

# 精神保健研究

第6号 (通巻39号)

平成5年

## 特集

特集にあたって

ストレス概念をめぐって .....	高橋 徹	1
ストレスと免疫機能 .....	入江 正洋	9
	永田 頌史	
看護とストレス .....	稲岡 文昭	21
ストレス源の認知と対処行動—イイコ行動からの自己成長— .....	宗像 恒次	29
生活環境ストレスと精神健康 .....	山本 和郎	41
—10年間の環状7号線沿道住民の心理社会的ストレス研究—		
心療内科疾患 .....	吾郷 晋浩	55

## 原著論文

中高年男性とストレスに関する社会学的研究 .....	関井 友子	65
—対処行動, ソーシャル・ネットワーク, 飲酒行動, ジェンダーとの関連において—	松田 智子	
	高梨 薫	
	清水 新二	
日本人の季節による気分および行動の変化 .....	白川修一郎	81
	大川 匡子	
	内山 眞	
	小栗 貢	
	香坂 雅子	
	三島 和夫	
	井上 寛	
	亀井 健二	

## 資料論文

地域保安施設 (P. R. Snowden) .....	川島 健治	95
	北村 俊則	
触法精神障害者の取扱い (P. R. Snowden) .....	川島 健治	103
	北村 俊則	
新しい生殖技術に対する法律家の態度 .....	白井 泰子	107
地方県における精神保健通院患者リハビリテーション事業の状況 .....	竹島 正	115
	武田 廣一	
	田所 淳子	
	橋詰 宏	
	小寺 良成	
	吉川 武彦	

## 特集にあたって

現代社会は、「ストレス社会」とも云われる。それは、「ハイテク社会」、「情報化社会」、「国際化社会」、「高齢化社会」などと云われているものを総称したものと云うこともできる。いずれにしても、このように表現される現代社会は、われわれにとって予測もしなかった速さで進展している。

そのような社会に生きているわれわれの多くは、これまでに身につけてきた適応様式や生活様式で、それらの変化に適切に対応することができず、ストレス状態に陥りやすくなっており、いついわゆるストレス病になってもおかしくない状態におかれているといってもよい。

ところで、ストレスという言葉は、今日、多くの人々によって日常的に使われている。しかし、その内容には、それを使う人によってかなりの差があるように思われる。

このような現状を踏まえて、はじめてストレス学説を提唱したカナダの生理学者H・セリエのストレスの概念にたちかえり、現代社会におけるストレスとそれをめぐる諸問題について改めて考えてみるのもよいことと思われる。

そこで、ストレス関連領域で日常の研究・診療にあたっておられ、ストレスに強い関心を持っておられる先生方をお願いして、「特集「ストレスをめぐる諸問題」」を組むことになった。これを機に、ストレスに関する研究がいつそう発展することを期待するものである。

編集委員 吾郷晋浩

## 【特集】

## ストレス概念をめぐって

高橋 徹\*

## はじめに

この特集の諸論文にみられるように、ストレス概念は今日の健康科学の領域で欠かすことのできない重要な概念として役立てられている。しかし、ストレス概念はその数十年の歴史を通じて著しい展開をとげるとともに、甚だしく多義化してしまっている。のみならず、ストレス概念についてそれぞれ異なる多くの意見が著されており、その間には対立もみられる。小論は総論を装ってはいるが、しかしストレス概念の通覧および解説を旨としたものではなく、ストレス概念についてのいくつかの見解をとりあげながらストレス概念に纏わる問題点をいくつか指摘することを旨としている。

## 1) ストレス論の展開の略史

「ストレス」の語は中世英語stress (<distress) に由来し、くらしの困難による重圧、緊張などの意味をもつ言葉として用いられていた。今日でも日常語としては、“stress and strain”の常套句にみられるようにそうした意味合いで使われている<sup>10)</sup>。17世紀に、“stress”は弾性体やバネが外力によって引っ張られている状態を指す語としても用いられるようになり、それが19世紀にはAL Cauchyによって物理学の術語として洗練され、現在でも、外部からの力を受けた物体の内部に生ず

る力を指す用語として、物理学や工学の分野で使われている。なお、物体の内部に生ずる歪に対しては“strain”が当てられている。

医学文献に「ストレス」が登場するのは今世紀に入ってからのようである。おそらくその最初の用例は、内科学の泰斗Sir W Oslerが1910年にLondonで行った講演、Lumleian lectures on angina pectoris<sup>14)</sup>にみられるものであろう。しかし、まだ医学的術語としての洗練はなされていない<sup>15)</sup>。

1930年代に生理学用語としての装いをおびた「ストレス」が医学文献に現れてくる。例えば、WB Cannon<sup>1)</sup>は生体内部環境の恒常性維持homeostasisを論じているなかで、実験動物が寒冷や酸素欠乏や情動興奮などの生体内外の状況変化に曝されても、生体に備わっているさまざまな機能の働きで、交感神経系や副腎髄質内分泌活動などによる危急反応によってその内部環境は恒常に保たれることをとりあげ、生体はその内外の状況変化に曝されるありさまを“under stress”と表現し、そのさい、その「ストレス」の度合いは生体が示す反応から測定可能であると述べている。当時、物理学や工学ですでに用いられていた「ストレス」に倣ったもので、「ストレス」下にある生体の反応を「ストレイン」と呼んでいる。

1930年代後半から40年代はじめにかけて、H Selyeによりストレスの医学的概念が確立される。その経緯は著書The Stress of Life<sup>16)</sup>に誌されている。そのストレス研究の導きの糸となったのはかれが医学生の時分に思いついた一つの問題であったという。病気に冒されると、その病気に特有な症状が身体に現れてくる。内科の診断学ではもっぱらそうした症状がとりあげられている。しかし病気のさいにはその病気に特有なそうした症状ばかりではなく、どの病気にも共通した全身的

## The concept of “Stress”

\*国立精神保健研究所

〔〒272 市川市国府台1-7-3〕

Tooru Takahashi: Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP.

な症候が生じてはいはしないだろうか、という問題である。のちにSelyeはそうした全身的な症候をHippocratesの言うponosになぞらえている。病気は損傷による苦惱 (pathos) であると同時に闘い (ponos) でもあり、身体には病気と闘う自然な力が備わっている、というそのponosである。Selyeはそのような全身的な症候の実証に向けて研究を続け、汎適応症候群を捉えて記載したが、その研究の「青写真」は、初期の動物実験による研究によって描かれた。実験動物をいくつかの群ごとに異なる有害な作用 (寒冷、放射線照射、ホルマリンや胎盤エキスの注射、など) に曝すと、どの群の動物にも、早晚、共通した病理変化が現れてくる。消化管の潰瘍形成や出血、胸腺およびリンパ節の萎縮、副腎皮質の肥大、のトリアドがそれで、それらは後に汎適応症候群の反応症状として位置づけられ、その病理的機構が、下垂体-副腎皮質系内分泌機能の働きを中心に解明されることになる。Selyeはこうした一連の研究をもとにストレス概念を造り上げた。生体が、有害な作用因子 nocuous agents の作用を受けると、その因子の性状の如何に拘らず、生体内部に特異な或る状態が生じてくる。その状態のことをSelyeは「ストレス状態」と呼び、それは汎適応症候群に姿をあらわしてくると言う。そのストレス状態が強くしかも長期にわたって続くと、汎適応症候群は警告反応期、抵抗期、さらには疲弊期へと移行し、さまざまな病気、「適応病」が生じてくる。

汎適応症候群の研究から、ストレス状態についてさらに次の点が明らかにされる。すなわち、ストレス状態は、生体にとって必ずしも有害な作用を及ぼす刺激のみによって生じてくるものではないこと、例えば「テニス競技や熱烈な接吻など、身体になら傷害を与えることのない健康な生理的活動すら相当のストレスを起す」、ストレス状態そのものは非特異的な刺激作用、ストレッサー、に対する生体の反応で、それ自体は病気ではなく、むしろ病気にかかっている生体の回復力を発揮させるものになることもあること、など。そして後年Selyeはストレスについて次のように要約している。すなわち、ストレスの真の意味は、身体に生じてくる擦り切れ wear and tear の度合いであ

り、そうした擦り切れはあらゆることから、つまり、身体がなにかの要求に応ずるときに、生じてくる特異的な反応である。

1940年代のおわりから50年代にかけて、ストレス概念の展開にとって重要なできごとがいくつか現れる。ひとつはSelyeの理論が当時米合衆国を中心に急速に興隆しつつあった心身医学の研究者たちの注目をひき、ストレス概念が心身症の成因探求の上で重要な概念として採りいれられたことである。ちなみにSelyeが汎適応症候群から発展する病気、つまり適応病の例としてあげていたものの多くは当時の心身医学が心身症としてとりあげていたものと一致している。

心身医学では、情動の病因的作用が強調されていたが、HG Wolff<sup>17)</sup>も、それ自体は生体に直接には損傷を与える作用はもたないが、しかし情動の混乱を引き起こすような脅威のサインやシンボルの意味をおびたストレッサーの存在に着目し、そうしたストレッサーが心身症の病因となり得ることをCannonの危急反応の学説やIP Pavlovの条件反射学説や精神分析理論などを援用しながら説いている。また、くらしの状況に現れるさまざまなストレッサーに曝された生体のストレスを「生活ストレス」と名づけ、「順応への反応として生体に生ずる力動的な状態であり、しかも生活そのものが不断の順応なしには成り立ち得ないものである以上、生きとし生けるものみな多少ともストレス状態にある」と述べている。

1960年代から70年代にかけ、米合衆国の心身医学研究は、内科医や精神分析医による臨床的な研究から次第に多方面にわたる基礎的研究へと移り、心身医学を主要テーマであるくらしと病気との関わりの問題は、臨床医学的な文脈でのみならず、社会医学的・心理学的な文脈のもとでもとりあげられるようになり、それに伴って、生活ストレスの概念にも新たな展開が生じた。

TH Holmes and RH Rahe<sup>18)</sup>による生活ストレス評価の研究には、そうした新しい動向が反映されている。それは生活ストレスの病因的作用を検証する新しい試みであり、その社会的再適応評価尺度SRRS (1967) では、生活ストレスの主要なストレッサーとしてくらしに生じてくるさまざまなで

きごとが選ばれており、かれらは、そうしたできごとによってそれまでのくらしに生じた変化をストレスの評価に用いた。くらしのできごとを選んだのは、A. Meyerが個々の患者の健康と病気の過程を身体的心理的ならびに社会的な現象と関連づけて考察するために考案した生活史チャートからヒントを得、また、Wolffの心身症研究の知見を採り入れてのことであるという。生活ストレスの大きさmagnitudeは、この評価尺度がストレッサーとしてとりあげたくらしのできごと一つ一つに与えられている値value(例えば、結婚というできごとに500点を与えている)の総和によって測定されるが、その値はいずれもS Stevensの社会心理学的調査法の方法にもとづいて決定された。したがって測定される生活ストレスは生理学的というよりは心理学的な文脈で扱われるストレスに他ならない。事実、「生活ストレス」とならんで「心理的ストレス」psychological (or psychologic) stressという用語がこの年代から頻繁に使われるようになる。また、SRRSは、くらしと病気の関係を探求する諸研究に活用され、またそうした研究にもとづいた心理的ストレス論が数々著されるようになり、さらに、SRRSと同趣のさまざまなストレス評価尺度が開発された。

1980年代に入ると、SRRSに基礎になった心理的ストレス図式、すなわち、日常のくらしに多少とも大きな変化をもたらすできごとのストレッサーが心理的ストレスを生み、健康なくらしの順応過程を変え、その転帰adaptational outcomesとしてさまざまな障害や病気が生じてくる、という図式にさまざまな変更が加えられるようになる。そのひとつは、日常のくらしにそれほど大きな変化を与えないように見える、しかし実際には大きな心理的ストレスを生み出している、つまりできごとのようなかたちはとらない慢性のストレッサーへの注目にもとづくもので、そうしたストレッサーが「微小ストレッサー」microstressors<sup>11)</sup>や「日常苛立ちごと」daily hassles<sup>9)</sup>などとしてとりあげられるようになった。また、他方では、ストレッサーを受ける個人の側のさまざまな要因がとりあげられるようになり、それらは心理的ストレスを左右する変数として新たに心理的ストレス

図式に加えられていった。「社会的支援」social supportsやさまざまな人格的要因(例えば、「A型人格」Type A personality (or behavior)などがそれである。

さらに、上記のストレス図式、すなわち、ストレッサー(入力)―生活(心理的)ストレス―順応的転帰(出力)という、因果関連のあるいは線型linearな図式を、改めてシステム論の視点からとらえなおした、関係的あるいは循環的circularな図式も著された。その代表的なものとして、RS Lazarusによる心理的ストレス図式があげられる。Lazarusによれば、ストレッサーの作用とされるものは環境要因そのものの働きではなく、その要因を個人がどのように認知判断するかという「ストレス認知」stress appraisalの如何に関わっている。そして心理的ストレスとはその個人の体験していることがらであり、ストレッサーの効果はストレッサーとの体験的関わりを通じてそれを処理する「ストレス処理」stress copingの過程に依存しているという。さらに、その効果の直接的ないし長期的な転帰は、その個人の体験を介して「ストレス認知」や「ストレス処理」の仕方に影響を及ぼしている、という。つまり、心理的ストレスは、個人の或種の体験で、それは内的外的な環境状況に対する認知判断とその判断された状況を扱いコントロールしようとする努力との相互によってかたちづくられている。一般に心理的ストレスと呼ばれていることがらは、その個人がその状況を扱い得る資源、つまりその個人の持てる力をその状況が凌駕すると判断される場合であるという<sup>7)</sup>。近年の健康科学研究においては、このLazarusの心理的ストレス図式を範例とする関係的ないし循環的ないろいろな図式が案出され用いられている。

## 2) 医学生理学的ストレス概念をめぐって

「ストレス」の語が急速に普及しはじめるのは1950年代に入ってからであり、わが国でも「ストレス」が一般にひろく使われるようになったのは1957年4月のSelyeの来日が契機になっていた。外来語を厳しく制限しているフランスで、英語stressがフランス語に採用されたのは1953年であ

る。これらの語はいずれも1940年代につくりあげられた医学生理学的ストレス概念に拠っており、「ストレス」という言葉が、くらしのありさまと病気の関わりについて、改めて、研究者はもとより一般の人々の眼を開かせてくれたことは、その後の、健康科学におけるストレス研究の著しい進展や日常語としてこれまでも普及したことによく示されている。

しかし、ストレス概念が提唱されてから後の自然科学や医学の発展を考慮すると、果たして現在でも、医学領域の研究においてストレス概念が通用するかどうかが問われてくる。実際、1970年代にストレス概念の見直しを行っているLE Hinkleは、その当時すでに次のような手厳しい意見を述べている。「1940年代に「ストレス」とか「生活ストレス」の概念が生体システムや社会的システムに適用されていたのは、生物学的要因が生体に生じさせる一見「非特異的」に見える効果や人々のそれぞれの社会環境に対する反応の一部として起こる或る種の病理現象や病気の発生に説明を与えてくれるものであったからである。現在ではしかし、「ストレス」などという概念を持ち出してそれを説明する必要はなくなっている。」SelyeやWolffの時代から僅か20年ほどの間にも、医学は長足の進歩をとげている。その進歩にはかれらの研究も多大な貢献をしたが、しかし皮肉なことにそうした進歩によって「ストレス」や「生活ストレス」のような概念は、もはや無用の長物と化してしまっている、というわけである。さまざまな刺激それぞれに対して生体が起こす反応は、今日では、SelyeやWolffが捉えていたものとは較べものにならないほど精密に捉えられており、しかもそれらは「ストレス」というような媒介変数を介在させずとも、生体のしくみや働きそれ自体を介して直接的に説明できるか、少なくとも十分説明可能になっている。しかも、生体の組織や器官が刺激を受けたとき、その刺激の性状の如何に拘らず或る一定の全般性反応状態を呈するなどということは、到底受け入れ難いことであり、生体の組織や器官はそれぞれに備わっている生理学的特異性を発揮しつつ反応しているはずだからである。それに、一步譲って、仮に生体内部に「ストレス

状態」なる一定の反応状態が存在するとしても、「一体その状態と、生体の生命活動のありさまそのものを、どのように質的に区別できるのか」とHinkleは問かけている。ストレス状態とは、環境と生体との相互作用という生命活動の営みによって生体内に生じている生理学的な状態以上のものでも以下のものでもなく、その生理学的な状態のどの部分、どの側面をストレス状態と決めるような、謎めいた指標のようなものは、今日の医学生理学の立場からすれば、もはや存在しない。そうHinkleは断言している。

最近、ストレス概念について浩瀚なレヴューを著したBH Newberry, JE Jaikins Madden and TJ Gerastenberg<sup>12)</sup>も指摘しているが、医学生理学的に「ストレス」をそうした生理的状态をひき起こす刺激の側から定義しようとしても、刺激に対する反応の側から定義しようとしても、刺激反応の相互関係として定義しようとしても、これまで試みられている定義についてみる限り到底成功しているとは言い難い。今日の医学生理学的研究において「ストレス」という媒介変数が未だに用いられているとすれば、それらはいずれも、あくまで研究者が恣意的に選択した生理学的変数指標に拠って定義されたものであるに過ぎない。

### 3) 心理的ストレス概念をめぐって

今日健康医学において主要なテーマとなっているストレスと健康との関わり、とくにいろいろな疾病の発生との関係は、もっぱら心理的ストレスを媒介として研究されている。1960年代から70年代にかけて洗練された心理的ストレス学説は、いろいろな心理的社会的評価尺度によって操作的に定められる心理的ストレスを問題にしてきた。心理的ストレス概念が健康科学研究の鍵概念として重要な役割を果たしていることは1970年代から80年代にかけて著されているストレス研究論文数の膨大さにもよく示されている。

しかし、実はそうしたストレス研究の隆盛のかけあつて心理的ストレス概念をめぐって深刻な問題が提起されている。

それは、1984年にBS Dohrenwend, BP Dohrenwend, M Dodson and PE Shrout<sup>2)</sup>が著した、

心理的ストレス測定についての批判においても指摘されている。その論文“Symptoms, Hassles, Social Supports, and Life Events: Problem of Confounded Measures”には次のように記されている。「ストレスを生むくらしの最近のできごとと心理的ならびに身体的障害の極めてさまざまなものとの関連が調べられたが、しかしその関連性は概して小さいものであった。そこで研究者たちは、例えば「日常苛立ちごと」とか「社会的支援」などといった要因を生活—ストレス過程の研究に導入して研究を拡大してきた。しかし、生活できごとの尺度の場合もそうであったように、そうした諸要因それぞれと心身の健康をそこなうような変化との相互関係を明確に調べることができるほどまでに、そうした諸要因と変化とが果たして概念的にも操作的にも十分に区別されているかどうかということが問題となる。」10年前BP Dohrenwendは、ひろく使用されてきた生活できごとの尺度、Holmes and RaheのSRRSをとりあげ、すでに批判的指摘を行っている。それは、SRRSの項目のかなりのものが、ストレッサーというよりは身体的症状や精神的な病の症状とも見做し得るものであり、したがって、心理的ストレスの測定と健康上の問題とが混同されてしまっているという指摘である。心理的ストレス尺度が、測定すべきストレスのほかにも心身の健康のそこなわれている状態をも含んでいるとすれば、その尺度を用いて、ストレスと健康との健康を調べることは一種のトートロジーに過ぎないことになり、もっと言えば、そうした調査にもとづく理論は、一種のまやかしと言うことになるであろう。

上記の論文は、無作為に選ばれた臨床心理学者371人による各種のストレス評定尺度の項目の検討をまとめたもので、とりあげられている評定尺度には、SRRS、「日常苛立ちごと」(Kanner, Coyne, Schoefer and Lazarus)、「社会的支援」(Lin, Dean and Ensel)が含まれている。検討は、これらの評定尺度の各項目を、明らかに心理的障害の症状を指しているの見做されるものから、症状とは見做し得ないとされるものまでの5段階の評価にもとづいて行なわれている。その結果、「上の三つの評定尺度にはストレスを生む状態と、結

果としての症状との混同がみられることが臨床心理学者の評定によってはっきり」確かめられた。

実はLazarusらは、心理的ストレスとして、くらしのうえでの多少とも大きなできごとによる急性ストレスよりは、日常の苛立ちごとの持続による慢性ストレスのほうが心身の不健康を生みだしやすいということを「日常苛立ちごと」評定尺度を用いた研究にもとづいて主張していたが、その研究において、心身の不健康を評価するために用いたのは、心理的障害の症状をとりあげたHopkins症状チェック・リスト(HSCL)であった。Dohrenwendらの研究は、Lazarusらの主張に問題をなげかけるものとなった。

1985年にAmerican Psychologist誌でこの問題がとりあげられ、Lazarus<sup>9)</sup>とDohrenwend<sup>3)</sup>の対論がなされている。Lazarusらの意見は次のようなものである。「日常苛立ちごと」評定尺度が「純粋な」ストレス項目と、むしろストレスの結果と見做されるような症状項目とを合せもつことは、心理的ストレスそれ自体の特徴からしてやむを得ないことであり、そこで問題にされるいわゆる症状としての特徴を備えている項目は、冗長(redundant)で必要条件ではないものとして扱えばよいことである。Dohrenwendらは、「日常苛立ちごと」尺度のような評定尺度で、ストレスと心身の不健康との関係についての仮説を実証することは、一種のトートロジーに墮することだと主張する。しかし、「日常苛立ちごと」に症状項目が含まれているからといって、「日常苛立ちごと」によって測られるストレスが即ち不健康を意味するわけではなく、したがって、部分対全体の関係に過ぎないのだからトートロジーとは言えないはずである。

例えば、「恐怖」は危険を中和できないという認知の結果で、認知は「恐怖」の重要な構成要素となっている。「恐怖」とそのような認知とは重なり合っている。しかし、その重なり合いは決して全体的ではない。ストレスもそれと同様に心理的困難と重なり合っても、決して全体的に重なり合っているわけではない。

ストレスを扱う場合、循環的思考を厳密に排除するわけにはいかない。心理的ストレスは環境に対する単なる反応ではなく、認知や対処の働きを

介しての環境との相互関係の過程であり、ストレス認知は直面する環境条件の反応の基盤となる価値観や関与のしかたに関わるさまざまな変数を統合している。

ストレス認知はストレス対処の過程を形成し、それは直接的に反応を生むのみでなく、長期的にはひるがえってストレス認知にも変化を与えている。ストレスは、したがって環境的な単純な変数によって表現されるものでは決してない。

以上のLazarusの意見に一貫して認められるのは、心理的ストレスが心理的に体験される過程においてのみ捉えられていることである。心理的ストレスと健康や病気との関わりについてのLazarusの考察も、あくまで心理的な体験過程の世界でのことがらとして論じられている。その限りでは論理的な整合性は保たれている。実際、Lazarusらがストレスと不健康との関わりを探るために用いるのは、HSCLのような心理的症状からなる指標であり、心理的障害へ投影された不健康に限られている。しかしその限りでは、Dohrenwendらの批判に指摘されている困難な問題を回避することはできない。

### 3) 「ストレス」と病気をめぐって

「ストレス」は病気のもとになる、と多くの人々は信じている。今では、「ストレス」概念は日本人の病気観にも馴染んでいるようである。日本人の「根本的な病気に対する考えかた、取り組みかたのいくつかを分析」した大貫<sup>13)</sup>は、日本人の病気観について、「病因の根本は身体の内側に起こった不均衡にあるとされている」と述べている。このような病気観は、川喜多のことばをかりれば「近代の医学と無意識のうちに調子を合わせてしまっているソフィスティケートな」現代のわれわれにも根強く抱かれているものであり、その来歴は古いに違いない。事実それはわが国の古い医学にも説かれている。例えば、江戸中期の古医方の代表者の一人、後藤良山の「一気留滞論」によれば、身中身外のみならず天地にあまねく漲っている元気が、風寒や飲食や七情がからだに滞ることによって身中に留滞し、からだに虚鬱などの気の不均衡を生み、それが百病を現してくるとされる。

また、貝原益軒も「養生訓」で、胸中に七情をとどめて気を留滞させてはいけない、と説いている。

ところで、「ストレス」という外来語がその原義にどれほど忠実かは分からない。巷間よく「ストレスが溜まる」とか「ストレスを発散させる」という言い方がなされているが、その「ストレス」にはあたかも「留滞する気」がなぞらえられているようにみえる。「ストレス」がこれほどまでによく用いられ、しかもわれわれの病気観にもすっかり馴染んで、「ストレス」が病気のもとになることがらと思われているのも、古来からの病気観における「気」の概念のある側面が「ストレス」には反映されているからなのかも知れない。

現代のストレス研究は、果たしてこのような病気観に科学的根拠を与えてくれるであろうか、それともその誤りを科学的に指摘してくれるであろうか。それは大変気になる問題である。とりわけ、最近の健康科学で繰り返しとりあげられる問題、つまり、心理的ストレスが本当に病気のもとにもなるのかどうか、あるいは、いくつかの病気、とくに心身症とされている病気が、ある種のパーソナリティーの人に好んで生じてくるというのは本当なのか、それはもう一度根本から検討してみなければならぬと思われる。HS Friedman and S Booth-Kewley<sup>14)</sup>は、New England Journal of Medicine (1985) の編集巻頭言のM Angellのことばをひいている。Angellは問いかけている。「心臓発作、消化性潰瘍、喘息、リウマチ性関節炎、それに大腸炎に関して今なにが分かっているのか。これらの病気が、ある種のパーソナリティーのタイプの人を見舞うストレスによって起こることや、そのパーソナリティーを変えることによって、その病気の経過までが変えられるというのは一体本当だろうか。」当のAngellによれば「精神的状態が病に直接反映しているというわれわれの思い込みが俗説 (folklore) の域を出ないということを今や認識すべき時にある」という。

病気そのものの病理過程といういわばクロスアップシーンにおける生理的ストレスとその病気との関連ならばともかく、そのシーンから多少とも離れた状況におけるストレスと病気とのあいだの関連性、例えば、くらしのできごとや日常苛立

ちごとなどの状況のストレスとなんらかの病気の発病や悪化との関連性は、一般に信じられているほどはつきりしてはいない。実際、ストレスと病気の関連に関わる研究において、とくに生活ストレスや心理的ストレスとある種の病気の発病との関連を扱った研究において現在得られている知見は必ずしも一致した方向を示すものではないし、ストレス研究者の多くはこの両者の関連について極めて控えめな態度をとっていることはもっと一般に啓蒙されるべきであると思われる。

さきに名をあげたHS Friedman and S Booth-Kewleyは「罹病危険度の高いパーソナリティー」(“disease-prone personality”)に関連する研究をとりあげ、とくに、気管支喘息、筋緊張性頭痛、消化性潰瘍、リウマチ性関節炎、冠状動脈性心疾患の5種の病気とそれぞれに罹患しやすいとされているパーソナリティーとの関わりを心理的ストレス論の立場からとりあげた研究論文について、パーソナリティーの要因として、怒り、敵意、攻撃性、抑うつ、不安、外向性、のいずれかの要因をとりあげていて、問題の病気との関連について数量的なデータをあげていて、しかも統計的分析に十分な数量的サイズを備えているものを101件選んで、総合的な分析(meta-analysis)を行っている。それによると、僅かに論文件数の多い冠状動脈性心疾患に関わる知見をのぞけば、罹病危険度の高いパーソナリティーと実際に罹病することとの間の関連性は極めて弱いものにすぎず、また、冠状動脈性心疾患に関しても、両者の関連は相関係数にして0.238から0.078の間の比較的弱い相関係数しか認められないことが確かめられたという。

この報告は、罹病危険度の高いパーソナリティーと問題の病気への罹病との関連性を否定するものではなく、ましてそのような研究の価値を否定するものでもない。しかし、現在の心理的ストレス研究に内在する困難な問題をかいまみせていることは確かであり、それを打開するために新たなパラダイムにもとづくストレス概念の再構築とそれにもとづく研究の出現が望まれる。

#### 文 献

1) Cannon, W.B.: Stress and homeostasis. Am

J Med Sci. 189: 1-14, 1935

- 2) Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., Dodson, M. and Shrout, P.E.: Symptoms, hassles, social supports and life events: The problems of confounded measures. J Abnorm Psychol. 93: 222-230, 1984
- 3) Dohrenwend, P.B., Shrout, E.: “Hassles” in the Conceptualization and Measurement of Life Stress Variables. Am Psychologist. 40 (7): 780-785, 1985
- 4) Friedman, H.S. and Booth-Kewley, S.: The “Disease-Prone Personality” A Meta-Analytic View of the Construct. Am Psychologist. 42 (6): 539-55, 1987
- 5) Hinkle, L.E. Jr.: The concept of “stress” in the biological and social sciences. In: Lipowski, Z.J., Lipsitt, D.R. and Whybrow, P.C. eds. Psychosomatic Medicine p. 27-49, 1977
- 6) Holmes, T.H. and Rahe, R.H.: The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 11: 213-218, 1967
- 7) Holroyd, K.A. and Lazarus, R.S.: Stress, Coping, and Somatic Adaptation. In: Goldberger, L. and Broznitz, S. eds. Handbook of Stress and Clinical Aspect. p. 21-35, 1989, Free Press
- 8) Lazarus, R.S. and DeLongis, A.: Psychological stress and coping in aging. Am Psychologist. 8: 245-254, 1983
- 9) Lazarus, R.S., DeLongis, A., Folkman, S. and Gruen, R.: Stress and Adaptation Outcomes. Am Psychologist. 40 (7): 770-779, 1985
- 10) Longman's Active Study Dictionary of English. p. 606, Longman Group 1983
- 11) Monroe, S.M.: Major and minor life events as predictors of psychological distress; Further issues and findings. J Behav Med. 6: 189-205, 1983
- 12) Newberry, B.H., Jaikins-Madden, J.E. and Gerstenberger, T.J.: A Holistic Conceptualization of Stress and Disease. Stress in Modern Society 7. AMS Press 1991
- 13) 大貫恵美子: 日本人の病気観 岩波書店 1985
- 14) Osler, W.: Lumleian lectures on angine pectoris. Lancet. 1: 696-977, 1910 (cit. in Hinkle's article 5)
- 15) “Living an intense life, absorbed in his work, devoted to his pleasures, passionately

devoted to his home, the nervous energy of the Jew is taxed to the uttermost, and his symptom is subjected to that stress and strain which seems to be a basic factor in so many cases of angine pectoris." (cit in Hinkle's

article 5)

16) Selye, H.: The Stress of Life [rev. ed] McGraw-Hill 1976

17) Wolff, H.: Stress and Disease. C Thomas 1953

【特集】

## ストレスと免疫機能

入江 正洋\* 永田 頌史\*

### 1. はじめに

米国の有名な精神分析学者で、心身医学のパイオニアの一人でもあるAlexanderは、1950年代に、心理的影響を強く受ける代表的疾患として、気管支喘息、神経性皮膚炎、慢性関節リウマチ、甲状腺機能亢進症、潰瘍性大腸炎、消化性潰瘍、本態性高血圧の7疾患を挙げ、Seven holly diseasesと称した。これらはいわばストレス病とも言えるものであるが、このうち消化性潰瘍と本態性高血圧を除く5疾患の病態に、免疫系の異常が関与していることが今日明らかとなっている。このような、情動の影響下にある疾患の中に免疫疾患が多く含まれているという事実は興味深く、ストレスと免疫との係わりを示唆するものである。

その後、今日まで数十年が経過したが、この間のストレスに関する研究の発展には目ざましいものがあり、脳生理学や神経内分泌学、免疫学などの幅広い分野に裾野が広がったのみならず、Psychoneuroimmunologyのような各々の領域を関連づける研究もなされるようになった。

ここでは、これらの研究に関する最近の知見を紹介しながら、中枢神経と免疫反応、ストレスと免疫応答、免疫機能が主役をなしている感染、アレルギー疾患、自己免疫疾患、癌などの疾患、さらには精神科疾患と免疫との関連について概説する。

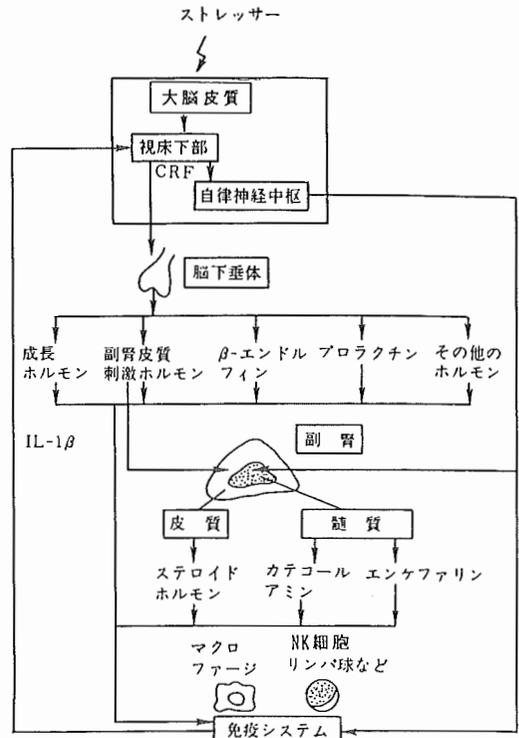


図1 ストレスと内分泌、自律神経、免疫系  
CRF:コルチコトロピン放出因子  
IL-1β:インターロイキン-1β

### 2. ストレスとホメオスターシス

今から約2400年前、古代ギリシャのヒポクラテスは、病気を、生体とそれを取り巻く環境との関係で起こるものと見なし、病気にならないためには、良好な精神状態を保つことを強調していた。

その後、19世紀末に生理学者Bernardは、生体が

Stress and immune functions.

\*産業医科大学産業生態科学研究科精神保健学教室  
Masahiro Irie, shōzi Nagata: Institute of Industrial Ecological Sciences, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health.

何らかのストレスにさらされた際に、ストレスによる身体的影響を最小限に食い止め、常に体の機能、いわば内部環境 (fluid matrix) を一定状態に保とうとする働きが生じることを見出した。Cannonは、このような機構をホメオスタシスと称し、それを維持するメカニズムとして、自律神経系、特に交感神経系の反応を重視する学説を提唱した。

このホメオスタシスを支えていく機構として、神経系に加えて内分泌系も重要な役割を果たしているものと考えられてきたが、最近では免疫系の関与も重要視されている。そして、これらは1つのシステムとして働き、ホルモンや神経ペプチド、サイトカイン等を介して相互に影響しあっていることが明らかになってきた (図1)。特に近年では、脳と免疫系の間密接な関連があることが証明され、ストレスの免疫・アレルギー反応へ与える影響も科学的に明らかにされつつある。

### 3. 中枢神経系と免疫系

#### (1) 中枢神経系から免疫系への作用

生体がストレスにさらされると、まず大脳辺縁系が興奮し、視床下部の内分泌系や自律神経系の中枢にその刺激が伝わり、CRF (Corticotropine releasing factor) を介して下垂体からACTH (Adrenocorticotropic hormone) やエンドルフィンなどが血中に放出され、ACTHにより副腎皮質からグルココルチコイドやエンケファリンが放出される。グルココルチコイドは、赤血球を除くほとんど全ての組織細胞でレセプターが認められるため<sup>1)</sup>、免疫抑制作用や抗炎症作用、抗腫瘍作用など、免疫機能を含む様々な生体の機能に影響を及ぼしている。

また、視床下部の自律神経中枢からは、交感神経系を介してアドレナリンやノルアドレナリンが血中に放出され、バランスを保つために副交感神経系を介して神経終末よりアセチルコリンが放出される。こうした自律神経線維は、骨髄、胸腺、脾臓、リンパ節などの免疫系の各組織にみられ<sup>2)</sup>、さらに脾臓、リンパ節などには、サブスタンスP、VIP (Vasoactive intestinal peptide)、NPY

(Neuropeptide Y) などを含む神経線維も認められている<sup>3)</sup>。脾臓への交感神経を遮断すると免疫反応が亢進すること<sup>4)</sup>からみても、こうした神経系による免疫系の調整が考えられる。

また、免疫担当細胞には、アドレナリン、グルココルチコイド、ACTH、成長ホルモン、 $\beta$ -エンドルフィン、エンケファリン、インシュリン、サブスタンスP、VIPなどのホルモンや神経伝達物質、さらには活性アミンに対する受容体が存在することが知られている<sup>5)</sup>ため、ストレス負荷に

表1 神経及び内分泌細胞由来のペプチドの免疫系への作用 (in vitro)

ACTH	T細胞におけるIFN $\gamma$ の誘導↓ IFN $\gamma$ によるマクロファージの活性化↓ 抗体産生反応↓ BCGF様作用
$\alpha$ -endorphin	抗体産生反応↓
$\beta$ -endorphin	T細胞増殖↑ (マウス, ラット) ↓ (ヒト) IFN $\gamma$ の誘導↑ 抗体産生反応↑ 細胞障害性T細胞増殖↑ NK細胞活性↑ 好中球, 単球の走化性↑
Leu-enkephalin Met-enkephalin	抗体産生反応↓  IFN $\gamma$ の誘導↑ NK細胞活性↑ T細胞走化因子 単球の走化性↑
Growth hormone	T細胞の生長・分化↑ (但しインシュリンと胸腺ホルモンの存在下)
TSH	抗体産生反応↑
Vasopressin Oxytocin	ヘルパーT細胞によるIFN $\gamma$ の産生誘導 (IL-2様作用)
Substance P	T細胞増殖↑ マクロファージ貪食能↑ 肥満細胞, 好塩基球の脱顆粒↑
Somatostatin	好塩基球からのヒスタミン, LTD4放出抑制 T細胞増殖↓ 肥満細胞の脱顆粒↑ 好塩基球の脱顆粒↓
hCG	Tc細胞, NK細胞活性↓ T細胞増殖↓

(堀 哲朗: 福岡医誌80, 1989より引用)

よってこれらの物質が放出されると、各々の免疫担当細胞のレセプターを介して、表1に示すような様々な免疫調整作用を発揮するものと思われる<sup>9)</sup>。リンパ球の膜表面には、 $\alpha$ 、 $\beta$ -アドレナリンレセプターとコリン作動性レセプターが存在し、一般に、交感神経系の刺激は $\beta_2$ レセプターを介してcAMPを上昇させ、リンパ球の機能を抑制するのに対して、副交感神経系の刺激はcGMPを上昇させ、リンパ球の機能を亢進させるものとされている<sup>7)8)</sup>。しかし、免疫細胞の膜表面の $\alpha_2$ -アドレナリンレセプターを刺激すると免疫応答が抑制され、 $\beta$ -アドレナリンレセプターを刺激するとかえって増強されるとの報告<sup>9)10)</sup>もあり、まだ不確定な要素を含んでいる。

従来より、こうした下垂体-副腎皮質系と自律神経-副腎髄質系は、各々独立して研究されてきたが、近年、CRF含有ニューロンが、脳内の辺縁系や視床下部、脳幹などの自律神経機能の調節に関係する部位にも存在することが明らかになり、CRFが自律神経-副腎髄質系の賦活にも関与していることが示されている<sup>11)</sup>。実際、CRFの脳室内投与によって、血圧や心拍数の増加、血中カテコールアミン濃度の上昇、血糖値の上昇などが認められる<sup>12)</sup>。

## (2) 免疫系から中枢神経系への作用

免疫担当細胞が中枢神経系に影響を及ぼしている証拠として、中枢神経系の細胞に免疫担当細胞と共通した細胞表面抗原を認めたとする報告<sup>13)</sup>がみられる。

また、リンパ球は適当な刺激を受けると、ACTH, TSH (Thyroid stimulating hormone), GH (Growth hormone), プロラクチン, エンドルフィン, エンケファリン, VIP, ソマトスタチン等を産生できることも知られている<sup>14)</sup>。

さらに、免疫担当細胞が抗原に対して応答する際に産生する種々の生理活性物質としてサイトカインがあるが、これは免疫担当細胞のみならず、中枢神経系に対しても様々な作用を有することが判明している。例えば、代表的なIL-1 (Interleukin 1) は、下垂体からのACTHやエンドルフィンなどのホルモンの分泌を促すほか、発熱や食欲抑制、

表2 免疫サイトカインの神経及び内分泌作用

IL-1	発熱, 摂食抑制, 徐波睡眠誘発, 内分泌反応 (CRF $\uparrow$ , ACTH $\uparrow$ , エンドルフィン $\uparrow$ , ソマトスタチン $\uparrow$ ), 鎮痛 (マウス), グリア細胞成長 $\uparrow$
TNF	発熱, 徐波睡眠誘発, 摂食抑制, 鎮痛 (マウス)
IFN $\alpha$	発熱, 徐波睡眠誘発, 摂食抑制, 鎮痛とカタレプシー (マウス), モルフィン禁断症状の軽減, リンパ球からのACTH・エンドルフィン産生 $\uparrow$ , 副腎皮質細胞からの血中へのコルチゾール放出 (ACTH様作用) $\uparrow$ , 血中白血球数 $\downarrow$ , ウイルス増殖 $\downarrow$ , マクロファージ食作用 $\uparrow$ , 抗体産生 $\downarrow$ または $\uparrow$ , (条件により異なる), 遅延型過敏反応 $\downarrow$ または $\uparrow$ , NK活性 $\uparrow$
Thymosin F5	ACTH $\uparrow$
Thymosin F3	オピオート受容体へ結合
Thymosin $\alpha$ 1	ACTH $\uparrow$
Thymosin $\beta$ 4	LH $\uparrow$ Testosterone $\uparrow$
Tuftsins	下垂体-甲状腺系 $\uparrow$
Neuroleukin	運動及び感覚ニューロンの成長 $\uparrow$
IL-2	下垂体ACTH, エンドルフィンの放出 $\uparrow$
IL-6	ACTH $\uparrow$ , NGF様作用
C3a	摂食抑制

(堀 哲朗: 福岡医誌80, 1989より引用)

徐波睡眠の誘導, 鎮痛などにも関与する<sup>15)</sup>。その他, IL-2やIL-6, TNF (Tumor necrotizing factor), IFN $\alpha$  (Interferon  $\alpha$ ) などの他のサイトカインも、表2に示すような種々の神経・内分泌作用を持つことが認められている<sup>9)</sup>。

これらのことより、中枢神経系から免疫系への情報伝達と相対するように、免疫系からも脳への情報伝達<sup>16)</sup>が送られ、中枢神経系と免疫系は相互に連携した生体防御システムを営んでいるものと思われる。

## (3) 脳の局在性と免疫機能

近年、分離脳の研究や、視床下部の破壊でリンパ球サブセットが変動したり<sup>16)</sup>、アレルギー反応が抑制される<sup>17)</sup>といった、脳の破壊実験などによって、脳の局在性と免疫機能との係わりに関心

が寄せられるようになった。現在、その中でも脳の左右差の問題が注目されている。

従来より、右利きの人と左利きの人では、脳内の運動中枢や言語中枢などが逆になっていることが知られていたが、近年、左利きの人の方が自己免疫疾患や片頭痛、精神遅滞などに罹患しやすいとの報告<sup>18)</sup>もみられる。この原因として、テストステロンが胎生期の左大脳半球の発達を遅らせたり、発育過程の胸腺を抑制するため、右大脳の優位や免疫疾患が生じやすくなるとの解釈がなされている。

また、Bizierreら<sup>19)</sup>は、マウスの左右の大脳皮質の破壊実験より、左大脳皮質の破壊によって脾臓Thy-1<sup>+</sup>細胞数の減少、SRBC-IgG産生細胞数の減少、PHA (Phytohemagglutinine) およびConA (Concanavalin A) 刺激に対するリンパ球幼若化反応の低下、NK (Natural killer) 細胞活性の抑制などがおこるのに対して、右大脳皮質の破壊では、こうした免疫機能の低下はみられないか、むしろ亢進することを報告し、脳の左右差による免疫機能の違いを明らかにした。

#### 4. ストレスと免疫応答

生体がストレスにさらされれば、まず最初に交感神経系の緊張が起こり、その後には下垂体—副腎皮質系が活性化される。ストレスが長期に及ぶ場合は、生体は疲弊し、胃・十二指腸潰瘍の発生、胸腺およびリンパ節の萎縮、副腎皮質の肥大などの現象がみられるようになる。こうした一連の経時的な生体反応は、Selyeによって全身適応症候群と名づけられ、今日でもストレスによる生体反応を説明する場合によく用いられるが、ストレスによる免疫応答を最初に観察したものとして注目される。

現在では一般に、強い光や騒音、拘束、狭い環境、電気ショックなどの急性のストレスにさらされた動物では、細胞性免疫、液性免疫ともに抑制され、慢性的なストレス下では、ストレスに対する適応現象がみられる結果、免疫機能は以前の状態に回復するか、逆に亢進することが知られている<sup>20)</sup>。さらに、そうしたストレスを、自らの行動で

回避するか、他のものに向けることができるような場合とできない場合とでは、後者の方のリンパ球幼若化反応が低下していることも認められている<sup>21)</sup>。

また、電気ショックの強さによるストレスの程度と免疫機能の関係<sup>22)</sup>では、対象群、電気ショックを与えなかった模擬設定群、少量の電気ショックを与えた群、高度の電気ショックを与えた群の順に末梢血中のリンパ球数が減少し、それに伴って末梢全血中のリンパ球幼若化反応も低下することが示されており、ストレスの程度が強くなるに従い、免疫機能の抑制も顕著になる可能性が示唆される。このような変化は、副腎を摘出した場合<sup>23)</sup>にはほとんど認められないことから、副腎を介する反応と解されるが、副腎を摘出した動物でもストレスによる免疫機能の抑制がわずかながら認められるため、ストレスによる免疫系の調整には、副腎系以外の内分泌、自律神経系などのメカニズムも存在しているものと考えられる。

実際、Shavitら<sup>24)</sup>は、ラットに間歇的な電気ショックを長く与えた場合と弱い電気ショックを連続的に与えた場合とでは、前者でのみ細胞性免疫が低下し、移植癌の増殖が促進されることを示し、これがストレスによって中枢神経及び血中に放出されたβエンドルフィンなどのオピオイドペプチドの作用によることを報告している。

通常、ストレスといえば有害なものとの認識を抱く人が多いであろうが、Selyeもdistress (不快ストレス) とeustress (快ストレス) に分けているように、生体にとって好ましいストレスもある。藤原ら<sup>25)</sup>は、胸腺の重量の変化に着目し、ストレスに伴って起こる免疫応答を正または負の方向に分類した。すなわち、火傷や高圧、外科手術や拘束などのストレスの際には胸腺の萎縮が生じ、免疫機能も抑制されるが、疼痛や単独隔離などのストレス負荷では胸腺は萎縮せず、免疫機能は逆に亢進することを報告した。この理由として、胸腺の萎縮を起こすようなストレスでは、下垂体—副腎皮質系を介してグルココルチコイドが放出され、免疫系が抑制されるのに対して、胸腺の萎縮を伴わないようなストレスの場合は、視床下部—交感神経系—副腎髄質系が刺激されてアドレナリンや

ノルアドレナリンの放出が起こり、その $\beta$ 作用によってヘルパーT細胞が活性化され、免疫系の増強が生じるものと説明されている。また、こうしたストレスの際のカテコールアミンの放出に関して、心理的ストレスはアドレナリンをより増加させ、身体的ストレスはノルアドレナリンをより増加させるという報告<sup>26)</sup>もある。

このような研究では、単独隔離は免疫機能を亢進させるストレスと見なされているが、幼少期の単独隔離、特に親や同胞からの分離は、さらに大きなストレスとなることが知られている。Reite<sup>27)</sup>は、生後1両日中に母親から分離させた子供のサル2匹をペアで飼育し、27週経った時に声だけ聞こえる状態に11日間分離した後に再度ペアにする実験を行った。その結果、一方のサルでは分離2日目にPHA刺激によるリンパ球幼若化反応が低下し、11日目にはPHA、ConA刺激両方のリンパ球幼若化反応が最も著明な低下を呈したのに対して、もう一方のサルでは、分離後2日目よりすでにPHA、ConA両方の刺激によるリンパ球幼若化

反応が低下し、再度一緒にした後1週間目に最も著明な低下が認められた。これより、出生早期の分離というストレスによってリンパ球幼若化反応は抑制されるものの、その経時的变化には個体差があり、後者のようにすぐにストレスの影響を受けやすいものでは、その回復能力も低下していることが示唆される。同様な報告は、NK細胞活性<sup>28)</sup>についても認められ、成長した後にまで影響が及ぶとの指摘<sup>29)</sup>もなされている。

その他、絶食のストレスで、Tリンパ球やマクロファージの機能が最初亢進するもののその後低下するとの報告<sup>30)</sup>や、レム断眠によって、PHA刺激によるリンパ球幼若化反応が低下するとの報告<sup>31)</sup>などもみられる。

臨床的には、20世紀初め頃から、ストレスが病気に影響を与えるという観察が、本邦の石神<sup>32)</sup>のような先駆者達によってなされていたが、ストレスの評価の仕方が重要な問題であった。HolmesとRahe<sup>33)</sup>はこの問題に取り組み、Life Change Unit (LCU) (表3)を作成した。そして、1年間

表3 Life Change Unit

生活上の出来事	ストレス度	生活上の出来事	ストレス度
配偶者の死亡	100	子供が家を離れる	29
離婚	73	親戚とのトラブル	29
別居	65	特別な業績	28
留置所拘留	63	妻が仕事を始める、あるいは	26
親密な家族の死亡	63	中止する	
自分の病気あるいは傷害	53	学校が始まる	26
結婚	50	生活状況の変化	25
失業	47	習慣を改める	24
夫婦の和解	45	上司とのトラブル	23
退職	45	仕事上の条件が変わる	20
家族の一員が健康を害する	44	住居が変わること	20
妊娠	40	学校が変わること	20
性的問題	39	レクリエーションの変化	19
家族に新しいメンバーが加わる	39	教会活動の変化	19
新しい仕事への再適応	39	社会活動の変化	18
経済状態の変化	38	1万ドル以下の抵当か借金	17
親友の死亡	37	睡眠習慣の変化	16
異なった仕事への配置換え	36	家族が団らんする回数の変化	15
配偶者との論争の回数の変化	35	食習慣の変化	15
1万ドル以上の抵当か借金	31	休暇	13
担保物件の受戻し権喪失	30	クリスマス	12
仕事上の責任変化	29	ちょっとした違反行為	11

(Holmes, T. H. & Rahe, R. H.: The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 11.1967より引用)

表4 ストレスによる免疫機能の抑制(ヒト)

ストレッサーの内容	免疫機能	発	表
心理社会的問題	上気道感染の罹患率上昇	1962	Jacob
生活上の慢性ストレス	溶連菌感染抵抗力低下	1962	Meyer
睡眠障害	溶連菌に対する食食能低下	1976	Palmlblad
配偶者との死別	インターフェロン産生低下	1977	Bartrop
生活上の変化に伴う情動ストレス	T細胞PHA反応性の低下	1978	Green
睡眠障害	Cytotoxicity機能低下	1978	Green
資格試験	PHA反応性低下, 好中球機能低下	1976	Palmlblad
生活上の変化に伴う不安 うつ反応	リンパ球PHA反応性低下	1982	Dorian
うつ病状態	NK細胞機能低下	1983	Gottschalk
うつ病	好中球食食能低下	1983	Gottschalk
配偶者との死別	リンパ球反応性低下	1983	Kronfol
社会的サポートのない老人	リンパ球PHA, PWM反応性低下	1983	Schleifer, Stein
生活上のストレスと困難	リンパ球PHA反応性低下	1985	Thomas
	乳癌手術後の再発率の増加	1989	Watson

に体験した生活上の変化の得点合計が150点未満であった人の37%, 150~300点の人の51%, 300点以上の人の79%が, その後何らかの疾患に罹患していたことを報告している。

HolmesらのLCUの中で最も強度のストレスと見なされていたのが配偶者との死別である。それを最初に取り上げ, 配偶者が死亡した後6週間経った時点で, 残された方のリンパ球幼若化反応が低下していたことを明らかにしたBartropら<sup>34)</sup>の研究は高く評価されている。同様の成績は, NK細胞活性<sup>35)</sup>でも認められ, Schleiferら<sup>36)</sup>は, こうした配偶者の死別を体験した後の免疫機能の低下が, 1年経っても完全には回復していないことを指摘している。これらの研究は, 配偶者との死別後, 残された者の死亡率が高くなるとの観察結果<sup>37)</sup>を裏づけるものである。

