

(1)調査対象

高校生を調査対象とし、公立高校 20 校(20 年度 14 校、21 年度 6 校)の学級担任をしている教員約 150 名に以下の 2 群について回答を求めた。

- ① 不登校群(7 月末現在 15 日以上欠席の生徒について現在担任している全員、いない場合は過去 5 年以内に担任した生徒のうち最近担任した生徒)
- ② 登校群(7 月末現在欠席が 15 日未満の生徒を現在担任している生徒の中から 2 名出席番号でランダム抽出)

(2)調査方法

無記名の質問紙調査とし、対象校に送付、学校ごとに返送を依頼した。調査期間は夏期休暇期間中とし、1 学期の出席状況や登校していた時期の様子について回答を求めた。

調査内容は、不登校の経験の有無、現在のひきこもりの状況、学校生活への適応力、対人態度の特性、精神症状や発達障害の診断の有無である。

(倫理面への配慮)

調査は全て無記名とし、個人が特定されないように統計的に処理を行い、それを回答者に対して明記した。

2. 教育相談機関調査

(1)調査対象

東京都内の全公立教育相談機関(53ヶ所)を対象とし、回答者は相談担当者とした。

(2)調査方法

質問紙調査とし(機関名については任意)、各機関に送付、郵送にて回収した。調査期間は平成 21 年 7 月 1 日～31 日とした。

調査内容は、相談体制、不登校・ひきこもりへの援助の実態と課題、機関連携についてである。

(倫理面への配慮)

調査への記名は任意とし、個人が特定されないように統計的に処理を行い、それを回答者に対して明記した。

C. 研究結果

1.高校生調査

(1)回収数

調査回収数は、不登校群 266 名、登校群 221 名である(表 1)。

不十分な回答を除いて統計処理を行った。なお、不登校群については、現在担任している生徒と過去 5 年以内に担任した生徒についての回答に意味のある差が認められなかつたため、それぞれを分けて不登校群として扱い、処理を行った。

(2)高校生の不登校群と登校群の比較

①社会とのかかわりの状況

生徒の不登校経験、他者とのかかわりや外出の頻度、相談機関への通所状況について検討した。

まず、不登校の経験についてみると、不登校群では、小学校時代に不登校を経験した者は 16.4%、中学校時代に不登校を経験した者は 63.3% であり、中学校で不登校の経験があった者が多く、不登校状態が長期化している生徒が多く存在することが分かった(図 1-1, 2)。

次に、他者とのかかわりや外出の頻度について比較を行った。友人の外出を全くしない者は、登校群 3.2%、不登校群 15.0% であり、友人と電話やメールでやり取りを全くしない者は登校群 0.9%、不登校群では 23.4% であった(図 2-1, 2)。家族とのかかわりでは、家族と外出を全くしない者は登校群では 0.9%、不登校群 12.4% であり、家族と全く話さない者が登校群では 0.5%、不登校群では 30.2% であった(図 3-1, 2)。さらに、一人での外出を全くしない者は、登校群は 1.8%、不登校群では 25.4% であった(図 4)。

これらの結果から、不登校群は登校群より友人や家族とのかかわりや外出の頻度が少なく、それぞれ全く無いひきこもり状態にある者が 10～20% 前後いることがわかった。

また、相談機関や医療機関への通所状況については、不登校群ではよく利用するが 25.6%、時々利用するが 28.9% と半数以上が何らかの形で相談機関を利用していた(図 5)。

②学校生活および対人態度の特性

不登校群と登校群の差異を見るため、20 年度に作成した「学校生活適応尺度」および「対人態度特性尺度」を用いて比較を行った (t 検定)。学校生活適応尺度は「授業に意欲的に取り組む」、「提出物をきちんと出す」など 5 項目 (4 件法) により構成される。対人態度特性尺度は、27 項目 (4 件法) によって構成され、「対人トラブル」、「対人回避」、「対人スキル」の 3 因子からなる。

二つの尺度を用いて不登校群と登校群の比較を行った結果 (表 2)、不登校群は有意に「学校生活適応」が低かった ($t(452)=7.44, p<.001$)。対人態度特性では「対人スキル」が有意に低く ($t(433)=10.71, p<.001$)、「対人トラブル」、「対人回避」が有意に高かった ($t(433)=2.09, p<.05$: $t(448.939)=15.97, p<.001$)。

③ 精神症状・発達障害の有無

「わざと自分を傷つけたり、死にたいと訴えたりしたことがある」、「強い不安や緊張のために、倒れたり過呼吸になつたりしたことがある」「専門機関によって ADHD、アスペルガー障害、LD 等の診断を受けていたり、または疑いがあると言われている」など、対象生徒の精神症状や発達障害の有無を 9 項目で尋ねた。その結果、不登校群は登校群と比べると、何らかの精神症状を抱える場合や発達障害が多いが、特定の症状や障害との間に関連は見られなかつた (図 6)。

(3) 不登校開始年代による特徴の比較

20 年度の調査においては中学生不登校群と高校生不登校群の間に差が見られたが、今年度高校生のデータを増やして再検討を行ったところ、高校生不登校群と中学生不登校群の間には差が見られなかつた。よつて、昨年度の中学生と高校生の差は 20 年度高校生データの偏り (高校で初めて不登校になった生徒が多い) によるものと考えられた。それを確認し、高校生の不登校の特徴をさらに詳細に分析するため、高校以前の不登校経験によって以下の 3 群に分け検討を行うことにした。高校以前に不登校が確認された生徒を「小・中学校不登校経験

群」「中学校不登校経験群」、高校で初めて不登校になった生徒を「高校初発群」とした (表 3)。

①社会とのかかわりの状況

他者とのかかわりや外出については、友人と電話やメールでやり取りを全くしない者が小・中学校不登校経験群 30.0%、中学校不登校経験群 34.1% であるのに比べ、高校初発群は 10.9% であった (図 7-2)。家族とのかかわりでも、全く話をしない者が小・中学校不登校経験群 41.0%、中学校不登校経験群 47.7% であるのに比べ、高校初発群は 8.7% であった (図 8-2)。さらに、一人での外出を全くしない生徒は、小・中学校不登校経験群 27.5%、中学校不登校経験群 47.7% であるのに比べ、高校初発群は 19.6% であった (図 9)。

これらの結果から、高校初発群は家族や友人との対人関係がある程度保たれていることがわかつた。また、中学生までに不登校を経験したものの方がひきこもり状態にあるが、不登校開始が小学校の群と中学校の群では差が見られなかつた。

②学校生活および対人態度の特性

3 群の学校生活および対人態度の特性の差異を見るため、学校生活適応尺度および生徒の対人態度特性尺度の各因子について比較を行つた (一要因分散分析)。その結果 (表 4)、高校初発群は他の 2 群に比べ「対人回避」が有意に低かつた ($F(2, 122)=8.96, p<.001$) が、小・中学校不登校経験群と中学校不登校経験群の間には差が見られなかつた。

③ 精神症状・発達障害の有無

3 群の間で、特定の症状や障害との間に関連は見られなかつた (図 10)。

2. 教育相談機関調査

(1) 回収数

東京都内の全公立教育相談機関 (53 ヶ所) の内、32 機関 (分室からの回答も加えると 36 機関) から有効回答が得られた (有効回答率 60%)

(2) 相談対象年代

各機関が相談の対象としている年代は、中学生ま

でを対象としている機関が 10ヶ所(31.3%)、高校生を対象としている機関が 22ヶ所(68.7%)であった。

(3)不登校・ひきこもりへの援助方法

本人が来所できない状態にある不登校生徒への援助方法としては、保護者への面接は 28 機関(87.5%)、本人及び保護者への電話相談は 26 機関(81.3%)、訪問相談は 10 機関(31.3%)、メール相談は 1 機関(3.1%)で行われていた(図 11)。さらに、訪問相談の実施者をみると、心理職が 6 機関、学生が 3 機関、教職出身者が 2 機関であった(図 12)。

次に、自由記述でひきこもり状態にある不登校生徒に対して有効だった援助方法、新たな施策として望まれる方法について尋ねた。その結果、有効だった方法としては、本人への手紙や電話、大学院生の訪問相談などの働きかけ、その働きかけを通して適応指導教室などの情報を提供していくことなど、対人関係の拡大や情報提供といったことがあげられていた。さらに望まれる施策としては、高校生以上や発達障害の生徒などへの援助や居場所の提供、保護者への集団療法などのサポート、訪問相談の充実など、多様で複合的な援助方法や居場所の提供が求められていた。

