

25.母親

a (1.いつも来る 2.ときどき来る 3.あまり来ない 4.来院拒否)

b (1.協力的 2.非協力的 3.不明)

26.父親

a (1.いつも来る 2.ときどき来る 3.あまり来ない 4.来院拒否)

b (1.協力的 2.非協力的 3.不明)

27.虐待歴について

1. 現在、親あるいは養育に関わる関係者（教師、施設職員など）などから虐待をうけている。

虐待の内容（ ）

虐待者（ ）

2. 過去に親あるいは養育に関わる関係者（教師、施設職員など）からう虐待をうけたことがある。

虐待の内容（ ）

虐待者（ ）

3. 本人は虐待があったと訴えているが事実については確認されていない

虐待の内容（ ）

虐待者（ ）

4. 被虐待歴はない

28.治療者からみた父親の印象（下の形容詞対のもっとも適当なところに○をつける）

柔軟な	1	2	3	4	5	頑固な
温かい	1	2	3	4	5	冷たい
陽気な	1	2	3	4	5	陰気な
たくましい	1	2	3	4	5	弱々しい
社交的な	1	2	3	4	5	非社交的な
落ち着いた	1	2	3	4	5	落ち着きのない
きちんとした	1	2	3	4	5	だらしない
理性的な	1	2	3	4	5	感情的な
慎重な	1	2	3	4	5	軽率な
尊大な	1	2	3	4	5	謙虚な
皮肉な	1	2	3	4	5	素直な
依存的な	1	2	3	4	5	自立した
寛容な	1	2	3	4	5	非寛容な
自信のある	1	2	3	4	5	自信のない
積極的な	1	2	3	4	5	消極的な

29.治療者からみた母親の印象（下の形容詞対のもっとも適当なところに○をつける）

柔軟な	1	2	3	4	5	頑固な
温かい	1	2	3	4	5	冷たい
陽気な	1	2	3	4	5	陰気な
たくましい	1	2	3	4	5	弱々しい

社交的な	1	2	3	4	5	非社交的な
落ち着いた	1	2	3	4	5	落ち着きのない
きちんとした	1	2	3	4	5	だらしない
理性的な	1	2	3	4	5	感情的な
慎重な	1	2	3	4	5	軽率な
尊大な	1	2	3	4	5	謙虚な
皮肉な	1	2	3	4	5	素直な
依存的な	1	2	3	4	5	自立した
寛容な	1	2	3	4	5	非寛容な
自信のある	1	2	3	4	5	自信のない
積極的な	1	2	3	4	5	消極的な

同胞

30.同胞数 人（本人も含める）

31.同胞順位 位

32.第1子の性別 1.男 2.女

33.第1子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動（ ）
6.不明

34.第2子の性別 1.男 2.女

35.第2子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動（ ）
6.不明

36.第3子の性別 1.男 2.女

37.第3子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動（ ）
6.不明

38.第4子の性別 1.男 2.女

39.第4子の適応状態

- 1.正常 2.不登校 3.ひきこもり 4.分裂病 5.他の精神障害と問題行動（ ）
6.不明

40.同胞が5人以上の場合、その性別と適応状態を以下に記載して下さい。

- ()
()
()
()

41.特殊家庭事情（初診時点で主要なものを一つ）

- 1.親の別居・離婚 2.親の死別 3.親の病気・入院 4.親の単身赴任 5.その他
() 6.なし

負因

42.負因

1.なし 2.あり

43.負因者 ()

44. (28.で 2.あり の場合) 障害の種類 ※ ()

■発症前の状況■

45.G A F 尺度による発症前1年間の最高レベル

46.G A F 尺度による初診時のレベル

47.G A F 尺度による現在のレベル

※G A F 尺度については「使用法について」を参照のこと

48.あきらかな発症契機または初発時の環境的变化

(最も重要と思われるものをひとつ)

※具体的に記入してください ()

1.学業上の挫折体験 2.職業上の挫折体験 3.居住環境の変化(転居、帰国)

4.就学環境の変化(入学、進学、転校、クラス替え、学校行事、進級、卒業)

5.就業環境の変化(就業、失業、配置転換、昇進、単身赴任)

6.家族以外の対人関係の軋轢・破綻・緊張 7.家族関係の軋轢・破綻・緊張

8.なんらかの喪失体験 9.身体疾患 10.その他 11.不明

49.”あきらかな発症契機”が不明の場合、推定される発症契機

(最も重要と思われるものをひとつ)

※具体的に記入して下さい ()

1.学業上の挫折体験 2.職業上の挫折体験 3.居住環境の変化(転居、帰国)

4.就学環境の変化(入学、進学、転校、クラス替え、学校行事、進級、卒業)

5.就業環境の変化(就業、失業、配置転換、昇進、単身赴任)

6.家族以外の対人関係の軋轢・破綻・緊張 7.家族関係の軋轢・破綻・緊張

8.なんらかの喪失体験 9.身体疾患 10.その他 11.不明

50.初発症状 (複数回答可)

1.ひきこもり 2.無気力 3.不登校 4.非行 5.家庭内暴力

6.身体症状(心身症的なもの、あるいは自律神経症状) 7.心気症状 8.対人恐怖症状

9.その他の恐怖症状 10.強迫観念・強迫行為 11.そのほかの(上記以外の)神経症症状

12.摂食行動の異常(過食、拒食) 13.抑うつ気分

14.その他 ※具体的に ()

51.友人の数(発症直前の状態)

交際している友人が

1.2人以上いる 2.1人いる 3.まったくいない

52.友人との親密さ(※41.で 1. または 2. の場合)

