8. ひきこもり支援者へのアンケート調査 報告（令和4年度）

ひきこもり当事者と家族を支援する地域支援者の課題
― 宇部市ひきこもり支援システム構築に向けて ―

Ⅰ．はじめに

Ⅱ．研究方法

Ⅲ．結果

1. 基本属性
2. ひきこもりの言葉の印象
3. ひきこもりの知識
4. ひきこもりに関する研修
5. ひきこもりの相談
6. 連携について
7. ひきこもり支援における困難感
8. ひきこもり支援に携わる際に学びたいこと
9. SDS の定義に関する意見
10. SDS 支援システム開発講座の取り組みについて
11. ひきこもり支援に関する意見

Ⅳ．考察

1. ひきこもりに関する知識不足と連携の難しさ
2. ひきこもり支援に困難と感じる要因
3. SDS 支援システム開発講座に対する期待
4. 伴走型支援とは

Ⅴ．宇部市モデルの構築に向けて

研究者：山根俊恵[1) 2)]，御手洗みどり[1) 2)]，實安裕美[3)]，大村幸枝[3)]
1）山口大学大学院医学系研究科保健学専攻,
2）山口大学医学部 SDS 支援システム開発講座
3）宇部市健康福祉部障害福祉課
（調査研究実施　令和４年度）

Ⅰ．はじめに

厚生労働省は、ひきこもりを「さまざまな要因の結果として社会参加（義務教育を含む就学、家庭外での交友など）を回避し、原則的には、6 か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者とかかわらない形での外出をしてもよい）現象概念である」と定義している。また、精神疾患は含まない、アルバイトは含まないとしている。全国的にひきこもり者は、約 115.4 万人、そのうち中高年（40 ～ 64 歳）のひきこもり者は 61.33 万人と報告され、ひきこもりの長期化と親の高年齢化が明らかとなった。80 歳代になった親が年金生活になってもなお 50 歳代の子の面倒を見なければならない、いわゆる「8050 問題」が深刻化している。国は、2009 年に「ひきこもり対策推進事業」を施行し、ひきこもりに特化した専門的な第一次相談窓口としての機能を目的として「ひきこもり地域支援センター」を各県と指定都市に設置した。しかしながら、相談窓口にたどり着いたとしても話を聴いて終わりで、その後の支援体制がないのが現状である。家族は、苦悩を抱えながらもどこにも相談できずに息をひそめるようにして生活をしているのではないかと思われる。

宇部市においては、全国に先駆け、2015 年より NPO 法人ふらっとコミュニティに「ひきこもり支援充実事業」を委託し、ひきこもり支援の充実を図ってきた。家族相談、家族心理教育基礎編（6 回プログラム）、家族心理教育実践編（1 回 / 月）、アウトリーチ、居場所支援、社会参加支援を一体的に行う伴走型支援「山根モデル」は、家族関係を変化させるだけでなく、多くの人に笑顔を取り戻すというエビデンスを構築している。その経緯の中で、ひきこもり者は、さまざまな生きづらさを抱えていること、誰からも理解されずに否定され続けてきたこと、トラウマを抱えていることなどの実態が明らかとなった。そこで山根は、ひきこもりは「さまざまな要因によって、社会や人と一時的に距離を取った結果、徐々に社会とのつながりがなくなり、家族以外の人、又は家族とのコミュニケーションの機会が減ってしまった状態である」と定義した。また、「ひきこもり」という偏見や誤解のある用語ではなく、SDS（Social Distancing Syndrome：社会的距離症候群）という用語を提案している。

ひきこもりに関する相談窓口が増えたことは良いが、その後の支援体制がなければ話を聴いて終わってしまう。8050 問題の相談窓口は「地域包括支援センター」であるが、ひきこもり支援に対する教育プログラムはない。家族や支援者がひきこもりの状況を正しく判断し、適切な対応をとることは困難である。しかし、状態の悪化や長期化を防ぐためにも支援体制の構築が急がれる。こうした対応の遅れを未然に防ぐ手段として、地方自治体とサポーター等が連携しながら、ひきこもりの段階に応じた早期介入・早期支援体制を整備することは喫緊の課題である。これらの地域課題解決を図るために、2022 年７月宇部市と山口大学は協働で「SDS 支援システム開発講座」を設置した。その目的は、宇部市のひきこもりに関わる支援者の人材育成とひきこもり支援体制の充実を図ることによって、「誰一人として孤立することのない地域づくり」を目指すことである。宇部市モデルを構築するためには、ひきこもり相談窓口とされている機関や発見者となりうる支援者がどのようなことに困難を感じているかを明らかにすることは重要である。本研究は、支援者がひきこもり支援において困難と感じる要因や連携がうまくいかなかったことについて明らかにすることが目的である。その結果に基づき、ひきこもり支援の人材育成およびテキスト作成の示唆とする。

II. 研究方法

1. **研究デザイン**：質問紙を用いた調査研究である。
2. **調査対象とデータ収集方法**：宇部市内に登録されている居宅介護支援事業・相談支援事業所・地域包括支援センター・福祉なんでも相談窓口・総合病院地域連携室・訪問看護ステーション・ヘルパーステーション・保健所・市役所・社会福祉協議会・民生委員児童委員協議会の 164 事業所（484 枚）に「ひきこもり当事者と家族を支援する地域支援者の課題」の自記式質問調査を郵送法留め置き法にて実施した。調査票送付の際には、研究の主旨、倫理的配慮、参加は自由であることなどを掲載し、同意が得られた 185 名（有効回答率は 38.2%）について分析した。調査は、2022 年 12 月～2023 年 2 月に実施した。
3. **質問調査内容**：基本属性（年齢・性別・所属機関・職種・現在の勤務年数）、ひきこもりに対するイメージ、ひきこもりに関する研修の有無、ひきこもり相談の有無と連携先、ひきこもりに関する知識 14 項目（1. 全く知らない～ 4. 知っている）、支援時に困難と感じる 33 項目（1. 困らない～ 4 大変困る）、ひきこもり支援で学びたいこと 18 項目（1. 学びたくない～ 4. 大変学びたい）は、4 段階リッカート法とした。連携がうまくいかなかったこと、SDS の定義、SDS 支援システム開発講座の意見は自由記述とした。
4. **分析方法**：統計解析には、SPSS を使用し、一要因の分散分析、多重比較、因子分析（主因子法）を行い、有意水準は $p<0.05$ とした。自由記述は、質的分析を行い、カテゴリー化した。
5. **倫理的配慮**：本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 763-1）。利益相反はない。

III. 結果

1. **基本属性**：性別は、男性 48 名、女性 134 名、無回答 3 名、平均年齢は 54 歳（SD ± 13.77）だった。所属機関は、民生委員児童委員協議会 53、居宅介護支援事業所 31、訪問看護ステーション 23、市役所 15、地域包括支援センター 11、ヘルパーステーション 10、地域連携室 9、社会福祉協議会 3、福祉なんでも相談窓口 3、保健所 1、無回答 7 であった。職種は、民生委員 53 名、ケアマネジャー（基本職種：福祉系 26 名・医療系 3 名）、看護師 28、社会福祉士 20 名、相談支援員 13 名、保健師 11 名、ヘルパー 11 名、介護福祉士 6 名、精神保健福祉士 3 名、サービス管理者 1 名、臨床心理士 1 名、公認心理士 1 名、無回答 8 名であった。事業所別回収数を図 1、職種別回収数を図 2 に示す。