(4)他機関との連携

各機間に地域専門機関との連携の状況を尋ねたところ(分室ごとに回答が違うため n=36 で分析)、定期的な連絡会を持っているのが 17 機関(47.2%)、必要時に事例検討会等を開催するのが 12 機関(33.3%)、情報交換や紹介のみが 6 機関(16.7%)、連携をとっていないのは 1 機関(2.8%)であった(図 13)。連携先としては、定期的な連絡会では子ども家庭支援センターや児童相談所などの福祉機関、学校が中心で医療機関は少なく、必要時に事例検討会等を行っている機関でも同様の傾向が見られた。情報交換や紹介のみの機関は、福祉機関や医療機関など様々な機関と連携していた(図 14-1~3)。この結果から、地域専門機関との連携を図っている機関は多いが、定期的に機会を持てている機関は約半数であり、連携先としては福祉機関や学校が多く、

医療機関が少ないことが明らかとなった。

D. 考察と今後の課題

1. 高校生の不登校とひきこもりの関係

本研究では、不登校状態にある高校生のデータを多く取ることにより、高校初発の不登校に関する検討、不登校継続期間とひきこもり等の状態像に関する数量的な検討を行うことができた。医療機関で従来経験してきた、高校初発の不登校が統合失調症など重篤な状態と関連するリスクについては、本研究のデータは支持していない。むしろ、高校初発の不登校生徒はひきこもりの程度が軽く、全体に適応度が高いことが明らかとなった。しかし、この結果は高校初発の不登校生徒が所属する高校のレベルとも関連する可能性があり、今後さらなる検討が必要となる。

それにしても、一貫して示されたのは中学で不登校を発症し、高校まで継続している生徒の健康度の低さである。これは、ひきこもりのリスク要因が、不登校の継続期間と単純に関連しているわけではないことを示すものである。中学初発の継続的な不登校が比較的重篤であり、ひきこもりに繋がる危険性が高いとすれば、そこにどのようなリスク要因が関わっているのか、今後の研究課題となる。

2. 教育相談機関のひきこもり対応体制

教育相談機関は、児童・思春期の子どもの心の問題に対応する最もスタンダードな相談機関であるが、不登校の問題については、学校教育上の視点からの取り組みが主となるためか、ひきこもりの防止視点は必ずしも強くないことが分かった。本格的なひきこもりに繋がる危険性の高い高校生の不登校に対しては、約3割の教育相談機関が対応をしていない。また、ひきこもりに対する最も直接的な援助アプローチとなる訪問相談を行っている教育相談機関は約3割にとどまっている。しかし、訪問相談を十分に行うためには教育相談機関の人的資源の余裕が相当に必要なことが予想されるので、この3割の数字は、単に少ないとは言い切れない。むしろ、従来、来談型の相談機関であった教育相談機関が、多機能な役

割を持った相談機関として活動している実態を表わすとも言えよう。また、訪問相談に心理職が関わっている割合が多いことも、教育相談機関が来談型の相談機関を脱皮していることを強く示すものである。

さらに、ひきこもりに支援において複数の機関が連携して取り組むことは必須といえるが、定期的な形でも連携の機会が持てているのは約半数であり、さらに連携の強化が求められる。また、今回の結果からは教育相談機関と医療機関との連携が希薄であること現状が明らかとなり、ひきこもりの支援にあたっては、医療機関を含めた連携を充実させていくことが強く求められる。

3.まとめと今後の課題

本研究では中学生までに不登校を経験した生徒の方がひきこもり状態にあることが示され、中学生までの介入と支援がひきこもりの長期化を防ぐためには重要であることは強調すべき点であろう。これに対しては、不登校の相談を多く受けている教育相談機関において様々な支援が行われているが、さらに複合的な支援機能を充実させていくこと、さらには医療・福祉・教育の専門機関が常に必要な支援を分担していくけるような連携体制を作っていくことが今後の課題といえよう。

E. 研究発表

1. 学会発表

- 弘中正美: 高校生の不登校の実態に関する研究. 第 50 回児童青年精神医学会, 2009.
- 齋藤和貴、弘中正美他: 他者評定による中学生・高校生を対象とした学校生活適応および対人特性尺度の開発の試み(1). 第 28 回日本心理臨床学会秋季大会, 2009.
- 小粥宏美、弘中正美他: 他者評定による中学生・高校生を対象とした学校生活適応および対人特性尺度の開発の試み(2) =不登校群と登校群の比較からー. 第 28 回日本心理臨床学会秋季大会, 2009.

F. 文献

- 1) 古口高志, 山内祐一, 熊野宏昭: 心療内科入院治療を施行した不登校症例の病態特徴について—DSM(III-R&IV)多軸評定に準じた形式での評定結果より—. 心身医, 42(7); 424-429, 2002.
- 2) 本間友巳, 中川三保子: 教育心理学研究, 48(1); 不登校児童生徒の予後とその規定要因—適応指導教室通所者のフォローアップ—. カウンセリング研究, 30(2), 1997.
- 3) 小林正幸, 田中陽子, 神村栄一: 不登校事例の改善に関する研究—登校行動改善の規定要因—. カウンセリング研究, 28; 131-142, 1995.
- 4) 北村陽英, 加藤綾子: 高等学校不登校・保健室登校・中途退学の経過研究—社会的引きこもりを視野に入れた養護教諭による調査より—. 奈良教育大学紀要, 56(2); 21-28, 2007.
- 5) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課: 生徒の指導上の諸問題の現状と文部科学省の施策について. 文部科学省初等周到教育局児童生徒課, 2006.
- 6) 齋藤万比古: 不登校の病院内学級中学校卒業後 10 年間の追跡研究. 児童青年精神医学とその近接領域, 41(4); 377-399, 2000.
- 7) 高畑隆: 埼玉県における「ひきこもり」の実態. 精神医学, 45(3); 299-302, 2003.
- 8) 筒井千恵, 仙波圭子, 大野由美子, 小林正幸: 不登校事例に対する教師の前兆行動の把握と対応に関する研究. カウンセリング研究, 31(2); 117-125, 1998.
- 9) 山下みどり: 高校生にみる不登校傾向に関する研究—意識調査を通して—. 鹿児島教育大学教育学部教育実践研究紀要, 14; 21-38, 2004

表1 回収数

	性別			合計
	男	女	不明	
不登校群（15日以上欠席）	95	167	4	266
登校群（15日未満欠席）	99	119	3	221
合計	194	286	7	487

