

Mental Disorders, Fourth Edition ,Text
Revision DSM-IV-TR . . .
APA, Washington, D.C.2000.

(高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳.
DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュ
アル. 医学書院, 東京, 2002)

2) The ICD-10 Classification of Mental and

Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. ICD-10

(融道男ら監訳、ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン)

表1 対象群22名の概要（症例A～V）

	ICD-10	行動化の種類 ^(注1)	初診時に入院したか	現在の治療継続 ^(注2)	現在のひきこもり ^(注2)	現在の行動化 ^(注2)
A	F2	①④	○	○	+	-
B	F2	①②	○	○	+	±
C	F2	②	○	○	+	-
D	F2	④	○	○	-	-
E	F2	③		○	-	-
F	F2	④		○	+	-
G	F2	②③	○	転院	不明	不明
H	F3	④	○	転院	不明	不明
I	F4	③④		中断	不明	不明
J	F4	③		中断	不明	不明
K	F4	③	○	○	+	-
L	F4	③	○	○	-	-
M	F4	③		○	-	±
N	F4	③		終結	- ^(注3)	- ^(注3)
O	F4	④		中断	不明	不明
P	F6	③④		○	-	±
Q	F8	③	○	○	+	-
R	F8	③	○	○	+	-
S	F8	③	○	中断	不明	不明
T	F8	③	○	○	-	-
U	F8	②③		○	-	-
V	F8	③	○	○	+	-

(注1) 行動化の種類。①反社会的問題行動、②非社会的問題行動、③家庭内限局性問題行動、④自己破壊的問題行動。

(注2) 「現在」とは、平成21年12月末をさす。治療経過期間が、各ケースによって異なっている。

(注3) 症例Nの「現在～」とは、終結時の状態をあらわしている。

表2 症例C(F2)の概要

基本属性と診断	28歳 男性 F2(統合失調症)
教育／就労歴	大学中退／(−)
ひきこもり期間	18歳から28歳までの10年間
治療歴／関与機関	(−)／NPOの訪問支援
行動化の内容	近所に向かって大声をあげる(②)
受診の契機	行動化
受診の意思	(−)
初診時症状	幻覚妄想状態
初診時GAF	25

表3 症例C(F2)の治療経過

処遇	初診日に医療保護入院(7ヵ月)
治療内容	精神療法、薬物療法
留意したこと	安全保障感、病識の獲得、家族の安心感
家族の治療への理解	良好

表4 症例C(F2)の現在の状況(平成21年12月末)

治療継続	(+)
ひきこもり	(+)
行動化	(−)
関与機関	精神科病院
GAF	45
備考	訪問看護の利用

表5 症例D(F2)の概要

基本属性と診断	16歳 男性 F2(統合失調症)
教育／就労歴	中卒／(−)
ひきこもり期間	13歳から16歳までの4年間
治療歴／関与機関	(−)／(−)
行動化の内容	自宅の3階から飛び降りる(④)
受診の契機	行動化
受診の意思	(−)
初診時症状	拒絶
初診時GAF	10

表6 症例D(F2)の治療経過

処遇	初診日に医療保護入院(1年半)
治療内容	精神療法、薬物療法
留意したこと	治療関係の構築、多職種チームで関与、進路支援
家族の治療への理解	協力的だが、十分ではなかった

表7 症例D(F2)の現在の状況(平成21年12月末)

治療継続	(+)
ひきこもり	(-)
行動化	(-)
関与機関	精神科病院、養護学校高等部
GAF	60
備考	後に F8 へ診断変更

表8 症例 H (F3) の概要

基本属性と診断	24歳 男性 F3 (うつ病)
教育／就労歴	高卒／(-)
ひきこもり期間	18歳から 24歳までの 6年間
治療歴／関与機関	精神科診療所／(-)
行動化の内容	自殺企図 (首をつる) (④)
受診の契機	行動化
受診の意思	(-)
初診時症状	希死念慮、抑うつ気分
初診時 GAF	15

表9 症例 H (F3) の治療経過

処遇	初診日に医療保護入院 (1ヵ月)
治療内容	精神療法、薬物療法、保護治療室
留意したこと	丁寧に評価、ゆっくり受容
家族の治療への理解	良好

表10 症例 H (F3) の現在の状況 (平成21年12月末)

治療継続	不明 (紹介元に受診)
ひきこもり	(±) (退院時)
行動化	(-) (退院時)
関与機関	地域生活支援センター、精神科診療所
GAF	85
備考	入院で評価を丁寧に行った

表11 症例 K (F4) の概要

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

初診時 GAF	20
---------	----

表 1 2 症例 K (F4) の治療経過

処遇	初診日に医療保護入院（1ヶ月）
治療内容	精神療法、薬物療法、保護治療室
留意したこと	本人のニーズをくみ取る
家族の治療への理解	不良

表 1 3 症例 K (F4) の現在の状況（平成 21 年 12 月末）

治療継続	(+)
ひきこもり	(-)
行動化	(-)
関与機関	通信制高校、母の職場を手伝う
GAF	45
備考	入院で評価をやりなおし、F 8 へ診断変更した

表 1 4 症例 M (F4) の概要

基本属性と診断	21 歳 女性 F4 (強迫性障害)
教育／就労歴	高校中退／(-)
ひきこもり期間	15 歳から 21 歳までの 6 年間
治療歴／関与機関	(-) / (-)
行動化の内容	家庭内暴力 (③)
受診の契機	行動化
受診の意思	(-)
初診時症状	自我違和感のない強迫症状、他罰的
初診時 GAF	21

