

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を行いベースラインから3ヶ月毎に1年後までの状況を把握する前向き縦断研究である。

なお、12ヶ月間のフォロー調査終了後も、介入 자체は対象者のニーズがあれば継続している。なお、本報告では12ヶ月間のサービスについて記述している。

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した。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た。本人に明確な拒否があった場合は調査の対象としないこととした。

3) 調査指標および調査時点

- a. 基礎情報票：(開始時/6ヶ月/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⁾等
- b. 家族調査票（本人の行動観察）：(3ヶ月毎)
 - ・本人の行動評価：以下の行動レベルの項目について家族が観察し評価する。
 - ・活動範囲（「自室内：1点」～「外出に問題はない：4点」で評価）
 - ・月あたり外出頻度（「全く出ない：1点」～「月に20回以上：7点」で評価）
 - ・1回あたり外出時間（「ない：0点」～「5時間以上：7点」で評価）
 - ・他者との交流頻度（「ない：1点」～「月に9回以上：5点」で評価）
 - ・HBCL：ひきこもり行動チェックリスト（彼ら,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（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。得点が高いほど生活困難感が高い。
 - ・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。得点が高いほど拒否度が高い。
 - ・精神的健康度（GHQ-12）（新納ら,2001）¹⁴⁾：一般的な精神的健康度を測定する。得点が高いほど精神的健康度が低い。
 - ・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。得点が高いほどサービス満足度が高い。
 - ・家族関係の満足度（「全く不満：1点」～「全く満足：7点」で評価）
- 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：(コンタクト後3ヶ月毎)
 - ・本人の主観的側面について以下で把握した。
 - ・Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度（村田,1996）¹⁷⁾：小中学生向けの抑うつ感評価用の尺度である。得点が高いほど抑うつ度が高い。
 - ・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。得点が高いほど疎外感が高い。
 - ・無気力感尺度（下坂,2001）¹⁹⁾：青年期の無気力感をはかる。得点が高いほど無気力感が高い。
 - （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。

4) 分析方法

対象者の状態について経時的に状態を記述するため、3ヶ月毎の状態の各指標の平均値を算出した（指標によっては6ヶ月毎）。

なお、平成21年6月まで事例がエントリーされたため、平成21年度末時点では12ヶ月のフォロー調査を終えることができない事例が存在した。そのため、集計はフォローオン期間が可能な時期に分けて行った。（※12ヶ月フォロー可能事例（3例）、9ヶ月フォロー可能事例（5例）、6ヶ月フォロー可能事例（6例）、3ヶ月フォロー可能事例（8例）。ただし指標毎に欠損値が存在する）

なお、事例数が少ないため、妥当な統計的検討は行うことができなかった。

IV. 結果

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 14.3(±2.2)才。
- ・ 診断：全般性不安障害 5 例、気分変調性障害 2 例、社会不安障害 1 例。
- ・ 社会参加の状況：社会参加なし 7 名、中間的社会参加（サークル活動等）1名。（いずれも現在及び過去 6ヶ月以内）
- ・ 過去 1 年の入院歴：いずれもなし。
- ・ 最近 1 ヶ月の支援者と本人とのコンタクト：全くなし 5 名、病院支援者と面接 3 名 安定：不安定 = (1 : 2)
- ・ GAF 得点：36.2 点 (SD=2.7)。

2. 対象者の変化について

1) 本人の行動変化について

家族・主治医によって観察された本人の行動変化について、以下に結果を示す。

(a) 社会参加状況

エントリー時点においては社会参加がない状態であったが、経過と共に社会参加に至る事例が増えている（図1,図2）。ただし、社会参加無しの状態に有るものも少なくなかった。

(b) 支援者とのコンタクト状況

エントリー時点においては多くの本人が、支援者とのコンタクトがない状態であったが、時間の経過と共にコンタクトが増え、安定的になっていた。（図3,図4）

(c) GAF

GAFについては若干の上昇傾向にあるようであった。（図5）

(d) 行動範囲

本人の行動範囲については、介入直後から拡大するものの、その後「外出に問題なし：4点」までは延びにくい状況が明らかになった。（図6）

(e) 外出頻度

外出頻度については、介入直後から上昇していることがわかる。（図7）

(f) 外出時間

外出した際の外出時間についても介入直後から上昇していることがわかる。（図8）

(g) 他者との交流頻度（病院支援者含）

他者との交流頻度については、訪問を行っていることもあり、介入直後から上昇していることがわかる。（図9）

(h) 他者との交流頻度（病院支援者）

訪問を行っていれば他者との交流が増えるのは当然であるので、病院支援者との交流を除いた場合での他者との交流頻度についても尋ねた。その場合でも、介入直後から上昇していることがわかる。（図10）

(i) HBCL 得点

HBCL 得点については本来 10 因子 45 項目で 10 種類の問題行動を評価するものであるが、本調査では事例の個別性が大きく、また事例数が少ないため、因子毎の結果は十分に出ない。

かった。よって本来尺度の使用想定外であるが、各下位項目の点数を総計したもの（0-135点）を算出し結果を示すこととした。その結果、ひきこもりの問題行動数は若干減少している傾向にあった。（図 11）

2)家族の変化について

家族の生活困難度や拒否度、家族システム評価尺度得点等には大きな変化が見られなかったが、GHQ 得点は低下しており（図 12）、家族の精神的健康度が改善されている状況がうかがえた。また家族関係の満足度、サービス満足度については若干ではあるが上昇している様子がうかがえる。（図 13・図 14）

3)本人の主観的側面について

無気力感尺度については変化が無く（図 15）、対人的疎外感尺度（図 16）や Birleson のうつ尺度（図 17）については若干点数が上昇していた。本人の主観的な側面については、行動面の改善とは裏腹に深刻な状況にとどまっていることが推測された。

3. 提供された支援の状況

- ・コンタクト数：総訪問コンタクト数（外来・訪問含む）は 100 回であった。
- ・コンタクトの類型：コンタクトの分類は表 1 の通りである。大部分（82.5%）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 2.19 回（SD=0.75）であった。
- ・コンタクトの時間：一回あたり平均 60.25 分（SD=28.69）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、94 コンタクトに対して、医師（53 回, 56.4%）、ソーシャルワーカー（26 回, 27.7%）、看護師（15 回, 16.0%）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 1.64（SD=0.54）人

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: 95.6%、家族との会話 78.9%、レクリエーション・ゲーム 55.6%）。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（22.2%）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（2.2%）。

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：18.9%）が行われているようである。また、外出同行も一定数行われており、その中では活動範囲の拡大（13.3%）、余暇・レクリエーション活動の支援（8.9%）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、実際に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、本人とのコンタクトがエントリー時点では十分ではない事例がほとんどであった。しかし、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が、支援の経過でわかった。事例数は限られているとはいえ本研究の結果では、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かった。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。