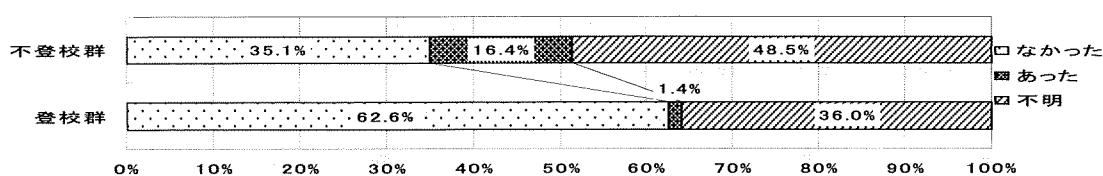


図1-1 小学校時の不登校経験（登校群・不登校群）

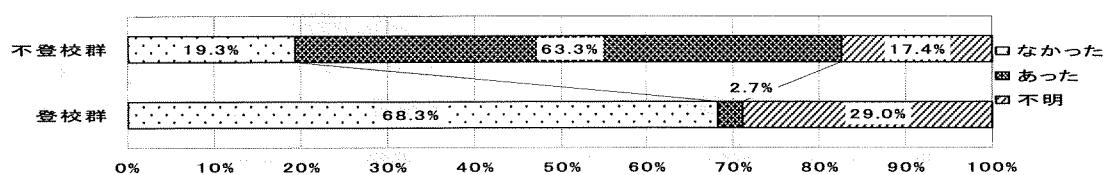


図1-2 中学校時の不登校経験（登校群・不登校群）

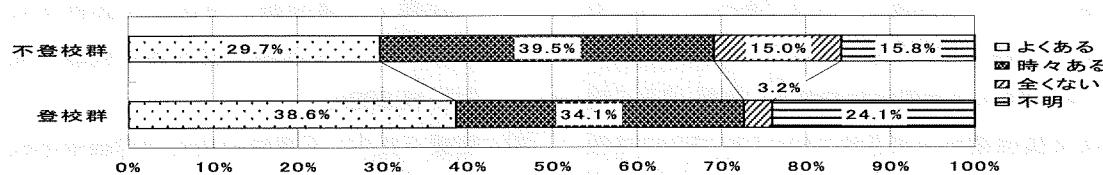


図2-1 友人と外出（登校群・不登校群）

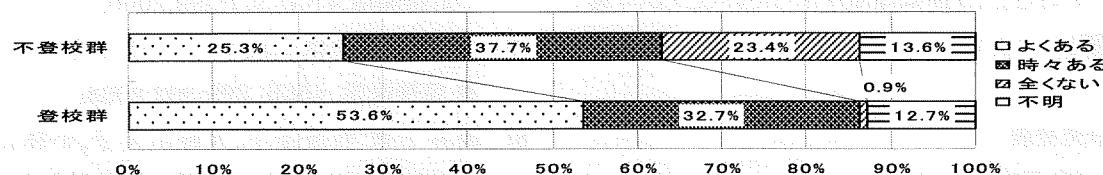


図2-2 友人と電話やメール（登校群・不登校群）

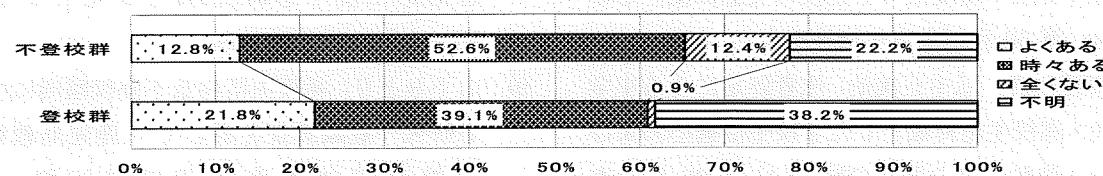


図3-1 家族と外出（登校群・不登校群）

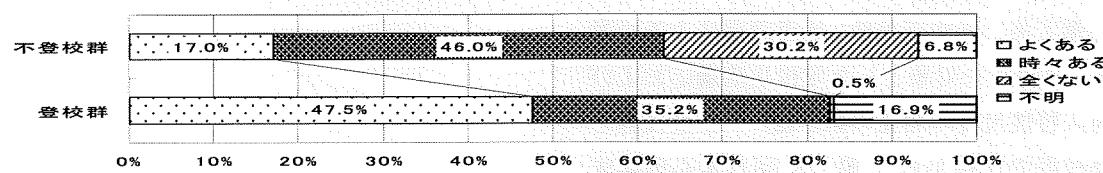


図3-2 家族と会話（登校群・不登校群）

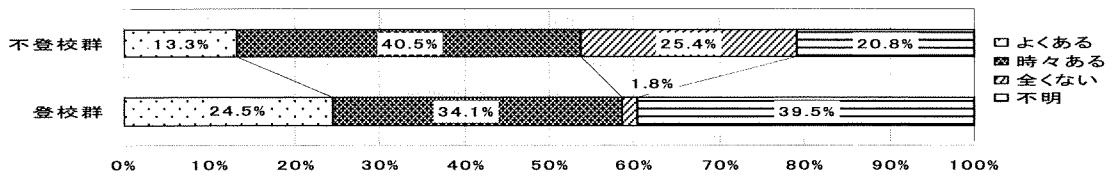


図4 一人で外出（登校群・不登校群）

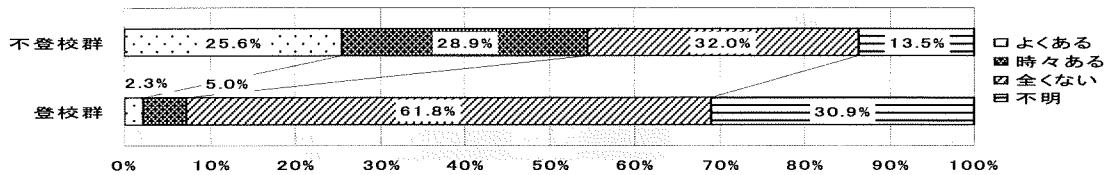


図5 相談機関への通所（登校群・不登校群）

表2 各下位尺度得点の比較（不登校群・登校群）

		N	平均値	標準偏差	t値
学校生活適応	不登校群	235	12.60	4.04	7.44***
	登校群	219	15.32	3.70	
対人態度特性	対人トラブル	223	19.26	7.53	2.09*
	登校群	212	17.85	6.52	
	対人スキル	231	14.32	3.15	10.71***
	登校群	204	17.69	3.39	
対人回避	不登校群	244	15.92	4.37	15.97***
	登校群	213	10.11	3.39	

*** $p < .001$ * $p < .05$

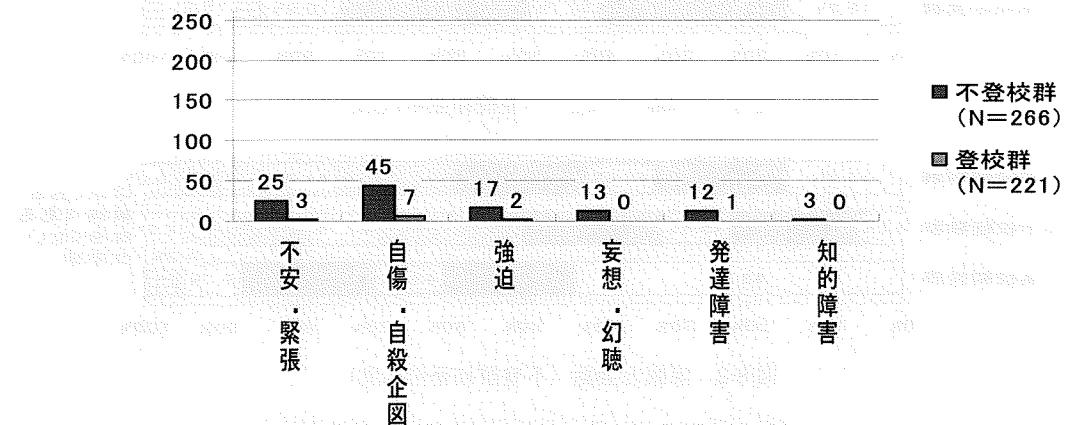


図6 精神症状・発達障害の有無（登校群・不登校群）

表3 不登校開始年代による分類

	小学校の 不登校経験	中学校の 不登校経験	高校の 不登校経験	N
小・中学校不登校経験群	有	有	有	40
中学校不登校経験群	なし	有	有	44
高校初発群	なし	なし	有	46

