

表-1 ひきこもり相談88例の概要

項 目		人数 (%)
性別	男性	68人 (77%)
	女性	20人 (23%)
年齢	10代	19人 (22%)
	20代前半	29人 (33%)
	20代後半	19人 (21%)
	30代	21人 (24%)
	平均年齢	24.8歳
	最年少 最年長	17歳 35歳
ひきこもり年齢	10代	44人 (50%)
	20代前半	28人 (32%)
	20代後半	7人 (8%)
	30代	4人 (5%)
	不明	5人 (6%)
	平均年齢 最年少 最年長	18.9歳 10歳 32歳
ひきこもり期間	1年未満	10人 (11%)
	1年以上 5年未満	41人 (46%)
	5年以上 10年未満	20人 (23%)
	10年以上	12人 (14%)
	不明	5人 (6%)
	平均期間 最短 最長	4.2年 6か月 15年
最終学歴	中卒(高校中退含む)	28人 (32%)
	高卒(大学中退含む)	37人 (42%)
	専門学校卒	9人 (10%)
	大卒以上	9人 (10%)
	不明	5人 (6%)
職歴	なし	45人 (51%)
	アルバイト	19人 (22%)
	正社員	23人 (26%)
	不明	1人 (1%)
不登校歴	なし	24人 (27%)
	あり	37人 (42%)
	不明	27人 (31%)
家族構成	三世代同居	14人 (16%)
	両親	52人 (60%)
	父子家庭	3人 (3%)
	母子家庭	16人 (18%)
	不明	1人 (1%)

表-2 来談群29例の診断と相談支援の転帰

	年齢	性別	I 軸、II 軸診断	IV 軸診断	V 軸診断	転帰
第 1 群	20代前半	男	統合失調症(緊張型)	特記事項なし	23	精神科病院通院
	30代前半	女	統合失調症(残遺型の疑)	親の過保護	51	精神科病院通院
	30代前半	男	妄想性障害、強迫性障害	家族の意向による能力以上の進路選択	48	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
	20代後半	男	統合失調症(下位分類は不明)	情報不十分	43	精神科病院通院 授産施設通所
	20代後半	男	双極性障害の疑い、社会恐怖	情報不十分	情報不十分	精神科病院通院
	10代後半	女	中度精神遅滞、選択性緘黙、 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	学校・家庭で障害を踏まえた対応の不足	41	障害者職業センターを経て就労
	10代後半	女	軽度精神遅滞、 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、慢性)	母親の養育不備、学校でのいじめ、 障害者として扱われることの本人の抵抗感	38	福祉的就労
	10代後半	男	軽度精神遅滞、 パニック障害の既往歴のない広場恐怖	能力に見合った適切な教育環境の未提供、 いじめ	30	精神保健福祉センター通所 通所授産施設体験利用
	30代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所
	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	38	アルバイト・父親の介護
第 2 群	20代後半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	41	精神保健福祉センター通所
	30代前半	男	アスペルガー障害、強迫性障害、 特定不能の不安障害	両親の過剰な服従的傾向	20	精神科クリニック通院
	20代前半	男	アスペルガー障害	特記事項なし	48	職業訓練所に通所後就労
	20代後半	男	アスペルガー障害、社会恐怖、 特定不能の身体表現性障害	特記事項なし	43	病院や相談機関を転々
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害	両親の別居、陰悪な親子関係	42	発達障害者支援センター通所
	10代後半	男	特定不能の広汎性発達障害	特記事項なし	30	障害者相談所通所
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害、 適応障害(抑うつ気分を伴うもの)	家族内の深刻な葛藤	35	精神科クリニック通院
	20代前半	男	特定不能の広汎性発達障害、社会恐怖	特記事項なし	45	発達障害者支援センター通所

表一2(続き) 来談群29例の診断と相談支援の転帰

第3群	20代前半	男	特定不能の身体表現性障害、同一性の問題	養育環境の著しい不備、介入・支援の遅れ	45	就労
	10代後半	女	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	情報不十分	情報不十分	アルバイト
	30代前半	男	回避性パーションナリテイ障害	離婚・親の過保護	51	精神保健福祉センター相談中断
	20代後半	男	強迫性障害、自己愛パーションナリテイ傾向	親の過保護、父親のアルコール問題	51	精神科病院通院 精神保健福祉センター通所
	10代後半	女	社会恐怖、特定不能のパーションナリテイ障害	家族の不仲、希薄なコミュニケーション	48	精神保健福祉センター通所
	20代前半	男	回避性パーションナリテイ障害、 特定不能の身体表現性障害	子どもの自立を促すことができない 混乱した家族状況	41	精神保健福祉センターに 母が時折来所
	30代前半	男	不明(パーションナリテイ障害の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科病院受診
	10代後半	女	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	情報不十分	精神科クリニック通院 通信制高校編入
	20代後半	男	不明(統合失調症の疑い)	情報不十分	45	精神科病院通院
	10代後半	女	不明	情報不十分	情報不十分	精神保健福祉センター相談中断
診断保留	20代前半	男	不明(広汎性発達障害の疑い)	子どもの自立を支えられない家族機能の問題	31	精神科病院通院

表-3 来談群29例の診断別件数(重複診断を含む)

診断名		件数
通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害	軽度精神遅滞	2
	中度精神遅滞	1
	アスペルガー障害	6
	特定不能の広汎性発達障害	4
	選択性緘黙	1
統合失調症および他の精神病性障害	統合失調症	3
	妄想性障害	1
気分障害	双極性障害	1
不安障害	パニック障害の既往歴のない広場恐怖	1
	社会恐怖	4
	強迫性障害	3
	特定不能の不安障害	1
身体表現性障害	特定不能の身体表現性障害	3
適応障害	適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの)	3
パーソナリティ障害・傾向	回避性パーソナリティ障害	2
	特定不能のパーソナリティ障害	1
	自己愛パーソナリティ傾向	1
臨床的関与の対象となることのある他の状態	同一性の問題	1
診断保留		5

表一4 来談群と非来談群との間で優位差のある項目

	職歴				家族構成				転帰					
	なし	アルバイト	正社員	計	三世代	両親	父子	母子	計	精神科医療	相談継続	社会参加	中断	計
来談群	10 (34.5%)	11 (37.9%)	8 (27.6%)	29 (100%)	7 (25.0%)	14 (50.0%)	3 (10.7%)	4 (14.3%)	28 (100%)	12 (41.4%)	9 (31.0%)	6 (20.7)	2 (6.9)	29 (100%)
非来談群	35 (60.3%)	8 (13.8%)	15 (25.9%)	58 (100%)	7 (12.3%)	38 (66.7%)	0 (0%)	12 (21.0%)	57 (100%)	13 (22.0%)	5 (8.5%)	6 (10.2%)	35 (59.3%)	59 (100%)
全体	45 (51.7%)	19 (21.9%)	23 (26.4%)	87 (100%)	14 (16.5%)	52 (61.2%)	3 (3.5%)	16 (18.8%)	85 (100%)	25 (28.4%)	14 (15.9%)	12 (13.6%)	37 (42.1%)	88 (100%)

p値=0.0215

Fisher's exact test p値=0.0299483

Fisher's exact test p値<0.0001

* 不明1ケースは除外

* 不明2ケース、その他1ケースは除外

摂食障害とひきこもりの関連についての研究

分担研究者 水田一郎¹⁾

研究協力者 鈴木朋子²⁾

1)神戸女学院大学 2)甲子園大学

研究要旨

本研究の二年目にあたる平成18年度は、昨年度に引き続き、医療機関に通院中の女性摂食障害患者を対象に、自記式質問紙法による調査を行った。本年度は、対象数が昨年度の39名から90名に増えたが、主な結果は昨年と同様であった。対象の多くが、現在、または過去の一時期に、ひきこもりやひきこもり関連エピソード（学校に行けない、家から出られない、友人と付き合えない、家族と話せない、先生・職場の人・クラスメートと付き合えない）を経験していることが分かった。また、暴力被害・性被害・事故などのトラウマ体験や、死別・離別体験、いじめられ体験、家族間暴力なども高率に見られた。対人関係面においても、主張困難・過剰配慮・自己犠牲など、様々な困難を抱えている者が多かった。対象全体を、ひきこもりを伴う群と伴わない群の二群に分け、比較したところ、ひきこもり群は非ひきこもり群に比べて、ひきこもり関連エピソード（学校に行けない、家から出られない、家族と話せない、先生・職場の人・クラスメートと付き合えない）、家族からの被暴力体験、自殺企図などをより多く体験していることが分かった。

