

表 1：アンケートの送付機関数と回答数

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

表 2：機関別および年代別の推定相談事例数

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

表 3：機関別の相談事例数

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

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

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

デイ・ケア	17 (3%)	8 (6%)	15 (28%)	21 (4%)	17 (6%)
作業療法	35 (8%)	1 (1%)	3 (6%)	0 (0%)	35 (4%)
事例検討 (一機関)	252 (60%)	48 (34%)	27 (51%)	115 (24%)	252 (41%)
事例検討 (複数機関)	146 (35%)	39 (28%)	18 (28%)	129 (27%)	146 (31%)

別紙

貴機関の現状についてお尋ねします。

A. 現在貴機関において行われている不登校・ひきこもりに対する活動について、以下の①-⑭の活動の中から該当する活動の数字に○をお付けください (複数可)。

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

B. 現在、貴機関で取り扱っている不登校・ひきこもりのケース数についてお聞きます。() 内に適切な数字をご記入ください。

- 1. 義務教育年代 () 名
- 2. 義務教育年代～19歳まで () 名
- 3. 20歳以上 () 名

C. 貴機関が不登校・ひきこもりに対する支援において精神科医療機関との連携は必要とお考えですか。以下の中から一つお選び下さい。

- ①常に必要である
- ②必要である
- ③どちらでもない
- ④ほとんど必要ない
- ⑤全く必要ない

Ⅲ. 平成 19 年度 分担研究報告

精神科急性期医療におけるひきこもり青年の実態と 精神医学的治療に関する研究

分担研究者 中島豊爾¹⁾

研究協力者 塚本千秋¹⁾ 大重耕三¹⁾ 来住由樹¹⁾ 太田順一郎¹⁾

1) 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

研究要旨

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

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

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

A. 研究目的

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

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

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

B. 研究方法

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

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

③情報不十分の場合、直接主治医に確かめた。

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

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

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

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

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

に提示する。

事例 1 初診時 28 歳 男（F2:統合失調症）

〔主訴〕 急に興奮する、飛び出す。

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

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

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

退院後、社会参加はなく、自宅に閉居しながらも当院外来へ継続通院している。

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

事例 2 初診時 18 歳 女（F4:強迫性障害）

〔主訴〕 感情のコントロールがきかない。急に死にたくなる。

〔成育歴〕 発達の遅れなし。4 才頃に継父から性的虐待。

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

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

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

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

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

事例3 初診時17歳 男 (F8:広汎性発達障害)

