

# 精神衛生研究

*Journal of Mental Health*

**No.31/1984**

**国立精神衛生研究所**

*National Institute of Mental Health  
Japan*

# 精神衛生研究

*Journal of Mental Health*

No.31/1984

国立精神衛生研究所

*National Institute of Mental Health  
Japan*



# 目 次

中学生の精神衛生に関する研究(第4報) .....	1
—生活の充実・対人関係と精神健康—	
池田由子・上林靖子・河野洋二郎・今田芳枝 西川祐一	
青年期の人達を対象とした集団の分析 .....	17
—「問題」,「集団」,「社会状況」の関係について—	
牟田隆郎	
不安神経症の難治性経過について .....	25
—初期病像ならびに性格特性とのかかわり—	
高橋 徹・藍沢鎮雄・竹内龍雄・丸山 晋 上林靖子・児玉和宏・ウイリアム・ウェザロール	
老年期神経症の臨床像およびその治療に関する研究 .....	41
丸山 晋・藍沢鎮雄・片山義郎・清水 信 加藤政利・斎藤和子・北村俊則・大塚俊男	
1歳半児の母親の育児に関する意識調査 .....	51
河野洋二郎・池田由子・上林靖子・増田久子 栗原佳代子	
家庭婦人の精神衛生対策に関する研究 .....	61
—第3部 精神衛生の良好なグループと不良なグループの比較—	
—第4部 とくに精神衛生の不良な家庭婦人の事例研究—	
池田由子・上林靖子・河野洋二郎・西川祐一 今田芳枝・平田雅子・森岡 恵・中川 幸 須藤憲太郎・伊藤克彦・伊藤勝也・成田年重 矢口光子・加藤まち子・根岸敬矩・森岡由紀子 音山幸子	
ねたきり老人介護者と生活と老後に対する 意識に関する研究 .....	77
斎藤和子・道下忠蔵・小泉卓久	
ホステル及びグループホームにかかわる従事者と 居住条件の精神障害者の自助性に及ぼす影響力 .....	95
宗像恒次・諏訪茂樹・柏木 昭・和田修一	
心拍の自己制御の実験的研究 .....	109
—不安神経症に対するバイオフィードバック治療の試み—	
高橋 宏	
ポジトロン CT 画像における脳の構造解析の試み(第1報) .....	127
—NMR-CT およびX線 CT を利用した諸領域の同定—	
苗村育郎・葉原敬士・原島 博・厲 暁峰 斎藤隆弘・桑原伸一郎・岡本克郎	



# 中学生の精神衛生に関する研究

## 第四報 生活の充実・対人関係と精神健康

### A Study of Mental Health of 6611 Junior High School Students

#### Report 4; Satisfaction in School Life, Interpersonal Relationship and Mental Health

池田由子・上林靖子  
河野洋二郎・今田芳枝

児童精神衛生部

西川 祐 一

西川病院

#### 1. はじめに

この10年は校内暴力・家庭内暴力・少年非行・いじめ・登校拒否・自殺など中学生をめぐる問題が噴出した時代であったといえよう。我々の相談室でも、不登校・緘黙・チックなどを主訴とする中学生が増えてきている。さらに、このような問題行動としてはとりあげられるには至らないが、精神衛生からみるとさまざまな不健康な徴候をもつ生徒の存在が注目される。今日の中学生は、物的な豊かさの中にありながら決して健康とはいきれない問題をかかえているといえよう。

我々は、日常、相談活動や、いろいろな学校精神衛生活動をすすめてきたが、中学生の精神健康に関する利用可能な資料に乏しく、かねがねその必要性を感じてきた。このような中で、幸いいくつかの機関・学校の協力を得て、中学生の精神衛生に関する調査を行うことができた。

この報告は、後述の調査表のうち、中学生の精神衛生の実態に関する一部分をとりあげたものである。この他、登校拒否・飲酒・喫煙に関する問題が含まれているが、これらについては既に報告済みであったり<sup>1)</sup><sup>2)</sup>、別途報告の予定である。

#### 2. 方 法

調査表：中学生の精神健康あるいはそれに関する意識を明らかにするため、国立精神衛生研究所児童精神衛生部で調査表を作成した。この過程では対象として前思春期から思春期中期を考慮にいった。部内でくりかえし検討のうえ、19問48項からなる質問紙を作成。(資料1)

調査法：我々の依頼に対し、千葉県・埼玉県・東京都の公立中学9校から調査への協力を得ることができた。実施にあたっては、担当教師に、その趣旨・記入法についてあらかじめ説明を行い、校内にて集団で記入してもらった。調査表には氏名のらんが設けられていたが、原則として無記名とした。

調査期間は昭和57年7月である。

#### 3. 結 果

対象の公立中学9校、6,720人から回答が得られた。このうち学年性別など基本事項に記入もれのある109例を集計の段計で無効とした。最終的には6,611人について集計・分析を行った。

##### 3. 1 生活の充実

熱中できるものがあるかどうかは、彼らの生

活の充実感と大いに関連するばかりでなく、意欲面にもかかわると考えられる。「あなたには、学校の内外をとわず、熱中できるものがありますか。」に対し、67.4%が「ある」と回答した。性別・学年別回答を表1に示した。

どの学年についても、男子は女子より熱中するものが「ある」というものが多く、その差は統計学的に有意である。学年によりこの割合には、有意な差が認められた。男子では、1年と2年の間では有意な差があるとはいえないが、3年生では、「ある」というものは少なくなり、その差は有意である。女子では高学年ほど低率である。

ついで具体的にどんなものに熱中しているのかについて検討してみた。熱中するものが校内か校外かに分けて回答を求めた。校内にあると記入したものは、男女間で有意な差があるといえない。一方、校外については男子の方が熱中するものをもっている割合は高く、その差は有意である(表2)。学年別にみると、校内にありと回答したものは、1年 47.8%、2年 41.0%、3年 36.5%と学年のすすむに従って減少しており各学年間の差は有意である。校外については、1年と2年はそれぞれ 44.8%、43.6%であり有意な差があるとはいえず、3年生は、36.9%と著しく減少している。

校内で熱中しているものとしてあげられたものを図1に示した。部活・クラブがその圧倒的部分を占めている。その他には、勉強、自由時間(休憩・給食・おしゃべり・あそび)があげられている。中学生にとって、部活やクラブに打ちこめることが、学校生活を魅力あるものにするための重要な条件となっていることが伺われる。

図2は校外で熱中しているとして記載されたものを示した。校内にくらべその内容は、多岐にわたっている。男子では全学年を通し、スポーツが最も多く、ついで1~2年についてはプラモデル・木工・電気組立てなどの工作・野外での遊び、切手収集・カメラなどの趣味があげ

られている。3年生になると、スポーツについて音楽があがっており、趣味・工作がそれにつづく。女子では、音楽鑑賞をあげたものが最も多く、読書・スポーツ・趣味となっている。校外の生活に、個性的、個別的な夢中になることのできる世界を持っているようである。

### 3. 2 中学生と対人関係一親友・異性の友だち・相談相手・父母

この調査には親友・異性の友だち・相談相手の有無と父母への拒否感情・同一視についての質問が含まれている。これらを通じて中学生の人間関係についての意識の一端を知ることができよう。

#### 親友

「あなたには親友とよべる友達がありますか」の質問に対し、85.3%が「いる」と回答した(表3)。「いる」というものは各学年とも女子の方が男子より多く、男女とも高学年になるにしたがって少なくなっており、その差は有意である。

この質問に「いないので欲しい」と回答したものについてみると、男女間には有意な差があるとは言えない。さらに、1年から3年までの学年による差も有意水準に達していなかった。

これに対し「いないが、欲しくない」というものは、「いる」と逆の対応しており、男子にそして高学年ほど多く、統計学的にその差は有意である。

#### 異性の友だち

あなたは、「現在付き合っているボーイフレンドとかガールフレンドがいますか?」の問いに「いる」と回答したものは全体で9.0%であった。この比率は男女とも高学年ほど高く、その差は有意である。しかし、どの学年についても性差は有意とはいえない(表4)。異性への関心は全般には高まる年代ではあるが、現実に異性の友達をもっているものはまだ一割にみたない。大多数は同性の友達の中ですごしている時期といえよう。

#### 相談相手

「困った事や悩み事が生じた時に相談する人がいますか?」という質問に、80.3%が「いる」と回答した。この比率は、女子の方が高くその差は有意である。学年による差は有意とはいえない(表5)。

「いない」という回答の中に特徴的な性差が、あらわれている。女子では「いないので欲しい」というものが「いない」ものの2/3以上を占めているのに対し、男子では「いないので欲しい」とほぼ同数である。

### 父・母

父親・母親に対する拒否:「父親がいなくなればいいと思うことがありますか」という問いに対し、「いつも」と回答したものは、3.4%であった。父親を拒否するものは、学年とともに増加し、統計学的に有意な差があるといえる。しかし、男女間の差は有意であるとはいえない(表6)。

これに対し、「思わない」というものは、学年とともに減じ、女子の方が男子に比し少い。これは「時々思うことがある」という穏やかな拒否が女子の方に高率であることに対応する。いずれもその差は統計学的に有意である。

「母親がいなくなればいいと思うことがありますか」に対し1.8%が「いつも」と回答した。父親に対する拒否にくらべ、母親に対する拒否は少ないといえる。母親を拒否するものは学年により、有意な差があるとはいえないが男子は女子より母親を拒否するものが多い。(表7)。

男女それぞれ同性の親をとりあげ、「自分の父親(母親)のような男性(女性)になりたいと思う」に対し はい、時々、いいえの3つの選択肢で回答をえた。男子の58.6%、女子の65%は肯定的(はい及び時々)な回答をしている(表8)。思わないというものは、女子より男子の方が高く、男女とも高学年ほど否定的なものが増え、その差はいずれも有意である。

### 3. 3 精神衛生上の問題

この調査では、さまざまな不安、不適応感あるいは他者を意識するなかで生ずると思われる

心的苦痛(以下対人不安)について、「あなたには次のようなことがありますか。」と質問した。これに「ある」と回答したものの割合を有症率とした。さらに「ある」を2点、「時々」を1点、「ない」を0点とし、各群についての合計を算出、不安得点・不適応得点・対人不安得点とした。

### 不安徴候

不安徴候を表わす項目は表9-1の11項目からなっている。このうち7項目(緊張する、こわがり、潔癖、眠りが浅い、ドキドキする、くよくよする、ねつけない)では、女子の有症率が男子より高く、統計学的に有意な差を認めた。一方、男子の有症率が女子より高く有意な差があるのは息苦しくなって死ぬのではないかと不安になるのみである。全般に女子の方が不安徴候をもちやすいといえる。こわがりである、ドキドキしやすい、くよくよししやすいの3項は男女の有症率の差が特にきわだっている。

緊張する、神経質だと思う、という項では男女とも有症率が20%を越しており、4人ないし5人に1人が、そのように感じていることを示している。これらは本来必ずしも病理的とはいえず、中学生の心性としてみるとある程度共通の特徴、あるいは発達のなものとみなすことができよう。

つぎに、学年別に有意率をみると、緊張しやすい、神経質、眠りが浅い、ふるえる、ドキドキする、くよくよするの6項目で、3年生が最も高率であり、その差は有意である。ピクピクしているというものは2年・3年で1年より高い有症率である。「息苦しくて死ぬのではないかと不安になる」「恐怖心もちやすい」「潔癖」「入眠困難」については学年による差が有意とは言えなかった。

### 不適応感

不適応感に関連する項目は表9-2の6項である。劣等感をもちやすい、容姿・顔貌への不満、性格への不満は全学年を通し女子の有症率が男子を上回り有意な差が認められた。自信が



ないものも女子の方に多い。これに対し、注意集中できないというものは男子の方が多く、有意な差を認めた唯一の項目である。

学年による有症率の変化をみると、3年生の有症率は1年・2年のいずれよりも高率であるといえる。無気力、劣等感、自信欠如、自己の性格への不満は2年から3年にかけての増加は1年から2年よりも大きい。高学年になるにつれて、自己の欠点を意識し、不全感をもつものが多くなっているといえよう。これは、中学生が自己を考えはじめるといふ発達の側面と、現実の中学生生活の中での圧力による側面から考えていかねばならない問題であると思われる。

#### 対人不安

中学生は他者を強く意識しはじめる時代にあるといわれる。自己とは明らかに異なる他者に出あうことが、この年代特有の不安をひきおこすと考えられる。これに関するものとしてこの調査では表9-3に示した5項目をとりあげた。

すべての項目について、男子と女子の間に有意な差が認められた。自己視線・他人の目・言葉使いなどを気にしたり、他人の評価を気にする傾向は女子の方に多く、自己臭が他人に不快を与えていると感じるのは男子の方が高率である。

学年別の差が有意水準に達したのは、自己視線についての恐怖のみで、他の4項目では有意な差があるとは言えない。

3つの尺度についての得点は表10に示した。

3つの尺度とも女子の得点は男子を上回り検定の結果0.01の水準で差は有意であった。学年別については、不安尺度不適応尺度は同じ水準で有意の差があったが対人不安については有意な差があるとはいえない。

## 4. 考 察

中学生の精神健康を考える指標として、1. 熱中するもの、2. 友だち、相談相手：父母の拒否と同一視などの対人関係、3. 不安：不適

応感・他者との関係で生ずる不安などの神経的な徴候の3点をとりあげた。これらの結果をもとに、中学生の精神健康について考察してみよう。

中学1年生は、約7割が熱中するものを持ち、9割までが親友と呼べる友だちがいることがわかった。しかし相談相手がいるというものは8割だった。「父や母がいなくなればいい」と思うほど強い拒否感情をもつものはきわめて少なく、ほとんどは親の庇護の中にいるといえる。不安徴候・不適応感のいずれについても、他学年にくらべると訴えは少ない。

この調査が行われた6～7月は、一年生にとっては、入学初期の緊張感から解放され、中学校という新しい環境になれた頃であると考えられる。すでにこの時点で一年生の約3割が、何も熱中するものがないと訴えている。この結果は「中・高生の生活と意識」調査(NHK, 1957<sup>3)</sup>)とほぼ一致している。彼らは入学以前にすでに夢中になれるような対象を失ってしまったのであろうか。その機会のないまま中学生生活にはいつてしまったのだろうか。あるいは、中学入学の短時日のうちに熱中することを捨ててしまったのであろうか。検討を要する課題と思われる。

この結果では相談相手がいるものは10人中8人であるに対し、親友とよべる人がいるというものは10人中9人と、後者の方が上まわっている。これは、「親友」がいても、必ずしも相談相手がいるとはいえないことを意味するであろう。中学一年の子どもにとって、親友とは一体どんな存在なのであろうか。何のかくしだてもせず、心を開いてつきあえる、いわば全面的な信頼にうらうちされた友達ではなく、表面的に、共に楽しくすごすことのできる児童期の仲良しの域にあるものがこの「親友」にはかなり含まれるものと予想される。

一方、先行調査<sup>4)</sup>で、中学生が一番良い相談相手として友人を選ぶことが明らかにされており、友人の存在は相談相手と重なり合い重要なささ

えであるといえる。親からの内面的自立をめざす途上の彼らにとって、それらを持たない、あるいは失うことは、精神衛生上重大な意味をもっていると考えられる。

次は中学3年生について検討してみよう。打ちこめるものがあるというのは、男子68.0%、女子56.8%で、1年生に比べそれぞれ5%、11%の減である。この減少の仕方は、校内と校外でやゝ様相を異にしている。校内についてみると、1年から2年にかけてすでに下降しており、この傾向は女子においてより明確である。校外では、1年と2年の間には男子においても女子においても統計的に有意な差があるとはいえないが、1・2年と3年との間には有意な差を認める。1年から2年にいたる間に、校内の生活で熱中するものを失っていく生徒が多いといえる。それに対し校外で熱中するものは、2年から3年にかけて失っている。校外ではどちらかというとな個人的な活動に打ちこんでいるものが多いので、維持しやすいといえる。にもかかわらず、中学3年になるとそれすら放棄せざるを得ない状況にあるのであろう。

親友とよべる友達がいるというものは3年生では、男子79.8%、女子86.0%と、男女とも1～2年に比べ減少しており、その差は有意である。この減少は「いないが欲しくない」という群の増加に対応している。親友と思っていた友達に裏切られ、信頼できなくなり、もう友達を求めることはせず背をむけていく姿が浮びあがってくる。思春期は“他者性を獲得する”という課題を担っていると指摘される<sup>9)</sup>。その過程にあつて、对人的不信を抱き心を閉しがちな傾向がみられるといえる。

一方、父親や母親への拒否感情（なかでも異性の親に対して、そして父親への方が概して高いのだが）をもつものは、中学の1年から3年まで著明に増加する。これは親からの精神的自立の一面をあらわすものと考えられる。このような親離れは思春期の中心的課題であり、その意味でこの拒否感情は必ずしも否定的にとらえ

るべきものではない。

しかし、友達にしても親にしても児童期には全面的に信頼し依存していた対象であるだけに、その喪失から味わう心の痛みはなみなみならぬものといえる。そのうえ、当の中学生にとって、この対人関係の変化のもつ意味はとうてい把握できるものではないし、それを適切に言語化し整理することもできない。彼らはこうした悩みの解決の糸口を得られないまま、いつそう傷つき、心を閉してしまいがちである。それだけに、彼らの体験をあとづけ、彼ら自身の自覚と成長を促すべき精神衛生的とりくみを必要としているといえよう。

有症率についても似たような傾向がみられた。この調査でとりあげた25項目のうち3項目をのぞいて、有症率は3年で最も高かった。中学の3年間は、不安感・不適應感について、心的苦痛が高まっていく時期である。なかんずく自らの容姿・容貌と性格についての不満、あるいは自信欠如・劣等感など自己不全感は3～5人に1人にみられ極めて高い有症率である。その他、他人の視線、被害感、自らの視線と言葉づかいについての不安が高く他者を意識する状況を物語っている。緊張しやすい、神経質・浅眠・恐怖心をもちやすい・潔癖性なども比較的高率にみられた。このように、中学生の多くは心理的に“準神経症的な状態”にあると考えられる。

つぎに有症率と前述の生活の充実・対人関係との関連を検討してみよう。3つの尺度の得点について、高得点の順にならべ、上下約10%を抽出し、それぞれ高得点群・低得点群とした。既述の項目についてこの2群を比較した結果を表11に示した。

不安尺度の高得点者のうち熱中できるものを持っているものは62.6%に対し、低得点群は70%であり、その差は有意である。前者は、親友のいるもの、相談相手がいるものについても、後者より少なく、異性の友だちがいるというものは多数を占めている。父親・母親に対し強い拒否感をもつものも高得点群に高率となってい

る。

このように不安得点は生活の充実感や対人関係と密接な関連があるといえる。不安得点の高い群は、現実の生活に熱中するものをもたず、親友と呼べる友達や相談相手もなく、父や母に否定的感情をもっているものが多い。但し、異性の友達を持つものは高得点群の方が多く、このことは、同性の親友をもちきれないまま異性の友達を求める結果、あるいはこの群がより早熟なものを多く含んでいる結果のあらわれと考えられる。この点については更に検討が必要であろう。又、このような尺度を手がかりに、生徒の精神衛生上の問題に接近することができると思われる。学校精神衛生をすすめるうえで、早期発見・早期治療が強調されるが、現場で利用できるような尺度としてさらに検討改善していくことが今後の課題である。

## まとめ

公立中学9校6,611人の生徒について精神健康に関するアンケート調査を行った。

1. 中学生の29.9%は熱中するものがない。この割合は高学年ほど、そして女子は男子より高い。
2. 親友・相談相手は8割以上がいると回答しているが、いないが欲しくないというものは学年とともに増加し、男子の方が女子より高率である。
3. 父親に対しては約30% 母親に対しては約

25%が拒否感情を抱いており、この割合は高学年ほど、そして女子の方が高い。

4. 不安・不適應感・対人不安などの徴候を有するものは、全般に男子より女子に、1・2年生より3年生に高率である。これら徴候の総得点の高い群は、熱中するものがなく、親友や相談相手をもたず、両親に拒否感をもつものが多い。中学生の精神衛生を考えるうえでこれらの徴候が一つの指標として有効であろう。

本研究は昭和59年厚生省科学研究「青少年の精神健康とその対策に関する研究」の研究費によって行った。

最後にこの調査に御協力下さった中学校の先生と生徒の皆様方に感謝いたします。

## 参考文献

- (1) 池田由子他 昭和58年度文部省科学研究登校拒否の背景と防止に関する研究報告書
- (2) 池田由子他 昭和59年度文部省科学研究登校拒否の背景と防止に関する研究報告書
- (3) NHK世論調査部編：中学生・高校生の意識—受験・校内暴力・親子関係—、日本放送出版協会、S59.
- (4) 池田由子他 中学生の精神衛生に関する研究—第一報 質問紙表による調査 精神衛生研究, 28, 1981.
- (5) 村瀬孝雄, 中学生の心とからだ—思春期の危機をさぐる—岩波書店 1984.

## 資 料

## 青少年健康調査(1)

記入年月日(昭和 年 月 日)

(お願い)

あなたがたの考えや気持ちを知るために、この調査に御協力下さい。  
お答えについては、秘密を守りますので、ありのままお答え下さい。  
次のところに記入、またあてはまるところに○をつけて下さい。

1. 氏 名 ( )
2. 性 別 (男・女)
3. 生年月日(昭和 年 月 日生:満 歳)
4. 学校名学年 ( 学年 年)
5. 家族の人数 ( 人)
6. 家族構成(一緒に暮している人)
  - 1) 父 ( 歳)
  - 2) 母 ( 歳)
  - 3) 祖父 ( 歳)      4) 祖母 ( 歳)
  - 5) 兄 ( 人)      6) 姉 ( 人)
  - 7) 弟 ( 人)      8) 妹 ( 人)
  - 9) その他 ( )

質問1 あなたには、学校の内外をとわず、熱中できるものがありますか？(あると答えた人は、学校内か、学校外か、のどちらかまたは、両方にある人は、両方に○をして具体的な内容を( )内に書いて下さい)

1. ある      1) 学校内 ( )      2) 学校外 ( )
2. ない

質問2 あなたは、親友とよべる友達がありますか？

1. いる      2. いないので欲しい      3. いないが、欲しくない

質問3 あなたは、困った事や悩み(例えば、勉強・友人関係・家庭・金銭など)が生じた時に、相談する人がいますか？

1. いる      2. いないので欲しい      3. いないが、欲しくない

質問4 あなたは、現在付き合っているボーイフレンドかガールフレンドがいますか？

1. いる      2. いない

質問5 あなたは、ボーイフレンドかガールフレンドが欲しいですか？

1. 欲しい      2. 欲しくない      3. 関心がない

質問6 あなたは、父親がいなくなればいいと思うことがありますか？

1. いつも思う      2. 時々、思うことがある      3. 思わない

質問7 あなたは、母親がいなくなればいいと思うことがありますか？

1. いつも思う      2. 時々、思うことがある      3. 思わない

質問8 あなたは、登校拒否ということばを聞いたことがありますか？

1. ある 2. ない

質問9 あなたの身近に、登校拒否をしているらしい子がいますか？

1. いる 2. いない

質問10 あなたは、登校拒否（登校しなければならないと思いつながら登校できないこと）をしたいと思うことがありますか？

1. したい 2. 時々、したいと思う 3. したくない

質問11 どうして登校拒否をすると思いますか？ あなたがそう思うところに○をして具体的な理由を（ ）内を書いて下さい。

1. 本人に問題があるから（ ） 2. 家庭に問題があるから（ ）  
3. 学校に問題があるから（ ） 4. 社会全体に問題があるから（ ）  
5. その他（ ）

質問12 あなたは、登校拒否をしている子をどう思いますか？

1. 助けてあげたい 2. 何とも思わない 3. 学校をやめしまえばいい 4. わからない

質問13 あなたの家庭の中に、お酒をのむ人がいますか？ いる場合は（ ）内の誰かに○をつけて下さい。

1. いる（父・母・祖父・祖母・兄・姉・その他） 2. いない

質問14 あなたは、大人になったらお酒をのみたいと思いますか？

1. のみたい 2. のみたくない

質問15 あなたは、お酒をのんだことがありますか？

1. 週1回以上のむことがある 2. 時々、のむことがある  
3. 正月やお盆などの時にのんだことがある 4. のんだことはない

質問16 あなたの家族の中に、タバコをすう人がいますか？ いる場合な（ ）内に誰かに○をつけて下さい。

1. いる（父・母・祖父・祖母・兄・姉・その他） 2. いない

質問17 あなたは、大人になったらタバコをすいたいと思いますか？

1. すいたい 2. すいたくない

質問18 あなたは、タバコをすったことがありますか？

1. 毎日のようにすっている 2. 時々、すうことがある  
3. おもしろ半分、すったことがある 4. すったことはない

質問19 あなたには、次の様なことがありますか？

- |                               |       |         |       |
|-------------------------------|-------|---------|-------|
| 1. 注意が集中できない                  | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 2. 自分から変なおいがでて、他人に不快感を与えると感じる | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 3. 何をする気にもなれない                | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 4. 時々、息苦しくなって死ぬのではないかと不安になる   | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 5. 劣等感をもちやすい                  | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 6. すぐ、いらいらする                  | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 7. すぐ、カッとして怒りっぽい              | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 8. 自分の顔とか体つきに満足していない          | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 9. 便秘や下痢をしやすい                 | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 10. すぐに緊張する                   | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 11. 自分で神経質だと思う                | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |

- |  |       |         |       |
|--|-------|---------|-------|
| 12. 自分の視線が、他人に不快感を与えていると感じる              | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 13. こわがりで、すぐ恐怖心をいだく                      | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 14. ちょっとした汚れでも気になって、何度も洗わないと気がすまない       | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 15. 睡りが浅く、よく夢をみる                         | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 16. 他人の目（視線）が気になる                        | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 17. 他人が自分のことを馬鹿にしたり、悪く思っているように感じる        | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 18. いつも気持ちがおちつかずピクピクしている                 | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 19. 自分に自信がない                             | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 20. 指や体がふるえる                             | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 21. 自分の言葉使いが適切か、気になる                     | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 22. 胸がドキドキしやすい                           | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 23. くよくよしやすい                             | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 24. 夜、なかなかねつけない                          | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 25. 食欲がなかったり、すぐに胃が痛くなったり重くなったりする         | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 26. 食べ過ぎた後、わざとはくことがある                    | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 27. やせたいと思って、続けて減食したことがある                | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 28. 空腹でないのにむやみに食べたくなくて、いっぺんにたくさん食べることがある | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 29. 1) (あなたが男子の場合) 自分の父親のような男性になりたいと思う   | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 2) (あなたが女子の場合) 自分の母親のような女性になりたいと思う       | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |
| 30. 自分の性格に満足していない                        | 1. ある | 2. 時々ある | 3. ない |

## ①中学生の精神衛生研究

表1 熱中するもの 1

項目	学 年			性 別	
	1 年	2 年	3 年	男 子	女 子
1. あ る	人 1,604 % 70.41	人 1,546 % 68.89	人 1,308 % 62.61	人 2,422 % 71.57	人 2,036 % 63.09
2. な い	605 26.56	638 28.43	732 35.04	867 25.62	1,108 34.34
無 答	69 3.03	60 2.67	49 2.35	95 2.81	83 2.57
計	2,278	2,244	2,089	3,384	3,227

学 年：  
CHI SQUARE CALCULATED=41.412 DF=4  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

性 別：  
CHI SQUARE CALCULATED=59.945 DF=2  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

表2. 熱中するもの 2

項目	学 年			性 別	
	1 年	2 年	3 年	男 子	女 子
1. 学 校 内	人 1,088 % 47.8	人 919 % 41.0	人 763 %*** 36.5	人 1,438 % 42.5	人 1,332 % <sup>N.S</sup> 41.3
2. 学 校 外	1,021 44.8	978 43.6	771 *** 36.9	1,645 48.6	1,125 *** 34.9
N	2,278	2,244	2,089	3,384	3,227

x<sup>2</sup>検定：\*\*\*p<0.001  
N.S. not significant

表3. 親 友

項目	学 年			性 別	
	1 年	2 年	3 年	男 子	女 子
1. い る	人 1,992 % 87.5	人 1,918 % 85.6	人 1,728 % 82.8	人 2,788 % 82.4	人 2,850 % 88.4
2. いない, 欲しい	208 9.1	220 9.8	219 10.5	371 11	276 8.6
3. いない, 欲しくない	52 2.3	75 3.4	101 4.8	164 4.8	64 2
無 答	25 1.1	29 1.3	39 1.9	60 1.8	33 1
計	2,277	2,242	2,087	3,383	3,223

学 年：  
CHI SQUARE CALCULATED=30.501 DF=6  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

性 別：  
CHI SQUARE CALCULATED=63.190 DF=3  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

表4 異性の友達

項目	学 年			性 別	
	1 年	2 年	3 年	男 子	女 子
1. い る	人 136 % 5.97	人 193 % 8.60	人 267 % 12.80	人 290 % 8.58	人 306 % 9.49
2. い ない	2,124 93.24	2,031 90.55	1,798 86.19	3,058 90.45	2,895 89.74
無 答	18 0.79	19 0.85	21 1.01	33 0.98	25 0.77
計	2,278	2,243	2,086	3,381	3,226

学 年：

CHI SQUARE=63.646 DF=4  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

性 別：

CHI SQUARE=2.361 DF=2  
NOT SIGNIFICANT

表5 相談相手

項目	学 年			性 別	
	1 年	2 年	3 年	男 子	女 子
1. い る	人 1,850 % 81.21	人 1,784 % 79.50	人 1,675 % 80.18	人 2,463 % 72.78	人 2,846 % 88.19
2. い ない, 欲しい	240 10.54	239 10.65	197 9.43	417 12.32	259 8.03
3. い ない, 欲しくない	161 7.07	198 8.82	194 9.29	456 13.48	97 3.01
無 答	27 1.19	23 1.02	23 1.10	48 1.42	25 0.77
計	2,278	2,244	2,089	3,384	3,227

学 年：

CHI SQUARE CALCULATED=9.853 DF=6  
NOT SIGNIFICANT

性 別：

CHI SQUARE CALCULATED=301.305 DF=3  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

表6 父親拒否

項目	学 年			性 別	
	1 年	2 年	3 年	男 子	女 子
1. いつも思う	人 53 % 2.33	人 77 % 3.43	人 96 % 4.28	人 98 % 2.90	人 128 % 3.01
2. 時 々	587 25.80	693 30.88	648 31.00	859 25.38	1,069 33.14
3. 思わない	1,597 70.10	1,431 63.77	1,303 62.40	2,368 69.98	1,963 3.01
無 答	40 1.76	43 1.92	42 2.01	59 1.74	66 3.01
計	2,277	2,244	2,089	3,384	3,226

学 年：

CHI SQUARE=42.062 DF=6  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

性 別：

CHI SQUARE=61.378 DF=3  
SIGNIFICANT WITH P<0.001



表7 母親拒否

項目	学 年						性 別			
	1 年		2 年		3 年		男 子	女 子		
1. いつも思う	人 30	% 2.33	人 45	% 2.01	人 42	% 2.01	人 69	% 2.01	人 48	% 1.49
2. 時々	515	25.80	536	23.87	534	25.56	766	22.64	819	25.38
3. 思わない	1,713	70.10	1,643	73.22	1,496	71.61	2,515	74.32	2,335	72.36
無 答	20	1.76	20	0.89	17	0.81	34	1.00	23	0.71
計	2,278		2,244		2,089		3,384		3,227	

学 年:

CHI SQUARE=10.014 DF=6  
NOT SIGNIFICANT

性 別:

CHI SQUARE=10.526 FD=3  
SIGNIFICANT WITH P<0.05

表8 同性の親との同一視

項目	学 年						性 別			
	1 年		2 年		3 年		男 子	女 子		
1. いつも思う	人 702	% 30.82	人 498	% 22.19	人 438	% 20.97	人 819	% 24.20	人 819	% 25.38
2. 時々	851	37.36	847	37.75	743	2.01	1,164	34.40	1,277	39.57
3. 思わない	681	29.89	848	37.79	885	42.36	1,345	39.75	1,069	33.13
無 答	44	1.93	51	2.27	23	1.10	56	1.65	62	1.92
計	2,278		2,244		2,089		3,384		3,227	

学 年:

CHI SQURE CALCULATED=110.050 DF=6  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

性 別:

CHI SQURE CALCULATED=33.382 DF=3  
SIGNIFICANT WITH P<0.001

表9-1 不安徴候

項目	学 年						性 別					
	1 年		2 年		3 年		男 子		女 子			
4. 時々、息苦しくなって死ぬのではないかと不安になる。	人 82	% 3.60	人 92	% 4.10	人 93	% 4.45	N.S.	人 161	% 4.76	人 106	% 3.28	**
10. すぐに、緊張する。	544	23.88	583	25.98	608	29.10	***	798	23.58	937	29.04	***
11. 自分で神経質だと思う。	487	21.38	530	23.62	544	26.04	**	776	22.93	785	24.33	N.S.
13. こわがりで、すぐ恐怖心をいだく。	401	17.60	371	16.53	320	15.32	N.S.	362	10.70	730	22.62	***
14. ちょっとした汚れでも気になって、洗わないときがすまない。	349	15.32	373	16.62	305	14.60	N.S.	424	12.53	603	18.69	***
15. 眠りが浅く、よく夢をみる。	390	17.12	398	17.74	441	21.11	**	491	14.51	738	22.87	***
18. いつも気持ちがおちつかずビクビクしている。	42	1.84	71	3.16	61	2.92	*	101	2.98	73	2.26	N.S.
20. 指や体がふるえる。	73	3.20	79	3.52	99	4.74	*	136	4.02	115	3.56	N.S.
22. 胸がドキドキしやすい。	286	12.55	300	13.37	335	16.04	**	334	9.87	587	18.19	***
23. くよくよしやすい。	205	9.00	251	11.19	303	14.50	***	243	7.18	516	15.99	***
24. 夜、なかなか寝つけない。	313	13.74	290	12.92	263	12.59	N.S.	412	12.17	454	14.07	*

X<sup>2</sup>検定 \* P<0.05 N.S.; not significant

\*\* P<0.01

\*\*\* P<0.001

表9-2 不適応徴候

項目	学 年						性 別					
	1 年		2 年		3 年		男 子		女 子			
1. 注意が集中できない。	人 202	% 8.87	人 311	% 13.86	人 321	% 15.37	***	人 468	% 13.83	人 366	% 11.34	**
3. 何をする気にもなれない。	257	11.28	304	13.55	345	16.52	***	434	12.83	472	14.63	*
5. 劣等感をもちやすい。	292	12.82	272	12.12	333	15.94	***	383	11.32	514	15.93	***
8. 自分の顔とか体つきに満足していない。	521	22.87	668	29.77	738	35.33	***	655	19.36	1272	39.42	***
19. 自分に自信がない。	302	13.26	348	15.51	424	20.30	***	490	14.48	584	18.10	***
30. 自分の性格に満足していない。	411	18.04	459	20.45	575	27.53	***	581	17.17	864	26.77	***

X<sup>2</sup>検定 \* P<0.05

\*\* P<0.01

\*\*\* P<0.001

表9-3 対人不安

項 目	学 年						性 別					
	1 年		2 年		3 年		男 子		女 子			
2. 自分から変なにおいがでて、他人に不快感を与えると感じる。	人 109	% 4.79	人 110	% 4.90	人 86	% 4.12	N.S.	人 175	% 5.17	人 130	% 4.03	*
12. 自分の視線が、他人に不快感を与えていると感じる。	163	7.17	167	7.44	197	9.43	*	236	6.97	291	9.02	**
16. 他人の目(視線)が気になる。	444	19.53	476	21.21	462	22.12	N.S.	512	15.13	870	26.96	***
17. 他人が自分のことをばかにしたり、悪く思っているように感じる	387	17.02	336	14.97	347	16.61	N.S.	490	14.48	580	17.97	***
21. 自分の言葉使いが適切か、気になる。	397	16.67	326	14.53	343	16.42	N.S.	388	11.47	660	20.45	***

\* P &lt; 0.05 N.S. ; NOT SIGNIFICANT

\*\* P &lt; 0.01

\*\*\* P &lt; 0.001

表11 不安得点と各項目

項 目	不 安 得 点			
	高得点群		低得点群	
熱中できるものあり	人 438	% 62.6	人 331	% 70.9
親 友 いる	563	80.4	406	86.9
異性の友達 いる	84	14.1	35	5.9
相談相手 いる	542	77.4	369	79.0
父 拒 否 いつも	48	6.9	16	3.4
母 拒 否 いつも	20	2.9	9	1.6

N : 700 N : 467

表10

	学 年						性 別					
	1 年		2 年		3 年		男 子		女 子			
1. 不安得点	M. 6.3134	S.D. 3.669	M. 6.7045	S.D. 3.733	M. 6.9641	S.D. 3.758	M. 5.9025	S.D. 3.602	M. 7.4376	S.D. 3.692		***
2. 不適応得点	4.5193	2.424	4.9951	2.503	5.4945	2.602	4.4084	2.486	5.5978	2.450	***	
3. 対人不安得点	3.1620	2.135	3.1319	2.143	3.2681	2.131	2.7683	2.095	3.626	2.093	***	

1年 < 2年 不安得点 不適応得点  $t > t_{4520}$  (0.001) \*\*\*  $t > t_{6609}$  (0.001)2年 < 3年 不安得点 対人不安得点  $t > t_{4331}$  (0.05)不適応得点  $t > t_{4331}$  (0.001)

図1 熱中するもの—校内

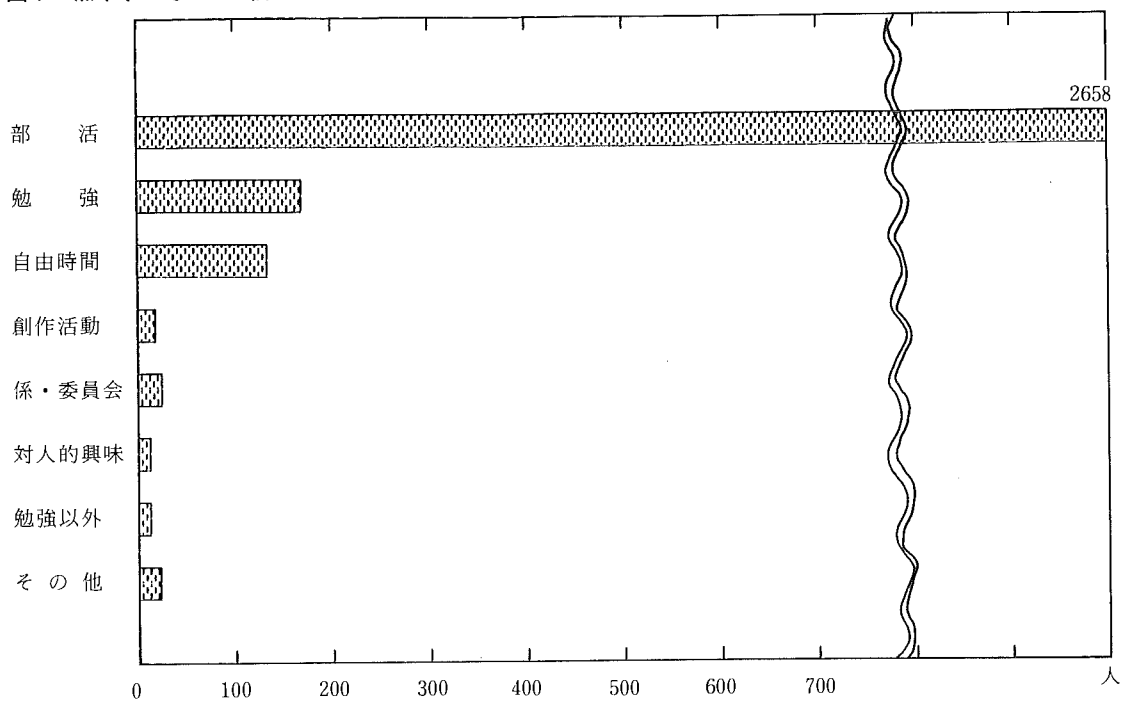
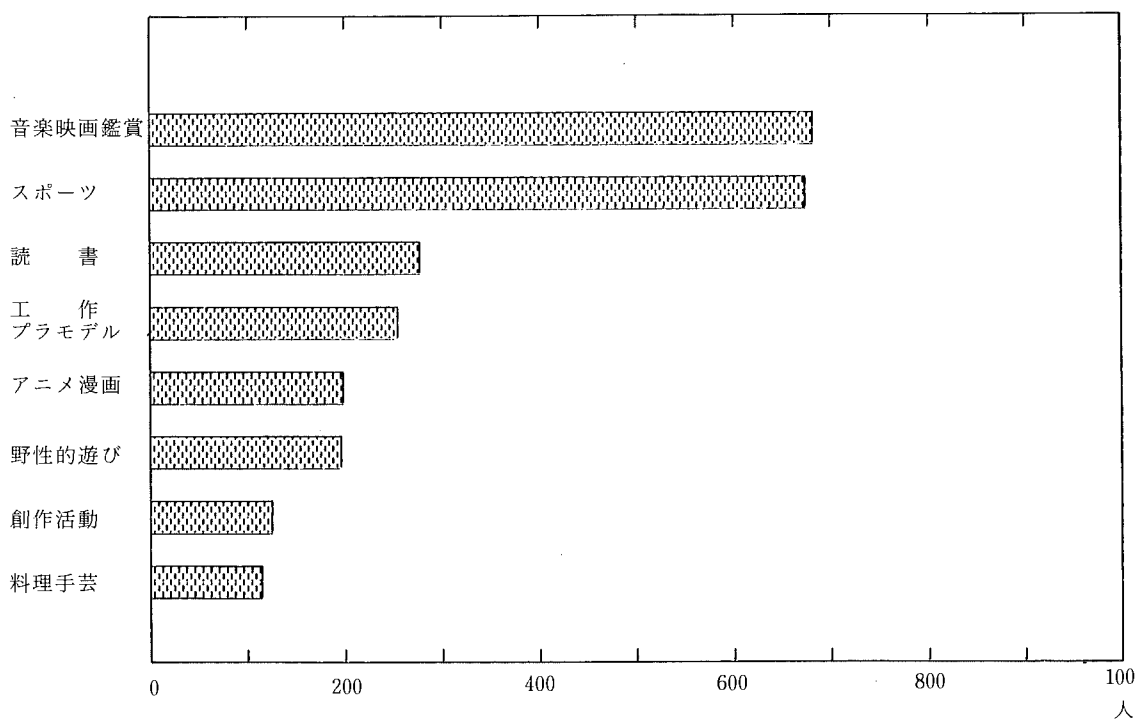


図2 熱中するもの—校外





## 青年期の人達を対象とした集団の分析

—「問題」,「集団」,「社会状況」の関係について—

牟田 隆 郎

精神衛生部

An Analysis of the Adolescent-Group—the relations among  
'problems', 'the adolescent-group' and 'social conditions'.

Takao Muta

Division of Mental Health

## Summary

In this article, we discuss the role of the group activity, which is programmed at NIMH twice a week for the adolescents with some kind of mental problems visiting NIMH for consultation.

At first, we mention the process of these mental problems being identified. Secondly, we discuss the way how these identified problems are treated from the system theory's viewpoint. Through the discussion, we consider the role of this activity group as a "buffer zone" where group members do not face to the social values and norms directly. Also, it is pointed out that a characteristic of "isolation" that the group members tend to show at group activities would coincide the present state of human relations.

**Key words:** *adolescent group, social conditions, buffer zone.*

## 要 旨

精研では、問題を抱えて相談に訪れた青年に呼びかけて、集団活動を週に2回実施しているが、本論文では、その集団の果たしている機能について考察を施した。

まず初めに、彼等の抱えている問題とは何か、その内容に先立って、問題が問題として生起してくる仕組みについて触れてみた。次いで、表に現われた問題がどう対処されるのか、システム論的な見方から検討した。

更にその見地を踏まえ、精研の青年集団の社会の中での位置づけ・役割を、諸価値規範からの一種の「緩衝地帯」として捉えた。また、彼等青年達がその集団という場で示す「孤立化」という特性が、実は社会や大人達が直面しつつある事態と、符号しているところがあるのではないか、と指摘した。

## はじめに

ある事物なり現象なりを理解しようとする時、その対象との距離や角度を変えてみたり、ある

いは時間をおいて考えてみたりすると、新鮮な姿でもって対象がわれわれの目の前に現われる(かに思える)ことがある。ところが、常日頃慣れ親しんでいるものというのは、私達がいざ

それを対象化するとか、別の視点から眺めようとする場合、意外な困難に出くわすことがある。たとえば自分自身を見つめることもそうであるし、家族のことや仲間達との関係を改めて考えることもそうであろう。

集団というものを分析の対象としようとすると、まさに似たような困難にぶつかる。そこに自分が深く関与しているとなると、尚更そうである。

本論文は、国立精神衛生研究所で実施している、青年（種々の問題で相談に訪れた）をメンバーとする集団について、以上述べた難点を踏まえつつも、探りのメスを入れようと試みるものである。

### 分析の対象としての「集団」

周知のように、集団といってもさまざまなのがあり、その規模や大きさ、あるいはそれのもつ目的や機能、成立の仕方、社会における位置づけ等々により、いろいろな分類や分析が可能である。逆にいえば、集団を捉える物差しが種々ありうるわけで、1つの固定された物差しを当てることにより、各集団を整合的に並べようとするのは、甚だ困難だということになる。

この困難は何も集団を把握する際にのみ生ずるのではなく、考えてみれば、人間に関わる複雑な事象を対象とする場合に、常についてまわってくるものである。自然界における物理現象を抽出し、そこに働く包括的な原理を追求している物理学の場合には、さまざまな「力」を統一的に理解しようとする「大統一理論」が考想されているようだが、人間に関わる諸事象を考察しようとする、そこに「意味」というものがどうしてもからんできやすくなるように思える。

ヒラヒラと舞い落ちる枯葉を、重力や風の力、空気抵抗などの諸力の結果として眺めることも可能かもしれないが、それを見る人の心には、いろいろな感慨が浮かんでいてもおかしくはない。いやむしろ、後者のほうが自然な観察とい

えるだろう。つまりは、われわれのもつ「生(命)」の諸相が、見る対象に種々の色づけをするのである。

集団を見る（分析する）ことにおいても、事態は同じである。何らかの意図なり目的なり、あるいは思想なりを背景として、われわれは特定の色眼鏡を用いて、対象の姿を見ようとする。従ってそれは、あくまでたくさんある解釈のうちの1つを選択していることなのである。

さて、集団を「見る」には、それなりの視点をもたなくてはならないわけだが、その前に、集団は一般的にどのようなところに位置づけられるのか、いわばその座標軸について考えてみよう。

1. その集団はどのような人達で構成されているのか（いわば構造的側面）。
2. その集団が果たしている役割は何なのか（いわば機能的側面）。

まず1についてだが、ある集団を捉える場合に、その集団を構成している各個人というレベルと、その集団を包みこんでいる更に大きな規模の集団（地域社会・社会など）のレベルとを結び、その系列上に集団を位置づけてみる事が可能であろう。つまり、ある集団はというと、一人一人が寄り集まって形成されている一方、より大きな集団を構成する1つの形成素ともなっているわけである。

2の機能的側面についても、1の場合と事情は似通っており、ある集団はその構成員の行動や思想、あるいはパーソナリティに対して影響を及ぼし、また、より大きな社会の動向なり価値規範なりの影響下にある。

こうしてみると、集団は個々人を統合する「全体」としても振舞い、かつ、更にもっと規模や影響力の大きい社会の中にあっては、「部分」としても振舞うのである。このことは、集団は上位システムと下位システムの間であり、また、ヒエラルキー（階層）の一部を為す、という把握の仕方を可能にするだろう。

ちなみに、アーサー・ケストラー（Arthur

Koestler)は、この全体であると同時に部分でもあるヒエラルキーの中間レベルの存在を「ホロン(holon)」と表現した。そして、それぞれのホロンには一貫性と安定性、特有の構造と機能があるとし、また、ホロンは規準(コード)あるいは規範(カノン)と呼ばれる一連の固定規則に支配されているとした。(なお、ホロンは規則に支配されるとはいえ、自由度をも有しており、環境の偶然性とのからみで柔軟な「戦略」もとれるとしている。)

他方、ホログラフィック・パラダイム(holographic paradigm)と呼ばれる物事を捉える枠組みが、物理学や神経外科学などの分野の研究者の発言を端緒として、提唱されてきている。このパラダイムは、やはり世界に生起する事象が、それ自身全体であり完全な存在であると同時に、それよりも大きな包括的なある全体の部分でもある、というように理解する。またどの事象も、自己に関する情報を含みもつと同時に、その事象を含む全体(その全体もある全体の部分である)に関する情報も含みもつものとしている。

以上のような発想を一応心に留めておき、まずは青年達に生じている(かに見える)「問題」というものの吟味を手掛かりとして、{個人—集団—社会}連鎖の考察にとりかかろう。

### 「問題」の生起

人間が抱える問題は多種多様である。ある事柄が、ある人やある集団にとっては問題となるが、別の人や別の集団にとっては些かも問題とならない場合、ある時期・状況では問題が生じるが、それ以外の時期・状況では問題が生じない場合。そして問題の内容となると、その範囲には限りがないと思えるほどである。

しかしいずれの問題であれ、それが問題とされる場合には、何事(物)かが対象化されているわけである。つまり、判断する認識主体があり、ある事柄に対して価値判断(「問題あり」)を下しているのである。この事情は、判断主体を集団なり社会なりの規模が大きい場合に拡大

しても、やはり当てはまる。

また、判断主体と問題ありとされる対象が同一の場合もありうる。たとえば、「おや今朝は頭が痛いな」と自分で気付いた時などはそうである。本人(判断主体)が自分の体の状態を対象化して捉えているからである。

いずれにせよ、ある事柄なり状態なりに一定の判断が下され、その部分が、関連する周辺的事柄や状態の中においていわば「凶化」される。そのことと同時に、関連する周辺のものは「背景化」される。つまりこれはあたりまえのはなしだが、ある事象が対象化されるには、「その他大勢」が控えていなければならないのである。

「その他大勢」を前提としてでなければ、対象化のスポットライトを、ある一部の事象があびることはないのである。

このことはすなわち、その内容や程度、範囲等にかかわらず、何か「問題」が生じたときとされる場合に、常にその背景にも目を向けることの必要性をわれわれに告げる。その問題をより良く理解するには、問題を問題として前面に押し出した背後のものに目を向けることも、大事なのである。

さて今までは「問題」と一言で述べてきてしまったが、実は問題にはいろいろな相ないしはレベルがある、あるいはありうるのである。問題ありと判断する主体が何であるか、あるいはその主体がどの立場をとっているのかによって、問題の相も異なってくる。

ある家庭において、子どもが親に「乱暴」な振舞いをしたとする。親の立場からすると、許されざる行為であり「問題」である、となりやすいであろう。他方、当の子どもにあっては、当然の行為をしたままだ、と思っているかもしれない。また、教育関係者などからすると「家庭内暴力」と目に映り、家庭そのものが「問題」視されることもありえよう。警察ざたになれば、「暴行・傷害事件」として取り上げられる可能性もある。マスコミはそういった類の現象を、包括的に社会「問題」として世に問うかもしれ



ない。

このように、立場や視点によって問題の相が決まり、従ってその相での問題とその背景とが決まるということになりそうである。実は、特定の問題の相、その背景、それを見る立場、の3項はひと揃いのセットになっている。そしてどの項が主導的であるとか、どの項が起因をなすかということではなく、3項は同時に成立(生起)しているのである。

ところで立場や視点というものについて考える場合、1つには個人レベルにおけるもの、もう1つには集団・社会レベルにおけるものと、一応2つに分けてみたほうが適切であろう。

まず個人レベルについてだが、同一個人であっても、そのとりうる立場にはさまざまなものがある。生活の場・活動の場により、接する相手により、微妙にあるいは大幅に、われわれは異なる立場を演ずる。そしてそれぞれの立場に立つごとに、その立場に伴う価値判断の体系をもっているといえる。もちろん、各立場がまるで互いに独立したものにはなりにくいのと同様に、各価値判断の体系においても、相互に浸透し合ったり影響し合ったり、時には背反し合ったりしているはずである。

集団・社会レベルについても、やはりそれぞれの集団・社会に見合った価値判断の体系が備わっている。相互に影響し合ったり背反し合ったりも、個人の場合と基本的には同じである。

全体として眺めれば、個人—小集団—大集団—社会—国家—……を貫いて、立場や視点とそれに伴う価値判断とが体系化され重層構造を為している。この点はまさに、先に述べた、「全体」でもあり「部分」でもある各項がヒエラルキーを形成し、また各項のもつ情報が互いに呼応し合うという捉え方に対応している。そして忘れてはならないのは、立場や価値判断のヒエラルキーに相即するかたちで「問題」がその背景を地として析出し、またそれら問題・背景自体がヒエラルキーを為すとともに、更に、立場—問題—背景を含み込む、いわば全体ヒエラル

キーが形成されているのである。

### 「問題」への対処

以上のように捉え、次にいわば縦に連なるヒエラルキーを水平に切断すれば、その切辺にはそのレベルでの立場—問題—背景が示されることとなる。この切辺には無数のものが考えられるが、実社会においては、表面化してくる問題は、ある程度限られたものになりやすいようである。言いかえれば、立場なり視点なりは、無限の可変性をもっていそうでありながら、文化・社会等によってパターン化されやすいということになる。

さて実際に何らかの問題が生じた(発見された)場合、普通はそれに対応する動きが、まず同一切辺上で行なわれる(引き起こされる)。この動きというのは、心的なレベルから行動のレベル、更には情報の流れによる指令や統制まで、いろいろなものが考えられる。また、問題の種類によっては、動きが個人レベルにのみ生じる場合から、小集団や大集団、社会や国家のレベルでの動きとなる場合もありうる。

見方を変えれば、システムがその変容に際して平衡(静的平衡、動的平衡)をとろうとするのが、今述べた「動き」ということでもある。もちろん人間の関わる事象については、価値判断がヒエラルキーの中に織りこまれており、どのように平衡をとるか(保つか)に関して、その価値観がある程度方向づけをしている。

ただし、実際のシステムの変容と、価値判断による動きとが、ぴったり合わないこともありうる。これは当然のことなのであって、価値判断による「問題」の発見というのは、あくまで意識的なものであったり明文化されうるものであり、全体システムの一部を意図的に切り取ることをしているに過ぎないのである。人間の営為には、無意識的な部分で機能しているものも、実は結構あるのである。不合理な行動、理不尽な行動、衝動的な行動とされるものなどはその例であろう。もちろんその現われ方は、個人レ

ベルではもとより、集団・社会レベルでもみられるのである。

ところで、まず何かの問題が、立場—問題—背景の切辺において浮かび上がり、その同じレベルで問題に対応する動きが生じるわけだが、この「立場—問題—(背景)→動き」のセットが、その近辺のレベルに影響を及ぼすことも大いにありうる。子どもに「問題」が生じ、それが家族や学校に波及することとか、一国の政治「問題」が、近隣諸国や国連などに衝撃を与えることなどがそうである。あるいは、職場でのストレスにより潰瘍ができたり血圧が上がったりとか、夫婦仲の悪さが子どもの問題行動を招来してしまうとかもそうである。

対象化された「問題」が端緒となり、次々に連鎖的に「問題」を生じさせるともいえるが、やはりそのすべてが対象化され「問題」視されるかどうかは疑問である。生成流転して流れゆく事象の河から、「問題」が次々と釣りあげられているのに過ぎないからである。

「問題」への対処の実際の有様は、平衡をとろうとする自ずからなるシステムの動きと、意図的な人間の動きとがからまり合って、複雑な様相をとっているはずである。これは人が馬を御することにも例えられようか。時には人馬びたりと呼吸が合い、スムーズに脚が運ぶこともあるが、鞍上と馬とが喧嘩をし、チグハグな走り方をすることもある。われわれができることは、馬の性質・状態を見極め、少なくとも馬の気に逆らわないようにすることがまず第一ではないだろうか。次いで、走ってゆく方向を見定め、リードすることになるのである。

### 精研の青年集団の役割

さて、精研に設けられている青年集団についてだが、この集団の位置づけとか果たしている役割を考察してみよう。まずこの集団は、個人—社会を貫くヒエラルキーの軸の、どのあたりに位置するのであるか。

初めに集団の構造的側面から捉えると、この

集団は、「問題」をもった青年をメンバーとして意図的に形成された点に、まず大きな特徴がある。青年と表現しているが、中学生の年齢、すなわち12歳以上で、上は20代の者までを含む。他に、20代の者を中心とするスタッフ達加わっている。人数は普段の活動日(週2回)で、全部で10~20名程度である。

集団の規模からすると、もちろん個人や家族よりは上位レベルで、友人集団よりも大きく、かつ学校集団よりは下位レベルというところか。丁度中学校や高校、あるいは大学などにおけるクラブ、部、同好会、サークルといったレベルに等しいのではないだろうか。ただし、興味や趣味を同じくするというのではなく、「問題を抱えている」という側面を出発点としていることは、前に述べたとおりである。

集団構成員の年齢の幅からすると、10代の初めから20代、一部には30代以上の者も加わるなど、縦の幅もある程度あり、この点では、地域の趣味の団体、宗教団体、あるいはディケアなどの治療集団に似ていなくもない。

集団のもつ機能的側面に目を向けると、クラブ活動やサークル活動に類似していることに気付く。つまり、やりたいことをやり(多少の義務は伴なう)、経験を深め、他者との間で面倒をみたりみられたりして一緒にやることのコツを体得し、自己表現の場をもつ、といったところか。一言でいえば、「居場所」になっているということであろう。

ここで大事なことは、メンバーとなるに際して、いわば表看板であった「問題」が、この集団レベルになると後退したり、時にはそれこそ問題とならないことであろう。家族や学校、友人間や社会などの他レベルのシステム(ホロン)で「問題あり」とされた彼等だが、精研の青年集団では、今一度裸の個人として参加する。もちろん、かつての「問題」を本人がどう思うのか、どのように対応しようとするのか、追及ではなく本人への問い返しは、機に応じて為されることがある。

とにかく個人—社会のヒエラルキーの中で、この集団は、他レベルでの価値観をいったん括弧に入れ、比較的素朴なところから出発しようとする。すなわち、能力・性格等の違いを問わず、多様な人間どうしが、どのようにしたらお互いの存在を認めかつ一緒にやっつけていけるのか、そここのところを大事にするのである。個人や家族の「問題」は後退し、友人間の葛藤は一応棚上げし、学校や社会からの影響力は緩和される。各人を縛っている種々の価値観から、部分的・一時的にはあるが、解放される場となっている。

このような場合は、恐らく青年達にとって、家庭や私的世界と、学校や社会という公的世界とを結ぶ経路上の、いわばバイパスのような役目を果たしているものと思われる。しかも、単なる通路ではなく、それなりの集団としてのまとまりと、それ独自のルールをもつ1つのホロンとしての顔をもっている。また同時にこの集団の有様は、この集団を取り巻く様々な事態のもつ何かを写し出す、1種のホログラムともなっている。

### 「問題」—青年集団—社会状況

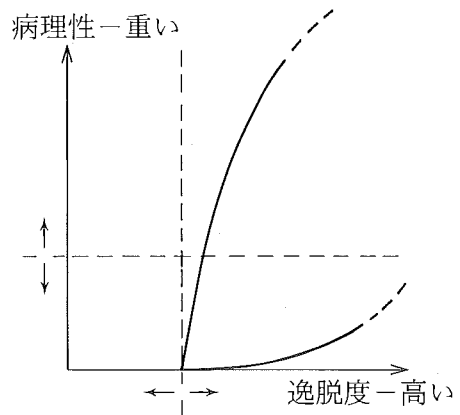
ここで精研の青年集団に参加している人達を中心に据え、彼等の携えてきた「問題」と、社会や大人の置かれている状況とのからみ合いについて考えてみよう。ただその前に、どのような青年が来所しているのか、概要を述べねばなるまい。

昭和55年4月より昭和59年の10月までに、集団に参加したないしは参加している青年(12歳以上)の数は50名、うち男性28名、女性22名である。

「問題」は結構多岐にわたるが、恣意的に、(適応—逸脱)レベルと、(精神病理)レベルの2つがからみ合って、「問題」が形成されていると捉えて整理する。来所した青年達は、適応—逸脱レベルで考えれば、皆多かれ少なかれ逸脱している。他方、精神病理レベルからすると、

かなり病理性が強いものから、病理性がみられないものまでわたる。

これを図示すると、下図のようになり、「問題」は斜線の領域に位置するものと思われる(病理性が重い場合は、逸脱度も高くなりがちであると思われる)。破線(大)は、逸脱度と病理性の程度において、「問題」が析出してくるいわば臨界点であるが、環境とか社会・文化的なもの、あるいは診断規準等によって変わりうるものである。



適応—逸脱レベルのみで主として引っかかって出てきている問題としては、(不登校)、(情知未熟性)、(盗み)、(暴力)、幾らか病理性が混入してきたりパーソナリティ上の特性が出ているものとしては、(場面緘黙)、(対人関係上の問題)、(不安状態)、(チック)、(心身症)、病理性(軽～重)が認められるものとしては、(書痙)、(対人恐怖)、(醜貌恐怖)、(心因反応)、(抑鬱状態)、(強迫神経症)、(境界例)、(精神分裂病)となる(来談時、強く訴えられたものを取り上げた)。

このようにさまざまな「問題」を抱えた青年が集団を形成しているわけだが、前にも述べたが、集団レベルではこれらの「問題」が即集団の問題・課題となることはない。集団においては、他者を認め、受け容れ(他者に認められ、受け容れられ)、如何にして一緒にやっつけていくかを体験し、同時に自己表現を行ないつつ、これから先の将来にどう歩み出してゆくのか、その

準備をしたり心構えを形成することが中心課題となっている。

他方、この集団は直接に社会状況からくる影響は受けにくくなっている。いわば、個人の「問題」の深刻さと、社会状況による圧力の狭間にあつて、それらを和らげる、一種の緩衝地帯となっている。

しかしながら、彼等メンバーの集団内でのあり方、行動の仕方、関係の持ち方をみると、それらは各個人特有のものを示唆し、社会状況なり大人達が置かれている状況をも暗示していると思われる。

次に集団における青年達の有様をもとに、「問題」とその背景、社会状況、大人達の状況について目を向けてみよう。

#### 〈自分自身に対して〉

(自信のなさ)、(不全感)、(挫折感)、(目標や希望がない)、(将来への不安)などが見受けられる。

一言で表現するならば、自分に対して自信がもてない、ということだろう。この点は、青年ならば当然抱きやすい側面と言えなくもない。しかしそのことを当たり前のことと決めつけるのは差し控えよう。僅かな数の青年達だが、彼等が示しているものは、青年全体の、そして大人達全体の何かを敏感に表現しているかもしれないのだから。ただしこのことをもっと探るには、集団の青年達の有様をもう少し見つめねばなるまい。

#### 〈他者に対して〉

(うまく関係がとれない)、(関係が浅い)、(傷つけられやすい)、(馬鹿にする)、(自分中心的)、(やさしい・思いやりがある)などが感じられる。

先の、自分に自信がもてないことに加えて、他者との関係の持ち方にも、何か不確実感が伴っているようだ。他者との間に、適度な距離がとれず、距離を置いたり近づき過ぎたり、また主観的には「傷ついた」と思いやすくなっている。自分を守るために消極的な態度をとる者

もいるし、強がってみせる者もいる。あるいは不全感から、苛々を他者に訳もなくぶつけたりすることもある。

他方、弱者に対するやさしさ・思いやりもみられる。

#### 〈集団全体に対して〉

(自己表現がへた)、(依存的)、(溶け込みにくい・気遅れ)がみられる。

集団という場の中で、如何に自分の位置を見つけ、また自分を表現するか、その点が大部心もとない。へたと言うよりも慣れていないと言ったほうが適当なのかもしれないが、人前での自分のあり方に、やはり不確実感が強いであろう。それと同時に、自分が前面に出ることは避け、誰かが何とかしてくれるのを待つという、依存性もみられる。逆に、みんなの意向には構わず、自分流にやっしまい、みんなから浮き上がってしまうこともある。

しかしそれでも、何かの役割を遂行することで、全体の中での自分の位置を確保するという動きもみられる。

以上集団内での青年達の有様の大筋を素描してみたわけだが、繰り返すと、自分自身には自信がもてず、他者との間ではうまく関係がとれず、集団の中にあつては自己表現がまずい、ということになるのか。そこに映し出された青年の姿は、孤独というか、他者の中にあつて孤立化している、そのような姿に近いのではないだろうか。このことは、世の中において人と人との関係がややもすると薄くなったり、一面的なものになったりしてきつつあることの、徴候なのであろうか。

不登校ないし学校嫌いは、この青年の「孤立化」現象とよく符合するように思われる。集団の中の個としての自分に、何かの弱さ脆さを感じとり、自尊感情を維持するために、葛藤が多い学校という場から離れるのではないのだろうか。そして、傷つく可能性のより少ない家庭の中に身を置きがちになるのであろう。

しかし青年が学校や教育から退却することの背景として、1つは家族のもつ問題、もう1つは社会状況の変容というものにも、目を向けねばなるまい。若林らによる考察をみても、「登校拒否の出現ならびに受診の実態は、わが国における家族制度の変化、戦後の高度経済成長、高学歴指向傾向、進学・受験競争の熾烈化と教育状況の歪みなどの社会状況の変化と関連を有する」わけであり、ひとり当の青年が学校に行かないだけではなく、その「問題」が実は同時に、社会や大人の問題を示唆しているのである。

特に経済の動きを中心に据えて展開している日本社会にあって、家族の紐帯は弱まり、競争原理に晒され、情報洪水に洗われて、人々を支える基盤が移ろいやすく、また人々の結びつきも不安定なものになりやすくなっているのではないだろうか。そしてその流れに呼応して、人々の生活の仕方なり意識のあり方が、総じて「同質化」の方向に伸びているような気がする。

このような風潮は当然子ども達にも及び、しかも教育環境がまた子ども達を一次元的な物指しで測る傾向があるため、一人一人の「生」の中味がへたをすると乏しいものになりかねない。集団に参加してきた青年達の何割かは、「いじめ」を受けてきているが、このいじめ現象も、同質化の動きの裏面として現われていると思われる。

情知未熟性と「問題」にされた青年達は、ほとんど「いじめ」を受けている。知育偏重の教育のあり方であるとか、能率や効率を重視する社会の傾向と、やはり無関係とは言えまい。盗みをはたらいたり、暴力を振った青年の場合も、他者に馬鹿にされたり相手にしてもらえないことが、「問題」の形成因の1つとなっているようだ。

精神病理上の問題が認められる場合でも、家族のもつ要因はもちろん無視することができないし、社会状況も、症状形成に直接影響力を行使していないようにみえる場合でも、手のこんだかたちで、青年達を圧迫しているようだ。症

状形成の端緒となったり、それを加速するところのストレスラーとして、社会状況がいろいろな姿形を変えて人々を揺り動かすのである。

更に、症状が表面化することに伴ない、2次的にも社会において不利を被ることがある。極端なかたちが「差別」や「偏見」といった、いわばある人達を「異質化」してしまう動きであろう。自分自身の内にも、そして集団や社会の中にも、さまざまな色合いのものがあろうということをも認め、そして、それらが調和するところまではいかなくても、最大限共存できるような道を見つけ出すことが、大切なのではないか。

私達現代人は、異質なものを保持しておく力が弱くなっているのかもしれない。人と人の結びつきによる支えが弱くなっているとすれば、異質に見えるものは、人を脅やかすものとしての側面を、もつばら拡大して示すことになるのではないだろうか。青年達の表わす「孤立化」の様相は、大人達自身のあり方にも警鐘を鳴らしているような気がしてならない。

#### 参 考 文 献

- A. ケストラー 「ホロン革命」田中三彦、吉田佳子訳、工作社、1983.
- K. ウィルバー編「空像としての世界」井上 忠他訳、青土社、1984.
- 牟田 隆郎 青年期の人達を対象とした集団活動の意義について、精神衛生研究、29、39—46、1982.
- 牟田 隆郎 青年期の人達を対象とした集団活動過程の分析—集団という「場」への所属の仕方について—、精神衛生研究、30、149—156、1983.
- 牟田 隆郎 問題を抱えた青年による集団活動の報告、第26回日本教育心理学会総会、902—903、1984.
- 若株慎一郎他 登校拒否と社会状況との関連についての考察、児童精神医学とその近接領域、23、160—180、1982.

