

特別論文

年代別ひきこもりの課題，予防，対策

ロザリン・ヨン*
クニグチ ヒトシ 谷口 仁史^{4*}

ノムラ 野村 恭子^{*,8*}
イトウ 伊藤 弘人^{5*,8*}

キョウコ 恭子^{*,8*}
ヒロト 弘人^{5*,8*}

タカツカ 高塚 雄介^{2*}
オオヒラ 大平 哲也^{6*,8*}

ユウスケ 雄介^{2*}
テツヤ 哲也^{6*,8*}

イム タ ヒロミ 蘭 牟田 洋美^{3*}
ツツミ アキズミ 堤 明純^{7*,8*}

ひきこもりという言葉が社会にはじめて認知されたのは1980～90年代で、「ニート」という言葉も登場し、無責任な若者の問題とされていた。ところが、内閣府調査や国内外の調査・研究の集積によって、ひきこもりの背景は精神疾患に限定されるものではなく、社会システム、愛着形成、家庭背景、教育など様々な要因でコミュニティや人との関係がうまく構築できずひきこもりに陥る人も多くいることが明らかになった。つまり、ひきこもりとは、「症状」や「状態」を表す言葉であり、疾患ではないため、なぜ、その状態に陥っているのか、多様な背景とニーズを理解・分析し、個人に対峙することが必要である。現在、長期化するひきこもりが40～50代となり、親の高齢化に伴い、本人のみならず、家族までもが、社会的に孤立し、生活が立ち行かなくなるケースも目立ち始めている。これまで、我々が住む社会全体が、ひきこもりに対する関心や理解が乏しかったことは否めない。一方、超高齢化社会に際し問題となっている高齢者の閉じこもりは『外出頻度が週1回未満であり、要介護状態ではないこと』と定義され、社会的引きこもりとは同義ではない。昨今のコロナ禍における高齢者全体の外出頻度の低下により、フレイル予備群の増加が全国的な問題となっている。

このように引きこもりや閉じこもりはいずれも可逆的な状態であるため、改善に向けた支援が重要であることは共通している。本稿は、第79回日本公衆衛生学会において日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会が企画したシンポジウム「年代別ひきこもりの課題，予防，対策」に登壇したひきこもり支援を行っている活動家やひきこもりの研究者が、公衆衛生の実地活動家や研究者に向けて取りまとめた知見である。

Key words : ひきこもり，閉じこもり，若者，高齢者，居場所，支援者の支援

日本公衆衛生雑誌 2022; 69(12): 923-930. doi:10.11236/jph.22-025

I 緒 言

内閣府の調査によるとひきこもりの総数は2010年に行われた第一回目¹⁾の69.9万人から2015年実施の第二回目²⁾には54.2万人と15.7万人減り、同時にひ

きこもり親和群が155万人から169万人とむしろ14万人増加している。二回目調査でひきこもりの有病率が減少した理由は、いわゆるニートに属する人たちが就労支援策で準ひきこもり群(ひきこもり親和群)にスライドしたという解釈が適当である。中高年ひきこもり調査³⁾では、ひきこもりになった理由は多いものから順に“退職した”(36.2%)，“人間関係がうまくいかない”(21.3%)，“病気”(21.3%)，“職場になじめない”(19.2%)，“就職活動がうまくいかない”(6.4%)となっている。また既婚者が36.2%を占めており、若者のひきこもりとはまた発生のメカニズムが異なる可能性がある。

内閣府の第1次ひきこもり実態調査¹⁾のデータを用いて、メンタルヘルスに関する項目を“自殺の要因”，“暴力傾向”，“対人関係困難”，“強迫性行動”と“依存”を五つのカテゴリーに分類した二次分析

* 秋田大学大学院医学系研究科衛生学・公衆衛生学講座

2* 明星大学

3* 東京都立大学健康福祉学部

4* 認定特定非営利活動法人スチューデント・サポート・フェイス

5* 東北医科薬科大学医学部医療管理学

6* 福島県立医科大学医学部疫学講座

7* 北里大学医学部公衆衛生学単位

8* 日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会
 責任著者連絡先：〒010-8543 秋田市本道 1-1-1
 秋田大学大学院医学系研究科衛生学・公衆衛生学講座 野村恭子