〔主訴〕 家庭内暴力、ひきこもり

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

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

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

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

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

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

D. 考察

人口約200万人の精神科救急の約8割に対応

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

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

文 献

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

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

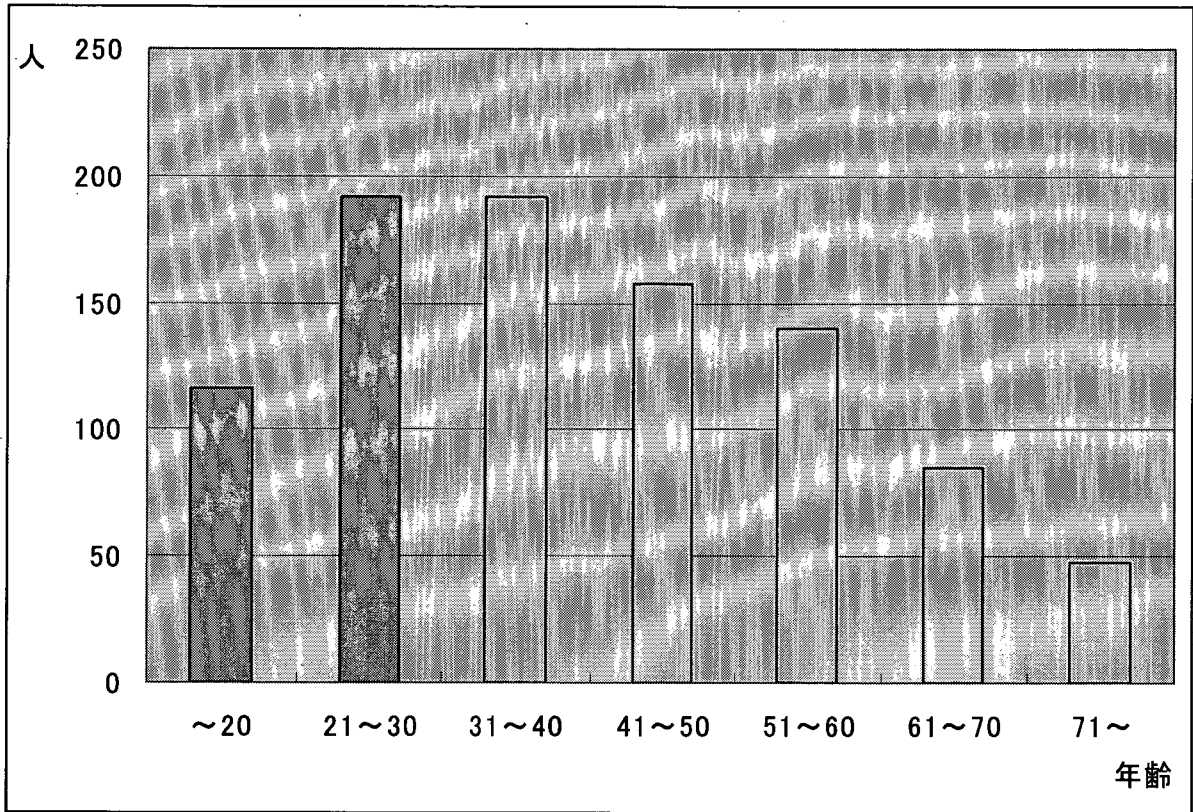


図1 全外来初診患者の初診時年齢（平成18年度）

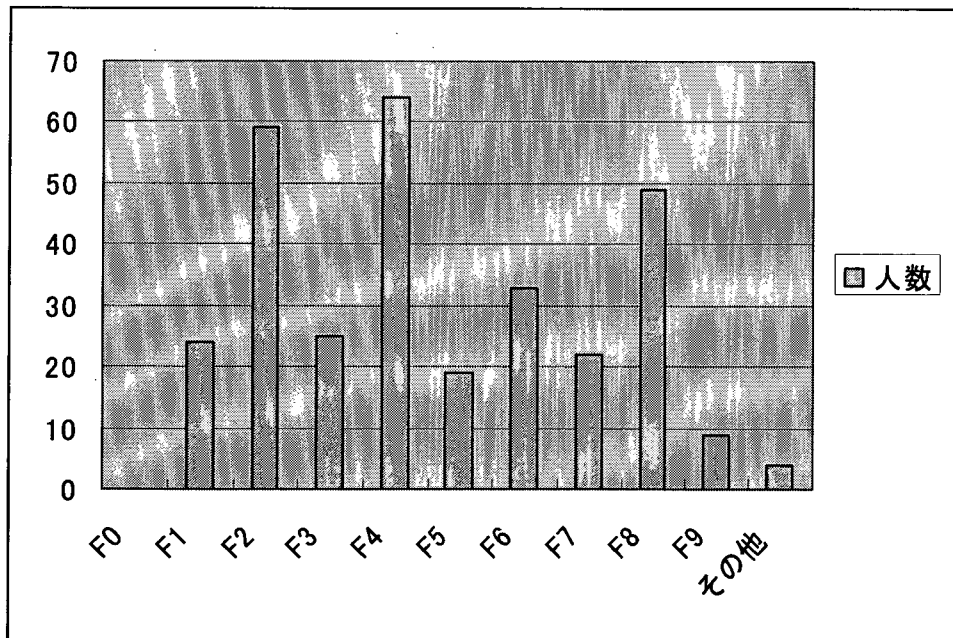


図2 30歳以下の全外来初診患者の診断分類（平成18年度）

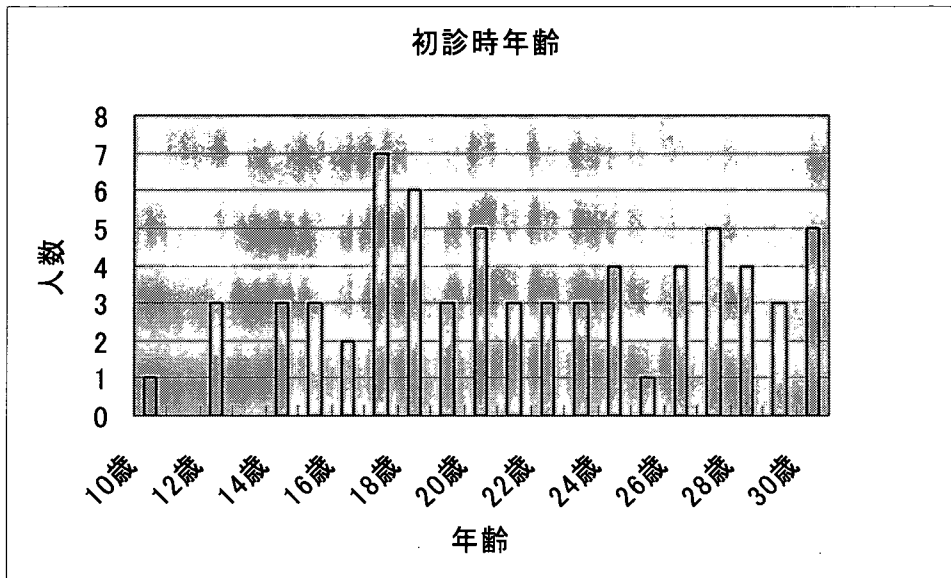


図3 30歳以下の初診時ひきこもり患者の初診時年齢（平成18年度）

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

	中学生以下	高校生年代	18歳以上	計
人数	15	24	29	68

表2 30歳以下の初診時ひきこもり患者の紹介元機関別件数（平成18年度）

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

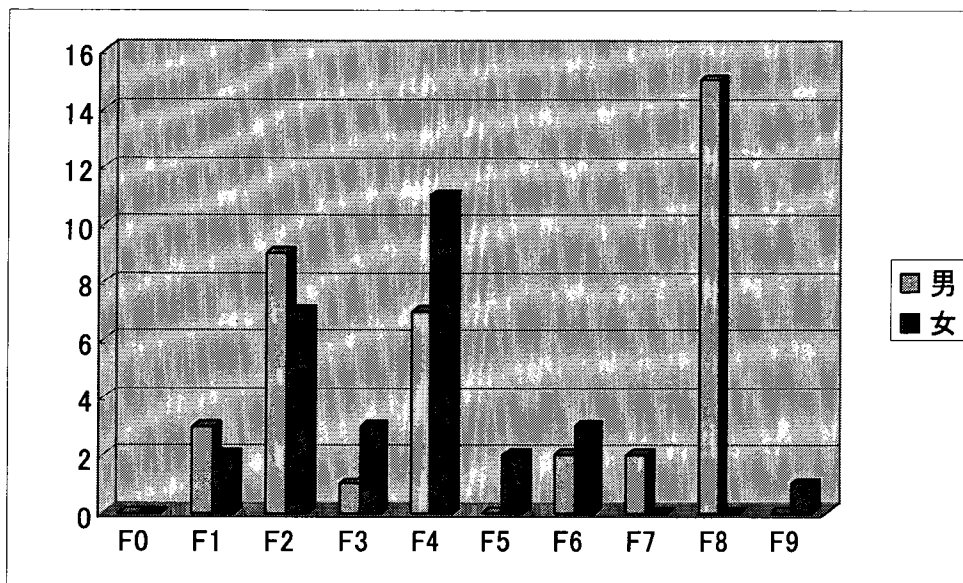


図 4 30歳以下の初診時ひきこもり患者の診断分類 (ICD-10、同年度)

