

新潟のひきこもり

— ひきこもり外来における地域差と経時的変化の統計的検討 —

医療法人社団未来舎 ながおか心のクリニック 中垣内 正 和

抄録：柏崎監禁事件を機に外来および家族会においてひきこもり支援を行った。ひきこもり外来では8年間に218名の本人受診を得たので、新潟県内のひきこもりを新潟市と新潟市以外の地域に二分して比較統計を行い、前者に相談年齢の遅れなど都市的な特徴を認めた。次に年次を前半と後半に二分して比較統計を行ったところ、後半では時代環境が大きく変わり、ひきこもり期間の短縮や入院比率の低下などひきこもりの指標に変化を認めた。ひきこもりは時代の狭間の社会病理として、在宅の障害者に光を当てるなど医療福祉の転換をもたらしたが、今後も福祉社会の実現に大きな原動力になると思われた。

索引用語：ひきこもり、新潟、ひきこもり外来、地域差、経時的変化

Hikikomori in Niigata — The statistical investigation about regional difference and change with time of Hikikomori outpatients —

医療法人社団未来舎ながおか心のクリニック
心療内科・精神科・内科
〔〒940-0082 新潟県長岡市千載1丁目3番42号〕
Masakazu Nakagaito M. D., Nagaoka Kokoro
Clinic, 1-3-42 Senzai, Nagaoka-city,
Niigata, 940-0082, Japan.

はじめに

柏崎監禁事件（2000）を機に、「KHJ（家族・ひきこもり・Japan）全国ひきこもり家族会連合会（以下KHJ家族会と略）」の新潟支部設立（2001）を支援しながら、県立病院の嗜癪治療

病棟などにおいて、ひきこもり支援を開始した。2005年から、新潟市の医療法人佐潟荘において「ひきこもり外来」を開設し、10年間に300名近いひきこもり本人の受診を得、厚労省の定義に一致する218名を抽出して本研究の対象とした。内訳は新潟市104名、県内新潟市以外の地域96名、県外18名であった。ひきこもり外来を開始した当初は、利用できる社会的資源がほとんどない中で、九州や北海道からの電話相談、関東など県外からの来院、精神科病院への自発的入院（任意入院）なども増加し、ひきこもりを巡る当事者と家族の困惑が全国的に広がっている様相がうかがえた。本研究では、まず新潟県を政令都市新潟市と新潟市以外の地域（以下他地域と略）に二分して比較し、より都市的な色彩の濃い地域とそうでない地域の特徴の把握を試みた。次に、対象の初診の時期を、前半（2005～2008）と後半（2009～2012）に二分してひきこもりの経時的変化を探った。8年間追跡できた項目は、初発年齢、ひきこもり期間、初回相談年齢、学歴仕事歴、精神科診断、脱ひきこもり後の社会参加（就学・就労に限定）などであった。ひきこもりに関する統計はアンケートなどによる横断的な統計がほとんどであるが、本統計は一医療機関を定点として、8年間臨床対応をしながら経時的に観察した点に特徴がある。

「ひきこもり」は「ひきこもっている状態」を指す言葉にすぎず、一般には統合失調症などの精神病も含まれる。ひきこもり相談会の経験などから統合失調症など精神病性ひきこもりは、およそ3分の1を占めると推測された。KHJ家族会にも、設立当初から同程度の統合失調症の家族が参加したと思われる。親の会の発

足期は、統合失調症の家族会である「全家連」の混乱期に一致したので、KHJ家族会へ参加するしかない家族も多かったといえる。なお全家連はその後「みんなネット」として再編された。本研究では、統合失調症などの精神病性障害を除いたいわゆる「社会的ひきこもり」を対象にした。社会的ひきこもりの定義は、「他人との交流がない」、「就学・就労・訓練がない」、「精神病・知的障害がない」、「自家もしくは自室中心の孤立した生活」を6ヶ月以上継続した場合となる。ただし、「6ヶ月以上」という期間設定は行政の慣習に基づくものであり、実際は不登校を6ヶ月間放置することは本格的なひきこもりを招く可能性があって、予防的観点から問題性があると指摘されている。ひきこもり外来では、外来、居場所、家族会を同日に行き、共同体の雰囲気を出す工夫を講じた⁽³⁾。当日は、ひきこもり本人と回復者、その家族などに加えて、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士などの医療スタッフが参加し、さらに見学者やマスコミの取材も加わって、外来待合室は、医療の現場としては珍しい縁日のような雰囲気となり、図らずも地域と病院が一体化する場となった。同時期的には、入院2～8名、外来数十名の利用となり、医療法人に収益をもたらす取り組みではなかったが、マスメディアに報道されるにつれて病院の社会的評価は高くなった。2000年以前、ひきこもりは放置されるだけであり、社会的理解と対応が殆んどなかつ