A. 研究目的

摂食障害患者がひきこもりを呈したり、ひきこもりの経過中に摂食障害が出現するといった現象、或いは摂食障害とひきこもりのいずれか一方の改善に伴って他方が改善するといった現象は、臨床場面においてしばしば観察されるものである。また、摂食障害とひきこもりの併存については、これまでも内外で数多くの研究報告がある。

しかし、この両者が実際にどのようなメカニズムを介して結ばれているのかについては、未だ不明の部分が多い。両者に共通する精神病理が基盤にあり、そこから両者が派生してくるのか、或いは、基本は両者のいずれか一方の精神病理であり、他方は多かれ少なかれ、二次的な問題として生じてくるのか。ひきこもりを併う摂食障害と伴わない摂食障害、或いは、ひきこもりの先行する摂食障害と、経過中にひきこもりを生じる摂食障害の

間には、どのような精神病理の異同がみられるのか。これらの問題を明らかにすることは、摂食障害とひきこもりに対する、より個別かつ効果的な援助を行う上でも重要な意義を持つと考えられる。本研究の目的は、この目標に向かっての基礎情報を集めることを目的とし、摂食障害とひきこもりを媒介する要因について検討を行うものである。

摂食障害では、対人不信・対人過敏・対人恐怖など、特徴的な対人的構えのために、現実の対人関係が困難になる者が多いとされる。また、虐待やいじめなどのトラウマ体験を既往に持つ者が多いとする報告もある。一方、これと同様のことが、ひきこもりについても、しばしば指摘されている。そこで、本研究では、“対人関係上の困難”と“トラウマ体験”という二つの要因を中心に、摂食障害とひきこもりの関連を検討することと

した。

B. 研究方法

医療機関に通院している摂食障害患者 90 名を対象とした。対象の平均年齢は 28.1(±7.4)歳(範囲 14 歳～53 歳)で、全員女性であった。

調査方法は、自記式質問紙法とした。調査内容は、1) 摂食障害の程度や関連する心理学的特徴に関する質問、2) ひきこもりや関連エピソードに関する質問、3) 対人関係上の困難やトラウマ体験の実態を把握するための質問などで構成されている。

1) 摂食障害の程度や関連する心理学的特徴について

Fairburn らの EDE-Q 質問票(Fairburn et al., 1994)を一部改変したものと、Garner の EDI-II 質問票(Garner, 1991)を用いた。併せて、現在の体型(身長・体重)や摂食障害の経過等についても尋ねた。

2) ひきこもりについて

「世間一般で言われているような」ひきこもりの有無、及び、ひきこもりが現在または既往にあった場合には、その時期や期間などについても尋ねた。また、「学校に行けない」、「家から出られない」、「友人と付き合えない」、「家族と話せない」、「先生・職場の人・クラスメートと付き合えない」などの関連エピソードの経験や、就労経験についても尋ねた。

3) 対人関係上の困難やトラウマ体験の実態について

対人関係上の困難の実態を把握するために、Horowitz らの IIP (Inventory of Interpersonal Problems) (2000)を用いた。またトラウマ体験の実態を把握するために米国 National Center for PTSD の作成した Life Event Checklist (Blake et al., 1997)を用いた。併せて、就学中の問題行動や死別・離別体験、幼少期・思春期の頃の様子などについても尋ねた。

対象者抽出の手続きは、まず、報告者の知人の精神科医のうち、精神科クリニックまたは総合病

院精神科に勤務する数十名に対し、研究への協力を依頼した。彼らの患者の中に、本研究への協力を期待できる摂食障害患者がいるかどうかを尋ね、そのような患者がいると答えた医師宛に調査票一式を送付し、その医師を通じて、該当の患者に調査票一式を渡してもらうという方法を採用した。

調査票一式の中には、1) 研究の趣旨を説明し、調査協力を依頼する依頼状、2) 調査票、3) 事務局宛の返信用封筒が含まれていた。対象となる患者には、依頼状を読み、調査に協力してもよいと考えた場合、調査票の一ページ目にある「調査への同意書」に氏名等を記入した上で、調査票に回答し、返信用封筒にて調査票を返送するよう求めた。なお、調査協力者には、謝礼として、後日、図書カードを郵送した。

調査は 2005 年 12 月から 2006 年 12 月にかけて実施した。

(倫理面への配慮)

本調査には、トラウマ体験や対人関係上の問題など、比較的侵襲度の高い質問が含まれているため、本調査に回答することによるストレスや、回答したことによる病状の悪化等の危険が皆無とはいいがたい。そこで倫理面への配慮として、そのような心配がないと主治医が判断した患者に対してのみ調査票を渡すように、主治医に依頼した。また調査協力への意思表示を明確にするため、調査票に回答する前に「調査への同意書」の記入を求め、同意が得られた者のみが調査票に回答する方式を採用した。個人情報保護の観点から、個人情報は謝礼の図書カードを郵送する時のみに使用することを明確にした。

C. 研究結果

1) 摂食障害の程度や関連する心理学的特徴について

まず EDE-Q (改変版) の結果については、摂食制限、食関心、体重関心、体型関心の各因子得点、及び、全体得点ともに、平均 2 点前後であった(表 1)。この得点を元の EDE-Q に合わせて

補正した上で、欧米の幾つかの先行研究 (Fairburn et al., 1993; Fairburn et al., 1994 と比較してみると、本研究の対象者の得点は、欧米の摂食障害者の得点とほぼ同じか、やや高めであり、明らかに摂食障害域と推定された。

表1 EDE-Q(改変版)得点

尺度名	患者(N=90)		
	得点範囲	Mean	SD
【EDE-Q】			
合計得点	0.4-2.9	2.0	(0.5)
【下位尺度】			
1 摂食制限	0.0-3.0	1.9	(0.7)
2 食関心	0.4-3.0	1.8	(0.6)
3 体重関心	0.2-3.0	2.1	(0.7)
4 体型関心	0.5-3.0	2.3	(0.7)

次に EDI-II の結果についてである。EDI-II は、痩せ願望、過食、身体不満など、摂食障害と関連の深い心理学的特徴を測る 11 因子から構成されているが、これらの得点も、EDE-Q と同様、先行研究 (Garner, 1991; 草野・他, 2000; Mizuta et al., 2002; 山口・他, 2004) と比較すると、明らかに摂食障害域と推定された (表 2)。

表2 EDI-II 得点

尺度名	項目数	患者(N=90)	
		得点範囲	Mean SD
【EDI-2】			
合計得点	91	22-241	127 (48)
【下位尺度】			
1 痩せ願望	7	0-21	14 (6)
2 過食	7	0-21	9 (7)
3 身体不満	9	1-27	18 (7)
4 無力感	10	1-30	17 (7)
5 完璧主義	6	0-18	7 (5)
6 対人不信	7	0-19	8 (5)
7 内界不知	10	0-29	13 (8)
8 成熟恐怖	8	0-24	10 (6)
9 禁欲主義	8	0-24	8 (5)
10 衝動問題	11	0-28	10 (7)
11 他人不安	8	0-24	11 (5)

