

い」が74.6%であり、「過度の疑り深さ、関係念慮、そのほかの妄想様体験があった」ものが23.9%とこれに続いていた。

「対人恐怖症状」については、「軽度の対人恐怖症状」が41.8%、「重症対人恐怖症状」が38.8%、「顕著ではない」が19.4%という結果であった。

治療者によって「最も効果のあった治療」と評価されたのは、「薬物療法」が30.5%と最多であり、以下「デイケア」が27.1%、「精神療法」が17.0%、「入院治療」が13.6%、「家族相談」が10.2%という順位だった。

「インターネットの利用」については「ときおり利用する」が48.4%と最多で、「利用しない」が23.4%、「ひんぱんに利用する」が25.0%、「過度な没頭がみられる」が3.1%という順位だった。

改善群45例、非改善群22例の比較をすべく、欠損値の少ない評価項目すべてについてカイ二乗検定を行った結果、改善群において本人の通院態度が有意に協力的だった。他の項目については、有意差を認めなかった。

ついで相関分析の結果について、1%の水準で有意だった項目のうち、重要と思われるものを以下に示した。

● 現在年齢については、初診時年齢($r=0.83$)、発症時年齢($r=0.55$)、本人の治療態度が協力的であること($r=0.41$)、治療意欲が良好であること($r=0.32$)、母親の通院頻度が低いこと($r=0.37$)や治療態度が非協力的であること($r=0.42$)などの項目と正の相関を認めた。

初診時年齢については、母親の通院頻度が低いこと($r=0.42$)、治療態度が非協力的であること($r=0.37$)などの項目と正の相関を認めた。

本人の通院頻度の高さについては、本人の治療態度が協力的であること($r=0.71$)、母親や父親の通院頻度の低さ($r=0.42, 0.35$)、面接での治療意欲($r=0.67$)や改善度($r=0.46$)などの項目と正の相関を認めた。

本人の治療態度が協力的であることについては、現在年齢($r=0.41$)、母親や父親の通院頻度の低さ($r=0.56, 0.39$)、面接での治療意欲($r=0.54$)など

どの項目と正の相関を認めた。

母親の通院頻度の高さについては、母親の治療態度が協力的であること($r=0.47$)や父親の通院頻度($r=0.39$)と正の相関を示し、初診時・現在のひきこもり期間が長いこと($r=0.40, 0.38$)、本人の治療意欲の強さ($r=0.56$)や改善度の高さ($r=0.36$)とは負の相関を示した。

母親の治療態度が協力的であることについては、母親の通院頻度の高さ($r=0.47$)、父親の治療態度が協力的であること($r=0.39$)などの項目と正の相関を認めた。

父親の通院頻度の高さについては、母親の通院頻度($r=0.39$)や父親の治療態度が協力的であること($r=0.41$)、本人の通院頻度($r=0.35$)や治療に非協力的であること($r=0.39$)などの項目と正の相関を認めた。

父親の治療態度が協力的であることについては、母親の治療態度($r=0.58$)や父親の通院頻度の高さ($r=0.41$)などの項目と正の相関を認めた。

発症前、初診時、現在のG A Fはそれぞれ正の相関関係にあった。

現在のG A Fについては、初発症状として対人恐怖がないこと($r=0.33$)、発症前の友人の数の多さ($r=0.34$)などの項目と正の相関を認めた。

現在の友人の数は、発症前の友人の数($r=0.47$)や異性関係の活発さ($r=0.37$)、携帯電話使用の度合い($r=0.40$)や電話、手紙への積極的態度($r=0.56$)と正の相関があった。

改善度については、本人の通院頻度($r=0.46$)と面接時の治療意欲($r=0.44$)と正の相関にあり、母親の通院頻度が高いこと($r=-0.36$)や昼夜逆転傾向の強さ($r=-0.43$)と負の相関にあった。

初発症状と現在の精神症状の相関分析の結果、1%の水準で有意だった項目は以下の通りだった。すなわち、初発症状としての「非行」と現在の薬物嗜癖(0.43)、初発症状としての強迫症状と現在の強迫症状(0.363)、初発症状としての「その他の恐怖」と現在の「奇妙な思考、異常な知覚体験」(0.335)などで、正の相関がみられた。

次に改善度を目的変数として、これに独立して

影響を及ぼす因子を多項ロジスティック回帰分析で求めたところ、有意確率が 0.05 以下の変数として不登校が軽いこと、現在のひきこもり程度の軽さ、初診時のひきこもり程度の重さ、現在の不安が強いことなどが強く関与していた。

次に、現在の精神症状について最尤法、プロマックス回転による因子分析を行った。最尤法を用いて得られた各因子の固有値の結果から 2 因子構造が妥当であると考えられた。

第 1 因子は「絶望感・希死念慮・罪責感」、「希死念慮・自殺企図」、「気分の不安定さ」、「孤独感・退屈・空虚さ」の値が大きく、「自己否定的な気分」と考えられた。第 2 因子は「自律神経症状」、「昼夜逆転傾向」、「不安」、「不眠」の値が大きく、「身体的な不調和」と考えられた。

D. 考察

今回の調査結果を筆者による 1989 年の調査結果と比較検討した結果、全体に著しい高年齢化の傾向を認めた。たとえば初診時年齢の平均は 27.3 歳であり、1989 年の調査時点より 7.7 歳上昇している。さらに現在年齢では 32.6 歳と、10.8 歳もの上昇が認められた。

