

ひきこもり支援センター設置後の長野県のひきこもり支援の現状と課題 —市町村の調査結果より—

氣賀澤徳栄、小泉典章、三枝祥子

長野県精神保健福祉センター

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

Norie Kigasawa, Noriaki Koizumi, Shouko Saegusa

Mental Health and welfare center in Nagano Prefecture

目的：ひきこもり支援センター開設後5年目を迎え、県内の市町村のひきこもり支援の現状と課題を探り、今後の支援のあり方やセンターの役割について検討を深める。

方法：平成26年4月に県内の全市町村を対象に調査を行い、77市町村から回答を得た（回収率100%）。

結果と考察：市町村のひきこもり支援の対応は増加傾向にあり、面接、電話相談、訪問等の個別支援は9割以上の市町村で対応が可能であった。市町村の既存事業の中でひきこもり支援の工夫ができる一方、ひきこもり専門のグループ支援事業や医師による精神保健福祉相談の実施の難しさは前回同様であった。ひきこもり支援センターへの期待は、相談窓口の充実、保健福祉事務所等圏域単位での技術援助、当事者・家族へ届く情報発信の拡大等があげられ、今後の課題と考える。

Key words：ひきこもり (social withdrawal)、市町村 (local government)、ひきこもり支援センター (Hikikomori Support center)

I. はじめに

「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」(厚生労働省、2010)によると、ひきこもりの状態の当事者がいる世帯は全世帯数の0.56%にあたり¹⁾、全国推計では約26万世帯、長野県推計では約4500世帯と考えられる。厚生労働省は平成21年度から都道府県や政令市に「ひきこもり支援センターの設置」を進め、平成25年度までには、全国39か所に設置された。

(2014年11月21日受付 2015年2月19日受理)

連絡先：〒380-0928 長野県長野市若里7-1-7

長野県精神保健福祉センター

小泉典章

TEL 026-227-1810 FAX 026-227-1170

E-mail: withyou@pref.nagano.lg.jp

長野県では平成22年度にひきこもり支援センター(以下センター)を精神保健福祉センター内に開設し、2名のコーディネーターが兼務している。開設にあたり、市町村を対象としたひきこもり支援の実態調査を行った。その結果、長野県では保健師・相談員らによる個別支援は9割の市町村で対応可能であり、当事者・家族が身近な市町村でひきこもり相談を受けられる可能性が分かった²⁾。一方で、医師による精神保健福祉相談やひきこもり専門のデイケア・グループ・居場所(以下、デイケア等)の実施は困難であり、圏域単位での実施の要望が寄せられた。医師による精神保健福祉相談は、県内10か所の保健福祉事務所の利用が可能である。また、デイケア等については、精神障がいなど他の障がいと合同で行うなど、市町村に既存の事業を活用できる可能性も示唆された。センター設

置の目的の1つに相談窓口の明確化があり、センターだけでなく、当事者、家族にとって身近な市町村、保健福祉事務所もひきこもり相談の窓口であるという情報発信も必要である。これらの結果を受けて、広域で市町村数の多い当県のセンターの役割として、①電話相談を中心とする第1次相談窓口としての機能、②県内の支援状況の把握と広報、③ひきこもり支援を行うためのツール開発、④関係機関の連携を図れる機会や研修会の企画等を掲げ、事業を展開してきた。センター開設後5年目を迎え、開設前の調査結果と比較・分析を行い、県内のひきこもり支援の現状と課題を改めて探り、今後のひきこもり支援のあり方やセンターの役割について検討を深める。

II. 方法

A. 調査方法と対象

平成26年4月に県内の全市町村（77市町村）を対象に質問紙による調査依頼を行った。調査票の回収は平成26年5月中に行い、回収率は100%であった。

開設前の調査は、平成21年11月に県内全市町村（80市町村）を対象に質問紙による調査依頼を行い、調査回収率は100%であった。

B. 調査内容

ひきこもりの概念の統一のため、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」の定義を用いて、調査用紙に次のように記載した。「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いる場合も含む。例えば、買い物や相談機関へ出かけるのみ）。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もある。確定診断がなされた統合失調症の症状によるひきこもり状態は除く。」

調査前年度（平成20年度、平成25年度）のひきこもり支援状況について、以下の内容で回答を求めた。

1. 支援の実績について①面接相談、②デイケア等、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. 当事者支援の対応状況について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。回答は4項目とし、①対応しており実績あり、②対応しているが実績なし、③対応し