## 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 —

高橋 徹<sup>1)</sup>・藍沢 鎮雄<sup>2)</sup>・竹内 龍雄<sup>3)</sup>  
丸山 晋<sup>1)</sup>・上林 靖子<sup>1)</sup>・児玉 和宏<sup>4)</sup>  
ウィリアム・ウェザロール<sup>1)</sup>

- 1) 国立精神衛生研究所
- 2) 浜松医科大学精神神経科
- 3) 筑波大学臨床医学系精神医学
- 4) 千葉大学医学部精神神経科

The persistent inimproved course of anxiety neurosis ; its relation to initial clinical pictures and premorbid character traits.

Tooru Takahashi, M. D., Shizuo Aizawa, M. D., Tatsuo Takeuchi, M. D.,  
Susumu Maruyama, M. D., Yasuko Kambayashi, M. D.,  
Kazuhiro Kodama, M. D. and William Weatherall, Ph. D.

## 抄 録

不安神経症の自験例118例について、各症例の性格特性、病像および経過を、特別に作整した不安神経症調査表にもとづいて面接調査し、難治傾向のみられる経過を示す群の性格および病像の特徴について考察した。

**Key words;** *anxiety states, chronic inimproved cases, character traits.*

## 結 論

不安神経症は神経症のなかで、神経症性抑うつとならんでもっとも高率を占めることが精神科外来統計にも示されている<sup>9)</sup>が、その不安症状の多彩さに応じ、精神科以外のさまざまな診療科においても多数の患者が、ほかの診断名で治療を受けていることが知られており、不安神経症患者数は、診療統計に掲げられている数値をはるかに上まわるものと推測される。

一般人口における不安神経症の有病率は、不安神経症の総説を著わしている英国の I.Marks

& M.Lader<sup>4)</sup>により、2—5%と推定されている。因みに、その根拠となった地域調査について、英国都市部で3.6%、同農村部で2.0%、米合衆国テネシー州で2.0%、スウェーデンの農村部で4.6%、米合衆国ボストン市で4.7%、などの数値があげられている。

不安神経症は、神経症のほかの類型に比べて治りやすい類型に属するものとみられているが、上述の総説に掲げられているいくつかの予後研究をしらべると、治療を受けた例のうちの約一割から二割五分が難治例で占められていることが分る。

以上のように、不安神経症に悩む患者は極めて多数にのぼるものと推定され、したがって難治経過のために長期にわたり制限された生活を送る患者の数もかなり多いとみられるので、不安神経症の難治化予防の課題は、精神障害の第二次予防の観点からも重要な課題をなすと思われる。

しかし、現在のところ、その有効な方法は十分確立されてはいない。近時、各種の抗不安剤、抗うつ剤が新しく開発され、不安神経症の治療にもひろく用いられ、不安症状の軽減に大きな効果をあげているが、しかし予後研究についてみると、難治例の占める割合は、これらの新しい薬剤が治療に用いられる以前と以後とであまり変わっていないようである。

われわれは、不安神経症の難治化予防の課題へのささやかな寄与をめざして、自験例をもちより、とくに難治群の特徴についてさまざまな角度から検討を行なってきたが、今回の報告は、118例の自験例について、その病像、性格特性、および経過を、不安神経症調査表と名づけたチェックリストによって調査し、難治群について比較検討したものである。

## 1 研究対象および研究方法

各自が精神科外来で治療を担当してきた不安神経症患者について、1981年6月から1982年2月までの期間に、われわれが作整した不安神経症調査表にもとづいて面接調査を行ない、その結果を集計し、難治傾向のみられる経過を示す群をとりだし、その種々の特徴を検討した。

調査対象、面接調査の対象とした患者は、118例で、その内訳は次のとおりである。すなわち、国府台病院特診室外来患者26例（男性11例、女性15例）、浜松医科大学附属病院精神科外来患者21例（男性14例、女性7例）、筑波大学附属病院精神科外来患者71例（男性35例、女性36例）。これらの患者はいずれも不安神経症<sup>6)</sup>と診断され、またDSM-IIIの臨床症状群(Axis-I)の基準で、300.01恐慌性障害、および300.02

全般性不安障害のいずれかにあてはまる例である<sup>7)</sup>。

推定発病年齢、および発病してから今回の調査時点までの期間は、表1、表2、に示されている。発病から調査時点までの期間は6ヵ月以上、平均3年で、男性患者と女性患者のあいだで、とくに有意の差異はない。

表1 発病年齢

年齢区分(歳)	男性	女性	合計	(%)
19	1	1	2	(2)
20—29	22	12	34	(29)
30—39	21	29	50	(42)
40—49	10	12	22	(19)
50—59	3	3	6	(5)
60—69	5	1	4	(4)

表2 発病してから今回の調査までの期間

期 間	男 性	女 性	合 計
6ヶ月—1年未満	17	19	36
1 年—2年 //	20	15	35
2 年—3年 //	5	8	13
3 年—4年 //	4	2	6
4 年—5年 //	2	5	7
5 年—10年 //	6	6	12
10 年—15年 //	5	2	7
15 年以上	1	1	2

不安神経症調査表。この調査表は、「性格」、「発病状況」、「症状」、「発症と経過」、「予後」、「治療薬に対する反応」などの調査領域につき、それぞれに問題項目を設定し、面接者がそれぞれの項目に関し、面接の結果をチェックするしくみになっている。

問題項目の設定は、78例の不安神経症症例の診療録をくわしく調べ、その病像、経過、性格特性などに関する記載の用語を書き出しそれらを整理して行なった。そのさい、一部はK-J法を採用して設定した。

今回の報告でとりあげられる、「経過」、「性格」、「症状」について簡単にふれておく。

「経過」に関しては、a) 治癒、b) 間欠性経過（寛解期のみられるもの）、c) 持続性経過に分け、Cをさらに、C-1) 持続性経過・日常生活可能、C-2) 持続性経過・制限された生活を送る、に二分した。

診療録を調べると、数ヵ月におよぶ通院中断がくり返しみられ、しかもその間はまったく症状が消失し、治療の必要のない例がみられる。それらを間欠性経過と名づけ、少なくとも1ヵ月以上にわたり完全寛解がみられた例をこの群に分類することにした。

また、C-1とC-2の区分は、患者の陳述にしたがって行なうことにした。

「症状」に関しては、主要症状の48項目を設定し、発病初期の病像と、調査時点におけるその二種について、前者は、病歴の記載と患者の回顧的陳述にもとづき、また後者については面接時の観察にもとづき、それぞれ症状の有無をチェックすることにした。48項目の内容についてはのちに示される。

「性格」に関しては、23項目の性格特性項目を設定し、病前の性格特性と、調査時点のそれとについてチェックすることにした。チェックにさいしては、問題の特性が、「人一倍」目立つと認められるものについて行なうことにきめた。その23項目の内容については、のちに示される。

## II 結 果

まず、全症例の概観を示すために、「経過」、「症状」、「性格」の各領域ごとに、調査結果を掲げてみる。

### 1) 経 過

「経過」については、表3にみるように、持続性経過を示す例が過半数を占めており、そのうちで、症状のために日常生活が目立って制限されている、制限生活群（C-2）は、23.7%を占めている。

前述のように、発病から調査時点までの期間

は、平均3年であり、したがって、発病から3年目の予後の一つの目安となる。この制限生活群をいわゆる難治群とみなすと、難治群の占める割合は、従来の予後研究のいくつかの報告と比べると、やや高い部類に入る。しかし、今回の調査が、組織的な予後研究の方法とちがいで、大部分が治療継続中の例についてのものであることにもよると思われる。

表3 経過・予後

経過・予後	例数 (%)
a) 治癒	15(12.7)
b) 寛解期をもつもの	19(16.1)
c-1) 持続性、日常生活可能	44(37.3)
c-2) 持続性、制限された生活	28(23.7)
保 留	12(10.2)

	男性60	女性58
1. 治 癒	10	5
2. 寛 解	10	9
3. 通院して日常生活	17	27
4. 通院及制限された生活	17	11
保 留	6	6

また、男性患者と女性患者を比較すると、持続性経過を示す群のうち、日常生活可能の群においては女性患者が多く、制限生活群においては男性患者が多いことがたしかめられる ( $P < 0.05$ )。

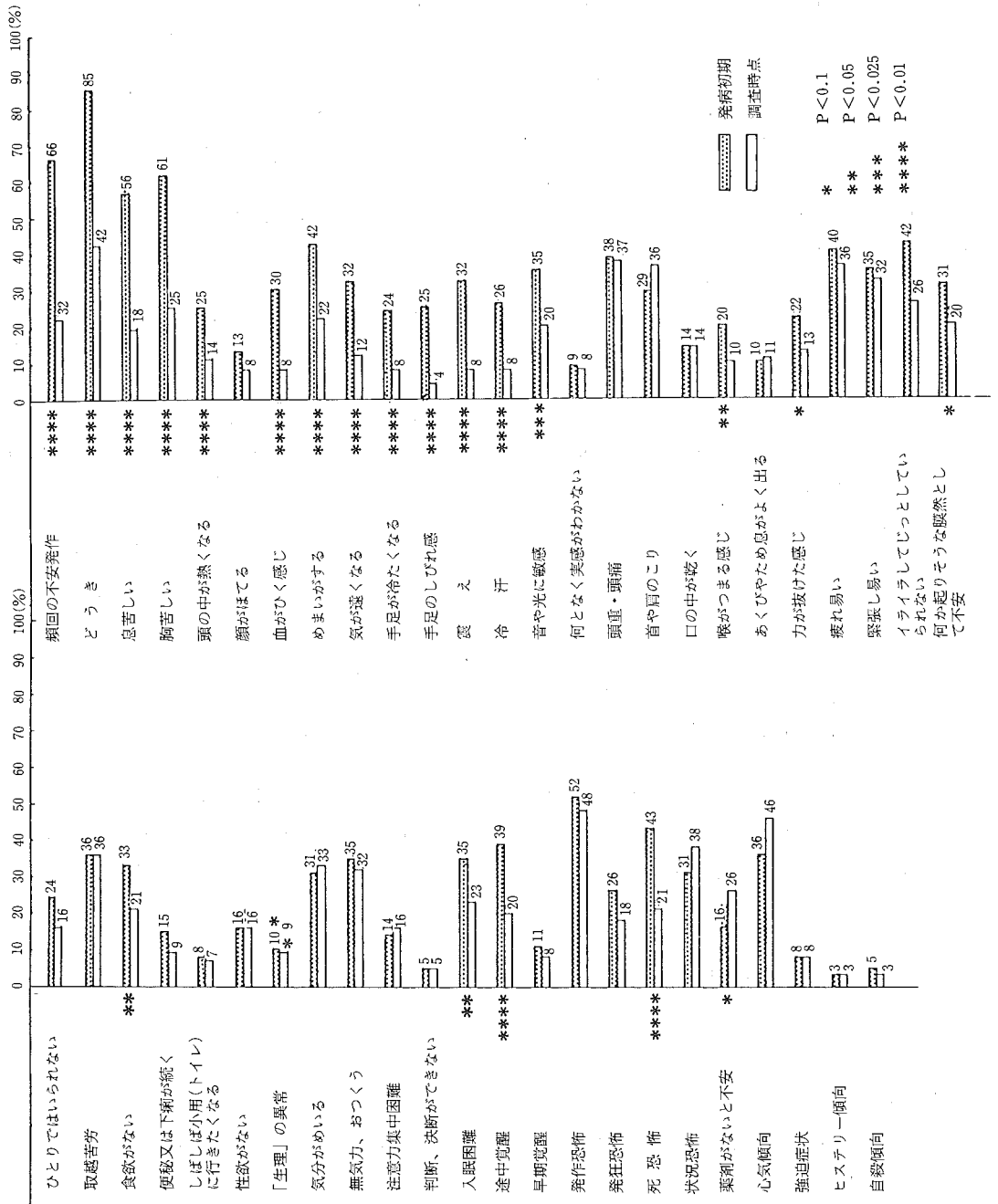
なお、「保留」の12例は、発病から調査時点までの期間がいずれも1年未満で、「治癒」か間欠性経過の「寛解期」かの判定を保留した例である。

### 2) 症 状

次に示す図1は、発病初期の病像と、調査時点の病像のそれぞれについて主要症状のチェックを行ない、それぞれについて集計して図示したもので、各棒グラフの右端の数字はチェック頻度の実数をあらわしている。



図1 不安神経症の主要症状



初期病像にみられる主要症状としては、「どうき」が全例の85%においてみられるほか、「頻回の不安発作」(66%)、「胸苦しき」(61%)、「息苦しき」(56%)、「発作恐怖」(52%)、「死恐怖」(43%)、「めまい」(42%)、「イライラしてじつとしていられない」(42%)、「疲れ易い」(40%)、「途中覚醒」(39%)、などが高率にみられる症状としてあげられる。

一方、調査時点、すなわち平均して発病後3年目においてみられた症状としては、「心気傾向」(46%)、「どうき」(42%)、「状況恐怖」(「広場恐怖」)(38%)、「頭重・頭痛」(37%)、「取越苦勞」(36%)、「首や肩の凝り」(36%)、「気がめいる」(33%)などの症状が高率にみられるものとしてあげられる。

症状の出現頻度について、初期のそれと調査時点のそれを比べ、著明に( $P < 0.001$ )減少している症状項目をひろくと、「頻回の不安発作」、「どうき」、「息苦しき」、「胸苦しき」、「頭の中が熱くなる」、「血がひく感じ」、「めまい」、「気が遠くなる」、「手足が冷たくなる」、「手足のしびれ感」、「震え」、「冷汗」、「イライラしてじつとしていられない」、「途中覚醒」、「死恐怖」となり、これらはいずれも急性不安発作に関連してあらわれる症状と一致しており、強いしかも鋭い不安症状である。

また、調査時点における出現頻度が、初期のそれを上まわっている症状は、「首や肩の凝り」、「状況恐怖」、「薬剤がないと不安」、「心気傾向」、「気がめいる」、「注意集中困難」の各症状で、慢性期病像に、心氣的、恐怖症的、抑うつ的色彩が加わることをよく示している。

### 3) 性格

次の図2. は性格特性のチェック頻度を集計して図示したものである。

病前性格特性についてみると、チェック頻度の高いものとして、「責任感が強い・真面目・几帳面」、「気にしやすい・緊張しやすい」、「内省的・ひかえめ」、「配慮的・親切」、「社交的・行

動的・活発」、「完全癖・凝り性」などがあげられ、これらの性格特性は、不安神経症の病前性格の特徴的側面と考えられる。

また、各23項目ごとに男性患者のチェック頻度と女性患者のそれとを比較したところ、大半の項目できわめて高い一致がみられたが、ただし「短気」の項目だけは、有意に( $P < 0.001$ )男性患者群の頻度が高いことがたしかめられている。

次に、発病前と調査時点とについて各項目のチェック頻度の増減をしらべると、有意に( $P < 0.025$ )減少している項目は、「責任感が強い・真面目・几帳面」、「勝気」、「楽天的・明朗」、「社交的・行動的・活発」の各項目であり、一方、有意に( $P < 0.025$ )増加している項目には、「気にしやすい・緊張しやすい」、「意志が弱い」、「淋しがりや」、「依存的」の各項目があげられ、薄志性や依存性が、不安神経症の発病後に顕現してくる特性であることが分る。

### 4) 「経過」のタイプと「症状」

「経過」のタイプ、すなわち、a) 治癒、b) 寛解期をもつもの、c) 持続性に経過する。の各タイプと、とくに初期病像との関連を検討した。

図3. は、「経過」の調査において「保留」となった12例を除く、残りの106例について、a) 治癒およびb) 寛解群を一まとめにし、c) 持続群と、その初期症像の主要症状を比較したものである。

図3にみられるように、持続性経過をたどる群においては、治癒・寛解群に比して次の症状が有意に( $P < 0.05$ )多くチェックされている。すなわち、「頻回の不安発作」、「手足のしびれ感」、「震え」、「疲れ易い」、「心気傾向」。これらのうち、はじめの三つはいずれも強度の不安の急性的表現とみられ、また「心気傾向」は好んで慢性病像にあらわれる症状である。持続性経過をたどる群は、このように、比較的病初期に著しい急性不安の症状とともに完成された不安神経症病像がすでにみられる特徴をもつことが推測

図2 病前および調査時点における性格特性の出現頻度

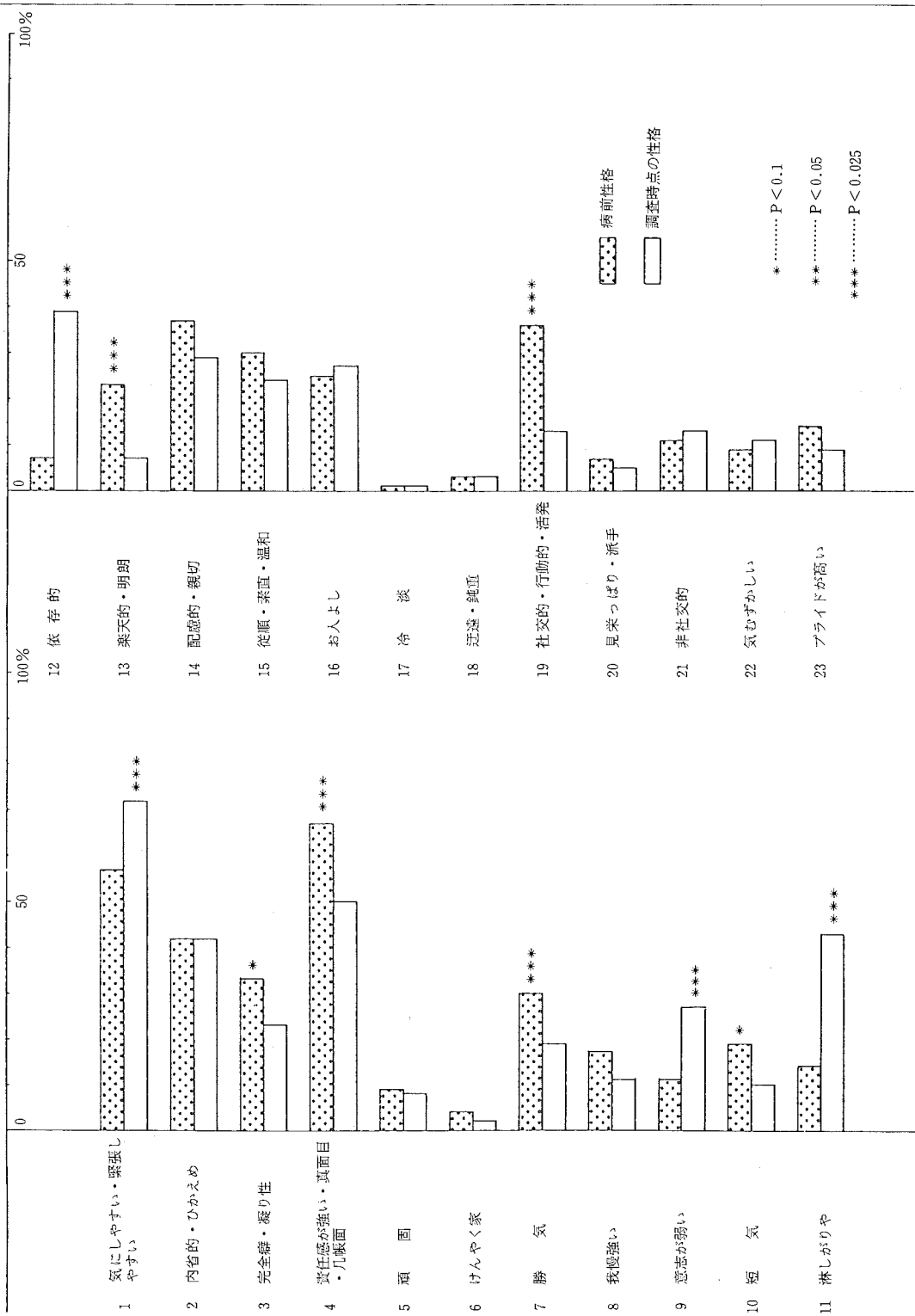
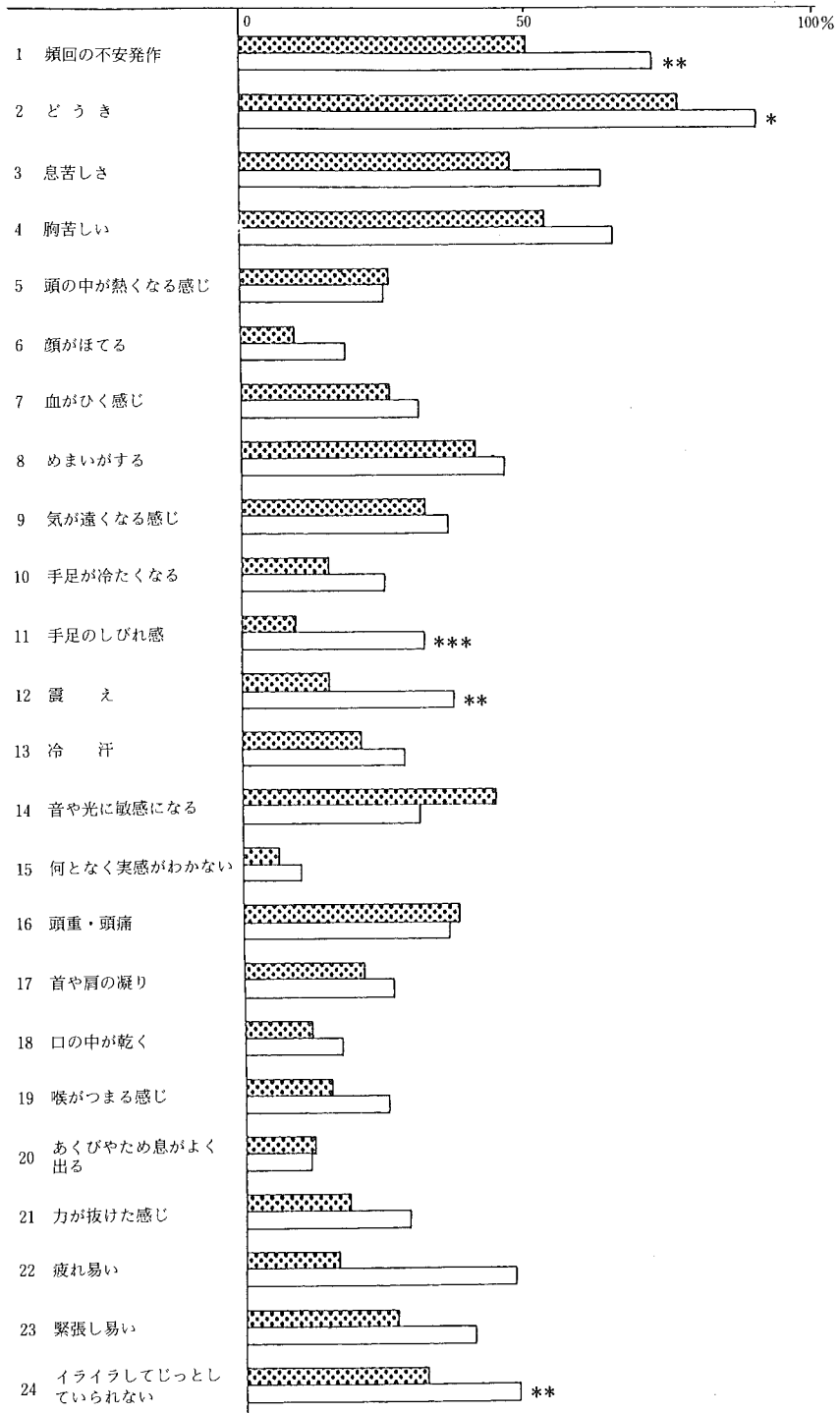
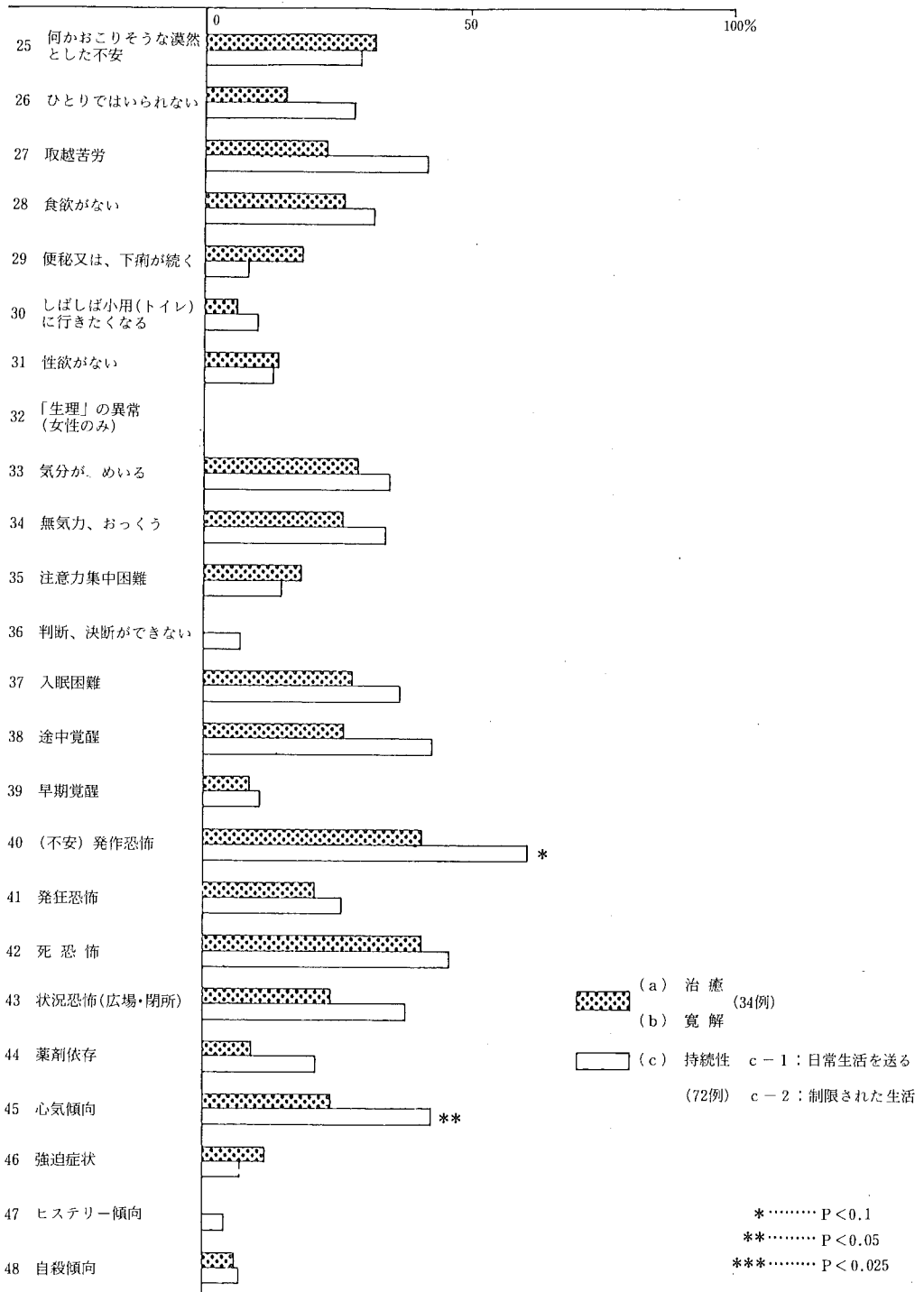


図3 初期症状の比較





されるが、これは、臨床的観察とよく一致している。

次に、a) 治癒、b) 間欠性経過(寛解)、c-1) 持続性経過・日常生活可能、c-2) 持続性経過、制限された生活、の各群ごとに、その他の群との初期病像の比較を行なったところ、a) 治癒群においては、ほかの三群に比して「疲れ易い」症状がきわめて有意に( $P < 0.025$ )少なく、また、「頻回の不安発作」も「イライラしてじっとしてられない」症状も、ともに有意に( $P < 0.05$ )少ないことが確かめられている。b) 寛解群では、「音や光に敏感になる」症状がきわめて有意に( $P < 0.025$ )高いチェック頻度をもつ。c-1) 持続性経過・日常生活群では、「手足のしびれ感」、「震え」、「疲れ易い」の各症状のチェック頻度が、他の三群に比して有意に( $P < 0.025$ )高い。c-2) 持続性経過・制限された生活群では、「息苦しさ」、「胸苦しさ」、「何か起りそうな漠然とした不安」、「ひとりではいられない」の各症状のチェック頻度が、他の三群に比してやや( $P < 0.1$ )高率を示した。

これらの検定の基礎としたチェック頻度の数値は、付表に示されている。

#### 5) 「経過」のタイプと「性格」

図4, 5, 6, 7は、「経過」の調査によって「保留」となった12例を除く、106例について、「経過」の4つのタイプごとに、病前性格特性のチェック頻度を図示したものである。また、図8は調査時点における各「経過」タイプごとの性格特性のチェック頻度を図示したものである。

病前性格特性について、治癒群においては他の三群と比べて目立つ差異はなく、寛解群では、「気にしやすい・緊張しやすい」、「内省的・控えめ」の、いわば不安神経症の病前性格の特徴的側面が、他の群よりきわ立っており、持続性経過・日常生活群では、「我慢強い」の特性が目立ち、持続性経過・制限生活群では、とくに男性患者で「短気」の特性がきわめて目立ち、一方、不安神経症病前性格の特徴的側面の一つで

ある「配慮的・親切」および「従順・素直・温和」の特性が目立って乏しいことなどが示されている。

また、調査時点における性格特性については、治癒群で、「社交的・行動的・活発」の特性が、持続性経過・日常生活群では「我慢強い」特性が、また、持続性経過・制限生活群では、「淋しがりや」、「依存的」特性がそれぞれきわ立ってみられ、また「配慮的・親切」の特性が、持続性経過・制限生活群で目立って乏しいことが示されている。

### III 考 察

持続性経過をたどり、しかも日常生活が目立って制限されている場合を、いわゆる難治例として、以上の結果を考察する。

この難治例の群は、全例の23.7%を占めており、持続性経過をたどるが日常生活が制限されていない群とを合わせた、持続性経過群全体について、男性患者と女性患者の割合を調べると、日常生活群では女性患者が、また、この難治例の群では男性患者が多い傾向がみられる。なお、発病年齢について検討してみたが、難治例の群に目立つ特徴はみられなかった。

「症状」に関し、とくに初期病像における主要症状の調査では、持続性経過をたどる群は、他の群に比して、「頻回の不安発作」などの強い急性の不安症状とともに「心気傾向」も目立ち、病初期にすでに不安神経症の病像の完成がみられることがたしかめられたが、そのうちの難治例の群だけに特有であることが十分明確であるような所見は得られなかった。しかし、「息苦しさ」、「胸苦しさ」、「何か起りそうな漠然とした不安」、「ひとりではいられない」などの強い予期不安の症状が、他の群より一層顕著である傾向がみとめられている。

しかし、難治例の群の特徴として目立つ所見は、「性格」に関する調査において得られた。その病前性格については、他の群に比して、「配慮的・親切」、「従順・素直・温和」の特性が目立

図4 病前性格特性：治癒群と他との比較

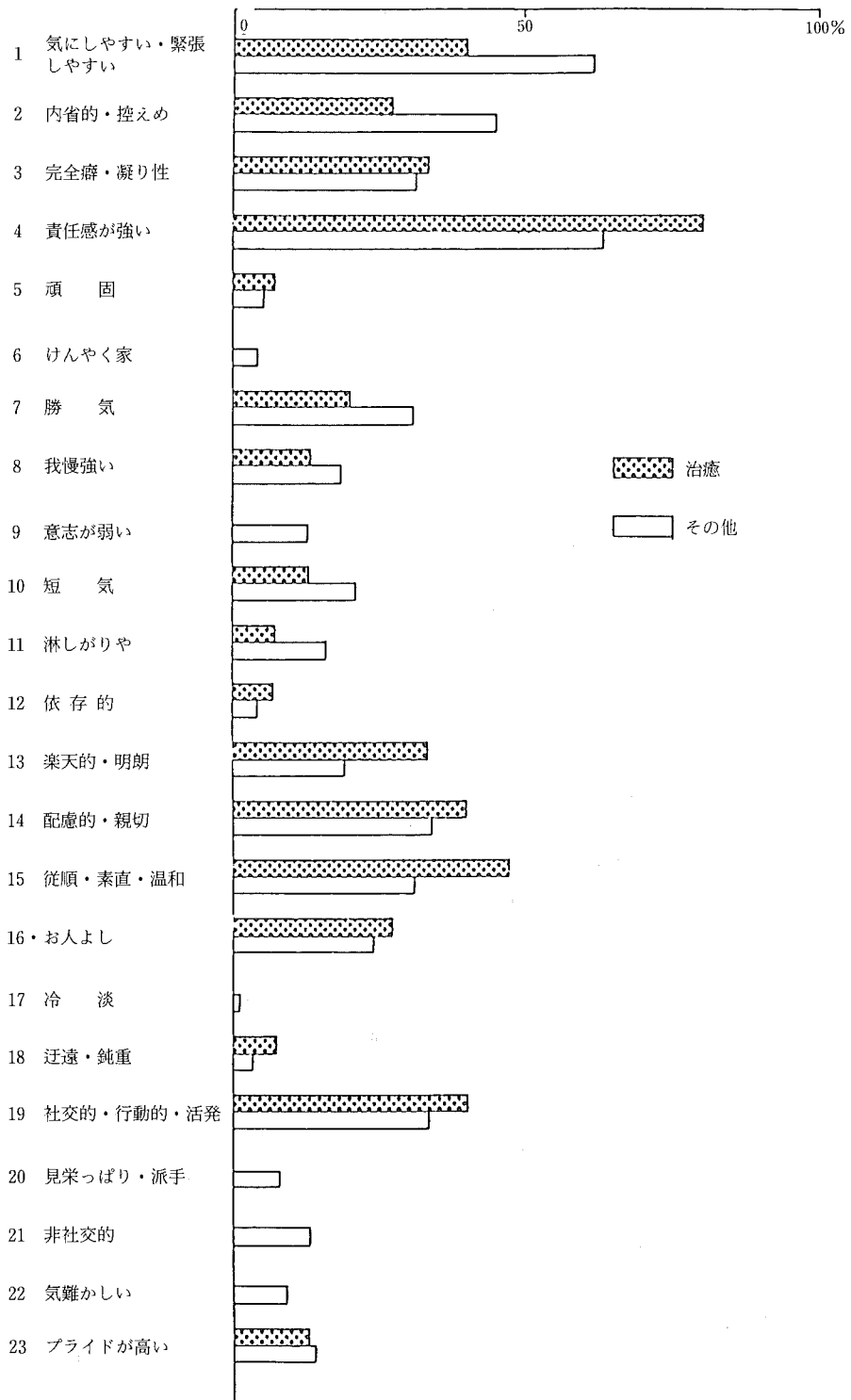


図5 病前性格特性：寛解群と他の比較

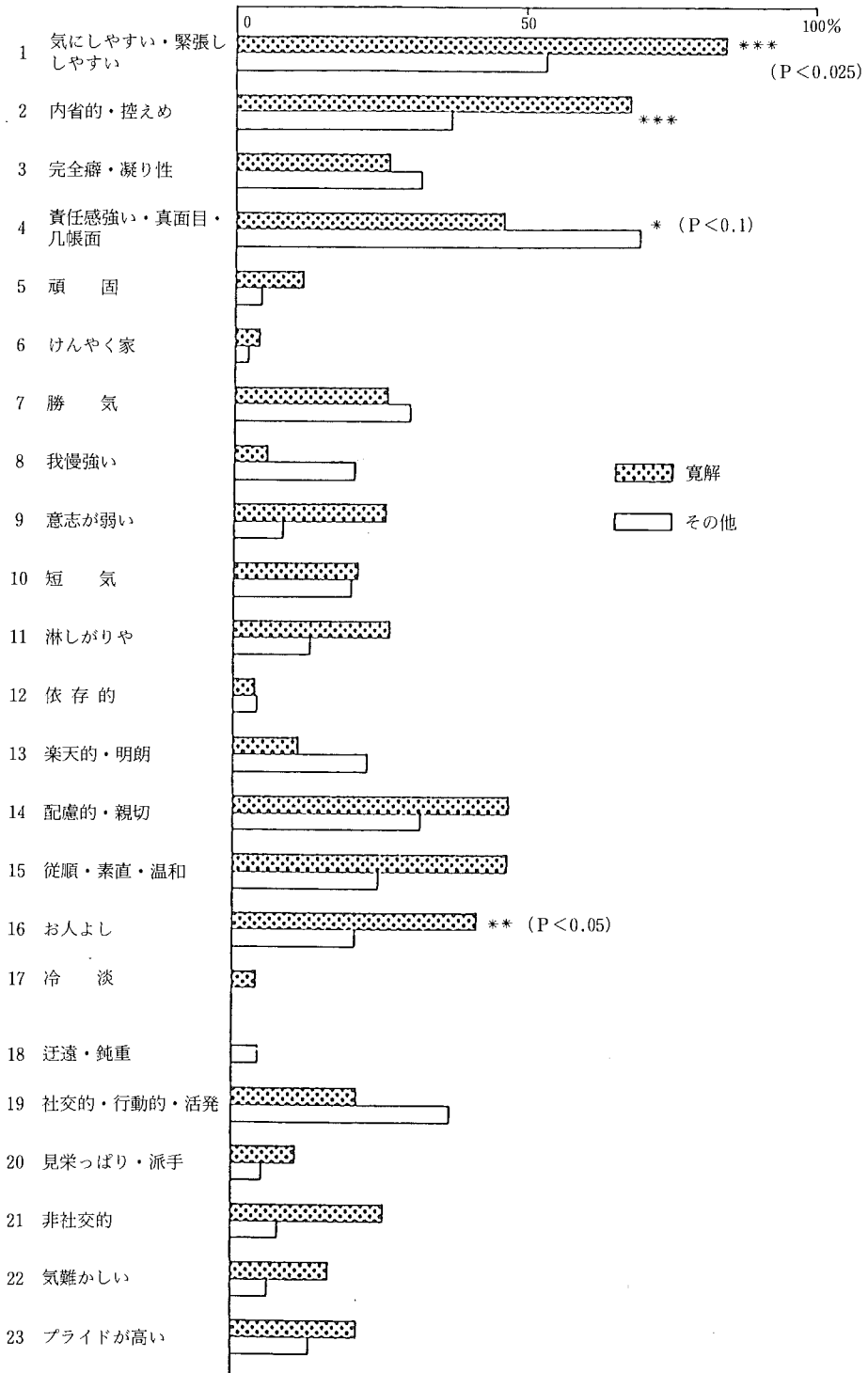




図6 病前性格特性, 持続性(日常生活群)と他との比較

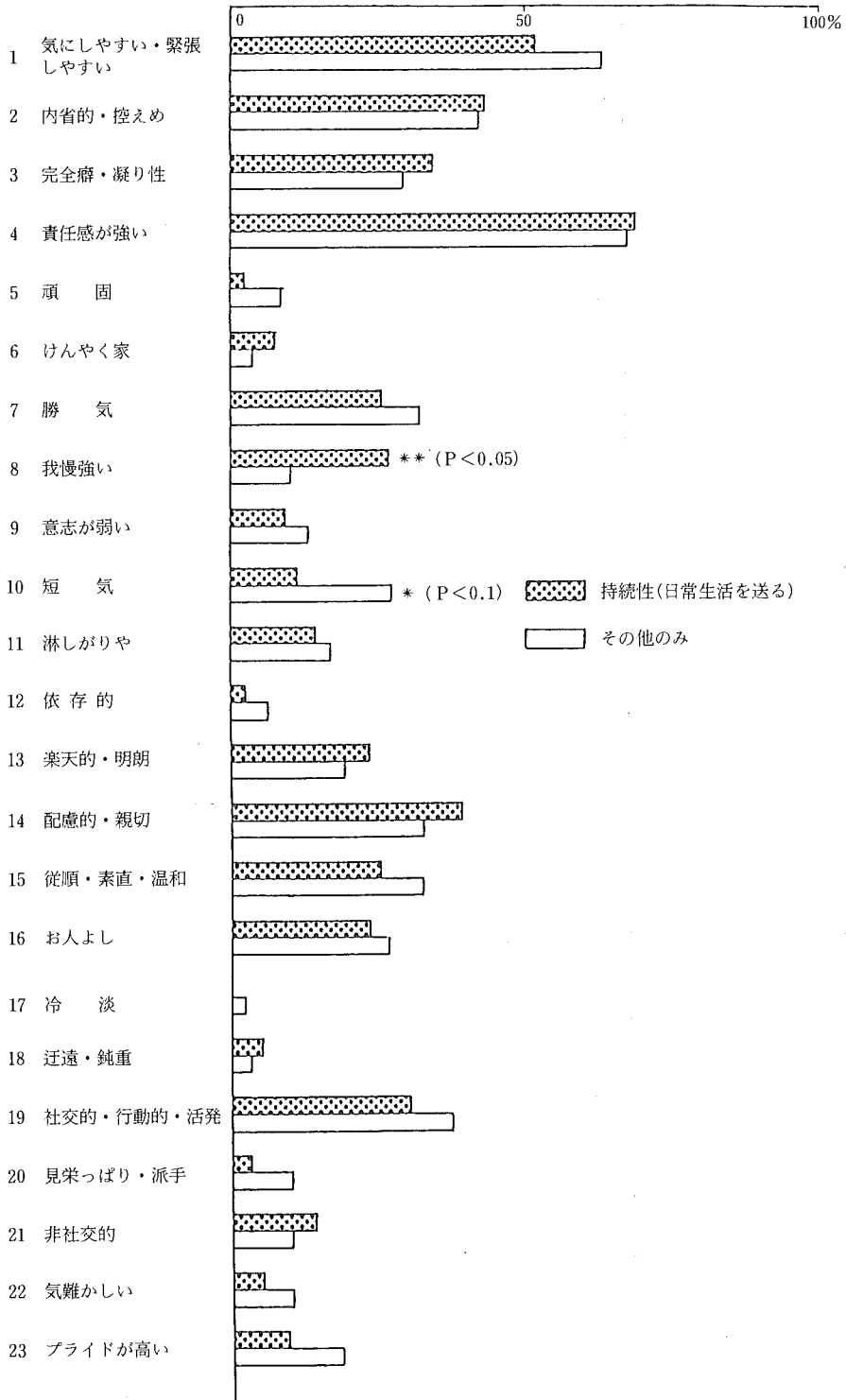


図7 病前性格特性，持続性（制限生活群）と他との比較

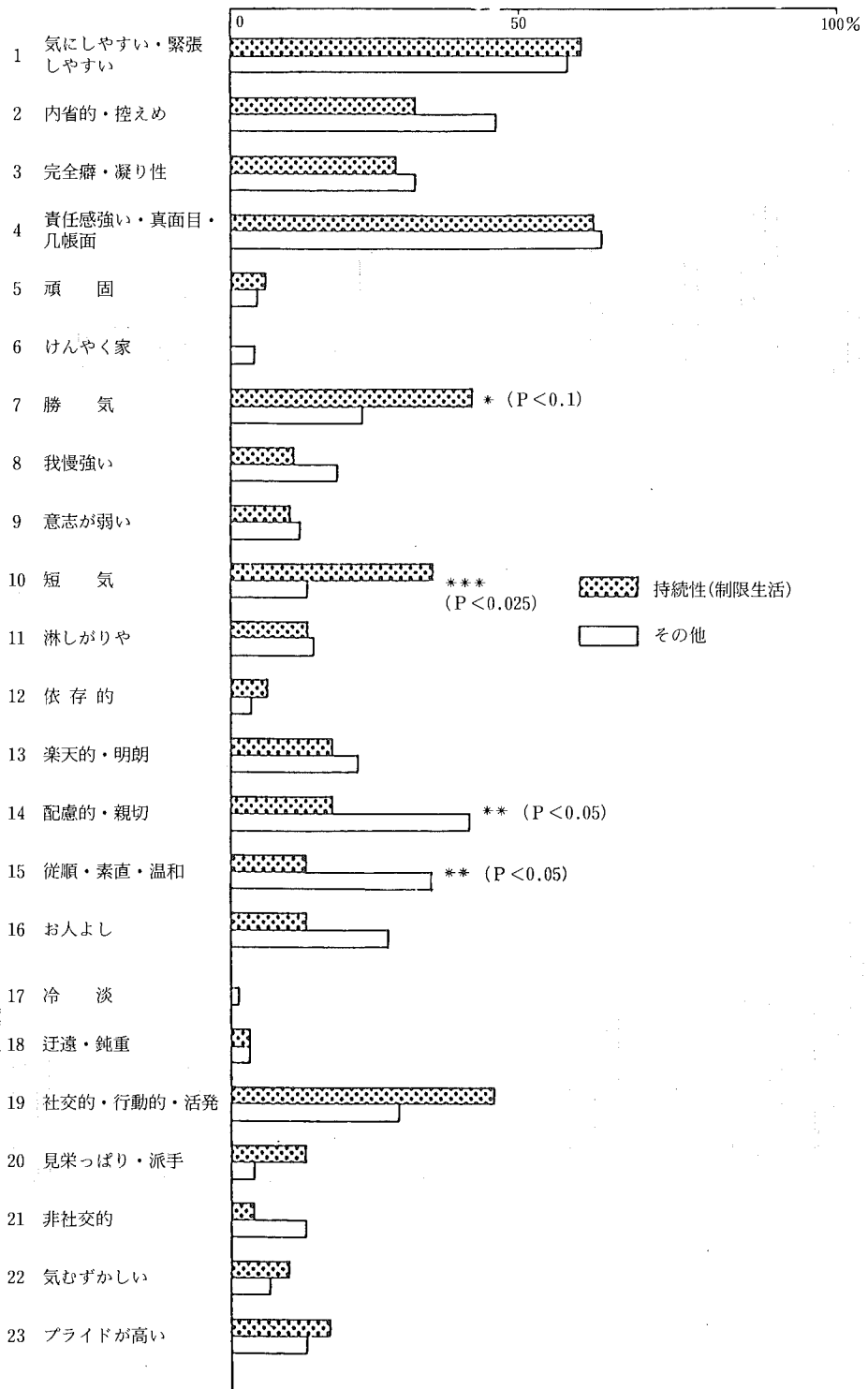
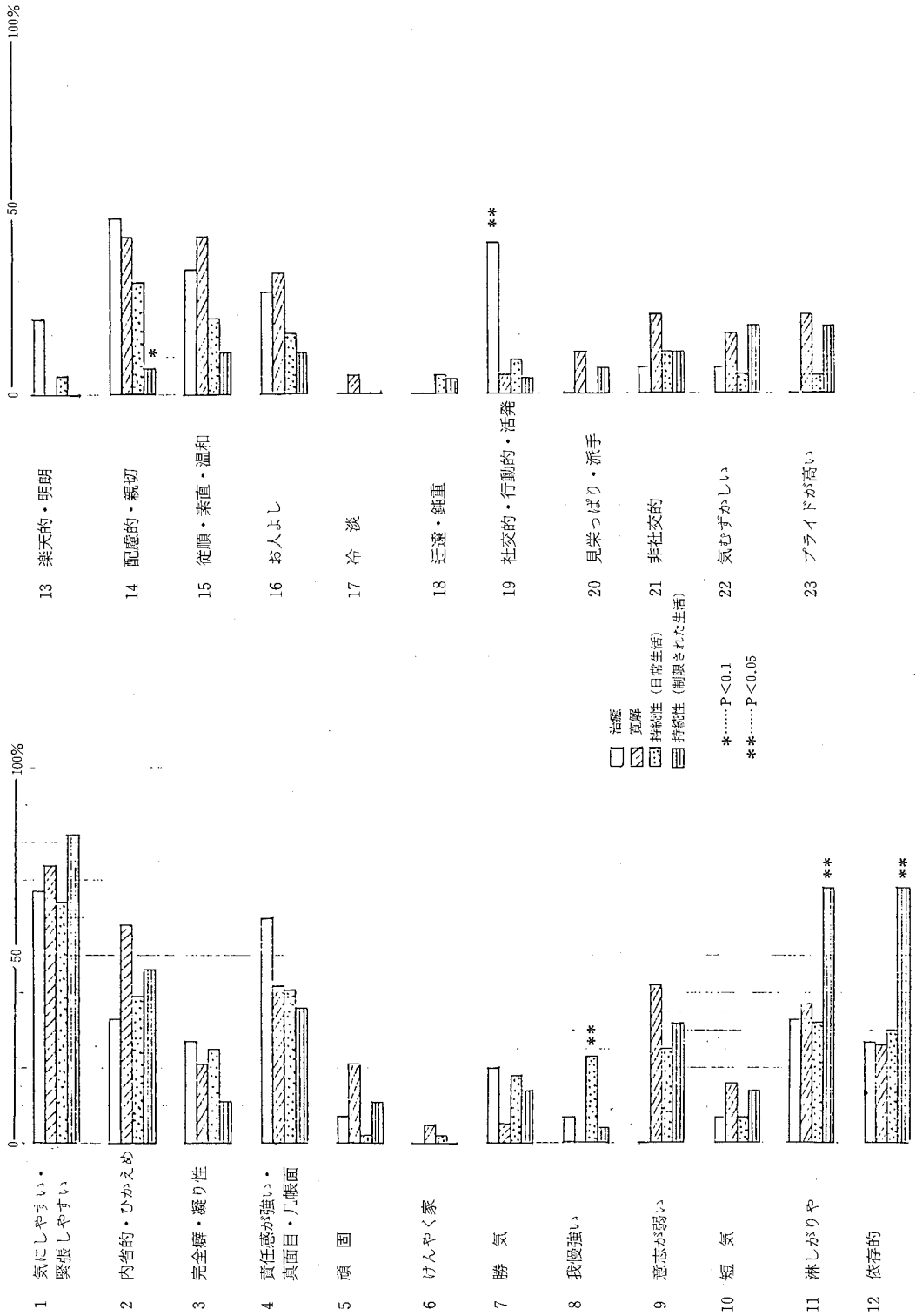


図8 発病後の性格的特徴



って乏しく、他方、「短気」の特性が著しく目立ち、また、「勝気」の特性がかなり著しいことがたしかめられた。「配慮的・親切」の特性は、不安神経症の病前性格の特徴的側面の一つとみられ、一方、「短気」の特性は、むしろ主要な不安神経症病前性格特性ではないことから、難治例の群の病前性格は、平均的な不安神経症群のそれとははっきり異なっているものと考えられる。

一般に、病前性格は、生活環境とのかかわりの局面における破綻に対する性格的防衛機制としての一面をもち、誤解をおそれずにいえば、広い意味での性格神経症としての面をそなえている。元来、性格特性は、人格にそなわった要素的実体ではなく、関係生活における人格の関係パターンの特徴にほかならない。<sup>2)</sup>

著者の一人、藍沢は、難治例の群の基礎人格が、平均的な不安神経症例の群のそれと異なるものであるとし、今回の調査結果から、難治例の群の病前性格を、配慮的、内省的特性の乏しい側面と、行動的で強力性の側面をそなえたものと見直し、「自我機能の統制性や防衛機制の破綻しやすさ」を予測している。<sup>1)</sup>

難治例の群の特徴は、調査時点における性格特性の調査結果にもあらわれている。すなわち、他の群に比して、「配慮的・親切」の特性の乏しさと、「依存性」および「淋しがりや」の特性の顕著な点がみられる。

ところで、「依存性」および「淋しがりや」は、一般に慢性病患者の人格にしばしば見出され、今回の調査でも、発病前にはあまり目立たず、調査時点で目立つ特性をなしている。とくに患者が、自分に頼れると観じる人を求め、その結びつきを病気とのたたかひの依りどころにすることのうちにはっきりあらわれている。そのかわりが、病気の治癒にとり重要な意味をもつことは改めて強調するまでもない。それが一部の例においては、しかしマイナスの意味をおびることもあることは、例の疾病利得の現象をみても明らかである。<sup>3)</sup>事実、持続性経過をたどる不安神経症の症例では、「不安症状」と患者の「自

我」と、患者が頼れる相手と観じる相手（とくに配偶者）への「依存のかかわり」の三者が、不安神経症の心的体制の存続を力づけるような具合に働いていると思われる例がしばしば見出される。難治例においては、「依存のかかわり」が、相手をまきこむかたちを示していることが症例記録からたしかめられている。同じ持続性経過をたどりながら、日常生活可能な群と比べて、まきこみが目立つのは、日常生活可能群が、「我慢強さ」の特性をそなえているのに対し、難治例の群では、「配慮的・親切」、「従順・素直・温和」の特性に乏しく、「短気」、「勝気」の特性が著しいことと密接な関係があるものと考えられる。

以上の点から、難治例の治療さらにその予防にとって、病前性格ならびに初期病像に留意しつつ、一次集団を含む患者の生活環境への働きかけが、必要であることが示唆される。

## 文 献

- 1) 藍沢鎮雄ほか、不安神経症者の性格的特徴について、「精神医学」(投稿中)
  - 2) G.Bateson; Mind and Nature (佐藤良明訳「精神と自然」179—192頁、思索社、1982年)
  - 3) S.Freud, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (1917) (高橋義孝・下坂幸三訳「精神分析入門」(下) 84—92頁、新潮社、1977年)
  - 4) I.Marks & M.Lader, Anxiety States (Anxiety Neurosis); A Review. J.Nerv.Ment.Dis.,156(1); 3—18, 1973.
  - 5) 大塚俊男ほか、精神障害者に関する統計—昭和55年度一、「精神衛生研究」29, 123—141, 1982年.
  - 6) 高橋 徹、不安神経症の概念、「臨床精神医学」7, 4:403—410, 1978年.
  - 7) 竹内龍雄、神経症の臨床、53—63頁、新興医学1983年.
- (この報告は、特別研究費の助成でなされた「ストレスによる神経症の発生機序および診断技術の開発に関する研究」(神経症研究班)の研究の一部についてのものである。)

付表 予後（四群）と初期症状

百分率表示 Z 症状	男 性				女 性				合 計			
	1. 治癒	2. 寛解	3. 通院 日常生活	4. 通院 制限 生活	1. 治癒	2. 寛解	3. 通院 日常生活	4. 通院 制限 生活	1. 治癒	2. 寛解	3. 通院 日常生活	4. 通院 制限 生活
1 頻回の不安発作	40%	70%	71%	59%	40%	44%	78%	82%	40%	58%	75%	68%
2 どうき	60	70	88	82	80	100	93	100	67	84	91	89
3 息苦しさ	30	30	47	82	60	78	63	55	40	53	57	71
4 胸苦しさ	50	30	65	82	80	67	56	64	60	47	59	75
5 頭の中が熱くなる感じ	40	30	29	29	0	22	19	18	27	26	23	25
6 顔がほてる	0	30	18	6	0	0	11	45	0	15	14	21
7 血がひく感じ	0	60	29	24	20	22	30	45	7	42	30	32
8 めまいがする	40	70	47	35	0	33	48	55	27	53	48	43
9 気が遠くなる感じ	30	50	47	29	0	33	37	36	20	42	41	32
10 手足が冷たくなる	0	20	29	24	20	22	30	18	7	21	30	21
11 手足のしびれ感	0	10	41	24	0	22	33	27	0	16	36	25
12 震え	20	0	29	24	20	22	52	36	20	11	43	29
13 冷汗	10	30	35	24	20	22	30	27	13	26	32	25
14 音や光に敏感になる	40	60	35	24	0	56	30	36	27	58	32	29
15 何となく実感がわからない	10	10	18	0	0	0	7	18	7	5	11	7
16 頭重・頭痛	50	40	53	24	40	22	37	27	47	32	43	25
17 首や肩の凝り	10	20	24	18	20	33	41	9	13	26	34	14
18 口の中が乾く	10	20	29	6	0	11	19	9	7	16	23	7
19 喉が詰まる感じ	10	20	24	22	0	22	26	27	7	21	25	25
20 あくびやため息がよく出る	10	10	12	0	0	22	22	0	7	16	18	0
21 力が抜けた感じ	0	40	35	6	0	22	26	27	0	32	30	14
22 疲れ易い	10	20	59	35	0	44	56	27	7	32	57	32
23 緊張し易い	20	50	41	35	20	11	48	27	20	32	45	32
24 イライラしてじっとしてられない	10	50	47	35	20	44	44	73	13	47	45	50
25 何か起こりそうな漠然とした不安	20	40	24	35	20	44	15	55	20	42	18	43
26 ひとりではられない	10	20	18	18	0	22	26	64	7	21	23	36
27 取越苦勞	10	30	47	35	20	33	52	27	13	32	0	32
28 食欲がない	20	20	29	35	40	33	26	45	27	26	27	39
29 便秘又は、下痢が続く	20	20	18	0	20	11	11	0	20	16	14	0
30 しばしば小用(トイレ)に行きたくなる	0	20	24	0	0	0	11	0	0	11	16	0
31 性欲がない	0	30	12	0	20	11	19	27	7	21	16	11
32 「生理」の異常					0	11	15	9				
33 気分が、めいる	30	30	53	18	40	22	30	45	33	26	39	29
34 無気力、おっくう	30	20	53	18	0	44	30	45	20	32	39	29
35 注意力集中困難	10	30	24	6	0	22	19	0	7	26	20	4
36 判断、決断ができない	0	0	24	0	0	0	4	0	0	0	11	0
37 入眠困難	30	10	29	35	60	33	37	55	40	21	34	43
38 途中覚醒	40	10	29	35	20	33	48	73	33	21	41	50
39 早朝覚醒	10	20	18	0	0	0	15	0	7	11	16	0
40 (不安)発作恐怖	40	50	59	53	60	22	63	73	47	37	61	61
41 発狂恐怖	20	20	35	18	20	22	37	0	20	21	36	11
42 死恐怖	30	70	47	47	20	33	48	36	27	53	48	43
43 状況恐怖(広場・閉所)	10	40	47	24	20	22	41	36	13	32	43	29
44 薬剤依存	0	10	12	24	20	11	26	18	7	11	20	21
45 心気傾向	30	10	65	29	20	33	52	18	27	21	57	25
46 強迫症状	0	10	6	12	40	11	0	18	13	11	2	14
47 ヒステリー傾向	0	0	6	0	0	0	7	0	0	0	7	0
48 自殺傾向	10	10	6	0	0	0	7	9	7	5	7	4

## 老年期神経症の臨床像およびその治療に関する研究

丸山 晋 (国立精神衛生研究所社会復帰相談部)  
 藍沢 鎮雄 (浜松医科大精神神経科)  
 片山 義郎 (慶応義塾大学医学部精神神経科)  
 清水 信 (東京慈恵会医科大学精神神経科)  
 加藤 政利 (浜松医科大学精神神経科)  
 斎藤 和子 (国立精神衛生研究所老人精神衛生部)  
 北村 俊則 (国立精神衛生研究所老人精神衛生部)  
 大塚 俊男 (国立精神衛生研究所老人精神衛生部)

### Study on Neurosis in Old Age

#### — Characteristics of Clinical Features and Treatment —

Susumu Maruyama (Division of Psychorehabilitation, NIMH)

Shizuo Aizawa (Department of Neuropsychiatry, Hamamatsu Medical College)

Yoshiro Katayama (Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University)

Makoto Shimizu (Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Jikei University)

Masatoshi Kato (Department of Neuropsychiatry, Hamamatsu Medical College)

Kazuko Saito (Division of Psychogeriatrics, NIMH)

Toshinori Kitamura (Division of Psychogeriatrics, NIMH)

Toshio Otsuka (Division of Psychogeriatrics, NIMH)

Clinical features of 45 cases of neurosis in old age were examined. Bergman's study (1975) was confirmed. Furthermore, it was found that, as in "actual neurosis", conflicts and defence mechanism were not very complicated; that in treatment combination of brief psychotherapy and medication is essential; and that outcome is relatively good if treated properly.

