

# 「ひきこもり」の状態を呈する者に対する精神保健

## サービスに関する実践的研究

伊藤順一郎、吉田光爾、野口博文、馬場安希、田村理奈、金井麻子、船串和恵、水野泰尚

(国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部)

### <要旨>

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。本研究では、12名の「ひきこもり」を呈する対象者に精神科医・心理職・職業カウンセラーなど多職種チームによる多様なサービスの提供、必要時に訪問・同行支援などを行い地域に積極的に出て行く「アウトリーチ」活動などを主軸とした集中型ケースマネジメントを行った。なお、本プログラムの母体として、待合室にスタッフを配し、ゆるやかな相互交流をできる場を設けた。

1年間の調査の結果、社会機能として GAS・ケア必要度の改善、精神健康度 (GHQ) の改善、社会参加の割合の上昇、などの変化を認めた。

<キーワード> ひきこもり ケアマネジメント アウトリーチ グループ活動

### 【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<sup>2)</sup>。

従来の精神科リハビリテーションでは、集団場面に不応を起し、自宅を中心とした生活を送る「ひきこもり」に対する援助方法は体系化されていない。また、統合失調症等に対する機能回復に偏りがちであり、多様な精神医学的背景・支援上のニーズを有している「ひきこもり」には十分な対応ができていない。

また必要なケアを適切に受けるために調整を行うケアマネジメントの方法はひろまりつつあるが、これまでのマネジメントは対象者自身の要請に基づきサービスを提供することが

前提となっており、ニーズの表明に困難な覚えがちな「ひきこもり」における QOL の向上にはつながらないと予想される。ひきこもりに対するケアマネジメントは、これまでの枠組みとは異なる対応が必要であると考えられる。

欧米では、近年、ACT (Assertive Community Treatment) や ICM (Intensive Case Management) といった、多職種チームによる訪問活動によってコミュニティで行うケアマネジメントの有効性が指摘され始めている<sup>4)</sup>。これらの支援は、統合失調症など重症精神障害者を対象とし、比較的少ないケースロードで、医療・福祉・心理・職業など包括的なケアを多職種によって、訪問活動を交えながら行うのである。こうした活動は、多様な潜在的ニーズをもつ「ひきこもり」に対して援用可能であると考えられる。

しかし、ACT などの活動は頻回入院を繰り返す/自殺企図・犯罪などの問題行為を持つ、など比較的重度の精神障害者を対象にするため、訪問でのサービス提供を基本とする、24 時間対応可能にする、などサービスのインテンシティ

が非常に高い。またその援助システムの構築には大変なコストを要し、通常の援助機関におけるひきこもり支援としては妥当ではない側面もある。本研究における援助活動では、これらの援助活動を参考にしながらも、適度なインテンシティを設定した援助活動を構想し、展開した。すなわち精神科医・心理職・職業カウンセラーなど多職種チームによる多様なサービスの提供や、援助者が必要時に訪問・同行支援などを地域に積極的に出て行く「アウトリーチ」を行うことなどを特徴とする集中型ケースマネジメントを展開するものである。本報告では、援助活動の報告によるモデルの呈示と、効果に関する実証的評価を報告する。

## 【対象】

国立精神・神経センター国府台病院 精神科に通院する患者のうち、「ひきこもり」の状態を呈し平成15年6月時点でケアの必要度が一定以上と判断された者。(市川市・松戸市・船橋市など国府台病院周辺地域に居住する者)そのうち研究の趣旨を説明し、同意がとれた12名。なお、実際のサービス利用者数は、後述する「待合室」利用者を含め二十数名である。

なお、ここでのひきこもり状態とは、6ヶ月以上就学・就労などの社会参加活動をしていない者とした。ただし、現在回復していても、過去1年間に上記の経験があるもの、また、そのような状態になる恐れがあるもの(学籍はあるが実際の通学できていないなど)も含めた。