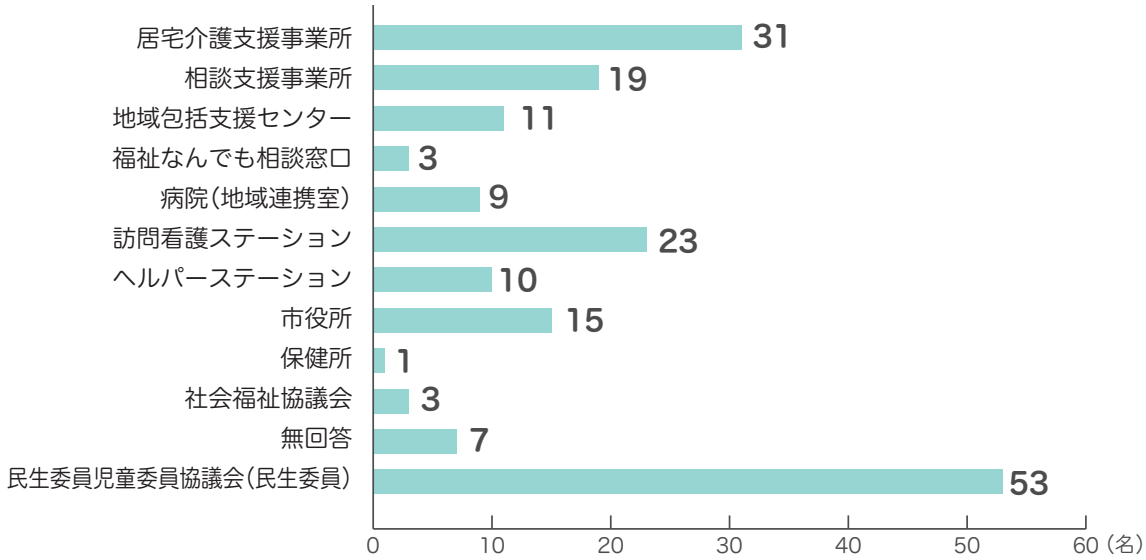

図 1. 事業所別回収数

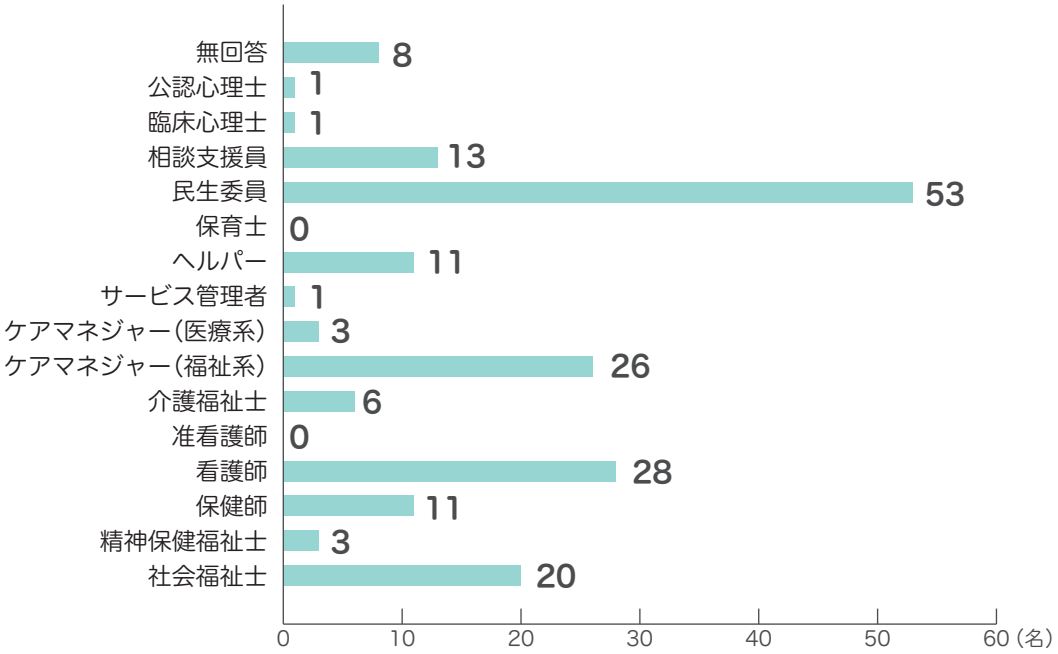

図 2. 職種別回収数

2. **ひきこもりの言葉の印象**：ひきこもりのイメージを図 3 に示す。上位 5 つは、「コミュニケーションが取りづらい」120 名（64.9%）、「働いていない」99 名（53.5%）、「社会問題」99 名（53.5%）、「部屋から出て来ない」82 名（44.3%）、「不登校」74 名（40.0%）であった。

