大学院生プロジェクト型研究・研究成果報告書

研究代表者：佐野　なな子（臨床心理学コース）

■研究題目

自己臭関係付け症症状を有する者の精神科受診促進に向けた研究

■研究代表者・分担者（氏名、コース）

佐野　なな子（臨床心理学　コース・博士課程後期１年）（代表者）
平塚　健太　（臨床心理学　コース・博士課程後期１年）

■研究成果概要（目的、実施内容、結果、今後の課題など）

問題と目的

近年，メンタルヘルスの問題を抱える者を早期に精神科等の専門機関に繋げることが重要視されている。一方で，患者が精神科の受診に至らないという問題が長年解決していない疾患として，自己臭関係付け症 (olfactory reference disorder; ORD) が存在する。ORD とは，精神疾患の一種であり，自分の身体から不快な臭いが出ていることに対する持続的なとらわれを特徴とする (American Psychiatric Association, 2022)。ORD 患者は，精神的健康や生活面に多大なる問題を抱える場合が多く (Greenberg et al., 2016; Phillips & Menard, 2011)，推定患者数も 2-5%程と少なくない数が報告されており (Reuter et al., 2024; 冨谷, 1987; Zhou et al., 2018)，ORD 支援は重要といえる。しかし，ORD 症状を有する者の多くは，精神科的治療を受けられる医療機関ではなく，歯科や皮膚科等の非メンタルヘルス専門機関を訪れやすく (Greenberg et al., 2018;向井・松永, 2021)，そこから精神科等に繋がっていない可能性がある。よって，歯科・身体科から精神科等へのリファーが上手くできていない問題の解決は喫緊の課題となっている。

上記の課題解決に向けては，リファーの促進・阻害要因を検討することが重要である。これまでの先行研究からは，医療者間における ORD の認知度の低さ (Greenberg et al., 2018;Prazeres et al., 2010) や患者の洞察の不良 (Thomas et al., 2015) といった要因が阻害要因となっている可能性が推察される。しかし，これらの阻害要因に関する検討は，あくまで研究者や臨床家の推察の域に留まっており，実証的な調査は不足して

いる。また，ORD 分野において患者視点から専門機関を利用する際の障壁について尋ねた研究は存在するものの (Greenberg et al., 2018)，リファーという文脈に着目したもので，促進・阻害要因を検討した先行研究はほとんど存在しない。よって，歯科・身体科から精神科等にリファーをする上で何が阻害・促進要因となっているのかが十分に明らかになっていない。

また，リファーに関する促進，阻害要因が明らかになったとしても，患者にどのようなメッセージを伝え，精神科等へリファーすれば良いのかという問題は残ったままである。効果的なリファーの提案方法に関しては，健康的な食事・栄養選択 (Arno & Thomas, 2016) やメンタルヘルス専門機関への早期受診 (Hirai et al., 2023) 等，幅広い分野で意思・行動変容の効果が報告されているナッジ（人間の認知特性や行動特性に働きかけることで，行動変容を試みるアプローチ；Thaler & Sunstein, 2008）の応用が期待されるが，ORD という文脈においては，支援に繋がりづらい ORD 患者の認知特性や行動特性は明らかになっていないという課題がある。

以上より，本研究では，ORD 患者の精神科へのアクセスを改善するために，患者がよく訪れる歯科・身体科に着目し，歯科・身体科から精神科等へ患者を円滑にリファーするための方法を検討することを目的とする。そのためにもまずは，臭いで悩む患者に対する歯科・身体科医の実際の対応やリファー経験の実態を明らかにすることとする。その上で歯科・身体科医が臭いで悩む患者を精神科等へリファーする際の促進・阻害要因や，歯科・身体科医の視点からみた，臭いで悩む患者の認知・行動特性も明らかにする。以上をふまえ，歯科・身体科から ORD 患者を精神科等に繋ぐために今後必要とされる対策・介入に関する新たな知見を提供することを目指す。

方法

1) **調査時期**

2025 年 12 月-2026 年 1 月

2) **調査対象者**

対象者の適格基準は（１）医師・歯科医師の資格を有すること，（２）自分の臭いで強く悩む患者と医療現場で関わった経験があることを設定した。除外基準は，（１）精神科や心療内科での勤務経験があること，（２）勤務先の診療科内に精神科的治療や心理支援を専門としている専門家がいること，（３）「強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いの悩みを強く訴える患者」の臭いの悩みを精神科・心療内科への紹介なしで改善できるような環境や体制が整っていることを設定した。現在もリクルートを継続中であり，現時点では 60 名の医師，歯科医師からアンケートへの回答を得ている。

