

その結果、350 機関のうち 134 機関から有効回答を得ることができた。「常に必要である」と選択した機関が 134 機関中 31 機関 (23%) であった。次いで「必要である」が 85 機関 (63%)、「どちらでもない」が 9 機関 (7%)、「ほとんど必要ない」が 8 機関 (6%)、「全く必要ない」が合わせて 1 機関 (1%)、であった。

D. 考察

我々が平成 19 年度に行った教育機関、児童相談所、保健所・保健センター、精神保健福祉センターを対象にした同じ内容のアンケート結果に、本調査結果を加えて、わが国における機関別および年代別の視点からみた不登校・ひきこもりの相談事例の特徴と、地域の専門機関による相談活動の現状と課題について考えてみたい。

(1) 不登校・ひきこもりの相談事例の特徴

本調査によって得た相談事例数を平成 19 年度に行われた調査結果と比較した (表 1、2)。それによると義務教育年代の不登校事例を主に取扱った機関として、教育機関、児童相談所があげられ、精神保健福祉センターと保健所・保健センターがその後の年代のひきこもり事例を主に取扱っていることが分かった。一方で、NPO/NGO は主に成人年代の不登校事例を中心に取扱っていることが明らかとなり、不登校・ひきこもり事例の年代に応じて相談機関先が異なっているというわが国の現状が浮かび上がってきた。

(2) 各専門機関の取り組み

表 3 に平成 19 年度に我々が行った教育機関、児童相談所、保健所・保健センター、精神保健福祉センターを対象に行った調査結果と NPO/NGO に行った本調査結果を示す。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. いずれの機関においても「親ガイダンス」が他の支援活動に比べて比較的高い施行率を認めた。このことは不登校・ひきこも

り事例に関する相談では、実際に専門機関にひきこもりを主訴に訪問する人物は、その当事者よりも親などの周囲の人間である可能性が考えられ、当事者不在のまま支援活動が行われていることが多い現状といえる。

2. 義務教育年代の不登校事例については、主に教育機関および児童相談所が取扱っていることが昨年度の調査から明らかとなっている。その活動内容については教育機関が相談窓口と学習支援を主に行っており、児童相談所が通常の面接も含む個人精神療法を積極的に行っていることもわかっている。一方で成人のひきこもり事例を主に取扱っているのは、精神保健福祉センターと保健所・保健センター、NPO/NGO であるといえる。その活動内容は精神保健福祉センターにおいて個人精神療法と集団親ガイダンスが行われており、NPO/NGO はフリースペースの設置、親ガイダンス、集団親ガイダンスが他機関に比べて積極的に行われていることが分かった。

(3) 本調査の問題点と今後の課題

本調査によって、不登校・ひきこもり事例に対するわが国の専門機関の活動内容が明らかになった。特に当事者の年代による相談先の相違や、各機関が積極的に行っている支援活動の現状を明らかにできたといえる。

ただし、義務教育年代以後のひきこもり事例において、我々が調査を行ったような個人精神療法、親ガイダンス、フリースペースの設置などの活動は、ひきこもり生活を送っている当事者もしくは親などの周囲の人間に働きかけ、社会参加への不安の軽減とその意欲の向上を目的としている活動である。しかしながら、実際のひきこもり支援において、これらの活動を行った後に、就職やアルバイトなどの社会参加を目的とした就労支援がハローワーク、若者支援塾、ジョブ・カフェ、

サポステなどによって行われている現状といえる。

そこでわが国のひきこもり支援の現状を明らかにするためにも、来年度はハローワーク、若者支援塾、ジョブ・カフェ、サポステ、などを対象としたひきこもり事例に対する就労支援の現状を把握する必要があると考えている。そして、それらの結果を踏まえて、実際に不登校・ひきこもりへの対応に苦慮している当事者や家族だけでなく、地域の各種専門機関でその対応に直接あったっている専門家たちが、当事者の年代やその状態像に合わせた支援内容を的確に理解し、実践に移していくことができるガイドラインを完成させる予定である。

E. 結論

本調査によって児童相談所、保健所・保健センター、精神保健福祉センター、市および政令指定都市の区の教育機関、および NPO/NGO が行っている不登校・引きこもり事例への取り組みが

明らかとなった。特に年代によって主たる専門機関が異なること、期待される支援によってもその相談先機関が異なることが明らかとなった。

今後はハローワークなどの機関への就労に関する調査を行い、親ガイダンスから就労支援までその状態像に応じた支援指針を含んだ「ひきこもり支援ガイドライン」の策定を試みていく予定である。