表 1 5 症例 M (F4) の治療経過

処遇	外来
治療内容	精神療法
留意したこと	本人のニーズをくみ取る (だが困難)
家族の治療への理解	不良

表 1 6 症例 M (F4) の現在の状況（平成 21 年 12 月末）

治療継続	(-)
ひきこもり	(-) (矯正機関に処遇)
行動化	(+)
関与機関	矯正機関など
GAF	25
備考	治療中断後、傷害で逮捕

表 1 7 症例 P (F6) の概要

基本属性と診断	23 歳 女性 F6 (情緒不安定性人格障害)
---------	-------------------------

教育／就労歴	不明／短期で水商売
ひきこもり期間	18歳から23歳までの5年間
治療歴／関与機関	精神科病院を転々／保健所、警察
行動化の内容	家庭内暴力、大量服薬(③、④)
受診の契機	行動化
受診の意思	(一)
初診時症状	父との関係が地域をまきこんでいく
初診時GAF	30

表18 症例P(F6)の治療経過

処遇	外来
治療内容	問題点の整理
留意したこと	医療機関の役割の明確化
家族の治療への理解	不良

表19 症例P(F6)の現在の状況(平成21年12月末)

治療継続	(+) (当院に任意入院数回)
ひきこもり	(-) (結婚・出産・離婚)
行動化	(±)
関与機関	薬物依存リハビリテーション施設、精神科病院、児童相談所など
GAF	40
備考	処方薬乱用の問題が明確になり、依存症治療が開始された。

表20 症例Q(F8)の概要

基本属性と診断	18歳 男性 F8(広汎性発達障害)
教育／就労歴	高校中退／(-)
ひきこもり期間	15歳から18歳までの4年間
治療歴／関与機関	(-) / (-)
行動化の内容	家庭内暴力(③)
受診の契機	行動化、事前に家族相談
受診の意思	(-)
初診時症状	精神運動興奮
初診時GAF	35

表21 症例Q(F8)の治療経過

処遇	初診日に医療保護入院(2ヵ月半)
治療内容	精神療法、薬物療法
留意したこと	本人のニーズを引き出す
家族の治療への理解	不良

表22 症例Q(F8)の現在の状況(平成21年12月末)

治療継続	(+)
------	-----

ひきこもり	(+)
行動化	(-)
関与機関	精神科病院
GAF	35
備考	行動化を契機に介入を繰り返しているが、治療中断を繰り返している。

表23 症例T(F8)の概要

基本属性と診断	19歳 男性 F8 (広汎性発達障害)
教育／就労歴	高校中退／(-)
ひきこもり期間	15歳から19歳までの4年間
治療歴／関与機関	(-) / (-)
行動化の内容	家庭内暴力 (③)
受診の契機	行動化
受診の意思	(-)
初診時症状	精神運動興奮
初診時GAF	25

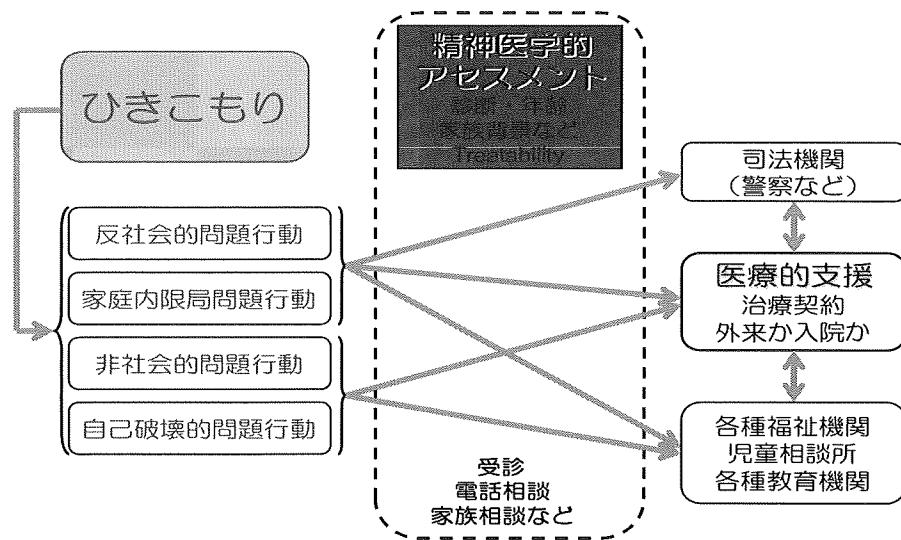
表24 症例T(F8)の治療経過

処遇	初診日に医療保護入院(6ヶ月半)
治療内容	精神療法、薬物療法、作業療法
留意したこと	治療関係の構築、生活の構造化
家族の治療への理解	良好

表25 症例T(F8)の現在の状況(平成21年12月末)

治療継続	(+)
ひきこもり	(-)
行動化	(-)
関与機関	精神科病院、精神障害者支援センター
GAF	60
備考	社会に対する本人の被害感が少ない

図1 急性期医療機関における、ひきこもり青年の行動化への対応チャート



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の地域生活支援プログラムに関する研究

分担研究者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者 吉田光爾¹⁾瀬戸屋雄太郎¹⁾宇佐美政英²⁾井上喜久江³⁾英一也¹⁾

