

国際調査票開発に基づく現代うつ病と社会的ひきこもりの実態調査

加藤 隆弘

九州大学先端融合医療レドックスナビ研究拠点・九州大学大学院医学研究院 精神病態医学分野 特任准教授
(助成時：九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野 特任助教)

【ポスター -1】

国際調査票開発に基づく現代うつ（いわゆる新型うつと最近言われていて、若い人に多いうつ病）と社会的ひきこもりの実態調査を、国際調査として行いました。

社会的ひきこもりや現代うつは、教育現場や会社などで不適應などを起こし、たいへんな社会的問題になっていますが、実は、精神医学においては、治療法はおろか診断法すら確立していません。これは、私が以前行った国際ビネット調査です。各ビネットを8カ国の精神科医に見せて、「こういう症例はどのような病気だと思うか」等の質問をしたのですが、そこで「あなたの国でもそういう症例がいますか」と尋ねたところ、現代うつやひきこもりが日本以外の国にもいる可能性がビネットレベルで分かって、報告してきました。今回は、そうしたビネット調査で得た仮説を元に、実際に他の国でもひきこもり等が存在するのかを評価するための評価票を作って、調査しました。

【ポスター -2】

ひきこもりというのは今、世界的に注目されていて、オックスフォードディクショナリーには2010年に掲載され、ひきこもりの定義が定められています。また、私たちの調査をもとにルモンドというフランスの新聞社が取材に来て、私へのインタビュー記事が掲載されました。フランスでもひきこもりがいるということで注目されているようです。

その他の、韓国、スペイン、オマーン等、いろいろな国でひきこもりの症例が報告されていましたが、実際には診断法がないから本当のひきこもりかどうかは

ポスター 1

背景・目的

近年日本において若者を中心に台頭している、「社会的ひきこもり」、及び、「現代型うつ病(注:未だ医学用語にはなっておらず)」は、就学者・労働者人口の減少など日本の医療・経済に深刻な影響を及ぼし、社会問題と化しているが、治療法はおろか診断法すら確立していない。発表者らが以前行った国際ビネット調査によると、両症候群は今後、海外でも増加し、国際的懸案となることが懸念される(Kato et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012 & Lancet 2011)。本研究では、両症候群の診断・重症度を判定できる国際基準の調査票(暫定版)を開発し、国際実態調査を行ったので、報告する(Int J Social Psychiatry 2014 in press)。

(今回の発表では、時間の都合上、「社会的ひきこもり」に関してのみ報告する)

ポスター 2

ひきこもり(Hikikomori)の国際化？



発表者らが以前行ったビネット調査では、「社会的ひきこもり」のケースが日本以外にも広く存在する可能性を示唆している(Kato et al. 2011 & 2012)。韓国・スペイン・オマーン・フランスなどではひきこもりのケースが症例報告されているが、厳密な診断基準による報告ではない。診断法を確立し、その存在の有無の確認が国際的な研究の第一歩である。

よく分からないというのが現状でした。

【ポスター-3】

ひきこもりに関する現時点での一番新しい定義は、厚労省の研究として2011年に斎藤万比古先生らが定めた定義で、ここに掲載しています。基本的には「6カ月以上いわゆるひきこもり状態にある人で、精神病いわゆる統合失調症は含めないけれども、ただその可能性も否定できない」という具合にやや曖昧な表記になっています。こうした、様々な文献をもとにして我々がまず行ったのは、構造化面接システムを作ろうということでした。ひきこもりの状態を、行動学的に実際行動としてひきこもっているか、あるいは心理学的に気持ちとしてもひきこもっているか、そうしたことをもとに診断法を作成しました。

【ポスター-4】

これらを日本語でまず作成して、英語に訳して、日本、アメリカ、インド、韓国のひきこもり者を探してインタビューしました。エントリー数はかなり少なく、日本で10名、以下7名、9名、3名です。

【ポスター-5】

各国でトータル36名のひきこもり者を集めることが出来ました。9割くらいは同居でした。あとは独居です。意外と高学歴の人が多かったのですが、これは昔から言われていたことです。

【ポスター-6】

ひきこもり者に心理学的な評価尺度にも回答してもらいました。これは有名な孤独感尺

ポスター 3

方法1) 「社会的ひきこもり」に関する評価ツールの開発
「社会的引きこもり」の定義

「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的な現象とするが、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いことに留意すべきである。」

(ひきこもりの評価: 支援に関するガイドライン(平成22年)―厚生労働科学研究補助金こころの健康科学研究事業(代表 斎藤万比古))

この定義をはじめとした既存の諸定義を元にして、学術論文も参考にして、行動学的・心理学的・現象学的に検討を重ね、まず、構造化インタビューによる「ひきこもり評価ツール」を独自に開発した(下図・次頁: Int J Social Psychiatry 2014, in press)。

ポスター 4

方法2) 国内外での実態調査

- 作成した「ひきこもり評価ツール」(右)を日本・米国・韓国・インドでのひきこもりの可能性のある被験者を対象として実施した。
- 並行して、既存の各種心理評価尺度(自記式)を実施した。
- 治療的介入に関する好みを尋ねた。

Table 1. Sociodemographic characteristics of participants with hikikomori in four countries.

