

精神保健研究

第12号 (通巻45号)

平成11年・1999年

巻頭言

吉川武彦

特集 脳とこころの老年学

脳とこころの老年学—特集にあたって—

波多野和夫…………… 3

睡眠時無呼吸症候群と精神症状—痴呆との関係を中心に—

井上雄一…………… 5

高齢者の睡眠障害と心の健康

白川修一郎, 田中秀樹, 山本由華吏…………… 15

痴呆患者にみられる徘徊行動の定義と評価法

堀 宏治, 稲田俊也, 鹿島晴雄…………… 25

障害高齢者を介護する者の負担感—脳卒中患者介護者の負担感を中心として—

荒井由美子, 鷺尾昌一, 三浦宏子, 工藤 啓, 佐直信彦…………… 31

老年期変性痴呆疾患におけるジャルゴン失語

梶野 聡, 波多野和夫, 田中邦明, 濱本 真…………… 37

言語治療士の果たす役割についての試論—力動的言語観に基づく視点より—

安孫子修, 小徳勇人, 波多野和夫…………… 45

原著論文

日常ストレス対処行動の評価尺度の作成

辻裕美子, 塚本尚子, 岡田宏基, 近喰ふじ子, 川田まり, 杉江 征, 永田頌史,
宗像恒次, 吾郷晋浩, 石川俊男…………… 53

高齢者の睡眠健康と生活習慣についての検討—長寿県沖縄の調査結果—

田中秀樹, 平良一彦, 上江州榮子, 荒川雅志, 山本由華吏, 白川修一郎…………… 63

A content analysis of the Rorschach test by subtypes of borderline personality disorder

Toshihiro Horiguchi …………… 69

資料

阪神淡路大震災と断酒会活動—断酒会調査自由記載回答分析—

清水新二, 麻生克郎, 野田哲朗, 幸地芳朗, 山本訓也, 宋 龍啓, 田中 究…………… 77

「精神障害」による受療の動向—厚生省患者調査にもとづく経年的観察—

杉澤あつ子, 竹島 正…………… 95

投稿規定 …………… 103

編集後記 …………… 104

省庁再編とエイジェンシー化をひかえて

吉川 武彦

この1年も瞬く間に過ぎた感じがします。省庁再編では、厚生省と労働省が合体することになっています。すでに人事などでは交流が始まっていますが、業務内容についてはまだまだ情報交換のレベルにあるようです。

このたびの厚生省と労働省の合体は、かつての内務省のようなこわもての部分がなく、市民の生活を健康問題や労働供給の問題から支えるものなので歓迎すべきでしょう。

省庁再編の大きな動きに連動して国立研究所や国立病院・療養所がエイジェンシー化することとなり、その具体的な方向が示されたからです。私たちの国立精神・神経センターは医療においても研究においても先端的な役割を与えられていますので、このたびのエイジェンシー化の波は受けないことになりましたが、第2波、第3波と行政改革の波が押し寄せるころともなると、いまのままでいることはできないと思います。

この流動的な環境のなかで1952年の創立以来、私もどのような研究を行ってきたかを振り返り、最近はどうのような研究を行っているかご披露したいと思います。

研究所は10部で構成されています。わが国の文化的特性を見きわめながら世界的な視野にたった精神保健福祉行政のあり方を求める精神保健計画部は比較的新しい研究部ですが、行政研究部といってもいいところです。覚醒剤をはじめとする薬物乱用の第3の波を解明し、さらにその防止をめざしている薬物依存部は、文部省や警察庁との行政とも深く関わっています。喘息や拒食の心身症を分子生物学的レベルから臨床までを研究してきた心身医学研究部ですが、この研究部は国府台病院と密接な関係を持ちながら臨床研究を行っています。

ライフサイクルの切り口では、こころの育児が叫ばれるほか学校教育におけるスクールカウンセラーの導入についても積極的に意見を表明している児童・思春期精神保健部は、これからは注意欠陥・多動児の研究を深めていきます。神経症や精神分裂病の臨床診断や精神病理をはじめアルコール依存に関する社会的処遇の研究をすすめてきた成人精神保健部は、阪神・淡路大震災や和歌山カレー事件などによるPTSDの解明やその対処マニュアルの作成などを行っています。1970年代からわが国の老人問題を保健福祉の視点から研究してきた老人精神保健部は、これまでに増して研究成果の発信が求められるときでもあり、そこでその総力を挙げて本号の特集を担当しました。

昨年の特集は「精神疾患を有する人々の社会参加を阻むもの」でしたが、これを担当した社会精神保健部は、引き続きうつ病などの発生要因を社会的視点でとらえたりインフォームドコンセントなど精神障害者の人権に関わる問題を研究しています。精神生理部は、もっぱら睡眠障害の研究に従事し、老年人口をはじめ一般人口における睡眠障害の実態を明らかにするほか睡眠障害を訴える人に対する治療方法の開発などをめざしています。

精神薄弱部は1999年4月から知的障害部に部名変更されますが、情報をキャッチする聴力からアプローチするほか障害の早期発見や早期対応の方法をより科学的に行うための研究をすすめています。さらに、社会復帰・相談部は、1965年の精神衛生法改正とともに誕生した研究部ですが、デイケアの研究などわが国の精神科リハビリテーションをリードしてきた研究部でもあり臨床を基盤とする研究を行なっています。

このように省庁再編や研究所のエイジェンシー化などの行政改革の波を受けながらも私どもは着実に研究をすすめてきたつもりです。これからも大きな流れのなかで自分を失わず変化に応じるためには、新たな課題の発見や課せられた課題に十分に答える研究を行っていきたいと思います。

国立精神・神経センター精神保健研究所長

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Takehiko Kikkawa: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

特集「脳とこころの老年学」

【特集】

脳とこころの老年学

—特集にあたって—

波多野和夫

老いるという現実には避け得ない深刻な問題である。最も基本的には、ほかの誰でもない、自己が老いて死に到るといふ実存的課題である。しかも老いは、身体は言うに及ばず、こころにも人間に本質的な何ものかを刻みつけていく。身体(医)学と心理(医)学のテーマであり、この2つはここでは区別し難い様相を呈している。さらに現在、予想される少子高齢者社会の歩み寄る足音が、深刻な響きを伴って聞こえてくれば、これは社会学から政治学に及ぶ問題であろうが、言うまでもなく「学」などという悠長な水準を越える。

今年度の特集は「脳とこころの老年学」と題して、老人と老年をめぐる問題のいくつかに、自由な立場からの考察をお願いしたところ、興味深い原稿6編を頂戴することができた。責任者として、各執筆者に深く感謝する次第である。

この中に収載されているのは、痴呆患者または高齢者の睡眠に関する2編(井上, 白川)、痴呆の徘徊(堀)と介護者の疲労(荒井)をテーマにした各1編、高齢者に多く見られる言語障害に関する2編(梶野, 安孫子)の論文である。そのテーマは、医学の中核的問題から、介護・看護学の課題、さらにはリハビリテーションの関連にまで及んでいる。特に最後の2編は言語聴覚士によるものであることを紹介したい。昨年成立した言語聴覚士法により国家資格として整備され、今後の社会的発展と、高齢者の精神保健分野での活躍が期待される職種である。

「老い」とは何か。このテーマを最も執拗に追求したのは申楽の能であろうか。神と鬼を現わし、愛の無

常と戦の修羅を伝え、多くの狂気に表現を与えた謡曲の数々は、また一方で、美しき若者の老いさらばえた有様の中世的演出を行なった。世阿弥元清が「風姿花伝」を書いたのはまだ40歳に到る前であったと言う。さすがの天才も「五十有余」の「老骨」がどうすべきかを書けなかったようである。その「年来稽古条条」には亡父・観阿弥清次の名人ぶりのみを記している。重要な役柄を若手に譲って、簡単なところを少しばかり色どって演じて「花」は一層増して見えた、「これ誠に得たりし花なるが故、能は枝葉も少なく、老木になるまで花は散らで残りしなり」。観阿弥は52歳の「老木」として死んだ。暗殺との説もある。伊賀より出て大和結崎の座を組む、京へ上って將軍家の愛顧を得た希代の名人であったとしても、生涯研贄の末の「花」である。なまけものそのままに日を送る我ら凡俗に、かかる美しき「花」があるというほど甘くはあるまい。

筆者を含めた精神保健研究所老人精神保健部は、いづれも今のところ、老境には未到達の人間で構成されている。発達学、青年学から中年学まで、一応は自己の経験した範囲でものを書くことができる。しかし老年学の対象は常に未経験である。この了解可能性の遠さが我々を無責任にすれば言い過ぎであろうか。老いに関しては本当のところ何一つ分かってはいないのだと、本物の老人からお叱りを受けたら、どう答えたらいいのだろうか。

Gerontology of brain and mind: An introduction

国立精神・神経センター精神保健研究所

老人精神保健部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Kazuo Hadano: Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

【特集】

睡眠時無呼吸症候群と精神症状

——痴呆との関係を中心に——

井上 雄一

I. はじめに

夜間睡眠中に頻回な呼吸停止を繰り返す睡眠時無呼吸症候群 (sleep apnea syndrome: 以下SASと略す) は、1980年代以降の系統的な疫学調査により、その有病率が一般人口の1~2%とかなり高いことが明らかにされている。おそらくこの中には、生命予後に影響をもたらすと考えられる無呼吸指数 (単位時間当たりの無呼吸回数) 20以上の症例が三割程度含まれていると推測される。SASの有病率は、本症候群発症の危険因子となる肥満者が多い欧米の方が、日本よりも高い可能性がある。しかしわが国においても、睡眠障害の診断・治療及び疫学に関する研究班で行った全国総合病院外来における実態調査の結果⁶⁹⁾によると、SASの有病率は男性で1.5%、女性で0.2%という高い数字が得られており、本症候群罹患者は100万人を超えているものと考えられる。

SASに関する臨床研究の歴史において、1970年代にはSAS患者の中に、日中過眠を呈する群と夜間不眠を呈する群が存在することが問題視されていた。このため、association of sleep disorder centers (ASDC) と association for the psychophysiological study of sleep (APSS) により、睡眠時無呼吸過眠群 sleep apnea DOES (disorder of excessive daytime sleepiness) と睡眠時無呼吸不眠群 sleep apnea DIMS (disorders of initiating and maintaining sleep) に二分され、その病態上の相違点についての論議が数多く交わされた。

終夜ポリソムノグラフィ所見においては、一般にDIMS群の方がDOES群に比べて無呼吸頻度が少なく、しかもDOES群が閉塞型無呼吸 (無呼吸時に上気道閉塞を呈するもの) が多いのに対し、DIMS群では中枢型無呼吸 (上気道の閉塞ではなく、呼吸中枢ドライブの障害により生じるもの) が多いことが知られている⁶¹⁾。また、心理検査スコアにおいて、DIMS群の方が心気性、ヒステリー傾向が高いなどの結果が示されている⁴¹⁾。これらの所見に基づいて、DIMS群はSASの重症化過程の途中にある軽症例で、しかも神経質な性格傾向のために無呼吸からの呼吸再開時に生じる中途覚醒の後に再入眠が困難な症例と考えられており、一方DOES群は、SASの重症化につれて頻回な中途覚醒のために睡眠構造が著しく浅化し、睡眠負債が蓄積して日中の過眠が生じるものの、夜間の中途覚醒に対し慣化しているために、再入眠が容易な症例であろうとの結論が得られている。

1980年代に入ってから、SASの身体合併症についての知見が集積され、本症候群で高血圧・不整脈の合併頻度が高いこと、次いで虚血性心疾患と脳血管障害の合併頻度が高いことなどが明らかにされた。その原因は、主としてSASによる低酸素血症ならびに中途覚醒がカテコラミンの分泌刺激になるために、中途覚醒—呼吸再開時に交感神経負荷が著明に増加するためと考えられている²³⁾。また同様に、カテコラミン分泌の増加は動脈硬化の促進因子であることもわかっている。これら一連の疫学ならびに病態に関する研究報告が相次いだことにより、SASは成人病の危険因子として注目され、これに関連した内科領域からの強い関心を集めるようになった。

90年代に入ってから、アメリカで行われたキャンペーンWake up Americaでは、睡眠医学の重要性を広く啓蒙することに主眼が置かれているが、その中では上述したようにSASが成人病の重要な危険因子であることから、国民医療費の高騰 (推定246億ドルから384億ドル) に拍車をかけているという主張⁷⁰⁾と共に、

Neuropsychological Symptoms of Sleep Apnea Syndrome: especially focused on the relationship between dementia and the severity of sleep apnea

鳥取大学医学部神経精神医学教室
〔〒685-0826 鳥取県米子市西町36-1〕

Yuichi Inoue: Department of Neuropsychiatry, Faculty of Medicine, Tottori University, 36-1, Nishimachi, Yonago, Tottori 685-0826

SASに伴う過眠症状や精神活動・集中力の障害が、作業中もしくは運転中の事故の原因になっていると指摘されている。これによる国家の経済的損失は、2900万ドルに達するという⁴⁷⁾。このような流れの中で、近年ではSASによる精神生理機能の障害とこれに関連する精神症状についての研究が数多く行われている。

II. 睡眠時無呼吸の精神症状

SASの発症ピークが中年期以降にあることは既知の事実であるが、本症候群は上気道狭窄や呼吸調節機能の何らかの障害が睡眠中に顕在化することによって生じるので、これらが存在すればどの年齢層においても発症し得る。しかしながら、SASにみられる精神症状は、患者の年齢によってかなり異なっている。

一般に、乳児～学童期における睡眠時の呼吸障害は、扁桃肥大やアデノイドが原因になることが多いが、この年代では上気道虚脱により気道内の陰圧化が著しく、中途覚醒が頻発し浅眠化が顕著な割には、無呼吸頻度は比較的少なく、SASというよりも上気道抵抗症候群に類似した様態を呈している。また、この年代層での臨床症状としては、日中の眠気だけでなく、上気道閉塞に対する呼吸努力の増大により腹圧が上昇してしばしば夜尿が生じ⁴⁷⁾、学業成績の低下や多動、易刺激性、夜間の過食（軽い意識障害による）を呈することが多いという特徴がある⁶⁴⁾。

一方、成人期でのSASにおいては、日中の不安・焦燥感や、抑うつ傾向を伴うことが少なくない。Kalesら⁴⁸⁾は、MMPIスコアからみて、SAS患者では不安、心気、抑うつ傾向が高いと述べており、またReynoldsらは、SAS患者の30%以上がRDCのアルコール依存とうつ病の診断基準を満たしていたと指摘している。このような症例の中には、抗うつ薬clomipramineの投与が、うつ症状とSASの両方に対し有効であったとの報告もみられる⁴⁶⁾⁵³⁾。また、Gillin²⁴⁾が指摘しているように、SASがもたらす慢性的な睡眠の浅化は、不安性障害やうつ病発現のtriggerになっている可能性もあるだろう。しかしながら、SASにみられる不安—抑うつ症状は、日中の眠気の程度もしくは SaO_2 下降や深睡眠奪取の程度と相関するとの報告⁵¹⁾⁵⁹⁾からみて、内因性うつ病のそれとは異なり、睡眠内容の劣化ないし低酸素血症の影響により、二次的に生じたものと理解するのが妥当であろう。またSAS患者では無呼吸に際する頭蓋内圧の亢進によって頭痛（特に

朝起床時）を訴える頻度が高いこと⁴⁰⁾、インポテンスが患者の10～20%に認められることなどが知られている³⁹⁾。

労働に従事している成人SAS患者において最も問題視されている症状は、強い日中の眠気と認知・記憶などの精神生理機能に及ぼす影響であろう。Ulfbergら⁷³⁾の調査によると、SAS患者での作業中の眠気の頻度は、健常者の40倍以上に達するという。また、運転中の居眠りの頻度も健常者の4倍以上であり、SAS患者の10%程度は居眠り運転事故を起こした経験を持つ（表1）³⁹⁾。居眠り運転のリスクは、無呼吸—低呼吸指数（apnea-hypopnea index：AHI）を75%以上抑制しないと、完全には消褪しない（図1）。また精神生理機能検査を用いた研究により、SASにおいては、認知、注意、学習能力に障害が存在することが、ほぼ定説視されており⁴⁷⁾、臨床場面において、自動症や逆行性健忘を呈している重症SAS症例に遭遇する機会も少なくない。また、精神生理機能の異常が生じるcut offレベルは、AHI30以上、夜間 SaO_2 80%以下の時間が5分以上（健常人では90%以下に下降することはほとんどない）と考えられている⁵⁾。Naegeleら⁵²⁾によると、記銘力障害は無呼吸頻度と、前頭葉に関連した高次機能の成績の低下は夜間 SaO_2 下降の程度と相関すると云う。また、情報処理過程の指標として P_{300} を用いた研究によると、SAS患者では P_{300} 潜時が延長し、その振幅が減少しているという^{62,63)}。SASでの眠気と認知機能の障害は、両者が独立して生じることは少ない。Sangalら⁶³⁾の研究によると、眠気の指標となるmultiple sleep latency test (MSLT) の入眠潜時短縮（すなわち眠気の亢進）は P_{300} 潜時と有意な相関を示し、 P_{300} 振幅は夜間の睡眠効率と相関していたという。このような精神機能の異常は、Ulfbergらの指摘している労働環境での作業に対する集中力低下や、単調な作業の遂行困難、新しい課題の習得の障害などにつながるものと考えられる。またSAS患者において交通事故率が圧倒的に高い理由として、運転技能を示すコンピューターによるシミュレーターテストの成績が健常者に比べて著しく劣っていることが挙げられている²²⁾³¹⁾。この所見も、SAS患者での高次機能障害を反映しているものと考えられる。

高齢者層においては、SASの有病率はさらに上昇し、AHI5という一般的な診断基準を用いると、少なく見積もってもその割合は20%を超えている¹⁾。高齢者のSASの病態は均一ではなく、異なったものが混合して

表1 睡眠時無呼吸患者の交通事故の危険性についての研究

	対象	方法	結果
Findley(1988) ¹⁸⁾	OSAS 29人 対照者 35人	運転記録による解析	SASの事故経験者は41%、対照者は6%
Findley(1989) ²⁰⁾	OSAS 12人	運転シミュレータテスト	単調な高速走行・市内走行・障害物負荷すべてSASで障害がみられた。CPAP使用により改善
Findley(1989) ¹⁹⁾	OSAS 46人	ボリムグラフ指標と事故率の検討	重症SASで顕著に事故率上昇
Findley(1991) ²¹⁾		症例報告	事故死亡例と、重篤な後遺症を残した症例3名の報告
Haraldsson(1992) ³⁰⁾	スウェーデンの一般人口1214人	アンケート調査	SASによると思われる運転中の眠気は約2.2%
Pakola(1995) ⁵⁴⁾		SASとナラバグシーの運転がドライバーを呈示	
Martikainen(1994) ⁵⁰⁾	フィンランド1600人の一般人口	アンケート調査	イビキ症の23%で日中の眠気、居眠り運転はその4.5%
Stoohs(1994) ⁷⁰⁾	90人の長距離トラック運転手	自記式アンケート、運転記録、終夜ボリムグラフ	SAS運転手では非SAS運転手の事故率の2倍に達する。肥満も事故促進因子となる。
Stoohs(1995) ⁷¹⁾	350人の長距離トラック運転手(60%が高血圧)	MESAM-4によるボリムグラフ記録	ODI \geq 5が73%、ODI \geq 10が10%、高血圧運転手は、午睡が多く、夜間の熟睡感に欠ける
Findley(1995) ²²⁾	62人のSAS患者	シュレションアウカム(Steer Clear)	シュレションエラーの多い患者は事故率が高い
Haraldsson(1995) ³¹⁾	13人のSAS患者	UPPP前後で運転シュレションと覚醒度スコアを比較	UPPP後にシュレションスコアと覚醒度の改善
Wu(1996) ⁷⁵⁾	253人のSAS患者	アンケートによる実態調査	31%に事故既往あり(コントロールでは15%)
井上(1998) ³⁹⁾	SAS 165名 対照者 152名	アンケートとボリムグラフ	SASの28.2%で居眠り運転の既往があり、患者の10%で居眠り運転事故をおこなしている。AHIが高い程MSLT潜時短く、居眠り運転が多い。

SAS: Sleep apnea syndrome ODI: oxygen desaturation index

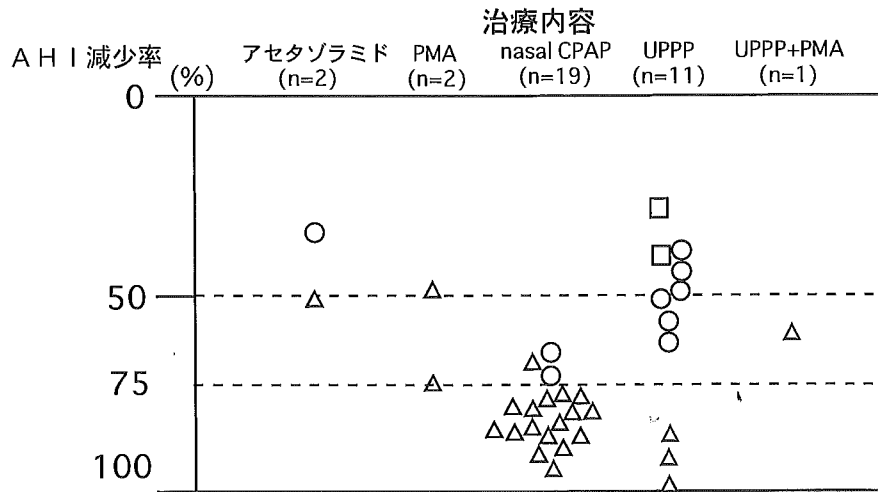


図1 睡眠時無呼吸患者における治療後の無呼吸—低呼吸指数(AHI)減少率と運転中の眠気・居眠り運転の転帰 (n=35)

△: 眠気が消退している症例 ○: 眠気が残存している症例 □: 居眠り運転あり
PMA: prosthetic mandibular advancement, UPPP: uvulopalatopharyngoplasty nasal CPAP: nasal continuous airway pressure
AHI減少率 = 治療前AHI - 治療後AHI / 治療前AHI × 100

いる。その中には、軽症で経過する症例も存在するが³⁰⁾⁷⁴⁾⁶⁹⁾、重症例(特に女性)では生命予後が悪化することが多く、AHI50以上の症例では睡眠中の突然死の危険性が高まるとの指摘がある³⁾。また前述した認知機能の障害は高齢者層でも存在し、しかも概してその程度は若・中年期よりも重篤なことが多い。Dealbertoら¹⁴⁾によると、digit symbol substitution test,

trail marking testなどの視覚認知課題の成績が不良であるという。これらの障害は、口蓋垂軟口蓋咽頭形成術(uvulopalatopharyngoplasty: UPPP)や鼻腔持続陽圧呼吸(nasal continuous positive airway pressure)などの治療により、SASが抑制されると大半が消褪することから¹⁵⁾、ほぼ可逆的なものであろうと考えられてきた。

Ⅲ. 睡眠時無呼吸とアルツハイマー型痴呆

しかし、上記の通説とは異なり、Klonoffら⁴³⁾、Bedardら⁵⁾の研究においては、nasal CPAPやUPPP施行後に、SASが明らかに改善したにも拘わらず認知機能障害をはじめとする知的機能異常が持続した症例が報告されている。また、Bilwiseら¹⁰⁾が61名の高齢者SAS症例に対して行った70カ月のfollow up調査においても、SASを有する高齢者では、経年的な知的機能の低下が認められた。これらの一連の報告は、SASが非可逆的な痴呆の発現と関連しているのではないかと、という疑問の根拠となるものであった。

SASと痴呆の因果関係を検討する上では、以下の2つの可能性を考慮する必要がある。1つは、SASにおける慢性的な低酸素血症により神経変性をきたし、脳の器質的な障害を生じる可能性である⁶⁾。Giombettiら²³⁾²⁶⁾は、中年期のSAS患者に対し、覚醒時にSPECT検査を行った結果、明らかな脳血管障害が無いにも拘わらず、白質内に低灌流域が散見されたと述べている。このような変化は、罹病の長期化した高齢患者では、より顕在化している可能性があるだろう。もう1つ、痴呆性疾患特にアルツハイマー型老化性痴呆 (senile dementia Alzheimer type : SDAT) における神経変性は、罹病経過につれて呼吸中枢を含めた脳幹部にも及ぶ¹²⁾ことから、痴呆がSASの二次的な障害ではなく、原因になっている可能性についても検討する必要がある。

また高齢期のSASの病態を考える上では、イビキ症から中年期にSASに移行するheavy snorer's diseaseの典型的な経過をたどっている典型的な閉塞性無呼吸症例 (中核群) が長期罹病を経て高齢に達したものと、呼吸調節機能の生理的な老化に基づいて高齢層に入ってからSASが生じている症例 (高齢発症群) が混在していることに留意する必要がある。前述した高齢期におけるSAS有病率の上昇には、後者の存在が強く関与しているものと考えられる。高齢発症群でのSAS発現にあたっては、咽頭内腔容積の加齢に伴う減少¹³⁾、気道抵抗の増加⁶⁵⁾、呼吸リズム形成機能の変化³⁷⁾などが関与しているものと考えられている。中核群においては、無呼吸の増加は夜間の低酸素血症を悪化させ、睡眠内容の劣化をもたらすものと考えられる。しかし高齢発症群については、無呼吸頻度はあまり高くならず (多くはAHI20~30以下)、従ってSaO₂の下降は中核

群に比べてかなり少なく、無呼吸終結時の中途覚醒反応も乏しい。このため、高齢発症群では、高血圧や不整脈などの身体的合併症のみならず、前述した日中の過眠症状や精神症状を呈する頻度も低い³⁸⁾。もしも、SDATにより呼吸中枢の機能低下が生じるならば、高齢発症群の頻度が高くなるものと考えられる。また一方で、中核群SASの重症化もしくは長期罹病により痴呆を生じるとすれば、このような症例でのSASはAHIが高く、SaO₂下降も顕著な重症例であると推測される。

SDATとSASの関係についての諸家の報告を表2に示した。Smallwood⁶⁶⁾、Bilwise⁹⁾の報告を除くと、いずれもSDAT症例では健常対照高齢者に比べてSASの有病率が高い。しかもPondら⁵⁷⁾の報告において、DSM-IVのSDATの診断基準を満たさない痴呆患者 (変性疾患によるものと考えられるが詳細は不明) では、SAS有病率が対照群と差がなかったことから、SDATにおいては特異的にSAS有病率が高いとの見方が可能であろう。これらの報告の中では、痴呆症度と無呼吸頻度が相関しているとする報告も少なくな

表2 アルツハイマー型痴呆と睡眠時無呼吸の関係についての諸家の報告

著者	年	対象者数	結果
Billard ⁹⁾	1980	SDAT 13名 健常高齢者 30名	SDAT群ではAHI5以上が9名(72%)、健常群では4名、しかし両群ともSaO ₂ 90%以下への下降はごく少なかった
Smirne ⁸⁷⁾	1981	SDAT 23名	8名がSAS(AHIは11~60時間)肥満者、上気道狭窄の認められた者は無く、いずれも日中の眠気はなかった。
Smallwood ⁶⁶⁾	1983	SDAT 15名 健常高齢者 30名	痴呆群と健常群のAHIは、それぞれ7.2と11.7でSDATがやや高かったものの有意差なし
Reynolds ⁹⁰⁾	1985	SDAT 21名 健常高齢者 23名	健常高齢者ではAHI>5は4.3%、SDATでは42.9%、SDATでは女性でSASが多く、しかも痴呆症度と相関していた。
Hoch	1986	SDAT 34名 健常高齢者 56名	SDATではAHI 5以上が41.7%、特にNREM期の無呼吸が多く、痴呆症度と相関していた。
Mant ⁴⁸⁾	1988	SDATの女性のみ 29名、対照者48名	SDAT群の方が2倍以上SASが多かった
Hoch ³⁵⁾	1989	15名のSDAT、12名の対照群	SDATの方がSASが2倍以上多く、持続時間も長かったがSaO ₂ 下降の程度は差なし、夜間異常行動との関係もなし
Bilwise ⁹⁾	1989	SDAT28名、対照群 25名	両群のSAS有病率に差は無かったが、SDAT群で夜間SaO ₂ の下降が著しい者は、早期の錯乱(意図障害)が多かった
Pond ⁵⁷⁾	1990	SDAT16名、SDAT の診断基準を満た さない痴呆16名	SDAT群のみでSASが多かった
Ancoli-Israel ⁹⁾	1991	老人施設入所中の 235名	70%がSAS、無呼吸頻度は痴呆症度と相関していた
Dealberto ¹⁴⁾	1996	174名の老人施設 患者	痴呆症度と無呼吸頻度の有意な相関がみられた
井上	1998	SDAT 62名、対照 群119名	20名(32.3%)がSAS、MMSE得点が低い程有病率が上昇していた

SDAT: senile dementia of Alzheimer type
SAS: sleep apnea syndrome
SaO₂: oxygen saturation
MMSE: mini mental status examination

表3 各軍でSASの診断基準を満たした対象者の無呼吸指標の比較

	アルツハイマー型痴呆群 (n=9)	血管性痴呆群 (n=11)	健常高齢者群 (n=9)
無呼吸指数	11.1±1.1* ¹⁾	17.1±7.7	11.5±3.9* ²⁾
低呼吸指数	3.8±1.0	6.4±4.5	4.4±1.4
無呼吸低呼吸指数	14.9±1.4** ¹⁾	23.5±10.5	15.9±3.9* ²⁾
無呼吸持続時間	22.3±1.0* ¹⁾	22.5±0.9	21.8±1.0* ²⁾
各無呼吸の割合(%)			
閉塞型	39.2±11.2* ¹⁾	62.2±13.4	41.4±13.5* ²⁾
中枢型	45.7±16.3* ¹⁾	28.0±17.1	43.4±15.6* ²⁾
混合型	15.1±10.2	9.7±6.3	15.1±9.7
低呼吸持続時間	18.9±1.5	19.5±1.4	19.4±1.0
SaO ₂ 下降回数 ^{a)}	13.0±4.0** ¹⁾	30.2±20.5	11.2±1.5** ²⁾

値は平均値±標準偏差

a) SaO₂が覚醒時基礎値より4%以上下降した回数

** : P < 0.01, * : P < 0.05

1) アルツハイマー型痴呆群と血管性痴呆群の間

2) 健常高齢者群と血管性痴呆群の間

く¹⁴⁾³⁴⁾⁶⁰⁾, 痴呆の重症化過程と無呼吸の増加が関連している可能性もあると考えられる。また, Reynoldsら⁶⁰⁾の報告によると, SASとSDATの因果関係は, 特に女性で明瞭であったという。一般に閉経期以前では, 女性では殆どSASに罹患することは無い(有病率の男女比はおおよそ10:1程度)。このような性差は, 黄体ホルモンが呼吸促進作用を有するためと考えられており⁷²⁾, 更年期以降では性差は少なくなる¹¹⁾。しかし, 理由は明らかでないものの, 高齢者においてもやはり一般的に男性の方が女性よりSAS有病率が高い事が知られている。従ってSDATの罹患は, このような強いSAS有病率の性差を消失させる要因になっていると判断される。また臨床症状に関して, Bliwiseら⁹⁾は夜間のSaO₂下降が著しい症例では, 早朝に意識障害に基づく錯乱状態をきたしやすいと述べている。このような現象は, SASがSDATでのせん妄発現に関与している可能性を示唆するものであるが, Hochら³⁵⁾の報告はこの点について否定的であり, 今後さらに検討を要するものと思われる。

これらの報告からみて, SDATとSASは, 病態上の因果関係を有すると考えて差し支えないものと思われる。しかし, SASの重症度という点に関しては, SDATではAHIが50を上回るような重症例は少なく, SaO₂下降も比較的少ない⁹⁾。われわれの行った調査においても, SDATでのSAS有病率は32.3%と高く, しかもMMSE得点が低い程有病率が高く, SDATの重

症化がSAS発現と関連している可能性が推測された。しかし, SDATでSASを有した症例のAHIは14.9±1.4(/時間), SaO₂90%以下への下降回数は13.0±4.0回と軽症であり(表3), この程度のSASで, 脳が低酸素血症によるダメージを受けて痴呆発症が促進されているとは考えにくい。従ってわれわれは, SDATでのSASは痴呆の原因もしくは促進因子として働く可能性はそれ程高くなく, むしろSDATでの神経変性が脳幹部にまで及ぶことにより, 前述した高齢発症群SASの出現が促進されるものと考えている。

IV. 脳血管性痴呆とSAS

先に述べたように, 多くの疫学的検討において, SASが脳血管障害発症の危険因子であることがほぼ確実視されている⁴⁵⁾。特に日中の傾眠症状と肥満を伴うSAS患者での脳梗塞の発病率は正常人の8倍に達するという⁵⁵⁾。脳梗塞の13~44%は睡眠中に生じると言われているが⁴⁹⁾, この原因としてSASが関与しているとの意見もある。Pressman⁵⁸⁾は, 著しい低酸素血症を伴う無呼吸からの覚醒後に一過性脳虚血を生じた症例を報告している。これらの諸家の報告からみて, SASでは脳梗塞とこれに基づく脳血管性痴呆(vascular dementia: VD)発現の可能性が高くなる可能性が推測される。

近年, 睡眠中に近赤外線分光法を用いた脳組織ヘモ

グロビン濃度の計測が幾つか行われているが、少なくとも、覚醒から睡眠への移行だけでは、酸素化ヘモグロビン (HbO₂)、還元型ヘモグロビン (HbD) が明瞭な変化を示すことはほとんど無い³⁶⁾。しかし、SAS患者においては、無呼吸エピソード中にHbO₂が下降し、逆にHbDが上昇を示し、無呼吸終結により正常化する(図2)。このようなHbO₂、HbDの変動は、無呼吸の頻度や持続時間よりもSaO₂の変動と強い相関を示す(図3)。脳組織中のHbO₂の低下は、脳内の嫌気性代謝を亢進させる可能性がある。この点についての検討はほとんど行われていないが、われわれは覚醒時にSAS患者の脳の¹H-MRS検査を行った結果、重症SAS症例(AHI30以上)では、N-アセチルアスパラギン酸/脳内アセチルコリン比が、健常者より低値を示す

ことを報告した⁴²⁾。この所見もSASが脳代謝に影響を及ぼすことを支持する所見と云えるだろう。また呼吸停止に伴って脳組織中のHbO₂が下降する際には、炭酸ガス濃度は上昇していると考えられる。脳血管中の炭酸ガスが上昇すると、脳血管は拡張し、脳血流速度は低下し²⁹⁾、呼吸が再開すると、全身の動脈圧の上昇ならびに脳内炭酸ガスの下降により脳血流速度は急激に上昇すると思われる。SAS患者におけるこのような脳循環の変動は、前述した脳血管障害発現の要因になっているものと考えられる。すなわち、SAS(特にSaO₂下降の顕著な中核群重症例)では、脳血管障害とこれによる痴呆発現の可能性が危険視される。この点に関する検討はまだ少ないが、VDとSDATのSAS有病率を比較したErkinjunttiの報告¹⁶⁾によると、VD

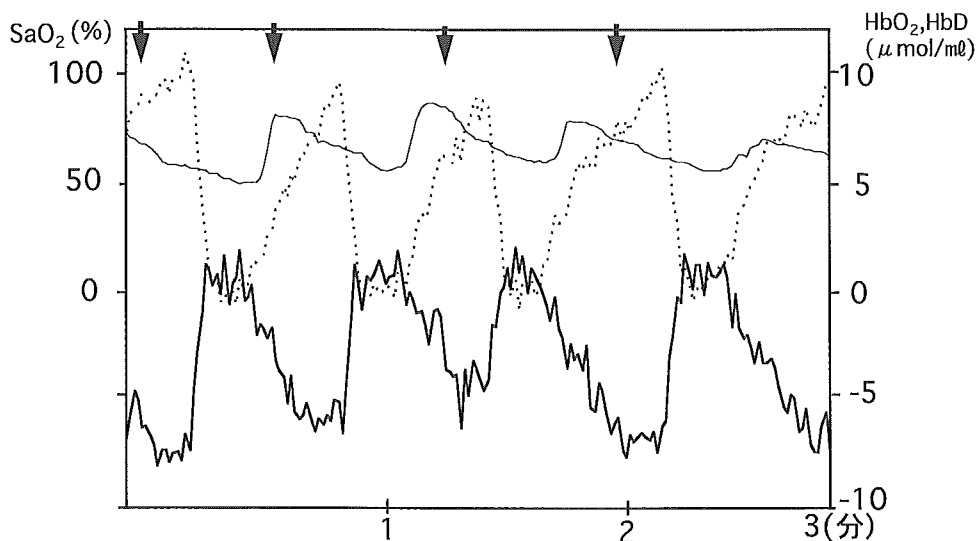


図2 睡眠時無呼吸の際の動脈血酸素飽和度、脳内ヘモグロビン濃度の変動

—HbO₂: 酸素化ヘモグロビン ↓: 無呼吸エピソードを示す
 ……HbD: 還元型ヘモグロビン — SaO₂

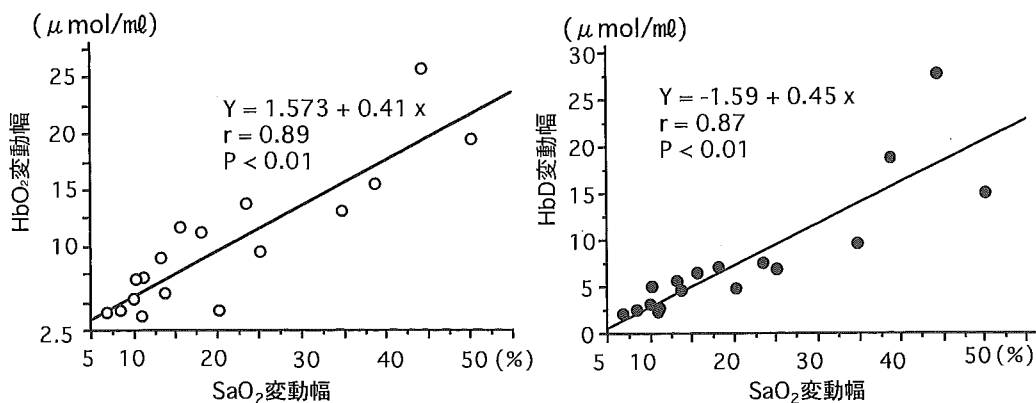


図3 脳内ヘモグロビン濃度の睡眠中の変動幅とSaO₂の睡眠中の変動幅の相関

HbO₂: 酸素化ヘモグロビン, HbD: 還元型ヘモグロビン

の方がSAS有病率が有意に高かったという。

われわれのSDATとVDのそれぞれの患者群、健常対照高齢者に対して行ったアンケート調査結果によると、SDAT群、VD群ともにprobableSASの有病率は健常高齢者に比べて有意に高かったが、この両群間での差異は認められなかった。しかしながら、アンケート調査においてprobable SASと判断されたVD症例のうち11例に対してポリソムノグラフィを行ったところ、AHI、SaO₂の下降度はVD群の方が他の二群に比べて有意に高かった。また各無呼吸型のうち、閉塞型無呼吸の割合が他の二群に比べて高かった。さらに、高血圧を有する対象者の中でのprobable SASの割合は、SDAT群に比べて有意に高く(図4)、この群における高血圧の発現がSASと関連している可能性が示唆された。これらの結果からみて、VD群の方がより中核群に近いとの印象を受ける。すなわちこの群では、

SDATと異なり、SASの罹病がVD発現を促進している可能性が高いものと推測される。

V. おわりに

図5に、SASの病態と合併症の関係に関するPhillipsonの仮説²⁶⁾に、痴呆との因果関係についてのわれわれの私案を加えて改変した模式図を示す。これまで述べたように高齢者SASと痴呆の因果関係は深いものと推測されるが、今後さらに検討すべき課題も多い。SDATに関しては、SASが本疾患により二次的に生じている可能性があるとするれば、これが痴呆の臨床症状にどのような影響を及ぼしているか検討すべきであろう。しかし、この点を明らかにするためには、nasal CPAPなどによる治療の前後での神経心理学的検査所見を比較する必要があるだろう(実際にはSDAT患者に対して侵襲の加わる治療を行うことは困難が伴うが)。またVDがSASにより二次的に生じるとするば、VDに移行し得るSAS症例の重症度のcut offレベルを検討することが必要である。この点を明らかにするためには、脳血管障害患者でのSASの実態に関する調査を行うと共に、VDの発現を指標としたSAS患者の予後調査を行わなくてはならない。今後、この方面での研究の進歩を期待するところである。

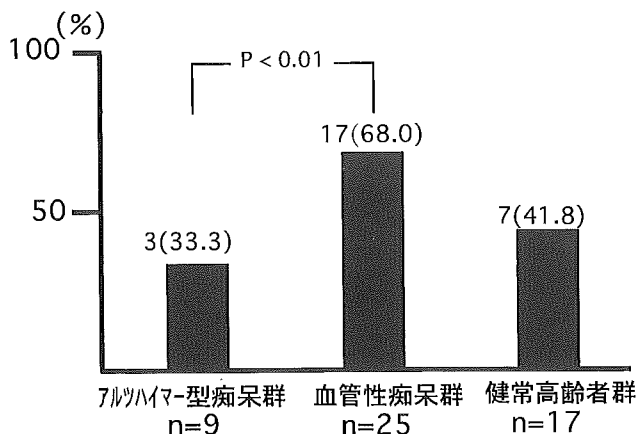


図4 高血圧を有する者の中でのprobable SASの割合()内%

文 献

- 1) Ancoli-Israel S, Klauber MR, Kripke DF et al: Sleep apnea in female patients in a nursing home: Increased risk of mortality. Chest 96: 1054-1058, 1989.
- 2) Ancoli-Israel S et al: Sleep-disordered breathing in

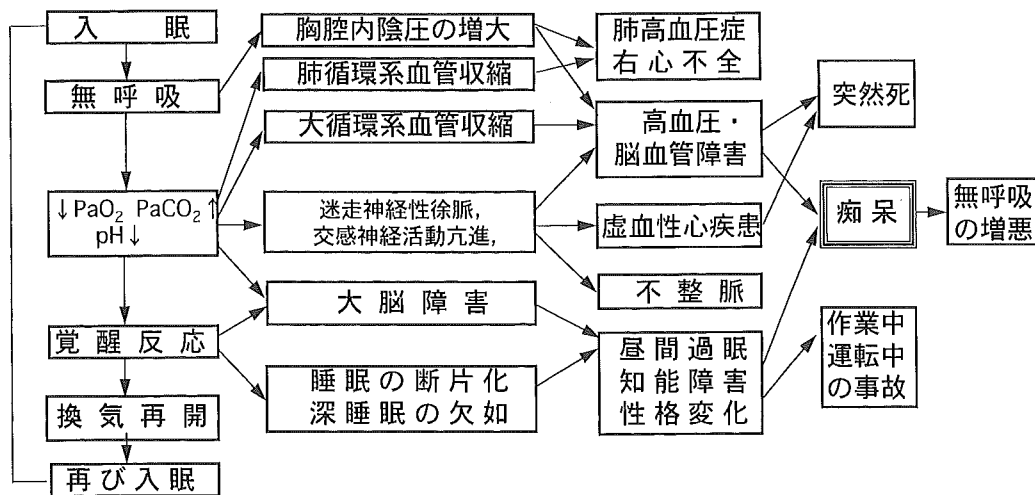


図5 睡眠時無呼吸の病態と合併症の模式図

- community-dwelling elderly. *Sleep* 14: 486-495, 1991.
- 3) Ancoli-Israel S, Klauber MR, Butters N et al.: Dementia in institutionalized elderly: Relation to sleep apnea. *J Am Geriatr Soc* 39: 258-263, 1991.
 - 4) Bedard MA, Montplaisir J, Richer F et al.: Obstructive sleep apnea syndrome: Pathogenesis of neuropsychological deficits. *J Clin Exp Neuropsychol* 13: 950-964, 1991.
 - 5) Bedard MA, Montplaisir J, Malo J et al.: Persistent neuropsychological deficits and vigilance impairment in sleep apnea syndrome after treatment with continuous positive airway pressure (CPAP). *J Clin Exp Neuropsychol* 15: 330-341, 1993.
 - 6) Berry DTR, McConnel JW, Phillips BA et al.: Isocapnic hypoxemia and neuropsychological functioning. *J Clin Exp Neuropsychiatry* 11: 241-251, 1989.
 - 7) Berry DTR, Phillips BA, Cook YR et al.: Sleep-disordered breathing in healthy aged persons: one-year follow-up of daytime sequelae. *Sleep* 12: 211-215, 1989.
 - 8) Billiard M, Touchon J, Passouant P: Sleep apneas and mental deterioration in elderly subjects. *Sleep* 1980. 5th Eur. Congr. Sleep Res. (Karger, Basel 1981), 400-402, Amsterdam, 1980.
 - 9) Bliwise DL, Yesavage JA, Tinklenberg JR et al.: Sleep apnea in Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging* 10: 343-346, 1989.
 - 10) Bliwise DL: Cognitive function and sleep disordered breathing in aging adults. In: *Sleep and Respiration in Aging Adults*. Kuna, ST, REMMERS JE, Suratt PM (eds.), 237-244, Elsevier Science, New York, 1991.
 - 11) Block AJ et al.: Sleep disordered breathing and nocturnal oxygen desaturation in postmenopausal women. *Am J Med* 69: 75-79, 1980.
 - 12) Bondareff W, Mountjoy CQ, Roth M et al.: Age and histopathologic heterogeneity in Alzheimer's Disease. *Arch Gen Psychiatry* 44: 412-417, 1987.
 - 13) Brown IG, Zamel N, Hoffstein V: Pharyngeal cross-sectional area in normal men and women. *J Appl Physiol* 61: 890-895, 1986.
 - 14) Dealberto MJ, Pajot N, Courbon D et al.: Breathing disorders during sleep and cognitive performance in an older community sample: The EVA study. *JAGS* 44: 1287-1294, 1996.
 - 15) Derderian SS, Bridenbaugh RH, Rajagopal KR: Neuropsychologic symptoms in obstructive sleep apnea improve after treatment with nasal continuous positive airway pressure. *Chest* 94: 1023-1027, 1988.
 - 16) Erkinjuntti T, Partinen M, Sulkava R et al.: Sleep apnea in multiinfarct dementia and Alzheimer's disease. *Sleep* 10: 419-425, 1987.
 - 17) Everaert K, Pevernagie D, Oosterlinck W: Nocturnal enuresis provoked by an obstructive sleep apnea syndrome. *J Urology* 153: 1236, 1995.
 - 18) Findley LJ, Unverzagt ME, Suratt PM: Automobile accidents involving patients with obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 138: 337-340, 1988.
 - 19) Findley LJ, Fabrizio MJ, Thommi G et al.: Severity of sleep apnea and automobile crashes. *N Engl J Med* 320: 868-869, 1989.
 - 20) Findley LJ, Fabrizio MJ, Knight H et al.: Driving simulator performance in patients with sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 140: 529-530, 1989.
 - 21) Findley LJ, Weiss JW, Jabour ER: Drivers with untreated sleep apnea. A cause of death and serious injury. *Arch Intern Med* 151: 1451-1452, 1991.
 - 22) Findley LJ, Unverzagt ME, Guchu R et al.: Vigilance and automobile accidents in patients with sleep apnea or narcolepsy. *Chest* 108: 619-624, 1995.
 - 23) Fletcher EC, Lesske J, Culman J et al.: Sympathetic denervation blocks blood pressure elevation in episodic hypoxia. *Hypertension* 20: 612-619, 1992.
 - 24) Gillin JC: Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatr Scand* 98 (Suppl 393): 39-43, 1998.
 - 25) Giombetti RJ, Miller BL, Daly J et al.: Sleep apnea, neuropsychological deficits and cerebral blood flow changes: relation to Alzheimer's disease. *Bull Clin Neurosci* 54: 133-136, 1989.
 - 26) Giombetti RJ, Kneisley LW, Miller BL et al.: Waking cerebral blood flow abnormalities in sleep apnea syndrome. *Sleep Res* 19: 229, 1990.
 - 27) Greenberg GD, Watson RK, Deptula D: Neuropsychological dysfunction in sleep apnea. *Sleep* 10: 254-262, 1987.
 - 28) Guilleminault C, Tilkian A, Dement WC: The sleep apnea syndrome. *Ann Rev Med* 27: 465-484, 1976.
 - 29) Hajak G, Klingelhofer J, Schulz-Varzegi M et al.: Sleep apnea syndrome and cerebral hemodynamics. *Chest* 110: 670-679, 1996.
 - 30) Haraldsson PO, Carenfelt C, Tingvall C: Sleep apnea syndrome symptoms and automobile driving in a general population. *J Clin Epidemiol* 45: 821-825, 1992.
 - 31) Haraldsson PO, Carenfelt C, Lysdahi M et al.: Long-term effect of uvulopalatopharyngoplasty on driving performance. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 121: 90-94, 1995.
 - 32) Hayward L, Mant A, Eyland A et al.: Sleep disordered breathing and cognitive function in a retirement village population. *Age and Ageing* 21: 121-128, 1992.
 - 33) Hirshkowitz M, Karacan I, Gurakan A et al.: Hypertension, erectile dysfunction, and occult sleep apnea. *Sleep* 12: 223-232, 1989.
 - 34) Hoch CC, Reynolds CF, Kupfer DJ et al.: Sleep-disordered breathing in normal and pathologic aging. *J Clin Psychiatry* 47: 499-503, 1986.
 - 35) Hoch CC, Reynolds CF, Nebes RD et al.: Clinical significance of sleep-disordered breathing in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 37: 138-144, 1989.

