

精神保健研究

第16号(通巻49号) 平成15年(2003年)

巻頭言

今田寛睦

50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」

精神保健計画部

精神保健計画部とモニタリング研究

竹島 正 5

精神医学における臨床研究をめぐって

三宅由子 11

薬物依存研究部

一般人口における薬物乱用・依存の実態把握

和田 清 17

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

尾崎 茂 23

揮発性有機溶剤吸入による精神依存性評価装置の開発

船田正彦 29

心身医学研究部

心身医学研究部の歩みとこれから

小牧 元 37

心身関連の医学研究をめざして

安藤哲也 41

心身医学とは？

川村則行 43

児童・思春期精神保健部

児童思春期における情緒・行動の障害に対する精神医療・保健・福祉の対応・連携システムについて

- 「現状調査アンケート」の結果と考察 -

齊藤万比古, 佐藤至子, 小平雅基, 宇佐美政英, 入砂文月, 秋山三左子, 笠原麻里, 細金奈奈 49

エコロジカル成育精神保健からみた地域連携について ~子どもたちにある可能性を保障するために~

田中康雄 61

成人精神保健部

心因性疾患から見たPTSD概念

金 吉晴 69

精神分裂病から統合失調症への呼称変更が偏見に与える影響

川野健治, 中村 真, 浅井暢子, 田中美帆, 宮崎朋子 73

老人精神保健部

慢性期在宅失語症者の生活の満足度について

- 超慢性期のQOLの視点より -

四方田博英, 横張琴子, 波多野和夫 81

高齢者における睡眠障害と認知機能および睡眠改善技術

白川修一郎, 田中秀樹, 山本由華吏, 駒田陽子, 水野 康 89

社会精神保健部

脱施設化再考 - 「社会的入院」患者と精神科リハビリテーションの役割 安西信雄	99
--	----

精神保健福祉士の課題

荒田 寛	105
------------	-----

予知医療の行方：生活習慣病の遺伝子診断が意味するもの

白井泰子	111
------------	-----

精神生理部

概日リズム睡眠障害について

内山 真, 田ヶ谷浩邦, 尾崎章子, 亀井雄一, 渋井佳代, 譚 新, 栗山健一, 鈴木博之, 有竹清夏	121
--	-----

知的障害部

成人ダウン症候群の視聴覚認知機能

加我牧子, 稲垣真澄, 白根聖子, 羽鳥誉之, 堀本れい子, 昆かおり, 小穴信吾, 阿部敏明 ...	129
---	-----

発達障害児に対する医療・福祉資源活用ならびに連携状況に関する医師への現状調査

稲垣真澄, 堀口寿広	131
------------------	-----

失語症例や聴覚失認例におけるハンディキャップの調査と社会福祉のあり方に関する研究

宇野 彰, 春原則子, 金子真人, 加我君孝, 木村さち子	137
-------------------------------------	-----

社会復帰相談部

小学校における児童殺傷事件が他の地域の小学生家族に与えた影響

榎野葉月, 内田優子, 小林清香, 馬場安希, 伊藤順一郎	143
-------------------------------------	-----

ひきこもり研究の観点からみた不登校予後調査のまとめ

堀内健太郎, 吉岡光爾, 小林清香, 野口博文, 伊藤順一郎	153
--------------------------------------	-----

原著論文

Developmental Changes of Auditory P300; Difference Between Two Stimuli Conditions, Non-verbal Sound and Verbal Sound	
--	--

(聴覚性P300の刺激別発達変化；言語音と非言語音の相違)

Takayuki Hatori, Masumi Inagaki, Seiko Shirane, Makiko Kaga	159
---	-----

精神科急性期治療病棟退院患者の患者満足度

(Patient satisfaction in acute psychiatric inpatient care)

立森久照, 伊藤弘人	169
------------------	-----

投稿規定	177
------------	-----

編集後記	178
------------	-----

「名称の変更」

国立精神・神経センター精神保健研究所 所長 今田 寛 睦

昨年は精神保健研究所が満50歳を迎えた年である。昭和25年に精神衛生法が制定され、27年に当研究所が厚生省の附属機関として精神衛生研究所の名称で創設された。その目的は、精神衛生に関する総合的な研究を行うとともに、国、地方自治体、病院などに従事する人たちに研修をおこない、それまで著しく遅れていた精神医療、地域精神衛生の向上を推進することであった。その後の30数年間は、精神病床の増加やデイケアの導入などにより、精神障害者の受療機会は格段に進んだ。しかし、精神障害者の社会復帰や地域ケア、地域精神衛生の分野は、遅々として進まなかった。そのため、昭和40年の法改正により、通院医療費の公費負担制度や保健所機能の強化など、地域精神衛生対策が強化された。さらに、精神病院における不祥事等もあって、精神障害者の人権確保を目指した法改正が昭和62年に行われた。

このときに、法の名称が精神衛生法から精神保健法に変わったのである。「衛生」という言葉は、生(命)を衛(まも)るという、やや防衛的ニュアンスがあり、また衛生、非衛生という、日常的な使われ方を避けてか、この頃から母子衛生が母子保健に、食品衛生が食品保健に、環境衛生が環境保健にと、名称が転換されている。健康を保つという前向きな姿勢の現れであろう。平成6年には、法はさらに精神保健福祉法へと名称が変更された。こうした言葉の変更がその後の施策や国民の意識の変革にどのように生かされてきたかは、検証してみる必要がある。精神衛生研究所は昭和61年に、国立精神・神経センターに統合され、精神保健研究所に改められた。同じことはこの名称変更についても言えることである。

さて昨年は、日本精神神経学会が精神分裂病の名称を統合失調症に変更する決議を行った年でもある。その意義については本書に掲載された論文に譲るが、ある命名された言葉には長い歴史とともに、様々な意味付け、スティグマが醸成されてくる。たとえ命名そのものが不適切であったと思われるものでも、のちにその名に適切な意味付けがなされ概念として正しく認識

されれば、なんら問題は無いのかもしれない。しかし、時間とともに不適切な意味付けが生まれ、偏見や差別が生ずると、これを訂正し、適切な認識へと変更することは容易でなくなる。

Schizophrenia の訳語がその意識としてかつては適切であったとしても、精神が分裂しているという言葉の中に、正しい認識を阻害するニュアンスが含まれていたという主張も理解できる場所である。統合失調症がこれから用いられ、速やかに関係する法律の改正へと繋がって欲しいと思うが、今後は今後で、この名称に新たな意味付けや認識が付与されてこよう。国民が精神障害者を正しく理解し、地域で生活することを支援していく努力があってはじめて、この名称変更が生きてくるのである。統合失調症への名称変更が、今後の施策や国民の理解にどう生かされ、どう展開されていくか、これからも問い続けていかなければならない。

再来年度は、精神保健研究所と神経研究所との統合が予定されている。これは、生物学的研究と心理社会学的研究の連携を改めて問い直す重要な機会でもある。総合科学技術会議も「自然科学と人文・社会学との融合の促進」を謳っており、とりわけ精神保健の分野では、この視点は最も重視しなければならないテーマである。新しく統合される研究所は、精神保健研究所からどういう名称に変わるかはまだ分からない。が、少なくともこの統合が、その後の研究所のあり方にどう生かされていくかは問われるだろう。具体的な研究成果をもってこれに応えることが私たちの責務と考えている。

50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」

精神保健計画部

精神保健計画部は、精神保健に関する計画の調査及び研究を行うため、昭和61年10月に設置された。

精神保健計画部が設置されてからの数年間は、ちょうど精神衛生法から精神保健法への改正時期であったこともあり、社会復帰対策研究、特にニーズ調査が中心的課題であった。その後、こころの健康づくり対策等に研究の領域が広がったが、平成7年7月から2年間は部長が欠員となった。

平成9年6月に部長として着任以降、欠員の発生等により、研究事業の増加に研究体制が追いつかない時期もあったが、平成12年4月以降、ようやく部としての組織的な研究に取り組める体制が整ってきた。

この数年、精神保健計画部の役割は、精神保健福祉の現況と施策効果の観察・評価（モニタリング研究）、精神科医療の現場における治療やリハビリテーション技術に関する科学的根拠を充実させるための現場との共同実証研究や研究方法論の提供（臨床疫学研究）であると、いろいろなところで繰り返し述べてきた。そして厚生労働省精神保健福祉課の毎年行う調査の解析、精神および行動の障害に関する国際疫学研究、措置入院制度運用実態の実証研究等に取り組んできた。

モニタリング研究は、実態調査や行政資料の解析・評価等のマクロ研究である。モニタリング研究の推進によって、精神保健医療福祉の現況が把握でき、施策効果を評価することができる。

臨床疫学研究は、地域活動を含む精神科臨床の科学的評価を目的とするものであって、根拠に基づく精神科臨床の普及には欠くことのできないものである。

精神保健計画部という名称自体には専門性が表れない。このことは精神保健計画部の役割が、根拠に基づく精神科臨床の普及と精神保健医療福祉施策の推進に、中立的に関与し続ける立場を意味するものと考えている。

（竹島 正）

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

精神保健計画部とモニタリング研究

精神保健計画部長 竹島 正

A . はじめに

精神保健計画部は、精神保健に関する計画の調査及び研究を行うため、昭和61年10月に設置された。

精神保健計画部の課題は、精神保健福祉の現状と施策効果の観察・評価（モニタリング研究）、精神科医療の現場における治療やリハビリテーション技術に関する科学的根拠を充実させるための現場との共同実証研究や研究方法論の提供（臨床疫学研究）である⁴⁾。は行政情報をもとにしたマクロ研究、は臨床の科学的評価に関わる研究であって、この2つがそれぞれの場面で機能することで、精神保健計画部の役割が発揮できる。臨床疫学研究については三宅が「精神医学における臨床研究をめぐる」に述べている。ここでは平成9年度以降、精神保健計画部で行ったモニタリング研究の概要を精神保健福祉施策との関連においてまとめ、展望する。

B . モニタリング研究の現状

1 . 630調査の厚生労働科学研究に基づく解析（平成9年度～）

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課では、昭和50年代はじめから毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神病院等の状況等についての資料を得ている（以下、630調査という）。この資料収集は精神保健福祉課の業務の参考とすることを目的としており、全国の精神病院等の協力によって継続され、我が国の精神保健福祉に関する貴重な資料になっている¹⁹⁾。

精神保健計画部では平成9年度厚生科学研究費補助金「適正な医療の供給に関する研究」（主任研究者野崎貞彦）の分担研究「精神保健医療対策に関する基礎資料と評価に関する研究」以降、630調査に用いる

調査票の企画、調査結果の解析に携わってきた^{1, 2, 11, 15, 16)}。

平成10年度からは前年6月1ヶ月間に入院した患者の退院状況、つまり入退院の動態が把握できるようになった。同じく平成10年度からは毎年の630調査の集計結果を精神保健福祉資料としてまとめ、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課等にフィードバックするようになった^{5, 6, 7, 8)}。平成11年度研究報告書には、この間に調査項目がどのように変わったかまとめている。

平成12年度から14年度の3年間は、厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」（主任研究者 竹島正）^{15, 16)}において、引き続き630調査の企画、分担研究体制での調査結果の解析を行った。この間、退院患者の状況、1年後も入院が継続している患者の状況、応急入院の実施状況等も把握できるようになった。

モニタリング指標の開発に関しては、平成11年度データの解析をもとに、入院患者残留率を用いた精神科医療のマクロ指標（1年以内社会復帰率、入院患者残留率、50%退院日数）を提示し、精神神経学雑誌に原著論文「精神科医療機能に関するマクロ指標の検討 - 入院患者残留率を中心に - 」¹⁹⁾として投稿し、受理されている。

ところで平成14年12月に公表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」⁹⁾には、その基本的な考え方を「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」に置き、7つの「施策の視点」を挙げている。そのひとつが「客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ること」であって、具体的な施策として「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」が挙げられ、各種施策の進捗状況を定期的にまとめ、精神障害分会で評価・見直しすることとされた。「630調査の厚生労働科学研究に基づく解析」の成果物である精神保健福祉

資料は、同報告書に「精神科病院の状況については、厚生労働省精神保健福祉課と国立精神・神経センター精神保健研究所の協力により、毎年調査を実施し、その結果を公表している」と紹介されている。

2. 社会復帰施設等の状況(平成11年度～)

平成11年の精神保健福祉法改正によって、精神障害者社会復帰施設においても、特別養護老人ホームや保育所等の他の社会福祉施設と同様に、法令に基づく明確な基準を定めることとなった¹⁹⁾。このため平成11年度地域保健総合推進事業において「社会復帰施設等に関する全国状況調査」(調査委員長 北川定謙)²⁰⁾を実施し、現状の把握を行うこととなった。精神保健計画部は全国精神障害者社会復帰施設協会等と協力して、調査の企画、調査結果の解析等を行った。調査内容は、施設の概況、職員の状況、施設の運営管理、利用者の状況であって、地域生活支援センターとグループホームを含む1,274施設に、都道府県および政令市の主管課を通じて調査票を配布し、985ヶ所(77.3%)から回答を得た。この調査の結果、社会復帰施設等が多くの課題を抱えつつも地域社会に浸透しつつあることが明らかになった。しかし平成11年の精神保健福祉法改正によって社会復帰施設に位置付けられた地域生活支援センターについては、施設数や活動の実態が急速に変化しており、この施設に焦点を当てた調査が必要であることがわかった。

このため平成12年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の社会復帰に向けた体制整備のあり方に関する研究」(主任研究者 北川定謙)³⁾においては、全国の精神障害者地域生活支援センター217施設を対象に調査を行い、172施設(79.3%)から回答を得た。この調査によって地域生活支援センターは着実に実績を伸ばしつつあるものの、開設されて数年以内の施設が多く、業務の実施状況にも施設間較差が大きいことがわかった。この原因には、地域生活支援センターの業務を何でもって測定するか明らかになっていないことが考えられた。そして平成13年度は11か所の地域生活支援センターを対象に、その業務測定方法を明らかにするための調査を行った。平成14年度からは社会復帰施設や居宅生活支援事業の利用等に関する相談・助言を市町村から地域生活支援センターに委託できるようになった。これを受けて平成14年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の社会復帰に向けた

地域体制の整備に関する研究」(主任研究者 北川定謙)においては、市町村に精神障害者福祉サービスが位置付けられた初期段階における地域生活支援センターの状況を調査することとした。この調査は過去3年間の研究成果を取り入れ、地域生活支援センターの機能評価に役立てること、保護者等の援助の困難な精神障害者の地域生活支援における工夫(特に住居の確保、地域交流の実践)についての情報を収集することも目的に加え、全国325施設を対象に調査協力依頼を行い、現在解析中である。

このほか精神保健福祉情報の整備の一環として「福祉ホームB型の全国状況調査」^{10,16)}を行った。これは平成14年3月の時点で開設されている全29施設を対象に行ったもので、全施設から回答を得ることができた。福祉ホームB型は、平成11年度から「長期在院患者の療養体制整備事業」として整備が進められてきたもので、長期在院で高齢化しつつある精神障害者の退院の場として注目されている施設である。

3. 通院医療費公費負担制度の利用実態(平成12年度)

平成12年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究」(主任研究者 竹島正)¹⁴⁾においては、診療報酬明細書の内容の解析を行った。この研究は、平成12年9月から14年3月にかけて行われた「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会」に、レセプトの点検などによる通院医療費の実態分析の結果を示すことが目的であった。この研究の結果、公費通院医療費の増加の主たる要因は、通院医療を促進するという国の方針に基づくものであって、通院医療費公費負担制度はおおむね適正に利用されていると考えられた。しかし公費通院制度の適用対象や適用範囲が不明確であることが公費通院医療費の過剰な増加要因となっている懸念は否定できなかった。このため貴重な国費が必要な対象に適正に向けられるよう制度運用の原則を明らかにし、審査体制を充実するとともに、制度運用のモニタリングを行う必要があると結論づけた。本研究の成果は「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」に資料として採用され、その報告書をもとに「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条の規定による精神障害者通院医療費公費負担制度の運用について」が示されている。

4. 措置入院制度運用の実態（平成13年度～）

平成11年精神保健福祉法改正の国会審議において、重大な犯罪をおかした精神障害者の処遇のあり方について幅広い観点から検討を行うよう附帯決議がなされた¹²⁾。また大阪教育大学付属池田小学校で起こった児童殺傷事件を契機に、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇についての議論が高まった。特にこの事件の被疑者が一時的に措置入院となっていたこと、同被疑者が以前起こした傷害事件について精神障害を理由に不起訴処分となっていたこと、しかも被疑者に詐病の可能性あることから、現行の措置入院制度の運用が適正行われているか、疑問視する声が出てきた。

厚生労働省においては、国会の附帯決議を受けて、重大な触法行為をした精神障害者の処遇の在り方について法務省とともに検討を進めていたが、その検討資料として、精神保健福祉法第25条及び26条に基づく通報を中心とした措置入院制度にかかる事務処理状況について現状を把握することとなり、平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）「措置入院制度のあり方に関する研究」（主任研究者 竹島正）¹⁷⁾において、精神保健福祉法第25条に基づく通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況および措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態を、実証的なデータをもとに明らかにすることとなった。本研究によって、平成12年度に精神保健福祉法第25条によって通報を受けた820例については625例（76.2%）に措置診察が実施され、464例（56.6%）が措置入院となっていたことがわかった。また措置診察が実施された625例の解析の結果、措置入院の要否判断はおおむね一致しているものの、措置要否の判断の根拠となる、問題行動の書式の問題や現在の病状又は状態像の記載に不一致のある事例、措置入院の要否判断について基本的な考え方を整理しておくべき事例がみられた。このことから診察の要否判断と措置入院の要否判断のガイドライン、精神症状や問題行動把握のためのアセスメントツール、指定医の診断技術を高めるための研修、措置入院に関する診断書の書式の改訂等、措置入院制度運用の標準化のための研究継続の必要性が明らかになった。そして平成14年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「措置入院制度の適正な運用に関する研究」（主任研究者 浦田重治郎）において、精神保健福祉法第25条以外の措置入院制度の運用実態についても、実証的なデータをもとに運用実態を明らかにするとともに、措置

入院制度運用の標準化に向けての研究を進めている。

C. モニタリング研究の展望

モニタリング研究の目的は、精神保健福祉の現況と施策効果の観察・評価であって、施策評価のためのマクロ研究である。はじめに「B. モニタリング研究の現状」で挙げた事例について各論的に検討し、そのうえでモニタリング研究の将来像について述べる。

630調査の厚生労働科学研究に基づく解析は、630調査が、精神病院の業務体制等のシステムと患者の状況を合わせて調査する行政資料である点に特徴がある。行政資料につきまとう大きな問題は記入ミスである。630調査は調査項目が多様多様にわたるためそのリスクも大きい。このため調査票および記入マニュアルの改訂を繰り返し行い、調査精度を高める努力を行ってきた。630調査で最も大きな成果と考えられるのは、精神病院における入退院の動態の把握が可能になったことである。しかし地域精神医療の進展とともに外来診療機能、特に精神科診療所の施設、受診患者、社会復帰対策との連携の状況等を把握できるよう630調査の内容を検討する必要があるが出てきている。

「社会復帰施設等の状況」に関しては、平成11年度に行った社会復帰施設等の全国状況調査のような大規模調査を毎年実施することは不可能であろう。しかし社会復帰施設等の整備状況は年々変化しており、その状況を毎年継続して把握することは必要である。最も簡便な方法は630調査の中の「社会復帰施設等の状況」に関する調査票の改訂を行い、必要性が生じたときに大規模調査を行うことであろう。

「通院医療費公費負担制度の利用実態」の目的は、精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の増加要因を明らかにすることであったが、この研究と同じ方法を用いた研究が過去に行われていなかったため、2時点での変化を比較することはできなかった。このため社会保険診療行為別調査報告等の解析も合わせて行い、診療報酬明細書の内容の解析による研究成果を補うこととした。精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の利用者は平成12年約72万9千人であって、前年度よりも約9万5千人増加している⁹⁾。医療制度は変革期にあり、通院医療費公費負担の利用状況も大きく変わっていくと考えられる。「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」に基づく通知の効果を明らかにする意味も

含めて、診療報酬明細書の内容の解析は数年内に再実施する必要があると思われる。

「措置入院制度運用の実態」は、全国都道府県・政令指定都市における平成12年度実績の実証データに基づく解析である。本研究には、各都道府県・政令指定都市から個人情報を抹消したデータを収集し、さらに収集された情報のテキスト部分をコード化するなど、データ収集から解析のすべての段階において、たいへん負担が大きい調査であって、同じ調査を再度行うことはきわめて困難である。しかし措置入院制度の運用の実態を継続的に把握することは重要であり、その方法は検討される必要がある。特に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（案）」が国会で審議中であるが、この法律が成立した場合には、措置入院制度の運用にも影響が予想される。予想される影響と実際の変化を比較するためにも、措置入院制度運用の実態を継続して把握できるよう書類の一部がコード化され、情報の作成と収集が行政事務に組み込まれることが望まれる。

これまで述べてきたことでわかるように、モニタリング研究においては都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課等の情報収集力、または主管課の持つ情報の活用と、研究結果の行政へのフィードバックがきわめて重要であり、情報システムの整備とモニタリング研究の推進は不可分である。

また精神保健福祉行政に限らず、さまざまな施策は、制度化あるいは予算化されるときに、その効果が想定されている。モニタリング研究の最も役に立つところは、その期待される効果の実現度をマクロな情報として明らかにするところにある。

精神保健計画部では、平成14年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」（主任研究者 岩 榮）¹⁸⁾の分担研究として、都道府県・政令指定都市の情報システム整備と、精神保健福祉の各種施策を効果的に推進するために必要とされる資料・情報が、精神保健福祉主管課においてどのように整備されているかを調査した。その結果、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課における情報システムの整備、情報の電子化はかなり進んでいることがわかった。しかし精神保健福祉情報の保有状況に関しては、都道府県等の回答に差がみられた。この要因は、都道府県の保有する情報に偏りがあるだけでなく、同じ都道府県内でも担当者ごとの保有する情報に偏りがあることが考

えられた。このような情報の偏りを少なくして、根拠に基づいた行政を進めるには、都道府県等に情報システムがほぼ整備されていることを踏まえた情報提供側の工夫、たとえば都道府県等で役に立つと思われるモニタリング研究成果等を、電子媒体で提供し、担当者の誰でもが閲覧できるようにすること等が考えられる。

新たな制度や施策は、国民の精神保健の保持向上のための介入であって、モニタリング研究は介入の成果を明らかにする方法である。モニタリング研究が、研究者個人や研究部の役割を越えて、国立精神・神経センター研究所の基本的な機能として定着していくことが望まれる。

参考文献

- 1) 笠原 嘉（主任研究者）他：平成10年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「適正な医療の給付に関する研究」総括研究報告書 1999.3
- 2) 笠原 嘉（主任研究者）他：平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「適正な医療の給付に関する研究」総括研究報告書 2000.3
- 3) 北川定謙（主任研究者）他：平成12年度～13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の社会復帰に向けた体制整備のあり方に関する研究」総括研究報告書 2002.3
- 4) 国立精神・神経センター精神保健研究所：創立50周年記念誌 2002.1
- 5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料 - 平成10年度6月30日調査の概要 1999
- 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料 - 平成11年度6月30日調査の概要 2001
- 7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料 - 平成12年度6月30日調査の概要 2002
- 8) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料 - 平成13年度6

- 月30日調査の概要 2003
- 9) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課:社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」の概要 2002
- 10) 三宅由子,立森久照,竹島 正:福祉ホームB型(長期在院患者の療養体制整備事業)の施設および運営に関する調査研究.国立精神・神経センター精神保健研究所 2002
- 11) 野崎貞彦(主任研究者)他:平成9年度厚生科学研究「適正な医療の供給に関する研究」総括研究報告書 1998.3
- 12) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編集:精神保健福祉行政のあゆみ.中央法規,東京,2000
- 13) 精神保健福祉研究会監修:改訂精神保健福祉法詳解.中央法規,東京,2000
- 14) 竹島 正(主任研究者)他:平成12年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究」研究報告書 2001.3
- 15) 竹島 正(主任研究者)他:平成12年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」研究報告書 2001.3
- 16) 竹島 正(主任研究者)他:平成13年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供のあり方に関する研究」研究報告書 2002.4
- 17) 竹島 正(主任研究者)他:平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「措置入院制度のあり方に関する研究」総括・分担研究報告書 2002.4
- 18) 竹島 正,三宅由子,長沼佐代子:行政・実績報告の整理と有効活用 - 精神保健福祉の資料・情報に関する主管課調査 - .平成14年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究(主任研究者 岩 榮)」研究報告書 2003
- 19) 竹島 正,中村健二,重藤和弘他:精神科医療機能に関するマクロ指標の検討 - 入院患者残留率を中心に - .精神神経学雑誌 104(5):394-416,2002
- 20) 竹島 正,寺田一郎,三宅由子他:社会復帰施設等に関する全国状況調査.日本社会精神医学会雑誌 10:167-182,2001

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

精神医学における臨床研究をめぐって

統計解析研究室長 三宅由子

1. はじめに

ほぼ20年前に精神医学の世界に飛び込んだ時、疫学を専攻してきたものとして最もとまどったのは、精神医学における診断の問題であった。疫学は人間の集団を対象に、病気のリスクファクターを追及する学問である。したがって疫学においては、まず特定の疾患の患者集団とその疾患ではない集団を比較し、どこに違いがあるかを探すことから始めるのが常套手段である。ところが精神医学においては、その疾患であると診断するための基準がかなり曖昧であるように感じられ、はなはだ頼りないものに見えてしまった。当時はDSM-IIIが出たばかりの時であり、まだまだ操作的診断基準は日本でそう広く使われるものではなかった。診断する医師によって診断名が異なることがあるのは当然のことであり、確定診断がつくまでに時間がかかる場合も多々あるということだった。これは大変なところに来てしまったのではないかと、途方に暮れる思いであったことを思いだす。そのころある精神科医に私の専門について説明した後、「ところであなたのような人がこんなところ（精神医学の研究所）で何をしていますのか」ときかれ、あまりにも本質を突いた問いに絶句したのを覚えている。「精神医学の世界でいったい何をすればいいのだろうか」というのがこの分野での私の出発点であった。

2. 臨床研究における疫学と統計学

そのころ出会ったのが「臨床疫学」という言葉であった。疫学の手法は疾患の発生のリスクファクターを探すためにあるが、その手法を疾患の予後を左右するファクターを探すことに応用するのが臨床疫学である。よい共同研究者に恵まれたこともあって、ようやく私の仕事はまず診断の問題から出発して、精神医学の中できちんとした方法論を用いた臨床研究を進めていくことではないか、という道筋が見えてきた。今風

に言えば、evidence based medicineのための実証研究に参加することに、私の活路がありそうだったと思った。

疫学の方法論のひとつとして統計学があるが、医学研究論文において統計的仮説検定が適切に使われていない例は、かなりたくさん発見することができるような状態でもあった。当時私に期待されていたことといえば、これは精神医学に限ったことではないが、なんらかの調査や研究で得られた結果に「星（アステリスク）」をつけること、すなわち有意差を見出すことだけなのではないかと思えることもあった。「統計屋」としての役割しか期待されていないのは本意なことであった。統計的仮説検定の計算法のみが一人歩きし、その背後に統計学的前提条件があることなどは、ほとんど臨床研究者の意識の外であった。特にパーソナルコンピュータが普及し始め、計算そのものは誰にでも可能になってきて、統計的仮説検定の誤用や乱用はますます加速しそうな気配であった。

しかし、様々なそのような研究に付き合っているうちに、問題はデータを集める段階、すなわち対象をどう定め、どのように測定するか、という段階からすでに存在することがあるのが分かってきた。さらに言えば、何を明らかにしたいために研究をしているのか、ということさえ曖昧なまま、ただそこに数字があるから、対象がいるから、「研究」しているとしか思えない例もあることが分かってきた。

3. 研究を始める前に

臨床の第一線では、対象である患者やデータを蓄積したカルテが目前にあるために、研究の目的や作業仮説をじっくりと検討することなく調査や研究に飛び込む場合がままある。集まってしまっているデータを持ち込まれ、なんとかしてくれと言われることほど困ることはない。何を証明したくて集めたデータなのか質問しても曖昧であったり、「こんなことが言えないかしら」と相談されてもその集め方では無理だったりという場合、「なんとか」しようがないのである。

そんなことを繰り返している中で、一冊の本に出会った。イギリスの医学統計学者の書いた本¹⁾で、訳せば「精神医学における統計手法 - 初心者のために」というようなペーパーバックであった。その前書きの部分に「我々がこの本で強調したいのは、医学統計学者に相談することが重要である、ということだが、それは研究を始める前にそうするのが有用なのであって、データを集めた後ではない」という文章を発見した。ああ、私だけではなかったのか、実証研究のふるさであるイギリスですら、やはり統計屋は同じことで悩んでいるのだなあ、と、妙な親近感をおぼえたものである。

なんのために研究するかを目的を明文化し、それによって作業仮説を定め、目的達成のために必要な戦略と資源を書き出し、発表の方法まで見通したものが研究計画である。研究計画を書くことは、自分の考えをはっきりさせ、研究を効率的に進めるという本来の目的以外にも、結果を論文にまとめるのにも非常に役立つ、また自分の研究を現場にいる様々なスタッフに理解してもらうためにも有用である。関連する文献を読み、必要なら専門家(統計学ばかりでなく、心理検査、面接、自記式の調査票など、研究に用いたい方法論について)に相談することにより、無駄のない、無理のない実施計画を作ることができる。データを集めるより前に、どのような結論が導きたいのかが明確になっているので、データにかかるバイアスを最小限に食い止めることもできるし、無駄なデータを集めることもなくなる。データの限界も明らかにできるので、論理の飛躍も避けることができる。

4. DIB研究

精神医学の世界に飛び込んで数年後に、共同研究者の医師数人とともに、このような考え方に沿って「境界例 (Borderline Personality Disorder)」の研究を始めることができた。ハーバード大学の教授が作成したDIB (Diagnostic Interview for Borderlines) という半構造化面接の質問紙の日本版を作成し、当時話題になっていた境界パーソナリティ障害とうつ病の関係を実証的に明らかにすることを目指した。まず境界パーソナリティ障害の診断を、面接法を一定にすることによって均質化することができた。また系統的に外来患者からサンプルを取る方法を設定し、必要なデータを確実に蓄積していくことにより、非常に効率的に研究を進

めることができたと思っている。後にこの研究は摂食障害と境界例の関連、境界例患者の脳波についての研究、森田神経質の研究などに発展し、5本の博士論文を含む二十数本の論文と1冊のモノグラフ²⁾を生み出した。

この研究を経て、研究を始める前の基礎をきちんと固めておくことにより、非常に生産性が向上することが実感できた。また、臨床の実証研究の中に私自身の役割を見出すこともできた。すなわち、研究計画を立て、データ収集の流れ全体を把握しながら、データの蓄積に責任をもち、集積したデータを統計的に処理して結果を導くという役割である。ここでやっと、「私はなにをすればいいのか」という問いへの、ひとつの具体的な答えに出会ったことになる。

5. おわりに

近年のパーソナルコンピュータの普及とインターネット利用の拡大は、「情報革命」と言ってよいほどの変革をもたらしていると思う。かつては専門家の占有物であった専門知識も、どんどんネット上に公開されて、インフォームド・コンセントも当たり前になってきた。つまり自分の体やこころの不具合にどう対処するかは、「お医者様にお任せ」する時代ではなく、「医師と患者の共同作業」へと変質しつつある。専門家の側としては、「どうしてこの治療法なのですか」という問いに誠実に答えようとするれば、「科学的根拠」をもった証拠を必要とすることになる。そのような証拠は、科学的実証と言うに足る臨床的実証研究からしか得られない。日本の精神医学においてこのような研究が充分であるとはいえない現状があり、実証研究に対する需要は増大することが予測できる。

10年ほど前に、研究計画の具体的な作り方を含む「臨床データのまとめかた」³⁾という本を出版することができ、2001年には改訂2版を出すことになった。臨床データを生かして研究するために必要な統計学の知識、データの扱いかた、論文の書き方も収録している。つまり臨床的実証研究の方法論をまとめた本である。私としてはこれが、最初の「私の役割はなんだろう」という問いへのもうひとつの答えではないかと思っている。

文献

1) Freeman, C. & Tyrer, P.: Preface to the first edition. In:

- Research Method in Psychiatry - A Beginner ' s
Guide. 2nd Ed., Freeman,C. & Tyrer,P. Eds. Gaskell,
London, p ix-x, 1992.
- 2) 皆川邦直 , 三宅由子編著 : 境界例 . 医学書院、東
京 , 1993.
- 3) 三宅由子 : 臨床データのまとめかた 研究計画か
ら論文作成まで 改訂第 2 版 . 杏林書院 , 東京 ,
2001.

薬物依存研究部

当研究部は、国立精神衛生研究所の国立精神・神経センタ - への改組（1986年10月）とともに新設された研究部である。当初、薬物依存研究室と向精神薬研究室の2研究室より成っていたが、「麻薬・覚せい剤等に関する実態調査結果に基づく勧告」（平成10年5月、総務庁）により当研究部の機能強化が要請され、平成11年度に研究室の改組及び1研究室の新設がなされ、以後、心理社会研究室、依存性薬物研究室、診断治療開発研究室の3室体制で今日に至っている。しかし、診断治療開発研究室には人員がつかないままであり、現実的には平成10年度までのままである。

当研究部では、創部以来、研究・研修・社会的活動を3つの柱として、下記のような研究・活動を進めてきた。

．【研究活動】

1．薬物乱用・依存状況把握のための疫学的研究：1）「薬物関連精神疾患全国精神病院調査」（原則隔年）、1987年以来原則隔年実施。我が国唯一の薬物関連精神疾患患者全国調査。2）「薬物使用に関する全国住民調査」（原則隔年）、1995年以来原則隔年実施。我が国唯一の薬物使用についての一般住民調査。3）「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」（原則隔年）、1996年以来原則隔年実施。我が国唯一の全国中学生実態調査。4）「薬物乱用／依存者における薬物使用行動とHIV感染危険因子についての研究」（毎年）、我が国唯一の全国定点調査。

2．覚せい剤精神病・有機溶剤精神病に関する各種臨床研究：1999年にはUNDCP Global Study on illicit Drug Markets 調査への協力。1999年～2001年はWHO projectとして実施。

3．薬物依存に関する基礎的研究：1）覚せい剤精神病のPETによる研究。2）覚せい剤精神病に関わる遺伝子発現の研究。3）トルエンの精神依存形成に関する研究。4）モルヒネ退薬症候に対する研究。

．【薬物依存臨床医師・看護研修会】

平成14年度で、医師研修会は通算16年間、看護研修会は通算4年間開催。

．【社会的活動】

国連（UNDCP）、WHO会議への参加、各省庁（厚生労働省、文部科学省、法務省、警察庁等）、自治体等への講師派遣、啓発用資料・教材作成への支援、調査等への助言等、幅広い社会還元を行ってきた。

社会における薬物乱用・依存問題の重要性は増すばかりであり、その結果、当研究部への期待・要請も増え続ける一方である。しかし、人員増は実現しておらず、オーバーワーク状態の中で、何とか研究・活動を維持し、奮闘しているといった現状にある。

本50周年記念誌では、当研究部の研究活動の一端を紹介する意味で、現時点で継続中のいくつかの代表的研究活動について、表層的ではあるが、紹介したい。

（和田 清）

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

一般人口における薬物乱用・依存の実態把握

薬物依存研究部長 和田 清

1. はじめに

薬物乱用・依存問題は、世界的規模で拡大し続けている世界的最重要問題の一つである。その対応策策定のためには現状把握が不可欠である。ところが、その現状把握の最も基本とも言うべき「薬物乱用者、薬物依存者は何人いるのか？」という問いほど難しい質問はない。どのような文化圏であれ、薬物乱用は基本的に逸脱行為であり、しかも違法行為であることが多い。そのため、その実態把握は違法行為の掘り起こしの側面を持っており、困難を極める。

一つははっきりしている数字がある。薬物事犯者数（各種薬物関連法規により検挙された者の数）の年次推移である（図1）。このデータをもとに、わが国での覚せい剤乱用は三つの流行期にわけて論じられてきた。1945年～1957年の第一次乱用期、1970年～1994年の第二次乱用期、1995年～現在に至る第三次乱用期である¹⁾。

しかし、この薬物事犯者とは、薬物乱用者に限らず、当該薬物の密造、密輸、売買、所持等により検挙され

た者をも含んでおり、その多くが乱用者であるとしても、薬物乱用者全体から見ると検挙された者は氷山の一角に過ぎない。「自分は運が悪かった」とは、検挙された乱用者の常套句である。また、警察官の数自体が限られており、犯罪の多様化・凶悪犯罪の発生の中で、薬物犯罪捜査へのウエイトも一定とは言えない面がある。サリン事件をきっかけに、大麻事犯者数は激減した²⁾。薬物事犯者数には、このような限界があるが、結果的に検挙者数の多い薬物は覚せい剤、有機溶剤、大麻の順である。これは薬物乱用の世界を反映しているのであろうか？

そこで、そもそも一般人口の中で、薬物使用経験者がどれくらいいるのかを調べる必要がある。しかし、前述したように、この調査こそが、違法行為の掘り起こしであり、最も困難な調査である。

薬物依存研究部では、この難題に経年的に取り組んできた。

. 一般人口を対象とした疫学的調査

1. 薬物使用に関する全国住民調査

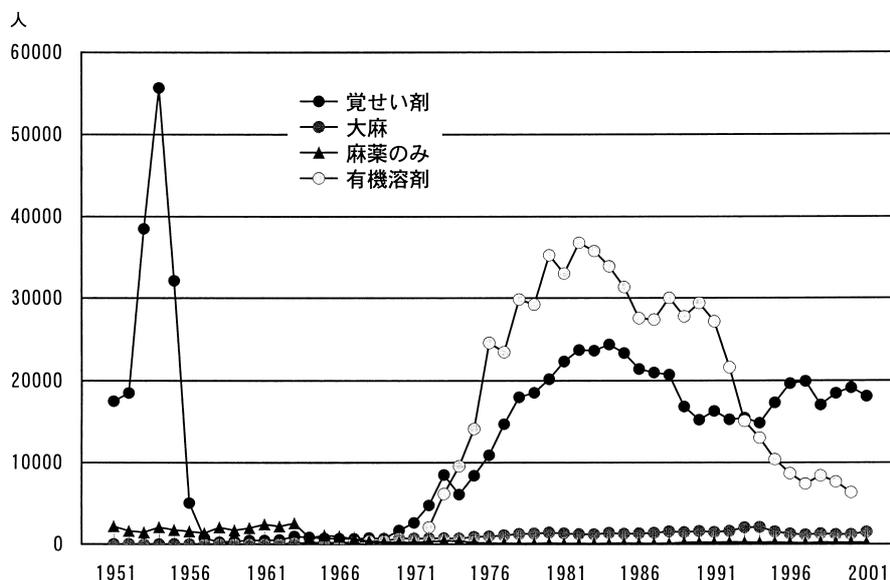


図1 薬物事犯者数（犯罪白書）

表1 「薬物使用に関する全国住民調査」の実施状況^{1,2,12,14)}

	1995年	1997年	1999年	2001年
対象数	5,000	5,000	5,000	5,000
回答率	78.9%	75.6%	75.8%	71.5%
調査不能数	21.0%	24.4%	24.2%	28.5%
転居	2.0%	2.6%	2.6%	3.3%
長期不在	1.3%	1.5%	1.4%	1.6%
一時不在	5.4%	6.4%	5.7%	7.7%
住居不明	0.4%	0.8%	0.7%	0.9%
拒否	9.9%	10.7%	11.9%	11.7%
その他	2.1%	2.4%	2.0%	3.4%

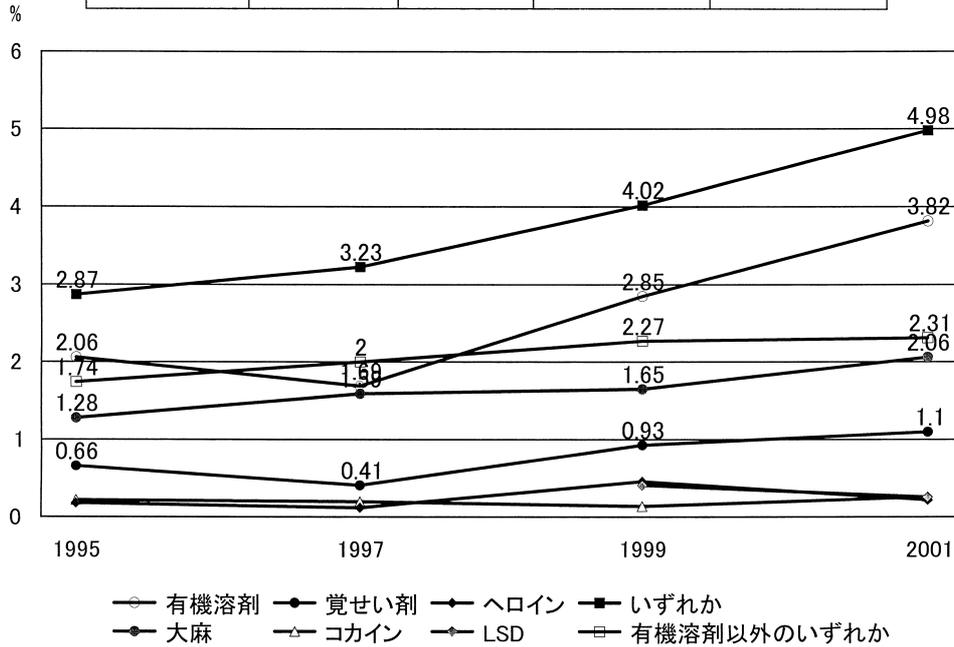


図2 違法薬物生涯被誘惑率

対象：全国の15歳以上の住民
 数値：男女、年代別に地区毎に補正

本調査研究は1995年より、層化二段無作為抽出法を用いて、全国の15歳以上の住民5,000人を対象に隔年実施されている^{1,2,12,14)}。

表1はこれまでの実施状況を示している。経年的に回答率が低下気味ではあるが、70%台を維持しており、この種の調査としては健闘していると考えている。

図2はこの調査による各種薬物の生涯被誘惑率（これまでに1回でも乱用に誘われたことのある者の割合）の推移を示している。各種薬物の生涯経験率（これまでに1回でも経験したことのある者の割合）は後述するが、どのような聞き方をしたところで、該当者にとって最も答えたくないのが自身の乱用経験であり、その意味では、この生涯被誘惑率は生涯経験率よりはバイアスは低いと推定される。また、同じ違法薬物といっても、有機溶剤乱用経験は覚せい剤乱用経験よりは答えやすく、バイアスは低いと考えるべきであ

る。したがって、図2に示した結果は各薬物毎の心理的バイアスの違いも影響していると考えられるべきであろう。つまり、図2の各値は絶対値にはなり得ない限界がある。

被誘惑率からみた乱用薬物の順番は1)有機溶剤、2)大麻、3)覚せい剤である。今や忘れ去られた感がある有機溶剤の乱用（「シンナー遊び」）は依然として第一位であり、増えてさえいる。大麻、覚せい剤に関しては年を追う毎に確実に増加して来ており、2001年には1995年の1.6倍に達している。また、ヘロイン、コカイン、LSDに関しては、この6年間で大きな変化は認めれない。ただし、有機溶剤・大麻・覚せい剤・ヘロイン・コカイン・LSDのいずれかの乱用に誘われたことのある者の割合は1995年から2001年の間に、1.7倍に上昇しており、今日のわが国での薬物乱用拡大傾向の一端が伺える。

表2 違法薬物生涯被誘惑者数

	1995年	1997年	1999年	2001年
有機溶剤	215万±41万	178万±38万	303万±56万 ¹⁾²⁾	411万±57万 ¹⁾²⁾
大麻	133万±32万	167万±36万	176万±43万	221万±42万 ¹⁾
覚せい剤	69万±23万	43万±19万	99万±33万 ²⁾	118万±31万 ²⁾
ヘロイン	19万±12万	21万±13万	21万±15万	24万±14万
コカイン	23万±13万	13万±10万	49万±23万 ²⁾	28万±15万
LSD	—	—	44万±22万	28万±15万
上記いずれか	299万±48万	340万±52万	428万±67万 ¹⁾²⁾	535万±65万 ¹⁾²⁾
有機溶剤を除いたいずれか	181万±38万	210万±41万	242万±50万 ²⁾	248万±45万

対象：全国の15歳以上の住民 数値：男女、年代別に地区毎に補正(人)
¹⁾1995年に比べて有意差あり ²⁾1997年に比べて有意差あり

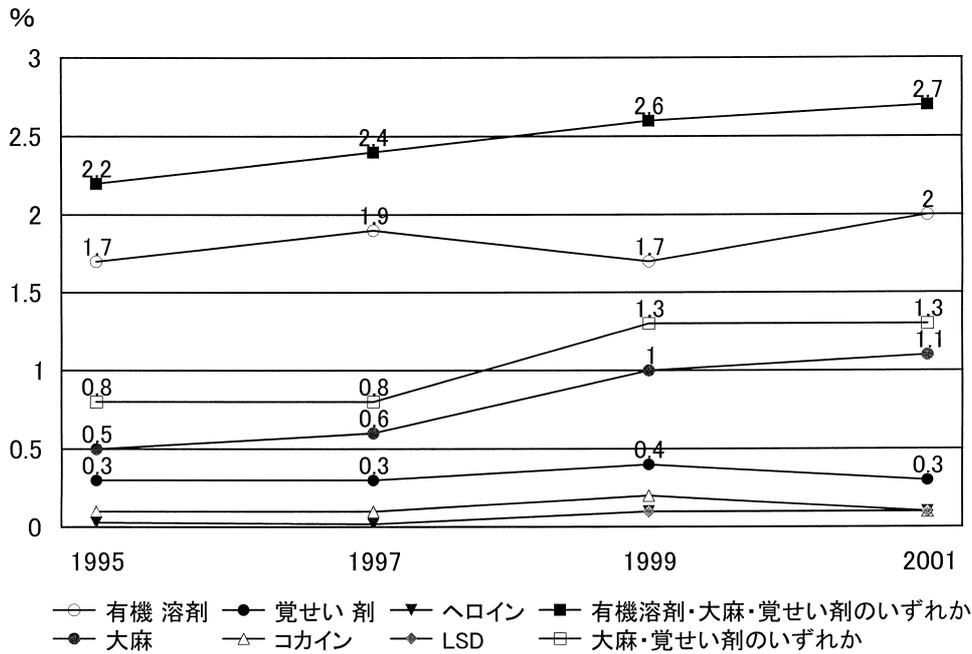


図3 違法薬物生涯経験率

対象：全国の15歳以上の住民
 数値：男女、年代別に地区毎に補正

表3 違法薬物生涯経験者数

	1995年	1997年	1999年	2001年
有機溶剤	177万±37万	199万±40万	185万±39万	210万±41万
大麻	56万±21万	63万±23万	104万±29万 ¹⁾	114万±31万 ¹⁾²⁾
覚せい剤	30万±15万	32万±16万	45万±19万	33万±17万
ヘロイン	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内
コカイン	9万±9万	統計誤差内	17万±12万	15万±11万
LSD	—	—	12万±10万	12万±10万
いずれか	225万±42万	255万±45万	278万±47万 ¹⁾²⁾	287万±48万
有機溶剤を除いたいずれか	78万±25万	85万±26万	141万±34万 ¹⁾²⁾	143万±34万 ¹⁾²⁾

対象：全国の15歳以上の住民 数値：男女、年代別に地区毎に補正(人)
¹⁾1995年に比べて有意差あり ²⁾1997年に比べて有意差あり

表4 「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」の実施状況^{8,10,13,15)}

	1996年	1998年	2000年	2002年
対象校数(校)	186	208	190	210
実施校数(校)	108	148	140	149
実施率	58.1%	71.2%	73.7%	71.0%
対象生徒数(人)	105,993	113,231	97,280	109,043
実施率	51.1%	63.5%	63.9%	57.7%
有効回答数(人)	54,072	71,928	62,080	62,813

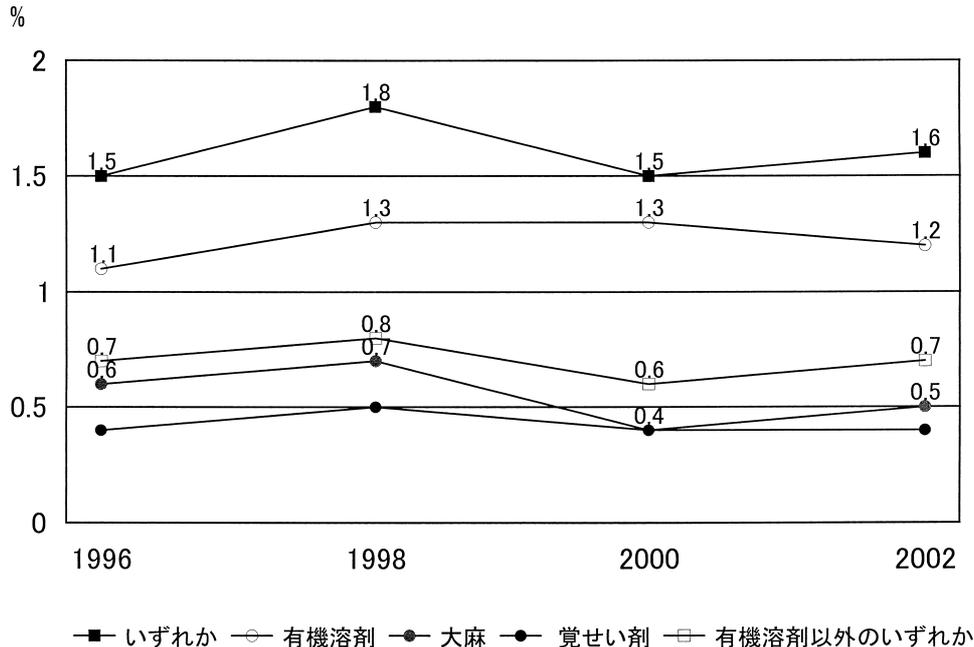


図4 中学生における薬物乱用生涯経験率(未補正)

表2は、図1の結果を元にした15歳以上の住民における違法薬物乱用生涯被誘惑者数の推計値(信頼区間95%)である。推計値であるから上限、下限があるが、前述したバイアスを考えると、少なくとも上限値の人数はいると解釈すべきであろう。何らかの違法薬物乱用に誘われたことのある者は少なくとも、600万人はいるということになる。

図3は生涯経験率の推移を示している。また、表3は、その結果を元にした15歳以上の住民における違法薬物乱用の生涯経験者数の推計値である。

これらよれば、最も経験者数の多い薬物は有機溶剤であり、次に大麻、覚せい剤となる。有機溶剤に関しては、生涯被誘惑率と同様に微増が認められる。しかし、被誘惑率が6年間で1.6倍に増加していた大麻では、生涯乱用経験率はこの6年間で2.2倍に増加しており、同じく6年間で被誘惑率が1.6倍に増加した覚せい剤では横ばいである。これは心理的バイアスのせいであろうか？それとも、乱用防止キャンペーンの成果であろうか？これは誰にもわからない。

いずれにしても、最も乱用経験者数の多い違法薬物は有機溶剤であり、次に大麻であり、覚せい剤は第三位であることは確かである。この結果は生涯被誘惑率での順番と同じであるが、薬物事犯者数から見た順番(図1)とは異なっているのである。

以上により、当研究部では、わが国で最も乱用経験者数の多い違法薬物は有機溶剤であり、次に大麻で、覚せい剤は第三位であると考えている。

2. 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

一人の薬物乱用者を経時的に見た場合、乱用する薬物の種類には概ね順番があり(踏み石仮説: stepping stone hypothesis) 薬物Aの乱用を開始した時、その後、薬物Bの乱用が始まりやすくなる場合、薬物Aは薬物Bの門戸開放薬(gateway drug)であると言う⁹⁾。歴史的、世界的に有名な門戸開放薬は大麻である。大麻を乱用し始めると、どういふわけか、その後、ヘロイン、コカイン等のより依存性・毒性が強い薬物の乱用が始まりやすくなる。

表5 全国の中学生における薬物乱用経験者数(未補正)

	1996年	1998年	2000年
有機溶剤	49,800±3,900	56,900±3,600 ¹⁾	55,200±3,800 ²⁾
大麻	27,000±2,900	30,700±2,700 ¹⁾	17,000±2,100 ²⁾⁴⁾
覚せい剤	18,100±2,400	21,900±2,300 ¹⁾	17,000±2,100 ⁴⁾
上記のいずれか	67,900±4,600	78,900±4,200 ¹⁾	63,700±4,000 ⁴⁾
大麻、覚せい剤の いずれか	31,700±3,200	35,000±2,800 ¹⁾	25,500±2,600 ³⁾⁴⁾

¹⁾1996年の結果に対して有意差あり(p<0.01) ²⁾1996年の結果に対して有意差あり(p<0.01)

³⁾1996年の結果に対して有意差あり(p<0.05) ⁴⁾1998年の結果に対して有意差あり(p<0.01)

⁵⁾2000年の結果に対して有意差あり(p<0.05)

わが国では、ヘロイン、コカインといった薬物は入手自体が容易ではなく、上記の薬物連鎖をそのまま適用することはできない。しかし、薬物乱用により精神障害をきたして精神病院を受診した患者の約58%は覚せい剤乱用が主原因であるが、その33%の者には覚せい剤乱用開始前に有機溶剤乱用の既往があった³⁾⁵⁾。事実上、わが国の場合、有機溶剤が門戸開放薬となっている可能性が高い。この有機溶剤の乱用は、14歳～16歳で開始されることが多く⁶⁾、結果的に、中学生における有機溶剤乱用の防止が重要となってくる。

以上の観点から、始められた調査が「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」である^{8,10,13,15)}。

この調査では、中学生数の最も少ない鳥取県での調査校数を1とし、各都道府県での調査校数を鳥取県での中学生数との比から算出し、各都道府県毎にその数に見合った対象中学校を確率集出法にて無作為抽出し、対象校の全生徒に対して自記式調査を行うものである(層別一段集落抽出法)。(2000年からは、調査校数1の県については、調査を実施していただかなかった場合も想定して、調査校数を2に変更している。)

表4にこの調査の実施状況を示した。1998年以降、実施率(学校数)が70%台を維持できており、本調査が全国の教育分野でもそれなりに認知されていると推定できる。

図4と表5は、この調査による各種違法薬物の生涯経験率及び生涯経験者数の推移を示している。有機溶剤乱用の根強さは相変わらずである。大麻・覚せい剤に関しては横ばいである。この数字の解釈も前述の「一般人口を対象とした疫学的調査」と基本的には同じである。ただし、「一般人口を対象とした疫学的調査」と比較した場合(図3)、覚せい剤の生涯経験率には差がほとんどないことが特徴でもある。第三次覚せい剤乱用期の特徴として、入手可能性の高まりと共に、乱用の若年層への拡大が挙げられるが、その結果が、覚せい剤の生涯経験率における両調査での差のな

さとして反映されている可能性がある。

・おわりに

わが国で乱用経験者数の多い違法薬物は有機溶剤、大麻、覚せい剤の順であろう。ただし、依存性惹起作用、精神毒性、門戸開放薬としての役割等は各薬物毎に相対的な強弱があり、その結果として、個人の健康、社会に及ぼす影響等その切り口によっては害の大きさの順番は変わり得る。医療分野に限れば、本書で尾崎が論じているように、覚せい剤、有機溶剤、睡眠薬という順番になる⁴⁾。しかし、いずれの切り口から問題を論ずるにしても、本論で紹介した一般人口での乱用経験者数の把握がすべての出発点になることには変わりがない。

当研究部では多くの人々の協力を得ながら、今回紹介した把握システムを構築してきた。しかし、この数年、マジック・マッシュルームに端を発した脱法ドラッグの氾濫が社会問題となってきている。脱法ドラッグのほとんどはdesigner drugと言われる密造の合成系薬物である。この種の薬物は構造式上の側鎖を変えることによって、次々と新たに合成されており、法の網をかいくぐって、インターネット上で宣伝されていることが多い。しかも、その多くはクラブ・ドラッグと称され、若者達でにぎわうクラブの中で取引され、使用されているようである。残念ながら、当研究部で開発してきた現状把握システムは、この脱法ドラッグ乱用の把握には不向きと言わざるを得ない。

薬物乱用・依存の世界は時代と共に刻々と変化している。その変化に応じて、新たな実態把握システム構築の必要性も生じてくる。予想以上に困難な分野である。

文献

1) 福井進,和田清,伊豫雅臣他:薬物乱用・依存の世

- 帯調査．平成7年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元弘）第一分冊「薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究」．pp.5-36, 1996.
- 2) 福井進,和田清,菊池周一他：薬物乱用・依存の世帯調査．平成9年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元弘）第一分冊「薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究(3)」．pp.7-48, 1998.
- 3) 尾崎茂,和田清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査．平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田清）研究報告書．pp.77-118, 2001.
- 4) 尾崎茂,和田清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査．平成14年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」（主任研究者：和田清）研究報告書．pp.87-128, 2003.
- 5) 和田清, 福井進：覚せい剤精神病の臨床症状---覚せい剤使用年数との関係---．アルコール研究と薬物依存 25:143-158, 1990.
- 6) Wada K, Fukui S: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. The American Journal on Addictions 3:165-176,1994.
- 7) 和田清：薬物乱用の現状と歴史．神経精神薬理 19:913-923, 1997.
- 8) 和田清,勝野眞吾,尾崎米厚他：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究．平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）．pp.21-60．1997．
- 9) 和田清：“Gateway Drug”概念について．日本アルコール・薬物医学会雑誌34: 95-106, 1999.
- 10) 和田清,中野良吾,尾崎米厚他：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田清）．pp.19-83．1999．
- 11) 和田清：依存性薬物と乱用・依存・中毒．星和書店, 2000年5月
- 12) 和田清,菊池安希子,尾崎茂他：薬物使用に関する全国住民調査．平成11年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田清）研究報告書．pp.17-70, 2000.
- 13) 和田清,菊池安希子,尾崎米厚他：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田清）．pp.15-76, 2001.
- 14) 和田清,菊池安希子,尾崎茂：薬物使用に関する全国住民調査．平成13年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」（主任研究者：和田清）研究報告書．pp.15-77, 2002.
- 15) 和田清,畢穎,鈴木紀美子他：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．平成14年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田清）．pp.19-86, 2003.

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

心理社会研究室長 尾崎 茂

1) はじめに

日本の社会が初めて経験した深刻な薬物乱用問題は、敗戦直後の覚せい剤乱用であり（「第一次覚せい剤乱用期」）、現在は「第三次覚せい剤乱用期」にあって、事犯者数も依然として高水準で推移している。覚せい剤やMDMAの乱用の世界的な拡大は、アンフェタミン型中枢刺激剤（Amphetamine Type Stimulants、ATS）問題として、国連麻薬統制機構（UNDCP）やWHOも深い関心を寄せている。また、大麻やMDMAの押収量はこのところ急増しており、日本における薬物乱用問題は楽観を許さない状況が続いている。

薬物関連問題の実態を明らかにし、予防・教育・治療・社会復帰対策を考える上で、一般住民、司法・矯正施設、医療施設などを対象とした多面的な疫学研究が欠かせない。こうした観点から、1981年に佐藤らにより「向精神薬乱用実態調査」が行われた。1987年からは福井らにより「薬物依存の疫学調査研究」として精神科医療施設を対象とした全国規模の調査研究がスタートし、ほぼ隔年で継続されて今日に至っている。本稿では、現在の調査と同じ方法で実施されるようになった1987年以降の調査について概要を述べる。

2) 対象と方法

(1) 調査対象

調査年度の2ヵ月間（9、10月）に、全国のすべての有床精神科医療施設において、入院・外来で診療を受けた、アルコールを除くすべての精神作用物質使用に関連した精神障害の患者である。

(2) 調査方法

対象となる医療機関宛てにあらかじめ調査の主旨と協力依頼の文書を送付した上で、調査用紙を郵送し、担当医による記載を依頼した。2002年度については、可能な患者について依存症重症度に関する自記式評価尺度の項目を設けた。

(3) 調査項目

調査項目は、継続的な基礎的項目（性、年齢、最終学歴、職業歴、配偶関係、交友関係、逮捕・補導歴、矯正施設入所歴、薬物使用歴、喫煙・飲酒歴、薬物初回使用の動機・契機となった人物、入手経路、精神科治療の開始年齢、家族歴など）と、年度ごとの関心領域から構成される。

関心領域としては、覚せい剤関連精神障害の診断（厚生省「専門家会議（1985）」による類型分類）（1996年度）、ICD-10による診断分類および覚せい剤精神病の発症年齢（1998年度）、覚せい剤精神病の持続期間（2000年度）、依存症候群、先行・併存する精神医学的障害（Comorbidity）、生活史の問題および利用された治療プログラム（2002年度）などを設定した。

3) 結果

回答状況の概要（表1）

対象施設、回答状況についての概要を表1に示した。回答率は平均49.3%で、「該当症例あり」施設の割合は平均16.7%、「該当症例なし」施設は32.6%で、報告症例は平均925例であった。全数調査で約半数から回答が得られ、報告症例も900例前後と多く、意義ある疫学的調査が継続されていると考えられる。

主たる使用薬物別にみた症例の推移（表2）

覚せい剤症例と有機溶剤症例が主な使用薬物であり、両薬物で症例全体の80%前後を占めているが、前者は増加傾向、後者は減少傾向にある。次いで、睡眠薬・抗不安薬症例が10%前後を占め、その他の薬物症例の割合は概ね5～6%以下と小さい。

大麻症例は、主たる使用薬物としては1993年以前に報告例はなく、1993年以降も2%前後であったが、「大麻使用歴を有する症例」数は着実に増加しており、2002年度では全体の22.0%に達していた。

なお、初めて使用した薬物としては、有機溶剤396例（45.2%）、覚せい剤258例（29.5%）、睡眠薬63例

(7.2%)、大麻38例(4.3%)と、有機溶剤が最も高い割合であった。このように、有機溶剤は依然として薬物乱用の「入門薬物」的な役割を果たしていると考えられ、乱用開始年齢も低く、医学的障害のみならず、心理・社会的障害が重篤な例が少なくないことから、予防教育、早期介入などの対策が引き続き重要である。

精神医学的診断(表3)

2002年度調査より、主たる使用薬物別に見た主なICD-10診断分類の内訳を表3に示す。全体として“【F1x.2】依存症候群”と“【F1x.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”の割合が高く、それぞれ約1/4を占めていた。精神病症状の持続が6ヵ月以内である“【F1x.5】精神病性障害(<6M)”は15.3%であった。2002年度調査でICD-10に追加された項目で、精神病性障害が6ヶ月以上に及ぶ“【F1x.57】精神病性障害(>6M)”は18.3%にみられた。両者を合わせると“精神病性障害”としては全体の約1/3を占め、最も高い割合を示した。

性別にみると、“【F1x.2】依存症候群”は女性においてより高い割合を示していた。一方、“【F1x.5】精神病性障害”は男性に高い傾向がみられ、とくに精神病性障害が6ヶ月以上持続している割合は男性で高かった。

覚せい剤による精神病性障害の持続期間について

2000年度調査では、覚せい剤使用歴とこれによる精神病性障害のエピソードを有する症例(507例)において、覚せい剤使用中断後に最も長期にわたって持続した精神病性エピソードの持続期間について検討した。覚せい剤使用中断後の精神病性エピソードの持続期間は、“1ヶ月以下”145例(28.6%)、“6ヶ月以上”132例(26.0%)と、それぞれ全体の1/4程度の割合を占めていた。さらに“6ヶ月以上”の中では、“3年以上”47例(39.5%)、“5年以上”37例(31.1%)で、“10年以上”におよび症例も20例(16.8%)報告された。これらの症例は、ICD-10,DSM-に代表される操作的診断基準においては、症状持続期間の点で「精神作用物質による精神病性障害」から除外されてしまう一群である。「覚せい剤精神病」に限定していえば、日本においては、長期にわたる精神病性障害を有する覚せい剤使用者も少なからず「覚せい剤精神病」と臨床的に認知されており、その臨床診断が、精神病症状の持続期間という診断基準からは比較的自由であるこ

とが示唆されて興味深い。

性別に見た依存症候群(表4)

2002年度調査より、主診断がICD-10“【F1x.2】依存症候群”に該当する症例、および主・副診断で依存症候群に該当し、過去1年以内において依存症の下位6項目に該当した症例数と割合について表4に示した。主診断が“依存症候群”に該当する症例は全体の26.8%で、女性は86例で全女性症例の37.7%と、男性に比較して高い割合を示した。該当した下位項目としては、“物質使用への強い欲望あるいは強迫感”および“コントロール困難”の割合が男女とも高く、50~70%前後を占めていた。使用薬物の精神依存形成の強さがうかがわれる。6項目すべてについて、女性の方が該当する割合が有意に高かった。該当した項目個数の平均は、男性が2.9項目、女性が3.4項目で、女性の方が有意に多かった。

性別にみた併存する精神科的障害および先行する生活史的体験(表5)

2002年度調査より、薬物使用に直接起因しないと考えられる精神医学的障害および薬物乱用との関連が推測される生活史的体験について男女別に示す。全体としては“不安障害・神経症性障害”、“気分障害”の割合が高く、“不安障害・神経症性障害”、“ストレス反応・適応障害”、“身体表現性障害”、“摂食障害”では、女性において有意に割合が高かった。

生活史的体験では、“被虐待体験”、“被イジメ体験”で女性の方が有意に高い割合を示した。

治療プログラムの利用状況(表6)

2002年度調査より、これまで利用したことのある治療プログラムについて、性別にみた結果を表6に示した。全体としては“薬物療法”、“個人精神療法”などの個人療法的治療はほとんどの症例で用いられていた。性別にみると、個人療法的な治療プログラムでは“芸術療法”で、集団療法的なプログラムでは“家族療法”、“家族会・家族教室”、“自助グループ”、“DARCミーティング”において、女性の方が有意に高い利用率を示した。

4)まとめ

1987年以来、9回にわたって施行されてきた「全国

の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」の概要を示した。精神医療の現場においても覚せい剤、有機溶剤が主要な乱用薬物であり、これらは社会における乱用状況と密接な関連があり、最近では大麻乱用の拡大が顕在化しつつある。精神病性障害については、長期持続例の（臨床的認知の）存在から、従来の欧米諸国を中心とする「急性中毒モデル」の再検討の必要があらためて示唆され、横断面・縦断的から

症状論的評価および種々の生物学的エビデンスをもとに、統合失調症を代表とする内因性精神疾患との異同についてさらに検討を進めていくことが必要である。また、依存症候群の重症度やComorbidityの問題、治療プログラムの利用状況などにおいて性差が示されており、薬物関連精神疾患の臨床において、今後はよりgenderによる病態の違いに配慮した治療的対応が求められる。

表1 「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」の回答状況

	調査年度									
	1987	1989	1991	1993	1994	1996	1998	2000	2002	
対象施設数	1,584	1,564	1,587	1,572	1,572	1,567	1,648	1,652	1,645	
回答施設数	776	789	851	799	772	578	835	840	866	
回答率(%)	49.0%	50.4%	53.6%	50.8%	49.1%	36.9%	50.7%	50.8%	52.6%	
該当症例あり施設数	310	287	309	266	258	251	275	251	198	
該当症例なし施設数	466	502	542	533	514	327	560	589	668	
該当症例数	881	915	938	933	988	904	910	981	876	

表2 主たる使用薬物別にみた患者の比率(%)

	1987	1989	1991	1993	1994	1996	1998	2000	2002
総症例数	881	915	938	933	988	904	910	982	878
(主たる使用薬物)									
覚せい剤		39.2	40.8	35.3	41.9	42.8	56.3	48.0	54.9
有機溶剤		34.2	38.7	40.7	33.9	31.9	22.8	25.5	18.6
睡眠薬		9.6	5.5	6.9	10.4	10.9	4.2	6.2	6.7
抗不安薬		2.4	1.9	2.7	1.9	1.9	1.4	1.3	1.9
鎮痛薬		9.5	7.0	6.5	4.7	4.4	2.2	2.2	2.7
鎮咳薬		3.4	3.9	3.4	4.4	4.8	2.3	2.7	3.5
大麻		0.1	0.8	1.3	1.5	1.3	0.9	1.1	0.7
コカイン			0.2	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0	0.4
その他多剤(1996)							9.4		
その他単剤(1996)							0.4		
多剤(規制薬物)(1998～)								6.7	4.8
多剤(医薬品)(1998～)								4.7	3.7
その他(1998～)								1.5	1.6

表3 主たる使用薬物別にみた主な診断(2002年度調査より)

