

精神保健研究

第3号 (通巻36号)

平成2年

巻頭言	寺松 尚	1
特集 不安障害		
説得療法によるパニック障害の治療の二つの古い報告についての私見	高橋 徹	3
不安障害の診断分類	中村 道彦	11
不安障害の疫学	町沢静夫他	17
不安の生物学	丹生谷正史他	25
不安障害の臨床—精神科領域から—	竹内 龍雄	31
不安障害の臨床—心療内科領域から—	久保木富房	39
うつ病と不安性障害	広瀬 徹也	47
不安障害の薬物療法	上島 国利	57
原著論文		
精神科入院と社会的コストに関するPHILLIPS命題の検討		
—アルコール症の場合—	清水 新二	69
極小未熟児の気質	原 仁他	79
わが国の飲酒文化と飲酒行動	清水 新二	85
精神障害者施設と地域住民間に生じたコンフリクト (地域紛争) の発生状況と		
その要因—都道府県レベルで把握された地域問題事例の全国調査から—	大島 巖他	101
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)		
—GHQによる神経症群の出現頻度—	椎谷淳二他	113
症例報告		
著しい構音障害を示し、書字能力との解離を示した軽度精神遅滞、広汎性発達障害を伴うKlippel-Feil症候群の一例		
	加我牧子他	147
資料		
精神医学的能力障害の評価と低減に関するWHOの協同研究	丸山 晋他	157
老人保健施設内の痴呆の有病率の調査	大塚 俊男	167
《海外動向》：ハンガリーの自殺について	清水 新二	171
投稿規定	181	編集後記
		182

◆巻頭言◆

寺 松 尚*

国民の精神保健の向上を図るとともに、精神障害者の人権を擁護しつつ適正な医療を実施し、かつその社会復帰の促進を図ることを大きな柱とした精神保健法が昭和63年に新しく施行されてから、2年が経過しました。精神保健法第2条においては、新たに国の義務として、国は精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等の施策を講じなければならないことが規定されました。このような国の重要な機能を担っているのが精神保健研究所であります。

本研究所は、昭和27年にアメリカのNIMHをモデルとして設立されて以来、我が国の精神保健に関する調査研究及び研修について指導的な役割を果たしてきました。ことに、国立病院・療養所の質的機能の充実を図るための再編成の一環として、昭和61年に厚生省設置法の改正により国立精神・神経センターが国立高度専門医療センターとして設置されたことに伴い、その研究部門として統合が図られました。以来、精神保健研究所は同センター内において、精神疾患、発達障害及び精神保健に関して主として心理学的、社会学的研究を行うものとして位置付けられているところであります。

さて我国の精神保健は、従来の入院中心の治療体制から地域におけるケア体制という大きな流れに沿って、社会復帰対策を中心とする地域精神保健に関する施策の推進が図られつつあります。また、精神保健法では新たに国民の精神的健康の保持及び増進が法の目的として加えられたところでありますが、社会や家庭環境の変化に伴い、職場

のストレス問題、アルコール関連問題、児童思春期精神保健など、国民全般の心の健康の保持向上が今日求められています。さらに今後は、人口構造の高齢化の進展により、老人性痴呆疾患対策が社会の大きな課題となっていくものと考えられます。このように精神保健に関しては、これまで以上に家庭、学校、職場、地域社会等様々な場におけるライフサイクルの段階に応じた施策の展開と、これらに必要な知識・技術についての調査研究及び研修の推進が必要であり、精神保健研究所もさらに大きな役割を果たしていくものと思えます。

今後国民の間においても精神保健研究の進展への期待がさらに高まるものと考えますが、国立精神・神経センターにおいて、精神保健等に関する今後の研究のあり方について外部の研究者をも交えて検討がはじめられたところであります。精神保健研究所の研究者各位が一層調査研究に関し充実した成果をあげられるとともに、またそれらが行政の施策等を通じて国民の精神保健の向上に資することを念願致します。

厚生省保健医療局長

Hisahi Teramatsu: Director-General, Health Service Bureau, Ministry for Health and Welfare.

特集◆不安障害◆

説得療法によるパニック障害の治療の
二つの古い報告についての私見

高橋 徹*

はしがき

パニック障害とみられる症例を説得療法によって治癒に導いた二つの報告について、考察する。いずれも、本邦の古い文献に載っていたものである。パニック障害に対する心理療法は、この障害に対する薬物療法の著しい進歩のかけにあって、今日、正面きって論じられることが少ないようである。しかし、少なくともわが国においては、この種の障害に対しては古くから心理的治療が行なわれてきた歴史があり、ここにとりあげる二つの報告はその代表的な治療例とみられるもので、パニック障害に対する心理的治療法を再検討する上でも重要な資料と思われる。

1) 今泉玄祐の説諭の法による治療例

今泉玄祐は江戸後期に活躍した東奥（宮城県）白石の医師で、「療治夜話」を嘉永三年（1850年）に著わしている。かれは、心理療法に長じていたらしく、その著書のなかで、「移精変気の法」、つまり心理療法について次のように誌している。「今世病を治するも必ず此移精変気の法なくんばある

On the Two Cases of Persuasion Therapy for Panic Disorder Reported in Japanese Old Medical Literatures.

*国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

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

べからず。夫れ移精変気とは移は移し易るなり。即ち精神を移し易るなり。変は変へ改むるなり、即ち是心に迷いを生じて病を醸し為すことあり其時其病の根源を尋ね求めて其迷を説解て、其病を癒すの法なり。医の万病を療治する。必ず此意を心に含で療治すべし。中にも心気病の如きは是非に此法を行なはざればただに服薬のみにては中々治すること能はざるものなり。人は七情に由て病を生ずること最も多きものにて、世に心気病を患る人も多きものなれば、能く其心気病たるを診し得て、此移精変気の法を行ふときは、言外の奇効を得ることあるものなり。」また、「移精変気の法は最も広きことにて其時に臨み其人に依じて之を行ふべし。術を以て病者の心を転じて治することあり。言語を以て病者を説諭して治することあり。法を以て病者の心を変じて治することあり。疑惑に由て病を生じ其疑惑を解て病治することあり。其他移精変気の法に至りては古法一々枚挙にいとまあらず。学者必ず類に触れて長ずべし。」

なお「移精変気」の語は、中国の古書「素問内経」（秦漢時代の撰）にある「古の病を治するは、ただ其れ精を移し気を変ず」に由来するといわれている。今泉玄祐は、この法のうちの「説諭して治する」例として次ぎのような自験例をあげている。

治療報告

「耕野村農夫某来たりて治を乞う。曰く、僕の妻、年二十有八歳なるが、五年以前安産せり。産後二七日ばかり悪露下り、未だに止まずといえども、体壮健にして平常に異なることなきに由りて、

一日努力して石臼をひきしが、忽ち戦慄して血暈を発し、すでに危篤に至りしを、治療に由りて鬼録を免るることを得たり。しかれども、自後体振々として動揺し、気分何となく悪くして頭を挙ぐるに能わず。強いて頭を挙げんとすれば氣絶せんと欲し、飲食するにも頭を挙げずして搏飯を食せり。食するとき噛まんとするに、口を動かせば氣絶せんと欲し、休息して漸をもつてするにあらざれば、食する能わず。時ありて心下悸して眩暈し、時ありて故なく悲哀涕泣す。常に睡り、覚むれば精神恍惚として失うところあるが如く、昼夜も弁ぜざるが如しといえども、精神の錯乱せしことなし。かつ明を嫌い暗を好み、戸を閉じ窓を塞ぎ、目を閉じ被を覆うて臥す。その病荏苒瘥えざるに因つて、医禱百計、家産を傾くるに至れども、毫も効驗あることなし。昼夜平臥して草蓐にあることすでに五年、経水来ること一年に一次、あるいは二年に一次、今や食、日に三杯ばかり、身枯瘦して汗なく、大便秘し、小便自ら可なり。術計窮まりてただ死を待つのみ。上に七十の老母あり。下に五歳の男児あり。供養養育兩つながら全うしがたし。願わくは先生憐れみてこれを救われんことをと。

予行きて診するに、その人臥床の久しき、鬢髪みなすり切れ、短くして蓬頭す。面色青白にして白痴のごとくなれども、もと神脱せず。形体消瘦すれども、筋肉しまりあり。言語軽微なれど、その声律を差えず。腹背に貼するが如くなれども、軟らかにして力あり。六脈沈めども、緩にして和せり。

診し終りて病室を出で、その夫に語りて曰く、この病もと数々血暈を發せしに由りて心氣定まらず、久しうして習慣となれり。名づけて心氣病という。臥床の積年なる、飲食の微少なる、身体消瘦すといえども神元脱却せず。もし予が所為に任せば、病得て治すべしと。挙家みな云う、願わくはただ命これに従わんと。

ここにおいて予、移精變氣の法を施し、論説して暗室を出よと命ず。病婦曰く、少しく頭を動かすすら氣絶せんと欲す、いわんや起きて明処に出ば、忽ち暈を發して死せん、この事は免ぜよと。予曰く、決して死することはなし。たとひ起きて

明処に出るとも、暈することなかるべし。万一暈を發すといえども、予が懷中に禁暈の妙方あり。この方や起死回生の方にして、如何なる六ヶしき血暈といえども、薬咽に下れば忽ち蘇生す。血暈何ぞ憂うるに足らん。病婦これを聞きて諾す。すこぶる起色あり。

予病婦の手を取りて暗室を出し、明処に居らしめ、頭を挙げしむ。かつ眼を開きて一見せよという。初めの程は氣絶せんと欲すと云いて、眼を開くことを敢えてせざりしが、予強いて両眼を開かしむるに、按の如く暈せず。明処に簷下を一見す。病婦曰く、五年の星霜を経、今日始めて簷外を一見するに、風景大いに異なるを覺ゆと。予大いに笑う。ここにおいて老婆幼児ひとしく出て、雀躍して活命の恩を謝す。

帰るに臨みて、病婦に囑示するに、これ以後は病床に臥すこと勿れと云うを以てす。その後漸々快方に進むに従い、毎日山に入りて柴を刈り、薪を背負うべきを以てす。病婦固くその教えを守りて遂に全治することを得たりという。」

このテキストにそつて、とりあげられている症例について今日の精神科医の立場から手短な解説を加え、次いで、玄祐の説得療法について考察する。

解説と考察

a) テキストの症例が示す症状と経過。

患者は、28歳の農家の主婦で、テキストには家族としては、農夫の夫、5歳の男子、および70歳の祖母が記録されている。発病は、5年前、つまり、23歳のときである。男子出産後27日目に急激に発病している。発病したのは、産後のおりものはまだ続いていたが、「体壮健にして平常に異なること」ない状態においてであり、また誘因としては、「努力して石臼をひ」いたことがあげられているのみである。

発病時の症状は、「忽ち戦慄して」とあるように、急激に生じた恐怖感をとまなう震えであり、しかも、「すでに危篤に至りしを」とあるように、あたかも死んでしまいそうなありさまの発作様の状態であったと推定される。発病前の状態や発病の様相や症状の特徴などを勘案すると、この発作様の状態は、急性不安発作、つまりパニック発作

であったと考えることができる。

この発作様の状態は「血量」と称されているが、「血量」は、震えを主徴とする「血の道」の一種である。因みに、「血の道」は、産褥時・月経時・月経閉止期などに起こる身体の異常の総称で、頭痛・逆上・めまい・温熱感・寒冷感・発汗などの症状を呈する状態として、日葡辞書にも誌されているという（新潮国語辞典）。

この発作様状態は、「数々の血量を発し」とあるように、その後もたびたび繰り返して生じている。そしてその発作の間欠期には、「体振々として動揺」する症状、「心下悸してめまい」する症状、「気分何となく悪」い状態が出現している。これらの症状や状態はパニック発作にひきつづいてしばしば生じてくる動揺感、動悸、めまい、漠然とした不安などからなる亜急性不安緊張状態、つまり全般性不安障害とみられる。

さらに、「時ありて故なく悲哀涕泣す」る状態や、「常に睡り、覚むれば精神恍惚として失うところあるが如」き状態、「昼夜平臥」している状態、「今や食、日に三杯ばかり」などは、抑うつ的な状態が持続していることをうかがわせる。

病歴のなかで、筆者がもっとも注目するのは、はじめに起こした「血量」に対する恐怖、めまい恐怖、気絶して死んでしまう恐怖などの恐怖症状の持続で、それらは、頭を動かすなどの動作や明るさを感じたりや目を見開いてもものを見たりすることによって容易に触発されている。

患者は、こうした、亜急性不安緊張状態や抑うつ状態や恐怖症によって構成されている「心気定まら」ざるありさまのまま、ほぼ5年を経過している。また、随伴して、極度の痩せと希少月経が認められている。

今泉玄祐は、診察により、この病態が、「もと数々血量を発せしに由りて心気定まらず、久しうして習慣とな」ってしまったものと診断し、「心気病」つまり「七情に由りて生じた」病としている。

b) 玄祐の説諭による治療についての考察。

テキストの後半には、説諭によって患者が「心定まらず、久しうして習慣とな」っていた状態から開放されるありさまがよく描かれている。患者は、その「習慣」によって暗くした部屋で、頭をでき

るだけ動かさず、殆ど目を閉じたままの積年の臥褥を強いられていたが、ついに病床を離れ、暗い部屋を出て、頭を挙げ、目を見開いて、それまでのとはすっかり異なった現実の風景に接し、新鮮な強い印象を受ける。

一体、患者のこのくらしの大きな変化があつた説諭の法によってどうして起こり得たのであろうか、またこの変化によって問題の宿痼がすつか消滅してしまつたのはなぜか。ここでは、筆者がとくに注目しているめまい恐怖、つまり血量の再発に対する著しい恐怖、めまいして気絶し、死んでしまうのではないかと激しい恐れに焦点をあわせて、テキストにそって考察してみる。

問題のめまい発作が、「心気定まら」ぬ状態の作因として重要な役割を果たしていることは、テキストの前段の症例呈示に相当する部分の叙述から読みとれるが、さらに、その状態を「習慣」づけて患者に積年の臥褥のくらしを余儀なくさせている要は、そのめまいに対する恐怖症であることが、テキストの後半の、玄祐が治療に着手するくだりに歴然と誌されている。病床を離れて「暗室を出てよ」と命ぜられた患者は、「少しく頭を動かすすら気絶せんと欲す、いわんや起きて明処に出ば、忽ち血量を発して死せん、この事は免ぜよ」と答えている。したがって、テキストの前半に描かれていたあの、できるだけめまいしないようにという患者の腐心には、実は、めまいに対する恐怖ができるだけかきたてられないようにする、という意図がこめられていたに違いない。

しかし、めまい恐怖にとらわれているさなかにおいては、その恐怖がかきたてられないようにといくら試み努めても、恐怖はその試みに一つ一つにあたかも影のようにつきまとって離れない。めまいの恐怖をかきたてられることを恐れて頭を挙げられない患者は、寝たままでの食事を余儀なくされるが、そうして搏飯を食べようとするが、今度はそれを噛む動きがめまいの恐怖をかきたてるので、とうとうまともに食事することができないありさまである。

めまい恐怖にとらわれているさなかで、その恐怖から逃れようと試みる自家撞着の迷いであり、あたかも、ある定理を証明しようとしてその定理

を用いようとするに等しく、ロジカル・タイプ¹⁾の異なることがらをもつれさせてしまうところから生じてくる自家撞着である。「移精変気」は、精神を易ることによって、気を変ずることを指すが、この自家撞着は、気を変ずるに気をもって行なおうとしているありさまを指している。

玄祐は、このめまい恐怖をめぐる自家撞着に患者の「病の根源」をみたに違いない。実さい、玄祐の説諭は、めまい恐怖をかきたてられまいと頑なになっている患者の「精神を易る」ことをめざしたものであって、その説諭のメッセージが患者にしっかりと受けとられるように、患者の手をとって働きかけたり、また、敢えて、ありもしない禁暈の妙方を所持しているという作り話を方便に用いたりもしている。

恐怖をかきたてられまいとして一心になっていた患者は、玄祐のこうした説諭の法によってその迷から解放され、めまい恐怖の自家撞着にとらわれていたときには全く見えなかった現実を発見し、それを風景の新鮮な印象に託して語っている。また、玄祐は、「予大いに笑う」と、その発見に共感している。

2) 森田正馬の説得療法

森田正馬は、神経質に対する独自の説得療法を編み出し、その治療例を報告している。この説得療法は、いわゆる森田療法、すなわち家庭的入院療法とは、実施方法や手技の点で異なっているが、しかし理論の上では多くの共通点がみられる。次に引用するのは、昭和三年(1928年)に出版された「神経質ノ本能及療法」²⁾に載っている例である。

a) 心悸亢進発作の例。

「本例は、余の大学の恩師、某先生の夫人で、四、五年以来、心悸亢進発作に悩まされて居たものである。発作は、多くは夜間に起こって、其時は不安のために、横臥することが出来ない。座位を採り、布団に凭りかかかって、漸く苦痛の去るのを待つとの事である。一度発作が起これば、多くは三日或は五日間、同様の発作が続いて起こるのである。余は一診して直ちに余の謂はゆる発作性神経症である事を知った。

此診断法に就いては、ここに詳論することは出

来ないけれども、次に挙ぐる疼痛発作でも同じやうに、先づ消極的には、之が器質的疾患でないことを確定し、次に積極的に、之が精神性のものである、といふことを定めなければならない。其の精神性といふことを知るには、其現症を目撃することの出来ない場合は、患者に対して、其発作が何時、何処が如何にか、といふ事を正確詳細に問い質すことによるのである。斯く問い質すことによりて、其自覚症が、終に具体的のものでなくて、全く名状し難いものとなり了ることを知り且つ一方には、之が全く吾人の恐怖、驚愕の自覚的、他覚的現象を誇張廓大したものである、といふことを知ることが出来るのである。

本患者は、余が往診した時、恰も昨夜其発作があつて、今夜も亦同発作があるに相違ないといつて、之を期待して居たのであるから、余は之を幸として、患者に対して、之を治療する方法として、次のやうな実行するやうに説得したのである。即ち「今夜臥褥する時に、其発作が最も起こり易いといふ横臥位を執り、自分から進んで、其の発作を起こし、而も其位置のままに、苦痛を忍耐し、且つ其発作の起こり方から、其全経過を熱心に詳細に観察するやうにして下さい。然らば余は、貴女の其の体験によって、将来決して発作の起らない法をお教えする。若し此のために、今夜いかに劇しい苦痛があつて、徹夜するやうなことがあつたとしても、長い年数の苦痛と不安とを取り去ることが出来れば充分之を忍耐する価値のある事である」といふ風にいったのである。患者は直ちに其の実行を約束したのである。

其後余が再診した時には、患者は「其夜余が教えたやうに実行したけれども、自分で発作を起こすことが出来ないままで、其まま五分も経たない内に、眠りに入り、翌朝迄知らなかつた」とのことであつた。

余が更めて、患者に対し、「此後、亦従来のやうな発作が再び起こるやうなことがあるとお思いですか」と問えば、患者は「自分では其の何の故といふことを説明することは出来ないけれども、今迄のやうな不安が全くなつたから、将来再び起こることはなからうと信ずる」とのことである。余は即ち「是れが体得である。悟りと一つである。

理論や思想ではない。貴女は其時、徹宵発作の苦痛を覚悟したのである。恐怖其のものの中に突入したのである。此時は、発作が或は起ころはせぬか、といふ疑念もなければ、又発作を逃れようとする卑怯の心があるのでもない。之即ち発作が起こって来なかつた所以である。今迄は、不知不識の間に、発作の襲来を予期して、之を迎へ、一方には之を逃れようとして、心迷ひ、徒に苦痛不安を増大せしめたものである。今後とても、病後とか或は心痛、過労等の時には、発作を起こしかける事があるかも知れない。其時には又、之と同様の態度で向かふことを一、二回経験したならば、最早将来全く発作の来るような事はない」と説明した処が、患者は「分かりました」といふ。実に之は所謂体得であるから、決して複雑な理論的の説得を要しない。唯単に其の着眼点を示すだけで足りるのである。禪に謂はゆる以心伝心とは此事である。此患者が今、発作を起こさんとする時の心境は、武道の奥儀たる所謂「必死必生」とか、兵法の「背水の陣」とかいふものと同様である。又煩悶即解脱といふのも此事であつて、発作を起こさんとして、其俟発作から解脱するのである。

吾人は、故さらに驚かうとしても、驚くことは出来ない。試みに死を覚悟しようとしたとて、其覚悟の出来るものではない。驚くことも必死も、皆唯だ其境遇と条件とによりてのみ、初めて出来ることである。即ち外界の境遇と主観とは一にして二ではない。境遇を離れ、思想を以て之を仮想せんとすることは、即ち思想の矛盾でなくて何であらう。されば本例のやうな場合に於いて、若し患者に対して、「若し貴女が発作を起こさうと努力すれば、決して発作の起こるやうな事はない。五分間も経たない内に、安眠する事が出来る。安心してやればよい」という風に、いったとすれば、どうであらう。其結果は、容易に想像され得る処である。

上に挙げた余の方法は、決して理論ではなくて、実際の体験を得させるものである。若し此法を以て、或は暗示法、気合術等と同一視しようとする人があるならば、それは共に論ずるに足らないのである。」

b) 解説と考察。

テキストには、この症例が、既婚婦人であること、4、5年来、挿間性に数日間、毎晩のように生じてくる、不安をとまなう心悸亢進発作に襲われる状態にあることが記されている。森田は、この例を発作性神経症の典型例としている。この病態は、森田によって記載されたもので、神経質の亜型の一つであり、この症例のような心悸亢進発作を主症状とするもののほかに、手足の脱力発作、めまい発作、逆上、卒倒感、悪寒、震え発作、などの発作症状を呈する例があるとされており、いずれも激しい不安をとまなうとされている。つまり、パニック発作を主症状とする神経症とみられ、パニック障害を基調とする神経症的病態、つまり、不安神経症をさしていると考えられる。

発作性神経症について、森田は記している。「本症は例えば、ここに人が、偶然、脚気衝心患者の死を目撃したとすれば、誰しも必ず大きな恐怖感動に打たれる事であらう。而して自分も斯んな事になる事がありはしないかと、之が耐えず心配不安の種となつて、自ら心悸亢進発作を起こすやうになる事がある。又或は其後、日常外界の事に追われて、何時しか其事を忘れていたものが、夜中夢に驚くとか、心配事があるとか、偶然の機会に心臓の搏動を感ずると共に、忽ち之と前の脚気衝心患者の事とが観念連合を起こして、ここに初めて精神交互作用によりて、心悸亢進発作を起こすやうになる事がある。これは昔から「感情は心臓にある」といっておるやうに、凡て感動は、常に胸内に不快な感じ、心悸亢進を起こすことが、生理的の現象であるから斯く突然に心悸亢進を起こした時、本人が其前後の自己の精神過程を意識すると否とを問わず、患者は忽ち恐怖に支配され、恐怖は当然心悸亢進を起こし、注意が其方に集注するほど、益々不安を感じ、此注意と不安とが交互に作用して、心悸亢進は益々高まり、其上、患者が、或は自分で脈を検るとか、其他詳細に自己観察をするに従つて、益々脈拍の数は増加し、全身に脈の搏動を感ずるやうになる。更に、此の発作が屢々反復するに従ひ患者は日常其恐怖に支配され、注意は常に其方に牽制され、益々発作の頻度及び強さを増強するやうになるのである。」

この症例もまた、「日常其恐怖に支配され、注意

は常に其方に牽制され」ていた例とみてよいであろう。テキストにも、「不知不識の間に、発作の襲来を予期して、之を迎へ、一方には之を逃げやうとして、心迷ひ、徒に苦痛不安を増大せしめていた」と記されている。つまり、この症例もまた、玄祐の症例と同様、日常其恐怖に支配された状態においてその恐怖から逃れようとするれば、ますます恐怖に強固にとらわれてしまうという自家撞着におちいつている。日常其恐怖に支配されたその日常体験のあり方に変化が起こらなければ、真に恐怖から解放されない。自家撞着は、日常体験のあり方と、そのあり方のなかでの個々の体験という、それぞれロジカル・タイプを異にすることがらもつれ合うところから生じている。

森田のこの症例報告の筋立ては、さきに紹介した玄祐の報告のそれとよく似ていて、やはり患者の夫の依頼で診療している。ただ、玄祐の治療の場合とは異なり、森田は二回往診している。この二回の往診において示されるように、森田の説得療法は二つに分節された構造をもっている。

森田の説得は、恐怖に支配された患者の日常体験のあり方を変えることをめざしている。それには、いくら理屈を患者に説いて理解させてみても無駄である。理解をいくら積み重ねたところで、日常体験のあり方そのものは変わらない。そのあり方そのものの変化を体得しなければ、体験の変化したあり方は身につかない。森田は説いている。「余の方法は決して理論ではなくて、実際の体験を得させるものである。」

一回目の往診のとき、発作の再来を恐れている患者に向かって、自分から進んでその発作を起こしてみよ、と命じている。この命令が説得療法の第一分節である。それは、患者がおちいつている自家撞着、「心迷ひ、徒に苦痛不安を増大せしめていた」自家撞着への介入をめざしたものである。この命令自体に、実は矛盾が隠されていることは、後に示される。

テキストには記されていないが、患者はおそらくあの発作の恐怖の苦痛不安を早くとり除きたい一心で、森田に救いを求めたに違いない。「将来決して発作の起こらない法をお教えする」と言い切っている森田のことばが、それをうら書きして

いる。しかし患者は、苦痛不安を拭い去りたいのに、その苦痛不安を招来するはずの発作を自ら進んで起こさねばならない、という新たな自家撞着に直面することになる。患者は、この新たな矛盾を孕んだ進退谷まった状況において、森田の命令にこめられた教えに従って、発作を自ら起こしてその起こり方から経過の全てをつぶさに観察しようとして決意して、それを試みる。

二回目の往診のとき、森田は、患者が発作を起こせなかったことを確かめる。それは、実はあの命令自体に矛盾が内在していたこととかかわりがある。なぜなら、問題の発作は元来、患者の意識的な統制を離れてひとりりで起こってくるものであり、患者は、文字どおり発作に襲われるのである。ところが、あの命令は、その「ひとりで」起こることがらを「努めて」起こすように、という命令であった。「努めて」、つまり意識してことを起こそうとかまえるかぎり、「ひとりで」起こさせることは出来ない。この種の命令の自家撞着は、“Be Spontaneous!” paradoxと称されていて、「意識しないようにしなさい」という命令はその端的な例としてしばしばひかれる。しかし患者は、この矛盾には気づかない。患者が、この命令を、教えのように受け取らずに頭で理解しようとしてしまったならば、あの決意の心境にまでは至らなかったであろう。森田も述べている。「若し貴女が発作を起こさうと努力すれば、決して発作の起こるやうな事はない。五分間も経たない内に、安眠する事が出来る。安心してやればよい」という風にいったとすれば、どうであろう。其結果は、容易に想像され得る処である。」

森田はそこで、前回の命令に応じて患者が決意して発作を起こそうと一心に努めたその心境、その悟りに似た体験こそが、発作恐怖の根源を断つ体験であることを説き、それを体得したことを銘記させる説得を行なう。説得療法の第二分節にあたる。そしてこの説得が患者に受け入れられたことを示す、患者の「分かりました」ということばを聞いたところで治療が終わっている。

3) パニック障害に対する機能論的な見方と説得療法

パニック障害および、そのもっとも普通にみら

れる展開にともなわってあらわれてくる病態は、従来、不安神経症と称されてきた。不安神経症は、周知のようにFreud Sによって前世紀末(1894年)に記載された神経症類型³⁾の一つで、その病態像の症状構成に関しては、今日に至るまでそのFreudの記述が範とされてきた。また、病因については主として心理的ならびに生理的な探求がなされてきた。1960年代に入って、不安神経症の急性症状が当時開発されたばかりのImipramineに反応することがKlein DF⁴⁾によって確かめられたこと、などを皮切りに、パニック発作(不安発作)の成因に関する身体病理学的な研究が中枢神経系のニューロン機構を中心に活発に行われるようになり、それにともなわってパニック発作に対する関心がにわかにより高まり、パニック発作を主要症状とする病態が改めてパニック障害として論じられるようになってきた。また亜急性症状に対して卓効のあるBenzodiazepineの受容体が中枢神経系に広く分布していることや、その微細構造も明らかにされつつある⁵⁾。

こうした知見をもとに、不安神経症の病因をめぐって、中枢神経系のニューロン機構に生じたなんらかの器質的病変を想定した器質論的な見方が出されている一方、古くから臨床観察をもとにしての機能論的な視点からも論じられている。つまり、生体の機能的障害として不安神経症をとらえる見方⁶⁾である。急性ないし亜急性の不安恐怖症状を例にとるとそれらはいずれも情動の特異なあらわれであり、その情動を生体がうまく処理する機能が障害されて、生体の営みを壊す方向に生体自身が変化しつつあるしとして見なおされてくる。この「うまく処理する機能」は、生体のさまざまな局面について認められる。

不安神経症の発病時や病初期の病像を構成しているパニック障害は、自律神経起因性の急性症状を呈するが、そこには生理的生体システムに生じた悪循環があらわれている。情動を介して生理的生体システムが一種のランナウェイを起こしかけている。過呼吸発作のかたちをとってパニックが生じてきた場合についてみると、不安の情動～過呼吸～血中炭酸ガス分圧低下～血液アルカローシスとテタニーおよび呼吸不全～不安の情動の増大

～過呼吸～血中炭酸ガス分圧の一層の低下～……という循環過程のランナウェイがあらわれていることが指摘できる。この生理的生体システムのランナウェイを招来する悪循環を循環する情報informationは、生理的機能によってそのかたちformがあたえられている。

発病して二、三週間もしないうちに、挿間的に数日間にわたって起こる、やはり自律神経起因性の症状をともなうなんとなく心身の具合の悪い状態(亜急性不安緊張状態)が、なんとなく落ち着かない気分(浮動性不安、全般性不安)、パニック発作に対する恐怖やそのほかの恐怖症(広場恐怖、疾病恐怖)、取越苦勞、悲観、疑念などの心理的症状をともなわって生じてくる。心身の些細な具合悪さに一旦注意をむけると、たちまち不安恐怖にとらわれて「此注意と不安とが交互に作用して」(精神交互作用)その具合の悪い状態、つまり亜急性不安緊張がますますつづいてくる、という悪循環が心理的生理的生体システムにあらわれる。この悪循環を循環する情報は、心理的生理的機能によってそのかたちがあたえられている。

不安神経症の慢性期には、持続性の不定愁訴のかたちをとった慢性不安が病像を構成するようになり、その不定愁訴をめぐって、しばしば疾病利得の状態が生じてくる。看病をめぐって、患者は身近な人物に依存し、それによってますます患者役割を強固に維持するようになり、健康なくらしを壊して行く悪循環が社会的心理的生体システムにあらわれてくる。この悪循環を循環する情報は、对人的コミュニケーションによってそのかたちがあたえられている。

生体システムのみならず、一般システムにおける機能関連に関する研究は、第二次大戦中に興ったサイバネティクス研究、つまり、情報と制御と回帰性に関する数学的研究の発展にともなわって急速に進展しつつあるが、たとえば生体システムの機能関連にしばしば生じてくる悪循環が、生体システムのように、幾重にも重なっているそれぞれロジカル・タイプを異にしている循環的決定の連鎖の回路において、互いに異なるロジカル・タイプの回路がもつれあってしまうところに好んであらわれることも指摘されている⁷⁾。不安神経症の

かたちをとる機能性障害も、上述のように、生体システムのさまざまな局面にあらわれる悪循環にもとづくともみることができ、その悪循環の自家撞着への介入が治療的契機として働く場合がある⁸⁾。ここに紹介した二つの説得療法は、そうした治療的介入にの技法の範例とみることもできるであろう。

注と文献

- 1) ロジカル・タイプ: logical type すなわち論理階型のこと。たとえば、クラスとそのメンバーとは論理階型を異にし、前者のそれは後者のそれより高い(メタ)水準の階型である。また、ある言説とそれに「ついでに」言説とは論理階型を異にし、後者の階型は前者のそれより高い。この水準の違いを無視してもつれさせると、自家撞着の言説が得られる。「クレタ島の人はいわぬ、とクレタ島の人はいった」という言説はその例としてしばしばひかれる。
- 2) 高良武久ほか編: 森田正馬全集 第二巻, 白揚社 1974 所収
- 3) Freud S: Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen. Neurol. Zentralblatt, 2. 1895
- 4) Klein DF: Anxiety reconceptualized. In: Klein DF and Rabkin J. ed. Anxiety. pp. 235-263, Raven 1981
- 5) Schofield et al.: Sequence and functional expression of the GABA receptor shows a ligand-gated receptor super-family. Nature, 328; 16, 221-227, 1987
- 6) 高橋 徹: 不安神経症—パニック障害とその周辺, 金原出版 1989
- 7) Bateson G: Mind and Nature, John Brockman, 1979 (佐藤良明訳, 精神と自然, 思索社 1982) 訳書p. 125-176
- 8) Palo AltoのMRI (Mental Research Institute)で、1960年代から70年代にかけてなされた一連の仕事によく示されており、それらは次ぎの文献に収録されている。Watzlawick P, Weakland JH: Sur l'interaction. Palo Alto 1965-1974. Une nouvelle approche thérapeutique. Seuil 1981.

特集◆不安障害◆

不安障害の診断分類

中 村 道 彦*

I. はじめに

不安障害 (anxiety disorder) というカテゴリー病名が最初に使われたのはアメリカ精神医学会の発刊したDSM-III¹⁾からである。狭義の不安障害は不安神経症に相当する診断概念であるが、不安が精神障害者のみならず一般の人々にもしばしば認められる精神現象であるため、この診断概念は他の神経症に比べて明確なものではない。診断概念が不明瞭であるためかWHOのICD-9²⁾では不安状態 (不安神経症) という病名が用いられている。一方、先述のDSM-III診断における不安障害は、従来の不安神経症 (恐慌性障害と全般性不安障害) に加えて恐怖性障害、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害を含めた広い概念に拡大されている。その後改訂されたDSM-III-R³⁾でも不安障害の診断概念はDSM-III診断の場合と変わっていないが、不安障害のカテゴリー名を不安障害 (または不安・恐怖神経症) としてDSM-III診断で示した不安障害の概念をさらに限定する姿勢を見せている。さらに1992年に発刊される予定のICD-10草案²⁾はICD-9とDSM-III (-R) の2つの診断体系を受け継いだ折衷的な分類を採用しており、「その他の不安障害」という病名の下に従来の不安神経症のみを含め、しかも「その他の」という形容句を付加して不安障害の概念の広がっていることを暗示

するような分類を採用している。このように不安障害の概念は現在のところ流動的である。しかし診断がより適切な治療を実現するための前提であることを思えば、不安障害の概念の変更が診断遊技に終わらず治療的な意味を持つものでなければならぬ。そこで不安障害 (状態) の歴史的な変遷を振り返り、その分類における問題点を考えた。

II. 歴史的背景

不安は精神科診療にかかわらずあらゆる医療において最も一般的に見られる症状であり、それ故に最も診断が困難になる症状であるともいえる。しかも不安は特異な疾患や障害と関連する現象ではないために、その訴えも患者のおかれた教育的・文化的・環境的な背景要因を受けて多種多様である。

歴史的に不安概念は精神力動論を包含する認知学説、学習理論を基盤とした行動学説、Galenに始まる生物学説に分けられる¹⁴⁾。

(1) 認知学説¹⁾

この説はAeschylusや古代ギリシャ時代の演劇作家に始まるといわれる。彼らは不安を個人的な現象ととらえ、葛藤状況から発生するものと考えた。この考えは近代のFreudまで及んでいる。Freudは不安を人生の早期に発生した外傷的な出来事に基づく現象と考え、ヒステリー発作が心的外傷あるいはこれと類似した出来事に基づく不安に関連する現象と考えた。その後、Freudは不安を性的エネルギーとしてとらえ、発散されない性的

Classification of Anxiety Disorders.

*京都府立医科大学精神医学教室

(〒602 京都市上京区河原町通広小路の梶井町465)

Michihiko Nakamura: Department of Psychiatry, Kyoto Prefectural University of Medicine.

エネルギーが不安に形を変えて発現すると考えた。

Freudの「不安神経症」に関する記述から、不安が恐怖と等価の神経症現象として扱われるようになった。本来、特定の対象によって誘発される感情的興奮は恐怖と呼ばれていたが、Freud以後は不安と呼ばれるようになった。彼の晩年の症例研究では、不安の内的な発生源を人生の早い時期に体験した恐怖の無意識的な記憶と考えていた。また「小さなハンス」では小児不安が愛する人の喪失（または分離）に関連すると考え、さらに「狼男」では無意識の去勢不安あるいは小児や成人期の身体的損傷の恐怖に焦点を当てている。このようにFreudは不安に関する理論を発展させてゆき、不安を精神内界の葛藤に関わるものとして、外界に由来する脅威とは区別した。

Freudの仮説によると、「イド」の本能的な欲求と衝動が「超自我」に禁制されることで生じる葛藤に対して、「自我」が産出した不安を体験することになる。さらに彼は「予期（警告）不安」という臨床的に有用な概念を導入した。その後、対象関係論や自我心理学の立場から古典的な精神分析学の不安理論は修正を受けている。例えばKlein¹⁰⁾はFreudの「エロス（生の本能）」と「タナトス（死の本能）」を重視し、あらゆる不安が死の本能に内在する危機を自我が知覚することに基づくと考えた。この不安は自己破壊や愛着対象（従ってその後の分離）に対する恐怖という形をとることもある。またFairbairn⁹⁾は分離がどのような形をとろうとも、小児期における母からの分離体験に不安が根ざすと考えている。この分離不安は満足を与える対象が得られないときにはいつでも再体験されることになる。Guntrip⁹⁾は「自己」感覚の発達過程で不安が発生すると考えた。この自己不全感に対する恐怖も、Fairbairnと同様に、母からの分離体験に関係する不安に基づいていると考えている。このような考えは自我心理学のSpitz¹⁷⁾らの考えと基本的には異なるものではない。境界状態で見られる不安と精神病で見られる不安の鑑別では、Kernberg¹¹⁾はKleinと同じ図式を用いているが、さらに彼は精神病性の不安が自己崩壊だけではなく、引き込まれengulfmentに対する恐怖にも基づく可能性を述べている。

(2) 行動学説

行動学的理論は合理性や経験性を重視する臨床医には納得されやすいものである。例えば不安は操作的に定義され、MMPIを基礎にしたTaylor²⁰⁾の顕在性不安尺度(MAS)、Eysenck⁴⁾のモーズレイ性格検査(MPI)、Hamilton¹⁰⁾の不安尺度(HAS)などの質問紙を用いて測定される。Pavlovの古典的条件づけ理論では、本来中立である刺激が罰、痛み、恐怖などで条件づけられて不安が形成され、条件づけが完成するとこの中立の刺激が不安を誘発するようになると考えられている。一方、道具的条件づけ理論では、学習は接近学習（陽性強化因子を獲得するためにある種の行動を遂行する学習）と回避学習（陰性強化因子のためにある種の行動を回避する学習）に二分されるが、これらの組合せから葛藤状況が形成される。すなわち、①接近—接近葛藤（2つの陽性強化因子のうち1つを選択）、②回避—回避葛藤（2つの陰性強化因子のうち1つを選択）、③接近—回避葛藤（陽性と陰性の強化因子をいずれも選択）、④上記の混合した葛藤である。これらの学習学説は不安に対する行動療法の基礎になっている。

(3) 生物学説

古くはGalenがHippocratesの影響を強く受けて体液説を唱え、精液や子宮分泌液の放出が欠如すると不安が生じると考えていた。Cannon⁹⁾は視床や視床下部に起こる精神興奮が情動を引き起こすと考え、その後、彼と彼の弟子達は感情やその生理学的な随伴所見が中枢神経の賦活に由来し、ついで自律神経系とノルアドレナリン作動性神経系を巻き込んでゆくと考えた。Papez¹⁵⁾は人の情動における大脳辺縁系の神経回路の役割を見いだしている。Gellhorn⁷⁾は中枢神経系、末梢神経系、自律神経系の相互作用と共同作用を不安状態で明らかにしている。PittsとMcClure¹⁶⁾は乳酸の注入で恐慌性障害の患者に恐慌発作を誘発できることを報告している。さらに乳酸によって誘発された不安発作はモノアミン酸化酵素阻害薬や三環系抗うつ薬で抑制されることから青班核に由来するノルアドレナリンと不安状態の関係が推定されている。一方、ベンゾジアゼパゼピンは抗不安薬とし

て臨床で最も馴染まれている精神安定薬であるが、この薬物はベンゾパリンに特異な受容体を持ち、精神伝達物質のGABAの活性亢進によって抗不安作用を示すことが知られている。以上の所見は恐怖症や恐慌発作（ノルアドレナリン作用物質に対する脆弱性を示す？）と慢性または予期不安（GABA拮抗物質に対する脆弱性を示す？）の生物学的な相違を示唆している。DSM-III(-R)はこれらの生物学的な特徴を基礎とした分類になっている。以上の学説を歴史的に概観すると、不安に関する理論は精神分析学から行動（現象）学を経て生物学の観点へと変遷してきたことが理解できる。この歴史的な変遷を通して、不安状態が単一の精神現象ではないこと、生存に伴う基本的な不安から精神病理学的な不安が分離されること、さらに病的な不安は恐慌性不安と全般性不安に区別されること、などが明らかにされてきた。

III. 不安障害の構造

神経症は1976年にCullenの出版した疾病学という書物の中で導入された概念であるが、彼は神経症を次のように定義している。「原疾患の部分症状として発熱を伴わずに生ずる感覚と運動の超自然的な疾患の全てを含む。さらにこれらの疾患は臓器の局所的な障害に依らずに神経系のむしろ全般的な障害に依っている。」この概念が一部に明らかな身体疾患（例えばParkinson病）を含んでいたにせよ、Schneiderの異常体験反応に近いものであったと思われる。しかし現在でも不安障害における分類に疑問が投げかけられており、例えばLopez-Ibor Jr¹³⁾は小児期の分離不安と成人期の恐慌発作、恐慌発作と空間（広場）恐怖症、分離不安と大うつ病に関連のあることを報告している。すなわち彼の10年間の追跡調査によると、恐怖症を伴わない恐慌性障害では患者の52%が同一の病像を保持していたが、残りの患者は恐怖症性の回避行動を示した。従って恐慌発作を示す患者の約半数は空間恐怖症を合併することになる。さらに恐慌性障害と全般性不安障害の経過中に合併する他の神経症病像の調査では、いずれの患者もその約3分の2が身体表現性障害を示した。一方、分

離不安障害と大うつ病は恐慌性障害患者のそれぞれ54%と72%に認められたが、全般性不安障害では分離不安障害が20%に見られたのみで大うつ病は見られなかった。この結果から、Lopez-Ibor Jrは分離不安—恐慌性発作—予期不安—空間恐怖を複合した病態と考えている。さらにこの複合した病態はうつ病と親和性を示し、全般性不安障害とは異なる病態と考えられた。従って、DSMやICDのように現象的な基準から不安障害を分類する意義は見いだされないということになる。一方、Gross⁹⁾は407名の不安状態の患者で評価したHamilton不安尺度から判別分析を用いて次のような結果を報告している。すなわち、全般性不安障害は不安気分によって、空間恐怖症と恐慌性障害は恐怖症状によって、そして社会恐怖症は自律神経性の覚醒状態によって特徴づけられることを彼は述べている。これらの結果から、不安状態を恐慌性不安と全般性不安に分割することは臨床経過からも合理的な分類と思われる。DSM-III-Rは空間恐怖症を独立した分類概念とはせずに、恐慌性障害に含めている。しかしICD-10草案では広場恐怖症は恐慌性障害から独立した疾患単位として記述され、しかもこの広場恐怖症に随伴する恐慌性発作の有無によって2つの下位分類が設定されている。しかも恐慌性障害にも予期不安のために外出を回避する行動を含んでいる。この分類方法はDSM-IIIと同じものであるが、いくつかの問題を含んでいる。第1に、恐慌性障害を伴う広場恐怖症と恐慌性障害による外出回避が異なる現象であるのか、第2に恐慌性障害を伴わない広場恐怖症を誘発する要因でありながら社会恐怖症や特異的恐怖症の誘発要因以外のものはなにか、ということである。前者を想定する例として、なんらかの理由で広場恐怖症に罹患していた患者が回避状態で偶発的かまたは強い恐怖感から恐慌性発作を体験した場合が考えられる。このような症例を「恐慌性障害を伴う広場恐怖症」とするならば、広場恐怖症と恐慌性発作の時間的関連を明確にしておく必要がある。また後者の問題を含む例としては、失神などの不測の身体的異常や避難のできない状況で発生する災害を恐れて外出を回避する広場恐怖症の患者が考えられるが、恐慌性発作の部分症

状(失神)や特異的恐怖症(屋外での失神と閉所)に伴う回避行動との区別が明瞭とはいえない。従って広場恐怖症を独立した疾患単位とする根拠は希薄であると考えられる。

IV 不安障害の分類

先述したように不安障害という分類概念は Feighnerら⁴⁾の診断基準には現われておらず(彼らは「不安神経症」という病名を用いて主に恐慌性障害を記述している)、この分類概念の最初の提示は Spitzerら¹⁸⁾の Research Diagnostic Criteria (RDC)以後である。不安障害の構造で検討した問題が、RDC以後の診断分類にもうかがえる。RDCでは恐慌発作症(恐慌性障害)と全般型不安症(全般型不安障害)が分類され、両者を統合する不安障害という病名は用いられていないが、不安障害の基礎となる分類概念が提唱されている。その後、Spitzerらを中心としたアメリカ精神医学会の診断基準DSM-III¹⁾では、不安障害は身体的な現象に関わりのない神経症全体のカテゴリー名として扱われている。このカテゴリー名の下に、狭義の不安状態(恐慌性障害と全般型不安障害)と恐怖性障害(いわゆる恐怖神経症)などが分類されている。ここでは恐慌発作は恐怖性障害(恐慌発作を伴う空間恐怖)にも不安状態(恐慌性障害)にも含まれ、分類上の一貫性に欠けており、しかも疾病学的な関連性も無視されたものになっている。しかし恐慌発作を伴う空間恐怖を不安障害の1分類として包括することで、恐慌性障害と空間恐怖の関連を示唆しており、ICD-9診断よりも前進していると思われる。DSM-III診断の不安障害はさらに強迫性障害(いわゆる強迫神経症)と心的外傷後ストレス障害を含んでいる。いずれもその根底に不安症状を伴う障害であるという考えから、恐らく空間恐怖以外の恐怖性障害(社会恐怖と単一恐怖)と共にここに含められたものと思われるが、強迫性障害と心的外傷後ストレス障害を不安障害に包含する根拠としては納得できにくい。Takahashiら¹⁹⁾はDSM-IIIを用いて診断を行なった5年間の診療記録から不安障害を恐慌性障害—全般型不安障害—単一恐怖から構成される群と

社会恐怖—強迫性障害から構成される群に分けられるとしている。この結果からも神経症の伝統的な枠組みに縛られた不安障害と特異的な病態として認識されるようになった不安障害の狭間にDSM-IIIの現実的な妥協が現われている。この姿勢は1987年の改訂(DSM-III-R)²⁾でも踏襲されているが、空間恐怖と恐慌性障害の関係が見直され、恐慌性障害の下に空間恐怖が分類されている。最近公表された世界保健機構の国際疾病分類第10回修正(ICD-10)草案の1988年版²²⁾では、「その他の不安障害」の下に恐慌性障害(挿間的突発性不安)、全般型不安障害、不安・抑うつ混合性障害などが分類されている。DSM-III(-R)のように不安障害に強迫性障害や外傷後ストレス障害を含んではいない。しかし恐慌発作を伴う広場恐怖(空間恐怖)は恐怖性障害として不安障害とは別個のカテゴリーに含まれる。この構造は、ICD-10草案の不安障害はICD-9の不安状態(不安神経症)を受け継ぐもので、不安状態を主に3つの亜型に分類したに過ぎない。さらにICD-10草案では「その他の」という用語が付加されており、DSM-III(-R)と同様に広義の不安障害が存在することを暗示する病名にもなっている。ICD-10の最終版では多少の変化が見られる可能性もあるが、ICD-9の枠組みから離れることはできそうにもない。

V おわりに

以上、不安障害の分類について考察してきたが、非特異的な精神現象として認識されてきた不安状態から、臨床経過や生物学的研究によって特異的な病態として認識されるようになってきた不安障害へと分類概念が変遷するとともに、恐慌性不安と全般型不安という二分法が受け入れられるようになってきた。この事情を反映して、最近発表されたいくつかの診断分類法にもその変遷がうかがえるが、未だ混乱が解消したわけではない。この理由の1つは、不安症状の非特異的な側面と特異的な側面の区別が困難であり、現在のところ症候学的な方法として唯一のものと思われる方法は恐慌性不安の有無による分類である。従って、最近の研究が恐慌性不安を中心として、全般型不安と

の相違を追求することに向けられていることも当然のことと思われる。不安障害の分類を困難にするもう1つの要因は、不安症状が他の精神症状、例えば広場（空間）恐怖症、分離不安、抑うつなどと関連しながら発展するために、これらを統括する概念が必要であるが、現在の精神医学ではこの概念が十分に確立されていないことである。

将来、厳密な症状評価法と経過観察、治療法を含む生物学的な研究などにより、不安障害の分類は精神科診療において重要な意義を持つようになると思われる。そして不安障害の理解が神経症性障害の理解にも及び、低迷する神経症診断への新たな可能性を与えることになる。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III精神障害の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 1982.)
- 2) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III-R精神障害の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 1988.)
- 3) Cannon, W.B.: The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *Am J Psychol* 39: 106-124, 1927.
- 4) Eysenck, H.: *The Manual of the Maudsley Personality Inventory*, University of London Press, London, 1959.
- 5) Fairbairn, W.: Synopsis of object relations theory of the personality, *Int J Psychoanal* 44: 224-226, 1963.
- 6) Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B. et al.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Arch Gen Psychiatry* 26: 57-63, 1972. (本田裕, 岡崎祐士監訳: 精神医学研究用診断マニュアル, 国際医書出版, 東京, 1981.)
- 7) Gellhorn, E.: The neurophysiological basis of anxiety: A hypothesis. *Perspect Biol Med* 8: 488, 1965.
- 8) Gross, P.R.: Generalized anxiety Symptoms in phobic disorders and anxiety states: A test of the worry hypothesis. *J Anxiety Disord* 3: 159-169, 1989.
- 9) Guntrip, H.: *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self*, International University Press, New York, 1969.
- 10) Hamilton, M.: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 32: 50, 1959.
- 11) Kernberg, O.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, New York, 1975.
- 12) Klein, M.: On the theory of anxiety and guilt, Riviere, J. (ed.): *Developments in Psychoanalysis*, Hogarth Press, London, 1952.
- 13) Lopez-Ibor Jr, J.J.: Problems in the classification of anxiety disorders. *Psychiatr Psychobiol* 4: 99-105, 1989.
- 14) Mahorney, S.L.: Anxiety, Cavenar Jr, J.O., Brodie, H.K.H.: *Signs & Symptoms in Psychiatry*, J.B. Lippincott, Philadelphia, pp. 37-58, 1983.
- 15) Papez, J.W.: A proposed mechanism of emotions. *Arch Neurol Psychiatry* 38: 725, 1937.
- 16) Pitts, F., McClure, J.: Lactate metabolism in anxiety neurosis. *Engl J Med* 277: 1329-1336, 1967.
- 17) Spitz, R.: *The First Year of Life*, International University Press, New York, 1965.
- 18) Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E.: *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*, 3rd Edition, New York State Psychiatric Institute, 1978. (本多裕, 岡崎祐士監訳: 精神医学研究用診断マニュアル, 国際医書出版, 東京, 1981.)
- 19) Takahashi, S., Nakamura, M., Iida, H. et al.: Prevalence of panic disorder and other subtypes of anxiety disorder and their background, *Jpn J Psychiat Neurol* 41: 9-18, 1987.
- 20) Taylor, J.: A personality scale of manifest anxiety, *J Abnorm Soc Psychol* 48: 285-295, 1953.
- 21) World Health Organization: *International Classification of Diseases*. 9th Revision, World Health Organization, Geneva, 1977. (厚生省大臣官房統計情報部編: 疾病, 傷害および死因統計分類提要, 昭和54年版, 厚生統計協会, 1978.)

22) World Health Organization: International Classification of Diseases. 10th Revision, 1988

Draft of Chapter V, World Health Organization, Geneva, September 1988.

特集◆不安障害◆

不安障害の疫学

町沢 静夫* 佐藤 寛之* 沢村 幸*

1. はじめに

不安障害 (anxiety disorder) という概念は DSM-IIIの診断カテゴリーが出現することによって登場してきたものといえる。現在DSM-III-Rの登場によって不安障害はまず、恐慌性障害 (panic disorder), 全般性不安障害 (generalized anxiety disorder), 恐怖症 (phobia), 強迫性障害 (obsessive compulsive disorder), 心的外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder), さらに不安気分を伴う適応障害 (adjustment disorder with anxious mood) というものに分類区分された。このように不安障害をまとめることによって初めて疫学調査に際しても一致した診断概念で研究することが可能になった。また調査の方法も初期はSADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) を使った半構成面接が New HavenでM.M. Weissmanら¹⁾によって行なわれたが、それは確かに信頼性は高いのだが、専門家が疫学調査をしなければならぬという方法であり、これは経済的にも人的資源的にも負担のかかる調査であった。そのためより高範囲な調査を行なうには素人でもトレーニングを受ければ出来るという方法が好ましいということになり、

Epidemiology of Anxiety Disorders.

*国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Shizuo Machizawa, Hiroyuki Sato, Miyuki Sawamura: Division of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

アメリカNIMHのL.N. Robinsら⁹⁾がDIS (NIMH 診断面接法) を作った。一週間から二週間のトレーニングを受けることによってDISの質問方法を学び、フローチャートに従ってコード番号を得、それをコンピューターにかけて診断結果を得るという方法を彼らは作り出した。このDISはまたたく間に世界の疫学調査に使われることになった¹²⁾。そしてアメリカではECA (Epidemiologic Catchment Area) と呼ばれる大規模な疫学調査プログラムがあり、アメリカの5つの箇所でDISを使用して高範囲な疫学調査を行なったことが有名である¹⁰⁾。このECA計画が発端となって世界各国にDISを使った疫学調査が広がっていった。アジアでは台湾、韓国、日本等でDIS調査が発表されているが、日本ではS. Machizawaらがデータを出している⁴⁾。その他、ニュージーランド、メキシコ、ペルーなどにDIS疫学調査は広がっている。

不安障害というものは今まで、分裂病、大うつ病の影に隠れ、本格的な疫学調査は見られなかった。また疫学調査のみならず、研究そのものも分裂病や大うつ病などに比べ進まなかったものである。しかし疫学調査を行なってみると、有病率の一番高いのはこの不安障害であることが分かり、精神科の予防医学や不安障害の治療にとって大きな意味が確認されている。さらに又、臨床上においても不安障害の患者は当然多いわけであり、対応の仕方、治療法、薬物療法、そのストレスや生活背景といったものの研究が近年盛んになってきている。本論文は不安障害にのみ限局して疫学調査の結果を検討するものである。

2. 疫学調査における診断法の信頼性の検討

表1に見られるごとく、S. Mannuzzaら⁹⁾が行なった半構成面接のSADS-LAでは生涯有病率の信頼性係数(κ)をみる限り、恐慌性障害は.86、空間恐怖.90、社会恐怖.71、強迫性障害は.79、全般性不安障害は.60といったようにかなり高い信頼性が得られている。ただ単一恐怖は.29と低いものになっている。少なくとも単一恐怖を除けば不安障害に関するSADS-LAによる診断の信頼性は十分であることが確認できる。

しかし一般に使われている疫学用の構成面接はDISであり、そのDISの信頼性が注目されるものである。表2ではDISを使って得たDSM-III診断を再試験法によって信頼性を調べた各研究者の結果を示した。表2にみる限り、 κ の値が比較的安定しているのは社会恐怖で.38～.74の間にある。その次に高いのは空間恐怖であり.38～.67の間にある。あとは恐慌性障害は.34～.45、強迫性障害は.24～.62、単一恐怖は.25～.47となっており、比較的低い値を示している。全体的にDISの場合はSADSよりも信頼性は低いようであるが、その中であって空間恐怖、社会恐怖に関する診断は信頼性が比較的高く安定しており、やや良好のようである。しかし単一恐怖についてはやはりSADSでも低いようにDISでも信頼性は低い結果となっている。このように単一恐怖の診断はSADSにおいてもDISにおいても極め低い信頼性しか得られ

表1 SADS-LAの信頼性
再試験法(104ペアによる)

診 断	現在診断 (Kappa)	生涯診断 (Kappa)
恐慌性障害	.79	.86
空間恐怖	.81	.90
単一恐怖	.29	.29
社会恐怖	.68	.71
強迫性障害	.91	.89
全般性不安障害	.27	.60

S. Mannuzzaら⁹⁾からの引用

ない。単一恐怖というものは極めてありふれており、かつバラエティに富んでおり、後にふれるが疫学の有病率は高いものである。しかしながらどこで閾値を設けるのかで全く有病率は異なってくる。高く設定すれば有病率は低いことになる。又この閾値の基準はさまざまであるとともに、たとえ基準を設けても主観的な閾値になることが多く、その為に信頼性が低いものとなっていると考えられる。

DISは非専門家でもトレーニングを受けることによってDIS診断が出来るということになっており、その信頼性も注目されると先にも述べたが、各国の調査をみる限り非専門家のDIS診断と専門

表2 DISによるDSM-III診断の信頼性(Kappa)
(北村⁹⁾より)

診 断	A	B	C	D	E
恐慌性障害	.40	.45	.40	.40	.34
強迫性障害	.60	.62	.40	.60	.24
空間恐怖	.67	.49	.38	.67	.49
単一恐怖	.47	.25	.44	.47	.34
社会恐怖	—	.74	.43	—	.38

- A. Robinsら(1981)の非専門家と精神科医の診断を再試験法により比較
 B. Burnamら(1981)のスペイン語版DISの再試験法
 C. Burnamら(1983)のスペイン語版DISと英語版DISの再試験法
 D. Burnamら(1983)の英語版DISの再試験法
 E. Helzerら(1985)の非専門家と精神科医の診断を再試験法により比較

表3 非専門家のDIS診断と専門家診断一致率(Kappa)
(北村⁹⁾より)

診 断	A	B	C	D
恐慌性障害	.42	-.02	.30	.45
強迫性障害	.12	.05	.88	.90
空間恐怖	.46	—	—	—
単一恐怖	.31	—	—	—
社会恐怖	.40	—	—	—

- A. Helzer (1985)
 B. Anthony (1985)
 C. Wittchen (1985)
 D. Folstein (1985)

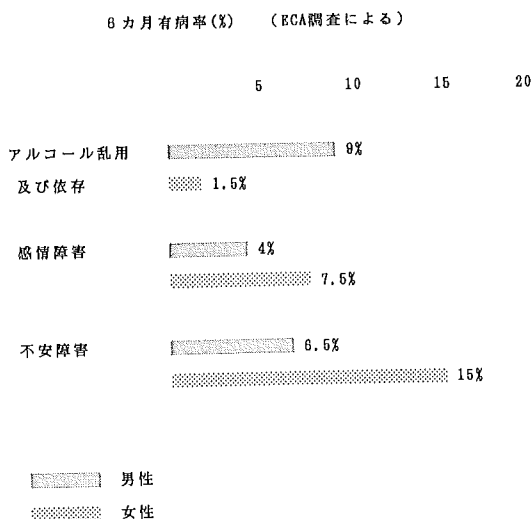
家の臨床診断の一致率に関してもその値は必ずしも高いものではない。表2にみるようにJ.E. Helzerの調査では不安障害において κ は40%前後にあるようであるが、一番高いのは空間恐怖の.46、恐慌性障害の.42、社会恐怖の.40であるが、あとは単一恐怖の.31、強迫性障害の.12と極めて低いところになっている。その他の調査を見ても一致率の高いところもあるが、概して低いと言わざるを得ない結果となっている³⁾。従ってDISはSADSの専門家による半構成面接に比べると信頼度は低いものである。しかし何千人という疫学調査となれば臨床家の判断を要するSADSを使うことは人的資源でも時間的にも極めて困難なことである。従って非専門家でも使用できるという実際上の利点からDISをもって各国は疫学調査の主たる手段として使っているのが実情である。DISはこのようにSADSに比較して信頼性が低いにもかかわらず、それまでの疫学踏査のように病院のデータから推測したり、単純に少数の一般住民を非構成的に面接して診断し、そこから疫学を推定するといったものに比べればはるかに信頼性は高いものである。

3. 不安障害全体の有病率

まずDIS調査のうちアメリカのECAプロジェクトの結果からみしてみる。これはおよそ9000人のデータの一つにまとめたものである⁷⁸⁾。この図1のグラフをみると、まず6カ月有病率では男子はアルコール乱用及び依存が一番高いが、それを除けば男女とも不安障害（恐怖症、恐慌発作、強迫性障害）の有病率の方が感情障害よりも高い。ただしこの場合感情障害といっても80%以上は大うつ病である。そしてまた男性よりも女性の方が、不安障害の有病率は高い。6カ月有病率では約2倍となっている。勿論、感情病も女性が高いのであるが不安障害の方が一層高いということが注目される。

生涯有病率となると図2にあるように男子のアルコール乱用および依存率は極めて高くとび抜けているが、それを除けばやはり感情障害よりも不安障害の方がやや高く、特に女性にあっては不安障害は感情障害よりもかなり高いところにあることが分かる。ここで注意しなければならないのは、

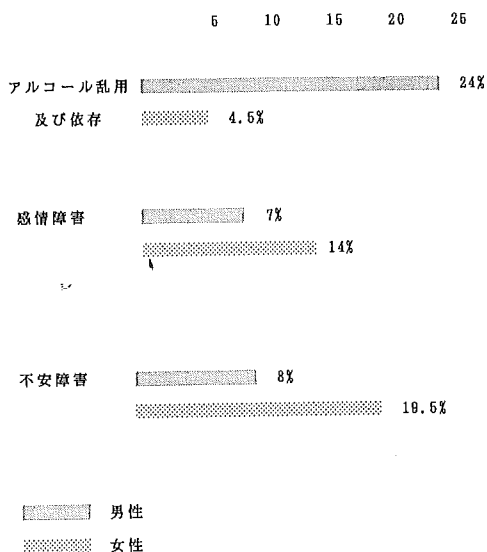
図1 6カ月有病率 (%) (ECA調査による)



T. J. McGlynnら⁷¹⁾から引用

図2 生涯

生涯有病率 (%) (ECA調査による)



T. J. McGlynnら⁷¹⁾から引用

この6カ月および生涯有病率においては不安障害の中に強迫性障害だけは男女ほぼ同じものであり、特に女性の方が多いという傾向がみられなかったことである。さらに又、人種や収入、教育、都市—田舎といった要因による不安障害の生涯有病率に差が特にみられなかったこと⁸⁾にも注意すべきであろう。但しこれはアメリカのECAデータであって他の諸国の結果は含まれていない。

4. 不安障害の疫学の個別的検討

不安障害といってもDISで知ることが出来るのは、恐慌性障害、強迫性障害、恐怖性障害であり、それ以外の全般性不安障害あるいは不安を伴う適応障害、外傷後のストレス障害といったものについてはDISの調査では捉えることが出来ない。そこでここでは恐慌性障害、強迫性障害、恐怖性障害の三つに不安障害をしばって検討をすすめることにする。

表4に見ると、不安障害の中で一番多いのは各国ともに恐怖性障害である。これは恐怖性障害の範囲が非常に広いものであり、社会恐怖、空間恐怖はある程度一般的に共通したものであるが、単一恐怖については各個人さまざまであり、その人の人生に会った特定のもの——例えば海が怖い、本を見るのが怖い、ペンが怖いなどといったような恐怖症の範囲はその人の人生体験に色づけられてさまざまなことは当然であろう。そのため診断閾値を低くすると有病率は極めて高くなるはずで

ある。確かに統計上、恐怖性障害の中で一番比率の高いものは単一恐怖である。恐怖性障害の診断にあっても、DIS-IIIのフローチャートを見る限り医者がそう診断すればこれは勿論言うまでもなく、症状として記されるものであるが、もし医者に診て貰っていない場合には、次に示すDIS-IIIの診断基準閾値の少なくとも1つをクリアしなければ症状として認められない。その基準は第一にその恐怖で精神科医以外の他の専門家に診てもらったこと、第二に、恐怖の為に薬を2度ないしそれ以上服用したことがあること、第三にその恐怖の為に生活がおおいに支障を来すこと、さらに恐怖があってもその対象を避けることによって生活が出来ると答えた場合は、次にその回避行為によって生活に大きな支障が生じた場合が付加される。このようなDIS-IIIは用意周到にその症状としてみなされる水準、あるいは基準を設けているが、実際の面接の時、この基準を設けたとしても生活上大いに支障をきたしたか否かの基準が一番問題になる。この基準は所詮主観的とならざるを得ないからである。このため素人によるDISの単一恐怖の診断閾値が低くなる傾向は筆者の経験でもわかっている。従って単一恐怖が一番多いといってもそれは数字上は確かに多いのであるが、臨床上問題になることはこの数字が示すよりも少ないことを理解すべきであろう。ともあれ恐怖性障害が一番不安障害の中で一般的な障害であることは各国共通しているものである。その生涯有病率という点でアメリカが一番高く、およそ一割近くに達す

表4 不安障害の疫学 (生涯有病率)%

	New Haven	St Louis	市川	Taipei (1)	Seoul (2)	Christ- church*	Florence
	DIS-III n=3058	DIS-III n=3004	DIS-III n=100	DIS-III n=5005	DIS-III n=3134	DIS-III n=1498	SADS n=1110
恐慌性障害	1.4	1.5	0.0	0.2	1.1	2.2	1.4
強迫性障害	2.6	1.9	1.0	0.9	2.3	—	0.7
恐怖性障害	7.8	9.4	3.0	4.2	5.9	10.7	2.9
不安障害 小計	11.8	12.8	4.0	5.3	9.3	—	5.0
大うつ病	6.7	5.5	6.0	0.9	3.3	—	—

(1), (2)のデータは町沢が個人的にそれぞれ台湾、韓国の大学から直接知らせてもらったものである。

る。ニュージーランドでも10.7%という生涯有病率である²⁾。フローレンスのデータ³⁾は2.9%と低いこれはSADSを使っているためと考えられる。次に多い不安障害は恐慌性障害と強迫性障害で、両者は同じほどの生涯有病率であり、差がみられるものではないが、やや強迫性障害の方が多いという傾向が各国共通のようである。従って恐慌性障害は精神科医にとっては臨床上問題になることが多いが、疫学的には比較的少ないものとみなすことができる。また恐怖性障害の中味を考えると、表5、表6に示すように単一恐怖が一番多

く、次いで空間恐怖、社会恐怖となるようである。しかし社会恐怖のデータは少ない。ニュージーランドのP.R. Joyceらのデータによると、恐怖性障害の中で、空間恐怖が女性の場合は男性よりも三倍ほど高い。これは6カ月有病率、生涯有病率とも同じである²⁾。これはNew Haven, St Louisでもほぼ同じである(表5)。ただ社会恐怖だけは女性が特に多いというデータは出てこない。フローレンスのデータでは男性の方が多くなっている。これはJoyceが指摘するように他の文献とも一致することである。この説明として男性は人前で喋るということをやより多く経験しなければならないためであろうと思われる。

表5 恐怖性障害(生涯有病率)%
DIS-III

	市川 n=100	Taipei n=5005	New Haven n=3058		St Louis n=3004	
			男性	女性	男性	女性
単一恐怖	2.0	3.6	3.8	8.5	4.0	9.4
空間恐怖	1.0	0.7	1.5	5.3	1.5	6.4

