

長野県のひきこもり支援の現状と課題 —市町村への実態調査結果より—

大沼泰枝¹⁾、小泉典章¹⁾、竹内美帆¹⁾、疋田泰規²⁾

1) 長野県精神保健福祉センター

2) 長野県諏訪湖健康学園

The Current State and Issues of the Support System for Hikikomori (Social Withdrawal) in Nagano Prefecture: A Survey of the Local Governments

Yasue ONUMA¹⁾, Noriaki KOIZUMI¹⁾, Miho TAKEUCHI¹⁾, Yasunori HIKITA²⁾

1) *Mental health and welfare center in Nagano Prefecture*

2) *Suwako Kenko Gakuen (Rehabilitation Center for Children)*

目的: ひきこもり支援センターの開設を検討するにあたり、長野県の各市町村でどのようなひきこもり支援が実施されているのかを把握し、不足している支援について探り、今後の支援施策をたてるための基礎資料とする。

方法: 長野県の全市町村を対象に平成21年11月に調査を行い、80市町村から回答を得た(回収率100%)。

結果と考察: 保健師、相談員などによる面接相談、電話相談、訪問支援は、対応可能な市町村が約9割に及ぶことが明らかとされ、ひきこもりに関する相談の一次的な窓口機能を市町村が果たしていると考えられた。一方、医師による精神保健福祉相談や家族教室、デイケア・グループ・居場所の設置といった支援は、市町村単独で行うことは困難な状況にあり、保健所単位でひきこもり支援センターが技術援助しながらバックアップしていく必要が見出された。

Key words: ひきこもり (social withdrawal)、ひきこもり地域支援センター (Hikikomori Support Center)、地域精神保健 (community mental health)、市町村 (local government)

I. はじめに

ひきこもりとは、「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ヶ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」と厚生労働省から出された新しいガイドライン¹⁾では定義されている。ひきこもり状態にある若者がいる世帯は、本邦の疫学調査の結果によると、全世帯数の0.56%にあたり、全国推計では約26万世帯といわれている²⁾。

厚生労働省は平成21年度から「ひきこもり地域支援センター」の設置を都道府県や政令市に進めている。このセンターには、ひきこもり支援コーディネーターを配置し、①一次的な相談窓口機能、②関係機関との連携、③情報発信といった3つの機能を有することが求められている。長野県では、2010年4月1日より精神保健福祉センター内に、「長野県ひきこもり支援センター」が設置され、コーディネーターは精神保健福祉センターの思春期精神保健対策事業の職員が2名兼務している。

厚生労働省は平成21年度から「ひきこもり地域支援センター」の設置を都道府県や政令市に進めている。このセンターには、ひきこもり支援コーディネーターを配置し、①一次的な相談窓口機能、②関係機関との連携、③情報発信といった3つの機能を有することが求められている。長野県では、2010年4月1日より精神保健福祉センター内に、「長野県ひきこもり支援センター」が設置され、コーディネーターは精神保健福祉センターの思春期精神保健対策事業の職員が2名兼務している。

(2010年11月22日受付、2011年3月22日受理)

このような支援センターの設置やネットワーク構築は重要な課題ではあるが、それだけで各地で有効な支援が展開できるとは考えにくい³⁾。特に面積が広く、市町村の数も多い本県において、1箇所しかないひきこもり支援センターが効果的に機能するには、市町村との連携体制の構築が必須であると考えられる。しかしながら、市町村ごとにひきこもりに特化した支援体制を新たに構築することは現状では困難な状況であると思われる。2003年に出された「10代、20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン⁴⁾」では、ひきこもりを精神保健の問題の1つと捉え、地域の精神保健福祉システムの枠組みの中で、精神保健福祉センターや保健所^{注1)}・市町村といった公的機関においていかに対応していくべきか指針が示されていた。