**Key words:** *elderly, neurosis*

#### はじめに

老年期は各種精神障害の好発年齢にあたって、老化性痴呆は云うにおよばず、老年期のうつ病や神経症は非常にポピュラーな病態である。そのなかで神経症は、表1に示すとおり疫学的にみても比較的多い疾患で、Simon(1980)<sup>1)</sup>は5~10%、周辺の性格障害を加えれば8~17%と在宅の有病率を推定している。我が国においては十分な資料はないが、柄澤<sup>2)</sup>は、老人の機能性精神障害の出現率を2~7%とふんでいる。

また、精神科外来における老人神経症の初診患者の統計は、清水のレビューによれば、Starker(1962):15%、竹山ら(1964):21.5%、新福(1956):16.9%、伊藤(1957):3.4%といった数値が示されている。これらの数値は、個々の研究者によりバラつきはあるが、それは、神経症のクライテリアのとり方および調査方法の違いによるものである。老齢人口が増加し、老人の生活が増々シビアなものになってゆく時代にあつては、神経症の数は、こうした数値を少くとも下まわることはないものと思われる。

こうした少なからざる数の病態があるにもかかわらず、老人の神経症に関して、今まで十分実証的な研究がなされていない。神経症の問題は時代を映す鏡であり、人間性についての洞察を得る好個の材料であるという観点からしても、もっと研究がなされてしかるべきものであり、

表1 Neurosis in the Aged: A Summary of Nine Community Studies

	SHELDON (1948) N=369 ENGLAND	BREMER (1951) N=119 NORWAY	ESSEN MOLLER (1956) N=443 SWEDEN	PRIMROSE (1962) N=222 SCOTLAND	JENSEN (1963) N=546 DENMARK	NIELSEN (1962) N=978 DENMARK	KAY et al. (1964 a,b) N=297 ENGLAND	PARSONS (1965) N=228 ENGLAND	BOLLERUP (1975) N=626 DENMARK
Neuroses	9.4%	5.0%	1.4%	10.4%	1.4%	4.0%	8.9%	4.8%	4.2%
Character disorders	3.2	12.6	10.6	2.2	—	4.7	3.6	—	3.2
Neuroses + Character disorders	12.6	17.6	12.0	12.6	—	8.7	12.5	—	7.4

(Simon, A 1980)

## I 対象および方法

対象は昭和57年1月から昭和58年6月までの間に、浜松医大病院、慶応病院、慈恵医大病院、および国立国府台病院精神神経科を受診し、老年期の神経症と診断され、治療をうけたケースである。方法は、治療を完了した手持ちのケースをアトランダムに選択し、附表の如き質問事項に沿って、主治医により記載されたものを整理し、分析した。

## II 結果

### 1) 対象の総数および性別

今回集録しえた対象の総数は、45例であった。その性別は、男子12例(26.67%)、女子33例(73.33%)であった。

### 2) 年齢階層

年齢階層はつぎのようなものであった。60~64歳10例(22.22%)、65~69歳13例(28.89%)、70~74歳15例(33.33%)、75~79歳5例(11.11%)、80~84歳2例(4.44%)。

### 3) 教育程度

教育程度をみると、未就学1例(2.22%)、尋常小学校卒7例(15.56%)、高等小学校卒18例(40.00%)、旧制中学卒9例(20.00%)、旧制

特に、人生の終末期を含む、老年期のそれに関して、とりわけ重要なものがある。

本稿で目指すところは、老年期神経症の臨床像を構造的に把握し、その特徴たる諸傾向をマクロな視座からとらえることにある。

高校・専門学校・大学卒10例(22.22%)であった。

### 4) 現在の職業

現在の職業はつぎの如くであった。無職32例(71.11%、このうち女性は28例を占め、主婦またはそれに準ずる家事に従事していると想定された。)有職者の内容けは、卸小売業3、管理・専門的職業3、製造業2、漁業・事務的職業・販売業・技能熟練労働各1、その他(茶道の師匠)1であった。

### 5) 青壮年期の職業

青壮年期の職業の内容けは、主婦19例(42.22%)、農業6例(13.34%)、管理・専門的職業5例(11.11%)、製造業4例(8.89%)、事務的職業3例(6.67%)、技能熟練労働3例(6.67%)、卸・小売業2例(4.44%)、販売業2例(4.44%)、その他1例(2.22%)であった。

### 6) 社会経済的階層

この項目についての同定は難かしかつたが、大要つぎの結果を得た。裕福12例(26.66%)、かなり裕福13例(28.89%)、まずまず14例(31.11%)、少し不如意3例(6.67%)、全く不如意3例(6.67%)。

### 7) 住居

一戸建住宅38例(84.44%)、マンション4例

(8.90%), アパート 1 例 (2.22%), 施設 1 例 (2.22%), その他 1 例 (2.22%).

8) 配偶者

全てが既婚者であった。そして配偶者は、有 31 例 (68.89%), 無 14 例 (31.11%) であった。この 14 例のうち、離婚者は 4 例 (28.57%) であり、死別の時期は、10 数年前 8 例 (57.14%), 数年前 2 例 (14.29%) であった。

9) 家族形態

家族形態は、3 世代家族が 22 例 (48.90%), 2 世代家族 6 例 (13.33%), 夫婦のみ 11 例 (24.44%), 単身 6 例 (13.33%) であった。

10) 病前性格

病前性格を外向・内向にわけてみると、前者が 21 例 (46.67%), 後者が 24 例 (53.33%) であった。また別のカテゴリーである、同調性・顕示性・執着性・粘着性・内閉性・神経質性についてみると、複数チェックによる分布では、神経質性 35 (44.31%), 執着性 23 (29.11%), 顕示性 9 (11.39%), 同調性 7 (8.86%), 内閉性 3 (3.80%), 粘着性 2 (2.53%) の順であった。

11) 既往歴

既往歴についてみると、無しと答えるもの 6 例 (13.33%), 有りとしたもの 39 例 (86.67%) であった。既往症についての内分けは、重複回答を含め、高血圧症 7, 腎盂炎・腎炎 6, 肋膜炎 5, 胃潰瘍 4, 変形性脊椎症 4, 子宮筋腫 3, 膝関節症 (炎) 3, 腸チフス・前立腺肥大・卵巣膿腫・膀胱炎・坐骨神経痛・肝炎・胆石・不整脈・マラリア各 2, 胃下垂・網膜剝離・狭心症・斜頸・甲状腺機能低下・甲状腺機能亢進・心臓弁膜症・白内障・胃ポリープ・糖尿病・胃症・脳卒中・骨粗鬆症・貧血・十二指腸憩室・尿管結石・乳癌・一酸化炭素中毒各 1 で、のべ 68 例であった。疾病は、ほぼ全身に及び、疾病の種類は 35, 平均 1.7 の既往症があった。

12) 来院経路

来院経路は、直接受診してきたもの 21 例 (46.67%), 他科からの依頼もしくは紹介 11 例 (24.44%), (その内分けは、内科から 7 例, 整形外科

から 3 例, ケース・ワーカーから 1 例), 他の医療施設から 7 例 (15.56%), (その内分けは、内科から 4 例, 整形外科から 3 例), 他病院の精神神経科から 5 例 (11.11%), その他 (保健所より) 1 例 (2.22%) の順であった。

13) モメントより発症までの期間

モメントより発症までの期間は、1 年から数年のもの 21 例 (46.67%), 6 か月から 1 年ものもの 7 例 (15.56%), 3 か月から 6 か月ものもの 7 例 (15.56%), 1 か月から 3 か月ものもの 6 例 (13.33%), 1 か月以内のもの 4 例 (8.88%) であった。

14) 初発・再発

初発か再発かについては、初発例が 29 例 (64.44%) を占め、再発例は 16 例 (35.56%) であった。

15) 主訴

複数回答であるが、主訴を多いものの順に列記するとつぎのようであった。

心気 32 例 (16.79%), 不眠 27 例 (17.41%), 不安 26 例 (16.77%), 抑うつ感 18 例 (11.61%), 焦躁・不穏 14 例 (9.03%), 恐怖 12 例 (7.74%), 孤独・虚無感 11 例 (7.1%), 易怒 4 例 (2.58%), 強迫観念・行為 2 例 (1.29%), 自殺念慮 2 例 (1.29%), 猜疑・ひねくれ 2 例 (1.29%), 自罰・罪責感 1 例 (0.65%), 離人感 1 例 (0.65%), その他 3 例 (1.94%)。のべ数は 155 例で、主訴の項目は 14 項目であった。

16) 病型

病型についての観察では、抑うつ神経症 17 例 (37.78%), 心気症 14 例 (31.11%), 不安神経症 9 例 (20.00%), 恐怖症・神経衰弱各 2 例 (4.44%), ヒステリー 1 例 (2.22%) の順で、強迫神経症例や離人神経症例は含まれなかった。

17) 発症誘因

発症誘因については、同定できるもの 38 例 (84.44%), 同定できないもの 7 例 (15.56%) であった。同定できた誘因の内容は、多い順に、身体疾患 14 例 (26.42%), 精神的問題 8 例 (15.09%), 環境問題 7 例 (13.21%), 職業上の問題 6 例 (11.32%), 対人関係 6 例 (11.32%), 体力



の問題 6 例(11.32%)、経済問題 2 例(3.77%)、近隣社会との問題 2 例(3.77%)、生活上の問題 1 例(1.89%)、性的問題 1 例(1.89%)であった。

#### 18) 直接心因

心因について同定できるものとできないものとの割合は、32例(71.11%)対13例(38.89%)であった。同定できた場合の内容は、身体の病気が不治性である、愁訴があっても診断が未確定である、検診で新たな疾患が発見された、嫁姑のおりあいの悪さ、家人の病気など24項目が観察されたが、それをカテゴリー別にみると、対人関係18例、身体条件16例、悲嘆的出来事8例、孤独8例、絶望5例、経済問題4例、体力的問題4例、罪業感2例、性的問題1例の計38例となり、この中には若干の重複例が含まれている。

#### 19) 心的葛藤

心的葛藤を、輪郭・内容・性質・構造・発症との関連という4項目について観察し、その組みあわせよりパターン分類を試みた。内容については、内容が明確なものとそうでないものとの割合は、31例(91.18%)対3例(8.82%)であった。葛藤内容を現実的か非現実的かに分けると、前者は26例(76.47%)、後者は8例(23.53%)であった。葛藤の性質が執拗かそうでないかでみると、執拗なもの26例(76.47%)そうでないもの8例(23.53%)であった。葛藤の構造を複雑か、単純かでみると、複雑なもの5例(14.71%)、単純なもの29例(85.29%)となった。また発症との関係をみると、関係ありが33例(97.06%)、関係なしが1例(2.94%)となった。葛藤の輪郭が鮮明な34例について、内容が①現実的か、②非現実的か、性質が③執拗か、④あっさりしているか、構造が⑤複雑か、⑥単純か、発症との関連が⑦あるか、⑧ないかにわけて、パターン化してみると、①—③—⑥—⑦のタイプが19例(55.88%)で圧倒的に多く、ついで、①—④—⑥—⑦が6例(17.65%)、①—③—⑤—⑦が5例(14.71%)、ついで②—③—⑥—⑦が2

例(5.88%)、②—④—⑥—⑦および①—④—⑥—⑧が各1例(2.94%)となった。

#### 20) 心的メカニズム

症状形成にあづかる心的メカニズムが同定できたものは、19例(42.22%)で、できないものは26例(57.78%)であった。同定できたものの内分けは、重複回答を認め、整理すると退行10例(30.30%)、固着6例(18.18%)、置換6例(18.18%)、拒否4例(12.12%)、投影3例(9.09%)、理想化3例(9.09%)その他1例(3.03%)となった。

#### 21) 治療

治療についてみると、単独の療法によるものは4例(8.89%)で、その内分けは、緩和安定剤のみのも2例、短期精神療法のみのも2例であった。残り41例(91.11%)は、複合的な治療が採用されていた。そのうち29例は2種併用、11例は3種併用、1例は4種併用であった。2種併用例の内分けは、緩和安定剤+短期精神療法10例、緩和安定剤+その他の精神療法9例、緩和安定剤+抗うつ剤4例、緩和安定剤+その他の薬物療法(抗うつ剤、抗精神病薬を除く)3例、その他の薬物療法+短期精神療法2例、抗うつ剤+その他の薬物療法1例であった。また3種併用例の内容は、緩和安定剤+抗うつ剤+その他の精神療法4例、緩和安定剤+その他の薬物療法+短期精神療法3例、緩和安定剤+抗うつ剤+短期精神療法2例、緩和安定剤+自律訓練・催眠療法1例、緩和安定剤+強力安定剤+短期精神療法1例であった。4種併用例は、緩和安定剤+抗うつ剤+その他の薬物療法+短期精神療法という組みあわせのものが1例であった。

#### 22) 治療的予後

予後をみると、非常に良好なもの8例(17.78%)、かなり良好なもの11例(24.45%)、良好例20(44.44%)、これらの合計は39例(86.67%)で、状態不変のもの6例(13.33%)、悪化例なしという結果であった。

### III 考 察

老年期の神経症については、従来よりすぐれた概論<sup>4)5)6)7)8)</sup>はいくつか散見される。しかし、十分な実証的な研究がなされているかといえ、未だしの観が深い。今回、われわれは、現場の臨床家として、把握しえた症例を丹念に分析することを通じ、老年期の神経症を全体的かつ構造的にとらえ、その一般的傾向を明らかにしようと試みた。以下、上述の結果をもとに考察を加えたい。

年齢構成・性別・学歴・職業についての観察では、とくにコントロール・グループを設けていないが、特徴的な傾向はないようである。むしろ、こうしたバック・グラウンドには、老年期の神経症に特異的なファクターが入り込む余地が少ないことを示しているといえそうである。ただし、現在の職業についての項で、無職であるものが45例中32例(71.11%)を占め、“disengagement”が、神経症と何らかのかかわりがあることが示唆される。また Bergman が女性に dominant な神経症のタイプのあることを認めている<sup>9)</sup>ように、性差の可能性が推測される。

社会経済階層的については、Mayer-Gross ら<sup>4)</sup>は、低所得者層に多いことをあげ、新福・長谷川<sup>9)</sup>は養護、特別養護、軽費老人ホームおよび老人病院など施設老人の調査で、機能性精神障害の中の過半数に神経症と性格偏倚をみとめており、当然、社会階層の低さと神経症発生との相関性も考慮されうるが、一方で Busse<sup>10)</sup>は、十分に社会に適応した生活を営んでいる老人の中にかなり高率に神経症的な例をみとめており、一概にどうとはいえないが、われわれの症例では比較的裕福なものが多かった。

配偶者の有無、家族構成の面からみても、特徴的なことはみとめられていない。つまり配偶者のないことや、単身や老人夫婦生活者であることが特別に不利ではないということでもある。

病前性格については、内向性・外向性という2分法では差は殆んどみられていない。しかし、

若年の症例では圧倒的に内向性が多いようにおもわれるのと比較すれば、このことは一つの特徴といえないこともない。ただし、下位分類でみると、神経質性と、執着性が圧倒的に多く病前性格としてこの2傾向が著しいことがわかる。

既往歴・既往疾患について、既往歴のあるものの多いことは、老年者にとっては当然のことであるが、こうした要因と心身の減弱や抵抗力の減少が、あいまって老年期の神経症を発症しやすくすることは、若年の場合に比べ、特徴的といえなくもない。新福<sup>11)</sup>は老年者の心身機能の基本的事実として、抵抗性の減弱、適応性の減弱、情動反応の拡大、心理的不安定性をあげているが、これらの事実を、既往症の存在は、そのまま示している。

来院経路は、他科紹介は、それほど多くはなく、この場合、他科とは、内科と整形外科であったが、ごく軽い症例は、各科でそのまま治療されている場合が多いようである。

モメントから発症までの時間的経過をみると、1年から数年のものが46.67%と最も多く、6か月から1年のもの15.56%を合わせると、72.23%が、慢性例であることがわかる。

また初発か再発かについては、初発例が64.44%と多かった。しかしこのことは、老人の神経症は再発しにくいことを意味しない。

主訴についてみると、上位5項目は、心気(16.79%)、不眠(17.41%)、不安(16.77%)、抑うつ感(11.61%)、焦躁・不穏(9.03%)で占められ、このことは、病型とよい対応をなしている。もちろん全くパラレルではあり得ないわけで、実際の病型は、抑うつ神経症(37.78%)、心気症31.11%、不安神経症20.00%、恐怖症4.44%、神経衰弱4.44%、ヒステリー2.22%で、強迫神経症例や離人神経症例はなかった。つまり病型としては、抑うつ神経症、心気症、不安神経症が“ビッグ3”であり、このことは、多くの著者<sup>11)8)</sup>において指摘されてきたことである。

誘因および心因について、大半の症例において同定でき、一般に老年期の神経症は輪郭が不

鮮明なものが多い<sup>14)</sup>という指摘もあるが、ケースを丁寧にみてゆけば、かなり明確にポイントをおさえることができる。しかしこのことは、もちろん老年期の神経症は非定形なものが多いということの反証にはなり得ない。また清水<sup>9)</sup>によると「Clow と Allen の資料では発病要因として身体的・環境的要因の比重が強く、性格的な偏りの比重が少ないと判定された症例は、老年期に初発した群に圧倒的に多い」とあるが、われわれの症例もこの記述によく一致した。

葛藤のあり方、心的メカニズムについて。

葛藤の輪郭は、誘因および心因においてと同様、明確なものが多く(75.56%)、内容・性質・構造・発症との関連から、内容は現実的で、性質は執拗、構造は単純、発症との関連はあるというパターンが代表的なものであり、精神分析における古典的分類にある、精神神経症と現実神経症という2分法に従えば、明らかに現実神経症の部類に入るものである。しかし心的メカニズムの同定では、可能なもの42.22%に対して不可能なもの57.78%と不可能なもの割合が高く、精神力動的なコンテクストで老人神経症をみることの難かしさが暗示されている。このことは Butler<sup>9)</sup>らの指摘と一致する。

治療については、薬物療法と精神療法が2大支柱であるが、そのうちどちらかという単独例は意外に少なく(8.89%)、大半が、2者または3者の併用であった。そしてその組みあわせも多数類で、症例により、臨機応変に対応される必要性のあることが示されていた。精神療法は、短期精神療法の適用が多く、薬剤は、緩和安定剤ばかりでなく抗うつ剤も多く使用されていることが判明した。このことは、ごく当然のこととはいえ、老年期神経症の特徴をふまえて導かれた、治療上の特徴である。Mayer-Gross<sup>1)</sup>も、治療の要諦は、簡単な精神療法と適切な薬物といいきっており、大原<sup>12)</sup>や著者ら<sup>13)</sup>も同様の指摘をした。

予後は86.67%が良好であるとみなされ、本症が治療よろしきを得れば、殆んどのものが治癒

可能であるといえる。

老年期の神経症の特徴を Bergman<sup>13)</sup>は、つぎのように整理している。(1)比較的安定した若い時代をもっている(必ずしも神経症でなかった)(2)後年に入り、身体的疾患をもつものが多い(特に心血管系の疾患)(3)症状が華々しくてもあまり苦しめないようにみうけられる(4)精神症状よりも、孤独や生活自立の困難さや愉しみの欠如に悩むことが多い(5)また症状は、抑うつと不安が混合したものが多い(6)身体疾患のため活動の制限を予儀なくされたとき恐怖症状がおきやすい(7)社会生活がうまくゆかなくなったり、生活内容の質が低下することにより顕性化するというおこり方をとりやすい、われわれの症例でもこれの条項は逐一確認できることであるが、著者らはさらにつぎの条項をつけ加えたい。(8)心的葛藤は複雑でなく、心的メカニズムも比較的単純である(9)治療は、薬物と短期精神療法のコンビネーションが奏効するものが多い(10)予後は比較的良好なものが多い。

## まとめ

老年期神経症の症例45例について、背景および現症そして治療の面から構造的に分析しその特徴を明らかにしようと試みた。その結果 Bergman の7項目に加え3項目、計10項目の特徴が確認しえた。

## 文献

- 1) Simon, Alexander: The Neuroses, personality disorders, alcoholism, drug use and misuse, and crime in the aged, 654-655, Handbook of mental health and aging, Prentice-Hall, Inc. Englewood cliffs, N. J., 1980
- 2) 柄澤秀昭: 老人のほけの臨床, 43-44, 医学書院, 1981.
- 3) 清水信: 老年精神医学(展望), 精神医学, 454, 19, 5, 1977.
- 4) Mayer-Gross, Slater and Roth: Clinical psychiatry (3rd ed), 576-579, The Williams and

- Wilkins Company, Baltimore, 1969.
- 5) Butler, R. N., Lewis. M. L.: Aging and mental health, 55-74, The C. V. Mosby Company, 1983.
  - 6) 市丸精一・島田修：老年期の精神医学—神経症その他, 123—141, 黒丸・新福・保崎編：老年精神医学, 広川書店, 1975.
  - 7) 池見西次郎・松本建一：老人の神経症—精神身体医学の立場から, 402—414, 加藤・長谷川編, 老年精神医学, 医学書院, 1973.
  - 8) 伊藤正昭：老人の神経症, 臨床精神医学, 201—205 : 2, 2, 1973.
  - 9) 新福尚武, 長谷川和夫：施設老人と精神障害, 日本老年医学雑誌, 7 : 224, 1970
  - 10) Busse, E. W. et al: Psychoneurotic reactions of the aged, *Geriatrics*, 15: 97, 1960.
  - 11) 新福尚武：老年と心身症, 治療—60. 3. 1978.
  - 12) 大原健士郎他：老人患者の精神療法, 精神医学, 19—25 : 15. 1. 1973.
  - 12) 丸山晋他：老年期の心気症, 臨床精神医学, 59—64, 7, 10, 1978.
  - 13) Bergman, K, Neurosis and personality disorder in old age. In, A. D. Isaacs and F. Post (eds.), *Studies in Geriatric Psychiatry*, 41—75, Chichester, New York, Brisbane, Toronto: John Wiley, 1978.

(附 表)

## 老人神経症調査票(医師用)

記入年月日 年 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_

氏 名	性 1. 男 2. 女	年 齡	歳	1. 55~59	5. 75~79
				2. 60~64	6. 80~84
				3. 65~69	7. 85以上
				4. 70~74	

- 1 最終学歴 1. 不就学 2. 尋小卒 3. 高小卒 4. 中学卒 5. 高校・専門学校卒 6. 大学卒  
7. その他( )
- 2 現在の職業 1. 無 2. 有(1. 農業 2. 漁業 3. 製造業 4. 卸小売業 5. サービス業  
6. 行商 7. 管理・専門的職業 8. 事務的職業 9. 販売業 10. 技能熟練労働  
11. 主婦 12. 分類不能 13. その他( )
- 3 青壮年期の職業 1~13
- 4 社会階層 1. 裕福(年収1000万円以上) 2. かなり裕福(年収1000万~500万)  
3. まずまず(年収250~500万) 4. 少し不如意(年収100~250万)  
5. 全く不如意(100万以下)
- 5 住 居 1. 一戸建住宅 2. マンション 3. アパート 4. 施設 5. その他( )
- 6 配 遇 者 1. 有 2. 無(死別の時期 1. 1数年前 1. 数年前 3. 数カ月前 4. その他)
- 7 家族構成 1. 単身 2. 老人夫婦 3. 2世代家族 4. 3世代家族
- 8 病前性格 1. 外向的 2. 内向的 3. 不 明

1.	同調性……1. 朗らか 2. 明かるい 3. 楽天的 4. あっさり 5. 交際が広い 6. 親しみやすい 7. 世話ずき 8. 現実的
2.	顕示性……1. あきやすい 2. 派手ずき 3. 人目にたつのがすき 4. 大げさ 5. すき嫌いが多い 6. やきもち 7. わがまま 8. まげずらい
3.	執着性……1. 几帳面 2. 仕事熱心 3. こり性 4. ねばり強い 5. 強い責任感 6. 徹底的 7. 堅い 8. 妥協はいや
4.	粘着性……1. 物事に動じない 2. 礼儀正しい 3. 話がくどい 4. 頑固 5. 短気 6. 綿密 7. 整理ずき 8. 潔べき
5.	内閉性……1. 感じ易い 2. 疑い深い 3. 無口 4. 非現実的 5. 交際がせまい 6. あいそがない 7. 気むずかしい 8. 融通がきかない
6.	神経質性……1. 遠慮深い 2. 自信がない 3. 苦勞性 4. 自分の事を気にしやすい 5. 内弁慶 6. 努力家 7. おく病 8. 人にとけこめない

- 9 既往症 ① ② ③  
 1.呼吸器系 2.消化器系 3.循環器系 4.筋骨格系 5.造血器系 6.泌尿器  
 7.生殖器 8.内分泌系 9.脳神経系 10.精神障害 [いずれかに○印(Ⓐ S  
 Ⓑ MD Ⓒ Ep Ⓓ N Ⓔ PSD)] 11.その他( )
- 10 来院経路  
 1.直接 2.他科から( )科 3.他病院の精神科から  
 4.他の病院の他科から
- 11 モメントより発症までの期間  
 1.1年～数年 2.6ヶ月～1年 3.3ヶ月～6ヶ月 4.1ヶ月～3ヶ月  
 5.1ヶ月以内
- 12 発症の時期 年 月頃
- 13 初発/再発  
 1.初発 2.再発
- 14 主 訴 ① ② ③  
 1.不安 2.恐怖 3.強迫観念・行為 4.不眠 5.性的問題 6.自罰・罪責感  
 7.離人感 8.孤独・虚無感 9.抑うつ感 10.心気 11.焦躁・不穏 12.易怒  
 13.自殺念慮 14.躁症状 15.猜疑・ひねくれ 16.錯乱 17.幻覚 18.妄想  
 19.痴呆 20.その他( )
- 15 病 型  
 1.不安神経症 2.ヒステリー 3.恐怖症 4.強迫神経症 5.抑うつ神経症  
 6.神経衰弱 7.離人神経症 8.心気症 9.その他( )
- 16 発症誘因  
 1.同定できる 2.同定できない  
1.の場合その種類  
 1.生活上の問題(衣・食) 2.環境問題(住) 3.経済問題 4.性的問題  
 5.職業上の問題 6.精神的問題 7.対人関係 8.体的問題 9.身体疾患  
 10.近隣社会との問題
- 17 直接心因  
 1.同定できる 2.同定できない  
1.の場合その内容・テーマ ① ②  
 1.対人関係 { a家庭内—a親子間 b同胞間 c嫁姑間 dその他 近親知人  
 B家庭外—f職場 g社会の場 h結婚・恋愛  
 2.就業問題 3.経済問題 4.性問題 5.身体条件 6.宗教 7.悲嘆  
 8.罪業感 9.孤独 10.不能感 11.絶望感
- 18 葛藤(輪郭)  
 1.内容が明確(内容: ) 2.不明確  
 (内容) 1.現実的 2.非現実的(観念的・空想的)  
 (性質) 1.執拗 2.あっさりしている  
 (構造) 1.複雑 2.単純  
 (発病との関連) 1.あり 7.なし 3.どちらともいえない
- 19 症状形成にあづかる心的メカニズム  
 1.同定できる 2.同定できない  
 (防衛機制) 1.の場合  
 1.拒否 2.投影 3.固着 4.退行 5.置換 6.対抗強迫 7.理想化  
 8.その他( )
- 20 治 療  
 1.緩和安定剤 2.強力安定剤 3.抗うつ剤  
 4.その他の薬物療法 5.短期精神療法(カウンセリングを含む)

6. 行動療法 7. 自律訓練・催眠療法 8. 精神分析療法  
9. その他の精神療法 10. ES 11. その他 ( )  
21 治療への反応 1. 非常に良好 2. かなり良好 3. 良好 4. 不変 5. 悪化  
22 本症例の特徴

--

## 1歳半児の母親の育児に関する意識調査

河野洋二郎・池田由子・上林靖子

国立精神衛生研究所

増田久子

柏市保健年金部健康管理課

栗原佳代子

早稲田大学

## A Study on Mother's Rejective Attitude toward Child-rearing

Yohjiro Kohno

Yoshiko IKeda, M. D.

Yasuko Kanbayashi, M. D.

Div. of Child Mental Health

Hisako Masuda

Public Health Center of Kashiwa City

Kayoko Kurihara

Waseda University

### I 方 法

#### 1. 目 的

1歳半健診は対象児の発達をチェックすることのほかに、母親が適切な態度で子どもに接しているか否かを調べることを目的としている。それは、この時期が子どもの社会性の発達にとって、親のしつけが大切となる時期にあたるからである。

著者らの調査は、1歳半の子どもを持つ母親が、育児についてどのような意識を持っているか、また日頃どのような気持で子どもに接しているのかを知るために、特に育児に対する負担感や子どもに対する拒否感に焦点を置いて調べることを目的とする。

#### 2. 対象および調査時期

千葉県柏市の1歳半健診の対象児の母親を対象とし、昭和59年5月に予備調査を行ない、昭和59年6月と7月にこの調査を行なった。

#### 3. 調査方法および調査内容

調査は、1歳半健診の会場で母親に調査票を配布し、会場内で記入させ回収した。調査票は、大部分が選択項目からなるアンケート方式をとった。内容の概略は、以下のようなものである。①生下時体重と出生時の異常の有無、②母親の出産および育児観、③生育歴上の子どもの問題の有無、④育児環境について、⑤育児に対する負担感や子どもに対する拒否感、⑥母親の身体また精神的不適応感<sup>(1)</sup>、⑦母親の年齢・職業・家族形態など。<sup>(1)(2)</sup>

### II 結 果

#### 1. 対象者数と回収率

調査は健診に来所したすべての母親を対象としたが、配布もれおよび未記入や誤記入を除くと表1のようであった。回収率は90.47%と高く、その理由は回答が選択肢によるため容易だった

注1. この質問項目は、国立精神衛生研究所児童精神衛生部で、昭和56年度健康づくり特別研究委託費による「家庭婦人の精神衛生対策に関する研究」のために作製したものである。<sup>(1)(2)(3)</sup>

注2. 調査票の具体的な内容については、附表1に掲載した。



こと、記入と回収が会場で同時に行なわれたためと思われる。

表1 対象者数と有効回答数

有効回答数	健診来所者数(健診対象者数)
456名	504名 (611名)

## 2. 母親にとって子育ての意味

図1に示すような質問項目により、母親の出産および育児に対する意識を調べた。「子どもを育て、その成長を見守るのは喜びである」を回答したものが80%近くあり最も高い、また、「次の社会をになう世代をつくる」(27.6%)や「家や自分たちの後つぎを育てる」(17.1%)という項目を選ぶ母親は比較的少なかった。

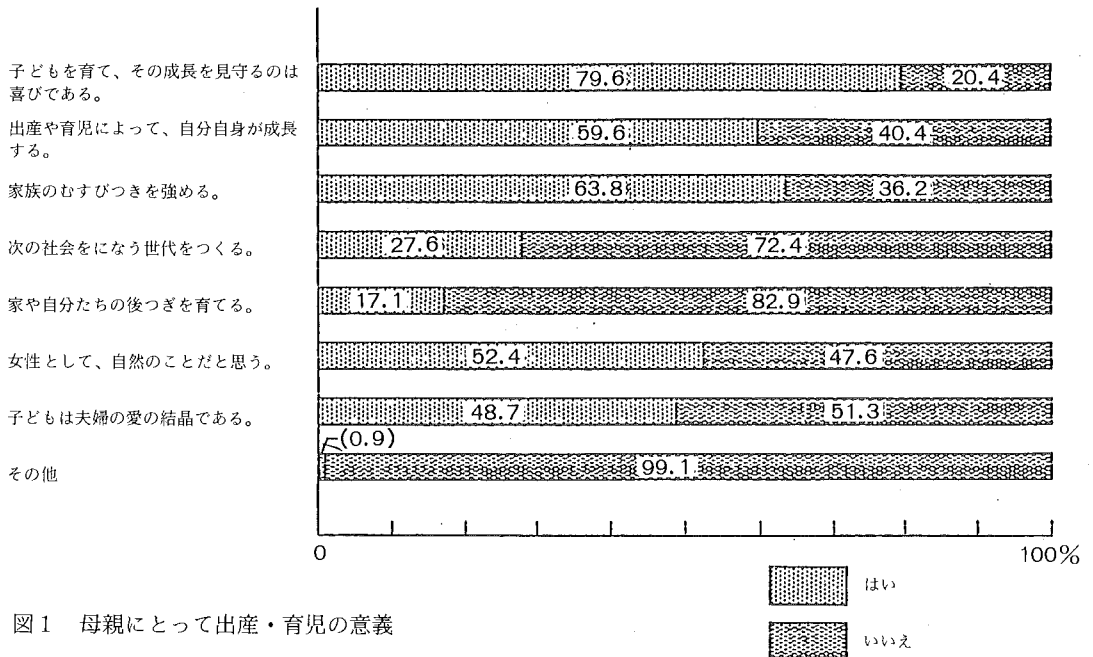


図1 母親にとって出産・育児の意義

## 3. 育児環境について

子どもの遊び場、遊び仲間、医療機関の整備、育児の相談相手や援助をしてくれる人の有無について調査したところ、図2・3のようであった。子どもを預ってくれる隣人の有無に関する項目と「いま住んでいる家や場所は、子どもを育てるのに良い環境ですか」との環境の満足度を調べる項目が約70%程度であった以外は、どの項目も80%を超えた。

## 4. 育児に対する負担感と子どもに対する拒否感

結果は図4・5に示した。これらの項目は、因子分析によって第1因子と第2因子に因子負荷の高い項目(因子負荷率0.4以上)を選び、そ

れぞれ負担感また拒否感と名称を与えたものである。

負担感については、「ときどきある」と答えたものも含めると、「育児から解放されたい」(70.8%)、「体が疲れやすく子どもを育てるのがつらい」(45.2%)が高率で目立つ。また、「働いている女性がうらやましいと思う」(51.2%)、「仕事と子育てを両立させるのが難しいと感じる」

(67.8%)といった母親の職業と関係する項目が高率であった。しかし、「子どもの身のまわりのことみするのが面倒くさい」(9.9%)と思う母親は少ない。

拒否感については、「しつけや育て方に自信がない」(59.6%)、「いたずらや聞きわけの悪さに、

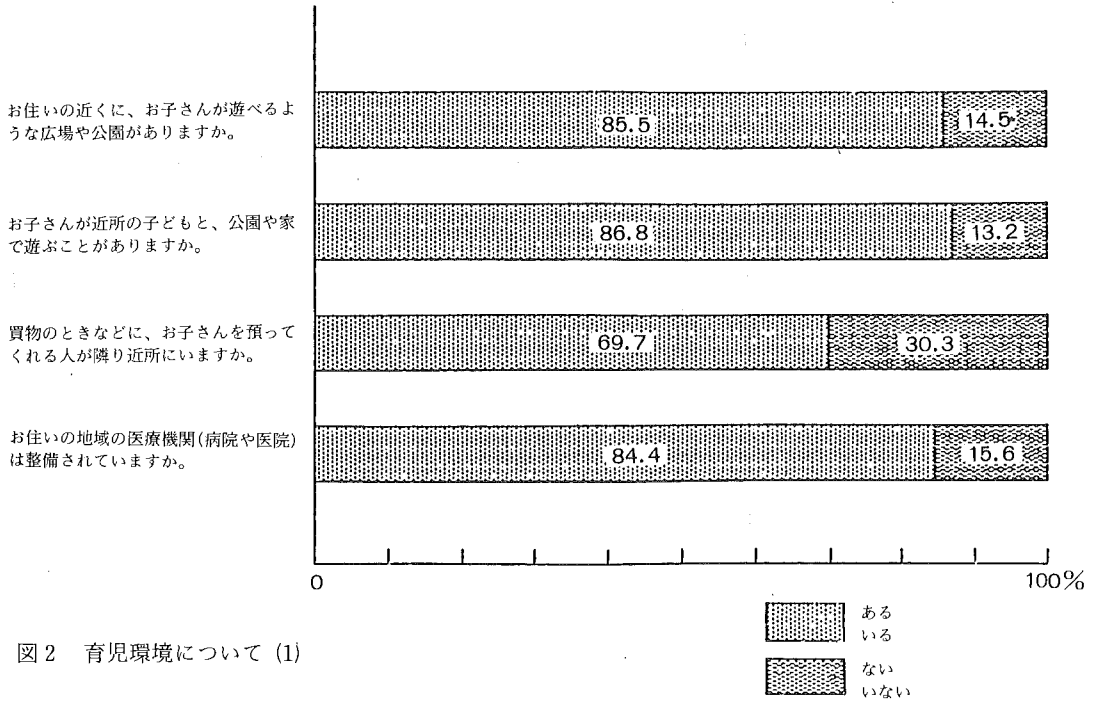


図2 育児環境について (1)

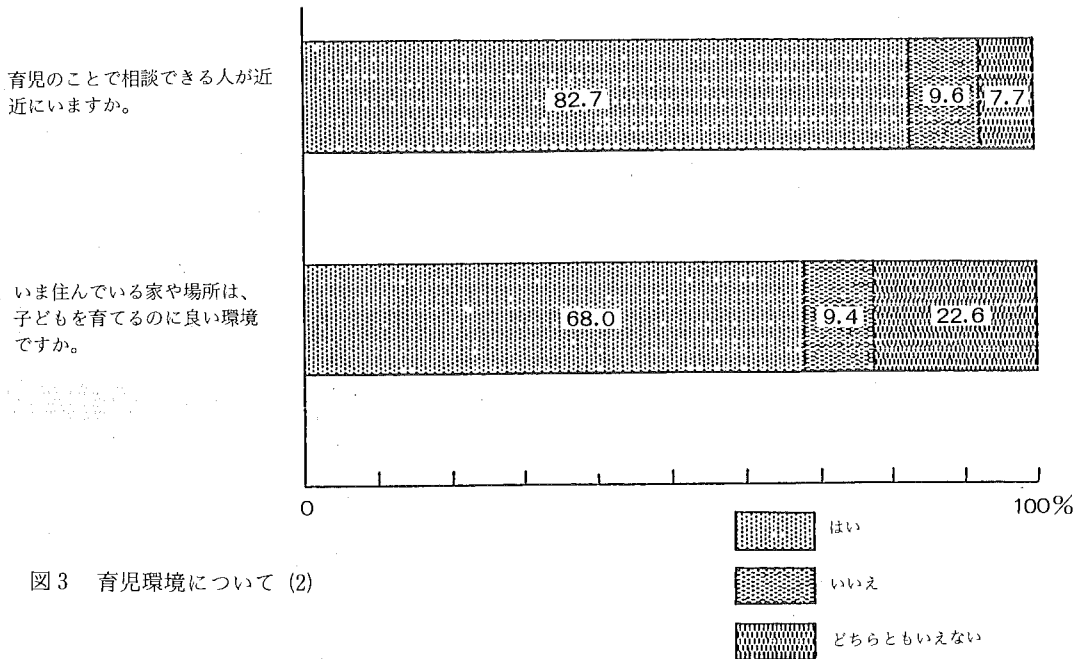


図3 育児環境について (2)

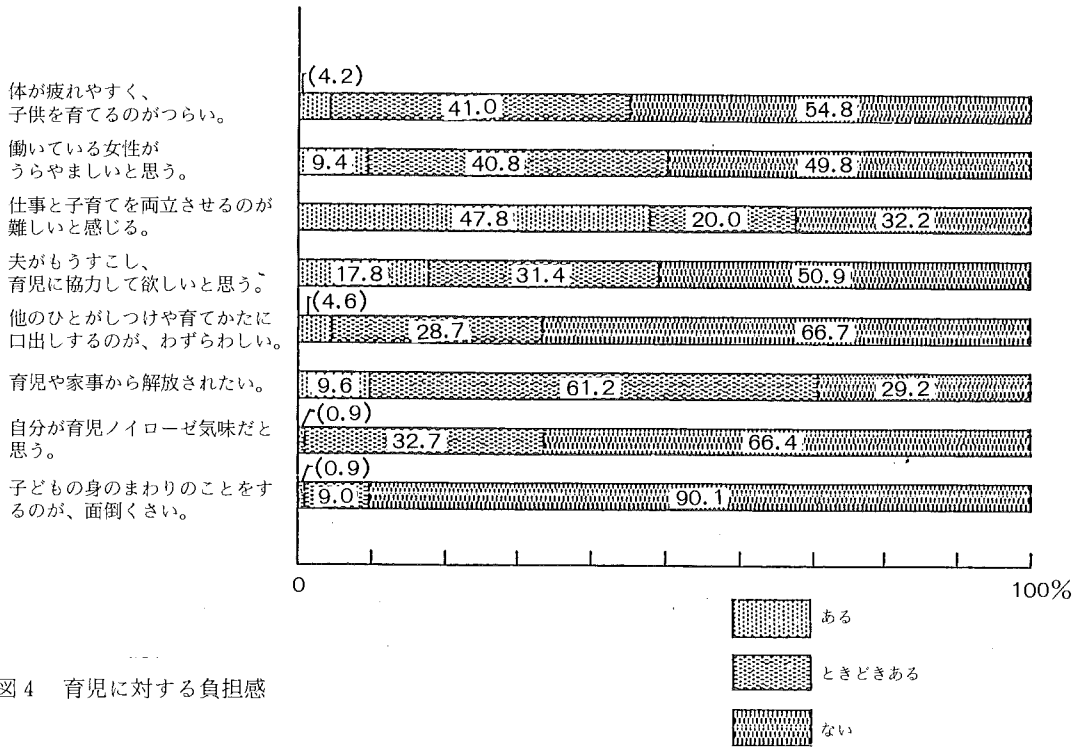


図4 育児に対する負担感

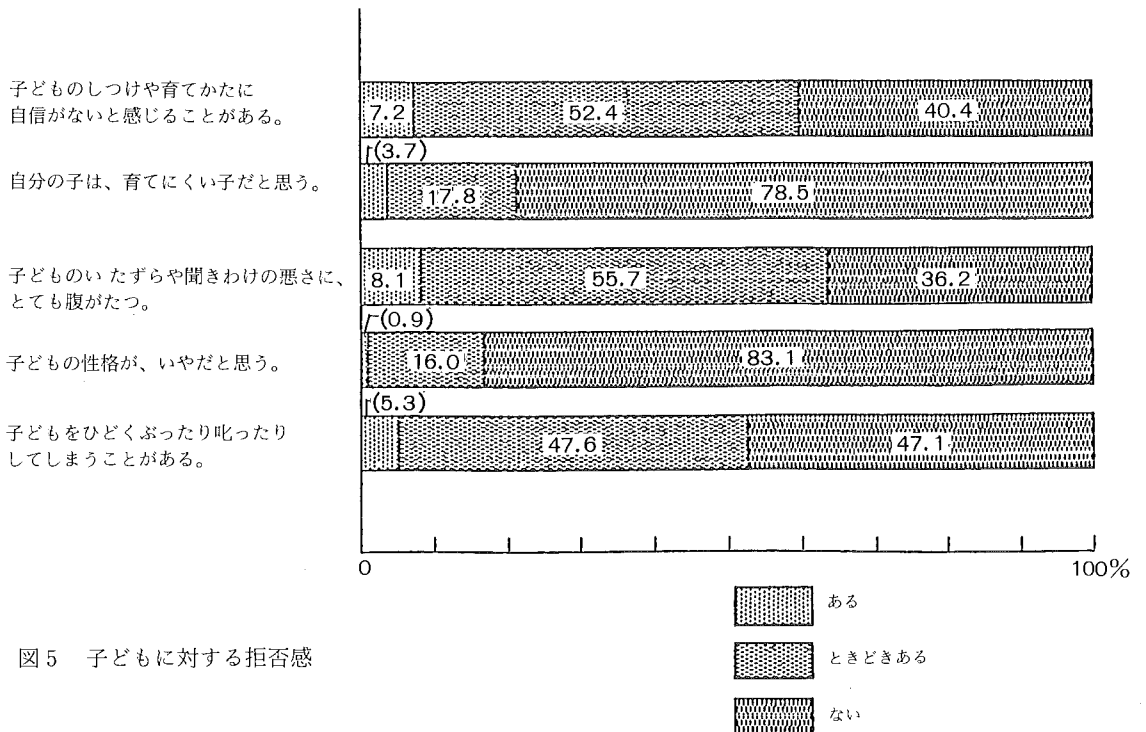


図5 子どもに対する拒否感

とても腹がたつ」(63.8%)、「ひどくぶったり叱ったりしてしまうことがある」(52.9%)と答えた母親が半数を超えた。しかし、「育てにくい子だと思う」(21.5%)、「性格が、いやだと思う」(16.9%)と、子どもに対して直接的な拒否感情を抱くものは比較的少なかった。

#### 5. 負担感・拒否感と他の項目の関係

環境に関する7つの質問項目、生育歴にみられる子どもの問題(12項目)、身体また精神的な不適応感(30項目)をそれぞれ環境に対する満足度、生育歴の問題得点、S R T (Symptom-Rating-Test) 得点として点数化し、負担感と拒否感との相関を求めたところ互いに高い相関が認められた。

負担感に高い得点を示したものは、環境に対する満足度が低く、子どもの問題も多く、心身の不適応感が高い結果が得られた。拒否感が高い得点のものは、子どもの問題が多く、心身の不適応感が高いが、環境に対する満足度とは関連が認められなかった。拒否感 は母親の年齢と相関があり、年齢が若いほど拒否感の得点が高い傾向があった。

#### 6. 身体また精神的不適応感 (S R T 得点)

身体また精神的不適応に関する S R T 得点の平均値は8.91 (S D=0.361) であった。国立精神衛生研究所で婦人3,374名を対象として調査した結果では平均値9.79 (S D=8.48) であり、この結果と比較すると今回の調査対象の母親は心身の不適応感の訴えはそれほど高くはないと言える。

#### 7. 生下時体重

出生時の体重は平均3,161.1g で、2,500g 未満の子どもが23名いたが、生下時体重と育児に対する負担感や子どもに対する拒否感には意味ある関連は認められなかった。

#### 8. 母親の年齢および職業、家族形態

母親の年齢は19歳から43歳で、平均年齢は30.3歳であった。職業は、85.3%が専業主婦で、常勤者は6.6%であり、残り8.1%がパートや自営業や農業であった。家族形態は79.6%が核家族、

18.2%が祖父母などとの同居による拡大家族、2.2%が母子家庭やその他の家族形態であった。

### III 考 察

結果は、調査方法の限界から1歳半児の母親の意識を充分にとらえたものでなく、負担感や拒否感についても内容の具体性や実態の詳細さに欠けるきらいがあった。しかし、この年齢の子を持つ、母親の育児観や日常の育児の概況を把握することができたように思える。

結果から受ける第一の印象は、多くの母親が育児や子どもの成長に喜びを感じ、育児を肯定的にとらえている点だろう。図1に示した質問項目は、総理府青少年対策本部の「国際比較—日本の子どもと母親」(昭和55年)で用いられた項目を含んでいる。総理府の調査では、「次の社会の世代をつくる」は61.7%で最も高く、「子どもを育てるのは楽しい」は20.6%であった。調査方法に若干の違いはあるが、今回対象となった1歳半児の母親は、総理府の報告とは非常に異なり、育児を自分自身の喜びとしてとらえている。

しかし、反面では育児に対する負担感が高い。乳幼児期の育児による疲労感、産業労働と比較しても高く、慢性的で夜勤型の疲労感と類似しているといわれる。<sup>4)</sup>多くの母親が、「育児から解放されたい」、「体が疲れやすく子どもを育てるのがつらい」と訴えるのは当然であろう。また、「子どもの身のまわりのことをするのが面倒」と思う母親は少なく、母親のほとんどが心身の負担を感じつつも、育児を生きがいとし手抜きすることなく日々の子育てにはげんでいる様子うかがえる。しかし、ときどきあると答えたものも含めると「自分が育児ノイローゼ気味だと思う」との回答が36.7%あり、精神的な健康に危惧を抱くものが少なくない。育児に対する負担感、母親の環境への不満や子どもの発育の遅れや食事・睡眠の異常などの子どもの問題と関連が深く、このような外因が強まれば、ノイローゼに対する危惧が現実のものとなること

が予想される。

子どもに対する拒否感は、感情的な拒否は少ないが、体罰や強い叱責をするものは多い。1歳半という年齢は、自立への方向に進みはじめたとはいえ、言語能力は善悪の判断がつくほど高くない。この時期に質問のような強い体罰や叱責をする母親が意外に多いことに驚かされる。子どもに対する拒否感は、環境に対する不満とは関連がなく、母親の年齢が若いほど高いことを考えると、母親自身の個別的な問題に帰するところが大きいといえる。児童の虐待や拒否の問題が増加しつつあるといわれる現在、母親の子どもに対する拒否感は重要なチェック・ポイントといえるが、現在の乳幼児健診では、母親の性格や資質まで把握することは困難であり、今後の課題といえる。

この研究は厚生省母子相互作用研究費(昭和59年)により行われたことを附記する。

#### 参考文献

1. 池田由子他 「第一報 質問紙法による問題家庭主婦と一般家庭主婦の比較について」 昭和57年度 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書
2. 池田由子他 「第二部 家庭婦人の年齢と精神衛生」 昭和58年度 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書
3. 池田由子他 「子どもに問題があるときの父親と母親の精神衛生の比較について」 昭和59年度 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書
4. 佐々木保行他 「育児ノイローゼ」 昭和57年 有斐閣新書

## 附表 1

(調査年月日 年 月 日)

## 1歳6カ月児の育児に関するアンケート (YK2)

## ☆おねがい

このアンケートは、これまでのお子さんの育児について、あなたが日ごろお考えになっていることをおたずねするものです。調査結果は乳児をもつ母親の精神健康をはかるための基本的資料として利用されます。お忙しいところ恐縮ですがご協力ください。

なお、この結果はすべて統計的に処理しますので、個人の名前がでたり、ご迷惑のかかることはございません。ありのままお答えください。

## ☆記入のしかた

1. お名前は書かなくて結構です。
2. 回答は、お母さんが記入してください。
3. 特にことわりのない限り、お答えは○でかこんでください。
4. 質問にでてくる「お子さん」は、今日健診をうけるお子さんのことです。
5. 記入後、アンケート用紙は係りの者へお渡しください。ひきつづき、次の健診をうけてください。

## [A] お子さんの出産のときのことについておたずねします。

- (1) お子さんの生まれたときの体重を記入して下さい。.....g
- (2) 出産のときに、次のようなことがありましたか。

1. 難産	2. 早産	3. 仮死	4. 特に異常ない
-------	-------	-------	-----------

## [B] あなたにとって、子どもを産み育てるということは、どんな意味をもっていますか、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 子どもを育て、その成長を見守るのは喜びである。</li> <li>2. 出産や育児によって、自分自身が成長する。</li> <li>3. 家族のむすびつきを強める。</li> <li>4. 次の社会をになう世代をつくる。</li> <li>5. 家や自分たちの後つぎを育てる。</li> <li>6. 女性として、自然のことだと思う。</li> <li>7. 子どもは夫婦の愛の結晶である。</li> <li>8. その他 ( )</li> </ol> |
|--|

## [C] 現在お住いの住居や地域についておたずねします。

- (1) 現在お住まいの町名を記入してください。 柏市.....町
- (2) お住いの近くに、お子さんが遊べるような広場や公園がありますか。
- (3) お子さんが近所の子どもと、公園や家で遊ぶことがありますか
- (4) 買物のときなどに、お子さんを預ってくれる人が隣近所にいますか。
- (5) お住いの地域の医療機関(病院や医院)は整備されていますか。

1. ある	2. ない
-------	-------

1. ある	2. ない
-------	-------

1. いる	2. いない
-------	--------

1. いる	2. いない
-------	--------

(6) 現在のお住いは次のどれですか。

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 一戸建ての持ち家        | 2. 共同住宅・マンション形式の持ち家 |
| 3. 社宅・寮・官舎         | 4. 公営住宅（市営や公団の賃貸）   |
| 5. 民間の賃貸アパート・マンション | 6. 借家               |
| 7. 間借・同居           | 8. その他（ ）           |

[D] お子さんを育てていて、あなたが感じたり考えたりしていることについておたずねします。

(1) お子さんは、赤ちゃんのころよりも、育てやすくなったと思いますか。

- |       |        |              |
|-------|--------|--------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. どちらとも言えない |
|-------|--------|--------------|

(2) 育児のことで相談できる人が身近にいますか。

- |       |        |              |
|-------|--------|--------------|
| 1. いる | 2. いない | 3. どちらとも言えない |
|-------|--------|--------------|

(3) いま住んでいる家や場所は、子どもを育てるのに良い環境ですか。

- |       |        |              |
|-------|--------|--------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. どちらとも言えない |
|-------|--------|--------------|

(4) 次のようなことで、お子さんに心配なことがありますか。

発育が遅い

- |       |          |       |
|-------|----------|-------|
| 1. ある | 2. 以前あった | 3. ない |
|-------|----------|-------|

夜泣きや寝つきが悪い

- |       |          |       |
|-------|----------|-------|
| 1. ある | 2. 以前あった | 3. ない |
|-------|----------|-------|

食事のことについて

- |       |          |       |
|-------|----------|-------|
| 1. ある | 2. 以前あった | 3. ない |
|-------|----------|-------|

病気をしやすい

- |       |          |       |
|-------|----------|-------|
| 1. ある | 2. 以前あった | 3. ない |
|-------|----------|-------|

言葉が遅い

- |       |          |       |
|-------|----------|-------|
| 1. ある | 2. 以前あった | 3. ない |
|-------|----------|-------|

指しゃぶりなどのくせ

- |       |          |       |
|-------|----------|-------|
| 1. ある | 2. 以前あった | 3. ない |
|-------|----------|-------|

その他（ ）

(5) 最近、お子さんを育てていて、次のようなことを感じたり思ったりすることがありますか。

1. 体が疲れやすく、子どもを育てるのがつらい。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

2. 子どものしつけや育てかたに自信がないと感ずることがある。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

3. 子どもの成長が楽しいと思う。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

4. 働いている女性がうらやましいと思う。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

5. 仕事と子育てを両立させるのが難しいと感ずる。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

6. 自分の子は、育てにくい子だと思う。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

7. 夫がもうすこし、育児に協力して欲しいと思う。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

8. 子どものいたずらや聞きわけの悪さに、とても腹がたつ。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ある | 2. ときどきある | 3. ない |
|-------|-----------|-------|

9. 他のひとがしつけや育てかたに口出しするのが、わずらわしい。

10. 育児や実事から解放されたい。  
 1. ある 2. ときどきある 3. ない
11. 子どもの性格が、いやだと思う。  
 1. ある 2. ときどきある 3. ない
12. ここまで育てたことで、母親として自信がついたと思う。  
 1. ある 2. ときどきある 3. ない
13. 自分が育児ノイローゼ気味だと思う。  
 1. ある 2. ときどきある 3. ない
14. 子どもの身のまわりのことをするのが、面倒くさい。  
 1. ある 2. ときどきある 3. ない
15. 子どもをひどくぶったり叱ったりしてしまうことがある。  
 1. ある 2. ときどきある 3. ない
16. 結婚したことや、子どもを産んだことを後悔する。  
 1. ある 2. ときどきある 3. ない

[E] この1週間のあなたの体の工合について、次の質問について答えて下さい。4とおりの答えのうち、あてはまるものに○をつけて下さい。

- 1 めまいがする 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 2 疲れたような感じがして元気がない 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 3 自分で神経質だと思う 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 4 頭が重かったり、頭痛がする 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 5 こわがりで、すぐ恐怖心をいだく 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 6 食欲がない 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 7 胸がドキドキしやすい 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 8 将来に希望がもてない 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 9 気持ちが落ちつかずビクビクする 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 10 物覚えが悪い 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 11 よく息苦しくなる 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 12 皆に申しわけない、すまないように感じる 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 13 くよくよしやすい 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 14 肩がこったり、体のあちこちの筋肉が痛む 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 15 他人が自分のことをばかにしたり、悪く思っているように感じる 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 16 手の指や体がふるえる 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 17 考えをまとめたり決めたりするのが難しい 1. いいえ 2. ときに 3. 大てい 4. いつも
- 18 自分が役にたたない、人生の敗者と感じる



- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 19 すぐに緊張する
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 20 劣等感をもちやすい
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 21 体がほてったり、感覚が鈍いように感じる
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 22 いらいらする
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 23 頭が空っぽで、思うように考えがわいてこない
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 24 ものごとに興味がない
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 25 自分は不幸だと気分が沈みやすい
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 26 不安のあまり、体がまひしたようになる
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 27 体力が弱ったように感じる
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 28 注意が集中できない
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 29 ねつきが悪くよく夢をみる
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|
- 30 眠りが浅く、早朝に目がさめてしまう
- |  |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
|  | 1. いいえ | 2. ときに | 3. 大てい | 4. いつも |
|--|--------|--------|--------|--------|

## [F] あなたご自身やご家族のことについておたずねします。

- (1) あなたのお年を記入してください。 満\_\_\_\_\_歳
- (2) あなたの職業について、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

- |             |                   |
|-------------|-------------------|
| 1. 無職       | 2. パートやアルバイトをしている |
| 3. 常勤で勤めている | 4. 商店や会社などを経営している |
| 5. その他 ( )  |                   |

- (3) お子さんは、何番目のお子さんですか。

- |        |        |        |          |
|--------|--------|--------|----------|
| 1. 第1子 | 2. 第2子 | 3. 第3子 | 4. 第4子以上 |
|--------|--------|--------|----------|

- (4) 現在、同居している人はどなたですか、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- |            |                 |
|------------|-----------------|
| 1. あなたのご主人 | 2. お子さんの他のきょうだい |
| 3. あなたの父親  | 4. あなたの母親       |
| 5. ご主人の父親  | 6. ご主人の母親       |
| 7. その他の親族  |                 |
| 8. その他 ( ) |                 |

☆これでおしまいです。ご協力ありがとうございました。

☆なお、この調査についてのご質問は、下記にお問合せ下さい。

国立精神衛生研究所 (TEL) 0473-72-0141 児童精神衛生部 河野 洋二郎

## 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究

### 第3部 精神衛生の良好なグループと不良なグループの比較

### 第4部 とくに精神衛生の不良な家庭婦人の事例研究

池田由子・上林靖子・河野洋二郎  
西川祐一・今田芳枝・平田雅子  
森岡 恵・中川 幸・須藤憲太郎

児童精神衛生部

伊藤克彦・伊藤勝也

愛知県精神衛生センター

成田年重

浦和家庭裁判所

矢口光子

農村生活総合研究センター

加藤まち子

松戸市衛生部

根岸敬矩・森岡由紀子

山形大学医学部

音山幸子

山形大学教養学部

## A Study on Mental Health of Japanese House-Wives Report 2.

Yoshiko Ikeda, M. D. Yasuko Kambayashi, M. D.