ストレスの程度に応じ免疫機能が低下するという結果は, 動物実験のみならず臨床的にも認められ, Greenら<sup>38)</sup>は, LCUの点数と精神状態を加味して表したストレスの強さとリンパ球の活性が負の相関を示すことを報告している。Lockeら<sup>39)</sup>はさらに, 大学生について日常生活の変化に伴うストレスとNK細胞活性との関連を検討した結果, 高度のストレスがあったにもかかわらず, 不安や抑うつ, 強迫的思考などの精神症状をわずかしめ示さずに良好な適応力を有していた者は, NK細胞

活性が高値であり, 高度のストレスとともに精神症状も多く, 低い適応力を有する者は, NK細胞活性が低値であること, すなわち, ストレスによる免疫機能の低下は, 動物実験と同様に, 適応次第で防げることを明らかにした。

また, Spitz<sup>40)</sup>は, 分離ストレスとして母親と離れて育った幼児について検討し, 母親が全く関知しない群では, 定期的に母親が訪れる群に比べて, 死亡率や感染への罹患率が高いことを報告し, 幼小児期からの絶ゆまぬスキンシップの重要性を指摘している。

臨床的なストレスのモデルとして, 試験もよく取り上げられいくつかの報告がある。その際, リンパ球サブセットの変化なども調べられているが, 試験ストレスに対する受け止め方や生体反応が個人によって異なるためか, あまり一定した傾向は認められていない。

その他, 細胞性免疫のみならず, 液性免疫もストレスによって変化することが知られている。McClellandら<sup>41)</sup>は, 囚人を対象としてストレスと上気道感染との関連を研究し, 高度のストレス群では軽度のストレス群に比べて, 唾液腺中のIgAが低値で, 上気道感染の罹患率も高かったと述べている。

以上の研究結果からわかるように, ストレスに対する免疫応答は, Selyeの全身適応症候群のよう

な一様な経過をとるわけではなく、ストレスの内容、程度、期間、さらにはストレスが加わる成長段階やストレスに対する適応力などによって異なり、複雑な様相を呈しているものと思われる。ヒトにおけるストレスと免疫機能に関する主な報告は表4の通りである。

## 5. ストレスと疾患

### (1) ストレスと免疫・アレルギー疾患

Alexanderが提唱したSeven holly diseasesのように、ストレスが関与する免疫疾患は数多く、現代医学の知識からみれば枚挙にいとまがないほどである。その中でも代表的な疾患群は、感染症、アレルギー疾患、自己免疫疾患、そして癌であろう。

感染症に関する研究では、石神ら<sup>32)</sup>の結核患者に関する研究などが先駆的であるが、多くは20世紀半ば以降に実施された。一例として、1962年にMeyerら<sup>42)</sup>が、子供が2人以上いる中流の16家族の上気道感染を1年間にわたって観察し、ストレス度の高い家族では、低い家族に比べて溶連菌感染への罹患率やASLOの上昇率が有意に高値を示していることや、約1/4の者は何らかの家庭内のストレス後に発病していることなどを報告している。

その後、Totmanら<sup>43)</sup>は、ライノウイルスを接種した人達について前向きに観察し、社会活動性や内向性の程度が、症状の重症度の予測因子になることを示した。最近、Cohenら<sup>44)</sup>は、更に詳細かつ大規模な前向き調査として、394名の健常人に対して、呼吸器感染を生じさせる5種類のウイルスのうちいずれか1種類を鼻腔内に少量投与し、さらに各々を1人から3人までの組に分け、7日間の隔離によって感染状況および抗体の変化を観察した。その結果、ストレスの強さに応じて、臨床症状による呼吸器感染の増加や、ウイルス分離、抗体の上昇などが認められ、こうしたストレスと感染との相関は、隣人の感染の有無や、鼻腔内投与前の免疫状態には影響されないことが判明した。これより、感染するか否かは、環境によるストレスよりも、個人の受け止め方などのストレスにより左右され易いものと思われる。その他、現在問題となっているAIDSの発病や進行性に関しても、このような観点からの研究が進められている。

代表的なアレルギー疾患である気管支喘息についても、その発症や経過に生活上のストレスや処理の仕方が関係していることが臨床的によく知られている。吾郷ら<sup>45)</sup>は、喘息発症前1年間のストレスが発症に関与していることや、ストレスを作りやすい適応様式が経過に関係していることなどを

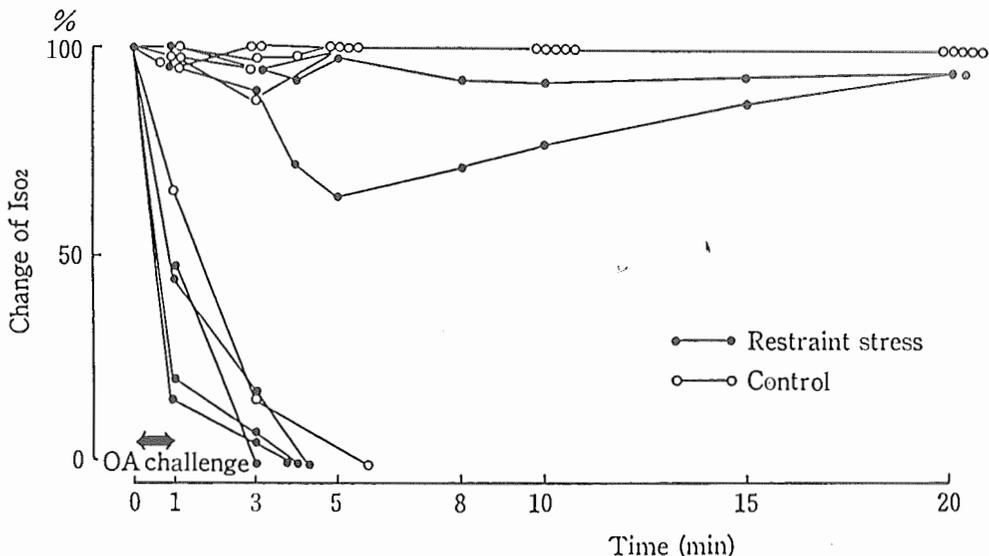


図2 ストレスによるアレルギー反応の増強作用

報告している。著者らも、喘息の重症度が、ストレスや対処行動、性格傾向と関係が深いことを示した<sup>46)</sup>。

また、抗卵白アルブミン (OA) IgE抗体で受身感作したモルモットに、16時間の拘束ストレスを負荷した後にOA吸入を行なうと、気道反応が増強され、呼吸抵抗とよく相関する組織中酸ヘモグロビン値 (Iso<sub>2</sub>) の低下が大きくなり (図2)、致死率も有意に高くなることや、迷走神経のトーンズに関係していると考えられている前視床下部を電氣的に破壊しておく、OA吸入時の気道反応が減弱することなども報告<sup>47)</sup>した。すなわち、ストレスによってアレルギー反応が増強されることや、迷走神経系がアレルギー反応に関与していることを動物実験で明らかにしたわけである。

アレルギー反応や喘息症状が情動刺激や条件づけ、暗示によって誘発されたり増悪することは、古くから観察されており、1886年にMackenzie<sup>48)</sup>は、バラの花粉に過敏な女性患者が、造花のバラを見て鼻炎や喘息の症状を呈した例を報告している。近年では、神経科学の進歩によって、知覚神経末端と60~80%の粘膜肥満細胞との間に密接な連絡があること<sup>49)</sup>や、音と光の条件刺激により肥満細胞に特異的な酵素 (rat mast cell protease II) が遊離すること<sup>50)</sup>なども判明している。このことは、神経系と、アレルギー反応の引き金としての機能を有する肥満細胞の間に、解剖学的、機能的連関があることが科学的に証明されたことを意味する。

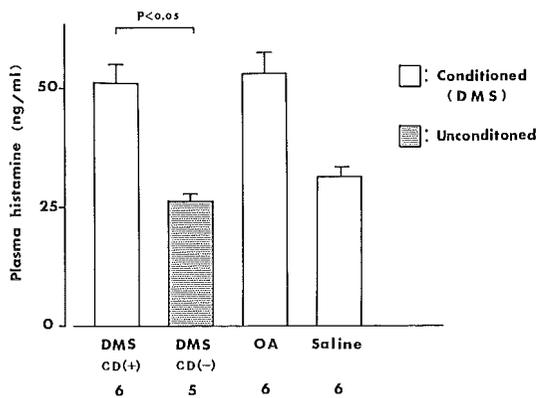


図3 アナフィラキシーの条件づけ

著者らも、卵白アルブミン (OA) で感作したモルモットにOA溶液を吸入させて喘息様の呼吸困難、チアノーゼなどの気道反応を誘発する際に、硫黄臭のあるdimethylsulfide (DMS)を同時に吸入させるという条件づけを7回行くと、その後DMSのみを吸入させた時にもOA吸入時と同程度に血漿ヒスタミン値が上昇することを観察した<sup>51)</sup> (図3)。すなわち、アナフィラキシー反応が臭気によって条件づけできることを動物実験で確認したわけである。そのほか、アトピー性皮膚炎や蕁麻疹などにおいても、ストレスを増悪要因とする研究報告は多い。

自己免疫疾患では、慢性関節リウマチに関する研究が最も進んでいる。SolomonとMoosら<sup>52)53)</sup>は、リウマチ患者と、リウマチ因子を持ちながらまだ発病していない近年齢の血縁者との比較によって、リウマチ患者の方がストレスの処理能力が劣っていることを報告し、さらに、急速に症状が進行する患者の方が緩徐に進行する患者に比べて、不適応状態を生じていることも指摘している。また、うつ病患者のリウマチ因子が抗うつ剤 (イミプラミン) により低下することから、抑うつとの関連も示唆される<sup>54)</sup>。Aderら<sup>55)</sup>は、条件づけを応用することによって、マウスのSLEの発症や経過を遅らせることが可能であることも報告している。

ストレスに関する免疫疾患の中で最も重篤なものは癌である。これまでの動物実験によって、種々のストレスで発癌や担癌経過が促進されることが知られているが、臨床的にもストレスと癌に関する報告は多い。中川ら<sup>56)</sup>は、諸家の報告を検討した結果、癌患者には、1) 不幸な幼児体験や、孤立した家族のもとで感情閉鎖した状態があり、自分たちの欲求が完全に受け入れられてきていない、2) 発病前に重要な人間関係の喪失などのために抑うつ状態となっている、3) 保守的、完全主義的、抑うつの、強迫的であるものの、感情を抑圧し過剰適応をする、4) 緊張や怒り、不安などを表現する能力が欠如していたり、攻撃心を抑制して自分自身に向けたりする、などの特徴がみられるとしている。Thomasら<sup>57)</sup>も、親との関係が病気の発症にどのように関わっているかを調べるため

に、医学生を長期にわたって追跡調査し、後に癌を発症する者は、冠動脈疾患や高血圧を発症する者に比べて、親との関係が希薄であり、後に自殺したり精神病に罹患したりする者と同等であることを報告している。癌患者の性格が、冠動脈疾患や高血圧の患者の性格とされるTypeAと異なっていることからみて、親子関係を中心とする生育歴によって性格の違いが生じ、さらに異なる疾病の発症へと連なるものと考えられる。

こうした癌患者の特徴を考慮して、良性か悪性かの判別がある程度可能であるとの報告もみられる。Horneら<sup>58)</sup>は、胸部異常影を呈する未診断の患者110名に対して、1) 子供時代の安定度、2) 仕事の安定度、3) 結婚生活の状況、4) 将来への計画性の有無、5) 最近の重要人物や物事の喪失、などの質問を行ってストレスの程度を評価し、それから良性疾患か否かの予想をしたところ、良性群では80%、悪性群では61%の的中率を示したと述べている。

また、癌患者が、不安や恐怖、生きがいの喪失、抑うつなどを乗り越え、残された人生に新たな目標や信念を見出し、前向きに生活することができれば、自然退縮も起こり得ることが報告<sup>59)</sup>され、イメージ療法として治療に応用している施設もある。

## (2) 精神科疾患と免疫異常

精神障害の代表である精神分裂病では、一般にドーパミン仮説と称されるように、脳内のドーパミンの過剰活動が関与しているものと考えられている。しかし現在では、ドーパミンとオピオイドの間にも密接な関連があることが知られるに至り、エンドルフィン過剰説やエンドルフィン欠乏説などの相反する見解も出されている。その他、コレシストキニン様ペプチドの減少あるいは消失が関与しているのではないかとの推論や、サブスタンスPが増加しているとの報告などもあり、CRFを治療に応用しようとの試みもみられる<sup>59)</sup>。

これより、分裂病においても免疫異常が考慮され、実際、paranoid型やresidual型などの分裂病患者では、IL-2産生能の低下や、PHAに対するリンパ球幼若化反応の低下がみられるとの報告<sup>60)61)</sup>があり、Tリンパ球の機能低下が指摘されている。

しかし、逆にNK細胞活性やADCC (Antibody-dependent cell mediated cytotoxicity) 活性が亢進しているとの報告<sup>62)</sup>や、うつ病患者のTリンパ球の機能低下に対して、病識がない分裂病患者では、正常人に近いとする報告<sup>63)</sup>などもある。

うつ病に関しては、血中コルチゾールの上昇などから視床下部-下垂体-副腎系の機能異常が想定されているが、前述したBartropらのうつ状態の例と同様に、全般的に免疫機能が低下しているとの報告が多い。代表的な例としてSchleiferら<sup>64)</sup>は、うつ病患者を健常人と比較した結果、うつ病患者の方がT、Bリンパ球ともに低下していることや、PHA、ConA、PWM (Pokeweed mitogen) いずれの刺激によるリンパ球幼若化反応でも低下がみられたことを報告している。このほか、うつ病の免疫機能については多くの報告があるが、必ずしも一定の結果が得られるわけではなく、原患者の程度、時期などの影響があるものと思われる。

その他、神経症の患者でも、不安にCRFの関与が考慮されていること<sup>65)</sup>などから、免疫機能との関わりが示唆され、IL-2産生能の低下やTリンパ球の機能低下などが認められている。

## 6. 結 語

ストレスと免疫機能について、内分泌機能や自律神経機能との関連性を踏まえながら概説し、感染症やアレルギー疾患、自己免疫疾患、癌などの免疫疾患とストレス、精神科疾患と免疫能との関係などについて、一部著者らの成績を含めて紹介した。

## 文 献

- 1) Homo-Delarche F, Duval D: Glucocorticoid receptors in lymphoid tissue, In; Berczi I, Kovacs K ed: Hormones and immunity, MTP press, ppl-19, 1987.
- 2) Bullock K, Pomerantz W: Autonomic nervous system. innervation of thymic-related lymphoid tissue in wild-type and nude mice, J Comp Neurol 228: 57-68, 1984.
- 3) Bellinger DL, Lorton D, Romano TD et al: Neuropeptide innervation of lymphoid

- organs. *Ann NY Acad Sci* 594: 17-33, 1990.
- 4) Besedovsky HO, Del Ray AE, Sorkin E et al: Immunoneuroendocrine interaction. *J Immunol* 135: 750s-753s, 1985.
  - 5) Weigent DA, Blalock JE: Interactions between the neuroendocrine and immune systems; common hormones and receptors, *Immunological Review* 100: 79-100, 1987.
  - 6) 堀 哲郎: 脳による免疫系の制御. *福岡医誌* 80: 503-509, 1989.
  - 7) Strom TB, Sytbowski AJ, Carpenter CB et al: Cholinergic augmentation of lymphocyte-mediated cytotoxicity. a study of the cholinergic receptor of cytotoxic T lymphocytes. *Proc Natl Acad Sci USA* 71: 1330-1333, 1974.
  - 8) Hadden JW: Neuroendocrine modulation of the thymus-dependent immune system *Ann NY Acad sci* 496: 39-48, 1987.
  - 9) Sanders VM, Munson AE: Beta adrenoceptor mediation of the enhancing effect of norepinephrine on the murine primary antibody response in vitro. *J Pharmacol Exp Ther* 230: 183-192, 1984.
  - 10) Sanders VM, Munson AE: Role of alpha adrenoceptor activation in modulating the murine primary antibody response in vitro. *J Pharmacol Exp Ther* 232: 395-400, 1985.
  - 11) Swanson LW, Sawchenko PE, River J et al: Organization of ovine corticotropin-releasing factor immunoreactive cells and fibers in the rat brain, an immunohistochemical study, *Neuroendocrinology* 36: 165-186, 1983.
  - 12) Brown MR, Fisher LA, Spiess J et al: Corticotropin-releasing factor; actions on the sympathetic nervous system and metabolism, *Endocrinology* 111: 928-931, 1982.
  - 13) Jordan D, Tung E, Xu CS et al: Biochemical and immunologic comparisons of three forms of Thy-1 molecules isolated from human brains. *Ann NY Acad Sci* 496: 316-317, 1987.
  - 14) Kruger TE, Smith LR, Harbour DV et al: Thyrotropin; an endogenous regulator of the in vitro immune response, *J Immunol* 147: 744-747, 1989.
  - 15) Dinarello CA: Biology of interleukin 1. *FASEB J* 2: 108-115, 1988.
  - 16) Katayama M, Kobayashi S, Kuramoto N et al: Effects of hypothalamic lesions on lymphocyte subsets in mice. *Ann NY Acad Sci* 496: 366-376, 1987.
  - 17) Stein M, Schiavi RC, Camerino MS: Influence of brain and behavior on the immune system. *Science* 191: 435-440, 1976.
  - 18) Geschwind N, Behan P: Left-handedness; association with immune disease, migrain, and developmental learning disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*, 79: 5097-5100, 1982.
  - 19) Renoux G, Biziere K, Renoux M et al: A balanced brain asymmetry modulates T cell-mediated events. *J Neuroimmunol* 5: 227-228, 1983.
  - 20) Antoni MH, Schneiderman N, Fletcher MA et al: Psychoneuroimmunology and HIV-1. *J Consult Clin Psychol* 58: 38-49, 1990.
  - 21) Laudenslager ML, Ryan SM: Coping and immunosuppression; inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation, *Science* 221: 568-570, 1983.
  - 22) Keller SE, Weiss JM, Schleifer SJ et al: Suppression of immunity by stress; effect of a graded series of stressors on lymphocyte stimulation in the rat, *Science* 213: 1397-1400, 1981.
  - 23) Keller SE, Weiss JM, Schleifer SJ et al: Stress-induced suppression of immunity in adrenalectomized rats, *Science* 221: 1301-1304, 1983.
  - 24) Shavit Y, Terman GW, Martin FC et al: Stress, opioid peptides, the immune system, and cancer, *J Immunol* 135: 834s-837s, 1985.
  - 25) 藤原良一, 横山三男: ストレスと免疫応答. *医学のあゆみ* 154: 335-358, 1990.
  - 26) Dimsdale JE, Moss J: Plasma catecholamines in stress and exercise *JAMA* 243: 340-342, 1980.
  - 27) Reite M, Harbeck R, Hoffman A: Altered cellular immune response following peer separation, *Life Sci* 29: 1133-1136, 1981.
  - 28) 十川 博, 久保千春, 入江正洋他: 母子分離体験が免疫能に及ぼす影響について—実験動物を用いて—, *心身医* 29: 151, 1989.
  - 29) Laudenslager M, Capitano JP, Reite M: Possible effects of early separation experiences on subsequent immune function in adult macaque monkeys, *Am J Psychiatry* 142: 862-864, 1985.
  - 30) 久保千春, 手嶋秀毅, 吾郷晋浩他: 免疫機能に

- 及ぼす絶食の影響, 心身医22: 249-254, 1982.
- 31) 中野 博, 久保千春, 十川 博他: Platform法によるレム断眠のラット免疫能に及ぼす影響, 心身医29: 133, 1990.
- 32) Ishigami T: The influence of psychic acts on the progress of pulmonary tuberculosis, *Am Rev Tuberculosis* 2: 470-484, 1919.
- 33) Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating scale, *J Psychosom Res* 11: 213-218, 1967.
- 34) Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L et al: Depressed lymphocyte function after bereavement, *Lancet* 1(8016): 834-836, 1977.
- 35) Irwin M, Daniels M, Smith TL et al: Impaired natural killer cell activity during bereavement, *Brain Behav Immunity* 1: 98-104, 1987.
- 36) Schleifer SJ, Keller SE, Camerino M et al: Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement, *JAMA* 250: 374-377, 1983.
- 37) Jacobs S Ostfeld A: An epidemiological review of the mortality of bereavement. *Psychosom Med* 39: 344-357, 1977.
- 38) Greene WA Betts R, Ochitill HN et al: Psychosocial factors and immunity; preliminary report. *Psychosom Med* 40: 87, 1978.
- 39) Locke S, Kraus L, Leserman J et al: Life change stress, psychiatric symptoms, and natural killer cell activity. *Psychosom Med* 46: 441-453, 1984.
- 40) Spitz RA: Anaclitic depression, *Psychoanal Study Child* 2: 313-342, 1946.
- 41) McClelland DC, Alexander C, Marks E: The need for power, stress, immune function, and illness among male prisoners. *J Abnorm Psychol* 91: 61-70, 1982.
- 42) Meyer RJ, Haggerty RJ: Streptococcal infections in families; factors altering individual susceptibility; *Pediatr* 29: 539-549, 1962.
- 43) Totman R, Kiff J, Reed SE et al: Predicting experimental colds in volunteers from different measures of recent life stress *J Psychosom Res* 24: 155-163, 1980.
- 44) Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP: Psychological stress and susceptibility to the common cold: *N Eng J Med* 325: 606-612, 1991.
- 45) Ago Y, Nagata S, Teshima H, et al: Environmental stress factors and bronchial asthma *Psychiatry* 4: 415-421, 1985.
- 46) 永田頌史: 心身医学的にみた成人気管支喘息の発症メカニズムと病態, 心身医学32: 197-205, 1992.
- 47) Nagata S, Ishikawa T, Ago Y: Stress neuropeptides, autonomic nervous system, and immediate hypersensitivity. *New Trends in Autonomic Nervous System Research* (Ed. Yoshikawa et al), Elsevier, Amsterdam, pp59-63, 1991.
- 48) Mackenzie JN: The production of the so called "rose cold" by means of an artificial rose. *Am J Med Sci* 91: 45-57, 1886.
- 49) Bienenstock J, Tomioka M: The role of mast cells in inflammatory cell interactions. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 82: 238-243, 1989.
- 50) MacQueen, G., Bienenstock, J., et al: Pavlovian conditioning of rat mast cell to secrete rat mast cell protease II. *Science* 243: 83-85, 1989.
- 51) 吾郷晋浩, 永田頌史, 石川俊男他: 内科領域の心身症の発症機序と病態に関する基礎的研究. 厚生省 精神・神経疾患委託研究「心身症の発症機序と病態に関する研究」平成3年度報告書, pp37-44, 1992.
- 52) Moos RH, Solomon GF: Psychologic comparisons between women with rheumatoid arthritis and their nonarthritic sisters. *Psychosom Med* 27: 135-149, 1965.
- 53) Moos RH, Solomon GF: Personality correlates of the rapidity of progression of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 23: 145-151, 1964.
- 54) Haydu GG, Goldschmidt L, Drymiotis AD: Effect of imipramine on the rheumatoid factor titre of psychotic patients with depressive symptomatology. *Ann Rheum Dis* 33: 273-275, 1974.
- 55) Ader R, Cohen N: Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science* 215: 1534-1536, 1982.
- 56) 中川俊二: 死生を超越した癌患者(進行, 末期癌)の精神面における動向と社会環境への対応について. 心身医22: 525-533, 1982.
- 57) Thomas CB, Duszynski KR, Shaffer JW: Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer. *Psychosom Med* 41: 287-302, 1979.
- 58) Horne RL, Picard RS: Psychosocial risk fac-

- tors for lung cancer. *Psychosom Med* 41: 503-514, 1979.
- 59) 渋谷治男：精神障害と脳ペプチド，病態生理 4：206-213, 1985.
- 60) Villemain F, Chatenoud L, Guilibert E et al: Decreased production of interleukin 2 in schizophrenia. *Ann NY Acad Sci* 496: 669-675, 1987.
- 61) Kerepcić I, Bamurac J, Jurin M: Is dopamine related to immunologic changes in schizophrenic patients. *Ann NY Acad Sci* 496: 737-739, 1987.
- 62) Aschaver H, Urch A, Resch F et al: Natural immunity in schizophrenia. *Ann NY Acad Sci* 496: 743-744, 1987.
- 63) Stein M, Keller SE, Schleifer SJ: Stress and immunomodulation; the role of depression and neuroendocrine function. *J Immunol* 135: 827s-833s, 1985.
- 64) Schleifer S, Keller S, Meyerson A et al: Lymphocyte function in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 41: 484-486, 1984.
- 65) 松崎一葉，諸治隆嗣：不安における神経ペプチドの役割—CRFを中心として—。医学のあゆみ 147：833-835, 1988.

## 【特集】

## 看護とストレス

稲岡文昭\*

抄録：保健医療職のなかでも看護婦の「燃えつき率」は顕著に高く、しかも約10年前、20%前後であったものが最近では約40%前後に上昇している。この「燃えつき」と密接に関連しているのは精神的・無意識的ストレスである。そこで看護にかかわるストレスについて、看護の仕事の特性、看護婦をとりまく職場環境の特性、看護婦をとりまく医療環境の特性という3つの観点から論じ、そして「燃えつき」予防に向けていくつかの提言をした。

精神保健研究 39 ; 21-27, 1993

**Key word:** Nurse, Stress, Burnout, Mental health, work environment

## 1. はじめに

わが国に最初に「燃えつき」という現象が紹介されたのは、今から10年前、昭和57年初頭、NHK・TVで激しい競争社会・管理社会で働くビジネスマンにみられる「燃えつき症候群」という特集番組であった。そしてその1カ月後に起きた日本航空DC8機墜落事故が日本人に「心身症」という言葉とともに、「燃えつき現象」なるものを強く印象づけた。この事故以来、人命を預かる側のストレスと関連しての精神健康面での健康管理体制の重要性が鋭く指摘され始めた。

保健医療界でも「長時間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーがたえず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群」と定義されている<sup>8)</sup>「燃えつき現象」に稲岡はいち早く注目し、昭和57年、首都圏にある一大学付属病院の看護婦を対象に調査研究を行い、有効回答433人の25.6%が職場のストレスと関連し「燃えつき状態」にあることを明らかにして

いる<sup>2)</sup>。4年後の昭和61年、土居前国立精神衛生研究所所長を中心とする「医療従事者精神健康研究班」は、全国の医師、看護婦を対象に研究を行い、一般医の燃えつき率15.9%に比し、看護婦の燃えつき率は医師の2倍の31.7%であることを報告している<sup>1)</sup>。平成2年12月、第10回日本看護科学学会学術集会で小代らは、「看護婦が困る患者に出会う頻度、困難度と燃えつき、サポートとの関連」と題する研究報告を行い、研究対象271人のうち136人の52.3%が「燃えつき状態」にあることを明らかにしている<sup>12)</sup>。稲岡らは、平成3年、全国に分散するN系列96病院の中から協力の得られた9病院の看護婦2546人を対象に研究を行い、A病院の看護婦の燃えつき率が45.2%であることを実証している<sup>3)</sup>。

以上述べたように、看護婦を取り巻くストレスと関連して看護婦の燃えつき率は、過去10年、15%から25%前後であったものが45%から52%前後と上昇してきている。そこで本稿では、看護婦の「燃えつき率」上昇の主要因をなすと思われる看護婦のストレスについて、仕事の特性、職場の特性、医療環境という3点から論じ、看護婦の燃えつき率が他の保健医療職に比較して、なぜ高率なのか追及するとともに、「燃えつき」の予防に向けていくつかの提言をしてみよう。

## STRESSES IN NURSING

\*日本赤十字看護大学

Fumiaki Inaoka: Japanese Red Cross College of Nursing.

2. 看護婦の仕事の特性とストレス<sup>4)</sup>

看護という仕事の特性と関連して、どのようなストレスが看護婦の働く意欲を阻害するか述べてみよう。

## 1) 看護ケアという看護婦の本質的な仕事と救命・生命維持、生理的機能の維持という医師の助手的業務最優先という事実との葛藤

ベッドサイドでの患者の日常生活の援助に手を貸す看護婦は、実際には、患者の救命・生命維持・生理的機能という医師の助手的業務が最優先させられている。しかも、このような業務に日々追われ、患者のケアには手を省かざるをえない状況にたたされている。看護婦は、患者が身体的・精神的苦悩にあえぐ生きた人間でありながら、超近代的なテクノロジーによる治療の対象物として取り扱われていることを日々目撃し、しかもある面では自分も荷担している。そこで人間性を尊重したケアを行いたいという欲求がありながらも、それを実践できないという葛藤に立たされている。つまり、患者に温かいケアを行いたいという意欲があればあるほどストレス状態に陥り心的エネルギーが消耗されていくのである。

## 2) 患者の生死とかかわることと関連しての激しい情緒的緊張と葛藤

看護婦は、患者の生死という極限にさらされた場に、密接にしかも頻繁にかかわらなければならない。これは激しい精神的緊張と死への不安をかきたてるものである。医師も同様な場面を体験するが、看護婦の場合にはより密接により頻繁にかかわるため精神的ストレスの量と質が異なる。

「どんなに苦痛を訴えられても麻薬の運び屋のように鎮痛剤をあげる以外何もできない自分が情けないです」、「患者さんの思い、悩み、不安、恐れなどを聞けたとしても、患者さんを支え切れず共倒れになるにきまっています。なんとかしてあげたいという気持ちも強いのですが、できるなら

表1 職種別にみる燃えつき状態および精神健康状態 (昭和60年3月) (%)

	燃えつき状態			精神健康状態			
	低	中	高	良	可	神経症群	
一般人口(N=353)	—	—	—	37.4	34.0	28.6	
教 員(N=204)	26.0	21.1	41.2	33.8	33.3	33.2	
看 護 者(N=164)	35.4	32.9	31.7	28.0	35.4	36.6	
一 般 医(N=213)	56.8	27.2	16.0	48.8	35.2	16.0	
内 科	内科系医(N=78)	55.1	26.9	17.9	50.0	38.5	11.5
	外科系医(N=64)	65.6	17.2	17.2	50.0	29.7	20.3
	小児科医(N=18)	61.1	22.2	16.7	55.6	44.4	0.0
	産婦人科医(N=22)	54.5	40.9	4.5	50.0	36.4	13.6
記 録	その他の医(N=29)	37.9	44.8	10.3	44.8	27.6	27.6
精神科医(N=121)	47.9	31.4	20.7	41.3	37.2	21.5	

表2 研究対象施設の病床数、立地地域、有効回収数、BURNOUTの程度(%), BURNOUTスコア

施設名	病床数	地 域	有効数	健全群	警戒群	BURNOUT群	BNTスコア
全体・平均			2,235	485(21.7)	910(40.7)	840(37.6)	3.64
A 病院	600~	首都圏	462	74(16.0)	179(38.7)	209(45.2)	3.82
B 病院	600~	6大都市	429	88(20.5)	174(40.6)	167(38.9)	3.73
C 病院	600~	地方都市	313	79(25.2)	125(39.9)	109(34.8)	3.60
D 病院	500~	首都圏	233	53(22.7)	94(40.3)	86(36.9)	3.65
E 病院	500~	6大都市	233	53(22.7)	92(39.5)	88(37.8)	3.69
F 病院	400~	10大都市	173	38(22.0)	75(43.4)	60(34.7)	3.64
G 病院	400~	10大都市	100	23(23.0)	37(37.0)	40(40.0)	3.77
H 病院	300~	首都圏	164	38(23.2)	72(43.9)	54(32.9)	3.55
I 病院	300~	地方都市	128	39(30.5)	62(48.4)	27(21.1)	3.34

その場から早く逃げ出したいという気持ちの方が強いです。だから患者さんから話しかけられないように、さも忙しい素振りをして最低限必要なことをさっさと済ませ出てくるのです」と語った看護婦がいたが、ターミナルケアがいかに看護婦にとってストレスか短的に描写している。

また、心をこめてケアしたにもかかわらず、不幸にして、患者が死の転帰をとった場合、看護婦は悲哀感、無力感、罪悪感、挫折感にさいなまれ、誇りと自尊心がいたく傷つけられる。

さらに、植物状態や臨死状態が長く続き、治療やケアの効果がみられない患者をみとることもおこってくる。このような患者が長期間にわたり激しい苦痛や苦悶状態を呈する状態を日々ケアする看護婦は、いたたまれず、つい「もう亡くなったほうが患者のためになるのではないか」という思いにかられることもありうる。患者の死を密かに願う自己の感情に気づくことは、他者の生命を救う職業に従事する者にとっては堪え難いストレスである。自分自身に対する激しい怒りや嫌悪、罪悪感に悩まされることになるが、それを他人には悟られてはいけないということが、なお一層のストレスとなるものである。

### 3) 患者の生命倫理という問題解決に向けての葛藤

日常生活援助を通して患者と密接にかかわる看護婦は、治療やケアの過程で生命倫理という問題に直面する。例えば、人工呼吸器の装着や離脱、心停止後の蘇生や延命処置などの医師の決定に関して、患者や家族の身になり日々ケアを行う看護婦は必ずしも同意できないことがある。このような生命倫理にかかわる葛藤は、一つには明快な答えが用意されないということと、もう一つには医療者側にとって「正しい」ということであっても、患者個々にとっては必ずしも「良い」ということにはならないところから生じてくる。

日本の医療の場は、患者に告知することが少ないため、患者の鋭い視線をあびながら、あるいは患者からの執拗な問いかけを巧みにかわしながらベッドサイドで毎日ケアすることも、看護婦にとっては堪え難いストレスの一つである。

### 4) 患者との多様な感情の接触による自己の感情の触発

多くの入院患者は、疾病や病院生活と関連して、安全感や自尊心が脅かされており、かぎりない不安や恐れ、怒り、さらには焦訴感から無力感、絶望感などを抱き、多かれ少なかれ抑うつ状態に陥っている。このような人間の「否定的」ともいえる感情にさいなまれている患者に対して物理的ケアと同時に、心の通った温かいケアを行おうとすると、看護婦は当然のことながら患者の感情にふれることになる。患者との感情接触は看護婦自身の感情を触発し看護婦の感情を激しく揺さぶることになる。

この体験により、一つには患者の心理社会的なケアに興味・関心を抱く気持ちと、一つには逆にできれば避けたいという気持ちに襲われるのである。つまり、このような「否定的感情」を有する患者には、看護婦によるヒューマン・ケアリングをとおし、少しでも緩和でき、安楽にしてさしあげられるのではないかと考えるときも、来る日も来る日も患者の感情につきあいケアしていると患者と距離をおきたくなる気持ちとが交錯することもある。このような葛藤状況をとらえ、「自分は二重人格になっていくのはよく分かるのです。それも酷い二重人格に！こんな自分が嫌になります。一日も早く看護婦を辞めたいと思っています」と、どう対処してよいか苦しむ看護婦がいたが、この過程には多大な心的エネルギーが消耗されると同時に、働く意欲も阻害されるのである。

### 5) 多様かつ複雑な看護業務量と三交替勤務にかかわる葛藤

看護業務は、医師の診療や処置の介助、患者の基本的ニードの充足、vital signsや各種モニターのチェック、飲水量・排水量の測定、輸液の調節・管理、与薬、重症患者の観察とケア、その他、記録、会議、後輩や学生の指導、さらには電話の取次ぎ、伝票の整理など、数えあげれば切りがないほどである。このような業務量をこなしていくにはエネルギーの配分を考え働く必要があるが、実際には、職場に足をいれたとたんから職場をさる瞬間まで、まさに全力投球をせざるを得ない状況

である。

超多忙な状況に立たされ、心に余裕がなくなってくると、患者から何か要求されると、「よりもよってこんなときにわがままを言って」とか、「少しは多忙な看護婦の気持ちも理解してよ」、さらには「どうして患者というのは看護婦の話に耳を傾けられないのか」など、被害意識に襲われたり、どちらが患者でどちらが看護婦かわからなくなってくる心理状態に陥ったりする。まさしく「白衣を着た患者」になってくるのである。「白衣を着た患者」に自己嫌悪する看護婦は、一時的には意識して笑顔で接しようとする。しかしながら、自意識に過敏になっている看護婦には、そのつくろった優しさが患者にバレるのではないかという恐れや罪悪感、無力感にさいなまれ、ついには疲れ果ててしまうのである。

このような多忙・複雑な業務が課せられているのみでなく、看護婦は自分や家族のライフスタイルが定められない三交替勤務が課せられている。くるくる変わる勤務時間のため体調がととのえられず、憩いの場である家庭でも家族とのズレ違いのため心からくつろぐことができない。ひと月の勤務日数の半数以上が夜勤という勤務形態にもかかわらず、その職場で適切な栄養や適切な睡眠がとれる配慮がなされている病院は少ない。真夜中であってもコマネズミのように動き回らなければならない労働環境は、生理的にも、精神的にも、社会的にも激しいストレスである。

### 3. 看護婦をとりまく職場環境の特性とストレス<sup>5)</sup>

看護婦を「燃えつき」に陥れる要因は、看護婦をとりまく環境と関連しているようである。そこでどのような環境の特性が看護婦の「燃えつき」に関与する促進因子であるのか述べてみよう。

#### 1) 権威的かつ男性優位のタテ社会

中根は、その著「タテ社会の人間関係」のなかで、その社会がタテ社会であればタテ社会であるほど、目にみえる文化、「衣食住」は驚異的ともいえる変化をとげることができるが、目に見えない

文化、「人々の付き合い、人と人のやりとりの仕方」などは、基本的な面では変わらないと述べている<sup>10)</sup>。わが国の医療界は、権威的かつ医師を頂点とする男性優位のタテ社会である。この10年来、建築された病院をみると来日する外国人を驚嘆させるほど西欧化され、日本文化の面影さえもみることができない。しかし、中根が指摘しているように、病院内部の人間関係は旧態以前とした「義理人情の関係」である。

このような組織構造を有した病院で、看護婦が医師と適切なパートナーシップを築くことがいかに困難か、その過程で多大な心的エネルギーが消耗されているか容易に推測される。エキスパートといわれる看護婦になると独自の判断でケアを行うことができるのであるが、看護ケアに関することであっても、それが若い研修医であろうとも医師の指示を必要とする。女性の自立に賞賛が浴びせられている世の中であって、看護婦の自立を阻む医療組織は女性にとってはかりしれないストレスであろう。

#### 2) 医師からの怒りののはけ口の対象

医師は時には診断・治療方針の立たない患者、期待どおり回復に向かわない患者、瀕死の重症患者、死を向かえつつある患者など、独りで責任をもち治療を行わなければならない。このような状況下では、医師といえども過度の欲求不満、焦燥感、挫折感、自己懐疑感など、否定的な感情におそわれる。医師のなかには、このなんともしがたない感情を看護婦にやつあたりをすることによって解消しようとするところがある。「燃えつき」にさらされている職場では、「医師は患者のように要求がましく不機嫌で短気で横柄である」という看護婦の医師の態度に対する非難の声がよく聞かれる。しかしながら、このような医師の態度は厳しいタテ社会のなかでは合理化されているのが現状である。

#### 3) 雑用・業務の処理の対象

医師の書いた処方箋のチェック、薬局で処方された薬のチェックなど、「何か間違いがあれば患者さんがかわいそう」という名のもとに、本来、医

師や薬剤師が責任をもって行わなければならないことを多忙な看護婦がとって代わっている。これだけでなく、点滴薬液の調整、配膳の準備、検査物の運搬、電話の取次ぎ、カルテや伝票の整理など、他職種や事務職が行わなければならない「業務や雑用」を、病院はあたかもゴミ捨て場にゴミを何の疑問もなく捨てるように、看護婦に押しつけている。しかしながら、看護婦がどんな状況におかれていようとも、患者に対するケアが怠られると、例えば、「褥創裁判」にみられるように厳しく看護婦の責任が問われるのである。ここに強固な権威的管理組織が存在すれば、「不当」とする看護婦の声は歴史が証明しているように書き消されてしまうのである。

#### 4. 看護婦をとりまく医療環境の特性とストレス<sup>14)</sup>

わが国では、この20数年来、医療システムの急速な複雑化、医学知識・技術の驚異的な進歩、コンピュータ化された医療機材・機器の導入などにより、医療環境が激しく変化してきている。このような医療科学・技術と共に、昨年の国民医療費が23兆円を越え、そのほとんどが超近代的な医療機器や医療技術、薬物など、高次医療に費やされてきている。しかしながら、「人間が人間らしく」ケアできる人的・物的資源についやされる費用はわずかである。

一方、医療の対象となる疾病構造にも変貌がみられ、複雑な治療・ケアを要する臨死患者および多様な心理社会的問題をもつ慢性・難治性・老人患者が増えてきている。これらの患者は、「CURE」ではなく「CARE」の対象であり多大な看護ケアの時間を要するのである。

このように、21世紀に向け激しい変化が起こっているにもかかわらず、医療体制や看護婦の労働環境は抜本的に整備されていない。例えば、30数年前に制定された基準看護では、患者4人に看護婦1人という割合は基本的には改善されておらず、また、20数年前に勧告された「1カ月8日以内、2人夜勤」という人事院勧告は守られていない現状である。このため看護婦は過酷な労働条件の

とで働かざるを得なくなっている。Pinesが指摘しているように<sup>11)</sup>、過酷な労働条件は看護婦の「燃えつき」を促進する因子になっているばかりでなく、看護婦不足にも拍車をかけているのである。

以上、記述してきた看護という仕事の特性、看護婦をとりまく職場環境と医療環境の特性と関連して生じてくるストレスは、一つ一つ別個に生じてくるのではなく、渾然としかも相乗作用を起し、看護婦を激しいストレス状態に陥れるのである。内山がメンタルヘル스에悪影響を及ぼす諸悪の根源は精神的・無意識的ストレスであると指摘しているとおり<sup>13)</sup>、看護婦を「燃えつき」に陥れる最大の要因は、とりわけ仕事と関連する精神的・無意識的葛藤であろう。職場環境や医療環境は、むしろ看護婦の「燃えつき」を促進する因子といえることができる。

#### 5. 看護婦の「燃えつき」予防に向けての提言

以上述べてきたように、病院で働く看護婦は、その仕事や職場環境ゆえに多大でかつ多様なストレスを受けざるを得ない職業についていることになる。とはいっても最善のケアを提供していくには、なんとしても適切にストレスを対処し、精神的に健全でなければならない。ここでいくつかの提言をしてみよう。

##### 1) 自己のストレスの認知

看護婦が直面するストレスのなかでも、特に、精神的・無意識的ストレスが問題であると思われるので、個々看護婦は自分の受けるストレス源とその種類を認知することである。なぜなら、同じストレスであってもそれをどのように認知するかによって、肯定的にも否定的にも作用するからである。また、21世紀の医療を展望するとき、今後ますますストレスの増大が予想されるので、認知したストレスと積極的につきあっていくという姿勢が必要である。

##### 2) 疾病構造とケアの対象の変化の認知

21世紀に向け、専門職として看護婦の役割が医師の診療の処置・介助から真の役割が問われてく

ることになる。このために疾病構造の変化をよく認知するとともに、確固たる看護理念をもち、そしてそれを実践していくための方策について研究しておく必要がある。これらの患者の多くは治癒よりも自分自身のライフスタイルを変え自己管理ができること、つまり自己管理ができるようケアする必要がある事を示唆している<sup>9)</sup>。従来までのように医師や他職種の指示により動かされるのではなく、自分自身が判断し行動するといった自主的な働きが必要である。

看護の対象も従来のように、医療者側からの一方的、おしつけ的かつ知的な指導では不十分であるばかりでなく、両者にかぎりないストレスをもたらすものである。健康であること自体が、その人の生きている目的ではないのである。その人の生きがいを尊重しつつ、言い換えれば、その人の生きがいを満たすためにどのように健康状態を保つのか、長期間にわたる相互的な責任や協同的な働きが重要である。そのためには、先ず、看護婦の意識改革が待たれるのである。

### 3) オープンコミュニケーションができる職場の創設

職場環境のなかでも最もストレスとなっているのは心理的・対人的ストレスである。そこで先ず大切なことは同職種間、他職種間、あるいは上司とスタッフ間における仕事上にかかわる問題や葛藤について真剣に話し合いができる雰囲気づくりとオープンコミュニケーションである。コミュニケーションは言葉ばかりでなく、「思いやる」「察する」など、非言語的コミュニケーションも大切である。しかしながら、多忙を極め、しかも緊張の連続下で働く人々の間での非言語的コミュニケーションには限界がある。そこには誤解や歪曲が生じ医療過誤につながる危険をはらんでいる。そこで自分の意見や考えを勇気をもって言葉で伝えたり、明瞭に意思表示するということが現代の医療環境では重要なことである。

### 4) チーム医療が育つ並列の関係の構築

医療の複雑化、医学の細分化、疾病構造の変化などにより、チーム医療の重要性が高まってきて

いる。チーム医療を効果的に推進していくためには、上下を越え職種を越え、お互いの考えや意見が尊重されるヨコ社会、対立でなく並列の関係が待たれる。「耐える」「忍ぶ」などの価値観が女性に貴ばれる日本社会では、特に医師を頂点とするタテ社会では、看護婦がこれを実践することは困難なことであろう。しかし、一時的にはストレスになろうとも、必要な場で必要な時に必要なことを伝えることは専門職として自立に必要な条件である。

自由に意見や考えが述べられ、そしてそれが尊重されるところには、新しいアイディアが浮かび発見がある。発見があるところには知るという欲びがあり、自分自身を成長させることができるのである。

### 5) リエイゾンナースの導入

激しいストレス下で骨の折れる仕事には、何よりも同僚や上司からのサポートが必要である。しかしながら、同僚や上司も同様な状況におかれているためイライラし精神的に余裕がない。サポートシステムとしては限界がある。そこで看護婦に対し、精神健康カウンセラーとしての役割がとれる精神科クリニカル・ナース・スペシャリストの訓練を受けた精神科看護婦の活用が考えられる。米国ではリエイゾンナースとして、「看護婦のための看護婦」が採用され成功を治めているのも、このような理由があるからである。

### 6) 労働条件の改善

医師過剰の時代を向かえながらも医師は比較的恵まれた労働条件下にある。激しい看護婦不足の背景には、毎年、おびただしい人数の看護婦の退職という事実がある。主要な理由は、月の勤務日の半数が夜勤ということに象徴されているように、過酷な労働と厳しい責任が課せられているにもかかわらず、それにみあった報酬が支払われていないという事実である。ケアに要する人数とケアに支払われる費用の見直しが待たれる。

また、貧弱な福利厚生施設である。十分な睡眠がとれる夜勤室の完備、休憩時間に心身の緊張をときほぐすことができるような専用ラウンジの設

置などが急務である<sup>6)</sup>。

#### 7) 仕事以外にゆとりや生きがいの保持

看護婦は患者のケアに心をこめればこめるほど多忙になる。しかし長期的に良いケアを提供するためには、逆に、仕事一筋でなく仕事以外の個人生活のなかに気持の支え、ゆとり、行きがいななどをもつようにするなど、ライフスタイルを変えることが必要である。大切なことは一つのことを強迫的にならず、自分にあったことを愉しむという気持である。これは、単に、緊張からの解放という効果ばかりでなく、心身の疲労を癒し仕事へのエネルギー源となるものである。

### 6. おわりに

看護婦が多種多様なストレスを受け過度の心身の緊張状態にあると、「燃えつき状態」に陥り、患者や家族に対し心のこもった温かいヒューマン・ケアリングを供給できなくなる。そこで本稿では、他の保健医療職種のなかで最も「燃えつき率」の高い看護婦に焦点をあて、「燃えつき」と密接に関連するストレスと「燃えつき」の予防対策について論じてきた。看護婦の「燃えつき率」が10年前と比較して非常に上昇してきている。個々看護婦の意識を変える内的努力のみでは限界があるようである。医療環境の改善にむけて病院管理者や他職種に対してのみでなく、外部に向けて声を出し行動する必要があることを示唆している。

#### 主要文献

- 1) 土居健郎監修：燃えつき症候群—医師・看護婦・教師のメンタルヘルス—，金剛出版，pp.