ひきこもり地域支援センターを平成21年度に設置した他県を例にとると、山口県では精神保健福祉センターにひきこもり地域支援センターを設置し、各保健所をその圏域ごとのサテライトと位置づけ、保健所を中心としたシステムを構築している⁵⁾。鳥取県では、ひきこもり地域支援センターの事業をNPO法人に委託し、相談支援と社会参加促進を行っており、精神保健福祉センターは連絡会の開催など、ネットワークの構築に務めている⁶⁾。以上のように、それぞれの自治体の状況により、ひきこもり地域支援センターの有り方は様々である。

長野県では、市町村によって人口や世代分布は基より、相談機関や支援者数といった社会的資源は大きく異なっている。よって、市町村単位で既に取り組んでいる支援、圏域単位で取り組むべき支援、ひきこもり地域支援センターで行うべき支援について明確にするための基礎調査をおこなうことは重要であると考えた。そこで、ひきこもりに関する支援の実態を把握することと、これから支援の充実を図ろうとする場合、どのような情報、サービス、資源が必要かを把握することを目的に調査を行った。

Ⅱ. 方 法

A 調査方法と対象

平成21年11月に長野県衛生部健康づくり支援課を通じて、長野県の全市町村（80市町村：平成21年当時）のひきこもり対策事務担当宛に調査依頼した。調査の

回収は平成21年12月中に行い、記入漏れがあった場合には、調査回答者宛に電話連絡し、口頭で状況を確認しながら回答を求めた。調査票の回収率は100%であった。

B 調査内容

本調査におけるひきこもりの定義には、ガイドライン¹⁾と同様の定義を用い、概念の統一を図るため調査用紙のフェイスシートに記載した。

1. 調査項目

平成20年度のひきこもりに関する支援状況について以下の内容で回答を求めた。

- (1) 平成20年度に行った支援の実績：①面接相談、②デイケア・グループ、③訪問、④電話による相談、⑤電子メールによる相談の支援延べ件数を尋ねた。
- (2) 平成20年度のひきこもり当事者支援の対応状況：①医師による精神保健福祉相談、②保健師、相談員などによる面接相談、③電話による相談、④手紙、メールによる相談に分けて尋ねた。平成20年度中にひきこもりに関する相談自体がなかった市町村もあるため、回答は4項目とし、相談形態ごとに、①相談対応しており且つ実際に相談が来た、②相談対応しているが相談が来なかった、③相談対応していないが今後対応したいと考えている、④相談対応しておらず今後も対応は難しい、を設けた。
- (3) ひきこもりの本人あるいは、ひきこもり状態を脱しつつある方が参加できるグループ活動やデイケア、居場所の平成20年度の対応状況について：回答は3項目とし、①実施している、②実施していないが今後実施したい、③実施しておらず今後も実施は難しい、を設けた。
- (4) 平成20年度のひきこもりの訪問支援の対応状況：回答は4項目とし、①対応しており且つ実績がある、②対応しているが実績はない、③対応していないが今後対応したいと考えている、④対応しておらず今後も対応は難しい、を設けた。
- (5) その他、ひきこもりに関する講演会、家族教室、ケース会議の開催や普及啓発等について：平成20年度中の開催の有無を尋ねた。
- (6) ひきこもりの事例に関与した際の連携先：①保健所、②精神保健福祉センター、③地域若者サポートステーション、④若者自立塾、⑤子どもサポートセンター、⑥家族会、⑦その他、から複数回答を求め

注1) 平成21年4月から長野県の保健所は福祉事務所と統合し保健福祉事務所となったが、本研究は平成20年度の状況について調査しているため、表記を保健所で統一した。

た。

(7) ひきこもり支援を実施するために必要なバックアップ、意見・要望について：自由記述で回答を求めた。

2. 解析方法

平成20年度中の支援延べ件数は合計値を算出した。市町村における支援の対応状況については、記述統計量として頻度とその割合^{注2)}を算出した。

Ⅲ. 結 果

1. 平成20年度のひきこもりに関する支援の実績について

平成20年度にひきこもりに関する相談を受けた市町村数は56であり、全体の70.0%であった。平成20年度の支援延べ件数を表1にまとめた。支援延べ件数のうち、訪問支援が一番多かった(583件)。次いで面接(464件)、電話相談(460件)の順であった。

