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

児童期・前思春期のひきこもりに対する
精神医学的治療・援助に関する研究（3）

分担研究者　渡部京太[1]
研究協力者　齊藤万比古[1]　小平雅基[1]　宇佐美政英[1]　岩垂喜貴[1]　磯野友厚[1]
佐藤裕美子[1]　平理英子[1]　牛島洋景[1]　宮崎央桂[1]　黒江美穂子[1]
大西豊史[1]　青木桃子[1]　永田真由[1]　勝見千晶[1]　入砂文月[1]
木沢由紀子[1]　川上桜子[1]　中里容子[1]

1）国立国際医療センター国府台病院児童精神科

研究要旨

ひきこもり状態にある義務教育以降の患者を対象に、平成19年5月からは「男子作業療法」として開始し、平成20年5月からは男女別の「デイケア」として女子の活動も開始した。対象は中学卒業後から20歳未満の神経症圏の患者とした。自殺企図や自傷行為などの著しい逸脱行動のある患者は除外した。男子メンバーは就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多かった。女子メンバーは、通信制、定時制などの高校に通学ができている者であり、完全な不登校ひきこもり状態のメンバーは参加できないことが多かった。男子は10名参加していたが、4名が参加を終了し進学、復学し、1名は中断していた。5名は参加を継続していたが、4名は高校に通学したりアルバイトをするようになった。女子は11名参加していた。女子では、適応状況がデイケア開始時よりも悪化した者はいなかった。同世代の仲間集団の力を生かした思春期デイケアは治療のひとつのオプションとして必要と考えられる。

初年度に当科外来におけるひきこもり（不登校）の診療状況を調査したが、解析対象のなかに中学校卒業後在宅の患者が17名、高校卒業後在宅の患者が20名いた。これら37名の診断、行われていた治療、初年度調査時点から1年後、2年後の適応状況を調査した。37名は診断によって統合失調症群、広汎性発達障害群、不安障害・気分障害群に分けられた。37名のうち23名は受診を継続していたが、就学・就労していた者は4名（男4名）のみだった。義務教育年代に生じたひきこもり（不登校）がどのような経過をたどり青年期・成人期のひきこもりへ移行していくかどうかを明らかにするためには前方視的な経過追跡研究が必要になるだろう。

A. 研究目的

当院の児童精神科部門の診療構造は、①外来診療、②原則中学生年代までの開放的処遇での入院診療、③成人精神科閉鎖病棟を利用した入院診療であり、院内に公立小中学校の分校を併設している。そのため、中学生年代までは同年代集団と交流する医療的な場をある程度提供できるのに対し、高校生年代の患者についてはそのような場の提供が難しい。

そのような背景のもと、ひきこもり状態にある義務教育以降の患者を対象に、家庭外での活動の場、交流の場を持つ機会と関わりとを提供し、ひ

きこもり状態の改善を図ることを目的として活動を企画し、平成19年5月からは「男子作業療法」として開始し、平成20年5月からは男女別のデイケアとして女子の活動も開始した。その経過を報告する。

また、初年度に当院児童精神科外来におけるひきこもり（不登校）の診療状況について調査した。その調査の解析対象の中に、中学校卒業後高等学校などに進学しないまま在宅でひきこもりを示している患者、高等学校に進学したものの続かずに中退し在宅でひきこもりを示している患者、高等学校卒業後に進学や就労をせずに在宅でひきこもりを示している患者が認められた。このように義務教育年代で始まったひきこもり（不登校）患者のなかで義務教育終了以降も学校や就労をしないで在宅だった患者の診断、治療、その後の適応状況などについて追跡調査を行ったので報告する。

なお、本研究における「不登校（ひきこもり）」は、本研究班の『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。』との定義に従った。

B. 研究方法

1）男女別思春期デイケアの構造・枠組み

①対象：中学卒業後から20歳未満の神経症圏の患者を対象とした。自殺企図や自傷行為などの著しい逸脱行動のある患者は除外した。

②デイケアのスタッフ

当院では成人精神科患者を対象としたデイケアが週4日行われている。平成19年5月から、成人のデイケアが行われていなかった曜日に「男子作業療法」を開始した。成人のデイケアと「作業療法」のスタッフは併任である

ⅰ）「男子作業療法」：

作業療法士（OT）1名と児童精神科医2名。

ⅱ）デイケア1年目：

デイケア専属スタッフ3名（看護師男女各1名、女性精神保健福祉士（PSW）1名）、児童精神科医2－3名。

ⅲ）デイケア2年目：

デイケア専属スタッフ5名（看護師男女各1名、女性 PSW 1名、女性 OT1 名、女性臨床心理士（CP）1名）、男性の児童精神科医2名、女性の児童精神科医1名。

スタッフ・ミーティングを定期的に行った。

③活動時間：

平成19年度：週1日（2時間）。

平成20年度：週1日（3時間：女子午前、男子午後）。

平成21年度： 週1日（2時間：男女並行）。

④参加メンバーの回復の評価：

奥平らが考案したひきこもりの回復段階を評価する尺度を使用し、参加メンバーのひきこもりの程度を評価した。

ひきこもりの評価段階は、次のように評価した。

第1段階：自室から出ない。家族からも孤立。

第2段階：家から出ない。家族とは交流。

第3段階：外出、買い物はするが、友人・知人との交流がない。

第4段階：友人、知人との付き合いはあるが、通学、就労ができない。

第5段階：通学、就職、アルバイト、ボランティアをする。

デイケア参加時、平成21年11月時におけるひきこもりの程度を評価した。

2）中学卒業後在宅、高校卒業後在宅だった者のその後の追跡調査

初年度に当科外来におけるひきこもり（不登校）の診療状況について調査した。平成19年のある3ヶ月間に通院治療を行なっている者のうち、①調査時点で小学生以上の者、②平成18年

12 月までに当科を受診した者を対象に調査を行った。３ヶ月間に 1084 名（男 683 名、女 401 名）の外来受診者があり、そのうち 21 歳未満の受診者 1035 名（男 655 名、女 380 名）を解析対象とした。解析対象のなかに、中学校卒業後在宅の患者が 17 名で、そのうちひきこもり状態の患者は 16 名だった。さらに高校卒業後在宅の患者が 20 名で、ひきこもり状態の患者は 15 名だった。

これら 37 名を調査対象とし、診断、行われていた治療、初年度調査から１年後、２年後の適応状況を調査した。適応状況については、奥平らが考案したひきこもりの回復段階を評価する尺度を使用した。

C. 結果

１）男女別思春期デイケア

①男子「作業療法」および「デイケア」：

ｉ）参加メンバーと「作業療法」および「デイケア」の経過：

「作業療法」および「デイケア」に参加した男子メンバーは表１に示した。男子メンバーのデイケア開始時の社会適応は、就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多かった。主にスポーツを中心にしたプログラムを行った。スポーツのプログラムでは、メンバーとスタッフに別れて対戦することを通してメンバー間の連帯感、凝集性を高まる機会となったと考えられる。デイケアに移行し活動時間が２時間から３時間に増えるに伴い、またメンバー間の連帯感や凝集性が高まるにつれて、活動開始前に話し合いの時間ができるようになっていった。その話し合いを通して、メンバーが行動を振り返るきっかけ、また互いに他のメンバーの興味・生活・社会活動の様子を知り、ゲームなどの活動のほか、社会活動へむけた動機付けをも得る機会ともなった。