つきあっている友人とは

1.しばしば連絡をとり、行動をともにする 2.時に連絡をとり、行動をともにする 3.ごく稀に連

絡をとる程度

いじめ体験の時期

53.喧嘩や意地悪

- 1.小学校低学年（3年生まで）
- 2.小学校高学年（4年生以上）
- 3.中学
- 4.高校
- 5.大学
- 6.その他

54.いじめ

- 1.小学校低学年（3年生まで）
- 2.小学校高学年（4年生以上）
- 3.中学
- 4.高校
- 5.大学
- 6.その他

55.いじめ非行

- 1.小学校低学年（3年生まで）
- 2.小学校高学年（4年生以上）
- 3.中学
- 4.高校
- 5.大学
- 6.その他

いじめ体験の程度

56.喧嘩や意地悪

- 1.1度あった
- 2.持続的に繰り返されたが解決した
- 3.持続的に繰り返されたが解決しなかった
- 4.持続的に繰り返されたために転校などを強いられた
- 5.その他

57.いじめ

- 1.1度あった
- 2.持続的に繰り返されたが解決した
- 3.持続的に繰り返されたが解決しなかった
- 4.持続的に繰り返されたために転校などを強いられた
- 5.その他

58.いじめ非行

- 1.1度あった
- 2.持続的に繰り返されたが解決した
- 3.持続的に繰り返されたが解決しなかった
- 4.持続的に繰り返されたために転校などを強いられた
- 5.その他

（※深谷はいじめの分類として(1)「喧嘩や意地悪」(2)「いじめ」(3)「いじめ非行」の3つに分類する。「いじめ」に該当するのはゲーム性の強い「菌ごっこ、無視や仲間外れ、悪質な悪口、嫌がらせ、落書き、物を隠す」などであり、「暴力、カツアゲ、使いパシリ、物を壊す、嫌がることを強要する」などは「いじめ非行」であるとする。このうち少なくとも「いじめ非行」は犯罪であり、対応上も区別が必要である。）

■対人関係■

母親との関係

59.会話（現在の状態）

- 1.母親と普通に話すことができる
- 2.母親とある程度話すことができるが、話題などは限られている。(3と1の間)
- 3.母親とほとんど話をしない

60.攻撃性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

暴力は振るわないが、家族を責める、乱暴な口をきく、無理な要求をする、脅迫する、などの行為が

- 1.慢性的に認められた
- 2.一時的に認められた
- 3.ほとんど認められない

61.暴力（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

大声を出す、物に当たる、家族に肉体的暴力をふるう、などの暴力行為が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

62.母親との関係の不安定さ（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

主として攻撃的態度と依存的態度の交代が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

63.母親に対する依存的態度・幼児性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

母親にまわりつく、同じ部屋で、あるいは同じ布団と一緒に寝たがる、過度のスキンシップを求めて来る、幼児語をつかう、などといった行為が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

父親との関係

64.会話（現在の状態）

- 1.父親と普通に話すことができる
2.父親とある程度話すことができるが、話題などは限られている。（3と1の間）
3.父親とほとんど話をしない

65.攻撃性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

暴力は振るわないが、家族を責める、乱暴な口をきく、無理な要求をする、脅迫する、などの行為が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

66.暴力（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

大声を出す、物に当たる、家族に肉体的暴力をふるう、などの暴力行為が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

67.父親との関係の不安定さ（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

主として攻撃的態度と依存的態度の交代が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

68.父親に対する依存的態度・幼児性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

父親にまわりつく、同じ部屋で、あるいは同じ布団と一緒に寝たがる、過度のスキンシップを求めて来る、幼児語をつかう、などといった行為が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

きょうだいとの関係

69.会話（現在の状態）

- 1.きょうだいと普通に話すことができる
2.きょうだいとある程度話すことができるが、話題などは限られている。（3と1の間）
3.きょうだいとほとんど話をしない

70.攻撃性（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

暴力は振るわないが、家族を責める、乱暴な口をきく、無理な要求をする、脅迫する、などの行為が

- 1.慢性的に認められた 2.一時的に認められた 3.ほとんど認められない

71.暴力（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

- 大声を出す、物に当たる、きょうだいに肉体的暴力をふるう、などの暴力行為が
- 1.慢性的に認められた
 - 2.一時的に認められた
 - 3.ほとんど認められない

友人関係

72.友人の数（現在の状態）

現在交際している友人が

- 1.2人以上いる
- 2.1人いる
- 3.まったくいない

73.友人との親密さ（※41.で 1. または 2. の場合）

現在つきあっている友人とは

- 1.しばしば連絡をとり、行動をともにする
- 2.時に連絡をとり、行動をともにする
- 3.ごく稀に連絡をとる程度

74.異性関係

- 1.特定の異性関係がある
- 2.異性の友人がいるか、または過去に特定の異性関係があった。
- 3.異性関係はほとんど無い

■行動の異常■

75.不登校

- 1.現在まで持続するもの、または過去に3ヶ月以上の持続的な不登校
- 2.過去に3ヶ月以内の不登校もしくは断続的な不登校
- 3.ほとんどない

76.ひきこもり程度（初診時の状態）

- 1.ほとんど外出しない
- 2.時に近所まで出る程度
- 3.外出はするが非生産的

77.ひきこもり程度（現在の状態）

- 1.ほとんど外出しない
- 2.時に近所まで出る程度
- 3.外出はするが非生産的
- 4.学校・職場などの活動に、部分的に参加している。
- 5.学校・職場などの活動に、ほぼ完全に参加している。