Characteristic	Total	Japan	USA	India	Korea	p
	(n = 36)	(n = 11)	(n = 11)	(n = 10)	(n = 4)	
Age (years)						
18-21	11 (32)	2 (18)	2 (18)	3 (30)	4 (100)	.04
22-30	11 (32)	3 (27)	4 (36)	6 (60)	0 (0)	
31-49	12 (35)	6 (55)	5 (45)	1 (10)	0 (0)	
Education level						
High school graduate or less	16 (44)	7 (64)	2 (18)	3 (30)	4 (100)	.01
Some college or more	20 (56)	4 (36)	9 (81)	7 (70)	0 (0)	
Living situation						
Lives with others	32 (89)	10 (91)	8 (73)	10 (100)	4 (100)	.2
Lives with no one	4 (11)	1 (9)	3 (27)	0 (0)	0 (0)	

ポスター 5

結果: 各国のひきこもり症例における特性

36名のひきこもり者

89% 同居

年齢 (years)

- 31 to 49: 33%
- 18 to 21: 31%
- 22 to 30: 36%

56% 大卒以上

度という、UCLAで開発されたものです。ひきこもり者では、やはり孤独感が強い傾向を認めました。

あとはソーシャルネットワーク尺度というのがありまして、家族とどのくらい関係があるか、友人たちのネットワークはどの程度かという評価尺度で、ひきこもり者では、やはり低くなっていました。

症例数は少ないのですが、日本人のひきこもりに対して、アメリカ、インド、韓国のひきこもりの人はどういう傾向があるかということ解析したところ、孤独感に関してはアメリカや韓国のひきこもりの人は、より強く感じていることがわかりました。インドのひきこもりの人はソーシャルネットワークつまり社会的な関係は意外と保たれていました。

インドの精神科医にこの調査を依頼したのですが、僕らが思っているひきこもりとは若干違う人をエントリーしたのかもしれないと思っています。インドでは、外来通院している患者さんを対象にしていたので、こうした国際調査ですと、どうしても期待したようなサンプルが集まらないという不都合が生じやすいですけれども、そのためにも、きちんとした構造化が大事であると僕は思っています。

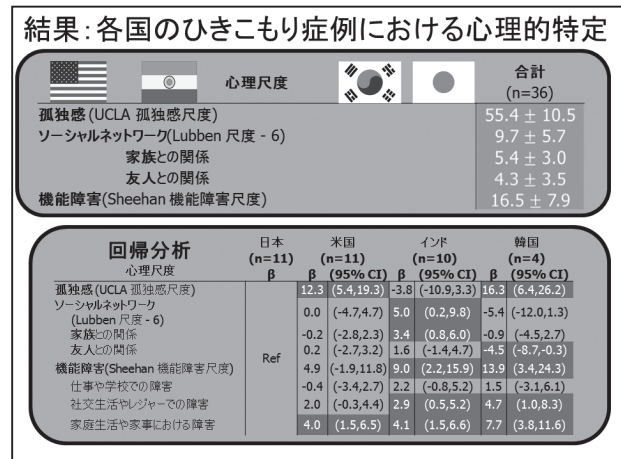
あとは機能障害、つまり、ひきこもりのことでどれくらい困っているかということも、インドではより困っていて、韓国でもより困っていることがわかりました。

