほうに傾いたのかを判断するのは困難である。これは、いわゆる「いじめの構造」である孤立化、無力化、透明化の3段階論と重なり合う可能性もあり、故にその援用としての回復モデルについて言及しておく。

A. 研究目的

本研究の最終目的は、「発達障害に関連したひきこもりのタイプの特性と回復過程」の考察にある。

昨年度は、純粋系というような「なんとなく、ひきこもりに至った」ひとりの青年からのライフストーリー・インタビューを通して、その特性と回復過程を予備的に検討した。その結果は、個人に備わっている回復力の程度と、周囲のさりげない気遣いと、あまりにも偶然すぎるタイミングが回復を促進していた。同時に、心因と環境因に追いつめられた場合は、心を癒し、包み込み、時間をかけて丁寧に寄り添う覚悟、および日常にあふれたヒューマンとノンヒューマンの支援が、よき循環をする刻を待つしかない、ということにつきた。

今年度は、臨床場面に登場する発達障害のある人々のなかで、不登校あるいは制限された社会参加に至っている人々を抽出し、それぞれの経過を後方視的に検討し、それぞれの現状に至る回復への促進因子と阻害因子を抽出し、その意味を考察する。

B. 研究方法

筆者が直接医療機関で関与してきた患者のうち、この3年間で主診断あるいは従診断として発達障害を想定し、かつ不登校あるいは限定した社会参加を呈している方を対象にした。

対象者は、男性6名、女性2名で計8名、年齢は12歳から32歳に及ぶ。

C. 研究結果

各事例を紹介する。なお、事例は検討状況に支障の内限りにおいて、生活背景など個人が特定出来ないように改変した。

事例 A 女性 12歳

主な診断: 自閉症

従な診断: 不登校

知的障害: あり

ひきこもり、あるいは不登校状況: 小学2年生から不登校

ひきこもり期間: 4年間

就労体験: なし

初診年齢: 8歳

抑うつ症状の有無: なし

経過

小学2年生の時、身体症状から不登校に至り、現在小学校6年生まで全く登校しない。3歳健診のとき、多動傾向を示唆された。以後、スローペースで自己主張をあまり示さず、保育園を経過して就学した。保育園では多少分離不安を示したが、小さい子とよく遊んでいた。1年生の時は毎日泣いて帰ってきた。学校でも泣いていた。1年生の2学期から登校しぶりを示していた。2年生になって、学校は疲れるといい、不登校になる。小学2年生から通院するが、数回で中断し、その後は児童相談所で適宜指導を受けていた。小学6年生になって、久しぶりに受診する。面接では会話がなかなか成立しにくく、感情的になりやすい。こちらの言葉のどこかにひっかかると、笑顔になったり、急に怒りだしたりする。家でも同じようだという。「今度中学をどうするか、相談しようね」というと「相談なんていりません」と拒否し、「でも中学をどうするか考えないと」というと「考えなんて！」と怒鳴り「そうですね」と返答する。感情の起伏が激しい。あと数ヶ月で進学なので、本人なりに緊張が強い。

家族からの情報

家では、ほんとど本人まかせで、ある。どう介入してよいかわからないという。母親もややコミュニケーションが苦手で場に不釣り合いな表情を示しやすい。

現状

通院は継続するようになっている。中学進学はおそらく無理であろう。養護学校も含めて検討を要する。

事例 B 男性 13歳

主な診断: 学習障害

従な診断: ADHD

知的障害: あり

ひきこもり、あるいは不登校状況: 中学1年生から不登校

ひきこもり期間: 10ヶ月

就労体験:なし

初診年齢:12歳

抑うつ症状の有無:なし

経過

双胎間輸血症候群で弟は脳性麻痺。本人は幼児期から多動で、ADHDを母親が疑い、9歳の時に受診相談している。その後、本州に転勤され、そこで学習障害を指摘され、小学校時代は理解ある対応をされた。中学進学をきっかけに、転勤し、受診する。中学進学当初はがんばって学習していたが、次第に運動チックが目立ち始め、学校を休むことになる。母と学校との間で感情的なもつれも生まれ、以後半年以上不登校のままである。本人は母親同伴でないと外出できない。学校は弟のいる養護学校と一緒に通っている。