表6 恐怖性障害(6カ月有病率)%
DIS-III

	Baltimore n=1322	St Louis n=1202	New Haven n=1291
社会恐怖	2.2	1.2	
単一恐怖	11.8	4.5	4.7
空間恐怖	5.8	2.7	2.8

J. K. Myersらより引用 (1984)⁸⁾

表7 不安障害の疫学(SADS-L)
フローレンス(n=1110)

	生涯有病率	性差(女/男)
空間恐怖	.36	3/1
恐慌性障害	1.35	14/1
単一恐怖	.63	6/1
社会恐怖	.99	3/8
全般性不安障害	5.41	43/17
強迫性障害	.72	4/4
外傷後のストレス障害	.18	0/2
不安を伴う適応障害	.63	3/4

C. Faravelliら⁹⁾からの引用

次に手に入っている各国のDISデータの不安障害の疫学研究の中でアメリカのECAデータが不安障害の有病率において一割を越えて高い値を示していることが目につく。ニュージーランドのデータでは不安障害全般のデータはないが、恐慌性障害と恐怖性障害は調査されており、それぞれ2.2%、10.7%であり、この二つをあわせるとおよそ13%となる²⁾。おそらくこれに強迫性障害を加えるともっと高くなると推定され、ニュージーランドは不安障害に関してECAデータとほぼ同じ程の有病率の高さであるといえよう。アジアではソウルが9.3%と一割に近い高さを示している。日本ではMachizawa⁴⁾らが市川市で行なった調査で(これはサンプルが100人と極めて少ないので信頼性が問題となるかもしれない)は不安障害全体は4%となっている。タイペイは5.3%であり、アジアはやや低いところにあるかもしれない。しかし、不安障害は欧米圏に特有とされるものでないことは明かである。

イタリアのフローレンスの疫学調査¹⁾はDISではなく、SADS-Lを使っている。しかも当然ながらSADS-Lは精神科医が行なっている調査であり、DISのような素人が調査したものでないだけにデータは注目されるものである。しかも標本数は1110とSADSとしては極めて多い標本数である。従ってこの結果はかなり信頼性のある数字であると思われる。ここでこのデータを少し細かくみると、表5に示されたように生涯有病率が一番高いのは全般性不安障害で5.41%である。その次

に多いものは恐慌性障害であり1.35%になっている。また普段疫学上調査されていない貴重なデータとして「不安を伴う適応障害」が算出されている。それによると有病率は0.63%である。これは思ったより低い数値ではある。また従来恐怖性障害の中で一番有病率が高いとされていたのは単一恐怖であるが、この調査によると単一恐怖は0.63%であり、DISの調査に比べればかなり低い結果である。この恐怖性障害の中で有病率の一番高いのは社会恐怖の0.99%である。従ってDISとSADSの疫学調査とでは結果がかなり食い違っている可能性があるが、これはSADSが専門家による診断のために、単一恐怖の診断閾値が高くなりがちとなり、結果として有病率が低くなってしまふのであろう。つまりSADSは半構成面接であるため臨床評価がその面接する医者に任されており、その為病院に来るレベルの単一恐怖として診断するので有病率は低くならざるをえないと思われる。またDISでは全般性不安障害の率が得られるようには出来ていないが、このSADSでは全般性不安障害が5.41%と極めて高いということは注目すべきことであり、これからの疫学研究においてはこの全般性不安障害が無視出来ないことを示しているものであろう。さらに又、このフローレンスのデータでは既に述べたように社会恐怖の有病率は通例言われているように男性の方が多く、男女比8対3となっていることが注目される。また強迫性障害についても従来言われているように男女差が無いと言われていることと一致している。それ以外では不安障害は大抵女性の方が圧倒的に多いものであることがこの疫学調査でもはっきりしている。

また不安障害の有病率の全体は各国をみても大うつ病に比べて相対的に高い値を示している。ただ市川のデータだけはうつ病6%に比し、不安障害は4%になっている。このデータはサンプル数が少ないという問題を含んでおり、差がそもそもあまり大きなものでもないので、世界各国をみる限り全体の傾向としては不安障害の方が感情障害全体より多いと結論してもほぼ間違いがなかろう。

又不安障害はうつ病との合併が多いもので、さ

らに不安障害内での合併が多いものである。又女性、特に中年女性に多いようだ⁶⁾。

5. おわりに

上述のように不安障害の疫学を述べてみたが、それをまとめるなら以下のようなだろう。まず第一に不安障害がかなり多いものであり、一般的な疾患であるということ、従来よく問題となっていた大うつ病を中心とした感情障害より多いということは注目すべきことであり、これからの精神科医療にとって不安障害の対策というものが重視されなければならないことを示していると思われる。二番目に不安障害の有病率はDISをみる限り、各国とも同じようなものとみなすことができるが、アメリカはおよそ一割の有病率を示して極めて高いものであり、ソウルを除けばアジアはやや低い有病率である。第三に不安障害は女性、それも特に中年女性に極めて多いものであることが各国に共通している。ただし強迫性障害は男女差はあまりないとみなされよう。第四に恐怖性障害特に単一恐怖は不安障害の中で多いものであるが、多い割には臨床上それほど患者にとって深刻な症状となるものが少ない場合が多い。従って医者もまたそれを診断として取り上げることは少ないと考えられる。従って有病率が高くてもそれほど問題にならないレベルのものが多いと思われる。ただし、ここでつけ加えておかなければならないが恐怖性障害の中でも空間恐怖、社会恐怖となるとかなり問題となるであろう。日本では対人恐怖症はおそらく社会恐怖という形で分類されるものが多いと思われるが、外国でも社会恐怖が多いという事実は注目されなければならないだろう。勿論その中味は細いところで日本と諸外国とは違うものと思われる。社会恐怖は人前で食べる、喋るといふことの恐怖が中心になるが、日本の対人恐怖はその他に一对一で話をするこも、また話をしないですれ違うことや視線を交わすことすら恐怖することもある。従って日本の対人恐怖というものは社会恐怖というよりもむしろ回避性人格障害にやや近いともいえるし、社会恐怖と回避性人格障害が加わっているとも言えるかもしれない。又中には

妄想型人格障害も加わっているとみた方がよい場合もある。恐怖性障害の中で社会恐怖は男性にもかなりみられるものであり、これは多分に男性の方が社会において人前で喋ることが多いという事情からきているものと考えられている。しかし社会恐怖の疫学データは今のところ充分ではない。又不安障害の各国の疫学調査ではその採用診断カテゴリーが異なったり、又その中でも特に恐怖性障害は単一恐怖と空間恐怖の2つのみを調べている場合が多い。さらに空間恐怖と恐慌性障害の合併が多いものだが、その扱ひ方もまちまちなもの、疫学上問題となる。従って厳密に統制された不安障害の疫学はこれからの課題である。

又不安障害は一般に他の精神障害との合併が多いもので、特に大うつ病を中心とする感情障害が多い。又不安障害の中での相互の合併も多いとも考えられる。今後疫学的にもこの点の追求が必要であろう。

文 献

- 1) Faravelli, C., Degl'Innocenti, G., Giardinelli, L.: Epidemiology of Anxiety Disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand* 79, 308-312, 1989
- 2) Joyce, PR., Bushnell JA., Oakley-Browne MA. et al.: The Epidemiology of Panic Symptomatology and Agoraphobic Avoidance. *Comprehensive Psychiatry* 30, 303-312, 1989
- 3) 北村俊則：精神症状測定の理論と実際 200-201, 海鳴社 東京, 1988
- 4) Machizawa, S. Munakata, K.: A Comparison of the Alcohol Abuse and Dependence prevalence between Asia Countries and the U.S. The 4th Scientific Meeting of the Pacific Rim College of Psychiatrist. Hong Kong, 1988
- 5) Mannuzza, S., Fyer, AJ., Martin, LY, et al.: Reliability of Anxiety Assessment. *Arch Gen Psychiatry* 46, 1093-1101, 1989
- 6) Marks, IM.: Epidemiology of Anxiety. *Soc Psychiatry* 21, 167-171, 1986
- 7) McGlynn, TJ., Metcalf, HL.: Diagnosis and Treatment of anxiety Disorders American Psychiatric press Inc. 1989
- 8) Meyers, JK., Weissman, MM., Tischler, GL., et al.: Six-month Prevalence of psychiatric Disorders in Three Communities; 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 959-967, 1984
- 9) Robins, LN., Helzer, JE., Croughan, J. et al.: The NIMH Diagnostic Interview Schedule: Version III. Public health Service (HSS), Publication ADM-T-42-3 (5-81, 8-81), 1981
- 10) Robins LN., Helzer JE., Weissman MM., et al.: Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Arch Gen Psychiatry* 41, 949-958, 1984
- 11) Weissman, MM., Meyers, JK., Harding PS.: Psychiatric Disorders in a US Urban Community. *Am J Psychiatry* 135: 459-462, 1978
- 12) Weissman, MM., Klerman, GL.: Epidemiology: Purpose and Historical Overview In: *Psychiatry 5, Social, Epidemiologic and Legal Psychiatry*. Michels, R. (ED): Basic Books Inc. Publishers, New York, 1986

不安の生物学

丹生谷 正史* 神庭 重信*

1. はじめに

今日、精神医学にとって、不安現象ほどの重大事項を見つけることは難しい。精神医学の扱うあらゆる疾患に及んで不安は一次的、あるいは二次的要因として原疾患と関連する。また一方で、健康に社会生活を営む人々にも、不安は必ずやどこかの時点で襲っており、何らかの方策での対処を必要とする。果たして、病者加えて健康者の抱える不安現象をいかに御してゆくかが、精神医学の担う最重要課題であると筆者らは考えている。事実、近年の不安に関する生物学的研究・理解には目覚ましいものがあり、加えて精神科の扱う不安障害の診断・治療に関する知見にも進歩が見られる。

不安は情動変化・行動変化・生理学的変化の三要素から構成されているとされ、この三要素それぞれに対し、今日に至るまで精力的に研究がなされている。まず情動変化について最も卓越した知見を残したのはS. Freudであろう。不安は心的機序によって抑圧されている容認され得ない性的・攻撃的衝動が意識上に現れようとするに当たって起こり、ストレスなどによって防衛機序が弱められる際にますます強くなるとし、不安を神経症の基礎的中心現象として位置づけた。Pavlov I.P. は条件づけに関する画期的業績をあげ、後にこの行

動科学の分野ではSkinner B.F.によって、現在でも抗不安薬のスクリーニングに使用される行動学的指標が残されている。生理学的アプローチによる業績はW.B. Cannonに代表され、感情は大脳皮質と視床との間で行われる作用—反作用の結果生まれるとし、交感神経系を中心とした危急反応理論を打ちたてている。一方でMcLean D.P., Papez J.W.らは辺縁系の重要性を指摘した。

不安に対する生物学的理解の今日の著しい前進は、精神薬理学・神経化学の進歩に負っている。特に精神薬理学の貢献は高く、1960年のchlordiazepoxideに始まるbenzodiazepine系薬物(BZDs)の開発は不安制御に画期的進歩をもたらした。薬物に関する知識が先行する形で脳内GABAの作用、BZD-GABA受容体のCl⁻チャンネルへのcoupling、内因性BZD様物質の探索が精力的に進められた¹⁾。BZD以外の他の抗不安薬として今日注目されているものに5-HT_{1A}リガンドがあるが、こちらはまず神経化学の分野が先鞭をつけている。1970年代に不安によって実験動物脳内のセロトニン(5-HT)系活動が亢進し、5-HT活動の低下によって不安減弱の惹起されることがまず示された。しかしながら、5-HT受容体の詳細な分類、分布形式の同定、特異的リガンドの開発までには約10年の歳月を要し、現在の5-HT系抗不安薬の開発に至っている²⁾。

精神医学は不安を、内的矛盾から発する対象のない情緒的混乱・心的矛盾感覚の極であり、情緒生活の完全な解体であると定義し、不安には身体症状(動悸・胸部絞扼感・発汗・瞳孔散大等の交感神経優位の多彩な自律神経症状)を伴うことを観察している。この人間の体験する脳の高次機能

Biological Aspects of Anxiety.

*慶應義塾大学精神神経科

〔〒160 東京都新宿区信濃町35〕

Masashi Nibuya, Shigenobu Kanba: Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine.

である不安現象も脳内の神経連絡・神経伝達物質の相互作用及びそれに支配される自律神経系作用発現という物質的背景をもって説明可能となるのはそう遠い未来ではない。本稿では、神経伝達物質系を中心に不安現象の生物学を展望する。

2. GABA, Benzodiazepine系

Benzodiazepine系抗不安薬(BZDs)のもつ行動学的作用は、さまざまな動物種にわたって調べられ、加えて過去10数年にわたって最も精力的に生化学的アプローチを受けている。

行動学的には、BZDsが種属を越えて多くの動物種に不安行動の減少をもたらすことが明らかとなり、不安を司る機構が系統的に古いことが示唆されている。現在多用されている行動学的指標としては、抗コンフリクト作用(レバー押しで餌がえられるよう条件づけした後、レバー押しと同時に有害刺激を与えるよう設定を変更する。これによりレバー押しの回数は抑制されるが、この段階でBZDsを投与すると有害刺激を無視したレバー押しが認められる。)とsocial interaction test(2匹の雄ラットの高ストレス下、低ストレス下での交流を見る。高ストレス下では両者の交流は減少するが、BZDs投与によって交流が低ストレス下levelまで上昇する。)の2つが掲げられる。他には馴化作用(taming effect)を見るものがあり、BZDs投与では攻撃行動の減少が観察される³⁾。

神経化学的側面より見ると、GABAは脳内の主要な抑制性神経伝達物質の1つであり、介在神経より放出され、脳内全シナプスの約30%の部位でその神経伝達に関与しているとされている。GABA受容体は、GABA・BZDs・barbiturate・picrotoxinのそれぞれの認識部位及びこれとcoupleしたCl⁻チャンネルの複合体から成っている。GABAの結合によってCl⁻チャンネルが開き、BZDsやbarbiturateはGABAの受容体への結合力を増大させ、かつ受容体とCl⁻チャンネルの連結を強め、GABAの作用を増強する。またBZDsは、GABA受容体を介してノルエピネフリン(NE)・ドーパミン(DA)・5-HT・アセチルコリン(ACh)神経系などの代謝回転を全般的に低下さ

せる。現在ではGABA受容体及びBZD受容体の細分化、それぞれの拮抗薬・刺激薬が開発されている⁴⁾。これによれば、前述の受容体はGABA_Aの受容体を意味し、bicucullineをアンタゴニストとする。一方、GABA_B受容体は、baclofenをアゴニスト、phaclofenをアンタゴニストとし、結合活性は2価陽イオンに依存し、G結合蛋白質(G protein)を介してアデニレートシクラーゼやイノシトール燐酸代謝回転系と共役しているとされている。さらにGABA_A受容体はfast IPSP (inhibitory post synaptic potential)、GABA_B受容体はslow IPSPとの関与が指摘されている。BZD受容体は、現在のところ中枢I型受容体、中枢II型受容体、末梢受容体に三区別されているが、内因性リガンドについては解決を見ておらず、アンタゴニストとしてR₀15-1788(内在活性は示さないがBZD受容体への結合力を持つ)とinverse agonistとしてβ-carboline(BZD受容体への結合力を持つ上に、不安惹起作用・けいれん誘発作用等のBZDとは逆の内在活性を示す)の名があがっているにとどまる。

臨床薬理学的には、BZD系薬物は抗不安・鎮静・抗痙攣・睡眠導入作用を持ち広く使用されている。しかしながら依存・習慣性・筋弛緩・運動失調・断薬後の離脱症状といった副作用の存在することも事実であり、理論的には不安という現象に対してより特異的に作用する薬物の開発が望まれる。

3. セロトニン(5-hydroxy tryptamine, 5-HT)系

現在5-HT_{1A}リガンドとして、pyrimidinyl piperazine誘導体のbuspirone, gepirone, ipsapirone, SM3997が新しい抗不安薬として注目を集めている。従来からも5-HT系と不安の関連は注目され、神経化学的アプローチによって5-HT系の賦活と不安惹起・5-HT系の作用減弱と不安の解消の相関することが示されていた。中でもgray J.A.は脳幹より中隔-海馬系(septohippocampal formation)へ至るモノアミン作動性神経の入力を重視する仮説を提出している⁵⁾。しかしながら、5-HT系受容体の分類、またそれに対する特異的リガンドの開発に時間を要し、不

安と5-HT系の相関は推測の域を出なかった。現在では各種リガンドの開発を軸として、各セロトニン受容体のサブタイプ・分布が詳細に調べられている⁹⁾。(表1参照)不安現象との相関については、脳幹部の縫線核よりsepto-hippocampal formationへと向うセロトニン作動性神経が注目されており、現在開発中の5-HT_{1A} ligandは、縫線核中の細胞体あるいは樹状突起上のsomatodendritic autoreceptorに対するアゴニストとして作用し、この部位より放出される5-HT量を減少させる。pre-synapticに見た場合は確実にアゴニストとして作用しているが、post-synapticに見た場合にはアゴニスト・アンタゴニスト両者の性質を持つため上記5-HT_{1A} リガンドはpartial agonistと呼ばれる⁹⁾。BZD₅系抗不安薬と5-HT_{1A}系抗不安薬の相異を表2に付す⁹⁾。この中でBZD₅と5-HT_{1A} リガンドの持つ行動薬理学上の作用の異なることが注目に値する。より高等で複雑な様式をもった人間の心における不安のモデルとしていかなるモデルが適切であるかという問題は常に念頭になければならないことを示唆しているように思える。

抗不安作用を備えたその他の5-HT系薬物としては、5-HT₂アンタゴニスト、5-HT₃アンタゴニストがある。5-HT₂受容体アンタゴニストとしては、pirenperone, R56413, ritanserin, cinanserin, ketanserin, cyproheptadine, methysergideが動物実験で弱いながらも抗コンフリクト作用を示している。5-HT₃受容体アンタゴニストとしてはGR38032Fがsocial interaction testにおいて抗不安作用を示している。総括して言えることは、5-HT_{1A}アゴニスト、5-HT₂アンタゴニスト、5-HT₃アンタゴニスト、他に5-HT合成阻害作用を持つparachlorophenylalanine,あるいは5-HT系の神経毒である5,6-dihydroxytryptamineといった中枢神経系において5-HT系の伝達を弱める作用を持つものに、動物実験を中心として抗不安作用が認められており、逆にpropranololは5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}に対するアンタゴニストの作用があるため5-HT系神経伝達を増強するが、これにはanxiogenic effect:不安惹起作用がある⁹⁾。このような知見より、5-HT

系の増強あるいは減弱が不安惹起あるいは抗不安といった作用に相関するという事実は不安現象におけるprimaryな事象としてゆるぎない地位を確立しようとしている。

臨床的には、不安障害の1つであるobsessive-compulsive disorder (OCD) が注目されている。OCDの患者にはclomipramine, fluvoxamine, fluoxetineといった選択的な5-HT再取込み阻害作用を持つ抗うつ薬の有効性が示されている¹⁰⁾。

現在我々は5-HT_{1A} ligandを用いin vivo microdialysisの手法をもって脳内モノアミン代謝産物の動態を見ているので図1, 図2, 図3に示す。図1では5-HT_{1A}リガンドであるipsapirone投与時のラット線状体におけるDA代謝産物(DOPAC, HVA), 5-HT代謝産物(5-HIAA)の推移を示している。この図からも5-HT_{1A}リガンドによる5-HT放出の減少をとらえることができる。図2のdiazepamとの相違点はipsapironeが5-HT系の代謝を抑制し、一方ではDA系も増強しているのに対し、diazepamはDA, 5-HT系両者を抑制している点に注目していただきたい。図3は同じくipsapirone投与時の海馬における神経伝達の減少をみたものであり、前述した通りこの部位での5-HT放出の減少が、抗不安作用の作用部位と目されている。我々のグループでは5-HT_{1A}リガンドと錐体外路系の関連に注目しているが、他にも抗うつ薬・摂食障害治療薬への応用も期待されており、今後発展の見込まれる分野と言える¹¹⁾。

4. ノルアドレナリン系

青斑核から中隔海馬系へ至るノルアドレナリン(NA)系が、アラーム反応の中枢として機能し、自律神経系の反応や感情反応が引き起こされることが示唆されている。サルにおいて青斑核に電気刺激を与えると、恐怖反応と類似した反応が起こり、逆に青斑核を破壊すると恐怖反応の減少が見られる。同様にyohimbin, piperoxanthineなどのNAの代謝回転を増加させる薬物を投与すると、不安行動の明らかな増加が見られる。imipramineなどの抗うつ薬あるいはclonidineは治療的に恐

図1

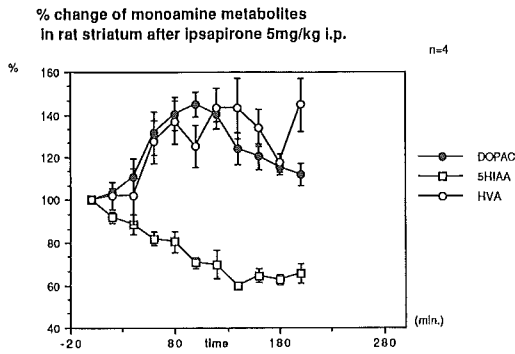
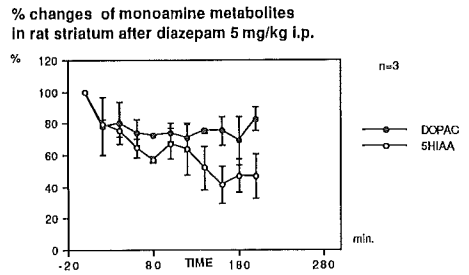


図2



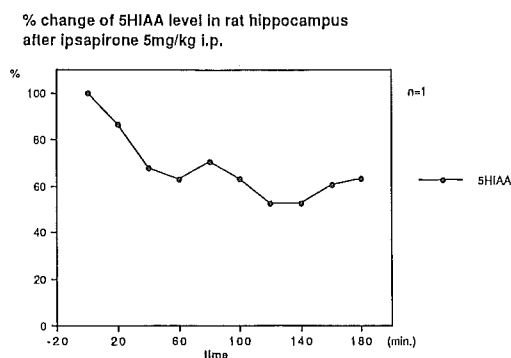
慌発作に有効であることが確かめられているが、これらの薬物は青斑核の活動を減少させることが知られている¹²⁾。先にも触れたがBZDsはNA代謝回転および青斑核の発火を減少させる。また不安障害の患者では、血中・尿中のMHPG値が増加しており、中枢NA系機能の亢進が示唆される。しか

しながらNA系は中枢における作用・末梢における作用が多岐にわたっており、中枢系における主な働きはやはり、過覚醒の方向へ向う物質としてとらえるのが現在の見方であり、この方面よりの不安に選択的に作用する薬物開発は困難であり、5-HT系ほどの注目を得るに至っていない。

表1 5-HT受容体のsubtype.

受容体	5-HT _{1A}	5-HT _{1B}	5-HT _{1C}	5-HT _{1D}	5HT ₂	5HT ₃
特徴及び分布	縫線核の5-HT作動性神経の細胞体及び樹状突起といった presynaptic site (somatodendritic autoreceptor), 海馬側の post synaptic site に存在する。	黒質・淡蒼球に分布する5-HT作動性神経の神経終末の auto-receptor として存在する。ヒト等の高等動物の脳内には存在しない。	主に脈絡叢に存在する。ラットの終脳皮質・牛線状体における存在も示されている。偏頭痛との関連も指摘されている。	基底核群に存在する	脳内に広く分布しているが、特に大脳皮質第IV層、尾状核に多く分布している。	上頸神経節・迷走神経節など主に末梢組織に存在する。辺縁系、最後野に存在する可能性も示唆されている。
アゴニスト	8-OH-DPAT (buspirone, ipasapirone, gepiron は両者の作用を備えた partial agonist)	RU24969 TFMPP MCPP	α -CH ₃ 5-HT	RU24969	DOB α -CH ₃ 5-HT	α -CH ₃ 5-HT
アンタゴニスト	Cyanopindolol (-) Pindolol	Cyanopindolol (-) Pindolol	Mesulegine Methysergide Mianserine		Ketanserin, Ritanserine Cinanserine, Cyproheptadine Methysergide, LSD	GR38032F MDL72222
セカンドメッセンジャー系	adenylate cyclase との抑制性の共役	C-AMP減少と関連	イノシトール燐酸系と関連	C-AMP減少と関連	イノシトール燐酸系と関連	Na ⁺ 輸送増大と関連

図3



5. おわりに

以上、神経伝達物質を中心に不安現象を展望した。不安現象を見る研究では、他にも lactate や CO₂ を用いた人為的恐怖発作誘発、PET による恐

怖発作時の海馬旁回血流の変化、神経伝達物質として DA、ヒスタミン、アデノシン、ACh、CRF の関与等が知られている。これらすべての事象のうち、どれが primary なのかを同定しそこから 2 次的・3 次的の変化をとらえてゆくのがこれからの作業であると思われる。個々の事象同志を有機的流れとしてとらえることが要求されている。情報処理・認知・記憶といった事項を脳内への input に関連するものとするなら、不安感・情動変化・意欲・意志といったものは脳内の output に関連する現象であろう。この過程のどれか 1 つでもその物質的背景メカニズムがつかめれば脳生理学と称すべき学問をおおうべしはがれ、その姿を現し、臨床分野の広きにわたって限りなき知識・恩恵・方策を与えるものと信じている。

脳の高次機能と人類の闘いが今始まるうとしている。

表2 ベンゾジアゼピロン系抗不安薬と 5HT_{1A} 系列抗不安薬の比較

	Benzodiazepine系 (BZDs)	5HT _{1A} (pyrimidinyl-piperazine誘導体)
主な薬物の構造	<p>Diazepam</p>	<p>Ipsapirone</p>
作用機序	Cl ⁻ イオンチャンネルと共役する Benzodiazepine/ GABA _A 受容体複合体上の BZD 受容体と結合し、Cl ⁻ イオンの流入を上昇させ、かつ GABA の作用を増強させる。この受容体は脳内に広く分布し、抑制的に作用している。	縫線核より脳内特定部位に向かう 5-HT 作動性神経の細胞体・樹状突起上に存在する autoreceptor が 5HT _{1A} 受容体であり、ここへのアゴニストな作用により、5-HT 作動神経の自発的発火を減少させる。特に海馬へ向かうセロトニン作動性入力の減少と抗不安作用の関連が重視されている。
他の脳内神経伝達物質に与える影響	NE, DA, 5HT 系と広範囲にわたる神経伝達に対して抑制作用を持つ。	NE, DA 系の神経伝達は亢進する。但し、これが各薬物の持つこれらの受容体への直接の作用なのか、5HT 系を介した間接的作用なのかについては現在のところ不明。GABA 受容体との interaction は一切ない。
治療上の主な副作用	慣習性・依存・退薬時の禁断症状・眠気・筋弛緩・小脳失調・アルコールとの相互作用	めまい・発汗 ねむけ (耐性・習慣性は認められない。)
行動薬理学より見た rat での観察。	抗コンフリクト作用、高ストレス下での交流の増加 (但し、低ストレス下での交流には影響なし)、攻撃性の減少 (taming effect) を見る。social exploration では sitting を増加させ鎮静作用も見ると。defensive behaviour には影響無し。	抗コンフリクト作用は微弱。攻撃性の減弱化は diazepam と同等。social exploration を活発化 defensive behaviour 低下。social interaction test において、低ストレス下・高ストレス下両者の交流を増強する。

文 献

- 1) 松下亨：「不安とthe benzodiazepine/ GABA receptor complex」神経精神薬理 vol 10, 667-675, 1988.
- 2) Traber, J., and Glaser, T.: 5HT_{1A} receptor-related anxiolytics TIPS vol 8, 432~437, 1987
- 3) 植木昭和：「抗不安薬，抗うつ薬の行動薬理」抗不安薬・抗うつ薬の進歩，植木昭和，古川達雄編 医歯薬出版株式会社 1981.
- 4) 栗山欣弥，廣内雅明；「GABA受容体とベンゾジアゼピン受容体」蛋白質核酸酵素 vol 35 743~750 1990
- 5) Gray, J.A.: Précis of the neuropsychology of anxiety; An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Behav. Brain. Sci. 5, 469-534, 1982.
- 6) Peroutka, S.J. 5-hydroxytryptamine receptor subtypes. Ann. Rev. Neurosci. 11, 45~60, 1988.
- 7) Glaser, T.: Ipsapirone, a potent and selective 5-HT_{1A} receptor ligand with anxiolytic and antidepressant properties. Drugs of the future vol 13, 429~439, 1988
- 8) Chopin, P. and Briley, M.; Animal models of anxiety; the effect of compounds that modify 5-HT neurotransmission. TIPS, Vol 8, 383~388, 1987
- 9) Marsden, C.A.; 5-hydroxytryptamine receptor subtypes and new anxiolytic drugs: an appraisal. Psychopharmacology of anxiety edited by Peter Tyrer Oxford Medical Publications, 1989.
- 10) Murphy, D.L. and Pigott, T.A.: A comparative examination of a role for serotonin in obsessive compulsive disorder, panic disorder, and anxiety. J. Clin. Psychiatry 51, 53~60
- 11) Dourish, C.T., Hutson, P.H. and Curzon, G. Putative anxiolytics 8-OH-DPAT, buspirone and TVXQ7821 are agonists at 5-HT_{1A} autoreceptors in the raphe nuclei. TIPS vol 7. 212~214 1986
- 12) Charney, D.S. and Redman, D.E.: Neurobiological mechanisms in human anxiety: Evidence supporting central noradrenergic hyperactivity. Neuropharmacology 22, 1531-1536 1983
- 13) 神庭重信：不安の生物学，精神科治療学 2 (2), 299-302, 1987
- 14) 鹿島晴雄，水野雅文：不安の生物学的研究 精神科MOOK No. 23. 1989
- 15) 上島国利著 抗不安薬の知識と使い方 ライフ・サイエンス社 1988

特集◆不安障害◆

不安障害の臨床

—精神科領域から—

竹内 龍雄*

はじめに

DSM-III-Rの不安障害には、Panic Disorder(以下PD)のほかに、PDの既往のないAgoraphobia、社会恐怖および単純恐怖、全般性不安障害等があるが、臨床で見ることが多く、且つ近年米国を中心に注目されているPDにしぼって述べることにしたい。

I. PDの概念・診断基準

DSM-III-R²⁾のPDの診断基準を表1に示す。周知の通りPDは1980年、DSM-IIIに従来の不安神経症にかわって初めて登場したものである。即ち従来の不安神経症のうち、不安発作を頻発するタイプのものがPDとして取り出され、びまん性の不安が持続するものは全般性不安障害、その他のものは非定型不安障害に分類された。1987年のDSM-III-Rではさらに部分的な改訂がなされ、全体として診断基準がゆるめられている。中でもうつ病(Major Depression)、身体化障害、精神分裂病などに起因しないとされる条件がはずされている点は注目される。PDはもはや不安神経症のわく組を越えた一つの障害(疾患か症候群かは別にして)と

表1 Panic Disorderの診断基準

1. Panic Attack (PA) があること
2. PAが4週間に4回あるか、又は1回以上起きたあと予期不安が1カ月以上続く
3. 発作中以下の症状が4つ以上ある発作が1回以上あること
 - ①呼吸困難ないし息苦しさ、②めまい感、ふらつき感ないし失神③心悸亢進ないし心拍促進(頻脈)、④振戦ないし身震い、⑤発汗、⑥窒息、⑦悪心ないし腹部不快感、⑧離人症ないし非現実感、⑨感覚麻痺ないしうずき感(知覚異常)⑩のぼせ感あるいは寒け、⑪胸痛ないし胸部不快感、⑫死の恐怖、⑬発狂の恐怖、何か制御できないことをしてしまう恐怖
4. 上記症状が発作中10分以内に出さう発作が数回以上あること
5. 器質的因子によるものでないこと
(DSM-III-Rより一部簡略化)

して位置づけられたように見える。尚I.C.D.-10 draft³⁰⁾にもPDが搭載されているが、改訂前のDSM-IIIとほぼ同じ内容である。

PDの基本症状はPanic Attack(以下PA)である。診断基準はこれに強さと頻度の条件を規定し、随伴する精神身体症状を列挙している。このPAと予期不安および広場恐怖(Agoraphobia)の三つがPDの主症状である。あとは器質性原因が除外されればPDと診断出来る。尚Agoraphobiaの有無によって二つの亜型(PD with / without Agoraphobia)に分けられている。

II. PDの臨床像—自験例のまとめから

次にPDの臨床的特徴について自験例²⁶⁾をもとに概観してみたい。

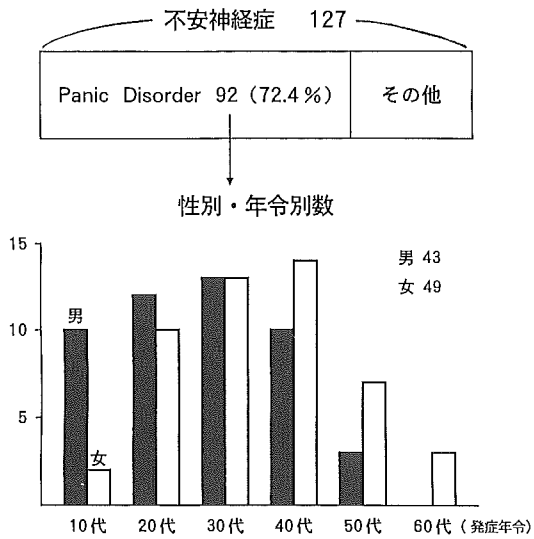
Clinics of Anxiety Disorder in Psychiatry.

*帝京大学市原病院精神科

〔〒299-01 千葉県市原市姉崎3426-3〕

Tatsuo Takeuchi: Department of Psychiatry, Ichihara Hospital, Teikyo University School of Medicine.

図1 Panic Disorderの自験例の内訳

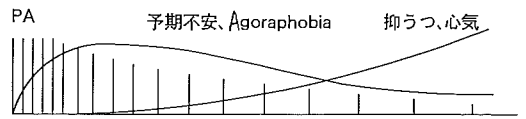


1. 症例数, 性差, 年齢差

1986年5月から1989年9月までに当科外来を訪れ、従来診断で不安神経症と診断された新患者127名のうち、DSM-III-RのPDの診断基準にあてはまるものは92名、72.4%であった。残りは全般性不安障害、不安気分を伴う適応障害、特定不能の不安障害であった。いわゆる不安神経症は、当院のような精神科外来では非常に多い疾患の部類に属するが、その約70%がPDということになる。但しこの中には他の障害との併記や、経過途中の移行も含まれているので、観察期間中一時的にせよPDの病像を呈したものを広く拾った場合の数字ということである。PDの病像のみに終始するものを数えれば、おそらく不安神経症全体の半数程度になるかと思われるが、われわれは経過による病像変化もPDの重要な臨床的特徴の一つと考えているので、なるべく広くとるようにしている。

PDの性別・年齢別数は図1で示す通りである。女性がやや多く、発症年齢で見ると20-40歳代に好発するが女性の方がやや遅い傾向がある。米国における疫学調査²⁹⁾によると、一般人口における6カ月有病率は0.6-1.0%で、女性に多く、25-45歳の年齢層に多いと言う。われわれの性別・年齢別分布もこの疫学調査に見られた傾向と大体において一致していると言えよう。

図2 Panic Disorderの典型的経過



2. 初発症状とPA

PDの初発症状はほとんど(94.6%)がPAである。PAに至らぬ亜急性の不安状態で始まるものものではないが、ごくわずか(5.4%)に過ぎない。そのPAは突然起こるが、まれには全身倦怠感などの前駆症状のようなものがある場合もある。

1回のPAの持続時間を尋ねると数分から数時間といろいろだが、ピークと言えるような状態はどのくらいかと尋ねるとせいぜい10-20分という場合が多い。これはPAの持続時間は5-20分で1時間も続くことは滅多にないとするGormanら³⁰⁾の記述と一致している。

PAを起こした症例を見ていくと、1回のPAのみでその後何ともなく終わってしまうものがある。自験例ではPD患者の既往歴上のエピソードとして見出されるが、疫学調査ではこのようなsporadic PAは一般人口中にしばしば見出されると言う(Perugiら²¹⁾)。またVon Korffら²⁸⁾の調査によると、PDの基準は満たさぬがPAのあるものの有病率は3%に及ぶと言う。われわれはこれをPDの一種の不全型ではないかと考えている。

3. PDの病像とその変化

PDの病像は、基本症状であるPAと、間欠期に見られる予期不安およびAgoraphobiaを三大症状とし、これに全般性不安、心気状態、抑うつ状態等がいろいろな程度に加わることによって、全体が形成されてくる。自験例につき、DSM-III-Rを用いて経過上の変化を含めて病像の診断分類をしてみると以下のものであった。即ち、PD with/without Agoraphobiaに終始するものは約30%であり、あとの70%は何らかの他の病像を混じえてきて併記診断となっている。併記されるAxis Iの診断名としては、Hypochondriasis, Undifferentiated Somatoform Disorder (心気状態), Major Depression, Depressive Disorder n.o.s.

表2 Panic Disorderの4類型

	Panic Attack	予期不安 広場恐怖	抑 う つ	そ の 他 の 特 徴
第I型	単 発	な し	な し	神経症化せず。非臨床例が大部分？ 臨床例に回顧的に見出される。
第II型	くり返す	な し	な し	神経症化しない。比較的少数。 個人の人格（知能、性格など）が関係する？
第III型	くり返す	あ り	な し	最も普通見られる。 不安神経症の中核群。
第IV型	I～IIIのどれか	あ り	IV-1 続発性のうつ状態を合併するもの	まれならず見られ、うつ病との特別な 関係(性格、遺伝負因など)が示唆される。
			IV-2 PDからうつ病へ移行するもの	
			IV-3 PDとうつ病の独立した病相を示すもの	

(抑うつ状態)が各約30%，その他Generalized Anxiety Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Conversion Disorder, Depersonalization Disorderなどが少数である。中には合併でなくPDから別の診断名に移行してしまうものもある。

図2は以上のようなPDの病像とその変化を思い切って簡略化し、典型的経過として図示したものである。即ち、PAは初期には強く且つ頻繁に起こるが、しだいにその強度と頻度を減少させて行く。予期不安はこれより少し遅れて、PAが繰り返されるに従って強くなって行き、PAの軽快とともに徐々に軽快して行く。Agoraphobiaも同様であるが、この両者はPAがなくなっても長く続くことが多い。これらとは逆に、抑うつや心気状態は、経過が慢性化するに従ってそれらの合併がふえ、症状が目立ってくる傾向がある。

PDにAgoraphobiaを伴うものと伴わないものとの比は2:1であった。DSM-III-Rでは伴うものの方がずっと多いとしているが、自験例ではAgoraphobiaを伴わぬものもかなりある。何故あるものにはAgoraphobiaが伴い、他のものには伴わないのかの理由も今のところ明らかでない。Agoraphobiaのみならず、予期不安も全般性不安もなく、PAのみが繰り返され、間欠期は何ともないものが少数見られる。Kleinら¹⁶⁾¹⁷⁾がpure PDと呼ぶもので、自験例では9例(9.8%)に見られ

た。これも何故このような病像を呈するのか理由は不明だが、われわれは本人の知能や性格等人格的要素が関係しているのではないかと考えている。後述するように、このような例は他の多くがいわゆる(不安)神経症的病像を呈するのと異なり、神経症的でないのが特徴である。

4. PDの4類型

前項に述べたような病像経過を整理してPDの類型化を試みた(表2)。²⁷⁾類型化するにあたっては近年のこの分野における研究成果をふまえ、以下のような考え方を基礎にした。

- (1) PDの基本症状はPAであり、PAの不安はnon-situational, spontaneousなもので、且つおそらくは生物学的originをもち、他の一般的な不安とは質的に異なるものである。
- (2) これに対して予期不安やAgoraphobiaは、PAに続発するpostattack events²⁾として位置づけられる。状況依存性があり、性格要因も関与するいわゆる神経症的不安である。
- (3) 以上の三大症状に加えて、多くの例では経過と共に全般性不安、心気症状、抑うつ症状等が続発合併してさまざまに混じり合い、いわゆる不安神経症の病像が形成される。
- (4) 以上の過程は一次的・生物学的症状であるPAにみまわれた個人が、さまざまな心身の反応を

ひき起こし、神経症化して、二次的・心因性のその他の（神経症的）症状を現出させてくる過程と考えることが出来る。

- (5) PDとうつ病との近縁関係は多くの研究者や臨床家の認めるところであり、類型化にあつて両者の合併や移行を重視することに理は通っている。

少し説明を加えると、(1)の考え方（代表的なものはKlein¹⁵⁾）はPD概念の基礎をなすものである。近年の米国における活発な生物学的研究その他によって支持され、広く承認されつつあると言えよう（但し反論⁶⁾もないわけではない）。その根拠として、乳酸ソーダ誘発試験（Pitts & McClure²²⁾）、抗うつ薬の有効性（Klein & Fink¹³⁾）、家族性（Crowe et al⁴⁾）、青斑核の機能との関係（Redmond²³⁾）等があげられる。Sheehan²⁵⁾はendogenous anxietyと呼んでいるが、われわれの臨床経験でも確かにPAは何ら誘因なく突発的に発症するものが大部分で、心理的状況とは無関係のspontaneousな症状との印象が強い。このPAと予期不安、Agoraphobiaとの関係は、心臓発作を起こした人が発作の再発を恐れて、心臓に負担のかかりそうな状況を必要以上に恐れ避けるようになるのに似るとされる（Gorman et al⁷⁾）。臨床経験上も予期不安やAgoraphobiaはPAと異なり、状況依存性や性格的要因の関与が明らかなる場合が多く、神経症的症状としての特徴を具えた症状と言える。またDSM-III-RはAgoraphobiaに対するPDの因果的優位性を認めている。

(4)について、DSM-III-Rでは神経症という概念を廃止しているのにここで神経症化という語を用いるのは、われわれが今のところ従来の不安神経症というわく組を一応認め、そこからPDにアプローチして行く立場に立ち、両者をつなぐ概念としてこの語を使用したいためである。ここで言う神経症化とは、一次的・生物学的な症状であるPAに触発されて、二次的・心因性のその他の（神経症的）症状が加重（overlay）⁹⁾してくる過程、あるいは（うつ病の神経症化の場合のように）¹²⁾、PAの繰り返しによって生じた心的水準の低下に伴って、水面下にあった葛藤が顕在化し、さまざまな神経症症状が現出してくる過程のことをさす。最

後にPDのうつ病との関係については、臨床上両症状の合併がしばしば見られることのほか、病前性格の類似性（藍沢ら¹⁾）、抗うつ薬の有効性（Klein et al¹³⁾）、家族遺伝性（Leckman et al¹⁸⁾）などを根拠として両者の近縁関係が論じられている通りである（最近ではBreierら³⁾の総説）。

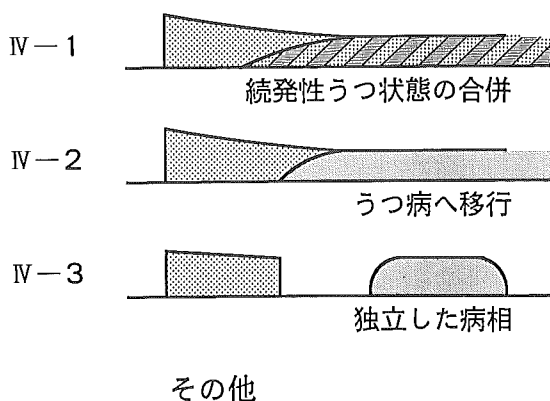
第I型：PAの単発のみで、予期不安やAgoraphobiaへの発展も見られず、神経症化せず、そのままおさまってしまうものである。これのみではPDとは言えないが、第II型以下との比較でその不全型とも考えられるので敢えて第I型とした。自験例では後に不安神経症として受診した症例の既往歴上のエピソードとして見出されるが、疫学調査ではまれでないことは前述の通りである。

症例1 43歳 女 主婦

2年前、台所で炊事作業中急に目の前が真っ暗になり意識が遠くなって死んでしまうような不安に襲われ、救急車で病院に運ばれた。強い不安は10分位でおさまり、1時間後には完全に回復、病院では諸検査の結果異常なしと告げられ帰宅した。その後は全く何ともなく、そのうち忘れてしまったと言う。

第II型：PAが繰り返し起こるが、それに続く予期不安やAgoraphobiaが見られず、発作の苦痛のみで間欠期には何ともないのである。Kleinら¹⁶⁾¹⁷⁾がpure PDと呼ぶものであるが、われわれの見方からすれば、PDではあるが神経症化しないものである。なぜ神経症化しないのかについては、自験例からは軽度の精神遅滞や、強気な性格で不安を否認する態度など、PAを受けとめそれに反応する個人の側の知能や性格が関係しているように思われる。発作の時は大騒ぎするが、発作のない時はケロリとしていて（la belle indifferenceに似て）一見ヒステリー的にも見えるが、発作に心理的誘因がなく疾病利得が見られない等の点はそれと異なっている。但し第II型であっても、PAが頻発し発作重積状態とでも言うべき状態の時は、多少の予期不安が見られることがある。

図3 Panic Disorderを抑うつとの合併



症例2 51歳 女 主婦

3年前より自宅でひとりで居る時急に胸苦しさ、頻脈、気が遠くなる感じ等を伴う不安に襲われ、病院へかけつけ注射をしてもらおうと20-30分でおさまるといふ発作が頻発するようになった。しかしよほど強い発作が連続しないかぎり、間欠期にはケロリとしていて予期不安やAgoraphobiaの訴えは全くない。知能検査(WAIS)では全IQ=66であった。DSM-III-RではPD without Agoraphobiaと診断される。

第III型：次のIV-1とともに最も多く見られ、不安神経症の中核をなしている群である。予期不安やAgoraphobiaのほか、遷延例では心気症状を伴うものが多い。抑うつを欠く点が次の第IV型との相違点である。

症例3 32歳 男 設計技師

6カ月前、職場で残業中急に頭がポーンとしてしめつけられるように感じ、強い不安、動悸、息苦しさ、死んでしまうのではないかと恐怖等を発症。発作間欠期にも予期不安、易疲労、集中困難、不眠、イライラなどが持続し、外出嫌いになったと言う。内科的精査では異常ないと言われているが、左の首から肩にかけての痛み、前胸部圧迫感等を訴え、心筋梗塞恐怖が強い。DSM-III-RではPD with Agoraphobia, Hypochondriasisの併記である。

第IV型：PDに抑うつを伴うものを一括してまとめたものであり、PDとうつ病との疾病学的・遺伝学的近縁性を顧慮したものである。抑うつとの合併では、PDの経過とともに不安を抑うつを重畳させて、不安抑うつ状態ないし不安抑うつ心気状態を呈するものが最も多い(IV-1)。この場合の抑うつは、PAの繰り返しやAgoraphobiaによる意気消沈(demoralization, Gormanら⁷⁾)に基づくものとして理解出来る。しかし抑うつを伴うものの中には、不安症状への単なる重畳ではなく、PDが途中からうつ病に変わってしまうもの(IV-2)²⁰⁾、PDが寛解したあと間を置いて独立した病相としてうつ病が発症するもの(IV-3)⁹⁾がある(図3参照)。IV-2, 3は数は少ないが、PDとうつ病両者の遺伝負因が認められるものもあり⁹⁾、何らかの素因の関与が推定される。また広瀬¹¹⁾の「不安発作-抑制型うつ病」に症候的に合致する(PDのあと抑制主体のうつ病相を示す)ものが多い。

症例4 48歳 女 主婦

8カ月前夜半に目覚め息苦しさ、胸苦しさ、動悸、不安、死んでしまうのではないかと恐怖等を覚えた。以来それほど強くはないが、体がフワッと浮いたようになり、気が沈むような不安感を覚える発作が頻発し、予期不安や外出恐怖も伴った。症状が持続するうちに、いつも何となく不安で何かにつけて必要以上に心配し、気分が晴晴とせず、何事にもおっくうで体がだるく、食欲や睡眠も障害されるようになった。DSM-III-RではPD with Agoraphobia, Generalized Anxiety Disorder, Major Depressionの併記である。抑うつは続発性で見られるのでIV-1である。

以上のようにPDを類型化して眺めてみると、第I型(準PD)の存在はPDの病態が健常者の中にも幅広い裾野のひろがりをもつこと、第IV型の存在はそれがうつ病等他の精神疾患の中にも幅広く浸透していることを示しており、そして尚且つこの病態の中心を占めるのは第III型やIV-1のような不安神経症に該当する部分ということが出来よう。

即ちPDとはこのような疾病学的位置づけをもった病態と言えるのではないだろうか。

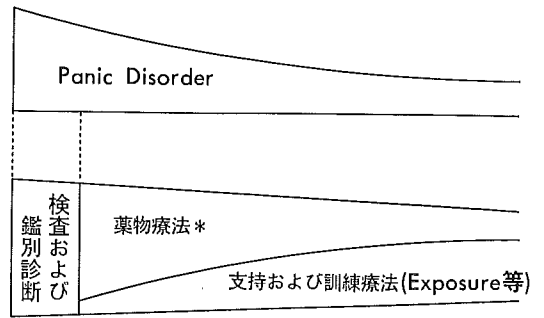
III. PDの薬物療法

従来の不安神経症概念からは、神経症である以上、主たる治療法は精神療法であって薬物療法は補助的なものとされ、用いられる薬物も抗不安薬が主であった。しかしPDの概念が受け入れられるようになってからは、PAに対しこれを阻止する効果をもつ薬物による薬物療法こそ本質的とみなされるようになった。Klein¹⁴⁾, Sheehan²⁵⁾らは、PAに対してImipramineなどの三還系抗うつ薬やMAO阻害剤が有効であり、BenzodiazepineはAlprazolamを除いてPAに有効ではなく、予期不安や全般性不安に対して有効だと述べている。その後の追試によって、PAに対して有効な薬物の範囲は広がる傾向にあるが²⁴⁾、大筋において彼らの説は承認されている。

われわれも近年彼らの考えをもとに、薬物療法の際に出来るだけ抗うつ薬を用いるようにして治療を行ってきているが、そのうち薬物投与後4週間以上経過を観察し得て治療効果が判定出来たと考えられる60例について、結果を整理してみた。但しこれは新薬の治験のような厳格な方法論によるものではなく、一般的な診療場面での治療経験をretrospectiveに評価しまとめたものである。¹⁰⁾

1. PAを含むPDの症状全体に対しては、抗うつ薬(大部分がImipramine)、抗不安薬(Alprazolamほか)ともにほぼ同程度に有効であった(やや有効以上で約75%の有効率)。
2. PAのみに対する効果をみると、抗うつ薬は著効が多いかわりに悪化(主として副作用による)も多かった。抗不安薬は著効は少なく有効程度のものが多いが、無効や悪化はほとんどなかった。
3. 予期不安や全般性不安には抗不安薬が即効的で且つ有効だが、依存傾向を生じ易く、減量または中止出来ぬ場合がしばしば見られた。
4. 上記の特徴はわれわれの第III型に最もよくあてはまり、抑うつのない症例にも抗うつ薬が有効であることが確かめられた。抑うつを伴う第

図4 Panic Disorderの治療



* 例:

Alprazolam(0.4)錠 3 → 6 → 4 → 3 → 2 → 1 → (0)

Imipramine (10) 錠 1 → 2 → 3 → ……

初発時は検査と鑑別診断に重点を置く。PDと診断出来たら直ちに薬物療法を開始する。Imipramine 10mg, Alprazolam 1.2mg程度の併用から始めてPAが消失するまでImipramineを増量していく(通常は30-50mg程度で有効)。Alprazolamは効果が得られたらしだいに減量していく。PAが消失したのにAgoraphobiaが残るものにはgraded exposure¹⁹⁾等を試みる。

IV型(特にIV-1)には、抗うつ薬を用いても尚効果は不十分であった。抑うつのないPDの方が抑うつのあるPDよりも抗うつ薬がよく効くというのは一見矛盾するようだが、抑うつを伴ってくるものもともと難治例・遷延例が多いためではないかとわれわれは考えている。

5. 総じて抗うつ薬と抗不安薬のいろいろな形での併用が、最も効果が確実と言える。但し第II型には抗うつ薬の単味での治療も可能と思われた。

以上われわれの結果もほぼKlein, Sheehanらの主張を裏付けるものであったと言えよう。PAのみならず随伴症状にも注目し、抗うつ薬と抗不安薬の併用を軸に薬物療法を組み立てることが最も現実的というのが、われわれの臨床経験から得られた教訓であった。図4にPDの治療を定式化した試みを示す。

結 語

不安障害の代表的障害としてPanic Disorderをとりあげ、その概念および診断基準、臨床的諸特徴、類型化の試み、薬物療法等について、米国における近年の知見を参照しつつ自験例をもとに述べた。われわれのアプローチは以前から行っていた不安神経症の臨床的研究の延長線上のものである。うつ病その他の側から見て行くとまた違った結果が出てくるかもしれない。

文 献

- 1) 藍沢鎮雄, 星野良一, 竹内龍雄他: 不安神経症者の性格特徴について, 精神医学 27: 287-293, 1985.
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition-Revised, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.
- 3) Breier, A., Charney, D.S., Heninger, G.R.: The diagnostic validity of anxiety disorder and their relationship to depressive illness. Am J Psychiatry 142: 787-797, 1985.
- 4) Crowe, R.R., Noyes, R., Pauls, D.L. et al.: A family study of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 40: 1065-1069, 1983.
- 5) 弟子丸元紀, 比良亮一, 木村武実: 精神症状を伴う胸郭出口症候群, 臨床精神医学, 18: 1139-1148, 1989.
- 6) Gelder, M.G. (editorial): Panic Disorder: fact or fiction? Psychological Medicine, 19: 277-283, 1989.
- 7) Gorman, J.M., Liebowitz, M.R., Klein, D.F.: Panic disorder and agoraphobia, Current Concepts, Upjohn, Kalamazoo, 1984.
- 8) Gorman, J.M., Liebowitz, M.R.: Panic and anxiety disorders. In; Michels, R. ed.: Psychiatry, Vol. 1, Chap. 32, Lippincott, Philadelphia, 1989.
- 9) 林竜介, 竹内龍雄, 富山學人他: Panic DisorderとMajor Depressionの独立した病相期をもった1症例. 東京精神医学会第25回学術集会, 東京, Feb 25, 1986.
- 10) 林竜介, 竹内龍雄, 池田政俊他: Panic Disorderの抗うつ薬療法. 第18回千葉医学会例会, 千葉, Jan 27, 1990.
- 11) 広瀬徹也: 不安と抑うつ. 抑うつ症候群, 金剛出版, 東京, pp. 23-50, 1986.
- 12) 広瀬徹也: 躁うつ病の慢性化と遷延化. 抑うつ症候群, 金剛出版, 東京, pp. 159-171, 1986.
- 13) Klein, D.F., Fink, M.: Psychiatric reaction patterns to imipramine. Am J Psychiatry 119: 432-438, 1962.
- 14) Klein, D.F.: Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacologia 5: 397-408, 1964.
- 15) Klein, D.F.: Anxiety reconceptualized. In; Klein, D.F., Rabkin, J.D. ed.: Anxiety: New research and changing concepts. pp. 235-263, Ravan Press, New York, 1981.
- 16) Klein, D.F.: Diagnosis and treatment of panic disorders. 不安を考えるシンポジウム, 御殿場, July 8, 1989.
- 17) Klerman, G.L.: Relationship between anxiety and depression. In; Roth, M., Noyes Jr, R., Burrows, G.D. ed.: Handbook of anxiety. Vol. 1, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam, pp. 47-58, 1988.
- 18) Leckman, J.F., Weissman, M.M., Merikangas, K.R., et al.: Panic disorder and major depression. Arch Gen Psychiatry 40: 1055-1060, 1983.
- 19) Marks, I.M.: Behavioural psychotherapy. Wright, Bristol, 1986. (竹内龍雄他訳: 行動精神療法, 中央洋書出版部, 東京, 1988.)
- 20) 根本豊實, 林竜介, 竹内龍雄他: Panic Disorderから移行したMajor DepressionにSulpirideが奏効した2症例, 第16回千葉県精神科臨床懇和会, 千葉, Feb 18, 1989.
- 21) Perugi, G., Akiskal, H., Deltito, J. et al.: Beyond DSM-III: Re-evaluation of the concept of panic, agoraphobic, and generalized anxiety disorders. In; Roth, M., Noyes Jr, R., Burrows, G.D. ed.: Handbook of anxiety. Vol. 1, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam, pp. 47-58, 1988.
- 22) Pitts, F.N., McClure, J.N.: Lactate metabolism in anxiety neuroses. New Engl J Med 277: 1329-1366, 1967.
- 23) Redmond, D.E.: New and old evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety. In; Fann, W.E., Karacan, I., Pokorny, A.D. et al. ed.: Phenomenology and treatment of anxiety. Spectrum Publications, New

- York, 1979.
- 24) Rickels, K., Schweizer, E.E.: Current pharmacotherapy of anxiety and panic. In; Meltzer, H.Y. ed.: Psychopharmacology. pp. 1193-1203, Raven Press, New York, 1987.
- 25) Sheehan, D.V., Ballenger, J., Jacobsen, G.: Treatment of endogeneous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. Arch Gen Psychiatry 37: 51-59, 1980.
- 26) 竹内龍雄, 富山學人, 林竜介他: Panic Disorder——自験例の臨床的検討. 第2回千葉心身医学研究会, 千葉, Nov 18, 1989.
- 27) 竹内龍雄, 林竜介, 富山學人他: Panic Disorderの4類型——不安神経症の調査から. 精神誌 91: 1087-1088, 1989.
- 28) Von Korff, M., Eaton, W., Reyl, P.: The epidemiology of panic attacks and disorder: Results of three community surveys. Am J Epidemiol 122: 970-981, 1987.
- 29) Weissman, M.M.: Anxiety disorder: an epidemiologic perspective. In; Roth, M., Noyes Jr, R., Burrows, G.D. ed.: Handbook of anxiety. Vol. 1, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam, pp. 83-100, 1988.
- 30) World Helth Organization: I.C.D.-10, 1986 Draft of Chapter V. World Helth Organization, Division of Mental Health, Geneva, 1986.,

特集◆不安障害◆

不安障害の臨床

—心療内科領域から—

久保木 富 房*

はじめに

不安障害の臨床において、1980年のD.S.M-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition)は不安障害を恐慌性障害 (Panic Disorder以下P.D.と略す)と全般性不安障害 (Generalized Anxiety Disorder以下G.A.Dと略す)に大きく分類したことは周知のことである。

本稿では昨年(1989)の第30回日本心身医学会総会のシンポジウムII「Panic Disorderをめぐって」において発表したreviewとわれわれの実施した臨床的研究について述べる。

1. P.Dをめぐって、

P.DはD.S.M-III-Rにおいて表1のごとく定義されているが、要約すると比較的若い世代に特別のストレス状況もなく、突然に出現する不安か恐怖に加えて4つ以上の身体症状(例えば、呼吸困難、動悸、胸痛、めまい、ふるえ、しびれ感、発汗、窒息感、嘔気など)が10分以内に生じ、そのようなpanic attackが4週間に4回以上起こる病

態である。

そして、P.D.の関連ないし近縁の病態としては従来より、DaCosta Syndromeをはじめ、Soldier's heart, Excitable heart, Effort Syndrome, Anxiety Neurosis, Hyperventilation Syndrome, Neurocirculatory asthenia(N.C.A), Cardiac Neurosis, Depressionなどが挙げられている。これらの病態の位置づけを筆者の考えにてまとめたものが図1である。

次に、P.D.の研究に関する歴史的流れを文献的に考察してみると、大きく3つの時期に分けることが可能である。まず、第1期は表2に示したごとく、1864年のCardiac Muscular exhaustion (Hartshorn), 1871年のIrritable heart (DaCosta)に始まり1951年までつづき、病態の認知と記載がなされている。その後、表3に示すように、1951年Cohen and WhiteのSodium lactateの研究より1980年のD.S.M-IIIまでは病因の研究がなされている。そして第3期は、1981年のKlein(Central alarm system)の研究より現在までに、脳幹の青斑核 (Locus ceruleus), Alprazolam, Clonazepam, Fear of fear model, Yohimbine, などの研究にみられるように病態の解明がなされようとしている。(表4)

そこで、panic attackはどのようにして起こるかというテーマであるが、ここでも興味深いのは、激しい運動とanxiety(不安)の2つがはやくから指摘されていることである。panicogenic factorとして今までに挙げられているものを筆者なりにまとめたものが表5である。そして、運動との関係より乳酸の代謝異常が原因ではないかと考え、

Clinics of Anxiety Disorder in Psychosomatic Medicine.

*東大分院心療内科

(〒112 東京都文京区目白台3-28-6)

Tomifusa Kuboki: Department of Psychosomatic Medicine, Faculty of Medicine, University of Tokyo, Mejirodai Campus.

表1. DSM-III-RのP.D.の定義

- A. At some time during the disturbance, one or more panic attacks (discrete periods of intense fear or discomfort) have occurred that were (1) unexpected, i.e., did not occur immediately before or on exposure to a situation that almost always caused anxiety, and (2) not triggered by situations in which the person was the focus of other's attention.
- B. Either four attacks, as defined in criterion A, have occurred within a four-week period, or one or more attacks have been followed by a period of at least a month of persistent fear of having another attack.
- C. At least four of the following symptoms developed during at least one of the attacks:
- (1) shortness of breath (dyspnea) or smothering sensations
 - (2) dizziness, unsteady feelings, or faintness
 - (3) palpitations or accelerated heart rate (tachycardia)
 - (4) trembling or shaking
 - (5) sweating
 - (6) choking
 - (7) nausea or abdominal distress
 - (8) depersonalization or derealization
 - (9) numbness or tingling sensations (paresthesias)
 - (10) flushes (hot flashes) or chills
 - (11) chest pain or discomfort
 - (12) fear of dying
 - (13) fear of going crazy or of doing something uncontrolled

Note: Attacks involving four or more symptoms are panic attacks; attacks involving fewer than four symptoms are limited symptom attacks (see Agoraphobia without History of Panic Disorder, p. 241).

- D. During at least some of the attacks, at least four of the C symptoms developed suddenly and increased intensity within ten minutes of the beginning of the first C symptom noticed in the attack.
- E. It cannot be established that an organic factor initiated and maintained the disturbance, e.g., Amphetamine or Caffeine Intoxication, hyperthyroidism.

Note: Mitral valve prolapse may be an associated condition, but does not preclude a diagnosis of Panic Disorder.