※回答選択肢: (0)~(3)点。対象者は全員女性。

さらに EDE-Q の結果等を基にして、摂食障害の推定診断 (DSM-IV-TR) を試みた。その結果、anorexia の制限型 (ANR) が 4 名 (4%)、むちゃ食い/排出型 (ANBP) が 14 名 (16%)、bulimia の排出型 (BNP) が 32 名 (35%)、非排出型が 3 名 (3%)、特定不能 (EDNOS) が 37 名 (41%) であった。特定不能の 37 名のうち、定期的な過食・嘔吐のいずれも認めない者は 3 名であった

(表 3)。この点から本研究の対象者は、いわゆる排出型が 80 名 (89%) と大多数を占めていていると推定された。

表3 DSM診断(推定)

分類	人数	%
ANR	4	(4)
ANBP	14	(16)
BNP	32	(36)
BNNP	3	(3)
EDNOS	37	(41)
定期的過食または嘔吐あり	80	(89)

(N=90)

2) ひきこもりについて

ひきこもり経験の有無として、「あなたはこれまでに、世間一般で言われているようなひきこもりの経験がありますか」という質問に対し、「ある」と答えた人は、無回答の 2 名を除く 88 名中 41 名 (47%) であった。

ひきこもり経験が「ある」と答えた 41 名について、「はじめてひきこもりの状態になった年齢は何歳の頃ですか」と尋ねた結果、平均 21.4 歳 (範囲: 9 歳~41 歳) であった。年齢区分は 16 歳未満が 17%、16~20 歳が 39%、21~25 歳が 17%、26 歳以上が 27% であり、16~20 歳ではじめてひきこもりになった人が一番多かった。また、「これまでにひきこもりの状態であった期間を合計するとどのくらいの期間ですか」という質問に対する回答は、平均 2.8 年 (範囲: 1 ヶ月~17 年) と、期間には大きな幅がみられた。

ひきこもりと摂食障害の発現順序を把握することを目的とした「ひきこもりと摂食障害のどちらが早く始まりましたか」という質問に対しては、ひきこもり経験があると答えた 41 名のうち、無回答の 1 名を除く 40 名中、摂食障害の方が早く始まったと回答した者が 23 名 (58%)、ひきこもりの方が早かったと回答した者が 11 名 (28%)、ほぼ同時期であったと回答した者が 6 名 (15%) であった。

ひきこもりと関連が深いと考えられる具体的なエピソードの経験について尋ねた結果、非常に高い比率で、「学校に行けない」、「家から出られない」、「友人と付き合えない」、「家族と話せない」、

「先生・職場の人・クラスメートと付き合いえない」というエピソードを経験していることが示された。またこれらのエピソードが6カ月以上続いた経験のある人も高い比率でみられた(表4)。

就労経験は学生21名を除いた69名について尋ねた。就労経験があると答えた人は61名(88%)で、30時間以上の就労経験があると答えた人も、無回答の8名をのぞく61名中34名(56%)にみられた。就労年数は平均およそ6年で、週30時間以上の就労年数は平均およそ4年であった。

3) 対人関係上の困難やトラウマ体験の実態について

トラウマ体験を調べるために本研究で用いたLife Event Checklistは、それぞれの出来事を経験したことがあるかどうか、ある場合、最も強くストレスとなったのはどれかを、幼少期から現在までの時期別に尋ねるものであった。本報告では、各時期を総合し、これまでの生涯を通して一度でも経験したことがあると回答した比率を示した(表5)。参考までに対照として示した値は、18歳から30歳までの健康な一般女性、約900名における経験率(Mizuta et al. 2005)である。項目の順序は、患者群において、経験したことのある比率が高いものから順に並べ、10%未満の項目は省略した。

表4 ひきこもり関連エピソード:生涯経験率

分類	エピソード有	6カ月間以上
学校に行けない	49%	30%
家から出られない	52%	25%
友人と付き合いえない	76%	52%
家族と話せない	49%	22%
先生・職場の人・クラスメートと付き合いえない	70%	43%

(N=90)

表5 トラウマ的体験:生涯経験率

	患者	対照:大学生
自然災害	56%	66%
交通事故	44%	17%
殆どの人は体験しないジョッキングな出来事	33%	9%
殺人・自殺・事故等で人の死やひどい怪我を目撃	29%	13%
殴る等の暴行:身近な人から	29%	6%
家族や知人がトラウマ的体験に遭遇	27%	17%
極めて不快な性的体験:身近な人以外から	23%	10%
その他の事故	23%	6%
極めて不快な性的体験:身近な人から	12%	3%
殴る等の暴行:身近な人以外から	12%	2%
性的暴行:身近な人以外から	12%	2%
火事や爆発	12%	5%
監禁など:身近な人	10%	1%
以下省略		
全体	88%	80%
全体(自然災害を除く)	81%	53%

※対象者は全員女性。

表6 死別・離別:生涯経験率

分類	死別	離別
父・母	8%	6%
その他親戚(祖父母・義父母・義兄弟など)	27%	0%
友人・知人(同級生・先輩・後輩などを含む)	10%	8%
先生(担任・習い事の先生など)	4%	0%
彼(彼女)・夫(妻)・恋人	2%	13%
その他	7%	0%
全体	49%	28%

(N=90)

表7 IIP (Inventory of Interpersonal Problems) 得点

尺度名	項目数	患者(N=90)		対照:大学生(N=289)	
		得点範囲	Mean SD	Mean	SD
【IIP】					
合計得点	64	13-169	104 (33)	71	(27)
【下位尺度】					
1 支配・コントロール	8	0-19	7 (5)	6	(4)
2 報復・自己中心	8	0-25	8 (5)	6	(4)
3 冷淡・距離置き	8	0-25	10 (6)	6	(5)
4 対人的抑制	8	0-31	15 (8)	9	(6)
5 主張困難	8	0-32	20 (7)	13	(6)
6 過剰配慮	8	0-30	17 (6)	12	(5)
7 自己犠牲	8	0-30	16 (6)	11	(5)
8 侵入・依存	8	0-23	10 (5)	8	(5)

※回答選択肢:(0)~(4)点。対象者は全員女性。

患者群は、対照群よりも明らかに頻繁に、トラウマ体験をしている傾向が観察された。全体でみた場合、患者群の88%と対照群の80%はそれほど差がないようにも見えるが、阪神淡路大

震災の影響を考慮して自然災害を除いた場合、その比率は対照群では 53%まで低下したのに対し、患者群では 81%と、依然として極めて高率であった。中でも、暴力被害、性的被害、事故、“殆どの方は体験しないショッキングな出来事”の比率の-highいことが示された。

トラウマ体験に関連して、大切な人との死別・離別体験についても尋ねた。両親との死別・離別が 8%など、死別体験が全体の 49%、離別体験が全体の 28%であった (表 6)。

また同様にトラウマ体験に関連する項目として、いじめや家族間暴力の経験についても尋ねた。学校や職場でいじめられた経験のある人は 68%にのぼった。家族間暴力については、暴力を振るわれた経験を持つ者が 34%、暴力を振るった経験を持つ者が 24%であった。暴力をふるわれた相手は父・母が多く (27%)、暴力をふるった相手は父・母 (11%) ときょうだい (8%) が同程度であった。

対人関係上の困難の実態を IIP (Inventory of Interpersonal Problems) で把握することを試みた (表 7)。参考までに対照として示した値は、女子大学生 289 名を対象とした調査結果 (鈴木・他 [投稿準備中]) である。

各下位因子領域の得点が高くなるほど、その領域における対人関係上の困難が強いと解釈される。本研究の対象である患者は、全ての領域において、女子大学生よりも得点が高く、対人関係上の困難の強いことが示された。