	ICD-10による主診断									
	急性中毒	有害な使用	依存症候群	離脱状態	せん妄を伴う離脱状態	精神病性障害(<6M)	精神病性障害(>6M)	残遺・遅発性障害	計	
(主たる使用薬物)(性)										
覚せい剤	男 7 (1.9%)	8 (2.2%)	40 (11.1%)			74 (20.6%)	99 (27.6%)	123 (34.3%)	359 (100.0%)	
女	4 (3.3%)	3 (2.4%)	24 (19.5%)			22 (17.9%)	22 (17.9%)	45 (36.6%)	123 (100.0%)	
計	11 (2.3%)	11 (2.3%)	64 (13.3%)			96 (19.9%)	121 (25.1%)	168 (34.9%)	482 (100.0%)	
有機溶剤	男 5 (3.7%)	17 (12.5%)	35 (25.7%)	1 (0.7%)		24 (17.6%)	24 (17.6%)	25 (18.4%)	136 (100.0%)	
女		2 (7.1%)	16 (57.1%)	1 (3.6%)		1 (3.6%)		6 (21.4%)	28 (100.0%)	
計	5 (3.0%)	19 (11.6%)	51 (31.1%)	2 (1.2%)		25 (15.2%)	24 (14.6%)	31 (18.9%)	164 (100.0%)	
睡眠薬	男 2 (6.7%)	1 (3.3%)	21 (70.0%)		3 (10.0%)	1 (3.3%)		1 (3.3%)	30 (100.0%)	
女	1 (3.4%)	2 (6.9%)	18 (62.1%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	29 (100.0%)	
計	3 (5.1%)	3 (5.1%)	39 (66.1%)	2 (3.4%)	4 (6.8%)	2 (3.4%)	1 (1.7%)	2 (3.4%)	59 (100.0%)	
抗不安薬	男	1 (11.1%)	7 (77.8%)					1 (11.1%)	9 (100.0%)	
女	1 (12.5%)	6 (75.0%)						8 (100.0%)		
計	2 (11.8%)	13 (76.5%)						17 (100.0%)		
鎮痛薬	男 1 (8.3%)	2 (16.7%)	7 (58.3%)		1 (8.3%)			1 (8.3%)	12 (100.0%)	
女	3 (25.0%)	6 (50.0%)						1 (4.2%)	24 (100.0%)	
計	4 (4.2%)	8 (20.8%)	13 (54.2%)		1 (4.2%)			2 (4.2%)	24 (100.0%)	
鎮咳薬	男		14 (60.9%)			1 (4.3%)	1 (4.3%)	4 (17.4%)	23 (100.0%)	
女			3 (37.5%)			1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)	
計			17 (54.8%)			2 (6.5%)	2 (6.5%)	6 (19.4%)	31 (100.0%)	
大麻	男 7 (30.4%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)			5 (21.7%)	2 (8.7%)	6 (26.1%)	23 (100.0%)	
女									0	
計	7 (30.4%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)			5 (21.7%)	2 (8.7%)	6 (26.1%)	23 (100.0%)	
その他	男 1 (8.3%)	1 (8.3%)	8 (66.7%)				1 (8.3%)		12 (100.0%)	
女			3 (100.0%)						3 (100.0%)	
計	1 (6.7%)	1 (6.7%)	11 (73.3%)				1 (6.7%)		15 (100.0%)	
多剤(規制薬物)	男 2 (7.7%)		3 (11.5%)			4 (15.4%)	8 (30.8%)	5 (19.2%)	26 (100.0%)	
女		1 (11.1%)	4 (44.4%)				1 (11.1%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)	
計	2 (5.7%)	1 (2.9%)	7 (20.0%)			4 (11.4%)	9 (25.7%)	7 (20.0%)	35 (100.0%)	
多剤(医薬品)	男	1 (5.6%)	13 (72.2%)					2 (11.1%)	18 (100.0%)	
女	2 (25.0%)	6 (75.0%)						8 (100.0%)		
計	2 (7.7%)	1 (3.8%)	19 (73.1%)					2 (7.7%)	26 (100.0%)	
計	男 25 (3.9%)	33 (5.1%)	149 (23.0%)	1 (0.2%)	4 (0.6%)	109 (16.8%)	135 (20.8%)	167 (25.8%)	648 (100.0%)	
女	7 (3.1%)	12 (5.3%)	86 (37.7%)	3 (1.3%)	1 (0.4%)	25 (11.0%)	25 (11.0%)	57 (25.0%)	228 (100.0%)	
計	32 (3.7%)	45 (5.1%)	235 (26.8%)	4 (0.5%)	5 (0.6%)	134 (15.3%)	160 (18.3%)	224 (25.6%)	876 (100.0%)	

表4 性別にみた“依存症候群”該当症例と下位項目(2002年度調査より)

	男性		女性		計	
“【F1x.2】依存症候群”に該当する症例(%)	149	(23.0%)	86	(37.7%)	235	(26.8%)
(“依存症候群”の下位項目)						
①物質使用への強い欲望あるいは強迫感	184	(58.6%)	101	(70.1%)	285	(62.2%)
②コントロール困難	171	(54.5%)	101	(70.1%)	272	(59.4%)
③生理的離脱状態の存在	75	(23.9%)	47	(32.6%)	122	(26.6%)
④耐性の存在	73	(23.2%)	50	(34.7%)	123	(26.9%)
⑤摂取時間や回復に要する時間の延長	75	(23.9%)	51	(35.4%)	126	(27.5%)
⑥有害な結果にかかわらず物質使用を継続	126	(40.1%)	82	(56.9%)	208	(45.4%)
該当するが①～⑥の存在は不明	67	(21.3%)	15	(10.4%)	82	(17.9%)
下位項目に該当した性別症例数	314	(100.0%)	144	(100.0%)	458	(100.0%)
下位項目平均該当数(0～6)	2.9±1.6		3.4±1.7		3.1±1.7	

(複数回答)

表5 併存する精神的障害および先行する生活史的体験(2002年度調査より)

	男性		女性		計	
(精神的障害)						
気分障害	56	(8.6%)	28	(12.3%)	84	(9.6%)
不安障害・神経症性障害	69	(10.6%)	44	(19.3%)	113	(12.9%)
ストレス反応・適応障害	39	(6.0%)	26	(11.4%)	65	(7.4%)
身体表現性障害	6	(0.9%)	11	(4.8%)	17	(1.9%)
摂食障害	8	(1.2%)	33	(14.5%)	41	(4.7%)
多動性障害	4	(0.6%)	0	(0.0%)	4	(0.5%)
行為障害	22	(3.4%)	7	(3.1%)	29	(3.3%)
(生活史的体験)						
被虐待体験あり	7	(1.1%)	28	(12.3%)	35	(4.0%)
被イジメ体験あり	10	(1.5%)	26	(11.4%)	36	(4.1%)

(複数回答)

表6 治療プログラムの利用状況(2002年度調査より)

	男性		女性		計	
薬物療法	575	(88.7%)	203	(89.0%)	778	(88.8%)
個人精神療法	566	(87.3%)	200	(87.7%)	766	(87.4%)
芸術療法	3	(0.5%)	7	(3.1%)	10	(1.1%)
作業療法	183	(28.2%)	61	(26.8%)	244	(27.9%)
行動療法	15	(2.3%)	6	(2.6%)	21	(2.4%)
内観療法	28	(4.3%)	3	(1.3%)	31	(3.5%)
集団精神療法	188	(29.0%)	73	(32.0%)	261	(29.8%)
家族療法	23	(3.5%)	24	(10.5%)	47	(5.4%)
運動療法	85	(13.1%)	16	(7.0%)	101	(11.5%)
家族会・家族教室(院内・院外)	14	(2.2%)	17	(7.5%)	31	(3.5%)
自助グループ(AA・NA等)への参加	82	(12.7%)	54	(23.7%)	136	(15.5%)
ダルクミーティングへの参加	33	(5.1%)	21	(9.2%)	54	(6.2%)
計	648	(100.0%)	228	(100.0%)	876	(100.0%)

(複数回答)

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

揮発性有機溶剤吸入による精神依存性評価装置の開発

依存性薬物研究室長 船田正彦

現在、わが国は第三次覚せい剤乱用期にあり、薬物乱用が大きな社会問題となっている。薬物依存症の治療法の確立および治療薬の開発のために、依存性薬物による精神依存形成機構の解明が必要である。このためには、まず精神依存動物モデルを確実に、かつ安定して獲得する方法論を確立することが必須となる。条件づけ場所嗜好性試験 (Conditioned place preference, CPP法) は、薬物の精神依存形成能を報酬効果から予測する方法として注目されている。CPP法による覚せい剤、コカインおよびヘロインの静脈注射による精神依存モデルの確立を経て、薬物精神依存形成メカニズムの解明が飛躍的に進展している。

一方、トルエンなどの揮発性有機溶剤は安価で入手が容易であるため、若年層を中心に乱用されているにも関わらず、依存性の評価系が確立されておらず、精神依存形成メカニズムは明らかにされていないのが現状である。揮発性有機溶剤は"吸入"により乱用されることから、揮発性有機溶剤の依存形成メカニズム解明のためには、薬物吸入により精神依存性を評価する装置の開発が急務であった。当研究室では、操作が簡便なCPP法に着目し、薬物吸入による精神依存性評価のための装置、「揮発性有機溶剤用CPP装置」の開発を試みた。本稿では、CPP法の特徴と有用性およびその応用例として当研究室で確立に成功したトルエン吸入による精神依存性評価の実例を紹介する。

CPP法の原理

CPP法はパプロフ型条件づけに基づいており、動物に依存性薬物を投与した時、薬物が引き起こす感覚効果 (中枢神経作用) と環境刺激 (視覚、触覚、嗅覚刺激など) を結びつける方法として開発された。

CPP法：実験方法

一般的な実験装置としては、白・黒2コンパートメントボックスを使用する。黒のボックスは平らな床面、白のボックスは凹凸のある床面で構成されており、ボックスの視覚 (実験装置壁面の色：白および黒) およ

び触覚 (実験装置床面の材質：凹凸) の違いが条件刺激となっている。条件づけの方法は、カウンターバランスの実験デザイン (薬物 - 白, 薬物 - 黒, 溶媒 - 白, 溶媒 - 黒) が用いられる。まず、動物に薬物あるいはその溶媒を投与して白あるいは黒のボックスに一定時間 (20 ~ 60分間) 閉じ込める。次に、6 ~ 24時間の間隔を置き、薬物、溶媒およびボックスの組み合わせを入れ替え、再度ボックスに一定時間閉じ込める。これらの操作を1セッションとし、この訓練を数セッション繰り返す。訓練終了24時間後に試験試行を行う。試験試行では、動物に薬物および溶媒は投与せず、各ボックスの仕切りを取り、白・黒ボックスの滞在時間を測定する。薬物側ボックスの滞在時間から溶媒側のボックスの滞在時間を差し引いた値をCPPスコアとする。この値がプラスであれば、条件付けした薬物の報酬効果が発現したことになり、マイナスであれば嫌悪効果を示したことになる。CPP法を利用してオピオイド受容体作用薬の効果を解析すると、 μ 受容体作用薬のモルヒネはCPPを示し、受容体作用薬であるU-50,488HおよびE-2078はplace aversionすなわち嫌悪効果を示す (Figure 1)。

CPP法の意義

薬物の精神依存形成能を評価する方法として、薬物自己投与法による評価がもっとも信頼性が高いとされている。しかしながら、評価に長期間有する点や実験装置が高価である点など薬物の精神依存形成能評価のための導入は容易ではない。CPP法は薬物の報酬効果を簡便な装置を利用することで、短時間で評価できることが最大の特徴である。また、CPP法によって評価される薬物の報酬効果と自己投与法における薬物の強化効果がよく対応することから、薬物の報酬効果から薬物の精神依存形成能を予知することが可能であると考えられている (Table 1)。CPP法は薬物による報酬効果に加え嫌悪効果の評価も可能であり (Figure 1)、医薬品の開発における薬物の有害作用の予測などに応用が期待される。

Table 1. Ability of drugs to produce CPP and engender self-administration

Drug	CPP	Self-administration
Amphetamine	+	+
Methamphetamine	+	+
Cocaine	+	+
Morphine	+	+
Heroin	+	+
Ethanol	+	+
Naloxone	-	0

+, Positive effect, -, Aversion, 0; No effect

このように、CPP法は薬物の精神依存形成能の一次的評価方法として非常に有用であると考えられる。また、操作が簡便であり、評価に要する時間も短期間であることから、薬物の精神依存形成機序の解明に大きく貢献する評価法の一つである。

CPP法によるトルエン精神依存評価系の確立

トルエンに関する現在までの研究では、その神経毒性に関するものがほとんどであり、神経成長因子の関わりなどから神経死のメカニズムに関する研究が中心である。一方、トルエン精神依存形成機構に関する研究は、そのモデル動物の作成が困難であるために依存性の評価系が確立されておらず、依然明らかにされていないのが現状である。そこで、簡便に精神依存形成の有無が評価できるCPP法を導入し、トルエン吸入による精神依存モデルの作成を試みた。

既存のマウス用CPP装置を改良し密閉性を高めた揮発性有機化合物用装置を作製した (Figure 2)。トル

エンの暴露方法は、実験毎にガス洗浄ビンにトルエンをいれ、洗浄ビン内に空気を送り込みトルエンを気化させた。流量計で流量を調整し一定濃度のトルエン含有ガスを2区画のCPP装置内に充満させた。装置内のトルエン濃度の測定はガスクロマトグラフ法により行ったが、流量計で空気の量を調節することで、一定濃度のトルエン含有ガス充満環境を保てることが分かった (Figure 3)。さらに、脳内のトルエン含量の測定を行い、マウスが吸入したトルエンは脳内に達していることを確認した (Figure 4)。こうした条件下で、カウンターバランスの実験デザインでトルエンの条件付けを行い (Table 2)、試験を行ったところ、トルエン吸入を実施した区画に対する報酬効果 (place preference) が発現した (Figure 5)。したがって、当研究室で開発した揮発性有機化合物用のCPP装置を使用することで、トルエン吸入による精神依存性を評価できることが明らかになった。トルエンは吸入により乱用されることから、同一の摂取方法で精神依存性を評価することはその依存形成機構を解明するために必須である。この装置は簡便な操作で、一定量の揮発性有機化合物を動物に吸入させることができ、トルエン以外の揮発性有機化合物の精神依存の評価にも応用できると考えられる。

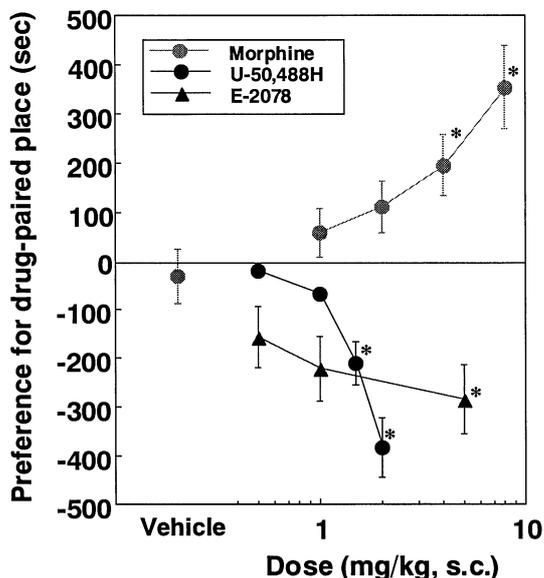


Fig. 1 Place conditioning produced by μ -opioid receptor agonist morphine and δ -opioid receptor agonists U-50,488H and E-2078 in mice. Ordinate: mean difference (s) between the times spent in the drug- and vehicle-paired sides of the test box. * $P < 0.05$ vs. the air-paired control group.

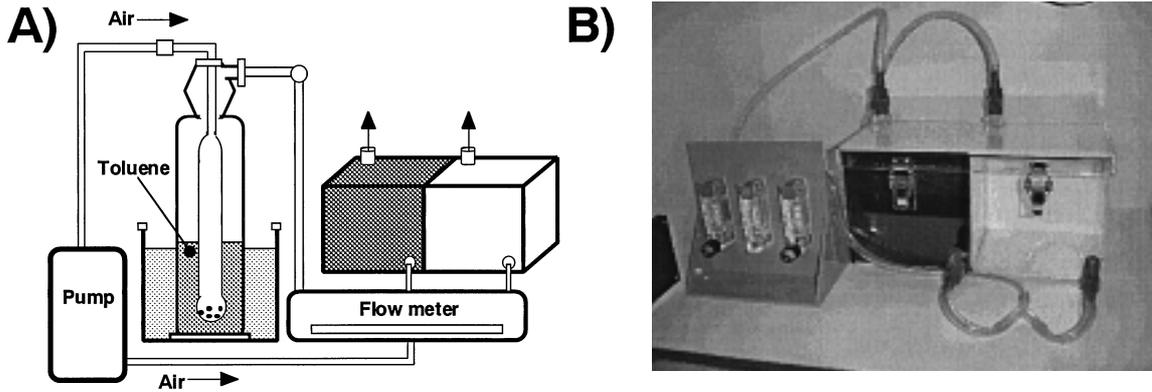


Fig. 2 A newly developed novel sealed inhalation shuttlebox for establishing the conditioned place preference paradigm. A) The apparatus for toluene vapor inhalation. In order to obtain a stable temperature of toluene, the regulated volume of toluene (250 ml) in the gas wash bottle is evaporated at 35C °. Using an air pump, the vapor of toluene is delivered to the inside of the airtight shuttlebox at a uniform value. B) Photograph of a novel sealed inhalation shuttlebox with flowmeter for establishing the conditioned place preference paradigm.

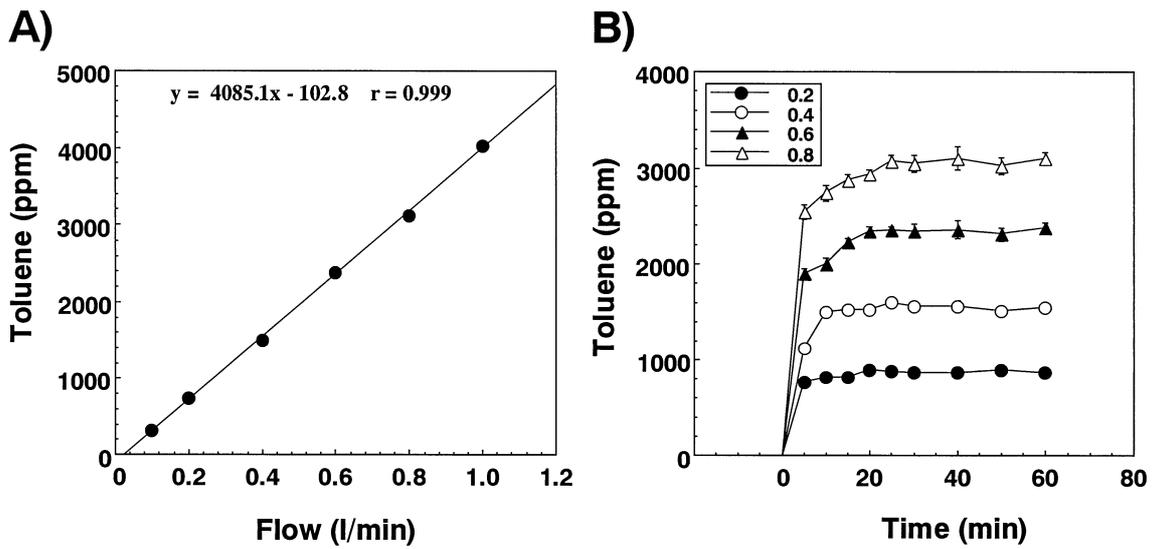


Fig. 3 Toluene concentrations in the shuttlebox. A) Standard curve of the toluene concentration - air outflow relationship. The toluene concentration in the shuttle box and the air outflow were significantly correlated ($y = 4085.1x - 102.8, r=0.999$). B) Time course changes of toluene concentration in the shuttlebox following toluene inhalation. Each point represents the mean \pm S.E.M. of 6 samples.

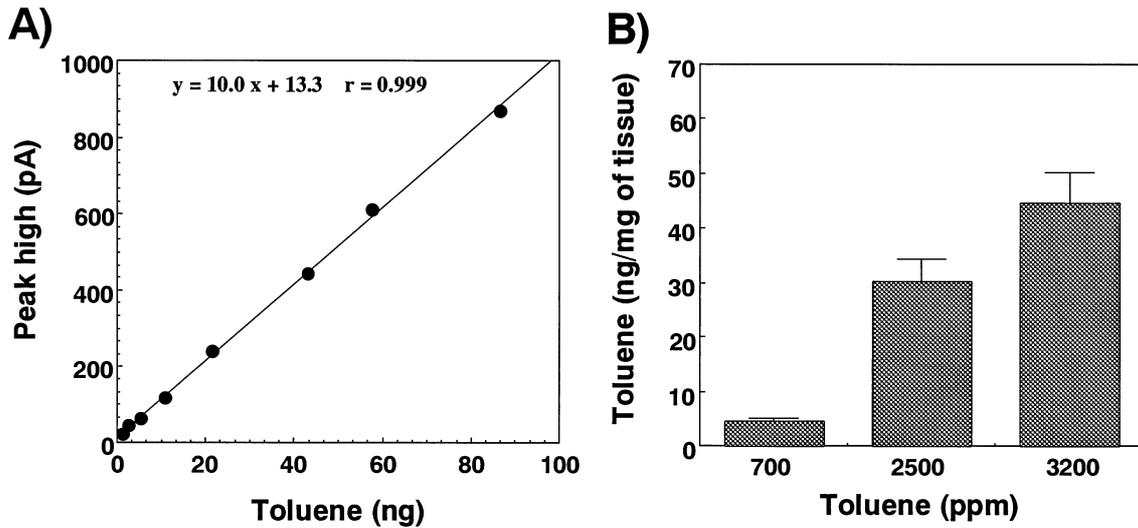


Fig. 4 Toluene concentrations in the whole brain. A) Standard curve of the toluene concentration - peak high relationship. The toluene concentration in the whole brain tissue and the peak high were significantly correlated ($y = 10.0x + 13.3$, $r=0.999$). B) Effect of toluene inhalation on toluene levels in the whole brain tissue following 20 min inhalation at 700, 2500 and 3200 ppm. Each column represents the mean \pm S.E.M. of 8 mice.

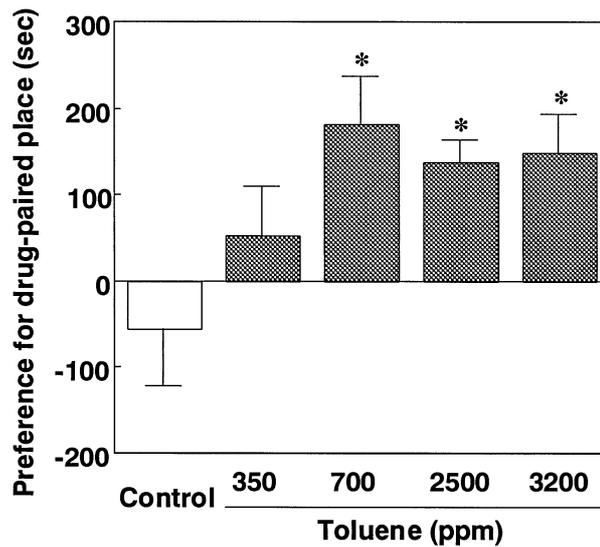


Fig. 5 Place conditioning produced by inhalation of toluene in mice. Ordinate: mean difference (s) between the times spent in the toluene- and air-paired sides of the test box. Each point represents the mean \pm S.E.M. of 8 mice. * $P < 0.05$ vs. the air-paired control group.

Table 2 Schedule of conditioned place preference.

	1		2		3		4		5		6 (Test)
	<i>AM</i>	<i>PM</i>									
White side	TOL	AIR	Drug-free								
	AIR	TOL									
Black side	TOL	AIR									
	AIR	TOL									

Conditioning sessions (5 for toluene: TOL; 5 for air: AIR) were conducted twice daily for 5 days using a novel developed sealed inhalation shuttle box. One compartment was white with a textured floor, and the other was black with a smooth floor. The treatment compartment of the shuttle box, and the order of inhalation of toluene and air, was counterbalanced. After the saturation with different concentrations of toluene vapors for 30 min, mice were immediately placed in each compartment. All conditioning sessions were 20 min in duration, and a minimum of 7 h separated the inhalation of toluene and the inhalation of air. Test sessions were carried out 1 day after the final training session with mice in a drug-free state. Uninjected mice were placed on the "neutral" platform of the shuttle box, and allowed free access to both compartments.

心身医学研究部

心身医学研究部の歴史については「歩みとこれから」の項を、また、各研究室のテーマ等はそれぞれ室長が概略を書いているので、詳しくはそれらを読んでいただきたい。

研究部の現在の概要、構成、ならびに研究活動について概略を以下述べたい。

【研究部の概要】

本研究部の主要研究課題はいわゆるストレス関連疾患、特に心身症の発症メカニズム・病態を生物・心理・社会科学的に解明し、その診断基準を作成して、疫学調査を行うと共に、効果的な治療法・予防法を開発することである。

【研究者の現在の構成】

部長：小牧元、心身症研究室長：川村則行、ストレス研究室長：安藤哲也、流動研究員：喻 小念、守口善也、学術振興会特別研究員：宮崎隆穂、客員研究員：吾郷晋浩（文京学院大学人間学部教授）、佐々木雄二（駒沢大学文学部教授）、遠山尚孝（北星学園大学社会福祉学部教授）、永田頌史（産業医科大学産業生態科学研究所教授）、前田基成（女子美術大学芸術学部教授）、杉田峰康（福岡県立大学名誉教授）、併任研究員：石川俊男（国府台病院心療内科部長）、研究生14名

【研究活動】

1) 心身症の発症機序と病態、治療に関する基礎的ならびに臨床的研究

A. 臨床的研究

(1) アトピー性皮膚炎の心身症としての診断・治療ガイドライン研究

「心身症の診断・治療のガイドライン」研究でアトピー性皮膚炎の心身症としての診断・治療基準案を作成した。

(2) 機能的MRIを用いたアレキシサイミアの脳内認知プロセスの解明研究

非侵襲的脳機能検査法の一つである機能的MRI (fMRI) を用い、情動刺激と脳内認知プロセスの関係から、アレキシサイミアの解明研究を武蔵病院放射線部と共同して行っている。

(3) 摂食障害の病態の解明に関する研究

摂食障害患者における臨床分子遺伝学的研究をゲノムワイドに、国立国際医療センター研究所と共同で行っている。国府台病院心療内科の摂食障害患者を中心に候補遺伝子法による相関研究を行っている。

(4) PTSDに関する研究

分担研究として生涯診断PTSDの男性患者（現在診断陰性）の心理生理学的変化と免疫機能の変化の関連に関して研究を行っている。

B. 基礎医学的研究

1) ストレスとアポトーシス

動物実験にて、ストレスがアポトーシスを引き起こす場合のメカニズムの研究を行っている。

2) ストレッサーで誘発される腸管内エンドトキシンの体内への吸収とその機序の研究

動物実験にて、腸管からのLPSの吸収反応における神経内分泌系（HPAaxis）および自律神経系の役割を解明する目的にて、ストレスと脳 腸管axisのメカニズムの解明に取り組んでいる。

3) 健康の維持・増進に関する社会科学研究

(1) ストレスと免疫（精神神経免疫学的研究）

攻撃性の抑圧及び攻撃性が細胞性免疫機能に及ぼす影響をおよぼすか、攻撃性の類型化を基にその差を明らかにした。

同じく、一般住民や勤労者を対象にソーシャルサポートが細胞性免疫機能の上昇にいかに関与しているか、またそのメカニズムの解明研究を行っている。

(2) 韓国での職業ストレス質問紙の開発研究

韓国産業安全保健研究院と共同して韓国版ストレス指標を作成し、標準化作業をおこなっている。

社会的活動

1) 市民社会に対するストレス関連疾患への啓蒙活動:

種々の雑誌や新聞、講演にてストレスや心身症、摂食障害に関連する記事の掲載や講演が行われ、一般人へのこれらの問題に関する正しい理解を啓発した。

2) 専門教育面における貢献

摂食障害構造化面接のためのトレーニング開催

非常勤講師:九州大学医学部、高知医科大学、関西医科大学、大阪大学医学部

3) 国府台病院と共催している研究会など

サイコセラピー研究会(1/2M) 国府台摂食障害研究会(1/2M)を研究所関連部および国府台病院関連科、看護、栄養、薬剤、心理の参加にて開催している。

(小牧 元)

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

心身医学研究部の歩みとこれから

心身医学研究部長 小牧 元

昭和62年10月1日に心身医学研究部は創設された。当時九州大学心療内科の助教授であった吾郷晋浩が初代部長として赴任した。赴任当時の思い出は精神保健研究所創立50周年誌に詳しく述べられている。それから約15年過ぎたことになる。

さて、吾郷部長が就任した翌年の昭和62年3月には心身症研究室室長に永田頌史が、4月にはストレス研究室室長に石川俊男が就任して、本格的な研究体制づくりが開始されている。

研究部のテーマの一つである‘心身症の発症メカニズムの解明’には、生物学的基礎研究が欠かせないが、当時実験施設がなかったために、神経研究所の疾病研究第6部と第3部に室長らがそれぞれ併任する形で研究を進め、気管支喘息（永田）と胃・十二指腸潰瘍（石川）の発症機序と病態の解明をテーマに、精力的に研究が開始された。気管支喘息についてはその後、気道過敏性がストレスで増強し、そうした反応に神経ペプチドのSubstance Pが関与していることなどを解明、また、ストレス胃潰瘍の発症に関してはサイトカインであるinterleukin-1 が抑制する働きを持つことが明らかにされた。また、‘心身症の診断規準の作成’研究では、予備調査を国府台病院をはじめいくつかの施設で行い、心身医学的にみて心身症と診断されるべき症例がそう診断されていないという事実が判明し、心身症の診断規準の必要性が示された。これはその後、精神・神経疾患研究委託費による‘心身症の診断及び治療予後に関する研究’へと発展、引き継がれ、平成14年出版の‘心身症の診断・治療ガイドライン2002年度版’作成へと結実している。

また、臨床面では平成2年10月に国府台病院に心身総合診療科が新設され、臨床研修体制が整い始め、第一回心身症研修会も行われている。さらには、心の健康度測定に関する研究、労働者のストレス評価法に関する研究など、臨床疫学的研究が開始された。

平成5年に、室長の永田が北九州の産業医科大学産業生態科学研究所教授として転出し、平成6年4月から木村正和がストレス研究室長に就任した。平成6年

10月より吾郷部長が国府台病院に移り（併任）、平成7年度から当時国府台病院心身総合心療科医長を併任していた石川が研究部部長として、また川村則行が心身症研究室長に就任して、体制が新しくなった。その後、平成10年度より、安藤哲也が木村の後を継いでストレス研究室長に就任した。臨床研究では新たに‘心身症の臨床病態と疫学に関する研究’として胃・十二指腸潰瘍の臨床病態と疫学に関する研究、神経性食欲不振症の病態研究、国際的比較研究、気管支喘息の難治化の要因としての家族関係などの調査研究が開始された。同頃より心身症患者の脳機能の解明のために、武蔵病院放射線診療部でPETを使用した脳機能画像の共同研究や国府台病院心身総合心療科との共同研究などが開始されている。また基礎研究は、研究環境の制約により、疾病研究第二部および免疫研究部との共同研究で行われた。優位サルと劣位サルの比較研究によるストレス関連疾患としてのうつと腓機能との関連に関する研究、母子分離ラットの成長後のストレス反応における免疫学的機序を加えた研究が行われている。特に、母子分離ストレスでは、海馬の椎体細胞に変性が生じることが明らかとなり、その脆弱性が成長後に認められるという興味ある結果が明らかになった。気管支喘息の病態メカニズムとしては、各種ペプチド系のT細胞サブセットへの影響に関する研究、さらには視床下部外側野電気刺激による免疫機能の指標の変化に関する研究など、‘精神神経免疫学的研究’が開始され、脳内視床下部を中心とした免疫調節機構の解明研究が大いに進んだ。他方、心の健康度測定法の開発に関する研究、労働者のストレス評価法に関する研究が引き続き行われ、長期療養児の心理学的問題に関する研究なども行われている。

また、市民社会に対するストレス関連疾患への啓蒙活動として‘ストレスとこころの健康’事務局や種々の講演を行っている。

こうした研究には、流動研究員として竹内香織、西川将巳、富岡光直らが参加、活躍した。

平成12年度より研究部部長として筆者（小牧 元）

が就任した。‘心身症の診断規準作り’‘心身症発症機序と病態、治療に関する基礎的ならびに臨床的研究’は引き続き行われた。臨床研究では、アトピー性皮膚炎の心身症としての診断・治療ガイドライン作成のため心身症尺度の作成、信頼性妥当性検討のための調査研究が開始された。これは前述した‘心身症診断と治療ガイドライン2002版’に掲載されている。またストレスと免疫との関連では、生涯診断PTSDにおける精神免疫学的研究が共同研究として行われ、男性患者においてサイトカイン産生能力の著明な減少が認められた。さらに情動との関連では、攻撃性が、顕在性あるいは潜在性によって分類されることによって、細胞性免疫機能低下に与える影響が異なることなども明らかにされた。摂食障害の病態の解明に関する研究では、精神・神経疾患委託費による摂食障害の治療状況、予後に関する調査研究、神経性食欲不振症患者の脳機能解析研究(PET)などは引き続きおこなわれ、脳内辺縁系でのドーパミン系の異常が推測された。さらに同障害の家族環境からみた摂食障害危険因子についての研究が国府台病院と共同で行われ、両親不和、離婚、別居などが同症発症に関与していることが明らかになった。また摂食障害患者における臨床分子遺伝学的研究も本格的に開始され、同障害罹患感受性遺伝子検索を目的に全国の診療施設に協力を呼びかけ対象を大きく広げた。それに伴い摂食障害半構造化面接のEatingDisorderExamination12.0の日本語版完成とその面接トレーニング研修会開催などが行われた。この遺伝子研究は現在国立国際医療センター研究所との共同研究へ発展している。基礎医学的研究ではストレスとアポトーシスの関係のメカニズムの解明、ストレスで誘発される腸管内エンドトキシンの体内への吸収とその機序の研究、ソーシャルサポートと細胞性免疫機能上昇との関係などの研究が取り組まれている。これらの研究の一部は免疫研究部との共同でおこなわれている。また、アレキシサイミアのfMRIを用いた脳内プロセス解明研究が武蔵病院放射線部との共同研究で開始された。健康の維持・増進に関する社会科学研究としてはストレス指標作成がDaily Hassles質問紙を中心に行われ、韓国労働者を対象とした韓国産業安全保健研究院との共同研究がすすめられた。また健康度の測定法及び計算式の開発に関する研究、高齢者のストレス反応機序の解明及びその緩和法に関する研究、ストレス関連疾患に関する医療経済学的評価基準の作成などが行われている。

こうした研究には流動研究員の倉 尚樹、大場真理子、志村 翠、宮崎隆穂らが参画した。

また、一連の研究に研究生として参加した主な人々を年報より拾うと、町澤理子、近喰ふじ子、川田まり、三島修一、福井雄介、原信一郎、辻裕美子、宮川真一、宮城英慈、桑名 真、釈 文雄、鍋島由美子、行徳美香、櫻井 進、小田 博、入江(龍田)直子、清水貴裕、濱田 孝、飯森洋史、大川昭宏、木村裕行、兒玉直樹、太田百合子、棚橋徳成、山口利昌、苅部正己、酒見正太郎、守口善也、外国からR.D.Dewaraja、Marcus Wener、Kim Ki Wong、Jens Drube、Park Sang Hwoiらが加わり、基礎的研究、臨床研究で活躍した。客員研究員として、佐々木雄二、遠山尚孝、鈴木浩二、永田頌史、吾郷晋浩が、国府台病院からの併任研究員として原 信一郎、石川俊男が在籍した。平成15年度のスタッフは、部長以下、川村室長、安藤室長、流動研究員として守口善也、諭 小念、学術振興会特別研究員として宮崎隆穂の計6名である。

以上の様に、この15年間を振り返ってみると、吾郷初代部長により研究部の方向性とその基礎がしっかりと固められ、石川2代目部長の時期に着実に成長した。

心身医学は人間の病を身体面とともに心理面、社会面をも含めて、統合的にみて行こうとする医学であり、基礎医学的エビデンスと臨床医学的経験がうまく統合されてこそ生きてくる学問である。近年、生体の防御システムが、神経・免疫・内分泌のネットワークにより、同じ言葉(メディエーター)で相互に交流し、システムが維持されていることが判明してきた。この解明をすすめてゆくことは勿論であるが、それに加えて、生活習慣病や摂食障害などに代表されるように、疾病が、遺伝的素質・罹患感受性を基礎に、認知・情動・行動といった心理・行動的諸因子をもそのネットワークを構成する重要な要素として、発症、維持に関与していることが徐々に解明されて来つつある。この解明研究が一つであろう。

また、ストレスは個人により、またその大きさにより、害にもなれば、生きてゆくためのスパイスにもなるという、二面性を常に有する。心身症がストレス関連身体疾患の一つであるならば、その示す二面性こそが、心身医学・医療に要求される心身相関を基本としたトータルな人間理解の鍵であろう。‘医学モデル’では納まりきれない、‘成長モデル’を加味した、いわゆる‘変化し成長する’という‘時間軸’を疾患理解に取り入れたモデルが要求される所以である。動物

モデルが難しいところである。

さらに、疾患を単に臓器別にみて行く弊害の反省に立って心身医学が生まれ育ってきた経緯はここで改めて強調すべきことでもないが、その対象とする心身症の特徴は、故に、他と明確に区別されて独立に存在する疾患というよりも、各科臨床の対象とする疾患の中で心身相関を持った病態、また特にそれが強く出やすい疾患（主観的には認識されずとも）をさすといった方が、現実をより正しく示している。この辺りのことは、川村室長が別項で述べているので参照されたい。

こうした心身相関の機序を、精神分析的に理解するのか、学習理論や神経心理学を基に理解するのかは別として、幼少時期（胎生期も）の親子関係以来、日々続く対人関係、行動様式の中に心身症発症の側面を見出し、人がより適応的な生き方によってゆくのを援助することも、また心身医学的治療の本質だとも言

える。心身症発症機構の仮説を図1に示した。心身医学的治療では、また、身体からこころへの働きかけをもまた重視してきた。従来の治療に加えて、身体から働きかける自律訓練法もその一つである。これは東洋医学的治療法にも通ずるものであるが、この領域にはあまり取り組んでこなかった点がこころ残りである。

上記の種々の研究テーマは、心身症の診断・治療の発展と改善、さらには健康増進、予防といったものへ更につながってゆくものであろう。今後の課題である。

さて、このように残された課題、取り組まねばならない課題はあまりにも大きく、多い。今、研究部は道半ば、いやむしろ、道草を食っているとお叱りを受けねばならない状況かも知れない。この15年間を振り返り、先輩達の種が実を結ぶよう、気持ちをまた新たにするとこである。

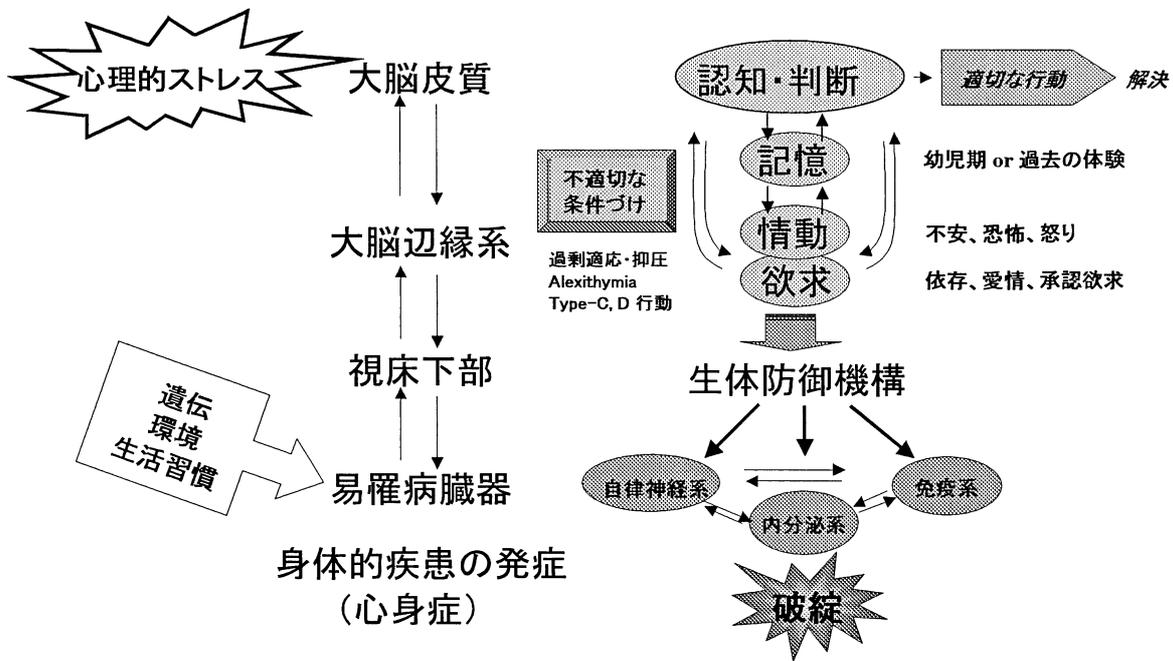


図1 心身症発症のメカニズム

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

心身相関の医学研究をめざして

ストレス研究室長 安藤哲也

精神保健研究所は50周年を迎えたが、私が当研究所に赴任して5年になる。卒業後5年間、内科と心療内科の臨床を学んだあと、大学院と留学先で計7年間、ストレスや脳と自律神経や神経内分泌系、免疫系との関係を研究した。要するに動物にストレスかけたり脳内に生理活性物質を注入したりしたあと、血液や内臓を取り出して調べる、逆に免疫系の物質の投与したり、感染を起こしたりして、脳を調べるということをしていた。

5年前に思いがけずストレス研究室長に採用され、着任すると早速、当時の石川部長より次のような指示を受けた。1. 摂食障害の遺伝子研究をやれ、2. 心身症の診断基準をつくれ、3. 国府台病院心療内科の臨床研究を支援せよ、4. 心療内科の患者も診て欲しい、5. もちろん動物実験もしろ。

これから、上記5つの課題のうち1、2、5についてこの5年間の歩みを含めて簡単にまとめたい。

摂食障害の遺伝子研究

摂食障害が心身症であるかどうかは議論のあるところだが、今や心療内科で診る主要な疾患のひとつであることは間違いない。神経性食欲不振症は若年女性の千人に一人、過食症は百人に数人程度の割合で発症する。慢性再発性に経過することが多く、特に食欲不振症の生命予後は悪い。行動制限療法や認知行動療法が有効な例もあるが、改善しない場合も多い。病識に乏しいこと、体型や体重に対する認知のゆがみが頑固なこと、しばしばパーソナリティーの障害を伴うことや、家族が巻き込まれていることが多いこと、重篤な身体合併症があること、有効な薬物療法がないこと（SSRIが無茶食いを幾分和らげてはくれるが）などから、治療はしばしば困難である。病因として社会的風潮、家族病理、成熟拒否、自己評価の低さ、完璧主義、うつとの関連などが指摘されている。これらの重要性を否定するわけではないが、なぜ、あのように極端に痩せなければならないのか、またそれが可能であるの

か、なんらかの身体的素因やメカニズムがあるのではないかと疑われる。そう考えた人は多いようで、これまでも脳や神経内分泌機能や代謝機能を中心に生物学的研究がなされて来た。しかし、二次的な変化でない病因に結びつくような異常は未だ発見されていない。

摂食障害の感受性遺伝子研究はこのような状況を打開する有望な方法と考えた。疫学研究で遺伝的要因の関与が大きいことが知られており、当時、ランセットに相関研究の報告が出始めていた。私は摂食障害にも遺伝子研究にも素人であったが、相関研究ならば国府台病院の症例を用い、多少の設備を導入すれば解析ができると考えた。しかし罹患同胞対解析となると遺伝子解析専門施設を入れなければならないし、試料の収集は国府台病院だけでは無理で多数の施設の共同研究が必要である。ところが研究を始めて2年程で、摂食障害の専門家である小牧部長が着任し、摂食障害診療施設の全国的な研究組織を作っていたいただき、国立国際医療センターが解析施設として加わることになったのである。

摂食障害の感受性遺伝子発見への道のりは未だ遠いが、最終的には必ず見つかるかと信じている。またこの経験が心身症の遺伝的素因の解明に生かされるのではないかと期待している。

心身症の診断・治療ガイドライン研究

心身症ほど誤解されているものはないのではない。「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など他の精神障害に伴う身体症状は除外する」と規定されているにも関わらず心身症という疾患単位が存在するとみられたり、うつ病等の精神疾患と混同される場合が後を絶たない。誰でも自ら心身症や心身相関のひとつや二つ体験していそうなものだが、そんなに理解し難いものだろうか。心身症というネーミングに問題があるのだろうか？

心身症の診断基準やガイドラインというものはこれまで存在しなかった。心身症は特定の疾患ではないから、診断というのは適当でないかもしれない。また、全ての疾患や患者で、多かれ少なかれ心理社会的な因子が経過に関与しているのだから、心身症と非心身症を区別するのはおかしいとの考え方もある。それでも心身症と判断するなんらかの基準が存在しなければ、あらゆる心身症に関する研究や教育に支障を来たしはしないか。

心身症の診断は、通常の疾患のように「これこれの症状と検査所見が揃えば」というわけにはいかない。心理社会的因子と身体との関係进行评估しなければならぬ。また、海外でも心身症の診断基準は存在しないので、翻訳して導入することもできない。最も大きな問題は、根拠となるエビデンスがとても不足している。

そんな中、南福岡病院の西間院長を班長とする心身症診断・治療ガイドライン作成プロジェクトは平成11年にスタートし平成14年5月に「心身症・診断治療ガイドライン2002」を公表・出版し、その役目を小牧部長を班長とする新たな研究班に引き継いだ。喘息や慢性疼痛、過敏性腸症候群など9つの疾患について心身医学的なアプローチを示している。私はアトピー性皮膚炎と事務局としての全体の取りまとめを担当した。皮膚科医側から予想外に大きな反響があり、研究を進展させていこうと考えている。西間班長は精神科から

の厳しい批判を受けることを覚悟しておられたようだが、今のところ目立った反応もない。心療内科を標榜する精神科医は多いのだから、是非関心を持っていただきたいものである。

心身症のモデル動物の作成

精神神経免疫学や神経内分泌学といった学問分野が確立し盛んに研究されるようになった。ストレスや脳神経系の機能と末梢の免疫機能や内分泌機能が関連していることは、もはや疑いようのない事実である。問題はそれが身体疾患の経過に重要な役割を果たしているかどうかである。肝炎や、腸炎、皮膚炎のモデルを作ってストレスの効果を調べている。今後、この研究に力を入れていきたい。それにしても心身症患者を診ていると、身体疾患の症状（増悪）と情動、行動の障害が入れ替わり出現してくることがある。ストレス反応の経路には共通路や分岐点があるのだろうか。

終わりに

心身医学研究部への要請や役割は多岐にわたり、常に不全感に襲われる。しかし、心身相関の医学研究に従事する研究者は少なく分業化もままならない。一人、何役もこなしていくしかないと考えている。

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

「心身医学とは？」

心身症研究室長 川村則行

1. 心身症と、その研究の背景

心身症 psychosomatic disorders (PSD) とは、“心身医学の新しい診療指針”(日本心身医学会教育研修委員会編、1991年)によると、「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」と定義されている。このように心身症というのは独立した疾患単位を指す言葉ではなく、身体疾患の中で心身関連の「病態」が認められる場合をいう。あくまでも、身体疾患である点に、大きな注意を向けなければならない。なお心身症という語句は、米国精神医学会のDSM - (1994)や、WHOのICD - 10 (1992)の中では、用いられておらず、「神経症」が、DSM - 中に含まれていないのと似た状態である。

心身症の定義の中に書かれている、心身相関 mind - body correlation とは何かというと、心理的ストレス、精神的葛藤、行動様式が体の状態に影響を与えて病気を作り、逆に体の状態が心の働きに影響を及ぼす現象をさす。情動の中枢である大脳辺縁系と、自律神経系や内分泌系の中枢である視床下部は互いに連絡し、両者が、内臓諸器官のコントロールを行っている他、脳と内臓諸器官、免疫系の間には自律神経、内分泌系のほか神経ペプチドやサイトカインなどを介した共通の情報伝達系が存在して、相互に影響を及ぼしていることが明らかにされている。最近では、サーカディアンリズムの逆転や、感染症などの医学的異常が、低濃度のサイトカインの血中での上昇を招き、不安、抑うつなどの精神症状を生むことも明らかにされている。

心身相関の具体的例としては、古くから、キャノン W.B.Cannon の“fight or flight”反応がある。生体が緊急事態にさらされると交感神経系の極度の緊張が起こり、種々の身体変化が生まれる。パブロフ I.P.Pavlov

の古典的条件づけによる内臓器官の反射も心身相関の例である。タイプA行動様式と虚血性心疾患、情動ストレスによる高血圧、消化性潰瘍、過敏性腸症候群、気管支喘息、自己免疫疾患の発症、免疫能の低下なども心身相関の代表例である。他方、同じようなストレスに直面しても、その症状や病気の出現する器官が異なり、古くから器官選択の問題として、様々な考察が行われた。アレキサンダー F.Alexander らは、精神分析的立場から、敵意の抑圧は交感神経優位状態を招いて高血圧症などになり、依存性の抑圧が長く続くと副交感神経優位になり、消化器系の障害が起きると考え、また、さらに進んで、身体症状には心理的あるいは象徴的意味があるとまで考えられた。現在は、むしろ、器官選択は遺伝的素因による部分が大きいと考えられており、遺伝子工学の発展に伴い、生活習慣病などの原因となる遺伝子多型のデータが蓄積されると共に、やがて、器官選択問題の謎が解けると期待されている。

ここまでの説明でご理解いただけるように、心身症は心身相関のメカニズムによって、身体的な病気の発症と経過に影響が生まれている「病態」を指すわけであり、何らかの、特定の疾患に限定されたり、規定されたりするべきモノではない。そういう意味では、心身症の研究とは、心身相関の生理学や病理学であり、本来、どちらかと言えば、基礎医学的な研究領域であるのは明らかである。

2. 心身医学とは何か？

一方、心身医学 psychosomatic medicine (PSM) とは何かを、「理念」によって表現すると、「患者や人を身体面とともに心理面、社会面(生活環境面)をも含めて、統合的にみていこうとする医学」である。

歴史的に振り返ると、ドイツの精神科医ハインロート J.C.Heinroth (1818) は、睡眠に関する論文ではじめてこの言葉を記載した。その後、20世紀初頭に、フロイト S.Freud、ダンバー F.Dunbar、アレキサンダー F.Alexander、キャノン W.B.Cannon、パブロフ

I.P.Pavlov、セリエ H.Selyeといった先駆者たちによって、心身医学の学問的な基盤が築かれた。すなわち、精神分析、学習理論、行動心理学により、心や行動に対する理解の手がかりを得て、精神生理学や脳科学の進歩により、脳の働きや心身相関のメカニズムについて、科学的、実証的な裏付けが蓄積されたわけである。実際、初期の頃は、主に、神経症についての心身相関の研究と診療がなされ、続いて、心身症が研究や診療の対象となった。一方では、医学の飛躍的進歩と共に、次第に、医学は、専門的に細分化されすぎ、臓器中心に傾いて人間不在となり、医療の在り方に対する批判と反省の機運が医学界や社会全体に育まれてきた。同時に、時代の変化とともに、疾病構造が大きく変化し、感染症よりも成人病、老年病、慢性疾患が増加し、また心理社会的ストレスによる心身の障害が増加しつつある。そのため、現在では、心身医学の本来目指す「理念」に鑑み、神経症や心身症といった狭い領域に限定せず、臨床各科の疾患一般について、心身両面から総合的に病状をとらえ、全人的医療を行う方向に発展しつつある。従って、現代の心身医学は、身体面、心理面、社会面における相互作用についての科学的な研究成果を踏まえ、心身医学的な教育、診療システムを確立することを志向している。こうした歴史的背景をふまえ、心身医学が用いる治療の技法は、その3大療法である行動療法、交流分析療法、自律訓練法のほかに、一般心理療法、精神分析的療法、認知療法、認知行動療法、遊戯療法、音楽療法、など多岐にわたる、技法を包含しながら発展してゆくこととなった。従って、近年台頭する行動医学は、我々の見地からいえば、より行動科学にバイアスした心身医学の部分と考えることも可能である。

従って、言うまでもなく、心身医学的研究を遂行するには、心身症研究のように基礎医学研究的志向の他に、広く、社会医学、心理学、心理療法的な知識と方法論が必要になり、研究の遂行には慎重な配慮と多大な労力が必要となる。

3. 治療に現れる心身医学的信念

私が、国立精神・神経センター国府台地区にて学んだ治療哲学のうち、もっとも、心身医学の哲学を内包している治療法は自律訓練法と、学習理論に関する考え方あると思うのでそれらに関して敷衍する。

まず、自律療法 autogenic therapyあるいは、自律訓

練法 autogenic trainingであるが、この技法は、公式化された自己教示語句を暗唱しながら、受動的注意集中を行うことによって、緊張から弛緩、興奮から沈静、反ホメオスターシス状態から向ホメオスターシス状態へ、向社会的活動状態から内閉的精神休息状態への変換を図るための非特異的心身調整法である。標準練習は、背景公式（安静練習）を基盤にして、第1公式（四肢重感練習）、第2公式（四肢温感練習）、第3公式（心臓調整練習）、第4公式（呼吸調整練習）、第5公式（腹部温感練習）、第6公式（額部涼感練習）の7段階から構成される。標準練習によって、「自律状態」を生みだし、(1)視覚的イメージが自発的に出現し、(2)被暗示性や心身の疎通性が亢進し、(3)言語公式による直接的反応や技法上の誤りによる反応、副作用的反応では説明できない身体的あるいは言語的な自律性開放が起こりうる。私は、ここでいう「自律性状態」を治療の中で生み出すことがこの方法の目的であり、心身の溶鉱炉とも呼ぶべきこの「自律性状態」のもつホメオスターティックな「治癒力」への圧倒的な信頼こそが、心身医学的発想の基底的信念であると思われる。これは、「自然、人間への信頼」そのものなのだ。

また、行動科学的な言葉である「学習」という概念の捉え方の基底にも、別の意味での「人間への信頼」が、深く潜んでいる。ある新しい状況への適応不全の結果として、苦悩や疾患が出現する時、その時点の本人の適応手段は「間違った学習の蓄積」によって引き起こされると考えられがちだが、あえて、我々は、「間違った学習はない」と考える。なぜなら、過去その人が学習したものは、過去のその時点に置いては、「正しい学習」であって、現在の状況に対して「有効ではない」にすぎない。こうした学習の捉え方を前提に、より精神分析的な成長モデルの中で、「患者の学習機能へ信頼」を寄せ、行動療法や認知行動療法を活用して行くのが心身医学的なピリフである。

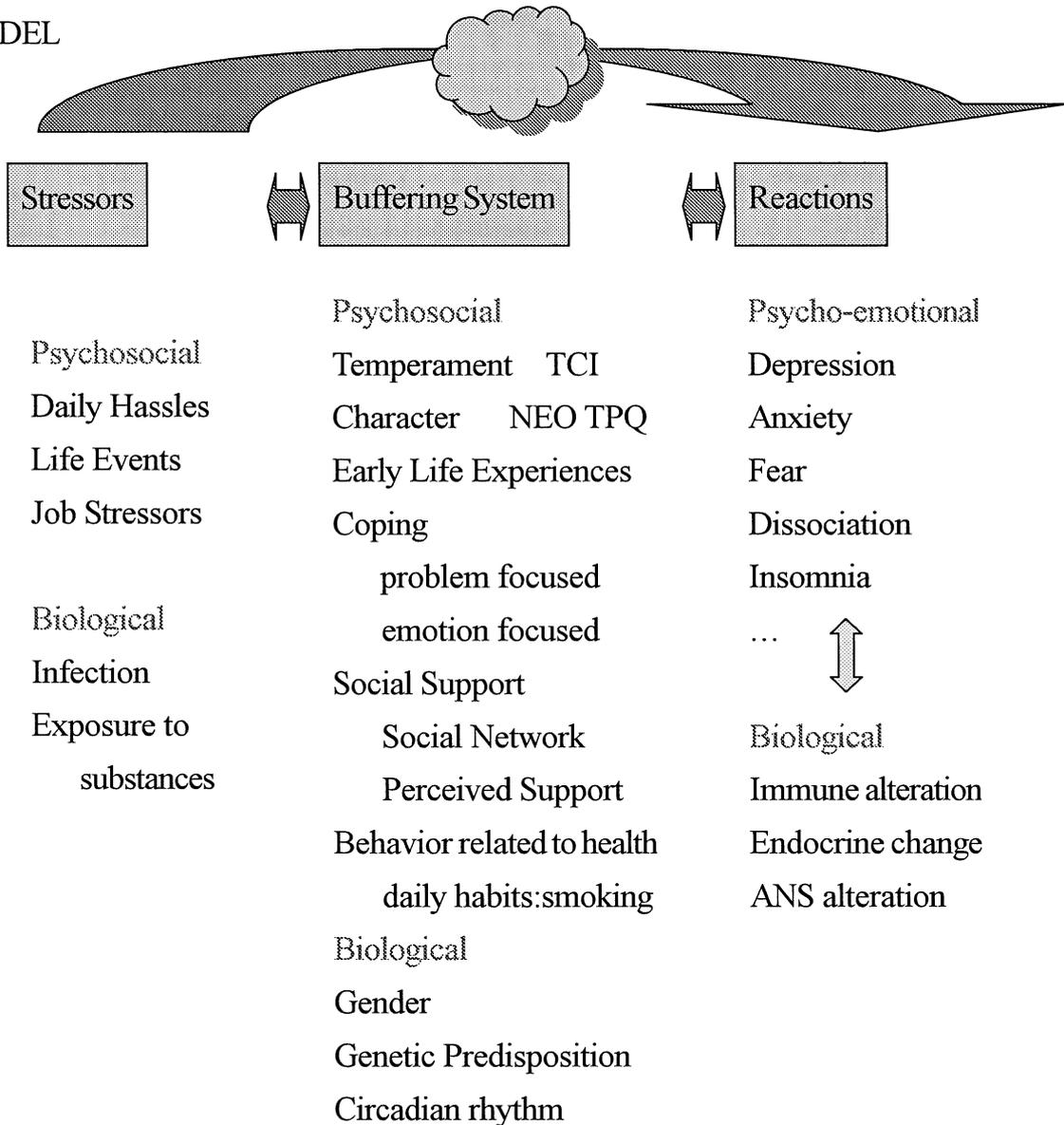
つまり、「生物の機能、人間の機能、自然の機能への信頼」が、心身医学的信念には基底的に存在するわけである。逆に言えば、これが心身医学の「適応範囲」を限定する。すなわち、「信頼できない状態」としての、遺伝的、器官的欠損、ないしは、圧倒的な養育時のトラウマなどによる機能の崩壊などによって、「治癒力や学習力」がすぐには期待できない症例がそれである。こういった観点から、他の臨床各科との棲み分けや協調を考えるべきであろう。

4. 心身医学の心理社会生物学的モデル

以上のように駆け足で俯瞰した心身医学の全体像は、図に示すようなモデルの中で、捉えることが可能である。ここで示したモデルは、心身医学の臨床場面においても研究場面においても有用であり、自分が臨

床上手にした情報、研究で測定している内容などにつき、このモデルのどこに該当し矢印はどこに向かうかを考慮して、全体像を意識しつつ進めることが推奨される。今後は、こうしたモデルを利用しつつ、より簡便な介入法の開発、より物質科学的な研究、因果関係の決定等の研究開発を通じ、本来の理念の示す方向へ心身医学を発展させたいものである。

MODEL



児童・思春期精神保健部

児童・思春期精神保健部は児童及び思春期の精神発達とその過程で生じる種々の情緒と行動の障害についての調査研究を行うことを目的としている。研究を実行するにあたっては、児童精神科医、小児神経科医、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理士、教育学・保育学者など多種多彩な研究者の参加を得、学際的な研究を行っている。

精神医学は成人に関するものが長く中心をなし、子どもの問題に眼を向け、多くの関心を示すようになったのは早い時期からではない。児童部の関連でいえば、昭和23年に国立国府台病院の精神科に児童部が新設され、さらに昭和27年に国立精神衛生研究所（現在の国立精神・神経センター精神保健研究所）が創立され、精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士（精神科ケースワーカー、PSW）からなる臨床チームによる児童精神衛生相談部門が発足したのが始まりである。

その後も、児童・思春期精神保健部は臨床相談活動を基として研究を行っている。発達上何らかの障害をもつ児童、情緒や行動の問題、集団不応、神経症など児童とその家族を対象に精神保健研究の一環として臨床相談活動を行ってきた。近来、当研究部の中心的プロジェクトとしてはAD／HDとその近縁の軽度発達障害に関する研究であるので、実質的には、多動・衝動性あるいは注意力の欠如を訴えとする子どもを中心としたクリニックとなっている。

はじめに児童思春期の精神医学についてふれておきたい。児童・思春期精神保健部の対象とする子どもの精神医学は、成人を対象とした一般精神医学の延長というだけでなく、独自にもつ特徴が認められる。

当初、成人対象の精神医学の知見知識を児童・思春期の子どもに当てはめようとされてきた。しかし、子どもの症例をかさねていくうちに、成人における定型的な精神疾患に当てはまらない場合の多いことが明らかになった。これは、児童思春期の子どもは成熟成長～発達の途上にあり、その未熟性のために成人の場合とは異なる症状を呈することによる。

また、児童期以降にみられる精神医学的問題は、加齢と共に、症状を変化させていく。その中で成人の精神疾患に似た病像を示すようになることも少なくない。そして結果として成人の精神疾患として症状ができあがってしまうことがある。この意味において、成人の精神疾患への移行を予防する対応と治療の体系を確立することが、児童思春期の精神医学に求められる。

発達障害児・者の場合も同様の視点が必要となる。発達障害を持つ児童の診断や治療の問題と共に、成長して思春期や青年期に達した場合に考慮しておかねばならない点が同様に存在する。また、発達障害者の一部の人の呈する症状と成人の精神疾患の症状の類似性が高く、誤った対応がなされている場合があり、留意すべき問題である。

児童思春期の子どもの精神医学的な問題行動は、情緒的な適応障害である場合も多いが、成人の場合に比して、身体的な機能障害を伴う場合が目立つ。このことは心身の未熟性に起因する場合が多い。逆に身体疾患に起因する身体的障害から精神医学的な問題が二次的に派生することもあるので、治療上の対応に際しては注意を要する。発達障害児が情緒的な反応を起こしやすい点、それ故の適応障害となりやすい点をあわせて考えておかねばならない。

それから、児童思春期の子どもを対象にした対応や治療をする上では、子どもを取り巻く関係者（親、教師、隣人など）の協力や援助が不可欠となる場合が多い。当然のことながら問題解決の鍵は関係者の協力や援助にかかっている。そして、対応や治療をすすめる上で、問題解決を円滑にするためには、医療関係者間のチーム医療だけでなく、外部の関連の専門機関や施設の職員などとの連携を基盤に地域医療チームの形成が重要な決めてとなる。

児童思春期の精神医学のもつ特徴、考えておかねばならない点を記した。児童期思春期の精神科医療には、子どもの成長や発達を含めた全人的な視野でアプローチをしていく包括的な医療が必要とされていることをあらためて強調して、次項につなげたい。

（北 道子）

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

児童思春期における情緒・行動の障害に対する 精神医療・保健・福祉の対応・連携システムについて

「現状調査アンケート」の結果と考察

児童・思春期精神保健部長 齊藤万比古

国府台病院 佐藤至子, 小平雅基, 宇佐美政英, 入砂文月, 秋山三左子

国立成育医療センター 笠原麻里, 細金奈奈

はじめに

本研究は、現在わが国において有効な対応策の策定が急務となっている児童思春期の子どもに特有な、引きこもりおよび家庭内における暴力、あるいは行為障害といった非社会的および反社会的問題を伴う情緒・行動の障害への対応の現状を、主に関連する各専門分野間の連携という観点から調査し、その結果から関係諸機関の連携による対応システムの現状を検討することを目的として計画されたものである。

研究方法

本調査は平成13年11月末から14年1月末にかけて実施しており、その調査票送付先は総計573機関である。送付先機関の種類とその機関数は以下のとおりである。**児童相談所**は全国175施設のうち全都道府県の中央児童相談所及び政令指定都市の児童相談所の中で一時保護施設のある59施設すべてに送付した。児童福祉施設の送付先は計155施設であり、その内訳を見ると**児童養護施設**は東京近郊の61施設(全国児童養護施設数は554ヶ所)、**児童自立支援施設**は全国57施設すべて、**自立援助ホーム**は全国20施設すべて、**情緒障害児短期治療施設**は全国17施設すべてである。次に**精神保健福祉センター**は全国51施設すべてに送付した。保健所は千葉県、岡山県、東京都の110ヶ所に送付したが、保健所は13年度に組織再編が行われ、送付数より実際の保健所数は少なくなっていると考えられる。**精神科医療機関**は精神科を持つ国立病院37ヶ所、全国児童青年精神科医療施設協議会会員病院及びオブザーバー病院19ヶ所、思春期専門診療能を持つとされる日本精神病院協会加盟病院54ヶ所の計110病院に送付した。**教育相談機関**は千葉県内の市町村

の教育委員会及び教育センター88ヶ所に送付した。

研究対象

本調査は、表1に示したように総計279機関から回答を得ることができた。これは全送付先573機関の49%にあたる。機関の分野別で見ると、精神保健福祉センターが84%と最も回答率が高く、以下児童福祉施設55%、児童相談所47%、精神科医療機関46%、教育相談機関40%と続き、保健所33%が最も低い回答率となっている。なお参考までに精神科医療機関については、回答を寄せた51病院の属性について触れておきたい。設立母体としては国立病院15病院、公立病院13病院、私立病院23病院である。これらのうち「児童思春期専門外来があるもの」は26病院、「児童思春期専用病棟があるもの」は15病院である。なお回答のあった51病院の中で全国児童青年精神科医療施設協議会に参加している国公立病院は、オブザーバー施設を含めて11病院である。以上の279機関の回答を対象として結果の集計とその分析を行った。

表1 調査対とその回答率

機関の分野名	送付数	回答数	回答率
児童相談所	59	28	47%
児童福祉施設	155	86	55%
精神保健福祉センター	51	43	84%
保健所	110	36	33%
精神科医療機関	110	51	46%
教育相談機関	88	35	40%
総計	573	279	49%

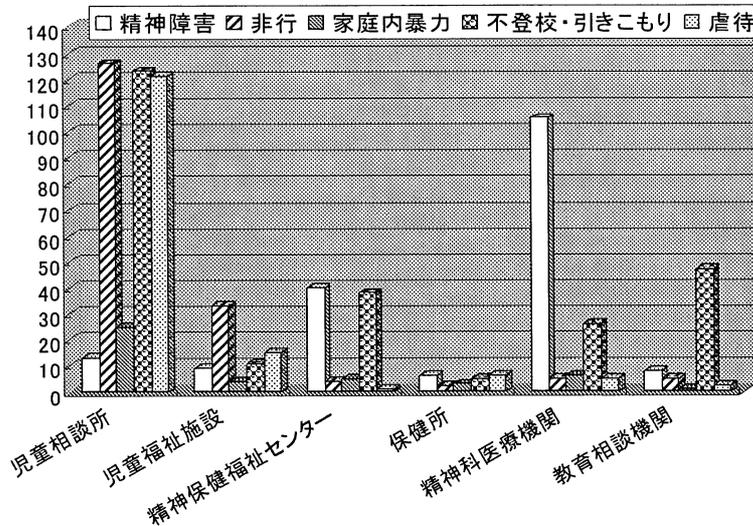
・結果

1. 各機関の少年事例の取扱状況

調査票は1年間の取り扱い少年事例数を質問した上で、その中の「精神障害を持つもの」「反社会的行動・非行が主な相談理由のもの」「家庭内暴力が主な相談理由のもの」「不登校・引きこもりが主な相談理由のもの」「児童虐待が背景にあるもの」の数をたずねている。図1で示すように、それぞれの領域の取り扱い数には各機関により大きな違いが見られるが、(1)で触れたように年間取り扱い実数を記載した機関と述べ数を記載した機関が混在していると推測できるため、数そのものに意義は少ない。実数を比べるのではなく、むしろ各機関の問題の領域別取り扱い数の

プロフィールに注目したい。そこに注目すると、児童相談所は「反社会的行動・非行」「不登校・引きこもり」「虐待」の3領域の取り扱いがそれぞれほぼ同数であり、児相にとって最も多い取り扱い対象となっている。また数の上で信頼性は乏しいとはいえ、他分野機関に比べ取り扱い数が目立って多いことは否定できない。児童福祉施設は「非行」「虐待」「不登校・引きこもり」の取り扱いが比較的多いが、特に「非行」の比率が高いのが特徴である。精神保健福祉センターは「精神障害」と「虐待」の2領域の取り扱い数が他領域に比べて目立って大きい。保健所は取り扱い数が少ないが、「非行」以外は満遍なく各領域を取り扱っている傾向にある。精神科医療機関は他機関に比べて「精神障害」の比率が極めて高いが、「不登校・引きこもり」の取り扱い数も「精神障害」に次ぐ2番目の数

図1 少年事例理由別取り扱い数



となっている。教育相談機関は「不登校・ひきこもり」の取り扱い数が最も多く、「家庭内暴力」と「虐待」の取り扱い数がかなり少ないことが他機関との違いである。

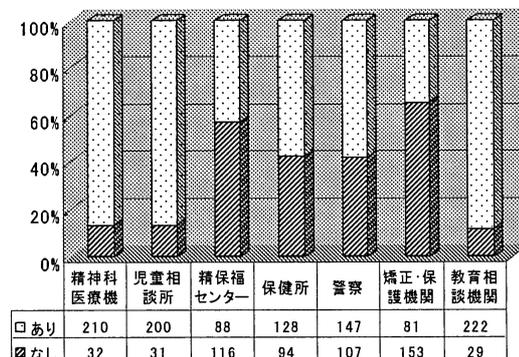
答えた結果を集計し、各分野がどのくらい実際に連携対象として選ばれているかをまとめた図表である。例えば図2の精神科医療機関は、有効回答242機関のうち210機関(87%)が「精神科医療機関と連携の経験

2. 各種機関との連携の実情

(1) 連携の経験

調査票では「危機感と他機関との連携の現状について伺います」という質問の中で、各機関に他の機関との連携の経験があるか否かを聞いている。これには別分野の機関との連携だけでなく、例えば病院が別の病院への紹介等の連携を図った場合など、回答機関と同種の機関との連携も含まれている。図2は回答した機関が各分野の機関と実際に連携の経験があるか否かを

図2 各機関との連携の経験



がある」と答えていることを示している。回答機関は教育相談機関、児童相談所、および精神科医療機関との連携経験が最も多く、各々88%、87%、87%で「連携経験あり」としている。次に警察および保健所との連携経験がこれに続く水準であり、前者が58%、後者が57%で「あり」であった。それに対して精神保健福祉センターおよび矯正・保護機関との連携経験は最も少ない水準にあり、前者が43%、後者が35%である。

(2) 連携の満足度

調査票では、上記のような連携経験から各機関に対してどのような印象を持ったかを、「満足」「やや満足」「やや不満」「不満」の4段階にわけて評価するよう依頼している。

記入されたその評価を「不満」1点、「やや不満」2点、「やや満足」3点、「満足」4点と配点し、連携

対象となった機関の分野ごとに平均得点を算出し検討を行った(表2)。この数値は1点が下限、4点が上限であり、数値が大きいくほど満足度が高くなり、数値が減少するほど満足度が低くなることを意味している。各機関ごとの満足度は精神科医療機関(記入機関数208)が 2.8 ± 0.8 (標準偏差)点、児童相談所(記入機関数200)が 2.7 ± 0.8 点、精神保健福祉センター(記入機関数99)が 2.6 ± 0.9 点、保健所(記入機関数132)が 2.9 ± 0.8 点、警察(記入機関数152)が 2.7 ± 0.7 点、矯正・保護機関(記入機関数94)が 2.6 ± 0.8 点、教育相談機関(記入機関数227)が 2.7 ± 0.8 点である。なお各機関との連携に対する満足度は、各々記入されている機関数が違うため、この満足度の算出にあたり用いた分母が上記のように各々異なることに留意しておきたい。