図1 Panic Disorderの自験例の内訳

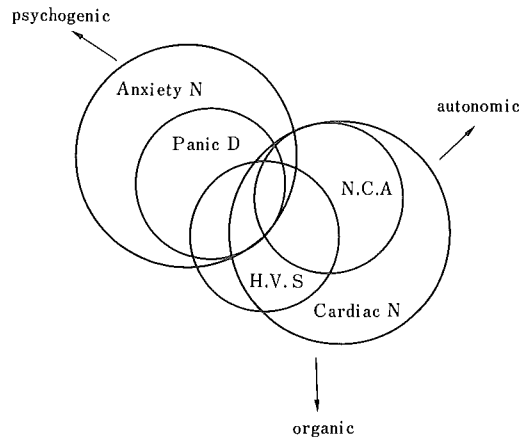


表2. P.D.研究の歴史(1)

Orthostatic hypotension	1826	Piorry
Cardiac muscular exhaustion	1864	Hartshorn
Excitable heart	1870	Myers
Irritable heart	1871	Da Costa
Panic attack (Anxiety Neurosis)	1894	Freud
Hyperventilation	1908	Haldane
Soldier's heart	1916	Mackenzie
Effort syndrome	1916	Parkinson
N.C.A.	1918	Oppenheimer
Effort syndrome	1919	Lewis
Chronic hyperventilation S.	1937	Kerr
Soldier's heart, hyperventilation, pCO ₂	1938	Soley
Spontaneous panic attack and Ad.	1938	Lindemann
Essential hyperkinesia	1943	Starr
Cardiac muscular exhaustion	1951	White

Pittsらは1967年に乳酸注入により, panic attackが誘発されることを実証し, その後の研究において多くのことが解明された。例えば, 乳酸によって誘発されるpanic attackは自然に起こるpanic attackと同様のものであること, attackはP.D患者において70~100%に誘発され, 一部の健常者にも0~20%にattackが誘発されること, 乳酸注入の途中でCaを追加するとpanic attackの質の変化と程度の減弱をみること, しかし, テタニーが起こるほどの用量のEDTAを投与してもattackが誘発されないこと, などである。さらに, 乳酸注入によりアルカリ血症を呈し, 血管収縮や酸素解離曲線の左方移動などにより, 細胞内のアシドーシスが起り, 中枢性化学受容器はアルカリ

表3. P.D.研究の歴史(2)

Sodium lactate	1951	Cohen and White
Vasoregulatory asthnia	1957	Holmgren
M.V.P	1958	Barlow
Idiopathic high cardiac output state	1959	Gorlin
Idiopathic hyperkinetic state	1960	Brachfeld
Anxiogen AD>N.A	1961	Frankenhaeusor
Hyperkinetic heart syndrome	1962	Gorlin
Essential circulatory hyperkinesia	1962	Gottsegen
Hyperdynamic beta-adrenergic circulatory state	1966	Frohlich
Syndrome X	1967	Likoff
Lactate metabolism in Anxiety N	1967	Pitts and McClure
Hypophosphatemia in H.V	1977	Kreisberg
Imipramine, the locus ceruleus	1978	Svensson
Mitral Valve Prolapse	1979	Wooley
Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder	1980	D.S.M-III

表4. P.D.研究の歴史(3)

Central alarm system	1981	Klein
The septo-hippocampal system	1982	Gray
Isoproterenol (β -ad)	1982	Schmidt
Caffeine and anxiety	1982	Boulenger
Yohimbine (Presynaptic α -2 adrenergic antagonist)	1984	Charney
The locus ceruleus, suffocation receptors	1984	Gorman
Alprazolam	1984	Sheehan
H.V. Panic Disorder	1985	Liebowitz
Peripheral receptor	1985	Klein
HV→fear→HV→Panic A	1985	Clark
Clonazepam (anti-epilep)	1985	Fontaine
Breathing treatment decreases panic attack	1986	Salkovskis
Internal cues	1986	Margraf
Fear of fear model	1986	van den Hout
M.V.P.S	1987	Boudoulas
Lactate→emotional symptom	1988	Gaffney

表5. Panicogenic factor

Physical exercise	
Sodium lactate, i.v.	CO ₂ ↑ in C.N.S
CO ₂ inhalation	CO ₂ ↑ in C.N.S
Hyperventilation	CO ₂ ↓ in C.N.S
Caffeine	receptors (B.D.Z, α ₂ , aderosine)
Yohimbine, i.v.	α ₂ -receptor
Progesterone	chemical receptor
Anxiety	

血症にもかかわらず、細胞内アシドーシスのために刺激され悪循環を呈す可能性が指摘されている。乳酸は中枢のCO₂濃度を高めることによって、panic attackを引き起こしている。

さて、過呼吸(Hyperventilation)によって中枢のCO₂濃度がさがり、そのためにpanic attackが誘発されるという考えに対して、Gormanらは5%という高濃度の二酸化炭素呼入によってP.D.患者にattackを誘発したのである。CO₂は中枢でノルアドレナリンのdischargeを増すことによってattackを誘発するのではないかといわれているが、その他に、P.D患者はCO₂に対する過敏性が末梢のcarotid bodyやaortic bodyなどのreceptorに存在するという説も出ている。

過呼吸とP.D.との間には強い関係が指摘されているが、全てが解明されているわけではない。Hyperventilation SyndromeとP.D.という2つの病態の間にはおよそ50%程度の重なりがあるだろうといわれている。また、chronic hyperventilatorやNo panic syndrome(素潜り潜水者がパニックや呼吸困難などの警告もなく水中で意識を失うために死に至ることがある)などの存在は今後の大きな課題といわれている。

次に、caffeineはbenzodiazepine receptorの他に α ₂-receptorやadenosine receptorに関係し、yohimbineは α ₂-receptorのantagonistで、YaleのCharneyら(1984年)によれば、P.D.患者の80%以上にattackを誘発するが、抗panic効果を持つalprazolamをあらかじめ服用させておくとattackが軽減されるという。

このalprazolamは、脳幹の青斑核(locus ceruleus)の活動を低下させ、ノルアドレナリンの代謝産物であるM.H.P.G(3-methoxy 4-hydroxy phenyletylenglycol)の血中濃度を低下させる。抗うつ剤のimipramineも同様の作用を持つことが証明されている。

そして、このlocus ceruleusは脳内神経伝達物質としてのノルアドレナリンの70%以上の源であるとされ、不安や恐怖のような有害刺激に対する感情反応と深く関係している。

その他、panic attackに関与している中枢としては、視床下部、中隔、海馬、さらに大脳皮質で

あり、この大脳皮質は延髄内呼吸中枢に抑制をかけているが、過呼吸の状態になると大脳皮質が抑制されるために、脱抑制による過換気が持続すると考えられている。

次に、P.D.の有病率に関しては2～5%という報告もあるが、1～2%と考えるのが妥当のようである。ちなみに、アメリカの3つの地域の18才以上の3000人づつ、計9000人の全員診断面接法による研究調査では、6か月以内にpanic attackを経験したものは3%、P.D.は0.6～1.0%であり、onsetのpeakは15～19才であった。また、5年間の滋賀大精神科外来患者3059人のうち、P.D.は53人(1.7%)であった。

さて、遺伝については278人のP.D.患者の第一世代に17.3%のP.D.がみられたことより、P.D.はfamilial diseaseとする報告もみられるが、詳細は不明である。

そして、病因論としては、遺伝説として先天性代謝異常説、警告メカニズムの閾値の低さという生物学的機能不全説、Locus ceruleusに窒息受容体(suffocation receptor)を想定し、その過度の感受性によるとするもの、さらに末梢のreceptorの感受性亢進などがあり、遺伝説の反論としては、不快な身体感覚に対する過度の認知に焦点を当てたInternal cues、過呼吸悪循環説、Fear of fear modelなどがある。

次に、経過と予後に関しては、従来比較的良好と考えられていたが、最近、慢性難治化やDepressionへの移行などが指摘されている。参考資料として、メイヨークリニックの小児科で34人のHyperventilation Syndrome患者を25年間follow upしたところ、40%がadultになってもHyperventilation Syndromeを呈し、53%がChronic anxiety、37%がDepressionを呈していると報告している。

治療については、Supportive Psychotherapyと抗不安薬、抗うつ剤が多く使用されて効果をあげているが、最近、 β -blockerや抗てんかん剤であるclonazepam、さらにcognitive therapy(認知療法)などが一部で利用されている。また、絶食療法はHyperventilation Syndromeにおいて、上位中枢を安定化し、活性化された呼吸中枢とCO₂換

気応答を抑制するという治療効果が板倉らによって報告されている。

2. P.D.の臨床的研究

さて、以上はP.D.に関する研究の歴史的文献考察である。表2、3、4に示したごとくP.D.の研究は最近まで欧米で活発に実施され、筆者の調べたところでは400～500の論文が存在しているが、残念ながらわが国のものは数えるほどで、ようやくHyperventilation Syndromeの論文を加えて100ほどである。

そこで、われわれは(医局の野村、井出、熊野ら)P.D.の臨床研究に関するプロトコールを作成し、負荷テストを含む生物学的側面および心身両面にわたる研究を実施したのでその内容と結果について示す。

まず、P.D.とG.A.D.の心理社会的要因、発症要因、対象喪失、既往歴などに関する調査結果を示す。D.S.M-III-Rのcriteriaにより、P.D. 28名、G.A.D. 25名を対象として調査したところ、従来P.D.は女性にいく分多いといわれているが、われわれの調査ではP.D.はG.A.D.に比較して、男性に多く(P.D.の男女比17:11 G.A.D.の男女比8:17)、また、受診までの期間が短く、agoraphobiaを伴うものが多かった。

次に、発症要因に関しては、P.D.、G.A.D.ともに現実問題や分離体験が大半を占めたがG.A.D.は不明の者も多かった。

対象喪失については、P.D.は父の死を経験しているものが12名と多く、他に比して特徴的であった。また、挫折体験については、男性は仕事と受験で、女性は結婚と養育の問題が多い傾向がみられた。

そして、既往歴においては、狭義の心身症の既往を持つものがP.D.で10名、G.A.D.は4名であり、G.A.D.には手術の既往を持つものが10名存在した。

従来報告では、P.D.に分離不安の体験が多いとの知見があるが、今回の調査ではG.A.D.と差がみられなかった。しかし、P.D.に父の死を体験している者が多く、このfactorが病態とどのように関

連するの今後分析が必要と考えている。また、過去に心身症の既往が多いことは、不安障害と心身症の関連についての研究課題である。

次に、6名のP.D.患者における臨床検査結果について示す。6名はすべてD.S.M-III-Rのcriteriaを満たすP.D.で、男性4名、女性2名で、年齢は18才より47才で、5名にagoraphobiaを認めた。

結果は表6に示したごとくで、血液、生化学上の異常は、白血球、赤血球、T.G.などの上昇であり、甲状腺機能異常はfree T4が0.8と低下しているものが1名みられた。

D.S.T.の異常は5名中2名にみられ、尿中カテコラミンは5名にノルアドレナリン、アドレナリンともに上昇がみられた。

カフェイン負荷では5名中2名に不安感が出現したが、ごく軽度のものであった。

立位負荷心電図では5名中3名にT波の減高がみられた。

また、ホルター心電図では3名中1名にsinus tachycardiaがみられ、患者の動悸の訴えと一致していた。M.V.Pは1名にみられた。

トレッドミル負荷では実施した2名にCO₂排出の悪さが認められ、東大第四内科循環器グループと検討中である。

胸部X-Pではsmall heartが1名にみられた。動脈血ガス分析では3名に、PaCO₂とHCO₃の上昇が、1名にPaO₂の低下がみられた。

呼吸機能では予備呼気量の増加と予備吸気量の低下がみられた。

さらに、乳酸負荷では全例にattackが誘発された。その後、健常者6名に実施してみたが、全例にattackは誘発されず、その反応に明らかな相違がみとめられた。

脳波では1名にspike and wave complexがみられ、clonazepam 3 mg/dayの投与によりattackが消失している。

心理テストでは、T.E.G.で逆N型(思い込み型)とW型(厭世タイプ)がみられ、S.D.S.で高得点を示す者が多く、ストレスチェックリストでは神経症傾向とストレスの認知困難がみられ、体験化や身体化が多くみられた。

表6. P.D.患者の臨床検査結果

	A.O	K.K	Y.A	T.M	E.H	K.H
性	M	F	M	M	F	M
年齢	42	43	25	21	18	47
agoraphobia	-	+	+	+	+	+
血液・生化学	+	+	+	+	-	-
甲状腺機能	-		-	-	+	-
DST	+	-		-	-	+
TRH	-	-	+	+		
尿中カテコラミン	+	+	+	+	+	-
カフェイン負荷	-		-	+	-	+
立位負荷心電図	-	+	+	-	+	
ホルター心電図	-	+	-			
心エコー(M.V.P)	+	-	-	-	-	-
トレッドミル負荷					+	+
胸部XP	-	+	-	-	-	-
動脈血ガス	+	-	+	-	+	+
呼吸機能	+		+	+	+	+
乳酸負荷	+	+	+	+	+	+
脳波	-	-	-	-	+	-
心理テスト	+	+	+	+	+	+
ストレスチェック	+	+	+	+		+

+ : 異常所見

ま と め

D.S.M-IIIによって、P.D.という病態の概念が規定されて、ようやく10年という時が経過した。まだP.D.という言葉は一般化していない。そこで、本稿ではP.D.に関するreviewに重点を置き、一部われわれの臨床的研究について報告した。心身症と神経症のcriteriaに関して多くの議論がみられるが、未だ十分に解明されていない。P.D.は大脳皮質や青斑核などの上位中枢をはじめとして、呼吸中枢、自律神経系、末梢のreceptor、および呼吸、循環機能などに広く関係し、さらに分離不安の体験、認知の異常などについても議論がみられ、心身症や神経症の病態を研究する上で興味深いものとい

える。今後は、P.D.に関する上位中枢のかかわり方や過度の感受性の問題、認知のテーマ、さらにDepressionなどの関連病態との比較研究や、疫学的研究、生物学的側面などの研究が求められている。

文 献

- 1) 安藤一也：過呼吸症候群，臨床と研究，46：1033，1969
- 2) Abe K, Masui T: Age-sex trends of phobic and anxiety symptoms. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 297-302
- 3) Avery DH, Osgood TB, Ishiki DM, et al: The DST in psychiatric outpatients with generalized anxiety disorder, panic disorder, or primary affective disorder. *Am J Psychiatry* 1985;142: 844-848
- 4) Bass C, Gardner W: Respiratory and psychiatric abnormalities in chronic symptomatic hyperventilation. *Br Med J* 1985; 290: 1387-1390.
- 5) Breier A, Charney DS, Heninger GR: Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1129-1135
- 6) Boulenger J-P, Uhde TW: Caffeine consumption and anxiety: preliminary results of a survey comparing patients with anxiety disorders and normal controls. *Psychopharmacol Bull* 1982; 18: 53-57
- 7) Boyd JH: Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1569-1574
- 8) Buchsbaum MS, Wu J, Haier R, et al: Positron emission tomography assessment of effects of benzodiazepines on regional glucose metabolic rate in patients with anxiety disorder. *J Cereb Blood Flow Metab* 1985; 2: 201-206
- 9) Cameron OG: The differential diagnosis of anxiety: psychiatric and medical disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8: 3-23
- 10) Carr DB, Sheehan DV: Panic anxiety: a new biological model. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 323-330
- 11) Charney DS, Heninger GR, Redmond DE Jr, Yohimbine induced anxiety and increased noradrenergic function in humans: Effects of diazepam and clonidine. *Life Sci* 1983; 33: 19-24
- 12) Charney DS, Heninger GR, Breier A: Noradrenergic function in panic anxiety: effects of yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 751-763
- 13) Charney DS, Heninger GR: Abnormal regulation of noradrenergic function in panic disorders: Effects of clonidine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 1042-1054
- 14) Clark D, Hemsley D: The effects of hyperventilation: Individual variability and its relation to personality. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982; 13: 41-47.
- 15) Crowe RR, Noyes R Jr, Pauls DL, et al: A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1065-1069
- 16) Demeter S, Cordasco E: Hyperventilation syndrome and asthma. *Am J Med* 1986; 81: 989-994.
- 17) Dube S, Kumar N, Ettetdgui E, et al: Cholinergic REM induction response: Separation of anxiety and depression. *Biol Psychiatry* 1985; 20: 408-418
- 18) Dunner D, Ishiki D, Avery D, et al: Effect of alprazolam and diazepam on anxiety and panic attacks in panic disorder. A controlled study. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 458-460.
- 19) Edlund MJ, Swann AC, Clothier J: Patients with panic attacks and abnormal EEG results. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 508-509
- 20) Folgering H, Colla P: Some anomalies in the control of pACO₂ in patients with a hyperventilation syndrome. *Bull Eur Physiopathol Respir* 1978; 14: 503-512
- 21) Frohlich, E.D., Dustan, H.P. and Page, I.H.: Hyperdynamic beta-adrenergic circulatory state. *Arch. Intern. Med.*, 117; 614. 1966.
- 22) Fyer M.R., Uy J., Martinez J., et al: CO₂ challenge of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1080-1082,
- 23) Goldstein JA: Calcium channel blockers in the treatment of panic disorder (letter). *J Clin Psychiatry* 1985; 46; 546
- 24) Gorman JM, Askanazi J, Liebowitz MR, et al: Response to hyperventilation in a group of

- patients with panic disorders. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 857-861
- 25) Gorman J, Liebowitz M, Fyer A, et al: Possible respiratory abnormalities in panic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1986; 22: 797-801.
- 26) Grunhaus L, Gloger S, Weisstub E: Panic attacks: A review of treatments and pathogenesis. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 608-613
- 27) Grunhaus L, Birmaher B: The clinical spectrum of panic attacks. *J Clin Psychopharmacol* 1985; 5: 93-99
- 28) Grunhaus L, Rabin D, Greden JF: Simultaneous panic and depressive disorders: Response to antidepressant treatments. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 4-7
- 29) 春見建一：いわゆる心臓神経症とは何か。呼吸と循環36：1051, 1988
- 30) Hudson C, Perkins S: Panic disorder and alcohol misuse. *J Stud Alcohol* 1984; 45: 462-464.
- 31) Kahn JP, Puertollano M, Schane MD, et al: Schizophrenia, panic anxiety, and alprazolam (letter). *Am J Psychiatry* 1987; 144: 527-528
- 32) Karetzky M, Mithoefer J: The cause of hyperventilation and arterial hypoxia in patients with cirrhosis of the liver. *Am J Med Sci* 1962; 254: 797-804.
- 33) Katon W, Vitaliano P, Russo J, Cormier L, Jones M, Andersen K: Panic disorder. epidemiology in primary care. *J Fam Pract* 1986; 23: 233-239.
- 34) 菊池長徳ほか：心身症における呼吸制御，心身医学19：147, 1979
- 35) Kimura, E., Takahashi, K., Ichikawa, A. and Kusachi, N.: Abnormal respiration and unusual movements of the diaphragm in patients with neurocirculatory asthenia. *Amer J med Sci.*, 1973; 265: 205,
- 36) Last CG, Hersen M, Kazdin AE, et al: Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 527-531
- 37) Leckman JF, Weissman MM, Merikangas KR, et al: Panic disorder in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1055-1060
- 38) Leckman JF, Merikangas KR, Pauls DL, et al: Anxiety disorders and depression: Contradictions between family study data and DSM-III conventions. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 880-882
- 39) Lewis B: Chronic hyperventilation syndrome. *JAMA* 1954; 155: 1204-1208.
- 40) Liebowitz MR: The efficacy of antidepressants in anxiety disorders. In *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Annual Review*, vol III. Edited by Grinspoon, L, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984
- 41) Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, et al: Lactate provocation of panic attacks, II. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 709-719
- 42) Maekawa, M., Hayase, S. and Mashiko, N.: Mechanism of dyspnea associating neurocirculatory asthenia. *Jap. Circul. J.*, 1959; 23: 19,
- 43) Mattison RE, Bagnato J: Empirical measurement of overanxious disorder in boys 8 to 12 years old. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 536-540
- 44) Mavissakalian M: The placebo response in agoraphobia. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 95-99
- 45) Mountjoy CQ, Roth M, Garside RF, et al: A clinical trial of phenelzine in anxiety depressive and phobicneurosis. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 486-492
- 46) Oppenheimer BS. Rothschild. M.A: The psychoneurotic factor in the irritable heart of soldiers. *J Amer Med Ass.*, 70: 1919, 1918.
- 47) Ottaviani R. & Beck A.T.: Cognitive aspects of panic disorders *J Anxiety Disorders* 1987; 1: 15-28.
- 48) Pierson MG, Peattie B, Quadiri MR, et al: Abnormalities of respiratory center function and potassium homeostasis in the chronic hyperventilation syndrome. *Biol Psychol* 1986; 22: 194-195
- 49) Raskin M, Peeke HVS, Dickman W, et al: Panic and generalized anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 687-689
- 50) Reiman EM, Raichle ME, Butler FK, et al: A focal brain abnormality in panic disorder: A severe form of anxiety. *Nature* 1984; 310: 683-685
- 51) Rice RL: Symptom pattern of the hyperventilation syndrome. *Amer J Med*, 1950; 8:

- 691
- 52) Roy-Byrne PP, Uhde TW, Post RM: Effects of night's sleep deprivation on mood and behavior in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 895-899
- 53) Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 773-782
- 54) Stein MB: Panic disorder and medical illness. *Psychosomatics* 1986; 27: 833-838
- 55) Suess W, Alexander A, Smith D, Sweeney H, Marion J: The effects of psychological stress on respiration: A preliminary study of anxiety and the hyperventilation syndrome. *Psychophysiology* 1980; 17: 535-540.
- 56) Torgerson S: Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983 40 : 1085-1089.
- 57) 筒井末春ほか：過呼吸発作を伴った仮面デプレッションの1例。精神医，15：315，1975
- 58) Uhde YW, Boulenger JP, Post RM, et al: Fear and anxiety: Evidence for the role of the noradrenergic system. *Psychopathology* 1984; 17(3): 8-23
- 59) Uhde TW, Boulenger JP, Roy—Byrne PP, et al: Longitudinal course of panic disorder: Clinical and biological considerations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1985; 9: 39-51
- 60) Van den Hout M, Griez E: Peripheral panic symptoms occur during changes in alveolar carbon dioxide. *Compr Psychiatry* 1985; 26: 381-387.
- 61) van den Hout M.A., van den Molen G.M., Griez, E., et al: Reduction of CO₂ induced anxiety in patients with panic attacks after repeated CO₂ exposure. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 788-791
- 62) Van Valkenburg C, Akiskal HS, Puzantian V, et al: Anxious depression: Clinical family history and naturalistic outcome—Comparisons with panic and major depressive disorders. *J Affective Disord* 1984; 6: 67-82
- 63) Victor BS, Lubetsky M, Greden JF: Somatic manifestation of caffeinism. *J Clin Psychiatry* 1981; 42: 185-188
- 64) von Korff M, Eaton W, Keyl P: The epidemiology of panic attacks and panic disorder: Results of three community surveys. *Am J Epidemiol* 1985; 122; 970-981.
- 65) Walker L: The prognosis for affective illness with overt anxiety. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1959; 22: 338-341
- 66) Weilburg JB, Bear DM, Sachs G: Three patients with concomitant panic attacks and seizure disorder: Possible clues to the neurology of anxiety. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1053-1056
- 67) Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR, et al: Depression and anxiety disorders in parents and children. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 845-852

特集◆不安障害◆

うつ病と不安性障害

広瀬 徹也*

はじめに

DSM-III³⁾で恐慌性障害 (Panic disorder, 以下PD) が全般性不安障害 (Generalized anxiety disorder, 以下GAD) と分離, 独立して以来, PDないしは恐慌発作 (Panic attack, 以下PA) に対する関心が米国を中心に高まり, 世界的にもトピックとなってきた。とくにPAやPDと大うつ病 (Major depression, 以下MD) の合併が臨床的、臨床薬理的、臨床遺伝学的に注目され, 不安と抑うつ, 不安性障害とうつ病との関係が議論されることが多くなっている。

本稿ではこのような背景を踏まえて、不安性障害とうつ病の関連について、主として臨床的な見地から述べる。

I. 不安と抑うつ

うつ病と不安性障害という疾病の問題に入る前に、症状としての不安と抑うつの関係について共通点と相違点を明らかにしておくことは意味のあることと考える。

不安と抑うつは理論的には対照的な位置に置かれ, その関係は明瞭にみえる。すなわち, 不安は迫りくる危険, とくに喪失の怖れに対する個体の防衛反応であり, 頻脈, 発汗など戦いの準備とし

ての自律神経系の身体変化を伴う精神・身体反応である。因みに英語のanxietyやドイツ語のAngstの語源であるラテン語のangereは“圧迫する”という意味があり, 息苦しさなどの不安の身体的表現を指している。

このように不安は未来志向性が一つの重要な特性である。また対象のある怖れである恐怖と異なり, 対象のない漠然とした怖れの感情といわれるが, 自分に対する危険が漠然としてではあっても予知されていることが多い。

以上はどちらかといえば神経症的不安についての定義であるが, それとうつ病性の不安を分ける立場もあり, そこでは後述するように, 麻痺した無力状態で, 危険が避けられない特徴がみられるとする。

一方, 抑うつは現実ないしは想像上の喪失が既に起こったことに対する反応であり, 価値の喪失, 自己評価の低下をもたらす。後悔, 自責のような過去が肥大し, 過去志向の思考パターンが優勢となるのも, 不安と対照的な点である。

抑うつにも正常範囲から病的なものまで種々の段階があるが, 対象の喪失に対する正常範囲の反応である悲哀と病的なメランコリーを分けたFreud¹²⁾の「悲哀とメランコリー」は今なお古典的な価値を有している。Freudによると, 悲哀とは愛する人を失ったことへの反応であるが, 失った対象は人とどまらず, 愛する国や自由や理想といった場合もあり, それが何であるかを意識している点, 意識されていないメランコリーと異なる点であるとした。そして悲哀にあっては世界が貧しく, 空しくなるのに対して, メランコリーにおいては自我が空しくなるとし, 悲哀では自己評

Depression and Anxiety Disorders.

*帝京大学医学部精神科

〔〒173 東京都板橋区加賀2-11-1〕

Tetsuya Hirose: Department of Psychiatry,
Teikyo University School of Medicine.

価の低下がないことを強調した。さらに、両価性 (ambivalence) があるのは正常な悲哀の域を越えていると主張した。

悲哀の症状をみると表1のように、中心は泣くことで表わされる悲しみであり、次いでふさいだ気分であり、この2つが抑うつ気分を型作っている。抑うつのもう一つの重要な症状である抑制を表わす倦怠感や興味減退は40パーセント台で必ずしも多くないが、不眠や食欲減退といった身体症状が高率にみられることは注目されよう。48パーセントみられる落ちつきのなさはうつ病性不安とは異なる不安症状と解すべきかもしれないが、いずれにしても、正常範囲の抑うつ性反応である悲哀にも不安の共有が明らかとなる。

不安と抑うつの対照をみるのに適した動物実験に Seligman²⁸⁾の学習性無力の実験がある。回避可能な装置でイヌに電気刺激を与えると、通常は安全な場所に逃げる努力をして成功する。これが不安の状況であり、不安の標識である闘争/回避 (fight/flight) が文字通り認められる。それに対

し、回避不能の条件下で電気刺激を与え続けると、回避可能な条件に変わっても、イヌは受動的に電気刺激に自らをさらしたままとなり、これを彼は学習性無力 (learned helplessness) と呼んだ。統御不能に対する反応性無力状態で抑うつになぞらえられる。したがって、抑うつには自律性の喪失があることになる。無力感と抑うつの関係はわが国ではなお十分認識されているとはいいがたいが、自我心理学派の Bibring⁵⁾がうつ病の中心症状として無力感を強調していることを付言しておく。

不安と抑うつは相違点だけでなく、共通点も多い。まず第一に不安も抑うつも陰性の情動 (negative affect) に属することである。これによって、既に述べたような方向性の相違などがあるとしても、大枠では共通点があるため臨床的にも共存、合併が起こる可能性がでてくる。なお Watson³⁰⁾によれば、抑うつが不安と異なるのは、楽しい活動への参加の低下などで示される陽性の情動の少ないことであるという。また防衛という観点からみると不安は典型的な防衛反応であるのに対し、抑うつではそれが破綻している。もっともPAでは防衛が不能の状態であり、抑うつと近似しているという Cazzullo¹⁰⁾の指摘がある。抑うつも Schmale²⁹⁾の保存ひきこもり (conservation withdrawal) の概念によれば、合目的な防衛ということになり、両者の関係は一様でないことが明らかとなる。

II. うつ病の不安

典型的な内因性うつ病例でみられる不安症状を正しく認識しておくことはうつ病と不安障害の合併を考える際に無用な混乱を避けるのに役立つ。

抑うつと不安は先に述べたように対照的な部分も多いが、不安はうつ病の重要な症状であることを忘れてはならない。抑うつ神経症や不安神経症と鑑別困難な例だけでなく、ごく普通の内因性うつ病でも不安症状は高頻度でみられる。

その一つはうつ病患者で高頻度でみられる取越苦勞である。将来の些細な事柄を異常に重大視し、心配の種として、不幸の訪れを恐れおののく状態がみられる。これはうつ病性の認知障害による面

表1 1ヵ月目と13ヵ月目の抑うつ症状 (Clayton, P.J. 1982)¹¹⁾

	1ヵ月	13ヵ月
啼泣	89%	33%
ふさいだ気分	81	43
不眠	76	48
食欲減退	51	16
倦怠感	44	30
記憶力減退	41	23
興味減退	40	23
集中困難	36	16
2.25kg以上の体重減少	36	20
罪責感	31	12
落ちつきのなさ	48	45
易刺激性	24	20
他責感情	22	22
日内変動	16	10
希死念慮	16	12
絶望感	14	13
幻覚	12	9
自殺企慮	5	3
発狂恐怖	3	4
自殺正凶	0	0
無価値感	6	11
死に対する怒り	13	22
抑うつ症候群	42	16

が大きく、不安性障害の合併とみるよりは、うつ病により二次的に生じた不安症状と把える方が自然である。何故なら経過の上でもこのような取越苦労はうつ病の程度の消長に完全に平行してみられるからである。元来心配性の患者も少なくないが、間歇期間においては病的といえるほどの取越苦労はみられないのが通例である。

身体的健康に関する取越苦労は心気症状と呼ばれる。これは“ガンノイローゼ”と世間でいわれるような身体的疾病に関する過度の怖れであり、不安の表現とされる。医師の説明にも容易に応じない確信性が多くの例でみられるが、それが妄想的確信にまで至ると心気妄想といわれ、うつ病では罪業・貧困妄想と並んでうつ病の三大妄想といわれる。Schneider²⁷⁾によるとそれは人間の原始不安(Urangst)であり、うつ病によって単に露呈されるのであって、積極的に生産されるのではないとされる。

このように心気症状が不安症状に属することは明らかであるが、DSM-III R⁴⁾では身体化症状(somatization)とともに身体表現性障害に属し、不安性障害に属していないのは理解に苦しむ。またわが国では身体所見を伴わない身体的訴えを執拗に行う身体化症状を心気症状に含める傾向があるが、これも正しいとは思えない。心気症状が身体的健康に関する不安・取越苦労であるのに対し、身体化症状は文字通り身体表現性障害であり、ブリッケ病(Briquet's disease)と別名で呼ばれるように、本来ヒステリー性のものである。したがって、心気症状は不安性障害に、身体化症状は身体表現性障害に位置づけるのが正しいと考える。

従来うつ病の不安という点、初老期・老年期うつ病でみられやすい不安・焦燥の強い激越性うつ病をまず考えがちであったが、そうした特殊例だけでなく、平均的うつ病にも不安症状は主要症状としてみられることを忘れてはならない。

ところでうつ病では恐怖症状もしばしばみられる。最もうつ病の程度に平行して生ずるのは嫌人症といわれる対人恐怖症状である。興味深いのは元来社会的であった人が、うつ病になると抑制症状もあってひきこもり、他人を避ける傾向が顕著になることである。来客を極度に怖れ、買物に出

ても近所の人に会うのを避けようとする。

多少とも非定型的なうつ病でみられる恐怖症状に出社恐怖といわれるものがある。逃避型抑うつ¹⁰⁾といわれるタイプに最も目立つ症状で、抑うつ自体はそれほど強いと思われぬが、職場復帰に際し特に強い不安・恐怖を伴い、会社の玄関に入ることができず、方向転換をして一日街をぶらつくといった登校拒否の生徒と似た行動パターンをとる。

その他の恐怖症状はうつ病でみられないだけに、上記の二つの恐怖症状は特に注目に値しよう。

III. うつ病と不安性障害の合併

これまで不安症状があってもうつ病という診断は揺がない場合を述べてきたが、ここでは診断上議論を呼ぶ微妙な関連を扱う。とりあえず合併(comorbidity)という用語を用いるが、種々な議論があり、一致した見解に至っていないものが多いことを予めお断わりしておく。

1. PA・PDとうつ病の合併

ここ十数年間、PA、PDとうつ病の関係がにわかには注目を集めているが、この問題は歴史的には決して新しい問題とはいえない。たとえば19世紀にはPneumo-melancholyという言葉があり、不安発作によって胸部苦悶を訴えるうつ病に対して用いられていたという¹⁶⁾。

今世紀の前半から英国では不安と抑うつ分類をめぐって一元論者と二元論者が激しく対立、論争に論争を重ね、大論争(The great debate)と定冠詞つきで呼ばれるほどの精神医学上の大事件となっていた。

Mapother²²⁾やLewis²¹⁾ら一元論者は不安神経症を躁うつ病の小さな変異(minor variant)、激越性うつ病を大きな変異(major variant)と呼んだが、今日の議論をすでに50年以上も前に先取りしていたことになり、今更ながらその先見性には脱帽させられる。

一応Rothら²⁵⁾二元論者は不安と抑うつを峻別する立場をとり、不安状態とうつ病の比較を横断像で大規模に行った。その結果は急性不安発作が

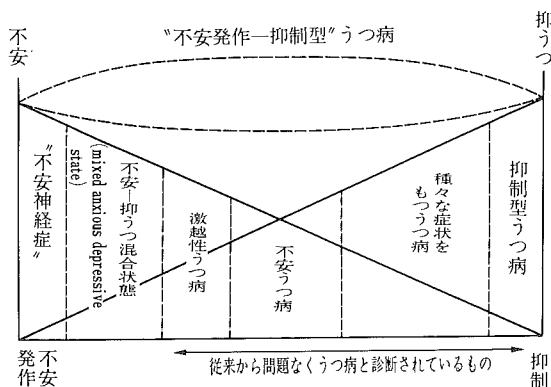
圧倒的に高頻度で不安状態にみられている。したがって、不安発作のように不安の要素の強いものは広義の感情障害に入るとしても神経症であり、うつ病とは異なると主張した。現在は両者の中間的立場であるKendell¹⁶⁾の連続論に収束しつつあるように思われる。

このような大論争にみる不毛な対立への批判と一元論的見方への一つの論據として、著者はかつて不安発作で初発して不安神経症と診断された例が、一定の間歇期間をおいて抑制主体のうつ病となるのがあるのに着目して、不安発作・抑制型うつ病と名付けたことがある¹⁷⁾。

この名称には典型的な不安神経症が、不安と最も対極に位置づけられる抑制主体のうつ病になるという対照を強調する意味合いがこめられている。図1のように、両極に位置する不安発作と抑制が時期を異にして同一患者に現われることは二元論に対する最も挑戦的な証拠であると共に、図の点線のように左右の極が円環をつくるように重なり合うことは、平面から立体的見方への転換をもたらす点からも重要と考えた。

これを発表したのはアメリカでこの問題が流行になる直前で、当時は流行からはずれたテーマについて大海に一石を投じた心境であり、今日の論議の再興は夢想だにしなかった。1982年Raskin²⁴⁾はPDとGADを比較して、MDはGADよりPDに関連のあることを指摘し、この問題に関する論議の復活の先兵となった。さらに包括的な研究は

図1 不安(不安発作)と抑うつ(抑制)を対極とする病型模式図(広瀬, 1979)



Breier¹⁹⁾によってなされ、MDとPDの合併がより明確にされた。その結果は表2のとおり、1/3の患者が不安性障害の診断を受ける前にうつ病が先行していること(一次性うつ病)、うつ病相は不安性障害の最も悪い時期と必ずしも関連していないこと、半数の患者で2次性うつ病は不安症状がなお顕著である間に消失したことなどから、うつ病は不安症状と独立していることを指摘した。従来は、不安神経症の慢性化に伴って生ずる2次性うつ病という見方が強かったが、Breierらはうつ病が先にみられる例が少なくないことを示して、両者の独立性を指摘した訳である。

米国の研究はMDとPDの独立性と合併に力点が置かれ、不安発作・抑制型うつ病で強調されたような、不安発作と抑制という症候学的な対照には関心が払われていない。また間歇期間に対しても特別な価値が置かれているとは思われない。PAとMDの関係は図2に示されるように種々のタイプがあることが分かってきたが、PAで始まり、明瞭な間歇期間ののち抑制主体のうつ病相が生ずる不安発作・抑制型うつ病は理想型ないしは純型といえるかもしれない。

PAとMDの関係をどのようにみるかはなお議論のあるところで、定説はない。PDとMDの合併(comorbidity)とする見方が米国では有力で、確かに無難ともいえるが、図2の経過の相違によってPAのもつ性質に差があるとみることもできよう。たとえばAのようにPAのあと間歇期において

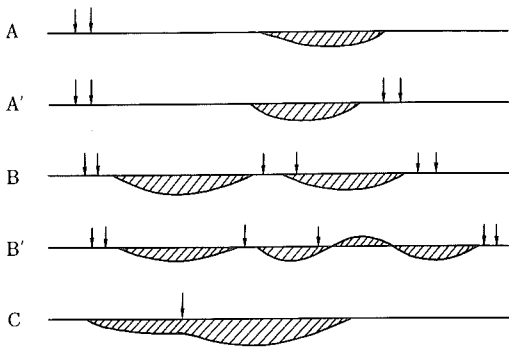
表2 空間恐怖と恐慌性障害にみられる大うつ病(MD)

	No.(%)
全例	60 (100)
MDの既往なし	19 (32)
MDの既往あり☆	41 (68)
内因性の亜型	
内因性MD	35 (58)
非内因性MD	6 (10)
一次一二次性亜型	
一次性MDのみ(二次性なし)	13 (22)
一次性MDと二次性MD	7 (11)
二次性MDのみ	21 (35)

★RDCの基準をみたとす

(Breier et al¹⁹⁾, 1984)

図2 不安発作と(躁)うつ病相の経過模式図



うつ病相がみられる場合はPAを前駆病相とみることもできよう。このような経過型はPAに限らず、不眠や頭痛などが単一症候的にみられることがあり、それらを前駆症状、前駆病相とみる見方はかなり一般的となっているからである。問題はBのようにうつ病相のあとにもPAがみられる場合で、合併を考えざるを得ない。またB、Cのようにうつ病相直前や直後にPAがみられる場合はPAとうつ病相が互いに症候移動 (syndrome shift)¹⁴⁾を起こしているとみることもできよう。さらにうつ病相中にPAがみられる場合 (B', C) はPAがうつ病自体の症状とみることもできる。

PAを伴ううつ病は単極性うつ病が大部分であるが、一部はB'のように、軽躁病相を示すいわゆる双極II型がみられる。このことは文献的になお注目されていないが、PAを伴ううつ病が内因性であることを示す重要な証拠といえよう。

Akiskalら²⁾は40歳以前発症のPD+MD群の抑うつ症状は過食や過眠を伴うなどの非定型的要素をもち、不安神経症が主体といえるのに対し、40歳以降発症の高年齢群ではPAがあってもうつ病の特性がはっきり出ているとして、発症年齢でよりPDかMDかに分けられるという。

わが国のこのテーマに対する関心は依然低く、研究は不十分であるが、杉原ら²⁹⁾の「恐慌発作を有するうつ病の臨床的検討」(1988)は初めての大規模な研究で注目に値する。彼等はPAを伴う躁うつ病症例24例について、PAを伴わない例との比較検討を行い、PAを伴う例には圧倒的に女性が多い特徴を見出しているが(24例中21例)、その他の点で

表3 不安と抑うつの薬物療法(偽薬を用いた対照試験)結果のまとめ

薬物	PD	GAD	MD
三環系抗うつ薬	(++)	(-)	(++)
MAO阻害剤	(++)	(-)	(++)
Alprazolam	(++)	(++)	(+)
Clonazepam	(+)	(+)	?
古典的なbenzodiazepines?		(++)	(-)
Clonidine	(+)	(+)	?
Propranolol	(-)	(-)~(±)	?

(++)有効性への強力な証拠あり (Breierらの表⁷⁾を
(+)有効性への示唆的な証拠あり 一部改変, 1985)
(-)無効
?不明

は有意差がないとしている。

PAを伴ううつ病をPA先行群とうつ病先行群に分けて比較した結果では、PA先行群では執着性格が有意に多く、全体に良好な薬物反応が得られている。この群のPA自体の経過も良好で、再発・遷延が少なく、予後が良好といえるのに対して、うつ病先行群は薬物に対する反応も不良なものが多く、再発や遷延がみられ、予後不良と対照的な結果となっている。

PAを伴ううつ病の予後に関し、文献的には不良とするものが多いが、なお一致した見解に達していない。今後は杉原らの研究のように亜型に分けて検討することで、一定の結論が得られる可能性があるかもしれない。

2. PD, GAD, MDの関連について

DSM-IIIで従来の不安神経症からPDとGADが分離・独立したが、それらとうつ病との関係を薬物療法との関連で文献的にまとめたのが表3である。三環系抗うつ薬とMAO阻害剤がPAとMDに有効であることはPDの独立、うつ病との関連を疑う契機となった歴史的事実であり、今や広く承認された知見といえる。一方これらの薬剤はGADには無効である。

わが国でも用いられ、米国でとくに繁用されているAlprazolamはPD, GADに有効であるが、MDに対する有効性は劣る。Diazepamなどの古典的なBenzodiazepine系誘導体はGADには有効であるが、PDに対する効果は不明、MDには無効であ

表4 不安と抑うつの家系内頻度に関する研究結果のまとめ
第1級親族の診断

発端者の診断	第1級親族の診断		
	PD	GAD	MD
PD (PDを伴う広場恐怖を含む)	非常に多い	多くない	非常に多い
MD	多い	多い	多い
MD+PD	非常に多い	多い	多い
MD+他の不安性障害	多い	多い	多くない~多い

(Breierらの表⁷⁾を一部改変, 1985)

表5 発端者の不安性障害亜型別の親族の診断比率

発端者群	数	親族の診断, % (n=1,331)							
		正 常	大うつ病	恐怖症	恐慌性 障害	GAD	全体的 不安	アルコール 乱用	他
正常	521	75.2	5.6	1.2	0	4.0	5.2	7.9	9.7
大うつ病(不安なし)	338	60.1	10.7	2.1	2.1	6.2	9.2	8.9	16.6
大うつ病+空間恐怖	96	56.2	11.5	1.0	2.1	5.2	8.3	10.4	16.7
大うつ病+恐慌性障害	133	41.4	19.6	3.8	3.8	10.5	15.8	21.2	18.8
大うつ病+GAD	243	46.5	19.8	4.5	0.4	9.1	13.6	10.7	18.5

(Leckman et al²⁰1983)

る。なおわが国でPDに抗不安薬と併用して有効とされるPropranololは無効と結論づけられている。以上のように薬物療法への反応性という観点からは、PDとGADの相違、独立性は裏づけられ、PDはGADよりMDに近い特性をもつことが示唆される。

3者の関係を臨床遺伝学的にみると表4のように、発端者が空間恐怖やPAをもつPDの場合、第一度親族にはPDとMDが高頻度にみられている。また発端者がPDとMDをともに持つ場合はPDが非常に多いだけでなく、GADとMDも多くなっている。

Leckmanら²⁰⁾は表5のように疾病をより細分化してみている。彼等のデータでもMDとPDがある群の親族はMDやPDはもとより、GADそしてアルコール症の頻度が他群より高くなっているのが判明する。このデータからはMDとGADとの関連も認められるが、GADとPDの分離、独立はここでも支持されているといえよう。

以上臨床遺伝学的知見を総合すると、GADはPDやMDとの関連がうすく、GADとPDの分離、独立は根拠のあるものといえる一方で、PDとMDとの関連、近縁性が示唆される。

このようにPDを合併したMD群の家族内負因はMDのみの群やPDのみの群に比して、MD、PD、GADなどが高くなる傾向があり、先に述べた薬物に対する反応と合わせて、PAを伴ううつ病は一つの臨床単位をなしているといえることができる。

PD+MD群について生物学的知見をみると、PDやMD単独群の中間的特徴を示すことが分かる。

たとえば、PDでは乳酸の静注によって70~100%の高頻度で不安発作が誘発されることが知られているが、PD+MD群では50%程度の誘発率である。MD群では誘発率は10%程度であるので、PD+MD群はPD群とMD群の中間の値を示しているといえる¹⁰⁾。

睡眠ポリグラフではMD群がREM潜時減少、REM密度の増加、REMパーセントの増加を示すのに対して、PD+MD群では正常に近いPD群との中間の値を示すことが知られている¹⁰⁾。

デキサメサゾン抑制テスト(DST)の研究はあまり行われていないが、Buenoら⁸⁾の報告は陰性所見を示すPD群に比し、PD+MD群は陽性所見の割合がよりMD群に近い成績を示すとしている。

3. 不安うつ病 (Anxious depression)

MDとGADの合併はDSM-III-Rの基準ではうつ病相中のみ不安症状を示すものはGADとされないで、うつ病相と独立にGADの症状を示すものに限られることになる。

しかし、いわゆるAnxious depressionないしはMixed anxiety depressionといわれるものはGADの症状が目立つうつ病といえるので、ここでとり上げる必要がある。

激越性うつ病のように激しい不安、焦燥はなくとも、抑うつより不安が目立つうつ病を不安うつ病 (Anxious depression) と呼んだ人にGrinkerら (1961)²⁵⁾がいた。彼らは症候と治療への反応性からうつ病を(1)Empty, (2)Anxious, (3)Hypochondriacal, (4)Agryの4つに分けた。その後Paykel²³⁾はクラスター分析を用いて同じく4つの類型に分けた。すなわち、(1)Psychotic, (2)Anxious, (3)Hostile, (4)Young depressive with personality disorderで、4つのうち2つはほぼ共通している。この2つの分類から明らかなように不安うつ病は抑制の強い内因性うつ病 (Empty) や精神病性うつ病と対立させられており、抑うつ神経症と類似した位置を与えられている。

抑うつ神経症という概念は極めて曖昧であり、Akiskalら¹⁾のフォローアップでも、数年後には100例のうち40例は内因性うつ病といえる状態に変っており、そのうち22例は単極性、18例は双極性で、とくに軽躁にとどまる双極II型が14例みられている。すなわち、抑うつ神経症は単極性うつ病との交錯だけでなく、内因性の特性が一層顕著

な双極性障害への移行の可能性もある一群といえ、感情障害の中でも最も多様な要素をもつ。

このような背景を踏まえた上で、Torgersen³⁰⁾の双生児法による不安神経症、不安・抑うつ混合群、神経症性うつ病の比較のデータ (表6) をみると、不安神経症では一卵性の一致率が高いが、その他の二つのグループはそのような傾向はみられず、神経症性うつ病では二卵性の方が一卵性より一致率が高くなっている。

不安・抑うつ混合群は一卵性、二卵性ともに一致率が低いが、神経症性うつ病ではそれより高い。このことからTorgersenは不安神経症は遺伝的要素が強く、神経症性うつ病は幼児期の養育環境が大きく影響するのに対し、不安、抑うつ混合群では成人期の環境要因が大きく働いていると解釈している。因みに結婚歴については不安神経症群で結婚率が高く、不安・抑うつ混合群で低率、神経症性うつ病では離婚、死別体験が多いとの結果があり、これによって不安神経症の依存性、不安・抑うつ混合群の欲求不満に傾く生活状況、神経症性うつ病の喪失体験の影響を想定しているのは興味深い。

いずれにしても、不安神経症は他の2群と違って遺伝的要因と比較的順調な生活歴をもつものに対して、不安・抑うつ混合群、神経症性うつ病はニュアンスは異なるが、同一方向の波瀾の多い生活史を送る人と関連のあることが分かる。こうしたデータから、不安うつ病や抑うつ神経症の予後が悪いとする報告が多いのも頷けよう。

表6 3種類の神経症的感情障害の双子の同胞の診断

	双子の同胞の診断								
	純粋な不安神経症		不安・抑うつ混合群		純粋な神経症性うつ病		計		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
純粋な不安神経症	MZ	3	21	3	21	1	7	14	100
	DZ	2	6	2	6	3	8	36	100
不安・抑うつ混合群	MZ	2	7	3	11	1	4	27	100
	DZ	2	9	2	9	1	4	23	100
純粋な神経症性うつ病	MZ	1	6	3	18	3	18	17	100
	DZ	1	3	2	6	9	27	33	100

(Torgersen³⁰⁾, 1987)

4. うつ病と強迫性障害

うつ病と強迫性障害との関連は昨今あまり注目を集めているとはいえないが、両者の関連はかなり以前から気付かれていた。たとえば経過の上でうつ病相になって初めて強迫症状が目立つ群 (gainer) と普段みられた強迫症状がうつ病になるとともに消褪する群 (loser) のあることも指摘されていた。¹³⁾

強迫症状との関連はほとんど単極性うつ病との間で問題にされるが、単極性うつ病の病前性格が強迫性と密接な関連があることを考えれば当然といえるかもしれない。

5. その他の不安性障害とうつ病

近年米国などで注目されているものに外傷後ストレス障害 (Posttraumatic stress disorder, PTSD) がある。ヴェトナム戦争の帰還兵や難民が想像を絶する苛酷な体験をしたのち、安全な故国に戻ったのちも悪夢に悩まされ、辛い思い出が支配観念のように甦り、楽しみの少ない回避的生活を余儀なくされる状態で、抑うつ症状を伴うことが多い。

かつて第二次大戦中ナチの強制収容所で地獄を体験したのち生還した人々の後遺症としての難治性うつ病が根こぎうつ病 (Entwurzelungsdepression)⁹⁾ と呼ばれたことがあったが、今日でいう PTSD とうつ病の合併にほぼ相当するとみることもできよう。

おわりに

近年の精神医学のトピックスの一つであるうつ病と不安性障害の関係を不安と抑うつの特性から始め、疾病相互の関連に至るまで論じた。不安性障害が従来の神経症の枠を越えた内因性要素をもつことを理解しないと、両者の関係は理解しがたい。その意味でこのテーマが注目されるようになったのは、ケースの増加という臨床上の要請もさることながら、精神医学の疾病論に大きな地殻変動が起こっている表われなのかもしれない。

文 献

- 1) Akiskal, H.S., Bitar, A.H., Puzantian, V.R. et al.: The nosological status of neurotic depression. *Arch, gen, Psychiat*, 35: 756-766. 1978.
 - 2) Akiskal, H.S., Lemmi, H.: Sleep EEG findings on the relationship of anxiety and depressive disorders. In: Racagni, G, Smeraldi, E, eds. *Anxious Depression*, Raven Press, New York, p153-159, 1987.
 - 3) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd, edition, DSM-III., Washington, D.C. 1980.
 - 4) American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd, edition revised, DSM-III-R, Washington, D.C. 1987.
 - 5) Bibring, E.: The mechanism of depression. In: Greenacre, P. ed. *Affective Disorders*, I.U.P. New York, p13-48, 1953.
 - 6) Breier, A., Charney, D.S., Heninger, G.R.: Major depression on patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch, gen, Psychiat*, 41:1129-1135, 1984.
 - 7) Breier, A, Charney, D.S., Heninger, G.R.: The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *Am. J. Psychiat*, 142:787-797, 1985.
 - 8) Bueno, J.A., Sabanes, F., Gascon, J. et al.: Dexamethasone suppression test in patients with panic disorder and secondary depression. *Arch, gen, Psychiat*, 41: 723-724, 1984.
 - 9) Bürger-Prinz, H.: *Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen*. *Nervenarzt* 21:505-507, 1950.
 - 10) Cazzullo, C.L.: The relationship between anxiety and depression: Functional plurality of a basic defense mechanism. In: Racagni, G., Smeraldi, E. eds. *Anxious Depression*, Raven Press, New York, p219-222, 1987.
 - 11) Clayton, P.J.: Bereavement, In: Paykel, E.S. ed, *Handbook of Affective Disorders*, Livingstone, Edinburgh, p403-415, 1982.
 - 12) Freud, S. *Mourning and melancholia*(1917) In: Gaylin, W. ed. *The Meaning of Despair*, Science House, New York, p50-69, 1968.
- (「悲哀とメランコリー」井村恒郎, 小此木啓吾)

- ほか訳フロイト著作集6, 人文書院1970)
- 13) Gittleston, N.L.: The phenomenology of obsessions in depressive psychosis. *Brit, J. Psychiat*, 112:261-264, 1966.
 - 14) Groen, J.J.: Syndrome shitt, *Arch, Int, Med*. 114:113-117, 1964.
 - 15) Grinker, R.R., Miller, J., Sabshin, M. et al: *The Phenomena of Depression*, Hoeber, New York 1961.
 - 16) Grunbaus, L.: Simultaneous panic disorder and major depressive disorder, In: Cameron, D.G. ed. *Presentations of Depression*, John Wiley, New York, p. 83-105, 1987.
 - 17) 広瀬徹也: 不安と抑うつ—“不安発作・抑制型”うつ病をめぐる—飯田真編「躁うつ病の精神病理」3弘文堂, 東京, p. 79-105, 1979.
 - 18) 広瀬徹也: 「抑うつ症候群」金剛出版, 東京, 1986.
 - 19) Kendell, R.E.: The classification of depression: a review of contemporary confusion. *Brit J. Psychiat*, 129:15-28, 1976.
 - 20) Leckman, J.F., Weissman, M.M. Merikangas, K.R. et al.: Panic disorder and major depression. *Arch, gen, Psychiat*, 40: 1055-1060, 1983.
 - 21) Lewis, A.J.: Melancholia: A clinical survey of depressive states. *J. Ment, Sci*, 80:277-278, 1934.
 - 22) Mapother, E.: Discussion on manic-depressive psychosis, *Brit, Med, J*. 2:872-879, 1926.
 - 23) Paykel, E.S.: Classification of depressed patients: A cluster analysis derived grouping. *Brit, J. Psychiat*, 118:275-288, 1971.
 - 24) Raskin, M., Peeke, H.V.S., Dickman, W. et al.: Panic and generalized anxiety disorders. *Arch, gen, Psychiat*, 39:687-689, 1982.
 - 25) Roth, M., Gurney, C., Garside R.F. et al.: Studies in the classification of affective disorders, the relationship between anxiety states and depressive illness, 1. *Brit, J. Psychiat*, 121:147-161, 1972.
 - 26) Schmale, A.H., Engel, G.L.: The role of conservation-withdrawal in depressive reaction. In: Anthony, E.J., Benedek, T. eds. *Depression and Human Existence*, Little Brown, Boston, p. 183-198, 1975.
 - 27) Schneider, K.: *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart, 1962(平井静也, 鹿子木敏範訳『臨床精神病理学』文光堂, 東京, 1963)
 - 28) Seligman, M.E.P.: *Helplessness-on Depression, Development, and Death*, Freeman, San Francisco, 1975.
 - 29) 杉原徳郎, 岸本朗, 水川六郎ほか: 恐慌発作を有するうつ病の臨床的検討, *精神医学*30: 507-516, 1988.
 - 30) Torgersen, S.: Genetic aspects of mixed anxiety-depressive disorders. In: Racagni, G., Smeraldi, E. eds. *Anxious Depression*, Raven Press, New York, p. 89-93, 1987.
 - 31) Watson, D., Kendall, P.C.: Understanding anxiety and depression: Their relation in negative and positive affective states. In: Kendall, P.C., Watson, D. eds. *Anxiety and Depression*. Academic Press, San Diego, p. 3-26, 1989.

特集◆不安障害◆

不安障害の薬物療法

上 島 国 利*

はじめに

今回の特集テーマは「不安障害」であり、筆者に与えられたのは、その薬物療法である。従来から現在までの多くの精神科医にとり、不安障害という術語は決してシントニックなものとはいえないが、DSM-III-(R)が次第に受け入れられるに従い、この用語も市民権を獲得しつつあるように思われる。そこで本稿では、慣用的な神経症の分類ではなく、DSM-III-Rの診断基準に従い、そのうち頻度の高い恐慌性障害、全般性不安障害、強迫性障害の薬物療法について述べることにしたい。

I. 恐慌性障害panic disorderの薬物療法

恐慌性障害は、従来からのわが国の慣用的分類によれば、不安神経症の急性不安発作、頻発する不安神経症、自律神経失調症、心臓神経症、過呼吸症候群、神経循環無力症などと診断されていたものが相当しよう。本症の特徴は、突然、何ら誘因もなく、不安が発作的に起こる。多くの場合、自律神経系の反応を主とした身体症状を伴う。これは頻脈、動悸、呼吸促迫、めまい感、身震い、発汗、窒息感、しびれ感、熱感、冷感、胸痛などだが、腹痛などの消化器系症状や離人感ないし非現実感なども時にみられる。患者は「このまま死

ぬのではないか」「気が狂うのではないか」「收拾のつかぬことが起きるのではないか」「倒れてしまうのではないか」など非常な恐怖感に襲われ、救急車で医療機関に収容されることも多い。心電図をはじめ様々な検査でも異常がみつからず、発作も短時間で正常に戻る。発作が何回も起こると患者は不安を恐れ(慢性の予期不安)、様々の状況を回避するようになる。飛行機、電車、バス、車での外出もできぬようになり、家から一歩も出られなかったり、旅行にも行けない。人混みも避ける。これらは恐怖症的回避行動である。

恐慌発作が、乳酸ソーダ点滴静注、CO₂吸入、過呼吸、ノルアドレナリン、カフェイン、ヨヒンビンなどで誘発されることや、かなりの頻度で僧帽弁逸脱がみられることから、本症には、生物学的要因があり、通常の状態反応的な不安発作とは質的に異なるものという意見が多い。そしてこの事は、恐慌性障害の治療に生物学的手段である薬物により接近することの正当性を支持しているといえよう。

a. 三環系抗うつ薬

恐慌性障害の存在をすでに1962年より主張していたKleinは、それらの治療には三環系抗うつ薬 imipramine が有効であると述べていた。1964年には、331例の患者に、imipramine か chlorpromazine あるいは placebo を 6 週間投与し、imipramine の効果が他の 2 剤にまさることを報告した⁵⁾。imipramine は 1 日 10mg を初回量として慎重に漸増し、1 日量 50~100mg で、10~14 日目に完全に発作を止められると述べた。この報告はその後 10 数年あまり注目を浴びることもなかったが、

Pharmacotherapy of Anxiety Disorder.

*昭和大学医学部精神科

〔〒142 東京都品川区旗の台1-5-8〕

Kunitoshi Kamijima: Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine.

表1 恐慌発作を伴う空間恐怖と恐慌性障害に対する三環系抗うつ薬の効果 (対照試験)
(Liebowitzら, J. Psychiatr. Res. 22 (Suppl. 1): 7 (1988)を改変)

研究者	対象	デザイン	投与量 (日)	投与期間	最終結果	備考
Klein (1964)	入院患者 (混合) N=331	①imipramine (IMI) ②chlorpromazine ③placebo	300mgまで 1,200mgまで	6 W	恐怖性不安に対し imipramine は chlorpromazine, placeboにまさる	診断が半数の患者でretrospective
Zitrinら (1983)	恐怖症 (混合) N=218	①IMI+行動療法 ②IMI+支持療法 ③ placebo+行動療法	300mgまで (平均204mg)	26W	IMI>placebo 空間恐怖と恐慌発作を伴う各種恐怖症	全患者がなんらかの精神療法
Zitrinら (1980)	恐慌発作を伴う空間恐怖 N=76	① IMI+in vivo exposure ② placebo+in vivo exposure	300mgまで	26W	IMI>placebo 恐慌発作, 一次性恐怖および総合評価	行動療法を受けなかった患者はいない
Sheehanら (1980)	恐慌発作+恐怖症 N=57	①IMI ②phenelzine ③placebo	300mgまで 45mgまで	12W	IMI, phenelzine> placebo phenelzine>IMI (2/13)	投与量が中等量 精神療法は全患者に
McNair & Kahn (1981)	恐慌発作を伴う空間恐怖と恐怖症 (混合) N=57	①IMI ②chlordiazepoxide (CDX)	200mgまで (平均132mg) 80mgまで (平均55mg)	8 W	IMI>CDX 恐慌と抑うつ	投与量が中等量
Marksら (1983)	空間恐怖 N=45	2×2 IMIとplacebo 暴露とリラクゼーション	IMI 200mgまで	28W	IMI 74%著明改善 placebo 55%著明改善	投与量中等量 IMIの投与量と結果の関係は不明
Telchら (1985)	恐慌発作を伴う空間恐怖 N=37	①IMI (無暴露) ②IMI (暴露) ③placebo (暴露)	IMI 8W (183~197mg) IMI 26W (179~181mg)	26W	8 Wと26W IMI+暴露> placebo+暴露 IMI+暴露> IMI+無暴露 IMIは弱い抗恐慌作用	それぞれの群の症例数少ない IMI+無暴露群で恐慌発作が増える
Mavissakalian & Michelson (1986 a)	恐慌発作を伴う空間恐怖 N=62	2×2 ①IMIとplacebo in vivo exposure ② self directed exposure homework programed practice	IMI 200mgまで	12W	IMI>placebo in vivo exposure群と programed practice群に差なし IMI 150mg以上 75%改善	恐慌発作の測定が非定型的 IMIの平均量が低い
Mavissakalian & Michelson (1986 b)	同上	同上	relax 後 12~14日かけて薬物漸減	1か月予後観察	IMI>placebo in vivo群> programed practice群	(予後観察は対照試験でない)
Munjackら (1985)	恐慌性障害や恐慌発作を伴う空間恐怖 N=23	①IMI ②propranolol	300mgまで (平均126mg) 160mgまで	6 W	IMI= propranolol	医師, 患者は薬物にblindでない 脱落が多い (15/38)

1980年に発表されたDSM-IIIで恐慌性障害が疾患単位として採用されるに及んで、追試が次々とあらわれた。

表1は、恐慌発作を伴う空間恐怖と恐慌性障害に対する三環系抗うつ薬の効果を示している。表からも明らかのように、二重盲検法でなされたこれらの結果は、imipramineがbenzodiazepine誘導体系の抗不安薬やplaceboにその効果ですぐれていることが示されている。これらの効果が単に恐慌性障害に合併した抑うつへの効果に過ぎないという疑問も生じたが、抑うつ症状と治療結果には関連がみられないという報告も多い。

三環系抗うつ薬の奏効機序に関しては、青斑核におけるノルアドレナリンニューロンの活動抑制作用や β -受容体に対するdown regulationが推測されているが、これらの作用は、恐慌発作の病態生理として推定されている β -受容体の過活動、青斑核の不安定性を是正し効果を現わすと思われる。

〔症例1〕 39歳男性、建築業

主訴：突然おこる「息苦しさ」「動悸」「死の恐怖」起始および経過；25歳のとき、友人の結婚式に向かう車のなかで、何ら理由もないのに突然息苦しくなり、死の恐怖もおぼえ、車を止め、近くの民家の戸を叩き、「助けてくれ、死んでしまう」と救急車をよんでもらう。救急病院では、心電図をはじめ諸検査で異常を認めなかった。3日後アパートで同様の発作がおり、隣人に助けを求め、病院に行くも異常なしといわれる。14日後京都で再び発作あり、帰宅後近くの総合病院に2カ月間入院し、呼吸器系、心循環器系をはじめとする精密検査を施行するが、異常なしといわれる。その後数カ所の病院を受診するもいずれも自律神経失調症といわれた。次いでN大学病院内科へ心身症の診断で1年以上通院をする。33歳のとき独立して工務店の経営をはじめだが、その前後数カ月間は発作が頻発した。以後精神科で抗不安薬の投与を受けるが、時々不安になり、外出も遠くまで行くこともできず、スポーツや趣味も楽しめなかった。39歳時（平成2年1月）新聞記事で恐慌性障害を知り、杏林大学精神神経科を受診した。それまで抗不安薬の効果が顕著でなかったので、

imipramine（トフラニール®）10mg錠を1日3回投与した。1週間には不眠の改善を認めたが、胸の痛み、胸の苦しみがあり、湿布をしていた。2月初旬には若い力士の突然死を聞いて不安になり急いで家に帰る。2月20日になると、この10数年間で一番調子がよい、不安がとれてきたという。3月12日受診時には、徐々に行動半径が拡大し、住んでいるS市内なら車で外出は可能となり、大好きだったパチンコに10数年ぶりに行くことができた。ゴルフにも参加できたという。なお心電図では異常なく、心エコーでも恐慌性障害にしばしば合併する僧帽弁逸脱はみられなかった。

b. alprazolam

triazolo環をもつ1,4-benzodiazepineであり、中間から短時間作用型のbenzodiazepine系抗不安薬である。

米国を中心に本剤の抗恐慌性障害作用についての報告が多い。最近、恐慌性障害を対象とした大規模な多施設の国際協同研究の成果の一部が発表されているが、この一連の研究は、デザインや評価方法、統計的処理などを明確にし、厳密な方法論でalprazolamの抗恐慌障害剤としての評価を定めようという試みであり、症例数も多くその結果は多くの示唆を含んでいる。まず臨床効果については、DSM-IIIの分類で恐慌性障害と恐慌発作を伴う空間恐怖の患者526例に二重盲検法でalprazolamかplaceboを8週間投与しその結果を検討している。¹⁾それによると、526名中481例が3週間の投与を終了したが、placebo群では234例中102例が脱落drop outし、alprazolam群では247例中21例にとどまった。alprazolamは、placeboと比較し、治療1週間で次の点が有意にすぐれていた。

①自発性、状況因性恐慌発作 ②恐怖症性恐怖 ③回避行動 ④不安 ⑤二次性無能力、また4週間投与したところalprazolam群で中等度改善以上が82%、placebo群で43%であり、その時点で恐慌発作は、alprazolam群の50%、placebo群の28%の患者で消失していた。

alprazolamが恐慌性障害に、他のbenzodiazepine誘導体よりもすぐれている理由として、Erikssonは²⁾諸家の研究をまとめ次の3点を指摘して

いる。①alprazolamは、恐慌性不安panic anxietyを、benzodiazepine/GABA機構の活性化によって防ぐ。他のbenzodiazepine誘導体と比較し、alprazolamはbenzodiazepine受容体への親和性が高く、それゆえ高い効果を持つ。同様に、benzodiazepine受容体に高い親和性を持つclonazepamも恐慌性障害に有効である。②alprazolamは抗うつ薬と類似した機序（セロトニン性の神経伝達の促進）により、恐慌を防ぐ。これらのことは、alprazolamが、うつ病の治療において、他のbenzodiazepinesよりまさっていることでも支持される。なおalprazolamには β -受容体のdown regulationを起こすという作用も知られている。③alprazolamは、自己抑制に働く α_2 -受容体を活性化して、ノルアドレナリンの放出をおさえる。

〔症例2〕 28歳 女性 主婦

主訴；突然の不安感

起始および経過；1年半前の6月、姉のところ遊びに行った帰り、2歳の長男を乗せ車を運転中、赤信号で車が止まっているときに、急に顔から血のけが引いて手に冷汗をかき、心臓が高なり、このまま死ぬのではないかと思った。家によろやくたどり着いても体の震えが止まらず、夫の会社に電話してすぐ帰宅してもらった。翌日も不安感強く内科へ受診、異常なしといわれる。1カ月通院しても改善せず、体がふわふわしてきたので耳鼻科受診、なんともないといわれた。脳外科、眼科、産婦人科など次々と受診したが、異常なしといわれる。不安は一人でいるときに多く、外出も全く出来ない状態になってしまった。新聞記事で恐慌性障害を知り、杏林大学精神神経科受診、alprazolam（ソラナックス®）0.4mg錠を1日2回からはじめ1日3回に増量したところ、次第に不安感が消退し、行動半径も拡がり、買物なども行けるようになり、以前の生活状況に戻りつつある。

表2にimipramineとalprazolamの特徴を比較した。³⁾alprazolamは速効性もあり、副作用も軽微で使い易いが、症例1にみるように、benzodiazepine誘導体では効果がみられず、imipramineによってはじめて効果のみられる症例もある。この両者の併用を勧める研究者もある。いずれにしろ、この両薬剤の特徴を十分理解し、患者の病状や身

表2 恐慌性障害治療に用いる薬剤の比較

	三環系抗うつ薬	alprazolam
作用発現	遅い、効果発現まで数日を要することあり 治療初期に不安の増強、過度の刺激反応がみられる場合あり	速効性
予期不安の予防 副作用	予防効果なし 抗コリン作用、体重増加	予防する 少ない、安全、 耐薬性高い、 依存性形成、 離脱症状の出現
大量服用 コンプライア ンス	危険、致死的なことあり 低い	比較的安全 高い
強迫性障害に 対する効果	clomipramineであり	なし

(上島国利, 現代精神医学大系 年刊版'89-B 168, 中山書店 1990)

体状況、過去に用いた薬剤などをよく見極めて適切な薬剤を選択することが望ましい。とくにimipramineの使用に際しては、Kleinも勧めるように1日10mgの少量から漸増し、十分な期間用いることが大切である。

c. MAO阻害薬 (MAOI)

かつては抗うつ薬として用いられたが、現在わが国ではsafrazine 1種類しか入手できない。

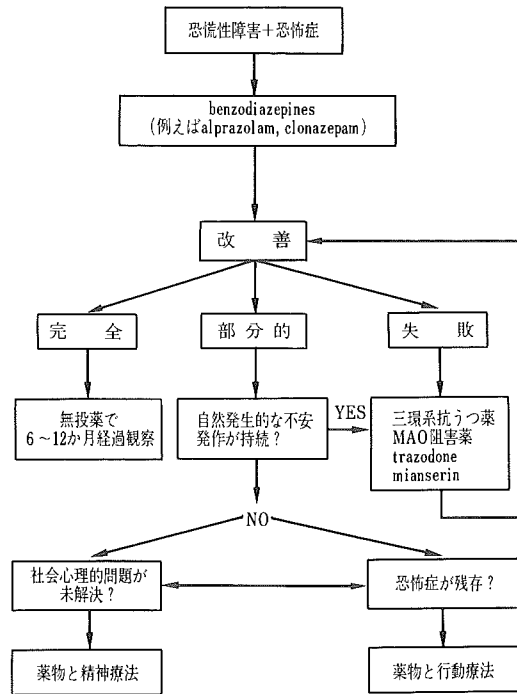
MAOIの恐慌性障害に対する効果は、phenelzineとplaceboを比較した5編の治験論文がある。いずれも症例数、投与量が少なく、診断的にも同質の患者群でないなど評価は難しいが、有効率の高いもの、三環系抗うつ薬よりも有効な例もある。

図1は、Sheehanらのまとめた「恐慌性障害+恐怖症」治療のフローチャートである。

II. 全般性不安障害 generalized anxiety disorder (GAD) の薬物療法

GADは、DSM-IIIの定義によれば、18歳以上の男女に全般的で持続的な不安が、次の4つのカテゴリーのうちの三つの症状として現れる。①運動性緊張②自律神経機能亢進③憂慮④警戒心。そして不安な気分は少なくとも1カ月は持続する。

図1 恐慌性障害の多次元的治疗概略 (Sheehanら, Acta Psychiatr. Scand. 76 (Suppl. 335) : 75 (1987))



これは従来からのわが国での慣用的診断によれば不安神経症の大部分が含まれるものと思われる。

全般性不安障害 (以下GAD) の薬物療法には、抗不安薬のうちbenzodiazepine誘導体 (以下BZs) を用いるのが現在の主流である。

抗不安薬は病的な不安・緊張を軽減、緩和させる薬物の総称で、従来穏和 (緩和) 精神安定剤 (マイナートランキライザー) といわれ、臨床各科で幅広く使用されている。このうちBZs (以下類似の構造、性質を持つthienodiazepine誘導体を含む) は認知や知覚にあまり影響せず、自律神経系や錐体外路系の副作用をおこすこともなく、安全で使い易い。

1961年に最初のBZsであるchlordiazepoxide (バランス®・コントロール®) がわが国に登場して以来、1988年に認可、発売されたethyl loflazepate (メイラックス®) まで18種類ものBZsが現在使用可能である (表3)。

1. 抗不安薬を不安障害に使うことの意義

薬物療法を第一選択とする恐慌性障害と異なり、

GADでは精神療法を主体とし、社会環境上の環境改善を行うことがまずなされるべきである。薬物療法はあくまで補助手段として用いられるべきではあるが、この薬物は相当な効力があることも事実である。