文献

齊藤万比古、宇佐美政英、井上喜久江他：地域の専門機関を対象とした不登校・ひきこもり事例への対応に関する全国調査：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」平成 19 年度報告書

表1：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	NPO/NGO
回答機関数	895	214	63	691	1168
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	6.0±12.2

表2：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	NPO/NGO	
回答機関数	396	116	41	405	143	
相談事例数	義務教育年代	11545	2078	356	734	153
	義務教育年代後から19歳まで	790	625	352	594	365
	成人	65	58	1084	2336	650
	合計	12400	2761	1792	3664	1168

表3：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 保健センター N=472	NPO/NGO N=143
なにもしていない	17 (3%)	5 (4%)	0 (0%)	36 (8%)	7 (5%)
相談窓口	311 (75%)	8 (6%)	15 (28%)	118 (25%)	64 (46%)
フリースペース	129 (31%)	3 (2%)	14 (26%)	10 (2%)	75 (54%)
個人精神療法	200 (48%)	98 (70%)	40 (77%)	162 (34%)	73 (53%)
学習支援	302 (73%)	9 (6%)	2 (4%)	10 (2%)	77 (55%)
親ガイダンス	280 (67%)	97 (69%)	40 (77%)	192 (41%)	96 (69%)
訪問活動	185 (44%)	50 (35%)	6 (11%)	165 (35%)	59 (42%)
集団親ガイダンス	112 (27%)	5 (4%)	37 (70%)	119 (25%)	63 (45%)
デイ・ケア	17 (3%)	8 (6%)	15 (28%)	21 (4%)	25 (18%)
作業療法	35 (8%)	1 (1%)	3 (6%)	0 (0%)	36 (26%)
事例検討(一機関)	252 (60%)	48 (34%)	27 (51%)	115 (24%)	62 (45%)
事例検討(複数機関)	146 (35%)	39 (28%)	18 (28%)	129 (27%)	28 (20%)

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親ガイドランス（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ドランス |
| 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します。（　）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 20 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⁾ 太田順一郎¹⁾ 来住由樹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 万人の岡山県の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場に現れなければ困難である。医療場に現れる場合、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が契機であることが少なくない。

初年度の当研究では、平成 18 年度に岡山県精神科医療センターを初診した患者（30 歳以下）で、初診時ひきこもりを呈していた患者の実数と診断分類、受診経路などについて、カルテなどを用いた後方視的な調査を行った。

本年度の研究では、初年度の研究で対象となった患者 68 名を、緊急性や行動化の有無という観点から分析を行った。

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 名であった。

岡山県精神科医療センターへの救急受診患者を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。

初年度の第一研究では、平成 18 年度の当院への初診患者（30 歳以下）から、初診時にひきこもりを呈していた群を抽出し、実数と診断分類、受診経路などについて調査報告した。

本年度の第二研究では、第一研究で抽出された症例のうち、緊急性や行動化の有無という観点から分析を行った。とくにひきこもり患者の支援にあたって困難をきわめるのは、本人のニーズがない場合であるため、本人の受診意思の有無についても調査した。

B. 研究方法

①平成 18 年度の初診患者（30 歳以下）で、

初診時ひきこもりを呈していた患者 68 名を対象とした。

②各症例の担当医へのアンケート調査とカルテの後方視による調査を行い、緊急性 (+)・行動化 (+)・本人の受診意思 (-) の症例を抽出した。

③抽出した各症例について、行動化の内容・受診の契機・介入方法・治療経過・平成 20 年度における治療継続やひきこもりの有無などを検討した。

(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)

研究目的の治療ではなく、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

まず、第一研究の結果から述べる。平成 18 年度の全外来初診患者 1232 名であった。そのうち、本研究の対象年齢である 30 歳以下は、308 名 (全外来初診患者のうち 25.0%) であった。このうち、初診時ひきこもりを呈していた患者は 68 名 (全外来初診患者のうち 5.5%; 男 39 名、女 29 名) であった。対象となっている患者 68 名を診断分類 (ICD-10) にみると、F2、F4、F8 が多く、F2 は 16 名 (男 9 名、女 7 名)、F4 は 18 名 (男 7 名、女 11 名)、F8 は 15 名 (男 15 名、女 0 名) であった。また対象患者 68 名の初診時年齢をみると、20 歳以上が多いが、ひきこもり開始年齢は半数以上が 18 歳以下であった。