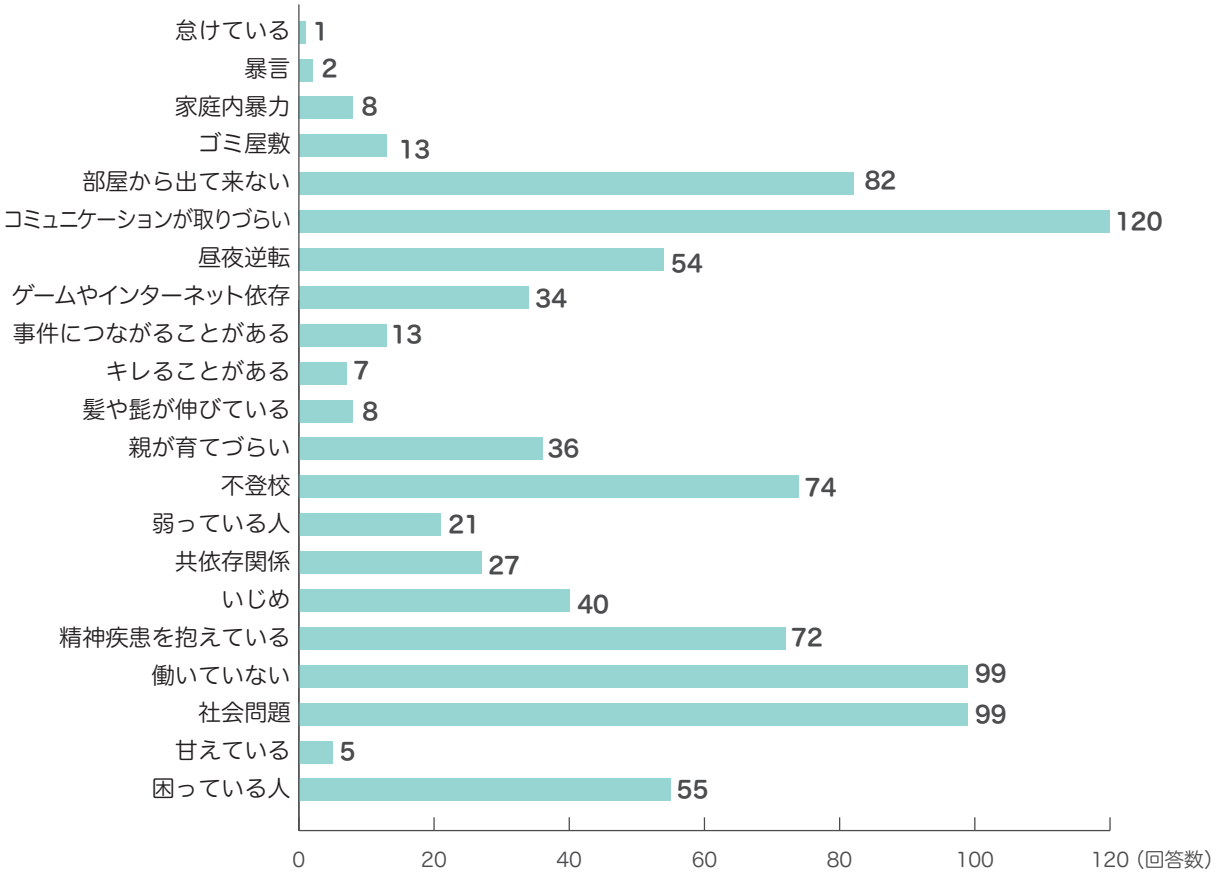

図 3. ひきこもりのイメージ

3. ひきこもりの知識：

（1）項目ごとの平均点を全体と７グループに分けて表１と図４に示した。全体の平均点は 2.8 で、「少し知っている」よりも低かった。さらに低いのは、民生委員と訪問看護ステーションの 2.7、ヘルパーの 2.5、地域連携室の 2.4 であった。項目においては、「ひきこもり者の人数」が 2.3、「段階的支援」2.4、「アウトリーチ」「居場所支援」が 2.6、「家族会」「就労支援」が 2.7 で低かった。事業所別において居宅介護支援事業所・地域包括支援センターは、全体とほぼ同様の結果であった。福祉なんでも相談窓口・相談支援事業所は、全体より「家庭内暴力の対応と相談先」2.7、「ひきこもり支援体制」2.6 で低かった。行政は、全体平均が 3.2 と一番高いが、「ひきこもり者の人数」2.6、「段階的支援」2.9 は低かった。ヘルパーステーション・社会福祉協議会は、全体に比べてすべての項目の平均点が低く、なかでも「ひきこもりの定義」と「ひきこもりの人数」2.1、「アウトリーチ」と「居場所支援」2.2 であった。地域連携室は、全体の平均点が一番低く、「居場所支援」と「就労支援」2.0、「ひきこもり人数」と「段階的支援」1.8 であった。訪問看護ステーションは、全体平均点より低いのが「ひきこもり人数」2.0、「ひきこもり支援体制」2.3、「アウトリーチ」2.4、「家庭内暴力の対応と相談先」2.6、「ひきこもり定義」2.7 であった。民生委員は、全体に比べて「8050 問題」3.3、「市内の相談窓口」3.1 は高いが、その他は殆ど低かった。

〈事業所については、以下のようなグループ分けをした〉

1グループ（居包）：居宅介護支援事業所・地域包括支援センター
2グループ（福相）：福祉なんでも相談窓口・相談支援事業所
3グループ（行政）：保健所・市役所
4グループ（ヘル）：ヘルパーステーション・社会福祉協議会
5グループ（連携）：地域連携室
6グループ（訪看）：訪問看護ステーション
7グループ（民生）：民生委員

表１．ひきこもりに関する知識

	1. 全く知らない　2. 殆ど知らない　3. 少し知っている　4. 知っている							
質問項目	全体	居包	福相	行政	ヘル	地連	訪看	民生
1）ひきこもり定義（厚労省）	2.8	2.7	3.0	3.2	2.1	2.3	2.7	2.8
2）ひきこもり者の人数（推計）	2.3	2.3	2.6	2.6	2.1	1.8	2.0	2.4
3）8050問題について	3.3	3.3	3.4	3.4	2.8	3.2	3.0	3.3
4）ひきこもりに関係する精神疾患	2.8	2.8	3.1	3.2	2.4	2.8	3.1	2.5
5）本人の生きづらさ	2.9	2.9	3.0	3.2	2.8	2.6	3.0	2.7
6）家族の苦悩	3.0	3.0	3.1	3.3	2.8	3.0	3.1	2.9
7）市内の相談窓口	3.1	3.1	3.2	3.8	2.9	2.9	2.7	3.1
8）家庭内暴力の対応と相談先	2.8	2.8	2.7	3.5	2.6	2.8	2.6	2.8
9）ひきこもり支援体制	2.7	2.8	2.6	3.3	2.3	2.3	2.3	2.7
10）アウトリーチ（訪問支援）	2.6	2.8	2.6	3.3	2.2	2.3	2.4	2.5
11）居場所支援	2.6	2.7	2.9	3.2	2.2	2.0	2.6	2.5
12）就労支援	2.7	2.8	3.0	3.1	2.5	2.0	2.9	2.6
13）段階的支援	2.4	2.4	2.7	2.9	2.3	1.8	2.6	2.1
14）家族会	2.7	2.7	2.8	3.1	2.4	2.2	2.7	2.6
全体の平均点	2.8	2.8	2.9	3.2	2.5	2.4	2.7	2.7

平均点が３点より低い数値を赤字、全体の平均点より低い数値を青字にした

(2) 1 要因の分散分析において、グループ間で、知識 1「ひきこもり定義（厚労省）」(0.006)**、質問 2「ひきこもり者の人数（推計）」(0.026)*、質問 4「ひきこもりに関係する精神疾患」(0.000)***、質問 7「市内の相談窓口」(0.004)**、質問 8「家庭内暴力の対応と相談先」(0.002)**、質問 9「ひきこもり支援体制」(0.003)**、質問 10「アウトリーチ（訪問支援）」(0.007)**、質問 11「居場所支援」(0.002)**、質問 12「就労支援」(0.007)** 質問 13「段階的支援」(0.001)** に有意差があった。

多重比較において、職種別では、質問 1「ひきこもり定義（厚労省）」は、社会福祉士と介護福祉士（1.233337*）、保健師と介護福祉士（1.696977*）、保健師とヘルパー（1.363647*）、介護福祉士と相談支援専門員（-1.208337*）で有意差があった。質問 4「ひきこもりに関係する精神疾患」は、看護師と民生委員（.57407*）で有意差があった。