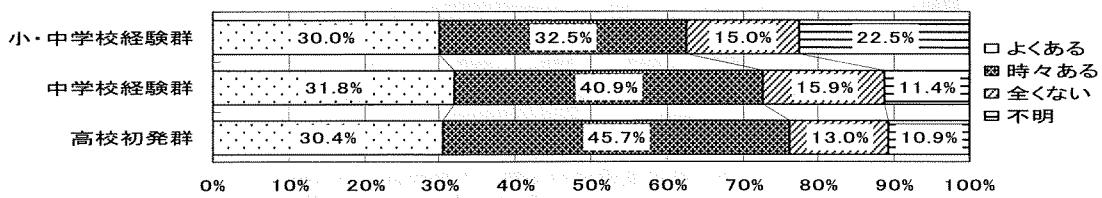


図7-1 友人と外出（不登校初発年代別）

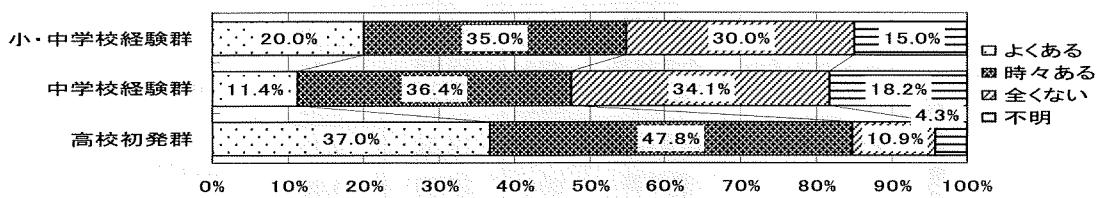


図7-2 友人と電話やメール（不登校初発年代別）

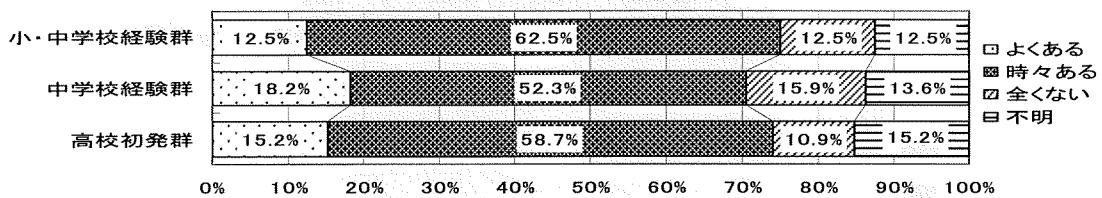


図8-1 家族と外出（不登校初発年代別）

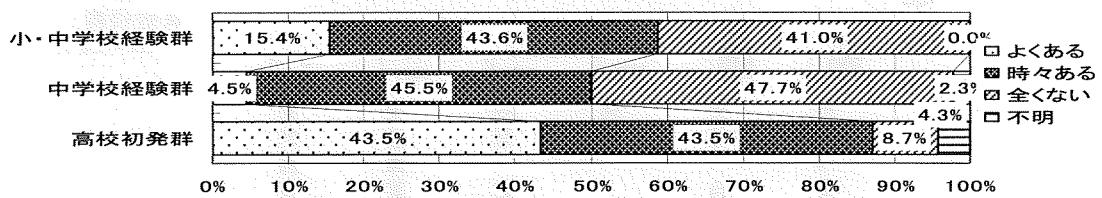


図8-2 家族と会話（不登校初発年代別）

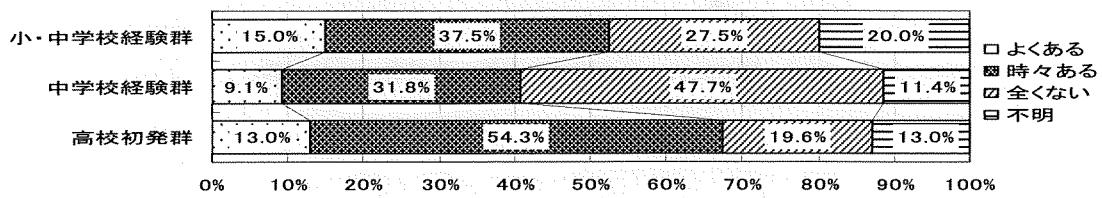


図9 一人で外出（不登校初発年代別）

表4 各下位尺度得点の比較（不登校開始年代別）

		N	平均値	標準偏差	F値
学校生活適応	小・中経験群	36	12.75	4.65	0.16
	中学経験群	37	13.22	3.44	
	高校初発群	45	12.76	4.20	
対人態度特性	対人トラブル	33	21.18	9.52	0.79
	中学経験群	36	18.94	7.55	
	高校初発群	43	19.23	7.18	
対人スキル	小・中経験群	39	14.74	2.93	0.39
	中学経験群	39	14.38	2.79	
	高校初発群	40	15.00	3.52	
対人回避	小・中経験群	40	17.73	3.61	8.69*** 小、中>高
	中学経験群	42	17.02	4.51	
	高校初発群	43	14.23	4.01	

*** $p < .001$

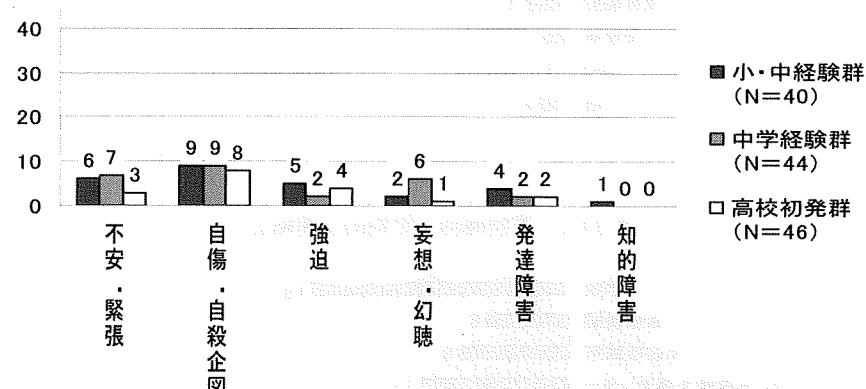
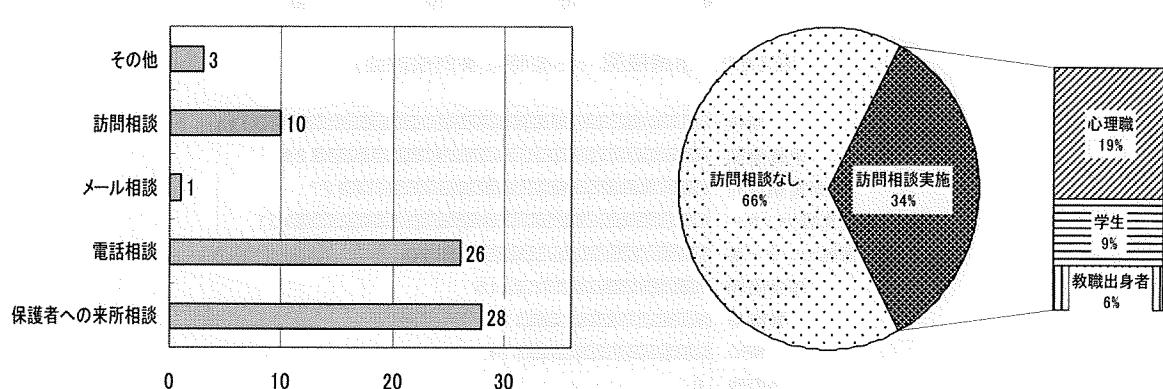


図10 精神症状・発達障害の有無（不登校初発年代別）



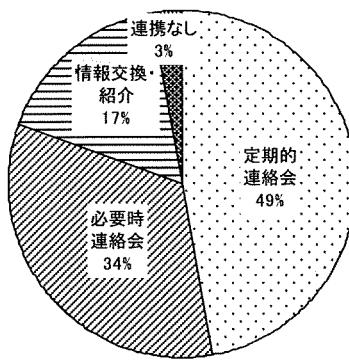


図 13 他機関連携

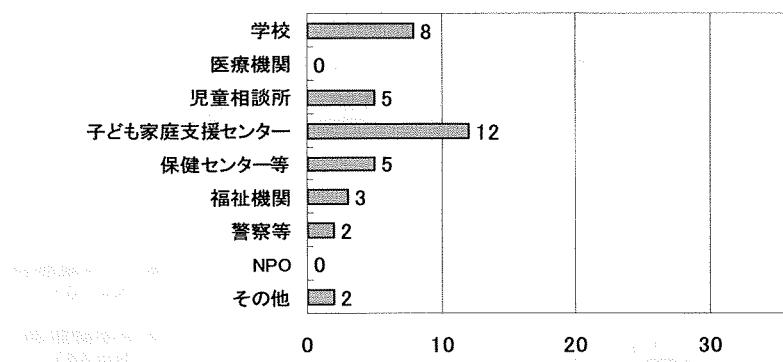


図 14-1 連携機関（定期的な連絡会）

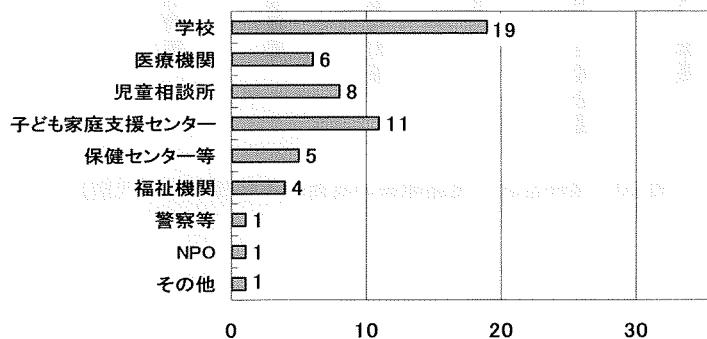


図 14-2 連携機関（必要時に事例検討会）

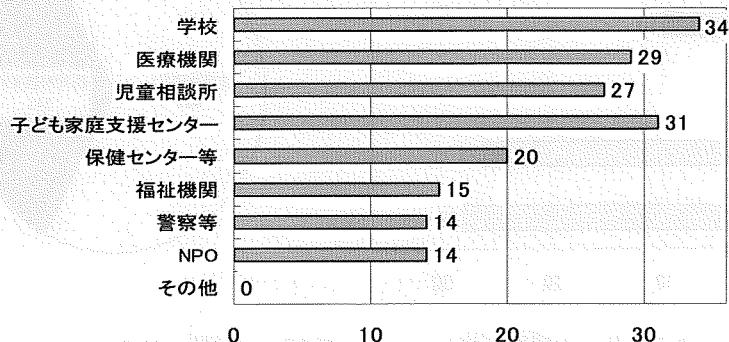


図 14-3 連携機関（情報交換・紹介のみ）

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

思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究

分担研究者 近藤直司^{1, 2)}

研究協力者 清田吉和³⁾ 北端裕司⁴⁾ 黒田安計⁵⁾ 黒澤美枝⁶⁾ 境 泉洋⁷⁾
富士宮秀紫¹⁾ 猪股夏季¹⁾ 宮沢久江⁸⁾ 宮田量治⁹⁾

- 1) 山梨県立精神保健福祉センター 2) 山梨県中央児童相談所
- 3) 石川県こころの健康センター 4) 和歌山県精神保健福祉センター
- 5) さいたま市こころの健康センター 6) 岩手県精神保健福祉センター
- 7) 徳島大学総合科学部人間社会学科 8) 山梨県発達障害者支援センター
- 9) 山梨県立北病院