78.ひきこもり期間（初診時点での通算で）※断続的な場合は加算して

（ ）ヶ月

79.ひきこもり期間（現在までの通算で）

（ ）ヶ月

80.反社会的行動（発症後、現在までに以下のような事があったか）

- 1.窃盗、脅迫、などの明かな犯罪行為
- 2.未成年の飲酒、喫煙などの虞犯、不良行為
- 3.ほとんどない

81.希死念慮・自殺企図（発症後、現在までに以下のような事があったか）

- 1.自殺を目的とした自傷行為、自殺企図などがみられた
- 2.自殺をほのめかすような言動、自殺による脅迫などがみられた
- 3.ほとんどない

■感情の異常■

82.気分の不安定さ

- 1.慢性的に気分変動が激しい
- 2.気分変動は一時的か、または正常範囲
- 3.気分変動はほとんど認められない

83.慢性的な軽度の抑うつ状態または1度以上の身体症状をともなう大うつ病相を経験したか

- 1.大うつ病相 2.軽度の抑うつ状態のみ 3.ほとんどない

84.絶望感、希死念慮、罪責感など

1.自殺企図あるいは持続する強い希死念慮にいたるほどの絶望感、無価値観、罪責感、救われない感じを経験した

2.時に漠然とした希死念慮を感じるほどの絶望感、無価値観、罪責感、救われない感じを経験した

3.ほとんどない

85.慢性的な強い不安、不安による身体症状など

1.パニックに陥るほどの強い不安、緊張を経験した

2.不安、緊張でしばしば自律神経症状を訴えたり、症状に対する予期不安が強い時期があった

3.ほとんどない

86.慢性的な孤独感、退屈、空虚さ

1.孤独感、退屈、空虚さの全てを持続的に経験した

2.孤独感、退屈、空虚さのいずれかを経験した 3.ほとんどない

■認知の異常■

87.対人恐怖症状

1.重症対人恐怖症状（自己臭、視線恐怖、赤面恐怖、会食恐怖）がこれまでにあった

2.軽度の対人恐怖症状があった 3.対人恐怖症状は顕著ではない

88.強迫神経症症状

1.確認強迫、洗浄強迫、儀式的行為、強迫観念などの強迫神経症症状が過去に存在した

2.明かな強迫症状はないものの、過度な几帳面さや完全主義、またちょっとした確認癖などの強迫傾向は認められる

3.強迫傾向は顕著ではない

89.幻覚・妄想体験

1.思考吹入、思考奪取、作為体験、考想察知、迫害妄想、関係妄想、罪責妄想、誇大妄想、心気妄想、そのほかの妄想、あるいはなんらかの幻覚体験を一過性に経験した

2.過度の疑り深さ、関係念慮、そのほかの妄想様体験があった。

※1. 2.の体験の主な内容（ ）

3.このような訴えはほとんどない

90.奇妙な思考、異常な知覚体験

1.強い迷信傾向、魔術的思考、第六感、繰り返す錯覚、強い確信的体験、明かな離人感などのいずれかが現在まで持続している

2.強い迷信傾向、魔術的思考、第六感、繰り返す錯覚、強い確信的体験、明かな離人感などのいずれかが過去に経験された

※1. 2.の体験の主な内容（ ）

3.このような訴えはほとんどない

91.被害妄想、被害念慮の対象

1. 家族 2. 近所の住民 3. 親戚、知人 4. 友人 5. かつての友人、同級生

6. 有名人 7. 不特定多数 8.その他（ ）

92.妄想に基づく実際行動

1. 相手に暴力的な反撃を加えた
2. 反撃の準備行動がみられた（武器の用意など）
3. 相手を家族に向かって罵倒する
4. とくに行動は起こさない
5. その他（ ）

■そのほかの精神身体症状■（発症後、現在までに以下のような状態があったか）

93.学業、職業などの本業以外の分野における活動性

- 1.一定の趣味もしくは関心のある分野があり、その分野では興味を持って積極的に活動できる
- 2.趣味や関心を持っている分野はあるが、あまり熱心ではない
- ※ 3 または 2 の場合は興味を持っている分野を具体的に（ ）
- 3.ほとんど何事にも趣味、関心はない

94.薬物嗜癖

- 1.アルコールまたは特定の薬物に関する慢性的な大量の（治療目的以外の）使用が明らかであった
※薬物名（ ）
- 2.アルコールまたは特定の薬物に関する挿間的な（治療目的以外の）使用が明らかであった ※
薬物名（ ）
- 3.アルコールまたは治療目的以外の薬物の使用は明かでない

■身体症状■

95.身体的既往

- 1.あり ※（ ）
- 2.なし

96.不眠

- 1.慢性的な不眠を訴え、睡眠剤の持続的使用を必要とした
- 2.一時的に不眠を訴え、睡眠剤を使用することがあった
- 3.不眠の訴えは顕著でないか、とくに睡眠剤を必要としない程度であった

97.睡眠のパターン（昼夜逆転傾向について）

- 1.起床は午後 2 時以降あるいはきわめて不規則な睡眠パターンで、昼夜逆転傾向が慢性的に顕著だった
- 2.起床はほぼ午前 10 時から午後 2 時までの間で、若干の昼夜逆転傾向を認めた程度
- 3.規則的に午前 10 時前には起床

98.自律神経症状

- 1.頭痛、のぼせ、ほてり、めまい、ふらつき、発汗、口渇、窒息感、動悸、呼吸困難、胃部不快、腹痛、振戦、などいずれかの心因性と思われる身体症状が慢性的に認められた 特に顕著なもの（ ）
- 2.上記症状が一時的に認められた
- 3.上記症状はほとんど意識されなかった