続いて、本年度に行われた第二研究の結果を述べる。第一研究で抽出された対象患者 68 名を行動化の有無、緊急性の有無、本人の受診意思の有無で分類した。

まず、行動化を、①反社会的問題行動、②非社会的問題行動、③家庭内限局性問題行動、④

自己破壊的問題行動と分類した。①反社会的問題行動に含まれるのは、万引き・家宅侵入・傷害など、②非社会的問題行動には、ひきこもり・不登校など、③家庭内限局性問題行動には、家庭内暴力・家財の持ち出しなど、④自己破壊的問題行動には、自殺企図・自傷行為・摂食の問題・アルコール多飲などである。非社会的問題行動は、対象患者が全例ひきこもりを呈しているため、本研究の行動化から除外した。対象患者 68 名のうち、行動化 (+) は 37 名 (対象患者のうち 54.4%) であった。

次に、緊急性 (+) を、休日夜間や日中の受診に関わらず、また紹介の有無に関わらず、受診の契機が行動化であるものとした。また検査庁からの依頼による簡易鑑定の症例が 2 例あったが、緊急性 (+) には含めなかった。行動化 (+) 37 名のうち、緊急性 (+) は 28 名 (対象患者のうち 41.2%) であった。

ここまでで抽出された、平成 18 年度初診患者 (30 歳以下) で、初診時ひきこもりを呈し、行動化 (+)・緊急性 (+) の患者 28 名について、さらに本人の受診意思の有無で分類したところ、8 名が該当した。

行動化 (+)・緊急性 (+)・受診意思 (-)

症例	診断分類	行動化分類
A	F 2	①④
B	F 2	①
C	F 3	④
D	F 4	③④
E	F 4	③
F	F 4	③
G	F 6	③④
H	F 8	③

(注) 行動化分類・・・①反社会的問題行動、②家庭内限局性問題行動、④自己破壊的問題行動

この 8 名について、基本属性と診断、教育/就労歴、ひきこもり期間、治療歴/関与機関、行動化の内容、受診の契機、初診時症状、初診時

の機能の全体的評定（GAF；DSM-IV）、治療経過、平成20年度現在の状況を次に提示する。

症例A

基本属性と診断	27歳 女性 F2（統合失調症）
教育/就労歴	大学卒業/就労（-）
ひきこもり期間	20歳～27歳（7年間）
治療歴/関与機関	精神科病院からプラインドで投薬
行動化の内容	不法侵入、ストーカー行為、拒食
受診の契機	興奮、行動化
受診の意思	（-）
初診時症状	幻覚妄想状態、精神運動興奮
初診時GAF	25

Aの治療経過

処遇	初診日に医療保護入院（2ヵ月半）
治療内容	支持的精神療法、薬物療法
治療での留意点	安全保障感を保つこと
家族の治療への理解	良好

現在のAの状況（平成20年度）

治療継続	（+）
ひきこもり	（+）
行動化	（-）
関与機関	精神科病院
GAF	45（症状改善、行動化減少）
備考	統合失調症の治療モデル

症例B

基本属性と診断	26歳 男性 F2（統合失調症） F7（軽度精神遅滞）
教育/就労歴	中卒後職業訓練校/3ヵ月就労

ひきこもり期間	16歳～26歳（10年間）
治療歴/関与機関	（-）/保健所・知更相
行動化の内容	不法侵入、裸での徘徊
受診の契機	裸での徘徊
受診の意思	（-）
初診時症状	緘黙、亜昏迷
初診時GAF	30

Bの治療経過

処遇	初診日に医療保護入院（6ヵ月）
治療内容	精神療法、薬物療法、保護治療室
治療での留意点	安全保障感を保つ・チームで関与
家族の治療への理解	不良

現在のBの状況（平成20年度）

治療継続	（+）
ひきこもり	（+）
行動化	（+）（家庭内の裸の徘徊）
関与機関	保健所、精神科病院
GAF	35
備考	見立てや治療の困難さ

症例C

基本属性と診断	22歳 男性 F3（うつ病）
教育/就労歴	高卒/就労（-）
ひきこもり期間	18歳～22歳（4年間）
治療歴/関与機関	精神科診療所/（-）
行動化の内容	自殺企図（首吊り）
受診の契機	行動化
受診の意思	（-）
初診時症状	希死念慮、抑うつ
初診時GAF	15

Cの治療経過

処遇	初診日に医療保護入院（1ヵ月）
治療内容	精神療法、薬物療法、保護治療室

治療での留意点	きちんと評価、ゆっくり受け止める
家族の治療への理解	良好
<i>現在のAの状況 (平成20年度)</i>	
治療継続	(+) (紹介元で継続)
ひきこもり	(±)
行動化	(-)
関与機関	地域生活支援センター、精神科診療所
GAF	85 (社会適応改善、症状改善)
備考	入院で、評価を丁寧に行う