高年齢化をもたらした要因は複数考えられる。一つは、「発症」年齢の上昇である。かつては、多くのひきこもり状態が、不登校が遷延した結果として生じていた。しかし近年では、いったん就労したあとでひきこもり、外来を受診するケースが少なくない。

また、ひきこもり期間の長期化も重要な要因である。ひきこもり事例の多くは、一度ひきこもってしまった場合、その状態に留まり続けることが多い。今回の比較で言えば、「発症」年齢に比べて、現在年齢は 2 倍以上の幅で上昇している。つまり、高年齢化を説明する上で、「発症」年齢の上昇だけでは不十分であり、ひきこもり期間そのものが遷延化傾向にある可能性をも考慮に入れる必要があると考えられた。

家族歴からうかがえるのは、ひきこもりがごく普通の家庭の問題であるという可能性である。父

親の職業からは、事例のほとんどが中流以上の家庭であることが推定される。また、離婚や単身赴任などの問題を持たない家庭が 8 割以上、被虐待歴を持たない事例が 9 割以上と大多数を占めている。以上の結果は、ひきこもり状態の発生要因が、特殊な家庭環境や虐待といった、限られた「家族病理」にのみ帰せられるべきではなく、むしろどのような家庭でも起こりうる可能性を支持する結果となっている。

発症契機に関して、「不明」が半数近くを占めているが、この結果は、ひきこもりに至る要因として、単純なストレスやトラウマを想定するのみでは不十分であることを示唆している。

次いで、ひきこもりに伴う精神症状について検討してみよう。

ほとんどの事例が多少なりとも「孤独感、退屈、空虚さ」を感じているという結果や、自傷や自殺、あるいはそれらを示唆するような言動が半数近くにみられたという結果は、ひきこもり事例における葛藤の深刻さをうかがわせるに十分である。しばしば誤解されるように、彼らは自らのひきこもり状態について自足することはほとんどない。以上の結果からは、他者や社会とつながることを切望しつつ、そうした状態から抜け出せない自らを否定し、批判し続けているひきこもり青年の葛藤や苦悩がかいま見える。

こうした葛藤状況が長期化すると、しばしば深刻なうつ状態に至る場合がある。程度を問わなければ、なんらかのうつ状態を呈する事例は全体の九割以上に及び、希死念慮に通ずるような絶望感を訴える事例が六割以上を占めるという結果も、ひきこもり事例の多くがなんらかの治療的介入を必要としている可能性を示唆するものと言えるだろう。

ひきこもり事例では、しばしば精神病性ではない妄想様観念がみられることがある。これに関連して何らかの関係念慮や妄想様観念が三割近い事例に認められたという結果は、臨床経験からの印象を支持するものである。ひきこもり事例における被害的な妄想様観念の存在は、彼らがしばし

ば統合失調症と誤診される原因ともなっており、こうした症状が決してまれではないという事実は、治療に関わる専門家の間でもさらに共有される必要があるだろう。

治療者の経験的評価では、薬物療法が最も有効とされているが、この結果は前述したうつ状態の多さを考えるならうなずけるものである。これに次いでデイケアが個人精神療法以上に評価されている点は重要である。ひきこもり事例の治療において、対人スキルの向上がいかに重要なものであるかがうかがえる。なお、家族相談については、最下位とはいえ一割近い事例で有効と判定された意義は決して小さくないと筆者は考えている。

ひきこもり事例はしばしばインターネットに依存しがちと理解されているが、今回の調査では、ひきこもり状態を助長すると考えられるような過度な没頭は4.1%にしかみられず、ほとんどは適正な利用にとどまっていた。ネット悪玉論に対しては、この数字だけでも、十分に反証たりうると考えられる。

続いて、多変量解析の結果について考察する。今回の研究で問題となったひきこもり事例全体の高年齢化については、最も重要な要因として母親の治療態度が考えられた。

母親の態度が通院や治療に及ぼす影響は父親以上に大きいと考えられるが、母親が通院に協力的ではない方が改善度が高いという結果も出ている。これは、本人の治療意欲と家族の治療意欲がしばしば逆相関の関係になりやすいという臨床経験からもうなずけるが、改善事例ほど治療が本人任せになりやすいためもあるであろう。

父親の通院・治療に対する態度にも、母親の通院・治療に対する態度が大きな影響を持っているが、全般的に母親の通院や治療に対する態度が治療に大きな影響力も持っていることがうかがえる。

年齢が高いほど本人が治療に協力的な態度をとるのは、年齢的に「もう後がない」という焦りに加え、家族が非協力的であるため「自分で何とかするしかない」と考えざるを得なくなるためと

も考えられる。

改善に関する要因として、本人の通院頻度が高いことや面接時の治療意欲があることなどの重要性があらためて確認された。一見当然の結果ともとれるが、他の疾患については必ずしも治療意欲が改善に結びつかないことを考えるなら、この結果にはひきこもり状態一般の病理性の軽さが反映されているとも考えられる。

ひきこもりの改善に関する要因には交絡因子が多いことが予想されるため、多項ロジスティック回帰分析を行った結果、現在の不安の強さが改善度に影響していることがわかった。これは、改善事例であっても現状に対する不安や葛藤が強いこと、また、現状に対して葛藤が弱く回避傾向が強い事例ほど改善が難しいといった傾向を示唆するものと考えられる。