家族からの情報

中学の無理解に立腹している。登校刺激を加えただけでチック再燃する。

現状

個別の心理療法を始めた。受診時はチックは消失している。母親が弟の面倒をみることで疲労困憊している。

事例 C 男性 23歳

主な診断:ADHD

従な診断:行為障害

知的障害:あり

ひきこもり、あるいは不登校状況:居候

ひきこもり期間:5年間

就労体験:自衛隊入隊後脱走

初診年齢:23歳

抑うつ症状の有無:なし

経過

幼児期から多動傾向でADHDと診断される。集団行動がとれない。中学校時代から暴言、万引き、家庭内暴力を示す。衝動性が高く、就労してもすぐに首になる。高校卒業後に家で暴れたため、精神病院に入院するが無断離院し、その後自衛隊に入隊するも半年で脱走しやめる。家でもつぱら暴力をふるい金品を持ち出す。今は宗教関係のところ居候

しているが、ケータイ電話やカードで月100万の借金を背負い、都度親が尻ぬぐいしている。

家族からの情報

暴力におびえており、手も足もでないという。今は自己破産している。

現状

当人は受診しないている。

事例 D 男性 32歳

主な診断:Asperger 症候群

従な診断:ADHD

知的障害:なし

ひきこもり、あるいは不登校状況:大学卒業後に自宅で生活

ひきこもり期間:10年間

就労体験:卒業後、数ヶ月パチンコ店勤務、パニックを起こして退職

初診年齢:29歳

抑うつ症状の有無:あり

経過

仕事が続かず、閉居生活を送っていた。3、4歳頃に自閉症と診断されたが、知的に問題ないために静観(放置)、そのまま医療・福祉につながらずに大学まで経過した。就職先でミスを連発し、パニックを起こして退職。些細な事柄のずれで混乱してしまう。情報の整理ができずに、パニックを起こす。人の話が聞けない。失敗するとすぐに反省し落ち込む、一方で頭の中で「もう一人の自分が反抗しろ」というので、外に出ると問題を起こしそうで不安が募る。これまでも「逆切れ」がよくあり、小学校、中学校の時は買ったナイフを振り回すことがよくあった。大学時代になってそれはよくないと自覚してから抑制している。21歳の時心療内科で「鬱病」と診断された。物事の優先順位がわからず、忘れてしまうことが多い。友人は加齢とともに少なくなり、今はいない。趣味は鉄道関係で、インターネットでチャットしたり、小説を書いたりする。自動車免許は持っているが車の運転は危ないと思ってしていない。おそらくこれまでは、学生だから許されていたのだと思う。

家族からの情報

言葉が3歳までなかった。出てからは「なんで、なんで」とうるさくて困った。文字も就学後、書かないので困ったことがあった。担任ともよく衝突していた。鏡文字が目立ち、書き順はでたらめで友人からはよくいじめにあっていた。一度山村留学をした。

現状

精神障害手帳を希望される。ハローワークでは精神科通院を進められる。体調不調を主訴に受診相談の継続

事例 E 女性 17 歳

主な診断: 幻覚状態

従な診断: 知的障害

知的障害: あり

ひきこもり, あるいは不登校状況: 不登校あり

ひきこもり期間: 1~2年間

就労体験: なし

初診年齢: 13 歳

抑うつ症状の有無: なし

経過

いじめを契機に教室に入れないということで中学2年生のときに受診。小学時代から友人がいなくて、マイペース。一人勝手な行動がめだつ。小学5年生からいじめにあい、中学になってクラスメートから「死ね」いわれた。次第に多くのクラスメートからののしられるようになり、身体症状が目立ち、欠席するに至る。自宅ではいらいらして家族に当たり散らすこともある。特殊学級か養護学校を勧めたところで受診が中断した。通信制の高校生になって、友人に利用される、からかわれるということから、人の目が気になる、声が聞こえるということで再度受診した。反応性の一過性の精神病状態と思われ薬物(ドグマチール300ミリグラム)を処方し、友人とのケータイでの接触を中止させたところ、2ヶ月で症状消失した。現在高等養護学校への変更を予定している。

