

いばらき発達障害研究会

ひきこもりの 理解と支援

筑波大学 社会精神保健学
齋藤環

「不登校」とは

- ◎ 文部省（当時）による定義（平成11年度の学校基本調査）：
年間30日以上長期欠席者のうち「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状態」
- ◎ ※それまでは「学校嫌い」を理由とする長欠者を対象としており、さらに定義が拡大された
- ◎ 主として小・中学生を対象とする言葉であるが、同様の状態は高校生、大学生、近年に至っては大学院生にも珍しくなくなりつつある。

- ◎ 文科省「学校基本調査」では平成10年度の小中学生不登校は11万4971人。
- ◎ 09年度調査の不登校数から東日本大震災の災害東北3県の不登校数をのぞいて比較すると2343人減。
- ◎ 小学生の不登校が2万1675人（※09年度比135人増）中学生が9万3123人（2478人減）。

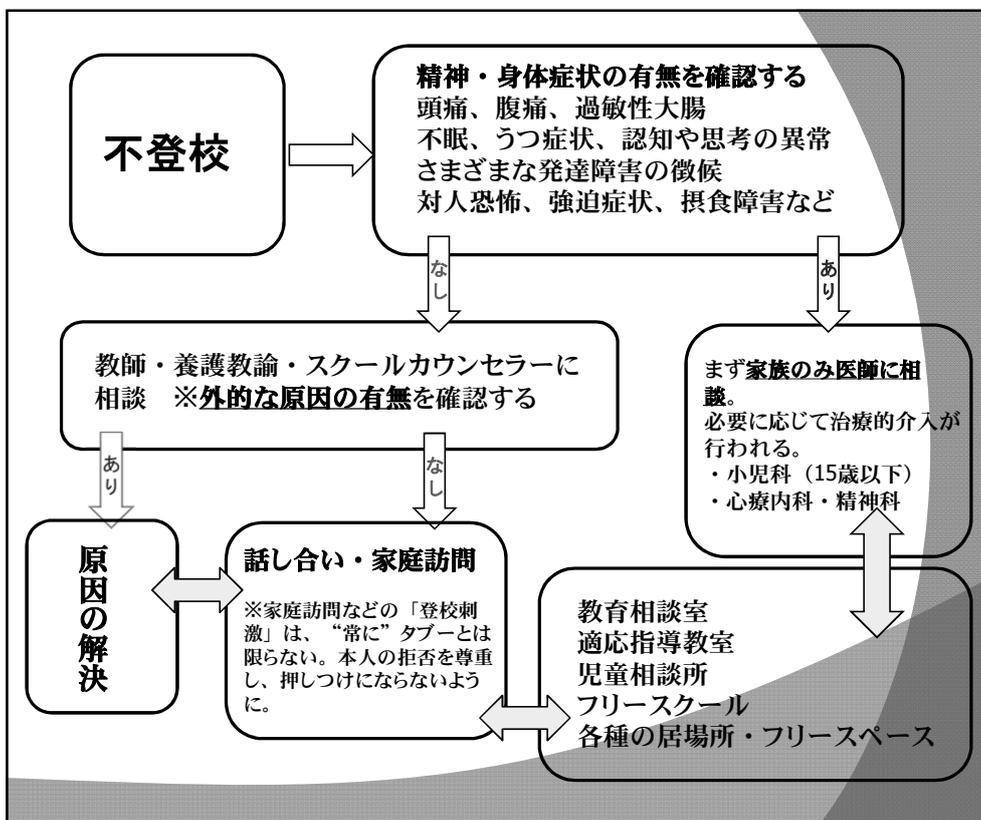
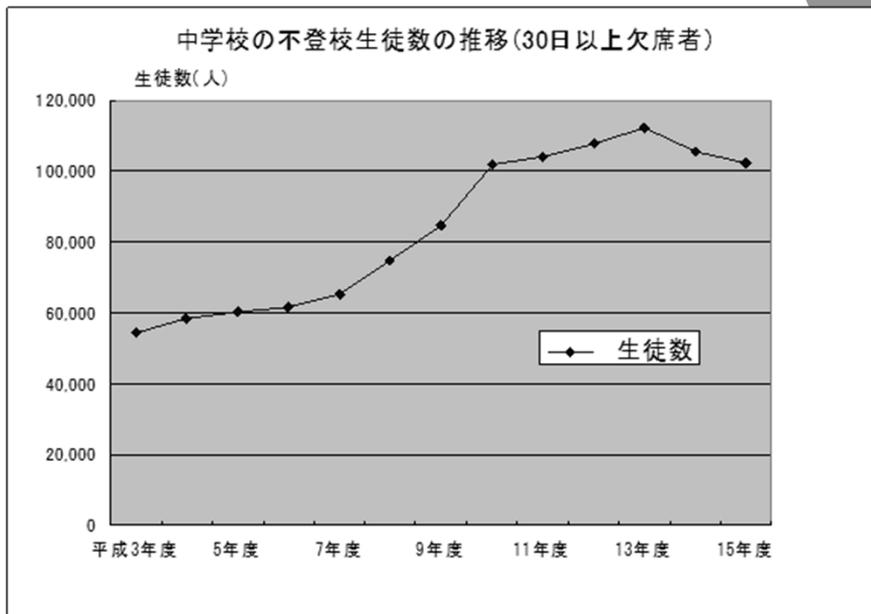
- ◎ 長期化するにつれて、後述するひきこもり状態、あるいは家庭内暴力、自殺企図といった問題行動に至る場合もある。また、頭痛、腹痛などの心気症状、対人恐怖症状、頻回の手洗いなどに代表される強迫症状、抑うつ気分などといった精神症状があらわれてくることもある。