最後に、対象全体をひきこもり経験がある者 (41 名) とない者 (47 名) の二群に分け、以上の分析を繰り返し、群間比較を行った (表 8、表 9)。ひきこもり群は非ひきこもり群に比べて、ひきこもり関連エピソード (学校に行けない、家から出られない、家族と話せない、先生・職場の人・クラスメートと付き合えない)、家族からの被暴力体験、自殺企図などを、より多く体験していることが分かった。また、IIP で評価される対人関係面の困難のうち、「冷淡・距離置き」ではひきこもり群、「自己犠牲」では非ひきこもり群

表8 ひきこもり経験の有無別にみたひきこもり関連エピソード等の経験率 (有意差の検出された項目のみ)

エピソード等	ひきこもり <N>	各エピソードの経験者		
		N	(%)	P-value
【ひきこもり関連エピソード】				
学校に行けない(1カ月以上)	経験あり <41> 経験なし <46>	31 13	(76) (28)	19.44 .000 **
家から出られない(1カ月以上)	経験あり <41> 経験なし <46>	37 9	(90) (20)	43.46 .000 **
家族と話せない(1カ月以上)	経験あり <40> 経験なし <47>	25 18	(63) (38)	5.06 .024 *
先生・職場の人・クラスメートとつきあえない(1カ月以上)	経験あり <41> 経験なし <46>	35 28	(85) (61)	6.51 .011 *
学校に行けない(6カ月以上)	経験あり <41> 経験なし <46>	23 4	(56) (9)	22.76 .000 **
家族と話せない(6カ月以上)	経験あり <40> 経験なし <47>	14 6	(35) (13)	6.03 .014 *
先生・職場の人・クラスメートとつきあえない(6カ月以上)	経験あり <41> 経験なし <46>	24 14	(59) (30)	6.96 .010 *
【いじめ・暴力・自傷・問題行動等】				
家族から暴力を振るわれた経験	経験あり <41> 経験なし <47>	21 9	(51) (19)	10.02 .002 **
自殺行為(実際に死のうとした)	経験あり <41> 経験なし <47>	27 19	(66) (40)	5.68 .017 *
【トラウマ的体験】				
殴る等の暴行:身近な人から	経験あり <41> 経験なし <47>	18 7	(44) (15)	9.06 .003 **

P-value: Personカイ2乗検定 ** p<.001, * p<.05, ns: not significant (N=88)

表9 ひきこもり経験の有無別にみたIIP (Inventory of Interpersonal Problems) 得点 (有意差の検出された項目のみ)

尺度名	項目数	得点範囲	経験あり(N=41)		経験なし(N=47)		群間差		
			Mean	SD	Mean	SD	t-value	(df)	P-value
【IIP下位尺度】									
3 冷淡・距離置き	8	0-25	9	(5)	8	(6)	-2.08	86	.041 *
7 自己犠牲	8	0-30	14	(5)	17	(6)	2.38	86	.020 *

※回答選択肢: (0)~(4)点。対象者は全員女性。 ** p<.001, * p<.05, ns: not significant

の方がより大きな困難を抱えていることが分かった。一方、それ以外の多くの項目では、両者の間に有意な差は見られなかった。

D. 考察

本研究（「摂食障害とひきこもりの関連に関する研究」）の二年目にあたる平成 18 年度は、医療機関に通院中の女性摂食障害患者を対象に、自記式質問紙法による調査を行った。本年度は、対象数が昨年度の 39 名から 90 名に増えたが、主な結果は昨年と同様であった。

- ① 摂食障害とひきこもりは関連が深い。摂食障害者の相当数が、経過中の少なくともある時期にひきこもりを経験している。
- ② 摂食障害患者にはトラウマ体験(暴力被害、性的被害、事故)が多い。
- ③ 摂食障害患者には、死別・離別体験、いじめられ体験、家族間暴力が多い。
- ④ 摂食障害患者には対人関係上の困難を抱えているものが多い。

今年は、昨年行った分析に加えて、対象全体をひきこもり経験がある者とない者の二群に分け、両者を比較した。その結果、

- ⑤ ひきこもり群は非ひきこもり群に比べて、ひきこもり関連エピソード(学校に行けない、家から出られない、家族と話せない、先生・職場の人・クラスメートと付き合いえない)、家族からの被暴力体験、自殺企図などをより多く体験していることが分かった。また、IIP で評価される対人関係上の困難のうち、「冷淡・距離置き」ではひきこもり群、「自己犠牲」では非ひきこもり群の方がより大きな困難を抱えていることが分かった。一方、それ以外の多くの項目では、両者の間に有意な差は見られなかった。

まず、①であるが、今回の対象のうち「ひきこもり経験がある」と答えた人は無回答の 2 名を除く 88 名中、41 名 (44%) に上った。また、ひきこもり関連エピソード（「学校に行けない」、「家

から出られない」、「友人と付き合いえない」、「家族と話せない」、「先生・職場の人・クラスメートと付き合いえない」) のいずれかを経験した者は、ひきこもり群で 100%、非ひきこもり群で 89%、関連エピソードのいずれかが 6 ヶ月以上続いた者も、ひきこもり群で 88%、非ひきこもり群で 60% と高い比率を示した。この結果は、これまでも指摘されている摂食障害とひきこもりの深い関連を、改めて強く支持するものであった。一方、これまでに就労経験があると答えた人は、学生を除くと 88%、そのうち、週 30 時間以上の就労経験があると答えた人は 56%、就労年数は平均 6 年、週 30 時間以上の就労年数も平均 4 年と、就労状況は決して悪くなかった。この結果は、一見矛盾するようにも見えるが、摂食障害という病気のあり方を考えてみると、それほど驚くには当たらないのかもしれない。即ち、摂食障害患者の社会適応や対人関係のあり方は、病状の経過や時期によって大きく変化しがちである。発症前や、発症後であっても、たとえば、いわゆる「拒食期」には十分な活動性が保たれ、就労が可能であった患者が、「過食期」には、うつ気分や自尊心の低下などに伴い、ひきこもりがちになるということは、臨床場面ではよく経験される場所であるし、今回の結果も、そのような事態を反映したものであるのかもしれない。

次に、②のトラウマ体験であるが、摂食障害と、虐待という形での性的被害や暴力被害、中でも性的虐待との関連については、これまでも、数多くの報告がある (Zerbe, 1993; Douzinas N et al., 1994; Ono et al., 1996; Brown, 1997; Schmidt et al., 1997; Molinari, 2001; 玄, 2001; 二宮, 2001; 増田, 2002; 斉藤[学], 2002; 小林, 2003; 飛谷, 2003; 小野, 2004; Treuer et al., 2005; 土居, 2005)。今回の結果は、間接的ではあるが、これまでの知見を支持するものと言える。しかし、摂食障害者に交通事故などの事故が多いとする報告は、報告者の調べ得た限りにおいては存在しない。今回このような結果が得られた理由は不明であるが、摂食障害による体力低下や注意力・集

中力の低下が一因になっている可能性は否定できないだろう。或いは、事例によっては、いわゆる間接的自殺・自傷行為としての事故という側面も含まれているかもしれない。摂食障害者に事故傾性が本当に高いのかどうかは、今後対象者数を増やして確認する必要がある。また、暴力被害や性的被害が、もっぱら家庭内虐待の文脈においてのみ生じているのか、それとも、それ以外の形、たとえば、③のいじめられ体験のように、家庭の外での、家族以外の人物との関係におけるトラウマ体験としても起こっているのか、この点についても、今後、検討が必要である。更に、③の家族間暴力のデータからも伺えるように、患者は常に受身的被害者であるとは限らない。患者が家族に対して暴力を振るい、それに対する防御や反撃として家族から受けた暴力を、患者がトラウマとして体験している可能性も否定はできない。性的被害にしても、排出型摂食障害の一部に見られるとされる性的乱脈 (Fahy et al., 1993; Evans, 1996; 渡辺, 1996; Nagata et al., 2000) の中では、そのリスクは、ある程度必然的に高まってしまふのかもしれない。患者のトラウマを、単なる受身的エピソードとして捉えて終わるのではなく、どのような文脈において生じてきたものかについてもよく検討することが、今後の課題である。