Yohjiro Kohno, Yuichi Nishikawa, M. D., Toshie Narita

and Katsuhiko Ito, M. D.

### Summary

Until the end of the Second World War, Japanese women were mainly restricted to the single major role of house wife and devoted time and energy to child rearing and household affairs and died before age 50. Since 1960's, however, many drastic social and economic changes have occurred, including life cycle, acute urbanization and industrialization, etc.

These changes have great impact on mental health of Japanese women. According to statistics, the life expectancy of women lengthened (age 79 in 1981) and more married women are now working than single women.

In order to study mental health condition of house wives, we examined 3374 house wives in total, in city and agricultural areas from February 1982 to January 1983. (See Report I, 1984). We

used our "Mental Health Questionnaire" which consisted of six general health questions and 30 psychiatric symptom rating tests (SRT). Average score of SRT was 9.75 and S. D. was 8.46. We found that 497 wives (14.73 %) belonged to High-Score Group (score 18, or more) and 373 wives (11.06 %) belonged to Low-Score Group (score 1, or less). Mental health was bad in High-Score Group and good in Low-Score Group.

By comparison between two groups, the following results were obtained.

- 1) High-Score Group included more housewives who were patients themselves with physical and mental complaints and those who had sick family members, especially children. On the contrary, Low-Score Group were mostly housewives who felt healthy and had no sick family members.
- 2) High-Score Group had higher ratio of age 40-44, 35-39 wives than Low-Score Group.
- 3) High-Score Group tended to belong to the nuclear family and childless family.
- 4) High-Score Group showed higher ratio of receiving out-patient and in-patient medical services and more intake of alcohol, tobacco and pills, especially analgesics and digestics than Low-Score Group.
- 5) Physical and mental complaints of the High-Score Group tended to become chronic and they were not satisfied with their situation in the family life.

## 要 旨

われわれの作製した精神衛生調査表により合計3,374名の家庭婦人の精神衛生を調査し、そのうち SRT (Symptom Rating Test) の高得点者、すなわち精神衛生状況が不良なグループと、低得点者、すなわち精神衛生状況が良好なグループとを比較した。前者には家庭婦人が患者本人であるもの、あるいは家族に問題をもつ家庭婦人で、30代後半と40代前半の年齢のものが多く、精神衛生調査のあらゆる側面、すなわち、健康感、過去1年間の受診歴、入院歴、アルコールや薬剤の使用頻度において、後者より不良な結果を示した。また核家族で子どもなしという傾向があった。

SRT の超高得点者の事例研究も行なったが、いわゆる多問題家族で、親子とも治療を要する例が多かった。

### Key words.

*SRT (Symptom Rating Test), High Score Group, Low Score Group*

## 1. はじめに

子どもの出生数の減少と平均寿命の伸びによるライフサイクルの変化は、わが国の家庭婦人にとって「いかに生きるべきか」という新たな課題を与えたが、同時に急速な核家族化、都市化、工業化、就労者の増加なども家庭婦人の精神健康へ深刻な影響を与えつつある。われわれは第1部、第2部において、家庭婦人の就労状態と精神衛生、および年齢と精神衛生について

考察したが、今回の報告では精神衛生の良好なグループと不良なグループを比較し、とくに精神衛生の不良な家庭婦人の事例研究を行なったので報告する。

## 2. 調査方法

前年度にひきつづき、国立精神衛生研究所児童精神衛生部で作製した、「家庭婦人健康調査表—その1」(精神衛生調査表)を用いた。調査者は精神衛生、公衆衛生関係者(精神科医、臨床

心理士、ケースワーカー、保健婦、看護婦など)や、地域の医療機関の各診療科の医師、農村生活改良普及員である。調査者は調査の趣旨や記入法について説明し、個別に、あるいは小集団で記入を求めた。被調査者の1部、約25%に対しては、面接、あるいは心理テストなどが行われた。調査表の集計、分析は児童精神衛生部でコンピューターにより行なわれた。

### 3. 調査対象

今年度は健康な家庭婦人(健康群)、子どもに精神衛生的な問題をもつ家庭婦人(問題群)、家庭婦人本人が自分の心身上の問題で医療を受けているもの(患者本人群)の3群について調査を行なった。健康群は初年度と同じく、保健所の乳幼児健診や健康増進のための種々の活動に参加したもの、地域の公民館活動に参加したもの、および農業改良普及所の生活改良普及活動に参加したものを対象とした。地域としては都市化という見地から、千葉県、埼玉県、山形県、愛知県、兵庫県、東京都の大、中都市を中心に調査を行なったが、農業従事者は茨城県の専業農業地区で行なった。調査期間は昭和57年2月から58年1月までの1年間である。

この期間に調査した全人数は3,374名で、患者本人群は336名、問題群は574名、健康群は2,464名であった。(但し、健康群のうち、すべての記載の完全なものは2,367名である)。精神衛生症候表ともいべき Symptom Rating Test (SRT) は、不安尺度8、抑うつ尺度8、不適應尺度7、身体尺度7を含む計30症候より成る。総得点の分布は図1のようになり、全群のSRT平均点は9.79、標準偏差は8.46である。われわれは総得点18点以上(>平均点+標準偏差)のものを、高得点群(High Score群 以下HS群と省略)とし、0点及び1点のもの(<平均点-標準偏差)を低得点群(Low Score群、以下LS群と省略)として抽出し、この二群について比較検討した。

すなわち、精神衛生の不良なグループと、良

好なグループとはどのような点が異なるのか、精神衛生にマイナスに働く要因をさぐろうと試みた。

### 4. 結果

上述の方法により3,374名のうち、精神衛生の不良なHS群497名(14.73%)、精神衛生のよいLS群373名(11.0%)が抽出された。HS群497名のSRT総得点の平均は25.33、標準偏差は8.33、最高は75、中央値は25であった。LS群373名のうち、SRT総得点0が192名(5.69%)、1が181名(5.36%)であった。

#### 〔HS群とLS群の構成〕表1

前述のごとく全員を(1)家族成員(主として子ども)に問題をかかえている家庭婦人群(以下問題群とする)、(2)本人自身が患者として何れかの診療科に受診している家庭婦人群(以下患者本人群とする)、(3)いづれにも属さない、本人も家族も健康な家庭婦人群(以下健康群とする)の3者に分けてある。それぞれがHS群、LS群にどのように含まれているかは、表1に示している。HS群には、問題群110名(22.13%)、患者本人63名(12.68%)が含まれているのに対し、LS群には問題群37名(9.92%)、患者本人35名(9.38%)しか含まれていない。また、LS群には健康群が373名のうち301名(80.70%)も含まれており、HS群とLS群における三つのグループの分布には有意の差が認められた。

つまり、SRT総得点の高い精神衛生の不良なグループには家庭婦人自身が何らかの診療科の患者であったり、家族のメンバー、主として子どもが心身の問題を持っている人たちが多く含まれていることがわかった。

#### 〔年齢〕表2

年齢についてみると、表2のように、HS群にはLS群とくらべて、40~44歳、35~39歳のものの割合が高い(それぞれ19.11%対12.60%、17.10%対13.14%)。

またL S群はH S群にくらべ、20～24歳、50～54、55～59歳のものの割合が高くなっている(それぞれ5.36%対1.61%, 10.44%対7.65%, 7.77%対5.03%)。つまり、両群間ではその年齢分布に有意の差が認められた。

#### 〔婚姻状態〕

H S群とL S群の間に有意の差はなかった。

#### 〔子どもの有無と数〕表3

H S群では子どものあるものは91.35%、L S群では94.10%とL S群の方が高く、その差は有意である。つまり、グループとしてみると子どものある方が精神衛生的によいという結果になる。但し子どもの数については、両群の間に有意な差は認められなかった。

#### 〔家族構成〕表4

拡大家族はH S群では18.31%、L S群では27.61%である。核家族はH S群では79.48%、L S群は69.71%である。この結果からみると、H S群には核家族が多く、L S群には拡大家族が多いといえる。

#### 〔学歴〕表5

精神衛生のよい群と、悪い群の間には、学歴についての有意の差は認められなかった。

#### 〔職業〕表6

両群の間には職業に関して明らかな差が認められた。

H S群には常勤者が多く97名(19.52%)、これに対しL S群では51名(13.67%)である。L S群では農業27名(7.24%)、専業主婦239名(64.08%)であるが、H S群では農業18名(3.62%)、専業主婦295名(54.36%)である。集団としてみれば、農業従事者や専業主婦の方が精神衛生のよいグループに多く含まれるということになる。これらの分布の差は有意であった。

#### 〔健康感〕図2

L S群の93.57%、H S群の61.36%は健康であると自覚している。昭和58年度の家庭婦人全員の調査結果では約85%は健康と自覚していたから、L S群はこれより高くH S群はこれより相当低いことになる。「自分の体の具合が(少し、あるいは非常に)悪い」と感じているものはH S群37.63%、L S群5.09%である。H S群とL S群の健康についての自覚には有意の差が認められた。

#### 〔入院歴〕図3

入院の既往歴のあるものの割合は、H S群51.31%、L S群41.55%であり、その差は有意である。

L S群は入院歴のあるものの割合が少く回数も少ない。

#### 〔医療機関への不安〕図4

多少とも医療機関への不安があるものは、H S群65.39%、L S群47.73%でありその差は有意である。家族なり、主婦自身なりに心身の問題のあるものの割合の多いH S群では、周辺の医療機関の不備への不安が強いことは了解できよう。とりわけ調査地域に医療過疎県である埼玉、千葉両県が含まれていることは、これらの割合を高くしているとも考えられよう。今回の報告には省略したが、山形県と埼玉県の主婦の差異は、後者が医療機関への不安がはるかに高いことであった。

#### 〔過去一年間の受診とその結果〕表7

過去一年間に医師の診療を受けたものはH S群73.04%、L S群では51.74%である。H S群の方が高率であり、その差は有意である。受診した結果、L S群は61.66%が治癒しているのに対し、H S群では35.81%しか治癒せず、治療継続中であつたり、民間療法を受けたり、不治となっているものの割合が多い。

## 〔嗜好品および薬剤の使用〕表 8

この項目ではHS群とLS群との間に著明な差が認められた。アルコール、タバコ、カフェイン飲料、ドリンク剤のいずれも、HS群の方が摂取者の割合が高く、LS群との間に有意な差が認められた。ビタミン剤、漢方薬、胃腸薬、鎮痛剤、安定剤、下剤の服用もHS群に多く、LS群との差は有意であった。LS群には眠剤を使用しているものは全くいない。この対象者全体でほとんど毎日眠剤を使用しているというものは5名だけであったが、その5名はすべてHS群に含まれていた。各種薬剤の頻回使用者がHS群に多いことも注目された。

## 〔充実感〕図 5

HS群では「友人や知人との会合、雑談しているときに充実感を感じる」としたものが多い(54名, 10.87%)。LS群では「家族との団らん」(109名, 29.22%)、「子育てにうちこんでいるとき」(19名, 5.09%)が多い。この各群の間には有意な差が認められた。

充実感を感じないものは、HS群38名, 7.65%、LS群3名, 0.8%と、両者の間に有意の差があった。今回の家庭婦人の全対象3,374名のうち87名が「充実感なし」と答えているが、HS群に属するものは、そのうちの38名, 43.68%を占めている。

## 5. 考 察

これらのHS群とLS群との比較から、家庭婦人の精神衛生およびその対策を考える上で重要ないくつかの要因が浮んでくる。

(1) 先づ、かつてわれわれが報告したように、わが国の家庭婦人にとって家族成員(とくに子ども)に問題があつて、受診あるいは相談中であるということは、精神衛生に大きな影響を及ぼしているということである。

少数の子ども(平均1.8人)を生み、充分な教育を受けさせ、立派に育てることを生甲斐

とし、「母親であること」に自らの存在の意義を見出す家庭婦人の多いことは、従来のおさまざまの調査で見出されているが、子どもに問題の生じたとき、家庭婦人の精神衛生はひどく障害されるのであり、この意味で問題児、障害児の治療、指導に当って、母親への積極的な支持療法やカウンセリングがとりわけ不可欠であり、痛ましい子殺し・自殺などの予防にも役立つと思われる。子どものない人の率がHS群に高いことも育児の意味の重みを感じさせる。また、昨年度の報告にも明らかのように、育児の義務を終えたあとの30歳代後半から40歳代前半に主婦の精神衛生がもっとも悪くなることもうなづける。昭和56年度にわれわれの行った精神薄弱児の両親の精神衛生の調査でも、父親の精神衛生はほとんど障害を受けていないのに母親の精神衛生はひどく障害されていたことが見出されたが、診断や療育の最初から父親の参加が望まれるゆえんである。

(2) 次にHS群とLS群の比較からいえることは、現在医療機関のいずれかの診療科(必ずしも精神科と限らない)に継続中に通院中であつたり、自ら健康状態がよくないと自覚している、あるいは過去に一回だけでなく複数の入院歴を持っている人たちが、精神衛生の悪いグループに多いことである。このように身体的要因と精神的要因は微妙にからみあつており、不定愁訴として精神科以外の一般診療科を訪れている患者も相当あるので、一般診療科の医師にも精神衛生的観点からの配慮を望みたいものである。

(3) HS群には年齢的には35~39歳, 40~44歳、つまり婦人のライフサイクルからいうと、子どもを生み育てる義務から解放される第3期の前半の時期のもの占める割合が高かつた。生物学的にいう閉経期、更年期に至る直前の時期であり、閉経イコール女性としての終末という誤解からむしろ予期不安が強いと思われる時期である。この時期に一応子どもが就

学し、あるいは思春期に至り、母親としての義務を終え、子どもとの完全な分離を体験せざるを得ない、ごくふつうの家庭婦人にとっては、自らを親から分離し独立する思春期と同様に通過せねばならぬ一つの危機、関門となっているのであろう。

50歳代に至ると生物学的に閉経に至り、さまざまな老化現象が身体的には始まるにもかかわらず、精神衛生的には一種の平衡を取り戻し安定していることは注目に値する。

- (4) この調査では常勤者の割合がLS群よりHS群に高かったが、第1報に報告した就労別の比較で明らかにされているように、25～29歳、30～34歳の常勤者に高得点者の多いことを反映しており、わが国の社会経済システム、家族構造のなかで出産、育児の仕事をかかえる就労婦人の精神的負担が大きいことを示している。
- (5) また、家族構成からみると、HS群は核家族のものの割合が高く、夫婦と子ども以外の

構成員を含む拡大家族の割合はむしろLS群の方が高かった。このことは、拡大家族は時には世代間のギャップや嫁・姑の問題を含むという一面はありながらも、時には主婦の責任を軽減し、育児や家事の役割分担を可能にするなど、主婦の精神健康保持にひとつの安全弁になっていることがあるということを示唆するのではないかと思われる。

また、「子どもなし」のものの割合はHS群に高いことは、少数例ではあるが、わが国文化における一つの特徴をあらわしているのではないかと推測される。

そのほか、HS群にはアルコール、タバコ、カフェイン飲料、ドリンク剤などの嗜好品や、胃腸薬、鎮痛剤、眠剤、その他薬物の使用者の割合が高いことも明らかになった。この事実は精神衛生状態をはかるときの一つの尺度となると考えられる。今後さらにアルコールや薬物などの使用頻度、依存の問題などについて臨床的研究をすすめたいと考えている。

#### 第4部 精神衛生のとくに不良な家庭婦人（SRT 超高得点者）の事例研究

高得点者と低得点者の全般的比較についてはすでに述べたが、ここではSRT高得点者の中でもとりわけ得点の高い(30点以上)、いわば超高得点者、あるいは精神衛生のとくに不良な事例について検討した。

超高得点者は総対象3374名のうち54名おり、年齢別にみると、20歳代4名、30歳代14名、40歳代24名、50歳代8名、60歳代3名、不明1名となり、40歳代、30歳代が多い。

この人たちのうち、何らかの医療を受け診療経過中に精神科（児童精神科も含めて）が関与したのは44名、精神科が関与していないものは10名である。つまり、約20%は内科、産婦人科など精神科以外の一般科を受診している。また、54名のうち、家族成員、とくに子どもの問題で最初に受診しているのは31名で、23名は初めから家庭婦人本人の問題で受診している。

54名の事例の中には問題の性質が類似しているものも多いので、ここでは代表的な各世代別の12例についてごく簡単にその内容をしるしてみる。

事例番号の次の（ ）内に書いてあるのは、調査時にその事例がかかわりを持っていた施設、あるいは診療科目であるが、複数の施設や診療科に関係する事例が多かった。

##### 事例1（精神科および精神衛生センター）

29歳、自営業手伝い、SRT44点

9ヶ月前に第3子を出産したが、家業の手伝い、妻、母役が重なり、疲労感がつづいていた。

3ヶ月前から抑うつ状態となる。総合病院の精神科で投薬治療中だが、発病の背景には夫婦間の葛藤のあることがわかり、夫婦カウンセリングを希望してセンターに来所した。本人は結婚以来夫の事業の協力のため自分の希望は一切

おさえてきたのに、夫はワンマンで自分の命令に従わないと不機嫌になり一方的であるという。また第1子、第2子のときは出産を実家ですて援助してもらったが、今回は実家の事情で援助を受けられなかった。このことも本人の発症に関係あると思われる。

#### 事例2 (児童相談所, 皮膚科, 精神科)

29歳, 専業主婦, S R T 46点。1人息子の子どもは周産時にチアノーゼなど種々の異常があり, 3歳児健診でことばおくれが発見された。

精神発達遅滞, 斜視, 骨発育も遅滞, 脳波とCTは正常。全身にカフェ・オレ斑があり, 神経せいじ腫の疑いと診断された。子どもの問題に父親は非協力的。本人が一人で教育訓練機関をさがしたりするが, 医療機関への接触はあまり積極的でない。

遺伝疾患といわれるのを怖れている。外見的には活動的, 積極的だが, 内面的には不安が強く動揺, 流涕しやすい。

#### 事例3 (保健所, 児童相談所, 精神科)

31歳, 専業主婦, S R T 38点。

9歳と4歳の2人の娘がいるが, 2人とも児童相談所で治療を受けている。長女は自閉症と診断されており, 普通学級に通っているが, 対人接触が乏しく妹や母へ暴力をふるう。

次女は4歳で精神薄弱児通園施設に通うが, 多動, 徘徊などがあり, 2人の子どもの世話に追いまわされる。夫は転職が多く, ギャンブル好きで家計を省みず, 育児に協力しない。近隣に友人もなく, 夫への不満, 育児の苦勞を打ちあける人もいない。このような状態のため, 本人も情緒不安定となり, 対人緊張が強く, 話していると娘と同じように反響言語的になるようになった。子どもの治療と平行し, 本人にも面接治療を行なった。

#### 事例4 (総合病院内科, 精神衛生センター)

33歳, 専業主婦, 子どもなし, S R T 46点。

不眠, 食欲不振, 意欲喪失などを訴える。

それまで通院していた何ヶ所かの内科で処方されていた眠剤の中毒が疑われた。数年前に暴行

未遂をされたことがあり以後夫婦関係がうまくゆかない。また, 現在実母が悪性腫瘍のため入院をくりかえし, 本人は実母を自宅に引き取ったり, 入院中の附添看護をしたり, 肉体的にも疲労をしている。最終的に総合病院精神科への通院をすすめ治療に通うことになった。

#### 事例5 (精神薄弱児施設, 精神科)

40歳, 専業主婦, S R T 34点。

再婚で連れ子をして現在の夫のもとに後妻として来た。先妻の子2人がおり, その1人は精神薄弱児(重度)で施設に入っている。先妻はそのことを苦にして自殺している。先妻の自殺と精神薄弱児のいることを隠していた夫を怨み, 夫との関係は冷えきっている。精神薄弱児の継子に対して愛情をもてず, その子も本人になつかない。施設も「気味わるい」と言ってたづねない。実子に期待をかけるが, その子も中学に入ってから成績が上らずそのため失望した本人は情緒不安定になり精神科を受診し, 投薬を受けている。精神科を訪れる以前から自分でも安定剤, 鎮痛剤, スタミナドリンクなどを濫用していた。

#### 事例6 (精神薄弱児施設, 精神科)

40歳, 専業主婦, S R T 62点。

夫は公務員(現場)だが, 無口でたよりなく, 家長としての責任をとらず, そのため夫への不満をいだいている。子どもは2人で姉は精神薄弱児(重度)で施設入所中。妹は中学生だが母親の期待ほど成績が上らず, 母親に反発して最近前非行的な問題行動をとりはじめている。本人はいわゆる不定愁訴で胃腸薬や鎮痛剤を自分で購入してのんだり, 内科, 眼科, 歯科などを受診していたが, 精神的な不安が強くなり精神科にも受診し, 安定剤の投分を受けるようになった。

#### 事例7 (内科, 精神衛生センター)

40歳, 専業主婦, S R T 57点。

長男(3歳)が次男の出産後どもりはじめ, その相談で来所した。よく話をきくと第2子の妊娠以来, 育児, 家事, 夫の早朝より夜間まで



の勤務による不在などへの不満が山積していることがわかった。何の気晴らしもなく育児、家事に追われ気分がイライラして長男に当たってしまう。疲労感、食欲不振、劣等感などがあり、内科医で自律神経失調症と診断され通院している。子どものどもりの治療と平行して母親のカウンセリングを行ったところ、子どもに対する感情的で不安定な態度は改善されたが、夫の職業上のことはどうしようもなく、会社人間の夫への不満はなおくすぶっている。

#### 事例8 (精研相談室, 精神科)

41歳, 専業主婦, S R T 45点.

子どもは3人おり, 下は双生児(男女)である。

双生児のうち男児が未熟児で発育がおくれ, 幼稚園で登園拒否, 小学校で登校拒否をおこし, 相談に来所した。その後姑や夫との不和など家族内の問題が明らかになってきた。夫は性格的に意志薄弱でアルコール依存があり, 家業も怠け, 対人的な問題が多い。本人はもともと神経質な性格で子どもは嫌いという。

妊娠中の検査で先天梅毒のあることがわかったため実の両親とも関係が悪い。通院中に今まで問題のなかった双生児の女児, またいろいろの負担を負わされている長女も問題を次第に示しはじめ, 離婚の話もおきてきた。子どもと親のカウンセリングを継続中である。

#### 事例9 (精神科, 精神衛生センター)

41歳, 専業主婦, 子どもなし, S R T 56点.

不眠や家事が手につかぬことを主訴にして来所した。同様の主訴で精神科を受診したことがあるが, その時はパート勤務に出た頃から症状が軽快したという。今度の再発はパートを失職したと関係があり, 就労への願望が強く, その背後には夫婦関係の潜在的な問題があることが推測された。

#### 事例10 (内科, 精研相談室)

43歳, 自営業, S R T 35点.

自営業をきりまわし, ふだんは活動的で自治会の役員を引き受けたこともある。子どもは男

女一人ずつ, 浪人をしていた長男の大学受験を心痛していたところ, 自分が感冒をひき, なかなか治らず以後さまざまの不定愁訴が出現, 内科医に慢性患者として通っていた。不安が強くなり精神衛生相談室に紹介された。

#### 事例11 (小児神経科, 精研相談室)

44歳, 専業主婦, S R T 38点.

小学生の男の子の神経症度状(不安発作, 集団内不適応)のため, 夫婦が来所したが, 子どもより親の方が問題とされた。夫はかつて強迫神経症のため入院治療を受けたこともあり, そのため結婚がおそく, 子どもも1人きりである。本人は事務員をしており, 30歳を過ぎて結婚, 育児のため退職した。夫は過度に几張面, 儀式的な性格で, 職場での適応も悪く, 家事, 育児にこまごまと干渉する。本人も神経質, 不安になりやすい性格で, 子どもの症状に強く反応する。不安神経症の子どもが, 「不安発作が続くなら死んだ方がいい」といったことから, 子どもの自殺をおそれている。夫妻とも治療者側への要求が多いためか, どこの医療機関にも長つづきせず, あちらこちらを転々としている。子どもの取り扱いをめぐる, 夫婦に意見の相違があり家族内緊張が高い。

#### 事例12 (内科)

専業主婦, 51歳, 子どもなし, S R T 64点.

もとは水商売をしていた。現在の夫とは内縁関係で, 夫は東南アジアに出張することが多い。消化器, 肝臓など多くの器官に慢性の症状があり, 内科に長期間通院しているが, 治療に対して投げやりで医師を困らせている患者である。かつて薬物依存があり, 注射の痕が残っている。精神的に自暴自棄であり, 近隣の主婦とも全く接触がない。精神科に紹介しても行こうとせず, 医師に反抗しながらも唯一のコミュニケーションの場として通院してきている。(以下42症例は省略)。

これらの超高得点者の事例を見て感ずるのは, 本人自身の問題にせよ, 家族成員の問題にせよ, 40歳代が多く, どちらかというとな専業主婦の事

例が多いことである。家族の特徴としては**多問題家族**あるいは**病理的家族**というか、顕在的な崩壊家庭には至らないが、その一歩手前のような夫婦間の不和、相互不信、夫の非協力、家族内の緊張、子どもの問題や障害などさまざまな要因がからみあっていることが多い。また、主婦本人自身も精神的な症状のみならず、身体的疾病、手術、薬物依存などの経験を持っているものが多かった。主婦自身の精神衛生は、家族全体に影響するにもかかわらず、主婦が身体、精神面の健康診断のシステムから洩れている事実は今後注意を払う必要があると考えられる。

#### おわりに

第1部および第2部においてわれわれは

- (1) 就労条件と精神衛生状態とは関係があり、就労条件により精神衛生対策に重点をおく年齢の異なることを知った。すなわち、専業主婦では子育てから解放され、閉経期に至る前の40歳代を中心とした対策がもっとも必要であり、これに対して常勤者、農業従事者などでは20歳代後半、30歳代前半のより若い時期への対策が必要であることがわかった。
- (2) 年齢と精神衛生との関係については、健康な専業主婦1523名についてみると、30歳代後半から精神衛生は悪くなり、40～44歳でもっとも悪く50歳代には平衡を回復するという結論を得た。今回の第3部、第4部の報告も上述の結果を他の側面から裏付けるもので、
- (3) 精神衛生の不良なグループと良好なグループを比較すると、前者には患者本人、あるいは家族、主として子どもに問題を持つ家庭婦人が多く、年齢的には35～39歳、40～44歳が多いことがわかった。
- (4) 高得点者は精神衛生調査のあらゆる側面において、すなわち、過去一年の受診歴、入院歴、アルコール、薬剤などの使用頻度その他において低得点群より不良な結果を示す。また核家族、子どもなしという傾向がある。常勤者では高得点者はより若年者(25～29、30～34歳)が多数を占める。
- (5) 超高得点者、とりわけ精神衛生の不良な事例は40歳代の主婦が多い、家族に問題をもっているか、主婦自分が患者である。彼らはしばしば多問題家族に属し、夫婦、親子とも治療を必要とすることが多い。また、精神的な問題をかかえながら約1/3は身体的な訴えで一般診療科を受診していることが多い。したがって精神科以外の診療科でもたえず精神的な指導を念頭におく必要があるし、地域における心の健康づくりシステムをつくることも必要であろう。
- (6) これらの調査期間を通じて精神的な問題に悩む主婦やその家族、友人などから多くの相談を受けたが、ひとりきりで悩む主婦はどこかの門を叩くべきか迷っている様子であった。精神科への抵抗があるなら精神衛生センター、保健所の精神衛生相談、総合病院の精神科、電話相談などの活用をPRすべきだと感じられた。また現在の婦人教育活動を見ると公民館の婦人学級、カルチャセンターなどがあるが系統的な精神衛生の講座はなく、また主婦側の再就職のための訓練や資格を求める要求にもほとんど答えていない。婦人保健活動も、中心になるのは身体的な成人病や乳幼児であり、主婦そのものの精神的な問題の予防や早期発見のプログラムはほとんど含まれていない。家庭婦人の健康対策は家族全体の、あるいは社会全体の問題として把握することの必要性が痛感される。

#### 参考文献

- (1) 池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一ほか, 昭和56～58年度健康づくり特別研究, 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書。
- (2) 池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一ほか, 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究, 精神衛生研究, 30号, 1984
- (3) 池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一, 精神薄弱児の両親の精神衛生, 精神薄弱児研究, 319号, 日本文化科学社, 1984。
- (4) 池田由子, 妻が危ない—主婦の精神衛生相談, 弘文堂, 1984

表1 グループ分類

	H S 群	L S 群	Full Sample
(1) 健康群	324人 (65.19)%	301人 (80.70)%	2,464人 (73.03)%
(2) 問題群	110 (22.13)	37 (9.92)	574 (17.01)
(3) 患者本人	63 (12.68)	35 (9.38)	336 (9.96)
計	497	373	3,374

HS&lt;LS P&lt;0.005 (健康群とその他での検定)

表2 年齢構成

	H S 群	L S 群	Full Sample
(1) 20~24	8人 (1.61)%	20人 (5.36)%	105人 (3.11)%
(2) 25~29	65 (13.08)	49 (13.14)	449 (13.31)
(3) 30~34	100 (20.12)	78 (20.91)	755 (22.38)
(4) 35~39	85 (17.10)	49 (13.14)	614 (18.20)
(5) 40~44	95 (19.11)	47 (12.60)	537 (15.92)
(6) 45~49	58 (11.67)	41 (10.99)	344 (10.20)
(7) 50~54	38 (7.65)	39 (10.44)	261 (7.74)
(8) 55~59	25 (5.03)	29 (7.77)	190 (5.63)
(9) 不明	23 (4.63)	21 (5.63)	119 (3.53)

表3 子どもの数

	H S 群	L S 群	Full Sample
あり	454人 (91.35)%	351人 (94.10)%	3,147人 (93.27)%
1人	97 (21.37)	67 (19.09)	571 (18.14)
2人	256 (56.39)	185 (52.71)	1,789 (56.85)
3人	83 (18.28)	80 (22.79)	663 (21.07)
4人	14 (3.08)	14 (3.99)	97 (3.08)
5人以上	3 (0.66)	3 (0.87)	18 (0.57)
不明	1 (0.22)	2 (0.57)	9 (0.29)
なし	43 (8.65)	19 (5.09)	212 (6.28)
不明	0	3 (0.80)	15 (0.44)

HS&lt;LS P&lt;0.05 (子供の有無での検定)

表4 家族構成

	H S 群	L S 群	Full Sample
核家族	395人 (79.48)%	260人 (69.71)%	2,518人 (74.63)%
拡大家族	91 (18.31)	103 (27.61)	795 (23.56)
不明・他	11 (2.21)	10 (2.68)	61 (1.81)

表5 学 暦

	H S 群	L S 群	Full Sample
(1) 大卒・短大卒	120人 (24.14)%	82人 (21.98)%	802人 (23.77)%
(2) 高 卒	258 (51.91)	185 (49.60)	1,837 (54.45)
(3) 中 卒	98 (19.72)	89 (23.86)	592 (17.55)
(4) 不 明	21 ( 4.23)	17 ( 4.56)	144 ( 4.24)

表6 就 業 分 類

	H S 群	L S 群	Full Sample
(1) 専業主婦	295人 (59.36)%	239人 (64.08)%	2,173人 (64.40)%
(2) 内 職	26 ( 5.23)	17 ( 4.56)	174 ( 5.16)
(3) パ ー ト	57 (11.47)	34 ( 9.12)	329 ( 9.75)
(4) 常 勤	97 (19.52)	51 (13.67)	519 (15.38)
(5) 農 業	18 ( 3.62)	27 ( 7.24)	145 ( 4.30)
不 明	4 ( 0.80)	5 ( 1.34)	34 ( 1.01)

表7 過去1年間の受診

	H S 群	L S 群	Full Sample
(1) な し	128人 (25.75)%	164人 (43.97)%	1,154人 (34.20)%
(2) あ り	363 (73.04)	193 (51.74)	2,172 (64.37)
(3) 不 明	6 ( 1.21)	16 ( 4.29)	48 ( 1.42)
(1) 治 癒	130 (35.81)	119 (61.66)	1,160 (53.41)
(2) 軽 快	105 (28.93)	27 (13.99)	396 (18.23)
(3) 治 療 中	80 (22.04)	33 (17.10)	409 (18.83)
(4) 治らなかつた	12 ( 3.31)	0	38 ( 1.75)
(5) 悪 化	0	0	1 ( 0.05)
(6) 民間療法	4 ( 1.65)	0	15 ( 0.69)
(7) そ の 他	6 ( 1.65)	4 ( 2.07)	47 ( 2.16)
(8) 不 明	26 ( 7.16)	10 ( 5.18)	106 ( 4.48)

HS<LS

P<0.005

(受診の有無の検定)

表8 嗜好品・薬品の使用

		H S 群	L S 群	Full Sample	
(1) アルコール	ときどき+ほとんど毎日	203人(40.85)%	119人(31.90)%	1,351人(40.04)%	HS>LS P<0.01
	ほとんど毎日	19 ( 3.82)	11 ( 2.95)	117 ( 3.47)	
(2) たばこ	1日1箱以下+1日1箱以上	55 (11.07)	23 ( 6.17)	314 ( 9.31)	HS>LS P<0.025
	1日1箱以上	9 ( 1.81)	2 ( 0.54)	29 ( 0.86)	
(3) カフェイン	ときどき+ほとんど毎日	432 (86.92)	291 (78.02)	2,228 (66.03)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	118 (23.74)	54 (14.48)	675 (20.01)	
(4) ドリンク剤	ときどき+ほとんど毎日	70 (14.08)	15 ( 4.02)	289 ( 8.57)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	3 ( 0.60)	1 ( 0.27)	13 ( 0.39)	
(5) ビタミン剤	ときどき+ほとんど毎日	112 (22.54)	40 (10.72)	569 (16.86)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	36 ( 7.24)	13 ( 3.49)	149 ( 4.42)	
(6) 漢方薬	ときどき+ほとんど毎日	96 (19.32)	40 (10.72)	522 (15.47)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	24 ( 4.83)	10 ( 2.68)	122 ( 3.62)	
(7) 胃腸薬	ときどき+ほとんど毎日	194 (39.03)	40 (10.72)	877 (25.99)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	28 ( 5.63)	4 ( 1.07)	68 ( 2.02)	
(8) 鎮痛剤	ときどき+ほとんど毎日	204 (41.05)	40 (10.72)	940 (27.86)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	4 ( 0.80)	0	12 ( 0.36)	
(9) 精神安定剤	ときどき+ほとんど毎日	59 (11.87)	2 ( 0.54)	117 ( 3.47)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	19 ( 3.82)	0	28 ( 0.83)	
(10) 睡眠剤	ときどき+ほとんど毎日	22 ( 4.43)	0	38 ( 1.13)	
	ほとんど毎日	5 ( 1.01)	0	5 ( 0.15)	
(11) 下剤	ときどき+ほとんど毎日	66 (13.28)	16 ( 4.29)	264 ( 7.82)	HS>LS P<0.005
	ほとんど毎日	9 ( 1.81)	1 ( 0.27)	25 ( 0.74)	

N=497

N=373

N=3,374

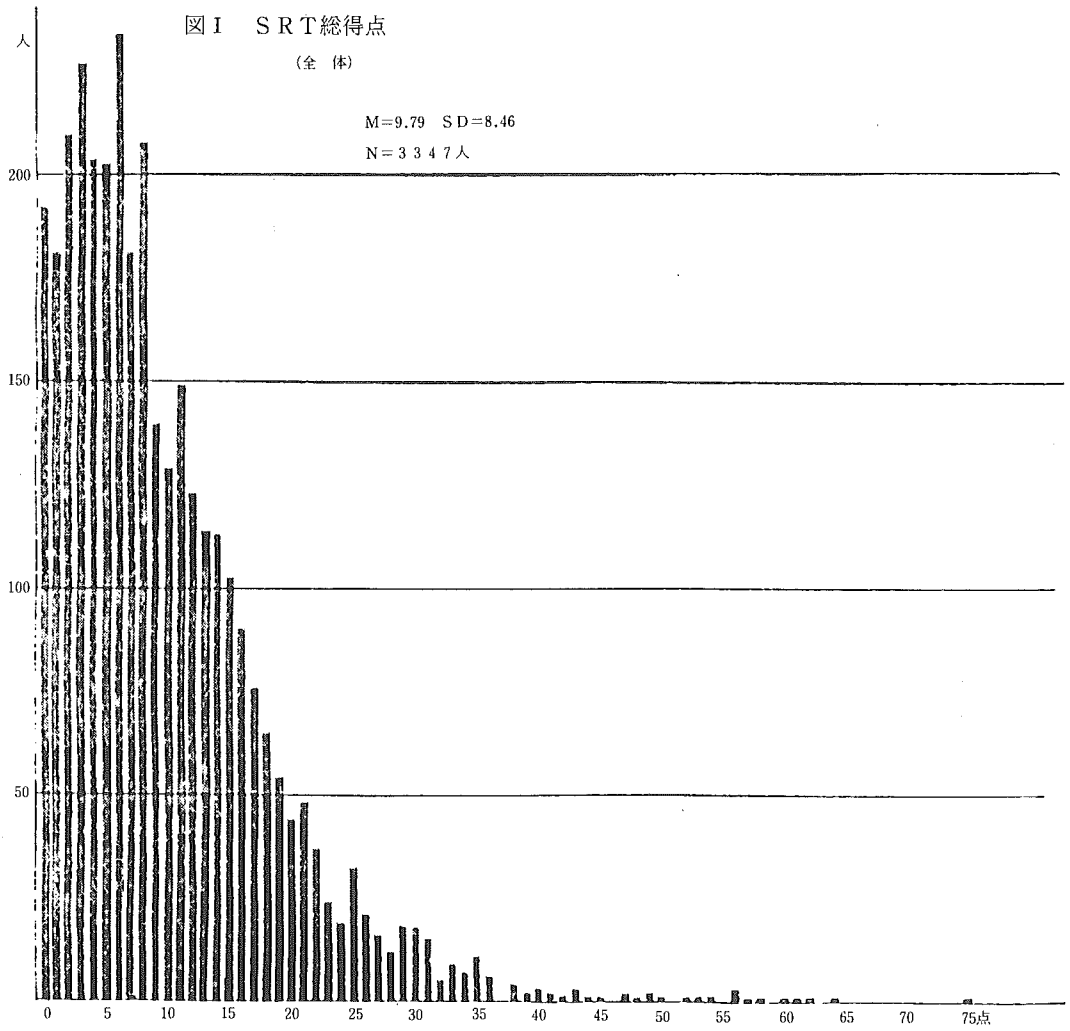


図2 健康についての自覚

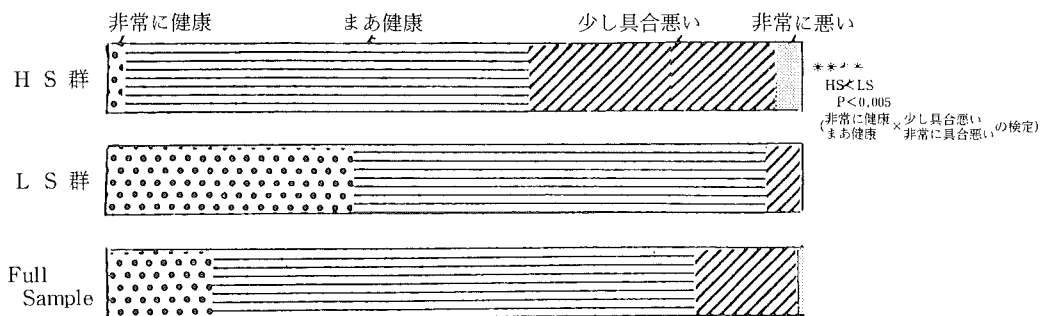


図3 入院歴

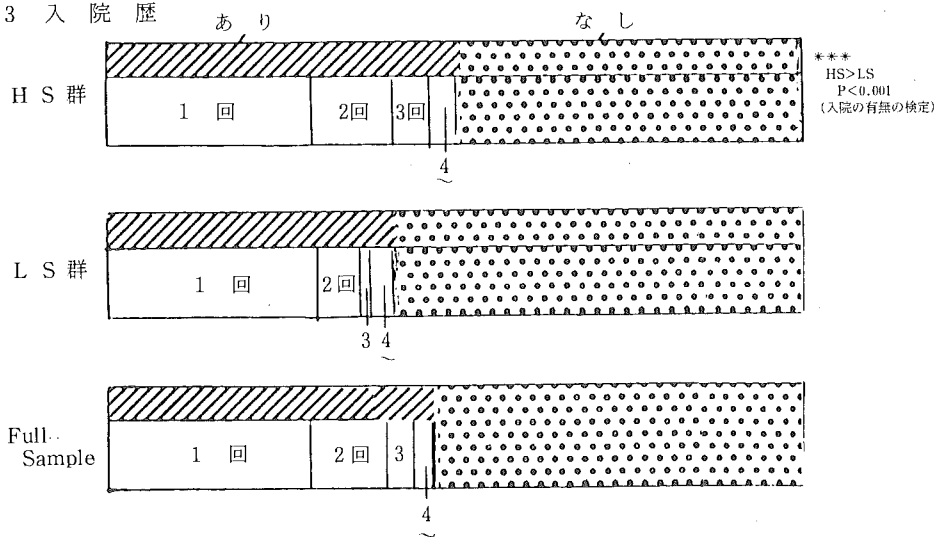


図4 医療機関への不安

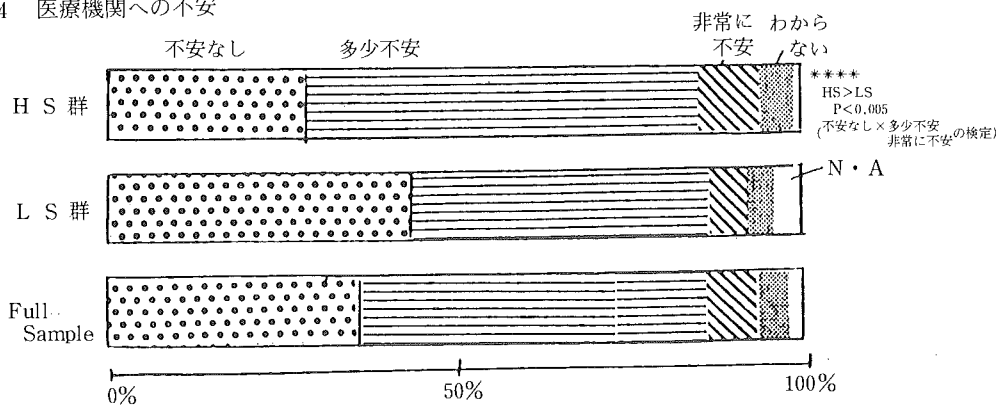
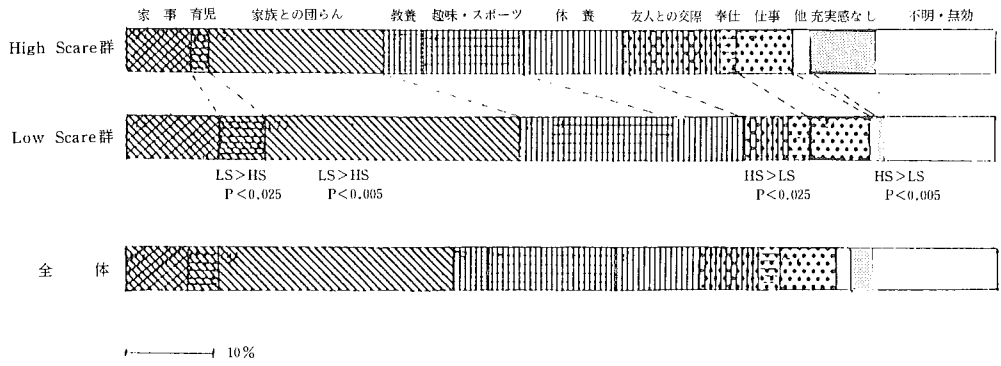


図5 生活の充実感 充実感







# ねたきり老人介護者の生活と老後に対する意識に関する研究

国立精神衛生研究所老人精神衛生部

齋藤和子

石川県立高松病院

道下忠蔵・小泉卓久

## 1. はじめに

家庭の中でねたきりもしくは痴呆等の障害のある老人を介護していくことは家族全体に種々の影響を与えるが、直接介護行動にたづさわる者には心身の重い負担となっていることは各種の調査によって明らかにされている。

我々はこれら介護者の心身の状況、自身の生活行動の変化、自身の老後についての意識等をより具体的に把握するために調査を行ったので報告する。

## 2. 調査の目的

ねたきりあるいは痴呆等の障害をもつ老人を介護している者の心身の状況及び意識を明らかにし、在宅の障害老人を介護する家族への援助の充実をはかるための資料とすることを目的とする。

## 3. 調査対象

調査の被調査者は障害老人を介護している家族である。

対象地区は、1. 石川県河北郡高松地区及び2. 千葉県市川市国府台地区の2ヶ所である。対象者は高松地区が石川県立高松病院近接6町の65歳以上の在宅ねたきり老人87人（以下在宅群）、一般病院及び精神病院の老人病棟入院中のねたきり老人78人（以下入院群）、及び特別養護老人ホーム入所中のねたきり老人32人（以下入所群）及び対照として地区老人センターに通所中の老人45人（以下健康群）であり、国府台地区は在宅群29人、健康群55人の2群のみで、入

院群と入所群は欠けている。対象者は表1の通りである。

被調査者は老人を介護もしくは同居している者であるが、老人の居住地別により在宅群、入院群、入所群及び健康群として報告することとした。

## 4. 調査方法

質問紙による自己記入方式で、在宅群は地区民生委員、入院及び入所群は施設長を通して配布、回収し、健康群は老人センターにおいて協力者を募り、また一部民生委員が近隣者から協力者を求めた。

調査時期は高松地区は昭和58年12月、国府台地区は59年7月である。

## 5. 調査結果

調査の結果は特に必要のないかぎり両地区を合せて表わし、百分比で示した。

### (1) 年齢

対象者の年齢は表2の通りである。全体で要介護者群で高く健康群で低い。くわしくみていくと介護群のうちでは在宅群が最も高く55歳以上がほぼ60%であり、特に65歳以上が30%を占めている。入院及び入所群では45~54歳が最も多くなっている。これらに対し健康群では35~44歳層が31%あり、35~54歳で67%となっている。

対象者の平均年齢を国府台地区でみると、在宅群では女55.7歳、男66.0歳であり、健康群では女46.7歳、男53.0歳であってその差はほぼ10歳である。

### (2) 家族数

平均家族数は在宅群4.1人、入院群3.4人、入所群2.7人であり健康群は4.5人である。在宅群及び健康群で家族数は多く、入院群入所群で少なく特に入所群で2.7人と最も低いことが注目される。

### (3) 自己健康状態

介護者の現在の健康状態は「たいへん良い」、「良い」、「ふつう」、「あまりよくない」に分けて自己評価を行った。結果を表3の通りである。健康群では94%がふつうないしそれ以上の良好な健康状態であるとしているが、介護群では76%にとどまり「あまりよくない」が24%とほぼ4人に1人となっている。殊に在宅群では「あまりよくない」が他の群に比べて最も高く27.8%となっている。

### (4) 自己の疾病

有病率においても介護群では高くなっている。表4のように、過去1年間の疾病は、「あり」は健康群では13%であるのに対して介護群全体では33.2%であり、中でも在宅群では高く35.4%となっている。

### (5) 家族の疾病

介護している老人以外の家族成員の疾病の有無（健康群では老人を含めた家族成員における疾病の有無）は表5の通りである。「あり」は健康群で最も高く31.3%であり在宅群のほぼ2倍であって注目される。介護群全体では17.0%でありその中で多い入院群は24.1%であり健康群には及ばない。

健康群の疾病ありを地区別にみると、高松地区では21.3%であり国府台地区では40.0%で国府台地区が著しく高い。調査では「だれが」「どのような病気か」をたづねているが、「だれが」では老父母、しゅと・しゅうとめ、配偶者に多く明らかに高齢者、それも「健康群」と名づけたところの老人であると推測される。また「どのような」では脳出血、脳血栓、高血圧、脳動脈硬化、心臓疾患、腰痛、腎疾患、気管支炎、痛風、胃・腸疾患、糖尿病等々である。

### (6) 他の要介護者

現在介護している老人以外の要介護者、健康群では老人を含めて家族成員の要介護者の有無は表6の通りである。ここでも「あり」は健康群で最も高く18.8%（高松地区10.9%、国府台地区25.4%）である。内容の「だれが」と「どのようなことでは」はほぼ(5)の疾病に準ずる。

ここで「健康群」と名づけてはいるが、いわばふつうの老人でも種々健康上の問題をもっており多少とも家族の介護の手を患わせていることがうかがえる。

### (7) 補助介護者

次は介護群のみについて家族および少しひろげた近親者や友人・知人の中に介護を手伝ってもらえる人があるか否かということであるが表7のように在宅群で多く、国府台地区では75%、高松地区ではほぼ50%である。補助介護者は主介護者の配偶者、子供が多く、他出の兄弟もある。ねたきり老人で家庭介護されているところでは、主たる介護者の他にそれを助け協力する者のあることが明らかとなってきた。

### (8) 日常生活行動の変化

調査では28項目の日常生活行動につき、自分にとって大事であるか否か及び老人を介護するようになってからこのような活動を行うことが増えたか減ったかについて問うた。

結果を在宅群についてみると、国府台地区では大事でありながら減った項目としては「趣味」、「ゆっくりと物を考えること」、「ほっとして休息すること」、「友人、知人、親戚の訪問」、「教養を身につけること」、「買い物」、「健康維持のためにしていること」等であり、高松地区では「趣味」、「読書」、「地域活動」、「友人・知人・親戚の訪問」、「仕事」、「旅行」、「娯楽」、「テレビを見る」等となっている。

これらは高松地区において入院群、入所群と比べてみるといづれに対しても項目数が多く、在宅群の生活変化の強さがあらわれている。

また増えた項目は「家事」と「料理」である。

### (9) 精神身体症状

42項目の精神身体症状につき「あり」、「なし」

で答えてもらった。「あり」と答えた数の多いほど神経症傾向が強いと判断される。「あり」と答えた数の平均は表8の通りである。

結果は地区によりいく分異っている。高松地区では健康群が12.9と多くなっており注目される。在宅群は最も少なく8.8である。他方国府台地区では在宅群が11.7と多く、健康群は9.3と少ない。

国府台地区について50%以上の人が「あり」と答えた項目は在宅群では7項目あり、「人に批判されると気になる方か」、「ものを失くしたり置き忘れることがあるか」、「社交的な集りではあまり目立たない方か」、「朝起きたとき疲労が残っていることが多いか」、「予定や日課をきちんとたてる方か」、「自分の健康を非常に気にしているか」、「間違いをしないように慎重になるため物事が遅くなるか」等である。健康群では50%以上は「社交的な集り……」と「自分の健康を非常に気にしているか」の2項目である。

#### (10) 自己の老後について

介護者自身が要介護状態となったとき、どこでだれに介護してもらいたいかを問うた。

イ. まづどこで療養したかということであるが、表9にある通り現在老人をどこに居住させているかによりまた地区により異っている。

健康群では自宅が最も多く45.8%、次いで病院の25%、老人ホーム10.4%である。在宅群はやはり自宅が51%と最も多く次が病院及び老人ホームで共に16.7%である。これらに対し入院群は最も多いのは病院でほぼ40%、次いで自宅、老人ホームの順となっている。また入所群では最も多いのは老人ホームでほぼ60%、次いで自宅となっている。

地域差をくわしくみるために、健康群と在宅群につき表10をつくってみた。これによると国府台地区は高松地区よりも健康群で自宅が多く、またホスピスも12.7%と老人ホームより多くなっている。また在宅群では自宅が少なく、ホスピス、病院、老人ホームが同率となっている。国府台地区でホスピスをあげる者の多いのが注

目される。

ロ. 次はだれに介護してもらいたいかということであるが、健康群は両地区とも配偶者が最も多く次は高松地区では嫁・婿となっており国府台地区では病院やホームの職員となっている。在宅群では高松地区では最も多いのは嫁・婿であり国府台地区では病院やホームの職員である。入院群、入所群になると高松地区でも病院、ホーム、ホスピス等の職員が配偶者と並んで多くなり、嫁婿等はぐっと少なくなる。

イの結果と合せて、現在老人を病院に入院させている者は自分の場合も病院を選び、老人ホームに入所させている者は自分の場合もホームを選ぶ傾向にあり、介護者としてもそれら施設の職員を選んでいる。

国府台地区はホスピスを選ぶ者もけっこうあり(特に女性に多い)、療養の場所としても介護者としても子供に期待することが少ないのが特徴的である。

#### まとめ

結果を要約すると以下ようになる。

- (1) 介護者の年齢は在宅のねたきり老人を介護している在宅群で最も高く、65歳以上が30%を占めている。
- (2) 家族数は一般老人と同居している健康群で最も多く平均4.5人であり、老人ホームの入所者群で最も低く2.7人である。
- (3) 介護者の健康状態  
健康群では94%がふつうないしそれ以上の良好は健康状態であるのに対して介護群では良好は76%にとどまり、特に在宅群ではあまりよくないがほぼ28%と最も多い。
- (4) 介護者の疾病  
介護者の過去1年間の疾病ありは健康群で13%であるのに対して在宅群では35.4%と高く、(3)と合せて在宅群での介護者の健康状態に問題のあることが示されている。
- (5) 家族の疾病  
健康群で疾病ありが多く31.3%であり、

介護群全体の17.0%を大きく上まわっている。まただれがどのような疾病であるかでは健康とみなしてきた老人に疾病があり、疾病の種類では脳血管障害、心疾患、腰痛等であった。

#### (6) 他の要介護者

ここでも健康群に要介護者が多く、介護を要しているのは健康とみなした老人であることが多かった。(5)と合せて考えると、健康とみなしても老人の場合大多数は老年期特有の疾患をもっており、また家族の介護もある程度必要であることが明らかとなった。

#### (7) 補助介護者

在宅群では補助介護者のある者が多く、ねたきり老人で家庭介護可能なところでは、主介護者を助け協力する者のあることが必要であると考えられた。

#### (8) 介護者の日常生活の変化

老人を介護することにより介護者の日常生活にも種々の変化が生じていることが明らかとなった。特にゆっくり物を考える、ほっとして休息する、友人・知人・親戚を訪問すること等の減少が注目され、介護者の精神衛生への援助が必要であると考えられた。

#### (9) 精神身体症状

42項目の精神身体症状チェックでは地区により異なり、高松地区では健康群で最も多くチェックされ国府台地区では在宅群に多い。ここでチェックされた項目数の多いほど神経症傾向が強いと判断されるが、高松地区で健康群に多いということは、先の健康群といえども要介護状態の老人が多いところからこのような結果となったものと推測可能であるが、地域の特性もふまえて検討する必要がある。

#### (10) 自己の老後について

自分自身が要介護状態となったときについては、現在老人と同居しあるいは自宅で

介護している者は自宅を望み、老人が入院している者は病院を、老人ホームに入所している者は老人ホームを選んでいる。

このような結果は何を意味するのであろうか。現に老人を入院させあるいは入所させていることから介護者の労苦の軽減されることを体験し、またゆき届いた合理的な介護状況も目のあたりにしたことが自分の場合にすすんでそれらを選択する根拠になっているのかもしれない。

まただれに介護してもらいたいかでは、高松地区では配偶者を除けば嫁など伝統的に世話をすべき者と見なされてきた者への期待が大きい。国府台地区では病院、老人ホーム、ホスピス等の職員に期待が大きく、嫁への期待はきわめて少ないといつてよい。

これらの結果から次の2点が指摘されよう。

1. 一般的には健康老人と見なされる老人も老年期特有の疾患をもつ者は多く家族も介護を行っていることから、これらいわゆる健康老人と同居する家族にもその精神健康を維持するために援助が必要である。今後は居住地区内に老人デイ・ケアを開設するなどきめ細い老人福祉行政が求められる。
2. 国府台地区に明瞭に示されるように、今後は病院、老人ホーム、ホスピスへの期待が増大すると思われる。これ等施設の改善特にその立地条件や居住性など一般家庭との相違を少なくする努力が必要であり職員の資質の向上と教育が望まれる。

稿を終るにあたり、下記の施設及び諸氏にご協力いただいたことを記し、感謝の意を表すものであります。

社会保険鳴和総合病院 院長 織田 邦夫  
済生会石川総合病院 院長 中出 隆治  
桜ヶ丘神経サナトリウム 院長 中川 允宏  
石川県立高松病院 院長 道下 忠蔵

---

こ と お き 園	施設長	竹本 留子
あ か し あ 荘	施設長	佐 部 敏 男
市川市民生児童協議会	副会長	友 田 悦 雄
市川市民生児童協議会	副会長	村 越 清 二

表1 対象者：地区別，老人の健康状況別

(人)

	健 康	ね た き り			
		在 宅	入 院	入 所	計
高 松	47	87	78	32	197
国 府 台	55	29			29
合 計	102	116	78	32	226

表2 年 齢 構 成

(%)

	健 康	在 宅	入 院	入 所	ねたきり 計
～ 34歳	7.0	4.3	10.3	9.4	7.1
34 ～ 44	31.0	12.1	20.5	15.6	15.5
45 ～ 54	36.0	25.0	33.3	40.6	30.3
55 ～ 64	17.0	29.3	19.2	21.9	24.8
65歳～	9.0	29.3	16.7	12.5	22.6

表3 自己の健康状況

(%)

	健 康	在 宅	入 院	入 所	ねたきり 計
たいへん良い } 良い } ふつう }	94.1	72.2	77.6	84.4	75.8
あまりよくない	5.9	27.8	22.4	15.6	24.2

表4 自己の疾病

(%)

あ り	13.0	35.4	31.1	30.0	33.2
な し	87.0	64.6	68.9	70.0	66.8

表5 家族の疾病

(%)

	健 康	在 宅	入 院	入 所	ねたきり 計
あ り	16.7	14.9	24.1	6.5	17.0
な し	83.3	95.1	75.9	93.5	83.0

表6 他の要介護者

(%)

	健康	在宅	入院	入所	ねたきり計
あり	18.8	7.9	10.8	12.9	9.6
なし	81.2	92.1	89.2	77.1	90.4

表7 補助介護者(ねたきりのみ)

(%)

	国府台 在宅	高松 在宅	入院	入所
いる	75.0	49.4	23.6	26.3
いない	25.0	50.6	76.4	73.9

表8 精神身体症状(42問中「あり」と答えた数)

(問)

	健康	在宅	入院	入所	ねたきり計
高松	12.9	8.8	12.7	9.2	10.4
国府台	9.3	11.7			

表9 自己が要介護状態となったとき どこで療養したいか(イ)

(%)

	健康	在宅	入院	入所	ねたきり計
自宅	45.8	51.0	24.7	17.2	36.9
息子の家	6.3	6.9	5.5	6.9	6.4
娘の家		1.9		3.5	1.5
病院	25.0	16.7	39.7	6.9	23.7
老人ホーム	10.4	16.7	21.9	58.6	24.1
ホスピス	8.3	3.9	5.5	3.5	4.4
その他	4.2	2.9	2.7	3.4	3.0

表10 自己が要介護状態になったとき どこで療養したいか(ロ)

(%)

	高松		国府台	
	健康群	在宅群	健康群	在宅群
自宅	18 (37.5)	42 (48.3)	26 (47.3)	10 (34.5)
息子の家	5 (10.4)	6 (6.9)	1 (1.8)	1 (3.4)
娘の家	0	2 (2.3)	0	0
病院	11 (22.9)	13 (14.9)	13 (23.6)	4 (13.8)
老人ホーム	5 (10.4)	13 (14.9)	5 (9.1)	4 (13.8)
ホスピス	1 (2.1)	0	7 (12.7)	4 (13.8)
その他	1 (2.1)	1 (1.1)	3 (5.5)	2 (6.9)



表11 自己が要介護状態になったとき だれに介護してもらいたいのか (%)

	高 松		国 府 台	
	健 康 群	在 宅 群	健 康 群	在 宅 群
配 偶 者	18 (37.5)	10 (11.5)	22 (40.0)	3 (10.3)
娘	3 ( 6.3)	13 (14.9)	8 (14.5)	4 (13.8)
息 子	1 ( 2.1)	7 ( 8.0)	2 ( 3.6)	2 ( 6.9)
嫁・婿	8 (16.7)	26 (29.9)	3 ( 5.5)	1 ( 3.4)
孫	1 ( 2.1)	0	0	0
市町村のホームヘルパー又は看護婦	0	3 ( 3.4)	1 ( 1.8)	2 ( 6.9)
自分でやとったホームヘルパー又は看護婦	1 ( 2.1)	2 ( 2.3)	3 ( 5.5)	3 (10.3)
病院、老人ホーム、ホスピス等の職員	6 (12.5)	10 (11.5)	12 (21.8)	8 (27.6)
そ の 他	2 ( 4.2)	1 ( 1.1)	0	1 ( 3.4)

## ねたきり及び準ねたきり老人の精神症状に関する調査

調査年月日 ( 年 月 日)

1. 対象者 (No. )

2. 性別

①  男②  女

3. 年齢 (生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳)

①  60~64歳②  65~69歳③  70~74歳④  75~77歳⑤  80~84歳⑥  85歳以上

4. これまでの主たる職業 (具体的に記載して下さい.)