臨床チーム²⁾（五十音順）：岩垂喜貴 大西豊史 川上桜子 黒江美穂子 佐藤裕美子

巣山俊郎 高橋美穂 名手千晶 中里容子 林杏奈 細川光代 本城浩子

松井七重 宮崎央桂 山本啓太

1)国立精神・神経センター精神保健研究所 2)国立国際医療センター国府台病院 3)関東医療少年院

研究要旨

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事例に介入を行い、最大12ヶ月間のフォロー調査を行った。訪問による介入は、事例1人に対して平均2.19回/月の訪問頻度で行われた。

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。

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られるが、他方で本人の問題への直面化など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。

I. はじめに

近年、通学や就労といった社会参加や対人的な交流を行わず、自宅を中心とした生活を送る「ひきこもり」の状態を呈する人々に注目が集まっている。2003（平成15）年度には全国の精神保健福祉センター・保健所を対象とした調査¹⁾が行われ、ひきこもりに関する相談は、電話相談で述べ9986件、来所相談で4083件にのぼった。三宅らの疫学的手法による調査では、限定された地域からの推定ではあるが「ひきこもり」にあたる当人をかかる世帯数は全国で「24万世帯」²⁾「41万世帯」³⁾と見込む等支援ニーズを要する状態にある人々が多数に及ぶ可能性があることを示した。

ひきこもりの援助のあり方についても2003（平成15）年には厚生労働省から保健所・精神保健福

祉センター等公的相談機関における支援の指針を示した『10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン』⁴⁾が公開され支援方法に関する議論が高まっている。

しかし、支援をうけたひきこもり事例のその後の経過について、実証的に検討した研究は乏しい⁵⁾。今後、支援の有効性やあり方について検討するうえで、ひきこもり事例の経過を辿ることは有効であると考えられる。

他方で、ひきこもり支援においては先のひきこもりガイドラインでも示されたように、訪問による支援の可能性が議論されてきた。公の活動では市町村・保健所の保健師や精神保健福祉士による訪問⁶⁾や、ひきこもり者の家族会である全国KHJ親の会では訪問サポートに関する研修を行う等し

ている⁷⁾。また、欧米では成人の重症精神障害者に対する訪問活動を含む Assertive Community Treatment (ACT) が地域滞在率の上昇等の点で効果をあげ⁸⁾、日本でも国立精神・神経センター精神保健研究所での ACT-J の導入を筆頭に各地で臨床活動がされはじめている等、訪問支援の可能性について期待が高まっている⁹⁾。しかし、ひきこもりに特化した訪問活動による支援の効果の実証的な検証はなく、効果をあげるまでの支援内容に関する記述的な研究も乏しい。

そこで、本研究では、児童精神科において「ひきこもり」を主訴とする家族および本人に対し、訪問を主とした支援を展開しその経過を記述するとともに、その効果を実証的に明らかにすることを目的とする。

また本研究の考察を深める一環として、目良・英等研究協力者により A 市におけるひきこもり支援状況について整理し、ひきこもり支援の基盤整備に関する課題を把握した。

II. 対象

国立国際医療センター国府台病院児童精神科に通院している者で、下記の項目全てにあてはまる者を対象とした。

■基礎属性；下記の a-c 全てにあてはまる者。

- a. 年齢：おおむね義務教育年代
- b. 診断：主診断が中等度以上の精神遅滞が疑われる者は除く。
- c. 住所：市川市に在住あるいはおおむね片道 30 分以内で訪問できる者。

■ひきこもり状況；下記の d-e の全てに当てはまる者

- d. 現在までに本人のひきこもり状態（自宅を中心とした生活で通学・社会参加が困難）が 6 か月以上続いている。
- e. 外来への通院治療は、家族ガイダンスを中心となっているもの。

エントリー期間は平成 20 年 4 月から平成 21 年 6 月までとし、合計 8 事例が対象となった。

III. 方法

1. 介入方法

① 研修会の開催

研究を推進するにあたりひきこもりの訪問支援に関する基本的知識の伝達を目的とした研修会を平成 19 年 10 月に実施した。

② 訪問活動

児童精神科医、心理士、看護師、精神保健福祉士等からなる 2,3 名のチームを組み、情報を共有しつつそれぞれの強みを発揮し、家族を支持し本人に働きかけた。なお平成 21 年度より訪問用乗用車を導入した。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

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。

介入自体は 12 ヶ月間の調査終了後も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・倫理的配慮

対象者の参加にあたって、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。また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。

なお、本調査は国立精神・神経センターの倫理委員会により承認された。

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（精神健康度等）：(3 ヶ月毎)
- ・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。
 - ・患者拒否度¹³⁾：同じく家族を対象とした尺度で、患者への拒否感を測定する。
 - ・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。
 - ・家族システム評価尺度（立木,1999）¹⁵⁾：家族機能を「家族のきずな」および「家族のかじとり」の観点から評価する。
 - ・CSQ-8J（立森ら,1994）¹⁶⁾：サービスの満足度を評価する。
- d. サービス記録票（随時）
- ・提供された訪問サービスの形態・時間と、サービス内容が分類できるシートを作成し、毎回記録した。
- e. 本人自記式調査：(コンタクト後 3 ヶ月毎)
- ・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。
 - ・対人的疎外感尺度（杉浦,2000）¹⁸⁾：青年期の対人的疎外感を測定する。
 - ・無気力感尺度（下坂,2001）¹⁹⁾：青年期の無気力感をはかる。

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 ヶ月毎の状態の平均値を記述した（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 年度末時点での 12 ヶ月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、集計はフォローアップ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、事例数が少ないので、妥当な統計的検討は行うことができなかった。