- 36) Hoshi Y, Mizukami S, Tamura M: Dynamic features of hemodynamic and metabolic changes in the human brain during all-night sleep as revealed by near-infrared spectroscopy. *Brain Res* 652: 257-262, 1994.
- 37) Hudgel DW, Devadatta P, Hamilton H: Pattern of breathing and upper airway mechanics during wakefulness and sleep in healthy elderly humans. *J Appl Physiol* 74: 2198-2204, 1993.
- 38) 井上雄一, 三谷秀明, 難波一義他: 高齢者睡眠時無呼吸の臨床的特徴ならびに病態について—高齢発症群と中核群の比較. 睡眠障害の診断・治療及び疫学に関する研究, 平成7年度研究報告書, 69-81, 1996.
- 39) 井上雄一, 坂本泉, 高田耕吉: 居眠り運転と睡眠時無呼吸症候群. *臨床精神医学* 27: 137-147, 1998.
- 40) Jennum P, Hein HO, Suadcani P et al.: Headache and cognitive dysfunctions in snorers. *Arch Neurol* 51: 937-942, 1994.
- 41) Kales A, Caldwell AB, Cadieux RJ et al.: Severe obstructive sleep apnea—II: Associated psychopathology and psychosocial consequences. *J Chron Dis* 38: 427-434, 1985.
- 42) Kamba M, Suto Y, Ohta Y et al.: Cerebral metabolism in sleep apnea: Evaluation by magnetic resonance spectroscopy. *Am J Respir Crit Care Med* 156: 296-298, 1997.
- 43) Klonoff H, Fleetham J, Taylor DR et al.: Treatment outcome of obstructive sleep apnea: Physiological and neuropsychological concomitants. *J Nerv Ment Dis* 175: 208-212, 1987.
- 44) Knight H, Millman RP, Gur RC et al.: Clinical significance of sleep apnea in the elderly. *Am Rev Res Dis* 136: 845-850, 1987.
- 45) Koskenvuo M, Kaprio J, Telakivi T et al.: Snoring as a risk factor for ischaemic heart disease and stroke in men. *Br Med J* 294: 16-19, 1987.
- 46) Kumashiro H et al.: "Sleep apnoea" and sleep regulating mechanism. *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 25: 41-49, 1971.
- 47) Leger D: The cost of sleep-related accidents: a report for the national commission on sleep disorders research. *Sleep* 17: 84-93, 1994.
- 48) Mant A, Saunders NA, Eyland AE et al.: Sleep-related respiratory disturbance and dementia in elderly females. *J Gerontol* 43: 140-144, 1988.
- 49) Marsh EE, Biller J, Adams HP et al.: Circadian variation in onset of acute ischemic stroke. *Arch Neurol* 47: 1178-1180, 1990.
- 50) Martikainen K, Partinen M, Urponen H et al.: Natural evolution of snoring: a 5-year follow-up study. *Acta Neurol Scand* 90: 437-442, 1994.
- 51) Martin SE, Engleman HM, Deary IJ et al.: The effect of sleep fragmentation on daytime function. *Am J Respir Crit Care Med* 153: 1328-1332, 1996.
- 52) Naegele B, Thouvard V, Pepin JL et al.: Deficits of cognitive executive functions in patients with sleep apnea syndrome. *Sleep* 18: 43-52, 1995.
- 53) 岡田保, 太田龍朗, 寺島正義他: 睡眠時無呼吸不眠症候群の症例と三環系抗うつ薬. 睡眠時無呼吸症候群の臨床, 挾間秀文, 佐々木孝夫(編), 155-165, 星和書店, 東京: 1990.
- 54) Pakola SJ, Dingers DF, Pack AI: Review of regulations and guidelines for commercial and noncommercial drivers with sleep apnea and narcolepsy. *Sleep* 18: 787-796, 1995.
- 55) Palomaki H: Snoring and the risk of ischemic brain infarction. *Stroke* 22: 1021-1025, 1991.
- 56) Phillipson EA, Bowes G: Sleep disorders. Update: Pulmonary Diseases and Disorders, Fishman, AP(ed.), 256, McGraw Hill, New York, 1982.
- 57) Pond CD, Mant A, Eyland EA et al.: Dementia and abnormal breathing during sleep. *Age and ageing* 19: 247-252, 1990.
- 58) Pressman MR, Schetman WR, Figueroa WG et al.: Transient ischemic attacks and minor stroke during sleep. Relationship to obstructive sleep apnea syndrome. *Stroke* 26: 2361-2365, 1995.
- 59) Reynolds CF III, Kupfer LS, McEachran AB et al.: Depressive psychopathology in male sleep apneics. *J Clin Psychiatry* 46: 287-290, 1984.
- 60) Reynolds CF III, Kupfer DJ, Taska LS et al.: Sleep apnea in Alzheimer's dementia: Correlation with mental deterioration. *J Clin Psychiatry* 46: 257-261, 1985.
- 61) Roehrs T, Zorick F, Wittig R et al.: Predictors of objective level of daytime sleepiness in patients with sleep-related breathing disorders. *Chest* 95: 1202-1206, 1989.
- 62) Sangal RB, Sangal JM: P300latency: Abnormal in sleep apnea with somnolence and idiopathic hypersomnia, but normal in narcolepsy. *Clin Electroencephalogr* 26: 146-153, 1995.
- 63) Sangal RB, Sangal JM: Obstructive sleep apnea and abnormal P300latency topography. *Clin Electroencephalogr* 28: 16-25, 1997.
- 64) 清水徹男, 菱川泰夫: 睡眠時無呼吸症候群. *神経進歩* 38: 487-500, 1994.
- 65) 白川修一郎, 石郷岡純, 石東嘉和他: 全国総合病院外来における睡眠障害と睡眠習慣の実態調査. 「睡眠障害の診断・治療及び疫学に関する研究」厚生省精神・神経疾患研究委託費. 平成7年度研究報告書, 7-23, 1996.
- 66) Smallwood RG, Vitiello MV, Giblin EC et al.: Sleep apnea: Relationship to age, sex, and Alzheimer's dementia. *Sleep* 6: 16-22, 1983.
- 67) Smirne S, Franceschi M, Bareggi SR et al.: Sleep apneas in Alzheimer's disease. *Sleep* 1980. 5th Eur. Congr. Sleep Res., (Karger, Basel1981), 442-444, Amsterdam, 1980.
- 68) Stauffer JL, Zwillich CW, Cadieux RJ et al.: Pharyngeal size and resistance in obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 136: 623-627, 1987.
- 69) Stone J, Morin CM, Hart RP et al.: Neuropsychologi-

- cal functioning in older insomniacs with or without obstructive sleep apnea. *Psychology and aging* 9: 231-236, 1994.
- 70) Stoohs RA, Guilleminault C, Itoi A et al: Traffic accidents in commercial long-haul truck drivers: The influence of sleep-disordered breathing and obesity. *Sleep* 17: 619-623, 1994.
- 71) Stoohs RA, Bingham L, Itoi A et al: Sleep and sleep-disordered breathing in commercial long-haul truck drivers. *Chest* 107: 1275-1282, 1995.
- 72) Sutton FD, Zwillich CW, Creagh CE et al: Progesterone for outpatient treatment of Pickwickian syndrome. *Ann Int Med* 83: 476-479, 1975.
- 73) Ulfberg J, Carter N, Talback M et al: Excessive daytime sleepiness at work and subjective work performance in the general population and among heavy snorers and patients with obstructive sleep apnea. *Chest* 110: 659-663, 1996.
- 74) Walsh JK, Engelhardt CL: *Insomnia. Wake up America: a national sleep alert Vol 2 (report of the national commission on sleep disorders research)*, 114-149, US department health and human service, 1994.
- 75) Wu H, Yan-Go F: Self-reported automobile accidents involving patients with obstructive sleep apnea. *Neurology* 46: 1254-1257, 1996.

【特集】

高齢者の睡眠障害と心の健康

白川修一郎¹⁾ 田中 秀樹¹⁾ 山本由華吏¹⁾²⁾

I. 高齢者の睡眠の特徴

1. 睡眠・覚醒スケジュールの加齢変化

高齢者の行動の顕著な特徴として、実生活時間における睡眠相の前進がまず観察される。この現象は睡眠・覚醒スケジュールに対する加齢の影響と考えられており、高齢者では若年者に比べ就床時刻が早くなり、早朝に起床するものが増える。Czeislerら³⁾は、27名の男性若年者と10名の女性高齢者、および11名の男性高齢者の日常生活下での就床時刻と起床時刻について調査し、同時に外的環境や食事、行動などの影響によるアーチファクトの混入を除外するために考案されたコンスタントルーティン法を用い深部体温リズムを測定し、高齢者では睡眠相の前進に対応して深部体温リズムの最低時刻が前進していることを報告している。筆者ら²⁾も、山梨県市部・農村部の一般住民1,732名の睡眠習慣を調査し、就床 起床間の着床時間は、50代以降加齢とともに延長し、80歳以上では8時間を越えていること、起床時刻も50歳代以降漸次前進し、加齢の影響が睡眠・覚醒スケジュールに表出すること、勤務時間という社会的規制が消失する60歳代では、就床時刻が急激に前進することを報告した。

2. 夜間睡眠の質的低下

上述したように就床～起床時刻、すなわち床につい

ている時間は高齢者で延長する。この社会行動上の変化の背後には、中年期以降加齢とともに睡眠内容が質的に変化するという生理的現象が存在するためと考えられる。睡眠ポリグラフィにより睡眠内容を詳細に検討してみると、高齢者の睡眠は20代の若年者とは大きく異なっている。図1に代表的な若年男子大学生と健康であり通常の社会生活を送っている高齢者の睡眠段階と睡眠徐波の夜間経過を示す。この例では高齢者の就床時刻と起床時刻が若年者と比べ2時間程度早くなっており、実生活時間での睡眠位相の前進が観察できる。この高齢者では睡眠段階4が全く認められず、段階3の出現もほとんどない。このことは睡眠徐波の出現パターンの差異からも確認できる。睡眠徐波の出現持続時間の変動パターンは下方向がより多く出現していることを示しているが、この高齢者の例では、睡眠前半にわずかに睡眠徐波が認められるのみで非常に少ない。睡眠徐波は、睡眠の深度やクオリティを説明する上で最もよく使われる指標であり、睡眠徐波の出現量は睡眠前の覚醒時間の長さや質および日中の運動量などにより左右されることが知られている¹⁵⁾。Borbély⁴⁾は、睡眠プロセスの調節系のモデルとして、覚醒中に疲労や睡眠圧の蓄積が生じ、その解消過程が睡眠中に進行するというホメオスタシス過程と、睡眠開始のタイミングがサーカディアンリズムにより支配されるという2過程モデル (two process model) を提唱した。睡眠徐波の入眠からの減衰過程は、この2過程モデルにおける睡眠中の疲労や睡眠圧の解消過程を表現していると考えられている。高齢者で睡眠徐波の出現が少なく、睡眠の進行に伴う漸減過程が観察できないことは、疲労や睡眠圧の解消過程が睡眠中に効率良く機能していない可能性を示している。また、睡眠機能への加齢による影響については、睡眠徐波の出現量の減少¹³⁾や中途覚醒時間の増加、睡眠効率の低下²⁾、中途覚醒時間の延長や回数の増加、浅い睡眠である睡眠段階1の増加³⁰⁾などが知られている。これらの事は、高齢者では睡眠の機能が低下し、夜間の睡眠

Sleep Disorders and Mental Health in the Aged

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所

老人精神保健部

[〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3]

Shuichiro Shirakawa, Hideki Tanaka, Yukari Yamamoto:
Department of Psychogeriatrics, National Institute of
Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa,
Chiba 272-0827

²⁾早稲田大学人間科学部人間科学研究科

Yukari Yamamoto: Faculty of Human Science, Waseda
University

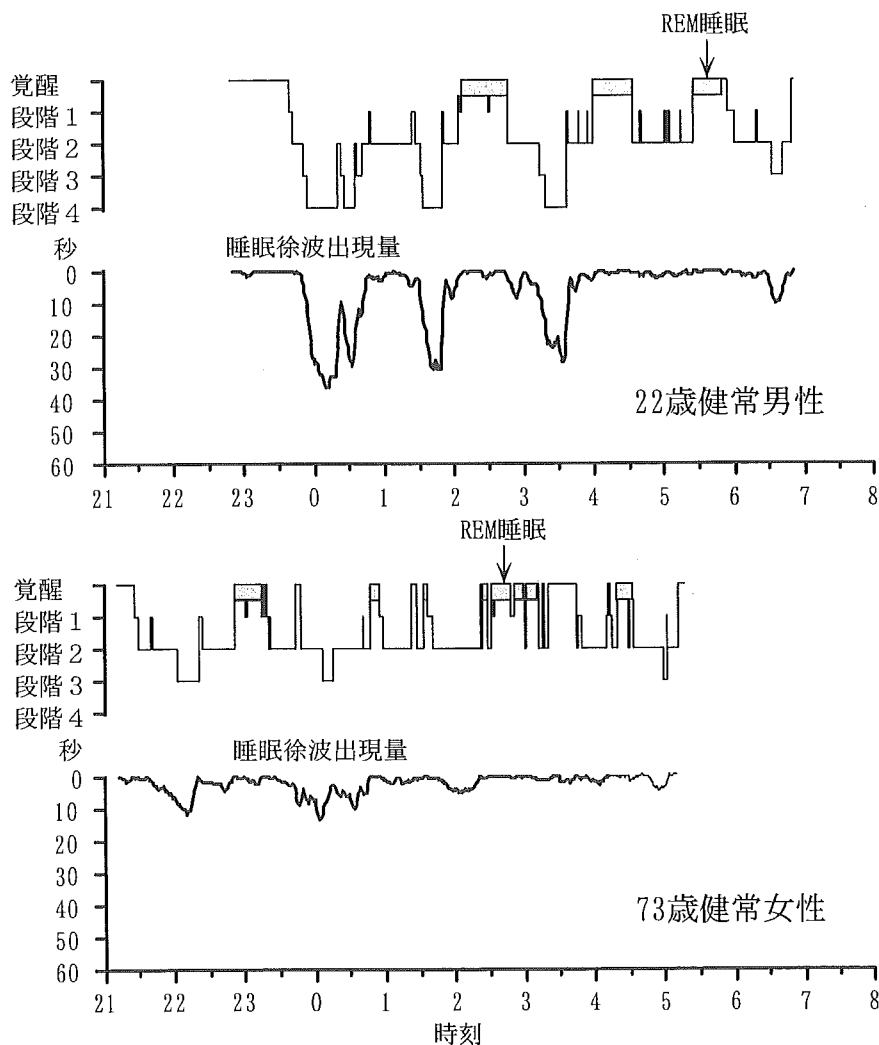


図1 若年者と高齢者の睡眠段階と睡眠徐波出現量の終夜経過の代表例
 横軸に生活時刻を示し、縦軸に睡眠段階と睡眠徐波の1分間の出現量を示す。また、睡眠段階のグレーの部分は、REM睡眠を示す。睡眠段階、睡眠徐波出現量とも、下向きが睡眠深度が深い。

に覚醒が混入し易くなっていることを示している。このため、高齢者では短時間では十分な睡眠の確保が困難であり、同時に覚醒の維持機能も低下することから、日中の覚醒時間帯にも睡眠が混入し易くなる。高齢者では日中の居眠りや昼寝の習慣を持つものが増加してくることはよく知られている¹⁰⁾。若年者と高齢者で測定した深部体温リズムと日中の眠気との関係²⁷⁾について図2に示す。生理的な眠気は活動量より推定でき、若年者とは異なり、高齢者では13時～14時前後に活動量が大きく低下し強い眠気の現れていることが観察される。この眠気の出現時点は深部体温リズムの頂点の時間帯に相当している。この深部体温リズムの頂点位相(acrophase)での眠気の出現は、夜間の眠気の最も強い時期の対極にあり、ほぼ12時間の周期を示すことから、circasemidian sleep propensity rhythm (概

半日睡眠出現傾向リズム)と呼ばれており⁵⁾、生体リズムのうちの潮汐リズムを反映しているものと考えられている。若年者の深部体温リズムの頂点位相の出現時刻は、高齢者に比べ2～3時間後退しており、それに対応して日中の眠気のピークも2～3時間遅れるのが一般的である。睡眠潜時反復テスト(MSLT, multiple sleep latency test)¹⁾により若年者と高齢者の日中の生理的な眠気を比較したCarskadonら⁶⁾の報告では、長時間の睡眠をとっていても、高齢者では若年者と異なり日中の生理的な眠気は強い。この原因として、夜間睡眠の分断などによる睡眠の質的低下が、高齢者での昼間の覚醒維持の困難性を上昇させている可能性を指摘している。Carskadonらの報告でも、午後の特定の時間帯に眠気が強くなることが観察され、それは高齢者において顕著である。疲労や眠気による交通事故

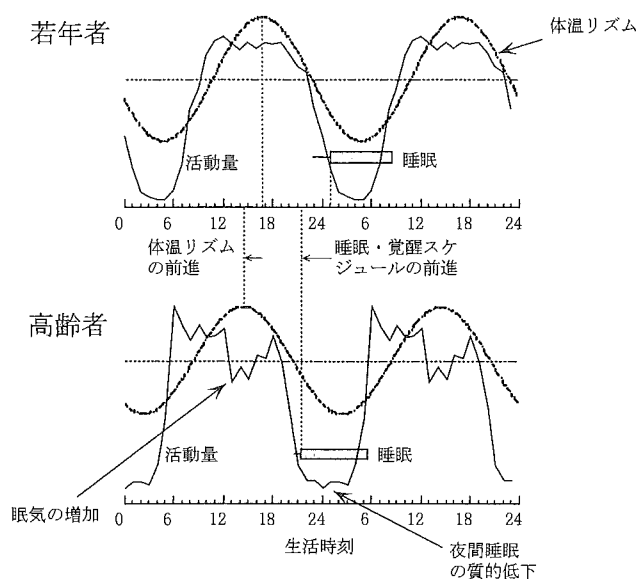


図2 高齢者における日中の眠気の増加

筆者らが、20歳から78歳までの健常男女24名について、実生活条件下で連続10日以上活動量と深部体温を測定し、それより推定した睡眠・覚醒スケジュールと体温リズムについて、若年者群と高齢者群の平均値を示す。高齢者の睡眠・覚醒スケジュールは生活時間において若年者と比べ前進し、その前進の率は体温リズムの前進より大きい。また、高齢者では体温リズム振幅は低下し、夜間中途覚醒の増加が見られる。高齢者では、日中の体温リズム頂点位相近傍での眠気の増大による活動量の低下が観察される。さらに、高齢者では体温リズムが平均以下に低下すると睡眠がすぐに始まり、若年者とは異なり覚醒機能による眠気の抑制があまり強くは働いていないことを示している。

の発生時刻帯に関する調査でも²⁰⁾、事故の発生頻度は夜間の午前1時～4時と日中の午後1時～4時にピークを示している。高齢者では、夜間睡眠の質的低下が日中の覚醒期への睡眠の混入を引き起こす危険性が若年者より高い。また、高齢者においては、眠気は注意力や意欲、認知、記憶などの高次脳機能を障害しやすく、さらに眠気に対する感受性の低下から、主観的に眠いと感じることが少なく、事故などの発生や反応性の低下などを引き起こしやすく、QOL障害の大きなリスクファクターの一つと考えられている。

3. サーカディアンリズムの加齢変化

睡眠と密接な関係をもつサーカディアンリズムの機能も高齢者において変化している。人間のサーカディアンリズムは、環境が変動せず一定の状態にあるような条件下では、およそ25時間の周期を示すことが知られている³⁵⁾。したがって、我々は地球の自転に規定される24時間の昼夜の周期に適応するために、体内の約25時間のリズムを外界の24時間の周期に毎日同調(entrainment)させて生活している²³⁾。サーカディアン

リズムを環境周期に同調させる因子を同調因子(time cue, zeitgeber)と呼び、人では2500ルクス以上の光や運動²³⁾、規則的な食事や社会的接触³⁴⁾などが知られている。様々なサーカディアンリズム現象の観察から、図3に示すように、我々人間は最低2つのタイプの発振機構をもっており¹⁷⁾、第1のタイプは、脳内の視床下部の視交叉上核(SCN; suprachiasmatic nucleus)に存在し²³⁾、松果体からのメラトニン(melatonin)分泌リズム、副腎皮質のコルチゾール分泌リズム、深部体温リズムやレム睡眠の出現傾向リズムなどを支配している。第2のタイプは、サーカディアンリズム現象とのカップリングが弱く、ノンレム睡眠の出現傾向リズム、成長ホルモンやプロラクチンの分泌リズムを支配している。この2つのタイプの発振機構は、高齢者になるほどカップリングがはずれやすく³⁵⁾、再同調に時間がかかり²¹⁾、睡眠を質的に低下させる原因の一つとなっている。痴呆高齢者にみられる不規則な睡眠・覚醒スケジュールは、薄明期に多発する行動異常や夜間徘徊の引き金となっており、この障害の一部は、同調因子の強化、即ち2,500ルクス以上の光を朝方に照射したり、日中の介護者による社会的な働きかけの強化により改善されることが知られている²⁶⁾。

サーカディアンリズムの典型的な表現型(オバートリズム)の一つである深部体温リズムは、睡眠と密接な関係にあり、その関係は時間帯域変化症候群(時差症候群、交代制勤務症候群)などでよく調べられている¹⁴⁾。さらに、眠気の変動³⁷⁾やREM睡眠潜時とREM睡眠の出現パターン⁷⁾も体温リズムと密接な関係があるとされている。若年者と高齢者男女の深部体温リズムをコンスタントルーティン条件で測定したCzeislerら⁸⁾の報告では、若年者の深部体温リズムの振幅は高齢者より有意に高く、高齢者間では男性の振幅は女性に比べ有意に低い。また、実生活条件下で1週間以上にわたり若年大学生から高齢者まで51名の男女の体温リズムを記録した筆者ら²⁷⁾のデータでも、高齢者では体温リズムの振幅が低下しており、この振幅低下は男性でより顕著であった。

II. 高齢者の睡眠障害

高齢者の睡眠障害に関してはまだ不明な点が多く、健常と思われる高齢者においても熟眠不全や睡眠時無

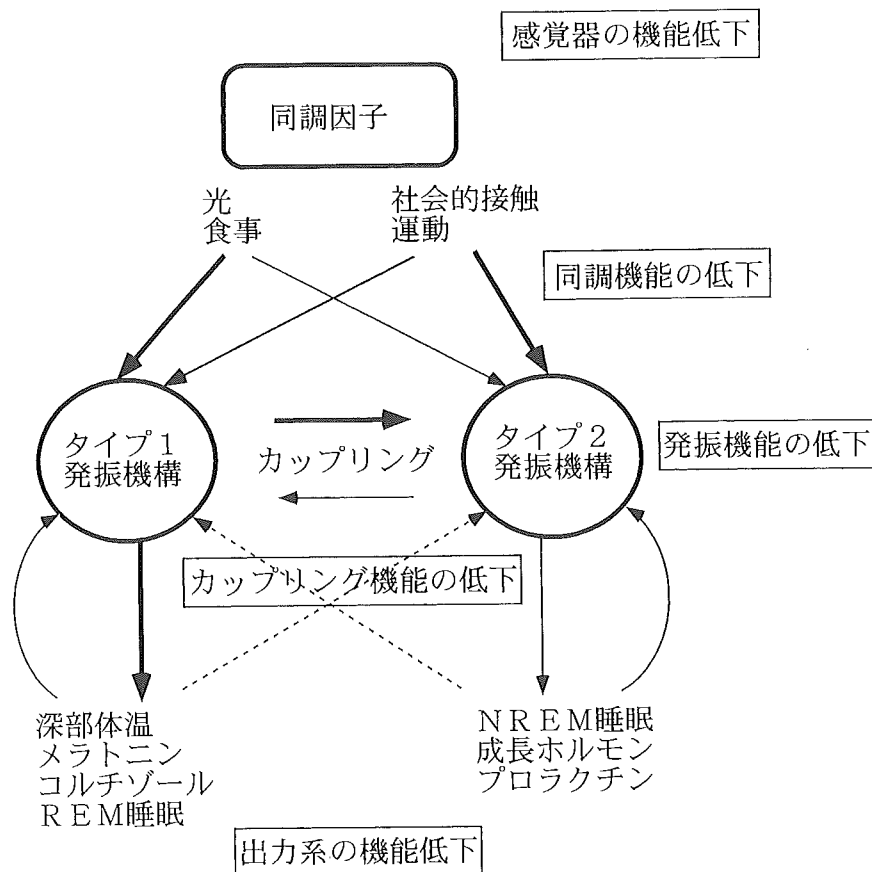


図3 サーカディアンリズム機構のモデルと高齢者における問題点

サーカディアンリズム現象の観察から、我々人間は2つのタイプの発振機構を有する³⁹⁾と考えられている。第1のタイプはstrong oscillatorとも呼ばれている機構で、サーカディアンリズム現象と強くカップリングし、松果体からのメラトニン分泌リズム、副腎皮質のコルチゾール分泌リズム、深部体温リズムやREM睡眠の出現親和性リズムなどを支配している。第2のタイプはweak oscillatorとも呼ばれている機構で、NREM睡眠の出現親和性リズム、成長ホルモン、プロラクチン分泌リズムなどを支配し、サーカディアンリズム現象とのカップリングが弱い時計機構と考えられている。これらの発振機構は、同調機構の働きにより環境周期への同調機能をもっており、サーカディアンリズムの大きな特徴の一つとなっている。サーカディアンリズムを環境周期に同調させる因子を同調因子と呼び、人では2,500ルクス以上の光や運動⁴⁰⁾、食事や社会的接触⁴¹⁾などが知られている。高齢者では、タイプ1とタイプ2の発振機構間の結合力が弱く、睡眠・覚醒スケジュールと深部体温リズムの脱同調が生じやすい問題が指摘され¹⁵⁾、この現象は内的脱同調と呼ばれている。また、高齢者では、2つの発振機構のカップリング機能の低下以外にも、感覚器の機能低下が原因となるものを含む同調機能の低下、発振機能の低下、出力系の機能低下に起因するものを含む表現型リズムの振幅や正規性の低下が知られている。

呼吸、周期性下肢運動などの睡眠障害がかなりの割合で見られることが知られている²⁾。平成7年の厚生省精神・神経疾患研究委託費「睡眠障害の診断・治療及び疫学に関する研究」班の研究報告書²⁸⁾では、総合病院に来院した60歳以上の外来新患者の15%以上に、1カ月以上持続する長期不眠が認められている。上記の高齢者における睡眠機能の低下や睡眠障害による夜間睡眠の質の低下は、日中の覚醒機能すなわち脳機能を低下させ、高齢者のこころの健康を障害する重要な要因となっている。図4は、40歳以上の一般住民男女1,099名の睡眠健康について調査した筆者らの結

果から³¹⁾、一ヶ月以上持続する長期不眠に焦点を当て、5歳ごとの年齢階級別に、愁訴率を示したものである。55歳を過ぎた頃から、長期不眠を訴え困っている者の発生率は上昇し、75歳を過ぎると女性の発生率が男性を大きく上回っていた。さらに重要な事は、図4右図に示すように、長期不眠を呈する対象者の20%以上が日中の耐え難い眠気を訴えており、非愁訴者と際だって差の見られた点である。このことは、長期不眠が社会生活に大きな支障をもたらし、早急に対処すべき現実的問題となっていることを示している。さらに、高齢者では若年者と異なり、高齢者特有の睡眠障

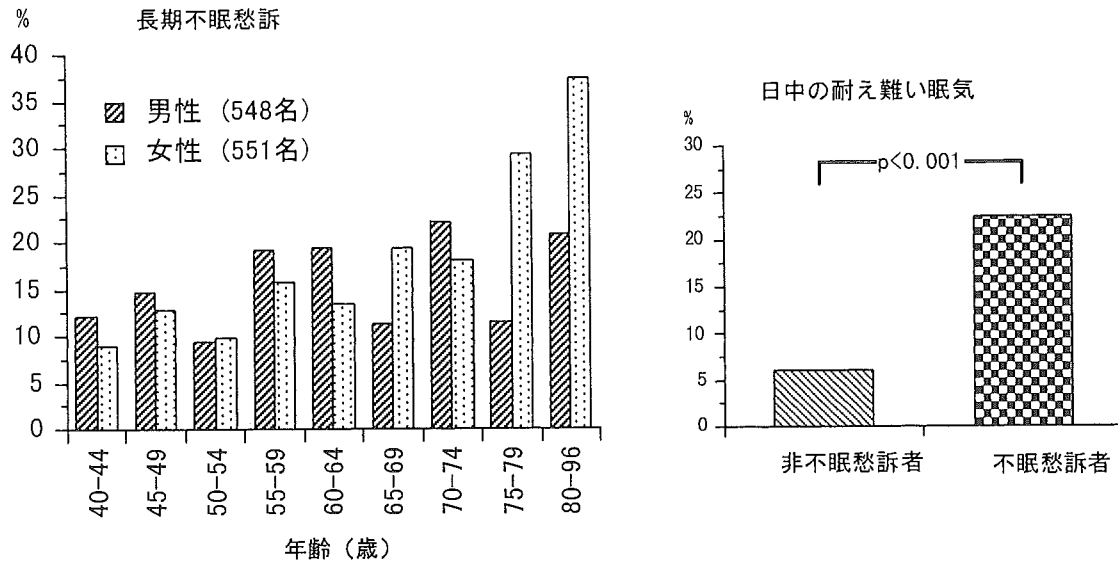


図4 加齢による長期不眠愁訴発生率の増加と日中覚醒状態への影響

1,099名の40歳以上の一般住民を対象とした睡眠健康調査で、入眠障害や睡眠維持の障害による長期不眠愁訴が、40歳～54歳で10%を越え、65歳以上では15%を越えて出現し、55歳を越えた頃から明らかに上昇していた。75歳以上では、女性が男性に比べ有意に多くなっていた。また、不眠愁訴を持つ対象者は、20%以上が日中の眠気を強く訴えており、不眠愁訴の無い対象者と比べ有意に多かった。

害が増加してくる。睡眠障害の疑いがある時には、睡眠環境やライフスタイルの調整だけでは、快適な睡眠を確保することは困難な場合が多く、専門の医師による的確な診断と適切な治療が必要となる。一方では、睡眠は日常的な現象であり、どのような場合に医療機関を受診すべきか迷う場合も多い。高齢者に多い睡眠覚醒障害としては、精神生理性不眠、睡眠時呼吸障害、むずむず脚症候群、睡眠時四肢異常運動、レム睡眠関連異常行動、概日リズム睡眠障害、夜間せん妄、夜間心機能異常、不適切な睡眠衛生などがよく知られている。ここでは高齢者の睡眠障害の中で発症率が最も高い不眠を取り上げて、その特徴の概略を示す。他の睡眠障害に関しては、睡眠障害国際分類 診断とコードの手引き⁹⁾を参照して頂きたい。

不眠のタイプには、寝つきが悪い(入眠困難)、睡眠中にしばしば目が覚めてしまう(中途覚醒)、まだ眠いの朝早く目が覚めてしまい再入眠できない(早朝覚醒)、十分な時間眠ったはずなのに熟眠した感じがない(熟眠不全)などがある。これらの障害を機能的に分類すると、入眠障害による不眠(入眠困難)と睡眠の維持障害(中途覚醒、早朝覚醒、熟眠不全)に分けて考えることができる。また不眠はその持続する日数からも分類されており、数日間の一過性の不眠と一ヶ月以内の短期不眠および一ヶ月以上続く持続性の長期不眠に分けられており、そのタイプにより原因や

治療法が異なる場合が多い。一過性の不眠や短期不眠は、通常簡単に診断でき、その原因として不安、ストレス、睡眠環境要因あるいは時差ボケや夜勤・徹夜等の生体リズムの変調など、はっきりした原因を見つけ、治療することが容易なものが多いことが知られている。問題となることが多い不眠は、一ヶ月以上続くような持続性の不眠である。高齢者で最も多い睡眠障害はこのタイプの不眠で、上述したように持続性の不眠愁訴のある外来患者は、40歳代では10%程度であるが、50歳以降急激に増加し、高齢の患者では、15%以上にも達する²³⁾。高齢者の不眠には、寝つきが悪いタイプよりも、中途覚醒型や熟眠不全型が多いことも知られている¹⁹⁾。

不眠に対する対策は、その原因により異なってくる。不眠の原因を探る場合には、次の5つの点に注意することが、大切であるとされている。(a)高血圧、アレルギー性疾患、心臓疾患、泌尿器疾患など睡眠を障害する身体的障害はないか。(b)不適切な生活スタイルや劣悪な睡眠環境に、さらされていないか。(c)心理的な問題やストレス、あるいは不安はないか。(d)うつ病や不安障害、アルコールや薬物の乱用、痴呆などの精神的障害はないか。(e)不眠の原因となる薬物を服用していないか。薬の副作用として不眠を生じるものがあり²⁵⁾、その発現は高齢者で多いことが知られている。また、喫煙は入眠を障害し、アルコールはしばしば不眠の原

因になる³⁶⁾。アルコールには直接的に睡眠を導入する作用はなく、睡眠が不足している場合には、鎮静作用により眠気が表出してくることが知られている。一方で、アルコールには中途覚醒を増大させたり、レム睡眠の出現を抑制する作用があり、高齢者では利尿作用によるお手洗い覚醒を誘発するので、睡眠薬の代用として寝酒を選択することは望ましくない。さらに、睡眠薬を服用している期間のアルコール飲用は、高齢者では健忘や奇異反応を引き起こすこともある²⁰⁾ので注意が必要である。上記5項目以外にも、高齢者では男性の前立腺肥大などでもみられる夜間頻尿の問題が近年指摘されている。トイレ覚醒によりしばしば目覚めて再入眠が困難な場合も多いが、高齢者では極端な水分摂取の制限は血液の粘性を上昇させ危険である。カフェイン、アルコール、ニコチンなどは利尿作用を有し夜間頻尿を増加させるので、夜間頻尿を訴える高齢者には、夕食以降はお茶や飲酒、喫煙をひかえるよう指導するが、一方で、日中に十分な水分の摂取をはかることが、睡眠中の循環器系障害の発生を予防するためには大切である。

Ⅲ. 高齢者における睡眠衛生 (sleep hygiene)

睡眠は日常的な現象であるが、同時に生理・心理的な影響を受けやすい行動である。そのため、適正な睡眠の確保技術として、睡眠衛生の概念が確立されている³⁶⁾。最近では、睡眠衛生にかわり、より包括的な概念を示す言葉として睡眠健康 (sleep health) が使用される場合も多い。この睡眠衛生は、高齢者の不眠に対する治療では有効な技術である場合が多い。高齢者では、睡眠に問題が生じて、単純に睡眠薬の投与のみで済むことは少ない。睡眠薬に対する反応性の低下、他の疾患の治療薬との併用の問題、長期投与による常用量依存や副作用、事故発生の危険性の上昇など、睡眠薬の投与を避けることが望ましい場合も多い。さらに、高齢者では睡眠や生体リズムの機能も加齢により低下しており、不適切な生活習慣や睡眠環境、身体疾患による軽度の覚醒刺激、精神疾患による抑うつや不安等で、容易に睡眠が妨害されやすい特徴を持つ (図5)。睡眠衛生の基本的な考えは、睡眠環境と生活スタイルの改善である。睡眠衛生では、下記の4つの大項目に注目し、不適切な睡眠衛生が認められればその

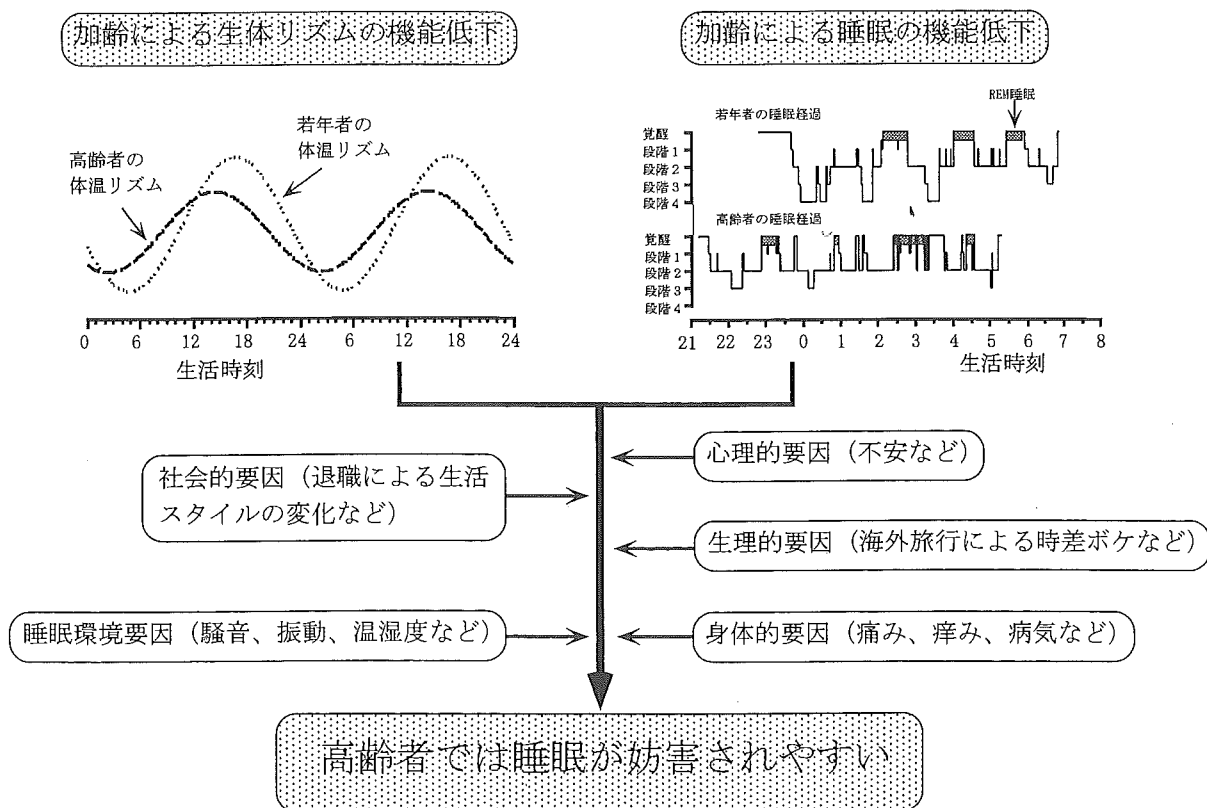


図5 高齢者における睡眠の易妨害性の生理的背景と睡眠衛生に関連した妨害因子

改善を、また睡眠障害があれば、医療的な治療と平行して行うことが大切である。さらに、睡眠の質は一朝一夕には改善されないこと、サーカディアンリズムの同調や生活習慣の適正化にも日数がかかることを念頭に置き、中長期の改善計画を組んで、余裕をもって行うことが重要である。

1) 生体リズムの規則性の確保

睡眠に関しては、生体リズムのうちで、特に概日リズムが重要である。以下に、概日リズムを強化あるいは改善するための指導法のうち、重点的な3点を示す。

- A) 規則正しい食生活と規則的な睡眠スケジュールを守る。
- B) 規則正しい軽い運動を毎日する。
- C) できるだけ午前中に太陽の光をあびる。

2) 日中や就床前の良好な覚醒状態の確保

睡眠は覚醒と常に相互補完的な関係にある。したがって、良質な覚醒は良質な睡眠を得るための第1歩である。

- A) 日中はできるだけ人と接触するように努力する。
- B) 夕食後は、居眠りしたり仮眠をとることは避ける。

3) 良好な睡眠環境の整備

一般に、経済的余裕のある中高年や高齢者では、睡眠環境の整備は進んでいる場合が多いが、睡眠に対する知識が不十分で、不適切な睡眠環境により睡眠が妨害されている場合も見受けられる。睡眠環境整備が劣悪な者は、経済的余裕のない20歳代~40歳代に多い。

- A) 自分にあった寝具を選ぶ。
- B) 静かで暗く適度な室温、湿度の寝室環境を維持する。

4) 就床前のリラックスと睡眠への脳の準備

脳が興奮状態にあれば、円滑な入眠は望みがたない。得てして、患者は自分の行動が、自己の脳を興奮させるものであり、入眠を自分自身が妨害していることに気付いていない場合も多い。

- A) 就寝間近のお茶や多量のアルコールなどの摂取や喫煙を避ける。
- B) 就寝間近の激しい運動や心身を興奮させるものは避ける。
- C) 就寝間近に熱い風呂に入ることは避ける。
- D) 眠れない場合には、無理に眠ろうとしない。

IV. 高齢者における睡眠の役割

睡眠は生体の機能を維持するための積極的な働きを持っている。睡眠の障害は生命維持にさまざまな影響を与え、健康、特に脳の健康を障害することが多くの報告により指摘されている。ただでさえ健康を障害さ

表1 睡眠障害・睡眠不足による脳と身体への健康被害

1. 脳機能の障害	
(1)	集中力の低下
(2)	記憶・学習能力の低下
(3)	注意維持の困難化
(4)	感情制御機能の低下
(5)	創造性の低下
(6)	意欲の低下
2. 身体機能の障害	
(1)	運動能力の低下
(2)	免疫力の低下
(3)	循環器系機能の低下
(4)	身体回復機能の低下

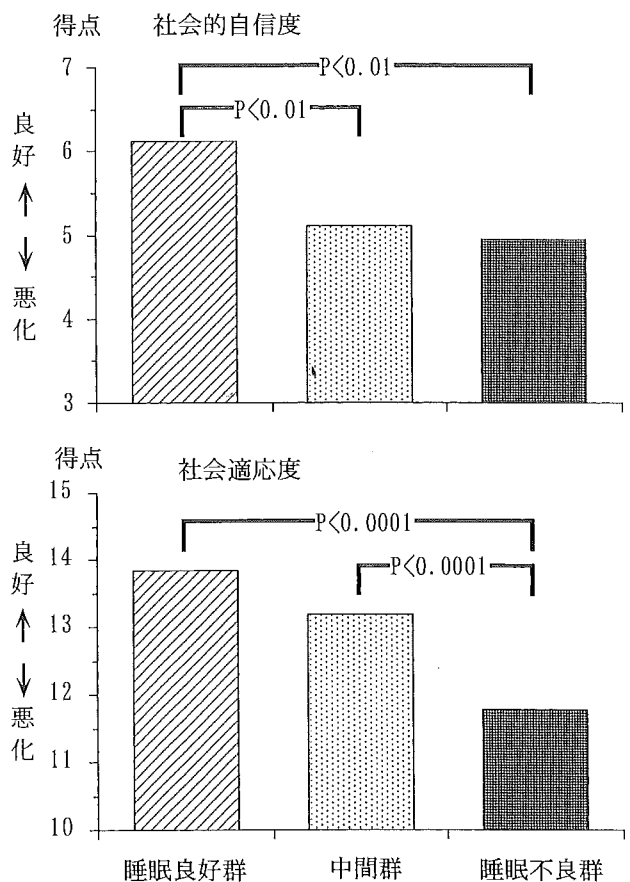


図6 高齢者での睡眠問題発生による社会的自信度、適応度の悪化
 高齢者では睡眠問題が発生すると、社会的自信度が低下し、社会的適応度が悪化し、心の健康が障害されやすい。

れやすい高齢者にとって、睡眠の障害は致命的なリスクとなりうる場合もあることが、この10年の睡眠科学研究で明らかになってきた。さらに現在では、睡眠障害により引き起こされる社会的問題についても提起されており、その予防法の開発や社会教育が睡眠科学の重要な課題となってきている。表1に睡眠が不足したり障害された場合に生じると考えられる健康上の問題を示す。睡眠不足や障害による健康被害は、脳機能の低下と身体機能の低下に大別でき、高齢者や子供ほど被害を受けやすい。脳機能の低下では、記憶・学習機能を低下させること⁹⁾、集中力や注意力の維持が困難となり、うっかりミスを増加させ、家庭内外での事故発生の危険率を増大させること¹¹⁾¹³⁾、意欲を低下させ社会への進出を阻害しQOL (Quality of Life) を悪化させる原因となっていること²²⁾などが、高齢者では問題となる。また、身体機能の低下では、生体の修復機能と防御(免疫)維持機能を低下させること¹²⁾などが、高齢者では重大な問題となる。睡眠時無呼吸は、循環器系に対し重大な影響を及ぼし、痴呆発症のリスクを上昇させることが知られているが、これについては、井上が別途詳細に記述している。図6は、日常生活を正常におくっている60~75歳の一般男女住民408名を対象として行った筆者らの調査²⁹⁾から、睡眠問題が社会的適応度¹⁸⁾や自信度³²⁾にどのような影響を与えているかを示したものである。睡眠に問題があると、高齢者では自己の生き方や判断に対する自信や他者からの信頼性に対する自信などが低下し(社会的自信度)、社会における自己の役割に関する満足度も低下する。また同様に、社会に対する協調性の低下や自己の生活に関する満足度など(社会適応性)も低下させる原因に、睡眠問題は大きく関与している。睡眠障害による身体機能の低下にしても、血圧の上昇や免疫系の機能低下が推定されており、余命との関連についても注目されている。100万人以上を対象とした調査で、睡眠時間と死亡率との関係について調べたKripkeら¹⁶⁾の報告でも、平均を大きくはずれた5時間以下や10時間以上の睡眠時間の個体は、死亡率が7~8時間の個体と比べ際だって高く、それは高齢者で特に顕著であることが指摘されている。これらのことは、高齢者が健康で満足できる生活を送るためには、適切な睡眠の確保が重要なことを示している。

V. 最 後 に

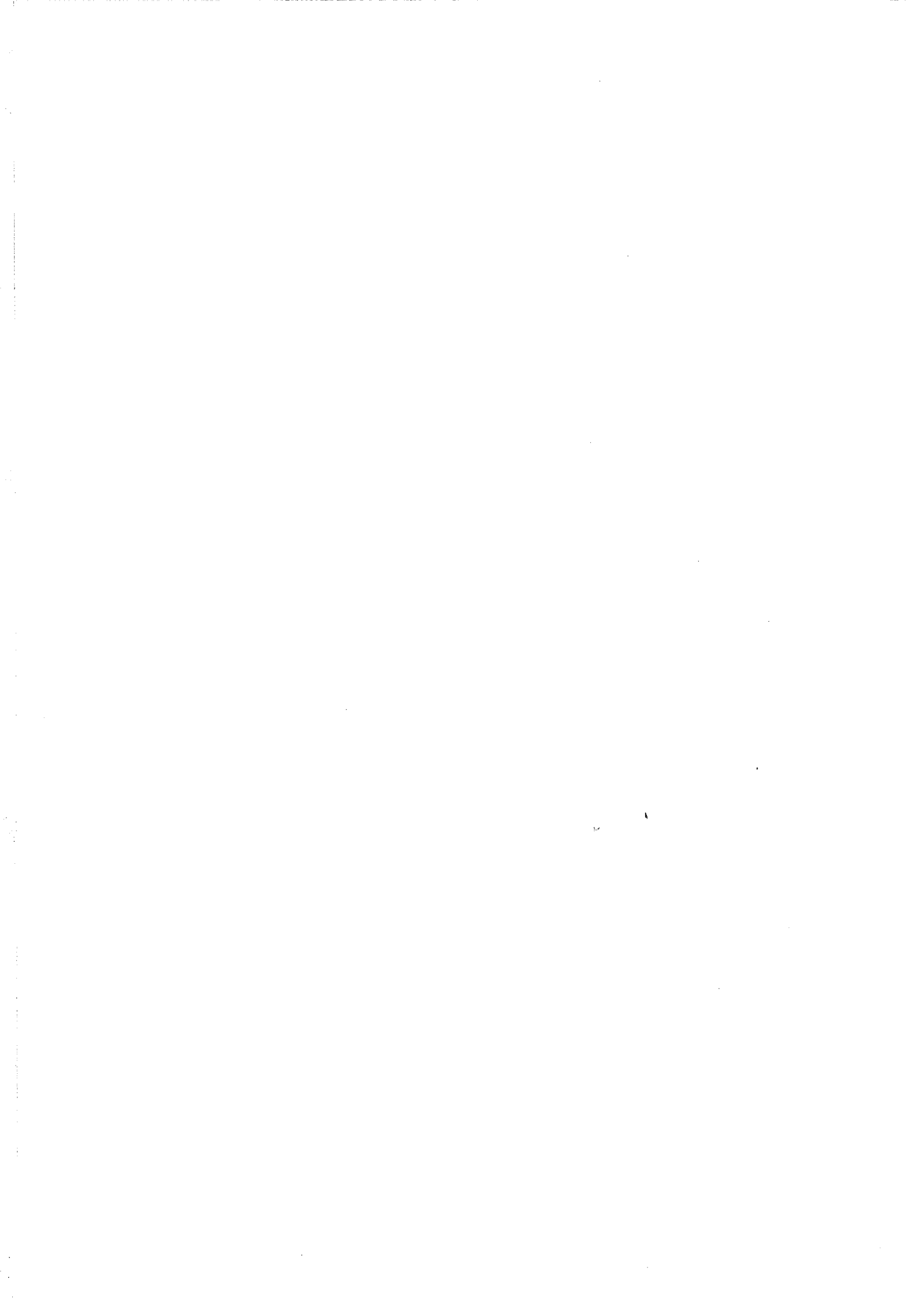
本章では、高齢者の睡眠障害に焦点をあて、心の健康をどのように障害するかについて最後に論述した。睡眠が障害されると、まず第1に低下する機能は、前頭葉の機能であり、人間が人間らしくあるための機能である。感情のコントロールや意欲などの高次脳機能、直前の出来事の記憶を保持するための短期記憶や記憶の引き出しの機能などが最初に障害されることとなる。さらに、覚醒時における睡眠の乱雑な混入などは、高齢者が適正な社会生活を送ることを困難とする。また、注意力や集中力の低下も睡眠障害は引き起こし、家内外での事故遭遇のリスクを上昇させる原因ともなっている。睡眠には、元来抗重力筋の緊張を低下させる働きがあり、睡眠障害は、高齢者の夜間の骨折事故の重大なリスク要因ともなっている³³⁾。

前夜に質の良い睡眠を確保できた朝は、気持ち良く目覚め、気分も爽快で、疲労感も少なく、世の中が明るく見える経験を多くの人々は有している。健康な心と適正な睡眠は密接に関連し、睡眠障害は高齢者の心を障害する。したがって、その改善を図ることは、高齢者にとって健康な心を保持するための必須事項である。高齢者人口の急激な増加が見込まれる本邦での近年の睡眠科学研究のニーズの増大は、これまで論述したような科学的背景と問題が存在し、その解決が急務であるためと筆者は考えている。

文 献

- 1) American Sleep Disorders Association: Clinical use of the multiple sleep latency test. *Sleep* 15: 268-276, 1992.
- 2) Bliwise DL: Normal aging. In: Principles and practice of sleep medicine. Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds.), 26-39, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1994.
- 3) Bonnet MH: Sleep deprivation. In: Principles and practice of sleep medicine. Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds.), 50-67, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1994.
- 4) Borbery AA: A two process model of sleep regulation: an overview. *Hum Neurobiol* 1: 195-204, 1982.
- 5) Broughton R, Mullington J: Circasemidian sleep propensity and the phase-amplitude maintenance model of human sleep/wake regulation. *J Sleep Res* 1: 93-98, 1992.
- 6) Carskadon MA, Brown E, Dement WC: Sleep fragmentation in the elderly: Relationship to daytime sleep tendency. *Neurobiol Aging* 3: 321-327, 1982.

- 7) Czeisler CA, Zimmerman JC, Ronda JM et al: Timing of REM sleep is coupled to the circadian rhythm of body temperature in man. *Sleep* 2: 329-346, 1980.
- 8) Czeisler CA, Dumont M, Duffy JF et al: Association of sleep-wake habits in older people with changes in output of circadian pacemaker. *Lancet* 340: 933-936, 1992.
- 9) Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman, International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990. (日本睡眠学会診断分類委員会訳: 睡眠障害国際分類 診断とコードの手引き. 日本睡眠学会, 東京, 1994.)
- 10) Dinges DF: Napping patterns and effects in human adults. In: *Sleep and alertness. Chronobiological, behavioral, and medical aspects of napping.* Ding DF, Broughton RJ (eds.), 171-204, Raven Press, New York, 1989.
- 11) Dinges DF: An overview of sleepiness and accidents. *J Sleep Res* 4 (suppl 2): 4-14, 1995.
- 12) Dings DF, Douglas SD, Hamarman S et al: Sleep deprivation and human immune function. *Advances in Neuroimmunology* 5: 97-110, 1995.
- 13) Feinberg I: Effects of maturation and aging on slow wave sleep in man. In: *Slow Wave Sleep. Physiological, Pathophysiological, and Functional Aspects.* Wauquier A, Dugovic C, Radulovacki M (eds.), 31-48, Raven Press, New York, 1989.
- 14) Graeber RC: Jet lag and sleep disruption. In: *Principles and practice of sleep medicine.* Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds.), 463-470, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1994.
- 15) 井口義信, 小林敏孝, 山本卓二: 日中の身体的・精神的負荷が睡眠脳波の徐波成分におよぼす影響. *臨床脳波* 33: 590-594, 1991.
- 16) Kripke DF, Simons RN, Garfinkel L et al: Short and long sleep and sleeping pills. Is increased mortality associated? *Arch Gen Psychiatry* 36: 103-116, 1979.
- 17) Kronauer RE, Czeisler CA, Pilato SF et al: Mathematical model of the human circadian system with two interacting oscillators. *Am J Physiol* 242: R3-R17, 1982.
- 18) Lawton MP: The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *J Gerontol* 30: 85-89, 1975.
- 19) 前田義樹, 古田寿一, 山口成良他: 高齢者の睡眠障害について—アンケート調査から. *いしかわ精神衛生* 28: 30-35, 1987.
- 20) Mitler MM, Carskadon MA, Czeisler CA et al: Catastrophes, sleep and public policy: consensus report. *Sleep* 11: 100-109, 1988.
- 21) Monk TH, Buysse DJ, Reynolds CF 3d et al: Inducing jet lag in older people: Adjusting to a 6-hour phase advance in routine. *Exp Gerontol* 28: 119-133, 1993.
- 22) Monjan AA, Bliwise D, Ancoli-Israel S et al: Sleep and aging. In: *Wake Up America: A National Sleep Alert.* Vol. 2 (Report of the National Commission on Sleep Disorders Research, Dement WC, Chairman), 182-204, U.S. Department Health and Human service, 1994.
- 23) Moore RY: The organization of the human circadian timing system. In: *Progress in Brain Research.* Vol. 93, Swaab DF et al. (eds.), 101-115, Elsevier, Amsterdam, 1992.
- 24) 村崎光邦: ベンゾジアゼピン系睡眠薬の副作用. (日本睡眠学会編) *睡眠学ハンドブック*, 379-389, 朝倉書店, 東京, 1994.
- 25) 中島亨, 菅野道: 薬物による睡眠障害. *日本臨床* 56: 469-474, 1998.
- 26) 大川匡子: 加齢と生体リズム—痴呆老年者の睡眠リズム異常とその新しい治療. *神経進歩* 36: 102-111, 1992.
- 27) 白川修一郎, 石東嘉和, 大川匡子: 老年者のサーカディアンリズム. *日本薬剤師会雑誌* 48: 341-350, 1996.
- 28) 白川修一郎, 石郷岡純, 石東嘉和他: 全国総合病院外来における睡眠障害と睡眠習慣の実態調査. 平成7年度厚生省精神神経疾患研究委託費「睡眠障害の診断・治療及び疫学に関する研究 (主任研究者: 大川匡子)」研究報告書, 7-23, 1996.
- 29) 白川修一郎: 高齢者の生活習慣の実態調査とその時間生物学的改善法の開発. *長寿科学総合研究平成8年度研究報告 Vol. 3 老年病総論*, 77-83, 1997.
- 30) 白川修一郎, 一瀬邦弘: 老人のせん妄, 睡眠覚醒リズム障害とその治療. (日本生物学的精神医学会, 三國雅彦, 高橋清久編) *生物学的精神医学 Vol. 15 生体リズムと精神疾患*, 71-93, 学会出版センター, 東京, 1997.
- 31) 白川修一郎: 老人の睡眠障害. (高橋徹, 設楽信行, 清水輝夫編), 最新 脳と神経の科学シリーズ第10巻 *睡眠とその障害*, 188-196, メジカルビュー社, 東京, 1998.
- 32) 谷口幸一, 大塚俊男, 丸山晋他: 高齢者のパーソナリティに及ぼすライフ・イベントの影響. *老年社会科学* 4: 111-128, 1982.
- 33) Vellas B, Albarede JL: Sleep disorders and falls in elderly persons. In: *Sleep Disorders and Insomnia in the Elderly.* Albarede JL, Morley JE, Roth T et al. (eds.), 77-87, Nankodo, Tokyo, 1993.
- 34) Waterhouse JM: Circadian rhythms. *BMJ* 306: 448-451, 1993.
- 35) Wever RA: The circadian system of man. Results of experiments under temporal isolation. *Springer-Verlag*, New York, 1979.
- 36) Zarcone VP Jr.: Sleep hygiene. In: *Principles and practice of sleep medicine.* Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds.), 542-546, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1994.
- 37) Zully J, Campbell SS: Napping behavior during "spontaneous internal desynchronization": Sleep remains in synchron with body temperature. *Hum Neurobiol* 4: 123-126, 1985.