99.心気症傾向

- 1.内科的には異常が無いと診断されたにも関わらず、身体的愁訴が慢性的に持続したことがあった
※顕著な愁訴内容（ ）
- 2.上記訴えが一時的にみられたか、またはあきらかな訴えはないものの自らの健康状態に過敏

3.心氣的傾向はほとんど認めない

100.性欲の異常（性障害および性同一性障害）

1.DSM-IV 第1軸で診断可能な異常が持続的にみられる

診断名（ ）

2.DSM-IV 第1軸で診断可能な異常が一過性にみられる

診断名（ ）

3.異常はみられない

■メディア・通信関係■

101.テレビの使用状況

1.ほとんど使用しない 2.1-2時間程度視聴 3.3時間以上視聴

4.視聴するともなくつけっぱなしの状態 5.ビデオ（LD, DVD）鑑賞が主

6.テレビゲームが主 7.その他（ ）

102.携帯電話の使用状況

1.所有せず 2.家族と共用 3.所有するが使用せず 4.頻繁に使用（通話相手： ）

103.電話・手紙に対する態度

1.いっさい無視する 2.受ける時もある 3.手紙のみ受ける 4.電話のみ受ける

5.ともに常に受ける 6.文通相手がいる 7.電話友達がいる

104.インターネットの利用

1.利用しない 2.ときおり利用する 3.ひんぱんに利用する 4.過度な没頭がみられる

（※3. と 4. の区別としては、日常生活や治療に支障を来すか否かを判断基準とする）

■面接時の所見■（医師の主観的判断による現在の状態）

105.感情的ひきこもり

1.自発語は全くなく、緘黙に近いものから、面接者の問いかけにごく簡単に反応するものまで。視線を合わせないなど、その反応も不適切であることが多い。

2.自発語も時にみられる。応答は比較的短く、声が平板だったり、表情の変化に乏しかったりする傾向があるが、一応面接者の話題に沿って話ができる。

3.自ら話題を出すなど積極的に話す。面接者の問いかけにも十分適切に答えることができる。

106.奇妙さ

1.姿勢、態度、言語表現などいくつかの点で明らかに不適切であり、周囲の状況にそぐわない奇妙な態度が持続的にみられる。

2.やや奇異な癖、しぐさ、言葉などが時に見られる。 3.奇妙さはほとんど認められない。

107.疎通性（ここでは分裂病性の疎通性の無さを念頭において答えること）

1.疎通性に欠け、内面を明かさず、分裂病を疑わせる事もある

2.疎通性はかなりあるが、いま一つ話が深まらない 3.疎通性は十分にある

108.深刻味のなさ

1.葛藤、深刻味はほとんど認められない 2.葛藤、深刻味は中程度に認められる

3.葛藤が強く、訴えには深刻味が感じられる

109.治療意欲・通院態度など

1.本人が定期的いきちんと通院・服薬し、勧められた活動（アルバイト、クラブ、ハウスなど）などにも積極的に参加する

2.通院や服薬が時に不規則になり、勧められた活動などにも消極的

3.通院、服薬はきわめて不規則で、活動への参加もない

■治療内容■

110.カウンセリング

1.行なった 2.行なわない

111.薬物療法

1.行なった 2.行なわない

112.家族指導・家族カウンセリング

1.行なった 2.行なわない

113.入院

1.行なった 2.行なわない

114.クラブ

1.行なった 2.行なわない

115.宿泊療法

1.行なった 2.行なわない

116.キャンプ

1.行なった 2.行なわない

117.グループカウンセリング

1.行なった 2.行なわない

118.相談的家庭教師

1.行なった 2.行なわない

119.電話相談

1.行なった 2.行なわない

120.手紙相談

1.行なった 2.行なわない

121.訪問相談

1.行なった 2.行なわない

122.家族会・家族グループ

1.行なった 2.行なわない

123.その他（ ）

124.インターネット利用の治療上の影響について

1.有意義であった（具体的に： ）

2.どちらともいえない

3.有害であった（具体的に： ）

125.薬物への反応（無気力、ひきこもり状態について）

- 1.薬物を使用し、明かな効果を認めた
有効だった薬物 ()
- 2.薬物を使用し、若干の改善を認めた
有効だった薬物 ()
- 3.薬物を使用しなかったか、使用しても特に効果を認めなかった

改善度の評価

126.無気力、ひきこもり状態について

- 1.治療終結に至った
- 2.明かな改善を認めた
- 3.いくつかの点でわずかに改善した
- 4.ほとんど変化がみられない
- 5.より悪化した

127.神経症傾向が認められる場合、その改善度について※具体的に ()

- 1.治療終結に至った
- 2.明かな改善を認めた
- 3.いくつかの点でわずかに改善した
- 4.ほとんど変化がみられない
- 5.より悪化した

128.症状改善に最も効果があったと思われる治療内容

- 1.カウンセリング
- 2.薬物療法
- 3.家族指導
- 4.入院
- 5.クラブ
- 6.宿泊療法
- 7.キャンプ
- 8.グループカウンセリング
- 9.その他 ※具体的に ()

129.診断的に最も近いもの、あるいは可能性のあるもの

DSM-IVにおける1軸の診断コード

1軸 (コード: 診断名:)

130.診断的に最も近いもの、あるいは可能性のあるもの

DSM-IVにおける2軸の診断コード

2軸 (コード: 診断名:)