5) A 市におけるひきこもり支援基盤整備調査

研究協力者の目良・英により、平成 22 年 2 月に A 市において、ひきこもり支援に関する組織について複数訪問調査を行い、和歌山県田辺市における地域連携モデルの適用性や、A 市のひきこもり支援の基盤整備に関する課題を把握・検討した。

IV. 結 果

※本研究結果については主たる知見のみ抜粋し記述する。詳細は平成 21 年度報告書に記述してあるのでそちらを参照されたい。

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。

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）。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明らかになった。

(b) 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「外出に問題なし：4 点」までは伸びにくいようであった。（図 3）

(c) 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4)

(h)他者との交流頻度（病院支援者）

病院支援者との交流を除いた場合における他者との交流頻度について、介入直後から上昇していることがわかる。(図5)

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6)、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。

(3)本人の主観的側面について

対人的疎外感尺度(図7)やBirlesonのうつ尺度(図8)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数：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。

4. A市におけるひきこもり支援基盤整備調査

本研究部分では、和歌山県田辺市におけるひきこもり支援のモデルが、地域の特性や人口規模の異なるA市におけるひきこもり支援の今後の展開を考えいくうえでも、指針となりえることが示唆された。詳細については平成21年度報告書を参照されたい。

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。

事例数は限られているとはいえるが、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。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. 支援の効果

経過の中で本人の行動レベルでは比較的大きな変化が認められた。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一定有効であることが示唆されたと考える。

他方で対象的に、本人の主観的な側面についての指標では、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⁴⁾、それにより一時的に精神上の安定を得ている状況である。これに対し訪問支援を通じ変化がもたらされることで回避していたストレスや葛藤状況に再び直面することになり、内面的指標の負の変化につながると考えられた。

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。

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。

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。また、約月2

回程度の比較的頻度の高いコンタクトを行っており、対人関係への不安や緊張の高い対象者との関係性づくりに、一定の時間や労力がかけられている様子がうかがえた。また支援内容は、関係性作りや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かった。対象者の年齢や特徴を考慮し相手のペースにあわせて関係性作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、このようになっていると考えられた。

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、訪問支援の介入の効果を純粹に評価することができず、家族の外来診療による効果や本人の成長による影響を除外できない。とはいっても、基本的にエンター時点で長期に膠着状態にあった事例であるため、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つた点も限界である。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、精神的健康度等が上昇していた。他方で、本人の主観的な侧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、本報告の主たる執筆は研究協力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(こころの健康科学研究事業)「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究(主任研究者:吉川武彦)」総括・分担研究報告書. 75-78, 2004.
- 4) 伊藤順一郎,秋田敦子,有泉加奈絵,狩野力八郎,加茂登志子,倉本英彦,後藤雅博,植林理一郎,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

- ル,61(12);1156-1159,2005.
- 7) 奥山 雅久 :親の会(家族会)の歩みのなかに訪問サポートが(訪問カウンセリング--危機に立ち臨み語るこころ)--(訪問と社会活動)、現代のエスプリ,445: 204-216,2004.
- 8) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al.: Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24:37-74,1998.
- 9) 伊藤順一郎、西尾雅明、大島巖、塚田和美、鈴木友理子:重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究,厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業、重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成18年度総括・分担研究報告書,3-12,2007.
- 10) Frances A, Pincus HA, First MB. The Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - IV. American Psychiatric Association, 1994.
- 11) 境泉洋,石川信一,佐藤寛,坂野雄二:ひきこもり行動チェックリスト(HBCL)の開発及び信頼性と妥当性の検討 カウンセリング研究, 37(3); 210-220,2004.
- 12) 大島巖,伊藤順一郎,柳橋雅彦,他:精神分裂病患者を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) の関連,精神経誌 96 : 493-512,1994.
- 13) Kreismann DE, Simmens SJ, Joy VD.: Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. *Schizophrenia Bulletin*, 5(2) ; 220-222. 1979.
- 14) 新納美美,森俊夫:企業労働者への調査に基づいた日本版GHQ精神健康調査票12項目版(GHQ-12)の信頼性と妥当性の検討,精神医学 43:431-436,2001.
- 15) 立木茂雄:家族システムの理論的実証的研究—オルソンの円環モデル妥当性の検討,川島書店, 1999.
- 16) 立森久照,伊藤弘人:日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性及び妥当性の検討,精神医学 41 : 711-717,1999.
- 17) 村田豊久・清水亜紀・森陽二郎・大島祥子:学校における子どものうつ病—Birleson の小児期うつ病スケールからの検討—,最新精神医学, 1;131-138, 1996.
- 18) 杉浦健:2つの親和動機と対人的疎外感との関係-その発達的变化-,教育心理学研究 48;352-360,2000.
- 19) 下坂剛:青年期の各学校段階における無気力感の検討,教育心理学研究 49(3);305-313,2001.