次に③であるが、摂食障害患者に、両親やその他の重要な他者との死別・離別体験 (Boumann et al., 1994; Nagata, et al., 2002; 坂梨・他, 2003; 木村・他, 2004) や、いじめられ体験 (阿部・他, 1999; 二宮・他, 1999; 渡辺・他, 2001) を持つ者がいることについては、これまでもしばしば指摘がなされてきた。家族間暴力についても、家族からの暴力については、身体的虐待として、家族に対する暴力については、いわゆる家庭内暴力 (笠原・他, 1985; 北村・他, 1985; 高岡・他, 1990; 渡辺, 1996; 佐々木, 2002; 矢野・他, 2004) として、これまでも報告があり、今回の結果は、これまでの知見を支持するものと言える。但し、②のトラウマ体験についても言えることであるが、これらのエピソードが果たして、摂

食障害や引きこもりにとって、どれほど病的に働くのか、リスク・ファクターとしてどれ程の重要性を持つのか、或いは摂食障害や引きこもりの結果として、またはそれに随伴する形で起こってくるのかといった点については、本研究の結果だけから決定的なことは言えない。各エピソードの出現時期や時間的順序、摂食障害以外の精神科疾患患者や一般健常者におけるこれらのエピソードの出現頻度などについて、今後更に、詳細な検討が必要である。

次に④の対人関係上の問題であるが、摂食障害や引きこもりにおいて、様々な形での対人関係上の困難が認められることはよく知られている。本研究では、IIP (Inventory of Interpersonal Problems) を用いて、この対人関係上の問題を幾つかの側面から捉えようとした。IIP を用いたこれまでの研究では、社会恐怖、さまざまなタイプのパーソナリティ障害、うつ病などの IIP 特性を検討しているが、それらによると、各々の疾患に特徴的な IIP のパターンが認められている (Horowitz et al., 2000)。摂食障害と IIP の関連を調べた先行研究は、我々の調べ得た限りでは存在していないが、筆者らが以前、摂食障害の集団療法の際に調査した結果によれば、全体として、最も一貫して高かったのは、「主張困難」であり、これに「過剰配慮」、「過干渉・依存」、「自己犠牲」、「対人抑制」が続く形となっていた (水田・他 [投稿中])。一方、本研究では、いずれの因子も高得点であったが、中でも、「主張困難」、「過剰配慮」、「自己犠牲」、「対人抑制」が特に高かった。これらの傾向は、先行研究における社会恐怖 (「対人抑制」と「主張困難」が高い)、回避性人格障害 (「対人抑制」と「主張困難」が高い)、依存性人格障害 (「主張困難」、「過剰配慮」、「自己犠牲」が高い) などと共通するところが多かった。社会恐怖や回避性人格障害は、引きこもりに関連するとしてしばしば指摘される病態であり、ここに摂食障害と引きこもりを媒介する一つの要因を想定することが許されるかもしれない。また、IIP について言えば、引きこもりを、対人関係の問題

という側面から定性的に検討した研究や調査はこれまでもしばしば行われてきているが、定量的研究はまだ殆ど存在していないように見える。IIP は、この定量的研究において、今後、有用な評価法となる可能性があるように思われる。

最後に⑤のひきこもり群と非ひきこもり群の比較についてであるが、ひきこもり群が非ひきこもり群に比べて、ひきこもり関連エピソード(学校に行けない、家から出られない、家族と話せない、先生・職場の人・クラスメートと付き合いえない)を頻繁に体験していたことは、ある意味で当然と言えるかもしれない。ひきこもり中の体験として回答した患者が相当数いると考えられるからである。しかし、ひきこもりと関連エピソードは、完全に重なるわけではない。個別に回答を検討してみると、ひきこもりを体験していた以外の時期に関連エピソードがあったと回答している者も、やはり相当数含まれていると思われたからである。本研究では、関連エピソードについては時期別に尋ねたが、ひきこもりについては、初発年齢と期間のみを尋ね、時期別には尋ねなかった。このため、ひきこもりと関連エピソードがどのように関連したり、独立して出現しているかについて、正確な比率を出すことはできない。両者の関連については、今後の検討課題としたい。

次に、ひきこもり群は非ひきこもり群に比べ、家族からの被暴力体験、自殺企図などをより多く体験していたという点については、家族からの被暴力体験や自殺企図関連要因(精神疾患、対人関係上の問題、トラウマ体験等)が、直接的・間接的、近接的・遠隔的にひきこもりを引き起こした可能性、或いは逆に、ひきこもり状態が続く中で家族関係や心理状態が悪化し、そのことが家族からの被暴力体験や自殺企図につながった可能性が考えられる。また、これら以外の未知の要因が、ひきこもりと家族からの被暴力体験・自殺企図のそれぞれにつながっており、ひきこもりと家族からの被暴力体験・自殺企図の間には直接の関連は存在していない可能性も否定はできない。また、IIP で評価される対人関係上の困難のうち、「冷

淡・距離置き」ではひきこもり群、「自己犠牲」では非ひきこもり群の方がより大きな困難を抱えていることが分かった。ここから、摂食障害者では、相手の思惑に極端に気を使い(「過剰配慮」、自分の気持ちや欲求を抑えて表に出さず(「主張困難」)、相手の気持ちを損ねないために自分を犠牲にする(「自己犠牲」)ことで何とか対人関係を円滑に保とうと努力しているものの、それが維持できなくなると、ひきこもって自分の殻に閉じこもってしまう(「冷淡・距離置き」という流れを想像することもできるかもしれない。しかし、ひきこもり群と非ひきこもり群の比較を行った結果、上記の項目以外の多くの項目では、両者の間に差が見られなかったことも考え併せると、これらの可能性について結論を出すのは早計である。ひきこもりを伴うタイプと伴わないタイプ、ひきこもりの先行するタイプと摂食障害の先行するタイプ、摂食障害の病型間などに、どのような異同があるのか、また、どこからどのようにその異同が生じてくるのか、これらの疑問についても、今後の検討課題としたい。

E. 結論

医療機関に通院している摂食障害患者 90 名を対象とし、自記式質問紙法による調査を行った。その結果、以下のことが分かった。

- ① 摂食障害と引きこもりは関連が深い。摂食障害者の相当数が、経過中の少なくともある時期に引きこもりを経験している。
- ② 摂食障害患者にはトラウマ体験(暴力被害、性的被害、事故)が多い。
- ③ 摂食障害患者には、死別・離別体験、いじめられ体験、家族間暴力が多い。
- ④ 摂食障害患者には対人関係上の困難を抱えているものが多い。
- ⑤ ひきこもり群は非ひきこもり群に比べて、ひきこもり関連エピソード(学校に行けない、家から出られない、家族と話せない、先生・職場の人・クラスメートと付き合いえない)、家族からの被暴力体験、自殺企図

などをより多く体験している。また、IIPで評価される対人関係上の困難のうち、「冷淡・距離置き」ではひきこもり群、「自己犠牲」では非ひきこもり群の方がより大きな困難を抱えている。一方、それ以外の多くの項目では、両者の間に有意な差は見られない。

(引用文献)

阿部達也, 中畑元, 須藤智行, 佐々木大輔 (1999). 大学生の食行動異常と, いじめ・いじめられ体験に関する研究. 心身医学, 39 (6) :471.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Chamey DS, Keane TM, & Buckley TC (1997). Clinician administered PTSD scale for DSM-IV. (Available from the National Center for PTSD, VA Medical Center, 215 North Main St., White River Junction, Vermont 05009).

Boumann CE, Yates WR (1994). Risk factors for bulimia nervosa: A controlled study of parental psychiatric illness and divorce. Addictive Behaviors, 19 (6) :667-675.

Brown L (1997). Child physical and sexual abuse and eating disorders: A review of the links and personal comments on the treatment process. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31 (2) :194-199.