IV. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧

<書籍>

- 1) 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.
- 2) 齊藤万比古（編）：不登校対応ガイドブック。中山書店，東京，2007.
- 3) 齊藤万比古：不登校。大塚俊男，上林靖子，福井進，他（編）；[新版]心の病を知る事典；pp269-279，弘文堂，東京，2007.
- 4) 近藤直司，宮沢久江（分担執筆）：不登校と家庭内暴力。不登校と非行。訪問診療・訪問指導。不登校対応ガイドブック（齊藤万比古編）中山書店，2007.
- 5) 水田一郎（分担執筆）：不登校対応ガイドブック（齊藤万比古編）第V章2-10 妄想性障害（pp. 103-108）。第VI章4 高校生の不登校（pp. 234-240）。東京，中山書店，2007.
- 6) 水田一郎（分担執筆）：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（藤本修編）第3章2節 三職種チーム連携が行われる場について「精神科診療所」（pp. 61-63）。第4章1節 三職種チーム連携の理解のために「児童虐待」（pp. 69-75）。第4章2節 三職種チーム連携の理解のために「不登校」（pp. 82-87）。第4章3節 三職種チーム連携の理解のために「家庭内暴力」（pp. 97-101）。第4章7節 三職種チーム連携の理解のために「転換性障害，解離性障害」（pp. 153-159）。大阪，創元社，2006.
- 7) 奥村雄介，野村俊明：非行精神医学。医学書院，2006.
- 8) 奥村雄介：矯正医学事典。鴨下守孝ほか編集，東京法令出版，2006.
- 9) 奥村雄介：その他—非行・犯罪にみる衝動性。精神看護エクスペール第20巻，衝動性と精神看護，118-125，中山書店，2007.
- 10) 奥村雄介：社会と精神医学・司法。看護のための最新医学講座第2版，第12巻 精神疾患，第2章 精神科をとりまくもの，108-118，中山書店，2006.
- 11) 野村俊明，奥村雄介：非行と犯罪の精神科臨床—矯正施設の実践から—。星和書店，東京，2007
- 12) 清田晃生，齊藤万比古：アスペルガー症候群（障害）と不登校。家庭内暴力。石川元（編）；アスペルガー症候群 歴史と現場から究める，pp186-194，至文堂，東京，2007.
- 13) 斎藤環：『ひきこもりはなぜ「治る」のか？』。中央法規出版，東京，2007.
- 14) 斎藤環：ひきこもりと「医療化」。医療化のポリティクス。学文社，東京，2006.
- 15) 斎藤環：ひきこもりと強迫性障害。強迫性障害治療ハンドブック。金剛出版，東京，2006.

<雑誌>

- 1) 齊藤万比古：児童面接における心得と工夫。精神科臨床サービス 6(3)；347-350，2006.
- 2) 齊藤万比古：よくみる子どもの心の問題 思春期の問題 引きこもり。母子保健情報 55号；50-53，2007.
- 3) 齊藤万比古，岩垂喜貴：軽度発達障害における二次的障害。小児看護 30(9)；1267-1273，2007.

- 4) 齊藤万比古：子どもの心の症状に気づいたら 第 14 回不登校・引きこもり．日本医事新報 No.4347；75-77，2007.
- 5) 齊藤万比古：児童期の精神障害．精神保健福祉白書編集委員会（編）；精神保健福祉白書 2008 年版 多様化するメンタルヘルスと 2 年目を迎える障害者自立支援法，pp167，中央法規出版，東京，2007.
- 6) 伊藤順一郎：「ひきこもり」に必要な支援は何か．精神神経学雑誌 109(2)：130-135，2007.
- 7) 伊藤順一郎：「ひきこもり」と精神医療～Community based Mental Health System づくりの展望．精神神経学雑誌 109(2)；128-129，2007.
- 8) 皆川邦直，佐藤篤司：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.
- 9) 近藤直司，岩崎弘子，小林真理子，宮沢久江：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について．精神神経学雑誌 109；834-843，2007.
- 10) 近藤直司：社会的ひきこもり．臨床精神医学 35 巻増刊号；316-321，2006.
- 11) 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；1223-1228，2006.
- 12) 近藤直司：青年期のひきこもりをめぐる臨床研究の課題．児童心理学の進歩 2006 年度版；161-183，金子書房，2006.
- 13) 近藤直司：児童・思春期のネットワーク支援と人材育成．児童青年精神医学とその近接領域 48；293-322，2007.
- 14) 水田一郎：解離性障害の精神療法と精神病理．臨床精神病理 28(2)；151-158，2007.
- 15) 奥村雄介：行為障害・非行．特集 児童思春期精神医学の最近の進歩，第 2 章 子どものこころの障害．臨床精神医学 第 36 巻 第 5 号；611-616，2007.
- 16) 奥村雄介：非行と自己破壊行動．母子保健情報 55 号，特集 子どもの心Ⅱ，54-58，2007.
- 17) 渡部京太：不登校児童生徒への治療と援助．児童青年精神医学とその近隣領域 48(2)；102-110，2007.
- 18) 渡部京太，清田晃生：1 不登校の現在．臨床精神医学 36(5)；643-647，2007.
- 19) 原田豊，川口栄，白岩有里，坂本裕子，長谷川絵美，渡部一恵：鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題Ⅱ－社会参加促進ステップアップ事業の取り組みについて－．鳥取医学雑誌（鳥取医師会発行） 35 巻；10-15，2007.
- 20) 原田豊，川口栄，角田智玲，田中有里，元木順子，渡部一恵，新田雅美：鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題－精神保健福祉センターおよび各福祉保健局におけるひきこもり相談から－．鳥取医学雑誌（鳥取医師会発行） 34 巻；64-70，2006.
- 21) 斎藤環：ひきこもりと自己愛．精神療法 33 巻 3 号，2007.
- 22) 斎藤環：『ひきこもり』小児科診療増刊号「小児の治療指針」．診断と治療社，東京，2007.