1. 本人の変化

経過の中で本人の行動レベルでは大きな変化が認められた。すなわち本人の社会参加状況、支援者とのコンタクト、行動範囲、外出頻度、外出時間については、ベースライン時と比較して改善している様子がうかがえた。訪問活動を通じて、本人の行動の変容が促されていると考えられる。このことからアウトリーチ活動による支援は、思春期のひきこもり事例に対して有効であることが示唆されたと考える。

他方で対照的に、本人の主観的な側面についての指標では大きな改善が認められず、対人的疎外感や抑うつ尺度の得点はむしろ上昇傾向にあるようであった。行動的な変化に対して、主観的な面での変容が必ずしも鋭敏でないことは吉田ら⁵⁾の研究でも明らかになっている。

まず、行動面と主観的な側面の動きが逆行していることについては、「問題の直面化」が関係していると考えられる。ひきこもりはストレス状況からの退避行動としてとらえられ⁶⁾、ひきこもることによって一時的に精神上の安定を得ている状況でもある。このかりそめの安定状況に対して、訪問支援を通じ社会参加や行動範囲の拡大という変化がもたらされると同時に、回避していたストレスや葛藤状況に再び直面化することが、これらの内面的指標の負の変化につながっていると考えられる。また、対象が中学生を中心とした思春期児童であることもあり、月日が経過することによる切迫感の増大は、長期にひきこもっている慢性化したひきこもりの本人よりも大きいのかもしれない。

アウトリーチ活動を行う際には、本人の変化や直面化と共に、このような内面的な葛藤や不穏が増大することもありうることに留意しながら、それに寄り添いながら支援を行っていく

ことが必要であると考えられる。

しかし逆に言えば、内面的な側面で大きな改善が認められないにもかかわらず、行動レベルでは大きな改善が認められていることにも注目が必要である。これは本人の抑うつや疎外感、無気力感には大きな改善が無くとも、行動が変化しうる可能性を示している。そのような意味では、停滞しがちなひきこもり支援においては、内面の整理や準備→行動の変化という枠組みで支援を行うだけではなく、アウトリーチ活動を積極的に行うことを通じて直接行動の変化を促していくような枠組みも有効であることを示していると考えられる。

他方で全ての事例が社会参加の状況に至った訳ではないことも結果から示されている。これらから訪問アプローチは本人を変化させる有用なアプローチの一つではあるものの、万能ではなく、場合によっては長期的な関わりを要する事例がありうることも示されたと考える。とはいえ、支援者と本人のコンタクト状況が全ての事例で安定的に得られたという結果も出ており、今後の支援を進める上で、非常に大きな進展であるといえよう。

2. 家族の変化について

家族については本人の関係の満足度や、精神的健康度が改善しており、訪問を通じた本人の改善や、直接訪問してもらえることからの安心感等が、このような結果をもたらしたのではないかと考えられる。

他方で、家族の困難度や拒否度については必ずしも大きな変化が現れなかった。拒否度については、慢性の精神疾患患者家族を対象に作成された尺度であり、そもそも点数が低かったことも背景にあると考えられる。また家族の困難度についても、ひきこもり状況に若干の改善が見られたとはいえ、必ずしも全ての問題が解消されたわけではなく、思春期児童を子にもつ親の不安や困難感は必ずしも簡単には低減しないことが考えられる。

とはいっても、サービス満足度も上昇していることから、家族にとってこれらのアウトリーチ支援は、概ね好意的に受け止められていると考えてよいと思われる。

3. サービスの概要について

本研究では、事例数は少ないながらも、一定の成果を得ることができたと考える。このような成果を可能にしたのは、臨床スタッフによる、約月2回という頻度の高い丁寧な訪問や、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労力をさし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なうことは侵襲的になりかねない。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、等、これらは訪問によって初めて可能な要素であると同時に、臨牀上非常に有効な知見を与えてくれるものである。また、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(22.2%)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

クト頻度は約2回/月、関与しているスタッフは1.64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、また自動車にかかる経費を考慮すると、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等は、本研究ではまだ十分に設定されていない。本研究では改善が見られた事例も多いが、若干の改善後事態が膠着している事例もある。今後も研究枠組の外で本活動は継続される予定であるが、支援の終了の判断基準等について事例の蓄積を重ねていくなかで検討していく必要があると考えられる。

4. 本研究の限界

本研究の限界として以下の点が挙げられる。
第一にコントロール群をとっていないため、訪問支援による介入の効果のみを純粋に評価することができず、家族の外来診療による効果なのか、あるいは本人の成長によるものなのかが判断できない点である。とはいっても、基本的にエントリー時点では長期に本人とのコンタクトがとれない/不安定であり膠着状態にあった事例に対する支援であり、このままの状態では大きな変化が見込まれないとしてアウトリーチ支援が導入された事例であるため、介入後の変化について訪問が寄与した部分は大きいと考えられる。

第二に事例数が少なく統計的検討ができなかった点である。また、フォロー期間が12ヶ月に達している事例も多くなかった。これについては、現在本研究の終了後も事例の募集・支援の継続を検討しており、今後も一定数の研究参加がなされることが期待されるため、今後の報告を待たれたい。

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し

たものである。平成 20 年 4 月から平成 21 年 6 月までの間に 8 事例に対して、介入を行い最大で 12 ヶ月間のフォロー調査を行った。

事例 1 人に対する訪問頻度の平均は 2.19 回/月、訪問一回あたり関与しているスタッフは平均 1.64 名という形で介入が行われた。

その結果、本人については社会参加状況、支援者とのコンタクト、行動範囲、外出頻度、外出時間等に関して、ベースライン時と比較して改善している様子がうかがえた。また家族についても、精神的健康度、本人との関係の満足度、サービス満足度等が上昇していた。他方で、本人の主観的な側面についての指標には改善が認められなかった。

のことからアウトリーチ活動による支援は、思春期のひきこもり事例に対して有効であることが示唆されたと考えられるが、他方で本人の事態への直面化等内面的な側面にも寄り添っていく必要があると考えられた。

※なお、本報告書の主たる執筆は研究参加者である吉田が行った。

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 (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. 75-78, 2004.
- 4) 伊藤順一郎, 秋田敦子, 有泉加奈絵, 犬野力八郎, 加茂登志子, 倉本英彦, 後藤雅博, 楠林理一郎, 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.
- 1 1) 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.