初発症状と現在の精神症状の相関を分析した結果、類似もしくは同一の症状で相関を認めたのは「非行」と「強迫」のみであり、その他の症状については有意な相関を認めなかった。この結果は、ひきこもり事例における精神症状の不安定さや一貫性の乏しさを示唆している。筆者はその原因として、多くの精神症状が、ひきこもり状態に対する2次的な反応として生じる可能性を考えている。

また、現在の精神症状の因子分析結果として、「自己否定的な気分」と「身体的な不調和」という二つの因子が抽出されたが、これらはひきこもり事例の治療に際して、いずれも重要な視点と考えられる。すなわち、個別の表面的な症状の改善よりも、自己肯定感と身体的な調和の回復こそが、より本質的で安定した改善につながる可能性を示唆している。

初診時や現在の適応度を示すG A F尺度については、コミュニケーションスキルの重要性が浮き彫りになった。その指標としては、友人の数や異性関係、携帯電話や手紙・電話の利用、面接時の疎通性の良さ、初発症状として対人恐怖の存在などがとりわけ重要であった。

家族間の会話は、それが多いほどひきこもり期

間は短くなる傾向が示唆されたことから、あらためて会話の重要性が確認された。この結果からは、事例本人が特定の家族とのみ会話をするのではなく、家族全員が相互に満遍なく会話の機会を持つのが望ましいことが示唆されている。

E. 結論

調査結果を1989年のものと比較検討した結果、現在の平均年齢が32.6歳など、全体に著しい高年齢化の傾向を認めた。その原因としては、「発症」年齢の上昇と、ひきこもり期間の長期化が考えられた。

家族など背景要因を検討した結果からは、ひきこもりが、ごく普通の家庭において、複合的な要因によって生ずる問題であるという可能性が強く示唆された。治療については、治療者の主観的評価においては薬物療法の有効性と、デイケアをはじめとする対人スキルの向上に照準した支援の有効性が評価された。

ひきこもり事例の改善に関わる要因として、本人の治療意欲が高く通院にも積極的であること、現状に対して不安を感じていることなどが明らかになった。本人の治療意欲に強い影響をもたらすのは、精神症状や家庭環境以上に両親の治療態度であり、とりわけ母親の治療態度が重要であった。本人の適応度については、精神症状以上にコミュニケーションスキルが重要な指標であり、そのさい家庭外の対人関係のみならず、家族間の活発なコミュニケーションも重要であった。治療に際しては、個々の症状の改善はもとより、自己肯定感の回復と身体的なバランスの回復こそが、より本質的で安定した改善につながると考えられた。

文献

- 1)American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of 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)Gunderson,J.G.,Kolb,J.E.and Austin,V.A.:The diagnostic interview for borderline patients.Am.J.Psychiatry,138:894(1981)
- 3)斎藤環:社会的ひきこもり.PHP研究所.1998.
- 4)斎藤環:ひきこもり救出マニュアル.PHP研究所.2002.
- 5)斎藤環:「ひきこもり」の治療と援助－本人に対して－.精神医学,45(3):255-258.2003.
- 6)Wing,J.K.et al:Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms,London(1974) (高橋良他訳:精神症状の測定と分類,医学書院,東京(1981))

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

ひきこもり者の疫学調査可能性の検討

分担研究者 堀口逸子¹⁾

研究協力者 坂本なほ子²⁾

1) 順天堂大学医学部公衆衛生学教室 2) 成育医療センター研究所成育社会医学研究部成育疫学

研究要旨

ひきこもり者を推計するため、既存の資料からは把握困難と思われた 16-19 歳について、その疫学調査の可能性を検討した。また、自治体が実施した調査結果を収集し、その結果から推計を行うことを目的とした。

調査実施は、就労支援を含め 5 つの精神保健福祉センターで、現在調査実施中が 1 県であった。3 県の調査報告書から、調査対象はいずれも県内相談機関を対象で相談にきた本人または家族であった。調査数が少ないとこと、調査対象者が相談者に限定されていたことから、推計をすることはできなかった。ひきこもり者の実数把握に向けては、専門家チームによる、いくつかの調査法案を作成し、実施に向けた検討を重ねることが望ましいと考えられた。

A. はじめに

ひきこもり者については、文部科学省によって平成 3 年より小中学校児童生徒、また平成 16 年から高校生について、いわゆる「不登校」として調査が毎年されている。

http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/21/08/_ics_Files/afieldfile/2009/08/06/1282877_1_1.pdf

小学生では、約 1 万 3 千人から平成 10 年から 13 年をピークに現在では約 2 万 3 千人で、推移している。これは全体の約 0.3% の児童である。

中学生は、約 5 万 4 千人から徐々に増加し、平成 10 年度に 10 万人を超え、現在では約 10 万 4 千人で、全体の約 3% を維持している。小中学校では、この文部科学省調査によって、「ひきこもり者」がいわゆる「不登校」の状態となること考えられることから、ひきこもり者をほぼ把握できていると思われる。

高等学校対象の調査は「長期出席者」の把握において、その理由として「不登校」「病気」があり、「引きこもり者」は、「不登校」生徒数よりも多く、「病気」生徒数を加えた数を下回ると考えられる。「不登