【特集】

痴呆患者にみられる徘徊行動の定義と評価法

堀 宏治¹⁾²⁾ 稲田 俊也²⁾ 鹿島 晴雄³⁾

I. はじめに

痴呆疾患では知的機能の低下に伴って日常生活活動にさまざまな支障をきたすようになるが、その経過中には中核症状である知的機能障害に付随してさまざまな問題行動を示すことが多い。こうした問題行動は中核症状に対する周辺症状として位置づけられ、従来はあまり関心が払われてこなかった領域であるが、介護困難な状況に導くのは中核症状よりも問題行動であることが報告され²⁹⁾、特に徘徊はこうした問題行動のなかでも主要な症状の一つとみなされるようになり³¹⁾³²⁾、最近ようやく痴呆患者にみられる徘徊が医学的な視点から検討されるようになってきている。しかし、肝心の徘徊の定義については研究者によりかなりのバリエーションがあり、日常臨床でみられる漠然とした症状を示す概念として一人歩きしている感がある¹⁵⁾。そこで、本論では徘徊の定義や評価方法およびその行動の定量化に言及した文献を展望し、あわせてこの分野の研究における現状と課題について考察してみた。

II. 徘徊の定性的定義

1985年の米国在郷軍人協会 (U. S. Veterans Admini-

Definition and assessment of wandering behavior in demented

¹⁾国立下総療養所

〔〒266-0007 千葉県千葉市緑区辺田町578〕

Kohji Hori: National Shimofusa Sanatorium 578 Heta, Midoriku, Chiba, Chiba 266-0007

²⁾国立精神・神経センター精神保健研究所
老人精神保健部

Kohji Hori, Toshiya Inada: Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP

³⁾慶応義塾大学医学部精神神経科

Haruo Kashima: Department of Neuropsychiatry, Keio University, School of Medicine

stration) の診断と治療のための痴呆のガイドラインの中で、徘徊 (wandering) は「正確には定義できない不的確な用語である」として、「うろつき、ドアを開けて外にでようとする、他人の部屋に入る、施設の外に出ようとする、道に迷う、家に帰るなどと言いながら動き回るなどの様々な行動の総称として用いられている」と記載されており³⁰⁾、徘徊の概念の不明瞭さが指摘されている。こうした中で、徘徊の定義としてはDawsonらの「しばしば見られる (予想のつかない) うろつき⁹⁾」やSnyderらの「動きまわる傾向³³⁾」などがよく引用されている。いずれも漠然とした表現ではあるが、両者とも「歩行の過剰状態」を徘徊の定義にしており、以後の報告でもこの点を基本概念としている。

このように、歩行の過剰状態を徘徊の基本概念とする見解は定着しているものの、徘徊患者によく見られる外に出てゆこうとする行為、迷子になること、焦燥感などを徘徊の定義のメルクマールにする研究者もいる。Algase²⁾は以下の6項目、すなわち①頻繁に動き回る、②過活動または特定の作業を続ける、③施設の日課とは異なる場所、時間帯に行動する、④繰り返し離所する、または試みようとする、⑤他の入居者や施設のプライベートな場所に侵入する、⑥他の入居者や職員の後をつけ回して施設の中を動き回る、のうちの2項目以上満たす場合を徘徊者と定義しており、「歩行の過剰状態」の他、外出、他者への迷惑行為などが徘徊行動の随伴症状として認められるとしている。Greeneら¹¹⁾は徘徊を夜間外に出歩くこと、日中家の外に出歩くこと、室内で迷ってしまうことの三つに分類し、外にでていくことを徘徊行動の主症状としている。このように外出行為は徘徊のメルクマールになりやすい。この他、場所がわからなくなってしまうことを徘徊の必須症状としている場合¹⁰⁾や、徘徊が焦燥とほぼ同義的に用いられている場合もある⁷⁾¹³⁾。

また、「歩行の過剰状態」に理由や目的を伴うか否かを問題にし、徘徊を「理由や目的を伴っていない歩

行の過剰状態」のみに限定して考える立場(狭義の徘徊)と、これに理由や目的を伴った歩行の過剰状態も併せて広く徘徊と定義する立場(広義の徘徊)とがある。Dawsonらは「目的のない」ものを徘徊と狭義に定義しているのに対し⁹⁾、Snyderらは「一見目的がないようにみえたり、はっきりしなかったり、達成不可能な目的によるためのもの」と徘徊をより広く定義している³³⁾。徘徊を狭義に規定するものは「常同的、保続的、滞続的行動²³⁾」とし、脳の器質的要因を重視する¹⁷⁾ものが多い。十束らは徘徊を「無目的にあちこちを当てどもなく歩き回る行動、すなわち常同的、保続的行動」と定義している³⁷⁾。一方で、介護困難を強調する立場では徘徊の定義をより広く規定している。平良らは痴呆患者を介護する際に、徘徊のみられる患者は交通事故や迷子などの身体的危険にさらされることが多く、家族の心労も大きいため、これを現実的な問題として、より広義にとらえるべきである³⁵⁾とし、朝田らも「問題行動」という立場から、徘徊を「目的もなく歩きまわる、あるいは帰るなど住居をでていこうとするような状態⁴⁾」と広く定義している。通常は徘徊そのものが心理社会的側面に支配された概念であり、より広く定義する傾向が強い。

徘徊を広義に規定した場合には、臨床的観察からいくつかの下位分類が試みられている。それには、徘徊する者の側にその理由が有るのか否かによる三山の分類²⁹⁾、徘徊の原因を(痴呆に至った脳器質的障害という)一次的要因か(患者の身体的状況、置かれた社会・環境状況、心理的状态などの)二次的要因であるかによって分けている仲村らの分類²⁵⁾、徘徊を①後を追いつく、②ぶらぶら歩く、③目的もなく歩く、④不適切な目標に向かって歩く、⑤適切な目標であるが必要以上の頻度で歩く、⑥過剰活動、⑦夜間の歩行、⑧家に連れて帰ってもらふ必要がある、⑨家に帰ろうとする、の9つに分けたHopeらの分類¹⁴⁾、さらに①反応性の徘徊、②勘違い(誤認性)の徘徊、③失見当による徘徊、④欲動や衝動の徘徊、⑤せん妄による徘徊、⑥空間失認による徘徊の6つに分類している室伏の分類²⁴⁾などがある。これらの分類にも、過剰歩行に理由や目的を伴うか否かを問題にするもの以外に、外出行為・迷子・焦燥感などの存在、他患への迷惑行為などを徘徊における必須な症状であるとする考えが見られる。

以上のように、どの症状を徘徊の定義の主眼とすべきかは報告者によりさまざまであり、また歩行の過剰状態を徘徊の基本症状としている報告においてもどの

程度を「過剰状態」とするのか、その基準は必ずしも明確ではない。徘徊の定義は曖昧さを内包したままであり¹⁾⁹⁾¹⁷⁾²³⁾²⁸⁾³⁴⁾、研究者間で一貫した定義は未だに確立しておらず、このことが徘徊に関する系統的な研究を困難にしている一つの要因となっている。

Ⅲ. 徘徊の定量的定義

最近では、徘徊行動の定量的側面を重視してその定義を行う研究が見られるようになってきている。Thomasは徘徊を定義するにあたり、例えば他者の居室に入り込む、他者の所有物をいじくり回す、施設外に出ていってしまうなどの危険行為や迷惑行為があまりに影響を与えずにすぎていること指摘し、さらにどんなに理由や目的が無いように見えても本人にとっては何らかの目的を持った行為であると考え、「歩行の過剰状態」に理由や目的を伴うか否かを問題することに異議を唱えている。このような理由から彼は徘徊の定義を単に歩行の過剰状態と狭義に捉えるべきとしており、一日の覚醒時間の30%以上を歩行行為に当てている者を徘徊者と定義した³⁰⁾。また、Cohen-Mansfieldらも歩行行動を観察し、徘徊者と見なしうる40名の患者の歩行行動を観察したところ全歩行の89%がpacing/wandering(いわゆる徘徊歩行)として規定されうる歩行であったが、歩行の理由や目的が見い出せたのはわずか2%にすぎなかったと報告している。特に重度痴呆患者のpacing/wanderingに患者側からの理由や目的を見いだすことは困難であるとしている。さらに、徘徊の出現頻度に4~39%と大きな差が見られるのはその定義があいまいであるためとし、彼らも徘徊の定義には歩行数や活動量などの客観的な指標を用いるべきであると主張している⁶⁾。このように徘徊を単に歩行の過剰状態として定義する考え方の延長線上に徘徊行動の定量化の試みが行なわれている。

Ⅳ. 徘徊行動の定量的評価法

徘徊行動の定量的評価法として、Cohen-Mansfieldらは以下の3つの方法を挙げている⁶⁾。

第一は徘徊行動を構成する行動(pacing/wandering)の頻度を評価尺度により数値化する方法である。この場合使用される評価尺度には、Cohen-Mansfield Agitation Inventory⁸⁾やZaitらのMemory and Behavior Problems Checklist³⁸⁾などがある。しかし、これら

の評価尺度で規定されている徘徊の定義が必ずしも明確ではなく、徘徊頻度の評価を行う際に情報の提供者や評価者の主観が入りやすいことなどから、評価尺度のみで徘徊を定量的に評価するのは困難である。

第二の方法として、直接的な観察により歩行行動の性質や歩行時間を評価する方法である。これには行動を直接観察し、その時々でCohen-MansfieldらのAgitation Behavior Mapping Instrument⁷⁾やHoefflerらのWandering Observational Tool¹²⁾らを用いて歩行活動の特徴を評価する方法とビデオテープにより一日の行動を記録し、後日Thomasのtime in motion法³⁶⁾(歩行している時間をストップウォッチにより測定する方法)やSnyderらのbehavior mapping法³³⁾(床に区画を作り時間毎の場所を調べる方法)により歩行時間の定量化や歩行が見られる場所を調べる方法がある。これらは徘徊行動を歩行の時間、場所、性質(分類)などを指標に、客観的に解析する方法として重要な方法であるが、解析に時間がかかるうえに、本方法もまた解析の際に評価者の主観がはいる可能性が高く、さらに技法の取得に熟練を要するという欠点がある。

第三の方法として、測定機器を用いて徘徊行動を評価する方法である。本方法についての詳細は次の章で紹介するが、客観的に行動量や歩行数を測定できるうえに解析手法も簡単で、時間の浪費も少ないため、今後、徘徊行動を評価するうえで有力な手段として期待されている⁵⁾。

表1 徘徊行動の評価方法

1 評価尺度による評価
特徴: 評価尺度中に規定されている徘徊の定義にあいまいさが内包されているうえ、評価を行なう際に情報の提供者や評価者の主観が入りやすい
評価尺度: (1) Cohen-Mansfield Agitation Inventory (2) Memory and Behavior Problems Checklist
2 歩行の性質や歩行時間を評価
特徴: 歩行の時間、場所、質(分類)などを客観的に解析できる。
解析に時間がかかる。解析の際に評価者の主観が混入する。
技法の取得に熟練を要する。
評価方法: (1) 評価尺度を用いて歩行活動の特徴を評価 (2) ビデオテープにより一日の行動を記録 time in motion法 behavior mapping法
3 測定機器を用いて徘徊行動を定量化

Cohen-Mansfieldら(1997)⁶⁾を一部改変

V. 徘徊行動を測定機器を用いて評価する方法

Madsonは徘徊行動を測定する機器としてpedometer(いわゆる万歩計、歩数計)、mercury switch activity monitor(Large-Scale Integrated Activity Monitor=LSI)、step sensorの3つ機器を挙げている²¹⁾。彼は感度の関係からpedometerは老人の歩行数を正確に閏知するのは難しく、LSIは装着時間が短いとデータの信頼性が乏しくなることを指摘している。これに対し彼らが開発したstep sensorを用いて種々の歩行様式を呈する(複数の)被検者の実際の歩行数とstep sensorが示す歩行数を比較したところ、全ての形式の歩行に対し歩行数を正確に記録していたとしており、本機器が徘徊行動を定量的に評価する最も優れた手段であるとしている²¹⁾。

また、Cohen-Mansfieldらは徘徊行動を測定するものとして二種類の機器を挙げている⁶⁾。一つは行動量を測定する機器であり、もう一つは歩行数を測定する機器である。前者にはActigraphやPersonal Activity Monitor(PAM)やLSIなどがあり、後者にはpedometer、step sensorなどがある。彼らはこれらの機器の中でLSIを除く4つの機器を特別養護老人ホーム入所中の老人10名に一日間装着させ、一時間毎の測定数値と実際の歩行数との相関を調べた。この結果、これら4つの機器のどれを使用しても、実際の歩行数との有意の相関を認めたと報告している。Madsonが感度の関係から不適としたpedometerもその後より感度の優れたものが開発され、たとえ老人であっても実際の歩行数との有意な相関が得られるようになったとしている。さらに彼らは前者すなわち行動量を測定する機器であるActigraphやPAMは歩行行動を直接測定できず、操作や解析に手間がかかるものの、後者すなわち歩行数を測定する機器よりも感度が高く、例えば行動のリズムなど(行動そのものを調べるなど)より高い精度を要求される研究を行なうにはすぐれた機器であるとしている。これに対し、一日の歩行数など大きな単位での歩行数を測定し、それと臨床面での関係を調査するような研究にはむしろ操作や解析が簡単なpedometerやstep sensorが適しているとしている。また、これらの機器の最大の利点は何より徘徊行動を形成する歩行数を測定出来ることであるとしている⁶⁾。

表2 徘徊行動測定機器の種類と長所、短所

	行動量測定機器	歩行数測定機器
機種	①Actigraph ②Personal Activity Monitor (PAM) ③LSI	①pedometer ②step sensor
長所	①感度、精度が高い	①歩行数の直接測定が可能 ②操作、解析が簡単
短所	①歩行行動の直接測定不可 ②操作、解析に手間がかかる	①感度が劣る

Madson (1991)²⁹およびCohen-Mansfieldら (1997)⁹を一部改変

表3 歩行行動の直接観察による徘徊行動の定量化研究

報告者	測定方法	結果
Snyderら (1978)	behavior mapping法	徘徊患者の1日の歩行比率は非徘徊患者のそれより有意に多かった
小泉ら (1996)	behavior mapping法	1日の歩行出現率は徘徊群で20.8%, 非徘徊群で5.5%であった
Cohen-Mansfieldら (1991)	behavior mapping法	徘徊患者は1日のうち50%歩行していた
Saltzmanら (1991)	behavior mapping法	痴呆患者の歩行形式を4つに分け、認知機能の低下が著しくなるほど、効率の悪い歩行形式が多くなった
Thomas (1995)	time in motion法	覚醒時間に対する歩行時間の頻度によりsporadic wanderとcontinuous wanderに分けて検討した

VI. 徘徊行動の定量化に関する先行研究

徘徊行動の評価方法としては歩行行動の直接観察により歩行時間を定量化する方法や測定機器を用いて歩行量や行動量を定量化する方法が主に用いられている。

歩行行動を直接観察したSnyderらの報告では、徘徊患者と非徘徊患者8名づつを24時間観察し、behavior mapping法により1日あたりの歩行に費やす時間比率を調べたところ、徘徊患者では平均32.5% (SD 15.3%) であり、非徘徊患者の平均4.2% (SD 4.8%) よりも有意に多かったと報告している³³。また小泉らも同様な手法を用いて徘徊患者と非徘徊患者10名づつの1日の歩行出現率を調べたところ、徘徊患者では20.8%, 非徘徊群では5.5%であったと報告している²⁰。また、同様の手法を用いたCohen-Mansfieldら

表4 測定機器を用いた徘徊行動の定量化研究

報告者	使用機器	結果
Satlinら (1991)	Actigraph	痴呆患者の一日平均活動量は痴呆徘徊群、非痴呆群、痴呆非徘徊群の順であったが、夜間の活動量に限ると痴呆非徘徊群と非痴呆群の順序は逆転した。また、痴呆群では非痴呆群に比較し頂時位相の後退が認められた。
新里ら (1995)	pedometer	徘徊患者は夜間に歩行数が多くなるタイプと日中にも多くなるタイプにわけられる問題行動と行動量との関連がある
岡本ら (1997)	Actigraph	
堀ら (1997)	pedometer	1日を4つの時間帯にわけ、各時間帯の総歩行数を測定し、考えうる歩行数の増加要因の有無を調べたところ、歩行数の増加に伴いその要因が多く認められた

の報告でも、徘徊患者は1日のうち50%歩行していることを報告している⁹。徘徊行動の特徴を調べたSaltzmanらの報告では、ビデオテープの観察とbehavior mapping法から痴呆患者の歩行パターンをdirect (目的の場所に直接向かう歩行形式)、random (あちこちに行ったり、こっちに行ったりする歩行形式)、pacing (限られた場所を前後に往復する歩行形式)、lapping (一つの場所をグルグル回る歩行形式)の4垂型に分け、認知機能の低下が著しくなるほど、direct以外の歩行効率の悪い歩行形式が多くなることを指摘している³⁰。また、Thomasは同じく24時間の観察とtime in motion法から徘徊患者を覚醒時間の30%以上歩行している者として、30%以上歩行している者をsporadic wander (散発的徘徊者)、50%以上歩行している者をcontinuous wander (連続的徘徊者)と定義した。その結果、sporadic wanderは中等度の痴呆患者に見られ、continuous wanderは重度の痴呆患者に見られたと報告している³⁶。しかし、彼はこれらの数字が導き出された根拠を明確に述べておらず、あくまで観察から導き出された印象的なものと判断される。

一方、測定機器として行動量測定計を用いたSatlinらの報告では、痴呆徘徊群8名、痴呆非徘徊群11名、非痴呆群8名を対象として、行動量測定計を48時間装着し、行動量の概日リズムをコサイナー法により3群間で比較している。その結果は、平均活動量は痴呆徘徊

徘徊群, 非痴呆群, 痴呆非徘徊群の順であったが, 夜間の活動量に限ると痴呆徘徊群, 痴呆非徘徊群, 非痴呆群の順となり, また, 痴呆群は非痴呆群に比較し頂時位相の後退が認められたと報告している³¹⁾。このように行動量測定計を用いると行動量のみならず行動のリズム, 周期を測定できるので徘徊行動の特性をより明らかにすることができる。このほかにも, 徘徊患者に歩数計を装着し, 1時間ごとの歩行数を記録し, 徘徊行動のリズムを調べた新里らの研究³²⁾, 痴呆患者に行動量測定計を装着し問題行動と行動量との関連を見いだした岡本らの報告³³⁾などがある。徘徊行動の定量化に歩数計を用いた堀らの報告では, 1日の時間帯を午前, 午後, 夜間, 深夜にわけて, 各時間帯の歩行数の測定を行い, あわせて歩行数増加の要因と考えられる理由(家に帰る。物を盗られたので探すなど)の有無を調べており, その結果, 歩行数の増加が確認されたケースではその要因と思われる理由のある場合が多いことを報告している¹⁰⁾。

徘徊に伴う行方不明や外出行動を数量化している報告も見られる。これには病棟から外へ通じる扉のノブ(バー)を触れた回数で「徘徊(外出行動)」を記録したDickinsonらの報告¹⁰⁾をはじめ, Mayerら²²⁾やNamaziら²⁰⁾の報告があるが, 本法は徘徊行動に伴ってみられる外出行為を定量化したものであり, 徘徊行動そのものを定量化した研究報告とは一線を画すべきであろう。

Ⅶ. 総 括

痴呆患者にみられる徘徊の定義と評価法さらに徘徊行動の定量化についての先行研究について展望した。日常の臨床において痴呆患者では徘徊の出現頻度が高いことから, 徘徊の病態生理や治療管理などに関する研究は今後ますます重要になってくるものと思われる。従来, 徘徊患者は「共同研究者のコンセンサス」や「独自のチェックリスト」によりその患者選択が行われるなど, 客観性を欠く報告が多く見られたが, 近年では, これらのあいまいな点を克服すべく様々な努力や工夫がなされるようになってきており, 徘徊行動の定量化の試みとして, 評価尺度を含めた種々の技法や各種測定機器が開発されるようになった。また, それらを利用することにより, 例えば徘徊行動に関する概日リズムなどの生物学的特徴がしだいに明らかにされるようになってきているものの, まだ十分な状況とはいえない

い。今後は薬物療法や臨床症状との関連など, 多角的な側面からの検討が促進されるものと期待される。

文 献

- 1) Algase DL: A century of progress: Today's strategy for responding to wandering. *J Gerontology Nurs* 18: 28-34, 1987.
- 2) Algase DL: Cognitive discriminants of wandering among nursing home residents. *Nursing Research* 41: 78-81, 1992.
- 3) 朝田隆: 痴呆老人の在宅介護破綻に関する検討: 問題行動と介護者の負担を中心に. *精神経誌* 93: 403-433, 1991.
- 4) 朝田隆, 吉岡充, 森川三郎他: 痴呆患者の問題行動評価表(TBS)の作成. *日本公衛誌* 41: 518-527, 1994.
- 5) Ballard CG, Mohan RNC, Bannister C et al.: Wandering in dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatr* 6: 611-614, 1991.
- 6) Cohen-Mansfield J, Werner P, Culpepper WJ et al.: Assessment of ambulatory behavior in nursing home residents who pace or wander.: a comparison of four commercially available devices. *Dement Geriatr Cogn Disord* 8: 359-365, 1997.
- 7) Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS et al.: An observational study of agitation in agitated nursing home residents. *Int Psychogeriatr* 1: 153-165, 1989.
- 8) Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS et al.: Two studies of pacing in the nursing home. *J gerontology* 46: M77-M83, 1991.
- 9) Dawson P, Reid DW: Behavior dimensions of patients at risk of wandering. *Gerontologist* 27: 104-107, 1987.
- 10) Dickinson JI, Kark JM, Baker AM: The effects of visual barriers on exiting behavior in a dementia care units. *Gerontologist* 35: 127-130, 1995.
- 11) Greene J, Smith R, Gardiner M et al.: Measuring behavioral disturbance of elderly demented patients in community and its effects on relatives: A factor analytic study. *Age Ageing* 11: 121-126, 1982.
- 12) Hoeffler B, Rader J, Siemsen G: An observational tool of for studying the behavior cognitively impaired nursing home residents who wander. 40th Annu GSA Meet, 1987.
- 13) Holmberg SK: Evaluation of a clinical intervention for wanderers on a geriatric nursing unit. *Arc Psy Nursing* 11: 21-28, 1997.
- 14) Hope RA, Fairburn CG: The nature of wandering in dementia: a community-based study. *Gerontologist* 30: 583-594, 1990.
- 15) 堀宏治, 稲田俊也, 鹿島晴雄: 痴呆患者にみられる徘徊について. *脳と精神の医学* 9: 201-207, 1998.
- 16) 堀宏治, 稲田俊也, 鹿島晴雄他: 痴呆患者における過多歩行の研究: 歩数計を用いた定量化の試み(会). *老年精神医学* 8: 647, 1997.
- 17) 一瀬邦彦, 田中邦明, 長田憲一他: 老年期精神障害に

- みられる異常行動: せん妄, 徘徊, 妄想を中心に. 臨床精神医学 22: 775-786, 1993.
- 18) 池内正三, 藤田大介, 小泉直子他: 痴呆性老人の在宅介護における精神科医療の役割. 社会精神医学 13: 244-252, 1990.
 - 19) 亀井聡, 高須俊明, 大石実: 脳血管性痴呆患者の徘徊症状に対する塩酸 fasudil の効果. 神経治療 13: 43-50, 1996.
 - 20) 小泉美佐子, 大塚理香, 難波悦子他: 施設に入居した痴呆老人の徘徊行動の分析. 看護研究 29: 215-223, 1996.
 - 21) Madson J: The study of wandering in persons with senile dementia. *Am J Alzheimer Care Relat Disord Res*: 21-24, 1991.
 - 22) Mayer R, Darby SJ: Does a mirror deter wandering in demented older people? *Int J Geriatr Psychiatr* 6: 607-609, 1991.
 - 23) 三山吉夫: 老年期にみられる異常行動 2. 種々の行動 1) 外出, 徘徊. 老年精神医学 3: 9-13, 1986.
 - 24) 室伏君士: 痴呆老人の徘徊. 老化と疾患 10: 15-21, 1997.
 - 25) 仲村禎夫, 浅井昌弘: 老年期痴呆の周辺症状, 徘徊. 老年精神医学 7: 195-199, 1993.
 - 26) Namazi KH, Rosner TT, Calkins MP: Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. *Gerontologist* 29: 699-702, 1989.
 - 27) 岡本典雄, 森田之大, 大橋裕他: アルツハイマー病の異常行動: 活動量を指標とした検討 (会). 老年精神医学 8: 646, 1997.
 - 28) 岡山昌弘: 痴呆患者のCareとCure徘徊. 循環科学 11: 1188-1191, 1993.
 - 29) Pearlin NI: Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30: 583-594, 1990.
 - 30) Saltzman DM, Blasch BB, Morris RD et al.: Travel behavior of nursing home residents perceived as wanderers and nonwanderers. *Gerontologist* 31: 666-672, 1991.
 - 31) Satlin A, Teicher MH, Lieberman HR et al.: Circadian locomotor activity rhythms in Alzheimer's disease. *Neuropsychopharmacology* 5: 115-126, 1991.
 - 32) 新門弘人, 児玉洋幸, 山本博三他: 痴呆性老人の徘徊とその特徴 (会). 老年精神医学 6: 614, 1995.
 - 33) Snyder L, Rupperecht P, Pyrek J et al.: Wandering. *Gerontologist* 18: 272-280, 1978.
 - 34) 須貝祐: アルツハイマー型痴呆にみられる特異な症状. 老年精神医学誌 5: 177-182, 1994.
 - 35) 平良雅人, 大賀徹夫: 痴呆患者の問題行動の寛解予測方法に関する研究: 特に徘徊などについて. 昭医学会誌 53: 264-272, 1993.
 - 36) Thomas DW: Wandering: a proposed definition. *J Gerontological Nursing*: 35-41, 1995.
 - 37) 十束支朗, 沼倉堅一: 痴呆の症状: 問題行動 (徘徊). 老年期痴呆 10: 301-305, 1997.
 - 38) Zait SH, Zait JH, Weiler PG: Cognitive impairment. In: Lewinsohn PM, Teri L (eds.) *Clinical Geropsychology*. New York, Pergamon, 38-91, 1983.

【特集】

障害高齢者を介護する者の負担感

—脳卒中患者介護者の負担感を中心として—

荒井由美子¹⁾ 鷺尾 昌一¹⁾ 三浦 宏子²⁾
工藤 啓³⁾ 佐直 信彦⁴⁾

I. はじめに

高齢者を介護する者の負担が注目されるようになったのは、欧米では1970年代であり、我が国では1980年代の後半からである。その背景要因として最も重要なのは、人口の高齢化とそれに伴う要介護高齢者の増加である。我が国においては、65歳以上の高齢者人口は1994年現在14.1%を占めている¹²⁾。この中でも75歳以上の後期高齢者の増加は著しく、1975年の人口を100とした場合の1989年の人口は、65-74歳の前期高齢者が142.1であるのに対して、75歳以上の後期高齢者202.3と、2倍以上の増加を示している。これまでに後期高齢者は、痴呆を含む心身の障害をもつ割合が高く、要介護老人となる可能性が大きいことが指摘されている。ちなみに我が国の1993年の要介護老人は100万人であったが、2000年には140万人になると予想されている¹⁾。

こうした要介護高齢者の増加に対応するために、厚生省は介護・看護サービスの拡充を推進してきた¹⁾。しかし、サービスの供給量が絶対的に不足しているこ

と、および地域によっては公的サービスの利用に対する偏見があることから、要介護高齢者が在宅で生活するためには、家族介護が欠かせない状況であった¹⁾²⁾⁴⁾⁵⁾。これは、我が国に特有の現象ではなく、例えば、英国でも1970年代後半に誕生したサッチャー政権は、それまでの福祉国家型の政策が財政の破綻を来したことから、人口の高齢化に見合った公的サービスの拡大をはかることよりもむしろ家族介護 (informal care) の重要性を強調するという政策をとった。

このような状況のなかで、介護者の負担に関する研究は1970年代から行われているが、介護負担という概念を最初に操作的に定義したのはZaritである。Zaritは介護負担を“親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度”と定義した²⁴⁾。この操作的定義に基づきZaritは、介護負担尺度を作成した。この尺度は、その定義からも明らかなように、身体的負担、心理的負担、経済的困難などを総括して介護負担として測定するものである。

Zaritの介護負担尺度の開発以来、介護負担は様々な形で操作化され尺度が開発された¹⁰⁾¹³⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁹⁾。近年では、介護負担を、介護者が主観的にとらえる介護負担とそれ以外の客観的介護負担を区別すべきであると提唱する者もいる¹³⁾¹⁵⁾¹⁹⁾。一般に客観的介護負担とは、介護による時間的、経済的束縛などをさし、主観的介護負担とは、現在の介護状況に対する介護者の評価をさすといわれているが²⁰⁾、その定義は様々である。Braithwaiteらは、このような曖昧な定義に基づいた区別は、介護負担という概念をかえって捉えにくくしていると批判した⁸⁾。このように介護負担の概念には、様々な立場があり一致をみしていない。

一方、我が国でも介護負担に対する関心は、1980年代より高まっており、藤田・黒田らは介護者の7割が自己犠牲感をもっていることを報告している⁹⁾。その後1990年代になって介護者に関する数多くの研究が発

Burden of caregiving for the disabled elderly: Caregivers for the patients with stroke

¹⁾国立長寿医療研究センター看護介護心理学研究室

〔〒474-8522 愛知県大府市森岡町源吾36-3〕

Yumiko Arai, Masakazu Washio: Research Unit for Nursing and Caring Sciences, National Institute of Longevity Sciences, 36-3 Gengo, Morioka-cho, Obu, Aichi 474-8522

²⁾東京大学医学部国際保健計画学教室

Hiroko Miura: Department of Health Policy and Planning, Graduate School of Tokyo University

³⁾宮城大学看護学部

Kei Kudo: School of Nursing, Miyagi University

⁴⁾東北労災病院リハビリテーション科

Nobuhiko Sajiki: Department of Rehabilitation Medicine, Tohoku Rosai Hospital

表された¹⁷⁾¹⁸⁾²²⁾。しかしこれらの研究は、介護負担を定義していないものが数多く存在する。しかも、介護負担を定量する際にも、回答者に対し、介護負担が“あり”か“なし”の2者択一方式で選ばせるものも存在する。また、尺度を用いていても、その信頼性・妥当性が確認されている尺度を用いた研究は少ない。信頼性・妥当性が確認されている尺度は、山岡らや新名が開発したものが存在するが¹⁹⁾²²⁾、両者は、我が国独自で開発されたものであり、国際比較が可能ではない。

在宅の要介護老人のケアを効果的に行うためには、要介護老人を介護する者の負担を定量的に把握し、負担を増加させないようにすることが重要である。なぜならば、過度の介護負担は在宅介護の破綻を来すからである⁶⁾。介護負担を定量的に把握するためには、信頼性・妥当性の確認されている日本語の介護負担スケールは必須である。また、先に述べたように介護負担は、我が国特有の現象ではない。そのため国際的に比較可能な介護負担尺度の日本語版を作成することは、今後の介護者に対する施策を諸外国からとり入れる際にも有用である。Zaritの尺度は負担感に関して最初に開発された尺度であり、最も広く用いられている尺度の1つである¹⁹⁾。そこで、AraiらはZaritの介護負担の定義に基づき、Zarit介護負担尺度の日本語版を作成しその信頼性・および妥当性を確認した³⁾。

“介護負担”を初めて定義したのは、米国のZaritであることは先に述べた。Zaritは、その定義に基づき、介護負担尺度を作成した²⁴⁾。この尺度は、介護者が要介護高齢者を在宅で介護するなかで被った身体的負担、心理的負担、経済的困難などを総括して、介護負担として測定するものである。本尺度は、22問の質問項目から構成されている。すなわち、1～21問の各質問はさまざまな場面における介護の負担についての質問であり、それぞれ、0：思わない、1：たまに思う、2：時々思う、3：よく思う、4：いつも思う、の5段階であり、0～4点まで負担度が大きいほど高得点になるように配点してある。また22問めの質問は、Zaritがa single global burdenと定義した質問項目であり、全体として介護がどの位大変であるかを、0：全く負担ではない、1：多少負担に思う、2：世間なみの負担である、3：かなりの負担である、4：非常に大きな負担であるの5段階から回答者に選択させるものである。したがって本尺度は、これら22項目から構成されている88点満点の尺度である。

本尺度日本語版の作成にあたっては、原著者のZaritに許可を得た上で、まず原版を翻訳し日本語版試案を作成した。さらにパイロットスタディとして、この日本語版試案の個々の質問項目を介護者、保健婦、精神科医に検討してもらい、原版の意味を損なわないようにしたうえで、質問文が回答者にとって理解しやすくなるように修正を加えた。この翻訳をもとに英語へのback translationを行い、相違がないことを確認した上で、最終的な日本語版を作成した。なお、back translationは、翻訳者とは別のバイリンガルの者が行った。さらにこの尺度を用い、信頼性（再検査信頼性と内的整合性）、妥当性（抑うつ尺度および介護時間との相関）を確認した。筆者らが、この尺度を用いて、宮城県在住の要介護高齢者を在宅で介護している介護者を対象に、介護負担とADLあるいは問題行動の有無との関連を調査したところ、問題行動の有無と介護負担には有意な関連がみられた³⁾。これらは、Zaritが原版を用いて米国の要介護高齢者の介護者を対象に行った場合に得られた知見とほぼ一致していた。

本研究では、Zarit介護負担感尺度日本語版を用いて、脳卒中患者介護者の負担感を測定し、その関連要因を検討した。

II. 対象と方法

対 象

M県T病院リハビリ科に通院中の外来患者99名の介護者を対象に、自記式質問票を配布し、回答が得られた97名を解析の対象とした。

方 法

自記式質問票では、介護状況、介護負担感（Araiらの開発したZarit介護負担感尺度日本語版）、サービス利用状況などを尋ねた。また主治医が痴呆の有無、患者のADL、麻痺の有無などをはじめとした患者の状態を把握した。介護者の負担感得点と諸要因との関連をスピアマンの相関係数を用いて検討した。介護負担感得点と有意な相関がみられた変数のうち、交絡している変数同士を除外し、痴呆の有無、患者のADL、患者の性、介護者の年齢を独立変数とし介護負担感尺度得点を従属変数とした重回帰分析（強制投入法）を行った。さらに、解析対象者のうち、5年以上介護している者を長期介護群（37名）、それ以外の者を中期介護群（50名）とし、それぞれの群において介護負担

介護負担感得点と諸要因との関連を検討するために、介護負担感得点を従属変数とし、患者のADL、痴呆の有無、患者の性、職業の有無を独立変数として、全介護者を対象に重回帰分析（強制投入法）を行った。表3に示す通り、患者のADLが低いほど、また患者が男性であることが介護負担感得点と有意な関連を示し、この2つの要因が介護負担感得点の19%を説明していた。さらに介護負担感と諸要因との関連が、長く介護している者とそうでない者との間に違いがみられるかどうかを検討するために、それぞれの群において介護負担感と諸要因との関連を検討するために、重回帰分析を行った。その結果、介護期間が短い群では、患者のADLが介護負担感と有意な関連を示し、介護負担感得点の26%を説明していた。介護期間が長い群では、患者の性および痴呆の有無が介護負担感と有意な関連を示し、介護負担感得点の20%を説明していた。すなわち、患者が痴呆と診断されていること、および患者が男性であることが介護負担感の増大と関連していた（表4）。

患者のADLと介護負担感に関しては、GreeneらはADLの低下と負担感の増大とは正の相関がみられることを示したが¹⁰⁾²¹⁾、Zaritらは逆にADLが低下することではむしろ負担感が軽減することを示した²³⁾。本研究において、介護者全体を検討した場合および介護期間が短期の者に関しては、ADLの低下が介護負担感の増大と関連し、Greeneとの先行研究と一致していた。痴呆症状があるもののほうが介護負担感が高くなることはBaumgartenらの先行研究でも示されてい

る²¹⁾。本研究では、介護期間が長くなると患者に痴呆症状があるほうが介護負担感が高くなることが示されたが、これは先行研究と一致していた。

本研究では、長期介護群では介護負担感の増大に有意に関連がみられたのは、患者が男性であること、及び患者が痴呆であることで、短期介護群では患者の低ADLであった。介護が長期に及ぶと、初期に問題になった患者のADLよりもむしろ痴呆の有無が関連要因であることが示唆された。患者が男性であることが負担感の増大に関連があったが、今後さらに縦断的な検討を行うことが必要であると考えられる。

文 献

- 1) Arai Y, Ikegami N: Health Care Systems in Transition: An overview of Japanese Health Care. *J Public Health Medicine* 20: 29-33, 1998.
- 2) Arai Y, Ikegami N: How will Japan cope with the impending surge of dementia? in *The Health Economics of Dementia*, A.W. B. Winblad, Jonsson B, Karlson G, (eds.), 275-284, John Wiley & Sons: Chichester, 1998.
- 3) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T et al: Reliability and validity of the Japanese version of Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry & Clinical Neuroscience* 51: 281-287, 1997.
- 4) Arai Y, Kudo K, Washio M: Elderly Care in Japan. *Lancet* 352: 1398, 1998.
- 5) Arai Y, Miura H, Washio M, Kudo K: Depression among caregivers of the impaired elderly and their service utilization: A pilot study. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 52: 463-465, 1998.
- 6) 朝田隆: 痴呆老人の在宅介護破綻に関する検討。問題行動と介護者の負担を中心に精神神経誌 93: 403-433, 1991.
- 7) Baumgarten M: The health of persons giving care to the elderly: a critical review of the literature. *J Clin Epidemiology* 42: 1137-1148, 1989.
- 8) Braithwaite V: *Bound to Care*, 7, Allen & Unwin, Sydney, 1991.
- 9) 藤田洋子: 痴呆老人在宅介護家庭の生活実態。老年社会科学 9: 188-189, 1987.

表3 介護負担感とその関連要因

	標準偏回帰係数	P値
患者のADL	-0.35	0.00
患者の性	-0.29	0.01
痴呆の有無	0.13	0.17
職業の有無	-0.15	0.13

自由度調整済み重相関係数=0.19

表4 短期介護群と長期介護群における介護負担感との関連要因

短期介護群			長期介護群		
	標準偏回帰係数P値			標準偏回帰係数P値	
患者のADL	-0.53	0.00	患者の性	-0.38	0.01
患者の性	-0.18	0.14	痴呆の有無	0.30	0.04
痴呆の有無	0.03	0.80	患者のADL	-0.03	0.83
職業の有無	-0.13	0.27	職業の有無	0.03	0.87

自由度調整済み重相関係数=0.26

自由度調整済み重相関係数=0.2

- 10) Greene JG, Smith, Gardiner M, Timbury GC: Measuring behavioural Disturbance of elderly demented patients in the community. *Gerontologist* 26: 253-259, 1982.
- 11) Haley W, Pardo K: Relationship of Severity of Dementia to Caregiving Stressors. *Psychology and Aging* 4: 389-392, 1989.
- 12) 厚生省: 国民衛生の動向1995, 東京: 厚生統計協会, 122, 1998.
- 13) Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR: Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 34: 19-26, 1985.
- 14) 新名理恵, 本間昭: 痴呆老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究. 東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書, 1989.
- 15) Poulshock SW, Deiming GT: Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. *J of Gerontology* 39: 230-239, 1984.
- 16) Robinson BC: Validation of a caregiver strain index. *J Gerontology* 38: 344-348, 1983.
- 17) 齊藤正彦: 東京都区部の在宅老人の介護の実態と介護者の負担. *老年精神医学会雑誌* 5: 187-196, 1994.
- 18) 筒井孝子: 介護者の主観的介護負担感と介護継続の意志に関する要因の検討. *リハビリテーション* 21: 129-134, 1993.
- 19) Vitaliano P, Russo J, Young HM, Becker J, Maiuro RD: Burden: A Review of Measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist* 31: 67-75, 1991.
- 20) Vitaliano P, Russo J, Young HM, Becker J, Maiuro RD: The screen for caregiver burden. *Gerontologist* 1991 31: 76-83, 1991.
- 22) 横山美江: 在宅高齢者の健康要因に関する研究. *日本公衆衛生雑誌* 39: 777-783, 1992.
- 21) Weiler PG, Chiriboga DA, Black SA: Comparison of mental status tests: implications for Alzheimer's patients and their caregivers. *J Gerontology* 49: s44-s51, 1994.
- 23) Zarit SHT, PA, Zarit JM: Subjective Burden of Husband and Wives as Caregivers. *Gerontologist* 26: 260-265, 1986.
- 24) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist* 20: 649-655, 1980.

【特集】

老年期変性痴呆疾患におけるジャルゴン失語

梶野 聡¹⁾ 波多野和夫²⁾ 田中 邦明³⁾ 濱本 真⁴⁾

I. はじめに

少子高齢化時代の到来と共に、老人の精神保健をめぐる研究の重要性はますます増大しつつあると思われる。特に老年痴呆に関する研究は、この領域の中核的な意義を有しているといえよう。我々は最近、老年期変性痴呆疾患を背景に、特異な言語症状を呈した症例2例を経験した。本論はこの症例報告を通じて、老年痴呆における言語およびコミュニケーションの障害について考察する。

II. 痴呆における言語障害について

老年期変性痴呆——特にここでは、知性障害と記憶障害を以って発症するアルツハイマー型痴呆を想定している——でみられる言語障害は、病期によってその様相を異にする。初期においては、喚語困難(失名詞)や複雑な文の理解障害などの、語彙的・意味的障害を主とし、構音や発話における音声的・音韻的側面はほぼ正常に保たれていることが多い(笹沼, 1986, Ben-

son, 1974)。しかし中期になると、失名詞や空語句の頻発に加えて、しばしば音韻性錯語が混入し、さらに進行すると、反響言語、反復言語、語間代などの特異な言語症状が併発し、構音障害も出現して、末期または最終段階では無言症に到達する(Benson, 1996)。

このような言語障害の変遷を失語型の変化として把握すると、初期は失名詞を中心とする健忘失語に相当し、次いで概念的連合の連鎖障害や語義障害が前景に出る超皮質性感覚失語になり、しばしば反響言語を伴う。中期以降、さらにこれに表出受容両面の音韻論的障害が加重してWernicke失語様になり、あるいは構音障害などの非流暢性発話の要素が加わればBroca失語様の状態を呈する。末期に近づくにつれ、徐々に全失語化し、最終的には、もはや失語の概念では把握しきれない失外套症候群に到達する(波多野, 1995)。

つまり、老年期変性痴呆の言語障害は、知性障害、あるいはその一部としての意味的障害を背景としつつ、進行に応じて統語的・音韻的障害が、場合によっては音声的障害も加わって重篤化する。失語型としては、健忘失語→超皮質性感覚失語→Wernicke失語またはBroca失語(場合によっては超皮質性混合失語)→全失語という経過を辿るのが一般的と考えられるが、もちろん個々の症例による偏りも無視することはできない。

ここに我々が報告する2例は、このWernicke失語の段階にはほぼ該当する言語症状であり、失語学において語新作ジャルゴン失語(neologistic jargonaphasia, NJAと略す)と呼ばれる臨床的な失語タイプである。この失語型は、Wernicke失語に近縁の——その独立性については議論がある——亜型であり、従来、脳血管障害において多くの報告がなされてきた。しかし、老年期変性痴呆にこの失語亜型が見られることを報告した論文は、我々の知る限りなく、本症例報告は、変性痴呆疾患における失語学の知見に寄与し得ると考えられる。

Neologistic Jargonaphasia observed in two patients with Alzheimer's dementia

¹⁾ 東京都東村山ナースングホーム言語室

[〒189-0002 東京都東村山市青葉町1-7-1]

Satoshi Kajino: Department of Speech Therapy, Tokyo Metropolitan Higashimurayama Nursing Home, 1-7-1, Aoba-cho, Higashimurayama, Tokyo 189-0002

²⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所

老人精神保健部

Kazuo Hadano: Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP

³⁾ 東京都多摩老人医療センター精神科

Kuniaki Tanaka: Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Tama Geriatric Hospital

⁴⁾ 東京都多摩老人医療センター神経内科

Makoto Hamamoto: Department of Neurology, Tokyo Metropolitan Tama Geriatric Hospital

Ⅲ. 症 例 報 告

〔症例1：HH〕 初診時70歳男性。元大学教授。既往歴，家族歴に特記すべきものなし。

現病歴：1991年春頃，人の名前が覚えられない，自分の部屋が分からない，食事の好みが変わるなどの症状が出現した。92年春頃からは，問いかけても呆然とし，指示代名詞が増えるなどにより，大学での講義が困難となった。93年3月に退職したが，このころ金銭の計算ができなくなり，時に失禁が見られた。94年8月頃から，多弁傾向，異食，昼夜逆転，徘徊，放尿の頻度が増加した。94年12月，T病院精神科受診。程なく言語室初診となった。

検査所見：意識清明で，検査可能な範囲で神経学的な異常はない。神経心理学的には，顕著な見当識障害，構成障害が認められ，行動観察により記憶障害の存在が示唆された。失行・失認は検査不能。Reyの複雑図形のコピーは3/36。WAIS-R，Kohs立方体組み合わせ

セテスト，Raven色彩マトリックス検査はいずれも不可能であった。臨床的痴呆評価尺度（CDR）は3で，重度痴呆と判定された。

言語病理学的所見：標準失語症検査（SLTA）の結果は図1に示す。発話は，流暢で，構音障害，プロソディ障害，失文法はいずれも認められない。語性錯語，音韻性錯語，語新作が頻発し，空語句の存在と合わせて，口頭による意思伝達が不可能なジャルゴンを呈する。呼称の成功は極めて稀。復唱は単語レベルなら不可能ではないが，反応は浮動的であり，語新作が頻発する。文レベルの復唱は，その一部が可能なのみ。聴覚的理解障害は重度で，検査指示の理解すら困難である。書字は，名前の自発書字が時に可能で，仮名文字の一部が可能であった他は，模写すら困難である。単語の音読は，若干仮名優位である。

画像診断所見：核磁気共鳴画像（MRI）のT1強調画像では，左側頭葉～頭頂葉の皮質萎縮と，ほぼ左右対称の側脳室下角の拡大が認められた（図2）。IMP-SPECTは，両側（特に左に強い）側頭頭頂域の血流

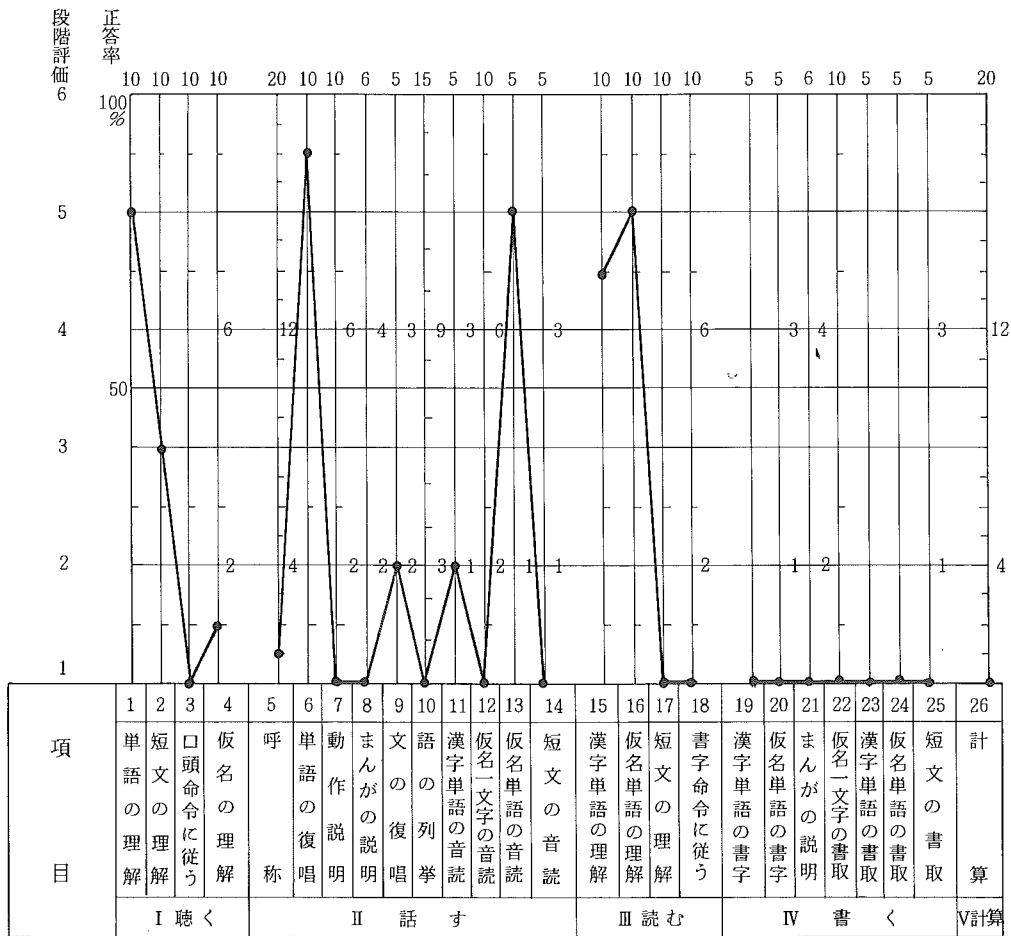


図1 標準失語症検査（SLTA）プロフィール（症例1）

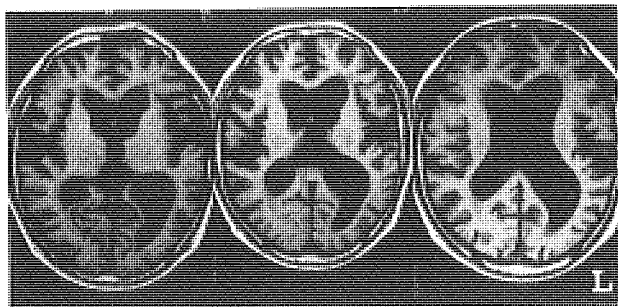


図2 核磁気共鳴画像 (MRI) T1強調画像 (症例1)