2. 平成20年度のひきこもり当事者支援の対応状況について

市町村におけるひきこもり当事者への相談支援の対応状況を示した(表2)。医師による精神保健福祉相談は、50市町村(62.5%)で対応しておらず、30市町村(37.5%)で対応していた。保健師、相談員などによる面接相談は、平成20年度中の相談の有無は別として、対応している市町村は71市町村(88.8%)に及んだ。電話による相談は、72市町村(90.0%)で対応可能な状況であった。手紙やメールによる相談は、過去にそのような相談はあまり来ていないが、実際にそのような場面があれば対応可能である状況が分かった。

現在対応しておらず、今後も対応が難しいという回答が一番多かったのは、医師による精神保健福祉相談であった。

3. 自治体の規模別のひきこもり支援状況について

自治体の規模によって、保健師や相談員の人数、ひきこもり支援に関わる予算等が異なると想定されるため、市・町・村ごとの支援状況を示した。医師による精神保健福祉相談(表3)、保健師・相談員などによる面接相談(表4)、電話相談(表5)とした。

医師による精神保健福祉相談に対応している割合が最も多いのは、市(10市:52.6%)であり、次いで町(10町:40.0%)、村(10村:27.8%)の順であった。保健師・相談員などによる面接相談は、全ての市(19市)で対応可能な状況であった。また、町(20町:80.0%)、村(32村:88.9%)に関しても、多くが対応可能な状況にあった。電話相談に関しては、17市(89.5%)、23町(92.0%)、32村(88.9%)で対応可能な状況にあった。

4. ひきこもり当事者のグループ活動やデイケア、居場所の状況について

グループ活動、デイケア、居場所の設置状況を表6にまとめた。平成20年度に、ひきこもり専門のグループ活動、デイケア、居場所を実施しているのは3市町村(3.8%)であった。また、精神障害などのデイケアやグループ活動に、ひきこもり当事者が参加を希望した場合に対応ができる状況にあるのは33市町村(42.3%)にのぼった。その他に回答した自治体の中には、憩いの家(日中の居場所や活動場所)を活用しているところもあった。

表1 平成20年度の市町村におけるひきこもりに関する支援延べ件数

	面接 (%)	デイケア、 グループ (%)	訪問 (%)	電話 (%)	メール (%)	合計
支援延べ件数	464 (26.8)	219 (12.7)	583 (33.7)	460 (26.6)	4 (0.2)	1730

表2 ひきこもり当事者の相談支援対応状況 (n=80)

相談形態	対応している				合計		対応していない				合計	
	相談あり		相談なし				今後対応したい		対応は難しい			
	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	
医師による 精神保健福祉相談	9	11.3	21	26.3	30	37.5	12	15.0	38	47.5	50	62.5
保健師、相談員などによる 面接相談	42	52.5	29	36.3	71	88.8	6	7.5	3	3.8	9	11.3
電話による相談	28	35.0	44	55.0	72	90.0	6	7.5	2	2.5	8	10.0
手紙、メールによる相談	10	12.5	53	66.3	63	78.8	9	11.3	8	10.0	17	21.3

注2) 各表の割合(%)は、小数点以下第2位で四捨五入した。そのため%の合計値が100にならない項目もある。

表3 自治体の規模別の医師による精神保健福祉相談の対応状況

区分	市町村数	対応している				合計	対応していない				合計		
		相談あり		相談なし			今後対応したい		対応は難しい				
		自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)		自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)			
市	19	5	26.3	5	26.3	10	52.6	2	10.5	7	36.8	9	47.4
町	25	2	8.0	8	32.0	10	40.0	3	12.0	12	48.0	15	60.0
村	36	2	5.6	8	22.2	10	27.8	7	19.4	19	52.8	26	72.2

表4 自治体の規模別の保健師・相談員などによる面接相談の対応状況

区分	市町村数	対応している				合計	対応していない				合計		
		相談あり		相談なし			今後対応したい		対応は難しい				
		自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)		自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)			
市	19	13	68.4	6	31.6	19	100	0	0	0	0	0	0
町	25	14	56.0	6	24.0	20	80.0	3	12.0	2	8.0	5	20.0
村	36	15	41.7	17	47.2	32	88.9	3	8.3	1	2.8	4	11.1