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

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

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所

2) 国立精神・神経センター国府台病院

研究要旨

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

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

A. はじめに

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

ひきこもりの背景には、神経症・うつ病、あ

るいは発達障害などさまざまな要因が指摘され、また家族と本人の関わりの特徴などから、援助のあり方についても家族療法的なアプローチを中心にさまざまな援助が行われている。また、2003（平成 15）年には厚生労働省から、保健所・精神保健福祉センターなど公的相談機関における支援の指針を示した「10 代・20 代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン」（以下ひきこもりガイドライン）⁴⁾が公開されるなど支援方法に関する議論が高まっている。

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

例の経過を辿ることは有効であると考えられる。

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

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

今年度は、上記の目的を達成するために、以下の3点を実施した。

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

B. 対象

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

本研究におけるひきこもりとは、様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6カ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）を指すこと

とする。

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

C. 方法

1. ひきこもりアウトリーチの方法論の検討

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

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

2. 研修会の開催

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

3. パイロット調査の実施

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

（倫理面への配慮）

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

D. 結果

1. ひきこもりアウトリーチの方法論の検討

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

①介入方法

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

②本研究の加入基準

本研究の加入基準は以下とした。

国府台病院児童精神科に通院している者で、下記の項目の全てにあてはまる者。

■基礎属性；

下記の a~d の全てにあてはまる者。

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

■ひきこもり状況等；

下記の a~d の全てに当てはまる者

- a. 自宅を中心とした生活を行っている。
- b. 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。
- c. 以上の状態が 6 カ月以上続いている
- d. 国府台病院児童精神科への通院は両親のみで、過去 6 ヶ月間に本人の受診歴がはない。
- e. 国府台病院児童精神科の初回診察より最低 3 カ月経過している。