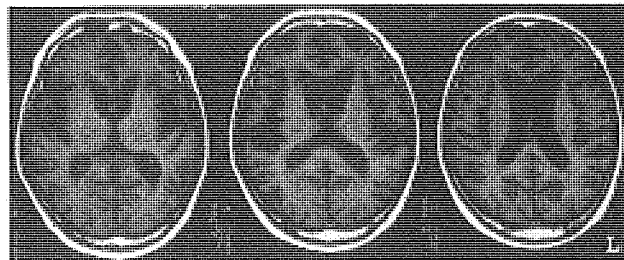


図6 MRI-T1強調画像 (症例2)

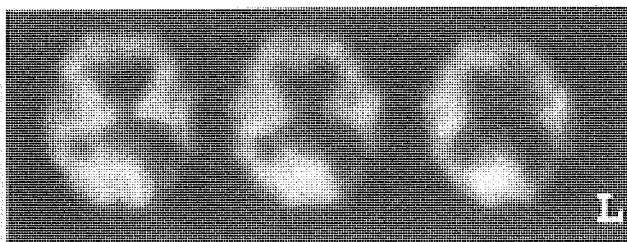


図3 SPECT (症例1)



図7 SPECT (症例2)



図4 核磁気共鳴アンギオ (MRA) (症例1)

低下、および左前頭葉の血流低下が認められた(図3)。核磁気共鳴アンギオ (MRA) で左中大脳動脈起始部の狭窄を示す像が得られた(図4)。

[症例2: TT] 言語室初診時80歳男性。開業医。既往歴、家族歴に特記すべきものなし。

現病歴: 1990年頃より記憶障害が出現。92年医院廃業。94年頃から徘徊、失禁が始まり、本人が何を言っているのか家族も分からなくなる時があった。95年には攻撃的言動が頻回となり、同年7月、H特別養護老人ホームの特別介護棟(痴呆患者対象)に入所した。96年1月より言語評価開始。

検査所見: 意識清明。神経学に、軽度の麻痺性構音障害とGegenhaltenが認められた。神経心理学的に、顕著な見当識障害、構成障害、記憶障害がみられた。通常の知能検査は、検査指示の理解困難のため実施不能。CDRは3で重度痴呆と判定された。

言語病理学的所見: SLTAの結果は図5に示す。自

発話に乏しく、言語衝迫は認められない。運動障害性構音障害を認めるが軽度であり、注意して聞けば、患者が生産した音韻の同定は不可能ではない。発話にプロソディ障害、失文法は認められず、基本的には流暢性発話と考えられた。文レベルでの発話のみみられたが、語新作と空語句の頻発、語性錯語、音韻性錯語の出現によって、伝達され得る情報量は著しく制限されていた。呼称は不可能であり、語新作、空語句が頻発した。復唱は単語レベルでも障害がみられ、錯語や語新作が頻発した。聴覚的理解の障害は重篤で、簡単な指示の理解も不可能であった。文字理解は単語レベルでも困難。書字障害も重篤で、単純な文字の模写すら困難で、時にClosing-in現象を呈した。

画像診断所見: MRI-T2強調画像では、脳血管障害を示唆する所見は認められない。T1強調画像では、全般的な皮質萎縮(特に前頭様に顕著)と脳室拡大、側脳室下角の開大(左右ほぼ対称)がみられた(図6)。MRAに血管狭窄を示す像はない。SPECTでは、両側前頭葉、両側頭頂葉(やや左優位)、および左側頭葉領域に血流低下が認められた(図7)。脳波に左右差はなく、5~6 Hz θ 波が後頭優位にみられた。

IV. 言語生産の分析

[方法] 2症例の発話面の特徴を、波多野(1991)の方法に従って分析した。対象は目標語の同定が可能

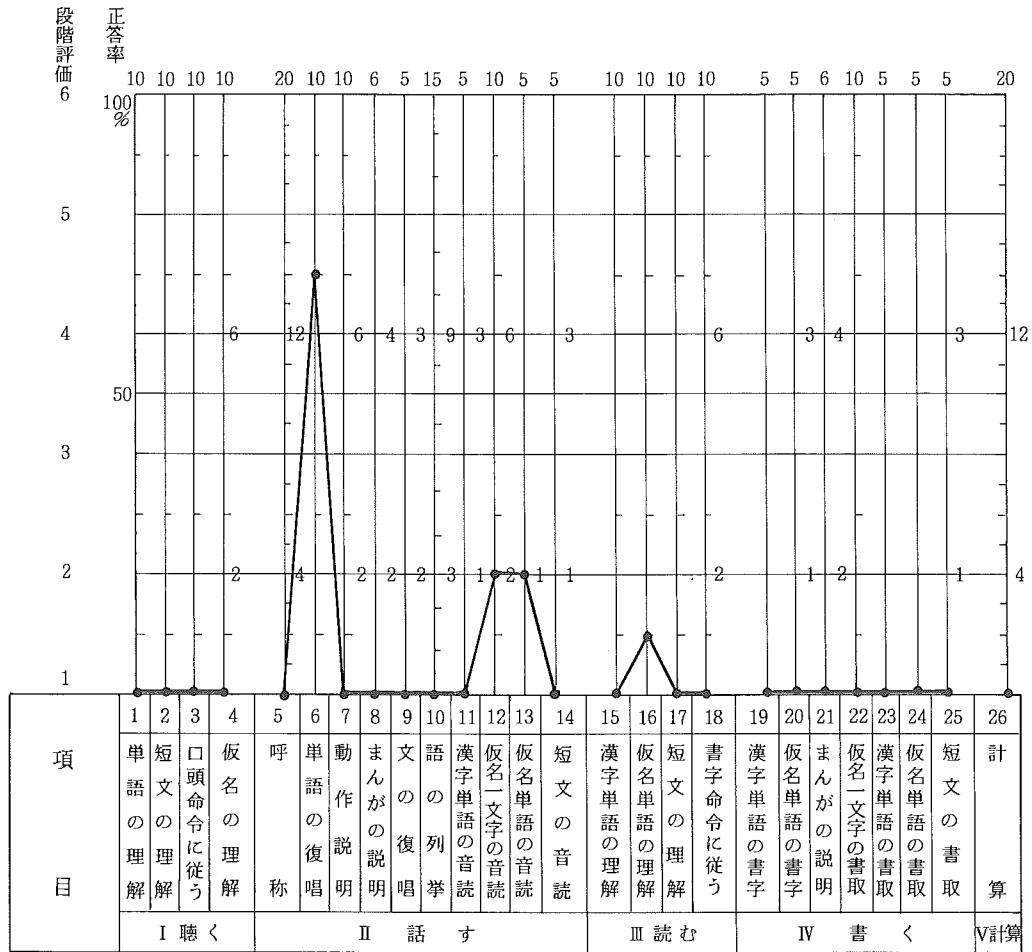


図5 SLTA (症例2)

表1 呼称課題場面における発話分析

	症例1 (HH)	症例2 (TT)
語新作(N)	53(30.6%)	63(36.9%)
音綴断片(F)	17(9.8%)	32(17.4%)
錯語(P)	9(5.2%)	3(1.6%)
迂言(U)	0(0%)	0(0%)
正答(C)	1(0.6%)	0(0%)
空語句(EP)	74(42.8%)	52(28.3%)
無関連語(I)	19(11.0%)	29(15.8%)

なSLTA呼称場面における言語生産である。ヒント(語頭音の手がかり)が出されるまでの、全ての発話を記述し、これを文節構造に区切った上で、語新作(N)、音綴断片(F)、錯語(P)、迂言(U)、正答(C)、空語句(EP)、無関連語(I)に分類した。以下に分析例を示す。

症例1の呼称例の分析:

本 : ンー(F) ン(F) アッチラン(N) コランね(N)

新聞: よーく(EP) フクシュ(N) イシユク(N)

ン(F) よく(I) 息子(I) キョーキョ(N)
 ハイク(N) くれてます(I) からね(EP)
 ジュー(F) ジュー(F) ジューク(N)
 ジュー(F) それでも(EP) まだ(EP)
 うしろ(I) なってる(I) かな(EP)

筒 : なんか(EP) 知らんです(EP)

[結果] 分析結果は表1に示す。この結果、症例1(HH)は、正答語の出現が極めて低く(0.6%)、その他の目標語の類推が可能な錯語も稀少(5.2%)であり、迂言は全く認められなかった。一方、語新作は多く(30.6%)、実質的な情報伝達に寄与しない空語句は発話全体の42.8%を占めた。症例2(TT)は、正答語および迂言は認められず、目標語の類推可能な錯語は1.9%で、症例1をさらに下まわった。発話の中心は語新作(36.9%)であり、その他の発話も、症例1と比較すると音綴断片が多く、空語句がやや少ないといった傾向はみられたが、いずれも、発話の大部分が情報伝達に実質的に参与しない発話で占められるという点で一致した。

これらの発話傾向は、波多野(1991)の示したNJAの特徴、すなわち「正答語が極端に少なく、語新作は呼称課題における言語生産の3割から6割程度を占め、空語句は3割から5割程度」という基準に合致するものであった。

またここでは定量分析の対象にはしなかったが、両例共にNJAに特徴的とされる、語新作の(子音・母音)押韻常同パターン(stereotypic pattern of alliteration and assonance, Green, 1969)が観察された。

症例2の押韻常同パターンの例:

御飯: アシビ ハスビザイ サソビザイ

鰐: レール レールドメ レートルの ヨナ ような

提灯: ショースれば ハシル チョージル ユ ユシュル ショール

V. 考 察

[症例のまとめ] ここに報告した2症例の発症年齢は、いずれも65歳を越えている。発症時は、記憶障害などを中心とした精神症状が中心であり、発症1~2年の内に社会的・職業的な不適応状態に陥った。その後は、知性と人格の全般的な解体が緩徐に進行し、発作または急激な増悪は見られなかった。この経過上、意識障害を思わせるようなエピソードはない。神経学的な異常に乏しく、軽度の麻痺性構音障害やGegenhalten以外には、境界明瞭な神経学的巣症状は見られなかった。画像所見としては、全体的な皮質萎縮と脳室拡大を認めたが、これは特に左半球の側頭頭頂領域に優位であり、明瞭な脳虚血性梗塞病変は見られなかった。脳局所血流量の検査(SPECT)では、側頭頭頂領域と前頭領域の血流低下が注目され、これも左半球優位であった。このような臨床症状、経過、画像所見から、両例共に、基本的に、老年期変性痴呆に属する疾患に罹患したものと診断された。特に、アルツハイマー型老年痴呆が最も疑わしい。

ただし症例1においては、MRAの所見として、左中大脳動脈起始部に血管の狭窄像が認められたことに言及しなければならない。症例1は、その病歴において脳血管障害の発作はなく、変性痴呆に典型的な緩徐進行性の経過を示しており、またその画像所見においても、脳血管障害を思わせる梗塞巣も、脳出血の後遺状態を示す所見もなかったことにより、あくまでも、基本的にはアルツハイマー型老年痴呆の進行が背景に

あって、これに付加する形で血管の狭窄があったと理解するのが妥当であろう。しかし、言語障害をもたらすと推定される左側頭頭頂領域の機能低下に対して、この血管狭窄が与えた寄与については、これを否定することはできない。従って、症例1については、現象としてのNJAの原因の全てを変性痴呆疾患に帰することはできないと考えざるを得ない。

症例2については、我々が検索し得た限りでは、症例1のような脳血管障害性の要素を見いだすことができなかった。症例2のNJAについては、ほぼ純粋に変性痴呆疾患によるものと考えられることができる。

[NJAの診断について] 本2例は、上記のような変性痴呆を背景に、かなり早期より言語症状が出現した。初発の言語症状は、家人の病歴に関する証言より推定する限り、おそらく、症例1では(指示代名詞が多くなったという証言より)語想起障害(失名詞)および意味的障害であり、症例2では(何を言っているのか分からないとの証言より)意味的障害またはジャルゴン発話であったと思われる。ただ、我々の観察時点におけるようなジャルゴンが、正確にどの時点から出現したかについては、結局、これを詳らかにすることができなかった。

言語障害を考えるに際しては、症例2の麻痺性構音障害に言及しなければならない。この麻痺性構音障害は、産出された発話の構音障害に関する聴覚印象評価により、軽度の気息性、無力性嗄声、ラウドネスの低下、若干の開鼻声、わずかな子音の歪み、弱音化が認められ、痙性タイプと判断された。しかし構音障害そのものの程度は軽度であり、その構音の誤りには一貫性があり、語音の同定についての問題はほとんどなかった。少なくとも、構音障害によって語新作様の言語生産が引き起こされているとは考えられない。

本2例に行なった発話分析の結果は、波多野(1991)の語新作ジャルゴン失語の概念に該当する失語型であることを明らかにした。Alajouanine(1956)の有名なジャルゴン失語の3類型についても、本2例は明らかにその失意味型(=語新作ジャルゴン)であって、未分化型や錯語型(=意味性ジャルゴン)に該当しないことには考慮の余地はない。また構音障害を併発するとされるマンプリング・ジャルゴン(Kertesz, 1982)についても、症例2がこれに該当するほどの構音障害ではないことも既に述べた通りである。

[変性痴呆におけるNJAについて] 古典的には、痴呆とは全般的に進行する知性人格解体であって、現象

的にはその進行の段階に応じた亜型分類が可能のみであると理解されてきた。Poecck (1991) はこれを痴呆の“stage model”と呼んだ。個々の微細な症状は単なる偶然かエピソード程度の位置づけしか与えられなかった。この立場に対して、近年の神経心理学の症候論的充実と機能的画像診断学の技術的發展は、痴呆もまた脳損傷部位の違いに応じて、症候群的な現象的分類が可能であるという認識をもたらした。Poecck (1991) の“syndrome model”である。ここでの症候群は、変性痴呆の「病変」が多かれ少なかれ境界不鮮明であることに対応して、その「症候群」の境界も不鮮明であることを免れぬことは言うまでもない。

このような痴呆の症候群理解への道を劇的に開いたのは、やはり「全般的痴呆を伴わない緩徐進行性失語」の概念の記述であった (Mesulam, 1982)。現在この概念は、変性痴呆疾患の病的過程が左半球の言語領野に比較的限局して進行したために、長期に渡って失語を呈するのみであり、全般的痴呆に到達するのが遅れた状態であると理解されている。従って、同様な病的過程が右半球を中心に生じる場合もあり、そのような緩徐進行性の右半球症候群の存在も症例によって確認されている (波多野ら, 1995)。ここに報告した2症例は、緩徐進行性失語の概念には該当しない。発症当初から、中核的な痴呆症状が認められたからである。ただ、2例の画像所見が共通して物語るように、変性痴呆の病的過程が、基本的には全般的であるとしても、左半球の言語領野近傍により強調された形で進行したと考えられる。このことが、痴呆を背景としつつも、失語のより明瞭な発現をもたらしたものと考えられる。

緩徐進行性失語における失語亜型について、これを脳血管障害の失語例と比較対照した吉田ら (1994) は、後者の130例中6例にNJAが観察されたのに対して、前者のこの時点までの報告例127例中に、NJA例が全くなかったことを報告している。この数字を信頼する限り、緩徐進行性失語という形式でのNJAは存在しないか、あるいは極端に稀と考えるべきであろう。

しかし変性疾患を背景とするNJAという見方をするのであれば、やはり同様に極めて稀であろうか。波多野 (1998) は自験例のNJA39例を展望したが、このうち変性疾患を背景とする症例が2例あった。本2例がそれである。我々は、このような変性痴呆疾患を背景とするNJAが、そう多くはないにしても、極端に稀と言う程のことはないのではないかと考える。痴呆患者に対する詳細な言語症候学的な見方は、ようやく緒に

ついたばかりではなかろうか。痴呆患者が少々わけの分からぬことを喋ったとしても、それは痴呆であるから当然であるとか、痴呆の本質にとって余りに些細なことと見なされて、看過されているのではなかろうか。痴呆患者の言語障害に対する認識の深まりと共に、このような症例が将来少なからず発見される可能性があるのではないかと、我々は推測する。また最近、法的に整備された言語聴覚士が、さらに職域を拡大させて、老人施設や老人ホームなどにも広い活躍の場が与えられるにつれて、このような症例の報告される機会も増大するのではないかと期待している。

〔脳障害部位との関連〕 脳血管障害例を通じてNJAの脳損傷部位を検討した波多野 (1991) によれば、NJA例には両側半球に病変が分布する症例と、一側性の左半球病変による症例とが存在する。後者の場合は、左第一、第二側頭回、角回を含む側頭頭頂領域の皮質ならびに皮質下の大きな病変である、と暫定的に結論されている。

NJAが両側病変によってもたらされるという見解は、古くHenschen (1920) 以来の歴史がある (波多野, 1991)。Weinsteinら (1966) はジャルゴン失語は全て両側病変であると断言している。またNJA発現が右半球病変の成立と同時であったことから、両者の深い関連を指摘する見解もある (波多野, 1998)。

本2例は変性疾患であるので、「病変」の境界を鮮明に画することはできず、むしろ、脳全体の機能低下に加えて、左側頭頭頂領域がさらに一段と障害されたと考えるべきである。先の両側病変に関する議論と併せると、この事実が、NJAの発現に有利な要素として働いた可能性を指摘できはしないだろうか。そうであれば、単発的な脳血管障害よりは、多梗塞性の血管障害や、あるいはこの場合のような変性痴呆疾患の方が、NJAの発現が起こりやすいということになるかもしれない。先に述べたように、痴呆患者がわけの分からぬことを喋ることがさして稀ではないとしたら、このわけの分からなさを精密に分析することにより、本2例のようなNJAの報告は増加するのではないと思われる。

VI. おわりに

2例の変性痴呆を背景とするNJAの症例を報告し、若干の考察を行なった。老年痴呆患者におけるコミュニケーションの問題は、これらの老人が少しでも社会

的な生活を営む上で、極めて重要な問題である。患者の話すわけの分からぬ発話を、きちんと失語症状として把握することによって、生活指導や言語療法の可能性も含めて、その対処についての理解も自ずと深まるのではないかと思われる。

文 献

- 1) Alajouanine T: Verbal realization in aphasia. *Brain* 79: 1-28, 1956.
- 2) Benson DF: Aphasia, alexia, and agraphia. Churchill Livingstone, NY, 1974.
- 3) Benson DF, Ardila A: Aphasia. Oxford University Press, N.Y., 1996.
- 4) Green E: Phonological and grammatical aspects of jargon in an aphasic patient: *Lang. Speech* 12: 103-188, 1969.
- 5) 波多野和夫: 重症失語の症候学—ジャルゴンとその周辺. 金芳堂, 京都, 1991.
- 6) 波多野和夫, 濱中淑彦: 痴呆と言語障害. *Clin Neurosci* 13: 198-201, 1995.
- 7) 波多野和夫: ジャルゴンにおける例外例. 第22回日本神経心理学会シンポジウム, 弘前, 1998. 9.10-11.
- 8) Kertesz A: Localisation of lesions in fluent aphasics. In: *Neural models of language processes*. Arbib MA et al. (eds.), Academic Press, NY., 1982.
- 9) Mesulam MM: Slowly progressive aphasia without generalized dementia. *Ann Neurol* 11: 592-598, 1982.
- 10) Poeck K: The contribution of neuropsychology to the study of dementia. Post-Congress Symposium of 8th Asia-Oceania Congress of Neurology, Kyoto, Sept. 7, 1991.
- 11) 笹沼澄子: 失語症と痴呆(老年痴呆)との鑑別について. *音声言語医学* 27: 311-312, 1986.
- 12) 吉田伸一, 濱中淑彦, 中嶋理香, 田中久, 都築澄夫: 進行性失語と脳梗塞性失語の比較・検討. *神経心理学* 10: 68-76, 1994.

【特集】

言語治療士の果たす役割についての試論

——力動的言語観に基づく視点より——

安孫子 修¹⁾ 小徳 勇人²⁾ 波多野和夫³⁾

I. はじめに

失語症は、人間のみが持つ言語機能の障害により、またその劇的とも言える臨床症状により、かつて多くの注目を浴びつつ、19世紀から現在に至るまでの神経心理学の中核に位置して、その発展に貢献してきた。この展開において失語症研究の主流をなしたのは、客観的对象として言語行動を抽出し、「言語様式」(modality)ごとに分類・評価し、言語様式の障害を「失語症状」として大脳機能と対応づけていく方法または態度であった。ここで失語症とは、「大脳損傷に由来する、一旦獲得された言語記号の操作能力の低下ないし消失」と定義される(山鳥, 1988)。こうした神経心理学における方法論は、それがいわば暗黙の前提となつて、失語症の言語治療の方向性を支配してきたと言ふこともできる。すなわち、失語症者の言語行動のうちの言語の形式面を、特殊な符号体系としての言語形式の操作機能として抽象化し、その障害を失語症の本質とみなすと共に、治療的働きかけの出発点となした。こうして、言語現象を脳機能との関係において把握しようとする態度こそが、現在の言語治療の中心をなす考え方になった。

たとえば、現在の言語治療の大きな源流の一つと評価し得る Wepman (1953) の刺激法において、言語治

療は、中枢神経系の再統合を促進させるために患者のニーズの最も高い領域から選択した訓練教材を用いて、患者の言語機能系を刺激することであると要約される。ここでの治療士の役割は、語彙や統語の知識を教える教育者ではなく、患者に対し有効な刺激を与える Stimulatorとしての位置づけを有する。すなわち、各言語様式別に障害の程度を評価し、その程度によって各様式ごとに訓練目標が設定され、刺激→反応を繰り返す対連合学習を通じて、喪失した言語機能の回復が試みられる。この場合、言語治療の目的は、第一義的にはあくまでも言語機能の機能回復である。他の手段を用いての実用的コミュニケーションの確保は、失われた伝達手段に対する代償的手段として、あるいは環境面への働きかけも言語機能の限界を補う補助手段として、二次的な地位を付与されるにとどまる。本邦においてもこの考えは、失語症言語治療の歴史の主流を形作り、今なお言語治療の中心を歩み続けている。このようないわば静的(非力動的)な言語観と、それに基づく言語治療に対しては、あまりに自明なものとされ、このような理解は、既に疑いの余地のないものと評価されているのが現状ではなからうか。

ただこのような流れに対する批判的な検討が、全くなされなかったわけではない。たとえば語用論的な言語観より、DavisとWilcox (1981, 1985) は、コミュニケーション能力促進法(Promoting aphasics' communicative effectiveness: PACE法)を開発した。これは、患者の言語能力に応じて積極的に代償手段を取り入れ、総合的なコミュニケーション能力の改善を目指す技法のはずであった。ところが本邦に紹介された時には、原著者の意図が必ずしも十分に生かされることなく、治療士は実用的なコミュニケーション能力の向上のための訓練に主力を注ぐ一方、インペアメントとしての喚語、書字等の言語機能の改善訓練等の開発も考慮されるべきだという解釈が付け加えられたのである(伊藤, 1988)。しかし、失語症を共同体における具体的コミュニケーション行為の問題として、あるい

Dynamic aspects of patient-therapist relationship in rehabilitation of aphasia

¹⁾自衛隊中央病院理学療法技術課

[〒154-8532 東京都世田谷区池尻1-2-24]

Osamu Abiko: Department of Speech Therapy, Japan Self Defence Force Central Hospital, 1-2-24, Ikejiri, Setagaya, Tokyo 154-8532

²⁾医療法人ルリア記念クリニック

Hayato Kotoku: Luria Memorial Clinic

³⁾国立精神・神経センター精神保健研究所

老人精神保健部

Kazuo Hadano: Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP

は失語症を有する患者の主体の実現の問題としての視点で捉え直してみれば、そこには静的な客観主義を超えた新たな失語観と共に、新たな言語治療の可能性も見いだし得ると思われる。

本稿では、作業仮説としてもう一つ別の言語観を提示するとともに、失語症者の呈するさまざまな症状を、患者の「主体」の展開の問題として、意味論、記号論、ゲシュタルト論、発達論などの視点より捉え直し、治療構造とその過程における治療士の役割について、若干の考察を加えて検討したい。

II. 言語力動的視点——もう一つの言語観の模索

ここで我々が依拠すべき言語観を、一つの作業仮説として考察してみたい。

言語は本質的に二重構造を有する。ソシュールはそれらを“langue”と“langage”という名で呼んだ(丸山, 1987)。

“Langue”とは、言語の恣意的に制度化された側面で、意識の表層において経験されている言語の在り方である。また“langage”とは、制度化されない側面で、意識の深層における言語のあり方である。丸山(1987)によれば、“langue”とは「それぞれの共同体に属する人々の無限とも思われる生体験に見出される差異が捨てられ、構造的同一性でくくられた結果存在する物象化の世界」である。これに対し、“langage”とは「それまで分節されなかったマグマのごとき生体験に区切りを入れて、これをカテゴリーとして存在せしめる根源的作用」であり、「人間のもつシンボル化能力とその諸活動(言語, 所作, 音楽, 絵画, 彫刻, 等)のことであり、広義の言葉である」。すなわち、言語には制度化された一義的指標として意味を伝達するコミュニケーションの道具、すなわち信号(signal)としての作用のほか、その本質として世界を分節・差異化することにより認識世界を生み出す存在喚起作用としての働きがある、と述べている。

これに加えて我々は、“langage”から“langue”を成立させていく活動、つまり分節・差異化活動を可能ならしめる装置を想定した。それはまさに差異化活動によって意味生成を行うエネルギーの力動的存在といえる。つまり言い換えれば「主体」である。この働きによって混沌としたマグマ的な生体験に区切りが入れられ、同時に意味付けが行われる。それが次の“langue”の段階に到って、音韻や行動という形で表

現形態になる。すなわち、言語機能は根源的に静的な現象とは言い難く、その本質において力動的エネルギーを有する動的機能なのである。我々はこれを。言語力動的視点と呼ぼうと思う。

III. 治療構造

この言語力動的立場より治療構造を捉え直してみる。患者と治療士は何らかの機能を通してしか関わるることができない。しかもその関わりは一見、一次学習的外観を呈している。しかし、我々はその関わりにおいて、互いの主体を想定し、治療契約によって互いの主体を信じて関わっているのである。すなわち、その間にやり取りされる音韻なり、行為のシニフィアンを通して、互いの主体がどういうものなのかを治療構造の中で明確なものへと作り上げていく。障害に注目するのみにとどまらず、障害された発音器官や行動器官を通して、相手の深い部分にある主体と契約する。一次学習的作業を通して互いの主体を確認していく。そしてそういう作業を通じて、徐々に互いの主体の存在そのものが現前してくる。その治療構造の中で共同作業すること自身が、自己表出の手段を破壊された主体の再建作業なのである。こうしてついには不自由な効果器・感覚器を持っていても、それなりに統合された形で主体を現前させ得るようになる。

治療の意味するものは、現象としての症状の改善のみではなく、このような意味での主体の再建であり、治療はそのための共同作業なのである。互いの言語や行動に写し出されたものを通して、その先の主体の存在を信じて表出されたものに対面する。つまり文字通り鏡像的状况の中で、シニフィアンの認識が行なわれるのである。その治療構造における言語治療士の役割は、狭義の言語に固執しない「柔軟な存在」として存在することである。すなわち、言語を失った患者の存在をまず認め、失った“langue”に対するシニフィアンの(個人的)恣意性を許容し、患者が自己の同一性を理解する鏡として、柔軟に機能することである。

以上の視点に立って、失語症の治療過程を段階的に捉え直し、各々のステップにおける、治療的アプローチについて考察する。ここでいうステップとは、実際の臨床場面では、必ずしも経時的に展開するとは限らず、相互の重なりあい許容されるべきである。

ステップ1: 急性期の言語危機。急性期の失語症患者には危機介入という観点からのアプローチが必須で

ある。コミュニケーション能力を喪失した失語症患者にコンタクトしアクセスする方法を、家族などの患者の周囲に公開し、さらにこの関わり合いをより深めることが当面の目標となる。これは機能喪失によって引き起こされた悲哀が不当に長期に渡ることを予防する意味でも必要なアプローチである。

ステップ2：“Langue”の病。次に、失語症をシニフィアンの構造化の障害（“langue”の病）と考え、その制度化された象徴の機能再建のための土台として、シニフィアンの恣意性を許すことから、この段階の治療が始まる。この治療ステップにおいては、シニフィアンの存在意義は相互差異化そのものと理解され、シニフィアンの誤りは問題とされない。ここでは、患者も治療士も共に陥りやすい実体論的（いわば常識的な）記号論——林檎というものは「りんご」と呼ばなければならないというような——は最初から破棄されている。シニフィアンの存在意義は相互差異化の継続だけで十分である、という暗黙の契約が患者と治療士の間で結ばれる。これにより失語症者は自らのシニフィエを保持しながら自由にシニフィアンを再構成できるようになる。

ステップ3：同一的自己の気づき。象徴機能の再建のための段階として、いわば鏡像段階（Lacan）に相当するステップがあえて設定される。それは他者のまなざしや言語による攻撃により閉じ込められ引きこもることなく生活するための練習である。患者は、（静的な言語観で表現すれば）シニフィアンの誤りにも関わらず、役割行動としての言語・行為の連辞関係の中に適応・生存している自己を追認する。これは、言い換えれば、行為の連続の中に有意義なゲシュタルトを作り出している自己を発見することである。つまり、シニフィアンは様変わりしてもシニフィエの同一性を保ちながら生きていけることを確認する作業である。この患者の気づきを鏡像段階に相当すると考える。

ステップ4：環境への自己展開。患者は、制度化されたシニフィアンを取り戻せなくても、シニフィアンの相互差異化機能をさらに強化させ、それを通じての現実への適応性を徐々に確実化させていく。その試行錯誤の過程において、種々の不安を乗り越え、情動の安定化を背景に、根源的な言語・行為のゲシュタルト能力を確立する。

以下に症例を提示して、より具体的な考察を試みる。

IV. 症例検討

〔症例1〕 63歳（初診時）の右利き男性。診断名：脳梗塞。重度Broca失語。

現病歴：1988年9月、右片麻痺、言語障害にて発症。発症2週間後、言語室初診。

言語障害：聴覚的理解は単語レベルでは保たれ、短文理解の段階より誤りが生じる。複雑な内容の理解や話題の急変への対応も困難であった。しかし、単純な日常会話の理解はほぼ可能であった。表出面は、音声言語は「アー」等の発声のみで、有意味語の発話は全く認められず、書字も困難であった。日常会話場面では時折、指さしや身振り等による表出が認められたが、その意味は不明であった。コミュニケーション不成立によるいらだちや困惑の表出が多々認められた。それ以上に、家族の不安が甚だしく、「言いたいことがわからない」とか、「話せたら、話さえ出来たら」と、患者に対して発話を強要した。さらに患者が適切な指さしや身振りの表出をしても、それをくみ取ることなく、その行為の意味を認めなかった。

言語治療：まず、言語＝分節・差異化の概念に基づき、指さし確認を徹底させた。それにより、身体を用いた分節・差異化の過程への気づきを促通した。また、従来の絵カードを媒介として使用し、治療士が身振り、描画等の様々な表現手段を豊富に提示したり使ってみせたりして、患者自身が表出手段として身振りや描画を使用していくことを促通した。

次に、訓練語を用いた身振りによる相互伝達訓練を展開した。その際、治療士は患者に対し、誤りを指摘することはせず、相互に「伝わった、伝わらない」のみを返答するような場面を設定し、多様な伝達方法の可能性を提示した。同様に、家族に対しては、豊富な表出手段が選択可能であるということを感じさせる働きかけをした。

その頃より、患者は病棟生活において、適切な指さし、身振り、描画を駆使したコミュニケーション行為を徐々に展開し始めた。しかし依然として、家族は言語に固執し、これらの行為を全く評価せず、患者は家族とのコミュニケーション不成立にいらだちを高めていた。そこで治療士は、病棟での患者と家族のコミュニケーションに対しても積極的な治療的介入を行った。

一つのエピソードを挙げる。患者が白紙に「三尺」という文字を書き、それから2つの長方形の絵を描い

た。さらに左手で引き戸を開けて、中から取り出す身振りを表現した。これは明らかに、押入の三尺(下段)から患者のものを持ってきてくれという意図の表出であったが、家族はその意図を理解し得ず、「話せたら、話せたら」と言うのみであった。これは失った言語を取り戻すということのみに固執した家族と、それに当惑し続ける患者の双方が陥った袋小路であった。この閉塞的状况において、治療士は、患者の表出の全ての手がかりを統合してコミュニケーションの成立に至るプロセスを提示した。具体的なコミュニケーション場面における、この種の介入が何回も試みられ、徐々に、患者の表現に対する家族・患者双方の「気づき」が生じてきた。こうして時間をかけて、両者の言語への固執はより柔軟なものへとシフトすることができたのである。これ以後、家族のフィードバックは「わかった、わからない」に変わり、「絵で描いてみて」と描画を促したりすることも多くなり、コミュニケーションの成立が促進された。こうして、患者はコミュニケーション自体に対してもより意欲的になり、身振り・描

画・書字等を用いる相互の意思疎通がかなり可能となって、退院の日を迎えることができた。

[症例2] 53歳、右利き主婦。短大卒。診断名：左内頸動脈瘤術後。重度Wernicke失語。

現病歴：1988年1月、RINDにて発症。同日、脳血管写で左内頸動脈に動脈瘤が発見されたが経過観察された。同年4月、動脈瘤のクリッピング術施行。翌日、軽度右片麻痺、失語症出現。1ヶ月後、言語治療開始。

初診時評価：標準失語症検査(SLTA)結果を図1に示す。発話は流暢で多弁・語漏的であるが、喚語困難、意味性錯語、保続が強く、意思伝達は困難であった。また、病識が不十分で、状況判断も不良であり、しばしば「分からない、分からない」と言い困惑様を呈した。これらの症状から、患者は環境世界をうまく分節・差異化することができず、混乱していることがうかがわれた。

言語治療：治療士はまず、環境調整・家族指導を行なうと共に、PT訓練時に同伴した。これは、患者と空間・時間を共有して、身体行為と音声言語の機能的

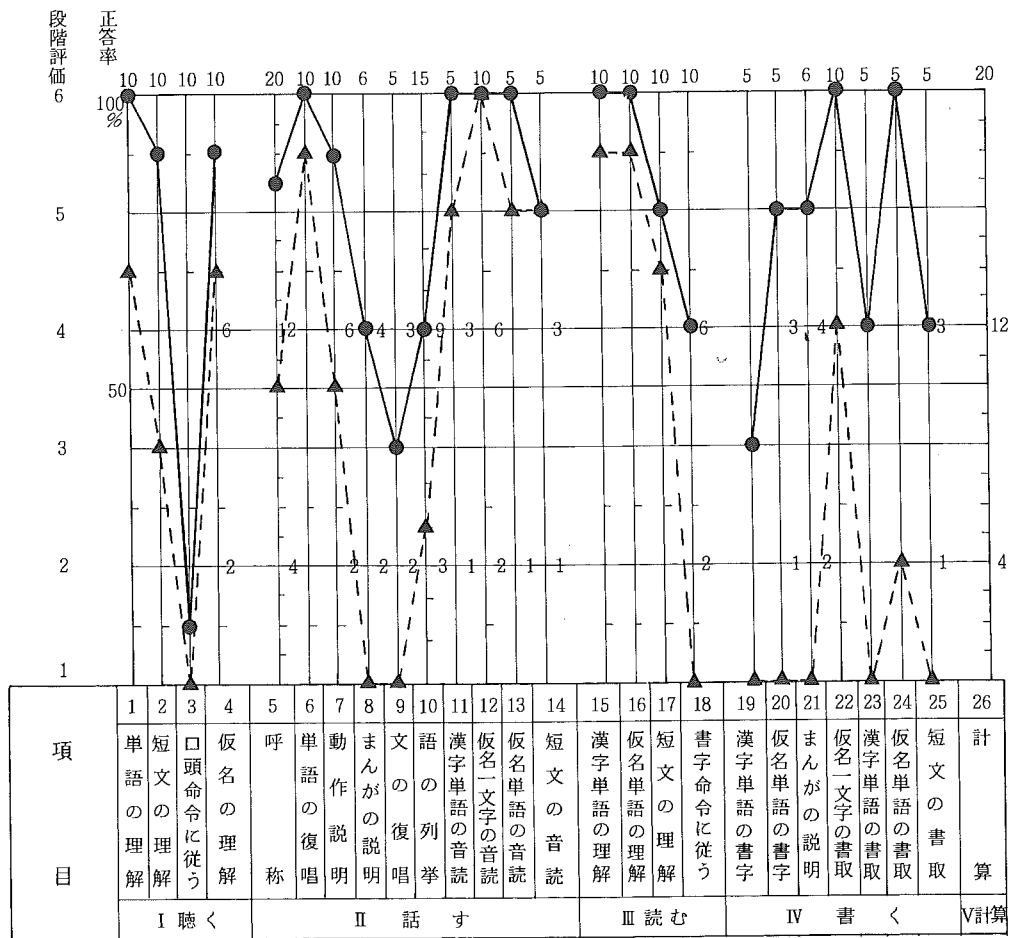


図1 症例2のSLTA：初診時(▲印と破線)、言語治療終了時(●印と実線)

統合を目的としたことである。PT訓練内容の実演と言語化を患者・治療士間の双方で交互に実施した。これと並行して環境認識の向上を目的に、環境から一つの情報に注目し、これを“langage”の水準で差異化する課題として、隠し絵の中の一つの対象項目の選択とその色塗りをともに実施した。そして、身振りによる象徴機能の向上とともに、他者との共存的感情の社会化を目的に、身体を伝達手段とした相互意思疎通訓練に移行した。こうして徐々に、病識・状況判断が改善し、訓練室間を状況に応じて往復することが可能になった。

しかし、環境の中での自己の気づきに伴って、自己の行為とそれに対する自己のイメージにずれがあることを、環境からのフィードバックにより否応なしに感じさせられ、徐々に不穏状態に陥った。「私やっぱり変かしら。おかしいって（他人が）見ているみたい。おかしいこと言っているって言われたの」と言い、自己の不完全な病識にこだわり、その結果、いわば“langue”に固執する袋小路に陥ってしまった(ステップ2)。

退院が間近であったため、宿題として、課題語の書字・描画を実施したが、「いくらやっても覚えられない」と言うばかりか、身振りによる相互伝達訓練時にも、課題語が出ると、その呼称や書字に固執し、それができないことに絶望感をあらわにし、あくまで“langue”に対してこだわり続けるのであった。このために対人的関係も改善せず、“langue”としての言語機能への執着は容易に解消しなかった。

退院後も通院治療を受け、しばらくは宿題も続けられたが、宿題がむしろこの執着を助長していると解釈されたので、これを中止した。そこで自己イメージを患者自身の身体を通して現実的な行為に高めることを目的に、治療者は鏡像としての役割に徹しつつ、身振りによる相互伝達訓練のみを行った。呼称へのこだわりは依然として見られたが、治療士は可能な限り中立的態度を保ち、ただ「伝われば良い」ことのみを強調し、また大ざっぱな身振りであっても、それが明確にできるように指導した。これにより再び表情も明るく意欲的になり、迂言・擬音・感嘆詞などの言語的な付帯信号も多くなり、呼称の正誤への固執も減少して、伝達し得たか否かに注意が向くようになった。

この段階を経過してはじめて、明瞭に差異化された“langue”のレベルの訓練を、言語治療に導入した。例えば、課題語を「箸とご飯」「煙草と灰皿」といっ

た、差異の強調された単語対の使用による訓練に移行した。このころ、患者が身振り表現する際に、「先生がいつもやるから」と言っ、治療士が表現する身振りを鏡像的に取り込む傾向が認められた(ステップ3)。

この頃より各方面での自己実現への意欲が高まり、積極的にお洒落を楽しむようになったりして、社会性の回復も一段と進んだ。同時に訓練では、社会的環境を通しての自己の確認、自己の役割の再獲得の方向づけのために、他の失語症者との間で相互に伝達しあうペア訓練を実施した。ペアの相手を気づかう言葉も多く見られ、家庭でも、一人で留守番をし、家事一切をほとんど完全に行い、主婦としての役割を十分に担えるようになった(ステップ4)。

その後患者は「言葉って難しいからなかなかうまくいかない」と時に落ち込むものの、「やれば何とかなる。やっているうちにわかってくるの」と、適応のための文脈を語り、また観劇や同窓会に出かけていき、病前との同一性も再獲得する努力を続けた。さらに「間違うと相手に失礼だから」と自己の状態を他者に説明したり、相手に自分の誤りを指摘してくれるよう依頼するなど、社会的なつながりの中に自己を豊かに表現することが可能となった。最後に訓練終了時のSLTAの結果を示す(図1)。

[症例3] 43歳、右利き男性。診断名：頭部外傷、脳挫傷、脳幹損傷、右前頭部頭蓋骨骨折。重度Broca失語または全失語。

現病歴：1985年、列車事故にて受傷、某救急病院入院。翌年失語と行動異常にて某精神病院を経過後、某救護施設に入所した。この間、ほとんど言語的表出はなく、言語理解も重度に障害されていた。これまで言語治療は受けていない。受傷7年後、この施設の近くに言語治療部門が開設され、待ち兼ねたように受診した。施設職員は、言語障害が重篤で、言語治療士の所に連れて行けば、話ができるようになるだろう、とその期待を表明した。

言語治療開始時問題点：ほぼ全失語状態、重篤な見当識障害、発動性欠如、保続などの前頭葉症状群、右上肢の麻痺を認める。歩行可能で、言語室へは施設職員同伴で通院した。施設での日常は、用意された状況で毎日常同的な生活を遂行するのみであった。また集団の中でも、完全に自閉的な状態で、感情の表出もほとんどなかった。

言語治療：まず治療士は、言葉による語りかけの圧倒性を回避し、発話に対していただいているかもしれな

い不安や恐怖の要素を取り除くように心がけた。従って、いきなり言語訓練に入ることはせず、風船吹きなどの身体活動を促通刺激として、社会的な共存在感覚や自己表出の可能性への気づきを促した。その上で、身体活動を利用した身振りによる相互伝達訓練に移行した。患者は徐々に、感情表出が豊かになり、不随意的な発声を見るようになった。

治療士は常に患者の自己表出を促し、いかなる表出も無意味ではないという態度をとった。具体的には、治療士に加え、他のスタッフや他の患者も動員してペア訓練を行ない、あるいは単純なロールプレイ的表出を促進した。身振り伝達訓練では、当初の動作は静止的で、課題絵の身体模倣であったが、徐々に運動が伴うようになった。その頃より空中での描画などの行為も出現したので、表出手段として描画を促した。ペア訓練では、自己の身振りが相手により発話に変換され、伝わったことが分かると、思わず拍手をして喜ぶ場面も観察された。しかし、他者のまなざしには敏感で、突然の第三者の介入で課題が困難となる場面も観察された。施設では誕生会に参加しても、その場に興ずることなく、ただ眼前のケーキを食べるのみであった。

治療士は言語室での訓練と並行して、生活空間へ働きかけるために、作業所に誘導し、共に作業を行った。ペア訓練では、相手を意識して相手と視線が合うまで、身振りを開始しなかったり、時には発声を用いて相手の注意を喚起するようになった。また突然の第三者の介入にも応答できるようになり、これらを通じてコミュニケーション行動は徐々に拡大していった。施設においても、明るくなったと評価され、相手によっては1対1の対応下での自己表出も可能となった。しかし依然として、職員の中には「しゃべれるんですか、名前言える？おはようって言ってごらん」などと話しかける人もいて、その度に患者は自閉の内に沈むのみであった。

治療士は、環境・社会に共存在するためには必ずしも言葉は必要ないのだということを納得させ、真の自己実現の達成感に共感し支援することを心がけた。施設では職員に重要なのは「言える」ことではなく「交わす」ことであると説明し協力を求めた。やがて患者は自発的に言語室へ来るようになり、身振り伝達訓練では、伝達不能に応じてノートに描画を要求したり、自ら絵を描くようになった。施設では、園長の歌に合わせ、有志の一員として踊りに参加したりするようになった。周囲は、患者に発話を求めることなく、患者

自身の存在を認めるようになった。

V. 考 察

症例1は、重度のBroca失語患者であり、障害に対する本人と家族の受容過程に大きな問題がひそんでいた。あくまでも“langue”レベルの言語回復を期待する家族との葛藤に、治療士が積極的に介入を行なって、成功した例である。患者・家族双方にとっての障害の「気づき」に対して治療士の果たす役割が存在することを物語っている。

症例2は、重度のWernicke失語の患者で、病識障害が重要な問題であった。患者は最初、自己とその障害のあり方に対する気づきに欠け、内部感覚と環境とが共振していなかった。まず治療士は、共に空間を共有することで、患者の自己の存在を保証し、身振りによって共振可能であることを気づかせた。患者はさらに、誰ともコミュニケーションしたいという欲求を展開する中で、“langue”に固執する袋小路に陥った。治療士は、言葉が必ずしも不可欠な存在ではないことを納得させつつ、身振りによる共存在感覚を強化した。患者の経過は、環境から自己自身をみ分け、意味レベルの統合が始まり、主体の実現に向けて自己展開するという発達の段階を踏んでいた。治療構造の中で治療士は鏡像の立場で関わり、いわば発達論的な空間・時間の分節・差異化の援助を行ったのである。

症例3は、重度のBroca失語または全失語の患者であり、多彩な精神症状もあって、長期に渡る施設入所の生活を送っていた患者である。言語治療開始時の患者の自我は、おそらく、周囲の投げ掛ける圧倒的な言語的差別のステレオタイプ化したまなざしの下に逼塞し、患者は、同様の堅いまなざしを投げ返す他に表出の手段を持たなかったのであろう。治療士は自らを柔軟にシフトさせながら、患者と患者を取り囲む環境の双方に働きかけ、患者に注がれるまなざしを柔軟なものに揉み解しながら、患者の自己の実現の再建を支援した。その結果、患者は自閉状態から開放され、限られた表出ではあるが、その等身大の自己を環境に展開していった。

言語には制度化された表層としてのそのほかに、その深層に横たわる本質的な契機が存在する。しかし、今まで神経心理学で扱われてきたものは、制度と化した“langue”の水準における逸脱のみが対象であった。脳の障害と症状とのマッピングによる「科学」的な障

害学は、言語の表層における障害の表現には役立つものの、障害を持つ主体のレベルまでを捉えることは不可能である。本稿においては、これを可能にする一つの視点を提示するとともに、それに基づく治療構造と、そこにおける治療士の役割について、具体的症例を提示して考察した。

静的言語観から力動的言語観へ。その結果、失語症者の「生きる主体としての体制作り」という課題とともに、治療士の役割が浮き出されると思われる。失語症は、患者および家族にとっての喪失体験である。その結果、患者は現象として失った言語機能に固執し、自己の否定と共にコミュニケーション不成立による危機的状況に直面する。そこで治療士は、いわゆる言語に固執しない「柔軟な存在」として機能し、まず言語を失った患者の存在をそのまま認容すべきである。その上で、失われた“langue”の回復に直接に向かうのではなく、シニフィアンとの恣意性を許容して、患者の自己の同一性を映し出す鏡として機能する。こうして、患者の硬直した袋小路的状况を解消する方向性を堅持しつつ、患者・環境の双方に積極的に働きかける必要がある。

以上の関わりを経て、患者は欠損部分に固着した全否定から救出され、「良い」自己への「気づき」が生まれ、自己の同一性の認識に向かう。こうすることによって、内だけに向けられた固執に対して、外界が導入的に再認識され、他者の存在の「気づき」へと発展する。そしてはじめて他者との関係の中で、自己の存在を認めていくことができるようになる。これはまさ

に、広い意味での主体性の再建過程であり、その中で共同作業することが治療の意味と言えよう。

本稿は、第12, 13, 15, 17回日本失語症学会、第15, 20回日本聴能言語学会において発表したものをまとめ、それに加筆したものである。種々様々なご教示とご援助を賜った、村上恵一先生（前東海大学教授）、古賀孝三郎先生（自衛隊中央病院リハビリテーション科部長）、石川卓志先生（同院医長）、鈴木淳先生（新潟リハビリテーション専門学校）、渡辺俊之先生ならびに青木孝之先生（東海大学医学部精神科）、田中博先生ならびに大田哲司先生（東海大学大磯病院リハビリテーション室）に深く感謝します。

文 献

- 1) Davis GA, Wilcox MJ: Incorporating parameters of natural conversation in adult treatment. In: Chapey (Ed): Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. Williams & Wilkins, Baltimore, 1981, 1986.
- 2) Davis GA, Wilcox MJ: Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics. College-Hill Press, San Diego, 1985.
- 3) 伊藤元信: 左脳損傷とリハビリテーション—失語症への新しいアプローチPACEを中心に。総合リハビリテーション 16: 863-868, 1988.
- 4) 丸山圭三郎: ソシユールを読む。岩波書店, 東京, 1987.
- 5) 丸山圭三郎: 生命と過剰。河出書房新社, 東京, 1987.
- 6) Wepman JM: A conceptual model for the processes involved in recovery from aphasia. J Speech Hear Dis 8: 4-13, 1953.
- 7) 山鳥重: 神経心理学入門。医学書院, 東京, 1985.