- 11-13, 1988
- 2) 稲岡文昭，松野かほる，宮里和子：看護職にみられるBurn Outとその要因に関する研究，看護，36(4): 81-103, 1984
- 3) 稲岡文昭，樋口康子：N系列病院看護婦のBURNOUTに関する研究—病院の規模別・地域別によるBURNOUTと離職との関係，日本赤十字看護大学紀要，6: 1-9, 1992
- 4) 稲岡文昭：Burnoutに導く職場の心理的・対人的要因の根源—事例・面接・観察法をとおして，看護研究，21(2): 53-60, 1987
- 5) 稲岡文昭：保健医療従事者のストレスと燃えつき予防，(中川・宗像編)：医療・健康心理学，福村出版，pp. 355-368, 1989
- 6) 稲岡文昭：ナースはなぜ病院を辞めるのか，辞めたがるのか，病院。
- 7) Lazarus. R.S.: Psychological Stress and the Coping Process, McGraw Hill N.Y. 1966
- 8) Maslach. C.: Burned Out, Human Behavior, 5(9): 6-22, 1976
- 9) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，メジカルフレンド社，1987
- 10) 中根千枝：タテ社会の人間関係，講談社現代新書，1964
- 11) Pines, A. & A. Kanner: Naure's Burnout: lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress, In E. McConell, Burnout in Nursing Profession. St. Louis: The C.V. Mosby Company
- 12) 小代聖香他：看護婦が「困る」患者に出会う頻度，困難度と燃えつき，サポートとの関連，日本看護科学会誌，10(3):110-111, 1990
- 13) 内山喜久雄：ストレス・コントロール，講談社現代新書，1987
- 14) 山内祐一：医療環境のストレス要因と医師のメンタルヘルス，看護展望，11(10): 8-11, 1986



【特集】

## ストレス源の認知と対処行動

——イイコ行動からの自己成長——

宗 像 恒 次\*

ストレスは両刃の剣であり、健康増進をすすめる面と病気形成につながる面があることは、同じstressでもeustressとdistressという言葉があることに象徴される。ただ、どうして両刃となるかは、理論的には必ずしも明確ではなかった。本稿はストレス関数という考え方から、ストレスの活用とストレスによる被害の両面を説明しうるストレスの定義を試みようとした。またストレスによる被害は、ストレスの慢性化によるものと考え、その条件をストレスの関数から理論的、実証的に明らかにしようとした。さらには、ストレス慢性化をもたらしうる行動特性を明らかにし、その行動特性を脱することで健康回復また増進する可能性があることについて論じようとした。

### 1) ストレス源のこれまでの定義

ストレス源とは、その概念を造り出したSelye<sup>19)</sup>によれば、寒冷、外傷であろうと、過剰な運動であろうと、いかなる種類の刺激であれ、非特異的、一元的に副腎皮質の肥大、胸腺、脾臓、リンパ節の高度の萎縮、胃、十二指腸の出血や潰瘍という三つの徴候を身体にもたらすものである。

しかしその後、Mason<sup>14)</sup>は、たとえ熱のような物質的刺激でさえ、それを熱いと感じたり、それを認めたりしないとき、つまり認知が伴わないときは副腎活動が伴わないことを明らかにした。ま

た、Symingtonら<sup>21)</sup>の研究は、それらの刺激をどう意識するかという、脳にある大脳皮質、脳幹網様体賦活系の相互作用からなる意識の活動が関与していることを明らかにした。彼らは、終末期で死に向かう昏睡状態にあった患者と、意識のあった患者の検死解剖の結果を比較すると、意識のあった患者のみが、副腎肥大、胸腺の萎縮などのストレス徴候を示したということを見いだした。つまりどのようなストレス反応を示すかは、大脳の意識活動による認知作用が関与しているというわけである。それでは、どのように認知されることでストレスが生じるのであろう。

心理学者のLazarus & Launier<sup>13)</sup>、Holroyd<sup>7)</sup>、Lazarus & Folkman<sup>12)</sup>らは、本人に負担をかけたリ、その人の能力を超え、健康を害するものと認知される、人と環境との特殊な関係があることを主張した。また彼らはSelyeやWolff<sup>22)</sup>らが主張するように、ストレスを生体と環境との相互作用から生じる生体内部のダイナミックな状態と捉えるのみならず、ストレス源に対して本人のそれに対処する能力と、利用できる資源との関係をどう認知的に評価するかという心理的な過程が含まれるとした。

すなわち、当面しているストレス源が自分の対処する能力を超えるものと思ったり、その対処を手助けしてもらえない人がいなくて不安であると感じるか。あるいは、そのようなストレス源に対し自分でうまく対処できると思ったり、もし対処できなくとも助けてくれる人がいるから安心と思うか。またそのストレス源に対処することは苦痛のみで病気さえもたらすかも知れないと思うか。あるいは対処にともなう辛さを乗り越えたあとの喜びを味わいたいと思うか。これらをどうとらえる

Perceived Stressor and Coping Behavior —Self—  
— growth from “Iiko” Behavior

Tsunetsugu Munakata, Ph D. Institute of  
Health and Sports Sciences University of Tsu-  
kuba

\*筑波大学健康管理学助教授

かによってわれわれのストレス状態が異なってくるので、このような心理的過程がストレス概念に含まれるとしたのである。

このような心理学的ストレス概念はSelyeの生物学的ストレス概念に比べ、いわゆる心のストレスとか生活ストレスなどと呼ばれているものに近く、病気のみならず健康について理解する際、有効な概念で応用の幅が広いものである。

## 2) ストレス関数

筆者の考え方によれば、ストレスは一言でいうと、「自分の思い通りにならない事」を認知しているときに生じている。すなわち、自分がやりたいことややらなければならないことがあって、それが思い通りに進まず、これからもうまく進むという見通しがもてず、また自信ももてないにもかかわらず、うまく支援してくれる人もいないと認知するとストレスが生じる。その「思い通りいかない事」はストレス源と呼ばれる。それがあるとき、下痢、頭痛などの身体症状や、不安、優うつ、怒りなどの精神症状や、衝動買い、絶え間ない間食などの行動症状といった、ストレス反応としての症状が生じる。もし、このストレス症状のコントロールが思い通りにならないと、今度はこれらの症状自体もストレス源となってしまう。この場合、最初に思い通りにならなかった事が一次的ストレス源であり、その結果、生じた思い通りにコントロールの出来ないストレス症状は二次的ストレス源である。

ところで、ストレス源は症状をもたらずばかりではない。ストレス源があることで心身が刺激され、生産活動や自己成長のために必要なエネルギーと集中力も生じうる。

これらを数学的に表現すると、図1のようにス

$$\text{Stress} = f(D, P, S)$$

Stressの増加:

- D・・・Demandの増加
- P・・・Predictabilityの減少
- S・・・Supportの減少

図1 ストレス関数 (宗像, 1992)

トレスはD, P, Sという三つの変数からなる関数とみることが出来る。ストレスが生まれるには、まず自分自身の「……したい」「……すべきだ」という内的な要求 (Internal Demand) や、「……してほしい」「……すべきだ」とするまわりからの期待という外的な要求 (External Demand) が必要である。そのような外的、あるいは内的な要求がないときはストレスは生じない。ストレスがないと症状も生まれませんが、活動源となるエネルギーや集中力も生じない。たとえば、上司からある事業の企画書をつくるように要求され、自分もその期待にこたえて、よい評価を得るものを作りたいと思っている人はストレスが生じる可能性がある。しかし、その要求に充分応えることが出来るという見通し (Predictability) や自信 (Confidence) があるときストレスは生じない。だから同じ企画をまとめるにしても、何ヵ月も前に依頼されては、そのうちに書けるだろうという楽観的な見通しをもちやすいからストレスは少ない。そのためにエネルギーや集中力が動員出来ないの、時間があってもなかなかその仕事にとりかかれるものではない。1週間前、あるいは1日前になるとさすがにストレスがかなり高まる。その時、そのストレスから生まれるエネルギーや集中力を活動に向けることが出来る。

次に、満たしたい強い要求があつて、自分一人で充足しうる見通しがないとしても、いつでもその充足することを助けてくれるまわりからの支援 (Support) があると思うと、ストレスは高まらない。たとえば、なかなかよい企画書が作れなくて困っていても、最終的にはまわりも困るから、結局きっと手伝ってくれ、何とか出来上がるだろうと、まわりの支援を期待出来ると思うとき、ストレスはあまり感じないだろう。だから困ったときいつでもこうした支援が期待出来ると思いやすい環境にいる人はストレスを余り感じないかもしれない。が反面、それによって活動や自己成長のための動機づけやエネルギーを失うことになる。従って本人の活動エネルギー源や自己成長ということを考えれば、まわりも本人が少々困っているからと察しすぎて手伝ったりしないことが大切なときがある。また本人も自己成長を考えれば、そ

の手伝いの申し出をむしろ断り、自らのストレスを高めることが必要になってくるときがある。因みにその意味では心の危機に陥っている人はストレスが著しく高まっており、サポートのあり方次第で自己成長の機会や条件を備えていることになる。

### 3) 対処行動

ストレスは対処行動の仕方ですべて正反対の結果をもたらす。

一方では、自分の思い通りにならない事として一次的ストレス源があることで、ストレス関連症状が生じて、それが疾患を形成し、それによって自分で思い通りにならない疾患という二次的ストレス源を抱え、それによってますます一次的ストレス源が解消できる見込みを失い、ストレスが更に強まる結果その疾患を憎悪させる。そのような悪循環から、ストレスを慢性化させていくサイクルにつながるかも知れない。他方では、自分の思い通りにならない事があって、たとえ症状があっても、気分転換しながら症状を軽減させつつその思い通りにならない問題を解決していくことで、学びと成長のある充実した良循環のサイクルもある。

思い通りにならない事があってもそれに対し、「現実的な小さな目標にかえる、これからの見通しや計画を立ててみる」ことや、「信頼できる人の助言を得る、問題解決の手がかりを得たり、解決のための行動をとる」など、思い通りにならない問題の解決に積極的な対処行動をとることができ、そうすることでこれからのより現実的な目標や見通しが得られたり、支援を得て必要以上のストレスを軽減させたりすることができる。このような対処行動は、学びと充実のある過程をつくることに効果的であることがわかっている(表1)。もちろん、積極的な努力がすべて効果的になるとは言えないが、ストレスに効果的に対処するには、問題解決への積極的な行動が必要となる。

他方、その問題解決に消極的、逃避的に対処することがある。たとえば、「過大な目標達成にこだわったり、見通しや計画を立てないで、以前失敗

した方法をそのまま変えずに応じようとしたり、また、重要であるが困難な仕事の方は避け、身のまわりの掃除など簡単であるがすぐ出来る小さな仕事に熱心であったり、また、実質的な内容がなく、体裁だけを整える仕事をする、また、誰かがしてくれるまで待つ」などである。このように認知においても、行為の仕方においても消極的、逃避的な対処行動(表2)をとることは、ストレス軽減に効果がないばかりか、適切な問題解決に失敗し、よい見通しが得られないで自信を失いやすく、無力感を伴う。そのことでかえってストレスが強まり、無力感と心身の不健康との悪循環な相互作用からストレスを慢性化させやすくなる。

また、思い通りにならない事といっても情緒的問題もある。ストレスに伴う過剰な緊張や抑うつや過剰な興奮に対して、「気持ちをわかってもらい、気分転換のため軽い運動をする、腹式呼吸をする、やり終えたとき、自分に御褒美をあげる」などによって緊張緩和や発散、意欲の適度な維持向上や過度な興奮の鎮静のために積極的に努力する対処行動がある(表1)。このような対処行動によって、緊張が緩和したり、過度な興奮が鎮静することで、強い情動によって現実的な認知や行為が支配されることなく、問題解決のためのより確実な見通しを得られるようになる。不安、恐れ、怒りなどの強い情動は、その感情に見合うように事実を歪めて評価したりするため、現実的な問題解決が極めて困難になる。

情緒的な問題に効果的に対処できることによって、過度な緊張や興奮を伴うことなく対処し、問題解決もしやすくなり、自らへの自信感を高めると共に、症状を形成することもなく、また、アルコール、タバコ、糖分などへの過度な依存も形成せず、健康を保ちうるという良循環のプロセスを作りやすいものとなる。

他方、「我慢する、忘れようとする、一人でいようとする、相手にうつつぶんをぶつける、やけ喰いをする、アルコールを飲んで憂さ晴らしをする」など、興奮、緊張緩和に効果がなかったり、かえって緊張や興奮を強めたりする行動がある(表3)。こうした対処行動では、問題解決に必要な平常心を失いやすく、事実が歪められ、現実吟味能力が

表1 積極的、効果的対処行動尺度

(宗像他, 1988年)

- 
- (1) 信頼できる人に相談する。
  - (2) それを人に話し気持ちをわかってもらう。
  - (3) 友人に助言を求めたり、助けてもらう。
  - (4) 人から問題解決の手がかりを求める。
  - (5) 気分転換のため軽い運動をする。
  - (6) 見通しを得るためにしばらく離れてみる。
  - (7) それをやり終えたとき、自分に何かほうびをあげる。
  - (8) それはあまり心配するほどのものではないと決める。
  - (9) 自分の不快な気分や怒りを人に知ってもらう。
  - (10) いろいろ考え、その状況の見方や自分の考え方を変えてみる。
  - (11) 新しいことに取り組む前に、見通しや計画を立ててみる。
  - (12) 仕事が多すぎたり、忙しすぎたりすれば、そのことを人につたえる。
- 

「信頼できる人に相談する」「気分転換のため軽い運動をする」「いろいろ考え、その状況の見方や自分の考えを変えてみる」など、積極的、効果的な行動としてあげられる12項目にたいして、「しばしばそうする」「たいていそうする」と答えた場合をそれぞれ1点、「そうしない」と答えた場合を0点とし、加算して尺度化した。6点以下の人は効果的な対処行動がうまくできないといえる。

(信頼性係数  $\alpha=0.6489$ )

表2 消極的、悪循環的対処行動尺度

(宗像他, 1988年)

- 
- (1) チャレンジすることや新しい場所は避けようとする。
  - (2) 前もって計画を立てたり、困難を予期したりするのはむづかしいと思う。
  - (3) 大きな仕事を避けようとして、より小さな仕事をみつけようとする。
  - (4) 物事に感情的に巻き込まれないようにする。
  - (5) どのように一生懸命やっても、自分の望むことを達成できない。
  - (6) 解決できそうな問題に首を突っ込むことが多い。
  - (7) 人の意見と食い違ふのは好きではない。
  - (8) 怒りを抑えたり、欲求不満をためたりする。
  - (9) 機嫌が悪いと、つい人を責めてしまう。
  - (10) 泣きわめいたり、とり乱したりして自制を失ってしまう。
  - (11) 駆り立てられているような気がする。
  - (12) 何でも一人でやろうとする。
  - (13) 物事に取りかかる前にいろいろと心配する。
  - (14) 自分の達成したものにあまり満足しない。
  - (15) 物事をし終えるのにいつも時間が足りなくなってしまう。
  - (16) スリルや緊張感のある行動をする。
  - (17) おいしいものを食べたり、やけ食いをする。
  - (18) 買い物などをして気を晴らす。
  - (19) 物を投げたり、壊したりしてうっ憤を晴らす。
  - (20) 問題にかかわりあった人に腹を立て、責任を転嫁する。
  - (21) アルコールを飲んだりしてうさ晴らしをしたり、友人とばか騒ぎをする。
  - (22) タバコを吸って気をまぎらす。
- 

これら22項目に対して、回答者が「かなりそうである」と答えた場合を1点、「まあまあそうである」「そうでない」と答えた場合を0点とし、加算して尺度化した。2点以上の人は消極的、悪循環的対処行動が多くみられる。

(信頼性係数  $\alpha=0.6804$ )

表3 タイプA行動特性尺度

(フリードマン, ローゼンマン, 1974年; 宗像, 1986年)

<p>次のような事柄は、日頃のあなたの行動にどの程度あてはまりますか。</p> <p>(1) 自分の話したいことを急いで話そうとし、話したくなると一気にしゃべらずにはいられない。</p> <p>(2) 人と話すとき、いそがさずにはいられない。</p> <p>(3) 歩いたり、食べたりするのが速い。</p> <p>(4) 一度に二つのことをやろうとする。</p> <p>(5) 数日間(数時間でさえ)休んだり何もしないでいると、悪いような気がする。</p> <p>(6) 自分なら速くできる仕事を、他の人がのろのろやっているのをみると苛立つ。</p> <p>(7) 道路が渋滞したり、列に並ばされたり、飲食店で席の空くのを待たされたりするとイライラする。</p>
<p>(1)~(7)の項目で「いつもそうである」、「だいたいそうである」を選んだ場合を1点、「ときどきそうである」、「めったにそんなことはない」を0点として加算し、指標化した尺度。4点以上はタイプA行動特性が強い。</p> <p>(信頼性係数<math>\alpha=0.7115</math>)</p>

低下するため、ストレス源となっている問題解決に失敗しやすい。この失敗が自信喪失や無力感などを強めると、どのようなストレス源にも消極的、逃避的になりストレスを慢性化させやすくなる。ストレスの慢性化は、アルコール、薬物、タバコ、糖分、脂質、セックスなど、快感に結びつくすべてのものへの依存を強める。その結果、肥満、糖尿病、アルコール依存、肝炎、肺炎、心疾患、性感染症などへのリスクを高めることになる。こうした悪循環のサイクルにつながる面がある。

#### 4) ストレスの慢性化条件

それを自覚しているか否かは別にして、ストレスをもちやすい人ともちにくい人がある。ストレス関数にもどるとそれがよくわかる。まずDemand(要求)についてであるが、自らの要求水準を高めやすい人や、他の人からの期待に応じやすい人は、要求を亢進させやすくストレスを高めやすいだろう。次にPredictability(見通し)であるが、要求を達成する自信がなく、悪い見通しをもちやすい人はストレスを高めやすいことになる。またSupport(支援)であるが、ネットワークがなくまわりからのサポートをあまり期待出来ない人にとってストレスは亢進しやすい。しかし、ストレスが高まりやすいからといって、ストレスを慢性化させ、ストレスと疾患形成との悪循環的な相互作用にすすみやすいということではない。たと

えば、創造活動や自己成長や挑戦にはストレスの高まりが必要である。それには要求水準を高め確実な見通しのないことに敢えて立ち向かい、必ずしも周りからの支援のない方向にもつき進むことが必要な時がある。だからといって必ずしもストレスが慢性化し、ストレスと疾患形成との悪循環につながるわけではない。では、どのような条件があればストレス関連疾患の形成につながりやすいストレスの慢性化がもたらされるのであろう。

##### ① 要求水準の無制限な亢進

要求水準を高めやすい人がある。一つは向上心が強く競争心が強い人は、自らの内的な要求水準を亢進させやすいだろう。もう一つは他の人に認められたい気持ちが強く、周りの要求に応じようとしがちな人や、自分のことは後回しにして人のために働く使命感の強い人は、外的な要求に応えようとしやすいことから要求水準が亢進しやすい。こうした要求水準を高めやすい人の中で、多少自信がなく不安があっても、そのストレスのエネルギーと集中力を活用して能力向上を積極的に図る人も少なくない。そのような人はたとえ失敗したとしても、その失敗のストレスを活用して能力向上をはかり、それなりの要求を達成し自信をもつことでさらに高い要求水準のものに挑戦して充実した人生を送れるかもしれない。ところが、あまりにも競争心や向上心、責任感が強く、休養することもなく、強迫的に挑戦しつづけることで燃え尽きる人もいる。このような人は、循環器系など

のストレス疾患に陥りやすいことが知られている。たとえば、タイプA行動特性は、Friedmanら<sup>5)</sup>の8年間の追跡調査によって虚血性心疾患を発症させる重大な因子であることが明らかにされたことで有名である。タイプA行動特性は表3でもわかるように、自分の要求達成のために、タイムプレッシャーがあっても、いつも敏捷にこなし、競争して頑張ろうとする行動特性である。こうした行動特性は、同じ高脂肪食をとっても強いストレスの持続のため動脈硬化が進みやすく、虚血性心疾患が発症しやすいことが疫学的に明らかにされた。

ところで、1987年の筆者らの調査結果<sup>9)</sup>では、日本人のタイプA行動特性は、米国でみられるものとは少し異なる。米国のタイプA行動特性は、独立した自由な個人として自己を主張し、他と競争し、攻撃し、社会的に成功することに懸命になるという、米国の社会文化の典型的な建前を身につけた能動的な行動特性である。したがって、彼等のタイプA行動特性の中には、「急ぎ病」、「多い病」、「競争病」の他に、成功を勝ちとるための「他者への攻撃心や敵意」がみられ、個人の成功を追求することに非常に能動的な性質ももっている。

日本人のタイプA行動特性は、むしろ受動的である。「遅くまで仕事をしないと悪い気がする」、「一生懸命に仕事をしていないと落ち着かない」、「休んでいると他の人に悪い気がする」といったように、周囲の人との「つきあい」の中で、仕事をしないことに、罪の意識をもちやすい。米国人のタイプA行動のような個人としての主張や攻撃、敵意からというよりも、むしろまわりとの「つきあい」の中で急ぎ病であったり、多くを求めて仕事中毒になったりして、虚血性心疾患などさまざまな病気をつくっているところがある。

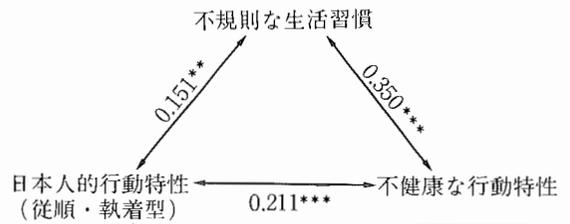
日本人の場合、タイプA行動をとる人は、「親しい人にあるグループに加わるように進められると断れない」という、周囲の力の強い者に対する従順さや、「大切なことは最後までとことんこだわるほうである」「約束したことはけっして破らないほうである」という徹底性、熱中性、強い義務感(下田光造のいう執着気質)をもっており、まさにこれまでの日本人の行動特性との結び付きがみられる。実際、表4にみられるように、周囲の勢力に

表4 タイプA行動特性と従順・執着型行動特性との相関係数(r)

陳旧性心筋梗塞患者 (調査人数=202)	r = 0.239	p < 0.001
労作性狭心症患者 (調査人数=135)	r = 0.369	p < 0.001
一般住民人口 (調査人数=741)	r = 0.231	p < 0.001

p < 0.001は統計的有意水準0.1%を意味する。タイプA行動は患者人口のみならず、一般人口においても、従順・執着型行動特性と統計学的に有意な結びつきがあることを示す。

(宗像『行動科学からみた健康と病気』1987年より)



\*\*p<0.01(有意水準1%) \*\*\*p<0.001(有意水準0.1%)

図2 日本人の不健康な生活の背景要因の相関係数  
東京近郊住民741名調査

上の三つの要因は、お互いに統計学的に有意な結びつきがあることを図示したもの。

(宗像「行動科学からみた健康と病気」1987年より)

表5 不規則な生活習慣などが自覚症状をつくることに関する推定モデル

	標準偏回帰係数
不規則な生活習慣	0.239***
不健康な行動習慣	0.155***
日本人的(従順・執着型)行動特性	0.134***
決定係数	0.144**
重相関係数	0.380
サンプル数	741

\*\*P < 0.01(有意水準1%) \*\*\*P < 0.001(有意水準0.1%)自覚症状は、左側の三つの要因に、統計学的に有意に影響を受けることを示す。

(宗像「行動科学からみた健康と病気」1987年より)

合わせようとする従順さ、執着気質という日本人的行動特性と、タイプA行動特性とは有意な関連がみられた。

この日本人的行動特性には、「塩分の薄いものでは食べた気がしない」、「タバコを吸わないと落ち着かない」、「毎日酒を飲まずにはいられない」な

どの不健康な行動習慣とのつながりがみられる(図2)。「平均睡眠時間が7時間以下」「寝る時刻は零時以降」,「食事時間が不規則」,「くつろぐときがない」といった生活のリズムに逆らう不規則な生活習慣とも関連し(図2),さまざまな自覚症状とも結びついている(表5)。

## ② 無力体験と自己効力感の低下

自分自身や周りからの要求を達成したい気持ちがつよいにもかかわらず,それを達成させる自信がないために,悪い見通しをもちやすく,ストレスをもちやすい人がいる。このような人は,「これからどうなるか予想できない」,「いくら頑張っても自分の望むところまでできそうにない」,「解決できそうにない」など,自分の望むことや周りの期待にうまく応えられそうもないと感じやすい。

このような事態に効果的に対処するには,自分の要求水準をさげるか,何らかの見通しをつけて

自信を高められるようにするか,後で述べる周りからの支援を得るかしかない。これら以外の対処はすべて消極的,逃避的なもので効果がない。だが,当面の見通しを確保しようと積極的な努力を続けることで効果的にストレスは軽減する。効果のない対処を続ける限り,ストレスを慢性化させることになる。

実際,Staub, Tursky & Schwartz<sup>20)</sup>は,同じ量と強度のショックを与えた被験者たちの中でも,そのショックを予知できるとか,うまく対処できるだろうと答えた人は,そうでない人に比べて,体験した不快さがより軽微であったと報告している。またJohnson & Leventhal<sup>11)</sup>は,難しい外科手術に伴う患者のストレスは,これからどのようなこととが行われ,どのようなことを感じ,体験することになるかに関する見通しを知らせることで,軽減することを報告している。このように見

表6 無力体験尺度

(宗像, 宮城, 1988年)

(1) これまで,あなたが直面した問題はそれなりに解決できたと思うことが多いですか。

1. 解決できたことが多い 2. まあまあ解決できた 3. 解決できたと思うことはめったにない

(2) これまで,「不愉快な出来事があったとき,それに対して何の反応もできなかった」という経験がありますか。

1. よくある 2. ときどきあった 3. ほとんどない

(3) これまで,自分だけではどうにもならない事態にでくわしたことがありますか。

1. よくある 2. ときどきあった 3. ほとんどない

(4) これまで,あなたが直面した問題は,事前に予測できなかったことが多いですか。

1. 予測できなかったことが多い 2. ときどき予測できた 3. 予測できたことが多い

(5) これまで,「どんなにがんばっても自分のやりたいことをやりとげられない」と思ったことがありますか。

1. よくある 2. ときどきあった 3. ほとんどない

(6) これまで,「あなたの大切な人にしてあげたいと思うことをしてあげられなかった」という経験がありますか。

1. よくある 2. ときどきあった 3. ほとんどない

(7) これまで,何をしてもどうにもならない状況に陥ったことがありますか。

1. よくある 2. ときどきあった 3. ほとんどない

過去における無力体験が,現在および将来において,問題や悩みを解決しようとする積極性を失わせ,結果的に抑うつ的な状態をもたらすことが知られている。これはM.E.P.セリグマンの“Helplessness”の考え方を参考にして,宗像らが開発した尺度。(1)の問いに対して,「解決できたと思うことはめったにない」と答えた場合を2点,「まあまあ解決出来た」を1点それ以外を0点,(4)の問いについて,「予測できなかったことが多い」を2点,「ときどき予測できた」を1点,「予測できたことが多い」0点とした。次に,(1),(4)以外の問いに対して,「よくある」と答えた場合を2点,「ときどきあった」,「ほとんどない」を0点とし,加算して尺度化した。7点以上の人は,強い無力体験をもっているといえる。

(信頼性係数  $\alpha=0.6857$ )

通しが得られ、対処の仕方されわかれば、ストレスは軽減することになる。

ところで、「自分ではどうすることもできない」という体験が、以前から続いている人たち、つまり表6の尺度で測れるような体験を繰り返している人は、Seligman<sup>19)</sup>によれば、それが学習され、ちょっとした困難に出くわしても、自分ではどうすることもできない無力感に襲われ、これからの希望がもてない状態に陥りやすいという。無気力、抑うつ状態になりやすく、ちょっとした困難にも、それを乗り越えるため積極的、効果的な対処行動をとらず、逃避的になるために、ますます「自分ではどうすることもできない」という気持ちを強めていくため、ストレスを慢性化しやすいといえる。

ところで、野生のラットを用いて実験したRichter<sup>16)</sup>は、次のように報告している。まず、水槽の中に野生のラットを閉じ込めて観察すると、溺死するまでに、通常平均60~70時間は泳いでいられることが確認された。しかし、人の目に相当するラットのヒゲを取り除き、それから人間の手の中で拘束し、無力感を体験させた後では、同じ水槽に入れてもほんの数分で溺れ死んでしまったという。ところが、その無力感を体験したラットでも、溺れる前に助け出し、またそれを繰り返すという「脱無力感化」作業をしたラットは、60分は泳ぐようになると報告している。

人間も同様である。すなわち、「脱無力感化」が必要である。まわりからの支援を得ながらも、効果的な対処への自信、すなわち自己効力感(self-efficacy)を回復させることが必要となる。

### ③ 支援ネットワークの貧弱化

たとえ自らの要求の達成に自信がなくとも、周りからの支援があると思うことでストレスは軽減する。こうした周りからの支援の働きは近年、支援ネットワーク理論として結実している。一般に、人が持っている社会的関係網の集まりは「社会的ネットワーク」という。その社会的関係網の中で行われる相互作用が、人々に対して支援するような性質を持つと認められたものが、「支援ネットワーク」と呼ばれている(Andrewsら<sup>1)</sup>、Schaeferら<sup>17)</sup>)。その支援ネットワークの内容や働きについては、多くの研究者が規定している。

たとえば、ハウス<sup>18)</sup>は共感する、信じるなどの情緒的支援や、金を貸してくれたり、仕事を手伝ってくれるなどの手段的支援や、課題解決のための情報を与えてくれる情緒的支援や、仕事の内容のどこが良くないかなどを適切に評価してくれる評価的支援、といった四つの支援に分類している。宗像<sup>19)</sup>は、情動的支援を手段的支援に含め、評価的支援を情緒的支援に含めた二分類法をとっている。すなわち、安心感、信頼感、自尊感情、自信感、希望、親密感などが得られる情緒的支援と、手伝

表7 支援ネットワークの分類と内容

(宗像他, 1986年)

#### a. 手段的支援ネットワーク

- (1) 経済的に困っているとき、頼りになる人
- (2) あなたが病気で寝こんだときに、身のまわりの世話をしてくれる人
- (3) 引っ越しをしなければならなくなったとき、手伝ってくれる人
- (4) わからないことがあるとよく教えてくれる人
- (5) 家事をやってくれたり、手伝ってくれる人

#### b. 情緒的支援ネットワーク

- (1) 会うと心が落ち着き、安心できる人
- (2) 気持の通じあう人
- (3) 常日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人
- (4) あなたを日頃認め、評価してくれる人
- (5) あなたを信じてあなたの思うようにさせてくれる人
- (6) あなたの喜びを我が事のように喜んでくれる人
- (7) 個人的な気持や秘密を打ち明けることのできる人
- (8) お互いの考えや将来のことなどを話し合える人

い、金銭、物品、情報などが得られる手段的支援とである(表7)。不安、憂うつ、下痢などというストレス反応(症状)を呈するような場合でも、支援ネットワークが十分にあると感じ、自分にはそれを活用できると思っていれば、ストレス反応(症状)は軽減したり、解消したりする。こうした考えが、米国を中心に1970年代後半から提唱され(Caplan<sup>2)</sup>、Cassel<sup>3)</sup>、Cobb<sup>4)</sup>、それを証明する実証的研究が盛んになされてきている。

たとえば、Gore<sup>6)</sup>は、数週間失業状態にある人々でも、配偶者から情緒的に支えてもらっていると感じる人は、失業したということ自分で責めることはなく、自覚症状を持つことも少なく、コレステロール値も低いと報告している。しかし、逆に支えられていないと感じる人は、雇用されているか否かに関係なく、抑うつ気分が強いと報告している。

また、House & Wells<sup>9)</sup>の男性製造業労働者を対象とした調査結果によれば、上司、仲間、友人、家族、親族からの支援は、仕事上のストレス源が心身の健康に及ぼす悪影響を軽減する力を持っており、とりわけ神経症症状や消化性潰瘍症状へのその軽減効果において顕著で、特に上司と配偶者の支援がより有益であると報告している。

ところで、転居、移住、配置転換、死亡、独立などがあることで、一般に支援ネットワークの喪失・弱体化しやすいものがある。そのことで、強いストレスにさらされることになる。だが多くの場合、それは一時的であり、図3のように一年以内には再び支援ネットワークが補強され、ストレス反応は軽減するようになる。

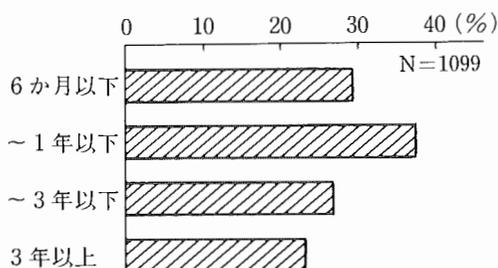


図3 海外居住年数別にみる神経症傾向の割合  
(宗像他、厚生科学研究報告書「海外在留邦人のメンタルヘルスに関する地調査研究報告書」1990年より)

しかしたとえば、自分の本音を表現することが苦手で、率直なコミュニケーションが難しい人にとっては、支援ネットワークをつくったり、回復したりすることは安易なことではない。

その支援ネットワークの貧しさは、自分の要求達成を自力で出来ない環境であるにもかかわらず、達成しなくてはならないとき、達成の見通しがもてず、自信も持てないので、強いストレス反応が生じる。それだけ情緒的な安定を保つことは困難になる。その情緒不安定は、自分の周りの人間関係を悪化させ、周りの信頼を喪失させやすいので、ますます支援してくれる人を失い、ストレスは慢性化しやすくなるのである。

### 5) イイコ症候群

ストレス自体は、それを活用することで充実した生活を送れるが、慢性化されたストレスは、ストレスと疾患形成との悪循環的相互作用を生みやすく、避けるにこしたことはない。

ストレスの慢性化は、要求水準の無制限な亢進、自己効力感の低下、支援ネットワークの貧弱化という三つの条件によってもたらされることを明らかにした。この三つの条件をもちやすい行動をとりやすいためストレスを慢性化させやすい人がいる。それは表8に示す「イイコ行動特性」と呼ぶうるものをもつ人である。その「イイコ行動特性」とは「思っていることを容易に口に出せない」、「自分の感情を抑えてしまうほうである」、「人の期待に添うよう努力するほうである」、など、まわりの人に気に入られようとして、自分の本音を抑えてその期待に応えようとする度合の強いものである。自分の大切な人生目標を達成するため、周りの人、なかでも自分の肩をもってくれると思われる人に認められ、気に入られるために、期待に応じようと、つきあったり、頑張る行動をとる。相手に認められることを優先するために、自分の欲求や感情を抑えがちになりやすく、その抑圧が不快感、不満、不安、憂うつという気分をつくりだしてしまう。

さらに悪いことに、そうした不快感や不満などをもちやすい自分自身に対しても、嫌悪感や無力

感を抱いたり、自分らしさが無いと思ひ、憂うつになりがちとなる。そのような二重の意味で、ストレス状態に置かれやすい。その結果、さまざまな神経症症状、抑うつ症状、心身症状からなる症候群を生じやすく、しかも、それらの不満、不安、不快などを代償するため逃避的になり、タバコや飲酒。気晴らし食ひなど不健康な手段に慢性的に依存するようになるため、さまざまなストレス関連疾患や長期間の経過の中で慢性疾患を形成しやすい(図4, 図5)。

イイコ行動特性は対人的な依存心の強さから生

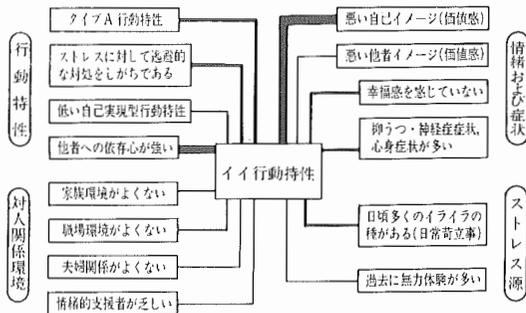


図4 イイコ行動特性と心理社会的諸特性との相関

注(1) 各線は1%水準で各特性との有意な相関関数があることを示す。

(2) 各特性はそれぞれ尺度値によって測定された。

(3) 線の太さは相関関数の大きさを示し、太くなるほど相関が強い。(調査人数997名)

—0.200以上 —0.300以上

—0.400以上 —0.500以上

(宗像他『セミナー参加者に対する教育効果についての調査研究報告書』1988年より)

じていることが多い。「私の肩をもってくれる人が誰よりも必要だ」、「自分が必要としている人の好意を失うことに不安がある」などの気持ちが強いからである。(図4)。自分の肩をもってくれる上司や仲間などに嫌われたくない、認められたい、気に入られたいとする依存心が強いのである。そのような対人的な感情を満たすために、周りの期待に応えようとイイコになって、より速く、より多く、他に負けずに頑張るというタイプA行動となるのである。

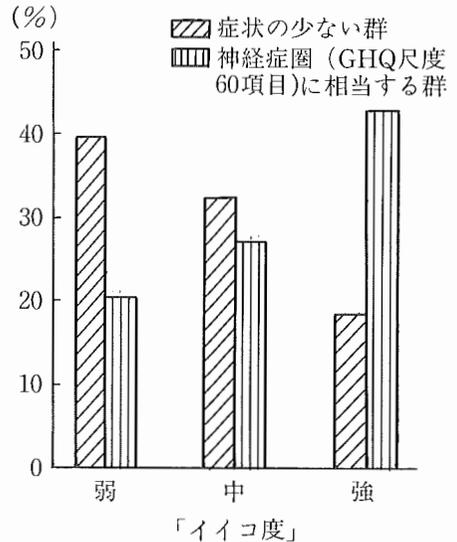


図5 イイコ行動の度合に比例する抑うつ・神経症症状の強さ都市住民 [20~60歳] 2481名。

(宗像他『習志野市民の心身の健康管理調査報告書』厚生科学研究報告書, 1990年より)

表8 イイコ行動特性

- (1) 人から気に入られたいと思うほうである
- (2) 自分にとって重要な人には自分のことをわかってほしいと思う
- (3) 人を批判するのは悪いと感じるほうである
- (4) 自分の考え方を通そうとするほうではない
- (5) つらいことがあっても我慢するほうである。
- (6) 人の顔色や言動が気になるほうである
- (7) 自分の感情を抑えてしまうほうである
- (8) 思っていることを安易に口に出せない
- (9) 自分らしさが無いような気がする
- (10) 人の期待にそうよう努力するほうである

「いつもそうである」(2点), 「まあそうである」(1点), 「そうではない」(0点)を加算し指標とした尺度。6点以下弱い, 7~10点中程, 11点以上「やや強い」, 15点以上「かなり強い」。

(信頼度係数 $\alpha=0.7594$ )。

虚血性心疾患のリスク要因として、タイプA行動の研究を創始したM. Friedmanは、タイプA行動をとりがちな人は劣等感を根底に持ち、人に気に入られたい、認められたい気持ちが強く、辛いことがあっても頑張る特性を持つと言っている。図4が示すように、タイプA行動とイイコ行動とは有意な相関があり、また日本人のタイプA行動をつくる「付き合い」のよさと「頑張り」の強さはこのようなイイコ行動特性とつながっているようである。

イイコ行動特性も、タイプA行動も自らが楽しむために行動をとっているのではない。イイコはまわりに認めてもらうために頑張るのであり、タイプAは他の頑張り合う競争心から行動している。いずれにせよ、自分の要求は自分自身から生まれているのではなく、他の関係から生じている。他との関係から決まる要求内容は自らの意思によって自由にコントロール出来るものではない。慢性的で自己破壊的なストレスの亢進は自らが自らの要求水準をコントロール出来ないことから起るようである。

また、図4にみるようにイイコ行動特性をもつ人に無力体験をもつ人が多い。即ち、自分自身やまわりからの要求を達成したくとも、過去の重大な失敗があるために、それを達成する見通しや自信が保てないことでストレスを増強しやすいものになっている。

またイイコ行動特性は自分の肩をもってくれる人に認められたいという気持ちを満たすことを優先するために、自分の本当の気持ちを犠牲にしやすいといったが、その肩をもってくれる人の本当の気持ちを重視しているかという点、実はそうではない。一見、相手の気持ちや欲求を満たし、認められようとはするのであるが、結局のところは、相手に認められたいという自分の欲求だけ充足させれば良しとするもので、相手の本当の気持ちや欲求に関心はない。だから、肩をもってくれる人とも率直に話し合うとか心を通じ合えるとかということがない。相手からみると何を考えているか本当のところよくみえないところがある。

こうして、イイコ行動をとりやすい人は、「イイコ」にしているにもかかわらず、皮肉なことに人

間関係を悪化させやすく、図4のように、職場関係、友人関係、家族関係でも、むしろ疎遠や悪化した関係に踏み込みがちなのである。だから、いざというときの強い支援ネットワークは不足がちである。こうしてイイコは、ストレスを慢性化させやすい前述の三つの条件をもちやすいようである。

## 6) イイコの自己変革

これまでの検討にもとづけば、ストレス病の犠牲にならず、むしろ楽しく充実した人生にはイイコ行動特性を少なくする必要がある。周りに気に入られるために過度の本心を抑えることをやめる。つまり、「開き直れる」自分をつくっていくことである。本心を大切に、「出来ないものは出来ない」「イヤなものはイヤ」と「ノー」と本心を率直に伝えられ、それで気にいらなくなっても「よし」とする態度である。

周りに対して不義理もやむなしと考えると、周りが何をして欲しいか察しても、応じられない時は相手に積極的に事情を伝えるとか、上手に「ノー」と言うことである。とはいっても自分の本心を大切に、「ノー」と言ったり、周りの期待と異なる行動をすることは、周りからの好意や鼻息を失うのではないかという恐れや不安が強いものである。その不安の強さは、周りからの好意や鼻息がなくなった時、自分の独力で状況を切り抜く自信がないとか、また本当に困った時、本心を打ち明け、心から頼れたり、信じられる人がいないことが関係している。強い人生目標があり、また自分の頼れる仲間がいる時は、割に早く開き直れるものである。従って、イイコ行動を脱するには、結局は自己変革することが必要である。すなわち、自分がより心の引かれるものを大切にして生きる体験をより多くつむことであり、また人への過度な依存を断ち、自ら状況を切り抜く体験をして、自分自身に自信をもてるようになったり、また率直になり、本音の通じ合う関係をつくる体験を積み上げることである。周りのものは、そのような本人の体験を邪魔せず、支援してあげることである。

ところで、これまでの人生においてイイコ行動特性をもってきたからこそ蓄積されてきたストレスがあり、それだけエネルギー量があるだろう。それは、イイコ行動を脱する自己成長をすすめるだけのエネルギー量があるように思える。慢性化してきたストレスは、一方では心身の自己破壊にもつながるものの、他方そのエネルギーを自己成長へのエネルギーに転化させることもできる。それさえできれば、そのストレスを健康回復、増進にも活用出来ることをストレス関数の考え方は示唆している。

### 文 献

- 1) Andrews, G. et al.: Life Event Stress, Social Support, Coping Style, and Risk of Psychological Impairment, *Journal of Nervous and Mental Disease* 166 (5): 307-316, 1978.
- 2) Caplan, G.: *Support Systems and Community Mental Health*. Behavioral Publications, New York, 1974.
- 3) Cassel, J.: The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology* 104: 107-123, 1976.
- 4) Cobb, S.: Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38: 300-314, 1976.
- 5) Friedman, M. & Rosenman, R.H.: *Type A Behavior and Your Heart*. Knopf, New York, 1974.
- 6) Gore, S.: The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment. *Journal of Health and Social Behavior* 19: 157-165, 1978.
- 7) Holroyd, K.A.: *Stress, Coping, and the Treatment of Stress-Related Illness*. McNamara, J.R. (Eds.): *Behavioral Approaches to Medicine: Application and Analysis*. Plenum, New York, 1979.
- 8) House, J.S.: *Social Structure and Personality*. Rosenberg, M. & Turner, R.H. (Eds.): *Social Psychology: Sociological Perspectives*. Basic Books, New York, 1981.
- 9) House, J.S. & Wells, J.A.: *Occupation Stress, Social Support and Health*. McLean, A. et al. (Eds.): *Reducing Occupation Stress*. U.S. Dept. of Health Education and Welfare, HEW (NIOSH) Publication No. 78-140, 1978.
- 10) Johnson, J.E.: Effects of Accurate Expectations about Sensations on the Sensory and Distress Components of Pain *Journal of Personality and Social Psychology* 27: 261-275, 1973.
- 11) Johnson, J.E. & Leventhal, H.: Effects of Accurate Expectations and Behavioral Instructions on Reactions during a Noxious Medical Examination. *Journal of Personality and Social Psychology* 29: 710-718, 1974.
- 12) Lazarus, R.S. & Folkman, S.: *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York, 1984.
- 13) Lazarus, R.S. & Launier, R.: *Stress-Related Transactions between Person and Environment*. Pervin, L.A. & Lewis, M. (Eds.): *Perspectives in Interactional Psychology*. Plenum, New York, 1978.
- 14) Mason, J.W.: Emotion as reflected in Patterns of Endocrine Integration. Levi, L. (Eds.): *Emotions: Their Parameters and Measurement*. Raven Press, New York, 1975.
- 15) 宗像恒次ほか：市川市住民のストレス管理調査。文部省科学研究報告書，1987。
- 16) Richter, C.P.: On the Phenomenon of Sudden Death in Animals and Man. *Psychosomatic Medicine* 19: 191-198, 1957.
- 17) Schaefer, C. et al.: The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine* 4: 381-406, 1981.
- 18) Seligman, M.E.P.: *Helplessness*. W.H. Freeman, San Francisco, 1975.
- 19) Selye, H.: *The stress of life*. McGraw-Hill, New York, 1956.
- 20) Staub, E., Tursky, B. & Schwartz, G.E.: Self-Control and Predictability: The Effects on Reactions to Aversive Stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology* 18: 157-162, 1971.
- 21) Symington, T., Currie, A.R., Curran, R. S. et al.: The Reaction of the Adrenal Cortex in Conditions of Stress. *Ciba Foundations Colloquia on Endocrinology*, vol. 8. Little Brown, Boston, 1955.
- 22) Wolff, H.G.: *Stress and Disease*. Thomas, Springfield, IL 1953.

【特集】

## 生活環境ストレスと精神健康

—10年間の環状7号線沿道住民の心理社会的ストレス研究—

山本和郎\*

要約： この論文は、生活環境ストレスと精神健康の関係について、東京都内にある環状7号線沿道住民を対象に1982年より10年間すすめてきた心理社会的ストレス研究についての要約報告である。我々の生活環境ストレスの定義にもとづいて、環状7号線トラブルイベント尺度が作成された。沿道住民群は対象群に比して、一貫してトラブルイベント量も大きく、精神不健康度量も大きく、また、トラブルイベント尺度と精神的な不健康尺度とに10年間一貫して有意な相関がみられた。

精神保健研究 39 ; 41-54, 1993

**Key word:** ストレス, 生活環境, 精神健康, 道路公害, トラブルイベント尺度

慶應義塾大学文学部コミュニティ心理学研究室では、生活環境ストレス研究の1つとして、1982年より環状7号線沿道住民の生活環境ストレスとその精神健康に及ぼす影響について研究をつづけている。1992年までに7回の調査を実施した。その調査の経過をふりかえりながら、生活環境ストレス研究のあり方と問題点について検討してみたと思う。

## 1. 環状7号線について

環状7号線は、大田区から江戸川区までの都内11区にわたる総延長57.2kmの都道としては最大規模の主要地方道である。この道路は、昭和の初頭、環状6号線、環状8号線とともに、郊外道路として計画されたが、戦前はわずか7.2kmが整備された

だけであった。この後、昭和21年に戦災復興院により整備計画が決定され、昭和30年代になると、東京オリンピックに備えて、環7は急ピッチで工事が進められた。東京オリンピックのあった昭和39年には、練馬区・中野区・杉並区・世田谷区・目黒区等を含んだ西半分がほぼ完成、総延長も約35kmとに全体の約3分の2が完成した。その後も着々と整備は続けられ、昭和53年までには、葛飾区青砥、江戸川区東小松川、葛西、大田区東海等の約5kmを残すだけとなり、昭和60年1月17日、葛飾区内の青砥橋の完成により、ようやく全線が開通した。

環状7号線は、もともと郊外住宅街を通る牧歌的なイメージをもった郊外道路として計画されていた。しかしながら、昭和30年代に工事が進められた頃には、人口の密集した住宅街や商店街を突っ切る形で建設された上、年々交通量が増加し、しかも産業道路としての性格を強めていった。これまでの調査でも、①大型車の混入率(30%以上)が高く、②夜間交通量が多いことが指摘されている。また騒音調査によると75dAから78dAの騒音量が24時間持続的に発生している。その結果、環7沿道の生活環境は騒音、振動、ほこり、大気汚

Living environment stress and mental health  
—from the ten years' study of psychosocial  
stress in inhabitants along the loop road 7 in  
Metropolitan Tokyo.