不登校の分類

山登敬之の指摘：治療機関を訪れる不登校については、

- (1)身体的疾患をもつもの
- (2)精神病（発達障害含む）が疑われるもの
- (3)神経症様症状を呈するもの

くらいの大まかな分類で十分としている



基本的対応—登校刺激の是非を巡って

- ◎ 「再登校」を目標としない。「どうすればこの子が元気になるか」を目標とする。
- ◎ まず十分な休養期間を保証し、子どもが呈しているさまざまな症状については、それをメッセージとして受容しながら、必要に応じて治療も行う
- ◎ 常に本人の「拒否権」を尊重し、子ども自身が進むべき方向を選択できるまで、干渉を控えて見守ること
- ◎ スクールカウンセラーや適応指導教室、あるいは民間のフリースクールなどを利用する
- ◎ 教条主義的な「登校刺激の禁止」の問題
- ◎ まずは関わりを持ち、働きかけながら状況を観察し、その結果にもとづいて、必要なぶんだけ対応の軌道修正をする

「ひきこもり」との関連性

- ◎ 文部科学省「不登校に関する実態調査」(2001.9)
- ◎ 平成五年度に「学校ぎらい」を理由に年間30日以上欠席し中学校を卒業した生徒3000例を対象とした大規模な調査
- ◎ 中学を卒業して、約5年後の平成10年11月から平成11年2月にかけて、郵送によるアンケートと電話によるインタビュー調査
- ◎ 中学校卒業から現在まで、最も長く続いた状態が「なにもしていない」と回答したものは、全体の17%
- ◎ 現在の状態として「就学も就業もせず」と回答したものは全体の23%
- ◎ 従来の不登校の予後調査の結果などもあわせて考えるなら、不登校事例全体の、およそ15%から20%が長期化し、ひきこもっていくと推定することが可能