校」の生徒は、約 6 万 8 千人から徐々に減少し、平成 20 年度は約 5 万 3 千人であった。中学校に比べ全体に占める割合は減少しているが、これは、義務教育ではないためにひきこもり者が進学しなかった、または退学していることが容易に考えられる。

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

このため、16 歳以上 20 歳未満のひきこもり者の把握ができていないことがわかった。

16-19 歳におけるひきこもり者の現状を示す具体的な文献は検索できなかった。

調査方法として、①本人調査と②世帯調査とが考えられた。また、一般化には課題を残すが、中学校

の卒業名簿を利用した追跡調査が考えられた。いずれにしても調査対象者とその関係者に対する調査協力へのメリットを実感できるものとならなければ調査実施が困難であることが予測できた。

B. 研究目的

16-19 歳のひきこもり者の現状把握として、推計を行う。

C. 研究方法

1) 16-19 歳のひきこもり者の現状把握を目的とした疫学調査の可能性についての検討

ひきこもり者の疫学に関する文献検索及び疫学を専門とする研究者とのディスカッションによった。

2) 既存資料による推計

全国 67 精神保健福祉センター及び 47 都道府県庁、東京 23 区特別区、18 政令指定都市、40 中核市の精神保健担当部署への電話インタビューを実施した。インタビュー内容は、ひきこもり者に関する調査の有無とそれに関する調査の有無、そして調査されている場合には報告書の提出を求めた。

推計については、報告書の結果を参照することとした。

D. 研究結果

1) 調査実施の検討

調査方法として、①本人調査と②世帯調査と考えられた。本人調査においては、選挙人名簿が利用不可能なために、住民票による対象者抽出しかない。しかし、一般に住民票利用は調査地の行政（自治体）の実施する調査にしか利用できない。また、ひきこもりの状態において、調査協力が得られるとは考え難く、本人調査は困難と思われる。たとえ、住民票の利用が可能となって、本人以外の家族への回答を求めたとしても（世帯調査）家族にひきこもり者がいることを知られたくない場合があること、また、ひきこもり者が単身で居を構えていることも予測でき、調査は難しい。

一般化には、課題が多いが、中学校卒業生名簿からの追跡調査が考えられた。中学校の卒業名簿を拠

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

以上により、16 歳から 19 歳までのひきこもり者のみの把握を目的とした疫学調査実施は極めて困難と判断した。

2) 既存資料による推計

これまでに調査を実施していたのは、青森県、大分県、埼玉県、徳島県、鳥取県の 5 つの精神保健福祉センターであり、現在調査実施中が福岡県の精神保健福祉センターであった。県担当課では、鹿児島県が自立支援のためのアンケート調査のなかにひきこもり者の調査内容を入れ、現在実施中であった。政令指定都市や中核市では調査はされていなかった。

調査結果報告書の提出を求めたが、紛失 1 で、4 県の調査報告書を手に入れることができた。

調査報告書のある 4 県について、調査時期は、平成 13 年が 2 県、平成 15 年 1 件、平成 17 年 1 件であった。調査対象は、いずれも県内相談機関を対象として、そこに相談にきた本人または家族であり、調査方法は、質問紙調査であった。いずれも、疫学調査、いわゆるひきこもり者の実数把握ではなく、相談機関につながりを持ったひきこもり者の実数をはじめとした現状把握を目的としていた。

調査報告書は紛失しているが、平成 14 年と平成 15 年に調査を実施した鳥取県は、民生委員によるききとり調査であった。

また、現在鹿児島県で実施している調査は、「若者自立支援のための実態把握調査」として実施されている。就労支援が目的であるため、調査項目からひきこもり者を明確に知ることは難しい。また、調査対象も本人またはその保護者を対象とはしているが、HP から調査に参加となっており、有意抽出である。またいわゆる実数把握を目的としたものではない。

http://www.pref.kagoshima.jp/_filemst_/49716/saisyuuhoukoku.pdf

調査数が少ないとこと、また調査がいずれも相談機関を通してのことから、疫学調査とは考え難く、ひきこもり者の推計をすることはできなかった。

D. 考察

ひきこもり者の調査をそれのみを目的として実施するには、多大なるコストがかかり費用対効果に疑問が残る。精神保健分野だけでの調査の困難性を克服するために、鹿児島県が実施しているような「就労支援」の視点からなど他部署との連携も考えられる。また、国勢調査の利用（目的外利用）も考えられるが、調査実施に向けた専門家チームによる、いくつかの調査法案を作成し、実施に向けた検討を重ねることが望ましいと考えられた。

政策に必要な最低数の数値を求めるにおいても、相談機関がその数字を把握している自治体は非常に少なく、困難であった。これは、ひきこもり者支援に対する自治体全体としての評価が不十分であることを示唆している。一方、ひきこもり者への支援のプランニングに際しては、支援が必要な対象者数に対してのコストパフォーマンスを含む、ニーズ、人的配置などが考慮されるべきであるが、推計を含む実数把握がなされていない現状からは、ひきこもり者支援に関わる専門家の意識改革も必要と思われた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