質問 10「アウトリーチ（訪問支援）」は、保健師とヘルパー（1.18182*）で有意差があった。事業所別では、質問 1「ひきこもり定義（厚労省）」は、福相とヘル（.91667*）、行政とヘル（1.10417*）、質問 4「ひきこもりに関係する精神疾患」は、福相と民生（.59259*）、行政と民生（.66898*）、訪看と民生（.61785*）、質問 7「市内の相談窓口」は、行政と訪看（1.05435*）、行政と民生（.69545*）、質問 8「家庭内暴力の対応と相談先」は、居包とヘル（-.71429*）、福相と行政（-.75926*）、行政と訪看（.89130*）、質問 9「ひきこもり支援体制」は、行政とヘルパー（1.00481*），行政と訪看（1.00815*）、質問 10「アウトリーチ（訪問支援）」は、行政とヘル（1.08173*）、行政と訪看（.87772*）、行政と民生（.78420*）、質問 11「居場所支援」は、行政とヘル（1.03365*）、行政と連携（1.118750*）、質問 12「就労支援」は、福相と連携（1.00000*）、行政と連携（1.12500*）、質問 13「段階的支援」行政と連携（1.15972*）、行政と民生（078935*）に有意差があった。

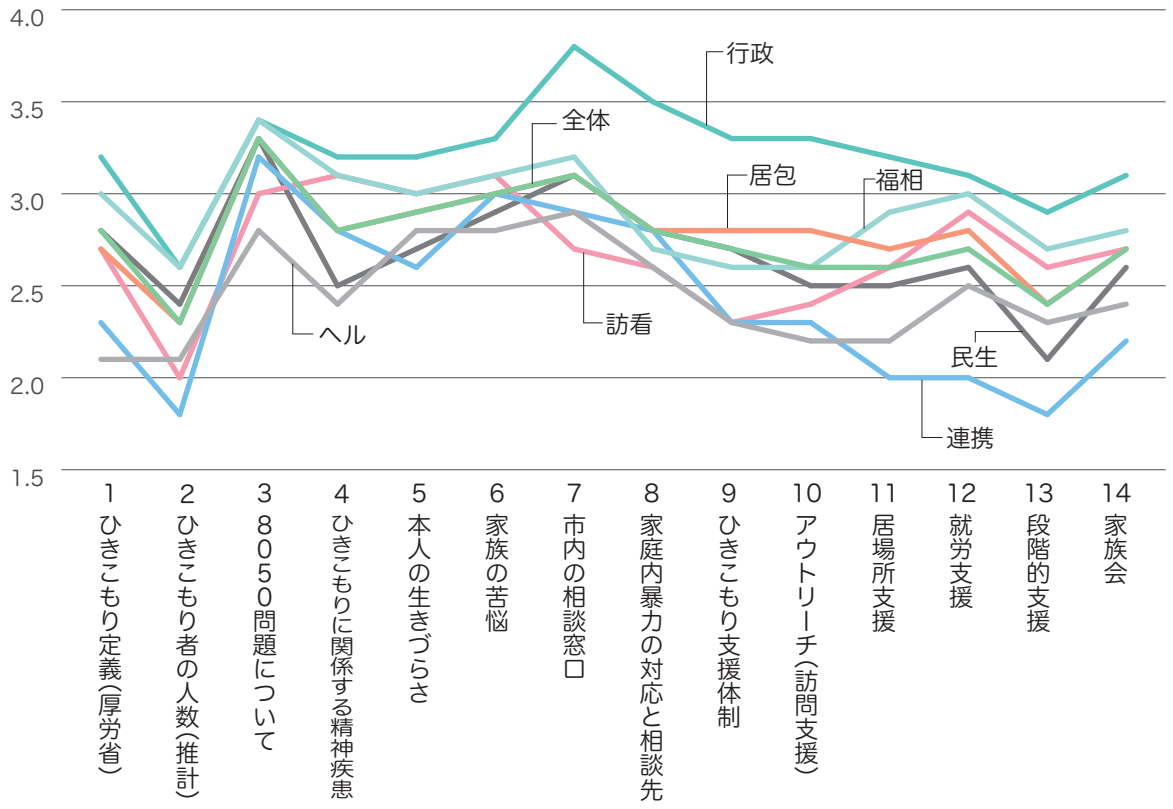

図 4. グループごとのひきこもりに関する知識

4. **ひきこもりに関する研修：**参加したことが、ある 61 名（33%）、ない 124 名（66%）、無回答 3 名だった。事業所別ひきこもり研修参加率を表 2 に示す。「行政」が 62.5%と研修参加率が最も高く、次いで「福相」55.6%、「居包」38.1%であった。研修参加率が最も低いのが「ヘル」15.4%であった。研修内容については、公的機関である厚生労働省主催の講演会が 1 名、県主催の講演会等が 27 名、サポーター養成研修が 10 名であった。民間団体では、NPO 法人ふらっとコミュニティ主催の講演会等が 27 名、セミナー 10 名、その他の団体が 5 名であった。

表 2. 事業所別ひきこもり研修参加率

	全体	居包	福相	行政	ヘル	地連	訪看	民生
研修参加率	33%	38.1%	55.6%	62.5%	15.4%	22.2%	17.4%	21.8%

5. **ひきこもりの相談：**相談がある 83 名（44.9%）、ない 102 名（55.1%）であった。事業所別ひきこもり相談率を表 3 に示す。相談率が一番高いのが「行政」81.3%、次いで「福相」55.6%、「居包」40.5%であった。相談者は「親･兄弟（姉妹）」55 名、「民生委員」14 名、「本人」13 名、「地域住民」9 名、その他 13 名であった。

自身の対応については、できた 68 名、できなかった 8 名であった。対応ができたと回答した者において、話を聴くだけで終わった 23 名、対応機関に繋いだ 42 名、無回答 3 名だった。連携においては、連携した 50 名、連携していない 24 名、連携先が分からなかった 2 名であった。連携先としては、行政（保健所・障害福祉課・地区担当保健師）、地域包括支援センター、NPO 法人ふらっとコミュニティ®、福祉なんでも相談窓口、児童相談所、病院（精神科含む）、生活相談サポートセンター、若者サポートステーション、障害サービス事業所、地域支援チーム、民生委員が挙げられた。

表 3. 事業所別ひきこもり相談率

	全体	居包	福相	行政	ヘル	地連	訪看	民生
ひきこもり相談率	44.9%	40.5%	55.6%	81.3%	30.8%	33.3%	34.8%	41.8%

6. **連携について：**抽出したカテゴリーは《　》サブカテゴリーは〈　〉生データを「　」で示す。連携がうまくいかなかったことは、**≪家族支援の限界≫≪ひきこもり者との関係性の構築が困難≫≪相談を受けた後の対応の判断ができない≫≪さまざまな機関との連携・協働が困難≫≪専門機関の力量不足≫≪問題解決アプローチの失敗≫**の 6 カテゴリー、17 サブカテゴリーで構成されていた。