から得られた知見では、“自殺の要因”として“対人関係が困難である”ことが“ひきこもり”と関連を認めた⁴⁾。精神科の治療歴を調整すると、ひきこもりと自殺の有意な関連は消失したが、“対人関係の困難さ”との関連は一貫して認められた。つまり、精神科治療は“ひきこもり”という症状の根本的な問題を解決していないと考えられる⁴⁾。またひきこもりの特徴として、“家族に申し訳ない”、“知り合いに会うことを考えるだけで不安になる”など、常に自分のことを他人と比較し、評価されると意識して引け目を感じるなど、自己効力感が低いことが示唆される⁴⁾。ヨンが実施した秋田県北A町の調査では、15歳～64歳の住民の6.7%がひきこもりに該当し、そのうち45.7%は他人と交流していない期間は10年以上であった⁵⁾。秋田県は広大な面積と冬になれば豪雪地帯であり、人との交流が物理的に行きにくい。秋田の例を通して、地方におけるひきこもりの問題は今後、我々社会全体の問題として捉えていくことが必要である。

この論文は第79回日本公衆衛生学会学術総会(2020年、京都)において、日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会が企画した「年代別のひきこもりの疾患、予防・対策」のシンポジウムに登壇した、ひきこもり支援を行っている活動家やひきこもり(閉じこもり)の研究者が、公衆衛生の実地活動家や研究者に向けて取りまとめた知見である。本来、ひきこもりは高齢者の閉じこもりとは要因や社会的背景などが異なるが、外出頻度の少なさという共通した現象に注目して同じシンポジウムで取り扱った。

II ひきこもりの類型

ヨンは、ひきこもりは病態として考えると、3種類に分けられるという(図1)。第1次ひきこもり

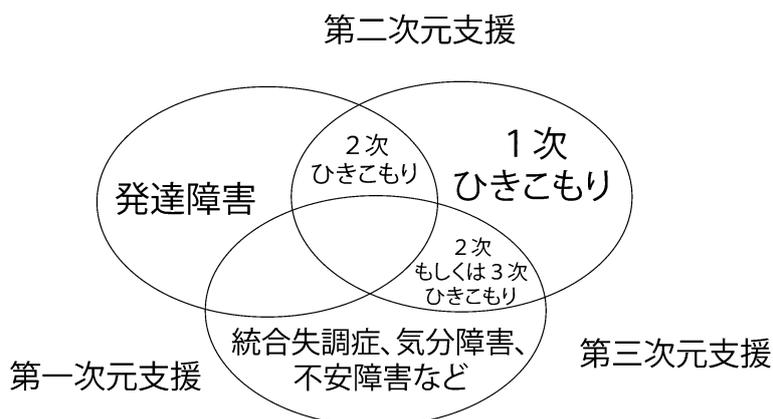
は、ひきこもり状態にある人が背景に精神疾患を患っていない場合、第2次ひきこもりとは、ひきこもりが精神疾患の症状として現れた状態、第3次ひきこもりとは、もともと精神疾患を持っていなかったが、時間の経過とともに徐々に精神疾患を発症する。実際の医療現場では、第2次ひきこもりと第3次ひきこもりの鑑別は時間が必要で、当事者の精神状態が極端に不安定であったり、緊急性が高く、早く医療福祉につなげる必要がある場合には、精神疾患とみなし診断されたケースもあるのではないかと推測している⁶⁾。

ひきこもりの支援ガイドライン⁷⁾によれば、図1にあるように多次元モデルがあり、第一次元支援はひきこもりの背景にある精神障害にフォーカスした支援、第二次元支援は家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起しなど環境の整備による支援、第三次元支援は、ひきこもりが自立する過程における挫折に対する支援が知られている。しかしながら、現実には精神障害の治療と環境の修正が成功しても、ひきこもりという症状は改善されることが多い。精神保健福祉センターに相談があったとされる統合失調症など薬物療法が有効な例は14%と一握りだ⁸⁾。ひきこもりの症状を改善するには、心理・社会的支援、精神療法、生活の支援・自立の促し、就労支援といった複合的な支援が必須である。治療の初段階では個人療法と家族支援が中心で、中・後段階では居場所など、社会復帰のサポートが中心である。