土居あゆみ (2005). 小児虐待を契機に発症した Anorexia Nervosa の 9 歳女兒例. 心身医学, 45 (1) :68.

Douzinas N, Fornari V, Goodman B, & Sitnick Tobyet (1994). Eating disorders and abuse. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 3 (4) : 777-796.

Evans CDH, Searle Y, & Dolan BM (1998). Two new tools for the assessment of multi-impulsivity: The 'MIS' and the 'CAM.' European Eating Disorders Review, 6 (1) :48-57.

Fahy TA & Eisler I (1993). Impulsivity

and eating disorders. British Journal of Psychiatry, 162:193-197.

Fairburn CG & Cooper Z (1993) The Eating Disorder Examination (12th edition). In: Fairburn CG & Wilson GT (eds.) Binge eating □ Nature, assessment, and treatment. New York: The Guilford Press. pp. 317-360.

Fairburn CG & Beglin SJ (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? International Journal of Eating Disorders, 16 (4) :363-370.

Garner DM (1991). Eating Disorder Inventory □ 2. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

玄東和 (2001). 退院後に母親からの虐待が判明した神経性大食症の 1 女性例. 心療内科, 5 (6) :414-419.

Hagan MM, Tomaka J, & Moss DE (2000). Relation of dieting in college and high school students to symptoms associated with semi-starvation. Journal of Health Psychology, 5 (1) :7-15.

Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, & Pincus AL (2000). Inventory of Interpersonal Problems - Manual. The Psychological Corporation.

笠原敏彦, 安田素次, 林下忠行 (1985), 過食症 (Bulimia) の臨床的検討—症候学的特徴について. 精神神経学雑誌, 87 (8) :521-545.

笠原嘉 (1977). 青年期～精神病理学から. 中公新書.

木村宏之, 外ノ池隆史, 室谷民雄 (2004). 遅発性摂食障害について. 精神医学, 46 (3) :235-242.

衣笠隆幸 (2001). 「ひきこもり」の症状形成と時代精神—戦後 50 年の神経症症状の変遷の中で—. こころの臨床 □la·carte, 20 (2) :211-215.

北村陽英, 藤本淳三, 井上洋一 (1985). やせを伴う Eating disorder の臨床的研究—22 年間の 216 症例について. 精神医学, 27 (1) :107-116.

小林純 (2003). 摂食障害患者の病像と父親の特徴との関係—特に専制型の父親に注目して. 臨床精神医学, 32(2):193-200.

草野美穂子, 額原禎人, 中村敬, 牛島定信, 館哲朗, Jörn von Wietersheim (2000). Eating Disorder Inventory-2 の一般女子学生への試行. 日本社会精神医学会雑誌, 9(2):171-181.

増田由紀子 (2002). 幼少時期に虐待歴のある神経性食思不振症の1例. 心身医学, 42(8):549.

Mizuta I, Inoue Y, Fukunaga T, Ishi R, Ogawa A, & Takeda M (2002). Psychological characteristics of eating disorders as evidenced by the combined administration of questionnaires and two projective methods □ the Tree Drawing Test (Baum Test) and the Sentence Completion Test (SCT). Psychiatry and Clinical Neurosciences, 56(1):41-53.

Mizuta I, Ikuno T, Shimai S, Hirotsune H, Ogasawara M, Ogawa A, Honaga E, & Inoue Y (2005). The prevalence of traumatic experiences in young Japanese women. Journal of Traumatic Stress, 18(1):33-37.

水田一郎, 植月マミ, 鈴木朋子, 渡辺洋一郎 (2006). “対人関係”に焦点を当てた摂食障害の集団療法の試み (投稿中).

Molinari E (2001). Eating disorders and sexual abuse. Eating and Weight Disorders, 6(2):68-80.

文部省初等中等教育局 (1996). 児童生徒のいじめ等に関するアンケート調査結果—児童生徒の問題行動等に関する調査研究協力者会議報告.

Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N, Iketani T (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: Primary and secondary impulsivity. Psychiatry Research, 94(3):239-250.

Nagata T, Kawarada Y, Ohshima J, Iketani T, Kiriike N (2002). Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. Psychiatry Research, 109(2):181-191.

二宮恒夫, 谷洋江 (1999). いじめによる再発後、しだいに閉じこもるようになった摂食障害例. 子どもの心とからだ, 8(1):46.

二宮恒夫 (2001). ドメスティック・バイオレンスの目撃による心的外傷の2例. 子どもの虐待とネグレスト, 3(2):313-319. 山口利昌, 守口善也, 志村翠, 大場真理子, 棚橋徳成, 大川昭宏 (2004). 摂食障害の心理特性に関する検討—病型による相違と健常女性との比較. 臨床精神医学, 33(7):931-938. 安島英裕, 丸山隼 (2004). 不登校, 引きこもり, 摂食障害を主訴に当院を受診した一女児例. 子どもの心とからだ, 12(2):171-172.

岡本百合, 中津完, 河村隆弘 (2000). 「引きこもり」を呈した摂食障害. 心身医学, 40(8):655

小野真吾 (2004). 幼児虐待を背景に摂食障害、解離性同一性障害、ヒステリー盲を呈した1女性例. 心身医学, 44(2):150.

Ono Y, Berger D, Saito S, Takahashi Y, Kuboki T, Ishikawa Y, Tezuka I, Nakamura K, Suematsu H, Asai M (1996). Relationship of childhood abuse to psychiatric distress, social adjustment, and eating disorder severity in Japanese bulimics. European Eating Disorders Review, 4(2):121-130.

斉藤学 (2002). 摂食障害と児童期性的虐待. 輸液・栄養ジャーナル, 24(7):367-372.

斉藤環 (2002). 社会的ひきこもりの現状と展望. 思春期青年期精神医学, 12(1):13-20.

斉藤環 (2003). ひきこもりと摂食障害. ころの科学, 112:82-87.

坂梨小枝子, 安東龍雄, 忠井俊明. 拒食と過食を頻回に繰り返す摂食障害の1例—喪の作業の遷延化 (2003). 心療内科, 7(2):169-174.

佐々木雅之. パロキセチンにより認知・行動面が劇的に改善した神経性過食症—非排出型の1例 (2002). Pharma Medica, 20(10):81-86.

Schmidt U, Humfress H, & Treasure J (1997). The role of general family environment and

sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5 (3) :184-207.

鈴木朋子, 水田一郎. 女子大学生における対人関係問題の測定の試み—IIP (Inventory of Interpersonal Problems) のわが国への適用可能性の検討 (投稿準備中) .

高岡健, 栗田有代, 本間博行, 藤川明彦, 黒田弘彦, 太田泰郎 (1990). 思春期やせ症の回復過程に関する臨床医学的考察. *児童青年精神医学とその近接領域*, 31 (5) : 351-359.

館哲朗 (2000). 摂食障害と引きこもり. *精神療法*, 26 (6) :39-45.

Takei M, Nozoe S, Tanaka Y, Soejima Y, Manabe Y, Takayama I, & Yamanaka T (1989). Clinical features in anorexia nervosa lasting 10 years or more. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52:140-145.

飛谷渉 (2003). 父-娘近親姦体験を持つ女性例における悲劇の再演と反復の諸相. *精神科治療学*, 18 (5) :591-599.

Toro J, Nicolau R, Cervera M, Castro J, Blecua MJ, Zaragoza M, & Toro A (1995). A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4 (3) :165-174.

Treuer T, Koperdick M, Rössler S, Fiedler J, & Fiedler J (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13 (2) :106-111.

渡辺厚 (1996). 神経性過食症の精神症状と問題行動. 星野仁彦・金子元久・丹羽真一 (編) 摂食障害の診療ストラテジー. 新興医学出版社. pp. 82-85.