\*慶應義塾大学文学部教授

Kazuo Yamamoto: Keio Gijuku University, the  
faculty of literature. Professor

染等の環境悪化により、沿道住民の被害が生じている。

こうした環状7号線沿道環境悪化による住民の被害状況の実態調査や健康調査が東京都により実施されてきている。これと平行して、道路騒音の人体に及ぼす生理的、心理的影響についての基礎研究が行われてきている。我々の研究室は、この基礎研究班の一員として、環状7号線沿道環境が沿道住民の精神健康に及ぼす影響について、1982年に着手したのである。

## 2. 生活環境ストレスの考え方

著者が最初に生活環境ストレス研究を手がけたのは、国立精神衛生研究所時代に「地域精神衛生研究班」の一員として、「都市生活における精神健康に関する総合研究」(昭和47～昭和49年度)(加藤, 1976)に参加した時代である。この時、人口過密都市の生活環境がもたらすストレス量の測定法を計画した。その時の生活環境ストレスの測定に関する基本的考えは、Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967)の生活事件(Life Event)の考え方を参考に、生活環境内で発生する生活変化事件を、(イ)地域環境の利便性、保健性、快適性の変化に関する項目、(ロ)職場、学校、近隣・友人、親類等の所属集団内における変化に関する項目、(ハ)生活条件の変化に関する項目、(ニ)家族内人間関係の変化に関する項目の4領域から、139項目選定し生活環境ストレス尺度を構成した。生活変化衝撃の量が大きければ生活環境からのストレス負荷量は多きく、その結果が精神的不健康を増大させる方向に導くというのが仮説であった。(山本, 1973)

その後、高層集合住宅の住環境ストレス研究(山本, 1986, V章204～211頁)に参加して行く中で、生活環境ストレスを、地域生活環境システムが生活主体の生活の場である生活システムを混乱させる度合に基づき測定するという考えに到った。その結果、トラブルイベント尺度(Trouble Event Scale)という形の、住環境ストレス尺度(渡辺1982, 渡辺, 山内1982)、環状7号線トラブルイベント尺度(山本, 1987)が作製されている。

ここで、地域生活環境ストレスに関して、次のように定義しておく(山本, 1989)。「地域生活環境システムと個人の生活システムの相互作用の中で、地域生活環境システムの機能の減退によって、生活システムのとりくむ生活課題の解決過程に混乱をあたえたり、さらに荷重な生活課題を負荷する時、個人の生活システムにとって地域生活環境はストレスとなる。このストレス源によって生じた生活課題解決の混乱を調整したり、また、負荷された生活課題の解決を行うための地域生活環境システムと生活システム間の相互作用による対処過程が地域生活環境ストレスである。」

この定義で注意すべきことは、ストレス源として地域生活環境を査定するだけでなく、ストレス源によって混乱し、負荷された生活課題の対処を含む過程そのものがストレスであるということである。これはPearlin, I.I., Lieberman, M., Menaghan, E.G., & Mullan, J.T. (1981)のストレス・プロセスの考え方が含まれている。

さらに、生活システムと地域生活環境システムについて、青井, 松原, 副田(1971)の生活構造論と松本(1985)の生活体系論をもとに定義しておく。

生活システムとは「生活主体が自らの社会的地位に典型的な生活様式を維持、発展していくための生活課題を解決する過程において、自らの生活欲求から動機づけられ、自らの生活価値によって方向づけられ、生活諸関係をとり結び、その関係を媒介にして生活諸資源を獲得・変換・享受する生活行為のシステムである」。このように個人側の生活システムをとらえると、環境側の地域生活環境システムは「生活主体が日常的にとり結び参与している生活諸関係と、それを媒介又は手段として獲得・変換・享受する生活諸資源の集合体である」と位置づけられる。この生活諸関係と生活諸資源の集合体を生活構造と呼ぶことが通常である。この生活構造のサブシステムには、家族生活、職業生活、地域生活がある。著者は、生活構造をあえて地域生活環境システムと呼んだのは、生活構造論でとり上げている社会環境だけでなく自然環境(人工的に保護管理されたものを含む)も地域生活にとって重要な資源なので、これを含んだシ

システムをとり上げたかったからである。

地域生活環境ストレスの問題にもどろう。つまり、地域生活環境ストレスとは、地域環境システムと生活主体の生活システムとの相互作用の中で生じた不適合度を調整するための対処過程と云える。対処の仕方には、地域生活環境システム内の調整と生活システム内の調整が考えられる。一般に地域生活環境システム内の調整は困難であり、結果的に生活システム側の調整対処の能力が問われる。この対処過程で処理しきれない負荷が生活システム内の混乱として、不満感、幸福感の低下(well-beingの低下)、心身不健康の発生として顕在化すると考えられている。

### 3. 環状7号線沿道の生活環境ストレスの精神健康に及ぼす影響に関する研究——その10年の経過

#### (1) 第1回調査(1982年度)

第1回調査は、これまでなされた道路騒音の被害調査をもとに、環7沿道地域の住民の日常生活に与える騒音の影響、また住民の騒音環境に対する適応について知る目的で調査計画がなされた。調査地区は、環7地区として大田区、目黒区、世田谷区の環7沿道地区、比較対照地区として品川区を選び、対象者はそれぞれの地区に住む主婦及びそれに相当する女性で、有効回答者は、環7群196名、対照群185名である。質問紙による訪問面接調査によって、①道路騒音地区の住民の生活構造、地域社会評価、環境評価、および騒音に対する反応の特徴、②騒音地域に適応を示す人々と不適応を示す人々の間の生活構造、地域社会評価、環境評価、および騒音に対する反応等の特徴を調べた。さらに実験的手法により騒音地域住民の援助行動の特徴を調べた。

結果は、環7地区は、対照地区より環境をあまり快適なものとはみておらず、同一地域内でも、生活構造、地域参加の特性などによって個人差が生じている。そして、環7に近いほど騒音の被害感は大きく、環7地区は対象地区と比べて、永住意識、生活満足度が低い。また、環7地区の対象者を心身の自覚症状の量によって適応群、不適応群とに分けたところ、適応群の環境に対する評価

は積極的なものであり、それに対する不適応群の評価はかなり不快で消極的なもので騒音に対する被害感においても邪魔感、さしさわり感の程度が大きい。予想されていた地区による援助行動の発生については差はみられなかった。

この第1回の調査は、これまでの道路騒音調査を参考にしている、全く外側から、その被害状況を大まかにとらえることしかできていなかった。ともかく被害感に個人差が大きいことが分かったが、その被害の中身について何もとらえることができていないことを知った。そこで、沿道住民がどのような体験をしているか聞く必要を感じた。

#### (2) 第2回調査(1983年度)

第2回調査は、調査対象に、年1回調査における環7直面群の中から「適応群」(地域生活満足度が高く、自覚症状が低いもの25%, n=18), 「不適応群」(地域生活満足度が低く、自覚症状が高いもの25%, n=19)を選び出し、結果的に調査に応じた「適応群」10名、「不適応群」8名を調査対象とした。そして、どのような要因がそこでの生活に対する適応、不適応を起こさせるのかを探るため、深層面接法(Depth Interview)による各2時間の面接調査を行った。

その結果、適応群はいわば「住めば都」の心境、それに対して不適応群は「住まば都」の心境をもっていることがわかった。つまり、適応群の人々は、道路騒音、振動、排気ガスなどに悩まされていても、経済的に余裕がないため転居ができなかったり、高令者が多いため新しい土地に移り住むエネルギーもなく、長年住み慣れた土地に対する愛着が強かったりして、ことさらに利便性を強調したりすることによつて今住んでいる所は良い所なのだと自分に言い聞かせているようである。それに対して不適応群の人々は、比較的若い主婦などが多く、転居したいという意志もまたその可能性もあるが、今はできない事情がある、といった人が多かった。

この第2回調査において、深層面接による環7沿道住民の被害状況を具体的に聞くことができたことが最大の収穫であった。環7は騒音による被害以上に、振動、排気ガスによる被害が大きいことを

表1 環7沿線トラブルイベント項目

順位	番号 <sup>1)</sup>	ト ラ ブ ル イ ベ ン ト の 内 容	報告率 <sup>2)</sup>
1	37	夏場や夜の暴走族の音がうるさい	89.6
2	*⑫	大型車が通ると家の振動が激しい	86.8
3	*⑬	とくに明方大型車が通る音がうるさい	86.2
4	*⑳	空気がにごっていて臭い	84.3
5	50	右翼やその他の宣伝カーがうるさい	81.4
6	④	地震の時、避難所までたどりつけるか心配	81.2
7	*㉑	窓を明けると砂ぼこりがひどい	81.1
8	*㉒	砂ぼこりがひどく、部屋の掃除や窓のレールの溝の掃除が大変	80.0
9	*㉓	洗濯の竿竹やヒモがすぐ真黒になる	79.5
10	⑤④	たまに来る客や親戚の人は泊まると眠れない	79.5
11	*⑥④	家のままで渋滞することが多く、いっせいに動く時の排ガスがひどい	77.6
12	⑥①	ここで子供を育てると子供の性格や健康によくないのではないかと心配	73.0
13	*22	砂ぼこりがひどく、一日で廊下やジュータンが汚れる	70.3
14	④⑧	何かあって助けを求めても聞こえないのではないかと思う	70.0
15	⑦②	クーラーの電気代、電燈代、家の修理代など余計な出費がある	70.0
16	③⑨	地震の時、環状七号線を走る車から火がでるのではないか心配	69.5
17	⑭④	道路に継目ができ、それがドカンドカンと振動する	68.9
18	④⑥	家の前で交通事故がよくおこる	68.4
19	⑤⑤	植木が真黒になったり、枯れたりした	67.6
20	*③⑩	洗濯たくものを干しっぱなしにできない。かわくとすぐ入れる	86.5
21	*③⑫	窓を開けた暮しをしたいと思うができない	66.2
22	⑤⑦	鉢ものや草花が元気がなくなったり、だめになった	66.2
23	⑤	電話で話したり受けたりするたびに、窓を閉めたり、戸を閉めたりしないとだめ	65.7
24	60	小さい子供は、あぶなくて、1人で外に出せない、目がはなせない	65.5
25	7	TVの画面がゆれたり、ラジオやTVにタクシーの交信が入ったりする	63.5
26	*②	話しをしている時相手の話し声がききとれない	63.5
27	*②④	排ガスで、店や部屋の中が、油污れる	62.2
28	*⑩⑥	振動で、窓や壁にスキ間ができた	61.4
29	65	道路工事をしょつ中するのうるさい	61.4
30	*⑪	本や新聞を読んでいる時「ああうるさいな」と思う	60.8
31	*③③	自然の風を入れたいのに窓を開けられない	60.5
32	40	地震の時、近くのガソリンスタンドが心配	59.7
33	63	信号の前なので、または最近信号がついて、音と排ガスがひどい	59.2
34	*⑮⑤	時々、つき上げるような振動がある	57.6
35	①	会話がとぎれることがある	57.3
36	49	近くに病院や消防署があるので車のサイレンがうるさい	56.8
37	④	電話がうまく聞きとれない	55.7
38	⑥	電話が鳴っていても、隣の部屋や風呂場にいると聞えない	55.1
39	⑥②	子供の安心して遊べる場所がない	54.9
40	④⑦	泥棒が入っても気がつかなかったり、気がつかないのではないか心配	54.1
41	*③④	TVのある部屋や、子ども部屋は夏でも窓をあけられない	54.1
42	*②⑥	ワイシャツやエリが真黒になる	52.4
43	*⑮⑧	振動で、窓ガラスがガタガタ音をたてる	51.4
44	⑦⑥	何でこんなとこに住まなきゃならないのか、ふと情けなくなることがある	50.8
45	⑦⑩	地盤がわるく、家がしょつ中ゆれている。	50.5
46	*⑤①	客が来ても玄関で話せず、中に入れないと話ができない	50.3
47	⑦⑤	信号などで車がいっせいに止まり、シーンとすると変な感じになる	49.5
48	⑩⑩	昼間でも本を読む時は戸を閉め電気をつけて読む	48.7
49	66	環七の反対側に行くのに不便をする	47.6
50	35	熱帯夜のときは、窓を開けざるをえない	46.2
51	⑮⑨	振動で、食器棚の食器、仏壇、タンスのとつてがガタガタゆれる	45.4
52	⑦①	地盤がわるく、すぐに道路に段差ができ、ガタンガタン音がする	45.4

順位	番号 <sup>1)</sup>	ト ラ ブ ル イ ベ ン ト の 内 容	報告率 <sup>2)</sup>
53	⑧	TVはボリュームを最大にしないとよく聞きとれない	42.2
54	17	風呂のタイルにひびが入った	41.6
55	⑩	クーラーを入れているが、ききすぎたりして不愉快	35.1
56	③	どなりあいのような話し方になる	34.9
57	⑫	郵便屋さんが来ても、声が聞こえず、留守だと思って帰ってしまう	34.6
58	31	洗濯ものを家の中に干すようにしている	34.1
59	73	騒音がネックで家、マンションが売りにくい	33.2
60	⑨	深くものが考えられない	31.6
61	⑤	車やトラックが家に飛びこんでくるのではないかと心配	29.5
62	29	洗濯ものに黒いものがつくと、いくら洗ってもとれない	29.2
63	⑮	子どもが黒いハナクソを出す	28.9
64	⑬	洗濯機のホースがはずれ水が流れでていることに気がつかなかった	28.4
65	⑭	環状七号線側の部屋が使えず不便をしている	26.8
66	67	まわりにマンションが建ち、近隣関係がなくなった	24.3
67	56	実のなる木(柿など)が実がならなくなった	22.7
68	42	赤ん坊や子どもが泣いても聞えない	20.9
69	68	隣のマンション建設のための工事の音と振動が大変	19.7
70	58	金魚や小動物が元気がなくなったり、死んだりした	19.5
71	27	子どもの目ヤニがひどい	18.7
72	38	近くに暴走族のたまり場がある	18.4
73	53	客と玄関のインターホーンで話しても聞えない	14.9
74	69	親しかった近所の人が、御主人が亡くなると立ちのいてしまった	13.2
75	44	車やトラックが家にとびこんできたことがある	8.96
76	59	犬やネコが元気がなくなったり、死んだりした	8.38

- 1) 番号は、第3回調査(1984年度)で使用した質問紙項目の番号  
\*の項目は、第4回(1987年度)で使用した20項目  
○で囲んだ項目は、第5回(1988~1989年度)で使用した50項目
- 2) 報告率は、第3回調査時、沿道住民370名が「あり」と回答した率%

知った。この第2回調査は、その後の調査の重要な指針を与えるものとなった。つまり、同じような環境にさらされていても、そこでの生活に適應するかどうかは全くの個人差であり、地域生活に対する満足度や永住意識、転居資金準備可否などが影響するのではないかと考えられた。また個人のパーソナリティ特性の影響などについても考えられ、次回の調査では欲求不満耐性との関係を調べることにした。さらに、道路騒音などが直接ストレスサーとして働くというよりも、それらによる生活混乱に関する出来事の方が重要であるとして、面接によって得られた生の声から「環7沿線トラブルイベント」76項目を作製し(表1)、その後一貫して使われることとなる環7道路公害ストレス尺度とし、次回の調査より、この研究に生活環境ストレスの概念が盛り込まれることとなったのである。

### (3) 第3回調査(1984年度)

第3回調査では、環7に直面して住む人だけを対象とし、そこに住む人のストレス感と他の要因との関係を分析することによって、どのような人がストレスを感じやすいかを探ったものである。そのため、今回初めて生活環境ストレス理論を導入し、前回の調査によって得られたトラブルイベント尺度を使用し、そのトラブルイベントを経験した個数及びそれらに対する5段階評価によるイライラ度の得点化によってストレス量を測定した。調査対象者は、板橋区、練馬区、中野区、杉並区、目黒区、大田区の6区で環7に直面して住んでいる主婦582名で、質問紙による訪問面接調査を行った(回収数443名、有効回答数370名)。

その結果、①環7沿線トラブルイベントと不健康状態との相関はかなり高く、トラブルイベント総得点<sup>(註1)</sup>と不健康尺度(精神的不健康を示す心身症状33項目、表2参照)の合計得点との相関は

表2 精神不健康尺度(第3回調査で使用)

1	耳鳴りがする
2	風邪を引き易い
3	息苦しくなる
4	胸か心臓部に圧迫感がある
5	激しい動悸がある
6	食欲がない
7	胃の具合が悪い
8	便秘がつづく
9	首筋や肩がこる
10	発汗が多い
11	頭が重い
12	しばしばめまいがする
13	じっとしておれない
14	疲れてぐったりする
15	朝起きると疲れを感じる
16	寝付きが悪い
17	夜中に目が覚める
18	熟睡感がない
19	気が散りやすい
20	何となく不安である
21	いらいらする
22	人を避けたいくなる
23	いきいきとした感じがしない
24	気がめいる
25	気分のむらがある
26	健康のことが気になる
27	最近、人を疑い深くなった
28	最近、家から外へでることが少なくなった
29	何もする気になれないことがよくある
30	突然大声をあげてみたい衝動にかられることがある
31	追われている感じがある
32	重たいものをしょわされている感じがある
33	耳が遠くなった感じ

$r = .66$ , トラブルイベントの個数と不健康度との相関は  $r = .63$  であった。②トラブルイベントの経験と関係のある変数とは、住居形態、欲求不満耐性、永住意識、転居資金準備の可否、不定期外出

の頻度で、トラブルイベントを多く経験する人の条件とは、独立住宅に住む、欲求不満耐性が低い、仕方がないから住んでいる、転居資金を準備できない、不定期的な外出が少ないということであることがわかった。さらに、生活満足度の低い人はイライラ度が高いこともわかった。

この調査で注目したのは、トラブルイベント尺度と精神不健康尺度の相関がきわめて高いことである。Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984)の日常性混乱(Daily Hassles)の概念にもとづくストレス尺度と精神不健康度の相関は、.55から.66を示している(Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schafer, C. & Lazarus, R.S. 1981)。この数値を根拠に、Lazarusらは日常性混乱の尺度は、Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967)及びDohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1974, 1981)の生活事件尺度よりも(この場合  $r = .2 \sim .3$  程度)精神不健康予測率が高い故、ストレス尺度としてより有効であることを主張している。これに対し、Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1984)は、Lazarusらの日常性混乱尺度の内容と精神不健康度の内容が、どちらがストッサーでどちらがその結果としての症状か区別がつかない混同(confound)があるので、両者の相関が高くなるのは当然であると批判している。この混同について、LazarusはDohrenwendらは刺激-反応という直線、因果論モデルにこだわっているからでてくる批判であり、自分たちはシステム論的円環的因果論モデルで考え、さらに具体的な分脈の中で考えているのでその批判は当たっていないと主張している。(ラザルス, R.S. 1990)

こうした論争を念頭に入れ、第3回の調査結果のトラブルイベント尺度と精神不健康尺度の相関の高さは、Dohrenwendらのような混同が生じる可能性があると思なされた。それ故、次回の調査では、精神不健康に関する項目であっても、できるだけ身体症状で表現されているCMIのCIJ 30項目を採用して追究してみることを考えた。

(注1) 総得点とは、トラブルイベント「なし」-0点「ある」と答えた場合、「そんなに気にならない」-1点、「少し気になる」-2点、「少しイライラする」-3点、「イライラする」-4点、「非常にイライラする」-5点、とし、評点の総和である。

## (4) 第4回調査(1987年度)

第4回調査では、環7からくる公害ストレスサーがどの程度住民に影響を与えているかをより細かくみていくために、まず対象者を前回のように環7に直面している人だけに限定しないことにした。環7に直面して生活している人(直面群)に加えて、道路から50m離れて生活している人(50m群)、つまり道路からの影響は十分に少なくなるが(道路騒音量は15m内部に入ると通常値になることが騒音測定でわかっている)、他の条件はそれほど異ならないであろうと思われる所に住む人々を、対照群として設定した。対象地区は、大田区、板橋区、葛飾区で、直面群、対照群それぞれ260名であった。(有効数は直面群166名、対照群185名)。また前回のトラブリエント尺度の簡略化をはかり、標準化された精神健康尺度との相関をみていくことにした。そのため、前回の調査データを主成分分析することによって得られた第一主成分に負荷量の高い項目、20項目を新しくトラブリエント尺度とし、これまでの独自の不健康尺度にかわって、CMIから選ばれたC.I.J. 30項目を新たな不健康度を測る尺度として採用した。調査方法は質問紙による訪問留置調査である。

結果は以下のとおりである。

① 対象者の属性で多かったのは、住居に関しては、直面群では集合住宅、鉄筋住宅、店舗兼用住居、50m群では、独立家屋、木造住宅、住宅専用であって、職業に関しては、直面群では通勤、50m群では専業主婦であった。

② 意識項目では、直面群は50m群に比べて、永住意識も、地域生活満足度も低いという傾向がみられた。

③ パーソナリティでは、欲求不満耐性、騒音感受性ともに群間における差はみられなかった。

④ 健康状態は、群間では有意差はなかったが、トラブリエントは直面群の方が、合計点、個数ともに有意に高かった。

⑤ トラブリエントとCMIとの相関がみられ、直面群の方が50m群よりも高い相関であった。(CMIとの相関係数、トラブリエントの総得点とでは直面群.34、50m群.29、トラブリエントの個数とでは、直面群.31、50m群.26)

⑥ 一番困っていること(自由回答)の結果は、直面群では排気ガスに関するものであった。

この第4回調査によって、直面群と50m群の属性、意識の違い、そしてトラブリエントの群間における差や、トラブリエントとCMIとの関係なども明らかにされ、多変数の関連が次第にわかかってきたが、属性や意識がトラブリエントやCMIとどのように関係しているかなどの結論は得られず、今後の課題となった。

## (5) 第5回調査(1988年度、1989年度)

第5回調査では、環7が沿線住民に与える影響が、時間の経過において安定したものなのか、変動するものなのかを探るため、今まで見落とされてきたそういった時間変化を考慮に入れた。そのため同一の対象者に対して、同じ質問を一定期間(この場合2ヶ月間)を置いた後に施行するといったパネル調査を行った。対象者は、大田区在住の女性(主に主婦)で、環7に直面した沿道地区に住む「直面群」237名、環7から少し離れた閑静な住宅街に住む「対照群」223名の、計460名であった。調査方法は、質問紙による郵送法で、第1次調査の質問紙の発送後は、2ヶ月間隔で計4回にわたって実施した。その後、第2次調査以降は、前回返信のあった対象者にのみ質問紙を発送した。回収結果は、表3のとおりである。なお、使用したトラブリエント項目は50項目(表1参照)、不健康尺度は前回と同じくCMIのCIJ項30項目である。

結果は以下のとおりであった。

① 対象者の属性は、群別で大きな違いがあり、直面群に関しては、職業では自営業、パート、住居形態では集合住宅、家屋素材では鉄筋、家屋の使用形態では店舗兼用の占める割合が多く、同様に対照群では、主婦、独立住宅、木造家屋、住宅専用が多い。

② 意識項目に関しては、直面群の方が、対照群より積極的に転居を望んでおり、地域満足度も低い。転居資金準備の可否については群間で差がみられない。また、この地域生活満足度は、直面群においてのみトラブリエント( $r = .25$ )、CMIを有意に高い負の相関( $r = -.33$ )を示して

表3 第5回調査(1988~1989年度)回収結果

		第1次	第2次	第3次	第4次
発送日		'88.10.15	'88.12.13	'89.2.15	'89.4.15
発送数	直面群	237	137	112	97
	対照群	223	136	102	96
	計	460	273	214	193
返信数 (回収率)	直面群	137 (58%)	112 (82%)	97 (87%)	96 (99%)
	対照群	136 (61%)	102 (75%)	96 (94%)	92 (96%)
	計	273 (59%)	214 (78%)	193 (90%)	188 (97%)
有効回答数 (有効回答率)	直面群	117 (85%)	106 (95%)	90 (93%)	88 (92%)
	対照群	117 (86%)	98 (96%)	90 (94%)	89 (97%)
	計	234 (86%)	204 (95%)	180 (93%)	177 (94%)

いる。つまり、直面群において地域生活満足度の高い人は、トラブルイベントも少なく、健康であると考えられる。

③ 自由回答による地域生活に対する満足、不満足の原因は、群間で大きく異なる。直面群では満足の原因として交通や買物などの利便性を挙げる一方で、不満の原因として騒音、排気ガスなどの道路公害を挙げている。つまり、直面群の人々は、環7から被害を受けているだけではなく、利便性といった恩恵も受けていると考えられる。一方、対照群では不満の原因として顕著なものはなく、満足の原因として主に環境の良さを挙げた人が最も多い。

④ 尺度の信頼性については、騒音感受性(岩田1981の尺度を採用)、欲求不満耐性、トラブルイベント、CMIに関してはどれも $\alpha$ 係数が0.8を大きく越えており、その信頼性が確認された。

⑤ パーソナリティ要因では、騒音感受性得点は直面群の方が有意に高く、欲求不満耐性には群間における有意差はみられない。また、騒音感受性は両群でCMIと有意に高い相関を示したが、トラブルイベントとは直面群においてのみ有意に非常に高い相関がみられた。一方、欲求不満耐性は、対照群においてのみ有意な相関がみられた。

⑥ トラブルイベント総得点も、CMI得点も、第1次調査から第4次調査まで、群別にかかわらず、平均点、標準偏差の変化はほとんどみられず、自己相関も非常に高い。(図1)そして、トラブル

イベント総得点は直面群の方が0.1%水準で常に有意に高い値を示し、CMI得点は、直面群の方がやや高くなっている。(図2)

⑦ トラブルイベント総得点とCMI総得点の相関は、各時点で両群とも有意に高い。(直面群では $r = .41 \sim .52$ 、対照群では $r = .25 \sim .48$ )よ

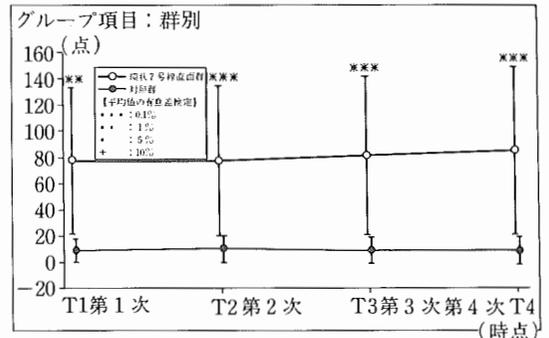


図1 トラブルイベント総得点の各時点での平均点

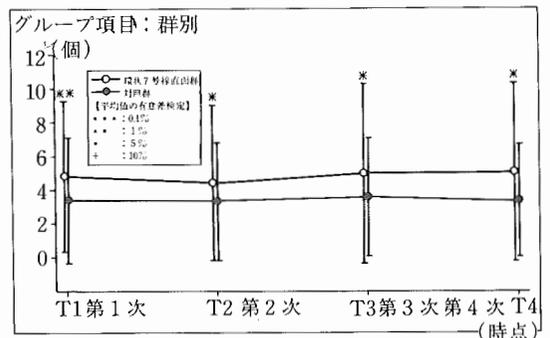


図2 CMI得点の各時点での平均点

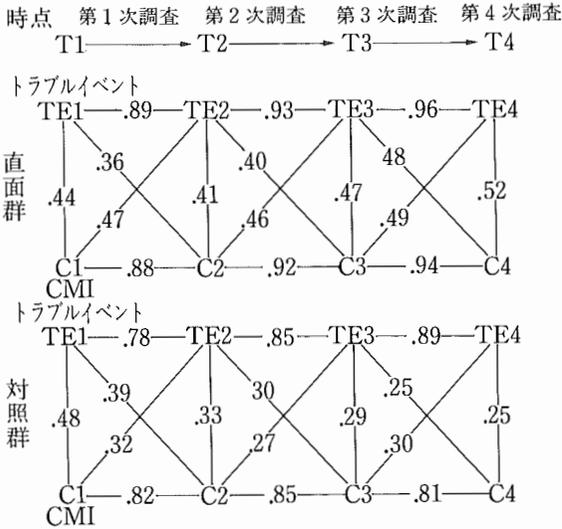


図3 各時点でみたトラブルイベント得点とCMI得点の相関関係

て、トラブルイベントとCMIの関係は群別や時間の経過によって異なるものではなく、変化のない安定した構造をもっていると考えられる。(図3)

⑧ 騒音感受性とトラブルイベントでCMIの予測を行うと重相関係数が高まり、騒音感受性が不健康度の予測に役立つことがわかった。

以上のように、4回にわたって行われたこの第5回調査では、ストレス過程の構造には変化がみられず、直面群における環7による道路公害は慢性的なストレスャーとなっているようである。この調査では時間経過による変化はみられなかったが、パーソナリティなどの媒介要因の働きや、トラブルイベントとCMIの相関が確かとなったことは意義が大きいといえるだろう。

#### (6) 第6回調査(1990年度)

第6回調査は、前回の調査結果に関してさらに詳細な分析を行うべく、その第1次調査のデータをもとに行った研究である。よって、調査対象、調査方法などは第5回調査と同様である。以下のことを明らかにすることがその目的である。

① トラブルイベントが何ををはかっている尺度であるか。

② トラブルイベントとCMIそれぞれのその他の変数との関係。

③ トラブルイベントとCMIとの相関における個人差、そこで、トラブルイベント高得点/低得点、CMI高得点/低得点による4類型に属する人の特性について調べる。

そして、結果は以下のとおりである。

① トラブルイベントとCMIと直面群、対照群の群別との関係の構造は、トラブルイベント総得点と群別、トラブルイベント総得点とCMI得点、CMI得点と群別の順に関係性は強い。また、トラブルイベント得点とCMI得点との関係の構造は、群によって全く異なっており、直面群ではトラブルイベント、CMIともに高得点である人が多いのに対し、対照群ではトラブルイベント、CMIともに低得点である人が最も多い。

② トラブルイベントのイライラ度の感じ方は、標準偏差によると、直面群においては個人差が大きい。

③ トラブルイベントの平均総得点がCMIの高/低(不健康度)によって差がみられるのは、トラブルイベント50各項目中、直面群では45項目、それに対して対照群ではたった6項目である。また、トラブルイベント50項目の直面群と対照群の群別の平均得点(これが大きければその項目にイライラする度合が大きい)に有意な差がみられた項目数をみると、CMI低得点群(健康群)では50項目中39項目であるのに対し、CMI高得点群(不健康群)では全項目である。つまり、トラブルイベントのイライラ度の感じ方が不健康度によって差がみられるのは主に直面群であり、不健康群の方が群別によって感じ方に差がみられるということである。

④ トラブルイベントを因子分析した結果、I軸「振動」、II軸「外部からの侵入への不安感」、III軸「音による弊害」、IV軸「密閉不満感」の4軸が抽出された。因子負荷量の大きい順に選ばれた各軸を代表するものは以下のとおりである。

I軸「振動」

「大型車が通ると家の振動が激しい。」

「車が通る時の振動で、窓や壁にスキ間ができた。」

II軸「外部からの侵入への不安感」

「車やトラックが家に飛び込んでくるのでは

ないかと心配になった。」

「泥棒が入ってきて、騒音で気がつかないのではないかと心配になった。」

### III軸「音による弊害」

「車がうるさくて深くものが考えられないことがあった。」

「郵便屋さんが来ても、うるさくて声が聞こえず、留守だと思って行ってしまうことがあった。」

### IV軸「密閉不満感」

「窓を開けた暮らしをしたいと思うが、道路の騒音や排気ガスのためできない。」

「電話で話したり受けたりするたびに、窓を閉めたり、戸を閉めたりしないとだめである。」

そして、群別、及びCMI得点によって最もトラブルイベント得点に差がみられたのはI軸「振動」であり、次に群別で差がみられたのはIV軸「密閉不満感」である。

⑤ 健康群／不健康群による差がみられた変数は、直面群では、年齢、騒音感受性、地域生活満足度、対照群では、騒音感受性、欲求不満耐性、居住年数である。つまり、直面群において健康な人は年齢が低く、騒音感受性が低く、地域生活満足度が高い人で、同様に対照群においてはやはり騒音感受性が低く、欲求不満耐性が高く、居住年数が短い人である。また、トラブルイベント高得点群／低得点群による差がみられたものは、直面群では、騒音感受性と地域生活満足度、対照群では、地域生活満足度のみである。つまり、直面群においてトラブルイベント得点の高い人というのは騒音感受性が高く地域生活満足度が低い人で、対照群においても地域生活満足度が低い人である。

⑥ 直面群には4類型の人がとらえられる。つまり「健康・トラブルイベント高得点群」の人々は、昔からこの地域に住む人、自営業が多く、地域が生活が根差しているにもかかわらず、地域生活満足度が低く、トラブルイベントもかなり感じている。しかし経済的には転居が可能である人がかなりいても、ほとんどの人は転居はしないと考えている。一方「健康・トラブルイベント低得点群」は、鉄筋の集合住宅に住む若い人が中心で、

自営業者はほとんどいない。トラブルイベントはある程度は感じているが、地域の利便性の方を評価しており、地域生活満足度も他のグループに比べて高い。転居に関しては経済的にはかなり苦しい人が多いが、不満を持ちながらあきらめているよりはむしろ、その地域に住むことを積極的にとらえている。また、「不健康・トラブルイベント高得点群」の人々は、直面群では平均的な生活を送っており、住宅環境とライフスタイルにおいては特別な傾向はみられない。しかし、パーソナリティ特性において騒音感受性がとても高く、地域生活満足度がとても低い。そのためトラブルイベントを非常に感じていて、実際に環7対策の援助を受けている割合も高く、転居を予定している人もいる。最後に「不健康・トラブルイベント低得点群」は、仕事をもった比較的年齢の高い人が中心である。仕事のため、外出時間が長く、環7に接する時間が短い傾向にあり、騒音感受性も低い。そして地域生活満足度が高く、転居を考えている人も少ない。よって、トラブルイベント得点が低くなっているのであろう。

⑦ 住宅環境においてトラブルイベント得点に有意差がみられたものは、住宅形態、家屋素材、築年数で、それぞれ独立、木造、長い方が高得点である。また、CMI得点に有意差がみられたものは、家屋素材で、木造の方が高得点である。

⑧ パーソナリティ特性においてトラブルイベント得点、CMI得点がともに有意に高かったのは、年齢が高く、騒音感受性が高く、地域生活満足度が低い場合である。また、ライフスタイルにおいてはトラブルイベント、CMI得点ともに有意差はみられず、あえて云うと職業において専業主婦、パート、通勤、自営業の順でトラブルイベント得点が高い。

⑨ 騒音感受性の高い人は、独立家屋の木造の建物に住み、年齢が高く、地域生活満足度が低い。また地域生活満足度に関しては、住宅環境やライフスタイルにおいては有意差はみられず、騒音感受性においてのみ差がみられた。

以上のように、この今回の分析によってトラブルイベントが何をはかっているのか、その代表的な項目は何か、そして、そのトラブルイベントや

CMIと各変数との関係などが明らかになった。直面群、対照群によってトラブルイベントやCMIの構造も異なるし、環7沿線という同じ環境にさらされていても、住宅環境、年齢、騒音感受性、地域生活満足度等によってトラブルイベントの感じ方、不健康は異なり、個人差がかなりあることがわかった。

#### 第7回調査 (1991年度)

これまでの調査、とくに第3回調査以後は環7沿線トラブルイベント尺度を中心に研究がなされてきたのであるが、この尺度を前面にうちだして調査することに次のような疑問が出された。即ち、このトラブルイベントを提示することで、環状7号線のもたらず被害に意識的に注意を集中させ強調させているのではないかという疑問である。普段それほど被害を意識していないのに、あらためて環状7号線からこのような被害をうけていないでしょうかと問い正せば、沿道住民は「ある」と答えるだろうし、イライラ度も高いと答える傾向を強めるだろう。それ故、トラブルイベント総得点とCMIの不健康度との相関も高くなるだろう。

そこで、環状7号線からの被害を調査しているということ意識せず、広く、地域生活環境のもたらず生活システムの混乱度を測定し、それをストレス度として研究してみたらばどうなるかということで第7回調査は出発した。

環7沿線トラブルイベントのかわりに、生活全般トラブルイベントを作成した。山本(1973)で用いられた「社会的ストレス尺度」139項目から、①変化出現率の少なかった項目、②大変さの程度が極端に低かった項目、③他の項目に併合させることが可能な項目、④現代の都市生活にそぐわないと思われる項目、⑤プライバシーを害する恐れのある項をとり除き最終的に58項目にし、そこに前回の調査で抽出された8項目の環7沿線トラブル項目を加え、66項目の生活全般トラブルイベントを構成した。不健康尺度は前回と同じくCMIのC.I.J. 30項目である。

有効回答は対象群140名、対照群205名である。対象者の属性は前回調査を同じ傾向を示している。

生活全般トラブルイベントを中心にその結果を

まとめると

① 生活全般トラブルイベントを因子分析した結果、次の4因子を抽出した。

[第1因子：環境軸]

固有値 7.71 寄与率 29.0% (累積寄与率 29.0%)

因子寄与 5.66 第1～4因子における寄与率 37.3%

第1因子に負荷量の高い項目には、環状7号線トラブルイベント8項目をはじめ、地域環境の変化に関する項目が入る。生活全般トラブルイベントの分散は、この第1因子によって約3割が説明される。因子負荷量0.40以上の11項目と、その負荷量を以下に示す。

No.2 家のまわりの空気がかなり悪くなったり、光化学スモッグが発生したりした。

0.631

No.3 近所で鉄道、道路、ビルなどの建設計画がもち上がったたり、実際に工事があった。

0.645

No.4 車がうるさくて深くものが考えられないことがあった。

0.744

No.7 窓を開けた暮らしをしたいと思うが、道路の騒音や排気ガスのためできない。

0.728

No.11 郵便屋さんが来ても、うるさくて声が聞こえず、留守だと思って行ってしまうことがあった。

0.446

No.15 大型車が通ると家の振動が激しい。

0.707

No.17 車やトラックが家に飛び込んでくるのではないかと心配になった。

0.472

No.18 近所で交通事故や火事などがあった。

0.683

No.21 泥棒が入ってきても、騒音で気がつかないのではないかと心配になった。

0.629

No.46 車が通る時の振動で、窓や壁にスキ間ができた。

0.675

No.48 電話で話したり受けたりするたびに、窓を閉めたり、戸を閉めたりしないとだめである。

0.696

これらの項目から第1因子の解釈を行ない、「環

境軸」と命名した。また、この11項目を合わせた尺度を、新たに「環境軸トラブルイベント」とする。

[第2因子：子供軸]

固有値 3.42 寄与率 12.9% (累積寄与率 41.9%)

因子寄与 3.60 第1～4因子における寄与率 24.0%

第2因子に負荷量の高い項目には、子供に直接関係する出来事、また、間接的に関係すると思われる出来事が含まれている。

第2因子に負荷量0.40以上の8項目を以下に示す。

No.28 子供の進学のことので苦労した。 0.502

No.29 子供の勉強が急に忙しくなったり、または成績に大きな変化があった。 0.470

No.30 子供に家庭教師をつけたり、塾や習いごとに通わせるようになった。 0.599

No.31 子供の友人のことので困ったことがあった。 0.470

No.32 PTAや学校のことので急に忙しくなったり、困ったことがあった。 0.475

No.42 部屋の配分や使い方について問題になったり、困ったりした。 0.483

No.53 家計費のどれかの部門(住宅費、教育費、交際費など)が急に増えるようになった。 0.440

No.63 子供が言うことを聞かなくなってきた。 0.554

以上の項目から第2因子を解釈し、第2因子を「子供軸」と命名した。また、この8項目を「子供軸トラブルイベント」とする。

[第3因子：仕事軸]

固有値 2.17 寄与率 8.2% (累積寄与率 50.0%)

因子寄与 3.03 第1～4因子における寄与率 20.1%

第3因子に負荷量の高い項目には、対象者自身の、あるいはその配偶者の仕事に関する項目が主に含まれる。その他、家計や生活習慣における変化もここに入る。

第3因子に対する負荷量0.40以上の項目として、

以下の8つが挙げられる。

No.34 夫の職場や、仕事の内容が変わった。

0.556

No.35 夫の会社の機構や人事が大きく変わった。または経営状態が変化した。 0.541

No.36 夫が退職したり、仕事をやめた。 0.607

No.37 共働き(パートを含む)をはじめた。または共働きをやめた。 0.503

No.38 あなたの仕事や家事の内容が変わったり、量が増えたりして忙しくなった。 0.440

No.49 あなたを含めた家族の生活時間や習慣、または食生活などに大きな変化があった。 0.413

No.52 急に収入が減ったり、増えたりすることがあった。 0.449

No.62 主婦以外の家族の誰かが病気や事故で5日以上寝こんだり、入院したりした。 0.406

これらの項目の内容に基づき第3因子を「仕事軸」と命名した。そして、以上8項目を合わせ「仕事軸トラブルイベント」とする。

[第4因子：居住環境]

固有値 1.73 寄与率 6.5% (累積寄与率 56.5%)

因子寄与 2.74 第1～4因子における寄与率 18.2%

第4因子に負荷量の高い項目には、各種の動産・不動産に関する項目が含まれる。また、家の周囲の広場、緑、小動物、あるいは親しい隣人の喪失、減少などの項目もこの軸に高い負荷量を示している。つまり、それらは広い意味において自分の家庭の所有物であるとみなせるもの、または所有物とはいえにせよ、その地域に居住することにより享受できるもの、と考えられる。

以下に、この因子に負荷量0.40以上を示す6項目を挙げる。

No.5 子供の遊び場や、いつも遊んでいた広場や場所がなくなった。 0.410

No.6 家のまわりの緑や、小鳥、チョウチョなどの虫が急に減った。 0.452

No.24 これまで親しかった隣人が引っ越していった。 0.426

- No40 家屋や土地の売買のことで具体的な計画がもち上がったたり、実際に売ったり買ったりした。 0.496
- No41 現在住んでいるところを新築、改築、増築した。またはその具体的な計画がもち上がった。 0.527
- No44 冷暖房の装置を入れた。または冷暖房の仕方を変えた。 0.466

以上の項目の内容の解釈を行ない、第4因子を「居住環境」と命名した。そして、この6項目を「居住環境トラブルイベント」とする。

なお、第1因子から第4因子までの累積寄与率は56.5%であり、生活全般トラブルイベントの分散の6割近くがこの4因子によって説明できるといえよう。

② 生活全般トラブルイベントの軸別平均値は、表4の通りである。対象群の環境軸の平均値が極度に高いことがめだち、他の軸では対象群と対照群の有意差はみられない。

③ 生活全般トラブルイベントとCMIの相関関係をみると表5のとおりである。

直面群は、環境軸トラブルイベントと不健康度に有意な相関がみられているが、 $r = .20$ (有意差5%)とこれまでの調査より低い関係が示された。むしろ、仕事軸のトラブルイベントと不健康度の関係の方が高い値( $r = .28$ )を示している。直面群は自営業が多く、バブルの崩壊と関係があるのではないかと考えられる。対照群の方は、自分の居住環境でのトラブルイベントが不健康度に関係している。

表4 トラブルイベントの軸別平均値

軸 (項目数)	<直面群> 平均値(SD) 平均値÷項目数	<対照群> 平均値(SD) 平均値÷項目数	t 値 危険率
環境軸 (11)	19.56(12.70) 1.78	3.36( 5.59) 0.31	14.18 P=0.00
子供軸 (8)	5.22( 6.78) 0.65	5.37( 6.65) 0.67	-0.20 P=0.84
仕事軸 (8)	4.69( 6.30) 0.59	3.70( 5.69) 0.46	1.53 P=0.13
居住環境 (6)	4.08( 5.41) 0.68	3.04( 4.50) 0.51	1.87 P=0.06

表5 生活全般トラブルイベントとCMIの相関関係

	直面群	対照群
生活全般トラブルイベントとCMI	.26**	.21**
環境軸トラブルイベントとCMI	.20*	.10
子供軸トラブルイベントとCMI	.01	.04
仕事軸トラブルイベントとCMI	.28*	.10
居住環境トラブルイベントとCMI	.08	.20**

表6 環7トラブルイベント各軸の平均得点 (たへんさ)

	I 軸	II 軸	III 軸	IV 軸
	「振動」	「外部からの侵入への不信感」	「音による弊害」	「密閉不満感」
直面群	3.86	1.64	2.35	4.84
対照群	1.09	0.23	0.32	0.45

④ 環7トラブルイベント8項目について見てみると(この8項目はすでに第6回調査のところで紹介してある)、表6のように直面群でIV軸の密閉不満感が最も大へんであり、各軸とも0.1%水準で直面群と対照群に有意差がみられる。

⑤ 各軸とCMIの相関は直面群におけるIII軸「音による弊害」のみ相関係数 $r = .24$ で1%水準で有意であった。なお、環7トラブルイベント項目の中で唯一有意で高い相関を示したのが、「音がうるさくて深くものが考えられないことがあった」という項目であった。(相関係数 $r = .30$ 有意差0.1%)

このように、環状7号線のもたらす環境悪化によるストレスが健康状態に及ぼす影響は、生活全般トラブルイベントの中でとらえてみると、環境軸のトラブル量が多いように、生活システムへの混乱は環境との接点でひきおこしてはいるが、前回の調査のように極めて大きな健康障害をひきおこしているとはいえない。しかし、それでもなお、環境悪化にもとづくストレスは健康面に影響があることは否定できないことがいえるだろう。

⑥ なお、CMIの項目で直面群が対照群に比して有意に高い項目は次の5項目であった。「心臓が狂ったように早く打つことがよくある」(出現率直面群13.8%, 対照群5.4%), 「ときどき脈が狂うことがある」(20.7%, 10.7%), 「人より息切れしやすい」(29.3%, 17.6%), 「疲れはててぐったりなることがよくある」(37.9%, 26.3%), 「仕事をす

ると疲れきってしまう」(33.9%, 20.5%)この結果から心臓系と疲労系の症状が直面群に多いことがみられている。

#### 4. おわりに

環状7号線沿道住民の生活環境ストレスと精神健康の関係を追って10年, 実際の調査回数6回(1回は前回データの分析)を重ねてきた結果が上記のようなものである。

生活環境ストレス研究をすすめてみて実感することは, 同じ環境に住んでいても個人差が大きいこと, しかも, 人間はどんな環境でもかなりの適応力をもっているということであった。

また環境ストレスの調査そのものが, どうしても社会調査方式であると意識レベルに訴え, 本人の認知判断過程をとおして把握されるため, その判断過程に調査バイアスがかかることである。それ故, ストレス尺度を修正したり, 調査デザインを修正・変更したりで, 生活環境ストレスと精神健康度との関係が強くなる場合と厳しく低くなる場合とを考え測定をしてみたのである。

今後は, さらに生活システム内のより具体的な部分で, 健康に直接影響を及ぼす部分の混乱や障害をとらえることで, 生活環境ストレス研究の計画をすすめて行こうと考えている。

#### 参考文献

- 青井和夫, 松原治郎, 副田義也, 1971『生活構造論』有斐閣。
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds.), 1974 *Stressful life events: their nature and effect*. New York: Wiley.
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds.) 1981 *Stressful life events and their contexts*. New York: Wiley.
- Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., Dodson, M. & Stront, P.E. 1984. Symptoms, hassles, social support, and life events: Problems of confounded measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 222-230.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H., 1967. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- 岩田 紀 1981 騒音感受性と性および音響関連反応の関係 徳島大学学芸紀要 30, 41-45.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schafer, C. & Lazarus, R.S. 1981 Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and daily uplifts versus major life events *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- 加藤正明編 1976 都市生活における精神健康度に関する総合的研究(昭和47, 48, 49年度特別研究) 科学技術庁研究調整局。
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984 *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- ラザルスR.S.(林峻一郎編訳)1990, ストレスとコーピング. 星和書店。
- 松本康 1985 現代社会の社会変動とライフスタイルの展開——生活システム論の視点 思想 730, 278-300.
- Pearlin, L.I., Liberman, M.A., Menaghan, E. G. & Mullan, J.T., 1981. The stress process. *Journal of Health & Social Behavior*, 22, 337-356.
- 渡辺圭子 1982 住環境と精神健康に関する研究. 建築研究報告(建設省建築研究所), No. 101.
- 渡辺圭子, 山内宏太朗 1982. 住形態による住環境ストレスの違い——住環境ストレスと精神健康に関する調査 その9 日本建築学会関東支部研究会報告集. 117-120.
- 山本和郎 1973 地域精神衛生からとらえた環境——その影響に関する研究の問題点 心理学評論 16 277-297.
- 山本和郎 1986 『コミュニティ心理学——地域臨床の理論と実践』東京大学出版会
- 山本和郎 1987 環状7号線と心理的ストレス 臨床精神医学 16(8) 1135-1141.
- 山本和郎 1989 コミュニティとストレス——地域生活環境システムの影響 社会心理学研究 4 (2) 68-77.

【特集】

# 心療内科疾患

吾郷晋浩\*

## はじめに

現代社会は、「ストレス社会」とも云われ、人々にとって心理社会的ストレスとなりうるものがつぎつぎに生み出されている。そして、それらの受け止め方やそれに対する対処の仕方が適切でないために何らかの健康障害、いわゆるストレス病をひき起こしている人が少なくない。

そのようないわゆるストレス病の中に心身症としての身体疾患が含まれている。

近年、労働者にみられるいわゆるストレス関連疾患とされているもののほとんどは、これまで心身症として診療されてきた疾患である。

今回は心療内科の対象となっている身体疾患

(心身症) とストレスとの関係<sup>1),2)</sup>について述べてみたい。

## 心身症とは

日本心身医学会の新しい心身症の定義<sup>3)</sup>では、心身症とは、「身体疾患の中で、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害を認める病態」を呈するものとされている。その代表的な心身症には、神経・筋肉系疾患としての片頭痛、緊張型頭痛、自律神経失調症など、感覚器系疾患としての原発性緑内障、眼精疲労、メニエール症候群、アレルギー性鼻炎など、循環器系疾患としての本態性高血圧症、不整脈、狭心症など、呼吸器系疾患としての気管支喘息、

表1 成人期にみられやすい心身症の種類

循環器系	本態性高血圧症、本態性低血圧症、冠動脈疾患、一部の不整脈など
呼吸器系	気管支喘息、過換気症候群、神経性咳嗽など
消化器系	消化性潰瘍、慢性胃炎、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、胆道ジスキネシー、慢性膵炎、慢性肝炎など
内分泌代謝系	糖尿病、甲状腺機能亢進症、神経性食欲不振症、単純性肥満症など
神経系	片頭痛、筋緊張性頭痛、いわゆる自律神経失調症など
整形外科領域	慢性関節リウマチ、全身性筋痛症、腰痛症、癒性斜頸など
皮膚科領域	神経性皮膚炎、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症、慢性蕁麻疹、湿疹、尋常性疣贅など
泌尿器科領域	インポテンツ、神経性頻尿(過敏性膀胱)など
耳鼻科領域	メニエール症候群、アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎、咽喉頭異常感症など
眼科領域	原発性緑内障、眼精疲労、眼瞼下垂、眼瞼痙攣など
産婦人科領域	月経困難症、月経異常、機能性子宮出血、不妊症、更年期障害など
口腔領域	顎関節症、ある種の口内炎、唾液分泌異常など
手術前後の状態	腹部手術後愁訴(いわゆる腸管癒着症)、ダンピング症候群など

(日本心身医学会より一部)

Psychosomatic disorders

Yukihiro Ago, Department of Psychosomatic Research

National Institute of Mental Health, NCNP,

\*国立精神・神経センター精神保健研究所  
心身医学研究部

過換気症候群など、消化器系疾患としての胃・十二指腸潰瘍、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、胆道ジスキネジーなど、内分泌・代謝系疾患として甲状腺機能亢進症、更年期障害、月経異常、神経性食欲不振症などがあげられている(表1)。

### ストレスと心身症

臨床各科を訪れる患者の少なくとも30%は心身症患者であるといわれている。

心身症の発症には、その定義からも明らかなように心理社会的ストレスが密接に関与しているものである。実際に、心身症と診断できる疾患患者の発症前の状況を詳しく聴取してみると、一つの強大な、または一つ一つはそれほど強大ではないが幾つかの心理社会的ストレスが一定期間に重なって加わっていることが多い。

Holmes. T.H.とRahe. R.H.<sup>9)</sup>は、結婚生活という新しい生活に馴れ、余り気をつかわずに生活できるようになるまでに必要な心理的エネルギーを仮りに50点(調査時500点)とした場合に、

その他の生活変化、人間関係や役割の変化に馴れるまでに要する心理的エネルギーが何点ぐらいに感じられるかを調査して点数表(表2)を作成している。それによると、配偶者の死がもっとも高く100点となっている。そして、彼らは1年間にみられた生活変化の点数の合計が200~299点になった場合には約50%の人が、また300点を越えた場合には約80%の人がその年かその翌年に何らかの病気にかかっているという研究報告を行っている。

なお、わが国でも夏目ら<sup>5)</sup>、村上ら<sup>6)</sup>、野村ら<sup>7)</sup>や筆者ら<sup>8)</sup>によるストレス評価の調査用紙の作成が試みられている。

もちろん、強大な心理社会的ストレスが加われば必ず病気が発症するというものではない。

何故なら、その心理社会的ストレスが強くても、その受け止め方やそれに対する対処行動によっては必ずしもストレス状態が持続しないからである。

Berle. B.B.<sup>9)</sup>らによると、ストレスをストレスとして認めることができ、幼小児期からの安定した親子関係の中で年齢相応の生活体験をしていて、

表2 生活変化とそのストレス度 (Life change units)

生活上のできごと	ストレス度	生活上のできごと	ストレス度
配偶者の死亡	100	子供が家を離れる	29
離婚	73	親戚とのトラブル	29
別居	65	特別な業績	28
留置所拘置	63	妻が仕事を始める、あるいは辞める	26
親密な家族の死亡	63	学校が始まる	26
自分の病気あるいは傷害	53	生活状況の変化	25
結婚	50	習慣を改める	24
失業	47	上司とのトラブル	23
夫婦の和解	45	仕事上の条件の変化	20
退職	45	転居	20
家族の一員の健康障害	44	転校	20
妊娠	40	レクリエーションの変化	19
性の問題	39	教会活動の変化	19
家族に新しいメンバーが加わる	39	社会活動の変化	18
新しい仕事への再適応	39	1万ドル以下の抵当か借金	17
経済状態の変化	38	睡眠時間の変化	16
親友の死亡	37	家族団らんの回数の変化	15
異なった仕事への配置転換	36	食習慣の変化	15
配偶者との口論の回数の変化	35	休暇	13
1万ドル以上の抵当か借金	31	クリスマス	12
担保物件の受戻し権喪失	30	ちょっとした違反行為	11
仕事上の責任変化	29		

表3 いわゆるストレス病の予後に影響する心理・社会的因子 (Berle Index)

因	子	点	数
病歴から	年齢：40歳未満 離婚・生死別なし 3代目アメリカ人 (白人) 教育：高卒以上 外科手術の経験なし 精神科的疾患の既往なし 一定した仕事についている 現病歴5年以内	各2点	20点
	患者12歳まで両親が健在で一緒に生活	4点	
患者からの情報	既往歴なし 宗教的教育あり	各1点	男性28点 女性30点
	兄弟に気の合ったものあり 配偶者の心理的支持あり 性生活への適応良 経済的な問題なし (女性だけ) 子供に対する拒絶なし 住宅問題なし 職業に満足 職場環境の問題なし 収入に満足	各2点	
	性欲異常なし 目標をもってしている	各3点	
	両親の心理的支持あり	4点	
医師の評価	過去の経験, 実績 (past performance) ストレスに対する過敏反応なし 対人関係のもち方・継続良 性生活への適応良 過去の活動や人生体験に満足	10点	40点
	性格構造 (personality structure) 生活史と日常生活から 個人的な問題を直視し, 解決できる 日常の活動などに積極的に参加 適度の行儀よき, 信頼性 人生の価値や目標に対する適切な判断ができる	10点	
	現病に対する態度 過去の適応パターンの破綻の認識あり 新しいパターン習得の必要性の自覚あり 発症時, ストレスの多い生活状況があったことを認めている 医者に対する信頼と, 自分の責任をはたす態度	10点	
	治療可能性 発症にあたって, 生活状況, 環境, 依存対象との人間関係の 変化などが明らかで, 治療可能性が大きいもの	10点	

(Berle BB *et al*, 1952)

表4 ライフサイクルと各期における発達課題と心理的ストレスとなりうるもの

○小児期	乳児期…基本的信頼感・安定感, 基本的生活習慣 (自律性) 母親との関係—愛情・スキンシップ不足, 見捨てられる不安など 家庭の雰囲気—両親の不和・別居・離婚, 病氣・死亡, 嫁・姑の不和など しつけ—厳しすぎる (干渉しすぎる), 一貫性がない, 放任など 同胞との関係—弟妹の出生, 親の愛情をめぐる葛藤など 学童期…社会的適応性の基礎 (適格性) 家庭生活—両親との関係, 母親不在, 父親不在, しつけをめぐる問題, 両親 (夫婦) の不和など 学校生活—友人や教師との関係, 学業成績, いじめなど
○思春期・青年期…自我同一性・性的同一性の確立 (主体性)	家庭生活—親からの自立 (依存・独立の葛藤) など 学校生活—友人 (異性を含む) や教師との関係, 学業成績, 進学問題, 受験失敗, クラブ活動 社会生活—恋愛, 結婚, 就職など
○成人期・中年期…親密感, “育み, 世話”	家庭生活—結婚, 配偶者との関係, 子供の出生・育児, 親の役割, 子供の独立, 両親との関係, 住居の条件, 単身赴任, 共稼ぎなど 社会生活—就職, 仕事内容と適性, 出世競争, 配転, 昇進, 上司・同僚・部下との関係, 職場関係, 通勤・ 勤務時間, 転職, 倒産, 失業, 地域社会の人々との関係など
○老年期…統合感, “英知”	家庭生活—子供の独立, 配偶者の病氣・死亡, 近親者の病氣・死亡など 社会生活—退職, 経済的不安, 役割喪失, 生き甲斐喪失, 地域社会の人々との関係など

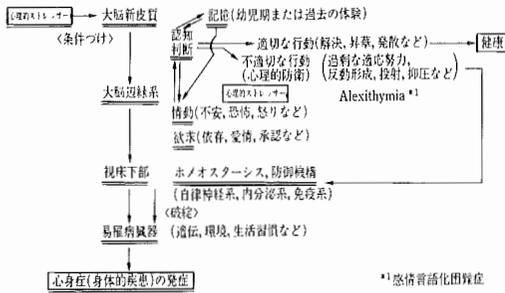


図1 心身症の発症過程

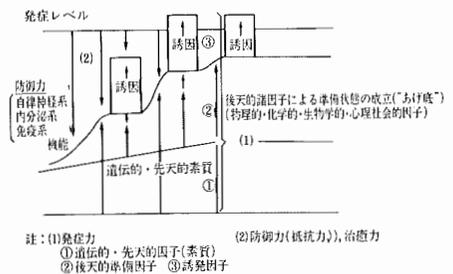


図2 心身症発症の閾値論的な考え方

そのときどきのストレスに適切な対処行動がとれる人や、自分の対処能力を越えたストレスが加わったときには家族あるいは信頼できる人の援助を素直に受けることができる人、すなわち表3の該当する項目の合計得点が80%以上になる人では、ストレスが関与した身体疾患(心身症)になったとしても予後がよかったという。