図1 本人の社会参加状況(12ヶ月フォロー事例 n=5)

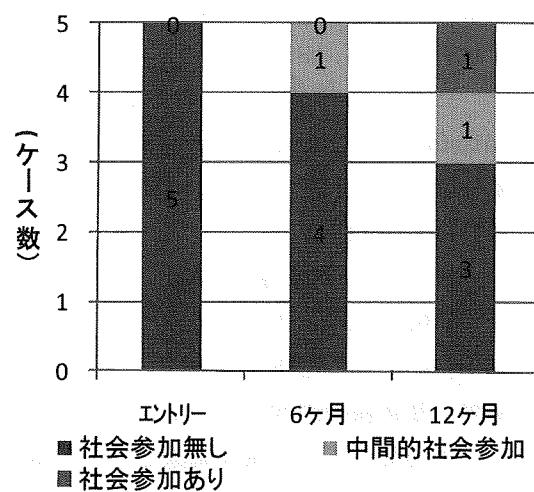


図3 支援者とのコンタクト状況(12ヶ月フォロー事例 n=5)

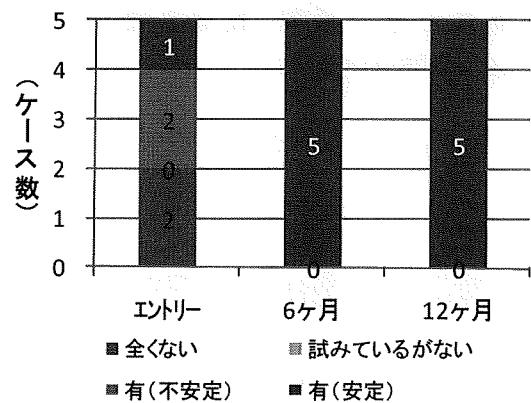


図5 本人のGAF平均点の推移(1~100点)

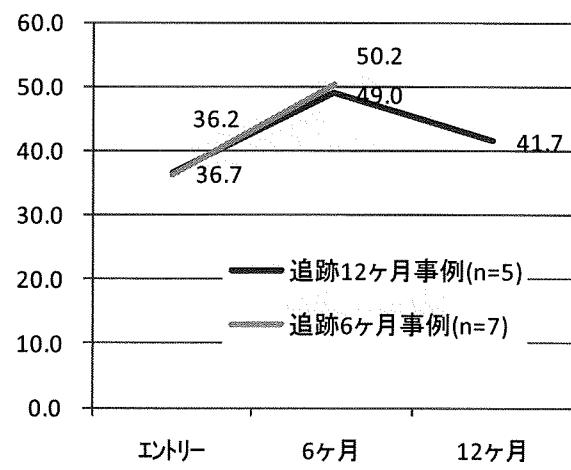


図2 本人の社会参加状況(6ヶ月フォロー事例 n=8)

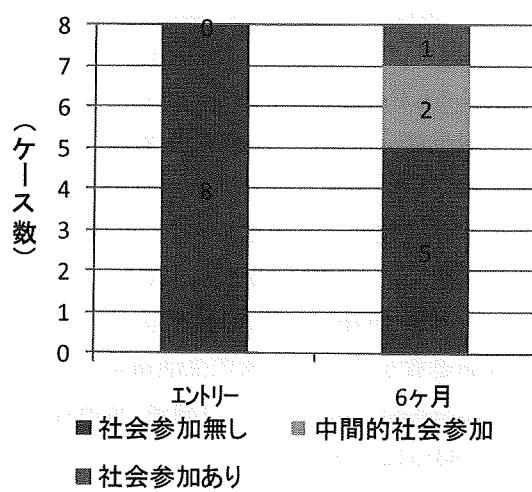


図4 支援者とのコンタクト状況(6ヶ月フォロー事例 n=8)

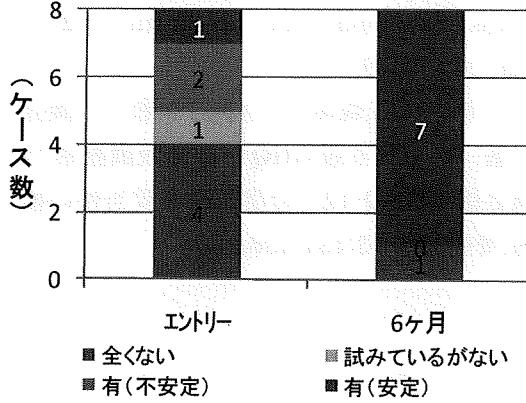


図6 本人の活動範囲平均点の推移(1~4点)

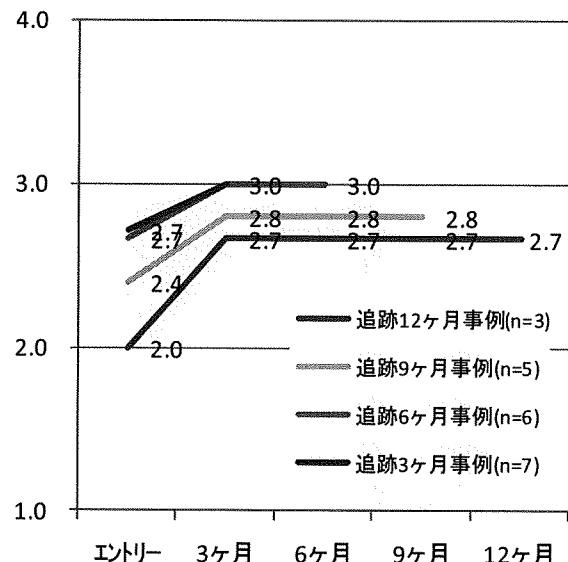


図7 本人の外出頻度平均点の推移(1-6点)

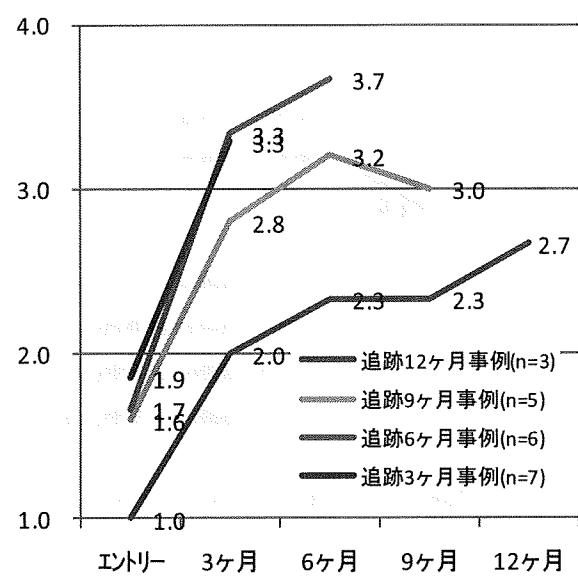


図8 本人の外出時間平均点の推移(0-7点)

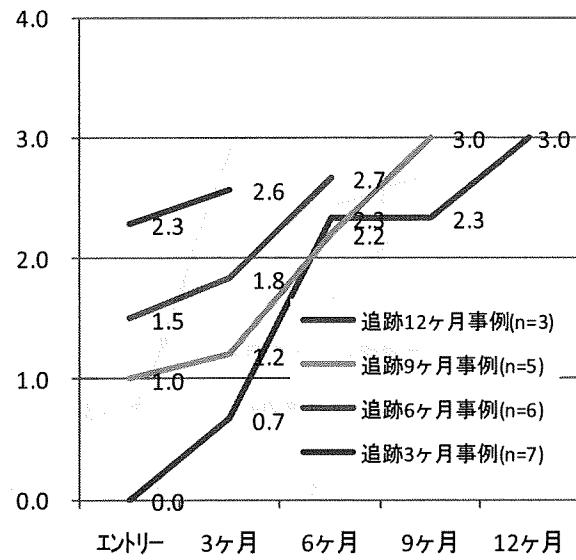


図9 他者の交流頻度平均点推移(1-5点:病院支援者含)