対象者年齢は平均26.6±6.6歳、性別は男性4名、女性8名であった。対象者の診断については、疾患の特定不能が3名、統合失調症3名、摂食障害2名、過敏性腸症候群1名、転換性障害の疑い1名、強迫性障害の疑い1名、アスペルガー障害1名であった。

## 【研究方法】

### 1. 研究方法

サービス開始前とサービスを受けて1年後時点の状態を比較するため、開始時(平成15年5月)・1年後時点(平成16年5月)において、以下の項目を調査した。

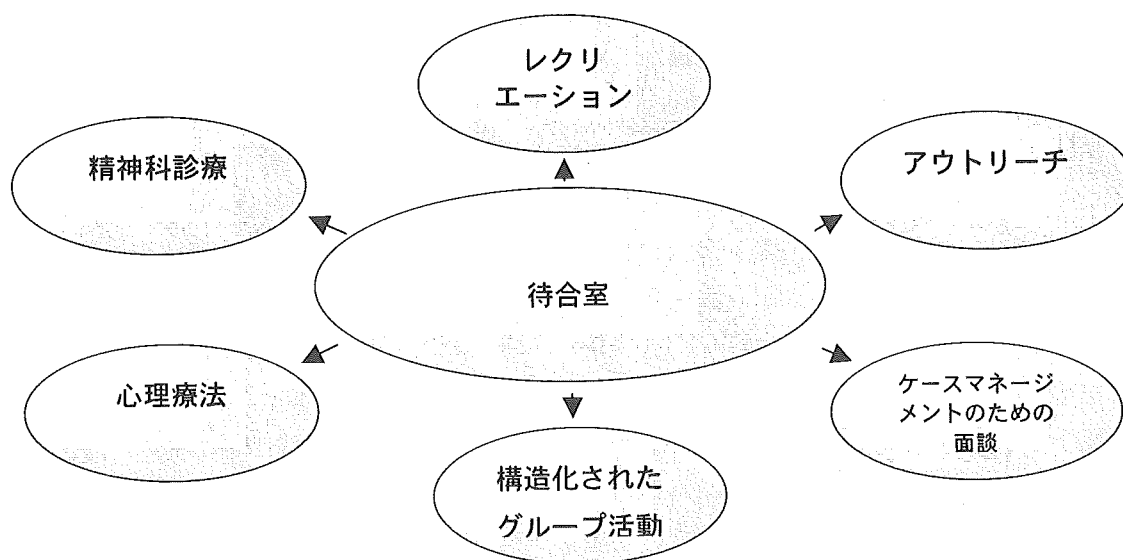
#### 1) 対象者に対する自記式調査

- 対象者の精神健康度を評価するため、GHQ-30 日本語版<sup>5)</sup>を使用した。GHQ-30は一般的精神健康状態を反映する30項目の尺度で、4段階の回答を2件方で採点し、0点から30点までの得点を取る。得点が高いほど精神健康状態が不良であり、カットオフポイントは7/8点である。
- 対象者の障害・疾患など「問題・困難に対して対処できるという感覚」、対処可能感<sup>3)</sup>を評価するため、対処可能感尺度を使用した。対処可能感尺度は12項目からなる4件法の尺度で、0点から36点までの得点をとる。得点が高いほど、問題に対して対処できるという感覚が高いことを示す。
- サービスに対する満足度を評価するためCSQ-8 日本語版(Client Satisfaction Questionnaire)<sup>7)</sup>を利用した。CSQ-8は8項目からなる4件法の尺度で8点から32点までを取る。得点が高いほど、サービスへの満足度が高いことを示す。

#### 2) 対象者に対する専門職評価

- 対象者の社会機能ならびに、生活上支援が必要と思われるニーズ領域を評価するため、担当者によってケア必要度<sup>6)</sup>を評価した。ケア必要度は、自立生活能力評価として、パーソナルケア・安全管理・社会資源の活用など8領域24項目から把握される。本研究では8領域の得点(1~5点)を合計した点数を社会機能評価尺度として利用した(8~40点)。得点が高いほど社会機能上支援が必要であることを示す。
- また、対象者の全般的機能を評価するため、主治医によるGAS(Global Assessment Scale)<sup>1)</sup>による評価を行った。GASは健康