図1 本人の社会参加状況(12ヶ月フォロー事例 n=5)

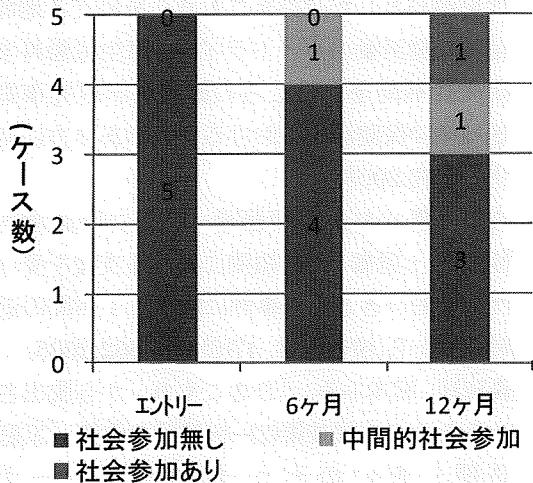


図2 本人の社会参加状況(6ヶ月フォロー事例 n=8)

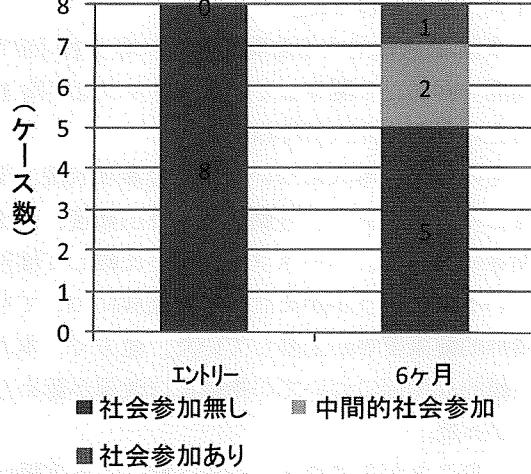


図3 本人の活動範囲平均点推移(1-4点)

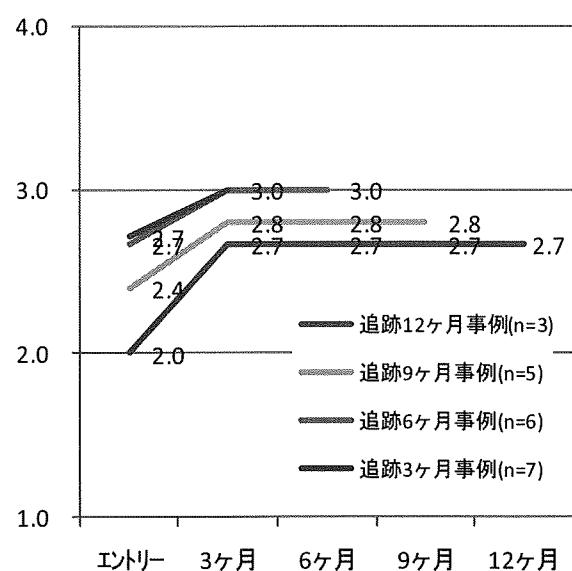


図4 本人の外出頻度平均点推移(1-6点)

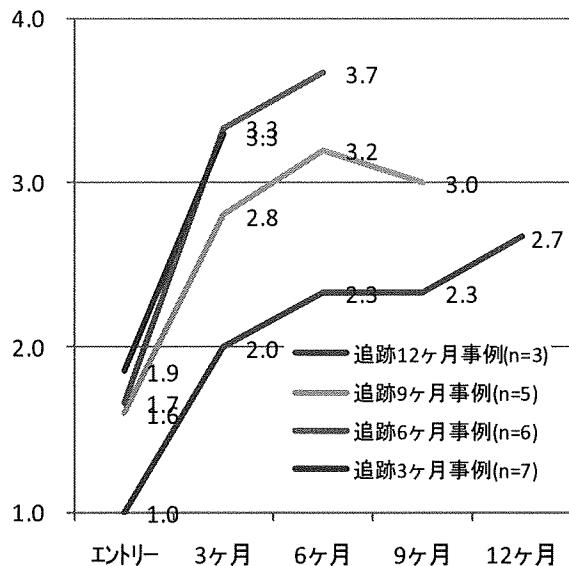


図5 他者との交流頻度平均点推移(1-5点:病院支援者除)

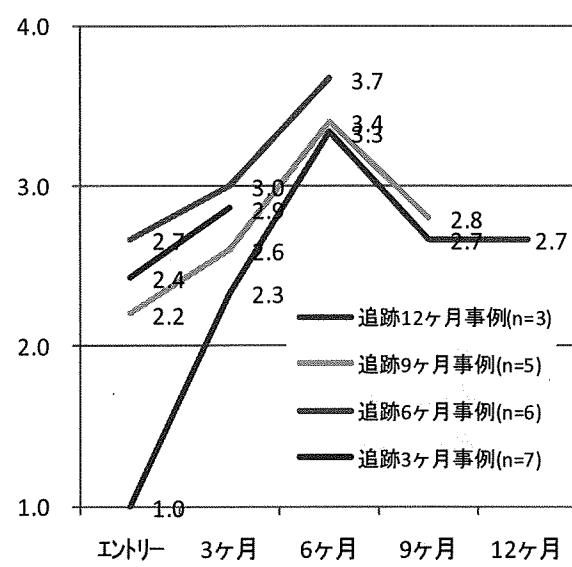


図6 家族の精神的健康度平均点推移:GHQ(0-12点)

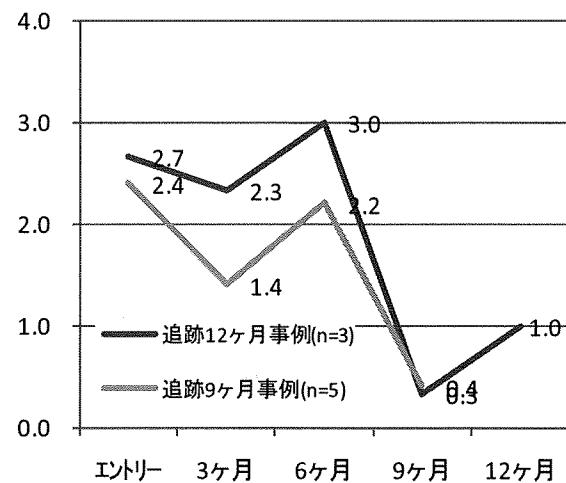


図7 対人的疎外感尺度得点平均点推移(21-105点)