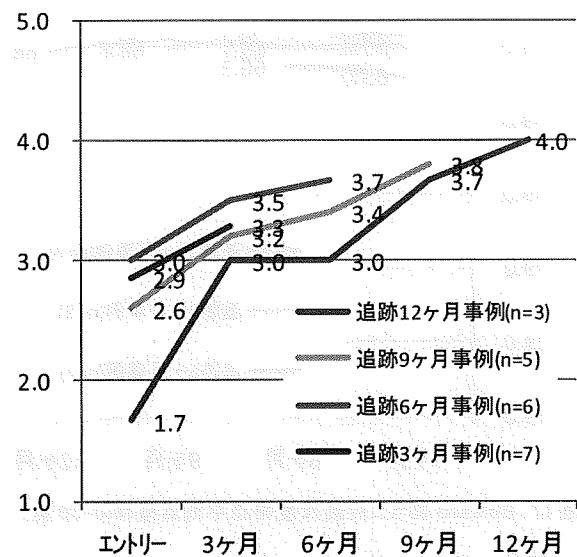


図10 他者の交流頻度平均点推移(1-5点:病院支援者除)

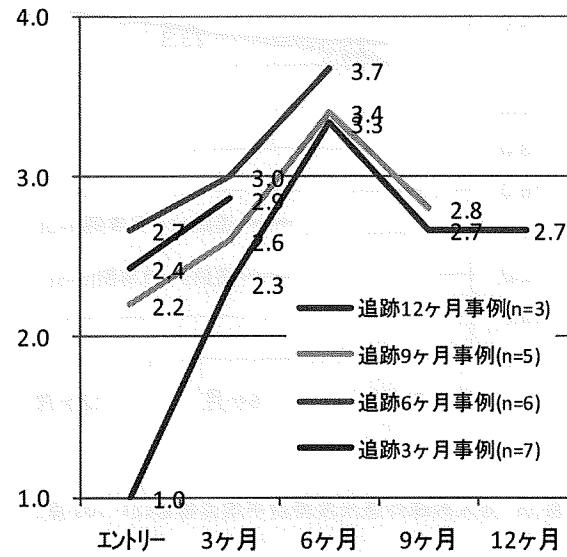


図11 HBCL 得点平均点の推移(0-135点)

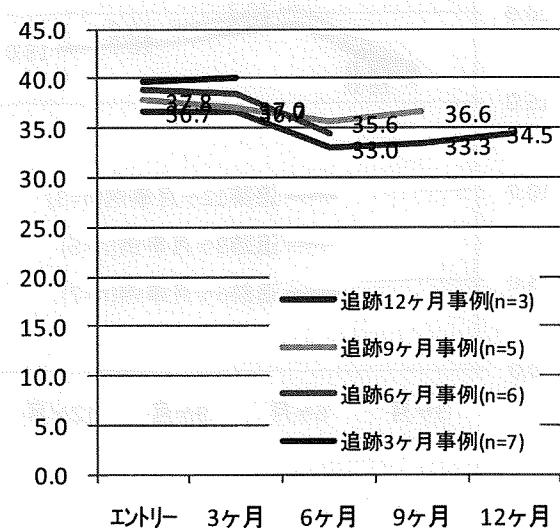


図 12 家族の精神的健康度平均点の推移 GHQ(0-12 点)

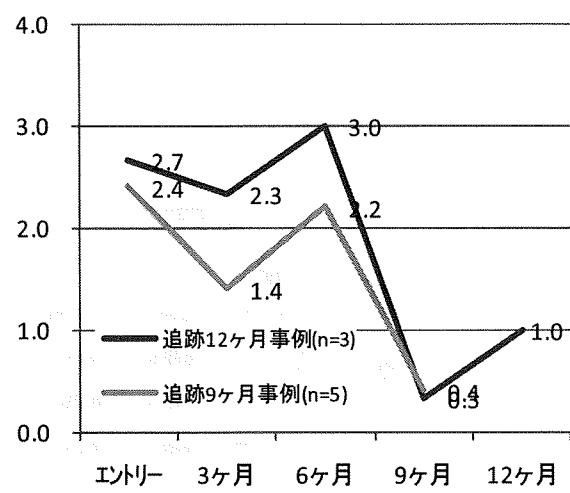


図 13 家族と本人の関係の満足度平均点の推移(1-7 点)

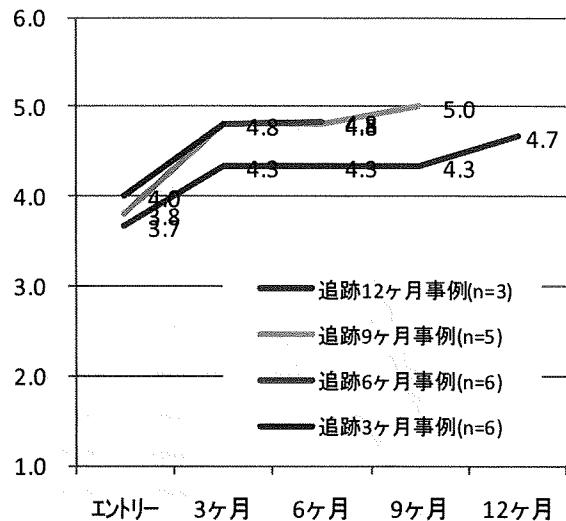


図 14 家族のサービス満足度平均点推移:CSQ-8J(8-32 点)

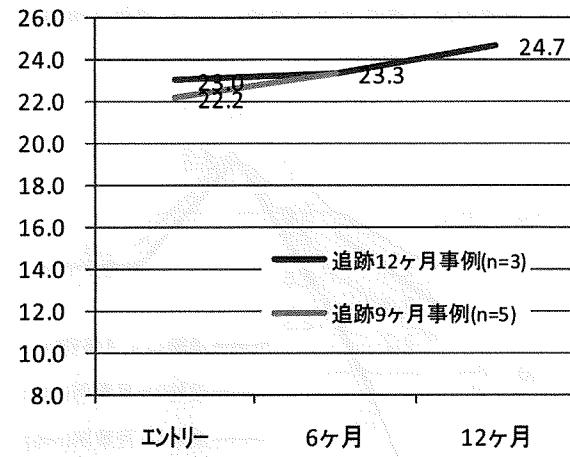


図 15 本人の無気力感尺度得点平均点推移(19-114 点)