【ポスター-7】

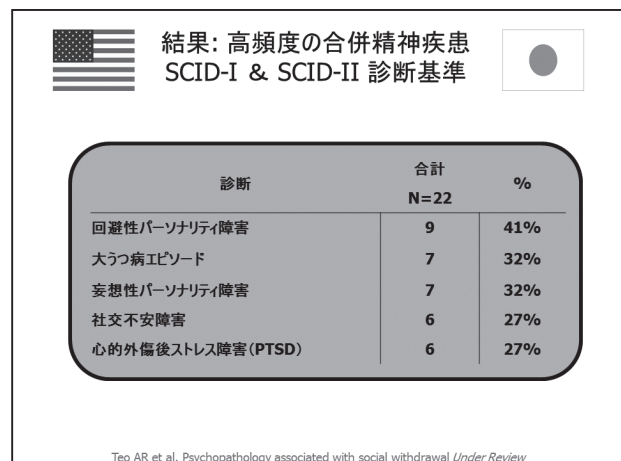
ひきこもりは、先ほど定義を示したように、精神病ではないという前提ではあるのですが、実際にどうなのか？ということで、精神医学において国際的に最も信頼されている診断ツールであるSCIDという構造化面接法のI軸とII軸を用いて、日本とアメリカの比較を行いました。韓国とインドにも依頼したのですが、実際には実施できませんでした。日本とアメリカで22名の方に構造化面接したのですが、一番多かったのが回避性パーソナリティ障害でした。これは当然予測された結果でした。他には、大うつ病性障害、妄想性パーソナリティ障害、社交不安障害（以前社会不安障害といわれていたもの）で、対人恐怖も含まれています。意外に多かったのがPTSDです。こうした精神疾患をひきこもりの方が合併していることがわかりました。

今回リストには示しませんが、ま

ポスター 6



ポスター 7



だと20くらいの診断があがりました。

【ポスター-8】

今回対象の方に「あなたは治療を受けるとしたら、どのような治療を受けたいですか」という質問をしました。個人精神療法、つまりカウンセリングを受けたいという方が一番多くて、これは意外でした。薬と精神療法のコンビネーションがいいとか、運動で治ればいいのか、グループ療法をしたいという方もいました。あと、スピリチュアルアクティビティですね。これはよく分からないのですが、邪気払いとか、そういうものかもしれませんね。また、ハーバルメディシン。これはヨガとかも含まれていると思います。

【ポスター-9】

以上が結果の報告でした。ひきこもりがインドにいたというのは初めての世界的な報告で、こうしたツールの精度を高めることで、さまざまな国におけるひきこもりとその治療を考えていけるものにできればと思っています。今回のまとめとしては、同じひきこもりといえども各国で多少の特性の違いが見いだせたことが意義深いことであると思っています。詳細に関しては、論文を見ていただければと思います。

あと、今回紹介しませんでした。現代うつ病に関しても同様のスタディーを現在、進めておりまして、こちらはまた別の機会に報告できればと思っています。

ポスター 8

ひきこもり者は、どのような治療的な介入を望んでいるか？

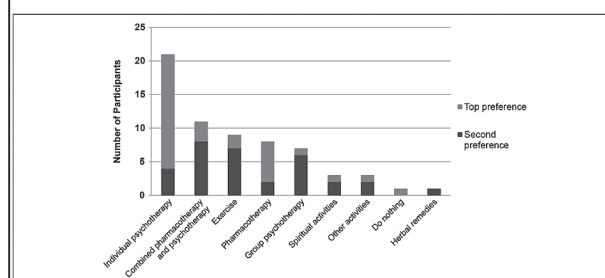


Figure 1. Top two treatment preferences of participants with hikikomori for their social withdrawal (n = 32).

個人サイコセラピーを望んでいる引きこもり者が最も多かった。薬物療法のニーズも割と高かった。

ポスター 9

考察・結語

両症候群の診断や重症度を判定するためのツールを開発した。「社会的ひきこもり」に関して、国際版を開発しており、国際比較調査を日本・米国・韓国・インドの4カ国で実施した。国際調査では、社会的ひきこもりの基準に該当する各国の対象者における心理社会的特徴や精神医学的診断・評価を行うために、孤独感尺度やDSMに基づく構造化面接を同時に行った。本調査により、各国間で興味深い相違を見出すことが出来た。たとえば、米国ではPTSDとの合併が多く認められた。成果の一部は以下の論文にて報告済：

Teo AR*, Fethers MD, Stufflebam S, Tateno M, Balhara YBS, Choi TY, Kanba S, Mathews CA, Kato TA*
(* corresponding authors): Identification of the Hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, (2014, in press)

今後、開発したツールを活用し、「社会的ひきこもり」に関する国際共同研究が推進し、国際的知見を取り入れた予防法や治療法の開発研究が推進することが期待される。

質疑応答

会場： この（ポスター-8）のグラフなのですが、ひきこもり者は必ずしもひきこもりに満足しているわけではなく、なんらかの社会とのつながり、コネクションを望んでいるのかなと思いました。もう一つは、例えば、これを一番最初に注目されたのが日本なのですが、宗教的に小乗仏教などは籠って、徒然草じゃないですけど、社会と隔絶するのを美德として、必ずしも籠ることに全て否定的ではない、そういうのは各国で違いがあると思うので、そういう要素が影響している可能性はないか。この2点です。