表2 連携への満足度

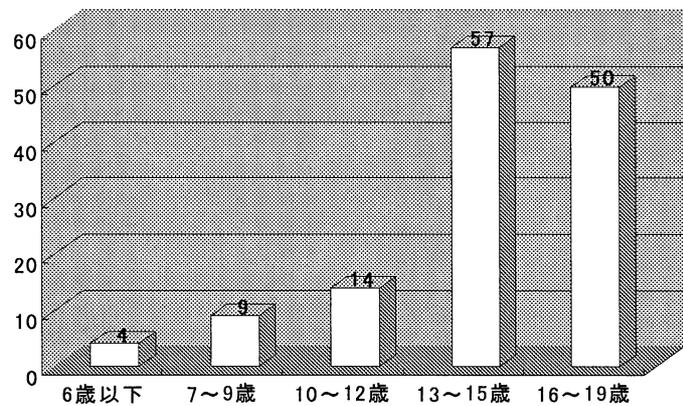
連携対象機関名	精神科医療機関	児童相談所	精神保健福祉センター	保健所	警察	矯正・保護機関	教育相談機関
平均得点	2.8	2.7	2.6	2.9	2.8	2.6	2.7
標準偏差	0.8	0.8	0.9	0.8	0.7	0.8	0.8

(3) 取り扱いや連携に困難を感じた事例

調査票では各機関に「連携上困難が非常に大きかった事例」のうち最も困難例、ないし最も印象的であった事例を1ケース提示することを依頼している。記載された事例のうち性別の記載がなされていた137事例で見ると男子63%と女子37%であり、男子の比率のほうがかなり高い。また、これらのうち年齢の記載があった134事例の年齢分布を集計すると図3に示したような結果となった。13歳~15歳の年代が57事例と最も数が多く、16歳~19歳の年代がそれに続く50事例であり、この二つの年代で全記載事例数の80%を占めている。続いて10歳~12歳の年代の14事例、7歳~9歳の年代の9名、6歳以下の4名となっている。

調査票では連携上困難を感じた事例につき、その概要を記載するよう依頼しており、最終的に150事例の概要を得ることができた。概要は自由記述であるため個々の事例には実に多様な問題点が複数記載されており、その整理には困難があったが、それらの問題点を

図3 困難事例の年齢分布 n=134



下記のような7種類の範疇に分類し、集計を試みた。その際、7範疇の中の一つの範疇にどれだけの数の問題点が記載されていようと、それはその範疇の問題点が「存在する」という意味で同質とする考え方を採用した。こうして各事例で拾い上げられた複数の範疇の全体を「全ての問題」と呼び、さらにその全ての問題のうちどの範疇が主たる問題となっているかを評価し、それを「主な問題」と呼ぶこととした。

以下に連携上困難を感じた事例の概要に記載されている問題を分類した7種の範疇を示しておきたい。

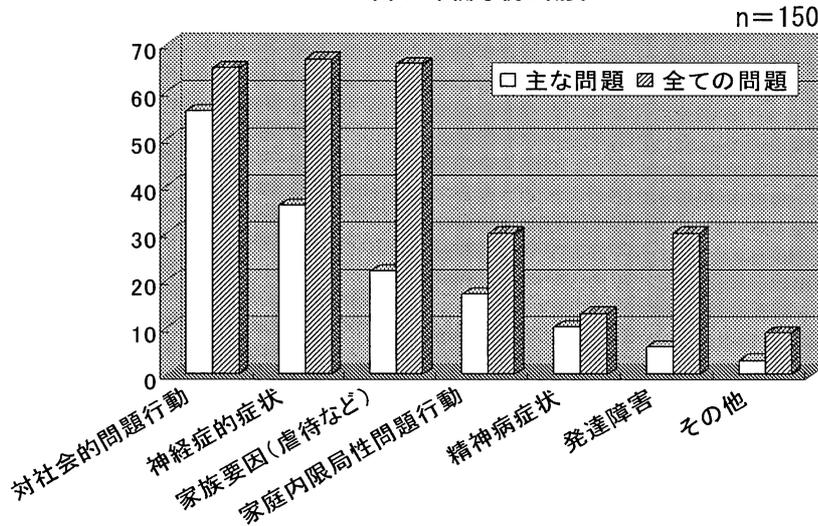
- a) 対社会的問題行動；家族外の人物に向けた攻撃性、非行・犯罪、家出など
- b) 神経症的問題；不登校・引きこもり、強迫症状、解離症状など
- c) 家族要因；各種の虐待、親の著しく偏った養育姿勢、離婚など
- d) 家族内限局性問題行動；主に子どもの家庭内暴力、家財持ち出しなど
- e) 精神病状態；幻覚・妄想といった精神病症状、うつ状態、躁状態など
- f) 発達障害；注意欠陥／多動性障害、広汎性発達障害、知的障害など
- g) その他；そのほか上記の分類のどれにも当てはま

らないもの

その結果は図4の各範疇2本一組の棒グラフの左の棒で示したように、今回の調査で連携上困難を感じた事例の主な問題としてあげられている範疇は、多いほうから「対社会的問題行動」56事例、「神経症的症状」36事例、「家族要因」22事例、「家庭内限局性問題行動」17事例、「精神病症状」10事例、「発達障害」6事例、「その他」3事例の順となっている。

一方、各事例の概要にあげられている問題を分類する範疇の全てを集計すると図4の各範疇の右の棒で示したような結果となった。最も多い範疇は「神経症的症状」67事例であり、ほぼ同数で「家族要因」66事例と「対社会的問題行動」65事例が続いており、「全ての問題」にあげられている範疇ではこの3種が目立つ

図4 困難事例の概要



て多い一群を形成している。それら3種の範疇に続く一群として共に30事例の「家族内限局性問題行動」と「発達障害」が並んでいる。これに対して「精神病症状」は13事例と、問題の分類のうち最も少ない範疇となっている。

ここで各概念分類に含めた問題点を具体的に示しておきたい。

「対社会的問題行動」では「粗暴行動」が19事例と最も多く、「薬物乱用」が9事例、「家出・無断外泊」が8事例、「不適応行動」と「性的非行」が同数で各7事例、「窃盗」が5事例と続いており、その他少数ではあるが「家財持ち出し」「動物虐待」「恐喝」「放火」「いじめ」「怠学」が見られた。ここで「不適応行動」としたのは、粗暴行動ほど攻撃性・破壊性が顕著

表3 発達障害と他の問題との関連

	発達障害の有無		P 値	統計結果
	なし	あり		
対社会問題行動あり (n=65)	48	17	0.0994	傾向あり χ^2 検定
神経症的症状あり (n=67)	61	6	0.0035	P<0.01 Fisher の直接確率

ではない水準の、学校や職場でトラブルの原因になるような乱暴な行動や反抗である。“性的非行”は女子の援助交際などの売春行為のみならず、男子の痴漢行為など性的犯罪行動全体を含んでおり、際にこの7事例では男子が5事例と過半数を占めている。なお発達障害が問題としてあげられている30事例のうち17事例(57%)で対社会的問題行動が出現しており、これは発達障害が記載されていない事例における対社会的問題行動の出現率33%に比して統計的な有意差には至らないものの、発達障害のあるもので対社会的問題行動が出現しやすい傾向は存在している(表3)。一方、本調査で虐待の指摘されている事例の間における対社会的問題行動の出現率は、虐待の指摘されている群における出現率と比べ、統計的に有意な差は見出されない(表4)。

「神経症的症状」では“不登校・引きこもり”が28事例で他に比べて著しく多く、対人関係が極めて不安定でトラブルの多い“情緒不安定”が11事例、“自傷行為”8事例、“解離”が6事例と続いている。その他“強迫症状”“PTSD”“分離不安”など多彩な神経症症状が記載されていた。表3のように、神経症的症状は発達障害の指摘されていない群における出現率は発達障害があるとされた群の出現率より有意に高いことが示された。一方、虐待の有無による神経症的症状の出現の違いを検討したところ、虐待の有無と神経症的症状の出現はあまり関係ないことが示された(表

4)。

「家族要因」に含めたのは“虐待”が35事例と最も多く、その下位分類は“身体的虐待”27事例、“ネグレクト”6事例、“性的虐待”2事例となっている。次いで“親の精神障害”が13事例であり、その大半は精神分裂病であるが、一部に境界性人格障害が含まれている。次いで虐待とは一線を画している“親の偏った養育姿勢”が7事例で記載されており、過剰に厳しい養育環境や、学習の強制などがあげられている。“その他”と分類した事例が11事例あるが、これには治療・援助や他機関への紹介に著しい拒否反応を示す親などを含めた。これらの家族要因を持つ事例と他の問題(ここでは対社会的問題行動と神経症的症状)とを比較すると、表5のように虐待については対社会的問題行動と神経症的症状の二つの問題の出現の間には特に関連は見出されない。

「家庭内限局性問題行動」としたのは全事例とも“家庭内暴力”であり、母親や年下の同胞などへの暴力が問題であったと記載されているものをこれに分類した。「精神病症状」とした事例はほぼ全例が“精神分裂病”である。最後に「発達障害」としたのは“注意欠陥/多動性障害(AD/HD)”の12事例、“広汎性発達障害”の10事例(そのうち6事例が“アスペルガー障害”であった)“精神遅滞”の7事例であり、内容の不明な「発達障害」のみの記述が1事例に見られる。

表4 虐待と他の問題との関連

	虐待の有無		P 値	統計結果	
	なし	あり			
対社会問題行動あり (n=65)	54	11	0.1045	N. S.	χ^2 検定
神経症的症状あり (n=67)	53	14	0.5259	N. S.	χ^2 検定

(4) 事例の連携上の問題点について

ここまで連携上困難を感じた事例の概要に関する結果を示してきたが、今回の調査ではその事例について「連携上の問題点」は何であったと感じているかを質問している。自由記述法による回答であるので、様々な表現で問題点が記載されていたが、有効な回答のあった138事例で記載されていた問題点を以下の6種類の範疇に分類して集計を行った。

a) 連携の失敗感・不信感；「機関間で共通理解を得

られず連携しにくかった」「機関間で情報が共有できなかった」「当機関の実情を理解しない」「守秘義務を守ってくれるのか疑問」「連携先担当者の専門性に疑問がある」など

b) 連携先が無い；「地域に思春期精神科専門病院が無い」など

c) 親の非協力；「家族の了解が得られない」など

d) 本人の介入拒否；「病院の受診を本人が拒否するため」など

e) その他；

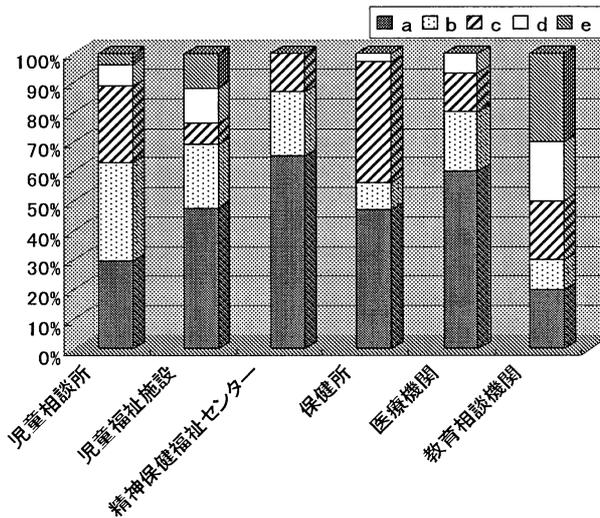
以上の5種に問題点を整理し評価したところ、「a：連携先への失敗感・不信感」が78事例と最も多く、これは138事例の57%にあたる。それに続いて「c：親の非協力」が33事例（同24%）、「b：連携先が無い」が33事例（同24%）となっており、最も少ない問題点として「d：本人の介入拒否」の12事例（同9%）と「e：その他」の10事例（同7%）が続いている。なお「e：その他」は各機関の対応事例に対する年齢制限、管轄地域外からの相談、自機関あるいは自機関担当者の対応能力の限界など、少数ながら他に分類しがたい問題点を集めているが、中では自機関の限界を記載したものが5事例ともっとも目立っている。

次に、このような連携上の問題点の選択は機関により相違があるか否かを検討した。その結果は図5に示したように各機関により記載された問題点の内容の分布に相違が見出された。児童相談所から寄せられた連

携困難事例の記載から27の問題点を集めることができた。それらの分布の特徴は（a）の比率が他機関に比べ比較的小さく、（b）および（c）が大きいということである。児童福祉施設は同じように43の問題点の記載があり、その内容は（a）の比率が最も大きく、（c）が他機関より比率が目立って小さいことである。精神保健福祉センターは23の問題点の記載があり、その内容は（a）の比率が他機関に比べ目だって大きく、（b）がそれに準じている。保健所は33の問題点の記載があり、その特徴は（a）と（c）の占める比率がほぼ同率で並んでおり、この二つの問題点で大半を占めていることである。医療機関は30の問題点の記載があり、（a）の比率が最も大きく、（b）がそれに準じている。教育相談機関からは10の問題点の記載しかないため参考的なグラフにとどまるが、（e）が比率的には大きい傾向が見られる。

図5 連携上の問題点

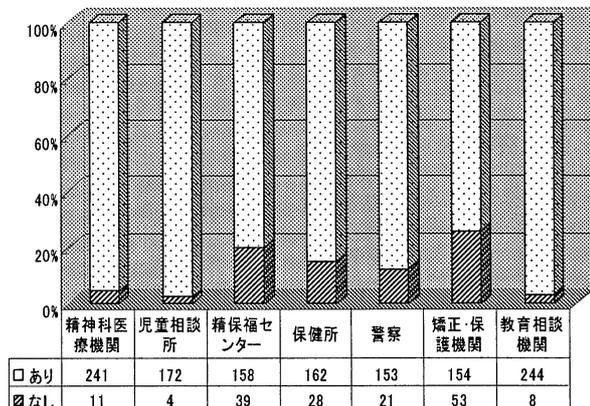
n=138



3. 連携の必要性

ここまで連携の実情を見てきたが、次に各機関との連携ニードについて知るために、まず回答機関全体で各分野の機関との連携をどの程度必要と認めているか見てみたい。調査票では各機関との連携の必要性を「あり/なし」で答えるよう求めている。その集計結果は図6のようになった。なお図のグラフ部分は比率を表わしており、表部分は実数を示している。ここで示した比率は各機関に関する連携ニードを回答してくれた機関数を分母にしており、そのため連携対象機関により回答機関数（分母）の相違がある。その結果は

図6 各機関との連携の必要性



図に示されているように、7分野の機関のいずれに対しても、非常に高い連携ニーズが寄せられている。中でも児童相談所、教育相談機関、および精神科医療施設との連携の必要性を認める回答機関が非常に多く、各々97%、96%、94%である。以下警察が90%、保健所が86%、精神保健福祉センターが82%、矯正・保護機関が76%と続いている。

4. 現存する連携システム

今回の調査票では「貴機関が関与しておられる精神障害を持つと思われる少年事例の対応について協議したり紹介しあうことができる連携システムがありますか」という質問を行っている。この質問に対して回答のあった257機関のうち、「そのような連携システム」があるとした機関は80機関(31%)であり、それらのうち47連携システムが名称を与えられていた。

・考察

近年、新潟の女児誘拐監禁事件や佐賀のバスジャック事件など長期にわたって引きこもり状態にあった青年や不登校状態にあった子どもが突如として犯罪行為に走ったとされる事件、神戸の連続小学生殺害事件や愛知の老女殺人事件のように犯人の少年が逮捕後の精神鑑定によって精神疾患であったことが明らかになったといわれる事件が次々と発生した。こうした事件の続発に国民は強い衝撃を受け、児童思春期の子どもへの心の障害に有効な対応策の欠けたわが国の現状を問題とする声が高まってきたことは当然のことといえよう。しかしわが国においては、残念なことにこのような子どもの心の障害に対応できる治療・対応システムは未開発状態に近いのが現状である^{6,8)}。精神医療分野一つを見ても、児童思春期専用の精神科病棟を有する“児童精神科”部門のある国公立病院は全国児童青年精神科医療施設協議会加盟の10病院および同協議会オブザーバー施設のうちの8病院の計18病院にすぎず、これに青年期精神医療部門を持つことを明らかにしている私立病院5病院を加えても全国でわずか23病院にすぎない^{7,9)}。またベッド数でみると全国児童青年精神科医療施設協議会の正会員施設の合計病床数(予算定床で計算した)は582床、定床が明らかになっている3オブザーバー施設の合計病床数が93床の計675床である。これに私立精神科5病院思春期病棟の合計病床数253をくわえても総計928床であり、わが国

における児童思春期精神科専用病棟における総ベッド数は1000床弱にとどまることがわかる。また児童思春期精神科医療機関に準ずる治療機能を有する児童福祉機関である情緒障害児短期治療施設(以下「情短」)も全国に17ヶ所しかなく、専用病棟を持つ児童思春期精神科施設も情短もまったくない県が少なからず存在しているのである。さらに日本児童青年精神医学会の学会認定医が現在100余名にすぎないことから明らかに、児童思春期精神医療の専門家もわが国では非常に不足している。そのため問題の相談を受けた各地の一般精神科医療機関、精神保健福祉センター、児童相談所、警察等の諸機関は児童思春期精神医療の専門機関との連携がスムーズに行えず、しばしば適切な治療・援助・保護を提供できずに対応に苦慮することになっているのではないだろうか。もはや窓口となった機関が単独で対応するだけでは解決できない少年事例が大きなボリュームで存在する時代に突入しているわが国において、精神障害と深い関連を持って発現してくる子どもの問題行動に対する何らかの有効な対応策を策定する必要があり、その対応策の重要な柱として児童思春期の子どもに関与する様々な機関や専門家の連携システムが位置づけられるべきであろう。

今回行った調査は、精神障害に関連したと思われる少年問題への対応における各種機関の連携をめぐる現状を明らかにするために実施したものである。この調査は、児童思春期の精神疾患と関連して現れてくる反社会的問題行動および非社会的問題行動の治療・援助および処遇の決定等に関与する児童相談所、児童福祉施設(養護施設、自立支援施設、情短など)、精神保健福祉センター、保健所、精神科医療施設、教育相談機関の各々から調査対象を適宜選択している。可能な限り全国状況を反映する対象選択を図ったが、保健所および教育相談機関は前者が3都道府県、後者が千葉県のみを対象にしているという地域的偏りがある。本調査の回答率(表1)は全体で49%と調査票送付総数のほぼ半数であり、対象選択法も考慮すれば得られた結果が各分野の機関全体の動向を完全に示しているとは言えないという限界に意識的であるべきだろう。しかしながら得られた結果は、各分野の機関の傾向をかなり反映しているものと考えてよいのではなかろうか。特に精神保健福祉センターは国内全センターの84%が回答を寄せてくれており、ほぼ精神保健福祉センター全体の連携に関する考えや感覚を示した結果と理解することが可能である。

(1) 各分野における少年事例取り扱いの現状

結果から明らかなように、児童相談所が少年事例の取り扱い数において圧倒的に多い。また、取り扱った問題別の事例数から、各分野の機関が各々対象とする問題の傾向を知ることができる(図1)。集計の結果からは、精神病を中心とする「精神障害」は精神科医療機関と精神保健福祉センターが、「非行」は児童相談所と児童福祉機関(児童自立支援施設を中心に)が、「不登校・引きこもり」は児童相談所、教育相談機関、精神保健福祉センター、精神科医療施設が、「虐待」は児童相談所および児童福祉施設(児童養護施設を中心に)がそれぞれ主要な取り扱い機関であることがわかる。一方「家庭内暴力」は教育相談機関を除いた各分野が満遍なく取り扱っているようである。なお虐待は児童相談所など児童福祉施設が取り扱いの第一線機関であることは図1のとおりであるが、保健所と精神科医療機関も児童福祉機関に次ぐ第二の取り扱い機関のグループを形成しているように見え、虐待問題においてこれら2分野の機関が児童福祉機関の虐待への取り組みにおける重要なサポート役であることが示唆される。

(2) 機関間の連携が必要な事例の特徴

本調査に返信のあった279機関から処遇をめぐる他機関との連携に困難を感じたとされる150事例の概要を得ることができた。これら連携上の困難事例は約6:4の比率で男子が多く、年齢的には13歳から19歳までの年代が大半を占めているが、その年代の中では13歳から15歳までの事例数が16歳から19歳までの事例数より多いという結果を得た。これは各種の問題行動を示す事例の実数が中学生年代に必ずしも多いということではなく、おそらく16歳以降の年長少年事例には警察および司法・矯正機関の関与が若年のものより大幅に増加することに影響を受けるからではなかろうか。なお12歳以下の事例も13歳以降に比べ連携上の困難は少ないとはいえ存在していることを忘れてはならない。結論として連携上の困難を伴う事例の多くは思春期・青年期事例であり、男子のほうが多い。しかし12歳以下の年少事例にも連携困難な事例は確実に存在していることを忘れるべきではないと言ってよいだろう。

次に連携上の問題があった事例とはどのような特徴を持つ事例であるのかについて検討する。図4のように、各事例において最も前面に立つ症状や問題行動を分類した中で最も数の多い範疇は粗暴行為、家出・無

断外泊、性的非行などを含んだ「対社会的問題行動」であり、提示された全150事例の37%を占めていた。以下、非精神病性の不登校・引きこもり、情緒不安定、自傷行為、解離症状、強迫症状等からなる「神経症的症状」が24%、虐待、親の精神障害、偏った養育姿勢等からなる「家族要因」が15%、家庭内暴力を中心とする「家族内限局性問題行動」が11%、幻覚や妄想などの「精神病症状」が7%、注意欠陥/多動性障害、広汎性発達障害、精神遅滞などの「発達障害」が4%と続いている。これらの各問題のいずれもが「主な問題」として真っ先にあがる場合、各々がかなり対応困難性の高い症状ないし問題であったものと推測される。

しかし多くの事例では、この「主な問題」以外にも様々な症状や問題行動が描かれており、それらを各範疇に分けることで「全ての問題」としたことは結果で示したとおりである。「全ての問題」としてあげられた問題の中で最も多い一群は、「神経症的症状」「家族要因」「対社会的問題行動」の3範疇で、各々全事例(150事例)の45%、44%、43%とほぼ同数で並んでいる。次いで「家族内限局性問題行動」と「発達障害」が同じ20%で並んでおり、「精神病症状」は最も少なく9%であった。このような結果は連携困難な事例の問題は複数の分野にわたって問題が重なり合っているものが多いことを示唆している。図4で見て取れるとおり、「対社会的問題行動」と「家族内限局性問題行動」は主な問題とされる確率が高いのに対して「家族要因」と「発達障害」は主な問題ではなく、二番目三番目の問題、すなわち背景要因となる可能性が前の2問題に比べ相対的に高いように見える。それに対して、「神経症的症状」は主な問題になる確率が以上の二群の中間にあるといえよう。家族要因の主問題である「虐待」が対社会的問題行動や神経症的症状と特に結びつきやすいという傾向は見出せなかったが、「発達障害」は対社会的問題行動と結びついた際に困難性が増す傾向をある程度示唆する結果であり、逆に神経症的症状とは結びつきにくい傾向が示された。

以上のような諸点から、児童思春期の問題の中で機関間の連携二ードの高いものは様々な神経症的症状を背景に生じてきた不登校・引きこもり、虐待を中心とする家族内の問題、非行を中心とする対社会的問題行動の3領域の問題であるということ、および問題の範疇が複数重複することで重篤な単一の障害を持つ事例に匹敵する対応困難性や連携困難性を有することにな

ることが示唆された。

(3) 機関間連携の現状

現状でも児童思春期の子ども問題は複数の分野の機関間で連携がなされているが、その実態はどのようになっているのであろうか。今回の調査で回答機関がどのくらい他機関と連携しているかを聞いている(図2)。回答機関は教育相談機関、児童相談所、および精神科医療機関との連携経験について、いずれの機関とも90%弱で「あり」としており、精神医療、保健福祉機関、児童福祉機関、教育相談機関のいずれの機関もこれら3機関との連携を日常的に行っていることがわかる。これら3機関に続く連携機関として60%弱の機関が連携経験を「あり」としたのが警察と保健所である。一方、精神保健福祉センターおよび矯正・保護機関との連携経験のある機関は最も少なく、連携経験のある機関は40%前後の水準にとどまっている。

以上から対社会的問題を含めた児童思春期の問題には教育相談機関、児童相談所、児童精神科専門病院を含めた精神科医療機関の3分野が第一ないし第二次の対応機関として早くから関与することが多く、しかもこの3機関間で盛んに連携が模索されていることが示されているものと理解できる^{1,2,3,4,5,7}。

次にこのような連携の結果に対して連携を経験した機関はどのくらい満足しているのかを質問した結果(表2)を見ると、満足度で最も高い平均得点を示したのは保健所との連携の 2.9 ± 0.8 点で、これと矯正・保護機関との連携の 2.6 ± 0.8 点との間に残りの児童相談所、精神科医療機関、精神保健福祉センター、警察、教育相談機関がすべて入っており、これら全ての機関との連携への満足度は「やや満足」に近いことがわかる。

(4) 連携の困難な理由は何か

現状において機関間の連携が困難であった理由については、連携上の問題には機関間で情報を共有したり共通認識を持ったりすることに失敗したと感じるとか、連携先機関の専門性に疑問があるといった「連携の失敗感・不信感(a)」、地域に専門性の高い連携先機関(例えば児童思春期精神科機関)がないといった「連携先が無い(b)」、家族が子どもの処遇を妨害したり協力しないなどの「親の非協力(c)」、子ども本人が処遇を拒否したため手を打てなかったなどの「本人の介入拒否(d)」の5種類の範疇が浮かび上がってきた。これらのうち「親の非協力」と「本人の介入拒否」は事例の困難性を示す属性そのものであるので、

ここではそれ以外の連携機関間の問題点(a、b)のみに焦点を当てて検討したい。

これらの3種の問題点は、連携の困難な事例に関する質問に答えて連携上の問題点が記載されていた138事例の間で、(a)が57%、(b)が24%に見出されているが、これらは多少の重複もあるので、実際に(a)(b)のうちの1項目以上が記載されていた事例数を算出してみると、138事例中106事例(77%)であることがわかった。結論的には連携先機関がこちらの事情を知らないとか連携を拒否されたといった「連携の失敗感・不信感」と、連携を求めても適切な「連携先が無い」という現実のどちらか、あるいは両方が存在すると、事例の複雑さや困難さもあいまって、事例の対応困難性を大幅に高めると考えることが可能ではなかろうか。

「連携の失敗感・不信感」は、連携を求められた側(連携先機関)が連携を求めた側(連携元機関)に対して自機関の機能・特質を理解しない紹介であるとの不信感を示している場合がかなりある。このような種類の連携に対する不信感は特に非行で措置された事例の精神障害出現に際してや、非行の激しい被虐待児の処遇をめぐる生じやすいようである。連携システムの構築に際して、事例の全体像を正確に伝えてくれないのではないかと不信や、処遇困難な事例を押し付けるだけの「連携」ではないかという警戒心などを薄める努力がまず必要となるであろう。

一方、連携元機関が連携先機関に持ちやすい連携上の失敗感の一つは、教育的配慮を行いたいの教育機関が受け入れてくれないという学校をめぐるもので、非行関連や精神疾患の子ども教育をめぐる生じやすいようである。また事例の情報を求めるような連携においては、連携先機関から守秘義務や事例のプライバシー保護を理由に情報提供を拒まれることでの失敗感が比較的良好に見られる。また緊急時に情報提供を拒まれることで対応が難しかったということも決して稀ではない連携上の問題点である。この範疇の問題点を克服するためには、「連携」と称して処遇困難な事例を押しつけあうのではなく、必要に応じて主となる対応機関が適切に選択され、その援助や治療に他機関も活発に協力の手をその機関に差し伸べ、やがて状況の変化が生じてきたら、主となる対応機関を柔軟に変更していくことが可能といった連携システムが必要なのではないだろうか。

さらに、ある機関の対応の依拠する法律が分野によ

り異なる場合があり、そのことによって機関間の連携が齟齬をきたすことがありうる。例えば、ある児童相談所からの自由記述にあった、覚せい剤中毒者の父親による執拗な引き取り要求に病院が抗しきれなくなり、病院への連携元機関であった児童相談所へ一時保護の形でもどさざるをえなかった事例に見られるように、児童福祉法に基づく児童相談所や児童福祉施設と精神保健福祉法に従った手続きを義務づけられている精神保健福祉センターや精神科医療機関との間で、例えば事例の処遇をめぐる意思決定者として親をどう位置づけるかなど、大きなスタンスの違いが生じうことは現行法の下ではしばしば避けがたい。同じような齟齬は、少年法や刑法に基づいて処遇を決定する司法・矯正機関や教育基本法に基づく教育機関を含めた各機関間の連携において、日常的に生じうるものである。児童思春期の心の病気や問題行動に複数の機関が連携して援助の手を差し伸べることがスムーズに実行できるためには、各機関特有な機能や拠って立つ法律の違いといった機関の属性を互いによく理解しあう努力とともに、現行の関連諸法律に関する検討が必要になるだろう。

「連携先が無い」という問題点については、児童思春期の心の問題を持つ事例に対応できる適切な受け入れ機関が地域に存在していないため、家庭機能が低い場合には容易に放置状況となることなど児童思春期精神科の専門機関を求める声が複数見られた。事例の心の成長のために必要十分な期間、適切な保護と治療を提供できる専門的な機関と、さらに分野の異なる複数機関による連携システムが必要という思いを児童思春期臨床の一線機関のスタッフが総じて持っていることは明らかであろう。

このような連携をめぐる問題点は各分野の機関により多少の差異が見られる。児童福祉施設、精神科医療機関が「連携の失敗感・不信感」を比較的多く持っているのは、これら機関が基本的に連携先機関の性質を色濃く持っていることによると思われる。これらの機関は、連携元機関が自機関の特質を十分に理解して依頼する事例を選択・決定してほしいという思いを持ちやすいことがわかる。精神保健福祉センターと保健所も「連携の失敗感・不信感」をかなり多く記載しているが、その理由はこれらの機関が他機関から処遇の決定を求められて相談および評価に当たり、その結果として適切な他の治療機関を選択して紹介するという、通過点を守って各事例のスムーズで適切な治療機関へ

の流れを作り出す機能が求められているからかもしれない。このような機能を果たす機関は連携先機関でもあり連携元機関でもあるという両面で他機関との連携の失敗感や他機関への不信感を持ちやすいのであろう。次に「連携先が無い」という問題点は、当然ながらもっばら連携元機関が連携先機関を探す過程で感じるものである。これが児童相談所や精神保健福祉センターで目立つのは理解しやすい。しかし児童福祉施設や精神科医療機関もそれなりの比率でこの問題点を指摘しているのは何故であろうか。おそらくこれらの機関は、他機関から依頼されて事例の指導や治療にあたる連携先機関となる機会が多いだけでなく、その過程で他分野（主に教育）の協力を必要とするようになったり、事例の疾患の改善や機関の対象年齢の制限などによって次の対応機関や家庭へと手渡していかねばならない時期に、連携先を見つけなければならない連携元機関としての機能も持っているからであろう。

まとめ

今回の児童思春期の非社会的あるいは反社会的問題を持つ事例にかかわる諸機関の調査から以下のような点が示唆された。

- (1) 児童思春期の非社会的あるいは反社会的問題の中で、機関間の連携二ードが高いものは様々な神経症症状を背景に生じてきた不登校・引きこもり、虐待を中心とする家族内の問題、対社会的問題行動（非行）の3領域の問題である。
- (2) 問題の範疇が複数重複することで、非常に重篤な単一の障害や問題を持つ事例に匹敵する対応困難性や連携困難性を有することになる事例がかなり存在する。
- (3) 現状においても連携して児童思春期事例にあたるという活動はある程度行われているが、その満足度は不満というほどではないにしても、十分満足のいくという水準にはまだ隔たりのあることが示唆された。
- (4) 連携先機関がこちらの事情を知らないとか連携を拒否されたといった「連携の失敗感・不信感」と、連携を求めても「適切な連携先が無い」という現実のどちらか、あるいは両方が存在すると、事例の複雑さや困難さもあいまって、事例の対応困難性が大幅に高まるようである。
- (5) この範疇の問題点を克服するためには、「連携」と称して処遇困難な事例を機関間で押しつけあうので

はなく、必要に応じて主となる対応機関が適切に選択され、その援助や治療に他機関も活発に協力の手を差し伸べ、やがて状況の変化が生じてきたら、主となる対応機関を柔軟に変更していくといった相互性の確かな連携が必要である。

(6) 児童思春期の情緒および行動の障害を持つ子どもに複数の機関が連携して援助の手を差し伸べることがスムーズに実行できるためには、各機関特有な機能や拠って立つ法律の違いといった機関の属性を互によく理解しあうとともに、現行の関連諸法律に関する検討が必要不可欠である。

(7) 今後さらに現存する連携システムの機能と限界についてより詳細な検討を加える必要があるとともに、「期待される連携システム」の具体的な構成機関と機能、さらに連携システムが対象とする児童思春期の情緒・行動の障害とは何かという観点を明確にしていかなければならない。

文献

- 1) 本間博彰: 非行と児童相談所 反社会的な行動をとる児童に対する福祉現場のかかわり. 精神医学 43: 1209-1214, 2001.
- 2) 衣斐哲臣: 非行臨床 - 各機関の現状課題 児童相談所. こころの科学No.102: 97-98, 2002.
- 3) 木下登志夫: 思春期・青少年相談の現場から 大阪府子ども家庭センターでは. 日本精神病院協会雑誌 19(11): 11-15, 2000.
- 4) 高坂園子: 民間精神科病院における思春期治療の取り組み. 日本精神病院協会雑誌 19(11): 31-34, 2000.
- 5) 齊藤万比古: 非行臨床 児童精神医学の立場から. こころの科学No.102: 28-35, 2002.
- 6) 清水将之, 村田潤哉: 児童精神医学の現況 そのニーズとサプライ . 日本精神病院協会雑誌 17(8): 18-21, 1998.
- 7) 竹内知夫: 思春期・青年期問題についてのアンケート調査結果報告. 日本精神病院協会雑誌 19(11): 28-30, 2000.
- 8) 山崎晃資 (2000): 思春期心性とこれからの精神科医療. 日本精神病院協会雑誌 19(11): 6-10.
- 9) 全国児童青年精神科医療施設協議会: 施設概要調査票. 全国児童青年精神科医療施設研修会報告集 31: 139-143, 2001.

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

エコロジカル成育精神保健からみた地域連携について

～ 子どもたちにある可能性を保障するために ～

児童期精神保健研究室長 田中康雄

Key Words:

human development from an ecological perspective, life-span development, collaboration, mental health,

1. はじめに

わが国の青少年人口は、出生率の低下に伴い昭和30年以降一貫して減少している。平成13年度では総人口の26.6%しか占めていない¹⁰⁾。しかし、医療・教育現場で直面する様々な課題を抱える子どもたちは、ますます増えてきているように思われる。まさに21世紀は、子どもにとって厳しい時代といえよう¹²⁾。

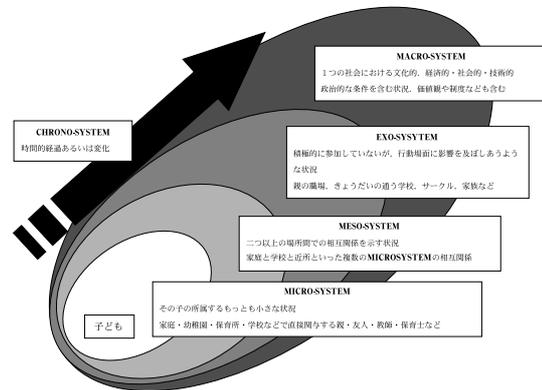
ここでは、著者がかつて提唱したエコロジカル成育精神保健的視点に立ち¹³⁾、これまで地域臨床援助のひとつとして行ってきた地域活動を症例を中心に報告し、地域精神保健と連携のあり方について省察を加えることにしたい。

2. エコロジカル成育精神保健とは

既出したように筆者は、前川⁶⁾の位置づけた「成育小児医療」と小林⁵⁾の総合医療としての「成育医療」を端緒に、これまでの修復モデルに基づいた医療に生活モデルを組み入れることを提案した。対人援助理論³⁾と生態学的環境モデル¹⁾を援用し、個における課題は、成長・発達していくものと理解し、ダイナミックなライフ・サイクルに呼応する専門的対応をコーディネートする必要性に鑑み、親子・家族、保育所・幼稚園・学校などとの関係機関、社会との相互関係性や環境との関わりを把握し、全体としてのwell-beingの支援を目指すべきで、常に中心に居る子どもの権利を守る「アドボケーター」意識を持ち、子どもの法的・社会的権利を主張し続け、そのための専門性の発展・向上に腐心すべきであるという立場から、「エコロジカル成育精神保健」モデルを提唱した

(図1)

図1 エコロジカル成育精神保健モデル



あくまでも、個人と環境との相互作用に重点を置いた立場である。

3. 児童精神科医療の守備範囲

図2に示したように、児童精神科医の活動範囲は狭義の医療範囲を超えたところに位置している。多くの他職種との連絡・連携が必要不可欠となる。

児童精神科医として地域医療を行っている、不登校やチック、夜驚などの睡眠障害、摂食障害などへの診断と狭義の治療だけでなく、軽度発達障害から生じる家族機能のバランス失調や、虐待やドメスティックバイオレンスといった不適切かつ一方的な支配的暴力、あるいは非行行動、家庭内暴力、手首自傷などの自他破壊行動、さらに、さまざまな背景をもつと言われる対人関係成立の失敗、あるいは躓きと思われる「ひきこもり」といった、他職種の人々と連絡・連携を持たないと対応できない状況に出会う。

れ、医療的対応ののち、地域の支援者に助けられた例である。

Case3：その男の子は、幼少時期に実父から身体虐待を受けて育った。2歳の時に殴られて土間に放り出され頭部外傷したことを契機に、実母が離婚しこの子をひとりで育てていた。男の子は幼児期から注意欠陥・多動性障害的言動が目立ち、地域では知らないものがないという位有名で、小学校高学年からは学習不振、中学進学後は夜間徘徊、無免許運転などの非行行動が目立ち、地域から孤立していった。

中学校でも友人への絶えない暴言から登校禁止となり、結局児童相談所を経て児童自立支援施設に行くことになった。しかし、そこでも何度も脱走を繰り返してしまうため児童相談所と検討し、医療的診断のため短期入院となった。入院中に生じる問題行動は、本人の意図がうまく言葉で表現できないことなどからの誤解や、悪ふざけが適切にコントロール出来ないことから生じることも判り、さらに少量の薬物も奏功しはじめ、次第に自己コントロールが可能となった。退院を前提に児童相談所と学校に交渉をはじめたとき、大きな課題に直面した。

児童相談所は、一時保護を解除して自宅での保護的観察・指導という決定をしたが、学校管理職の意見は、「学校に戻って来られたら困る」といい登校禁止処分が解けないことになった。再三の説得も功を奏さず、退院を前に本児は「もうどうでもいいや」と投げやりになってしまう。困り果てた筆者は、担任と地域の相談員と会うことにした。この二人と長時間相談し、本児にある軽度発達障害の特徴とその後の無理解から悪循環的に成立した対人行動について説明したところ、担任の判断で放課後登校が可能となり、同時に定期的に家庭訪問が実施されることになった。若く積極的な担任であり、さらに相談員が彼の小学校時代の担任であったという天の配剤のおかげである。

退院後、外来受診する少年からは、家庭訪問がまんざらではない様子がかえ、相談員との再会も楽しみようで、放課後登校にも大きなトラブルを起こさず無事卒業することができた。職に就くという報告をその後に受け、外来通院が終了した。

あの土壇場で、担任と相談員が彼にある可能性を信じて引き受けてくれなければ、その後の展開はおそらく悲観的な結果であったろうと思われる。経過中、担任と適時連絡を受け相談するたびに、「彼から学ぶことが多い」という担任の言葉に何度も学ばされた。

4) 就学指導委員会の一員という立場から

子どもの能力に応じた適正就学状況を保障するための諮問機関として存在しているのが、就学指導委員会と理解している。存在およびその対応・存在価値などについては、さまざまな立場からの意見があると思われるが、筆者は現状のなかで「子どもに提供できる最善の利益の保障」をその基盤に置きたいと常に思っている。しかし課題は、そこここにある「現状と仕組み」であることも、事実である。

Case4：知的に高い自閉症スペクトラムのある小学2年生の男児。集団で運営される学校生活に馴染みにくいのか、学級生活に折り合いがつかず、教室を常に抜け出し、図書室に行っては一人で読書をしている。

担任は、「私としては、なにもできません」というお便りを母親に渡すなど、事実上ギブアップしており、就学指導委員会にかかることになった。

就学指導委員会では、情緒学級にまず固定登校して、小集団あるいは個別の対応から安心感を十分に提供して、次第に活動範囲を拡大していくことが望ましいと提案されたが、地区には週1回しか活用できない通級学級しかないということで、残りの週4回はこれまで通りの対応という結論に達した。

就学指導委員会というのは、現状の受け皿も運用システムも変更できないなかで行われるという自己矛盾を痛感した。

それいじょうに、図書室でささやかな自己防衛を行っている彼に対して、本当の意味で味方になることが出来ずにすまない気持ちである。子どもたちの今は、まったなしなのに、真の適正就学を議論する場所はどこにあるというのだろうか。

5) 地域啓発の必要性を痛感するとき

発達障害に関しては、早期発見・早期対応に傾きすぎたため、専門家による育児支援・育児援助という方向性から「障害の発見者」へと役割変更がなされてしまったように思われる⁸⁾。そこで専門家による早期の障害告知や説明を巡り、養育者である親が傷ついたという話しはよく聞かされる。

医療機関を受診したところ、「自閉症です。なにか薬を飲ませますか？もしそれ以外のご相談でしたら、後は施設などで相談してください。私はどこに相談にいけばよいかは判りませんので、ご自分でお調べください」といわれてしまったと、困惑した家族に出会ったことがある。決して極端な事例ではないと思われる。

児童相談所あるいは1歳6ヶ月・3歳健診後に、発

達状態になにかしら気になるところがあるということで、専門の療育機関を勧められたが、「なにかしら気になる」以外の説明がなく、よくわからず訪れたところで会った母親から「お宅のお子さんも自閉症なの？」と言われ、はじめてわが子にそういった障害の疑いがかけられていたことを知った、という親は、「あの不透明な指示は、親にとってひじょうに酷でした」と5年以上たってもその時を思い出して涙する。

一方で、(軽度)発達障害のある子どもたちは、早期に理解されることは少なく、しつけのなっていない子、我慢のきかない子、わがままな子などと、決めつけられ、養育姿勢までも批判される。

さらに安易に個人名とその子にある障害名を出して、簡単に説明や相談しようとする保育・教育現場も、まだまだ少なくない。個人情報における守秘義務における専門家達の責任性についても徹底されていないところを感じる時もある。その結果、地域から特定の子どもがボイコットされるような署名運動が始まったという話も聞いた。

包み込む「地域性」のもつ役割は大きいと感じている。

6) 専門家達を支援するシステムの必要性を痛感するとき

義務教育に限定して検討してみても、現在の学校教師は学習指導要領の改正に伴い、相対評価から絶対評価をしなければならなくなってきた。結実した努力が絶対的に評価されるようになったと言えはかっこうがよいが、実際は様々な場面での「態度」まで評価対象とするため、教師は生徒を細かい観点で評価しなければならない。客観的評価を下すためには、単元テストを細かく行い、授業中の生徒の態度を一定の尺度で記録し続けたいといけなくなる。総合的な学習でも、そこから導き出される学習内容の掌握などが問われる。

教師は、子どもに「評価」という物差しを常に振りかざして直面しなければならなくなった。教育現場は子どもが時間をかけて克服していく過程を評価するのではなく、多くの場面を断片的に切り取って評価せざるを得なくなってしまった。

これらが、子ども個々に達成感や成就感を与えなくなり、さらに速さを要求されることにも繋がる。

子どもを助ける方法はいくつもあるという信念のもとに、どの子どもにも改善の余地は必ずあるという命題を証明するには、教師は多忙すぎる。

また、ある教師は「子どもが学習のどこで躓いてい

るかが、わからない」と言う。教師は、一般に子ども時代に学習面での苦労が少なく、自己努力で切り開いてきた者が多く、その支えに恩師や学校の存在があった場合が少なくない。「ぼくは、学校に行きたくないという子どもの気持ちがわからない。こんなに良いところなのに」とぼやく教師や「勉強って結局やればできる」と言い切った教師もいる。一方で、学習障害のある子どもについて説明した際、「先生が言われたように、この子が学習障害なら、この子よりも勉強が出来ない子どもたちも皆学習障害ってことですか?」と真剣に疑問をぶつけてきた教師もいた。

情緒面への躓きへの寄り添い方に加え、軽度発達障害のある子どもたちへの理解も大きな課題になっている。

例えば、高機能広汎性発達障害のある子どものことで、彼にある障害世界を伝えたと、「子どもについて、わかっていたようで何もわかっていなかったんですね」とぼつりとつぶやいた教師もいたが、このように、子どもが個々にもつ内的世界を理解してもらえるような連携が必要になるだろう。

また、養育者と共に検討していきたいがその手だてが判らないと言う機関はひじょうに多い。養育者と感情的に衝突してしまっている現場が実は少なくないように思われる。第三者機関(それは医療でなくてもよいが)が上手に両者の橋渡しをしていくことで解決していくことは、すでに別に詳述した¹⁴⁾。そのさいに、養育者の子どもに対する心情をどう汲み取るかが大きな課題であることは、強調しておきたい。われわれは、比較的安易に養育者を行動から評価しがちである。我が子をより安心に安全に、より高いところに置きたいという親の思いは汲み取りこそすれ、批判すべきことではない。特に障害のある子どもに対する養育者の思いを汲んだ対応については、「極めて個人的なそれぞれのペースで進められていく問題である」¹¹⁾ということを基盤に、専門家の認識と努力が求められ続ける。

5. 社会・文化的側面とささやかな提案

以上、背景にやや発達障害のある子ども達の登場が少なくなかったが、地域連携を必要としている子どもと養育者、およびその関係者の現状を記した。

一方で、社会・文化的側面が大きな因子であるということは、子どもは時代の鏡といえるように、普遍的あるいはエコロジカル的事実でもある。

牛島¹⁵⁾は青年期の精神科的病態の背後にある時代的背景との関連から、外界を敵として保護機能を失った子どもの存在に警鐘を鳴らした。また、市橋⁴⁾も青年の価値観の変遷を検討する中で、執着的気質価値観と自己愛性人格価値観への対立を掲げ、現代は後者が次第に優勢になっていると考察した。これは、共同体の紐帯から個人が開放される近代化の動向として述べられてきた「私事化(Privatization)現象」⁹⁾と軌を一にしていると思われる。

外的からの傷つきを恐れ、表面的で匿名的な優しさのなかで、子ども同士は深い交わりを廃し、個々人の矮小化した世界に埋没していく。社会あるいは親機能にある保護機能不全に加え、結果重視と情報化による科学指向性あるいはエビデンス・ベースド思考が、安心して輝かしい万能体験の経験さえも築きにくい状況を作り上げている。子どもはこうした中で、あがきながらも逞しく生き続けている。

これから述べるささやかな提案は、top-downとbottom-upによる施策である。

top-downとして検討すべきことは、国が民に義務を課すときに、国も民に義務を負うというParens Patriaeの規程の構築であろう⁷⁾。子どもを育てるのは国の責務である。そのために必要な専門職の養成と配置の補償、さらにメンタルヘルスシステムの開発整備に責任を果たすべきである。

民の役割として強調されるべきbottom-upとは、ひとり一人が社会のルールに従って生活している姿を子どもたちに示し続けることである。開かれた信頼関係に裏打ちされた社会を作り上げること¹⁶⁾で、私事化に傾いた多様な価値観を尊重しつつ、他人への関心をバランス良く持ち続けることである。また、共に生きるという意味での「共生」には、共に在ることの苦痛(苦悩)や幾多の矛盾や葛藤が内包されており、両価的に生きることが求められる。ほどほどの折り合いをつけて生きていくために、時間をかけながら差違性を認めあうことが必要になっていくだろう。

6. おわりにかえて

19世紀にSchlegel²⁾は「世の中の弱点がますます露呈していけばいくほど、教育機関は道徳的に病気の子どもたちを毎日監視するところとして病院と変わらないものになっていく」と描写した。教育機関を社会と置き換えたとき、これはあまりにも21世紀の今を表現

しているように見える。

子どもたちの勇気を挫かず、子どもたちの力を信じて、「今」に決して絶望せずに、寛容に柔軟に対応することと、関係者が皆で支えあうネットワークの構築に努力するべきであろう。

今一度、子どものもつ可能性への保障と、おとなの役割について検討する時ではないだろうか。

文献

- 1) Bronfenbrenner, U. : The Ecology of Human Development . Experiments by nature and design. Harvard university press. America, 1979 .
- 2) Gottlieb Schlegel : Ob bey so vielen Untersuchungen und Bemuhngen die Erzie-ungswissensvhaft auf gewisse Satze gebracht werden konne, da man ihre Wirkungen mit Zuverlassigkeit erwarten durfe. In: Allgemeine Bibliothek fur das Schul- und Erziehungswesen in Deutschland, Bd. 10, Nordlingen 1783, S. 292.
- 3) 平山尚・エコロジカル・システム・モデル・平山尚, 平山佳須美, 黒木保博, 宮岡京子共著: 社会福祉実践の最新潮流, ミネルヴァ書房, 京都, 23-36, 1998 .
- 4) 市橋秀夫: 1970年から2000年までに我が国でどのような価値観の変動があったか. 精神科治療学 15 : 1117-1125, 2000 .
- 5) 小林 登: 成育医療とは、life stageそしてlife cycleからみた小児医療の未来. 小児科診療 6 : 1057-1062, 1998 .
- 6) 前川喜平: 成育小児科学. 診断と治療社, 東京, 1997 .
- 7) 皆川邦直: ある私立小中高校精神科校医の現場からの要請. 精神科治療学 15 : 1159-1166, 2000 .
- 8) 宮田広善: 子育てを支える療育 医療モデルから 生活モデル への転換を. ぶどう社, 東京, 2001 .
- 9) 森田洋司: 「不登校」現象の社会学. 学文社, 東京, 1991 .
- 10) 内閣府 編; 平成14年度青少年白書, 東京, 2002 .
- 11) 中田洋二郎: 子どもの障害をどう受容するか 家族支援と援助者の役割. 大月書店, 東京, 2002 .
- 12) 清水将之: 21世紀の子どもたちへ. 子ども臨床. 日本評論社, 東京, 1-30, 2001 .
- 13) 田中康雄: 21世紀における児童思春期の精神保

- 健・医療 - 試論としてのエコロジカル成育精神保健 - . 病院・地域精神医学 44 : 481-487, 2001 .
- 14) 田中康雄 : 医療側のアプローチについて : 小児の精神と神経 42 : 189-194, 2002.
- 15) 牛島定信 : 対象関係論からみた新たな精神障害と境界喪失 . 精神科治療学 15 : 1137-1143, 2000 .
- 16) 山岸俊男 : 信頼の構造 心と社会の進化ゲーム . 東京大学出版会, 東京, 1998 .

成人精神保健部

成人精神保健部は、昭和61年10月に、厚生省設置法一部改正にともない国立精神衛生研究所精神衛生部を引き継ぐかたちで設置された。国立精神衛生研究所は、昭和27年に5つの研究部を備えた研究機関として創設されたが、その一つである心理学部は井村恒郎部長のもとに、心理学者の佐治守夫、片口安史、田頭寿子、PSWの山崎道子の諸先生を擁する研究部として発足した。井村部長の在任は僅か3年であったが、乏しい研究費、粗末な設備、文献類の入手困難などの当時の、大戦後の厳しい研究条件下にも拘わらず、その間に、井村部長を中心とする研究者たちの相互研鑽の努力によって、わが国の精神衛生研究の礎をなす数々の研究がこの心理学部から生まれた。当時のことを知る人も今では少なくなってしまったので、幾つか紹介すると、井村部長は研究所内外の研究者を集めての力動精神医学の研究会を主催して、新しい動向を紹介し、戦後のわが国の精神医学の復興に寄与した。佐治守夫は、動物実験によるフラストレーションの研究をまとめてから、適応困難ケースの心理相談の研究、さらには、ロジャーズ派の心理療法の研究に、また片口安史はロールシャッハ・テストによる心理診断法の開発に（これには田頭寿子も加わった）、それぞれ着手し、後にこの研究部はわが国におけるカウンセリング研究のメッカになり、研究所外から数多くの臨床心理志望者が集うようになった。

井村部長は、日本大学医学部教授として転出し、後任に加藤正明部長が心理学部を主宰することになり、この研究部は新たな展開の期を迎えた。昭和35年には、心理学部は精神衛生部に名称が変わり、また、研究所に新たに精神薄弱部が新設され、研究所の研究体制も僅かずではあれ、整い始めた。研究所の体制の充実に伴って、研究所員の研究も個人的な研究に留まらず、研究所外の、さらには海外の研究機関との交流や共同研究に発展したが、精神衛生部の所員の研究もその例外ではない。しかし、所員の異動も度々あり、また、個々の所員の研究も多岐に亘るので、ここではそれらには触れず、加藤部長の活躍の一斑をкаいつまんで記しておきたい。心理学部に着任されてほどなく、加藤部長はWHOのフェローとして、海外の研究者との活発な交流をはじめられ、国際的な視野のもとにわが国の精神衛生活動の充実に努められた。とくにわが国の地域精神保健活動体制の確立に向けて主導的な役割を果たされたことをぜひ記しておかねばならない。1960年代のおわりから70年代にかけての数年間について、次のように記しておられる。「振り返ってみた5年間はおもっぱら精神医学的疫学、精神障害の国際的診断基準、薬物依存、中間施設、地域精神医学などに関心が向き、その間に8回海外出張したが、3年半前から始めたデイ・ケア・センターもいろいろ議論されながらも今日まで続けられてきたし、地域精神医学会もこの秋に誕生するとのことで、年齢のことは忘れて、一緒に勉強していきたいと思っている。」

この文を記されてほどなく、加藤部長は一時期精神衛生研究所を去られ、その間、成瀬 浩先生が短期間部長をつとめられたが、昭和49年から昭和55年にかけて、精神衛生部は部長空席のまま存続し、昭和56年、当時、所長として再び精神衛生研究所に戻られていた加藤所長のもとで、精神衛生部の欠員が埋まり、高橋 徹部長、越智浩二郎心理研究室長、牟田隆郎主任研究官、田頭寿子主任研究官、町沢静夫研究員を擁する研究部としてスタートした。

冒頭で記したように、昭和61年からは、成人精神保健部に代わり、高橋部長は平成2年まで在職した。その間に、部員各自の研究活動の他に、部員相互の研鑽の目的で、ケース研究会が続けられた。高橋部長はフランス留学を経て、ジャネを初めとするフランス精神医学に造詣が深く、特に不安を巡る諸問題を終生の課題とされた。高橋部長はその悠揚としたお人柄とも相俟って、古典的な精神医学のよき時代を研究所の仲に作り出されていたように思われる。

高橋部長が退官された後、部長席はしばらく空席となり、平成10年に社会学者の清水新二部長が就任し、在任中はそれまでのアルコール依存症の社会学的研究を深められる傍ら、自殺研究にも精力的に取り組まれた。清水部長が平成14年に退官された後、金吉晴が部長に就任し、今日に至っている。

近年の当研究部は、社会的ニーズに応える形でのトラウマ関連疾患の病態と治療研究、精神分裂病から統合失調症の病名変更、統合失調症のスティグマと病識問題、精神疾患の病前知能の推計、家族精神保健、子育て支援研究、精神障害者への偏見に関する実験研究、自殺プロジェクトなどに取り組んできた。トラウマ関連では、厚

生労働省からの専門家派遣、ガイドライン作成などの種々の公的社会貢献も果たしており、また、病名変更問題では、精神神経学会において平成14年に正式決定されるなどの成果を挙げたところである。

(金 吉晴)

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

心因性疾患から見たPTSD概念

成人精神保健部長 金 吉晴

PTSDをはじめとするトラウマ反応の議論は、純粹に医学的というよりも、そのトラウマの原因となる社会的な事例についての関心の如何によって左右されてきた²⁾。医学的な動機よりは事例性に引きずられたこうした研究のあり方が、PTSD概念の妥当性に疑問を投げかけてきたことは否めない。歴史的に心的外傷論の嚆矢となるのは、性的外傷体験に関しては19世紀のJanetのhysterie概念と初期Freudの外傷神経症概念であり、戦争体験については第一次大戦における砲弾神経症shell shockなどである。フロイトの理論は、当時のウィーン上流社会にかくも多くの幼児の性的外傷が生じているはずはないとの批判の中、外傷の原因は現実の体験ではなく無意識の欲動であると修正された。その結果、幼児の性的虐待という事実への研究は深められなかった。ちなみにウィーン社会から寄せられた当時の批判は、今日幼児の性的虐待を問題にする時に、必ずといってよいほど、その様な事例が多いはずはないとの異論が社会の保守層から寄せられることを想起させる。言うまでもなく、成人患者に幼児期の虐待を尋ねる際に問題となる虚偽記憶症候群false memory syndrome³⁾と同様の事情も当然あったものと思われる。

砲弾神経症については、第一次大戦が大規模に砲弾を用いたこと、塹壕の発達によって兵士が長期間戦場に固定されて砲撃にさらされたことが背景にあるが、戦争の終結とともに関心は薄れた。この問題への関心が再び高まったのは第二次世界大戦の勃発によってであり、Kardiner⁶⁾は第一次大戦後に彼が報告していた、注意亢進、焦燥、不眠、悪夢、生理学的過覚醒を特徴とするphysioneurosisを再び主張した。最近では周知のように1970年代の米国でベトナム戦争帰還兵についてKardinerのモデルを敷衍した形で戦闘体験の心的後遺症についての議論⁴⁾が高まったが、これはベトナムが名誉なき戦争であり、帰還兵への社会的支持が著しく低く、特に負傷などのハンディを負った者の再適応が困難であったという事情がある。また、この運動は同時に女性の正否外の心的後遺症の議論と合流し

たが、これもまた当時の米国のフェミニズムの運動と無縁ではない。

このようにトラウマないしPTSD論のこれまでの発達は一樣ではなく、原因となる出来事もしくは患者集団に対する社会的な関心の如何によって影響を受けてきた。一般に、被害者が一度に多数生じる場合は関心を引くが、少数の者が孤立して被害にあったときには関心を引かない(Green⁵⁾)。この事情は日本でも全く同じであって、地震のように社会的な認知の高い事例においてはPTSDなどのメンタルケアが訴えられているが、それよりも遙かに頻度が高い性犯罪への関心の高まりはそれに遅れており、各種犯罪、交通事故、熱傷、身体疾患などに伴う心的後遺症についての関心度は未だに低い。また、さらに問題を複雑にしているのは補償の問題であり、ベトナム帰還兵ではPTSD診断の有無が補償金の受給決定に大きく影響しており、これは性被害をめぐる裁判についても同様である。

こうした背景がPTSD概念の妥当性への疑問を抱かせたことは先に述べた通りである。しかし、この傾向を単に時代の風潮であると片づけることはできない。PTSD患者はその原因となった事件のために社会的、経済的にも孤立、困窮していることが多く、その患者の実際のケアにあたっては社会的支援や経済的な補償がしばしば重要となる。またトラウマ体験自体が社会的に否認・抑圧されていることが稀ではなく、その場合にはまず社会の啓蒙を行うことが必要であり、でなければトラウマの続発、二次的トラウマ、医療・援助資源の不足などを解決できない。別の言い方をすれば、PTSDの治療に当たってはその発症の原因となったライフイベント(トラウマ)自体をも社会的に「治療」しなくてはならない。そのことが、PTSDの議論が社会的文脈に左右されやすいもっとも大きな理由である。と同時にPTSD概念を慎重に、限定的に用いるべき理由でもある。

症状の構成と相互関係

概要

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder 外傷後ストレス障害) という診断が登場したのは1980年のDSM-¹⁾ である。それまでも、上記のように様々な出来事と関連して同様の病態が報告されていたが、PTSDの特徴は、原因となる出来事の種類によらない共通の反応型があり、しかもそれはうつ病、パニック障害、恐怖症などとは異なる症状プロファイルを持つとすることであった。1980年の当時から、この診断基準をDSM-¹⁾ に含めることについてはかなり激しい議論があり、主な反対意見は、この概念がDSM-¹⁾ の原理となっている記述的な疾患の定義にはそぐわないということであった²⁾。周知のようにDSM-¹⁾ は、新クレペリン主義に基づき、ほとんどの診断について原因を不問に付し、現れた症状の組み合わせだけによって診断をつけている³⁾。例外は、明らかに脳に外傷があるなどの場合と、薬物等の吸飲による精神疾患である。その中で、外傷体験に続発するというPTSDの定義は、DSM-¹⁾ にとってのルール違反ではないかと見られたのである。ただしここで付記するならば、「続発」という表現には必ずしも因果性は含まれていない。

PTSD症状はトラウマ体験の想起(侵入)と再体験、それに伴う生理的な反応としての過覚醒、心理的な防衛規制としての麻痺に大別される。侵入症状は、トラウマ体験に関連した外的な刺激による想起と、そうした刺激に依らないで自発的に想起される場合がある。後者は、悪夢、強迫表象、幻覚などの形式をとることがある。過覚醒と麻痺は、想起された苦痛な体験に対する事後的な反応・防衛であるとも考えられるが、過覚醒状態にあるために些細な刺激によって侵入症状が生じやすく、また麻痺によってトラウマ体験の自覚が妨げられるために病態が遷延するというように、相互に強化し合う関係にあると考えられる。

概念の拡大傾向

トラウマ概念の拡大に対して、PTSD概念の方も拡大しようとする主張があり、部分PTSD、複雑性PTSDなどの概念はその流れの上にある。しかしながらこうした非定型的な病態をPTSDの枠組みの中で扱うことがどれほど適切であるのかは明らかではない。要するに、トラウマからはPTSD以外の後遺症も生じるし、

PTSDは古典的なトラウマ体験以外からも生じるのだが、そのすべてをトラウマ対PTSDという対応図式の中で説明するために、トラウマとPTSDの概念をとともに拡大している様に思われる。その背景にはPTSDがトラウマ体験の精神医学的な代名詞と見なされたこと、社会の啓蒙や裁判などでPTSD診断が有利に働いたことがあるかもしれない。しかしこのことは、飛鳥井²⁾も指摘するように歴史的にはトラウマ問題への関心はその概念の拡散によって衰退を繰り返してきたことを想起させる。特にPTSD研究の有力な母集団となってきた米国のベトナム帰還兵の高齢化が進む中で、徒らに概念を拡散させることはPTSD概念の実践的な利点を失わせる可能性もある。

近年、PTSDは司法の場で注目され、特に過剰診断が批判されている。その原因として、DSM-¹⁾ 基準が遵守されていないこと、特に体験の定義に関するいわゆるA基準が理解されていないことが指摘されている⁷⁾。しかしそれだけではなく、今日の診断体系の中では、古典的な賠償神経症、詐病、その他の心因性疾患が適切に診断できないために、これらの病態がPTSDという病名によって診断されてしまうという事態が生じているものと思われる。ここで三宅の記述に戻ると、外傷性神経症と並んで賠償好訴症の記述が見られており、しかもこの部分には外傷神経症そのものとはほぼ同等の紙数が割かれている。すなわち災害、戦闘、犯罪などに続発する神経症様の病態については疾病利得を求めての詐病が多いことはかつては常識であったのであり、これはDSM-¹⁾ が忘却している点でもある。

表1 心因性精神病(精神病学提要 三宅1932)

1. 災害性神経症	
- 驚愕性神経症	
- 外傷性神経症	賠償好訴症 Rentenquerulanten
2. 在監者の心因性精神病	- 略 -
3. 感応性精神病	
4. 重聴者の追跡妄想	
5. 好訴妄想病	
6. 予期性神経症	
7. その他	
- 戦闘性神経病、祈祷性精神病、魅惑性精神病、他	

表1に挙げたのは、戦前の代表的な精神医学の教科書である三宅紘一の精神病学提要⁸⁾からの抜粋である。これを見ると、心因が関与するとされる病態が多彩に記述されている。三宅の教科書は言うまでもなく、当時のドイツ精神医学の影響を強く受けており、これ

が世界的にも標準的な考え方であったといえる。同書の戦後の改訂版⁹⁾を見ると、心因性の疾患のカテゴリーは更に拡大されており、ヒステリー性疾患が独立した項目となっている。今日のPTSDに相当する概念は災害神経症のところ記述され、また一部は戦闘性神経病とも重なっている。

これらの心因性疾患はDSM- の診断基準には含まれていない。そのため、伝統的にこれらに分類されてきた患者が、PTSDの診断の中に誤って入り込んでいることが考えられる。特に、喪失悲嘆反応、死別反応は、臨床的にPTSDと併存することの多く、それとPTSDとの異同は重要である。Raphaelら¹⁰⁾によれば、その異同は次のように要約される。

侵入症状に関しては、PTSDでは苦痛な場面が本人の意志に反して想起されるのに対して、悲嘆喪失反応では本人が想起したいと望む対象が想起される。前者の不安は本当には存在していない対象があたかも現前するかのよう体験されることによって生じ、後者では現前しているかのように思われた対象が実際は存在していないことによって生じる。したがって前者の不安は驚異、恐怖に結びついており、後者は分離不安が主な特徴である。Reminderとなる刺激も、前者では対象の存在を想起させるものであるのに対し、後者では対象の不在を確認するものである。

回避症状については、トラウマ反応の場合には出来事を想起させるような刺激を回避するのに対して、悲嘆反応の場合には不在を想起させるような刺激の回避が行われる。トラウマ反応では回避は一般的な交友からの引きこもりという形を取りやすいのに対し、悲嘆反応ではむしろ他人に援助を求め、喪失した対象について語ろうとすることもある。

過覚醒症状については、トラウマ反応では、過覚醒が悪化するのには驚異や危険の高まりと関連しており、あらゆるタイプの危険に対する注意が高まる。これに対して悲嘆反応では、過覚醒症状は喪失対象に関連した刺激に結びついており、注意は対象に関連した刺激に集中している。

終わりに

PTSDは原因となる出来事の種類によらない共通の

トラウマ反応として考案されたが、出来事ごとの臨床像の相違を十分に描出することは出来ず、临床上の使用には注意が必要である。またDSM- においては、PTSD以外の伝統的な心因性疾患の診断カテゴリーが設けられて居らず、そのために死別反応や賠償神経症との間に診断上の混乱がもたらされている。今後、心因性疾患概念の再考と、診断基準の一層の精緻化が求められる。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual , American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
- 2) 飛鳥井望 : biopsychosocial モデルとしてのPTSD. 中根允文, 飛鳥井望編 : 臨床精神医学講座S6 外傷後ストレス障害(PTSD). 中山書店, 東京, p19-40, 2000.
- 3) Brandon S : Boakes J;Glaser D; Green R.: Recovered memories of childhood sexual abuse. Implications for clinical practice. Br J Psychiatry 172: 296-307, 1998.
- 4) Figley Ch (ed) : Stress disorders among Vietnam veterans. Brunner Mazel, Florence, 1978.
- 5) Green M, McFarlane A, Hunter C, et al: Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. Medical Journal of Australia 159:529-534, 1993.
- 6) Kardiner A, Spiegel H : War Stress and neurotic illness. Paul B. Hoeber, Inc, New York, 1941.
- 7) 黒木宣夫 : PTSDと補償問題について. 救急医学 26:19-22, 2002.
- 8) 三宅紘一 : 精神病学提要. 南江堂, 東京, 1931.
- 9) 三宅紘一 : 精神病学提要改訂第3版. 南江堂, 東京, 1950.
- 10) Raphael B, Martinek N : Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane T (eds.). Assessing psychological trauma and PTSD. Guilford Press, New York, 1997.
- 11) 佐藤裕史, Berrios G : 操作的診断基準の概念史 精神医学における操作主義. 精神医学 43:704-713, 2001.