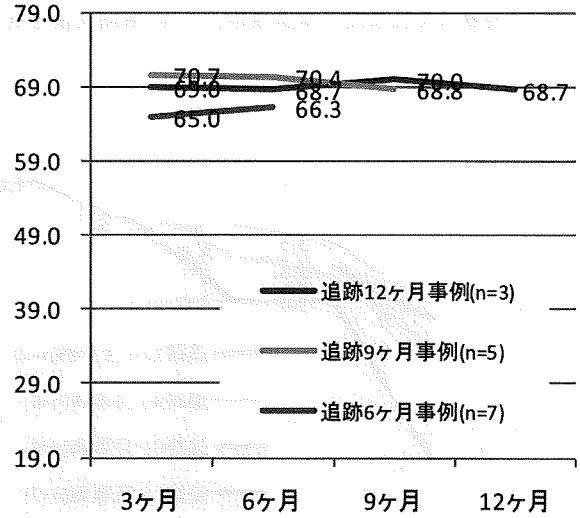


図 16 対人的疎外感尺度得点平均点推移(21-105 点)

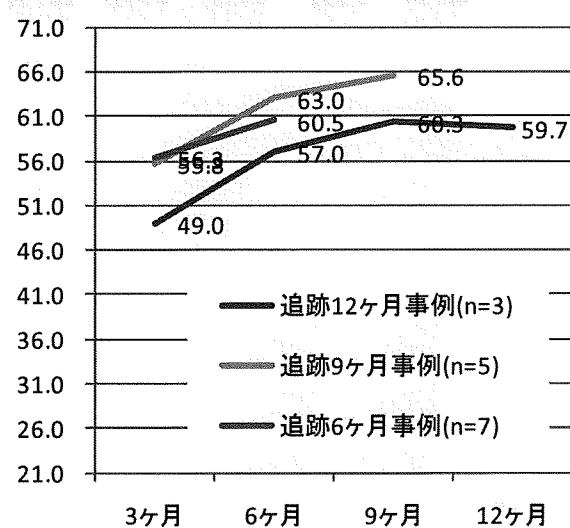


図 17 Birleson 抑うつ評価尺度得点平均点推移(0-36 点)

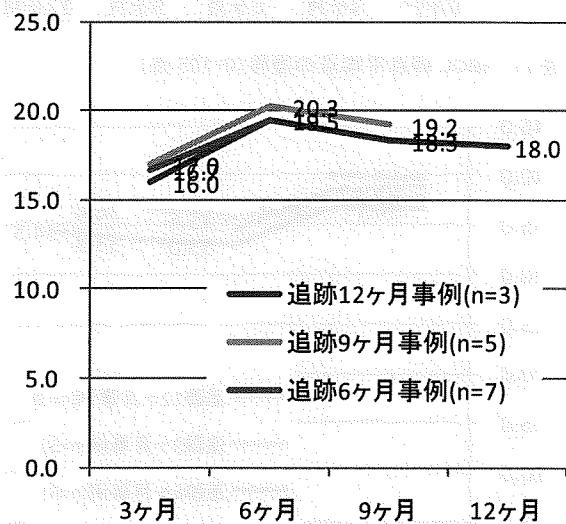


表 1. コンタクトの類型(N=95,複数回答)

	件数	回答数に対する%
訪問(家族のみ)	3	3.1%
訪問(本人+家族)	80	82.5%
訪問(本人のみ)	12	12.4%
本人の日常生活支援	2	2.1%

※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	86	30.1%	95.6%
	家族との会話	71	24.8%	78.9%
	レクリエーション・ゲーム	50	17.5%	55.6%
アセスメント	医療的アセスメント	2	.7%	2.2%
	暴力・自傷他害のアセスメント	1	.3%	1.1%
	身体健康的アセスメント	3	1.0%	3.3%
	心理・生活能力アセスメント	20	7.0%	22.2%
	その他	4	1.4%	4.4%
	認知行動療法的アプローチ	1	.3%	1.1%
本人との相談	その他相談	17	5.9%	18.9%
	活動範囲の拡大	12	4.2%	13.3%
外出動向	余暇・レクリエーション活動の支援	8	2.8%	8.9%
	施設・サービスの見学	2	.7%	2.2%
	社会技能獲得の支援	3	1.0%	3.3%
	その他	2	.7%	2.2%
	家族との相談	4	1.4%	4.4%

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

ひきこもりを呈する青年への地域支援システムに関する研究 —和歌山県田辺市モデルが都市型の地域に活用できるか—

分担研究者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者 目良宣子²⁾ 英一也¹⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所

2) 畿央大学健康科学部看護医療学科

研究要旨

本研究では、ひきこもりを呈する青年への地域支援システムとして、どのようなシステムを構築することが地域を基盤とした支援を有効なものにするのかについて検討することを目的とする。具体的には、A市（都市型、人口約40万人）におけるひきこもり支援の実態や課題について聞き取り調査をし、その調査結果を基に、現在の支援に不足していることや今後求められる支援について考察し、谷間のない支援体制を確立するための方法を検討する。また、和歌山県田辺市モデル（地方型、人口約8万人）が普遍化できるものになりうるかどうかを、A市の地域支援システムを考える中で考察する。

I. はじめに

ひきこもりが社会的な注目を浴びて久しいが、2009年度の現在に至るまで、各地域での支援は必ずしも十分とはいえない。「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（暫定版）」（主任研究者：伊藤順一郎）が公表されてから10年が経過する。それまでは民間機関が中心であった支援に、精神保健福祉センターや保健所或いは市町村といった公的支援が地域ぐるみの支援として一部展開しつつあるが、全国的に支援が広がらない一因として、ひきこもり支援に関わる支援領域が多岐にわたっていることが考えられる。学齢期のひきこもりは教育領域の支援、卒業後のひきこもりは保健福祉あるいは就労領域での支援、医療的ニーズがある支援と、支援分野が様々な領域にまたがっていることから、支援を全体的に包括する機能が得られず、対応が散発的になりがちである。

しかしながら子どもの育ちには連続性があ

るため、成長段階や状態に応じて支援の担当領域が変わるのでなく、総合的にとらえることが求められ、従来の行政の縦割りを横断的にした支援が必要になってくる。ひきこもり状態にあると、実態が把握されにくく、またニーズは潜在化し、サービスに繋がりにくいことが考えられる。このような状態は、本人や家族の疲弊だけでなく、支援に手が届かない結果、社会的にも損失は大きいと言える。ガイドライン¹⁾では、「ひきこもり」とは、6ヶ月以上自宅にひきこもって社会参加（就学・就労等）をしない状態が続いている、精神障害が第一の原因とは考えにくいものと定義されている。また、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業（主任研究者：斎藤万比古）「思春期のひきこもりをもたらす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」²⁾では、ひきこもりを「様々な要因の結果として社会参加（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おおむ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或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性の現象とするが、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くないことに留意すべきである。」と定義するという合意に達している。小山らの調査³⁾では、生涯有病率1.2%、ひきこもり状態にある子どもを持つ世帯0.5%、これは住民基本台帳に基づく我が国の総世帯の0.5%に当たる255,510世帯にひきこもり者がおり、少なくとも255,510名であると推定されている。