III 心理社会的病理性

高塚は、臨床心理の実践からひきこもりの形成は時代の変化に影響をうけていると指摘している。若者がひきこもりになりやすい心的世界には、“競争原理になじめない”、“優劣・二者択一的発想に抵抗

図1 ひきこもりの種類と支援



感”，“中立でいたい願望”，“言語的コミュニケーションに抵抗感”，“内的世界を他人には簡単には見せたくないという意識”がある。一方で，言葉ではなく相手の表情や雰囲気から相手の気持ちを察する能力には長けており，空気を読むことはむしろ得意である。つまり，ひきこもり当事者は人間関係が苦手であるというのは，本質ではなく，次第に人との関わりに不安を抱くようになり，結果として，人間関係が苦手になるのである。もう一つ，ひきこもり当事者の多くは効率よく課題を処理することが苦手であり，発達障害ですべてを説明するのは乱暴な話である。高塚は，これらは今日の日本の競争原理を尊ぶ教育にそもそも起因するのではないか，これが日本にひきこもりが多発する要因でないかとみている。そのパターンに乗りたくない人間もいることや，社会が定義するいわゆる“負け組”に陥った者に対するフォロー体制がないこともまた問題であると指摘する。

仲間づくりということを大事にする教育の場が次第に縮小されて，1960～1970年代に連帯を求めて孤立を恐れずという意識やテレビの「若者たち」に見る仲間づくりへの憧憬があった。それが2000～2010年代に，「個人志向」を求めるといふ方向へ変わっていった。典型例では限定的な仲間（オタク）との関わりが重視されるようになり，以前のような幅広い仲間関係づくりへの抵抗が生まれたと高塚は話す。そして今日の自己強化型社会がつくる心理的負荷によりもたらされる「ひきこもり」心性が次第に形成されていく。「ひきこもり心性」とは，自律性が脆弱なまま，自立を求められるようになると不安（自己責任へのこだわり）が募り，やがて「自己決定回避願望」からひきこもり状態になっていく一連の性質を表している。

ヨンはひきこもり発症には内的要因と外的要因が存在すると指摘する。内的要因とは成長の過程でひきこもりになりやすい素質が形成されること，外的

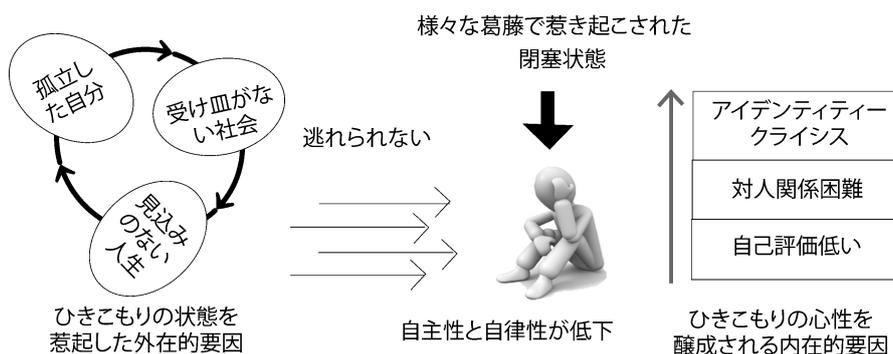
要因とはひきこもりを発症しやすい環境によりひきこもりが発症する⁹⁾。たとえば，孤立し，どこにも自分の居場所がないという状況が長く続き，そこから逃れられない閉塞した環境におかれるなどである（図2）。

Ⅳ 様々な連携におけるアウトリーチ支援活動—佐賀県の取り組み

谷口は，不登校・ひきこもりの介入について，社会的孤立・排除を生まない総合的な支援体制の確立に向けて，アウトリーチ（訪問支援）と重層的な支援ネットワークを活用した多面的アプローチが必要と考えている。佐賀県では，「子ども・若者育成支援推進法」に基づく県内唯一の「指定支援機関（法第22条）」であるスチューデント・サポート・フェイス（以下S.S.F.）が「ハブ機能」を果たすことにより，社会参加・自立に至るまでの各種総合相談窓口を集約した他，関連する16本の支援施策の利用申込書兼個人情報の取り扱いに関する同意書を一元化した全国初の「一括同意方式」の導入により，「縦割り」の壁を越えた「ワンストップ型」の相談支援サービスを提供している。このシームレスな自立支援の基軸となっているのがS.S.F.が有する専門性に基づくアウトリーチで，年6万6千件超の相談件数は，その信頼の証左とも言える。