V. 研究成果の別刷

I よくみる子どもの心の問題 思春期の問題

引きこもり

国立精神・神経センター国府台病院リハビリテーション部長 さいとうかずひこ 齊藤万比古

キーワード 引きこもり、NEET、人格障害、発達障害、治療・援助

1. 引きこもりの定義

引きこもりは現在の児童・思春期の子どもに始まり、青年時代を越えて壮年期まで及ぶ非常に幅の広い現象である。また、不登校やNEETをはじめ関連の深い現象を表現する用語としばしばその意味を十分に吟味されないまま混用されており、定義の難しい側面があることは否定できない。

NEET (Not in Employment, Education or Training) は「学校に通学せず、独身で、収入を伴う仕事をしていない人」を意味しており、若年無業者（学校へ通学しておらず、配偶者がいない独身者で、普段収入の伴う仕事をしていない15～34歳の個人）のうち、就業希望はあるが求職活動はしていない者（非求職型）と、そもそも就職希望を表明していない者（非希望型）のことで内閣府の調査では定義している。この調査では2002年にNEETは全国でほぼ80数万人いるという数字をあげている。

このNEETという概念は、いうまでもなく引きこもりそのものを表わしているわけではまったくないので、この数字をそのまま引きこもりの人数とするわけにはいかない。例えば、就学や就労はしていないが、友人関係や遊びに関連する家庭外の活動をごく普通に行っている子どもや青年も多数NEETの中に含まれており、このような事例は少なくとも引きこもりには含めるべきではない。

結局、引きこもりとは基本的には社会的回避行動を頑固に続ける非社会性の表現であり、原則として精神病は含まないものとして定義されること

が多い。筆者も、通学や就労などの社会的活動を回避し、大半の時間を家庭にとどまってすごし、家族内の人間関係に限局した対人交流しか持とうとしない社会的に孤立した子どもや青年の状態像のうち、精神病性疾患によるものを除外したものを「引きこもり」と定義し、以後はそのような子どもや青年を「引きこもり事例」と表記する。

2. 引きこもりを生じさせ維持させる心性

引きこもり事例の心性はけっして一様なものではなく、実際にはかなり多様な心性がこの現象の成立には関与している。以下にその主なものをあげておきたい。

回避は引きこもりの基本心性であり、社会的活動やそこにおける対人交流において経験せねばならない（あるいはそのように思い込んでいる）事物に対する恐怖、あるいは漠然とした不安がその中心的な発現要因である。おそらく、社会的な場で意思表示して他者の視線を集めたり、責任を負ったりすることに伴う「一人」というイメージが、孤立無援であったり、恥をかいていたたまれなくなるといった恐怖感や不安と直結してしまうといった心性が回避の背景には想定される。

強迫性も引きこもりと関連の深い心性である。内的な衝動性を恐れるかのように自己を強迫的儀式でがんじがらめにするといった、思春期に比較的よく見ることのできる強迫性障害の病態は、ある程度以上の重症度で出現し、かつ遷延化した場合、思春期年代の学校や同年代集団との社会的交流に耐えうる適応上の柔軟性と強靱さを大きく制

限し、引きこもり状態への親和性を高めることにつながっていく。引きこもりが始まると強迫性障害の子どもは強迫症状に母親を巻き込み、強迫行為を代行させたり、強迫行為のパートナーにしたりするようになる。こうした母子の関係性は引きこもり状態の推進要因となることが少なくない。

引きこもりの背景に高まった自己愛性が存在することは容易に理解できることである。思春期心性そのものが、親離れの進行とともに自己愛性を高めていくことは知られているが、自己愛性の高まりは社会的な活動や人間関係が必然的に内包する自己の傷つきへの過敏性と脆弱性を亢進させ、社会的な活動や対人関係を回避させる原動力の一つとなる。

また、空虚感や無力感はどの子どもにも存在する心性ではあるが、この感情が強すぎると、一人で存在することに強く傷ついたり、受け入れてくれる対象に対して過剰に求めすぎたり、応えてくれないことに対して傷つき、憤りすぎたりといった不安定な人間関係が生じやすくなる。その結果、社会的な場と人間関係に対する挫折感や不遇感が強まると、引きこもりへの親和性を高めることにつながる。

スキゾイド心性が思春期の引きこもりの背景に存在することも多い。スキゾイド心性とは一人でいることを好み、また一人でいることが苦痛ではないという心性であり、スキゾイド人格障害がその典型的な姿であるといってもよい。感情的には淡白で、ときに平板でさえあり、周囲からは淡々とマイペースでやっている人、あるいは冷たい人と受けとめられることがある。このような心性も、社会にとどまることに意味を感じなくなることで引きこもり状態を発現させることがある。

3. 引きこもりの背景精神疾患

引きこもりは必ず背景に精神疾患を持っているわけではないが、大半は何らかの精神疾患の概念に一致する症状を持っていると考えても大きく外れることはないだろう。引きこもりは前節で述べたような特徴的な心性を背景に持っており、それ