症例D

基本属性と診断	24歳 女性 F4 (外傷後ストレス障害)
教育/就労歴	不詳/バイト
ひきこもり期間	23歳~24歳 (1年間)
治療歴/関与機関	精神科/ (-)
行動化の内容	家庭内暴力、リストカット
受診の契機	親が診療所から勧められて
受診の意思	(-)
初診時症状	ほとんど無言
初診時GAF	38

Dの治療経過

処遇	初診のみ
治療内容	紹介元へ返す
治療での留意点	本人の意向を重視
家族の治療への理解	不明

現在のDの状況 (平成20年度)

治療継続	不明
ひきこもり	不明
行動化	不明
関与機関	不明
GAF	不明
備考	主治医と本人の治療経過を優先

症例E

基本属性と診断	20歳 男性 F4 (適応障害)
教育/就労歴	高校中退/就労 (-)
ひきこもり期間	15歳~20歳 (5年間)
治療歴/関与機関	(-) /保健所
行動化の内容	家庭内暴力
受診の契機	家庭内暴力、保健所から勧められて
受診の意思	(-)
初診時症状	疎通よく落ち着いて話す
初診時GAF	45

Eの治療経過

処遇	初診のみ
治療内容	薬物療法 (いらいら時の頓服)
治療での留意点	治療関係の構築を試みた
家族の治療への理解	良好

現在のEの状況 (平成20年度)

治療継続	(-)
ひきこもり	不明
行動化	不明
関与機関	不明
GAF	不明
備考	本人は受診に拒否的

症例F

基本属性と診断	18歳 女性 F4 (解離性障害)
教育/就労歴	高校3年/就労 (-)
ひきこもり期間	15歳~18歳 (3年間)
治療歴/関与機関	精神科診療所/ (-)
行動化の内容	家庭内暴力
受診の契機	家庭内暴力
受診の意思	(-)
初診時症状	精神運動興奮、幻聴
初診時GAF	20

Fの治療経過

処遇	初診日に医療保護入
----	-----------

	院
治療内容	精神療法、薬物療法、 保護治療室
治療での留意点	本人のニーズをくみ とる
家族の治療への理解	不良

現在のFの状況 (平成20年度)

治療継続	(+)
ひきこもり	(-)
行動化	(-)
関与機関	通信制高校、母の職場を手伝う
GAF	45
備考	F8 (広汎性発達障害) へ診断 変更

症例G

基本属性と診断	22歳 女性 F6 (情緒不安定性パーソ ナリティ障害)
教育/就労歴	不明/短期で水商売
ひきこもり期間	18歳~22歳 (4年間)
治療歴/関与機関	精神科病院を転々/保健 所、警察
行動化の内容	家庭内暴力、大量服薬
受診の契機	精神科病院を退院して、家 族が困る
受診の意思	(-)
初診時症状	父との関係が地域をまき こんでいく
初診時GAF	30

Gの治療経過

処遇	外来
治療内容	問題の整理
治療での留意点	医療機関の役割の明 確化
家族の治療への理解	不良

現在のGの状況 (平成20年度)

治療継続	精神科医療機関を転々
ひきこもり	不明
行動化	(+)

関与機関	保健所、警察
GAF	30
備考	医療機関のみでは対応困難

症例H

基本属性と診断	17歳 男性 F8 (広汎性発達障害)
教育/就労歴	高1で中退/就労 (-)
ひきこもり期間	15歳~17歳 (2年間)
治療歴/関与機関	(-) / (-)
行動化の内容	家庭内暴力
受診の契機	家庭内暴力、事前に両親の 相談
受診の意思	(-)
初診時症状	精神運動興奮(ふとんで糞 巻き)
初診時GAF	35

Hの治療経過

処遇	初診日に医療保護入 院
治療内容	精神療法、薬物療法
治療での留意点	本人のニーズを引き 出すことにつとめる
家族の治療への理解	不良

現在のHの状況 (平成20年度)

治療継続	(+)
ひきこもり	入院中
行動化	(-)
関与機関	精神科病院、障害者職業センタ ー
GAF	42
備考	初回入院から退院後、治療中 断。ひきこもり、家庭内暴力、 近隣への迷惑行為などの行動化 から、再度入院となる