アウトリーチを用いて初めて孤立する子ども・若者の実態が明らかとなった。そこには急激な社会変化と背景要因の複雑化・深刻化がもたらす「従来型」支援の限界と対策の困難性が認められた。S.S.F.に総合相談窓口機能を集約化することにより，アウトリーチから社会参加・自立に至るまでの「包括的」自立支援が可能となった。相談元として最も多いのは行政機関・専門機関からの依頼で，カウンセリングベースの支援で成果が出なかった重篤なケースが中心である。そのうち，85.2%のケースで対人関係の問題が認められる他，精神疾患（47.3%），発達

図2 ひきこもりの形成の仕組み



障害（47.3%）等特段の配慮を必要とする者の割合も高い。また、虐待、ドメスティックバイオレンス（DV）、保護者の精神疾患、ギャンブル依存、貧困等生育環境に問題を抱えている者も63.6%に上っており、多重に困難を抱えている者も85.2%と高い。

背景には、問題が複雑に絡み合うことによって、より解決が困難である実態があり、一担当者、単一機関、単一分野の支援には限界がある。そこでS.S.F.が「官民協働」で実現している従来の枠組みを超えた分野横断的な組織づくりが有効である。専門性に基づいたアウトリーチの拡充の必要性はもちろんのこと、実施の前提条件としては、「多職種連携」によるチームアプローチ、支援からの離脱を防ぐための「伴走者」の確保、制度の狭間を埋める「協働型」、「創造型」の取組の推進は不可欠である。

アウトリーチは、誰もが踏み入って欲しくない「プライベート空間」での支援活動である。家庭問題を抱える場合は、恥をさらしたくないという思いがあり、「最後の手段」としての相談となるケースが多い。従って、現場の特殊性に配慮しない安易な家庭訪問は、自傷他害など二次的被害を生む危険性を常に考えておかなければならない。またすでにいろいろな相談機関に過去に相談に行っているというケースが多く、この場合「相談」、「支援」に対する極度の不信感、拒絶感から、善意の支援の手を払いのけてしまう厳しい心理状態にあることも多い。当事者に直接働きかける前に、しっかりと合理的な配慮と、準備を行う必要がある。

「誰も分かってくれない…」は、孤立を選択する当事者に共通する否定的感情である。不遇な経験等によって生じたネガティブな感情や考え方、自己肯定感の低さを背景に、不信感、拒絶感を持った当事者にアプローチするには工夫が必要である。「この人だったら分かってくれるかも…」と思わせる、閉ざした心を開いてもらう手法として、本人の興味、関心、好き嫌いに至るまで、本人の価値観を含めたアセスメントにより“価値観のチャンネルを合わせる”ことが重要であると谷口は言う。

V 当事者が自主的な研究と自立支援活動 「ふらっと」—秋田県の取り組み

ヨンは自身の研究活動において、ひきこもり者を募り、2013年に秋田県大仙市に当事者性が高い自立支援の場「ふらっと」を立ち上げ、実践的かつ新たなピアスタッフプログラムを考案した。従来の居場所と異なる点として、当事者を中心とした空間を工夫した。スタッフと当事者間の関係を対等にするため、スタッフは臨床心理士や福祉士などの専門家で

はなく、当事者の経験をいかしてピア・サポートを行い、予約不要でいつでも気楽に立ち寄ることができるよう工夫した。このように、当事者が考慮した居場所づくりが柔らかく温かい支援環境を造ることに寄与したと考えられる。

居場所は週5日の開催で、ピア（当事者）スタッフが常駐している。毎年、ひきこもり経験者が52～58人（実数）、そのうち3分の1は新規利用者、3分の1は進学・就職・復職する。利用者は20代から50代、男女比は1:1、長期ひきこもりが多い。不登校・ひきこもり時期は義務教育期間と大学が多く、中学1～2年生、高校1年生、大学1年目、社会人1年目といった節目が多い。相談で確認できた自傷・自殺行為は約3割。居場所の効果は、笑顔が増えること、自ら他人に声をかける行動、自立に向けた取り組みの参加、Patient Health Questionnaire-9（PHQ-9）からみられるうつ症状の改善、向精神薬の減量、自傷・自殺行為の減少傾向で定義し、年4回以上の利用したものに改善傾向が見られる。居場所はひきこもりの社会復帰に相当し、自分を見直す“内省”と“再出発”を可能にしたりハビリテーションであり、三次予防的役割を担っている。