研究要旨

5ヶ所の精神保健福祉センター・こころの健康センターにおいて、平成19年4月の時点で相談継続していたケースと、それ以後、21年度の9月末日までの間に受け付けた339件の思春期・青年期ひきこもりケースについて検討した。本人が来談している184件については精神医学的診断(DSM-IV-TRによる多軸診断)と治療・援助方針、転帰などについて、また、本人が来談せず、診断の対象とならない155例については、GAF得点や職歴、相談・支援の転帰などから、社会的機能水準や精神病理学的特性を検討した。

A 研究目的

本研究は、社会的ひきこもりをきたしている思春期・青年期ケースの精神医学的診断、及び精神病理学的特性を明らかにすることを目的とする。

B 研究方法

1 研究の対象

主任研究班において、『ひきこもり』は以下のように定義されている。『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いてもよい）を指す現象概念である。』

本分担研究班では、山梨県立精神保健福祉センター、岩手県精神保健福祉センター、石川県こころの健康センター、さいたま市こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センターの各機関において、平成19年度から21年度の新規相談ケースのうち、上記の定義に当てはまる、初回相談時16歳から35歳までの全てのケースを対象とする。ただし、30歳以上のケースについては、ひきこもり始めた年齢が30歳以前のものだけとする。

調査対象のうち、相談・支援経過において本人が来談したケースを「来談群」とし、このうち、1年以上の家族相談の後によく本人が来談したケースを「長期家族支援後の来談群」とする。家族の来所相談のみで本人は来談していないケ

ースを「非来談群」とし、このうち、本人がいずれの治療・相談機関にもつながっていないものを「非来談群①」、家族が来談している精神保健福祉センター・こころの健康センター以外の治療・相談機関につながっているものを「非来談群②」とする。

また、平成18年度以前に相談が始まり、平成19年度現在も本人が継続して来談しているケースは「来談群」、平成18年度以前から相談が始まり、平成19年度現在も家族相談のみを継続しているケースは「非来談群」として本調査の対象に含める。また、平成18年度以前から家族相談を継続し、本研究の実施期間内に1年以上の支援経過を経て本人が来談したケースは「長期家族支援後の来談群」に含むものとする。

山梨県立精神保健福祉センターにおいては、平成17年度、18年度の新規相談ケースで、19年度の時点では相談を継続していないものも調査の対象とする。

2. 研究方法

(1) 来談群の精神医学的診断について

来談群については、各機関で下記に定める方法によって診断したうえで、診断と治療・援助方針に応じて、以下の三群に分けて集計する。

＜第一群＞統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの。生物学的治療だけでなく、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が必要となる場合もある。

＜第二群＞広汎性発達障害や精神遅滞などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害への治療・支援が必要な場合もある。

＜第三群＞パーソナリティ障害（傾向 trait を含む）や適応障害、身体表現性障害などを主診断と

し、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害のうち、薬物療法よりも心理－社会的支援が中心になると判断されたものも含む。

上記のいずれに分類するのも適當ではないと思われるケースは＜その他＞、情報不足などのため、確定診断に至らなかったケースは＜診断保留群＞とする。また、前年度に集計したデータのうち、診断名を変更または追加した場合は、フォーマットのデータを修正し、変更理由を併せて報告する。

各機関における診断については、その精度と統一性を保つために、次のような手続きを踏む。

- ① 相談担当者が収集する情報を統一するために、分担研究者は現在症や発達歴などの項目を網羅した聴き取り調査票を作成し、各機関は相談ケースとの面接に際して、共通してこれを使用することとする。
- ② 分担研究者は各年度当初に協力機関を巡回し、ひきこもりケースの精神医学的診断についてのこれまでの知見、および診断に困難を伴うと思われるケースの診断手順、情報収集の方法などについて、協力機関の職員を対象に研修・意見交換を行う。
- ③ 各機関では、精神科医1～2名を含む精神保健福祉専門職3～4名以上から構成される診断会議を組織する。診断会議では、相談担当者（精神科医師、心理・福祉職、保健師等）からの報告や知能・心理検査所見などをもとに、合議によってDSM-IVに基づいて多軸的に診断する。
- ④ 山梨県立精神保健福祉センターにおける平成17年度、18年度の新規相談ケースで、19年度の時点では相談を継続していないものについては、相談記録の検討と相談担当者（精神科医、心理福祉職、保健師、作業療法士）からの聴き取りをもとに、③と同様の診断会議において診断を確定する。診断会議のメンバー以外の者が相談を担当したケースについては、相談記録の検討に加えて、相談

担当者から 1 ケースにつき 1 時間程度の聴き取りを行う。

(2) 長期家族支援後の来談群について

他の来談群と同様の手続きによって、精神医学的診断を検討する。また、本人が来談するまでに長期間を要した要因、あるいは来談に至った要因、経緯について検討する。

(3) 支援開始から本人が来談するまでの期間

家族などの相談が始まってから、本人が来談するまでの期間を記載する。

(4) 非来談群について

過去の受診歴や家族から得られた現在症など、本人の精神医学的診断を推測できる情報を収集する。相談開始時の年齢、性別、ひきこもり始めたときの年齢、機能の全般的評価尺度 (The Global Assessment of Functioning : 以下 GAF 尺度)、不登校経験の有無、職歴、相談の転帰について来談群との間で統計的に比較・検討し、その特性を検討する。

(倫理面への配慮)

各機関は、収集したデータや確定した診断などを定められたフォーマットに入力し、分担研究者に送付する。各機関が報告するデータ、あるいは分担研究者が収集・公表するデータの取り扱いを以下のように定める。

(1) 来談群の精神医学的診断と相談・支援の転帰については、各機関でケースを分類し、それぞれの群に該当する件数、各群において付与された診断と相談・支援の転帰の内訳とその件数のみを分担研究者に報告する。診断と転帰に関するデータが、個々のケースごとに集計されて分担研究者に報告されることはない。

(2) III 軸、IV 軸診断と転帰については、個人を特定し得るようなデータが公表されることのないように配慮する（たとえば、身体疾患については具体的な病名ではなく、「慢性の身体疾患」とする。また、「父親の自殺」「弟の暴力」などは「家族の自殺」「家族からの暴力」と抽象化する、「障害者職業センターへの通所」「発達障害者支

援センターへの通所」は「支援機関紹介」と一括する、など）。

(3) ひきこもり始めた年齢、相談開始までの期間、不登校歴・職歴の有無などについても、個々のケースの属性としては集計しない。また、これらのデータは 5 機関のデータを一括して統計的に解析する。これらのデータは、来談群との比較を通して非来談群の特性を検討するためだけに用いられ、個々のケースの属性・特性として公表されることはない。

(4) 各機関は、平成 19 年度から 21 年度の 11 月末日において各年度のデータを集計し、分担研究者に報告するものとする。

(5) 以下の理由により、対象者からの同意の取得は行わない。

- ・ 対象者から収集するのは、それぞれの精神保健福祉センターにおける通常業務において把握する範囲の情報であり、研究の実施に際して対象者に新たな負担をかけるものではない。
- ・ 分担研究者が各協力機関から収集する情報には、氏名、生年月日、住所、診療録番号などの個人情報は含まれない。また、診断や治療・援助の転帰は群別に集計され、ひきこもり始めた年齢、相談開始までの期間、不登校経験、職歴なども、個別ケースについての一連の情報・属性としては集計されない。さらに、これらのデータは 5 機関を一括して統計的に解析され、個人を特定できる形では公表されることはないので、対象者が不利益を被ったり、その人権が侵害されるおそれはきわめて低い。