このような臨床的な観察から心身症の発症機序をまとめてみると、図1のような過程が考えられる<sup>10)</sup>。諸種の心理社会的ストレス(表4)<sup>11)</sup>が加わったとき、その受けとめ方やそれに対する対処行動——幼児期よりどのような親子関係のもとでどのような生活体験をしてきたかによって影響される——が適切でない場合、すなわちストレス状態に陥っているにも拘らず、そのことを認めようとせず、それを解消するための適切な対処行動をとろうとしなかったり、不安や怒りなどの陰性感情をひき起こしているにも拘らず、それを適切な言葉で表現できない(alexithymia)<sup>12)</sup>か、それを抑え(抑圧、禁圧)て現実にトラブルが起きないようにするだけでなく、むしろ過剰に適応的な行動をとってしまうことが、ストレス状態あるいは疲労状態を持續させ、生体の防御機能(抵抗力)を低下させて、心身症の発症を容易にしていると考えられるわけである。

近年、このような心身症の発症には脳内の諸種の神経伝達物質が自律神経系、内分泌系、免疫系に影響を与え、それが遺伝的・先天的な素質と後天的な諸因子が加わってできあがった過敏な(脆弱な)末梢臓器や組織に変化をひき起こして臨床症状を出現させていると考えられるようになって

いる。

なお、心身症の成り立ちを心身医学的治療の結果を含めて検討してみると、図2<sup>13)</sup>のようになる。すなわち、遺伝的・先天的な素質や気質を基盤として、それに後天的な諸因子が準備因子として加わって“いわゆる発症準備状態ができ”その状態に誘発因子としての後天的な諸因子が加わって発症してくるものと考えられる。

このような考え方の妥当性を症例をあげて示してみたい。

### 症例

症例1 M.B. 45歳 男性  
 病名：本態性高血圧症(心身症)  
 主訴：頭痛、肩凝り  
 家族歴：祖母(父方)と父親が高血圧症で脳出血により死亡  
 既往歴：とくになし  
 現病歴：約1年前から頭重感、肩凝りに気づき、ときどきサウナに行つてマッサージをしてもらい、治療を続けていた。しかし、自覚症状がなかなかとれないということで受診された。  
 検査成績：検血・尿正常、血圧174/98mmHg(腹式呼吸をさせると160/92mmHg)、生化学的検査、心電図、胸部X線像などに異常なし、眼底検査異常なし、など  
 生活歴：ひとりっ子、子供の頃からまわりに気をつかった「いい子」、22歳のとき大学卒業後現在の会社に就職、42歳で課長に昇進、43歳のとき父親死亡、その後新人教育を担当するようになっていた。味の濃い食事を好み、最近酒は毎晩3合以上、

タバコは毎日30本以上となっていた。

治療経過：治療方針として1) 食事は脂肪分、塩分を少なくし、カリウムを多く含んだ食品(ほうれん草、白菜、ブロッコリーなどの野菜、わかめ、昆布、ひじきなどの海草など)をとる。2) 喫煙量、飲酒量を減らす。3) 適度の運動をして汗をかく。4) 自分の気持ちをわかってくれる家族や友人に会社での悩みを打ち明ける。治療の場で話せるようなら、遠慮しないで話すようにする(カウンセリング)。5) 自律訓練法などリラックスする方法を身につけるようにする、などを伝えた。その後、患者の治療への理解と積極的な参加を得、良好な経過をとっている。

症例2 T.M. 64歳 男性

表5 症例T.M. (64歳, M.)  
—内科的現病歴と心身医学的現病歴の比較—

内 科 的	心 身 医 学 的
26歳秋 登山をした夜、喘鳴を伴う呼吸困難の発作に襲われ、気管支喘息と診断された。その後、年数回春秋にカゼをきっかけに、同様の発作が起こっていたが、3年後に入隊してから自然に起こらなくなった。	23歳 父死亡, 大学中退, 就職, 洗礼を受ける。 26歳秋 検定試験を受けるべく、働きながら夜遅くまで勉強し、疲労が蓄積していた。以下左記に同じ。
53歳秋 かせ様症状にひき続き、同様の発作が再び起こり始めた。その後は通年性に感冒、気温の変化、疲労などをきっかけに起こり、いわゆる体質改善を行っても、年々増悪傾向を示す。	42歳 会社を設立、順調に発展。 49歳 部下の使い込みで倒産、再建に奔走、家を手放し、団地住まい。 53歳秋 会社軌道にのり多忙、家を新築。以下左記に同じ
56歳秋 意識喪失をきたす発作を起こし入院、その後間歇的に副ホ薬を投与されるようになる。	56歳 会社の仕事以外に社会的な役割を引き受け、休日のない生活が続く、以下左記に同じ。
63歳 週に1~2回は救急車で病院へ、入院しても副ホ薬の離脱ができず、当科に紹介される。	63歳 左記に同じ もう一生副ホ薬は止められない、と言われる。

病 名：気管支喘息(心身症)

主 訴：喘鳴を伴う呼吸困難の発作

家族歴：母親に接触性皮膚炎

伯父(母方)に気管支喘息

既往歴：とくになし

現病歴：26歳の秋、登山をした日の夜中にはじめて喘鳴を伴う呼吸困難の発作に襲われ、往診医より気管支喘息と診断された。その後春秋などに感冒などをきっかけに同様の発作が起こっていたが、3年後に軍隊に入ってから起こらなくなっていた。

しかし、52歳の秋に感冒に罹患したのをきっかけに再び同様の発作が出現し、いわゆる体質改善などを含むアレルギー学的な治療を受けていたにも拘らず年々増悪し、56歳の秋には意識喪失をきたす大発作を起こした。その頃から副腎皮質ホルモン薬の投与を受けるようになり、近くの医師からもう副ホ薬はやめられないと言われ、当科に受診した。

検査成績：赤沈7/10mm 白血球数8,500(好酸球7%) CRP：(+)~(-), 血清IgE値660IU/ml, アレルゲンテスト, 室内塵に陽性など  
肺機能：FVC2,300ml(70%), FEV<sub>0.1</sub>1,000ml(69%), 気道過敏性試験(Ach吸入閾値)250μg/ml, Microvibration：F型(副交感神経優位)

CMI：II領域, STAI：State 59, Trait 58

治療経過：本例の病歴を心身医学的に聴取してみると、表5<sup>14)</sup>のようになり、初発と再発のいずれの場合にも心理社会的なストレスが重なって加わっていること、そしていずれの場合にも、その困難な状況を乗り越えようと強迫的に働いていること、しかも休日のない生活を送っていることなどが明らかとなった。

そこで、後述するような心身両面からの治療を行った。まず、治療者・患者の治療的な信頼関係を築きながら、発症前後から現在に至る生活環境や生活内容を詳しく聴取しながら、陰性感情を発散させると同時にどこに問題があるかを明らかにして心身相関の事実気づかせ、生活習慣、対処行動などをより適切なものに修正するように援助した。

結局、本例では患者が過剰適応的に働き、ゆとりのない生活を送っていることが、生体の

表6 症例T.M. (64歳, M)  
—内科的治療と心身医学的治療による効果の比較—

内 科 的	心 身 医 学 的
体質, 感染, 気象の変化で起こると思っている 心身相関への気づきなし	先天的な体質だけではないことがわかる 心身相関の理解 心理社会的ストレス→ 〔生体防御力低下→諸種の誘因(感染を含む)〕 →発作
不治の病気と考える (薬をやめたら起こる)	治りうる病気と考える (薬をやめても起こらない)
誘因に対するこだわり 不変(強い)	誘因に対するこだわり ほとんど消失
発作に対する予期恐怖 不変(強い)	発作に対する予期恐怖 ほとんど消失
薬物への依存 不変(強い) (副ホ薬の中止 困難)	薬物への依存 ほとんど消失 (副ホ薬の中止 可能)
心理学的検査 (STAI*スコア高い)	(STAI*スコア低下)
生理学的検査 (肺機能 低下, MV F 型) など	(肺機能 改善, MV N 型) など

\*State-trait anxiety inventory.

homeostaisを崩し、防御機能を低下させ、喘息発作を起こしやすくしていたことが理解でき、旅行や趣味を楽しむゆとりある生活ができるようになって著明に改善し、現在10年以上良好な経過をとっている。内科的治療を受けていたときとその後心身医学的治療を受けるようになってからの喘息の成り立ちや予後に対する考え方の変化をまとめると、表6<sup>14)</sup>のようになる。

症例3 N.A. 42歳 男性

病 名: 胃潰瘍(心身症)

主 訴: 上腹部痛, 吐血

家族歴: 母親に胃潰瘍

既往歴: 学童期にときどき腹痛あり

現病歴: 数カ月前からときどき上腹部に痛みを感じるがあったが、仕事が忙しかったので気にもとめず、少なくとも週3回は朝早くから翌朝の明け方まで働くという生活を続けていた。そのうち仕事がさらに忙しくなって1週間後に吐血をし、緊急入院を余儀なくされた。

検査成績: 末梢血赤血球 $450 \times 10^4/\text{mm}^3$ , Hb14.5g/dl, 胃X線像, 胃カメラにて胃角上部後壁に大きな潰瘍が認められた。心電図, 胸部X線に異常なし, CMI: I領域など。

治療経過: 入院後、仕事から解放されてくつろぎ、十分に睡眠がとれたことと抗潰瘍薬を服用したことで、約3週間後には完全に治癒した。

しかし、入院前の生活に戻れば、また再発することは必至と考えられた。そこで本例には、次のような生活指導を行った。1) 働く時間, 休憩, 食事時間, 睡眠時間などを規則正しいものにする。2) 生活にゆとりをもたせる。自分の性格(意欲的で完全主義)をよく知って意識的に“遊び”を取り入れる。3) 家族や親友と楽しく過ごす時間をつくる。4) 食事に関しては酸の分泌を高める香辛料をひかえ、粘膜を保護するムチンを多く含むネギ, 里いもなどを食べる。空腹時に牛乳を飲むなど。その結果、その後約2年間再発をみることなく良好な経過をとっている。

#### 心身症の診断の進め方

心身医学的診断は、図3, 4のように進められる<sup>14), 15)</sup>が、まず精神疾患との鑑別が必要である。すなわち身体症状を訴えて受診した患者の病状が医学的に了解できるかどうかを判断することが必要である。なぜなら、身体症状を訴えても精神病とくにその初期の患者である場合があるからである。ついで、医学的に了解できる身体症状であるが臨床検査をしても異常が認められない、生理的な範囲内の身体的変化である場合は、神経症と診断される。そして臨床検査で機能的または器質的な異常を認めるが、その異常の成立ちにいろいろな心理社会的因子が関与していることが明らかになった場合が心身症ということになる。

心身医学的治療を積極的に行わなければ軽快・寛解(治癒)<sup>1)</sup>させることが困難な心身症としての疾患患者であるか否かは、次の事項を重複して認めるか否かによって判断する。

1) 家族歴に心身症としても診療されている身体疾患や身体症状を主訴とする神経症に罹患している人、または罹患したことのある人がみられる場合。

2) 既往歴に心身症としても診療されている身体疾患や身体症状を主訴とする神経症がみられる場合。

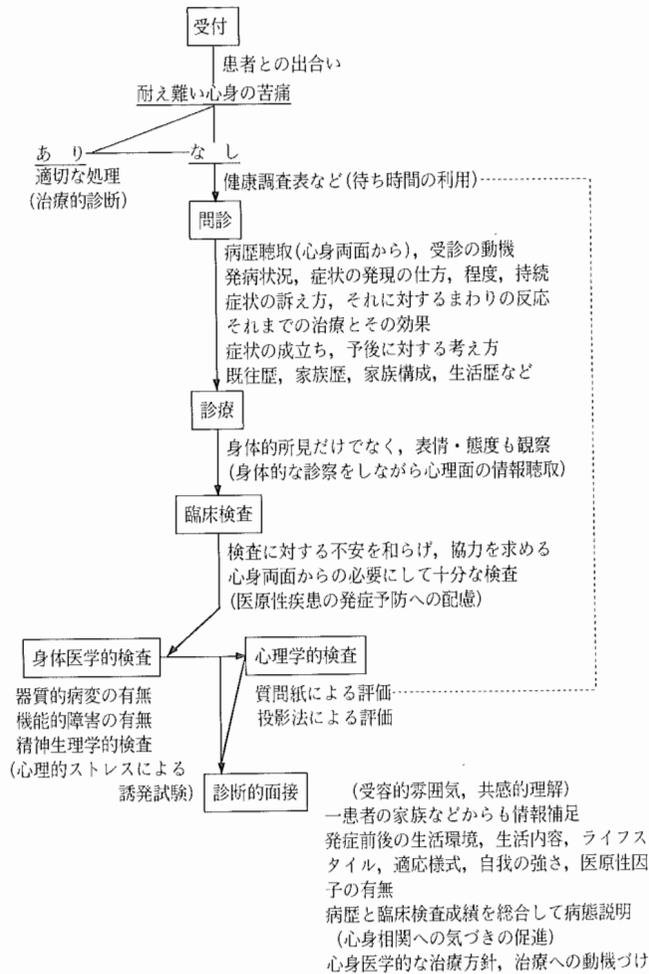


図3 心身医学的診断の進め方

3) 現病歴で、その身体疾患の発症またはその後の増悪の時期が、①弟妹の出生後、入園・入学前後、進級・進学前後、就職前後、結婚前後、40～50歳代の昇進の時期、60歳前後の定年の時期など、あるいは生活環境、人間関係、役割などが変化した時期とほぼ一致している場合、②自己の欲求の実現や感情の表現を抑えなければならない状態が続いている時期とほぼ一致している場合、③それまでの適応様式や価値観で対応できない状態におかれ、しかもそれに適切に対処できない状態が続いている時期とほぼ一致している場合、④発症後、身体症状が決まった曜日や時間・状況で出現または増悪している場合、⑤入院したり旅行をして家

を離れていたり、仕事から解放されてくつろいだ状態におかれると軽快・消失している場合、⑥薬物治療だけでは予想される程度の効果があがらない場合、⑦治療によりなかなか軽快・寛解(治癒)しないために予後に悲観的となり、治療意欲を失っているような場合、など。

4) 生活歴で、①幼小児期より親子の間に基本的な信頼感、安定感をもつことができず、肯定的な感情交流が行われていない場合、②幼小児期より年齢相応の生活体験に乏しく、現実の適応困難な状況を乗り越えた体験をもっていない場合、③適応困難な状況におかれていても相談する相手をもたず、また気分転換やくつろぐ手段を身につけ

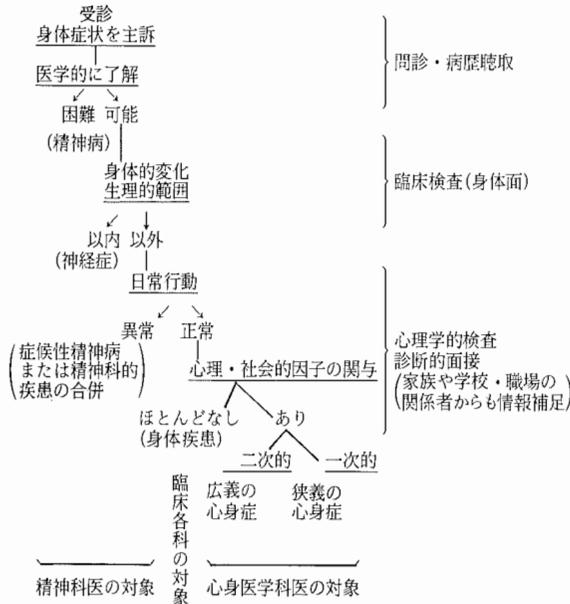


図4 心身症の診断の進め方

心身医学的治療の段階的な進め方

心身症としての身体疾患患者に対する心身医学的治療の成否は、病歴聴取に始まる診断の過程でどのような医師（医療スタッフ）と患者の治療関係がつくられるかにかかっているといてもよい。なぜなら、その過程でのやりとりを通して、医師（医療スタッフ）と患者の間に治療的な信頼関係が深まっていくようであれば、適切な治療方針が立てられるだけの情報を得ることができないからである。

また、心身症としての身体疾患患者を心身医学的治療（図6）<sup>14),16)</sup>にスムーズに導入するためには、病歴聴取の段階からそれぞれの身体疾患の発症と経過に関与している諸因子を心身両面より検討していく姿勢をとり、ごく自然に心身相関の事実に向けさせ、心身両面からの治療の必要性に気付くようにすることが大切である。

第一段階：医師（医療スタッフ）と患者の治療的な信頼関係を確立し、心身医学的治療への動機付けを行い、治療に参加させること。

ておらず、喫煙量や飲酒量、あるいは睡眠薬の量が増えているような場合、など。

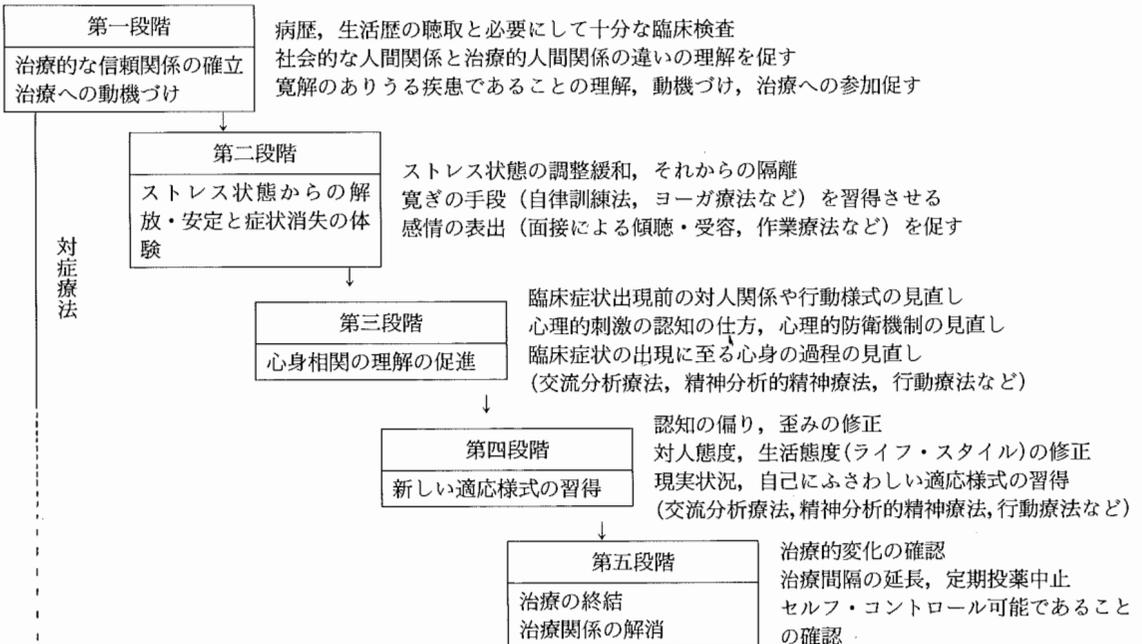


図5 心身医学的療法の5段階

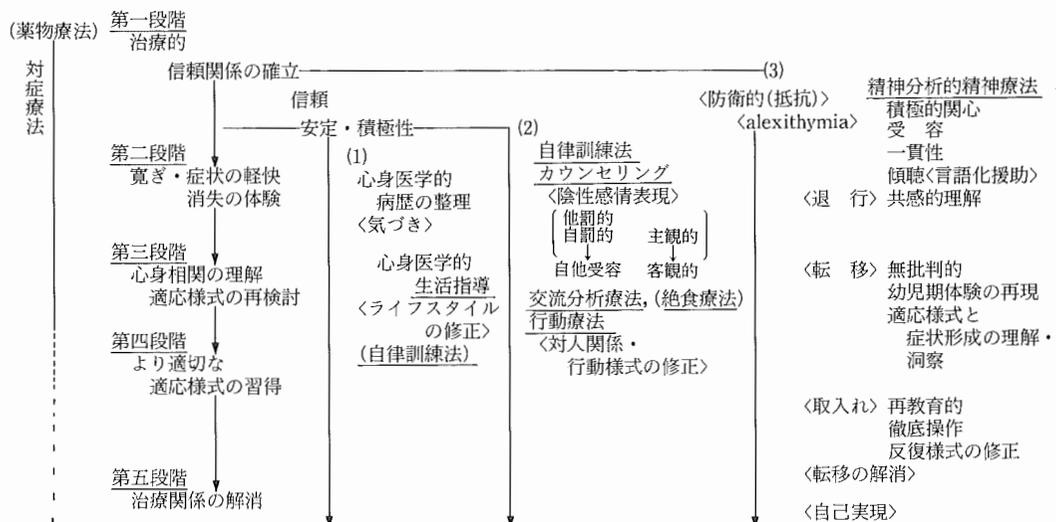


図6 心身医学的治療の流れ

第2段階：心身両面よりストレス状態からの回復を図ると、身体症状が軽減・消失しうること、そして出現・増悪しにくくなることを体験的に理解させ、心身医学的治療への意欲を高めるようにすること。

第3段階：心身症としての身体疾患の発症と経過を見直させて心身相関の事実への理解を深めさせ、身体症状の出現に関与している心理社会的因子の検討を行う。

第4段階：心身症としての身体疾患の身体症状の出現・増悪を容易にしていた外的状況の判断やそれに対する行動をより適切なものに修正させるか、より適切な新しい適応行動を習得させる。

第5段階：これまでの治療的な信頼関係の中で、基本的な安定感を体験させ、心身症としての身体疾患の発症と経過に関与している心理社会的因子を適切に処理し、内部環境を安定させて、いわゆる発症準備状態を解消してやると身体症状が出現しにくくなることを体験的に理解させ、その理解に基づく適切な日常行動が維持され、定期的な通院治療の間隔をあげ、投薬の減量・中止をしても身体症状の再燃・増悪をみないことを確認することができたとき治療を終結する。

### 心身医学的治療の三つの流れ

個々の心身症としての身体疾患患者に心身医学的治療法のいずれを適用するかは、患者がおかれている環境状況、患者の日常生活の内容、パーソナリティの発達段階、自我の強さなどを考慮して決められる。治療開始時の評価で、大きく三つの治療の流れが分けられる(図9)<sup>14,16)</sup>。

① 幼小児期の親子関係にあまり問題がみられず、パーソナリティの片寄りもすくなく、現実への対応にも柔軟性がみられるが、現実社会における心理社会的因子が患者の適応能力を越えていると考えられる場合(現実心身症型)には、心身医学的に心身症としての身体疾患の発症と経過にそれらの心理社会的因子が果たす役割について理解させ、できる限りの環境調整と、それらの心理社会的因子に適切に対応できるように助言し、ライフ・スタイルに対する心身医学的な指導を行う。

② 幼小児期の親子関係に問題がみられ、パーソナリティの未熟さや片寄りもみられ、心理社会的因子に対する過敏さやそれに対する対処行動にも問題がみられるが、治療的な信頼関係ができやすく、治療意欲もあり、心身相関の理解に基づく行動修正が可能と考えられる患者の場合(神経症傾

向が強い型)には、自律訓練法に加えて、交流分析療法、精神分析的精神療法、行動療法などを適用する。

③表面的には適応的で問題がなさそうに見えるが、幼小児期の親子関係の問題が大きく、パーソナリティの片寄りや歪みも大きく、自己の欲求の実現や感情の言語的表現も適切にできず (alexithymia)、治療的な信頼関係を深めにくく、心身相関の理解に基づく治療への意欲も乏しい患者の場合 (性格心身症型)には、かなりの時間をかけて行う治療的退行を利用した精神分析的精神療法ないし再養育療法、家族療法などを適用する。

なお、個々の心理療法については成書に譲る。

#### 参考文献

- 1) 河野友信, 吾郷晋浩編: ストレス診療ハンドブック, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 1990.
- 2) 佐藤昭夫, 朝長正徳編: ストレスの仕組みと積極的対応, 藤田企画出版, 弘前, 1991.
- 3) 日本心身医学会教育研修委員会編: 心身医学の新しい診療指針, 心身医学, 31: 537-576, 1991.
- 4) Holmes, T.H., Rahe, R.H.: The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Res., 11: 213-218, 1967.
- 5) 夏目誠他: 勤労者におけるストレス評価法 (第一報). 産業医学, 30: 266-279, 1988.
- 6) 村上正人他: 健康人のストレス状態に関する研究. 心身医療 1: 57-61, 1989.
- 7) 野村忍他: 新しいストレス評価質問紙法 (SCL86) の研究. 心身医療 1: 247-258, 1989.
- 8) 吾郷晋浩, 石川俊男他: 心の健康度測定に関する研究. 心の健康づくりの評価と技法に関する研究. 平成3年度厚生省科学研究 (精神保健医療研究報告書). 1-37, 1988.
- 9) Berle, B.B. et al.: A clinical guide to prognosis in stress diseases. JAMA. 149: 1624-1628, 1952.
- 10) 吾郷晋浩: 心身症, 治療69: 679-683, 1987.
- 11) 吾郷晋浩: ライフサイクルと心身症. メディカル・ヒューマニティ 4: 27-31, 1989.
- 12) Sifneos, P.E: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother. Psychosom. 22: 255-262, 1973.
- 13) 吾郷晋浩: 職場のストレスとメンタルヘルス, 産業医学ジャーナル増刊号94-105, 1992.
- 14) 吾郷晋浩: アレルギーと心身症, アレルギー, 36: 63-68, 1990.
- 15) 吾郷晋浩: 心身症の見分けかた, Med. Pract. 5: 1349-1353, 1988.
- 16) 吾郷晋浩: 心身医学的療法(IV), アレルギーの臨床, 8: 570-571, 1988.

【原著】

## 中年男性とストレスに関する社会学的研究

——対処行動, ソーシャル・ネットワーク, 飲酒行動, ジェンダーとの関連において——

関井 友子\* 松田 智子\*\* 高梨 薫\*\* 清水 新二\*\*\*

抄録：本研究は、対処行動、ソーシャル・ネットワーク、飲酒行動、ジェンダー意識が中年男性のストレスにどのような影響をもつかを検討したものである。調査の対象者は大学生の父親で、690名から有効回答を得た。精神健康尺度(短縮・邦訳GHQ)によって、31.0%の対象者がストレス状況にあると推定された。「趣味・スポーツに打ち込む」対処行動を頻繁に採用している人、「趣味・スポーツと一緒に楽しむ」ことができるネットワークをもつ人ほど、ストレス症状が低かった。ストレスマネジメントとしてアルコールを利用している人、「じっと耐える」「『仕方がない』とあきらめる」等の対処行動を頻繁に採用している人、「男らしくない」と自己認知している人、「男らしさ」を願望している人ほどストレス症状が高かった。

精神保健研究 39 ; 65-80, 1993

**Key words:** *stress, coping, social network, alcohol, gender*

### 1. はじめに

現代社会はストレス多き時代といわれる。しかし、本当にこれまでの時代よりストレスが多いのか少ないのかは、なんとも言い難いところがある。

それぞれの時代に、人々にストレスを課す、それぞれ固有のストレスサーがあったとも考えられるからである。かつては飢えへの懸念や自然災害への虞が、また近松の描くような義理と人情の葛藤が、そして戦前を中心にイエの時代における嫁姑の葛藤や確執、それにももちろんテクノ・ストレスなど、現代の競争社会の高度技術社会などの問題を含めて、おそらくそれぞれの時代の下で人びとは各種のストレスサーがもたらすストレスに悩み、どうやらこうやらそれらを乗り越えてきた、というのが実際のところであろう。あるいはまた翻って、現代という社会は各種の心の重荷を、ストレスサーという便利な用語で呼び慣わす便法を獲得しただけのことかもしれない。いずれにしても、本論でも中年層のストレス問題を取り上げるが、ただその際、われわれは少なくとも現代がとりわけストレスが高い時代だと強調するつもりはない。むしろ、ストレスとして指し示される現象がそこにあるからこれを取り上げるのであり、人びとの精神保健の観点からこれを無視しえないからこそ

A Study of Stress Symptoms among Middle-aged Men: In Relation to Coping Behaviors, Social Networks, Drinking Behavior, and Gender

\*文教大学

〔〒343 埼玉県越谷市南荻島3337〕

Tomoko Sekii: Bunkyo University.

\*\*東京都老人総合研究所

〔〒173 東京都板橋区栄町35-2〕

Tomoko Matsuda, Kaoru Takanashi: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology.

\*\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕 Shinji Shimizu: National Institute of Mental Health, NCMH.

である。これがわれわれの基本的立場である。

さて、これまでも心理学を中心にストレス研究が盛んになされてきたが、一面でそれはストレスをどのように工夫して定義、測定するかの歴史であったともいえるだろう。しかし本論では、これらの工夫をめぐる問題そのものを主題とするものではない。とりあえず精神健康度の高低を広い意味でストレス度と読み換えた上で、それが人びとの日常生活の諸側面とどのように関わっているかを明らかにしようとするものである。本論の関心をこのように一般的なかたちで述べるができるものの、さらにこの点に関してつけ加えておかねばならないことは、本論のベースとなった調査のデザインについてである。もともとわれわれが企画した調査は、アルコール依存症の場合（本人ならびにその家族）と一般サンプルの場合を比較することにある。つまり、一体両者においてストレスや問題への対処の仕方に、後述するような類型的な相違があるものかどうか。同様に、ストレスに関連するネットワークないしはソーシャル・サポートに、そしてまたジェンダー意識に差異があるものかどうか、差異があったとしても、どのような差異だと同定できるのか。こうした一連の問題を、両群の比較を通して検討しようとするのが、本論を含むわれわれ研究グループのねらいである。この差異の比較検討は、同時にまた予想外な、両者が共有する特徴を逆に浮き上がらせるかもしれない。

しかしながら、本論ではいくつかの理由から、この内一般サンプルだけの結果を取り扱うことにする。いわば群間比較は第2報の課題として残し、今回は群内比較によって、精神保健に関連する一般人口の生活諸側面に焦点をあわせ、そのいくつ

かの特徴を捉えることを課題としたわけである。この内の一つの理由は、差異への着目ないしは強調は、往々両者に共有されている同様な特徴を看過させてしまいやすいという、これまでの臨床的調査研究への反省からである。特に一般人口を対照群とする場合、両者の差異のみならず、異同の面からも問題を検討し得る好都合な立場にあるわけである。この点を是非活かしてみたいと考えたからである。統計的検定の結果、両者に差異が認められない場合、当然両者に相似形的傾向が隠されているかもしれない。とすれば、それはどのような共通性であるのかの確認は、見過ごされやすい課題だが、社会学的アプローチからすれば非常に興味ある課題なのである。また逆に、統計的に有意な差が確認された上でも、なおこの相似形的傾向性は残り得る可能性もある。この相似形的傾向は、因果的推論のみならず、文化・社会的文脈から問題を検討する場合に、特に豊かな示唆を与えてくれることになるだろう。特に今回の調査研究の主たる柱となった、精神保健とジェンダー問題の検討には、この視点が欠かせないものとわれわれは考えている。

そこで先ず本論では、食事、運動などの一般的な保健行動の面から、人びとの保健状況を概括的に捉える。次いで、ストレスと関連が深いとわれわれが考えるいくつかの要因、つまり最も身近で手軽なストレス対処法である飲酒、ストレスを和らげる上で近年注目されているソーシャル・サポート、それにこれまでほとんど検討されてこなかった男性性、男らしさというジェンダーの問題に関する調査結果を提示してみたい。その上で、これらの結果を、さらにストレスとの関連で捉え直してみる予定である。

表1 対象者の諸属性

年 齢	学 齢	職 業	取 入	婚姻状況	(妻の就業)	
40~44歳	10.7	中卒 18.8	自営農林漁業 7.2	400万円未満 7.6	既婚 98.4	専業主婦 34.0
45~49歳	43.6	高卒 54.5	事務職 56.8	400~600万円未満 29.2	離・死別 1.6	自営業 13.6
50~54歳	36.0	大卒 26.7	労務職 21.6	600~800万円未満 28.9		パート 28.3
55~59歳	8.1		無職・他 4.3	800~1000万円未満 19.4		常勤 21.0
60歳以上	1.6			1000万円以上 14.9		妻なし・他 3.1
(N)	(682)	(677)	(660)	(671)	(674)	(676)

## 2. 調査の概要と対象者の諸属性

本調査は、1991年11月に近畿府県下の3大学(奈良県N大学, 大阪府S大学, 兵庫県H女子短期大学)の学生の父親を対象に, 集合留置法(一部郵送)によって行われた。調査を実施した3大学は近畿府県下に位置するが, 下宿生もおり, 対象者は近畿地方を中心として全国に分散している。有効回収率は79.8%の結果を得, 今回の分析対象は690ケースである。

対象者の属性の特徴を表1で示した。年齢は45~49歳が43.6%と最も多く, 50~54歳が36.0%と次いで多かった。平均は49.3歳(S.D.=4.09)であった。学歴は中学卒が18.8%, 高校卒が54.5%, 大卒が26.7%であった。職業は自営・農林漁業・家族従事者が17.2%, 事務職(含管理, 専門, 技術, 事務)が56.8%, 労務職(含販売, 技能労務, 保安, サービス)が21.6%を占めていた。収入では, 400~600万円未満が最も多く29.2%, 次いで600~800万円未満が28.9%となっていた。婚姻状況は, 既婚者は98.4%で, 離婚・死別者は1.6%であった。属性関連項目として, 妻の就業状況を問うた。その結果, 妻が専業主婦である者は34.0%で, 次いでパートで働いている者は28.3%, 常勤の者が21.0%, 自営業が13.6%となっていた。

## 3. 結 果

## (1) 中高年男性の日常生活

## (a) 日常生活

人間は一般に健康な時には, 仕事や趣味, 学習などに生きがいを感じ, これらの活動を生活のなかで優先させ, 自分自身の健康状態に細かに配慮することが, 少なくなりがちである。自身の健康状態を良好に保とうとする行動(保健行動)を, 他の活動より優先させるためには, 病気の時は必ず休養する, あるいは仕事が累積しても健康のため無理はしない, ということを明確に意識することが必要になる。そこで本節ではこうした観点に立ちつつ, 予防的保健行動である食事, 睡眠, 休

表2 日常生活 (%)

	ほぼ できている	なかなか できない	わからない	(N)
1 食事	60.4	38.3	1.3	(684)
2 休養・睡眠	55.8	43.1	1.0	(684)
3 運動	30.6	65.8	3.5	(682)
4 趣味・娯楽	43.9	52.4	3.7	(681)

表2-1 日常生活(厚生省1988年「保健福祉動向調査(心身の健康)」 (% , N=2769)

45~54歳 (男性)	ほぼ できている	なかなか できない	その他
1 食事	61.1	35.3	3.6
2 休養・睡眠	55.5	40.0	4.5
3 運動	30.5	59.4	10.1
4 趣味・娯楽	41.2	48.6	10.3

養といった面を通して, 中高年男性の日常生活をみてみよう。

表2から各項目別に回答状況をみてみると, まず「規則正しい食生活をする」は「ほぼできている」が60.4%, 「なかなかできない」が38.3%で, ほぼできているとする回答が約6割を占めたものの, なかなかできないとするものが約4割である。次に「十分な休養・睡眠をとる」は「ほぼできている」が55.8%, 「なかなかできない」が43.1%, 「規則正しい食事」よりも“できない”とする回答が若干多くなっている。「適度な運動をする」は, 「ほぼできている」が30.6%, 「なかなかできない」が65.8%となった。「趣味・娯楽を楽しむ」では, 「なかなかできない」とするものが52.4%と過半を占め, 「ほぼできている」は43.9%となった。表2-1は厚生省が行った全国調査『昭和63年保健動向調査(心身の健康)』による, 45~54歳男性の日常生活の結果であるが, 本調査はこれとほぼ同様な傾向を示している。

食事・睡眠・休養に比べ, 運動・趣味・娯楽という面では“できている”と“できない”が逆転し, なかなかできない日常生活行動であることが示唆されている。運動・レクリエーションなどは, 少し余裕を要する選択的な活動であるため, 中高年男性にとってはやや苦手なものとなっているようである。食事・休養については何とかできているようであるが, それでも「ほぼできている」と

するものと「なかなかできない」とするものが拮抗する様相を示している。これらの保健行動がより選択性の低いものであることを考える時、今回の調査結果を通して見えてくるものは、中高年男性が置かれている保健環境には、なかなか厳しいものがありそうな点である。ストレスと健康に強い関心の向けられるい昨今にありながら、実際にその管理を十分にするのはなかなか難しいことが窺える結果である。

#### (b) 飲酒

アルコールは一般に人間関係の潤滑剤として有用だとされている。豊かな日本の裏側の仕事中毒、過労死、欧米諸外国に比してまだまだ立ち遅れる総労働時間等、それらを背後から支えるひとつにアルコールが寄与する面が少なくないという指摘もある<sup>2)</sup>。男性にとって飲酒は一般的なストレス解消法である。また、日本には「晩酌」という飲酒文化がある。健康な生活を維持するのに適度の

飲酒は確かに効果があろう。しかし、過度の飲酒が心身にとって有害になる場合もある。調査では、生活の中にアルコールがどの程度とりこまれているか、アルコールがどのように生活上位置づけられているかを、飲酒頻度、飲酒理由を指標にして調べた。さらに、背後にある飲酒文化を捉える意味で、飲酒規範への態度についても質問項目を用意した。

#### ① 飲酒頻度

飲酒頻度(表3)で回答の多かったものから順に並べると、「ほとんど毎日」が49.6%、「週1～3日」が12.7%、「体質的に飲めない、飲まない」が11.4%、「週4日以上」が10.9%、「月に2, 3日」が6.6%、「月に1日程度」が3.2%、「以前飲んでいて現在は止めている」が2.9%、「月に1日以下」が2.8%となった。対象者の半数がほとんど毎日飲んでおり、7割以上が毎週少なくとも1日は飲んでいて、残りの回答の主たるものは“体質的

表3 飲酒頻度

(%, N=687)

毎日	週4日以上	週1～3日	月2, 3日	月1日	それ以下	止めている	飲めない
49.6	10.9	12.7	6.6	3.2	2.8	2.9	11.4

表3-1 飲酒頻度(総理府1987年「酒類に関する意識」)

(%)

(男性)	(N)	ほとんど毎日	1日おきくらい	3日に1回くらい	1週間に1回程度	月に1～2回程度	月に1回以下	わからない
40～49歳	180	61.7	11.1	8.3	11.1	4.4	3.3	—
50～59歳	184	67.4	8.2	8.7	7.6	4.3	2.7	1.1
60歳以上	206	62.1	5.3	10.2	11.7	5.8	4.4	0.5

表4 飲酒理由

(%)

	よくあてはまる	まああてはまる	あまりあてはまらず	まったくあてはまらず	(N)
1 眠るため	15.1	28.6	34.2	23.9	(581)
2 疲れとるため	15.1	42.9	25.0	17.0	(581)
3 ストレス解消	10.2	33.2	33.9	22.7	(578)
4 工作上必要	13.4	23.6	26.4	36.6	(584)
5 人間関係円滑	12.6	36.3	25.0	26.2	(581)
6 家庭で	5.7	31.3	41.0	22.0	(581)
7 味そのもの	24.5	36.3	25.3	13.9	(584)
8 仲間と	21.2	51.1	19.6	8.1	(581)
9 異性と	4.3	14.7	38.4	42.6	(578)
10 晩酌	57.1	19.9	10.3	12.7	(583)
11 なんとなく	22.2	36.0	19.3	22.5	(581)
12 性的高揚	0.5	4.5	36.9	58.1	(583)

の飲めない”とするもので(11.4%)、飲めない、あるいは止めている(あわせて14.3%)以外の対象者は少なかった。参考までに、1987年に行われた総理府の全国調査「酒類に関する意識」の結果を表3-1に示したが、40歳以上の男性では6割以上が「ほとんど毎日」飲酒している。

### ② 飲酒理由

次に、飲酒理由項目で「よくあてはまる」「まああてはまる」を選んだ合計の多い項目をあげれば(表4参照)、「晩酌で飲むという理由が一番多く77.0%あった。次いで「仲間や友人と楽しく過ごすため」が72.3%、第三位は「お酒の味そのものを楽しむため」(60.8%)であった。「なんとなく(例:飲まないと物足りない)」が58.2%、「疲れを忘れるため」という理由が58.0%と続いた。逆に、「あまりあてはまらない」「まったくあてはまらない」を選択した割合の多い項目をあげてみると、まず「性的高揚が得られるため」の飲酒が“あてはまらない”と95.0%が回答していた。「異性と楽しい雰囲気ですぐすため」(81.0%)、「仕事上の接待や営業のため」と「家庭での会話や雰囲気を楽しくするため」(63.0%)、「仕事や人間関係からのストレス解消のため」(56.6%)、「すぐ眠りに入るため」(56.3%)、「職場の人間関係(同僚・部下・上司等)を円滑にするため」(51.1%)の各項目は過半数以上が“あてはまらない”と回答していた。

晩酌という習慣的飲酒が浸透しており、先の飲酒頻度の結果からも日々の生活にアルコールは欠かせないものになっているようである。しかしそれは、必ずしも家庭での家族員との団らんのためのもでもなさそうである。むしろ、飲酒が仲間や友人とのコミュニケーション促進機能をもつものとして位置づけられるようだ。社会関係の観点からみれば、家庭的飲酒というより社会的飲酒の面がはるかに強いわけで、この両者の関係に限つ

ていえば、わが国の日常的飲酒の特徴の一つがここに見いだされる。

他方、「飲まないとなんとなく物足りない」「疲れを忘れるため」という飲酒理由に6割近くが、“あてはまる”と回答しているが、疲労とその対処としての飲酒の関係を示唆する結果であろう。この点と関連して、家庭内晩酌といっても必ずしも「家庭での会話や雰囲気を楽しくするため」でもないのなら、それはむしろ家庭内ひとり酒(domestic solitary drinking)の要素が強いのではないかと推測される。もしこの推測が正しければ、晩酌には疲労対処の面が少なからずあることも疑われる。一言に「晩酌」と言われる伝統的な飲酒行動も、保健的観点からはさらに検討されるべき課題がありそうである。

### ③ 飲酒規範

飲酒に関する一般的な意見について問うた結果が表5である。「お酒が飲めないと社会生活で不便なことが多い」という意見について、55.5%が“そう思う(「大いにそう思う」、「ややそう思う」)”と回答していた。さらに「人と腹をわって話し合うには、一緒にお酒を飲むのが一番だ」(51.1%)、「女性はずきあい程度のお酒は飲める方がよい」(54.4%)、の3項目には、半数以上が賛意を示している。これは、飲酒の社会的有用性が評価されていることを示しており、飲酒に対する寛容な態度が窺われる結果である。これとは逆に「お酒に強い男性は男らしい」については65.2%が“そう思わない(「まったく思わない」、「あまり思わない」)”と回答していた。従来男性と飲酒の関係は自明のこととされてきたが<sup>3)</sup>、必ずしも大量飲酒が男性性のシンボルではないようである。

#### (c) ソーシャル・ネットワーク

一般に、ソーシャル・ネットワークは「個人が、その社会的環境において重要な他者たちに対して

表5 飲酒規範 (%)

	大いに思う	やや思う	どちらとも いえない	あまり 思わない	まったく 思わない	(N)
1 社会生活不便	15.3	40.2	15.0	22.6	7.0	(687)
2 腹をわって話す	20.1	31.0	20.1	21.1	7.7	(687)
3 酒強い男らしい	3.4	7.9	23.5	31.6	33.6	(681)
4 女性飲酒	14.1	40.3	23.4	16.3	5.8	(687)

結ぶ関係」<sup>4)</sup>と定義される。他者との親密な関係が、心身の健康に密接に関係することは、アメリカを中心としたソーシャル・サポート研究で明らかになってきている。対人関係のあり方がストレスとどの様に関連しているかを検証する前に、ここではまず、中高年男性がどの程度の対人関係を保持しているのか、またそれらがどの様な特徴をもった対人関係であるのかをみてみよう。

ソーシャル・ネットワークに関しては、これまでさまざまな形で指標化がなされてきているが、今回の調査では、対象者に日頃親しくしている人の人数を表記してもらい、その人たちと知り合ったきっかけ及びつきあいの内容をたずねた。従って、ここでのソーシャル・ネットワークは、対象者が他者と様々な活動をともにするコンパニオンシップ的な特徴をもつネットワークと言えよう。

### ① 親しい人の数（配偶者や未婚の子どもを除く）

表6 親しい人の数（%, N=662）

親しい人の数	
特になし	11.4
1～3人	23.6
4～5人	25.4
6～10人	22.6
11～15人	6.6
それ以上	10.4

表7 親しい人と知り合ったきっかけ（複数回答）（%, N=517）

親しい人と知り合ったきっかけ	
きょうだい等の親族	32.7
近所の人	33.7
職場を通じて	55.9
妻を通じて	13.9
子どもを通じて	10.8
学生時代の友人や幼なじみ	55.3
趣味・学習・スポーツ等の活動を通じて	53.0
その他	4.6

く）

仕事上のつきあいや家族を除いて、親しい人を何人ぐらい持っているのだろうか。その結果を示したものが、表6である。日頃親しくしている人の数は「4～5人」と回答した人が25.4%と最も多い。二番めに多かったのは「1～3人」で23.6%、三番めに多かったのは「6～10人」で22.6%であった。一方、配偶者や未婚の子どもは「日頃親しくしている人」には含まれていないものの、「特に誰もいない」と回答した人は11.4%存在し、対象者全体の約1割は、家族の外に親しくしている人がいないことを示した。

### ② 親しい人と知り合ったきっかけ

では、中高年男性が親しい対人関係をつくっていくきっかけは、どのようなものであろうか。表7が示すように、今回の調査で最も多くの人が挙げたのが「職場を通じて」であり、対象者の55.9%がこの回答を選んでいて、次に多かったのが、「学生時代の友人や幼なじみ」と「趣味・学習・スポーツ等の活動を通じて」で、それぞれ55.3%、53.0%であった。これに対して、「近所の人」、「きょうだい等の親族」、「妻を通じて」、「子どもを通じて」を挙げた人は、それぞれ33.7%、32.7%、13.9%、10.8%と少数派であった。男性の場合、やはり「職場を通じて知り合った人」がネットワークのなかで重要な位置を占めているといえよう。一方、趣味・学習・スポーツなど、私的なつきあいから親しくなることもほぼ同じくらい多いことは、少なくともつきあいのきっかけに関しては従来の男性に関するイメージとは少々異なる結果であった。

### ③ 親しい人とのつきあい方

つきあいの内容として「趣味・スポーツを一緒に楽しむ」「一緒にお酒を飲む」「家族の話をする」「仕事の話をする」の4項目を用い、それぞれについて「よくする」「ときどきする」「あまりしない」「まったくしない」

表8 親しい人とのつきあい方（%）

	よくする	ときどきする	あまりしない	まったくしない	(N)
1 趣味・スポーツを楽しむ	27.0	46.7	15.2	11.1	(567)
2 一緒にお酒を飲む	20.9	58.8	11.2	9.1	(580)
3 家族の話をする	16.6	53.5	24.7	5.2	(572)
4 仕事の話をする	25.3	49.1	21.6	4.0	(578)

「まったくしない」の一つを選んでもらった。その結果が表8である。これら4項目は全般的に似た傾向を示しているが、項目間の相関関係をみてみると<sup>5)</sup>、「趣味・スポーツを楽しむ」と「一緒にお酒を飲む」、「家族の話をする」と「仕事の話をする」とがそれぞれ有意な関係を示していた。親しい人とのつきあい方は「何かを一緒に楽しむ」群と「家族や仕事について話をする」群とに分かれるようだ。

ただそれにしても、対象者のソーシャル・ネットワーク規模は決して大きいものではない。日本の中高年男性の生活世界は、職場を中心に構成されており、職場以外の生活領域を持ちにくいことがよく指摘される。しかし少々意外にも、中高年男性の場合でも親しいつきあい関係が少なからず「趣味・学習・スポーツの活動を通じて」形成されていることを想起すればするほど、中高年男性の職場中心的人間関係が、ネットワーク規模の拡大やネットワークの多方面への広がりを阻んでいると思える結果である。

#### (d) ジェンダー意識

男性の役割や男らしさ、あるいはそれらとストレスとの関係は、これまであまりメスが入れられてこなかった。それだけに、今後男性の精神的健康を追求して行くうえで、ジェンダー意識は重要な研究課題となつてこよう。そこでその手始めとして、以下では「男らしさ」規範や自己イメージの問題を取り上げみたい。

##### ① 男らしさ規範

「男らしさ規範」とは、現在社会に認知され、

求められている男性像であり、これを実現するための行為様式に関する指示を含むものである。男性性に関する既存の知見を踏まえ<sup>6)</sup>、今回「男らしさ規範」尺度として、10項目を作成した( $\alpha = .80$ )。表9が示すように、このうち8項目が過半数以上の賛意(「大いにそう思う」、「ややそう思う」)を得ていた。これらは、「男はつらくても泣いてはならない」(50.8%)、「男は一度決めたら最後までやりとおさなければならない」(67.2%)、「女は従順でなければならない」(51.3%)、「男は頭がよくなければならない」(51.6%)、「男はむやみに他人の助けを求めてはならない」(50.7%)、「男は仕事第一でなければならない」(54.9%)、「男は指導力がなければならない」(85.3%)、「男は妻子を養わなければならない」(89.7%)の各項目であった。逆に「まったくそう思わない」、「あまりそう思わない」とみなされたのは、「たくさんの女と寝ることは男の甲斐性だ」(68.4%)であった。これは男性のセクシュアリティに関する規範である<sup>7)</sup>。また「女は男にたよるものだ」という意見については「そう思う」、「どちらともいえない」、「そう思わない」がほぼ同率に分かれた。

このように、男らしさ規範10項目中8項目について半数以上が賛同していることから、これらの男らしさ規範がかなり広範に浸透しており、男性に強く内面化されているといえる。

##### ② 男性の自己イメージ

男性は自らのジェンダーアイデンティティをどのように捉えているのだろうか。調査では、自分

表9 男らしさ規範

(%)

	大いに思う	やや思う	どちらとも いえない	あまり 思わない	まったく 思わない	(N)
1 泣いてはならない	26.0	24.8	21.5	22.2	5.5	(685)
2 最後までやり通す	34.6	32.7	16.4	14.2	2.2	(683)
3 女は従順	17.9	33.4	24.2	19.2	5.2	(686)
4 頭よい	23.0	28.6	25.5	16.5	6.4	(686)
5 助けを求めない	17.1	33.7	25.4	20.4	3.5	(686)
6 仕事第一	20.9	34.0	22.5	17.9	4.7	(683)
7 女と寝る	4.4	8.3	19.0	32.4	36.0	(686)
8 指導力	45.3	40.0	8.2	4.5	2.0	(687)
9 女は頼る	9.9	24.1	31.5	25.4	9.2	(686)
10 妻子養う	60.8	28.8	5.7	2.6	2.0	(687)

自身を「男らしい男」とみなしているかどうか、あるいはもっと「男らしくになりたい」と思うか否かという項目を用いた。さらに、既存の尺度によって各自の男性性・女性性を測定した。

#### i) 自己評価

「自分自身を男らしいと思うか」という男らしさについての自己認知を問う質問に対して、「十分男らしいと思う」との回答は39.5%(N=683)あった。逆に「男らしいと思わない」が13.8%、「考えたことがない」が46.7%となった。さらに、「もっと男らしくになりたいか」という願望に対しては、「はい」(もっと男らしくになりたい)が30.9%(N=680)、「いいえ」(もっと男らしくなりたくない)は25.6%、「どちらともいえない」が42.9%となった。自らを「男らしくない」と思っている者の割合は低く、一般的にジェンダーアイデンティティは安定しているといえる。しかし、「もっと男らしくになりたい」という願望が3割に達したことは注目される結果である。

#### ii) PAQ得点

Spence, Heimreichが開発したPAQ(The Personal Attributes Questionnaire)<sup>9)</sup>による、男性性(Masculinity以下Mと略す)得点、女性性(Femininity以下Fと略す)得点の状況をみてる。PAQの男性性・女性性の概念は、現在男性・女性に典型的にみられる心理的・性格的特性として用いる。対象者のM得点の平均は18.75(S.D.=4.14)、F得点の平均は20.96(S.D.=4.01)であった<sup>9)</sup>。