ⅱ）男子メンバーの回復の評価：

男子メンバーの参加時、平成 21 年 11 月時、あるいは終了時におけるひきこもりの回復評価や適応状況を表 1、２に示した。男子は 10 名参加し、４名が参加を終了し進学、復学していた。１名は中断していた。５名は参加を継続していたが、４名は高校に通学したりアルバイトをするようになった。

②女子デイケア

ｉ）参加メンバーと「デイケア」の経過：

女子メンバーは全員が高校に在籍していた。完全不登校・ひきこもり状態の者は、保護者のみの見学、あるいは本人が見学しても参加に至らないことが多かった。 メンバーは学校とは別に同世代の仲間との交流を希望したり、毎日通学する息抜きとしたりと、“学校以外の居場所” としての役割が大きいと思われた。

初年度は、女子デイケアは午前中に行われた。メンバーは起床できずに、毎回１、２名の参加者だった。年間を通じて数名の見学者があったが、新しいメンバーは参加に至らなかった。活動内容は、当初は話し合って決めるとしたが、メンバーは意見を出さないため、スタッフが主導してスポーツ、絵画工作、ビデオ鑑賞、読書（マンガ）、散歩遠足、料理などといったプログラムを組み、行っていった。

２年目は、新メンバーとして E と F が加わり（E と F は入院治療で顔なじみだった）、E、F を中心にグループは活動するようになった。F は毎週休まずに参加し、好きなアニメの話をしグループの中心となっていた。また２年目からデイケアは午後に行われることになり、D が参加できるようになった。C は安定して通学できるようになり参加しなくなったが、6 月、7 月より新たに見学した G と H が参加するようになり、月１回程度参加し、平均３～４人利用となった。活動内容は、参加者からの提案で決めるようになり、散歩、フリートーク、スポーツなどを行った。

ⅱ）女子メンバーの回復の評価：

女子メンバーの参加時、平成 21 年 11 月時、あるいは終了時における引きこもりの回復評価や適応状況を表３、４に示した。女子は 11 名参加していた。女子は全員が高校に在籍しており、適応状況はデイケア開始時よりも悪化している

者はいなかった。

2）中学卒業後在宅、高校卒業後在宅だった者のその後の追跡調査

①中学校卒業後・高校卒業後に在宅だった患者の診断：

中学校卒業後、高校卒業後に在宅だった患者の診断・知的障害の併存の有無、ひきこもり回復段階の評価、具体的な社会参加、受けている治療をまとめたものを表5に示した。

ｉ）中学校卒業後に在宅だった患者について：

平成19年の時点で中学卒業後在宅だった17名（男11名、女6名）の主診断は、広汎性発達障害が6名、統合失調症が5名、全般性不安障害が5名、特定不能の不安障害1名、強迫性障害が1名だった。

17名のうち、平成21年の時点で受診を継続していた者が10名（男8名、女2名）、他院精神科へ紹介になった者が2名、受診を中断した者が4名で、ひきこもり状態が改善し終診となった者が1名だった。受診を継続していた10名のなかで就学、就労していなかった者は7名（男5名、女2名）で、ひきこもり回復段階の第5段階だった者は3名（男3名）で、何らかの形で社会参加をしていた。

②高校卒業後に在宅だった患者について：

平成19年の時点で高卒後在宅だった20名（男11名、女9名）の主診断は、統合失調症が7名、広汎性発達障害が4名（うち知的障害を伴う者1名）、強迫性障害が3名、気分障害が3名、身体表現性障害が2名、全般性不安障害が1名だった。

20名のうち、平成21年の時点で受診を継続していた者が13名（男9名、女4名）、他院精神科へ紹介となった者が6名で、受診を中断した者が1名であった。

受診を継続していた13名のなかで就学、就労していなかった者は12名（男8名、女4名）で、ひきこもり回復段階の第5段階だった者は1名（男1名）で派遣社員の形で就労していた。

これらの患者は、統合失調症、広汎性発達障害、不安障害・気分障害の3群に分けられた。統合失調症群では、12名中5名が他院に紹介されていた。統合失調症群ではひきこもり回復段階の5段階の者はいなかった。広汎性発達障害群では、10名中2名が中断になっていた。広汎性発達障害群ではひきこもり回復段階の5段階の者は3名だった。不安障害・気分障害群では、15名中1名が終診、3名が他院へ紹介され、3名が中断になっていた。不安障害・気分障害群ではひきこもり回復段階の5段階の者は1名だった。

D.考察

1）男子および女子のデイケアの活動についての考察：

男子メンバーのデイケア開始時の社会適応は、就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多く、思春期のギャング集団を形成する経験に乏しかったと思われた。スポーツや話し合いといった活動を通して、グループの凝集性は高まって活動性を高めていき、バイトや復学、進学をして社会活動が増加しているメンバーがみられた。

女子の参加メンバーは、通信制、定時制などの高校に通学ができていて、完全な不登校ひきこもり状態のメンバーは、見学のみか見学にも来られないか（親のみの見学が数名あった）であり、男子とはメンバー構成が違った。女子デイケアにおける問題点は、参加者が増えなかったことだった。この理由としては、デイケア専属スタッフが思春期の患者の対応に慣れてないこと、参加者数に対してスタッフの数が多いことなどのために、デイケアの場の緊張感が高まりやすいことと、毎週連続して参加できる利用者は少なく、また見学者はすでに参加しているメンバーとスタッフが打ち解けていることに疎外感を感じやすかったために利用者同士の交流が活発とならず見学者が登録に踏み切れなかったことや、午前中にデイケアが行われるという時間帯の影響が考えられた。また、デイケアスタッフより、「児童精神科医が多く参加すると運営がしづらい、参加メンバーがデイケア専属スタッフに頼らずになつかないので

困る」との提言があった。以上をふまえて、次年度はスタッフ構成と時間帯に変更を加え運営した。２年目からは、デイケアを午後に行うことにして、参加メンバーが増えた。また、児童精神科医の参加数を減らし、病棟で友人関係だったメンバーを中心として、メンバー同士の交流が深まり、メンバーの参加増加と新しいメンバー参加につながったり、活動内容もメンバー導で決定するようになっていった。成人のデイケア専属のスタッフに対しては、メンバーの特徴を説明はしていたが、逸脱行動の少ないメンバーを選ぶことで、あまり抵抗なく、医師抜きで活動できるようになっていった。

男女別にデイケアを行うことは、男子にとってギャング集団、女子にとってチャムグループといった思春期心性による行動パターンに配慮した対応を行いやすい。義務教育以降の年代への支援は薄いのが現状ではあるが、同世代の仲間集団の力を生かした思春期デイケアは治療のひとつのオプションとして必要と考えられる。成人のデイケアに慣れたスタッフには、思春期患者の対応に抵抗感を持つ場合もあり、思春期心性や疾患の特徴などのガイダンスが円滑に運営するためには必要だった。