ておらず今後実施したい、④対応しておらず今後も実施は難しい、を設けた。

3. 家族支援の対応状況について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。回答方法は2.と同様とした。
4. 訪問支援の対応状況についても、回答は4項目とし、2.と同様とした。また、訪問者の職種について自由記述で回答を求めた。
5. 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、居場所等の実施について、ひきこもり専門または精神障がいなど他の障がいとの合同実施に分けて尋ねた。
6. ひきこもりについての講演会、家族教室、ケース会議の開催や広報等の実施状況について、尋ねた。
7. ひきこもり支援における連携先について①保健福祉事務所、②医療機関、③地域若者サポートステーション、④パーソナル・サポート・センター、⑤子どもサポートセンター、⑥家族会、⑦精神保健福祉センター、⑧その他から複数回答で尋ねた。

※医療機関、パーソナル・サポート・センターについては今回の調査から追加した。

今回の調査では以下の内容の回答を追加した。

8. 市町村内のひきこもりの人数把握の可能性について、可能な場合はその方法も尋ねた。
9. ひきこもりサポーター派遣事業について①サポーターとしての人材の見込み、②派遣が可能な当事者・家族の見込みの有無について、③事業への期待について自由記述で回答を求めた。
※この事業の実施主体は主に市町村であり、ひきこもりサポーター（回復後の当事者や家族、ボランティア等が担う、以下サポーター）が訪問や情報提供等の支援を行う。なお、サポーターの養成研修は主に県が行う事業である。
10. 支援上の課題について、①当事者支援、②人材確保・人材育成、③関係機関の連携、④実態把握、⑤普及啓発・広報に分けて、自由記述で回答を求めた。
11. ひきこもりの支援を実施するために必要なバックアップ機能、センターへの要望について、自由記述で回答を求めた。

表1 市町村のひきこもり支援実績（延べ件数）

	回答数	面接 (%)	デイケア等 (%)	訪問 (%)	電話 (%)	メール (%)	合計
H20	80	464 (26.8)	219 (12.7)	583 (33.7)	460 (26.6)	4 (0.2)	1730
H25	77	648 (29.8)	361 (16.6)	682 (31.3)	441 (20.3)	44 (2.0)	2176