家族からの情報

将来が心配。

現状

養護学校に向けて面接の練習をしている。緊張が高まると「夢のなかで声が聞こえる」という。

事例 F 男性 18 歳

主な診断: ADHD

従な診断: 強迫性障害

知的障害: あり

ひきこもり, あるいは不登校状況: 不登校あり

ひきこもり期間: 1年間

就労体験: なし

初診年齢: 17 歳

抑うつ症状の有無: あり

経過

小学時代に多動が目立つことで児童精神科を受診、ADHD の診断を受ける。物忘れ、集中困難から二次的に学習不振となり、底辺校の高等学校に進む。高校1年生のときは人気者で通るが次第に元気を失う。「このままでいいのかと、急に考え始めた」という。高校3年生のときに、自ら孤立するような態度をとり、食欲も低下していく(鬱状態?)その後、「すべての事柄が気になる、物の位置を確認する。自分ださわっていないのに、さわって移動させたのでないかと思うと落ち着かない。何度も確認して疲れてしまう」ということで受診した。

家族からの情報

小学校時代から乱暴な面があり、家では軽い家庭内暴力のようで、自宅の壁は穴だらけである。最近、症状の確認で忙しく、その分乱暴さは減った。

現状

高校を退学し、ゆっくりと今後の道を相談しようということで通院が継続しているが、「自分は病気で発達障害でもない」と薬物や心理検査は拒否する。12月からバイトしはじめ自信が戻る。

事例 G 男性 13 歳

主な診断: ADHD

従な診断: 反抗挑戦性障害

知的障害: なし

ひきこもり, あるいは不登校状況: 中学1年生から不登校

ひきこもり期間: 6ヶ月

就労体験: なし

初診年齢: 13 歳

抑うつ症状の有無: なし

経過

小学4年生まで ADHD ということで児童精神科医に診てもらい、親の転勤に伴い本州に行く。これまでも学校の対応如何で暴力的、拒否的、反抗的になりやすく、自宅で暴れることもあった。中学になって転勤し、受診したが、何度か自宅で暴れて児童相談所に一時保護される。マイペースであり他者の心の動きに関心が乏しく、一方通行的な面が目立つ。持論を曲げないという面も強い。PDDNOS も疑っている。中学では担任と正面衝突して不登校に至る。自分は悪くないので、担任が謝罪にこない限り登校しないという。周囲のすすめで別の通級学級に移動してようやく登校がコンスタントに継続している。

家族からの情報

自宅での暴力は収まったが一度言い出すと止まらない。恨み辛みが過去にさかのぼってエスカレートしていく。日常生活態度が容易に崩れやすい。

現状

現在の通級学級の担任とは馬が合うようで、喜んで通っている。高校進学先がやや高望みのため、もし失敗すると、再度恨み辛みに戻る可能性もある。

事例 H 男性 17 歳

主な診断: 不登校

従な診断: 知的障害

知的障害: あり

ひきこもり、あるいは不登校状況: 中学3年生

ひきこもり期間: 2年間

就労体験: なし

初診年齢: 14 歳

抑うつ症状の有無: あり

経過

幼児期から発達が遅れており、児童相談所で経過を見ていた。就学時も特学とふつうの境界線といわれた。通常学級を皆勤で過ごし、中学に進学するが、勉強について行けずゲーム三昧となり、中学3年生から不登校になる。登校しようとする、嘔気が出現する。家では元気に過ごすが一歩外に出ると緊張し

てしまうという。受診もずっと母が同伴していた。中学は登校せずに卒業し、その後通信高校に進学するが、なかなか必要な単位が取り切れず、病院でのデイケアを希望される。精神保健センターのデイケアを紹介したところ、やや年上の同性の友人ができ、元気にセンターに通うようになる。

家族からの情報

家ではよくしゃべるが一人で外出できなかった。最近は一人で買い物に行く。

現状

受診もひとりくるようになり、表情も明るく、元気な口ぶりに変貌。

D. 考察

各事例において、それぞれの阻害因子と保障因子について考察した。

1) 各事例の因子状況

事例 A

事例	A	
性別	女性	
現在の年齢	12 歳	
診断1	自閉症	
診断2	不登校	
知的障害	あり	
引きこもり期間	4年間	
引きこもり・不登校の状況	小学2年生から不登校	
就労の有無	なし	
受診時期	8歳	
抑鬱状態の有無	なし	
氏名	A	
阻害因子	当人	強い拒否的感情、孤立