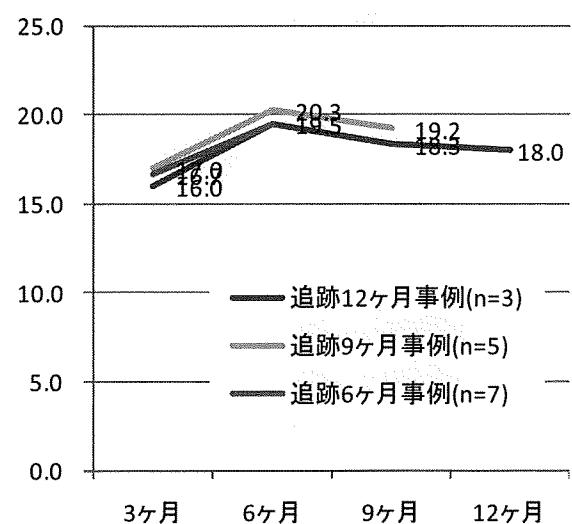
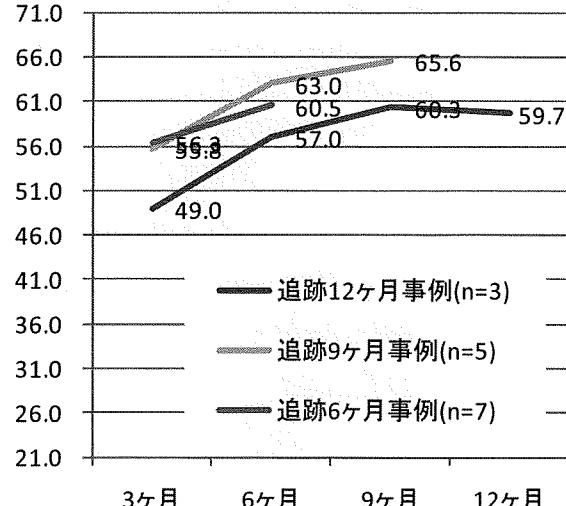


図8 Birleson 抑うつ評価尺度得点平均点推移(0-36点)



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

親ガイダンス事例集

分担研究者 皆川邦直¹⁾

研究協力者 関谷秀子²⁾ 中 康²⁾

1) 法政大学現代福祉学部 2) 関東中央病院

研究要旨

初年度の研究は 1998 年から 2003 年にかけて東京都立中部総合精神保健福祉センター思春期デイケア親プログラムのグループ親ガイダンスに参加した親のうち不登校・ひきこもり及び不登校・非行の子どもの親を対象としてその効果研究を記述的に行った。その結果、不登校・ひきこもりの親群への効果は高い事、またいざれの群の親にも親ガイダンスは有効であることが示された。

研究 2 年度は、初年度の研究結果を根拠として、思春期青年期の非精神病性障害に伴うひきこもりにある子どもが通常の発達に戻って行く上で、親のできる対応について親に助言と援助を提供する方法、すなわち親ガイダンスのガイドライン作成を目的に定めた。ガイドライン作成の方法は、親ガイダンスに関する研究が殆どない現状を鑑みて、都立中部総合精神保健福祉センターにおけるグループ親ガイダンスに参加していた関東中央病院精神科医長の関谷秀子並びに同思春期病棟に勤務する精神科医 1 名、計 3 名の思春期を専門とする精神科医の共同で日常臨床において実践している親ガイダンスのガイドライン作成を進めることにした。皆川が原案を作成してそれをたたき台として議論を重ねて作成した。

なお本ガイドラインは統合失調症、発達障害、そして慢性身体疾患から派生するひきこもりの親ガイダンスではない。これらの問題から発生するひきこもり対応については、親はそれぞれの障害を専門とする立場からの助言を参考にすべきである。

研究 3 年度は、昨年度に作成した親ガイダンスガイドラインを補足する事例集を作成した。事例は前思春期から初期思春期、中期思春期、後期思春期および青年期のそれぞれ男女 2 名ずつ、計 8 名の青少年の親である。第三者によって本人が同定されるような資料はすべて削除した。また一部該当例以外の事例の情報を混ぜることによって本人ならびに家族の匿名性を保つように配慮した。そのためここで報告する事例は実在するものではない。

A. 研究目的

初年度の研究は 1998 年から 2003 年にかけて東京都立中部総合精神保健福祉センター思春期デイケア親プログラムのグループ親ガイダンスに参加した親のうち不登校・ひきこもり及び不登校・非行の子どもの親を対象としてその効果研究を記述的に明らかにする事であった。

2 年度の研究は、思春期のひきこもりの子どもをもつ親がどのように関わることで子どもの発達の役に立てるようになるかをガイドする親ガイダンスの方法のガイドラインを作成することを目的とした。

3 年度は、ガイドラインを補助する親ガイダンスの事例集を作成することを目的とした。

2年度は、初年度の研究結果を踏まえて、思春期青年期の非精神病性障害に伴うひきこもりにある子どもが通常の発達に戻って行く上で、親のできる対応について親に助言と援助を提供する方法、すなわち親ガイダンスのガイドライン作成を目的に定めた。ガイドライン作成の方法は、親ガイダンスに関する研究が殆どない現状を鑑みて、都立中部総合精神保健福祉センターにおけるグループ親ガイダンスに参加していた関東中央病院精神科医長の精神科医師、同思春期病棟に勤務する精神科医師1名、計3名の思春期を専門とする精神科医の共同で日常臨床において実践している親ガイダンスのガイドライン作成を進めることにした。皆川が原案を作成してそれをたたき台として議論を重ねて作成した。