２）中学卒業後在宅、高校卒業後在宅だった者のその後の追跡調査の結果についての考察：

中学校卒業後在宅の患者が 17 名で、高校卒業後在宅の患者が 20 名、計 37 名を調査対象とし、適応状況等を調査したところ、統合失調症群、広汎性発達障害群、不安障害・気分障害群に分けられた。37名のうち23名は受診を継続していたが、ひきこもり回復段階の第５段階だった者は４名（男４名）のみだった。治療は、統合失調症では薬物療法が主体に行われ、集団療法が併せて行われていた。他院への紹介が多かったが、統合失調症を対象とした成人精神科のデイケアを行っている医療機関に紹介され転院していた。広汎性発達障害群では薬物療法、なかには集団療法が提供されていた。不安障害・気分障害群は、薬物療法に併せて前述したデイケアを利用している者がみられた。齊藤は、児童精神科病院入院中の中学生のための病院内学級を卒業した不登校児のうち中学校卒業後 10 年間の経過を知りえた 106 名を対象として、中学校卒業後 10 年間の経過とそれに影響を与える諸要因を検討し、①中学校卒業後 10 年間で新たに診断された精神障害は不安障害群（発現率９％）、パーソナリティ障害群（９％）、統合失調症（６％）、抑うつ群（５％）などであること、②義務教育期間に不登校であったものが中学校卒業後に上記のような成人型精神障害と診断された場合、障害群の種類に関係なく長期におよぶ社会的不適応状態につながる可能性が高まることこと、③中学校卒業後の５年間は社会適応状況が 10 年目の評価と一致しない可能性が誤差の範囲を超えて高いが、６年目以降は大半が 10 年目の評価と一致するに至り、なかには 10 年間を通じて適応群と不適応群の間を動揺する経過を示す一群があることを報告している。本調査の対象のうち統合失調症群については、児童精神科から成人精神科につなげていき、成人精神科でのデイケアの利用などを通じて問題解決能力やコミュニケーション・スキルを習得すること、さらに社会資源の活用するためのソーシャル・ワークが中心になっていくだろう。広汎性発達障害群では、不安、抑うつ、パニック、衝動性のコントロールといった二次障害の改善をめざしての薬物療法が行われ、薬物療法にあわせて問題解決やコミュニケーション・スキルを高めるためには集団療法が有効かもしれない。さらに就労に向けての支援も重要になっていくと考えられる。不安障害・気分障害群では、薬物療法に併せて、思春期デイケアや集団療法の提供によって思春期の自立過程の挫折に対する支援が必要になる。本研究の対象のうち、なかでも広汎性発達障害群や不安障害・気分障害群では、齊藤が報告したように今後適応に向かう者もいると推測される。今後本研究の対象がどのような経過をたどるのか、経過追跡研究が必要と考えられる。

本研究では、義務教育年代で生じたひきこもり（不登校）からその後も就学、就労しないまま在

宅でひきこもりが続いていく可能性がある症例について、その経過を追跡した。近藤らは、山梨県立精神保健福祉センターなどに来談した本研究のひきこもりと同じ定義のひきこもり患者(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)を対象に、その精神医学的診断を検討した結果、3 群に分けられたと報告している。〈第一群〉は、統合失調症や気分障害、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を含めた精神医学的介入が必要ないしは有効と判断されたものである。生物学的治療のほか、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや、福祉的な生活・就労支援が治療・支援の主体となる。〈第二群〉は、ひきこもりの発現になんらかの発達障害が関連しており、治療・援助においても発達支援の視点が不可欠とされたものである。個々の発達特性を踏まえた心理療法的アプローチや福祉的な生活支援が中心となることが多いが、併存障害(うつ状態や不安・緊張感、被害感など)に対する精神医学的治療が必要な場合もある。〈第三群〉は、パーソナリティ障害(ないしは、その傾向 trait)や身体表現性障害などの神経症的傾向、あるいは、薬物療法が無効ないしは補助的な手段にとどまるような気分障害や不安障害など、心理的-社会的支援が中心になると判断されたものである。児童・思春期における不安障害や気分障害では、成人ほど薬物療法のみで精神症状の軽快や問題が解決するということは少ないと考えられる。また、義務教育年代に生じたひきこもり(不登校)が青年期・成人期のひきこもりへ移行していくかどうかを明らかにしていくためには前方視的な経過追跡研究が必要になるだろう。

E. 結論

1) ひきこもり状態にある義務教育以降の患者を対象に、家庭外での活動の場、交流の場を持つ機会と関わりとを提供し、ひきこもり状態の改善を図ることを目的として活動を企画し、平成 19 年 5 月からは「男子作業療法」として開始し、平成 20 年 5 月からは男女別のデイケアとして女子の活動も開始した。対象は中学卒業後から 20 歳未満の神経症圏の患者を対象とした。自殺企図や自傷行為などの著しい逸脱行動のある患者は除外した。男子メンバーは、就職しなかった者、高校に進学しなかった者、あるいは進学したもののほとんど登校できていなかった者が多かった。主にスポーツを中心にしたプログラムを行った。女子メンバーは、通信制、定時制などの高校に通学ができている者であり、完全な不登校ひきこもり状態のメンバーは参加できないことが多かった。女子の活動は、散歩、フリートーク、スポーツなどを行った。男子は 10 名参加していたが、4 名が参加を終了し進学、復学していた。5 名は参加を継続していたが、4 名は高校に通学したりアルバイトをするようになった。1 名が中断になった。女子は 11 名参加していた。女子では、適応状況がデイケア開始時よりも悪化した者はいなかった。義務教育以降の年代への支援は薄いのが現状ではあるが、同世代の仲間集団の力を生かした思春期デイケアは治療のひとつのオプションとして必要と考えられる。

2) 初年度に当科外来におけるひきこもり(不登校)の診療状況について調査したが、解析対象のなかで、中学校卒業後在宅の患者が 17 名で、高校卒業後在宅の患者が 20 名いた。これら 37 名を調査対象とし、診断、行われていた治療、その後の適応状況を調査した。37 名は診断によって統合失調症群、広汎性発達障害群、不安障害・気分障害群に分けられた。37 名のうち 23 名は受診を継続していたが、ひきこもり回復段階の第 5 段階だった者は 4 名(男 4 名)のみだった。治療は、統合失調症群では薬物療法が主体に行われ、集団療法が併せて行われていた。他院へ紹介されていることも多く、成人精神科での治療に移行していた。広汎性発達障害群では薬物療法、なかには集団療法が提供されていた。不安障害・気分障害群は、薬物療法に併せて前述したデイケアを利用している者がみられた。本研究では、義務教育年代で生じたひきこもり(不登校)からその後も就学、就労しないまま在宅でひきこもりが続いていく

可能性がある症例についてその経過を追跡したが、義務教育年代に生じたひきこもり（不登校）がどのような経過をたどり青年期・成人期のひきこもりへ移行していくかどうかを明らかにするためには前方視的な経過追跡研究が必要になるだろう。

F. 健康危険情報　なし

G. 研究発表

1. 論文発表　なし

2. 学会発表

1）国府台病院における男女別思春期ショートケアの試み
磯野友厚、佐藤裕美子
第50回日本児童青年精神医学会　京都
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）奥平謙一、鳥海薫、中島克己：ひきこもりグループ活動参加者とひきこもりからの回復，日社精医誌 10，141-147，2001

2）近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、ほか：青年期のひきこもりの精神医学的背景について，精神神経学雑誌 109，834-43，2007

3）齊藤万比古：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究，児童青年精神医学とその近接領域 41，377-399，2000