3) **調査手続き**

インターネット調査

4) **質問紙の構成**

質問紙には，デモグラフィック変数や勤務先に関する項目，臭いで強く悩む患者全般の診療経験に関する項目，強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いの悩みを強く訴える患者 (ORD 症状を有する患者) に対する診療経験やリファー経験に関する項目などが含められた。

5) **倫理的配慮**

東北大学大学院教育学研究科倫理審査委員会の承認を得た（ID: 25-1-076）。

結果

対象者の特徴

調査への参加に同意した者のうち, 全ての調査項目に無回答であった 1 名を除いた，男性 41 名，女性 17 名，その他 1 名の 59 名が分析対象となった。平均年齢は 44.6 歳 (*SD*=13.5)，平均臨床経験年数は 19.0 年 (*SD*=13.6) であった。主な勤務先は歯科が最も多く 39 名 (67.2%)，次に内科が多く 12 名 (20.7%) となった。勤務場所は診療所が 44 名と最も多く 74.6%であった。勤務場所の市町村における人口規模は「1 万人以上 50 万人未満」が最も多く，32 名 (54.2%) であった。

歯科・医科における臭いの悩みを訴える患者の診療経験・リファー経験

臭いで強く悩む患者を診た数は「1-10 人」と回答した者が最も多く，59.3%を占めた。臭いの悩みを強く訴える患者の内，実際に患者の訴えに合致する強い臭いが存在した者の割合としては，「0%」(30.5%) や「10%」(20.3%) という回答が多かった。

強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いの悩みを強く訴える患者に対して，精神疾患である可能性を検討するために，臭いの悩みについて詳しく尋ねるかに関しては，「ときどき尋ねる」が最も多く 42.1%となった。「全く尋ねない」，「あまり尋ねない」と回答した者は 5.3%, 21.1%と合計 26.4%であった。精神科・心療内科の利用が必要かを適切に判断できる自信があるかに関しては，「あまり自信がない」者が多く 47.4%を占め，次に「全く自信がない」という回答が多く 26.3%を占めた。

精神科・心療内科の利用が必要と考えられた患者に実際に利用に繋がるような勧奨を行うことに自信があるかについては,「あまり自信がない」が最も多く 42.1%を占め，「全く自信がない」が次いで 24.6%を占めた。調査に参加した歯科医師，医師のうち強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いに強く悩む患者に精神科・心療内科の利用を勧めて，利用に繋がると思うかについて 38.6%が「ややそう思う」と回答し，

「どちらとも言えない」と回答した者も 38.6%存在した。洞察不良な患者に精神科・心療内科の利用を勧めて利用に繋がると思うかに関しては，33.3%の者が「ややそう思う」，5.3%の者が「とてもそう思う」と回答した。「全くそう思わない」，「あまりそう思わない」と回答した者は合計で 35.1%であった。歯科医師・医師が精神科・心療内科の受診が有益・必要と考えた患者のうち，実際に利用を勧めたことがある患者の割合は「0%」と回答した者が最も多く，44.6%であった。次に「10%」が多く，23.2%を占めた。「50%」以上の値を回答した者の総数は全体の 14.8%を占めた。

強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いに強く悩む患者に精神科・心療内科の利用を勧めるにあたっての促進要因と阻害要因に関する主な結果を Table 1 と Table 2 にそれぞれ示す。なお，症状の特徴を知っている精神疾患として，ORD を選択した者は回答者 57 名中 1 名 (1.8%) であり，自己臭恐怖を選択した者は 12 名 (21.2%) であった。

Table 1

精神科・心療内科へのリファーに関する主な促進要因

促進要因	*N*	%
患者の臭いの悩みは，精神疾患に由来する可能性があると思った	27	49.1
患者の臭いの悩みを軽減できる治療は，自分の診療科では提供できないと思った	24	43.6
患者にとって，精神科・心療内科での治療が利益になると思った	24	43.6
患者の臭いの悩みは，精神科・心療内科での治療が必要な水準だと思った	14	25.5
精神科医や心療内科医が不在のまま，患者を治療していくことに不安があった	8	14.5