	家族	従順	
	友人	いじめ, からかい	
	社会的 評価	無理解・否定的評価	
促進因子	本人	中学へのかすかな希求	
	家族	周囲へ相談するようになる	
	友人	—	
	社会的 評価	—	
総合評価	5段階評価		2

事例 B

氏名	B
性別	男性
現在の年齢	13歳
診断1	学習障害
診断2	ADHD
知的障害	なし
引きこもり期間	10ヶ月
引きこもり・不登校の 状況	中学1年生から不登校
就労の有無	なし
受診時期	12歳
抑鬱の状態の有無	なし
氏名	B

阻害因子	本人	弟とは違うという意識と, 親に心配 掛けたくないという圧力	
	家族	期待と干渉	
	友人	いじめ, からかい	
	社会的 評価	無理解・否定的評価	
促進因子	本人	行動の自主判断	
	家族	転校も含めた子どもを護ろうとする 意志	
	友人	—	
	社会的 評価	—	
総合評価	5段階評価		2

事例 C

氏名	C
性別	男性
現在の年齢	23歳
診断1	ADHD
診断2	行為障害
知的障害	あり
引きこもり期間	5年間
引きこもり・不登校の 状況	居候
就労の有無	自衛隊入隊後脱走
受診時期	23歳
抑鬱の状態の有無	なし

氏名	C	
阻害因子	本人	社会的失敗に対し悩み、葛藤が少なく見える。時に暴力的になりやすい
	家族	従順
	友人	—
	社会的評価	無理解・否定的評価
促進因子	本人	—
	家族	—
	友人	—
	社会的評価	宗教家の支援
総合評価	5段階評価	2

抑鬱の状態の有無	あり	
氏名	D	
阻害因子	本人	衝動性の高さ、一次障害
	家族	高齢化、経済的困窮
	友人	不在
	社会的評価	無理解・否定的評価
促進因子	本人	自制しようとする自覚
	家族	診断後高まる理解から無理強いをしなくなる
	友人	—
	社会的評価	—
総合評価	5段階評価	2

事例 D

氏名	D
性別	男性
現在の年齢	32歳
診断1	Asperger 症候群
診断2	ADHD
知的障害	なし
引きこもり期間	約10年
引きこもり・不登校の状況	大学卒業後に自宅で生活
就労の有無	卒業後、数ヶ月パチンコ店勤務、パニックを起こして退職
受診時期	29歳

事例 E

氏名	E
性別	女性
現在の年齢	17歳
診断1	幻覚状態
診断2	知的障害
知的障害	あり
引きこもり期間	1～2年間
引きこもり・不登校の状況	不登校あり
就労の有無	なし
受診時期	13歳
抑鬱の状態の有無	なし

氏名	E	
阻害因子	本人	強い友人関係の希求, 知的障害に関する自覚の乏しさ
	家族	過干渉, 過保護
	友人	いじめ, からかい
	社会的評価	無理解・否定的評価
	促進因子	本人
促進因子	家族	養護学校を勧めるといった自立への前向きな態度
	友人	—
	社会的評価	—
	総合評価	5段階評価

事例 F

氏名	F
性別	男性
現在の年齢	18歳
診断1	ADHD
診断2	強迫性障害
知的障害	なし
引きこもり期間	1年間
引きこもり・不登校の状況	高校から不登校
就労の有無	なし
受診時期	17歳
抑鬱状態の有無	あり
氏名	F

阻害因子	本人	一次障害(忘れっぽさ)と他者からの評価に過敏
	家族	過干渉
	友人	変な目でみる
	社会的評価	無理解・否定的評価
	促進因子	本人
促進因子	家族	受容的態度
	友人	職場からの評価
	社会的評価	—
	総合評価	5段階評価