らの心性が本人の社会的機能に著しい障害をもたらす場合、これがある疾患概念に適合するならば、それは精神疾患とされるのである。例えば回避が引きこもりに至るほど重度ならば、それは社会不安障害と診断されることになるだろうし、それが10代の半ばから20代に入るまで続けば、回避性人格障害や、親への依存が著しければ依存性人格障害も考慮しなければならない。強迫性は強迫性障害や強迫性人格障害と関連するだろうし、自己愛性は様々な精神疾患の背景に存在するだけでなく、自己愛人格障害、依存性人格障害、あるいは演技性人格障害などの人格障害への発展もありうる。また、過剰な空虚感や無力感は境界性人格障害の中心的な特性の一つであるし、気分変調性障害などの慢性のうつ病性障害や解離性障害などとの関連もありうる。いずれにしても引きこもり事例はあらゆる精神疾患に罹患している可能性があり、中でも非社会的な姿勢をもたらすいくつかの人格障害との親和性が高い。

近年、引きこもり事例には発達障害（わが国では広汎性発達障害（PDD）、注意欠陥／多動性障害（AD/HD）、学習障害が含まれる）の事例がかなり含まれているという意見や調査結果が出されるようになって来た。引きこもり心性の一つにあげたスキゾイド心性はPDDと関連が深く、スキゾイド人格障害と診断されているアスペルガー障害や特定不能のPDD事例が存在する。アスペルガー障害などの引きこもり事例の中には非常に風変わりなこだわりや思い込みが目立ち、発達障害に気づかれないままスキゾタイプル人格障害とされている場合もある。AD/HDの事例も引きこもりの中にはそれなりの数を見出すことができるグループであり、社会不安障害、全般性不安障害、強迫性障害、気分変調性障害など二次性の様々な併存精神疾患を経て、回避性人格障害、境界性人格障害、受動攻撃性人格障害に展開していく事例も少なくない。

精神病性疾患を除外して定義されている引きこもりではあるが、引きこもり事例が積極的に精神科の診察を受けることはきわめて難しく、ケース

として相談を受けたり、治療的に関与したりする場合にも、たいていは引きこもっている本人とはまだ出会っていない状況を暫時しのがねばならないことが多い。その段階では、診断・評価の対象としての引きこもり事例が精神病のいずれかに罹患していないという根拠は何もない。もちろん両親をはじめ周囲の本人を知る提供者からの情報を詳細に吟味して、ある程度確度の高い見立てを得ることは児童・思春期精神医療の専門家にとって可能ではあるが、それもけっして確定診断とはいえない。そのため引きこもり事例と関わる際には、本人と直接面接して確定診断を得るときまで、常に精神病性疾患である可能性を念頭においておかねばならない。

4. 引きこもり事例の治療・援助とは

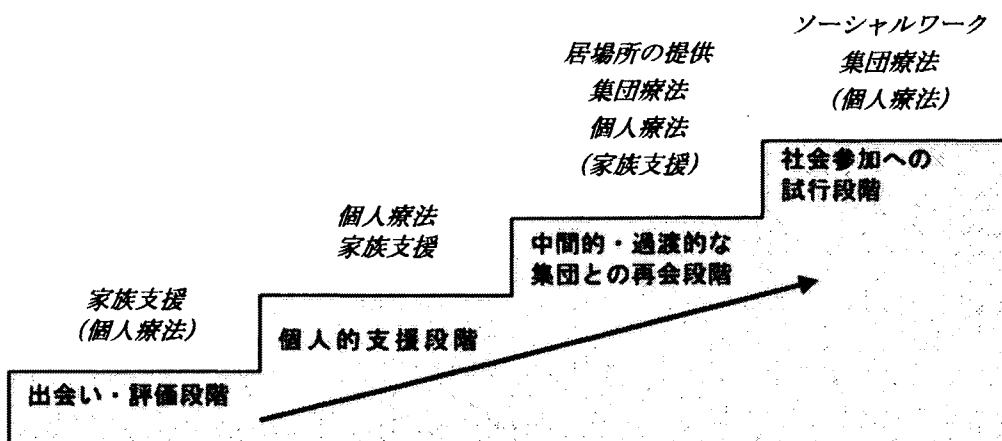
引きこもり事例の治療・援助の目標はどこに置くべきであろうかという問いに答えようとする、実は治療・援助者側にかなりデリケートな感覚を求められていることに気づかざるをえない。引きこもり事例に関与するとき誰でも、引きこもり状態にある子どもや青年をそこから引き出し、社会的活動の場に適応させてあげたいと考える。そこに問題はないが、実際にはそのような目標を達することがなかなかできない事例にしばしば出会うことになる。そのような事例は治療・援助者が自分を現在の状態から「引き出そう」として

ることを敏感に察して、自己の殻を硬く閉ざしてしまいがちである。したがって、引きこもり事例に関わる際の目標は、「自分らしく生きることを目指して、ほんの少しだけ自分のやり方を変えてみよう、それで十分に幸せになれる」というあたりに置くべきではないだろうか。図は、そのような目標で開始する引きこもり事例の治療・援助経過を、その治療・援助法の組み立てという観点から四段階に分けて示した模式図である。

第一段階は引きこもり事例との出会いと、それに続く評価のための時期をあらわす段階である。この段階で本人が治療や相談の場に現れることは稀であるため、治療・援助は家族と接触し、家族を支え、家族を介して本人に静かなメッセージを送ることから始まるのが普通である。第二段階は治療や相談の場に本人が現れるところから開始する時期であることから、第一段階の期間はその事例によって長短が著しく異なることになる。

本人が現れるところから第二段階は開始するため、必然的に治療・援助は個人療法として本人を支え、社会の中に希望を見出し、それに向かおうとする心を育むことが主な治療・援助の内容となる。引きこもり事例が社会への拒否感や恐れの心性を強く持っていることを考慮すると、最初から集団療法的な場に参加させることは冒険にすぎるため、個人療法的なサポートを十分な期間続けるべきだろう。その間、親の不安や焦りにも十分配