③調査方法

1) 研究デザイン

ウェイティングリスト法による RCT 研究。

介入群：従来の外来による治療+訪問型アウトリーチチームによる介入

対照群：従来の外来による治療

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

2) 研究への参加について

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

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

3) 調査指標および調査時点

a. 基礎情報票：開始時、1 年後時

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

b. 家族調査票①(本人の行動観察):3 ヶ月毎

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

c. 家族調査票②(家族の精神健康度):3 ヶ月毎

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

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

2. 研修会の開催

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

ながら訪問活動を展開していくことの重要性などが指摘された。

3. パイロットケースの実施

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

同意を得た対象の状態像は以下である。

・ Case No. 1

男児 15 歳

I 軸診断：過剰不安障害、II 軸診断：境界知能

GAF: 45

主たる養育者：母 42 歳

問題発現時期：99 年 9 月頃

初診：01 年 10 月

現在のエピソード開始時期：06 年 12 月

最近 1 カ月の社会参加状況：参加なし

最近 1 年間の社会参加状況：国府台病院院内学級数回

最近 1 カ月の支援者と本人の接触状況：全くない

・ Case No. 2

男児 15 歳

I 軸診断：PDD、II 軸診断：なし

GAF: 45

主たる養育者：父・母

問題発現時期：96 年 1 月頃

初診：96 年 1 月

現在のエピソード開始時期：不明

最近 1 カ月の社会参加状況：国府台病院院内学級数回

最近 1 年間の社会参加状況：国府台病院院内学級数回

最近 1 カ月の支援者と本人の接触状況：全くない

初回の訪問は主治医とは別の医師 2 名および

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

E. 考察

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

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

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

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

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

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

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

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

F. まとめ

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

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

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

つ初診より 3 カ月以上経過している患者とした。

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

またパイロットケースとして 2 例への訪問を開始し成果を挙げた。

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

文 献

- 1) 伊藤順一郎, 吉田光爾, 小林清香, 野口博文, 堀内健太郎, 田村理奈, 金井麻子:「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 報告書; 45-69, 2003.
- 2) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人: 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業)「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 (主任研究者: 川上憲人)」総括・分担研究報告書. 141-151, 2003.
- 3) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人: 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 (主任研究者: 吉川武彦)」総括・分担研究報告書. 75-78, 2004.
- 4) 伊藤順一郎, 秋田敦子, 有泉加奈絵, 狩野力八郎, 加茂登志子, 倉本英彦, 後藤雅博, 植林理一郎, 原敏明, 藤林武史, 吉川悟, 吉田光爾: 10 代・20 代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究, 2003.
- 5) 吉田光爾, 小林清香, 伊藤順一郎, 野口博文, 堀内健太郎, 土屋徹: 公的機関における支援を受けた社会的ひきこもり事例に関する 1 年間の追跡調査調査から, 精神医学, 47(6);655-662, 2005.
- 6) 森田桂, 宮本ふみ:「ひきこもり」から脱出させるための支援技術(2)ー保健師の戦術「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ー危機に立ち臨み語るこころ) -- (訪問と社会活動)、現代のエスプリ, 445 : 204-216, 2004.
- 8) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al.: Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24:37-74,1998.
- 9) 伊藤順一郎, 西尾雅明, 大島巖, 塚田和美, 鈴木友理子: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業、重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成 18 年度総括・分担研究報告書, 3-12, 2007.
- 10) Frances A, Pincus HA, First MB. The Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - IV. American Psychiatric Association, 1994.
- 11) 境泉洋, 石川信一, 佐藤寛, 坂野雄二: ひきこもり行動チェックリスト (HBCL) の開発及び信頼性と妥当性の検討 カウンセ

- リング研究, 37(3); 210-220, 2004.
- 1 2) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 他: 精神分裂病患者を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) の関連, 精神経誌 96: 493-512, 1994.
 - 1 3) Kreismann DE, Simmens SJ, Joy VD.: Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. Schizophrenia Bulletin, 5(2); 220-222. 1979.
 - 1 4) 新納美美, 森俊夫: 企業労働者への調査に基づいた日本版 GHQ 精神健康調査票 12 項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討, 精神医学 43: 431-436, 2001.
 - 1 5) 立木茂雄: 家族システムの理論的実証的研究—オルソンの円環モデル妥当性の検討, 川島書店, 1999.
 - 1 6) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討, 精神医学 41: 711-717, 1999.
 - 1 7) 村田豊久・清水亜紀・森陽二郎・大島祥子: 学校における子どものうつ病—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.

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

分担研究者 皆川邦直¹⁾

研究協力者 田上美千佳²⁾ 新村順子²⁾ 三宅由子³⁾ 野津真⁴⁾

1) 法政大学 2) 東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所

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

研究要旨

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

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

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

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

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

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

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

C. 研究結果

1. 年齢

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

2. 相談件数

ひきこもり群男子は 21 名、非行群男子は 4 名

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

3. 子どもの精神・行動症状の改善

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

表 1 GAF 評価

	初回 GAF	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
10-	1	(7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)
20-	0	(0.0)	1 (2.4)	1 (1.9)
30-	3	(23.1)	2 (4.9)	5 (9.3)
40-	3	(23.1)	21 (51.2)	24 (44.4)
50-	3	(23.1)	17 (41.5)	20 (37.0)
60-	1	(7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)
70-	1	(7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)
80-	1	(7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)
90-	0	(0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

最終 GAF 非行 (%) ひきこもり (%) 合計 (%)

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

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

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

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

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

表2 最終評価時

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

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

4. 親の取り組み

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

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

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

表3 親の特性と子どもの問題

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

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

文献

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