事例 G

氏名	G
性別	男性
現在の年齢	13歳
診断1	ADHD
診断2	反抗挑戦性障害
知的障害	なし
引きこもり期間	6ヶ月
引きこもり・不登校の状況	中学1年生から不登校
就労の有無	なし
受診時期	13歳
抑鬱状態の有無	なし
氏名	G

阻害因子	当人	相手の心を被害的に曲解し、感情的になりやすい、時に暴力的になるやすい
	家族	従順、依存的
	友人	—
	社会的評価	無理解・否定的評価
促進因子	当人	将来小説家になりたいという強い希望
	家族	受容的態度
	友人	—
	社会的評価	特殊学級の先生の受け止め
総合評価	5段階評価	4

事例 H

氏名	H	
性別	男性	
現在の年齢	17歳	
診断1	不登校	
診断2	知的障害	
知的障害	あり	
引きこもり期間	2年間	
引きこもり・不登校の状況	中学3年生	
就労の有無	なし	
受診時期	14歳	
抑鬱の状態の有無	あり	
氏名	H	
阻害因子	当人	一次障害(知的な遅れ)と参加の仕方がわからないこと
	家族	過干渉
	友人	—

	社会的評価	無理解・否定的評価
促進因子	当人	適当な人と友人関係が築けたこと
	家族	受容的態度
	友人	仲の良い友人の登場
	社会的評価	デイケアの受け止め
総合評価	5段階評価	4

2) 阻害因子と促進因子の関係

総合評価	5段階評価	2	3	4
阻害因子	当人	強い拒否的感情、孤立、弟とは違うという意識と、親に心配掛けたくないという圧力、社会的失敗に対し、葛藤が少なく見える。時に暴力的になりやすい衝動性の高さ、一次障害	強い友人関係の希求、知的障害に関する自覚の乏しさ、一次障害(忘れっぽさ)と他者からの評価に過敏	相手の心を被害的に曲解し、感情的になりやすい、時に暴力的になるやすい、一次障害(知的な遅れ)と参加の仕方がわからないこと

	家族	従順、期待と干渉、高齢化、経済的困窮	過干渉、過保護	過干渉、従順、依存的
	友人	いじめ、からかい、不在	いじめ、からかい	なし
	社会的評価	無理解・否定的評価	無理解・否定的評価	無理解・否定的評価
促進因子	本人	中学へのかすかな希望、転校も含めた子どもを護ろうとする意志、自制しようとする自覚	自立したいという意欲、他者からよい評価を得たいという希求心	将来小説家になりたいという強い希望、適当な人と友人関係が築けたこと
	家族	診断後高まる理解から無理強いをしなくなる	養護学校を勧めるといった自立への前向きな態度、受容的態度	受容的態度
	友人	なし	職場からの評価	仲の良い友人の登場
	社会的評価	宗教家の支援	なし	特殊学級の先生の受け止め、ケアの受け止め

各因子状況と現在の社会参加と本人に精神状態を総合評価したものを比較すると、評価が低いほうは促進因子が少ないことがわかる。しかし、こうした数や種類では予測判断できず、多因子が複雑に関与する場合や、本人にある発達障害の一次的特性は、阻害因子となるも、総合評価において大きな影響を示すことはなく、抜きでた因子が絶妙のタイミングで登場するか否かで決定する可能性が示唆された。一方で、家族、友人、社会的評価が促進的に作用する場合は、総合評価をよい方向に導いている印象があるが、これは、良い状況に至ったので、よき人間関係を形成するほうに傾いたのかを判断するのは困難である。

ここで、不登校といじめ等からの導きだされた、個人の価値観が集団のなかで薄まっていく過程について、検討しておく、中井によれば、いじめは、孤立化、無力化、透明化の三段階の過程からなるという。そして、それは奴隷化の過程に重なる。

中井によれば、持続的な支配としての「いじめ」が続くためには、対象者が「孤立」する必要があるという。誰かが「選ばれる」のである。すると、選ばれなかった者はホッと安堵する。これは、森田らによる加害者側と価値意識を共有し親和性を持つことで身を守る「観衆」を意味する。「赤信号みんなで渡れば怖くない」が、第一歩を踏み出す者ではない。