（1）**≪家族支援の限界≫**は、〈家族が支援者の関りを拒否する〉〈自己中心的で考えを曲げない家族〉〈本人・家族に困り感がない〉〈キーパーソンの不在〉〈家族が躊躇して行動に移せない〉の 5 サブカテゴリーで構成されていた。〈家族が支援者の関りを拒否する〉は、「自宅を訪問して本人と玄関で話をしたかったが、関わってほしくないと言われた」や「市職員の対応に本人が拒否をする」などの内容である。〈自己中心的で考えを曲げない家族〉は「本人が家族を含め他人の言葉を受け入れる性格でないことを聞いた」や「マイペースの行動はある程度見られた」などの内容である。〈本人・家族に困り感がない〉は、「周囲が困っているが、本人・家族に困り感がない」や「他の兄弟と親が同居することで親の負担が減った」などの内容である。〈キーパーソンの不在〉は、「対象者の血縁者が兄弟のみで、その方との連絡がうまく取れなかった」の内容である。〈家族が躊躇して行動に移せない〉は、「色々提案したが、もう少し様子を見たいとの意向で、それ以上入り込めなかった」や「相談に行くように話したが、その場では了解するも相談に行くことはない」などの内容である。

(2) ≪ひきこもり者との関係性の構築が困難≫は、〈本人に会えない・会わせてもらえない〉〈本人との関係づくりが難しい〉の 2 サブカテゴリーで構成されていた。〈本人に会えない・会わせてもらえない〉は、「父親は何とかしてほしいと訴えるが、本人に会わせてくれない」や「家族との連携は取れるが、本人（ひきこもり者）とは関わることが難しくできなかった」などの内容である。

(3) ≪相談を受けた後の対応の判断ができない≫は、〈相談先が分からない〉〈どこまで対応すべきかの判断ができない〉の 2 サブカテゴリーで構成されていた。〈相談先が分からない〉は、「どこに相談すればよいのかわからなかった」の内容である。〈どこまで対応すべきかの判断ができない〉は、「学校から相談されたとしても民生委員・児童委員としてどこに対応を求めてよいのか、わからないことが多い」や「本人から相談はありましたが、通院されていたので継続を進めて相談は中断しました」などの内容である。

(4) ≪さまざまな機関との連携・協働が困難≫は、〈連携が一方向でしかない〉〈支援の方向性が一致しない〉〈担当者の変更に伴う連携不足〉の 3 サブカテゴリーで構成されていた。〈連携が一方向でしかない〉は、「病院へ状況報告するが、それが伝わっているのか、その後の対処方法などが（具体的に）連絡がなかった」や「行政等につないでもその後の情報が入らず、連携は取れていない」などの内容である。〈支援の方向性が一致しない〉は、「各々が主観で判断し方向性がまとまりにくい」や「連携先との意思疎通がうまくいかず、支援方法について共有が出来なかった」などの内容である。〈担当者の変更に伴う連携不足〉は、「相談へ行った際、担当者が不在だった」や「関わっている支援者が担当変更となる際に連絡がうまくいっていなかった」などの内容である。

(5) ≪専門機関の力量不足≫は、〈話を聴くだけで終わった〉〈専門窓口の対応に疑問を抱いた〉の 2 サブカテゴリーで構成されていた。〈話を聴くだけで終わった〉は、「健康福祉センターの対応が冷たかったと聞いた」や「精神科受診、健康福祉センターの難病班に相談を勧めた」などの内容である。〈専門窓口の対応に疑問を抱いた〉は、「精神科の受診を勧め、本人に同行するという話だったが、実際は訪問されなかった」や「TEL で本人と話し、その気がないとのことで先に進まなかった」などの内容である。

(6) ≪問題解決アプローチの失敗≫は、〈連携先を紹介したがつながらない〉〈就労支援事業所につながらない〉の 2 サブカテゴリーで構成されていた。〈連携先を紹介したがつながらない〉は、「つないだ先の対応がうまくいかず本人が動かない」や「サービス等の説明もしてみたが、あまり興味を持たれず話が終わった」などの内容である。〈就労支援事業所につながらない〉は、「就労支援機関に同行してつないだが、うまくいかず、本人が動かなくなってしまった」や「ボランティア清掃の参加を提案した。しかし、就労を目指す人でないと受入れはしていないと言われた」などの内容である。

7. ひきこもり支援における困難感：

(1) ひきこもり支援に困難と感じる質問項目と事業所ごとの平均点を表 4 に示す。33 項目中 23 項目が平均点 3 以上であった。最も高いのは「刃物を持ち出し危険性が高い」3.8、次いで「家庭内暴力がある（親に手を挙げる）」3.5 であった。1 要因の分散分析において、グループ間で、質問 9「強迫症状（潔癖症・手洗い・物に触れない）がある」(0.004)**、質問 19「本人が知的障害または精神的な問題を抱えている」(0.000)***、質問 33「感覚過敏がある（音・匂い・光 等）」(0.022)* に有意差があった。多重比較では、質問 19「本人が知的障害または精神的な問題を抱えている」は、社会福祉士と民生委員（-.76961*）に有意差があった。

表４．ひきこもり支援に困難と感じる事業所ごとの平均点

質 問 項 目	1. 困らない　2. 少し困る　3. 困る　4. 大変困る							
	全体	居包	福相	行政	ヘル	地連	訪看	民生
1)本人に会えない、姿を見せない（部屋から出て来ない等）	3.1	3.0	3.3	3.1	3.2	3.6	3.3	3.1
2)本人と会話ができない	3.1	3.1	3.1	3.0	3.1	3.8	3.3	3.1
3)本人から暴言がある	3.1	3.1	2.8	3.2	3.3	3.2	3.3	3.0
4)攻撃的な態度で話がかみ合わない	3.2	3.3	2.9	3.3	3.5	3.3	3.3	3.2
5)物を壊す、壁を叩くなどの行為がある	3.4	3.5	3.2	3.3	3.6	3.4	3.5	3.4
6)家庭内暴力がある（親に手を挙げる）	3.5	3.6	3.3	3.5	3.8	3.7	3.7	3.4
7)本人が奇声を上げる	3.0	3.0	2.7	3.3	3.4	3.4	3.1	3.0
8)刃物を持ち出し危険性が高い	3.8	3.9	3.8	3.9	3.9	4.0	4.0	3.7
9)強迫症状（潔癖症・手洗い・物に触れない）がある	2.7	2.8	2.3	2.8	3.4	3.1	2.8	2.5
10)死にたいなど自殺をほのめかす言動がある	3.2	3.1	2.9	3.4	3.7	3.6	3.3	3.2
11)家事ができない（本人）	2.2	2.1	1.8	2.3	2.2	2.2	2.5	2.4
12)食事をしない（本人）	3.0	3.0	2.8	3.2	3.2	3.2	3.3	2.8
13)外出ができない（本人）	2.4	2.3	2.1	2.4	2.5	2.3	2.4	2.6
14)買い物ができない（本人）	2.2	2.1	2.0	2.3	2.3	2.3	2.3	2.4
15)身だしなみがだらしない（散髪していない等）	2.1	1.8	1.9	2.1	2.2	2.2	2.2	2.2
16)こだわりがある（本人）	2.2	2.0	1.9	2.6	2.0	2.4	2.4	2.4
17)ゲーム・ネット依存がある（本人）	2.3	2.0	2.3	2.6	2.5	2.4	2.3	2.4
18)本人に金銭的な問題がある（借金・ゲーム課金等）	3.1	3.0	3.1	3.3	3.2	3.1	3.0	3.1
19)本人が知的障害または精神的な問題を抱えている	2.7	2.6	2.1	2.9	2.3	3.1	2.6	3.0
20)精神科受診に繋がらない	3.1	3.1	3.1	3.3	3.2	3.4	3.3	2.9
21)親子の会話がない	2.7	2.7	2.6	2.6	2.8	3.2	2.7	2.7
22)親子の関係が悪い	3.0	3.0	2.8	2.9	3.2	3.2	2.8	3.0
23)親が過干渉である	3.0	2.9	3.1	2.8	3.5	3.3	2.9	2.8
24)家族が隠そうとする（話をはぐらかす等）	3.2	3.2	3.3	3.1	3.3	3.6	3.1	3.1
25)親が本人の事を気にして在宅サービスを使わない	3.1	2.9	3.0	3.0	3.5	3.2	3.2	3.0
26)親が入院や施設入所を拒む	3.0	3.0	3.1	3.3	3.2	3.3	3.0	2.9
27)親が精神的な問題（認知症等を含む）を抱えて正常な判断ができない	3.4	3.2	3.5	3.4	3.4	3.4	3.6	3.3
28)経済的に困窮している（親の年金で生活）	3.0	3.1	3.1	2.9	3.1	3.3	2.8	2.9
29)親亡き後（入院等含む）、独居となり社会との関わりのきっかけがない	3.2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.4	3.3	3.2
30)近隣トラブルがある	3.3	3.3	3.3	3.3	3.2	3.3	3.3	3.3
31)ゴミ屋敷化している	3.1	3.0	2.9	2.9	3.2	3.3	3.3	3.2
32)警察沙汰になることがある	3.3	3.3	3.3	3.3	3.4	3.4	3.5	3.3
33)感覚過敏がある（音・匂い・光 等）	2.6	2.6	2.2	2.4	3.0	3.1	2.7	2.6