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

精神分裂病から統合失調症への呼称変更が偏見に与える影響

心理研究室長 川野健治
 川村学園女子大学 中村 真
 神戸大学大学院 文化学研究科 浅井暢子
 成人精神保健部 田中美帆, 宮崎朋子

はじめに

精神疾患を有する人々への偏見は、当事者に、その家族に、あるいはその他の周囲の人々の認識や行動に強い影響力を持っており、今日においても到底看過できる状況にはない。その解消への様々な取り組みが多く関係者により展開されており、例えば近年では2002年1月17日の日本精神神経学会による、精神分裂病から統合失調症への呼称変更も重要な一歩である。

図1に、この前後の朝日、読売、毎日、産経の4誌の新聞記事での、精神分裂病と統合失調症という言葉が含まれる記事数の比率を示した。いずれの新聞も、ここ一年の間に精神分裂病という言葉を使うことはほぼなくなりつつあり、おそらくは他のメディアも同様だろう。現代の日本において、マスメディアが強力な情報環境であることは間違いなく、今回の呼称変更によって、精神分裂病という言葉がもつ「極めてネガティブなイメージ」¹¹⁾が発信されなくなったこと

は、非常に意義深いと言えるだろう。

しかし、その一方で、言葉をかえればそれですむのかという懸念も残る。表意文字である漢字による「精神分裂病」という文字、それ自体が意味するニュアンスが偏見の始原になるであろうことは想像できる。しかし、この言葉のシニフェは「文字面」だけのことではない。それ以外の偏見と結びつく意味合いがあることもまた容易に想像できる。そして、精神疾患を有する人々への偏見について、ただ想像しているだけではその解消には結びつかないだろう。精神分裂病というようなカテゴリーの使用が、偏見の過程においてどのような機能を果たしていたのか、明確な手続きで評価しておくことを欠くべきではない。

そこで本稿では、社会心理学の立場から精神分裂病というカテゴリー使用が偏見に影響を与えてきた程度を評価することで、それを排した今回の呼称変更の効果について考察する。社会心理学における偏見研究では、カテゴリーに基づくステレオタイプ化を中心的な研究課題においてきた。ステレオタイプ化とは、「その

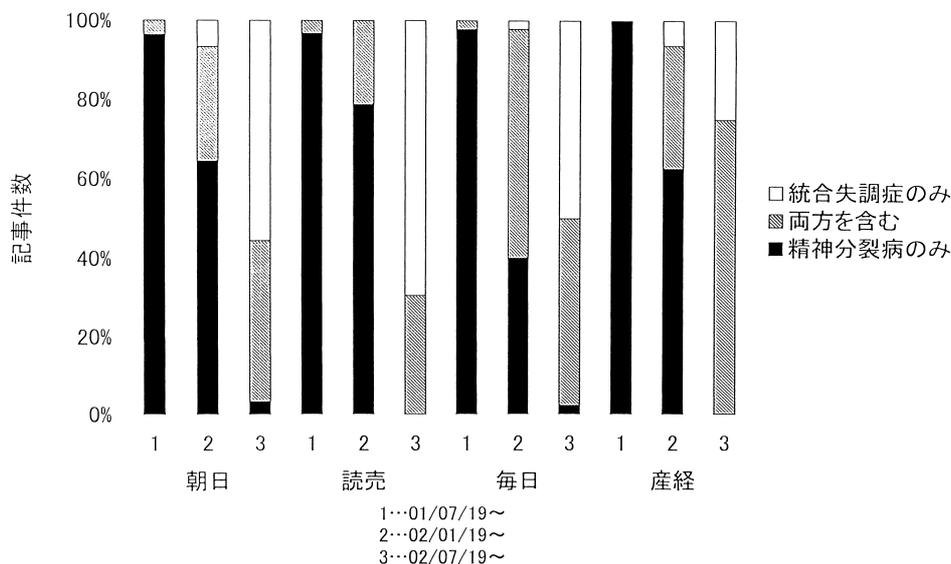


図1 呼称変更前後の記事件数の変化

人の所属集団の全員もしくは大部分が共有しているとみなされている諸特性を、その人も備えているとみなし、ある人を任意のカテゴリに割り当てることから生じる推論」のことである。

では偏見過程において、カテゴリが導入される文脈にはどのような形式があるのだろうか。根拠なくステレオタイプ化がなされ偏見にむすびついた例として、某電機会社が血液型をもとにプロジェクトチームを結成したという1990年11月21日の朝日新聞の記事を材料に、架空のストーリーを構成して以下に説明する。

もし仮に、会社での配置決定に際して面接を行い「あなたは血液型が 型ですか。それでは、プロジェクトチームには向きませんね」というように、社会的交渉において明示的にカテゴリを確認する手続きがなされたとして。このとき、カテゴリに含意される内容、例えば「 型は創造的ではない」も重篤な問題ではあるが、同時に、職場での配置において生得的なカテゴリが(科学的根拠もないままに)判断手続きとしてある種の正当性をもって含まれること、たとえば少なくとも複数の人に当然のこととして支持されていること、さらに進んで慣習やルール、制度になっていること、このこと自体にも問題がある。

一方、「彼の業績が悪いのは、きっと 型だからだ」と個人的に考えるように、インフォーマルな状況での推論資源・説明原理として、カテゴリを導入する場合も考えられる。ここでもまた、このカテゴリ判断とともに付与される内容たとえば「 型は勤勉ではない」の成立は問題である。そして、先の文脈と異なるのは、カテゴリの導入が手続き的・制度的に要請されていないということである。ある人の成績が悪いときに、いろいろな推測の仕方があるにも関わらず血液型を手がかりしてしまう、このようなメカニズムも検討されるべき重要な問題であろう。先の形式が、社会的には比較的フォーマルな状況で想定されるのに対し、このように推論過程にいつのまにか組み込まれるカテゴリの問題は、日常的な判断過程や友人同士での相互作用など、社会的には見えにくく、さらに個人の認知過程や対人的相互作用の中で繰り返し経験されるため、偏見問題を下支えする可能性がある。

すなわち、偏見の過程をカテゴリという視点から整理するならば、その内容とともに、なぜ、どのように用いられているのかについて、生活文脈に添った形で検討する必要がある。特に、これまで情報教育が不十分であり、正確な疾患名やその症状が一般に知られて

いない状況では、精神疾患を有する人々への偏見を考える上で、後者の形式でのカテゴリのあり様は検討が不可欠であろう。しかし、このような日常的な判断過程を考慮した精神疾患をめぐる偏見に関する研究は、寡聞にして見当たらない⁷⁾。

そこで我々は、日常的な対人認知状況、あるいは社会的相互作用場面に近似した実験観察の手続きを開発し、そこで導入されるカテゴリとステレオタイプ化について検討してきた^{5, 6, 8, 9)}。本稿では、この手続きで得られたデータを用いて、カテゴリ導入が制度的に要請されていない推論状況での、精神分裂病というカテゴリの偏見への影響力について評価することを目的とする。このことは、精神分裂病から統合失調症への呼称の変更の意義についての、論理的な一つの指標を示すことになるだろう。

方 法

本研究で行った実験観察は、被験者に音声を消したビデオを提示し、そこに登場する刺激人物が「どのような人であるか」を推測してもらい、その認知過程を確認するために質問紙に適宜回答してもらうものである。

ターゲットとするモデル この実験観察の結果は、「精神分裂病」というカテゴリへのあてはまり判断を重要な説明変数とし、刺激人物への社会的距離を最終的な被説明変数としたパス図を、構造方程式を用いて構成していくことによって整理する。そのターゲットモデルとしてFiske & Neuberg(1999)²⁾のcontinuum modelをとりあげた。これは対人情報の処理が刺激人物に関する情報を逐次処理していく過程として記述されるものである。すなわち本研究においては、まず刺激人物に対して「精神分裂病」というカテゴリへのあてはまりの判断を行い、次に合わせて生起する感情の程度を介して、あるいは直接に、刺激人物への社会的距離の判断に影響する、という被験者の認知過程をモデリングの出発点として位置づけている。

刺激人物 刺激人物は以下の手続きで選択した。まず、3つの異なる映画から、精神障害者を演じている場面を複数選び出し、(1)名の大学院生に「最もインパクトのある場面」を選んでもらい、(2)女子大学生6名を対象に予備実験を行い、実験遂行上の問題などを検討した。その上で、(3)一名の精神科医師にその場面を見せ、それぞれの登場人物に医学的診断名をつけうるこ

とを確認した。ただし、ここではその診断名の特徴が極めて正確に演じられているかどうか、あるいは被験者が明確にその特徴を把握して診断名をつけられるかどうかは問題ではなく、推論過程において精神障害者に関わるカテゴリが用いられる可能性が高い状況を作り出すことが狙いである。(2)および(3)によってこの点が確認された。提示時間はそれぞれ2分弱である。

質問紙 以下の質問項目が含まれた。

あてはまりを判断するカテゴリは「精神分裂病」を含め6つ準備された。これらは、本研究と同じビデオ刺激を提示した後に自由再生を求めるという手続きで予備調査を行い、使用頻度の高かったものである。これらについて、「全くあてはまらない」～「よくあてはまる」の5件法で回答を求めた。得点が高いほどあてはまる程度が高くなる。ただし本報告では、カテゴリ「精神分裂病」の偏見への影響力を検討するために、精神分裂病ほど強い印象を与える表記を用いていない「障害がある」も含め、この二つの影響力の差を同一の構造方程式内で比較する。

実験で提示される刺激人物に対する社会的距離は「友達になれる」「一緒に席に座ることができる」「一緒に食事ができる」「積極的に世話をしたい」「同じ社会で生活できない」の5項目で、また精神障害者一般に対する社会的距離は「行動を共にすることができる」「結婚することができる」「近所に住むのは避けたい」「絶対そばに行かない」「同じ職場で働くのに躊躇しない」の5項目で測定した。これは、繰り返し測定する際の内容的反応バイアスを避けるために浅井(1999)¹⁾の精神障害者への社会的距離尺度を折半して用いたものであり、中村・川野・浅井(2000)⁶⁾においてその有効性、およびそれぞれの内的整合性は確認済みである。いずれも、得点が高いほど、社会的距離をとる、すなわち偏見を示していることになる。

刺激人物に対して生じた感情の程度は、対人情緒¹⁰⁾の中から選択した12項目によって測定されたが、本稿では「悲しみ」「困惑」「怖い」の三項目をとりあげた。それぞれ得点が高いほど強い感情状態を示す。

精神障害者との接触経験については、以下の項目が該当するか否か(2件法)で尋ねた。「精神障害者の施設を訪問したことがある」「精神障害者のためのボランティアやクラブ活動の経験がある」「家の近くに精神障害者が住んでいる」「親戚や知人に精神障害を持つ人がいる」「新聞や雑誌、テレビなどで精神障害に関する記事や放送があると、関心を持って見たり聞い

たりしている」「今までに臨床心理学、医学、社会福祉等の授業で精神病や精神障害について学んだことがある」の各項目が含まれる。

手続き 実験観察は以下の手順ですすめられた。被験者は女子大学生160人であった。複数の少人数グループごとに集団実験を行った。まず、被験者に質問紙を配布し、精神障害者一般に対する社会的距離の項目への回答を求めた。次にビデオで刺激人物を提示(音声なし)したのち、刺激人物が二つのカテゴリにあてはまる程度、刺激人物に対して生じた感情の程度についての回答を求めた。そして、(本報告では用いないが)刺激人物に対する自由再生課題を行い、刺激人物に対する社会的距離を測定した。別の二つの刺激について～を繰り返した。続いて(やはり本報告では用いないが)精神障害者に対する態度尺度および社会的望ましさ尺度、そして最後に精神障害者との接触経験について回答を求めた。なお、ビデオ刺激は実験集団ごとに異なる順序で提示した。

結果の整理

先に述べた方針で構造方程式によるモデリングを試みた。すなわち、カテゴリへのあてはまりの判断が行われ、次にそれが生起する感情の程度を介して、あるいは直接に、刺激への社会的距離に影響を与えるという過程を想定した。その上で刺激への社会的距離や生起する感情、またラベルへのあてはまり判断に先行して影響を与える要因として、精神障害者との接触経験を方程式に投入したところ、一定の適合度を示した。そのうち「記事や放送に関心をもつ」を投入したものを図2に示す。また、他の接触経験を取り込んだ場合の適合度指標(GFI,AGFI,RMSEA)と、接触経験からのパス係数について表1に示した。適合度指標は、いずれの接触経験を取り込んだ場合でもRMSEAが0.15周辺とやや大きくやや改善の可能性が残るものの、GFIが0.9以上、AGFIも0.8以上あり変数間の意味を解釈するに足るモデルとなっている。

図2では、「精神分裂病」というカテゴリをあてはめることが刺激人物への社会的距離、すなわち対人関係における偏見的態度に与える影響について、直接のパスとネガティブ感情を介しての間接的なパスの二つの過程が設定されている。直接的な影響過程は、「障害がある」と同程度(0.09)であり、カテゴリをあてはめるほど社会的距離をとることがわかる。一方、間接

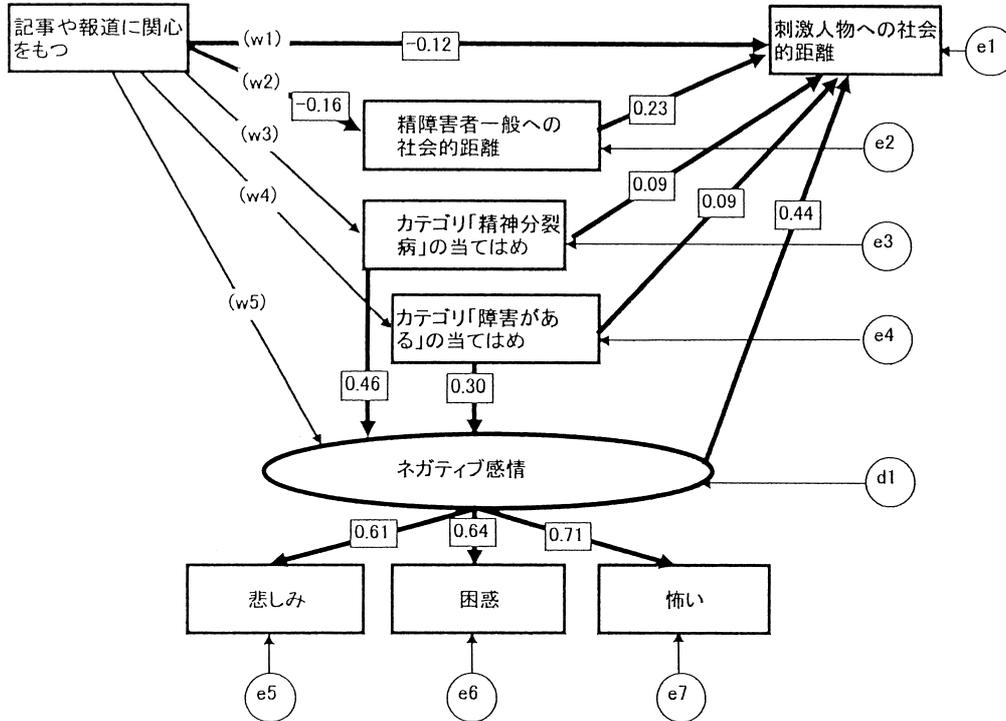


図2 カテゴリ「精神分裂病」の偏見への影響に関するモデル
5%水準で優位なパスを太線にし、標準化されたパス係数を示した。

表1 接触経験の内容ごとの適合度指標とパス係数

	GFI	AGFI	RMSEA	w1	w2	w3	w4	w5
施設を訪問	0.93	0.81	0.15		-0.19			
ボランティア やクラブ活動	0.93	0.81	0.15		-0.17			
近所に住む	0.93	0.81	0.15	-0.10	0.09			0.13
親戚や知人	0.93	0.82	0.15	-0.13	-0.10			0.15
記事や放送 に関心	0.93	0.82	0.15	-0.12	-0.16			
授業で学んだ	0.93	0.82	0.15		-0.11			

w1~w5は各接触経験から以下の変数へのパスを示す
w1:「刺激人物への社会的距離」
w2:「精神障害者一般への社会的距離」
w3:「カテゴリ精神分裂病の当てはめ」
w4:「カテゴリ障害があるの当てはめ」
w5:「ネガティブ感情」
*数値は標準化されたパス係数(5%水準で有意なもの)

的な影響力は、前者が $0.44 \times 0.46 = 0.202$ 後者が $0.44 \times 0.30 = 0.132$ と、いずれの場合でも直接的影響過程よりも強く社会的距離に影響するが、「精神分裂病」の方がより強いといえるだろう。なお、異なる接触経験を含んだモデルでも、w1~w5以外は変数間の関係性は同じであるから、標準化の計算上多少の数値の変動があるにせよ、上記の値で理解してよい。

次に、接触経験の別による違いについて表1の右半

分で比較すると、刺激人物への社会的距離への影響過程として統計的に有効だったのは(a)直接のパス(w1)、(b)精神障害者一般への社会的距離(w2)を介してのパス、そして(c)ネガティブ感情(w5)を介してのパスの3つの影響過程があることがわかる。(a)については、3つのモデルで-0.1~-0.13と経験すると刺激人物への社会的距離が小さくなった。一方(b)については、すべてのモデルでw2は有意なパス係数が得られたが、

「近所に住んでいる」のみ一般の精神障害者への社会的距離を大きくする方向であり、刺激人物への社会的距離も間接的に大きくする（影響力は $0.09 \times 0.23 = 0.02$ ）。他の経験は、いずれも一般の精神障害者への社会的距離を小さくし、刺激人物への社会的距離も小さくしていた（影響力は $0.02 \sim 0.04$ ）(c)については、二つのモデル（「近所に住む」「親戚や知人」を含む場合）でw5は有意な正のパス係数を示し、日常生活で精神障害者に接していると刺激人物へのネガティブ感情が大きくなり、刺激人物への社会的距離が大きくなることが示された（影響力は $0.06 \sim 0.07$ ）。

考 察

本研究の結果からは、「精神分裂病」というカテゴリが推論過程に導入された場合、刺激人物に対しての社会的距離が大きくなること、その効果は、直接的にというよりも、刺激人物へのネガティブな感情を高めることで間接的に社会的距離が大きくなることが示された。よりニュートラルな表現と思われる「障害がある」と比べると、間接的な影響力は大きなものであった。これらのことから、「精神分裂病」という呼称を変更したことは、個人の心理過程を不要に偏見へと導かないという意味においても、一定の効果があったと評価してよいだろう。

ただし、「障害がある」という表現をあてはめた場合でも、直接・間接に社会的距離を大きくしていたことも、同時に指摘しておかなければならない。残念ながら、おそらくは名称を変更しただけでは、完全に消すことができないカテゴリ化そのものがもつ影響力、また精神障害全体にむけての偏見があることを確認するべきである。

では、呼称変更以外には、どのような手立てがあるのだろうか。本研究のモデル化の範囲内においては、精神障害者との接触経験の有無が影響する可能性が示された。ただし、接触経験はその内容によって偏見過程への影響力が異なり、例えば近所に精神障害者が居住しているという経験は、一方で刺激人物への社会的距離を小さくしながら、もう一方では精神障害者一般への社会的距離やネガティブ感情を大きくすることで、刺激人物への社会的距離を大きくするという、相反する影響過程を示した。精神障害者との接触体験が偏見を軽減する可能性についてはすでに先行研究が示唆しているが³⁾、身体障害者への偏見を検討した研究

^{4, 13)}では、さらにその経験の差異について検討を加えている。しかし、いずれも本研究同様、接触経験別に比較しているに過ぎない。それらの差異がどのように偏見軽減のメカニズムに影響していくのか、より実験的（要因統制的）な状況において経験間の差異に含まれる心理学的要素を抽出するためのアプローチ、あるいは偏見が成立する過程そのものを詳細に分析していくアプローチが必要になるだろう。

例えば、我々は後者の一つの可能性として、偏見が社会的に構成されていく過程を分析する社会的構築主義、あるいは会話分析といったアプローチを採用している。その研究では調査協力者は二人一組となって、本研究と同じ刺激に対して、「刺激人物がどのような人が話し合ってください」という教示のもとで5分間のディスカッションを行う。以下は、ある看護短大の学生2名が、「精神分裂病」というカテゴリを導入する場面である。

B：ふー、えでもなんかあれでしょう？こうやってやってるのって

A：多分なんか

B：みえてないってというか、でしょう？

[

A：　　こう、うん、げん、幻覚？

B：幻覚？げん、し、幻視、幻視、

[[

A：げん、幻聴？　幻視？

B：と幻聴じゃないの

A：(.2) そうだっけ？

B：うん

[[

A：あつ幻視と幻聴か。(.1) な、なんだろうそしたら、精神分裂病 ((声が小さくなる))

B：うん ((小声))

A：分裂病？ ((小声))

B：(にてる？) ((小声))

A：(.2) ん、ねえ、へへへへへ ((声が大きくなる))

B：ハハハハハハ ((声が大きくなる)) ((息を吸い込む)) フフ

この一連のプロトコルでは、二者の会話の応答において観察されるはずの隣接対の構造が一貫して構成されない。詳細な分析は別稿に譲るが、ここで確認しておきたいのは、会話の前半では同時発言によって、ま

た後半では沈黙や相手の発言の修正、あるいは言い淀みによって、会話の非優先的組織化¹²⁾が行われていること、つまり、「きれいな応答形式が観察されない」のである。このことから、偏見に影響するカテゴリは、少なくとも対話的な推論過程においては抵抗なく導入される資源ではなく、むしろ通常の応答過程を破壊し多くの手続きを経て漸く用いられると考えられる。私たちはこの点について了解できる。そして、逆にいえば、日常生活で「精神分裂病」というカテゴリによって偏見を構成することに、私たちは明らかな抵抗感があり、方法さえあれば偏見を構成したくないという心理的傾向性を有しているのである。

精神疾患をもつ人々への偏見は多様な側面からアプローチすることができ、またそれを怠るべきではない。本稿では、社会心理学の側面から「精神分裂病」というカテゴリの分析を通して主に偏見への影響力を評価したが、今後は上記のように、偏見の解消に有効な知見を目指し検討をすすめていきたい。

参考文献

- 1) 浅井暢子:精神障害者に対する意識と受容.日本社会心理学会第40回大会発表論文集, 234-235, 1999.
- 2) Fiske,S.T., & Neuberg,S.L.: A continuum of impression formation, from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. In M. P. Zanna (Eds.) , Advances in experimental and social psychology, Vol.23,pp1-74, 1990. Academic Press.
- 3) 蓮井千恵子,坂本真土,杉浦朋子他:精神疾患に対する否定的態度 - 情報と偏見に関する基礎的研究.精神科診断学 10:319-328, 1999.
- 4) 上瀬由美子:視覚障害者一般に対する態度 - 測定尺度の作成と接触経験・能力認知との関連. 江戸川大学紀要<情報と社会> 11:27-36, 2001.
- 5) 川野健治,中村真:精神障害者に対する偏見の形成(2).日本社会心理学会第42回大会発表論文集 656-657, 2001.
- 6) 中村真,川野健治,浅井暢子:精神障害者に対する偏見の形成. 日本社会心理学会第42回大会発表論文集, 468-469, 2000.
- 7) 中村真:精神障害者に対する否定的態度に関する研究の動向() - 日本国内における実態調査 - . 川村学園女子大学紀要 12:199-212, 2001.
- 8) 中村真,川野健治:精神障害者に対する偏見の形成(3). 日本社会心理学会第42回大会発表論文集, 658-659, 2001.
- 9) 中村真,川野健治:精神障害者に対する偏見に関する研究 - 女子大学生を対象にした実態調査をもとに. 川村学園女子大学紀要 13:137-149, 2002.
- 10) 斉藤勇:対人感情の心理学. 誠信書房, 1990.
- 11) 坂本真土,杉浦朋子,蓮井千恵子他:精神疾患への偏見の形成に与える要因 - 社会心理学的手法によるアプローチ - . 精神保健研究 44:5-13, 1998.
- 12) 山田富秋,好井裕明:排除と差別のエスノメソロジー. 新曜社, 1999.
- 13) 山内隆久:偏見解消の心理. ナカニシヤ出版, 1996.

老人精神保健部

当研究部は、国立精神衛生研究所に老人精神衛生部として1973年7月に設置され、国立精神・神経センターへの改組（1986年10月）にあたり老人精神保健部に名称を変更した。当研究部には老人精神保健研究室と老化研究室の2室が所属している。これらの研究目的と所掌業務は次のように定められている。

老人精神保健部においては、老年期の精神疾患及び精神保健の主として精神衛生的、心理学的及び社会学的調査研究に関することをつかさどる。ただし、他部の主管に属するものを除く。老人精神保健研究室においては、（1）老年期の精神疾患及び精神保健の実態の調査研究に関すること。（2）老年期の精神疾患の発生機序並びにスクリーニング、診断、治療及び指導の主として精神衛生的、心理学的及び社会学的の研究に関すること。（3）老年期の精神保健の保持及び増進に係わる研究に関すること。老化研究室においては、（1）加齢に伴う精神機能及び性格の変化の発生機序及びその経過の主として精神衛生的、心理学的及び社会学的の研究に関すること。（2）精神老化、身体老化及び生活適応の相関の主として精神衛生的、心理学的及び社会学的の研究に関すること。

当研究部は、研究目的と所掌業務の特質から、幅広い分野で外部機関（平成14年度では2併任研究員、13客員研究員）との共同研究を重視しつつ、研究・研修・社会活動を行っている。

．【研究活動】

- 1．言語・認知機能障害の神経心理学的研究：1）老年期の脳血管障害および変性痴呆性疾患における言語・認知障害の臨床神経心理学的研究、2）在宅言語障害患者の精神保健に関する研究
- 2．睡眠障害と心の健康に関する研究：1）痴呆性疾患の予防に係わる睡眠からの介入研究、2）香気成分、光等を用いた入眠促進技術の開発研究、3）睡眠健康の維持・増進技術のIT化とその応用に関する研究、4）意欲に係わる脳部位及び測定技術に関する研究、5）睡眠健康と睡眠習慣に関する実験疫学的研究、6）女性の睡眠障害の統合的研究、7）睡眠と自律神経・消化器活動に関する研究
- 3．精神疾患の臨床分子遺伝学的研究：1）精神疾患患者における臨床分子遺伝学的研究、2）罹患同胞対法による日本人の精神分裂病の連鎖に関する共同研究、3）精神疾患リサーチリソースネットワークに関する多角的な研究、4）向精神薬の等価換算およびエビデンスについての臨床精神薬理学的研究、5）薬原性錐体外路症状の診断、治療および予防に関する研究

．【研修】

老人精神保健研究室が精神保健研修室を併任し、精神保健福祉に係わるセンターの研修を統括している。

．【社会活動】

高齢者の心の健康や睡眠障害全般に関する国民ニーズの増大に対応し、国立研究機関の使命の一つである国民への情報の提供を科学的事実に基づいて行っている。平成14年度には、新聞、雑誌、テレビ等への30回以上の取材協力、10回以上の市民を対象とした講演を行っている。

（白川修一郎）

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

慢性期在宅失語症者の生活の満足度について

- 超慢性期のQOLの視点より -

老人精神保健部 四方田博英^{*,**}, 横張琴子^{*,**}
 老人精神保健部長 波多野和夫

【要旨】

慢性期在宅失語症者の「生活の質」(quality of life, QOL)の実態を明らかにするため、アンケート調査を実施した。有効回答229の全体群について、失語症の発症から6年以上が経過した超慢性群99名について、本人の主観的満足度(feeling of satisfaction, FS)と相関する変数を検討した。その結果、次の結論を得た。(1)言語障害の主観的な程度は本人のFSと相関しない。(2)年齢はFSと相関するが、経過年数は相関しない。ただし超慢性群においては年齢と経過年数は共にFSと相関しない。(3)主観的な健康感FSと相関する。(4)失語症友の会、趣味の会、地域リハビリ教室、病院グループ訓練といった「集い」の満足度とFSとの間には相関がある。(5)このような「集い」の参加頻度は超慢性群においてのみFSと相関を示す。(6)本人と家族のFSは全体群では相関するが、超慢性期において異なる傾向を示す。これらの結果は、慢性期在宅失語症者に対するSTの関わりのあり方について様々な示唆に富むものと思われる。

キーワード：慢性期、在宅失語症者、生活の質、アンケート調査、失語症友の会

Key words : Chronic stage, Aphasics living at home, Quality of life, Questionnaire survey, Aphasia Peer Circle

はじめに

失語症は、対人的、社会的、文化的関わりを保持するコミュニケーション手段の障害を引き起こし、麻痺や半盲などの身体障害の合併もあって、家庭や社会における立場や役割に重大な変化をもたらす。さらに勤労年齢においては経済条件の悪化なども加重して、個人的、社会的、実存的な生活の質(quality of life, 以下QOLと略す)を一層劣悪にする(横張, 1997)。このような客観的ならびに主観的QOL(Niemi, 1988, 上田, 1992)の向上こそが、言語療法を含むリハビリテーションの臨床の最終的な目標と考えられるが、その到達と実現に向けた試みが始まったばかりというのが現状であろう。

失語症発症の急性期には原疾患に対する内科的・外科的治療が最優先される。従って、身体的治療が一段

落し、発病初期の意識障害や注意障害などの精神症状が安定化する亜急性期に到って言語治療が本格的に開始されるのが普通である。入院における治療およびリハビリテーションの段階を経た後、病院からの退院と家庭生活の再開の時期がやってくる。患者は家庭に復帰しつつ、外来通院・通所によるリハビリテーションを受ける(現実には困難なことも多い)。言語障害の回復程度が著しい場合には社会的・職業的な復帰が可能である。いずれにせよこうして慢性期在宅失語症者としての生活が始まる。

慢性期在宅失語症者は、病院の言語療法などから切り離されることが多いために、従来、言語聴覚士(ST)をはじめとする医療関係者の眼に届かないことが多く、そのためにその実態が十分に明らかでないと云わざるを得なかった。我々はこのような現状を省みて、慢性期在宅失語症者の生活状況や、生活の満足度を含むQOLの問題の調査を思い立った。このような失語症者についての研究は欧米でも(LaPointe, 1999, Sarno, 1997)、本邦でも決して多くはない(横張, 1997, 千野ら, 1987)。さらに慢性期在宅失語症者に限定すれば、ほとんど調査がないといっても言い過ぎではないほどである(立石ら, 2000)。

*国立精神神経センター国府台病院言語療法室

**北野朋友会松戸神経内科言語聴覚療法室

著者連絡先：四方田博英：北野朋友会松戸神経内科言語室
(271-0043) 松戸市旭町1-160 Tel:047-344-3311

我々は今回、言語療法の臨床においても、客観的QOLの向上のレベルにとどまらず、失語症者の主観的QOL、すなわち生活や人生に対する満足度、生き甲斐感の向上をも目標とした取り組みが必要であるとの認識のもとに、様々な状況の失語症者の心理や生活の実態の調査を企画した。最終的な目標は、彼らのQOL向上のために用意されるべきプログラムや支援の内容・方法の確立である(横張, 1997)。

QOLについては様々な考え方があるが(上田, 1992)、我々は、その最重要な要素は障害者自身の生活の主観的な満足度(feeling of satisfaction, 以下FSと略す)であると考え、それを中心としたアンケート調査を行った。特に発病後数年以上が経過して、疾患も障害もすでに自己の一部と化した超慢性期の生活者としての失語症者を問題の中心に置きたいと考えた。

・対象

対象は、千葉県東葛失語症友の会を中心として、その他の近県の失語症友の会5、病院言語訓練室5、身体障害者福祉センター2、保健センター2、老人保健施設2、の6団体の会員と11施設を利用する慢性期在宅失語症者286名とその家族である。失語症のタイプや重症度などについては特に制約を設けなかった。

・方法

【質問紙について】 返信用封筒を同封の上、質問紙を郵送し、229の有効回答を得た。回答は無記名で、記入者は原則として本人および家族としたが、困難な箇所は施設担当者や言語聴覚士に助力を依頼した。

質問は5部に分かれ、その内容は次の通りである。
 (1) 本人の概要として、性別、疾患名、現在の年齢および発症後の経過年数(整数)、身体障害者手帳の等級、麻痺の程度、本人の主観的健康感(質問:現在の健康状態はいかがですか。回答:「とても良い」から「良くない」まで4段階から選択する)を質問した。
 (2) 毎日の生活として、ADL、家事の分担数、家庭での活動性、趣味の数、趣味にあてる時間など、(3) 家族については、同居家族数、別居家族との訪問や電話の回数など、(4) 社会生活については、交友の頻度、失語症友の会、グループ訓練、地域リハビリ教室、趣味の会などへの参加の頻度や満足度を質問した。
 (5) 心理・言語については、主観的満足度(質問:

今の生活に満足されていますか。回答:「満足」から「大いに不満」までの4段階) 不安を感じる頻度、楽しいと感じる頻度、言語障害の主観的な程度(聞く、話す、読む、書くに分けて)を質問した。最後に家族に対して、家族の主観的満足度(質問:ご家族のお気持ちについて質問します。回答:「絶望感に満ちている」から「充実感を持っている」まで5段階)を質問した。

【回答者の概要】 回答を得た229名の在宅失語症者の概要を表1に示す。この229名は、男性173名(75.5%)、女性56名(24.5%)。平均年齢62.4歳、平均経過年数は7.0年。原因は脳梗塞が多く、身体障害者手帳は半数以上が1級または2級で、重篤な身体障害を持つ人が多かった。

表1 回答者の概要

結果	慢性期在宅失語症患者 229名	
性別	男性 173名(75.5%)	女性 56名(24.5%)
年齢	29~92歳, 平均年齢 62.4歳, 中央値 63歳	
経過年数	0.7~35年, 平均年数 6.95年	
原因疾患	脳梗塞	130名 56.8%
	脳出血	70名 30.6%
	くも膜下出血	14名 6.1%
	脳腫瘍	5名 2.2%
	脳外傷	2名 0.9%
	脳変性疾患	5名 2.2%
身体障害者手帳		
	1級	64名
	2級	75名
	3級以下	38名

【合成変量の作成】 アンケート全体で使用された変量は40項目以上におよび、全項目の個別的な検討はきわめて煩雑となるので、類似の複数項目から合成変量を作成した。このような類似の項目群を主成分分析し、固有値1以上の主成分が1個のみ取り出せることを基準にして、その第1主成分を合成変量とした。こうして定義された合成変量は10個。その内容は、客観的な「身体障害指数」、主観的な「健康感指数」、日常生活の「ADL指数」、趣味の活動性を表す「趣味指数」、家族数などを表す「家族指数」、社会的な「交友指数」、友の会および趣味の会に対する「『集い』参加指数」、地域リハビリおよび病院グループ訓練に対する「リハビリ指数」、その両方を合わせた「『集い』満足指数」、主観的な言語障害を表す「言語障害指数」である。この合成変量の内容を表2に示す。

【相関分析】 性別、年齢(調査時)、経過年数、家族の主観的満足度、家族以外の一時的介護者の有無の変量、および上記の10個の合成変量と、失語症者本

表2 変量と合成変量の一覧表

n=229

変量名	合成変量	(合成変量) 変量の説明	主成分分析 第1主成分 の因子負荷	(%) 説明率
PMANZO		主観的満足度		
PKAZOKU		家族の主観的満足度		
AGE		年齢		
SEX		性別		
KEIKA		経過年数		
SMENDOU		家族以外の一時的介助者の有無		
	ZOJBODY	(身体障害指数)		76.3
TECHOKYU		身体障害者手帳の級	-0.873	
HEMISUM		麻痺の程度	0.873	
	ZSUBHEAL	(健康感指数)		38.3
KENKO		主観的な健康感	0.683	
PHUAN		不安を感じる頻度	0.633	
PRIIPUKU		立腹することの頻度	0.404	
PTANOSI		楽しいと感じることの頻度	0.707	
	ZADL	(ADL指数)		57.2
ASSUM		一人でできる物事の数	0.855	
APSUM		分担できる家事の数	0.719	
AZAITAKU		家庭での活動性	0.685	
	ZSHUMI	(趣味指数)		52.0
SUMSHUMI		楽しんでいる趣味の数	0.847	
ASHJIKAN		趣味にあてる時間	-0.367	
PTANONSU		趣味を含めて楽しんでいる物事の数	0.842	
	ZFAMIL	(家族指数)		72.8
FKAZOKU		家族の人数	0.853	
FKSUM		同居家族の数	0.853	
	ZKOUYUU	(交友指数)		49.6
FHOUMON		別居家族や親戚との訪問頻度	0.747	
FDENWA		別居家族や親戚との電話や手紙	0.845	
SKOUYUU		家族親族以外の交友の頻度	0.465	
	ZTUDHIND	(「集い」参加指数)		51.1
STUDOSUM		参加している集いの種類数	0.824	
STOMO		失語症友の会出席頻度	0.557	
SSHUMIKA		趣味の会の出席頻度	0.737	
	ZTUDMANZ	(「集い」満足指数)		71.1
SMANZO		集いについての満足度	0.843	
STAIDO		集いに対する積極性	0.843	
	ZRIHA	(リハビリ指数)		55.6
SRIHA		地域リハビリ教室の出席頻度	0.746	
SGROUP		病院グループ訓練の出席頻度	-0.746	
	ZSUBSPEE	(言語障害指数)		60.5
PK1		他人の言うことが理解できる程度	0.680	
PK2Z		自分の思うように発話できる程度	0.757	
PK3		読んで理解することができる程度	0.837	
PK4		書くことができる程度	0.827	

人の主観的満足度 (FS) との相関を求め、その有意性を検定した。相関係数は順序尺度については Spearman の順序相関係数 (rho) を使用し、名義尺度 (性別など) についてはカイ 2 乗検定を使用した。統計ソフトとしては SPSS を使用した。

この分析を、まず 229 名の全体群について行った。次に、経過年数による傾向を調べるために、発症後の経過年数の中央値 (5.0 年) で全体群を折半し、超慢性群 (6 年以上) 99 名と慢性群 114 名を分け (経過年数については欠損値が 16 ある) 同様の分析を行った。これらの結果は全て表 3 に示す。

・ 結 果

【全体群の分析結果】 失語症者 229 名全体の相関

分析の結果は以下の通りである (表 3)。

本人の主観的満足度 (FS) と有意の相関を示す変量は 5 個あった。すなわち、年齢 (つまり、年齢が高くなると FS も高くなる) 身体障害指数 (身体障害が軽いと FS が高い) 健康感指数 (主観的健康感が高ければ FS も高い) 「集い」の満足指数 (友の会などの集いに対する満足度と FS は有意に相関する) 家族の主観的満足度 (本人の FS が高いと家族の FS も高い)。

【超慢性群の分析結果】 発症後 6 年以上が経過した超慢性群 (99 名) における FS と有意の相関を示す変量は 4 個あった。交友指数 (別居家族・親族や友人との交流の機会が多いほど FS が高い) 健康感指数、「集い」満足指数、「集い」参加指数 (友の会などの集いに対する参加頻度と FS は有意に相関する) である。

【慢性群の分析結果】 発症後の経過が 5 年以下の

表3 主観的満足度の相関表

	全体群, n=229	超慢性群, n=99	慢性群, n=114
Chi square			
性別	1.518	1.544	2.074
家族以外の一時的介護者の有無	3.850	2.870	2.661
Spearman's rho			
年齢	-0.214 **	-0.161	-0.286 **
経過年数	-0.117	-0.045	-0.061
ADL指数	-0.081	-0.007	-0.130
家族指数	0.010	0.089	-0.047
交友指数	0.117	0.291 *	0.023
身体障害指数	0.154 *	0.184	0.112
リハビリ指数	0.022	-0.019	0.062
趣味指数	-0.073	-0.009	-0.164
健康感指数	0.464 **	0.512 **	0.399 **
言語障害指数	-0.091	-0.002	-0.173
「集い」参加指数	0.083	0.231 *	-0.004
「集い」満足指数	0.249 **	0.292 **	0.203 *
家族の主観的満足度	-0.232 **	-0.187	-0.311 **
	** p<0.01	* p<0.05	

慢性群（114名）におけるFSと有意の相関を示す変量は4個あった。年齢、健康感指数、「集い」満足指数、家族のFSである。

・考 察

以上の相関分析の結果より、失語症者の主観的満足度（FS）における各項目の意味について考察したい。まず回答者の全体を対象として分析し、次に超慢性群の意識に焦点を当てて考察する。

1. 回答全体（n=229）の分析

【言語障害について】 言語障害の主観的な程度が、FSの変動と相関していないことは注目に値する。つまり、本人が自分の言語障害を重く思っているからといって、不満だとは限らないということの意味する。これは超慢性群も慢性群も同様であった。このことは、失語症者本人の主観内における言語障害と満足度は、必ずしも相互を決定する要素ではないことを意味しており、今回の新しい発見であった。これは言語障害を有する失語症者のQOLという観点から見ても、極めて興味深いことと思われる。言うまでもなく、主観的な程度であるから障害に対する病識の問題や障害受容の問題が深く関与するものと思われる。

通常、言語聴覚士（ST）を中心とする医療関係者が注目するのは、客観的な言語障害の程度であって、失語症者本人がその障害をどのように重くまたは軽く

感じているかということではない。この結果は、失語症者の意識や内的体験に対するSTの認識を改める必要性を示していると思われる。

今回は失語症者の客観的な言語障害の程度には、踏み込んだ評価が行えなかった。一人一人の失語症患者に新たに言語検査を施行することが極めて困難であったからである。この問題、つまり、言語障害の程度についての客観的なデータ、その本人の主観的な受け止め方、本人のFSとの3者の相互関係については、今後さらに深く考察されるべきテーマとして残されている。

【年齢について】 FSと年齢の相関は基本的に有意であった。つまり高齢者ほど満足度が高い傾向が認められた。このことについては、高齢になるほど障害の持つ意味がより小さくなること、疾患や障害に対する対処行動が成熟すること、あらゆる意味で人生に対する諦念のような心性が優位になること、等々の意味づけが可能であろう。また、逆に言えば、失語症者は年齢が若いほど心理・生活・経済などの上でさまざまな苦悩が深いことも示している。

FSに及ぼす年齢の影響については、どんなに強調してもし過ぎではないであろう。ただしこのことは、超慢性群では別の傾向を示すので注意が必要である（後述）。

【経過年数について】 経過年数は本人のFSと有意の相関を示さなかった。これは年齢と好対照をなしている。失語症者は、高齢であるほど満足度が高いが、

何年経過してもこの年数自身は満足度を左右しないということである。後で超慢性群と慢性群を2分して検討する予定であるが、この群分類は直接に満足度の高い群と低い群に該当するわけではないということである。

【身体障害と主観的健康感】 身体障害指数は、身体障害者手帳の等級と麻痺の程度から合成された変数であり、一応は、身体障害の客観的な目安と考えられる。これに対して健康感指数はあくまでも主観的な本人の意識における健康感である。

身体障害の客観的な側面は、全体として本人のFSと5%水準の有意相関を示した。ただし、後で見るように、慢性群と超慢性群に2分すると有意性が消失する。

一方、主観的な健康感本人のFSと強く相関する。このことは本アンケート調査において最も安定して得られた結果であった。この両者の相関が強いということについては、すでにいくつかの指摘がある(Flanagan, 1982)。我々の結果はこれらの見解を追認するものである。従って、主観的健康感をQOLの要素とみなす見解も十分に成立する。

【「集い」と交友について】 友の会、趣味の会、地域リハビリ教室、病院グループ訓練といった「集い」については、その満足指数がFSと強く相関している。社会参加の機会である種々の「集い」が慢性期失語症者にとって重要な意味を持っていることがこの結果によって示された。

「集い」が人間関係において重要な位置を占め、それがQOLと深く関わることは想像に難くない。しかし「集い」の満足指数がFSと相関したのに対して、単純な参加頻度を示す「集い」の参加指数はFSと相関しなかった。このことは、種々の「集い」にただ参加すればよいというのではなく、あくまでも参加者に満足感をもたらす「集い」の運営が重要であることを物語っている。

一方、交友指数はFSと相関を示さなかった。これはある意味では、別居家族や友人との漠然とした交友よりも、同様の障害者を含めた社会的な「集い」に対する渴望の方がより大きいことを示しているのであろう。コミュニケーションの障害によって社会的な関連を断たれる傾向のある失語症者の傾向として興味深い。

【リハビリテーションについて】 今回の結果では、地域リハビリ教室や病院グループ訓練などのリハビリ

テーション医療に対する受診頻度は、本人のFSと有意の相関を示さなかった。これは超慢性群と慢性群の2分によっても同様であった。このことは、医療としての「集い」も趣味や友の会の「集い」も共に、それらの参加頻度が本人のFSに対して重要な意味を持っているわけではないことを示唆している。一つ考えられることは、各々の回答者が通所(通院)している地域リハビリ教室や病院グループ訓練は、その内容が千差万別なのではなからうか。この種の「医療」は、未だそのプログラムが確立されているわけではなく、治療内容は担当従事者の恣意的な裁量に任されているのが実状ではないかと思われる。このような点を考慮するならば、この結果を単純に意味づけることはあまり意味がないかもしれない。

【家族のFSについて】 本人のFSと家族のFSは有意な相関を示した。本人と家族のFSに同様な傾向が見いだされたことは、両者の絆の深さを物語っている。失語症は基本的に言語に局限した障害であって、感情の共有は十分に可能である。もし、例えば、痴呆や精神病などのデータがあって、失語症との比較が可能であれば、この点についてさらに有益な結果が得られるかもしれない。しかし比較に耐えるような他の疾患におけるデータは、我々の知る限りない。この問題は、超慢性群の場合には異なる傾向が示されるので、後で再び取り上げる。

【相関を示さない変量】 失語症者の性別、一時的介護者の有無、ADL指数、家族指数、趣味指数は本人のFSと有意の相関を示さなかった。経過年数による2分割後の分析でも同様である。

ADLとFSに相関がないというのは意外であった。この場合のADL指数は、本人が可能な物事や家事の数を中心に構成されているので、回答者に老年期の男性が多かったという事実が反映している可能性は否定できない。

「集い」の参加指数がFSと相関していないということは、「集い」の満足指数が有意であることと対照的である。

2. 超慢性群(n=99)の特徴

全体群についての相関分析を、超慢性群と慢性群の2群に同様に施行した。ここでは特に6年以上経過した超慢性群の実態を明らかにすることに力点を置いて両群を比較する。

【年齢について】 年齢と本人のFSの相関関係は、

慢性群において顕著であって、超慢性群においては有意に到らなかつた。つまり失語症発症後の経過が短い人は、自己の年齢がFSを決定する一つの要因となっているが、長期間にわたって失語症者として生きている人は、自己の年齢が若いかに老いているかはFSにとって大した意味を持っていないということである。

これは失語症者として長期間にわたって生き続けることにより、若年者も老年者と同様の生活の満足度に到達するという意味を意味している。おそらく超慢性期には、若年者も復職不可能な現実を理解し、それなりの生活設計の変更を終えるのであろう。すなわち、あきらめを伴った消極的受容が完了するのではなからうか。これは一つの可能な解釈に過ぎないが、超慢性期を生きる失語症者の内的意識を垣間見るための一つの視点であるように思われる。

少なくとも、障害受容には2つの側面があるように思われる。つまり経過年数による障害受容と、老いによる障害受容である。もしこの2つの面が完全に独立で相互に影響のないものであるならば、慢性群においても超慢性群においても、年齢が障害受容に及ぼす影響は等しいものでなければならぬだろう。我々の結果は、この2つが交絡要因として、相互に独立しているとは言えないことを示唆している。この点については、調査法と解析法の再検討も含めて今後の課題である。

【「集い」と交友について】 慢性群に比べて超慢性群において、より明瞭な傾向を示すのが「集い」と交友に関連する指数である。「集い」の満足指数がFSと相関することは、全体群における傾向がほぼそのまま慢性群・超慢性群に当てはまった。一方、「集い」の参加指数と交友指数は、超慢性群においてのみ、本人のFSと有意の相関を示した。超慢性期に到った失語症者たちの生活の満足感は、このような社会的な交流の機会に極めて鋭敏である。このことは、超慢性期の失語症者たちの社会的孤立感がそれだけ深淵だということを物語っているであろう。この結果を前にすると、失語症者に関わる職種にある者には、ある種の肅然たる思いを禁じ得ぬところである。

種々様々な社会的な「集い」を、失語症者に適した充実した内容でかつ高頻度に提供する試みは、容易な努力で実現できるものではない。しかし少なくともこの困難な道程が、超慢性期を生きる孤独な失語症者たちの要望に応える可能性を示しているのであれば、今後の失語症友の会活動や地域リハビリテーションのあ

り方を含めて、それらの運営の参考に供する結果といえよう。

【家族のFS】 本人と家族のFSは全体群で有意の相関を示すが、超慢性群についてはその有意性が失われる。発症後の長い年月の経過に伴い、本人と家族の意識に徐々に溝が生じて行くということであろうか。そうだとすれば、そのことの意味は重い。その重さとは、障害者とその家族の間に、余人が軽々に立ち入ることのできない重さであろう。少なくとも、失語症者に対するケアの問題と共に、その家族に対する支援の重要性が指摘される所以である。

臨床場面において、家族や介護者に対し「患者を孤独にさせないように」、「患者の世界を受け入れるように」という説明・指導が行われることは少なくない。しかしただ指導するのみでは介護者を突き放した行為であるという見解がある（北野，2001）。家族に対しても、定期的な家族会の開催などによる心理的サポートと、様々な福祉利用の情報の提供（介護保険による訪問リハビリテーション、ヘルパー派遣、デイケア、ショートステイ利用など）による身体的サポートが必要ということである。そこで地域リハビリテーションとしての友の会、デイケア、地域リハビリ教室などを充実させることによって、最終的に、家族の実質的な負担の軽減に到るのではないかと考えられている。こういった試みも、失語症者のQOL向上を目指すSTにとって重要な課題といえよう。

3. このアンケート調査の問題点

本研究の結果については、少なくとも以下の問題が残されている。

(1) 言語障害者に対して、言語によるアンケートを行った。記入困難な箇所については家族やSTに助力を依頼したが、それだけ本人の意識とはかけ離れたものになった可能性は否定できない。といて、他に適切な方法を直ちに思いつくわけではなく、言語障害者に対し言語を通じて調査をするというジレンマを克服することは容易なことではないと思われる。

(2) 失語症友の会を中心とする慢性期在宅失語症者に行われたもので、「集い」に対しては比較的熱心な失語症者が多いと思われる。この点も一つのバイアスになった可能性がある。しかし全く「未組織」の慢性期在宅失語症者へのアンケートというのも、おそらくは非常に困難であろうと想像される。今後の課題であると考えられる。

・まとめ

慢性期在宅失語症者に対して、生活の主観的満足度 (FS) についてのアンケート調査を行った。FSと、年齢、経過年数、言語障害の主観的程度、主観的健康感、ADL、「集い」の満足度と参加度などの相関を求め、その結果を考察した。我々が到達した結論は以下のよう

にまとめることができる。

(1) 言語障害の主観的な程度が、FSの変動と相関しない点は注目に値する。言語障害のQOLという観点から見ても示唆に富むものと思われる。

(2) 年齢と経過年数のFSとの相関のあり様には様々な問題を含む。

(3) FSに対しては主観的な健康感が重要である。主観的な健康感が高相関なのにはたいし、より客観的な身体障害の程度とFSとの相関は有意ではあるが、前者ほど高くはない。

(4) 失語症者に対する、友の会などの「集い」の持つ重要性が確認された。特に、超慢性期に到った在宅失語症者は、楽しめる「集い」が高い頻度で行われることを望んでいると思われる。

(5) 失語症者と家族の主観的満足度は超慢性期において異なる傾向を示す。このことは超慢性期の失語症者とその家族に接するSTが常に念頭に置くべき事柄であろう。

以上の結論は、慢性期(あるいは超慢性期)の在宅失語症者に対する処遇や支援のあり方の考察に発展させることができる。

(本研究は、分析の視点を変えて、日本聴能言語士協会、日本老年社会科学会、日本QOL学会で発表した。また一部は四方田博英の上智大学大学院の修士論文である。)

謝辞：質問紙の配布と回収にご協力頂いた千葉県、神奈川県、東京都下のいくつかの言語訓練室、身体障害者福祉センター、保健センター、老人保健施設のSTの先生方、および同地域の失語症友の会のスタッフの皆様には厚く御礼申し上げます。データ分析にあたっては、国立精神神経センター精神保健研究所統計解析室・三宅由子先生にご助言を賜りました。心より御

礼申し上げます。アンケート調査にあたっては、多くの失語症者とそのご家族に快くご回答頂きました。本当にありがとうございました。

参考文献

- 1) Flanagan, J, C.: Measurement of Quality of Life : Current State of the Art. Arch. Phys. Med. Rehabil., 63 : 56-59, 1982.
- 2) 波多野和夫編：失語症のホームケア. 医歯薬出版, 東京, 1999.
- 3) 波多野和夫, 藤田郁代編. 濱中淑彦監修: 失語症臨床ハンドブック. 金剛出版、東京、663-681, 1999.
- 4) Hinckley, J.J.: Investigating the predictors of lifestyle satisfaction among younger adults with chronic aphasia. Aphasiology, 12:509-518, 1998.
- 5) 北野邦孝、根本芳枝：在宅診療のコツ . Medicina, 38:1380-1381, 2001.
- 6) LaPointe, L.L.: Quality of life with aphasia. Semin. Speech Lang., 20:5-16, 1999.
- 7) Niemi, M., Laakonen, R.: Quality of life 4 years after stroke. Stroke, 19: 1101-1107, 1988.
- 8) Sarno, M.T.: Quality of Life in aphasia in the first post stroke year. Aphasiology. 11: 665-679, 1997.
- 9) 千野直一, 村上信, 木村彰男他: 脳卒中失語症者のQOL - 日米両国の比較 - . 総合リハビリテーション, 15: 1079-1084, 1987.
- 10) 立石雅子, 大貫典子, 千野直一他：慢性期失語症者の活動性について . 失語症研究、20 : 15-22, 2000.
- 11) 上田敏: ADLとQOL - その基本的考え方 - . PTジャーナル, 26(11):736 - 741, 1992.
- 12) 横張琴子: 慢性期重度失語症者のQOL - 書画療法による改善 - . 失語症からみたことばの神経科学 (最新脳と神経科学シリーズ7) メジカルビュー, 東京, 2 - 11, 1997.
- 13) 横張琴子: 失語症治療と失語症者・家族の変化. 精神・心理的アプローチによるリハビリテーション医学. 医歯薬出版, 東京, 1992.
- 14) 横張琴子: 生命の灯ふたたび. インテルナ出版, 東京, 1997.

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

高齢者における睡眠障害と認知機能および睡眠改善技術

老人精神保健研究室長 白川修一郎

老人精神保健部 田中秀樹, 山本由華吏, 駒田陽子, 水野 康

1. 睡眠と健康

睡眠障害の健康に対する被害について、近年急速に研究が進んできている。また、睡眠障害のみでなく睡眠時間の不足も、健康を障害する可能性が指摘されている。100万人以上を対象としたKripkeら¹³⁾のコホート研究の結果では、6時間30分未満あるいは8時間以上の睡眠時間の者では健康被害のリスクが有意に増大している。また、不眠患者の50%が、12ヶ月以内に睡眠障害以外の何らかの医療的治療にかかっていることも、WHOの国際共同研究⁴⁾で確認されている。

睡眠が障害された場合に生じる個々の健康被害についても、かなりよく研究されており、免疫機能が減弱し、生体防御や生体維持機能は低下⁵⁾する。循環器機能には、さらに深刻な影響が生じる。睡眠時呼吸障害は、高血圧症、右心室肥大、不整脈、多血症などの原因となり、虚血性心疾患や脳血管性痴呆の重要な要因となることが指摘¹¹⁾されている。

痴呆に関連する認知機能と睡眠との関係も、近年研究が盛んである。睡眠障害や睡眠不足は、注意(attention)を強く障害することが、多くの報告^{3, 6, 8, 21)}から明らかである。また、眠気は脳内の情報処理過程にも影響を及ぼす。脳内情報処理に対応して出現する事象関連電位の一つであるP300の潜時が睡眠不足より延長し、注意の指標である振幅が減少することが報告²⁴⁾されている。また、Kingshottら¹²⁾は、睡眠時呼吸障害による夜間睡眠の分断が、覚醒時の前頭葉、側頭葉、頭頂葉のP300の振幅を減少させ、それは注意機能の減衰によるものであることを報告している。筆者らの成績でも、睡眠不足によりP300潜時は延長し振幅が減少する³⁰⁾。図1は、睡眠が不足している健常日勤中年男性の短時間仮眠前後のP300を示した例であるが、仮眠前には350ミリ秒以上であったP300の潜時が、睡眠段階1&2の軽睡眠を10分程度取得するとほぼ300ミリ秒に回復している。注意維持機能を示すP300

振幅も5 μ Vから10 μ Vにまで回復している。このように脳内情報処理過程の睡眠不足による機能的障害は、短時間の仮眠取得で回復する。

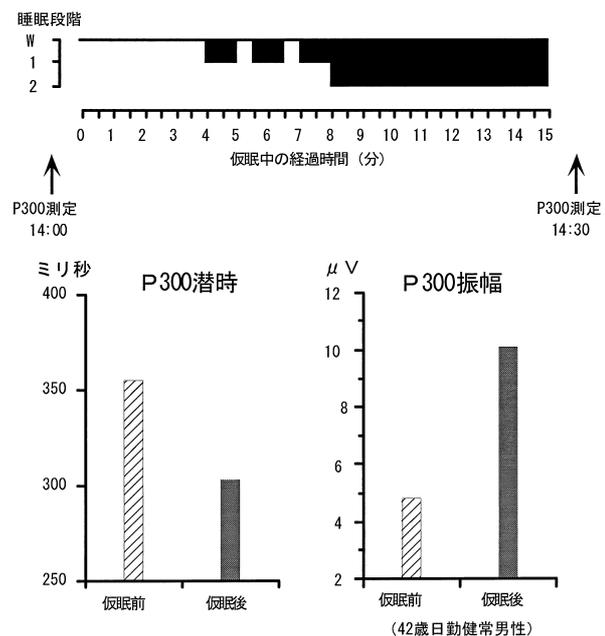


図1 短時間仮眠による能機能の回復

オドボール課題提示により出現するP300を仮眠の前後で測定し比較した。上段は、仮眠中の睡眠経過を示し、下段にP300の潜時と振幅を示す。10分程度の短時間の軽睡眠取得で、情報処理に係わる脳機能は回復している。

睡眠障害や睡眠不足は、記憶にも影響する。夜間睡眠が分断され日中に強い眠気の混入する睡眠時呼吸障害の患者では、記憶が障害されるとする報告⁴⁾は多い。また、1,000名の米国民を対象としたランダムサンプリングによる調査で、対象者を短期不眠、長期不眠及び非不眠に分類し日中の状態を比較した研究では、不眠者で記憶、集中力、課題遂行力や人間関係を楽しむ能力に障害が見られたことが報告²⁶⁾されている。睡眠障害と記憶の関係では、ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系を問わず、睡眠導入剤の副作用として記憶障害の存在することがよく知られている²⁷⁾。さらに、睡眠の分断や不足はREM睡眠を減少させる。高齢者

でも加齢の影響でREM睡眠が減少する。REM睡眠は、記憶の固定過程に関与している可能性が高く^{10, 17, 29, 36)}、高齢者での学習能力の衰退との関連も疑われている。

前頭連合野の高次脳機能と睡眠との関係は、若年者に36時間の断眠を行わせた場合に、短期記憶テストの正解に対する自信度や連想記憶の想起能力が、高齢者のスコアまで低下するとする報告⁷⁾がある。図2は、日常生活を正常におくっている60~75歳の男女一般住民408名を対象として行った筆者らの調査から、不眠が高齢者の社会的適応度や自信度にどのような影響を与えているかを示したものである³⁴⁾。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)を低下させる原因に、睡眠問題が大きく関与することが、この例からも明瞭である。

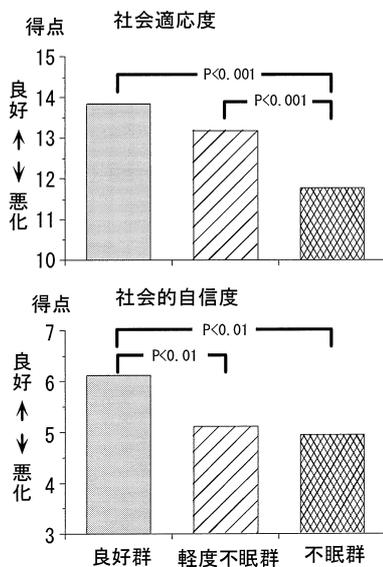


図2 睡眠障害が高齢者の社会的自信度(意欲)や適応度へ及ぼす影響

このように、高齢者では睡眠の障害あるいは不足は、脳機能特に認知機能の悪化に強く影響している可能性が高い。Asadaらは、337名のアルツハイマー型痴呆患者を対象に、発症の危険因子について疫学的に検討し、60分未満の昼寝習慣を持つ者は危険率が有意に低下することを報告¹⁾した。これらの結果は、睡眠状態とアルツハイマー型痴呆発症との間に何らかの関連のあることを推定させる事実である。このようなことから、睡眠障害の治療として、睡眠薬の投与でことたれりとする治療方針は、高齢者の認知機能への悪影響の面か

ら考えれば誤りである。大多数の睡眠薬は、高齢者の認知機能に何らかの悪影響を及ぼすとともに、長期にわたる服用は健康を障害する可能性も疑われている¹³⁾。高齢者の睡眠障害の治療場面では、認知・行動療法などの睡眠衛生あるいは生活習慣の調整技術が有用な場合が多い²²⁾ことも指摘されている。

2. 睡眠健康の維持および改善のための生活調整技術

睡眠は日常的な現象であり、生理的・心理的な影響を受けやすく、生活習慣によっても大きく左右される⁴³⁾。

睡眠健康の維持および改善のための生活調整の基本的な考えは、睡眠環境と生活スタイルの改善である。生活調整技術として、4つの大項目に分類できる。不適切な要因が認められればその改善をはかる。さらに、生活スタイルの改善は、習慣化が重要であり、短兵急に改善をはかることは、習慣化を逆に阻害する場合もあり、中・長期的な視点で改善を計画的に行うことが望ましい。

A) サーカディアンリズムの規則性の確保

サーカディアンリズムの規則性の改善は、高齢者の睡眠健康増進のために最初に注目すべき重要事項である。睡眠がサーカディアンリズムに強く影響されるとい科学的な事実は、多くの研究により明らかとなっており³¹⁾、睡眠健康を確保・増進し、睡眠障害を予防するための方策として、生活習慣の規則性を保つことが効果的な場合が多い。

サーカディアンリズムは社会生活上の様々な要因によって影響を受け、その位相は同調因子に暴露される時刻や強さによって種々の影響を受ける。人で知られている同調因子は、光、運動、食事、社会的規制など^{23, 41)}で、さらにメラトニンも含み、どのサーカディアンリズムの時間帯に暴露あるいは投与するかで、それぞれの効果は異なってくる。読者の理解補助のために図3に概略を示す。しかし本論で問題とする睡眠は、その発現の起こりやすさは生体リズムの支配下にあるが、明暗環境に強く影響を受ける視交差上核の時計機構とのカップリングは弱く、行動的な衝動や意志により左右される側面をもつ特異な現象であり、サーカディアンリズムのみの単純な解釈だけでは説明できない場合も多い。

睡眠・覚醒スケジュールに様々な影響を及ぼす内在性の多種類の概日リズムが効率的に働くためには、それぞれのリズムが最も効果的な位相関係で同調されて

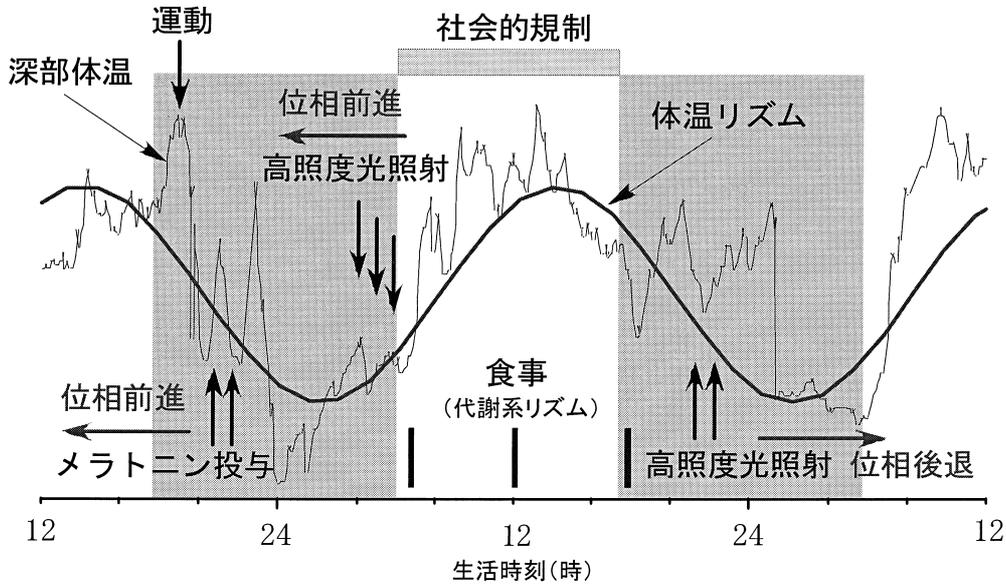


図3 サーカディアンリズムと同調因子の働き

いる必要がある。日常生活のなかでサーカディアンリズムを強化するための方策は、後述するように幾つかに集約される。朝の外光をあびることは、約25時間で動いている我々の体内時計を1日のリズムに調整し、同時に多種類の生体リズムの同調能を強化する²⁵⁾。同調因子のなかでも光によるサーカディアンリズムの同調能は最上位に位置し研究も多い。2,500ルクス以上の高照度光のサーカディアンリズムに対する作用やメラトニンの光による分泌抑制は、網膜-視床経路 (retino-hypothalamic tract) を介して視交叉上核に直接入力する光情報により制御されている。メラトニン分泌に係わる光抑制や視交叉上核支配の神経経路は、人間ではまだ十分には明らかにされていない。教科書的には、網膜由来の神経経路の一部が視床下部視交叉上核に到達する。さらに下行性の神経が視床下部、脳幹網様体を経て胸髄交感神経細胞に至る。胸髄交感神経細胞から上頸神経節の節後細胞に入り、交感神経の下位中枢である上頸神経節を介して松果体に入り、メラトニン分泌を支配していると推定されている。このような系を介することで、メラトニン分泌は、サーカディアンリズムの支配を受け、50ルクス以上の照度の光により分泌が抑制され¹⁵⁾、体温上昇や運動などにより交感神経活動を亢進させると分泌が抑制されるものと考えられている。一方で、視交叉上核近傍にはメラトニン受容体が存在し、松果体より分泌されるメラトニンによりリズム位相の調節を受けている可能性も指摘されている¹⁶⁾。人間においても、メラトニンを外部から投与した場合に、光照射とほぼ12時間逆位相で位相

反応曲線が得られることが報告¹⁴⁾されている。さらに、光は交感神経活動を亢進させ、日中の覚醒度を上げるにも有効であると推定されている²⁸⁾。また、習慣的な運動もサーカディアンリズムの同調因子としての働きをもつことが報告されている²⁰⁾。一方で、循環器系疾患の発症ピークは、サーカディアンリズムの影響で起床3時間に集中する傾向があり⁴²⁾、起床直後の過激な運動は避けるよう指導することが望ましい。食事にもサーカディアンリズムの同調因子としての働きが知られており³⁷⁾、規則的な食事習慣は臓器の代謝リズムの同調に有効である。規則的な睡眠習慣は、深部体温リズムの睡眠位相への引き込み現象¹⁸⁾が報告されている他に、社会的規制が同調因子としての働きを持つことから有効である。

- (1) 規則的な睡眠スケジュールと規則正しい食生活を守る。
- (2) 規則正しい軽い運動を毎日する。
- (3) 朝、起床後2時間以内に太陽の光を30分以上あびる。

B) 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、良質な覚醒の確保は良質な睡眠を得るための考慮に値する事項である。日中の覚醒の状態が良好であれば、夜間の睡眠の質も良好となる。睡眠の長さや質は、睡眠前の覚醒の状態により大きく左右されることが、これまでの研究で知られている⁹⁾。また、望ましい就床時刻に近い時点でのうたた寝や仮眠は、正規の睡眠における入眠を妨害し、睡眠の維持・安定性を障

害し、夜間睡眠の質的な低下を引き起こすことも判明している^{32, 39)}。夕食後にどうしても眠くなってしまいうような高齢者には、昼間に計画的な昼寝をとる習慣を付けるよう指導するとよい。午後の覚醒を維持するための昼寝の取り方としては、高齢者では午後0時～2時の間で、30分程度が最適であると考えられる。筆者らの実態調査³⁹⁾でも、午後1時前後に短時間の昼寝取得習慣を有する高齢者には、睡眠が良好な者が多く、昼寝を忌避し、夕方に居眠りやうたた寝が混入するような高齢者には、睡眠が不良な者の多いことが判明している。さらに、睡眠不良を訴え昼寝取得習慣をもたない高齢者に、計画的に昼寝を取得させた筆者らの研究³²⁾でも、夕方から宵にかけての居眠りが減少し、夜間睡眠中の中途覚醒が減少し、睡眠が質的に改善された結果、起床時の睡眠感が良好となった。昼寝を習慣づけることで、昼寝から起きた後の覚醒状態への切り替えも円滑に行えるようになる。昼寝をとることで、夕食後のうとうと状態や居眠りも減少し、同居家族との対話や夜の時間の有効的な活用も可能となる。また、睡眠の時間帯が極度に前進し、問題を抱えている場合にも、昼寝を上手に利用すれば、早い時間からの就床

を避けることが可能である。日中の特定の時刻に眠気が増大することは、人の自然な生命現象であり、不安を抱かず、上手に昼寝をとるよう指導することも大切である。

運動はサーカディアンリズムの同調因子としての働きがみられるが、就床前の覚醒状態の改善にも有効であることが判明している。筆者らの研究³⁸⁾で、不眠高齢者に短時間の昼寝と午後5時前後に30分程度、週3日の軽運動を4週間行わせると、夜間睡眠が有意に改善するという結果を得ている。図4にその典型例を示す。生活指導前には、夜間の顕著な中途覚醒と就寝前の居眠りが特徴的で、睡眠維持に障害のあることが観察できる。4週間の生活指導後には、中途覚醒は幾分残っているが指導前と比べて明らかに中途覚醒が減少している。睡眠維持の改善に伴って、この例では起床後の睡眠内省も改善し日中の眠気も減少した。なお、深部体温が最も高くなる夕方の時間帯は、筋力や運動能力のサーカディアンリズムの頂点位相に相当している²⁾。

最近、光環境が不十分で夜間メラトニン分泌が少ない不眠高齢者に、10時～12時、14時～16時の日中4時

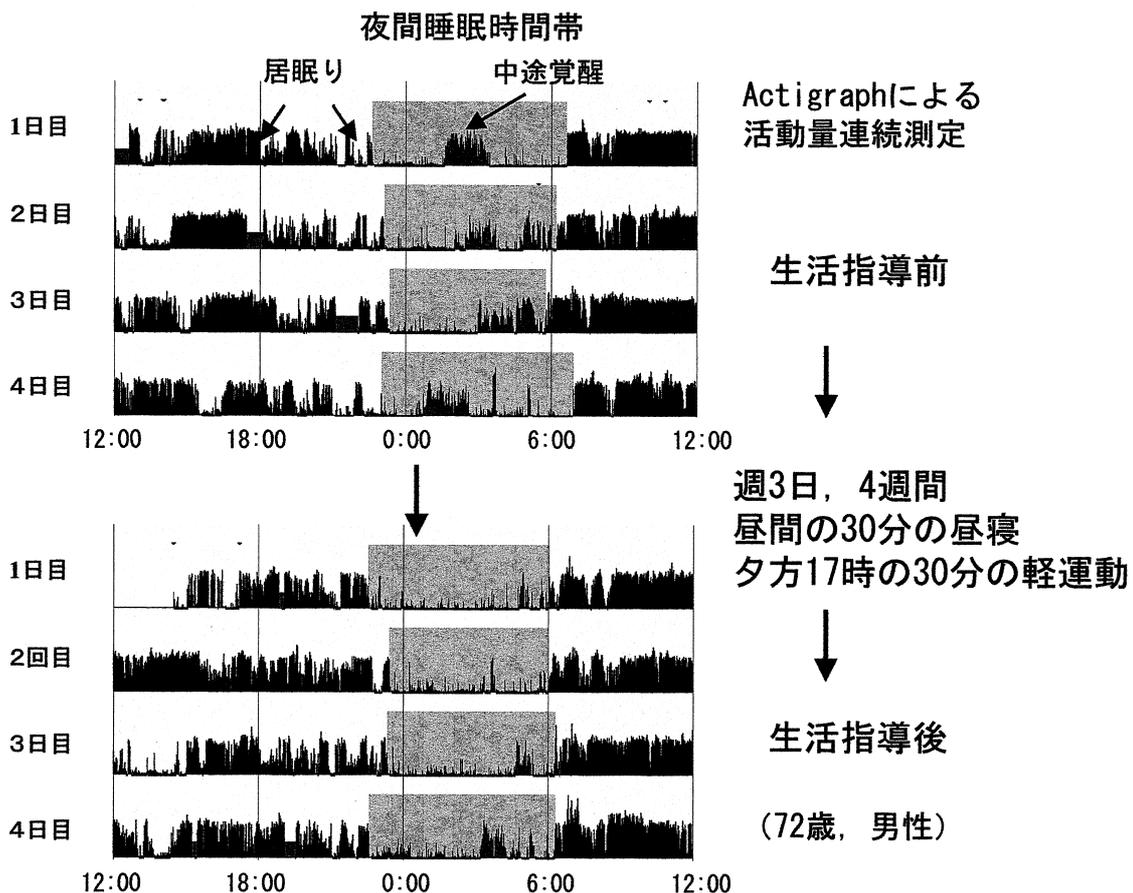


図4 短時間昼寝と夕方の軽運動の生活習慣指導による睡眠の改善

間、4週間程度2,500ルクスの光照射を行うことで、夜間メラトニン分泌が若年者の水準まで上昇し、不眠も改善したことが報告されている¹⁹⁾。加齢とメラトニン分泌能に関して、メラトニン分泌に影響を及ぼすブロッカー、非ステロイド系抗炎症剤、アスピリンなどの薬剤を服用していない高齢者34名と若年者98名を対象として、15ルクス以下の連続照明下、安楽椅子上での行動抑制、1時間ごとの栄養と水分の分割補給、持続的な覚醒というconstant routine条件下で血中メラトニンリズムを測定したZeitzerら⁴¹⁾のレポートでは、若年者と高齢者でメラトニン分泌リズムに振幅の差は認められなかった。このZeitzerらの報告は、加齢によるメラトニン分泌リズムの振幅低下と高齢者の不眠とは、一見すると無関係であることを示しているように思われる。しかし、発想を逆にすれば、入眠のしやすさや維持の安定性に正常な夜間メラトニン分泌が関連しているが、高齢者では種々の環境・生活要因により阻害され、本来の姿を失っていると考えることもできる。これらのことは、光環境が不適切な高齢者が、日中に十分な量の光をあびることで睡眠健康が増進する可能性のあることを示している。

- (1) 日中はできるだけ意欲的な生活をこころがける。
- (2) 午後0時から3時までの時間帯に30分程度の短時間の昼寝をとる。
- (3) 夕方午後5時頃に、30分程度の軽運動を行う習慣をもつ。

(4) 夕食後は、居眠りをしたり仮眠をとることは避ける。

(5) 日中に十分な時間、外光をあびる。

C) 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。良好な睡眠環境の選定基準の詳細については他誌³⁵⁾を参照されたいが、原則は下記の2点に集約される。

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

D) 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。喫煙やカフェインの摂取は寝つきを妨害し、多量のアルコールは睡眠の内容を悪化させる⁴³⁾。また、ニコチン、カフェイン、アルコールには利尿作用があり、夜間のお手洗い覚醒の多い高齢者では、夜間頻尿を増悪させる面からも夕食以降は避ける方が無難である。高齢者では、夜間頻尿回数と中途覚醒回数が相関し、不眠愁訴と一致する傾向を示す³³⁾。しかし一方で、夜間睡眠中は発汗や畜尿により脱水化する危険性が高く、水分の制限は望ましいこ

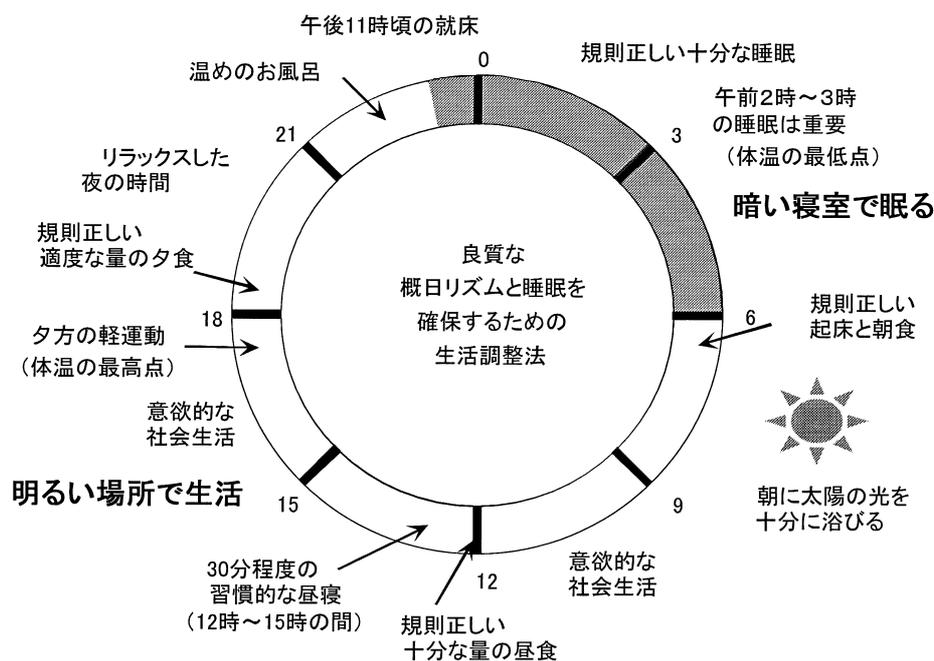


図5 適正な生体リズムと健康な睡眠を確保するための高齢者の生活習慣

とではなく、水分摂取制限を行わずに夜間頻尿を減少させる方策の開発が必要である。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 就寝間近に熱いお風呂に入ることは避ける。
- (4) 眠れない場合には、無理に眠ろうとしない。

睡眠健康増進に関する研究で、ほぼ良好な結果の得られている事実を一日の生活習慣のなかに取り込み、とりまとめたものが図5である。この図5に示した生活習慣の調整法は高齢者を想定したものであるが、毎日必ず全てのものを行う必要はなく、可能なものから、週3回程度行っていくよう指導することで、睡眠健康増進改善に有効な生活習慣を持続できる。

引用文献

- 1) Asada T, Motonaga T, Yamagata Z et al: Associations between retrospectively recalled napping behavior and later development of Alzheimer's disease: association with APOE genotypes. *Sleep* 23: 629-634, 2000.
- 2) Atkinson G, Reilly T: Circadian variation in sports performance. *Sports Med* 21: 292-312, 1996.
- 3) Bonnet MH: The effect of varying prophylactic naps on performance, alertness and mood throughout a 52-hour continuous operation. *Sleep* 14: 307-315, 1991.
- 4) Day R, Gerhardstein R, Lumley A et al: The behavioral morbidity of obstructive sleep apnea. *Prog Cardiovasc Dis* 41: 341-354, 1999.
- 5) Dings DF, Douglas SD, Hamarman S et al: Sleep deprivation and human immune function. *Advances in Neuroimmunology* 5: 97-110, 1995.
- 6) Drake CL, Roehrs TA, Burduvali E et al: Effects of rapid versus slow accumulation of eight hours of sleep loss. *Psychophysiology* 38: 979-987, 2001.
- 7) Harrison Y, Horne JA, Rothwell A: Prefrontal neuropsychological effects of sleep deprivation in young adults - a model for healthy aging? *Sleep* 23: 1067-1073, 2000.
- 8) Horne JA: Sleep loss and "divergent" thinking ability. *Sleep* 11: 528-536, 1988.
- 9) 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.
- 10) Karni A, Tanne D, Rubenstein BS et al: Dependence on REM sleep of overnight improvement of a perceptual skill. *Science* 265: 679-682, 1994.
- 11) Kiley JP, Edelman N, Derderian S et al: Cardiopulmonary disorders of sleep. In: *Wake Up America: A National Sleep Alert. Vol.2 (Report of the National Commission on Sleep Disorders Research, Dement WC, Chairman), U.S. Department Health and Human service, pp10-75, 1994.*
- 12) Kingshott RN, Cosway RJ, Deary IJ et al: The effect of sleep fragmentation on cognitive processing using computerized topographic brain mapping. *J Sleep Res* 9: 353-357, 2000.
- 13) Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL et al: Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry* 59: 131-136, 2002.
- 14) Lewy AJ, Ahmed S, Jackson JML et al: Melatonin shifts circadian rhythms according to a phase-response curve. *Chronobiol Int* 9: 380-392, 1992.
- 15) Lewy AJ, Wehr TA, Goodwin FK et al: Light suppresses melatonin secretion in humans. *Science* 210: 1267-1269, 1980.
- 16) Malpaux B, Migaud M, Tricoire H et al: Biology of mammalian photoperiodism and the critical role of the pineal gland and melatonin. *J Biol Rhythms* 16: 336-347, 2001.
- 17) Maquet P, Laureys S, Peigneux P et al: Experience-dependent changes in cerebral activation during human REM sleep. *Nat Neurosci* 3: 831-836, 2000.
- 18) Minors DS, Waterhouse JM: Anchor sleep as a synchronizer of rhythm on abnormal routines. *Int J Chronobiol* 7: 165-188, 1981.
- 19) Mishima K, Okawa M, Shimizu T et al: Diminished melatonin secretion in the elderly caused by insufficient environmental illumination. *J Clin Endocrinol Metab* 86: 129-134, 2001.
- 20) Miyazaki T, Hashimoto S, Masubuchi S et al: Phase-advance shifts of human circadian pacemaker are accelerated by daytime physical exercise. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 281: 197-205, 2001.
- 21) Monk TH, Carrier J: Speed of mental processing in the middle of the night. *Sleep* 20: 399-401, 1997.
- 22) Montgomery P, Dennis J: Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+.