①  会社, 官, 公, 庁, 署(1-1)  経営(1-2)  管理(1-3)  専門的技術(1-4)  一般事務(1-5)  単純労働(1-6)  その他②  自営業(2-1)  商業(2-2)  農業(2-3)  漁業(2-4)  サービス業(2-5)  その他③  主婦④  無職⑤  その他

5. 家族・友人

イ. 配偶者

①  なし②  あり(2-1)  同居(2-2)  別居

ロ. 子供

①  なし②  あり(2-1)  別居

ハ. 家族の面会

①  週一回程度②  月1回程度③  年数回程度④  数年に1回程度⑤  全くこない

ニ. 入院 (所) 前の家庭における主たる介護者はだれか本人からみた続柄で記入して下さい.

①  介護者あり(1-1)  配偶者(1-2)  息子の嫁(1-3)  娘(1-4)  息子

- (1-5)  ヘルパー (1-6)  その他
- ②  介護者なし
- ③  不明
- ホ. 親しい友人
- ①  なし
- ②  あり
- (2-1)  院(所)内 (2-2)  院(所)外
- へ. 気持の通じる人
- ①  なし
- ②  あり だれ? ( )
6. 入院(所)年月日( 年 月 日)
7. 入院(所)理由
- ①  主として原疾患の治療のため
- ②  主として家族看護が困難なため
8. 診断名(原因疾患) —最も重要なもの一つだけチェックして下さい
- ①  脳出血
- ②  脳梗塞
- ③  多発性脳梗塞
- ④  高血圧症
- ⑤  脳動脈硬化症
- ⑥  老年痴呆(変性)
- ⑦  ハンチントン舞蹈病
- ⑧  パーキンソン氏病
- ⑨  その他の脳器質性疾患
- ⑩  脊髄損傷
- ⑪  リウマチ及びその他の関節疾患
- ⑫  骨折
- ⑬  神経痛及び神経炎
- ⑭  心臓疾患
- ⑮  糖尿病
- ⑯  呼吸器疾患
- ⑰  消化器疾患
- ⑱  白内障, 緑内障
- ⑲  泌尿器疾患
- ⑳  腎疾患
- ㉑  精神疾患(具体的病名 )
- ㉒  老衰
- ㉓  その他

9. 合併症 質問8. の診断名の番号で記入して下さい, 重複してもかまいません.

( )

10. 現在の状態

- ①  準ねたきり (1日12時間以上)
- ②  ほとんどねたきり (1日18時間以上)
- ③  完全ねたきり

11. 現在 (入院(所)中) の介助者

- ①  専任の付き添い (介助者) がついている
- ②  家族がほとんどついている
- ③  看護婦 (寮母) が適宜世話をしている
- ④  ほとんど1人で臥床している
- ⑤  不明

12. 現在機能回復訓練の有無

- ①  受けている
- ②  受けていないが自主的にやっている
- ③  受けていないし自主的にもやっていない
- ④  該当せず

13. ねたきりへの経過, イ, ロ, ハ, ニの全てにお答え下さい.

イ. 当院(所)入院(所)前の居所と医療

- ①  自宅で当院通院
- ②  自宅で近医通院
- ③  自宅で精神科へ通院
- ④  自宅で医者にかかっていない
- ⑤  他の一般病院 (精神科を除く) に入院
- ⑥  精神科病院に入院
- ⑦  老人ホーム
- ⑧  その他

ロ. 現在の病院 (施設) に入院(所)された時点では

- ①  ねたきりではなかった
- ②  準ねたきり状態 (1日12時間以上)
- ③  ほとんどねたきり (1日18時間以上)
- ④  完全ねたきり状態

ハ. ねたきり (準ねたきり状態以上) になったのはいつ頃からですか.

- ①  入院(所)前
- ②  入院(所)後 ( 年 月頃から)
  - (2-1)  入院(所)後1~3ヶ月の時期
  - (2-2)  入院(所)後3~6ヶ月の時期
  - (2-3)  入院(所)後6ヶ月~1年の時間



③  大半介助④  全介助⑤  経管栄養

## ト. 排便

①  自立②  便意を知らせる (おむつ使用せず)③  時におむつ使用 (失便あり)④  おむつ使用⑤  定期的浣腸や摘便

## チ. 排尿

①  自立②  誘導が必要③  時におむつ使用④  おむつ使用⑤  留置カテーテル

## リ. 入浴

①  自立②  誘導が必要③  大半介助④  全介助 (清拭を含む)⑤  機械浴使用

## ヌ. 着脱衣

①  自立②  ときに介助③  大半介助④  全介助

## ル. 身だしなみ

①  自立②  ときに介助③  大半介助④  全介助

## ヲ. 歯みがき

①  自立②  ときに介助③  大半介助④  全介助⑤  みがいていない

## ワ. 整髪

①  自立②  ときに介助③  大半介助④  全介助⑤  整髪せず (不要)

## 16. 精神症状

## イ. 睡眠

①  良好②  ときに不眠③  夜間不眠④  終日不眠

## ロ. 意志表示

①  良好②  欲求のみ③  苦痛のみ④  全く不能

## ハ. 会話に対して

①  自分から話しかける②  自分から話しかけることはないが話しかけに応ずる③  話しかけにほとんど応じない







- ②  しばしばオムツをはずそうとする  
 ③  オムツの中の便を持ち出したり、こねたりする  
 ④  オムツを使用していない

チ. オムツ交換時

- ①  すなおに交換に応じる  
 ②  時々拒絶的になる  
 ③  低抗したり、拒絶的になるため補助介助者の協力が必要である  
 ④  オムツを使用していない

19. 現在この方の入っているのはどの様なところですか。

- ①  棟全体に鍵がかかる (閉鎖病棟)  
 ②  個室で鍵がかかる  
 ③  鍵のない棟で大部屋  
 ④  鍵のない棟で個室

20. 現在この方を看護あるいは介護していく際にやはり閉鎖棟(室)が必要でしょうか。現在閉鎖棟(室)に入っている、いないにかかわらずお答え下さい。

- ①  閉鎖棟(室)でなければ危険を生じたりして支障をきたす  
 ②  必要ない

21. 今後の医療・看護・介護の場所として、どこが適当でしょうか。

- ①  ひき続き当院(所)で加療・看護・介護するのが適当である  
 ②  仮にあるとして、ねたきり老人専門病院もしくは施設に移す。(看護又は介護に重点をおいた施設)  
 ④  特別養護老人ホーム  
 ⑤  精神科病院  
 ⑥  ホスピス  
 ⑦  自宅  
 ⑧  その他 ( )

22. 参 考

老年痴呆度評価 (出来る人で結構です。)

正答数

質	問	正	誤
1	ここはどこですか。		
2	ここの住所を知っていますか。		
3	今日は何日ですか。		
4	今日は何月ですか。		

5 今年は何年ですか。	
6 あなたは何歳ですか。	
7 誕生日はいつですか。(月)	
8 何年に生まれましたか。	
9 今の首相はだれですか。	
10 その前の首相はだれでしたか。	



# ホステル及びグループホームにかかわる従事者と 居住条件の精神障害者の自助性に及ぼす影響力

宗像恒次・諏訪茂樹  
柏木 昭・和田修一  
社会精神衛生部

## Influence of Residential Conditions and Practitioners on Self-Reliance of Residents in Hostels and Group Homes for the Mentally Disabled

Tsunetsugu Munakata · Shigeki Suwa  
Akira Kashiwagi · Shuichi Wada  
Division of Socio-Environmental Research

### Summary

This paper attempts to statistically clarify the influential factors to facilitate residents to recover and develop their own self-reliance in hostels and group homes for the mentally disabled. Our study has yielded several results, of which the following three are the most important. First, "burnout syndromes" of practitioners involved in the hostels and group homes tend to significantly hinder residents from keeping their self-reliance assessed by the scaled abilities of their self-reported self-control for mental health. Incidentally, the burnout syndrome tend to conversely associate with practitioner's positive supportive attitude toward residents. Second, over-one-year stay and the perceived better group climate of mates in their residences significantly lead residents to promote their self-reliance appraised by the scaled abilities of their self-reported daily living behavior. Third, the residents feeling that their life (work, family, mates etc.) is worth living have a tendency to maintain good interpersonal relationships.

**Key words:** *Hostel and Group Home, Practitioner, Resident, Self-Reliance, Burnout Syndrome.*

### 1. 本調査研究の目的

精神障害回復途上者が地域での居住場所において生活するために必要な最少限の自律・自立性を獲得できるよう支援する施設として、グループ・ホーム及びホステル（いわゆる中間施設）がある。グループ・ホームでは、一般に3人～5人ぐらいの居住者が同居し、従事者の最低限のかかわりのなかで仲間と共同生活をおこなう準家族的な施設であり、特定の回復訓練プログラムは持たない。また、ホステルでは、従事者が

共に同居し、居住者がより自律・自立的な生活を送って他の人との円滑かつ充実した交流を営めるよう支援する施設であり、そのために特定の回復訓練プログラムを有するところが多い。

私達の以前の調査研究（昭和55年調査）では、以上のような中間施設における居住的ケアが精神障害回復途上者の自己報告された日常生活能力や自己管理能力を高めることを明らかにした。しかし、その際、従事者のかかわり方がどのような影響を与えるかについては、これまでは経験的には知られていたものの、このことが統計

学的な方法で実証されたことはなく、リハビリテーション活動上、従事者のどのようなかわり方が有効であるかについて検討されることが望まれた。

本調査研究の目的は、ホステルやグループホームにおける居住者自身の心理社会的状態・環境のみならず、従事者がもつ援助態度、精神障害観、居住者やその家族及び職場の上司、同僚などから寄せられる従事者への活動期待、職場の雰囲気、今の仕事や職場への意欲、バーンアウト症候などがこれら施設に居住する精神障害回復途上者の社会的リハビリテーションの効果に如何なる影響力をもたらすかについて、数量的に実証することである。

## 2. 調査対象及び調査経過

### 1) 調査対象

存在が確認された<sup>3)</sup>全国のグループ・ホーム及びホステル(49施設)におけるすべての従事者(218名)と居住者(395名)を当調査研究の対象とした。なお、有効回答票数は、従事者が215名(有効回収率、98.6%)、居住者が333名(有効回収率、84.3%)であった。

### 2) 調査経過(方法及び期間)

厚生科学研究補助(課題番号465)を得て、当調査研究班(代表、柏木昭)が設置され昭和59年1月25日から数回の会議をもって、従事者用調査票(「グループ・ホーム及びホステルにかかわる従事者の意識調査」)と居住者用調査票(「グループ・ホーム及びホステル居住者に関する調査」)を作成した。また、両調査票の作成と平行させて、各施設への調査協力や依頼と施設ごとの従事者数とおよび居住者数の確認を行った。

次いで、同年2月27日から、承諾を得た施設ごとにまとめて調査票の郵送を行い、従事者の協力を得て調査票が居住者一人ひとりに手渡された。そして、実施要領が説明されたのち、その居住者によって無記名自己記入式でそれぞれの調査票の質問に回答してもらった。回答後の調査票は各施設でまとめ次第、返送してもら

い、最終的に回収が完了したのは同年4月25日である。

## 3. 調査対象者の

### 一般属性と社会経済的背景

1) 従事者及び居住者の性別、年齢層、配偶関係、勤続年数あるいは居住期間(表1参照)

性別に関しては、従事者で女性(41.9%)よりも男性(58.1%)の方がやや多く、居住者もほぼ同様の男女比を示した。

年齢層に関しては、30歳代で従事者(29.8%)、居住者(30.0%)とも最も多く、また、平均年齢に関しても、従事者(42.0歳)と居住者(41.1歳)はほぼ同じ年齢を示した。

配偶関係に関しては、従事者の場合は既婚者(70.7%)が未婚者(18.6%)をはるかに上回っていたのに対して、居住者の場合は逆に未婚者(71.2%)が既婚者(10.5%)をはるかに上回っていた。

従事者の勤続年数に関しては、10年～19年が28.4%と最も多く、平均勤続年数は11.9年であった。他方、居住者の居住年数に関しては、1年以上3年未満が30.6%と最も多く、平均居住年数は3.9年であった。

2) 従事者の職種・職位及び所属機関の経営主体・種類・所在地域(表2参照)

従事者の職種に関しては、PSW(あるいはMSW)(36.3%)が最も多く、次いで看護者(15.8%)と医師(13.5%)が続いていた。なお、その他が30.7%を占めたのであるが、その主な内訳は事務従事者や賄い従事者などであった。

また、従事者の職位に関しては、非管理職が37.7%であるのに対して広義の管理職(施設長、部長、課長、係長など)は合わせて、34.8%を占めていた。

従業者の所属機関の経営主体に関しては、自治体(38.1%)や医療法人(34.4%)が多く、また、所属機関の種類に関しては、精神病院が61.4%と一番多かった。そして、所属機関の所

在地域に関しては、9大都市以外の地方都市(74.9%)に集中した。

### 3) 居住者の学歴、親子関係、健康保険加入、及び生活費の出所(表3参照)

居住者の学歴に関しては、小学校・尋常小学校卒が7.8%、中学校・旧制高等小学校卒が36.3%、高校・旧制中学校・高女卒が33.9%であり、専門学校・短大・大学・大学院卒も20.7%に及んだ。これは、国民全体の学歴(昭和55年国勢調査によれば、小学校・中学校・旧制高等小学校卒が39.6%、高校・旧制中学校卒が42.1%、短大・高等専門学校・大学・大学院卒が15.2%)と比べても、優るとも劣らぬものである。

また、親子関係では、両親ともいる者(30.0%)、両親とも死亡した者(36.6%)、片親だけいる者(32.4%)の各々で3等分されたのだが、片親だけの場合には特に父親が死亡しているケースが多い。

生活費の出所に関しては、自分自身で働いて得ている者が48.6%と最も多く、次いで生活扶助(15.6%)と親・兄弟からの援助(14.7%)が続いている。また、このように、自分で働く者の多いことを反映してか、健康保険加入については、本人として加入している者が41.1%と最も多かった。

## 4. 尺度の構成と信頼性

### 1) 分析に用いられた従事者に関する各尺度の主な内容

#### <居住者への支持的な援助態度尺度>

「自分と患者との共感を他のスタッフにも伝えたい」と、「患者が本当は何をいいたいのかをわかりたいと思う」、「頑張ってほしいと患者を見守ることがある」など、居住者への積極的、支援的な態度を表わす10項目に、従事者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### <従事者への活動期待尺度>

「患者・ケースから期待されている」、「患者・ケースの個々の家族から期待されている」、「直

属の上司に支援してくれる」など、本人が患者、家族、他職種、上司などまわりの人々から自分の日頃の精神衛生活動への期待や支援があることを感じているという12項目に、従事者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### <自己研修機会尺度>

「精神衛生に関する研修会・講演会・学会などに昭和58年度に4回以上参加した」場合、また、「精神衛生に関する事例検討会を月に1回以上もっている」場合、そして、「精神衛生に関する自主的な研究会や勉強会を日頃もっている」場合などをそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### <職場での雰囲気尺度>

「職場では、お互いを思いやる雰囲気がある」、「職場では、それぞれが納得しあうまで話しあえる」など、従事者間の職場での良好な雰囲気を表わす5項目に従事者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### <肯定的な精神障害観尺度>

「精神病院に入院した人でも、信頼できる友人になれる」、「妄想・幻聴のある人でも、病院に入院しないで社会生活ができる人も多い」、「精神病院は一般内科・外科のように病棟に鍵をかけないような開放的な環境が望ましい」など、従事者の持つ精神障害(者)への肯定的な見方・考え方を表わす12項目に、従事者が「そう思う」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### <バーン・アウト尺度>

近年、慢性・難治性並びに臨死の患者の増加とともに治療やケアの中で長期間にわたって患者の情緒的要求に対応する上で、従事者の心身の疲労が蓄積し、その結果、治療やケアへの意欲を失い、自己嫌悪、思いやりの喪失などの現象が生じやすくなることが報告されている。当調査においては、Ayala M. Pinesの“The Burn Out Measure”<sup>3)</sup>を邦訳したものをを用いた。

「疲れやすい」、「気がめいる」、「精根つきはてる」、「周囲の人に対して幻滅や憤りを感じる」、「なげやりな気持ちになる」、「不安な気持ちである」など、心身ともに消耗し、仕事への熱意を喪失している状態を表わす21項目に、従事者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈仕事・職場への意欲尺度〉

「あなたは現在の仕事にやりがいを感じていますか」、「あなたは現在の職場に勤めることに満足していますか」など、仕事や職場への意欲あるいは満足を問う4項目に、従事者が「はい」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

これらの各尺度は、因子分析・信頼度分析など尺度の信頼性が検討され、その結果は表4に要約されている。

### 2) 分析に用いられた居住者に関する各尺度の主な内容

#### 〈対人関係能力尺度〉

「自分の思っている意見を他の人にいつている」、「職場や近所の人とのつきあいができる」、「親しい友人がいる」など、周囲の人々との円滑な対人関係を表わす11項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈日常生活能力尺度〉

「欠勤などについて電話で連絡できる」、「一ヶ月の予算を計算に入れて金銭を使うことができる」、「電車、バス、タクシーなどをうまく利用することができる」、「戸締り、火の始末などきちんとできる」、「押売りが来てもうまく断わることができる」など、日常生活を営むうえで必要な生活能力を表わす22項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈自己管理能力尺度〉

「疲れた時など早めに休養することができる」、「自分の感情をうまく抑えられる」、「調子が悪くなったとき、人に相談するなどして切りぬけ

られる」、「必要に応じて薬の量の増減を自分で調節できる」など、心身の状態の良好な自己管理能力を表わす18項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈不安尺度〉

「小さいことを気に病む」、「人が来てうるさいと思うことがたびたびある」、「ちょっとしたことが仕事の邪魔になる」、「いつも疲れた気持ちである」など、不安症状を表わす5項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈抑うつ尺度〉

「生きる希望がもてない」、「生きているのがなんとなくむなし」という、抑うつ状態を表わす2項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈気持ちのくせ尺度〉

「正確でないと落ちつかない」、「自分がのけものにされたと思うと、そこにいたくなくなることもある」、「ムカッとするとすぐ相手を攻撃してしまう」、「しゃべろうと思ってもつまらないとけなされるのではないかと気になり、思った事が言えない」、「いつも感じたままを全部しゃべってしまう。あのぐらいでやめておけばよかったと、後悔する」など、感情の習性的な偏りの特性を表わす27項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈自覚症状尺度〉

「眠れなくなる」、「生活習慣が乱れる」、「幻聴や妄想が強くなる」など、医師に指摘されなくても居住者自身が自覚している症状を表わす14項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

#### 〈症状への対処行動尺度〉

「早めに寝るようにする」、「薬の量を増減する」、「友人や職場仲間に相談する」など、精神的な調子が悪化した時の有効な対処行動を表わす14項目に、居住者が「そうしている」と答えた場

合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

〈支援的ネットワーク尺度〉

「あなたにとって、居てくれると安らぎの感じられる人」、「あなたの生活を経済的に支えてくれる人」など、支持し、援助する人を表わす4項目に、居住者が「居る」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

〈生きがい尺度〉

「職場(学生の場合は学校)の人とのつながり」、「地域の人のための活動に参加していること」、「趣味、スポーツ」などの10項目に、居住者が「生きがいにしている」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

〈居住仲間雰囲気尺度〉

「仲間にはお互いをかばいあう気持がある」、「仲間のそれぞれが納得しあうまで話しあえる」など、仲間との居住場所での良好な雰囲気を表わす5項目に、居住者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

これらの各尺度は、因子分析、信頼度分析など尺度の信頼性が検討され、その結果は表5に要約している。

5. 分析と考察

1) 分析の目的と方法

ここでの分析の目的は、ホステルやグループホームで居住的ケアを受けている精神障害回復途上の居住者が、精神健康を回復、保持し、社会生活の自助性を高めることに有意な影響力をもつ要因を洗い出すことである。そして、その要因がどの程度の影響をもつか数量的に測定することである。

そこで、まず第一にこれらの居住者の心理社会的状態や住居条件を表わす変数と、彼らにかかわる従事者に関する変数とが、どのように居住者の生活の自助性と関連し、またどのような影響力をもつかを測定しようとした。その方法として、今回調査対象となったホステルとグループホームの48施設別に居住者の自助性を表わす自己報告された対人関係能力、日常生活能力、

自己管理能力についてのそれぞれの尺度化された変数の居住者全体の平均を算定し、それと居住者自身の心理社会的状態や居住条件に関して尺度化された変数の居住者全体の平均値や彼らにかかわる従事者に関する諸変数(例えば支持的援助態度、バーンアウト症候など)の従事者全体の平均値とのそれぞれの相関分析、重回帰分析をおこなった。

最後に、これによって明らかになった、居住者自身の心理社会的状態や条件や彼らにかかわる従事者に関する諸要因のうち、居住者の生活の自助性に重大にかかわる要因に絞って分析をおこなった。

2) 施設単位でみた居住者の生活の自助性にかかわる諸要因(表6参照)

表6に示されるように、それぞれのホステルやグループホームで自己報告された対人関係能力がより良い居住者の多いところでは、自己報告された日常生活能力、自己管理能力も高い人がおり、また日常生活能力が高い居住者が多いところでは、対人関係能力、自己管理能力も良好な人が多く、さらには自己管理能力の高い居住者が多いところでは、対人関係能力や、日常生活能力も良い人が多い。つまりこうしたことを示す対人関係、日常生活、自己管理に関する自己報告された居住者全体の行動能力の平均値間に有意で強い相関関係がみられた。

次に、これは当然のことではあるが、不安、抑うつ状態を訴える人や「一生懸命行動しないと気がすまない」「生活リズムがくると落ちつかない」「自分の弱みをみせたくない」「何かいうと非難されると思って言えない」など気持の習性の偏りが強い居住者が多いホステルやグループホームでは、自己報告された対人関係能力、日常生活能力、自己管理能力の居住者全体の変数平均値が低いものとなりやすい有意な関連性がみられる。

とりわけ、居住者の自己管理や日常生活に関する行動能力は、彼らの不安・抑うつ状態や気持のくせとはこのような逆相関の関係が強い。



反対に、居住者が良好な居住仲間の雰囲気を感じていたり、情緒的、手段的な支援的ネットワークをもっていたり、生きがいをもつ場合が多いホステルやグループホームでは、全体的に、自己報告された対人関係能力、日常生活能力、自己管理能力のより良い人が多くなることを示す有意な関連（日常生活能力と生きがいとの相関を除く）がみられる。

その他、日常生活能力については、ホステルやグループホームでの居住期間の1年以上の居住者が多い施設程、良い能力をもつ人が多いことを示す関連性がみられる。

次に、従事者に関する要因についてみると、居住者の対人関係能力については有意な関連要因は見い出せないが、日常生活行動については、従事者の支持的援助態度や居住者、上司、同僚などまわりからの活動期待が感じられることと有意な結びつきがみられる。居住者の自己報告された日常生活能力の改善は、従事者のかかわり方と何らかの意味あるつながりがありそうである。

また、自己管理能力については従事者の活動期待感とも有意な結びつきがあるが、とりわけ後述する従事者のバーンアウト症候とマイナスの関連が強いことは注目される。居住者の自己報告された自己管理能力の高さに従事者の心身の消耗や意欲の喪失が逆相関している。

#### 4) 施設単位でみた居住者の自助性に与える諸要因の影響力の測定

ホステルやグループホームでの従事者や居住者に関して前述してきた各要因が、自己管理、日常生活、対人関係の各行動能力にどの程度の影響力をもつのかを測定するために、表7、8、9のような重回帰分析をおこなってみた。

まず第一に、3)の相関分析で用いた施設単位の居住者と従事者に関する諸要因全体と自己報告された自己管理能力に関して尺度化された変数の各施設単位の平均値との重回帰分析をおこなった結果、表7に示される回帰モデルが、その自己管理の居住者全体の平均的能力を説明

するものとの結論を得た。この $\beta$ 係数は標準化された偏回帰係数を意味し、相関係数 $r$ が相互関連性を表わすだけのものであるのに対し、 $X_1 \sim X_5$ の各変数をもつ自己管理能力( $Y_1$ )へのそれぞれの直接的な影響力の程度を示している。

表7でみる限り、自己報告された自己管理能力の各施設の居住者全体の平均値に対しては、自己報告された日常生活能力や対人関係能力の影響力はもちろんのことであるが、注目に値するものとして、かかわる各従事者のバーンアウト症候の平均値が有意な直接的影響力をもっていることがわかった。すなわち、ホステルやグループホームにかかわる従事者に、「毎日の生活が楽しくない」「疲れやすい」「心が落ちたりない」「意欲がない」「わずらわしい気分」などバーンアウト症候群を示す人が多いと、精神障害回復途上者である居住者の自己管理能力の維持向上を有意に妨げる傾向がある。

次に居住仲間の雰囲気や生き甲斐は、表7の相関係数にみられるように、日常生活能力や対人関係能力との結びつきが強く、それらの変数間に強い相互作用があると考えられる。そこで、回帰モデル(2)のように日常生活能力や対人関係能力を除いて回帰モデルをつくると、回帰モデル(1)で $\beta$ は有意なものにならなかったが、回帰モデル(2)の $X_4$ 、 $X_5$ がその自己管理能力 $Y_2$ に及ぼす直接的影響力は有意なものとなる。しかし、回帰モデル(2)の寄与率が回帰モデル(3)に比べてより低くなるので、 $X_3$ 、 $X_4$ だけではその自己管理能力を説明、予測する力は弱いものになる。

こうしたことから考えて、居住者の自己報告された自己管理能力の保持、向上には、まず、従事者のバーンアウトを防ぐことが必要であると思われる。

さらには、居住仲間の人間関係や、それに関連していることでもあるが、居住者が仕事や仲間、趣味、スポーツなどの生き甲斐をもつことも大切なことといえる。

第二に、自己報告された日常生活能力の各施

設の居住者全体の平均値に有意な影響力をもつ要因を洗い出すために、2)で述べた全要因を加えて重回帰分析をした結果、表8にみられる回帰モデルがその日常生活能力を説明、予測する有力なものとの結論をえた。その自己報告された日常生活行動能力の各施設の居住者全体の平均は、回帰モデル(1)、(2)の $\beta$ 係数に示されるように居住期間の長いこと(一年以上)や居住仲間の集団雰囲気によって有意な直接的影響がみられることである。つまり日常生活の行動能力は、ホステルやグループホームにより長く住むことによって訓練され、高まるものと考えられる。

また、ホステルやグループホームの居住仲間の集団雰囲気がよいことも、日常生活の行動能力を平均的に高める影響力をもつものと考えられる。

回帰モデル(1)の $X_4$ の $\beta$ 係数が有意でないのは、 $X_4$ が自己管理能力 $X_2$ と相互関連性(0.4357,  $P < 0.001$ )が強く、 $X_2$ などを通じてその日常生活能力( $Y_2$ )に影響力を及ぼしているとみれる。そこで、 $X_2$ を除いて回帰モデル(2)をつくると、 $X_4$ の影響力は大きなものであることがわかる。しかし、このモデルでは寄与率が低くなり、モデルとしての説明、予測能力がより弱いものとなる。また、対人関係能力は回帰モデル(1)において、その日常生活能力( $Y_2$ )との相関係数の高さにもかかわらず、有意な $\beta$ 係数を示さない。それはこの場合もその対人関係能力が自己管理能力と強い相互関連(0.6089,  $P < 0.001$ )があるため、 $X_2$ を経由して居住者全体の日常生活能力平均値に影響力を及ぼしているといえる。

このようにしてみると、居住者の自己報告された日常生活能力の改善には、ホステルやグループホームでの居住訓練の期間や仲間の人間関係が重大な影響力をもつものといえるだろう。

最後に自己報告された対人関係能力の各施設の居住者全体の平均値 $Y_3$ に有意な影響力をもつ

要因を見出すため、前述してきた全変数を代入して回帰分析した結果、次の表9に示される回帰モデルがその対人関係の平均的能力を説明する有力なものとの結論をえた。

その自己報告された対人関係能力の各施設の居住者全体の平均値は、回帰モデル(1)では、「居住者が仕事、仲間、趣味、スポーツなど生き甲斐をもっていること」によってのみ有意な直接的影響力をうけている。というのは自己管理能力変数と日常生活能力変数とに強い相互関連性( $r = 0.6635$ ,  $P < 0.001$ )があることから、両変数間に強い相互作用があると考えられる。回帰モデル(2)や(3)のように両方のうち一方を独立させてモデルをつくると、それぞれがその対人関係能力の平均値に対し有意な直接的影響力を示すことになる。

また、居住者全体の抑うつ状態の平均的程度も回帰モデル(4)ではその居住者全体の対人関係能力の平均値に有意な影響力をもつものである。しかし、このモデルの寄与率は0.272と低く、説明力がより低いものとなっている。

このようにみえてくると、居住者の自己報告された対人関係の能力の維持、向上については、仕事、家族、仲間、趣味、スポーツなどの生き甲斐をもっていることが重要な意味をもっているものと考えられる。

#### 5) 居住者の自助性を阻げる従事者のバーンアウト(表10参照)

ホステルやグループホームにかかわる従事者に、「毎日の生活が楽しくない」「疲れやすい」「心が落ちたりない」「食欲がない」「わずらわしい気分」などバーンアウト症候群を示す人が多いと、精神障害回復途上者である居住者の自己管理能力の維持を有意に妨げる傾向があることを既述した。そこで次に、こうした症候群をもつ人はどのような背景をもつのかを検討してみた。

明らかになったことは、バーンアウト症候群をもつ人には、患者、家族、同職種、他職種従事者や上司などから活動が期待されているとは

感じていない人が多く、また職場の雰囲気が悪いものと感じており、加えて現在の仕事継続や職場定着への意欲を失っている人が有意に多いことがわかった。

このことは、ホステルやグループホームの居住者の生活の自助性を高めるには、まずかかわる従事者の職場の精神衛生環境の改善が必要であることを示唆するものである。

また、このバーンアウト症候群を防ぐ要因として深くかかわりのある「従事者に感じられるまわりからの高い活動期待」「仕事や職場への継続意欲など」は、従事者の居住者への支持的な援助態度(例えば、「自分と患者との共感を他のスタッフにも伝えたい」「患者と話し合ったことがよい結果になればいいと思う」「場合によってはつき放しても、患者に自分自身をもってほしい」など)と強いつながりがあることもわかった。

このことを考慮してみると、従事者の居住者への支持的援助態度を高めることは、居住者、上司、同僚などのまわりからの支援や今の仕事や職場への意欲や良好な職場雰囲気を生み、その結果従事者のバーンアウトを防ぎ、ひいては居住者の生活の自助性へとつながる可能性が予想される。しかし、自己研修機会と援助態度との無相関の結果をみると明らかのように、この援助態度を高めるには単に自己研修機会の量だけでは効果がなさそうである。

また、この自己研修機会は、確かに肯定的な精神障害観との有意な関連がみられるが、その肯定的な障害観には支持的援助態度や仕事への意欲などとの関連性がみられないことから、こうした観念的な見方だけでは居住者の生活の自助性への影響はないものと思われる。

6) 居住者個々からみたその自助性を高める居住条件(表11参照)

まず、第一に対人関係や日常生活能力や自己管理能力は、それぞれが密接に結びつきあっており、それぞれの能力開発が他に良い影響を与えることは施設単位でみた居住者全体の自己報

告された能力平均値から明らかになったが、居住者個々を単位としてみても同じことがいえる。即ち、自己報告された日常生活能力の良い人は、自己報告される対人関係能力や自己管理能力も良好であるという大変強い相互関連性がみられる。当然のことであろうが、衣食住や仕事などのさまざまな日常生活の能力の高い人は、まわりの人との対人関係もよく、精神健康のさまざまな自己管理をおこなえている人であることを示唆している。同様に、日頃の対人関係に関する良好な行動能力をもつ人は、日常生活能力や自己管理能力が高く、また情緒管理、早めの休養、服薬などの自己管理能力が高い人は、日常生活や対人関係の行動能力も良いことを示す。

次に、ホステルやグループホームの居住者の自己報告された対人関係能力、日常生活能力、自己管理能力を保持向上するためには、居住仲間との集団雰囲気がよく、仕事、趣味、家族、仲間などのさまざまな生き甲斐をもって生活しており、生きる希望を失わないことであることがこれまでの施設単位とした分析から明らかになった。これは居住者個々を単位としても同じようなことがいえる。

即ち、居住仲間との集団雰囲気がよく、またそれに関連していることであるが(0.203,  $P < 0.01$ ), まわりに情緒的、手段的な支援をしてくれる人(支援ネットワーク)が多くいることが、自己報告された日常生活、対人関係、自己管理の行動能力の高い人に有意に多い。すなわち、こうした日常生活、対人関係、自己管理の高い行動能力をもつ人は、居住場所の仲間との人間関係がよく、居住仲間を含めてその人の生活を支えてくれる人が多いことがうかがえる。

また、これらの行動能力の高い人は、仕事、趣味、家族、仲間などのさまざまな生き甲斐をもって生活しており、不安感をもったり、生きる希望を失った人でないことを示す有意な相関関係が見い出された。因みに、これらの行動能力と気持のくせや目覚症状とはマイナスの関係ではあったが、強い関連性はみられなかった。

また、施設単位とした4)の分析では見られなかったが、自己報告された対人関係能力と症状への対処行動への有意な結びつきがあることは今後さらに検討する余地がありそうである。すなわち、対人関係の保持・向上には、居住仲間の集団雰囲気やよいことや生き甲斐をもつことに加えて、症状が予期されたり、もつとき、「薬の量の増減」「休養・休息」「医師、家族、仲間などへの相談」「気分転換」など適切な対処行動がとれることが必要であると示唆しているからである。

また、施設単位の分析では、日常生活行動能力に有意な影響力をもった居住期間(1年以上)は、居住者個人を単位とした相関分析では有意な関連性をみいだせなかった。日常生活能力の改善は、居住者個人間のバラツキが大きいといえるのかもしれない。

(本調査研究をすすめるにあたって49施設の従事者や居住者の心よいご協力をえました。一人一人のお名前を掲げることはできませんが、この場をかりてそのご好意に心より感謝申し上げます)

#### 註

- 1) 宗像恒次他「グループホーム及びホステルにおけるレジデンシャルケアの居住者への心理社会的影響」、『精神衛生における地域の需給システムの実態把握と評価法の開発に関する研究』国立精神衛生研究所, 1982年.
- 2) 全国精神障害者家族連合会編『全国社会資源名簿』, 1984年.
- 3) Pines, A.M. "The Burnout Measure", Paper Presented at the National Conference on Burnout in the Human Services, Philadelphia, Nov., 1981.

#### 参考文献

- 1) 柏木昭, 宗像恒次, 和田修一, 園田恭一, 諏訪茂樹『従事者の精神障害に対する認識及び援助態度のホステル及びグループホーム居住者の社会的自立化に及ぼす影響力に関する研究』厚生科学研究報告書課題番号465, 1984年.

- 2) 宗像恒次『精神医療の社会学』弘文堂, 1984年.
- 3) Farber, B. A., Stress and Burnout in the Human Service Professions, Pergamon, 1983.

表1 従事者及び居住者の性別、年齢、婚姻関係、勤続・居住期間

		従事者(215)	居住者(333)	
性別	男性	58.1 (125)	58.6 (195)	
	女性	41.9 (90)	41.1 (137)	
年齢	～19	0 (0)	0.6 (2)	
	20～29	19.1 (41)	13.5 (45)	
	30～39	29.8 (64)	30.0 (100)	
	40～49	21.9 (47)	29.4 (98)	
	50～59	15.8 (34)	21.9 (73)	
	60～	13.5 (29)	3.6 (12)	
婚姻関係	未婚	18.6 (40)	71.2 (237)	
	既婚	70.7 (152)	10.5 (35)	
	死・離別	10.7 (23)	16.2 (57)	
勤続・居住期間	2年未満	11.6 (25)	1ヶ月未満	3.0 (10)
	2～5年	22.3 (48)	1～2ヶ月	3.6 (12)
	6～9年	17.2 (37)	3～5ヶ月	7.8 (26)
	10～19年	28.4 (61)	6～11ヶ月	15.6 (52)
	20～29年	16.7 (36)	1～2年	30.6 (102)
	30～39年	2.3 (5)	3～4年	13.2 (44)
	40年以上	0.5 (1)	5～9年	14.7 (49)
			10～19年	6.6 (22)
			20年以上	1.8 (6)

※ 100分率表示,カッコ内は実数.

※※ 無回答の割合は省略している.

表2 従事者の職種・職位及び所属機関の経営主体・種類・所在地域

職種	PSW ・ MSW	36.3 (78)
	保健婦	1.9 (4)
	看護者	15.8 (34)
	医師	13.5 (29)
	その他	30.7 (66)
所属機関の経営主体	医療法人	34.4 (74)
	他の私的施設	7.9 (17)
	自治体	38.1 (82)
	国立	2.3 (5)
	他の公的施設	4.7 (10)
	その他	11.2 (24)
所属機関の種類	総合病院	10.7 (23)
	精神病院	61.4 (132)
	保健所	2.3 (5)
	精神衛生センター	1.4 (3)
	社会復帰施設	15.3 (33)
	その他	8.4 (18)
所在地域	東京23区・9大市	6.5 (14)
	その他の市	74.9 (161)
	町村	16.7 (36)
職位	管理職	7.4 (16)
	中間管理職	23.7 (51)
	非管理職	37.7 (81)
	施設長	3.7 (8)
	その他	16.3 (35)

※ N=215, 表1に同じ

表 3 居住者の学歴, 親子関係, 健康保険加入, 生活費の出所

学歴	小学校・尋常小	7.8 (26)
	中学校・旧制高等小	36.3 (121)
	高校・旧制中・高女	33.9 (113)
	専門学校・短大・大学 大学院	20.7 (69)
親子関係	両親ともいる	30.0 (100)
	父だけいる	8.1 (27)
	母だけいる	24.3 (81)
	両親とも死亡	36.6 (122)
健康加入	未加入	27.6 (92)
	本人として加入	41.4 (138)
	家族として加入	21.9 (73)
	その他	3.0 (10)
生活費の出所	自分自身	48.6 (162)
	親・兄弟	14.7 (49)
	親せき	0.3 (1)
	親からの遺産	1.5 (5)
	生活扶助	15.6 (52)
	年金	8.4 (28)
	その他	3.3 (11)

N=333, 表1に同じ

表 4 グループホーム及びホステルにかかわる従事者に関する各尺度の第1因子固有値, 第1因子寄与率, 及び信頼度係数 ( $\alpha$ )

	第1因子固有値	第1因子寄与率	信頼度係数( $\alpha$ )
居住者への支持的援助態度尺度	3.61878	83.2%	0.83638
従事者への活動期待尺度	4.05132	65.3%	0.84426
自己研修機会尺度	1.02522	100.0%	0.53810
職場での雰囲気尺度	1.73318	100.0%	0.82924
肯定的な精神障害観尺度	3.49861	68.8%	0.80336
バーンアウト尺度	6.13708	58.9%	0.84850
仕事・職場への意欲尺度	2.29951	100.0%	0.82924

表 5 グループホーム及びホステル居住者に関する各尺度の第1因子固有値, 第1因子寄与率, 及び信頼度係数 ( $\alpha$ )

	第1因子固有値	第1因子寄与率	信頼度係数( $\alpha$ )
対人関係能力尺度	2.92979	86.0%	0.78616
日常生活能力尺度	4.72952	58.2%	0.84297
自己管理能力尺度	3.66440	62.3%	0.80521
不安尺度	1.64293	100.0%	0.67788
抑うつ尺度	1.05373	100.0%	0.68168
気持のくせ尺度	5.66533	57.1%	0.86256
自覚症状尺度	3.78586	79.2%	0.82485
症状への対処行動尺度	2.19361	67.9%	0.70252
支援的ネットワーク尺度	1.14688	100.0%	0.60450
生き甲斐尺度	1.20659	100.0%	0.31721
雰囲気尺度	1.77821	75.2%	0.73659

表6 居住者の自己報告された行動能力をめぐる施設全体の平均値と関連要因との相関係数

	対人関係能力	日常生活能力	自己管理能力
行動能力	対人関係能力	1.0000	0.6089 <sup>**</sup>
	日常生活能力	0.5551 <sup>**</sup>	0.7090 <sup>**</sup>
	自己管理能力	0.6089 <sup>**</sup>	1.0000
従事者要因	支持的援助態度	0.1880	0.2493 <sup>*</sup>
	高い活動期待感	0.2201	0.3015 <sup>*</sup>
	良好な職場雰囲気	0.0463	0.1881
	肯定的精神障害観	-0.0912	-0.1405
	バーンアウト症候群	-0.1771	-0.4034 <sup>*</sup>
居住者要因	仕事・職場継続意欲	0.1485	0.2735
	気持ちのくせ	-0.3090	-0.4487 <sup>**</sup>
	不安	-0.3929 <sup>*</sup>	-0.3631 <sup>*</sup>
	抑うつ	-0.3268	-0.3941 <sup>*</sup>
	支援的ネットワーク	0.3645 <sup>*</sup>	0.3432 <sup>*</sup>
	生き甲斐	0.3994 <sup>*</sup>	0.3193
	居住仲間の雰囲気	0.2954	0.4357 <sup>**</sup>
居住期間1年以上	0.1721	0.3516 <sup>*</sup>	-0.0017

\* P&lt;0.01    \*\* P&lt;0.001

表7 自己報告された自己管理能力についての施設居住者全体の平均値(Y<sub>1</sub>)に関する回帰モデル

	$\gamma$	回帰モデル(1)	回帰モデル(2)
		$\beta$	$\beta$
自己報告された日常生活能力(X <sub>1</sub> )	0.7090 <sup>***</sup>	0.4347 <sup>***</sup>	
自己報告された対人関係能力(X <sub>2</sub> )	0.6089 <sup>***</sup>	0.2331 <sup>***</sup>	
バーンアウト症候群(X <sub>3</sub> )	-0.4034 <sup>**</sup>	-0.2271 <sup>*</sup>	-0.3422 <sup>**</sup>
良好な居住仲間の雰囲気(X <sub>4</sub> )	0.4357 <sup>**</sup>	0.1354	0.3820 <sup>**</sup>
生き甲斐(X <sub>5</sub> )	0.3432 <sup>**</sup>	0.1361	0.2984 <sup>*</sup>
寄与率		0.6442	0.3997
重相関係数		0.8026	0.6323
F比		15.208 <sup>***</sup>	9.767 <sup>***</sup>

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

表8 自己報告された日常生活能力についての施設居住者全体の平均値(Y<sub>2</sub>)に関する回帰モデル

	回帰モデル(1)		回帰モデル(2)
	$\gamma$	$\beta$	$\beta$
対人関係能力 (X <sub>1</sub> )	0.5551 <sup>***</sup>	0.1036	
自己管理能力 (X <sub>2</sub> )	0.7090 <sup>***</sup>	0.5982 <sup>***</sup>	
居住期間1年以上 (X <sub>3</sub> )	0.3516 <sup>***</sup>	0.3167 <sup>**</sup>	0.2851 <sup>*</sup>
良好な居住仲間の 雰囲気 (X <sub>4</sub> )	0.4540 <sup>***</sup>	0.1111	0.4074 <sup>**</sup>
寄与率		0.6434	0.2852
重相関係数		0.8021	0.5340
F 比		19.394 <sup>***</sup>	8.976 <sup>***</sup>

\*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表9 自己報告された対人関係能力についての施設居住者全体の平均値(Y<sub>3</sub>)に関する回帰モデル

	$\gamma$	回帰モデル(1)	回帰モデル(2)	回帰モデル(3)	回帰モデル(4)
		$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
自己報告された 自己管理能力 (X <sub>1</sub> )	0.5551 <sup>***</sup>	0.2832	0.4705 <sup>**</sup>		
自己報告された 日常生活能力 (X <sub>2</sub> )	0.6089 <sup>***</sup>	0.2630		0.4989 <sup>***</sup>	
抑うつ状態 (X <sub>3</sub> )	-0.3268 <sup>*</sup>	-0.1395	-0.1468		-0.3355 <sup>*</sup>
生き甲斐 (X <sub>4</sub> )	0.3994 <sup>**</sup>	2.2640 <sup>*</sup>	0.2523 <sup>*</sup>	0.3084 <sup>*</sup>	0.4066 <sup>**</sup>
寄与率		0.4694	0.4352	0.4001	0.2720
重相関係数		0.6852	0.6597	0.6325	0.5216
F 比		9.511 <sup>***</sup>	11.302 <sup>***</sup>	15.005 <sup>***</sup>	8.407 <sup>***</sup>

\*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001



表10 従事者に関する諸要因間の相関係数

	肯定的精神障害観	支持的援助態度	高い活動期待感	自己研修機会	バーンアウト症候群	仕事・職場継続意欲	良好な職場雰囲気
● 肯定的精神障害観	1.0000	0.0521	0.0047	0.2251**	0.0132	-0.0290	-0.1105
● 支持的援助態度		1.0000	0.4907**	-0.0513	-0.1245	0.4313**	0.2783**
● 高い活動期待感			1.0000	-0.0154	-0.2460**	0.4010**	0.2771**
● 自己研修機会				1.0000	-0.1176	0.0187	0.3846**
● バーンアウト症候群					1.0000	-0.3516**	-0.3147**
● 仕事・職場継続意欲						1.0000	0.3314**
● 良好な職場雰囲気							1.0000

\* P&lt;0.01

\*\* P&lt;0.001

表11 居住者の自己報告された行動能力と関連要因との相関係数

	対人関係能力	日常生活能力	自己管理能力
対人関係能力	1.0000	0.5671**	0.5031**
日常生活能力	0.5671**	1.0000	0.6635**
自己管理能力	0.5031**	0.6635**	1.0000
気持ちのくせ	-0.0177	-0.1035	-0.0472
不安	-0.1471*	-0.2141**	-0.1811**
抑うつ	-0.2195**	-0.2387**	-0.2197**
自覚症状	0.0386	-0.0565	-0.1613*
症状への対処行動	-0.1826**	0.0953	0.0799
支援ネットワーク	0.2504**	0.2141**	0.2436**
生き甲斐	0.1415*	0.1988**	0.1656*
居住仲間の雰囲気	0.4952**	0.4230**	0.4058**
居住期間1年以上	0.0576	0.0577	0.0085

\* P&lt;0.01

\*\* P&lt;0.001

## 心拍の自己制御の実験的研究

## — 不安神経症に対するバイオフィードバック治療の試み —

高橋 宏

精神身体病理部

## 要 旨

神経症に対する治療法としての心拍によるバイオフィードバック法を開発する基礎研究として、33人の学生を被験者として心拍制御の実験を行なった。バイオフィードバックに関して特別の教示を与えることなく自由に制御を行なわせたが、心象の変化で心拍を制御したものがかなり、予想以上の制御結果が得られた。また実験の繰り返しによる制御成績の向上も見られ、訓練法への示唆が得られた。コンピューター表示は利点が多いと思わせるが、表示時間の短縮を図る必要がある。

## Experimental Study on Self-Control of Heart Rate

## — Experiment for Biofeedback Treatment of Anxiety State —

Hiroschi Takahashi

The preliminary studies on biofeedback procedure using heart beat signals for anxiety states were conducted against thirty-three students of commerce and of psychology. The heart rate control experiment formed part of in the ordinary mental task programme. None of all subjects were given any informations about biofeedback procedures previously, and were demanded to control heart rate by voluntary mode suddenly after some mental task. They must be felt some perplexity and anxiety. Nevertheless, most subjects effected somewhat satisfying results in heart rate change. To change the heart rate some of them used voluntary respiration changes, some used muscle tension, and others, about one thirds of all subjects effected heart rate change mainly by inner image.

The display of heart condition were presented on a CRT in the form of histogramme of R-R intervals of electrocardiogramme processed by a personal computer.

The most increased mean heart level among the all subjects was 107.5 bpm, and the most decreased was 55.5 bpm. The reiterative effects in advance of control results was found in heart rate increment and decrement, but without statistically significance.

Clinical test will be followed in the further researches.

**Key-words :** *Heart rate control, Anxiety states, Biofeedback procedure, Computer display.*

各種の心身症や神経症に対する治療の方法として、バイオフィードバックを用いることの研究が欧米で盛んに行なわれるようになったのは、1970年代に入ってからのことである。バイオフ

ードバックは自己の器官の生理学的応答、特に脳波および自律神経系の応答を意志的に変革することを学ぶ方法である。つまり高められた生理学的覚醒を低下させ、これによってストレ

スによる多くの障害を治療するのに効果があるとされる。例えば精神緊張の状態にあるのは前頭葉脳波に $\gamma$ 波が優勢となるが、安静を保っている時は $\alpha$ 波の比率が高まってくるのである。また刺激に対する情動の変化は例えば皮膚抵抗値の変動や GSR の出現として示される。バイオフィードバックはこうした生理学的覚醒の状態を知覚し易い形に変換して被験者に呈示することにより、被験者は自らの生理学的覚醒状態を認知して、覚醒を低めて好ましい方向つまり治療目的の症状が軽減する状態を続けることを訓練するのである。

脳波のような中枢神経系は別として自律神経系の応答は、一般に意志的には制御することは困難とされてきた。また中枢神経系の応答は意志的に調整できるが、病気の際にはその調整が損なわれる。バイオフィードバックはこれらの生理学的応答に確実な影響を与えることを学ぶことにより病的状況を解消させる療法と考えられている。

この方法によって影響を受ける症状はいわゆる精神生理学的障害に属する症状であり、疾患としては主として心身症および神経症である。これらの病的状態は、発現する症状は多くの器官に関わり症状も多様であるが、情動と自律神経系の障害が症状の基底にあり、症状の推移に大きな影響を与えているという点は共通している。つまり精神生理学的障害と称せられるものである。

今回の研究は、昭和56年から58年に亙る特別研究「神経症の診断と治療の技術の開発に関する研究」の中で、不安神経症の治療法としてのバイオフィードバックの応用を検討するのを目的としたものである。

## 1. 研究の趣旨

神経症の中でも特に不安神経症は自律神経系の症状が多い。中でも循環系の症状に関する症状が多く現われる。不安に伴なって血圧および心拍の上昇が著しく見られることはその主なも

のである。臨床的にも不安神経症の患者には動悸の訴えを持つものが多いことが知られている。

今回の研究では、不安神経症の治療法として心拍を指標としたバイオフィードバック法の応用を検討することとし、その基礎として心拍の自己制御の実験と心拍変動の表示方法の検討を行なったのである。

## 2. 被験者

被験者は商科の大学生20人、心理学科の大学生13人で、それぞれ以前に他の実験の被験者になったことがあるものも含んでいる。それぞれ1人で2回あるいは3回の実験に参加している。

## 3. 実験方法

心電図・呼吸曲線・GSR・指尖脈波を同時に連続記録できるように電極またはセンサーを装着して座椅子に深く腰を下ろした被験者に対して、スライド投影機と連動した録音テープに記録された実験プログラムの指示を声とスライドで与える。この実験プログラムは今回以前の実験にも使用したものである。今回はその一部を省略して、呼吸の制御（1分間の深呼吸と呼吸静止）、図形の検出課題、1枚のTAT絵画図版の呈示とそれによる物語りの陳述、約1分半の音楽の呈示とその印象に合わせた物語りの陳述、および乱数発生テストの施行である。TAT課題の間および乱数テストのあとに再び心拍制御を施行した。

心拍制御はまず被験者に自身の心拍動リズム音を聞かせ、「体を緊張させることなく自分の意志で心臓の拍動が速くなる、また遅くなるようにすること」とだけ教示を与えた。心拍の制御は最初は1分間持続し2度目以後は1分半ないし2分間持続させた。

各々の被験者は実験の前に各自の実験当日およびその前1週間の生活と健康の状況の申告を書く他、TPI・CMI・YGの各テストを記入した。実験の終了後には実験中の内省等を書かせた。

#### 4. 装 置

前述の生理学的指標を連続記録するための生体電気増幅器と8チャンネルの直線書きペン書きレコーダー・被験者の状況を観察するためのテレビカメラと受像器・テレビ映像と生理学的データをビデオテープに合成記録するためのビデオ・データ・コーダー(VDC)・テープレコーダーおよび音響装置・スライドプロジェクターなど従来からの装置に加えて、今回の心拍制御実験のためにA/D変換器を設置したパーソナル・コンピューター(NEC・PC-8801)とディスプレイ用ブラウン管を準備した。

#### 5. データの処理

- (1) 性格検査, TPI・CMI・YGの各種の検査はそれぞれテスト本来の方法によって処理し、その結果は個人の記録表に記載した。
- (2) 実験作業, TATカードと音楽の呈示によって被験者が陳述した物語りは、ビデオテープに記録されたものの再生により聴取し書き取った。しかしその反応内容は特に分析評価を行っていない。反応時の生理学的覚醒を測定するための刺激素材として使用したのである。乱数発生テストは村上の方法によりコンピューターで処理し、これも個人記録表に記載した。
- (3) 心拍, ポリグラフの心電図(EKG)は記録時にcardiotachogram用前置増幅器を通じて、beat-by-beatタコグラフに変換し、同時にペン書きされており、それから心拍変動の様相や最高値・最小値の算出を行なった。しかしこれは補助的方法であり、主な方法はコンピューターによる処理である。

コンピューターによる心電図の処理は、武者利光・寺町康昌の作ったプログラムを修正して利用した。心電図のアナログ信号は利得を5ボルトに増幅してA/D変換器を通じてコンピューターに取り入れ、100個のR-R間隔のデータを変動グラフ(cardiotachogramに

相当)とヒストグラムとにして画面に表示するようにした。これらの図はプリンターによるハードコピーして保存した。被験者の前に置いたディスプレイに呈示したのはヒストグラムだけである。コンピューター処理によるR-R間隔時間はmsecで表示されているが、心拍の速さの評価としては慣習上わかりやすいために、以下の説明には心拍数(Heart Rate)(1分間当たりの拍動数BPM)に換算表示している場合がある。

#### 6. 研究結果

バイオフィードバックの治療法は先にも述べたように、自己の生理学的覚醒の呈示された状態を認知して、覚醒度の好ましい状態を維持するように訓練によって休得する方法である。しかし今回の研究は治療法の研究実施の前に、心拍の意志的な制御がどの程度に可能であるかを確かめることと心拍の表示方法の技術的検討から始めたのであったから、この点について報告する。

まず被験者はバイオフィードバックについての予備知識は全くなく、またこれについて実験者の側から実験の前に説明は何も与えられていない。実験のプログラムが進行している途中で先に述べたような簡単な指示によって心拍を促進させるあるいは緩徐にするよう求められたのである。被験者たちはいくらかの戸惑いを現わしながらも指示に従って心拍の制御を行なうということになったわけである。

- (1) 制御によって到達した心拍数のレベル, 33人の被験者が行なった第1回的心拍制御実験で、最も頻脈を達成したのは被験者K. M. (6137)で、1分間の平均107.5 BPMに達した。また最も低い心拍数に達したのはT. I. (6152)の55.5 BPMであった。この33人の被験者がそれぞれ1回ごとに心拍制御で示した心拍増加の1分間の平均レベルと、心拍減少の1分間平均のレベルは、それぞれ80.9 BPM (S. D. 10.7 BPM) と 71.3 BPM (S. D. 6.8

BPM)であり、その差の平均値は9.6 BRMであった。また各被験者の心拍基礎値の平均は61.0 BPMであったから、増加の際は19.9 BPM、減少の際は12.5 BPMの覚醒レベルにあったわけである。(図1-a, b, c, d)さらに心拍制御実験の全試行のうち増加で達成した最高の値と減少で達成した最小の値について33人の平均値をみると、それぞれ82.1 BPMと71.1 BPMでありその差は11.0 BPMとなる。平均基礎値は61.2 BPMであったから、最高増加値はこれよりも20.9 BPMの最小値は9.8 BPMの覚醒を示していたわけである。

- (2) 心拍制御の方法。心拍制御を実施する前に、「力まないこと」「体を動かさないこと」との指示を与えているが、被験者達は実施にあたっては呼吸を変えるなどして、体の条件を変えたものがかなりあった。実験を終えてからそれぞれの内省などを書いてもらったが、その中には心拍を制御するために各自が行なった方法をも含めた。

報告の中で最も多かったのは呼吸の変化で、5人を除いた全員が呼吸変化を用いていた。変化の内容は、心拍数を増加するためには、呼吸を速める、荒くする、吸ったり吐いたりを数多くする、落ち着かない呼吸をするというものであり、心拍数を減らすためには、呼吸をゆっくりにする、少しあるいは短く吸ってゆっくり吐く、吐くのを止めるあるいは息を殺すなどを行なったものが多い。息を整えることに気を配ったものもある。

最初の指示が忘れられたか無視したのか、体の筋肉に力を入れ固くして心拍の促進を図ったものもある(6人)。この場合心拍を緩めるのは当然力の弛緩である。この他体を動かさない、ダラーッとさせるというものもあった。要するに体の活動を休止するということであろう。しかしバイオフィードバック法において心拍などを制御するには呼吸や体の緊張条件を変えないことが前提となっているので

あり、以上のやり方は本来の方法から外れているというべきである。

これらのやり方の他に、心象の作用によつたと報告したものがかなり多いが、これが正規のバイオフィードバックの方法に近いものと思われる。それらは心拍を促進するためには「走ったあとの様子、イライラした様子」を思い浮かべ、「緊張・興奮・焦り・慌て」の心的状況を作り、「いやらしいことを考え」「好きな女の子の前にいると想像する」「ワクワクする気分」「ラグビーの試合を考える」というような心象の他、「心臓が速く動くように暗示する」「ドキドキさせる」という直接心拍を変えるような意志を働かせた者もある。逆に心拍を遅緩させるためには、「落ち着く・リラックスする・ゆったりした気分になる」「座禅の時のようにする」「眠るような感じにする」と「心臓がゆっくり動くようにする」というものである。

その他、心拍を速めるために直に心的リズムを速めること、つまり「(心)音の間を縮めるようにする」「数を速く数える」やり方を試みたものもあった。遅くするのはその逆である。また、「目を閉じる」「啄木の短歌を繰り返す」という変わった方法を取ったものもある。こうしていろいろな方法が試みられたが、呼吸や筋肉の緊張の変化を図ったものが最も成功したともいいがたく、心象の内容での心拍変化も、それで最も大きな変化の幅を達成したK. T. (6154)を始めとして多数おり、心象だけで試みたものにはS. K. (6158), I. H. (6160), T. I. (6152), S. Y. (6136)などがあるが、その他は心象に身体的条件をも併用している。

- (3) ポリグラフに見る心拍制御の結果。被験者達がそれぞれの考えに従って行なった心拍制御の結果は、ポリグラフの上に具体的にかつ詳細に見ることができる。例えば、心拍促進時に平均98.4 BPM 最高値108.5 BPMを達成したA. S. (6150)は、「速くする時は呼吸