#### iii) 自己評価とPAQ得点との相関関係

男らしさについての自己認知・願望とPAQによるM得点との関係をみてる。表10のように、「男らしい」と自己認知している者のM得点は20.28となっており、「男らしいと思わない」と認知している者の15.75点に較べ有意に高くなっていた( $P<.001$ )。男らしさの自己認知と男性性得点は正の相関を示しており、自らを「男らしい」と感じている者ほどその男性性は高いといえる。また、男らしさへの願望とM得点の相関であるが、「もっと男らしくになりたい」者の得点が18.3と、他に較べて有意に低くなった( $P<.05$ )。これは男性性の乏しい者ほど、より男らしさを願望することを

表10 自己評価別男性性得点

		男性性得点(S.D.)	F値
自己認知	十分男らしい	20.28(4.17)	49.53 ***
	男らしくない	15.75(3.84)	
	考えたことない	18.35(3.64)	
自己願望	もっと男らしく なりたい	18.30(4.27)	6.20*
	男らしく なりたくない	19.71(4.10)	
	どちらとも いえない	18.53(4.05)	

\*  $P<.05$  \*\*\*  $P<.001$

示している。

男らしさ、男役割、男性性と様々に使用されている男性のジェンダー概念を本調査では、規範レベル(男らしさ規範)と個人のパーソナリティレベル(性格特性)での男性性(PAQのM得点)、自己認知、自己願望において指標化し測定を試みた。この結果を要約すると次のようになろう。男性の行為規範としての「男らしさ」は、強固に存在し、また一般に内面化されている。個々人は必ずしも「男らしい男」であるとは限らない。よって、規範と自己認知のギャップは、必要以上に男性を苦しめることになるかもしれない。このことは、間接的ながら男性性得点が低い者ほど男らしさを願望している事実からも、推測することができそうである。

#### (2) 中高年男性のストレスとその対処

##### (a) ストレス

本調査で用いたストレス測定項目は、イギリスのGoldbergが非器質性・非精神病性精神障害(神経症状とその関連症状)のスクリーニングテストとして開発したGeneral Health Questionnaire(GHQ)をもとに作成された、日本語版一般健康調査30項目短縮版である。これは精神健康度の有効な測定尺度であり、より健康な精神状態から、不安、睡眠障害、心氣的傾向、抑鬱傾向や自律神経系の反映する項目などの特徴を表す内容をもつものである。

調査対象者のGHQ平均点は、5.97点(S.D.=5.44)であった。最頻値は2.00点で、レンジは0~28であった。この尺度において神経症・抑鬱症

圏の区分点は7/8が妥当だとされている。GHQ得点が0～7の者は69.0% (N=659)であり、8～28は31.0%となっていた。対象者の約7割は日常生活をおくるうえで支障はないが、3割強がなんらかのストレス状態にあるといえる。表11は既存の知見と本調査の比較ならびに検定結果を示したものである<sup>10)</sup>。本調査の比率は、精神薄弱関係施設職員に較べてのみ有意に低い (P<.05) が、そのほかとは差がみられないか、あるいは有意に高くなっている (P<.05/P<.001)。本調査の対象者が、決してストレスの低い状況にあるとはいえない結果である。

#### (b) 対処行動

疲労・ストレスを経験している中高年男性が決して少なくないことが、前述のデータによって明らかになったが、中高年男性はこれらのストレスに対して、どのようにつきあっているのだろうか。

表11 GHQ (推定された神経症群) 比較

	推定された 神経症群(%)	(N)
本調査	31.0	(659)
看護婦 (士) (全国)	36.6	(164)
精神薄弱関係施設職員 (全国)	34.7*	(3013)
中学校教員 (千葉県市川市)	32.8	(204)
一般人口 (東京都杉並・北区)	28.6	(353)
精神科医師 (全国)	21.5*	(121)
一般人口 (千葉県市川市)	20.8*	(102)
一般医師 (精神科医以外) (全国)	16.0***	(211)

\* P<0.05 \*\*\* P<0.001

出所) 椎谷・栗田・宗像「精神薄弱関係職員の精神健康とその社会的背景」P.115

ここでは、まず、対象者が日常的に経験する不満、苦勞、ストレスに対して、どのように対処しているのかを把握し、次にそれぞれの対処行動が相互にどのように関連しているのかをみていくことにする。

対処行動とは、一般に「出来事に伴う困難さを処理したり、克服したりする認知的、社会的努力」と定義される<sup>11)</sup>。本調査では、10項目の対処行動を取り上げ、これらをどの程度採用しているのか「よくする」「ときどきする」「あまりしない」「まったくしない」の4件法でたずねた。表12がその結果である。

まず、「具体的に動いて自分で解決する」という対処項目が、「よくする」(34.1%)、「ときどきする」(44.7%)を合わせると78.8%と最も高くなっており、多くの人が不満、悩み、ストレスに対して、頻繁に採用している対処行動であることが分かる。一方、このような問題解決志向的な対処行動とは対照的ではあるが、「『仕方がない』とあきらめる」という対処項目も、「よくする」(16.1%)「ときどきする」(44.1%)を合わせると60.8%と比較的多くの人が頻繁に採用している対処行動であった。同様に「お酒を飲んで気分を紛らわせる」、「じっと耐える」等の対処項目も「よくする」「ときどきする」をあわせると56.3%、51.9%となっており、半数以上が比較的頻繁に採用していることが分かる。

では反対に、どのような対処行動が採用されにくいのだろうか。まず、「病院・診療所などに相談する」の対処項目は、対象者の92.1%が「あまり

表12 対処行動 (%)

	よくする	ときどき する	あまり しない	まったく しない	(N)
1 趣味・スポーツ	18.0	41.5	30.4	10.2	(685)
2 お酒を飲む	23.9	32.4	21.6	22.2	(686)
3 じっと耐える	15.4	36.5	35.3	12.8	(680)
4 悩みを聞いてもらう	6.9	28.4	46.3	18.4	(683)
5 病院に相談する	1.5	6.4	20.5	71.6	(683)
6 手記・本を読む	5.0	19.5	34.6	41.0	(683)
7 家族・友人に相談する	7.6	31.0	41.1	20.3	(681)
8 人に当たる	3.4	20.5	41.1	35.0	(682)
9 自分で解決する	34.1	44.7	17.6	3.7	(683)
10 あきらめる	16.1	44.7	25.7	13.6	(685)

しない」か「まったくしない」のいずれかを選択しており、ストレスの対応に際して病院などの専門機関を利用する人が少ないことを示している。同様に、「人に当たったり、攻めたりする」、「手記や本などを読んで参考にする」などの対処項目も、対象者の約75%が「あまりしない」、「まったくしない」のいずれかを選択している。更に「悩みや不満を誰かに聞いてもらう」「家族や友人に相談する」などの対処項目についても、対象者の6割程度が「あまりしない」または「まったくしない」と回答していた。

一般に、対処行動は個人の主体的志向性の次元によって「手段的志向」、「情緒的志向」、「認知的志向」に分類することができる<sup>12)</sup>。「手段的志向」には、問題状況についての情報収集や問題状況の直接的な解決を志向した対処行動が含まれる。「情緒的志向」とは、ストレス状況において許容されない衝動や感情を変化させる行動志向を示す。更に「認知的志向」とは、ストレス状況の意味付けを変えていく行動志向を意味する。一方、対処行動は、動員される資源に着目することによって、個人が独力で処理しようとするものか、他者や専門機関からの援助を求めていこうとするものかによって個人的、対人的／社会的なものに分類することができる。以上のような「対処志向」と「対処資源」の2軸に基づいて、今回の対処項目を類型化すると図1のようになる。

「具体的に動いて自分で解決する」、「家族や友人に相談する」、「趣味・スポーツに打ちこむ」、「病院・診療所などに相談する」、「手記や本などを読んで参考にする」などの項目は、手段的志向性をもった対処行動である。本調査の対象者は、同じ手段的対処であっても、対人的・社会的資源を利

用した対処行動(例えば「家族や友人に相談する」「病院・診療所などに相談する)よりも、むしろ独力で解決する対処行動(例えば、「具体的に動いて自分で解決する」)を、より頻繁に採用する傾向にあった。

一方、「じっと耐える」、「仕方がない」とあきらめる、「お酒を飲んで気分を紛らわせる」、「悩みや不満を誰かに聞いてもらう」、「人に当たったり、責めたりする」などの項目は、情緒的／認知的志向性をもった対処行動である。同様に、本調査の対象者は同じ情緒的／認知的対処であっても、家族や友人などの対人的資源に働きかけていく対処行動(例えば「悩みや不満を誰かに聞いてもらう」「人に当たったり、責めたりする」)よりも、感情や衝動を独力で処理する対処行動(例えば、「じっと耐える」「お酒を飲んで気分を紛らわせる」)を、より頻繁に採用する傾向にあった。

以上の結果は、手段的、情緒的／認知的志向性をもったいずれの対処行動においても、家族や友人からの資源を動員していく対人的／社会的対処よりは、誰にも頼らない個人的対処がより多く採られることを示すものである。ストレスに際してどの様な対処行動が採られるかは、ストレス状況に対する個人の評価(ストレッサー及び対処資源に関する評価の両方を含む)と対処スタイルが影響を与えると考えられる。対処スタイルとは、ストレッサーの性質にあまり左右されない恒常的でパターン化された対処方法を指すが、今回の結果は、「自律、独立」を強調する近代社会の価値観が、「独力で解決する」という対処スタイルとして、中高年男性に広く浸透していることを示唆しているものと考えられる。

#### (c) 諸変数とストレスとの関連性

対処資源 対処志向	個 人 的	対 人 的 / 社 会 的
手段的志向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的に動いて自分で解決する</li> <li>・趣味・スポーツに打ちこむ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や友人に相談する</li> <li>・病院・診療所などに相談する</li> <li>・手記や本などを読んで参考にする</li> </ul>
情緒的／認知的志向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・じっと耐える</li> <li>・お酒を飲んで気分を紛らわせる</li> <li>・「仕方がない」とあきらめる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悩みや不満を誰かに聞いてもらう</li> <li>・人に当たったり、責めたりする</li> </ul>

図1 対処行動の類型化

## ① 対処行動とストレス

出来事に伴う困難さを処理したり、克服したりするために個人が採用する対処行動は、ストレスとどのような関連があるのだろうか。個々の対処行動項目に関し、「よくする」、「ときどきする」と回答した群を高対処群、「あまりしない」、「まったくしない」と回答した群を低対処群に分類し、GHQ得点の高い群（神経症群）と低い群（非神経症群）によってどのように分布が異なるかを調べた。その結果が表13である。「趣味・スポーツにうちこむ」対処行動を頻繁に採用している群に、高ストレス群の比率が有意に低くなっていた。「趣味・スポーツにうちこむ」対処行動は、ストレスを予防したり、軽減する効果があるようである。スポーツが持つストレス緩衝機能の重要性を示唆する結果である。

一方、「じっと耐える」「悩みを聞いてもらう」「あきらめる」などの対処項目は、これを頻繁に採用したと回答している群ほど、高ストレス群の比率が有意に高くなっていた。対処行動とストレス

の関係は両方向にベクトルが向いており、どちらの変数が先行要因であるか特定できないが、あえて相互の循環過程の一断面を切り取っていえば、ストレスの強い人ほど、「じっと耐える」「あきらめる」「悩みを聞いてもらう」といった対処行動を採用する傾向にあることを示していると言えよう。すなわち、「じっと耐える」「あきらめる」「悩みを聞いてもらう」といった対処行動を採らざるをえないほど、対象者がストレスの高い状況にあったと考えられる。もちろん、これらの対処行動を回答者の対処スタイルと解することができれば、これらの対処スタイルは高いストレスを結果しやすい、ともいえるわけである。

本研究では、「趣味・スポーツにうちこむ」対処行動のみに、ストレスに対する緩衝効果が確認された。対処行動がストレスに対して緩衝効果をもつためには、ストレス源となっているストレスと対処行動とが、適合的であるかどうかが重要となってくる。今回の対象者が中高年男性であることを考慮すれば、彼らが経験するストレス

表13 対処行動とストレス

対処行動		GHQ得点(%)		$\chi^2$ 値
		低い群	高い群	
1 趣味・スポーツ	高対処群	71.9	28.1	3.79 *
	低対処群	64.4	35.6	
2 お酒を飲む	高対処群	67.2	32.8	.93
	低対処群	71.0	29.0	
3 じっと耐える	高対処群	63.9	36.1	7.50 **
	低対処群	71.6	28.4	
4 悩みを聞いてもらう	高対処群	63.5	36.5	4.24 *
	低対処群	71.6	28.4	
5 病院などに相談する	高対処群	62.7	37.3	.74
	低対処群	69.6	30.4	
6 手記や本を読む	高対処群	70.6	29.4	.18
	低対処群	68.4	31.6	
7 家族や友人に相談する	高対処群	66.4	33.6	1.21
	低対処群	70.8	29.2	
8 人に当たる	高対処群	63.9	36.1	2.23
	低対処群	70.6	29.4	
9 自分で解決する	高対処群	69.9	30.1	.92
	低対処群	65.2	34.8	
10 あきらめる	高対処群	63.8	36.2	11.61 ***
	低対処群	76.7	23.3	

\* P&lt;0.05 \*\* P&lt;0.01 \*\*\* P&lt;0.001

サーの多くは職場関連のものであろう。とすれば、仕事や職場のストレスからもたらされるストレスは、「具体的に動いて独力で解決する」、また「インフォーマルな対人資源を利用することによって解決する」方法では、対処しきれないことを示唆している。「じっと耐える」「あきらめる」といった対処行動は、このような状況から必然的に生まれてくる対処行動であるのかもしれない。仕事や職場関連のストレスに際しては、むしろ組織レベルでの対処行動が重要となってくると思われる。

### ② ソーシャル・ネットワークとストレス

親しい他者との関係が、ストレスにどのような影響をもたらすかをみてみよう。まず、ネットワーク規模とストレスとの関係であるが、表14に示すように、両者の間には、統計的に有意な関連性は認められなかった。次に、配偶者や子どもを除いて、家族の他に「親しい人がいる」と回答した人を対象に、「親しい人とのつきあい」とストレスとの関連性を調べたところ(表15)、「趣味・スポーツを一緒に楽しむ」とストレスとの間に有意な関連が認められた。すなわち、親しい人と一緒に趣味・スポーツを楽しんでいる群は、高ストレス群の比率が低くなっていた。

対人関係とストレスの関連については、「対人関係そのものが個人の健康に直接的に影響を与えていく」とする直接仮説と、「対人関係からのサポートがストレスからの影響を軽減する」という緩衝仮説がある<sup>13)</sup>。本調査では、ネットワーク規模とストレスの間に関連性が認められなかった。これは、親しい関係の有無が直接的に中高年男性の

ストレスに影響を与えてゆくというよりは、むしろ対人関係の具体的な機能(どの様なサポートを提供しているのか)が、ストレスと密接に関連していることを示唆するものである。その意味では、緩衝仮説を支持する結果であろう。対人関係の機能とストレスとの関係については、一緒にお酒を飲んだり、仕事や家族の話をするのはストレス軽減にはつながらず、趣味・スポーツを一緒にすることのみが、ストレスに好影響を与えていた。これは、前述の対処行動と同様の結果であり、一人で楽しもうが、人と一緒に楽しもうが、趣味・スポーツ活動にうちこむという対処行動が、きわめて有効なストレス軽減法であることを示している。

### ③ 飲酒とストレス

本調査でもストレスに対して「お酒を飲んで気分をまぎらわせる」という方法を半数以上が採用しているように、男性にとって飲酒は最も採用されやすいストレス対処法のひとつである。ここでは、対象者のストレス度と飲酒との関係を捉える。

個々の飲酒理由項目に対し、「よくあてはまる」、「まああてはまる」と回答した群を該当群、「あまりあてはまらない」、「まったくあてはまらない」と回答した群を非該当群に分類し、GHQ得点

表14 ネットワーク規模とストレス

親しい人の数	GHQ得点(%)		$\chi^2$ 値
	低い群	高い群	
特になし	66.2	33.8	1.56
1～3人	65.4	34.6	
4～5人	70.4	29.6	

表15 「親しい人とのつきあい」とストレス

		GHQ得点(%)		$\chi^2$ 値
		低い群	高い群	
(1) 趣味・スポーツを楽しむ	頻繁にする群	70.9	29.1	4.52 *
	頻繁にしない群	60.8	39.2	
(2) お酒を飲む	頻繁にする群	71.2	28.8	3.59
	頻繁にしない群	61.5	38.5	
(3) 家族の話をする	頻繁にする群	67.4	32.6	.43
	頻繁にしない群	70.7	29.3	
(4) 仕事の話をする	頻繁にする群	57.7	32.3	.41
	頻繁にしない群	71.0	29.0	

\* P < 0.05

の高い群と低い群がどのように分布するかを調べた。その結果が表16である。「仕事や人間関係からのストレス解消のため」、「職場の人間関係を円滑にするため」、「疲れを忘れるため」、「なんとなく」、以上の項目を理由に飲酒する者に高ストレス群の比率が有意に高かった。この結果は、実際にストレスの高い人ほど、そのストレス対処あるいは疲労回復を理由に飲酒していることを示している。また、職場での人間関係を円滑にするために酒を利用する人や、なんとなく飲まない物足りないと感じている人も、ストレスが高いと解釈できる。

#### ④ ジェンダー意識とストレス

対象者のジェンダー意識とストレスの関係をみてみよう(表17, 18参照)。まず、「男らしき規範」とストレスの間には関連はみられなかった。しかし、男らしさに対する自己イメージでは、自らを

「男らしく思わない」者の高ストレス群の比率が62.2%と、有意に高く( $P < .000$ )、さらに「男らしさへの願望」では、「もっと男らしくなりたい」者の高ストレス群の割合が42.3%と有意に高くなった( $P < .001$ )。GHQ得点群別のPAQの平均M得点をみると、高ストレス群が17.53点と、低ストレス群の19.34点に比べ有意に低い( $P < .000$ )という結果が得られた。

この結果から次のことが考察しえよう。先に「男らしき規範」の単純集計でみたように、規範としての「男らしさ」は一般に強く内面化されている。よって、規範の内面化とストレスには明瞭な相関がみられなかった。しかし、対象者のジェンダーアイデンティティが、ストレスと相関していることは注目に値する。社会に「男らしき規範」が強く存在し、男性がほぼ一律に男らしさを求められるゆえに、「男らしくない男」はそのギャップが

表16 飲酒理由とストレス

飲酒理由		GHQ得点(%)		$\chi^2$ 値
		低い群	高い群	
1 眠るため	該当群	66.3	33.8	2.25
	非該当群	72.5	27.5	
2 疲れとるため	該当群	65.3	34.7	7.20 *
	非該当群	76.3	23.7	
3 ストレス解消	該当群	61.6	38.4	12.66 **
	非該当群	76.0	24.0	
4 工作上必要	該当群	67.3	32.7	.92
	非該当群	71.6	28.4	
5 人間関係円滑	該当群	64.4	35.6	7.70 *
	非該当群	75.5	24.5	
6 家庭で	該当群	70.4	29.6	.02
	非該当群	69.4	30.6	
7 味そのもの	該当群	72.9	27.1	3.26
	非該当群	65.3	34.7	
8 仲間と	該当群	68.6	31.4	.97
	非該当群	73.3	26.7	
9 異性と	該当群	69.5	30.5	.00
	非該当群	69.9	30.1	
10 晩酌	該当群	70.6	29.4	.20
	非該当群	68.0	32.0	
11 なんとなく	該当群	66.0	34.0	4.92 *
	非該当群	75.2	24.8	
12 性的高揚	該当群	64.3	35.7	.21
	非該当群	70.2	29.8	

\*  $P < 0.05$  \*\*  $P < 0.01$

表17 自己評価・自己願望とストレス

	GHQ得点(%)		$\chi^2$ 値
	低い群	高い群	
男らしい	75.2	24.8	39.70***
男らしくない	37.8	62.2	
もっと男らしくなりたい	57.7	42.3	15.50**
もっと男らしくなりたくない	77.7	22.3	

\*\*\* P&lt;0.01 \*\* P&lt;0.001

表18 GHQ群別男らしさ規範・PAQ得点

	GHQ得点		F値
	低い群	高い群	
男らしさ規範得点	34.64	34.88	.17
PAQ 男性性(M)得点	19.34	17.53	27.13***

\*\*\* P&lt;0.001

ストレスとなりやすいのだろう。さらに、「もっと男らしくなりたい」と願望する者の高ストレス群出現率の高さは、「男らしさ」の追求それ自体がハードシップであり、その結果ストレスを引き起こすのかもしれない。あるいは、自らの男性性欠如ゆえの男らしさの希求であろうか。また、PAQ尺度M得点の結果において、低ストレス群は男性性得点が高かったことから、社会に認められた男性性を十分に発揮できる人は、社会に適応しストレスも少ないが、社会が認めた男役割や男らしさへの適応不全者はそれだけストレスフルになるといえるだろう。

#### 4. ま と め

以上、調査結果を中心に、今回の中高年男性調査研究における一般サンプルに関するストレスや保健問題を報告してみた。そこでそのまとめとして、調査結果の要約と、若干のコメントならびに今後の研究課題も含めて述べてみたい。

1) 規則正しい食生活が「なかなかできない」と回答をする中高年男性が、38.3%を占めたが、この数値を高いとみるか、低いとみるかは、論の分かれるところであろう。性急な議論をひとまず脇においてよく考えれば、運動や趣味・娯楽などの選択性の高い保健行動と違って、そもそも人間にとって基本といえる食物摂取が不規則とならざるをえない事態は、歪んだライフスタイルである

ことに違いない。それを現実だからと考えるか、そうした現実に慣れてしまうことが恐いと考えるかが、議論の分岐点ということになろうか。同時に、1/3強の働き盛りの中高年男性たちが、「規則正しい食生活」がなかなかできないという、きわめて単純な事実の背後に生じている様々な複雑な社会状況をしっかりと見据える必要があると思われるのである。とりわけ、国策を含めて昨今の“生活関連”論議を顧みる時、この必要性は単に保健的観点のみならず、社会、経済、政治など、いくつかの異なる文脈においても妥当するものである。

2) 半数の回答者が「ほとんど毎日」飲酒をしているが、この数値自体は他のいくつかの飲酒調査と比較しても、そう高いものとは思われない。晩酌は日本の伝統的な飲酒文化であり、「仲間や友人と楽しく過ごすため」「お酒の味そのものを楽しむため」といった理由とリンクしている場合には、問題があろうはずもない。むしろ、こうした健全な飲酒文化をどう継承維持させていくかを考えるべきであろう。ただ、この延長線上で考えさせられるのは、長年の晩酌がこうじてアルコールへの依存が形成されてしまう、いわゆる日本的なプライマリー型アルコール依存症の問題である。このプライマリー型に関して精神保健の観点からいえば、今回の調査結果からは、晩酌を単なる伝統的飲酒行動とみなすだけでは不十分で、やはり適正飲酒の観点から問題にすべき点が内包されていること、そしてこれまで研究されてきた問題飲酒の

みならず、通常飲酒としての晩酌行動にももっと問題関心をむけるべきことが感じられた。というのも、なんとなく物足りないから、あるいは疲れを忘れるため、といった飲酒理由と晩酌が結びついている場合、それは社会的薬物としてのアルコールを無自覚的に利用している可能性が高いからである。加えて、前記1)の点とも関連して、不十分な保健行動に対する、いわばnegative coping behaviorとして飲酒が使われている可能性も高いからである。

3) 中高年男性のネットワークは、概して豊かとはいいがたいものであることが明らかにされた。しかし他方で、「趣味・学習・スポーツの活動を通じて」友人や知人が形成される契機も少なくない。つまり、これまでの「職場人間」「仕事中毒」などといった、中高年男性のステレオタイプのイメージだけでは捉えきれない、異なる側面も確認された。ストレス問題への関心や保健意識のさらなる浸透ともなっており、あるいはそれと相互に因となり果となりして、今後中高年男性のネットワークも多面的になってくることが窺える兆し、と読めるのか否か、注目し続けたい結果であった。

4) ジェンダー、すなわち男らしさや女らしさなどの文化的性差規定と精神保健問題の関連を取りあげた今回の調査からは、男らしさ規範が中高年男性の間に広汎に内面化されている様子が明らかにされた。そして、男性性尺度で男性性の低い者の方が、もっと男らしくなりたいとの願望を強めていた。つまり、中高年男性に広く受け入れられている行動規範として、例えば「他人に弱みをみせず依存せず、独力で解決せよ」という男らしさ意識にもとづいて、男らしくなれない男たちは「もっと男らしくなりたい」と答えているのである。もっとも、ポスト・モダンを標榜する若年男性との比較で、これらの中高年男性のジェンダー意識が強いのかどうかは、今回の調査結果からは不確かだ、これからの社会を見通す上での材料は今回入手し得なかった。

5) ストレスとの関連をまとめて述べれば、「趣味・スポーツにうちこむ」対処行動はストレス解消、緩和にプラスに作用し、一人で耐えたり、あきらめたり、グチを聞いてもらうなどの対処行動

では、明らかなプラス作用は認められなかった。このきわめて常識的ともいえる結果は、さらにそうした常識的な対処行動をとりうるか否か、あるいはそれを方向づける条件、などの探索がさらなる課題となるが、今回はアルコール依存症者との比較を念頭に置いていたため、この点への切込み不足は否めない。ただし、中高年が抱える多くのストレスが対職場関連であることを考える時、この探索課題には単に個人の対処資源のみならず、組織的レベルにおける対処資源状況を探るべき、との課題提案が対処様式モデルに基づきなされた。あるいはまた、対処志向性の点からは、中高年男性が内面化している「男らしき規範」の影響も見逃せない点が示唆されたが、今後さらに調査され考察が深められるべき課題といえよう。

6) 今回の調査で最もユニークで、かつ興味深い結果が、このジェンダー問題との関連から得られた。すなわち、男らしき規範を内面化しているにもかかわらず、男らしくなれない場合には、そしてさらにはいくつかのルートでこれがストレスと関わりやすいことが示唆された。このことは同時に、男らしいとの自己イメージを持っている男性はストレスが低い、という結果をも示唆している。現段階では、男らしき願望とその挫折がどのような仕方ですと結びついてゆくかは、あげて今後の課題というしかないが、少々第2報を先取りしていえば、アルコール依存症者にこの男らしき願望とその不充足が著しいことを示す結果を想起する時、われわれは男性のストレス問題を考えてゆく上で新たな鉤脈に近づいたように思われるのである。

最後に、このジェンダーについて少々付言すれば、これまで精神医学でもこれに似た視点が無かったわけではない、との見方もできる。フロイトの理論や、ましてやフロムライヒマンの「分裂病をつくる母親」、さらにはアルコール家族研究における「アル中をつくる妻」などの概念は、家庭で生じる子供や夫の問題は女の責任とごく常識的に考えていた、「女は家庭」とする当時のジェンダー意識の所産によるところが大きいように思われる。しかしこれらの場合、研究者自身が無自覚的にジェンダー意識を内面化していた例にすぎず、

それを自覚的に一つの視点として精神医学や精神保健の問題を検討しようとするものでは、およそありえなかった。

女性の社会進出や寿命の延びによる定年退職後の期間の長期化等は、「男は仕事、女は家庭」という性別役割分業を機能させなくなる。性別役割分業をめぐる女性を対象とした研究知見は、これまでも積み重ねられてきているが、新しいジェンダー的視点からの男性を対象とした研究はなお少ない。本論はこの欠落部分の一端を明らかにしたものであるが、男性の役割や男らしさ、あるいはそれらとストレスとの関係は、今後男性の精神的健康を追求していく上で、重要な課題となるものと思われるのである。

#### 注

- 1) 厚生省：昭和63年保健福祉動向調査（心身の健康）：84-87, 19.
- 2) 清水新二：アルコール・ソーシャル・システム論再考—日本の飲酒文化と飲酒行動。大阪市立大学生生活科学部紀要32：357-373, 1984.
- 3) Lemle, R., Mishkind, M.E.: Alcohol and Masculinity. *Journal of Substance Abuse Treatment* 6: 213-222, 1989.
- 4) Barrera, M., Jr.: Distinction between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology* 14: 413-445, 1986
- 5) 「趣味・スポーツを一緒に楽しむ」「一緒にお酒を飲む」の相関関係は0.23 ( $P < .001$ ), 「家族の話をする」「仕事の話をする」の相関関係は0.29 ( $P < .001$ )であった。
- 6) 柏木恵子：青年期における性役割の認知。教育心理学研究15, 41: 93-202, 1967.
- 7) 男性性を最も象徴するのが、生産力（仕事での成功とそれに必要な特性）と生殖力（セクシュアリティ）であろう。本調査の男性のセクシュアリティ規範の指標化は成功したとはいえない。セクシュアリティの指標は今後の課題である。
- 8) Spense, J.T., Heimreih, R.L.: *Masculinity and Femininity*. University of Texas Press, 1978.
- 9) PAQによる既存の知見では、1986年関井調査：平均M得点18.63 (S.D.=4.45), F得点21.34 (S.D.=3.92)。1983年東調査：M得点17.24 (S.D.=4.48), F得点21.27 (S.D.=

3.88) となっている。

出所；関井友子：「男性性」に関する実証的研究—性別役割分業観と自己評価意識において—。家族研究年報15：65-83, 1989.

東清和・小倉千加子：性役割の心理。大日本図書, 178, 1984.

- 10) 椎谷淳二, 栗田広, 宗像恒次：精神薄弱関係施設職員の精神健康とその社会的背景（第一報）。精神保健研究36：113-145, 1990.
- 11) Folkman, S., Lazarus, R.S.: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and social Behavior* 21: 219-239, 1981.
- 12) 本村汎, 松田智子：家族成員の対処行動と対処効果をめぐる—研究—家族システムとストレスを中心にして。大阪市立大学生生活科学部紀要38：383-391, 1990.
- 13) 稲葉昭英, 浦光博, 南孝男：「ソーシャル・サポート」研究の現状と課題。哲学83：109-149, 1985.

#### Abstract

This study was conducted to examine the effects of coping behavior, social networks, drinking behavior, and gender on stress symptoms among the middle-aged men. The subjects were 690 middle-aged fathers of university students. The stress symptoms were measured by the brief Japanese version of GHQ. Thirty-one percents of subjects were distressed. Those who were not distressed frequently employed coping behavior of "concentrating on hobbies and sports" and had the social network of "enjoying hobbies and sports together". Those who were distressed used alcohol as means of stress management, frequently employed coping behavior of "enduring the situation" and/or "telling there is nothing I can do about it", perceived themselves as not being masculine, and wanted to be more masculine.

【原著】

## 日本人の季節による気分および行動の変化

白川修一郎<sup>1)</sup> 大川 匡子<sup>2)</sup> 内山 眞<sup>2)</sup> 小栗 貢<sup>3)</sup> 香坂 雅子<sup>4)</sup>  
 三島 和夫<sup>5)</sup> 井上 寛<sup>6)</sup> 亀井 健二<sup>7)</sup>

抄録：国内で緯度差のある4地域の一般住民668名を対象に、気分、感情と睡眠・活動レベルが、季節によって地域ごとにどう変動するかを調査した。(1) 寒冷地の被験者は冬季に睡眠時間がより長くなり、有意な地域差が見られた。(2) 季節変動の大きな集団は、札幌が14.7%、秋田が16.5%で、鳥取・鹿児島は平均11.5%より3~5%程多かった。これより季節性感情障害の背景因子として、一般住民の気分や行動の季節性変動が関与している可能性が示唆された。

精神保健研究 39; 81-93, 1993

**Key word:** *seasonality, Japan, normal subjects, seasonal affective disorder, SPAQ*

## はじめに

感情障害のうちで季節性感情障害(Seasonal Affective Disorders: SAD)は臨床症状が軽度であり、その知識の普及も十分ではない。したがって、通院の機会もないまま、一般の社会生活において治療を受けずに経過する患者も多いと推定されている。これまでに欧米ではかなり多くの患者

が報告され、疫学的調査も行われている。我が国でも1988年より1989年まで新聞などによる季節性感情障害患者のリクルートが行なわれ、多施設共同研究の結果についての報告がTakahashiら<sup>7)</sup>により行なわれた。しかし、我国での季節性感情障害患者の実態の把握はまだ十分とはいえず、また本疾患の病態は不明なところが多い。臨床上的特徴とされる冬期の抑うつ感情が自然な季節変動による生理的变化の程度が高度であるものか、ある

Seasonality in the moods and behaviors of a normal population sample in Japan

<sup>1)</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所, 老人精神保健部

Shuichiro Shirakawa: Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>2)</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所, 精神生理部

Masako Okawa, Makoto Uchiyama: Department of Psychophysiology, National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>3)</sup> 東邦大学理学部統計学教室

Mitsugu Oguri: Toho University, Department of Biometrics

<sup>4)</sup> 北海道大学医学部精神医学教室

Masako Kosaka: Hokkaido University School of Medicine, Department of Psychiatry

<sup>5)</sup> 秋田大学医学部精神科学教室

Kazuø Mishima: Akita University School of Medicine, Department of Psychiatry

<sup>6)</sup> 井上クリニック

Hiroshi Inoue: Inoue Clinic

<sup>7)</sup> 鹿児島大学医学部神経精神医学教室

Kenji Kamei: Kagoshima University School of Medicine, Department of Psychiatry

いは過眠、過食など随伴する生物学的背景を特徴として冬期にみられる生理変化とは質的に異なるものか否かについては明らかにされていない。このことから本研究では季節性感情障害の病態解明を目的として次のような点を検討した。一般住民について本疾患に特徴的であるとされるさまざまな症状を季節性変化としてとらえ、本疾患の発症には季節による日照時間と気候の影響が多いことが知られているため、この季節性が我国の各地域でどのように異なるかを検討した。すなわち、国内で緯度差のある4地域の一般住民において、気分、感情と睡眠・活動レベルが、季節によって地域ごとにどう変動するかを調査し、次に、被験者の中で特に季節性変動の高い集団を抽出し、変動の少ないグループと比較検討した。

#### 対象および方法

対象は、札幌市、秋田市、鳥取市、鹿児島市の4市にある男女共学の高校1校を選び、それぞれの高校2年生100名およびその両親200名、合計300名、全国総数1,200名を対象とした。札幌市、秋田市、鳥取市、鹿児島市は、北より4度つづの緯度差をもち、冬期の気候に大きな差異が認められる。対象者の季節性感情変化を調査するために、学校を通して高校生とその両親にアンケート用紙を配布し、学校で一括して、または郵送法により回収した。

アンケート用紙は米国精神保健研究所(National Institute of Mental Health)で使用されている季節性感情障害評価質問紙(Seasonal Pattern Assessment Questionnaire)(Rosenthalら<sup>6)</sup>, 1987)をもとに、許可を得て日本語版を作製し、本調査のために「健康調査書」という表題を付した(添付資料)。この調査用紙は19項目からなり、適確に心理量を把握するために評定尺度を採用し、項目の弁別力をG-P分析<sup>2)</sup>(個人総合得点の上位群一下位群間での項目ごとの平均値の差の検定)により統計的に確認したものである。健康調査書の配布開始は1991年10月、終了は1992年3月であった。

各地域の対象者の感情、活動性、睡眠、食事な

どの月別季節性変動と地域差、さらに季節変動の大きな集団をRosenthalら<sup>6)</sup>の反応基準に従い分類し、その特徴についてデータ解析を行った。次にこれらに影響を及ぼすと考えられる性、年齢、社会性因子、生活様式、各地域の気象条件などを検討した。なお、統計検定は、季節性の変動に関しては一元配置、二元配置のANOVAを用い、地域ごとの比較はScheffe F-testを用いた。

#### 結 果

##### 1) 調査用紙回収率

調査用紙回収率は、札幌68.0%、秋田88.3%、鳥取100%、鹿児島78.7%と高い回収率であった。回答者は高校生女性175名、男性160名、年齢15~18歳、両親女性335名、年齢35~54歳、男性333名、年齢34~59歳であった。

##### 2) 各質問事項の分析

今回、解析の対象とした有効な被験者は、両親668名の反応であり、平均年齢(±S.D.)は女性43.5±3.4歳で男性46.2±3.8歳である。各地域ごとの男女比と調査例数および平均年齢をTable 1に示した。

a) Fig. 1に感情、人づきあい、睡眠、体重の月ごとの変動を4地域について図示した。札幌、秋田では冬期に睡眠が長くなり体重が増加し、春期になると気分が向上する傾向が他の地域より強く観察された。また、鹿児島では6月に気分の落ち込みが認められ梅雨の影響と考えられた。さらに、睡眠の長さや人づきあい、体重の変動、感情変化、食欲および活動性の季節的な変化の度合について検討したところ、睡眠の長さは地域により有意差があり、寒冷地の被験者は冬季に睡眠時間がより長くなる傾向を示していた(Fig. 2)。人づきあいや体重の変動についても有為な地域差が見られた。地域ごとの比較では、睡眠の長さで札幌と秋田の住民は鳥取と比べより季節性変動がみられ、活動性も同様であった。また、札幌、秋田の住民は他地域と比べ、どんよりと曇った日や日照時間の短い季節に気分が落ち込み、日照時間の長い季節に気分がより高揚していた。

b) 季節変動の大きな集団を、Rosenthalら<sup>6)</sup>の

8点という反応基準に従い、8点以上と未満の2群に分けて検討した。8点以上のhigh seasonality groupは668人中、89名で、13.3%であった。女性がやや多いが統計的には性差は認められなかった。地域ごとの集計では、札幌が14.7%、秋田16.5%で、鳥取・鹿児島は平均11.5%より3~5%程多い傾向を示し、ANOVAにより有意に地域差が認められた(Table 2)。両群の感情変化、人づきあい、睡眠の長さや体重の変動について、季節ごとの比較を行ったところ、high seasonality groupはlow seasonality groupに比べどの項目でも季節性変動は大きかった。特に、睡眠の長さや体重の変動については、high seasonality groupにおいて冬期と春季の差がより明瞭であった(Fig. 3)。次に気分に影響する気候や天候についてこの両群を比較したものがFig. 4である。high seasonality groupは寒い気候、湿気の多い気候に、より強く反応し、low seasonality groupに比べ有意に気分が悪化していた。また、日の短い季節、曇った日には気分が有意に低下していた。

## 考 察

今回の調査用紙による一般住民に対する季節性の気分の変化、活動量、睡眠、食事量、体重など生物学的指標の変化についての調査は、季節性感情障害に特徴的とされる症状を取り上げたものである。調査対象地は北の札幌より南の鹿児島まで緯度でほぼ4度づつ異なっており、日長時間の差や気温の差が上記の感情や行動にどのような影響を及ぼしているかが判明するものと期待された。札幌は北緯43度、秋田は北緯40度と比較的高緯度であり、また冬期の降雪のため、日照時間が少なく、夏期は高温になる日が少なくしのぎやすいという気候・気象特性を持つ地域である。また、札幌は梅雨がないという特徴も持つ。一方、鹿児島は低緯度で、冬期は降雪や低温の日が少なく比較的しのぎやすいが、梅雨の時期や夏期には多湿の日が多く高温になることが特徴である。また鳥取は中緯度であり、冬期の日長時間などは秋田、札幌と鹿児島の間になる。

今回の調査での特徴的なことは、札幌と秋田の

比較的高緯度の地域で、一般住民でも気分、睡眠量、体重などに季節による変化がより強くみられ、冬期には睡眠が長くなり体重が増加するという季節性感情障害の特徴的な変化と類似のものが認められた点である。また梅雨の時期の気分の悪さは鹿児島で認められ、札幌では夏期においても気分は非常に良好であった。これは鹿児島では梅雨時や夏期に気温と湿度の上昇が大きく、札幌では梅雨がないという日本の気候特性によるものと考えられた。すべての地域で気分の最も良好となる時期は秋であった。日本では秋季は気温や日照条件で全体として良い季節であり、調査ではこれらが反映されたもので、SADの背景にある生物学的要因とは考えにくい。睡眠量の変動について検討してみると、全般的に梅雨時から夏にかけて減少が認められ、これは気候の影響と考えられた。しかし、この変化は秋田で最も大きく、この地域の夏期の気温や湿度を考えると、秋田と札幌で睡眠時間が短縮するのは、気温などの影響のみであるとは考えにくく今後の検討を要する。さらに、季節性変動についての地域ごとの比較をしたところ、睡眠量、人づきあい、体重変化に地域差が有意に認められ、睡眠量では高緯度地方が中緯度地方に比べ季節性の影響をより強く受けていることが判明した。

季節点については、今回の調査ではhigh seasonality groupは13.3%であり、Rosenthalら<sup>9)</sup>のアメリカ東部北緯30度~50度の14.2~30%という報告よりやや少ない傾向であった。またWirz-Justiceら<sup>10)</sup>のスイスの北緯45度の地域やPartonenら<sup>11)</sup>のグループのフィンランドの北緯60度の地域における調査ではほぼ13%であり、今回の集計結果とほぼ一致していた。Rosenthalら<sup>9)</sup>の北緯40度以上に限った集計では25~30%と非常に高い値であるが、日本の北緯40~43度では14.7から16.5%でありさらに高緯度のスイスとフィンランドの調査もほぼ同様の比率であった。したがって、日本でのhigh seasonality groupの比率は妥当なものであると考えられた。このhigh seasonality groupの男女比率は全国平均で男性1に対し女性が1.34であり、統計的には有意差は認められないが女性の方がやや高い傾向を示した。また、我国

での季節性感情障害の発症は1:1.5とやや女性に高く(Takahashiら<sup>7)</sup>), 諸外国ではSAD患者が男性と比較して女性に3~5倍も多い(Boyceら<sup>1)</sup>, Helleckson<sup>3)</sup>, Thompsonら<sup>8)</sup>, Wirz-Justiceら<sup>9)</sup>)と報告されている。今回の調査によるhigh seasonality groupの性差と季節性感情障害の発症の性差に類似点が認められたことは、SADにおいて女性の発症率が高いことの背景に、季節性に対する女性の高い反応性に起因ことを示唆していた。これは、日本のSAD患者の女性の比率が、海外と比べ低い点についての解明に、新たな視点を与える結果であった。すなわち、それぞれの国での日常生活における自覚症状のとらえ方や受診の動機などが異なっている可能性も考えられるが、high seasonality groupなどのSADの背景因子についても国ごとに異なっている可能性が示唆され、今後検討を要する課題であると考えられた。地域ごとのhigh seasonality groupの集計では、秋田、札幌が高く、感情や行動の季節性変動の強さが秋田、札幌が高いという前記結果ともよく一致していた。これらのhigh seasonality groupは、寒い気候、湿気の多い気候により強く反応し、日の短い季節、曇った日には気分が落ち込み、SADの臨床症状とよく一致していた。

日長時間や気温の季節性変動は緯度に強く影響されるが、日照時間は日本の場合、地域性が高い。Fig. 5に気象庁による1961年から1990年まで集計の月別月間平均日照時間を地域別に示す。冬季の日照時間は、秋田が最も短く次いで鳥取、札幌となっている。このことは、秋田におけるhigh seasonality groupの比率が16.5%と、より高緯度の札幌の14.7%よりも高いことの原因となっている可能性を示唆している。以上の結果をまとめてみると、冬季の日照時間と気温が気分、睡眠量や体重の季節性変化に大きな影響を与えており、これが秋田など冬期に日照時間が大幅に減少し、かつ気温も低下する地域における冬期うつ病の発症の背景要因となっている可能性が考えられる。また、季節的変動があるために困っている住民の比率は、high seasonality groupは40.4%であり、low seasonality groupは16.1%であった。これらのことは、季節性感情障害の背景因子として、一

般住民に見られた気分や行動の季節性変動が存在している可能性を示唆しており、今後季節性感情障害患者についても本調査を行い、high seasonality groupとの比較検討を行う必要性のあることが判明した。

この研究の一部は、平成3年度、平成4年度厚生省精神神経疾患研究委託費(3指-6)により行なわれた。

#### 文 献

- 1) Boyce, P. and Parker, G.: Seasonal affective disorder in the Southern Hemisphere. *American Journal of Psychiatry* 145: 96-99, 1988.
- 2) Guilford, J.P. (秋重義治監訳): 精神測定法. 培風館. 東京, 1976.
- 3) Helleckson, C.J.: Phenomenology of seasonal affective disorder: an Alaskan perspective. In: *Seasonal Affective Disorders and Phototherapy*. N.E. Rosenthal and M.C. Blehar (eds.), Guilford Press. New York, pp. 33-45, 1989.
- 4) 日本気象協会(気象庁監修): 気象年鑑. 大蔵省印刷局, 東京, 1991.
- 5) Partonen, T., Partinen, M. and Lönnqvist, J.: Epidemiology of seasonal affective disorder in Finland. *Journal of Sleep Research* 1 (supplement 1):172, 1992.
- 6) Rosenthal, N.E., Genhart, M., Sack, D. A., Skwere, R.G. and Wehr, T.A.: Seasonal affective disorder: relevance for treatment and research of bulimia. In: *Psychobiology of bulimia*. Hudson, J.I. and Pope, H.G. (eds.), APA Press, Washington D.C., pp. 226-228, 1987.
- 7) Takahashi, K., Asano, Y., Kohsaka, M. and Okawa, M.: Multicenter study of seasonal affective disorders in Japan. A preliminary report. *Journal of Affective Disorders*, 21:57-65, 1991.
- 8) Thompson, C. and Isaacs, C.: Seasonal affective disorder—a British sample: symptomatology in relation to mode of referral and diagnostic subtype. *Journal of Affective Disorder*. 14: 1-11, 1988.
- 9) Wirz-Justice, A., Graw, P., Bucheli, C., Schmid, A.C., Gisin, B., Jochum, A. and

Poldinoer, W.: Seasonal affective disorder in Switzerland: a clinical perspective. In: C. Thompson and T. Silverstone (Eds.), Sea-

sonal Affective Disorder. CNS Publication, London, pp. 69-76, 1989.