「ふらっと」の利用者の中に「不本意」かつ「精神疾患が主な原因ではない」ひきこもりは7割を占めるが、約8割が精神科や心療内科等で、何らかの診療を受けている。ひきこもりの特徴として、短い診察時間にうまく自分の症状やその背景について伝えられない。そのため対症療法が治療の主流であり、抗精神病薬の投薬量が常に多いことも当事者の薬手帳から伺えた。薬の副作用で体がだるく、朝は起きられない、仕事に集中することができず、さらに不安を引き起こして、同僚や上司との緊張した関係をもたらし、結果、仕事を辞めざるを得ない事例もあった。再就職しても、また体調が原因で仕事を辞めることが多く、「やっぱり自分はだめだ」と自分を責めて再びひきこもってしまう。

実際、ひきこもりの長期化によって不安が強くなり、家族に申し訳ない罪悪感に自傷と自殺企図をする人も少なくはない⁴⁾。また、ひきこもりは知人を極力避けるために、家族が自分に話かけるのを阻止しようとして、表情も乏しくなる。医療関係に受診する際にも、不安が高くなり、その時の行動や表情は統合失調症の陰性症状と非常に似ている。家族関係の修復、高齢化の親・祖父祖母の介護や死亡による喪失感、主治医とのコミュニケーション、生活を維持するための年金問題など、長期化ひきこもりの社会復帰に関しては課題が山積していることがヨンの支援活動によって明らかになった。

これらの課題を解決するために、地域住民と当事者を巻き込むアクションリサーチの手法を用いて、地域の心のケアを行いながらひきこもりの実態を知ってもらう取り組みを展開した。このプロセスは地域のひきこもりと健常者の格差を埋めるのにとっても重要である。地域がひきこもりに対する偏見をなくすために、またひきこもり本人と家族は自分自身に対する偏見（セルフスティグマ）を低減するために、支援者と当事者が共同制作したチラシを大仙地域で全戸配布したことに加え、地域住民向け当事者体験発表を行い啓発活動を行った。これら一連の活動はひきこもりに対する理解を高め、一次予防（ひきこもりにならない）と二次予防（ひきこもりの状態を早期発見・早期対応）につながる。ヨンはシンポジウムにおいて、公衆衛生の観点から、ひきこもり自立支援に有効な支援はエンパワーメントによる“偏見を減らす支援”，アドボケートによる“理解と寛容がある地域社会”，他機関との連携による“包括的なケースマネジメント”が不可欠であると提言した。

Ⅵ 高齢者の閉じこもり

青年期～中高年期の「ひきこもり」と高齢者の「閉じこもり」は、その要因や性質から本来異なる事象であるが、外出頻度の乏しさに関して同じ現象であり本シンポジウムでも一つの公衆衛生的課題としてシンポジウムに取り入れた。藺牟田は週1回未満の外出頻度で定義した地域高齢者における閉じこもりの出現率は5%～25%と報告⁹⁾し、また新規発生率は2%～13%と報告している¹⁰⁾。

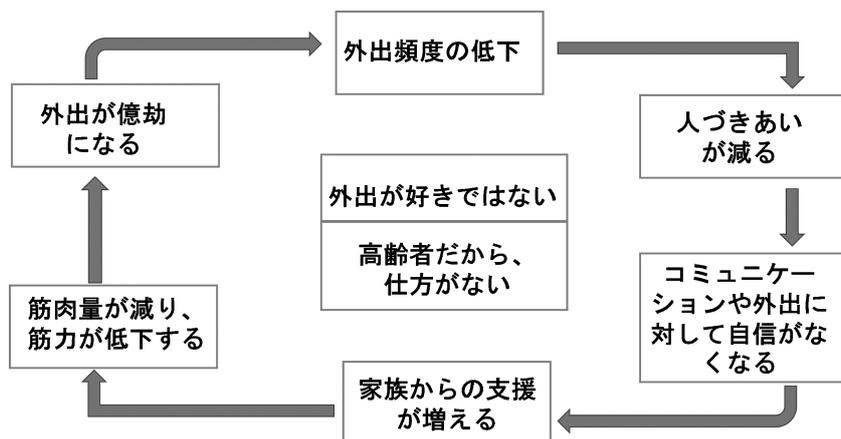
閉じこもり研究で関連が認められた主な要因は以下の通りである¹¹⁾。身体的要因としては、歩行能力の低下、生活体力の低下、総合的移動能力の低下、聴力の低下、定期的な運動習慣の減少であった。心