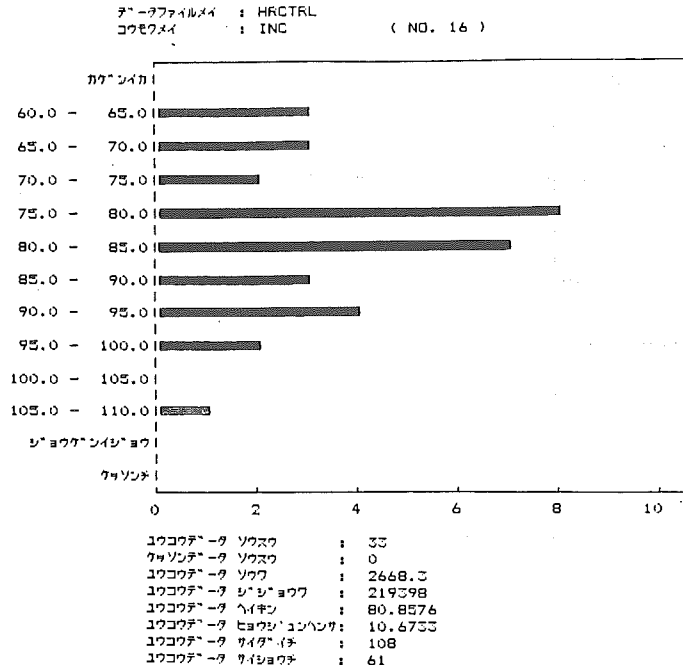


図1 被験者33人の平均心拍水準位の度数分布  
 a 心拍制御によって達成した心拍促進水準

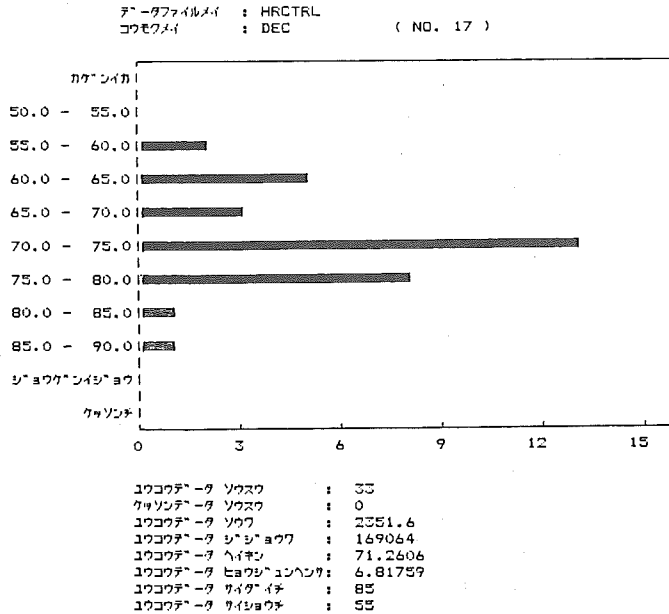


図1 - b 心拍制御によって達成した心拍遅緩値

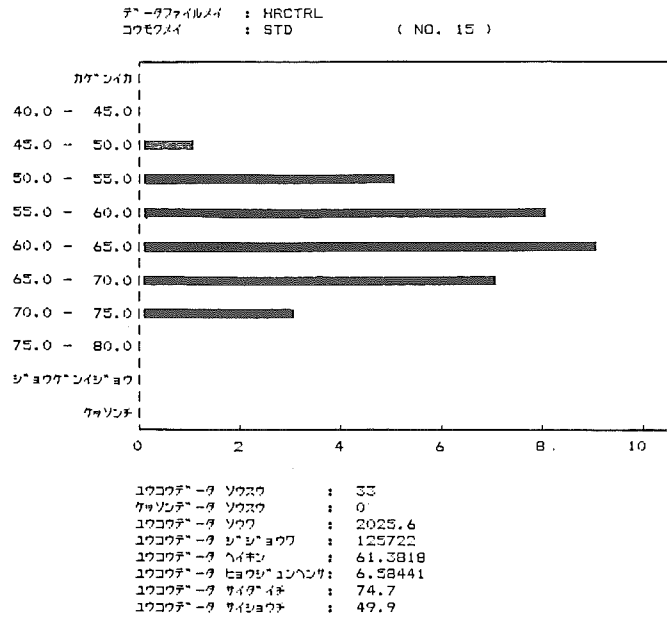


図1-c 平均心拍基準値

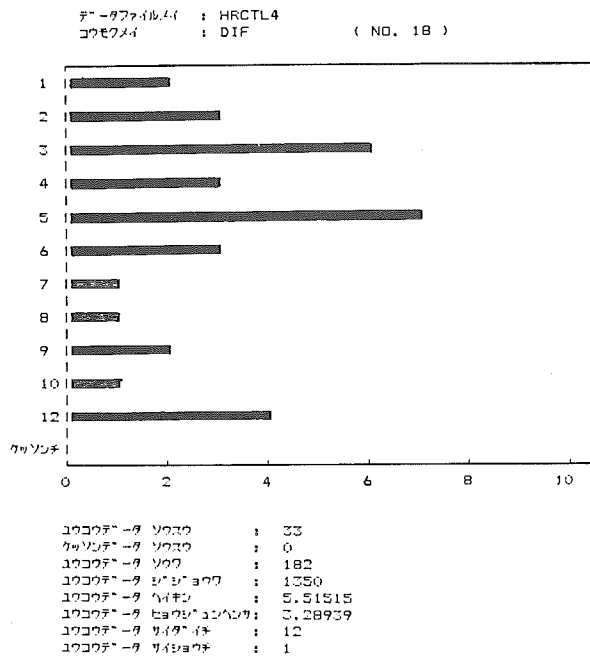


図1-d 心拍の促進値と遅緩値との開き(コードによる分類)

の回数を速くした」といっているが、ポリグラフの呼吸曲線は1分間に29.5回となり、心拍遅緩時(78.5 BPM)の呼吸1分間に10回、深呼吸時に9.5回であるのに比べてその差は歴然としている。そして心拍を遅くするために呼吸は「少し吸って吐く」ようにしたといっている。呼吸曲線はその言葉を裏付けるような線で書かれている。それに対する心拍変動曲線は深呼吸時のような規則的な深い起伏を示すものとなっている。また「息を少し荒くというか、速くすったんです。あと止めてみたり」というK. K. (6142)の呼吸曲線は、その言葉通り振幅の大きな不規則なものとなっている。彼は遅くするためには「息をできるだけ短く吸って長く吐いていた」といっているが、その呼吸曲線は普通は発言時に見られるような呼吸形を示している。「呼吸の仕方を変え、息を止めているとかいろいろ考えた」というS. T. (6145)は極めて不規則な呼吸をしたが、さらに特異なことにその前から彼の心拍変動曲線は殆ど動きを示さず一定のレベルを保ち続けたのである。彼はまた遅くするために「めいっぱい息を吸って、しばらく止めて」という呼吸法で、心拍もこれに対応した変動を見せている。心象で心拍制御を行なったものはどうか。U. T. (6134)は「心臓が速く動くように暗示し、慌てるようにした」といっている。彼はこれに呼吸を速くすることも加えたというが、呼吸曲線の上ではむしろ制止に近い状態に見える。遅くするには「心臓がゆっくり動くように暗示し、呼吸もゆっくりにした」という。しかしこの場合も呼吸曲線はその前後と際立って違いがなく、呼吸の変化も心象の中で実行したものといえる。

心拍数の制御に呼吸の変化を利用したものが多いことは上にみた通りである。また被験者の多くが述べているように、心拍数を増すためには呼吸数を増加させ、心拍数を減らすためにはその逆を行なったという。心拍が呼吸条件に影響を受けることは既に知られてい

る。われわれの被験者が呼吸を促迫させることによって心拍数を増加させたことが一般的といえるかどうかをみるために、心拍制御時の平均心拍数と呼吸数との相関を計算した。その結果は促迫された心拍と呼吸では( $r = -.017$ )、遅くした心拍と呼吸では( $r = -.0786$ )と相関関係は認められなかった。しかし被験者個人個人の心拍数と呼吸数の相関ではかなり高い相関係数を示したものもあり、S. Y. (6136)は $r = .81$ (図2)、K. K. (6155)は $r = .78$ 、K. R. (6161)は $r = .74$ 、M. H. (6151)は $r = .69$ というように高い相関を示した。これらは呼吸の変化が心拍数を著しく変えた例に該当すると思われる。

- (4) コンピューターによる心拍数の処理。今回の研究では心拍の変化をコンピューターで処理しその結果の表示を被験者に呈示してバイオフィードバック法を行なうことを主な目的とした。研究を始めた当初はコンピューターはPDP GT-44を使用する計画であったが、これはデータの取り込みに手間がかかることと器械が大きくていわば小回りが効かない不便があるため、思うような進展が得られなかった。そこで実験機器の一部として手軽に扱えるパーソナルコンピューターの使用を考えた。使用したのはPC-8801(NEC)に武者・寺町ら(東京工業大学)の作ったプログラムを一部修正して、研究を進めることにした。

PC-8801に自家製のA/C変換器を組み込み、最大値5Vに増幅した心電図の信号を取り入れ、R波のほぼ中間に閾値を決め、また心拍数に合わせて不応期の時間をmsecで設定して、R-R間隔100個を1回のレコードとして遷移曲線(cardiotachogramに相当する)と分布曲線(histogram)とを画面に表示するようにした。画面にはR-R間隔時間の100個の最大値・最小値・平均値の他、分散・標準偏差も表示されるので、msec.単位で心拍変数の処理を行なった。先に心拍水準の値を1



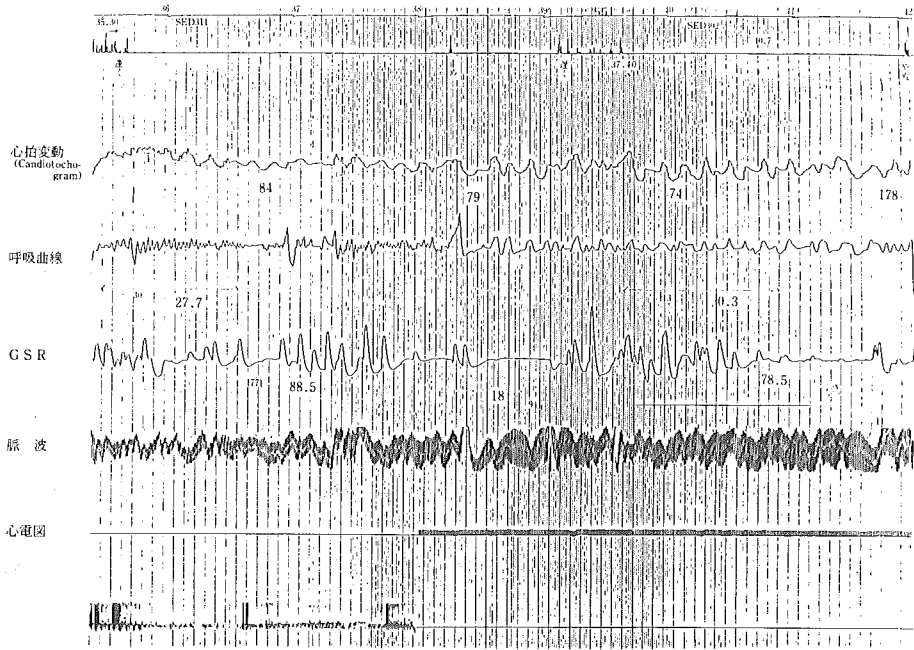


図2 ポリグラフにみる心拍変動と呼吸頻度との関係

分間当たり心拍数 (BPM) で示したのは、便宜のため換算したものである。

例えば今回の被験者の中で最も大きな平均心拍数増加を示した K. M. (6137) の100個の平均 R-R 間隔時間は 558.20 msec であり、同じ区間で最も速い (間隔の短い) R-R は 451 msec (133.3 BPM), また同区間最も遅い (間隔の長い) R-R は 728 msec (82.4 BPM), その変動幅は 277 msec (50.9 BPM) もあった (図 3)。心拍の変動はポリグラフに画かれた beat-by-beat の cardi tachogram でわかるように、絶えず大小の浮動が続いており、心拍が一定のレベルを保ち続けることはありえない。心拍制御の際にも同じことで先に触れたように 50 BPM にも及ぶ変動幅がある。これをコンピューターの処理によるヒストグラムで、300 msec から 1300 msec の範囲に描図するようにした。これに表現されるのは心拍パワースペクトルなのであって、心拍を速めようとする (あるいは遅くしようとする) 努力と

それに抗して元の状態に引き戻そうとする力との争克を示すものといえる。したがって平均心拍値は最も優勢な分布をなす部分の頂点とは必ずしも一致しない。例えば K. K. (6142) は心拍を遅くした状態は 610 msec から 998 msec までの広い範囲に互っているが、頻度の高いのは 620—680 msec の間である。しかしその間の平均値は 728.96 msec となっている。

(図 4) 彼が心拍を速めた状態は平均値は 661.56 msec であるが頻度の高い分布を示すのは 580—700 msec であって、心拍遅緩の高頻度分布の部分と重なりあっていることがよくわかる。これに対して S. Y. (6136) の場合は心拍促進が 748—589 msec の範囲、心拍遅緩が 869—604 msec の範囲で重なる部分はあるが、頻度の優勢な範囲は重ならず、平均値はそれぞれ 652.65 msec と 758.66 msec で、両者が異なる状態を形成していることが明白に知られる。(図 5)

(5) ディスプレーの問題、バイオフィードバック

クでは生理学的応答のフィードバックが重要な役割を持つ。今回のわれわれの研究ではフィードバックされる生理学的指標は心拍であるが、心拍変動の表示法は従来の研究では音またはランプの点滅による拍動の表示、加速減速を音程の上がり下がりに表示するもの、一定時間毎の平均心拍数のデジタル表示によるものなどである。このような表示方法は技術的には容易で即時性が得易い反面、複雑に刻々と急激に変わる心拍の特性をとらえ易く分かり易く表現するには適していない。コンピューターによる表示の試みは、先に述べたR-R間隔100個のhistogramを主としたものであった。被験者の前に置いたディスプレイ装置にコンピューターで処理した結果の画像を写したのである。この他にcardiotachometerの一拍毎に表示されるメーターの針の動きをTVカメラで映して被験者の前のブラウン管に呈示した場合もある。本来のバイオフィードバック法はこのような表示を見たり聞いたりしつつ自らを変えるのである。われわれの場合心拍の状態の表示を見ながらの心拍制御が、呈示のない場合に比べて大きな変化が得られたかどうかは、その例が多くないか、表示をみることによって心拍の促進を強めたもの3に対して逆に弱めたもの3、心拍遅緩を強めたもの11に対して逆に弱めたもの3となっており、心拍遅緩に効果的のようであるがまだ確言するのは難しいと思える。

(6) 繰り返し施行の効果。被験者の内21人は2回目の実験で2度から3度の心拍制御を実施した。彼等は第1回の実験を加えると5回から6回的心拍制御を経験したことになる。このような繰り返しの効果があったかどうかを各回の値の平均値でみると表1の通りで、心拍促進、遅緩いずれも僅かずつであるが強化されていることがわかった。また個人間のバラツキ(標準偏差)も小さくなる傾向がみられた。

(7) 諸因子の相互の関係。心拍促進の水準と遅

緩の水準とは高い相関があり、これらはまた心拍の基準値とも相関がある。つまり元々高い覚醒を示していたものはさらに高め易いが、低くするのは容易ではないということであろう。

また個人の特性からいくつかの因子を選んで、心拍制御の成績とともに相関係数を計算してみると、TPIのHc、Ob、Epに相関がみられた。

## 7. 考 察

心拍を使ったバイオフィードバックの治療法およびその研究は、その他の生理学的指標例えば脳波や筋電図などに比べて多くはないようである。その理由の一つは心拍を意志的に変えることが他の現象ほどに容易ではないと思われていることによるようである。従来の報告によると、自己制御による心拍数の変化は多くは10BPM以下せいぜい数BPM程度に止どまっている。この程度の心拍水準の変動は平常の活動中にも起こりうるものであり、バイオフィードバック訓練の結果としては影響がなかったと判断されるということであろう。

もう一つ心拍によるバイオフィードバックが行なわれにくい理由は、これもまた心拍変動幅の測定に関連しているが、心拍制御の水準を決定する基準値(baseline)のとりかたの問題もある。多くは心拍制御に入る前の一定時間の平均心拍数を基準としている。しかしこの基準値は相対的の値で刺激の与えられていない絶対的の0値を表わしているのではない。また場面によって変化する刺激に対する反応値と見るべきである。絶対的基準値を求めてそれによって心拍制御の結果を評価するのが合理的であろうと考えるのである。この考えに基づいて心拍の基準値を設定する試みを従来から続けてきた。それはポリグラフの心拍変動曲線(cardiotachogram)のうえで3分毎に最低値を拾い、その平均値から標準偏差値を減じたものを心拍基準値とするというものである。従来まではペン書きされた

cardiotachogram からの測定値による他はなかったもので、ペンの位置をかなり慎重に校正して記録してはいたものの、紙やペンの偏移による不正確を免れ得なかった。それでも男子学生など正常被験者15名で平均心拍基準値 59.5 (SD. 6. 3) BPM, 女子学生の正常被験者で 62.1 (SD. 9. 8) BPM という値が得られていた。

今回はコンピューターによる処理が可能になってより正確な心拍基準が算出できることになった。今回の被験者の平均心拍基準値は 61.4 (SD. 6. 6) BPM であった。刺激に対する反応値はこの心拍基準値からの偏移値として処理するのが、反応値の一つに過ぎない「刺激前」の一定時間の平均値を Baseline とするより「基礎」としては確実と考えられるのである。

心拍制御によって速くしあるいは遅くした心拍数の水準値も心拍基準値からの隔たりという概念で処理した。その結果は上に述べたように心拍を増加させた時の 19.9 BPM の覚醒は、心拍数減少の際には 12.5 BPM まで低めることができたといえるわけである。平均心拍基準値は 61.4 BPM であったから、これから 12.5 BPM の覚醒水準は 73.9 BPM で平静な軽い作業を遂行している時の心拍水準に当たる。自己制御による心拍遅緩で平静な状態に達することが可能と考えるとよいと思える。

バイオフィードバック療法では方法の概念を与え、実施を繰り返して訓練を行なうのである。われわれの今回の実験はバイオフィードバック

治療を行なうことではなく、心拍の自己制御で達成される心拍変化の状況を観察するにあたった。そのため治療法を厳密に設定することよりも被験者に各自の自由なやり方で心拍制御を試みたのであるが、予想以上に制御可能であることがわかった。また繰り返しによって制御の幅をさらに大きくすることもできると思われたのである。

バイオフィードバックの方法で重要なことは生理学的指標の表示方法であるが、今回のコンピューター処理の表示は心拍変動の複雑な状況が一瞥して判断できる利点がある。心拍の制御は表示に注意を向けることで却って覚醒を高めるために、心拍を緩める制御には逆効果をもたらすとの報告もあるが、今回の実験では必ずしもそうとはいえない結果が得られた。しかし現在の処理プログラムでは心電図のデータをコンピューターに取り入れてから表示が出るまで数分の時間を要するのは実用的とはいえないので、せめて1分程度になるように処理時間を短縮することが必要である。このことも含めてプログラムの改良を進めている。

また神経症の治療に用いるための方法の確立の検討は次にひき続き行なうことにしている。

今回は心拍制御の予備の実験と心拍のコンピューター処理およびその表示方法の実験の結果を報告するに止どめ、文献的考察は次回に行なうことにする。

表1. 繰り返し施行による心拍制御の進展

施行回数		II-2 (N=21)	II-2 (N=21)	II-3 (N=10)
心拍促進	Mean	77.105	77.986	79.37
	Variance	110.044	91.454	24.960
	S. D.	10.490	9.563	4.996
心拍遅緩	Mean	71.410	70.676	70.6
	Variance	53.843	60.148	32.382
	D. D.	7.338	7.755	5.691

表2. 被験者33人の諸因子間の相関行列

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	(ネンレイ)(タイジュウ)	(Hc)	(Ob)	(As)	(EP)	(In)	(Type)	(A-Type)	
1(ネンレ)	1.000	0.078	0.264	0.120	0.126	-0.054	0.048	-0.110	-0.089
2(タイシ)	0.078	1.000	0.218	0.407	0.123	0.152	-0.001	0.009	0.154
3(Hc)	0.264	0.218	1.000	0.584	-0.047	0.356	0.265	-0.070	-0.318
4(Ob)	0.120	0.407	0.584	1.000	0.066	0.523	0.299	-0.059	0.096
5(As)	0.126	0.123	-0.047	0.066	1.000	0.186	-0.083	0.159	0.048
6(EP)	-0.054	0.152	0.356	0.523	0.186	1.000	0.598	0.045	0.188
7(In)	0.048	-0.001	0.265	0.299	-0.083	0.598	1.000	-0.142	0.355
8(TyP)	-0.110	0.009	-0.070	-0.059	0.159	0.045	-0.142	1.000	0.390
9(A-T)	-0.089	0.154	-0.318	0.096	0.048	0.188	0.355	0.390	1.000
10(RD)	-0.073	0.142	0.070	0.004	-0.020	-0.068	-0.114	0.144	-0.083
11(GN)	-0.163	0.421	0.068	0.380	0.094	0.030	-0.196	0.126	0.119
12(STD)	-0.063	0.115	-0.125	-0.333	-0.223	-0.077	-0.152	0.134	-0.096
13(NCC)	0.015	-0.204	-0.427	-0.499	-0.155	-0.347	-0.299	0.073	0.003
14(DEC)	-0.092	-0.111	-0.441	-0.425	-0.308	-0.406	-0.329	-0.140	-0.165
15(DIF)	0.230	-0.266	-0.223	-0.434	0.102	-0.188	-0.179	0.269	0.079
	10	11	12	13	14	15			
	(RD)	(GN)	(STD)	(INC)	(DEC)	(DIF)			
1(ネンレ)	-0.073	-0.163	-0.063	0.015	-0.092	0.230			
2(タイシ)	0.142	0.421	0.115	-0.204	-0.111	-0.266			
3(Hc)	0.070	0.068	-0.125	-0.427	-0.411	-0.223			
4(Ob)	0.004	0.380	-0.333	-0.499	-0.425	-0.434			
5(As)	-0.020	0.094	-0.223	-0.155	-0.308	0.102			
6(EP)	-0.068	0.030	-0.077	-0.347	-0.406	-0.188			
7(In)	-0.114	-0.196	-0.152	-0.299	-0.329	-0.179			
8(TyP)	0.144	0.126	0.134	0.073	-0.140	0.269			
9(A-T)	-0.083	0.119	-0.096	0.003	-0.165	0.079			
10(RD)	1.000	0.407	-0.088	-0.018	-0.039	-0.019			
11(GN)	0.407	1.000	-0.033	0.091	0.165	-0.180			
12(STD)	-0.088	-0.033	1.000	0.450	0.497	0.335			
13(INC)	-0.018	0.091	0.450	1.000	0.869	0.670			
14(DEC)	-0.039	0.165	0.497	0.869	1.000	0.275			
15(DIF)	-0.019	-0.180	0.335	0.670	0.275	1.000			

金原 6137II KMP2D1 KMP2D1

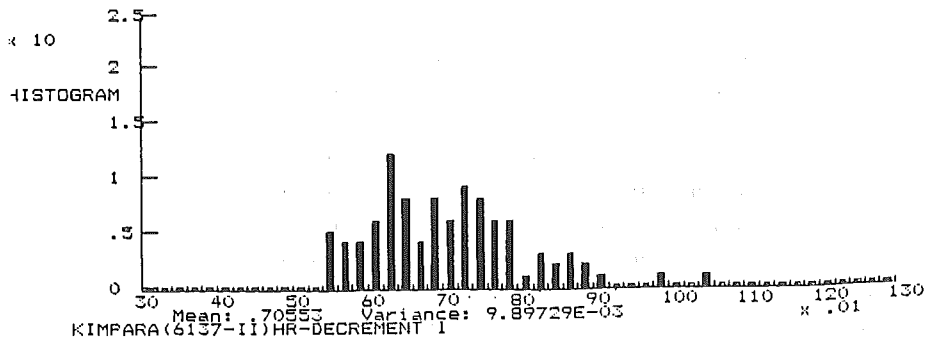
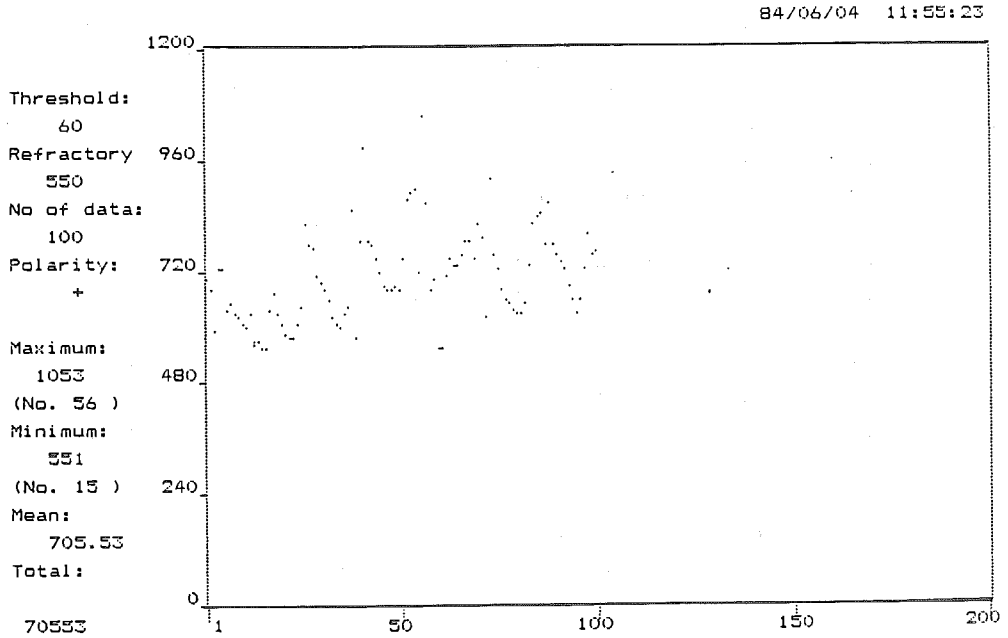


図3 コンピューターによる心電図R-R間隔の処理結果(1)  
a 心拍制御の遅延時

金原 6136II KMP2I1

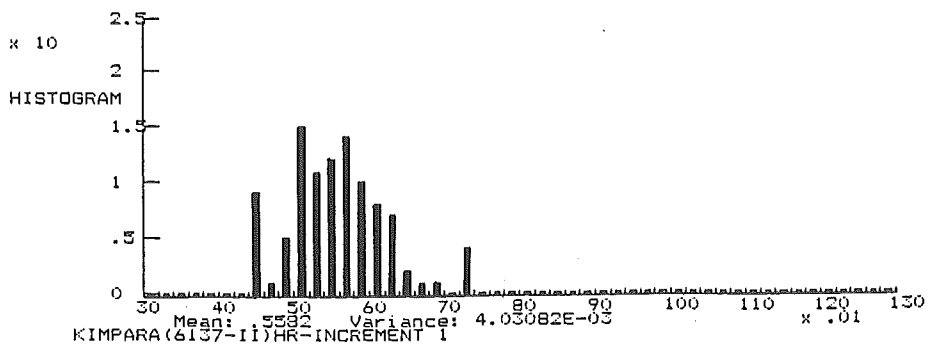
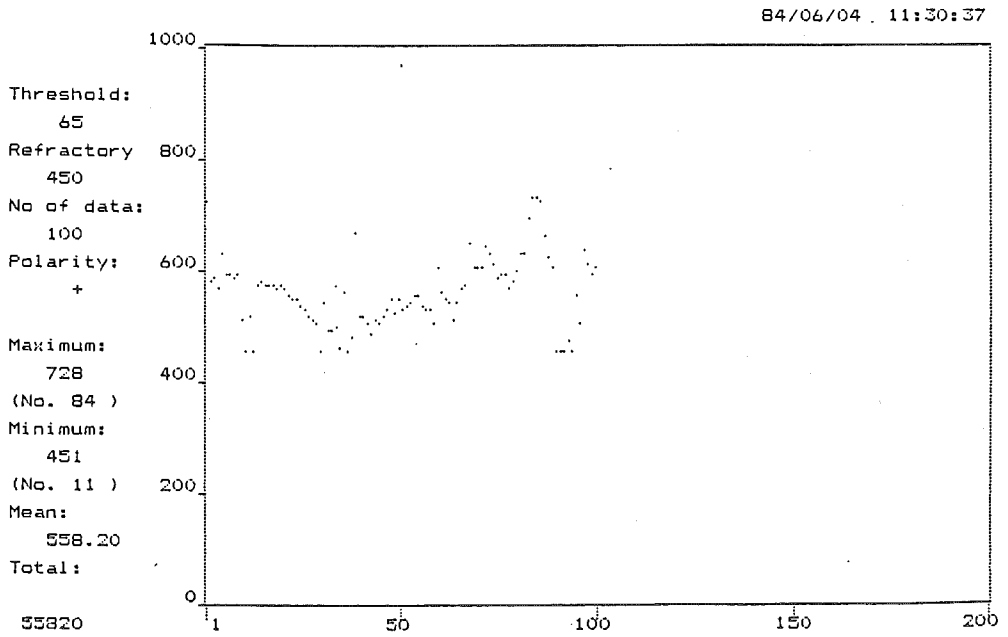


図3 - b 心拍制御の促迫時

河合 6142II KW1211

84/06/06 10:36:11

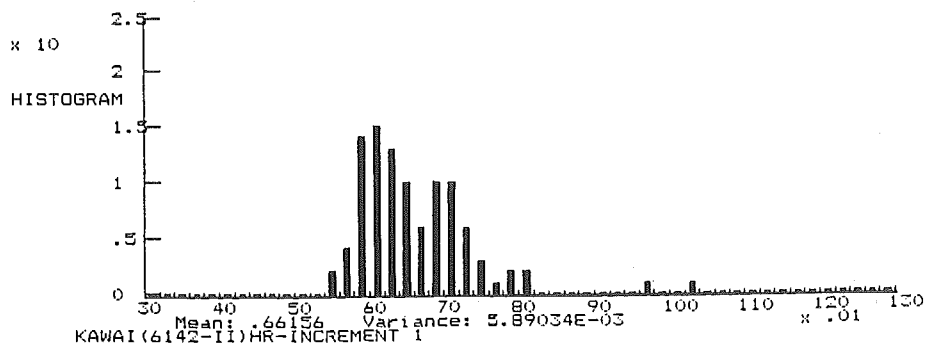
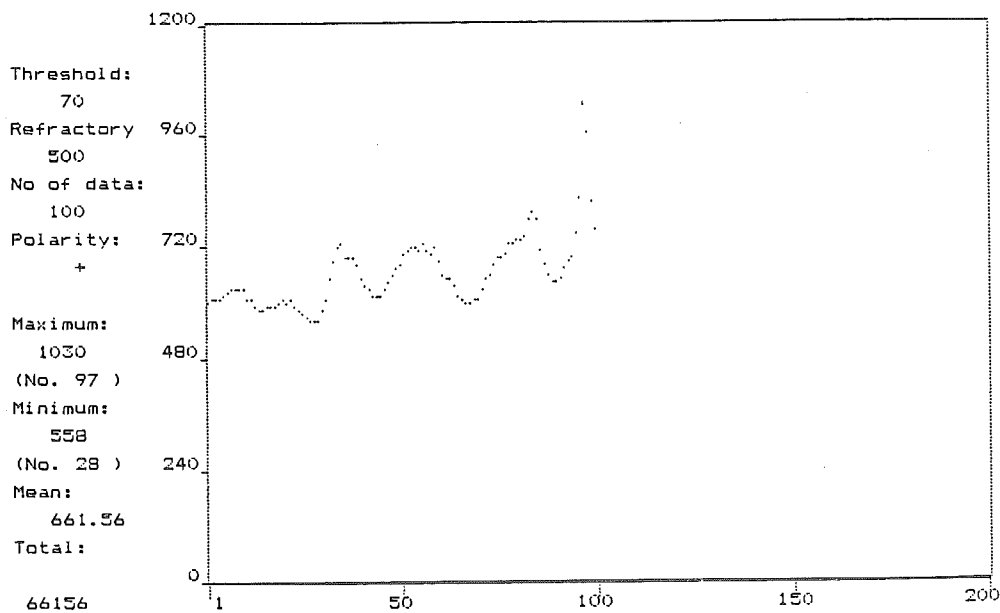


図4 コンピューターによる心電図R-R間隔の処理結果(2)  
 a 心拍制御の促進時

河合 6142II KWI2D1

84/06/06 10:52:16

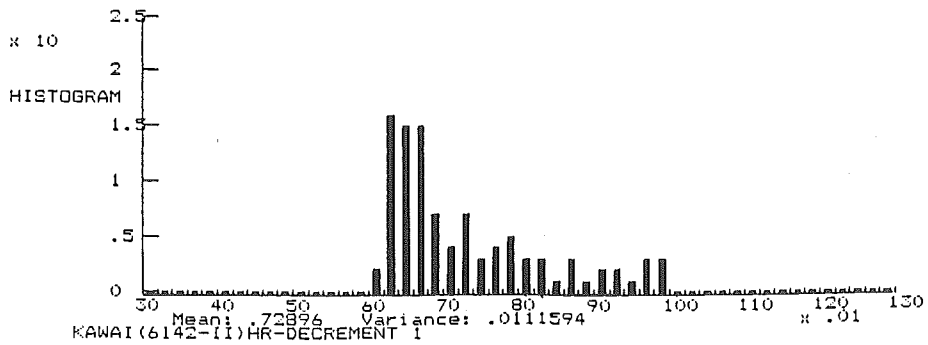
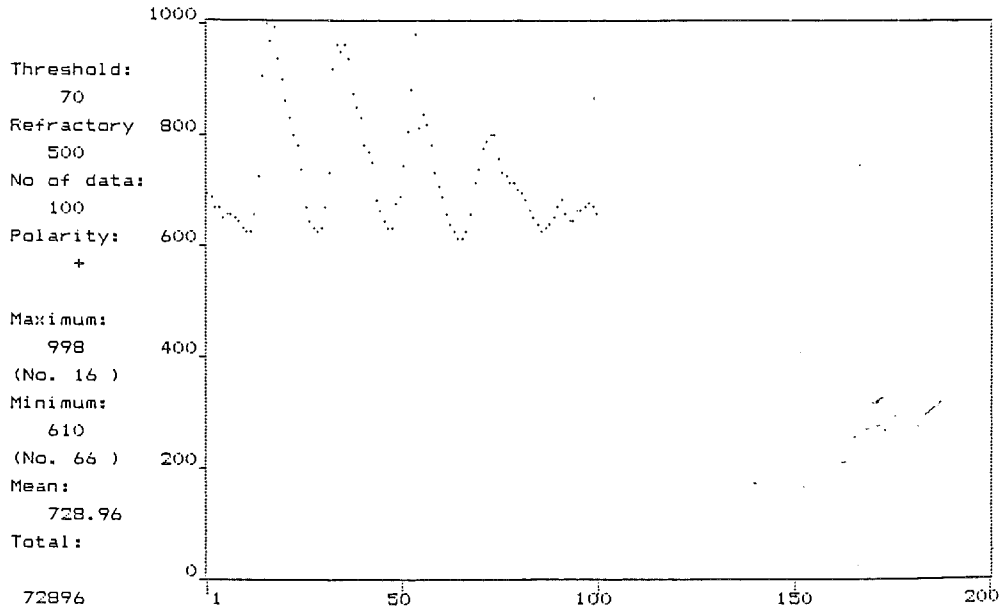


図4-b 心拍制御の遅緩時



勢田 6136III SED3I2

84/10/16 16:50:26

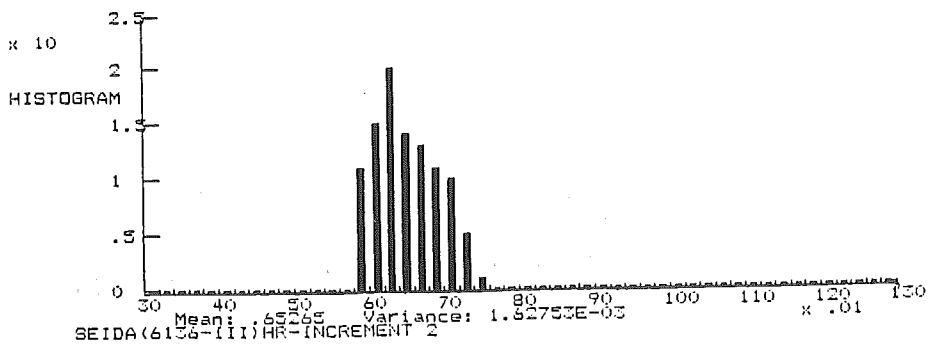
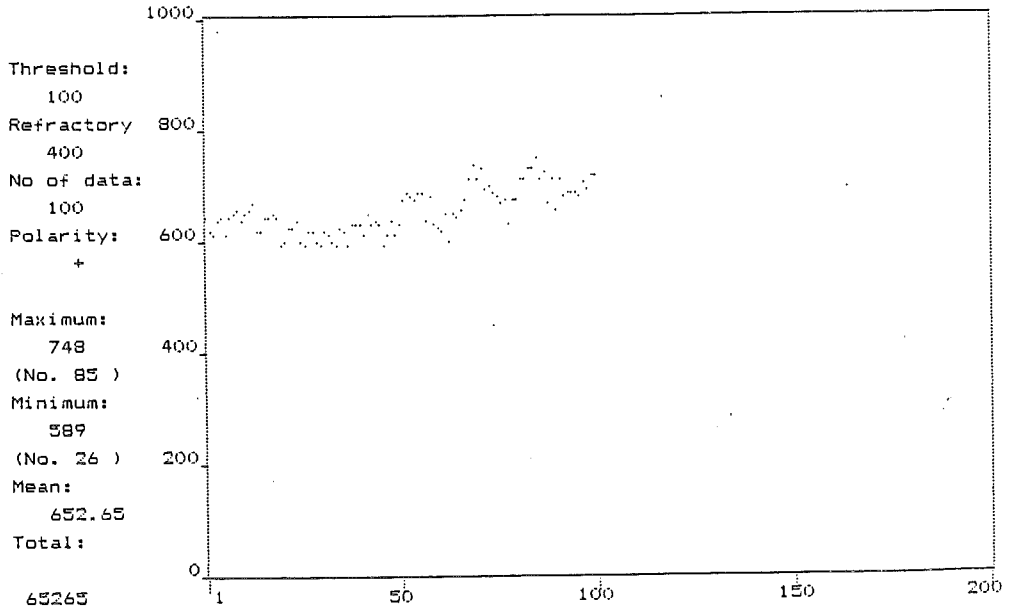


図5 コンピューターによる心電図R-R間隔の処理結果 (3)  
 a 心拍制御の促進時

勢田 6136III SED3D2

84/10/16 17:16:47

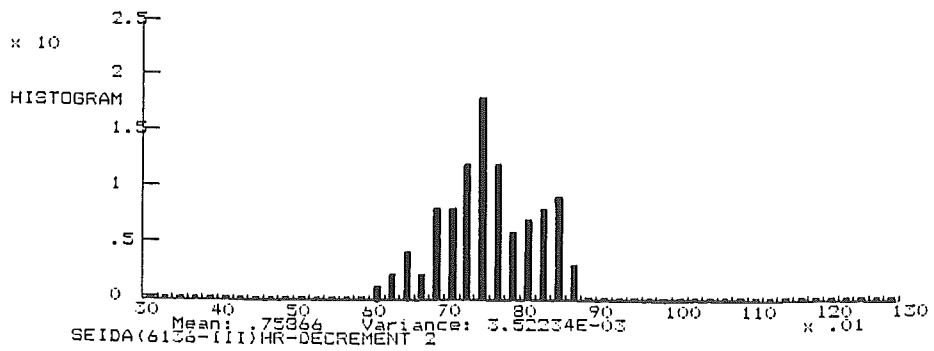
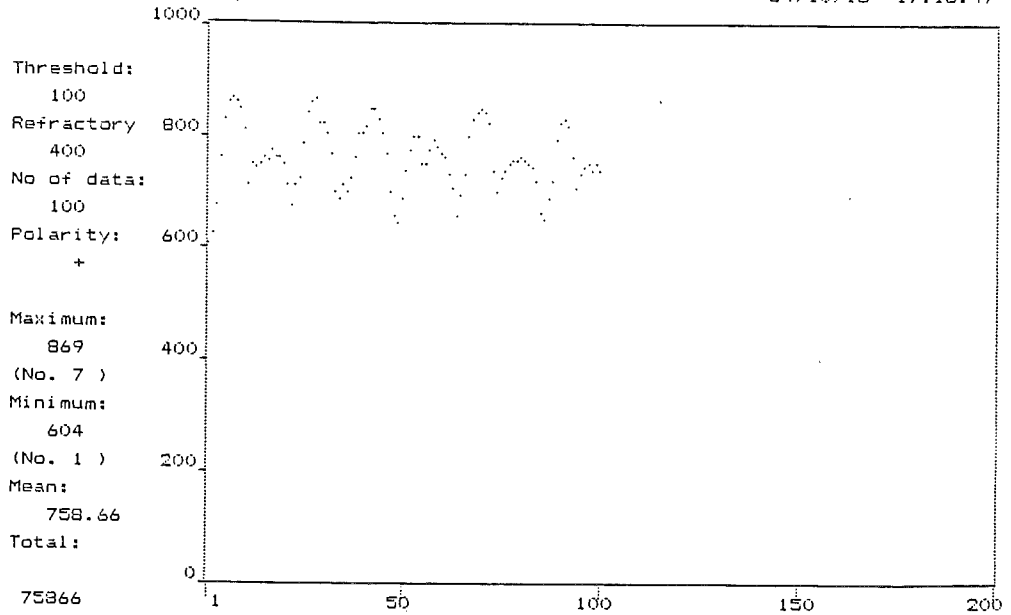


図5 - b 心拍制御の遅緩時



## ポジトロンCT画像における脳の構造解析の試み(第1報) — NMR-CT およびX線CTを利用した諸領域の同定 —

苗村育郎<sup>1)</sup>・葉原敬士<sup>2)</sup>  
原島博<sup>2)</sup>・厲暁峰<sup>2)</sup>  
斎藤隆弘<sup>3)</sup>・桑原伸一郎<sup>3)</sup>  
岡本克郎<sup>4)</sup>

- 1) 国立精神衛生研究所・精神薄弱部
- 2) 東京大学工学部・電気工学科
- 3) 神奈川大学工学部・電気工学科
- 4) 群馬大学医学部・行動医学研究施設

## Analysis of Brain Structures in Positron CT Image ( I ) — Identification of Individual Areas Using NMR-CT and X-CT Data —

Ikuro Namura<sup>1)</sup>・Keishi Habara<sup>2)</sup>  
Hiroshi Harashima<sup>2)</sup>・Yung-Huang Lei<sup>2)</sup>  
Takahiro Saito<sup>3)</sup>・Shinichiro Kuwabara<sup>3)</sup>  
Katsuro Okamoto<sup>4)</sup>

- 1) National Institute of Mental Health, Division of Mental Retardation Research
- 2) University of Tokyo, Faculty of Engineering
- 3) Kanagawa University, Faculty of Engineering
- 4) Gunma University, Institute of Behavioral Sciences

### Summary

Positron CT gives us a rare chance of observation on biochemical and neuropharmacological aspects of living human brain. However, limitation of spatial resolution of this fruitful technique requires us to compliment it by the supportive means. The purpose of this study aims at a computer-assisted image analysis system for structure identification and area detection in the positron CT of human brain. Two principal methods are described here. The first is using "standard brain atlas" and the second depends on a series of NMR-CT data.

As the first step of the former, contours of basic brain structures in an anatomical atlas of brain slices are memorized in computer. This "standard atlas" is transformed and adapted to the shape of an individual brain, which finally leads to the structure identification and statistical analysis by overlapping it to each positron CT image. Transformation of the atlas is performed by the help of characteristic parameters abstracted from the X-ray CT or NMR-CT images of the same slice level.

NMR-CT gives us a rich series of information by changing operational parameters such as delay time of inversion recovery images, which selectively represent histologically different structures in the brain. These data are systematically analyzed and fine structural determination is achieved by regarding them as multidimensional signal space and by the application of non-hierarchical cluster analysis (K-means and fuzzy K-means method).

These results show that a study of strict method for data analysis of various CTs will make a large contribution not only to the advancement of clinical effectiveness of each of these devices but to the establishment of a new diagnostic system for brain diseases by positron CT with a complementary use of NMR-CT.

## 要 約

ポジトロンCTは脳の生化学的、薬理学的情報まで含む、ダイナミックな臨床検査・診断技術であるが、解像度に限界があるため、脳の複雑な三次元構造を同定し、解析するための補助手段を必要とする。本研究では、ポジトロンCT画像における脳の構造同定と領域分割をコンピュータにより自動的かつ客観的に行う方法を開発する。本報告では標準脳地図を用いる方法と、NMR-CTによる一連のデータを利用する方法の2つが主に論じられているが、これらは最終的には補い合って臨床診断の為の実効的手段となると思われる。

まず、標準脳地図とは、脳の各断層面を示す解剖図譜の中から、基本的な構造の輪郭をコンピュータに記憶させたものを言う。これを各個人の脳の形態的特徴に合わせて変形し、最終的にはポジトロンCT画像に重ね合わせて領域の抽出と統計処理を行うものである。ここでは、X線CTおよびNMR-CTを利用して、標準脳地図の変形・適合を行う方法を述べた。

さらに、NMR-CTによる脳の断層画像は、待ち時間(delay time)を変えることで様々な構造を選択的に強調した一連の情報を提供する。これらを系統的に利用して、最後は同一の対象に対する多次元信号空間と見做して、非階層的クラスタ分析を行うことにより、白質・灰白質の精密な区分を含む質の高い構造解析を達成することが出来た。

これらの結果は、ポジトロンCTやNMR-CTのデータ解析を臨床に向けて精密に遂行することが、各々の装置の有用性を高めるのみならず、それらの結果を相補的に関係づけることによって、さらに質の高い総合的画像診断システムへと展開できることを示している。

## 1. はじめに

脳実質に関する、いわゆる脳画像診断学は、CT (computer assisted tomography: コンピュータ断層)技術の実用化によって新しい時代を迎えたと言ってよい。

この技術は次々と新しい原理に基づく断層情報へと応用され、既に今日では3種類の異なるCTが、脳の臨床に実用化されている。X線CT、ポジトロンCT、NMR-CTがそれらであり、中でもポジトロンCTは、様々な標識化合

物の開発によって新しい脳機能診断学の名に恥じない貴重なデータを持たらしつつある(文献1, 2)。

しかし、ポジトロンCTの基本的な弱点はその空間分解能の低さであり、これが脳の構造同定とデータの診断学的解釈を困難にしている大きな原因のひとつである。本研究が扱うのは、この弱点をどう克服するかということに関する、主として画像工学的なアプローチである。具体的には、現在既に援用可能なNMR-CTおよびX線CTを利用して、脳の諸構造をいかに精密

に同定していくかという試みである。

従って本研究はポジトロンカメラや画像再構成の仕方、あるいはデータ採集方法の改善などの問題には立ち入らず、専ら得られたデータの2次処理の領域に踏み停まり、臨床診断の客観化と自動化の為の基礎作業を行うものである。とはいえ、コンパートメントモデルやその他の時系列処理もまず構造同定が出来ていなければ診断学的意味をなさないという意味においては、本研究はポジトロンCTデータを臨床に適用する作業の中では基本的な役割を担うものと言えよう。脳機能診断は、構造同定を前提として成り立つのである。

本論文は、以上の問題設定に対する我々のこれまでの一連の研究(文献3~6)を臨床医学的観点からまとめたものであるが、しかしこれはまた同時に、ポジトロンCTを中心とした脳機能診断法のためにX線CTやNMR-CTなどの新しい臨床技術を、どのように組み合わせ、統合してゆくべきかについての我々の考え方を示したのものにもなっているはずである。

## 2. ポジトロンCTデータの性格と 脳機能診断の論理(問題設定)

ポジトロンCTデータの画質もしくは統計的精度の悪さの原因は、まず第一にポジトロン飛程にあり、点線源といえども、3次元方向に広がる直径数ミリメートルの球としてしか捉え得ない<sup>7)</sup>。しかも、計数効率を考慮して、現在のカメラの検出器の有効断面積は1~数平方センチ以下にし難いため、断層厚も1~2cmで脳を捉えざるを得ない。しかも標識化合物による人体被曝は少ないに越したことは無く、今日実用的と見做される範囲の投与量では、脳の断層像の1ピクセル当たり、せいぜい数10~数百カウントを最大値として再構成画像を観察することになる。

しかも $\beta^+$ 崩壊の統計的ゆらぎや、計測中の生体の動き、画像再構成の際の吸収補正、偶発的

同時計数や散乱同時計数の補正などに伴う誤差など、諸種の誤差要因も付け加わることになる<sup>8)</sup>。

これらの最終結果として得られる脳の断層画像は、図1-Bに見る如く、微細な解剖学的構造を表現するというよりは、かろうじて脳葉(lobe)と基底核領域を大まかに区別するだけのぼやけた像である。通常の視察的判定の際には、これにウィンドウもしくは閾値処理を施したり、さらに平滑化して、図1-Cの如き像として扱われることが多い。また最近では、さらに階調処理や色付けがされていることが多い。

平面画像としてでなく、時間放射能曲線として解析される場合にも、当然の事ながらデータの統計的精度の悪さは決定的な影響を及ぼし、小領域(せいぜい数ピクセル以下)の時間変動を追跡し、本質的な事象を抽出することは、かなり大胆な平滑化を用いてなお困難なことが多い<sup>9)</sup>。

構造同定をさらに困難にしているのは、ポジトロンCTに用いられる標識化合物の分布が、脳神経細胞の生化学的・薬理学的特性に従って動的に分布するからであり、これは古典的な解剖学の図譜に一致するとは限らない。糖やアミノ酸の代謝、各種の神経伝達物質のリセプタの描出などがさかんに行われだした今日、これらの機能的分布を適確に判断する手法がますます必要となっている。

脳の機能診断は構造同定を前提としてのみ成り立つが、上に述べた事情から、ポジトロンCTデータの解釈には、まず構造判定の為の諸手続きが、外から提供される必要があることが察せられよう。

さて、ここで問題にしている脳の諸構造とは次の如きものであり、さし当たりポジトロン飛程による分解能の限界とされる3~4mm以下の構造は問題にしない。即ち、脳葉、各脳回、脳室、尾状核、被殻、視床、中脳・橋被蓋などであり、これらに対応する脳機能地図としては、Brodmann や Flechsig による大脳質の領域区

図1 ポジトロンCTおよびX線CT, NMRCT画像の特徴

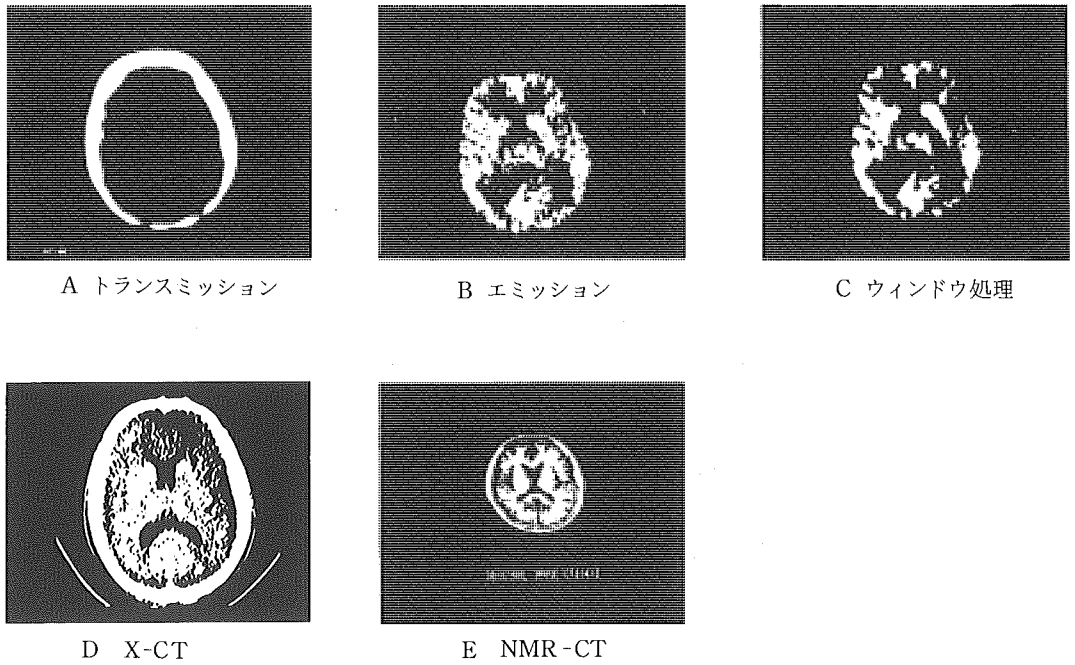
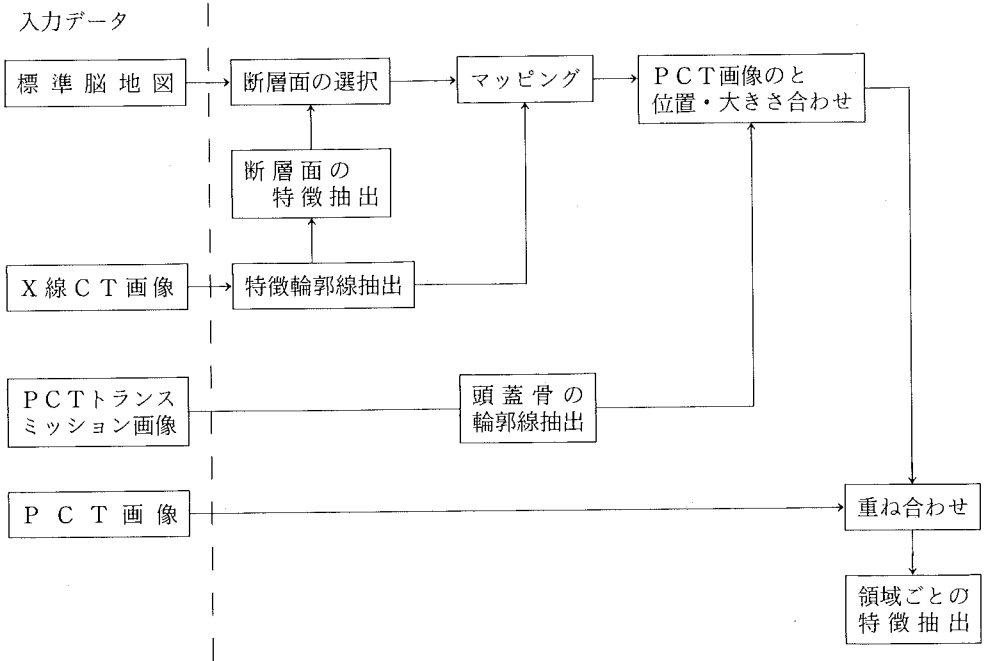


図2 領域分割のデータ処理過程



分(文献10, 11)がある。海馬や扁桃核, 視床垂核群なども大まかには推定したいが, 例えば皮質の層構造やカラム構造などは判別を期待し難い。また, 細部は望み難いとしても, 機能診断に持ち込む為にはどうしても行わなければならないものとして, 灰白質と白質の区分がある。

このような課題に対する部分的で不確実な解答は, 従来の画像処理装置によるROI(関心領域)やPROFILEを始めとするマニュアル操作に依存した方法によっても与えられるが, 主観に頼らない系統的で客観的な方法は, コンピュータによる自動解析プログラムとして開発する必要がある。以下に示すのはその試みである。

### 3. 方 法

脳の諸構造の同定の為に, 我々は以下に述べる3つの方法でアプローチしてきた。第1はポジトロンCT自体のデータを用いて脳画像の領域分割を行う方法, 第2はX線CT画像を用いて構造同定と領域分割と行う方法, 第3はNMR-CTを用いる方法である。このうち初めの2つは脳の断面の諸構造を典型的に示す「標準脳地図」を解剖図譜からコンピュータに入力しておく, 個々のポジトロンCTまたはX線CT画像から抽出される特徴量に合わせて, 標準脳地図を変形して領域分割を行う方法である(図2)。

これに対して第3の方法は, NMR-CTデータの多元的性格を活用して, もっぱらこれらの統計的処理の中から脳の諸構造の同定と領域分割を行おうとするものであり, ポジトロンCTへの適用は, 同一レベルの画像にこの結果を重ね合わせるだけでよい<sup>3)</sup>。以下にこの3つの方法を順次説明する。

#### 3-1. トランスミッションデータを利用した標準脳地図との重ね合わせ

トランスミッションデータは, 本来は $\gamma$ 線の吸収補正のために, 外部線源により得られるもので, この再構成画像は $\gamma$ 線の吸収の最も強い部分として頭蓋骨の輪郭を与える(図3-a)。

輪郭の抽出は図3-bに示す如く, 画像の中心から放射状に, 閾値を設定して行い, 平滑化した上で, 内輪郭線をほぼ脳実質の外縁と見なすことにより標準脳地図を適用する。

標準脳地図は, 脳断面の写真を簡素化して図4に示す如きものを脳の各レベルに合わせて用意した。

さて標準脳地図を頭蓋内輪郭線に合わせて変形させるには, 脳(標準脳地図)がゴムのように伸縮するものと考え, 脳の中心点O(O')を決定した上で, 線分OPと脳の諸構造の輪郭線との交点を同じ比率で保存するように, O'P'の内分点として内部構造を描き出す。この結果を, 位置と大きさを合わせつつポジトロンCTイメージへ重ね合わせて領域分割が出来上る。しかしこの方法では, 内部構造をもっぱら頭蓋輪郭のみに頼って(標準脳地図から)推定しているため, 個々の被検者の脳の形状を忠実に捉えているとはいえない。

そこで, X線CTを利用して, 個々の脳の形状をさらに忠実に反映する方法を次に示す。

#### 3-2. X線CTを利用したマッピングアルゴリズム

X線CT画像には脳の内部構造が部分的に表現されており, 造影剤を使用した場合には灰白質と白質の区分も, 部分的には可能であるが, %比の限界や骨によるアーチファクトの影響を受け易く, 安定した構造としては利用することが困難であった。

結局, X線CT画像から安定して抽出可能なのは, 頭蓋骨内縁と脳室の外輪郭であり, これらの構造に囲まれた領域を, 標準脳地図の変形によりマッピングすることになった(図5)。

その際, 図5-aに示した如く, 脳室の端や縦横の中心線との交点など計16個の特徴点をマッピングのための手掛りとして利用すると便利だと思われた。また頭蓋の内輪郭のうち, 特徴点で区分される計8本の線分の長さも, 特徴パラメータとして利用できた。



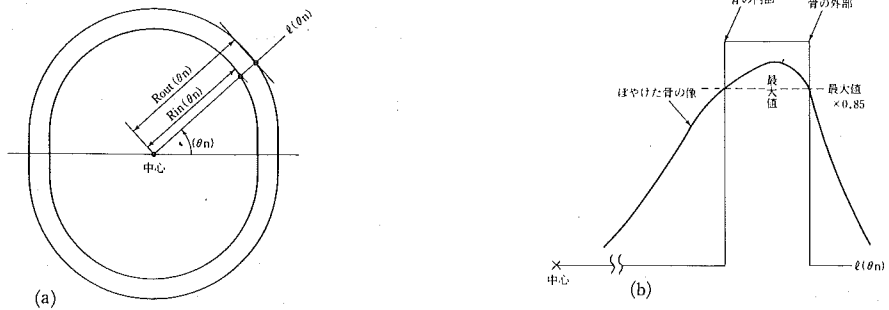


図3 トランスミッション画像の骨の輪郭線抽出手法 (本文参照)

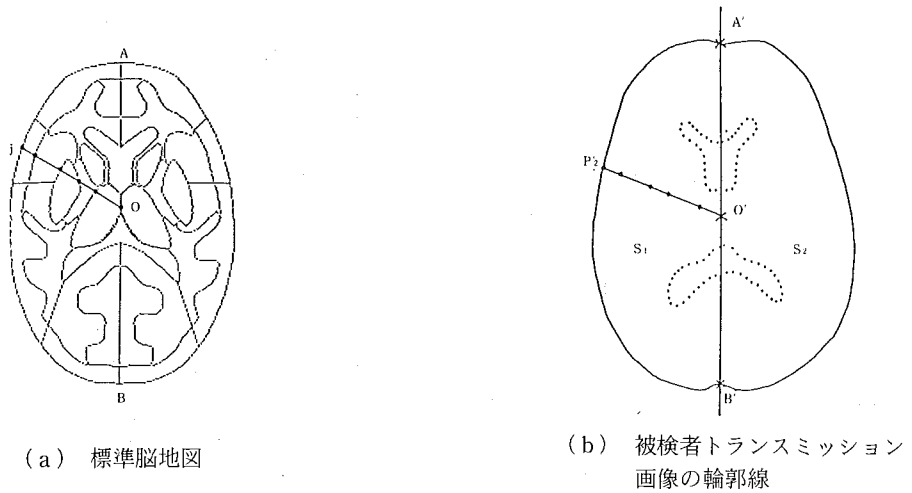


図4 マッピングアルゴリズムの図解 (説明は本文参照)

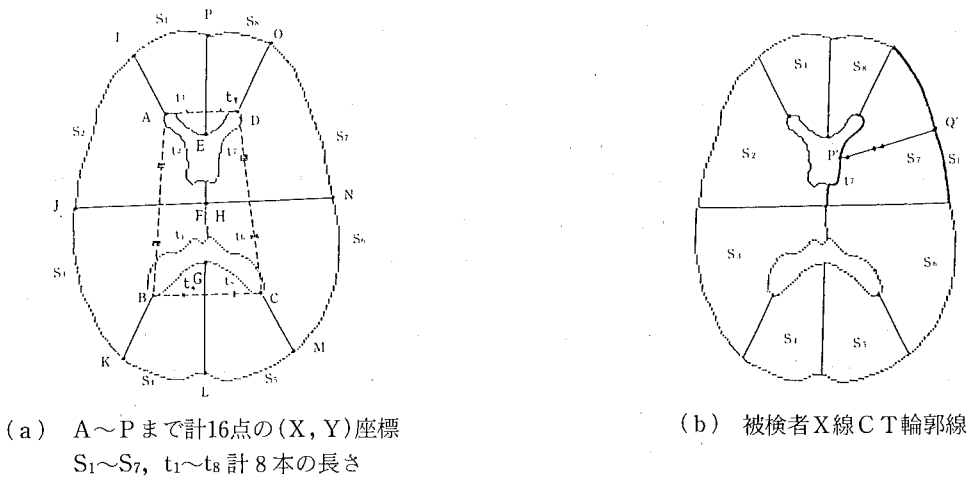


図5 特徴パラメータの設定

これらの特徴点および特徴パラメータを用いながら、脳室の外縁と頭蓋内縁をたどりつつ、線分PQと脳実質の内部構造の輪郭線との交点を、等しい比を保って伸縮させつつマッピングする(図5-b)。この結果をポジトロンCT画像上へ、方向、大きさを補正しつつ重ね合わせて領域分割を完了する。

