

1. 不登校・ひきこもりの概念

本ガイドラインは、子どもから成人まで広い年代にわたって問題となるいわゆる「ひきこもり」という現象の評価と支援についての標準的指針を提供することを目的として作成された。ひきこもりは一般的な社会的現象の概念であり、障害概念で定義できる単一の疾患を意味していない。そのため、ひきこもりという概念が覆う領域は非常に広く、その境界はあいまいな点が多々見られるため、より明瞭な境界で区切られた現象像の定義が求められるところである。

しかし一方で心得ておかなければならないことは、ひきこもり状態に在る子どもや青年がすべて社会的支援や治療を必要としているわけではないということである。例えば、慢性身体疾患の療養過程で家庭に長くとどまる必要のある事例や、家族がそのような生き方を受容し社会的支援を必要としない事例の場合、少なくとも当面は支援を要するひきこもり状態とはならない。一般的に支援を必要とするひきこもり事例の中心は、子どもであるにしろ、青年あるいは成人であるにしろ、ひきこもりが長期化し社会生活の再開が著しく困難になってしまったために、親をはじめ家族が大きな不安を抱えるようになった事例である。そのようなひきこもり事例の中には、家庭内暴力や顕著な幼児返り(退行)、あるいは不潔恐怖や手洗い強迫などが深刻化したり、幻覚や妄想といった精神病症状が顕在化したりといった、何らかの精神障害の症状が顕在化し、その苦悩から家庭内の生活や人間関係さえ維持することが困難になっている場合も少なくない。本ガイドラインは、広く社会的現象としてのひきこもりの全体ではなく、このような現に支援を必要としている、精神保健・福祉・医療の支援対象としてのひきこもりを取りこぼさなく覆うことのできる定義を必要としている。

学童期や思春期の年代に問題となるひきこもりの関連現象である不登校についてはこれまで多くの定義がなされてきた。不登校というあまりにも一般的な用語はいまや非行や怠学に伴う現象の一つである欠席、経済的困窮やネグレクトによる登校の支援されない家庭状況に主な要因がある欠席、身体疾患の治療・療養のための欠席などを広く含んだ用語と理解されるのではないかと思われる。しかし不登校という用語の源流は、学校もしくは登校をめぐる激しい葛藤の存在を前提とする欠席状態を意味する登校拒否という用語にあることは疑いのない事実である。1990年代に入る頃から登校拒否よりはスティグマ性の少ない不登校をもってこの現象の名称としたいとする潮流が優勢となり、文部省(当時)もそれを採用したという経過から見ると、現在の「不登校」概念はかつての「登校拒否」概念をほぼ継承していると理解しておくことは合理的であるだろう。

一貫した全国的調査による資料を長年蓄積しているという点で不登校について検討を加える場合に必ずといってよいほど引用されるのが文部科学省の「学校基本調査」及び「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」における不登校(「学校嫌い」と呼ばれた時代もある)の定義である。この文部科学省の定義は「*何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくともできない状況にあるため年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの*」となっており、不登校調査はこの基準に基本的に準拠して実施されてきた(平成2年までは「年間50日」という変化はあるが)。この定義は、何らかの心理的・情緒的な要因の存在、すなわち登校をめぐる強い葛藤の存在に特徴づけられた欠席状態を定義の中心に据えてはいるが、「社会的要因」を加えることでかつての神経症概念につながる登校拒否の狭い定義よりは拡大したネグレクトによる登校不能なども含んだ枠組みを想定している。またこの定義は「30日」というカットオフ・ポイントを明確にしたことで評価が容易であるという利点があるが、一方でこの30日という数字は便宜的なものに過ぎない。そこで本ガイドラインではひとまず次のような表現で不登校を定義しておきたい。

「顕在性か潜在性かを問わず学校に参加することへの恐れ、拒否感、あるいは怒りと、欠席することへの罪悪感を持ち、登校せずに家庭にとどまる生活は総じて葛藤的であるといった状態像を伴う長期欠席を不登校とする。非行との関連が深い「怠学」は原則として不登校には含めないが、その鑑別は必ずしも容易ではないため、十分に慎重でなければならない。欠席日数については必要条件とはしないが、「年間30日以上」の欠席とした文部科学省の基準は参考値としておく。(齊藤、2007より改変)」

この定義は不登校の子どもの内面をダイナミックにとらえたという点では本質的な規定といえるが、しばしば容易には見出しにくい現象を評価指標としている点では曖昧な側面を持った定義であることは否定できない。したがって、この定義があてはまるか否かの判定は、長期欠席を示している子ども、特に家庭にひきこもる子どもとある程度以上の期間、関わりを続ける中で初めて可能になることが多いといわざるをえない。なぜなら、登校や欠席に対する子どもの真の感情や、潜在する強い葛藤は受容的な環境では顕在化しにくく、登校の強要がなされて初めて顕在化するこ

とが多い。また、受動攻撃的心が優勢な子どもでは周囲の支援者の気持ち逆をなすような努力の放棄という姿勢が前面に立つため、大人は逆転移的に「怠け」と断定してしまうことが多いが、この受動攻撃性は不登校の定義という「葛藤的」な心性の一つの典型といえるものであることはいままでもなく、不登校に含めて理解すべきである。

児童思春期年代での不登校という現象の状態像は上記のように社会的活動（学校生活や仲間との交友）およびそれに関連した場（学校）からの回避行動としてのひきこもりであることから、その中核群はひきこもりの若年例ととらえることに矛盾はない。齊藤（2000）や森田（2001）の報告にあるように、義務教育年限の不登校から一定の比率で青年期以降のひきこもりが出現していることも明らかである（齊藤の結果では中学生年代での入院事例の10%ほど）。そこで本ガイドラインでは、義務教育機関や高校生年代での不登校のうちの中核群（上記定義が典型的にあてはまる事例）はひきこもり事例に含めるということで、その定義を作成したい。

これまで提案されてきたひきこもりの定義として最も早期のものの一つが斎藤（1998）の「20代後半までに問題化し、6ヵ月以上、自宅に引きこもって社会参加しない状態が持続しており、他の精神障害がその第一の原因とは考えにくいものを社会的ひきこもりとする。」という定義である。20代後半までに顕在化すること、6ヵ月以上持続していること、生活の大半が家庭に局限していること、社会的活動に参加していないことという4点にわたる特性を基本骨格として規定した斎藤の定義は、その後登場する多くのひきこもり論に貫して継承されてきた。しかし、斎藤の定義の後半部分に置かれた「他の精神障害がその第一の原因ではない」という規定は、その後のひきこもりの社会現象としての側面が必要以上に強調され、ひきこもりを主として社会的要因によって生じる社会現象であり、精神障害とは無関係、もしくはきわめて限定された関与にとどまるとするひきこもり像へと方向づけたきらいがある。その結果しばらくの間、ひきこもりはもっぱら心理社会的な理解と支援が必要であるとされ、医学的治療はきわめて局限された位置にとどまっていた。斎藤の社会的ひきこもり概念を受ける形で「非精神性病性ひきこもり」という概念も登場し、しかし、以上のような初期のひきこもり概念に対して、精神障害を主たる背景要因とするひきこもりもありうることを記載したのは伊藤が主任研究者となった「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究（厚生労働科学研究こころの健康科学事業）」によるガイドライン（伊藤、2004）である。そのガイドラインでひきこもりは、「さまざまな要因によって社会的な参加の場がせばまり、就労や就学などの自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態（伊藤、2003）」と定義され、「つまり、『ひきこもり』とは、病名ではなく、ましてや単一の疾患ではありません。また、『いじめのせい』『家族関係のせい』『病気のせい』と一つの原因で『ひきこもり』が生じるわけでもありません。生物学的要因、心理的要因、社会的要因などが、さまざまに絡み合っ、て、『ひきこもり』という現象を生むのです」と解説されている。この伊藤らのひきこもり概念は、ひきこもりの発現を多要因による複合的なものとして規定したうえで、「生物学的要因と心理的要因」という表現で精神障害の関与について議論する路を切りひらいたといつてよいだろう。さらに、伊藤らのひきこもり概念は、「ひきこもることによって、強いストレスをさけ、仮の安定を得ている、しかし同時に、そこからの離脱も難しくなっている」精神保健上の問題であるという規定を行って、ひきこもりという現象の出現とその遷延を引き起こすメカニズムを的確に指摘している。

ひきこもりに多彩な精神障害が関与することは不登校の検討からも容易に推測できるところであるが、近藤ら（2007）は精神保健福祉センターにおける来談ひきこもり事例の詳細な検討から、29事例中24事例にはDSM-IVの1軸ないし2軸診断がなされ、不明とされた5事例のうち4事例は疑い病名がつけるとされている。その主な障害は広汎性発達障害、強迫性障害を含む不安障害、統合失調症、身体障害、適応障害であった。近年になって、広汎性発達障害をはじめ精神障害と診断できるひきこもり事例に関する報告が珍しくなくなってきている。

こうしたひきこもり概念の展開過程でひきこもりと精神障害の関連を指摘した報告がある程度蓄積されつつある現在、ひきこもり概念の的確な枠組みを提供するために、以下のような新たな定義を本ガイドラインでは提案する。

「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ヵ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いてもよい）を指す現象概念である。なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病的現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低いことに留意すべきである。」

この定義は、現象そのものの枠組みについては斎藤の規定をほぼそのまま採用したうえで、評価に迷わないために具体的な状況を括弧で括って示し、さらに以前から除外すると強調されてきた統合失調症も、実際に診断面接を経て診断確定する前の状態でひきこもりに含まれている可能性が少なからずある以上、それに注意すべきであることを付記して注意喚起を行っている。なお年齢については、就学年齢の子どものはじまり成人までの広い年齢の幅で適用で

きるものとして定義している。

国立国際医療センター国府台病院 齊藤万比古

文献

- 現代教育研究会（研究代表者 森田洋司）：不登校に関する実態調査—平成5年度不登校生徒追跡調査報告書. 2001.
- 伊藤順一郎（主任研究者）：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 地域精神保健における介入のあり方に関する研究総合研究報告書. 2003.（この報告書に収められているガイドラインは現在も厚生労働省のホームページに掲載されている）
- 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか：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(9): 834-843, 2007.
- 齊藤万比古：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡調査. 児童青年精神医学とその近接領域 41: 377-399, 2000.
- 齊藤万比古（編）：不登校対応ガイドブック. 中山書店, 東京, 2007.
- 斎藤 環：社会的ひきこもり—終わらない思春期（PHP新書）. PHP研究会, 1998.