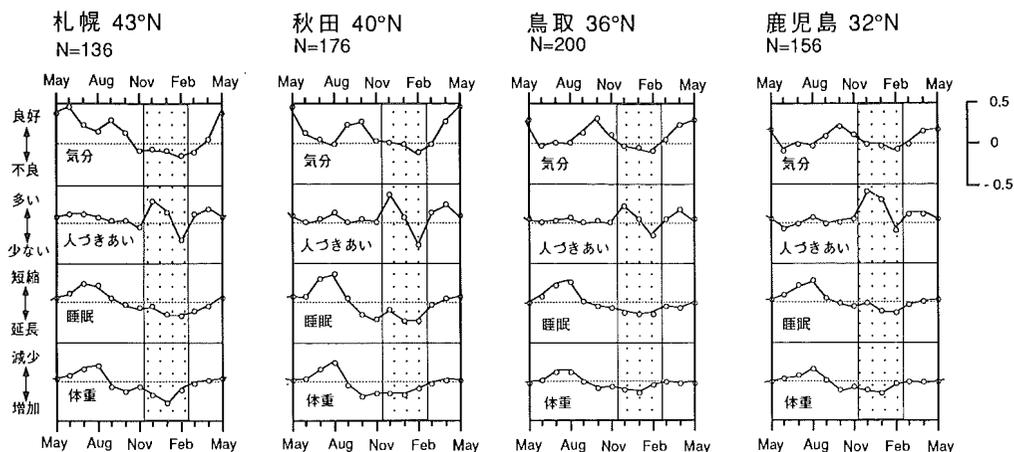
Table 1 調査地域と対象者の属性

地域	緯度	被検者数	男女比	年齢 (平均±標準偏差)
札幌	43°N	136	1:1	44.5±3.9
秋田	40°N	176	1:1	44.6±3.8
鳥取	36°N	200	1:1	44.9±3.9
鹿児島	32°N	156	1:1	45.3±3.8

Table 2 日本におけるhigh seasonality groupとlow seasonality groupの出現比率

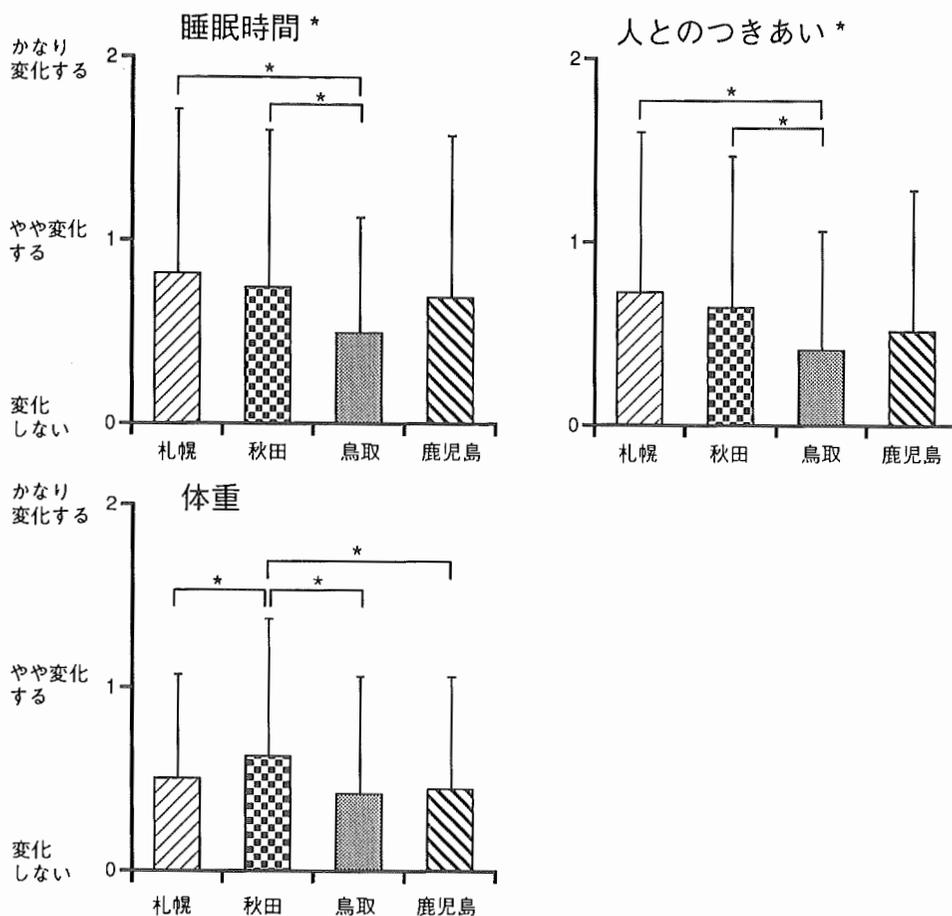
	low seasonality group (lsg)	high seasonality group (hsg)	
季節性得点	< 8	8 ≤	
被検者数	579 (86.7%)	89 (13.3%)	
性別			
女性 : 男性	0.96 : 1.00	1.34 : 1.00	NS
年齢	44.8	45.0	NS
地域別			
hsg 出現比率**			p<0.01
札幌		14.7%	
秋田		16.5%	
鳥取		12.1%	
鹿児島		10.9%	

Fig. 1 日本人の感情と気分, 睡眠, 活動レベルの季節変動



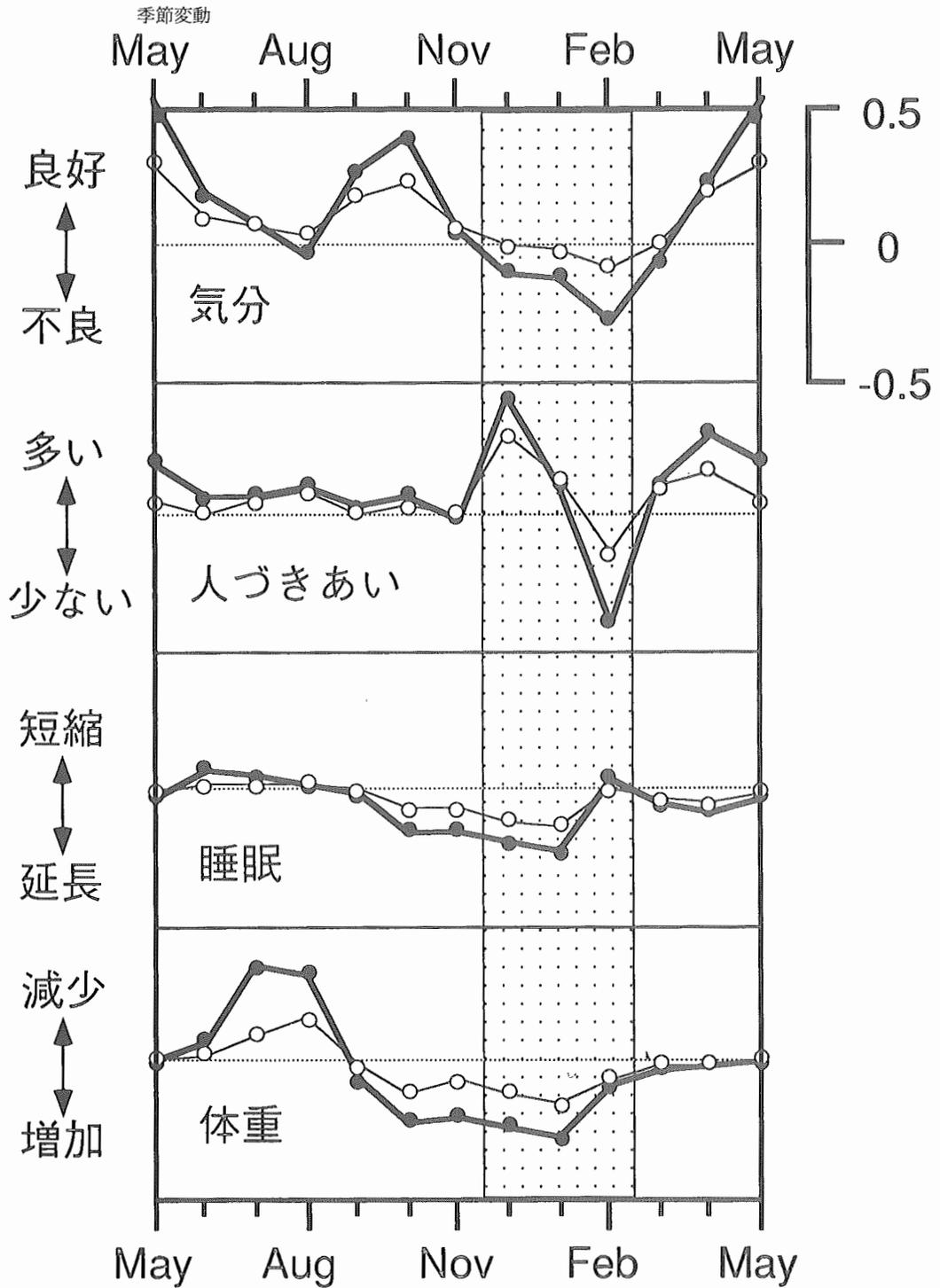
北よりほぼ4度づつ緯度差を持つ札幌, 秋田, 鳥取, 鹿児島的一般住民を対象に, 気分, 人づきあい, 睡眠量および体重の季節性変動について示した。食欲は体重の変動とほぼ同等の季節変動を示したので除外した。対応する両極の質問内容を持つそれぞれの項目に対する地域別, 月別の反応頻度を求め, 母集団に占める比率の差で表示した。影の部分は冬季を表している。下方が季節性感情障害に特徴的な症状と類似の変化を表すよう表示している。気分の冬季における悪化は札幌が開始時期, 振幅とも大きく, 冬季の睡眠量の増大は秋田が最も顕著である。

Fig. 2 睡眠量, 人づきあい, 体重変化に対する季節の影響の地域的差異



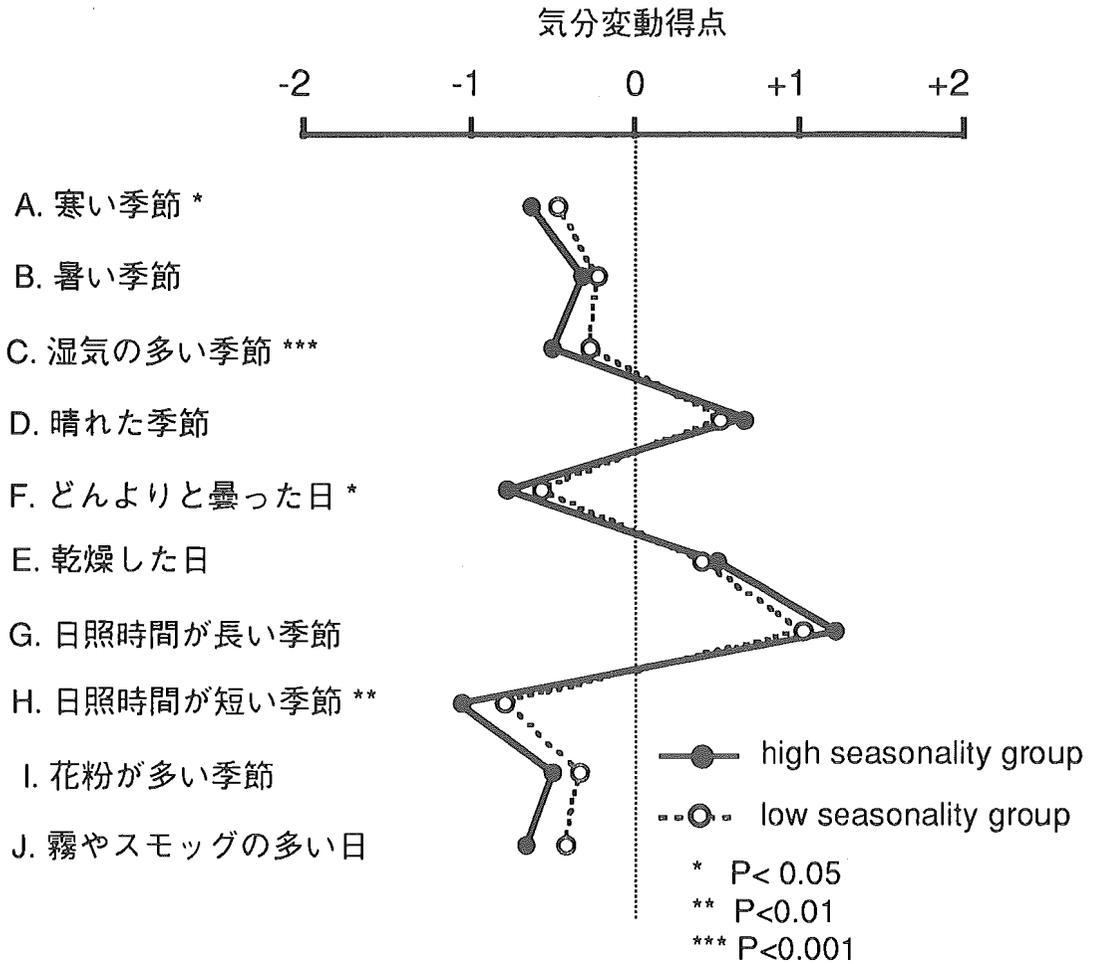
睡眠量, 人づきあい, 体重に対する季節の影響を4地域について比較した。季節によって変化しないと反応した場合は0点を付与し, 非常に大きく変化すると反応した場合は5点を付与した。各変量の右上の\*は, ANOVAにより有意な地域性の認められたことを示す。それぞれの地域の組み合わせの比較はScheffe F-testで行い, 睡眠量, 人づきあい, 体重変化において札幌と秋田の高緯度地域と鳥取, 鹿児島の中緯度地域との間に有意差が認められた。気分, 活動性, 食欲には地域性は認められなかった。

Fig. 3 high seasonality groupとlow seasonality groupの感情と気分, 睡眠, 活動レベルの



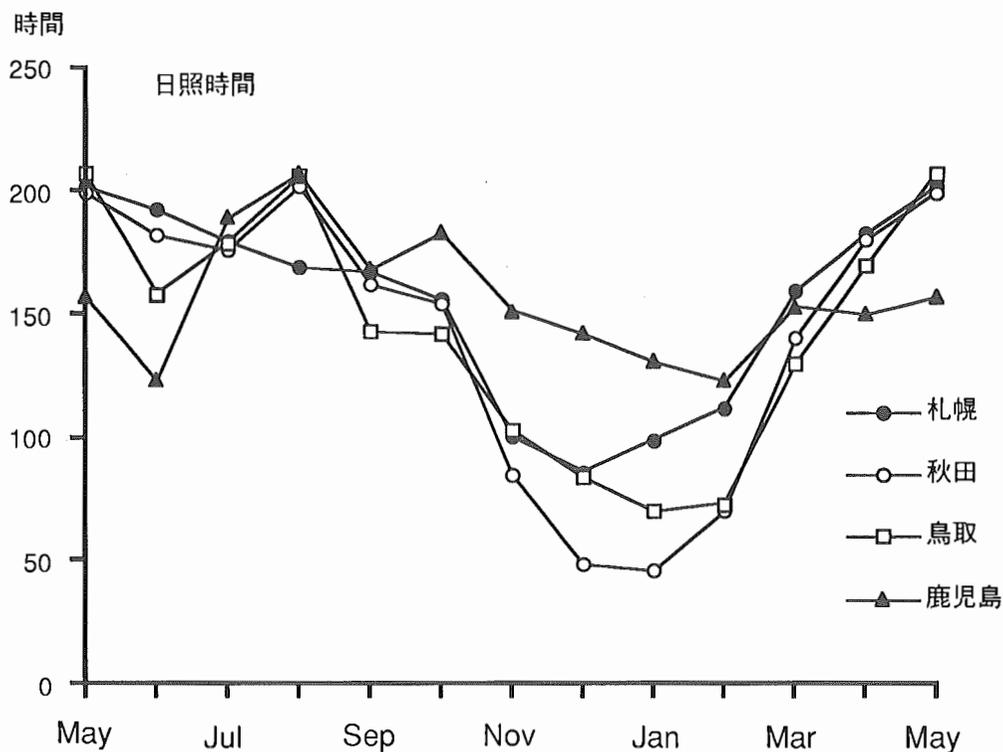
high seasonality groupの季節性変動は、すべての項目においてlow seasonality groupの変動より大きな振幅を示した。特に気分は冬季の悪化が強く、春季と秋季の改善がlow seasonality groupと比べ明瞭であった。

Fig. 4 high seasonality groupとlow seasonality groupの気分、行動に対する気候の影響



気候が気分や行動にどのような影響を及ぼすかを、high seasonality groupとlow seasonality groupの間で比較した。統計検定はScheffe F-testで行った。気分や行動の得点は、両極性5件法の尺度を採用し、変化なしを0点とした。元気がなくなる、気分がめいるを-2点、活発になる、良くなるを+2点とした。両群間に有意差の見られた項目は、寒い季節、湿度の多い気候、曇った日、日照時間の短い季節であり、気分、行動ともhigh seasonality groupがより悪化していた。気分が良くなる気候は両群とも晴れた季節と日照時間が長い季節であった。

Fig. 5 地域別の日照時間の季節変動



気象庁の1961年から1990年までの集計<sup>9)</sup>による月別月間平均日照時間を地域別に図示した。冬季の平均日照時間は秋田が最も短く、次いで鳥取、札幌、鹿児島順であった。なお気温、日長時間は緯度に対応しており、冬季の平均気温が零下になるのは札幌、秋田であった。(気象庁編, 1991, 日本気候表より作成)

#### 資料 健康調査書

本調査用紙は米国精神保健研究所 (National Institute of Mental Health) で使用されている季節性感情障害評価質問紙 (seasonal Pattern Assessment Questionnaire) (Rosenthalら<sup>9)</sup>) をもとに許可を得て日本語版を作製し、本調査のために「健康調査書」という表題を付した。この調査用紙は19の質問項目からなり、質問項目13および18は、適確に心理量を把握するために評定尺度を採用し、項目の弁別力をG-P分析<sup>2)</sup>により統計的に確認したものである。本報告で使用した項目は、年齢、性差、質問項目12, 13, 18および14-(1)である。質問項目12は気分、感情と睡眠・活動レベルが季節によりどのように変動するかを把握するためのものである。6つの項目についてそれぞれ対応する両極の質問内容を設定している。集計は、対応するそれぞれの項目に対する反応頻度の差を求め、母集団での比率で示した。







## 【資料】

## 地域保安施設

P. R. Snowden\*

本稿は、1992年3月18日国立精神・神経センター精神保健研究所にて開催された「精神科地域医療に関する国際シンポジウム」における講演原稿である。このシンポジウムは、1991年7月15日に公衆衛生審議会から「地域精神保健対策に関する中間意見」が具申されたのを受けて、国外での地域精神保健の現状に対する知見を深めるために開催されたものである。今回の目的は、英国における地域精神医療の歴史や近年の精神保健法の改正、および、日本の精神保健法との比較等に置かれている。

## I. はじめに

精神病に対する効果的な治療法が開発されて以来、EnglandとWalesにおける精神科医療が変化し、精神病院の閉鎖病棟も開放されるようになり、精神病患者の治療に対する考え方もさらに自由化が見られるようになった。このような考え方は1959年制定の精神保健法に反映され、1983年の精

神保健法に引き継がれた。

このような精神科治療に対する考え方の変化、すなわち、身体疾患患者と同様、精神疾患患者も患者の自発的同意に基づいて、治療を受けるべきであるとする考えによって、大多数の患者と一般の精神医療施設に恩恵がもたらされた。精神保健法の民事収容手続あるいは刑事収容手続の条項に基づいて強制入院に服す少数の患者は特定の基準を満たさねばならず、またその大部分の患者は開放病棟に入院している。私の理解しているところでは、日本では多くの閉鎖病棟があるそうだが、この点で英国は違っている。しかし触法精神障害者、特に入院管理と治療の一端としてある程度の保安が必要とされる患者に対する取扱いは不良なものであった。このことは1960年代初頭において触法精神障害者が刑務所や特別病院に不適當に拘留されていることを示す証拠が非体系的ではあるが多くあることから明らかであろう。特別病院と刑務所、および特別病院と一般の開放的精神科治療施設の中間に位置する医療サービス施設が存在せず(図1)、このようなギャップがあるのにも拘らず、特に破滅的な事態が発生するまではほとんど何等の対策もなされていなかった。

Regional Secure Units

\*Prestwich Hospital

〔Bury New Road, Prestwich, Manchester, M25 7BL, U. K.〕

川島健治Kenji Kawashima

青山学院大学大学院法学研究所

School of Law, Graduate School of Aoyama Gakuin University

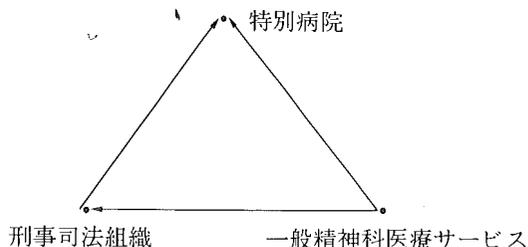
〔〒150 渋谷区渋谷4-4-25〕

北村俊則Toshinori Kitamura

国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部

Department of Sociocultural Environmental Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〔〒272 市川市国府台1-7-3〕



凡例 —→— 通常の患者の移動方向

図1: 1960年までの精神保健・刑事司法組織の関係図

触法精神障害者に対する医療サービスの開設という点に関しては、日本の状態は英国のそれと大差はないと思われる。英国政府が触法精神障害者に対する医療サービスを検討するために委員会を設置するに至ったのは、Graham Young事件が起きたためである。Graham Youngは10代の少年であったが、自分の父親と妹、ある小学校生徒に対して毒物を与えた。彼は毒物を実験したいという不健全な考えを持っていたことが明らかとなった。精神病質性人格障害であると診断された後、Broadmoor特別病院に収容、治療を受けたが、医師の診断で治癒したとみなされて退院したのであるが、維持療法が不十分であった。その後写真材料倉庫に勤め、仕事から同僚にお茶を運ぶようになった。そこで砂糖に毒を入れて同僚に勧めたため、2名が死亡し、他の人達は重傷を負ったのである。この事件の悪名は極めて高く、世論の非難も激しく、Graham Youngの謀殺罪宣告当日には内務大臣はButler卿を長とする委員会を設置した。この委員会報告は地域保安施設と司法精神医学サービスの開設を勧告し、近代的司法精神医学の発展を導いたのである。政府がこの委員会報告を受理し、地域保安施設の開設のための予算が計上されたが、各地方に地域保安施設が実際に開かれ、司法精神医療サービスが提供されるようになったのはその後数年経過したのちのことであった。保安施設の開設が遅れた全ての理由をここで説明する時間の余裕はないが、しかしこれらの地域保安施設をつくり上げるためには、それだけの気力、関心および先見の明を持つ先導者が必要であった。これは日本でも同じことで、地域社会に不人気の施設を開設しようとするれば同様な問題に直面することになると思う。

EnglandとWalesの人口を合計すると5100万人ほどに達し、England自体は14の地域保健当局Regional Health Authority (RHA) に分かれており、Walesもほぼ同数を擁している。これらRHAの大きさとその対象人口の数はまちまちである。司法精神科医を有していたRHA (多くのRHAは1970年中期までは司法精神科医を持たなかった) は、司法精神医療サービスが単に患者を閉じこめておくだけの地域保安施設になってしま

うのであれば、大した役には立たないことを自覚していた。地域保安施設はそれを根拠地とする入院患者用の総合的な司法精神医療サービス施設であるばかりでなく、開放的医療サービスや最大限の保安設備を整えた特別病院および刑事司法機関(刑務所、裁判所、保護観察サービス)を結ぶ役割も果たすものとして捉えられていた。この役割を果たすためには、地域の広さや人口分布、主要な刑務所、裁判所および道路網なども考慮に入れる必要がある。しかしRHAによっては地域保安施設を刑務所や裁判所あるいは人口密集地から遠く離れた場所に誤って設置してしまったため、地域保安施設の職員が保安施設以外にもその業務を広げることが極めて困難な状態となってしまったのである。

政府によって樹てられた当初の計画である、Englandに中程度の保安設備を整えた施設1,000病棟を設ける、という目標にはまだ到達していない。すなわち、計画樹立後16年も経過しているのに、中程度の保安設備を整えた病床数はまだ700に達していないのである。

## II. 地域保安施設

### 1. 設 計

地域保安施設は単に閉鎖病棟のある入院施設ではない。地域保安施設の根底にある設計思想は、次のようなものであった。(a)保安と治療のバランス、(b)建物の設計における柔軟性の必要、(c)地域保安施設とは処遇困難で攻撃的な患者を比較的長期間収容するものでなければならず、職業施設と娯楽施設も同様である。(d)職員(特に看護婦(士))はその施設で働き、そのような処遇困難な患者を管理するのであるからその設計にも参画すべきで、(e)施設は刑務所ではなく病院であるから、内部からみても外部から眺めても病院と感ぜられる施設をつくり出すために多大の努力が払われるべきである。

ほとんどの地域保安施設はエアロック出入システムの両開きドアを持っている。現在では、管理部門や事務用スペースは保安区域内部ではなく外部に置いたほうが良いと考えられている。これら

地域保安施設の大部分には入院病棟、治療・リハビリテーション病棟および退院準備病棟がある。後者は保安設備があまり整っていない区域に置かれていることもある。地域保安施設は外部には比較的保安設備の整った運動区域を持っており、高さおよそ5メートルの溶接金網外柵によって囲まれている。しかし、地域保安施設は逃亡不能施設とされたことはない。公衆にとって直接危険と考えられる比較的重大な触法患者は特別病院に入院させられる。しかし、通常、地域保安施設でも逃亡の決意が極めて堅固な患者でさえ施設内から逃がさないでおくことができる。施設内の家具類や建物の設計（窓など）も損傷されないように、また家具の一部を凶器として利用されないように考慮が払われている。全ての地域保安施設には保護室があるが、使われるのは驚くほど稀である。しかし治療環境および第一線での安全確保の責任の両面を負うのが看護婦（士）であることを忘れてはならない。看護婦（士）はその特別の能力によって重大な事件の発生を予防し、最近ではみずから手で司法精神医学上の看護における訓練計画を開発するに至っている。

地域保安施設に立ち入る職員は写真・入所許可証と交換に鍵（電子鍵の場合もある）を受け取る。施設によっては職員は着衣に個人用警報具をつけているが、それ以外の施設では全病棟、日中活動区域および事務室には警報ボタンが備えられている。

地域保安施設は職業訓練部門（作業療法士用）および娯楽施設があって、大型の地域保安施設には体育館もある。

## 2. 職員

地域保安施設は医師、看護婦（士）、臨床心理士、作業療法士、ソーシャル・ワーカーから成る治療チームを擁している。ここでの看護婦（士）対患者の比率は一般の開放的な精神病院よりも高いが、これは建物の物理的な構造とともに、安全性の維持のために重要だからである。

## 3. 施設の規模

地域保安施設を運営し始めた極く初期に、各病

棟の病室数は15がほぼ適切であることが判明した。これを超えると患者と職員の双方にとって運営が極めて困難である。中程度の保安設備を整えた施設である地域保安施設は小型の15病棟の施設から一番大型のBirmingham施設（Bluglass教授が勤務する施設）の100病棟までの範囲となっている。私が勤めるManchester施設には88病棟があり、そのうち66病棟を使用している。また、RHAの広さと人口密度の異なる地域には複数の地域保安施設が必要と思われる。例えば、私自身のRHAでは人口密度の高いManchester区部に地域保安施設が一つあり、さらにManchesterの北方には30病棟を備える小型の地域保安施設が一つある。単一の地域保安施設以外に都市の中心部に地域社会ごとの司法精神医療施設が置かれているRHAが2つある。私のRHAであるEngland北西部にはManchesterに大型の地域保安施設があり、その北方Prestonには別に地域保安施設がある。

## III. 地域保安施設外部の司法精神医療サービス

日本における精神医療サービスは主として病院を中心としているとのことである。英国では当初地域保安施設の計画と開設に関与した者達のうちには1 RHAに1カ所以上の地域保安施設の必要性を認めない者もいたことは事実である。幸いにして1970年代中頃に英国において活動していた司法精神科医は地域保安施設が一般の精神医療サービスや刑事司法組織から離れて単独で機能しているわけではないことを理解していた。地域の精神科医相互の連絡があるために、地域保安施設から地域の一般精神病院に入院患者または外来患者として転送できるのである。また特別病院間にも密接な関係が保たれているので、協定さえできれば患者を地域保安施設から特別病院に、あるいはその反対方向にも移送できる。ほとんどの地域保安施設の医師は地方の刑務所にも定期的に勤務しているため、必要がある場合には刑務所と地域保安施設間の転送が容易である。司法精神科医は病院で外来診療所を持っているだけでなく、私自身も保護観察サービスに毎週勤務している。実際のと

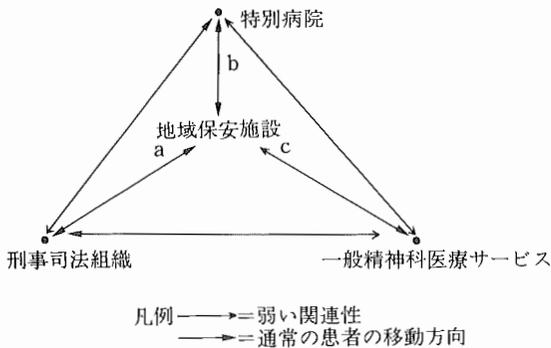


図2：現在の精神保健・刑事司法組織の動的な関係図

ころ、地域社会の司法精神医療サービスにおいて、衝動統制グループ、性犯罪治療計画、その他種々の治療計画に興味深い発展が見られている。

従って、司法精神医療サービスが行う業務の大きな部分は外来患者の治療である。地域保安施設に入院した患者の一部は重罪を犯したものであり、退院時期には社会において徹底的な維持療法が必要であるため、ほとんどは時間の経過とともに精神医療サービスに組み込まれていく。前者の管理に最も適しているのが医師、地域看護婦（士）およびソーシャル・ワーカーによる司法精神医療外来サービスである。

地域保安施設と司法精神医療サービスの導入によって図1に示すシステムがさらに複雑となる。地域保安施設が主軸となって行う業務を示したのが図2である。

#### IV. 地域保安施設運営に伴う臨床経験

地域保安施設に入院するのは被拘留者あるいは有罪判決を受けた受刑者が多く、全体のおよそ3分の2がこれらの患者である（図2 a）。その他、特別病院からの移送もある（図2 b）。これらの患者は重罪を犯した者であり、公衆にとって重大で切迫した危険があると考えられたために最大限の保安設備の整った（逃亡不能）の特別病院に收容されていた者である。症状が改善して最大限の保安措置が必要でなくなったと判断された場合には、保安性の緩やかな以前の地域保安施設に引き渡される。保安設備のあまり整っていない地域保安施設

設でこれらの患者の評価を行い、適切とみなされた場合には徐々に慎重に社会に戻るのが地域保安施設の役目である。全体の4分の1に相当する少数の患者（非犯罪者、図2 c）が一般の精神病院から地域保安施設に移送されてきたものであるが、これは他の施設では管理できないほどに異常を来たし狂暴となっている患者である。

地域保安施設の患者のおよそ3分の2は機能性精神病患者あるいは他の原因による精神病患者である。特別病院から来る患者は人格障害と診断された患者が多い。

地域保安施設に入院する理由として最も一般的な行動上の問題は、殺人その他の暴力のような粗暴性に関わっている。その他多く見られるのが放火犯、および性犯罪者である。これら以外にも犯罪の程度はそれほど重大ではないが拘留所から地域保安施設に移され精神障害を有するか否かについて評価を受ける患者もいる。例えば、拘留所に拘留された未決窃盗犯の挙動が異常と思われる場合などである。この者に精神異常の証拠が認められるときは病院に送りさらに明確な診断を受けさせることになる。

地域保安施設における收容期間は2年未満と言われているが、これより遙かに短い期間あるいは長期間收容される患者もいる。しかし患者の收容期間が長くなりすぎると地域保安施設は満杯となってその機能を果たすことができなくなるのは明らかである。病床が塞がれると回転率が低下する。

#### V. 治療

地域保安施設に入院する患者は一般の開放的な精神病院の入院患者と同じ種類の精神科治療を受ける。しかし地域保安施設は通常充実した職員体制をとっているため、綿密な評価のあとで個々の治療計画が立てられる。毎週の治療は患者ごとに異なり、個人・グループ面接、レクリエーションや職業訓練などもある。ここでのコースの最終目的は精神障害を治療し、再犯の可能性を低減するところにある。患者は仮退院の制度によって徐々に社会復帰させる。例えば、始めは看護婦（士）

表1：地域成人司法精神医療サービス  
1990/91年

	外来患者		入院患者	
	照会件数	合計外来件数	累計病床 利用日数	患者数
北西部地域保健当局				
Lancaster	4	19	—	—
Blackpool	22	175	1446	5
Preston	5	39	—	—
Blackburn	7	58	1110	4
Burnley	10	78	666	2
West Lancs	2	10	66	1
Chorley	8	58	138	2
Bolton	22	175	1184	6
Bury	25	240	725	4
North Manchester	22	184	1013	11
Central Manchester	28	265	2459	15
South Manchester	29	274	1897	10
Oldham	40	367	791	8
Rochdale	8	68	582	5
Salford	30	279	968	6
Stockport	7	173	288	3
Tameside	5	39	955	5
Trafford	2	10	766	6
Wigan	8	68	928	3
住所不定	—	—	4837	30
北西部地域 保健当局合計	<u>284</u>	<u>2579</u>	<u>20819</u>	<u>126</u>
北西部地域保健当局外				
Huddersfield	—	—	76	1
South Cumbria	—	—	131	1
York	—	—	179	1
Gwent	—	—	72	1
Gwynedd	—	—	278	1
北西部地域 保健当局外合計	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>736</u>	<u>5</u>
総計	<u>284</u>	<u>2579</u>	<u>21555</u>	<u>131</u>

表2 A：Salford RHA (Edenfield Center) 1989/1990年  
入院患者年令層・性別

入院時年令	男 性	女 性	合 計
18-20	6	—	6
20-29	46	6	52
30-39	25	7	32
40-49	9	3	12
50-59	1	1	2
60+	1	—	1
合 計	88	17	105

表2 B：照会地域別入院患者数

地 域	入院患者数
Barnsley	1
Blackburn	3
Blackpool	3
Bolton	6
Burnley	3
Bury	3
Central Manchester	9
Durham	1
Fleetwood	1
Lancaster	1
Liverpool	1
住所不定	4
North Manchester	5
Oldham	8
Ormskirk	1
Preston	2
Rochdale	4
Salford	8
South Manchester	7
特別病院	7
Stockport	1
Trafford	2
Wigan	3
合 計	84

入院依頼患者21例の照会元地域記載なし

表3 A：照会機関別入院患者数

照 会 機 関	入院患者数
ホステル	4
刑務所	50
地区一般病院	27
保護観察サービス	1
特別病院	9
外来部局	9
警察署	1
裁判所	3
内部転送	1
合 計	105

表3 B：法的地位別入院患者数

法 的 地 位	入院患者数
非公式	9
知事命令	8
第35条	12
第3条	19
第48,49条	4
条件付保釈	6
第37条	5
第38条	7
第47,49条	7
第2条	10
第37,41条	10
第36条	5
第4条	1
(精神障害に関する)刑事訴訟 法第5条	1
条件付保護観察	1
合 計	105

表4 A：入院期間（退院患者）

収 容 期 間	患者数
1週間	7
1週間～1ヵ月	19
1～3ヵ月	22
3～6ヵ月	20
6～9ヵ月	7
9～12ヵ月	4
合 計	79

表4 B：退院後行き先

退 院 後 行 き 先	患者数
ホステル	10
刑務所	12
自宅	19
地区一般病院	30
特別病院	5
精神遅滞病院	1
Prestwich病院	1
地域社会	1
合 計	79

表5：精神保健法委員会への報告

年月日：1991年2月8日

病院統計（続）

1990年2月23日以降

1983年精神保健法の下記条項の使用件数

	2条	3条	4条	5条2項	35条	36条
男性	12	18	—	1	11	6
女性	2	4	—	—	2	—
合計	14	22	—	1	13	6

	37条	37/41条	47/49条	44/48条	38条	53条
男性	16	5	10	9	7	—
女性	1	1	2	2	—	—
合計	17	6	12	11	7	—

同年2月23日以降合計件数……………

精神保健審査会数	16
退院患者総数	3条件付退院／1無条件退院
第68条照会数	4
管理者宛申請数	4
無条件退院患者数	1
病院苦情処理回数	—

が患者を保安区域外に付き添って外出し、次第に看護婦（士）不同伴の仮退院の時間を増やすようにしている。

表1～5に私が勤める医療サービスの臨床的統計データを示した。

## VI. 退 院

地域保安施設に入院している患者のほとんど全員が1983年制定の精神保健法の条項によって強制入院に服しているものであることから、この法律

上の義務として地域社会における追跡治療制度がある（第117条）。表4. Bにも示したように、地域保安施設を退院する患者は地域社会のホステルあるいは自宅に戻されたりするが、これら患者の一部は一般の精神医療サービスが追跡治療を行う。すなわち、司法精神科医チームが居住地の精神科医チームと協議して患者の引き渡しを行う。しかし、地域社会での保護に戻された患者の一部は司法精神科医チームも平行して追跡治療を実施する。これら少数の司法精神科患者はその障害の性質、危険性の評価、過去の犯罪歴、内務省の監督の要

不要などを考慮して緊密な監視下に置かれる。

もちろん刑事施設に送られたり、さらに高度の保安設備の整った特別病院に移送される患者もあり、また一般の地域精神病院に戻されたりする患者もある。

#### 演者略歴

演者は、Manchesterにある中規模保安施設のEdenfield Centreに所属している司法精神科の顧問医である。彼はまた、刑務所および保護観察サービス制度における保健サービス以外に臨床も行っている。さらに彼は、Manchester大学の名誉職ももっている。

演者は、生化学の名誉学位を取得するため医学の研究を離れ一年間生化学の研究をしたのちに、

Liverpool大学を卒業した。彼は、王立精神医学会会員、司法精神医学協会会員等にもなっている。

#### 参考文献

- Snowden, P. R. : Regional Secure Units and Forensic Services in England and Wales. In Bluglass, R. and Bowden (ed.), Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1375-1385, 1990.
- Treasaden, I. H. : Current practice in Regional Interim Secure Units. In Crostin (ed), Secure Provision. A review of special services for the mentally ill and mentally handicapped in England and Wales. Tavistock, London, 176-207, 1985.

## 【資料】

## 触法精神障害者の取扱い

P. R. Snowdon\*

本稿は、1992年3月18日国立精神・神経センター精神保健研究所にて開催された「精神科地域医療に関する国際シンポジウム」における講演原稿である。このシンポジウムは、1991年7月15日に公衆衛生審議会から「地域精神保健対策に関する中間意見」が具申されたのを受けて、国外での地域精神保健の現状に対する知見を深めるために開催されたものである。今回の目的は、英国における地域精神医療の歴史や近年の精神保健法の改正、および、日本の精神保健法との比較等に置かれている。

## I. はじめに

今回の講演では刑事司法機関と医療施設との間の触法精神障害者の転送について、臨床面ではなく、実際面について考察する。

私の考えでは次の二つの基本原則がある。

(1) 病院で入院治療を必要とする者は刑務所の環

境においてはならない。このことは、病院の外来において診察されている初診患者についても適用される。もしこの患者が病院での入院治療を必要とする場合は、その患者が地域社会にいるか刑務所にいるかにかかわらず、入院手続きをとるべきである。

(2) 病院に転送された受刑者はできるだけ保安的色彩の低い場所に収容する。例えば、当初は拘留された精神病の窃盗犯でも、精神疾患を有していれば開放病棟に移すことができる。狂暴性のある精神疾患の受刑者に対して保安設備の整った病院での治療が必要と考えられた場合は、明らかに特別病院special hospitalでの入院を必要とする場合を除いて、初回である場合は地域保安施設 regional secure unitに入院させ、後日必要があれば特別病院に転送することができる。

刑務所から病院に患者を移送する場合の根拠となる精神保健法の関連条項を詳しく考察する前に、まず患者がどのようにして特別病院あるいは地域保安施設に入院するかを説明する。

## II. 特別病院への入院

特別病院への入院の対象となる患者は必ず1983年の精神保健法Mental Health Act 1983で定義する精神障害者に該当し、さらに、一般公衆にとって重大かつ差し迫った危険性があることを理由とした強制入院に相当する患者でなければならない。このような症例が司法精神科医forensic psychiatristによって刑務所あるいは他の病院の病棟で発見された場合の移送は、特別病院への入院が必要である旨の報告書を提出することによって行なう。

患者が極めて危険であることを特別病院側に納得させるためには、社会の構成員に対して、挑発

---

Disposal of Mentally Disordered Offenders

\*Prestwich Hospital

[Bury New Road, Prestwich, Manchester, M25 7BL, U. K.]

川島健治 Kenji Kawashima

青山学院大学大学院法学研究科

School of Law, Graduate School of Aoyama Gakuin University

〔〒150 渋谷区渋谷4-4-25〕

北村俊則 Toshinori Kitamura

国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部

Department of Sociocultural Environmental Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〔〒272 市川市国府台1-7-3〕

されたわけでもないのに無差別に他人に身体的もしくは性的暴行を加えたという証拠を必要とする。例えば脅威があるかどうかにかかわらず、暴力行為に至る可能性のある特定の他者をまきこんだ精神病症状、放火、他人に対する傷害を目的とした毒物や薬物の使用、火器、刃物、爆発物、射出物その他の凶器の使用、加虐的行動、人質の監禁、加害ならびにその可能性を伴う逃亡の計画や決行などである。

また、報告書にはこのような患者は他所では管理が不可能であることも示すべきである。そこで司法精神科医は適切な特別病院と連絡を取り、当該患者について特別病院の顧問医consultantと話しあう。顧問医はときには医療チームのメンバーの協力を得ながら、臨床評価を行う。ついで顧問医は入院の可否を勧告する報告書を提出する。

上記の司法精神科医による報告書と特別病院の顧問医による報告書を入院審査会で検討する。各特別病院では多方面の専門家から成るそれぞれ独自の入院審査会を持つが、その構成は医局部長、看護部長、首席ソーシャルワーカーおよび臨床心理士である。この審査会は書面審査を行い、意見に不一致があるときは特別病院の院長の下にある特別審査会が報告書を審査して裁定を行う。審査会が特別病院の病床使用を認めた場合は、病床が空き次第、患者を転送する手続きをとる。

### III. 地域保安施設への入院

地域保安施設への入院はそれほど煩わしくない。地域保安施設への患者入院の照会があると、多方面の専門家による評価判定の準備が行われる。この時に中心となるのが医師と看護婦(士)であるが、他のチームのメンバー、例えばソーシャルワーカー、作業療法士、特に精神病質のような人格障害の場合には臨床心理士も参加することがある。このチームによって対象患者の緊急入院の必要性の判定がなされ、緊急性が薄い場合は待機リストへ登録される。

一般精神病院では入院の可否は精神科医が単独で判断するが、地域保安施設への入院に際しては多方面の専門家による評価判定が妥当と考えられ

る。これは処遇が困難で時には狂暴性を発揮する患者を看護婦(士)が世話をしなければならないため、暴力の被害者となりかねない彼らが入院に際して発言権が無いとすれば、地域保安施設の医師になる人がいなくなってしまうからである。

このように、特別病院から地域保安施設まで、ならびに開放施設から保安施設への患者の移動の各段階では、照会を受けた側が入院の適否を決定する。これらの施設はそれぞれが独自の入院規定を持つので、1個人や1機関が患者の移動を自由に裁量することはできないのである。

それでは触法精神障害者の移送に関して1983年制定の精神保健法に触れてみたいと思う。細部の説明を試みても混乱するばかりなので、要点だけ取り上げる。

### IV. 被拘置者

#### 1983年精神保健法35条

同法35条は、被告人の精神状態を判定するために病院に拘置できる、としている。この場合、指定医の書面あるいは口頭による説明が裁判所に対して行われるが、被告人の精神状態から保釈が不適当であることを裁判所に納得させる必要がある。この命令は初回で28日間有効であるが、必要に応じてさらに2回まで28日ごとに更新できる。精神保健法の治療条項の規定によらない限り、病院に入院したとき、患者の意志に反して治療が行われることはない。

#### 1983年精神保健法36条

同法36条によって、裁判所は被告人を治療のために病院に拘置することができる。この場合には、2名の指定医medical practitionerが書面による報告を裁判所に提出し、命令が出された7日後までに病床を用意できることを確約する必要がある(法35条の場合と同じ)。この命令も初回で28日間有効であるが、必要に応じてさらに2回まで28日ごとに更新できる。しかし患者の精神状態が改善して訴訟能力を回復し裁判所に出庭できるようになるには(この条文が法に組み込まれた理由の一つがこれなのであるが)少なくとも3か月以上は必要であることが多いので、この期間制限は医療

側にとっては悪条件となる。

#### 1983年精神保健法48条

同法48条によっても、被告人を治療のために病院に拘置することができる。この命令は裁判所が出すのではなく、2名の医師が内務省に申請する必要がある。内務省のC3部C3 division in the Home Officeがこの申請を取扱い、被拘置者を拘置所から病院に移す令状が出される。この場合には病床が用意されていること、被拘置者が精神疾患あるいは重度の精神遅滞を有することを証明する必要がある。入院後は期間満了まで病院で治療を受けることになる。法の条文では患者は「緊急に」治療を必要とする場合、となっているが、内務省ではこの要件をすこし緩めているようで、病院における治療の必要性を示すだけで十分となっている。

#### 病院への拘置のその他の方法

特定の場合、例えば病院で起居することを条件として保釈される場合には精神保健法に基づくことなく被拘置者を刑事司法機関の手から病院に移すことができるが、精神保健法に関する限り、このような患者の治療は非公式（自由入院と同じ）とみなされる。

## V. 受刑者

#### 1983年精神保健法47条

同法47条によって、ある受刑者が精神疾患、精神病質性人格障害、重度精神遅滞あるいは精神遅滞の症状があり、病院に入院させることが適当であることを指定医2名が報告し、内務省がこれを納得した場合に受刑者を病院に移送できる。精神病質性人格障害や精神遅滞の場合には、治療によって症状の緩和や症状悪化の予防が予想されなければならない。移送を実行するためには病床の用意があること、内務省のC3部から令状が発せられることを条件とする。後日になって、同法47条による患者に対する入院治療がもはや不要となった場合は、令状の撤回が行われ、受刑者を再度刑務所に戻すことになる。

#### 仮釈放命令

仮釈放になる受刑者は仮釈放の条件として保護

観察官の監督を受けるだけでなく、精神科医の診察も要求されることがあるが、この診察は入院・外来の何れの場合もある。

#### 刑事司法機関からの早期の引き渡し

前述の形態は患者が拘置されている場合や受刑者である場合の後期の引き渡しであるが、できれば早期に引き渡すほうがはるかに効率的である。

EnglandとWalesの警察機関も触法精神障害者を送致する必要を感じており、警察によって逮捕された精神障害者の多くを司法機関を経て起訴する代わりに精神病院に入院させたほうが良いと考えて地方精神医療サービスlocal psychiatric serviceに連絡する傾向がある。

引き渡しを行う次の段階が裁判所である。現在、Englandでは幾つかのモデルを考慮中である。まず、精神科医が毎週1回か2回、裁判所に出頭する方法がある。Manchesterではパイロット計画の一端として、市内の治安判事裁判所に対して我々が毎日精神医療報告を提出している。Manchesterの治安判事裁判所は全部で16ヵ所あって、1990年には42,546件の審理が行われた。このような裁判所の中央拘置所に精神科医が毎日午前8時半から詰めており、警察、保護監察官、訴訟代理人や治安判事からの事件の照会を受けている。検討対象とした1991年2月からの6週間に44件の照会があった。平均すると毎日0～5件の照会件数である。総数にして38名で、そのうち5名は2回以上の照会であり、6名の女子を含む。6名は有罪の判決後に精神科医療を受けたことがある。19名は年齢層が21歳から30歳で、10名は31歳から40歳までの年齢であった。大半が独身で無職であった。12件の罪名は秩序違反の罪、10件が財産犯、6件が暴力犯、5件が性犯罪、残りの11件が交通違反その他の犯罪（例えば偽の爆発物による脅迫1件）であった。36件の照会は警察からのもので、5件は保護観察官、6件が訴訟代理人、1件が警察医からの照会であった。このうち8件は精神分裂病の診断であり、人格障害の診断があったのは10件である。残りは感情障害（2件）からアルコール依存症（7件）までと多様であった。

表1に勧告あるいは結果を示す。ここで注目すべきことは、入院治療が必要と考えられた8例を

表1 勧告

勧告なし	18
入院治療	8
35条で地域保安施設へ	2
35条で地区一般病院へ	3
保釈に基づいて地区一般病院へ	2
地区一般病院へ任意入院	1
外来治療	9
保釈・外来治療	5*
任意の外来訪問	4
その他	6**

\* 患者2例が司法精神科医の診療をうけ、他の3例は地方精神医療サービスの診療を受ける予定であった。

\*\* 裁判所当直精神科医によるそれ以外の介入措置としてはソーシャル・サービス精神疾患チームsocial services mental illness teamへの照会あるいは地域社会アルコール・チーム、地域社会精神疾患看護婦(士)、北西部地域保健当局外の精神医療サービスへの照会などがある。

照会のあったその日、即ち拘置されている24時間以内に入院させたことで、人手だけがかかることではあるがこれは感銘深い結果である。他の移送経路ではやや安上がりで人手も少なくなるが、これほど早急な結果は出なかったであろう。例を挙げれば、精神科医が毎週1〜2回裁判所を訪れるのであれば、対象患者の拘置がそれだけ長引くことになる。また、例えば看護婦(士)が一次的な評価判定を行う場合も同様であろう。

EnglandとWalesにはこれから裁判所からの移送方法が色々出てくると思われるが、新たな移送方法で統一されてしまうと考えるのは誤りであろう。職務繁多な裁判所は地方の裁判所と異なる方法が必要であり、それぞれの場所に働く職員によっても異なってくる。Manchesterでの我々の医療サービスはパイロット計画であるので、十分なサービスを提供したいと思うが、毎日欠かさずに同様のサービスを提供するには精神科医の数が足りないのである。

## VI. 触法精神障害者の外来での処置

触法精神障害者の多くは入院治療を必要としない。精神科医の報告書の目的の一つに裁判所に対

して地域社会での措置を勧告する、というのも含まれているが、この場合は保護観察サービスとの協力が必要となる。触法精神障害者の維持療法を、指定医あるいは司法精神科医に依頼する手筈を整える場合もある。

Englandの裁判所では保護観察命令に精神科医による治療を条件として付けることができる。これによって触法精神障害者を刑務所に拘禁しないで済むが、この命令を出すためには、触法精神障害者が治療を必要とし、かつ治療に反応すると思われるが、精神保健法の条文によって強制入院させるのは不相当であるとする、指定医の証明が必要である。命令書には治療を行う医師名、入院・外来の別あるいは医師の監督下に置くとする旨が明示されていなければならない。しかし、この命令書は地域社会での治療を命令するものではなく、治療(例えば服薬)を強制するものでもなく、医師のもとに赴くことを示すだけのものであるから、その価値は制限されたものとなる。

## 演者略歴

演者は、Manchesterにある中規模保安施設のEdenfield Centreに所属している司法精神科の顧問医である。彼はまた、刑務所および保護観察サービス制度における保健サービス以外に臨床も行っている。さらに彼は、Manchester大学の名誉職ももっている。

演者は、生化学の名誉学位を取得するため医学の研究を離れ一年間生化学の研究をしたのちに、Liverpool大学を卒業した。彼は、王立精神医学会会員、司法精神医学協会会員等にもなっている。

## 参考文献

- Bluglass, R. S. : A guide to the Mental Health Act 1983. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1983.
- Hamilton, J. R. : Special Hospitals and the State Hospital. In Bluglass, R. S. and Bowden, P. (ed.), Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone, Edinburgh, 84-125, 1990.