4）渡部京太：集団療法 23 増刊号，精神科治療学，87-92，2008

表１　デイケアに参加した男子メンバーの診断・経過

	病名	開始時年齢	回復段階登録直前	登録前の状況	回復段階現在
A	不安障害	15	3	自宅でゲームに没頭し、昼夜逆転。	3
B	不安障害,境界知能	16	3	通信制高校に進学したが友人との交流は少ない。	5
C	不安障害	17	3	外出するが、同世代との交流なし。	5
D	広汎性発達障害	15	3	サポート校在学。好きなものを買うほかは閉居。	3
E	不安障害	18	2	学校や仕事への所属なし。	5
F	側頭葉てんかん	17	4	通信制高校在学。ストレス負荷に発作が誘発されやすく、対人関係に困難を感じやすい。	5
G	統合失調症	16	3	被害念慮もちやすく不安あり、他者との交流に乏しい。	5
H	うつ病	17	3	通信制高校在学。外出するも同世代との交流乏しい。	5
I	うつ病	16	3	普通高校在学し、休学中。	5
J	不安障害	15	4	通信制高校在学中。不登校が続く。	4

表２　男子メンバーの参加状況

	現在の参加状況	終了時あるいは現在の状況
A	継続中	大きな変化なし。家庭状況に影響されやすく気分変動あり。
B	継続中	大学に進学し、参加頻度は減少中。
C	継続中	アルバイトをはじめ、継続している。
D	継続中	高校卒業を間近にし、仕事について考えるようになる。
E	終了	ゲームを購入し関わり増える。通信制高校に入学。
F	継続中	学校は継続して通っている。衝動統制は改善傾向。
G	終了	通学開始のため終了
H	終了	高校に通い始めて終了。
I	終了	新年度になり復学して終了。
J	中断	なじめずに中断。

表３　ショートケアに参加した女子メンバーの診断

	疾患	学校・開始時年齢	通学状況	参加動機	ショートケア参加状況
A	摂食障害 境界知能	定時制1年（16歳）	毎日	生活リズムの確立	部活・バイトに忙しくなり夏以降不参加
B	不安障害	通信制1年（16歳）	スクーリング	友人作り	月1～2回出席
C	強迫性障害 境界知能	単位制2年（17歳）	やや休み多い	学校以外の居場所	月1～2回出席
D	うつ病	通信制1年（16歳）	スクーリング	友人作り	朝起きられず不参加
E	転換性障害	単位制1年（16歳）	毎日→停学	生活リズムの確立	秋よりほぼ毎週参加
F	広汎性発達障害	サポート校1年（16歳）	毎日	学校以外の居場所	毎週参加
G	摂食障害	サポート校1年（16歳）	スクーリング	生活リズムの確立	入院中に参加
H	不安障害	通信制2年（17歳）	やや不登校	友人作り	月1～2回　1時間のみ参加
I	ADHD	全日制（16歳）	不登校	友人作り	最近参加、昨年度入院
J	気分変調症	なし（17歳）	なし	生活リズムの確立	最近参加
K	強迫性障害	全日制（16歳）	不登校	生活リズムの確立	最近参加

表４　女子メンバーの経過

	ひきこもり回復段階		それぞれの変化など
	参加時	終了時	
A	5	5	社会活動の充実に伴い、参加終了。
B	5	5	全身黒づくめ・眼深帽の衣服から、薄い色の服・脱帽へ変化。
C	4	5	安定して通学できるようになり、終了。
D	5	5	生活リズムが安定。
E	5	5	Fとともにデイケアで1日過ごしている。
F	5	5	デイケアで１日過ごしている。
G	4	5	成人病棟入院中に参加開始。
H	3	3	家庭訪問（ACT-J　KIDS）も利用している。母親と同伴の1時間の参加から、母親の同伴がなくてもデイケアに参加するようになってきている。

表５　中学校卒業後、高校卒業後に在宅の患者の診断、社会参加、治療について

診断 年齢(21年時) 性別	知的障害の併存	ひきこもり回復段階			社会参加	治療
		平成19年調査時	1年後	2年後		
1)統合失調症群						
21歳 女性	なし	2	2	3	なし	薬物療法、集団療法
20歳 男性	なし	2	1	2	なし	薬物療法
20歳 女性	なし	3	3	3	サポート校通学できず	薬物療法、集団療法
19歳 女性	なし	2	2	−	−	他院へ紹介
19歳 女性	なし	4	4	−	−	他院へ紹介
21歳 男性＊	なし	2	2	2	なし	薬物療法、集団療法
23歳 男性＊	なし	2	2	2	なし	薬物療法
22歳 女性＊	なし	4	4	3	アルバイト	薬物療法
23歳 女性＊	なし	4	4	4	なし	薬物療法
21歳 男性＊	なし	2	2	−	−	他院へ紹介
22歳 女性＊	なし	4	4	−	−	他院へ紹介
22歳 女性＊	あり	3	3	−	−	他院へ紹介
2)広汎性発達障害						
18歳 男性	なし	3	5	5	アルバイト、通信制高校	薬物療法
19歳 男性	なし	3	5	3	なし	薬物療法
18歳 男性	なし	2	2	2	なし	薬物療法、集団療法
18歳 男性	なし	3	3	5	アルバイト	
21歳 男性	なし	5	5	−	−	中断
18歳 男性	なし	1	1	−	−	中断
21歳 男性＊	なし	3	3	4	一人暮らし、作業所(週3日)	薬物療法、集団療法
21歳 男性＊	なし	3	4	5	就労(週3日)	薬物療法
20歳 男性＊	なし	2	2	2	なし	
21歳 女性＊	あり	4	4	4	なし	薬物療法
3)不安障害・気分障害群						
強迫性障害 19歳 男性	なし	2	2	−	−	中断
不安障害(特定不能) 17歳 男性	なし	4	4	4	デイケア(週1日)	薬物療法、デイケア
全般性不安障害 19歳 男性	なし	3	4	5	デイケア(週1日)、高校(週2日)	薬物療法、家族療法、デイケア
全般性不安障害 20歳 男性	なし	3	4	4	アルバイト、デイケア(週1日)	デイケア
全般性不安障害 18歳 女性	なし	2	5	−	−	終診
全般性不安障害 19歳 女性	なし	4	−	−	−	中断
強迫性障害 21歳 男性＊	なし	3	3	3	なし	薬物療法
強迫性障害 22歳 男性＊	なし	3	3	4	障害者センター(週1日)	薬物療法、家族療法
強迫性障害 23歳 男性＊	なし	2	2	3	なし、一人暮らし	親ガイダンス、保健所との連携
うつ病 22歳 女性＊	なし	3	3	−	−	他院へ紹介
気分変調症 20歳 女性＊	あり	4	4	−	−	他院へ紹介
気分変調症 20歳 女性＊	なし	4	5	−	−	中断
身体表現性障害 22歳 女性＊	なし	4	4	4	なし、一人暮らし	薬物療法、集団療法
身体表現性障害 22歳 女性＊	なし	3	−	−	−	他院へ紹介
全般性不安障害 21歳 女性＊	なし	3	3	4	アルバイト	薬物療法

＊は高校卒業後在宅の患者。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

ひきこもり青年の就労支援に関する研究

分担研究者　原田　豊[1)]
研究協力者　大塚月子[1)]　川口　栄[1)]　小谷由佳[1)]