なお本ガイドラインは統合失調症、発達障害、そして慢性身体疾患から派生するひきこもりの親ガイダンスではない。これらの問題から発生するひきこもり対応については、親はそれぞれの障害を専門とする立場からの助言を参考にすべきである。

研究3年度は、作成した親ガイダンスガイドラインを補足する事例集を作成した。事例は前思春期から初期思春期、中期思春期、後期思春期および青年期のそれぞれ男女2名ずつ、計8名の青少年の親である。

B. 研究方法

1998年～2003年に東京都立中部総合精神保健福祉センターにおいて、思春期デイケア親プログラムのグループ親ガイダンスが行なわれた。これに参加した不登校の子をもつ母親を対象に、子どもの問題がひきこもりか非行（ぐ犯）かによって対象を2群に分け、効果を比較した。GAFによる評価で、両群とも初回時に比較して最終評価時点では改善傾向が見られ、ひきこもり群のほうがより高い水準に達していた。またひきこもり群の親のほうがガイダンスにおける助言を活用する割合が高く、またガイダンス終了時の子ども

の改善度も高かった。非行群の親はより援助が困難であることが示された。しかし両群とも親に対するガイダンスによる子どもの改善傾向は明らかであり、本人が受診できない場合にも、親への援助を提供することによる一定の効果はあるものと考えられた。

2年度および3年度は都立中部総合精神保健福祉センターにおけるグループ親ガイダンスに参加していた関東中央病院精神科医長の関谷秀子並びに同思春期病棟に勤務する精神科医1名、計3名の思春期を専門とする精神科医の共同で日常臨床において実践している親ガイダンスのガイドライン作成を進めることにした。皆川が原案を作成してそれをたたき台として議論を重ねて作成した。

なお本ガイドラインは統合失調症、発達障害、そして慢性身体疾患から派生するひきこもりの親ガイダンスではない。これらの問題から発生するひきこもり対応については、親はそれぞれの障害を専門とする立場からの助言を参考にすべきである。

なお倫理的な配慮として、第三者によって本人が同定されるような資料は削除することを原則とした。また一部該当例以外の事例の情報を混ぜることによって本人ならびに家族の匿名性を保つように配慮した。そのためここで報告する事例は実在するものではない。

C. 研究結果

不登校・ひきこもりの子どもの親への集団親ガイダンスのほうが、不登校・非行の子どもの親への集団ガイダンスよりも子どもの社会適応は早く改善すること、また適応度の高いレベルに改善はグループ親ガイダンスが子どもの適応を改善することを記述的に示した。

グループ親ガイダンスの方法についてのガイドラインを作成した。

グループ親ガイダンスの事例集を作成した。

E. 結論

思春期青年期の不登校からひきこもりに発展する事例の親への援助方法を提示した。

- (6) 皆川邦直 : グループ親ガイダンス (その1) 思春期青年期精神医学 11(1), 64-68, 2001.

F. 健康危険情報

特にない。

G. 研究発表

1. 論文発表

田上美千佳、新村順子、皆川邦直、三宅由子、野津眞、川関和俊 : 思春期のひきこもり・軽度非行のある不登校に対するグループ親ガイダンス、精神科治療学 第24巻11号, 2009

- (7) Furman,E.:FilialTherapy.InHarrisonBasicHandbookofChildPsychiatry.
vol.III.149-158.BasicBooks,New York,1979.

- (8) Morton Chethik: 子どもの心理療法—サイコダイナミクスに学ぶ
(斎藤久美子監訳)創元社.1999

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

文献

- (1) 小此木啓吾、片山登和子、山本允子ほか : 児童治療における並行母親面接 (その1その2) 児童精神医学とその近接領域 10(3), 1969.
- (2) 小此木啓吾、片山登和子、滝口俊子ほか : 児童・思春期患者と家族とのかかわり 講座家族精神医学3 ライフサイクルと家族の病理 弘文堂, 1982.
- (3) 小此木啓吾、片山登和子、滝口俊子 : 父母カウンセリングと父母治療 講座家族精神医学4 家族の診断と治療 弘文堂, 1982.
- (4) 皆川邦直 : 思春期の子どもの精神発達と精神病理をとらえるための両親との面接－主に治療契約までの親ガイダンスをめぐって－ 思春期青年期精神医学 1: 78-84, 1991.
- (5) 皆川邦直 : 両親(親)ガイダンスをめぐって 思春期青年期精神医学 3(1) 22-30, 1993.