抗不安薬は次のような効用があり、その効果の限界を認識して使用するなら、不安性障害の治療に極めて有用な手段といえよう。

①BZsの効果は確実、迅速しかも安全であり投与も簡単である。患者にとっては迅速に症状の改善がみられ、一方治療者にとっては時間的に余裕のない診療場面において、症状の成り立ちや患者のパーソナリティーの十分な把握をする余裕がなくても症状本位に投薬すれば十分な効果が得られる。

②患者側にとっては、短時間で不安をはじめとする不快な症状が除去、改善されるので健康時の状態に戻ることができ、個人および社会生活が円滑に運ぶ。患者にとり、長時間を要し、自己の性格形成上の問題点や社会生活上の欲求不満や葛藤を洞察し、自己の責任として引き受け処理し、人

表3 抗不安薬の種類

一般名	商品名	1日使用量	発売年
①benzodiazepines			
chlordiazepoxide	コントロール, バランス	20~60 mg	1961
diazepam	セルシン, ホリゾン	4~20	1964
oxazepam	ハイロング	20~90	1967
oxazolam	セレナール	30~60	1970
medazepam	ノブリウム, レスミット	10~30	1971
cloxazolam	セパゾン, エナデール	3~12	1973
bromazepam	レキソタン	3~15	1977
lorazepam	ワイパックス	1~3	1978
clorazepate dipotassium	メンドン	9~30	1979
fludiazepam	エリスパン	0.75	1981
prazepam	セダプラム	10~20	1981
mexazolam	メレックス	1.5~3	1984
alprazolam	ソラナックス, コンスタン	1.2~2.4	1984
flutazolam	コレミナール	12	1984
flutoprazepam	レストラス	2~4	1986
ethyl loflazepate	メイラックス	2	1988
②thienodiazepines			
clotiazepam	リーゼ	15~30	1979
etizolam	デバス	1.5~3	1984

格の再構築を目指す精神療法は苦痛であり、忍耐できないものである。症例によっては、上述の治療過程が必要とされるが、大部分のGADは、受容、支持などの精神療法的アプローチに薬物療法を併用することにより、以後の症状から解放され日常生活が円滑になされている例も多い。

③抗不安薬は不安、緊張を緩和し、それらに基づく心身の反応を取り、精神療法に導入する第一段階として有用である。患者は薬物により症状がとれて医師への信頼が増し、患者自身が自己への洞察を深めるための余裕ができる。

一方抗不安薬による薬物療法には限界があることを十分認識すべきである。薬物によって不安の生物学的核心を抗不安薬で抑え込んでも、社会的心理的因子への配慮、対策を怠ると、ある程度の改善でとどまる。

2. 抗不安薬とくにBZsの作用の特徴

主な臨床作用は、①不安・緊張の緩和、改善②鎮静睡眠作用③筋弛緩作用④抗けいれん作用である。これらの諸特徴から精神神経科領域、整形外

科領域、麻酔科領域などでそれぞれに応用される。

3. BZsの作用機序

不安は脳の奥底にある辺縁系から生ずる。不安状態では辺縁系を中心に興奮がたかまっている。このようなときには生体自身の防御システムが作動し、GABAニューロンから抑制性伝達物質のGABAが放出され、興奮を抑制して不安を緩和する。

大脳皮質や辺縁系にはGABAのレセプターが沢山あり、このレセプターはbenzodiazepineレセプターと共に、Cl⁻チャンネルの蛋白質と複合体を作っている。GABAニューロンの終末からGABAが放出されて、シナプス後膜のレセプターに結合するとCl⁻チャンネルが開いてCl⁻が細胞膜内に流入してくる。その結果、膜内が過分極となり、ここに刺激が加えられても脱分極が小さいため、インパルスの発生、つまり興奮が抑えられる。しかし、病的不安や慢性的な不安では、GABAだけで興奮を十分に抑制することはできない。

BZsは、レセプターに結合すると、GABAの働き

が強められCl⁻チャンネルの開閉が早くなり、より多くのCl⁻が流入する。GABAだけの時に比べ、膜内はより過分極が進み、興奮が抑えられる。

4. BZsの選択, 用量・用法

現在18種類ものBZsが使用可能であるが、その臨床作用は個々の薬剤で質的に差はなく、mg当りの力価の差異により臨床上の抗不安作用と随伴症状の程度に差異があること、薬物血中濃度の長短により作用の持続に差異があり、代謝過程がワンステップで簡単なものは肝に対する負担が少ないこと、などが知られている。薬剤の選択に際しては、患者側の要因と抗不安薬の要因とをよく勘案して行うことが重要である。

患者側の要因としては、不安の程度、性別、年齢、身体的合併症の有無、他剤の併用状況などが大切であり、それによりBZsのmg力価の高いものか低いものかを決定し、用量・用法を加減して処方するのが最高の治療効果を発揮せしめ、かつ随伴症状の出現を最少にする方法であろう。

用量・用法は通常経口投与で1日3回食後分服を原則として、各薬剤標準量内から始め効果と副作用をみながら漸増する。老人・小児・身体合併症のあるものは少量投与から開始し、用法も1日1～2回とする。flutoprazepam (レスタス®)、ethyl loflazepate (メイラックス®)、clorazepate (メンドン®) のように血中半減期の長いものでは、1日1～2回投与で十分である。

抗不安薬が最も有効なのは、不安に伴う身体症状であり、例えば強迫性障害やヒステリーのごとく、より深部の心理的原因にその発症原因が求められるものでは薬物効果が低い。

心理学派は不安こそ人間存在の本質をなす個々人の不安であり、人間の精神を生物学的に水準化してしまう薬物での作用で真に解放されることにはならないと述べている。

表4は、抗不安薬の用い方の指針である。⁴⁾

5. BZsの副作用とその対策

BZsは大量服用しても致死とならないという大きな特徴を持ち、他の副作用も比較的少ない。しかしBZsを有効、かつ安全に用いるために留意し

表4 抗不安薬の用い方の指針

1. 不安は症状群→厳密な鑑別診断, 正しい適応の選択
2. 抗不安薬以外の治療法の選択および併用→精神療法, 環境調整, 自律訓練など
3. 漸増漸減を原則とし柔軟性を持った用量調節
4. 増量は効果, 副作用を考慮し迅速に, 減量は離脱症状を考慮し緩徐に
5. 老年者, 小児, 身体合併症患者には細心の注意, 薬物相互作用にも配慮 (アルコール・中枢抑制剤など)
6. 用法は患者の生活パターンに合わせて→1日1回投与法の応用
7. 初期および長期投与中の中断の試み→症状再燃の有無, 離脱症状の出現をチェック, 継続投与の必要性を再検討
8. 長期投与は常に依存の可能性に注意→離脱症状の処置に精通
9. 薬物乱用者には投与禁止

(上島国利: 抗不安薬の知識と用い方 改訂版 ライフサイエンス1990より引用)

表5 Benzodiazepine系抗不安薬の副作用

しばしば認められるもの	ときに認められるもの	まれにみられるもの
眠気 ふらつき	食欲不振 悪心・嘔吐	黄疸 発疹・かゆみ
失調	便秘その他の胃腸症状	血液障害
めまい	口 渴	振 戦
脱力感	排尿困難	手足しびれ
倦怠感	頭 痛	発汗・熱感・のぼせ感
もうろう感	低血圧 興奮・錯乱などの奇異反応	乏尿・尿蛋白出現 浮腫・生理異常

* 抗不安薬使用が禁忌とされるもの

1. 重症筋無力症, 2. 急性狭隅角緑内障
(上島国利: 抗不安薬の知識と用い方 改訂版 ライフサイエンス 1990)

たい副作用も幾つかある。

①抗不安薬の使用が禁忌とされるもの。重症筋無力症 (筋弛緩作用があるため) および急性狭隅角緑内障 (弱い抗コリン作用があるため)

②BZsの一般的な副作用

表5にまとめた。頻度が高いのは、眠気、ふらつきであり、倦怠感、めまい感、易疲労感、歩行

障害なども出現する。これらの症状はBZsの持つ鎮静作用や骨格筋の筋弛緩作用が過度に出現したものであると思われるが、神経症患者の不安の身体表現であったり、心気症状である場合や、心身症患者の身体症状である場合もあり、鑑別を必要とする。

なお抗不安薬は中枢神経系に影響を与え、行為能力の低下をきたすので、抗不安薬服用中には、自動車の運転や機械操作を避けるよう指導する。

③BZsの依存

BZsはWHOの依存性薬物分類によればバルビツール・アルコール型依存に属し、精神依存、身体依存、耐性とも認められるが、身体依存は大量を長期間反復作用しなければ形成されない。BZsの依存や乱用は、諸外国に比べわが国ではあまり临床上や社会的な問題とされることはなかった。ところが最近常用治療量での離脱(退薬)症状が注目されている。常用治療量を長期連用したのち、中断すると平均3～7日目に離脱症状が出現する。離脱症状は不安、不眠、振戦、動悸、多汗、口渴、焦燥、せん妄、幻覚妄想、悪夢、けいれんなどであり、BZsは吸収、排泄が遅いので、けいれん発作の出現が少なく、出現時期も遅く、せん妄も少ないといわれる。1年以上の連用例では質的に異なる離脱症状として、知覚領域における異常(騒音や明るい光に対する不耐性、異常知覚、奇妙なおみや味など)が出現する。

BZs服用患者の多くが元来不安がつよく依存的な性格の持主なので、服薬中断による不安症状の再燃や離脱症状の出現をおそれて漫然と長期にわたり服薬する長期漫然服用患者の存在に留意すべきであり、その予防と対策を表6に示した。

6. BZsの使用上の注意

薬物相互作用は少ないとはいえ、アルコールと併用すると、アルコール大量ではBZsの血中濃度があがり、アルコール慢性摂取では、下がるといわれる。また消化性潰瘍に使用頻度の高いH₂プロツカーのcimetidine(タガメット®)と併用すると、BZsの血中消失半減期が延長する。

老人・小児・妊婦に対しての投与は嚴重な注意が必要とされる。

〔症例3〕 27歳 銀行員 女性

表6 抗不安薬長期漫然投与の予防と対策

患者の疾病理解を十分に得させる
薬物以外の治療法の導入
連続投与は3ヵ月をメドに
長期服薬例では、症状や服薬の必要性の再確認
減量→中止の試みを(漸減法)
医師への臨床薬理学教育の徹底
新薬認可の段階で長期連用の有効性、安全性のチェックを厳密に

(上島国利：抗不安薬の知識と使い方 改訂版 ライフサイエンス 1990)

主訴；不安、いらいら

起始および経過；大学卒業、仕事にも慣れて元気に働いていたが、数カ月前から、何か漠然とした不安感に襲われ、緊張がとけず絶えずいらいらし、怒りっぽくなってしまった。異動で上司が変わり仕事の進め方で対立するとも多く、ここ数日は夜間不眠勝ちとなっている。動悸、胸のしめつけられる感じ、手の震えなどの症状も出現し、仕事にも集中できず能率も著しく低下してしまった。友人の勧めで筆者を受診した。発症状況や現在症を把握した後に、精神療法を加えると共に、抗不安薬ethyl loflazepate(メイラックス®) 2mg錠を夕食後に投与した。1週後に再受診したときには、まず不眠が解消され、手の震えや動悸なども改善、不安、緊張、いらいらも目立って減少してきた。その後2週間は2mgを投与し、次いで1mg錠を2週間投与し、以後は、不眠や身体症状の出現時に適宜必要に応じて使用するよう指導し、患者も銀行で以前のように活躍している。

7. BZs以外の薬剤のGADへの応用

β-プロツカー、三環系抗うつ薬などの有効な例もある。

III. 強迫性障害 obsessive-compulsive disorder(OCD)の薬物療法

強迫性障害(以下OCD)は、わが国の慣用的分類では強迫神経症に相当する。強迫観念と強迫行為があり、患者はその無意味さや不合理性を判断できているが、それから逃れられない。元来の性

格との結びつきが強く、さまざまな治療法によっても効果があげにくい。薬物療法は、精神療法や行動療法の補助手段として用いられてきたが、近

年かなり特異的な効果を持つ薬物も出現し、これらの作用機序の解明により、OCDの病態生理も次第に明らかになりつつあるように思われる。

表7 強迫神経症へのclomipramine (CMI) 投与の二重盲検試験

研究者	発表年	症例数	デザイン	治療効果	備考
Thorenら	1980	35 (入院)	CMI nortriptyline } 3群比較 placebo	CMI > placebo (5 W) nortriptyline = placebo	CMI (150mg/day), nortriptyline (150mg/day)抗強迫効果の出現は徐々5 W間を要する。反応者の特徴はみられず。
Marksら	1980	40(入院→外来)	CMI } 2群比較→ placebo } 行動療法	CMI > placebo (4 W 自己評価のみ) CMI+行動療法 > placebo+行動療法 (抑うつ症状をもつ群のみ)	1年後および2年後の予後ではCMI=placebo CMIの抗うつ作用を介して強迫症状が影響される。全例に行動療法
Montgomery	1980	14	CMI } 交叉法, placebo } 4週ずつ	CMI > placebo (4 W)	CMIは1日量75mgと少量, 期間も4週間と短い。行動療法を同時に施行
Rapoportら	1980	9	CMI } 交叉法 desipramine } placebo }	CMI = desipramine = placebo (3~5 W)	小児強迫神経症対象, 症例数が少ない。CMI, desipramineとも150mg/day投与
Ananthら	1981	20(入院, 外来)	CMI } 2群比較 amitriptyline }	CMIのみベースラインより改善(4 W)	CMI (平均133mg/day), amitriptyline (197mg/day) 初期の抑うつ得点と最後の強迫得点に相関なし。
Inselら	1983	13(入院, 外来)	CMI } 交叉法 clorgyline } placebo対照	CMI > clorgyline (4+6 W) placebo無効	CMI (236mg/day), clorgyline (28mg/day) 抗強迫効果は, 抑うつ症状の存在とは相関せず。
Volavkaら	1985	19 (入院) → 16 (外来)	CMI } 二群比較 imipramine }	CMI > imipramine (6 W) CMI > imipramine (12W)	CMI (275mg/day), imipramine (265mg/day) 抗強迫効果は, 抑うつ効果と相関せず。
Flamentら	1985	19(入院, 外来)	CMI } 交叉法 placebo }	CMI > placebo (5+5 W)	小児の強迫神経症にも有効, CMIで症状46%減。CMI (141mg/day), 治療効果は抑うつ効果とは関係なし。治療期間短い。
Zoharら	1987	10	CMI } 交叉法 desipramine }	CMI > desipramine	CMIの抗強迫症状効果は, ほかの三環系抗うつ薬にみられぬ特異的なもの。

a. 三環系抗うつ薬

1968年, Van Renynghede de Voxrie⁶⁾, 15名の強迫症状を持つ患者に三環系抗うつ薬 clomipramine (アナフラニール®) を投与し, 10名の強迫症状の減弱をみた。それ以降幾つかの報告もあるが, 1980年代になって, clomipramineの効果を二重盲検法で確認した研究の出現がみられている。表7にその結果をまとめたが, ほとんどの報告が clomipramineの有効性を認めている。しかしいずれも症例数は少なく, clomipramineの投与期間は短かく, 行動療法を併用している例もあり, また交叉法では前薬の影響が残っているなど方法論上の問題点が多いが, clomipramineの抗強迫障害作用は相当程度認めてもよいであろう。

clomipramineが抗うつ薬であるところから, その抗強迫障害作用は, 抗うつ効果と関連があるのではないかという疑問が生じた。そもそもOCDはうつ病との類似点が以前より指摘されており, うつ病の生物学的指標に焦点をあてOCDとの結びつきを検索した研究もある。それらの結果は明確な結論を出せるようなものではないが, 抑うつ症状のないOCDにも, clomipramineが有効なことや, 他の抗うつ薬には, 抗強迫性障害作用のない

ところから, clomipramineの特異的な抗強迫作用を認める研究が多い。

clomipramineの作用機序に関しては, clomipramineが強力な5-HT (セロトニン) 再取り込み阻害薬であるところから, OCDのセロトニン仮説が生じた。

Zohar⁷⁾の説では, OCDでは5-HT₁受容体の過感受性が存在するが, clomipramineの慢性投与によるdown regulationにより5-HT₁受容体の感受性の低下が起き, その結果, 強迫症状の改善もたらされるのではないかという。

b. 抗不安薬

BZsのうち抗不安作用の強いbromazepam (レキソタン®) の有効性が臨床家に認められている。これは強迫症状とともに存在する不安, 緊張の強力な除去作用が有効なのか, 強迫症状に対して特異的な作用があるのかは解明されていない。

c. 炭酸リチウム

三環系抗うつ薬に付加することにより, あるいは三環系抗うつ薬無効例に単独で用いることにより効果がみられることがある。

表8 強迫性障害 (OCD) に対する薬物療法
対照試験成績のまとめ (Marksら, Br. J. Psychiatry 153; 650, 1988表示方法を一部改変)

	短	期	長	期
効果あり				
抗うつ薬				
三環系抗うつ薬				
clomipramine	○○○○○○○○	△△	××	××
imipramine		△	×	
非三環系抗うつ薬				
fluvoxamine	○○○			
結論出ず				
amphetamine		△		
効果なし				
nortriptyline			×	
amitriptyline			×	
desimipramine			×	
clorgyline			×	
zimeclidine			×	
nisoxetine			×	
clonidine			×	
lithium			××	

○=効果あり △=結論出ず ×=効果なし

d. 抗精神病薬

強迫症状の内容が奇矯で荒唐無稽な場合や、強迫・恐怖症状が精神分裂病の一症状とみなされるような場合には、抗精神病薬が投与される。haloperidol (セレネース®) が、比較的よく用いられる。

表8は、OCDの薬物療法のまとめである。

強迫性障害 (OCD) の薬物療法の実際

以下に筆者が日常臨床で施行している薬物療法の実際について記載した。患者の病態、身体症状などを考慮し、適宜変更して実践するのが望ましい。

1) 抗不安薬の投与

副作用が少なく使い易いことから、BZsのbromazepamを1日6mgから開始し、15mgまで増量してみる。眠気、ふらつき、転倒に気をつける。

2) 抗うつ薬の投与

bromazepamが無効の際には、clomipramineを少量から漸増する。本剤は二重盲検法によりその有効性が確められており、またその奏効機序をOCDのセロトニン仮説で説明できる。十分な量を一定期間投与するのが望ましい。

3) 炭酸リチウムの付加

clomipramine単独で効果がみられぬときは、炭酸リチウム600~1,200mg/日付加で、clomipramineの作用が増強され有効なこともある。

4) 抗精神病薬の投与

精神分裂病との鑑別が困難な際には、haloperidol 1日量2.25~18mg程度の投与を行う。

〔症例4〕 22歳 女性 銀行員

中学時代より、投函した郵便物を何度もポストに手を入れて確かめることがあった。高卒後N銀行に就職、入行4年目の9月頃から、仕事が終わって自宅に帰る時に何か忘れものをするのではないかという考えが頭から去らず、床の上にはいつくばって見ないと気が済まなかった。自分でもばか

らしいとは思っても、どうしても何か落ちているようではかたがななかった。書類も何度も確認するため業務に支障が出てきた。筆者のもとを受診したので、bromazepam (レキソタン®) 6mgを1日量として1週間、次いで12mgを投与した。その結果軽度のふらつきは出たが、強迫症状や強迫観念には全く影響がみられなかった。次いでclomipramine (アナフラニール®) 10mg錠を1日3回投与した。その結果3週間後には書類を何度も確認するのは、数回で打ち切れるようになった。飲み込み難い感じと便秘が出現した。次いで1日量50mg、次いで75mgと増量したが、服用していれば調子はよかった。尿の出の悪さと発汗がみられた。約3カ月間は無事に勤務したがその頃から、朝出勤は洋服に何かついてる感じがどうしても取れず、銀行に間に合わなくなってしまった。haloperidol 1.5mg 1日量として投与したが、効果も副作用もなかった。結局患者自身はclomipramineが一番調子がよいが副作用があるので、bromazepamを希望し、現在1日6mgで強迫行為へのこだわりが軽減し、日常生活への影響少なくなってきている。

本例は十分とはいえぬがclomipramineの有効例である。しかし、副作用に耐えられぬので、有用性の観点から、bromazepamの再使用に踏み切った例である。

おわりに

不安障害の薬物療法は1980年代から急速に進歩をみせる一方、薬物投与による生体の変化から不安障害の幾つかは、その病態生理まで解明されつつある。しかしながら不安障害の治療の主流は、あくまで精神療法や行動療法であるべきであり、安易な薬物投与はかえって弊害を招くおそれがあるとの主張もみられる。

不安障害の治療は多次元、総括的になされるべきであり、その際には薬物療法を持つ長所、短所、効果、限界を正しく認識し、全体の治療体系のなかにバランスよく薬物療法を組み込むことが重要と思われる。

文 献

- 1) Ballenger, J.C., Burrows, G.D., DuPont, R.L. et al.: Alprazolam in panic disorder and agoraphobia; Results from a multicenter trial I. Efficacy in short-term treatment. *Arch Gen Psychiatry* 45: 413-422, 1988.
- 2) Eriksson, E.: Brain neurotransmission in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 76(Suppl. 335) : 31-37, 1987.
- 3) 上島国利：不安性障害の薬物療法，現代精神医学大系年刊版'89—B，中山書店，東京，1989.
- 4) 上島国利：抗不安薬の知識と使い方，改訂版，ライフサイエンス，東京，1990.
- 5) Klein, D.F.: Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 5: 397-408, 1964.
- 6) Van Renynghe de Voxrie: Use of anafranil in obsessive neuroses. *Acta Neurol Belg* 68: 787-792, 1968.
- 7) Zohar, J. & Insel. T.R.: Obsessive-compulsive disorder; Psychobiological approaches to diagnosis, treatment, and pathophysiology. *Biol Psychiatry* 22: 667-687, 1987.

【原著】

精神科入院と社会的コストに関する PHILLIPS命題の検討

—アルコール症の場合—

清水 新 二*

抄録：社会学者Phillipsは精神科への受診には利得と同時に社会的コストが存在し、そのコストが地域住民からのスティグマや拒絶であることを、調査データにもとづいて明らかにした。そこで本論では、(1)精神障害一般における社会的態度研究の流れを拒絶説と受容説の2つを通して概観し、援助源論争として意図的に浮き上がらせ、その上で、(2)わが国におけるアルコール症や問題飲酒の理解の仕方の特徴について接触体験データを示し、Phillips命題に比較検討を加えた。Phillips命題が支持されなかった理由に関して、①飲酒文化の相違、②調査対象疾患の相違、③調査技法の相違、④コンプライアンス行動評価の相違、などの点から考察された。

精神保健研究 36 ; 69-77, 1990

Key words: *alcoholism, stigma, labeling, social attitude*

はじめに

周知のとうり、今日の精神医療・福祉の流れは地域ケアシステムの形成にむかっているが、アルコール医療においても事情は同様で、既にダイケア・プログラムの開発が医療行政サイドからも期待のかけられる時代となっている。否むしろ、断酒会などの自助集団の成果に依存しながら展開してきたアルコール治療であつたればこそ、他の精神医療一般とはまた異なる流れとして、アルコール問題は早くから地域医療・福祉への展開の萌芽を内在的にビルトインさせていたと考えてよい。さて、社会復帰を目指すアルコール依存症者への

Social Costs of Seeking Psychiatric Treatments of Alcoholism.

* 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: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

援助を考えるにあたって、しばしば語られる今日のテーマは、外来活動の充実や、これとも関連して保健婦活動を大幅に取り込んだ機関ネットワークの問題やら、家族支援の問題であろう。ひとつひとつ大切なこれらの問題とともに、いまひとつ大切な、しかしともすれば看過されがちな問題が、“アル中”といわばレッテルを貼られた人々が社会復帰の過程で必ず出会わねばならぬ、地域や職場の人々が示す受け入れや対応の問題である。

いわば社会復帰の受け皿にあたる問題ともいえるが、たとえば、現に断酒を始めた本人や家族がなお頻りに直面するのは、職場、近隣、親戚の人々に事態をどう説明したものか、という当惑である。その当惑の中核には、当の本人や家族が知らず知らずの内に自分の中に取り込んでしまった「アル中」に対する社会全般の差別的眼差しがあることはいうまでもない。ただこの眼差しの実際がいかなるものであるかについては、その解明は殆ど手つかずの状態である。「超許容的飲酒文化」(over-permissive culture)¹²⁾とまで言われる寛容性を持つわが国における、差別的眼差しとはいかなるも

表1 問題行動別・援助源別拒絶スコア¹⁾

行 動	援 助 源					計
	援助希求なし	牧師相談	内科受診	精神科受診	精神病院入院	
妄想型分裂病	3.65	3.33	3.77	4.12	4.33	3.84
単純型分裂病	1.10	1.57	1.83	2.85	3.68	2.21
うつ病-神経症的	1.45	1.62	2.07	2.70	3.28	2.22
恐怖症的-強迫的	0.53	1.12	1.18	1.87	2.27	1.39
健 常 人	0.02	0.22	0.50	1.25	1.63	0.72
計	1.35	1.57	1.87	2.56	3.04	—

F=23.53, P<.001

(Phillips, 1963より)

- 1) 拒絶回答された社会的距離尺度得点の平均値
(但しレンジは0~5点で、高いほど拒絶度が高い)
- 2) 各平均値の母数は、N=60

のなのか。今日以上にアルコール外来が一層進展し一般化すれば、「社会復帰上の問題」とそう大段に構える必要もなくなる問題であろうが、現在はなおその過渡期にある上、社会復帰の問題が風化する状況はなお遠い未来のことのようである。にもかかわらず、どういう訳か他の精神医療一般の場合と異なり、これまでアルコール医療ではアル症者に対する周囲の人々が示すその社会的態度の問題は、断片的体験として時折語られることはあっても、真正面から取り上げられることがあまりにも少なかった。それはそれなりの理由がありそうで、本論でもできれば、その辺りにまで問題の射程を伸ばしてみたいと考えている。

そこで本論ではささやかながら、敢えてこの問題をとり上げてみることにするが、以下では(1)精神障害一般における社会的態度研究の流れを拒絶説と受容説の2つを通して概観し、援助源論争として意図的に浮き上がらせてみる。その上で、(2)わが国におけるアルコール症や問題飲酒の理解の仕方の特徴についてデータを示し、考察を加えてみたい。

1. 拒絶説と受容説をめぐる援助源論争

Phillips¹⁾は精神科への受診には利得と同時に社会的コストが存在し、そのコストが地域住民からのスティグマや拒絶であること、ならびにノーマル事例でさえも精神病院入院(1.63)や精神科受診歴(1.25)を持つと、そうした受診経歴の知られていない精神病患者(1.10)や、牧師に援助を

求める神経症者(1.12)よりもより強い拒絶に会うことを明らかにした(表1)。

精神障害者に対する住民の拒絶的態度を強調する社会学者Phillipsのこうしたスタンスは、その後のラベリング論²⁾³⁾や、その影響を受けつつ展開した反精神医学運動にも受け継がれ、拒絶説(theory of rejection)とも呼ばれている。地域住民の拒絶的な態度、ならびに安直な診断や精神病院への入院などがもたらす社会的コストを鋭くえぐり出した点で、社会学が本来的に担ってきた社会問題の探索的役割を發揮した数少ない例のひとつであろう。

ただ、論をいま少し現実的な問題解決の方向に引っ張ってみると、拒絶説の立場では地域住民の拒絶的態度がある限り精神障害者の社会復帰には悲観的な見方が強く、これまた最近の精神医療の基本的な流れである地域ケアの現実的課題とどう折り合ってゆくのか、といった新たな難問に直面し始めてもいる。ラベリング論が現実的な対応策として強調する「分別ある不介入主義」(judicious non-intervention)は、確かに安直な介入による事態の深化を防止する上で、また少しでも“社会的コスト”を軽減する上で効果的であるにもかかわらず、当人が現在抱えている具体的問題をどのように支援してゆくべきか、あるいは周囲の人々がその問題をいま一歩積極的にどう受け止め認識していったらよいか、に関するオリエンテーションを十分に与えてくれているとは言い難い。拒絶説の中でも特にラベリング論的立場についてみれば

ば、一度レッテルを貼られれば事態はますます深化するのみで、回復は有り得ないとみる回復可能性に関するペシミズムが問題とされ、皮肉にもそうした回復可能性の認識そのものが、かつてラベリング論者が問題視した一種の「自己成就的予言」とさえなっていると、ラベリング論の自己矛盾的な背後仮説に厳しい眼がむけられている昨今である¹⁴⁾²⁵⁾。

さて、以上のような社会学を中心とする拒絶説一とはいうものの、拒絶説に立つ精神医学者が以前からいなかった訳ではないが²⁾²³⁾—に対し、主に精神医学的立場¹⁾³⁾から、また近年では社会学の立場¹⁾³⁾からさえ疑問が投げられた。たとえば、EdgertonとBentz³⁾は「精神障害に対してなしうことは少ない」、「精神病院に入院した患者はどうすることもできない」の意見に対しそれぞれ回答者の4/5以上が、また「一度精神病になると、二度と正常で健康には戻れない」の意見に対し3/4以上が、同感せずと考えていることを明らかにした。またこれを受けてCrocettiら¹⁾⁴⁾も、同様な結果をさらに多面的な調査研究から導き、拒絶説が受け入れられてきた背景を状況の時代的变化（州立病院の変化、一般病院の役割変容、地域の精神衛生センターの役割等）と併せて、旧来の知識による医学生教育、患者ならびに医療従事者の社会に対する苛立ちのスケープゴート、困難な患者に対する医療従事者による敵意の転移、実際には少なくない地域における受容性のエピソードに触れる機会の少なさ、などを論じて考察している。拒絶説を否定するCrocettiらはさらに一歩踏み込んで、「受容性の特徴」、「精神障害者に対する行動上の受容性」というように「拒絶」に代わって人々の「受容」のあり方にさえ関心を示している。これを「受容説」(theory of acceptance)と呼ぶ。わが国でもこの受容説を支持する研究が多い⁹⁾¹⁰⁾²¹⁾²²⁾。

以上、手短かに拒絶説と受容説について述べてきたが、本論に関連して少々図式的に対立点を拾い出すと次のようになる。精神病院に入院してまで援助を求めるにはあまりにリスクとコストが大きすぎるとの、拒絶説の主張の背後を推察すると、「希求する援助源が精神科であればそれだけ地域社会からの拒絶度も大きい」という仮説が導かれ、

受容説の立場からは、ちょうど拒絶説仮説を帰無仮説化 (null hypothesis) したような主張が、少なくとも支持され得よう。つまり、「精神科受診は他科受診の場合とその社会的コストに差はない」との仮説を立てることができる。ちなみに受容説の立場に立つ先のElinsonら⁴⁾は「精神障害は病気であって、他の病気となんら変わるところはない」との設問を用意し、ニューヨーク市で調査を実施した結果、69%の賛意を回答者から得ており、他方それを受けて北カロライナ州の2農村地域で同様の設問をしたEdgertonとBentz³⁾の比較調査でも、大多数の賛成回答を得たことが報告されているが、これらは上述の仮説内容と全く同じではないものの、極めて近い内容となっている。ついでに本論との関連で、Edgertonらの調査では、「アルコール症は精神病の一つである」と大部分の回答者がみなしていることを追記しておこう。

2. アルコール症者の精神科入院と社会的コスト

本節ではアルコール症の場合に問題を限定した上で、接触体験に焦点をあてつつ地域の人々が示す実際の社会的態度を検討する。その際、調査票上の選択肢は「厳格」の用語であり、以後の各表の表記法もこれにならっているが、本論でとりあげる「拒絶説」にあわせて文中では「厳格」を「拒絶的」と同義に置き代えて述べてゆく。厳格と拒絶は類似しつつも異なる態度類型に分類されると筆者は考えるものだが¹⁹⁾、本論では上記の点から例外的に同義語化して使用することを先ず断わっておく。

データは、秋田県の農山村ならびに東京下町地域において、20歳から60歳の一般住民の地域調査（有効回収票：秋田646、東京185、回収率：秋田83.2%、東京80.4%）から得られたものである。この調査の全般的結果については他の機会に報告しており、調査の実際、対象者の詳細等については既報¹⁸⁾²⁰⁾を参照していただければ幸いである。

既報でも簡単に触れたとおり、対象者の周囲でアルコールの問題で入院した者（以下既知アル症者と呼ぶ）を知っている者は、全体の47.7%（秋田）、49.7%（東京—以下東京の数値は〈〉内に示

す)と、約半数に達している。酒処として有名な秋田県、匿名性の高い東京という地域性を少なからず反映する数値が予想されたが、結果は地域性を超えたものとなった。この既知アル症者に対する態度を、その回答の内容を中心に、補足的には使用した用語、表情、身振りなども考慮して調査員が総合的に判断した結果は、受容的な態度を示す者32.4% <38.8%>, 拒絶的な者29.5% <27.1%>, 両価的な者23.8% <30.6%>, いずれとも答えなかった者14.3% <3.5%>で、両地域とも類似した傾向である。さらに対象者の属性別に検討した結果を、煩雑さを避けるため秋田のみについて記せば、年齢別には若年ほど受容的であり、飲酒頻度別には「1~3日」のカテゴリーに受容性が最も高く、「4日以上」に最も高い拒絶が認められ、非飲者はその中間にある。一方職業別、学歴別には有意な差を認めなかったものの、一般的、「仮定上の態度」では高い受容性をみせていた事務職や大卒者は、既知アル症者に対する「実際上の態度」では低い受容率へと一転し、反対に農業を中心とした自営業や義務教育卒者が全く逆の変転を示すことが、興味深い結果として注目される。

表2 既知アル症者の入院科と実際の態度(AR) (%)

入院科	態度			(N)
	厳格	両価的	受容的	
精神科	32.8	28.8	38.4	(73)
内科	31.8	28.8	39.4	(60)
外科	60.0	—	40.0	(5)
その他の科	66.7	—	33.3	(6)

(N.S.)

まさに仮定的、一般的態度と実際上の態度のズレの存在を窺わせる結果である¹⁹⁾。

さて、援助源論争に戻ってみると、そうした実際上の態度が問われる既知アル症者への態度は一体、希求した援助源によって変わるものであろうか。拒絶説が妥当するとすれば、精神科入院者は他科入院者よりも有意に人々から拒絶的な態度で対応されることになり(Phillipsがいう、いわゆる社会的コスト)、受容説が妥当であれば少なくとも有意差は認めないものと予測される。もちろん、回答者が認知した入院先が事実であるかどうかは確かめようがない。しかし、Phillipsやラベリング論が問題にしたのは、病気や逸脱の客観的有無以上に人々の認知的反応によるレッテル貼りの所作がもたらす重要性であった。このことを想起すれば、上記仮説の検討において入院先が事実かどうかは、さして問題にはならぬと考えられる。

表2は、既知アル症者の入院科と、回答者による彼らへの態度をクロスした結果である(東京はセル当りの対象数が少ないため作表略)。既知アル症者が精神科に入院した場合の拒絶率は32.8% <11.5%>, 受容率は38.4% <42.3%>と秋田ではほぼ「拮抗」、東京ではむしろ受容率が拒絶率を上回り、この数値だけをとり上げてみても、拒絶説を採ることは少々無理があるように思われる。さらに他科入院との比較についてみれば、精神科入院は内科入院の場合とほぼ同じ社会的対応を受けることが理解される。無論、統計的に有意な差は認められず、少なくとも調査地域におけるアルコール症の場合に限っていえば、Phillipsの著名な

第3 回答者問題飲酒度別アル症者への態度

(%)

問題飲酒度	入院科	地域	秋 田			東 京		
			受容的	両価的	厳格	受容的	両価的	厳格
			重篤	精神科 他科	33.3 42.9 (N=29; NS)	40.0 21.4	26.7 35.7	50.0 37.5 (N=10; NS)
軽度	精神科 他科	33.3 39.0 (N=80; NS)	25.6 22.0	41.0 39.0	40.0 47.4 (N=29; P≤.05)	60.0 21.1	— 31.6	
正常	精神科 他科	57.1 38.9 (N=32; NS)	28.6 33.3	14.3 27.8	42.9 40.9 (N=36; NS)	35.7 18.9	21.4 40.9	

命題は妥当しないといえる。外科や「その他の科」への入院と較べると、受容率はそう大きな相違はないものの、拒絶率においては精神科入院の社会的コストはむしろ低いという、予期に反する結果さえ示されている。精神医療従事者の常識からみれば若干驚くべき結果とはいえ、現実にはアル症を知っている者のみを対象とする制約故、なにぶんにも少ない回答者数の結果であり、「拒絶的」内容の解明とともに、より大規模な同種の調査が待たれるところである。ただ、この点を踏まえた上で言えば、地域特性の差異が大きい地域間で類似の結果が得られた再現性の事実は、注目されてよいだろう。

さらに表3は、対象者の問題飲酒度別(Mulford尺度による)に拒絶率と受容率を示したもののだが、正常群では精神科に「受容的」が高く「拒絶的」は低い一方、重篤群では「両価的」が精神科に多く他科に少ない、といった傾向は窮えるものの、統計的にはその相違は意味をもつとはいえない結果になっている。さらに軽度群では、一定の傾向さえも窺い難い。こうした特徴は東京においてもほぼ妥当するといえる。また既知アル症者と回答者の問柄別にみても、問題飲酒度別と同様、両地域とも有意差を認めることはできなかった。かように有意差を認め得なかつたことは、拒絶説を支持することができない反面、それは帰無仮説が棄却されなかつたことを意味するのみで、積極的な意味で受容説が立証された訳でもないといえる。ただ歴史的に拒絶説が先行し、これに受容説が疑問を提起するという展開をとった論争の軌跡からみれば、Phillipsの命題が立証されなかつたことは、どちらかといえば受容説の立場に受け入れられやすい結果ではないかと思われる。なお参考までに述べれば、その他の科を全て「他科」としてくり「精神科入院」と比較しても、有意差は認められなかつた。

3. 考 察

(1) Phillips命題の受け止め方

われわれの調査結果は、アル症者による精神科受診が周囲の人々の拒絶態度を誘導するという、Phillipsの著名な命題を支持しなかつた。東京調

査²⁰⁾の結果をも併せて言えば、受診科よりも、むしろ当人と周囲の人々との関係性(問柄)の方が、社会的態度に大きく関わっているように思える。

先ずその理由のいくつかを考えてみれば、第1には、そもそも拒絶説なるものは拒絶の視点からデータを読み過ぎていた結果に過ぎず、同じデータを受容の視点から読めばまた異なる像が焦点化されて結ばれるとみるものである。いわばPhillipsらの精神科受診イコール社会的コスト(拒絶)とみる立場は偏った見方だとする、バイアス論である¹⁹⁾。

第2には、Phillipsの時代と今日の間には介入する環境変化を強調するもので、この間精神衛生教育や啓蒙が進み、人々の態度もそれなりに受容的なものに変化してきたのだとみる、いわば態度変容論¹²⁴⁾である。ちなみに表4にもその一端が読み取れ、Crocettiらは「1950年代に行われたStarの調査結果と、1951年のCumming夫妻によって行われた調査結果は、世間が精神病という事実を認めたがらないという仮説を支持するものとされてきた。しかし1960年以降に行われたボルティモア調査や他の六つの調査結果はそれとは違うものとなっている」と述べている。類似の傾向がわが国でもみてとれるが、それでも80年代の数値25.9%は、アメリカ、カナダの50年代の水準でしかない。

そうした公衆衛生的問題はともかくとして、この態度変容論は第1のバイアス論を側面から補強する可能性をもつものであるが、Phillipsの立場自体は否定せずとも成り立つ解釈である。と同時に、この態度変容論も先のバイアス論の場合にしても、では本人や家族が、そして援助者自身も現に感じているレッテルとしての「アル中」呼称が持つ蔑視感、殆ど根拠の無い念慮に過ぎないと片付けられるだろうか、との疑念がつきまとう。この点は、後段の考察で改めて取り上げる予定でいる。

かような疑問がつきまとうものの、問題をわが国のアル症の場合に限定して言えば、上記の2つの解釈の前提となる現実の事態認知のあり方一人々は決して思われているほどアル症者に拒絶的ではない—は全く荒唐無稽なものでもなく、2つのレベルである種のリアリティを感じさせる。その一つは、日本の社会の特殊的背景によるもの

表4 アルコール依存症例記述 (Star Vignette) を精神病と判定した比率 (%)

調査地	大阪府 N=549	首都圏 N=1218	東京下町 N=185	アメリカ N=3500	カナダ N=540	ポルチモア市 N=1736
調査年	公衆衛生 研究所 1963	国立精神 1962 ~63	清 水 1984	Star 1955	Cummings 1957	Lemkau 1962
比 率	8.7	9.2	25.9	29	25	62

第5 “困った酒のみ”とは (%)

	対人関係		労働・経済		健康・障害		過 飲		計 (N)
	暴力	攻撃的	仕事休む	借金	アルコール 関連疾患	震え	朝酒	しばしば 一升酒	
東 京	86.3	85.1	73.6	68.6	60.0	50.9	47.1	32.0	100.0 (185)
秋 田	79.9	80.7	60.6	63.8	57.6	49.7	50.0	35.7	100.0 (596)

で、「超許容的」な飲酒文化における問題飲酒者イメージは表5のごとく、少々「過飲」したその結果「震え」が認められようと、「対人関係」を阻害せずなんとか「仕事」を続け生計維持できれば、それでおおってしまう、といった辺りなのである。一般に都市化は年齢、学歴と並んで精神衛生知識に最も明かな影響を与える因子であるが、この点からして最も精神衛生知識が高いと想定される東京の場合でさえ、アルコール依存症事例調査 (Star Vignette) に対して精神病と「正解」を寄せたのは、たかだか4人に1人の割合であり、他国と比してもその寛容ぶりが明かであろう (表4)。この点と関連して注目しておきたいのは、アルコール依存症の知識が低いままに、アル症者に「受容的」といった事態も現実存在するのではないか、という素朴な疑問である。前稿¹⁸⁾ではこの辺りの問題を、民俗の疾患 (folk disease) の観点から提起しておいた。

二つには、Phillipsをはじめとする拒絶説が立脚した対象疾患はやはり分裂病中心であって、アル症を対象とした今回の調査とは自ずと人々の態度に相違を認めることがありうる点である。RomanとFloyd Jr.¹⁹⁾は、「社会的距離尺度を使った調査では全て、示唆された援助源より、事例に記述された行動の方が、人々の受容性をより強く規定し

ている」と述べている。この点を踏まえて言えば、今回取り上げられた飲酒という行動は、一般的にはまさに社会的行動なのであり、その随伴結果は“いただけない”ものであるにせよ、回答者達にも共有された身近な行動でもある。このように人々にとって親和的な社会的行動であることに加えて、その社会的行動にとりわけ許容的であるという秋田県、しいては日本の飲酒文化要因が重なってみれば、少なくともわが国におけるアルコール症に関しては、いわば援助源たる入院科が必ずしも決定的な影響を及ぼす訳でもないことが首肯されるだろう。

Phillips命題が妥当しなかった理由として考えられる第3のものは、今回の調査では態度表明がなされるべき対象が、現に回答者の身の回りにいる人々であり、当然その人々らとなにがしかの面識や日常的接触をもった上での実際的な回答である事実と関連している。具体的な接触によって人々の受容的態度に差異が生じることはよく知られているが、Phillipsをはじめとして殆どの態度研究では、対象になる「精神障害者」は記述された仮定的事例であり、今回調査された現実場面での実際的態度の観点からすれば、それらは家族や親戚あるいは近隣や友人の間柄とは想定しにくく、せいぜい匿名的な「その他」の間柄範疇に対応す

る程度であろう。「間柄が近い程そのアル症者に受容的である」とするわれわれの調査結果の傾向からすれば¹⁹⁾、今回のような、仮定でなく実際上のアル症者の精神科受診と人々の拒絶的態度とが、Phillipsが確認したほどには決定的な相関を示さないことは、それとして合点のゆくものである。

さらに第4には、少々穿ちすぎる感もあるが、アルコールにまつわる入院とはいえ、これをともかくも何とかしようとの対処行動ないしはコンプライアンス行動の表れとして、回答者が受け止めた可能性を考えることができる。Phillipsの研究ならびにRomanとFloyd Jr.の研究の基本結果は対照的であったが、両者に共通する知見のひとつは、精神的問題がありながらどこにも援助を求めない事例に対しては、むしろ接触体験を有し、いくぶんなりとも問題に通じている人々こそが拒絶的な態度をとる、という傾向であった。Phillipsはこれを自己解決規範 (self reliance norm) の観点から、またRomanらは適正管理 (appropriate management) の必要性の観点からそれぞれ論じているが、アル症の場合とて事情は同様である。かつてKilty⁷⁾は①アルコール依存症回復者、②通常飲酒者、③アルコール依存症患者、④問題飲酒者、の4つのラベルの順に、人々が肯定的態度を示すことを報告した。もちろん接触の具体的状況 (同じ職場、近住、結婚など) によっても、そうしたいわゆる対処行動への評価が相違することは言うまでもないが、以上のような観点からみると精神科であれ一般科であれ、入院という形の対処は、周囲の人々の受容的態度表明に常時マイナスの影響を及ぼすとは限らないのかも知れない。

(2) 「アル中」一スケープゴートとしてのステイグマ

ところで冒頭では、アル中に対する社会全般の差別的眼差しについて触れ、これが寛容な飲酒文化とどう両立し整合的に理解されるのか、といった問いを提起したが、Phillips命題の反証という今回の結果を考察する際にも、この問題設定は有効であると考えられる。有効であるにとどまらず、むしろ社会学的視点と臨床的視点がどう接合し折り合えるのかを考えるに、格好な問題とさえいえ

よう。つまり、一方ではわが国のアル症者に対する人々の比較的寛容な態度の一端がマスデータによって明らかにされたもの—社会学の調査からする事態認知—、他方本人や家族が自らその立場に陥った時に、暴露されれば信頼を失うことになりかねない自己 (the discreditable) について情報操作をすべきか否か、すなわちGoffman⁶⁾いうところの隠蔽 (passing) すべきかそれとも自分の正体を明らかにすべきかをめぐって感じる、自己提示の仕方の戸惑いは、明らかにそれまで彼ら自身がその一部を占め担ってきた“社会”の眼差しを反映するものであろう—臨床的感覚からする事態認知—。しかしだとすれば寛容な飲酒文化論と整合的な今回の結果は、そうした臨床的に了解可能なもう一方の見方とどう折り合うことができるのだろうか。もっとも、家族は別としても本人の場合の戸惑いには、断酒宣言すなわち「アル中」自己提示によって、将来にわたって酒を飲めなくなる外的拘束を抱え込むことへの戸惑いも、少なからず紛れこんでいることも多いのだが、それはともかくとして、以下では上記の問題について若干の考察を加えてみたい。

各種のストレス調査にみられるストレスへの対処的飲酒、タテ社会における集団および自我の閉塞的境界を他集団の他者との交渉の要から、一時的に酔いの中で「ソトのミウチ化」を図る退行的飲酒、「接待行政」や「宴会政治」といったざりビジネスの道具立てとしての政治的飲酒等、日本社会はアルコールと極めて密接な関わりを持つところで成立っている社会である。こうしたわが国の社会構造と飲酒文化の関連性をとらえて、筆者はかつてアルコホリック・ソーシャル・システム (以下ASS)なる概念を提起した¹⁰⁾。このASSは飲酒に寛容で高い社会性を与えているなればこそ、同時に一方で必然的に結果される酒害の社会的影響に対しては相当厳格なチェックを用意している。こうした酒害への社会構造的脆弱性とその抑止メカニズムは、とりわけまだ事例化していない患者予備軍にあたる重篤な問題飲酒者による、「アル中」に対する厳しい拒絶性に典型的にみとれるのであった¹⁷⁾。昨日までの飲み仲間が、今日は手の平を返したように患者化された「アル中」に厳し

くなるのである。内心「ひよっとしたら俺も……」と危ういさを感じているからこそ、仲間の中から「アル中」が“摘発”されたとなると、「俺は違うぞ」とばかり患者化された昨日までの飲み仲間と自分の間に一線を引き、防衛的区別化をする必要にさらされる。これが、調査結果にあらわれた問題飲酒者による入院アル症者に対する、「俺は奴とは違う」といった拒絶性の中味であり、実は患者本人や家族が恐れる“差別的眼差し”なのである。というのも、彼とその家族は昨日まで事例化の境界域をさまよっていたのであり、そして恐らく彼ら自身も防衛的区別化に腐心した挙げ句に、この眼差しを放っていた側に立っていたのであるから。こうした意味で、とりわけ事例化直前の一群の問題飲酒者を中心に放たれるスケープゴートへの眼差しは、確かに臨床的側面で断片的に語られる差別的なスティグマとなるのであろう。

かくして「高い許容性と厳しい拒絶」が、ASSにおいては同居することになる訳である。同時にまた、既に事例化した患者が示す頑強な“問題否認”も、なおこのスケープゴートのスティグマに対する反撃ないしは自己防衛なのだとの理解が可能であろう。治療的には治療抵抗とか病識の無さとも言われるその反撃の中身は、むしろそうした眼差しを放つ社会に対するものであって、それが治療場面というスクリーンに投射されているだけとも考えられる。したがって、自助集団への参加や教育的治療によって彼自身の「アル中」に対する差別的な眼差しが緩み、「アル中」の意味づけや定義が別なものにとって代わられると²⁶⁾、比較的スムーズに治療的關係が構築されることになるのは、既に臨床場面で体験済みの周知の事象であろう。

一部の熱心なアルコール専門医やワーカー達の取り組みには、当初から自助集団との連携を中心とした地域ケアを前提とするものが見られる点に、特徴があるといえる。また、回復者に教えられた回復可能性への信念とその「預言の自己成就」過程²⁵⁾、患者や回復者との関わりで治療者自身が癒され回復してゆく体験など、自助集団の機関紙とはいえ、『仲間』（仲間と共に歩む会）には、毎号アルコール治療者が癒されてゆく生々しい体験談

が掲載されている。これらの結果、良くも悪くも、分裂病を中心とした精神科医達のアルコール問題への関わりとはまた一味違った、またそれ故変わり者ともみられた軌跡を描いてきた。「周辺の」「影の部分」などとも言われてきたアルコール医療は、見方によれば、地域化が進行する精神医療全般の中でも、皮肉にも先進的な歩みを辿ってきたのだともいえそうである。そうした見方の延長線上で思うに、アルコール研究で従来人々の社会的態度の問題がほとんど断片的にしか問われてこなかったのは、一つには本論でとりあげられた人々の対応の仕方とパラレルな、研究者自身の寛容な社会的態度を指摘しうる。二つには、これまで一般に福祉サイドの立ち遅れにより、結果的に医療が引き受けざるを得なかった福祉の役割（治療終結後の社会適応、リハビリ、そして生活者としてのトータルな回復など）を、大幅に自助集団に委ねざるを得なかったが故に逆接的に、それを敢えて抱え込まずに済んだという「幸せな精神科領域」であったことも大きいといえよう。

ま と め

一方でアルコールの地域医療福祉化の流れを眺めつつ、精神科退院アル症者を受け入れる地域の人々がいかなる対応をするかについて、若干の調査データを報告した。精神科入院という援助希求は社会的拒絶をそのコストとして伴う、とする著名なPhillips命題は、今回の調査結果からは支持されなかった。この結果をめぐっていくつかの考察を加え、いわれるところの寛容な飲酒文化と、現実に実感される「アル中」への差別的な眼差しとの絡み合いについても理解を深めた。

文 献

- 1) Crocetti, G., H. Spiro, I. Siassi: Contemporary Attitudes Toward Mental Illness. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1974. [加藤正明監訳：偏見・スティグマ・精神病。星和書店、東京、1978.]
- 2) Cumming, E. and J. Cumming: Closed Ranks. Harvard University Press, Cambridge, 1957.
- 3) Edgerton, W. J. and W.K. Bentz: Attitudes and Opinions of Rural People About Mental

- Illness and Program Services. *American Journal of Public Health*. 59: 3, 470-477, 1969.
- 4) Elinson, J., E. Padilla and M. Perkins: Public Image of Mental Health Services. *Mental Health Materials Center*, New York, 1967.
 - 5) Garfinkel, H.: Conditions of Successful Degradation Ceremonies. *American Journal of Sociology*. 61:5, 420-424, 1956.
 - 6) Goffman, E.: *Stigma; Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, 1963. [石黒毅訳: スティグマの社会学. せりか書房, 東京, 1970.]
 - 7) Kilty, K.M.: Drinking Status and Stigmatization. *American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*. 8:1, 107-116, 1981.
 - 8) Merton, R.: *Social Theory and Social Structure* (rev. ed.). Free Press, New York, 1957. [森東吾他訳: 社会理論と社会構造. みすず書房, 東京, 1961.]
 - 9) 岡上和雄・石原邦雄: "精神障害(者)" に対する態度と施策への方向づけ. *社会保障研究*. 21: 4, 373-385, 1986.
 - 10) 大島巖・山崎喜比古他: 日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観—開放的な処遇をする—精神病院の周辺住民調査から—。 *社会精神医学*. 12: 3, 286-297, 1989.
 - 11) Phillips D.: Rejection; A Possible Consequence of Seeking Help for Mental Disorder. *American Sociological Review*. 28:6, 963-972, 1963.
 - 12) Pittman, D.J.: International Overview: Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological. in Pittman (ed.), *Alcoholism*, Harper & Row, New York, 3-20, 1967.
 - 13) Roman, P. and H. Floyd, Jr.: Social Acceptance of Psychiatric Illness and Psychiatric Treatment. *Social Psychiatry*. 16:21-29, 1981.
 - 14) Rotenberg, M.: *Damnation and Deviance*. The Free Press, New York, 1978. [河村邦光訳: 逸脱のアルケオロジー. 平凡社選書, 東京, 1986.]
 - 15) Scheff, T.: *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Aldine Publishing Company, Chicago, 1966. [市川孝一・真田孝昭訳: 狂気の烙印—精神病の社会学. 誠信書房, 東京, 1979.]
 - 16) 清水新二: アルコホリック・ソーシャル・シス
テム論再考—日本の飲酒文化と飲酒行動—. 大阪市立大学生活科学部紀要. 32, 357-373, 1984.
 - 17) 清水新二: アルコール乱用の社会病理学的視点. *社会精神医学*. 8:3, 183-189, 1985.
 - 18) 清水新二: アルコール症者に対する一般住民の社会的態度研究. *社会精神医学*. 11:1, 55-62, 1988.
 - 19) 清水新二: 精神障害と社会的態度仮説の実証的研究—アルコール症の場合—. *社会学評論*. 157(40:1), 31-45, 1989.
 - 20) 清水新二・吉兼秀夫: 飲酒をめぐる行動, 問題ならびに社会的態度の実証的研究(第2報)—東京下町地区実態報告—. 大阪市立大学生活科学部紀要. 33:303-312, 1985.
 - 21) 進藤隆夫: 精神障害者に対する住民の意識態度. *公衆衛生*. 32:3, 170-178, 1968.
 - 22) 精神障害者福祉基盤研究所: 精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査. 全国精神障害者家族連合会, 東京, 1984.
 - 23) Star, S.: *The Public's Ideas About Mental Illness*. National Opinion Center, University of Chicago, Chicago, 1955.
 - 24) 武内三二他: 初発精神分裂病患者の精神科受診に至る経路について—一日中の比較研究—. *社会精神医学*. 11:1, 71-81, 1988.
 - 25) 徳岡秀雄: 自己成就的予言としての矯正可能性. 社会病理の分析視角. 東京大学出版会, 東京, 163-215, 1987.
 - 26) Trice, H. and P. Roman: Delabeling, Relabeling, and Alcoholic Anonymous. *Social Problems*. 17:4, 539-546, 1970.

Abstract

The Phillips's empirical proposition, stating that a psychiatric help-seeking is in exchange of social cost or alleged social stigma, is tested in a Japanese community study. Negative results against the proposition was obtained although alcoholic cases, instead of mental illness in general, were the topic in question. Cultural contexts of drinking and evaluational way of compliance behaviors, or a difference of illness in question and research techniques, are discussed for possible explanations of non-replicated test results.

【原著】

極小未熟児の気質

原 仁* 三石知左子** 山口規容子**

抄録：正常乳児と比較して極小未熟児（出生体重1500g未満）が気質的に偏っているか否かを、Careyらの開発した乳児用気質質問紙（佐藤俊昭訳 1982）を用いて検討した。対象は生後5から10ヶ月の極小未熟児59例と正期産児210例である。9つの気質カテゴリー得点においても5つの気質類型分布においても有意差は認められなかった。Careyらの研究対象群から得られた結果と比較して、未熟児には気質的偏りがあるとしたいくつかの研究が存在するが、本研究の結果のように、適切な対照群（正常体重で生れた正期産児）を設定して比較するならば、極小未熟児の気質に偏りはないといえる。

精神保健研究 36 ; 79-84, 1990

Key words: *very low birthweight infants, temperament, infant temperament questionnaire*

はじめに

極小未熟児（出生体重1500g未満）の予後は急速に改善し、未熟児医療従事者の主たる関心は超未熟児（出生体重1000g未満）に移ってきている⁵⁾。生命予後という観点からはこれらの趨勢は妥当な流れといえよう。しかし、幸いにも粗大な後障害を免れた極小未熟児たちがいかなる社会人として成長するのか、長期予後という観点からは

いまだ不明な点が多いことも事実である。第1に、極小未熟児には学業不振、不器用、多動などの学習・行動の障害の発生が高率であり、その原因として微細な脳機能不全が存在するとの指摘がなされている。第2に、親子ともども特殊な環境のもとにおかれることから、極小未熟児の親の育児態度の偏り、結果として児の情緒発達の歪みと行動異常の発生、ひいては人格形成への悪影響が危惧されている⁶⁾。

第1の問題点は長期追跡研究が実施されることで徐々にではあるが解明されつつある。第2点に関しては、以前から未熟児に特有な行動特性があるのか、未熟児の母子関係は特殊かなどのいわば研究の入口の議論が続いているのが現状であろう。それは未熟児医療が急速に進歩して研究対象の質が年々変化してしまうこと、研究方法に共通する基盤が存在せず、研究者の結論も一定していなかったことにも起因する⁶⁾。だが、最近小児、特に乳児の気質研究が盛んになるにともない、第2の問題点を解明する一手段として、未熟児の気質研究が実施されるようになってきた⁵⁾⁷⁾⁹⁻¹⁵⁾¹⁸⁾。それは、ある気質類型の小児と行動異常の関連が指摘

Temperament of Very-Low-Birthweight Infants.

*国立精神・神経センター精神保健研究所精神薄弱部

〔〒272 千葉県市川市国府台 1-7-3〕

Hitoshi Hara: Division of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

**東京女子医科大学母子総合医療センター

〔〒162 東京都新宿区河田町 8-1〕

Chisako Mitsuishi, Kiyoko Yamaguchi: Maternal and Perinatal Center, Tokyo Women's Medical College, Japan.