2. 不登校・ひきこもりの現状（疫学調査など）

a) 不登校の現状

現在執筆中（大分大学付属病院 清田晃生）

b) ひきこもり（ニートを含む）の現状

はじめに

まず、青年期のひきこもり問題に対する現在までの施策の動きを振り返ってみたい。今日的なひきこもり問題は、2000年に起きた少年によるバスジャック事件を契機として広く注目を集めるようになった。これを契機として、厚生省（現、厚生労働省）は、2001年より「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究（主任研究者：伊藤順一郎）」を組織し、2003年にはその研究成果として、「ひきこもり対応ガイドライン」が公表された。このガイドラインは、精神保健福祉センターや保健所など、精神保健福祉分野の公的相談機関がひきこもる本人や家族に対する介入・支援の第一線機関となることを想定したものであり、全国的に多くの関係者に活用された。その一方で、ひきこもり問題の原因論、とくに本人の精神病理についての検討が不十分であった感も否めず、その後の施策としては、若者自立塾や若者サポートステーションといった若者の就労施策ないしはニート対策が先行することになった。

こうした支援施策の成果と限界については明らかになっていないが、その後、ひきこもり問題と精神障害との関連をさらに詳細に検討する必要性が認識されるようになり、2005～2006年には「思春期・青年期のひきこもりに関する精神医学的研究（主任研究者：井上洋一）」、2007年からは、「思春期のひきこもりをもたらし精神科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」（主任研究者：齊藤万比古）」といった厚生労働科学研究班が組織され、現在に至っている。

また厚生労働省は、2009年から全国の都道府県と政令指定都市に「ひきこもり地域支援センター（仮称）」の設置を進めることとしており、支援体制の充実が図られつつある。

これまでの実態調査より

これまで、青年期のひきこもり問題について、いくつかの実態調査が実施されている。これらに共通する点を以下のようにまとめておく。

第一に、ひきこもり状態にある人の性別については、男性が多いことが多くの調査で一致しており、この傾向はニートについても共通している（財団法人社会経済生産性本部、2007）。一方、不登校に関しては女性が若干多い傾向にある（文部科学省、2008）。

第二に、ひきこもり状態にある人の年齢層は、調査時期によって変化がみられるようである。ひきこもり問題が注目され始めた2000年前後の大規模調査では、把握されているケースの平均年齢は20代前半から20代半ばであったが、近年、いくつかの実態調査において、20代後半から30歳前後のケースが多いことが報告されている。調査方法の問題などから、現時点において、ひきこもりケースが全体的に高齢化しているという結論を下すことはできないが、20代後半から30歳代のケースを想定した対応策が求められていることに相違はない。

第三に、ひきこもりの期間の平均値は3年から8年である。特に、ひきこもり親の会で行われている調査（境ら、2005,2006,2007,2008）によると、ひきこもり期間の平均が10年近くに迫っており、ひきこもりの長期化が指摘されている。長期化するひきこもりは、家族にとって大きな負担になるばかりでなく、長期化がもたらす社会参加への意欲や動機付け、身体的能力の低下などにより、さらに回復が困難になる事態が懸念される。

第四として、ひきこもりが始まる年齢に関しては、中学校入学から大学卒業後、就職して数年といった時期に集中しており、平均年齢としては20歳前後で一貫した結果が示されており、不登校問題との関連、あるいは、高校卒業、大学進学、就職といったライフイベントとの関連が窺われる。

青年期ひきこもりケースの精神医学的背景

ひきこもりケースの精神医学的背景はかなり多様であることがわかってきている。たとえばRubin, H. (1996)は、おもに子どもにみられるひきこもりを想定して、社会的ひきこもり social withdrawal を、「よく知っている人と知らない人、またはどちらか一方の同年代の人たち peer と出会ったときの孤立的な行動の（状況や時にかかわらない）

一貫した表れであり、自ら同年代の集団から距離をとること」と規定し、DSM-IVの診断カテゴリーの中では、分離不安障害、幼児期または小児期早期の反応性愛着障害、自閉性障害、社会恐怖（社会不安障害）、適応障害（特定不能）、大うつ病性障害と気分変調性障害、回避性パーソナリティ障害、スキゾイド・パーソナリティ障害に、ICD-10では、選択性緘黙、自閉症、単純型統合失調症、幼児期の反応性愛着障害、スキゾイド・パーソナリティ障害、急性ストレス反応、社会恐怖、気分変調症、気分循環症、小児期の分離不安、小児期の恐怖症性障害、小児期の社会性〔社交〕不安障害、他の小児期のおもひこもり（小児期の全般性不安障害）、不安性（回避性）パーソナリティ障害において、社会的ひきこもりが一つの症状として記載されていることを指摘している。

また近藤ら(2007)は、山梨県立精神保健福祉センターの相談ケースのうち、16歳～35歳において6ヶ月以上の社会的ひきこもり（社会参加に至らず、対人関係を回避し、孤立している状態）をきたしており、相談・支援経過において本人が来談したケースをDSM-IVにもとづいて診断し、統合失調症、妄想性障害、社会恐怖、強迫性障害、適応障害（不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、慢性）、回避性パーソナリティ障害、特定不能のパーソナリティ障害などの他、軽度精神遅滞に適応障害や広場恐怖が合併したケース、あるいはアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害、広汎性発達障害に社会恐怖や身体表現性障害、強迫性障害などが合併したケースがあったこと、情報不足のために診断を保留したケース以外には、すべてのケースに何らかの診断が付与されたことを報告した。また、家族からの相談のみで、本人が医療機関や相談機関を利用しようとならないケースについても検討したところ、幻覚妄想状態や激しい巻き込み型の強迫行為が確認されるなど、明らかに精神科的な医療ニーズを有するものが少なからず含まれていること、本人には就職・就労経験のないものが有意に多く、著しい頑なさ、生活が変化することや新しい状況に直面することへの抵抗感、あるいは社会への志向性、回避傾向、社会適応能力などの点において、より深刻なケースが多いことが明らかになった。

医療機関や保健所・保健福祉事務所と比較すれば、精神保健福祉センターは生物学的治療よりも心理-社会的支援が中心になるケースや、いわゆるサブ・クリニカルなケースまでを広く相談・支援の対象とする傾向がある。生物学的治療を必要と判断されるケース、激しい精神症状を伴うようなケースの割合が少ないことから、ひきこもり問題全体としては、統合失調症や気分障害、重症の不安障害、あるいは、併存障害や暴力を伴うような発達障害やパーソナリティ障害などの割合がもっと多いのかもしれない。これまで、学術的根拠は曖昧なまま、「統合失調症を除けば、ひきこもる本人には精神医学的な問題がない」といった解釈が、一般社会ばかりでなく、関係専門職の間にもかなり広く流布したように思われるが、上記の知見は、より厳密な診断のもとに治療・支援のあり方を検討してゆく必要があることを示している。

ひきこもりの心理学的理解

ひきこもりは社会的状況からの回避行動である。不安状況を避けることで、少なくとも一時的には不安が軽減・解消するというメカニズムによって、回避行動はさらに強化される可能性がある。こうした悪循環により、不安状況を経験するたびに回避行動によって不安を軽減・解消させるという行動パターンが固定化が生じるものと考えられる。また、ひきこもりが長期化した事例の中には、自ら行動を起こす気力を失ってしまったように見える事例がある。こうした現象は、ひきこもりから脱出しようとする試みが全て失敗に終わり、そのことにより脱出する試み自体をやめてしまった人、長期化するひきこもりの中で自己解決能力を失った人は、学習性無力感を抱いている可能性がある。

ひきこもりの長期化は年齢相応の社会経験を重ねる機会の喪失を意味する。同世代の人たちは年相応の社会経験を積み、すでに次の発達課題に向かい合っており、適切な支援や再チャレンジを支える支援制度なしには、この差を埋めることは容易なことではない。

ひきこもり問題をめぐる社会的観点

ここまで、ひきこもり問題の背景要因のうち、おもに生物学的-心理的要因（個人精神病理）について述べてきた。しかし、今日的なひきこもり問題が、個人の精神病理だけでなく、社会状況と密接に関連しているであろうという認識は広く共有されているものと思われる。次に、社会的要因に関する論点を紹介しておきたい。

(1) ひきこもりの長期化に関する家族状況

中村(1991)は、「家庭からでられない青年を持つ家族」というモデルを示し、しばしば両親間に慢性的で潜在的な葛藤が続いているために、子どもは家族の絆が脆弱であることに無意識的に過敏になり、「手のかからない、できの良い子」として機能しながら青年期を迎えていること、母親は夫婦の潜在的な満たされなさを埋め合わせるものとして子どもとの関係を形成してきており、過保護や過干渉といった関係をつくりやすいこと、そして、こうした家族関係が維持される結果、家族は青年期の子どもを社会に送り出してゆくために必要な「橋渡しシステム」としての機能を発

揮できないことを指摘している。こうした家族の機能不全がひきこもりの長期化を招き、ひきこもりの長期化によって、さらに家族全体が機能不全に陥るといった悪循環があるように思われる。

その後、青年期のひきこもりが社会問題化し始めた時期、思春期・青年期ケースの家族療法・家族支援に取り組んでいた臨床家は、家族にみられる柔軟性の乏しさ、あるいは、家族システムや家族のコミュニケーション・パターンに変化が生じにくいことに気づき始めた。たとえば吉川(2001)は、ひきこもりケースの家族にみられる特徴として、家族内の緊張を一定の閾値に留めようとする暗黙のルールや葛藤回避的なコミュニケーション・パターンがあることを指摘した。また近藤(2001)は、ひきこもりケースにみられる家族文化とその背景にある家族成員の精神力動に注目し、家族同士がそれぞれの内面に踏み込まないようにしていること、親(多くは母親)は子どもとの分離に対する不安が強く、子どもを抱え込もうとする傾向がみられること、ときには、子どもが自立的な動きを示した局面で、親の喪失感や分離不安、羨望が喚起され、子どもの建設的な行動を抑制しようとする場合があることなどを報告した。この他にも、家族にみられる柔軟性の乏しさや、家族関係を変化させることの難しさの背景要因として、多くの臨床家が喪失をテーマにした家族神話や、子どもの自立に伴って体験される親の喪失感に注目した(楢林、2000 狩野、2001 皆川、2001)。