平均点３以上を赤字、かつ全体の平均点より高いものを青字にした

表 5. ひきこもり支援に困難と感じる要因

ひきこもり支援に困難と感じる要因	因子負荷量			累積寄与率
第１因子　親子の関係性や家族の問題				37.163
24)家族が隠そうとする(話をはぐらかす等)	0.833	0.021	-0.236	
23)親が過干渉である	0.779	0.015	-0.116	
26)親が入院や施設入所を拒む	0.728	-0.085	-0.048	
25)親が本人の事を気にして在宅サービスを使わない	0.723	-0.082	-0.075	
22)親子の関係が悪い	0.666	-0.026	0.239	
27)親が精神的な問題(認知症等を含む)を抱えて正常な判断ができない	0.658	0.115	-0.049	
21)親子の会話がない	0.597	-0.062	0.296	
29)親亡き後(入院等含む)、独居となり社会との関わりのきっかけがない	0.594	0.094	0.066	
28)経済的に困窮している(親の年金で生活)	0.488	0.066	0.206	
20)精神科受診に繋がらない	0.457	0.068	0.236	
33)感覚過敏がある(音・匂い・光　等)	0.415	0.067	0.289	
第２因子　ひきこもり者の心理社会的問題				45.084
5)物を壊す、壁を叩くなどの行為がある	-0.045	0.873	-0.016	
6)家庭内暴力がある(親に手を挙げる)	0.051	0.819	-0.158	
8)刃物を持ち出し危険性が高い	0.030	0.803	-0.318	
3)本人から暴言がある	-0.170	0.733	0.156	
4)攻撃的な態度で話がかみ合わない	-0.018	0.732	0.105	
7)本人が奇声を上げる	-0.156	0.709	0.292	
32)警察沙汰になることがある	0.141	0.631	-0.032	
30)近隣トラブルがある	0.276	0.556	-0.032	
31)ゴミ屋敷化している	0.250	0.418	0.043	
10)死にたいなど自殺をほのめかす言動がある	0.042	0.408	0.249	
第３因子　ひきこもり者の日常生活問題				52.276
15)身だしなみがだらしない(散髪していない等)	-0.094	-0.017	0.905	
14)買い物ができない(本人)	-0.049	-0.049	0.847	
11)家事ができない(本人)	-0.150	-0.019	0.818	
13)外出ができない(本人)	0.019	-0.030	0.744	
16)こだわりがある(本人)	0.142	-0.113	0.719	
17)ゲーム・ネット依存がある(本人)	0.113	-0.025	0.546	
9)強迫症状(潔癖症・手洗い・物に触れない)がある	-0.066	0.347	0.435	

因子相関行列

因 子	1	2	3
1	1.000	0.564	0.513
2	0.564	1.000	0.546
3	0.513	0.546	1.000

因子抽出法：主因子法
回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

(2) 因子分析結果：ひきこもり支援に困難と感じる要因として、3 因子 28 項目抽出した。表 5 に 3 因子 28 項目の因子負荷量と累積寄与率を示した。

第 1 因子は、「家族が隠そうとする（話をはぐらかす等）」「親が過干渉である」「親が入院や施設入所を拒む」「親が本人の事を気にして在宅サービスを使わない」などの質問項目で構成される因子である。したがって**【親子の関係性や家族の問題】**に関する因子であると解釈した。

第 2 因子は、「物を壊す、壁を叩くなどの行為がある」「家庭内暴力がある（親に手を挙げる）」「刃物を持ち出し危険性が高い」「本人から暴言がある」などの質問項目で構成される因子である。したがって**【ひきこもり者の心理社会的問題】**に関する因子であると解釈した。

第 3 因子は、「身だしなみがだらしない（散髪していない等）」「買い物ができない（本人）」「家事ができない（本人）」「外出ができない（本人）」などの質問項目で構成される因子である。したがって**【ひきこもり者の日常生活問題】**に関する因子であると解釈した。これらの因子は合わせて全分散の 52.76%を説明している。

8. **ひきこもり支援に携わる際に学びたいこと：**項目ごとの平均点を 7 グループに分けて表 6 に示した。全体の平均点は 2.9 で「学びたい」よりもやや低かった。ヘルパーと民生委員以外は、平均 3.0 以上、特に行政は 3.4 と学びたい意識が高かった。全体で平均点が高い項目は「家族支援の方法」「相談窓口へのつなぎ方」「支援機関との連携方法」「ひきこもり者とのかかわり方」「コミュニケーションのとり方」であった。民生委員は「相談窓口へのつなぎ方」「支援機関との連携方法」が 3.1、ヘルパーは「コミュニケーションの取り方」が 3.1 で高かった。地域連携室は「相談窓口へのつなぎ方」が 3.4、訪問看護ステーションは「ひきこもり者とのかかわり方」「コミュニケーションのとり方」が 3.3 で高かった。福祉相談窓口は「アウトリーチの方法」「家族支援の方法」「支援機関との連携の方法」「親亡き後を見据えた支援」が 3.3 で高かった。行政は、すべての項目において全体の平均点より高く、「ひきこもり者とのかかわり方」「親亡き後を見据えた支援」「コミュニケーションのとり方」が 3.6 で高かった。