本調査では、都市化の進んだA市におけるひきこもり支援の実態や課題について、市内の関係機関（15機関）の協力を得て訪問聞き取り調査を実施し、その調査結果を基に、現在の支援に不足していることや今後求められる支援について考察し、谷間のない支援体制を確立するための方法を検討する。また、和歌山県田辺市モデル（地方型、人口約8万人）が普遍化できるものになりうるかどうかを、A市の地域支援システムを考える中で考察する。

II. A市におけるひきこもり支援の状況調査

1. 調査目的

A市におけるひきこもり支援の状況を俯瞰的に把握するため、市内の関係機関（15機関）の協力を得て、訪問聞き取り調査を実施し、今後の支援の方向性を検討する。更に田辺市モデルを活用し、普遍化できるものになりうるかどうか、A市の地域支援システムを考える中で考察する

2. 調査方法：訪問聞き取り調査

3. 調査者 2名

・国立精神・神経センター精神保健研究所社会

復帰相談部 英 一也
・畿央大学健康科学部 目良宣子

4. 調査時期と調査対象機関

【平成22年2月17日】

地域活動支援センター（市立）
発達支援課（独自のセンターを持っている）
中核地域生活支援センター（B県委託機関）
総合病院児童精神科
精神障害者小規模作業所
就労移行支援機関

【平成22年2月18日】

障害者支援課
教育委員会相談部門
子育て支援課
A保健所／B県精神保健福祉センター

【平成22年2月19日】

A市少年センター
A市教育センター
障害者就労支援センター（市立）
B県児童相談所
基幹型支援センター（A市委託機関）

III. A市におけるひきこもり支援の状況調査結果

A市におけるひきこもり支援の状況を考えるためにあたり、対象者のライフステージ別に整理することが妥当と考えられたため、以下その枠組みに沿って状況を説明する（表1.ひきこもり支援のライフステージ別対応機関と支援内容）。

1. 【幼児期から学齢期（15歳まで）のひきこもり支援】

義務教育終了までは、不登校によるひきこもりにかかわらず、様々な子どもに関する相談の場が存在し、パンフレット等で啓発が行われている。

①小・中学校時代の不登校支援の豊かさ

ひきこもり状態を示す小・中学生の不登校支援は、公立の小・中学生においては、教育領域を中心に、きめの細かい支援が行われている。まずは学校が窓口となって対応し、中学校単位（校区内の小学校にも対応している）でA市が配置しているカウンセラーの活用、県教育委員会のスクールカウンセラーの活用、また必要に応じて教育センターと連携し、センター内の相談や適応指導教室を活用し、事例に応じた居場所機能や学習支援を行っている。また必要に応じて家庭訪問を実施し、本人や家族に寄り添った支援が行われている。

また、暴力や虐待などが疑われる場合や、経済的な支援が必要と思われるような場合には、家庭の状況に応じた専門的な支援が提供できるように、子育て支援課や児童相談所と連携をとり、適切な支援の提供に努めている。また、医療的な見立てが必要な場合には医療機関を紹介している。更に、カウンセラーや相談員のスーパーバイザーとして、児童精神科医の協力を得て、事例の対応等相談できる体制を築いている。

総合病院児童精神科では、医療機関を受診した児童の中で必要に応じて市立の院内学級を紹介している。また、研究段階ではあるが、医療チームによる訪問サービスが、医療機関を受診した児童の中で必要に応じて提供されている。

②一般的な子育て支援として

子育て相談の窓口が、発達支援課、子育て支援課、児童相談所、教育委員会相談部門、教育センター、少年センターと、多機関に渡って開設されている。また必要に応じて家庭訪問を実施している機関もあり、本人や家族にとって、支援の入り口としての相談の選択肢は多くなっている。

③15歳までのひきこもり支援の課題

どんなに手厚い支援でも、一定の割合で不登校状態の回復がみらないまま卒業してしまう子どもが存在する。そういう子どもに、卒業

後確実に支援が継続されるシステムがない。

また課題として、発達支援課での発達が気になる子どもに対してのフォローが最大小学1年生で途絶えてしまうこと、そのため卒業後の状態の把握が難しいことがあげられた。また、入学以降に発見される発達障害への個別の特性に応じた対応が、集団生活の中でどこまで可能なかが心配された。或いは、教育現場では医療的な専門職が少ないため、思春期が好発年齢である統合失調症の見立てが可能であるのかについても心配された。さらに昨今の家庭事情等経済的な要素も加わって複雑な状況が予測され、子どもの生活を支援するためには家族ぐるみの支援を考えいかなければならない事例が少なくないことが分かった。

2. 【15歳以上のひきこもり支援】

手厚い支援体制も学齢期を超えると一気に支援の糸口がなくなってしまう状況が明らかになった。

①15歳以上の支援が手薄に

中学校時代に不登校であった子どもについては、高校に進学後、最大1年生の夏休み頃までの情報を最後に、その後の情報はほとんどないことが分かった。更に、高校や大学に進学した後の不登校については、本人や家族、或いは教員等の関係者ですら、対応する支援機関について把握できていない状況があった。

現実的に、高校生年代でひきこもり相談を受けている機関はほとんどなかった。不登校が遷延化した場合や、高校生年代以降新たに不登校になった場合は、支援につながらず、長期化していることが予測された。

保健所や地域活動支援センター・障害福祉課、市や県の委託機関である民間支援機関が、それぞれのひきこもりに特化はしていない窓口にアクセスされた個別の支援において、お互いが把握している範囲内において連携し、非常に丁寧な支援がなされていたが、システム化には至

っていない。10数年の歳月を経て相談を受けた機関や、一部民間の機関に就労支援をニーズとして相談が入っているが、家族からの相談が多く、本人の姿が全く見えず、どのように支援を展開していくべきよいかわからないまま、結果的に継続支援ができていない事例があった。

②アウトリーチサービスについて

地域活動支援センター・障害福祉課、市や県の委託機関である民間支援機関による相談は、必要に応じて家庭訪問を実施している。その中で医学的診断が必要だと判断した場合には、保健所と連携している。狭義の精神疾患で緊急性がある場合や、状態を把握する必要がある場合などは、保健所の家庭訪問が行われている。

③不足している支援内容は何か

まずは相談窓口が明確化されていないことである。PR不足もあげられる。ひきこもり相談と特化していない既存の相談窓口で相談を受け付けるというだけでは、入口に繋がりにくい人をとらえることはむずかしい。

また、表1で分かるように、セルフヘルプグループが皆無であることと、居場所が少ないことがあげられる。相談を開始すると同時に、本人が出かけてきたときの居場所の確保が必要である。更に、支援が展開されると、将来的には就労支援の枠組みについて考える必要がある。