この他、多くの援助者は、想像力や応用力の乏しさのため、子どもへの関わり方を変えてみる、これまでと違う関わり方を工夫してみるといったことが極端に苦手な家族と多く出会うことに気づき始めており、今後、broader autistic phenotype との関連が検討されることになると思われる。

(2) 文化・社会状況の影響

文化・社会状況との関連についても多くの論説がある。たとえば諏訪ら(2006)は、ひきこもりという現象を、個人の心理学、精神医学的問題を反映すると同時に、共同体の社会学的問題をも反映する個人の心理と社会との結び目の問題であると捉えたうえで、1990年以降、イデオロギーの終焉と言われる事態が一気に進行し、体制としての外部を持たない自由主義社会という方向の掘みにくい社会、規範よりも個性や自由が尊重される社会において、青年が社会の方向性を掘むことが難しくなっていると指摘する。また、ひきこもりケースの中に高機能広汎性発達障害をもつ人が少なくないという事実とこうした社会状況との関連を指摘し、これまでなら何とか適応できていた軽度の自閉症スペクトラム障害のケースが、こうした社会状況において適応に困難をきたす、あるいは、こうなるべきという成人の理想像が曖昧な現代社会の中で同一化の対象を見いだせないまま、適切な成長発達が阻害されることによって、思春期・青年期になって事例化する機会が増えているのではないかという仮説を示している。

また、ひきこもりケースには男性が多いことに関する社会学的解釈として、ジェンダーの視点を取り上げる必要があると思われる。たとえば、男性の社会参加が義務づけられている現代社会において、男性が社会参加できないことは女性の場合以上に深刻に受け止められる。男性がひきこもり状態に陥った場合、経済的に自立できないプレッシャーが重なりやすいことが考えられる。さらに、本人が家族に攻撃性を向けるケースの場合にも、ひきこもる本人が男性であり、暴力の対象がおもに母親であることが大きな問題となる。

これら以外にも、若者の自立観や家族文化、就労に対する価値観や若者の就労環境など、今日的なひきこもり問題を検討するうえで、社会的な視点を欠かすことはできない。今後、さらに学際的な検討が進むことに期待したい。

今後の論点

最後に、今後、検討が必要と思われる論点について、いくつか指摘しておきたい。(1) 長期化した事例への対応

ひきこもりの長期化は、ひきこもり当事者の身体、心理、社会的側面に深刻な影響を与えている。生物的・身体的には、衛生面、栄養面、身体疾患、不使用による身体的機能の低下などが懸念される。また心理-社会的には、年齢相応の学習の機会を逃すと、再学習・再チャレンジする機会の保障がきわめて脆弱であること、ひきこもり状態から社会復帰を目指す支援システムの不備、ひきこもっていた時期の履歴の空白や、ひきこもっていたという事実によって偏見にさらされることなどを指摘しておきたい。

長期化したひきこもりケースに対する支援体制の充実が必須であると同時に、ひきこもりが長期化することによるさまざまな弊害と早期対応の重要性を、広く社会に向けて啓発していく必要がある。

(2) ひきこもりケースを引き受けるシステム

本人の来談・受診をこれまで以上に促進するためには、支援内容や社会参加への道筋を具体的に示すことが必要であろう。2009年度から全国的に設置が進められることになる「ひきこもり地域支援センター(仮称)」は、地域の支援拠点として大きな期待が寄せられている。

また、ひきこもり事例の多くは家族からの相談から始まる。家族相談から本人の来談・受診につなげられるかどうか、支援を進める上できわめて重要な課題である。米国では、家族への介入によって薬物中毒の治療に抵抗する患者

を支援につなげるプログラム Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)が開発されている (Waldron, et al., 2007)。また、英国保健省の傘下機関である国民保健機関 (National Health Service : NHS) は、受療促進を目指した Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme(the IAPT team,2008)を実施し、国家規模の取り組みを行っている。こうした手法は、ひきこもり支援においても活用できる可能性があり、今後、わが国においても検討すべき重要な課題である。

(3) その他

その他の論点としては、本人の社会参加に向けた支援のあり方を検討すること、あるいは、青年期においてひきこもりに至るリスクをもつ人たちへの予防的な早期支援のあり方を検討することなどが重要であろう。

山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所 近藤直司
徳島大学 境泉洋

<引用文献>

○ひきこもりの実態調査に関連したもの

- 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・金子麻子：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告。伊藤順一郎：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：精神保健福祉センター・保健所・市町村でどのように対応するか・援助するか。2003
- 小林清香・吉田光爾・野口博文・土屋 徹・伊藤順一郎：「社会的ひきこもり」を抱える家族に関する実態調査。精神医学 45；749-756,2003.
- 中村 光・植田健太・境 泉洋・嶋田洋徳・金沢吉展・NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会 (家族連合会)：ひきこもりに関する全国調査報告書②：NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会における実態。志学館大学人間関係学部境研究室 pp.2-34,2005.
- 尾木直樹：「ひきこもり」問題と社会はどう向き合うべきか：600 家族の声にみる解決と支援への提言。臨床教育研究所「虹」、2002.
- 大分県精神保健福祉センター：「ひきこもり」実態調査報告書。大分県精神保健福祉センターひきこもり支援対策推進委員会、2004.
- 斎藤 環・稲村 博・吉川麻衣子・西村秋生・松崎一葉：青年期における長期に遷延化した社会的ひきこもり事例の発生要因および改善要因に関する研究。思春期学, 14, 347-353, 1996.
- 境 泉洋・石川信一・滝沢瑞枝・佐藤 寛・坂野雄二：家族からみたひきこもり状態：その実態と心理的介入の役割。カウンセリング研究 37:168-179,2004.
- 境 泉洋・植田健太・中村 光・嶋田洋徳・坂野雄二・NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会 (家族連合会)：ひきこもりに関する全国調査報告書。早稲田大学大学院人間科学研究科坂野研究室, 2005.
- 境 泉洋・中村 光：ひきこもり家族実態アンケート調査・調査結果データ分析とまとめ。ひきこもり家族調査委員会発行、ひきこもり家族の実態に関する調査報告書。pp 7～P45, 2006.
- 境 泉洋・中垣内正和・NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会 (家族連合会)：「引きこもり」の実態に関する調査報告書④。志学館大学人間関係学部境研究室、2007.
- 境 泉洋・川原一紗・NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会 (家族連合会)：「引きこもり」の実態に関する調査報告書⑤。徳島大学総合科学部境研究室, 2008.
- 高畑 隆：埼玉県における「ひきこもり」の実態。精神医学, 45, 299-302, 2003.
- 境 泉洋：青年期におけるひきこもり状態の実態。志学館大学心理相談センター紀要, 創刊号, 23-31, 2006.
- 財団法人社会経済生産性本部：ニートの状態にある若年者の実態及び支援策に関する調査研究報告書財団法人社会経済生産性本部, 2007.
- 文部科学省：「平成 19 年度児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」(小中不登校)について (8 月速報値)。 http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/20/08/08073006.htm, 2008.

○ひきこもりの精神病理や家族状況・社会状況に関連したもの

- 近藤直司：本人が受診しないひきこもりケースの家族状況と援助方針について。家族療法研究 17(2):122-130, 2000a
- 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子ほか：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

- 吉川 悟：家族療法から見たひきこもりの家族内で起きていること：葛藤回避のペルをどのように無効化するか。近藤直司編著：ひきこもりケースの家族援助。金剛出版 66-78, 2001
- 狩野力八郎：システム家族論からみた家族と精神分析からみた家族：おもに三者関係をめぐって。近藤直司編著：ひきこもりケースの家族支援。金剛出版 pp41-50, 2001
- 皆川邦直：固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療：親ガイダンスの重要性を中心に。近藤直司編著：ひきこもりケースの家族支援。金剛出版 pp164-172, 2001
- 中村伸一：非行の家族を中心に。家族療法研究 8(2):132-137, 1991
- 楢林理一郎：「ひきこもり」を抱える家族への援助。狩野力八郎、近藤直司編：青年のひきこもり。岩崎学術出版社 pp151-160, 2000
- Rubin, K.H. & Stewart, S.L. : Social Withdrawal. In E.Mash & R.Barkley(Eds.). Child Psychopathology(pp.277-307). New York, Guilford. 1996.
- 諏訪真美、鈴木國文：「ひきこもり」概念と社会報道と精神医学。思春期青年期精神医学 16:61-74, 2006.

○受療行動の促進に関連したもの

- Waldron, H. B., Kern-Jones, S., Turner, C. W., Peterson, T.R. & Timothy J. Ozechowski, T. J. : Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 133-142, 2007.
- The IAPT team: <http://www.iapt.nhs.uk/>

c) ひきこもり（不登校の一部を含む）の疫学

1 現状

文部科学白書（平成 19 年版）によれば、平成 18 年度の不登校の児童・生徒は小学校 23825 人で全体の 0.33%、中学校 103069 人で全体の 2.86%であり、平成 16 年から調査が加わった高等学校では、157544 人で全体の 1.65%であった。小中学校では、この文部科学省調査によって、ひきこもり者がいわゆる不登校の状態となること考えられることから、ひきこもり者をほぼ把握できていると思われる。

高等学校において、文部科学省調査では中学校に比べ全体に占める割合は減少しているが、これは、義務教育ではないためにひきこもり者が進学しなかった、または退学していることが容易に考えられる。このため、16 歳以上のひきこもり者として、文部科学省の調査結果を代用するには無理がある。

一方、20 歳以上のひきこもり者については、「完全に社会との接点を半年以上持たない者」と定義した WMH 調査の一環としてまとめられた研究がある。この研究は、全国 7 市町村の 20~49 歳までの 1660 名を対象に Face to Face 面接調査で、本人に引きこもり経験を聞いている。この研究では、生涯有病率は 1.2%で、20 歳台が 30・40 歳代より統計的に多く、また男性に有意に多くなっている。また引きこもりの開始平均年齢は、22.3 歳であった。

2 疫学調査の可能性の検討

16~19 歳までのひきこもり者はどのようにして把握することができるのか。

調査方法として、本人調査と世帯調査とが考えられた。しかし、ひきこもりの状態において、調査協力が得られるとは考え難く、本人調査は困難と思われる。世帯調査にしても、家族にひきこもり者がいることを知られたくない場合があること、また、ひきこもり者が単身で居を構えていることも予測でき、調査は難しい。

そこで、中学校卒業生名簿からの追跡調査が考えられた。中学校の卒業名簿を抛出してもらったうえで、訪問調査を実施する。また、クラスメートの状況を聞きとることにより、ある程度の情報が得られると考えられる。しかし、中学卒業後にひきこもり者となった場合について、正確に把握できるかどうかかわからないこと、また転居の場合の追跡が困難である。