【原著論文】

日常ストレス対処行動の評価尺度の作成

辻 裕美子¹⁾²⁾ 塚本 尚子¹⁾³⁾ 岡田 宏基⁴⁾ 近喰ふじ子¹⁾ 川田 まり¹⁾
 杉江 征⁵⁾ 永田 頌史⁶⁾ 宗像 恒次⁷⁾ 吾郷 晋浩¹⁾²⁾ 石川 俊男¹⁾

抄録：本研究の目的は、日本の一般社会人の日常ストレス対処行動を把握する評価尺度を作成することにある。既成のコーピング尺度では、日本人の対処行動の特徴が十分反映されているとは言い難い。そこで、2回にわたる調査研究を行った。まず、成人男女62名に対し「ストレス日誌」を3週間にわたり記入してもらい、ストレスとなった出来事、ストレス反応、対処行動の具体的な事象を把握した。次に、日誌をもとにコーピング質問票を作成し、成人男女583名に施行し、結果について因子分析を行った。その結果、5因子(問題への取り組み、自己統制、外的資源の活用、積極的気分転換、陰性感情発散)が抽出され、高い信頼性が得られた。

精神保健研究 45 : 53-61, 1999

Key words: coping strategies, daily life, Japanese adults

I. はじめに

心理社会的ストレスとそれに対する対処行動は、健康を左右する重要な要因であり、これまでもストレスの測定や対処行動の測定から、健康障害を引き起こすリスクファクターを捉えようとする試みが積極的に行われてきた。この領域の研究の初期には、強いストレスとなると考えられる生活上の出来事(Life Event)を中心に測定が行われ、精神的な健康

も含めた健康度との相関が検討された⁸⁾。その代表的なものとしてSocial Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe)⁹⁾があげられる。わが国においても、久田・丹羽⁴⁾が大学生用のLife Event尺度を作成して抑うつとの関係を検討しているが、十分な相関関係は明確にされなかった。Lazarusら²⁾⁹⁾は、ストレスの健康障害へ与える影響として個人の認知的な側面とその対処行動の重要性を指摘し、ダイナミックな流れのなかでストレスと健康との関連を捉えようと試みた。この流れを受けて、プロセスとしての対処行動(コーピ

Construction of a scale for measuring coping strategies in daily life

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所
心身医学研究部

[〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3]

Yumiko Tsuji, Naoko Tsukamoto, Fujiko Konjiki, Mari Kawata, Yukihiko Ago, Toshio Ishikawa: Division of Psychosomatic Research, National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

²⁾国立精神・神経センター国府台病院心療内科
Yumiko Tsuji, Yukihiko Ago: Department of Psychosomatic Medicine, Kohnodai Hospital, NCNP

³⁾東京都立保健科学大学保健科学部看護学科
Naoko Tsukamoto: Tokyo Metropolitan University of

Health Sciences, Faculty of Health Sciences, School of Nursing

⁴⁾香川医科大学総合診療部

Hiroki Okada: Department of Primary Care Medicine, Kagawa Medical School

⁵⁾筑波大学心理学系

Masashi Sugie: Institute of Psychology, University of Tsukuba

⁶⁾産業医科大学産業生態科学研究所

Shouji Nagata: Institute of Industrial Ecological Sciences, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health

⁷⁾筑波大学体育科学系保健管理学科

Tsunetsugu Munakata: Institute of Health and Sport Sciences, University of Tsukuba

グ)を測定する新たな尺度の開発が始まった。Folkman & Lazarus²⁾は、68項目(のちに51項目に改訂)のWays of Coping Scaleを開発し、8つの因子(直面的対処、距離を置く対処、自己統制、ソーシャルサポートの探求、責任の受容、逃避と回避、計画的問題解決、肯定的再評価)を抽出しているが、その尺度は多くの研究に用いられている。また、Carverら¹⁾は、53項目のコーピング質問票から14因子を抽出している。わが国においても、尺度開発のための研究⁷⁾⁹⁾¹⁰⁾が行われている。しかし、これまでなされてきた研究の多くは、大学生を対象に行われたものが多く、また、用いられている尺度は、Lazarusらの尺度を参考にしたものが多い。しかも、従来のストレスコーピング研究で取り上げられているストレスラーとしては、ある単一のストレス場面を想起させたり、あるいはあらかじめ設定したストレス場面について想像させ、その場面に対する対処行動について回答を求めたものが大部分である。ストレスラーには、生活を急激に変化させる大きな出来事や慢性的な多大な苦痛を与えといった特殊な状況だけでなく、日常生活で日々生じている子細な出来事もまた健康を左右するストレスラーとなりうる事が指摘されている⁹⁾が、そういった日常ストレスへの対処行動を取りあげたものは少ない。

そこで、本研究ではこうした点から、一般社会人を対象とし、はじめに日誌形式の自由記述調査により

日々のストレスラーとそれに対する行動の具体的事象を詳細に把握することを試み、次に質問票調査により日常生活で生じる日々のストレスラーに対する日常のストレス対処行動を評価するための尺度化を試みた。

II. 調査 1

対象と方法：調査の主旨を理解し協力が得られた成人男女100名に対し、3週間にわたり連続して規定の用紙に、日常生活で生じるストレスに関して記録するよう依頼した。記録用紙「ストレス日誌」の各頁に、「ストレスを感じた出来事・苛立ち事」とその結果生じた「ストレス症状」、そしてそれらに対して取った対処行動として「それに伴う考えや行為」の三つの記

表1 調査1の対象

	男 性	女 性	計	
人数(名)	22	40	62	
年齢(歳)	37.1	39.2	38.5	
職	無職(名)	0 (39.7歳)	10	
	有職(名)	21 (37.7歳)	28 (39.5歳)	49
業	学生(名)	1	1	2
	不明(名)	0	1	1

表2 対処行動の具体的事象

問題への取り組み	頑張る、とにかくやる、一生懸命取り組む、どうしたらいいか計画を立てる、検討してから実行、やり方を変える、反省する、反省し謝る
認知の転換	(見方や考え方を変える)いい経験と思う、乗り過ごした時間本が読めると思った、いいチャンスと考えるよう努力する、昨年よりましだと思返す、雨の日よりもまし
自己への励まし	「頑張ろう」「落ち着こう」「やることはやった」「なんとかなる」と自分を励ます、言い聞かせる、納得させる、落ち着くよう努力する
ソーシャルサポート	相談する、意見を求める、誰かと話す、話を聞いてもらう、電話する、夫に甘える、妻に肩をもんでもらう、仲間の協力を得る、医者にみてもらう、カウンセラーに相談
感情抑制	我慢する、あきらめる、仕方がないと思う、黙る、無視する、後悔する
気分転換	(喫飲) コーヒー・紅茶・たばこ・酒を飲む、お菓子を食べる、(休息) 眠る、昼寝入浴、(運動) 散歩・体操・スポーツ、サイクリングをする、軽くマラソン (趣味他) 音楽を聞く、歌を歌う、TV・ビデオ・映画を見る、本・雑誌・新聞を読む、家の整理をした、片づけをする、外出する、目を閉じてリラックスする、買い物する
感情発散	どなる、大声を出す、主人にあたる、子をたたく・叱る、怒る、物をなぐる、けんかする
問題からの逃避	家事の手抜きをする、仕事をやめたい・休みたい・早く帰りたい、事務的に仕事に没頭、他のこと(仕事・遊び・大酒)で忘れようとする、ピアノの練習をやらないことにする、あとまわしにした、時間に遅れていく
その他	ただうろろするだけ、どうしていいかわからない、何もしない、人生は無常なり

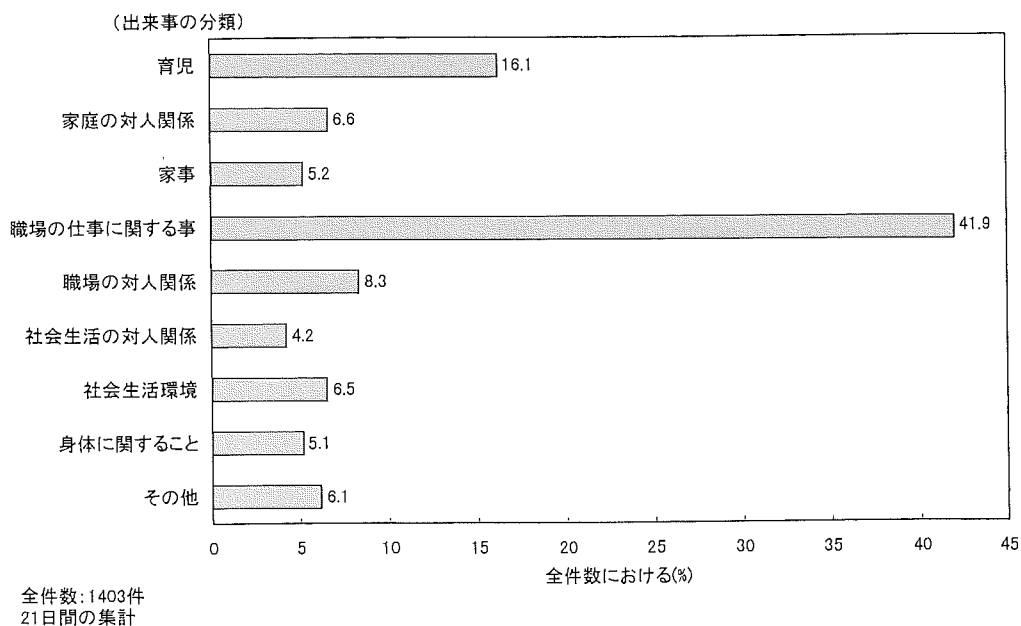


図1 出来事の内容-全対象

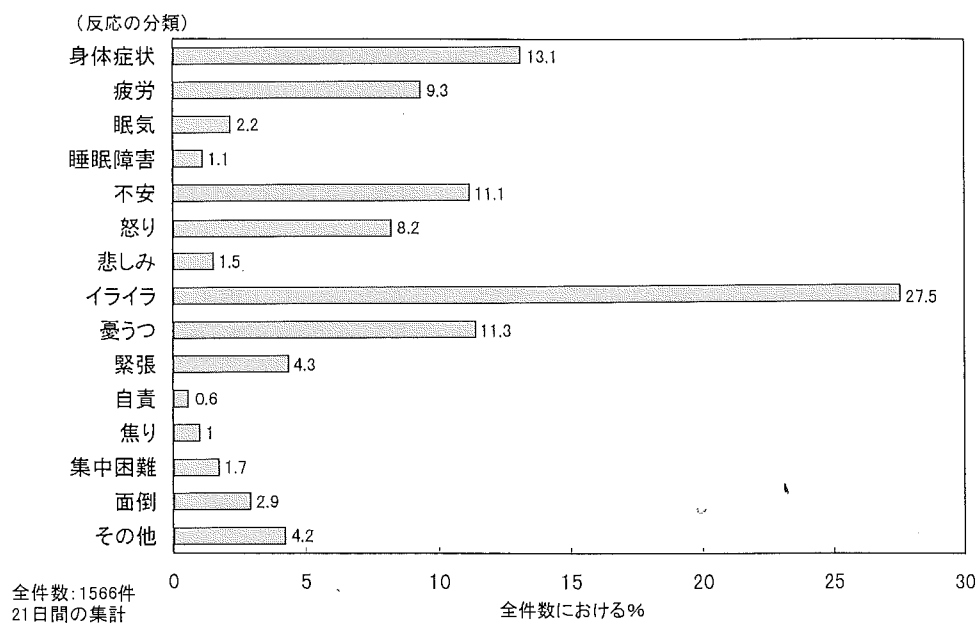


図2 反応の内容-全対象

入欄があり、自由記述するようになっている。記録用紙は直接、手渡しで配布し、連続して毎日1頁ずつ自宅で記入し、3週後に郵送により回収した。全期間記入のあった有効回答62名(表1)について集計を行った。

結果

得られた集計結果を図1, 2, 3に示す。対処行動に関しては、代表的な具体的事象を表2に示す。

ストレスとなったことは「職場の仕事に関する事」が圧倒的に多く、その結果生じた反応では「イライラ」を挙げた割合が最も多く、とった対処行動では「問題への取り組み」と「感情抑制」が多かった。

対処行動の具体的な記述内容をみると、「問題への取り組み」では「がんばろう」とか「落ち着こう」と「自分を励ました」とか「言い聞かせた」といった表現が比較的多く、「感情抑制」では「ぐっとがまんした」「黙る」といった表現が比較的多く記入されていた。

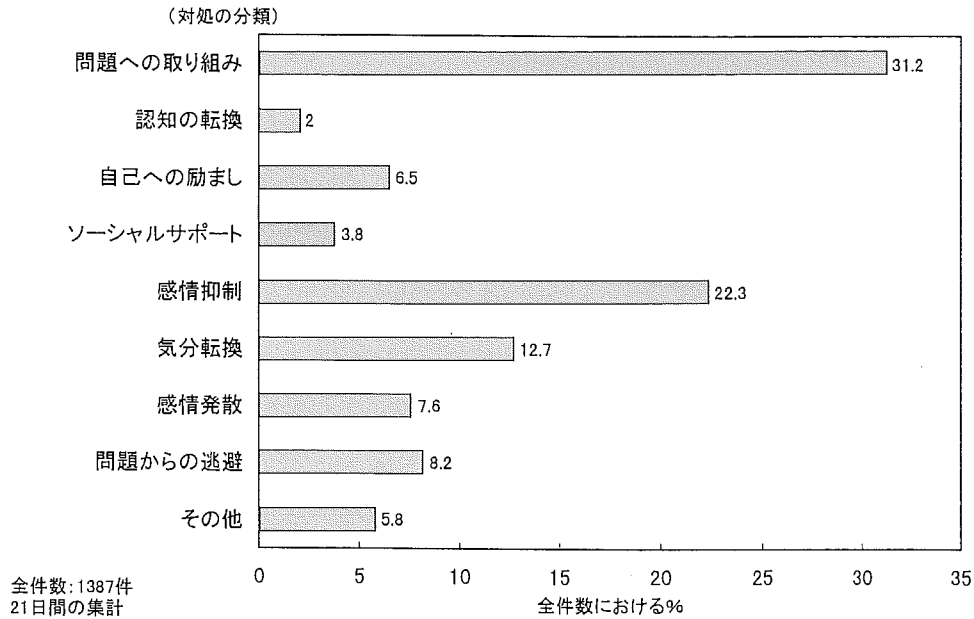


図3 対処の内容-全対象

Ⅲ. 調査 2

対象と方法：調査1で得られた対処行動の自由記述に基づき、新たに60の予備項目からなる4段階評定（0しなかった 1たまにそうした 2時々そうした 3いつもそうした）の対処尺度を作成し、「最近のあなたの日常を振り返ってみて、ストレスを感じたときにどのような行動を取ったかを思い起こし、質問票の各項目についてあてはまるところの番号に○をつけて下さい。」という教示を用いて、日常のストレスに対する対象者の全般的な対処行動を測定した。作成したストレス対処尺度、年齢、性別、職業の有無を含めた質問票を調査内容を理解し協力が得られた成人男女635人を対象に配布し、回答が得られた583名（回収率91.8%）について解析した。対象の内訳を表3に示す。結果を主成分法による因子分析を行い、信頼性の検討をクロンバックの α 係数を用いて行った。

結果：結果について主成分法による因子分析を行い、バリマックス回転を行った。はじめ固有値1.0以上で16因子を抽出したが、内容を詳細に検討し、先行研究で得られた因子内容と比較的一致し、解釈可能な因子の得られた5因子解を採用した。さらに各因子において、それぞれの下位尺度の構成基準として因子負荷量4.0以上の項目の中から、今後他のいくつかの調査票と組み合わせて使用する際に記入者の負担荷重になら

ない適正な項目数となること及び各因子に含まれる項目数がほぼ同じになることを目的に、内容の類似したもの因子負荷量の少ないものを除き、33項目を選出し、日常ストレス対処行動尺度とした。この33項目の

表3 対象

	男性	女性	計
人数(名)	288	295	583
年齢(歳)	39.9±12.4	31.0±8.5	35.4±10.5
職業	無職者(名)	123	124
	有職者(名)	285	454
	不明(名)	2	5
結婚	未婚者(名)	45	81
	既婚者(名)	147	306
	不明(名)	105	196

年齢層	男性	女性	計
20-29歳	61	147	208
30-39歳	71	104	175
40-49歳	103	29	132
50-59歳	50	8	58
60歳-	3	3	6
不明	0	4	4
計	103	295	583

(名)

尺度に関して、各下位尺度の内的整合性を示す α 係数は、第1因子0.854、第2因子0.713、第3因子0.788、第4因子0.796、第5因子0.691であり、比較的高い信頼性があることを確認した。

それぞれに該当する項目、因子負荷量を表4に示し、5因子までの寄与率を表5に現した。

第1因子は、「解決策をいくつか考えて、出来ることから取り組んだ」「見方や考え方を変えてみた」「頑張ろうと自分を励ました」など8項目からなっている。

第2因子は、「ぐっとがまんした」「しかたがないとか、どうせだめだとあきらめた」「時間が解決してく

表5 各因子の寄与率

因子	寄与率(%)	累積寄与率(%)
第I因子	18.5	18.5
第II因子	7.8	26.3
第III因子	5.5	31.8
第IV因子	5.4	37.2
第V因子	4.0	41.3

表4 因子分析結果

第I因子：問題への取り組み ($\alpha = .854$)	
8 解決策をいくつか考えて、出来ることから取り組んだ	.74
17 自分なりに解決への見通しや計画をたてた	.73
10 見方や考え方を変えてみた	.69
22 よい経験になると自分に言い聞かせた	.69
32 うまくいくようにやり方を変えてみた	.64
6 反省し、よくなかった点を改めようとした	.63
24 本や講演などで、解決に必要な情報を集めた	.56
30 がんばろうと自分を励ました	.48
第II因子：自己統制 ($\alpha = .713$)	
5 ぐっとがまんした	.63
19 動揺や悩みを人に知られないようにした	.59
11 なんとかしようと思っているうちに時間がたってしまった	.55
9 しかたがないとか、どうせだめだと、あきらめた	.55
2 なるべく人といることを避けた	.53
23 時間が解決してくれるのを待った	.47
29 気がのらなくても、まわりに合わせようとした	.45
13 人には頼らず自分だけで解決しようとした	.42
第III因子：外的資源の活用 ($\alpha = .788$)	
1 誰かに話して、気持ちをわかってもらった	.71
18 人とおしゃべりして、気持ちをまぎらわせた	.70
26 買い物をして気を晴らした	.64
21 親しい人と一緒に過ごした	.61
3 おいしいものを食べたり飲んだりして、気を紛らわせた	.55
15 信頼できる人に相談し、助言や援助を求めた	.54
第IV因子：積極的気分転換 ($\alpha = .796$)	
14 趣味に熱中することで気分を変えた	.70
20 スポーツや運動をして気分転換をした	.69
4 遊びに熱中することで気を紛らわせた	.69
33 軽い運動をして気分転換した	.65
25 外での娯楽で気持ちを発散した	.62
28 山歩きや散歩など自然の中で気持ちを癒した	.41
第V因子：陰性感情発散 ($\alpha = .691$)	
7 家族にあたった	.68
27 まわりの人やベットの八つ当たりした	.67
31 どなったりして大声を出した	.61
16 物を投げたり壊したりして、うっぷんを晴らした	.49
12 取り乱して泣いてしまった	.42

れるのを待った」など8項目からなっている。

第3因子は、「誰かに話して、気持ちをわかってもらった」「買物をして気を晴らした」「おいしいものを食べたり飲んだりして気をまぎらわせた」など6項目からなっている。

第4因子は、「趣味に熱中することで気分を変えた」「スポーツや運動をして気分転換をした」など6項目からなっている。

第5因子は、「家族にあたった」「どなったりして、

うっぶんを晴らした」など5項目からなっている。

各因子に含まれる各下位尺度項目の平均値と標準偏差を表6に示す。第5因子に含まれる項目の得点は、他の因子の項目に比べ極端に少なかった。このことは、第5因子に含まれる対処行動を使用する割合が非常に少ないことを示している。

次に、各因子ごとに因子得点の平均値について性差をt検定により比較した。因子得点は各因子の下位尺度項目の評定値の粗点の総和とした。結果を表7に示

表6 下位尺度項目の平均得点値と標準偏差

	Mean	S.D.
第I因子：問題への取り組み		
解決策をいくつか考えて、出来ることから取り組んだ	1.38	.88
自分なりに解決への見通しや計画をたてた	1.46	.87
見方や考え方を変えてみた	1.29	.81
よい経験になると自分に言い聞かせた	1.32	.93
うまくいくようにやり方を変えてみた	1.15	.86
反省し、よくなかった点を改めようとした	1.37	.83
本や講演などで、解決に必要な情報を集めた	0.77	.85
がんばろうと自分を励ました	1.60	.89
第II因子：自己統制		
ぐっとがまんした	1.32	.90
動揺や悩みを人に知られないようにした	0.90	.90
なんとかしようと思っているうちに時間がたってしまった	1.17	.82
しかたがないとか、どうせだめだと、あきらめた	0.74	.74
なるべく人といることを避けた	0.58	.74
時間が解決してくれるのを待った	1.24	.80
気がのらなくても、まわりに合わせようとした	1.26	.86
人には頼らず自分だけで解決しようとした	1.36	.89
第III因子：外的資源の活用		
誰かに話して、気持ちをわかってもらった	1.51	.91
人とおしゃべりして、気持ちをまぎらわせた	1.42	.88
買い物をして気を晴らした	0.76	.90
親しい人と一緒に過ごした	1.18	.90
おいしいものを食べたり飲んだりして、気を紛らわせた	1.04	.88
信頼できる人に相談し、助言や援助を求めた	1.29	.92
第IV因子：積極的気分転換		
趣味に熱中することで気分を変えた	1.14	.96
スポーツや運動をして気分転換をした	1.11	.98
遊びに熱中することで気を紛らわせた	0.98	.92
軽い運動をして気分転換した	0.94	.90
外での娯楽で気持ちを発散した	1.10	.89
山歩きや散歩など自然の中で気持ちを癒した	0.60	.80
第V因子：陰性感情発散		
家族にあたった	0.57	.70
まわりの人やペットに八つ当たりした	0.43	.63
どなったりして大声を出した	0.16	.43
物を投げたり壊したりして、うっぶんを晴らした	0.16	.43
取り乱して泣いてしまった	0.27	.56

す。第1因子、第4因子においては男性の方が女性より、第3因子、第5因子においては女性の方が男性より有意に高かった。

同様に各因子ごとに年代差について一元配置の分散分析により差の検定を行った。この結果、表8に示したように第4因子を除く4つの因子で年代による有意差がみられた。第1因子は、20代よりも40代、50代で多く用いられており、一方第3因子では年代が高くなるにつれ使用が減少していた。

同様に女性については職業の有無について各因子ごとの差の検討を行ったが、有意差はみられなかった。

IV. 考 察

調査1で得られた対処行動には、問題の解決に取り組む行動を示した割合が最も多く、次いで感情を抑制する行為が多かった。これは、調査方法として当日中にとった対処行動を記載するよう指示したことから、即日「とりあえず」「がまんしたり、しかたがないと思って」「がんばって問題に取り組む」といったパターンが取られることが多かったことが示唆される。「がんばろう」とか「落ち着こう」と自分自身に言い聞かせたり励ましたりする行為は、最初「問題への取組み」の категорияに含めていたが、同様の記述が多くみられたため「自己への励まし」としてひとつの категорияとして取り上げた。

調査2は、調査1で得られた日常の対処行動の具体

的事象をもとに作成した質問票による調査分析であり、その結果、5因子を得た。

第1因子は、ストレスを引き起こした問題に関して直接取り組む行為と考えることができる。そこでこれを「問題への取組み」の因子と命名した。第2因子は、ストレスによって引き起こされた感情や行動を抑制し自己統制しようとする行為と考えられる。そこで「自己統制」の因子と命名した。第3因子は、外部にある資源を取り入れ活用する行為と考えられる。そこで「外的資源の活用」の因子と命名した。第4因子は、積極的に行動を起こすことで気分転換をはかる行為と考えられる。そこで「積極的気分転換」の因子と命名した。第5因子は、ストレスによって生じた陰性感情をそのまま表出、発散する行為と考えることができる。そこでこれを「陰性感情発散」の因子と命名した。

この因子構造をすでに同様の研究を行っている外国の文献による因子構造と比較してみる。Carverら(1989)が筆者らと同じように日常のストレス対処行動である「多くのストレスに対してふだん取っている対処行動」を取り上げ尺度化を行っている。そこで彼らの結果と比較すると、筆者らの第1因子「問題への取組み」は彼らの主に「積極的対処」「計画」「道具的ソーシャルサポートの探求」「肯定的再評価と成長」の4つの因子にわたっている。第2因子「自己統制」は、ほぼ彼らの「抑制的対処」の内容と一致しているが、彼らの「抑制的対処」は、時機がくるのを待つ、事態がよくなるまで手を出さない、と積極的肯定的な

表7 各因子における因子得点の性別比較

	第I因子 問題への取組み	第II因子 自己統制	第III因子 外的資源の活用	第IV因子 積極的気分転換	第V因子 陰性感情発散
全体 (N=583)	10.45	8.48	7.23	5.78	1.83
女性 (N=295)	9.83**	8.45	8.59***	4.90***	2.33***
男性 (N=288)	11.45	8.50	5.47	6.68	1.33

p<0.01, *p<0.001

表8 各因子における因子得点の年代別比較

	第1因子 問題への取組み	第2因子 自己統制	第3因子 外的資源の活用	第4因子 積極的気分転換	第5因子 陰性感情発散
20代 (N=208)	8.76	7.82	8.21*	5.83	2.03***
30代 (N=175)	9.10*	8.28	7.49***	5.45	2.06*
40代 (N=132)	9.82	7.82*	5.72	6.08	1.52***
50代 (N=58)	10.13	7.06	4.48**	5.90	1.19

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

意味合いの方が強い。第3因子「外的資源の活用」と第4因子「積極的気分転換」は彼らの因子では「精神的気分転換」の内容とほぼ一致しており、第5因子「陰性感情発散」は彼らの「情動への焦点化と発散」にはほぼ一致している。

Lazarusらのコーピング尺度は、「最近体験した最もストレスフルな出来事についての対処行動」を取り上げたもので、筆者らの調査で取り上げた日常ストレスに対してふだんっている対処行動とは若干ニュアンス異なっているが、多くの研究で参考にされていることから、筆者らの因子構造と比較してみると、Carverらの研究との比較で見られた点とほぼ同様のことがいえる。すなわち筆者らの第1因子「問題への取組み」に含まれる内容の項目は、Lazarusらでは主に「直面的対処」「責任の受容」「計画的問題解決」「肯定的再評価」の4つの因子にわたっている。第2因子「自己統制」は、ほぼLazarusらの「自己統制」の内容と一致しているが、筆者らの「自己統制」の内容があきらめ、がまん、なすすべがないといった消極的な意味合いが強いのにに対して、Lazarusらの「自己統制」は、冷静さを保とうとする、とっさの思いつきで行動しないとといったように、積極的肯定的な意味合いが強い内容となっている。筆者らの第3因子「外的資源の活用」は、Lazarusらの「ソーシャルサポートの探求」と「逃避と回避」に含まれている。第4因子「積極的気分転換」の内容の項目はLazarusらの因子では見当たらない。第5因子「陰性感情発散」は、Lazarusらの「逃避と回避」のなかの項目に含まれている。

これらのコーピング尺度の因子構造を全般的にみると、問題解決をはかる対処行動では、LazarusらやCarverら米国の研究で得られた尺度の方が筆者らのものより細分化しており、感情調整に関する対処行動は筆者らのものの方がより細分化しているように思われる。この違いは、質問票に含められた項目の違いも関係するであろうが、論理を重んじる欧米の思考と行動形態が反映されているとも思われる。その他に特徴的なこととして、Carverらを取り上げた因子に「宗教への転換」と「アルコールと薬物での気分転換」があることである。筆者らの質問票にも、はじめ宗教や薬物などに頼る対処行動を表す質問項目が含まれていたが、項目分析の結果、採用するだけの値が得られなかった。このことは日本人には宗教や薬物を通したストレス対処行動は極めて特殊なもので一般的ではないことを示しており、日米の生活様式の大きな違いと考

えられるかもしれない。

以上のことから、米国人と日本人の対処行動には、因子構造やその内容の意味合いに差がみられる可能性がある。したがって、日常行動を把握するには、やはり日本人の実態に即した内容を含んだ尺度を使用するのが望ましいと考えられる。

調査2より得られた尺度を用いて性差、年代差、職業の有無による差を検討した結果では、性差と年代差に有意差がみられた。性差では、女性の方により多く使われていたのは「外的資源の活用」と「陰性感情発散」であり、男性の方により多く使われていたのは「問題への取組み」「積極的気分転換」であった。Vingerhoets¹¹⁾も、Lazarusらのコーピングチェックリストを用いてコーピングの性差を調べ、女性が情動中心の対処行動をとりやすいのに比し、男性では問題中心の対処行動をとる傾向にあることを指摘しており、筆者らの結果と一致している。

対処行動に性差、及び年代差がみられたことは、今後、対処行動を比較する場合、性別、年齢を考慮に入れる必要があることを示唆している。

しかしながら、今回の対象者には多少のばらつきが見られるために、今後対象者を増やして標準化や妥当性の検討が更に必要となろう。

文 献

- 1) Carver CS, Weintraub JK, Scheier MF: Assessing Coping Strategies: A theoretically Based Approach. *Journal of personality and Social Psychology* 56: 267-283, 1989.
- 2) Folkman S, Lazarus RS: An analysis of Coping in middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 219-239, 1980.
- 3) Folkman S, Lazarus RS: Dynamics of Stressful Encounter. *Journal of personality and Social Psychology* 50: 992-1003, 1986.
- 4) 久田満, 丹羽郁夫: 大学生の生活ストレス測定に関する研究—大学生用生活体験尺度の作成. 慶応義塾大学社会学研究紀要 27: 45-55, 1987.
- 5) Holmes TH, Rahe RH: The Social Readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 11: 213-218, 1967.
- 6) Lazarus RS, Folkman S: *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York, 1984.
- 7) 尾関友佳子: 大学生のストレス自己評価尺度—質問紙構成と質問紙短縮について. 久留米大学大学院紀要. 比較文化研究 1: 9-32, 1990.
- 8) Robkin JG, Struening EL: Life event, stress and illness. *Science* 194: 1013-1020, 1976.
- 9) 新名理恵, 坂田成輝, 矢富直美, 本間昭: 心理的ストレス反応尺度の開発. *心身医学* 30: 29-38, 1990.

- 10) 庄司正実, 庄司一子: 職場用コーピング尺度の作成および信頼性・妥当性の検討. 産業医学 34: 10-17, 1992.
- 11) Vingerhoets AJM, Vanhech G: Gender, Coping and Psychosomatic symptoms. Psychological Medicine 20: 125-135, 1990.

Abstract : The Purpose of this study was to develop a new tool for measuring strategies which Japanese adults use for coping with stress in their daily life. Certain methodological issues emerged in the course of the coping research while using the developed scale. To solve these issues, we undertook this study in two steps. At

first, 62 adults were questioned regarding their every day stressful events, stress symptoms and coping strategies after keeping "stress diaries" for three weeks. In the next, a new tool for measuring coping strategies was developed based on the diaries. 583 adults completed the coping questionnaire, and factor analysis was conducted. The results show that the new tool contains 5 factors (Facing the problem, Self-controlling, Using outer resource, Active diversions, Exploding negative feeling) and that each has good internal consistency.



【原著論文】

高齢者の睡眠健康と生活習慣についての検討

—長寿県沖縄の調査結果—

田中 秀樹¹⁾³⁾ 平良 一彦²⁾ 上江州 榮子²⁾
 荒川 雅志²⁾ 山本由華吏¹⁾ 白川修一郎¹⁾

抄録：長寿県沖縄の高齢者を対象として睡眠健康と生活習慣について検討した。睡眠健康危険度の高い高齢者は、危険度低群に比べ、就床時刻と起床時刻が早くなり睡眠相が前進していることが明らかになった。また、危険度低群の高齢者は運動を行ったり、1時間未満の昼寝をとる人の割合が危険度高群に比べ多いことが判明した。さらに、危険度低群は病気の数も少なく、情緒的適応性が高いことが明らかになった。

精神保健研究 45: 63-68, 1999

Key words: elderly, Okinawa, morale, sleep-health, life habits

I. はじめに

高齢者では、様々な身体疾患の罹患率の増加とともに睡眠障害の発症も増えてくることが知られている。また、高齢者の健全な生活を阻害している要因には、生活習慣が大きく関係している可能性が高いことが指摘されている¹⁰⁾。厚生省は平成9年版厚生白書のなかで、「健康」と「生活の質」の向上のために、「生活習慣病」の概念を新しく提案している。健康増進や疾病予防という、一次予防の観点からの提案である。この生活習慣病を予防するための重要な柱のなかには、適

度な運動をする、適正な睡眠時間をとるなどの生活習慣と密接に関連した項目があげられている。一方、高齢者の睡眠健康の悪化とライフ・スタイルやライフ・イベントとの関係を検討した研究において、高齢者における睡眠の障害は、社会的適応や社会進出を妨害し、生活の質 (quality of life) や健康な生活状態の確保において重大な問題となっていることが指摘されている¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。また、中高年者では不眠を主とする睡眠健康の悪化が生活不満のなかで大きな割合を占めるようになり、これが心身両面で健康感を低め、生活ストレスを高めることが指摘されている⁶⁾。これらの知見は、睡眠健康の悪化が生活習慣病のリスクを高めていることを示唆している。さらに、中高年期以降には若年期には観察しがたい様々な睡眠障害の発生が報告されている⁸⁾。平均寿命や百歳長寿率などの指標で日本一を誇る沖縄では、いわゆる三大生活習慣病 (ガン、心疾患、脳血管疾患) による死亡率が日本全国で最も低く、また、人口10万人あたりの百歳以上の長寿者の占める割合が最も多いことは、良く知られている。そこで、本研究では、睡眠健康の悪化とその発生に関係すると考えられている生活習慣について、身体疾患による影響の少ない長寿県沖縄の高齢者を対象として実態調査を行い、睡眠健康の良否の観点から検討した。

II. 対象および方法

対象者として、沖縄県佐敷町在住の60歳から93歳の

The examination of sleep health and life habits of the elderly individuals: The Survey of long-live prefecture Okinawa

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所
老人精神保健部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Hideki Tanaka, Yukari Yamamoto, Shuichiro Sirakawa: Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

²⁾琉球大学教育学部生涯健康基礎講座

Kazuhiko Taira, Eiko Uezu, Masashi Arakawa: Department of Life Long Health Promotion College of Education, Ryukyu University

³⁾広島大学総合科学部人間行動研究講座

Hideki Tanaka: Department of Behavioral Sciences, Faculty of Integrated Art and Sciences, Hiroshima University

788名を無作為抽出した。また、対象者は通常の家庭生活を送っている者で、問題となる疾患に罹患している者は分析から除外した。保健婦を通じて自宅にて記入要領を十分に説明したうえで調査票を配布し、1週間後に配布場所にて回収した。有効回答数は684通であった。調査時期については気温等の影響が行動に強く現れるため季節に留意し、梅雨時期と盛夏を避け、1998年6月梅雨明け後に調査を行った。調査票は、睡眠健康調査アンケート¹⁰を一部修正したものをを用いた。生活習慣および睡眠の健康に関する質問項目(77項目)で構成された調査票である。睡眠にかかわる生活習慣に関しては、平日・休日の就床時刻、起床時刻、睡眠時間等を含む小児から高齢者まで共用の質問項目で構成されている。その他の生活習慣および睡眠健康に関しては、健康状態や健康意識度を把握するために、治療中の病気の有無、運動の有無などの項目、および高齢期特有の睡眠問題や社会適応度にも考慮し、高齢者専用の質問項目とLawton⁷のPGCモラル・スケールによる情緒的社会適応度についての質問項目を含め、構成した。

データ分析：睡眠にかかわる生活習慣の項目については、平日および休日の睡眠時間、就床時刻、起床時刻について、平均値、標準偏差を求めた。睡眠健康に関しては、白川ら¹⁰、田中ら¹³に準拠し、以下の5因子について検討した。さらに、その各因子得点の合計得点を睡眠健康危険度得点とし、総合的な睡眠健康の良否について検討した。

- 1) 第1因子；睡眠維持障害関連
 - (1) 中途覚醒, (2) 熟眠感, (3) 夜間頻尿
 - (4) 早朝覚醒
- 2) 第2因子；睡眠随伴症状関連
 - (5) 寝ぼけ, (6) 金縛り, (7) 恐怖性入眠時幻覚,
 - (8) むずむず脚・四肢運動異常
- 3) 第3因子；睡眠時無呼吸関連
 - (10) いびき, (11) 睡眠時無呼吸
- 4) 第4因子；起床困難関連因子
 - (12) 起床困難, (13) 床離れ
- 5) 第5因子；入眠障害関連因子
 - (9) 睡眠薬, (14) 入眠潜時

睡眠健康に関する各因子の得点については、各関連質問項目の得点の平均値を求め算出した。睡眠健康危険因子別得点を計算するために採用した質問項目は、睡眠に直接関係し、その反応が態度尺度と考えられる14項目である。各睡眠健康危険度得点の付与の方向は、

各質問項目の睡眠内容に問題があると考えられる反応を高得点とし、問題が全くない場合には、得点は0点とした。また、各質問項目に得点を付与した後、総得点を各対象者ごとに集計し、G-P分析による弁別力の検定を行うために、得点の上位25%をpoor sleeper群、得点の下位25%をgood sleeper群とし、抽出した。14質問項目および5因子に全てにおいて、両群間で統計的な有意差が認められ、全ての項目、因子に弁別力のあることが保証された。

統計的検定：数量化可能な項目あるいは因子に関しては、t検定、分散分析を用いて検定した。下位検定にはTukey法を用い、有意水準は5%とした。その他の項目に関してはクロス集計により出現頻度を算出し、 χ^2 検定を行った。

III. 結 果

睡眠健康危険度得点の序列により、睡眠健康危険度高群として上位150名(男性82名；平均70.8歳, 女性68名；平均70.9歳)、危険度低群として、下位150名(男性82名；平均69.8歳, 女性68名；平均70.7歳)を抽出し、群間比較を行った(表1)。年齢分布については、群間差、性差は認められなかった。図1は、睡眠健康危険度得点の群間比較を示したものである。睡眠健康危険度得点では、危険度高群が低群に比べ有意に高いことが確認できた($p < 0.01$)。図2は、睡眠健康危険度得点を構成する各睡眠健康危険因子の得点の群間比較を示したものである。各睡眠健康危険因子すなわち睡眠維持障害関連得点、睡眠随伴症状関連得点、睡眠時無呼吸関連得点、因子起床困難関連得点、入眠障害関連得点については、いずれの得点も睡眠健康危険度高群が危険度低群に比べ有意に高いことが明らかであった(いずれも $p < 0.01$)。5危険因子のなかでも、睡眠維持障害関連得点(高群平均 1.4 ± 0.5 ；低群平均 0.5 ± 0.3)と入眠障害関連得点(高群平均 1.4

表1 普段の就床・起床時刻と睡眠時間

項 目	睡眠健康危険度				危険率
	高群男性	高群女性	低群男性	低群女性	
就床時刻(時刻)	21:49 (0:52)	22:01 (0:56)	22:13 (0:58)	22:26 (1:05)	$p < 0.01$
起床時刻(時刻)	5:46 (0:56)	5:23 (1:02)	5:58 (0:52)	5:46 (0:59)	$p < 0.01$
睡眠時間 (時間:分)	6:59 (1:32)	6:41 (1:14)	7:37 (1:07)	7:16 (1:05)	$p < 0.01$

() 内は標準偏差を示している。

±0.8；低群平均0.1±0.3)は、他の因子、すなわち、睡眠随伴症状関連得点(高群平均0.3±0.4；低群平均0.0±0.1)、睡眠時無呼吸関連得点(高群平均0.9±0.8；低群平均0.3±0.4)、起床困難関連得点(高群平均

均0.7±0.6；低群平均0.1±0.2)に比べ、高群と低群の差が際だって顕著だった。さらに、睡眠時無呼吸関連得点、起床困難関連得点、入眠障害関連得点については有意な性差が認められた。睡眠時無呼吸関連の得点については、危険度高群の男性が1.2点と女性の0.6点に比べ有意に高く(p<0.05)、睡眠時無呼吸のリスクは男性で高いことが沖縄でも確認された。また、起床困難関連得点については、危険度高群で女性が0.8点と、男性の0.6点に比べ有意に高かった(p<0.05)。さらに、入眠障害関連得点も危険度高群で女性が1.5点と、男性の1.2点に比べ有意に高く(p<0.05)、入眠と睡眠維持に関しては、女性のリスクが高いことが明らかになった。そこで、睡眠健康の良否と睡眠にかかわる生活習慣の関連について検討した。表1の睡眠にかかわる生活習慣については、睡眠健康危険度高群が低群に比べ就床時刻と起床時刻ともに有

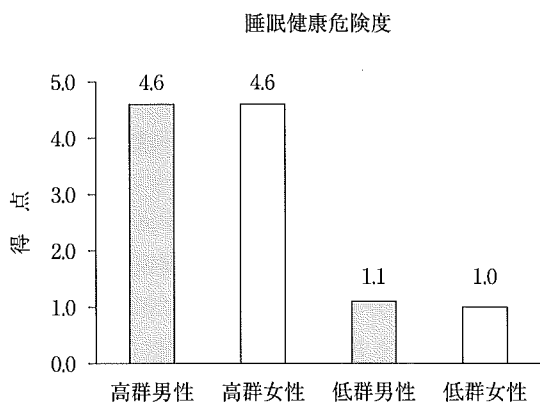
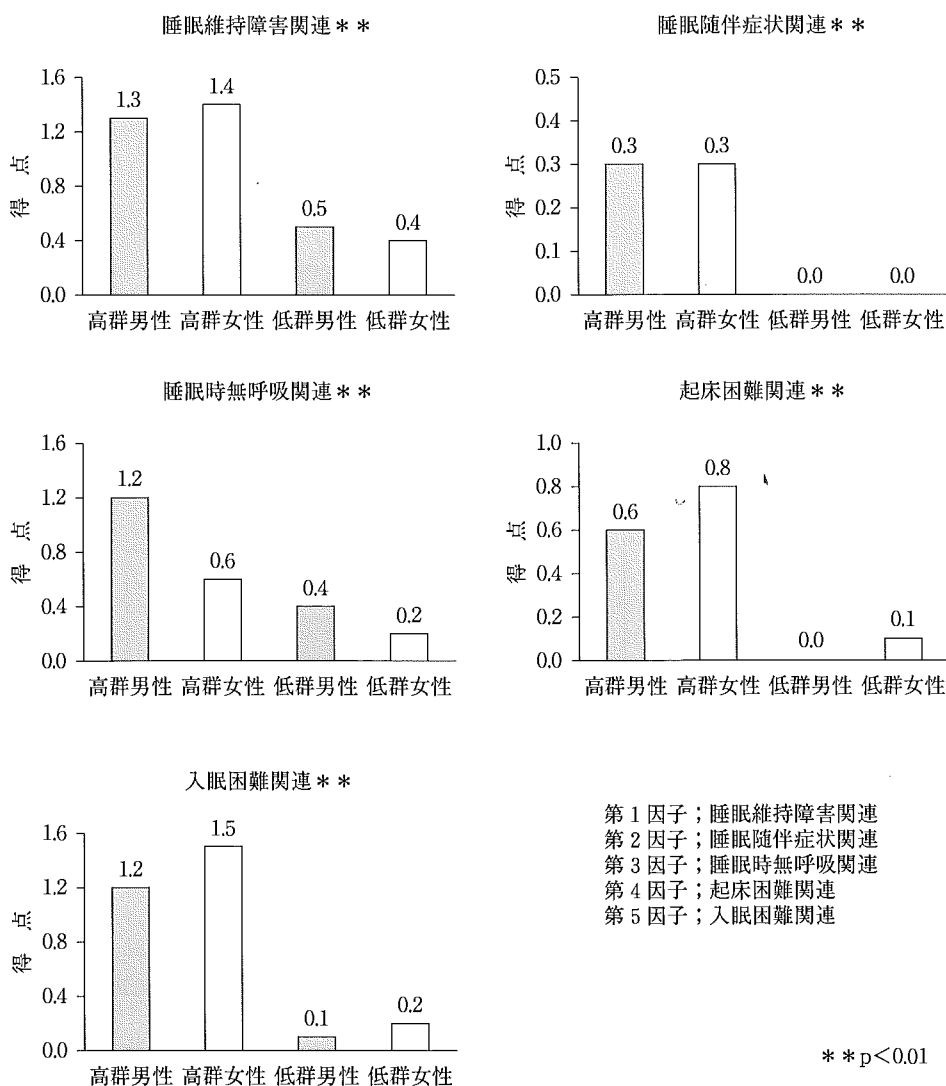


図1 睡眠健康危険度得点の群間比較



第1因子；睡眠維持障害関連
 第2因子；睡眠随伴症状関連
 第3因子；睡眠時無呼吸関連
 第4因子；起床困難関連
 第5因子；入眠困難関連

** p<0.01

図2 睡眠健康危険因子得点の群間比較

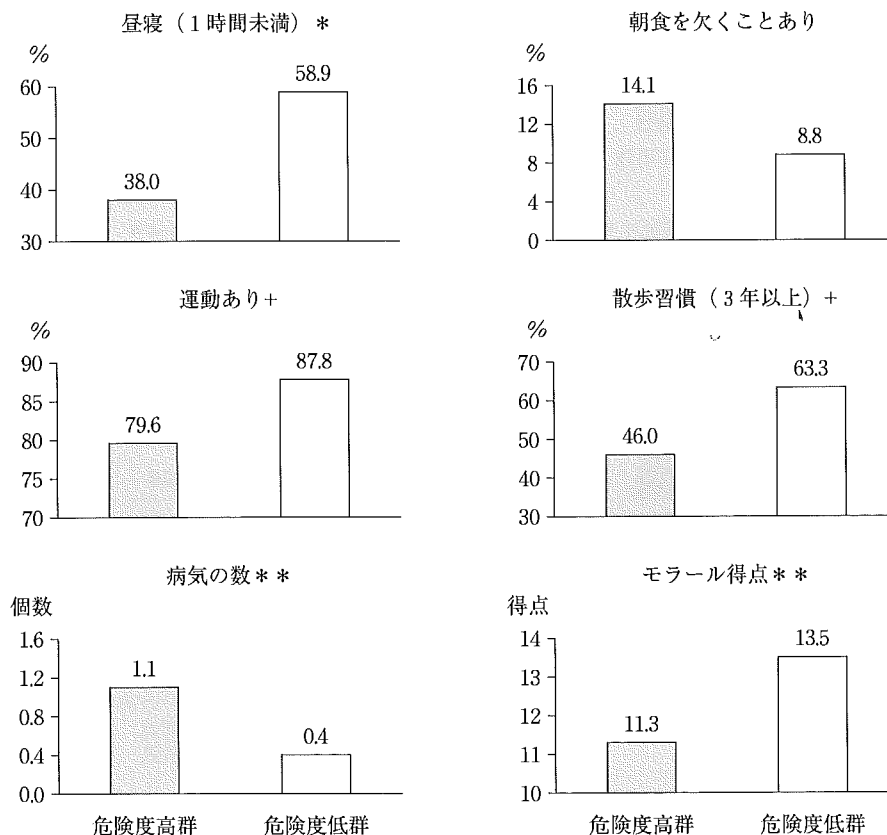
意に早くなり、明らかに睡眠相が前進していた。就床時刻に関しては性差は認められなかったが、起床時刻については、危険度高群の女性が5時23分と他群に比べ有意に早く起床していた ($p<0.05$)。睡眠時間についても群間差、性差が認められ、危険度高群が低群に比べ、睡眠時間が短いことが判明した。さらに、高低両群ともに、女性の睡眠時間が男性に比べ短いことも明らかになった。そこで、睡眠健康の良否により、睡眠に対する愁訴がどう異なるかを検討した。表2に示すように、睡眠時間の不足を訴える者、現在、睡眠問題愁訴がある者、過去に睡眠問題愁訴がある者の割合は、いずれも危険度高群が低群に比べ有意に多かった。性差については、いずれの項目においても、危険度高群の女性で最も多いことが明らかになった。また、これらの睡眠問題に関する愁訴については、睡眠習慣の結果とも対応していた。

次に、睡眠健康の良否と生活習慣について検討した。昼寝をとると答えた者の割合は、高群が39.3%、低群で33.0%で群間差が認められなかった。しかし、昼寝をする者のうち、1時間未満の昼寝をとる者の割合に

表2 睡眠時間不足感と睡眠問題愁訴

項目	睡眠健康危険度				危険率
	高群男性	高群女性	低群男性	低群女性	
睡眠時間不足感	37.3%	46.3%	10.4%	18.3%	$p<0.01$
睡眠問題愁訴 (現在)	23.4%	39.7%	0.0%	2.5%	$p<0.01$
睡眠問題愁訴 (過去)	28.6%	61.0%	4.5%	17.5%	$p<0.01$

ついては、睡眠健康危険度低群が高群に比べ有意に多かった(図3左上段)。また、適度な運動を行う者(図3左中央)、3年以上の散歩習慣を有する者の割合(図3右中央)は、睡眠健康危険度低群が高群に比べに多い傾向を示していた。さらに、睡眠問題が高齢者の社会生活上の心理的内省や身体的健康に影響を及ぼし、QOLの障害を引き起こしている可能性について検討した。その結果、図3左下段に示すように、睡眠健康危険度低群の高齢者は、高群に比べ、病気の数が有意に少なく、身体的健康の悪化リスクが低いことが明らかになった。また、図3右下段のモラル得点についても、両群とも性差はみられず、睡眠健康危険度低群が13.5点で、危険度高群の11.3点に比べ有意に高く、



** $p<0.01$, * $p<0.05$, + $p<0.10$

図3 生活習慣と病気数, モラル得点の群間比較

睡眠健康が良好である方が、情緒適応性が有意に高いことが明らかになった。

IV. 考 察

本研究では、睡眠健康危険度得点の序列により、睡眠健康危険度高群と、危険度低群に分類し、睡眠健康と生活習慣との関連について検討を行った。その結果、1)睡眠健康が良好な者ほど、就床・起床時刻(睡眠相)の前進が見られないこと、2)睡眠健康が良好な者ほど、適度な運動や短い昼寝(1時間未満)を行ったり、散歩習慣を持っていること、3)睡眠健康が良好な人ほど、病気の数も少なく、情緒的適応性が高く、身体的健康や精神的健康状態が良好であることが明らかになった。

高齢者は若年者に比べ、就床時刻・起床時刻が早くなり、睡眠相が前進することが報告されている¹¹⁾。また、高齢者の睡眠障害は、サーカディアンリズムの位相前進と関連しているとの指摘もある⁹⁾。本研究において、睡眠健康危険度の高い高齢者は、危険度低群に比べ、就床時刻と起床時刻が早くなり睡眠相が前進していたことは、睡眠健康の悪化と身体老化の関連性を示唆する可能性が高い。一方、睡眠に関する生活習慣の性差について調べると、起床時刻で男女差がみられ、危険度高群の女性は高群男性、低群男性、女性に比べ有意に早く起床していた。また、睡眠時間についても、危険度高低両群ともに女性が男性に比べ短いことが明らかになった。さらに、睡眠時間の不足を訴える者、現在、睡眠問題愁訴がある者、過去に睡眠問題愁訴がある者の割合は、いずれも危険度高群が低群に比べ有意に多く、さらに危険度高群の女性で最も多いことが判明した。閉経期以降、女性の長期不眠の発症率が上昇し、男性の発症率を上回ることが指摘されている⁸⁾。また、睡眠障害の愁訴は男性よりも女性に多いことが報告されている⁹⁾。今回の結果はこれらの知見を支持するものと考えられる。一方、上述のように、短時間の昼寝については、我々の先行研究¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾を支持する結果が得られた。これは、習慣的に短時間の仮眠をとることの有効性を再確認したものであった。また、今回、睡眠健康が良好な人ほど、病気が少なく、情緒的適応性が高いという結果は、睡眠健康が高齢者のQOLの確保に重要であることを示していた。我々は先行研究で、東京、名古屋、大阪の3地域を比較し、東京圏勤務者や家族の睡眠が最も障害されており、そ

の原因として生活習慣が関与している可能性を指摘した¹³⁾。今回の結果は、中年勤務者を対象とした本研究者らの報告¹³⁾と睡眠相の面で異なっていた。すなわち、睡眠健康危険度得点の高い東京圏の勤務者では、睡眠相が後退しており、一方、沖縄在住の高齢者では、危険度高得点群の方が睡眠相が前進していた。高齢者では睡眠健康を悪化させる要因として、覚醒機能の低下があり、東京圏の中年勤務者では、社会的規制による要因が別途存在している可能性が考えられるが、この点は今後重点的に検討すべき課題として残っている。

以上のように本研究の結果は、高齢者の睡眠健康の悪化は生活習慣が大きく関与しており、睡眠健康の悪化は身体的健康や精神的健康とも関係している可能性の大きいことを示唆していた。そこで、更に睡眠健康について詳細に吟味するために、睡眠健康危険度を構成する各因子項目について検討し、それに伴う考慮すべき社会的問題について論じる。

今回、睡眠健康については、睡眠維持障害関連得点、睡眠随伴症状関連得点、睡眠時無呼吸関連得点、起床困難関連得点、入眠障害関連得点のいずれも、睡眠健康危険度高群が低群に比べ有意に高かった。高齢者の睡眠健康悪化の原因は、生体リズム機構や睡眠機構の老化による機能低下に起因すると考えられるが、本研究においても睡眠健康関連因子のなかでも睡眠維持障害関連因子と入眠障害関連因子の得点が睡眠健康危険度高群で低群に比べ顕著に高い値を示した。このことは睡眠機構や生体リズム機構の加齢変化が高齢者の長期不眠や入眠障害に強く影響していることを推測させる。夜間の睡眠に障害が生じ、十分な睡眠が確保できなかった場合には、翌日の日中の眠気が強くなり²⁾、注意力や作業能力の低下をもたらすこと¹⁾が報告されている。この日中の眠気、すなわち覚醒機能の低下は若年者より高齢者の方が強く出現し³⁾、前夜の睡眠が障害されているときにはより増強され、重大な問題となる場合が多い。本研究の結果は、生活習慣が高齢者の睡眠の健康維持や増進に重要な位置を占めていることを示している。一方で、今回の研究では、高齢者の睡眠に重要な影響を及ぼしていると近年考えられている生体リズムの見地からの検討が不足していた。今後、沖縄の高齢者の睡眠健康に関する研究を行う場合、生体リズムの規則性を規定する光の受光量や食事や運動習慣の規則性についての検討が必要であると本研究より考えられた。

また、睡眠時無呼吸関連得点については、危険度高

群で男性が、女性に比べ有意に高く、睡眠時無呼吸のリスクは男性で高いことが沖縄でも確認できた。一方、起床困難関連得点は、危険度高群で女性が男性に比べ有意に高かった。さらに、入眠障害関連得点も危険度高群で女性が、男性に比べ有意に高く、女性の方がこの面でのリスクが高いことが明らかになった。この起床困難・入眠障害の性差は、今回、睡眠習慣で得られた女性が男性に比べ、起床時間が早いこと、睡眠時間が短いこと、睡眠時間の不足感や睡眠愁訴率が高いこととも対応していた。

本研究は、沖縄県では、女性高齢者の睡眠健康の悪化に生活習慣が強く関与している可能性を示していた。生活習慣と睡眠健康との関係をより明確にし、健康な睡眠を確保できるような生活習慣を提示する為には、文化的・社会的背景が大きく異なる地域間で生活習慣と睡眠健康の関係をさらに検討してみる必要性が高いと考えられた。また、同一地域に長く居住する高齢者を対象とした、長期間のコホート研究も有用な情報を供し得ると考えられる。本研究者は、上記2点についても現在研究を遂行しており、別途報告する予定である。

文 献

- 1) Bonnet MH: The effect of sleep distribution on performance, sleep, and mood. *Sleep* 8: 11-19, 1985.
- 2) Carskadon MA, Brown E, Dement WC: Sleep fragmentation in the elderly: Relationship to daytime sleep tendency. *Neurobiol Aging* 3: 321-327, 1982.
- 3) Carskadon MA: On togeny of humansleepiness as measured by sleep latency. In *Sleep and alertness. Chronobiological, Behavioral, and medical aspects of napping.* Dinges DF, Broughton RJ (eds.), 53-69, Raven Press, New York, 1989.
- 4) Czeisler CA, Dumont M, Duffy JF, Steinberg JD: Association of sleep-wake habits in older people with changes in output of circadian pacemaker. *Lancet* 340: 933-936, 1992.
- 5) Diagnostic Classification Steering Committee: Thorpy, MJ. Chairman, International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990.
- 6) 堀忠雄: 不眠, 163-193, 同崩舎出版, 京都, 1988.
- 7) Lawton MP The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *J Gerontol* 30: 85-89, 1975.
- 8) Monjan AA, Bliwise D, Ancoli-Israel S et al: Sleep and aging. In *Wake Up America: A National Sleep Alert.* Dement WC (ed.), Chairman. Vol. 2, Report of the National Commission on Sleep Disorders Research, 182-204, 1994.
- 9) Rosekind MA: The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry* 53: 4-6, 1992.
- 10) 白川修一郎: 高齢者の生活習慣の実態調査とその時間生物学的改善法の開発(1). 厚生省厚生科学研究費長寿科学総合研究 平成7年度研究報告 Vol. 3. 老年病総論, 252-258, 1996.
- 11) 城田愛, 田中秀樹, 林光緒他: 高齢者の意欲的なライフスタイルと活動-休止リズム. *精神生理学と生理心理学* 15: 53-60, 1997.
- 12) 田中秀樹, 城田愛, 林光緒他: 高齢者の意欲的なライフスタイルと睡眠生活習慣についての検討. *老年精神医学雑誌* 7: 1345-1350, 1996.
- 13) 田中秀樹, 白川修一郎, 鍛冶恵他: 生活・睡眠習慣と睡眠健康の加齢変化, 性差, 地域差についての検討: 30歳から85歳を対象として. *老年精神医学雑誌* (印刷中).
- 14) Weitzman ED, Moline ML, Czeisler CA et al: Chronobiology of Aging: Temperature, sleep-wake rhythms and entrainment. *Neurobiol Aging* 3: 299-309, 1982.