IV. 和歌山県田辺市のひきこもり支援⁴⁾

1. ひきこもり検討委員会とひきこもり相談窓口の設置

田辺市は、不登校児童・生徒らに対する支援を行っていた家族や関係者の要望を受け、2001年1月ひきこもり検討委員会(以下、「委員会」)、同年3月ひきこもり相談窓口(以下、「窓口」)を開設し、ひきこもり支援活動を開始した。窓口は、当初から3年間保健師が一人専任として担当し(4年目から1名嘱託相談員増員)、事例のケースマネージメントを行い、青年と家族のニーズを評価し、サービスを調整して提供して

きた。

更に、年2回開催される委員会会議と委員12名で構成され月1回開催される小委員会会議では、支援活動を続ける中で顕在化したニーズを協議し、そのニーズに応じたサービスを生み出してきた。また、管轄地域外からの相談や公的機関の対応が困難なニーズに対しては、居住地域や分野にとらわれず多様なサービスを提供できるという利点を持つ民間団体が種々の支援を行ってきた。

行政、公的機関、民間団体を含む委員会の組織構成を図1に、ひきこもり支援システムと支援の流れを図2に示す。

2. ニーズに応じた支援の広がり

組織の発展の中で、行政主導の家族会は自主活動になり、青年自助会(行政内支援)が誕生した。不登校児への早期支援として適応指導教室(教育委員会)が開設された。民間有志により運営されるNPO法人「ハートツリー」は居場所兼デイケアの位置づけが明確になり、社会福祉法人「やおき福祉会」が就労訓練の場を提供するようになった。その後、居場所や窓口実施の体験活動に、ボランティアの関わりが増え、NPO法人である「絆」や「かたつむり」が体験活動の場の提供を始めた。そして2008年、「ハートツリー」が「南紀若者サポートステーション」を市の施設を借用して開設した。

また、和歌山県は、2004年度から、全国で初めて「ひきこもり社会参加促進事業」として、民間に「ひきこもり者社会参加支援センター」として設置要綱及び補助金(県・市町村各1/2)を創設した。さらに2009年度から、精神科医、精神保健福祉士、保健師、臨床心理士といった専門家による個々の「ひきこもり」者に合った支援方針検討制度、及び「ひきこもり」者が社会参加に必要な対人能力や自信の醸成などを目的とした社会体験事業を社会参加支援センターに新たに導入し、機能強化を図ることにした。

このように、委員会が調整する中で、青年と家族のニーズに合わせて、行政、公的機関、民間団体が種々のサービスを積極的に生み出し、居場所と就労支援の場の役割分担も進み、青年の状態やニーズに応じて各サービスを提供できる状況となった。そして、新たな支援の関係者や当事者の代表は委員会の構成メンバーとなり、委員会は情報交換や有効な支援を協議するための場所となっている。

V. 考察

田辺市の支援体系図に、A市の支援の現状をあてはめてみると、不足している内容が、「相談窓口の明確化と相談の継続」「セルフヘルプグループの活動」「ネットワークとして委員会の設置と毎月の開催」である。

1.【相談窓口の明確化と継続相談】

現在それぞれの機関において、個別の相談に対して、対象者を大切にした丁寧な支援が実施されている。また、必要に応じて、それぞれの担当者が把握している範囲において、関係機関が連携をしながら対応している。しかしながら、システムにはなっておらず、相談が中断されたり、対応機関の引き継ぎがスムーズでなかったり、当事者も支援者も対応に苦慮するままに、時間だけが過ぎている様子がうかがえた。また、ひきこもりに特化された窓口がないため、相談につながらないまま長期化している事例も予測された。

まずはひきこもりを長期化させないために、義務教育を修了した15歳以上の年代に対する早期対応ができる支援の枠組みを考える必要がある。例えば、適応指導教室の卒業後1年間の利用が可能なシステムを作ったり、20歳までの地域でひきこもる青年の相談或いは居場所としての機能を有したり等、機能の拡大である。或いは、卒業後、家族の理解を得て、行政内の保健福祉部門に確実につなぐシステムを作つて、病気や障害の予防としての早期対応につな

げることなど、工夫が必要である。

義務教育期間に不登校を経験しなかった15歳以降の支援が展開されるためには、住民への啓発が不可欠である。まずは地域の中に、公民の関係機関が「ひきこもり相談を受け付けています」という看板をあげて、相談支援が実存しているお知らせをし、住民に周知することである。

2.【セルフヘルプグループの育成】

田辺市⁵⁾での経験によると、ひきこもり支援の転帰として最も効果が見られたのは、セルフヘルプグループであった。

相談を開始すると同時に、外に出かけることができた時に、自宅以外で安心していられる場を確保したり、更には同じような体験をした仲間との出会いや交流の場を設けたり、グループ支援につないでいくことが提案できる。居場所としては、既存の居場所を活用するか、新たに既存の機関の一部屋を開放することなども考えられる。まずは、他者との信頼関係を築きなおすことから始める。

少しずつ元気を取り戻し、就労意欲が出てきたときには、就労訓練の場が必要になる。現状では、福祉制度の就労継続や就労移行支援事業を、手帳の取得に関係なく柔軟に活用する仕組みを取り入れることが考えられる。地域住民に、ひきこもり支援への理解を得るために啓発活動を継続し、地域の協力を得られることが望ましい。

3.【支援ネットワークの構築と定例会の開催】

田辺市モデルに当てはめて考えていく。

①公的支援の役割

まず、県精神保健福祉センターが離れたところにあるため活用しにくいようであるが、今後県行政に期待できることを考えていく必要がある。全県的な啓発活動、家族や支援者を対象とした勉強会、或いは教員が、不登校の中で

発症する統合失調症を早期に発見し、早期に必要なサービスにつないだり、これまで以上に、発達障害を疑う子どもへの適切な対応ができるための研修会の開催があげられる。

保健所については、現在の保健所の機能を最大限有効に機能するような立場として位置づける。1996年の地域保健法により、住民に身近なサービスが県から市町村の業務に変わり、保健所の機能は、より広域性、専門性が求められるものになり、多くの住民からは遠い存在となりつつある。緊急度が高いものやより専門性の必要な病気や障害への支援を対象としている。ひきこもりの状態像を示す事例の中で、緊急事態が起こったとき、或いは状態の確認（鑑別診断等）が必要なときに、従来からの役割をネットワークの中で発揮することが求められる。

市町村については、保健福祉分野の分散化がすすみ、地域の実情によって、どの分野がひきこもり支援の事務局的役割を持つことが妥当なのか、ひきこもり支援を充実していくためには、早急に検討していく必要がある。ひきこもりをメンタルヘルスの問題としてとらえれば、社会福祉制度を活用する前の段階でとどまることを目指した支援でありたい。予防的対応と早期対応で、一時期既存の社会資源を活用しつつ、心身の健康を取り戻していく作業が必要である。疾病や障害の予防、健康づくりの視点で、早期の段階から関わることができる機関を窓口として、多様で創造的な支援が展開できるような仕組みを、公民協働で模索しながら築くことが急務であろう。

予防的役割としては、乳幼児期からの支援体制が必要であり、発達障害の早期発見と適切な対応、虐待予防としての育児支援や親支援などがあげられる。状況に応じて、福祉サイドとの連携の強化が必要と考えられ、特に学齢期の事例における関わりの深い学校関係者が、福祉サイドのサービスについて熟知する必要があると思われる。