## 【資料】

## 新しい生殖技術に対する法律家の態度\*

白井 泰子

## I はじめに

1983年にわが国初の体外受精児が誕生してから既に10年近い歳月が流れたが、この間の生殖技術の進歩・普及は目を見張るばかりのものがある。日本産科婦人科学会の報告によれば、平成2年12月31日現在での年度当りの体外受精実施施設は122、出生児数は1,031人、凍結胚・卵を用いた体外受精による出産児数は17人であるという<sup>4)</sup>。また、1991年9月にはアメリカの大手代理母斡旋会社ICNYの日本窓口「代理出産情報センター」が東京に設けられ、業務を開始している。この代理出産情報センターあるいはカリフォルニア州のハンデル弁護士の経営するCSPなどの斡旋業者の仲介によってアメリカ人女性と代理母契約を結び、借り腹型の代理出産によって児を得たカップルは既に5組以上にのぼるといふ(朝日新聞1990年10月9日; 1992年8月31日)。このようにわが国における新しい生殖技術の利用の範囲は、大方の予想を超える勢いで拡大の一途をたどる気配を示して

いる。

新しい生殖技術の利用を考える際の問題点を明らかにする作業の一環として、我々はこれまでにいくつかの意識調査を行い、当該問題に対する社会的態度について検討してきた<sup>7)8)9)</sup>。こうした調査を通じて、(1)不妊に悩む当事者達にとっては、“技術の存在自体が受容への圧力となっている”こと、(2)当該技術の受容度に関しては、不妊に悩む当事者と一般の人々との間にかかなりの食い違いのあること、そして、(3)受容度の違いにも拘わらず、一般に、代理母や借り腹のような代理出産などに関しても血のつながりを重んじる“伝統的家族の形成”への志向性が強く働いていることなどが明らかにされた。もはやどのように考えても“不妊治療”とは見なし難い代理出産という新しい形式は、“妊娠～出産～育児”というプロセスを媒介とする自然的親子関係の成立という伝統的な家族概念を崩壊させ、法的親子関係の領域にこれまでの「父とは誰か」という問だけでなく「母とは誰か」という問をも持ち込むことになった。またそればかりではなく、代理母の斡旋という業務には、“産む性の商品化”や“子どもの商品化”という陥穽がついて廻ることも否めない。親子関係や産まれてくる子どもの法的地位、あるいは生殖のプロセスへの商業主義の介入の排除などの問題に対しては、倫理的・社会的規範によるコントロールだけでは不十分であり、何らかの実効性を伴う法的規制が必要であろう。しかしながらわが国では、今のところ、日本産科婦人科学会による『会告』<sup>5)6)</sup>以外にはこれを規制するものは何も存在していない。既にイギリスやドイツ、オーストラリアなどでは人工生殖に関する規制が立法化されており、現在フランスでも立法化の準備が進められている<sup>1)</sup>。こうした経緯からすれば、わが国において

Jurisprudents' Attitudes toward New Reproductive Technology: A Pilot Study

(国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部)

[〒272 千葉県市川市国府台1-7-3]

Yasuko Shirai: Division of Sociocultural Environmental Research, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*本調査は、1986年以来5年間にわたる共同研究(代表者 唄 孝一北里大学教授)の一環として、庭野平和財団、学術振興野村基金、二十一世紀学術財団の研究助成の下に行われた。

も、この問題に関する法的規制の是非を問わねばならぬ時期が早晚やってくるものと思われる。

本稿では、当該問題に対する法律家の見解を知るために行ったパイロット・スタディの結果について報告する。

## II. 調査方法

### (1) 調査の概要

1991年6月に行われた比較法学会のシンポジウムの席上、参加者に自己記入式の調査用紙を配布し、学会終了時に受付でこれを回収した。調査で用いた質問項目は、体外受精及びこれに関連する諸問題、提供精子による人工授精(AID)等を含む全10項目である。各々の質問に対する回答は原則として3件法(“賛成・反対・どちらとも言えない”)の3カテゴリーによる回答)によって求め、併せてその理由を記述してもらった。

### (2) 調査対象

1991年6月に行われた比較法学会のシンポジウム「人工生殖の比較法的研究」の出席者百数十名に対して、シンポジウム会場への入場時に受付で調査用紙を配布し、シンポジウム終了時に受付に回収箱を用意してアンケートの回収を行った。回答者の総数は49名、出席者の $\frac{1}{3}$ 弱であった。

## III. 結果

### (1) 調査対象の属性

回答者の属性は表1に示す通りである。回答者の年齢は26才から72才までに分布しており、平均年齢は48.6才(SD=±12.7)となっていた。49名

表1 回答者の属性

専門分野	法学	47	(95.9%)
	医学	2	(4.1%)
性別	男	44	(89.8%)
	女	5	(10.2%)
年齢	～30	3	(6.1%)
	30～39	12	(24.5%)
	40～49	11	(22.4%)
	50～59	12	(24.5%)
	60～	11	(22.4%)
配偶者の有無	未婚	10	(20.4%)
	既婚	39	(79.6%)
子供の有無	なし	16	(32.7%)
	妊娠中	1	(2.0%)
	あり	32	(65.3%)

の回答者のうち、法律を専攻する者は47名(95.9%)であった。これ以降の結果の分析においては、この47名のデータを50才未満(壮年群24名)と50才以上(中・高年群23名)の2グループに分けて比較検討した。

### (2) 配偶者間の体外受精に対する態度

体外受精という言葉それ自体の普及率は高く、「人に説明できるぐらい充分に知っている」と回答した者が3割以上あった。夫の精子と妻の卵子を用いた配偶者間の体外受精についての意見分布は表2-1に示す通りである。配偶者間の体外受精については回答者の8割以上がこれを認めており、反対した者は1割前後に留まっていた。また、壮年群と中・高年群との間に意見の相違はみられなかった。

今回の調査では、当該問題に対する意見と共に、各々の見解をとる理由について自由記述方式で併

表2-1 『配偶者間体外受精』に対する態度

年齢	賛成	反対	どちらとも いえない	Total
～49	21 (87.5%)	2 (8.3%)	1 (4.2%)	24 (100.0%)
50～	17 (73.9%)	3 (13.0%)	3 (13.0%)	23 (100.0%)
Total	38 (80.9%)	5 (10.6%)	4 (8.5%)	47 (100.0%)

記してもらっている。表2-2に、配偶者間体外受精に対する意見の自由記述による理由付けの内容分析の結果を示した。配偶者間での体外受精に賛成する理由としては、「不妊治療である」「夫婦間であれば性と生殖とが分離しても問題はない」「誰にでも子を持つ権利がある」等が挙げられてい

る。また、反対の理由としては、これまで筆者等が行った類似の調査<sup>7)9)</sup>と同様に、「自然の摂理に反する」「人間生命の尊厳を侵す」等が挙げられている。

表2-2 『配偶者間体外受精』に対する意見の理由付け

1. 賛成理由 (38名中19名 50%)	
1-1: 不妊治療としてのIVF	(7名 36.8%)
1-2: 性と生殖の分離の受容 (但し、生物学的親子関係の連続性に対して第三者の介入は排除)	(6名 31.6%)
1-3: “子を持つ権利”の支持	(6名 31.6%)
2. 反対理由 (5名中4名 80%)	
2-1: 人間生命の尊厳を侵す	(2名 50.0%)
2-2: 自然の摂理に反する	(2名 50.0%)
3. 態度保留の理由 (4名中2名 50%)	
3-1: 自然の摂理に反する (1名 50.0%)	
3-2: 医療におけるプライオリティの問題	(1名 50.0%)

表3-1 『代理母出産』に対する態度

年齢	賛成	反対	どちらとも いえない	Total
~49	5 (20.8%)	13 (54.2%)	6 (25.0%)	24 (100.0%)
50~	3 (13.0%)	14 (60.9%)	6 (26.1%)	23 (100.0%)
Total	8 (17.0%)	27 (57.4%)	12 (25.5%)	47 (100.0%)

表3-2 『代理母出産』に対する意見の理由付け

1. 賛成理由 (8名中4名 50%)	
1-1: “子を持つ権利”を支持	(3名 75.0%)
1-2: 養子と同じ	(1名 25.0%)
2. 反対理由 (27名中14名 51.9%)	
2-1: 自然の摂理に反する	(5名 35.7%)
2-2: 社会的な意味で母となることと 出産を分離すべきではない	(4名 28.6%)
2-3: 婚姻関係の中での出産	(1名 7.1%)
2-4: 生まれてくる子の保護の優先	(1名 7.1%)
2-5: 商業主義の介入の危険性	(1名 7.1%)
2-6: その他	(2名 14.3%)
3. 態度保留の理由 (12名中5名 41.7%)	
3-1: 妻に対する配慮	(1名 20.0%)
3-2: 代理母となる女性の人権・地位の保護	(4名 80.0%)
3-3: その他	(2名 20.0%)

## (3) 代理母出産に対する態度

《夫の精子を使って妻以外の女性に人工授精を行い、子どもを産んでもらう》という代理母出産に対する態度を表3-1に示した。壮年群、中・高年群共に過半数の者が代理母出産に反対しており、賛意を示した者は、わずかに1~2割に留まっている。当該問題に対する両群の態度の間に統計的に有為な差はなかった。また、賛否両論に対する理由付けは、表3-2に示す通りである。代理母出産に反対する主な理由としては、「自然の摂理に反する」「社会的な意味で母となることと出産という事実とを分離すべきではない」等が挙げられていた。

## (4) 借り腹出産に対する態度

《夫の精子と妻の卵子を体外で受精させ、この

受精卵を第三者の女性の子宮に移植して子どもを産んでもらう》という借り腹出産に対する態度を表4-1に示した。両群共に、借り腹出産に反対の者は4~5割であり、態度を保留した者が3割強にふえていた。借り腹出産に対する意見の理由付けは表4-2に示す通りであり、「代理母契約におけるトラブル発生の危険性」等も反対理由として挙げられていた。

## (5) 提供精子を用いた人工授精(AID)に対する態度

夫以外の男性の精子を使って妻に人工授精(AID)を行い子どもを産むことに対する態度を表5-1に示した。1949年に慶応義塾大学病院でわが国初のAID児が誕生して以来今日まで既に40余年が経過しており、この間に同病院だけでも7000

表4-1 『借り腹出産』に対する態度

年齢	賛成	反対	どちらとも いえない	Total
~49	6 (26.1%)	9 (39.1%)	8 (34.8%)	23 (100.0%)
50~	4 (17.4%)	11 (47.8%)	8 (34.8%)	23 (100.0%)
Total	10 (21.7%)	20 (43.5%)	16 (34.8%)	46 (100.0%)

表4-2 『借り腹出産』に対する意見の理由付け

1. 賛成理由 (10名中5人 50%)	
1-1: “子を持つ権利”を支持 (但し、関係者全員が同意していることが前提)	(5名 100.0%)
2. 反対理由 (20名中8人 40%)	
2-1: 自然の摂理に反する	(4名 50.0%)
2-2: 社会的な意味で母となることと出産を分離すべきでない	(1名 12.5%)
2-3: 代理懐胎する女性の人格無視	(1名 12.5%)
2-4: 代理母契約におけるトラブル発生の危険性	(2名 25.0%)
3. 態度保留の理由 (16名中9人 56.3%)	
3-1: 代理懐胎する女性に対する経済的搾取	(2名 22.2%)
3-2: 倫理的に問題有り	(5名 55.6%)
3-3: その他	(2名 22.2%)

《理由のみ記述(1名):人工授精を原則的に承認する限り、『借り腹出産』を原理由に否定することは困難》

表5-1 『AID』に対する態度

年齢	賛成	反対	どちらとも いえない	Total
～49	9 (37.5%)	10 (41.7%)	5 (20.8%)	24 (100.0%)
50～	6 (26.1%)	13 (56.5%)	4 (17.4%)	23 (100.0%)
Total	15 (31.9%)	23 (48.9%)	9 (19.1%)	47 (100.0%)

表5-2 『AID』に対する意見の理由付け

1. 賛成理由 (15名中8人 53.3%)	
1-1: 親子関係における意思的要素の重視	(3名 37.5%)
1-2: 関係者の同意があればよい	(2名 25.0%)
1-3: その他	(3名 37.5%)
2. 反対理由 (23名中8人 34.8%)	
2-1: 自然の摂理に反する	(3名 37.5%)
2-2: 父-子関係の混乱	(3名 37.5%)
2-3: その他	(2名 25.0%)
3. 態度保留の理由 (9名中3人 33.3%)	
3-1: 子の福祉の検討のないまま既成事実が先行	(1名 33.3%)
3-2: 「自由意思」を口実とした搾取の危険性	(1名 33.3%)
3-3: その他	(1名 33.3%)

人前後のAID児が誕生していると推定されている<sup>2)3)</sup>。しかし、こうした歴史と既成事実にも拘らず、AIDに賛成する者は全体の3割強に留まっていた。表5-2に示すように、AIDに賛成する論拠としては「親子関係における意思的要素の重視」等が挙げられている。

(6) 夫の死後に、夫の精子を用いて妻に人工授精を行い(AIH)、子どもを産むことに対する態度  
夫の精子を使って妻に人工授精を行う(AIH)  
目的で凍結保存していた精子を用いて、夫の死後

に妻が人工授精を行い子どもを産むことに対する態度を表6-1に示した。夫の死後にAIHを行うことに反対する者は過半数を超えている。しかし、夫の死後であってもAIHの実施を認めてもよいと考える者も3割前後あった。表6-2を見ると、夫の死後であっても凍結保存した精子を用いてAIHを行ってもよいと考えている者は、「父-子関係に問題は生じない」を賛成の論拠としており、一方、反対の論拠としては「自然の摂理に反する」が挙げられている。

表6-1 『夫の死後に行うAIH』に対する態度

年齢	賛成	反対	どちらとも いえない	Total
～49	8 (36.4%)	10 (45.5%)	4 (18.2%)	22 (100.0%)
50～	5 (22.7%)	14 (63.6%)	3 (13.6%)	22 (100.0%)
Total	13 (29.5%)	24 (54.5%)	7 (15.9%)	44 (100.0%)

表6-2 『夫の死後に行うAIH』に対する意見の理由付け

1. 賛成理由 (13名中11人 84.6%)	
1-1: 妻の自由意思であればよい	(2名 18.2%)
1-2: 当事者の同意があればよい	(1名 9.1%)
1-3: 父-子関係に問題は生じない	(4名 36.4%)
1-4: 夫の子を残す唯一の手段	(1名 9.1%)
1-5: その他	(4名 36.4%)
2. 反対理由 (24名中6人 25.0%)	
2-1: 自然の摂理に反する	(5名 83.3%)
2-2: 親子関係の複雑化	(1名 16.7%)
2-3: その他	(1名 16.7%)
3. 態度保留の理由 (7名中4人 57.1%)	
3-1: 一定の条件を課す必要あり	(3名 75.0%)
3-2: 夫の意思の確認の必要性	(1名 25.0%)

## (7) 人工生殖の実施に関する規制のあり方に対する考え方

人工授精・体外受精の実施に関してどのようなかたちで規制することが望ましいかを尋ねたところ、表7-1に示す結果を得た。新しい生殖技術の実施についてなんら規制する必要はないと考えている者は1割に満たず、医師会・学会等のガイ

ドラインによる規制で足りると考えている者も2割弱に留まっている。回答者の大多数は、制定法を設けて規制すべきだと考えていることが明らかにされた。この問題に対する見解の論拠は表7-2に示す通りである。「医師会・学会などのガイドライン」でよいとする者は、「こうした形をとる方が、社会のニーズに柔軟に対応できる」と考え

表7-1 人工生殖の実施に関する規制のあり方に対する考え方

年齢	規制する必要なし	学会等のガイドライン	制定法による規制	その他	Total
~49	—	4 (17.4%)	18 (78.3%)	1 (4.3%)	23 (100.0%)
50~	3 (13.0%)	4 (17.4%)	15 (65.2%)	1 (4.3%)	23 (100.0%)
Total	3 (6.5%)	8 (17.4%)	33 (71.7%)	2 (4.3%)	46 (100.0%)

表7-2 『AI・IVFの規制方法』に対する意見の理由付け

1. 規制の必要なし (3名中1名 33.3%)	
1-1: “親となる権利”は誰にでもある	(1名 100.0%)
2. 医師会・学会等の基準により規制 (8名中5名 62.5%)	
2-1: 社会のニーズに柔軟に対応	(3名 60.0%)
2-2: その他	(2名 40.0%)
3. 制定法による規制 (33名中14名 42.4%)	
3-1: 医療行為の定義にかかわる	(1名 7.1%)
3-2: 濫用をさけるためのコンセンサスの必要性	(4名 28.6%)
3-3: 許容範囲の限界・画一性の設定	(5名 35.7%)
3-4: 子の法的地位の明確化	(4名 28.6%)
3-5: その他	(2名 14.3%)

表8 人工授精・体外受精の実施に関して規制すべき事項\*

1. 当該技術の利用希望者に関する事項		
1-1: 不妊の認定基準	(2名	8.7%)
1-2: 適格者	(6名	26.1%)
1-3: 当事者の意思確認	(4名	17.4%)
2. 配偶子・胚の提供に関する事項		
2-1: 提供者の適格性	(1名	4.3%)
2-2: 提供者の意思確認	(4名	17.4%)
2-3: 提供者の記録の保存	(2名	8.7%)
2-4: 提供者のプライバシー保護	(1名	4.3%)
2-5: ヴォランティアリズムの確保	(2名	8.7%)
3. 代理出産に関する事項		
3-1: 「親の決定」に関する事項	(2名	8.7%)
3-2: 当事者の意思確認	(4名	17.4%)
3-3: 代理母の保護	(1名	4.3%)
3-4: 商業主義の排除	(2名	8.7%)
4. “生まれてくる子”に関する事項		
4-1: 子の法的地位	(5名	21.7%)
4-2: 自己の出自を知る権利	(3名	13.0%)
5. 当該技術の実施に関する事項		
5-1: 技術の安全性	(1名	4.3%)
5-2: 施術者の資格	(1名	4.3%)
5-3: 実施の判断を行う機関の整備	(1名	4.3%)
5-4: 実施状況についての監督制度	(1名	4.3%)
5-5: 実施状況の公開	(1名	4.3%)
6. 実験研究に関する事項		
6-1: 配偶子・胚を用いた実験の禁止	(1名	4.3%)
6-2: 遺伝学的研究/遺伝子操作の禁止	(2名	8.7%)
[その他の関連記載事項]		
(1) 人間生命の開始時期への人為的介入の是非	(5名	21.7%)
(2) 現行の養子制度とのつき合わせ	(2名	8.7%)

\* a. 当該質問への回答者数23名 (48.9%)

b. 1つの文章の中に複数の理由が列挙されている場合は、それぞれの理由を独立したものとして扱い、分類・集計した。

ているようである。一方、「制定法により規制すべき」という立場をとる者は、「技術の濫用をさげ、利用範囲を制限」、「子の法的地位を明確化」するためには法による規制が必要であると考えていることが示唆された。

また、人工授精・体外受精の実施に際してどのような事項を規制すべきかを尋ねたところ、表8に示す回答を得た。表8に掲げた事項のほとんどは、すでに当該問題に関する立法化がなされている諸外国において取り上げられている問題とオーバー

ラップしている。<sup>1)</sup>

#### IV. 考 察

以上に述べた調査結果は、あくまでもパイロット・スタディであり、これをもって法律家一般の態度を云々することはできない。しかしながら、今回の調査を通じて、新しい生殖技術の臨床応用については、学会のガイドラインではなく、制定法によって規制すべきだと大多数の回答者が考え

ていることが明らかにされた点は注目に値する。また、今回の調査結果を、不妊に悩むカップルと一般の既婚者を対象として行った調査(白井, 1991)の結果と比較してみると、今回の調査で示された法律家の態度は一般の既婚者グループとはかなり異なるパターンを示しており、むしろ不妊カップルの態度との類似性が強いようにも思われる。この点については、サンプル・サイズを大きくして調査を行い、改めて検討する必要がある。

当該技術を使用することにより一人の人間の命が新たに生み出される。この新しい命を家族の一員としてまた社会の一員として迎え入れるという事実に対しては、単に「患者のニーズに応える」という理由だけで代理出産などを含めた人工生殖の技術を駆使することは、倫理的のみならず社会的・法律的にみても問題が大きすぎるように思われる。「脳死と臓器移植」をめぐる状況の二の舞を演じないためにも、新しい生殖技術の利用に際して「何をどのような形で規制するか」について幅広く論議する事が緊急の課題であると考えている。

#### 文 献

1) 唄 孝一, 石川稔, 石井美智子他: 人工生殖の

- 比較法的研究。比較法研究 53:1-116, 1991.
- 2) 家永 登: 人工生殖の比較法的研究: 日本(2)・人工受精 比較法研究 53:75-83, 1991.
- 3) Iizuka, R.: Artificial Insemination: Progress and Clinical Application. 1989.
- 4) 森 崇英: 平成3年度生殖医学の登録に関する委員会報告(第3報) —平成2年分の臨床実施成績, 平成元年分の治療による出生児の追跡調査成績。日本産科婦人科学会雑誌 44:499-511, 1992.
- 5) 日本産科婦人科学会: 体外受精・胚移植に関する会告。日本産科婦人科学会誌 35:10, 1983.
- 6) 日本産科婦人科学会: ヒト胚および卵の凍結保存と移植に関する見解。日本産科婦人科学会雑誌 40:4, 1988.
- 7) 白井泰子: 人間の生命過程への介入とバイオエシックス。糸魚川直祐・北原隆(編): 生命科学与心理学。福村出版, 東京, 1989. pp. 240-256.
- 8) Shirai, Y.: Attitudes of buddhist priests toward new reproductive technology. Studies in Humanities 24: 27-34, 1990.
- 9) 白井泰子: 人工生殖の比較法的研究: 日本(1)・社会的態度。比較法研究 53:61-74, 1991.

【資料】

## 地方県における精神保健通院患者 リハビリテーション事業の状況

竹島 正\* 武田 廣一\* 田所 淳子\*\*  
橋詰 宏\*\*\* 小寺 良成\*\*\*\* 吉川 武彦\*\*\*\*\*

考えられるため、ここに報告する。

はじめに

### 調査の目的と方法

精神保健通院患者リハビリテーション事業（以下、通りハと略す）は、精神障害者を一定期間事業所に通わせ、集中力、対人能力、仕事に関する持久力、環境適応能力等を養うための社会適応訓練を行い、再発防止と社会的自立を促進し、もって社会復帰を図る目的で昭和57年に国で制度化された。高知県では昭和62年10月から実施され、予算上の定員が15名から平成4年度は50名へと充実してきている。

しかし、通りハ利用者の指導、協力事業所の確保、事業終了後の問題など、かかえている課題も多い状況である。このため、この事業の今後の進め方について資料を得るため、協力事業所に対するアンケート調査を実施するとともに、中断を含めた終了者の状況についても調査した。

これらの分析は一地方県のものであるが、悉皆調査であり、協力事業所の具体的な意見等を収録していることから、全国に共通する事柄も多いと

通りハ事業について、協力事業所からみた課題や問題点を把握するため、アンケート調査を実施した。アンケート調査は、既存の調査をもとに<sup>1)2)5)</sup>、複数の検討メンバーで作成した。調査の対象は、平成4年2月の時点で通所者を受け入れている県内26協力事業所で、調査の内容は「通りハ事業の評価」「通所者に対する効果等についての調査」の2部構成とした。調査票の配付は保健所を通じて行い、回収は郵送あるいは持参によった。

また、平成3年4月以降平成4年10月までの通りハ終了者（中断を含む）についても状況を調査した。

### 調査結果

#### I 事業の経緯

昭和62年以来の事業の経緯をまとめた（表I-1）。通りハ制度がはじまって以来、利用者数、協力事業所数は着実に伸びていた。しかし、協力事業所には登録のみで活用されていないものも多く、現在受け入れできない事業所も含まれていた。このため、協力事業所のリストを受け入れ可能事業所として、そのまま活用できない状況であった。

#### II 事業所からみた評価

##### 1. アンケートの回収状況

アンケートの対象となったのは、26事業所（通りハ利用者39名）で、回答があったのは、22事業

Rehabilitation of mental health outpatients in non-urban areas.

\*高知県立精神保健センター

国立精神・神経センター精神保健研究所（客員研究員）

\*\*高知県中央保健所

\*\*\*国立高知医科大学

\*\*\*\*高知県中村保健所

\*\*\*\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所

Tadashi Takeshima et al.

\*Mental Health Center, Kōchi Prefecture (Visiting Researcher of NIMH, CINP.)

所(84.6%)で、通りハ利用者数で35名(91.9%)と、高い回収率であった。

## 2. 事業所の概況, 通りハ利用者の作業環境

協力事業所の概況は、表II-1の通りであった。業種として多いのは、飲食店5、医療機関3(すべて精神科あり)、クリーニング店3、スーパーマーケット2であった。従業員数(正社員)は、10人未満が45.5%、30人未満では79.3%と、ほとんどが小規模の事業所であった。福利厚生については、労災保険あり81.8%、健康保険あり72.7%、厚生年金あり68.2%、退職金制度あり

57.6%であった。

作業内容は、比較的単純な作業が多かった。作業場で通りハ利用者が直接接する従業員数も10人未満が72.7%で、ほとんどが小人数であった。

通りハ対象者に対して支払われている報酬の額を表II-2にまとめた。回答した事業所すべてで報酬が支払われていたが、支払い方法や額はまちまちであった。報酬の額については、多くの事業所で協力奨励金を通りハ利用者へ還元していたが、それを含めた金額を回答した事業所とそうでないものがあると考えられた。報酬について「その他の記載」では、「通勤費を加算している」ところが2箇所(9.1%)、「一般の就労者より勤務時間が短いことから報酬を決めている」と回答したところが1箇所(4.5%)、「月20日を超える分について加算している」ところが1箇所(4.5%)であった。報酬の額は、本人の意欲にも密接に関わってくるだけに、事業所でも大いに頭を悩ませている問題と思われた。

作業の指導者については、「決めている」のは

表I-1 事業の経緯

年 度	事業の定員	協力事業所数 (委託)	新規登録者 (委託)
昭和62年	15	18(14)	34(17)
63年	20	28(34)	35(28)
平成元年	30	39(29)	19(41)
2年	40	51(22)	26(48)
3年	45	64(34)	37(59)

表II-1 協力事業所の業種と従事している作業の内容

業 種	通りハ利用者の作業の内容	正社員数
飲食店	調理見習い・片付け	3
飲食店	軽作業・朝の清掃	5
飲食店	店内の清掃・洗浄機の操作	6
飲食店	掃除・仕込み	3
喫茶店	ウエイトレス	3
医療機関	栄養室雑用	107
医療機関	厨房作業・雑役	616
医療機関	塵焼却・清掃	128
クリーニング店	クリーニング作業	12
クリーニング店	水洗い作業	27
クリーニング店	集配作業	不明
スーパーマーケット	清掃	27
スーパーマーケット	青果作業	102
生活共同組合	院内喫茶店の接客・厨房	6
特別養護老人ホーム	清掃・洗濯物管理	20
旅館	掃除・お運び・雑役	4
商店	贈答品の包装・箱詰め	5
ガソリンスタンド	洗車・給油等	4
縫製工場	エプロンの縫製	14
コンクリート工場	土木用ブロック製造	14
製紙業	仕上げ加工	3
製材業	製材の運搬・掃除	13

表II-2 通りハ利用者への報酬額

支払方法	金額区分	箇所数	具体的な金額
月額	10万円以上	3	93,000円プラス奨励金4万円
	4万円以上	2	14万円, 113,500円
	1万円以上	2	6万円, 4万円
	1万円未満	1	3万円, 1万円
	不明	1	6,000円
日給	4千円以上	2	4,000円, 6,000円
	3千円以上	2	3,200円, 3,000円
	2千円以上	2	2,000円
	千円以上	1	1,750円
時給	不明	1	人によって異なる
その他	奨励金のみ	1	
	支払方法不明	3	1-2万円, 4,000円 2,000円

表II-3 精神障害者に知識を得る機会（複数回答）

知識を得る機会	事業所数
保健所や保健婦を通じて	9(40.9)
書籍を通じて	4(18.2)
精神保健に関する講演会をきく機会があった	2(9.1)
テレビなどの特集番組を通じて	1(4.5)
ビデオを借りて見る機会があった	1(4.5)
精神医療が業務	1(4.5)
精神科の病院に勤務していた	1(4.5)
精神科医にきいた	1(4.5)
特に機会がなかった	6(27.3)

( )内は%

18.2%で、多くの協力事業所では、「特に決めずに自然に役割を取る」と答えていた。

精神障害についての知識を得る機会としては、「保健所や保健婦の説明を聞く」のが40.9%で、書籍18.2%がこれに続く。報道番組や講演会などで学習の機会を持つことは少なく、「特に機会はない」が27.3%を数えるなど、多くの協力事業所は、指導方法を体験的に学んでいる状況であった（表II-3）。

### 3. 通りハ制度利用のきっかけ

通りハ制度を導入するまでに精神障害者を受け入れたことのある事業所は59.1%と半数以上であ

表II-4 通りハ以前に精神障害者を受け入れた経緯（複数回答）

受け入れた経緯	事業所数
医療機関からの紹介による	7(31.8)
保健所や保健婦の紹介による	3(13.6)
知人の紹介による	2(9.1)
本人から直接申し込みがあった	2(9.1)
その他当院退院者、光の村養護学校	2(9.1)
職業安定所を通じて応募があった	0(0.0)

( )内は%

り、そのきっかけは、「医療機関からの紹介」が31.8%と最も多かった（表II-4）。通りハ制度導入のきっかけは、医療機関や保健所からの直接の紹介がすべてであり、広報や組織的な情報提供によるものは見られなかった（表II-5）。

### 4. 精神障害者を受け入れて困ったこと、受け入れの上で特に配慮していること

困ったことが「いつもある」と答えた事業所は9.1%と少数で、「ない・ほとんどない」と答えた事業所が50%と半数であった（表II-6）。困ったことに対応していることの具体的な内容を自由記載で求めたが、病状に関する他の他は仕事場での

態度や作業能力、対人関係に関する中で、要領の悪さ、安定性のなさ、対人関係のまずさなどと表現されるものが多かった(表II-7)。

一般の職員と比較して特に配慮を必要としていることは、作業の早さや作業内容等の仕事面、対人関係、体調、家族との関わりなどでは、“いつも”“ときに”を合せて大むね3分の2であったが、服装ではほぼ3分の1と少なかった(表II-8)。そ

表II-5 通リハ制度導入のきっかけ(複数回答)

導入のきっかけ	事業所数
医療機関から制度の紹介を受けた	11(50.0)
保健所や保健婦から制度の紹介	8(36.4)
友人、社長の親戚、地元の人の紹介	3(13.6)
テレビや新聞、パンフレットなどを通じて	0(0.0)
商工会や食品衛生協会、業者の団体など	0(0.0)

( )内は%

表II-6 受け入れて困ったこと

困った内容	事業所数 (%)		
	いつもある	ときにある	ない、ほとんどない
病状に対する不安	2(9.1)	8(36.4)	11(50.0)
仕事場での態度や作業能力	2(9.1)	9(40.9)	11(50.0)
挨拶や対人関係、接客	2(9.1)	5(22.7)	11(50.0)

表II-7 困ったことや対応の具体的な内容

病状や状態に関して	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 表情や態度を観察してスケジュールを組む</li> <li>b. 状態に応じて、いろいろと助言</li> <li>c. 空笑・独語</li> <li>d. 病院と連絡を取り合っている</li> <li>e. 服薬が抜けるとコミュニケーションが良くない</li> <li>f. もし事故があった場合、どうすればいいか不安</li> <li>g. 天気や気分によって様子が悪くなる</li> <li>h. 心配ごとがあると良くない</li> <li>i. 仕事中でもよくしゃべり、目付きがすどい時があった(いまはほとんどない)</li> <li>j. 少し顔に表れる</li> </ul>
仕事場での態度や作業能力、対人関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 仕事の途中で理由もわからず帰ってしまう</li> <li>b. 作業に際して気ままにさせている</li> <li>c. 今まで××だけで何もせず立っているなど、客に悪い印象を与えたが、今は他の従業員にとけ込み意欲も出てきた</li> <li>d. 客数が増えたとき、対処できなくなる</li> <li>e. あまり強制はせず、調子のいい時は力づけ、ほめて能力の向上に努める</li> <li>f. 対人関係のまずさ、言葉遣い、持続力</li> <li>g. 仕事がたまってくると、パニックになる人がいる</li> <li>h. 2人組で仕事をするなど工夫が必要な場合がある</li> <li>i. まわりの従業員への影響</li> <li>j. 職場の活気を失わせる</li> <li>k. 忙しくなったときに不満をもらす、また挨拶ができなくなる</li> <li>l. 上司・同僚で言葉の使い分けができず、状況に応じた話し方ができない</li> <li>m. おとなしすぎる、挨拶・接客はあまりできない</li> </ul>

の他、配慮していることについては、「徒歩通勤のため、天候の悪いときは早く帰宅するように指導」「状態の変化があった場合、よく話を聞く」「うまく作業ができればほめる」「明るく過ごせるように配慮する」「気になることを自分から話してくれるよう仕向ける」「眠れなかったときは電話で休むよう指導」など、一般の職員よりも心にかけるという範囲の回答が多かった。しかし、「他の従業員からあまり期待されていない」「職場が暗くなる」など職員間の調整に苦勞する事例もあった。

5. 事業所として対象者に通りハ開始以前に身につけておいて欲しいこと

自由記載で意見を書いてもらったが、挨拶、体力、衛生観念、連絡、積極性などの基本的なことが中心であった(表II-9)。しかしこれらは、通りハを通して身につけていくことを期待したい内容でもあった。通りハ利用者のため、「本人の作業マニュアル表を作成してあげたらよい」という具

体的な意見も見られた。

6. 仕事のこと以外で、対象者とつきあったり、相談を受けたりすること

「しばしばある」2か所(9.1%)、「ときにある」12か所(54.5%)で合計は14か所(63.6%)であった。「ない、ほとんどない」は6か所(27.3%)、「わからない・無回答」2か所(9.1%)と、通所するうちに何らかの形で職場での人間関係が深まっていくが多かった。

7. 対象者を、従業員の一員として雇用する計画

「特に考えていない」のは2か所(9.1%)のみで、「対象者によっては考えてよい」14か所(63.6%)、雇用中1か所(4.5%)、雇用予定3か所(13.6%)と積極的な回答が多かった。

8. 職親会や研修会の必要性

「協力事業所の連絡会議や研修会が、半日単位で、年1-2回程度もたれている県もありますが、このような会は必要と思われますか」という質問には、「必要と思うので、参加したい」10か所

表II-8 一般の職員と比較して配慮していること

	いつも	ときに	ほとんどない
作業の早さ	5(22.7)	9(40.9)	8(36.4)
作業内容の理解	7(31.8)	8(36.4)	7(31.8)
他の職員との対人関係	5(22.7)	9(40.9)	8(36.4)
挨拶ができるか	8(36.4)	4(18.2)	10(45.5)
本人の体調(睡眠や食欲など)	6(27.3)	11(50.0)	5(22.7)
家族との話し合い	5(22.7)	10(45.5)	7(31.8)
身だしなみ	6(27.3)	4(18.2)	11(50.0)

事業所数(%)

表II-9 通りハ以前に身につけてほしいこと

- a. 挨拶
- b. 平均して作業ができる体力
- c. 衛生観念
- d. 時間を守る
- e. 休み、遅刻の事前の連絡
- f. 元気さ(何人かを受け入れたが、一様に暗い)
- g. 何事にもチャレンジする積極性
- h. 身も心も強くなって
- i. いやなこと、うれしいことをはっきり言うこと

表II-10 改訂が必要と答える理由

- a. 最低賃金程度が適当のように思う
- b. 出来得る限り、一般従業員と差別をつけず平等でありたい
- c. 事業開始時より年月も経っているので、増額しては
- d. 生活の足しにするには、月4万ではやや少ない
- e. 会社は能力以上に払えない
- f. 物価上昇に合わせたスライド制

表II-11 通りハ利用者のために改善すべきこと

- a. 仕事ぶりや状態を把握し、保健所と連携を密に
- b. 奨励金をもう少しあげてやってほしい
- c. せめて半日以上として、3.5時間や4時間働いた人にも、少々奨励金が出せないものか
- d. 事業所と家庭がもっと連絡しあう
- e. 自然環境保護事業とか、対象者に合い、また、地域を発展させる仕事を
- f. 対象者、保健婦、事業所のつながり
- g. 本人と保健所のケースワーカーが相談する機会をもった方がいい

表II-12 協力事業所の受け入れを進めるために改善すべきこと

- a. 書類手続きなどが煩雑である
- b. 事業所も応分の援助金を出すべきで、基準を検討しては
- c. もっとPRして、広く事業所に制度を知らせる
- d. 本当の意味で社会復帰できる治療を
- e. 対象者、保健婦、事業所のつながり
- f. 事業者向けの説明のリーフレットのようなものを作ってはどうか

表II-13 その他の意見

- a. 職場の開拓に行政の積極的な取り組みを
- b. 協力奨励金は、対象者の能力を補足するのに大変助けになっている
- c. 特別な指導はせず、職員として明るく振る舞うことが良いと思った
- d. 仕事に対する精神的向上を求める
- e. 病院外勤者にも、平等に協力奨励金を支給してほしい
- f. 本人に合った職場を作るか、補助を
- g. 人間らしく生きていける生活環境づくりが一番大切
- h. 失われていく自然を復帰させることが21世紀の課題、その中で役割を
- i. 対象者、保健婦、事業所のつながりがなければ、協力事業所の意味がない

表III-1 利用者の年齢

年齢	人数
20-29歳	3(8.6)
30-39歳	9(25.7)
40-49歳	18(51.4)
50-59歳	5(14.3)

表III-2 通所の状況

項目	はじめからできていた	できるようになってきた	まだできない
規則正しく出勤する	22(62.9)	6(17.1)	6(17.1)
遅刻・早退がない	25(71.4)	4(11.4)	5(14.3)
休むときや遅くなるときに連絡する	25(71.4)	5(14.3)	4(11.4)
出勤時や帰るときに挨拶する	19(54.3)	9(25.7)	5(14.3)
仕事に来ることに心身の無理がない	10(28.6)	19(54.3)	5(14.3)

人数 (%)

(45.5%),「必要ではあるが、現実的には参加が難しい」8か所(36.4%),「時間があれば参加したい」1か所(9.1%)と合計で19か所(86.4%)が必要性を認めており、「特に必要ない」は1か所(4.5%)のみで、研修や話し合いの場を求めている事業所がほとんどであった。

### 9. 協力奨励金の金額について

「現在対象者1人につき、1日2千円で、最高4万円の協力奨励金が支払われていますが、この額についてどう思いますか」という質問には、「改訂が必要」が6か所(27.3%),「この額で適当」7か所(31.8%),「わからない」7か所(31.8%)と意見が分かれた。改訂が必要な場合の具体的な金額については、3千円が3か所、2千五百円が2か所、「最低賃金に見合う額」が1か所出されていた。改訂が必要と考える具体的な理由については、表II-10の通りであったが、すべての事業所が通りハ利用者の意欲につながるよう、協力奨励金を利用者に還元しようと考えているのが注目された。報酬の額について意見が分かれた理由については、通りハ利用者の報酬について、協力事業所同志で相互に意見を交換したりする機会が乏しく、基本的にどのような考え方に立つか具体的な指針が無いことが影響していると考えられた。

### 10. 今後、この制度の利用を進めるうえで、改善すべきこと

協力事業所と保健所・医療機関・家族との連携、協力事業所の手引き作成、訓練時間のあり方、事務手続きの簡素化などの具体的な意見のほか、夢のある意見など多数提案されたので、すべてあげておく(表II-11, 12, 13)。

## III. 通りハ利用者に関する調査

### 1. 通所者の年齢、性別など

調査の対象となった35名の年齢は表III-1の通りで、40-49歳が51.4%で最も多く、30-39歳が25.7%と続き、平均年齢は41.5歳であった。性別は男性15人、女性20人でやや女性が多かった。通りハ開始時期は、昭和63年3人(8.6%),平成元

年6人(17.1%),平成2年5人(14.3%),平成3年19人(54.3%),平成4年1人(2.9%),不明1人(2.9%)で、調査時、通りハ開始後1年未満の者が最も多かった。診断はほとんど精神分裂病であった。

### 2. 通りハを利用するようになってからの変化

#### 1) 通所の状況

連絡や挨拶は半数以上のものが通所以前からできており、2割程度の者は通所によってよくできるようになっていた(表III-2)。「仕事にすることが心身に無理がない」者は、通所はじめは28.6%であったが、通所によって新たに54.3%が改善されていた。

#### 2) 指示の理解や意志の伝達

職場でのコミュニケーション能力の改善は大きかった。平均して、47.1%に改善が認められていた(表III-3)。これらは一般の雇用では当初から期待されることであり、通りハだからこそできる訓練のひとつであろう。しかし、「自分の考えを適切にいえる」のは、「まだできない」が40%と多かった。

#### 3) 服装・態度・コミュニケーション

服装・化粧・持ち物などは、目が届きやすいためか「はじめからできていた」が多かったが、「動作がなめらか」「会話に参加する」「口調がはっきりしている」などは、通りハを通じて改善されてくる面が大きかった(表III-4)。

全般に職場という新たな社会生活の場を経験することで、態度やコミュニケーションにも大きな変化が表れていた。しかし、「いえばできる」という部分に留まる者も多い点が注目された。

#### 4) 仕事や活動への取り組み

「道具や部品を丁寧に取り扱う」は、はじめからできていた者の割合が、48.6%と最も多かった(表III-5)。「作業にすぐ取り掛かれる」「ムラなく仕事を進める」「後片付けができる」「ていねいに仕事をすすめる」は、「自分からできるようになってきた」者の割合が大きく、慣れによる変化が大きかった。しかし、「すすんで次の行動に移れる」「周囲に影響されずに集中できる」「危険に配慮できる」は、「いえばできる」に留まっている者

表Ⅲ-3 指示の理解や意志の伝達

項目	はじめから できていた	できるように なってきた	まだ できない
指導者の話をよく理解できる	10(28.6)	19(54.3)	5(14.3)
伝達事項が記憶されている	13(37.1)	14(40.0)	7(20.0)
自分の考えを適切に伝えられる	6(17.1)	13(37.1)	14(40.0)
他人の意見を受け入れられる	10(28.6)	20(57.1)	4(11.4)

人数 (%)

表Ⅲ-4 服装・態度・コミュニケーション

	はじめから できていた	自分からできる ようになってきた	いえば できる	まだ できない
服装・化粧・持ち物 などがふさわしい	23(65.7)	6(17.1)	4(11.4)	1(2.9)
清潔な服装をする	23(65.7)	7(20.0)	3(8.6)	2(5.7)
動作がなめらか	5(14.3)	13(37.1)	9(25.7)	8(22.9)
状況に応じて言葉遣 いが適切である	18(51.4)	5(14.3)	9(25.7)	3(8.6)
口調がはっきりして いる	13(37.1)	11(31.4)	4(11.4)	7(20.0)
会話に参加する	8(22.9)	9(25.7)	11(31.4)	7(20.0)
迷惑をかけたら謝る	17(48.6)	9(25.7)	6(17.1)	3(8.6)
明るく振る舞う	7(20.0)	8(22.9)	8(22.9)	11(31.4)

人数 (%)

表Ⅲ-5 仕事や作業への取り組み

	はじめから できていた	自分からできる ようになってきた	いえば できる	まだ できない
作業にすぐ取り掛か れる	11(31.4)	14(40.0)	8(22.9)	2(5.7)
すすんで次の行動に 移れる	8(22.9)	12(34.3)	12(34.3)	3(8.6)
周囲に影響されずに 道具・部品などを丁 寧に扱う	7(20.0)	8(22.9)	14(40.0)	6(17.1)
後片付けができる	17(48.6)	9(25.7)	7(20.0)	2(5.7)
危険に配慮できる	13(37.1)	10(28.6)	8(22.9)	4(11.4)
危険に配慮できる	10(28.6)	11(31.4)	12(34.3)	1(2.9)
ムラなく仕事をすす める	8(22.9)	14(40.0)	7(20.0)	5(14.3)
慣れるに従って能率 があがる	3(8.6)	15(42.9)	10(28.6)	7(20.0)
手早く仕事をすす める	4(11.4)	11(31.4)	9(25.7)	11(31.4)
ていねいに仕事をす ずめる	12(34.3)	10(28.6)	12(34.3)	1(2.9)
工夫がある	3(8.6)	6(17.1)	14(40.0)	11(31.4)

表Ⅲ-6 通りハのよかった点

- 
- a. 職員として雇用、周囲になじめぬことを心配していたが、独自の部屋を与えて、落ち着き、余裕も出てきたよう
  - b. まじめに素直に継続して仕事ができる
  - c. 食事の姿勢、箸の持ち方、目上の人への話し方、状況に応じた会話の切り替え、家庭でされなければいけないしつけなど、少しずつ向上してきている
  - d. お客様にコミュニケーションができるようになり、人と知り合い、充実した生活を送れ、楽しく生活できてよるこんでいる
  - e. 家のストレスから開放される時間があり、悪化を防止できている
  - g. 自分のペースでやれる仕事なので、不安をかかえながらもしっかりやれている
  - h. 毎日通っていることで、自信をつけてきている
  - i. しんどいところを乗り越え、今では厨房になくはならない存在となり自信をつけている
  - j. 毎日、歌いながら楽しそうに作業をしている
  - l. 対人関係が良くなり、持久力ができた
  - m. 気持ちが次第に明るくなってきた
  - n. 勤務時間を1時間少なくしたのがよかった
  - o. 職場の行事に参加させることが、リフレッシュになり、大事と思った
  - p. 何事も前向きで、仕事の能率がよくなった
  - q. 社員たちと話しているうちに、だんだんと明るくなってきたこと
  - r. 自分に自信がもてる行動の兆しが見えはじめた
  - s. 仕事で身体を動かしたり、休み時間に同僚と話すことで、気持ちが明るくなるのではないかと
  - t. 遅刻は皆無、わからないことは聞いてくるし、店も助かっている
  - u. たくさんの人と接触することで、生活のありさまや知恵を得ることができ、幅ができる
- 

表Ⅲ-7 通りハで受け入れて難しい点

- 
- a. 人間関係が難しく、励ますと負担になり、声かけが少ないと疎外感を持たれる
  - b. 共同作業のため、他者の力をあてにする
  - c. 他の職場が良く見えるのを取り除くのに大変だった
  - d. 若いので、周囲の環境（友人、女性の職員）に振り回されて落ち着かないので、社会復帰はたいへんと思う
  - e. ひとつひとつ言えばできるが、言わないとできない
  - f. おとなしすぎて、自ら話すことはない
  - g. 気長に対処すること、いらいらすることはだめ
  - h. 普通よりちょっと違う感じがある
  - i. 生活状況の中で、性格、生育環境にあると思える常識的思考や、行動があやしいところがあるが、一人作業なので目立たない
  - j. 精神的上下に対し、自己コントロールが不十分
  - k. 病人として扱ってもらわんじやなく、少しでも向上できるよう、進んで用事を言って欲しい
- 

も多く、特に「工夫がある」「手早く仕事を進める」には「まだできない」者の割合が大きかった。これらのことから、通りハを通して改善が見込みやすい項目と困難な項目があることがわかった。特に、自分から計画を立てて作業を進めることは、なかなか身につけにくいと考えられた。これらのことから、通りハ終了後の処遇について、一般的な就労以外にも保護的な就労の場や継続的な事業

所への支援が必要な者が多いと思われる。

### 3. 通りハのよかった点、受け入れて困難な点についての具体的な意見

多くの記載があったので、表Ⅲ-6、7にすべてあげておく。よかった点21項目、受け入れて難しい点11項目が挙げられていた。

#### IV. 通りハ終了者について

平成3年4月以降、平成4年10月までに通りハを終了した者について、利用期間、終了理由、終了後の状況等について調査を行った。調査期間については、保健所の精神保健担当職員の把握可能な情報の範囲等を考慮して、過去1年7か月に設定した。

調査は、この間の終了者全員を対象としたが、保健所8か所から計37名の回答があった（2保健所から回答がなかったが、もし終了者があっても2、3人程度と考えられる）。

##### 1. 終了者の概況

終了者の平均年齢は、40.3歳であり、20—29が3名(8.1%)、30—39歳が15名(40.5%)、40—49歳が14名(37.8%)、50—59歳が5名(13.5%)であった。性別は男性22名(59.5%)、女性14名(37.8%)、不明1名(2.7%)であった。

##### 2. 終了理由

高知県では、訓練期間を6か月単位で3年まで延長できることとなっているが、期間満了で終了となった者は、11名(29.7%)、就労のため3年未満で終了した者が2名(5.4%)、何らかの理由で中止となった者が24名(64.5%)であった。中止となった者の訓練期間は、2か月以内が6名(25%)、3か月以上6か月未満が6名(25%)、6か月以上9か月未満が4名(16.7%)、9か月以上1年未満が1名(4.2%)、1年以上2年未満が6名(25%)、2年以上3年未満が1名(4.2%)で、1年未満で70.8%が中止していた。

##### 3. 終了後の状況

期間満了で終了した11名のうち、9名は協力事業所に引き続き就労し、後の2名は、入院とデイケア通所であった。

就労のため就労した2名は、協力事業所以外に就労した者1名、入院中の者1名であった。

何らかの理由で中止となった者24名の内訳は、精神科に入院6名(25%)、医療機関や保健所のデ

ィケア、作業所通所5名(20.8%)、公費通院中5名(20.8%)、精神科以外に入院2名(9.1%)、家事・家業の手伝い1名(4.2%)、通りハ再開1名(4.2%)、不明2名(9.1%)であった。

##### 4. 通りハの意義と課題

満期就労者については、仕事経験、対人関係の改善、規則正しい生活、自信につながった等の肯定的な評価がある一方で、「通りハ終了後の事業主への協力奨励金の支給が必要」「次の就労先を見つけることが課題」という、協力事業所の温情のみを期待することへの批判と見られる意見があった。

何らかの理由で中止となった者については、通りハ運営上、重要な課題と思われる項目が多数あげられていた。多くは、訓練開始初期の疲れ、本人の希望や実際の訓練内容の調整、対人関係の調整などであるが、訓練初期の現地での調整と指導が中止を防ぐ可能性を示唆していた(表IV-1)。

#### ま と め

高知県の通りハ制度の定員は、5年間で3.3倍(定員50人)となった。これは、全国の補助対象数1438(平成4年度)から比較しても、順調に充実してきたと言えよう。しかも、利用者に対して、この調査にあるように、事業所での人間関係の深まりを通して、規則的な通所、職場での挨拶、指示の理解や伝達、服装・態度・コミュニケーションなどの多くの面で改善が認められ、関係性や作業能力などで効果が見られている。しかし、在宅精神分裂病者だけで「職親・職業訓練の場」で149人、「仕事の間」で462人分のニーズが推定されている状況<sup>9)</sup>、また就労を希望する精神障害者が多いにもかかわらず、職場適応のための具体的なプログラムが無い現状を考えると<sup>3)4)6)</sup>、まだまだ課題は多い。以下、アンケートをもとに各段階で取り組むべき課題をあげる。

##### 1. 通りハ事業の広報普及について

協力事業所の多くが小規模であり、それらの善意で支えられている現状であり、通りハ事業の広報普及が立ち遅れていると思われる。このため、

表Ⅳ-4-1 通りハ中止者をもとにした今後の課題

- 
- a. きちょうめんさと気負いが負担になった
  - b. 事業所内の対人関係の良くない面が影響した
  - c. おとなしく、積極性に欠け、わからないことを素直に聞けなかった
  - d. 基礎体力が不足していた
  - e. 本人の希望と実際の訓練内容の調整が不足していた
  - f. 本人の希望と合わなかった
  - g. 家族関係の複雑さが影響した
  - h. 作業所レベルから始めるのが適当
  - i. 自信過剰で、実際の能力との間に溝があった
  - j. 報酬の少なさへの不満
  - k. 精神的・肉体的疲労
  - l. 身体疾患の悪化、骨折
- 

各業界の組織などを通じて、広報普及に取り組む必要がある。特に職業安定所、商工会、マスコミや保健所の関係する組織を通して広報普及を行うことが重要と考えられる。このためには、通りハに関して事業所や訓練希望者向けのわかりやすいパンフレット類の作成が不可欠と考えられる<sup>7)</sup>。

## 2. 事業所のバックアップの充実

協力事業所の多くは、体験を積みながら努力している現状である。このため、日常の指導においては手探りのにならざるを得ず、苦勞が多いのが実際である。そして、「研修の場が必要」という意見もよく耳にする。

このため、協力事業所数を増やし、そこでの社会復帰指導が円滑に進められるよう、協力事業所を対象とした研修や協力事業所会の組織化（いわゆる職親会の結成）について積極的に検討する必要がある。高知県の場合、周辺部では交通の面で参加困難な事業所も多いと思われるが、とりあえず県都である高知県中心に、集まれる事業所だけでも集まっていく必要がある。

さらに困難な問題ではあろうが、制度自体の充実の一環として、協力奨励金の額の見直しによる事業所での指導の充実や、通りハ利用者に対する交通費や昼食代に相当する額の支給等についても検討する必要がある<sup>7)</sup>。

## 3. 通りハ利用者の指導充実

通りハ中止者が1年未満に集中しているという

事実から、通りハ開始当初の連絡調整や事業所での指導は特に重要と考えられる。しかし、現実には心ある医療機関などに依存していることも多く、この間のケアをいかに充実するかについて、積極的かつ具体的な検討が必要である。また、精神障害者であるため、精神症状に目が奪われがちであるが、通りハ中止の理由に、身体疾患や骨折があることから、健康診断や体力測定も訓練開始前に必要なものと思われる。

## 4. 将来の問題

通りハの効果からみても、ある程度の対人関係の改善や社会性、作業能力の進歩は見られるが、一般的な就労については、困難と思われる者も多い。これについては、保護的な就労の機会（保護工場等）を設けることを検討する必要がある。また、デイケアでの適性評価と信頼関係形成を指導に活かすこと、通りハを利用した後、労働者サイドの行政とつなげていく試みも重要であろう。社会復帰施設の機能にも大いに期待したい<sup>3)</sup>。

いずれにしても、ジョブ・コーチ的<sup>7)</sup>にその日の体調などに留意して仕事の内容・量・従事者を調整するスタッフを得ることは、訓練当初にきわめて有用であろう。

保護的な就労の場をつくっていくに当たっては、「障害があるから、賃金、待遇、職場環境がワンランク低くてよい」という消極的な姿勢でなく、これからの地域社会のニーズをにらみながら、将来性のあるプラン（たとえば、アンケートにあるよ

うに自然環境を守ることや地域の生活環境をよくする積極的な活動を担うことなど)を立てていくことが望まれる<sup>3)</sup>。

社会復帰・社会参加の取り組みは、利用者にとっても、受け入れる事業所にとっても「取り組みやすい、安心できるもの」にしていかねばならない。この資料が今後の通りハを含めたシステム全体の充実に役立てば幸いである。

#### おわりに

この資料作成にあたっては、高知県内の各保健所の精神保健担当職員の皆様方、医務課精神保健班の皆様方にたいへんお世話になりました。紙上を借りて厚くお礼申し上げます。

#### 文 献

- 1) 秋田県精神保健センター：秋田県精神障害者リハビリテーション事業調査，秋田県精神保健セ

ンター所報，昭和63年度。

- 2) 群馬県精神保健センター：精神障害者の社会復帰について（第3報）—県内通院患者リハビリテーション事業（協力事業所）に関するアンケート調査—，平成2年度。
- 3) 高知県精神保健協会企画調査部：高知での社会復帰施設のありかた—精神障害者の地域生活サポートの拠点として—，1992。
- 4) 岡上和雄，大島巖，荒井元傳編：日本の精神障害者—その生活と家族，ミネルヴァ書房，京都，1988。
- 5) 武田廣一：誇り高く生きる『精神障害者の地域サポート論』—地域作業所の活動から—，精神障害者地域サポート研究会，1992。
- 6) 竹島正，大島巖，岡上和雄：高知県の在宅精神分裂病患者の社会生活援助のニーズに関する分析，社会精神医学，343—352，第12巻4号，星和書店，東京，1989。
- 7) 渡嘉敷暁他：精神障害通院患者リハビリテーション事業のあり方に関する研究，平成3年度厚生科学研究。

# 精神保健研究

## 編集委員

藤縄 昭 吾郷晋浩  
高橋 徹 白井泰子

## 編集後記

今回は、特集のテーマに「ストレス」が選ばれたが、精神保健の領域におけるストレス研究の位置づけを知るうえでも大変貴重な論文が寄せられている。なお、本号を皮切りに、「精神保健研究」は年二回発行することになった。紙面の一層の充実をはかり皆様の期待にそえるよう努力したい。

精神保健研究

第39号

(1993年7月1日発行)

(非売品)

編集責任者——藤縄 昭

発行者——国立精神・神経センター  
精神保健研究所

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

PHONE 0473(72)0141

FAX 0473(71)2900

# Journal of Mental Health

## Number 39, 1993

Official Publication of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

### CONTENTS

#### FEATURE ARTICLES: STRESS Foreword

- On the concept of stress. T. Takahashi. .... 1
- Stress and immune functions. M. Irie, S. Nagata. .... 9
- Stresses in nursing. F. Inaoka ..... 21
- Recognizing the causes of stress and coping behavior : Self-growth from "iiko" behavior.  
T. Munakata. .... 29
- Living environment stress and mental health: From the ten year's study of psychosocial stress  
in inhabitants along the loop road 7 in Metropolitan Tokyo. K. Yamamoto. .... 41
- Psychosomatic disorders. Y. Ago. .... 55

#### ORIGINAL ARTICLES

- A study of stress symptoms in middle-aged men; in relation to coping behaviors, social  
networks, drinking behaviors, and gender. T. Sekii, T. Matsuda, K. Takahashi, S.  
Shimizu. .... 65
- Seasonality in the moods and behaviors of a normal population sample in Japan. S. Shirai,  
M. Okawa, M. Uchiyama, M. Oguri, M. Kosaka, K. Mishima, H. Inoue, K.  
Kamei. .... 81

#### REVIEW ARTICLES

- "Regional secure units", by P.R. Snowdon. K. Kawashima, T. Kitamura ..... 95
- "Disposal of mentally disordered offenders", by P.R. Snowdon. K. Kawashima,  
T. Kitamura. .... 103
- Jurisprudents' attitudes toward new reproductive technology.  
Y. Shirai. .... 107
- Rehabilitation of mental health outpatients in non-urban areas. T. Takeshima,  
H. Takeda, J. Tadokoro, H. Hashizume, Y. Kodera, T. Kikkawa. .... 115