社会的ひきこもりの定義

- ◎ 六ヶ月間以上、社会参加せず
- ◎ 精神障害を第一の原因としない

※ ただし「社会参加」には、「就学」「就労」のほか「親密な仲間関係」も含まれる

※ 診断名、臨床単位とは言えない

事例

- ◎ 初診時21歳 男性
- ◎ 中学3年の夏休み明けから不登校となり、次第にひきこもりがちな生活が続くようになった。対人緊張や視線恐怖などの症状がしだいに強くなり、外出もほとんどしなくなった。不眠がちで、深夜になると両親に、高校へ進学しなかった事への劣等感や、何年もひきこもり続けてきたことへの後悔などを訴えることが続いていた。
- ◎ カウンセリングを数回受けたが続かず、両親のみが外来を受診。家族相談を続ける中で、まず両親の本人に対する叱咤激励をやめさせ、一切の干渉を控えさせた結果、家族関係は徐々に改善した。最初は通院を拒否していた本人も、両親が根気よく誘いかけながら通院を続けた結果、両親の初診から約4ヶ月後に本人も来院し、以後は定期的に通院するようになった。外来での態度は「何でもありません」「話すことありません」などと拒否的であったが、面接を重ねるうちに趣味のテレビゲームの話などをするようになり、やがて筆者の外来の「ひきこもりデイケア」に参加するようになった。
- ◎ ここでゲーム好きのメンバーと親しくなり、次第に場の雰囲気にも馴染み、ミーティングなどでも積極的に発言するようになった。また、DCメンバーが主宰する自助グループにも参加するようになり、初診の二年後からは通信制高校に入学した。スクーリングには休まず参加し、成績も良好で、訴えはしばしば厭世的ではあるものの、現在は目立った精神症状もなく安定している。

社会的ひきこもりの特徴

- ◎ 不登校との関連性は高い
- ◎ 1970年代後半から増加
- ◎ 全国で数十万から百万人と推定される
- ◎ 比較的、男性事例に多い
- ◎ どのような家庭のどのような子供にも起こりうる
- ◎ しばしば著しい長期化（数年～十数年）に至る
- ◎ 長期化とともに精神症状が、あるいは家庭内暴力などの問題行動が出現しやすい
- ◎ ひきこもりきっかけは多様だが、長期化のパターンは共通点が多い
- ◎ 長期化に至った事例が自力で社会参加を果たすことは著しく困難→高年齢化の問題

近藤直司ら: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.

- ◎ 厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「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」（主任研究者：齊藤万比古）平成20年度研究報告書、2009
- ◎ ※ 岩手県、石川県、さいたま市、和歌山県、山梨県の精神保健福祉センター（こころの健康センター）の共同研究

対象と方法：

- ◎ 平成19年度および20年11月までの時点で相談を受けた281件（男性211件、女性70件）、年齢は16歳から35歳（平均24.5歳）、このうち、調査実施期間に本人が来談した152ケース（281件の54.1%に相当）を各機関でDSM-IV-TRにもとづいて診断した。

青年期ひきこもりケースのメンタルヘルス問題と治療・援助方針(近藤、岩崎、小林ほか、2007)

<第1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や生活・就労支援が必要となる場合も多い。

<第2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・心理的問題や併存障害としての精神障害の治療が必要な場合もある。

<第3群>

パーソナリティ障害(傾向traitを含む)や身体表現性障害、同一性(アイデンティティ)の問題などを主診断とし、パーソナリティ特性や神経症的傾向に対する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、薬物療法が無効なために、心理-社会的支援が中心になるものも含む。

来談群の群別割合 (152ケースのうち診断保留の27ケースを除く) (近藤、宮沢、境ほか、2009)

第1群	第2群	第3群	合計
39件(31%)	41件(33%)	45件(36%)	125件(100%)

◎ 最終的な研究結果

- ◎ 全ての相談ケース339件のうち来談群は184件、情報不足などのため確定診断が保留されたケースが35件であった。診断が確定した149件の内訳は、第1群49件（32.9%）、第2群48件（32.2%）、第3群51件（34.2%）、その他（いずれの診断基準も満たさない）と判定されたケースは1件(0.7%)であった。
- ◎ これらの結果から、齊藤班における「ひきこもり」の定義を満たすケースは、そのほとんどがDSM-IV-TRのいずれかの診断カテゴリーに分類される（何らかのメンタルヘルス問題を有する）こと、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と判断された。