ひきこもり支援のような長期戦の支援につ

いては、物理的にも住民に身近なところで相談を受けることができなければ、継続すること自体が困難になってくる。また、ひきこもっている本人には収入がなく、経済的にも親の保護を受けているという立場から、費用がかかる支援を本人自ら選択することは困難であることも配慮が必要である。

②総合病院児童精神科がリーダーシップを

事務局を行政の中に置いてスタートさせるネットワーク会議（委員会）を開催する。

今回の調査で、A市の特徴として、市内にある総合病院の児童精神科が地域の中で果たしてきたこれまでの役割と存在の大きさ（関係機関からの信頼度の高さ）に触ることができた。医療チームによる訪問サービスの利用と拡充（年齢幅を広げる）や医学的診断の必要性がある事例への支援協力体制だけでなく、全般的なひきこもり支援の展開に向けてのリーダーシップをとることが、行政内の教育・保健・福祉部門等関係機関の調整役を担うことにつながり、今後の支援の発展に大きな力を発揮するであろう。

委員会（ネットワーク）の事務局は、全住民を把握することが可能かつ個人情報保護の立場からも、行政機関が望ましいと考える。まずは市町村行政が事務局を持った委員会を設立し、関係者が定期的に顔を突き合わせながら、ひきこもり支援について前向きに検討していくことを、現場での実践と並行しつつ進めていくことが先決である。毎月1回程度のペースで、個人情報に配慮した事例検討等、事例を通じた情報交換が最も関係機関の機能と役割を互いに知り合う関係になり、双方の理解を深めあうとともに、不足するものを補完しあう仕組みが作られるだろう。A市の住民を核とした社会資源のネットワークについて、図3に示す。

今回の調査では、民間のひきこもりに特化した支援機関や、支援が展開される中で協力が得られる可能性のある周辺領域の障害者支援の福祉機関の全てを訪問することはできなかっ

たが、今後委員会が設立され、機能し始めると、情報を共有しやすくなり、また新たなアイデアも生まれやすくなるため、委員会の構成機関については流動的である。

VI. まとめ

本研究は、和歌山県田辺市モデルが、地域の特性や人口規模に対応しながら、普遍的に活用できるものかを、A市のひきこもり支援の現状と課題を把握したうえで、A市の地域支援システムを提案する中で考察する事を目的とした。

田辺市モデルに当てはめた結果は、これまでに述べたとおりであり、A市におけるひきこもり支援の今後の展開を考えていく指標となりえた。

A市は人口規模は大きいが、その分支援に関わることができる人材と社会資源の豊富さがあった。行政がシステムとしての委員会組織を設置するとともに、各関係機関が「ひきこもり相談を受けています」というアナウンスをすれば、おのずとニーズが整理され、既存の社会資源の活用で、かなりの部分の支援の展開が可能であろう。

A市の歴史ある総合病院の存在は、何物にも代えがたい財産であり、目良⁶⁾が2008年7月近畿圏内の関係機関を対象にひきこもり支援ネットワークについての質問紙調査を実施した結果得られた結論である、①医療機関を含む関係機関で構成される市町村単位のネットワークが一つの支援システムのモデルとなりうること、②財源の確保等の課題はあるが、市町村単位に、精神保健福祉士の雇用などの検討も行い、地域を基盤としたひきこもり支援ネットワークの充実を図ることが急務であるという2点の「医療機関の存在」と「精神保健福祉士の雇用」がA市にはすでに存在する。この社会資源を活用した今後のA市のひきこもり支援の発展が期待される。

文献

- 1) 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」 国立精神・神経センター精神保健研究所 2003
- 2) 斎藤万比古：「思春期のひきこもりをもたらす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」 平成21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）報告書 2009
- 3) 小山明日香ら：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査と精神医学的診断について—平成14年度～平成17年度のまとめ— 平成18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）報告書 こころの健康についての疫学調査に関する研究 研究協力報告書 2008
- 4) 目良宣子：「ユースアドバイザー養成プログラム～関係機関の連携による個別的・継続的な若者支援体制の確立に向けて～」—現場の実践例（ひきこもりの地域支援） 内閣府政策統括官（共生社会政策担当） H20年3月
- 5) 『田辺市におけるひきこもり支援（「ひきこもり相談窓口」開設5年目）』 平成17年4月～18年3月 2006
- 6) 目良宣子：「ひきこもり青年に対する地域を基盤とする支援ネットワークについての調査報告」 第25回日本精神衛生学会プログラム・抄録集 2009

表1. ひきこもり支援のライフステージ別対応機関と支援内容

機関名	幼児期 ～6歳	学齢期		青年期		備考
		～15歳	～18歳	～34歳	35歳以上	
医療機関	総合病院児童精神科	①、③ペアレントトレンジング⑤				市立の院内学級あり
研究所	精神保健研究所社会復帰相談部	②、ACTj キッズ				
公的支援機関	A市保健センター	「事例への関わりなく、今後も関わることはない。今回の調査への協力はできない」との回答				
	A保健所	①				
	B県精神保健福祉センター	①				保健所で聞き取り
	発達支援課	①発達についてほぼ就学まで 肢体は18歳まで				
	子育て支援課	①、②				
	地域活動支援センター（A市立）	①、②、④				
	障害者支援課	①、②、 ⑦、⑧、は個別での紹介				
	B県児童相談所	①、②、⑧				
	教育委員会相談部門	①、②、⑦				
	A市教育センター 3歳から中3生	①、②、⑦				
民間支援機関	A市少年センター		①、小1生から20歳			
	障害者就労支援センター			①、⑧		A市委託事業
	基幹型支援センター	①、②				A市委託事業 24時間電話対応
	中核地域生活支援センター	①、②、 ⑦、⑧、は個別での紹介				B県委託事業 24時間電話対応
	精神障害者小規模作業所		①、④、⑦ 精神的な困難を抱えた方			
支援内容	就労移行支援機関		①、障害があり、就労意欲のある方を対象			

支援内容

- ①相談 ②家庭訪問 ③家族会 ④居場所 ⑤デイケア ⑥セルフヘルプグループ ⑦社会体験 ⑧就労支援

*新ガイドラインの定義

様々な要因の結果として社会参加（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おおむ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或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性の現象とするが、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くないことに留意すべきである。

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なっている。なお年齢については、就学年齢の子どもにはじまり成人までの広い年齢層の幅で適用できるものとして定義している。

上記より年齢区分は幼児期から成人で区分し、今回の調査では、関係機関について、公的機関を中心に、関連すると考えられる医療機関・民間機関について調べたものである。今後支援の発展とともに必要になるであろう就労支援は、自立支援法下の民間機関に協力を求めることが生じ、また、民間独自のひきこもり支援機関についても調査する必要がある。

図1. 田辺市ひきこもり支援ネットワーク