IV. 思春期ひきこもりに対する評価・支援のための ガイドライン

一 大目 一

規則第1章 第1節 第1項 第1号 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン

規則第1章 第1節 第1項 第2号 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン

ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン

001 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第1回提出のひきこもりの属性

002 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第2回提出のひきこもりの属性

003 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第3回提出のひきこもりの属性

004 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第4回提出のひきこもりの属性

005 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第5回提出のひきこもりの属性

006 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第6回提出のひきこもりの属性

007 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第7回提出のひきこもりの属性

101 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第1回提出の属性

102 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第2回提出の属性

103 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第3回提出の属性

104 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第4回提出の属性

105 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第5回提出の属性

106 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第6回提出の属性

107 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第7回提出の属性

201 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第1回提出の属性

202 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第2回提出の属性

203 ……………… ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 第3回提出の属性

規則第1章 第1節 第1項 第3号 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン

の書類提出の方法と書類提出の手順

— 目次 —

1. はじめに	93
2. ひきこもりの定義・出現率・関連要因	94
2-1 ひきこもりの定義	94
2-2 ひきこもりと不登校	94
2-3 ひきこもりとニート	95
2-4 わが国のひきこもりの出現率	96
2-5 ひきこもりと思春期心性	96
2-6 ひきこもりと精神障害	98
2-7 ひきこもりと発達障害	98
2-8 ひきこもりを支援対象とする理由	99
2-9 ひきこもりの長期化とその予防について	100
3. ひきこもりの評価	101
3-1 評価のための基本的視点	101
3-2 適切な評価が行われるための環境	102
3-3 ひきこもりと関係の深い精神障害とその特徴	103
3-4 とくに留意すべき精神障害	106
3-5 家族しか相談に訪れない場合の精神障害の評価についての考え方 ..	107
3-6 ひきこもりの段階を知ること	108
3-7 診断と支援方針に基づいた分類	111
4. ひきこもりに対する支援	113
4-1 ひきこもり支援の多次元モデル	113
4-2 地域連携ネットワークによる支援	114
4-2-a ひきこもり支援を提供できる機関	
4-2-b 地域の専門機関が連携することで得られるもの	

4-2-c 地域における連携ネットワーク設置の注意事項	
4-2-d ひきこもり支援におけるプライバシーの保護と守秘義務	
4-3 家族への支援	123
4-3-a 家族しか来談していない事例の相談	
4-3-a-i 来談当初の受けとめ方	
4-3-a-ii 家族のみの相談の場合それを当事者に伝えることの是非	
4-3-a-iii 家族だけの相談が長期間になってきた際の対応	
4-3-b 家族に向けた心理・社会的支援法	
4-3-b-i 家族への個別面談の意義と進め方	
4-3-b-ii 家族へのグループ活動の意義と進め方	
4-4 当事者への支援	129
4-4-a 当事者への支援の考え方	
4-4-b ひきこもりを抜け出すための当事者への支援と治療とは何か	
4-4-c 当事者との初期の面談における留意点	
4-4-d 当当事者のための心理・社会的支援とは何か	
4-4-d-i 個人療法	
4-4-d-ii 集団療法	
4-4-d-iii デイ・ケア	
4-4-d-iv 教育機関による支援	
4-4-d-v 就労や社会参加に向けた支援	
4-4-e ひきこもりに対する薬物療法の考え方	
4-4-f ひきこもり支援の終結のタイミング	
4-5 訪問支援（アウトリーチ型支援）	141
4-5-a 訪問支援を考慮するタイミング	
4-5-b 訪問実施前の準備段階で検討すべきこと	
4-5-c 訪問開始に向けた家族との準備	
4-5-d 訪問時に心得ておくべきこと	
4-5-e 当当事者が拒否する場合の対応	
4-5-f 訪問支援の着地点（ゴール）	

4-6 支援をめぐるその他の課題	148
4-6-a 専門機関に相談する前にできること	
4-6-b ひきこもりの支援に関する啓発活動	
4-6-c 緊急時の対応に関する考え方	
5. 今後の課題	153
5-1 ひきこもり支援の今後の課題	153
5-2 本ガイドラインの限界	154

1. はじめに

本ガイドラインは、子どもから成人まで広い年代にわたって問題となっておりますひきこもりという現象の評価と支援に関する標準的な指針を提供することを目的に作成されました。いうまでもなく、ひきこもりは子どもから成人までの広い年齢層に生じる社会現象の一つをあらわす用語であり、概念です。ひきこもりは一つの疾患や障害にのみ現われる症状ととらえるべきではなく、様々な疾患の症状として、また様々な葛藤の徵候としてあらわれるものと理解すべきでしょう。したがって、ひきこもりという概念が覆う領域は非常に広く、その境界はあいまいなものとならざるをえません。しかし、様々な支援を行う際には、より明瞭な境界で区切られた現象像の定義が求められるところであり、本ガイドラインでも次項に掲載したような定義を用いてひきこもりという現象を規定しています。

ひきこもりの支援を考える際に、支援者が心得ておかねばならない重要な留意事項があります。それは、ひきこもり状態に在る子どもや青年がすべて社会的支援や治療を必要としているわけではないという点です。例えば、慢性身体疾患の療養過程で家庭に長くとどまる必要のある事例や、家族がそのような生き方を受容しており、当事者もその考えであるため社会的支援を必要としていない事例の場合、少なくとも当面は支援を要するひきこもり状態とはならないということを承知しておくべきでしょう。