- Cochrane Database Syst Rev 2002(2): CD003161.
- 23) Moore RY: The organization of the human circadian timing system. In: Progress in Brain Research, Vol.93, (Swaab DF et al. Eds.), Elsevier, Amsterdam, pp101-115, 1992.
- 24) Morris AM, So Y, Lee KA et al: The P300 event-related potential. The effects of sleep deprivation. J Occup Med 34: 1143-1152, 1992.
- 25) 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.
- 26) Roth T, Ancoli-Israel S: Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. Sleep 22 Suppl 2: S354-358, 1999.
- 27) Roth T, Roehrs TA, Moskowitz H: Issues in drug-related performance impairment. Clin Ther 14: 654-666, 1992.
- 28) Saito Y, Shimizu T, Takahashi Y et al: Effect of bright light exposure on muscle sympathetic nerve activity in human. Neurosci Lett 219: 135-137, 1997.
- 29) Siegel JM: The REM sleep-memory consolidation hypothesis. Science 294: 1058-1063, 2001.
- 30) 白川修一郎: 睡眠不足の健康への影響. 治療 77: 2272-2273, 1995.
- 31) 白川修一郎: 睡眠のメカニズム. 薬局 53: 1667-1674, 2002.
- 32) 白川修一郎, 高瀬美紀, 田中秀樹他: 計画的昼寝の不眠高齢者に対する夜間睡眠改善効果. 臨床脳波 41: 101-105, 1999 .
- 33) 白川修一郎, 田中秀樹, 駒田陽子他: 高齢者の睡眠障害と夜間頻尿. 泌尿器外科 16: 15-20, 2003.
- 34) 白川修一郎, 田中秀樹, 山本由華史: 高齢者の睡眠障害と心の健康. 精神保健研究 45: 15-23, 1999.
- 35) 白川修一郎, 田中秀樹, 山本由華史: 高齢者の睡眠. 鳥居鎮夫編: 睡眠環境学, 朝倉書店, 東京, pp94-109, 1999.
- 36) Stickgold R, Hobson JA, Fosse R et al: Sleep, learning, and dreams: off-line memory reprocessing. Science 294: 1052-1057, 2001.
- 37) Stokkan KA, Yamazaki S, Tei H et al: Entrainment of the circadian clock in the liver by feeding. Science 291: 490-493, 2001.
- 38) 田中秀樹, 平良一彦, 荒川雅志他: 不眠高齢者に対する短時間昼寝・軽運動による生活指導介入の試み. 老年精神医学雑誌 11: 1139-1147, 2000.
- 39) 田中秀樹, 平良一彦, 上江州栄子他: 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. 精神保健研究 45: 63-68, 1999.
- 40) Üstün T, Sartorius N: Mental Illness in General Health Care: an international study, John Wiley & Sons, London, 1995.
- 41) Waterhouse JM: Circadian rhythms. B M J 306: 448-451, 1993.
- 42) 山科章: 概日変動からみた心事故. 医学の歩み 177: 651-654, 1996.
- 43) Zarcone VP Jr: Sleep hygiene. In: Principles and practice of sleep medicine. Third Edition (Kryger MH, Roth T, Dement WC eds.), W.B.Saunders Co., Philadelphia, pp657-661, 2000.
- 44) Zeitzer JM, Daniels JE, Duffy JF et al: Do plasma melatonin concentrations decline with age? Am J Med 107: 432-436, 1999.

社会精神保健部

社会精神保健部は昭和27年の国立精神衛生研究所創立の際に5つの部の1つとして社会学部という名称でスタートした。その後、昭和46年6月に社会精神衛生部と改称され、昭和61年10月の国立精神・神経センターへの統合の際に社会精神保健部となり、3つの研究室により構成され現在に至っている。当部の所掌事項は「1.精神疾患に関し、社会文化的環境との関係の調査及び研究を行うこと。2.家族、職場、地域その他の人間関係における精神保健の調査研究に関し、調査及び研究を行うこと」である。

平成14年7月より当研究部部長に安西信雄が就任した。当研究部には社会福祉研究室（荒田寛室長）、社会文化研究室（白井泰子室長併任）、家族・地域研究室（白井泰子室長）の3研究室があり、そのもとに流動研究員（井上牧子：平成14年10月1日～現在、掛江直子：平成13年4月1日～平成14年9月30日、山本理奈：平成14年12月1日～現在）、および特別研究員（林美紀）が配属され、研究に従事している。

・研究活動

精神医療における理念（倫理を含む）と技術の開発、法制度の運用および評価を中心的課題として調査研究活動を行っている。わが国においては、入院中心から地域ケアへの転換（地域移行）が緊急の課題となっており、また先端医療や触法精神障害者の問題など医療と法や倫理の接点で新たな課題が噴出している。当部では、こうした社会的・医療的变化と政策的要請に対応して下記の研究を実施している。

- 1) 精神障害を有する人々の退院促進と地域生活支援に関する研究（安西）：（1）ケアマネジメント等の地域生活支援技術、（2）精神障害者の退院促進と地域生活を支える心理教育・認知行動療法等の研究を実施した。（3）平成15年度から精神・神経疾患研究委託費「15指 - 1 精神科在院患者の地域移行、定着、再入院防止のための技術開発と普及に関する研究」（主任研究者 安西）を担当するので、その準備作業を実施している。
- 2) 精神障害を有する人々の地域生活を支援する精神保健福祉士等の専門家の養成および多職種の連携に関する研究（荒田）：精神保健福祉士の研修とスーパービジョンに関する研究を継続して4年間実施し、精神保健福祉士の初任研修、中堅者研修の体系化と専門職の育成に貢献した。
- 3) 先端医療ならびにゲノム研究等に関する倫理的、法的、心理・社会的問題の検討（白井）：遺伝子診断・遺伝子検査に関する倫理的、心理・社会的諸問題の検討を継続して実施している。平成13年度から厚生労働科学研究費補助金を受けて3年計画で「遺伝子解析研究・再生医療等の先端医療分野における研究の審査及び監視機関の機能と役割に関する研究」を実施し、わが国の倫理審査委員会の適正かつ円滑な運営をはかるための施策提言を行う（主任研究者 白井、研究協力者 山本）。
- 4) 精神疾患を有する者の意思決定能力と触法精神障害者に対する法制度に関する研究（林）：意思決定能力の測定と法的諸問題を研究し、心神喪失者等医療観察法案に関して刑事法的研究及び比較法的手法によるオランダでの調査を実施した。

・社会的活動

東京大学医学部非常勤講師として若手医師および医学部学生の指導を行い、都立松沢病院では非常勤医師として臨床脳波学研究的指導を行うほか、精神障害者リハビリテーション学会、SST普及協会等の関連学会でSSTや心理教育、認知行動療法等の研修を担当し臨床家・研究者の養成に努めている（安西）。

先端医療技術の利用をめぐる倫理問題についてテレビや講演等における啓蒙活動を実施（白井）。

精神保健福祉の専門職養成や地域福祉権利擁護事業等に協力している（荒田）。

（安西信雄）

にのぼった州立病院入院患者を地域精神保健総合センターに移行させる脱施設化政策が実施された¹⁾。こうした脱施設化はノーマライゼーションの理念にもとづいて実施された。「ノーマライゼーションの父」と呼ばれるバンク・ミケルセンは、大規模施設への収容は非人間的であると批判し、「それぞれの障害の状態に応じて、必要ならばヘルパーの力を借りながら、社会の中に一員として生活する」こと、すなわち、生活条件を改善することにより、障害を持つ人も障害のない人と同じような普通の生活が営めるようにするという意味でこの言葉を用いた³⁾。

上記の報告書¹⁾では「ノーマライゼーションの考え方を踏まえ、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換」を進めるとして、「精神保健医療福祉サービスは、原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供」されるべきこと、「これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」ことを明確にした。これらは諸外国において病床削減を推進してきた理念をわが国の精神保健医療福祉政策の柱に据えることを宣言したものと理解される。

こうした理念にもとづいてわが国の精神医療福祉を転換していくことは、しかし、容易な課題ではない。第一に、地域における受け皿の整備を飛躍的に強化することが必要である。報告書¹⁾では具体的対応策として、市町村の居宅生活支援事業の支援、居宅生活支援のサービス提供量の充実、短期入所事業（ショートステイ）を精神障害者本人が利用できるようななどの7つの施策をあげているが、7万2千人の退院目標と比べて社会資源整備の目標が足りないとの指摘もあるので、その充実を図る必要がある。第二に、現在入院している患者の退院・社会復帰を可能にする精神科リハビリテーションの課題である。第三に、退院した後の地域ケアの体制の構築の課題である。

ここでは第二にあげた、精神科リハビリテーションの課題について検討したい。

・英米での脱施設化の経験 - リハ・プログラムの必要性

報告書¹⁾では、器質性精神障害を有する者は精神保健福祉施策と介護保険等との連携による対応、その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的短期の入院（概ね5年未満）のものについては、一部が生活訓練施設を経ることとなるが、大部分は直

接、在宅又はグループホームでの生活を送ることができるよう支援を行う、その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的長期の入院（概ね5年以上）のものについても、一部が生活訓練施設を経ることとなるが、その他は直接、在宅又はグループホームでの生活を送ることができるよう支援を行うことが望ましい、としている。

こうした地域移行を行うには何が必要であろうか。周知のように、米国や英国では1970年代には脱施設化により病院から出た患者が適切な医療を受けられず、行き場を失い社会問題に発展した。その後、こうした弊害を克服するためにリハビリテーションと地域ケアの充実が図られたわけであるが、これから脱施設化に取り組む立場にあるわが国は、英米の教訓を生かして、できるだけ弊害を生まない方法を考えるべきであろう。そこで英国と米国の脱施設化の経験を簡単に振り返ってみたい。

1. 英国の脱施設化の経験 - TAPS Project (Leff Jら) から

EnglandとWalesでは1975年に存在していた精神病院130のうち100病院が閉鎖され、急速な脱施設化が進められた。病院閉鎖に伴う患者の利益、社会の安全、経費等を評価するために北東テムズ地区の2つの病院の入院患者を対象に1985年にTAPS (Team for the Assessment of Psychiatric Services)⁷⁾が発足し、追跡調査が開始された。1年以上在院（長期在院）で65歳以上の場合には痴呆を示していない患者が対象とされた。対象となった670例の平均年齢は54歳（19 - 97歳）、継続した入院期間の中央値はFreiernが21年、Clayburyが28年で、262人（39.1%）がnew long stay患者であった。患者の社会的機能水準は低かったが、高い人から先に、低い人を後に退院が進められた。

Leffら⁷⁾はTAPSの退院後1年の評価を報告した。生存者の94.6%に面接が行われた。患者の精神症状と社会的行動上の問題は入院時とほとんど変化がなく、患者は増えた自由を楽しみ、80%はこのまま地域で生活したいと述べ、患者の満足度は高かった。対人関係では友人が増え、近隣などとの地域での交際は増えている人もいたが、家族との接触は減少していた。これらにもとづき、精神病院に投下されている資金を地域サービスに振り向け、職員常駐の居住施設を設けたところ、古い長期在院患者にも、新しい長期在院患者にも利益があったと結論された。

Triemanら¹²⁾はTAPSの5年までの経過を報告した。670人のうち525人(78.4%)は最初は職員の常駐する居住施設に入ったが、46人(10.8%)は自立した住居に移り、27人(4.0%)は家族と生活するようになった。5年後に地域で生活していたのは469人(89.6%)で、うち310人(59.2%)はもともと住んでいた地域で生活していた。再入院を一度でも経験していたのは201人(38.4%)で、124人は複数回の入院をしていたが、評価時点で入院していたのは54人(10.3%)であった。再入院は、若い男性、過去の入院回数が多いもの、"new long stay"に多かった。5年のうち死亡は126人(18.8%)で、自殺は9人(全死亡の7%)であった。犯罪については15件(13人)あったが致命的なものはなかった。そのうち4人は特殊病院へ、12人は刑務所に送られた(後に5人が精神病院に移された)。ホームレスが疑われたのは3人だけであった。

Leffら⁸⁾はTAPSの13年までの経験を述べる中で、実施されたりハビリテーションについて次のように述べている。

英国において1950年代に精神病院から退院した第一波の退院者たちは生活力があり、地域でも自立して生活することができた。その後、次第に生活障害の強い患者の退院が課題となるにつれて、病院外の地域生活に対応できる生活技能を高めるためのリハ・プログラムが求められるようになった。たとえば、セルフケア、食物を買い食事の支度をする、金銭管理である。カリフォルニアで整備された行動的アプローチ(モジュール)を参考にした。統合失調症患者では般化に困難があるので、出来るだけ実生活に近い状況で訓練を実施するのがよいとされている。Friern病院とClaybury病院では地域で仕事をしているスタッフを招いて積極的なリハ・プログラムが実施された。...急性期の入院病棟はこうしたプログラムを実施するのに適当ではない。できるだけ生活環境に近い環境を提供することが必要である。

以上のように、次第に強力なリハ・プログラムが必要な患者が増えたことが述べられているが、もっとも重症な患者群への下記の対応が目される。

Friern病院の長期在院患者で最後に残った一群の患者は"difficult-to-place"患者と呼ばれ、あまりに重症で社会にも迷惑をかけるのではないかと思われた。すなわち、攻撃性、性的な逸脱行動、公衆の面前で小便をしたり盗みをした患者群である。こうした患者は人口10万あたり10人前後見られた。この群の患者に

対して1人のスタッフ当たりの患者数を1.7~1とする特殊なリハ施設を作った。1年後の評価では変化がなかったが、5年後に評価したところ、問題行動、特に攻撃的行動の有意な減少が見られ、日常生活のスキル、公共交通や郵便局利用などの地域機関の利用の技能の向上が認められた。こうした変化の結果、40%の患者が通常のスタッフ配置の施設に移ることができた。

以上のように、長期在院(Old long stay)患者に対しても、新しい長期在院(new long stay)患者に対しても、地域ケアが有効であったが、スタッフ配置を伴う居住施設が役だったこと、入院中からの積極的なリハ治療が必要なことが注目される。

2. 米国の脱施設化の経験 - 1978年APA会議で方向転換し、支援システムと技法が発展

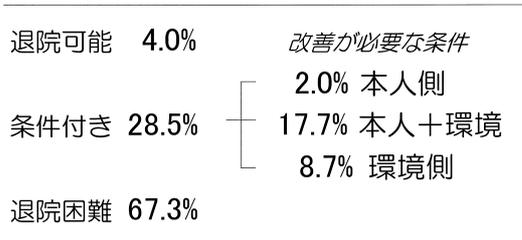
米国では1963年の大統領教書を契機に州立病院が次々に閉鎖されて脱施設化が急激に進められた。その結果、退院した患者の生活の質(QOL)は貧しく、犯罪やホームレスの増加などの弊害を生んだことがよく知られている。しかし、米国精神医学会が大統領の保健委員会の協力のもとで1978年に全国的集会を開き、脱施設化の問題点を明らかにして方向転換を打ち出したことは知られていない。そこで明らかにされたことは、慢性の精神障害をもつ人たちは生活障害をもち、自立を達成するために強力な治療と支援が必要なこと、つまり、福祉的支援と同時に精神科リハビリテーションが必要なことであった^{4,6)}。こうした流れの中で、認知行動療法(SST)や家族心理教育、訪問型の地域生活支援(ACTプログラム)などが発展してきた^{2,9)}。

・精神神経学会の長期入院患者のニーズ調査

図2は全国の143病院に入院中の1年以上在院の長期入院患者19,342名を対象に精神神経学会リハビリテーション問題委員会により実施された「長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査：調査結果の速報」⁵⁾から作成したものである。

1989年の精神神経学会調査で33%の人が「適切な地域の受け皿があれば退院可能」とされたが、その後10年を経て、状況の変化を見るために1999年に調査が行われた。いずれも対象となった入院患者の退院可能性を主治医に問う調査であった(今回は1年間の退院可

図2 精神病院に1年以上在院患者の
今後6ヶ月以内の退院可能性



精神神経学会リハ問題委員会調査報告
黒田研二ら・精神神経誌 101:762-776,1999

能性であったのに対して、1989年調査では半年間の退院可能性を問うものであった。その結果、条件付きで退院可能とされたのは28.5%で、前回調査に近い値であった。

対象となった長期在院患者のうち住居のない人が6割を占め、親族の療養協力者がいない人も50歳以上では3割を超えており、住居の提供や生活の支援サービスの必要性が示された。

退院可能性のある28.5%について、退院のための条件が分析された。その結果、住居などの「地域生活の問題が改善されれば退院可能」と判断されたのは8.7%で、「通院・服薬の問題が改善されれば退院可能」は2.0%、残りの17.7%は両方の問題の改善が必要と判断された。「通院・服薬の問題」の改善が必要と判断されたのは2.0+17.7=19.7%となり、条件付きで退院可能群の69%がこれに相当することになる。また、退院可能と判断された人について、退院後に訪問援助が必要と判断されたのは78.8%にのぼることから、多数の患者が退院後に自立して生活する能力が乏しいと判断されていたことが分かる。

「通院服薬の問題」については、精神症状や生活障害などの本人側の種々の条件が含まれていると推測されること、主治医による判断で他に客観的な指標がないなどの問題点はあるが、調査時点で協力した197病院内に1年以上在院していた患者21,936人のうち88%について調査が実施されたこと、精神科入院患者33万人のうち1年以上在院は71.5%（23.5万人）と推計されているので、その約8%強にのぼる多数の調査である点でこの調査の価値があると思われる。

以上より、いわゆる「社会的入院患者」の地域移行を大規模に実現するためには、地域における住居や生活支援サービスとともに、患者自身の通院・服薬の問題の改善と、地域で自立して生活する能力の向上が必要であることが示されている。従来、精神科リハビリ

テーションといえば、院内の軽作業を中心とする作業活動が連想されるかもしれないが、上記のように地域移行のためには、地域生活能力の向上や、通院・服薬の自覚と適切な行動を行う能力の獲得などが必要であり、これらの問題に的を絞った集中的なりハビリテーション治療が必要と考えられる。

・結論

いわゆる「社会的入院」患者の地域移行を推進するためには、住居サービスをはじめとする社会復帰資源の拡充と地域生活支援サービスの拡充が必要であるが、それらとともに、地域生活能力の向上と通院・服薬等に必要の疾病の自己管理技能を獲得できる集中的なりハビリテーション治療が必要である。

文献

- 1) 秋元波留夫: 実践 精神医学講義 日本文化科学社, 東京, 2002
- 2) Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, et al: The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. Am J Psychiatry 158: 163-175, 2001
- 3) 花村春樹: 「ノーマリゼーションの父」N.E.バンク-ミケルセン - その生涯と思想. ミネルヴァ書房, 京都, 1994
- 4) Huey K: Conference report: The APA Conference on the chronic mental patient. Psychiatr Serv 51(7): 869-873, 2000
- 5) 黒田研二, 樋田精一, 川室優他: 長期在院患者の退院可能性とリハビリテーション・ニーズに関する調査: 調査結果の速報. 精神神経誌 101:762-776, 1999
- 6) Lamb HR: The 1978 APA Conference on the chronic mental patient: A defining moment. Psychiatr Serv 51(7): 874-878, 2000
- 7) Leff J, Trieman N, Gooch C: Team for the assessment of psychiatric services(TAPS) project 33: Prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. Am J Psychiatry 153: 1318-1324, 1996
- 8) Leff J: Can we manage without the mental hospital? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 35: 421-427, 2001
- 9) Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, et al: Illness

- Management and Recovery: A Review of the
Research Psychiatric Services 53: 1272-1284, 2002
- 10) OECD Health Data 2002
- 11) 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告
書：今後の精神保健医療福祉施策について .
- 2002.12.19
- 12) Trieman N, Leff J, Glover G: Outcome of long stay
psychiatric patients resettled in the community:
prospective cohort study. BMJ 319:13-16, 1999

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

精神保健福祉士の課題

社会福祉研究室長 荒田 寛

【抄録】

1998年より、精神科ソーシャルワーカーの資格である精神保健福祉士法が制定された。その「精神保健福祉士」の主要な業務は、精神障害者の社会復帰の援助と日常生活の訓練である。このことにより、多くの精神障害者の社会参加と地域生活支援のための活動が展開できるようになった。現在、約6,300名が働いている。

Abstract

Psychiatric Social Workers Act was carried into effect in 1988 to establish a national certification system for social workers in the field of mental health. This development enhanced their activities to support people with mental disability living in the community and encourage their social participation. There are now about 6,300 of them.

Key words : Life model , Self-determination , Social Participation , Informed consent

はじめに

精神科ソーシャルワーカー（以下P S W）は、当初、精神科病院において精神障害者や家族の相談援助や退院援助を中心にソーシャルワークの実践を積み重ねてきた。1964（昭和39）年に精神医学ソーシャル・ワーカー協会（現日本精神保健福祉士協会）が設立され、専門職としての実践をめざしてきた。「精神障害者の社会的復権と福祉」を組織の目的とした活動と専門性の方向は、P S Wの視点を精神障害者のおかれている状況から出発することとし、精神障害者の社会参加のためのソーシャルワーク実践をすることが重要な役割であることを明確にした。一方で、埼玉県やどかりの里や東京都板橋区や北海道帯広地区等に見られる地域におけるP S Wの先駆的な地域支援の活動の展開が、わが国のP S Wの実践的・理論的にも先導的な役割を果たしてきた。

98年にP S Wが「精神保健福祉士」という名称で国家資格化されて、全国で約6,300名のP S Wが精神科医療機関や行政機関、精神障害者社会復帰施設等の地域福祉施設等で働いている。¹⁾精神科医療機関や地域においてP S Wが活動することに社会的な認知がなされ、社会福祉学を基盤とした専門職として専門性を発

揮することが可能になり、精神障害者の生活問題にP S Wが具体的な実践を展開することに法的な裏づけがなされたといえる。P S Wの市民権獲得により、精神保健福祉サービスの供給体系に大きな変化をもたらすことが予想される。また、精神科医療においてチーム医療の定着の兆しと、精神科リハビリテーション活動の展開という状況を背景にして、P S Wには、精神障害者が病院から地域に社会参加していくノーマライゼーションの実現に向けて大きな期待が寄せられている。

1. 精神障害者の生活問題

わが国の精神医療は、病院精神医療から、精神障害者の社会参加と地域生活を支えるための地域医療に座標軸が移動し、精神障害者福祉の幕開けを迎え、処遇あるいは治療のモデルであった「医学モデル」に「生活モデル」が加わることによってより重層的な援助が可能になった。また、障害の規定も、精神疾患が治癒しないで固定的な障害が残存するという考え方から、その内容が疾病と生活のしづらさという障害を併せ持ちその両方を揺れ動く存在として考えられるようになってきた。以上のパラダイムの転換により、P S Wの精神障害者に対する社会参加と生活支援の活動が、より現実的で具体的なものになってきた。

PSWはクライアントを生活の主体者として捉え、疾病や障害があってそれらが生活に困難をもたらしていようと、疾病や障害はその人の全体をあらわす一部であり、その人なりの一つの個性であると理解する。そして、生活課題や解決困難な問題を抱えている人として理解する。生活のしづらさという障害を補う支援システムや技術・方法により、社会生活を成立するように条件を整え、維持継続させていくことに焦点を当てる。生活者とは、自分自身の生活全体を自分で把握している主体者であり、自らのライフ・スタイルを独自に獲得し保持するために、さまざまな社会経験や日常の営みをダイナミックに実践することを意味している。

世界保健機構(WHO)では、生活の質(QOL)を「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義し、身体的側面と心理的側面、自立の程度、社会的関係、生活環境、精神性/宗教/信念の6つの領域により複雑に影響を受ける概念である規定し、その評価は援助者によるものではなく、生活者自身の主観的判断に任されるべきであるとしている。²⁾精神障害者が満足できる生活は何であるのかを計っていく客観的な指標を、当事者の参加のもとに具体的に提示していく必要がある。

2. PSWの視点

1) 個人と全体の状況性を考える視点

一般に、ソーシャルワーカーは、クライアントの抱えている生活問題を解決する上で、クライアント自身に焦点を当てるとともに、クライアントを取り巻く社会環境や状況に焦点を当てて考える。二つの焦点を統合的にとらえて、クライアント個人と取り巻く環境全体との状況性に着目することがソーシャルワーカーの中心的な視点である。PSWは、クライアントのおかれている状況やその背景を理解し、個別に抱えている生活問題や課題を考えたかかわりを通した、自らの視点の検証が必要になってくるのであろう。

2) 人権を擁護する視点

精神障害者の立場に立って人権を擁護することは、代弁者になるということではない。精神障害者が自らの生活課題に取り組んでいられるように条件を整備することである。PSWは精神障害者の主訴を大切に、クライアントの気持ちに寄り添う努力をする。そして、福祉や医療などのサービス内容の情報を提供していく

ことは、生きていく勇気や活力をつけていくものでなくてはならない。精神科医療では、プライバシーを保護できないことや、行動制限を行なうなどの人権侵害に繋がる可能性が高い。精神障害者や家族が自らの権利を主張するための諸手続きについての情報や利用する社会保障制度や社会復帰施設などの福祉の情報も提供し、ともに抱えている生活課題を考えていくことをPSWは求められている。今後は、人権の擁護に関して、当事者の主体的な活動が大きな役割を持つ。PSWはその当事者の活動と協働していくという姿勢を堅持しなくてはならない。

3) 自己決定を促して尊重する視点

PSWが、自己決定を促して尊重するということは、当事者が医療を受けることや地域生活の方法を選択することを自分で決定する意志を尊重することである。それには、PSWとクライアントの相互関係のあり方が、大きく影響する。クライアントの「自分のことは自分で決めたい」というニーズを尊重するPSWの姿勢が、クライアントに影響を与えることにより、クライアントが自己決定することに自信を持てるようになるという相関関係がある。自己決定を促して尊重することは、医療や福祉サービスや社会資源の情報を伝えるという「情報の共有化」が前提となる。そして、自分の生活を選択できるように自己決定の幅を広げていくかわりには、選択肢を提示するだけでなく、PSWとクライアントの相互関係によって自己決定の内容を支持し、クライアントが自信をつけて行く作業が伴うのである。さらに、選択肢が乏しい場合は、共に選択肢を増やしていく活動も必要となる。自己決定を促して尊重することにより、自らの障害や病を受容し、自らの問題解決の能力を高めていくことができ、そのことが生活能力の拡大につながる。

また、チームアプローチによる援助の連携についても、クライアントの信頼する人間関係の広がりをもとめていくことが可能になる。そしてそのことによりクライアントの生活場面が拡大する。チームアプローチに、当事者が参加できる体制を常に考慮し、クライアントの意志が反映できるようにしたい。さらに、自己決定を尊重することは、援助する側の「サービス内容の点検」を可能にする。自己決定の質は、PSWとの相互の関係によるかかわりの質や時間が影響する。クライアントの生きるペースや、決定する能力や時間を大切にしたい。

4) クライアントを理解する視点

PSWはクライアントの家族や友人などの人間関係の経験と、家庭や職場や学校や地域社会などの社会関係の経験の重視する。クライアントの人間関係や社会関係の経験は、クライアントの個別のものであり、クライアントを受けとめる家族の状況や経済的な問題や環境などの背景も、全て一人一人差異がある。クライアント自身が、人間関係・社会関係の経験をどのように感じてきたのか、何を大切にしてきたのか、何に困っているのか、不安なのか、将来のことをどのように考えているのかということを中心とする。クライアントの人生に焦点を当て、その視点でクライアントと話し合うことによって、クライアントに対する理解を深める。生活歴に書かれた客観的な事実であっても、その経験に対する受けとめ方や感じ方はクライアントによって個別性がある。

また、精神病に罹患することや障害を持ってしまうということは、対人関係に大きく影響を与え、将来の夢や希望にも変容をせまられることになり、そのことは喪失感を伴うことである。PSWはこの喪失の体験を受容していくことをまず考えなければならない。精神障害や精神疾患を抱えつつこれからどのように生きていくのかを思考し、そして、勇気を持って人生を歩んでいくのである。その歩みは、私たちに生きる強さや潔さを教えてくれる。

病や障害を持っていようと「生活者」としてのその人なりの生き方、生活振りを認め、生きるスピードを大切にしたいかかわりは、当事者である精神障害者や家族の問題解決の力や、健康的な側面の理解を深めることが可能になる。クライアントの抱えている問題が別の意味で、家族の破たんを防ぎ、家族関係を維持するなどの積極的な役割を果たしていることもある。

さらに、サービスを供給する側にいる人の援助について、クライアントの相談や援助を受ける感情の差異についても理解する必要がある。同じPSWであっても、援助をクライアントがどのように受けとめているかということが大きく異なってくる。クライアントの援助に対する感情に関心を持って、主体的に問題解決に取り組んでいけるような関係を創造するかが問われるのである。

3. 生活モデルと医学モデル

医学モデルにおいては、個人の中に起こっている疾病、症状、病理、問題行動などに焦点をあてて、その現象を説明することが中心となる。そして、その焦点

をあてた現象を除去し解決を図って行く諸過程である。治療は一般的に、医学的には修復を意味し、原状回復ないしは欠陥治療を目的としている。このことは、発達を阻害していた要因を取り除きつつ心理的社会的な意味で未熟を成熟へとうながすという発想により、疾病の原因を有効な方法によって取り除き、元の健康な状態に回復させることを目的としている。援助者のかかわり方は教示的、指導的になされ、健康者と病者、正常者と異常者、強者と弱者という対比関係の枠組みによって援助関係が形成されるために、上下関係や一方的な関係になりやすい。そして、個人の意志や生活・社会環境・人間関係の変化が行動におよぼす影響を軽視するという危険性がある。

ソーシャルワークにおける実践モデルは、生活モデルで対象にかかわり、個人に問題の原因があるという考えを前提として、問題行動や症状を過度に強調したりはしない。家族や友人などとの人間関係や、家庭、地域社会、学校、職場などとの社会関係の経験を重視し、環境や生活上の変化に注目する。生活モデルにおいては、クライアントの「いま」「ここ」が認識の基点であり、援助関係は、共に生を支えあい成長しあうことを目的とした概念に規定されている。共に生を支えあい成長しあう関係は、「共時性」という認識で同じ時代を生きるもの同士が、お互いに刺激しあい影響しあう関係である。共に生を支えあい成長しあう関係は、PSWにとっても、精神障害者にとっても「生」の完成を意味するものである。

生活モデルにおける生活支援は、地域社会で生活する人の日々の生活そのものが目的とする。このことは、クライアントの「独自のライフ・スタイルの獲得の保障」を実現し、「生活者」として対象化していくことである。そして、援助を必要とするクライアントの身体的な苦痛の緩和、日常生活の維持という限定された範囲から、それぞれのクライアントに相応しい生活を完成できるように配慮し援助することを求められる。さらに、PSW自身が精神障害者の価値観や苦しみに敏感であることが必要であり、クライアントの日々の生活の営みや、病や不安がクライアントにとってどのような意味があるのか、何を大切に生きているのかを重視したかかわりを求められる。個別の苦しみ、悩み、自己喪失の不安、孤独感などを傾聴することが承認してもらえらるという暖かさを伴う実感となり、クライアントの存在を支えることになる。人は存在を認められ、自分の存在を十分に取り戻したときに、おのずとその

内部に成長しよう、変化しようという意欲が湧いてくる。そして、かかわりの中で、共に生活の知恵や新しい価値観の芽生えを認め合うこと、支え合うこと、確かめ合うこと、肯定することが援助のポイントとなる。

今後は、この医学モデルと生活モデルを実践的に統合化させることによって良質な医療・福祉サービスを提供することが課題であり、精神医療と保健と福祉の橋渡しの存在であるPSWにこの統合化を実践的に実証していく可能性がある。医学モデルと生活モデルの統合化には、精神科病院と地域の社会復帰施設や保健所などとの連携も重要である。社会参加する時に、さまざまな地域のサポートシステムとの日常的な交流や連携により、社会にスムーズに参加できるようになる。対象である精神障害者が精神疾患と生活のしづらさという障害を併せもっていることから、医学モデルと生活モデルは決して相反するものではなく連動したものと見える。

たとえば、薬物療法は、再発の防止や病状の安定に必要な極めて医療的な行為である。しかし、一方で服薬という行為は、自分の病と向き合うことであり、生活のリズムとの関連性あり、治療者との信頼関係も大切で、これらは生活者としての課題でもある。薬物療法の中で重要なことは、クライアントを生活者と規定し、生活の中での服薬の工夫を考えることである。

4. PSWの目的

1) 社会参加の促進と医療の社会化

精神科病院に長期に入院することは、家族や友人などとの人間関係や、職場、学校、地域社会などの社会関係が一時的に切れてしまい、社会的枠組みから切断される怖れがある。入院前の、人間関係や社会関係と生活を壊さないで、人脈や社会的枠組みを従前通りに保てる医療を求められる。また、精神疾患に対する社会の偏見と差別があるために、精神科病院に入院した事実を他人に伝え、履歴に残すのは難しい。精神科病院に入院するということは、本人に精神的に重い負担が課せられることになる。精神障害者の人権の確保には、治療の説明とその説明に対する同意という「インフォームド・コンセント」が欠かせない。さらに、マンパワーが少ないと集団で管理する傾向が強くなり、病院の規制や規則に従わせ集団に適応させる形態が多くなる。そうなれば、個別性が軽視され、主体的、自律的生活意欲は減殺され、依存性を高める結果を招き、ホスピタリズムを進行させてしまう。2001年の在院患

者数は332,714人で、入院期間が5～10年の人が14.2%、10年以上になる人が29.0%であり、83年は5～10年が15.7%、10年以上が32.1%と全体の47.8%に及ぶ時期から比較すると、微減しているものの長期入院か傾向は続いている。(厚生労働省患者調査)³⁾

本来の「回復していく過程」の意味は、自分らしさを取り戻し、病いを受容し、自己認識を深め、自己実現を求めて自らの生活課題に取り組む過程である。精神科病院の限界を克服する意味においても、入院前の人間関係や社会関係を壊さない「かかわりの連続性」、地域生活の基盤を揺るがさない「生活の連続性」を重視し、個別性と主体性を大切に、一人一人の回復の程度に合わせたかかわりが必要である。精神科病院の閉鎖性は、これらのことを克服することによって解決していく課題である。PSWは、精神科医療において、当事者の主体性と個別性を尊重し、生活者としての存在を損なうことのないように「生活の連続性」を大切に、社会参加が可能になるようにかかわり続ける必要がある。そのことは、医療の中に生活の視点を導入することであり、精神科医療が閉鎖性を除去していくことを現実化する課題である。一般社会の価値観を、つまり「あたりまえ」の生活者の感覚を精神科医療に浸透させるために、医療の社会化のために「社会の風」を送り続けたい。そのことが精神障害者の社会的復権に繋がっていくのである。

2) 地域生活支援と地域づくり

2002(平成14)年より市町村で精神障害者や家族の生活の相談や社会復帰施設の利用に関する相談に対応するようになった。社会復帰や福祉施策の幅が広がっていく中で、地域生活に身近な市町村の役割が大きくなってきた。社会復帰施設やグループホームの整備についても市町村で実施することが可能になった。今後は、市町村の義務として、精神障害者の社会復帰の促進と自立、そして、社会経済活動への参加のための支援の努力、精神保健に関する調査研究の推進及び地域の普及等の活動を展開し、市町村が独自の精神保健福祉計画を立てて、その地域の特性を生かした精神保健福祉活動を、精神障害者の生活の場で展開する時代になった。

これらことは、「生活者の立場の重視」と「地方分権」の考え方により、都道府県と市町村に精神障害者に対する対応が役割分担される。保健所と市町村の今後の課題として、保健サービスと福祉サービスの区別は困難であり、総合的なサービスの供給システムの構

策を急がなければならない。また、福祉サービス供給主体の多様化によって、ホームヘルプサービス等において民間サービスの参入が考えられ、サービスの質の管理を求められる。そして、地域によって社会復帰施設や小規模作業所などの社会資源や、精神科医療機関の設置に地域格差があり、地域の特性に応じた行政的な対策が望まれる。今後は、ますます地域生活支援センターの役割が大きくなっていくと考えられるが、まだ精神障害者が地域社会で暮らしていくための社会資源は大幅に足りない。PSWはその社会資源の開発の発想を持ち続けなくてはならない。

精神障害者にとって「社会参加」の意味は、仲間への存在に励まされ、人の世話になる立場から自律するという大転換であり、社会の中で自分の果たす役割があるという「役割期待」を達成する喜びが確保されることである。そして、何もしないでいる生活からの脱出を実現し、自分の生活を自己で決定し、自分が責任を取るという市民と同様の日常生活を営むという「ノーマライゼーションを実現」することである。地域住民と精神障害者が共に地域で暮らしていくとともに、暮らしやすい地域を作っていくことは、まさに「ノーマライゼーション」の実現をめざすことである。「生活者」としての自己実現を達成していくためには、さまざまな関係者の生活支援のための努力があることと、生活を送っていく上での「生活の知恵」を学びあうことが必要である。そして、福祉事務所や保健所や市町村や社会復帰施設などのフォーマルな連携だけでなく、地域住民やボランティアなどのインフォーマルな人たちの協力も求められる。

ノーマライゼーションの実現に向けたPSWは、当事者と地域住民をいかに結びつけていくのかという視点に立って、共に暮らす地域づくり、街づくりをめざすことにある。当事者と地域住民を結びつけていく仲介的機能と、生活者として市民の権利を侵害されないように援助する権利擁護機能がある。PSWは、当事者が地域で自己実現をめざした生活が営めるように支援する自立促進者であり、当事者と同じ状況に生きる協働者なのである。

3) 「患者」から「生活者」への転換

精神科医療機関では、その症状の変化や問題行動が治療の対象となるのは当然である。治療が始まることは、すでにその時点から社会参加のためのリハビリテーションが開始されるという意味でもある。PSWの援助形態である「かかわり」は、精神障害者が主体的

な役割を取ることができるように関係性を構築しつつ、PSWも主体的に役割を果たしていくことを求められる「相互関係性としての人間理解」の接近方法によるものである。対象理解についても、人間関係、社会関係の経験を重視して、症状や問題行動を、クライアントが直面する心理的・社会的状況に関係する不安のシグナルと理解し、個人と社会の全体性を重要視する役割がある。精神科医療機関における治療的行動や援助は、治療者が主体的に役割を担って、患者を客体としてその治療と改善を企画し目的とするものである。しかし、患者は精神症状や生活上の困難を合わせもちながらも一人の人格をもった社会生活者であるから、患者という限定的な立場から自由になるべきである。そのためには、主体的人格をもって相互の関係性を軸に、医療施設においても、かかわりと社会生活の連続性を壊さない援助が必要となる。入院から退院まで、そして地域生活への支援におよぶ立場にあるPSWの役割は大きい。

一方で、地域における社会復帰施設などでの生活支援は、精神障害者が主体性を発揮し、生活を自らが選択し、自らの生活課題に取り組み、生活の経験によって自信をつけ、仲間や地域住民などとの出会いによって、生活の広がりを獲得していく為に重要な役割を果たすのである。安心できる場、憩える場、個性を尊重される場、仲間とともに社会的な役割を確立する場として、生活者としての生活の広がりを獲得するために存在する。まさに、患者という立場から、社会で生きる人間としての尊厳を奪還する意味を合わせ持っていると考えられる。

しかし、精神科医療機関と地域の両者の関係は、必要に応じて利用する関係であり、両者の情報は開かれたものでなくてはならない。それは、医療と地域の連携を深める組織のあり方と、連携を支える専門家の姿勢によるところが大きい。両者のマンパワーは決して十分ではない。お互いの組織の限界を伝え合い、理解し合う中から、今、出来ることを提供しあえるような努力が必要となる。具体的には、少なくとも退院前に本人を交えて、病院関係者と地域の関係者が共にケースカンファレンスを実施するなどの連携のシステムの確立が大切である。障害や病を抱えていても、地域生活者である本人を主体に考え、「生活者」の論理が当たり前に通用する状況を創造していくことも、PSWの主要な役割である。

5. 社会復帰施設の課題

社会復帰施設では、個別の利用者の生活課題に対する相談機能を果たすだけでなく、時には利用者全体である集団に対しての支援を求められることもあり、グループワークについての知識と技術を持つ必要がある。セルフヘルプグループや家族会などの当事者運動との関与も当然出てくるだろう。ボランティアの育成や市民を対象にした広報普及活動も実践する。

社会復帰施設の活動に対する地域の理解を促進して協力を得、利用者の具体的な生活支援と地域関係者と連携を深めて行くために、地域展開の具体的な方針をもつ必要がある。地域に対する活動は、まさにコミュニティ・ワークの実践である。さらに、社会復帰施設の健全な運営管理も、PSWの重要な役割である。施設の運営には健全な経営だけでなく、利用者の基本的人権の尊重や健康と安全の確保や職員の資質の向上などが必要になる。

精神障害者社会復帰施設の役割は多様化している。現状では、少しでも多くの施設を増やし、地域生活支援のメニューを開発提供することに努める段階である。地域を拠点とするサービスは未整備で、多様性、統合性、包括性の点からはまだまだ問題は多いといわざるを得ない。社会復帰施設の存在は、地域で生活する精神障害者の個別的な障害と支援ニーズに合わせて、利用者とともに支援スタッフが生活支援の目標を立てることにある。地域生活支援は、クライアントの生活に関するニーズを実現していくために、そのニーズに対して柔軟に対応していくことにある。対象を生活者と規定し、「エンパワーメント」が発揮できるようにするためには、支援体制や利用できるサービスの選択肢が多様であり、クライアントが自然な支援ネットワークを構築できるように支援することが必要である。クライアントが力を向上させる（エンパワー）た

めの諸サービスの連結、諸機関の協働体制、多職種の連携が行われる必要がある。

<引用文献>

- 1) 日本精神保健福祉士協会業務検討委員会調査報告書, 『日本精神保健福祉士協会全国理事会資料』, 東京, 2002.
- 2) 田崎美弥子・中根允文監修「WHO QOL クオリティ・オブ・ライフ手引きNo.861世界保健機関・精神保健と薬物乱用予防部編, 金子書房, 東京, 1997.
- 3) 厚生労働省・精神保健研究所患者調査, 『精神保健福祉資料』平成13年度6月30日調査の概要, 東京, 2003.

<参考文献>

- 1) 天野正子: 「生活者」とはだれか, 中央公論社, 東京, 1996.
- 2) 荒田寛: 社会福祉活動の方法と過程: 精神保健福祉援助技術総論, へるす出版, 東京, 1998.
- 3) 荒田寛: 精神病院から見た精神医療・精神障害者福祉の現状と課題, 精神障害者の地域福祉, 相川書房, 東京, 1997.
- 4) Felix P. Biestek, 尾崎新・福田俊子・原田和幸訳: ケースワークの原則, 誠信書房, 東京, 1996.
- 5) 柏木昭: 日本精神保健福祉士協会初任者研修講演資料, 東京, 2001.
- 6) 柏木昭, 荒田寛他: 新精神医学ソーシャルワーク, 岩崎学術出版, 東京, 2002.
- 7) 尾崎新: ケースワークの臨床技法「援助関係」と「逆転移」の活用, 誠信書房, 東京, 1994.
- 8) 佐藤久夫: WHO国際障害分類の改正動向と1998年東京会議, 障害者問題研究第26巻, 東京, 1998.
- 9) 鷲田清一: 「聴くことの力」臨床哲学試論, TBSブリタニカ, 東京, 1999.

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

予知医療の行方：生活習慣病の遺伝子診断が意味するもの

社会文化研究室長 白井泰子

【和文抄録】

ヒトゲノム研究の成果が医療にもたらしたインパクトの1つに生活習慣病のようなありふれた病気の易罹患性診断がある。易罹患性診断によってもたらされる医療情報が社会生活に及ぼす影響は、現在の私たちの想像を遙かに超えるものとなろう。易罹患性診断の普及は私たちにとってどのような意味をもつのかについてELSIの観点から検討した。

Abstract

Dramatic progresses in medical genetics have brought remarkable knowledge about genetic factors in diseases. Due to the scientific progress, it is possible to provide clues about genetic susceptibility to many common diseases of adulthood, including high blood pressure, diabetes, obesity and so on. Genetic susceptibility testing becomes increasingly possible. The nature of their prediction will usually be not definite but probabilistic; it is indicated with a certain degree of likelihood of occurrence of a disease. This has resulted in numbers of ethical, legal, and social problems concerning our daily lives.

This paper discussed the implications and impact of genetic susceptibility testing for common diseases of adulthood from a bioethical point of view. The natures of genetic susceptibility testing and genetic information of individuals were identified as crucial sources of ethical, legal and psychosocial dilemmas of the tests. The tentative provisions for overcoming these difficulties in genetic medicine were suggested.

Key words : 1. predictive medicine 2. genetic susceptibility testing 3. ELSI

1. はじめに

この10年余の間に驚くほどの早さで進められてきたヒトゲノム解析研究の過程で、数多くの遺伝子の構造および配置が解明されると共に、新しく見つかった遺伝子の役割と機能が解明されている。ヒトゲノム計画の研究成果が医療にもたらしたインパクトの1つに、遺伝子診断・遺伝子検査の対象を生活習慣病のようなありふれた病気（common diseases）の易罹患性診断（かかりやすさの診断）がある。近年話題となっている高血圧・糖尿病・肥満などの易罹患性診断も、ヒトゲノム解析研究の成果によってはじめて可能となった。しかし、21世紀の医療が予知医学の方向へと大きく舵を切って進むならば、易罹患性診断によってもたらされる遺伝情報が社会生活に及ぼす影響は、現在の私たちの想像を遙かに超えるものとなると予想される。遺伝子診断 - なかでも易罹患性診断の普及によって21世紀の医療はどのように変化してゆくのか、その

変化は私たちにとってどのような意味をもつのかについて考えてみたい。

2. 個人の遺伝情報のもつ特殊な性格

遺伝子検査の用途を診断目的別に分類すれば、(1)確定診断、(2)発症前診断、(3)出生前診断、(4)保因者診断、(5)易罹患性診断などに分けることができる。しかし、診断目的の如何にかかわらず、遺伝子検査によって得られる個人の遺伝情報は、表1に示すように、通常の医学検査とは異なる特殊な性質をもっている。個人の遺伝情報のもつこうした特殊性を考えると、診療の一環として遺伝子検査を行う場合であっても、従来の医療倫理の枠には納まりきれない問題を惹起する可能性があることは明白である。ユネスコの「ヒトゲノムと人権に関する世界宣言」¹⁶⁾やヨーロッパ評議会の「人権と生物学に関する条約」⁴⁾、あるいは遺伝サービスの提供に関するWHOのガイドラインの策定等はこうした状況認識の下に行われたといえよう。

表1 個人の遺伝情報の特徴

被検者の個人情報であると同時に、血縁者との共通情報でもある
検査結果は生涯を通じて殆ど変動や変化がない
特定の個人を生物学的に同定するための基本情報である

WHOでは1995年から3回にわたって“遺伝医学の倫理問題と遺伝サービスの提供に関するガイドライン”(草案)を提案しており、2001年10月のアメリカ人類遺伝学会の期間中に開催された国際人類遺伝学連盟の会議の席上、「遺伝医学における倫理的諸問題の再検討(WHO/HGN/ETH/00.4)」¹⁷⁾と題する草案を配布している。こうした事情を反映して、日本でもこの2~3年の間に行政機関や関連学会から遺伝子解析研究や遺伝医療に関する種々のガイドライン⁸⁾が相次いで出されている。

3. 遺伝子診断のもつ種々の意味

患者の診療上の必要で行われる遺伝子検査が惹起する様々な問題については、1995年にアメリカ人類遺伝学会とアメリカ遺伝医学会が共同報告²⁾という形で言及している。この共同報告では、子どもに対する遺伝子検査の実施について判断する際に考慮すべき問題を、(1)遺伝子診断・遺伝子検査から生じる医療上の利益・不利益、(2)心理・社会的な利益・不利益、(3)生殖に関連する利益・不利益という3つのカテゴリー

に分けて詳細に論じている。表2に示すように、この共同報告の中で指摘されている問題は遺伝子検査一般に共通する重要な問題であり、医師をはじめとする医療従事者(医療者)だけでなく、患者や家族も受益者という視点から、医療上の利益・不利益と共に、心理・社会的次元の問題や子供を産み育てるという文脈の中で生じる利益・不利益について考えておく必要がある。

有効な治療法や予防法がある疾患の遺伝子検査の場合、患者本人にとって、遺伝子検査の実施が医療上直接的な利益をもたらすことは明白である。しかしこうした場合であっても、患者自身が自己評価を低下させたり、社会生活の上で差別や不利益を被るというように、心理・社会的次元における問題が生じる可能性があることに留意しなければならない。また、病気に関連する遺伝子に変異はないという検査結果を告げられた被検者であっても、家族の中で自分だけが病気を免れたという罪悪感(survivor's guilt feeling)や疎外感にさいなまれるという事例も少なからず報告されている¹⁾。遺伝子検査実施に際して、意思決定前および検査実施後に遺伝カウンセリングを提供することの重要性が強調されるのは、こうした理由によるところが大きい。

易罹患性診断に内在する心理・社会的な潜在的な利益・不利益については、これまで具体的なかたちで論じられることが少なかったと思われるので、以下に示す仮想事例をもとに検討を試みたい。

表2 遺伝子検査によって生じる利益と不利益

カテゴリー	利益(Benefits)	不利益(Harms)
医療上の問題	<ul style="list-style-type: none"> 早期から効果的な予防的・治療的介入ができる サーベイランスの可能性が増加する 予後を改善できる 診断を明確化できる 	<ul style="list-style-type: none"> 無効もしくは有害な予防的・治療的介入が行われる
心理・社会的問題	<ul style="list-style-type: none"> 不確実性を軽減できる 不安を解消できる 心理的対応の機会が与えられる 教育、就労、保険、対人関係についての現実的な計画が立てられる 遺伝的リスクを家系内のメンバーに警告できる 	<ul style="list-style-type: none"> 自己イメージが変化する 子どもに対する親の見方が歪む 不安や罪悪感が増加する 教育、就労、保険、対人関係についての期待が変化する 晩発性疾患をもつ家系内の他のメンバーを同定してしまう 就労や保険加入に際して差別を受ける 父子関係の不存在が発覚する
生殖に関する問題	<ul style="list-style-type: none"> 遺伝性疾患をもつ子の出産を回避できる 遺伝性疾患をもつ子の誕生のための準備ができる 両親は情報を与えられたうえで家族計画を行うことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 生殖に関する意思決定が他者に左右される

【仮想事例】

仮に今、乳がんを発症した58歳の女性がBRCA1遺伝子検査を受けて遺伝子変異が判明したとしよう。彼女がこの事実を29歳の娘に告げたところ、娘自身もBRCA1遺伝子検査を受けることにした。そして検査の結果、BRCA1遺伝子に変異があることが判明したため、彼女は予防的処置として乳房切除手術を受けた。そして彼女は今、8歳になる自分の娘にもBRCA1遺伝子検査を受けさせるべきか否か悩んでいる。

それでは、彼女たちが置かれた状況について考えてみよう。乳がんに関するこれまでの知見では、乳がん・卵巣がんの発症頻度の高い家系の約半数と早期発症の患者がいる家系の約8割にBRCA1遺伝子の突然変異がみられたという。しかし、乳がん・卵巣がんの患者全体を母集団として両者の関連を見た場合、BRCA1遺伝子に変異のある者は患者全体のわずか5~10%にすぎないともいう⁹⁾。こうした事実を考え併せると、この8歳の少女に対して直ちにBRCA1遺伝子検査を受けさせることの是非については、この少女の母親や祖母ならずとも考え込まざるを得ない。この少女（発端者の孫娘）にとって最善の利益とは何か。誰が、どのような基準で判断し、どのような手続きを経てそれを保障するのか。考えるべき問題は多い。あるいはまた、この事例とは反対に、発端者の女性がBRCA1遺伝子検査の結果を娘に知らせることを拒んだ場合、医師はどのように対処すべきなのだろうか。発端者であるこの女性の意向に反して彼女の娘に検査結果を開示すべきか否か、意見の分かれるところであろう。以上に述べた諸点を考慮して遺伝子診断・遺伝子検査をめぐる倫理的問題をまとめたものが、表3である。

表3 遺伝子診断に内在する倫理的問題

遺伝情報の性質に由来する問題
・個人情報/家族・血縁者との共通情報
・インフォームド・コンセント原則
・患者のプライバシー権
疾患概念の変容
“診断”と“治療”とのギャップ
未成年者に対する検査
・誰が決めるのか
・いつ検査を行うのか
個人の遺伝情報に対する第三者のアクセス
遺伝的素質に対するスティグマ
・社会生活上の差別や不利益

4. 生活習慣病の易罹患性診断

遺伝子の変異と病気との間には必ずしも一対一の関係があるわけではない。大別すると、両者の間には次のような対応関係がみられる：

単一遺伝子病：メンデル型遺伝形式をとる病気で、常染色体優性遺伝病、常染色体劣性遺伝病、X連鎖劣性遺伝病などにわかれる。このカテゴリーに属する疾患には、ハンチントン病やフェニルケトン尿症、デュシェンヌ型筋ジストロフィーなどがある。

多因子病：幾つかの遺伝子の変異が重なったり、遺伝子の変異と環境要因との相互によって発症する疾患。例えば、糖尿病や高血圧・心疾患などがある。

1つの遺伝子の変異により種々の病変が引き起こされるもの：例えば、多臓器がん等。

この分類法でいえば、現在、一般の人々の間で関心を集めている生活習慣病の易罹患性診断は多因子病の遺伝子診断と言い換えることもできる。1990年代末頃には、肥満症や高血圧・動脈硬化などに対する易罹患性診断を行って生活改善支援をすることをうたい文句にした“遺伝子ドック”なるものも登場している。繰り返しになるが、遺伝子の変異という内的要因と生活様式や環境要因といった外的要因が重なって発症する病気の“かかりやすさを診断する”ということは、遺伝子検査で疾病関連遺伝子に変異があることが明らかになったとしても、それは遺伝子変異をもたない人に比較して“その病気を発症するリスクが高い”ことを示唆しているのであって、何時かは必ず発病するという烙印が当人に押されたわけではない。また逆に、“遺伝子変異なし”という検査結果を得たとしても、その病気を発症するリスクが皆無であると保障されたわけではない。単一遺伝子病の発症前診断と多因子病の易罹患性診断の違いが十分に認識されないまま、遺伝子検査の結果だけが社会生活の様々な場面で一人歩きすることの危険性について、私たちはもっと敏感でなければならない。

5. 易罹患性診断の波紋

医療者に対して易罹患性診断がもつ医療上のメリットを尋ねたとしたら、“各人の遺伝的素因（体質）を考慮したライフスタイルの選択やオーダーメイド医療を実現できること”という答が異口同音に返ってくる

だろう。それでは、心理・社会的次元からみた易罹患性診断の意義を尋ねた場合、どんな答が返ってくるだろうか。米国のがん研究推進の過程でユダヤ人コミュニティが巻き込まれかけた“研究被害”を糸口として、易罹患性診断の普及によって惹起される可能性のある心理・社会的波紋について考えてみよう。

1970年代に行われたTay-Sachs 症のマス・スクリーニング計画への積極的参加に見られるように、アメリカのユダヤ人コミュニティは医学研究の推進や研究成果の臨床応用に対して、黒人コミュニティに比較すると、格段に強い親和性をもっているように思われる¹⁴⁾。しかし1990年代に入って、こうした親和性に影を落とすような事態が“がんの遺伝子解析研究”の進展過程で発生した³⁾。この時期アメリカでは、ユダヤ人コミュニティの協力のもとに、乳がん・卵巣がんの関連遺伝子であるBRCA1およびBRCA2や大腸がんの責任遺伝子であるAPCなどについて、がんの発症に繋がる遺伝子変異部分の同定研究が進められていた。その研究成果として、(1)BRCA1遺伝子の185delAD 及び5382ins、BRCA2遺伝子の6174delT、そしてAPC遺伝子の11307Kの変異が各々のがんの発症にかかわっていること、(2)地中海沿岸部に出自をもつユダヤ人(Ashkenazi Jews)に、こうした遺伝子変異をもつ者が多いことなどが判明した。こうした研究成果を報じるのにあたって、ニューヨーク・タイムズ(1998年4月2日付)は「ユダヤ人の遺伝子」という見出しを付けた³⁾。メディアによるこうした報道の仕方は、ユダヤ人コミュニティに対して“遺伝的欠陥を抱えた社会だ”という烙印(スティグマ)を押すことになりかねない。病気の責任遺伝子や関連遺伝子の同定研究の成果についての不十分な理解や誤解は、遺伝子至上主義に傾きがちな社会では“遺伝的素質による差別”へと直結する危険が多分にある。こうした懸念が杞憂ではないことは、既にDraper⁵⁾によっても指摘されている。Draperは、1980年にデュポン社が黒人労働者を対象として行った鎌状赤血球症の保因者スクリーニングなどの事例¹⁰⁾を引用しながら、企業が遺伝スクリーニングや易罹患性診断の実施を検討する場合、検査の有用性の評価は医学的観点からではなく経営上の観点から行われること、そして検査結果は“職場における労働者の適正配置を検討するための資料”ではなく、むしろ“解雇や採用を決定するための資料”として使用される可能性が高いことを指摘している。職場における従業員の遺伝子検査の結果が本人の健康管理や職場の適

正配置以外の使用目的で人事担当者や利害を異にする第三者(例えば保険会社など)に渡った場合、職業上の差別や医療保険加入時の保険料の上乗せなどの不利益が生じてくる^{10) 11) 12) 13)}。こうした問題に対抗するための連邦レベルでの法的措置として、既にアメリカでは、“Health Insurance Portability and Accountability Act”(HIPPA, 1996)や同法に基づく保健省(Dept. Health & Human Service)の医療情報プライバシー保護規定(66 Fed. Reg. 12434; 26 Feb. 2001)などが制定されている。しかしこの保護規定は、保険会社が個人識別可能な状態の医療情報にアクセスする際には本人の同意を得ることを前提条件としてはいるが、保険料設定のために保険会社がこうした情報を請求したり利用したりすることを禁止していないため、個々の事例における当事者保護の有効性については疑問視する者もいる⁷⁾。

日本でも、こうした問題については生命保険協会遺伝子研究会(同協会の医務委員長の諮問機関)が「遺伝子検査と生命保険」と題する報告書を1996年に出している。この報告書の中では、“危険選択上告知すべき事項については、保険会社にも知る権利があること”、“遺伝子検査が通常の診療で行われるような検査になった場合、保険審査においても危険測定の資料入手のためにその検査を採用できること”などの見解が表明されている。羽田・蒔田⁶⁾が行った「先天性甲状腺機能低下症の保険加入状況実態調査」では、遺伝子検査に対する保険会社のこのような姿勢が既に現実のものとなっていることが示されている。先天性甲状腺機能低下症は、昭和54年から今日まで20年以上の実績をもつ新生児マススクリーニングの対象疾患の1つである。羽田らの調査によれば、先天性甲状腺機能低下症やフェニルケトン尿症の治療を受けるために小児内分泌専門外来をもつ11施設に通院している患児の親200名を対象として保険加入の状況についてアンケート調査を行ったところ、郵便局の簡易保険や民間の保険に加入しようとした174人の内68人(39%)が「加入拒否」や「契約違反で解約」という扱いを受けていたという。こうした事態を憂慮して、日本人類遺伝学会は日本先天代謝異常学会や日本マススクリーニング学会と共に「新生児マススクリーニング検査と生命保険における遺伝情報の取り扱いに関する現状認識とそれに基づいた提言」を行い、保険契約における個人の遺伝情報の使用の一時禁止や、遺伝情報の保護と利用に関する方策の検討を関係諸官庁に求めている。今の

ところ日本では、Doraper⁵⁾が問題視しているような職場における遺伝子検査の実施をめぐる問題は顕在化していない。だが今後の動向次第では、生活習慣病に対する遺伝スクリーニングや易罹患性診断が、職場で実施されている成人病検診のオプション・メニューの1つとして登場する日も遠くはないのかもしれない。そうした場合の問題点としてDraper⁵⁾は、“受診決定に対する被雇用者の自由裁量の幅”と“雇用主による遺伝情報の流れのコントロール”の2点を挙げて、職場における従業員の遺伝子検査のもつ意味が新生児スクリーニングとは根本的に異なることを強調している。Draperのこうした指摘は、職場における遺伝子検査の実施を云々する前に、先ずはこうした問題に対する心理・社会的、そして法的なインフラ整備が不可欠であることを示唆している。

6. 遺伝医療と患者のプライバシー保護

情報化社会におけるプライバシー権の定義では、古典的な意味での“私事を他人に覗き込まれないという権利”に加えて、“自分自身に関わる情報について知る権利”および“自らの個人情報の流れをコントロールする権利”もプライバシー権の一部をなすとされている。こうした観点から医療における患者のプライバシー権を定義すれば、次のようにまとめられよう：

患者は自分のカルテや診療記録の内容を知る権利をもつ

患者は自らの医療情報の流れをコントロールする権利をもつ

従って、医療者の側に求められる行動準則は、患者に対して積極的に医療情報を開示(共有)すると共に、患者の意思に反した第三者への情報開示は原則として行わないということになる。しかし現在の日本では、個人の遺伝情報も含めた医療情報に対する保護規程は刑法第134条、国家公務員法第100条、その他の法律に定められた“業務上知り得た秘密の漏洩を禁じられている者(医師、薬剤師、看護師等)”に対する守秘義務規定のみであり、遺伝スクリーニングや易罹患性診断などの普及が社会生活や経済活動に与えるインパクトに対する法的対応策は無いに等しい。遺伝医療においては、患者の遺伝情報をめぐって患者本人と家族・血縁者との利害が対立するという事態が起きることも稀ではない¹⁵⁾。そのため、遺伝子検査によって得られる個人の遺伝情報の取り扱いについては、通常の医学

検査情報にも増してプライバシーの保護という観点から慎重を期す必要がある。

7. おわりに

従来の臨床医療における倫理規範は、患者の自律と自己決定権の尊重を基底とし、“インフォームド・コンセント原則の遵守”、“当事者のプライバシー権の保障”と“医療者の守秘義務の遵守”、“知る権利”および“知らないままにしている権利”の保障などを具体的な行動準則として内包していた。しかし遺伝医療という枠組では、医療者が誠実に診療に取り組もうとすればするほど、彼等にとって、これらの倫理原則や行動準則が重い足枷になってしまうという矛盾をはらんでいる。何故なら、遺伝医療では患者の遺伝情報に基づいて本人の治療を行うだけでなく、この遺伝情報を利用して家族や血縁者の遺伝的リスクや危害を回避することも医療目的に含まれるとされているからである。それ故、医療者が血縁者等を含めた“患者”の遺伝的リスクや危害を積極的に回避しようとする程、発端者である患者の自己決定権やプライバシー権を侵害せざるを得ないというパラドックスに陥る危険性が高まってしまっているのである。遺伝医療の本質には、従来の医療倫理を支えてきた個人の自律と自己決定権の尊重という基本理念を根底から揺るがす要素が含まれていることを忘れてはならない。

遺伝医療における倫理問題の惹起を防ぎその波及効果を最小限に留めるための方途として、今、私たちに求められている配慮項目を表4に示した。「遺伝医療時代の医療に関する前提条件の整備」としては、(1)患者参加型医療へのパラダイム・シフト、(2)市民および医療者に対する遺伝教育の充実、(3)遺伝子還元主義からの脱却などへの配慮が、私たちに求められて

表4 いま私たちに必要なこと

遺伝医療時代の医療に関する前提条件の整備

- ・患者参加型医療へのパラダイム・シフト
- ・市民および医療者に対する遺伝教育の充実
- ・遺伝子還元主義からの脱却

予防医学および遺伝子診断に対する配慮点

- ・基本的人権の尊重
- ・個人の遺伝情報の保護とプライバシー権の尊重
- ・遺伝子検査の実施基準の明確化
- ・患者の自己決定権を保障するためのインフラ整備

いる。また、「予防医学および遺伝子診断に対する配慮事項」としては、(1)個人の尊厳の尊重、(2)個人の遺伝情報の保護とプライバシー権の尊重、(3)遺伝子検査の実施基準の明確化、(4)患者(被検者)の自由で自発的な自己決定を支えるためのインフラ整備などの諸点を挙げる事ができよう。

最後に、“患者のプライバシー権の尊重”および“医療者・市民に対する遺伝教育の重要性”の2点を改めて強調しておきたい。何故なら、遺伝医療時代における患者参加型医療の実現は、患者の自己決定権および広義のプライバシー権の保障によって実現可能となるからである。また、医療者と患者・家族の双方が遺伝についてのリテラシーを身につけてこそ、適切な形での遺伝医療の提供や当該問題に対する十分な情報に基づいた自由で自発的な意思決定が可能となるからである。またそれは同時に、「すべての問題は個人の遺伝子の中にある」という遺伝子還元主義的な考え方や、遺伝的健康に対する個人の責任が強調される“新たな優生思想”の発生を回避することにもつながると考えられるからでもある。

文献

- 1) Andrews LB, Fullarton JE, Holtzman NA, et al (eds.): Assessing Genetic Risks: Implications for health and social policy. National Academy Press, Washington, D. C., 1994.
- 2) ASHG/ACHG Joint Report: Points to consider: Ethical, legal, and psychosocial implications of genetic testing in children and adolescents. Am J Hum Genet, 57:1233-1241, 1995.
- 3) Clayton EW: The complex relationship of genetics, groups, and health: What it means for public health. J Law, Medicine & Ethics, 30: 290-297, 2002.
- 4) Council of Europe: Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the application of Biology and Medicine: Convention of Human Rights and Biomedicine. Strasbourg, 1997.
- 5) Draper E: Risky Business: Genetic testing and exclusionary practices in the hazardous workplace. Cambridge University Press, Cambridge, 1991.
- 6) 羽田 明, 蒔田芳男: 遺伝医療サービスおよび遺伝子研究に関する倫理ガイドラインと今後の課題. 本庶 佑(監修): 遺伝子医学の基礎知識(「遺伝子医学」別冊), pp.101-106, (株)メディカルドウ, 大阪, 2003.
- 7) Hull S C, & Prasad K: Reading between the lines: Direct-to-consumer advertising of genetic testing. Hastings Center Report, 31(3): 33-35, 2001.
- 8) 科学技術会議生命倫理委員会: ヒトゲノム研究に関する基本原則, 2000. 文部科学省, 厚生労働省, 経済産業省: ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針, 2001. 日本人類遺伝学会: 遺伝学的検査に関するガイドライン(案), 2001. 日本衛生検査所協会: ヒト遺伝子検査受託に関する倫理指針, 2001 など.
- 9) McKinnell RG, Parchment RE, Perantoni AO, et al.: The Biological Basis of Cancer. 安部幸生, 三澤信一(訳): がんの細胞遺伝学, pp.125-130, 医学書院, 東京, 1998.
- 10) Motlusk AG: Brave new world? Science, 185: 653-663, 1974.
- 11) Murray TH: The social context of workplace screening. Hastings Center Report, 14(5): 21-23, 1984.
- 12) Natowicz MR, Alper JK, & Alper JS: Genetic discrimination and the Law. Am J Hum Genet, 50: 465-475, 1992.
- 13) Roche PA: The genetic revolution at work: Legislative efforts to protect employees. Am J Law & Medicine, 28: 271-283, 2002.
- 14) 白井 勲, 白井泰子, 藤木典生: 人間の生命過程への介入とバイオエシックス(): 出生前診断の法と倫理 - アメリカにおける問題現状の概観 - . 愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所社会福祉学部研究報告, 7: 12-25, 1982.
- 15) 白井泰子(編): 小児期発症筋ジストロフィーの保因者診断をめぐる諸問題 - 遺伝子診断に内在する倫理的, 法的, 心理・社会的問題からインフォームド・コンセント手続きまで. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「筋ジストロフィー研究」石原班 白井グループ研究成果報告書, 2002.
- 16) UNESCO: Universal Declaration on Human Genome and Human Right. UNESCO 29C/Resolution 17, 1997. この世界宣言について論述しているものとしては: 位田 降一: ユネスコ「ヒトゲノム及び人権に関する世界宣言」. 遺伝医学2: 127-134, 1998; 位田 降一: 「ヒトゲノム研究・応用における法と倫理の調査・研究 - 特に国際的視点から」. 平成

- 11年度 - 平成12年度科学助成金(基盤研究(B)(2))
研究成果報告書, 2001 など.
- 17) WHOの遺伝医学の倫理問題と遺伝サービスの提供に関するガイドライン(案)は, これまでに1995年, 1998年, 2001年の3回にわたって提示されており, 1998年版と2001年度版は日本語にも翻訳されている. 1998年度版: Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services. (松田一郎監修, 「遺伝医学と遺伝サービスにおける倫理的諸問題に対して提出された国際的ガイドライン」, 1998). 2001年度版: Review of Ethical Issues in Medical Genetics, 2001 (松田一郎監修: 遺伝医学における倫理的諸問題の再検討. 日本人類遺伝学会会員有志, 2002).