疫学調査は、たとえ悉皆調査を実施したとしても真の値を把握することは困難である。また、どのような調査方法についても長所と短所がある。また、調査実施に向けては、調査地を含め、調査対象者やその家族などの調査協力に対するメリットが必要である。それは、調査後のフォローアップ体制を明確にすることでもある。真の値を求めあまり、安易に調査を実施することは避けるべきである。

順天堂大学医学部 公衆衛生学教室 堀口逸子

3. 不登校・ひきこもりの年代特異性

a) 小学生の不登校

はじめに

不登校は小学校高学年ことに小学校5年生ごろから増加し始め、中学生年代になり急増する。しかしながら小学校低学年の不登校（さらには幼稚園生の登園拒否や青年期の登校拒否）も稀ならず存在することが知られている。そしてこの2群、すなわち小学校低学年を中心とする不登校とそれ以降の小学校高学年から中学生を中心とする不登校にはその成り立ちや治療方法には明瞭な差があると言われている。齊藤[1]は小学校から中学生までの不登校を、小学校低学年を中心とする年少型と、中学生を中心とする思春期型登校拒否に分け、各型における治療システムの年代特異性を中心に述べている。本章でもこの分類に準じて小中学生の不登校についてそれぞれ述べていきたい。

年少型登校拒否(小学校低学年年代)

小学校低学年の不登校は幼稚園・保育園生の不登校と類似した母親や家から離れることへの分離不安の直接的な表現として理解することができる。[1] そして年齢が低ければ低いほどその傾向は顕著なものとなる。このような子どもは幼い頃から受動的で消極的な姿勢が強い傾向があると言われている。

この年代で教育現場を回避し仲間集団からひきこもる生活を送ることは人格形成の上からも重大な影響が予想されるため、早期学校復帰を第一の治療優先課題とすることが多い。従って、子どもが恐れながらも示す幼稚園や小学校への関心は治療での重要な話題となりうる。また一旦学校を恐怖の対象としてみなしてしまった子どもに学校が子どもを暖かく見守ってくれる場であることを穏やかに子どもに対して伝えることが重要である。そのような理由もあり年少型では他のどの年代よりも、担任教師を始め学校側との共同作業として治療を考える必要がある。そのため学校側のスタッフと医療者とが十分に連絡を取り合い、子どもを学校で迎える際の姿勢について協議しておかなければならない。

また不登校が長期化する場合には現実と向き合う前により内面的な葛藤と取り組むための精神療法が必要になるであろう。この年代では遊戯療法が子どもに内面的な感情やイメージを表現され、治療者との間で心理的な交流を行う主な手段となりうる。母親からの分離・個体化に伴う感情やエディプス的な感情、たとえば攻撃性、気分の落ちこみ、アンビバレンス、競い合い、罪悪感などの感情や心性が遊びの中に表現されることであろう。このような作業を通じて子どもの内面に新しい自我の能力が出現し統合されていった後に子どもは再登校という現実的な課題と取り組むことができるようになるのである。

【症例1】 小学校1年生(7歳) 男児。

銀行員の父親、専業主婦の母親、生後六ヶ月の弟との4人家族。小さいころから聞き分けがよく、自分の主張をあまり出さない子どもであった。幼稚園入園時に行き渋りを認めたが半年ほどおさまりその後は元気に通園をしていた。幼稚園卒園間近に弟が生まれた。弟が生まれた直後から指しゃぶりが出現し始めた。小学校の入学式は弟が生まれたばかりということもあり慌ただしい中で行われた。小学校入学後よりしばらくして、朝から腹痛や頭痛を訴え登校渋りを認めるようになった。しかしながら母親が中心となって強く登校を促すと登校をし、学校内では元気に過ごすため両親は経過を見守っていた。このような経過中に授業中、担任教師からの質問に答えられなかったことをきっかけとして完全に不登校となった。不登校後は自宅内で普段と変わらず身体症状も訴えることなく過ごしていた。その一方で母親への後追いが目立ち、ほとんど母親のそばから離れることができない状況が持続した。そのため近医小児科受診を経て不登校開始後四ヶ月ほどしてから母親と共に児童精神科を受診した。

初診時 A 男は母親の後ろに隠れ、主治医が話しかけると母親に耳打ちをするだけであった。母親は面談の中で乳幼児である次男の世話にかかりきりとなり、A 男の小学校入学時に自分が上手く対応してあげられなかったという強い自責感に駆られていた。その後の診療では母親支援(母親の罪責感の軽減および罪責感による代償的な対応への修正)を行いながら、A 男に対しては不安を和らげるため、静かに穏やかかつ誠実に時に遊戯療法的な手法を取り入れながら担当医として接することを継続した。自宅内では徐々に母親への後追いが少なくなってきたところを見計らい、学校と連絡を取り合い保健室登校を開始するに至った。保健室登校にはほぼ毎日のように参加することができ、その後も主治医と学校との間で連携をとりながら児のペースでレベルを上げていくことにより小学校二年生の5月から朝より学校に行くことができるようになり、その後も問題なく登校できている。

思春期型登校拒否(小学校高学年から中学生の年代)

「前期 adolescence」の心的特徴

思春期という言葉にあたる「adolescence」とは10歳すぎから25歳すぎまでのおよそ15年間をさす。齊藤[2]は「前期 adolescence(10~15歳)」「中期 adolescence(16-20歳)」「後期 adolescence(21歳~)」に adolescence を分け、「前期 adolescence」をわずかの年月の間に劇的な心的世界の展開を遂げる時期であるとしている。本章で扱う小学校高学年から中学生の年代は丁度この「前期 adolescence」に該当する時期であるといつてよい。Adolescence が「両親からの分離」と「自分探し、自分作り」という二大目標を達成して世界へと旅立つための準備期間とするなら前期 adolescence の5年間は主として両親像、とりわけ母親像からの分離に取り組むことになる。

齊藤[2]は「前期 adolescence」の五つの特徴をあげている。①幼児期の心性が部分的に再現していること(部分的退行を生じていること)。この退行により顕在化してくるのは主として2歳から3歳過ぎ頃の心性、Mahler のいう分離-個体化過程の「再接近期」の心性が再現してくる。②「再接近期」の心性の特徴は自分の願望や衝動のコントロールを巡る、そして母親への愛着をめぐる矛盾した願望の両価性である。前期 adolescence の心性の第二の特徴はこうした退行的な心性の結果生じてくる「両価性」の高まりである。③上記の発達退行が両親と同じ迫力や体力をもつようになって経験されなければならないという「危機性」が第三の特徴として挙げられる。大半の子どもは親子関係が大きな崩れを示すことなく「前期 adolescence」を通過し、その間に親に支えられながら親離れを果たすという矛盾に満ちた発達課題に取り組んでいる。その間親も子どもが向かい続ける両価性に耐え両親像からの独立に向けた子どもの心的発達を支えている。もしもここで親子関係の不均衡が存在する場合、たとえば adolescence 前半期の男子でエディプスの父親像が存在しない状況、あるいは女子で支配的でない受容的母親像が存在しない家族状況であるとすればこの年代の子どもを悪循環的に幼児期心性のよりいっそう優勢な状況に追い詰めていく可能性がある。④第4の特徴は「前期 adolescence」の子どもは幼児と異なり、その10年におよぶ中枢神経系の発達と社会経験の積み重ねから、外界の支持機能を親離れの支えに利用するという能力を獲得しているということである。親から離れ始める時に子どもは必然的に親から見捨てられるという思い(すなわち「見捨てられ抑うつ」)を持つのである。これに対抗する手段として「前期 adolescence」の子ども達は「gang」と呼ばれる理想化した親子関係を外在化した、あるいは異性と恋愛の模擬体験のような親友関係に入れ込んだり、学校での勉強やスポーツ、あるいは芸術活動などで周囲から認められたり、教師との親子関係にも似た強い情緒的結びつきを求めているのである。この外界での反応性を利用して親離れに耐えるという方策は文字通り諸刃の剣であり、必然的により多くの支援を求める外界への「過剰適応」を強化する。その結果として些細な失敗が驚くほど決定的な挫折となることがある。⑤第5の特徴として挙げられるのが adolescence の子どもにおける特異な自己愛性である。この「前期 adolescence」における自己愛性はヨチヨチ歩きの幼児が母親から離れて探索行動に没頭している時の探索行動に根ざしたものである。従って「前期 adolescence」の子どもも仲間集団における孤立や失敗によって自己愛が傷つけられると、無力感や空虚感とともに分離不安が急速に高まり母親の元に駆け戻り家庭に引きこもろうとする、すなわち外界で傷ついた自己愛を母親との一体感に基づく幼児的な自己愛性に退行して防衛しようとするのである。

思春期型登校拒否の援助

青木[3]は不登校の子どもへの援助として重要なこととして①子どもへの精神療法は重要であるが原則としては子どもからの問いかけを待つこと ②親の心理的援助が重要であり、親への援助が間接的に子どもを支えることになること③不登校の子どもは 同年代集団の中で「もまれる」という体験が得られないため、形の異なった多様な居場所を提供することが大切であること④子どもが人生を肯定的にとらえ生きられるようになることをあげている。

思春期型登校拒否は、子どもが受診を拒むために親ガイダンスだけの治療とならざるを得ない場合がかなりある。たとえ本人が外来の場に登場したとしても、自分の内面を冷静に見つめて言語化していく自我の力が十分でないこの年代の特徴に加えて、思春期の高まった両価性がしばしば言語的交流を阻む要因となることもあり、精神療法に導入すること自体が困難なことが多い。そして初診の段階で子どもが来院したとしてもしばらくすると来院しなくなることも多い。従って子どもが姿を現した外来ではそれが最初で最後の子どもとの出会いとなる可能性が高いことを治療者は心得る必要がある。万が一、子どもが来院しなくなった場合には親ガイダンスを通じて親を十分に支えていくことが大切になる。

子どもは、学校へ行っていないという圧倒的な事実に対する強い罪責感の関与もあって治療者の中立的な姿勢や冷静な質問をしばしば非難と受け止めてしまう。したがって、本人が医療機関に来院した場合には明確な支持的介入を行う必要がある。具体的には学校に行けなくなったことで今後の人生が閉ざされたりはしないことを伝えたり、不登校状態の期間に生じたポジティブな変化を捉えて「学校に行っていない間にも君は成長している」という事実を伝えたりなどといった介入が必要となる。また必要とあらば形式的な登校にこだわらず、学校を迂回した人生の可能性を子どもと共に探してゆく作業にも踏み出せる「学校教育に対する中立性」をもつ必要もある。