謝辞; 本研究のデータの収集に関して、協力を賜った国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部の石井雅子さん、琉球大学教育学部の下地美幸さん、佐敷町役場の高江州健康課長をはじめ健康課の保健婦の皆様へ深く感謝いたします。

Abstract: Sleep-health and life habits were examined for the elderly individuals of long-live prefecture "Okinawa". Bedtime and wake up time of higher group of sleep-health risk index became early and sleep phase are moving forward rather than those of lower group of sleep-health risk index. Moreover, as the elderly of lower risk group, there are many rates of elderly who exercises and who takes nap (less than 1 hour), compared with the high risk group. Furthermore, it became clear that the sick number of the low risk group is also few, and morale is high, compared with the high risk group.

【原著論文】

A content analysis of the Rorschach test by subtypes of
borderline personality disorder

Toshihiro Horiguchi

Abstract : The author administered the Rorschach test to patients diagnosed with borderline personality disorder (BPD) according to DSM-IV. This study intended (1) to find the subgroups of BPD and (2) to describe the interpersonal, affective, and thought processes of each of them through the Rorschach. Cluster analysis using frequency of contents of their responses revealed three groups among them. Each group differed in some variables including R, Z score, D score, Special Scores, and human responses. I named each of them (a) core type, (b) asocial type, and (c) emotionally reactive type, respectively. The findings in this study suggest that BPD has subtypes which differ in their affective or interpersonal features, while they have basically same symptomatology.

精神保健研究 45 : 69-75, 1999

Key words: *borderline personality disorder, cluster analysis, Comprehensive System, Rorschach test, subtype*

I. Introduction

Borderline case or borderline personality disorder (BPD) predisposes maladjustment to social interactions because of impulsiveness and instability of interpersonal relationships and affects. Specialists in mental health cannot overlook the 2% prevalence rate among general population¹⁾. Though Widiger¹⁷⁾ denied its usefulness, many studies have reported

the Rorschach findings by a group of persons called borderline cases¹⁴⁾. In Japan, other than studies by Kohno et al.⁸⁾ or Baba²⁾ many case studies have been conducted. There are innumerable oral presentations including BPD suspected cases reported at various meetings.

In this way, many findings have been available so far, however, we could not compare those results derived from diverse concepts of borderline, method of the Rorschach, and statistics. Since a change of diagnostic criteria of borderline to DSM-IV¹⁾ added "transient dissociative symptoms", difference should emerge in quality and quantity of persons who meet the criteria. Researches with a large number of subjects selected cases that should match the concept of borderline in the studies from the accumulated data. This means that the patient is thought to be a borderline now though he was not during the therapy.

This study enrolled subjects who already had a diagnosis of BPD of DSM-IV. And their Rorschach re-

境界性人格障害下位群によるロールシャッハ・テストの内容分析

Department of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

堀口寿広: 国立精神・神経センター精神保健研究所
精神薄弱部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕

cords were scored with the Comprehensive System.

Furthermore, the studies to date compared BPD with other mental disorders, so intra-group study was sparse. A preceding study by the author⁶⁾ compared them according to their age, gender, and the status of the patient (i.e. in/outpatient) and reported that BPD which had so far been thought as homogeneous, had features particular to each status through the Rorschach. These findings do not permit us to conclude that BPD is one psychological entity.

Clinicians may find that persons with BPD are composed of a few subtypes whereas they have general features. However, these differences would be due not only to their age or gender. Some studies attempted to search for subtypes according to clinical manifestations. From psychodynamics, Masterson¹¹⁾ proposed 4 subtypes based upon Grinker's classification. Baba⁹⁾ divided the persons with borderline concepts by Kernberg in four subtypes according to their thought processes, and delineated clinical features particular to each group. However, their groupings and interpretations were based on their psychopathology suggested by the Rorschach only. While psychological tests are likely to be administered after making any kind of diagnosis in daily clinical settings, blind analysis that objectively interprets the tests is important. Because there were not enough quantitative validations for daily judgement

by clinicians, subgroups divided by the Rorschach test would give us various information on the subject.

Each Rorschach response is composed of many indicators including location, determinant, content, form level, and so on. Baba found differences between subtypes in determinants, but not in contents. While a content of a response indicating "what I saw" is a noun and a relatively static core of a response, determinant(s) or special scores indicating "why I saw" or "how it looked like" are adjectives and additional and active aspects of a response. Thus content of response is still important in analysis of their protocol. The purpose of this study was to find the subtypes by contents of their responses and to describe the features of each subtype by comparing them. Especially unstable interpersonal relationships, affects, and thoughts were targeted.

Because persons with BPD had more human-related responses than those with other disorders^{8),15)} such contents should be discussed in detail in case of BPD that has interpersonal psychopathology. Defence Manual⁹⁾ evaluates ornamentation of each of such responses from the viewpoint of primitive defence mechanism by BPD. They might utilise the mechanism particular to each subtype.

Table 1 Subtypes of borderline cases suggested in each study

Researcher(s)	Grinker(1977) ¹¹⁾	Baba et al. (1983) ²⁾	Machizawa et al. (1991) ¹⁰⁾	This study
Diagnostic criteria	Borderline conditions (Grinker)	BPO (Borderline Personality Organisation) (Kernberg)	BPD (DSM-III-R)	BPD (DSM-IV)
Method of grouping	Clinical pictures	Clinical pictures	Questionnaire (BSI)	Rorschach
Method of describing groups	Clinical pictures	Rorschach	Clinical pictures	Clinical pictures
Subtypes	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotic • Depressed mood • Identity disturbed • Dependent depressive 	<ul style="list-style-type: none"> • Combined (primary with secondary thought process) • Coexistent (primary with secondary thought process) • Pseudoneurotic • Fragile self (identity disturbed) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragile self dominant • Depressed mood dominant 	<ul style="list-style-type: none"> • Core • Asocial • Emotionally reactive

II. Subjects and Methods

Thirty-five subjects in this study were in- or out-patients of a psychiatric hospital located in a certain suburban city near Tokyo. Twenty-three females and 12 males, 16 inpatients and 19 outpatients. They aged in mean (SD) 25.09 (5.71) years old. Of the 35 patients, only two were married and had their own family, and nobody was divorced or widowed. Seven were students, and at least 9 had dropped out of school.

All of them had diagnosis of having BPD or comorbidity of BPD according to DSM-IV. And all of them except one male outpatient were cared by the same psychiatrist. The author, a psychologist, administered the Rorschach test to all subjects requested by the psychiatrist. Their doctor asked them to take the Rorschach test, and they accepted. Fourteen (40%) had had the test before. After the test, they selected their most liked card and so on. Their responses were scored with the Comprehensive System⁴⁾.

Defence Manual by Lerner et al.⁹⁾ was developed to discriminate BPD from schizophrenia by primitive defences specific to BPD. Table 2 illustrated each item by the sample response. Each human-related response was evaluated by the definition.

Statistical analysis employed computer package NAP (Ver. 4.0) for cluster analysis and Stat View (Ver. 4.54) for other calculations.

III. Results

Cluster analysis using the number of the responses which more than half of them (i.e. $n \geq 18$) used by each person (H, Hd, (H), Hx, A, Ad, Sc) was performed. Ward method determined distance between each cluster.

Analysis yielded three clusters illustrated in Figure 1. Each of the subgroups was named as subgroup A ($n=20$), B ($n=10$), C ($n=5$), respectively. They did not show any differences in distribution of age, gender, status of patient (i.e. in/outpatient), and

number of DSM-IV criteria they agreed.

The Rorschach showed differences in variables as shown in Table 3. While number of popular responses and all percentages of form levels had no differences, of variables concerning basis of record, total number of responses (R) and Z score differed significantly between subgroups.

Total number of responses (R) were largest in group C. Thus other variables affected by R were divided by R and their rates (%) were used for further analyses.

Sum of Z score (Zsum(%)) and difference from expected value (Zd) were highest in group A.

Table 3 also indicates other variables on interpersonal relationship, affect, and thought significantly differ among the groups. Both D score and its adjusted (Adj D) which associate with control of impulsiveness were highest in group C. As for special scores, deviant expression of speech which reflects thought disorder, raw sum of 6 scores (Sum 6 SpSc (%)) and its weighed sum (Wsum 6(%)) were largest in group A. Variables concerning interpersonal relationships, frequency of all human-related responses (AllHCont(%)) was highest in group C.

Lerner Defence Manual analysed quality of human-related responses. Number of responses for each category was compared among the groups in ration in R. While group B had no responses scored as degree 1 'Idealisation', group C (0.01 ± 0.02) had more responses ($U=15.00, p=0.038$).

IV. Discussion

This study analysed the Rorschach responses given by persons diagnosed as BPD according to DSM-IV. The results had the following implications:

This study divided three subtypes of BPD according to their commonly used contents of responses. Features of interpersonal, affective, and thinking aspects particular to each type were compared.

Most manifested feature was a difference in number of responses. It was smallest in group A, and largest in group C. Nine persons with little responses ($R < 14$) made the difference, all of them

Table 2 Examples of responses for each categories of Lerner Defence Manual

Categories and responses				Number of persons responded	Number of responses given
Splitting					
1	Human response A is followed by another human response B with opposite description of affection. e.g. "Two figures are working women, and the uppers are aborted babies dropping down." (Case 18, Card III)			3	4
2	In one total human figure contains two opposite part.			0	0
3	One response includes two oppositely distinguished figures. e.g. "A child and girl smiling, another is being in sadness, with his face downcast. (Case 13, Card VII)"			6	9
4	Idealised figure is spoiled or devaluated figure is enhanced. e.g. "a malicious angel." (Case 33, Card III)			3	5
Devaluation					
Point	Humanity	Percepts of form	Reality : (H)	Description	
1	○	○	×	Negative but socially acceptable. e.g. "Two men getting angry." (Case 10, Card VI)	
2	○	○	○	Negative and socially unacceptable. Including human figures with parts missing. e.g. "A man without a face is standing in the center." (Case 7, Card I)	
3	○	Distorted	○	Negative but socially acceptable. Such as devils. e.g. "King of devils, with a crown on his head." (Case 1, Card I)	
4	○	Implied distortion	○	Negative and socially unacceptable. Negative description is more severe than 3. e.g. "A devil assaulting me." (Case 5, Card I)	
5	△	Distorted	○	Neutral or negative. Such as robots, human-part animals. e.g. "An animal is in rage with its eyes turned up, mouth opened, and hands and legs up." (Case 7, Card VI)	
Idealisation					
1	○	○	×	Positive but not excessively flattering. e.g. "A person dressed in flamboyant." (Case 2, Card V)	
2	○	○	○	Excessively positive. e.g. "A pair of angels are face to face and they're going to kiss." (Case 6, Card III)	
3	○	Implied distortion	○	Moderate if positive. Including objects of fame, adoration.	
4	○	Distorted	○	Excessively positive. The same as in 3.	
5	△	Distorted	○	Neutral or positive. Including famous figures, giants, angels. e.g. "Goddesses are carrying something only they can do... their bodies are rusting away, so they're taking adoration by the nature around them." (Case 18, Card X)	
Projective Identification					
1	Overly embellished with associative elaboration to the blot are disregard and replaced by fantasies and affects. e.g. "Father, mother, and I / I'm going to go over him observed by mother." (Case 17, Card VIII)			4	8
2	Location is Dr, or the determinant is F(c). Either aggressive or having been aggressed against. e.g. "Murdered my elder brother." (Case 22, Card IX)			1	3
Denial					
1	Higher level denial. Form level is high.				
i	Negation. Involving a disavowal of impulse. Blended into the response or aspects of the response. e.g. "A person is downcast or sad...no, he's pondering over something." (Case 7, Card VII)			3	3
ii	Intellectualisation. e.g. "I've got an impression of something like a Mefisutoferesu in Goethe." (Case 5, Card I)			3	3
iii	Minimisation. Reduced or nonthreatening description of drive-laden material. Including caricature or cartoon figures. e.g. "This is an abstract drawing...this drawing describes a woman troubled by her broken high-heeled shoe." (Case 33, Card III)			1	1
iv	Repudiation. A response is retracted or the subject denied giving the response.			1	1
2	Middle-level denial. A basic contradiction lies between the nature of real object and expression given to it in the response.			0	0
3	Lower-level denial. An acceptable response is rendered unacceptable either by adding something that is not there or by failing to take into account an aspect of the blot.			0	0

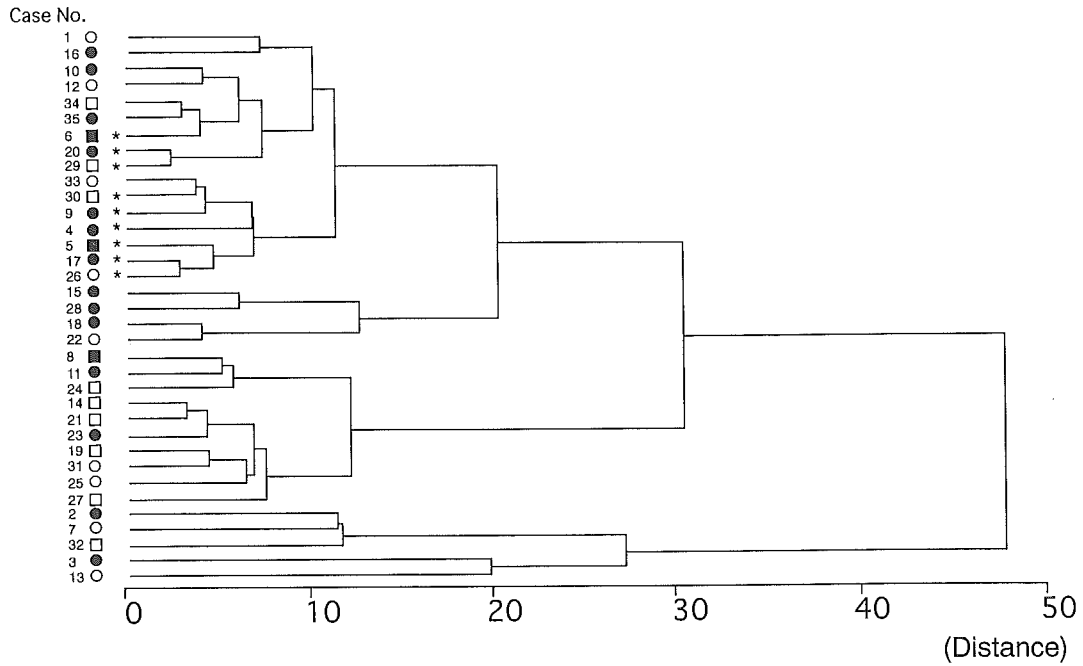


Figure 1 Cluster analysis of 35 subjects

○ Female
 □ Male
 Black: Inpatient
 White: Outpatient
 *: R < 14

Figure Legends (Figure 1)

were classified in group A.

Group A had highest Z score and Special Scores. No specific categories in 6 Special Scores differed significantly among the groups. This discrepancy indicated that they gave responses assertively to the stimuli and that they consequently made many di-

verted speech. No specific diverted expressions would cause ambiguous conviction of the tester that the persons with BPD was different from normal persons. Averaged D score near 0 indicated that they could take impulsiveness under their control. Therefore, group A may contain most representatives, more emotional but adaptive persons. I named this group 'core' type.

Group B had least Zd, D score, and Adj D score among the subgroups. Especially their averaged Adj D score were below 0. The under-incorporate style toward actual difficulties around themselves and

Table 3 Rorschach variables different between subtypes of BPD

Variables	Group A (n=20)		Group B (n=10)		Group C (n=5)		p* (A-B)	p (A-C)	p (B-C)
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
R	18.50	15.09	26.60	8.22	50.60	18.34	0.005	0.005	0.027
Zsum (%)	2.23	0.77	1.69	0.63	1.61	0.58	0.048		
Zd	0.28	3.20	-4.05	4.65	-3.80	5.38	0.024		
Dscore	0.45	1.32	-1.00	1.63	4.20	4.32	0.024	0.044	0.018
AdjDscore	0.85	1.60	-0.90	1.73	5.00	5.34	0.022		0.019
Sum 6 SpSc (%)	0.06	0.11	0.01	0.02	0.02	0.04	0.013		
Wsum 6 (%)	0.95	1.15	0.18	0.18	0.33	0.30	0.012		
AllHCont (%)	0.41	0.20	0.18	0.10	0.46	0.13	0.002		0.007

*Mann-Whitney's U test

more predisposition to impulsive behaviour might exist in persons of group B. Percentage of human related responses (AllHCont (%)) was lowest in group B. This group contained 7 outpatients, and many of them had social activity as a worker, university student, or housewife. They appeared superior to adapt to actual social interactions. Special scores was lowest. On the other hand, the lowest Z score indicated inadequate solution to the problem. They would have more impulsiveness and less interest in such interactions. I named this group 'asocial' type.

Group C included persons who produced responses above 60. This group had highest D score, Adj D score even after R adjusted. Their averaged D score was over 0. Rate of human related responses was highest. Content analysis on defence mechanism revealed in this group more idealisation in interpersonal relationships than in group B. Therefore, these features suggested group C as those with active thought, and high emotional sensitivity to interpersonal relationships. I named this group 'emotionally reactive' type.

Three subtypes assumed by this study represented central-marginal classification. Of two marginal subtypes, asocial type would have somewhat depressive features, and emotionally reactive type had hysteric or manic features. This study divided them by the Rorschach test opposite to previous studies which described the Rorschach features of each conceptually differentiated subgroup (Table 1). Thus this study presented subtypes different from preceding studies. Features of interpersonal relationships, affects, and thoughts delineated each type. Deeper interpretation on each subtype using various elements including other variables and rhetoric is needed in the further studies.

Comparison between three subtypes in this study with each item of Lerner Defence Manual found a significant difference only in number (%) of response represented as mild idealisation. Lerner et al. established the scale through the Rorschach test to delineate defence mechanisms specifically manifested by borderline persons in daily clinical settings.

However, another report³⁾ showed no differences between persons with BPD and schizophrenia. For example, in a response "Yellow eyed... (abridged)... an uncle goes mad (she said laughing), fragments around him express his emotion in his mind... (abridged)... I recognised him first as grinning, but now I see him maybe weeping, (Case 7, for Card X)" nature of the same object converted in reverse. Another response "Talk between two girls, old ladies, or a pair of psychotic hags, (Case 5, for Card VII)" has the same change as the former sample in a sense of "change in nature of the object", but the change itself is specific in its gradual destructive or deteriorative nature⁵⁾. Moreover, a series of responses "(1) a pair of angels are talking face to face, (2) her trunk looks like an animal face like a pig's looking downcast, (3) rocks they're sitting on look like a butterfly, (4) and its part also looks like the face of a person with his face downcast sadly, or he's pondering over something, (Case 7, for Card VII)" had a swing between contrasted natures (i.e. happy or unhappy) with each other. Especially a response (4) had a change in itself by neutralisation of his sadness. All of sample responses above were evaluated similarly as 'devaluation' by the Lerner's manual. However, the manual measured not the nature of change but severity of the devaluation only. The evaluating system used in this study could hardly depict these changes dynamically. Rorschach studies statistically depend upon scores of responses merely referred to process of producing the responses¹²⁾. Fluctuating nature of responses corresponds to passivity to the reality in borderline cases¹³⁾. Further study would be needed on how clinicians delineate ideographic aspects in a person numerically from nomothetic viewpoints. Special scores, active/passive evaluation of movement, and Z scores in the Comprehensive System may partly work out the problems.

This study contained subjects whose responses were less than 14, and analysed contents of responses that many of them gave as independent variables in making clusters. The independent variables included 4 human-related contents (H, Hd,

(H), Hx). Differences between subgroups in total number of responses and ratio of human-related responses might appear naturally. Such short records should have been invalid to ensure validity of the results as data¹⁶⁾. However, cluster analysis excluded 9 persons with small R distributed other subjects in the same group that performed by all of them. Impressions by clinicians would be different between those with large Rs and with small Rs. Interpretations on variables suggest association between R and productivity. Difference of R in number would be still warranted as one of indices for constructing subgroups. This study intended to minimise misleading results by using the ratio of variables to R. The results ensure the difference between three groups even providing this R effects.

Thus, using the Rorschach, this study proved that BPD had subtypes discriminated by psychological features particular not only to outer factors (i.e. gender, age, and status of the therapy), but also to their intrapsychic factors including interpersonal, affective, and thinking patterns. These groups seemed different from those classified by psychodynamics. Because the two approaches are reverse of each other in strategy, the two viewpoints should be necessary in understanding BPD. Small size of the sample in this study prohibited us to amplify all the features of BPD. However, it is noteworthy that the subjects were enrolled in a relatively short period of time (about 3 months), differentiated from previous studies often using subjects chosen retrospectively by deskwork.

Score of borderline personality disorder index on the Rorschach⁷⁾ did not differ between the groups. This indicated that they had a common foundation but that they were composed of subgroups. We should work on the findings of this study and index as a quantified indicator of features of BPD in the Rorschach together in future studies.

References

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Author, Washington, DC, 1994.
- 2) Baba R (ed.): Borderline cases: the Rorschach and psychotherapy. Iwasaki Gakujutsu, Kyoto, 1983 (in Japanese).
- 3) Burla F, Ferracuti S, Lazzari R: Borderline personality disorder: content and formal analysis of the Rorschach. *Rorschachiana* 22: 149-162, 1997.
- 4) Exner JE Jr.: The Rorschach: A Comprehensive System Volume 1. Basic foundations (2nd ed.). Wiley and Sons, New York, 1986.
- 5) Horiguchi T: A study of masculinity represented in the Rorschach. Proceedings of the 1st annual meeting of Japanese Society for the Rorschach and Projective Methods, Kanazawa, 25-26, 1997 (in Japanese).
- 6) Horiguchi T: A Rorschach study of borderline personality disorder. *Japanese Journal of Rorschach and Projective Methods* 1: 12-17, 1998 (in Japanese).
- 7) Horiguchi T, Sasaki T: Rorschach study of borderline personality disorder: construction of borderline personality disorder index. *Journal of Mental Health* 44: 69-74, 1998 (in Japanese).
- 8) Kohno Y, Hayashi Y, Yabana F, Hosoki T, Omori Y, Goto T, Saito T, Takato T, Naito S, Yamamoto K: A study of borderline cases by the Rorschach test (1st Report): a preliminary study using the sign approach. *Rorschachiana Japonica* 25: 19-36, 1983. (in Japanese).
- 9) Lerner HD, Sugeran A, Gaughran J: Borderline and schizophrenic patients: a comparative study of defensive structure. *J Nerv Ment Dis* 169: 705-711, 1981.
- 10) Machizawa S, Sato H: An attempt to find subtypes of borderline personality disorder: by means of psychometric analysis of borderline scale. *Clinical Psychiatry* 33: 1201-1209, 1991 (in Japanese).
- 11) Masterson JF: Treatment of the borderline adolescent: a developmental approach. John Wiley & Sons, New York, 1972.
- 12) Nagase H, Tsúji S: Responses oriented to neither the card nor self. Proceedings of the 2nd annual meeting of Japanese Society for the Rorschach and Projective Methods, Nagoya, 40-41, 1998 (in Japanese).
- 13) Nagase H: Understanding borderline patients: from metapsychology to clinical concepts. *Clinical Psychology* 10: 95-100, 1997 (in Japanese).
- 14) Psychological research group of Juntendo University: Borderline and the Rorschach test. *Rorschachiana Japonica* 25: 107-120, 1983 (in Japanese).
- 15) Singer MT, Larson DG: Borderline personality and the Rorschach test. *Arch Gen Psychiatry* 38: 693-698, 1981.
- 16) Weiner IB: Methodological considerations in Rorschach research. *Psychological Assessment* 7: 330-337, 1995.
- 17) Widiger TA: Psychological tests and the borderline diagnosis. *Journal of Personality Assessment* 46: 227-238, 1982.

【資料】

阪神淡路大震災と断酒会活動

——断酒会調査自由記載回答分析——

清水 新二¹⁾ 麻生 克郎²⁾ 野田 哲朗³⁾ 幸地 芳朗⁴⁾
山本 訓也⁵⁾ 宋 龍啓²⁾ 田中 究⁶⁾

I. 調査概要

1. 調査の目的

平成7年1月17日の阪神淡路大震災を契機に、被災者のメンタルヘルスケアが県や自治体のみならず国のレベルにおいても、災害対策の重要な要素であることが認知されるようになった。災害とメンタルヘルスの問題自体は、阪神淡路大震災に先立つ島原普賢岳噴火、北海道南西沖地震あたりからようやく社会的関心を引き始めた。この流れを受けつつ、国の精神保健対策の一環として対応された事実やPTSDの用語の一般的流布現象にもみられるように、阪神淡路大震災が災害とメンタルヘルス問題を改めて提起したインパクトにはさらに大きなものがあった。ただ阪神淡路大震災の場合でも、当初その関心はPTSD（心的外傷後ストレス障害）に向けられていた。しかし被災地の仮設住宅においてアルコール依存症のケースが顕在化し、さらに

孤独死の中にアルコール依存症と見られるケースが数多く含まれることが明らかになるにつれて、災害時のメンタルヘルスケアの大きな課題として、アルコール依存症が注目を集めることとなった。

災害との関連で論じられたアルコール問題の先行研究は、外国ではともかく管見ながらわが国では皆無とあってよい状況である。阪神淡路大震災をきっかけにいくつかのメンタルヘルス関連調査がなされたが（兵庫県、神戸市などによる住民調査、兵庫県職員健康管理センターによる県職員の調査、清水他のアルコール消費量分析など）、多くは被災地住民の災害後の飲酒行動の変化やマクロ的なアルコール消費動向に焦点を当てている。それもほとんどが字義通り「一問一答」の形である。こうした状況を鑑みると、アルコール依存症者や回復者がこの災害によってどのような影響に曝され、どのように反応し、その結果はどうであったのか、を主題として真正面から問うことも欠かすことのできない視点である。

震災時、多くのアルコール依存症者・回復者が被災し避難所暮らしを余儀なくされた。多くの避難所では飲酒は放任されたばかりか、救援物資として相当数量のアルコール飲料が避難所に届けられた。人々が多大なストレスにさらされた時期に、むしろ飲酒が推奨されていたと言っても過言ではない。全国で240万人と推測されている大量問題飲酒者と言われる人々の存在は、今後の災害対策を策定する上で前提とされなければならないだろう。

こうした事態を受けてわれわれは震災アルコール問題研究会を組織し、阪神淡路大震災とアルコール関連問題についての調査研究プロジェクトを立ち上げた。本報告は住民の酒類消費数量分析、アルコール専門医療機関患者調査など、一連の震災アルコール関連問題研究の一環として実施された兵庫県断酒会調査の結果の一部を報告するものである。いくつかのトピック毎に会員の心にある“思い”を自由に記載してもらった

The Hanshin-Awaji Earthquake and Self-help Group Activity for Sobriety: An Analysis of "Free Answer" Items

¹⁾国立精神神経センター精神保健研究所
成人精神保健部

〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

Shinji Shimizu: Division of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

²⁾宋クリニック

Katsuro Asoh, Ryukei Soh: Soh Clinic

³⁾大阪府こころの健康総合センター

Tetsuro Noda: Osaka Prefectural Mental Health and Welfare Center

⁴⁾兵庫県立光風病院

Yoshiro Kohchi: Hyogo Prefectural Kohfu Mental Hospital

⁵⁾復光会垂水病院

Noriya Yamamoto: Tarumi Mental Hospital

⁶⁾神戸大学医学部附属病院

Kiwamu Tanaka: Kobe University School of Medicine

自由回答は、十分な資料的価値を有するとみなされ、これを質的データとしてとりあげ整理した。この資料は災害下ならびに災害後の断酒会活動に資するのみならず、アルコール関連問題に関心を寄せる人々にとっても問題への理解ならびに共有をすすめる上で有用なものであると確信するものである。

2. 調査方法

a) 調査項目

アンケート調査票を作成するにあたって、以下のような側面に注目した。すなわち、①被災や避難生活の状況、②これに派生するストレス、③断酒生活を維持する上での困難、④震災が断酒会活動に及ぼした影響、⑤個人的な対処行動、⑥対処行動のひとつでもあり、また対処行動の破綻でもある再飲酒の有無、⑦断酒会の構成や活動の変化などである。この他さまざまな“思い”を自由に記載してもらい自由回答欄もいくつかのトピック別にもうけた。

調査票は会長・支部長調査と会員調査の二種類を準備した。前者は兵庫県断酒連合会傘下の単位断酒会の会長・支部長に対して主として各断酒会、各支部やその会員の状況を客観的に把握するためのものである。後者は一人一人の断酒会会員に対する調査であり、個々の被災状況やストレスの程度、対処行動を自ら答えてもらうためのものである。会長・支部長調査は、会長・支部長自身の被災状況や被災と避難生活に伴うストレスとともに、当該断酒会（支部）の震災前と震災後の構成の変化、例会場、再飲酒者、などの断酒会（支部）の状況、会長支部長としての対処とストレスについての質問が含まれている。一方、会員調査には被災と避難生活の程度、避難生活に伴うストレス、ライフイベントの有無、対処行動とともに断酒状況、例会出席、断酒の自信、再飲酒など断酒に関する質問が含まれている。

b) 実施要領

1996年12月より、兵庫県断酒連合会理事会にて調査票の記入方法や取り扱いについて説明を行ったうえで、連合会を通じて各支部長、各会員に対してアンケート調査票の配付を行った。記入済みの調査票は再度各支部、断酒会を通じて回収し、最終的に翌年2月に全調査票の回収を終えた。

会長・支部長調査では、断酒会を通じて配付された総数は68（断酒会数は23だが、一つの断酒会が2、3の支部によって構成されているため）あり、このうち

回収されたものは62、内未記入が1あり有効回収票は61であった。会員調査では総配付数は527、回収票は449、内未記入が38で有効回収票は411であった。配布数を基準にすれば会長・支部長調査の回収率は90%であり、会員調査では78%となる。一方、断酒会はその組織の性質上正確な会員数を把握することは困難であり、1997年4月1日時点の登録会員数588を基準にすれば会員調査では会員の69.9%より回答を得たこととなる。また兵庫県断酒連合会は21の断酒会から構成されているが、回収された調査票に記入されている所属断酒会の数は19であり、2断酒会については調査票が回収できなかった、と判断される。

II. いくつかの調査結果

震災と断酒会活動に関する調査全体の一部である自由記載回答を資料としてまとめることを目的とする本稿では、自由記載回答の意味や文脈をよりよく理解するために、その背景となる状況や事態について、若干の調査結果を併せて記述しておくことは有用であろう。

1. 例会出席中断と震災後の断酒会活動

震災によって壊滅的な打撃を受けた断酒会があれば、他方では被災がほとんどなかった地域の断酒会もあった。そこで震災の例会場への影響について質問した。

震災後すぐに例会を開くことができたか否かと質問した結果、52例会場中「できた」のは16例会場（30.8%）に過ぎず、過半の29例会場（55.8%）がなんらかのダメージによって例会開催困難に陥っていた（他は不明、7例会場）。ではこの29例会場ではいつ頃から例会再開が可能となったのか。震災年の平成7年中に再開できたのは5例会場に過ぎず、大部分（22例会場）は平成8年になってからであったことが判明した（1例会場は再開時期不明）。

さらに被災後2年時点で見ると、「震災前と同じ例会場」で再開できている例会場は52カ所中50%にあたる26例会場である。「現在は震災前と同じ例会場だが、震災後しばらく他の場所を使用していた」断酒会は、15例会場（28.8%）とほぼ4カ所に1カ所強の割合であった。他方、「震災前と違う会場を現在も使っている」場合も5カ所（9.6%）みられ、また震災後2年経過しても「例会再開の目途がたっていない」例会場も1カ所ある。このほか不明が5カ所（9.6%）であった。

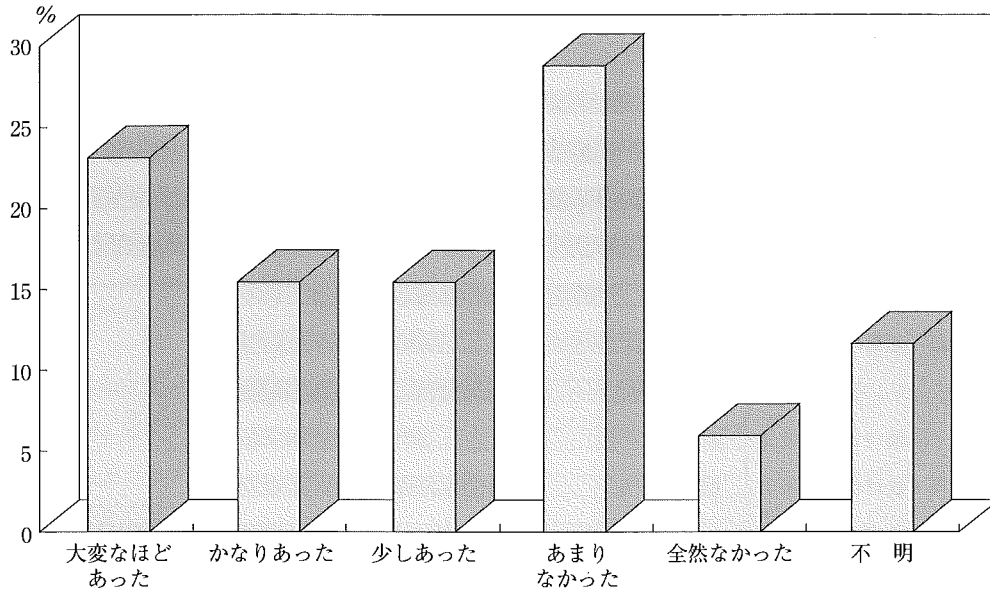


図1 会長・支部長としての精神的ストレス

2. 支部長としての行動と精神的ストレス

巻末の付録資料「会長・支部長アンケート自由回答一覧」中、会長・支部長として「いちばん気を遣ったこと」にも散見されるとおり、多くの会長・支部長がなにはともあれ会員の安否を確認することに心をくだいていたことが分かる。ではどのように会員の安否確認をしたのであろうか。最も多いのが「電話」で47.5%で、半数近くの会長・支部長が電話による安否確認の行動をとっている。次いで電話回線も寸断されたため「自宅訪問」をした会長・支部長が31.1%、「避難所をまわった」23.0%と続く。「手紙」も6.6%あったが、FAXやパソコンは皆無であった。また当然断酒会の地域によっては安否確認の必要性はなかった(16.4%)。ほぼ全員の安否確認に要した日数は平均で16.59日、最大で180日を要した支部もあったことが報告されている。当然にも、震災による会長・支部長としての精神的ストレスも相当なものであったことが図1から知られる。

3. 被災による生活困難

a. 住居の被害と生活の不都合

被害が無かったのは全会員の内3割弱(27.7%)のみで、最も多い回答は「一部損壊」で3人に1人の割合(34.8%)であった。半壊ならびに全壊もそれぞれ17.5%と15.1%に達し、併せて3割以上が甚大な住居の被害を受けたことが判明した。

こうしたことも影響してか、半年以上にわたって「日常生活での不自由」を強いられた会員が12.2%を

数え、以下「6ヶ月以内」日常生活の不自由を強いられたとの回答者は9.0%、「2～3ヶ月以内」が20.5%、「1ヶ月以内」が17.0%、「1～2週間」が26.8%となっている。被災にあった住所にかかわらず、ほとんどの人が生活の不自由を強いられていたことがわかる。家族・親類の死亡を経験した会員が4.4%もおり、親しい友人・知人の死亡も9.0%に達していた。

b. 生活上の支障

次に被災後半年くらいの間について、具体的な生活上の支障の有無とそのしんどさを聞いた質問の結果をみることにしよう。ただしこの質問に対しては、回答不明が多かったため、不明回答を除いたうえでのパーセントを表示する。

図2は当時の大変さの度合い毎に、各質問項目に対する会員の回答比率をグラフ化したものである。先ず「そういう事実はなかった」との回答から逆に読むと、比較的多数の会員に生活困難を感じさせたものは、「家の修理や整備」「なんとか飲まずにいること」「知人・仲間の飲酒問題」「転勤・通勤時間の変化」などであることが分かる。次に「非常に大変だった」ことからは「転勤・通勤時間の変化(16.3%)」「失業・転職(14.4%)」「避難所暮らし(13.1%)」「なんとか飲まずにいること(10.9%)」などが続く。多くの会員がかつ大変な生活困難感を感じたものは「転勤・通勤時間の変化」と、それに「なんとか飲まずにいること」であった。さらに、自らについての懸念と同時に、「知人や仲間の飲酒問題」にも比較的多くの会員は大変だったと回答しており、震災が多くの断酒会員に再

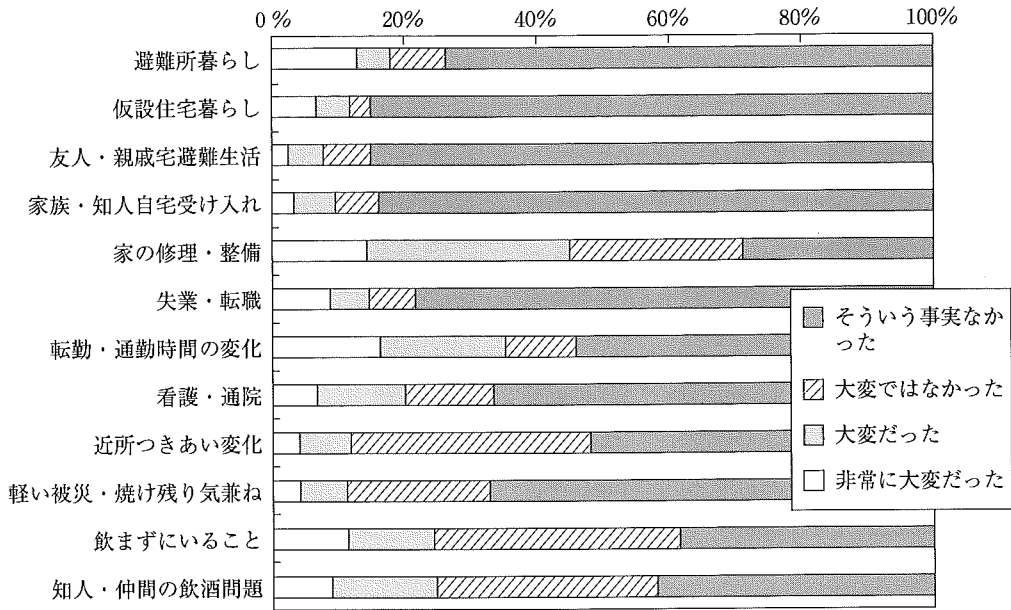


図2 震災後半年くらいの間生活困難感

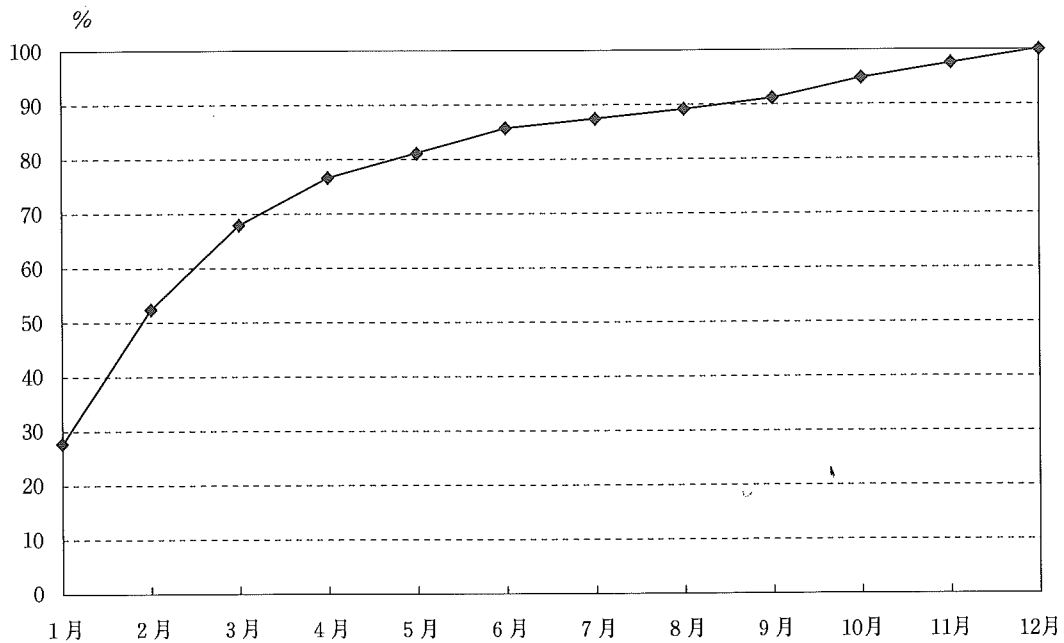


図3 時間の流れと震災後例会初参加状況

飲酒の危機を突きつけるものであったことが判明した。

4. 震災と断酒活動

地域によって被災規模が大いに異なり、例会をすぐ開けた地域と会場確保もままならず例会開催が大幅に遅れた地域もあった。そこで、被災後例会に初めて出席した時期について質問した。回答者411人中、回答不明の110名分を差し引いた301名の回答についてみると、平成8年が68名みられ、これはおそらく震災後の

新規断酒会入会会員と思われる。そこでさらに残りの平成7年中に「被災後初めての例会」に参加した会員233名について、参加月をみたのが図3である。例会会場確保が困難であったことは会長・支部長アンケートによって明らかにされたとおりで、全体の1/4の会員は被災月の1月中に例会参加ができ、続く2月にもさらに1/4の会員が例会参加を果たしている。逆に言えば、平成7年中に例会参加を果たした場合でも、被災から2ヶ月過ぎてもおよそ半数の会員しか例会復帰

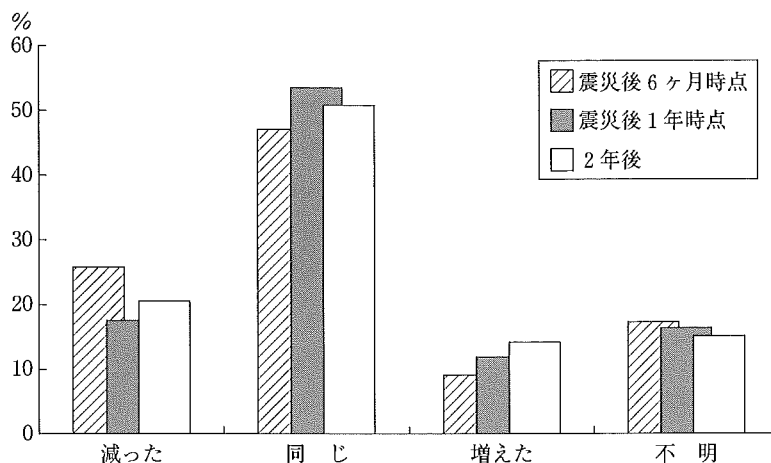


図4 震災後例会出席変化

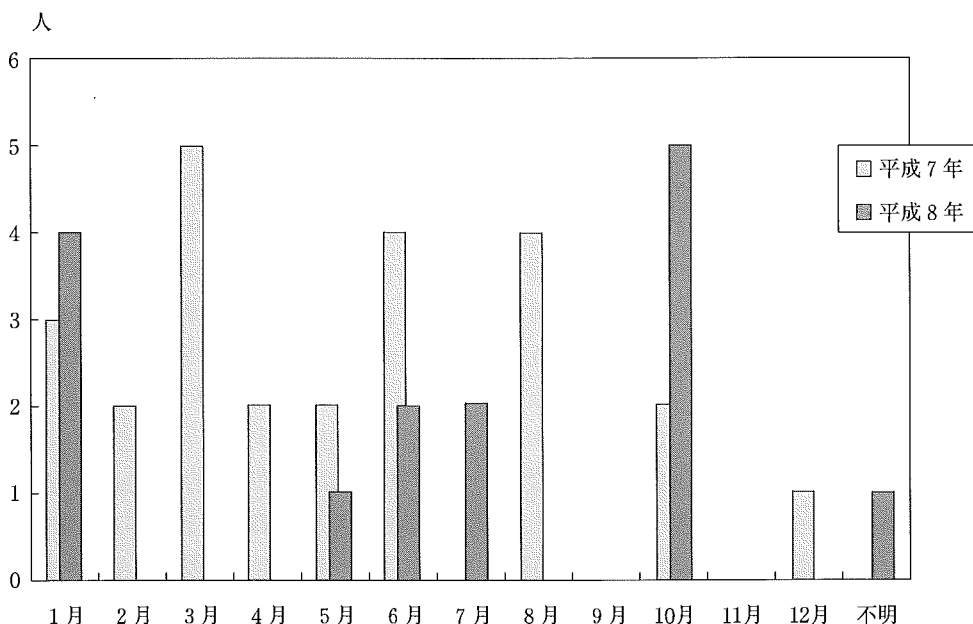


図5 震災後の再飲酒会員数(月別)

ができなかったということになる。3月になってようやく全体の7割が例会に参加できるようになり、震災後平成7年中に例会初参加を遂げた会員が9割に達するのは8月にもなってからのことであった。

では、震災の前と後では例会出席になんらかの変化があるものだろうか。被災後6ヶ月後、1年後、それに現在(調査時:平成8年末から平成9年始め)を比較したものが図4である。これをみるとどの時点でも「同じ」とする回答がほぼ半数であるが、例会場の不安定化、住居移転などが影響してか被災後6ヶ月時点では例会出席が「減った」と回答した会員が4人に1人(25.8%)と目立つ。ただ被災から1年ないしは2年ほど経過し事態も落ち着いてきた時点でも、2割弱の会員が「減った」と回答している事実も明らかになっ

た。生活の再建が思うに任せないのであろうか。反対に「増えた」は時間の経過とともにわずかながら比率が増加しているが、新入会員などの存在や動向を勘案すると、実質的には必ずしも例会出席が増えているとはいえないであろう。

他方、再飲酒についてはどうであろうか。震災前には断酒していたが震災後に再飲酒があったと率直に回答してくれた会員は、40名であった。この内平成7年中に再飲酒があった者25名、平成8年になってから再飲酒した者が15名であった。図5によると、平成7年の場合は1月と3月および6月、8月に比較的多くみられ、以後明らかに再飲酒は減るが、平成8年の1月には再度再飲酒の波が現れている。平成7年3月の場合は、震災危機がひとまず沈静化しほっとした虚脱感

とともにこれからの生活再建を考えたときの現実的不安感が影響したことは十分推測される。平成8年の1月の再飲酒増加は言わずもがなであろう。同年10月の急増の背景はよくわからないでいる。参考までに、末尾の付録には再飲酒のきっかけを自由に記してもらった「再飲酒きっかけ」回答一覧を載せておいたが、震災が影響した場合もあれば、影響なしと明言する会員もいる。

Ⅲ. 自由回答記載分析

1. 会長・支部長としての気持ち

自由に回答が寄せられた、会長・支部長として「いちばん気を遣ったこと」「いちばん辛かったこと」「いちばんうれしかったこと」を、巻末に一括掲載している「会長・支部長アンケート自由回答一覧」資料を参考にしながら簡単にまとめてみよう。

会長・支部長自身も被災者である。外来・入院治療を2割(21.3%)の会長・支部長が受けており、身近な人を亡くした方も14.8%に達している。自宅の被害を受けなかったのは3人に1人(31.1%)のみであり、半壊13.1%、全壊も14.8%にのぼっている。避難所生活を余儀なくされた会長・支部長は16.4%、さらに仮設住宅生活を経験した人も8.2%を数えている。このように被災者本人でもありながら、断酒会ならびに会員の安否確認、例会場の確保、被災をきっかけとした再飲酒者のフォローや新入会員の世話におわれたのが当時の状況であったことは言うまでもないだろう。