精神生理部

精神生理部は精神機能研究室を持ち、人間が健康な日常生活を営むための最も基本的な生体現象である生体リズムを扱う時間生物学を基盤にし、睡眠、意識、認知、感情、意欲などの精神活動を脳科学的にとらえ、そのメカニズムを明らかにするために研究を推進している。これら基盤的研究をもとにして、感情病などの精神科疾患や痴呆性疾患、睡眠・覚醒障害の病態を精神生理学的側面から解明し、診断・治療法を開発している。

方法論として、時間生物学研究に必要な精神生理学、神経生理学、神経内分泌学、精神医学、画像診断学の手法を用い、それぞれの専門的立場から総合研究の一部を担う研究方法をとっている。

1) 生体リズムおよび睡眠・覚醒リズムの特性に関する基盤研究

睡眠の概日リズム特性と朝型・夜型など個人の時間特性についての研究を行っている。

2) 睡眠障害の診断・治療ガイドラインの作成とその応用に関する研究

平成13年度に睡眠障害の診断・治療ガイドラインを厚生労働省精神・神経疾患委託費睡眠障害班の成果として発表した。

3) 睡眠障害の疫学に関する研究

日本における睡眠障害の実態と、生活習慣との関連などについて研究を行っている。

4) 睡眠・覚醒障害に対する高照度光療法の有効性に関する研究

睡眠覚醒リズム障害を中心に高照度光療法の作用メカニズムについての研究を行っている。

5) 睡眠と認知機能の関連に関する研究

睡眠不足の認知機能に対する影響や記憶機能と睡眠の関連についての基盤的研究を行っている。

6) 女性の性周期に関連した睡眠および気分変化に関する研究

月経前症候群の時間生物学的基盤を明らかにするため、健常人を対象にした実験的研究を行っている。

7) 感情障害の時間生物学的成因解明と治療法および予防法の開発

季節性感情障害に対する高照度光の効果について研究を行っている。

これらの研究成果を、国内だけでなく国際学会や国際誌に発表し、高く評価されており、これまでに複数の外国研究機関から研究協力の申し入れがあり、このうちいくつかと研究協力体制にある。

個々の研究成果以外に、精神生理部では以下のような研究貢献をしてきた。第1に、厚生労働省精神・神経疾患委託費による睡眠障害班を立ち上げ、睡眠障害研究に関する全国規模でのネットワークを作ったことである。さらにこれが現在の睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究班へと引き継がれ、研究成果を政策医療に生かすための実証的研究が行われている。第2には、厚生労働省厚生科学研究（脳科学研究事業）において生体リズム障害班を立ち上げ、生体リズム障害の病態、診断・治療法、生体リズムに関する基盤的研究を行っている。第3には、厚生労働省関連諸機関と協力し、日本で初めて睡眠障害の全国疫学調査を行い、不眠や過眠の有病率、不眠の危険因子、および睡眠薬使用者数などについて明らかにした。第4には、国府台病院精神科と協力して睡眠・覚醒障害特殊外来を開設し、当部スタッフと病院精神科医師とで睡眠・覚醒障害や季節性感情障害などの先進的医療を行っている。さらに、こうした臨床現場において、睡眠・覚醒リズム障害やうつ病に対する高照度光療法、不眠症に対する非薬物療法の開発研究を進めている。これら研究成果を、睡眠および生体リズムの視点からの精神疾患の病態解明や治療技術開発に発展させるとともに、国民保健に役立てるため国民への啓発活動を行っている。こうした市民社会に対する一般的貢献としては、長寿科学振興財団など関係団体の協力を得て、睡眠や生体リズムに関する一般市民公開講座を主催してきた。人事院において、メンタルヘルス相談業務を行っている。専門教育面における貢献としては、いくつかの大学の講師として、精神保健や睡眠の生理学についての講義を行っている。地域医師会における研究会で睡眠障害の治療と予防について講演し、医師生涯教育に協力している。

(内山 真)

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

概日リズム睡眠障害について

精神生理部長 内山 真

精神生理部 田ヶ谷浩邦 尾崎章子 亀井雄一 渋井佳代 譚 新 栗山健一 鈴木博之 有竹清夏

睡眠障害の背景に脳と身体のリズムの乱れ

9月になると夏休み中の夜型生活を戻せずに、遅刻をするようになった子どもたちが外来を訪れる。朝方近くまで眠くならず、いったん眠ると目が覚めず、無理に起きても眠気で昼過ぎまでぼんやりしているという。長期休暇の後に、決まって朝起きられなくなるという社員もやって来る。診察すると、学校や会社で何か問題があるわけではなく、やる気のなさやゆううつ感もない。朝起きられないことを除くと、心身ともいたって健全な人たちである。私たち自身に目を向ければ、米国や欧州の国際学会から帰った後、時差ぼけの経験を持つことがある。診療していて疲れる。書くべき紹介状を次回診察にのぼしてしまふ。なんとなく熟睡感がない。

近年、こうした症状の背景に、約1日を周期とした概日リズムの乱れがあることが明らかにされた。これらの睡眠障害が、概日リズムのメカニズムに基づいた治療的働きかけを行うことで改善することがわかってきた。1980年代から、ヒトの睡眠調節機構および概日リズムについての研究が急速に進んだためである。

眠りを起こす仕組み

睡眠は2つの仕組みにより制御されている。日常生活の中でわれわれが意識するのは、長く起きていると、あるいは睡眠不足だと眠くなるという仕組みである。これは、活動中に酷使された脳を積極的に休ませる機能で、恒常性維持機構による睡眠制御と呼ばれる。

もう一つの仕組みは夜になると眠る仕組みである。いつも眠りにつく時刻になると、その日の疲れに関わりなく眠ることができる。一方、徹夜後に朝から眠ろうとすると疲労感強いのにぐっすり眠れないという経験をする。これは、夜でないとはよく眠れない、あるいは夜になると自然に眠くなる機能である。これは概

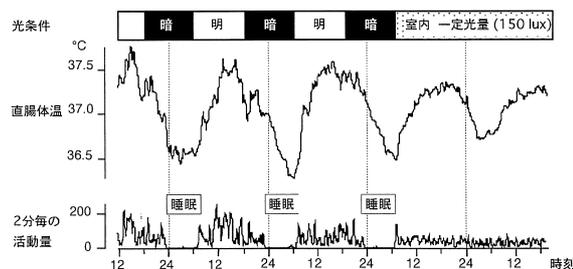
日リズム機構による睡眠制御と呼ばれる。

これら恒常性維持機構と概日リズム機構の2つが、状況に応じて相互に関連しながら、睡眠の質・量およびタイミングを制御している。

概日リズムについて

図1：恒常環境条件下での深部体温リズム (Uchiyama M, et al : Effects of vitamin B12 on circadian body temperature rhythm. Jpn J Psychiatry Neurol 48 : 504-505, 1994. より改変)

前半部の日常生活では、昼間は通常の勤務、夜間睡眠をとる生活を送り、引き続き実験条件では、室温、湿度、光、一定に保った室内で同じ姿勢を40時間保って断眠させた。食事も24時間を通して2時間ごとに等量与えた。この条件においても深部体温は夜の時間帯に低く、日中になると上昇するリズムを示した。これは外的環境変化のない条件でも約24時間の概日リズムが作り出されていることを示す。



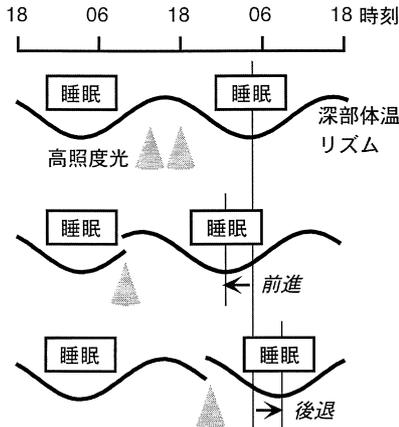
コルチゾール、メラトニンなどの内分泌リズム、体温リズム、睡眠覚醒のサイクルをはじめとする心身の機能は、体内時計が刻む概日リズムに支配されている。これにより、昼夜の変化に応じて1日のなかで活動に適した状態と休息に適した状態が作り出されている。

良く知られているように体内時計の刻む概日リズム本来の周期は24時間よりやや長い。外界から全く隔離され気ままな条件で生活すると、この概日リズム本来の周期にしたがって、毎日入眠時刻が1時間ずつ遅れていく。連休の時にだらだら生活すると睡眠時間帯が遅れるのもほぼ同じ機序による。こうした状態では、前日の入眠時刻から次の日の入眠時刻までの周期がおよそ25時間となる。この時コルチゾール、メラトニンなどの内分泌リズム、体温リズムを測定するとやはり

25時間の周期となっている。われわれが毎日24時間周期でうまく生活できるのは、毎朝太陽光を時報がわりの手がかりとして体内時計を24時間にあわせているためである。

図 2：高照度光による位相反応の模式図

日中の時間帯の高照度光（太陽光）は概日リズムの変化を起こさない（上段）。早朝の時間帯に高照度光を照射すると、深部体温リズムが早まり、その晩の入眠時刻および次の朝の起床時刻が早まる（中段）。夜の時間帯に高照度光を照射すると深部体温リズムが遅れ、その晩の入眠時刻および次の朝の起床時刻が遅れる（下段）。



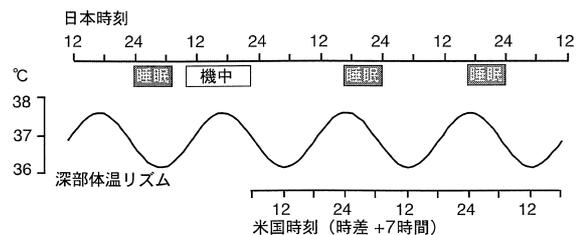
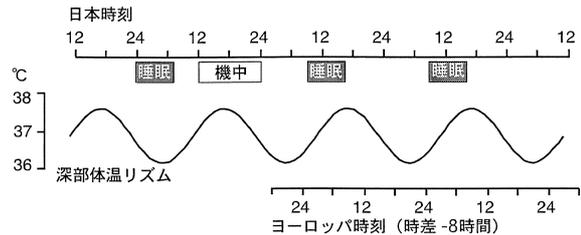
通常、起床直後に太陽光が目から入ると、これが視床下部の視交叉上核にある体内時計に時刻の情報として伝達され、朝の時報に体内時計をあわせることになる。こうして体内時計の発振する概日リズムがリセットされた時刻から12～13時間は代謝が高められ、血圧も高めに保持され覚醒して活動するのに適した状態が保たれる。これが、朝の光を浴びてから14時間くらいになると、松果体からメラトニンの分泌が始まり、四肢の末端から放熱が盛んになる。母親が手のぬくもりから子供の眠気を知るのはこの時である。こうした放熱により身体の内部や脳の温度が低下してくると、1～2時間のうちに自然な眠気が出現する。つまり、太陽光に対する体内時計のリセット機能により、朝起床して太陽光を最初に浴びた時刻に応じて、夜に眠気が出現し自然に眠くなる時刻が決定される。朝の起床時に十分な太陽光を浴びなかったり、暗い部屋で昼過ぎまで眠っていると、こうした概日リズムのリセットが適切に行われず、その日の入眠時刻が遅くなる。一方、夕方から夜の時間帯に太陽光に匹敵する強い光を浴びると、体内時計は昼がまだ続いていると勝手に判断し、活動に適した状態が延長するため、休息への準備が遅れ、結果的に入眠時刻が遅れることになる。

時差ぼけ

時差のある地域にジェット機で短時間に移動すると、到着後に睡眠・覚醒障害、頭痛、消化器の不調、めまいなど心身の不調が出現する。これが時差ぼけあるいは時差症候群と呼ばれる状態である。原因として、かつては機内の閉鎖的環境による心理的影響や、空気の乾燥、長時間の座位、不規則な居眠りなどの影響が重視された。しかし、時差のない南北飛行ではこうした症状が起こらず、東向きと西向きでは症状の起こり方が異なることなどから、出発地の時刻に合っていた体内時計と到着地における睡眠・覚醒スケジュールがずれることにより起こることがわかってきた。

図 3：西向き飛行と東向き飛行における到着地での睡眠

いずれも日本において、24時から7時まで睡眠をとり、飛行後、到着地時刻の24時から7時まで睡眠をとる条件。日本では、深部体温が最も低い時間帯に合わせて眠っている。ヨーロッパに飛行する場合には到着地の睡眠時間帯が日本時間の朝から昼にあたり、深部体温の上昇期に眠ることになる。米国に飛行する場合は、到着地の睡眠時間帯が日本時間の午後から深夜にあたり深部体温が最高の時に眠ることになる。



実際にジェット機で時差帯域を飛行し現地に到着すると、われわれは到着地の時刻に合わせて生活しようとする。しかし、体内時計が作り出す概日リズムは、容易には変化しないため、しばらくは飛行前の日本のリズムを刻み続ける。このため、到着地の夜には、概日リズムの機能によりまだ身体が活動に適した状態にあり、睡眠をとろうと試みてもぐっすり眠れない。一方、到着地の昼は、日本から持ち越した概日リズムにより、身体が休息状態にあるため、活動中に眠気や疲労感が生じやすい。交代勤務に関連した睡眠障害も同

様の機序で生じると考えられている。

現在有効と考えられている治療としては、高照度光を利用し概日リズムが到着地の時刻に同調するのを促進させる方法がある。ヨーロッパへの西向き飛行後に速やかに体内時計を到着地時刻に合わせるには、到着地時刻での7時から15時の間（日本時刻の15時から23時）は、できるかぎり太陽光にあたるよう心がけて体内時計を遅らせるようにし、18時（日本時刻の2時）以降は、太陽光を避けることで概日リズムが早まるのを防ぐ。こうして概日リズムを遅らせるようにし、体内時計が持ち越している出発地時刻を速やかに到着地時刻に同調させる。アメリカへの東向き飛行後には、到着地時刻の7時から13時（日本時刻の24時から6時）までは、サングラスなどで太陽光を避け概日リズムが遅れるのを防ぎ、到着地の13時（日本時刻の早朝）以降はできるかぎり太陽光にあたり、概日リズムを早めるようにする。

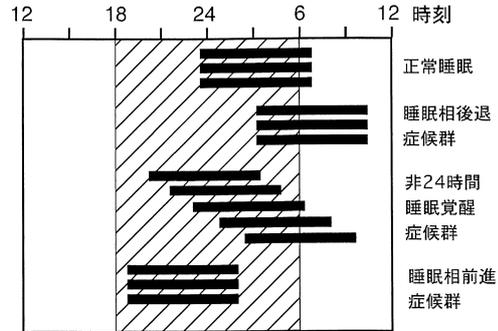
近年、松果体ホルモンであるメラトニンが体内時計の同調促進作用を持つことがわかってきた。高照度光とは反対に、夜間に投与すると体温などのリズムが早まり、早朝に投与するとこれが遅れる。メラトニンの使用方法としては、出発2～3日前から、到着地での入眠すべき時刻に服用し始め、到着してから2～3日服用するというものがある。メラトニンには体内時計の同調作用のほかに、服用直後の催眠作用および血圧降下作用があるため、出発前に服用する場合には、少量（0.5mg以下）を用いることで服用直後の眠気やだるさを防ぐことができる。

睡眠薬を用いて、到着地における夜間の不眠を改善することも効果がある。到着地の就寝前に超短時間あるいは短時間作用型の睡眠薬を服用する。この場合にも、時差症状の本質的改善のために、前述の太陽光の適切な利用は必須である。

宵っ張りが直せない：睡眠相後退症候群

長い休暇で夜更かしをして遅くまで寝ている習慣がつくと、仕事を再開する時、朝なかなか目が覚めずつらく感じる。これを我慢すると、通常は2～3日のうちに、早くに寝つけるようになり必要とされる時刻に起きられるようになる。睡眠相後退症候群は、通常の時刻に眠り、望まれる時刻に起床することが困難な概日リズム睡眠障害の代表的な一群である。患者は日中の行動や心理状態とかかわりなく朝方まで入眠できな

図4：睡眠相後退症候群、非24時間睡眠覚醒症候群、睡眠相前進症候群の睡眠パターン（模式図）黒い横棒は睡眠を表す。夜の時間帯をハッチで表した。



い。いったん入眠すると比較的安定した睡眠が得られ、遅い時刻まで起きられない。努力して無理に起床しても、午前中のはぼんやりとした状態が続き、1～2日でもとの夜更かし朝寝坊の生活に戻ってしまう。睡眠時間帯の遅れのために定刻に出勤・登校出来ず、社会生活上の障害が出現する。

睡眠相後退症候群は思春期から青年期に発症することが多い。夏休みなどの長い休暇中の昼夜逆転生活、受験勉強などが発症の誘因となる。このように発症の誘因はありふれたものであるが、健康人と異なって睡眠相後退症候群では遅れた時間帯の生活をもとに戻せない。この背景には、睡眠や概日リズムに関連した何らかの遺伝的素因があることが最近わかってきた。

症例1：16歳 男性

中学の頃から、時折3時まで入眠できないことがあったが、つらくても何とか起床し登校していた。高校2年の夏休みに、友人と夜に麻雀をするのに夢中になり、6時に入眠し、15時頃に起きるといった完全に昼夜逆転した生活を送った。9月になって、他の麻雀仲間が朝型生活に戻せたが、患者は戻そうと努力しても4時まで入眠できず、いったん入眠するとぐっすり眠り12時まで起きられず、毎日のように遅刻するようになった。母親とともに当科を受診した。表1に示すようなパンフレットを与え、母親に協力してもらいベッドを東側の窓際に移し、毎日9時に雨戸をあけて太陽光

<p>表1：睡眠相後退症候群に対する生活指導</p> <ul style="list-style-type: none"> 日当たりの良い位置にベッドを移す 朝の一定時刻にカーテンや雨戸をあける 朝の一定時刻にラジオやカセットをつける 朝起きたら日光を浴びる 朝起きたら食事をとる 日中に戸外で体を動かす 希望入眠時刻の3時間前から照明をおとす
--

が顔にあたるようにしたところ、2時に入眠できるようになり、次第に10時までには起床できるようになった。さらに雨戸を開ける時刻を早め6時にしたところ、約2週間の経過で24時には寝つくことができ7時頃に起きられるようになった。

図5：高照度光照射装置（据え置き型、国立精神・神経センター精神保健研究所）

特殊蛍光管56本よりなり、1.5mの距離で10000luxの照度（曇りの日の戸外に相当）が得られるようになっている。光源前面のガラスの後ろに、冷気を循環させ発熱を防ぐようになっている。



高照度光療法は高照度光に一定時間暴露させることで、概日リズムを早めたり遅らせたりして社会生活に合わせる治療法である。先に述べたように、起床時の太陽光による概日リズムのリセットにより、その晩の入眠時刻が決まる。強い光を用いたり、より早い時刻に光を当てることでこのリセットを促進し、結果的に入眠時刻を早めることができる。睡眠相後退症候群においては、この特性を利用して、朝の時間帯に高照度光を照射し、遅れた概日リズムを早め、睡眠の時間帯を早める。天候が良ければ、この症例のように日光浴でも十分である。人工光を用いる場合は、患者を高照度光療法器の前に座らせ、2500lux以上の照度が得られるようにする。患者には高照度光療法器の前で1分間に1回程度は光源をみるよう指示する。

時間療法とは、徐々に入眠時刻を遅らせて睡眠相を患者の望む時間帯に固定する方法で、主に睡眠相後退症候群の治療に用いられる。1日2 - 4時間ずつ入眠時刻を遅らせることで、ほぼ1週間かけて入眠時刻を22~24時の望ましい時間帯に固定する方法である。睡眠相後退症候群では睡眠時間帯を早めることは困難だが遅らせることは容易であることから考案された。この方法で睡眠相の遅れが改善される可能性は高いが、

不規則な生活をすると再び睡眠が遅れてしまうことも多い。

毎日寝つける時刻が遅れていく：非24時間睡眠・覚醒症候群

非24時間睡眠・覚醒症候群では、睡眠時間帯が毎日およそ1時間ずつ遅れていくことが基本的な症状である。全盲の患者で初めて報告されたが、その後視覚障害を持たない患者の報告が相次いでいる。いずれの場合にも、光による体内時計の同調が正常に機能しないため、起床時の概日リズムのリセットが行えずに入眠時刻が遅れるようになる。本症候群の患者の中には、体内時計機能に関連した遺伝子に変異を持つものがある。

患者は、周期的な昼夜逆転を訴えて来院する。本症候群を呈する患者では、睡眠時間帯が定まらないために、深刻な社会的不適応をきたす。患者自身が一定の時刻に就寝し覚醒しようと努力する場合、周期的に不眠や覚醒困難として自覚される。昼間に睡眠時間帯が出現する時期に日中無理に覚醒していても、眠気や注意力低下、集中持続の困難や、易疲労感、倦怠感等が出現する。これらの症状のため、慢性疲労症候群と診断されることもある。こうした疲労症状は、患者の概日リズムまかせて、毎日睡眠時間帯が遅れていくような生活をした場合は消失する。

症例2：30歳 男性

小学校のころから朝の寝起きが悪く、頻回に遅刻がみられた。19歳で大学に入学したころから、入眠できる時刻が毎日1時間づつ遅れていくことに気づいた。このため、昼夜逆転と好ましい時間帯に睡眠のとれる時期が1ヵ月ほどの周期で繰り返すようになった。大学卒業後、仕事についたが、同様の傾向が続いた。一定時刻に起床するとともにポータブルの機器で3000luxの高照度光療法を行ったところ、入眠時刻が遅れるのが止まった。この後、高照度光療法開始時刻を徐々に早め、通常の勤務時間に同調した生活ができるようになった。

極端な早寝早起き：睡眠相前進症候群

睡眠相前進症候群は、睡眠時間帯が通常より極端に早まり修正できない。患者は、夕方から強い眠気があるため20時には就床を余儀なくされ、深夜に目覚め

る。通常の時刻まで起きていようと努力しても、夕方からの眠気のために起きていられない。睡眠相後退症候群が若年者に多いのに対して高齢者に多くみられる。

高齢者に多いことから、この症候群の背景に加齢に伴う概日リズム機構の変化が大きな役割を果たしていると考えられている。歳をとると次第に早寝早起きになることは経験的に良く知られた事実だが、睡眠相前進症候群はこの極端な例といえよう。最近、米国で睡眠相前進症候群の家族発生例がユタ州で見いだされ、この家系に体内時計の機能に関連した遺伝子に変異があることが突き止められ話題を呼んだ。

加齢とともに睡眠相前進症候群を呈する患者に関する研究では、睡眠相前進症候群の背景に体内時計の機能変調による概日リズム周期の短縮が関与していることが明らかになっている。こうした患者では、隔離実験室で何の拘束もなく、時計も持たずに気ままに生活させると、入眠する時刻が毎日早くなっていく。こうした条件で、深部体温やホルモンのリズムを調べると、24時間より短い周期を示す。

健常若年成人では、起床し日光を浴びた時刻から12～13時間は覚醒して活動するのに適した状態が保たれ、14時間後くらいになると体内時計の働きで休息の準備が始まることをすでに述べた。睡眠相前進症候群では、起床時刻から12時間もすると深部体温が下がり始め、眠気が出現する。早起きによって早朝に太陽光を浴び、体内時計がリセットされるとさらに、この時刻を早めることになる。

症例3：56歳 男性

若い頃から、生活は規則正しい方であった。40代後半から、23時に就寝し、5時30分に起床していた。50歳を過ぎた頃より、次第に夜に眠くなる時刻が早くなった。この傾向は、春から秋の間日の出が早くなる時期に特にひどく、プロ野球が開幕するころになると、18時には起きていられないほど眠くなり、20時前に入眠し、2時ころには目覚めてしまうようになった。一方、秋から冬の時期には、22時頃まで起きていられた。初診時、精神的な問題は認められなかった。日常生活についての問診で、早朝の植木の世話、車で通勤中、会社に到着してから植物の手入れで、8時の始業時刻以前に2～3時間太陽光を浴びていることがわかった。8時までは、日光が目に入らぬよう濃いめのサングラスを着用するようにしたところ、次第に夜遅くま

で起きていられるようになった。約1ヶ月後には11時まで起きていられるようになり、5時まで睡眠がとれるようになった。

この症例では、春から夏にかけての早朝における太陽光への長時間暴露が睡眠時間帯が極端に早まる原因となっており、これをサングラス着用で防ぐことで望ましい入眠時刻および起床時刻を確保することができた。このように、悪化要因を取り除くだけで症状の改善がみられる場合がある。

夕方から眠るまでの時間帯に高照度光療法を行うとより確実な効果がある。夜の高照度光により、体内時計は昼がまだ続いていると判断し、活動に適した状態を延長するため、休息への準備が遅れ、結果的に入眠時刻が適正化される。

私たちの生活、体内時計と概日リズム

現代は、24時間体制で働く人々によって支えられている。24時間社会が、人間の英知による安全で豊かな文明を保障している。病院では、24時間体制で、救急に対応し、患者の容態を監視している。情報化社会を迎え、衛星書通信により他国の事件が一瞬のうちに家庭のテレビに映し出され、世界中の主要市場の情報は昼夜を分かたず供給される。これらの情報をいち早くキャッチし、的確に対応していくため多くの人が夜勤に従事している。仕事で時差のある地域を訪れる機会が多くなり、到着地の時間に合わせて速やかに業務を行う必要が多くなっている。

分子生物学により、体内時計に関する生まれながらの特性が概日リズム睡眠障害と関連していることが明らかになってきた。極端な夜型が睡眠相後退症候群であり、極端な朝型が睡眠相前進症候群と考えればよいのだ。健常者における夜型・朝型特性も遺伝子変異に基づく体質と関係している。

このような体内時計機能の多様性は、24時間社会の問題を解決するヒントになる。白らの体内時計の特性を知り、それぞれ1日のうちで最も働きやすい時間帯に働けるよう24時間の業務を時間帯に応じて分担していくのだ。朝型や夜型などの多様な特性の体内時計機能をもった人々が持ちつ持たれつして、24時間社会を乗り切っていければと思う。このためにも、体内時計や概日リズムの機構解明は重要であり、さらなる研究が必要と感じる。

参考文献

Uchiyama M, Okawa M, Ozaki S et al: Circadian characteristics of delayed sleep phase syndrome and non-24-hour sleep-wake syndrome. In *Circadian clocks and entrainment* (eds. K. Honma, S. Honma), Hokkaido University Press, Sapporo, pp. 115-130, 1998.

Uchiyama M, Okawa M, Shibui K et al: Altered phase relation between sleep timing and core body temperature rhythm in delayed sleep phase syndrome and non-24-hour sleep-wake syndrome in humans. *Neurosci Lett*, 294: 101-104, 2000.

Uchiyama M, Okawa M, Shibui K et al: Altered phase

relation between sleep timing and core body temperature rhythm in delayed sleep phase syndrome and non-24-hour sleep-wake syndrome in humans. *Neurosci Lett*, 294: 101-104, 2000.

内山真, 亀井雄一, 早川達郎他: 概日リズム睡眠障害の病態生理学的特性. *神経進歩* 45: 806-816, 2001.

Uchiyama M, Shibui K, Hayakawa T et al: Larger phase angle between sleep propensity and melatonin rhythms in sighted humans with non-24-hour sleep-wake syndrome. *Sleep* 25: 83-88, 2002.

内山真: (編集) 睡眠障害の対応と治療ガイドライン. じほう, 東京, 2002.

知的障害部

知的障害部は1960年10月国立精神衛生研究所の8番目の研究部「精神薄弱部」の名称で精神遅滞研究を専管する部として誕生した。創立の背景については当研究所30周年誌に当時の櫻井芳郎部長が記載しておられ、本来は精神遅滞に関する独立の研究所を作る予定であったところ、1959年の伊勢湾台風による国家予算の削減のため国立研究所の一研究部として発足することになったとのことである。1986年10月国立精神・神経センター発足に伴い、精神保健研究所精神薄弱部となり、長年の懸案であった部の名称変更については1999年4月「知的障害部」として実現し、発達障害全体を視野に入れての病態研究、早期発見、診断、治療・処遇等の調査・研究を所管する我が国唯一の国立研究機関として活動している。精神遅滞を伴う疾患や病態、自閉症、学習障害、注意欠陥/多動性障害(AD/HD)、感覚障害など発達障害の早期診断や治療・ケアに関する研究を行うことで狭義の精神遅滞についての理解もより深まり、問題も解明され、治療・対策・処遇に役立てうると考えられる。

初代部長、菅野重道先生は当部の研究につき「精神遅滞の発生予防に関連した“生物学的研究”と福祉対策に関する“心理 社会的な研究”の二方向性から進めるという方針」をもつとされ「部長以下5名の研究員(当時)でこれらの広汎な研究に取り組むことは極めて困難であるが、この方針を変える気はない」と志高く研究を進められた。二代、成瀬浩先生は新生児全員の先天代謝異常スクリーニングによる精神遅滞発生予防という本邦の画期的なシステム確立に貢献された。三代、櫻井芳郎先生は社会福祉の立場から全日本精神薄弱者育成会(現:全日本手をつなぐ育成会)と協力して調査研究を進められた。四代、栗田廣先生は精神遅滞を発達障害として広く理解し、研究を進めることの重要性を指摘され、自閉症や学習障害にも注目して発達障害全般の研究を行う方針を明確にされた。研究部創立以来、時々の研究員がその人数の割には大量の研究課題にとりくんできた。現在、私たちの課題はさらに大きく、広く、また重くなっているが、菅野先生の志を受け継ぎ、栗田先生の指摘された発達障害研究の視点をもってこの領域の研究を進展させるべく日々、研究に取り組んでいる。

平成14年度の研究部の構成とスタッフ

部長:加我牧子、診断研究室長:稲垣真澄、治療研究室長:宇野彰、流動研究員:白根聖子、客員研究員:栗田廣、原仁、堀本れい子、昆かおり、渋井展子、秋山千枝子、田中敦士、生島 浩、併任研究員:山崎廣子、西脇俊二、賃金研究員:堀口寿広、小林奈麻子、太田玲子、研究生:春原則子、金子真人、羽鳥誉之、小穴信吾、田中恭子、太田垣綾美、佐々木匡子、佐田佳美、金樹英、酒井厚、粟谷徳子、研究補助員:田村祐子、大橋啓子、真城百華、淡野雅子、斉藤実佳、酒井圭子、遠藤直子。

研究活動

1) 発達期高次脳機能障害の病態解明研究

乳幼児の高次大脳機能の発達を支える神経回路の発達とその障害につき神経生理学、神経心理学等の各種アプローチにより研究を進めている。

2) 発達障害児の視聴覚認知機能に関する研究

耳音響放射、誘発電位の応用の他、mismatch negativity、P300、N400など事象関連電位による他覚的評価法を考案し、精神遅滞、自閉症、学習障害、注意欠陥/多動性障害など発達障害児・者に適用して有用性を報告している。

3) 発達障害児の行動異常モデルにおける神経生理学、行動科学的、神経生化学的研究

生後早期に難聴を発症するBronx waltzer (Bv) マウスの自家繁殖中に出現した回轉性行動異常群の病態解明研究を行っている。本マウス聴力の他覚的診断法、遺伝学的診断法はすでに確立し、行動異常が難聴によらないことを証明した。脳内モノアミン測定によりBv回轉群マウスではD1機能低下を主とするDA伝達の異常があり、D1系作動薬が有効なことが示唆された。すなわちこのBv回轉群はヒト多動性病態の一側面を反映する動物モデル

として適当であり、病態研究、治療研究を推進している。

4) 学習障害に関する研究

スクリーニング検査法開発、就学前早期診断法開発、抽象語理解力検査開発などの検査法開発に力を入れている。またADHDとLDの合併頻度に関する調査研究、母国語の構造と読み書き障害の発生頻度に関する国際共同研究を行っており、リハビリテーション開発に関する研究を進めている。病態研究については画像診断、眼球運動、事象関連電位等のアプローチを行っている。

5) 後天性局所大脳損傷児の神経心理学的研究

失語、失行、失認を示す小児の病態研究とリハビリテーションに関する研究を行っている。

6) 小児副腎白質ジストロフィー症(ALD)の高次脳機能障害と治療時期決定に関する研究

本症は進行性代謝変性疾患で、稀少難病であり、唯一の治療法は骨髄移植・幹細胞移植である。この治療時期決定と治療後の評価のため神経心理学的・神経生理学的検査バッテリーを提案し、全国から紹介を受けて来院される患者さんに応用している。

7) 知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究

知的障害児の医学的診断検査の現状、療育・教育現場との連携のシステム化に向けた調査研究を行い、一次、二次、三次医療機関における検査ガイドライン試案を提言した。今後この試案につき検証を進めることにしている。

8) 知的障害者の社会参加を妨げる要因の解明と解決法に関する研究

知的障害者にみられる行動のうち社会参加の機会を狭めている要因についてWHOの国際障害分類第二版(ICF)の視点でとらえ直す試みである。この研究成果から、社会資源の活用を含めた社会参加の推進に寄与するファクターを明らかにすべく研究を進めている。

9) 脆弱X症候群に関する研究

発生頻度に関する疫学的研究を実施し、従来いわれている頻度より本邦の発生は少なく精神遅滞施設利用者の0.13%以下であることを報告した。また心理学的特徴ならびに認知機能に関する研究を実施し、治療的対応の手がかりを得るための臨床研究を行っている。

10) 高齢知的障害者の認知機能に関する研究

ダウン症候群成人ならびに原因不明の精神遅滞者の認知機能の評価、発達・老化、病的退行についての研究が進行中である。

11) 発達障害に関わる人々の精神健康に関する研究

Internetを通じて発達障害児医療に従事する医師の精神健康に関する国際的調査研究を実施し、国内におけるデータと比較し解析した。また介護する家族の身体的精神的健康度を児の原疾患、重症度、援助体制の有無等の視点から解析し、精神的支援者の存在の重要性も明らかにした。

本研究部において実施された研究により、1998年稲垣真澄、2001年昆かおりが日本小児神経学会優秀論文賞を受賞した。2003年には佐田佳美の受賞が内定するなど若手研究者の教育の成果にも着実なあゆみがみられている。

以上、簡単に記したとおり、知的障害部の研究活動は多岐にわたっているが、精神保健研究所50周年記念誌の発刊にあたり以下に3件の研究について紹介する。

(加我牧子)

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

成人ダウン症候群の視聴覚認知機能

知的障害部長 加我牧子

知的障害部 稲垣真澄, 白根聖子, 羽鳥誉之, 堀本れい子, 昆かおり, 小穴信吾
国立コロニーのぞみの園 阿部敏明

ダウン症候群成人16名(男性8名、女性8名、40~63歳、平均 49.9 ± 5.34 歳)に対し心理検査、簡易視力・聴力検査、神経生理学的検査(耳音響放射、聴性脳幹反応、視覚誘発電位、mismatch negativity、P300検査)を行った。その結果、成人Down症候群には視聴覚機能の著しい低下があることが判明した。老化に加え、病的な機能退行による変化が考えられ、適切な治療対応、支援が必要と考えられる。

なお、ダウン症候群成人で事象関連電位検査P300を行うためには、発達年令で3歳8ヶ月ないしIQ23が一つの目安になると考えられた。

はじめに

知的障害者に対し適切な時期に適切な援助を行うためには、知的障害者の発達・老化につき注意すべき点、時期を明らかにする必要がある。このためには重度知的障害者の高次脳機能の発達を評価できる発達年令を明らかにしなければならない。しかしながら、この点に注目した研究は従来行われていなかった。知的障害の原因で最も多いDown症候群では早期老化・痴呆の頻度が高いとされているため、本症候群をモデルとして検討を行うことができれば、他の原因による知的障害者の援助にも役立つと思われる。そこで今回私たちは、Down症候群成人について視聴覚機能異常の有無を検討したいと考えて本研究を行った。

対象と方法

対象は知的障害者施設在園中のダウン症候群成人16名(男性8名、女性8名、40~63歳、平均 49.9 ± 5.34 歳)とした。それぞれに対して鈴木ビネー式知能検査、人物描画など心理検査と、簡易視力・聴力検査に加えて、神経生理学的検査として耳音響放射、聴性脳幹反応、視覚誘発電位、mismatch negativity、P300検査などを行った。対照は健常小児・成人のべ210名とした。

検査の実施にあたっては、施設の担当者から本人および両親など保護者に検査内容と意義につき十分説明し、同意を得られた方にのみ行った。検査自体に副作

用は無く、検査中は疲れないように休憩をとるなど配慮に努めた。ただしその場で本人が納得されない場合は検査を中止した。

結果

1. 知的機能の心理学的評価

対象者の鈴木ビネー式知能検査によるIQは16から36で、平均(\pm SD) $23.2 (\pm 6.2)$ 、精神年齢は2歳5ヶ月から5歳10ヶ月であった。

2. 視力・視覚反応

検査可能な9例全例に視力低下(最良で0.4、多くは矯正後も0.2以下)がみられた。しかし行動観察による視性行動については日常生活上の困難のみみられた者はなかった。

3. 聴力・聴覚反応

聴覚反応は16例中10例において域値が中等度以上に上昇しており、4例は1kHz、3kHzの80dB音にも明らかな反応が認められず、6例は高周波数領域の上昇が中心であった。6例は明らかな域値上昇は確認できなかった。

4. 聴覚系生理検査/誘発電位検査

歪音耳音響放射は極端に導出が悪く、内耳性難聴が考えられたが、一部に中耳・外耳の所見が影響しているとみられる症例もあった。

聴性脳幹反応を実施できた14例で域値正常であったのは4例のみで、軽度上昇1例、中等度上昇7例、高度上昇2例であった。波延長が27耳中20耳にみられ、

波が正常潜時であったのはわずか5例であった。また波がはっきりしないものが2耳に認められた。

波間潜時延長が27耳中12耳に認められ、正常であった者7例、通常のDown症候群の特徴とされる潜時短縮を示したのは4耳、波があいまいなため測定できなかった耳が4耳であった。

5. 視覚誘発電位

視覚誘発電位は検査可能であった10例中、波潜時が正常であったのは3例のみで7例は潜時の延長が認められその程度の著しい者が多かった。

6. 聴覚系ならびに視覚系事象関連電位

聴覚弁別の自動過程を代表するmismatch negativityは施行し得た全14例ではトーンバースト課題では潜時の遅延が7例に、反応が不明瞭で確認できない者が3例であった。言語音については潜時遅延が4例、反応があいまいで確認できない者が4例あり、総じて極めて異常な反応を示す者が多かった。

能動的弁別過程を代表するP300は課題弁別が不可能な者が多かったが、挙手による返答などの工夫でP300を得ることができた者もあった。

すなわち聴覚課題を実施できた者が12例、このうちP300を認めたのは4例でいずれも潜時が遅延していた。また確実に課題を遂行できていても概して反応が極めて低振幅であった。反応が導出されなかったものが1例、弁別自体が困難でP300をえられなかった者が7例であった。

視覚P300課題については反応を認めたものが7例あり、反応がなかったのが1例であった。また弁別ができず反応を得られなかった者が2例あった。P300が認められた場合もすべて潜時は延長し、振幅が低かった。

また事象関連電位検査のうちP300が実施できた症例の発達年齢は3y8m以上、IQは23以上であった。

考 察

今回の対象となったダウン症候群16例の知的レベルは、これまで報告されてきた症例に比して平均として低かった。年齢分布は40歳から63歳であったが、年齢から期待される視聴覚機能に比べて著しい低下を伴う者が多かった。これらの機能レベルを維持向上するための支援についての対策を考慮する必要があると考えられる。

ダウン症候群に見られる早期老化や、早期の痴呆進行について明らかにするためには、すべての検査について健常成人から老人の検査結果の変化に関するデータが必要である。私たちの対照は成人の場合も比較的若年に偏っており、今回はこの点では十分な比較ができなかった。またダウン症候群症例も16名と限られていたため年代別の変化をとらえることは不可能であった。今後可能であればこれらの点につき検討したいと考えている。

また、ダウン症候群成人で他覚的に視聴覚認知の高次機能を評価するための事象関連電位検査P300を行うためには、発達年齢で3歳8ヶ月、IQ23が一つの目安になると考えられた。

成人Down症候群患者について臨床的、心理学的、神経生理学的に末梢感覚器から中枢の情報処理過程まで系統的に検討し、発達と老化、機能退行を他覚的に評価する意義は大きいと考えられた。

結 論

成人Down症候群には視聴覚機能の著しい低下があり、老化に加え病的な機能退行による変化が考えられ、適切な治療対応や支援が必要である。

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

発達障害児に対する医療・福祉資源活用ならびに連携状況に関する医師への現状調査

診断研究室長 稲垣真澄
知的障害部 堀口寿広

知的障害児・者の社会参加を促進する目的で、医師を対象として現行の医療社会福祉制度の活用状況、他施設や関連他職種との連携の実態をアンケート調査した。113人から回答が寄せられ、多くの医師が経験年数や勤務先によらずさまざまな制度を活用し、連携を実施していた。各制度の利用、各施設との連携の度合いは診療対象となる児・者の数や状態、年齢と関連していた。居住や就労といった在宅・地域ケアに関する制度の利用状況、関連施設や職種との連携は少なく、医師は自身の診療対象児・者の年齢や状態（疾患、障害）によらず広く制度について熟知し、施設を訪問するなどの経験を積むことで、ひとりの知的障害児・者のライフスタイルにそった医療福祉サービスの提供が行なえと考えられる。また、さまざまな職種・有資格者と専門的知識の交換・共有をおこない、一人の障害児・者を包括的に支援する連携役を確立することがのぞまれる。

はじめに

平成12年知的障害児（者）基礎調査⁹⁾によると、これまで把握されている知的障害児・者の数は329,200人とされ、最近56万人以上とも指摘されている。身体障害、精神障害との合併を考えると、この統計よりも多くの人々が何らかの支援を求めていると考えられる。WHO（世界保健機構）が策定したICF（International classification of functioning, disability and health：国際生活機能分類）は従来社会的不利（handicap）とされていた日常生活上の困難を、障害者自身の社会参加（participation）の制約にとらえ「参加していること」をも評価している¹³⁾。そして、このICFを用いた障害児・者の支援プログラムの確立が強く求められている。

現在、わが国において国や地方自治体が実施する知的障害児・者の支援には制度（サービス）的、施設的（ハード的なもの）、人的（ソフト的なもの）なものがあると考えられる。学習障害など軽度発達障害児・者を対象とした調査⁴⁾では、最初の相談先には病院が選択されており、医療機関は発達の遅れが疑われた場合の最初の公的な支援の窓口の一つであるといえる。

また、知的障害児・者が療育手帳の取得や障害年金の受給といった社会福祉制度を利用する際には医師の判定を要するため、医療機関はライフサイクルを踏まえた継続的なかかわりを行なう必要があるといえる

³⁾。近年、知的障害児入所施設の減少、入所児童の重度化や高齢化が進んでおり、成人した知的障害者の「行き先」が確定していない問題があるとされている¹¹⁾。

知的障害児の療育への連携を促進する早期発見を実現する目的で、医学的検査のガイドラインが米国で作成され²⁾、わが国でも検討されている^{8), 12)}。また、障害を持つ人々が利用できる医療社会福祉サービスはマニュアルが多く刊行されており^{1), 10)}、行政側の担当者のサービスや施設、資格に関する認知度を調査する試みもおこなわれている¹⁴⁾。しかしながら医師がどの程度現行のサービスや施策について熟知し活用しているのか、関係施設・機関との連携をどの程度おこなっているのか、といった実態は、はっきりとした情報が得られていない。

医学的検査の実施についても、対象児の状態だけではなく、医師の勤務先や経験年数といった要因によって差があることが示唆されている⁵⁾。したがってスタッフの知識や経験が、障害児・者の社会参加を促進あるいは阻害する可能性も十分想定できる。

そこで知的障害を含む発達障害医療に従事する医師に対して、現行の医療社会福祉サービスの活用状況と、他施設・機関、他の関連職種・資格との連携の現状を知る目的で調査を行なった。そして、回答者の特徴による実施状況の違いがあるか検討した。

なお本研究では、他施設の連携を他施設との対象者の紹介や相談のやり取り、嘱託などの非常勤を含む勤

務と定義し、他職種との連携を対象者の紹介や受け入れ、施設・地域のケース検討会で相談や助言などを行なうことと定義した。

方 法

日本小児神経学会評議員189人と、会員名簿より無作為抽出した会員100人の合計289人に対して質問紙を返信用封筒とともに郵送し、無記名で回答してもらった。調査期間は平成14年12月から15年1月とした。

質問した項目は 最近1年間に適用した医療福祉制度とその制度・サービスを適用した人数、最近1年間に連携を行なった知的障害福祉関連の施設・機関および同期間に直接訪ねたことのある各施設・機関、最近1年間に適用した在宅福祉のための制度・サービスと適用した人数、最近1年間に連携した医療福祉関連職・資格である。回答者の属性として、性別、医師経験、勤務先種別、最近1ヶ月間に診察した患者の疾患別の人数、最近1年間に診察した患者の主な年齢層、最近1年間に診察した患者のうち最高齢者の年齢をたずねた。また、知的障害児・者の医療福祉に関する意見などの自由回答を求めた。

結 果

回答総数113 (回収率39.1%)であった。

1. 回答者の属性

性別：男性が86人 (76.1%)、女性が18人 (15.9%)、無記入が9人であった。

医師経験年数：20 - 30年未満が53人 (46.9%)、10 - 20年未満の30人 (26.5%)、30 - 40年未満の23人 (20.4%)であった。

勤務先：大学病院が41人 (36.3%)、国立病院・療養所以外の公営・私営病院に勤務する回答者が22人 (19.5%)、診療所が12人 (10.6%)であった。

診察患者数：最近1カ月間の診察患者数については、てんかんが平均 (\pm SD) 72.8 (\pm 83.1)人、精神遅滞43.4 (56.0)人、脳性麻痺23.8人 (28.8)人であった。

診察した患者数を疾患別にみると、勤務先については、てんかんは大学病院 (37人) で多く (平均患者数91.8人)、診療所 (10人) では少なかった (平均患者数17.7人) (Kruskal-Wallis $p=0.015$)、

患者の年齢層：もっとも多かった年齢層は、3 - 7

歳未満が45人 (39.8%) であり、3歳未満の24人 (21.2%)、7 - 12歳未満の19人 (16.8%) であった。18歳以上という回答者は10人 (8.8%) であったが、一方で最高齢患者の年齢は平均41.6 (\pm 17.1) 歳で、60歳代が9人、70歳代が5人、80歳代が1人、90歳代が3人であった。回答のうちもっとも高齢の患者は95歳であった。したがって65歳以上の患者を診察した回答者は17人となり、回答者の15.0%に相当した。

診察した患者のうち、最も多い年齢層は大学病院では3 - 7歳が回答者20人 (52.6%)、診療所 (12人) では3歳未満が9人 (75.0%) であった (2 (df=42)=75.9, $p=0.001$)。また、診察した最高齢の患者年齢は「その他の病院」が最も若く (平均28.5歳)、知的障害者施設 (1人) (82歳) や診療所 (58.8歳) で高かった (Kruskal-Wallis $p<0.0001$)、

2. 適用した制度・サービス

半数以上の回答者が「適用したことがある」のは小児慢性特定疾患研究事業、特別児童扶養手当、精神障害者通院医療公費負担制度 (以下、32条)、補装具の給付、障害年金であった。32条は7割を超える回答者が適用した経験があった。

適用人数 (平均) は小児慢性特定疾患研究事業17.4人、特別児童扶養手当30.3人、32条 34.1人、補装具の給付13.0人、障害年金7.3人であった。

「適用したことがある」と「知っているが適用したことはない」の回答を合わせると、ほとんどの項目で知っているとした回答が6割を超えたが、更生医療は二つの回答を合計しても47.7%であった。

対象疾患による違いでは、育成医療を適用したところのある回答医師のほうが診察する重度心身障害児・者の数が多かった (Kruskal-Wallis $p=0.005$)。同様に、特別児童扶養手当は自閉症 ($p=0.002$) と代謝変性疾患 ($p=0.007$) で、更生医療は精神遅滞 ($p=0.0004$)、自閉症 ($p=0.007$)、脳性麻痺 ($p=0.0002$)、重度心身障害 ($p=0.0003$)、代謝変性疾患 ($p=0.006$) で、障害者医療はてんかん ($p=0.005$) で、32条は精神遅滞 ($p=0.006$) とてんかん ($p<0.0001$) で、補装具の給付は精神遅滞 ($p=0.0007$)、自閉症 ($p=0.001$)、脳性麻痺 ($p=0.0005$)、神経・筋疾患 ($p=0.005$) で、重度心身障害児福祉手当は精神遅滞 ($p=0.009$)、自閉症 ($p=0.003$)、てんかん ($p=0.008$)、脳性麻痺 ($p=0.005$)、神経・筋疾患 ($p=0.007$) で、児童育成手当は自閉症 ($p=0.006$) で、障害年金は精神遅滞 ($p=0.005$)、てん

かん ($p=0.0006$)、脳性麻痺 ($p=0.0003$)、神経・筋疾患 ($p=0.008$)、代謝変性疾患 ($p=0.003$)で、「適用したことがある」医師のほうが「適用したことがない」「知らない」という医師に比べ当該疾患の患者をより多く診察していた。

一方、「知らない」と回答した医師が一番多くの患者を診察していたのは、障害者医療は自閉症 ($p=0.006$)、32条は脳性麻痺 ($p=0.002$)、重度心身障害 ($p=0.001$)、言葉の遅れ ($p=0.002$)、運動の遅れ ($p=0.006$)であった。

回答者一人あたり適用した制度の数は診察する疾患別患者数と相関があった。

3. 連携した施設

「連携がある」という回答が半数を超えたのは知的障害児施設・同通園施設、重度心身障害児施設、肢体不自由児施設・同通園施設、児童相談所、保健所、市町村役場福祉課であった。保健所、児童相談所は8割以上の回答医師が連携を経験していた。

一方、福祉工場、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者グループホーム、知的障害者更生相談所、障害者職業センター、障害者職業能力開発校、社会保険事務所、児童館、障害者権利擁護センター(すてっぷ)は「連携はない」という回答が半数を超えていた。

男性医師のほうが保健所に「連携がある」と答える者の割合が高かった (Fisher's exact test $p=0.0007$)。また、医師経験20 - 30年未満を境に授産施設 (2 ($df=12$)= 39.2 , $p<0.0001$)と保健所 (2 ($df=6$)= 17.9 , $p=0.007$)で、経験の長い回答者のほうが「連携がある」と答える傾向があった。

各回答者の「連携がある」施設数合計を比較したところ、回答者全体の平均 (\pm SD) は10.3 (\pm 6.5)施設であり、主な患者の年齢層が7 - 12歳 (平均12.6施設)、3 - 7歳 (平均12.0施設)の回答者で施設数が多く、12 - 15歳 (平均5.5施設)の回答者で少なかった (Kruskal-Wallis $p=0.002$)。また、この連携施設数は各回答者が診察する疾患別患者数との間に、てんかんと神経・筋疾患をのぞいて有意な相関を認めた。

4. 行ったことのある施設

重度心身障害児施設と保健所は2割を超える回答医師が勤務経験を持ち、知的障害児施設および同通園施設、重度心身障害児施設、肢体不自由児施設および同

通園施設、保健所は3割を超える医師が訪問経験を持っていた。

一方「行ったことはない」という回答が半数を超えたのは自閉症児施設、情緒障害児短期治療施設、知的障害者更生施設、福祉工場、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者グループホーム、福祉事務所、知的障害者更生相談所、障害者職業センター、障害者職業能力開発校、社会保険事務所、精神保健福祉センター、すてっぷであった。さらに訪問経験の有無として、「勤務したことがある・している」と「行ったことがある」を合わせて訪問経験とし、「行ったことはない」と無記入を合わせて比較すると、重度心身障害児施設、保健所をのぞく各施設で半数を超える回答者は訪問経験がないという結果に分類された。

また、重心施設は大学病院に勤務する回答者に「行ったことがある」または「勤務していたことがある」という回答が多く (2 ($df=14$)= 30.4 , $p=0.007$)、知的障害者更生施設には大学病院やその他の病院の回答者に「行ったことがない」 (2 ($df=14$)= 53.0 , $p<0.0001$)という回答が多かった。また、主な患者の年齢層では12歳未満の各層の回答者で更生施設に「行ったことがない」という回答が多かった (2 ($df=10$)= 44.7 , $p<0.0001$)。

各回答者において最近1年間に勤務経験、あるいは行ったことのある施設数を合計したところ、回答者全体の平均 (\pm SD) は5.4 (\pm 5.0)施設であり、各回答者が診察する疾患別患者数との間に、精神遅滞 (Kendall $\tau=0.22$, $p=0.002$)、自閉症 ($\tau=0.29$, $p<0.0001$)、神経・筋疾患 ($\tau=0.20$, $p=0.007$)で、相関を認めた。また、各回答者の訪問施設数は連携施設数と相関があった ($\tau=0.26$, $p<0.0001$)。

5. 適用した在宅福祉制度・サービス

最も多かったのはショートステイ (知的障害児・者短期入所)であり、重度障害児・者日常生活用具給付、障害児保育がつづいた。「適用したことはない」という回答は重度脳性麻痺者等介護人派遣で半数を超え、ホームヘルプサービス、知的障害者デイサービス事業、成年後見制度、知的障害児・者のための民間の損害賠償保険、在宅重度心身障害児訪問健康診査、地域福祉権利擁護事業で多かった。

一方、「知らない・わからない」という回答は地域福祉権利擁護事業、損害賠償保険で2割を超え、無記入の回答と合わせると地域福祉権利擁護事業は半数を超

える回答者は知識がなかったと考えられた。

適用したことのあるサービスについては、回答者一人あたりでは心身障害者・児歯科診療(12.8±41.9人)が多く、障害児保育(9.4±11.4人)、重度障害児・者日常生活用具給付(7.9±15.2人)がみついた。

各回答者の適用経験のある制度・サービス数を合計したところ全回答者の平均は2.4(±2.2)であり、各疾患別患者数と相関があった。また、各回答者の適用した在宅福祉制度・サービスの数は適用したそれ以外の制度・サービス数($r=0.42, p<0.0001$)、連携施設数($r=0.37, p<0.0001$)、訪問施設数($r=0.22, p=0.0006$)と相関があった。

6. 他職との連携

幼稚園・学校教諭と「連携がある」という回答が7割を超え、理学療法士、心理士、保健師、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士、保育士、児童福祉司がみついた。「連携はない」という回答は知的障害者相談員で最も多く、介護支援専門員、ホームヘルパー、介護福祉士、精神保健福祉士、民生委員で半数を超えた。

「その資格・職種を知らない」という回答は治療教育士で2割を超えていた。「連携がある」以外の回答および無記入を合わせて「連携はない」とすると、治療教育士、知的障害者相談員、知的障害者福祉司、精神保健福祉士については8割以上の回答者が連携を行なわなかったことになる。

回答者一人あたり連携のあった資格・職種数は平均9.2(±5.9)であり、てんかん、言葉の遅れ、神経筋疾患をのぞく疾患別患者数と相関があった。また、各回答者が連携した他職種は、適用した制度数($r=0.26, p<0.0001$)、適用したそれ以外の在宅福祉制度数($r=0.50, p<0.0001$)、連携施設数($r=0.45, p<0.0001$)、訪問施設数($r=0.25, p=0.0001$)と相関があった。

7. 自由回答について

記載のあったのは53人(46.9%)で、内容をカテゴリーに分類したところ複数回答として70件の意見があった。

「施設数が少ない」といった施設や制度の充足を求める意見が18件(25.7%)、自閉症や軽度発達障害児のための支援を求める意見10件(14.3%)、年齢に応じた施設・制度間の連携についての意見が6件(8.6%)あった。そのほか情報不足への言及(3件)や地域格

差の言及(2件)、発達障害児のための救急医療の確立を求める意見(1件)と合わせると、現在の施設・制度に対して不足を訴え何らかの改善を求める意見が40件と意見全体の57.1%を占めた。

また、「医療、学習、地域家庭生活での問題をトータルに調整するような役割の専門家が必要」といった調整役を求める意見が7件(10.0%)、「大学生の体験制度をつくりたい」といった人材育成に関する意見が5件(7.1%)あり、人的資源の開発に関する意見として12件(17.1%)あった。さらに「医師が福祉の現場へ出向いて実情を把握する」といった、個人レベルでなし得る連携に関する意見が5件(7.1%)あった。

考 察

1. 医療社会福祉制度・サービスについて

a. 医療社会福祉制度・サービス(一般)

制度・サービスの適用数と患者数の相関は、患者数が多いほど適用頻度も増加することを示しているが、個別の制度・サービスには疾患ごとに適用の傾向に差があった。32条の適用率と平均適用数が最も高かったが、脳性麻痺など疾患によっては「知らない」という者が多く、医師一人あたりでてんかんの患者が最も多かったことと関連があると考えられる。

b. 在宅医療福祉制度

最も利用率の高かったのはショートステイであり、回答者の多くが病院に勤務しており入所を他施設に依頼する側であったためと考えられる。

また、ホームヘルプサービスやデイサービス事業といった在宅サービスについては適用率が低いようであり、地域福祉権利擁護事業と合わせて、成人後のサービスについては周知度も低いようであった。

2. 他施設・機関との連携について

療育に関する各施設との連携は多く行なわれていたが、居住あるいは就労に関する施設との連携は少なかった。患者の年齢層が低いほど連携施設数が多く、65歳以上の患者を診察した経験のある医師が15%いたにもかかわらず、同一の障害児・者を18歳にまたがって診療することが少ないということがあるのかもしれない。

他施設との連携には、施設の特徴を知るだけでなく、実際に訪問するなどして利用者の状態についても知る

ことで、現在診療中の障害児が成人後どのような困難を有するか、どのような社会参加が可能となるかを想定しての連携が実施できると思われる。

子どもの発達の遅れを受容したように見えても家族の気持ちは揺れ動いており、医師には利用できるサービスや施設についての情報やヒントを与え、親を支えていく役割がある⁶⁾。また、自治体の知的障害者業務を担当する職員の9割以上が3年以内に異動するとされ¹⁴⁾、医師のほうがより継続的なかわりを実践しやすいといえる。小児期の対象者が主である医師においても、成人後の知的障害者がどのような制度、施設を利用しているのか体験することが有効であろう。

3. 他職との連携について

施設内の連携は患児・者の心理検査や発達の評価、リハビリテーション、訓練の依頼であると考えられる。一方、施設外の連携は障害児保育をはじめ、患児の学校での様子をたずねたり、園・学校に情報を提供する広範囲な活動が含まれると推測される。

一方、連携がないとされたのは知的障害者相談員や、介護支援専門員やホームヘルパーといった在宅福祉ケアの専門職であった。介護支援専門員やホームヘルパーは地域で生活する知的障害者を有償で支援するものとするならば、知的障害者相談員は知的障害児・者について無償で、広く支援するものと考えられる。地域社会における支援のひとつとして家族会や当事者会をあげる医師は多いが、今後は各地域社会の特性に応じたサポートのためにも、各自治体の相談員についての情報を収集し、連携を深めていく必要がある。

また、周知度の最も低かった治療教育士は児童指導員や保育士などが取得していることが多いため、今回の調査結果だけで連携が十分ではないとはいえない。一般に、各資格の講習会などには医師が講師として参加することが多く、有資格者の知識・技能水準の向上のためには他職との専門的知識の交換・共有は重要である⁷⁾と考えられる。

そして今回自由回答において、医療から日常生活まで包括的にケアする調整役を求める意見が多く寄せられた。このような意見は在宅の障害児の保護者にも表れている¹⁵⁾。いわゆる障害者の調整役(コーディネーター)として今回の質問項目の中で該当する職種・資格は社会福祉士や精神保健福祉士、介護支援専門員やホームヘルパーなどであろう。たとえば社会福祉士の有資格者は30,019人(平成13年10月末)である⁹⁾が、

必ずしも全ての医療機関・児童福祉施設に在籍しているわけではなく、今後多くの施設・機関で活用されることが望まれる。

結 論

知的障害児・者の社会参加を促進し、生活の質を向上するためには、医療従事者としてできることは診療対象者の障害種別や年齢によらず日ごろより、より多くの施設、さまざまな職種との連携を行ない、制度的、施設的、人的なネットワークを綿密に形成することで、医療従事者の知識や経験を向上し、より充実した医療福祉を提供することである。

参考文献

- 1) 荒川義子, 住居広士監修: 介護保険時代の医療福祉総合ガイドブック第2版、医学書院、東京、2002.
- 2) Curry CJ, Stevenson RE, Aughton D et al: Evaluation of mental retardation: recommendations of a consensus conference. *Am J Med Genet* 72: 468-477, 1997.
- 3) Evenhuis H, Henderson CM, Beange H et al: Healthy aging: adults with intellectual disabilities: physical health issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 14: 175-194, 2001.
- 4) 堀口寿広, 宇野 彰: 学習障害(LD)児および周辺児・者の家族が求める医療、教育、福祉的援助. *脳と発達*32: 307-311, 2000.
- 5) 堀口寿広, 加我牧子, 稲垣真澄: 精神遅滞の診断に用いられる検査の利用状況について. *脳と発達*34: S275, 2002.
- 6) 加我牧子: 精神発達遅滞: 管理の問題点と親へのサポート. *小児内科*18: 1505-1509, 1986.
- 7) 加我牧子, 稲垣真澄, 宇野 彰他: 発達障害医療に従事する医師の精神健康に関する研究. *発達障害研究*20: 120-131, 1998.
- 8) 加我牧子, 堀口寿広, 稲垣真澄: 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究(第1報)精神遅滞の診断に用いられる検査と連携先についての現状調査. *脳と発達*34: 235-242, 2002.
- 9) 厚生労働省統計表データベースシステム (http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_3_3.html)

- 10) 三浦文男編著: 福祉サービスの基礎知識. 東京, 自由国民社, 2000.
- 11) 鈴木陽子編: 児童福祉. 八千代出版、東京、2001.
- 12) 田中恭子, 堀口寿広, 稲垣真澄他: 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究(第3報) 医学的診断検査の選択および有所見率の実態調査. 脳と発達(印刷中).
- 13) 上田 敏: ICF: 国際生活機能分類の概略と特徴. (厚生労働科学研究成果等普及啓発事業)「ICF: WHO 国際生活機能分類の理解と活用」講演会資料; 1-5, 国立長寿医療研究センター, 2002.
- 14) 渡辺勸持, 末光 茂, 畑本勲治他: 都道府県、市町村等における障害者サービス評価システムの開発. 平成13年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「都道府県・市町村等における精神保健福祉施策の充実に関する研究」総括・分担研究報告書(主任研究者: 中島克己), 2002.
- 15) 山田謙一, 須貝研司, 福水達郎他: 小児神経疾患における在宅人工呼吸療法の家族からみた評価とニーズ. 脳と発達35: 147-152, 2003.

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

失語症例や聴覚失認例におけるハンディキャップの調査と社会福祉のあり方に関する研究

治療研究室長 宇野 彰
 知的障害部 春原則子, 金子真人
 東京大学医学部耳鼻咽喉科学教室 加我君孝
 江戸川病院高砂分院 木村さち子

高次脳機能障害者が取得できる身体障害福祉法における等級は、唯一取得可能な失語症でも3、4級にとどまるばかりではなく他の障害では等級を取得出来ない。本研究では失語症群、聴覚失認群の日常生活におけるハンディキャップの実態を調査し、身体障害者福祉法にて妥当に評価されているか否かを検討した。その結果、2群ともに聴力障害群に比べコミュニケーションADL得点および最近のニュースの知識においても正答率が有意に低下していた。以上の結果から社会的不利に対応した社会的福祉のあり方が望まれるのではないと思われる。

People suffering from impairment of higher brain function are not designated as the disabled persons under the Law for the Welfare of People with Physical Disabilities, therefore they cannot benefit from any kind of welfare service. Only exceptions are aphasics, but the grades they can obtain are limited to Grade 3 and 4. In this study, we investigated the actual situation of handicaps faced in everyday life by three groups of disabled people, namely aphasics, those with auditory agnosia, and those with hearing loss. We compared three groups and examined if assessment under the Law for the Welfare of People with Physical Disabilities is appropriate. As a result, aphasics and people with auditory agnosia showed significantly lower score in CADL and a test of knowledge of current topics. We propose appropriate welfare service comparable to the actual handicaps each group of people face.