本研究は、「臨床研究に関する倫理指針」（平成 16 年 12 月 28 日：厚生労働省）に準拠し、山梨県立精神保健福祉センター倫理審査委員会の審査を経て実施された。

C 研究結果

1. 対象者の概要

本研究の対象となったひきこもり相談事例 339 件の概要を表 1 に示す。性別は男性 253 名 (74.6%)、女性 86 名 (25.4%) であった。年齢は平均 24.3 ± 5.5 歳であり、最小が 16 歳、最大が 37 歳であった。ひきこもり始めたときの平均年齢は 20.1 ± 4.7 歳であり、最小が 8 歳、最大が 30 歳であった。ひきこもりが始まってから相談開始までの期間は平均 4.4 ± 4.2 年であり、最小は 0 ヶ月、最大は 25 年 11 ヶ月であった。最終学歴は、中卒(高校中退を含む)が 117 名 (34.5%)、高卒(大学等の中退を含む)が 133 名 (39.2%)、大学・専門学校卒 87 名 (25.7%)、不明が 2 名 (0.3%) であった。職歴は、あり(正社員)が 50 名 (14.7%)、あり(アルバイト)が 116 名 (39.2%)、なしが 172 名 (50.7%)、不明 1 名 (0.3%) であった。GAF 得点は、平均 38.9 ± 9.0 、最小は 17、最大は 65 であった。

2. 来談群の分類

339 件のうち、来談群は 184 件、非来談群は 155 例であった。来談群のうち 16 件は長期家族支援群に分類された。

来談群 184 件にうち、情報不足などのため診断保留とされたものが 35 件であった。これらを除く 148 件で診断が確定し、その内訳は第一群が 49 件(32.9%)、第二群が 48 件(32.2%)、第三群が 51 件(34.2%)、いずれの診断基準も満たさないと判断され、その他に分類されたものが 1 件(0.7%)であった(表 2)。

また、支援経過中に I 軸、II 軸診断について、追加あるいは変更されたケースはなかった。

(1) 第一群

第一群に分類された 49 件の I 軸、II 軸診断と III 軸、IV 軸に該当した事項、相談・支援の転帰、社会参加したケースに対する支援期間について、それぞれの内訳と件数を表 3 に示す(1 つのケースに複数の診断が付与される場合があるため、診断の総数は事例数よりも多くなる)。

I 軸、II 軸診断は、統合失調症および他の精神病性障害が 17 件、気分障害が 16 件、不安障害

が 14 件、パーソナリティ障害が 5 件、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害が 3 件、適応障害、他のどこにも分類されない衝動性の障害、身体表現性障害がそれぞれ 1 件であった。

III 軸としては、10 件で身体疾患の関連が指摘されていた。IV 軸診断については、家族の問題が 28 件、経済的問題が 3 件、教育上の問題が 4 件、経済的問題が 3 件、その他が 3 件であった。

転帰については、社会参加が 10 件、精神科医療が 24 件、支援機関紹介が 1 件、相談継続が 9 件、中断が 5 件であった。社会参加した 7 件が社会参加に至るまでの平均支援期間は、 21.7 ± 13.6 ヶ月で、最小 1 ヶ月、最大 49 ヶ月であった。

(2) 第二群

第二群に分類された 48 件の I 軸、II 軸診断と III 軸、IV 軸に該当した事項、相談・支援の転帰、社会参加したケースに対する支援期間について、それぞれの内訳と件数を表 4 に示す。

I 軸、II 軸診断は、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害が 49 件、不安障害が 6 件、適応障害が 4 件、気分障害が 3 件、統合失調症および他の精神病性障害が 1 件、解離性障害が 1 件であった。

III 軸に関連する身体疾患として記載されたのは 2 件であった。IV 軸診断は、家族の問題が 19 件、教育上の問題が 5 件、経済的問題が 2 件、その他が 9 件であった。

転帰については、社会参加が 6 件、精神科医療が 5 件、支援機関紹介が 12 件、相談継続が 22 件、中断 3 件であった。社会参加した 6 件が社会参加に至るまでの平均支援期間は、 17.3 ± 10.7 ヶ月で、最小 6 ヶ月、最大 36 ヶ月であった。

(3) 第三群

第三群に分類された 51 件の I 軸、II 軸診断と III 軸、IV 軸に該当した事項、相談・支援の転帰、社会参加したケースに対する支援期間について、それぞれの内訳と件数を表 5 に示す。

I 軸、II 軸診断は、パーソナリティ障害が 27 件、不安障害が 23 件、気分障害が 7 件、適応障

害が 7 件、身体表現性障害が 2 件、摂食障害が 2 件、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害、解離性障害、性障害及び同一性障害、選択性緘默がそれぞれ 1 件であった。

III 軸に関連する身体疾患が記載されたのは 2 件であった。IV 軸診断は、家族の問題が 37 件、教育上の問題が 5 件、経済的な問題が 3 件、その他が 2 件であった。

転帰については、社会参加が 11 件、精神科医療が 7 件、支援機関紹介が 2 件、相談継続が 26 件、中断 5 件であった。社会参加した 10 件が社会参加に至るまでの平均支援期間は、 27.4 ± 20.8 ヶ月で、最小 2 ヶ月、最大 61 ヶ月であった。

(4) その他

上記のいずれに分類するのも適当ではないと判断されたケースは 1 件であった。このケースは、DSM-IV-TR のいずれの診断基準を満たさないと判断されたものであった。

(5) 診断保留群

診断保留群の概要を表 6 に示す。現時点で疑われる I 軸、II 軸の診断は、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害が 10 件、パーソナリティ障害が 5 件、統合失調症および他の精神病性障害が 2 件、不安障害が 2 件、気分障害、適応障害、摂食障害がそれぞれ 1 件であった。

転帰については、社会参加が 1 件、精神科医療が 2 件、支援機関紹介が 1 件、相談継続が 14 件、中断 16 件、不明 1 件であった。社会参加した 1 件が社会参加に至るまでの支援期間は 5 ヶ月であった。

3. 第一群、第二群、第三群の比較

本人の性別、年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもりが始まってから家族が相談に至る相談までの期間、家族が相談に来てから本人が来談に至るまでの期間、最終学歴、職歴、不登校歴、GAF、転帰について各群の比較・検討を行った。年齢、ひきこもり始めた年齢、ひきこもりが始まってから家族が相談に至る相談までの期間、家族

が相談に来てから本人が来談に至るまでの期間、GAF については診断分類を独立変数とする多変量分散分析によって、性別、最終学歴、職歴、不登校歴、転帰については χ^2 検定を用いて検定を行った。

その結果、性別と転帰において有意な差が認められた（性別： $\chi^2(2)=9.82$ 、 $p<.01$ 、表 7；転帰： $\chi^2(8)=43.71$ 、 $p<.01$ 、表 8）。性別についての残差分析の結果、第一群において女性が有意に多く（ $p<.05$ ）、第二群において男性が有意に多い（ $p<.01$ ）ことが示された。転帰についての残差分析の結果、第一群においては精神科医療（ $p<.01$ ）、第二群においては支援機関紹介（ $p<.01$ ）、第三群においては相談継続が有意に多い（ $p<.05$ ）ことが示された。

4. 長期家族支援後の来談群

来談群のうち、長期家族支援群 16 件について、その概要を表 9、10 に示す。

支援開始から本人が来所するまでの平均期間は 2.17 ± 1.21 年であり、最大 5 年を要したケースがあった。I 軸、II 軸診断は、不安障害が 7 件、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害が 5 件、パーソナリティ障害が 3 件、統合失調症および他の精神病性障害、気分障害がそれぞれ 1 件であった。III 軸に記載のケースはなかった。IV 軸診断は、家族の要因が 9 件、教育上の問題が 1 件であった。

転帰については、社会参加が 3 件、精神科医療が 1 件、支援機関紹介が 1 件、相談継続が 8 件、中断 3 件であった。社会参加した 3 件が社会参加に至るまでの支援期間は平均 48.0 ± 4.6 ヶ月で、最小 43 ヶ月、最大 52 ヶ月であった。

来談までに長期を要した要因として指摘されたのは、本人側の要因が 10 件、家族要因が 9 件で、支援の要因が 4 件であった。来談した理由として指摘されたのは、家族の要因が 6 件、家族以外の要因が 5 件、本人の要因が 4 件であった（表 10）。