一般的に支援を必要とするひきこもり事例の中心は、子どもであるにしろ、青年あるいは成人であるにしろ、ひきこもりが長期化し社会生活の再開が著しく困難になってしまったために、当事者をはじめ家族が大きな不安を抱えるようになった事例です。そのようなひきこもりには何らかの精神疾患の診断が可能な事例も多いことと思われます。

本ガイドラインは、現に精神保健・医療・福祉・教育などの専門機関の支援を必要としているひきこもり事例を対象として作成されたものです。「ひきこもり」の評価と支援の実践的なガイドラインとして、支援にあたる専門機関(公的機関だけをさしているのではありません)の職員が何をどうしたらよいかという指針を得るために、あるいは支援を求める当事者やその家族が現時点での支援の現状とその利用法についての情報を得るために、広く利用していただけたら幸いです。

2. ひきこもりの定義・出現率・関連要因

2-1 ひきこもりの定義

このガイドラインは、ひきこもりを以下のように定義しています。

「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。」

ここで重要なのは、社会参加をしていない子どもや青年がすべて社会的支援や治療を必要としているわけではないということです。例えば慢性身体疾患の療養のため家庭に長くとどまる必要のある事例や、家族がそのような生き方を受容し社会的支援を必要としている事例の場合、少なくとも当面は支援を必要とするひきこもり状態とはなりません。

一般的に支援を必要とするひきこもり事例の中心は、子どもであるにしろ、青年あるいは成人であるにしろ、社会参加の回避が長期化し社会生活の再開が著しく困難になってしまったために、当事者や家族が大きな不安を抱えるようになった事例です。そのようなひきこもり事例の中には、家庭内暴力や顕著な退行、あるいは不潔恐怖や手洗い強迫などが深刻化したり、幻覚や妄想といった精神病症状が顕在化したりといった、何らかの精神障害の症状が顕在化し、その苦悩から家庭内の生活や人間関係さえ維持することが困難になっている場合も少なくないのです。ここでいうひきこもりとは、以上のような現に支援を必要としている、精神保健・福祉・医療の支援対象としてのひきこもりのことです。

2-2 ひきこもりと不登校

不登校とは、もともと学校もしくは登校をめぐる激しい葛藤をともなった欠席状態を意味しています。文部科学省の定義では「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくともできない状況にあるため年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの」となっています。

近年の調査で、義務教育年限の不登校から一定の比率、たとえば中学生年代での入院事

例の 10%ほど（齊藤, 2000）に青年期以降のひきこもりが出現していることが明らかとなっていることを踏まえ、このガイドラインでは、不登校のうちには本ガイドラインで定義したひきこもりと関連性が強い一群が確実にあると考えています。そこで、不登校についても、社会的活動（学校生活や仲間との交友）とそれに関連した場（学校）からの回避行動＝社会活動からのひきこもり（withdrawal from social activities）であるとの視点を強調し、本ガイドラインでは不登校の問題を「顕在性か潜在性かを問わず、学校に参加することへの恐れ、拒否感、あるいは怒りと、欠席することへの罪悪感を持ち、登校せずに家庭にとどまる生活は総じて葛藤的であるといった状態像を伴う長期欠席」であると捉えています。

2-3 ひきこもりとニート

「ニート」とは「Not in Education, Employment or Training」の頭文字（NEET）からくる英国での造語で、直訳すると「就業、就学、職業訓練のいずれもしていない人」になります。日本においてこれにあたるものは、内閣府による「平成 17 年青少年の就労に関する研究調査」の報告書に記載された、いわゆる職に就いていない若者（無業者）について「高校や大学に通学しておらず、独身であり、ふだん収入になる仕事をしていない 15 歳以上 35 歳未満の個人（予備校や専門学校などに通学しているものも除く）」とした定義があり、これがわが国のニートの定義ととらえてよいと思います。

職に就いていなくとも就職希望を表明し求職活動をしている「失業者」はニートから除くと定義することによって、そのような状態にある者を統計的に把握することが可能となりました。しかしその一方で、就業意欲があっても、家族の介護などにあたるために求職活動をしていない「家事手伝い」もニート（非求職型）として扱われることなどにみられるように、ニートは支援の必要性とは独立して捉える概念となっています。

ひきこもりについては、本ガイドラインの定義でも触れたとおり、少なくとも半年以上は社会参加ができずにいる状態であり、かつ、社会生活の再開が著しく困難になって精神保健・福祉・医療の支援対象となる状態を言いますので、支援の必要性の深刻度という視点から用語を使い分ける必要性があります。しかし同時に、ニート状態の人の中には、本ガイドラインで示したようなひきこもり問題を抱え、専門的な支援を要する人が少なからず含まれていることを心得ておきましょう。

2-4 わが国のひきこもりの出現率

世界精神保健（WMH）調査（WHO 主導による国際的精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクト）の一環として、20 歳以上を対象にひきこもりの疫学調査を行った平成 16 年から 3 年間の厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究（主任研究者：川上憲人）」の結果（その論文化されたものが Koyama, 2010）が現在のところ最も信頼性の高いものといえます。この研究では全国 7 市町村の 20～49 歳までの住民から無作為に選択された 1660 名を対象に直接面接をした調査で、住民に対してひきこもり経験の有無などを質問しています。この研究から、ひきこもりの平均開始年齢は 22.3 歳で、生涯有病率（生涯に一度はひきこもり経験がある人の割合）は 1.2%、また調査時点でひきこもり状態にある子どもを持つ世帯は 0.5%、20 歳台が 30～40 歳代より多く、また男性に多いことがわかりました。（20 歳以下のひきこもりに関しても同様の調査が必要ですが、それぞれの家庭において非常にデリケートな問題でもあるため、WMH 調査以外の調査では把握が現在のところ困難です。）