されるからで、もし未熟児に行動の偏りがあり、その中である部分が気質の偏りで説明がつくならば、未熟児の気質評価が治療的介入の手掛りになるからである。

「気質とは行動を規定する一要素であり、乳児の行動の個人差によく反映されている。そのある部分はおそらく遺伝・生物学的要因によって規定され、知的能力とは異なり、将来形成される人格の素材となる。」多くの気質研究者の共通認識はこのようにまとめられる²⁾。気質研究が盛んに行われる第1の理由は、親の評価、親子関係の評価に対応する子の評価手段が呈示されたことにある。そして第2に、気質概念の理論的妥当性のみならず、実際的手段として乳児を中心とした各種気質質問紙が開発されたことによる。

今回の我々の研究は、世界的に広く使用されている乳児用気質質問紙を用いて、極小未熟児の気質特性とは何かを解明し、これらの児の発達予後を予測する一手段とすることが目的である。

対 象

昭和59年10月から昭和62年5月までに出生し、

東京女子医科大学母子総合医療センター新生児部門にて管理し、その後同大学小児科発達外来にて経過追跡を開始した極小未熟児は85例であった。この内乳児用気質調査に協力が得られた59例(69.4%)を極小未熟児群とした。表1にその概要を示した。比較対照群は、同センター小児保健外来で健診を受けた際に乳児用気質調査に協力した健康児の中から、次の要件を満たしているものとした。1) 周産期になんら危険因子のないこと。2) 出生体重2501g以上。3) 在胎週数37~41週。4) 出生月が極小未熟児群と同じ。以上の4点を満たしていたのは210名であった。これらを正期産健康児群とした。この210名中男児は113名女児は107名であった。また第1子は157名、第2または第3子は63名であった。

表1 対象とした極小未熟児の概要

総数		59例(♂31♀28)
出生体重	1000~1492g	33例
	420~999g	26例
在胎週数		24~36週
出生順位	第1子	31例
	第2子	28例

表2 気質的特徴のカテゴリー (文献6より引用)

活動性 (Activity Level)

子どもの活動に現われる運動のレベル、テンポ、頻度、および活動している時間とじっとしている時間の割合、活発さの程度

周期性 (Rhythmicity)

食事、排泄、睡眠・覚醒などの生理的機能の周期の規則性の程度

接近・逃避 (Approach or Withdrawal)

初めて出会った刺激—食物、玩具、人、場所など—に対する最初の反応の性質、積極的に受け入れるか、それともしりごみするか

順応性 (Adaptability)

環境が変化したときに、行動を望ましい方向へ修正しやすいかどうか、慣れやすさの程度

反応の閾値 (Threshold of Responsiveness)

はっきりと見分けられる反応を引き起こすのに必要な刺激の強さ、感受性の程度

反応の強さ (Intensity of Reaction)

反応を強く、はっきりと表わすか、おだやかに表わすか

気分の質 (Quality of Mood)

うれしそうな、楽しそうな、友好的な行動と、泣きや、つまらなそうな行動との割合

散漫性 (Distractibility)

していることを妨げる環境刺激の効果、外的な刺激によって、していることを妨害されやすいか、どうか

固執性 (Attention Span and Persistence)

この2つのカテゴリーは関連している

注意の範囲は、ある特定の活動にたずさわる時間の長さ、持続性は、妨害がはいったときに、それまでしていたことにもどれるか、別の活動に移るか

表3 気質類型 (文献6より引用)

手のかかる子 (difficult child; Diff)

①周期が不規則, ②新しい場面では逃避的, ③順応は遅い, ④反応の表し方は強い, ⑤気分は不機嫌
以上の特徴のうち4項目が存在すること, かつ④が含まれていること, さらに①~⑤のカテゴリ得点のうち2項目が1標準偏差を上回っていること

出だしの遅い子 (slow-to-warm-up child; STWU)

①活動性が低い, ②逃避的, ③順応は遅い, ④反応はおだやか, ⑤気分は不機嫌
ただし, ②または③が1標準偏差を上回っているときは, ①, ⑤を満たさなくともSTWUと判定する場合がある

育てやすい子 (easy child; Easy)

『手のかかる子』の特徴は2項目以内であること, しかもそれらのどの特徴も1標準偏差を上回らないこと

平均的だが手のかかる子 (intermediate-high child; Int-H)

『手のかかる子』の特徴を4~5項目示すが, 1標準偏差を上回るのが1項目のみ, または『手のかかる子』の特徴が2~3項目でかつ1標準偏差を上回るのが2~3項目

平均的だが育てやすい子 (intermediate-low child; Int-L)

以上どこにも分類されないもの

研究方法

気質評価はニューヨーク縦断研究¹⁷⁾の結果に基づいてCareyらが作成したInfant Temperament Questionnaire(ITQ)¹⁾を佐藤らが翻訳・標準化した日本版¹⁶⁾を使用した。ITQは95項目の質問を6段階に重みづけをして観察者が評価する質問紙である。95の質問項目は9つのカテゴリに分けられている。すなわち, 活動性(1=低い, Actと略), 周期性(1=規則的, Rhy), 接近/逃避(1=接近, A/W), 順応性(1=はやい, Adp), 反応の強さ(1=弱い, Int), 気分の質(1=明るい, Mod), 固執性(1=持続的, Per), 散漫性(1=散漫, Dis), 反応の閾値(1=高い, Thr)である。各カテゴリには8から13項目の質問が属し, それぞれのカテゴリ内の質問項目の平均得点がカテゴリ・スコアとなる。このスコアの分布パターンによって気質類型診断が実施される。気質類型は5つに分けられている。すなわち, 手のかかる子ども(Diff), 出だしのおそい子ども(STWU), 平均的だが手のかかる子ども(Int-H), 平均的だが育てやすい子ども(Int-L), 育てやすい子ども(Easy)である。各カテゴリの特徴と各気質類型の詳細は表2と表3に示した。

気質調査の実施法は, 健診受診児が生後5ヶ月に達した際に保護者(大部分は母親)にITQを手渡ししてその記入を依頼し, 次の健診時に回収する方

法をとった。気質調査月令は生後5~10ヶ月である。極小未熟児群においては, 出生予定日から月令を換算(修正月令を使用)した。95項目の質問のうち80%以上の回答が得られたもののみを気質診断の対象とした。前述した研究対象の条件以外に除外規定は設けなかったが, 重度発達遅滞児の場合多くは回答率が80%に達せず, 結果的に気質診断から除外されることになった。

結 果

気質類型診断の結果は表4に示した。二群間の分布は近似し, 推計学的にも有意差は認められなかった。次に気質類型診断の基礎となる9つの気質カテゴリの得点を二群間で比較した。表5に示したのは, それぞれの群の気質カテゴリの平均得点と標準偏差(SD)である。すべての気質カテゴリにおいて, 二群間に有意差は認められなかった。

考 察

ThomasとChessの気質研究¹⁷⁾によれば, 乳児期の気質評価が将来の適応障害を予測する一要素になると言う。特にDifficultと見なされる子どもたち(以下Diff児と略)に適応障害の発生率が高いとのことである。Diff児にはかならず適応障害が発生することを意味しないが, 子の特性(気質)を

表4 気質類型診断の比較

	極小未熟児	正期産健康児
Diff	10(17.0%)	38(18.1%)
STWU	2(3.4%)	8(3.8%)
Int-H	14(23.7%)	39(18.6%)
Int-L	17(28.8%)	68(32.4%)
Easy	16(27.1%)	57(27.1%)
	59(100%)	210(100%)

注: Diff; 手のかかる子ども, STWU; 出だしのおそい子ども

Int-H; 平均的だが手のかかる子ども

Int-L; 平均的だが育てやすい子ども

Easy; 育てやすい子ども

理解しない養育者が不適切な対応を続けると、Diff児は環境との軋轢を生じ易く、そこで適応障害が高頻度に発生するのである。

では極小未熟児たちにDiff児が多いのであろうか？ また極小未熟児の気質特性に偏りが存在するだろうか？ 今回の研究結果はどちらの問いに対しても否であった。ところが未熟児の気質研究においてDiff児の割合が多いあるいは特有な気質特性があるとする論文がすでにいくつか発表されている。

HertzogとMittleman (1984)⁷⁾が対象としたのは、出生体重の範囲が1000から1750gの未熟児66例である。比較対照はニューヨーク縦断研究の対象者138例である。気質の評価手段は親に対する面接法であり我々が使用した質問紙法とは異なる。気質評価年齢は1から3才である。かれらの結論は、未熟児にDiff児は多くないが、より散漫で、感覚刺激に対する反応はより鈍く、より強く反応し、順応性に乏しいとした。

Medoff-CooperとSchraederの1982年から1989年にかけての一連の研究⁹⁾¹⁵⁾は、出生体重780から1500gまでの40例の極小未熟児の追跡研究に基づいている。我々の研究と同じITQ、およびCareyらが中心となって開発した同様の幼児用気質質問紙(TTS)と小児用のそれ(BSQ)も使用している⁴⁾。気質評価年齢は1から4才である。一貫して彼らは、極小未熟児のDiff児の割合は多いとし、かつ極小未熟児の特性として行動の規則性が乏しく、慣れにくくて長続きしないことを指摘している。

表5 気質カテゴリー得点の比較

	極小未熟児	正期産健康児
Act	4.40±0.60	4.48±0.57
Rhy	2.97±0.73	2.93±0.75
A/W	2.50±0.82	2.49±0.83
Adp	2.25±0.66	2.19±0.61
Int	3.81±0.85	3.76±0.74
Mod	3.09±0.74	3.20±0.69
Per	3.11±0.79	3.13±0.85
Dis	2.22±0.52	2.22±0.58
Thr	3.86±0.82	3.74±0.75

平均±SD

平均±SD

Act: 活動性 (1=低い), Rhy: 周期性 (1=規則的), A/W: 接近/逃避 (1=接近), Adp: 順応性 (1=はやい), Int: 反応の強さ (1=弱い), Mod: 気分の質 (1=明るい), Per: 固執性 (1=持続的), Dis: 散漫性 (1=散漫), Thr: 反応の閾値 (1=高い)

なお三つの質問紙においてそれぞれの気質カテゴリーの相関が一応認められている点と家庭環境と規則性カテゴリーが関連するとの指摘は興味深いところである。

Washingtonら (1986)¹⁸⁾はかれらの対象とした極小未熟児群62例において、Diff児が有意に多く認められたとしている。かれらの研究ではITQとTTSを使用している。かれらの強調点のもう一つは、1才未満の気質評価(すなわちITQ)では母子相互作用がその評価に影響することである。

未熟児の気質を取り扱ってはいるが、Rieseの二つの論文¹¹⁾¹²⁾の論点は、気質の恒常性と週数相応の出生体重の有無による比較、すなわちAGA (appropriate-for-gestational-age) とSGA (small-for-gestational-age) の比較にある。また気質の評価方法はRieseらの独自の方法で、親ではなく医療従事者が評価者となる。Rieseは、正期産児(在胎週数38から41週)と比較すると早期産児(在胎週数37週以下)の気質は恒常性に欠け、AGA児とSGA児の比較では見るべき差異はなかったと述べている。ただ早期産児の方が短気ではなく、その解釈として覚醒レベルの低さの存在を示唆している。

以上の研究では未熟児の気質には何らかの特性が存在するとの結論である。しかし、問題はRieseの研究¹¹⁾¹²⁾を除いて、ニューヨーク縦断研究¹⁷⁾自

体あるいはそれに基づいたCareyらの気質研究の対象群から得られた結果と比較しており、新たに設定した対照群との比較ではないところにある。そこで適当な比較対照を設定した研究に注目してみた。

Rothら(1984)の研究¹⁴⁾は、出生体重の範囲が549から2495gの60例の未熟児の気質を40例の成熟児のそれと比較したものである。12ヵ月の時点での評価でTTSを使用している。結果として、二群間の比較では有意差はなかったのである。ただ未熟児群に限っては、Bayley法による知的評価との関連が認められたという。

Ross(1987)の報告¹³⁾は、出生体重が1701g未満の98例の未熟児を対象とした研究に基づいている。気質評価はやはりTTSで、評価年令も12ヶ月である。未熟児群と成熟児群の気質類型および気質カテゴリー得点の比較のどちらにおいても有意差はなかったとしている。Rothら¹⁴⁾と同様に、Bayleyの知的評価が低いほど、慣れにくく、長続きせず、そして引っ込み思案であると、知的評価との相関を指摘している。また呼吸窮迫症候群の既往の有無が気質に影響している可能性を示唆している。

豪州のOberklaidら(1985)¹⁰⁾の比較的大規模なITQの豪州版を使用した気質調査の結果では、110例の未熟児(在胎週数36週以下、平均出生体重2311g)においては、240例の成熟児対照群の気質タイプの分布と比較して、若干Diff児が多いものの有意差はなかったとしている。在胎週数33週未満の未熟児は17例と少数ではあるが、その比較でも同様な結果であった。

以上の三つの研究は、適当な比較対照群を設定している点および未熟児群の例数が比較的多い点、我々の研究と共通するところである。ではなぜ未熟児の気質研究においてこのような結果の差が発生したのであろうか。

第1に研究対象児の親が受ける心理的負荷の差異である。質問紙法を用いた気質評価には親の性格あるいは養育態度が影響することが以前から指摘されてきた⁴⁾⁵⁾¹⁸⁾。ならば、極小未熟児を養育する親の心理的負荷は時代によって変化してきているとするのが妥当であろう。すなわち、極小未熟

児の生命予後の顕著な改善は、親の心理的負荷を軽くしていると考えられる。この見方からするならば、出生年が最近の極小未熟児であるほど、質問紙に現れる気質的差異は消失してくるはずであり、Careyらの研究の結果との比較は時代的意味をもつのみである。

第2の差異は地域によるそれである。ITQ日本版の翻訳者である佐藤らの最近の研究(1987)⁹⁾によれば、沖縄県、東京都、宮城県の気質調査(ただし使用しているのはBSQ)の結果には地域差が存在するとのことである。我々の気質評価は、いわゆる仙台研究の基準¹⁰⁾を使用している。このコホートから得られた基準値はCareyらの対象群のそれと極めて近似しているという。だが、我々が極小未熟児群との比較のために設定した対照群(東京圏在住の乳児)のDiff児の割合は18%であり、仙台研究をはじめとして、従来の研究結果のDiff児の割合は約10%との通説と著しく異なっていた。つまり、仙台研究と比較すると、我々が現在までに報告してきたように⁹⁾、気質類型分布で「極小未熟児にDiff児が多い」ことになる。これらの差異の理由をあえて人種差に求めるのか(大部分の国際比較では気質の人種差は否定的)、都会と地方の養育環境に求めるのか(都会育ちにDiff児が多い?)議論の分かれるところであろう。

第3の差異として気質評価年令、あるいは気質質問紙の差異がある。未熟児と成熟児との気質に差はないとしたRoss¹³⁾とRothら¹⁴⁾の二つの研究は共に12ヶ月時点での評価であるので、同じく指摘されている未熟児での気質評価の非恒常性¹¹⁾¹⁸⁾とを考え合わせると、気質的差異は年令とともに消失するとも解釈できる。この点についての結論を得るためには、我々の対象とした極小未熟児においてもTTSあるいはBSQによる気質調査が必要となろう。

第4の差異は生物学的要因によるそれ、特に出生体重の影響である。いわゆる未熟児に気質的偏りが無いにしても、より未熟な児ではいかなる様相を呈するのであろうか。未熟児の気質に偏りなしとする3研究¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾の対象児の出生体重は極小未熟児の基準よりは重い。この点の影響は超未熟児の気質研究によって明らかにできるであろう。

ただし現状ではOberklaidら¹⁰⁾が言及しているように、超未熟児（本研究では26例）の気質が特に偏っている印象はない。同様な問題点として、知的発達および呼吸窮迫症候群などの周産期合併症の気質評価に対する影響も今後検討すべきであろう。

文 献

- 1) Carey WD, McDevitt SC: Revision of the infant temperament questionnaire. *Pediatrics* 61: 735-739, 1978.
- 2) Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R et al: Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Dev* 58: 505-529, 1987.
- 3) 古田倭文男, 佐藤俊昭, 島袋恒男: 気質と発達の追跡的研究 V-(2)BSQ得点にみる地域差—第41回日本心理学会発表論文集 1987.
- 4) 原仁, 望月由美子, 山口規容子: 乳幼児の気質. *小児内科* 18: 1033-1038, 1986.
- 5) 原仁: 気質と行動異常. *小児内科* 20: 1241-1244, 1988.
- 6) 原仁: 極小未熟児の長期追跡研究. 発達の心理学と医学 1: 43-53, 1990.
- 7) Hertzog ME, Mittleman M: Temperament in low birthweight children. *Merrill-Palmer Quarterly* 30: 201-211, 1984.
- 8) 石塚祐吾, 竹峰久雄, 橋本武夫ら: わが国のNICUの現状と超未熟児の死亡率—1989年1月全国調査成績—. *日児誌* 93: 2335-2341, 1989.
- 9) Medoff-Cooper B, Schraeder BD: Developmental trends and behavioral styles in very low birth weight infants. *Nurs Res* 31: 68-72, 1982.
- 10) Oberklaid F, Prior M, Nolan T, Smith P, Flavell H: Temperament in infants born prematurely. *J Dev Behav Pediatr* 6: 57-61, 1985.
- 11) Riese ML: Temperament in full-term and preterm infants: Stability over ages 6 to 24 months. *J Dev Behav Pediatr* 9: 6-11, 1988.
- 12) Riese ML: Size for gestational age and neonatal temperament in full-term and preterm AGA-SGA twin pairs. *J Ped Psychol* 13: 521-530, 1988.
- 13) Ross G: Temperament of preterm Infants: Its relationship to perinatal factors and one-year outcome. *J Dev Behav Pediatr* 8: 106-110, 1987.
- 14) Roth K, Eisenberg N, Sell ER: The relation of preterm and full-term infants' temperament to test-taking behaviors and developmental status. *Infant Behav Dev* 7: 495-505, 1984.
- 15) Schraeder BD, Tobey GY: Preschool temperament of very-low-birth-weight infants. *J Ped Nurs* 4: 119-126, 1989.
- 16) 白橋宏一郎, 佐藤俊昭: 異常行動の予測の研究. —乳幼児の気質診断を中心として—安田生命社会事業団年報 18: 60-66, 1982.
- 17) Thomas A, Chess S: Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life. *Am J Psychiatry* 141: 1-9, 1984.
- 18) Washington J, Minde K, Goldberg S: Temperament in preterm infants: Style and stability. *J Am Acad Child Psychiat* 25: 493-503, 1986.

Abstract

We studied whether infants weighing less than 1500g at birth (VLBW) deviated temperamentally or not from their normal counterparts, using the Japanese version of Carey's Infant Temperament Questionnaire. The subjects consisted of 59 VLBW and 210 full-term infants who were aged 5 to 10 months. There were no significant differences either in 9 category scores of temperament or in 5 "difficult/ easy" constellations. Although several studies pointed out that the infants born prematurely had temperamental deviations in comparison to the data from Carey's original sample, the results in this study indicated that VLBW infants did not differ in temperament when compared to an adequate control group of infants with normal birthweights.

【原著】

An Alcoholic Social System : Drinking Culture and Drinking Behaviors in Japan

Shinji Shimizu*

抄録：本稿では、わが国の飲酒がいかなる社会的意味を付与されているかを多角的に論じ、これを飲酒に寛容な日本の飲酒文化として捉え、説明した。こうした社会・文化的コンテクストの中で現象を観察すると、自分がアルコール依存症であるか否かを巡って治療者と患者の間で展開される状況定義の葛藤も理解しやすくなるだろう。

またアルコール依存症の原因は飲み過ぎという明白な事実を想起すれば、飲酒に寛容である場合、ではその結果もたらされる酒害（本稿で構造的脆弱性と呼ばれる）をどのようにコントロールしているのか。この点に関しては、アルコホリック・ソーシャル・システムの概念のもとに、そのメカニズムが解釈された。すなわち、一部の逸脱的問題飲酒者を否定的準拠点としてスケープゴートに仕立て上げ、同時にそのことによってノーマルな飲酒を浮き上がらせ、結果的に許容境界を逆照射するメカニズムである。

さらにこのコントロール・メカニズムに対して、近年の社会・経済的変動や地域社会の変化がおよぼす影響についても論じられた。

精神保健研究 36; 85-100, 1990

Key words: *alcoholism, social control, drinking culture, social structure*

1. Sociocultural factors in alcohol dependence

Jellinek(1960), a psychiatrist, claims that, in addition to an individual factor(host) and a drug factor(agent), an environmental factor is involved in the development of alcohol dependence. Interaction between individuals, substances, and situations creates dependence. It has been commonly believed, however, that the sustained consumption of given levels of alco-

hol over, say, ten years creates a dependence upon alcohol. This medicinal action model, grounded up on a series of animal experiments, in most cases demonstrates a solid correlation between alcohol intake levels and dependence. While demonstrating a purely biologicistic correlation, the mechanism of alcohol dependence appears to be more complicated than what can be explained by a medicinal action model. From a sociological perspective, this model can be challenged by the following observations. The

わが国の飲酒文化と飲酒行動

*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: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

medical action model predicts that controlling for the level of alcohol intake, the frequency of dependence should be cross-culturally similar. We may ask then, why is it that Sweden, while consuming the same amount of pure alcohol per capita as Japan, is internationally notorious for its incidence of alcoholism, whereas Japanese society is said to suffer the same low levels of alcoholism as found in Arabic societies? This model also fails to explain differences within Japan. For example, Kochi prefecture has a higher severity of alcohol-related problems than does Akita prefecture, yet Kochi prefecture has a lower per capita of alcohol consumption. I suggest that these questions are better answered through Jellinek's assertion that environmental factors mediate the interaction between host and agent.

A study of the factors that influence the relationship between host and agent is supposed to be an area, in which sociology and social pathology are able to contribute to a great extent. Until now, however, less attention has been given to studying these factors than to other factors. In the present study, it is therefore important to explore the sociocultural factors involved in the problem of alcoholism.

2. An Alcoholic social system

The author has been proposing the concept of an *alcoholic social system* that seeks to integrate ideas about the relationship between Japan's drinking culture and its social structure. This concept in its ideal type consists of five characteristics: 1) permissiveness toward drinking as well as toward drunkenness shared by group members, 2) the great contributions of alcohol to organizing of social relations, 3) structural vulnerability against the negative effects of alcohol consumption, 4) the mecha-

nism of simultaneous integration of permissiveness and control, and 5) that the characteristics mentioned above are not necessarily applicable to women for the time being.

After the Second World War, particularly since the advent of high economic growth, alcohol consumption has increased rapidly in Japan. Alcohol consumption based on manufacture(excluding industrial use) was 1.18 million kiloliters in 1937. After a drop of 321,000 kiloliters in 1945 because of the destitution wrought by World War II, consumption rose to 1.36 million kl in 1955, 3.51 million kl in 1965, 5.82 million kl in 1975, and 7.28 million kl in 1983. Even after taking population growth into consideration, these figures indicate a history of consistent expansion of alcohol consumption. As a result, the everyday use of alcohol caused society to adjust itself, and enhanced the coping mechanism that prevents alcohol-related adverse social effects. An analogy from pharmacology implies that as the intake of alcohol must increase gradually to maintain the level of pharmacological "effects," the level of social tolerance for alcohol should also increase to ameliorate the negative social effects of alcohol. It seems reasonable to argue that the permissiveness inherent in Japan's drinking culture is sustained by a high level of social tolerance for alcohol. Or we may go so far as to say that a high level of social tolerance is equivalent to permissiveness.

It is equally important, however, to note that social tolerance is so high that our society would find it difficult to function without alcohol. If the whole population were restrained from alcohol use, the social system would be certainly disrupted. This would occur through suddenly manifested confusion, soon followed by aggression and heavy social frustration that would be amplified by the people's social stress

in everyday life--elements that had formerly been suppressed by use of alcoholic indulgence. It would be analogous to an alcoholic facing withdrawal symptoms after abstinence from drinking. These changes would undermine society to the extent that the existing social structure would experience rapid disorganization and require reorganization. The use of alcohol thus plays a significant role in enhancing as well as stabilizing Japan's social organization. Without alcohol, Japanese society would not be able to function as a system, all of which can be analogously compared to the social dependence state of alcoholism. Thus, the term "alcoholic" used in an *alcoholic social system* implies not only social affinity to alcohol, but also dependence on alcohol at a societal level. For a detailed examination of this social system, the popular attitudes toward alcohol and drinking behavior will be discussed.

3. Characteristics of Japan's drinking culture

3-1. Permissiveness

Generally speaking, Japan's drinking culture is regarded as permissive. A typology of drinking cultures in terms of strictness and permissiveness put forward by Pittman(1967) suggest-

ed four types of drinking culture; 1) abstinent cultures that consistently demonstrate prohibitive or negative attitudes toward any form of drinking(e.g., Islam); 2) ambivalent cultures where both positive and negative values attached to alcohol coexist within a single value system(e.g., the United States and Ireland); 3) permissive cultures that are basically permissive toward drinking, but that negatively sanction drunkenness or other types of pathological drinking(e.g., Spain, Italy, Jewish society, and Japan); and 4) over-permissive cultures that accept not only normal drinking, but also drunkenness or even occasionally pathological forms of drinking(e.g., Japan). As shown in the typology, Pittman's observation that Japan is a typical example of an over-permissive culture coincides with our own experience. The discussion that follows is devoted to exploring the reality of permissiveness in terms of the frequency of drinking, and the social perception of drinking and drunkenness from the viewpoints of mental illness and legal control.

(a) Frequency of drinking

Table 1 summarizes the results of several surveys regarding the frequency of drinking among the Japanese male population. As shown in the Table, nearly half of the male subjects

Table 1. Frequency of Weekly Drinking Among Japan's General Male Population

(%)

Place	Nationwide	Tokyo Environs	Yamanashi	Akita	Kochi	Tokyo
(N)	(16766)	(565)	(1716)	(2020)	(646)	(185)
Survey Year	1976	1979	1980	1981-1982	1981	1984
Daily	37.2	30.6	35.3	44.9	37.7	37.8
More than 4 days	9.0	9.7	9.6	19.8	19.2	15.1
1-3 days	17.9	19.3	12.3	14.2	11.1	14.6
Sometimes/seldom	19.1	25.0	20.2	14.1	13.5	18.9
Nondrinker	15.7	13.5	15.6	3.1	15.4	8.6
Stop drinking	—	2.0	6.3	3.1	3.1	2.7
D.K.	1.0	—	0.7	0.8	—	2.2

throughout Japan imbibe alcohol more frequently than every two days, and one-third drink daily. Whereas everyday drinking may in fact be practiced even in societies that restrict alcohol use, such as in Protestant nations, such indulgence is never accepted socially as normal drinking behavior. At least in the light of such social norms and consciousness, it is apparently a deviant type of drinking behavior. By contrast, everyday drinking in Japanese society is usually accepted both in reality and in our norm-consciousness. This could be best illustrated by the term, "banshaku." Banshaku refers literally to a habitual drinking pattern restricted to night time drinking. For this reason banshaku deserves sociocultural significance. Because drinking hours are normatively limited to after work, banshaku hardly contradicts Japan's traditional work ethic. And besides being complementary to the ethic of hard work, proper banshaku may serve as a mechanism for the stimulation of labor by helping people to recover from fatigue. It is precisely for this reason that habitual drinking, being barely distinguished from addiction, is often permitted under the name of banshaku. At the same time, because permissiveness toward drinking is contingent upon conformity to the work ethic, daytime drinking, excessive drinking, or the deleterious influence of drinking on work through health impairment should attract negative sanctions.

(b) *Social perception of drinking and drunkenness*

If one considers how society perceives drinking by the terms used in everyday life, it is possible to point out a general tendency to treat hard drinkers as heroes by calling them "shugo" (hard drinkers), or by derogating nondrinkers by calling them "geko" (nondrinkers), which implies an inferior, or even totally unacceptable, social standing. Unlike smoking

that is basically regarded as a personal choice, not to drink is synonymous with being unable to drink. Indeed, individuals who do not drink are often labeled as "incapable persons" or "bad mixers," reflecting the values and social attitude that a man should have the ability to drink. From this, it should be readily understood that the high frequency of drinking among Japanese males reflects the positive social perception of drinking.

It should also be noted that the high permissiveness of Japan's drinking culture similarly holds true for drunkenness. The expression, "a heaven for drunkenness," was once debated in the vernacular journalism. At its extreme, "bureiko" parties, where the prevailing social pecking order or role relationships is permitted to be ignored, may symbolize more aptly than anything else the permissiveness toward drunkenness in Japan. In drinking parties, not only shared drinking, but also shared drunkenness is forced, for "it isn't fair of you not to get drunk." This "forcefulness" may appear odd in the eyes of non-Japanese. Sargent(1967) in her study of Japanese drinking patterns mentions that "drinking without becoming drunk is shunned, because it casts a chill over the company." She, in fact, cited these words from D. Plath, an outstanding anthropologist with a tremendous knowledge of Japan. At any rate, the author assumes that drinking and drunkenness shared by group members provide a crucial point in understanding Japan's problem of alcohol dependence and its control. The latter will be discussed later in this paper.

Probably because of the fact that Japanese permissiveness toward drinking is buttressed by positive social perceptions, chronic alcoholism is unlikely to be regarded as a mental illness in Japan, comprising less than ten percent in the survey of the sixties(Table 2). It was only during the eighties that the figures

have come to resemble those of surveys conducted in the fifties in the United States and Canada.

(c) *Legal regulation*

Japanese regulations on drinking are virtually nonexistent. This is evident from the frequent occurrence of drunkenness in public places. A drunken man creating a noisome disturbance, vomiting, and even losing consciousness on a bench, would usually be considered a problem drinker. For most Japanese, however, such scenes have become more or less a part of daily life, whereas such occurrences are usually considered a problem in other societies. In Sweden for instance, to encourage moderate drinking and to check excessive drinking, a liquor control policy has been established in the following fields: 1) availability control, 2) opportunity control, and 3) consumption control. In addition, a deviant must pay for excessive drunkenness by submitting to legal punishment or to a period of probation. We must admit that the severe regulatory control in Sweden contrasts sharply with the laxity in Japan.

Moreover, countries like Sweden and the United States place severe restrictions on alcohol advertising, whereas Japanese television advertising is virtually free of restrictions. Similarly, Japan's highly visible liquor-vending machines have invited severe criticism from

abroad. In the author's survey, from a sample of 625 males, 72.6% agreed with the statement that "drinking or not drinking is a personal matter, and there is no need for its restriction." Only 6.4% disagreed with the statement. Considering the fact that the legal system basically reflects the mores or values of the people, it is quite apparent that leniency toward alcohol in terms of legal restriction is linked to the social acceptance of drinking and drunkenness.

3-2. *Sociality*

The author wishes to point out that in addition to permissiveness, sociality is a highly visible characteristic of Japan's drinking culture. In any society, drinking patterns are transmitted to succeeding generations within the context of sociality. This accepted wisdom probably derived from a concern to control the intake levels of substances considered harmful. Sociality in Japanese drinking, however, cannot be understood solely from this aspect. This is because the author presumes that our drinking culture may be characterized by a "stronger sociality."

(a) *The social aspect of drinking*

What is involved in the sociality of drinking? Literally speaking, drinking comprises the physiological activity of intaking alcohol into the body, an activity generally believed to be influenced only minimally by sociocultural fac-

Table 2. Percentage of Respondents Who Could Identify the Alcoholic Case of Star's Vignette Test as a "Mental Disorder"

Place	Osaka ¹⁾	U.S.A. ²⁾	Canada ³⁾ Blackfoot	Baltimore ⁴⁾
(N)	(549)	(3500)	(540)	(1738)
Survey Year	1963	1955	1957	1962
(%)	8.7	29	25	62

1) Osaka Research Institute of Public Health (1973)

2) Star (1955)

3) Cumming and Cumming (1957)

4) Lemkau (1962)

tors. Drinking, however, considering the problem of acetaldehyde, occasionally induces a poisonous reaction. Drinking should therefore be distinguished from such purely physiological activities as staving off hunger by eating between meals. To quench our thirst by drinking alcohol in the daytime is not always justifiable. Even if drinking is considered to be physiological behavior, some aspects of sociality must also be recognized. Accordingly, it seems more correct to say that drinking is a social behavior as well as a social phenomenon.

Through all ages and cultures, alcohol has played an effective role in facilitating social interaction. Drinking also entails social expectations concerning its effects, or rules and manners of drinking until the practice begins to function as a facilitator. For instance, in American society the role of alcohol at a party is well recognized, as is evidenced by such statements as "a drink is useful for social mixing." Strangers are encouraged to drink to stimulate conversation at a party, but not to the extent of overt drunkenness, which would soon become a target of disapproval. From this, it is suggested that the sociality of drinking usually refers to the following: 1) drinking is accepted as a social device to get people together, which as a result limits drinking to certain social settings. In addition, 2) drinking always entails social expectations or manners, which may vary cross-culturally.

At the risk of putting the conclusion before the discussion, the author would identify "stronger sociality" in Japan within these above-mentioned contexts.

(b) *"stronger sociality" ; a symbol of social constitution*

As in the drinking ceremonies of American Indians, Japan's drinking rituals also function as a symbol of friendship. As shown above, the social function of drinking in Western societies

is also demonstrable to some extent. But, regardless of the socializing function of drinking, little attention is paid to filling up the empty glass of others. This reflects a view that one should help oneself if one wants to drink more, which makes a clear distinction from the Japanese way of drinking. This mode is illustrated by "being poured and pouring" and the Japanese custom of entertaining guests with alcohol as a matter of social courtesy. This context is obvious from such Japanese expressions as "furumai zake" (alcohol for entertaining), "iwai sake" (alcohol for celebration), "sui kyaku" (a drunken guest), etc.

In addition, alcohol with its prominent symbolism in Japan often serves not only to facilitate but also to cement social relationships. A drinking party is often held for starting new relationships, for enhancing old companionships, or for strengthening group solidarity. If a person turns down a drinking invitation, he is likely to be ostracized, being categorized as a "bad mixer." In extreme situations, alcohol plays an important part in enforcing a relationship, often with a threatening expression such as, "Dare you refuse to drink my liquor?" Drinking is also useful for making up with others, saying, "Let's drink away, to forgive and forget."

If our assumption is correct that alcohol is frequently utilized for cementing social relationships, it is possible to advance the hypothesis that alcohol consumption should be expanded in situations where geographical and occupational mobility are high, because in such situations establishing social relationships is of vital importance. Certainly, Japan has experienced a striking expansion in alcohol consumption during the present period of high economic growth. It has also been said that among the background factors accounting for the marked increase in alcohol consumption are the rise in buying power, the diminution in liquor taxes,

Fig. 1-1. Economic growth and per-capita alcohol consumption

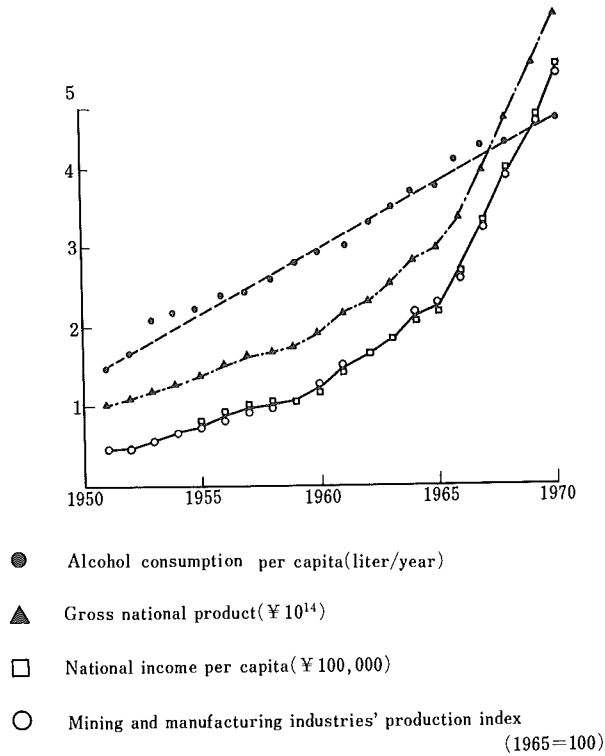
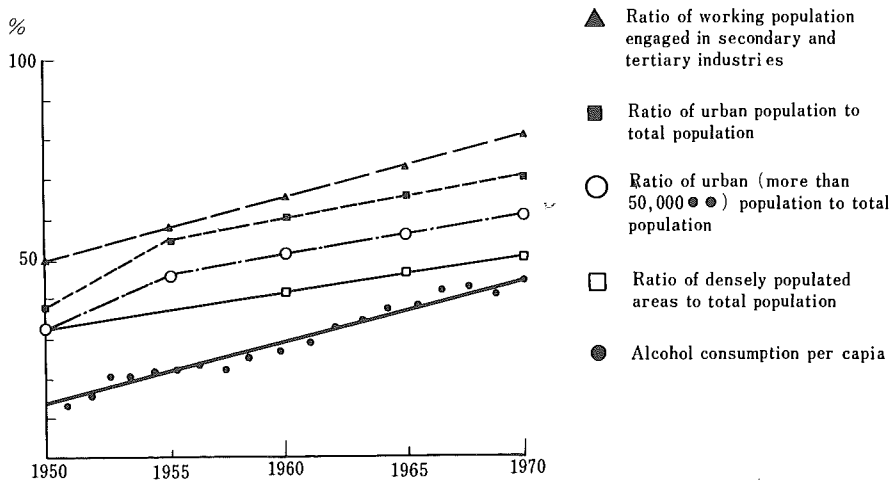


Fig. 1-2. Urbanization and transition in alcohol consumption



the expansion of leisure time, the concentration of alcohol advertising targeted at the female and young population the upturn in the drinking population, the dissemination of vending machines for alcohol, etc. In addition to these factors, from the perspective of the alcoholic social system, it is equally tenable to insist that when rapid social change and social mobility were accelerated, the need for the reconstruction and maintenance of new relationships contributed to the increased consumption of alcohol.

One study that provides support for our assumption is that by Nukata(1975), which shows that an increase in liquor consumption is more strongly related to the social index than to the economic index. The economic index had continued to reveal a correlation with liquor consumption until a given stage of economic development, but its correlation started to weaken through the low rate of increased alcohol consumption(Figure 1). An economic index in his study includes income and production/services, such as GNP, national income per capita, and production index. His social index consists of the ratio of the working population engaged in secondary and tertiary industries, the ratio of densely populated areas, and the ratio of urban population to total population. Thus, the social index in his study, being similar to an index of urbanization, refers to the movement of population in terms of occupation or region.

The author's assumption is further buttressed by data showing that a rapid increase in alcohol consumption was more likely to occur in a large city where the need was stronger for reconstruction of social relations because of higher social mobility. The oldest available data from 1970 shows that the pure alcohol consumption per capita of the adult male population in both Tokyo and Osaka was about the

national average. In the case of Osaka, it was even below the national average. It may be reasonable to assume that this tendency would have held true before 1970, as well. In the meantime, however, a gradual increase in consumption began to emerge. In 1978, the per-capita pure alcohol consumption of Tokyo's adult population (including females) climbed to the top in the nation. The top Tokyo's was 10.29 liters, and Osaka's consumption was 8.33 liters, tenth highest among 47 prefectures.

In light of the above facts, we would expect that liquor deeply penetrates and profoundly influences the social, economic, political, and administrative spheres of Japanese life. Alcohol, in sum, either directly or indirectly, plays a significant role in every aspect of social organization including the establishment of social relations, their maintenance, reinforcement, reestablishment, reconciliation, and possibly even coercion. The author has interpreted Japanese drinking from its prominent symbolism for social organization in another paper, with the claim that, "alcohol occupies such a significant part in organizing our society that society could hardly function properly without it." This statement seems highly plausible at this point.

(c) *Drinking and stress reduction ; another effects upon social organization*

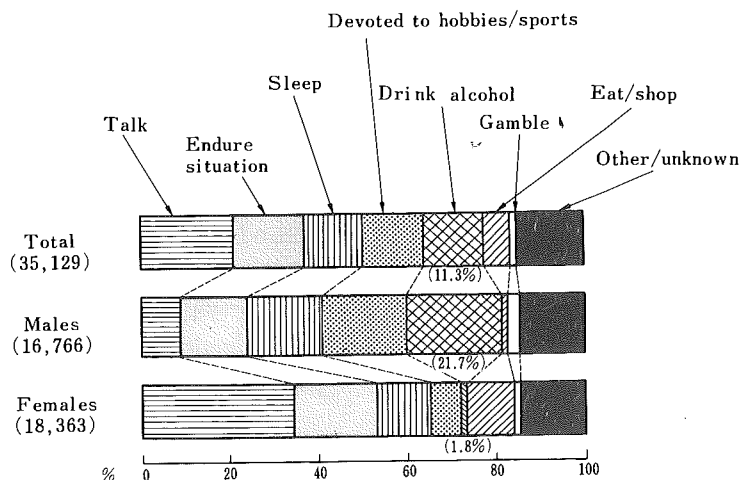
As the familiar expressions, "drown one's sorrows in drink" implies, it is also an another characteristic of Japan's drinking culture that alcohol is largely employed to escape from difficulties. In Western societies where individualism and a strong ego are admired, "to drown one's sorrows in drink" may be disparaged, because it indicates vulnerability or defeat. In Japan, however, it is accepted to a considerable extent, reflecting a higher overall level of permissiveness toward alcohol. Drinking as a diversion has become a part of Japanese song,

such as "namida zake" (a tear-stained drink), "urami zake (a drink with a grudge), "wakare zake(a farewell drink), and "hitori zake(a solitary drink). Drinking is apparently one of the most commonly adopted coping strategies for stress reduction among the Japanese male population. According to the Survey on Health and Hygiene Consciousness, conducted by the Ministry of Health and Welfare (1979), "If things do not work out as expected, or if you feel irritated," 21.7% of the male population resorts to drinking. This constitutes the most frequently adopted coping behavior among males, as compared with chatting by females(Figure 2). This pattern has not only changed at all a decade later, but rather has become more prominent. The use of alcoholic beverages for the reduction of stress or tension also shows a definite increase to 36.7% for males and 6.3% for females, for a total increase of 20.8%(Fukushi Doko Chosa, 1990). Moreover, a detailed examination of results from the working population makes it clear that respondents in the 35-44-year age stratum are most likely to have "a complaint in daily life" (68.8%), and concomitantly are more likely to resort to drinking as a coping strategy than among any other age

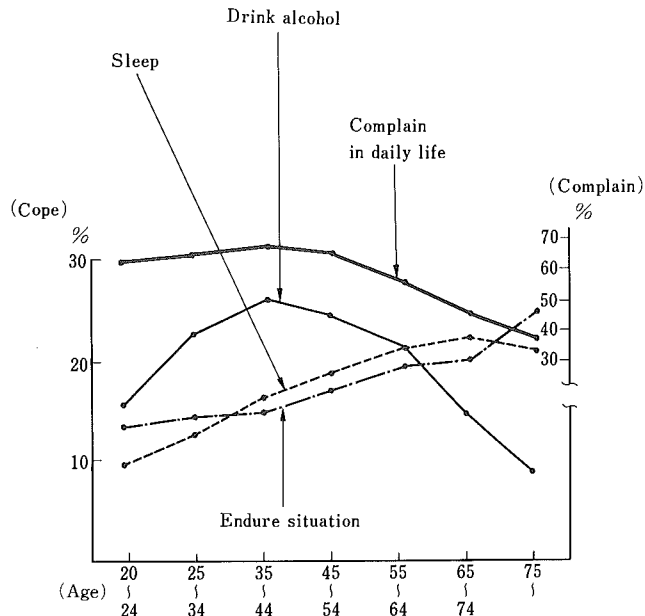
stratum (Figure 3). It should be noted here that it is the middle-aged group, allegedly prone to an increase of suicide, mild depression, and divorce, whose stress seems to be reduced most markedly by alcohol.

Two researches bear upon this issue. One study concerns the stress of the Japanese male workers experiencing single-posting transfer without family accompaniment, who are, in most cases, middle-aged and in the managerial class. Among 78 male respondents whose stress levels increased after leaving their families, "drinking" appeared to be the most common coping behavior, followed by "telephoning home," and "returning home to see his family." Another research, conducted by a local bank, surveyed 400 wives of salaried workers in the Tokyo region. For the question asking "the first thing a wife wants her husband to stop," "excessive drinking" was the most frequent response (26%), followed by "excessive smoking" (20%), and "coming home late" (15%). In addition, "the first thing a wife wants her husband to do", were "informing her of his coming home late" and "taking good care of his health", each of which was mentioned by more than 30% of the respondents. A tendency

Fig. 2. Coping patterns of Japanese*



*Ministry of Health and Welfare (1979)



explicit in the results of the above research may depict a typical life pattern for a Japanese middle-aged male: he is absent from home until late at night for the benefit of his family, himself, and his company, even to the extent of continually being apart from his family. As a result, he tries to alleviate his stress by drinking.

As mentioned earlier, in Japanese society with its strong group orientation, shared drinking has become an indispensable tool for the establishment, maintenance, and reconciliation of friendly social relations. It also seems that this aspect of shared drinking is strongly related to another aspect: the reduction of stress caused by human relationships or the way of living, as the saying goes, "You can't fight city hall." These two aspects are inseparable, forming two sides of the same coin.

The presence of a company drinking party or of a company drinking companion in Japanese society, which is allegedly to be rare in Western

societies, explains the importance of human relations in Japanese companies. Such human relations are so essential that they produce considerable tension, which as a result makes a release of tension indispensable for maintenance of the occupational system. The concept of familism in Japanese labor-management relations has attracted the interest of Westerners. In Western occupational systems where direct confrontation inside the company often takes place with a high occupational mobility facilitating transfer to another job, tension tends to be released openly, or the release of tension is regarded as a personal matter. In Japan, however, where tension is rarely released openly in a daily work situation, and where a lifetime employment system discourages moving to another job, the release of tension tends to be suppressed. The release of suppressed aggression and tension inherent in Japanese work relations is usually restricted to the following two situations: firstly, the family

as "a place of rest and relaxation," a view supported by both the people and policies, and secondly, a chaotic but ritualized drinking party (e.g., year-end party, drinking party at a company-sponsored recreational trip). In any case, the communication through alcohol that enables individuals to verbalize and to act out latent tension either in direct or indirect ways, is vitally important in Japan.

(d) *Drinking and the principle of social constitution*

Of concern to us here is why our drinking culture, regardless of advances in societal management exhibits such permissiveness and sociality. One possible interpretation the author employs is the principle of social constitution, which values and utilizes the social effects brought about through drinking and drunkenness.

In some Western societies, public drunkenness has a negative implication. In Japan, however, desirable inebriation is clearly distinguished from undersirable drunkenness by articulation of the term "sake guse" (one's behavior when drunk). Undersirable drunkenness is often criticized by such expressions as "he becomes a different person when drunk," "syuran" (a violent type), or simply, "he behaves badly when drunk." Explicit in undesirable drunkenness is its combination with aggressiveness, which may result in damage to human relationships. In contrast, the essence of desirable drunkenness lies in "shared drunkenness." As noted, to be a part of shared drunkenness in Japan's group-oriented society contributes toward maintaining the social identity for each member, as well as to integrating the group. Because identities are maintained in such a manner, a feeling of emptiness and loneliness may emerge after the party. Nevertheless, participation in drinking parties continues to provide a symbolic meaning for each individ-

ual, each group, and society. Likewise, infrequent invitations to drinking sessions by other group members implies nonacceptance, a situation which best described by the phrases, "to be kept at a distance" or "to be ignored." Thus, "enforcement of a relationship" by saying, "Dare you not drink my alcohol?" which is hardly understood by Western people, has a significant social meaning in Japan. That is, through shared drinking, friendship and social identity are shared. Because it involves ritualistically reproducing interdependence, shared drinking also helps to confirm in-group membership. "Bureiko" parties, where drinking and drunkenness are shared by group members, is a typical example of this type of ceremony.

As proposed by Kawashima (1950), a characteristic of Japanese traditional society is a variety of quasi-parent and child relationships or quasi-sibling relationships. The formation of these quasi relationships undergoes transition from "a relationship standing on formality" to "a close sibling-like relationship without reserve." In this process, "drinking, especially being drunk, can contribute greatly, whereas nondrinking means to be left out of the sibling-like relationship." Unless participants become frank and speak their mind with the help of alcohol, they may tend to feel psychologically insecure or unstable, or at least uncomfortable.

In the vertical society characterized by membership of a single reference group (Nakane, 1967), alcohol is utilized for intergroup linkage. Alcohol helps to weaken group defenses, and becomes a tool for smoothing the path of frank communication. Consistent with this view is the result of the Akita survey conducted by the author that reveals that 54.4% of respondents agreed with the statement, "to drink together is the best way to speak frankly," with 39.3% disagreeing.

Thus far, permissiveness toward drinking in

Table 3. Percent age of Respondents Who Answered "Yes" to Each Image of a Problem Drinker
(N = 596, %)

Personal Relationship		Labor & Economy		Health Disorder		Excessive Drinking	
Violent	Aggressive	Work Absence	Debt	Alcohol-Related Disease	Trembling	Morning Drinking	Frequent, Excessive Drinking
79.9	80.7	60.6	63.8	57.9	49.7	50.0	35.7

Japanese society has been examined from the perspective of the principle of social constitution. Although this principle recognizes the social effects brought about by drunkenness, it is equally important to note that it also indicates the limits of permissiveness. It should be kept in mind that inebriation is permitted only when it does not conflict with this principle. Its marginal range is very social, depending upon the estimation of the point at which drunkenness becomes a threat to social interaction. For example, a "drunkard" avails himself of as many opportunities as possible to drink because of his preference for alcohol; which, by itself, seldom exceeds the permitted range of drunkenness. Conversely, a severe restriction is placed on drinking for those who attempt to pick a quarrel, or who become offensive. "Let's not have him drink," or "don't share drinks with him" is an expression often applied in these situations, and the isolated party tends to be left out of the relationship.

The importance of this distinction is shown by the normative responses to the outcomes of drinking. Table 3 presents part of the results of the Akita survey conducted by the author. As shown in the Table, a drinker who disturbs "his personal relationships" is considered most problematic, followed by difficulties in work activities.

The preceding discussion will be summarized in Parsons' AGIL diagram as follows: 1) shared drinking and drunkenness serves for a group to integrate the system, and for a group member

to ascertain and integrate individual identity (I function); 2) it also has the latent function of releasing stress and tension (L function); 3) by which adjustment of the system (A function); and 4) setting up and sharing a system goal (G function) have been expedited.

3-3. Dysfunction of deterrence and control

In social organization, drinking and drunkenness constitute a doubled-edged blade. Permissiveness toward drinking and drunkenness based on the function of society tends to bring about dysfunction at both ends of the same continuum. Among the dysfunctions are health disorders such as mental problems; hepatocirrhosis; gastroduodenal ulcer; and such social disorders as violence, fighting, crime, traffic accidents, and family disorganization. This is especially the case in Japan where drinking and drunkenness shared by group members play a crucial part in maintaining social integrity. In this way, a vulnerability to dysfunction through alcohol is already built into the structure of the society, which can be conceptualized as a structural vulnerability to alcohol. Therefore, a question raised here is, how is it possible to check the dysfunctional aspects, and at the same time, appreciate the functional aspects?

Perhaps the most adequate explanation may be derived from the deterrent theory that emphasizes predominant ethnic differences. For example, as shown in Table 4, one study reports that Japanese have a high deficiency rate of ALDH-I (44%), in common with other

Table 4. Ratio of Deficiency of ALDH-I by Ethnicity

	Mongoloids		Caucasoids & Negroids		
	% (N)		% (N)		% (N)
<u>Japan</u>		<u>American Indians</u>		<u>Europe</u>	
Japanese	44 (184)	Shura (Ecuador)	69 (33)	Germans	0 (300)
Ainus	20 (80)	Atachmenous (Chile)	43 (133)	Egyptians	0 (300)
<u>China</u>		Mapuche (Chile)	41 (64)	East Indians	0 (41)
Hans	50 (120)	Sioux (N. America)	7 (97)	Turks	0 (65)
Mongolians	30 (198)	Mestizos (Mexico)	6 (46)	Jews	0 (50)
Tibetans	45 (106)	Navajo (New Mexico)	0 (58)	<u>Africa</u>	
<u>Koreans</u>	25 (209)			Liberians	0 (167)
<u>Vietnamese</u>	57 (83)			Kenyanans	0 (25)
<u>Thais (North)</u>	18 (110)			Fangs	0 (37)
<u>Filipinos</u>	14 (54)			Sudanese	0 (40)

Harada et al. (1985)

Mongoloid peoples; claiming that it is the low activity level of acetaldehyde dehydrogenase among Japanese that brings about a deterrent effect and acts as a safeguard against excessive drinking (Harada et al., 1985). This explanation, based on an "enzyme model" in the author's terminology, seems applicable for the most part. As was also pointed out in the study by Ueshima et al. (1984), the quantity of alcohol intake in the Japanese male population is not as small as it has been commonly believed. For example, in Akita prefecture, the liquor intake of the male population is as high as that of France and Germany, in which case, sociological interpretation again becomes important.

Noteworthy in this connection is the fact that drinking and drunkenness are shared by group members, which has been a central issue in the preceding discussion. The characteristics of communal drinking and inebriation can be presented as follows. First, through shared drinking, it is possible to enjoy drinking with neither inner conflict nor a sense of guilt, because the psychological acceptance of drinking and drunkenness is easily obtained. Second, even a situation such as regressive, violent misconduct at a group level is likely to be disguised in the form of "ritualized chaos"

where it seems that each person only plays a part. Third, the more that drinking and drunkenness are shared and permitted, the higher are the possibilities that latent, informal control succeeds. In addition, with an awareness of control, group consensus can be attained regarding the extent to which acting out through alcohol, such as libidinous, aggressive, and comical, is permitted; and within a permissive range, acting out is performed rather freely. Moreover, group control is closely related with looking after a drunk, or with nonpunishing intervention and care toward an occasional problem drinker. It is possible to assume that Japanese drinking situations such as the above appear similar to those in a primitive society (Horton, 1943) where chaotic disorder is obviously apparent in drinking situations; yet where the problems of excessive drunkenness and alcohol dependence are rarely recognized.

It is clear from the above that the mechanism for the simultaneous existence of permissiveness and control, by which excessive drunkenness is controlled by shared drinking and drunkenness, has significant meaning for its deterrent effects. For example, "banshaku," being similar to a solitary drink, also has a scope for exercise of informal control over consecutive

drinking outside the home because *banshaku* is considered to be a normal way of drinking by family members as long as it is done inside the home.

When an individual deviates from group control, he is given a negative sanction, through the labeling process of "alcoholic" or "problem drinker." Eventually, he will be excluded from drinking parties. After all, a permissive drinking culture is always accompanied by a selective strictness on drinking.

Generally, each deviant behavior is both functional and dysfunctional to society. Dysfunction in this context is only defined by how a possible function is disturbed. Turning to Durkheim (1895), deviance has a positive social function in such a way that 1) deviance provides the community with a common target to blame, by which interaction between community members should be facilitated, and consequently community integration is reinforced. 2) Deviance, moreover, sheds negative light on the norm boundary through the context, situation, and frequency by which definition of deviant behavior is made clear. This results in reconfirmation of community norms and collective symbols by establishing a negative outer target to obtain inner union. Thus, our concern here is not a discussion regarding the functional aspect of deviance. More attention should be given to the social need for a target of deviance for collective defense. This mechanism, which can be called offensive defense involves maintaining the normative meanings of permissiveness concerning alcohol by negative reference to a minority of deviants. Through this mechanism the problematic dysfunction of drinking serves as the negative reference point for positive maintenance of a permissive drinking culture. Thus, deterrent power is gained over the structural vulnerability to alcohol. For this mechanism to function, the alcohol problem needs to

be recognized not as a necessary evil in a permissive drinking culture, but as a personal problem in which propensity to the "scapegoating chain" (Shimizu, 1985) becomes salient. Individuals who have a likelihood of being regarded as deviant drinkers are supposed to resist, with defensive reactions, in such a way as to scapegoat other "identified alcoholics." While admitting a view that personal problems account for alcohol dependence, equally important is the severe blame leveled against deviant drinkers, the merciless labeling of alcoholics for the sake of maintaining the permissive drinking culture, and the reaction of labeled alcoholics against such scapegoating.

The above examination will give an insight into the initial questions raised in this paper: why "ritualized chaos" group drinking is often observed in Japanese society, and why, among the developed nations, Japanese society is reputed to be as least problematic, in terms of problem drinkers, as is Jewish society.

4. Implications

After the Second World War, Japanese society experienced a rapid change. The changes have brought about a shift in population, a transformation in the industrial structure, followed by change within entire communities.

Intracommunity ties or cohesion among relatives have become more attenuated than before, resulting in a weakening of the informal group control of drinking. More recently, the increase in alcohol dependence has been one of the issues widely discussed in the mass media. In large part, this may be accounted for by a rapid expansion of alcohol consumption. But, as has been noted in this paper, the weakening of informal social control over alcohol-related problems also seems responsible. The problem

of a "kitchen drinker," meaning a solitary housewife who drinks alcohol compulsively, or of the young alcoholic who suddenly develops into a problem drinker without experiencing the stage of stable habitual drinking (Higuchi et al. 1983), are both deviations from the usual situation in which shared drunkenness by group members is identified with group control. In addition, wisdom in our drinking culture, such as "drink slowly, or your drinking gets control of you," has not been fully transmitted to younger people. This failure may account for the recent high incidence of acute alcoholism caused by excessive drinking among the younger population.

Finally, in connection with the changes in communities, the applicability of the *alcoholic social system* concept may differ in each community, and the appearance of alcohol-related problems is also subject to variation. Subvariation within Japan's drinking culture and behavior are issues that space limitations prevent including here; but these have been extensively discussed in another paper by the author (Shimizu, 1982).

References

- Cumming, E. and J. Cumming: Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education. Harvard University Press, Cambridge, 1957.
- Durkheim, E.: Les Règles de la Méthode Sociologique. Alcan, Paris, 1895.
- Harada, S. et al.: ALDH I Kessongata no Bumpu to Alcohol Shohiryo [Distribution of ALDH I Deficiency and Alcohol Consumption]. Alcohol Kenkyuu to Yakubutsu Izon [Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence], 20(Supplement): 234-235, 1985. [Japanese]
- Higuchi, S. et al.: Jakunen Alcohol-shosha ni Kansuru Kenkyuu [A Study on Young Alcoholics]. Alcohol Kenkyuu to Yakubutsu Izon [Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence], 18: 422-436, 1983. [Japanese]
- Horton, D.: The Functions of Alcohol in Primitive Society: A Crosscultural Study. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 4: 199-320, 1943.
- Jellinek, E.M.: The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse Press, New Haven, 1960.
- Kawashima, T.: Nihon Shakai no Kazoku-teki Kosei [Familial Composition of Japanese Society]. Nihon Hyoron-shinsha, Tokyo, 1950. [Japanese]
- Lemkau, P.V.: An Urban Population's Opinions and Knowledge Regarding Mental Illness. American Journal of Psychiatry, 118: 692-700, 1962.
- Ministry of Health and Welfare (Japan): Showa 54-nendo Hoken Eisei Kisochoza Gaiyo [Report of Survey of Consciousness for Health and Hygiene]. Tokyo, 1979. [Japanese]
- Ministry of Health and Welfare (Japan): Showa 63-nendo Fukusi Douko Chosa [Report of Survey of Health and Welfare]. Tokyo, 1990. [Japanese]
- Mulford, H.A.: Stages in the Alcoholic Process: Toward a Cumulative, Nonsequential Index. Journal of Studies on Alcohol, 38: 563-583. 1977.
- Nakane, C.: Tate-shakai no Ningen Kankei [Japanese Society]. Kodansha, Tokyo, 1967. [Japanese]
- Nukata, Akira: Inshu no Seitai [The Habits of Drinking], in Nishikawa et al. (eds.), Nihon no Inshu wo Kangaeru [Japanese Drinking Considered]. Igakushoin, Tokyo, 2-17, 1975. [Japanese]
- Pittman, D.J.: International Overview: Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological. in Pittman(ed.), Alcoholism. Harper & Row, New York, 3-20, 1967.
- Sargent, M.J.: Changes in Japanese Drinking Patterns. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 28: 709-722, 1967.
- Shimizu, S.: Gendai Shakai to Alcohol Izon [Changing Japanese Society and Alcohol Dependence: With the Concept of an "Alcoholic Social System"]. Seishin Igaku [Psychiatry], 24: 1271-1280, 1982. [Japanese]

- Shimizu, S.: Coping Mechanism Against the Vulnerability to Negative Consequences of a Permissive Drinking Culture: Social Control of Deviant Drinkers in Japan. Osaka Shiritsu Daigaku Seikatukagaku-bu Kiyō [Annual Report of the Sciences of Living, Osaka City University], 33: 291-300, 1985.
- Star, S.A.: The Public's Ideas About Mental Illness. National Opinion Ceter; University of Chicago, Chicago, 1955.
- Ueshima, H. et al.: Alcohol Sesshuryō no Kokusai Hikaku [An International Comparison of Alcohol Intake: Is Alcohol Intake for Men in Japan Lower than in Other Industrialized Countries?]. Alcohol Kenkyū to Yakubutsu Izon [Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence], 19(Supplement): 252-253, 1984. [Japanese]

Abstract

Japan's drinking culture has generally been per-

ceived to be "very permissive." This perception is appropriate even at present, and is delineated in detail in this paper. When, however, we go further to analyze the compatibility between Japan's overly permissive drinking culture and the relatively few casualties arising from drinking, we are certainly expected to shed light upon the relationships of the drinking culture's components. We should clarify the mechanism by which the functional and dysfunctional outcomes of drinking are balanced. This will constitute the second issue of this paper.

Five characteristic components of Japan's drinking culture were defined and integratively constructed into an ideal type, termed an "Alcoholic Social System." The elements through mutual interconnection are integrated into a system making possible simultaneously both permissiveness and control over drinking. The permissiveness and sociality of Japanese drinking are described with concrete instances observed in everyday life.

【原著】

精神障害者施設と地域住民間に生じたコンフリクト (地域紛争) の発生状況とその要因

—都道府県レベルで把握された地域問題事例の全国調査から—

大島 巖* 上田 洋也**

抄録：障害者施設と地域住民間のコンフリクト（地域紛争）の発生状況を、全国および都道府県レベルの障害者に関わる主要な機関や団体（254団体）に対する郵送調査によって明らかにした。その結果、204機関・団体（80.5%）から回答があり、全国で62例の問題事例が把握された。問題となった施設と地域の特徴、コンフリクトの内容と経過・帰結を整理し、地域住民のコミュニティ意識の観点からコンフリクトの要因に考察を加えた。

精神保健研究 36 ; 101-112, 1990

Key words: *conflict, social perception, prejudice, institutions for the disabled, mental disorders*

はじめに

精神分裂病者を中心とする精神障害者の社会復帰に関する対策や地域ケアの対策の遅れは従来から指摘されて来たが⁶⁾、近年ようやく、全国的に小規模作業所作りの動きが盛んになったり、各地の保健所ではデイケアが実施されたり、共同住居が作られたり、地域で生活をする精神障害者たちの「受け皿」が整備されつつある¹⁵⁾。また、1987年に改正された精神保健法には、精神障害者社会復帰施設として福祉型の地域ケア施設が用意された⁸⁾。このように、精神障害者を地域で支える活動が

活発になってくると、これらの施設と一般住民の接点が多くなり、それまで地域から隔絶されていた精神障害者（施設）と住民間の葛藤や軋轢がしばしば問題にされる¹⁷⁾。その代表的なものは「施設反対運動」などの地域住民との社会的コンフリクト（地域紛争、以下単にコンフリクトと呼ぶ）である。このような地域の反応は、ようやく育ち始めた地域ケアの芽を摘み取ってしまうおそれさえあり、それを生み出す社会的条件を探ることが重要な課題となる。

本稿ではまず、精神障害者を含む障害者一般を対象とした社会福祉・社会復帰施設と一般地域住民間にコンフリクトが経験された地域問題事例（以下、単に問題事例と呼ぶ）の全国的実態を明らかにする。次いで、問題の発生に関わる諸要因を、都道府県レベルで把握した情報から抽出する。

なお、本研究では精神障害者以外の障害者をも対象に含めている。それは、一つには法制度の整っている身体障害者や精神薄弱者などの障害者は、精神障害者に先んじて地域ケア施策が進んでおり、その領域での蓄積が多いと考えられたことと、いま一つには、一般の障害者に比べて精神障害者はより一般社会の人々の理解を得にくいと言われて

Social Conflict between Institutions for the Disabled and the General Inhabitants: A Nationwide Distribution of the Conflict and its Factors.

*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〕

Iwao Oshima: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

**青葉台ハウス Hiroya Ueda: Aobadai House

いるため⁴⁾、両障害間の差がどの程度であるかを
知る必要があると考えたからである。

I. 対象と方法

本研究では、まず都道府県レベルで把握された
問題事例の全体像を明らかにしたいと考え、全国
の都道府県および政令市の障害者に関連する主要
な機関・団体に郵送調査を行い、必要に応じて電
話での問い合わせをした。

この機関・団体とは、

- 1) 都道府県（および政令市）障害福祉主管課
〈57機関〉
- 2) 精神保健センター（センターがない場合は精
神保健主管課）〈48機関〉
- 3) 都道府県（および政令市）社会福祉協議会
〈57団体〉
- 4) 都道府県（および政令市）精神薄弱者育成会
〈48団体〉
- 5) 都道府県精神障害者家族会〈41団体〉、の計251
機関・団体であった。

この他に、全国規模の団体として、日本重症児
福祉協会と日本精神薄弱者愛護協会、全国肢体不
自由児施設運営協議会の3団体にも同様に回答を
依頼した。また、個人情報も可能な限り収集する
こととした。

さて今回対象とした問題事例は以下の条件を満
たすものとして、該当事例の報告を求めた。

すなわち、

1. 最近10年の間に発生したもの。
2. 回答の対象になる施設は、障害者（身体障害
者、精神薄弱者、精神障害者など）の利用や入
所を目的とした社会福祉・社会復帰施設である。
既に設立されているものに限らず、現在設立準
備中のもの、反対運動のため設立を見合わせた
ものなども含めることとした。
3. 問題事例とは、地域住民とのコンフリクトの
ため以下のように、施設を設置・運営して行く
上で特に大きな支障があったものを指す。
イ) 設立を中止した（している）。
ロ) 開所の時期が1年以上延期された（してい
る）。

ハ) 移転を余儀なくされた。

ニ) 利用者の利用が甚だしく制限されている
（障害者の外出の制限、利用日の制限など）。

ホ) 地域住民とのコンフリクトがマスコミ（地
方紙を含む）に取り上げられた。

以上の問題事例に対する調査内容は、「問題に
なった施設の名称」「施設の種類」「コンフリクト
が発生した地区」「コンフリクト発生の時期」「コ
ンフリクトの概要」「その後の経過」「現在住民側
の条件で受け入れているもの」「コンフリクトの原
因についてのコメント」である。

なお、調査を実施したのは関東地方が1987年2
月～3月、その他の地方は1987年10月～1988年2
月である。

II. 結 果

1. 調査実施状況および把握された問題事例

今回、調査を依頼した254団体中、204団体から
回答を得ることができた（回収率80.3%）。回収率
は、全国の問題事例発生状況を検討する上で基本
になるものなのでその状況をまず見ておくことに
したい（表1参照）。

団体の種類別に見ると、精神保健センター（あ
るいは精神保健主管課）は48件中47件で97.9%の
回収率があった。また、障害福祉主管課は57件中
52件で91.2%と、これらの行政機関の回収率は高
かった。精神障害者家族会は41件中33件で80.5%、
精神薄弱者育成会は48件中39件で81.3%である。
一方、社会福祉協議会は57件中32件の56.1%とあ
まり回答されていない。地方別では、各地方とも
回収率に大きな差異はなかった。

また、表1に示すように、東京都以外の全ての
道府県で三つ以上の団体から回答が得られており
（東京都では二団体）、精神障害者領域と他の障害
者領域に区分してみると、各都道府県とも双方の
領域からの回答が得られている。

全体の回収率が8割を越えていること、各都道
府県の精神障害者領域と他の障害者領域双方から
の回答が得られていることを考えて、都道府県レ
ベルで把握されている問題事例については、今回
ほぼその全体像を把握できたものとする。

表1 都道府県各機関・団体の回収状況と問題事例報告状況

都道府県	センタ	家族会	主管課	社協	育成会	都道府県	センタ	家族会	主管課	社協	育成会	都道府県	センタ	家族会	主管課	社協	育成会	都道府県	センタ	家族会	主管課	社協	育成会
北海道	○	○	●	●	●	富山県	○	○	○	—	○	鳥取県	○	○	○	○	—	鹿児島県	○	○	○	○	—
青森県	○	/	○	○	—	石川県	○	●	○	○	○	島根県	○	○	○	○	—	沖縄県	○	/	○	○	—
岩手県	○	—	○	○	○	福井県	○	●	○	—	—	岡山県	●	○	○	—	○	札幌市	/	/	○	—	/
宮城県	○	○	○	—	○	山梨県	○	○	○	—	○	広島県	●	●	○	○	○	横浜市	/	/	—	—	/
秋田県	○	/	○	—	○	長野県	○	○	○	○	●	山口県	○	●	○	—	○	川崎市	●	/	○	●	/
山形県	●	●	●	—	●	岐阜県	○	○	○	—	—	徳島県	○	○	○	○	●	名古屋市	/	/	○	○	●
福島県	○	/	●	●	●	静岡県	●	●	●	○	●	香川県	●	●	○	○	○	京都市	/	/	○	—	/
茨城県	●	—	○	○	○	愛知県	●	●	○	—	●	愛媛県	○	○	○	—	○	大阪市	/	/	—	○	/
栃木県	○	—	○	○	○	三重県	●	●	○	—	○	高知県	○	—	○	○	○	神戸市	/	/	●	○	/
群馬県	●	●	○	—	○	滋賀県	○	—	●	○	—	福岡県	●	●	●	—	○	広島市	/	/	○	○	/
埼玉県	●	●	●	—	●	京都府	●	—	○	○	○	佐賀県	○	○	○	—	○	北九州市	/	/	○	—	/
千葉県	●	●	—	○	○	大阪府	—	○	●	—	●	長崎県	○	○	○	—	○	福岡市	/	/	○	○	/
東京都	●	—	—	●	—	兵庫県	○	●	●	—	○	熊本県	○	—	○	—	○	回答数	47	33	52	32	39
神奈川県	●	●	—	●	○	奈良県	○	/	●	●	—	大分県	○	○	○	○	○						
新潟県	○	○	○	○	○	和歌山県	○	/	●	○	●	宮崎県	○	○	○	○	○						

●：回答あり，問題事例あり。 ○：回答あり，問題事例なし。 —：回答なし。 /：該当なし，発送せず。

全国レベルでは肢体不自由児施設より回答あり

表2 障害種別 問題事例発生年，施設の種別

	精神障害		精神薄弱		その他		全体	
(1) 問題事例発生年								
78年以前	3	9.4%	2	7.4%	1	33.3%	6	9.7%
79, 80年	2	6.3%	4	14.8%			6	9.7%
81, 82年	6	18.8%	3	11.1%	1	33.3%	10	16.1%
83, 84年	6	18.8%	7	25.9%	1	33.3%	14	22.6%
85, 86年	11	34.4%	7	25.9%			18	29.0%
87, 88年	4	12.5%	4	14.8%			8	12.9%
(2) 地区区分								
北海道・東北	1	3.1%	3	11.1%	1	33.3%	5	8.1
関東	14	43.8%	5	18.5%	2	66.7%	21	33.9
中部	5	15.6%	4	14.8%			9	14.5
近畿	4	12.5%	12	44.4%			16	25.8
中国・四国	5	15.6%	1	3.7%			6	9.7
九州	3	9.4%	2	7.4%			5	8.1
(3) 施設種別								
作業所	21	65.6%	2	7.4%	1	33.3%	24	38.7%
通所授産施設			5	18.5%			5	8.6%
グループホーム	2	6.3%					2	3.2%
作業所	1	3.1%					1	1.6%
入所施設	1	3.1%	20	74.1%	1	33.3%	22	35.5%
病院	3	9.4%					3	4.8%
相談指導機関					1	33.3%	1	1.6%
デイケアセンター等	4	12.5%					4	6.5%
全体のケース	32	100.0%	27	100.0%	3	100.0%	62	100.0%

表3 関東地方と近畿地方における障害区分別問題事例発生の年次推移

		78年以前	79, 80年	81, 82年	83, 84年	85, 86年	87, 88年	全 体
関東地方	精神障害 %	1 7.1		4 28.6	3 21.4	5 35.7	1 7.1	14 66.7
	その他の 障害 %	2 28.6	1 14.3	4 57.1				7 23.8
	小 計	3	1	8	3	5	1	21
近畿地方	精神障害 %			1 25.0	2 50.0		1 25.0	4 25.0
	その他の 障害 %		2 16.7		2 16.7	4 33.3	4 33.3	12 75.0
	小 計	0	2	1	4	4	5	16

さて、これらの回答の中から、66例の問題事例が把握された。このうち、回答内容から判断して、問題が軽微で本研究の問題事例の定義に合致しない4例（いずれも精神薄弱者の施設）を除き62例を分析対象とした。

62例には3例の精神科医療施設が含まれていた。これは、厳密には問題事例の条件2の「社会復帰・社会福祉施設」に当てはまらない。しかし、ひとつには、この中に代表的な問題事例が含まれていること、いま一つには精神障害者の居住施設が全国的にはきわめて少なく精神病院がその機能の一部を果たしていることと理由から、これらを分析事例に加えた。

なお、問題事例の報告があったのは28都道府県であり、最高は兵庫県の6件、次いで、埼玉県、東京都、神奈川県、の5件であった。

2. 問題となった施設の特徴 (表2参照)

62例の問題事例中、精神障害者施設の問題事例は32例(51.6%)、精神薄弱者施設は27例(43.5%)、その他(心身障害者一般、パーチェット病)が3例4.8%である。なお、障害者一般を対象とする施設を計画したところ反対運動を受け、精神障害者だけを除外した事例は精神障害者施設に含めている。

問題事例の発生した年を2年ごとに見ると(表2-1)、「85-86年」と「83-84年」が多い。これは、障害区分や施設種別に関わらず同様の傾向にある。

地域的には(表2-2)、人口が密集している関

東(21例, 33.9%)と近畿(16例, 25.8%)に多い。特に兵庫、東京、神奈川など大都市を抱えた地域やその周辺地域に問題事例が多数報告されていた。

問題事例の地域分布には障害別の偏りがある。精神障害者施設32施設のうち、14施設(43.8%)が関東地方に集中していた。これに対して、精神薄弱者施設27施設のうち12施設(44.4%)は近畿地方の施設である。

関東地方に限ってみると、年代的な動向として精神障害者施設に対する問題事例は比較的新しく、1981年以降目だって増えて来る(表3参照)。これに対して、その他の障害者施設は1982年以前には報告があるものの、それ以後には認められなかった。他方これとは対照的に、近畿地方では近年になって精神薄弱者等施設に問題事例の報告が多い。

施設種別にみると(表2-3)、「作業所」が最も多く24例(38.7%)、次いで更生施設などの「入所施設」が22例(35.5%)である。この二種別の施設が他を引き離している。その他は、「通所授産施設」5例(8.1%)「病院」3例(4.8%)「デイケアセンター等」4例(6.5%)と続く。

これを障害別にみると、精神障害者で「作業所」、精神薄弱者で「入所施設」が最も多い。「作業所」は精神障害者施設32施設中の21例(65.6%)を占めている。また精神障害者の作業所は、「作業所」の問題事例24例中の87.5%になる。このように、精神障害者施設の地域問題の大半は作業所問題であり、同時に作業所に対する反対運動の大部分が精神障害者施設でもある。これに対して、「入





所施設」は精神薄弱者施設の74.1%であり、また「入所施設」全体に占める精神薄弱者施設の割合は90.9%となる。すなわち、精神薄弱者施設の場合の地域問題は「入所施設」問題であると言える。

3. コンフリクトの内容 (表4参照)

住民側の反対運動の主体としては、自治会ぐるみのこともあれば (No. 6, 8, 13, 14, 22, 25, 28, 37, 59, 60; 表4における事例番号である。網掛け文字は精神障害者施設以外の事例。以下同様)、一部住民による反対運動のこともある。一部住民の場合、少数の住民が反対したため設置主体が無理をせず、代替地での開設や利用条件を設定した事例 (No. 4, 7, 9, 16, 18, 34) から、住民が反対同盟を結成するものまである (No. 1, 15, 28, 39)。中には、「生活と環境を守る会」(No. 15) など露骨に排除の意志を表わした名称のところもあった。