後期思春期・早期成人期の ひきこもりに対する 精神医学的治療・援助に関する研究

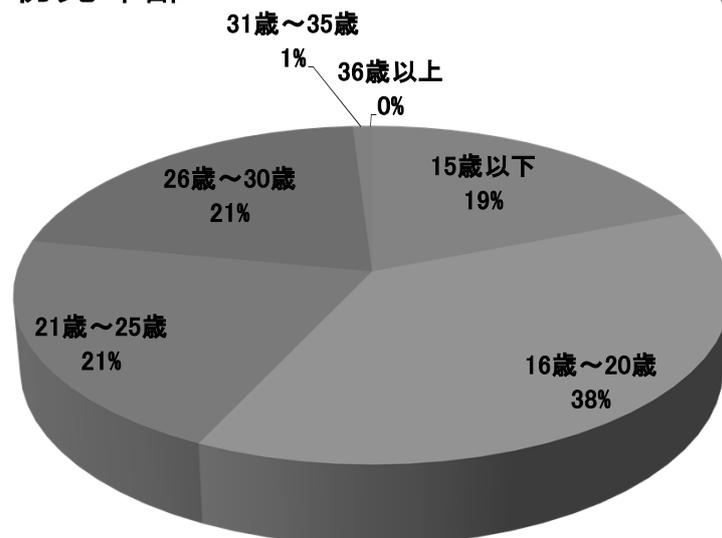
(齋藤環、佐々木一、宮本克巳、半田聡、松本悟志：
後期思春期・早期成人期のひきこもりに対する
精神医学的治療・援助に関する研究、
厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業
『思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と
精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究』、2010)

対象者

◎二〇〇一年一月から二〇〇七年十一月までの間に
爽風会佐々木病院外来を受診した患者のうち、

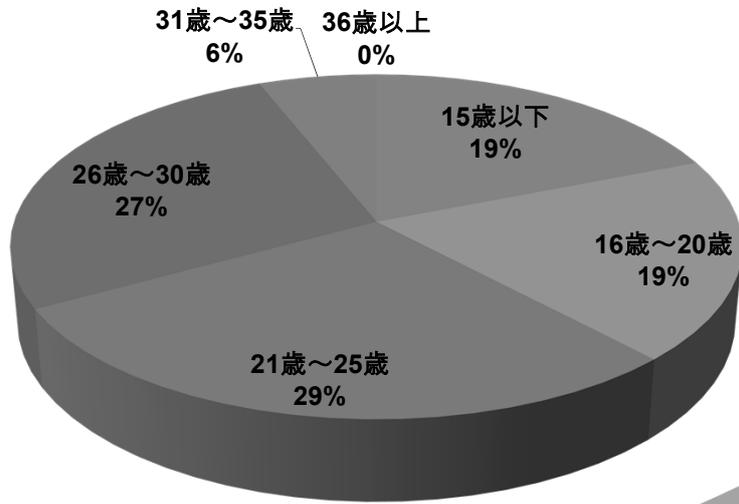
- (1)統合失調症やうつ病などの基礎疾患を持たず
- (2)一年間以上のひきこもり状態にあり、
- (3)本人との治療関係が六ヶ月以上継続していて
- (4)調査のための情報が十分に揃っている事例67例