登校拒否の子どもにとってもっとも深刻に阻害されているのが同性の仲間集団への参加の体験である。従って治療

の進行により子どもに回復してくる同性の仲間集団への関心について治療者は最大限に支持する必要がある。その過程のなかで「学校に行かないのであれば友達と遊んでほめて」というような、登校と関連させて同性の仲間集団への参加の体験をコントロールすることについては原則として慎むべきである。

【症例2】中学校1年生(12歳) 男児 B男

電気会社営業職の父親、主婦の母親との三人暮らし。母親は本児を出産後に抑うつ傾向が強まり、近医精神科に通院を開始し投薬治療を数年間受けていた。そのため母親は心から楽しいと思えるような育児はできなかったという。その後の本児の精神運動発達歴に特記すべき事項は認めなかった。幼稚園に入園時には、母親から離れることができず五月の連休明けまで母親が付き添っていた。小学校入学時にも同様にして学校への行きしぶりがあり半年ほど登下校に母親が付き添っていた。それ以降も学年が変わりクラス替えなどの度、はじめの2-3日は学校へ行くことが出来なかった。その一方で成績は優秀で運動神経も良く球技大会などでは活躍をしていた。小学校六年時に父親の転勤により、地方都市より当地へ転校をした。転校後、以前住んでいた地方の訛りを同級生らに指摘されたことをきっかけとしてクラスの中でからかわれるようになった。また同時期に父親の浮気が原因で夫婦仲が不和になり母親の抑うつ傾向が再び悪化し、母親は近医精神科への受診を再開した。小学校6年時、7月頃から朝方に嘔気を認め「学校で吐いてしまうのが怖い」という理由から学校への登校を渋るようになっていき10月からは保健室登校となった。次第に保健室登校ができる日数も減少していき12月より全く学校に行かなくなった。抑うつとなり自室に籠もりイライラする様子が目立ち始めた。日中はほとんど自宅で過ごし、インターネットやテレビゲームなどをして過ごしていた。また夜遅くまで起きているために昼夜逆転の生活になった。母親の抑うつが悪くなるのと連動して本児の調子が悪くなり自宅から出られなくなる期間が持続していった。中学へ入学した後も登校できない日々が持続するため中学1年時の6月に児童精神科外来を受診した。

初診時にB男は小声で消え入りそうな声で会話をする様子が印象に残る小心で素直そうな子どもであった。とても中学一年生とは思えない幼い風貌も主治医にとって印象的であった。

外来ではB男に対して受容的かつ支持的に接していった。初診から数回の受診の後に「外で吐いてしまうことが不安で外出できない」という言葉が本人から聞かれた。そのため不安の軽減目的のため向精神薬の使用を主治医より提案し、内服を開始している。外来通院後数ヶ月ほどすると徐々にB男は外出が出来るようになっていき活動範囲も広がっていった。活動範囲が広がり日中の活動量が増えると昼夜逆転の生活も改善していった。しかしながら短時間での外出なら出来るものの自宅から離れた場所に行くことには強い抵抗を感じ、結果として学校へ行くことのできない日々が持続していった。そのため結局担当医の提案を受け入れ中学2年の春より児童精神科病棟への入院を開始している。

国立国際医療センター国府台病院 岩垂重貴
渡部京太

b) 高校生の不登校

1. 高等学校における不登校の現状

これまで、高等学校における長期欠席者は、長期欠席が続けば中途退学となって学籍を失うことから「不登校」という概念が当てはめられず、文部科学省の不登校に関する統計調査の対象にもなっていない。しかし、高等学校への進学率が高まると共に義務教育に準ずる位置づけとなってきたこと、中途退学者数が増加したことなどから、その対応について各自治体で様々な取り組みが行われ始め、文部科学省の「生徒指導上の諸問題の現状」の調査においても平成16年度から高等学校における「不登校」について調査が行われるようになった。平成19年度調査によると(表1)、全国の国公私立高校生の不登校生徒数は53,041人で、在籍者に占める割合は1.56%であった(小学校0.34%、中学校2.91%)。不登校が継続している理由を見ると、「無気力」が27.3%と最も多く、次いで「不安などの情緒的混乱」が25.2%、「あそび・非行」が11.0%であった。「無気力」や「不安などの情緒的混乱」の中には何らかの心理的・精神的問題を抱えたり、ひきこもった状態にあったりする生徒が含まれていると考えられる。また、不登校生徒のうち中途退学に至ったものは19,774人で不登校生徒数に占める割合は37.3%、原級留置となったものは5,243人(9.9%)である(表2)。

表1 平成19年度 高等学校における理由別長期欠席者数(人)

	在籍者数	理由別長期欠席者数				
		不登校	経済的理由	病気	その他	計
国立	9,500	33 0.35%	0 0.00%	23 0.24%	10 0.11%	66 0.69%
公立	2,383,132	40,495 1.70%	2,639 0.11%	10,850 0.46%	21,921 0.92%	79,905 3.19%
私立	1,010,444	12,513 1.24%	757 0.07%	5,785 0.57%	5,112 0.51%	24,167 2.39%
計	3,403,076	53,041 1.56%	3,396 0.10%	16,658 0.49%	27,043 0.79%	100,138 2.94%

さらに、中途退学後の進路については、文部科学省の調査ではデータはないが、東京都教育委員会が行った「平成16年度都立高等学校中途退学者等調査結果」(表3)によると、中途退学となった生徒5,103人のうち定時制・通信制を含む他の高等学校や専門学校に編入・再入学した者は636人(12.5%)、大検等も含めた受験準備をしている者は624人(12.2%)、就職した者は1,037人(20.3%)、通学や就職等をせず何もしていない者は1,291人(25.3%)である。中途退学後も通学や就職等をせず何もしていない者全てがひきこもり状態にあるとは考えられないが、これらの生徒は社会的な活動に参加していないのは確かであり、そのうちの何割かはひきこもった状態にあるものが含まれていると考えられる。

表2 平成19年度 不登校生とのうち中途退学・原級留置になった生徒数(人)

		国立	公立	私立	計
中途退学	不登校生徒数(A)	33	40,495	12,513	53,041
	不登校生徒のうち中途退学に至った者(B)	14	15,128	4,632	19,774
	(B)/(A)(%)	42.4%	37.4%	37.0%	37.3%
原級留置	不登校生徒数(A)	33	40,495	12,513	53,041
	不登校生徒のうち原級留置になった者(B)	10	4,381	852	5,243
	(B)/(A)(%)	30.3%	10.8%	6.8%	9.9%

表3 平成16年度都立高等学校中途退学者の進路状況

学校等への編入・再入学等								就職等 (*3)	その他 (*4)	合計
全日制	定時制	通信制	専修各種学校	受験準備(*1)		その他 (*2)				
				大検準備	高校受験準備					
111 2.2%	247 4.8%	230 4.5%	48 0.9%	352 6.9%	119 3.0%	153 1.0%	49 1.0%	2,775 0.17%	1,291 25.3%	5,103 100%

*1 主な「大検準備」及び「高校受験準備」のみ掲載

*2 大検合格後の受験準備、留学・海外での学習、大学入学等

*3 アルバイトをしている者、会社等に就職又は高校在籍中の職に専念している者、家事・家業の手伝い等

*4 通学や就職等をせず何もしていない者、死亡・消息不明の者、病院に入院・通院及び自宅療養の者等

2. 発達課題から見た高校年代の特徴

高校生の年代は青年期前期から後期に向かう時期であり、Erikson, E.H.はその発達課題として「仲間集団の成員性」

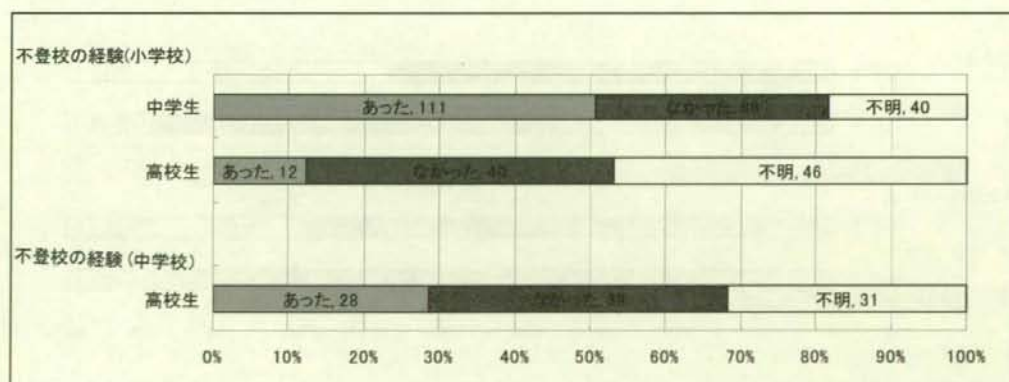
「異性関係」「両親からの自立」などをあげている。両親への依存を離れて新しい自分を築いていくことを目指しているこの年代の青年たちにとって、仲間集団の中で仲間や異性に受け入れられたり認められたりして、その集団の成員である感覚をもてることは非常に重要な意味を持っている。また、多くの子どもたちが中学までは地域の学校に通って学童期から続く仲間関係の中で育ってくるが、高校入試という試練や挫折を経て、高校入学によって全く新しい集団、しかも同程度の学力をもった集団に入っていくことになる。これは、それまでの仲間関係における位置づけや学力による評価が崩れ、新しい関係の中で自分の位置を築くという課題と出会うことである。仲間関係が重要となるこの時期に、新しい集団の成員となるという課題と出会うことは、その課題を乗り越えることにより親からの自立やその先のより大きな社会集団に適応していく力をつけるために非常に重要なことである。しかし、仲間を受け入れられるかどうかの重要性を増せば増すほど、周囲の評価に敏感になって不安や様々な葛藤を引き起こすこととなる。その葛藤から回避する方法として、仲間集団から孤立し、学校集団から撤退して不登校につながる青年たちが出現する。この時期の仲間関係における孤立は、その後の親から自立していくことや、より大きな社会集団に適応していくことへの不安を大きくし、社会からひきこもっていく悪循環につながる可能性がある。そのため、この時期に仲間関係あるいは大人を含めた対人関係で受け入れられる体験を積み孤立させないことは、重要な課題である。