表5 自治体の規模別の電話相談の対応状況

区分	市町村数	対応している				合計	対応していない				合計		
		相談あり		相談なし			今後対応したい		対応は難しい				
		自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)		自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)	自治体数 (%)			
市	19	8	42.1	9	47.4	17	89.5	2	10.5	0	0	2	10.5
町	25	8	32.0	15	60.0	23	92.0	2	8.0	0	0	2	8.0
村	36	12	33.3	20	55.6	32	88.9	2	5.6	2	5.6	4	11.1

5. ひきこもりの訪問支援について

訪問支援の対応状況について表7に示した。訪問については、対応している市町村が73 (91.3%) に達することが今回の調査で明らかとなった。現在対応していない7市町村中、6市町村は今後対応したいと回答していた。

訪問者の職種は、平成20年度に訪問支援の実績があった自治体が複数回答で記入をおこなった結果であるが、保健師 (44自治体) が圧倒的に多く、次いで社会福祉士 (3自治体) や精神保健福祉士 (2自治体) の順であった。この他、教育相談員、教員、心理士、看護師が訪問を行っている自治体もあった。

6. その他の支援について

市町村単独で行っている事業の有無を示した (表8)。その中で、「ひきこもりケースについての関係機関との会議」 (21自治体 (全市町村の26.3%)) が最も多かった。次いで、「ひきこもりに関する情報の広報等への掲載」と「家族主体の家族会や家族のつどいへの職員の協力や場所の提供」 (各々12自治体) については、15.0%の市町村に留まった。「家族教室・勉強会」 (9自治体 (11.3%)) や「講演会」 (7自治体 (8.8%)) を行っている市町村は少なかった。

7. ひきこもり支援における連携先について

ひきこもり事例に関与した時の連携先は、保健所61件 (全市町村の76.3%)、精神保健福祉センター42件 (52.5%)、地域若者サポートステーション22件 (27.5%)、若者自立塾15件 (18.8%)、子どもサポートセンター16件 (20.0%)、家族会16件 (20.0%) であった。その他の連携先として、障害者総合支援センター、医療機関が各々9件 (11.3%) だった。

8. ひきこもり支援を実施するために必要なバックアップ、意見・要望について

(1) ひきこもり専門のグループについて：「保健所や精神保健福祉センターから専門職を派遣して欲しい」、「把握している対象者が少ないため実施は難しい。対象者への周知・抽出の検討が必要」といった要望や意見があった。

(2) 家族教室や勉強会の運営：「広域的・複数の町村の共催などで実施できると効果的と考える」、「家族教室の運営に対し技術援助があれば実施したい」といった意見や要望が寄せられた。その他として、「相談窓口 (就労支援、福祉制度、精神保健、教育委員会等) が多岐にわたり、実態およびニーズの把握が難しい」という意見もあった。

表6 グループ活動、デイケア、居場所の設置状況 (n=80)

支援内容	実施している		実施していない			
	自治体数	(%)	今後実施したい 自治体数	(%)	実施は難しい 自治体数	(%)
ひきこもり専門のグループ活動、デイケア、居場所	3	3.8	9	11.3	68	85.0
精神障害など、他の障害と合同のグループ活動、デイケア、居場所 ^{注3)}	33	42.3	18	23.1	27	34.6

注3：ひきこもり専門のグループ等を実施している2つの市町村からは、ひきこもりの事例には他のグループ利用を勧めないという回答を得た。よって割合(%)は、78市町村分で算出している。

表7 訪問支援の対応状況 (n=80)

対応している				合計		対応していない				合計	
実績有り 自治体数	(%)	実績無し 自治体数	(%)	自治体数	(%)	今後対応したい 自治体数	(%)	対応は難しい 自治体数	(%)	自治体数	(%)
47	58.8	26	32.5	73	91.3	6	7.5	1	1.3	7	8.8

表8 その他のひきこもり支援の実施状況 (n=80)