1）鳥取県立精神保健福祉センター

研究要旨

ひきこもり青年の就労支援は、「一般就労支援」と「障害者就労支援」と両面での連携が重要であるが、いずれも、現在の支援制度では十分な対応が難しいと考えられている。鳥取県では2002年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」をはじめ、2009年度には、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持った「とっとりひきこもり生活支援センター（以下、ひきこもりセンター）」を開所した。ひきこもり相談は、鳥取県立精神保健福祉センター（以下、精保センター）とひきこもりセンターの両機関で実施され、今後、両センターの連携や役割分担を明確にし、就労支援を行うことが重要である。今回、両センターに相談・通所した事例（精保センター33例、ひきこもりセンター30例）を対象に、相談内容や就労支援等の調査を行い、鳥取県によるこれまでの事業経過をふまえ、就労支援の課題について検討を行った。

両センター間の事例の、平均年齢、ひきこもり年数、不登校歴等に差は認めなかった。医師のいる精保センターでは、およそ半数に広汎性発達障害の診断がついている。精保センターの事例では、ひきこもり傾向が強く、家族への暴言、他者への攻撃的言動、家庭内暴力、被害的言動、強いこだわり等の精神症状や問題行動が多く見られた。ひきこもりセンターでは、本人からの相談内容は、できる仕事がしたい、就労体験・訓練をしたい等が多く認められ、相談機関が何らかの具体的な支援手段を持っていることが、相談に向かう動機付けとなっている。精保センターでは、家族からの相談内容では、症状や問題行動への対応方法、病気か障害か鑑別してほしい等が多く認められ、保健医療的な専門性が求められている。ひきこもりの相談は、①精神疾患・発達障害等の診断、生活上支障となる行為（家庭内暴力や強迫症状など）への関わりなどの保健・医療を中心とした相談と、②幅広い情報提供を行うとともに、生活支援・就労支援を中心とした相談がある。①の場合は、精保センターや保健医療機関、②の就労支援は、一般就労支援や障害者就労支援機関に加え、相互に連携を取りあいながら生活支援や総合的な相談を、ひきこもり地域支援センターが実施するものと考えられる。鳥取県のひきこもりセンターが、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」と異なるのは、①ひきこもり者を対象とした県独自の就労体験事業を行っていること、②事業主体が、福祉サービス事業所を有しており、状況に応じ障害者就労支援制度の利用へスムーズに運ぶことができること、③精保センターとの定期的な連携により、広汎性発達障害をはじめとする利用者の医学的な診断が比較的早期にできることにある。今後のひきこもり者への就労支援に関しては、これまでの就労支援に加えて、これら①～③に該当する内容の制度化や連携の強化が重要である。なお、これらの相談経過を参考に、ひきこもり者への相談におけるフローチャートを提示した。

A. 研究目的

ひきこもり青年の就労支援は、ハローワーク等の「一般就労支援」と、障害者職業センター、障害者就労・生活支援センター等の「障害者就労支援」と、両面での連携が重要である。しかしながら、一般就労支援の相談機関が受ける相談内容には、家族からの相談が多く、就労にいたる以前の精神症状の安定や生活支援の必要性などに課題を抱えている事例が多く含まれている（図１）。

しかし、現実には、これら就労支援機関が、精神症状や生活を含めた相談に乗ることは困難な状況にある。

鳥取県では2002年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」を行い、ひきこもり者への相談事業、共同生活事業、就労体験事業を行ってきている。厚生労働省でも、2009年度より、ひきこもりの状態にある本人や家族からの相談等の支援を行う「ひきこもり地域支援センター」の開設がすすめられ、鳥取県でも、2009年度より、県独自の事業に加え、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持った「とっとりひきこもり生活支援センター（以下、ひきこもりセンター）」が開所された。

ひきこもり相談は、鳥取県立精神保健福祉センター（以下、精保センター）でも実施され、今後、両センターの役割分担や他機関を含めた連携を明確にし、就労支援を行うことが重要である。

今回、両センターの相談事例を対象に、相談に至る経過や相談内容、その後の経過、就労支援等の調査を行うとともに、鳥取県による就労体験事業等のこれまでの経過をふまえ、ひきこもり者の就労支援の課題と今後のあり方について検討する。

B. 研究方法

鳥取県におけるひきこもり事業の経過と、ひきこもりセンターの開設に至るまでの経過を検討するとともに、平成20年度に３回以上の相談・通所のあった事例（精保センター33 例、ひきこもりセンター30 例）を対象に、相談記録等を参考に、相談に至る経過や相談内容、その後の経過、就労支援等の調査を行い、ひきこもり者の就労支援の課題について検討した。

C. 研究結果

１．鳥取県におけるひきこもり事業の経過と、とっとりひきこもり生活支援センターの状況（表１）

鳥取県では 2002 年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」が、民間団体（2004 年より、NPO 法人「鳥取ピアサポート」）への委託により開始されている。当初は、老人保健施設等の協力事業所において就労体験を実施したが、対人恐怖や集団緊張が強く、協力事業所での体験が困難な事例が認められるようになり、NPO 法人自身が運営するパン工房等の開設・利用も行われるようになった。共同生活体験は、2003 年度より、指導員・ボランティアの支援により行われたが、徐々に利用者の減少を認め、指導員等の負担も大きく、2005 年度にて終了している。

2009 年度より、これら県独自の事業に加えて、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持った「ひきこもりセンター（とっとりひきこもり生活支援センター）」が開所された。これにより、相談事業等は、ひきこもり地域支援センターの事業として、就労体験事業のみ引き続き県独自の事業として実施されることとなった。

なお、ひきこもりセンターでは、相談事例の増加に伴い、就労体験事業の利用を希望するものの、能力上の問題や精神症状等により就労体験事業を利用するほどの状態にまで達していない事例も少なくなく、これらの事例に対しては、試験的にひきこもりセンターに短時間のみの試行的通所を行っている。

また、この NPO 法人では、2007 年度より、障害者自立支援法に基づく福祉サービス事業所（就労継続Ａ型、Ｂ型、生活訓練）を開設しており、状況に応じて障害者就労支援の連携をとって

実施することができている。

なお、2002 年県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」の開始時より、月１回、実施 NPO 法人と精神保健福祉センターとの定期的な連絡会・事例検討会を開催しており、2009 年度のひきこもりセンターの開設に伴い、県内各保健所（福祉保健局）、若者ピアサポートステーションを含めた同様の会を開催している（図２）。

これまで、ひきこもり青年の就労に関して、今後、必要なものとして次のような課題が問題とされていた。

① 対人不安、集団不安への関わりができる相談機関（保健・医療）、薬物療法、カウンセリング、集団療法、グループへの参加

② 本人の能力に対応した就労支援

③ 必要に応じて、障害者の支援制度の利用も検討できる体制・連携

④ 家族だけの相談にも継続的に対応できる相談機関

⑤ ひきこもり者の中には、発達障害等を有しているものも少なくなく、発達障害や精神疾患等の診断・治療を行なう機関とその連携

⑥ 就労支援機関に対する発達障害を含めたひきこもりの理解と啓発

これらの課題の多くは、精保センターや関係機関と、ひきこもりセンターの、それぞれの機関の機能の充実と連携によって可能になってくるものと思われるが、鳥取県の就労体験事業に値する②に関しては、国レベルでは制度化されていない。

今回、就労体験事業（同事業利用に至るまでの試行的通所を含む）を利用することにより、その期間中に、本人・家族と、より継続的かつ安定した関係、支援機関同士の連携をとることができ、次のような対応が可能となり、高い効果を上げている。