反対運動の形態としては、反対要求を施設側に訴える程度のものから (No. 22)、看板やパンフレットを用いて広く反対の意志表示をするもの (No. 2, 28, 46, 47)、そして行政や議会への反対要請や陳情 (No. 8, 28) と議会での反対決議 (No. 1, 20, 28) と進み、さらに住民投票 (No. 60) を行うもの、反対署名集めや反対決議 (No. 8, 37, 58, 60)、訴訟を起こすもの (No. 35, 48, 62) などもある。

精神障害者以外の施設では、住民投票や署名、訴訟など公的な手続きによって自らの反対意志を表明する機会が多い (しかしその住民側の意向は認められないことが多い) のに対して、精神障害

者施設では住民の意向に設置主体や行政が敏感に反応して、速やかにその要請に沿う形で (予定地変更などの) 対応をするところが多いのが特徴である。

4. コンフリクトへの対応と帰結

最初にコンフリクトの帰結を見ておくと (表5参照)、最も多いのは「予定地を変更して設置」で16例 (25.8%) である。このうち10例は、作業所を中心とする精神障害者の施設であった。また、「計画を中断する、他を探す」は10例 (16.1%)、「計画を中止する」は6例 (9.7%) あった。

これに対して、何れの形で当初の予定地に設置できたのは31例 (50.0%) である。そして、このうち「理解が得られ問題なし」は14例 (22.6%) あった。残りの17例 (27.4%) は何らかの条件を受け入れて開設している。

受け入れた条件には、利用者の利用を甚だしく制限するもの (8例)【外出の制限、利用日の制限、窓に遮蔽枠、送迎バスの利用、施設規模の縮小、女子のみを対象、精神障害者を除外等】から、施設設置に対する反対給付として住民の居住環境などに対する利便をはかるもの (5例)【公園用地拡張、道路を新設、汚水中の窒素成分除去、植樹】、住民の利便にも一部関わるが、施設を開放して地域の一施設として位置づけようとするもの (4例)【行事共催、交流ホームの開設、会議室を住民が利用等】まで様々であるが、おおむねコンフリクトを住民側の意向を受け入れる形で解決するものが多い。

表5 障害区分別コンフリクトの帰結 (複数回答)

障害区分	計画中止	他を探 す 計画中断 ／	予定地変更	開精神を外 し 設	条件付き受け入れ					問題解 得られ なし	ケ全 1体 スの
					条件小 計	条制 限 的	住 民 利 便	施 設 開 放	不 条 件 内 容		
精神障害 %	4 12.5	4 12.5	10 31.3	1 3.1	7 21.9	5 15.6		1 3.1	1 3.1	7 21.9	32 100.0
精神薄弱 %	2 7.4	6 22.2	5 18.5		8 29.6	2 7.4	4 14.8	3 11.1	2 7.4	6 22.2	27 100.0
その他 %			1 33.3		2 66.7	1 33.3	1 33.3			1 33.3	3 100.0
合計 %	6 9.7	10 16.1	16 25.8	2 3.2	17 27.4	7 11.3	5 8.1	4 6.5	3 4.8	14 22.6	62 100.0

コンフリクトを解決するために採られた対応では、対応した主体別に(1)施設開設者側、(2)行政、(3)自治会・町内会と分類できる。

施設開設者側の対応として実態として最も多く、かつ対決回避的な対処方法は、先ほど見てきた通り「予定地の変更」(16例)「計画中断」(10例)「計画中止」(6例)がある。他方、住民に対する積極的な対処としては、「話し合いの場を持ち理解に努める」(No. 56)「再三、説明会。地域交流に努める」(No. 41)「個別訪問して説得」(No. 42)「ビラ・手紙で事情説明」(No. 36)「他の作業所を見学」(No. 12)「自宅の開放」(No. 38)などがあつた。

行政は仲介者としての役割をしばしば果たす。市町村や保健所が仲介して座談会や説明会、計画調整協議会などを持つ場合 (No. 15, 29, 30, 33, 37, 42, 53), 地域との交渉の肩代りをする場合 (No. 13, 62), 関連他施設の見学を斡旋する場合 (No. 13, 32) などがある。また、これらが不調に終わり代替地の斡旋をする場合 (No. 1, 20, 61) もあつた。

地元の対応としては、反対住民に対して「町内

会長を通じて説得し、反対が消失」(No. 7)「青年団の積極的な働きかけ」(No. 41) などがある。

5. 担当が見るコンフリクトの原因 (表6参照)

コンフリクトの「真の」原因は、その問題に関わった当事者や関係者のそれぞれの意見を聴取し、総合的に判断しなければ明らかにならない。ここでは、調査票に回答した担当が見るコンフリクトの原因をまとめておく。

コンフリクトの原因としては、住民側の問題や利害に関わることと、施設設置主体や行政の対応方法の問題に起因するものと分けられる。

住民側の要因としては、「危険視」が18例で最も多い。このうち、12例までが精神障害者施設の問題であつた。この中には、「エレベーターに子どもが乗り合わせたのが気味悪く何をされるかわからない、と苦情」(No. 21) という不安反応も含まれる。精神薄弱者施設では「危険視」が4例あつたが、これは「精神薄弱者=精神障害者=危険という偏見が住民の動揺を惹起した」(No. 58) という回答があるように、「精神薄弱と精神障害の混同」が危険視と結び付くと考えられている。

表6 担当が見るコンフリクトの原因

問題事例の原因	障 害 種 別					全 体		
	精神障害		精神薄弱		その他		N	%
住民側の原因, 反対理由	N	%	N	%	N	%	N	%
危険視, 身体的危害の可能性	12	37.5	4	14.8	2	66.7	18	29.0
精神薄弱と精神障害混同/精神だから	2	6.3	5	18.5	0.0		7	11.3
無理解, 目に触れる機会不足	3	9.4	7	25.9	0.0		10	16.1
住居環境の悪化, 町のイメージダウン		0.0	6	22.2	0.0		6	9.7
地価が下がる		0.0	1	3.7	1	33.3	2	3.2
地元利益ない	2	6.3		0.0		0.0	2	3.2
以前に他施設などから迷惑行為	1	3.1	2	7.4		0.0	3	4.8
直接的な不利益 (営業・汚水)		0.0	3	11.1		0.0	3	4.8
よそ者がくる	1	3.1	1	3.7	1	33.3	3	4.8
地域住民としての自覚不足		0.0	1	3.7		0.0	1	1.6
住宅地に隣接		0.0	2	7.4		0.0	2	3.2
設置主体や行政の問題								
PR不足, 根回し不足	3	9.4	3	11.1		0.0	6	9.7
事前の了解を取らない	1	3.1	2	7.4		0.0	3	4.8
行政の不手際, 高圧的態度	1	3.1	1	3.7		0.0	2	3.2
行政一般に対する不信任	1	3.1		0.0		0.0	1	1.6
双方の意見対立								
公共用地の利用に関わるトラブル		0.0	3	11.1	2	66.7	5	8.1
その他	3	9.4		0.0		0.0	3	4.8
原因が記述されず	11	34.4	2	7.4		0.0	13	21.0

加えていうと、精神障害者施設でも「覚醒剤中毒施設建設とのデマによるパニック」(No. 8)というように、より危険性を主張しうる施設が反対運動のターゲットとして登場することもある。

一方、具体的な利害に関わることが反対の原因となることも少なからずある。「住環境の破壊、町のイメージダウン」(6例)は、「地価が下がる」(2例)や「地元利益がない」(2例)とも連なる住民意識であり、特に精神薄弱者施設で比較的多く出される反対理由である。より実際的な利害に関わる問題としては、「他施設などからの迷惑行為」(3例)「営業上、汚水など直接的な不利益」(3例)などもある。

施設や行政側の要因としては、「PR不足、根回し不足」(6例)「事前の了解を取らない」(3例)、さらには「行政の不手際、高圧的態度」(2例)などの対応の問題があり、それらが住民意識を悪化させる契機になる。

住民の利害と行政の対応方法の双方が絡むコンフリクトとしては、「公共用地の利用に関係するトラブル」(5例)がある。これは、すべて精神障害者施設以外の問題であった。

以上まとめると、精神障害者施設の特徴としては、「危険」という拒否反応が前面に出ており他の理由はあまり鮮明ではないことが挙げられる。これに加えて、回答者が原因を記述していないものも11例(34.4%)あり、県レベルの担当者でさえ、「精神障害者だから」という以上のより詳細な原因を把握しにくかった状況を窺わせる。

III. 考 察

1. 問題事例の発生数について

本調査研究で把握された問題事例は、10年間に全国で62件であった。これは、木原⁴⁾が全国の精神薄弱者施設を対象に行った調査で、施設建設時に44%が地域から何らかの反対を受けたという報告と比較して少数といえる。

本調査では問題事例の定義を、「設立中止」「開所を1年以上延期」「移転」「利用の制限」「マスコミが取り上げる」など限定の厳しいものとしたため、比較的大きな問題事例のみが抽出されてきた

と言えよう。木原⁴⁾の調査でも、「反対が強くて困った」は88施設中8施設に過ぎなかった(本調査で同様の施設は20例)。また、大島¹²⁾が精神障害者の利用する全国の作業所を対象に行った調査結果では、作業所設立時に234施設中19例(8.1%)に地域の反対があったが、本研究の問題事例の定義に合致する事例は、「予定地の変更」が5例、「規模の縮小」が1例の6例(2.6%)程度であった。なお、本調査では精神障害者作業所が21施設把握されており大島¹²⁾より多いが、これは本調査に、実際は開設できなかった事例が含まれていること、調査時点が新しいこと、問題事例の定義が同じでないこと、などの理由からであろう。

しかし、本調査技法上の限界も存在する。まず、特に都道府県の行政機関から把握した事例に関しては、回答する担当者の持つ情報量にアンバランスがあるものと推測される。たとえば、担当者が変わると新しい担当者による過去の問題事例の把握は不十分になる。実際に、1980年以前の問題事例数は他年次に比較して少ないが、これには担当者が十分な情報を持っていないことによる影響を考慮すべきである。また、回答者の把握レベルについては、関係者がその時期に特に注目している問題が選択的に回答される可能性がある。たとえば、精神障害者の小規模作業所はここ数年、地域の専門職と家族会関係者の熱心な運動の中から生み出されたが、この関心の高まりが精神障害者の作業所を問題事例として把握しやすくしている側面に注目する必要がある。

ところで本調査では、精神障害者施設と精神薄弱者施設の問題が主に取り上げられており、身体障害者施設はあまり把握されていない。これは、精神障害者以外の障害については精神薄弱者を中心に把握したことの影響があるものと考えられる。すなわち、障害者団体としては都道府県レベルでは精神薄弱者育成会のみ調査を依頼し、また都道府県の障害福祉担当課に関しても、精神薄弱と身体障害が分かれている場合にはまず精神薄弱者窓口へ発送している(但し、44都道府県までは同一窓口)。

これらの調査技法上の限界を考慮にいれた上で、本調査は全ての都道府県からの回答を精神障害者

とその他の障害者について把握しており、問題事例の定義も都道府県レベルで十分把握可能な客観的事実に基づいて回答を依頼している。したがって、少なくとも精神障害者施設と精神薄弱者施設に関しては、概ね全国的な問題事例の状況を把握し得たものと考えられる。

2. 精神障害者施設と他の障害者施設の比較

本調査の結果から、精神障害者施設と他の障害者施設の地域関係における相違点は次の6点にまとめられる。

1) 精神障害者施設の問題事例は関東地方に多く、同地方では近年増加傾向にある、2) 施設種別としては小規模作業所が大部分を占めている、3) 住民投票や訴訟など公的手続きに訴える事例がほとんどなく、住民の意向に速やかに沿う形で解決を図ろうとしている、4) 予定地を変更して設置するところが多い、5) コンフリクトの原因として「危険」という拒否反応が前面に出ており、経済的利害関係などの理由はほとんど挙げられていない。6) 「精神障害」が直接の理由で反対を受けることがあり、中には共同利用から精神障害を外すところもある。

第1点と第2点に関連して、ここ数年間、全国的に小規模作業所が飛躍的な勢いで増加している事実に触れる必要がある^{9,13,15)}。今回、調査対象とした社会復帰・社会福祉施設のうち、精神障害者施設では小規模作業所以外の施設はきわめて少ない¹⁵⁾。小規模作業所は、1986、7年頃より開設数が急上昇したことが知られており^{9,13)}、地域関係が最もデリケートな開設当初の問題が本調査で把握されてきているのであろう。一方、作業所の設置数は特に東京都・神奈川県を中心とした関東地方に多い。調査実施年における全国精神障害者家族会連合会(全家連)の調査¹⁵⁾によれば、全国の精神障害者作業所259箇所中(1990年には428箇所、全家連調)、関東地方の作業所は94箇所(36.3%)を占めていた。すなわち、ひとつには、作業所が関東地方に集中して設立された結果、問題事例数が同地方に多く観察されることになったのであろう。

ところで、精神薄弱者の小規模作業所数は、全国で1658箇所あり最近10年間でも1200箇所以上設

立されている¹⁶⁾。これは、精神障害者作業所の約4倍に当たるにも関わらず、問題事例数は2例のみであった。近年、精神障害者関係者の関心が作業所に向かっているとはいえ、情報の偏りによる回答数の増加だけで説明できる差ではない。精神障害者を対象とする作業所の方が問題事例化しやすい傾向は否定できないものと思われる。

しかし、それに関しても作業所づくり運動の时期的な推移に注目する必要がある。すなわち、精神薄弱者の作業所作り運動は1977、8年頃から盛んになってきており、精神障害者よりも10年ほど先行している¹⁶⁾。作業所作りの初期の時期には、地域住民がその種の施設に不慣れであったばかりでなく、運動に関わる関係者も地域住民への対応方法やどのような地域関係を結んで行ったら良いのかについて不案内であり、そのために本来避けられるはずの住民とのコンフリクトが生じてしまう側面があるものと思われる。

さて、第3点と4点については、特に精神障害者施設の場合、前述のとおり施設側が地域住民に対する対応方法に不慣れであることも相俟って、積極的に地域住民に働き掛けをするより対決回避的な「予定地の変更」などの対応を取ってしまう傾向を反映している(例えばNo. 4の作業所)。またそれに加えて、作業所のような小規模施設では設置計画の変更が比較的容易である。このような、施設側の地域に対する働きかけの消極姿勢が、把握される問題事例数(特に予定地変更)を増加させている側面も見逃せない。

しかし、第5点や6点のような「精神障害=危険」というステレオタイプが住民のその他の利害を正統化し、施設側では対応が及び腰になってしまう面もある。他の障害者施設の場合には、反対運動の背景に「居住環境の悪化や地価が下がるのは困る」「公用地を自分達に直接利益ある形で利用したい」などの現実的な利害意識が少なからず存在する。精神障害者施設でも同様の住民意識があるのであろうが、それらが頭在化しないまま、女性や子供に対する危害(No. 22など)という理由だけで十分強力な反対理由となり得ているように思われる。

以上のように、精神障害者の施設に関しては、

地域住民側としても「精神障害者」という理由だけで反対運動を起こしやすく、また他の障害では反対が起きにくい作業所などの小規模施設でも反対が起こっている。しかし、精神障害者施設側の対応がまだ不慣れであること、地域住民も他の障害者以上に、実際に地域で生活する精神障害者に関する知識を持ち合わせていないことなどの原因もあり、一概に精神障害者施設の地域定着が難しいと結論することはできない。

3. 問題事例の発生要因と対策

一般社会における「コンフリクト」とは、稀少な価値をめぐる相互に直接あるいは間接の否定的行為を加え合う状態を指す²⁾。本研究における地域問題事例のコンフリクトは、一方では地域住民の側からの反対運動という形をとって、障害者施設に対して否定的行為が行われる。他方の施設側では訴訟などの対抗措置を取ることも稀にはあるものの(No. 62など)、直接的な否定的行為を行うことは少ない。そのため、コンフリクトの解決には、施設側が引き下がってその地域での設置を断念するか(52%)、住民側が出した条件を施設側が譲歩して受け入れるか(27%)が主な対処方法となり、施設側は専ら受身の立場に立っているかのように見える。

しかし、明らかにコンフリクト状態がそこに存在しているのは、地域にある障害者施設を作ろうとする行為自体が、地域住民にとっては否定的行為と見なされているからである。すなわちこれは、障害者なり障害者施設なりを地域社会における構成要素の一部としてではなく、異物として認識しているために他ならず³⁾、この認識方法こそが看過できない問題として受け止める必要がある。

もともと障害者はある地域の住民だったのであり、障害者がその地域の中で生活していくための様々な手だてを講じることはごく自然なことといえる。したがってそれだけで、他の地域住民とコンフリクトに発展する原因にはなり得ない。本研究の問題事例で地域住民とのコンフリクトが観察されたのは、この自然な地域のプロセスが何らかの形で崩されて来たためと見ることが出来よう。

このような基本認識を元に、本調査結果からい

くつかのレベルの違った原因を指摘することができる。

第1点は、都市部における伝統的なコミュニティの解体である。問題事例の発生が関東地方や近畿地方の都市部に多いことがこれを裏付けている。

第2点は、大規模施設の問題である。特に精神薄弱者施設では、更生援護施設などの大規模施設に対する住民の反応が主要な問題となった。大規模施設であれば、その地域に本来いる以上の障害者が施設内に生活しており、加えて施設内部の動きが地域住民には見えにくく、そのために障害者が同じ住民であるという認識を持ちにくい。また、施設が大規模な社会的装置であるが故に、地域の様々な利害が交錯しやすくもある¹⁰⁾。

第3点は前節で触れたとおり、障害者、特に精神障害者が危険で気味が悪いというステレオタイプな理解をされやすいことである。この場合、その障害者は幼いころ共に遊んだ〇〇君や△△ちゃんではなく、危害を及ぼす別人として認識されてしまう。

第4点は、施設側や行政の対応方法の問題である。地域社会には、独自の意志決定メカニズムがあり、地域の一員として認知されるためには、その地域に合った手続きで了解を求めていく必要がある。行政や施設側の受け入れるのが当然だという高圧的な態度(No. 27, 57, 60など)や、近くの公有地を住民との十分な話し合いを欠いたまま施設に転用するなどの住民軽視の姿勢(No. 33, 47, 60)は、しばしば地域住民の感情的な反発を生む。そして、和田¹⁴⁾が指摘するようにコンフリクトに潜む感情的要素が問題解決をきわめて難しくしてしまう。

第5点は、施設建設にともなう現実的な利害対立である。日照の減少、交通量の増加、汚水の排水、入所者の実際の迷惑行為などは、ある場合にどうしても起こってしまう。しかし、これは障害者施設に限られたことではなく、それぞれの状況に応じて地域の中で解決すべき問題である。

これらの原因の解消は必ずしも容易ではないが、具体的な指摘が可能なものもある。具体的な利害対立については十分な話し合いの機会を持つこと、

大規模施設の問題については今後可能な限り小規模施設を設置していくこと⁷⁾, ステレオタイプな障害者の認識に対しては障害者との交流をできるだけ増やしていくこと^{3,10)}, 施設側や行政の対応の問題に関してはその地域に合った方法で誠意を持って説明すること⁵⁾, コンフリクトから感情的要素を可能な限り排除できるよう第三者の仲介が持てるようにすること¹⁴⁾などである。

しかし、障害者施設に関するコンフリクトの根源は、先ほど指摘したように、障害者や障害者施設を、地域の構成員としてではなく異物として捉えようとする住民意識にあるといえよう。それは、地域住民の一般的なコミュニティ意識とも密接な関連していることはこれまで指摘してきた通りである。近年、大都市部やその周辺地域では新しいコミュニティづくりの必要性が強調されるが、その動きに障害者を含む社会的弱者の受け入れの問題を明確に位置づけていく必要がある。障害者施設と地域住民のコンフリクトは、今後のコミュニティのあり方を占う重要な試金石となるであろうと考えるからである。

なお関東地方では、地域型施設の設置が、精神障害者施設に先行して進む他の障害者施設において、住民の反対運動の発生が少なくなっている。地域住民の受け入れ意識に何らかの変化があったことが推測され、精神障害者施設においても今後の展開に期待される。

文 献

- 1) 赤坂憲雄：排除の現象学。洋泉社，東京，1986。
- 2) 濱島朗，竹内郁郎，石川晃弘編：社会学小辞典。有斐閣，東京，1977。
- 3) 石川信義：心病める人たち。岩波新書，東京，1990。
- 4) 木原孝久：やっぱり嫌われていた“精薄施設”。福祉教育研究（福祉教育研究会）1：1-8，1974。
- 5) 中村佐織：障害者施設の開放化戦略と地域住民の参加——ソーシャルワークの視点から。園田恭一（代表）：保健と福祉のコミュニティづくりに関する研究。昭和62年度文部省科学研究費補助金研究成果報告書，東京，1988。
- 6) 岡上和雄，大島巖，荒井元傳編：日本の精神障害者。ミネルヴァ書房，京都，1988。
- 7) 大野智也：障害者はいま。岩波新書，東京，1988。
- 8) 大島巖：精神保健法と社会的リハビリテーション。社会精神医学12：123-130，1989。
- 9) 大島巖：精神障害者が利用する作業所のおかれている現状と今後の展望。臨床心理学研究25：36-46，1988。
- 10) 大島巖，中村佐織，山崎喜比古他：障害者を包み込んだ保健と福祉のコミュニティづくりに関する調査研究——福祉施設や精神病院の社会化・開放化と周辺住民の受け入れ姿勢・園田恭一（代表）：保健と福祉のコミュニティづくりに関する研究。昭和62年度文部省科学研究費補助金研究成果報告書，東京，1988。
- 11) 大島巖，山崎喜比古，中村佐織，小沢温：日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観——開放的な処遇をする一精神病院の周辺住民調査から。社会精神医学12：286-297，1989。
- 12) 大島巖，和田修一：精神障害者が利用する作業所の設立運営と地域社会の受け入れ態勢——全国の作業所を対象とした調査の結果から一。福祉展望6：71-81，1988。
- 13) 作業所活動のあり方研究（菱山珠夫）：精神障害者が利用する作業所の実情と活動のあり方に関する研究。全家連，東京，1987。
- 14) 和田修一：コンフリクトを生み出す社会的要因と解決プロセス。精神保健研究所特別研究報告書：精神障害者施設と地域住民のこれからの関わり方に関する実証的研究。国立精神・神経センター精神保健研究所，千葉，1990。
- 15) 全国精神障害者家族会連合会：全国社会資源名簿。全家連，東京，1990。
- 16) 全日本精神薄弱者育成会：生活の拠点を身近な社会に第38回全国大会資料集，全日本精神薄弱者育成会，東京，1989。

Abstract

The nationwide distribution of the social conflict between the disabled's institutions and the general inhabitants were surveyed by mail. Subjects were 254 representative agencies and organizations related to the disabled of all prefectures in Japan. 62 cases under the conflict in the last ten years were found out. The feature of the cases was described and the factors of the conflict were discussed from the perspective of inhabitants' perception of the community.

【原著】

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)

—GHQによる神経症群の出現頻度—

椎谷 淳二* 栗田 広** 宗像 恒次***

抄録：全国の精神薄弱関係施設従事者を対象に精神健康に関する調査を実施し、3013名から有効回答を得た。精神健康尺度により推定された神経症群の出現頻度は、精神薄弱関係施設職員全体で34.7%であり、看護婦（士）や中学校教員と同様の高い値であった。神経症群の多発する職員層としては、「女性」、「年齢30歳未満」、「通算経験年数6年未満」、「一般職員クラス」、「指導員・保母・療法士」などであった。

精神保健研究 36 ; 113-121, 1990

Key word: *mental health, neurosis, staff members of social welfare facilities for the mentally retarded*

I. はじめに

本研究は、日本全国の精神薄弱関係施設職員の“燃えつき状態”をはじめとする精神健康状態の実態を明らかにし、それらの精神健康状態に関連するさまざまな心理社会的背景の影響について数

Mental Health of Staff Members in Social Welfare Facilities for the Mentally Retarded and Their Social Background: The First Report.

*国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Junji Shiiya: Division of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

**国立精神・神経センター精神保健研究所, 精神薄弱部

Hiroshi Kurita: Division of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

***筑波大学体育科学系健康管理学

Tsunetsugu Munakata: Institute of Health and Sports Sciences, University of Tsukuba.

量的に推定・分析するとともに、領域は異なるが同じ対人サービスを担う専門職である医師、看護婦（士）、中学校教員の場合と比較することを目的とする。

日本精神薄弱者愛護協会が精神薄弱施設職員ハンドブックとして1982年に発行した「はじめて施設に働くあなたへ」では、精神薄弱関係施設職員の中に、時として仕事に対する充実感や積極性が失われ、逆に不安、焦り、無力感、自信喪失、孤立感などが強まる現象が観察されることを指摘した上で、施設職員自身の人間形成、生活設計のためのいくつかの助言を提供している。このような現象は、精神薄弱関係施設職員のように直接対人サービスを担う専門従事者にとっては、本人の精神健康問題のみならず、園生等に対するケア・サービスが機械的・表面的になり、ひいては園生等に対してマイナスの影響を及ぼす危険性があるという意味で、その予防と対策は重要な課題であるといわなければならない。

保健、医療、福祉、教育など主に対人サービスを基本とする諸領域で仕事をする専門従事者についての、燃えつき現象をはじめとする精神健康に関する調査研究は、我が国では宗像らを中心とし

て、一般医師(精神科医以外)、精神科医師、看護婦(士)、中学校教員についての研究結果が、またそれらのコントロール群として都市一般住民人口に対する同様の研究結果が発表されている²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾。そこでは、燃えつき現象をはじめとする精神健康状態は、都市一般住民人口と比較したとき医師は比較的良好であるのに対し、看護婦(士)と中学校教員では有意に不良であることが明らかにされている。

一方、精神薄弱関係施設職員を含む社会福祉領域の専門従事者を対象としたこの種の研究は、その重要性にもかかわらず、これまでに我が国で報告されたものはまだない。海外でも精神薄弱関係施設職員の精神健康に関する研究は少なく、米国のCatonらが州立精神薄弱施設職員を対象にストレスと燃えつき現象の関連について調査した研究報告があるが、そのサンプルは1つの施設の職員192名を対象とするに止どまっている⁷⁾。本研究は、精神薄弱関係施設職員についてはもちろんのこと、社会福祉領域の専門従事者を対象とする精神健康調査としては、我が国で初めてのものであり、大規模な全国調査という点では、国際的にも類例のないものである。

本稿は、本研究の調査分析結果の第一報として、日本語版一般健康調査30項目短縮版(GHQ30項目版)に基づいて推定された神経症群の出現頻度と、いくつかの社会的背景による出現頻度の差について、明らかにしようとするものである。

II. 対象と方法

1. 調査の対象と方法

財団法人日本精神薄弱者愛護協会発行の全国精神薄弱関係施設名簿(1988年版)に基づく、全国精神薄弱関係施設(精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、精神薄弱者更生施設(入所、通所)、精神薄弱者授産施設(入所、通所)、精神薄弱者通勤寮、精神薄弱者福祉ホーム)全2092施設のうち、あらかじめ各施設長に対するアンケート調査を行った結果、本調査への協力の意志を表明した1028施設(49.1%)の中から、さらに確率比例抽出法によって抽出した216施設(10.3%)につい

て、そこに常勤正職員として勤務する職員全員4523名を、本調査の対象とした。

本研究で用いた「施設職員の精神健康に関する調査」票(付録資料)は、宗像らによる昭和59年度ならびに昭和60年度の文部省科学研究「治療者及び看護者の精神衛生に関する研究」で用いられた「医師及び看護婦の精神健康管理に関する調査」票⁸⁾、「教員の精神健康管理に関する調査」票⁹⁾を土台にして、新たに作成したものである。

調査は無記名自記式アンケート調査であり、郵送法に基づき、対象施設ごとに職員の人数分の調査票を郵送し、記入済みの調査票はプライバシーを確保するため回答者が各自の返信用封筒に入れて封をした上で、各自であるいは施設ごとにまとめて返送してもらう方法で実施した。調査時期は、1989年の8月から9月までの2ヶ月間である。

有効回収サンプル数は3013名、有効回収率は66.6%であった。

2. 日本語版一般健康調査30項目短縮版の信頼性と妥当性

本研究で用いた日本語版一般健康調査30項目短縮版(以下、GHQ30項目版と略称する)は、英国のGoldbergによって開発されたGeneral Health Questionnaire(GHQ)の中川らによる邦訳版の短縮版であり、神経症患者についてその妥当性や信頼性がすでに検討されている¹⁰⁾。この尺度は精神健康度の有効な測定尺度であり、より健康な状態から、不安、睡眠障害、心気的傾向、抑うつ傾向や自律神経系の反映する項目など、広汎な特性を表す内容からなっている。とりわけこの尺度によって、神経症(不安神経症、恐怖症、強迫神経症、心気症、ヒステリー、抑うつ神経症、人格障害など)と抑うつ症の症状がよく測定できる。

この尺度において何点以上を神経症、抑うつ症圏とするかについては議論のあるところであるが、ここでは7/8をカットオフポイントとしている。外来患者(N=30)を対象とした宗像らの調査では、神経症圏についてのこのカットオフポイントと精神科医の診断とのパーセント一致率は83.8%、Kappaは0.62であり、また、抑うつ症の場合のパーセント一致率は86.2%、Kappaは0.72である³⁾。

本尺度の主成分分析および信頼性係数の結果は、第一因子固有値が9.7244、寄与率が32.4%、バリマックス法による回転後の因子数が6、信頼性係数 α は0.9218である。

III. 結 果

1. 出現頻度

GHQ30項目版により神経症・抑うつ症圏にあると推定される神経症群の比率は、調査対象となった精神薄弱関係施設職員全体の34.7% (N=3013) であった。この比率は、中学校教員 (千葉県市川市, N=204) の32.8%³⁾、病院に勤務する看護婦 (士) (全国, N=164) の36.6%²⁾と比べると差はみられないが、都市一般人口 (千葉県市川市, N=102) の20.8%³⁾、同じく都市一般人口 (東京都杉並区・北区, N=353) の28.6%⁴⁾、精神科医師を除く大きな病院の一般医師 (全国, N=211) の16.0%²⁾、精神科医師 (全国, N=121) の21.5%²⁾と比べると、有意 (一般人口 (千葉県市川市) $P < 0.01$, 一般人口 (東京都杉並区・北区) $P < 0.05$, 一般医師 $P < 0.001$, 精神科医師 $P < 0.01$) に高いものである (表1)。

2. 性別

次に、精神薄弱関係施設職員の属性や職務上の背景との関連についてみていこう (表2)。

初めに職員の性別であるが、女性 (38.0%) が男性 (30.2%) に比べて推定された神経症群の割

合が有意 ($P < 0.001$) に高い。この結果は、さまざまな調査結果から一般に女性のほうが高い出現頻度を示す傾向があるとはいえ、精神薄弱関係施設の職員の場合でも、特に女性職員に精神健康問題がより大きいことをうかがわせている。

3. 年齢階級別

年齢階級別では、年齢の低い層ほど推定された神経症群の割合が高く、年齢の高い層ほどその割合が低くなる傾向が顕著にみられる ($\chi^2 = 86.514$, $P < 0.001$)。推定された神経症群の出現頻度は、30歳未満の若い年齢層 (44.1%) と30~39歳 (35.9%) との間に有意 ($P < 0.001$) な差があり、また、30~39歳 (35.9%) と40歳以上の中高年齢層 (24.7%) との間にも、有意 ($P < 0.001$) な差が認められる。一般に年齢が低い層ほど推定された神経症群の出現頻度は高い傾向があるが、ここでも同様の結果を示している。

4. 通算経験年数別

精神薄弱関係施設職員としての通算経験年数別では、全般に経験年数の短い層ほど推定された神経症群の割合が高く、経験年数の長いいわばベテラン層ほど割合が低くなっている ($\chi^2 = 21.234$, $P < 0.001$)。通算経験年数6年未満の層 (38.8%) ではとりわけ神経症群の出現頻度が高く、通算経験年数6~9年の層 (36.1%) との差はないものの、通算経験年数6年以上の層全体 (32.5%) との間には有意 ($P < 0.001$) な差が認められる。

中学校教員と看護婦 (士) の場合には経験年数

表1 推定された神経症群の職業別比較

			推定された神経症群 (%)	精神薄弱関係施設 職員 (34.7%, N= 3013) との比較 (t 値)
精神薄弱関係施設職員	(全国)	(N=3013)	34.7	—
一般人口	(千葉県市川市)	(N=102)	20.8	2.910**
一般人口	(東京都杉並区, 北区)	(N=353)	28.6	2.288*
中学校教員	(千葉県市川市)	(N=204)	32.8	0.552
看護婦 (士)	(全国)	(N=164)	36.6	0.497
一般医師	(全国)	(N=211)	16.0	5.565***
精神科医師	(全国)	(N=121)	21.5	3.001**

注1: 一般医師とは、精神科医師以外の医師をいう。

注2: *…… $P < 0.05$ **…… $P < 0.01$ ***…… $P < 0.001$

6年未満の層以外にも、前者で通算経験年数20～29年、後者で10～19年と30年以上の層で、それぞれ神経症群出現頻度の高まりがみられるのに対し、精神薄弱関係施設職員の場合は、年齢や経験年数を積み重ねるほど神経症群の出現頻度がほぼ直線的に減少していることが特徴的である(図)。

5. 職位別

対象サンプルを職位に応じて、課長クラス以上(管理職)、係長・主任クラス(中間管理職)、一般職員クラス(非管理職)の3群に分けてみると、管理職など職位の高いクラスほど推定された神経症群の割合が低い傾向がみられる($\chi^2=26.599$, $P<0.001$)。課長クラス以上の管理職(23.9%)と係長・主任クラス(28.6%)との間に差はないが、一般職員クラス(37.3%)では、係長・主任クラスと比べて有意($P<0.001$)に高い割合で神経症群の出現が認められる。

6. 職種別

施設内の数多い職種を、「管理職(施設長、副施設長、寮長など)」、「保健婦・看護婦(看護職員)」、「指導員・保母・療法士(生活指導員、作業指導員、保母、寮母、作業療法士、理学療法士、言語療法士、音楽療法士、心理療法士など)」、「事務職員」、「その他の職種(栄養士、調理員、運転手、用務員、その他の職員)」の5群に分けて比較してみると、指導員・保母・療法士(37.7%)および保健婦・看護婦(35.9%)など、直接園生の療育に携わる職種で、推定された神経症群が高い

割合を示している。

指導員・保母・療法士における推定された神経症群の出現頻度(37.7%)は、保健婦・看護婦以外のすべての職種と比較して有意($P<0.01$)に高く、また、有意な差ではないが他領域の病院看護婦(士)(36.6%, $N=164$)や中学校教員(32.8%, $N=204$)を上回るものである。保健婦・看護婦の場合は、指導員・保母・療法士(37.7%)および事務職員(28.0%)との差はみられないが、管理職(22.1%)やその他の職種(25.5%)に比べると有意($P<0.05$)に高い。なお、精神薄弱関係施設に勤務する保健婦・看護婦と病院に勤務する看護婦(士)(36.6%, $N=164$)との間には有意な差はみられない。

指導員・保母・療法士の職にある職員が対象サンプル全体の74.0%を占めていること、指導員・保母・療法士および保健婦・看護婦の2群の推定された神経症群の平均出現頻度が37.6%であるのに対し、それら以外の職種3群の平均出現頻度が25.6%に止まることから、精神薄弱関係施設職員全体の水準(34.7%)を高いものにしてるのは、直接園生の療育に携わる職種である指導員・保母・療法士および保健婦・看護婦であることは明らかである。

IV. 考察とまとめ

1. 精神薄弱関係施設職員における推定された神経症群の出現頻度

GHQ30項目版によって推定された神経症群が、精神薄弱関係施設職員全体の34.7%という、都市一般住民人口と比較して有意に高い出現頻度を示したことで、精神薄弱関係施設職員の精神健康状態が決して良好とはいえないことが明らかになった。社会福祉領域に属する精神薄弱関係施設職員が、領域の異なる専門職従事者である中学校教員や看護婦(士)などと比較して同程度に神経症群の出現頻度が高いという事実は、社会福祉領域で仕事をする従事者たちの中に、ストレスの強さなど、同じ対人サービスを担う専門職従事者として共通する精神健康上の課題が存在することを示唆するものといえよう。

図 経験年数別にみた神経症群にある人の割合

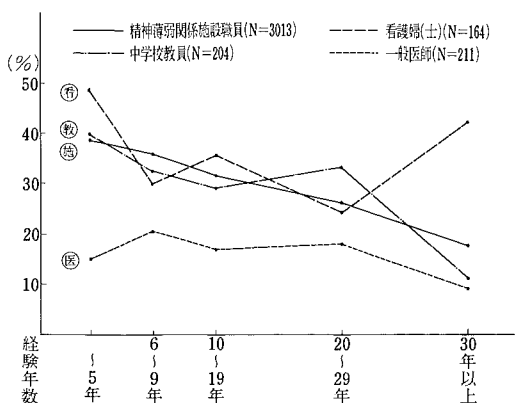


表2 属性別にみた精神健康状態

		精神健康状態 (%)	精神健康状態 (%)		χ^2 値
			非神経症群	神経症群	
精神薄弱関係施設職員全体 (N=3013)		65.3	34.7	—	
性別	男性 (N=1264)	69.8	30.2	19.689***	
	女性 (N=1749)	62.0	38.0		
年齢階級	30歳未満 (N=944)	55.9	44.1	86.514***	
	30~39歳 (N=1073)	64.1	35.9		
	40~49歳 (N=624)	72.9	27.1		
	50~59歳 (N=289)	77.9	22.1		
	60歳 (N=83)	84.3	15.7		
通算経験年数	2年未満 (N=415)	61.4	38.6	21.234***	
	2~5年 (N=704)	61.1	38.9		
	6~9年 (N=656)	63.9	36.1		
	10~19年 (N=994)	68.3	31.7		
	20~29年 (N=205)	73.7	26.3		
	30年以上 (N=17)	82.4	17.6		
職位	課長クラス以上 (管理職) (N=218)	76.1	23.9	26.599***	
	係長・主任クラス (N=538)	71.4	28.6		
	一般職員クラス (N=2257)	62.4	37.3		
職種	管理職 (施設長, 副施設長, 寮長など) (N=145)	77.9	22.1	36.684***	
	保健婦・看護婦 (N=64)	64.1	35.9		
	指導員・保母・療法士 (N=2229)	62.3	37.7		
	事務職員 (N=207)	72.0	28.0		
	その他の職種 (調理員, 用務員など) (N=368)	74.5	25.5		

注1: 通算経験年数別では、「不明」22名を除いてある。

注2: ***……P<0.001

なお、ここでGHQ30項目版により推定された神経症群は、同じ対象サンプルにおける“燃えつき状態”にある群と有意な相関 (相関係数0.4196, $P<0.001$)がある。すなわち推定された神経症群とは、その多くがいわゆる“燃えつき状態”,つまり仕事の上での理想を求め意欲的に努力してきたものの、その結果は不満足感、疲労感、失敗感、無力感だけが残り、身体的・情緒的に消耗した状態にある職員たちであると推測される。

2. 推定された神経症群の多発する層

前記の結果から、精神薄弱関係施設職員の中で推定された神経症群が多発しやすい層として、出現頻度が37.0%以上の項目を列挙してみると、女性、年齢30歳未満、通算経験年数6年未満、一般職員クラス、指導員・保母・療法士の5項目が抽出できる。これらの項目は、精神薄弱関係施設職員全体の水準 (34.7%, $N=3013$) ならびに一般

住民人口 (東京都杉並区・北区) の水準 (28.6%, $N=353$) と比較して、いずれも神経症群の比率が有意に高い値を示している (表3)。このように、精神薄弱関係施設職員の中における神経症群が多発しやすい層としては、主として、女性職員、経験の浅い若い一般職員クラスの職員、指導員・保母・療法士のように園生の療育に直接携わる職員などであるといえることができる。

これらのハイリスク層を示す項目は、相互に関連性をもち重複しあっている部分もある。すなわち、全体として女性職員の方が男性職員より年齢層が若く職位の低い者が多いこと、指導員・保母・療法士といった職種に従事する職員の76.6%が年齢40歳未満の比較的若い年齢層で占められていること、若い年齢層の職員は当然のことながら経験年数が短く非管理職がほとんどであること、などである。

表3 精神薄弱関係施設職員の推定された神経症群のハイリスク層

	神経症群の比率 (実数)		精神薄弱関係施設 職員全体との比較 34.7% (N=3013) (t 値)	一般人口 (北区・ 杉並区) との比較 28.6% (N=353) (t 値)
	%	(人)		
女性	38.0	(N=1749)	2.288*	3.348***
年齢30歳未満	44.1	(N= 944)	5.222***	5.074***
通算経験年数6年未満	38.8	(N=1119)	2.443**	3.474***
一般職員クラス	37.3	(N=2257)	1.948*	3.164**
指導員・保母・療法士	37.7	(N=2229)	2.237*	3.301***

*……P<0.05

**……P<0.01

***……P<0.001

いずれにしても精神薄弱関係施設職員の精神健康についての対策を検討する際には、これらのハイリスク層に対して特に注目する必要があると考えられる。

3. 神経症群が多発する経験の浅い職員

精神薄弱関係施設職員としての通算経験年数が短い職員の中には、役所や企業などを退職した後主に管理職として着任した中高年齢層の職員も含まれるが、通算経験年数の短い職員の大部分は、施設職員として就職してまだ年月の浅い若い年齢層の一般職員クラスの人たちである。ちなみに通算経験年数6年未満の職員の79.1%は年齢30歳未満の職員であり、また年齢30歳未満の職員の97.1%は一般職員クラス(非管理職)に属している。

このような経験の浅い若い職員の間で推定された神経症群が多発するのは、中学校教員や看護婦(士)など、医師を除く他領域の専門職従事者の場合と同様である(図)。これらの現象の背景には、アイデンティティの未確立など青年期特有の精神発達上の課題、知識や技術の未熟さ、新しい職場環境への適応困難性などに加えて、新入職員のいわゆるリアリティ・ショックの問題、それと関連して新入職員に対する研修や職場内でのスーパービジョンのあり方の問題、人手不足による時間外勤務などの荷重な勤務体制の問題などが、大きな要素として存在することは間違いなからう。(これらの点については、個人的要因、職場環境要因などを含めて、第二報で論じてみたい。)

謝 辞

本調査の実施にあたっては、以下に掲載した全国の精神薄弱関係施設の施設長ならびに職員の皆様のご協力をいただきました。心より感謝申し上げます。

北海道立太陽の園ひまわり学園
 西北五精神薄弱児施設組合森田学園
 秋田県立高清水学園
 桜が丘学園
 大和久福祉会大和久学園
 下野会国分寺学園
 埼玉県立コロニー嵐山郷指導部(児童)
 桐友学園
 神奈川県立ひばりが丘学園児童部
 神奈川県立三浦しらとり園児童部
 育精福祉センター児童部
 長野県立西駒郷あすなる(児童)
 明星会明星学園
 小羊学園児童寮
 三重済美学院
 新潟県立新星学園
 コロニーにいがた白岩の里児童援護課
 魚沼地区障害福祉組合魚沼学園
 希望が丘児童部
 三美福祉団春日学園
 津山社会福祉事業会津山ひかり学園
 庄原さくら学園
 「ゼノ」少年牧場「ゼノ」やまびこ学園
 鹿野学園
 北九州市障害療育事業団小池学園
 天童会くろかみ学園
 山内福祉会明星学園
 室蘭市立えとも学園

- 登米地域広域行政事務組合登米広域こじか園
 清香会あゆみ園
 川越市立あけぼの児童園
 船橋市立藤原学園
 東京都立昭島児童学園
 川崎中部地域療育センター
 小百合会アグネス園
 鎌倉市立あおぞら園
 育精福祉センター通園部
 名古屋市立ひよし学園
 一宮市立いずみ学園
 四日市市立あけぼの学園
 新潟市立ひしのみ園
 京都市心障児福祉会館ポッポ教室
 今川学園キンダーハイム
 津山みのり学園通園部
 広島市立育成園
 太宰府市立こすもす学園
 北九州市障害療育事業団第4ひまわり学園
 光の子会光の子学園
 佐世保市立すぎのこ園
 北海道立太陽の園第一青葉学園
 北海道立太陽の園第二青葉学園
 古平福祉会共働の家
 北海道光生会美唄光生園
 中頓別町立天北厚生園
 愛生会青松園
 宮城県船形コロニーはちくら居住区
 宮城県船形コロニーおおくら居住区
 宮城県船形コロニーかまくら居住区
 皆瀬村(湯沢雄勝広域市町村組合立)皆瀬更生園
 男鹿更生会玉の池荘
 尚恵学園成人寮
 大和久福祉会大和久育成園
 せせらぎ会せせらぎ学園
 国立コロニーのぞみの園
 埼玉県立コロニー嵐山郷指導部(更生)
 いこいの里しくね育成園
 東京都立小平福祉園
 神奈川県立ひばりが丘学園成人部
 神奈川県立三浦しらとり園成人部
 鎌倉保育園さがみ野ホーム
 育精福祉センター成人部
 長野県立西駒郷あすなろ(更生)
 長野県立西駒郷ひまわり
 明光会安部寮
 昭徳会(県立)三好寮
 三重済美学院済美寮
 三重済美学院度会学園
 コロニーにいがた白岩の里更生課
 魚沼地区障害福祉組合魚沼更生園
 セーナー苑更生寮
 希望が丘成人部
 しがらき会信楽青年寮更生部
 くすのき会ひふみ園
 希望の家
 津山社会福祉事業会津山ひかり学園更生寮
 庄原もみじ園
 「ゼノ」少年牧場翠ヶ丘成人寮
 永久会あけぼの園
 ひかり苑
 大洲市立大洲学園成人部
 社会福祉法人桜園第二校園
 北九州市障害療育事業団小池学園成人部
 西部福祉会ゆたか学園
 みずほ厚生センター聖心園
 名護学院成人部
 函館市立あおば学園
 おしまコロニー函館青年寮(通所部)
 のぞみ会第二のぞみ園
 郡山市立更生園
 皆成会光の園
 我孫子市立あらき園
 松里福祉会わかば園
 野田市立こぶし園
 大田区立大森東福祉園
 江戸川区立希望の家
 横浜市立つたのは学園
 ホミニス会ホミニス学園
 三島市立佐野学園
 岡崎市立精神薄弱者更生センターそだちの家
 豊田市立第2ひまわり学園
 一宮市福祉会いずみ更生園
 今川学園大和川園
 東大阪市総合福祉センター高井田訓練所
 もみじ会もみじ園
 揖南福祉会サルビア園
 姫路若葉福祉会若葉福祉作業所
 友和の里
 白鳩学園育英館
 徳島県心身障害者福祉会おおぎ青葉学園
 北海道立太陽の園希望ヶ丘学園
 宮城県船形コロニーまつくら居住区
 秋田県民生協会(大野台の里)厚生園
 希望会あすなろ学園
 聖神学園
 山梨県社会福祉事業団山梨県立もえぎ寮
 長野県立西駒郷さつき

長野県立西駒郷しらかば
 長野県立西駒郷まつば
 たんぼ福祉会恵那たんぼ作業所
 コロニーにいがた白岩の里授産第一課
 コロニーにいがた白岩の里授産第二課
 コロニーにいがた白岩の里授産第三課
 陽気会陽気寮
 喜和会太陽の里
 吉備の里岡山県立精神薄弱者授産所
 上横山保育会蓮の実団地
 瑞穂会第二瑞穂川崎学舎
 十百千会ゆきぞの学園
 緑和会栄野比の里
 盛岡市社会福祉事業団盛岡市立しらたき学園
 仙台市中心身障害センターつるがや福祉作業所
 山形県手をつなぐ親の会友愛園
 牧人会あだち共育成園
 共生社あじさい学園
 こぶしの会こぶし作業所
 桐生みやま園あづま寮
 埼玉のぞみの園深谷市立たんぼ作業所
 杉風会れんげそう作業所
 柏市立朋生園
 東村山市社会福祉協議会愛の園実習室
 青梅市社会福祉協議会青梅市自立センター
 育桜福祉会しらかし園
 和枝福祉会愛
 上田明照会宝池和順園
 たちばな会たちばな授産所
 岡崎市立希望の家
 あさみどりの会わらび福祉園
 ときわ会ときわ作業所
 大府福祉会あけび苑
 小牧福祉会いわぎき授産所
 三重福祉会三重中央ワークキャンパス
 県央福祉会杉の子工房
 やまびこ学園
 虹の会福祉作業所
 京都国際社会福祉協力会京都市のぞみ学園
 池田市立くすのき学園
 大阪府社会福祉事業団大阪府立白鷺園
 温友会いずみ授産通所センター
 新緑福祉会ワークホーム緑友
 山水会三幸園
 一れつ会せんだんの家
 眉山福祉会まゆやま学苑
 福岡市社会福祉事業団つくし学園
 北九州市精神薄弱者育成会若松工芸舎
 両筑福祉会浮羽学園

むすび会おおぞら作業所
 別府市精神薄弱者育成会別府朝日園
 札幌報恩会通勤センターのぞみ寮
 おしまコロニー通勤センターはまなす寮
 北海道立太陽の園伊達市立通勤センター旭寮
 北陽会さつき寮
 札幌大蔵福祉会ドミトリー元町
 愛護会ときわ寮
 山形県手をつなぐ親の会万世通勤寮
 大和久福祉会大和久通勤寮
 せせらぎ会かえで寮
 善隣学園誠和寮
 広済会さつき寮
 薫英会水沢寮
 東京都精神薄弱者育成会東京都大田通勤寮
 原町成年寮葛飾通勤寮
 白根会白根青年寮
 緑樹会サニーホーム
 岩崎学園岩崎通勤寮
 名古屋手をつなぐ親の会名古屋山桜山通勤寮
 ゆたか福祉会ゆたか通勤寮
 三重済美学院のぞみ荘
 松原愛育会愛育通勤寮
 養徳会ようぼく寮
 伊丹社会事業協会あけぼの寮
 鳥取県立境港通勤寮
 旭川荘きおんハイツ
 ひまわりの会ひまわり寮
 「ゼノ」少年牧場青雲寮
 愛媛県社会福祉事業団精神薄弱者通勤寮（わかば寮）
 高知県精神薄弱者育成会高知県立大津寮
 高知県精神薄弱者育成会中村通勤寮
 穂波学園通勤寮
 北九州市精神薄弱者育成会きく通勤寮
 北九州市精神薄弱者育成会とばた通勤寮
 佐賀県精神薄弱者育成会九千部寮
 佐賀県精神薄弱者育成会金立寮
 大和久福祉会大和久福祉ホーム
 はるな郷福祉ホーム
 ゆたか福祉会ゆたか鳴尾寮
 「ゼノ」少年牧場自立ホーム白雲荘

(合計216施設)

文 献

- 1) Caton, D.J., Grossnickle, W.F., Cope, J.G. et al.: Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. American Journal on Mental Retarda-

- tion 93: 300-304, 1988.
- 2) 土居健郎, 宗像恒次, 高橋徹他: 治療者及び看護者の精神衛生に関する研究, 文部省科学研究実績報告書 (NO. 59570251), 1985.
 - 3) 宗像恒次, 北村俊則, 町澤静夫他: 精神健康尺度の妥当性に関する研究, 健康科学振興財団研究報告書, 1985.
 - 4) 宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫他: 都市住民のストレスと精神健康度. 精神衛生研究32, 49-68, 1986.
 - 5) 宗像恒次, 椎谷淳二: 中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景. 精神衛生研究33, 129-153, 1987.
 - 6) 宗像恒次, 稲岡文昭, 高橋徹他(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, 東京, 1988.
 - 7) 中川泰彬編著: 質問紙法による精神・神経症

状の把握の理論と臨床応用. 国立精神衛生研究所, 千葉, 1982.

Abstract

A nation-wide survey on the mental health of staff members of facilities for the mentally retarded by means of the brief Japanese version of the General Health Questionnaire (GHQ) was conducted. Of 3013 effective respondents, 34.7% were classified as neurotic according to the GHQ. The percentage was nearly the same as those in previous studies on nurses and junior-high school teachers. Characteristics of staffs liable to develop neurotic symptoms appeared to be female, age under 30, experience less than six years, non-administrative positions, and direct-care staffs including nursery teachers and occupational or physical therapists.

施設職員の精神健康に関する調査

＝ご挨拶とお願い＝

近年、福祉、医療、教育などの専門従事者が、長期間にわたって対象児・者に対するケアやサービスを行っていく際に、心身の疲労が蓄積することによって従事者の精神健康の維持が困難になりつつあり、その結果、それぞれの従事者の職務遂行に支障が生ずる危険性のあることが報告されています。

本調査は、こうした現象を予防するために現状を明らかにし、どのような対策が必要かを検討するために実施するものです。私どもの目的をご理解の上、何卒皆様のご協力をお願い申し上げます。

このアンケートは無記名で、結果は統計的に扱わせていただきますので、ご協力をいただいた方や施設にご迷惑をお掛けするような使い方は一切いたしません。どうぞ率直なご回答をお寄せ下さいますようお願い申し上げます。

国立精神・神経センター精神保健研究所
施設従事者精神保健研究班

代表 椎谷 淳二 (精神保健研修室長)
栗田 廣 (精神薄弱部長)
宗像 恒次 (社会文化研究室長)

連絡先 〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

電話 0473-72-0141 (代)

問1. あなたが現在従事している仕事や働いている職場について、日頃どのように感じておられるかについておうかがいします。あなたに該当する回答の番号に○印をつけて下さい。

(1) あなたは現在の仕事にやりがいを感じていますか。

- | | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 1. 大いに感じている | 2. まあ感じている | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり感じていない | 5. まったく感じていない | |

(2) あなたの仕事は満足にしている方ですか。

- | | | |
|---------------|----------------|--------------|
| 1. 大いに満足にしている | 2. まあ満足にしている | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり満足にしている | 5. まったく満足にしている | |

(3) あなたは現在の仕事を負担と感じていますか。

- | | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 1. 大いに感じている | 2. まあ感じている | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり感じていない | 5. まったく感じていない | |

(4) あなたは最近、仕事のことを考えるとなんとなくわずらわしい気分にとられるようなことがありますか。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(5) あなたは最近、自分の仕事が惰性にながされたり、マンネリ化しているのではないかと思ったようなことがありますか。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(6) あなたは、最近、仕事のことを考えるとうんざりした気持ちになったようなことがありますか。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(7) あなたは仕事をするのが楽しいですか。

- | | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 1. 大いにたのしい | 2. まあたのしい | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりたのしくない | 5. まったくたのしくない | |

(8) あなたは、最近、自分のしている仕事について疑問もしくは無力感をもったようなことがありますか。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(9) あなたは現在の施設に勤めることに満足していますか。

- | | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 大いに満足している | 2. まあ満足している | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり満足していない | 5. 不満に思っている | |

(10) あなたは、できれば今後もこの施設で働きつづけたいと思いますか。

- | | | |
|-----------------|---------------------------|--------------|
| 1. ぜひ続けたい | 2. 続けてもよいと思う | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり続けたくないと思う | 5. 他の施設へ変わりたい(移動したい)、やめたい | |

問2. あなたは日頃、指導している園生たちについて、次のように感じることはありませんか。

(1) あなたの指導に園生が従わない。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(2) あなたに対して園生が依存적である。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(3) あなたの指導に対して園生が反抗的である。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(4) あなたの指導に対して園生の反応がない。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(5) 思うように園生があなたについてきてくれない。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

(6) 園生と気持ちが通じ合わない。

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 大いにある | 2. まあある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりない | 5. まったくない | |

問3. あなたの日頃の仕事は次の人に支持されていると思いますか。

(1) 園生の家族から…………… 1. 支持されている 2. 支持されていない 3. どちらともいえない

(2) 地域の住民から…………… 1. 支持されている 2. 支持されていない 3. どちらともいえない

(3) 施設長や上司から…………… 1. 支持されている 2. 支持されていない 3. どちらともいえない
4. 上司はいない(自分自身が施設長など)

(4) 他職種の職員から……………

1. 支持されている	2. 支持されていない	3. どちらともいえない
4. 他職種の職員はいない		

(5) 同職種の同僚職員から……………

1. 支持されている	2. 支持されていない	3. どちらともいえない
4. 同僚職員はいない		

(6) 部下職員から……………

1. 支持されている	2. 支持されていない	3. どちらともいえない
4. 部下職員はいない		

問4. あなたは最近、次のような人との関係で、いらだつことや不快な思いをしたことがありますか。

(1) 園生

1. 大いにある	2. まあある	3. ない
----------	---------	-------

(2) 園生の家族

1. 大いにある	2. まあある	3. ない
----------	---------	-------

(3) 施設長

1. 大いにある	2. まあある	3. ない	4. 非該当 (自分自身が施設長)
----------	---------	-------	-------------------

(4) 同職種の職員

1. 大いにある	2. まあある	3. ない	4. 非該当 (同職種の職員はいない)
----------	---------	-------	---------------------

(5) 他職種の職員

1. 大いにある	2. まあある	3. ない	4. 非該当 (他職種の職員はいない)
----------	---------	-------	---------------------

(6) 地域の人達

1. 大いにある	2. まあある	3. ない
----------	---------	-------

問5. あなたは将来、管理職 (施設長など) になることを希望していますか。

1. 大いに希望している	2. まあ希望している	3. どちらともいえない
4. あまり希望していない	5. まったく希望していない、なりたくない	6. 非該当 (現在、管理職)

問6. 仕事上のことで専門的に相談する人がいますか。

1. いる 2. いない

↳ (「1. いる」と答えた方におうかがいします)

問6-1. それは次のうちどの人に該当しますか。該当するものすべてに○印をつけて下さい。

1. 施設長	2. 同 僚
3. 専門的な相談者	4. 友 人
5. 職場・学校などの先輩	6. その他 (具体的に_____)

問7. 職場での悩みや問題 (たとえば人間関係) について相談する人がいますか。

1. いる 2. いない

↳ (「1. いる」と答えた方におうかがいします)

問7-1. それは次のうちどの人に該当しますか。該当するものすべてに○印をつけて下さい。

1. 施設長	2. 同 僚
3. 友 人	4. 家族・親族
5. 職場・学校などの先輩	6. その他 (具体的に_____)

問8. あなたのまわりには次のような人がいますか。「1. いる」「2. いない」のどちらかの番号に○印をつけて下さい。

(1) 会うと心が落ちつき安心できる人..... 1. いる 2. いない

(2) つね日頃あなたの気持を敏感に察してくれる人..... 1. いる 2. いない

(3) あなたの仕事を日頃評価し、認めてくれる人..... 1. いる 2. いない

(4) あなたを信じてあなたの思うようにさせてくれる人..... 1. いる 2. いない

(5) あなたが成長し、成功することを我がことのように喜んでくれる人..... 1. いる 2. いない

(6) 個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人..... 1. いる 2. いない

(7) お互いの考えや将来のことなどを話し合うことのできる人..... 1. いる 2. いない

(8) 甘えられる人..... 1. いる 2. いない

(9) あなたの行動や考えに賛成し、支持してくれる人..... 1. いる 2. いない

(10) 気持ちの通じあう人.....

1. いる	2. いない
-------	--------

問9. 次のような経験はありますか。あなたにあてはまるものの番号に○印をつけて下さい。

(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、「それに対して何の対応もできなかった」という経験がありますか。

- | | | |
|----------|------------|-----------|
| 1. よくあった | 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出くわした」ことがありますか。

- | | | |
|----------|------------|-----------|
| 1. よくあった | 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、「どんなに頑張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. よくあった | 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. よくあった | 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おちいったことがありますか。

- | | | |
|----------|------------|-----------|
| 1. よくあった | 2. ときどきあった | 3. ほとんどない |
|----------|------------|-----------|

(8) これまで、解決できそうもないような問題に首をつつこんだことがありますか。

- | | | |
|----------|------------|-----------|
| 1. よくあった | 2. ときどきあった | 3. ほとんどない |
|----------|------------|-----------|

問10. 次のことがらについて、あなたは、ご自身がどのようなと思われるか。該当する番号に○印をつけて下さい。

(1) 困っている人を見ると放っておけない

- | | | |
|-------------|------------|-----------|
| 1. いつもそうである | 2. まあそうである | 3. そうではない |
|-------------|------------|-----------|

(2) 人に頼まれるといやとは言えない方である

- | | | |
|-------------|------------|-----------|
| 1. いつもそうである | 2. まあそうである | 3. そうではない |
|-------------|------------|-----------|

(3) 社会に役立つことをするのが好きである

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(4) 子どもや人の世話をするのが好きである

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(5) 思いやりの気持ちは強い方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(6) 板ばさみになるようなことがある

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(7) 仕事を一人で抱え込むことがある

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(8) 人の失敗を大目にみる方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(9) 融通はきく方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(10) 人の、良いところがよく見える方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(11) 自分の感情を抑えてしまう方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(12) 思っていることを容易に口に出せない

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(13) 人の顔色や言動が気になる方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(14) 辛いことがあっても我慢する方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(15) 人から気に入られたいと思う

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(16) 人の期待にそうよう努力する方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(17) 自分の考えを通そうとする方ではない

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(18) 自分らしさが無いような気がする

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(19) 人を批判するのは悪いと感じる方である

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

(20) 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

1. いつもそうである	2. まあそうである	3. そうではない
-------------	------------	-----------

問11. 次のことについて、日頃のあなたにあてはまる場所がありますか。該当する答えの番号に○印をつけて下さい。

(1) どんなことがあっても自分の主義や信条を守りぬく。.....

1. いつもそうである	2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない	

(2) 自分の所有する金や物は、ささいなことでも気になる。.....

1. いつもそうである	2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない	

(3) ものごとは最後のつめまできちんと行う。.....

1. いつもそうである	2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない	

(4) その日の予定がくるとイライラする。.....

1. いつもそうである	2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない	

(5) おくることがないよう、きちんと予定を組む。.....

1. いつもそうである	2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない	

(6) 他の人もモラル（道徳）を守ってほしいと期待する方である。.....

1. いつもそうである	2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない	

(7) 自分が置いていたとおりにもどしてくれないとイラだつ。.....

1. いつもそうである	2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない	

- | | |
|---|--|
| (8) 社会規範からはずれた人の性的行動が気になる。…………… | 1. いつもそうである
2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない |
| (9) ぼんやりしているよりも働いている方である。…………… | 1. いつもそうである
2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない |
| (10) 注意深く家計をたて、余分にお金をもたず、計画通り実行する。…………… | 1. いつもそうである
2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない |
| (11) 自分の思うとおりにならないと気がすまない。…………… | 1. いつもそうである
2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない |
| (12) 仕事を終えないと落ち着かない。…………… | 1. いつもそうである
2. ときどきそうである
3. ほとんどそうではない |

問12. あなたは最近次のような気持ちをもつことがありますか。以下それぞれの気持の頻度について該当する番号に○印をつけて下さい。全部の質問にもれなくお答え下さい。

- | | |
|---------------------|--|
| (1) 疲れる…………… | 1. まったくない
2. ごくまれにある
3. まれにある
4. ときどきある
5. しばしばある
6. たいていある
7. いつもある |
| (2) 憂うつ…………… | 1. まったくない
2. ごくまれにある
3. まれにある
4. ときどきある
5. しばしばある
6. たいていある
7. いつもある |
| (3) いい一日…………… | 1. まったくない
2. ごくまれにある
3. まれにある
4. ときどきある
5. しばしばある
6. たいていある
7. いつもある |
| (4) 疲労困憊…………… | 1. まったくない
2. ごくまれにある
3. まれにある
4. ときどきある
5. しばしばある
6. たいていある
7. いつもある |
| (5) 神経がすりへった感じ…………… | 1. まったくない
2. ごくまれにある
3. まれにある
4. ときどきある
5. しばしばある
6. たいていある
7. いつもある |

(6) 幸福感.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(7) ぬげがらになった感じ.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(8) 面白くない.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(9) 精根つきる.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(10) 「こんなはずじゃなかった」
という感じ.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(11) 自分は駄目な人間.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(12) うんざりする.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(13) 悩んでいる.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(14) 人間に対してあいそがつきて
むしように腹が立つ.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

(15) 無力感.....