次いで選択された者が、何故「選ばれし者」として妥当かという評価が下される。クセや態度、体型、学力といったいわゆる社会的価値観に照合され、妥当な評価であるかのような判断が下される。この段階で、判断がすでに権力側に一方的委ねられていることがわかる。つまり、「無力化」の始まりである。これは、いじめられている側の反抗に、より強い暴力(権威)で抑圧し、力の差を誇示するというイベントを保障する。されば次第に抵抗力は失われていく。被害側が周囲に打ち明けられないのは、報復を恐れるだけでなく、その行為自体が卑怯であるという美学が浮上し、しがみつくと要素となるからである。腐っても鯛、武士は食わねど高楊枝、という位置にしがみつくとでか

ろうじて自負心を保護する。しかし、だれも有効な手助けをしないという状況が、無力感を増強させる。

被害側からのクレームが生じないことで、すでに現象事態が「見えな」くなる。気がつかない、という事態を生む。観衆自体も安全が日常化し次第に距離が置かれ、加害が日常化していく。これを中井は「透明化」と呼称した。恐ろしいのは、被害を受けている時だけが加害者との間で透明でない存在となる、という事象である。それが周囲から「仲良く遊んでいる」かのような、和やかな「からかいレベル」と軽視され無視される。一方で社会状況での透明化だけは綿々と続く。

さらに悲惨なことは、透明化の段階で誰かが介入しようとしても「時すでに遅し」となることである。そのなかで自殺が最終的な解放として、希求される。自殺は、透明化から実体化に移行するため、告発できる最終手段ともなる。しかし、そのとき、すでに当事者は帰泉している。

在る意味で、不登校やひきこもりにおいて、阻害因子から孤立と透明化の過程は同時に生じているという共通点が指摘できる。

その意味として、かれらにある「発達障害」という存在が大きいと思われる。

確かに、いじめは、対等でない状況を探し出し、そこに生じる権力誇示である。おそらく、いじめ側には権力願望で昇華せねばならない「下に位置づけられた過去の自己」がある可能性も秘めている。これが連鎖を生む。故に対象は、必ずしも「発達障害のある人たち」でなくてもよいのである。実際にいじめの被害に遭っている人たちは、いつ上に上がり支配関係が逆転する可能性を秘めている状況すらもある。ただ、だからそこ、その場合に数という数量的支配を創造していく。

発達障害のある子どもにとって、特異的なことは、直接的な支配・被支配、暴言などに曝される以前から、すでに「選ばれて」おり、「無力化」に追い詰められ、徐々に社会集団から「透明化」している可能性が強いという点である。

特別支援教育や、発達障害支援法といった冠のついた「支援策」は、対象者を「選び」、「無力」であ

ること、少なくとも弱者であることを自明とする。そして、強制される良きものである「自立」を前にして、拒否することすら許されない。自立が他人の手を借りずに生きることであるとすると、それは孤立を強いることを意味する。人に鷹揚に頼り、頼られ、言いたいことを言い、言われ、お互い様の関係で生活が成り立つことを対等とすれば、すでにその世界から排斥され、ひっそりと関心を持たれずに「自立」を強いられる。発達障害は多数派にとって「リアリティ」を欠く世界である。森田らのいじめの4層構造でいえば、加害側に付く観衆でなく、いわゆる見て見ぬふりの「傍観者」層に圧倒的に位置づけられる。故に、当事者の声が轟く場所、対象がない。例えば発達障害のある方が交通機関を利用するときの日常場面を思い出して欲しい。周囲は驚くほどの距離感を持って対峙する。加害者は不在のまま、当事者は無力透明化した状況に居て、傍観者に囲まれていないだろうか。

E. 結論

すでに広汎性発達障害におけるひきこもりにおける最大のリスクファクターは診断と治療の遅れであり、故に未診断例についての留意が肝要であるとあるという指摘はある(杉山, 2001)。