* (%) は、支援合計のうちの各支援の割合

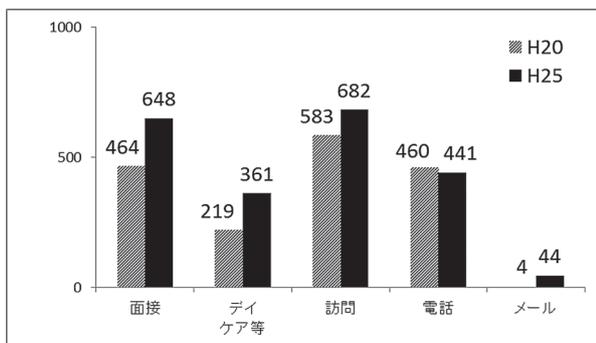


図1 市町村のひきこもり支援実績

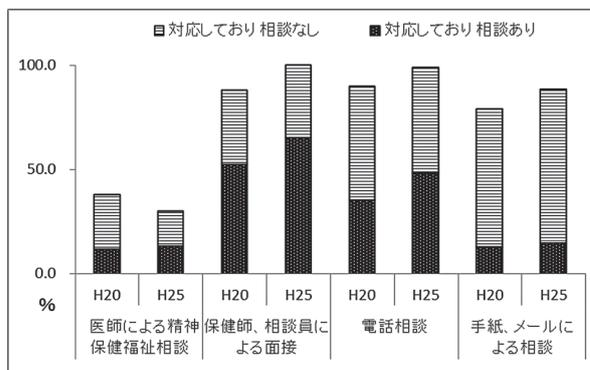


図2 当事者支援における対応している割合

表2 市町村における当事者支援の対応状況

		対応している			対応していない		
		相談あり	相談なし	合計	今後対応	対応難しい	合計
		箇所 (%)	箇所 (%)	箇所 (%)	箇所 (%)	箇所 (%)	箇所 (%)
医師による精神保健福祉相談	H20	9 (11.3)	21	30 (37.5)	12 (15.0)	38 (47.5)	50 (62.5)
	H25	10 (12.9)	13	23 (29.9)	0 0.0	54 (70.1)	54 (70.1)
保健師、相談員による面接	H20	42 (52.5)	29	71 (88.8)	6 (7.5)	3 (3.8)	9 (11.3)
	H25	50 (64.9)	27	77 (100.0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0
電話相談	H20	28 (35.0)	44	72 (90.0)	6 (7.5)	2 (2.5)	8 (10.0)
	H25	37 (48.1)	39	76 (98.7)	1 (1.3)	0 0.0	1 (1.3)
手紙、メールによる相談	H20	10 (12.5)	53	63 (78.8)	9 (11.3)	8 (10.0)	17 (21.3)
	H25	11 (14.3)	57	68 (88.3)	2 (2.6)	7 (9.1)	9 (11.7)

Ⅲ. 結果

A. ひきこもりに関する支援の実績について

ひきこもりに関する相談を受けた市町村数は、平成20年度は56市町村、平成25年度は63市町村であった。支援延べ件数をみると、電話相談を除く、面接、デイケア等、訪問、メール等では支援件数が増加していた（表1、図1）。支援実績の内訳は、平成20年度で訪問（33.7%）が最も多く、次いで面接（26.8%）、電話相談（26.6%）の順であった。平成25年度についても訪問（31.3%）、面接（29.8%）、電話相談（20.3%）の順で多く、同様の結果であった。

B. 当事者支援の対応状況について

市町村における平成20年度、平成25年度のひきこもり当事者への相談支援状況を表2、図2に示した。平成20年度と比較して、対応が可能な市町村は、面接相談（87.8%→99.9%）が増加し、電話相談（90.0%→98.7%）、手紙・メールによる相談（78.8%→88.3%）が若干増えていた。その中で実際に相談があった割合も面接相談（52.5%→64.9%）、電話相談（35.0%→48.1%）は増えていた。一方、医師による精神保健福祉相談の対応が可能な割合（37.6%→29.8%）は若干減り、対応が難しい割合（47.5%→70.1%）が増えていた。

表3 市町村における家族支援の対応状況

		対応している			対応していない		
		相談あり 箇所 (%)	相談なし 箇所 (%)	合計 箇所 (%)	今後対応 箇所 (%)	対応難しい 箇所 (%)	合計 箇所 (%)
医師による精神 保健福祉相談	H20	18 (22.5)	14 (17.5)	32 (40.0)	12 (15.0)	36 (45.0)	48 (60.0)
	H25	13 (16.9)	10 (13.0)	23 (29.9)	0 0.0	54 (70.1)	54 (70.1)
保健師、相談員に よる面接	H20	54 (67.5)	19 (23.8)	73 (91.3)	6 (7.5)	1 (1.3)	7 (8.8)
	H25	54 (70.1)	23 (29.9)	77 (100.0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0
電話相談	H20	46 (57.5)	27 (33.8)	73 (91.3)	5 (6.3)	2 (2.5)	7 (8.8)
	H25	49 (63.6)	28 (36.4)	77 (100.0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0
手紙、メールによ る相談	H20	11 (13.8)	51 (63.8)	62 (77.5)	12 (15.0)	6 (7.5)	18 (22.5)
	H25	14 (18.2)	55 (71.4)	69 (89.6)	1 (1.3)	7 (9.1)	8 (10.4)

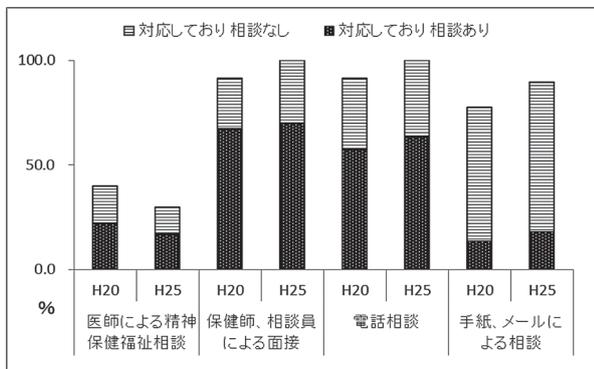


図3 家族支援において対応している割合

C. 家族支援の対応状況について

市町村における平成20年度、平成25年度の家族への相談支援状況を表3、図3に示した。平成20年度と比較して、面接相談(91.3%→100.0%)、電話相談(91.3%→100.0%)の対応は全市町村で可能となった。その中で実際に相談があった割合は、電話相談(57.5%→63.6%)が若干増えていた。医師による精神保健福祉相談の対応が難しい割合は当事者支援と同様であった(45.0%→70.1%)。