図1. 支援の構造



## 【結果】

### 1. 対象者の社会機能について

対象者の社会機能を評価するため、GAS について開始時・終了時の得点について、対応のある t 検定を行った。結果 GAS の得点は有意に 1 年後時点で上昇していた。(表 1、 $p < .01$ )

また、対象者のケア必要度得点に関しても同様の分析を行ったところ、ケア必要度得点は有意に低下していた(表 1、 $p < .05$ )。なお、開講目の分析では、「自立生活能力」( $p < .05$ )、「健康の管理」( $p < .10$ )「社会資源の利用」( $p < .10$ )「社会的役割・時間の活用」( $p < .01$ )、「配慮が必要な社会行動」( $p < .05$ )などで有意な結果が見られた(表 2)。

### 2. 対象者の精神的健康度について

対象者の全般的な精神健康度の改善を評価するため、GHQ-30 の 2 時点間の前後比較を対応のある t 検定にて行った。結果、GHQ-30 は有意に低下しており(表 1、 $p < .05$ )、対象者の精神的健康度の改善が示唆された。

なお、因子構造を元にした下位尺度「一般的疾患傾向」、「身体的症状」、「睡眠障害」、「社会的活動障害」、「不安と気分変調」、「希死年慮とうつ傾向」の 6 つについて、同様に 2 時点間で比較した。その結果、1 年後時点の方が開始時

より「社会的活動障害」で有意に低く(表 3、 $p < .05$ )、「不安と気分変調」は有意傾向ではあるが(表 3、 $p < .10$ )改善していることが明らかになった。

また、対象者の対処可能感尺度の点数については、2 時点間で有意な差は認められなかった。(表 1、 $p = .358$ )

### 3. 対象者の社会参加について

対象者の社会参加について、開始時・1 年後時点での社会参加の比率に変化があったかどうかを調べるため、McNemar 検定を行った。その結果、社会参加の比率には有意な変化があり( $p < .05$ )、1 年後時点の方が社会参加をしている割合が増えていた(表 4・5)。

また、サービス開始から前 1 年間の区間と、サービス開始から後 1 年間の区間について、その間社会参加があったかどうかを、McNemar 検定によって比較した。その結果、1 年間の区間の中で社会参加を経験した割合は、サービス開始後の方が有意に高かった(表 6・7、 $p < .05$ )

### 4. 対象者のサービス満足度について

対象者のサービスへの満足度をはかるために行った CSQ-8 の得点についても同様に対応のある t 検定を行ったが、開始時・1 年後時点で有意な変化は見られなかった(表 1)。

## 【考察】

本研究の対象者では GAS 得点の向上、ケア必要度の低下などが有意に観察されることから、本人の社会機能が改善している可能性が示唆された。また、本人の精神的健康度についても GHQ-30 の得点が有意に低下しており、対象者のメンタルヘルスが改善していることが予想された。なお、GHQ-30 の下位項目では「社会的活動障害」と「不安と気分変調」について有意な変化が観察されており、精神健康の諸側面の中でも、この領域に本プログラムが有効である可能性が示唆された。

なお、サービス満足度については、本研究では向上が認められなかった。33 の精神化医療施設で行われた先行研究<sup>7)</sup>では CSQ-8J の平均得点は  $22.3 \pm 4.1$  点であるが、本研究では開始時点で既にそれより高い水準となっている。このことから、既に高い満足度にあるために、上昇の余地が限られたのだと推測される。

### 1. ゆるやかな社会参加

本研究では社会参加の度合いへの変化と、GHQ-30 総合得点、その下位項目「社会的活動障害」に有意な変化が見られた。「ひきこもり」を呈する人々は一般的に対人的緊張が高く、他人からの評価に敏感であり、そのため社会的活動から退却する側面もある、と言われている。そのため、例えば「対人関係の訓練」「何かの技術の習得」など目的が決定されており他人から評価をうけるような諸活動への参加に困難を覚えることが予想される。