表 6　ひきこもり支援に携わる際に学びたいこと

質問項目	1. 学びたくない　2. 少し学びたい　3. 学びたい　4. 大変学びたい							
	全体	居包	福相	行政	ヘル	地連	訪看	民生
1）ひきこもりに関する一般知識	3.0	3.0	3.0	3.1	2.8	3.0	3.0	2.9
2）アウトリーチ(訪問支援)の方法	3.0	3.0	**3.3**	3.3	2.8	3.2	3.0	2.8
3）家族アセスメント	3.0	3.0	3.2	3.4	2.8	3.1	3.1	2.7
4）居場所支援のあり方	2.9	2.9	3.0	3.3	2.8	3.2	3.0	2.7
5）家族支援の方法	**3.1**	**3.1**	**3.3**	3.4	2.9	3.1	3.0	3.0
6）家族の苦悩	3.0	3.0	3.1	3.2	2.8	3.0	3.0	2.8
7）相談窓口へのつなぎ方	**3.1**	3.0	3.1	3.3	2.8	**3.4**	**3.3**	**3.1**
8）ひきこもり者の生きづらさ	3.0	3.0	3.1	3.2	2.9	3.1	3.1	2.8
9）支援機関との連携方法	**3.1**	**3.1**	**3.3**	3.3	2.9	3.3	3.1	**3.1**
10）トラウマインフォームドケア（TIC）	3.0	2.9	3.0	3.4	2.8	3.3	3.0	2.8
11）ひきこもり者とのかかわり方	**3.1**	3.2	3.3	**3.6**	3.0	3.3	**3.3**	2.9
12）就労支援	2.8	2.8	2.8	3.2	2.5	2.9	2.9	2.6
13）事例検討会	2.8	2.8	2.9	3.3	2.8	2.9	2.7	2.7
14）親亡き後を見据えた支援	3.0	2.9	**3.3**	**3.6**	2.8	3.1	3.0	2.8
15）相談・家族支援・本人支援の経緯	2.0	2.8	3.1	3.4	2.7	2.9	3.1	2.7
16）精神科受診の必要性の判断	3.0	3.0	3.2	3.5	2.8	3.1	3.1	2.6
17）コミュニケーションのとり方	**3.1**	3.2	3.2	**3.6**	**3.1**	3.2	**3.3**	2.9
18）8050 問題とその対応	3.0	3.0	3.2	3.4	2.8	3.3	3.0	2.8
全　体	2.9	3.0	3.1	3.4	2.8	3.1	3.1	2.8

平均点が 3 以上を赤字、全体の平均点より高い数値を青字とした。またグループで一番高いものを**太字**にした。

9. SDS の定義に関する意見：賛成が 117 名（63.2%）、今のままの定義で良い 19 名（10.2%）、どちらでもない 38 名（20.5%）、無回答 11 名であった。賛成の意見としては、「ひきこもりという言葉の表現では本人の問題が大きいように捉えられがちだが、SDS の定義が定着すれば、ひきこもりになってしまう背景など一人ひとりの問題がなんなのか視点が向けられるように感じている」「現時点で制度の狭間におられる方にも支援の手が届くようになるのではないかと期待できると感じた」「今までのひきこもり定義より幅広い定義だと思う。ひきこもりは外出できないというイメージがあるが、自分から居場所を探す方も多くいる。精神障害があると、家族の相談は受けてもらえない。就労を頑張っていても、なかなか雇ってもらえていない方などは、現在の定義からは外されてしまう。SDS の定義が早期に広まってほしい」「“ ひきこもり ” は閉じこもってしまった結果が印象に浮かぶが、“SDS” の定義はひきこもりに至る経緯が印象に浮かぶため、広く理解してもらうための入り口として適切だと思う」「世間では、ひきこもりは部屋から出ない人と思っている人が多い。部屋から出ているのだからうちの子はひきこもりではないと問題から逃げている人もいると思う。ひきこもりを SDS と用語を変えることによって、そうした人達も減らせ、適切な支援を受けることのできる当事者も増えるのではないか」「ひきこもりというと、本人・家族が悪いのだから仕方ないというイメージだけど、SDS（社会的距離症候群）だと、本人たちだけの責任ではなく、社会にも責任があるのではないかという問いかけに聞こえる」「他人事ではなく誰もがその状態になりうる可能性があると認識してもらうには良い定義だと思う」「室内に閉じこもっているイメージの ” ひきこもり “ で一括りにするのではなく、他人と心理的な距離があることを示す SDS の方が今の時代を反映していると思う」などが挙げられた。

10. SDS 支援システム開発講座の取り組みについて：

（1）取り組みについて：賛成 102 名（55.1%）、やや賛成 48 名（25.9%）、どちらでもない 18 名（9.7%）、無回答 17 名であった。取り組みに関する意見としては、「社会問題に対応する取り組みだと感じる」「その人らしい生き方を支える仕組みが必要」「相談しやすい地域づくりの構築が必要」「8050 対策は喫緊の課題」「本人の視点に立った支援体制が求められている」「地域包括システムが求められている」「共生社会が求められている」などが挙げられた。

（2）SDS 支援者養成について：参加したい 119 名（64.3%）、参加したくない 40 名（21.6%）、無回答 26 名であった。参加したくない理由としては「業務負担」「難しい支援なので自信がない」「時間が取れない」「勉強する余裕がない」が挙げられた。

11. ひきこもり支援に関する意見

抽出したカテゴリーは《　》サブカテゴリーは〈　〉生データを「　」で示す。

ひきこもり支援に関する意見としては、≪普及・啓発活動≫≪支援体制が分かるリーフレット≫≪不登校・いじめなどに対応する支援体制≫≪精神的な問題を抱えている人の支援体制≫≪スーパービジョン・コンサルテーション体制≫≪親亡き後を見据えた支援体制≫≪伴走型支援の構築≫≪ SDS 支援システム開発講座への期待≫の 8 カテゴリー、29 サブカテゴリーで構成されていた。

（1）≪普及・啓発活動≫は、＜社会的偏見の払拭＞＜ひきこもりの正しい知識＞＜広報・メディアによる啓発＞＜社会的課題の認識＞の 4 サブカテゴリーで構成されていた。＜社会的偏見の払拭＞は、「誰でもいつでもなりうることとして、社会が偏見を持たないようになることが生きづらさ解決につながると思う」や「相手の見た目や態度等でその人のことを決めつけたり、偏見を持って差別をしたりする方がまだ大勢いる。支援者側にも、まだまだそういう方がいるし、私自身も大丈夫とは

言えない」などの内容だった。<ひきこもりの正しい知識>は、「どこかで他人事と考えてしまいがちだが、実際には身近にありうること。正しい知識を持ち合わせる必要があると思う」や「支援に携わる人すべてが正しい知識を持つべき」などの内容であった。<広報・メディアによる啓発>は、「もっと広報、チラシなどで広く知ってもらうことが大事」や「広い分野において市全体で取り組み基本的な考え方を多くの人に知ってもらうべきだし、啓発するべきだろうと思う」などの内容であった。<社会的課題の認識>は、「アンケートの機会で知ることができた」や「奥が深い（昔からあるけれど）問題だと改めて認識した」などの内容であった。