D. 訪問支援の対応状況について

市町村における平成20年度、平成25年度の訪問支援状況を表4に示した。訪問支援についてはほぼ全市町村での対応が可能となっており(91.3%→98.7%)、実際に訪問を行った市町村も増えていた(58.8%→74.0%)。訪問者の職種は、保健師(52市町村)が最も多く、次いで家庭相談員を含む相談員(5市町村)、精神保健福祉士(3市町村)、臨床心理士(2市町村)の順であった。その他、教員、看護師、不登校コーディネーター、地域包括支援センタースタッフ等、

様々な回答があった。

E. 居場所、デイケアについて

市町村における平成20年度、平成25年度の居場所、デイケア等の実施状況を図4に示した。ひきこもり専門のデイケア等を実施している市町村は変わらなかった(3.8%→5.2%)。精神障がいなどの他の障がいの合同デイケア等を実施している市町村は増えていた(42.3%→55.8%)。

F. その他の支援について

その他の支援を実施している市町村の状況を図5に示した。家族会への協力(15.0%→9.1%)、講演会の開催(8.8%→2.6%)は若干減り、ケース会議の実施(26.3%→33.8%)は微増していた。家族教室の主催(11.3%→9.1%)、広報の掲載の実施は変わりがなかった(15.0%→15.6%)。

G. 市町村のひきこもり支援における連携先について

平成20年度、平成25年度の市町村のひきこもり支援における連携先を表6に示した。平成20年度で連携先と選択されたのは保健福祉事務所(76.3%)が最も多く、次いで精神保健福祉センター(52.5%)であった。平成25年度では、今回から選択肢として追加した医療機関(75.3%)が最も多く、次いで保健福祉事務所(67.5%)、精神保健福祉センター(55.8%)であった。その他の連携先として、障がい者総合支援センターを7市町村(9.1%)が選択した。連携先の結果は、前回とほぼ同様だが、地域若者サポートステーションが若干増えていた(27.5%→36.4%)。

H. 市町村におけるひきこもりの人数把握について

人数把握ができていると回答があったのは9市町村

表4 訪問支援の対応状況

回答数	対応している			対応していない			
	訪問あり 箇所 (%)	訪問なし 箇所 (%)	合計 箇所 (%)	今後対応 箇所 (%)	対応難しい 箇所 (%)	合計 箇所 (%)	
H20	80	47 (58.8)	26 (32.5)	73 (91.3)	6 (7.5)	1 (1.3)	7 (8.8)
H25	77	57 (74.0)	19 (24.7)	76 (98.7)	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (1.3)

表5 その他のひきこもり支援の対応状況

回答数	家族会への 協力 箇所 (%)	家族教室の 主催 箇所 (%)	講演会の 開催 箇所 (%)	ケース会議 の実施 箇所 (%)	広報への 掲載 箇所 (%)	
	H20	80	12 (15.0)	9 (11.3)	7 (8.8)	21 (26.3)
H25	77	7 (9.1)	7 (9.1)	2 (2.6)	26 (33.8)	12 (15.6)

表6 ひきこもり支援の連携先

回答数	保健福祉 事務所 箇所 (%)	サポート ステーション 箇所 (%)	子ども サポート 箇所 (%)	家族会 箇所 (%)	精神保健福 祉センター 箇所 (%)	医療機関 箇所 (%)	パーソナル・サポ ート・センター 箇所 (%)	
H20	80	61 (76.3)	22 (27.5)	16 (20.0)	42 (52.5)	—	—	
H25	77	52 (67.5)	28 (36.4)	10 (13.0)	12 (20.0)	43 (55.8)	58 (75.3)	14 (18.2)

あり、そのすべてが村であった。人口が少ないこともあり地域住民、民生委員等からの情報提供で把握が可能とのことであった。把握は難しいと回答があった市町村から、「義務教育終了後の実態把握が難しく、相談がなければ把握できない」「把握の方法を知りたい」といった自由記述も寄せられた。

I. ひきこもりサポーター派遣事業について

サポーターの人材見込みがあると回答したのは77市町村中9市町村で、サポーターの対象見込みには当事者・家族、ボランティアが候補として挙げられた。派遣先の見込みがあるのは77市町村中16市町村であった。「サポーターによる継続的で丁寧な訪問支援や状況把握の充実を期待する」という回答がある一方、「事業についてよく分からない、活用方法を知りたい」という回答もあった。