また、高校生年代は、小学校高学年から中学にかけて始まる第二次性徴がまだ変化の途中であり、身体の変化やホルモンのバランス、性衝動のコントロールなどをめぐる葛藤の最中にある。また、15、16歳頃から統合失調症の発症率が急激に増加し、摂食障害や不安障害などさまざまな精神障害が発症しやすい時期でもあり、心身ともに変化と危機の中にある年代といえよう。

3. 高校生の不登校の特徴とひきこもり傾向(平成19、20年度の調査結果から)

我々は平成19、20年度に不登校の中学生・高校生を対象とした調査(回答者は学級担任)をし、登校している生徒との比較を行った。平成20年度の一般の中学生・高校生を対象とした調査によると、現在不登校状態にある生徒のうち、小学校時代に不登校経験がある者が中学生では50.7%、高校生では12.2%であり、中学校時代に不登校経験がある者は高校生で28.6%であった(図1)。さらに、調査前年度から不登校が継続している者は中学生では87.3%であるのに対して、高校生では40%と中学生に比べて不登校が長期化している割合は低かった(図2)。

一方、平成19年度に行った、不登校の生徒を多く受け入れている高等学校(チャレンジスクール)の生徒を対象とした調査結果を見ると、小学校や中学校で不登校を経験した者が多かった(図3)。このことから、中学校までに不登校を経験した者は一般の高等学校への進路を選択しない(あるいはできない)ことが多く、チャレンジスクールや定時制、サポート校などの進路を選んでいることが考えられる。逆に言えば、一般の高等学校における不登校は、高等学校入学後に不登校になった生徒が多いということである。



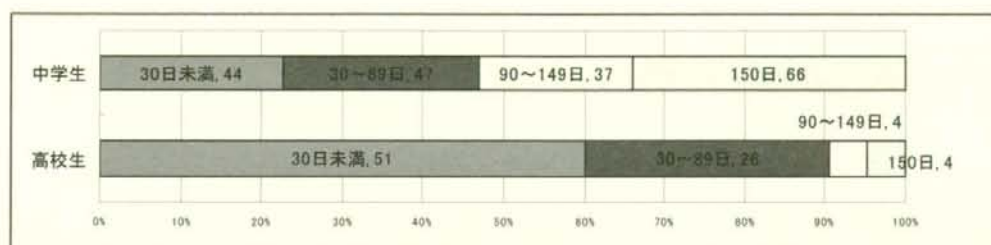


図2 前年度の欠席日数

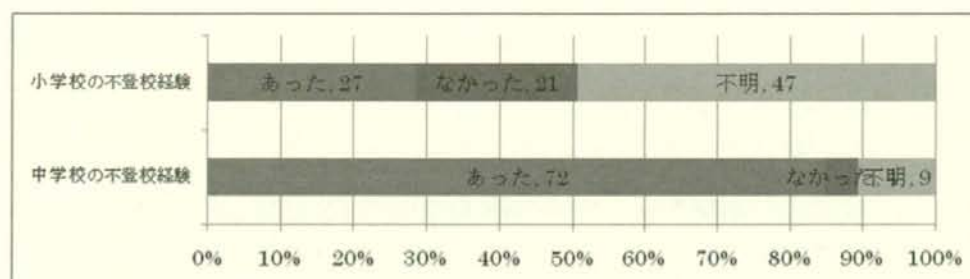


図3 チャレンジスクール等の高校生の不登校の経験

また、上記一般の高校生を対象とした調査において、不登校の生徒の社会とのかかわりの程度を見るため、友人や家族とのかかわりの程度や外出の頻度を聞いたところ、高校生は8.1%が友人との外出を全くせず、2.0%が友人と電話やメールを全くしていなかった。中学生をみると友人と外出を全くしない者が34%、電話やメールを全くしない者が20%であり、高校生の方が友人とのかかわりを全く持たない者が少ないという結果であった(図4)。さらに家族との会話や外出が全くない者も中学生に比べて少なかった。このことから、高校生は不登校の状態であっても友人や家族と何らかのかかわりを持っている、あるいは持とうとしていることがわかる。しかし、友人や家族とのかかわりを全く持っていない者が少数ながらもいるのも事実であり、学校や周囲の対人関係などこの年代の青年にとっての社会からのサポートが得られないため、ひきこもりの悪循環につながる危険性をもっているといえよう。

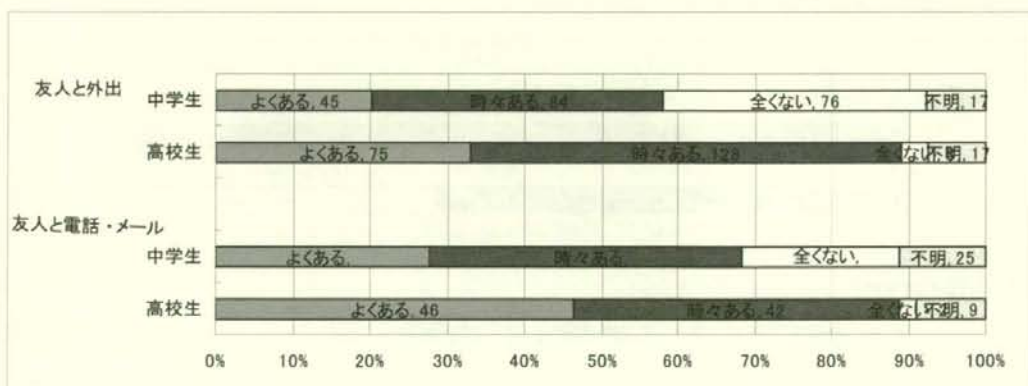


図4 友人との外出、電話・メールの頻度

さらに、28項目からなる尺度を用いて不登校生徒と登校している生徒の学校生活への適応や対人関係の特性の比較を行った。その結果を見ると、登校している生徒に比べ、不登校の生徒は学校生活の適応がうまくいっておらず、対人関係の特性では、対人トラブルや対人回避傾向が強く、対人スキルが低いことがわかった(表4)。学校生活の適応がうまくいっていないことが不登校のきっかけとなっているのか、その結果であるのかは特定できないが、このことが不登校を長引かせる要因となっていると考えられる。不登校からひきこもりの悪循環に陥らないためには、学習面

等のサポートも重要であろう。

また、対人回避傾向は社会からのひきこもりを強めさせており、教員を始めとした周囲の大人たちが子どもの対人回避的な傾向に注意を向け、これが認められた場合は早めの介入や根気強いかわりをするのが求められる。このかわりの中で、対人回避傾向そのものは本来の性格傾向とも重なるために変容は難しい、あるいは時間がかかると思われる。そこで、子どもとのかかわりの中で、「嫌な提案は断られる」「わからないことを尋ねることができる」「感謝の気持ちを表現できる」などの対人スキルを身につけるサポートをしながら、社会とかかわる力をつけていくことが有効と考えられる。

表4 学校生活適応と対人関係の特性の登校群と不登校群の比較

			N	平均値	標準偏差	t 値
学校生活適応		登校群	219	15.32	3.70	6.05***
		不登校群	97	12.52	3.98	
対人態度特性	対人トラブル	登校群	212	17.85	6.52	3.35***
		不登校群	89	21.03	7.89	
	対人スキル	登校群	204	17.69	3.39	6.56***
		不登校群	85	14.75	3.64	
	対人回避	登校群	213	10.11	3.39	9.70***
		不登校群	93	14.83	4.12	

*** $p < .001$

4. 支援体制の現状と課題

高校生は義務教育ではないため、中学生までと比べて公的な支援体制が少ない。学校教育においても、中学校にはスクールカウンセラーが全校に配置されているが、公立高等学校では配置されているところが少ない。また、校内の教育相談組織も小・中学校では管理職や教育相談担当の教員、養護教員を中心に組織的に運営され、保健室登校や別室登校が行われている学校も多いが、高等学校では教育相談組織自体が機能していないところも多い。また、保護者と学校とのかかわりも中学校に比べて密に行われていないことが多い。

教育相談機関においても、自治体によって高校年代を対象としていないところもみられ、中学卒業後は相談の場が減ることが現状である。また、集団生活や学習をサポートする場として中学校では適応指導教室(現 教育支援センター)が各自自治体で運営されているが、高校年代ではこのような取り組みもほとんど行われていない。各自自治体で不登校をサポートするような体制をもった高等学校を設置される取り組みが始まったり(東京都教育委員会が設置したチャレンジスクール等)、民間では通信制高校と提携した教育課程における学習の補習や支援を提供する場であるサポート校などがあるが、まだまだ集団への参加や学習を支援する場が少ない。この年代の対人関係や仲間集団の重要性を考えると、ひきこもりが遷延していかないためには、さまざまな個別の相談が受けられる場や、集団の体験が積もりソーシャルスキルトレーニングが受けられたりする場を作っていくことが求められる。

明治大学心理臨床センター 太田智佐子
明治大学 弘中正美

c) 大学生の不登校

“大学生の不登校”という概念

大学生の不登校は、高校生までの不登校と比べると、これまでは、あまり注目されてきませんでした。そもそも、“大学生の不登校”という概念自体、果たしてどれほどの妥当性・有効性を持つものなのでしょうか。

大学は、高等教育の場として、高校までとは大いに様相を異にしています。小中学校は義務教育の場であり、大人はそこで子供に教育を受けさせる義務があります。また、高校は法律の定める義務教育ではありませんが、今や100%近くに達している進学率を考えると、実情としては、ほぼ義務教育化していると言って差し支えないでしょう。これに対して、大学は義務教育ではなく、進学率も、上昇してきているとは言え、50%程度にすぎません。高校を卒業した2人に1人は大学に進学していないわけです。大学は本来、進学したい人・進学できる人だけが入学するところで

す。入学後、仮に登校したくない・登校できないといった理由で学校に行かなくなったとしても、それを、高校生までの時と同じ“不登校”という概念で捉えてよいのかという疑問が残ります。

また、大学生の不登校やひきこもりの支援を考える際にも、“不登校”として支援する方がよいのか、“ひきこもり”として支援する方がよいのかという問題もあります。高校までの不登校では、どのような形であれ、生徒が再び教育を受けられるようにすることが支援の中心的な目標になることが殆どです。それは、この年代の殆どの子供にとって、家庭外での生活の中心は学校であり、そこに行かないことが、結果的に、子供に多大な不利益をもたらすからです。その不利益は、単に、狭い意味での教育機会の喪失に留まるものではありません。子供は、教育の場で、友人や教師と交わることを通じて多くのことを学びます。学校に行かないと、この、人間関係から学び、成長するという貴重な機会も同時に失ってしまいかねないのです。