・「就労体験事業」という具体的な訓練の場が提供できることにより、本人・家族の来所への動機付け、目的が明確化され、これまで相談に行くことのなかった事例が相談にくることが増えてきている。

・家族関係を含めた生活状況の把握、並行して、生活支援を行うとともに、個々の面接を時間をかけて実施することができた。

・数回の本人面接などでは十分に判断が難しい本人の就労意欲・能力の客観的判断ができた。これにより、今後の支援の方向性が明確化しやすくなった。

・本人・家族とスタッフとの関係づくりが出来、今後の支援がやりやすくなった。

・精神保健福祉センター等との連携により、精神疾患や発達障害などの鑑別診断が可能となり、診断の結果により、自立支援法の利用（福祉サービス事業所への通所）や手帳交付、年金受給への支援もスムーズに行うことができた。

・連絡会の開催により、若者サポートステーション（本機関を通して、ヤングハローワークとも連携）との連携も図りやすくなり、一般就労支援への連携・移行を検討する事例もみられた。

２．精神保健福祉センター及びとっとりひきこもり生活支援センターの相談支援状況（表２）

両センターに平成20年度に3回以上の相談・通所のあった事例（精保センター33例、ひきこもりセンター30例）を対象に、相談に至る経過や相談内容等について、調査を行った。

精保センター、ひきこもりセンターそれぞれの事例の、平均年齢は、29.7±7.7歳、28.8±6.7歳である。ひきこもり年数は、平均5.9年、5.3年であるが、1年未満のものが、合わせて63人中9人（14.3%）であるのに対し、10年以上のものも、13人（20.6%）であった。

不登校歴、最終学歴、精神科受診歴については、両者に大きな差は認めていない。精神科診断は、精保センターでは19人に診断がついており、全体のおよそ半数の16人が、広汎性発達障害であった。ひきこもりセンターでは、診断がついてい

るのは3分の1の10人で、大半が気分障害であったが、これらは、内因性うつ病ではなく、状態像（うつ状態等）による診断であると考えられるものが大半である。

障害者の手帳は、精保センターで3人、ひきこもりセンターで7人が取得しており、いずれも精神障害者保健福祉手帳であった。障害年金は、それぞれ2名が受給していた。

ひきこもり以外の問題行動について、精保センターでは、「家族への暴言」「他者への攻撃的言動」「家庭内暴力」「被害的言動」等、精神症状や攻撃的言動を示すものや、「特定の物事への強いこだわり」などが多く認められている（図3）。一方で、ひきこもりセンターでは、「ゆううつ気分」「心気症状」等、抑うつ症状を認めるものが多かった。

ひきこもり状況は様々であるが、精保センターでは、場所・ほとんど自室14人、42.4%、人・ほとんど会話なし18人、54.5%、家事の手伝い・何もしない18人、54.5%と、ひきこもりセンターと比較して、よりひきこもりの強い傾向にあった。一方で、ひきこもってはいるものの、大半の家事をこなしているものも見られた。

就労歴のあるものは、精保センターが15人、45.5%、ひきこもりセンター16人、48.5%と、半数近くを占めているが、その多くは、高校や大学等卒業後短期間のものであった。

以前に支援を受けていた機関としては、精保センターでは、保健所やひきこもりセンター、ひきこもりセンターでは、障害者職業センター、教育機関、精神保健福祉センター等が認められた。

それぞれの生育歴・生活状況は多様であり、小中学校時代から不登校傾向を認めていたものもみられる一方で、大学卒業までほとんど問題を認めていなかったものもある。

本人からの相談内容は、精保センターでは、「人と上手に会話ができない」「家族とうまくいかない」等がみられるが、全体数としては少ない。一方で、ひきこもりセンターでは、「通う場所がほしい」「できる仕事がしたい」「就労体験・訓練をしたい」等が多く認められる。

家族からの相談内容は、精保センターでは、「通う場所・居場所がほしい」が多い一方で、「症状や問題行動への対応方法」「病気か障害か鑑別してほしい」が多く認められる。ひきこもりセンターでは、「通う場所・居場所がほしい」「就労体験・訓練をしたい」「人と上手に会話できない」等が多くみられた。

支援内容としては、ともに、個別面接相談が中心となっている。精保センターでは、家族教室の利用等も行われているが、ひきこもりセンターでは、就労体験、訓練実習、就労支援、居場所・交流の場の提供等が行われている。また、障害年金や障害者手帳の申請への助言が行われている。

その後の経過として、精保センターでは、継続的な個別面接を行っているが、就労・就学が計7人、21.2%、家庭内適応、自営手伝い、内職等が8人、24.2%である。ひきこもりセンターでは、18人、60.0%が、障害者制度を利用した福祉サービス事業、通所に至っている一方で、NPO団体の職員・スタッフとして就労しているもの6人、就労・就学計2名であった。

D. 考察

ひきこもり青年の就労支援は、ハローワークや地域若者サポートステーション、ジョブカフェ（若年者就業支援センター）、ヤングハローワーク等の「一般就労支援」と、ハローワーク・特別支援部門等、障害者職業センター、障害者就労支援センター、障害者就労・生活支援センター等の「障害者就労支援」と、両面での連携が重要である。しかし、一般就労支援の相談機関が受ける相談内容には、家族からの相談が多く、就労にいたる以前の精神症状の安定や生活支援の必要性、一般就労に至るまでの能力上の問題等を抱えている事例が多く含まれている。

しかし、現実には、一般就労支援機関が、これらの課題に対応することは困難であり、一方で、障害者就労支援を考慮するにしても、診断や状態像の把握が十分になされていないため、その適応

になるのかどうかの判断も難しい。仮に適応を考えられても、本人や家族が必ずしもそれを選択したり、受容することが難しい場合も少なくない。障害者就労を実施するには、そこに至るまでの十分な面接や就労訓練の体験などが必要となるが、このような役割を十分に果たすことは現状の支援制度の中では難しい。

鳥取県では2002年より県独自の「ひきこもり者の就労体験事業」を行い、2009年度より、国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持ったひきこもりセンターを開所した。ひきこもり相談は、精保センターでも実施され、両センターでの連携を行いながら、相談支援、就労支援を行っている。

今回、両センターの平成20年度の相談・通所事例、精保センター33 例、ひきこもりセンター30 例を対象に、相談支援、就労支援の現状の比較検討を行ったが、両センター事例の、平均年齢、ひきこもり年数不登校歴、最終学歴、精神科受診歴に差は認めなかった。しかし、ひきこもり年数が 10 年以上のものもおよそ 2 割をしめており、長期ひきこもり者への関わりも今後の大きな課題とされた。

精神科診断は、精保センターの方が、19人に診断がついており、広汎性発達障害が16人と全体のおよそ半数をしめているのに対し、ひきこもりセンターでは、診断がついているのは3分の1の10人で、ほとんどが気分障害であった。これは、精保センターでは医師による面接により、診断的な関わりが可能であるためである。ひきこもり者の中には、同様に広汎性発達障害を有しているものの、診断や就労支援を含めた場面において適切な対応がなされていない可能性もある。今後、ひきこもり者の支援においては、適切な診断を行うことのできる連携も重要であると考えられる。

障害者の手帳の取得は、ひきこもりセンターの方に多く認められたが、これは、今後の障害福祉サービス事業所の利用など障害者就労支援を考慮しているためによると考えられる。（これらの利用に関しては、手帳の取得だけでなく、自立支援法による申請が必要である）