本プログラムは、「待合室」の待合時間を母体として利用しているため、名目上は「診療を待つ」という目的のもとに、そこに集うことができる。その中で、スタッフの支援の中で、ゆるやかな対人関係を結ぶことができるため、ソーシャルサポートを失いがちな「ひきこもり」を呈する人々にとって、貴重な対人関係の場面になったことが予想された。また、レクリエー

ション活動なども展開しているため、それを媒介として対人関係を「楽しいと感じられる」機会を提供できたものと考えられる。本研究で認められた GHQ-30「社会的活動」の質問項目は、「いつもより活動的な生活を送る」「日常生活を楽しく送る」などの項目からなるが、この領域の改善は、このような背景を反映しているのではないかと推測される。また、最初はグループ活動などへの参加を拒否している場合でも、待合室の利用時において活動への参加を勧誘できるので、比較的円滑にグループへの導入ができたものと考えられる。

また、待合室の中で展開される利用者同士の相互作用の中で、就学・就労などのアクションを起こすものが現れると、それに刺激される形で、他の利用者も同様の行動への動機が高まる状況もしばしば観察された。一般に対人関係が乏しく、同じような状況の個人を見つけることの難しい対象者にとって、本プログラムは、理想となるモデルを見つける場を提供することを通じて行動の指針を得やすくさせたのではないかと考えられる。

### 2. アウトリーチ活動について

「ひきこもり」を呈する人々の中には、実際に行動を起こすモチベーションはあっても、社会経験の乏しさや、未知の体験への不安感など、行動を起こすまでの障壁が様々に存在することが多いと予想される。たとえば、他機関を利用する際にも、ニーズの表明や職員への質問に困難を覚えがちで、単なる紹介だけではうまく連携できない事態も存在する。また、日常生活スキルの訓練についても、施設内での実施と実際の地域社会との開きがあり、般化がうまくいかない場合がある。これに対して同行支援や訪問活動などのアウトリーチは、実際に現場に同行する、地域で一緒に訓練を行う、などを行うことで、実際の体験に近い場で、本人のモチベーションを後押しする機能をもつと考えられる。本研究ではケア必要度得点が各領域で低下

一疾病を連続体ととらえ、1点から100点の間で採点する。社会参加の有無を、「社会参加無し」「デイケア・作業所・訓練施設など中間的社会参加」「就学・就労など社会参加」の3段階で、開始時・1年後時の2時点で担当者が評価した。また開始時から遡って1年前まで、また開始時から1年後時までの2区間についての社会参加の経験の有無についても、同じく評価した。

## 2. 支援内容

- ・ **基本方針**：対象者に対してアセスメントを行い、必要なケアを把握する。その結果把握された個々人のニーズに応じてチーム内で必要な人員を配し、心理カウンセリング、社会資源利用のための調整、日常生活訓練などを行った。また、就労支援、日常生活技能の訓練や、福祉・教育的手続きの調整などを、適宜アウトリーチ（訪問・外出同行による援助）を活用しながら提供した。同行支援としては主に交通機関の利用等に関する技能訓練、他機関利用・見学（就労訓練・福祉・教育的手続きなど）の際の同行支援、家族関係の調整、余暇活動の開拓などを行った。
- ・ **チーム構成**：精神科医1名、心理職3名（中途交代2名）、職業カウンセラー1名（途中で異動）、研究職1名、ボランティア2名。
- ・ **面接・診療の頻度**：週1回～2週に1回。精神科医の診療に加え、心理療法、ケースマネジメントなどを行う。なお、基本的に水曜日を活動日とした。
- ・ **グループ活動**：社会的にひきこもりがちで、対人関係に困難を覚えがちな対象者が、無理なく対人関係に参加でき、またその中で対人的および社会的なスキルを獲得することを支援できるように、週1回の精神科医による診療の待合室にスタッフを複数配した。この待合室の中でスタッフが利用者同