支援内容	実施している		実施していない	
	自治体数	(%)	自治体数	(%)
ひきこもりケースについての関係機関との会議	21	26.3	59	73.8
家族主体の家族会や家族のつどいへの、職員の協力や場所の提供	12	15.0	68	85.0
ひきこもりに関する情報の広報等への掲載	12	15.0	68	85.0
市町村主体の家族教室や勉強会	9	11.3	71	88.8
市町村主体の家族向けの講演会	7	8.8	73	91.3
その他	7	8.8	73	91.3

Ⅳ. 考 察

1. 市町村におけるひきこもり支援の現状

本調査によると、平成20年度に長野県でひきこもりの相談を受けた市町村は全体の7割だった。面接相談、電話相談、訪問支援について、市町村の保健師や相談員による支援は、支援を希望する当事者がいた場合、約9割の市町村で対応でき、一次的な窓口機能を担っていた。特に、電話相談に関しては、自治体の規模による違いはなく、どのような自治体でも取り組みやすいと考えられる。

医師による精神保健福祉相談を実施している市町村は全体の4割に満たなかった。市と比べ、町や村において医師が対応している割合が低く、人材の確保の観点から町村単独では困難な状況であると推察された。このことから医師による相談は、保健所で実施している精神科医による精神保健福祉相談の活用が現実的であると考える。

更に、ひきこもり専門のグループや居場所の設置は、

市町村単独では1割に満たなかった。ただし、市町村に既存のデイケア等を活用できる可能性も示唆された。新たにひきこもりのサービスの構築が難しい場合、当事者や家族のニーズを把握し、他の援助方法を工夫し、実際に試行錯誤しながら修正や改善を加えることで、ひきこもり独自の援助方法が確立していくと考えられる⁷⁾。

家族教室・勉強会、講演会の事業も実施率は低く、市町村単独の開催は困難な状況だった。ひきこもりの家族教室の有効性を検証した辻本⁸⁾によれば、精神保健福祉センターだけでなく、保健所や市町村といった公的機関での継続実施が望ましいとしている。人的資源に余裕のない町村が単独で家族教室事業を実施するのが困難であれば、ひきこもり支援センターと保健所が協力し、広域で実施することが現実的であると考える。平成22年度は保健所と長野県ひきこもり支援センターの協力で、4箇所圏域でひきこもり家族教室を実施できている。

ひきこもり支援に取り組むに当たり、「対象者の把

握が難しい」という問題をあげる市町村もあり、ひきこもりの相談ができる先を住民へ周知することが課題となる。平成19年度の市町村におけるこころの健康づくり事業について調査した結果⁹⁾によると、広報等へのこころの健康に関する情報の掲載による普及啓発は、長野県全体の53.1%の市町村で実施されていた。今回の調査では、ひきこもりに関する情報は、15.0%の市町村で広報に掲載されるに留まった。相談の掘り起こしという視点に立つと、身近な情報源としての広報の普及啓発が、市町村で実施しやすい取り組みの1つであると考えられ、今後活用が期待される。

2. ひきこもり支援における連携

市町村の連携先として一番多かったのは保健所で、次いで精神保健福祉センターであった。長野県は広く、所在地によって連携しやすい機関に相違がみられるため、各圏域にあり地域の精神保健の要である保健所の役割は重要であると考えられる。地域若者サポートステーションを連携先としてあげる市町村も約3割であった。地域若者サポートステーションとは、若者の自立支援の機関として厚生労働省が事業委託している団体であり、長野県では、塩尻市・上田市・長野市の3箇所を設置されている。

連携先として医療機関も重要である。家族だけが医療機関を受診するケースもあるため、家族のみでも利用できる身近な相談先を医療機関が紹介できるよう、更に情報提供していく必要がある。当センターでは、ひきこもりの家族向けに「ひきこもりサポートブック」を発行しており、相談機関の一覧や家族対応について簡潔にまとめている。こういった冊子を活用し、効果的にひきこもり支援の情報を周知することが今後の課題となる。