たために、外来の初期には、長期化高齢化から重篤化して入院が必要となったケースが目立った。しかし、社会的理解が進み、臨床とプログラムの対応力が向上するにつれて、外来のみで対応できる比率が増加した

ひきこもりの地域差

政令市新潟市(N=104)と新潟市以外の他地域(N=96)のひきこもりを比較して両者の地域差を検討し、相対的に都市化した地域である新潟市に、ひきこもりという社会病理のどのような特徴があるかを統計的に検証した。有意差がなければ、それは新潟全体、ひいては日本社会共通の病理とみなすこともできる。学歴仕事歴では、高校中退・高卒無業は両者ともに多く、専門学校中退を合わせると45%となった。大卒無業・社会人は新潟市に、大学中退は他地域に多い傾向があった。内閣府によるアンケート調査(2010)では、大卒後や社会人からの発症が半数を占めるとされたが、ひきこもり外来の統計でみる限り、最も多いのが40%をしめる高校中退・高卒無業であった。また、大学中退卒業は24%、退職した社会人は20%となった。ひきこもり発症年齢は平均21.1歳で、ピークはともに15歳以上20歳未満にあった。これは不登校対応が15歳で区切られることと、後期中等教育および高等教育のあり方の問題を示すと思われる。ひきこもり期間は全体で平均6.2年、5年未満がもっとも多く、2年以上3年未満に

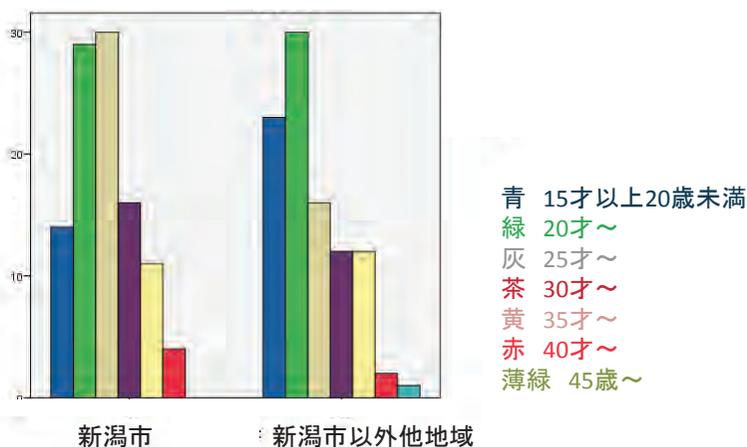


図1 初回相談年齢 N=200

ピークがあった。初回相談年齢（図1）の全体の平均は27.2歳、新潟に25歳以上30歳未満が他地域に比して有意に高く、他地域では15歳以上20歳未満がより多かった。これは新潟市が都市化および孤立化が進んだ地域であり、ひきこもりの表面化が遅れたことを示すと思われた。両者の入院と外来の比率は変わらなかった。入院率（図2）は2005年の6割から2012年には2割へと低下した。「ひきこもりからの社会参加」としては、就学就労のみでなく、家族との生活を再開すること、家事を行うこと、さらに結婚することなどもあげられるが、ここでは統計的評価のしやすさから、「就学就労」のみを社会

参加として取り上げた。両者ともに7割程度の社会参加があったが、就労は有意に新潟市に多く（ $P<0.05$ ）、就学は他地域に多い傾向にあり、新潟市はアルバイトなどの就労を得やすい環境にあると推測された。医学的診断では93%にDSM-IV-TR（精神障害の診断と統計マニュアル）の診断名をつけることができた。医師を主体とした研究⁽¹⁾ではやはり9割以上に精神科診断をつけることができ、1割の受診者に診断がつかないことが分かっている。最も多い診断は、社交不安障害、うつ病・うつ状態であり、回避性人格障害を併せると診断名の過半数を上回った（図3）。1名あたり2つ以上の診断を