Key words : aphasia, auditory agnosia, welfare, handicap

1 はじめに

脳血管障害による死亡者はガンや心臓病に比べて年々減少してはいるが、後遺症を有する障害者は決して少なくない。大脳優位半球の損傷によって生じる失語症者は約30万人いるといわれ(日本失語症学会調査)、劣位半球損傷例もほぼ同数と考えられている。東京での高次脳機能障害者の実態調査では、発症時の年齢は働き盛りである40歳代と50歳代で69.1%と多くを占めることから¹⁰⁾、後遺症による経済的、心理的影響が大きいことが予想され、きめ細かな対応が重要であると思われる。しかし、この様な局在性の脳損傷による失語症、聴覚失認、視覚失認、半側無視および記憶障害や局在性の脳機能障害と考えられる学習障害を有する障害者・児が取得できる身体障害福祉法における等級は、唯一取得可能な失語症でも3、4級にとどまるばかりではなく、他の障害では身体障害福祉法が適用されない。そのため上述の高次神経機能

障害者・児は、身体障害者や視力障害者、聴力障害者に比べて福祉の恩恵に浴しにくい現状にある。

本研究では(1)全般的知能は正常である失語症例と聴覚失認例を対象として、日常生活におけるハンディキャップの実態を調査し、(2)身体障害者福祉法において妥当に評価されているか否かを検討し、福祉のあり方について考察することを目的とした。

2 対象と方法

対象は、身体障害者福祉法において言語機能障害の障害程度等級が3級または4級と認定された失語症例と、軽症すぎると判断され障害認定されなかったが、実際には重度言語障害を有する失語症83例である。年齢は平均62.3歳(18歳から89歳)で、平均教育年数は13.0年であった。全例脳血管障害を原因疾患として有していた。また、全例が独歩にて屋外歩行が可能であった。症例の知的水準に関してはレイヴン色彩マトリス検査で26点以上、Kohs立方体テストIQやWAIS動

作性IQで80点以上、かつ全員がリハビリテーションの訓練スケジュールに従って行動する事が可能であることから、日常生活で支障となるような知的低下はないと判断した。

対照群は身体障害者福祉法において聴覚障害の障害程度等級が再重度の2級と認定された末梢性の聴覚障害例9例である。年齢は平均44.8歳(28歳から63歳)、平均教育年数は12年で、全例が聾学校にて義務教育を受けていた。両群を比較すると聴覚障害例の方が若い、平均教育年数では統計的に有意差は認められなかった。聴覚障害のタイプは先天性聴覚障害4例、早期後天性聴覚障害5例(3歳から5歳、平均5.6歳で聴覚障害となった症例)であった。

検査、調査の内容と方法については木村ら(1991)¹⁾を参考にし以下のとおり行った。

- (1) コミュニケーション能力について各群を比較するため、標準化されている実用的コミュニケーション能力検査(CADL)¹²⁾の短縮版を用い検査した。
- (2) 補助手段を最大限に使用した場合のコミュニケーション実用性について調べるため、短縮版CADLを便宜的に用いた。失語症例と聴覚失認例では理解の検査場面で、補助手段として文字呈示を行った。聴覚障害例では手話または文字を使用した。

(3) 日常の言語情報の把握に関する正確性を調べるためテレビまたは新聞で毎日ニュースを見ている症例に対して、7問のニュースを口頭と文字で示し×式で解答してもらった。

3 結果

- (1) 実用的コミュニケーション能力検査(CADL)短縮版でのコミュニケーションレベルでは、身体障害者福祉法の障害程度等級が3、4級の失語症例や軽症として判断され身体障害福祉手帳を持っていない失語症例は、2級の聴覚障害例と比べて、ほぼ同等かもしくはコミュニケーションの実用性が低い症例が複数認められた。聴覚失認例は2級の聴覚障害例ほぼ同等の実用性であった(図1)。
- (2) 補助手段を使用した場合、失語症例に比べ障害程度等級の重い聴覚障害例の方がコミュニケーションの実用性が有意($P<.05$)に高かった(図2)。
- (3) ニュースに関する質問の平均正答数では失語症例に比べ、聴覚障害例が有意($P<.01$)に高い正答数を示していた(図3)。

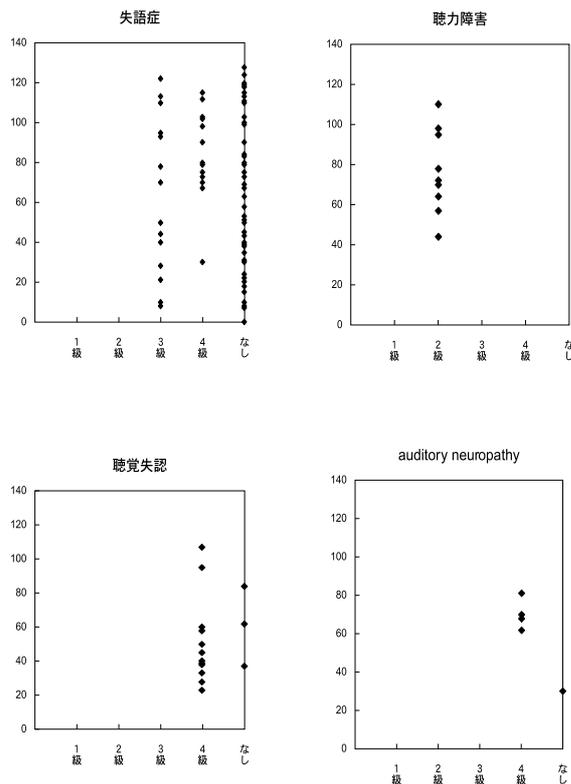


図1 コミュニケーションの実用度(CADL)
縦軸はCADL得点(得点が高い程実用性が高い)

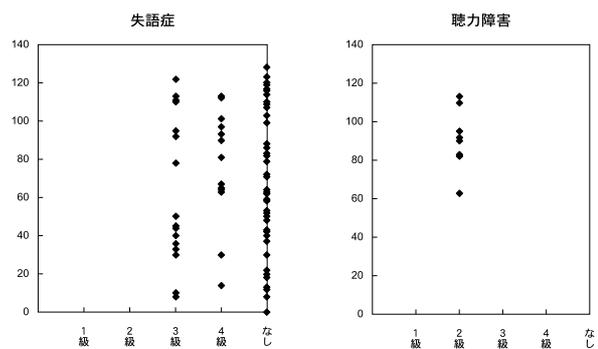


図2 身体障害福祉法における障害程度等級と補助手段使用時のCADLとの関係

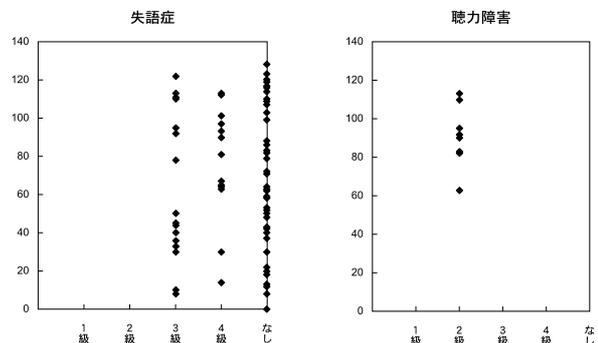


図3 失語症例と聴力障害例におけるニュースの理解度

4 考察

(1) コミュニケーション能力について

聴覚失認例は実用的コミュニケーション能力検査(CADL)短縮版でのコミュニケーションレベルにて、2級の聴覚障害例ほぼ同等の実用性であった。聴覚障害例は、基本的には聴覚のみが障害され、他の言語モダリティである発話能力、文字理解、書字能力は保たれている。発症年齢等により発話能力、文字理解、書字能力に個人差を認めたとしても他のコミュニケーション手段としての手話があり、コミュニケーションの実用性が高い。聴覚失認例もコミュニケーション上は聴覚経路のみの障害のため、補助手段を用いた時のコミュニケーション力については類似の水準であったが、聴覚失認例には福祉法がまだ適用されていない²⁾。

一方、短縮版CADLのコミュニケーションレベルでは、身体障害者福祉法で3、4級の失語症例や身体障害福祉手帳を持っていない失語症例は、2級の聴覚障害例と比べて、ほぼ同等かもしくはコミュニケーションの実用性が低い症例が複数認められた。福祉法が適用されたとしても最重度で3級にとどまる失語症例や重度であっても福祉法が適用されていない失語症例は、基本的には発話だけでなく聴覚的言語理解、文字理解、書字能力の全般が障害されているため2級の聴覚障害例に比べコミュニケーション能力が有意に低下していると考えられる。

身体障害福祉法における失語症の障害程度等級は「音声機能、言語機能またはそしゃく機能の喪失(3級)」「音声機能、言語機能またはそしゃく機能の著しい障害(4級)」のように機能障害の重症度で規定されている。しかし、厚生省が監修をした身体障害認定基準では、実際の判定の場合には標準失語症検査(SLTA)で示される10段階評価点や日本版WABで示される失語指数(AQ)ではなく、コミュニケーション活動(場とレベル)で判断されている³⁾。この点は、視覚障害や聴覚障害、身体機能障害などの評価基準との大きな相違点である。視覚障害は視力障害の重症度で、聴力障害は聴力障害の重症度で、身体機能障害は身体機能の重症度だけで評価されるからである。本論文では、言語機能がほぼ廃絶していても非言語的(ノンバーバル)コミュニケーション能力により補完される総合的なコミュニケーションの実用性の観点から分析したことになる。しかし、標準失語症検査(SLTA)

や日本版WABで測定される言語機能のみによるコミュニケーション実用度で評価した場合には、非言語的コミュニケーション能力を活用できない分だけさらにコミュニケーションが困難になることは、よく知られていることである。以上のような言語障害の特徴を考慮した福祉的サービスが望まれるのではないかと思われる。

(2) 言語情報の把握について

現代の情報社会ではコミュニケーションをとることは重要だが、言語情報を把握すること自体も重要である。教育年数に関しては有意な差を認めなかったが、聴覚障害例に比べ失語症例は社会的言語情報の把握が困難であった。聴覚障害例は電話やテレビなどからの情報把握に障害を認めるが、基本的に聴覚以外の言語モダリティは保たれているので、新聞・雑誌・手紙・ファクシミリまたはコンピューター通信やインターネット等は活用可能である。しかし、失語症例は一般的に全ての言語モダリティが障害されているので電話やテレビだけでなくそれ以外の新聞・雑誌・手紙・ファクシミリ、コンピューター通信やインターネット等の情報把握の障害を認めるため聴覚障害例に比べ言語情報の把握が困難であると考えられる。以上から、身体障害福祉法の制定された1949年から現在までの言語情報量の増加^{4)・8)・11)}が聴覚障害例に比べ失語症例の言語情報の把握をより困難にしている可能性がある。さらに今後も増加と思われる言語情報量は失語症例のハンディキャップをより増大させつづけると考えられる。

(3) ハンディキャップの援助体制について

日常生活のハンディキャップとして聴覚障害例には「音が聞こえない」ため音に反応できないという失語症例や聴覚失認例にはない特有の問題がある。しかし、この問題については屋内信号灯や屋内アラームシステム等の視覚信号等に変換できる製品が開発されている。さらにコミュニケーションのハンディキャップについては、手話通訳者や要約筆記者の養成および派遣といった制度がある¹¹⁾。聴覚障害例のハンディキャップには以上のように援助体制があるが、逆に失語症例や聴覚失認例のハンディキャップにはまだ有効な援助体制が確立されていないのが現状と思われる。

以上のようにコミュニケーション能力、言語情報の把握、ハンディキャップの援助体制という3点から比較した時、身体障害者福祉法において障害程度等級が2級の重度聴覚障害例に比べ、より等級の軽い3級や

4級もしくは軽症とみなされ障害を認定されない重度失語症例のほうが日常生活でのハンディキャップが大きいことがわかった。また、まだ障害を認定されていない聴覚失認例現行では、聴覚障害例でも「ろうあ」の場合、聴覚障害に言語機能障害（発話の障害）を合わせて重複障害として認定されている。例えば先天性ろうあの場合、両耳全ろうで聴覚障害2級、音声言語をもっては意思を通じることができない時、言語機能障害3級となり指数加算により1級となる。失語症例においても、コミュニケーション能力や言語情報の把握の能力なども考慮した方が実状に即していると思われる。

このように、まだ社会的福祉の焦点が当てられていない大きな障害者群が現に存在することがわかった。彼らの社会的不利に対応した社会的福祉のあり方が望まれる。そして、以上の実態が身体障害者福祉法に適切に反映されることが望ましいと思われた。

引用文献

- 1) 木村さち子, 宇野彰, 五十嵐浩子他: 重度失語症例のコミュニケーション能力と身体障害者福祉法での障害程度等級について-聴覚障害例との比較-. 失語症研究 11:195-199, 1991.
- 2) 厚生省社会局厚生課: 身体障害認定基準解釈と運用. 第1版、中央法規出版, 東京, pp133. 1988.
- 3) 厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課監修: 四訂身体障害認定基準、中央法規出版, 東京, pp182. 1999.
- 4) 総務庁統計局: 日本統計年鑑3、日本統計協会、東京、pp. 190. 1953.
- 5) 総務庁統計局: 第9回日本統計年鑑、日本統計協会、東京、pp. 467. 1959.
- 6) 総務庁統計局: 第36回日本統計年鑑、日本統計協会、東京、pp. 317. 1986.
- 7) 総務庁統計局: 第38回日本統計年鑑、日本統計協会、東京、pp. 467. 1988.
- 8) 出版ニュース社: 出版年鑑1951年版、pp. 843. 1951.
- 9) 東京都福祉局障害福祉部身体障害者福祉課: 身体障害者手帳のしおり、東京、pp.21-22. 1989.
- 10) 東京都高次脳機能障害者実態調査研究会: 平成11年度高次脳機能障害者実態調査報告書、東京、2000.
- 11) 郵政省: 昭和63年度郵政行政統計年報、pp.75. 1989.
- 12) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子他: 実用的コミュニケーション能力 C A D L 検査 . 第1版, 医歯薬出版, 東京, 1990.

社会復帰相談部

社会復帰相談部は、従来から、精神障害者の社会復帰に関わる調査研究をすすめることを、その主たる研究課題にしてきた。しかし、時代とともに、「社会復帰」の意味合いも変化する。当事者や家族への支援に加えて、コミュニティや行政といったシステムの変化、それも当事者や家族もその変化に参画できるようなかたちでの変化を企図することが、「社会復帰」=リハビリテーションの要素として現代では必要になってきている。

そのような状況下での研究部の役割として、われわれは、生物・心理・社会的観点から精神障害を多面的に捉え、施策としても可能な包括的な精神障害者リハビリテーションのモデルを呈示し、その効果に関する実証研究を推進することを、その目的の第一としてきた。

現在の研究課題を紹介する。

「統合失調症に関する心理社会的研究・リハビリテーションモデルの開発研究」では、国府台病院精神科をはじめ全国13の精神科医療施設と連携をとりつつ、心理社会的治療とりわけ、心理教育が、統合失調症患者や家族にどのように寄与しているかの検討を継続してきた。99年度までの研究では、家族心理教育が退院9ヶ月の再発予後を低くすることを実証した。01年度は、家族心理教育がケア効力感を上げ、患者への拒否感の増加を妨ぎ、家族の困難感を軽減していることを実証した。02年度以降は介入の30ヶ月予後の調査と、研究成果を取り入れたガイドライン作成の準備作業をおこなっている。

「社会的ひきこもりに対する地域精神保健サービスのあり方に関する研究」では、いわゆる「社会的ひきこもり」の実態を把握するとともに、地域精神保健機関での対応のノウハウをまとめることを研究の目的とした。全国の精神保健福祉センター・保健所を対象に「ひきこもり」に対するメンタルヘルスサービスの実態調査、家族支援を中心とした援助活動の1年間のフォローアップ調査、精神保健福祉センター職員を対象とした研修活動などを実施した。研究の成果は、本人家族向けのパンフレット「『ひきこもりかな?』と思ったら」や、「10代、20代を中心とした『社会的ひきこもり』をめぐる地域精神保健活動のガイドライン」などで、公表した。

「摂食障害患者・家族に対する心理教育の効果についての実証的研究」では、国府台病院心療内科と連携して、摂食障害患者とその家族に対する心理教育プログラムを実施した。特に、患者への心理教育は、コントロール群との比較研究を企画し、介入群に小さな良い変化への気づきの増大、問題以外での生活の広がり、問題への対処困難感の軽減、空虚感の軽減、自尊感情の軽度の増加などの傾向を認めた。今後、複合家族型の心理教育の効果検証、家族療法についてのガイドラインづくり、家族向けのパンフレットづくりなどを計画している。

研究課題のなかで、現在もっとも力を入れているのが、「重症精神障害者に対する、訪問を中心とした包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：ACT）のモデル形成に関する研究」である。重症精神障害者の地域生活支援をシステム化することを目標に、日本の実情にあった、訪問型の包括的地域生活支援サービス（ACT）のあり方について検討を重ね、平成15年度より国府台地区をフィールドとして、ACTのモデル事業（パイロットスタディ）を実施し始めた。今後、スタッフの行動を含むプロセスの評価、患者や家族のアウトカムの評価、かかる医療費などの変化を追跡する医療経済学的評価を、このモデル事業に対して実施する。さらに、ACTチームが成熟した後に、コントロール群をおいての効果実証研究を実施する予定である。

さて、本誌に載せた2論文は、当部の若手研究スタッフによる研究成果である。一つは大阪府のI小学校でおきた事件が、他の地域の家族に与えた影響についての調査、一つは不登校から「ひきこもり」へと移行する問題についての総説である。いずれも、部の中に研究チームを立ちあげ調査にあたった。当部の活動の一部がおわかりいただければ幸いです。

（伊藤順一郎）

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

小学校における児童殺傷事件が他の地域の小学生家族に与えた影響

社会復帰相談部 榎野葉月*, 内田優子, 小林清香, 馬場安希
社会復帰相談部長 伊藤順一郎

・研究目的

平成12年6月8日大阪のI小学校において児童殺傷事件が生じた。白昼の学校において、精神科通院歴のある男性が包丁を持って小学校1、2年生の児童を次々と殺傷したこの事件は、マスコミに大々的に報道され、多くの影響を残した。被害者と同年代の児童やその保護者を中心とした不安の増強、全国の学校での安全管理策強化、触法精神障害者の処遇問題、精神障害者への偏見拡大などが見られている^{3,5)}。米国でも2001年の9・11テロ事件に対する心理的反応に関する調査報告書の中で、事件現場周辺にいる場合や、テレビ視聴時間が長く、多くの内容を見ているほど心理的な影響が強いことが報告された²⁾。

本研究では、I小学校事件の被害者と類似した状況にあると考えられる小学校の保護者を対象に、この事件報道の影響を明らかにすることを目的とした。そのために、以下の2点を検討した。

- I小事件における報道を分析する
- 報道が小学校保護者に与えた影響を分析する

・調査の概要

まず、報道内容の分析のため、購読数が最大である大手新聞A紙をサンプルに記事を収集し、内容的および量的分析を加えた。次に、小学校保護者を対象に質問紙調査を行い、事件報道への関心やその影響などについて問うた。これらについて、以下に詳述する。

1. 新聞記事の分析

1) 方法

A紙(関東本社版)を事件当日(6月8日)の夕刊から8月末日までの約3ヶ月に渡って収集した⁵⁾。新聞記事には臨床心理士1名、大学院生1名が全文に目を通し記事の見出しを抽出した。その後臨床心理士2名、大学院生1名、研究員1名で見出しを元に記事内容を大きく分類した。さらに詳細な内容をチームでディスカッションしながらカテゴリ化した。カテゴリ化に際しては以下の2点に配慮した。

1. 調査対象者が事件と同様に小学校の保護者であること

学校としての対応や保護者としての対応など、事件だけでなく対象者にとって身近と感じられそうな内容を検討した。

2. 心理的な影響だけでなく社会的な影響も考慮すること

精神保健福祉施策面での影響についても考察出来るような項目をたてた。

次いで、カテゴリごとに掲載記事を数えた。記事は同一紙面上に連続したものを1つとした。同じ記事の中でも複数のカテゴリに渡って言及された場合には、それぞれにカテゴリごとに1つとカウントした。

2) 結果

a) 記事内容の分類

記事の総数は113本であった。見出しの分類から5つの大分類が得られ、さらに記事内容の吟味を加えて計12の下位カテゴリに分けられた。

カテゴリと内容例は以下の通りである。

<事件そのものに関して>

ア) 事件の詳細

事件の内容やその後の犯人逮捕、供述、現場検証、起訴などの一連の経過など

イ) 容疑者像

容疑者の生活歴、家族歴、通院歴や供述内容による動機の推定など

ウ) 被害児童の詳細

*東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
Univ. Tokyo, Graduate school of Medicine. Dept. Mental Health

- 被害児童の氏名や作文、絵画など
- < I小での対応 >
 - エ) I小における学校の対応
 - I小の警備強化、校舎建て替え、児童の進学推薦措置、保護者会開催など
 - オ) I小における児童・保護者に対する心のケア
 - 相談窓口の設置、I小教諭とカウンセラーによる家庭訪問、心のケア準備授業の実施など
- < 安全管理に関して >
 - カ) 各地の学校の警備強化
 - 学校への警備員配置、非常ベルの設置、警察官のパトロール依頼、行きすぎた避難訓練など
 - キ) 開かれた学校のジレンマ
 - 地域と協力しながら質の高い授業改革を目指す「開かれた学校」施策と、学校を閉鎖する安全管理施策との間の問題点
 - ク) 地域・保護者ぐるみでの安全管理
 - 保護者のPTAパトロール、保護者の登下校送迎、地域の「緊急避難の家」の設置など
- < 精神障害者施策に関連して >
 - ケ) 精神障害者の犯罪者に関する法制度改革
 - 責任能力の判定の難しさ、現行の刑法の問題点、厚生労働省の審議会、特別立法の試案など
 - コ) 精神科医療体制の課題
 - 日本の精神科スタッフの人員不足、地域ケアの不十分さ、措置入院制度の問題点など
- < その他 >

- サ) メディア面での影響など
 - 海外での報道、ネット上の模倣ゲームの作成と削除、類似犯の報道、歌手のささげた歌、スポーツ選手の黙祷、スポーツ教室の開催など
- シ) 精神障害者への偏見拡大
 - 精神障害者の感じた偏見の強化や当事者団体による抗議声明など

この分類は大手新聞1紙によるもので内容の妥当性に疑問が残った。そこで、全国精神障害者家族会連合会(以下全家連)の協力を得て、事件後1ヶ月間の各種新聞・雑誌記事の内容を検討した。記事の分量や写真の大きさ等多少の相違は見られるものの、上記カテゴリとほぼ同様の内容が見られた。それゆえ、上記カテゴリは報道の内容をほぼ網羅するものであるといえよう。

b) 報道記事数に関する分析

カテゴリごとに記事数をカウントし、週ごとの変遷を見た結果を表1にまとめた。

3ヶ月間を通じて最も多く報道されたのは、容疑者に関する情報で47本が取り上げている。次いでI小での対応が多く、「I小における学校の対応」29本、「I小における心のケア」27本であった。触法精神障害者に関連しては、法制度改革にまつわる論議が最も多く26本で触れていたが、「精神科医療体制の課題」は17本のみである。各地の安全管理策については「各地の

表1 週ごとにみたカテゴリごとの記事数の変遷(重複あり)

経過週	事件 そのもの		I小での対応		各地の安全管理策			触法精神障害者 施策 関連		その他		合計		
	(ア) 事件の詳細	(イ) 容疑者像	(ウ) 被害児童の詳細	(エ) I小における学校の対応	(オ) I小における心のケア	(カ) 各地の学校の警備強化	(キ) 開かれた学校づくりのジレンマ	(ク) 地域・保護者ぐるみでの安全管理	(ケ) 触法精神障害者に関する法制度改革	(コ) 精神科医療体制の課題	(サ) メディア面での影響		(シ) 精神障害者への偏見拡大	
6/8-6/14	1週間	7	18	12	8	11	11	7	11	11	5	6	1	108
6/15-6/21	2週間	1	10	1	5	7	1					3	2	30
6/22-6/28	3週間		7	2	4	3	1		1	5	3	2		28
6/29-7/5	4週間	1	6		3	3			1	2	2	2		20
7/6-7/12	5週間		2	2	2	2	1		1	3	2			15
7/13-7/19	6週間		1		1		1			1				4
7/20-7/26	7週間													0
7/27-8/2	8週間				1									1
8/3-8/9	9週間		3			1				3	4			11
8/10-8/16	10週間				1				1	1	1			4
8/17-8/23	11週間				2									2
8/24-8/30	12週間	1			2									3
合計		10	47	17	29	27	15	7	15	26	17	13	3	

学校の警備強化」「地域・保護者ぐるみの安全管理策」いずれも15本であり、比較的少ない。

週ごとに記事数変遷を追うと、事件直後に最も多く、その内容も多岐に渡っている。翌週には記事は急速に減少し、事件そのものおよびI小での対応以外の記事はあまり見られない。その後の記事は容疑者に関する情報、I小での対応、触法精神障害者法制度改革の3点に収束していく。特に外務省汚職事件が問題となった7月中旬や参院選(7/30)前後にはほとんど記事が見られない。I小事件発生から2ヵ月後には再び特集記事が割かれ、その後はI小での仮校舎建築などに関連した話題が散見された。

掲載紙面についても検討した。社会面ではほぼ毎週に渡って記事が掲載されていた。1面も容疑者の供述や学校での対応をまとめるなど事件後4週間に渡って、及び、仮校舎完成前後に紙面が割かれた。事件後1週間は各面にまたがって、事件の解説や学校・家庭生活への影響、政治的影響など幅広い角度の記事が見られた。カテゴリとの関連では、1面と社会面ではほぼ全カテゴリ内容が取り上げられていた。従って、各カテゴリ内容はいずれも広範に伝えられたメッセージとみなせる。社説では事件現場での今後の対応や、学校の安全管理、触法精神障害者処遇問題など、今後の提言にまつわる内容が多い。総合面や解説面では学校の安全管理策や触法障害者処遇問題の解説記事が多かった。生活面は学校・保護者の対応に関する記事だけであった。

3) 小括

I小学校事件の報道では、事件そのものや学校での対応、安全管理対策や精神障害者施策など多角的な情報が提供されていた。事件に関する情報は発生から1ヵ月間は漸減しつつも報道に取り上げられ、その後は事態の進展に関するものや特集記事以外は見られなかった。また事件直後には多角的な情報が見られたが、翌週以降には事件への安全管理対策に関する報道は見られなくなった。なお、I小事件の報道を検証した月崎³⁾によれば、9月以降も容疑者の起訴や公判予定、I小事件以前の3事件に関する追起訴などの報道が取り上げられたが、ごく小さな扱いであったという。事件の経過を丁寧に追っていく粘り強さが見られない、と指摘している。

もっとも時間の経過に伴い、記事数やカテゴリが絞られていくのは、報道の即時性というニーズからみて

妥当かもしれない。しかし精神障害者への偏見拡大が問題になったこの事件で、精神科医療の課題や事件の精神障害者に対する影響などはあまり報道されていなかった。事件から得られる精神障害関連の話題は容疑者の病歴と法制度改革問題に偏っていた。このことから、多くの人々の精神障害者観に及ぼす影響は決して望ましいものではなかったと推察される。

2. 小学校保護者に事件報道が与えた影響に関する調査

事件の報道が人々に影響を与える過程には、まず報道による情報に接する段階があり、次いで報道の印象深さや各自の関心によって選択的に情報の取捨選択を行う。そして受容された情報が、情緒面や行動面に影響を与えられられる。本調査ではI小事件に関してこれらの段階ごとに調査を行った。

1) 方法

a) 調査対象者

調査は、事件現場と比較的近距離にあるB県の公立小学校2校(B-1校・B-2校)と、遠距離のC県およびD県の公立小学校各1校(C校・D校)を対象に行った。B-1校は県庁所在市内の中心域に位置し、歴史の長い小学校4校が統廃合されて数年前に出来た学校である。B-2校は同市内だが市街中心地よりは幾分外れた場所であり、古代から歴史ある山荘地域であった。C校は都市近郊の商店街が発達した住宅地にあり、D校は歴史ある中世の城下町にある。

b) 調査方法

後述する内容の調査票を用い、各学校に調査票を郵送した。調査期間は平成12年11月から12月にかけてである。調査票は担任から児童を通して各家庭に配布し、約1週間後、クラスごとに回収した。複数の児童がいる場合には、年下の学年の調査票にのみ提出することとした。

c) 調査票の構成

基本属性として以下の点を訊ねた：性、年齢、児童との続柄と児童の学年。

次いで新聞記事の分類で得られた12カテゴリに関して、各カテゴリとその主な内容を新聞記事の見出しを例として説明し、それぞれ以下の点を訊ねる調査票を作成した。

情報への接触

見聞きしたか訊ねるもので、「確実に見聞きした」「見聞きしたかどうか記憶があいまい」「見聞きしたことはない」の3段階である。

情報への関心

関心の度合いを訊ねるもので、「関心を持った」「どちらかといえば関心を持った」「どちらかといえば関心を持たなかった」「関心を持たなかった」の4段階で回答する。さらに特に関心を持った点を自由記入で訊ねた。

情緒的な影響

報道にふれて情緒的な影響を受けたかどうか訊ねるもので、「影響を受けた」「どちらかといえば影響を受けた」「どちらかといえば影響を受けなかった」「影響を受けなかった」の4段階で回答する。また具体的に感じたことについて自由記入で訊ねた。

行動面での影響

具体的な行動面で影響があったか訊ねるもので、「影響を受けた」「どちらかといえば影響を受けた」「どちらかといえば影響を受けなかった」「影響を受けなかった」の4段階で回答する。また具体的にとった行動について自由記入で訊ねた。

今後必要だと思う情報

今後似たような事件があったら必要だと思う情報について「必要である」「どちらかといえば必要である」「どちらかといえば必要ない」「必要ない」の4段階で訊ねた。また今回の事件報道に関する意見や今後必要な情報について自由記入で訊ねた。

d) 解析方法

それぞれの回答分布を基本集計した。また、子どもの学年による違いを検討するために児童の学年を3年生以下の低学年層と、4年生以上の高学年層に分けてMann-WhitneyのU検定を行った。複数の児童がいる場合には年少児童の学年に合わせた。また地域差を検討するために、Kruskal-Wallis検定を行った。

2) 結果

a) 基本属性

有効回収数は969/2005票(母数は児童数)であり、有効回収率は48.3%である。但し、兄弟(姉妹)のいる家庭からは1票のみ回収しているため、実際の回答率はもう少し高いものと見られる。なお、各学校ごとの回収率はB-1校45.1%、B-2校42.3%、C校

59.4%、D校41.9%であった。

回答者の性別では男性12.6%、女性85.1%で母親が大半であった。年代は20代15人(1.5%)、30代480人(49.5%)、40代416人(42.9%)、50代19人(2.0%)であり、30代と40代が9割を占めた。子どもの学年(複数回答)では、各学年とも約20%程度であった。(表2)

表2 回答者の基本属性

	度数	%
性別		
男性	122	12.6
女性	825	85.1
年代		
20代	15	1.5
30代	480	49.5
40代	416	42.9
50代	19	2.0
子どもの学年(複数回答)		
1年	215	22.2
2年	229	23.6
3年	204	21.1
4年	205	21.2
5年	184	19.0
6年	194	20.4

b) 情報への接触

各カテゴリについて、「確実に見聞きしたことがある」との回答が8割を超えたのは、「事件の詳細」(94.1%)、「容疑者像」(88.4%)であった。次いで「被害児童の詳細」(73.7%)、「各地の学校の警備強化」(73.2%)、「I小における学校の対応」(71.9%)、「I小における心のケア」(70.6%)が、7割を越えていた。一方、「精神障害者への偏見拡大」(40.8%)、「精神科医療体制の課題」(41.0%)、「精神障害者の犯罪者に関する法制度改革」(47.0%)など精神障害者関連のカテゴリを確実に見聞きしたとの回答はいずれも半数未満であった。

c) 情報への関心の程度

各カテゴリについて「関心を持った」あるいは「どちらかといえば関心を持った」としたものが多い順に、「事件の詳細」(98.6%)、「容疑者像」(97.0%)、「I小における学校の対応」(93.7%)、「I小における心のケア」(92.3%)、「各地の学校の警備強化」(92.1%)となった。12カテゴリの中で関心の程度が一番低かった「精神障害者への偏見拡大」でも「関心を持った」あるいは「どちらかといえば関心を持った」としたものは70%を越え、この事件全体への関心の強さをうかがわせた。

また自由記述では、犯人像に関することをあげたものが最も多く、「犯人はどんな人物で、なぜこうした行動に及んだのか」というような犯行の動機やきっかけへの高い関心がうかがわれた。また、事件の詳細について強い関心を持ったという記述も多かったが、その中では、「詳細を知れば知るほど耳をふさぎなくなった」「他人事とは思えずつらかった」というような事件に対する情動的な衝撃も記述されていた。

「各地の学校の警備強化」や「地域・保護者ぐるみでの安全管理」に関連する自由記述も数多くみられた。この中では安全だと思っていた学校での事件への衝撃だけではなく、今後学校での子どもの生活をどう守っていくかへの関心、実際に自身が行った対応（PTAのパトロールへの参加・子どもとの会話・子どもに具体的な対策を提示したことなど）が記述されていた。

d) 情緒的な影響

大カテゴリ<事件そのもの>に相当する「事件の詳細(84.7%)」、「被害児童の詳細(80.7%)」、「容疑者像(75.3%)」に情緒的な「影響を受けた」または「どちらかといえば影響を受けた」との回答が圧倒的に多かった。その他のカテゴリでは「影響を受けた」との回答は3割未満であった。

自由記述への回答によると「事件の詳細」から受けた情緒的影響として多かったのは、怒り・悲しみ・不安・心配・動揺・恐怖・ショックであった。「仕事を手につかない」「寝付けぬ」「我が子が無事であることを確認しないではいられない」との訴えが見られた。子どもが示した反応について「怖い夢を見る」「夜泣き」「恐怖感が強く、学校の行き帰りも不安な様子」との記述も少数ながら見られた。「被害児童の詳細」では、被害児童への哀悼を綴るものや、その親・家族の心痛を察するものが多かった。親の立場に自分を重ね合わせて不安や心配を述べる意見も見られた。容疑者に対しては、激しい怒りが多く見られた。一方で容疑者の動機や事前対応が出来なかったことへの疑問の声も寄せられた。その他学校の安全性への不安、触法精神障害者施策に対する苛立ちや隔離政策を望む声なども見られた。精神科医療体制に不満や怒り、要望も示された。また精神障害者への漠然とした不安を述べる意見と、反対に偏見の拡大を危惧する意見も見られた。

報道そのものに対する記述も多く、犠牲者への配慮やショッキングな映像表現などに対して不快感や怒り

を示すものが目立った。そして、「被害状況は簡潔に」「原因、背景、再発防止について様々な視点で掘り下げ、視聴者に考えさせるメディアが少なかったと感じた」「医療体制のことなど全く知らない人が多いはずだから、報道を向けたらどうか」との提言も見られた。ごく少数ではあったが、「必要な情報を伝えていた」「内容を詳しく知れて良かった」等報道への肯定的な評価も見られた。

なお、I小事件に関する同様の研究として参考までに精神障害者や家族への影響を調査した全家連の研究結果²⁾を挙げておく。調査結果では報道に多く触れるほど、感情の高ぶりなどの情緒的影響が出ていた。また「自殺した」「再発した」などの深刻なものも含め8割以上で症状や人間関係の悪化が見られたという。

e) 行動面での影響

具体的な行動面に影響を与えた情報について尋ねた結果、「事件の詳細」について影響を受けたとした回答が最も多く(68.6%)、次いで「各地の学校の警備強化」(61.6%)、「地域・保護者ぐるみでの安全管理」(61.6%)、「容疑者像」(54%)、「被害児童の詳細」(53.3%)であった。大カテゴリ<事件そのもの>だけでなく、<安全管理策>の情報が行動面に影響していた。

具体的にどのような影響を受けたかについての自由記述によると、子どもに事件についての説明をしたり、命の大切さについて話をした保護者が圧倒的に多かった。また、一人で帰らない、知らない人に近づかないなどの具体的な安全対策について指示する他、防犯ベルを持たせている、登下校時に付き添っているという記述もみられた。一方で子どもの不安や恐怖心の増幅への配慮が必要であると考えたり、「変な人には近づかない」など人を疑うことを教えることに教育上のジレンマを感じている保護者も多かった。また、各学校でとられた安全管理をあげる保護者も多く、笛を持たせる、校門での挨拶や巡回などのPTAパトロールへの参加、「パトロール中」のプレートを自転車につけているといった対策を行っていたが、時間が経つにつれて疎かになってきていることなど対策自体の効果に疑問をもつ記載も見られた。

f) 今後必要だと思う情報

今後同様の事件が生じた際に必要な情報を訊ねた結果、「必要である」または「どちらかといえば必要で

ある」との回答が8割を超えたのは、多い順に「事件の詳細」(90.3%)「容疑者像」(88.3%)「地域・保護者ぐるみでの安全管理」(87.8%)「事件の起きた学校での対応」(86.7%)「事件の起きた学校での心のケア」(85.7%)であった。逆に、「必要ない」「どちらかといえば必要ない」が最も多かったのは「被害児童の詳細」(23.6%)であり、次いで「精神障害者への偏見拡大」(15.3%)、「メディア面での影響」(12.8%)であった。

自由記述では今回の報道への意見として、行き過ぎて不安や不快感を招かないように、被害者への配慮をし、正確かつ公正で冷静に情報を伝えて欲しいとの声が見られた。また多角的な観点での報道や、偏見を招かず今後の対応に役立つ情報の提供を望む意見もあった。報道を支持する点としては、「詳細な報道が保護者との連携による安心できる学校づくりに寄与した」「社会的責任やコミュニケーションの大切さを再考してきた」などの記述が見られた。また、今後望む情報として、「引き続きI小での対応を知りたい」との声や「精神科医療面での課題の解決」「再発予防に関する前向きな情報」「報道姿勢を明らかに」などの意見がみられた。

あるテレビ局ネットワークはI小学校事件の報道に際して、報道のあり方において視聴者からの抗議の電話が殺到したために報道ガイドライン¹⁾を改正した。そして、『取材・放送の責務として、「国民の知る権利への奉仕」、「人権の尊重」、「客観性の確保」、そして、「社会的影響力の自覚」を掲げ、特に遵守すべき事項を記した』としている。今後もそのように冷静に客観的事実を伝え、かつ被害者や青少年に悪影響を与えないような仕方でも報道がなされるよう、報道する側だけでなく情報の受け手も意識を高めていく必要があるだろう。

g) 地域差および学年差

地域差及び学年差の違いを表3にまとめた。地域と学年の交互作用の検定はいずれも有意でなかったため、結果から割愛した。

情報への接触では概ね、C、D県に比べてB県の方が多くの人々が情報を見聞きしていた。

関心の強さに関しては、「容疑者像」や安全管理策のカテゴリでD県がC県やB県より有意に低かったが、「被害児童の詳細」はD校とB-2校が高い傾向が見られた(対検定ではいずれも有意差なし)。

情緒面の影響ではあまり地域差は見られなかったが、安全管理対策のカテゴリにおいてD校がB-1校、2校より低かった。

行動面での影響では逆にほとんどの項目で有意差が見られ、いずれもD校が他地域より低かった。その他の地域間では有意差は見られなかった。

必要な情報では容疑者像、安全管理策、触法精神障害者の法制度改革などで有意な地域差が見られ、いずれもD校がB-1、2校より低かった。

以上のことから、事件現場に近いB県では比較的多くの情報が関心を持って受け取られ、情緒的にも行動面でも影響を与えたと言える。また事件現場から離れていても、都市部(C県)では情緒面や行動面での影響の程度はB県と類似していたが、農村地方(D県)では相対的に影響が小さかったと言えよう。

情報への接触及び行動面での影響に関する学年差は見られなかった。

関心の程度では「事件の詳細」「各地の学校の警備強化」「開かれた学校づくりのジレンマ」で有意に低学年層が高い関心を示していた。

情緒的影響では「事件の詳細」「各地の学校の警備強化」で低学年層が有意に強く影響を受けており、低学年児童の保護者がより情緒的にこの事件に反応したと思われる。

必要な情報に関しては「容疑者像」で低学年層が有意に高く、被害者と年齢の近い児童を持つ保護者ほど容疑者に対する関心を強く警戒しているものと思われる。

h) 各カテゴリの特徴

これまで示してきた情報の摂取、関心、影響、今後のニーズについて、各カテゴリごとの度数または平均得点を表4に示す。表では各項目ごとに得点の高いもの上位3つまでのカテゴリに網かけしてある。

結果、『事件の詳細』に関する情報は知っている人が多く、関心も高く、情緒面・行動面でも影響し今後も必要と思われた。『容疑者』の情報に関してもほぼ同様であったが、行動面ではあまり影響していなかった。確実に見聞きした人が多く、情緒的影響力も強かった『被害児童の情報』は、関心も相対的に低く、行動への影響もなくあまり必要と思われていなかった。

I小での対応は、関心は比較的高いものの影響力は目立たない。今後も事件のあった学校での対応につい

表 3 地域差・学年差の検討

	B-1	B-2	C	D	$\chi^2(3)$	p値	低学年	高学年	Z	p値	
	中央値	中央値	中央値	中央値			中央値	中央値			
情報の摂取	事件の詳細	1.96	1.96	1.93	1.96	2.43	0.49	1.95	1.94	-0.68	0.50
	容疑者像	1.91	1.91	1.88	1.9	1.62	0.65	1.89	1.89	-0.34	0.73
	被害児童の詳細	1.79	1.79	1.69	1.73	4.66	0.20	1.76	1.72	-1.41	0.16
	I小学校における学校の対応	1.73	1.73	1.67	1.76	3.29	0.35	1.72	1.74	-0.75	0.45
	I小学校における心のケア	1.72	1.72	1.69	1.72	0.94	0.82	1.7	1.72	-0.52	0.61
	各地の学校の警備強化	1.77	1.77	1.63	1.78	11.00	0.01	1.73	1.74	-0.12	0.91
	「開かれた学校」づくりのジレンマ	1.51	1.51	1.36	1.54	9.52	0.02	1.5	1.5	-0.01	0.99
	地域・保護者ぐるみでの安全管理	1.58	1.58	1.39	1.68	26.07	0.00	1.54	1.54	-0.07	0.95
	精神障害者の犯罪者に関する法制度改革	1.39	1.39	1.38	1.42	0.40	0.94	1.42	1.38	-0.82	0.41
	精神科医療体制の課題	1.27	1.27	1.27	1.37	2.73	0.44	1.33	1.25	-1.52	0.13
	メディア面での影響	1.45	1.45	1.29	1.56	14.74	0.00	1.46	1.43	-0.63	0.53
	精神障害者への偏見拡大	1.36	1.36	1.22	1.42	19.23	0.00	1.29	1.25	-0.74	0.46
関心の程度	事件の詳細	3.94	3.94	3.87	3.93	7.48	0.06	3.93	3.89	-2.07	0.04
	容疑者像	3.87	3.87	3.73	3.86	15.80	0.00	3.83	3.81	-0.65	0.52
	被害児童の詳細	3.66	3.66	3.67	3.6	8.94	0.03	3.62	3.57	-1.23	0.22
	I小学校における学校の対応	3.61	3.61	3.58	3.68	4.07	0.25	3.64	3.63	-0.31	0.76
	I小学校における心のケア	3.57	3.57	3.55	3.66	4.30	0.23	3.6	3.6	-0.13	0.90
	各地の学校の警備強化	3.67	3.67	3.43	3.66	21.07	0.00	3.62	3.53	-2.27	0.02
	「開かれた学校」づくりのジレンマ	3.33	3.33	3.11	3.43	19.73	0.00	3.38	3.26	-2.44	0.02
	地域・保護者ぐるみでの安全管理	3.52	3.52	3.31	3.56	18.54	0.00	3.52	3.47	-1.37	0.17
	精神障害者の犯罪者に関する法制度改革	3.51	3.51	3.41	3.43	2.16	0.54	3.46	3.43	-0.73	0.47
	精神科医療体制の課題	3.42	3.42	3.3	3.38	2.14	0.54	3.39	3.32	-1.37	0.17
	メディア面での影響	3.28	3.28	3.14	3.26	2.31	0.51	3.25	3.23	-0.30	0.77
	精神障害者への偏見拡大	3.22	3.22	3.17	3.26	13.33	0.00	3.16	3.14	-0.20	0.84
情緒的影響	事件の詳細	3.73	3.73	3.6	3.7	9.96	0.02	3.69	3.56	-3.07	0.00
	容疑者像	3.47	3.47	3.31	3.43	5.97	0.11	3.38	3.38	-0.16	0.87
	被害児童の詳細	3.59	3.59	3.47	3.58	9.36	0.03	3.55	3.46	-1.85	0.07
	I小学校における学校の対応	2.86	2.86	2.7	2.94	5.42	0.14	2.85	2.81	-0.51	0.61
	I小学校における心のケア	2.86	2.86	2.75	3.04	7.01	0.07	2.89	2.86	-0.34	0.73
	各地の学校の警備強化	3.09	3.09	2.71	3.08	12.95	0.01	3.04	2.87	-2.03	0.04
	「開かれた学校」づくりのジレンマ	2.75	2.75	2.56	2.87	9.34	0.03	2.8	2.66	-1.86	0.06
	地域・保護者ぐるみでの安全管理	2.96	2.96	2.67	3.1	13.27	0.00	2.96	2.9	-0.82	0.41
	精神障害者の犯罪者に関する法制度改革	2.79	2.79	2.62	2.94	7.55	0.06	2.8	2.87	-0.65	0.52
	精神科医療体制の課題	2.73	2.73	2.7	2.79	0.80	0.85	2.71	2.83	-1.39	0.17
	メディア面での影響	2.77	2.77	2.65	2.75	1.01	0.80	2.7	2.81	-1.20	0.23
	精神障害者への偏見拡大	2.59	2.59	2.53	2.63	3.56	0.31	2.51	2.62	-1.48	0.14
行動面での影響	事件の詳細	3.31	3.31	2.8	3.35	25.52	0.00	3.28	3.22	-0.74	0.46
	容疑者像	2.92	2.92	2.41	2.91	20.08	0.00	2.8	2.79	-0.01	0.99
	被害児童の詳細	3	3	2.48	2.86	14.77	0.00	2.81	2.73	-0.77	0.44
	I小学校における学校の対応	2.59	2.59	2.19	2.65	23.75	0.00	2.57	2.55	-0.15	0.89
	I小学校における心のケア	2.49	2.49	2.28	2.59	11.03	0.01	2.53	2.48	-0.51	0.61
	各地の学校の警備強化	3.18	3.18	2.42	3.18	59.36	0.00	3.12	3.03	-0.88	0.38
	「開かれた学校」づくりのジレンマ	2.65	2.65	2.16	2.71	40.27	0.00	2.69	2.55	-1.66	0.10
	地域・保護者ぐるみでの安全管理	3.11	3.11	2.34	3.18	62.57	0.00	3.12	3.01	-1.01	0.31
	精神障害者の犯罪者に関する法制度改革	2.25	2.25	2	2.31	7.92	0.05	2.23	2.23	-0.12	0.90
	精神科医療体制の課題	2.19	2.19	2.01	2.27	6.54	0.09	2.22	2.19	-0.32	0.75
	メディア面での影響	2.6	2.6	2.14	2.37	14.13	0.00	2.35	2.45	-1.42	0.16
	精神障害者への偏見拡大	2.23	2.23	2.1	2.35	4.85	0.18	2.22	2.29	-1.00	0.32
今後必要な情報	事件の詳細	3.88	3.88	3.89	3.88	0.58	0.90	3.89	3.86	-1.08	0.28
	容疑者像	3.78	3.78	3.64	3.77	10.23	0.02	3.76	3.69	-2.09	0.04
	被害児童の詳細	3.31	3.31	3.28	3.19	8.26	0.04	3.18	3.21	-0.41	0.68
	事件の学校における学校の対応	3.76	3.76	3.68	3.73	2.57	0.46	3.73	3.71	-0.48	0.63
	事件の学校における心のケア	3.7	3.7	3.67	3.71	2.10	0.55	3.68	3.68	0.00	1.00
	各地の学校の警備強化	3.77	3.77	3.53	3.75	20.43	0.00	3.72	3.67	-1.50	0.13
	「開かれた学校」づくりのジレンマ	3.41	3.41	3.29	3.55	13.30	0.00	3.43	3.46	-0.60	0.55
	地域・保護者ぐるみでの安全管理	3.76	3.76	3.62	3.74	8.23	0.04	3.72	3.71	-0.41	0.68
	精神障害者の犯罪者に関する法制度改革	3.63	3.63	3.53	3.71	9.96	0.02	3.66	3.62	-1.07	0.29
	精神科医療体制の課題	3.63	3.63	3.55	3.67	4.56	0.21	3.63	3.63	-0.13	0.90
	メディア面での影響	3.44	3.44	3.32	3.37	2.53	0.47	3.36	3.39	-0.46	0.65
	精神障害者への偏見拡大	3.36	3.36	3.26	3.34	7.78	0.05	3.26	3.31	-0.89	0.38

表4 各カテゴリごとの平均値・度数

	確実に見聞き		関心		情緒的影響		行動面の影響		必要な情報	
	度数	%	平均	SE	平均	SE	平均	SE	平均	SE
事件の詳細	912	94.6	3.9	0.3	3.5	0.8	3.1	0.9	3.9	0.4
容疑者像	857	88.9	3.8	0.4	3.3	0.9	2.8	1.0	3.7	0.5
被害児童の詳細	714	74.2	3.5	0.7	3.4	0.8	2.7	1.0	3.1	0.9
I 小学校における学校の対応	697	72.7	3.6	0.6	2.8	0.9	2.6	1.0	3.7	0.6
I 小学校における児童・保護者に対する心のケア	684	71.3	3.6	0.6	2.8	0.9	2.5	0.9	3.6	0.6
各地の学校の警備強化	709	74.0	3.6	0.6	2.9	0.9	3.0	1.0	3.6	0.6
「開かれた学校」づくりのジレンマ	526	55.1	3.3	0.7	2.7	0.9	2.6	1.0	3.4	0.7
地域・保護者ぐるみでの安全管理	554	58.1	3.5	0.7	2.9	0.9	3.0	1.0	3.7	0.6
精神障害者の犯罪者に関する法制度改革	455	47.4	3.4	0.7	2.8	0.9	2.3	0.9	3.6	0.6
精神科医療体制の課題	397	41.4	3.3	0.8	2.7	0.9	2.2	0.9	3.6	0.6
メディア面での影響	490	51.1	3.2	0.8	2.7	1.0	2.4	0.9	3.3	0.8
精神障害者への偏見拡大	395	41.2	3.1	0.8	2.6	0.9	2.3	0.9	3.2	0.8

ては情報が欲しいという意見が多かった。また安全管理策には関心の程度はさほど高くなかったものの、行動面での影響は高く今後必要という意見が多かった。学校の抱える困難な課題や、触法精神障害者関連の問題や課題には、相対的に、関心も影響もニーズも見られなかった。

i) 小括

ほとんどの人が何らかの形で事件情報に接していたことが分かった。特に<事件そのもの>に関しては多くの関心が寄せられ、情緒的にも行動面でも影響を与えた。今後も同様の事件が発生した場合には、冷静に事実を伝えるやり方で正確な情報を伝えることが必要と見られた。逆に比較的関心が見られなかったのは精神障害者関連の話題であり、情緒や行動への影響力も小さく、情報の必要度も小さい。しかし富永(2002)⁴⁾は今回の事件を機に精神障害者への偏見が拡大したと述べており、本研究でも自由記述の一部は精神障害者への不安を述べていた。報道は社会の発展に寄与するため、問題点や課題を告発し提言をしていくというその意義を鑑みれば、関心や影響、必要度が低いからといって直ちに報道不要の情報であると結論づけることはできない。むしろ一部の声が示していたように、偏見を招かないような仕方でも公正かつ冷静に多角的な情報を提供し続ける必要があると考える。

また情緒的な影響を与えたものが必ずしも行動面に影響せず、その逆もまた真であった。事件の凶悪さ・残酷さを考えると事件そのものを過激な映像・表現で扱うと情緒的には大きな影響がある。しかし行動に影響するのは事件のあり方や事後対策、全国各地へ波及した影響などの情報であった。情緒的な影響と行動が直結しているというよりは具体例として示された情報

の方が行動に対する影響力は強いのかかもしれない。

今回の事件は、事件現場の近隣だけでなく遠方の都市部にも同様の強さを持って受け止められた。また被害児童と近い学年の児童を持つ親ほど強く事件や安全管理策に関心を持ち情緒的に影響を受けていた。

・総括

本調査では、I 小学校事件に関する報道に関する新聞記事の分析と、小学校4校の保護者対象に報道の影響に関する調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

事件直後から事件や対策・全国へ与えた影響や法制度改革など様々な種類の報道がなされたが、時間の経過とともに報道内容・記事数ともに減少していた。

事件や容疑者の犯行の動機や背景に関する情報には多くの保護者の関心が寄せられた。

多くの保護者が事件そのものの情報から不安や怒りなど情緒的な影響を受けていた。

保護者の行動面には、安全管理策の情報が影響を与えており、実際に学校とPTAと共同の防犯活動や個人で出来る自衛策などを子どもと話し合うなどの対策を取っていた。

事件の受け止め方にはいくつかの点で地域差や学年差があり、地域や学年が被害者に近いほど影響が大きかった。

報道に関しては事件や容疑者に関する詳しい情報や安全管理策などが必要という意見が多かった。また記事本数としては決して多くはなかった「被害児童の詳細」が保護者からの情緒的反響や「必要ない」との意見が多く見られた。

引用文献

- 1) 日本テレビ放送網株式会社：「日本テレビ取材・放送規範」作成について
<http://www.ntv.co.jp/info/kihan/01.html>
- 2) Schelenger WE, Caddell JM, Ebert L et al: Psychological Reactions to Terrorist Attacks. Findings From the National Study of Americans ' Reactions to September 11. JAMA 288 : 581-588, 2002
- 3) 月崎時央：検証 事件報道を読む．季刊 地域精神保健福祉情報，10(2):39-42，2002．
- 4) 富永明日香：大阪池田小事件による報道被害に関する調査．季刊 地域精神保健福祉情報，10(2):43-45，2002．
- 5) 読売新聞関東本社版，6月8日夕刊から8月31日夕刊まで

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

ひきこもり研究の観点からみた不登校予後調査のまとめ

社会復帰相談部 堀内健太郎, 吉岡光爾, 小林清香, 野口博文
社会復帰相談部長 伊藤順一郎

【要旨】

不登校の予後調査はこれまでに多く行われてきており、それらを概観するとともに、「社会的ひきこもり」に関する研究の観点から考察した。不登校の概念的変遷や、支援を行う機関と支援対象者が異なり、また時代的に変化していることなどから、先行研究を総合的に扱うことは難しいが、不登校児童生徒の一部が義務教育終了後に就労・就学していない状態にあることはほぼ一貫していた。「社会的ひきこもり」の予防や早期解決の観点からは、不登校の問題で相談・援助機関を利用した者が、中学校卒業後に受けられる支援につながらないことが考えられ、その実態を把握するような調査の重要性が示唆された。

. はじめに

「社会的ひきこもり」に対する関心は、社会的な側面とともに、臨床的な側面でも高まっている。著者らも、「社会的ひきこもり」に関する調査に関与してきており、特に社会復帰のための援助方法に関する取り組みとして、「10代・20代を中心とした『社会的ひきこもり』をめぐる地域精神保健活動のガイドライン」¹⁴⁾や、パンフレット(『『ひきこもりかな?』と思ったら』)などを編集してきた(「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」研究班)。これらを通じて、「社会的ひきこもり」が起り、家族や本人が問題視するようになり、相談・援助の場に連絡をとった場合の援助方法については、一定の成果をあげつつあると思われる。

しかし、一方では、膨大な「社会的ひきこもり」人口が報告されており、実際に相談・援助の対象となっている者はその一部にすぎないと考えられている。倉本¹⁵⁾によれば、全国の保健所・精神保健福祉センターを対象とした調査で、1年間の「精神病でないひきこもり」の電話・来所相談ケース総数は6,151であり、相談率を勘案すると1万人に1人~1,000人に1人の人が「精神病でないひきこもり」を呈していると推定されるという。斎藤²⁸⁾はこれについて、相談率はさらに低いとし、すくなくとも60万人以上の「精神病でないひきこもり」が存在していると推定している。また、金ら¹¹⁾の有病率調査によると、生涯有病率が1.35%、

時点有病率が0.34%であった。

このように、実際に相談・援助の対象となっていない「社会的ひきこもり」の者が多数いる状況においては、予防的な知識の蓄積も重要になっていられる。特に、「社会的ひきこもり」と不登校の関連性はとみに指摘されるところであり、なかでも、倉本¹⁵⁾の調査では、社会的ひきこもりを呈する者の40.8%に、小学校・中学校・高校での不登校の経験があるという結果がでている。不登校は、近年持続的に増加しており、文部科学省の発表(2002)によると平成13年度には13万8千人を越えている。「社会的ひきこもり」の予防的な観点からは、不登校との関連性を調べることは重要な課題であると思われる。

そこで、本研究では、日本における不登校の予後調査している先行研究を概観し、「社会的ひきこもり」の観点から若干の考察を加える。

. 方法

教育・福祉・医学の各分野について、日本における不登校の予後に関する、近年の先行研究を検索した。多分野にわたる検索であり、特定の系統的な方法は用いなかった。

. 結果

表1、表2は、不登校の予後調査の先行研究一覧である(門、斎藤を参考に著者が作成)。表1は再登校

を基準としているものであり、表2は社会適応を基準としている。表にあげたもの以外では、教育の領域での近年の不登校予後調査を見ると、教育領域では、本間ら⁶⁾が、適応指導教室通室者を対象に、所属適応・生活適応に関する予後調査を行い、所属適応・生活適応とも良好な者が多いとしている(所属適応良好+比較的良好70.5%)。大規模な不登校予後調査としては、文部科学省¹⁹⁾があり、これによると、不登校であった中学3年生の23%が、5年後時点で、就労・就学していない状態であった。

これらの文献の調査結果は、大きなばらつきがある一方で、対象の属性がかなり異なる場合でも類似した結果になっているものもあった。門¹⁰⁾は、不登校の予後調査を再検討し、各報告に含まれる問題点を指摘している。すなわち、(1):不登校の概念の違いや精神疾患の包含の有無など、対象とされたケースの違いによるもの、(2):治療機関・相談機関の違いによるもの、(3):受診・相談の時期の違いによるもの、(4):治療形態・治療内容の違いによるもの、(5):転帰評価の基準の違いによるもの、(6):追跡期間の違いによるもの、(7):調査方法の違いによるもの、である。これらが複雑に入り組んで、結果のばらつきや、みかけの一致が生まれていると推察される。

また、教育の領域では、保坂⁷⁾が、不登校研究の

問題点として、(1):基本統計と実態の乖離、(2):縦断的データ(追跡調査)の欠如、(3):学校環境に関する実証的研究の不足、(4):学校の事例研究がないことの4点を挙げている。保坂は、不登校研究の歴史においては、概念的な変遷が大きく、精神分析学と関連した「学校恐怖症」に始まり、「登校拒否」、そして「不登校」へと変化してきており、これには、類型分類へのあてはめが困難な事例が増えるなど、臨床像の変化と呼応していることを詳細に論じている。鐘³³⁾は、不登校に含まれる問題として、(1):精神病、(2):神経症的登校拒否、(3):境界例、(4):精神発達遅滞、(5):養護家庭・貧困、(6):非行、(7):いじめを受けての不登校、(8):学校教育無関心型(明るい不登校、ドロップアウト)の8つを挙げ、近年は、(7)と(8)が目目されるようになったと述べている。不登校の予後調査の先行研究、およびその問題点が明らかになった。

・考察

総覧された先行研究からは、不登校の予後調査が複雑な経緯をたどっていることがわかった。これらのことを援助の側から見ると、既に指摘されている問題点に加えて、不登校の相談・援助を行う機関種別が変化していること、および、同じ機関種別であっても、対

表1 再登校を基準とした不登校予後調査一覧

著者 (発表年)	対象	対象数	追跡期間	再登校(%)		備考
				良好	不良	
鐘(1964)	心理教育相談室	18	終結・中断後 1-2y	83.3	11.1	不明は良好に含む
篠原ら(1964)	児童相談所	23	受付後 2y	56.5	43.5	
山本ら(1965)	外来相談例?	28	発症後 1y7m-6y7m	54	46	
牧田ら(1967)	外来・入院	21	治療開始後 1y-3y 以上	71	29	
佐藤ら(1968)	児童相談所	47	初診後 3y2m	61.7	38.3	比較的良好を不良に含む
小野(1972)	全不登校例	95	初回調査後 1-2y	50	50	
菅ら(1972)	情短施設入所	49	家庭復帰後 2y	45	55	
小泉(1973)	教育研究所相談	28	相談終了後 1-3y	85	15	
福間ら(1980)	児童相談所通所	92	?から 7y8m-18y8m	93.5	6.5	
三原ら(1986)	受診	140	発症後 1y	60	40	
松本(1986)	受診?	44	発症後 6m	29.5	70.5	
阿部(1988)	外来	24	初診後 6m	46	54	
横山ら(1988)	入院	15	退院時	60	40	
横田ら(1998)	精神科受診	43	初診後 4y-	77.8	22.2	

(門、斎藤を参考に著者が作成)

表2 社会適応を基準としたもの

著者 (発表年)	対象	対象数	追跡期間	社会適応(%)		備考
				良好	不良	
梅垣(1966)	外来	150	発症後 6m-8y10m	75	25	
小泉ら(1977)	教育研究所通所	60	来所後 5-15y	88	12	
相川ら(1978)	精神科外来	59	初診後 2-15y	61	39	
福間ら(1980)	児童相談所	92	初診後 7-18y	84	16	
相川ら(1983)	精神科外来(調査時義務教育終了例)	54	初診後 1y6m-15y	63	28	精神障害9% は別
若林ら(1983)	精神科外来	25	発症後 5-21y	56	44	
渡辺(1983)	精神科受診?	69	受付?後 4-5y	83	17	
生田ら(1984)	大学	77	初診後平均 4y8m	60	40	
梅沢(1984)	入院	40	退院後 2-12y	75	25	
大里ら(1984)	大学	?	初診後 0-8y	65	35	
吉田ら(1984)	児童精神科外来	56	初診後 6-18y	86	14	
大高ら(1986)	精神科外来(調査時 20歳以上)	40	発症後 6-22y	65	35	
河合ら(1986)	小児病院通院	222	初診後 ? y	85	11	統合失調症 9 例は別
森口ら(1986)	精神科外来(高校発症)	41	初診後 4y-	61	39	
渡辺(1986)	児童精神科入院	50	退院後 9-17y	92.0	8.0	
西尾(1988)	小児科受診	56	?後 5m-6y9m	80.4	19.6	中間群は良好 群に含む
藤田ら(1988)	小児科入院	36	入院後 ? 3-10y	80.6	19.4	やや不良は良 好に含む
斎藤ら(1989)	児童精神科入院	190	中卒・退院後 4-22y	73.2	26.8	
〃	〃	92	卒業・退院後 ? y	69.6	30.4	
丹治(1990)	小児科入院	51	退院後 1-3y	78	22	
斎藤(1993)	児童精神科入院	92	退院後 ? y	70.0	30.0	
清水(1993)	児童相談所	93	受付 5-7y	77.0	23.0	
可知(1993)	入院	51	退院後 1-3y	78.4	21.6	
門(1994)	児童相談所	11	受付後 4-13y	81.8	18.2	
星野ら(1997)	大学と関連病院通院	128	?後 4y-13y8m	57.2	42.8	やや不良は良 好に含む
横田ら(1998)	精神科受診	27	初診後 4y-	55.6	44.4	
斎藤(2000)	院内学級中卒	106	中卒後 10年	73	27	

(門、斎藤を参考に著者が作成)

象となる不登校児童生徒の属性が多様になっていることなど、時代の変化による影響も大きいと思われる。近年の、不登校に対する社会的関心の強さや、情報の増加、民間の支援機関の増加などは、相談・援助の経路にも影響し、公的機関の役割も変化してきているだろう。また、地域格差も増しているように思われ、一部の都市部で先進的な取り組みが行われている一方で、援助が足りない地域もあるようである。「社会的ひきこもり」の予防をあわせて考える場合、これらの多様な状況を考慮する必要があるだろう。

斎藤(万)²⁷⁾は、児童精神科院内学級中卒者の10年間の追跡調査で、対象者の30%に新たに精神障害の診断がなされており、内訳は、不安障害(9%)・人格障害群(9%)・統合失調症(6%)・抑うつ群(5%)であったこと、また、中学卒業後10年間では、1年目で最も適応群が少なく(56%)、4年目で最も

多くなり(82%)、10年目で73%となっていることなどから、本人および親の同意が得られるならば、中学卒業後5年間は社会適応の良否に関係なく支持的な治療関係を維持し、6年目以降は不適応群に属すものを中心にさらに治療援助を続けることが望ましいと述べている。斎藤は、また、先行研究を総覧し、「『数年以上の長い経過でみていると不登校の子どもの70~80%は社会的に良好な適応を示すようになるが、20~30%ほどは社会的適応の難しい不安定な状態にとどまるものがある』という大まかな見込み」を述べている。

単一の機関で継続的にフォローアップを行うことは、「社会的ひきこもり」予防の上でも一つの重要な考え方であろう。しかし、サポートが多様化している現代においては、他の機関との連携や関係作りなどケアマネジメント的な発想ももう一つの重要な側面になると考えられる。

図1(文部科学省(2002)報道発表「生徒指導上の諸問題の現状について」より作成)は、学校内の指導によって約25%の児童生徒が再登校したことを示している。図2(同上)は学校外の相談・援助機関を利用した者の割合を示している。図2で学校外の機関を利用した者が、図1のどのカテゴリーにどの程度含まれているかはわからないが、相談・援助機関の利用は34.0%に見られている。

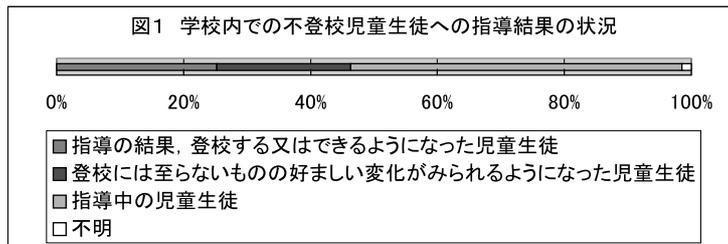
図2に示すように、不登校生徒全体に占める病院にかかった者の割合は6.6%に過ぎず、不登校の様相が変化し、ニーズも変化していることが想像され、また、適応指導教室などの教育関係機関のサービスの役割が大きくなっていることがわかる。児童福祉機関も児童虐待など新しい課題のウェイトが増し、不登校に関しては学校では問題にならないケースが訪れるなど、役割に変化が起こってきている。不登校の問題で相談・援助機関を利用した者が、中学校卒業後に「社会的ひきこもり」の問題を抱える可能性を考えると、これは重要な示唆を与えるものと思われる。

文部科学省¹⁹⁾の調査でも、平成5年度に中学3年生で不登校だった者のうち、54%が何らかの相談・援助機関を利用していたと回答しているが、中学校卒業後では、42%に留まっている。これは中学校卒業後に相談・援助のニーズがあったと回答した者が61%であっ

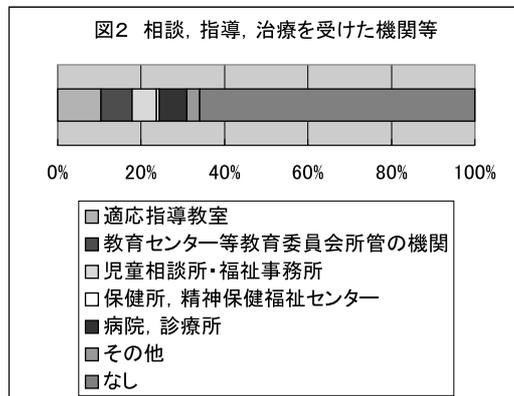
たことを考えると、不登校経験のある者にとって、義務教育年齢以降の相談・援助の場が少ない、または知られていない、という状況を示しているものと思われる。

近藤¹³⁾は、学校精神保健活動における問題点として、義務教育年齢以後に利用できる相談・援助機関が少ないことを挙げ、ひきこもりの予防的観点からは、中学校卒業時や高校中退の際に、利用できる相談・援助についての情報提供が重要であると述べている。

これらのことから、不登校の問題で相談・援助機関を利用した者に対して、継続的に相談・援助を提供したり、中学校卒業後に利用できる相談・援助機関について連携をとることができれば、彼らの予後を改善できる可能性があると思われる。しかし、これまでみてきたように、先行研究は各相談・援助機関が自らの機関での実績を報告する形式など、対象者が不登校全体のどのような一部であるかは明らかでない。一方で大規模な文部科学省の調査では、相談・援助の詳細な実態まではわからない。今後、中学校卒業時の援助連携や紹介に焦点を当てた調査を行い、この実態を明らかにすることで、「社会的ひきこもり」への遷延化を防ぐような援助のあり方を探ることが重要であろう。



文部科学省(2002)生徒指導上の諸問題の現状について より作成



文部科学省(2002)生徒指導上の諸問題の現状について より作成

・結論

不登校から「社会的ひきこもり」への遷延化は、これまでも研究・臨床でとらえられてきたが、先行研究は、不登校概念の変遷や調査手法の不統一などのために問題が含まれている。援助の面からは、対象者の重症度やクライアントに対する責任性の程度によっても、医学領域で示唆されている援助継続の重要性は一つのあり方と言えるだろう。同時に、援助が多様化してきている現代においては、どのようなサービスが利用しうるのであるかを知り、連携・連結が充実することも欠かせない課題になってきていると考えられる。

文献

1. 阿部徳一郎：対人関係よりみた「登校拒否症」の経過分類とその精神病理学的考察．児童精神医学とその近接領域 29: 173-186, 1988．
2. 相川勝代, 中根允文：登校拒否の臨床的研究 予後にかかわる因子を中心に．九州神経精神医学 24: 63-69, 1978．
3. 相川勝代：登校拒否についての臨床的研究．長崎医学会雑誌 58: 321-342, 1983.
4. 藤田克寿, 福持裕, 市川澄子他：入院治療を行った、中学生の登校拒否症43例の検討．小児科臨床 41: 1179-1183, 1988．
5. 福間悦夫, 井上寛, 沢真教他：登校拒否の長期予後．精神医学 22: 401-408, 1980．
6. 中間友巳, 中川美保子：不登校児童生徒の予後とその規定要因 - 適応指導教室通室者のフォローアップ - ．カウンセリング研究 30: 142-150, 1997．
7. 保坂亨：不登校をめぐる歴史・現状・課題．教育心理学年報 41: 157-169, 2002．
8. 星野仁彦, 増田博文, 橋本慎一他：社会適応の観点からみた不登校（登校拒否）児の予後．児童青年精神医学とその近接領域 38: 23-24, 1997．
9. 可知佳世子, 丹治光浩, 松本英夫：入院治療を行った不登校児の長期的予後．児童青年精神医学とその近接領域 34: 101-102, 1993．
10. 門眞一郎：登校拒否の転帰 - 追跡調査の批判的再検討 - ．児童青年精神医学とその近接領域 35: 297-307, 1994．
11. 金吉晴, 堀口逸子, 横山知加：引きこもり事例の有病率に関する実態調査．印刷中, 2003．
12. 小泉英二：登校拒否の治療効果．小泉英二編：登校拒否：その心理と治療、学事出版、東京、1973．
13. 近藤直司：青年期ひきこもりケースの予防可能性について．日本社会精神医学会雑誌10: 133-139, 2001．
14. 厚生労働省：地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 中間報告書．2001．
15. 倉本英彦：ひきこもりの現状と展望 全国の保健所・精神保健福祉センターへの調査から．こころの臨床 a・la・carte 20: 231-235, 2001．
16. 牧田清志, 小此木啓吾, 鈴木寿治：思春期登校拒否児の臨床研究 特に慢性重症例について．児童精神医学とその近接領域 8: 377-384, 1967．
17. 松本英夫：中学生の登校拒否児童の発達過程による類型化の試み 第一反抗期を中心にして．児童精神医学とその近接領域 27: 97-109, 1986．
18. 三原龍介, 市川光洋：登校拒否の臨床的研究 家庭内暴力による分類を中心として．児童精神医学とその近接領域 27: 110-131, 1986．
19. 文部科学省：不登校に関する実態調査（平成5年度不登校生徒追跡調査報告書）．2001．
20. 森口祥子：高校生の不登校 その予後解析と臨床的考察．横浜医学 36: 133-151, 1986．
21. 西尾朋子：登校拒否 - 誘因と予後 - ．小児科29: 1591-1600, 1988．
22. 小野修：登校拒否児の基礎調査 1．香川県における一調査．児童精神医学とその近接領域 13: 250-259, 1972．
23. 大里収, 郭麗月, 川村博司：義務教育を終えた登校拒否児の予後調査．児童精神医学とその近接領域 25: 53-54, 1984．
24. 大高一則, 若林慎一郎, 本城秀次：登校拒否の追跡調査について．児童精神医学とその近接領域 27: 213-229, 1986．
25. 斎藤万比古, 奥村直史, 佐藤至子他：登校拒否児の予後について - 当院病院内学級卒業児の長期予後調査から - ．厚生省精神・神経疾患63年度研究報告．175-185, 1989．
26. 斎藤万比古：登校拒否の長期経過について - 児童精神科病棟入院症例の調査から - ．児童青年精神医学とその近接領域 34: 59-60, 1993．
27. 斎藤万比古：不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究．児童青年精神医学とその近接領域 41: 377-399, 2000．

28. 斉藤環：「ひきこもり」の現在形．こころの臨床 a・la・carte 20: 162-165, 2001 .
29. 佐藤修策：登校拒否児．国土社、東京、1968 .
30. 菅俊男, 流王治郎, 萩原順子：登校拒否の予後調査．小児の精神と神経 12: 30-34, 1972 .
31. 丹治光浩：入院治療を行った登校拒否児の性格と予後に関する研究．臨床精神医学 19: 271-276, 1990 .
32. 鑪幹八郎：学校恐怖症の研究() 心理治療の結果の分析 . 児童精神医学とその近接領域 5: 79-89, 1964 .
33. 鑪幹八郎：登校拒否と不登校 - 神経症的発現から境界例および登校無関心型へ - . 児童青年精神医学とその近接領域 30, 260-264, 1989 .
34. 梅垣弘：学校恐怖症に関する研究(1) 学校恐怖症の予後 . 児童精神医学とその近接領域 7: 231-243, 1966 .
35. 梅沢要一：治療例の追跡調査 . 児童精神医学とその近接領域 25: 85-89, 1984 .
36. 若林慎一郎, 本城秀次, 金子寿子：登校拒否の長期予後についての研究 . 安田生命社会事業団研究助成論文集 19: 177-189, 1983 .
37. 渡辺位：登校拒否の長期間を経たその後の状態 . 社会精神医学 9: 36-42, 1986 .
38. 山本由子, 石川義博：登校拒否児童の予後について . 児童精神医学とその近接領域 6: 56-57, 1965 .
39. 横田伸吾, 中野雪, 藤田千裕他：登校拒否の予後研究 . 児童青年精神医学とその近接領域 39: 211, 1998 .
40. 横山富士夫, 星野仁彦, 片寄圭子他：病院内ベッドスクールを利用した登校拒否児への行動療法の試み 系統的脱感作法を用いて . 臨床精神医学 17: 1813-1821, 1988 .
41. 吉田熙延, 渡辺純, 松井重明他：不登校児(登校拒否児) の追跡調査 . 小児の保健 11: 36-43, 1984 .