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. まったくない | 2. ごくまれにある | 3. まれにある |
| 4. ときどきある | 5. しばしばある | 6. たいていある |
| 7. いつもある | | |

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| (16) 絶望感..... | 1. まったくない
4. ときどきある
7. いつもある | 2. ごくまれにある
5. しばしばある | 3. まれにある
6. たいていある |
| (17) 相手にされない感じ..... | 1. まったくない
4. ときどきある
7. いつもある | 2. ごくまれにある
5. しばしばある | 3. まれにある
6. たいていある |
| (18) 楽観的な気分..... | 1. まったくない
4. ときどきある
7. いつもある | 2. ごくまれにある
5. しばしばある | 3. まれにある
6. たいていある |
| (19) 元気いっぱい..... | 1. まったくない
4. ときどきある
7. いつもある | 2. ごくまれにある
5. しばしばある | 3. まれにある
6. たいていある |
| (20) 気がもめる (心配しがち) | 1. まったくない
4. ときどきある
7. いつもある | 2. ごくまれにある
5. しばしばある | 3. まれにある
6. たいていある |
| (21) 生活が荒れる..... | 1. まったくない
4. ときどきある
7. いつもある | 2. ごくまれにある
5. しばしばある | 3. まれにある
6. たいていある |

問13. 次のことについて、職場でのあなたにどの程度あてはまるところがありますか。該当する答えの番号に○印をつけて下さい。

- | | |
|--|---------------------------------------|
| (1) 仕事の上で、何をやればよいのかはっきりしていない..... | 1. 大いにそうである
2. まあそうである
3. そうでない |
| (2) 格別やらなくてもよいような仕事をしている..... | 1. 大いにそうである
2. まあそうである
3. そうでない |
| (3) 仕事を仕上げるためには、家に持ち帰ったり、休日をつぶさなければならない..... | 1. 大いにそうである
2. まあそうである
3. そうでない |
| (4) 過度に質の高い仕事を要求されている..... | 1. 大いにそうである
2. まあそうである
3. そうでない |
| (5) 職場では昇進の機会が公平でなかったり適切でなかったりする..... | 1. 大いにそうである
2. まあそうである
3. そうでない |
| (6) 他の人たち (部下など) を育てる責任をもっている..... | 1. 大いにそうである
2. まあそうである
3. そうでない |
| (7) 命令指揮系統がはっきりしない..... | 1. 大いにそうである
2. まあそうである
3. そうでない |

- | | | | |
|--|-------------|------------|----------|
| (8) 上司と部下の間にはさまれて困っている | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (9) 仕事には役立たない無用の会議に時間を浪費している | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (10) 与えられた仕事は、あまりにも難しかったり、複雑すぎたりする | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (11) 昇進したいと思ったら、他の職場に移ったほうがよい | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (12) 部下の相談にのったり、困ったことを助けたりしなければならぬ | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (13) 仕事の上での責任を果たすための権限が十分でない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (14) 命令指揮系統があるが、それが守られていない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (15) 同時にたくさんの仕事をすすめていかなければならない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (16) 業務がすこしずつ複雑になり、やりにくくなっている | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (17) 今の職場に、このままずっといると自分の将来のためにならない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (18) 今の仕事は社会的に役に立っていない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (19) 一体何が自分に期待されているのかよく分からない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (20) 今の仕事は、ある人にとっては好ましいが、他の人にとっては好ましくない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (21) ふつうの働き方ではとてもこなさきれないような仕事をしている | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (22) 職場では自分の技能や能力以上のことが期待されている | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (23) 仕事の上で、新しい知識や技術を学んだり伸ばしたりする機会がない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (24) 職場での責任は物に対してよりも人に対してである | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (25) 職場の中で、自分がどのような役割を果たして、どのような貢献をしているのかわからない | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (26) 二人以上の人たちから、互いに食い違ったことを期待されている | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |
| (27) 少しの休憩時間をとることもできないほどである | 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | 3. そうでない |

- (28) きちんと仕事をするには、自分が受けた教育や経験では不十分である 1. 大いにそうである 2. まあそうである 3. そうでない
- (29) 自分が今後どのような仕事をしていったらよいのかははっきりせず、行詰っている 1. 大いにそうである 2. まあそうである 3. そうでない
- (30) 他の人たち(部下など)が、今後どのような方向にすすんでいくのかについて責任がある 1. 大いにそうである 2. まあそうである 3. そうでない

問14. 次にあげる出来事について、あなたがこの3ヶ月の間に経験したことがなければ「1. いいえ」に、経験したことであれば「2. はい」に○印をつけて下さい。また、「2. はい」と答えた方は、それらの出来事についてどのように感じたかについても該当するものに○印をつけて下さい。

- (1) 入院したり、1ヶ月以上も仕事を休まなければならないような病気にかかった。 1. いいえ 2. はい → 1. つらかった 2. どちらともいえない 3. つらくはなかった
- (2) 外来治療しなければならない病気にかかった。 1. いいえ 2. はい → 1. つらかった 2. どちらともいえない 3. つらくはなかった
- (3) 家族が大病(寝たきりや痴呆を含む)や大ケガをした。 1. いいえ 2. はい → 1. つらかった 2. どちらともいえない 3. つらくはなかった
- (4) 子どもが死亡した。 1. いいえ 2. はい → 1. つらかった 2. どちらともいえない 3. つらくはなかった
- (5) 配偶者が死亡した。 1. いいえ 2. はい → 1. つらかった 2. どちらともいえない 3. つらくはなかった
- (6) 子ども、配偶者以外のかげがえのない家族や親族、親友が死亡した。 1. いいえ 2. はい → 1. つらかった 2. どちらともいえない 3. つらくはなかった
- (7) 引越した。 1. いいえ 2. はい → 1. つらかった 2. どちらともいえない 3. うれしかった

- | | | |
|--|--------------|---|
| (8) 他人に大ケガを負わせたり、大きな損害を与えた。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (9) 訴訟沙汰がおこった。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (10) 配偶者が浮気した。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (11) イザコザのために夫婦が別居するようになった。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (12) イザコザ以外の理由(例えば夫の長期出張や転職)で夫婦が別居するようになった。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (13) 離婚した。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (14) 家族が反社会的な行動をした。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (15) 家族とのイザコザがおこった。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (16) 親族や近所とイザコザがおこった。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (17) 正式に結婚した。..... | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. うれしかった |

- | | | |
|--|--------------|---|
| (18) 子どもが結婚した。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. うれしかった |
| (19) 頼りにしていた人(家族を含む)と離
ればなれになった。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (20) 社会的事件にまきこまれた。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (21) 支出が大幅に増えたり、大きな借金
(ローンを含む)をかかえた。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (22) 大事にしていた物がなくなったり、こ
われたりした。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (23) 職場の中で大きなトラブルがあった。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (24) 新たな人が家族の一員として同居する
ようになった(親の引きとり、出戻り
の子どもなど)。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (25) 子どもが家を離れて生活をするよう
になった。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. つらくはなかった |
| (26) 配偶者あるいは自分が妊娠や出産をした。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. うれしかった |
| (27) 就職あるいは配置転換など新しい職場
に移った。…………… | 1. いいえ 2. はい | 1. つらかった
2. どちらともいえない
3. うれしかった |

- (28) 昇格した。…………… 1. いいえ 2. はい →
- (29) 管理者とのイザコザが生じた。…………… 1. いいえ 2. はい →
- (30) 勤務内容や勤務時間に変化があった。…………… 1. いいえ 2. はい →
- (31) 園生あるいはその家族とイザコザがおこった。…………… 1. いいえ 2. はい →
- (32) 配偶者に就職(パートを含む)、退職、勤務時間や内容の変更等仕事上の変化があった。…………… 1. いいえ 2. はい →
- | | | |
|--|--------------|--|
| | 1. つらかった | |
| | 2. どちらともいえない | |
| | 3. うれしかった | |
- | | | |
|--|--------------|--|
| | 1. つらかった | |
| | 2. どちらともいえない | |
| | 3. つらくはなかった | |
- | | | |
|--|--------------|--|
| | 1. つらかった | |
| | 2. どちらともいえない | |
| | 3. つらくはなかった | |
- | | | |
|--|--------------|--|
| | 1. つらかった | |
| | 2. どちらともいえない | |
| | 3. つらくはなかった | |
- | | | |
|--|--------------|--|
| | 1. つらかった | |
| | 2. どちらともいえない | |
| | 3. つらくはなかった | |

問15. あなたは最近次のようなことでイライラすることがあります。あなたに該当する番号に○印をつけて下さい。

- (1) 自分の将来のことについて。……………
- | | | |
|-------------|------------|--|
| 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | |
| 3. そうではない | | |
- (2) 出費がかさむことについて。……………
- | | | |
|-------------|------------|--|
| 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | |
| 3. そうではない | | |
- (3) 家庭でも仕事でも責任が重いことについて。……………
- | | | |
|-------------|------------|--|
| 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | |
| 3. そうではない | | |
- (4) 家族とうまくいかないことについて。……………
- | | | |
|-------------|------------|--|
| 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | |
| 3. そうではない | | |
- (5) 借金やローンをかかえて苦しいことについて。……………
- | | | |
|-------------|------------|--|
| 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | |
| 3. そうではない | | |
- (6) 今の仕事が好きでないことについて。……………
- | | | |
|-------------|------------|--|
| 1. 大いにそうである | 2. まあそうである | |
| 3. そうではない | | |

- | | | |
|---|--------------------------|------------|
| (7) 園生とのかかわりが難しいことについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (8) 近所あるいは親族とうまくいかないことについて。…… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (9) 職場の同僚とうまくいかないことについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (10) 乗り越えなければならない課題について。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (11) 過去を深く後悔しつづけていることについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (12) 仕事の量が多すぎることについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (13) 自分や家族の健康が気になることについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (14) 生きがいがないことについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (15) 同僚の仕事量や仕事ぶりについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (16) 仕事上で性差別（男性の場合も含む）の
ことについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (17) 不規則な生活がつづくことについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (18) 新しい療育・事務機器等を活用できないこ
とについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (19) 異性との関係について。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |
| (20) 収入が少ないことについて。…………… | 1. 大いにそうである
3. そうではない | 2. まあそうである |

問16. 日常生活の中で、問14、15にあげたような困難に出会ったとき、あなたは以下にあげた項目に該当する行動をとりますか。日頃の自分を観察してみて「1. はい」、「2. いいえ」でお答え下さい。

- | | | |
|--|-------|--------|
| (1) 同じような過去の体験をふり返り参考とする。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (2) 本を読んだり講演を聞いたりなどしてその問題についての解決法を見つける。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (3) 問題の原因をみきわめ解決にむけて行動する。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (4) 問題解決のために当事者や関係者と話し合ってみる。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (5) ものごとの明るい面をみつけようとする。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (6) 無理せず今できることだけをする。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (7) 宗教的なもの（念仏、祈り、教典、ご祈とうなど）を心の支えとする。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (8) 信頼できる人に相談あるいは話をきいてもらう。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (9) 趣味、娯楽、運動、スポーツなどにより気分転換を行う。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (10) いつもより多く睡眠時間をとる。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (11) じっと耐え我慢し時の過ぎるのを待つ。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (12) 睡眠薬や精神安定剤などを用いる。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (13) スリルや緊張感のある行為をする。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (14) 問題にかかわりあった人に腹を立て、責任を転嫁する。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (15) アルコールをのんだりしてうさ晴らしをしたり、友人と馬鹿騒ぎをする。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (16) 異性の愛情ややさしさを求める。…………… | 1. はい | 2. いいえ |
| (17) 自分の気持とは反対にはしゃいだり、明るくふるまったりする。…………… | 1. はい | 2. いいえ |

問17. この数週間の心やからだの状態についておたずねします。次の質問を読み最も適当と思われる答えを○でかこんでください。この調査はずっと以前のことでなく、現在までの状態についての調査です。全部の質問にもれなくお答え下さい。

(1) (ここ数週間) 何かをする時いつもより集中して

1. できた 2. いつもと変わらなかった 3. いつもよりできなかった 4. まったくできなかった

(2) (ここ数週間) 心配ごとがあって、よく眠れないようなことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

(3) (ここ数週間) いつもより頭がすっきりしてさえていると感じたことは

1. たびたびあった 2. いつもと変わらなかった 3. いつもよりさえなかった 4. まったくさえなかった

(4) (ここ数週間) いつもより、元気ではつらつとしていたことが

1. たびたびあった 2. いつもと変わらなかった 3. 元気がなかった 4. まったく元気がなかった

(5) (ここ数週間) 落ち着かなくて眠れない夜を過したことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

(6) (ここ数週間) いつもより、忙しく活動的な生活を送ることが

1. たびたびあった 2. いつもと変わらなかった 3. なかった 4. まったくなかった

(7) (ここ数週間) いつもより、外出することが

1. 多かった 2. いつもと変わらなかった 3. 少なかった 4. ずっと少なかった

(8) (ここ数週間) 皆とくらべて、同じように仕事

1. 皆より以上によくできた 2. 皆と同じ位にできた 3. できなかった 4. まったくできなかった

(9) (ここ数週間) いつもより、すべてがうまくいっていると感ずることが

1. たびたびあった 2. いつもと変わらなかった 3. なかった 4. まったくなかった

(10) (ここ数週間) いつもより、まわりの人々に親しみや暖かさを感じることが

1. たびたびあった 2. いつもと変わらなかった 3. なかった 4. まったくなかった

(11) (ここ数週間) いつもより、まわりの人々とうまくつきあっていくことが

1. できた 2. いつもと変わらなかった 3. できなかった 4. まったくできなかった

(12) (ここ数週間) いつもより、自分のしていることに生きがいを感じることが

1. あった 2. いつもと変わらなかった 3. なかった 4. まったくなかった

(13) (ここ数週間) いつもより、容易に物ごとを決めることが

1. できた 2. いつもと変わらなかった 3. できなかった 4. まったくできなかった

(14) (ここ数週間) たえずストレスを感じたことが

- | | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------|--------|------------|

(15) (ここ数週間) 問題を解決できなくて困ったことが

- | | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------|--------|------------|

(16) (ここ数週間) 日常生活はいつも競争であると考えたことは

- | | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------|--------|------------|

(17) (ここ数週間) いつもより、日常生活を楽しく送ることが

- | | | | |
|--------|----------------|-----------|---------------|
| 1. できた | 2. いつもと変わらなかった | 3. できなかった | 4. まったくできなかった |
|--------|----------------|-----------|---------------|

(18) (ここ数週間) 困ったことがあってつらいと感じたことは

- | | | | |
|---------|------------|--------|------------|
| 1. なかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|---------|------------|--------|------------|

(19) (ここ数週間) たいした理由がないのに、何かがこわくなったり取り乱すことは

- | | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------|--------|------------|

(20) (ここ数週間) 問題があった時に、いつもより積極的に解決しようとするが

- | | | | |
|--------|----------------|-----------|---------------|
| 1. できた | 2. いつもと変わらなかった | 3. できなかった | 4. まったくできなかった |
|--------|----------------|-----------|---------------|

(21) (ここ数週間) いつもより、いろいろなことを重荷に感じたことは

- | | | | |
|-------------|----------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. いつもと変わらなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|----------------|--------|------------|

(22) (ここ数週間) いつもより、気が重くて、憂うつになることは

- | | | | |
|-------------|----------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. いつもと変わらなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|----------------|--------|------------|

(23) (ここ数週間) 自信を失ったことは

- | | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------|--------|------------|

(24) (ここ数週間) 自分は役に立たない人間だと考えたことは

- | | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------|--------|------------|

(25) (ここ数週間) 人生に全くのぞみを失ったと感じたことは

- | | | | |
|-------------|------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------|--------|------------|

(26) (ここ数週間) いつもより、自分の将来は明るいと感じたことは

- | | | | |
|------------|--------|---------|-------------|
| 1. たびたびあった | 2. あった | 3. なかった | 4. まったくなかった |
|------------|--------|---------|-------------|

(27) (ここ数週間) 一般的にみて、いつもよりしあわせと感じたことは

1. たびたびあった	2. あった	3. なかった	4. まったくなかった
------------	--------	---------	-------------

(28) (ここ数週間) 不安を感じ緊張したことは

1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-------------	------------	--------	------------

(29) (ここ数週間) 生きていることに意味がないと感じたことは

1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-------------	------------	--------	------------

(30) (ここ数週間) ノイローゼ気味で何もすることができなと考えたことは

1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-------------	------------	--------	------------

問18. あなたは現在病気をおもちですか。次の中で医師に診断されたものがあれば、すべてに○印をつけて下さい。

1. 特にない	2. 高血圧	3. 心臓病	4. 肝臓病
5. 糖尿病	6. 腎臓病	7. 癌	8. 胃炎・腸炎
9. 胃・十二指腸潰瘍		10. 神経痛・リウマチ・関節炎	
11. 腰痛	12. 気管支喘息	13. 神経症・神経衰弱	
14. その他の病気 (具体的に_____)			

次に、あなたご自身のことについておうかがいします

以下の各欄について、あなたに該当する項目の番号1つだけに○印をつけて下さい。また、必要な箇所には具体的に数字などを記入して下さい。

問19. <性 別>

1. 男	2. 女
------	------

問20. <満 年 齢>

1. 19歳以下	2. 20~29歳	3. 30~39歳	4. 40~49歳
5. 50~59歳	6. 60歳以上		

問21. <婚 姻>

1. 未婚	2. 既婚	3. 死別	4. 離別
-------	-------	-------	-------

→ (「2. 既婚」に○印をおつけになった方だけに、おうかがいします)

問21-1 夫婦共働きをしていらっしゃいますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問22. <育 児> ご家庭に、学齢前の乳幼児のお子さんはいらっしゃいますか。

1. いない	2. 1人いる	3. 2人以上いる
--------	---------	-----------

問23. <最 終 学 歴>

1. 小・中学校	2. 高校	3. 各種専門学校	4. 短期大学
5. 大学 (旧制高校を含む)	6. 大学院	7. その他 (具体的に_____)	

問24. <施設職員としての通算経験年数>

1. 2年未満	2. 2～5年	3. 6～9年	4. 10～19年
5. 20～29年	6. 30～39年	7. 40年以上	

問25. <施設職員としての通算経験施設数> 現在の施設も含めて数えて下さい。

1. 1施設	2. 2施設	3. 3施設	4. 4施設以上
--------	--------	--------	----------

問26. <現在の施設での勤続年数>

1. 2年未満	2. 2～5年	3. 6～9年	4. 10～19年
5. 20～29年	6. 30～39年	7. 40年以上	

問27. <施設職員以外の職歴> 施設職員になる以前に、他の職業に就いたことがありますか。

1. はい (通算約_____年間)	2. いいえ
--------------------	--------

問28. <職 位> 現在の施設での職位を、次の中から選んで下さい。

1. 管理職 (施設長および課長クラス以上)	2. 係長・主任クラス	3. 一般職員クラス
4. その他 (具体的に_____)		

問29. <職 種> 現在の職種は、次のうちどれに該当しますか。

- | | | |
|----------------------------------|-----------------|------------|
| 1. 施設長 | 2. 常勤医師（施設長を除く） | 3. 保健婦、看護婦 |
| 4. 直接、園生を担当する職員（指導員、保母、療法士など） | | |
| 5. 経理・事務を担当する職員（事務員など） | | |
| 6. 1.～5.以外の職員（栄養士、調理員、用務員、運転手など） | | |
| 7. その他（具体的に_____） | | |

→（「4. 直接、園生を担当する職員」に○印をおつけになった方だけに、おうかがいします。）

問29-1 あなたが担当する園生たちの精神薄弱の程度は、次のうちどれに該当しますか。

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. ほとんどが重度・最重度 | 2. どちらかといえば重度・最重度が多い |
| 3. どちらともいえない | 4. どちらかといえば中・軽度が多い |
| 5. ほとんどが中・軽度 | |

問29-2 あなたが担当する園生たちの身体障害の程度は、次のうちどれに該当しますか。

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. ほとんどの園生が1～2級 | 2. どちらかといえば、1～2級が多い |
| 3. 1～2級は少ないが、身体障害をもつ園生が多い | 4. 身体障害をもつ園生は少ない |
| 5. 身体障害をもつ園生はいない | |

注：「1～2級」とは、身体障害者福祉法施行規則別表第5号「身体障害者障害程度等級表」における1～2級を指します。

問30. <通常の1週間の勤務時間> 時間外勤務を含め、平均値でお答え下さい。

- | | | | |
|------------|------------|------------|------------|
| 1. 35時間未満 | 2. 35～40時間 | 3. 41～45時間 | 4. 46～50時間 |
| 5. 51～55時間 | 6. 56～60時間 | 7. 61時間以上 | |

問31. <通常の1ヶ月の当直日数>

- | | | | |
|-----------|-----------|----------|---------|
| 1. 当直はない | 2. 1～3日 | 3. 4～6日 | 4. 7～9日 |
| 5. 10～12日 | 6. 13～15日 | 7. 16日以上 | |

問32. <施設外での会合や研修活動> 年間の回数を、平均値でお答え下さい。

- | | | | |
|-----------|----------|---------|---------|
| 1. なし | 2. 1～3回 | 3. 4～6回 | 4. 7～9回 |
| 5. 10～12回 | 6. 13回以上 | | |

問33. <昨年1年間に消化した年次有給休暇日数>

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|----------|
| 1. 0日 | 2. 1～3日 | 3. 4～5日 | 4. 6～10日 |
| 5. 11～15日 | 6. 16～20日 | 7. 21～25日 | 8. 26日以上 |

最後に、現在在職中の施設についておうかがいします

問34. <施設の種別> 複数の種別にまたがって勤務している場合は、主なもの1つだけに○印をつけて下さい。

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 精神薄弱児施設 | 2. 精神薄弱児通園施設 |
| 3. 精神薄弱者更生施設 (入所) | 4. 精神薄弱者更生施設 (通所) |
| 5. 精神薄弱者授産施設 (入所) | 6. 精神薄弱者授産施設 (通所) |
| 7. 精神薄弱者通働寮 | 8. 精神薄弱者福祉ホーム |
| 9. 重症心身障害児施設 | 10. 救護施設 |
| 11. その他 (具体的に_____) | |

問35. <施設の経営主体>

- | | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1. 国 | 2. 都道府県 | 3. 指定都市 | 4. その他の市町村 |
| 5. 社会福祉法人 | 6. 公益法人である社団、財団および日赤 | 7. その他の法人 | |
| 8. 社会福祉事業団 (5. 社会福祉法人の再掲) | | 9. その他 (具体的に_____) | |

問36. <施設の園生定員規模>

- | | | | |
|-------------|-------------|-----------|-----------|
| 1. 10名未満 | 2. 10~29名 | 3. 30~49名 | 4. 50~99名 |
| 5. 100~199名 | 6. 200~299名 | 7. 300名以上 | |

問37. <施設周囲の環境>

- | | | |
|--------------------|-----------|-----------|
| 1. 都市市街地域 | 2. 都市近郊地域 | 3. 農・山・漁村 |
| 4. その他 (具体的に_____) | | |

*** ご協力どうもありがとうございました。心から御礼申し上げます。***

【症例報告】

著しい構音障害を示し、書字能力との解離を示した軽度精神遅滞、
広汎性発達障害を伴う Klippel-Feil症候群の一例

加我 牧子* 新井 幸男** 進藤美津子***

抄録：構音障害が著しく、発音は殆ど母音のみで、相対的に優れた書字能力を示し、軽度の精神遅滞、広汎性発達障害を伴う Klippel-Feil症候群の11歳男児例を報告した。乳児期は人なつこかったが2歳頃から、視線が合わない時期が続き、ものまねをせず言語発達は極端に遅れ、文字と数字に著しい執着を示した。粗大、微細運動共に clumsyで、舌運動も拙劣であったが構音器官の解剖学的異常はなく、言葉の遅れは構音器官の運動の不器用さだけでは説明できなほど高度であった。本例は本症候群の神経心理学的所見を考察する上で興味ある症例と考えられ、学習障害、広汎性発達障害、hyperlexia、発達性言語障害などとの関連について論じた。

精神保健研究 36 ; 147-155, 1990

Key words: *Klippel-Feil syndrome, hyperlexia, pervasive developmental disorders, learning disabilities, developmental verbal dyspraxia*

はじめに

A Case Report of Klippel-Feil Syndrome with Very Poor Articulation, Relatively Good Writing, Pervasive Developmental Disorders and Mild Mental Retardation.

*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〕

Makiko Kaga: Division of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

**国立精神・神経センター武蔵病院 (現 埼玉県立コロニー嵐山郷小児科)

〔〒187 東京都小平市小平東町4-1-1〕

Yukio Arai: National Center Hospital for Mental, Nervous and Muscular Disorders, NCNP, Japan.

***帝京大学医学部耳鼻咽喉科

〔〒173 東京都板橋区加賀2-11-1〕

Mitsuko Shindo: Department of Otorhinolaryngology, Teikyo University, School of Medicine, Japan.

Klippel-Feil症候群は古代から知られていたものと考えられており、1912年、KlippelとFeilにより頰椎の融合や半頰椎、その他の骨格の異常を示す疾患としてまとめられた¹⁾。先天性心奇形(多くは心室中隔欠損)、消化管奇形、泌尿生殖器、皮膚、肺病変なども知られている。中枢神経系では下肢麻痺、片麻痺、脳神経麻痺、精神遅滞の他、30%に難聴を合併することもあるとされ、神経管の発達異常、頰部髄膜瘤や脊髄、延髄空洞症の一部としてみられることもある¹³⁾。今回私たちは言語発達遅滞を主訴として受診した11歳男児を頰部X線撮影にて本症候群と診断した。本症例はKlippel-Feil症候群における知能障害、学習障害、広汎性発達障害を考慮する上で、興味ある症例と考え報告する。

症 例

男児 1975年7月生まれ

初診時年齢 11歳11カ月

主訴：言葉の遅れ

胎生期：異常なし

周産期：在胎42週，分娩誘発し鉗子分娩にて出生。体重2,650g，身長50cm。背中を叩いて泣いた。黄疸普通。哺乳力，泣き声はやや弱かったが特に問題なく生後8日で退院。

発達歴及び現病歴：追視2カ月，頸定3-4カ月。あやし笑いは4カ月，寝返り10カ月，おすわり10カ月，独歩2歳前後と遅れがみられた。

乳児期はよく笑い，あやすと喜ぶひとなつこい子であったが，2歳になって視線が合わず，呼んでも振り向かないことに気付かれた。特別なこだわりや常同行為はなかった。母親は片言は2歳半頃に出現したと考えている。2歳7カ月耳鼻科で言葉が遅いと言われ，3歳で某病院耳鼻咽喉科を受診。聴力や口腔器官に異常はないといわれ，児童相談所で言葉の指導を受けた。3歳頃から文字に興味を持ち始め，自分で書いて遊ぶようになった。しかしその後もはっきりした有意語としての表出は認識されておらず，声は出るが現在に至るまで明瞭な言葉にはなっていない。指さしの時期ははっきり記憶されていない。しかしものまねをしない子であることには気が付かれていた。3歳からアルファベットに興味を示し，5歳過ぎには全部覚えてしまった。4歳頃から数字も書くようになり，カレンダー，時計の文字盤にも強い興味を示すようになり，順番に並べたり，書いたりしていた。文字や数字には一貫して強い興味を持っていた。特に文字を書くことが好きであった。小学校は特殊学級に入学した。1年生の時，児童相談所から紹介され某大学言語治療室に週1回通い，遊びながら文字を書くなどの指導を受けるようになった。平仮名の読字で意味がわかるようになったのが小学校3年生頃で，この頃から意味をともなつての書字も可能になった。某病院小児科より精査のため紹介されて国立精神・神経センター武蔵病院小児神経科を受診。初診時は小学校

6年生。現在までに知能運動機能とも明らかな退行はない。視線の合わない感じは次第になくなってきたが，相手の意向を無視して自分の希望だけを通したいという自己中心的な傾向は現在まで続いている。

家族歴：血族結婚なく親族に精神遅滞，言語発達遅滞を示した人はいない。健康な両親の間の第一子で9歳の弟，6歳の妹はいずれも健康で知能，言語発達に異常を認めない。

現症：身長136cm，体重32.5kg，頭囲52.0cm，胸囲61cmと体格はおよそ標準。日常生活動作は完全に自立。

理学的に胸腹部，咽頭，四肢に異常を認めず。眼底，鼓膜にも異常所見なし。

神経学的所見：意識清明で視線はよく合い，反応も良好，かつひょうきんで表情も豊かである。

粗大運動では自立歩行可能。走るのは下手で遅い。なわとびができず，自転車も乗れない。鉄棒はぶらさがることも不可能。片足立ち右は2-3秒，左は殆ど不可能。Romberg徴候はなし。筋トーン，筋力は正常。交互変換運動diadokokinesis拙劣で片側だけの指示しても対側も軽度に動いてしまう。首の運動制限なし。眼球運動制限なし。対光反射は迅速で左右差なし。嚥下反射やや低下。舌の挺出は可能であるが舌の運動はきわめて拙劣で，挙上することができない。舌先を上口唇，左右口角につけることができず，唇を舌でなめまわすこともできずに首を回してしまう。ストローは吸えるが，ほほや風船をふくらますことはできない。うがいができず，口笛も吹けない。鼻もかめない。閉眼指示してもすぐに開眼してしまう。片目だけ閉じるように言うと手で目をおさえる。深部腱反射，表在反射とも正常で左右差は認められない。

神経心理的所見：

1. 言語機能：

① 言語表出：発声はあるが母音のみで子音が省略される。例えば時計をオエイ，答をオアエ，蜂をアイ，針もアイ，裏をウアなどと発音する。音節の数はあっており，アクセントもほぼ正常である。しかし発音される母音も他人には聞き取りにくい。

発音可能な音は実質的には母音のみで、音としては/a/, 鼻腔構音の強い/ĩ/, /w/, 舌を突出させての/e/, /o/がでる。また半母音のワ行の/w/, 子音としては時にp, b音が出ることもある。

② 言語・音声理解：開口閉眼等の簡単な口頭命令は理解可能でone stepないしtwo stepsの簡単な口頭命令には従う。しかし少し複雑な命令になると理解できず、また相手の言うことをゆっくり聞いて理解しようという態度が乏しい。語彙の理解力については絵画語彙発達検査で12歳5カ月時に6歳7カ月相当。後の検査では13歳5カ月時に7歳0カ月相当であり、抽象語の理解や上位概念は修得されていない。

音には敏感で小さな音、遠く的环境音にもよく反応する。環境音の識別も可能。音の聴覚的把握では単音節音は殆ど完全。単語も大部分が理解可能。筆談で簡単な質問は理解可能のようにみえるが一部のみを了解して反応している様子で全体の意味を十分理解しているようではない。少し長い文章や複文による命令は理解できない。色の名前は十分理解している。

③ 文字言語：平仮名、片仮名、かなり難しい漢字(熊, 司会, 照る, 線, 沼, 養護, 陛下, 朝夕, 下校など)も読み、書く。自発的に書いた漢字の一部を図に示す(図1)。文字を書くことは大好きで紙と鉛筆があればいくらかでも書き続けている。自発書字で自分の名前, 住所, 学校の名前, 友達の名前, 今日自分がした事柄を時間を追って記すなど次々に何時間でも平気で書き続ける。書くのをやめさせようとするといやがる。文字の順番の逆転(七夕を「たばなた」など)があるが自分ですぐに気づいて訂正する。書いている内容は単純ではあるがreasonableである。しかしほとんどが箇条書きであり、文章としては完成しない。「これを家に持って帰りたい」という意味の文を「おうち持ってください」と書くなど文法の理解は不十分である。ごく簡単な口頭での質問に対し書字で回答することはできる。しかし書字命令に対しては、文字は読んでも、全体の意味がわかっているとは考えられず、部分的に理解した単語を手がかりに反応するためしばしばとんちんかんな応答を書く。

図1 自発的に書いた漢字の一例。異なった文章の中から抽出してある。

④ 計算：数字が好きで、計算も好き。数字を書き続けることに熱中する。ただし加減算とも10以下のみ可能。2桁以上の数の加算はできないので数字を計算式の形に書きならべているのみ。また数字を書いた積木があると、大きさの順番にきちんと並べ、足りない数があると落ち着かず、積木を必死にさがす。時計を好む。時間の読み、表示のしかたは正確。

2. 行為

自発的運動：開眼、開口等可能。上下肢の粗大な運動も可能である。しかし前述の通り、年齢から期待されるような運動はできないか、きわめて拙劣。微細な運動機能はclumsyである。はさみは使うが線に沿って切るとは難しい。運動の持続も困難。しかし検者の指の模倣は可能でキツネも作れる。

他動的運動：ボタン類を含む衣類の着脱等は可能。箸、歯ブラシ等も使え、失行を思わせる所見はない。

構成行為：絵画の内容は年齢の割に単純で幼稚である。13歳4カ月時のGoodenough人物描画テスト(図2)は知能年齢7歳3カ月でIQ54であった。

3. 認知

聴覚的認知を書かれた文字から推測すると、一部に音の逆転などあるものの言語音の認知はほぼ正確であると考えられた。帝京大学で標準失語症検査を応用(仮名の理解と単語の理解)しての判定では1/6の選択である単音節の仮名の認知は9/

図2 人物描画テスト。男の子の全身像。日付、文字も本人のものである。

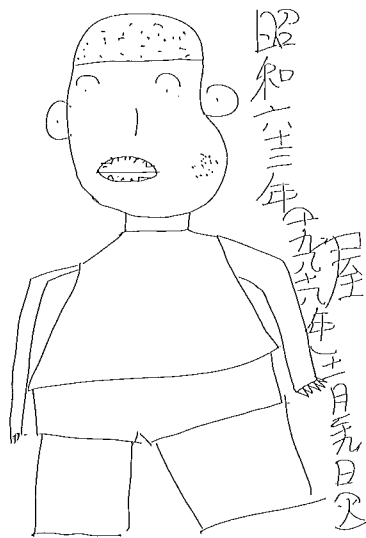
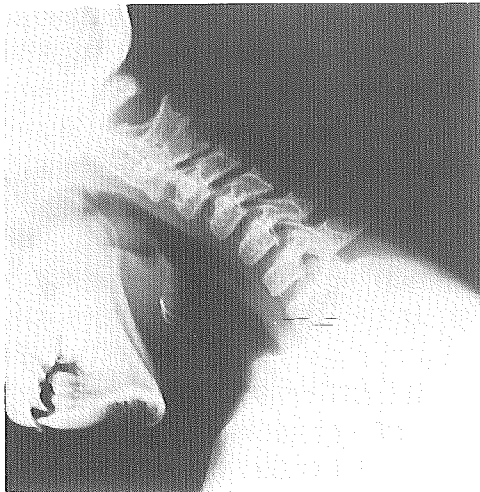


図4 頸椎のX線像。頸部を前屈して撮影。



10, 1/4の選択である単語の対の聴取は17/20であった。

簡単な図の模倣(図3)はほぼ正確にかく。Bender Gestaltテストではコピッツ法で4点、手と目の協調はおおよそ8歳レベルと評価した。

図3 簡単な図の模倣。左側は検者のもので右側は本症例の描いたものである。

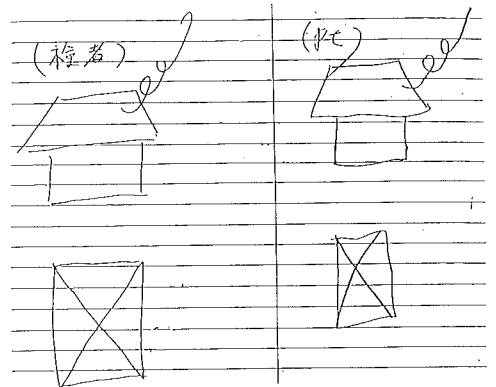
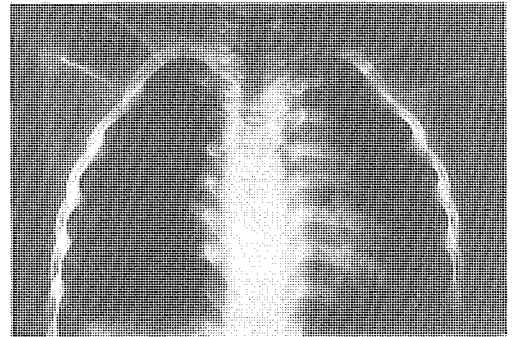


図5 胸椎のX線像。第六・第八頸椎が蝶形椎になっている。



4. 身体認知

自分の体についての理解はある。自分自身の左右はわかるが、対面した検者の左右はわからない。

5. 時間的、地誌的見当識

年月日、曜日、場所等正確に理解している。

6. 音楽

殆ど興味を示さず、歌を歌うこともない。

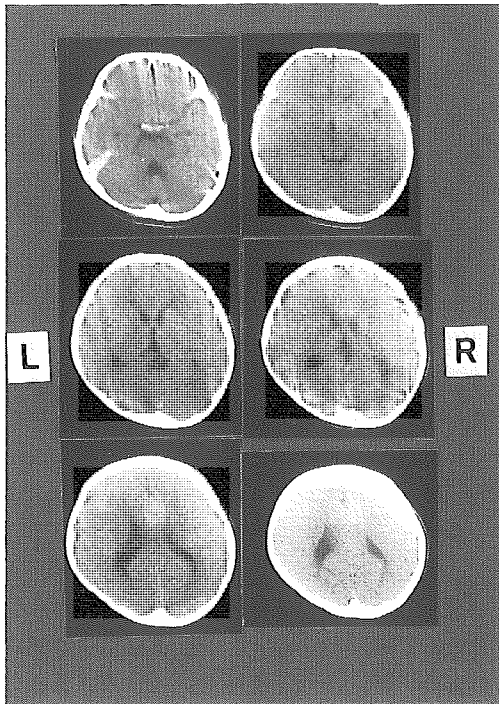
利き手は右。簡易検査では右足利き、左目利きである。

その他の心理知能検査：

紹介して頂いた病院で行われた新版K式発達検査ではDQが認知適応55, 言語社会49, 全領域52と評価された。

帝京大学言語治療室で行なわれたWISC-Rでは

図6 頭部CTスキャン像。



言語性の検査は施行不可能。動作性検査はIQ45以下であった。また非言語性の知能テストであるRaven Colowred Progressive MatricesではGrade IVで知能障害があり、推定IQは60位と評価された。

コミュニケーションの手段としては口型をとって発音している感じで指で示すか、発音して文字を空にかく。上述の通り非常に簡単なことならば筆談が可能であった。

臨床検査所見：一般血液、生化学、血清学的検査に異常なし。血清Cortisol, T3, T4, TSH, ACTH及び、成長ホルモン基礎値には異常を認めなかった。

頸椎X線撮影で正位では生理的彎曲がやや少なかった。また第二・第三頸椎の融合(図4)が認められた。第六腰椎が仙骨に融合し、頭骨と第一頸椎の融合が疑われた。さらに第六及び第八胸椎が蝶形椎を示した(図5)。

手根骨は年齢相当で異常を認めなかった。

脳波は某病院の記録で、覚醒では基礎波は後頭部優位の9 Hzの α 波で少量の θ 波を含み、傾眠か

らsleep stage IIまでの記録では前頭部から中心部にhumpと12Hz睡眠紡錘波が見られた。いずれの記録にも発作波は認められなかった。年齢を考慮すると正常ないし境界脳波と判定した。

CTスキャン(図6)では後方に強い軽度の側脳室拡大があり、多少左側脳室が大きい傾向があった。第IV脳室、大後頭孔が軽度に拡大していた。

聴性脳幹反応は波形、域値、潜時とも正常範囲であった。

純音聴力検査では明かな聴力損失はなかった。

語音聴力検査は検査不能であった。

その後の経過：

2カ月後より、帝京大学耳鼻咽喉科言語治療室に通院するようになり、1)発声発語器官の訓練、特に舌、口唇、顔面の随意運動の練習、2)発声の訓練、特に発声の持続を促す練習、3)構音訓練、特に母音では強固な鼻腔構音が見られた「イ」の練習と、子音の練習を中心とした訓練を受けていた。治療には、初期、本児にとって容易であった母音/ア/の発声持続や、マ行音の練習には積極的で、喜んで通っていた。しかし子音の練習で訓練効果が見られたのはマ行とハ行のみで、理解力不足もあってその他の構音動作の修得は難しかった。進歩がおもわしくなくなると、練習をしたがらなくなった。通院自体はいやがらないものの訓練の時間になると逃げてしまうということがあり、経過観察を行うことにした。

3カ月後頃より、トランプの7ならべ、パパ抜き、神経衰弱などのゲームのルールがわかってきた。

9カ月後、中学校(養護学校)に進学した。通学用のバスで登校するが車が好きで喜んで通っている。またおなかいっぱい、お花きれい、犬かわいいなど、感性の面で良好な反応が出てきた。

一年半後、以前に比べて、学校でも他の子供たちといっしょの行動に抵抗がなくなり、朝の会やマラソンや、作業時間に行う陶芸にも参加するようになった。クイズ番組が好きでよく見ている。雑誌「週刊テレビガイド」が好きでプログラム内容も理解していると思われる。発音ではあいかわらず母音を中心ではあるがM音の他にまれにR音、G音が発音できることもある。以前は歌うことは

なかったが最近は大きな声で歌うようになった。

しかし2年4カ月後の14歳5カ月時点でも自己中心性が強く、数字や時計、時刻表などに固執する傾向が強く、行動がステレオタイプであるという問題点を残しており、構音の修得にはなお時間がかかるものと思われる。

考 察

Klippel-Feil症候群の臨床的な三徴とされる首の短さや運動制限、毛髪はえぎわの低さの本体は頸椎が融合していることであり、障害された椎骨の数によって規定される症状である。本症例は臨床的にはいずれもこの三徴は明らかではなかったが、レントゲンの頸椎の融合の他、他の椎骨の異常を伴っており、本症候群として診断してさしつかえないと考える。発生頻度は42,000人にひとり¹³⁾とされるが、疾患自体とその合併症の重症度によって疾患の発現には広い幅がある。本症の成因は不明であるが、頸部中心や椎間板のできる第二次中胚葉の細胞移動migrationの時期に発生している¹³⁾。この時期に起こる他の器官発生に異常が起こるのが本症候群の合併症と考えられる。

本症候群の神経学的合併症で、精神遅滞以外に学習障害を示すと記載された教科書もある¹⁰⁾。この内容についてMenkes¹⁰⁾は鏡像運動を示す者があることを述べ、これが知的障害のある児にみられるソフトサインである可能性と同時に錐体交叉または脊髄後索の障害によるものである可能性について述べている。これはGundersonの記載した症例¹¹⁾の所見に基づいている。本症例では鏡像運動は著明ではなかったが粗大運動も微細運動も共に著しく不器用で特に口腔領域の運動に不器用さが目立った。しかしこの不器用さのみで言語表出の遅れをすべて説明できるとは考えられず基底にさらに異なったメカニズムを考える必要があるものと思われた。

脳障害児にみられるhyperlexiaすなわち知能に比較して読字能力のみが突出して進んでいる状態についての関心が高まっている²⁾⁻¹⁰⁾¹²⁾¹⁵⁾²⁰⁾²³⁾。自閉症の双生児に見られた症例²⁰⁾や、Prader-Willi症候群の成人例⁹⁾の報告もある。この症状は重度

の精神遅滞や知能障害を伴う自閉症、または自閉症類似の症状をもつもの、広汎性発達障害などに多く報告されている。

Mehegan¹⁵⁾は11例の男児と1例の女児症例の検討をし、特に4例について個別の記載をして興味深い所見を報告した。全例が中等度ないし重度の精神遅滞を示し多動、注意転動を示し、言語遅滞を主訴として来院した。この子たちは全例、その全般的な発達状態や言語能力に似合わないほどのすぐれた読字能力を示したが自発語はないか、ないに等しかった。自発語がともかくもあったのは3例だけで意味のある会話に使えたのは1例だけだった。3例とも構音が悪く、反響言語が明らかであった。読むことに関しては強迫的、儀式的な様子があり、何時間も読み続けていても、他のことをさせようとするときとどく抵抗した。中にはずっと昔の日付の曜日をすぐに言える子もあった。発達歴では言語発達の遅れや多動の他に、8例で運動発達の遅れを示し、7例は以前に精神科で診察を受けており2例は精神科的問題があると診断され、5例は器質的脳障害に基づく重度の精神遅滞であると診断された。自閉的な症状の頻度が高かった。確実な右ききは2例のみ、頭蓋の変形が三分の一あった。常に多動でchoreoathetosisや多発性のチックが見られたが、けいれんの頻度は非常に低かった。歩行もぎこちなく手の動きも障害されていた。舌運動も障害されjaw jerkは亢進しているなど神経学的診察で完全に正常なものはいなかったということである。

Huttenlocherの報告した3症例は¹²⁾簡単な絵を模倣できなかつたり、人物描画に全くまとまりがなかつたり、着衣ができなかつたり、著しく不器用だつたりした。文字を読むことは流暢であったが、文章の意味理解は口頭でも書字でも同年齢の子供より遅れていた。

また最近Cohen (1987) の報告した5症例からhyperlexiaの子供は、話し言葉も書き言葉も言語理解に障害がある点を重視した。さらに通常の読字困難が書き言葉の認知と理解のみに障害のある点で異なっていることから、米国小児神経学会がhyperlexiaが読字困難の亜型であるとした見解²²⁾と対立する考えを示した。これらの症例は行動面

からはいずれも広汎性発達障害を思わせる所見を有していた。

自閉症で、あるひとつの領域のみが突出した能力を持つことについての説明⁹⁾では個々の経験や心理力動に重点を置くものと、随伴する認知能力の欠陥の性質いかんによるとするものと、可塑性の概念に基づくものがある¹⁰⁾。第一の可能性に由来することはまず考えられない。第二の可能性は突出した能力は何かの能力と言うよりは欠陥を表わすもので、事物に対する一般的な概念化ができないことと関係しているかもしれないとしている。また第三の可塑性の考えは同じ子供の中に成熟の遅延または促進した点が混在しているとみるものである。このため特別な面でのアンバランスがおこるものといえる。しかしこの第三の可能性も自閉症児の能力がある特殊な面における能力の成熟未熟というより別の、質的な差を感じさせる場合が多い点で十分な説明とはなりにくいと考えられる。

Burdは²⁾hyperlexiaが全体的な言語機能に関係した能力のislandとして認知機能の予後を占うものとして位置づけ評価している。

これらの読字能力と言語理解能力の差についてはその原因のひとつとして言語象徴と意味の間の連合に障害があるものと考えられる。Meaganは¹⁵⁾論文の考察の中で1899年にHeubnerが報告した成人の脳血管障害による後天性の同様の状態を紹介している。64歳の男性で、反響言語があり自発語の障害は著しく、読み書きは上手にできたが自分の読み書きしたものについてもまったく理解していないと考えられた。病巣は上側頭回後方の軟化で角回は含まれていたがWernicke野と横回は含まれていなかった。さらに前頭部に小さい病巣があったがBroca野も含まれていなかった。

Cohenら⁶⁾の5例のhyperlexia症例のうち1例がCT上、左側脳室の局在性の拡大と基底核の低吸収域を示し、左側脳室周辺の梗塞に一致すると報告されているがこの症例は右片麻痺を伴っていた。従ってhyperlexiaのその他の多くの症例で局在性の解剖学的病変が証明されない限り、後天性の同様の状態との類推から責任病巣を推測することはまちがいであろう。しかし文字の読み書きの際に、文字形態の視覚心像と聴覚心像の結合が左角回で

行われることから、少なくとも左角回の何等かの関与は考えておいた方がよいものと思われる。

本症例はKlippel-Feil症候群があり、自閉症ではなかったが、DSM-III-Rに規定される自閉症関連の症状群としての広汎性発達障害に分類しうる所見がみられた¹⁾。本症例には軽度精神遅滞があり、その程度から期待されるような言葉らしい言葉を殆ど話せないのに、とにかくもかなり難しい字も使って書きまくるという一見、"hypergraphia"¹⁾とも呼びたいような症状がみられた。

hyperlexiaの児も書字能力を示すものがあり¹⁵⁾、舞踏病様の不随意運動がみられたり、歩行が不安定、微細運動の障害、舌運動の障害を示す者があり、臨床的には不器用で、神経学的微症状に分類される症状を示す者があることがうかがわれる。これらの症例は発語があっても著しい構音障害を示すと記載されているものが多く、本症例との関連をうかがわせる所見があった。

また水頭症の児の中にあまり内容のない事柄を繰り返し繰り返し大量にしゃべり続ける者があり、カクテルパーティ症候群あるいはおしゃべり箱と呼ばれる²¹⁾。水頭症におけるこの症状の責任病巣を特定することはさらに難しい。本症例では書きまくる内容はカクテルパーティ症候群にみられる発語内容に比べると浅薄さはあっても、それなりに意味のあるものであった。しかし長時間にわたって書き続ける内容はとかく繰り返しが多く、多少とも強迫的な部分も感じられた点で、話す面と書く面に表われた症状の違いだけとは考えられなかった。

本症例が示した言語発達の遅れは、原因を特定することが困難であったが³⁾、知的発達の遅れに加えて多分に構音障害の様相が強かった。最近、Rapinが発達性言語障害の分類¹⁹⁾で話し言葉の障害を音韻学的に6つの症候群に分類した(表1)。言語表現の著しく遅れる児の中で音韻学的プログラム障害症候群phonologic programming syndromeまたはverbal apraxiaあるいはdyspraxia¹⁸⁾¹⁹⁾²⁴⁾といわれるグループ、すなわち話し言葉の運動能力と関連して口の運動を持続する点に欠陥があり、言語表出に著しい障害を示すものがある。この(developmental) verbal

表1 発達性言語障害の話し言葉の音韻学的障害の分類

1. 言語性聴覚失認 (語聾) Verbal auditory agnosia	聴覚的言語理解不能, 視覚性言語の処理は可能, 行動はいろいろ
2. 意味-実用症候群 Semantic-pragmatic syndrome	流暢, 反響言語, 喚語困難, 文法の理解障害, しばしばよく話し, 話の内容が脱線する, 行動はいろいろ
3. 混合性音韻学的一意味症候群 Mixed phonologic-syntactic syndrome	非流暢, 理解は表出よりは良好, 口の運動機能はいろいろ
4. 音韻学的プログラム障害症候群 (発語失行) Phonologic programming deficit syndrome (verbal apraxia)	理解は適切であるが高度の表出の異常, 口の運動機能はいろいろ
5 a. 流暢な自閉症候群 Fluent autistic syndrome	プロソディ, 音韻学, 理解の程度はいろいろ, 実用的な障害は高度, 反響言語
5 b. 非流暢な重度自閉症候群 Nonfluent severe autistic syndrome	実質的に殆ど無言または高度の音韻学的障害, 重度の理解障害, 音韻以外の障害が重度

文献19) p. 141より引用

dyspraxia²⁴⁾と呼ばれる状態は成人における発語失行類似の状態を想定したものであり, 唇や舌が構音のための複雑で迅速な動き, 話し言葉に用いられる音の産生と持続に不適当な状態と考えられる。鑑別は難しいが本症例はこのグループに接点はあるものと思われる。しかし本症例の構音障害は舌や唇の動きの不器用さのみでは説明できないほど著しかった。さらにこの状態は前提として理解正常で表出のみの障害ということであって, 本症例に軽度の精神遅滞があり, 非言語性の認知能力が正常ではない点ですでにそのクライテリアには該当しないと考えられた。

このRapinの分類¹⁹⁾によれば, この音韻学的プログラム障害(発語失行)と, 一部にカクテルパーティ症候群及び自閉症の言語特徴を有するグループを含んだ意味-実用症候群 semantic-pragmatic syndromeの間にmixed phonologic-syntactic syndromeという分類もある通り, 事実上重複した部分もある障害であると思われる。

本症例は広汎性発達障害を有する児であったが, 構音障害を伴う言語障害のうち音韻学的プログラム障害症候群と混合性音韻学的一意味症候群に近いところに位置するものと考えるのが妥当であろうと推測された。

本稿の一部は平成元年度及び二年度文部省重点領域研究「コミュニケーション障害児の診断と教育に関する研究」の「コミュニケーション障害児の鑑別診断特に医学的診断に関する研究」(主任研究者 田中美郷教授)の援助を受けました。記して感謝します。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition-revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- 2) Burd L, Fisher W, Knowlton D et al: Hyperlexia: A marker for improvement in children with pervasive developmental disorder? J Amer Acad Child Adol Psychiat 26: 407-412, 1987.
- 3) Burd L, Kerbeshian J: Hyperlexia in Prader-Willi syndrome (letter). Lancet 2(8669): 983-984, 1989.
- 4) Cain AC: Special "isolated" abilities in severely psychotic young children. Psychiatry 32:137-149, 1969.
- 5) Cobrinik L: Unusual reading ability in severely disturbed children. Clinical observation and a retrospective inquiry. J Autism Child

- Schizophrenia 4: 163-175, 1974.
- 6) Cohen M, Cambell R, Gelardo M: Hyperlexia: A variant of aphasia or dyslexia. *Pediatr Neurol* 3: 22-28, 1987.
 - 7) Fischer W, Burd L, Kerbeshian J: Markers for improvement in children with pervasive developmental disorders. *J Ment Defic Res* 32: 357-69, 1988.
 - 8) Goldberg TE, Rothermel RD: Hyperlexic children reading. *Brain* 107: 759-785, 1984.
 - 9) Goldberg TE: On hermetic reading abilities. *J Aut Dev Disord* 17: 29-44, 1987.
 - 10) Graziani, LJ, Brodsky K, Mason JC et al.: Variability in IQ scores and prognosis of children with hyperlexia. *J Amer Acad Child Psych* 22: 441-443, 1983.
 - 11) Gunderson MCH, Solitare GB: Mirror movements in patients with the Klippel-Feil syndrome. *Arch Neurol* 18: 675-679, 1968.
 - 12) Huttenlocher PR, Huttenlocher J: A study of children with hyperlexia. *Neurology* 23: 1107-1116, 1973.
 - 13) Jones, KL: Smith's recognizable patterns of human malformation. Forth edition. Philadelphia, WB Saunders, 1988.
 - 14) Kanner L, Eisenberg I: Notes on the follow-up studies of autistic children. In Hoch PH, Zubin J (eds) *Psychopathology of childhood*. New York: Grune and Stratton, 1955. 5)より引用
 - 15) Mehegan CC, Fritz E, Dreifuss MB: Hyperlexia. Exceptional reading ability in brain-damaged children. *Neurology* 22: 1105-1111, 1972.
 - 16) Menkes JH: *Textbook of child neurology*. Third edition. Philadelphia, Lea & Fabiger, 1985.
 - 17) Morrison SG, Perry LW, Scott LP: Congenital brevicollis (Klippel-Feil syndrome). *Amer J Dis Child* 115: 614-620, 1968.
 - 18) Pearce PS: Visual symbol and manual sign learning by children with phonologic programming deficit syndrome. *Dev Med Child Neurol* 29: 743-750, 1987.
 - 19) Rapin I: *Children with brain dysfunction*. New York, Raven Press, 1982.
 - 20) Smith IM, Bryson SE: Monozygotic twins concordant for autism and hyperlexia. *Dev Med Child Neurol* 30:527-531, 1988.
 - 21) Swisher LP, Pinsker EJ: The language characteristics of hyperverbal, hydrocephalic children. *Dev Med Child Neurol* 13: 746-753, 1971.
 - 22) Task force on the nosology of disorders of higher cerebral functions in children. Proposed nosology of disorders of higher cortical functions in children. *Child Neurology Society*, 1981.
 - 23) Whitehouse D: Hyperlexia in infantile autism. *J Aut Dev Disord* 14: 281-289, 1984.
 - 24) Fenry PC, Hall SM, Hicks JL: Dilapidated speech: developmental verbal dyspraxia. *Develop Med Child Neurol* 17:749-756, 1975.

Abstract

A case with Klippel-Feil syndrome with mild mental retardation, delayed speech, severe dysarthria, relatively good ability in writing and pervasive developmental disorders was reported.

His gross and fine motor movements were clumsy. The organs of articulation were normal anatomically.

The relations between Klippel-Feil syndrome, learning disabilities, hyperlexia, developmental language disorders and pervasive developmental disorders were discussed.

【資料】

精神医学的能力障害の評価と低減に関する WHOの協同研究

丸山 晋* 大島 巖** 加藤 正明***

WHOのPsychiatric Disability Assessment Schedule. DAS (精神障害評価面接基準)は、潜在的に重度の精神障害を有する患者についての協同研究に使用できるよう、創案された。それゆえ、この方法を適切に理解するために、本研究を紹介することは意味のあることである。それはブルガリア (ソフィア)、西ドイツ (マンハイム)、オランダ (グロニンゲン)、スウェーデン (カルトウム)、スイス (チューリッヒ)、トルコ (アンカラ)、ユーゴスラヴィア (ザグレブ) の7カ国における研究センターで行われた。

研究目的

本研究の主な目的は、臨床的かつ社会的な既往歴、精神科現在症、心理的能力障害、社会的不利についての、それぞれ別個で、標準化された尺度を入れて、精神科の患者を多軸的に評価する方法論と手段の開発にあった。その目標は少なくとも社会文化的な背景が異っても相互に信頼性のある

おおまかな比較が、患者、臨床家、ソーシャル・ワーカーのようなその他の精神保健の分野で仕事をしている人達に受け入れられるような方法で可能であるような評価法をつくることであった。

他の同様に重要な目的は、比較的最近発症した重症の精神障害者例において症状、機能障害および能力障害についての初期徴候を収集し、一定の期間に亘り、それらの経過を追求することであった。

基本となる概念

症状と機能障害および能力障害を区別することは、研究を設計するのに基本的なことである。これらの概念における境界は、はっきり枠どりが出来ないが、区別を設けることは、身体的なりハビリテーション⁽¹⁾や精神科ソーシャル・ワーク⁽²⁾においてともに有益であることが示されてきた。

疾病という概念は、一般に (苦悩や恐怖のように) 健常からの偏りとして認識でき、(明らかなものにせよ、推定されるものにせよ) ある障害部位あるいは生理的な機能不全を有し、徴候あるいは症状として記述できるような、身体的精神的状態または過程をさす。機能障害、能力障害および社会的不利⁽³⁾についての国際分類によれば、「機能障害」とは「心理的、生理的、あるいは解剖学的、構造あるいは機能における、何らかの欠損あるいは異常」である。ある特殊な機能障害では、それがそのまま疾患の徴候か症状であることもありうる。しかしその場合は、いつもある特殊な医学的な診断ではなくて、障害されている機能を指している。例えば、認知の欠陥は、明らかに機能障害であっても、特殊な疾患ではない。能力障害とは「人間にとって正常とみなされる範囲内で、活

The WHO Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability.

*国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Susumu Maruyama: Division of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

**国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

Iwao Oshima: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

***国立精神・神経センター精神保健研究所 元所長
Masaaki Kato: Former Director, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

動を達成しうる能力の（機能障害による）何らかの制限および欠如である」と定義される。この研究の文脈では、能力障害はその生活環境において個人が普通に期待されている特定の社会的な役割を遂行する能力の欠如あるいは制限として、一段と専門的に定義されている。

評価方法

この研究では5つの異なった方法が用いられた。

精神医学的既往歴および社会推計学的記述

この方法は精神分裂病に関する国際パイロット研究^{4,5)}のようなWHOの先行研究の経験に基いてWHO本部で設定された。この方法の重要な部分には、精神障害の過去における挿話と無症候期についての質問項目である。その中で調査者は、過去の挿話における臨床的性格や受けた治療や最近の生活上の出来事に基いてデータ化する。

現在症診断表 (PSE)

PSEの第9版⁶⁾は、精神状態の臨床評価のための手段として採用された。PSEは、症状に関する標準化された評価についての半ば構成化された精神科面接法である。その信頼性の側面、異文化への適用性、適切な訓練、データの出し方などについては、別途に広く記載されてきている^{4,5)}。

心理的機能障害評価面接基準 (PIRS)

この方法は面接中に観察された患者の行動をより詳細に記録できるように、PSEの補助として、この研究のために特別に設計された。その内容は、PSE第9版の「行動、感情、会話」の項を、拡充し詳細にしたものである。以下に示すようなPIRSの中から選択された項目による機能障害の概念は、日常の社会行動に必要不可欠で、たいていの文化のもとで、幾分かの違いはありながら存在する、人との交わりについての技能に焦点を当てている。項目の実際の選択は、人との相互反応と交流行動についての最近の論文の中から、いくつかを選んで行った（例えば、^{7,8)}）。

この手順は、つぎのような部門における97項目

からなっている。心理的テンポの速さ、注意、易疲労性、創意、表情を通じての交わり、身体言語による交流、感情の表現、会話の能力、自己表現、協調性がそれである。それぞれの項目には、簡単な説明がついている。そして評価基準は、当該行動がない、ある、程度が重い、正確度に欠けるといった点を記録することになっている。加えて、「全体的な印象」に関する6点評価は、10部門のそれぞれにおける障害の程度について、調査者が特殊な項目に対する評価に関係なくおおよその判断を持つことを可能にしてくれる。10の行動に関する部門の評価を完了したあとで、面接者は、自分の主観を記録する。

能力障害評価面接基準 (DAS)

機能障害評価尺度と同様に、この評価面接基準も、本研究のために特別に開発された。最初の試案は、WHO本部で準備され、研究者の会合で広範に検討を行い様々な修正を行った。パイロット版は、いくつかのフィールド研究センターで検討され、研究版ができるまで一段と調整が行われた。付録としての使用の手引は、T. トマフ博士 (T. Tomav. ソフィア, ブルガリア) と J. E. クーパー博士 (J.E. Cooper. ノッティングム, 英国) の援助を得た J. コーラー氏 (J. Koror. ノッティングム, 英国) によって草案が出され、引き続いて協同研究者によって修正された。DASは、精神科患者の社会行動の評価法間におけるギャップをうめるために設計された。臨床的あるいは精神療法的場面における対人行動を評価するのに、多くの尺度や評価基準が使用されたけれども、重度の疾病を伴う患者の社会機能を評価するために開発された方法は殆どなかった。提案された方法は、多くの項目が文化と密接な関係があるために、比較文化的な意味で応用することは困難である。DASを開発した目的は、PSEに匹敵する（同じく評価前の1カ月間の状態をとらえるという意味で）ような単純で、異った文化圏にも応用できる評価法を生み出すことであった。

この評価法は、全部で97の項目を含む4つの区分からなっている。第1区分は、全般的な行動(自己管理, 活動水準, 社会的引き込み)をあつかっ

ている。第2区分は、たいていの文化圏にみられる社会的役割(例えば、家事への参加、結婚、育児、職業、一般的な関心や情報活動、緊急あるいは危急の際の行動)についての項目である。それぞれの役割の範囲は、まず現在の患者にあてはめて評価し、それと最近の(例えば、ここ4週間)および過去の状態から評定する。文化的な基準の違いについては、6点評価のどのレベルにおいても拠点となるとりきめをしており、評価者は、特殊な社会的文化的背景をもつ個人が、当該の活動を「平均的」に遂行する状態を勘案しながら、臨床的な判断や経験によって評価するようになっている。異った文化圏における特殊な活動に対する実際的な「基準」や「平均的な」行動に関する体系的な知識は殆ど存在しないので、調査者は、それぞれの評価に対して、記述的口述的な説明をつけることになっている。このようにして口述的な資料は蓄積されてゆき、それらはやがて分析されてつぎの改訂のときに発展的に用いられることになる。第3区分は、過去1カ月の大部分の間、患者が入院している場合に用いられる。その区分は、ウィングとブラウン(Wing & Brawn.¹⁰)による「3病院における研究」で用いられた質問を修正して用いている。第4区分の、「修正要因」は、患者の特別な資質(例えば、平均を上まわる能力、支持的関係)や特殊な信頼性(例えば、社会的経済的に恵まれない層の人達)や家庭環境の目立った特色を記述できるように作られている。この評価手順の最後には、患者の能力障害の水準についての全般的な判断がなされ、主たる情報提供者に対する印象を評価するためのチェック・リストが記載される。

DASは、「主たる情報提供者」(普通患者の家族の一員)との面接によって得られた情報に基づいて記入される。しかし、ある特殊な項目について正確な判断を下すためには患者との簡単な面接も必要である。この研究では、DASの評価はPSEやPIRSの評価とは別に、異ったプロジェクトチームの成員によって行われた。

診断および予後に関する評価(DPA)

この面接基準は、精神分裂病に関する国際パイ

ロット研究において使用された診断記録形式を、修正したものである。プロジェクトチームによってなされた診断を(ICD9の用語¹¹)とセンターで現在使われている用語で)記録するための区分と数多くの予後に関する記述に加えて、この評価面接基準は、ある患者についての「ニード」と「可能性」について評価する。治療と管理の方法についてのチェック・リストを含んでいるこの研究では、診断および予後に関する評価は、チームによるケースについての十分な討議を経て初めて完了する。

評価の信頼性

このプロジェクトでPSEを用いる前に、全ての面接者は、この手順について経験をもった者から訓練をうけている。PIRSとDASに関しては、訓練の場面は、調査者の会合の間にもたれるとともに、または相互に調査者を交代して行われた。この評価面接基準の使用についての細かな規定は、これらの場面を通じて改良され、結果として訓練を受けた人がこれを使用する際の手助けになった。

評価面接基準のそれぞれを用いて行われた、評価についてのセンター内あるいはセンター間の信頼性は、プロジェクトのデータを集める前と実施時に、定期的に測定された。信頼性の評価のための素材は、面接のビデオと録音、面接者の記入の記録および患者と情報提供者の生の対話からなっている。

DASの信頼性に特別な関心もたれている。というのは、それが文化や社会階層によるかなりの違いがみられることがわかっている、複雑な社会行動の側面を評価するための新しい方法だからである。表1に見られるように、個々のセンター内でのDASでとらえられる主要な社会的な役割に関する評価について、評定間の一致度は納得のゆく高いものであった(カッパーの値が0.6以上であるということは、通常一致率がよいという指標であると考えられている)¹²。表2は各センター間での信頼度の検定の数値を示しており、同じ素材を、異った社会文化的背景を持つ評定者が評価することによって得られたもので、高い一致率を示して

表1 DASを用いた社会的役割の評価に関する評者間の信頼性 (カッパー推計)

センター	社会的役割						
	自己管理	関心と情報	家事への参加	不活発	社会的引き込み	仕事の役割	性的関係
グロニゲン	0.74	0.73	0.73	0.86	0.85	0.93	1.00
マンハイム	1.00	0.81	0.70	0.89	1.00	0.91	1.00
ノッチングム	1.00	0.69	0.79	0.90	1.00	0.63	0.24

表2 社会的役割に関する評価 (7研究センターでの14人の研究者が、2つの面接記録について、2人づつ相談しながら評定した) についてのセンター間での信頼性 (カッパー推計)

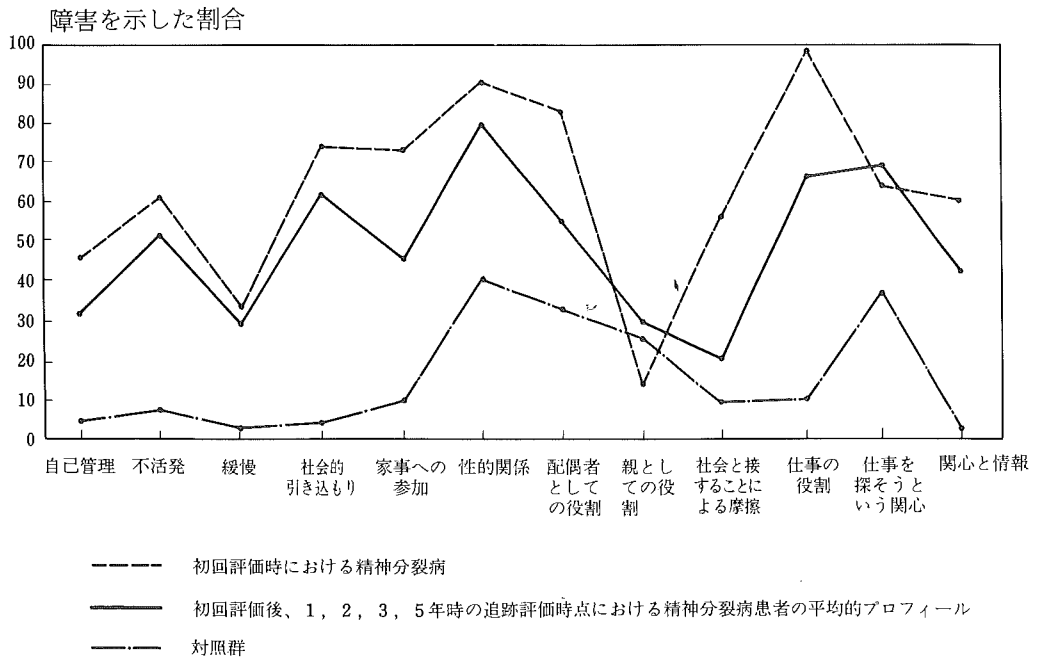
	社会的役割						
	自己管理	関心と情報	家事への参加	不活発	社会的引き込み	仕事の役割	性的関係
ケース 1	0.85	0.68	1.00	1.00	0.69	0.74	1.00
ケース 2	1.00	1.00	0.52	0.85	0.89	0.72	0.76
両ケース	0.93	0.84	0.76	0.93	0.79	0.73	0.88

いる。

DAS評価の妥当性についてひとつの検定法は、この方法が患者と対照群とを弁別しうるかどうかをみることであり、対照群は大半あるいは全ての項目において数値が低いことが求められている。図1は、あるセンター (マンハイム) で精神分裂病の患者群と対照群とを比較した資料をまとめた

ものである。この図は、大半の役割項目において、両群の間に明らかな差異があることを示している。精神分裂病の患者のより多くの部分が、たいいていの社会的な役割において機能不全の尺度が高いことを示している。

図1 精神分裂病患者と対照群のDASプロフィールの比較 (N=56), マンハイム。



研究計画

データを集めるために、7つのセンターのそれぞれの研究チームは、非感情病型の機能的な精神病で比較的新しい発症という、特定の診断基準に合った、一連の患者を選択し評価した。患者に該当する診断基準はつぎのものであった。

- (1) 年齢は15～44歳。
- (2) 特定の担当地区内に居住しているもの。
- (3) 器質性脳疾患(てんかんを含む)、重度の精神遅滞、重度の視聴覚障害、アルコールおよび薬物依存のないこと。
- (4) (a)のうち次のいずれかひとつ、または(b)のうち次の少なくとも2つが存在すること。
(a): 非感情病性の幻覚や妄想、奇妙で粗大なその場にそぐわない行動の異常、遅延や促進とは異った思考や言語。あるいは(b): 単純な遅滞や過動とは別の精神運動の障害、抗しがたいほどの恐怖あるいは不安、顕著な社会的な引き込み、極端な自己否認。
あるセンター(マンハイム)では、もっと厳しいスクリーニング法を採用し、(b)の診断基準は除外した。
- (5) 精神疾患の発症はスクリーニングにかける24カ月以内(2つのセンターでは最高24カ月まで、3つのセンターでは最高18カ月まで、2つのセンターでは最高12カ月までであった)であること。
- (6) 臨床診断は、精神分裂病(ICD295)妄想状態(ICD297)、あるいは妄想様または特定出来ない他の非器質性精神病(ICD298.3, 298.4, 298.9)のいずれか。