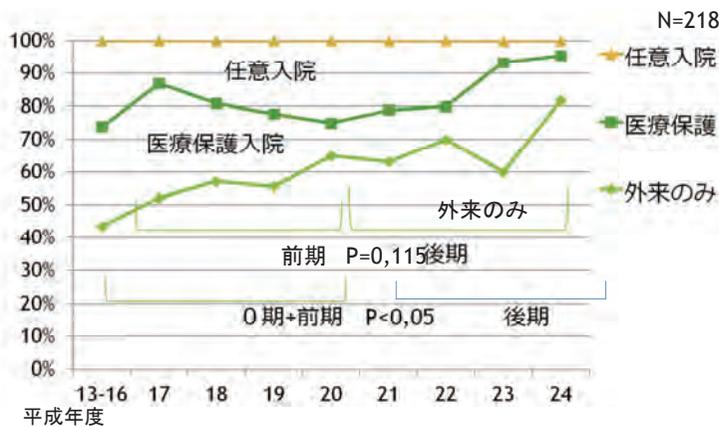


図2 入院外来率の変化

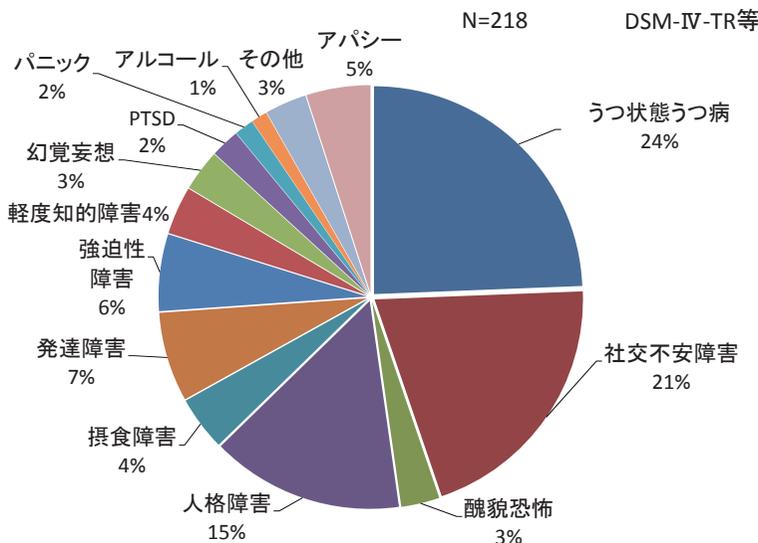


図3 ひきこもりの精神疾患

可能としたことから、ほとんどのケースが社交不安障害や抑うつ状態を有するということができる。また、ひきこもりが、高校、大学など学業の挫折および仕事上の挫折から開始し、進路の方向が見いだせないまま経過することを考えれば、不安抑うつになることは当然といえよう。他に発達障害、パーソナリティ障害なども認められた。両者の比較では、新潟市にうつ状態、幻覚妄想状態がやや多い傾向があった。幻覚妄想状態は近隣を対象とすることが多く、隣家が集積する地域に生じやすいと思われる。新潟市に限って言えば、社交不安障害はひきこもり5年未満に多く、うつ状態うつ病は10年以上で減少し、外来比率は5年以上で低くなり、いずれも有意差を認めた ($P<0.05$)。

ひきこもり状況の経時的変化

ひきこもり外来を訪れた当事者218名の初診時を、前半(2005~2008)と後半(2009~2012)に二分し、ひきこもりの経時的変化を探った。前半は、ひきこもりが「ニート」の一部として、労働政策によって対応できると見なされた時期である。ニート政策は、英国では20歳前後の若い無職者に対する職業教育であり、治安政策としての意味合いが強かったが、日本では政治的色彩のない労働政策として単純化され、年齢幅も35歳まで拡大された。しかし、ひきこもりの多く、とくに長期高年齢化ケースは

労働政策の場面に登場しなかった。2008年のリーマンショックは大きな経済停滞を招いて若者の困難さを実感させ、2009年、「子ども若者育成支援推進法」が制定された。2010年には厚生労働省の研究班の発表⁽¹⁾を通じてひきこもりが公認され、2011年の東日本大震災では「家ごと流されるひきこもり」がいたことなどひきこもり問題の深刻さが認識された。2013年には同省によってKHJ家族会が認められ、国会でもKHJ家族会とひきこもり外来が取り上げられた。ひきこもり外来は、このような社会の流れを見ながら展開されてきた。