V. 考察

本研究では、平成18年度に急性期病院を初診した行動化(+）・緊急性(+)で、本人に

受診意思のない8症例(上記A~H)を抽出し、概要を紹介した。これらの8症例についての考察を次に述べる。

A	安全保障感の保持、薬物療法、疾患に関する心理教育により、治療継続が可能となった(典型的な統合失調症の治療モデル)。
B	統合失調症は、疾患特性から社会適応状態の改善が困難であることが多い。地域の保健福祉サービスを活用しながら、ひきこもるBの支援を行った。
C	入院という介入で、外来のみではできなかった、より正確な見立てと治療方針、支援を行うことができた。
D E	親のみのニーズでは、本人との治療関係の構築が困難であった。 Dは、他院通院中の患者(非精神病圏)の行動化に困った家族が主治医から勧められ、急性期病院を受診した。患者と本来の主治医との間に治療契約が成立しているにも関わらず、親の意向のみが優先されて受診に至ったケースでは、本来の主治医に替わって急性期病院が中心となって関与することには限界がある。
F	入院という介入を行うことで、より正確な見立てと治療方針を立てることができ、その後の治療や支援が良好に経過するケースだった。
G	医療機関のみで支援することが困難なケースであった。各機関の役割や限界を、各機関が相互に共有できることが課題であり、現在も安定した支援はできていない。
H	治療継続の困難さ/生活(就労)支援の困難さを強めているのは、「患者が自身の障害特性を理解しようとしなない」「家族の治療への理解が不良」「患者のニーズがない」であった。退院して地域に出ると、どの機関も患者と太いパイプを持つことができない。

VI. まとめ

急性期を担う医療機関には、諸々の問題の整理がついておらず、早急に整理をつける必要に迫られるケースに出会うことが少なくない。急性期を担う医療機関として重要なのは、見立てをきちんと行うこと、医療の役割を明確にすることである。

入院によって、外来ではできなかった、より丁寧な見立てと介入を行うことができ、患者のニーズをくみとることが可能となるケースがある。

F8(広汎性発達障害)で、行動化から治療介入となるケースは多いが、障害受容・患者のニーズ・家族の治療への理解などによって、治療効果や生活(就労)支援の効果が左右される。

本年度までの第一・第二研究では、急性期病院にあらわれるひきこもり患者の実態を、平成18年度に限って、調査してきた。平成21年度の第三研究では、調査範囲を広げて平成19年度および平成20年度に初診した患者についても調査していく予定にしている。

文献

- 1) American Psychiatric Association :
Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders, Fourth Edition, Text
Revision . DSM-IV-TR
APA, Washington, D.C. 2000.
(高橋 三郎, 大野 裕, 染矢 俊幸 訳,
DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニ
ュアル, 医学書院, 東京, 2002)
- 2) 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)

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 — 縦断研究結果（中間報告） —

分担研究者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者 瀬戸屋雄太郎¹⁾ 吉田光爾¹⁾ 宇佐美政英²⁾ 井上喜久江²⁾
英一也¹⁾ 園環樹¹⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所

2) 国立国際医療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。昨年度は、方法論の検討および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。今年度は、5 例について本調査を開始し、ベースラインの基本情報調査と、各訪問時の内容を詳細に記述するサービス記録表によるプロセス調査を実施した。また 3 カ月毎の追跡調査を実施している。調査対象者は、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のひきこもりのうち、診察へは両親のみで本人の受診がない・または不安定な患者とした。訪問型アウトリーチチームは、児童精神科医、心理士、看護師、精神保健福祉士等からなるチームを組み、定期的な訪問を実施した。今年度は対象者像と提供されているサービス内容についての検討を行った。

I. 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。公の活動では市町村・保健所の保健師や精神保健福祉師による訪問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、欧米では成人の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、その効果を実証的に明らかにすることを目的とする。

昨年度は、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。

今年度は昨年度の実績を踏まえ、本調査を開始することとした。

なお、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。

II. 対象

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。

- 年齢；おおむね義務教育年代
- 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。
- 住所；、市川市に在住あるいはおおむね片道30分以内で訪問できる者。

■ひきこもり状況等；

下記の d～e の全てに当てはまる者

- d. 現在までに本人のひきこもり状態（自宅を中心とした生活で通学・社会参加が困難）が6か月以上続いている（学校にほとんどいっていない、などでも適用とする）。
- e. 外来への通院治療は、家族ガイダンスが中心となっているもの。