引きこもり支援の諸段階



慮し、親が少しでも心静かに引きこもり事例を見守れるよう家族支援を続けるべきである。

第三段階は引きこもり事例が、自分の参加できるような居場所があるなら参加してみたいという気持ちを表明することから始まる段階である。もちろんそのような居場所は第二段階の個人療法の中で徐々に具体的なイメージを伝えていったいくつかの候補の一つであることが多い。このような居場所は、家の中の世界から社会へという社会化過程の中間段階ないし橋渡しのための過渡的段階を意味しており、社会の息吹を伝えつつ十分に保護的でもあるという特徴を持つ場である。このような居場所で、引きこもり事例は引きこもって以降初めて仲間集団と出会うことになるが、この仲間集団にはその活動を調整し支援するために治療・援助スタッフが深く関与すべきであり、活動は自然発生的な側面よりは集団療法の側面が強いものとなる。このような保護的で中間的な居場所での集団体験が進行するにつれ、家族支援の意義は徐々に後景に退いていく。その一方で、かつて集団体験で挫折したことが引きこもり開始の主要な原因であった大多数の引きこもり事例にとって、中間的・過渡的とはいえ仲間集団との再会は非常に強い不安と緊張を強いられる機会となる。そのため第三段階を通じて個人療法を通じた支援を続ける意義は依然として大きい。

この三段階は引きこもり事例が実際に学校に足を踏み込む、あるいはアルバイトをしてみるといった社会への実際的一步を具体的にイメージできるようになった時点で終了し、第四段階に入っていく。第四段階は、この社会に対する実際的な参加を成功裏に実現し進行させるために、具体的な活動の場を探し出したり、参加までの道のりをア

レンジしたりといったソーシャルワーク的な支援が必要となる。同時に、居場所的な場でのピアカウンセリング的な集団療法は、本人と同じような立場にある仲間を結びつけ相互に支えあう機会を広げるという意味で、この段階でも重要な機能を発揮することだろう。その一方で、個人療法の役割は第四段階に至るとかなり後景に退いていく傾向が見られる。

5. 引きこもり支援の今後

引きこもりの治療・援助は前節のように進行していくが、実際の支援にあたってはその経過が思うように展開しない場合が多い。特に、第一段階から第二段階への進行、すなわち治療・援助の場への本人の登場をいかに実現できるかが非常に大きな課題となる。精神科医療機関による引きこもり事例への伝統的な関与は、本人が頑固に登場しない場合、なかなか展開を見ないことになり、その成功には名人芸的な技能を必要とする場合が少なくない。一方で近年、医療機関による引きこもり事例のための特殊なケアや、精神保健機関などによる訪問相談などのアウトリーチ型援助など個人療法とは発想の異なる活動がいくつかの医療機関や地域保健機関によって試行されるようになってきた。今後はこれらの試みを発展させるとともに、医療機関、精神保健機関、教育機関などの地域専門機関や中間的・過渡的な居場所を提供する民間機関などが協力しあって、個々の引きこもり事例への対応を機関間で工夫し分担し合う地域連携システムをも組み込んだ包括的な治療・援助システムを各地で運用する努力が求められることになるだろう。

* * *

青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について

近藤 直司^{1,2)}, 岩崎 弘子²⁾, 小林 真理子³⁾, 宮沢 久江¹⁾

Naoji Kondo, Hiroko Iwazaki, Mariko Kobayashi, Hisae Miyazawa :
The Psychiatric background of Social Withdrawal in Adolescence

わが国の精神保健福祉活動は、近年、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っている。本研究は、ひきこもり状態をきたしている青年期ケースの治療・援助指針、あるいは精神科医の役割を明らかにすることを目的とする。

精神保健福祉センターに寄せられた相談のうち、社会的ひきこもりがみられた青年期ケースを、本人が来談して相談・支援を活用した「来談群」、家族相談のみで本人に会うことができなかった「非来談群」、来談群のうち1年以上の家族相談の後によく本人に会うことができた「長期家族支援後の来談群」の三群に分けて検討した。その結果、青年期のひきこもりケースは、基本的には現行の操作的診断基準(DSM-IV)で診断・分類が可能であり、今後は国際的診断基準を基軸に精神医学的解明を進めていくことが重要であることを指摘した。さらに、「非来談群」は「来談群」に比べてより深刻なケースが多く含まれていると推測されること、家族構成や家族状況は本人の来談に影響を及ぼしている可能性があること、また、本人が来談しないケースに対する支援課題のいくつかを示した。

そして、精神科医に診断と治療が求められる場合、生活・就労支援は非医療的な相談支援機関が中心となり、精神科医には的確な診断やリーダーシップが求められる場合、あるいは民間支援団体との連携や協力など、青年期のひきこもり問題に対する精神医学や精神科医の役割が多岐にわたる可能性があることを指摘した。

<索引用語：社会的ひきこもり，青年期，精神科診断，治療・援助指針>

1. はじめに

わが国の精神保健福祉活動は、近年、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。これまで、社会的ひきこもりの問題は個人精神病理(生物学的-心理的背景)、家族状況や文化・社会的状況(社会的背景)など、多くの要因が関連し合って形成されていること、それだけ

に、医療、教育、保健、福祉、労働など、多くの領域からの貢献が必要であることが指摘されてきた。

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。また、家族が相談に訪れるものの、本人は受診・相談につながらないケースが多く、精神医学的な検討にあたっ

著者所属：1) 山梨県立精神保健福祉センター，Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center

2) 山梨県中央児童相談所，Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center

3) 山梨県発達障害者支援センター，Yamanashi Support Center for Developmental Disorders

受 理 日：2007年7月7日