上記の WMH-J 調査の数値から現在ひきこもり中の子どもや青年の数を推定すると、平成 18 年 3 月末日現在の住民基本台帳に基づく我が国の総世帯数（51,102,005 世帯）の 0.5% にあたる 255,510 世帯でひきこもりの子どもがいることになります。（おそらくこれは推定値としては最小限のものと思われます。）

2-5 ひきこもりと思春期心性

一般的に、思春期（10 歳から 18 歳くらい）の主たる発達課題は、「両親（とりわけ母親）からの分離」と「自分探し、自分で作る」です。思春期の前半（10 歳から 14 歳くらい）の年代は親（特に母親）から心理的に距離を置くために、同性の仲間へと接近し、その活動に没頭します。その後半（14 歳から 18 歳くらい）の年代では本当の自分を確立し、社会とわたりあう能力を身につけるために、信頼できる友人を求めるときに、自己という感覚に過敏となります。

思春期を通じて高まっている同性仲間集団からの脱落の恐れは、子どもを集団への過剰適応に向かわせます。そして、そこでの適応上の危機の増大や現実に生じた失敗は、たとえそれが些細なものであったとしても、子どもに強い挫折感と恥の感覚を経験させ、同時

にそれが生じた現場である仲間関係や学校生活を回避させ、子どもを家にとどめる強力な原動力として作用します。まさに思春期であるからこそ、そのようなことが起きやすいのです。もちろん、家族を揺さぶる問題が家庭に生じているような事態も、思春期の子どもを家族にしばりつけ、学校生活などの社会的活動を回避させることがよくあります。

思春期後半の発達課題に伴う自己感覚の過敏性の増大は、他者の視線や、他者の批判、自己の独立性・自律性をめぐる不安に対する過敏性と脆弱性としてあらわれます。このような自己の状態を防衛するため、思春期を通じて子どもの自己愛性はかなり高まるといわれています。こうした自己愛を支えあう適切な友人を持つことは適応性を高めるために必須ですが、友人関係の破綻はこの年代の子どもの自己愛を揺さぶり、孤立感や無力感などを生じさせたり、自己の独立性をめぐって被影響感（自分の考えや感情が他者から強いられたもので自分の独自のものではないように感じること）や被害感（他者から意地悪されているように感じること）を刺激したりします。そのような思春期後半の心性は、社会的関係性の挫折により、容易に自己へのひきこもりと自己愛性のさらなる亢進を強いられることになります。いうまでもなく通常の家庭を持つ思春期の子どもにとって、自己にひきこもることを最も容易に保障するのは家庭にとどまることなのです。

また、思春期を通じて特徴的とされる心性に亢進した両価性（正反対の感情が同時に浮かぶ葛藤の強い内的状況）があります。近づきたい・離れたい、大好き・大嫌い、助けてほしい・かまわないでといった正反対の気持ちに激しく揺れる思春期の子どもは挫折や自己の危機に際して適切な支援を求めることができないという特性が目立ちます。思春期年代の子どもが一旦ひきこもると、そこから抜け出しにくいという特徴はこの両価性の高さも大きな役割をはたしていると理解できます。思春期のひきこもりでは、子どもは学校へ行っていないことに対する罪悪感から、支援者の中立的な姿勢や質問をしばしば非難と受け止めやすく、高まった両価性によって関係性は不安定かつ了解しにくいものになってしまいます。

ここまで述べてきた 10 歳から 18 歳くらいまでの、人生の中で最もひきこもりへの親和性が強いといってよい思春期心性は、青年期と呼ばれる 19 歳以降の年代に至っても、危機に陥ればすぐさま頭を持ち上げてくるものようです。青年期に始まるひきこもりにも、思春期年代の不登校・ひきこもりと共通の側面が存在することは明らかです。

2-6 ひきこもりと精神障害

ひきこもりという用語は病名ではなく、あくまで対人関係を含む社会との関係に生じる現象の一つをおおまかにあらわしている言葉です。また、それが生じる原因には『いじめ』『家族関係の問題』『病気』などが挙げられることがあります、一つの原因でひきこもりが生じるわけでもありません。生物学的要因や心理社会的要因などのさまざまな要因が絡み合って、ひきこもりという現象が生じています。近年になってひきこもりには多彩な精神障害が関与しているという報告がされるようになりました。例えば、精神保健福祉センターのひきこもり相談における研究（近藤ほか, 2010）では、当事者との面談ができた事例の大半に精神障害の診断が可能であることが示されました。いうまでもなく、ここでいう「精神障害」とは ICD-10 や DSM-IV-TR に記載されているすべての障害をさしています。ひきこもりと関連の深い精神障害の主なものとしては、広汎性発達障害、強迫性障害を含む不安障害、身体表現性障害、適応障害、パーソナリティ障害、統合失調症などをあげることができます。本ガイドラインのひきこもりの定義でも、統合失調症は除外することを明記していますが、注意すべきは、当事者との直接的な精神医学的面談によってそれと診断されるに至っていない統合失調症の当事者が含まれる可能性を前もって排除しないということです。ひきこもりの相談にあたって、常に統合失調症や双極性障害である可能性をどこかで意識していましょう。本ガイドラインの定義で、「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。」とあえて強調しているのはそのためです。これらの精神障害の大半はひきこもりを引き起こす要因の一つとなった一次性のものと考えられますが、中にはひきこもり状態の中で発症した二次性のものも含まれています。例えば、うつ病性障害はひきこもりの原因になる事例が大半ですが、中にはひきこもり状態の遷延する過程で発症してくる事例もあります。