III. 方法

1. 介入方法

① 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。よってひきこもりの訪問支援に関する基本的知識の伝達を目的とした研修会をH19年10月に実施した。参加職種は医師、看護師、ソーシャルワーカーなど二十余名であった。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、などであった。

② パイロット調査

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。パイロット調査の結果は昨年度報告書に詳述した。

③ マネジメント会議の開催

5月より、月に一度、児童思春期精神科病棟棟長、看護師、児童精神科医、医療福祉

相談室の精神保健福祉士および精神保健研究所の研究者が集まり、マネジメント会議と称し、対象患者の選定や、支援チームの決定、対象となっている患者のカンファレンス、スーパービジョン等を実施した。

④ 訪問活動

児童精神科医、心理士、看護師、精神保健福祉士等からなる2,3名のチームを組み、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。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

従来外来による治療+訪問型アウトリーチチームによる介入を行い、ベースライン、半年後、1年後の状況を把握する前向き縦断研究。

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。

なお、昨年度の報告では、無作為割り付けにより比較対象研究を実施することを検討していたが、当時の予測よりエントリーする対象者が少ないことから、上述のような前向き縦断研究とすることにした。ただし、提供されたサービスについてよりよく把握するために、サービス記録表についてより詳細なものに改めた。

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。家族の生活困難度を測定する。
- ・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について、サービスの形態・時間（面接・訪問等）と、サービス内容（関係づくり、アセスメント、本人・家族との相談、外出同行）が分類できるシートを作成し、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

(倫理面への配慮)

本調査は、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。

3) 研究方法

今年度の報告については、中間報告であり、追跡部分の結果は出ていない。そのため、対象者の概要と提供された支援の状況について記述する。

IV. 結果

本稿執筆時点で5例がエントリーされ、4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。なお、サービスの効果についてはケースのエントリー中かつ、データの収集中であるため、ここでは中間報告として、対象者像・サービスの内容に関して記述する。

1) 対象者の概要

エントリー時点における対象者の概要は以下のとおりである。

- ・年齢: 平均 13.6 歳 (S.D=1.3)
- ・診断: DSM における I 軸診断では、全般性不安障害 3 名、気分変調障害 2 名。なお、このうち確定診断がついているものは 3 名であり、2 名は推定である。

また II 軸診断については 1 名 (無し: 確定)

を除き、残り 4 名については推定による「無し」である。

- ・問題の初発時期からエントリーまでの経過月数: 平均 28.6 カ月 (S.D=8.0) であった。
- ・現在のひきこもりエピソードの開始からエントリーまでの経過月数: 平均 24.2 カ月 (S.D=12.1) であった。
- ・最近 1 か月の社会参加状態: 社会参加なしが 4 名、中間的社会参加 (趣味のサークル活動) 1 名。
- ・最近 1 か月の支援者と本人との接触状態: まったく無し」が 2 名、「外来における不安定なコンタクト有り」が 2 名、「訪問におけるコンタクト有り」が 1 名であった。
- ・GAF 得点: 平均 36.3 点 (S.D=2.5) であった。
- ・エントリー前 1 年間の入院歴: 5 名とも「無し」であった。

2) 提供された支援の状況

- ・コンタクト数: 訪問が開始されている事例 4 例の、総コンタクト数 (外来・訪問含む) は 45 回である。なお、エントリーからの支援期間の平均は 6.0 か月である。
- ・コンタクトの種類: コンタクトの分類は表 1 の通りである。大部分 (75.5%) が本人と家族両方に対する訪問となっている。
- ・コンタクトの頻度: 月あたりのコンタクト数は平均 2.0 回 (S.D=1.0) である。
- ・コンタクトの時間: 一回あたり平均 60.1 分 (S.D=23.6) であった。
- ・コンタクトしているスタッフの職種 (複数回答): コンタクトしている職種の各割合は、全 45 コンタクトに対して、医師 (17 回, 37.8%)、ソーシャルワーカー (27 回, 60.0%)、看護師 (27 回, 60.0%)、臨床心理士 (10 回, 22.2%) であった。なお、1 回のコンタクトあたり関わっているスタッフ数は 1.8 人であった。さらに、複数スタッフが関わっている割合は全コンタクト中 77.3%

(33回)であった。

・支援の内容:支援の内容について表2に示す。ケースに対する% (総コンタクトの中でその支援が実施されている割合を示す)をみると、関係づくりが占める割合が大きい(本人との会話:92.4%、家族との会話 84.2%、レクリエーション・ゲーム 65.8%)。なお、本人との会話がコンタクト中 92.4%行われていることが示すように、訪問して本人とコンタクトがとれない事例はなかった。また、関係づくりの中で、心理・生活能力のアセスメント(47.4%)が行われていることがわかる。ただし、医療的アセスメントについては、必ずしも大きな割合を占めていない(2.6%)。