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

中学生・高校生に見出される不登校・ひきこもりの実態把握に関する研究

分担研究者 弘中正美¹⁾

研究協力者 岡安孝弘¹⁾ 吉村順子¹⁾ 太田智佐子¹⁾ 竹村周子¹⁾ 小粥宏美²⁾ 齊藤和貴²⁾

益子洋人²⁾ 加室弘子³⁾ 北村洋子⁴⁾ 西川一臣⁵⁾ 高嶋裕子⁶⁾ 茅野真起子⁷⁾

1) 明治大学 2)明治大学大学院 3)世田谷区教育相談室 4)メンタルヘルスビューロー

5)東京都立穂ヶ丘高等学校 6)東京都立清瀬小児病院 7)東京都立新宿山吹高等学校

研究要旨

本研究では、不登校の中学生・高校生の状態を把握し、ひきこもり傾向の強い生徒の特徴を明らかにすることにより、ひきこもりの長期化を防ぐための方策を見出すことを目指した。

まず予備調査によってひきこもり状態にある不登校の特徴を捉える質問紙を作成し、この質問紙を用いて中学生・高校生を対象に不登校群と登校群の比較を行った。その結果、不登校群には社会とのかかわりが全くない者が約2割おり、登校群に比べて学校生活への適応力が低く、対人トラブルが起きやすく、対人スキルが低く、対人回避傾向が強いことがわかった。また、高校で初めて不登校になった生徒は、それ以前に不登校を経験している生徒に比べて対人関係が保たれており、対人回避傾向が低いことがわかった。さらに、援助のあり方を探るため、教育相談機関の援助の実態を調査した結果、ひきこもり状態にある生徒に対しては保護者の相談や訪問相談など様々な取り組みが行われ、地域専門機関との連携も行われているが、一層充実していくべき課題もあることが明らかとなった。

A. 研究目的

不登校の中学生・高校生は、この年代の主たる社会活動に参加していないと言う意味ではひきこもりと言えるが、実際にはその状態は様々である。予後調査をみても不登校経験者が成人後もひきこもり状態にある割合は2割前後である。これらの不登校とひきこもりの実態を明らかにすることは、不登校から長期のひきこもりへつながることを防ぐために重要であろう。

そこで本研究では、不登校の中学生・高校生の状態を把握し、ひきこもりの長期化につながる要因を見出すことを目的とした。さらに、教育相談機関における援助の実態を探り、不登校・ひきこもりの援助の方策を見出すことを目指した。

(1) 予備調査

① 対象と方法

不登校の特徴を捉える質問紙を作成するため、1年次に不登校の支援体制が整った学校(適応指導教室等8校、チャレンジスクール等の高校6校)において、不登校から回復がみられた生徒(再登校群)と、不登校の生徒(長期欠席群)を対象とし、学級担任等を回答者として予備調査を行った。内容は、ひきこもりの状況、学校生活適応や対人態度特性であり、学校生活適応と対人態度特性について因子分析を行って項目の精選を行った。対人態度特性については2年次に項目を追加し、登校群のデータの因子分析を行い(表1,2)、質問紙を作成した。

(2)本調査

①対象

中学生・高校生を対象とし、学級担任をしている教員約 300 名に以下の 2 群について回答を求めた。

ア 不登校群(7月末現在 15 日以上欠席の生徒)

イ 登校群(7月末現在欠席が 15 日未満の生徒。

担任している生徒から 2 名をランダム抽出)

②方法

予備調査で作成した無記名の質問紙を用い、39 校(中学 19 校、高校 20 校)に依頼、調査期間は夏期休暇中とした。調査内容は、不登校の経験、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統計的に処理を行い、回答者に対しても明記した。

2. 教育相談機関調査

(1)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)方法

質問紙調査とし(機関名は任意)、各機関に送付し、郵送にて回収した。調査期間は 21 年 7 月中とした。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、機関が特定されないよう統計的処理を行い、回答者に対しても明記した。

C. 研究結果

1. 不登校調査

(1)回収数

調査回収数は、不登校群 493 名(中学 227 名、高校 266 名)、登校群 596 名(中学 375 名、高校 221 名)である(表 3)。不十分な回答を除いて統計処理を行った。

(2)不登校生徒の特徴

中学生・高校生の不登校生徒の特徴を把握する

ため、不登校群と登校群の比較を行った。社会とのかかわりについては、友人と外出やメール・電話を全くしない者は登校群ではそれぞれ 3%弱、不登校群では 20%前後であり、一人で外出を全くしない者も登校群では 3%、不登校群では 22%であった(図 1-1~3)。学校生活適応因子は不登校群が有意に低く、対人態度特性では、不登校群が対人トラブル因子と対人回避因子が有意に高く、対人スキル因子が有意に低かった(*t*検定)(表 4)。

(3)ひきこもり傾向の強い生徒の特徴

ひきこもり傾向が強い生徒の特徴を明らかにするため、不登校群の中で友人との外出及び電話・メールを全くしない 72 名を「ひきこもり傾向群」、友人との外出及び電話・メールをよくする 82 名を「友人接触群」とし、両群の比較を行った(表 5)。その結果、ひきこもり傾向群は小、中学校での不登校経験がある者が多く(図 2-1,2)、対人態度特性では対人回避因子が有意に高く、対人スキル因子が有意に低かった(*t*検定)(表 6)。

(4)高校生の不登校開始年代による特徴

高校生の不登校についてはこれまで研究が少なく、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 群に分け比較検討を行った。高校以前の不登校経験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 7)。社会とのかかわりについては、友人と電話・メールを全くしない者が小・中学校不登校経験群、中学校不登校経験群では約 30%なのに対し、高校初発群は 10.9%であった(図 3-1)。さらに、一人での外出を全くしない者は、小・中学校不登校経験群 27.5%、中学校不登校経験群 47.7%なのに対し、高校初発群は不登校群 19.6%であった(図 3-3)。次に 3 群の対人態度特性について比較を行ったところ(1 要因分散分析)、高校初発群は他の 2 群に比べ対人回避因子が有意に低かった(表 8)。

この結果から、高校初発群は対人関係がある程度保たれており、中学生までに不登校経験がある群の方がひきこもり傾向にあることがわかった。