これに対して、大学生の不登校やひきこもりの支援では、学生が再び教育を受けられるようにすることが目標になるとは限りません。学生によっては、無理をして大学に残るよりは、退学して別の道を歩む方が本人のためになると思われるケースもあるからです。このようなケースでは、大学に戻るのではなく、辞める決心ができるようにサポートしたり、辞めた後も、そのままひきこもってしまうことのないように、就労も含めた進路選択について総合的な支援を行うことが求められます。これは、実態としては、不登校の支援というよりは、むしろ、ひきこもりの支援に近いものです。

このように、“大学生の不登校”という概念は、高校生までの不登校と同じような意味で、妥当性や有効性を持つとは言いきれない側面があります。しかし、長期に欠席している大学生を“不登校”として捉えることには、それなりの意義もあると考えられます。

まず、高校生までの不登校と現象的に似た形の不登校状態にあると考えられる大学生が、現実には、無視できない割合で存在するという事です。大学生の不登校やひきこもりについての疫学的データは限られていますが、これまでの調査によれば、その割合は少なく見積もっても1~2%以上であり、高校生までの不登校に匹敵するか、それを凌ぐほどの高い割合を示しています。

次に、大学のユニバーサル化という問題があります。トロウという教育学者は、高等教育への進学率が15%を超えると大学はエリート型からマス型(大衆型)へ、さらに50%に近づくにつれてユニバーサル型(普遍型)へと質的变化を遂げるとしました。そして、マス段階では権利とみなされる大学進学が、ユニバーサル型になると権利よりはむしろ義務と意識されるようになると指摘しています。第二次大戦後の我国の大学進学率は10%程度でしたが、今やその率はほぼ50%に達しています。まさにユニバーサル化が進行しているわけです。このような変化の中で、エリート型大学では起こり得なかったような形の不登校が出現してきている現状があるように思われます。

義務教育・或いは義務教育化した高校までの不登校では、学校に行くことが権利ではなく義務であると本人が思いこんでいたり、周囲からそのように言われたりすることが、本人の心理や置かれた状況と齟齬をきたしたり、葛藤を生じさせていると考えられるケースが少なくありません。ユニバーサル化した大学でみられる不登校は、こういった高校生以前の不登校と、質的にも類似している可能性があるということです。

最後に、高校生までの不登校が青年期以降のひきこもりに至ったり、至らなかつたりする様々な発達経路の中の、重要な通過地点の一つとして、大学生の不登校が存在している可能性があるということです。別の言い方をすると、大学生の不登校を理解することによって、単に大学だけでなく、高校以前の不登校や青年期以降のひきこもりについても、より良く理解できるようになる可能性があるということです。

以上の理由から、“大学生の不登校”という概念は、高校生までの不登校と同列には論じられないにせよ、少なくとも当面は維持する意義があり、その意義は、今後、ますます高まっていく可能性があると考えられます。

大学生の不登校・ひきこもりの実態と成因

大学生の不登校やひきこもりの実態は、まだあまりよく分っていません。しかし、前述したように、幾つかの調査によれば、その割合は、少なく見積もっても1~2%以上に達するのではないかと思います。また、性別では、男子学生が女子学生よりも多く、女子学生の2倍前後とする報告が多くなっています。

不登校の成因についても不明な点は多いのですが、これまでの調査や報告には、以下のようなものが挙げられています。これらの成因は、実際には重複していたり、明確に区別できないこともあります。ここでは便宜上、一つずつみていくことにします。

(精神障害)

不登校の相当数において、精神障害が直接的・間接的に関わっていることは確かなようです。国立大学保健管理施設協議会メンタルヘルス委員会の最近の調査によれば、休学者の休学理由に占める精神障害の比率は約8%、退学者

の退学理由に占める比率は約4%でした。また、精神障害（の疑い）、スチューデント・アパシー、意欲減退など、メンタルヘルスに関連が深いと考えられる理由にまで範囲を広げると、その比率は、休学で23%、退学で28%となっていました。休学・退学と不登校・ひきこもりは同じものではありませんが、一つの目安になる数字と考えてよいでしょう。即ち、少なくとも見積もって数%、多く見積もれば20%以上が、不登校の背景に何らかの精神疾患を抱えているということです。

精神疾患の種類としては、このガイドラインで不登校と関連が深い精神疾患として取り上げられている疾患の殆ど全てが、大学生の不登校にもみられます。その中でおそらく最も多いのは、気分障害（うつ病性障害）、不安障害であり、これに統合失調症や適応障害などが続くようです。また、最近では発達障害が増えてきているとする指摘もあります。

（スチューデント・アパシー）

これは、次に述べる“勉強意欲の減退・喪失”の一つのタイプと考えられますが、大学生の不登校の原型として歴史的意義を持つものとして、ここでは別に取り上げます。

笠原は、大学生にみられる非精神病性の無気力に注目し、これをスチューデント・アパシーとして概念化しました。その大きな特徴は選択的退却です。これはどういうことかと言うと、もともとは努力家で能力も高かった学生が、ある時点から特別の理由なく無気力になり、勉強意欲を失い、講義や実習に出席しなくなる。しかし、統合失調症や気分障害など、他の精神障害とは違い、学校場面から離れていけば、特別の不安はなく、アルバイトや専門科目以外の学業には平均以上の熱心さを示すといったように、本業不能、副業可能の状態（本業からの選択的退却）に陥るといえます。

これ以外の特徴としては、病前性格として強迫傾向や優勝劣敗への過敏さが目立つ、青年期後期の発達課題であるアイデンティティ形成に困難をきたしている、病態水準としては準神経症的な軽症型から境界例的な重症例までであるが、統合失調症に移行することはないといったことが挙げられています。

笠原がアパシー概念を提唱したのは1970年代のことですが、これ以降も学生相談関係者による事例研究を中心に、アパシー研究は発展していきました。そして、それと共にアパシー概念も拡散し、混乱がみられるようになりました。たとえば、笠原が選択的退却をアパシーの中核的な特徴としたのに対し、山田は選択的退却と完全退却は連続線上にあり、長期事例では両者は流動的であるとししました。この考え方によれば、完全なひきこもり状態もアパシーに含まれることになります。

このような概念の混乱を正すべく、最近になり、概念整理の試みがなされるようになりました。たとえば、土川は、アパシーを、部分的撤退を単一に示すI型（受身回避型）と全体的撤退と部分的撤退が流動的で他の症状も複合的に示すII型（自己愛型）に分けました。そして、II型はI型に比べて重症であり、現実検討力の水準は低く、母子密着型が多い；基本的には人格障害圏の病態である；発達段階での一過性のアパシー、一般学生のアパシー傾向、類アパシー群（神経症等におけるアパシー状態）とは区別されるとしました。また、下山も、アパシーは人格障害であるという立場から、障害の核としての人格構造を明らかにしようとしています。そして、行動障害・心理障害・性格傾向の三つの次元でアパシーを捉え、行動障害の次元では回避、否認、分裂を、心理障害の次元では自己不確実、アンヘドニア（無快楽）、時間拡散を、性格傾向の次元では強迫性、（受動的）適応性、（自己愛的）自立性を中核的な特徴としています。

このように、アパシーを人格障害と捉えることで、確かに、これまで混乱されがちであった一般学生のアパシー傾向や、不安障害など他の精神障害におけるアパシー状態との区別はしやすくなったと言えます。しかし、一方で、標準的な診断システム（DSM、ICD）の中でアパシーをどのように位置づけるのかといった問題や、ひきこもってしまったために会うことが困難なことの多い重症のII型において、人格障害以外の精神障害が起こっていないと言いきれるのかといった問題は、まだ明らかになっていません。また、不登校という視点からみた場合、一般学生のアパシー傾向と人格障害としてのアパシーを非連続なものとして捉えるよりは、同じスペクトラム上の差異として捉える方が、実りが多いのではないかといった疑問も残ります。このように考えると、スチューデント・アパシーは、大学生の不登校を考える上で重要な概念であることに疑いはないとしても、現存の概念に満足するのではなく、一方では他の精神障害との関連、他方では一般の学生のアパシー傾向との関連を、更に検討していく必要があるように思われます。

（勉強意欲の減退・喪失）

スチューデント・アパシーは、勉強意欲の減退・喪失から不登校に至る代表的な病態の一つですが、国立大学保健管理施設協議会メンタルヘルス委員会の休退学に関する調査によれば、休退学理由の全体に占めるアパシーの比率は休学で0.5%、退学で0.7%であり、それ程高いとは言えません。一方、アパシー以外の「単位不足・意欲減退」はそ

れぞれ10%、21%、また、勉学意欲の減退・喪失に関連が深いと考えられる「進路再考」はそれぞれ18%、31%と非常に高くなっています。

この調査は、大規模調査であり、休退学者の全てについて詳細な情報が得られたとは考えにくいことから、これらの分類は、精度に限界があり、重なる部分も多い可能性は考えておかなければなりません。たとえば、「単位不足・意欲減退」とされた学生が、実際には精神障害を患っていたり、アパシーと呼ぶにふさわしい状態であったりするといったことです。ただ、そういうことを差し引いたとしても、アパシーでもなく、他の精神障害でもない「勉学意欲の減退・喪失」や「進路再考」が存在することは間違いなさそうです。

このことに関して、最近、大学で問題になっていることが二つあります。一つは学力不足、もう一つは不本意入学です。大学進学率の増加を上回る少子化の進行と大学数の増加のために、今や大学は全入時代に突入しようとしています。これは、全国の志願者数が全国の大学の入学定員数を下回るため、選り好みさえしなければ、誰でもどこかの大学に入れる時代になったということです。多くの大学では、定員確保に躍起の状態であり、中には、定員割れを起こす大学も出てきています。一方で、大学間格差は更に広がってきており、上位ランクの大学では依然、競争が厳しく、なかなか入学できないのが現状です。

このような状況の中で、これまでであれば、大学に入学できるだけの学力のなかった学生が数多く入学してくるようになりました。このため、最近では多くの大学で、リメディアル教育の必要性が叫ばれるようになってきています。これは、大学教育を成立させるために、基礎学力の不足した新入生に対して、補習（リメディアル）教育を行うものですが、学力低下の急激な進行の中で、対象となる学生の増加に各大学現場での支援が追いついていないのが現状です。これは、学生の側からすれば、大学に入学はしたものの、基礎学力が不足しているために、講義についてゆけず、単位もなかなかとれない状況が続くうちに、勉学意欲が減退したり、喪失してしまう危険性が増しているということです。