ひきこもり以外の問題行動について、精保センターでは、「家族への暴言」「他者への攻撃的言動」「家庭内暴力」「被害的言動」等、精神症状や攻撃的言動を示すものや、「特定の物事への強いこだわり」などが多く認められている。こだわりの強さは、広汎性発達障害の症状がより明確に出ているものと考えられる。精保センターでは、このように、事例の問題行動や精神症状を有するものの診断や対応（家族への助言を含む）を求められることが多く見られる。時に、統合失調症であることもあり、この場合は精神科医療機関への紹介となるが、広汎性発達障害による症状や２次障害による問題行動や精神症状の場合は、精神科医療への導入が難しい。仮に精神科医療に導入されたとしても、現実に通院歴はあるものの中断している事例も多く、治療継続が難しいことが少なくない。そのため、発達障害を有し、問題行動等を認めるひきこもり事例に対しては、今後、どのような機関が対応・連携を行うかは重要となる。鳥取県においても、精保センターがこの役割の一部を担っているが、全県すべてを補うことは難しく課題とされる。

ひきこもり状況は、精保センターでは、ほとんど自室、ほとんど会話なし、家事の手伝い・何もしないなどひきこもり傾向が強かったが、これは背景に広汎性発達所害を認め、問題行動や精神症状を有するものが多いためであると考えられる。一方で、ひきこもってはいるものの、大半の家事をこなしているものも見られ、どのあたりを支援の目標におくのかは、個々によって大きく異なると考えられる。

就労歴のあるものは、半数近くあるものの、その多くは短期間のものであり、もともとの対人関係の苦手さ、不安の高い事例もあり、就労歴の有無にかかわらず、その人の状態にあった生活支援、就労支援が重要であると考えられる。

以前に支援を受けていた機関としては、ひきこもりセンターでは、教育機関もあげられているが、これは近年、高校の不登校等の事例が継続して学

校等から紹介されるためであると考えられ、今後、支援の中断やひきこもりの長期化を防ぐためにも、こういった教育機関との連携は重要であると考えられる。

それぞれの生育歴・生活状況は多様であり、面接においては、これらの背景を十分に考慮していくことも重要である。

本人からの相談内容は、ひきこもりセンターでは、「通う場所がほしい」「できる仕事がしたい」「就労体験・訓練をしたい」等が多く認められる。これらは、ひきこもりセンターが、就労体験事業を実施しているがゆえに相談来所したものであり、単なる相談のみの機関であれば、来所していなかったかもしれない。相談機関が、何らかの具体的な支援手段を持つことは、相談者の動機付けにとって重要なことである。

家族からの相談内容は、精保センターでは、「通う場所・居場所がほしい」が多い一方で、「症状や問題行動への対応方法」「病気か障害か鑑別してほしい」が多く認められる。精保センターが、これまでにこのような事例の相談を多く受けてきた経過があり、知人や家族を通して精保センターを知ったものが多く、また、これらの問題行動の背景には広汎性発達障害等が関与している場合が多く、保健医療的な専門性を有している機関が関与する必要があることも考えられる。

このようなことから、精保センターとひきこもりセンターは、ともにひきこもりの相談を行っているが、それぞれの役割を有しており、必要に応じて連携をとっていくことが重要と考えられる。

ひきこもりの相談は、①精神疾患・発達障害との鑑別をはじめ、生活上支障となる行為（家庭内暴力や強迫症状など）への関わりなどの保健・医療を中心とした相談と、②幅広い情報提供を行うとともに、生活支援・就労支援を中心とした相談がある。①の場合は、精神保健福祉センターや保健医療機関、②の就労支援は、一般就労支援や障害者就労支援機関、そして連携を取りあいながら生活支援や総合的な相談を、ひきこもり地域支援センターが実施するものと考えられるが、それぞれの役割は地域によっても異なるものと思われる。

支援内容としては、ともに、個別面接相談が中心となっている。精保センターでは、家族教室の利用等も行われているが、ひきこもりセンターでは、就労体験、訓練実習、就労支援、居場所・交流の場の提供等が行われている。また、障害年金や障害者手帳の申請への助言が行われている。

その後の経過として、精保センターでは、継続的な個別面接を行っているが、就労・就学が計7人、21.2%、家庭内適応、自営手伝い、内職等が8人、24.2%である。精保センターでは、問題行動や精神症状への対応を求める相談が多く、必要に応じて、精神科医療機関に紹介、並行して、精保センターでも個別面接を継続することがある。その結果、ある程度、これらの症状が安定してくることにより、就労・就学にいたる事例も見られる。また、きびしい問題行動を有する事例では、ある程度症状が安定して、家庭内で生活を送ることができることが、当面の目標をされることが多い。問題行動や精神症状を有するひきこもり者に対して生活支援・就労支援を行うにあたっては、これらの症状等を軽減することが重要な課題となる。

ひきこもりセンターでは、18人、60.0%が、障害者制度を利用した福祉サービス事業、通所に至っており、これらの多くは、元来、対人恐怖や集団緊張が強いものなどで、就労体験事業を経過していく中で、本人や家族自身が、支援を受ける中での自ら福祉サービス事業所の利用を望まれる場合が多い。一方で、NPO団体の職員・スタッフとして就労しているものも認められている。

鳥取県では、2009年度より「ひきこもりセンター（とっとり・ひきこもり生活支援センター）」を開設している。国の事業である「ひきこもり地域支援センター」の業務を併せ持つが、「ひきこもり地域支援センター」との相違は、

①ひきこもり者を対象とした県独自の就労体験事業を行っていること。

②事業主体が、福祉サービス事業所を有しており、

必要に応じ（本人・家族の希望により）、これら障害者就労支援制度の利用へスムーズに運ぶことができる。
③精保センターとの定期的な連携により、広汎性発達障害をはじめとする利用者の医学的な診断が比較的早期にできる。
などがある。

これらの事業、連携により、これまで対応が困難であったひきこもり者への相談支援、就労支援が、より適切に行うことができるようになってきている。

今後、それぞれの機関の機能を充実していくとともに、相互の連携を深めていくことが重要であると考えられる。

なお、これらの一連の相談の比較検討をもとに、ひきこもり者の相談におけるフローチャートを参考までに提示する（図7）。

参　考

1) 原田豊，川口栄，大塚月子．引きこもり青年の就労支援に関する研究．厚生労働科学研究・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．111-135．2008.
2) 原田豊，川口栄，大塚月子．引きこもり青年の就労支援に関する研究．厚生労働科学研究・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．137-159．2009.