(2) **≪支援体制が分かるリーフレット≫**は、<連携先の資料><支援の見える化><支援のマニュアル化>の3サブカテゴリーで構成されていた。<連携先の資料>は、「支援機関や連携先を知りたい」や「講座に参加しなくても知る手立てが欲しい」などの内容であった。<支援の見える化>は、「ひきこもりの実態、事例が見えてこない」や「成功事例から学びつつ、失敗事例からも学べる機会があればよい」などの内容であった。<支援のマニュアル化>は、「専門機関につなげられるようしっかりとマニュアル化し、意識として理解し、対応できるようにしたい」や「ひきこもり」は結果である、との考えで支援する方法があればと思う」などの内容であった。

(3) **≪不登校・いじめなどに対応する支援体制≫**は、<いじめの適切な対応><個別性のある不登校支援><教育機関と外部の連携>の3サブカテゴリーで構成されていた。<いじめの適切な対応>は、「小学生や中学生の時にいじめを受けている子どもを早く見つけて個別に対応するのが望ましい」や「いじめを見て見ぬふりすれば、楽だけど、止めて、自分がいじめられて、学校行かなくなる」などの内容であった。<個別性のある不登校支援>は、「一人一人の生徒を大切にして、細やかな指導をしてほしい」や「親としてどうしていいのかわからず、学校の担任の先生、小学校の時の先生など、やはり、わが子を知ってる方へ相談するということしかできなかった」などの内容であった。<教育機関と外部の連携>は、「学校、職場の組織に入っていくことは、ハードルが高い」や「本人だけでなく、周辺の人に対しての支援を多職種でできるような仕組みがあるとよい」などの内容であった。

(4) **≪精神的な問題を抱えている人の支援体制≫**は、<精神的な問題の対応><メンタルヘルス支援の取り組み><精神科訪問看護>の3サブカテゴリーで構成されていた。<精神的な問題の対応>は、「保健所・警察・精神科との連携がもっととれるようになり、動いていただければ家族も安心される」や「医療につながっていないケース（精神疾患ありそうなケース）はまず医療につなげることが最優先と思うが難しい」などの内容であった。<メンタルヘルス支援の取り組み>は、「食事、睡眠、運動、考え方などを学び、社会全体、全ての方を対象とする講座があるとよくなるのではないか」や「親と子供との隙間がありコミュニケーションが出来ない」などの内容であった。<精神科訪問看護>は、「この地域の新事業としてでも、訪問看護を使って社会参加ができるような制度設計をしてほしい」や「“精神”にたけた訪問看護師が多ければ、もっと専門性のある関わり方が出来て良いと思う」などの内容であった。

(5) **≪スーパービジョン・コンサルテーション体制≫**は、<支援者が相談できる体制><スキルアップの機会><具体的な支援方法>の3サブカテゴリーで構成されていた。<支援者が相談できる体制>は、「支援の仕方の助言が欲しい」や「知識は身についてきたと思うが、支援者一人で抱えるのは難しいと感じる」などの内容であった。<スキルアップの機会>は、「地域社会の生活者として身近な問題としてなんか支援につながることができればと思う」や「できるだけ声掛けをしているが、どのように話せばよいのか悩む」などの内容であった。<具体的な支援方法>は、「気づきが大切と思うが、具体的な支援方法が分からない」や「ひきこもり問題や8050問題など、テレビや

新聞で目にするたびに「もっと勉強したいと思う」などの内容であった。

(6) **≪親亡き後を見据えた支援体制≫**は、＜ 8050 問題の対応＞＜支援機関との連携＞＜長期化しない対応＞の 3 サブカテゴリーで構成されていた。＜ 8050 問題の対応＞は、「８０５０問題に関しては日頃の業務でも課題として関わることが増えているよう感じる」や「親亡きあとの生活の確保」などの内容であった。＜支援機関との連携＞は、「相談支援機関同士の情報共有、方針の検討がもっと行えるとよい」や「個人、単独支援は難しいと思う。支援機関との連携が必要」などの内容であった。＜長期化しない対応＞は、「早期段階での対応をすることで当人も社会に出やすくなる」や「ひきこもる原因、きっかけは人それぞれであるが、なるべく長期化しないよう、支援を受けられる体制を作っておく」などの内容であった。

(7) **≪伴走型支援の構築≫**は、＜身近に相談できる場の整備＞＜寄り添う支援＞＜居場所支援＞＜見守り体制＞＜新たな就労支援の取り組み＞の 5 カテゴリーで構成されていた。＜身近に相談できる場の整備＞は、「家族が相談しやすい窓口」や「当事者がアプローチ手段を選択できる機会・訪問面談・文書やり取り・オンライン（チャット等・LINE）・来所（場所指定）」などの内容であった。＜寄り添う支援＞は、「心の内を人に話す喜びを知ってほしい」や「どこにも行けず、誰にも相談できないというのはすごい苦しみだと思う」などの内容であった。＜居場所支援＞は、「ひきこもり地域支援センター等、相談を受けてくれる所があるが、話を聞いて終わりで、居場所の提供等、適切な支場所が少なく感じる」や「就労されていない方、就労することが出来ない方に対して、積極的かつ、安心できる支援者の声を届けていただけたらと思う」などの内容であった。＜見守り体制＞は、「定期的に訪問を行い、社会に参加し、少しでも引きこもりを減らしたい」や「本人が支援を望まなければ、社会参加も難しいと思う」などの内容であった。＜新たな就労支援の取り組み＞は、「少しずつ作業の場を作り、それが将来の仕事になるように導いてあげるようにできないか」や「市や企業の協力も得て、わずかの報酬でも与えてあげたら良い」などの内容であった。

(8) **≪ SDS 支援システム開発講座への期待≫**は、＜山根モデルを全国へ＞＜質の高い専門職の育成＞＜支援システムの構築＞＜行政の積極的な取り組み＞＜官民が協力して社会課題に取り組む＞の 5 サブカテゴリーで構成されていた。＜山根モデルを全国へ＞は、「山根モデルが全国に広がっていくと良いと思っている」や「宇部市にはふらっとコミュニティがあるからもういらないではなく、利用者が選択していけるよう、こういう支援機関が増えてもらいたい」などの内容である。＜質の高い専門職の育成＞は、「市の保健師以外にも、支援者が増えると良いと思う」や「適切な支援を行うことのできる人材を育成し、より多くの SDS 当事者、家族を救うことができるよう県や市が力を入れてほしい」などの内容であった。＜支援システムの構築＞は、「支援システムが構築されれば本人・家族が救われると思う」や「ひきこもりでもどんなことでも、ここに相談すれば、いろいろなところとつながって問題解決に取り組めるよという場所になるように、様々な機関と連携できる仕組みが作れたら良い」などの内容であった。＜行政の積極的な取り組み＞は、「行政の充分に手の届かないことも、仕方ないところも理解できるが、解決しようという本気度は感じない。事務的である」などの内容であった。＜官民が協力して社会課題に取り組む＞は、「今後の引きこもり支援は大変だろうと思うが、官民ともに社会問題として扱っていくべきである」や「本人が望んでいる、納得できる支援というものが、正当に評価できるのかは不安である」などの内容であった。