理的要因として、ADLや外出に対する自己効力感の低さ、転倒不安による外出制限があること、健康度自己評価が低い、うつ傾向があること、認知機能が低下していることであった。社会環境要因として、老研式活動能力指標が低いこと、同居する子がいること、近所との付き合いが少ないこと、社会活動や集団活動への不参加、親しい友人がいないこと、昼間和室で過ごすことであった。閉じこもり高齢者における家族との交流の希薄さが挙げられ、日常生活における家族との会話の状況について、会話がなると高齢者自身が回答した割合が健常高齢者に比して高率であった¹²⁾。さらに、閉じこもり高齢者は自立高齢者に比して、家庭内での居場所のなさも明らかとなった¹³⁾。

一方で、独居と閉じこもりとの関連は認められなかった。閉じこもりを社会的孤立との関係で見たところ、閉じこもり高齢者のうち、社会的孤立に該当した人は男性で7割、女性では4割と性差が認められた¹⁴⁾。さらに、閉じこもりと社会的孤立の類型別に4年後の総死亡について検討した研究¹⁵⁾では、閉じこもりで社会的孤立に該当した人は、非閉じこもりで社会的孤立ではない高齢者に比して、4年後の総死亡リスクが約3倍になることが示された。閉じこもり、社会的孤立のいずれかだけの場合は4年後の総死亡リスクは約2倍であることが判明した。これらの結果はいずれも年齢、同居者の有無、抑うつなどを調整した結果である。

閉じこもり高齢者の生活は外出行動が乏しい状態である。そこで、行動変容モデルのひとつであるTranstheoretical Model（以下、TTM略す）を活用した外出行動の変容段階の把握は公衆衛生の実践で利活用できる。変容段階は行動変容に対する高齢者の関心の有無と行動実施の有無により、前熟考期→熟考期→準備期→実行期→維持期の5段階に分類さ

図3 外出頻度の低下と閉じこもり生活の循環



れる。地域高齢者を対象として、TTM と外出行動に対する自己効力感との関連を検討したところ、前熟考期から段階が進むにしたがい、外出に対する自己効力感が上昇することが認められた¹⁶⁾。そこで、図3のような閉じこもり悪循環から脱出するために、心理面として、TTM での変容段階のステップアップと外出に対する自己効力感を上げ、最終的に外出の週1回以上の定着化を図ることが重要であると藺牟田は言う。

現時点で、エビデンスのある閉じこもり解消のための二次・三次予防プログラムは開発されていない。ライフレビューという心理療法を活用したプログラムにより、閉じこもり高齢者の社会的孤立を解消し、自己効力感を高めるための個別訪問型支援を実施した¹¹⁾。いずれのプログラムも心理面は改善しても、外出頻度に関して統計上有意な改善に至らなかった。研究の限界点として、閉じこもり高齢者を地域で見つけ出すことの困難さ、個別支援に十分なマンパワーがとれないこと、プログラムの実施期間が短く効果検証に制限などがある。閉じこもり高齢者支援での注意点の一つめは、「外出した方が身体のためだから」、「そんな生活をしていると寝たきりになるよ」などの声掛けは、当該高齢者の行動にほとんど効果がない。二つめは、通院や買い物など必要な外出はしているため、外出頻度が以前より少なくなっているにもかかわらず、問題意識の高い高齢者が少ないということである。