本人との相談の中では、必ずしも特別な精神療法的なアプローチではなく、広く全般的な生活相談(その他:36.8%)が行われているようである。また、外出同行も一定行われており、その中では活動範囲の拡大(13.2%)、余暇・レクリエーション活動の支援(10.5%)などが比較的多くなっている。

V. 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、本年度は実際にパイロットケースへの介入を実施した。

利用者像としては、結果に示したように、本人との外来を通じてのコンタクトが十分ではなく、ひきこもり状態は中期化しており(平均24.2カ月=2年)、またGAF得点も比較的低い(36.3点)対象であることがわかる。

ただし、ひきこもり状態であるとはいえ、本人とのコンタクトが全く取れないわけではないこともわかる。事例数は限られているとはいえ本研究の結果では、全コンタクトの92.4%で本人との会話をしており、現在のところ、訪問が拒絶され本人への接触ができないという事例はない。本研究の対象者は何らかの形で、外

来で一度は繋がっている事例であるとはいえ、訪問スタッフは必ずしも対象者と知己ではなく、むしろ未知の存在として利用者に現れているはずである。このことを考えると、(青年期・長期化事例との相違は考慮されるべきではあるが)、思春期のひきこもり本人との接触を図るために、訪問は一定の可能性のあるアプローチであるといえよう。訪問による本人へのコンタクトの効果については、今後事例を重ねて検討していく必要がある。

しかし、このようなコンタクトを可能にしているのは、対人関係への不安や緊張の高い対象者との関係性づくりに、一定の時間や労力がかけられているからであろう。訪問や外出同行で多くを占める支援内容は、レクリエーションや余暇活動の支援であり、専門的な精神療法ではない。対象者の年齢や特徴を考えると、専門的な精神療法を、相手のフィールドである自宅で性急に行うことは侵襲的になりかねず、妥当ではない。むしろ、相手の興味や関心に合わせた関係性づくりを丁寧に行っていくことが必要だという判断が現場で働き、このような結果になっていると考えられる。

またスタッフ間では、家庭や本人の状態を実際の生活現場に見ることが、支援の見立てをしていく中で非常に役立つとの声も聞かれた。具体的には、*訪問で得られる本人の実像と家族が訴える本人像との違いを把握できる、*親子間のやり取りを前にして、本人が家族内で抱えるテーマが見えてくる、など、これらは訪問によって初めて可能であり、ひきこもりへの実践的な介入方法として不可欠である。医療的アセスメントではなく、心理・生活能力のアセスメントがコンタクトの中で比較的多く行われていた(47.4%)のも、訪問活動の中では、医療的側面というより生活者としての利用者像が際立って見えることを示しているかもしれない。

しかし他方で、医療機関という現場で、どの程度の人的・時間的コストを、こうした活動に

かけるかについては議論があると考えられる。本研究の記述からは、事例1人に対するコンタクト数は2回/月、関与しているスタッフは1.8名、また実際の支援時間は約1時間であり、これに移動や記録の時間を考慮すると、かなりの人的・時間的コストがかかることが示されている。また、このような支援を、「どこまで・いつまで」続けるかについての期限などは、本研究ではまだ十分に設定されていない。また、多職種・多所属のスタッフが、どのように事例についての情報や支援目標を共有し、支援を行っていくかというチームメイキングについての必ずしも十分に体制化されているとはいえず、実際の活動上の課題ともなっている。これらを実際にどのように院内に位置付けていくかは、あるいはどのような目標・限界設定をしていくべきかは、今後明らかになる支援の効果との兼ね合いで検討されるべきであろう。

VI. 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、5例をエントリーし、4例への訪問を開始した。対象像としてはひきこもり状態が中期化し（平均24.2カ月=2年）GAF得点は比較的低い（36.3点）対象であった。

活動においては対人関係の不安定な利用者との関係性づくりによくの努力がはらわれていることが推察されると同時に、全事例本人とのコンタクトがなされていることから、ひきこもりへのアプローチとしての訪問活動の可能性が示唆された。また、訪問については一定の人的・時間的コストがかかることが、支援の記述から推察される。今後の研究で明らかになる支援の効果・意義と支援コスト間の検討をする中で、活動の位置付けをしていく必要があると考えられた。

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, 楢林理一郎, 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)—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--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.
- 12) 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.
- 13) Kreismann DE, Simmens SJ, Joy VD.: Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. Schizophrenia Bulletin, 5(2); 220-222. 1979.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) 杉浦健：2 つの親和動機と対人的疎外感との関係・その発達の变化-,教育心理学研究 48:352-360,2000.
- 19) 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.