以下に、8年間の取り組みを前半および後半の二群に分けての統計結果を示す。学歴仕事歴としては高校中退・高卒無業が両群ともに最も多かった。高校生の自殺率が過去最高レベルに達する昨今、大学の一体改革の影響を受けて高校生の不安定化が進んでおり、ひきこもりのハイリスク群であることに変わりはない。かつてその思春期心性への対応の誤りから長期・高年齢化させてしまったケースは多い。発症年齢としては、15歳以上20歳未満が前半に有意に高かった ($P<0.05$)。ひきこもり期間は、5年以上10年未満が前半には高かった ($P<0.05$) が、後半は5年未満が有意に高くなっており、10年以内ではひきこもり期間が短縮したことが示された(図4)。初回相談年齢のピークは両群とも20歳以上25歳未満にあった。入院の必要性に

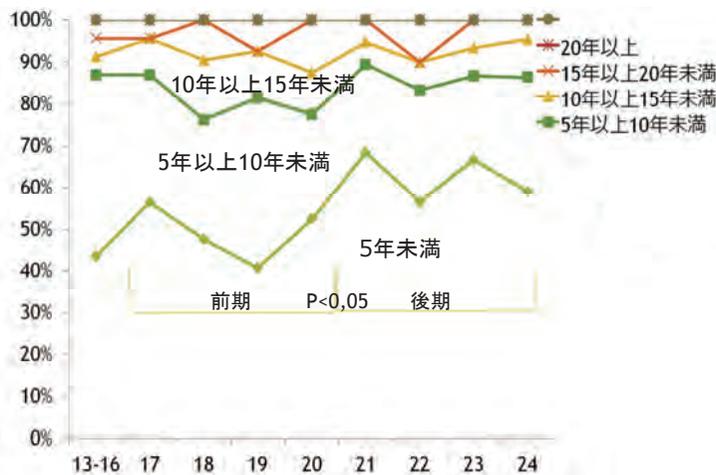


図4 ひきこもり期間の短縮 N=218

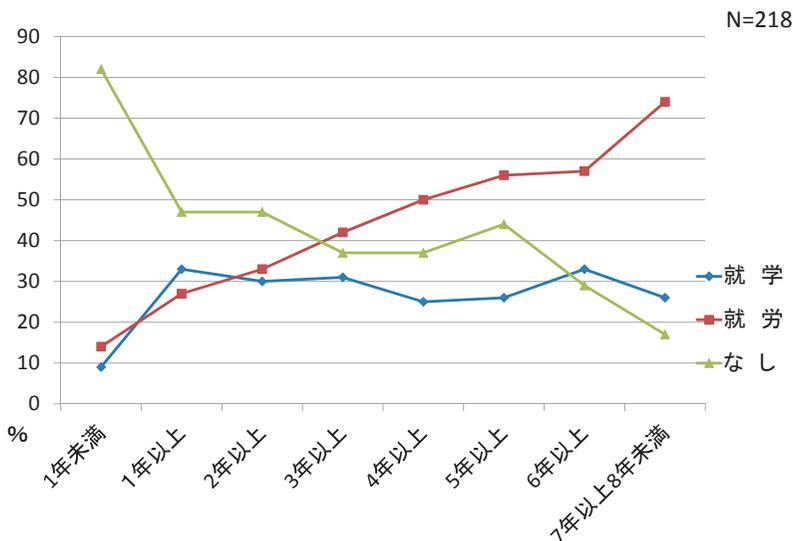


図5 ひきこもりの社会参加

関して、後半には外来のみの比率が有意に高くなった(図2、 $P < 0.01$)。前半は入院を必要とする長期高齢化の重症ケースの相談が相次ぎ、受診者には居場所、家族会などの社会参加プログラムを行った。前半の就労率は後半より有意に上昇しており、時間の経過とともに社会参加率が高くなることが示された。全体の社会参加は就学55%、就労63%となり、合わせて71%となった。就学率が一貫して30%前後であったのに対して、就労率は右肩上がりの上昇⁽⁶⁾を示し、「希望を捨てないで長く支援する」姿勢が大切なことが示された(図5)。

考察

地域差の検討として、新潟市と新潟市以外の他地域を比較したところ、新潟市に大卒社会人の比率、就労のしやすさ、任意入院の比率が有意に高かった。初発年齢とひきこもり期間に差はなかったが、初回相談年齢は、有意に15歳以上20歳未満で他地域に、25歳以上30歳未満では新潟市に高く、新潟市において相談年齢の遅れがめだった。就労は新潟市に有意に高く、就学は他地域に多い傾向があった。うつ状態・うつ病、幻覚妄想状態が新潟市に多かった。これらが新潟市により特徴的な指標として得られ、新潟市では、地域の自由度が高いのと同時に共同性が低下しており、相談という形の表面化が遅