【原著論文】

Developmental Changes of Auditory P300; Difference Between Two Stimuli Conditions, Non-verbal Sound and Verbal Sound (聴覚性P300の刺激別発達変化 ; 言語音と非言語音の相違)

Takayuki Hatori^{1,2)}, Masumi Inagaki¹⁾, Seiko Shirane¹⁾, Makiko Kaga¹⁾

Abstract

Developmental changes of P300 event related potential were evaluated in healthy 13 children and 19 adults aged from 7 to 29 years old, using 2 pairs of oddball stimuli; non verbal sound (tone burst: TB) pair and verbal sound (VS) pair. In both age groups, P300 was definitely present to the target stimuli and dominant at Pz for both conditions. Peak latency of P300 was significantly longer for VS than TB in both groups. P300 amplitude of child group was higher than that of the adult group. However, there was no difference of P300 amplitude between stimuli conditions. Developmental changes of P300 from each stimulus condition were simulated by a quadratic equation. The age showing the shortest P300 peak latency was younger for TB (20.3 years) than VS (23.6 years). Reduction rate of the peak latency of P300 around 10 years old was more rapid for VS than TB. In conclusion, there was no significant difference of the dominance of P300 between the two kinds of stimulus condition. We considered that the developmental change of P300 was regulated by the several components of the sound stimuli such as frequency or familiarity.

Key words : P300 , verbal sound , tone burst , discrimination , development

Introduction

P300 event-related potential has been considered to represent neural activity associated with recognition and discrimination process. It is possible for children aged more than three or four years to discriminate two kinds of stimuli. In the field of pediatric neurology, auditory P300 examination is applied to estimate the brain function of patients with mental retardation, pervasive developmental disorders^{1,2,20)}, attention deficit/ hyperactivity disorders^{25,27)}, hypothyroidism²⁹⁾ or alcoholism¹⁰⁾. In addition, P300 induced by verbal sounds discrimination task is applied to cochlear implant patients. Its advantage in estimating their verbal recognition ability before and after operation or

training is reported^{19,12,14,17)}.

Patients with pervasive developmental disorders often have difficulty in extracting necessary verbal information from various sounds surrounding them, therefore we can expect that P300 recorded by verbal sound (VS) discrimination task is helpful to evaluate the ability in speech recognition of children with developmental disorders. P300 shows developmental change; as many authors reported, P300 peak latency shortens with age^{3-7,16,18,22,23,26,30)}. In most of these studies, the stimuli to elicit P300 were tone burst (TB). In this study, noticing the difference of the type of stimuli, we recorded auditory P300 from the identical subjects using two kinds of sound stimuli consisted of a tone burst (TB) pair and a verbal sound (VS) pair, and compared their characteristics of their development; latency, amplitude and dominance.

Method

1. Subjects

Nineteen healthy adults (aged 24.3 ± 3.0 years) and 13 children with normal development (aged 10.0 ± 2.4 years)

¹⁾ Department of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP . 1-7-1 Kohnodai, Ichikawa, Chiba. 272-0827
国立精神・神経センター精神保健研究所 知的障害部
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

²⁾ Department of Pediatrics, Nippon Medical School
日本医科大学 小児科
(別刷請求先: 羽鳥誉之)

participated in this study. All subjects were right-handed and had no history of neurological or hearing impairment. Before recording, they were informed of the aim and the method of the experiment and we obtained the consent from the subjects or, in case of children, from their guardians.

2. Stimuli

We used two pairs of auditory oddball stimuli in this study: ¹⁾ tone burst sound (TB) discrimination task was consisted of 1 kHz tone as infrequently occurring target and 700 Hz tone as frequently occurring non-target stimuli. ²⁾ Verbal sound (VS) discrimination task was composed of [æ] sound as target and [a] sound as non-target. TB was presented through headphones, while VS was from loud speakers at the intensity of 70 dB SPL at the subjects' ear. In TB task, the duration of the stimuli was 100 msec with a rise/fall time of 0.1 msec. In VS task, the stimuli which had been adopted in the preceding study¹¹⁾ was a woman's voice edited by CSL (Kay electronics Co/Ltd) as the duration of the stimuli was approximately 100 msec in both target and non-target. The waveform of the voice and sound pressure of both sound [æ] and [a] were almost similar, however [æ] sound included higher tone frequency. The stimuli were presented in random order, the ratio of target stimuli (1 kHz TB or [æ] sound) was 20%. The subjects were told to press a button with their right thumb when target stimuli appeared. Recording was done after short training session to make sure the subjects understood the task properly. The sequence effect was excluded by changing the presenting order of the stimuli.

3. Recording

Electroencephalogram(EEG) was collected by neuropack 8 (Nihon Kohden) at Fz, Cz, Pz, and Oz according to the international 10-20 system, the reference electrode on the connected earlobes, and the ground electrode on the forehead. Electrode resistance was kept below 5 k Ω , band-pass filter was set from 0.05 Hz to 50 Hz. Eye movement was recorded with the electrodes placed under and outside of the left eyelid to exclude trials containing artifact over 100 μ V from the averaging. The continuous EEG activity was converted into epochs ranged 100 msec before and 1000 msec after the stimulus onset in which the baseline was between 100 msec before and at the onset of the stimulus. Ten epochs for each subject and each stimulus

type were averaged. P300 was visually inspected as the positive peak of the averaged wave between 250 and 600 msec after the stimulus onset, and the peak latency and amplitude of P300 were measured. In the same manner for earlier negative segments of evoked potential N1 and N2, we measured the peak latency and amplitude.

For thirteen subjects of the adult group, EEG was digitally recorded on 19 electrodes at Fp1, Fp2, F3, F4, C3, C4, P3, P4, O1, O2, F7, F8, T3, T4, T5, T6, Fz, Cz and Pz with Alliance Works (Nicolet Biomedical), and averaged with EPLYZER (Kissei Comtec). Grand average waves were also computed with EPYZER for each stimulus type. Topographies of the grand average wave for every 4 seconds were obtained with ATAMAP (Kissei Comtec) and the dominancy of P300 was visualized.

4. Data analysis

Difference of reaction time for key press and, peak latency and amplitude of N1, N2 and P300 between two stimuli conditions were statistically analyzed by two sample t test for each group. Significance was accepted at the $p < 0.05$ level. In evaluation of P300 dominancy, one way analysis of variance (ANOVA) performed with electrodes for each task in children. With the topographical data of adult subjects, at the time point which the highest positivity was observed, the amplitude of EEG was measured at the 19 electrodes in each subject. The amplitude at each electrode was compared by two sample t test between two stimuli condition. Significance was also accepted at the $p < 0.05$ level.

Results

1. Reaction time for key press

All subjects showed no error for key press or, 1 or 2 times at best if observed in young children. Reaction time for key press was 511 ± 133 msec for TB, 570 ± 85 msec for VS in child group, 462 ± 126 msec for TB, and 536 ± 141 msec for VS in adult group. In both groups, reaction time for VS was longer than for TB ($p = 0.0254$ for child group, $p = 0.0272$ for adult group).

2. Grand average waveform and topographies

In both groups, P300 was clearly observed for the target stimuli (fig. 2,3) in each stimuli condition. In child group

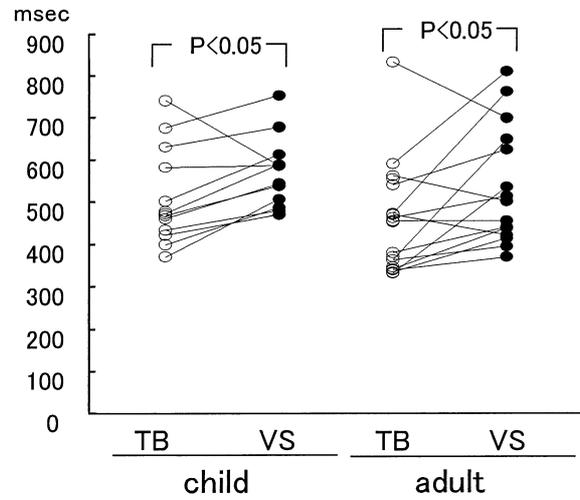


Fig. 1: Reaction time for key press

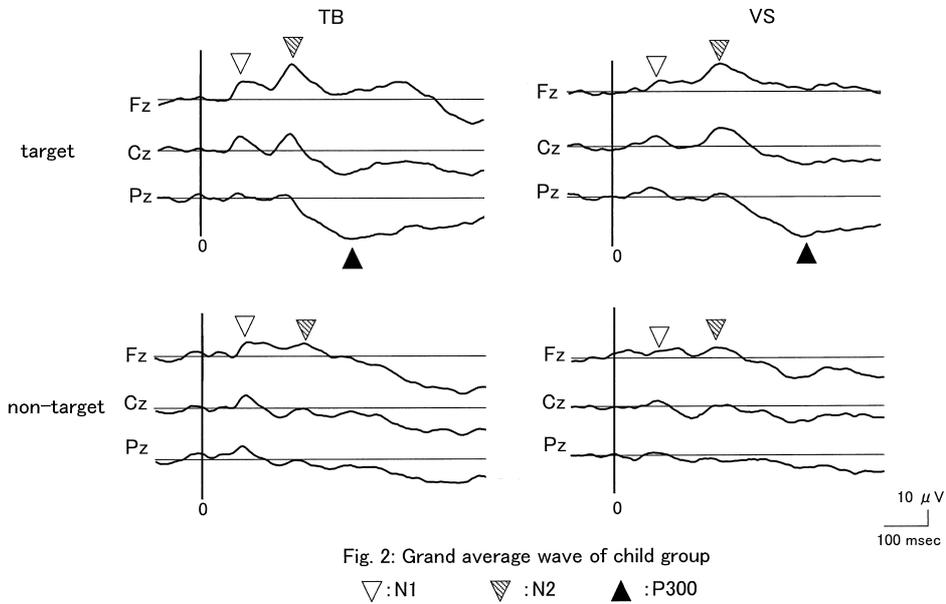


Fig. 2: Grand average wave of child group
▽ : N1 ▽ : N2 ▲ : P300

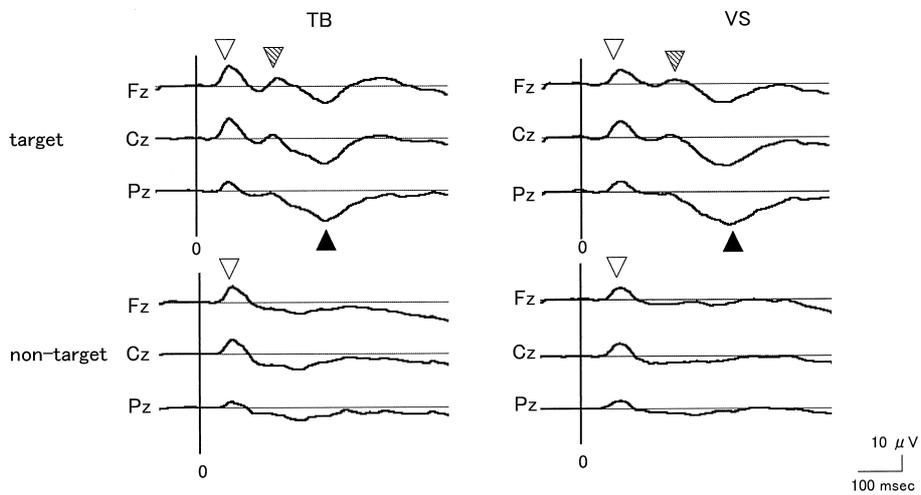


Fig. 3: Grand average wave of adult group
▽ : N1 ▽ : N2 ▲ : P300

P300 amplitude at Fz, Cz, Pz, Oz to TB were 9.7, 20.8, 32.2, 26.9 μV and to VS were 7.9, 19.9, 30.0, 26.0 μV respectively. (fig.4) P300 amplitude was highest at Pz and

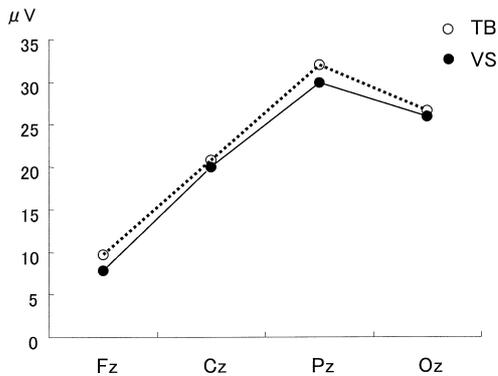


Fig. 4: P300 amplitude at each electrode-child group

the effect of amplitude was significant for each condition (ANOVA; $p=0.0007$, $p<0.0001$). In adult group P300 was also dominant at Pz as shown by topographies (fig. 5,

dashed squares), there was no difference of P300 dominance between stimuli conditions. The peak latency of P300 was 312 msec for TB and 360 msec for VS, and difference of amplitude at each electrode was not significant between these conditions. For non-target stimulus, no evident P300 wave form was observed in either stimuli condition. The amplitude at Pz which was 4.33 μV at 312 msec for TB and 1.96 μV at 360 msec for VS, was significantly lower than those of target stimuli ($p=0.00011$, $p=0.00000$). In addition, amplitude at C3, C4, Cz, P3, P4, O1 and O2 at 312 msec for TB and at 360 msec for VS was significantly lower in non target stimuli ($p=0.0177 \sim 0.0000$).

3. Peak latency of N1

The peak latency of N1 at Fz was 114 ± 20 msec for TB, 113 ± 14 msec for VS in child group, 88 ± 12 msec for TB, 98 ± 9 msec for VS in adult group. In adult group, N1 peak

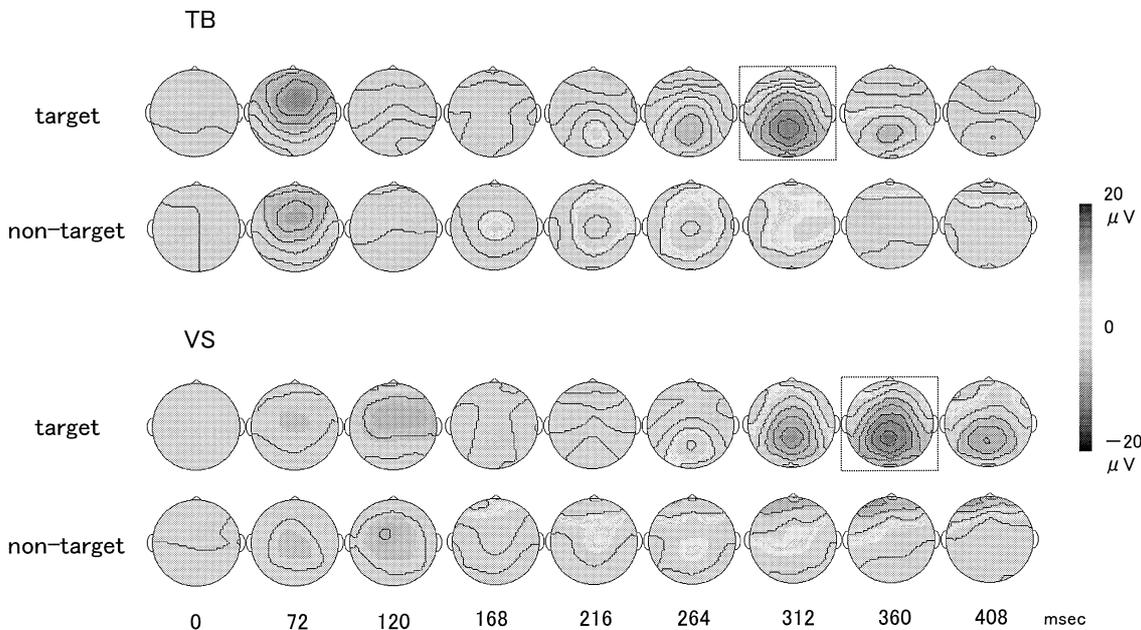


Fig. 5: Topographies from grand average wave of 13 adults

latency for VS was significantly longer than TB ($p=0.0001$) (fig. 6a) .

4. Peak latency of N2

The peak latency of N2 at Fz for TB and VS were 225 ± 15 msec and 250 ± 22 msec in child group, 197 ± 17 msec, 238 ± 25 msec in adult group, respectively. In both groups, N2 peak latency for VS was significantly longer than TB ($p=0.0478$, $p=0.0004$) (fig. 6b) .

5. Peak latency of P300

The peak latency of P300 at Pz for TB and VS were 356 ± 82 msec and 454 ± 74 msec in child group, and 311 ± 26 msec, 355 ± 28 msec in adult group, respectively. In both groups, P300 peak latency was significantly prolonged for VS ($p=0.0001$, $p=0.0008$) (fig. 6c) .

The difference of the peak latency of N1, N2 and P300 between TB and VS was more remarkable in later component and most apparent in P300. This tendency was more evident in child group (fig. 6d) .

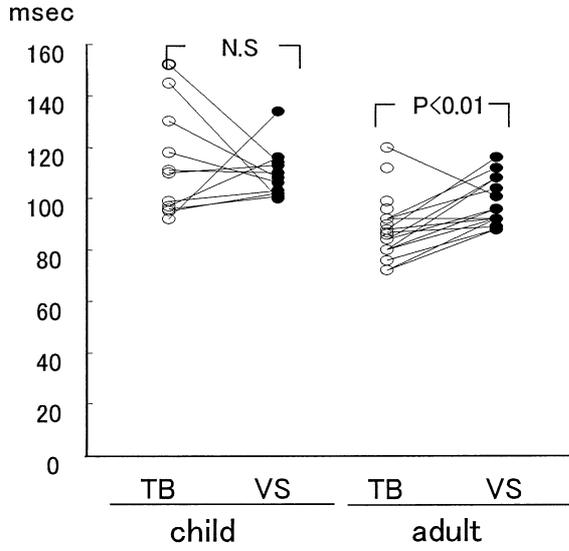


Fig. 6a: N1 peak latency

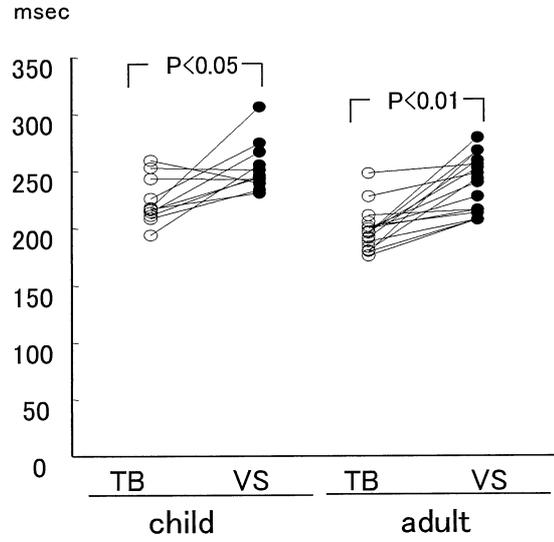


Fig. 6b: N2 peak latency

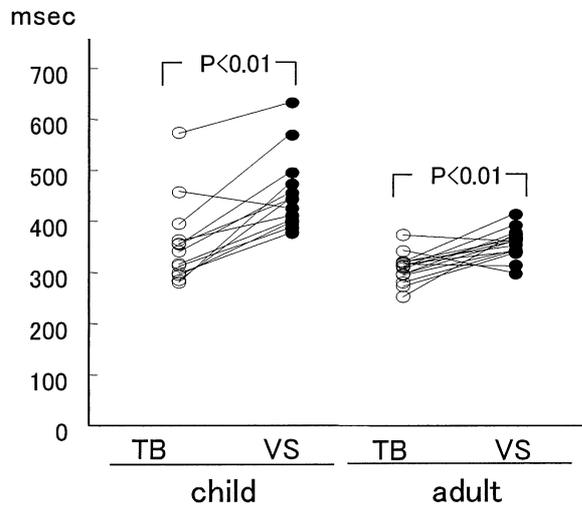


Fig. 6c: P300 peak latency

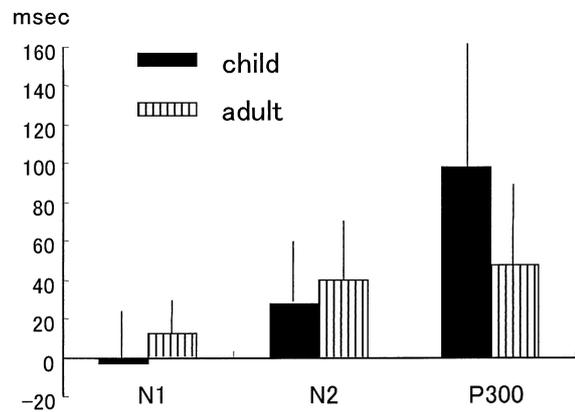


Fig. 6d: The difference of N1, N2 and P300 peak latency between stimuli (VS-TB)

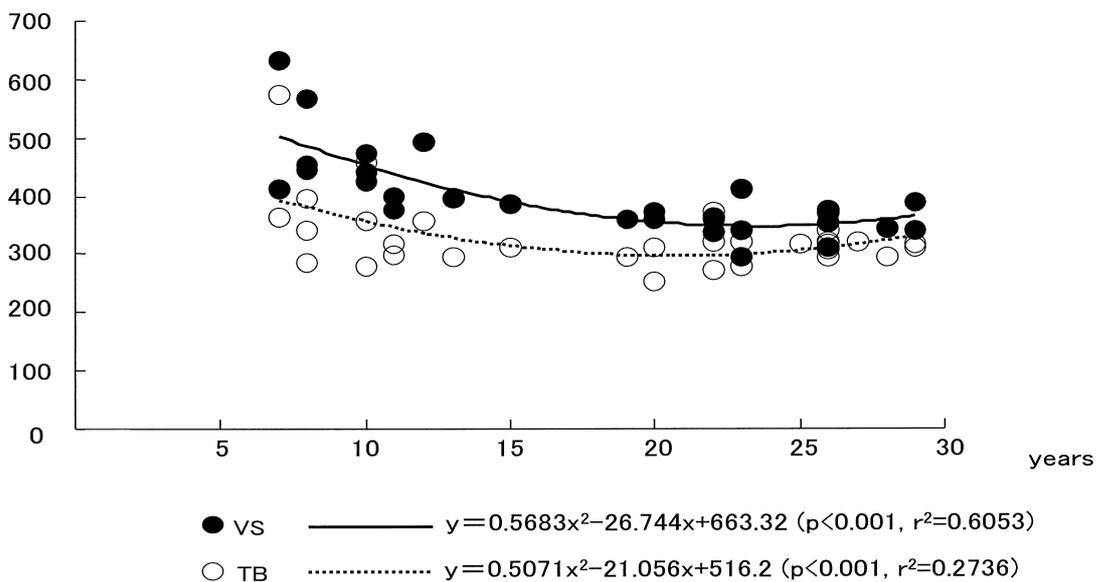


Fig. 7: Developmental changes of P300 peak latency

The relationship between P300 peak latency (Y; msec) and age(X; years old) fitted with quadratic equations in both conditions(fig. 7), so that the developmental change of auditory P300 from two different stimulus condition was evident: in TB, $Y=0.5071X^2-21.056X+516.2$ ($p<0.001$, $r^2=0.2736$), in VS, $Y=0.5683X^2-26.744X+663.32$ ($p<0.001$, $r^2=0.6053$). The age at which the P300 latency became shortest calculated from these equation was 20.8 years in TB and 23.6 years in VS, and the angle of inclination which means reduction rate of P300 latency at age X (years old) was calculated as $1.0142X-21.056$ (msec/year) in TB and $1.1366X-26.744$ (msec/year) in VS.

6. P300 amplitude

P300 amplitude in child group were clearly higher than in adult group, however, there was no significant difference in P300 amplitude between stimulus condition, in both child (TB: $32.2 \pm 13.8 \mu V$, VS: $30.0 \pm 12.8 \mu V$) and adult ($19.5 \pm 8.6 \mu V$, $19.6 \pm 5.8 \mu V$ respectively) groups.

Discussion

The facts we clarified in this study were as follows 1. Auditory P300 was dominant at Pz on topographies for both TB and VS stimuli. 2. P300 latency was longer for VS than TB in both child and adult group. 3. In child group, P300 latency became shorter with age and the reduction rate of P300 latency was higher for VS than TB.

1. P300 dominancy on topographies

P300 is considered to be the complex of several elements of cortical potentials. In a study with magnetoencephalography (MEG), the origin of P300 from TB oddball stimuli was estimated in mesial temporal, superior temporal and inferior parietal area¹⁹⁾, and other studies in mesial temporal area^{15,21)} or superior temporal area^{8, 24)}. Studies with topographies in adult subjects, P300 induced by TB stimuli was estimated to be dominant on parietal area^{18,28)}. In our study, P300 from both TB and VS stimuli were equally dominant on Pz, supposing that there is no significant difference in the origin of P300 between by TB and by VS stimuli. We could not recorded multi-channel leads on our child subjects. However, using cap-formed electrodes such as 'Net Station' (EGI) which is recently on the market, we will be able to estimate the

developmental change of the P300 dominancy and origin more precisely.

2. The difference of P300 latency between the two stimuli

The difference of P300 latency between the stimuli conditions was more evident in the child group than adults. This would reflect spatial difference or time lag between in simply discriminating the difference of 300 Hz of tone burst and in discriminating complex verbal sounds consisted of several components. Some studies for adult subjects, it is indicated that P300 latency from verbal sounds is prolonged than from tone burst. In the study of Groenen⁹⁾ for example, P300 peak latency of grand average wave form from tone burst stimuli was about 280 msec, however, those from 3 pairs of verbal sound stimuli (a/i, da/pa, pa/da) were prolonged and differed for the sounds by 50-100 msec (about 330, 350, 380 msec, respectively). While the target stimuli and the non-target stimuli of VS in this study included similar range of tone frequency, the subjects were required to distinguish ambiguous vowel [æ] which is not used in Japanese language from [a] being most popular sound in Japanese. It will be one of the reason why P300 latency from VS was prolonged especially for the child subjects that Japanese do not hear [æ] sound almost at all before learning foreign language (i.e. English in almost cases) in junior high school. The difference of the peak latency of event related potential (ERP) components between stimuli condition was more evident in P300 than in N1 or N2 for the child subjects. N1 latency did not differ in stimuli conditions for the child subjects, but differed by 10 msec longer in VS for the adult subjects. The difference of N2 peak latency between the stimuli condition was 25 msec for the child subjects and 40 msec for the adults (fig. 6d). Concerning P300, the difference appeared to be evident for the child subjects as 98 msec and 44 msec respectively.

From the point of view of the difference between the child and the adult subjects, the difference of N1 peak latency was prolonged for child subjects by 26 msec in TB and 15 msec in VS. N1 which is sometimes considered to be an ERP component is the potential strongly representing the activity of the primary sensory cortex appearing as early as around 100 msec, before this point of time children would require more time for auditory information processing than adults. While the difference of N2 peak

latency between child group and adults which were 27 msec and 12 msec in TB and VS are similar to that of N1, they were 45 msec and 99 msec respectively for P300, the difference of the peak latency both between the age group and between the stimuli condition became distinct. This result means that child subject needed more time to discriminate the auditory stimuli, for P300 is regarded as a potential reflecting just that process. The fact that the difference of P300 peak latency between TB and VS was slight for adult subjects explains the progress of ability to discriminate TB and VS including several tone frequencies, and capacity to process verbal information, with age.

3. The developmental change of P300 latency

The developmental change of P300 latency has been studied with TB stimuli. In some studies, the relationship of the age and P300 latency was expressed as linear regression^{3,4,7,16,18,22,23,26,30)} while others as quadratic equation^{5,6,16)} (Table 1). In those studies employing linear

regression, the subjects were children aged less than 16 years, or if adults were included in the recording, children and adults were separated for the evaluation of age and P300 latency relationship. In the study of Gordin⁷⁾ the subjects aged 6-76 years were divided into under 15 years and over 15 years in the expression of age and P300 latency relationship, as well as subjects aged 5-86 years²³⁾ or 4-77 years³⁾. For the subjects aged 6-15 years and adults aged 19-26 years²⁶⁾, and 4-18 year-old children and 19-30 year-old adults⁴⁾, the data of the adult subjects were excluded from the expression of age and P300 latency relationship as P300 latency of the adult subjects were longer than that of puberty.

Martin¹⁶⁾ studied with the subjects of 6-14 year-old children and 19-23 year-old adults, and revealed that P300 peak latency reduced linearly with age as - 19.0 msec/year and -8.15 msec/year respectively. However, when the children and the adults were treated in one group, the age-

Table 1. Equations expressing P300 peak latency (Y; msec) at age X (years old)

age (years)	n	task	electrode	equation	latency at 10 years	shortest at (years)	author	published year	reference
6-15	7	count	?	$Y=-18.4X+?$			Gordin	1978	13)
5-15	25	count	Cz	$Y=-6.6X+365$ (P3a)	299		Polish	1985	14)
5-15	27			$Y=-7.8X+449$ (P3b)	371				
5-15	27			$Y=-4.5X+381$ (P3max, r=0.375)	336				
4-15	22	count	Cz	$Y=-11.04X+458.61$	348		Sato	1986	15)
4-18	30	count	Cz	$Y=-9.7X+457.0$	360		Ezoe	1989	16)
5-15	35	count	Cz	$Y=-20.34X+576.45$	373		Pearce	1989	17)
			Pz	$Y=-19.27X+564.5$	372				
5-15	73	count	Fz	$Y=-9.23X+454$	362		Enoki	1990	18)
			Cz	$Y=-9.65X+458$	362				
			Pz	$Y=-9.43X+457$	363				
5-15	53	count	Fz	$Y=-6.03X+412$	352		Naganuma	1991	19)
			Pz	$Y=-9.81X+459$	361				
6-14	72	count	Fz	$Y=-14.089X+471.987$	331		Zenker	1999	20)
			Cz	$Y=-15.788X+500.083$	342				
			Pz	$Y=-15.123X+505.027$	354				
6-23	68	count	Cz	$Y=1.2X^2-44X+683$	363	18	Martin	1988	21)
6-14	51	count	Cz	$Y=-19.0X+565.03$	375				
19-23	17	count	Cz	$Y=-8.15X+?$					
4-21	175	key press	Pz	$Y=0.429X^2-17.518X+510.41$	378	20	Fuchigami	1993	22,23)
1-21	108	ignore	Pz	$Y=0.912X^2-23.015X+446.802$	308	12	Fuchigami	1995	23)
7-29	32	key press	Pz	$Y=0.5071X^2-21.056X+516.2$	356	20	Present study		

※ 23) referred to P3a where the stimuli are ignored.

P300 latency relationship were expressed by such a quadratic equation as Y (latency ; msec) = $1.2X$ (age ; years) $^2 - 44X + 683$. The reduction rate of P300 latency at ten years old calculated as the inclination from the differential equation is -20 msec/year, and the age at which P300 latency is the shortest is 18.3 years old. Fuchigami⁵⁾ expressed the relationship as Y (latency ; msec) = $0.429X$ (age ; msec) $^2 - 17.518x + 510.41$ ($p < 0.001$, $r^2 = 0.437$) in his study where oddball stimuli of tone burst; 2kHz (80%) , 1kHz (20%) were adopted to the 175 subjects aged from 4 years to 21 years. The reduction ratio of P300 latency at ten years and the age when P300 latency become the shortest is calculated as -8.9 msec/year and 20.4 years old, respectively. In the present study, the numbers of the subjects were as small as 32, they are calculated as -10.9 msec/year and 20.8 years old respectively, the age when P300 latency is the shortest approximately accords with that of Fuchigami. As P300 peak latency reflects the time for recognition and discrimination of the stimuli, it is changeable when the difficulty of the stimuli such as the difference of the tone frequency between target and non target stimuli is changed even if the stimuli are tone burst⁴⁾. The results of previous studies that P300 peak latency is variable as -8 ~ -20 msec/year may be due to the difference of tone frequency of the stimuli themselves as one of the reasons. On the other side, it should mainly reflect the development of higher brain function i. e. discrimination that the age at which P300 peak latency is shortest is often reported as later teens or early twenties.

As indicated by several studies^{4,16,26)}, approximate equations which express the developmental change of P300 peak latency will be variable when the age of the subjects are different even if the same stimuli are used. Therefore, in comparing the developmental change of P300 peak latency to different stimuli, the age of the subjects must be considered. In this study, the difference of developmental change of P300 latency between stimuli conditions was compared more precisely because the different pairs of stimuli were carried out to the identical subjects. It appeared to be evident that the age at which P300 peak latency is the shortest was the first half of twenties even for VS and the difference between that of TB was only 3 years. The approximate equation for VS never crosses that of TB and always takes larger value for the same X, however, the

reduction rate of P300 latency in children was more rapid for VS. Thus, we consider that the developmental change of P300 is not common to the stimuli conditions but is complex reflecting cognitive process.

The results of this study are the basic data in estimating the development of verbal information processing in children. We are willing to evaluate the auditory cognitive function of children with developmental disorders adopting these methods. In addition, we can expect that examination of P300 to verbal sounds is useful in estimating follow up of speech perception ability in children with cochlear implant on a stage before sentence comprehension, because the purpose of this procedure is to improve cognition of verbal sounds and to acquire language speech ability. It is necessary for each institution to clarify normal data of P300 to verbal sounds of two or three syllables in addition to that of one syllable in this study.

References

- 1) Courchesne E, Kilman B A, Galambos R, et al: Autism: processing of novel auditory information assessed by event-related brain potentials. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 59: 238-48, 1984.
- 2) Courchesne E, Lincoln A J, Kilman B A, et al: Event-related brain potential correlates of the processing of novel visual and auditory information in autism. *J Autism Dev Disord* 15: 55-76, 1985
- 3) Enoki, H: P300 of auditory event-related potentials: the effect of development and aging in humans. *Jpn J EEG EMG* 18: 60-7, 1990.
- 4) Ezoe T, Sato T, Miyao M, et al: Age-related changes of P300 ERPs in childhood and adolescents. *No To Hattatsu* 21: 581-3, 1989.
- 5) Fuchigami T, Okubo O, Fujita Y, et al: Auditory event-related potentials and reaction time in children: evaluation of cognitive development. *Dev Med Child Neurol* 35: 230-7, 1993.
- 6) Fuchigami T, Okubo O, Ejiri K et al: Developmental changes in P300 wave elicited during two different experimental conditions. *Pediatr Neurol* 13: 25-8, 1995.
- 7) Gordin D S, Squires K C, Henderson B H, et al: Age-related variations to auditory stimuli in normal human

- subjects. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 44: 447-58, 1978.
- 8) Gordon E, Slogget G, Harvay I et al: Magnetoencephalography: locating the source of P300 via magnetic field recording. *Clin Exp Neurol* 23: 101-10, 1987.
- 9) Groenen P A P, Beynon A J, Snik Ad F M, et al: Speech evoked cortical potentials and speech recognition in cochlear implant users. *Scand Audiol* 30: 31-40, 2001.
- 10) Hill S Y, Shen S, Lowers L, et al: Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biol Psychiatry* 48: 265-75, 2000.
- 11) Inagaki M, Kaga M, Uno A, et al: Auditory perception in patients with multiple and severe handicaps: study of mismatch negativity to speech sounds. *No To Hattatsu* 28: 156-62, 1996.
- 12) Kaga K, Kodera K, Hirota E, et al: P300 response to tones and speech sounds after cochlear implant: a case report. *Laryngoscope* 101: 905-7, 1991.
- 13) Kemner C, Verbatgen M N, Cuperus J M, et al: Auditory event-related brain potentials in autistic children and three different control groups. *Biol Psychiatry* 38:150-65.1995;
- 14) Kileny P R, Boerst A, Zwolan T: Cognitive evoked potentials to speech and tonal stimuli in children with implant. *Otolaryngol Head Neck Surg* 117: 161-9, 1997.
- 15) Lewine J D, Roeder S B, Oakey M T, et al: Localization of the generators of the magnetic P300. *Advance in Biomagnetism New York Plenum*: 229-238, 1990.
- 16) Martin L, Barajas J J, Fernandez R, et al: Auditory event-related potentials in well-characterized groups of children. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 71: 375-81, 1988.
- 17) Micco A G, Kraus N, Koch D B, et al: Speech-evoked cognitive P300 potentials in cochlear implant recipients. *Am J Otol* 16: 514-20, 1995.
- 18) Naganuma Y, Konishi T, Murakami M, et al: Age-related changes of auditory event-related potential (P300) in children. *No To Hattatsu* 23: 194-9, 1991.
- 19) Nishitani N, Nagamine T, Fujiwara N, et al: Cortical-hippocampal auditory processing identified by magnetoencephalography. *J Cogn Neurosci* 10: 231-47, 1998.
- 20) Niwa S, Ohta M, Yamazaki K: P300 and stimulus evaluation process in autistic subjects. *J Autism Dev Disord* 13: 33-42, 1983.
- 21) Okada Y C, Kaufman L, Williamson S J: The hippocampal formation as a source of the slow endogenous potentials. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 55: 417-26, 1983.
- 22) Pearce J W, Crowell D H, Tokioka A, et al: Childhood developmental changes in the auditory P300. *J Child Neurol* 4: 100-6, 1989.
- 23) Polish J, Howard L, Starr A: Effect of age on the P300 component of the event-related potential from auditory stimuli: peak definition, variation, and measurement. *J Gerontol* 40: 721-6, 1985.
- 24) Rogers R, Baumann S B, Papanicolaou A C, et al: Localization of the P3 sources using magnetoencephalography and magnetic resonance imaging. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 79: 308-21, 1991.
- 25) Sangal J M, Sangal R B, Persky B: Prolonged P300 latency in attention deficit hyperactivity disorder predicts poor response to imipramine. *Clin Electroencephalogr* 27: 191-201, 1996.
- 26) Sato T, Sawa R, Miyao M, et al: Age-related changes of P300 in children. *No To Hattatsu* 18: 373-9, 1986.
- 27) Schochat E, Scheuer C I, Andrade E R: ABR and auditory P300 finding in children with ADHD. *Arq Neuropsiquiatr* 60: 742-47, 2002.
- 28) Shinoda J, Nakagome K, Iwanami A, et al: Estimation of neural generators of event-related potentials (N100, P300) using SSB/DT method. *Jpn J EEG EMG* 30: 237-45, 2002.
- 29) Weber G, Mora S, Prina Cerai L M et al: Cognitive function and neurophysiological evaluation in early-treated hypothyroid children. *Neurol Sci* 21: 307-14, 2000.
- 30) Zenker F, Barajas J J: Auditory P300 development from an active, passive and single-tone paradigms. *Int J Psychophysiol* 33: 99-111, 1999.

【原著論文】

精神科急性期治療病棟退院患者の患者満足度*

立森久照¹⁾, 伊藤弘人²⁾

【抄録】

わが国の精神科急性期治療病棟の退院患者の満足度の実態を把握し、治療に対する説明と同意およびQOL等と満足度の関係を明らかにすることを目的とした。退院患者122名に患者満足度測定尺度（CSQ-8J）と独自の満足度測定項目（職種別の対応についての満足度等）治療に対する説明と同意についての項目および主観的QOL測定項目を自記式で、退院時に施行した。

精神科急性期治療病棟の退院患者は、治療におおむね満足していること、治療に対する説明をし、納得の上で治療を行うことが高い患者満足度と関連があること、高い患者満足度と退院時の主観的な健康状態が改善していることに関連があること、が明らかになった。

Key words : patient satisfaction, acute unit, psychiatry

I. はじめに

近年、精神科医療において、病棟の役割をより明確に規定し病棟の機能分化を進めることにより、それぞれの患者の障害や病状に最適な治療を提供するために様々な種類の専門病棟が設置されている。その一つとして、精神科急性期治療病棟があり、その設置基準等が定められ、運営されている。精神科急性期治療病棟では、急性期にあり症状が激しい患者を主な対象としている。精神科急性期治療病棟の提供する医療の目的は、これらの対象に、集中的なケアにより状態の悪化を防ぎ、早期退院計画に基づいて比較的短期間で状態の改善をし、地域での生活に戻すことである。

精神科急性期治療病棟における医療の質をアウトカムの1指標である患者満足度の観点から評価することは重要である。なぜなら、患者の医療に対する認識や満足度は、今後の医療の利用や中断・継続に大きな影響を及ぼすものである^{10, 12)}からである。患者が提供された医療サービスに対して不満を抱いている場合は、そこでの治療を継続することを拒否することにもつな

がっていく。精神科では、退院後も定期的な通院が必要となることが多く、医療を継続して受けることは再発防止の観点からも重要である。特に、精神科急性期治療病棟は精神科入院治療の入り口となる場合も多く、また退院後も引き続きの入院治療や通院を必要とすることが多い。しかし、一定の信頼性と妥当性を有している満足度評価尺度を用いての精神科急性期治療病棟での治療に対する患者の視点からの評価は多施設ではまだなされていない。

また、患者満足度の実態を把握することは重要であるが、それだけでは十分ではない。なぜなら、満足度を高めるためにどのような対策を講ずれば良いかを明らかにしないことには、それぞれの臨床現場において患者満足度を高めるための活動を根拠に基づいて行うことが不可能であるからである。そのためには、まず患者満足度とそれに関連する要因を明らかにすることが必要である。

そこで、わが国の精神科急性期治療病棟の退院患者の満足度の実態を把握し、職種別の対応についての満足度、治療に対する説明と同意およびQOL（健康状態の改善）と満足度の関係を明らかにすることを目的として、本研究を実施した。

II. 対象と方法

1. 対象

本研究では、全国の精神科急性期治療病棟を持つ病

¹⁾ 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)

²⁾ 国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室
(〒351-0104 埼玉県和光市南2-3-6)
(別刷請求先: 立森久照)

院からランダムに抽出した22病院に調査への参加を依頼し、同意の得られた病院の精神科急性期治療病棟を本調査の対象病棟とした。ただし、同一の病院で複数の精神科急性期治療病棟を有する場合は任意の1病棟を調査対象病棟とした。

対象患者は、平成12年8月31日に調査対象病棟に「在院していた」患者のうち、平成13年1月31日までに退院した患者全員である。

最終的に8病院（急性期治療病棟1が6病院および急性期治療病棟2が2病院）から回答が得られた。ただし、2病院は、回答上の不備により対象より除外された。対象者は、この6病院から調査期間中に退院し、調査への同意が得られた122名である。

2. 方法

本調査では、在院患者調査票および精神科急性期病棟退院患者満足度調査票の2種類の調査票を使用した。

(1) 在院患者調査票

- i) 平成12年8月31日の対象病棟の「在院患者」について、病棟ごとに記入シートを用いて、性別、年齢、入院病棟の種類、医療保険の種類、老人保健の使用の有無、入院時の入院形態、および入院日を記録した。
- ii) 平成13年1月31日に精神医学的診断および退院日（在院状況）を記入シートに記録する。

(2) 精神科急性期病棟退院患者満足度調査票（付録1）

対象者に国際的な患者満足度測定尺度日本語版である日本語版Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8J)¹⁴⁾に独自の満足度測定項目（医師、看護スタッフおよびそのほかの職員、それぞれの対応についての職種別の満足度等）、治療に対する説明と同意についての項目および主観的QOL測定項目を付け加えた計17項目からなる質問紙を自記式で、退院時に施行した。この質問紙の実施にあたっては、事前に患者本人に調査の内容を別紙の同意書に沿って説明し、調査に対しての同意の署名を同意書の所定の欄に必ずもらうこととした。

CSQ-8Jは、標準化され国際的に使用されている患者満足度測定尺度であるCSQ-8⁸⁾の日本語版である。CSQ-8Jは、8項目からなり、「全体として、一般的にいて、あなたが受けた治療/ケアに満足していますか」、「また援助が必要となったとき、この治療/ケアのプログラムに戻りたいと思いますか」などの項目から構成されている。

項目によって表現は異なるが、各項目について、1（よくない）～4（とてもよい）までの4段階で最もあてはまるものを1つ選ぶ方式で、数字が大きいほど満足度が高いことを示している。そして、各項目の得点を合計することによりCSQ-8J総得点が算出される。つまり、8点～32点の間の整数値をとり、得点が高いほど満足度が高いということである。

また、主観的QOL測定項目はFukuharaら^{2, 3)}によるMedical Outcome Study Short Form 36 Health Survey¹⁵⁾ (SF-36)日本語版の健康状態の変化を問う項目（1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。）を改変したものである。具体的には、「入院前と比べて、現在の健康状態はいかがですか?」と尋ね、「1.入院前より、はるかに悪い」から「5.入院前より、はるかに良い」までの5段階のリッカートスケールになっている。

(3) 倫理面への配慮

患者個人のデータは、病院とは別の調査事務局でID番号をもちいた個人が特定できない形で処理を行った。また、満足度調査の施行にあたっては、調査の趣旨を説明した上で、書面で調査参加の同意を得た。

(4) 統計的解析

年齢、在院日数とCSQ-8J総得点の関連をピアソン相関係数により検討した。診断によるCSQ-8J総得点の違いを、診断を独立変数、CSQ-8J総得点を従属変数とした分散分析により検討した。入院が自分の意志であった群とそうでなかった群の患者満足度の違いをt検定により検討した。

また、CSQ-8J総得点と独自の満足度測定項目（職種別の対応についての満足度等）、治療に対する説明と同意についての項目および主観的QOL測定項目との関連を、ピアソン相関係数を用いて検討した。

以上の解析は、両側検定で行い、有意水準は5%とした。また全ての解析はパーソナルコンピュータ上で包括的統計パッケージであるStat View 5.0J for Macintoshを用いて行った。

III. 結果

1. 対象の基本的属性

対象の性別は、男性70名（57.4%）、女性52名（42.6%）であった。平均年齢（S.D.）は43.1（15.2）歳であった。精神医学的診断の内訳は、精神分裂病50名（41.0%）、物質関連障害26名（21.3%）、気分障害

25名(20.5%)、器質性精神障害7名(5.7%)、神経症性障害7名(5.7%)、人格障害5名(4.1%)、精神遅滞2名(1.6%)であった。入院形態は、任意入院が82名(67.2%)、医療保護入院が39名(32.0%)および措置入院が1名(0.8%)であった。精神科入院歴は、今回初回が48名(39.3%)、今回の入院以前に入院歴のあったものは73名(59.8%)および不明が1名(0.8%)であった。在院日数の中央値は、69.5日(n=120、平均=84.5、範囲=558.0)であった。医療保険の種類別は、国民健康保険が62名(本人33、家族29)、社会保険が39名(本人15、家族24)、生活保護が19名、その他自費等が1名および不明が1名であった。

2. 急性期病棟における患者満足度

CSQ-8Jの信頼性係数は0.81であった。

CSQ-8J総得点(S.D.)は、平均24.6(4.0)点であり、

最小値13点から最大値32点の間に分布していた。

年齢とCSQ-8J総得点に有意な相関はなかった($r_p = 0.051, p = 0.58$)。精神医学的診断別でCSQ-8J総得点に有意な違いはなかった($F_{(6, 115)} = 1.96, p = 0.077$)。在院日数とCSQ-8J総得点に有意な相関はなかった(n=120, $r_p = -0.10, p = 0.34$)。入院が自分の意志であった群(M=25.4, S.D.=3.8)は、そうでなかった群(M=23.5, S.D.=4.2)よりも有意にCSQ-8J総得点が高かった($t_{(120)} = 2.6, p = 0.0096$)。

表1にCSQ-8J総得点と独自の満足度測定項目(職種別の対応についての満足度等)、治療に対する説明と同意についての項目および主観的QOL測定項目との関連を示した。表1に示すように、全て有意な中程度の正の相関を示していた。

表1. CSQ-8J総得点と独自の満足度測定項目(職種別の対応についての満足度等)、治療に対する説明と同意についての項目および主観的QOL測定項目との相関

	CSQ-8J総得点との r_p
治療について十分に説明を受けた	0.48 **
治療についての説明は納得できた	0.51 **
治療方針や指導を守った	0.36 **
医師の対応	0.60 **
看護スタッフの対応	0.58 **
他の職員の対応	0.51 **
現在の健康状態	0.40 **
入院前と比べた現在の健康状態	0.55 **

** $p < 0.0001$

IV. 考察

本調査は精神科精神科急性期治療病棟の退院患者を対象に患者満足度を測定したものである。かつては、わが国では、患者満足度調査を実施する際に、精神科の患者は「病状への配慮」等の理由から除外されていた^{4, 5, 11})。しかし、その後精神科医療の退院患者に対する満足度調査は可能であるとの研究結果が報告されている⁷)。また、今回の対象は精神科病院で入院治療を受け、退院可能となった患者であることが、提供された医療に対する評価をする際の、患者の不安定な病状による影響を最小限にしている。さらに、退院時であることに加え、満足度の測定を無記名の自記式で実施し、その場で回答者が封をした状態で病院とは独立の調査機関で回収、分析を行ったことにより、治療関係へ影響を危惧することなく、患者の率直な意見を

ることができたと考えられる。以上から、本研究の満足度調査の実施は適切な方法で実施され、意味のある患者満足度に関するデータが得られたと言える。

今回の対象におけるCSQ-8J総得点の平均は24.6点であった。各項目全てに満足以上の評価をするとCSQ-8J総得点は24点になるので、全体として精神科急性期治療病棟を利用して退院した患者は、入院治療に対して満足しているといえる。

また、本研究のCSQ-8J総得点と比較することが可能なデータとしては、立森ら¹⁴⁾が33の精神科医療施設で退院した患者290名を対象としてCSQ-8Jを実施したものがあり、CSQ-8J総得点の平均22.3(S.D.=4.1、範囲8~32)と報告している。これと本研究のCSQ-8J総得点を比較すると、本研究の対象の方がやや高い値を示している。この2つの研究において、対象の男女の構成割合、平均年齢、入院形態の構成割合はほぼ同一であり、診断については、本研究の方が精神分裂

病が少なく(41.0% vs. 53.1%)、物質関連障害(21.3% vs. 15.5%)と気分障害(20.5% vs. 15.2%)が多かった。また、立森らの研究では痴呆を有する患者を対象から除外している一方で、本研究では7名(5.7%)の器質性精神障害が含まれていた。これまでの研究で報告されている満足度と診断の関連についての知見では、精神病を有する患者¹⁰⁾、非気分障害の精神病を有する患者¹⁾、精神分裂病を有する患者¹³⁾の満足度は高いとされている。より満足度の高い本研究の対象に先行研究で高い満足度を示すことが指摘されている診断を有する患者がより多く含まれていなかったことは、診断構成の違いではこの2つの研究の満足度の違いを説明できないことを示している。以上から、本研究の対象は精神科急性期治療病棟を退院した患者のみから構成されていることを考慮すると、この2つの研究の満足度の違いには対象者の入院した病棟の違いによるものである可能性があると思われるが、満足度には多くの要因が関連するため、精神科急性期治療病棟を退院した患者の満足度が高いと結論付けるには更に精査する必要がある。

入院が自分の意志であった者は、そうでなかった者よりも有意に満足度が高かった。これは、非同意入院の患者は満足度が低いとする先行研究^{1, 9, 13)}の知見と一致している。一方で、入院が自分の意志であった者とそうでなかった者の間に満足度の違いがないとする研究⁶⁾もあり、入院への同意の有無と満足度の関連については引き続き精査を必要とする。本研究では、入院が自分の意志でなかった者のCSQ-8J総得点の平均値は23.5点と、各項目全てに満足以上の評価をした場合のCSQ-8J総得点の24点とほぼ同等であった。この結果は、精神科急性期治療病棟の退院患者の満足度が総じて高い可能性を示しているかも知れない。また、「治療について十分な説明を受けたこと」および「治療についての説明が納得できたこと」とCSQ-8J総得点との間に0.5以上の有意な相関があったことを考慮すると、たとえ本人の望まない入院であったとしても、治療の必要性を説明し納得した上で、治療を行うことで満足いく医療を提供していくことが可能になると思われる。

また、医師、看護スタッフといった患者の治療に直接的に関わる職種の対応だけでなく、それ以外の病院スタッフの対応に満足していることも、CSQ-8J総得点との間に有意な正の相関があったことは、病院全体としての患者に対する対応に留意する必要性を示唆し

ている。

退院時点での主観的な健康状態が良好であることとCSQ-8J総得点との間に有意な正の相関があったことおよび入院前と比較して退院時点での主観的な健康状態が改善していることとCSQ-8J総得点との間に有意な正の相関があったことは、高い患者満足度と退院時の主観的な健康状態が改善していることに関連があることを示唆している。健康状態の改善は、病院に治療を受けに来る患者の主たるニーズのひとつであり、それが満たされたかどうかは満足度において重要であるということであると考えられるかも知れない。ただし、本研究は横断的なデータによって両者の相関を明らかにしただけであり、因果関係については言及できるものではない。健康状態が改善することによって高い満足度が得られるかについては、定期的に満足度と健康状態を測定する縦断的研究によって検討する必要がある。また、主観的な健康状態の変化だけではなく、客観的な健康状態の変化との関連を検討することも重要である。

今回の結果から、精神科急性期治療病棟を退院した患者は、そこでの治療におおむね満足していること、治療に対する説明をし、納得の上で治療を行うことが患者満足度と関連があること、高い患者満足度と退院時の主観的な健康状態が改善していることに関連があること、が明らかになった。

今後の課題としては、他の病棟を利用した患者の満足度との比較を行うことがあげられる。これにより、精神科急性期治療病棟利用者の満足度の相対的な位置づけが明らかになると思われる。また、今回の対象者は急性期治療病棟を退院した患者のみであった。このことは、退院という治療目的を達成できた患者を対象に満足度を測定したことになるため、比較的高い満足度が得られた可能性がある。また、何が満足度を高め、何が満足度を低める要因なのかを実証的に把握するためにも、未だ退院に至っていない患者も対象とした調査をすることが必要である。

今後、データを蓄積していくことにより、比較的簡便に施行できる患者満足度を用いた医療の質の評価のための基準が得られ、施設間での比較が可能になることにより、精神科医療における医療の質の全体的な向上に利用できることが期待される。

謝辞

調査に御協力いただいた対象者および対象施設の職員

の方々に感謝いたします。なお、本研究は、平成10～12年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究)「疾患に応じた適正な医療のあり方に関する研究(H10-障害-012)(主任研究者:大塚俊男)」の一部として実施されたものである。

文献

- 1) Barker DA, Shergill SS, Higginson I et al: Patients' views towards care received from psychiatrists. *Brit J Psychiatry* 168: 641-646, 1996.
- 2) Fukuhara S, Bito S, Green J et al: Translation, adaptation, and validation of the SF-36 health survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol* 51: 1037-1044, 1998.
- 3) Fukuhara S, Ware J, Kosinski M et al: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 health survey. *J Clin Epidemiol* 51: 1045-1053, 1998.
- 4) 長谷川万希子, 杉田聡: 患者満足度による医療の評価: 大学病院外来における調査から。 *病院管理* 30: 231-239, 1993.
- 5) 今中雄一, 荒記俊一, 村田勝敬他: 医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因: 一総合病院における解析。 *日本公衛誌* 40: 624-635, 1993.
- 6) Ito H, Eisen SV, Sederer LI et al: Involuntary admission to Japanese psychiatric hospitals. *International Medical Journal* 7: 109-112, 2000.
- 7) 伊藤弘人, 新貝憲利, 山角駿他: 精神科病院退院患者の入院治療の認識と満足度の測定の試み。 *精神神経学雑誌* 101: 138-147, 1999.
- 8) Larsen DL, Attkinson CC, Hargreaves WA et al: Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann* 2: 197-207, 1979.
- 9) Leavey G, King M, Cole E et al: First-onset psychotic illness: patients' and relatives' satisfaction with services. *Brit J Psychiatry* 170: 53-57, 1997.
- 10) Lebow JL: Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychol Bull*, 91: 244-259, 1982.
- 11) 村上義孝, 橋本修二, 大橋靖雄他: 患者の受療行動・満足度に関する調査項目の信頼性と妥当性。 *日本公衛誌* 44: 22-31, 1997.
- 12) Ruggeri M: Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29: 212-227, 1994.
- 13) Svensson B, Hansson L: Patient satisfaction with inpatient care. The influence of personality traits, diagnosis and perceived coercion. *Acta Psychiatr Scand* 90: 379-384, 1994.
- 14) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性および妥当性の研究。 *精神医学* 4: 711-717, 1999.
- 15) Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Medical Care* 30: 473-483, 1992.

資料1

退院時満足度調査票

ID番号 _____

もっともあてはまる答えの番号に _____ をつけて下さい。

1. あなたが受けた治療の質はどの程度でしたか
4. 大変よい 3. よい 2. まあまあ 1. よくない
2. あなたが望んでいた治療は受けられましたか
1. 全く受けなかった 2. そうでもなかった 3. 大体受けた 4. 十分に受けた
3. この治療は、どの程度あなたが必要としたものでしたか
4. ほぼすべて必要としたもの 3. だいたい必要としたもの 2. いくつかは必要としたもの
1. 全く必要としたものではなかった
4. もし知人が同じ援助を必要としていたら、この治療を推薦しますか
1. 絶対にしない 2. しないと思う 3. すると思う 4. 必ずする
5. 困っていることに対して十分に「時間」をかけた援助を受けたと満足していますか
1. とても不満 2. どちらでもないか少し不満 3. ほぼ満足 4. とても満足
6. この治療を受けたことで、以前よりも、あなたが自分の問題に対処するのに役立ちましたか
4. 大いに役立った 3. まあまあ役立った 2. 全く役立たなかった 1. 悪影響を及ぼした
7. 全体として、一般的にあなたが受けた治療の満足していますか
4. とても満足 3. だいたい満足 2. どちらでもないか少し不満 1. とても不満
8. また援助が必要になったとき、この治療をもう一度受けたいと思いますか
1. 絶対受けない 2. 受けないと思う 3. 受けると思う 4. 必ず受ける
9. 自分の意思による入院でしたか？
1. はい 2. いいえ
10. 治療について、十分に説明を受けましたか？
1. 受けていない 2. あまり受けていない 3. どちらでもない 4. 大体受けた 5. 十分受けた
11. その説明は納得のいくものでしたか？
1. 納得できなかった 2. あまり納得できなかった 3. どちらでもない 4. ほぼ納得できた
5. 納得できた
12. 治療方針や指導をまもることができましたか？
1. できなかった 2. あまりできなかった 3. どちらでもない 4. 大体できた 5. すべてできた

13. 医師の対応はいかがでしたか？

1. とても不満 2. 少し不満 3. どちらでもない 4. ほぼ満足 5. とても満足

14. 看護スタッフの対応はいかがでしたか？

1. とても不満 2. 少し不満 3. どちらでもない 4. ほぼ満足 5. とても満足

15. そのほかの職員の対応はいかがでしたか？

1. とても不満 2. 少し不満 3. どちらでもない 4. ほぼ満足 5. とても満足

16. あなたの現在の健康状態は？

1. 良くない 2. あまり良くない 3. 良い 4. とても良い 5. 最高に良い

17. 入院前と比べて、現在の健康状態はいかがですか？

1. 入院前より、はるかに悪い 2. 入院前ほど、良くない 3. 入院前と、ほぼ同じ
4. 入院前よりは、やや良い 5. 入院前より、はるかに良い

以上で終わりです。ご協力をどうもありがとうございました。

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、さらに研究所以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（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求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、はじめに（または緒言）、対象と方法、結果、考察、文献さらに独立の1頁に200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。また、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）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）の順に綴じて、計3通（正1、副2）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[結果]の節[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をつけませんが、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。
資料論文については、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論めたものとなりますが、英文 Abstract、和文抄録および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 criteris from DSM-III-R American Psychiatric Association, Wasgington, 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) Ostuka 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。また投稿規定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

(2002. 3. 31.改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 今田寛睦

編集委員 伊藤順一郎 稲垣真澄 三宅由子

小牧 元 北 道子 船田正彦

編集後記

50周年特別号をお送りする。特別号らしく、各研究部から論文を募り、現在の研究所の活動の一端がこの雑誌でわかるようにとの、波多野老人保健部前部長の企画で、この特別号は作成された。当初は、「すきに書いてよい」という気楽な呼びかけで製作が始まったが、集まってみると力作ぞろいの特別号となった。あらためて、ご協力いただいた研究員諸氏に深謝する次第である。

ところで、巻頭言にもあるように、当研究所もやがて神経研究所と統合される。そうすると、この機関誌はどうなるのかとは、しばしば編集会議で話題になることである。個人的には、名称を変更してでも、雑誌が存続する意義はあるのではないかと考えている。「紀要」とはまた別に、精神神経センターの活動を把握するのに便利だからである。また、特に若手研究員の研鑽の場としても、この雑誌は活用できるのではないかと思う。ちかじか、このような議論をするべきときが来るであろう。その折には研究員諸氏の活発な意見表明をお願いしたい。

(伊藤順一郎)

精神保健研究
第49号

(2003年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者 今田寛睦
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: 047-372-0141

FAX: 047-371-2900

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

Division of Psychogeriatrics	
A Study of the Quality of Life in Aphasic Patients Living at Home in the Chronic Stage	
Hirohide Yomoda, Kotoko Yokohari, Kazuo Hadano	81
Sleep Disorders and Cognitive Function in the Aged, and Cognitive-Behavioural Interventions for Sleep Problems	
Shuichiro Shirakawa, Hideki Tanaka, Yukari Yamamoto, Yoko Komada, Ko Mizuno	89
Division of Sociocultural Environmental Research	
Reconsideration of Deinstitutionalization : Needs of Psychiatric Rehabilitation among Long-term Psychiatric Inpatients in Japan	
Nobuo Anzai	99
The Task of Psychiatric Social Worker	
Hiroshi Arata	105
The Future of Predictive Medicine: Some Implications of Genetic Susceptibility Testing for Common Diseases of Adulthood	
Yasuko Shirai	111
Division of Psychophysiology	
Clinical Aspects of Circadian Rhythm Sleep Disorders	
Makoto Uchiyama, Hirokuni Tagaya, Akiko Uzaki, Yuichi Kamei, Kayo Shibui, Xin Tan	
Kenichi Kuriyama, Hiroyuki Suzuki, Sayaka Aritake	121
Division of Developmental Disorders	
Visual and Auditory Perception in Adult Down Syndrome	
Makiko Kaga, Masumi Inagaki, Seiko Shirane, Takayuki Hatori, Reiko Horimoto	
Kaori Kon, Shingo Oana, Toshiaki Abe	129
Assessment of Social Network between Child Neurologists and Facilities/Specialists for Children with Mental Retardation	
Masumi Inagaki, Toshihiro Horiguchi	131
A Study on Welfare for Handicapped People with Aphasia and Auditory Agnosia in Japan	
Akira Uno, Noriko Haruhara, Masato Kaneko, Kimitaka Kaga, Sachiko Kimura	137
Division of Psychiatric Rehabilitation	
Reactions of Families Who Have Child Aged 6-12 to the Child Assault in an Elementary School	
Hazuki Makino, Yuko Uchida, Sayaka Kobayashi, Aki Baba, Junichiro Ito	143
Review of Outcome Surveys of School Non-attendance from a Viewpoint of Social Withdrawal Research	
Kentaro Horiuchi, Koji Yoshida, Sayaka Kobayashi, Hirofumi Noguchi, Junichiro Ito	153
MATERIALS	
Developmental Changes of Auditory P300; Difference Between Two Stimuli Conditions, Non-verbal Sound and Verbal Sound	
Takayuki Hatori, Masumi Inagaki, Seiko Shirane, Makiko Kaga	159
Patient Satisfaction in Acute Psychiatric Inpatient Care	
Hisateru Tachimori, Hiroto Ito	169
Instructions to Authors	177
Editorial Note	178

Journal of Mental Health

Number 49, 2003

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

CONTENTS

FOREWORD

H. Imada

SPECIAL TOPICS: SPECIAL CONTRIBUTION in CELEBRATION of the 50th ANNIVERSARY of
the NATIONAL INSTITUTE of MENTAL HEALTH: Present State and Task of Mental
Health Research

Division of Mental Health Administration studies

Monitoring and Evaluation of Mental Health Services -Design and Implementation-

Tadashi Takeshima 5

A note on Clinical Research in Psychiatry

Yuko Miyake 11

Division of Drug Dependence and Psychotropics Research

Situation of Drug Abuse / Dependence among General Population in Japan

Kiyoshi Wada 17

Nationwide Psychiatric Hospital Survey on Drug - related Mental Disorders

Shigeru Ozaki 23

Development of Tool for Studying the Psychological Dependence Liability of Abused Solvents by Inhalation

Masahiko Funada 29

Division of Psychosomatic Research

Our Psychosomatic Medicine Research Group -Its Past and Future-

Gen Komaki 37

Seeking for Medical Research of Mind-Body Correlation

Tetsuya Ando 41

" What Psychosomatic Medicine is. A Brief Summary of its Essence. "

Noriyuki Kawamura 43

Division of Child and Adolescent Mental Health

On a Regional Cooperation System between Institutions of Psychiatric Medicine, Mental Health, and
Child Welfare for Treating Children and Adolescents with Severely Behavioral and Emotional Problems

Kazuhiko Saito, Haruko Satoh, Masaki Kodaira, Masahide Usami, Fuzuki Irisuna
Misako Akiyama, Mari Kasahara, Nana Hosogane 49

Interdisciplinary Collaborative Support for Children and Families Applying the Theory of Human Development from an
Ecological Perspective

-Comprehensive systematic support to ensure child's well-being and right-

Yasuo Tanaka 61

Division of Adult Mental Health

PTSD and Psychogenic Mental Diseases

Yoshiharu Kim 69

Effect of Renaming the Term Schizophrenia on Eliminating Prejudice

Kenji Kawano, Shin Nakamura, Nobuko Asai, Miho Tanaka, Tomoko Miyazaki 73