筆者は、ひきこもりと発達障害の関連を検討したなかで、今回は子ども一人ひとりがどの様に危機にさらされ、あるいは安全が保障されるかを考えてみた。

そもそも発達障害のある人たちと、社会でともに生活するということは、共に支え合うことであり、そこに生じるお互いさまの献身愛、あるいは利他の情は、最終的に子どもに障害が在るか否かを問題にしないはずである。確かに幼い子どもたちの群れ遊ぶ姿からは折り合いの付きやすさ、付きにくさという関係取りやすさの有無は表現されても、障害に付随する文言はあまり感じ得ない。次第に変容していくのは、そこに社会的価値観、負の様相という権力欲が絡んでくるからではないだろうか。私にある「相手を不憫」に思う心は、その瞬間に上下関係を醸し出す。哀れむべき立場と哀れまれる立場というものが生起する。そのため前述したように中井は、本来差別は純粋に権

力欲の問題であると述べ、いじめの問題に言及した。持続的な支配としての「いじめ」が続くためには、対象者が「孤立」する必要があるという。次いで選択された者が、如何に「選ばれし者」として妥当かという評価が下される。クセや態度、体型、学力といったいわゆる社会的価値観で評価され、無価値と判断される。これが「無力化」の始まりである。被害側が周囲に泣き言を言わないのは、精一杯の美学でもある。さいごの自負心とでもいえよう。しかし、同時に被害側からクレームが生じないため、現象事態が「見えな」くなり、当事者は透明化する。このすべての段階に生じる姿は冒頭で述べた「生きがい感」の育みの対極にあるものである

そもそも、生きがい感を持ちながら「生きる」ということは、1)自分の人生をできるだけ意味のある人生にしたいという前向きな欲求があること、将来への夢を抱きながら未来を信じ続ける力があること、2)自分自身が他者と共に生きている、ともに存在しあっているという保証に満ちた実感があること、3)それは、自尊感情をよりよく育むため、周囲から「かけがえのない存在」と認知されていること、4)しかし、いずれはその評価から脱皮し、信じる自分の判断によりひとりで、未来に向かって歩むこと、であり、これらの当たり前の支えあいと認めあいがないところからの回避として、ひきこもりを考えると、脱出策だけではなく、その後の生活保障についても、胸を張れるだけの事柄が求められる。

引用文献

中井久夫:いじめの政治学,「アリアドネからの糸」,みすず書房,1997.
杉山登志郎,広汎性発達障害とひきこもり,心の臨床アラカルト,20,2001.

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

2006年度の成果

- ・田中康雄:いわゆる反社会的行動を示す子どもへの対応. 精神科治療学, 21;265-272, 2006.
- ・虐待された子どもが示す非行・犯罪. 子どもの虐待とネグレクト, 8, 308-316,2006.
- ・田中康雄:質問紙法による AD/HD 症状の評価, 齋藤万比古, 渡部京太編, 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン, じほう社.39-41,2006.
- ・田中康雄:広汎性発達障害との鑑別, 齋藤万比古, 渡部京太編, 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン, じほう社.81-83,2006.
- ・田中康雄:親ガイダンス, 齋藤万比古, 渡部京太編, 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン, じほう社.141-143,2006.
- ・田中康雄:学校との連携, 齋藤万比古, 渡部京太編, 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン, じほう社.144-148,2006.
- ・田中康雄:地域連携システム・親の会・自助組織等, 齋藤万比古, 渡部京太編, 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン, じほう社.149-152,2006.
- ・田中康雄:ADHD の明日を信じて.そだちの科学 6号 2-9,2006.
- ・田中康雄:軽度発達障害の理解, 月刊保団連, 4-11,2006.
- ・田中康雄:発達障害の症状評価, 精神科 8,66-72,2006.
- ・田中康雄:発達障害を抱えながら越える10歳の節目, 臨床心理学 6,481-486,2006.
- ・田中康雄監修:なぜ ADHD のある人が成功するのか, 明石書店,2006.
- ・田中康雄(翻訳監修)『ネーブン, ルース・シュミット・アンダーソン, ヴィッキ &ゴッドバー, ティム(著) ADHD医学モデルへの挑戦—しなやかな子どもの成長のために』(明石書店)2006
- ・田中康雄「発達障害児への心理的援助 軽くとも生きがたい子ら」臨床心理学 6 巻 2 号, 257-263, 2006
- ・田中康雄:軽度発達障害のある子のライフサイクル