この方法によれば、個人差と脳のスライスレベルの微妙なずれによる標準脳地図との食い違いを、比較的良好に補正できる。しかし個々の被検者の頭蓋や脳構造の微妙な特徴は、標準脳地図ではカバーし尽せないことが多く、例えば、個々の脳回の走行や脳回へ入り込む白質-灰白質の境界の輪郭などは個人に固有のものであり、もはや「標準的」な地図によっては追跡できない。

### 3-3. NMR-CT データを用いた脳構造の抽出

NMR-CTは、傾斜磁場の中で原子核を刺激し、核からのシグナルが時間軸に添って減衰する過程で情報を集め、断層画像を構成する。磁場のかけ方や信号収集の方式を変えることにより様々な特徴を持つ画像が得られることが最大の利点であり、空間分解能も1~2mmと比較的良好である。

この多様な画像情報の分析と統合自体も重要なテーマであるが、ここではポジトロンCTへ応用することを前提に、脳実質の構造同定と領域分割にとって都合のよい処理方法を提案する<sup>9)</sup>。

NMR-CTに反映される脳実質内の物理的組成の区分は、まず白質と灰白質であり、これが大別された後に灰白質内部の再区分へと進むことにした。このような目的に対して、反転回復法(inversion recovery: 以下IR法)の待ち時間を変えた一連の画像を組み合わせ、まず粗大な基本構造の輪郭の抽出から始め、次第に細かな部分へと分析を進める。この分析は主として閾値処理による。この閾値は、画像データと本処理手法に適合する形式で表現された解剖学的

構造に内在する知識に基づき自動決定する。さらにK-means法などの非階層的クラスタ分析を用いることにより個々の脳回内部の白質-灰白質の境界の判定にまで到達することが出来た。以下にその手法を述べる。

まず原画像としては図6に示す5枚のIRイメージを用いた。これらは同一被検者の同一レベルを、待ち時間を変えて撮ったものである(Td=100msec~600msec)。これらの原画像に輪郭保存フィルター(edge preserving filter)をかけてノイズの影響を減少させた後、次の操作に移る。

#### 3-3-1. 基本輪郭線の抽出

待ち時間の短い画像では、髄液と灰白質は高輝度に、白質や皮膚は低輝度に表れ、骨は抽出されない。従って図6-Aに対し閾値処理を行うことで簡単に頭蓋内縁(または髄液外縁)を抽出できる。<sup>6,12)</sup>

同様な考え方で、待ち時間を長くとした画像図6-Dからはほぼ白質と思われる領域の外縁を抽出できる。(図7-A)

さらに待ち時間を長くした図7-Eでは、髄液からの信号が弱くなり、灰白質と脳室の外縁が明瞭となる(図7-B)。この脳の外縁(図7-C)と白質の外縁(図7-A)を重ねると、灰白質の領域を限定することが出来る(図7-D)。

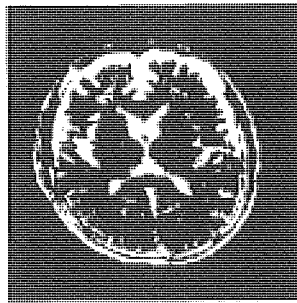
#### 3-3-2. 大脳基底核の抽出

視床・被殻・尾状核などの構造には、大脳皮質の灰白質部分に近い信号特性を持つ部分と白質に近い部分(線維走行の密な部分)とが複雑に交錯しており、全脳に一律な閾値処理を施すだけではこれらの輪郭を同定することは困難であった。そこで対象領域を、上で抽出した脳室外縁と白質外縁の間の帯域に限定して操作し、図8-Aのような結果を得た。

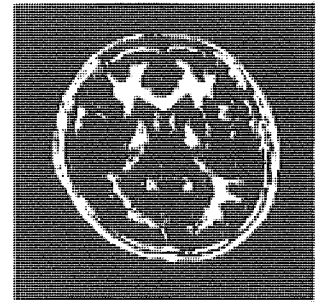
図6 待ち時間を変えた各種のNMR画像



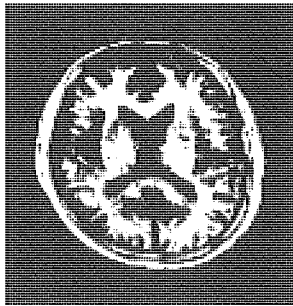
写真A  $T_1^{(1)}$



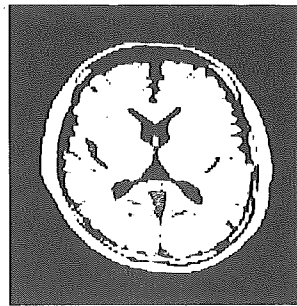
写真B  $T_1^{(2)}$



写真C  $T_1^{(3)}$



写真D  $T_1^{(4)}$

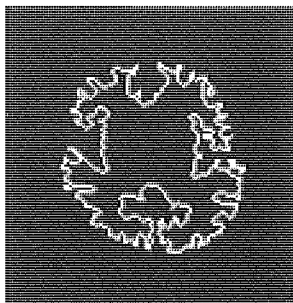


写真E  $T_1^{(5)}$

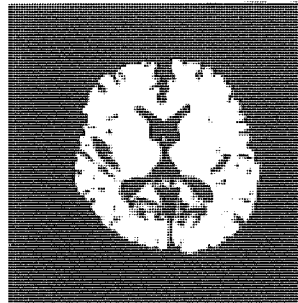
写真1～写真5

待ち時間 $T_1$  (Inversion Time)を $T_1^{(i)}$  ( $i=1, 2, \dots, 5$ )とした反転回復法(Inversion Recovery)によるOM4での5種類の画像。但し、 $T_1^{(1)} < T_1^{(2)} < \dots < T_1^{(5)}$ である。なお、Edge Preserving Filterを適用する前の画像である。

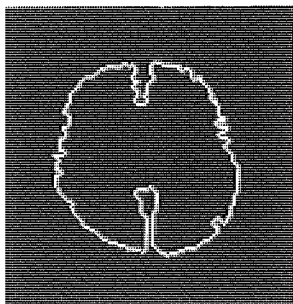
図7 閾値処理による基本輪郭線の抽出



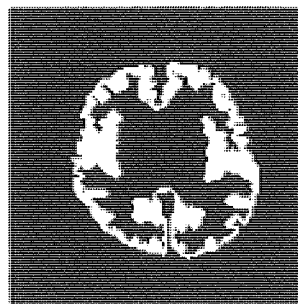
写真A  
白質と思われる領域の外側輪郭



写真B  
写真5の画像から頭蓋内縁領域を切り出した画像

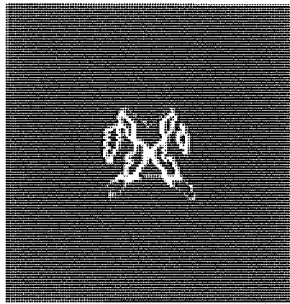


写真C  
脳の表面



写真D  
灰白質の領域

図8 閾値処理結果の合成による領域同定



写真A  
 視床・大脳基底核  
 (被殻・尾状核)の  
 輪郭  
 ; 視床・大脳基底核  
 の輪郭  
 →明線  
 脳室の輪郭  
 →暗線



写真B  
 領域分割結果  
 ; 灰白質・視床・  
 大脳基底核  
 →灰色の領域  
 白質  
 →白色の領域  
 脳室  
 →白色の領域

これらの結果を合成すると図8-Bに示すごとく、皮質における灰白質と白質、大脳基底核および脳室が同定され、区分された地図が出来上る。

しかし、ここまでの作業は、閾値論理とそれに基づく輪郭追跡アルゴリズムに頼っているため、幾つかの見逃されている点がある。まず、灰白質と白質の外輪郭を連続的に追跡するアルゴリズムを用いたため、脳溝の複雑な走行によって(例えば島周辺)島嶼状に散在する白質や灰白質が評価されていない。また、特定の待ち時間で得られた画像に閾値処理をしたことにより、本来混在し、部分容積効果(partial volume effect)により同一ピクセル内に取り込まれているはずの灰白質(神経細胞体)と白質(神経線維束)の間に、任意に過ぎる境界を設けた可能性がある。

これらの問題に答えるには、一連の画像データ(ここでは条件を変えた5枚の同一水準の画像)を全体として評価し、白質・灰白質の統計的性質を吟味し、そこから客観的な規準を得ることが望ましい。

### 3-3-3. 非階層的クラスタ分析による検討と再分割

同一の脳構造に対して得られた5種類の画像を、5次元信号空間を形成するものと見做し、脳の各組織の統計的性質を吟味する。

まず脳回の際間へ入り込む脳溝は髄液で満たされているため、脳室と同じ性格を有すると思

われる。そこで、上で抽出した脳室の統計的性質から判別関数を構成し、これを用いて脳溝を除去する。

次に前項までに得られた白質-灰白質分割を初期分割として、K-means法<sup>13)</sup>を適用して、個々のピクセルが白質・灰白質のいずれに属すべきかの統計的吟味を行う。これにより脳回に入り込む白質のさらに微妙な走行が追跡される。

さらに、partial volume effectの問題は、スライス厚が1センチ前後の装置ではどうしても避けることが出来ず、むしろ白質・灰白質の入りまじった領域は、中間領域として残す方が適切とも考えらる。一定の規準により、このような中間領域を残す方法をファジィ・クラスタリング(fuzzy clustering)と言うが、ここではfuzzy K-means法を用いてこれを行った。これらの結果は次章で述べる。

## 4. 結 果

図9に、4名の被検者のOM 4 cm (orbital line 上方4 cmの水平断層)に相当するポジトロン画像を、標準脳地図法で領域分割した結果を示した。図9-Aはこれに用いた標準脳地図で、計28の領域を区別している。これをX線CT画像を手掛りに変形して、18F-デオキシグルコースによるポジトロンCT画像に重ね合わせたものが、図9-Bである。

またこれらの諸領域のカウント数の平均値を求め、一断面全体の平均値で正規化したものを表1に示した。

18F-デオキシグルコースに関しては、3コンパートメントモデルを用いた糖代謝率の算出が行われることが多いが<sup>14)</sup>、ここでは、領域分割の意義を検証することが目的であり、相対値で議論を進める。

表1の示す所によれば、正常者では、白質領域が約80~90、大脳基底核や皮質が約105~110の値を示し、極端な値を示すことが少ないのに対し、患者群では75~130とやや分布幅が広がっている。

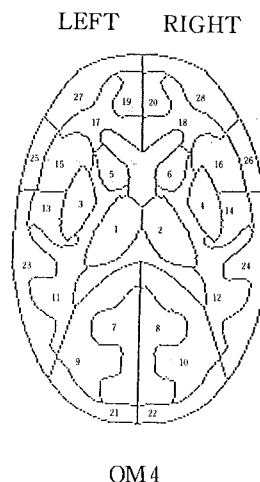
表2には正常者の対応する領域と比較した患者群のデータを示した。20%以上の大きな差が目立っているのは、被検者4（ハンチントン舞踏病）の場合であり、尾状核(6)、被殻(4)、前頭皮質(26)などの低値は、この部の変性・萎縮に対応するものと思われる。また1次視覚領(7, 8)が目立って高いのは、脳他領域が低値を示している為で、この部位の機能亢進とは考えにくい。同じことは被検者2の視覚領についてもあてはまるだろう。

正常・異常をこのような領域平均値から推定する試みには魅力があるが、以上からも察せられる如く、代謝率もしくはそれに代る個人間の正規化要因と、性・年齢などによる補正が成功した上でなければ、この試みは実用的な手法とはならないだろう。この点は別報で論ずる予定である<sup>15)</sup>。

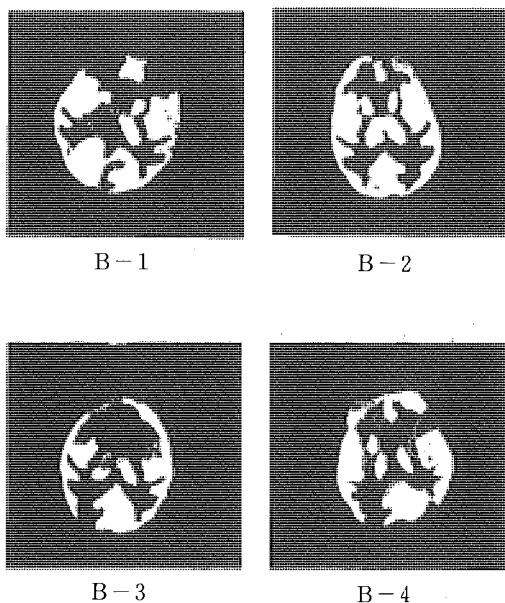
領域分割が完了した後は、様々な統計処理がコンピュータ上で簡単に行えるわけであるが、表3には各々の被検者についても、左右半球の対応する領域間の比較をまとめた。10%以上の左右差は正常者では認められないが、患者群では出現しており、特に被検者4では20%以上の差が3箇所認められる。恐らくこれは、ハンチントン舞踏病のような変性疾患においても、脳の変性は大きな左右差を伴って生じていることを示唆しているものと思われる、症候学との対

図9 標準脳地図とその適用例

(A) 標準脳地図の領域



(B) 標準脳地図を変形して  
個別症例に当てはめた場合



比検討により、このような所見は大きな診断学的価値を持つことになるとと思われる。

しかし、脳の形態自体が病的に変化してい

表1 ポジトロン画像の領域分割による各脳領域間の比較

図9に述べた領域分割に従い、領域間の相対比較を行なった。

領域	被検者1	被検者2	被検者3	被検者4
1	96	98	99	102
2	105	99	106	106
3	113	107	121	92
4	111	99	126	87
5	111	88	107	106
6	103	94	111	79
7	107	121	116	123
8	98	132	105	128
9	105	87	100	99
10	104	103	92	111
11	90	92	85	88
12	83	79	83	94
13	103	104	116	103
14	109	108	100	98
15	112	94	115	102
16	102	99	95	91
17	85	82	77	90
18	82	81	81	92
19	106	103	91	96
20	110	97	111	103
21	113	104	107	76
22	104	109	106	95
23	108	113	110	110
24	102	105	107	103
25	104	116	110	103
26	101	106	96	80
27	101	108	104	103
28	98	110	97	106

表2 正常者との比較

(正常者に対応する領域で正規化)

領域	被検者#2 OM 5	被検者#3 OMS 3	被検者#4 OM 3
1	97.5%	98.2%	101.9%
2	99.0	105.2	105.7
3	95.2	108.0	82.0*
4	88.6*	112.0*	77.7**
5	82.2*	101.7	99.6
6	88.3*	103.4	73.9**
7	117.7*	112.8*	119.6*
8	128.9**	102.3	124.5**
9	83.4*	95.8	95.3
10	98.8	87.8*	106.2
11	106.2	97.6	101.3
12	91.6	96.2	108.0
13	97.8	108.9	96.7
14	101.5	93.9	92.6
15	88.0*	107.7	94.9
16	92.7	89.8*	85.2*
17	98.2	92.8	108.4
18	97.0	97.3	110.7*
19	95.6*	84.5*	88.6*
20	89.8*	102.9	95.0
21	95.7	98.9	70.2**
22	100.5	98.4	87.4*
23	108.2	105.3	104.6
24	99.8	102.5	98.7
25	112.6*	107.6	100.5
26	103.0	93.5	77.9
27	108.9	105.3	103.8
28	110.5*	98.2	106.6

く場合には、正常者の脳から作成した標準脳地図が限られた役にしか立たぬことは明らかである。この場合には、NMR-CT などにより、実態を詳細に解析した上で、標準脳地図と比較し、形態変化と残存（あるいは変形）部分の機能変化とを、別々に評価できるようなシステムにし

ておこなうてはならない。

さて図6～図8に示した方法に引き続き、K-means法を用いて同じ断面を再分割した結果を図10に示す。より微細な部分まで追跡できていると思われる。また前にも述べた如く白質-灰白質は本来画然と区別されるものでなく、中間

表3 左右の対応する領域の左右差

領域	被検者#1 MO6	被検者#2 OM5	被検者#3 OM3	被検者#4 OM3
全領域	2.7%	0.2%	3.3%	-1.1%
1	-9.6	-2.4	-6.8	-2.5
2	1.7	7.3	-3.9	5.3
3	8.7	-7.4	-1.7	29.5**
4	8.5	-9.5	9.7	-4.1
5	1.2	-16.9*	8.6	-10.9*
6	8.1	14.7*	1.4	-6.3
7	-6.3	-3.7	14.9*	4.3
8	8.8	-5.3	18.0*	10.8*
9	3.6	1.2	-4.9	-2.1
10	-3.9	5.3	-19.5*	-6.9
11	8.0	-4.9	0.5	-21.6**
12	5.5	8.0	2.6	5.9
13	2.5	8.9	12.9*	25.3**
14	3.2	-1.5	6.9	-2.7
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

Table 3 左右の対応する領域の左右差

\* 10%以上の差

\*\* 20%以上の差

領域を残す方がむしろ事実に近いと考えられる。このように中間領域を区別した画像は fuzzy K-means 法によって得られる。今回は、この被検者のポジトロン画像が利用出来なかったため、この結果をポジトロンデータに当てはめて検討することが出来なかったが、画像の大きさや位置合わせの方法は、X線CTの場合と同様であり、またポジトロンCTのトランスミッションデータを用いてもよい。

表4には図6-図8の方法により行った領域分割に従い、多領域の $T_1$ 値及び5枚の画像の同一領域で構成される5次元ベクトルの分散（一般化分散、 $|KA_i|$ ）を示した。視床・被殻・尾状核については左右別々に示してあるが、有意差は認められない。視床と尾状核の $T_1$ 値が灰白質の $T_1$ 値と比較的近い値を示すのに対し、被殻はこれらからややずれているのが興味深い。この領域を貫通する多くの線維束が、 $T_1$ 値を白質に近づけているといえるかもしれない。このような組織特性の相違が抽出できることは、NMR-CT自体の診断学的価値の重要なもののひとつであり、白質変性などの組織病理への診断学的寄与を示唆している。

一方、一般化分散が大きくなるにつれ、領域内の一様性が失われていくことが知られており、被殻に比べ表4に示した全体としての白質、灰白質はより不均一であることがわかる。（脳室の

表4 脳の各種域  $A_i$  の重心  $MA_i$  と一般化分散  $|KA_i|$ 

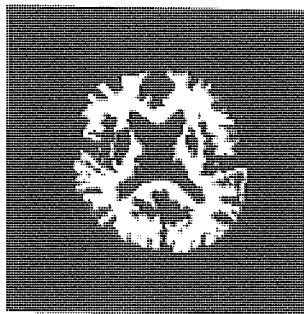
領域 $A_i$		重 心 $MA_i$					$\log_{10} KA_i $
		$MA_i(1)$	$MA_i(2)$	$MA_i(3)$	$MA_i(4)$	$MA_i(5)$	
視 床	左	126.7	34.3	38.3	80.7	143.7	10.89
	右	125.8	34.9	38.1	81.3	144.4	11.13
被 殻	左	113.8	18.9	57.5	98.6	169.5	9.49
	右	120.3	16.2	53.5	96.6	175.9	9.63
尾状核	左	137.9	38.2	35.5	73.6	152.6	10.76
	右	139.4	46.7	32.8	68.0	152.0	10.86
脳 室		136.5	85.3	38.7	39.3	51.0	12.63
白 質		93.5	30.9	67.6	110.5	162.5	12.29
灰白質		148.8	49.6	31.9	74.1	141.0	12.38

表5 再領域分割による白質・灰白質各種領域 Ai の重心 MAi と一般化分散 |KAi| の変化

(a) 再領域分割後の重心と一般化分散

領 域 Ai	重 心		MAi			log <sub>10</sub>  KAi
	MAi(1)	MAi(2)	MAi(3)	MAi(4)	MAi(5)	
白 質	89.1	28.2	70.0	112.0	165.4	11.85
灰 白 質	157.1	52.1	27.4	72.4	139.8	11.78

図10 白質-灰白質間の再領域分割結果



：白質  
→白色の領域  
灰白質  
→灰色の領域  
脳室・視床・大脳  
基底核・脳溝  
→黒色の領域

一般化分散が大きいのは、今回のデータでは、中隔や choroid plexus を含めてしまっているからと思われる。）

K-means 法を用いて再分割した場合の白質と灰白質の T<sub>i</sub> 値と一般化分散を表5に示した。一般化分散がかなり減少していることは、この手続きが有効であったことを示していると思われる。また、同じ灰白質の中でも、皮質の領域ごとに微妙な組織特性の差があることが予想され、今後は、例えば Brodmann の領域などに従い、このような検定を行っていく必要があるだろう。しかしこれらはむしろ NMR-CT 画像自体の解析に属す問題であり、稿を改めて論ずることにする。

## 5. 考 察

### 1. 3次元構造解析の必要性

本来ポジトロンCTデータは、4次元の信号空間を満たすものであり、これを最大限に活用することを考えねばならない。時間系列に添っ

た解析は、刺激条件前後の時間放射能曲線の解析<sup>9)</sup>や或る種のコンパートメントモデル<sup>17)</sup>、又は神経受容体の displacement 実験<sup>18)</sup>などとして試みられているが、脳の3次元構造を適確に把握する為の手法はほとんど手が付けられていない。しかし、これはポジトロンCTの神経・精神医学領域への堅実な応用を行うためには避けて通れない問題であり、我々は早くからこのことを指摘し<sup>16)</sup>、取り組んできた<sup>3)</sup>。

そもそもポジトロンCTの空間分解能の悪さは当初から研究者を悩ませてきた問題であり、装置開発の大方の努力もこの点に向けられたと言ってよい。データの収集効率と統計の精度を保ちつついかに解像度を良くするかということは今後も追求されねばならぬ問題である。しかしながら、現在のポジトロンカメラでは、せいぜい数ミリないし1センチ立方のブロックを測定最小単位(ボクセル)として扱わざるを得ない。しかも臨床的解釈に際しては、この1ボクセルあたりのデータでは統計的精度が悪いため、数個以上のボクセルをブロックとして切り出し、統計的検定を行うことになる<sup>20-22)</sup>。

しかしこのような大きなブロックをマニュアルで切り出すことは、2重の意味で不確実さを持ち込むことになる。第1は解剖学的構造の無視であり、第2は主観的操作による恣意性である。数センチ立方のブロックの意味する所は、白質・灰質の区別はもちろん、時には脳葉の境すら無視した粗大な「数値いじり」になりかねず、この論文のはじめに述べたような意味での構造を踏まえた機能的診断には到らないということである。



本稿で述べたような画像解析手法を取り入れることによって、この点は大幅に改善されうるが、しかし依然として多くの問題が残されていることは変わりがない。

最も重要なものは、ポジトロン飛程に伴うデータの散乱であり、小領域に高放射能と低放射能の帯域が入り組んで存在した場合、なだらかにぼやけた分布として表現されること自体は避けられない、とりわけ脳のように3次元的に複雑な構造の場合は、これを補正するのは、各々の小構造に関しモデルを設定した相当な手間のかかる作業となるだろう。この問題は、本研究のような画像解析手法が進展し、脳の3次元構造が自由に操作できるようになった時点で改めて取り上げるつもりである。

その他にも、固定・照準方法の改善や前額断層像の活用、計測の短時間化や検出器の小型化など、脳の構造同定の精度を上げるためになされるべきことは数多い。

## 2. 標準脳地図と NMR-CT

標準脳地図を用いる方法は、NMR-CT が実用化される前に我々が提案したものであり、コンピュータの学習機能を見込んだ intelligent system として興味深いものであったが、脳回の微妙な走行と白灰・灰白質のヒダを、個々のデータについて追跡するには、精度が落ちると言わざるをえない。「標準地図」を精緻にすればする程、個々の被検者の示す個人差には追従出来なくなるという、論理的矛盾を内包している。

脳実質内での物理化学的区分は、白質・灰白質という古典的な解剖学用語に表わされており、現在の所、X線CTやNMR-CTなどの外部計測でこれ以上の機能的構造を識別することは困難である。X線透過性に関しては白質と灰白質の差は0.2~0.3%程度しかなく、種々のアーチファクトや partial volume effect などの影響下で、X線CT画像を用いて安定した境界を見出すことは困難であった。

これに対し、NMR-CT の場合は、待ち時間を変えた I R イメージの組み合わせから比較的

容易に凡その輪郭を得ることが出来、非階層的クラスタ分析により、組織特性を踏まえて精密な構造追跡を実現することが出来た。

白質と灰白質の領域が定量的に（面積、もしくは体積として）評価されるということは、これだけでも多くの応用分野が開けることを意味しており、例えば各種疾患における脳の各部位ごとの灰白質の萎縮の程度や白質の変性の程度を詳細に評価出来ることを意味する。またポジトロンCTへの応用に関しては、個々の被検者の精密な構造マップをポジトロンイメージを重ねて解析できることを意味しており、精密さという点では、標準脳地図より優れている。

言う迄もなく、同一面をスライスした NMR-CT イメージが得られない場合は、標準脳地図に頼るしかなく、また現在のポジトロンCTイメージの解像度では、比較的大きな領域をブロックとして比較するだけなら、両者の結果にさほど大きな違いは生れないかもしれない。しかし、信頼性という点からは歴然とした差がある。

しかし NMR-CT ですべて事足りると言えるわけではなく、前にも述べた如く、例えば病理的形態変化が脳に生じた場合にその異常性をコンピュータに判定させる場合に、やはり標準脳地図のような考え方が必要になってくる。正常な脳の本来あるべき形と対比させることなしには、診断へと到ることはできないのである。

## 3. 立体構造の解析

本報で示したのは単一スライス上での構造同定とポジトロン画像処理であり、立体構造を3次元的に示すまでには到っていない。CT装置において、データの収集は多断層的に、即ち平面的画像の積み上げとして行われるから、関心のある立体構造はむしろスライス面の方向を変えて撮ればよい、と言う考え方もある。

しかしできることなら脳の複雑な構造は、例えば尾状核は尾状核の全体として、角回は角回として、また Brodmann の area 41はそのようなものとして、3次元表示の中で無理なく評価したいと考える。その為の基礎作業として我々

は、スプライン関数などを用いて多くのレベルから取った平面脳地図を3次元的に組み上げる試みなどを行ってきたが<sup>4)</sup>、まだ実用化するまでには到っていない。

NMR-CTは、多数の良質なデータが敏速に収集でき、しかも安全性の極めて高い装置であり、これを十分に活用することでこの作業は一段と進行すると思われる。

#### 文 献

- 1) ポジトロンCT特集号：神経研究の進歩28(2), 1984
- 2) 苗村育郎, 井上修, 山崎総四郎：ポジトロンCTによる精神疾患研究—現状と展望 神経研究の進歩28(2)：318—334, 1984
- 3) 葉原敬士, 原島博, 宮川洋他：標準脳地図からの写像によるポジトロンCT画像の領域分割. 信学技報, MBE82—107, 1982
- 4) 原島博, 葉原敬士他：CT画像処理のための3次元標準脳地図データベース. 医用電子と生体工学22巻特別号P. 752, 1984
- 5) 厲曉峰, 原島博, 宮川洋他：標準脳地図を用いたX線CT画像の領域分割. 信学技報, MBE84—57, 15—22, 1984
- 6) 斎藤隆弘, 桑原伸一郎, 池田裕二, 他：NMR—CT 脳画像の処理と領域分割(1). 信学技報, MBE84—52, 1984
- 7) Cho, Z. H., Chan, J. K., Ericksson, L., Singh, M., Graham, S., Mac Donaid, N. S., and Yano, Y., "Positron Range Obtained from Biomedically Important Positron-Emitting Radionuclides." J. Nucl. Med., vol. 16. pp. 1174—1176, 1975.
- 8) 高見勝己：エミッションCTとその最近の研究 動行日経エレクトロニクス2(18), 122—150, 1980
- 9) 苗村育郎, 櫻井芳郎, 田所裕之他：ポジトロンCTによる脳機能変化の追跡(第2報)—脳局所時間放射能曲線の検討—精神衛生研究30：8—30, 1983
- 10) Brodmann, K.: Vergleichende Lokalisationlehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues. J. A. Barth, Leipzig, 1909.
- 11) Flechsig, P.: Über die Lokalisation der geistigen Vorgänge insbesondere der Sinnesempfindungen des Menschen. Veit, Leipzig, 1896.
- 12) 岡本克郎：精神医学におけるNMR—CTの可能性, 臨床精神医学13(12)：1561—1572, 1984
- 13) Hartigan, J. A.: Clustering Analysis. John Wiley & Sons, 1975.
- 14) Phelps ME, Huang SC, Hollman EJ, et al: Tomographic measurement of local cerebral glucose metabolic rate in humans with (F-18) 2-fluoro-2-deoxy-D-glucose: Validation of method. Ann Neurol 6: 371-388, 1979.
- 15) 伊藤高司, 苗村育郎：準備中
- 16) 苗村育郎, 斎藤陽一：ポジトロンCTによる精神神経疾患の研究—その現状と問題点. 臨床精神医学11：1107—1123, 1982
- 17) Phelps, M. E., Huang S. C., Hoffman, E. J., Selin, C., Sokoloff, L., and Kuhl, D. E.: Tomographic measurement of local cerebral glucose metabolic rate in man with 2-(F-18) fluoro-2-deoxy-D-glucose, Ann. Neurol 6: 371—388, 1979.
- 18) Mazière, M., Godot, J. M., Berger, G. et al: Positron tomography—a new method for in vivo brain studies of benzodiazepine, in animal and in man. In Costa, E. et al eds. GABA and Benzodiazepine Receptors, 1981, pp. 273-286.
- 19) 葉原敬士, 原島博, 宮川洋, 苗村育郎, 斎藤陽一, 他：ポジトロンCT画像の領域分割に関する一検討. 医用電子と生体工学21(特別号)：1983
- 20) Mazziotta, J., Phelps, M., Carson, R. and Kuhl, D.: Tomographic mapping of human cerebral metabolism—sensory deprivation. Ann Neurol, 1982.
- 21) Mazziotta, J., Phelps, M., Carson, R. and Kuhl, D.: Tomographic mapping of human cerebral metabolism—auditory stimulation. Neurology, 32: 921-937, 1982.
- 22) Buchsbaum, M., Ingvar, D., Kessler, R., Waters, R. et al: Cerebral glucography with positron tomography—use in normal subjects and in patients with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 39: 251-259, 1982.



## 精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の 対応に関する研究計画について

土居 健郎・中川 泰彬  
高橋 宏・岡上 和雄  
大塚 俊男・池田 由子  
高橋 徹・丸山 晋  
町沢 静夫・北村 俊則

国立精神衛生研究所

### The Application of Different Diagnostic Instruments on the Variability of the Clinical Pictures of Mental Disorders. A Reserch Protocol

Takeo Doi, Yasuaki Nakagawa,  
Hiroshi Takahashi, Kazuo Okagami,  
Toshio Ootsuka, Yoshiko Ikeda,  
Touru Takahashi, Susumu Maruyama,  
Shizuo Machizawa, Toshinori Kitamura  
Naional Institute of Mental Health

#### Summary

This article describes the background and development of a multicentre study on the variability of and diagnostic considerations for the clinical pictures of functional mental disorders at the present time. Approximately 250 subjects who fulfill the criteria of RDC Schizophrenia, Major Depressive Disorder, Manic Disorder, Schizoaffective Disorder or Unspecified Functional Psychoses will be selected and examined by using an *ad hoc* interview guide (and symptom profiles), Brief Psychiatric Rating Scale, Hamilton's Rating Scale for Depression, Scale for the Assessment of Negative Symptoms, Global Assessment Scale, Family History Questionnaire and Family History-Research Diagnostic Criteria, and Dexamethasone Suppression Test. They will also be prospectively followed up for 9 months. Experienced psychiatrists will be invited to examine the subjects independently and their diagnostic opinions will be carefully studied and compared with those made through the above operational psychopathological instruments. The present project aims at clarifying 'difficult' cases in terms of psychopathology and psychobiology.

#### はじめに

精神疾患の診断は身体疾患においてみられるような病理学的所見や生理学的諸検査所見を欠くため診断過程のほとんどを臨床症状経過の判

断に依っている。そのため臨床症状を中心にした各種の精神疾患の分類法<sup>29,31)</sup>が提案されており、世界保健機構 WHO においても国際疾病分類 ICD を作製し改訂が重ねられている<sup>87)</sup>。

しかし国際間の精神科診断の一致度が低いこ

とは、同一言語を用いているイギリスとアメリカの間においても明らかに認められたことから<sup>38)</sup>、文化の異なる国々の間ではなおさら診断に不一致をきたすことは<sup>55,69,88)</sup>むしろ当然といえる。また一国内においてもたとえ同一の病名、同一の分類法を用いても精神科診断は精神科医によっておおきく異なることが指摘されている<sup>23,54,89)</sup>。

このような診断の不一致をきたす要因としてはさまざまなものが挙げられているが、最も重大なものは近年の病態の変容と疾病分類の混乱であり、このことは具体的には次の諸点として考察できる。

1. 一部の反論<sup>70)</sup>はあるものの、精神分裂病の患者数の増加とその症状の軽症化が説えられており<sup>14,33)</sup>、亜型としての緊張病の激減も認められている。精神分裂病の転帰についても良好なものが少なく<sup>82)</sup>、近年は転帰の予測因子に関する研究が多くなってきている<sup>8,13,15,35,40,66)</sup>。
2. 抑うつ状態の増加<sup>31)</sup>とうつ病の軽症化が観察されており、それともなって従来の内因性(精神病性)うつ病の中核症状についての議論が盛んになってきている<sup>6,22,39,56,59)</sup>。
3. さらに神経症性うつ病という用語についても批判が強<sup>52)</sup>、DSM-IIIでは神経症性うつ病という用語が用いられていない。しかしこれら軽症抑うつ状態の把握については多くの問題が残されている<sup>3,37)</sup>。また抑うつと不安の境界についても臨床上の区別が困難なことが少なくない<sup>68)</sup>。
4. 症状の多様性と変動性のためいわゆる境界例と呼ばれる症例の増加と、これに対する治療的接近の必要性が増している。しかしこの病態の症状把握<sup>30,78)</sup>と他の精神疾患との臨床的峻別<sup>7,11,64,74,80)</sup>について統一の見解には達していない。
5. 精神分裂病と躁うつ病の境界領域にあり分裂感情病、循環性精神病などと称されている一群の病態についても診断の不一致が著しく<sup>12,41,65)</sup>病因論的研究も充分ではな

い<sup>2,9,28,34,58,84)</sup>。この病態では精神分裂病にみられる妄想、幻覚、自我障害、思考形式の障害に感情病(躁うつ病)にみられる躁もしくは抑うつといった感情障害が重畳している。これまでの実証的な研究では、分裂病症状と躁症状の合併した分裂躁病は、家族負因、治療反応性、経過について分裂病より躁病に近縁であることが示されている<sup>12,16,18,63)</sup>。しかし分裂病症状と抑うつ症状の合併した分裂うつ病については実証的研究はごくわずかであり<sup>19)</sup>不明な点が多い。

6. 精神分裂病の経過中に抑うつ症状が出現することは稀でないことが指摘されており<sup>51)</sup>診断上困難をきたす場合が少なくない。

このように機能的な精神疾患、ことに機能的な精神病の病態変化が診断の混乱を招き、臨床上の対応に困難をきたしていると考えられる。

そこで今回我々は厚生省特別研究費による研究としてこれらの問題点に焦点を当てた計画を立案した。この研究においては5つの大学の精神科教室に協力し依頼し、研究協力施設の比較的若い医師間の診断、分類、症状評価等についての一致率を高めた後に、実際のケースについての資料を集める。その際上記の医師とは別箇に10年以上の臨床経験を持つ精神科医(経験診断医)に同じケースについて独立した診断とその確実度についての判断を下して頂き、両者を比較する。ところで上記のごとく予備訓練によって一致率を高めた若手医師群と10年以上の経験ある医師群との間の診断分類上のばらつきは前述のようなさまざまな領域において起こるものと想像される。従ってららつき群のケースについてその分析を行ない診断方法の確立を期する。

さて一定の病態を独立した臨床単位として認めるか、あるいはその他の既存の病名(診断名)の一部とし包括するか、その場合にはどの病名に属させるかといった問題について、従来行われてきた実証的な方法論は次の4点に要約でき

る<sup>26,67)</sup>。

第1は横断面的症状学である。ある一群の症状が同時に出現する頻度が高い場合、これを症候群(症状群)として把握するという伝統的医学モデルによる方法が近年は多変量解析の手法により解明されるようになってきている。今回の研究におけるばらつきの多い診断不一致例については、後述の各種の臨床症状評価尺度による所見を基にしてその症状面の特徴を考察する。

第2は当該病態の家族内負因の欠如によりその病態の独立性を否定することはできないが、家族内発病率が高いことはその病態の遺伝性を示唆し、また病態としての独立性も考えられる<sup>62)</sup>。うつ病が単極型と双極型に分けられたのはこの方法に負うところが多く<sup>62)</sup>、この両者は他の生物学的指標上も峻別できることが示されている。今回の研究では family history method に従って各被検者の first degree relatives および配偶者における精神科疾患を調査し、ばらつき例についての検討に適用する。

第3は問題となっている病態の転帰である。ある枠組でとりあげた病態の自然経過が症例により著しく異なるのであれば、その枠組みそのものに疑問が持たれる。精神分裂病の辺縁群を中核群から分ける努力もこの考え方に沿うものである。今回は9カ月後の転帰を臨床症状、社会機能、経過型からとらえ、ばらつき例をその他の症例と比較検討する。

第4は一定の病態に特異的な生物学的指標を求める方法である。これも医学モデルとして身体疾患では日常適用されている。精神障害についてもさまざまな生物学的指標が提示され、その臨床応用性について検討されているが<sup>84)</sup>、このなかでデキサメサゾン抑制試験 dexamethasone suppression test (DST) はその適用の簡便性と、うつ病における特異性・感受性の高さから近年精神臨床研究において頻用されている<sup>20,21)</sup>。しかし例えばアルコール症<sup>1)</sup>、精神分裂病<sup>59)</sup>、不安神経症<sup>71)</sup>、老年痴呆<sup>10)</sup>など、うつ病以外の病態にも DST 陽性例が認められており、さらに正常被検

者<sup>32)</sup>もすべて陰性ではないことも示されている。従って今回は対象となるすべての症例について DST を施行し、疾病特異性を再検討するとともに DST 有用性を研究するものである。

## 対 象

今回の研究においては対象患者選択の基準として Research Diagnostic Criteria (RDC)<sup>75,79)</sup>を採用する。RDC は米国の National Institute of Mental Health が主催した Collaborative program on the psychobiology of depression のために New York State Psychiatric Institute の研究グループが作成したもので、これはその後開発された DSM-III<sup>4)</sup>の前駆となる診断基準であるから DSM-III に酷似している<sup>86)</sup>。そのため1980年以降の精神医学研究において対象患者の選択基準として DSM-III を使用する研究者が多数を占めるようになってきているが、RDC を用いても他の研究との比較は容易である。さらに RDC では DSM-III において整理された領域が幾つかのカテゴリーに分かれて残っている。例えば RDC の分裂感情病は DSM-III では消失しており、RDC の準定型うつ病と断続型うつ病が DSM-III では気分変調性障害として統一されている。問題点をそのままの形で残している RDC による分類方法の方が今回のような研究には適していると考えられる。

各参加施設における精神科外来初診もしくは精神科病棟初回入院で、かつ当該挿話が Research Diagnostic Criteria (RDC) 診断で精神分裂病、定型うつ病、躁病、分裂感情病、特定不能の機能的な精神病のいずれに該当する男女200~250名を対象とする。

その他の機能的な精神障害および物質常用症が併存する場合も、上記の条件を満たせば対象に組み込む。ただしこのような重複診断については各症例についてその内容を要約的用紙に記入する。また機能的な精神障害および物質常用症が過去に出現した症例も、上記の条件が満たされれば対象に組み込む。

初診もしくは入院時の年齢が65歳以上の者は対象から除外する。年齢の下限はもうない、他の医療施設における治療経験があっても除外しない。

痴呆、精神遅滞、てんかん、脳器質性疾患とその他の外因性疾患は対象から除外する。

向精神薬もしくはその他の薬物の投与の有無、あるいはその用量は除外項目とはしない。

なお参加5施設はそれぞれ40~50名を受け持つこととし、調査開始以降上記条件を満たす被検者を順次 entry させ、所定の人数に達した時点で終了する。

上記のような比較的広範囲にわたる inclusion criteria を用いる事により従来の診断によれば内因性精神病のほとんどと神経症性うつ病の一部を包括する抑うつ状態を対象患者とすることができると思われる。

## 方 法

### 1. 参加評定者の訓練・信頼度検定

各施設より2~3名の精神科医が評定にあたる。次項で詳述するように、各評定者は各種の評価尺度ならびに診断基準を用いる。これらの尺度や基準を使用する際の各医師の意見の一致率を高めるために、説明と訓練のための会合を合計3回開催する。

訓練にあたっては(1)使用する尺度・基準の説明(2)症例要旨を用いての信頼度検定(3)模擬患者との面接を収録したビデオテープを用いての信頼度検定を行なう。症例要旨による練習ではニューヨーク州立精神医学研究所によって準備された症例集を3回に分けて評価・診断の訓練を行なうものとする。参加評定者は各症例を前もって読み自己の評価・診断を下した上でそれを持参し、正解と照合しながら問題点を検討するという方式をとる。

さらに信頼度(判断の一致率)が維持されていることを確認するために、本調査開始後2~3カ月たった時点で再び上記と類似の信頼度検定を1回行なう。

すでに我々は予備的研究において ICD-9, DSM-III, ファイナー診断基準に加えて RDC の症例要旨法による評定者間信頼度について満足のゆく値を得ている<sup>47,49)</sup>。

### 2. 対象患者の選択

対象患者の選択および以降の評価はすべて特別に作製したマニュアルに従い、各症例についてその内容を要約用紙に記入する。要約用紙の記載にあたっては患者本人との面接に加えて、家族との面接、入院外来の診療録、他の医師からの依頼書など、入手できるすべての情報源をもとに判断し、外来初診(あるいは入院)より7日間以内にすでて記入する。これ以降の判断の変更は追跡調査の項であつかう。

対象患者の選択にあたっては、まず前述の除外規定に該当する者を除外する。

次に RDC による診断を行なう。これには感情病および精神分裂病面接基準 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)<sup>77)</sup>の第2部をもとにした調査用紙を作製し、これらに従って診断上必要な症状を確認した上で当該挿話の RDC 最終診断に至る。SADS は RDC 診断を行うために特別に作成された面接基準であり、今回使用する家族歴研究診断基準とも互換性があるという利点を備えている<sup>44)</sup>。

RDC 診断上、精神分裂病、うつ病、躁病、分裂感情病、特定不能の機能的な精神病のいずれかに該当したものを対象患者とし、次の調査項目に進む。要約用紙には疾病の経過の概要を記入、もしくは病歴簿の相当部分のコピーを貼付する。上記の手順で最終的に対象患者として選択されたものが各施設につき40~50名になるまで同じ操作を継続する。

重複診断および過去の疾病挿話(複数であってもよい)に関する診断についても RDC に従って判断し、これを要約用紙に記載する。

### 3. 人口統計学的評価

対象患者について以下の項目を調査し、要約

用紙に記載する。

(1)氏名 (2)性別 (3)生年月日 (4)調査時年齢  
(5)調査施設名 (6)外来入院の別 (7)調査医師名  
(8)最終学歴 (9)結婚歴 (10)職業歴 (11)身長 (12)  
調査時体重 (13)疾病挿話前体重 (14) (女性の場  
合のみ) 月経 (15)経験診断医氏名

#### 4. 精神的現在症評価

対象患者について以下の評価尺度を用いてその精神病理学的特徴を評価し、要約用紙に記入する。

##### (1) Brief Psychiatric Rating Scale (BRPS)<sup>61)</sup>

により全般的な精神病理学的症状の評価を行なう。BRPSはオックスフォード大学精神科による改訂版<sup>62)</sup>を使用する。この評価尺度に関する信頼度検定はすでに予備調査で終了してある<sup>43)</sup>。

##### (2) ハミルトンうつ病評価尺度 Hamilton's Rating Scale for Depression (HRS) により抑うつ状態の評価を行なう。

##### (3) 陰性症状評価尺度 Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)<sup>63)</sup>により陰性症状の評価を行なう。この評価尺度に関する信頼度検定はすでに予備調査で終了してある<sup>45)</sup>。

##### (4) 総合評価尺度 Global Assessment Scale (GAS)<sup>64)</sup>により社会的機能状態の評価を行なう。

これらの尺度は被検者のそれぞれ異なる分野の症状や機能を評価するものであり、同時に適用することにより各被検者の他次元的な評価が可能になると思われる。

#### 5. 家族歴調査

家族歴調査表 Family History Questionnaire (FHQ)<sup>42)</sup>を使用して患者の first degree relatives および配偶者における精神患の有無、ならびに患者が16歳以前の死別または長期 (12カ月以上) 不在による喪失体験について調査し、家族歴研究診断基準 Family History

-Research Diagnostic Criteria (FH-RDC)<sup>25)</sup>に準拠した診断を下し、これを要約用紙に記入する。さらに情報収集に用いた家族調査用紙をこれに添える。

FH-RDC 前述のように RDC と呼応した診断が可能であり、我々はすでに症例要旨法により評定者間信頼度を検討し、高い一致度を得ている<sup>36,48)</sup>。

また児童期の喪失体験が成人になってからのうつ病の発現の危険因子になっているという報告が多く<sup>46,56)</sup>今回も調査することとした。

#### 6. 神経精神内分泌学的物質

対象患者すべてについてデキサメサゾン抑制試験 dexamethasone suppression test (DST) を行なう。

ただし以下の条件のうちいずれかを満たすものは DST の適応外とする。

- (1) 20%以上の体重減少
- (2) diazepam にして1日量 25 mg 以上の抗不安薬、バルビツール酸剤、レセルピン、経口避妊薬やその他のホルモン剤のうちいずれかの投与

DST を施行するに際しては 0.5 mg のデキサメサゾン (商品名デカドロン) を午後11時に経口投与し、翌日の午後4時に肘静脈より採血 (約 8 cc) し、遠沈、血清分離した上で血清部分を -20°C で凍結保存する。

DST 施行時の薬物療法の内容を要約用紙に記載する。

DST は外来初診 (あるいは入院) より7日間以内に施行する。

すべての血清標本が集まった段階でラジオイムノアッセイにより血清コルチゾール値を単一施設で同時に測定する。

なお施設によっては上記 0.5 mg DST に加えて 1 mg のデキサメサゾン投与による DST を施行することもよい。この際も午後11時デキサメサゾン経口投与、翌日午後4時静脈血採血により実施する。



DST におけるデキサメサゾンの経口投与量は欧米においては 1 mg が標準であるが<sup>21)</sup>、本邦においては 1 mg DST によるうつ病の sensitivity が低くであることが報告されており<sup>24,72)</sup>、今回は 0.5 mg のデキサメサゾンを投与することによりうつ病の sensitivity を向上させることを目的とした。すでに我々はデキサメサゾン投与量を 1 mg から 0.5 mg に減少することにより DSM-III の大うつ病に対する sensitivity が明らかに向上し<sup>72)</sup>、さらにこの sensitivity の向上は DSM-III の大うつ病の中でもメランコリアを伴いかつ反復性の群に限られていることを見出している<sup>50)</sup>。

## 7. 転帰調査

すべての患者について外来初診（あるいは入院）より 9 カ月目に以下の評価尺度を用い 9 カ月目の精神病理学的特徴とその転帰を判断し要約用紙に記入する。

- (1) Brief Psychiatric Rating (BPRS)
- (2) ハミルトンうつ病評価尺度 Hamilton's Rating Scale for Depression (HRS)
- (3) 陰性症状評価尺度 Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)
- (4) 総合評価尺度 Global Assessment Scale (GAS)
- (5) 9 カ月間のうち入院週数（0 週から 39 週までの値で記入する）
- (6) 就職・復職状態
- (7) プロキントン転帰評価尺度 Brockington's Outcome Rating Scale<sup>19)</sup>

さらに次の項目を記入する。

- (8) 9 カ月間の薬物療法の経過

## 8. 従来診断の決定

各参加施設ごとに経験 10 年以上の精神科医（経験診断医）1 名を選び、その施設に entry した症例について前述の評価とは独立した診断を行なう。この診断名記入用紙に記入し、9 カ月後に再び同一精神科医がそれぞれの患者につい

て評価を行ない追跡調査時の従来診断名記入用紙に記入する。従って経験 10 年以上の精神科医は各患者につき entry 時の診断と追跡調査時の診断を従来からの診断方法にそって行なうわけである。この 2 時点での診断が異なる場合は、その理由を記載する。また各患者の各時点の診断の「たしかさ」を確診か疑診かによって表示する。診断に非常に困難であると感じた際は未診断とし、病名は記入せず空白とする。

この診断名記入用紙は前述の操作的評価判定を行なう医師には見せず直接国立精神衛生研究所に郵送する。

200～250 例の症例が集まった時点で参加研究者全員による症例検討会を行ないばらつき症例の内容を詳細に検討する。

## 解 析

近年の精神疾患の病態の変化に伴い診断が困難な症例が増加しているといわれている。診断の困難さは多分に評価を行う医師の主観的なものであり、各医師の自らの判断に対する態度にも強く影響されるであろう。そこで今回の研究においては診断困難例を便宜上次ぎのように定義する。

すなわち第 1 は経験診断医が若手医師による RDC 診断と食違うものを診断困難例とする。第 2 に経験診断医が初診時もしくは追跡調査時において疑診もしくは未診断としたものも診断困難例とする。第 3 に経験診断医の確診が初診時から追跡調査時にかけて変化するもの（例えば初診時は精神分裂病だったものが、9 カ月時点では精神分裂病がきえて境界性人格障害になるもの）を診断困難例とする。

このように定義された診断困難例は方法の項で述べたさまざまな変数についてどのような特徴を有するかを解析するのが本研究の骨子である。

## 文 献

- 1) Abou-Saleh, M. T., Merry, J. & Coppen, A.:

- Dexamethasone suppression test in alcoholism. *Acta Psyshiatr Scand*, 69 : 112-116, 1984
- 2) Abrams, R.: Genetic studies of the schizoaffective syndrome; A selective review. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 26-29, 1984
  - 3) Akiskal, H. S.: Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry*, 140: 11-20, 1983
  - 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.) American Psychiatric Association, Washington D. C., 1980
  - 5) Andereasen, N. C.: Nagative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 39 : 784-788, 1982
  - 6) Andreasen, N. C., Grove, W. M. & Maurer, R.: Cluster analysis and the classification of depression. *Br J Psychiatry*, 137 : 256-265, 1980
  - 7) Andrulonis, P. A. & Vogel, N. G. : Comparison of borderline personality subcategotries to schizophrenic and affective disorders. *Br J Psychiatry*, 144 : 358-363, 1984
  - 8) Baker, B., Helmes, E. & Kazarian, S. S. : Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *Br J Psychiatry*, 144 : 263-269, 1984
  - 9) Barden, W. : Vulnerability and schizoaffective psychosis : A Two - factor model. *Schizophrenia Bulletin*, 10 : 71-86, 1984
  - 10) Basludin, J., Gottfries, C., Karlsson, I. et al : Dexamethasone suppression test and serum prolaction in dementia disorders. *Br J Psychiatry*, 143 : 277-281, 1983
  - 11) Barrash, J., Kroll, J., Carey, K. et al : Discriminating borderline disorder from other personality disorders. Cluster analysis of the Diagnostic Interview for Borderlines. *Arch Gen Psychiatry*, 40 : 1927-1302, 1983
  - 12) Biederman, J., Lerner, Y. & Belmaker, R. H. : Combination of lithium carbonate and haloperidol in schizo-affective disorder. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 36 : 327-333, 1979
  - 13) Bland, R. C. & Orn, H. : Schizophrenia : Schneider's first rank symptoms and outcome. *Br J Psychiatry*, 137 : 63-68, 1980
  - 14) Bleuier, M., Ciompi, L., Crow, T. J. et al : Schizophrenic deterioration. *Br J Psychiatry*, 143 : 77-84, 1983
  - 15) Brockington, I. F., Kendell, R. E. & Leff, J. : Definition of schizoiphrenia : Concordance and prediction of outcome. *Psychol Med*, 8 : 387-398, 1978
  - 16) Brockington, I. F., Kendell, R. E., Kellett, J. M. et al : Trial of lithum, chlorpromazine and amitriptyline in schizoaffective patients. *Br J Psychiatry*, 133 : 162-168, 1978
  - 17) Brockington, I. F. & Leff, J. : Schizo-affective psychosis : Definitions and incidence. *Psychol Med*, 9 : 91-99, 1979
  - 18) Brockington, I. F., Wainwright, S. & Kendell, R. E. : Manic patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychol Med*, 10 : 73-83, 1980
  - 19) Brockington, I. F., Kendell, R. E. & Wainwright, S. : Depressed patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychol Med*, 10 : 665-675, 1980
  - 20) Carroll, B. J., Feinberg, M., Greden, J. F. et al : A specific laboratory test for the diagrosis of melancholia. Standardization, validation, and clinical utility. *Arch Gen Psychiatry*, 38 : 15-22, 1981
  - 21) Carroll, B. : The dexamethasone suppression test for melancholia. *Br J Psychiatry*, 140 : 292-304, 1982
  - 22) Copeland, J. R. M. : Psychotic and neuroric depression : Discriminant function analysis and five-year outcome. *Psychol Med*, 13 : 373-383, 1983
  - 23) Copeland, J. R. M., Cooper, J. E., Kendell, R. E. et al : Differences in usage of diagnostic labels amongst psychiatrists in the British Isles. *Br J Psychiatry*, 118 : 629-640, 1971
  - 24) Coppen, A., Metcalfe, M., Harwood, J., et al : WHO collaborative study on the use of the dexamethasone suppression test as a biological

- indicator of depressive illness. *Clin Neuropharmacol.* 7 suppl 1; 226-227, 1984
- 25) Endicott, J., Andreasen, N. C. & Spitzer, R. L.: Family History - Research Diagnostic Criteria (FH - RDC) (3rd ed.) Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1978
- 26) Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, 26: 57-63, 1973
- 27) Gerner, R. H. & Gwirtsman, H. E.: Abnormalities of dexamethasone suppression test and urinary MHPG in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 138: 650-653, 1981
- 28) Goodnick, P. J. & Meltzer, H. Y.: Treatment of schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10:, 30-48, 1984
- 29) Guirguis, W. R.: Schizophrenia: The problems of definition. *Br J Hosp Med*, 25: 236-247, 1981
- 30) Gunderson, J. G. & Singer, M. T.: Defining borderline patients: An overview. *Am J Psychiatry*, 132: 1-10, 1975
- 31) Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B. et al: Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study Sweden. *Psychol Med*, 12: 279-289, 1982
- 32) Hallstrom, T., Samuelsson, S, Balldin, J., et al: Abnormal dexamethasone suppression test in normal females. *Br J Psychiatry*, 142: 489-497, 1983
- 33) Hare, E.: Was insanity on the increase? *Br J Psychiatry*, 142; 439-455, 1983
- 34) Harrow, M. & Grossma, L. S.: Outcome in schizoaffective disorders: A critical review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 87-108, 1984
- 35) Helzer, J. E., Brockington, I. F., Kendell, R. E.: Predictive validity of DSM - III and Feighner definitions of schizophrenia. A comparison with Research Diagnostic Criteria and CATEGO. *Arch Gen Psychiatry*, 38; 791-797, 1981
- 36) 加藤元一郎, 北村俊則: 家族歴研究診断基準 (FH-RDC). *社会精神医学* (投稿中) 1984
- 37) Keller, M. B., Lavori, P. W., Endicott, J. et al: "Double depression": Two-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 140; 689-694, 1983
- 38) Kendell, R. E.: Psychiatric diagnosis in Britain and the United States. *Br J Hosp Med*, 6: 147-155, 1971
- 39) Kendell, R. E.: The classification of depression: A review of contemporary confusion. *Br J Psychiatry*, 129: 15-28, 1976
- 40) Kendell, R. E., Brockington, I. F. & Leff, J.: Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 35: 25-31, 1979
- 41) Kendell, R. E. & Brockington, I. F.: The identification of disease entities and their relationship between schizophrenic and affective psychoses. *Br J Psychiatry*, 137: 342-331, 1980
- 42) Kitamura, T.: Family history questionnaire. *The Bulletin of the Institute of Psychiatry Tokyo*, 21; 153-160, 1978
- 43) 北村俊則, Kahn, A., Kumar, R.: 慢性精神分裂病の評価尺度 II. Brief Psychiatric Rating Scale と Present State Examination について, *慶応医学*, 60: 177-187, 1983
- 44) 北村俊則, 島悟, 崎尾英子ほか: 症状チェックリストとしての「感性病および精神分裂病用面接基準」(SADS) と「現在症診察表」(PSE) の比較, *臨床精神医学*, 13; 293-299, 1984
- 45) 北村俊則, 島悟: 慢性精神分裂病における陰性症状評価尺度の評定者間信頼度, *慶応医学*, 61: 277-283, 1984
- 46) 北村俊則: 児童期の喪失体験と抑うつ状態—マツチド・ベアによる研究—, *社会精神医学*, 7: 114-118, 1984
- 47) 北村俊則, 島悟, 崎尾英子ほか: 症例要旨を用いたファイナー診断基準の信頼度検定, *精神医学*, 26; 1203-1207, 1984
- 48) 北村俊則, 島悟, 崎尾英子ほか: 症例要旨法による家族歴研究診断基準 (FH-RDC) の信頼度検定, *社会精神医学*, 7: 308-312, 1984
- 49) Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E. et al:

- Reliability of clinical diagnosis in Japan. Application of Research Diagnostic Criteria and International Classification of Diseases to case vignettes. *J Clin Psychiatry*, 1985 (in press)
- 50) Kitamura, T., Shima, S., Shikano, T. et al: The dexamethasone suppression test and subcategories of DSM-III major depression. *Psychopathology* 1985 (in press)
- 51) Knight, A. & Hirsh, S. R.: 'Revealed' depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 806-811, 1981
- 52) Klerman, G. L., Endicott, J. & Spitzer, R. L.: Neurotic depression: A systematic analysis of multiple criteria and multiple meanings. *Am J Psychiatry*, 136: 57-61, 1979
- 53) Kolakowska, T.: Brief Psychiatric Rating Scale glossaries and rating instructions. Department of Psychiatry, Oxford University, Oxford, 1976
- 54) Kreitman, N., Sainsbury, P., Morrissey, J. I. et al: The reliability of psychiatric assessment: An analysis. *J Ment Sci*, 107: 887-908, 1961
- 55) Leff, J.: International variation in the diagnosis of psychiatric illness. *Br J Psychiatry*, 131: 329-388, 1977
- 56) Lloyd, C.: Life events and depressive disorder reviewed. I. Events as predisposing factors. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 529-535, 1980
- 57) Matussek, P., Luks, O. et al: Depression symptoms pattern. *Psychol Med*, 12: 765-773, 1982
- 58) Meltzer, H. Y., Arora, R. C. & Metz, J.: Biological studies of schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 49-70, 1984
- 59) Nelson, J. C. & Charney, D. S.: The symptoms of major depressive illness. *Am J Psychiatry*, 138: 1-13, 1981
- 60) Nunro, J. G., Hardiker, T. M. & Leonard, D. P.: The dexamethasone suppression test in residual schizophrenia with depression. *Am J Psychiatry*, 141: 250-252, 1984
- 61) Overall, J. E. & Gorham, D. R.: The brief Psychiatric rating scale. *Psychol Reps* 10: 799-812, 1962
- 62) Perris, C.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar (recurrent depressive) psychoses. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.* 194, 1966
- 63) Pope, H. G., Lipinski, J. F., Cohen, B. M. et al: "Schizoaffective disorder": An invalid diagnosis? A comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia, and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 137: 921-927, 1980
- 64) Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I. et al: The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 40: 23-30, 1983
- 65) Procci, W. R.: Schizo-affective psychosis: Fact or fiction? A survey of the literature. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 1164-1178, 1976
- 66) Radhakrishnan, J., Mathew, K., Richard, J. et al: Schneider's first rank symptoms - Prevalence, diagnostic use and prognostic implications. *Br J Psychiatry*, 142: 557-559, 1983
- 67) Robins, E. & Guze, S. B.: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126: 983-987, 1970
- 68) Roth, M., Gurney, C., Garside, R. F. et al: Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illness. *Br J Psychiatry*, 121: 147-161, 1972
- 69) Saugstad, L. F. & Odegard, O.: Persistent discrepancy in international diagnostic practice since 1970. *Acta Psychiatr Scand*, 68: 501-510, 1983
- 70) Scull, A.: Was insanity increasing? A response to Edward Hare. *Br J Psychiatry*, 144: 432-436, 1984
- 71) Sheehan, D. V., Vlyaçomb, J. B., Surman, O. S. et al: Panic attacks and the dexamethasone suppression test. *Am J Psychiatry*, 140: 1063-1064, 1983