注）*N*=55. 複数回答が可能となっているため，割合の合計は100%を超える。

Table 2

精神科・心療内科へのリファーに関する主な阻害要因

阻害要因	*N*	%
精神科・心療内科の利用を勧めると患者は否定的な反応をすると思った	27	48.2
精神科・心療内科と連携した過去の経験がなかった	19	33.9
患者を紹介できる精神科・心療内科のあてがなかった	16	28.6
患者が精神科・心療内科の利用を希望しないと思った	16	28.6
患者の臭いの悩みは，精神科・心療内科での治療が必要な水準ではないと思った	8	14.3

注）*N*=56. 複数回答が可能となっているため，割合の合計は100%を超える。

考察

本研究の目的は，ORD 症状を有する可能性がある者に対する歯科医師や医師の診療経験やリファー経験の実態を明らかにすることで，歯科・身体科から精神科等へ患者

を円滑にリファーするための方法を検討することであった。本調査の結果，強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いに強く悩む患者に対し，精神科・心療内科の利用が必要かを適切に判断できる自信については，「全く自信がない」「あまり自信がない」と回答した者が約 7 割となった。精神科・心療内科の利用に繋がるような提案や勧奨を行うことへの自信についても「全く自信がない」「あまり自信がない」と回答した者が約 7 割であり，大半の歯科医師・医師は臭いで悩む者の中から精神科的治療が必要な者を判断し，治療に繋げることに自信がないと回答していた。また，精神科等の受診が有益・必要と考えられた「強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いに強く悩む患者」に臨床現場で出会ったことがある者のうち，実際に利用を勧めた患者の割合は「0%」が最も多く約 4 割を占めた。精神科等の受診が有益・必要と考えられた患者を半数以上勧めてきた歯科医師や医師も全体の約 1 割にとどまった。以上より，精神科的治療の必要性を判断できた場合でも，必ずしも精神科等へのリファーに繋がっているわけではない可能性がうかがえる。これらの結果は，歯科・医科の医療機関から精神科等へ ORD 症状を有する患者が繋がっていないという先行研究に基づく想定を支持するものと考えられる。

医療者が精神科等への利用勧奨を躊躇う理由としては，「精神科・心療内科の利用を勧めると患者は否定的な反応をすると思った」という回答が最も多かった。他にも紹介先がないことや過去に精神科・心療内科と連携した経験の不足も患者をメンタルヘルス専門機関へ繋げることの障壁となっていることがうかがえる。こうした結果は ORD に限らず，メンタルヘルスを専門としない医療機関から精神科へ患者をリファーする上での阻害要因を検討した先行研究の結果とも一致する (Mezey & Kellett, 1971)。一方で，ORD 特有の阻害要因として想定されていた患者の洞察不良に関しては，今回の調査の結果，洞察不良が決定的な要因ではない可能性が示唆された。対象者のうち，洞察不良者に精神科･心療内科の利用を勧めても利用に繋がるとは思わない歯科医師，医師が 35.1%いた一方で，利用に繋がると思う者は 38.6%存在した。このことから，患者が洞察不良であることで直ちに精神科等への利用勧奨を控えるというわけではない可能性が推察される。

また，調査に参加した歯科医師，医師の中で ORD 症状を知っていると回答した者は 1.8%であり，自己臭恐怖の症状を知っていると回答した者も 21.2%であった。このことから Greenberg et al. (2018) が指摘するように，多くの医療関係者は ORD について十分認知していない可能性がある。また今回の調査では歯科医師が約 7 割を占めたことから，ORD や自己臭恐怖ではなく，自臭症 (小関, 1994) という枠組みで類似の症状が理解されている可能性もある。さまざまな呼称とそれぞれの概念については Kobayashi (2023) も概観しているが，今後リファーを促進していく上では，精神疾患としての ORD を主張するだけでなく，こうした概念の更なる統合や整理も求められ

るかもしれない。その上で，リファーの促進要因として最も多かった回答が「患者の臭いの悩みは，精神疾患に由来する可能性があると思った」であったことをふまえると，歯科・身体科における ORD 症状の認知度向上は重要といえる。認知度を向上することで，精神疾患であることが判断しやすい重度の者だけでなく，軽度から中等度の者も早期に治療に繋げられることが今後は期待される。