5. 相談開始から本人が来談するまでの期間（表 11）

相談の開始から本人が来談するまでの期間は、第一群が 3.184 ± 1.307 ヶ月、第二群が 4.489 ± 1.334 ヶ月、第三群が 2.745 ± 1.281 ヶ月であり、群間に有意な差はなかった。すべてのケースで本人が来談するまでの期間を確認したところ、0 ヶ月が 125 件(67.9%)、0.5 ヶ月から 3 ヶ月までで 28 件(15.2%)、0.5 ヶ月から 12 ヶ月まででみると 44 件(23.9%)であった。

6. 非来談群について（表 12、13）

(1) 概要

非来談群①136 件の転帰は、社会参加が 11 件、精神科医療が 5 件、支援機関紹介が 7 件、相談継続が 65 件、中断が 48 件であった。非来談群②19 件の転帰は、社会参加が 2 件、精神科医療が 8 件、支援機関紹介が 3 件、相談継続が 2 件、中断が 4 件であった。

(2) 来談群との比較

来談群と非来談群①との間で、性別、年齢、ひきこもり始めた年齢、最終学歴、職歴、不登校歴、GAF、転帰について比較・検討を行った。年齢、ひきこもり始めた年齢、GAF については来談の有無を独立変数とする多変量分散分析によって、性別、最終学歴、職歴、不登校歴、転帰については χ^2 検定を用いて検定を行った。非来談群②については、他の機関で多様な支援を受けている群であり、非来談群①とは等質性が低い可能性があるため、解析から除外した。

その結果、Wilks の Λ は有意であり ($\Lambda (3, 308) = 3.30, p < .05$)、GAF において群の有意な群の主効果が認められ ($F(1, 310) = 8.08, p < .01$)、非来談群①の値は来談群よりも有意に低いことが示された（図 1）。

転帰についても有意な差が認められた ($\chi^2(10) = 53.32, p < .01$ 、表 14)。残差分析の結果、来談群において社会参加 ($p < .05$)、精神科医療が多く ($p < .01$)、非来談①において中断が多い ($p < .01$) ことが示された。

D 考察

1. 調査対象者の概要

これまでの調査と同様、性別は男性が多く、女性の約 3 倍であった。ひきこもり始めた平均年齢は 20.1 ± 4.7 歳であったが、最小が 8 歳、最大が 34 歳と大きなばらつきがあり、最終学歴も多様であることから、平均年齢よりも、あらゆる年齢でひきこもりが生じていることに注目するべきであろう。

2. 来談群の I 軸、II 軸診断について

来談群 184 件のうち診断が確定したのは 149 件 (184 件中の 80.9%) であった。その内訳は第一群が 49 件(32.9%)、第二群が 48 件(32.2%)、第三群が 51 件(34.2%)、いずれの診断基準も満たさないと判断され、その他に分類されたものが 1 件(0.7%)であった。情報不足などのため診断が保留された 35 件であったが、診断が保留されたケースでも、何らかの精神医学的問題が疑われているケースが多かった。

こうした精神医学的問題が、ひきこもりによって二次的に生じた可能性も指摘されている。本研究では、次年度の集計の際に診断名を変更または追加したケースがある場合は報告することとしているが、来談群 184 件のうち、支援経過中に I 軸、II 軸に新たな診断が追加されたケースはなかった。したがって、「ひきこもりが続くと精神医学的問題が生じる」といった仮説は否定的であり、本研究で把握された精神医学的問題はひきこもりによって生じたものではなく、ひきこもりの原因となっている可能性が支持される。

これらの結果から、薬物療法などの生物学的治療を必要とするケースは全体の 1 / 3 程度であり、その他については、発達特性やパーソナリティの問題、神経症的傾向を踏まえた心理療法的アプローチ、就労支援などの心理-社会的支援が中心になるものと考えられる。

ただし、診療機能をもたない精神保健福祉センターにおける相談・支援活動の特徴として、生物

学的治療や入院治療を要する可能性が高いと考えられるケースについては、電話相談の時点で受診を勧めるなどして、来所相談に至らない場合が多いことから、ひきこもりをきたしている青年期ケース全体としては、第一群に分類されるケースがもっと多いことが予測される。また、何らかの発達障害がみられるものは原則として第二群に分類されているが、併存する統合失調症や妄想性障害などが主診断と判断されたケースは第一群に分類されている場合がある。

3. 来談群のIV軸診断とその他の属性について

IV軸診断については、各群において家族問題に関する記載が多く、とくに第三群においては、家族の自殺や死、親からの虐待や不適切な養育など、より深刻な家族問題が多く記載されており、治療・援助に際しては家族問題・家族関係に積極的に介入することが重要であると思われる。

また第二群では、学校でのいじめや発達障害に対する気づきや対応の遅れなど、教育上の問題も多く記載されていたことから、発達障害をもつ児童に対する適切な早期支援が望まれる。

また、来談群を3群に分けてケースの属性について検討した結果、性別については、第一群に女性、第二群に男性が多かった。発達障害を中心とする第二群に男性例が多いことは当然のこととして、ひきこもりケース全体に占める女性の割合が低いにもかかわらず、第一群には女性例が有意に多かったことから、若年女性に深刻なひきこもりが生じている場合には、第一群に分類されるような精神医学的問題と治療・援助方針を積極的に検討する必要があるものと考えられる。

4. 来談群に対する相談・支援の転帰について

転帰については、第一群は精神科医療につながったものが多い。また、第二群では支援機関紹介（発達障害者支援センターや障害者職業センターなどが多いと思われる）が多く、第三群では精神保健福祉センターで相談を継続しているケースが多いことが示された。ひきこもりケースへの

治療・支援にあたっては、精神科医療機関（とくに薬物療法）に一定の役割が期待されると同時に、心理療法的アプローチや生活・就労支援などを提供できる、多様な相談・支援システムが必要であると考えられる。

調査期間内に社会参加（一般就労、週3日以上のアルバイトや福祉施設への通所、進学など）に至ったケースは、第一群で10件、第二群で6件、第三群で11件であった。また、診断を保留した35件からも社会参加に至ったケースが1件あり、来談群184件の中で社会参加に至ったケースは28件（15.2%）であった。また、初回相談から社会参加に至るまでの平均支援期間としては、第一群で 21.7 ± 13.6 ヶ月、第二群で 17.3 ± 10.7 ヶ月、第三群で 27.4 ± 20.8 ヶ月を要しており、ひきこもりケースに対する支援の難しさが浮き彫りになった。

ただし、この184件には、本人が来談して間もないケース、ようやく隔週程度の個別面接につながったようなケースも多く含まれている。精神保健福祉センターで実施しているグループ支援についての近藤、柳原の調査結果（本報告書に所収）では、利用者の過半数が就労・就学に結びついているプログラムも把握されていることから、個別支援から時間をかけてグループ支援にステップアップできたケースなどでは、もっと多くのケースが社会参加できる可能性がある。また、集中的な通所型支援や入所型支援の活用など、さらに効果的な支援方法を検討する必要がある。

5. 来談群の割合と本人が来談するまでの期間と家族相談の方法について

本研究の対象者339件のうち184件（54.3%）が調査期間に本人が来談していた。本人が来談するまでの期間は三群の間で有意な差はなかった。次に、すべてのケースで本人が来談するまでの期間を確認したところ、0ヶ月が125件（67.9%）であった。これは、ほとんどが初回から本人が来談したケースであると思われる。家族相談から始まり、本人の来談に至ったケースは59件（32.1%）

であった。来談までの期間は、0.5ヶ月から3ヶ月までが28件(59件のうち47.5%)、0.5ヶ月から12ヶ月までが44件(74.6%)であった。それ以後も、粘り強い家族支援を継続し、最長で5年をかけて本人の来談に至ったケースもあった。

家族支援の技法論についてさらに積極的な検討が必要であると同時に、自宅への訪問など、本人に直接はたらきかける介入方法を、これまで以上に積極的に検討する必要があるかもしれない。

6. 本人の来談に関する阻害要因について

本人が来談するまでに12ヶ月以上の家族相談を要したのは来談群のうち16件であり、これらは来談群の中でもとくに本人が相談につながりにくかったケースであったと想定される。来談までに長期を要した要因として指摘されたのは、本人側の要因が10件、家族要因が9件で、支援の要因が4件であった。