「会員の方が全壊されたこと。自分の身内の全壊で全員の方へ支援できなかつた事」を、最も辛かった体験として述べるのは025番の会長・支部長である。

① 「いちばん気を遣ったこと」

会長・支部長がいちばん気を遣ったことは、いみじくも011番が直截に記してくれた3点がその中核となっている。つまり、(1)会員の安否・動向、(2)例会開催、(3)再飲酒への心配、である。心配を越えて、断酒会の存続自体に強い危機感を抱いたことが053番には語られている。

056番にみられるように、気がかりでいながらも自らが被災者であるため十分職務を果たせなかつた苦勞も述べられているが、多かれ少なかれこうした体験を共有する会長・支部長は少なくなかつたろう。024番はその無念さを語って余りある。また被災地外の会長・支部長では、被災地域の仲間への支援に心を砕い

ていた様子が読みとれる(037番、061番)。さらにはこうした危機的事態を乗り越えて全国大会に参加したからこそ、その参加体験にはひとしおのものがあつたこと、改めて感じるものがあつたことも窺われる。

② 「いちばん辛かつたこと」

会長・支部長として辛かつたことは、前記の気を遣つたことと相当部分が重なつている。安否確認に手間取つたこと、例会場確保がままならなかつたこと、などが多くあげられている。被災程度が地域によって異なることもあつて、特に辛い体験をしなかつた会長・支部長もいる一方、被災の影響をまろに受け、言葉にならないような様々な辛い体験をした様子が窺われる。断酒会の行く末を案じる不安感(015番)、危機的状況だからこそ良くも悪くもその姿が白日の下にさらけ出される辛さ(016番)、自らが動くに動けない情けなさ(025番、033番)、会員の悲惨な被災状況を目の当たりにして(060番)などが記されている。無論被災という危機的な状況にあつてのことではあるにしても、会長・支部長の立場にありながら自らの断酒の揺らぎを体験する辛さ(020番、034番、047番)も正直に記されている。また阪神淡路大震災でも注目されたメンタルヘルス上の問題である外傷後ストレス障害、いわゆるPTSD的な体験も認められる。自分だけが甚大な被災を免れたすまなさ(022番)や過去の悲惨な体験の想起(031番)がそれである。他方辛い震災体験ではあつたものの、断酒会のあり方(053番)や断酒人としての自らの断酒活動に思い至る場合(024番)もみられた。

③ 「いちばんうれしかつたこと」

なんといつても会員、断友の無事で元気な姿をみた時のうれしさが一番であつた様子が明らかである。同様に断酒例会が開催できたこともうれしさの中心のできごとであつたという。互助即自助の断酒会活動の原点を再確認するかのようになり、お互いの無事とあれだけの被災をくぐりぬけた断酒への健闘に相互が励まされる体験が多く記されていた。022番は言う。「断酒会の理念である互いに助け合い励まし合うという行為が、震災時に最もよく働き、機能したことです。」朋友断酒会からの激励、支援のみならず、反対に神戸地域の会員が非被災地区の断酒例会に参加するという、それまではあまりみられなかつた例会交流さえ発生したうれしさもみてとれる(061番)。困難と逆境が逆に団結と統合を育むという従前からの社会の知恵が再確認され(053番、008番)、しいてはそうした逆境の下でこそ

神戸における全日本断酒連盟全国大会開催へとエネルギーが結集していった様が鮮やかによみがえったのであろう(019番, 029番)。

2. 震災と断酒会員の気持ち:「辛かったこと」「支え・励みになったこと」「うれしかったこと」

最後に会長・支部長アンケートと同じように、「辛かったこと」「支え・励みになったこと」「うれしかったこと」を自由に書いてもらった回答をみてみよう。巻末に一括掲載されている資料(会員アンケート自由回答一覧)に見てのとおり、実にたくさんの感想・意見が寄せられた。改めて断酒会員それぞれがいろいろな思いを胸に秘めていたことがわかり、そうした一つ一つの思いに圧倒されるだけである。とりわけ断酒会活動が、断酒はもとよりより広範な生活場面においても強力なサポート・ネットワークとして機能していることについて、これほど具体的かつ鮮やかに浮き彫りにした資料はなかったといえよう。ここではそのすべてを紹介できるわけでもないが、巻末の「会員アンケート自由回答一覧」を参考にしながら簡単にまとめてみよう。

すでに触れたとおり、被災は断酒会員に多大の生活上の支障をもたらした。その支障には、当然にもそれぞれの断酒生活や断酒会活動の支障を含んでいる。

「外的、内的要因で断酒欲求がおきるのを押さえるのが苦勞であり、辛い。震災があろうがあるまいが一緒だが、震災で一層要因が増加した。定年迄の震災から12ヶ月間、震災の為仕事が無く、震災の為定年後の雇用継続も打ち切られた。…」(112番)と人生の生活設計までが破壊され、飲酒欲求に苦しむ会員。それでも「クリニックからカウンセラーが医師や職員の見舞いを持ってきて訪ねて来て下さった。支えられ、嬉しかった。例会が支えだった」と振り返る。

よんどころない生活の変化が断酒例会通いにも支障をきたして会員は辛い思いをしている。中にはこれが一つのきっかけとなって再飲酒に至った場合もある。

「仮設住宅(東加古川)が遠いので、交通の時間・費用が大変です。毎日通院、そして毎日例会です。でも毎日仲間にあえて体験談を聞かせ頂き、また自分の過去の生き様、飲み様を語らせてもらって、気持ちよさやかに仮設住宅に帰ることが大きな支えで、張りのある毎日です。」(237番)「通院する医院の夜診が開始されるまでの半年間程、殆ど主治医に会わなかったこと。断酒会が殆ど壊滅状態にあり、再会されても復

旧に伴う通勤時間の長時間化に伴い、出席が不可能であったこと。これが後に半年後の気の緩み時に再飲酒のつながったこと。再飲酒が長期化、断続化したこと。…」(256番)。したがって、当然にも例会が開かれないことの辛さを訴える回答が多く寄せられた(086番, 169番, 294番, 300番, 365番, 392番等々)。

しかし同時に、「同じ断酒会仲間が水や風呂、その他数々の援助をしてくれた」と記してくれた189番他、多くの回答の中から教えられるのは、断酒に限らずもっと幅広い生活全体の互助効果が認められたことである。これも間違いなく「震災で人間関係が密になり、お互い助け合いの精神があったように思うし、断酒会に出席する人たちは断酒会の人達のありがたさがわかった」(013番)ことのきっかけとなっていった理由の一つであっただろう。377番も同様なことを記している。

震災との関連では、前記256番の他「震災をきっかけに連続飲酒が始まったような状態でした」(209番)

「震災後、仕事があまりうまくいかなかったので、つらさを忘れるために飲酒してしまったことがあります。反省しなければいけないと思う。」(136番)というように、確かに震災をきっかけに再飲酒や過飲が始まった人もいる一方、反対に「私は震災復旧のため、断酒を決意しました。幸いに去年(平成7年)12月末に自宅、職場とも復旧できましたが、断酒はしてゆくつもりでおります。」(263番)という人もいます。また「震災と私の断酒に関しては全く関係ありません。」(247番)という人もいた。いずれにしても、多くの会員から寄せられた自由な思いに多かれ少なかれ共通しているのは、「断酒会に入っていてよかった。助かりました。」(185番)という、素朴なしかし真実な経験と思いだろう。318番は次のように記している。「断酒会に入りたてで、新しい生活を始めようと思っていた。同会が一番大きな被害を受けた。…私は気になって住所録片手に仲間の安否を訪ね回った。もう自分の点滴や薬などどうでもよかった。…一段落したら、少しは後片づけの手伝いをする為にまた生活費を稼ぐ為に日雇い仕事に入った。芦屋まで不便な交通事情の為、一時泊まり込みの日々が続いたり、乗り物の長蛇の列に並んだり、風呂にはいるのに大阪まで電車に乗って行ったりした。家が一部損壊で何とか住める為に救護物資があたりず、水の支給さえ受けられない時があった。しかし、よし酒止めて断酒会に入って頑張るぞという気力を取り戻した時でよかった。一生懸命やっている

内に楽に断酒できていた。ほんと間一髪のタイミングだった。飲んでる時ならヤケになっていたかも知れないと思うと、恐ろしい。」

最後に、こうした混乱と生活の大変転の最中においてなお冷静に断酒会の役割ならびに医療・行政の役割について記してくれた131番の自由回答を紹介して終わろう。非常時というものは、普段は隠れて見えなかったものをはっきりと浮かび上がらせる作用を持つ。震災と断酒会の問題を越えて、平常時からの断酒会・医療・行政の関わり方についてのメッセージと理解すべきであろう。「未曾有の震災で、財産だけでなく家族や近親者を亡くされ、その人の慰めであった酒

が、その人を酒害者にしてしまった。この人達のケアは断酒会だけでは無理です。行政・医療・断酒会の3者が一体となってこそ、初めて酒害者が救援対策の意義を理解してくれて、立ち直って下さると思います。私も被災者で娘夫婦の世話になっている身です。最後にこれだけは大きな声で言いたいのです。“断酒会は自助会です”。」

付記：本研究は(社)アルコール健康医学協会平成9年度アルコール依存症等調査研究事業の研究助成を受けて遂行されたものである。ここに記して、改めて謝意を述べさせていただきます。

巻末資料：自由記載回答一覧

回答者番号	年齢	内容
		“最後になりますが、震災にあって、断酒についてもいろいろなことを感じたり、考えたことでしょうか。あなたの断酒にとって「辛かったこと」「支え・励みになったこと」「うれしかったこと」など、思うところを自由に書いてみて下さい。”
002	49	震災の時は避難所で飲む人が多かったけれど、自分自身飲んだらどうなるか分っていたし、それ以上に大変だったので無事でした。断酒生活をしている内に、色々なことが有り、辛いのを素面で乗り越える事で、少しずつ自信がついた気がします。やめて良かったと思います。
006	60	断酒求道で頑張ることは断酒の認識を深め、意義は大きい。
009	57	他府県の医療関係者の方々からも多数励ましの言葉をいただいた！
010	55	例会場の建物は公民館で大丈夫だったが、救護施設になったため長期間支部の例会が出来なかった。朋友断酒会や他支部の開いている所へ行って通常の例会出席に近い状態にするのが大変だったが、6月頃から通常通りに例会が出来るようになりほっとしました。7年3月末に当会の会長が仕事でお出で寝たきりになり8月に亡くなった事は今でも残念です。色々な方たちで心の中は揺れ動きましたが、特にテレビで見る災害の映像を見ると涙もろくなったり、2号線から聞こえる昼夜途絶えることのないサイレンに不安感が大きかった。
012	54	朝暗かったけど向こうの方に火の手が見えた。恐かった。あの時の事を思うと、今でも泣けてくる。できるだけ思い出さない様になっている。命があってもうけものとは言うけれど、銭湯へ行っても一杯で遠くの方が車で何時間もかけて風呂に入りに来る為、お湯は汚れ、他へ行って洗ってくるのが長く続いた。家の中はほとんどひっくり返り、破れ、朝ごはんの茶碗もなかった。 電話がつかず、会員さんや身内に連絡の取りようがなかった。尼崎新生支部も六月頃やっと開かれ、皆さんがケガもなく、呑んでいなかった事が一番うれしかった。
013	57	震災で人間関係が密になり、お互い助け合いの精神があったように思うし、断酒会に出席する人達は改めて断酒会の人達のありがたさがわかったようだ。仮設住宅での依存症が増えたというが、今まで「隣は何をする人ぞ」というような生活状況から薄いきり一つでも何もかも分かってしまう現状で、ガラス張りの生活で隠れていた依存者が分かっただけの話だと思う。(少しは震災の影響もあるが)
014	51	震災後例会会場が使用できず、例会の回数が半分減ったけれど、電話が入ったり、飲まない仲間からカラオケを開催したりして、断酒していくのに、仲間の支えが大きかったと思います。 現在では例会の回数も復活して、(朋友断酒会)震災前と変わらない状況になって助かっています。私の場合、月平均22～23日の例会・記念大会研修会を出ることで家族との絆が保つことが出来ていると思います。 「断酒会優先」これしかないと自分に言い聞かせてます。
016	48	毎週1回の例会に出席して、皆様のお話を真剣に拝聴し、又会員全体が赤裸々に本音をさらけ出す事が今の私の支え・励みになっていると思います。
021	59	断酒は本当に難しかったです。 断酒会に入会したことで心の支えが出来、一日断酒、例会出席の中で仲間とのふれあいの中で、少しずつ、元の身体に戻って行っています。
024	56	例会は大切だと思った。
026	51	H6.6.18—H6.12.10まで垂水病院へ入院。 入院中の9月から毎週、1泊で垂水支部例会へ出席。退院後も出席、震災のあった平成7年1月に正式に断酒会に入会。新入会員であったことと、通勤時間がかかることもあり、例会出席は4月に2回、5月に2回のみで足が遠のくようになった。3月頃から再飲酒が始まり、6月以降は毎回飲むという元のアル中に戻っていた。9月に断酒会先輩からの例会参加の電話をもらい、それをきっかけに平成7年10月2日から断酒への再挑戦を始める。同じ10月に5年別居していた妻と協議離婚成立。 11月に神戸市断酒会のサブグループ「シングル」に加入し、先輩に連れられ各地の大会、研修会出席するようになったお

- 陰でなんとか現在断酒できている。スリップの6カ月の間も、精神病院・断酒会という経験から連続飲酒は避けられた。断酒は1人ではできない。断酒会に身を置き、仲間に支えられてできるものだと思う。アルコール依存症は病気であるということアル中に偏見を持っている人たちへ強く訴えていくためにも断酒会活動を行っていきたく思っている。そのためにも必須条件は、自分が酒に手をださないこと、断酒継続のみしかないと思っている。
- 027 63 震災時避難所の責任者となって、多くの人の世話をする為、飲酒する時間がなかった。
気がつく体調もすぐれ、避難所の人達が飲酒している姿を見ても、飲みたいとは思わなかったが仮設住宅に来てから仕事がなく、自然と酒に手を出すようになり、飲まずにいられなくなったが、保健所の人のケアがきっかけで、通院することになり、アルコール性糖尿病とわかり、入院治療するのがいやで断酒するきっかけとなりました。以後一口もアルコールを口にせず、体調も順調になり、断酒したのが本当に良かったと思った事は事実です。今後は何があっても酒を口にせずに行きたいと思えます。
- 035 48 私は神戸港の労働者なので、震災で神戸港に仕事なくなり、一時3カ月ほど大阪港にて仕事をしました。
辛かったことは、適正飲酒者と寝食を共にしたことです。
同室の者が、夕方から晩酌を始める時、自分が飲めないということがつくづくみじめでした。
支え、はげみになったことは、「今が自分の正念場だ」「今の自分の生活」「断酒会という「体験発表」だと思いました。
嬉しかったこと、全国（神戸）大会が開催できたこと。
- 042 40 震災前は断酒生活を行っていなかったが、自分も依存症になり、そのつらさがよく理解出来るようになった。
045 54 断酒例会に出席し、常に自分をいましめる。
046 65 断酒していたので、天災にも負けずにプラス思考で乗り切る事が出来ました。
049 57 震災と実質上関係なかったの、特になし。
051 53 断酒継続中だったので、震災後の処置（家、近所）は一般人と同じに出来た事が良かった。
052 44 震災に関係なく、現在の生活保護法の目的は理解できるが、憲法25条2項の部分を考えれば法第1条でいう「自立の助長」と言うことがおさなりになっている様な気もする。制度的なものがあるのであればもっと一般に知らしめて心の健康の向上に意欲を燃やせる様にしたい。
- 055 54 私の断酒会の友人が神戸で一人ぐらししていましたが、震災で家もつぶれて、私に最初に言った言葉は「酒が飲みたい」でした。友として断酒会人として、神戸から加古川に来てもらい10日間ほど共に生活をしました。その10日間私と一緒に例会に来てもらい、酒を飲まずに過ごし、平成8年12月に断酒5年をもらい、嬉しい気持ちです。
- 059 52 私以上に神戸地方の方々が苦勞をされている。その中での断酒は大変だろうな。
060 59 震災にあって家屋を半壊近くまで壊され400万円位の金を使って復旧し、家計が苦しくなったが、断酒する事だけはじっと耐え続ける事ができた事は自分でも思いがけない事だった。大きな心の体験をした様に思う。
- 065 61 友達より問い合わせの電話があった。
親戚からの問い合わせの電話があった。
大阪からの輸送路の不自由さで24時間体勢で仕事をした。
- 066 55 震災にあってというよりも断酒会のお陰で、今のところ断酒が出来ていると思えます。
067 49 震災後建築の仕事（大工）をしている関係で、仕事は増えました。1年位の間体もきつく再飲酒、酒でまぎらす事が多くあり、8年2月8日再入院をしましたが、退院後は精神的にも落ちつき、12月25日現在で断酒継続8カ月となっております。私の場合は震災の影響は少なかったと思えます。仕事上の信頼又仲間を裏切る（再飲酒する事で）事のつらさ、家庭の壊れる事のつらさ、その事がやっと分かった。そんな気で断酒できております。
- 072 69 震災に際し、被害が軽くて済み、家庭内の変化も無く、飲酒にはしる事の無かったことに喜びを感じて居ります。
074 52 断酒会に入って、迷うことなく老人へのすくいが出来たこと。非常時の新聞には、高齢者80歳以上の者の優先をかかげながら、市役所は考えてくれなかったことに腹を立て、夫婦で戦う事の意見を出し合った。酒をのんでたくちばかりだったるし、引越しの手伝いが出来なかったから、その分だけ生活の感じにどけこめず弱気になっても、酒に逃げる事なく戦ってます。
- 075 66 断酒の友が、話したり色々世話をしてくれて支えて頂いた。有り難かった。
076 80 特になし。平常通り。
077 45 一番うれしく思った事は、今まで家族に入院の件で世話になっていたが、（子供は居た）自分自身が狂っていたので、家族は居ず、断酒会の人と自分の子供に助けってもらった事です。子供と断酒会の人居なかったら、命が無かったと今では思えます。（斉藤さん、水野さん、阪井さん、中島さん、清一君、皆さんありがとうございます）
- 078 58 辛かったけど、断酒した。
080 60 断友と共に元気に会えたことに喜びを感じました。
081 53 私自身にとっては辛いと思うような事はあまりなかった。災害を自然な出来事として受け入れた様に思う。
082 47 震災後、家を新築しました。大きな借金をかかえましたが、家族の喜んでる姿をみると、断酒してよかったと考えています。
子供達も落ちついてるように思えます。
そろそろ園芸の趣味でも始めようかなと思えます。
断酒した時のつらさより、飲まずに生活できる楽しさを味わうことがひとつの楽しみにしています。
- 083 58 震災後、明智名誉会長に一番最初に電話をいただいて本当にうれしかったです。断酒に頑張ろうという気持ちにならせて頂きました。
084 52 震災を機に断酒に仕事・家庭に意欲を見せる仲間が私のまわりには見られたので、その姿を見せてもらって私も頑張る生きてゆきたい。
085 74 友人・知人の励ましの電話、特に主治医（アルコール専門）の心のケア等により、スリップすることなく断酒継続できた事を心から喜んで居ります。これからも何事があっても、その事と酒は別だということを肝に銘じ、今後も断酒継続する決意です。
086 31 断酒会に震災以前から入会していた事により、多数の良き仲間めぐまれ、はげまされ、自分自身が断酒会人としての自覚を認識できていた事により、震災後も再飲酒なく生活でき本当にうれしく思いましたし、今後も「断酒は仲間と共に」

- の気持ちで頑張っていきたいと思います。
- それとこの震災にあたって、自分の支部例会が開けなかった事が約1年間続き辛かったことです。
- 1087 51 最近(去年~今年にかけ)は断酒会の支部に籍をおくだけですが、会費も入れている。1カ月に1度、支部の西井氏が立ち寄りをしてくれます。顔を見せるだけでもいいなと思っています。
- 1086 69 震災によって例会場が開けず、それにより仲間と会えなかった事が辛かったことです。
- 1089 61 お手伝いなどに参加した時かならずと言っていほどビールを勧められる。断ると「お酒ではない」と酒を持ってくる。全くのアルコール社会だ。行くのがつらくなる。でも困っているのを見て見ぬ振りには出来ないから又出かけてアルコールの勧誘で「呑めません」と言えば、さっと聞き入れて下されば助かるのに。
- 1090 57 会社をアルコールの為に休職扱いとなり、収入が不安定のため、生活設計がしにくくなった。またアルコール専門クリニックは、通院して本当に良かったと思っています。幸い家は災害にあわなかったけれどもショックは非常に強かった。今は本当に断酒会に入って良かったと思います。多くの仲間(同じ病気の入達)に出会えたから。
- 1092 52 勤務先、住所、断酒会会場は全く離れたところにあったが、朋友断酒会の例会場へ出席し、その仲間と話し合う機会がもてて良かった。
- 1093 53 地域的に直接被災を受けなかったが、被災された方をみせてもらって、生きる厳しさと災害時にどう対処するかといった勉強をさせてもらった。
- 1095 28 明日は分からない今日一日を生きる大切さをおしえられたようです。
- 1096 28 震災の影響はなかったのに、このことで断酒する上での負担はありませんでした。
- 1097 54 すでに、それまでに事件を起こしており、その事での苦悩は多大にあった。少数の断友の支え、励ましを私を強くしてくれた。有り難いと思っているが、反面、断酒会のシビアでサバイバル的な面を目の当たりにして、恐ろしさを感じた。又その思いが私にとって、断酒をさせる源となった。
- 100 63 震災当時もずっと酒(ビール)を飲み続けており、震災後10カ月で体をくずし、勤めていた会社を止めざるを得なくなり、それでも酒を飲み続け、すぐに次の仕事につき、酒を飲みながら仕事を続けていたが、ついに体の調子が最悪(肝炎)になり仕事を犠牲にして病院に通院した。そこはアルコール専門病院であり、今までは体の調子が悪くなったら普通の内科に行っておまかして来たけれど、この病院に出会ったおかげで酒を断つ決意が生まれ、又、断酒会とも出会えた。断酒会に出会った事によって、同じ悩みをもっている方々や家族の方々の話を聞き、自分も過去の事を振り返ったり反省できるので、断酒会とは切っても切れない大切な場となり、毎回例会へ出席して一日断酒を続けていこうと思う。
- 101 51 妻や子供達にずいぶん励ましてもらいました。又、断酒会の方にもずいぶんお世話になりました。感謝しています。
- 102 61 皆さんに励ましの言葉をかけてもらいほんとにうれしかったです。
- 111 46 震災翌日断友が訪ねてきて、いろいろと断酒会員の情報を教えてくれました。大変有り難く嬉しく思いました。
- 112 60 住んでいた文化住宅が半壊したので、修理の為騒音で毎日が落ちつかない状態で辛い思いをしました。
- 113 68 入会した当時は、断酒している先輩たちと自分の会だけでなく、朋友断酒会や研修会へ出席できたことが断酒に役だったと思感謝している。
- 115 59 昭和50年より精神病院をしりました。お酒で、つらい思いが約30年、精神病院へ何十回と入院、断酒会に平成7年10月入会(初)。40日で又お酒のみ入院。平成8年3月1日にまた断酒会入会し、約10カ月お酒は止まっております。毎日断酒会例会へ出席しているおかげだと思います。
- 116 68 外的、内的要因で断酒欲求が起きるのを押さえるのが苦勞であり、辛い。震災があろうがあるまいが一層だが、震災で一層要因が増加した。
- 117 45 定年迄の震災から12カ月間、震災の為仕事が無く、震災の為、定年後の雇用継続も打ち切られた。
- 118 43 震災後、会員が毎日のように病院に見舞いに来てくれ、物心両面の励ましを得た。又、全断連から3回にわたり義援金を頂き、励まされ嬉しかった。
- 125 66 クリニックからカウンセラーが医師や職員の見舞品を持って訪ねて来て下さった。支えられ、嬉しかった。例会が支えだった。
- 126 59 私自身も家屋は全壊(扱い)だが、家財道具などの損傷はあった(全部買い換えた)ものの、奇跡的に家族(3名)全員カスリ傷一つ受けなかった。この幸運に感謝しつつ、被災者の惨状をマスコミ報道、その他で目のあたりにして、一層断酒継続の決意を新たにしたい。
- 127 50 一生酒が飲めない事、多くの仲間がいる事。
- 128 50 酒のない生活で家族の仲が大変良くなった。
- 129 50 私の場合は、被災後約2カ月経た7年3月15日に女房と娘に連れられて宗クリニックに行きました。異常飲酒に陥ってから10年余り、苦しい毎日でした。私は68才、妻は58才です。妻は平成4年頃から宗クリニックの家族会で勉強していたので、再三病気だからクリニックで診断をとの願いを無視していました。家業は八百屋で、昭和31年から約40年間の商売を捨てる事が出来なかったのです。ところが7年3月14日の夜、ちょっとしたトラブルがあって病院に行く事を決意しました。お陰で今年の年末、年始は娘夫婦2組の家族に囲まれて伊勢志摩のホテルでたのしい正月を過ごすことができました。結婚して40年目にして初めて知る喜びです。
- 130 45 全国大会(神戸)の準備委員にあつたおかげで震災の大きなストレス(3カ月程は仕事はできなかった)を上手にしまい込める事ができた。大阪の仮設から、神戸へ通う。しかし、仲間の中で、役に立てている自分をしっかり見つける事ができた時、涙が出るのです。ああ、本当に自分は断酒してよかったと。
- 131 43 私の場合、震災と飲酒問題にあまり関係がないと思います。
- 132 66 始め断酒は辛かったが、断酒会に入るととてもよかったと思う。健康をとりもどした事、夫婦が円満になった事が大変嬉しく思います。
- 133 59 断酒会週1回の例会出席で断酒継続を重ね、ストレスに強くなって、積極的に生きれるようになった。
- 134 50 断酒の原則である断酒会の例会出席を真剣に考えるようになった。また断酒会の同志の励ましには大変有り難く思っている。
- 135 50 断酒出来ているからこそ生活にも希望がもて、前向きに取り組めるようになった。
- 136 50 断酒例会出席とクリニック通院にしか断酒の道はないと思う。

- 129 69 新生とは死を前提とす。死ななければ新しい命はなし。何に死ぬかと云えば、過去の自分に対して死す。
- 131 68 未曾有の震災で、財産だけでなく家族や近親者を亡くされ、その人の慰めであった酒が、その人を酒害者にしてしまった。この人達のケアは断酒会だけでは無理です。行政・医療・断酒会の3者が一体となってこそ、初めて酒害者が救援対策の意義を理解してくれて、立ち直って下さると思います。私も被災者で娘夫婦の世話になっている身です。最後これだけは大きな声で言いたいのです。「断酒会は自助会です」
- 132 55 私の場合、震災にあって断酒会とのつながりが出来ました。2月3日に新阿武山病院に入院し3月30日退院。この間2カ月間に自分がアルコール依存症である事を認め断酒会に入会し、今日現在一日断酒、例会出席で元気で働いています。長年の飲酒のむくいで少し足の神経などがおかさされているようで、一日一日回復していくのが感じられ未来が明るくなってきた。
- 136 59 震災後、仕事（自営業）があまりうまくいかなかったので、つらさを忘れるため飲酒してしまったことがあります。反省しなければいけないと思う。
- 140 65 断酒して今までの住宅から今の住宅にかわり何の震災も受けなかった事が何よりも嬉しいです。前の住宅でしたら、何にも残っていないと思います。（今の住宅では、茶碗一つもわれなかったのです）
- 141 50 断酒会員の方々の温かい支えと励ましの言葉、例会出席など断酒継続につながっている。
- 142 60 震災後、断酒の仲間達に励まされた事で勇気が出てうれしかった。生涯忘れがたいです。
- 145 67 一日断酒で頑張りました。
- 147 59 当時西宮市に長女と次女がそれぞれ世帯を持って暮らしていましたが、西宮はライフ・ラインの復旧がおくれ、風呂に一週間も入っていないと言うので、水を確保して娘や孫たちを風呂に入れてやる事が出来ました。おそらく私が断酒していなければとてもそのような事はしてやれなかったと妻や娘たちから大変よろこばれました。今やっと完全断酒して2年になりますが、本当に断酒してよかったと思っています。
- 148 60 平成7年6月に母を亡くして辛かったが葬式の翌日も例会に出席させてもらい気持ちを紛らわした。
- 152 62 全国神戸大会準備（全国ブロック大会アピール等）にたずさわった事が継続の支えになった。
- 154 44 震災に会われ、ケガ、命を亡くされた方々は大変であったと思いきやご冥福を祈ります。だからといって残った者はいつまでも甘えてはいけないと思う。震災に会ったからアルコールをやる、震災がなくてもアルコールをやるわけで、飲みたい者は飲ませ、早く死ぬから、医者はきっかりお金をもらって、見てやりなさい。アルコールで病院へ行くのはおかしい、医者も見んとほっとけば良い。又こわれた家とかあるけど古かったんと違うかな。高速でもたおれたがあれば手抜き。きちんと建てていればこわれません。元に残っているではないか。それと50年前の戦争で親子供たくさん亡くなっている。国が起こした戦争ですわ、地震は誰も起こそうとやったものではない。震災は終わった、早く立ち直ろう。いつまでも震災の時のように食事をもらったり家を建ててもらってはだめ。早く自分でやれ。
- 私の知っている野良犬約8匹が群れて居ますけど、自分らで食べ物探して寝る所も確保していますよ。人間やのに、福祉とかなどとあまえて2年のめどで仮設全部撤去していくようであればいつまでもあまえていますよ。私も仮設に住みたいわ。タダやしええで。
- 日本も仕事しなくて、経済もだんだん下がって国際競争に敗れ沈んでいくでしょう。福祉とか公的支援などもう切っていけば良い、あまえたらあかん。
- 156 46 被災にあった同じ仲間との和の中でなんとかのりきることができた。
- 162 61 会員同志のきずなが強くなった事、断酒会活動に熱心な人とそうでない人とにふり分けられた事。
- 163 43 断酒して2年と少しですが、やはり仲間意識が強くなったと思います。生きていて良かったなあとつくづく思います。
- 164 55 もともと酒好きで、毎日夕方から飲んでいましたが、近所の酒屋が震災で住宅は全壊し、倉庫は軽量鉄骨造りで残り、商売が続けられるという見通しがかからないので、話のうちによかったですら倉庫の酒を好きにだけ持って行って飲んでくれといわれ、近所の片づけの手伝いぐらいしかすることが無く、朝から飲む習慣ができました。秋口にこれではいけないと思い、紹介されて断酒会に入会しました。一度身についた習慣を断ち切るのはシンドイことですが、何とか頑張りたいと思っています。
- 167 41 但馬地方は幸いにも震災による被害は皆無に近かったので、直接的にはストレスを感じなかった。しかし、震災地を訪ねる度に、自分自身が被災していたなら再飲酒しなかったと断言出来るかと言われれば、ハッキリ言って自信は無い。
- 168 63 長田区で震災により被災された中学時代の同窓生に救援物資とお見舞い金を送り、感謝の手紙とお電話をいただきました。本当に現在もご苦労をされていることと思います。がんばれ神戸。一月も早い復興を祈るばかりです。
- 169 52 例会の再開を待ち望んでいた。断酒会会員の方々の状況を非常に心配したが、協同病院の中田先生の話しによれば、断酒会員の方々は、あまり再飲酒に走らなかったと聞いて感心していました。断酒会員の方々の互いの助け合う姿に感動した。一方、己の無行動、無力感を強く感じた。
- 171 51 震災後断酒会員同志の交流が強くなったと思われる。
- 174 46 震災があってもなかっても一度酒をやめようと思っていたし、体調をくずしかけてたので辛くはなかった。
- 175 55 震災後すぐ岸和田の泉州病院の事が心配で病院に行った。病院の先生や看護婦さんの皆さんが、反対に私の事、家の事などを親身に心配してくださり、震災の事を一時忘れた程でした。病院の皆さんに感謝の心で一杯になりました。災害をのりきる事ができました。
- 176 48 友人の会社を再建する時、断酒会のメンバーでお手伝いが出た事が非常によかったと思っています。
- 178 41 一日断酒、例会出席ですべてOK。
- 179 75 断酒会に入会して居たお陰で飲酒もせず、度々同じアルコール依存者の仲間の中にあつて、一日断酒の継続が出来た事を非常に嬉しく感謝しております。断酒会の不思議な力、1人では止められなかった酒が、今日も一日断酒出来ております。断酒会との出会いがなければ今頃は生きていないと思います。これからも断酒会の例会に出席して、今日一日断酒で頑張ります。飲まない人達の仲間を身をおく事が何より断酒継続になります。

- 181 59 朋友のはげましと例会が早く開かれたことで初心に戻り、今、酒に手を出したら元のもく網と、アルコール依存症を再確認し、例会で教えられた事が役だった。「飲んで解決しない。解決するなら飲め」、いったん身体が憶えているので飲んだらどうなるか、依存症に卒業はない事などのKEY WORDを忘れず、自然体で暮らせた事が大変うれしかった。
- 185 45 断酒会に入っていて良かった。助かりました。
- 186 54 断酒会に入り約1年、断酒できましたが、また酒を飲みアルコール病院に入り約1年又半年止め、また平成8年12月29日から平成9年1月の4日まで酒のみ、5日から止めています。平成9年1月10日現在です。
断酒会先輩のおかげで、約1年半の間断酒できた。
- 188 38 飲むべきか？飲まざるべきか？
飲んで死するか？飲まずに死ぬるか？それが問題だ！！
- 189 57 震災時に無事を確認しあった事。
全壊の為、多くの仲間が家具や衣類の掘り出しを手伝ってくれた。
盟友断酒会が、奈良県から道路事情が悪いのに食糧を届けてくれた。
同じ断酒会仲間が水や風呂、その他数々の援助をしてくれた。
全国から見舞金が配布された。
- 191 47 特にありませんでした。
- 193 36 震災前入院し、胃の手術を出来たこと。酒をのんでいる時は、アルコールで痛みをまひさせていた。病院にも行けなかったと思う。
断酒会みんなが、がんばっていると思い、自分もがんばれた。
- 194 52 断酒会がある事は知っていましたが、震災1年10カ月後入会させて頂きました。
同じ目的で入会している皆様の話を聞き、励みになります。
- 196 52 震災を体験することによって断酒に対する意欲が更に強くなった。被災した人達の苦しさに比べ、自分は恵まれている。被災して苦しさに負けず立ち上がっている人の姿に大変刺激された。
- 201 52 1年間断酒生活が出来たことが私の一番の喜びでした。また断酒会にも入会させて頂き、これからも皆さんと一緒に断酒の道を歩いていけるような、少しだけでも自信を持つことが出来ました。それに家族(主人 子供1人)が私を助けてくれたと思います。
本当に酒害に苦しんでいる方々を、1人でも多く断酒会専門病院とつながってほしいと心から思います。
- 203 63 私は断酒会入会13年ですが、入会3日目に和歌山の断酒道場に入所し3カ月間して出所、現在に至っています。震災の17日朝より翌朝まで自家用車で走りまわりましたが、その間不思議と飲酒欲求はありませんでした。食事をする所がなく、一日や二日何も食べなくても何もいらんわと云う気持ちでした。一日中何も口にしていませんでした。
断酒については辛かったことは、断酒会入会前の1年半の期間が、止めたいけど何もしょうがない毎日で、娘からはお父さんと云われなくなり「あいつ、お前」になって和歌山道場に入所。以来求めることをしないこと、アル中は一生直らないこと、然し最初の一杯に手を出さなければ普通の生活が出来ると云う事でした。とにかくうれしかった事は、道場出所後わが家にたどり着いた時、娘が私の顔をみてにっこりと笑った顔でした。あれだけののりたいたいた娘が、私にとった態度は自然そのまま親子のつながりを感じたものでした。私は精神病院入院の経験はありませんが、アル中はあまやかしてはいけないと思っています。何時病院に行っても同じメンバーが居て、自立する事を考えているのかいないのか、ときどき疑問に感じる事が有ります。
何事に対してもやってみなければ答えは出ないし、出た答えがあやまっていればそれは治せば良いと考えています。ありがとうございました。
- 206 68 断酒することにより、支え、はげみになりました。(日常生活の上で)
- 207 56 日頃の断酒会活動と家族の信心とが、私の場合はバランスよくかみ合っていると思います。
これからも断酒会と信心を両立させながら、人生の後半を充実した日々で過ごしていきたいと思っています。
- 209 31 震災をきっかけに連続飲酒が始まった様な状態でした。
震災後、1年以上断酒会も知らず、自分がアルコール依存症であったことすら判断出来ていませんでした。
今、断酒会に入会し、自分にとって大変プラスになっております。
- 211 73 断酒会員の被害状況を知りたかった。死亡者のない事を願った。
他支部の例会へ早く出席して見たかった。
- 212 49 震災後、多くの断友に会い、励みになった。震災の早い時に仲間が飲まずにガンバル姿を見て、自分自身がここで飲んではない事にできないと思い、断酒に対しての自分の心がきまった。
- 213 52 震災によって亡くなられた人達の悲しみを少しでもなくさめるためにも、今現在自分が生きている喜びをかみしめて行くためにも、心を引き締めて、自分が震災で死んだと思う気持ちが今迄以上にはげみに成り、甘ったれた気持ちがなくなり、断酒会に力を入れる心が少しづつ出来ました。心の支えとして思った事は、断酒会の仲間が今まで以上にやさしくなった事、そして入会者がふえた事です。
- 214 63 震災後、長い間断酒例会が出来ず、不安だった。
私たちは同じ仲間の中にいる時が一番安心する。
福祉にすがっているだけでなく、自立、自力で生きる努力が必要。
- 218 53 私自身、自分の長男に孫が生まれたら断酒する気持ちで有ったから、断酒自体は辛くなかった。しかし、自分の子供達が、人様に迷惑をかけずに素直に成長した今、もっと以前から断酒をしていれば良かったと思う事がよく有るが、今現在断酒している事が、母、妻、子供達にとって良い事であると思う。又、家族のささえが励みになっている。今後の事はわからないが、自分自身気を引き締めて断酒するつもりであります。又、私自身良い方に成長したいと思っています。
- 219 56 上記質問とは関係ありませんが、ボランティアで仮設住宅に住む人の健康状況の調査に行きましたが、道に大量の缶ビールの空き缶があり、また昼間から飲酒している人がおりました。しかし、それは1人で生活している人であり、あの状況では飲酒していてもいたしかたないなあと思いました。
- 222 68 断酒会に行った事。
- 225 66 岡山の米和気郡日生町在住のため影響なかった。阪神方面の会員は大変でしょうが頑張ってください。

- 227 53 断友からの電話がうれしかった。
- 228 46 断酒会を休んでいたら、友人からのさそいがあった。うれしかった。少しマジメに断酒例会に出るようにしたい。
- 231 49 最近になって、本当に自分自身アル中であると認めた。
- 232 57 姫路で、ほとんど震災による被害がなかったのも、あまりアンケートに答えることがありませんでした。神戸に住んでいた妹の家が全壊し、大変でしたが、私自身にとってはあまり影響がありませんでした。
- 233 71 私は68才まで飲酒し、アルコールが原因で胃の全摘手術を受け、又脳硬膜血漿で頭に穴をあけ血液を外部に吸引する手術を受けました。
平成5年10月に肺結核になり、山陽病院に入院しましたが、その間も断酒出来ず、4カ月後の退院時に便検査の結果、腸にポリープが出来て居り、マリア病院にて大腸を15cm切除する手術を受けました。
退院後1カ月程は断酒しましたが、又飲み始め連続飲酒をするようになり、穂善病院に入院し、断酒しました。現在1年8カ月断酒しておりますが後遺症に毎日が大変です。下腹部の結合が充分でなく、みにくくふくれ上がり、2週間に1回マリア病院の主治医に診察を受けて居ります。今後も出来るだけ例会に出席し、断酒を継続して行くつもりです。
- 235 62 例会出席で体験談を聞き、酒害のこわさを教えられ再飲酒のない様一日断酒でがんばっております。
- 237 58 仮設住宅が遠い(東加古川)ので、交通の時間・費用が大変です。毎日通院(点滴、肝硬変・糖尿病)そして毎日例会です。
でも毎日仲間にあえて体験談を聞かせて頂き、又自分の過去の生きざま、飲みざまを語らせてもらって、気持ちよくさわやかに仮設住宅に帰ることが大きな支えで、張りのある毎日です。
- 238 43 日常生活が大変だった時は何も考えなかったが、生活がパターン化された時、これから先を考えると不安で例会場へ足を運び、大変助かった体験談を語らせてもらったり聞かせてもらいながら、自分とまわりの事を落ちついて考える事が出来た。
- 240 64 私達断酒会の仲間が大震災で家がつぶれ、救済に仲間が立ち会い励ましあって、現在は立派に立ち直ってられる人達を目の当たりに見て、本当に断酒会の人々の仲間意識はすばらしいと思いました。また私自身、神戸の数多くある仮設住宅の工事に参加させてもらい、人々のふれあいと心のあたたかさを目の当たりに見せてもらいました。ありがとうございます。
- 241 55 例会場のないことで初めて大切さを知る。
避難所の中の人達を見て、胸が傷んだ。
行政の理解で早く例会が開かれたこと。
- 242 57 一日例会出席一日断酒をモットーにしていた時、例会がなく、不安な日々を送った。
不安な日々、仲間(会は違う)からTEL又直接誘いを受けて2,3人各家で例会式の交流をもった。
会はずがっても目的(断酒継続)は一つ。仲間のありがたさが身にしみ、今でも交流を深めあっている。
例会がなく不安な日々、夫婦子供と話し合いが多くなって今も続き、断酒継続と共に家庭内が明るくなった。震災の陰を明るく向きかえる事が出来てよかった。
- 245 62 「平生常住」のありがたさをおもいらされました。
あるがままの自分で、あるがままに生きたいと仲間と共に生きていきます。
- 246 61 私は二度の入退院がありますが、辛かったことは毎週の院内例会と週3~4回の断酒会出席で、体験談を発表するのが苦痛でたまらなく現在も同じです。
支え、励みになったこと15年前にタバコを止めたこと、80過ぎの母から「酒がどうして止められないか、男が一度決めた事は命がけて実行しなさい」と言われたこと。
うれしかったことは、ケースワーカーから「二度も入院して来る人ではない」と不思議でわからないとの事、二度同じ事言われた。これも勇気づけられ自信にもなっている。断酒会出席の回数よりも、本人の心構えと断酒に対する姿勢が一番大切と考えます。断酒会もマイペースで。
- 247 42 震災と私の断酒に関しては全く関係がありません。
- 249 67 断酒会に入会して良かった。
- 252 31 震災時は入院中でした。現在も又入院中です。
- 255 64 小生支部員全員が元気であったことが何より嬉しかった。残念ながら1人程が再飲酒したが割と早い時期に止めることが出来てよかった。
会場が避難場所になり、半年以上使えなかった事が会員全体としては辛かった。いち早く、少し遠くなったが別の会場を前会長が都合つけてくれた事が非常によかった。
- 256 38 通院する医院の夜診が開始される迄の半年間程、殆ど主治医と会わなかったこと。断酒会が殆ど壊滅状態にあり、再開されても復旧に伴う通勤時間の長時間化に伴い、出席が不可能であったこと。これが後に半年後の気の緩み時に再飲酒につながったこと。再飲酒が長期化、断続化したこと。
(結び)上記のような事態は震災前に週1~2回しか断酒会に行っていなかったことにより、酒に対する気の緩みに弱かったことによる。週3~4回の例会出席を心掛けていたならば予防できたものと思う。
従って、現在は一泊研修を中心に殆ど毎日例会通いを行い、基礎を固めようとしている。又、それがこの病気の回復に不可欠と実感した。
- 257 63 幸いに家も無事会社も無事で、自分の事はなにも辛い事はなし。仲間の人の無事な顔がよるこびでした。
- 259 48 一般人にそれだけのことが出来ませんでしたので、断酒会の先輩に相談したところ、「気にせず断酒会仲間を大切に飲んで普通の日を過ごすよう」と言われて参考になった。
- 261 59 断酒会の仲間を支えられ、励まされたこと。
- 262 58 私は断酒5年目で震災に会いました。私自身は被害を受けた時に飲酒欲求は無かったのですが、仲間が飲酒に走ったのを聞き、残念に思いました。そして断酒会会場が使用できなくなって約10カ月間自分の所属する支部例会が出来なかった事は非常に伝わりました。しかし、10月に再開できて、少しづつですが仲間も帰ってくるようになりました。約2年間でもとの支部に戻って来ました。(人数が増えるのがいいのかどうか分かりませんが…)頑張ります。
- 263 61 私は震災復旧のため、断酒を決意しました。

- 幸いに去年12月末に自宅、職場とも復旧できましたが、断酒は継続していくつもりであります。
- 264 54 断酒会への出席により、体験談を通し、我々酒害者は同じ悩みを持つ者同志が心の支えを得ることが出来た。断酒は出来ていても、一般社会へ仕事へと復帰する決断力の無い人達が多い事に残念と思う。兄の断酒生活でなく、断酒は自身のみ。
- 一般社会に適応する自分自身として立ち上がった時、それが断酒人といえると思う。酒さえ飲まなければ生きていける、それではあまりにも甘い。断酒会に出席する事によって断酒を継続し、また自立出来る事が望ましいと思うが「飲んだらいずれどうなるのか？」と真剣に考える事が出来る断酒人で、病気の段階、早期発見、早期治療、重症になってからでは全てが遅い。酒は薬にもなる。しかし、毒になる方が現代人には多い。その前に早く気づいて欲しい。これ程怖い病気はないから…。アンケート提出。精神保険センターの皆様から心から御礼申し上げます。どうか苦しんでいる人、助けてあげてください。
- 267 53 断酒会例会に出席して、仲間という時に安心感があつた。
- 268 53 仲間と逢うことが一番うれしかった。
- 仲間助けられた事、気にしてしてくれた事。
- 269 58 断酒会入会いらい仲間のふれあいということの大事さと、ほんとうに断酒する事の大事さ。仲間をえらんでいく思いやり。断酒して初めて見える人の道ということ、今思いしらされました。
- 270 65 私の支部の例会場が1年3カ月使用出来なかった事が一番つらかった。
- 271 50 平成8年4月1日より例会場が使用できた事が一番嬉しかった。
- 273 52 震災5カ月後の専門病院入院中に、院内ミーティングなどで、被災患者中のアルコール依存者の多さと、再飲酒者の心の病と断酒継続の難しさを多数見たり聞いて、自分の参考となることが多々あり。
- 274 36 震災前からアルコール依存症で精神科のクリニックに通院していたが、断酒会にも入らず、断酒することはできなかった。平成8年4月にアルコール専門のクリニックを紹介されて通院し、また断酒会にも入会して、今のところは断酒することができている。
- 275 45 同じ断酒の悩みを話す場所が少なく、大阪市内へ行けばあるのだが、友達が少なく、なじみの友達に会う事がすくなくなつてつらかった。反対に毎週例会で会うことが出来る様になつたのが嬉しかった。
- 277 44 店や家族を無くし、自分自身が辛く、酒を飲むようになりました。今は断酒会で頑張っています。
- 282 65 震災には会わなかったが淡路、神戸の方々は大変なことを体験されたと思います。テレビ等で拝見致しますとまだまだの様ですが、頑張つてほしいと思います。もし当地であの様な震災が起こつたとしたら飲酒に走るかもしれないと考えますと、姫路、神戸の方々の断酒意欲に感じ入っております。
- 285 53 1995.1.17AM5:46、アルコールが無くて本当に良かった。家族の安全確認、ラジオのセット、電話の通話可の確認、関東の親戚への安全連絡など一応の対応ができた。断酒2年の今ならもっと色々出来たと思う。(ボランティアも含めて)
- 292 68 幸いにして、被災地とは遠く離れていてなら害はなく、神戸方面の断友はかわいいそうです。でも頑張つて全国大会も実行出来て喜んでおります。益々頑張つて行くべしと思います。シベリア帰りの私は特にそう思います。“頑張れ頑張ろう、事が生ずる”
- 294 64 西宮断酒友の会も若竹会館が避難所となつていたため長い間断酒会が出来なかった。6カ月ぶりに始まつた時、ほつとしました。
- 297 45 避難所に朋友の人達や会長達がたくさん来てくれた。色々困っている物や食物をもつてかけつけてくれた仲間に感謝して「絶対飲んだらあかんのや」と自分に言い聞かせて頑張りました。震災で飲まなくて良かった。あの時飲まなかったから、今も飲まんと頑張れてるんやと思つている。仲間のありがたさ、絶対裏切つたらあかんと思つてます。
- 298 54 例会出席の有り難みがわかつた。
- 299 67 救済事情。
- 300 66 例会場の確保に苦勞した。
- 301 51 震災を被むることにより、心の張り(生き甲斐)を失つた方が多量飲酒に陥りやすく、数多くのアルコール依存症者が増加した。
- 人間は経済的安定も必要であるが、精神的安定も必要と痛切に感じた。
- 302 51 何らかの形でストレスが増した。
- 305 66 特に断酒が辛いとは感じなかつたが、早く断酒会が再開され皆の顔が見たかつた。
- 306 44 震災前から断酒会とのつながりはあるにはあつたが、例会にも出ず、飲酒中であつた。震災前連続飲酒があり、再度例会に出席し、断酒をやり直すつもりでいた所に地震があり、途端に断酒のことは吹っ飛んでしまい、開いている酒屋や自販機を探し求めるようなことを続けていた。現在なんとか断酒継続中であるが、震災後も断酒を継続されていた多くの仲間たちには、全く頭の下がる思いがします。
- 314 52 断酒会に入会して、友人ができてうれしかった。
- 318 47 断酒会に入りたてで、新しい生活を始めようと思つていた。同会が一番大きい損害を受けた。(仲間の1人が死亡)50%以上が避難所、仮設暮らし。私は気になって住所録片手に仲間の安否を訪ね回つた。もう自分の点滴や薬などどうでもよかつた。(病院はごつた返していた。)一段落したら、少しは後片付けの手伝いをする為に、また生活費を稼ぐ為に日雇い仕事に入った。芦屋まで不便な交通事情の為、一時泊まり込みの日々が続いたり、乗り物の長蛇の列に並んだり、風呂へ入るのに大阪まで電車に乗って行つたりした。家が一部損壊で何とか住める為に救済物資があつたらず、水の支給さえ受けられない時があつた。しかし、よし酒止めて断酒会に入って頑張るぞという気力を取り戻した時でよかつた。一生懸命やつているうちに楽に断酒できていた。ほんと一髪のアタリだった。飲んでる時ならヤケになつていたかも知れないと思うと、恐ろしい。
- 322 64 会員の無事と励ましが大変嬉しくもあり、心の支えになりました。断酒継続の事を思えば辛いことも乗り切れました。
- 327 66 「辛かつた事」比較的長年断酒が続いていたので、辛い事はなかつた。
- 「支え、励みになつた事」全国の断酒会員から義援金や励ましの手紙を貰つたこと。
- 「うれしかつた事」同上。
- 331 51 震災後すぐ会社での業務や避難所での活動を通じ、お酒をすすめられた事の多かつた事実は我々にとって非常に厳しい状