これらの基準は、能力障害が存在しうる精神病的状态をもった非常に多くの患者を、発病して比較的早い時期に徹底して調査可能であるよう、設定された。この時期には機能障害や能力障害が新しく、可逆性である場合が多い。

調査対象は全部で520人の患者(男子277人、女子243人)であった(表3)。全ての患者は、調査に入る際とその1年後および2年後の、少なくとも3回は、上記の方法で評定された。いくつかの

表3 初回評価時の調査対象数

センター	男性	女性	計
アンカラ	44	26	70
グロニゲン	43	40	83
カルトウム	55	16	71
マンハイム	41	29	70
ソフィア	55	65	120 ^a
ザグレブ	7	29	36
チューリッヒ	32	38	70
全センター	277	243	520

^a これらのうち62例(男性23例、女性39例)は、1年未満の病相期をもつ新鮮例で、58例(男性32例、女性26例)は、1年から5年までの比較対照群である。

センターは、3年後にフォローアップを行い、あるセンター(マンハイム)は、フォローアップ期間の最初の2年間に、6カ月ごとの評定を行った。

調査資料の診断的記述

症例の診断分類は2段階を経て行われた。第1段階ではそれぞれの調査チームは、利用可能な全ての情報を考慮し、臨床診断の形式をふまえて患者の評価を決定した。第2段階では、コンピュータによる診断プログラム(CATEGO)を用いることにより、患者のそれぞれに、20の可能性のある診断群のうちの一つを割りあてることができた。このようにして抽出された診断群は、臨床データをどう読むかの違いによるものである。CATEGOによる診断群は、臨床診断と厳密には一致しない(なぜなら、この研究においては最近と現在の症状についての情報だけが、入力として用いられたからである)が、コンピュータプログラムは、異った状況下にある患者が、同じ症状をもっている場合の度合と、彼らが現在明らかに同定でき、また一般に認められる精神科的症候群を、どの程度もっているかを、客観的に評定することを可能にしてくれる。

センターで下された臨床診断別による患者の分布は、表4に示すとおりである。患者の大多数(81.5%)は精神分裂病で、大半は妄想型の臨床診断が下されていた。他の唯一の重要な診断群は、反応性または心因性精神病群で、この診断を下された患者の大多数はグロニゲンのケースであった。

表4 調査対象の初回評価時におけるセンターでの主な診断名の分布

センター	精神分裂病	感情精神病	妄想状態	反応性あるいは心因性精神病	その他	計 ^a
アンカラ	59	2	0	9	0	70
グロニゲン	24	0	2	54	1	81
カルトウム	67	0	0	1	2	70
マンハイム	68	0	1	1	0	70
ソフィア	105	1	3	6	1	116
ザグレブ	35	0	0	0	0	35
チューリッヒ	66	1	0	1	2	70
全センター	424	4	6	72	6	512

^a 8ケースについては診断がなかった。

表5 初回評価時における調査対象のコンピュータ処理による診断群 (CATEGO) ^aの分布

センター	精神分裂病「中核群」(S+)	S.P.O ^b	その他	計
アンカラ	43(62.3)	16(23.2)	10(14.5)	69
グロニゲン	24(29.3)	29(35.4)	29(35.4)	82
カルトウム	44(62.0)	22(31.0)	5(7.0)	71
マンハイム	42(60.0)	21(30.0)	7(10.0)	70
ソフィア	51(42.1)	28(23.1)	42(34.7)	121
ザグレブ	20(57.1)	8(22.9)	7(20.0)	35
チューリッヒ	32(45.7)	26(37.1)	12(17.1)	70
全センター	256(49.4)	150(29.0)	112(21.6)	518

^a ()内はパーセンテージ

^bS—精神分裂病的精神病 (主症状: 思考注入, 思考奪取, 引き込み; 作為体験: 対話性幻聴: 他の幻聴, 他の妄想。もし最初の3つの症状があるか, もしくはその他の幻聴, 妄想が同時に存在するなら, 患者はS+すなわち中核的精神分裂病状態とされる。

P—妄想様精神病 (主症状: 1級症状以外の妄想, 幻聴以外の幻覚)

O—その他の精神病 (主症状: 緊張病, 幻覚に由来する行動)

コンピュータに対応するCATEGO分類による分布は, 表5に示すようである。S+群は「1級症状」の存在によって特徴づけられる, 精神分裂病のいわゆる中核となる症候群を示しているものである¹³⁾。「1級症状」とは思考注入・思考伝播・思考反響といった体験, 思考途絶, 作為体験, 対話性あるいは患者の思考や行動を批判するような幻聴。S, P, Oといった幅広い群は, 精神分裂病においてよくみられるさまざまな精神病的症候群(例えば, その他の妄想や幻覚, 緊張性の障害)を含んでおり, これらの障害は, たいていの国々で定義されている精神分裂病の臨床的境界領域に近いもの, とみなされる。

文化圏の違いにもかかわらず, 中核的症候群(S+)を持った患者は, 全てのセンターにおいて高い割合を示した。広義の精神分裂病(例えば, S+, S, P, O)に関連した症状を有する患者の割合は, 全ケースの78.4%であった。特に注目

すべきは, グロニゲンの患者の66.7%は反応性の精神病と臨床診断をされていたが, このセンターの64.7%の患者は, CATEGO分類の精神分裂病に相当していたことであった。このことは, グロニゲンで反応性精神病が高頻度なものは, 一部は他のセンターとは違った診断的慣習の反映であり, 他の部分は, グロニゲンおよび他のセンターで「その他」のCATEGO分類に属する患者の割合が多かったためであり, ソフィアでは, 前期の疾病が長く続き, 陽性症状の少ない患者を集めすぎたためであると説明される。

しかし全般的な結論として, 調査したケースは, 異った文化圏において精神科的サービスをうけている精神分裂病患者のタイプについて, かなり均一で典型的な横断面を表しているといえる。

社会的役割の遂行と能力障害

DASの評価は、もっと管理しやすく比較のできる病棟へ情報を集約できるような、いくつかの尺度の決定を可能にしている。そのひとつは、社会的役割のレパトリーの尺度で、それはDASで定義され、それに基いて評価が行われるいくつかの社会的役割の数を表わしている。そしてそれは、ある患者にとっての最大限可能な役割との比として示される。例えば「家事への参加」という役割は、他の人々と家事を分担していない患者には該当しない。そこでこのような特殊な役割は、分母からはずされる。

社会的な役割の平均的レパトリー尺度点は、表6に示してある。患者からの5つの資料（マンハイム、ソフィアの新しい発症例、ソフィアの古い発症例、ザグレブとチューリッヒ）は、5ない

しそれ以上で、大変似たような尺度点を示している。また残りの3つの資料（アンカラ、グロニゲン、カルトウム）は、幾分低い値を示した。

第2の尺度（表7）は、患者が遂しているあらゆる社会的な役割に対する、平均的な評価点を示している。それゆえ、これらは社会的な役割に関する機能不全の重篤度に対する指標となっている。カルトウムのデータは、他の全てのセンターに比べて、例外的に高い社会的役割に対する機能不全の値を示した。これを除けば、この独特な指標によって測られた機能不全の程度は、他のセンターではおどろくほど類似していた。

役割に対する機能不全を表わす大まかな尺度より一段と重要なものは、機能不全がありうると評定された社会的役割のタイプとの数の分布であった。表8は、DASの第2区分に含まれる全ての項目に対する、全センター267ケースの、蓄積された完全なデータ群である。これらの数値は、役割の

表6 初回評価時における社会的役割のレパトリー尺度の中央値（男女）

センター	尺度値
アンカラ	2.93
グロニゲン	2.58
カルトウム	3.83
マンハイム	5.66
ソフィア	
新鮮例	5.67
慢性例	5.90
ザグレブ	5.47
チューリッヒ	5.06

表7 初回評価時における社会的役割遂行に関する尺度の中央値（男女）

センター	尺度値
アンカラ	1.31
グロニゲン	1.15
カルトウム	2.46
マンハイム	1.81
ソフィア	
新鮮例	1.61
慢性例	1.33
ザグレブ	1.28
チューリッヒ	1.32

表8 社会的役割の障害を有する患者の障害数別による分類

障害のある 役割の数	患者数	役割						
		自己管理	関心と情報	家事への参加	不活発	社会的引き込み	仕事の役割	性的関係
0	19	0	0	0	0	0	0	0
1	33	1	1	1	5	3	8	14
2	23	2	2	3	4	10	10	15
3	32	6	17	13	14	9	16	21
4	41	11	20	20	22	27	29	35
5	35	8	21	30	30	27	27	32
6	42	23	33	29	39	40	39	39
7	42	42	42	42	42	42	42	42
全患者数	267	93	136	138	156	158	171	198
パーセンテージ	100	35	51	52	58	59	64	74

機能不全の重篤度が増すとある役割が他の役割によって影響をうけるような意味で、あるパターンがあること暗示している。例えば、ただひとつの社会的役割に障害のある33ケースについてみると、このケースは14ケースもあり、その役割は「性的関係」であった。もし2つまたは3つの役割が障害されると、「性的関係」は、第1番目に影響を受け、それに「仕事」に対する役割がつづく。これとは対照的に「自己管理」の役割は、必ずすでに影響をうけているたいていの他の社会的役割の後で、障害に対する反応として、機能不全をきたすようにみえる。

こうした所見の意味づけは、データを用いて、いわゆるガットマン尺度図 (Guttman scalogram) 法¹⁴⁾を応用した分析によって確かめられた。この分析法は、変数の組み合わせの中にかくれた階層があることを前提としており、この全階層を下の階層から順々に上の階層へプラス加算してゆくように線的な尺度の形で示すことを目指している。

このデータからは、図示できるような階層表としての“完璧な”ガットマン尺度図は得られなかった。しかしこのことは、もしその階層表がわかっているなら、いずれであれひとつの社会的役割の遂行における機能不全の決定は、他の社会的な役割の遂行をみとどけて、はじめて可能であることを意味している。例えば、性的関係に影響を与えている役割の障害の存在は、そのケースが、自己管理や一般的な関心あるいは情報に対する障害があるかどうかわからないと予見できない。また逆のこともいえる。つまり自己管理や一般的な関心あるいは情報に対する障害を示す患者は、性的関係や仕事の分野でも障害を示すことが極めて多いようである (表8)。

患者のミクロ社会的環境

DASで評定されるいくつかの変数は、患者の機能障害や能力障害に、どのような環境的要因が(プラスにしる、マイナスにしる)作用し影響を与えるかを決定するべく設計されている。特に患者と「鍵概念でくくられる」親族 (例えば、殆どの時間

表9 初回評価時における、家庭内の雰囲気についての尺度の中央値

センター	尺度値
アンカラ	2.85
グロニゲン	2.13
カルトゥム	2.37
マンハイム	2.19
ソフィア	
新鮮例	3.62
慢性例	3.08
ザグレブ	3.73
チューリッヒ	3.33

患者と顔をつき合わせている人) との間の、日常の相互反応におけるある側面が重要だと考えられ、またセンター間で違いがあるということがわかった。「家庭的な雰囲気」は、親族による情緒的な過干渉の度合、管理と要求の程度、患者に対する拒否的あるいは批判的態度、そして情緒的な緊張からの逃避としての患者の過度のプライバシーといった項目からなっている。これらは文化に大きく左右される変数と考えられ、従ってセンター間で大きな差異が生じやすいと思われていた。しかし実際はそうならず、表9において明らかに示されているように、「家庭的な雰囲気」が大変良く似ていることがわかった。これらの所見を評価するには、さらに分析が必要となるけれども、データは、身近かな親族と一緒にいる精神分裂病者の生活のミクロ的な生活環境は、文化の違いがあってもたいへん似ていることを示唆している。

結 論

精神分裂病および他の精神疾患の患者の機能障害と能力障害に関するWHOの協同研究における予報では、文化の違いにもかかわらず、これらの患者における、臨床上、行動上あるいは社会的な特徴には、多くの類似性が示された。その類似性とは、現在の症状、診断的に重要な症候群の頻度、心理的あるいは行動上の機能障害の性質と重篤度 (“マイナスになる”障害)、および社会的役割の機能不全の発展のパターンにかかわっていた。この所見は、精神分裂病が、個々のケースにおける

社会的環境への影響によって左右されるとしても、異った文化のもとで明らかにされる影響という仕方では殆ど差がないという普遍的で根の深い障害である、という信念の価値を下げるものであった。この所見についてのひとつの解釈は、異った文化圏における精神保健従事者が、精神医学的研究と精神保健に関するケアについて闘いつづけている、このように複雑で時に人を絶望におちいらせる疾患に直面したとき、観察所見を確実に比較することができ、そこから互いに学ぶことがあるということである。

- 1 この報告は、WHOの精神保健部の前の上級医官のA. ジャブレンスキー(A. Jabrensky)によってまとめられた。
- 2 本論文は、WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). World Health Organization. Geneva. 1988の末尾に付されているものである。(The WHO Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability)。
- 3 本小冊子の翻訳にあたっては、1989年9月訳者の1人加藤正明博士とWHO本部のサルトリウス(Sartorius)博士との間で了承が得られている。

文 献

- 1) WOOD, P. & BADLEY, E.M. An epidemiological appraisal of disablement. In: Bennett, A.E., ed., *Recent advances in community medicine*. Edinburgh, London, and New York, Churchill Livingstone, 1978.
- 2) WING, J.K. Impairments in schizophrenia: a rational basis for social treatment. In: Wirt, R.D. et al., ed., *Life history research in Psychopathology*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1976.
- 3) *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva, World Health Organization, 1980.
- 4) *International Pilot Study of Schizophrenia*, Geneva, World Health Organization, 1974, Vol. 1 (Offset Publication, No. 2).
- 5) WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Schizophrenia. An international follow-up study*. New York, John Wiley and Sons, 1979.
- 6) WING, J.K. ET AL *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London, Cambridge University Press, 1974.
- 7) EKMAN, P. & OSTER, H. *Facial expressions of emotion. Annual review of psychology*, 30: 527-554 (1979).
- 8) TROWER, P. ET AL. *Social skills and mental health*. London, Methuen and Co., 1978.
- 9) WEISSMAN, M. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Archives of general psychiatry*, 32: 357-365 (1975).
- 10) WING, J.K. & BROWN, G.W. *Institutionalism and schizophrenia*. London, Cambridge University Press, 1970.
- 11) *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases*. Geneva. World Health Organization, 1978.
- 12) COHEN, A. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational psychological measurements*, 20: 37-46 (1960).
- 13) SCHNEIDER, K. *Clinical psychopathology* (translated by J. Hamilton). New York. Grune and Stratton, 1959.
- 14) GUTTMAN, L. The basis for scalogram analysis. In: Stouffer, S.A. et al., ed. *Measurement and prediction*, Gloucester. MA, Peter Smith, 1973, pp. 60-90



【資料】

老人保健施設内の痴呆の有病率の調査

大塚 俊 男*

はじめに

精神病院、一般病院および老人病院に在院中の痴呆患者の有病率についてはこれまで調査が行われ、おおよその割合は明らかとなっている。老人保健法の改正に伴って創設された老人保健施設は最近、その数も増えてきているが、それに伴って痴呆の老人の入院も増加してきていると言われている。しかし、その実情は明らかではない。そこで今回、全国老人保健施設協会の協力を得て調査ができたので、その結果を報告する。

1. 調査方法

全国老人保健施設協会所属の老人保健施設を対象として、一定の調査票を郵送し、アンケート法によって調査を行った。調査は、在所中の老人を対象に第1に、痴呆疾患（脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆、その他の痴呆疾患）別、男女別、年齢段階別の患者数、第2に痴呆疾患のうち、ねたきり状態の患者数、失禁のある患者数、徘徊、叫声、不潔行為などの問題行動を伴う患者数、痴呆が主症状で入所した患者数、痴呆の重症度別の人数の調査を行った。その際の痴呆疾患の診断基準は、以下の如くとし、その診断は調査対象病院の医師によって行われた。

2. 診断基準

(1) 脳血管性痴呆

脳血管障害の結果生じた痴呆である。従来脳動脈硬化性痴呆といわれていたもので、多発梗塞性痴呆とも呼ばれている。脳卒中発作との関連が明瞭な場合、あるいは脳血管障害によると思われる神経学的巣症状や神経放射線検査（CTスキャン、脳血管写など）による病巣像を有する場合をこれに含める。

(2) アルツハイマー型痴呆

原因不明の脳の萎縮性疾患で、その結果生じた痴呆である。①多くは潜在的な発症を示し、一様に進行性に悪化する経過をとる。②身体的診察および臨床検査によって特定の原因を決められないもの（例えば脳血管障害、脳腫瘍、脳炎など特定の疾患と思われる病変や臨床症状がないもの）。③CTスキャンにより脳萎縮像を認めるもの。

(3) その他の痴呆疾患

①前記二疾患以外の痴呆疾患を全てこれに含める。例えば感染症（脳炎、進行麻痺など）、変性疾患（ピック病、ハンチントン舞踏病、パーキンソン病、進行性核上麻痺など）、脳腫瘍、外傷性疾患（頭部外傷、硬膜下血腫など）、中毒性疾患（アルコール中毒、金属有機化合物による中毒など）、内分泌代謝性疾患（甲状腺機能低下症、副甲状腺機能低下症、ウイルソン病など）。②何らかの脳器質性疾患が原因と考えられるが、その原因疾患の推定が困難なものもこれに含める。

痴呆の重症度の基準は表1の如くである。

3. 調査結果

全国老人保健施設協会所属の202ヶ所の老人保健施設を対象として、平成2年1月17日現在の在所痴呆患者の状況について一定の調査票を郵送し、

Study on Prevalence of Dementia in Health Service Institutes for the Aged.

*国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Toshio Otsuka: Division of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

表1 痴呆の重症度の基準 (原則として重い方を重視して判定する)

	判定	日常生活能力	日常会話・意志疎通	具体的例示
正常	(-)	社会的・家庭的に自立	普通	活発な知的活動持続(優秀老人)
	(+)	同上	同上	通常の社会活動と家庭内活動可能
痴呆 へ 異常な 知能 衰退 ▽	軽度 (+1)	* 通常の家内での行動はほぼ自立 * 日常生活上、助言や介助は必要ないが、あっても軽度	* ほぼ普通	* 社会的な出来事への興味や関心が乏しい * 話題が乏しく、限られている * 同じことを繰り返し話す、尋ねる * 今迄に出来た作業(事務、家事、買い物など)にミスまたは能力低下が目立つ
	中等度 (+2)	* 知能低下のため、日常生活が一人ではちょっとおぼつかない * 助言や介助が必要	* 簡単な日常会話はどうか やら可能 * 意志疎通は可能だが不十分、時間がかかる	* 慣れない状況でも場所を間違えたり、道に迷う * 同じ物を何回も買い込む * 金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要
	高度 (+3)	* 日常生活が一人ではとても無理 * 日常生活の多くに助言や介助が必要、あるいは逸脱行為が多く、目が離せない	* 簡単な日常会話すらおぼつかない * 意志疎通が乏しく困難	* 慣れた状況でも場所を間違えたり、道に迷う * さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる
	最高度 (+4)	同上	同上	* 自分の名前や出生地すら忘れる * 身近な家族と他人の区別もつかない

(柄澤の老人ボケ(異常な知能衰退)の臨床的判定基準による)

表2 1990年2月17日現在、在所中の老人の男女別年齢段階別の人数

	70歳未満	70歳~79歳	80歳以上	合計
男	174人	1,297人	1,474人	2,945人
女	229人	2,870人	3,879人	6,978人
合計	403人	4,167人	5,353人	9,923人

アンケート法による調査を行った。その結果、148ヶ所の老人保健施設より有効回答が得られ、回収率は73.3%であった。148ヶ所の老人保健施設の全在所老人数は9,923人(男2,945人、女6,978人)であった。

痴呆患者は、全体で4,820人であり、全在所老人の48.6%を占めている。

疾患別の患者の割合をみると、脳血管性痴呆が3,066人で全在所中患者の30.6%を占め、アルツハイマー型痴呆が1,003人で10.1%、その他の痴呆疾患が751人で7.6%を占めている。

痴呆患者の中での割合をみると、脳血管性痴呆が全体の63.6%を占め、アルツハイマー型痴呆が

表3 全在所中の老人に対する痴呆疾患別の患者の割合

脳血管性痴呆	30.9%(3,066人)
アルツハイマー型痴呆	10.1%(1,003人)
その他の痴呆疾患	7.6%(751人)
合計	48.6%(4,820人)

20.8%、その他の痴呆が15.6%を占めている。性別では男が1,498人、女3,322人で、女の患者が男より多い。

痴呆患者の身体状態別の割合をみると、ねたきり状態の患者は19.6%、失禁のある患者は51.1%、問題行動を伴う患者は28.0%、治療を必要とする内科的合併症のある患者は51.2%を占めている。これらの老人保健施設に痴呆を主症状として入所した患者は43.8%を占めている。

痴呆を重症度別にみると、軽度1,341人(27.8%)、中等度1,820人(37.8%)、高度1,199人(24.9%)、最高度460人(9.5%)であった。

表4 疾患別・男女別痴呆患者

	総計	男合計	70歳未満	70~79歳	80歳以上	女合計	70歳未満	70~79歳	80歳以上
脳血管性痴呆	3,066人 (63.6%)	1,063	51	459	553	2,003	39	769	1,195
アルツハイマー型 痴呆	1,003人 (20.8%)	240	2	86	152	763	6	277	480
その他の痴呆疾患	751人 (15.6%)	195	12	73	110	556	13	209	334
合計	4,820人 (100%)	1,498人 (31.1%)	65人	618人	815	3,322人 (68.9%)	58人	1,255人	2,009人

表5 痴呆患者の身体状態と割合

状態	人数	合計 (割合)
ねたきり状態の患者		946人 (19.6%)
失禁のある患者		2,465人 (51.1%)
問題行動を伴う患者		1,349人 (28.0%)
治療を必要とする 内科的合併症を伴う患者		2,470人 (51.2%)
痴呆が主症状で入所した患者		2,110人 (43.8%)

考 察

在宅の痴呆性老人の実態については、これまで地方自治体で調査が実施され、それらのデータから有病率はほぼ明らかとなってきた。在宅以外では精神病院、一般病院(老人病院を含む)、老人保健施設、老人福祉施設に痴呆の老人は入院、入所している。精神病院には、厚生省の調べでは平成元年6月末日現在で痴呆患者は36,506人(アルツハイマー型痴呆6,946人,脳血管性痴呆23,432人,その他の痴呆6,128人)入院していて、入院患者の10.5%を占めている。

精神病院を除く病院に入院中の痴呆患者の実態について、全国的な調査はされていなかったが、昭和62年、昭和63年の二年間にわたって筆者^{2,3)}が1道19県の調査を行い、一般病院および老人病院

表6 痴呆の重症度別の人数と割合

軽度	中等度	高度	最高度
1,341人 (27.8%)	1,820人 (37.8%)	1,199人 (24.9%)	460人 (9.5%)

内に入院中の痴呆患者の割合を明らかにした。それによると、精神病院を除く病院には痴呆患者が昭和62年度の1道9県の調査では12.6%(一般病院に9.5%,老人病院に31.1%)を占めており、昭和63年度の10県の調査では14.4%(一般病院8.7%,老人病院47.1%)を占めている。老人福祉施設にはこれまでの調査では、軽度の痴呆の老人を含めると特別養護老人ホームで50~60%,養護老人ホームで20%入所しているといわれている⁴⁾。

老人保健施設内の痴呆の老人の実態が不明であり、今回調査を行ったが、軽度の痴呆を含めると、痴呆の老人が入所者の約半数の48.6%を占めていることに驚かされた。老人保健施設は、本来軽度の医療とケアを行う施設で、病院と老人福祉施設の間施設と位置づけられて創設されたもので、社会復帰への一時期を入所する施設といわれているが、前述の如く特別養護老人ホームに近い割合で、痴呆の患者が入所しており、それらの痴呆患者は、ねたきり状態の患者(19.6%),失禁のある患者(51.1%),問題行動を伴う患者(28.0%)であり、短期間での通院はなかなか困難であるということが推測される。

また、これらの患者の看護、介護のためのコ・メディカルスタッフの負担は大きいであろう。老人施設は特別養護老人ホームと同様に、単にねた

きり状態の老人だけでなく、今や痴呆の患者の看護、介護もしなければならない状態であり、今後これらに対処する設備とスタッフの技術修得も必要となると考えられる。

おわりに

今後、これらの資料をもとに分析検討を試み、わが国の在宅および病院や施設内の痴呆の患者の実態を明らかにしたい。

文 献

- 1) 厚生省保健医療局精神保健課監修：我が国の精神保健(昭和63年度版)。厚生出版株式会社。東京。1989。
- 2) 大塚俊男：病院内の痴呆の有病率に関する研究。精神保健研究35：143～148。1989。
- 3) 大塚俊男：初老期に発症する痴呆及び病院の痴呆の有病率に関する研究(昭和63年度厚生科学研究費補助金)。1989。
- 4) 柄澤昭秀：老年期痴呆の疫学。神経研究の進歩 33：766～777。1989。

Abstract

Prevalence of demented patients living at health service institutes for the aged is not known yet.

Therefore, in 1989, we conducted a questionnaire study among 202 health service institutes in Japan.

According to questionnaires received from 148 institutes (73.3%), there were 4,820 patients with dementia accounting 48.6% of 9,923 elderly.

Cerebrovascular dementia accounted for 30.6% of the aged living at these institutes, and was followed by 10.1% dementia of the Alzheimer's type and 7.6% of other types of dementia, with regards to the physical weakness and behavior disorder 1.9% of the demented patients were bed-ridden, 51.1% with incontinence, 28.0% with abnormal behaviors and 43.8% with complications requiring medical treatments.

The percentage of demented patients whose main symptom was dementia, was 43.8%

The degree of dementia was mild in 27.8% of the demented patients, moderate in 37.8%, severe in 24.9%, very severe in 9.5%.

【資料】

《海外動向》：ハンガリーの自殺について

清水 新 二*

はじめに

自殺が精神障害と強い関連性をもつことは、19世紀も末に社会学者Durkheim¹⁾が自殺を初めて体系的に研究して以来、つとに知られた事実である。一方自殺が歴史的出来事や急激な経済変動、あるいは急速な社会変動（戦争、経済的好・不況、人々の活発な職業的ならびに地域的移動等）と深い関連を示すことも、Durkheimおよびそれ以降の社会学的自殺研究が明らかにしているところである。このことをもってしても、自殺が間違いなく社会精神医学の重要な課題であることは疑い得ないであろう。

ところで筆者は、1989年8月から9月にかけて日本学術振興会の研究助成を受け、昨今その急速な政治的変動でわが国のマスコミを賑わしたハンガリーを研究訪問する機会を得た。もちろん今回のハンガリー訪問はそうした政治的問題とは無関連で、筆者に課せられた主題はハンガリー社会における健康問題一般であった。しかし、統計的に入手しうる限りでは世界で一番高い自殺率を示すのがハンガリーであることは周知の事実であり、筆者ならずともハンガリーを訪問する研究者であれば、この問題に関心ではいられまい。たまたま健康問題を調査すべくハンガリー中央統計情報局図書館にて、筆者は幸運にもハンガリーの自殺

に関する大変興味深い貴重なデータ、A BUDAPESTI ÖNGYILKOSOK VIZSGÁLATA, 1972（ブダペストにおける自殺調査、1972）を発見できたので、ここに「資料」として報告する。その資料的価値はおよそ次の3点に要約されよう。(1)ハンガリーの高自殺率の事実そのものはよく知られているものの、その実態はあまり知られていない。(2)今回入手した資料は従来各方面で取り上げられてきた社会人口学的データ(socio-demographic data)にとどまらず、わが国厚生省の『人口動態社会経済面調査』に倣っていえば、自殺者の健康状況に特別のスポットを当てたいわば”自殺動態健康面調査”版ともいえる、自殺に関する特殊調査結果報告であること。加えて、(3)この報告書がマジャー語のため、およそ自殺研究に関心を寄せるわが国の研究者の目に触れる可能性が極めて低いこと、等である。

純粋な資料的観点からすれば少々アウト・オブ・デイトの感は否めないが、むしろ東欧社会への注視が今後増勢こそすれ衰微することのない昨今、かの地で社会問題としての自殺がどのように研究され解釈されているかを識ることは、今後の東欧社会研究への一助ともなろうし、また自殺研究には不可欠なハンガリーのケースであるだけに、ハンガリーに関する自殺研究の塑及的一里塚としての意味も大きい。そこで以下、ハンガリーの自殺の概括的特徴を述べ、次いで今回の資料に即して首都ブダペストにおける自殺の実態を紹介し、最後にその当否は別にして、高自殺率に関してかの地でなされている説明パターンのいくつかについて触れてみたい。

1. 概括的特徴

ハンガリーの自殺に関するこれまで最も端的な

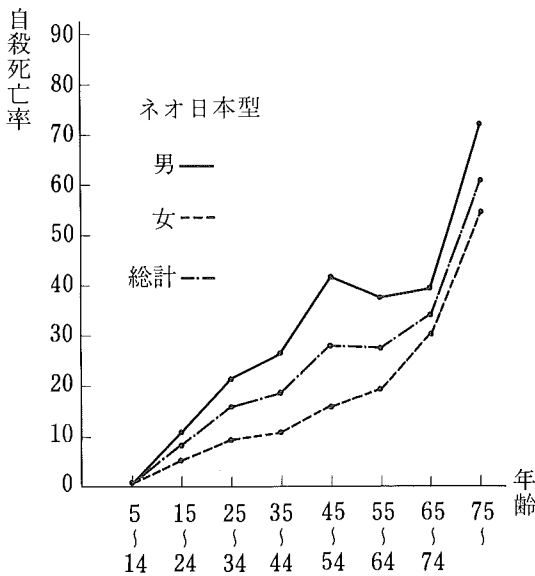
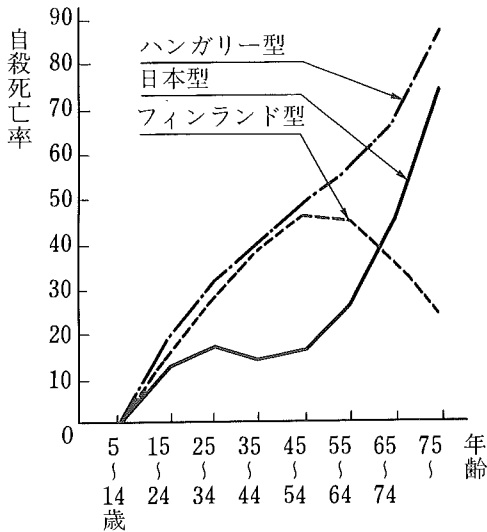
Suicide in Hungary.

*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: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

要約は、「日本型」「フィンランド型」と併せて「ハンガリー型」を世界の自殺率曲線の3大パターンとして挙げた大橋薫³⁾の3類型論であろう。大橋によれば、ハンガリーの自殺は年齢階層と自殺率がほぼ1次直線的な相関を示すパターンに特徴があり(図1-1),ハンガリーをその典型として東欧および中欧諸国を中心に認められる自殺パター



ンである。とりわけ近年のハンガリーの場合、男子高齢者の高い自殺率は驚異的でさえある(1986年現在、人口10万対自殺率、80-84歳218.6、85歳

表1 主要国自殺死亡率

主要国・地域	(調査年)	自殺死亡率(人口10万対)		
		総数	男	女
ハンガリー	(1984)	45.9	67.6	25.7
デンマーク	(1984)	28.7	36.5	21.0
オーストリア	(1984)	26.9	—	—
スイス	(1984)	24.8	—	—
フィンランド	(1983)	24.4	39.8	9.9
ベルギー	(1984)	23.8	32.6	15.3
フランス	(1983)	21.8	—	—
日本	(1986)	21.2	27.8	14.9
西ドイツ	(1984)	20.5	28.5	13.2
スウェーデン	(1984)	19.5	27.4	11.8
チェコスロバキア	(1983)	19.2	29.5	9.3
アイスランド	(1983)	16.9	27.6	5.9
ユーゴスラビア	(1982)	16.1	22.4	10.0
ノルウェー	(1984)	14.5	21.9	7.2
ポーランド	(1984)	14.0	23.6	4.9
カナダ	(1984)	13.7	—	—
ブルガリア	(1983)	13.4	19.4	7.3
オランダ	(1984)	12.4	15.2	9.6
アメリカ合衆国	(1982)	12.2	19.1	5.5
オーストラリア	(1983)	11.2	17.0	5.4
ニュージーランド	(1983)	11.0	15.6	6.3
ポルトガル	(1984)	10.2	14.8	5.8
スコットランド	(1984)	10.1	14.5	5.9
北アイルランド	(1983)	9.0	11.3	6.8
イングランド=ウェールズ	(1983)	8.6	11.6	5.8
シンガポール	(1981)	7.8	8.6	7.0
アルゼンチン	(1981)	7.7	11.7	3.8
イタリア	(1981)	7.0	10.1	4.1
イスラエル	(1983)	6.0	8.0	3.9
スペイン	(1980)	4.4	—	—
ギリシア	(1983)	3.7	5.5	2.0
メキシコ	(1981)	1.7	2.6	0.7
チリ	(1983)	1.7	2.9	0.6

(出典: United Nations, Demographic Yearbook, 1985)

厚生省『人口動態総計』, <山口善一氏作成>

以上285.7)³⁾。一方北欧および英語圏の欧米諸国に多い「フィンランド型」は2次曲線的であり、60歳以降急速に自殺率低下を見せる点が特徴であるに対し、東南アジアや中南米諸国に多く観察される「日本型」は青年期に小さなピークを持つ3次曲線の特徴を示している。もっとも、その後の現実の変化によりこの3類型論はその妥当性を低下させており、ちなみに最近のわが国ではこの前期ピークが明らかに中高年層に移行しており、いわば「ネオ日本型」とでもいふべき状況にあるこ

とは周知の通りであるし(図1-2), 同様に近年のハンガリーでも中高年層に小さなピークが認められることは後述のごとくである。

以上のごとき年齢別自殺率パターンを第1の特徴とすれば, その第2は自殺率の高さである。表1に明らかとなり³⁾, 男女共に世界一高い自殺率であり, また男子は2位のデンマークに比してその50%以上, さらに日本の2倍以上も高い点は特筆に値する。

こうした高い自殺率は, どうやらハンガリー社会の伝統的特徴でもあるようだ。Durkheimの『自殺論』(1897)でも, ハンガリーは既にヨーロッパ自殺最頻国の一つとされており, 第2次大戦後公式に自殺の全国統計がとられて以来もずっと高率を示してきた。またBudaは, ハンガリー中央部, 太平原地域の古い教区記録を研究したBöszörményiに依拠しつつ, 既に19世紀初頭から自殺が多発しており, 特に1870年代に急増をみせたという²⁾。

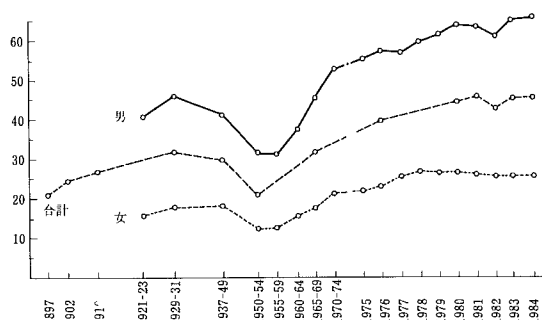
さて第3の特徴としては, 1960年代以降ハンガリーの自殺率が着実に上昇を続けてきたという, 年次別自殺率パターンの特徴が上げられよう。図2に見られるとおり⁴⁾, 1930年前後の高率は世界恐慌と不況の影響によるもので, その後第2次世界大戦を契機に低下傾向を示し1954年には17.7で底をついたものの, その後は再度上昇傾向に移りそのまま今日に至っている。

なお参考までに付言すれば, こうした自殺率上昇の時代的周期は犯罪, アルコール症, 精神障害についても同様に認められるという。そしてそれらが1870年代から30年間および1950年代から今日までの30年間という2つの時代に特定化しうるところから, Pataki⁵⁾はハンガリー社会における逸脱行動に関して「二つの30年継起説」を唱えている。

2. ブダペストにおける自殺の実態

1) 資料の特徴

次に前記の資料, A BUDAPESTI ÖNGYILKOSOK VIZSGÁLATA, 1972を紹介する。本資料はA KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓ INT-



EZETÉNEK ÉS A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA DEMOGRÁFIAI BIZOTTSÁGÁNAK (中央統計局人口研究所・ハンガリー科学アカデミー人口問題審議会)が発刊する, いわば政府刊行物シリーズともいふべきものの44号(333頁, 1976年刊行)にあたる。

本資料で扱われるのは, 1972年中のブダペスト地域で発生した全自殺例853例で, データ収集にあたっては警察記録, 検死記録および検死直後に実施した家族・親族面接調査(調査票利用)が動員されている。この面接の担当者はハンガリー中央統計局の人口研究所ならび社会福祉統計課の専門スタッフとSemmelweis医科大学医学研究所のスタッフがあたっており, こうした諸点からして, 発展途上国や社会主義諸国にまみられる統計

表2、性別、年齢別自殺者数

年 齢	男	女	合 計
15-19	11(2.5)	7(1.7)	18(2.1)
20-29	40(9.1)	32(7.8)	72(8.4)
30-39	56(12.7)	31(7.5)	87(10.2)
40-49	95(21.5)	67(16.3)	162(19.0)
50-59	85(19.3)	81(19.7)	166(19.5)
60-69	76(17.2)	77(18.7)	153(17.9)
70以上	78(17.7)	116(28.1)	194(22.8)
不 明	—(—)	1(0.2)	1(0.1)
計	441(100.0)	412(100.0)	853(100.0)

データの信憑性問題は、自殺調査そのものからくるデータの制約性を除けば、ほぼクリアーしているとみて差し支えないだろう。この面接調査では自殺者個人の諸属性、自殺前の先行条件、健康状況、自殺状況等が詳細に聴取された一方、全体の調査計画の点からは生物人口学 (biodemographic) 的観点から自殺者の健康・疾病状況にとりわけ焦点があわせられ、精神保健的関心からも大変興味深い調査研究となっている。

2) 結果

a) 生物学的特徴

まず自殺者の栄養状態からみると、過剰摂取17.4%、普通66.1%、不良15.7%、病気0.8%で、3人に1人が栄養学的上なんらかの問題を呈しており、男性より女性の方がやや良好である。身体状況に関しては、肢体に不自由ないしは欠損が認められる者32名。脳、心臓、肝臓等の重量測定の結果は、1500g以上の脳が男性で3.5%、女性で0.5%、反対に1300g以下ではそれぞれが26.5%、39.6%で、男性の自殺者のほうが重く、心臓では男女それぞれ400g以上が31.8%と18.4%、300g以下が10.2%と27.9%で、これまた男性自殺者に重量が高い。年齢別では、加齢と共に脳は軽く、逆に心臓は重くなる傾向を示した。

女性自殺者の生理については、出産年齢人口中の女性4人に1人(24.4%)が自殺遂行時に生理期間中で、3ケースは妊娠中であった。

b) 人口学的特徴

性・年齢別自殺割合を示した表2によると、男441人、女412人で自殺者の性比は107であり、ハンガリー全体の自殺者性比と較べて男女差は大きく縮小している。年齢別には概して加齢と共に自殺者は増える傾向をみせるものの、男子の場合40代に最頻値がみられ、いわゆる従来からの「ハンガリー型」とは若干異なる特徴をも示している。

出身地はブダペストの36.6%と郡部の36.5%が多く、1910年割譲前ハンガリー領土内出身者が1割みられることも特徴的である。学歴はハンガリーの教育事情を反映して、圧倒的に初等教育卒が多く、職業では知識労働者(技術、管理、医療・教育職等)225名、肉体労働者474名で後者に多く

みられる。肉体労働者でも農業労働者に特に多く(225名)、またハンガリー特有の第2経済労働者(この場合は主に老人のパート労働)に77例(全体のほぼ1割)の自殺を数えたのは注目される。つまり社会的地位と自殺は逆相関の関係で、肉体労働者ならびに義務教育終了者に最も多くの自殺がみられるのである。また社会移動との関連では、地域移動は無関連だが職業移動は関連性を示し、特に肉体労働から非肉体労働への上昇移動者が全体の31%を占め、逆の下降移動者は少数で、せいぜい熟練労働者から非熟練への移動者に若干多い自殺を認めるのみである。

次に家族関係との関連では、他の家族員と住んでいる者は少なく、39.2%(男36.1%、女42.5%)は生存する子どもの無い者であった。婚姻地位別では表3のとうり、既婚に次いで多いのが男では未婚と死別であるが、女では死別が3割ほど占めている。

表3 性別、婚姻状況別自殺者数

婚姻状況	男	女	合計
未婚	63(14.3)	58(14.1)	121(14.2)
既婚	237(53.7)	144(35.0)	381(44.7)
居別	31(7.0)	14(3.4)	45(5.3)
内縁	12(2.7)	11(2.7)	23(2.7)
死別	60(13.6)	126(30.6)	186(21.8)
離婚	37(8.4)	53(13.6)	93(10.9)
不明	1(0.2)	3(0.7)	4(0.5)
計	441(100.0)	412(100.0)	853(100.0)

c) 自殺の先行条件

男性自殺者の145人(32.9%)、女性自殺者の162

表4 性別、自殺者の直接的原因・動機

原因	男	女	合計
身体疾患	124(29.0)	119(28.9)	243(28.5)
神経・精神疾患	78(17.6)	138(33.5)	216(25.3)
アルコール問題	100(22.7)	18(4.4)	118(13.8)
家庭不和	38(8.6)	28(6.8)	66(7.7)
孤独	21(4.8)	23(5.6)	44(5.2)
老齢化	10(2.3)	31(7.5)	41(4.8)
愛憎	7(1.6)	12(2.9)	19(2.2)
職域問題	10(2.3)	3(0.7)	13(1.5)
その他	18(4.1)	7(1.7)	25(2.9)
不明	35(7.9)	33(8.0)	68(8.0)
計	441(100.0)	412(100.0)	853(100.0)

人(39.3%)が以前に自殺企図の経験を有し、また自殺者のほぼ半数(55.0%)は自殺をほのめかしたり前兆を示していた一方、約1/3が遺書を残している。近親における自殺者の出現率はきょうだい7.2%,父3.5%,祖父母とつれ合いがそれぞれ1.9%,またつれ合い方の近親が7.9%を数えている。

犯罪歴は70例に確認され、女性が8例と男女差が明確だが、その内訳は財産犯22例、殺人・傷害8例、粗暴犯、性犯罪、公安・業務上過失(交通)関連がそれぞれ6例等と続く。過飲の飲酒歴を持つ自殺者は269例(31.6%)で3人に1人に達し(男性のみでは49.4%),このうち現在に至るまで過飲が継続してアル症とみなしうる自殺者がほぼ4人に1人(24.0%)で、男160人、女45人の計205人を数えた。アル症が自殺の原因とみなしうる者は男100人、女18人の118例(13.8%)で、その内男93人、女全員が以前にアルコール依存症患者であった。加えて、アルコール摂取下での自殺例は110人であった。他方薬物使用は369例、43.3%(男145人、女224人)に認められ、鎮静薬89人、睡眠薬80人、双方使用者194人等である。

自殺直近における環境との葛藤では家族的葛藤が最大で、全自殺者の23.6%が該当し、なかでも夫婦関係の葛藤は15.0%に達している。以下は経済苦(10.2%),孤独(9.8%),職域(7.2%),恋愛(4.5%)等と続いている。男女比較では、前者に経済苦、職域、家族関係が、また女性では孤独が目だっている。

d)自殺の遂行

推察される自殺の直接的原因ないし動機は、身体疾患、神経・精神疾患、アル症・飲酒問題、それに家庭不和や孤独、老齢化等が目立つ(表4)。「老齢化」はハンガリーの、いわば老人自殺文化を窺わせて興味深い。自殺の手段からみると、毒物によるものが半数を超え、中でも眠剤が、とりわけ女性に多くみられ、これに対し男性では縊首が多く観察された(表5)。心中は男性に5例、女性に6例みられ、相手はつれ合いが5例、親、きょうだい、子どもがそれぞれ2例であった。自殺場所は自宅が圧倒的に多く82.3%、次いで公共空間が8.2%を占めるに過ぎず、死亡現場も大部分

表5 性別、自殺手段別自殺者数

手段	男	女	合計
毒物	208(47.1)	307(74.5)	515(60.3)
ガス	69(15.6)	80(19.4)	149(17.5)
眠剤	98(22.2)	193(46.8)	291(34.1)
その他	41(9.3)	34(8.3)	75(8.8)
縊首	152(34.5)	48(11.7)	200(23.4)
飛び降り	41(9.3)	31(7.5)	73(8.6)
入水	12(2.7)	10(2.4)	22(2.6)
飛び込み	7(1.6)	7(1.7)	14(1.6)
その他	20(4.5)	9(2.2)	29(3.4)
計	441(100.0)	412(100.0)	853(100.0)

(71.6%)が「その場」で、病院が27.4%と続く。

周期的律動性からみた自殺は5月、月曜日、午前8—12時の時期に多く、この他温度、風向き、気団、気団と脳硬・軟化症との関連等が報告されている。

e)自殺者にみる疾病

受療歴・事故歴：全体の78.4%(669人)、男子73.9%、女子の83.3%がなんらかの疾病により病院での受療経験を有し、また65.9%にあたる562人がいずれかの疾病で受療中であったことは注目され、実際その内の24人は入院中の自殺例である。この562人の内、精神的疾患で治療中の者は225人であった。自殺時受診中か否かは男女差が大きく、男子に58.8%に対し女子のそれは73.8%に達している。かつてなんらかの手術を経験している者は男168人(38.1%)、女194人(47.1%)であり、さらに男117人(26.5%)、女76人(18.4%)の計193人(22.6%)の自殺者は、以前になんらかの事故にあっている。

慢性疾患：なんらかの慢性疾患を有する自殺者としては、男329人、女359人の計688人、80.7%が該当した。その慢性疾患を疾患別にみると、神経症が最も多く286人(男子119人27.0%、女子167人40.5%)で、これに精神病の男子31人、女子36人を加えると、精神神経関連で353人、41.4%を数え、内男子は34.0%にあたる150人だが、女子は203人49.3%で女子自殺者の半数に達する多さである。次いで多いのが心臓病(208人24.4%)、高血圧(84人9.8%)の循環器系であり、その他には、糖尿病(41人)、結核(32人)、胃潰瘍(31人)、他の消化

器系(35人)、腫瘍、リューマチ各27人、喘息(24人)などとなっている。なお胃潰瘍は全体数こそ少ないものの、前記の精神神経関連以上に性差が大きく、男子29人(6.6%)であるに対し、女子は2人で0.5%を数えるのみである。

f) 検死結果

全体的には、男80.8%、女68.6%は様々な重度の疾患を抱え、またそれぞれ7.9%、4.9%が動脈硬化の初期症状を呈し、男で11.3%、女で8.5%のみが解剖学的に健康体といえる。検死による主たる脳所見は以下のようなものである。

脳動脈硬化の症状は全体の52.4%(447人)に、また男子では47.2%、女子の58.0%に認められた。動脈硬化の症状は初期が91人、中等度203人、重篤153人で、また70歳以上の自殺者194人の中では95.3%にあたる185人が脳動脈硬化と診断され、この内初期は7人、中等度80人、重篤98人であった。重篤な脳動脈硬化を示した自殺者の男女比は、それぞれ39.7%と65.3%で性差が大きい。一方、脳軟化症は全体の6.9%(59人)に認められ、この内初期32、中等度22、重篤なケースは5人であった。また脳萎縮は全体の17.1%にあたる146人に認められ、男子では12.7%(56人)、女子では21.8%(90人)であった。この内初期脳萎縮が51人、中等度18人、そして77人は重篤な萎縮を示していた。

検死によって明らかになったその他の疾患では、心疾患69.6%、循環系疾患82.3%、腫瘍が4.8%などであった。

3. 高自殺率の説明

最後に、ハンガリーにおける高い自殺率は如何に説明されているかについて述べてみよう。必ずしも狭義の自殺学を専門とするわけでない社会学者たる筆者がこの点に関して触れるのは、社会的率としての自殺率が取り上げられる場合、そこにはなんらかの形で社会的状況ないし社会的背景が反映していると想定されるからである。従って、ここで取り上げる「説明」もまた社会学的なそれであり、たとえばハンガリー社会におけるうつ性格特性保持者の多少といった形の説明ではない。

さて、これまでハンガリーの高自殺率を説明する際しばしば言及されてきたのは、ハンガリー一

家の興亡を織り混ぜた歴史的悲劇によって長い間に醸成されてきた国民性や心性である。「ハンガリー狂詩曲を聴き給え」と彼らは言う。そこに現れる高揚と悲哀、あるいは歴史的な失望とあきらめからくる、言うところのpassive aggressionをもっともらしく解説するが、こうした類の素朴な説明はえてして何も説明していないことになりがちである。ちなみに今回筆者がインタビューした、社会医学的志向性を強く持つ精神科医Dr. Budaもこの辺りを察知して、「自殺が社会学、社会心理学、社会精神医学的に研究され始めた(国家・党によって許された一筆注)のはたかだか70年代に入ってからのもので、高自殺率の学問的解明はこれからは負うところが大きい」と述べている。

一方AndorkaとHarcza¹⁾は自殺を含めた逸脱行動(アルコール依存、精神障害、犯罪等)の長期的・短期的要因を検討して、その背景に関する仮説として①ストレス説、②脆弱説、③民族文化説の、3つを上げている。①は急速な社会、経済、文化変容による社会的ストレスに注目する仮説であり、②は社会化やパースナリティ発達上の問題ゆえに生じる脆さを強調し、③は逆境時における自殺やアルコール依存への文化的許容性に言及するものである。社会、個人、文化の3つのレベルに眼配りする彼らの整理は、上記のごとく自殺に限定されないいくつかの逸脱行動をも包括した説明ではあるが、示唆的な説明分類となっている。

社会学者としての筆者が管見した文献あるいは現地での聴取調査によると、ハンガリーの高自殺率を説明する社会病理学的理論仮説は大別して以下の3つの立場を指摘することができるように考えられる。

その第1は、社会の変化があまりにも急激であったり、頻繁であったりの結果、人々の欲望肥大や行動・判断の準拠枠の曖昧化、解体化などの、いわゆる”無規制状態”²⁾がもたらされ³⁾、そうした社会状況に対する人々の適応的行動様式として⁴⁾自殺が生じるという周知のアノミー論である。パプスブルク朝時代のオーストリア・ハンガリー二重帝国から第1次大戦を経て、国土を1/3に縮小された国民の屈辱と失意。第2次大戦後の西欧ブロックから東欧ブロックへの組み込み。そして

1956年のハンガリー動乱と、激しい歴史的振幅を繰り返してきた。加えて1968年から始まる、これまでとは大きく異なる市場原理や物的刺激制度の部分的導入（第二経済の容認）や経済・技術面での西欧との交流、そして人びとの間に拡大した階層格差と地域移動や職業移動。これに追い打ちをかけるような近年の政治的・社会的改革。これらの結果人々は何を信用してよいのか、頼るべき規範体系はいつどこにあるのか、といったアノミー状況に置かれ続けてきたという。

第2はストレス論で、第1のアノミー論が近年の自殺率動向とともに歴史的な変動を説明する上で強いとすれば、ストレス論の立場は最近の自殺率動向、たとえば1965年からの一貫した自殺率上昇傾向を具体的に説明する際にさらなる強みを発揮する。

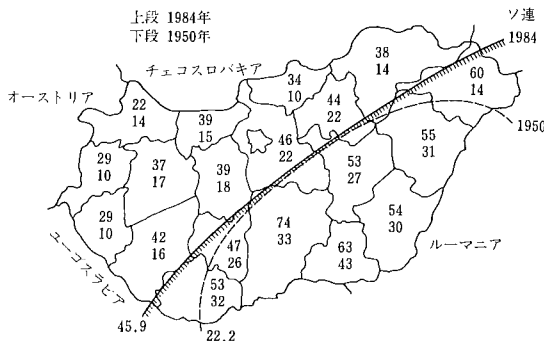
上記の第二経済の導入によって、確かにこれまでより豊富な物資が人々の手に入るようになったものの、それは相当に過重な時間外労働や深夜労働によるところが大きいものであった。またブダペスト市は過大な人口流入に制限を加えて対処せねばならぬほど、人々の地域移動も活発になってきた。生活の平準化をめざすこれらの過重労働や地域移動は、結果的に生産労働中核人口を中心に多くの人々にストレスをもたらし、アルコール消費量の増大、中高年の健康障害を引き起こしてい

る。ちなみに自殺と深い関連を示すアルコール消費はこの25年間に2倍に達し²⁾、30—55歳グループの死亡率もこの20年間ずっと上昇を示している³⁾。その結果、Andorkaら⁴⁾によれば、1966年に達成した0歳時男子平均余命の最高値68.07歳も1984年には65.55歳と2歳半も低下し、この間の乳幼児死亡率の継続的改善、女子の平均余命の漸増および横ばいを勘案すると、「中高年層を中心に健康悪化が生じており、平均余命が改善されぬままに悪化していることは、なにかハンガリー社会に懸念される問題が進行している」と、危惧の念を表明している。ちなみに本稿で紹介したブダペスト調査でも、男子の場合40代層に自殺者が最も多いのであった。そうした中高年層の健康障害は、老人扶養においてなお大きな役割を取り続ける彼らの世代的に負わねばならぬ扶養役割をも阻害しやすく、著しい住宅難をも背景とする三世同居が「家族で幸福を分かち合うというのではなく、老人の不幸な状態を家族が分かち合う」⁵⁾ことになり、いきおい老人の自殺率を押し上げる要因にもなっている。先のLosonczi⁶⁾もマクロな統計指標が社会に対して警戒警報を発しているとして、1)生産中核人口の死亡率上昇、2)不慮の事故、それも死亡事故の増大、3)様々な対策にもかかわらず増え続ける職業病や労災ならびに障害年金受給者数、4)アルコール依存症者の増加、5)異常妊娠ならびに異常出産の増大、そして6)異常に高い自殺数の増加、をあげている。

実際、ハンガリーの人々はよく働く。生活の向上ないしは平準化をめぐる人々のそうしたエネルギーな営為には驚かされる程であったが、しかし一歩間違えばそれは健康をも含めた生活解体の危険性と裏腹であることも事実である。こうした状況をCseh-Szombathy³⁾は「自己搾取」という概念をもって説明しようとしているかのようであるが、社会主義社会の研究者の用語とはいえ、筆者には言い得て妙ある概念のように実感された。

さて第3には、筆者が社会病理学の理論に倣って、下位文化論(subculture theory)とみなす立場がある。

ハンガリーの高い自殺率も決して全国一の特徴ではなく、伝統的な南東部地域に高く北西部地



域に近いとの傾向(図3)⁸⁾を明確に示す点に注目し、自殺率をめぐるこの地域的偏差を説明することで、同時に昔から続く高自殺率の文化的背景をも説明しようとするものである。この立場には先に触れたAndorkaらやCseh-Szombathy, Buda, Ozsváthも依拠しているが、とりわけその典型をBuda (1986)とOzsváth (1989)などにみることが出来る。彼らによると、Csongrád, Bács-Kiskun, Békésの南東地域各県の自殺率はGyőr-Sopron, Zala, Vasの北西各県のほぼ2倍から3倍にも達し、1960年代以降の急速な社会変動にもかかわらず、こうした自殺率の地域偏差は百年以上にわたって終始一貫しており、この事実は人口学的、経済的、宗教的あるいは性格特性等からは説明が困難で、まさに文化的、歴史的要因に帰されるべきだという。かくしてBudaは「自殺は無意識的な問題解決様式として文化的、社会的に伝達されるものである」として、南東部の遊牧民的生活様式とそこでの人間関係の特徴について触れている。また実際に高自殺率を示すBaranya県の調査を試みたOzsváthも、南部および南東部がかつてトルコ軍に占領され伝統的文化や地域社会が解体され、17世紀に移民が定着した地域であるという歴史に関心を示している。

この他にも、高自殺率を直接的にはないものの、側面的ないしは補足的に説明する、社会の側の対応の不適切性を指摘する立場もある。すなわち上述のようなアノミーやストレス状況にありながら、社会的援助や保護のメカニズムが作動しないことを問題視するのである。たとえばわが国の「いのちの電話」のような自殺希求者の支援機関はなく、教会も既にこの役割を果たさず、責任が全て健康省 (Ministry of Health) の行政的対応に任せられっぱなしという状態が現出し、ソーシャル・ワーカーは存在せぬに等しいという⁹⁾。ちなみに前述のBaranya県調査でも、自殺未遂者の65%は身体的治療以外いかなる精神療法的介入も受けずして退院しており、残りの35%が精神科外来に紹介されたに過ぎず、しかもそうした援助を実際に受け入れたものは全未遂者の1/10に終わっている⁸⁾。

全体に自殺予防のための精神衛生活動や精神科

相談が語るに値しない状況にあることは、前記の通りこれまで国家体制の制約もあって自殺が学問的に検討可能とされたのがつい最近であることを想起すれば、容易に理解されようし、実際精神療法は1950年代に禁止されて以来最近になってようやく再度実施可能になった、という。だが一方、社会主義国には逸脱行動は本来ありえず、社会主義革命の完成時には自ずと自殺やアルコール乱用などの逸脱行動も減少するといった、逸脱行動に対するいわゆる「政治的偏見」は確実に解消されつつあり、政治体制を問題にするだけでは片付かないこれらの逸脱行動に関し国をあげての大規模かつ学際的な調査研究が1970年代末からスタートしているという⁹⁾。また筆者自身まだ入手できていないが、Kóczán et al., "Disturbances of Socialization and its Consequences in the Therapy of Suicide Patients (6th International Symposium of Psychotherapists of Socialist Countries; Sofia, Bulgaria, 1988) などの研究報告も現れており、昨今の自由化の動向とも併せて、高自殺率国ハンガリー故に今後自殺者への介入、援助的アプローチが大いに進展する可能性もあり、注目してゆきたいところである。

以上ハンガリーの高自殺率を説明する立場として、かの地で採られている代表的なものを取りあげてみたが、社会学者である筆者の率直な感想を付け加えれば、これらは社会学者には聞き慣れた説明で分かりやすいのだが、何分にも使い古された西欧の社会学理論である。後発の東欧社会学による単なる西欧社会学理論の輸入、型にはまった説明(60年代にわが国においてそうであったように、80年代になってハンガリーでもアメリカ社会学の急速な導入が試みられている)に終わるのか。それともフランス、アメリカでの資本主義の拡大的進展期によくあてはまるアノミー的自殺説が、社会主義社会においてもその妥当性を確立し得るものか。ごく最近の政治的変革に限らず、この四半世紀に経済的、社会的に急速な社会変動を体験してきたハンガリー社会は、その変動の急速なるが故に、社会変動と自殺率推移の関連の検証に社会的実験の場を提供しているともいえ、この課題に対し近い将来ハンガリー自殺研究が自ずと一つ

の解答を示してくれよう。ただしその際、全死亡数中に占める自殺死の割合はハンガリーの場合は1984年3.3と、1986年3.4の日本と殆ど変わらぬ点からして、単に自殺率の高さのみに限定せず精神保健全体からみる視点も必要であろう。

最後に最新の自殺資料を補足しておこう。Ozsvath⁸⁾の1984年調査によれば、既にこの時点では60年代までのそれまでとは逆に、ブダペストより村落地域の方がより高い自殺率を示すという動向が明かにされている。若年人口の都市集中と老年人口の村落残留という、わが国とも類似した人口動態の影響が、ハンガリーでは自殺率の地域差にまで反映し始めているようである。

文 献

- 1) Andorka, R. and I. Harcsa: Modernization in Hungary in the long and Short Run Measured by Social Indicators (Sociological Working Papers No. 1), Karl Marx Univ. of Economic Sciences, Budapest, 1988.
- 2) Buda, B.: Deviant Behaviour in Hungary: Suicide. The New Hungarian Quarterly, No. 102, 137-144, 1986.
- 3) Cseh-Szombathy, L.: Family life and the Suicide of the Aged in Hungary, 1987.
[西村洋子訳：ハンガリーにおける高齢者の家族生活と自殺の問題，青井和夫監修『講演集』所収，地域社会研究所，東京，37-100，1989.]
- 4) Durkheim, É.: Le Suicide: Étude de Sociologie, Alcan, Paris, 1897. [宮島喬訳：『自殺論』，中央公論社，東京，1968.]
- 5) Losonczy, A.: Health in a Social Context. Almanach of the Institute of Sociology 1988, The Hungarian Academy of Sciences, Budapest, 71-81, 1989.
- 6) Merton, R.: Social Theory and Social Structure (rev. ed.), Free Press, New York, 1957. [森東吾他訳：『社会理論と社会構造』，みすず書房，東京，1961.]
- 7) 大橋薫：『社会病理学研究』，誠信書房，東京，1976.
- 8) Ozsváth, K.: Epidemiology of Suicide Events in Hungary. Munnich, I. and B. Kolozsi (eds.), The Complex Analysis of Deviant Behaviour in Hungary, Institute for Social Sciences of the Central Committee of the HSWP,

Budapest, 33-50, 1989.

- 9) Pataki, F.: The Study of Deviant Behaviour in Hungary. Munnich, I. and B. Kolozsi (eds.), The Complex Analysis of Deviant Behaviour in Hungary, Institute for Social Sciences of the Central Committee of the HSWP, Budapest, 9-14, 1989.

投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員の研究に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例(事例)研究および資料、さらに研究所外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします(図表も各1枚を1頁と計算)。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名(学位の表示はしない)、全著者の所属機関の和文および英文の名称および筆頭著者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words (Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい) を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに(または緒言など)、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に100語以内の英文Abstract、(付録: 必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい) および図表(図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く)などの順に綴じて(ただし論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の形式とすることも可能です)、正1副2計3通を編集委員会あてに投稿して下さい(投稿先は下の8項参照)。症例(事例)記述にもとづいて書かれる原著論文および症例(事例)研究の構成は、原則として上記の〔III, 結果〕の節を〔III, 症例(事例)〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。
 - ◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。
 - ◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし(図表も各1枚を1頁と計算する)、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsをつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。
 - ◇資料については、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsは除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。
 - ◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内(図表も各1枚を1頁と計算する)とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsはつけません。
3. すべての論文はできるだけワードプロセッサを用いて作成して下さい(その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい)。手書き原稿の場合、楷書で書き欧語はタイプライターを使用して下さい。
4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と()内に原語を示して下さい。
5. 文献は本分中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
 - A. 文献は筆頭著者の姓 (family name) のアルファベット順に番号をつけ(同一著者の場合は発表順)、本文中にはその番号で引用して下さい。
 - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
 - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他 (et al) と省略して下さい。
 - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名: 論文題名、雑誌名 巻: 最初の頁—最後の頁、西暦年号、の順とし、単行本全体の場合は、著者名: 書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名: 論文題名、著者(編者、監修者)名: 書名、発行所、発行地、pp.最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、()内に訳本を上記に準じて記載して下さい。

記載例

 - 1) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R. American Psychiatric Association, Washinton, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭 訳: DSM-III-R精神障害の分類と診断の手引2版. 医学書院, 東京, 1988.)
 - 2) 藤縄昭: 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
 - 3) Otsuka, T., Shimonaka, Y., Maruyama, S. et al.: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42:223-229, 1988.
 - 4) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 武内龍雄他: 不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり. 精神衛生研究 31:25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会での査読を経て採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規程から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
8. 論文投稿先: 〒272市川市国府台1-7-3 国立精神・神経センター精神保健研究所内「精神保健研究」編集委員会

精神保健研究

編集委員

藤縄 昭 大塚俊男 鈴木浩二
高橋 徹 栗田 広

編集後記

装いを新たにして2号目の「精神保健研究」36号をお届けする。本号は編集委員会できくに根回しをしたわけではないが、結果として前号とほぼ同様のボリュームに落ち着けることができた。特集の原稿依頼、所員への投稿依頼、投稿原稿の査読、およびそれらにまつわる事務的な処理など、新興の小出版社並みの雑誌編集体制がともかくも成立してきたことによって、原稿を印刷に出すまでの過程もかなりスムーズになってきたように思う。このような作業はもちろん研究者の本務ではないが、研究は発表されなければ価値のないものであり、その媒体を準備する作業に取り組むことができたことは、研究者であるパートタイム編集者としては、それなりのよい経験であったと感じている。またそれとともにどちらが本業かと誤解されないように、本務にさらにエネルギーを傾注していきたいと決意を新たにしていく。

以上のように、本誌の編集作業はここ1年の経過で順調に進むようになったが、それとは反対に、ご存じのようにここ1年間の国際情勢は波乱万丈であった。東ヨーロッパの改革が一段落したと

思ったら、丁度、本誌の編集作業が終了する頃になって、イラクによるクウェートへの侵入事件が発生した。勝手に外国の軍隊に侵入されたクウェートの人々や、たまたまそこに居合せて人質同然となった日本人を含めた外国人に対しては心から同情の意を表したい。彼らにとって、身体的な危険はいうまでもなく、また不安と怒り、精神的なストレスは、計りしれないものであろう。彼らの安全と無事の帰国、そして事態の平和的解決を心から祈りたい。

本誌は前号より特集を毎号のせることになっているが、本号の特集テーマは不安障害である。ご一読いただければ、多くの領域の中心的な執筆者によって、不安障害が様々な角度から掘り下げて検討されていることがおわかりと思う。自らが不安に満ちた現代社会に生き、また不安をもった人々に係わることの多い精神保健領域の専門家にとって、本特集が有用なものであることを確信している。本誌の次号の特集テーマは未定であるが、また意義あるものをお届けするべく準備中であり、ご期待いただきたい。(栗田 広 記)

精神保健研究

第36号

(1990年8月15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 36, 1990

Official Publication of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

Foreword. H. Teramatsu	1
Special Articles: Anxiety Disorders	
On the Two Cases of Persuasion Therapy for Panic Disorder Reported in Japanese Old Medical Literatures. T. Takahashi	3
Classification of Anxiety Disorders. M. Nakamura	11
Epidemiology of Anxiety Disorders. S. Machizawa, et al.	17
Biological Aspects of Anxiety. M. Nibuya, et al.	25
Clinics of Anxiety Disorder in Psychiatry. T. Takeuchi	31
Clinics of Anxiety Disorder in Psychosomatic Medicine. T. Kuboki	39
Depression and Anxiety Disorder. T. Hirose	47
Pharmacotherapy of Anxiety Disorder. K. Kamishima	57
Original Articles	
Social Costs of Seeking Psychiatric Treatments of Alcoholism. S. Shimizu	69
Temperament of Very-Low-Birthweight Infants. H. Hara, et al.	79
An Alcoholic Social System: Drinking Culture and Drinking Behavior in Japan. S. Shimizu	85
Social Conflict between Institutions for the Disabled and the General Inhabitants: A Nationwide Distribution of the Conflict and its Factors. I. Oshima, et al.	101
Mental Health of Staff Members in Social Welfare Facilities for the Mentally Retarded and Their Social Background: The First Report. J. Shiiya, et al.	113
Case Report	
A Case Report of Klippel-Feil Syndrome with Very Poor Articulation, Relatively Good Writing, Pervasive Developmental Disorders and Mild Mental Retardation. M. Kaga, et al.	147
Comments	
The WHO Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability. S. Maruyama, et al.	157
Study on Prevalence of Dementia in Health Service Institutes. T. Otsuka	167
Suicide in Hungary. S. Shimizu	171
Notice for Contributors	

National Institute of Mental Health, NCNP, Japan