れているということができよう。新潟市と他地域に有意差を認めない指標も多かったのは、政令市新潟市が周辺の町村の合併により成立した経緯があること、中核都市長岡市などでも旧市街部に都市化高齢化が進んでいることなどが差異をあいまいにする要因であると考えられた。また、都市化もひきこもりも、日本社会全体の共通の現象であるということもできよう。この間に新潟市では、国策としてひきこもり支援センター⁽³⁾と若者支援センターが設立され、若者とひきこもりへの谷間のない対応が試みられた。他方、青森県との県境にある秋田県藤里町では、社会福祉協議会が全戸訪問による全ひきこもりへの対応を行い、大きな成果をあげている。

経時的变化の検討では、発症年齢が前半に15歳以上20歳未満が多く、後半には20歳以上25歳未満が多く認められた。外来のみ利用、および任意入院は後半に多かったが、これらは社会的変化および外来の質的向上を示すものと思われた。ひきこもり期間では、5年未満が後半に有意に高くなり、5年以上10年未満が後半で低くなったことは、ひきこもり期間が経時的に短縮したことを示している。プログラム参加からの社会参加率は時間の経過とともに上昇した。前半からの受診者の社会参加と就労が有意に高かったことは、「継続的に時間をかける支援」

がひきこもりからの社会参加を促すことを示している。経時的变化の視点から見て、初発年齢の上昇、ひきこもり期間の短縮、社会参加の増加という結果を得ることができたが、これらは「ひきこもり改善の指標」⁽⁵⁾ということができる。

8年間に218名の受診を得たことは脱ひきこもりの可能性を示している。精神疾患を93%に認め、38%が入院したことは、ひきこもりから脱する上で、精神疾患の見立てが必要であることを示している。外来8年間の経過で70%を超える社会参加を得たことは、ひきこもりの社会参加の可能性を示してくれる。現状では、時間と手間がかかる非採算性と受診における本人中心主義などから、ひきこもり対応に消極的な医療機関が多く、その分福祉対応に比重が移ってきている⁽²⁾。近年、社会のひきこもり問題への理解と対応は大きく変化し、2015年には、ひきこもり支援を含む「生活困窮者自立支援法」が制定された。しかし、全体としてひきこもり当事者の長期化高年齢化の進行に歯止めがかかっていない。厚生労働省はKHJ親の会などを通じて、その実情の把握に努めてきたが、現段階では長期高年齢化ケースへの対応と救済が急務となっている⁽⁴⁾。ひきこもりを抱えた家族の崩壊は、戦後社会の中核であった「日本的核家族」の崩壊を象徴するものであり、他の家族に大きな衝撃を与えている。長期・高年齢化ケースにおいては、最小限の対人関係を持つことが治療目標となる⁽³⁾。また、親亡き後の生活保障の確立が生存権の問題として必要となっている。家族会や居場所、就労支援事業所などの拡がりを通じて、医療と福祉の連携が進

むことが望まれる。ひきこもりという社会病理は、時代の社会システムが限界に達したことを提示した。そして、少子高齢化時代の家族のあり方、学び方、働き方、生き方の問題提起を行い⁽³⁾⁽⁶⁾、精神疾患への社会的偏見を表面化させ、医療福祉の谷間に存在する多くの疾患に光が当たる原動力となった。ひきこもりは、時代の狭間の社会病理として、次の時代を創生する方向性と力を、さらに与えつづけてくれるものと思われる。

本研究に当たり、多大なご助成とご支援をいただきました新潟市医師会ならびに医療法人水明会佐潟荘に心から感謝を申し上げます。

文献

- 1) 斎藤万比古 引きこもりの評価・支援に関するガイドライン. 厚生労働省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し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.
- 2) 中垣内正和 ひきこもりを生む社会 アディクションと家族, 1, 17-26, 2005.
- 3) 中垣内正和 はじめてのひきこもり外来, ハート出版, 2008.
- 4) 中垣内正和 長期ひきこもりにおける心身機能の変化 アディクションと家族, 3; 207-215, 2010.
- 5) 中垣内正和 日本におけるひきこもりの構造変化, アディクションと家族, 3, 236-243, 2013.
- 6) 中垣内正和 ひきこもり外来の実践 医学のあゆみ, 4, 25-261, 2014.