3. ひきこもり支援センターの役割

市町村のひきこもり支援実施に必要なバックアップを尋ねた結果、「専門職の派遣」、「技術援助」等が挙げられた。また、市町村単独で実施が困難な事業は広域での実施を望む意見もあった。長野県は「ひきこもり地域支援センター」を精神保健福祉センター内に設

置しており、上記のような要望を叶えるには、精神保健福祉センターの従来からの機能を十分に活かすことが効果的であると考えられる。具体的には、地域で直接支援を行っている関係者への教育研修や技術援助の充実、保健所を核とした相談事業や家族教室の実施、関係者の連携を強化するための会議の開催等である。

近年の調査研究¹⁰⁾¹¹⁾によると、ひきこもりの背景に精神疾患や発達障害が認められるケースが、ある一定の割合で存在することが指摘されており、相談を受ける者が精神保健の知識を持つことは重要である。本調査結果より、長野県では保健師・相談員らによる支援は約9割の市町村で対応可能な状況であることから、相談者にとってより身近な地域で支援が受けられる可能性が高い。保健師は、全ての自治体に配置されており、地域精神保健活動の担い手であることから、ひきこもり支援においても重要な役割が期待される。

ひきこもり経験者らに対し「ひきこもり地域支援センター」に望む支援について調査した結果¹²⁾によると、面接によるものが約70%、電話やメールによるものが約40%であった。一方、訪問支援を望むものは20%未満であった。ひきこもり経験者への調査結果から、家庭外での面接といった直接的な方法での支援を当事者が望む可能性は高いと考えられる。県内に1箇所のひきこもり支援センターでは、全ての相談ケースに直接的かつ継続的な支援を果たすことは難しいため、地域における社会資源を把握し、相談者や関係者に情報提供できるようにすることが重要である。よって今後も調査を定期的実施し、地域の情報を収集するとともに、市町村からのニーズの把握も継続し、ひきこもり支援センターの役割について検討することが大切である。

V. 謝 辞

本調査にご協力いただいた、市町村の関係各位に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン。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19～21年度総合研究報告書：2010。
- 2) 小山明日香，三宅由子，立森久照，他：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態と精神医学的診断について。厚生労働

長野県の市町村におけるひきこもり支援

- 働科学研究（こころの健康科学研究事業）「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）
総合研究報告書：93-101, 2007.
- 3) 近藤直司：ひきこもりケースを地域で支援するために－精神保健福祉活動の現状と課題－. 月刊地域保健6：24-31, 2010.
 - 4) 厚生労働省：10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン－精神保健福祉センター・保健所・市町村でどのように対応するか・援助するか－. 厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」（主任研究者：伊藤順一郎）：2003.
 - 5) 松原紫，河野通英：山口県における社会的ひきこもり支援について. 平成21年度全国精神保健福祉センター長会会報50：108-109, 2010.
 - 6) 原田豊，大塚月子，川口栄，他：鳥取県におけるひきこもりの現状と課題～精神保健福祉センターと「ひきこもり生活支援センター」の連携と役割. 平成21年度全国精神保健福祉センター長会会報50：106-107, 2010.
 - 7) 長谷川俊雄：「引きこもり」問題への社会的支援の課題. 引きこもりの理解と援助（近藤直司，長谷川俊雄），pp.183-208, 萌文社, 1999.
 - 8) 辻本哲士，辻元宏：社会的ひきこもり家族教室に関するアンケート調査. 精神医50：1005-1013, 2008.
 - 9) 高橋明日香，小泉典章，出澤総子，他：長野縣市町村におけるこころの健康づくり事業の実態－平成20年度実施調査より－. 信州公衆誌3：53-64, 2009.
 - 10) 近藤直司，小林真理子，宮沢久江，他：発達障害と社会的ひきこもり. 障害者問題研37：21-29, 2009.
 - 11) 近藤直司，清田吉和，北端裕司，他：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21年度総括・分担研究報告書, 2010.
 - 12) 境泉洋，川原一紗，木下龍三，他：「ひきこもり地域支援センター（仮称）」に望む支援. 「引きこもり」の実態に関する調査報告書⑥－NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会における実態－, 徳島大学総合科学部境研究室, 2009.
-