初発年齢



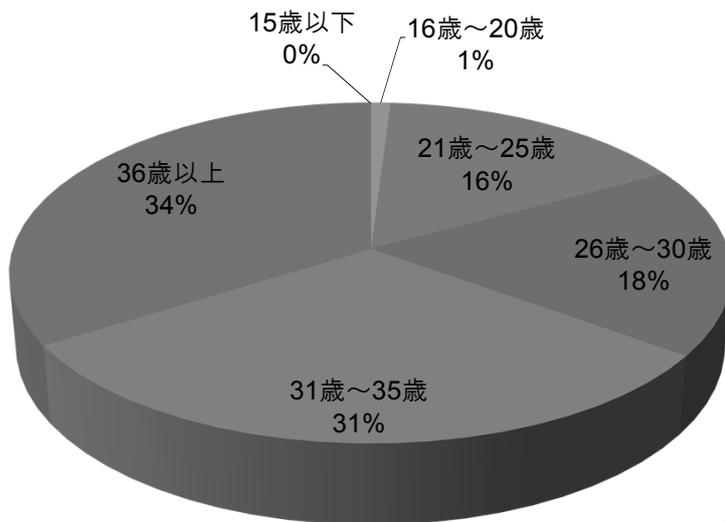
平均年齢 20.3歳

初診時年齢



平均年齢 27.3歳

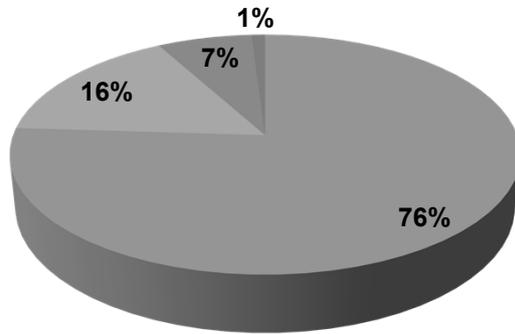
現在年齢



平均年齢 32.6歳

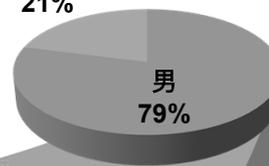
DSM-IV I 軸診断

- 社交不安障害
- 気分変調性障害
- 強迫性障害
- 身体化障害

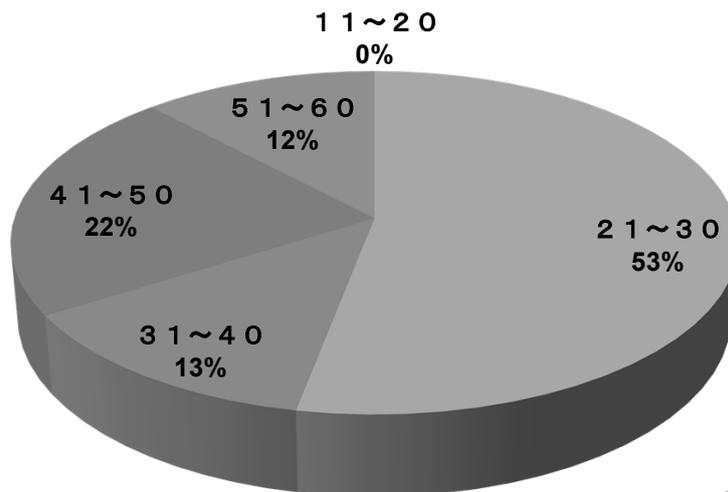


性別

女
21%



GAF 尺度



平均 36.5

鑑別診断

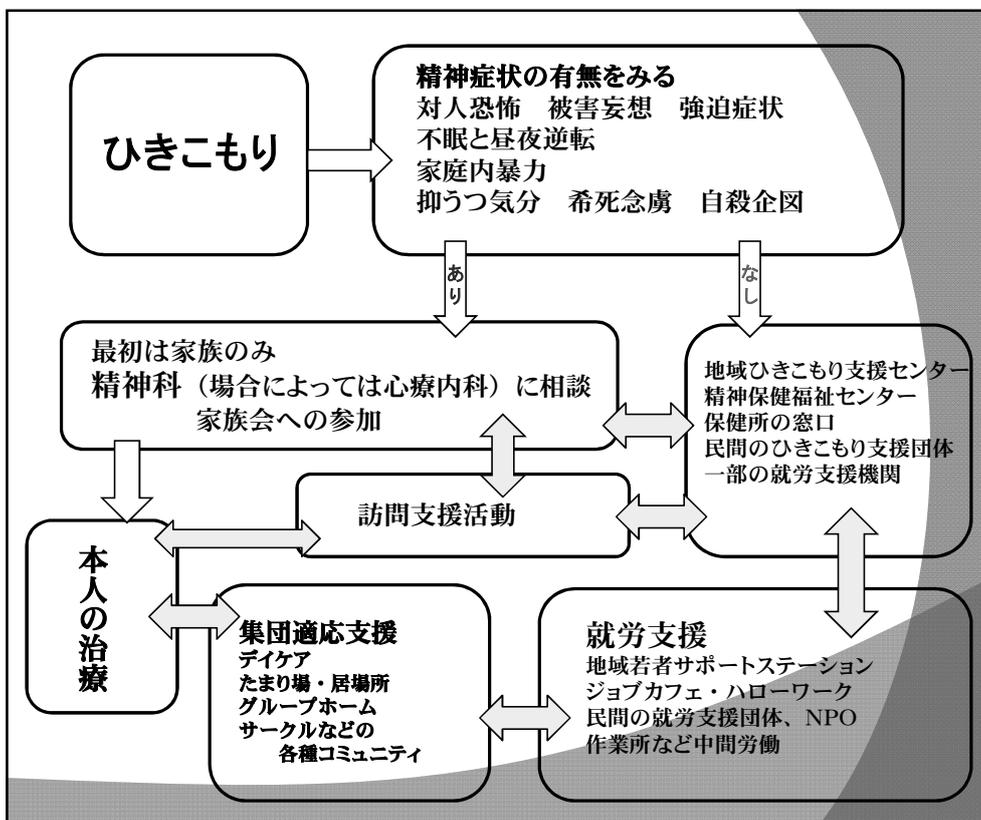
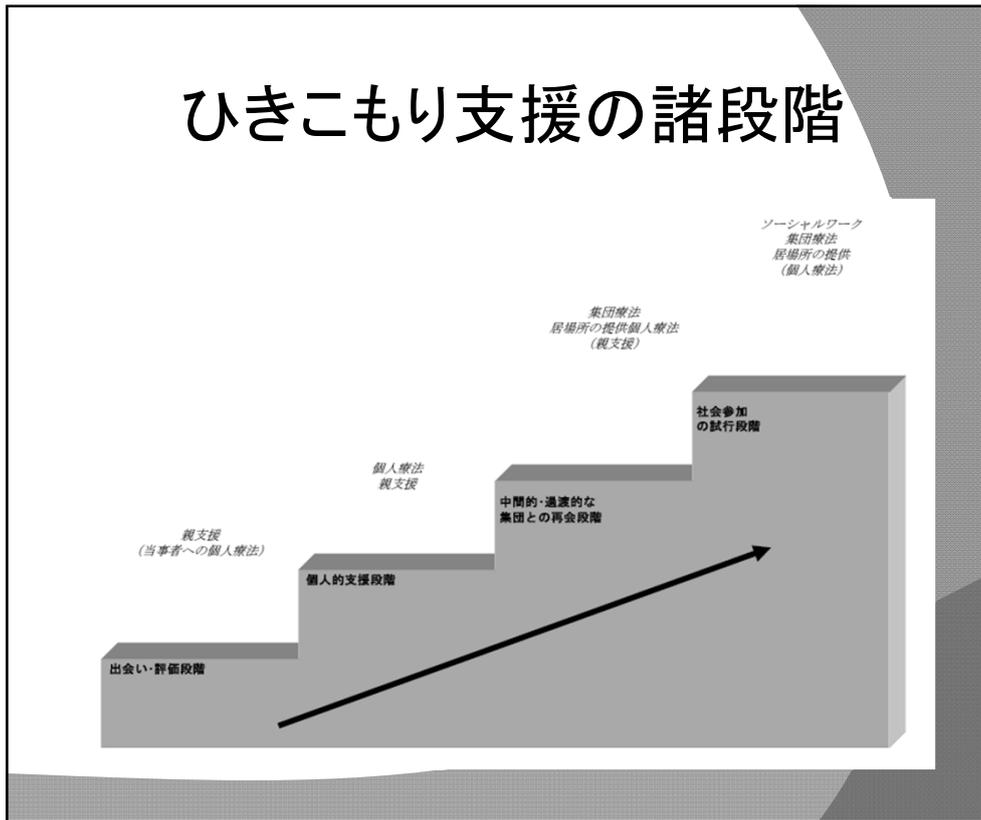
- ◎ **統合失調症** (もっとも重要)
- ◎ 発達障害 (誤診事例が多い)
- ◎ スチューデント・アパシーと退却神経症
- ◎ 回避性人格障害
- ◎ 社会不安障害
- ◎ 境界性人格障害
- ◎ 思春期妄想症
- ◎ うつ病
- ◎ 分裂病質人格障害
- ◎ 循環性気分障害

「発達障害」診断の問題

- ◎ 医療現場では見過ごされがちであり、医療以外の現場では過剰診断の傾向
- ◎ 「空気が読めず孤立しがちな変わり者」へのレッテルと化している
- ◎ 診断の手順が曖昧かつ恣意的
- ◎ DSM-IVのみでは正確な診断が難しい

- ◎ その診断を下すことで本人の自己洞察が深まり、生きやすさが増すようであれば診断には意味がある
- ◎ 自閉症スペクトラム指数の使用

ひきこもり支援の諸段階



社会的ひきこもりの 治療的対応

治療的対応の三段階

- ① 家族相談（情報提供）
- ② 個人治療（個人精神療法・薬物療法）
- ③ 集団適応支援（デイケア・たまり場）