渡辺弘美, 田中朱美, 竹宮敏子, 小滝美智子 (2001). この10年間の大学生摂食障害に関する検討. *CAMPUS HEALTH*, 37 (1) :211-214.

山口利昌, 守口善也, 志村翠, 大場眞理子,

棚橋徳成, 大川昭宏 (2004). 摂食障害の心理特性に関する検討—病型による相違と健常女性との比較. *臨床精神医学*, 33 (7) :931-938.

矢野かおり, 吉川悟. 家庭内暴力のみられた女子摂食障害の1症例—Life stage が変化する際にみられる問題行動への家族援助 (2004). *心身医学*, 44 (6) :454-455.

安島英裕, 丸山隼 (2004). 不登校、引きこもり、摂食障害を主訴に当院を受診した一女兒例. *子どもの心とからだ*. 12 (2) :171-172.

Zerbe CJ (1993). Swallowing anger and despair. : The impact of physical and sexual abuse. In: Zerbe CJ: *The body betrayed*. pp. 195-222. (藤本淳三, 井上洋一, 水田一郎 (監訳) : 心が身体を裏切る時—増え続ける摂食障害と統合的治療アプローチ. 星和書店. 1998年)

F. 健康危険情報

(なし)

G. 研究発表

1. 論文発表

- 水田一郎 (分担執筆). 藤本修 (編) : 現場に活かす精神科チーム連携の実際—精神科医、心理士、精神科ソーシャルワーカーのより良い連携を求めて, 創元社, 大阪, 2006.

2. 学会発表

- 水田一郎, 植月マミ, 鈴木朋子, 渡辺洋一郎. “対人関係” に焦点を当てた摂食障害の集団療法の試み. 第47回日本児童青年精神医学会, 2006.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

(上記1～3いずれもなし)

ひきこもり支援における保健所と精神科医療機関の連携の現状と課題

分担研究者 水田一郎¹⁾

研究協力者 鈴木朋子²⁾

1)神戸女学院大学 2)甲子園大学

研究要旨

本研究では、地域の公的機関の中で、ひきこもり支援の第一線を担うことを期待されている保健所と地域の精神科医療機関（精神科医）の連携の現状や問題点、今後に向けての課題を検討することを目的として、大阪府下の府保健所の相談員を対象に、聞き取り調査と質問紙法による調査を行った。その結果、①ひきこもり相談の中には精神医学的診断のつく事例が少なからず存在すること、②医療機関との連携は重要であると考えていること、③しかし現状では、連携は必ずしも容易ではないこと、④連携を困難にしている精神科医側の要因として(a)ひきこもり支援に関わる社会資源についての知識が乏しい、(b)発達障害や思春期を診ることのできる医師が少ない、(c)現在の医療保険制度の下で時間や手間のかかるひきこもりに対応することは困難などの要因があること、⑤ひきこもり支援において、保健所でのひきこもり対応と精神科医療のどちらが優先されるべきかは、基礎疾患によっても異なることなどが分かった。

これらのことから、保健所の相談員は、ひきこもり支援において、精神科医療との連携への期待を強く持っていること、しかし、精神科医療の現状はその期待に十分応えきれていないと感じていること、連携における精神科医療の役割として、保健所を中心とした支援活動を背後から支えるような形での働きを期待していることなどが推察された。

A. 研究目的

ひきこもりには様々なタイプがあり、その中には、精神医学的診断のつく者が相当数含まれている。たとえば、伊藤ら（2003）が全国の保健所・精神保健センターを対象に行った調査によれば、2002年の1年間に来所相談を受けたひきこもり事例（4083件）の中で、個票から情報が得られたのは3283件であったが、このうち、35.7%が、神経症、人格障害、発達障害など、何らかの精神医学的診断の既往を有していた。また、近藤ら（2006）は、山梨県立精神保健センターにおいて、2001年4月～2005年3月に相談を受けた青年期ひきこもり事例のうち、本人が来談した24事例について、4人の専門職間で協議を行い、

DSM診断を試みた。その結果は、24例中、精神遅滞や広範性発達障害など『通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害』が13例、『統合失調症及びその他の精神障害』が3例、『不安障害』が8例、『パーソナリティ障害（傾向）』が3例であり、診断保留の3例を除いた全例（100%）に精神医学的診断がついた。

我国において現在、ひきこもりがどれくらいの数に上るのか、その正確な実態は知られていないが、これまで行われた調査によれば、少ないもので20万～50万人、多いもので80～120万人程度という推計がなされている（三宅、2005）。このうち、精神医学的援助を必要とする者が、仮に、上の伊藤らの調査の36%程度であったとすると、

その数は7万～40万人程度に上ることになる。ただし、伊藤らの調査では、相談を受けた者のうち、精神科受診・通院歴はないが、精神医学的診断がつくと考えられた者の比率が明らかにされていない。この比率を加えるなら、実際には、36%以上の者が、何らかの精神医学的診断がつく可能性があったと考えられる。また、近藤らの調査では、ほぼ全例に精神医学的診断がついているが、これは、丁寧に診断すれば、ひきこもり者のうち、精神医学的診断のつく者の比率が更に高くなる可能性を示唆するものと言える。このように考えると、精神医学的診断のつく者の数は、実際には、7万～40万人よりも遥かに多くなる可能性も否定はできない。

一方で、精神医学的診断のつくひきこもり者が、治療を求めて自ら、精神科医療機関を受診したり、通院したりすることは、決して多いとは言えないようである。その実態はよく分かっていないが、あえて推測を試みるならば、たとえば、上の伊藤らの研究で対象となったのは、ひきこもりについて相談してきた者に限られている。保健所・精神保健センターに相談する者は、相談しない者に比べ、おそらくは、精神科医療機関を受診したり、通院する可能性も高いと考えるならば、保健所・精神保健センターに相談しなかった大多数のひきこもり者のうち、精神科医療機関への受診・通院歴のある者は、36%よりも低いことが予想される。また、ひきこもり家族調査委員会が全国のひきこもり親の会や会員に対して行ったアンケート調査（ひきこもり家族調査委員会、2006）によれば、対象となったひきこもり者のうち、これまでに相談機関を利用したことのある者の比率は約4割であったが、このうち継続的に利用しているのはその半数、約2割にすぎなかった。また、相談機関の中では、精神科医療機関の利用頻度が最も高かったものの、相談機関全体の4割程度にすぎなかった。この調査ではこれ以上の詳細が明らかにされていないが、単純計算すれば、対象となったひきこもり者のうち、精神科医療機関を受診した者は2割弱であり、継続して通院している

のは1割弱にすぎないことになる。親がひきこもり家族会に入っているひきこもり者は、そうでないひきこもり者に比べ、おそらく、精神科医療機関を受診したり、通院する可能性が高いと考えるならば、親が家族会に入っていない大多数のひきこもり者の、精神科医療機関受診・通院率は、これよりも更に低くなることが想像される。

ひきこもり者が、自ら精神科医療機関を受診したり、通院したりすることが少ない理由としては、精神医学的援助を必要とする状態であるということ、本人や家族が気づいていなかったり、そのような状態に陥っていると認めることや、受診することに対して拒否的であったりするなど、様々な要因が考えられる。たとえば、ひきこもり家族調査委員会の調査（n=603）によれば、本人が相談機関を利用しない理由として、「効果に疑問を感じる（28%）」、「本人が必要でないと言う（19%）」、「過去にいやな思いをした（16%）」、「どのような相談機関があるかわからない（11%）」、「費用が高い（8%）」、「時間がかかる（6%）」、「外出できない・対人恐怖（4%）」、「友人や親戚がどう感じるかが気になる（4%）」などが挙げられている。

以上のように、ひきこもり状態にある者の多くは何らかの精神医学的問題を抱えており、精神医学的援助を受けることによって、ひきこもりや関連症状が改善する可能性を有している。しかし実際には、未治療のまま、症状や苦悩を抱え続けている者が多いことが推察される。