表1　鳥取県における就労体験事業と、とっとりひきこもり生活支援センター開設に至る経過

年度	事業名	事業概要
2002	社会参加支援事業 ※事業開始当初より、月1回精神保健福祉センターと委託事業先と連絡会・事例検討会を実施。	①自然体験活動（10日間共同生活） ②就労体験事業 (1)　体験者の要件： ・6か月以上自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続している者 ・精神疾患に罹患していないと考えられる者 ・原則として県内在住者 ・事業実施年度の4月1日時点で満15歳以上である者 (2)　職場体験 ・体験者は、職場体験事業を受け入れる民間企業や個人事業所等で職場体験を行う。実施期間は1人当たり30日間を原則とし、状況に応じて延長できるものとする。ただし、1人当たりの総実施期間は90日間を限度とする。 (3)　受入先 ・受入先は、受託団体が候補先を確保し、県及び受託団体がその中から調整協議の上決定するものとする。 (4)　職場体験委託料の支払い ・受託団体は、職場体験に係る経済的な負担を補填するため、受入先に対して職場体験委託料、日額2,000円を実際に職場体験の実習が行われた日数を乗じて得た金額を支払うものとする。 ※当初は、体験者にも日額2,000円が支払われていたが、2004年度より体験者への支払いは中止となっている。
2003	社会参加訓練事業	①共同生活体験：施設「セミナーハウスうらどめ（岩美町）」にて最大30日間、指導員、ボランティアのもとで共同生活を行う。 ②就労体験：個人事業所等において職場・就労体験を行う。最大90日。精神保健福祉センター等は、相談、体験先の調整等、必要に応じて支援。
2004	社会的ひきこもり者の社会参加促進ステップアップ事業	①相談事業：受託団体先で、面接、電話相談を行う。随時、精神保健福祉センター等と連携する ②共同生活体験（2003年度と同じ） ③就労体験（2003年度と同じ） 　保健所へ体験申込書誓約書を提出し、県が参加決定を行う。 ※「手づくりパン工房ピア（岩美町）」開設、宿泊体験は、工房施設内にて実施することとする。
2005		①②③、いずれも2004年度と同じ ※法人付帯施設「パンの学校ピア（鳥取市）」を開所
2006		①③、いずれも2005年度と同じ、②共同生活体験は中止 ※喫茶スペース「のの菜（な）」を開所

2007 2008		①③、いずれも 2006 年度と同じ ※NPO（福祉サービス事業所の開設：就労支援Ａ・Ｂ型など）
2009	とっとりひきこもり生活支援センター　開設 実施事業 (1)　相談支援 (2)　連絡会への参加等 (3)　情報発信 (4)　職場体験事業 ※(1)～(3)は、ひきこもり地域支援センター事業、(4)は、鳥取県単県事業。 ※とっとりひきこもり生活支援センター受託先の「NPO 法人　鳥取ピアサポート」は、障害者自立支援法指定障害福祉サービス多機能事業所も併設している。	

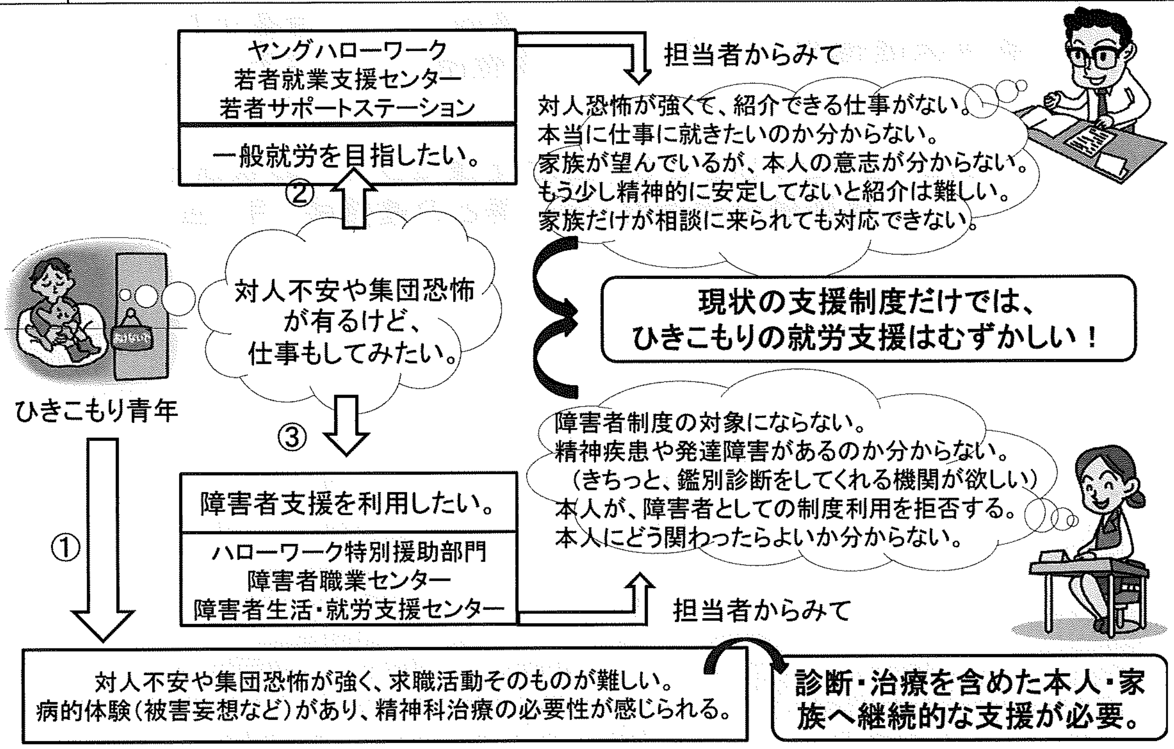

図１　ひきこもり青年の就労に関する課題

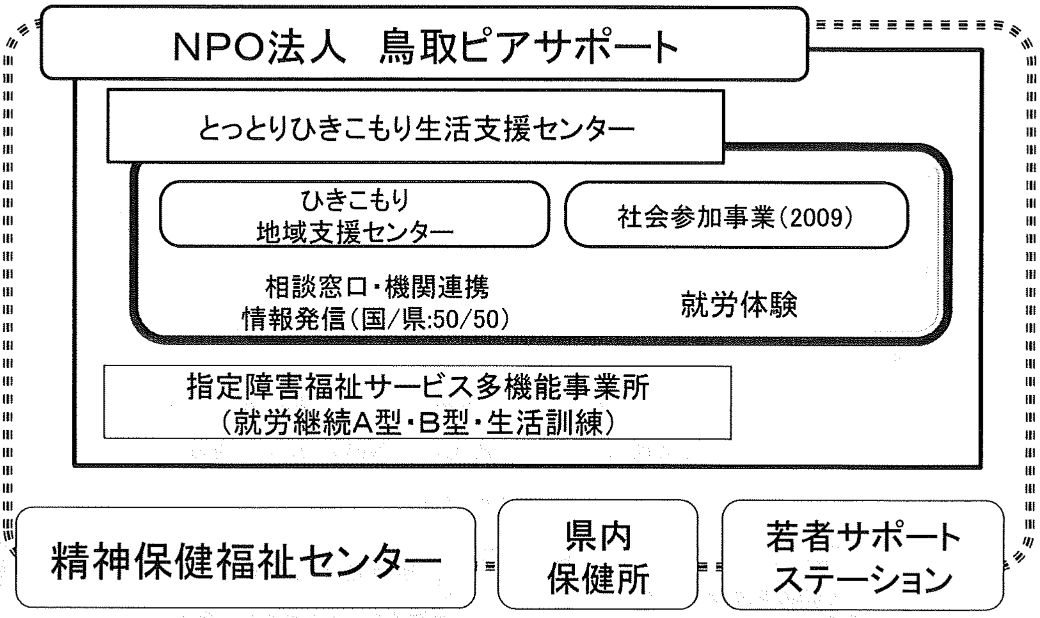

図2　とっとりひきこもり生活支援センターの状況と
精神保健福祉センター等との連絡会(月1回)