Ⅶ 考 察

年代別のひきこもりには、要因や社会的背景も様々である。そのような状況を理解した上でひきこもりの予防と対策において、キーワードを2つ挙げるとすれば、“個別性”と、“対象者の価値観”を尊重するというのではないか。最初の対応に当たっては、「見立て」、つまりアセスメントが非常に大切である。“個別性”に対しては、ケースバイケースで、家族にアプローチすることが重要であったり、また周辺の地域の偏見に対応することも時には必要である。そのためにひきこもりの支援は多職種の連携が必要で、はじめてひきこもりの社会復帰に有効な対策となりえる。明らかに制度の狭間が生じていてそこには様々な困難を抱えた子ども・若者の当事者が孤立をしているという指摘もあった。複合的な問題を抱え孤立している当事者が自立するためのプロセスの中には、社会がどう変わるべきか、制度がどう変わるべきかヒントがある。しっかりと当事者に寄り添い、自立するまで伴走する、こういった取り組みの実践で、社会が、システムが変化してい

く、あるいは変えていく、作り出していくことが大事である。

Ⅷ 結論 真のひきこもり支援に向けて

「ひきこもり」は状態を示す言葉でしかない。その状態の背景に何があるかを見極めることが重要で、それによって支援の仕方や方法も異なってくる。ひきこもりが長期化することで、当事者だけでなく、介護者も高齢者になる。社会的に経済的に負担の大きくなる問題である「80-50問題」について、高塚は家族や親の不安や悩みを世に問題提起したが、ひきこもり当事者にはより大きな不安を突き付けていることへ、どのくらいの人が気付いているかと問う。あるひきこもり当事者からは、「結局、自分の方が先に死ねばいいんですよ」と自殺念慮を示唆する発言もあったと言う。医師の行う精神科診断を参考にしながら、ひきこもり支援に係る公衆衛生活動家が、ひきこもり当事者の人生や生活のヒストリーをしっかりと聴取し、理解し、診たて（医療で言うところの治療方針）を行い、支援を開始する必要がある。歴史的に日本はイギリスで考案されたニート対策をひきこもり対策と同一視して導入してきた経緯がある。若者に「働くことの意味」を認識させることは大切だが就労支援だけでは「ひきこもり」の問題は解決しない。

今日のひきこもりの問題は、基本的にはヤング・アダルトの時期に発生する問題であり、高年齢者に生じやすい孤立的状態とは異なるものである。高齢者の閉じこもりは個人の問題なのか、社会の問題なのか、高齢者の価値観など、背景は様々である。閉じこもり生活は要介護状態のリスクであるという事実は多くの人に共通認識はある。価値の対立は、時に介護予防事業での閉じこもり支援の進展を妨げることにもなり、改めて、高齢者の価値観に基づくwell-beingに配慮した閉じこもり支援法を再考する必要があるだろう。

（ 受付 2022. 3.30
採用 2022. 9. 9
J-STAGE早期公開 2022.10.20）

文 献

- 1) 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）. 若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）. 2010. http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_index.html（2022年2月10日アクセス可能）.
- 2) 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）. 若者の生活に関する調査報告書. 2016. <http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf-index.html>（2022年