J. 支援上の課題について

挙げられた回答を「ひきこもり特有の課題」「支援側の課題」の2つの視点でまとめた。

1. ひきこもり特有の課題

家族の意識や状況として、「ひきこもり者がいることを知られたくない」「実情を話すことを恥ととらえている」「家族が心を閉ざしている」といった相談への抵抗や家族自身の孤立、また「家族が現状に困って

いない」「支援の必要性を感じていない」「家族に状況を動かす気持ちがない」など支援者側との意識のギャップ、変化への恐れ、諦めなどが挙げられた。本人については、「本人に会えない」「相談に来ない」という直接支援が難しいという回答がいくつか挙がった。また、ひきこもりの状態の長期化や家族、本人の高齢化により、支援の継続がさらに難しくなっている回答も挙げられた「長期化することにより問題意識が薄れてしまい、介入が難しい」といった時間の経過とともにひきこもり状態が日常的になり、変化への抵抗がうかがわれた。また、家族の高齢化により、キーパーソンとなる親が継続的に相談に向くことや本人への働きかけを続けることが現実的に難しくなることも挙げられた。

2. 支援側の課題

「ひきこもりの事例へのかかわりは少なく、試行錯誤の状態」、「初期段階での当事者、家族へのかかわり方等介入方法が分からない」といった初期の支援技術の不足が挙げられた。また、相談が始まった中での関係構築や支援の継続、家族・本人の動機づけなどが難しいなど、実際の相談経過での支援の困難さ等が挙げられた。「市町村でひきこもりの相談ができるという広報が足りていない」「家族からどこに相談に行けばよい

か分からないという声を聞く」など、相談窓口の周知の不足が挙がる一方、「人員不足など市町村の相談支援上の不安があり周知に踏み込めない」などの意見もあった。また、本人・家族だけでなく地域住民への普及啓発の必要性も挙げられた。その他の支援機関について、社会参加のステップとなる居場所や就労支援などの資源不足、地理的条件により支援に繋がりにくい等の課題が挙げられた。特に、40代以上の当事者が活用できる居場所や就労支援が十分でないことも挙げられた。

K. ひきこもり支援に必要なバックアップ機能、センターへの要望について

支援に必要なバックアップ機能については、前回に引き続き圏域単位での精神保健福祉相談やデイケア、家族教室、研修会の開催の要望が挙げられた。センターへの要望については、前回同様家族教室への技術援助、具体的な支援方法などの研修希望等が寄せられた。今回は、「市町村だけでは判断が困難な事例が多く、助言を求めたい」など事例検討でのスーパーバイズといった要望も寄せられた。また、県全体での当事者・家族への情報発信の充実についての要望もあった。

IV. 考察

面接・電話相談、訪問による当事者、家族への個別支援については、ほぼ全市町村での対応が可能となり、全体の支援実績件数も増加し、その充実が図られてきたと考えられる。支援方法別の対応状況については訪問支援や面接・電話相談において増加しており、また当事者支援での対応も増えていた。外出、対人接触の困難さは社会的ひきこもりの中核的な問題であり、本人自らが支援の最初から相談機関に登場することは非常に稀である³⁾。市町村においては、保健師等による訪問支援を実施しやすいことが支援の拡がりの1つと考えられる。また、ひきこもり支援では、家族相談を継続する中で、当事者が相談につながるものが少なくない。

デイケア等の集団支援の支援実績の増加は、一般精神障がい者等との合同デイケアを実施する市町村の割合が増えたこと、市町村で開催した家族教室、家族会からの継続参加者の増加によるものと推測された。大沼ら(2011)が「市町村に既存のデイケア等を活用できる可能性」を示唆していたように²⁾、既存の事業の中でもひきこもり支援を行える可能性があるといえる。

市町村において、ひきこもりの個別支援の充実が図

られ、直接の相談窓口としての役割も拡大してきた背景とセンター設置との関連について考察してみたい。センター設置後の電話相談の件数は、開設前年度と比べ平成22年度は2.7倍となり、設置の目的の1つである「ひきこもり相談の窓口」の明確化につながったと考えられる⁴⁾。さらに、圏域単位での家族教室の開催により、対象者の掘り起こしができ、その後の地域での継続相談へつなげることが出来るようになった。また、支援者向けの研修会の開催やセンターで作成した「ひきこもりサポートブック」などの支援ツール等も市町村において活用されており、ひきこもり支援の一助になってきた。さらに、センターにおけるひきこもり支援事業の展開に伴って、市町村と連携する機会も増え、市町村においてもひきこもり支援の拡大につながってきたと考えられる。