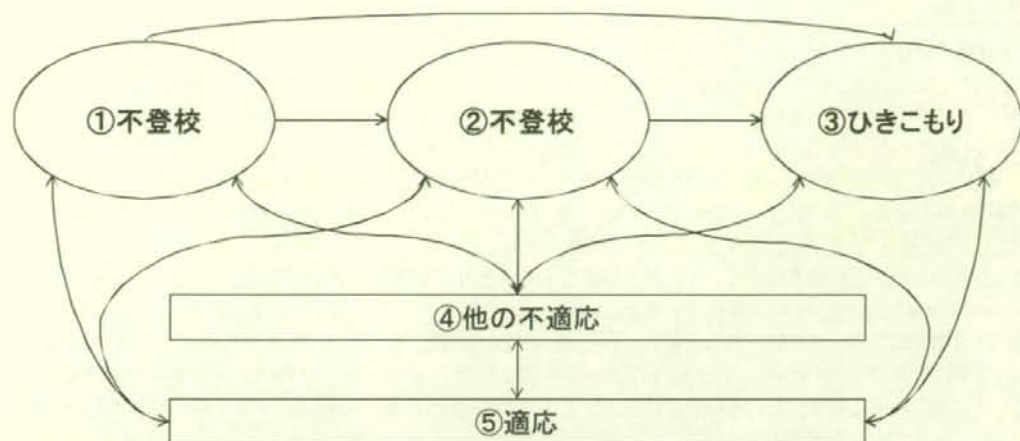
一方で、不本意入学についても、その数は増えてきているように思われます。小林によれば、不本意入学には、第一志望不合格型（第二志望以下の大学・学部止むを得ず入学）、合格優先型（志望大学・学部は合格の可能性が低いいため、合格を優先して妥協）、就職優先型（志望大学・学部はあるが就職難が予想されるため、就職に有利な大学・学部を選択）、家庭の事情型（両親の経済的事情や大学に関する考え方のために、志望大学・学部を受験できず）、学歴目的型（勉強嫌いで大学に行く気がなかったのに周囲の勧め、高卒での就職口が少ない、友人が皆進学するなどの事情で止むを得ず入学）など、様々なタイプがあるとされています。また、志望大学・学部に入學したものの、入学後に様々な理由（講義が面白くない・興味が持てない、こういうことができるとして入学したがその大学ではできないことが後からわかった、志望する専攻に入れなかったなど）で不本意感が生じてくともあります。これらの不本意感を何とか受け入れたり、解消できればよいのですが、それがうまくいかない場合、勉学意欲が減退・喪失し、結果として不登校に至ってしまう可能性が出てきます。

（その他）

大学生の不登校の成因として、精神障害、スチューデント・アパシー、勉学意欲の減退・喪失ということを挙げましたが、不登校の成因については、これら以外にも、青年期心性に関わる様々な心身の不調（精神障害のレベルには達しない程度）の不安、緊張、うつ、空虚感、倦怠感など、大学内外での対人関係や学業以外の活動に関する問題、家族関係の問題、本人の性格などが考えられます。大学生の不登校は、これら諸成因が単独に作用している場合よりは、複合して起こってきていることの方が多くに思われます。

大学生の不登校・ひきこもりの発達の位置づけ

最後に、高校生までの不登校や青年期以降のひきこもりとの関連で、大学生の不登校の発達のな位置づけを考えてみます。



図は、小・中・高校生年代、大学生年代、その後の年代に分けて、不登校やそれ以外の適応・不応状況がどのように変化し得るかを示そうとしたものです。矢印が錯綜していて分かりづらいのですが、要するに、時間軸に沿って、殆ど全ての方向への道筋があり得るということを示しています。なお、ここで、④の“他の不応”というのは、不登校やひきこもり以外の形の不応という意味で、精神障害も含まれます。

たとえば、①→③：高校生までに不登校があり、そのまま引き続いてひきこもりに至り、それが続いてしまう。①→④：ひきこもりはしないものの、それ以外の形で不応が続いてしまう。①→⑤→④：不登校で高校を退学した後、何かのきっかけでアルバイトができるようになり、ある程度の期間は適応できる。しかし、対人不安が強く、結局は仕事をやめて家でぶらぶらするようになる。そのうちに、摂食障害や強迫症状などの不応症状や精神障害が出てくるという道筋もあり得るでしょう。

大学生の不登校を中心にみると、一つの道筋は、①→②→③：高校生までに不登校があり、その後、紆余曲折がありながらも何とか大学に進学する。しかし、そこで再び不登校になってしまう。そして大学を中退し、そのままひきこもってしまう。或いは、④→②：高校生以前には不登校でこそなかったものの、情緒不安定、対人緊張、コミュニケーションの問題など、何らかの不応を示していた子供が大学で不登校になるという道筋です。或いは⑤→②：高校までは適応状態が良く、特に問題のなかった子供が、大学生になって突然不登校になるというケースです。この道筋の一つの典型が、上に述べたスチューデント・アバシーです。

次に一旦不登校になった大学生の、その後です。ある程度の期間のうちに回復して、再び登校できるようになる場合ももちろんあります。しかし、中には、不登校が長引き、結局は留年・休学から退学に至ってしまう場合もないわけではありません。その場合は②→⑤：大学は辞めても、何か他にやりがいのあることを見つけ、そちらでうまく適応していく。大学を辞めて却ってよかったといった道筋もあり得ます。しかし、それ程うまくいかない場合には、②→③：そのままひきこもってしまったら、②→④：ひきこもらないまでも、さまざまな不応状態が続くといった可能性も当然考えておかねばなりません。

このように、高校生までの不登校が青年期以降のひきこもりに至ったり至らなかつたりするまでの道筋には、いろいろな道筋があり得ます。そして、大学生の不登校は、その発達経路の中で重要な通過地点の一つとなっている可能性があるのです。ただ、先にも述べたように、大学生の不登校については、その実態についても、経過についても、まだよく分かっていないのが実情です。これに比べると、高校生までの不登校や青年期以降のひきこもりについては多くのことが明らかにされてきていますが、これらの知見にも一定の限界はあります。それは、調査や研究の多くの対象が、治療・相談機関を訪れた子供や青年に限られているということです。治療・相談機関を訪れない不登校の子供やひきこもり青年、おそらくはこちらの方が数としては多いと思われるのですが、彼らについては、やはり、まだ分かっていないことの方が多いのです。

この意味で、大学生の不登校を理解することは、単に大学だけではなく、高校以前の不登校や青年期以降のひきこもりへの理解を更に深める上でも役立つ可能性があります。言いかえれば、不登校やひきこもりを理解するためには、

このような発達の視点を持つことが大切であるということ、最後に確認しておきたいと思います。

神戸女学院大学 水田一郎

d) 10代のひきこもり

はじめに

本稿の主題である「10代のひきこもり」は、「不登校・ひきこもりの年代特異性」という大項目の中の「小中学生の不登校」「高校生の不登校」「大学生の不登校」という小項目に続く位置に与えられた課題である。ここまでの課題が校種ごとの不登校について述べるのが求められているのに対して、この項目が10代という世代で区切られている意味は、次の三つと考えられる。

- ① 小中学生の不登校が遷延して、そのままひきこもりとなり、高校や大学に行くことができないでいる10代後半の事例について、その姿を描写すること
- ② 高等学校の中退者は年間1万人を超えているが、高校を中退後、次の進むべき方向を見出しかねている事例（中には今日社会的にニートと呼ばれている群も含まれているだろう）について、その姿を描写すること
- ③ 「成人のひきこもり」という項立てに対応する形で、10代の心性、10代の子どもと親の関係性という観点から、ひきこもりを描写すること

これらの点について留意しながら述べる。

1. 小中学校の不登校の遷延

1) 中学で不登校が遷延している生徒への進路指導の問題

中学校の場合、不登校が長引くと担任と本人、担任と保護者の心理的距離が遠くなり、担任教師の意識として当事者性が薄れ、進路指導そのものが成立しない事例が少なくない。

その結果、進路の問題が保護者にゆだねられ、本人の実態にそぐわない進路が提案されたりしてしまう。

2) 地域資源への“つなぎ”の問題

中学校時代に保健室登校などの機会に養護教諭と一定の関係性が育まれていたり、教育相談の形でスクールカウンセラーとつながりが持ていても、中学校卒業を契機にそれらの人間関係が絶たれてしまって、宙に浮いてしまう事例が少なくない。数年経ってから、保健所やその他の機関が、改めて動き始めることもある。

こうした事例でみられる問題は、義務教育年代が終了するときによく見られる。ここの“つなぎ”の時期までに卒業後の支援体制を丁寧にマネジメントするなど、義務教育在学中から地域資源と連携していくことが必要である。これは教育機関以外の立場でケースに関わっている支援者においても、意識すべき点である。

2. 高校中退者のひきこもり

1) 高校への不登校の多様性

筆者は高校から始まった不登校の事例を数多く見てきたが、表面に現れる現象は似ていても（例えばインターネットゲームへの耽溺、家族の拒否など）、不登校となった理由やその心性は実に多彩であるという印象を持っている。

例えば、強い期待を持って高校に入学したものの何かのきっかけでその高校に幻滅をしてしまった事例、知的に非常に高い能力を持っているために高校が提供する学習が物足りないことから登校の意欲をなくしてしまった事例や、少数派のセンスを持ち合わせたことで集団から浮いてしまう事例などもある。

高校は中学校以上に、校内の雰囲気や生徒の様子について学校間の格差が大きく、入学した学校に向いていない生徒が出てきてしまうのはやむをえない面もある。そうした場合に学校を選びなおすことができるとよいが、従来の再入学先は通信制や定時制に限られることが多かった。近年、都市部にはかなりの数の私立のサポート校が設立されており、そのなかには手厚い教育相談体制や、訪問支援体制をもつ学校もあるので、選択肢は広がってきたということもできるだろう。

2) 中退後のひきこもり

中退前から、学校には行けないものの、コンビニエンスストアのアルバイトには行くことができる、といった事例も多い。中学の同級生で、別の高校に進学したが、それぞれが中退して、中退者どうしの交流が成立するような事例もある。

このように職業集団も含んだ一定の集団に属することができ、同世代との交流が保たれるような事例は、精神医学