2-7 ひきこもりと発達障害

ひきこもりの大半の事例には多彩な精神障害が関与しており、中でも発達障害の関与はけっして稀ではないことから、現在特に注目されています。急性期精神科医療の現場で、30 歳以下の初診患者のうち 22% がひきこもりを呈しており、その診断は統合失調症

(ICD-10 の F2)、神経症性障害（同じく F4）、広汎性発達障害（同じく F8）を中心とする発達障害（中島ほか, 2009）がほぼ同数だったという報告もあります。また、精神保健福祉センターでのひきこもり相談来談者の調査からも全体の 30%弱ほどに発達障害の診断がついたという報告もあります（近藤ほか, 2010）。このような数字が示唆するのは、発達障害の特性のいくつかがひきこもりとの親和性を持っているのではないかという点です。また、発達障害を持つ事例の支援にあたっては、各発達障害の認知特性に適合させた指導プログラムや生活・就労支援が必要になりますし、また有効です。以上からひきこもりと発達障害との関連は大いにありそうです。

発達障害は国際的な定義にしたがいますと、WHO の ICD-10 でも米国精神医学会の DSM-IV-TR でも、精神障害の一領域と位置づけられています。それらの考え方を準じて、本ガイドラインでは精神障害には発達障害は含まれているという視点からの記載を行っています。

2-8 ひきこもりを支援対象とする理由

支援を必要とするひきこもりの中心にあるのは、子どもであれ、青年あるいは成人であれ、社会的な活動からの回避が長期化し、社会生活の再開が著しく困難になってしまった事例です。このような事例では、家族が見通しの立たない事態に大きな不安を抱えるようになっています。また、家庭内暴力や退行、不潔恐怖や手洗い強迫などが深刻化している事例、幻覚や妄想といった精神病症状など、何らかの精神障害の症状が顕在化している事例では、家庭内の生活や人間関係さえも危機に瀕している場合もあります。いずれの場合も、精神保健、福祉、医療などからの支援を必要としています。

ひきこもりの長期化とは、年齢相応の社会経験を積む機会を失うことですから、すでに同世代の大半が年齢相応の社会経験を積んで次の課題に向いあっている状況に合流し、一緒に進みはじめることは容易なことではありません。再チャレンジを支える仕組みと支援者が必要なのです。

また、ひきこもり中の子どもと親、特に母親との間で、過保護や過干渉を伴う共生的な関係性が形成されやすいという事例も多く見られますが、そういう場合は青年期の子どもを社会に送り出してゆくために必要な社会との橋渡しの機能を家族が發揮できなくなりがちです。ひきこもりに必然的に伴うこうした家族の機能不全が、さらにひきこもりの長期

化を招くという悪循環を形成してしまいがちです。このような家族システムの機能不全も支援の重要な対象となります。

2-9 ひきこもりの長期化とその予防について

ひきこもりの長期化は当事者の身体的ならびに心理・社会的な「健康」に深刻な影響を与えます。生物的・身体的には、衛生面、栄養面での問題や、身体疾患、あるいは使用しないことによる身体的機能の低下などが懸念されます。また心理・社会的には、年齢相応の学習や社会的体験の機会を逃すだけでなく、学校や社会の通常の活動に再び参加するチャレンジの場を提供される機会が徐々に減っていき、さらにはひきこもっていた時期が就労での障害となりやすいことなどもあり、長期化はひきこもり状態から社会参加への展開を妨げる高い壁を形成する可能性があります。こうしたハンディキャップはしばしば精神的な健康を損なわせ、何らかの精神障害を発症するストレス要因の一つとなる可能性があります。支援者はひきこもりの長期化がもたらす困難な事態をよく理解しておく必要があります。

ひきこもりの長期化を防ぐための最も重要な視点は、当事者の来談・受診ができるだけ早く実現することです。そのためには、ひきこもりの状態となっている場合に提供されている身近な地域のサービスの一覧を普段から住民向けに広く周知しておくこと、家庭への訪問を行うアウトリーチ型支援をタイミングよく開始すること、家族がひきこもりの本人に来談・受診を説明しやすくなるようなアドバイス、あるいはガイダンスを継続することなどが必要です。

(参考)

- 支援へのアクセス可能性を高める工夫としては、英国保健省の傘下機関である国民保健機関 (National Health Service: NHS) による、心理療法、特に認知行動療法へのアクセス改善を目指した Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme (the IAPT team, 2008) 等が注目されています。
- アウトリーチのアセスメントについては、【4-5 訪問支援（アウトリーチ型支援）】を参照してください。
- 家族がひきこもりの本人に相談や受診を進めるためのアドバイスに関しては、米国で行