以上より本研究の結果は，歯科医師，医師を対象に調査を行ったことで，先行研究で推察されてきたリファーの課題や阻害要因の一部が現実問題として存在している可能性を示唆した。一方で，本研究では自己報告での回答を求めているため，調査で尋ねた「強い臭いが認められないにもかかわらず，臭いの悩みを強く訴える患者」が ORD 患者と同一であるかや, 客観的なリファー数などについては言及できないという課題がある。また，サンプルサイズが少なく，国内の医療機関の現状を反映しきれていない可能性が高い。サンプルサイズの少なさは，リファーの促進と関連する要因の統計的分析や ORD 症状を有する者の認知特性や行動特性の解明も困難なものとしている。今回の調査でも，患者に積極的に精神科等への受診を勧奨している者も一定数存在し，その背景にある要因を探索することはリファー促進を目指す上で重要といえる。よって，今後も継続的に対象者のリクルートを行い，歯科・身体科から精神科等へ患者を円滑にリファーするための方法を引き続き検討していくこととする。

文献

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., Text rev.). American Psychiatric Association.

Arno, A., & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *16*, 676. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3272-x

Greenberg, J. L., Berman, N. C., Braddick, V., Schwartz, R., Mothi, S. S., & Wilhelm, S. (2018). Treatment utilization and barriers to treatment among individuals with olfactory reference syndrome (ORS). *Journal of Psychosomatic Research*, *105*, 31–36. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.004

Greenberg, J. L., Shaw, A. M., Reuman, L., Schwartz, R., & Wilhelm, S. (2016). Clinical features of olfactory reference syndrome: An internet-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, *80*, 11–16. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.11.001

Hirai, K., Adachi, H., Yamamura, A., Nakamura-Taira, N., Tanimukai, H., Fujino, R., & Kudo, T. (2023). Impact of cognitive function-focused mental health promotion

campaign for psychiatric help-seeking behavior in Japanese university students. *International Journal of Mental Health & Psychiatry*, *9*(2), 1000222.

Kobayashi, T. (2023). “Jikoshu”: Japanese studies in the 1960s and 1970s, and international trends today. *PCN Reports: Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *2*(2). https://doi.org/10.1002/pcn5.112

Mezey, A. G., & Kellett, J. M. (1971). Reasons against referral to the psychiatrist. *Postgraduate Medical Journal*, *47*(548), 315–319. https://doi.org/10.1136/pgmj.47.548.315

向井 馨一郎・松永 寿人 (2021). 自己臭関係付け症（自己臭症）三村 將（編）不安症または恐怖関連症群――強迫症，ストレス関連症群，パーソナリティ症――松下正明（監修）神庭 重信（編）精神疾患の臨床 3 (pp. 174-184) 中山書店

小関 英邦 (1994). 口臭症の新分類と診断・治療についての研究――特に診断・治療に関する PEG（患者評価表）の作成と認知行動療法の適応について―― 日本歯科心身医学会雑誌，*9*(2), 232-251.

Phillips, K. A., & Menard, W. (2011). Olfactory reference syndrome: Demographic and clinical features of imagined body odor. *General Hospital Psychiatry*, *33*(4), 398–406. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.04.004

Prazeres, A. M., Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., de Mathis, M. A., Ferrão, Y. A., de Brito, N. F. C., Diniz, J. B., Gonzalez, C. H., Quarantini, L. C., Marrocos, R. P., & Miguel, E. C. (2010). Olfactory reference syndrome as a subtype of body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(1), 87–89. https://doi.org/10.4088/JCP.09l05040

Reuter, J., Grocholewski, A., & Steil, R. (2024). Prevalence of olfactory reference disorder according to the ICD-11 in a German university student sample. *Current Psychology* , *43*, 15102–15112. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05468-2

Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness.* Yale University Press.

Thomas, E., du Plessis, S., Chiliza, B., Lochner, C., & Stein, D. (2015). Olfactory reference disorder: Diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs*, *29*(12), 999–1007. https://doi.org/10.1007/s40263-015-0292-5

冨谷 吉二郎 (1987). 自己臭症の発現要因に関する行動科学的研究. 日本歯科心身医学会雑誌 *2*(1), 3–18. https://doi.org/10.11268/jjpsd1986.2.3

Zhou, X., Schneider, S. C., Cepeda, S. L., & Storch, E. A. (2018). Olfactory reference syndrome symptoms in Chinese university students: Phenomenology, associated impairment, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, *86*, 91–95.

https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.06.013