士の会話を促進する・相互交流を促すなどし、保護された環境で、ゆるやかに相互のコミュニケーションをはかれるように助長する場とした。

また、待合室を母体として、アサーティブネス・トレーニング職場訪問、社会資源の見学など目的を設定して構造化されたグループと、レクリエーションなどを中心とした半構造化グループを、ほぼ1ヶ月ごとに交代で行った。

構造化されたグループとしては①アサーションスキルトレーニング、②就労活動のためのプログラム（職業興味に関するディスカッション、ハローワーク見学、就職面接体験等）、③社会資源活用に関するプログラム（病院内の施設・サービスの見学、小規模作業所の見学等）、④睡眠・不眠に関するプログラム（睡眠に関する心理教育、自律訓練法のトレーニング等）、⑤一人暮らしをするためのスキルトレーニング（家計簿のつけ方・物件の探し方に関する講義、不動産仲介業見学等）、などを行った。またレクリエーションのプログラムとして、①季節の行事、②芸術・スポーツのプログラム（コラージュ・フラワーアレンジメント・スポーツ等）、③料理体験会、④映画鑑賞などを行った。また、年間を通じてガーデニング作業を行った。

利用者から見ると、この「待合室」の活動を母体として、必要に応じて精神科診療・心理療法・ケースマネジメント・グループ活動・アウトリーチなどの諸支援が行われる構造となる（図1）。

していたが、これはスタッフを複数職種配置し、適切な支援を行うことで必要なケアのニーズを満たすことができたのと同時に、アウトリーチで支援を行った効果があるのではないかと考えられる。

### 3. 本研究の限界

実証的検討の観点からすれば、本研究は調査対象者数が12名と少なく、統計的な信頼性に乏しいと言わざるをえない。また、コントロール群をとっていないことから、本研究で見られた効果が、純粋にプログラムによるものか、医師の診療の効果や時間の経過によるものなのかの判断がつかないという限界がある。これらは本研究が「実践研究」という位置づけにあることから、援助モデルの構築と呈示・臨床活動の実施など臨床的観点を第一に優先させ、実証的検討はパイロット活動として補助的な位置づけとしたためである。しかし少ない対象者数でも十分な結果を出したことから、今後、より大規模なサンプルでの検証の中でも効果を実証できることが期待される。

また、本調査対象者は基本的に通院可能な対象者であり、医療との接触のある回復途上にある「ひきこもり」者である。より重篤な、自室・自宅で生活を送り、医療からも孤立した生活を行っている「ひきこもり」を呈するものについては、数ケース本活動でも支援の対象としたが、臨床的観点から調査の対象外とした・ICなどがとれなかったなどの理由から、調査そのものからは外れることとなった。無論、一般に「ひきこもり」と呼ばれるものが必ずしも自宅に制限された生活を送ってはいないことは、伊藤・吉田らの研究<sup>1)</sup>からも明らかになっている。しかし、重篤なひきこもり者にたいするアウトリーチ活動がどのような成果を持つかの検討は今後の課題となった。

#### 【まとめ】

本研究では、12名の「ひきこもり」を呈する

対象者に精神科医・心理職・職業カウンセラーなど多職種チームによる多様なサービスの提供、必要時に訪問・同行支援などを行い地域に積極的に出て行く「アウトリーチ」活動などを主軸とした集中型ケースマネジメントを行った。なお、本プログラムの母体として、待合室にスタッフを配し、ゆるやかな相互交流をできる場を設けた。1年間の調査の結果、社会機能として GAS・ケア必要度の改善、精神健康度（GHQ）の改善、社会参加の割合の改善などの変化を認めた。

#### 【文献】

- 1) Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. et al.: The Global Assessment Scale. Arch. Gen. Psychiatry, 33:766-771, 1976.
- 2) 伊藤順一郎, 吉田光爾, 小林清香他: 「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査, 地域精神保健における介入のあり方に関する研究 総合研究報告書:45-69, 2003.
- 3) 榎野葉月, 馬場安希, 小林清香ら: 摂食障害患者を対象とする対処可能感覚尺度の開発, 精神医学, 46(3): 249-255, 2004.
- 4) Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R.E et al.: Model of community care for severe mental illness: A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24 : 37-74, 1998.
- 5) 中川泰彬, 大坊郁夫: 日本語版 GHQ 精神健康調査票手引(改訂版). 日本文化科学社, 1996.
- 6) 精神障害者ケアガイドライン検討委員会: 精神障害者ケアガイドライン, 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課, 2001.
- 7) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目番の信頼性および妥当性の検討, 精神医学, 41(7): 711-717, 1999.