この群のI軸、II軸診断は、不安障害が7件、通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害が5件、パーソナリティ障害が3件と続いている。来談までに長期を要した本人側の要因としては、本人の外出や対人接触に対する恐怖感が強いことや生活の変化、新しい体験への抵抗感や拒絶が強いことが多く指摘されており、ひきこもりが長期化するケースでは、不安障害と発達障害への対応が一つの重要な課題になるものと考えられる。

家族要因としては、家族の問題解決能力の低さや本人に対する不適切な関わり、症状や暴力の増悪を恐れて変化を促せなくなっているなど、家族が機能不全の状態に陥っている傾向が認められた。

7. 非来談群について

来談群と非来談群①(本人がいずれの医療・相談機関にもつながっていないケース)を比較した結果、来談群よりも非来談群①のGAF得点が有意に低いことから、非来談群①には、より問題の深刻なケースが多く含まれているものと考えら

れる。

来談群と非来談群①の転帰を比較すると、来談群の社会参加が有意に多いという結果も出ているが、非来談群①に中断が多いことから、本人の生活状況が変化したかどうかは確認ができないというのが正確である。しかし、非来談群①では、本人には変化がみられないまま家族相談が長期化している、あるいは家族相談さえも中断に終わっているケースが多いことが窺われ、現状では最も支援の難しいタイプのケースと言える。

長期家族支援後の来談群に関する結果と併せて推察されるのは、不安や恐怖感のために社会的な場面や生活の変化を拒絶する本人と、症状・状態の増悪を恐れて変化を促せない、適切な対処行動がとれないなどの家族状況が、来談までに長期間を要する、あるいは本人が来談しないまま経過することの背景要因となっていることである。近年、ひきこもり問題の長期化・高齢化が指摘されており、その実状と背景要因の一端が明らかになったものと思われる。

ただし、非来談①に該当する136件の中には、本人が来談しないまま社会参加に至ったことが確認できたケースが11件(8.1%)あり、一部のケースについては、家族を対象とした支援(家族療法的アプローチ)が有効であった可能性も示唆された。

E 結論

ひきこもりをきたしている青年期ケースの精神医学的診断(DSM-IV-TRによる多軸診断)と治療・援助方針、転帰などについて検討した。また、本人が来談せず、診断の対象とならないケースについては、GAF得点や職歴、相談・支援の転帰などから、社会的機能水準や精神病理学的特性を検討した。

F 健康危険情報

特記事項なし

G 研究発表

1. 論文発表

- ・近藤直司：青年期における発達障害と精神科医療。精神神経学雑誌 111(11);1433-1438,200
- ・近藤直司、小林真理子、富士宮秀紫、萩原和子：青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて。精神科治療学 24(10);1219-1224,2009
- ・近藤直司、小林真理子、宮沢久江、宇留賀正二、小宮山さとみ、中嶋真人、中嶋 彩、岩崎弘子、境 泉洋、今村 亨、萩原和子：発達障害と社会的ひきこもり。障害者問題 37(1);21-29,2009
- ・近藤直司：青年のひきこもり。児童青年精神医学とその近接領域。50(50周年記念号);156-160,2009
- ・近藤直司：ひきこもり。精神科臨床サービス 9(4);507-511,2009

2. 学会発表

近藤直司：青年期における発達障害と精神科医療。日本精神神経学会シンポジウム、2009

H 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Tex 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) 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

表1 ひきこもり相談339例の概要

項目		人数 (%)
性別	男性	253 (74.6%)
	女性	86 (25.4%)
年齢	10代	80 (23.6%)
	20代前半	105 (31.0%)
	20代後半	85 (25.1%)
	30代	69 (20.4%)
	平均年齢(歳)	24.3±5.5
最小値(歳)		16
最大値(歳)		37
ひきこもり始めた年齢	20代より前	162 (47.8%)
	20代前半	114 (33.6%)
	20代後半	57 (16.8%)
	30代	6 (1.8%)
	平均年齢(歳)	20.1±4.7
最小値(歳)		8
最大値(歳)		34
支援開始までにひきこもり始めた期間から	1年未満	55 (16.2%)
	1年以上 5年未満	165 (48.7%)
	5年以上 10年未満	74 (21.8%)
	10年以上	44 (13.0%)
	不明	1 (0.3%)
平均期間(年)		4.4±4.2
最小値		0か月
最大値		25年11ヶ月
最終学歴	中卒(高校中退含む)	117 (34.5%)
	高卒(大学等の中退含む)	133 (39.2%)
	大学・専門学校卒	87 (25.7%)
	不明	2 (0.6%)
職歴	あり(正社員)	50 (14.7%)
	あり(アルバイト)	116 (34.2%)
	なし	172 (50.7%)
	不明	1 (0.3%)
不登校歴	あり	178 (52.5%)
	なし	151 (44.5%)
	不明	10 (2.9%)
G A F	0-10	0 (0.0%)
	11-20	11 (3.2%)
	21-30	43 (12.7%)
	31-40	139 (41.0%)
	41-50	116 (34.2%)
	51-60	19 (5.6%)
	61-70	2 (0.6%)
	71-80	0 (0.0%)
	81-90	0 (0.0%)
	91-100	0 (0.0%)
	不明	9 (2.7%)
平均値		38.9±9.0
最小値		17
最大値		65

表2 339件の分類

来談群	184件(長期家族支援群16件)
診断保留	35件
確定診断	149件 (100.0%)
第一群	49件 (32.9%)
第二群	48件 (32.2%)
第三群	51件 (34.2%)
その他	1件 (0.7%)
非来談群	155例 (100.0%)
非来談群①	136例 (87.7%)
非来談群②	19例 (12.3%)

表3 第1群49件の概要

	I軸、II軸診断	件数	III軸、IV軸	件数	転帰	件数
統合失調症および他の精神疾患性障害	17	緊密の問題	28	社会参加	10	
295.30統合失調症妄想型	10	家族の不和	7	精神科医療	24	
295.統合失調症(病型の記載なし)	3	家族の健診問題	6	支援機関紹介	1	
295.20統合失調症緊張型	1	家族の問題解決能力の低さ	2	相談継続	9	
295.60統合失調症(疑惑型)	1	親の精神障害	2	中断	5	
297.1妄想性障害(混合型)	1	親子間の葛藤	2			
統合失調症障害	1	家族の自殺	1	社会参加した事例		
気分障害	16	親からの虐待	1	支援期間	件数	
300.4気分変調性障害	4	親の死	1	1年未満	2	
296.39双極II型障害	2	親の自殺	1	1年以上3年未満	7	
296双極I型障害(下位分類の記載なし)	1	親子関係の問題	1	3年以上5年未満	1	
296.2大うつ病性障害単一エピソード 中等症	1	同胞との不和	1	5年以上	0	
296.2大うつ病性障害単一エピソード 中等症	1	母の重篤な病	1	平均支援期間(月)	21.7±13.6	
296.3大うつ病性障害反復性エピソード部分覚解	1	母子家庭	1	最短値(月)	1	
296.3大うつ病性障害 反復性 中等症	1	両親の離婚	1	最大値(月)	49	
296.90特定不能の気分障害	1	身体疾患	10			
300.4気分変調性障害 早発性	1	てんかん	2			
31.1特定不能のうつ病性障害	1	頭面の裂傷	1			
296大うつ病性障害 慢性エピソード	1	標本病	1			
296.3大うつ病性障害 反復性 重症 精神病性の特徴を伴うもの	1	手掌多汗症	1			
不安障害	14	過敏性大腸炎	1			
300.23社会恐怖(社会不安障害)	8	腎疾患	1			
300.02全般性不安障害	3	難聴	1			
300.3強迫性障害	2	網膜剥離の既往	1			
300.22/ニンsson障害の既往歴のない広場恐怖	1	肺気腫	1			
300.00特定不能の不安障害	2	教育上の問題	4			
バーソナリティ障害	5	はじめ	2			
301.4強迫性バーソナリティ障害	1	般友との不和	1			
301.6依存性バーソナリティ障害	1	進路の悩み	1			
301.8回避性バーソナリティ障害	1	経済的問題	3			
涼技性バーソナリティ傾向	1	失業	2			
境界性バーソナリティ傾向	1	不安定な会計	1			
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	3	その他	3			
299.00自閉性障害	1	友人とのトラブル	2			
317経度精神運営	1	精神科医療への抵抗感	1			
適応障害	1	対人関係の葛藤	1			
309.4適応障害 慢性 情緒ど行冷の混合した障害を伴うもの	1					
他のどこにも分類されない行動制御の障害	1					
312.3病的嗜好	1					
身体表現性障害	1					
300.7身体體形障害	1					