一方、市町村においては個別支援の対応を進めてきたものの、支援側が効果的な支援を実施できていないと考えていることが課題となっている。初期段階の支援から困難事例への対応まで、支援者のスキルが十分でないという意見を始め、長期的なかかわりを継続的に丁寧に支援するための人材確保や資質向上のための研修の機会の確保等の難しさが理由として挙げられている。

支援者のスキルアップについては、これまでアセスメント方法や家族相談技術等の研修会やツール開発等を実施してきた。今後は、具体的な家族介入や多様な事例への応用力が培えるような研修をはじめ、困難事例に即したスーパーバイズが必要と思われる。研修会の開催方法や内容の見直し、地域の実情に応じた圏域単位での研修会、連絡会、事例検討の機会を設けるなどの改善も必要である。また、新たな家族教育用の支援ツールの開発も行っていきたいと考える。

ひきこもりサポーター事業については、今回の調査の段階では、実施の見込みが少ないのが現状であった。当事者・家族にとっての身近なサポーターによる継続的な支援を期待する声もあり、市町村の事業化に向けて、実施内容や方法の具体化、課題の整理、人材育成等を行っていく必要がある。他県での取り組みの報告をみると、様々な対象や活動内容がうかがえる⁵⁾。対象者には、回復後の当事者、家族といったピアサポーターから、福祉や心理を専攻している学生の場合もある。また、活動内容も訪問支援だけでなく、居場所などへの同行や家族教室での体験発表などがある。全国状況について、サポーター事業を行う市町村に情報

提供をしながら、地域の実情に応じた実施に向けて助言を行っていききたい。また、今後市町村におけるサポーター派遣事業の実施に合わせて、センターではサポーター養成研修を行っていききたいと考える。

困難事例の多くには、長期化、高齢化の問題が含まれている。「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」では、ひきこもりの長期化は、当事者の身体的ならびに心理・社会的な「健康」に深刻な影響を与え、ひきこもりの状態から社会参加への展開を妨げる高い壁を形成する可能性を指摘しており、当事者の来談・受診ができるだけ早く実現することを勧めている¹⁾。相談に来るのを待つだけでなく、支援機関側から働きかけるような情報発信の工夫が必要とされている。

市町村の個別支援の拡大とともに、新たな課題や要望がみえてきている。その要望に応えられるよう、センターの4つの役割の更なる充実と全県に行き渡る取

り組みが必要である。その中でも情報発信と支援者のスキルアップは重点的に取り組むべき点と考えている。情報発信の1つは、市町村を含む身近な支援機関の相談窓口の周知が考えられる。家族が解決方法を求めて最初の相談先を知る方法には、紹介者からの情報や支援機関のポスター、チラシ、市区町村の広報紙が多い⁶⁾ため、市町村独自で活用できる広報用資料も作成していききたい。また、当事者、家族のみではなく、支援者に向けて、ひきこもりサポーター派遣事業も含む支援施策等の最新の情報の発信も必要と考える。

V. 謝辞

本調査にご協力いただきました市町村の関係各位に感謝申し上げます。

本研究における、利益相反はありません。

引用文献

- 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. 2010 : URL <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000006i6f.html>
- 2) 大沼泰枝、小泉典章、他：長野県のひきこもり支援の現状と課題. 信州公衆衛生雑誌 5 (2) : 1-7、2011
- 3) 小林清香、吉田光爾、野口博文、他：「社会的ひきこもり」を抱える家族に関する実態調査、精神医学 45 (7) : 749-756、2003
- 4) 竹内美帆、小泉典章：長野県ひきこもり支援センターにおける電話相談支援の動向. 信州公衆衛生雑誌 6 (1) : 70-71
- 5) 特定非営利活動法人神戸オレンジの会、ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会：平成 25 年度セーフティネット支援対策等事業費補助金社会福祉推進事業、地域におけるひきこもり支援に関する実践的研究事業報告書. 2014
- 6) 特定非営利活動法人育てあげネット：厚生労働省平成 25 年度セーフティネット支援対策事業（社会福祉推進事業）ひきこもり、矯正施設退所者等みずから支援に繋がりにくい当事者の効果的な発見・誘導に関する調査研究. 2014