この現状を改善するために求められるのが、関係諸機関の連携である。近年、ひきこもりに対する社会的関心の高まりと共に、保健所、精神保健センター、教育相談機関、就労支援機関、福祉機関、民間の相談支援機関、家族会、自助グループなど、種々の機関や組織が、ひきこもり支援に取り組み始めている。効果的なひきこもり支援のために、これら諸機関の間の連携が重要であるということは、しばしば指摘されることである。この連携やネットワークに、精神科医療機関が組み入れられることによって、精神医学的援助を必要

としながら、これまでは手が届かなかったひきこもり者に対し、有効な援助を行うことができるようになることを期待される。

ひきこもり支援における諸機関の連携の現状はよく知られていない。その実態は地域によっても大きく異なり、多くの地域では、依然として試行錯誤が続いているようである。そこで本研究では、地域の公的機関の中でひきこもり支援の第一線を担うことを期待されている保健所と精神科医療機関の連携の現状を調査し、そこに含まれる問題点や今後に向けての課題を検討する。また、このことを通じて、ひきこもり支援のネットワーク作りに求められる条件の一端を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

対象は、大阪府下の府保健所でひきこもり支援に携わっている相談員とし、二段階に分けて調査を行った（以下、調査1、調査2とする。）調査1では、異なった保健所に勤務する相談員2名に対し、聞き取り調査を行い、保健所と精神科医療機関の連携の現状や問題点について尋ねた。調査2では、調査1の結果を参考に、ひきこもり支援の現状や、保健所と精神科医療機関の連携の現状・問題点について尋ねる自記式質問紙を作成し、大阪府下の保健所でひきこもり支援に携わっている相談員に対して、質問紙法による調査を行った。質問紙は、大阪府庁障害保健福祉室地域生活支援課の協力を得て大阪府の各保健所宛に送り、回答を依頼した。調査は2006年12月から2007年1月にかけて実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は、聞き取り調査、質問紙調査ともに、個別のケースについての個人情報提供を求めていることから、倫理的な問題はないものと考えられる。

C. 研究結果

（調査1）

相談員2名に対して、ひきこもり支援や地域の

精神科医療機関との連携の現状や問題点を中心に聞き取り調査を行った。二名の相談員の間には若干の違いが認められたものの、共通するところも多かった。相談員の意見をまとめると、およそ以下のものであった。

- 医療との連携のあり方は、ひきこもりのタイプによっても異なる。
 - ▶ 精神病性のひきこもりはひきこもりとは考えない。あくまでも精神病として対応していく。この場合は医療機関との連携を欠かせない。
 - ▶ 病気とは言えない（精神疾患に起因しない）ひきこもりの場合、医療との連携は不要である。
 - ▶ 病気とは言えない（精神疾患に起因しない）ひきこもりでも、二次的に精神医学的症状が出てきた場合は、医療の対象になることがある。
 - ▶ 発達障害からくるひきこもりの場合、医療に期待できることは多くない。医療との連携はあまり積極的に考えない。
 - ▶ 非精神病性・非発達障害性の精神疾患に起因するひきこもりの場合でも、医療以外の援助が優先される場合がある。
- 連携をしにくくしている精神科医側の要因がある。
 - ▶ ひきこもりや精神疾患の支援に関わる社会資源（たとえば、保健所、地域生活支援センター、作業所など）のことをあまり知らない医師が多い。
 - ▶ 発達障害や思春期を診ることのできる医師が限られている。
 - ▶ 現在の医療保険制度の下で、時間や手間のかかるひきこもりに対応することは困難ではないか。（面接時間を長くとることが可能な保健所の嘱託医とは連携をとりやすい。）
- 連携をしにくくしている本人側の要因がある。
 - ▶ 殆どの場合、本人は相談場面に現れない。家族のみの相談が殆どである。
 - ▶ 本人の医療拒否が強い。医療が必要と感じて

紹介しても、医療機関を受診しない場合が多い。ただし、家族は医療を好む傾向が強い。

- 医療との連携は重要である。
 - ▶ 医師がひきこもりにもっと関心を持ち、地域の社会資源などにも目を向けるようになれば、今より連携がしやすくなる。
 - ▶ 支援の中心は保健所が適当ではないか。医療はそれを背後から支えるような形で機能するのがよいのではないか。
 - ▶ ネットワーク会議に医師会や精神科病院協会・精神科診療所協会のような医師団体が入ったり、地域で対応できそうな患者を精神科医療機関から保健所に紹介するなどの形での相互交流を望む。

(調査 2)

調査 2 では、調査 1 の結果を参考に、ひきこもり支援の現状や、保健所と精神科医療機関の連携の現状・問題点について尋ねる自記式質問紙を作成し、大阪府下の保健所でひきこもり支援に携わっている相談員に対して、質問紙法による調査を行った。以下にその結果を示す。なお、本研究では、ひきこもりを「①自宅を中心とした生活、②就学・就労といった社会参加活動ができない・していないという状態が 6 ヶ月以上続いているもの。ただし、就学・就労はしていなくても、家族以外の他者（友人など）と親密な人間関係が維持されている者は除く」とした。伊藤ら（2003）の「社会的ひきこもり」調査では除外された統合失調症などの精神病圏の疾患と、中等度以上の精神遅滞（IQ55-50）は、除外基準とはしなかった。これは、本人や家族が社会的ひきこもりと考えていても、実際にはそこに精神疾患（精神病圏の疾患や精神遅滞）が関与していたり、精神疾患が関与していても、その対応よりは社会的ひきこもりとしての対応が優先されるような事例があることを想定したからである。保健所と精神科医療機関の連携を検討する今回の調査では、そのような事例にも注目する必要があると考え、精神病圏の疾患や精神遅滞も含めて調査することとした。

回答率・回答件数

調査への協力を依頼した 14 箇所の府保健所（精神衛生相談員の総数は 69 人）のうち、回答が得られたのは 5 保健所であった。相談員単位での回答を求めたが、これに従ったのは 1 保健所（相談員 4 名）のみであり、残りの 4 保健所は、合議または個別の相談員の回答を集計して代表者 1 名が回答する形で回答していた。（回答してきた 5 保健所の精神衛生相談員の総数は 25 人であった。）前者と後者では、本来、回答の意義は異なる。しかし、母数が少ないこともあり、本調査では両者を一応同質のものとし、特定の項目を除いては 8 件の回答（即ち相談員単位で回答してきた 4 件と保健所単位で回答してきた 4 件の合計）があったものとして取り扱うこととした。回答率は、保健所単位で考えた場合は 5/14(36%)、相談員単位で考えた場合は 8~25/69 (12~36%) であった。

回答者の相談業務経験年数・ひきこもり支援経験年数・ひきこもり支援への関心度など（表 1）

回答者の相談業務経験年数は 10 年以上が 6 件（75%）であり、経験豊かな人が多かった。

表 1. 回答者の特性

特性	度数	(%)
相談業務経験年数		
1 年未満	1	(13)
1~3 年未満	1	(13)
3~5 年未満	0	(0)
5~10 年未満	0	(0)
10 年以上	6	(75)
保健所勤務年数		
1 年未満	1	(13)
1~3 年未満	0	(0)
3~5 年未満	0	(0)
5~10 年未満	1	(13)
10 年以上	6	(75)
ひきこもり支援の経験年数		
経験はない	0	(0)
1 年未満	1	(13)
1~3 年未満	5	(63)
3~5 年未満	0	(0)
5 年以上	2	(25)
ひきこもり支援への興味・関心		
非常にある	4	(50)
少しある	3	(38)
どちらともいえない	1	(13)
あまりない	0	(0)
全くない	0	(0)
現在勤務する保健所のひきこもり支援への熱心さ		
熱心である	3	(38)
少しは熱心である	4	(50)
あまり熱心でない	1	(13)
熱心でない	0	(0)

(N=8)