- 況下であったと思う。その中にあって、会員からすぐに飲料水の提供等受け感動しました。互いに助け合い、励まし合うという断酒会の理念が私自身にも大いに励みになりました。
- 333 61 震災直後からすぐ例会が開けたことで、神戸市断酒会の中で一番早かったと思う。
- 334 39 断酒会の人のげほげほ。
- 340 66 全国の断酒会員の皆様から励ましの言葉と義援金を頂いた事が、この様な被害にあってさらに仲間意識が広められ、今後の断酒継続にプラスになった。
- 341 57 家の破損は鉄筋のコンクリートが1~2m程亀裂が入り、家の商品が多数破裂するも、断酒についてはいつも通り例会へ出席して心をはらし、飲酒要求はなかった。
- うれしかった事は、神戸の断酒会の皆さん被害者の仲間が断酒を続けてくれて、全国大会を成功したこと。
- 351 34 震災当時は断酒会には入会しておらず、毎日飲んでいましたが、もし自分自身が被災者であればとても飲まずにいられなかったと思う。
- これから先、どんなに辛い事があっても酒を飲まないという自信はありません。
- 353 54 出会い、断酒会の和・分岐点。例会には積極的に出席すること。
- 体談談を素直に話す。体談談を吸収する。
- 354 60 西宮市で長女一家が震災に合い、1/17~4/8までわが家に来ていました。その時経済的にもいろいろありましたが、今日迄断酒を継続できた事を心から良かったと思った。断酒していなかったらとても受け入れることは出来なかったと思う。このような震災を教訓にして、これからも断酒生活を一生懸命頑張っていきたいと考えます。酒害で苦しんでいる方々を1人でも救っていききたい気持ちで一杯です。
- 356 45 直接被害はなかったのですが、神戸のおじが全壊したのでしばらく同居し、近くに居ます。それも断酒していたので、お世話することができたとうれしく思っています。
- 357 59 当日勤務に出て、高砂支部の例会日でしたので、会場へAM10時頃電話しました。会場はガラス破損だけで職員の方がガムテープで補修をしていましたので、私は半日(午後)より休んで手伝いにいと申し出たが、良いですの返事をもらい、例会の出来る事を確認してから、会長宅に電話しました。こんな大変な時でも初めて例会に参加する人があるかもしれないと話し合い、再度例会場に電話して、予定通り高砂支部例会実行しました。山陽電車ストップの中、11名がきていただいた。(日常例会では35~36名)
- 11名の例会出席でしたが、その後、断酒会の熱心さに行政の方々も断酒会に対して、より集団の力強さをみとめてくれました。
- うれしかったことはH7初冬だったと思いますが、高砂保健所より依頼があり、仮設住宅に酒害者がいるとの事で、保健婦さん1人と高砂支部の家族2人と共に行ったところ、実のお兄さんが来ていまして、大きなカレンダーに、寝る前、夕食後、昼、朝、と薬をはり付けていました。薬は近くの高砂市市民病院よりいただいて、実兄が明石市より来ていました。兄は夜勤に出るとの事ですぐ帰り、その後、酒害者…?といろいろ話を聞きました。(約2H)その後2回高砂支部の例会に出席してくれました。しかしこれで私は飲まないと言って、長田区にどうしても帰ると申し、一人で住んでいるが、昔高砂市で働いたので、高砂の仮設にきたそうです。これを記入後、H9.1.15午前中に一度仮設に行ってきます。
- 360 56 震災現場(長田地区)を実際に確認し、大変だったろうと思った。自分なら震災の場合、断酒出来なかったかも知れないと思った。
- 361 47 断酒1年7カ月が0に成った。全国大会(神戸)参加出来た。
- 363 48 その頃、断酒や飲酒の事は頭にはなく、不安定の日々。
- 364 48 震災前からずっと断酒継続はしているが、いちいち地震とか災害を取りあげても仕方がない。酒を断って行くのは己自身に打ち勝つことであるが、辛かった事は、酒を止めはじめ果たして続ける事ができるかどうかが不安であった。今現在は一日をずっと見つめ続ける事。
- 震災はいつか分からぬそれを口実に飲んだ云々、言い逃れでしか過ぎぬ。
- 365 54 例会場がなくなったことで、大切さを身にしみた。
- 断酒例会がまちどおしくなった。(震災後2カ月位まで)
- 366 59 酒を飲んでいたら家族から見放されたと思う。酒を飲まずにいたから家族から頼りにされたと思う。
- 367 53 断酒会入会してよかった。阪神大震災後脳梗塞になる。
- 373 62 例会場が確保出来(保健所の狭い一室)会員が続々と出席してきて、互いに被災の苦しみを話し合い、分かちあった事。全国から遠くの断友が励ましの電話や義援金、水、その他を送ってきてくれたこと。
- 375 54 断酒は苦しいです。
- 376 72 常時震災(天変地異)はやってくるもの、心の準備は大切と痛感しました。
- 377 36 当初は、震災によって飲んだ人をタダの理由づけと想っていた。しかし、自分自身が住居を失い家族を失い、仮設住宅で1人きりになり、例会も満足に出席出来ない状態であったら、果たして再飲酒してなかったらどうかと考えます。無事に飲まずにこられて、改めて断酒会の仲間のありがたさ、又家族の大切さを再確認したように思います。
- 震災当時、断酒会員であったおかげで、神戸の仲間に対し、多少の協力が出来てよかったと思います。また、会員でなければタダの他人事で終わっていたように思います。これからも断酒会の輪の中で生きていきます。
- 384 68 平成8年7月胃を手術してから、酒は飲まなくなった。
- 389 43 震災地の会員さんの体験を聞き、その大変さ、例会の大切さを改めて教えられた。
- 日常とかけ離れた出来事に会ったとき、自分の断酒が継続できるかとの不安であったが、そんな不安を考えるより、例会に出続けさえいればよいと教えられた。
- 392 57 例会場の確保がむずかしかった。会員の例会参加状況がわるかったのがさびしかった。
- むずかしい状況の中で例会参加ができたことますます自信がついた。
- 393 56 私は断酒して20年目にして震災に合い、会社と家屋を全焼してしまいました。日頃断酒生活でしっかり生きている習慣が身についている為、復興に努力し、家族全員でがんばりました。酒等と云う事は一度も考えたことも、飲もうと思ったこともありません。断酒すると云うことはどう生きて行くかです。
- 394 60 解説不明。

- 410 50 断酒会に出席して酒を断つようにし体験発表するが、本当に言いたいこと、裸になって話すことができないので、2番目
3番目に言いたいことしか言えない。でもやめ続けている先輩、仲間の姿にはげまされ、今は飲まないでやってゆける。
- 413 なし 生きる張り合いが出来た事。

回答者番号 “震災で、会長・支部長としていろいろなことを感じたり、考えたことでしょうか。そうした思いのいくらかでも、「気を遣ったこと」「辛かったこと」「うれしかったこと」の順番に、自由に書いてみて下さい。”

“気を遣ったこと”

- 001 再飲酒に走らない様。
- 002 連絡が取れなかったこと。
- 003 会員の安否。
- 007 東播断酒会会員の震災による家屋等の被害は少なかったが、当初交通機関の影響により私を含めて例会主席者の数が減った。
神戸市内の朋友断酒会からの参加者が日経ってから増えた。(同市内の断酒例会場が開かれなかったため)
- 009 再飲酒。
- 011 家族を含む会員の状態。
例会の開催が存続可能かどうか？
会員が周囲の状況の変化等により気持の動揺から飲酒にはしる者が出てくるのでは…等。
- 012 例会が開けるかどうか。
- 015 会員が飲酒する心配は無かったので、会館が今後使用できるか心配であったこと。
- 016 平成8年3月より支部長になりましたので。今やれるだけのことはやろうと思うだけです。
- 019 兄弟、会員の安否。
- 020 断酒会・例会が継続出来るかどうか。
- 021 例会場の確保。
- 022 会員の動向・被害状況の把握。
例会場の確保。
- 023 支部員の再飲酒について。
- 024 8カ月例会を休んだこと。
私は20年間例会をほとんど休んだことがなかったが、震災ですべての財産を失ったので最初に考えたことは復興だった。
96年4月より支部長になったが、会員全員が無事であったか心配した。又再飲酒がないか、特に若い会員が心配であった。
県がこれからどう立ち直って行くのか不安であったが、いかに不安であってもそれを表に出さなかった。
被災された阪神地区の会員さんが頑張って全国大会に参加された事がうれしかった。
自分たちは何の役にも立てなかったが、幸せに暮らせた事。
- 031 会員がどういう状態かが分からなくて、情報がほしかった。
- 033 震災で(避難所・仮設住宅)での再飲酒。
- 037 震災地の住民が大変なことになることを予測した。一時はしかたないかなあとの思いもあったが、他山の石としないことを強調した。
- 040 例会場のなかったこと。
- 042 全員が無事だったか心配した。
全焼・全壊の会員が多かったこと。
避難所生活の会員が多かった。
- 043 会員の安否。
- 044 会員の再飲酒。
- 045 会場の確保。
- 047 当時福祉部長だったので、それほど気を遣わなかった。
- 048 会場がややせまくて、遅くなると座る場所がなくなる事。
- 051 例会場の確保。
- 052 会員家族の顔を見るまでの不安と食事、寝るところ。
日数が過ぎてても一家族が見つからず確認出来なかった時。再飲酒者の対処。
- 053 会員の離脱・再飲酒・例会場の確保・会員との連絡等であるが、すぐに感じたことは、このままで断酒会としてやっていけるのかということであった。
- 054 例会を早くやること。
- 056 前会長の家も、私の家も全壊で、私は2時間生き埋めで、腰椎圧迫骨折で動けず、会員の見舞い、安否確認、例会出席案内等苦勞が多かった。
- 057 震災直後、会員さんと連絡がとれなかったとき。
- 058 会員と家族の安否確認。例会場の確保。
- 060 全員の安否。
- 061 被災地でないので、何か援助出来ないか考えたこと。カンパ活動に参加したこと。
断酒会そのものには、普段通りで震災前後も変わりなし。

“辛かったこと”

- 002 連絡が取れなかったこと。
- 003 例会場のなかった事。
- 007 震災による影響は当会としてはあまりなかった。朋友断酒会の仲間の安否に気を使い、物資を運んだりした。

- 009 特になし。
 015 今後どう成るかの不安。
 016 震災で人間として色々な事が有りすぎました。いいものも悪い物も沢山見ました。
 019 交通機関。
 020 まわりの状況が断酒どころではないことと同時に酒を飲む理由が出来ること。
 021 震災後3日目に、かつて使っていた例会場を見に行ったら、ドアをあけたとたんその下に避難している人の頭があり、ふんでしまいそうになったとき。
 022 あまり被害が少なかった為に、被害が大きかった方々に対して申し訳ないという気持ちが湧きました。
 023 あまりなかった。
 024 例会に行けなかったこと。
 再建の為、死にものぐるいですががんばった。
 その為今日の自分があるように思う。
 025 会員の方が全壊されたこと。自分の身内の全壊で全員の方への支援が出来なかった事です。
 031 自分たちが震災で家を焼失した事と重ね合わせて考えさせられた。
 033 自分自身が動きがとれない。孫2人をつれての状態が続いたこと。
 034 精神的にくずれていく事。
 040 震災1年後、会長が亡くなったこと。
 042 例会場が震災で例会が出来なかったこと。
 今でも仮設生活の会員が多い。
 仕事が思い通り出来ない。
 043 例会が約2カ月半、開催出来なかった事。
 044 例会場が1年3カ月使用出来なかったこと。
 045 全員の確認がとれるまで。
 047 例会出席出来なかった事。出るくせがとれた事。
 051 特になし。
 052 家族の心労。
 会員宅の全壊、半壊、焼失。
 053 離脱者が出たこと、いずれ離脱する人であったと今では思っているが、離脱することで会員に動揺があったようで、そのことが断酒会にとっては辛いことではあったが、離脱するべき人は会長にとってはある面あきらめもつく。
 054 例会が出来なかったこと。
 056 同上。
 前会長が富山県高岡市に移転(県外避難)された。又、家屋を失った会員のことが心配だった。
 058 交通の混雑と、水、ガスが出なかった事。
 060 全壊会員を家庭訪問した時、破壊した家財道具の前で立ち尽くし、やがてかいがいしく後片付けをしている会員の姿を見た時。

“うれしかったこと”

- 001 断酒会の断友の死が少なかった事。
 002 居場所の確認がとれた時。
 003 例会が出来、会員が無事に出席してくれた時。
 006 死亡会員のいなかったこと。
 全国の断酒会員からの励ましでした。
 007 震災後3月に当会の10周年記念大会を開催できたこと。
 その時に朋友断酒会からの参加もあったこと。彼等との連帯を強めたこと。
 震災後、通院していたクリニックが開かれなかったため、当断酒会に入り、断酒継続することができた者が数人いたこと。
 008 神戸からの会員がくずれず、心の中から酒がストップした人がいて、強い心を見て嬉しかったです。
 009 家屋半壊者もあったが断酒出来ていたこと。
 011 会員、家族が全員無事、元気だったこと。
 全国の断酒会から心温まる激励の言葉と御厚志(義援金)を頂いたこと。
 012 支部全員、多少の物損はうけたが無事であった事。
 015 支部員は異常なく、会館も以前通り使用できること。
 016 仲間の方が、無事だった事です。
 019 全国大会(神戸)。
 断酒の4年連続。
 020 断酒会・例会が開かれたこと。
 021 県精神保険センターで震災後はじめて(H7.2.3)例会がもてたこと。その例会場を提供してもらえたこと。
 022 断酒会の理念である互いに助け合い励まし合うという行為が、震災時に最もよく働き、機能した事です。
 例会場の確保が他に比べて早期に出来た事。
 023 入会まもない支部員より電話連絡が有り、はげましてくれた事。
 024 例会に通えるようになった。そして震災前のペースに戻ったこと。
 025 95年の3月、精神保険センターで例会に出席出来る様になった事。
 027 例会場を次々に確保出来たと聞いた時。
 029 全国大会が開催された事。
 031 断酒会の例会に出る事によって、酒を飲むことなく頑張っている事(震災者)。
 033 学校へ避難している時、入会3カ月の会員(シングル)が他会員を確認し報告してくれたこと。

- 034 震災前と同じ例会場で、同じ仲間と例会を開く事が出来た事。
- 035 板宿例会が再開できたこと。
- 039 私達の地方は震災に会わずに幸せでした。震災地の皆様は大変気を遣われたと思います。ご苦労様でした。頑張ってください。
- 040 例会が出来るようになって、みんなの元気な姿を見た時。
- 042 支部員全員が無事だった事。
10カ月ぶりに例会が出来た事。
ボランティア（会員5名）で頑張って下さった事。
- 043 例会再開後、会員全員が例会に参加。現在も続いている事。
- 044 支部例会ができたこと。
- 045 例会場で会員の顔を見たとき。
- 047 自分の例会が出来た。
- 048 ほぼ全支部員が例会に出席をしてくれた事。
- 051 震災の被害が少なかった。
- 052 最後の会員一家と連絡がとれたこと。
例会が開催出来たこと。
- 053 会員同士の連絡やお互い断酒していた大きな意義を強く感じたようでした。（断酒会のありがたさ）人間関係が強くなった。
- 054 例会が出来るようになったこと。
- 055 震災の後、例会に全員出席してくれた。
- 056 交通機関の復興で、例会に会員が出席できるようになった。
会員が自転車やバイクで避難所や病院に、支援物質を持って見舞いに次々来てくれた。
全断連の3回に亘る義援金に心より感謝致しております。
- 057 例会場が確保出来、例会ができたとき。
- 058 会長宅に会員が安否確認に来て下さった事。
- 059 県外各地の朋友断酒会よりTELや見舞状をたくさんいただきました事。
- 060 会員全員、生命が無事であったこと。
例会場が確保（保健所）出来て、会員が続々と集まり、互いに励まし合ったこと。
全会員の結束が強まったこと。
- 061 神戸地区の会員さんが我々の例会に多数参加して下さいました。

【資料】

「精神障害」による受療の動向 ——厚生省患者調査にもとづく経年的観察——

杉澤あつ子 竹島 正

I. はじめに

精神保健医療統計の解説としては吉川ら¹⁾による1975年頃までの詳細なまとめがあり、それ以降の約10年間の精神保健医療統計の年次推移については岡上²⁾による報告がある。しかしいずれにおいてもそのデータの多くは患者数の動向の記述にとどまっており、疾患の種類別にみた受療率の動向は分析されていない。患者数の動向は精神保健のニーズ量を把握するために有効な指標であるが、患者数の増減は年齢階級別の構成割合によって影響を受ける。そのため、患者数の増減を踏まえて今後のニーズ量の予測を行っていくには、年齢階級別の受療率を算出したり、あるいは基準人口に基づく年齢調整をしたうえで時系列的な比較を行うことが必要である。

藤田³⁾は、1973年から1987年までの15年間の厚生省「患者調査」のデータをもとに精神疾患患者数の年次推移を検討し、外来患者率が1980年以降増加していることを報告している。精神保健法が1987年7月に施行され、その改正が1993年におこなわれた。1995年には精神保健福祉法へと改正がなされた。このように、近年、精神保健にかかわる法制度には大きな変化がみられるが、この間の精神障害者の動態については知見が乏しい。

厚生省の「患者調査」は、1984年より3年ごとの実

施となり、報告書の内容が現行の様式となった。本研究では、地域精神保健を推進するうえでの基礎資料とするために、1984年以降、1987年、1990年、1993年、1996年までの5回の患者調査のデータを経年的に観察し、入院および外来での精神障害による受療率の動向を疾患別に明らかにすることを目的とした。

II. 資料および検討方法

使用した資料は1984年から1996年までの5回の患者調査報告書である。患者調査は病院、一般診療所、歯科診療所を利用する患者の傷病名、治療期間、治療費支払方法、退院の事由等を把握するための調査であり、客体は抽出された施設を調査日に利用した患者である。対象患者は、主傷病が第9回あるいは第10回修正国際疾病分類（ICD-9、ICD-10）にもとづいて精神障害に分類された入院あるいは外来受療中の患者である。患者調査での疾病分類は、1993年の調査まではICD-9に依拠し、1996年の調査以降はICD-10が使用されている。ICD-9からICD-10への分類基準の変化は表1に示したとおりである。ICD-10の「精神及び行動の障害」の方が、ICD-9の「精神障害」よりも概して捕捉する疾病の範囲がひろい。この点は結果の解釈において考慮する必要がある。分析では、「傷病中分類」に関し、入院患者と外来患者について、性別・年

表1 精神障害の分類基準の変化

1984年, 1987年, 1990年, 1993年調査	1996年調査
精神障害 (総数)	精神及び行動の障害 (総数)
老年期及び初老期の器 質性精神病	血管性および詳細不明の痴呆
精神分裂病	精神分裂病, 分裂病型障害及び妄想 性障害
躁うつ病	気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む)
神経症	神経症性障害, ストレス関連障害及 び身体表現性障害

Trends of psychiatric in- and out-patients between 1984 to 1996: Observation based on the "Patient Survey" by the Ministry of Health and Welfare
国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部
(〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3)
Atsuko Sugisawa, Tadashi Takeshima: Department of
Mental Health Administration studies, National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai,
Ichikawa, Chiba 272-0827

年齢階級別に算出した人口10万人対の受療率を観察した。また経年変化の検討に際しては、1984年の人口の年齢構成を基準にして、それ以降の患者調査のデータを年齢調整し、精神障害による受療の動向を観察した。観察の対象とした傷病は、精神障害（総数）、精神分裂病、躁うつ病、神経症、老年期および初老期の器質性精神病の5種類である。

結果の記述にあたっては、年齢階級別の受療率の年次別の違い、年齢階級別受療率パタンの年次別比較、年齢調整後の受療率の動向に焦点を当てた。

Ⅲ. 結 果

年齢階級別の分析

1) 精神障害（総数）の受療率

精神障害（総数）による入院患者は、男女とも「20～24歳」「25～34歳」「35～44歳」といった比較的若い年齢層では、1984年の患者調査以降、減少傾向がうかがわれる（図1、図2）。これに対し外来患者では、すべての年齢層について、男女とも、調査年が近年になるほど人口10万人対の患者数は増加傾向を示した（図3、図4）。

年齢調整後の入院での受療率は男女とも、近年になるにしたがい、わずかながら減少傾向をみせている。これに呼応するように、外来での受療率は、近年、男女ともわずかながら増加傾向をみせている（図5）。

2) 老年期および初老期の器質性精神病による受療率

受療率を年次別に年齢階級別に比較すると、外来通院している人について、「80歳以上」の年齢階級に限定してみると1996年調査で急増していた。年齢階級別の受療率のパターンは、入院と通院に共通して、男女と

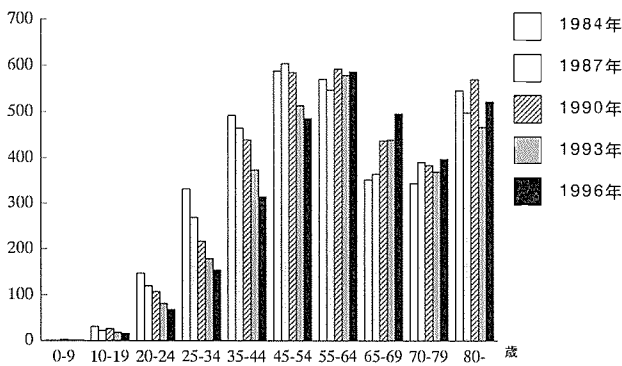


図1 男性・入院・精神障害（総数）の受療率（人口10万人対）

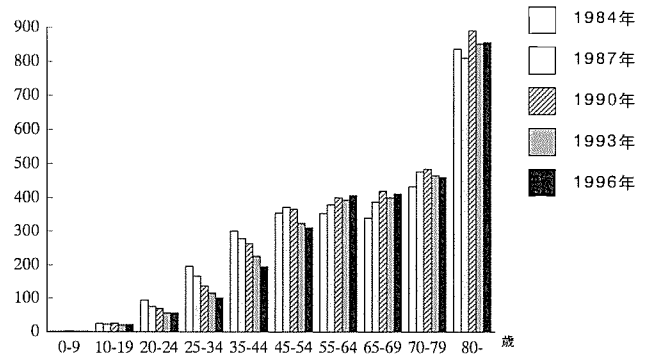


図2 女性・入院・精神障害（総数）の受療率（人口10万人対）

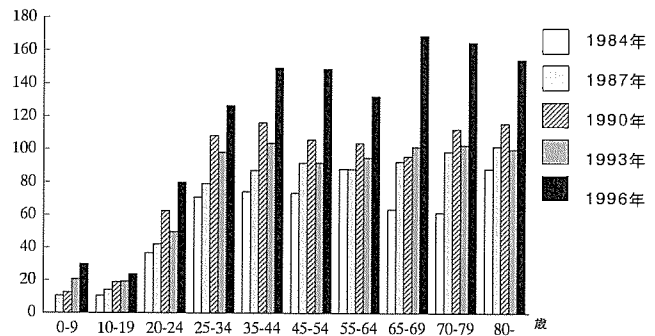


図3 男性・外来・精神障害（総数）の受療率（人口10万人対）

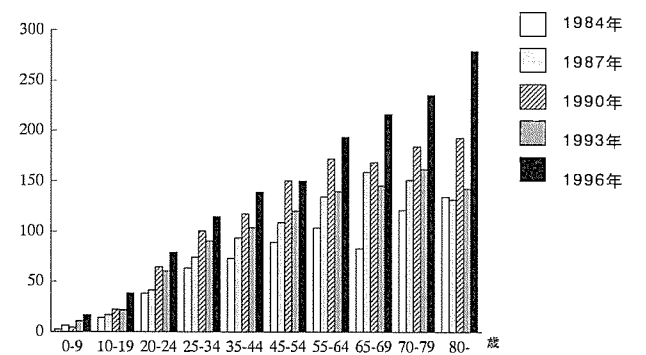


図4 女性・外来・精神障害（総数）の受療率（人口10万人対）

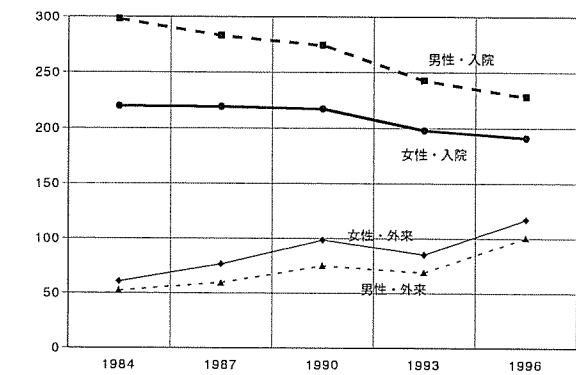


図5 年齢調整後の精神障害（総数）による受療率（人口10万人対）

も、「55～64歳」の年齢階級から微増し、「80歳以上」の年齢階級で著増するというパターンが各年の調査に共通して観察される（図6、図7、図8、図9）。

年齢調整後の動向をみると、男女とも入院受療率は

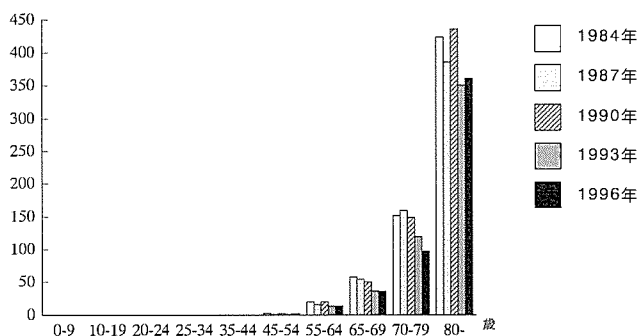


図6 男性・入院・老年期痴呆の受療率（人口10万人対）

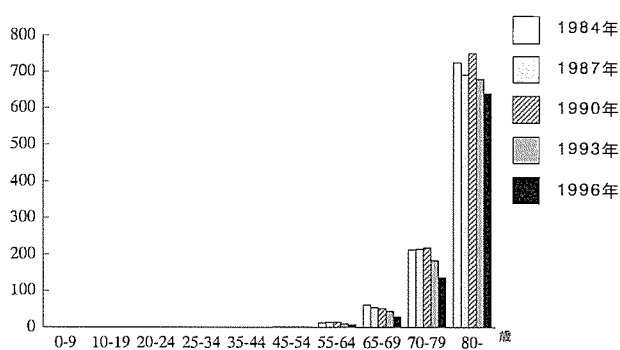


図7 女性・入院・老年期痴呆の受療率（人口10万人対）

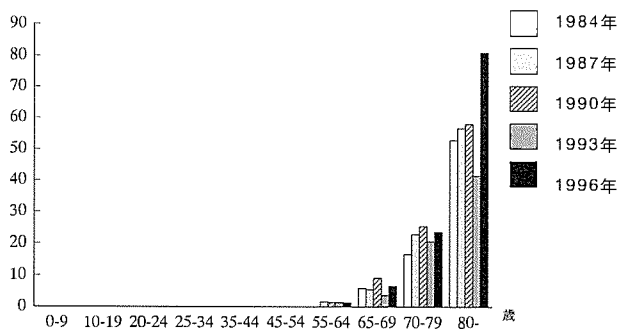


図8 男性・外来・老年期痴呆の受療率（人口10万人対）

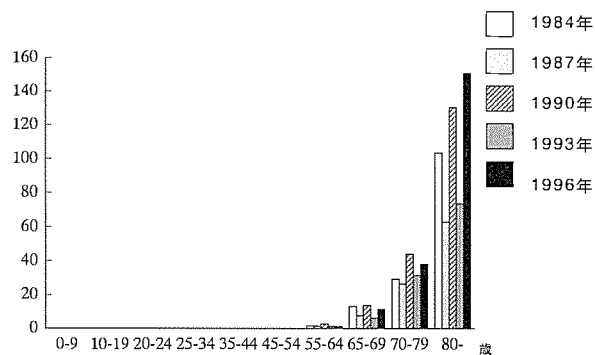


図9 女性・外来・老年期痴呆の受療率（人口10万人対）

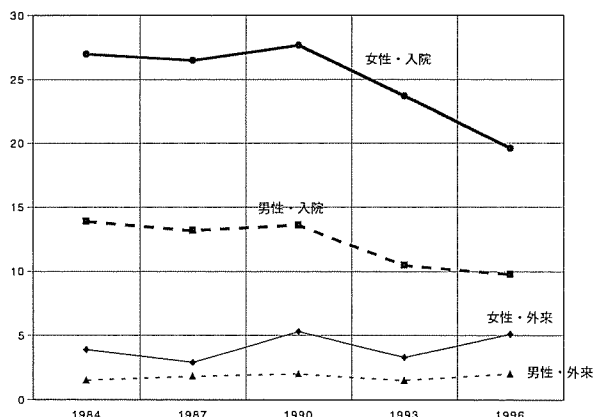


図10 年齢調整後の老年期痴呆による受療率（人口10万人対）

1990年以降減少傾向を示した。外来での受療率は男女ともほぼ横ばいの状態である（図10）。

3) 精神分裂病による受療率

受療率を年次別にみると、男女とも54歳以下の年齢階級では最近になるにしたがい入院受療率が減少し、外来受療率が増加する傾向がみられた。55歳以上では入院受療率と外来受療率がいずれも増加している。

年齢階級別の受療率のパターンは、入院による受療率では、1984年調査、1987年調査、1990年調査では「45～54歳」の年齢階級に受療率のピークがあるが、1993年の調査ではピークが「55～64歳」の年代層に移動

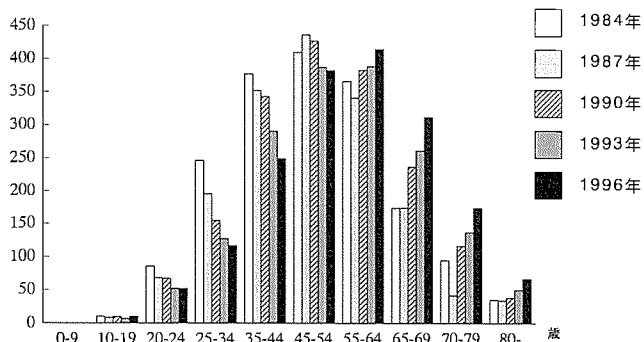


図11 男性・入院・分裂病の受療率（人口10万人対）

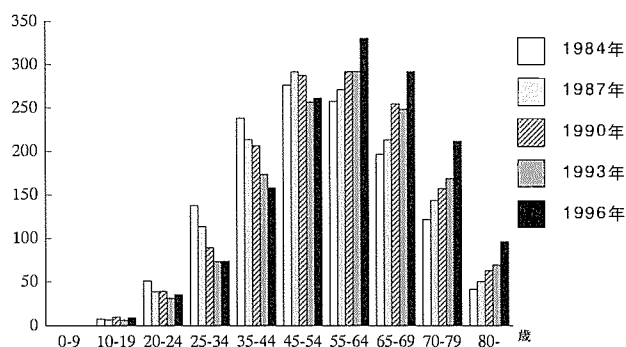


図12 女性・入院・分裂病の受療率（人口10万人対）

し、1996年調査では「55～64歳」の年齢階級にピークが明確に移動している。以上は男女に共通してみられる傾向であった(図11, 図12)。

外来の受療率では、男性については、年齢階級のピークが1993年までは「35～44歳」にあったのが、1996年調査では「25～34歳」に移動している。また、いずれの年齢階級でも1996年の外来受療率が著増している。女性については、どの年度の調査でも受療率のピークは「35～44歳」にある。いずれの年齢階級でも1996年の外来受療率が著増している傾向は男性と同じである(図13, 図14)。

年齢調整後の受療率をみると、入院での受療率は男女とも、近年になるにしたがって、わずかながら減少傾向をみせている。外来での受療率は、男女ともわずか

ながら増加傾向を示した(図15)。

4) 躁うつ病による受療率

入院については、男女とも「55～64歳」から「70～

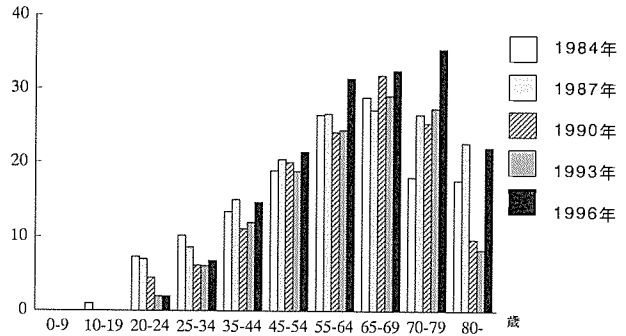


図16 男性・入院・躁うつ病の受療率(人口10万人対)

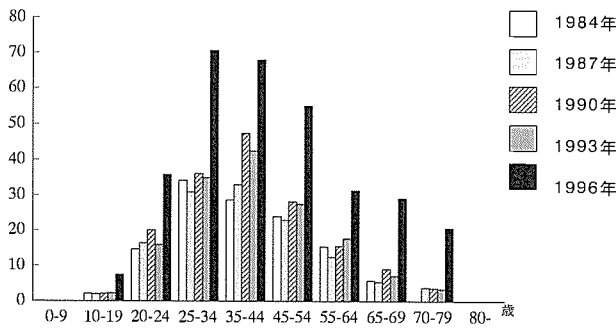


図13 男性・外来・分裂病の受療率(人口10万人対)

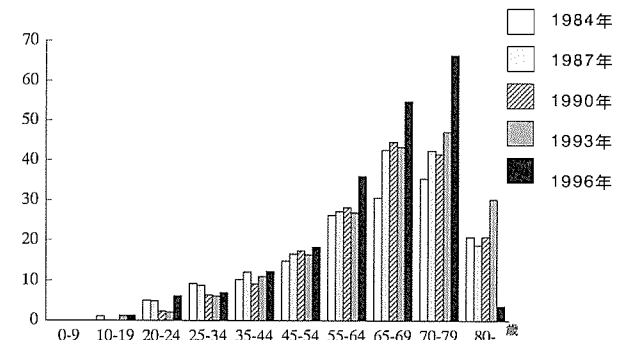


図17 女性・入院・躁うつ病の受療率(人口10万人対)

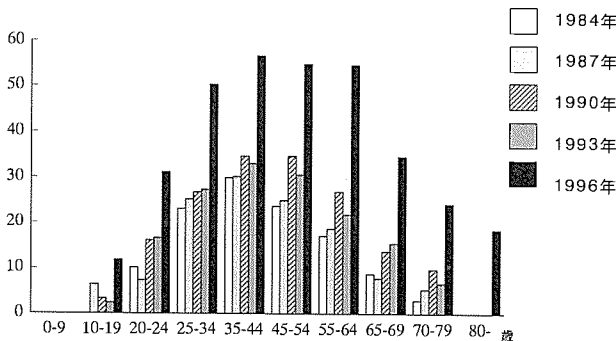


図14 女性・外来・分裂病の受療率(人口10万人対)

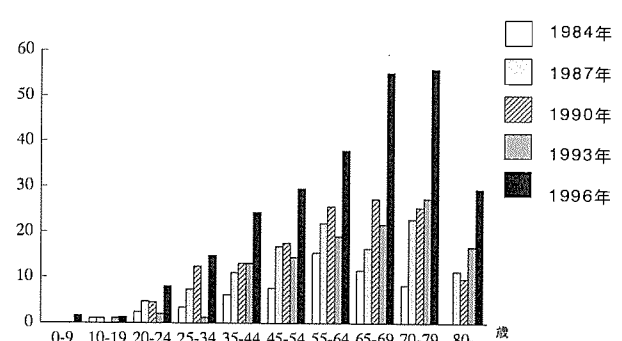


図18 男性・外来・躁うつ病の受療率(人口10万人対)

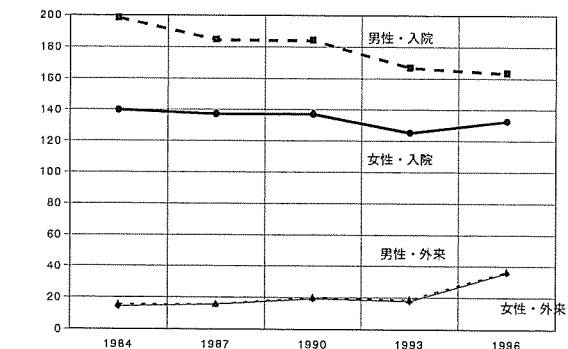


図15 年齢調整後の精神分裂病による受療率(人口10万人対)

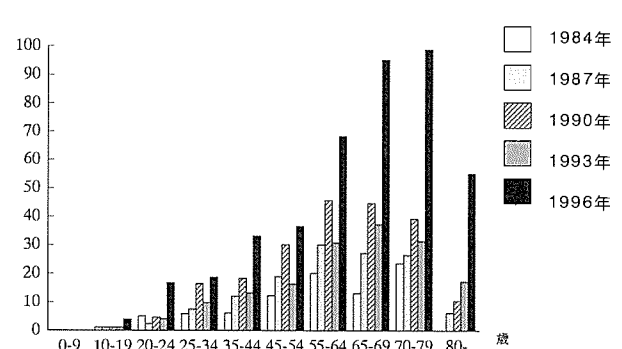


図19 女性・外来・躁うつ病の受療率(人口10万人対)

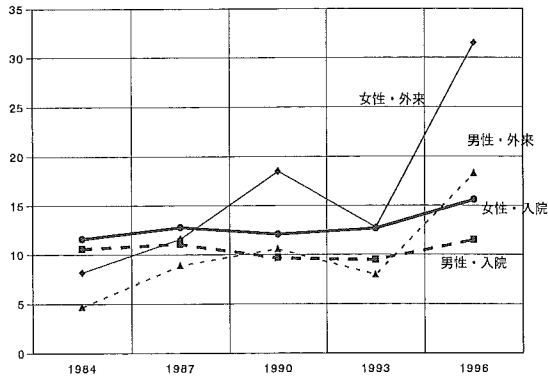


図20 年齢調整後の躁うつ病による受療率(人口10万人対)

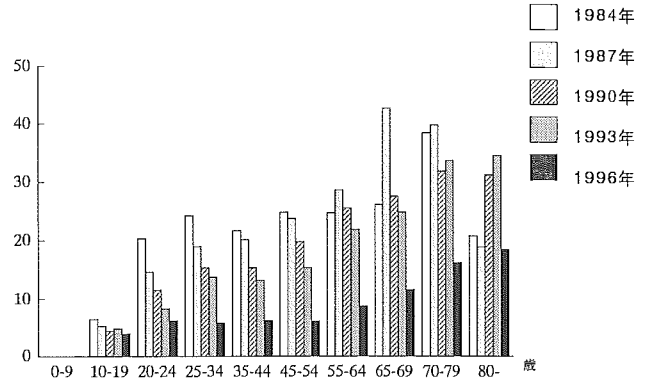


図22 女性・入院・神経症の受療率(人口10万人対)

79歳」の層では1996年調査で著増している以外は特徴的な傾向はみられない(図16, 図17)。

外来については、いずれの年齢階級でも男女とも1996年調査で著増している(図18, 図19)。外来受療率のピークは、男女とも「65~69歳」および「70~79歳」の年齢層で認められ、これは年次別にみて共通していた。

年齢調整後の受療率に関しては、入院での受療率は男女とも、横ばいないし微増の傾向をみせた。外来での受療率は、男女とも1996年に著増していた(図20)。

5) 神経症による受療率

年齢階級ごとの受療率を年次別に比較すると、入院については、「45~54歳」より下の年齢層では、調査が近年になるほど受療率が減少している(図21, 図22)。1996年の受療率はそれ以前の年度の受療率よりも全体として低かった。

年齢階級別のパタンを年次別にみると、入院については男女とも1984年では二峰性であり、「25~34歳」と男性では「80歳以上」、女性では「70~79歳」に山があったが、最近になるに伴って54歳以前の年齢階級の受療率が減少し、若い年齢階級での山はなくなった。

外来では男性の場合「65~69歳」あるいは「70~79

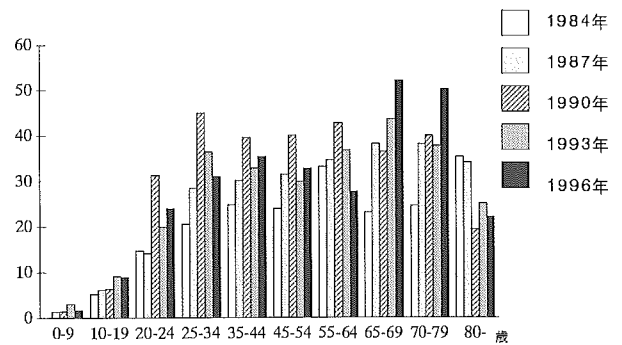


図23 男性・外来・神経症の受療率(人口10万人対)

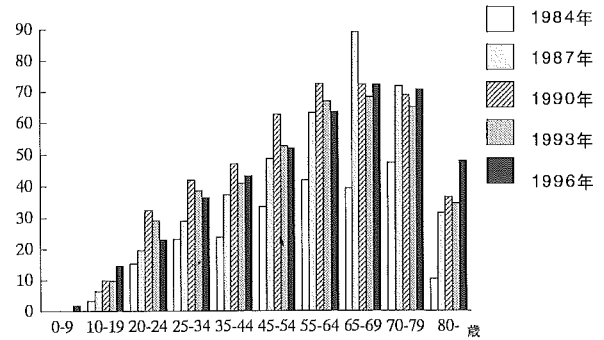


図24 女性・外来・神経症の受療率(人口10万人対)

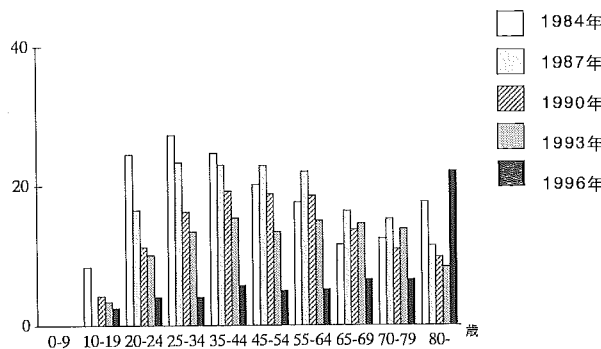


図21 男性・入院・神経症の受療率(人口10万人対)

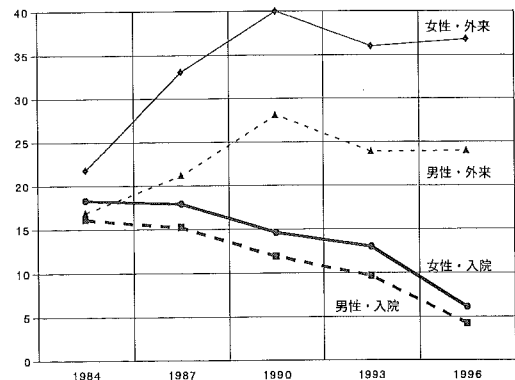


図25 年齢調整後の神経症による受療率(人口10万人対)

歳」にピークがある他に、「25～34歳」あるいは「35～44歳」にもう1つのピークがある年次が多かった。特徴的な傾向はみとめられない(図23, 図24)。

年齢調整後の入院での受療率をみると、1996年の受療率は1984年の受療率の約3分の1に減っている。外来での受療率は、1990年まで増加傾向をみせたが、1993年にやや減少し、1994年および1996年は横ばいの状態で、この変化の傾向は男女に共通していた(図25)。

IV. 考 察

1. 受療率の意味するもの

本研究では、受療率を用いてその動向を検討した。受療率とは調査日に医療機関を利用した患者の対人口当りの割合である。そのため、その変化の要因を検討するにはいくつかの要因を複合的に検討する必要がある。第1には発生率や出現率との関連であり、当然のことながらその変化が受療率の変化となって現れることがある。しかし受療率が増加したり、また減少したりする要因はそれだけではない。第2の要因としては、受療率は医療機関に受療した患者に限定されているため、医療へのかかりやすさも受療率の重要な変動の要因としてみておかなければならない。医療機関へのかかりやすさが改善された場合には、出現率や発生率が同じであっても、これまで医療にかかれなかった人がかかれるようになり、受療率が上がるという現象がおこる。第3には外来受療率と入院受療率の関係にも着目することの必要性である。デイケアなど外来患者の医療的なケアを重視する施策が推進されるにつれて、受療率全体では変化が起これないとしても、入院受療率が減少し、外来受療率が増加するということが起こる。精神保健福祉行政は入院医療から外来医療へと医療サービス提供の重点が移ってきている。以下では疾患ごとに受療率の動向を、発生率、出現率、医療機関へのかかりやすさ、外来・入院受療率の関係という3つの側面から検討してみよう。

2. 老年期および初老期の器質性精神病

これまでに、横断的分析ではあるが、高齢者における痴呆性高齢者の出現割合を調査した研究はある。しかしその動向を時系列的に把握した研究はほとんどない。今後の痴呆性高齢者のニーズ推計を行っていく際には、患者数の動向とそれを左右する要因を探ること

が重要となる。本研究では受療率という指標をもとに、約10年間の動向をみてみた。受療患者数を絶対数でみると、老年期および初老期の器質性精神病は急激に増えている。しかし、年齢階級別に調整してみると、近年における増加傾向はみられない。すなわち、「患者調査」から把握される受療患者数の増加は人口の高齢化、とりわけ65歳よりもさらに高齢の後期高齢者人口の増加が影響しているといえる。

年齢階級別にみると、年次によって多少の高低はあるが、概して、入院と外来の受療率の動向が相反している。すなわち、外来受療率が増加し、入院受療率が減少している傾向がある。高齢者の入院についてはこの間、医療圏の設定、医療施設機能の体系化、診療報酬改定などによって、長期入院に対する対策がとられてきている。このような施策の動向が外来への患者シフトとなって現れているものと思われる。

3. 精神分裂病

藤田³⁾による1973年から1987年までの15年間の厚生省「患者調査」の観察では、精神分裂病在院患者率はほとんど横ばいであるのに対して、外来患者率は近年になるにしたがって増加していることが指摘されている。藤田による報告の後につづく本研究においても、精神分裂病の外来患者率は、いずれの年齢階級においても増加していることがわかった。反面、54歳以下の年齢階級では入院受療率は最近になるに従って減少傾向にあった。54歳未満では、精神科デイケア施設の普及によって入院から外来へとシフトしたり、地域の福祉サービスの利用へと移った患者が少なくないことを示唆している。しかし他方では55歳以上の者では入院の受療率は減少していない。入院の受療率のピークは近年になるにしたがって高年齢層にシフトしていた。すなわち以上のような施策は、年齢が比較的若い層で施設から地域医療への転換には効果があったが、中年期以降ではそれほど効果がみられていないことを示しているのではないだろうか。

55歳以上の者で、とりわけ1996年度に。入院受療率と外来受療率がともに増加している。この理由については、施設から地域への療養場所のシフトによっては説明できない。さらに、医療へのかかりやすさは全体としては、医療費の一部負担導入などによって低下してきていることを考えるならば、このことも理由としては考えにくい。疾病分類が変更になり、1996年以前では分裂病だけであったのが、それに分裂病型障害お

よび妄想性障害が含まれるようになった。外来受療率は54歳以前の年齢階級でも1996年に急増していることも考えると、疾病分類の変更によって外来受療率が影響を受けた可能性がある。55歳以上で入院受療率がなぜ増加したかについては、今後、発生率の増加の可能性も含めて検討する必要がある。

4. 躁うつ病と神経症

年齢調整後の躁うつ病による外来での受療率は、男女とも1996年に著増していた。1993年の患者調査まで使用されていたICD-9では「躁うつ病」のみであるのに対し、1996年の患者調査から使用されているICD-10では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」となっており、ICD-10で捕捉される患者の方が範囲が

ひろい。1996年の外来受療率の急増の背景には使用した疾病分類の変更による影響が少なくないと考えられる。

年齢調整後の神経症による受療率を観察した結果、近年になるにしたがい、男女とも、入院医療から外来医療に移行している傾向がうかがわれた。

文 献

- 1) 吉川武彦, 竹内龍雄: 精神衛生統計. 現代精神医学大系, 第23巻C, 社会精神医学と精神衛生, 41-246, 中山書店, 東京, 1980.
- 2) 岡上和雄: 精神保健医療統計. 現代精神医学大系, 年刊版88-A, 209-271, 中山書店, 東京, 1989.
- 3) 藤田利治: 精神疾患患者数についての15年間の年次推移—厚生省患者調査に基づく推計 (その2). 日本公衛誌 38: 299-309, 1991.

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型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〔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. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい(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。)論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
 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. 文献は本文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, 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改訂3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、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。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: 〒272-0827千葉県市川市国府台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
(1999. 3. 31改訂)

精神保健研究

編集委員

吉川武彦 石川俊男 内山 眞 宇野 彰
金 吉晴 白川修一郎 菅原ますみ

編集後記

春一番が吹き荒れる時期ともなりました。当センターにも様々な風が吹き荒れている昨今ですが、精神保健研究45号はそれらの風を吹き飛ばすような充実した内容となっています。本号では波多野和夫先生にguest editorをお願いして「脳とこころの老年学」と題する特集をお願いいたしました。高齢化がさけて通れない時代となった今、最も重要で人ごとではない課題を取り上げることができました。6名の研究者による熱の籠もった論文となっております。是非ご一読願います。一方で、今年度は論文の投稿が多く、原著論文5編、資料論文1編の投稿がありました。編集委員会としてはうれしい悲鳴でした。査読に多くの先生方のご協力をお願いし、熱心に査読が行われ、本号には期限までに受理された原著論文3編および資料論文2編（1編は昨年度からの持ち越し）が載ることになりました。それぞれ特色のある充実した内容の論文です。ただ、ひとつ気になりましたのは、投稿規定に準じた書き方になっていない論文もあり、その修正をお願いしたのも見受けられました。せっかくの質の高い内容が読者にわかりにくくなり誤解を生みかねませんので、是非とも投稿規定を順守されますようお願いいたします。国立センター研究所としてより質の高い特色のある研究が求められる今、今後とも充実した内容の論文の投稿を歓迎いたします。

新体制になり、本誌はA4版になりました。今後は内容の充実ばかりではなく本誌の装丁も含めた改革が必要な時期に来ているようにも思います。引き続きくださる次年度の編集委員会の皆様に宿題としてお考えいただければと念じております。

私事ですが、学術誌の編集をさせていただき大変勉強になりました。非常に研究領域の広い研究所ですので、不得手な所も多々あり、多くの先生方のご協力を頂きました。特に、編集業務に関しましては森田充子さんに多大なご協力をいただきました。本当に感謝致します。

(石川俊男記)

精神保健研究

第45号

(1999年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——吉川武彦

発行者——国立精神・神経センター
精神保健研究所

〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

PHONE 047(372)3501, 0141

FAX 047(371)2900

<http://www.ncnp-k.go.jp/>

Journal of Mental Health

Number 45, 1999

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

FOREWORD

T. Kikkawa

SPECIAL ARTICLES: Gerontology of brain and mind

Gerontology of brain and mind: An introduction

K. Hadano 3

Neuropsychological Symptoms of Sleep Apnea Syndrome: especially focused on the relationship between dementia and the severity of sleep apnea

Y. Inoue 5

Sleep Disorders and Mental Health in the Aged

S. Shirakawa, H. Tanaka, Y. Yamamoto 15

Definition and assessment of wandering behavior in demented

K. Hori, T. Inada, H. Kashima 25

Burden of caregiving for the disabled elderly: Caregivers for the patients with stroke

Y. Arai, M. Washio, H. Miura, K. Kudo, N. Sajiki 31

Neologistic Jargonaphasia observed in two patients with Alzheimer's dementia

S. Kajino, K. Hadano, K. Tanaka, M. Hamamoto 37

Dynamic aspects of patient-therapist relationship in rehabilitation of aphasia

O. Abiko, H. Kotoku, K. Hadano 45

ORIGINAL ARTICLES

Construction of a scale for measuring coping strategies in daily life

Y. Tsuji, N. Tsukamoto, H. Okada, F. Konjiki, M. Kawata, M. Sugie, S. Nagata, T. Munakata, Y. Ago, T. Ishikawa 53

The examination of sleep health and life habits of the elderly individuals: The Survey of long-live prefecture Okinawa

H. Tanaka, K. Taira, E. Uezu, M. Arakawa, Y. Yamamoto, S. Shirakawa 63

A content analysis of the Rorschach test by subtypes of borderline personality disorder

T. Horiguchi 69

REPORTS

The Hanshin-Awaji Earthquake and Self-help Group Activity for Sobriety: An Analysis of "Free Answer" Items

S. Shimizu, K. Asoh, T. Noda, Y. Kohchi, N. Yamamoto, R. Soh, K. Tanaka 77

Trends of psychiatric in- and out-patients between 1984 to 1996: Observation based on the "Patient Survey" by the Ministry of Health and Welfare

A. Sugisawa, T. Takeshima 95

Information for contributors 103

Editorial Notes 104