- 2月10日アクセス可能).
- 3) 内閣府政策統括官(共生社会政策担当). 生活状況に関する調査(平成30年)長期化するひきこもりの実態. 2018. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/life/h30/pdf-index.html> (2022年2月10日アクセス可能).
 - 4) Yong R, Nomura K. Hikikomori is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: a secondary analysis of a national cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry* 2019; 10: 247. doi:10.3389/fpsy.2019.00247
 - 5) Yong RKF, Fujita K, Chau PYK, et al. Characteristics of and gender difference factors of hikikomori among the working-age population: a cross-sectional population study in rural Japan. *日本公衆衛生雑誌* 2020; 67: 237-246. doi:10.11236/jph.67.4_237.
 - 6) ロザリン・ヨン. ひきこもりの支援—研究と実践の循環. 高塚 雄, 編. ひきこもりの理解と支援. 東京: 遠見書房. 2021; 117-129.
 - 7) 研究代表者: 齋藤万比古. ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業. 2010. 「思春期のひきこもりをもたらす精神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(H19-こころ・一般-010)」.
 - 8) 近藤 直. 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について. *精神神経学雑誌* 2006; 109: 834-843.
 - 9) 平井 寛, 近藤克則. 高齢者の「閉じこもり」に関する文献学的研究. *日本公衆衛生雑誌* 2007; 54: 293-303.
 - 10) 山縣恵美, 渡邊裕也, 木村みさか, 他. 体力測定会参加の高齢者における閉じこもりに関する状態の2年間の変化と関連要因. *日本公衆衛生雑誌* 2020; 67: 369-379.
 - 11) 山崎幸子. 閉じこもり研究の動向と課題: 心理的支援の観点から. *老年社会科学* 2012; 34: 426-430.
 - 12) 山崎幸子, 藺牟田洋美, 橋本美芽, 他. 都市部在宅高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴. *日本保健科学学会誌* 2008; 11: 20-27.
 - 13) 藺牟田洋美. ライフレビュー・サクセスフルエイジング・居場所感—閉じこもり高齢者支援からの論考—. *老年社会科学* 2016; 37: 428-434.
 - 14) 藺牟田洋美. 高齢者の閉じこもり. 長田久雄, 箱田裕司, 編. 超高齢者社会を生きる. 東京: 誠信書房. 2016; 67-82.
 - 15) 藤原佳典. 地域高齢者における社会的フレイルの概念と特徴—社会的側面からみたフレイル—. *日本転倒予防学会誌* 2017; 3: 11-16.
 - 16) 山崎幸子, 藺牟田洋美, 橋本美芽, 他. 地域高齢者の外出に対する自己効力感尺度の開発. *日本公衆衛生雑誌* 2010; 57: 439-447.
-

Challenges, prevention, and countermeasures for social withdrawal (hikikomori) by age group

Roseline YONG^{*}, Kyoko NOMURA^{*,8*}, Yusuke TAKATSUKA^{2*}, Hiromi IMUTA^{3*},
Hitoshi TANIGUCHI^{4*}, Hiroto ITO^{5*,8*}, Tetsuya OHIRA^{6*,8*} and Akizumi TSTSUMI^{7*,8*}

Key words : hikikomori, social withdrawal, young adults, elderly, belonging, support for hikikomori carers

The term “hikikomori” was recognized by society between 1980 and 2000, when the term “NEET” also appeared and it was regarded as a problem of irresponsible youth. However, accumulation of surveys and research both in Japan and abroad, including those conducted by the Cabinet Office, has revealed that the reasons behind social withdrawal are not only limited to mental illness. There are many people who exhibit withdrawal because they are unable to establish relationships with the community and other people owing to various factors such as social systems, attachment formation, family background, and education. In other words, withdrawal is better described as a “symptom” or “condition” than a disease. Therefore, it is necessary to understand and analyze the diverse backgrounds and needs of individuals with withdrawal and confront them about their state. Currently, many hikikomori people with prolonged withdrawal are now in their 40s and 50s. With their parents’ aging, there are cases where people with hikikomori and their families become socially isolated and are unable to make ends meet. It is undeniable that, until now, the society we live in as a whole has little interest in or understanding of hikikomori. In contrast, withdrawal among older adults (tojikomori), which has become a problem in the super-aging society. Tojikomori is defined as “going out less than once a week and not requiring nursing care”, which is not equivalent with hikikomori. Owing to the decline in the frequency of going out among the elderly in the recent coronary crisis, the number of pre-frailty in older adults has become a nationwide problem.

Thus, both hikikomori and tojikomori are reversible conditions, and can be alleviated by providing necessary support. This paper summarizes the findings of the symposium “Challenges, Prevention, and Countermeasures for Social Withdrawal (Hikikomori) by Age Group” organized by the Committee on Mental Health and Suicide Prevention of the Japanese Society of Public Health at the 79th Annual Meeting of the Japanese Society of Public Health. This article is a compilation of findings that can benefit public health practitioners and researchers.

* Department of Environmental Health Science and Public Health, Akita University Graduate School of Medicine

^{2*} Meisei University

^{3*} Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

^{4*} Non-profit Organization Student Support Faith

^{5*} Division of Health Administration and Policy, Tohoku Medical and Pharmaceutical University

^{6*} Department of Epidemiology, Fukushima Medical University School of Medicine

^{7*} Public Health, Kisato University School of Medicine

^{8*} Suicide Prevention Committee, Japanese Society of Public Health