表1 各評価尺度の平均値比較(2時点)

尺度	時点	n	Mean	(SD)	t 値	P
GAS (0-100 点)	開始時	10	50.4	(8.2)	-3.27	0.010**
	1年後時	10	55.6	(7.8)		
ケア必要度 (8-40 点)	開始時	8	20.0	(6.5)	2.82	0.026
	1年後時	8	16.2	(3.3)		
GHQ-30 (0-30 点)	開始時	10	19.0	(5.5)	3.17	0.011*
	1年後時	10	13.9	(7.1)		
対処可能感 (0-36 点)	開始時	10	19.3	(5.6)	-0.97	0.358
	1年後時	10	20.9	(2.9)		
CSQ-8 (8-32 点)	開始時	9	23.2	(1.5)	-0.49	0.640
	1年後時	9	23.4	(2.3)		

\*\*:p&lt;01、\*:p&lt;05

表2 ケア必要度各領域の平均値比較(2時点)

尺度	時点	n	mean	(SD)	t 値	P
自立生活能力 (1-5 点)	開始時	8	2.6	(0.8)	2.91	0.023*
	1年後時	8	2.2	(0.5)		
健康の管理 (1-5 点)	開始時	8	2.7	(1.4)	2.30	0.055†
	1年後時	8	1.8	(0.6)		
社会資源の利用 (1-5 点)	開始時	8	2.1	(1.1)	2.12	0.072†
	1年後時	8	1.6	(0.7)		
社会的役割 (1-5 点)	開始時	8	3.1	(0.8)	3.57	0.009**
	1年後時	8	2.3	(1.0)		
配慮が必要な行動 (1-5 点)	開始時	8	2.3	(0.8)	3.05	0.018*
	1年後時	8	2.1	(0.7)		

\*\*:p&lt;01、\*:p&lt;05、†:p&lt;10

表3 GHQ-30 下位項目の平均値比較(2時点)

尺度	時点	n	mean	(SD)	t 値	P
社会的活動 (0-5 点)	開始時	10	2.1	(1.6)	2.85	0.019*
	1年後時	10	0.9	(1.2)		
不安・気分変調 (0-5 点)	開始時	10	4.4	(1.0)	2.16	0.059†
	1年後時	10	3.5	(1.6)		

\*:p&lt;05、†:p&lt;10

表4 社会参加の調査時の状況（2時点評価）

		1年後時			
		参加無	中間参加	就学・就労	合計
開始時	参加無	3	3	2	8
	中間参加		1	1	2
	就学・就労			1	1
合計		3	4	4	11

McNemar検定  $p=0.031^*$

表5 社会参加の割合（2時点）

	開始時	1年後時
参加無	8(72.7%)	3(27.2%)
中間参加	2(18.2%)	4(36.4%)
就学・就労	1(9.1%)	4(36.4%)
合計	11(100%)	11(100%)

表6 社会参加経験の状況（2区間評価）

		開始時～1年後時			
		参加無	中間参加	就学・就労	合計
開始1年前 ～ 開始時	参加無	1	2	3	6
	中間参加		1	1	2
	就学・就労			3	3
合計		1	3	7	11

McNemar検定  $p=0.031^*$

表7 社会参加経験の割合（2区間評価）

	開始1年前～開始時	開始時～1年後時
参加無	6(54.6%)	1(9.1%)
中間参加	2(18.2%)	3(27.2%)
就学・就労	3(27.2%)	7(63.7%)
合計	11(100%)	11(100%)