表 1. コントクトの種類(N=44,複数回答)

	件数	回答数に対する%
外来面接(本人+家族)	1	2.0
外来面接(本人のみ)	4	8.2
訪問(家族のみ)	1	2.0
訪問(本人+家族)	37	75.5
訪問(本人のみ)	5	10.2
本人の日常生活支援	1	2.0

※家族のみの外来面接は除く

表 2. コンタクトにおける支援内容 (N=38, 複数回答)

支援内容		件数	回答数に 対する%	ケースに 対する%
関係づくり	本人との会話	35	23.3	92.1
	家族との会話	32	21.3	84.2
	レクリエーション・ゲーム	25	16.7	65.8
アセスメント	医療的アセスメント	1	0.7	2.6
	暴力・自傷他害のアセスメント	1	0.7	2.6
	身体健康のアセスメント	2	1.3	5.3
	心理・生活能力アセスメント	18	12.0	47.4
	その他	5	3.3	13.2
本人との相談	認知行動療法的アプローチ	1	0.7	2.6
	その他相談	14	9.3	36.8
外出動向	活動範囲の拡大	5	3.3	13.2
	余暇・レクリエーション活動の支援	4	2.7	10.5
	施設・サービスの見学	1	0.7	2.6
	社会技能獲得の支援	2	1.3	5.3
	その他	1	0.7	2.6
家族との相談	その他	3	2.0	7.9

思春期青年期のひきこもり親ガイダンス・ガイドライン

分担研究者 皆川邦直¹⁾
研究協力者 関谷秀子²⁾ 中 康²⁾ 松波聖治²⁾

1) 法政大学大学院人間社会研究科 2) 関東中央病院精神科

研究要旨

昨年度の研究において1998年～2003年に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グループ親ガイダンスに参加した親のうち不登校・ひきこもり及び不登校・非行の子どもの親を対象としてその効果研究を行った。その結果、不登校・ひきこもりの親群への効果は高い事、またいずれの群の親にも親ガイダンスは有効であることが示された。これを根拠として今年度の研究は、思春期青年期の非精神性病性障害に伴うひきこもる子どもが通常の発達に戻って行く上で、親のできる対応について親に助言と援助を提供する方法、すなわち親ガイダンスのガイドライン作成を目的に定めた。ガイドライン作成の方法は、親ガイダンスに関する研究が殆どない現状を鑑みて、都立中部総合精神保健福祉センターにおけるグループ親ガイダンスに参加していた関東中央病院精神科医長の関谷秀子並びに同思春期病棟に勤務する精神科医2名、計4名の思春期を専門とする精神科医の共同で日常臨床において実践している親ガイダンスのガイドライン作成を進めることにした。皆川が原案を作成してそれをたたき台として議論を重ねて作成した。なお臨床的に、思春期中に発生する不登校の予後は一般的に良いと思われるが、思春期後に発生する不登校・ひきこもりの予後は決して楽観できないため、本ガイドラインは思春期前ないし思春期中に発生する不登校・ひきこもりの親ガイダンスであり、思春期後に発生するそれ用ではないことを最初にお断りしておきたい。

また本ガイドラインは統合失調症、発達障害、そして慢性身体疾患から派生するひきこもりの親ガイダンスではない。これらの問題から発生するひきこもり対応については、親はそれぞれの障害を専門とする立場からの助言を参考にすべきである。更に、グループ親ガイダンスは個別のガイダンスのできるセラピストでないと実施できないので、本ガイドラインには含めないことにする。

本研究によって親ガイダンスのガイドラインは完成したが、今後、多くの専門家に使用を依頼して改善を図って行く必要が残っている。

非精神性病性障害に伴うひきこもりのさなか
に青年が受療行動を取るのは例外的である。家庭内では主に母親との関係は保たれていて、母親との間で反発的かつ多様な関係が展開する。親は子どもの将来を心配して来談する。児童分析の領域では子どものセラピーとは別個

に親ガイダンスを提供して、親子関係や家族関係内に存在して、子どもの発達を阻害する要因を除去しようとする。また子どもにこうした発達から逸脱する問題が生じると、両親は互いに伴侶の養育行動を責めて夫婦関係が悪化するのは、決して珍しい例外的なでき事ではなく、