加藤： 非常に大事なご指摘、どうもありがとうございます。

まず最初の点ですが、ひきこもりの方はかなり不信感を他人に持っています。その背景には、信頼できる関係を裏切られたとか、そういうことがあるので、やはりもう一回修復したいという気持ちがあるんだと思います。個人療法というのはそもそも信頼関係を修復させるのが大事な目的のひとつなので、おっしゃるとおりかなと思います。

2番目のご質問もかなり重要な点です。やはり日本においては、ひきこもるというのはある意味、文化的に許容される行動であるのに対して、他方アメリカではひきこもりという現象は社会的に無視されてしまうという点で、非常に違うところがあります。日本でひきこもりがなぜこんなに注目されたかということ、日本人はそういう人でも気になるからですね。それでひきこもりが注目されたのではないか。最近ではアメリカでもすごくひきこもりは注目されていて、つい先日もウォールストリートジャーナルの記者が取材に来たのですけれども、しかし、アメリカのひきこもりと日本のひきこもりとは幾分違うかなという気がしています。

会場： ポスター-4で年齢区分は18歳からになっていますが、この社会的ひきこもりを発症する年齢は、どこらへんからなのでしょう。

加藤： これはスモールサンプルなので何とも言えないのですが、基本的に10代から発症する方もいます。割と多いのが、大学をきちんと卒業して一度社会人を経験したあとにひきこもるという方で、3割以上います。したがって、学童期だと不登校として分かるのですが、特に問題なのは、大学を一回出た後にひきこもるという方で、こうしたケースの増加は、医療、経済、その他いろいろな意味で日本の損失になっていると思っており、そこへの対応は医療経済的にも非常に大事だと思っています。

会場： 不登校イコール社会的ひきこもりという概念を持っていいわけですか。

加藤： いや、ひきこもりの定義は一応6カ月以上というのが 있습니다。例えば不登校で

もほかのアクティビティが高い人は、やはりひきこもりとは言い難いです。ただ、現在はこうした定義しかないのですけれども、もう少しサブグループを分けることで、介入法ももっといろいろ生まれてくるのではないかと考えています。

会場：最後に少しおっしゃったアメリカと日本の違いを教えてくださいなと思います。

加藤：スモールサンプル調査なので結論ではありませんが、アメリカのひきこもりは、一回社会に出て何かすごく傷ついて、こもってしまう人が結構多かったみたいですね。日本だと、もうずっと学童期からひきこもっている人のパーセンテージが結構大きいので、そこは一つ大きい違いかなと思います。

日本だと、子どもがひきこもっていても、親があまりプレッシャーを与えない。アメリカだと、例えばアメリカ映画を見ても、必ず強い父親が出てきて追い出すのですよね。そういう文化的なバックグラウンドがひきこもりや現代うつでも違っていると思います。日本では、結局、上司があまり叱れなくなっているという現状と何か関係しているのではないかなと思っています。

会場：今回、社会的ひきこもりに診断基準のようなものを作られたということで、面白いなと思いましたが、バックグラウンドとして、かなり違う多様な診断をどう思っているのでしょうか。教えてくださいなは、この方たちを支援するときに、どっちを入り口にしたらいいのかなということです。ひきこもりという、まず外からある程度観測できる行動からアウトリーチで入っていくほうがいいのか、でも、持っているものは結構多様なわけですね。そこから、治療としてはその人の持っているものに合わせて分かれていくようなイメージを考えておられるのか。お伺いできればと思います。

加藤：非常に大事な点で、ポスター-4では小さくしか書いていないのですけれども、われわれは、行動学的、心理学的、現象学的という、3つの軸でひきこもりを評価しています。例えば行動学的でしたら、結構健康な人でもひきこもりに入るのです。主婦の人とかも結構入ったり、作家の人とか小説家とか。ただそういう人にはあまり支援は必要ないので、3つの軸できちんと評価して、その中でどの軸で困っているかというのが分かれば、そこを対象にいろいろなアプローチがしやすくなるかなと思っています。

座長：本人がこれを直接受けるとか評価するよりも、困っている親なり周囲の人が行動して情報提供し、診断に至るということが実態的には多いということですか。

加藤：そうですね。そちらも非常に重要です。これは本人なのですけれども、家族向け…特に親向けですね…それとの組み合わせがかなり大事になってくるかなと思っています。