- 72) 島悟, 鹿野達男, 須貝佑一ほか: 精神疾患における Dexamethasone 抑制試験—うつ病を中心として—精神医学, 26 : 313-316, 1984
- 73) Shima, S., Kitamura, T., Shikano, T. et al: Dexamethasone suppression test in affective and other psychiatric disorders. Keio J Med, 1985 (in press)
- 74) Soloff, P. H., George, A. & Nathan, R. S.: The dexamethasone suppression test in patients with borderline personality disorders. Am J Psychiatry, 139 ; 1621-1623, 1982
- 75) Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E.: Research Diagnostic Criteria. Rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry, 35 : 773-782, 1978
- 76) Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Endicott, J.: Global Assessment Scale (GAS), Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1978
- 77) Spitzer, R. L. & Endicott, J.: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (3rd ed.) Biometric Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1979 感情病および精神分裂病用面接基準, 保崎秀夫監訳, 北村俊則, 加藤元一郎, 崎尾英子ほか訳, 星和書店, 東京, 1983
- 78) Spitzer, R. L., Endicott, J. & Gibbon, M.: Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia : The development of criteria. Arch Gen Psychiatry, 36 : 17-24, 1979
- 79) Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E.: Research Diagnostic Criteria. (RDC) (3rd ed.) Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1981 精神医学研究用診断マニュアル, 本多裕, 岡崎祐士監訳, 安西信雄, 平松謙一, 亀山知道ほか訳, 国際医書出版, 東京, 1982
- 80) Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W.: Hysteroid dysphoria : An unsuccessful attempt to demonstrate its syndromal validity. Am. J. Psychiatry, 139 : 1286-1291, 1982
- 81) Stengel, E.: Classification of mental disorder. Bull WHO, 21 ; 601-603, 1960
- 82) Strauss, J. S., Carpenter, W. T.: The prediction of outcome in schizophrenia. II, Relationship between predictor and outcome variables. Arch Gen Psychiatry, 31 : 37-42, 1974
- 83) Tsuang, M. T., VanderMey, R.: Genes and the mind. Inheritance of mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1980
- 84) Tsuang, M. T. & Simpson, J. C.: Schizoaffective disorder : Concept and reality. Schizophrenia Bulletin, 10 : 14-25, 1984
- 85) Usdin, E., Hanin, I. (eds.) Biological markers in psychiatry and neurology. Pergamon press, Oxford, 1982
- 86) Williams, J. B. W., Spitzer, R. L.: Research Diagnostic Criteria and DSM-III. An annotated comparison. Arch Gen Psychiatry, 39 : 1283-1289, 1982
- 87) World Health Organization : Mental disorders : Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth revision of the International Classification of Diseases. World Health Organization, Geneva, 1978
- 88) World Health Organization : Schizophrenia. An international follow-up study John Wiley and Sons, Chichester, 1979
- 89) Zigmond, A. S. & Sims, A. C. P.: The effect of the use of the International Classification of Diseases 9th Revision upon hospital in-patient diagnoses. Br J Psychiatry, 142 : 409-413, 1983

# 精神衛生資料



## 保健所における老人精神衛生相談事業の評価と問題点

大塚俊男<sup>1)</sup>・丸山 晋<sup>2)</sup>

北村俊則<sup>1)</sup>・斎藤和子<sup>1)</sup>

1) 老人精神衛生部

2) 社会復帰相談部

### I はじめに

近年、老年人口の急激な増加に伴って老人の精神衛生問題への関心はとみに高まりつつある中で、とりわけ痴呆性老人の問題は深刻な社会問題にまで発展してきている。これに対して、痴呆性老人を含む老人精神障害者に対する精神保健対策は充分とは言えないが、新しい事業が始められるようになってきた。その一つである昭和57年11月の公衆衛生審議会の「老人精神保健対策に関する意見」具申にもとづいて立案され、実施されるようになった老人精神衛生相談事業について、今回その現状の運営状況に関する調査を行ったので、その結果を以下報告する。

本事業は、昭和58年1月より保健所における精神衛生に関する業務の一環として、公衆衛生局長通知の「保健所における精神衛生業務中の老人精神衛生相談指導要領」により、老人痴呆疾患等に関する相談、指導等の実施を図ることとしたものであり、事業の内容は老人痴呆疾患等の予防等について普及啓発、老人痴呆疾患等に関する相談窓口の設置、地域の痴呆老人対策を検討し、かつ具体的なケースの処置を検討するために保健所、医療関係機関、福祉事務所、老人福祉施設等で構成する連絡会議の設置等である。昭和59年度までに既に全国149保健所で本事業を開始することになっている。

### II 調査対象

昭和57年度および昭和58年度より本事業を実施することとなった69保健所（都道府県64，政令都市5）を調査対象とした。

### III 調査方法

調査方法は調査票によるアンケートによる方法で、昭和59年10月9日に発送し、同年12月17日までに回収した。

### IV 調査結果

本調査票を発送した69保健所のうち、56保健所（都道府県52，政令都市4）より回収でき、回収率は81.2%であった。

#### 1) 保健所管内の65歳以上の老人の占める割合

調査対象とした56保健所の総住民数は、10,878,363人でそのうち65歳以上の老人の人口は、1,105,285人で、総住民に対する割合は10.2%であった。

#### 2) 保健所管内での老人の痴呆疾患の実態調査（人数、家族のニーズ等）の実施状況

老人の痴呆疾患の実態を調査している保健所は、56保健所中24ヶ所で、実施率は42.9%であった。

#### 3) 本事業の開始時期

表1の如く、今回回答のあった56保健所のうち、昭和57年度開始保健所は14ヶ所、昭和58年度42ヶ所であった。

表1. 本事業開始年月日

開始年度	
昭和57年度	昭和58年度
14	42

#### 4) 老人痴呆疾患等の予防の普及啓発活動状況

地域住民に対して、老人性痴呆の予防等に関



して普及啓発のための活動を行っている保健所は、56保健所のうち49保健所(87.5%)であり、大部分の保健所で活動がされており、その具体的な活動内容は表2の如くで、講演会を行っている所が37ヶ所(75.5%)で最も多く、ついでパンフレット(リーフレット)配布34ヶ所(69.4%)、衛生教育12ヶ所(24.5%)、研究会11ヶ所(22.4%)、公報への掲載10ヶ所(20.4%)などの順である。

表2. 普及啓発活動の内容

活 動 内 容	保健所数(%)
1. 講演会	37 (75.5)
2. パンフレット配布(リーフレット)	34 (69.4)
3. 衛生教育	12 (24.5)
4. 研究会	11 (22.4)
5. 公報への掲載	10 (20.4)
6. 老人大学・老成人学級	5 (10.2)
7. 婦人会総会	5 (10.2)
8. 座談会形式による啓発	4 (8.2)
9. 相談事業	4 (8.2)
10. 高齢者学級、老人クラブ	4 (8.2)
11. その他 映画、電話相談、精神衛生展 ビデオ放映(所内待合室) 老人呆けの人を支える家族の 会育成、民生委員定例会議	7 (14.3)

(n=49)

### 5) 普及啓発のための活動への各種機関、団体の協力状況

56保健所中、協力が得られている保健所は49ヶ所(87.5%)で、一般に協力はよく得られている結果が示されており、その協力機関、団体名は表3の如く、協力機関および団体が管内市町村である保健所は32ヶ所(65.3%)で最も多く、ついで管内医療機関(精神病院14, 大学精神科1を含む)31ヶ所(63.3%)、福祉事務所20ヶ所(40.8%)、市町村民生委員16ヶ所(32.7%)、老人クラブ、老人福祉施設がそれぞれ11ヶ所(22.4%)などの順であった。

表3. 協力機関・団体名

機 関 ・ 団 体 名	保健所数(%)
1. 管内市町村	32 (65.3)

2. 管内医療機関 (精神病院14, 大学精神科1含む)	31 (63.3)
3. 福祉事務所	20 (40.8)
4. 市町村民生委員	16 (32.7)
5. 老人クラブ	11 (22.4)
6. 老人福祉施設	11 (22.4)
7. 社会福祉協議会	10 (20.4)
8. 精神衛生センター	9 (18.4)
9. 農協婦人部, 婦人会	5 (10.2)
10. 民生児童委員協議会	4 (8.2)
11. その他 報道関係者, 母子保健推進員 栄養改善推進員, ボランティア, 町内会, 自治会	23 (46.9)

(n=49)

### 6) 相談日の頻度

老人やその家族、一般住民に対する老人痴呆疾患等に関する相談日を設けている保健所は、54ヶ所であり、1ヶ月に最高で8日、最低で1日、1保健所当りの平均頻度は、1ヶ月2.7日である。特に相談日を設定せず、随時必要に応じて相談を受けている保健所が、2ヶ所みられた。

### 7) 相談指導を行う担当者の職種と人数

相談指導を行う担当者は、全保健所で決められており、その職種と人数をみると表4の如く、医師(精神科医又は他科医師)が担当者となっている保健所が53ヶ所(94.6%)、保健婦が48ヶ所(85.7%)と最も多く、ついで精神衛生相談員19ヶ所(33.9%)、担当事務員15ヶ所(26.8%)などの順である。なかでも担当者として本事業に従事している人は保健婦が1保健所3.5人で最も多い。

表4. 相談指導を行う職種と人数

(重複回答)

職 種	保健所数(%)	平均人数(人)
精神科又は他科医師	53(94.6)	1.5
保 健 婦	48(85.7)	3.5
精神衛生相談員	19(33.9)	1.8
担 当 事 務 員	15(26.8)	1.3
そ の 他	1(1.8)	1.5

(n=56)

### 7-1) 担当者の研修状況とその内容

### 医師の場合

担当医師が研修を受けている保健所は、56ヶ所中6ヶ所(10.7%)で、研修を受けていない保健所が35ヶ所(62.5%)であり、回答のない保健所が15ヶ所(26.8%)であった。その研修内容は表5の如くであった。このように、保健所医師の老人痴呆に関する研修を受ける機会は非常に少ない結果が示されている。

表5. 医師の研修内容

研修内容	保健所数
精神衛生センター研修	3
所内研究会	1
医師会研修	1
その他の講演会	1

### 7-2) 医師以外の職員の場合

担当職員が研修を受けている保健所は、56ヶ所中35ヶ所(62.5%)で、研修を受けていない保健所は6ヶ所(10.7%)、回答のない保健所は15ヶ所(26.8%)であった。その研修内容は表6の如く、保健所内研修が26ヶ所で最も多く、ついで精神衛生センター研修15ヶ所、自治体関係の研修13ヶ所などの順であり、比較的良好に医師以外の職員は研修を受けていることがわかる。

表6. 職員の研修内容

(重複回答)

研修内容	保健所数
所内研修	26
精神衛生センター研修	15
自治体開催の研修	13
施設見学	7
地域医療対策委員会内研修	2
関連学会の出席	2
その他(研修会、勉強会)	7

### 8-1) 担当者である医師の勤務形態

医師のいる53保健所(医師数56名)のうち保健所勤務医師の所が4ヶ所—うち3ヶ所は嘱託医も併存—(7.5%)、嘱託医の所が41ヶ所—1ヶ所は嘱託医以外の雇い上げの医師も併存—(77.4%)、その他の医師(雇い上げ医師など)8ヶ所(15.1%)であり、嘱託医が対応してい

る所が大部分である。

### 8-2) 相談する場所

相談する場所は、回答のあった53保健所のうち50ヶ所(94.3%)—そのうち15ヶ所は保健所以外の場所も同時に相談を行っている—で、3ヶ所(5.9%)は役場、公民館、老人福祉センターなど保健所以外で行っている。現状では保健所において、医師による相談指導がなされている所がほとんどであるという結果が示されている。

### 8-3) 担当医師の専門科名

担当医師は56保健所のうち、53保健所(94.6%)で精神科医(うち2ヶ所は内科医も担当)が担当しており、3ヶ所(5.4%)では内科医のみが担当している。

### 9) 担当ケースの内容

全ケースのトータルは594例で、50歳代から90歳代に及んでいる。問題の内容は比較的単純なものから、複雑で重複した問題をかかえるものまでさまざまであったが、大要は次の13のカテゴリーに分けられるとおもわれる。多い順に列記すると、ボケ+問題行動222例(37.4%)、ボケのみ113例(19.0%)、幻覚・妄想などを呈する精神病様状態53例(8.9%)、ボケ+問題行動+精神症状44例(7.4%)、ボケ+精神症状31例(5.2%)、神経症・うつ病圏のもの28例(4.7%)、病的飲酒などの問題行動26例(4.4%)、ねたきり状態15例(2.5%)、ねたきり状態+問題行動14例(2.4%)、主に介護力、経済力の不足11例(1.9%)、意識障害、夜間せん妄などの精神症状9例(1.5%)、脳卒中後遺症などの脳神経麻痺6例(1.0%)、その他22例(3.7%)となった。

ここで印象的なことは、単なるボケだけでなく、問題行動を伴ったようなケースが相談にもちこまれる場合が多いこと、幻覚、妄想などのボケ以外の問題ケースもかなり多くを占めていることであった。

### 10) 1ヶ月間の平均相談件数

56ヶ所中55ヶ所の保健所より回答があり、1保健所当りの平均相談件数は、4.3回(最高16回、

最低1回)であり、電話による平均相談件数は1.3回(最高7回,最低0回)であった。

#### 11) 面接時間

55ヶ所の保健所より回答があり、相談ケース1件についての面接時間は、平均して59.4分であった。

#### 12) 保健婦の家庭訪問指導

相談を受けた老人についての保健婦の家庭訪問指導は、全保健所で実施されていた。

#### 13) 医師の家庭訪問指導

相談を受けた老人について診察あるいは、指導のために医師が家庭訪問する保健所は35ヶ所(62.5%)であり、実施していない保健所は21ヶ所(37.5%)であった。

#### 14-1) 相談ケースについての保健医療機関の協力と具体的内容

保健医療機関の協力が得られている保健所は47ヶ所(83.7%)、得られていない保健所は7ヶ所(12.5%)、回答のない保健所は2ヶ所であった。協力の得られた場合の、その具体的内容は表7の如く、患者の受け入れ(入院、通院)に関してが26ヶ所の保健所でみられ最も多く、ついで技術的アドバイス14ヶ所、往診の受諾9ヶ所、情報提供8ヶ所、地域連絡協議会5ヶ所などの順であった。

表7. 保健医療機関の協力内容

(重複回答)

具体的内容	保健所数(%)
患者の受け入れ(入院・通院)	26(55.3)
技術的アドバイス	14(29.8)
往診の受諾(同行訪問)	9(19.1)
情報提供	8(17.0)
地域連絡協議会	5(10.6)
事例検討会	3(6.4)
短期入院	2(4.3)
デイ・ケア	1(2.1)

(n=47)

#### 14-2) 相談ケースについて社会福祉機関の協力と具体的内容

社会福祉機関の協力が得られている保健所は43ヶ所(76.8%)で、得られていない保健所は

10ヶ所(17.9%)、回答のない保健所3ヶ所(5.4%)であった。その具体的内容は表8の如く、相談ケースについての連絡に関するものが17ヶ所の保健所で最も多く、ついで特養への入所が10ヶ所、訪問指導8ヶ所、専門的アドバイス7ヶ所、ホームヘルパーの派遣、連絡協議会の参加、民生委員への働きかけ、ケース検討会がそれぞれ6ヶ所などの順であった。

表8. 社会福祉機関の協力内容

(重複回答)

具体的内容	保健所数(%)
相談ケースについての連絡	17(39.5)
特養への入所	10(23.3)
訪問指導	8(18.6)
専門的アドバイス	7(16.3)
ケース検討会	6(14.0)
民生委員への働きかけ	6(14.0)
ホームヘルパーの派遣	6(14.0)
連絡協議会の参加	6(14.0)
ショート・ステイ	5(11.6)
介護用具の交付	4(9.3)
経済的援助	4(9.3)
デイ・ケア	2(4.7)
ボランティアの紹介	1(2.3)

(n=43)

15) 一年間の連絡会議開催の回数

53保健所より回答があり、連絡会議開催の回数は、一年間に1保健所で平均2.5回(最高12回、最低1回)であった。

16) 連絡会議の開催の回数(59年4月以降10月まで)

52保健所より回答があり、連絡会議の開催の回数は平均1.0回であった。

17) 連絡会議での討議される話題

連絡会議でよく討議される話題は表9の如く、相談事業に関して話題となっている保健所が18ヶ所で最も多く、ついで痴呆性老人についての知識と理解に関してが16ヶ所、収容施設の問題に関して15ヶ所、訪問指導に関して14ヶ所などの順であった。

表9. 連絡会議で論議される話題

(重複回答)	
話題の内容	保健所数(%)
相談事業(協議会)に関して	18(34.6)
痴呆性老人についての知識と理解に関して	16(30.8)
収容施設の問題に関して	15(28.8)
訪問指導に関して	14(26.9)
家族への介護指導・痴呆老人へのかかわり方に関して	12(23.1)
住居への普及啓発・PRに関して(協力依頼)	12(23.1)
関係機関との連携に関して	10(19.2)
痴呆性老人の実態の把握に関して	9(17.3)
関係者間の連携に関して	8(15.4)
家族会に関して	6(11.5)
入院・入所基準の作成に関して	2(3.8)
痴呆の判定基準に関して	2(3.8)
その他 ○痴呆老人施策について ○障害者の雇用について ○予算の問題について ○疾患をもつ在宅者の医療責任について ○予防活動として循環器疾患に関する軽症高血圧の登録管理について	6(11.5)

(n=52)

18) 連絡会議の人数と委員の構成

46保健所より回答があり、回答のない保健所9ヶ所、開催していない保健所1ヶ所であった、連絡会議の人数は、1保健所当たり平均17:8名(最高35名、最低3名)であった。委員の構成は表10の如く、精神病院(長)および精神科医師が委員となっている保健所が45ヶ所で最も多

く、ついで福祉事務所が39ヶ所、管内市町村(長)38ヶ所、保健所(長)33ヶ所、老人社会福祉施設(長)33ヶ所、精神衛生センター(長)20ヶ所、医師会(長)14ヶ所、民生委員14ヶ所、老人会(老人クラブを含む)11ヶ所などの順であった。

表10. 連絡会議の委員の構成

(重複回答)

構成人員	保健所数(%)
精神病院(長)および精神科医師	45(97.8)
(県・市)福祉事務所(長)	39(84.8)
管内市町村	38(82.6)
保健所(長)	33(71.7)
老人社会福祉施設(長)	33(71.7)
精神衛生センター(長)	20(43.5)
医師会(長)	14(30.4)
民生委員	14(30.4)
老人会(老人クラブを含む)	11(23.9)
その他 ○人会 ○看護協会 ○警察署 ○公共職業安定所 ○その他	23(50.0)

(n=46)

19) 老人精神衛生相談訪問記録カードの作成状況と形式

記録カードを作成している保健所は51ヶ所、作成していない保健所は5ヶ所であり、使用している記録カードの形式は表11の如く、都道府県で指示した形式を使用している保健所は15ヶ所(29.4%)、厚生省および都道府県で指示した形式の一部修正を使用している保健所は14ヶ所(27.5%)、厚生省の指示した形式を使用している保健所11ヶ所(21.6%)、独自に作成した形式を使用している保健所も11ヶ所の順であった。いずれにせよ、殆どどの保健所で記録カードを作成し、それにもとづいて相談事業を行っている。

表11. 記録カードの作成状況と形式

形式	保健所数(%)
都道府県で指示した形式	15(29.4)
厚生省 都道府県 } で指示した形式の一部修正	14(27.5)

厚生省の指示した形式	11(26.6)
独自に作成した形式	11(21.6)

(n=51)

## 20) 本事業の運営と老人保健法の保健事業を実施している市町村との間の問題点

「問題あり」と答えた保健所は6ヶ所(10.7%)、「問題なし」と答えた保健所は47ヶ所(83.9%)、記載ない保健所が3ヶ所であった。8割強の保健所で市町村との間で特に問題はなかった。

「問題あり」と答えた保健所の内容は、①嘱託医の活用についてのイメージがわきにくいとの苦情 ②来談件数が少ない ③連携や役割分担についての混乱 ④マンパワー不足 ⑤地域内に適当な施設がない ⑥新規事業に伴う困難(経験不足)であった。

## 21) 保健所で本事業を実施して行く上での問題点

55保健所が問題をかかえており、その内容は表12の如く利用者が少ないことを問題として挙げている保健所が19ヶ所で最も多く、ついで施設(入院、入所を含めて)の不足15ヶ所、組織化(ネットワーク作り)の困難性15ヶ所、マンパワーの不足13ヶ所、情報が伝わりにくい10ヶ所などの順であった。

表12. 問題点について

内 容	保健所数(%)
利用者が少ない	19(34.5)
施設の不足(入院、収容を含めて)	15(27.3)
組織化の困難性(ネットワークづくり)	15(27.3)
マンパワーの不足	13(23.6)
情報が伝わりにくい(P R 不足)	10(18.2)
入院、入所と抵抗感	7(12.7)
継続指導の難しさ	5(9.1)
実態の把握困難	4(7.3)
家族会の組織化の難しさ	3(5.5)
研修の不足	2(3.6)
その他	17(30.9)

(n=55)

## 22) 本事業をより充実してゆくためへの今後の要望

全保健所より要望があり、その内容は表13の如く専門施設の増床、増設を要望する保健所は34ヶ所で最も多く、ついでマンパワー(専門医、

保健婦、P T、O T、ホームヘルパーなど)の充実26ヶ所、研修の必要12ヶ所、デイケア施設の設置9ヶ所、一般へのP Rの必要8ヶ所、相談事業に対する予算枠の拡大7ヶ所、相談窓口の拡大6ヶ所などの順である。

表13. 今後の要望について

(重複回答)

要 望	保健所数(%)
専門施設の増設、増床	34(60.7)
マンパワーの充実	26(46.4)
研修の必要	12(21.4)
デイ・ケア施設の設置	9(16.1)
一般へのP Rの必要	8(14.3)
相談事業に対する予算枠の拡大	7(12.5)
相談窓口の拡大	6(10.7)
その他 (家族会 実態調査 予防法の開発 センターの設置)	16(28.6)

(n=56)

## 23) 在宅の痴呆性老人や家族への保健医療福祉面からの今後の必要な施策

55保健所から要望があり、その内容は表14の如く、痴呆専用施設の増設、増床を要望する保健所は23ヶ所で最も多く、ついでショートステイ事業の新設、事業枠の拡大20ヶ所、デイケア事業19ヶ所、家族会組織への助成13ヶ所、ホームヘルパーの派遣事業13ヶ所、本人または家族への経済的援助8ヶ所などの順である。

表14. 望まれる施策

(重複回答)

施 策	保健所数(%)
痴呆専用施設の増設、増床	23(41.8)
ショート・ステイ事業の新設、事業枠の拡大	20(36.4)
デイ・ケア事業	19(34.5)
家族会組織への助成	13(23.6)
ホームヘルパーの派遣事業	13(23.6)
本人又は家族への経済的援助	8(14.5)
マンパワー(保健婦、ホームヘルパー等)の増員	7(12.7)
教育、啓発、相談活動(介護法など)	6(10.9)
ボランティアの育成	5(9.1)
その他	18(32.7)

(n=55)

## 24) 本事業への地域住民からの需要の度合 保健所に相談窓口を設置し、相談指導を行う

本事業が今後地域住民からの需要の度合は表15の如く、「需要が高まると思う」と考えている保健所は33ヶ所(58.9%)、「高まらないと思う」と考えている保健所は2ヶ所(3.6%)、「どちらとも言えない」と考えている保健所20ヶ所(35.7%)、その他1ヶ所(1.8%)である。

表15. 地域住民からの需要の度合

需 要	保健所数(%)
高まると思う	33(58.9)
高まらないと思う	2(3.6)
どちらとも言えない	20(35.7)
その他	1(1.8)

(n=56)

### 25) 地域の老人精神保健に関する提言、意見

41の保健所より回答があり、表16の如く、その内容は有効に機能するケアシステムを提言する保健所は18ヶ所、専門施設の設置11ヶ所、専門知識の普及啓発11ヶ所、デイサービス7ヶ所、保健婦の増員5ヶ所、予算枠の拡大5ヶ所などの順である。

表16. 提言・意見

提 言	保健所数(%)
有効に機能するケア・システム	18(43.9)
専門施設の設置	11(26.8)
専門知識の普及・啓発	11(26.8)
デイ・サービス	7(17.1)
保健婦の増員	5(12.2)
予算枠の拡大	5(12.2)
その他	13(31.7)

(重複回答)

(n=41)

## V 考 察

痴呆性老人は老年人口の増加に伴い年々増加してきており、昭和55年の東京都の老人の健康調査結果では65歳以上の人口の4.6%を占めると報告されている。そして、これらの老人を抱え介護している家族は肉体的にも精神的にも大きな負担を背負い込み、とくに核家族化が進み扶養能力も弱体化した今日、増々家族にとっては

深刻な問題となってきた。このような状態の中で行政に何らかの対応を迫る声も高まり、地域ケア体制の一つの事業として本事業が始められたと考えられる。

この事業は老人保健法の施行(昭和58年2月)とほぼ同じ時期(昭和58年1月)より始められたもので、実施されて未だ日は浅いが、本事業が地域の中で当初の目的とした痴呆性老人およびその家族のために役立っている事業であるのか、その運営状況は実際どうであるのか、運営に際してどんな問題が起こっているのか、本事業の充実のために今後どのような整備が必要であるのか、など本事業の運営状況、問題点および今後の課題について若干考察を試みる。

### 1) 老人痴呆の予防等についての普及啓発活動状況について

前述の結果で明らか如く、56保健所中49保健所(87.5%)で普及啓発が行われており、その内容も「講演会」「パンフレット配布」「衛生教育」等であり、本事業が始められて未だ日の浅い割には保健所で行えるPR方法を用いて比較的活発に活動していると受けとれる。また、各種機関(市町村、医療機関など)の協力もよく得られている結果が示されている。

しかし、これらの保健所の普及啓発によってどのような効果が地域の中に将来現われるのか一つの課題と考えられる。また、PR活動が盛んに行われている割には相談窓口の利用者が少ないことを本事業の実施上の問題点として挙げている保健所が19ヶ所(34.5%)あったことは留意しなければならない。

### 2) 相談窓口の運営状況について

殆どどの保健所で相談窓口を設定して本事業を実施しており、主として医師および保健婦が担当者としてかかわっている結果が認められている。医師は殆どが精神科医(94.6%)で、且つ嘱託医(83.0%)である場合が多く、担当医として精神科医が果す役割は今後も大きいと考えられる。人数面から言えば保健婦が最も多人数本事業に従事しており、保健婦の従事が本

事業の今後の発展に重要な意味をもつことを示している。反面、本事業の充実のためには保健婦の不足が問題とされるであろう。

相談件数は1保健所当り、平均4.3回で決して多いとは言えない件数で、保健所別にみると最高1ヶ月16回行っている保健所から最低1回の保健所まであり、その差は大きい。それが地域差によるものか、保健所のPR活動や本事業への取り組み方の差によるものか明らかではないが、いずれにせよ相談件数の少ないことは今後検討の余地があるように考えられる。

### 3) 医療機関や社会福祉機関等との協力関係について

相談事業が円滑に行われるためには、医療機関や社会福祉機関との協力がなにより重要であるが、本事業に対して47ヶ所(83.7%)の保健所で医療機関の協力が得られていると回答があり、43ヶ所(76.8%)の保健所で社会福祉機関の協力が得られていると回答されている。そして、医療機関では「患者の入院通院に関して」「技術的アドバイス」など、社会福祉機関では「相談ケースについての連絡」、「特別養護老人ホームの入所」などが主としての協力内容で、相談事業を進める上で現場で最も必要となる重要な事項について協力が得られていた。

どの事業でも保健、医療、福祉の連携がむづかしいと言われている割には本事業では、協力関係が比較的よい結果が認められた。本事業の実施に際して老人保健法にもとづく保健事業を行っている市町村との間にほとんどの保健所で問題がみられていない。また、相談ケース1件についての面接時間が、平均約60分間を要する結果がでており、本事業の運営にはマンパワーが欠くことのできない条件であると感じられた。

### 4) 連絡会議の運営状況について

今回の調査結果から、連絡会議の委員として精神病院(長)および精神科医師、福祉事務所(長)、管内市町村など関係者の協力は比較的よく、連絡会議の開催は1年間に1保健所で平均2.5回であり、決して多い回数とは言えないが殆

んど保健所で開催され、種々の内容の事柄が討議されている。相談指導要領で示されている本人の状況、家庭環境、訪問指導や入院、施設への入所等の具体的な処遇方法を討議することよりも、本事業にかかわる一般的な事柄についての論議が多いようである。未だ本事業が開始されてまもなく委員の話題が今回の結果の如く、先ず相談事業に関して理解することや痴呆性老人についての知識と理解を持つことなどが優先するため、話題として多いと考えられる。今後連絡会議を通してケースの具体的な処遇について、一層活発に討議されることが望ましいように考えられる。

### 5) 本事業の実施上の問題点

殆んど保健所で問題を抱えていると答えているが、利用者が少ないことを19ヶ所の保健所が挙げている、この点は前述したが、その理由を明らかにし今後充分検討をする必要がある。

次に入院、入所する施設の不足を挙げている保健所が15ヶ所あるが、この点については実際に相談を受け入院入所を要する状態のケースで収容する施設がなく現場で困り、この問題を提言したと考えられる。老人精神病棟および痴呆性老人のための専用老人施設の整備は、以前から各方面より強く望まれていることであり、痴呆性老人のケアシステムを行政が確立する中で地域ケアの施策とともに、どのように施設を整備するかを慎重に考える必要がある。

最後にマンパワーの不足を13ヶ所の保健所が挙げているが、事業の実施のためには事業費とマンパワーは重要なポイントであり、また本事業の充実のためにはマンパワーの強化はなにより必要と考えられる。

### 6) 本事業の充実のための今後の要望

専門施設の増床、増設、マンパワー(専門医、保健婦、PT、OT、ホームヘルパー)などの充実、研修の必要、デイケア、施設設置などを挙げているが、前述の実施上の問題点と共通する事項が多い。専門施設の整備とマンパワーの充実は、殆んど保健所が要望することである。

また、研修については今回の調査結果ではとくに保健所の医師の研修の機会が少なく、今後医師研修の強化が必要と考えられる。デイケア施設の整備は在宅で介護する家族が強く要望している事業であり、痴呆性老人の在宅ケアを可能とするためには在宅の老人をバス等で送迎を行うデイケアがぜひ必要と考えられる。

## VI おわりに

以上調査結果と若干の考察を試みたが、本事業は調査結果でも示されているように保健所によって取り組み方に多少差はあるが、全体に前向きに取り組まれており、また地域住民から本事業の需要が高まるであろうと予測している保健所が33ヶ所（58.6%）と多く、否定的な意見は2ヶ所（3.6%）の保健所にすぎない。本事業が今後地域の中に定着し、より円滑な運営ができるためには、地域の老人精神保健に関しての提言、意見でも要望されているように有効に機能する痴呆性老人のためのケアシステムの確立と、それと平行して痴呆性老人の専門施設の整備、マンパワーの強化、デイケア（デイサービス）施設の整備などの諸施策が早急に行われることが強く望まれる。

稿を終るに当たって、本調査研究のアンケート調査に御協力いただきました各保健所の職員の方々に感謝致します。（なお、本調査研究は昭和59年度健康づくり等調査研究委託費によるものである。）





## 所内研究会発表要旨

昭和59年度に所内で開催されたりサーチ・カンファレンスは、次のとおりである。

- 5月28日 講師 B. G. Bradley 教授, 演題「パプア・ニューギニアにおける精神医療」
- 6月25日 講師 北村俊則先生, 演題「時間認識と抑うつ状態」
- 7月16日 講師 町沢静夫先生, 演題「分裂病 high-risk 研究の現状」
- 9月17日 講師 鈴木浩二先生, 演題「簡易家族療法の技法と効果に関する臨床的研究」
- 10月8日 講師 Libra Takie 教授, 演題「社会と心理の接点」
- 12月3日 講師 P. Burns 教授, 演題「パーソナリティの発達」

### 簡易家族療法の技法と効果に関する臨床的研究

社会精神衛生部 鈴木浩二

精神分裂病の家族療法研究の一貫として、われわれはここ数年「簡易家族療法」を退院直後の精神分裂病者に施行し、その技法の開発と効果に関する研究を行った。その一方、所内でも、情緒障害、登校拒否、家庭内暴力、食思不振症等に対する「簡易家族療法」を行いその効果を上げている。

これら所外・所内における家族療法の現況を報告し、症例を示しながら家族療法の技法の実際を説明した。その際、特に、日本の文化にそくした家族治療技法の一端を紹介した。

### 時間認識と抑うつ状態

老人精神衛生部 北村俊則

抑うつ感情を主訴とした23名の入院患者と、年齢、性、人種をマッチさせた同数の正常対照群について3回(入院時、2週間、4週間)の面接を行い、各種の時間認識についての実験心理学的検査と、うつ病の評価尺度による抑うつ状態の重症度の測定を行なった。患者群における診断はPSE/CATEGOによった。

患者群は主観的に時間の流れが遅いと感じていた。これはうつ状態の重症度に相関し、診断下位群に非特異的であった。

内因性うつ病は過去を指向し、反応性うつ病者および正常対照群は未来もしくは現在を指向していた。これは重症度とは無関係に各調査時とも継続して認められた。

精神運動抑制のある場合に Time Production Test では低値を示し、20秒間隔の Time Estimation Test では高値を示した。このことは体内時計の概念を適用すれば、精神運動抑制のある時に患者の体内時計が早く進んでいることを示唆するものである。

## 分裂病 high-risk 研究の現状

精神衛生部 町沢 静夫

現在アメリカを主に分裂病の high-risk 研究が行なわれている。この研究は分裂病の母親の子供の乳児期から成人して分裂病危険年齢を過ぎるまで追跡するものである。充分危険年齢を過ぎた研究は極く少ない段階ではあるものの幾つかの重要な所見が見出されている。まずこの研究の先駆者である B. Fish は運動、知覚、認知の統合レベルの障害が2歳位までに発現しており、それが後の発病の予測性が高いことを報告している。彼女は発達のパターンやタイミングの遅れを重視し、汎発達遅滞 (PDR) と呼んでいる。

又 Mednick は自律神経系の反応 (GSR) のパターンから予測できることを主張している。さらに Asarnow らは認知障害、特に誘導探索機能の障害を「分裂病の脆弱性」としている。

現在最も整合性の高い研究報告をしているのは Erlenmeyer-Kimling で遺伝→神経学的機能障害→注意機能障害 (フィルター機能の障害) →発病という流れが一番多く見られることを実証的に明らかにしている。

このような分裂病の素質、ないし脆弱性が、「汎発達障害」「微妙な神経学的障害」「認知障害」「自律神経機能障害」という形で具体的に追求されている。しかし神経ホルモンの追求は極めて少ない現状でこれから強く望まれる分野である。

以 上

前記のように、昭和59年度には所内研究会 (リサーチ・カンファレンス) が6回開かれたが、そのうちの3回の研究会について、それぞれの講師の先生から発表の要旨をよせていただいたので、ここにそれを集録した。

## 各部の研究活動

### 精神衛生部

主な研究活動は、1. 精神衛生相談事例の研究、2. 神経症の研究、3. 青年期事例についての精神衛生的援助活動の研究の三つである。

1. については、次の相談事例の検討がなされた。i) 対人緊張の強い男性会社員(報告者、滝野 功：以下カッコ内の氏名は、事例報告者)、ii) 登校拒否、女子中学生(佐藤至子)、iii) 社会生活復帰の問題をもつ男性(越田笑子)、iv) 重症神経症(不潔恐怖)の男性(荒井 稔)、v) 被害・関係妄想および幻視・幻聴を呈する女性患者の異文化環境とのかかわり(町沢静夫)、vi) 8年間家にとじこもっていた青年(田頭寿子、高橋 徹)、vii) 自分の口臭を異常に気にする女子高校生(沼 初枝、高橋 徹)、viii) 潔癖すぎて不適応を起している男子中学生(牟田隆郎)、ix) 神経性食思不振症の一例、女性(佐藤至子)、x) ヒステリー性失立失歩、女子中学生(町沢静夫)、デイ・ケア・メンバーについての考察(越智浩二郎)、xi) 性格上の問題と家族力動、女性例(森岡由起子)、xii) ヒステリーの色彩をおびた境界例(女性例)の治療過程(滝野 功)。

2. については、前年にひきつづいて、不安神経症症例118例に関する多面的検討がつづけられ、とくに、難治例の特徴についての報告がまとまった(印刷中)。

3. については、前年にひきつづき「思春期・青年期グループ」活動がなされ、それをとおして集団活動の治療的側面が検討され、その一部は、「問題を抱えた青年による集団活動の報告」(牟田隆郎)として日本教育心理学会で発表された。

なお、定常研究の一つである「ロールシャハ・テスト研究会」の活動の一部が、「ロールシャハ・モノログ」(田頭寿子、牟田隆郎、ほか)としてまとめられた。

### 児童精神衛生部のこの一年

児童精神衛生部では59年3月に西川祐一(精神医学)が退職した後に渡辺登(精神医学)が入り、西川と同様に厚生省精神保健課併任となった。3人の客員研究員(根岸敬矩、矢花芙美子、西川祐一、いずれも精神医学)、研究協力者とも力を合わせて部全体で臨床活動ならびに中学生、家庭婦人、若い母親などの調査に取り組んだ。臨床は原則として週二日の外来相談を続け、新患は各部員の当番制にしているが、中学生を中心とした思春期の適応障害が増加しつつある。登校拒否、神経症、心身症、神経質性習癖、緘黙などが主な問題である。追跡研究中の双生児も青少年期の問題を訴えるものが多くなった。研究調査としては家庭婦人の精神衛生対策に関する調査(彼女らが精神衛生上の問題を持ったとき、どのような経路でどこの相談機関に行き、どんな診断を受けるかなど)や、若い母親の育児不安の実態に関する調査、また前年度にひきつづき中学生の精神衛生調査(とくに登校拒否と他の適応障害との関係)などを行なっている。なお、今年度外部からの研究委託として行なった研究課題は以下の通りである。

- (1) 厚生科学研究、青少年の精神保健対策に関する研究(班長 大原健士郎)
- (2) 厚生科学研究、母子相互作用に関する研究(班長 小林 登)
- (3) 文部省科学研究、登校拒否の背景と防止に関する研究(班長 大原健士郎)
- (4) 年長情緒障害の研究(資生堂)(班長 池田由子)
- (5) 児童虐待研究(児童問題調査会)
- (6) 離婚問題研究(児童問題調査会)(班長 田村健二)
- (7) 家庭養護研究(厚生省)(班長 辰見敏夫)
- (8) 家庭婦人の精神衛生対策の研究(健康づくり財団)(班長 山崎晃資)

なお、厚生省で定期的に開催されている思春期精神保健懇談会（委員長 榊 孝梯）には、池田、渡辺が参加している。（池田由子）

### 老人精神衛生部

老人精神衛生部は、大別して臨床的研究、心理・社会学的研究、生物学的研究、行政的研究の四分野の研究を行っている。

第一の臨床的研究では1)「脳血管性障害によるねたきり老人の感情病の出現危険因子に関する研究」（厚生科学研究補助金）の課題で昨年引き続き脳血管障害で入院中の65歳以上の老人について面接を行い、DSM-IIIの診断基準にもとづいた診断を行い、感情病の出現率、発症の危険因子、病前性格などの調査を行っている。

2)「脳血管性痴呆および老年痴呆に対するスクリーニング法の開発と痴呆スケールの作製に関する研究」（循環器病研究委託事業）の課題では、昨年に続き市町村における各種保健事業や保健所における痴呆性老人の相談事業において役立つ簡易痴呆スケールの開発、標準化を試みている。近く実用化の予定である。3)痴呆等老年期精神障害老人のデイ・ケア活動を昭和59年10月より社会復帰相談庁舎内の老人デイ・ケア施設において実施し、それら老人に対するデイ・ケアのあり方について研究を試みている。4)「老年期神経症に関する研究」の課題で、昨年続いて神経症の発症要因および病態の特徴を明らかにし、治療技術のあり方について研究を行っている。

第二の心理・社会学的研究として1)ねたきり老人を介護する家族の実態について調査した。結果は東京で開催された第26回日本老年社会科学会において報告した。2)「老化と健康に関する研究」（総合研究開発機構研究費）で、「老化の指標および予防・緩和について」の課題のもとに他機関と共同で東京都、静岡県、鳥取県の老人の健康調査を実施し、その結果をもとに老化の指標・予防のあり方について研究を行っている。

第三の生物学的研究としては、「臨床的痴呆検査と神経生理検査からの老化の特徴」（厚生省神経疾患研究）で第3年度継続研究として、これまでの脳波、脳誘発電位と臨床知能検査の検討から、本年度は事象関連電位（ERP）と臨床知能検査の関連を調べている。

第四の行政的研究では、「保健所における老人精神衛生相談事業の評価と問題点」（健康・体力づくり等調査研究委託費）の課題で、昭和58年2月より実施されている「保健所における精神衛生業務中の老人精神衛生相談指導」の実施状況について調査を行っている。

以上の研究は当部の大塚、斎藤、北村および社会復帰相談部の丸山が中心となり、他の機関の研究者の協力のもとに行われている。

（大塚俊男）

### 社会精神衛生部

社会精神衛生部では、大別すると1.精神障害者への精神衛生サービスにかかわる臨床研究2.精神衛生領域における社会事象の数理社会学的方法による分析研究、及び3.精神衛生の諸問題に関する社会文化的研究の三分野における研究を行っている。

1.については一つは主として柏木が病院デイ・ケアについて、個々の通所者の自己実現過程における、いわゆる集団の意義や、またそれにかかわる職員の役割や、その他の諸機能の問題点を探り、通所者のニーズに沿うデイ・ケアのあり方を検討している。またこの他、デイ・ケア終了者の為のセルフ・ケア・グループについて、その成立条件や創出にかかわる方法論を研究しているが端緒についたばかりである。

またもう一つの臨床研究は家族療法に関するもので主として鈴木が行っている。これは厚生科学研究としての「精神分裂病に対する簡易家族療法の技法と効果に関する研究」と「崩壊家族に関する臨床研究」が、本年度の主要課題である。前者は退院直後の患者に家族治療を集中的に行うことにより、再発の防止及び社会復帰

の促進に寄与しようとするもので、結果は可成り有効であると考えられる。特に技法については第8回国際シンポジウムで報告した。また後者は家族の構造的或は内的力動的崩壊と子どもの精神健康の障害との関係についての研究である。構造的に崩壊した家庭の子どもは社会的に問題となる場合が多く、内的力動的な崩壊は情緒障害や登校拒否、家庭内暴力等適応上の障害を持つ子どもの出現にかかわっているという印象を得ている。

2. 精神衛生領域における社会事象の数理社会学的分析研究は和田が推進しているもので、社会指標に関する研究と中高年の精神健康に関する研究が本年度の主たるテーマである。

社会指標の必要性については多言を要しないところであるが、精神衛生領域を始めとして、多くの社会事象に関しては、定量的に分析を進めるのが困難であり、いきおい定性的な把握にとどまることが多い。今年度は定性的データを活用し、これを分析する方法を研究した。一つの接近としては、例えば症例等の記述に関して、コンピューターを用いて解析する方法を検討している。

また中高年の精神健康に関する研究としては、中高年者の生活適応をストレス等の視点から、現在時点に至るまでの職歴及び生活史との関連において把握し、分析をすすめることである。なおこれは文部省の科学研究費による大規模調査を東京都在住の中高年者に対して実施したものである。

3. 精神衛生領域の諸問題の社会文化的側面からの研究は主として宗像がすすめ、これに併任研究員として適宜椎谷も参加している。代表的なものとしては職場及び家庭のストレスと健康問題に関する研究があり、特にストレス性の高い生活変化と情緒的葛藤の関連性についてのアンケートによる調査を実施し分析した。これは究極的には健康や病気の問題に対して、個人的または集団的に対処しようとする行動、つまりセルフ・ケアに関しておこなわれてきた臨床

的、調査的研究を総合しようとする研究の一環として行われているものである。

また精神衛生サービス・デリバリーの諸問題に関する研究は、我々が多くの関心を払ってきたところであるが、今年度は特に国際的な比較研究を行うことにより、制度上の問題点を検討しようとした。なかんづくアジア太平洋諸国を中心とした精神衛生サービスのあり方を比較分析することにより、我が国の場合における問題点を点検することができるのである。一例を挙げれば、我が国のように可成近代化されたといえる精神医療システムを持つ国でも、アジア的な社会文化的背景、たとえば家族制度や対人規範等の理解なしには、真に我が国の特徴に見合った精神医療体制を創出し、或いは改善してゆくことはできないのである。(柏木 昭)

#### 精神身体病理部

昭和59年度は前年度までの特別研究「ストレスによる神経症の発生機序及び診断治療技術の開発に関する研究」のデータの処理とまとめを行ない、心拍の制御の達成度に与える各種要因を個人内・個人間の比較により検討した。コンピューターを使った心拍状態の表示方法の改良についても研究をすすめた。

文部省科学研究費「環境科学特別研究」では従来の調査資料について、精神的不健康な状態にある主婦たちの関連因子の分析をつづけるとともに、住居条件に関する精神症状をもつ精神障害者の症例を検討して、これらを中間報告書にまとめた。

通常研究はコンピューターによる脳波、心電図の処理・研究資料情報の分析処理をすすめることが主に行なわれた。この成果の一部は、高橋和明生理研究室長が第14回日本脳波筋電図学会(北九州市)において、「脳波の不規則性の定量化—臨床脳波における律動異常の検討—」と題する報告となった(11月8日)。

研究用パーソナル・コンピューターはPC-8801の他に新たにPC-9801を導入して、データファ

イルの変換の便宜をはかり、研究資料の統計処理・文献情報処理のためのソフトウェアの整備を行った。

2月にはWHOの研究員として来訪したフィリピン医師と心理学者 Dr. L. Mabanag & Mrs. M. Manuel を迎い入れて、アルコール中毒・薬物嗜癖に関する研修を指導した。国内では日本大学心理学大学院生がバイオフィードバックの研究に、また立教大学心理学4年生が卒業論文用の精神生理学実験の実施を求めて来部した。(高橋 宏)

### 優生部

優生部が行なうべき業務研究は、精神障害の素因の諸問題、環境的諸問題およびその相関関係の研究である。この方向に沿って研究を進めている。

#### 1) 騒音の精神機能に与える影響の解明に関する研究

騒音は人間に種々の影響を与えるが、騒音の量・質がある限度を超えると人間にとって阻害的な悪影響を与えることになる。人間に対する騒音の影響は、(1)聴力への影響、(2)聴取妨害、(3)心理的影響、(4)睡眠への影響、(5)身体的影響、(6)住民などへの社会的影響などが考えられるが、その中で(3)心理的影響を精神医学的観点から、(4)睡眠への影響、(5)身体的影響については生物学的研究手段を用いて研究を進めてきている。なお、この研究には環境庁より研究費の援助を受けた。

#### 2) 内因性うつ病の覚醒・睡眠機構の精神生理学的研究

うつ病者には覚醒・睡眠機構の障害、生体リズムの障害が想定されるが、生理的変動を長時間(24時間)にわたり把握し、正常者のそれらの変動と比較検討し、まとめつつある。

(中川泰彬)

### 精神薄弱部

精神薄弱部では、医学、生化学、保健学、心

理学、社会学、社会福祉学、教育学などの関連諸科学の提携による精神薄弱児・者の診断とケアに関する multi-disciplinary な臨床研究を全国各地の精神薄弱関係の機関・施設および各種団体の協力を得て実施している。

#### 1 精神薄弱の臨床診断法の開発と診断基準の統一に関する研究

厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」(主任研究者 櫻井芳郎)が発足し、精神薄弱を中心に自閉症、脳性麻痺などの周辺領域を含む心身障害の判定基準の確立をめざして、文部省、厚生省、労働省の関係者および各界の学識経験者から成る研究委員会を組織して研究が開始され、国内外の判定状況の実態調査と判定指標試案の作成がおこなわれた。諸外国の判定状況の調査はアメリカ、イギリスを始め25ヶ国について実施され、国内では全国の児童相談所、精神薄弱者更生相談所、心身障害者職業センターにおける判定の実態を調べた。また、精神薄弱および自閉症に関する判定指標試案を作成し、目下、検討中である。

ポジトロンCTの臨床利用に関する研究は、苗村を中心に開発研究が続けられ、脳の糖代謝測定方法に関して<sup>18</sup>FDGのコンパートメントモデルの代謝パラメータの新しい算出方法が考案され、また、NMR-CTの利用法に関しては、精神遅滞、老人痴呆などを含む臨床研究をおこない、脳の器質的变化をコンピュータによって自動的に診断するアルゴリズムの開発に着手した。これはポジトロンCTの不鮮明な画像に対しても脳の構造同定と統計処理をおこなうプログラムとしても使用できるものである。

#### 2 精神薄弱児・者の処遇体系の確立と臨床技術の開発に関する研究

小松を中心に厚生省心身障害研究「精神薄弱者の社会参加の必要条件に関する研究」(分担研究者 小松せつ)の初年度研究が開始され、精神薄弱者施設退園者の社会的予後、施設と地域社会との交流、性意識と役割および行為に関する実態、地域住民を中心に施設職員や家族その

他の社会意識など、精神薄弱者の社会参加をはかるための環境条件の整備に関する調査研究がおこなわれている。

飯田は、ダウン症乳幼児の栄養療法に関する実験的研究、UシリーズおよびMD散長期服用者の比較研究を進め、貴重な知見を得た。

その他、労働省委託研究の「精神薄弱者の雇用・訓練に関する実証的研究」（研究者代表 櫻井芳郎）も雇用対策のマニュアルの作成をめざして進められている。厚生省心身障害研究費による老化対策に関する研究（分担研究者 櫻井芳郎）は、いままでの研究成果をまとめて「精神薄弱者施設における老化対策の指針と処遇要領に関する提言」を公刊した。厚生省神経疾患研究「てんかんを伴う精神薄弱者の実態調査」や丸紅助成金研究「リハビリテーション活動調査」も集計中である。

（櫻井芳郎）

## 社会復帰相談部

### 1. 分裂病等動態関連研究

昨年に引続き国立国府台病院を中心とする調査研究（精神分裂病の外来診療の実態と推移に関する臨床統計的研究）に加わっている。昭和58年度調査については58年度第4四半期に協力5病院を受診した全分裂病について、受療年代、受療形態、入院歴の有無その他の調査・分析を実施し、直近の5年において初診した患者のうち半数近くが入院経験無しであること等を確かめた。

また、前年度調査の分析を通じて、動態に及ぼす男女差、入院歴を有する者の受療形態パターンの二極化傾向等を認めることができた。

### 2. 慢性分裂病のリハビリテーション関連調査研究

当所及び自治体病院を中心とする調査研究（リハビリテーション及び継続ケアのニーズに応じた精神科外来機能の拡充に関する実証的研究）の一部を担当している。現在は7施設と共同して行った作業遂行に関する評価、社会生活行動

に関する評価について検討を続けている。

### 3. 地域精神衛生活動関係

保健所の精神衛生相談員等と研究班を組み、保健所精神衛生業務のうち業務の比重が高い分裂病圏、アルコール依存・精神病を中心に現状の業務水準を整理・把握中である。

### 4. デイ・ケア及びソーシャルクラブ活動関係

昨年度に続き、4主題（病院デイ・ケアのあり方、スタッフに関する研究、作業療法とデイ・ケアプログラムに関する研究、ソーシャルクラブに関する研究）について検討をすすめた。

また、「デイ・ケア研修」「デイ・ケア研修における実習」についても中心的役割をとった。

さらに、デイ・ケア受講生等についてのフォロー・アップ・アンケート調査を実施した。

### 5. 精神科医療における既存行政統計の収集・整理

精神衛生研究所・精神衛生センタば連絡協議会における協議にしたがい、時間をみて少しずつ作業を続けている。

### 6. その他

ぜんかれんとの共同研究（精神障害者の社会復帰・福祉基盤形成に関する研究）に協力するなどいくつかのプロジェクトにも加わった。

以上のうち1、2については結果の一部を関連雑誌に、3は出版の形で示す予定である。6の「基盤形成に関する研究」は構成員である各研究者の第1次分析が報告書として印刷された。

当部としては、2を中心とする研究の拡充がもっとも必要であるが“待ったなし”で取り組まなければならない業務に大幅に時間をとられ、遅々として進まない状況があった。

（岡上和雄）





## 紀要掲載用業績

《昭和59年1月1日～59年12月31日》

## 著書

## 妻が危ない—主婦の精神衛生相談

池田由子

〈1984年10月30日, 全287頁, 弘文堂〉

## I. 現代の主婦のさまざまな症状

1) 結婚 2) 出産 3) 人工妊娠中絶 4) マイホーム 5) 家事 6) 夫との競争 7) 性関係 8) 学歴信仰 9) 離婚 10) 就労 11) 嫁と姑 12) 老人問題 13) 中高年夫婦のコミュニケーション 14) 戦争独身者 15) 時みちくれは

## II. 主婦のライフサイクルと精神衛生

## 被虐待児症候群, 現代のエスプリ206

池田由子 編集

〈1984年9月1日, 全224頁, 至文堂〉

1. 概説
2. 理論と研究
3. 社会文化的背景
4. 事例研究

## DSIP-like Material in Rat Brain, Human Cerebrospinal Fluid and Plasma as Determined by Enzyme Immunoassay

Ikuro Namura, Nobumasa Kato, et al: in Humoral Control of Sleep and Its Evolution

〈in press〉, VNU Science Press Bv, Utrecht

ベンゾジアゼピン系薬物の, DSIP (delta sleep Inducing Peptide) の日内分泌に及ぼす影響を測定した。

## 精神科デイ・ケアのすすめ方

岡上和雄

〈1984年11月15日, 牧野出版〉

各職種共著で精神科デイケアのすすめ方を記し, 合わせて関連資料を収載した。

## 精神保健論

岡上和雄

〈1984年6月25日, 土居健郎, メジカルフレンド社〉  
担当は疾病論と行政制度関係であった。

## ぼけ老人の家庭介護手引き

大塚俊男, 坂本 弘, 渡嘉敷 暁, 丸山 晋, 北村俊則 他

〈1984年6月1日, 老人精神保健対策研究会, 厚生環境問題研究会〉

## 精神薄弱者施設における老化対策の指針と処遇要領に関する提言

小松せつ他

〈1984年9月1日, 精神薄弱部モノグラフ昭和59年度 No.1〉

精神薄弱者援護施設における保健・栄養面の実態をふまえ, 老化対策の一環として, 栄養および保健管理対策の指針に関する提言をおこなった。

## 精神薄弱者援護施設における老化対策の指針と処遇要領に関する提言

櫻井芳郎他

〈1984年9月1日, 精神薄弱部モノグラフ, 昭和59年度 No.1〉

1. 老化対策の目標 (1) 心身の健康づくり (2) 生きがいを感じられる人生の実現, 2. 老化対策の大綱 (1) 老化防止策の推進, (2) 心身の健康管理の強化などに関する提言をおこない, また老化測定法も掲載してある。

## 分裂病の家族療法とその効果について

鈴木浩二

## 家族精神療法

〈1984年10月25日, 133頁～158頁, 河合肇雄, 岩井 寛, 福島 章, 金剛出版〉

分裂病の家族療法の効果に関する研究を総括し, わが国の精神医療に適用する際の問題点を提起した。

## 簡易家族療法の技法と効果に関する文献的並びに臨床的研究

鈴木浩二, 田頭寿子

昭和58年度厚生科学研究報告書「精神分裂病の簡易家族治療の技法および効果に関する研究

〈1984年3月〉

退院後6週間に家族療法を分裂病者の家族に適用した場合に再発, 再入院がどの程度予防できるか, を研究したもの。初年度の報告であり, 文献研究が中心。

**家族療法の理論と実際**

鈴木浩二

家族精神療法

〈1984年10月25日, 17頁~54頁, 河合隼雄, 岩井 寛, 福島 章, 金剛出版〉

家族療法の諸学派の理論と技法を詳説したもの。

**アルコール精神病他**

高橋 宏

精神医学大事典

〈1984年11月, 新福尚武編, 講談社〉

「アルコール精神病」「アルコール性幻覚症」「アルコール嫉妬妄想」を解説した。以前に出した「医科学大事典」のために記述したものの再録である。

**神経症**

高橋 徹

こころの科学と人間, 第2巻

〈1984年9月30日, 72頁~78頁, 風祭 元, 日本評論社〉

神経症研究の略史。

**Psychotherapy: A Cross-Cultural Perspective from Japan.**

Mental Health Services — The Cross - Cultural Context

Takeo Doi

〈P. B. Pedersen, N. Satorius, A. J. Marsella, Sage Publications〉

著者のこれまでの甘え概念の研究に基づいて精神療法の概観を行い, 各種の治療法が文化の相異を超えて統一的に理解できることを説いた。

**創造活動における媒介者**

町沢静夫

精神の科学9, 創造性

〈1984年1月17日, 61頁~86頁, 飯田真ら, 岩波書店〉  
アンドレアス・ザロメがニーチェ, リルケ, フロイトに及ぼした影響を精神病理学の観点から分析した。**精神病者のイメージ**

町沢静夫

イメージの臨床心理学 (水島, 小川編)

〈1984年9月5日, 205頁~214頁, 誠信書房〉

分裂病者, 躁うつ病者, てんかん患者のイメージ世界の特徴を取り上げ, 論じた。

**「分裂病の成因論を求めて—高危険児研究と情報処理障害」**

町沢静夫

精神病者の配偶者関係

〈1984年10月25日, 176頁~218頁, 河合他編, 金剛出版〉

分裂病者, 躁うつ病者の配偶者関係のあり方と予後を論じた。

分裂病者の情報処理過程 (町沢, 内海, 大平)

〈1984年7月5日, 100頁~170頁, 金剛出版〉

分裂病高危険児研究の総説とそれを踏まえた治療法, 予防の問題を紹介した。特に分裂病の素質を具体的に明らかにしようとしたものである。

**芸術家の夢—カフカと高村光太郎**

町沢静夫

創造性の深層 (馬場, 福島, 小川, 山中編)

〈1984年11月25日, 121頁~150頁, 有斐閣〉

夢と創造性の問題をカフカと高村光太郎を取り上げ, 具体的に論じた。

**精神医学者の精神病理**

町沢静夫

精神の科学9, 創造性

〈1984年1月17日, 331頁~369頁〉

精神科医として天才的業績を残したフロイト, ユング, サリバンらを新しい資料に基づいて分析し, 彼らの創造力の源を明らかにしようとしたものである。

**病院経営労務便覧**

宗像恒次, 石原信芳, 石川 稔他22名

〈1984年8月, 産業労働調査所〉

**精神医療の社会学**

宗像恒次

〈1984年12月, 弘文堂〉

**電話カウンセリングの諸問題**

牟田隆郎

山本和郎編「コミュニティ心理学の実際」所収

〈1984年2月, 75頁~86頁, 新曜社〉

電話カウンセリングの実際の概要を, 命の電話での経験に則して述べ, また, 電話カウンセリングの効用と, 問題点についても言及した。

**神経ペプチドの抗精神病作用**

—CCK 類似物質セルレインの抗精神病作用

渡辺 登, 諸治隆嗣, 萩野洋子

分裂病とはなにか—生物学的成因と病態—

〈1984年12月15日, 159頁~189頁, 島菌安雄・稲永和豊編, 東京大学出版会〉

CCK 様ペプチドの抗精神病作用について行った臨床および基礎研究を報告した。

**登校拒否**

文部省「登校拒否の背景と防止に関する研究」報告書(主任研究者 大原健士郎)

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一

〈1984年3月〉

**児童虐待**

池田由子

〈世界の児童と母性, 16号, 2頁~7頁, 1984年4月〉

**精神医学からみた家族**

池田由子

〈日本医事新報, 3132号, 128頁~129頁, 1984年5月5日〉

**子どものこころ—子どもの自殺**

池田由子

〈Medical Way, 1巻4号, 20頁~23頁, 1984年7月〉

**大学浪人の心理と病理**

第21回全国大学保健管理研究会報告書

池田由子

〈25頁~35頁, 1984年7月〉

**主婦の精神衛生**

池田由子

〈家庭科教育, 58巻7号, 19頁~23頁, 1984年7月〉

**テレビが親代りて対話のできない子**

池田由子

〈健康な子ども, 140号, 12頁~15頁, 1984年7月〉

**双生児に対する態度**

西尾友三郎教授 記念論文集

池田由子

〈19頁~21頁, 1984年7月〉

**親子関係のひずみ—児童虐待の事例から**

池田由子

〈現代幼児教育, 15巻2号, 15頁~19頁, 1984年9月〉

**論 文**

**家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書 昭和58年度健康づくり特別研究委託**

- 1) 精神衛生からみたわが国の家族の問題と治療
- 2) 精神衛生対策の立場からみた婦人教育及び保健活動の現状と問題点 (主任研究者 池田由子)

池田由子, 成田年重

〈1頁~26頁, 1984年3月〉

**子どもに問題があるときの父親と母親の精神衛生の比較について**

家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書 (主任研究者 池田由子)

池田由子, 上林靖子, 西川祐一, 河野洋二郎

〈27頁~36頁, 1984年3月〉

**精神薄弱児の親の精神衛生**

精神薄弱児(者)のハビリテーションプログラムに関する研究 (主任研究者 青山光二)

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一

〈108頁~114頁, 1984年3月〉

**精神薄弱児の両親の精神衛生**

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一  
 〈精神薄弱児研究, 319号, 58頁~67頁, 1984年12月〉

**中学生の精神衛生調査**

池田由子・上林靖子・河野洋二郎・西川祐一・今田芳枝・  
 矢花美美子・他5名  
 〈厚生省青少年の精神健康に関する研究報告書(班長大原健士郎), 18頁~34頁, 1984年3月〉

**高齢者の心身の自覚的健康に関する研究**

大塚俊男, 谷口幸一, 丸山晋也  
 〈老年社会科学, 6巻2号, 152頁~166頁, 1984年〉

**はつらつと生きるために**

大塚俊男  
 〈健康な子ども, 135巻, 49頁~51頁, 1984年2月〉

**老年痴呆および脳血管性痴呆の臨床特徴に関する知見**

西尾友三郎教授 退職記念論文集  
 大塚俊男  
 〈39頁~42頁, 昭和大学医学部精神医学教室, 1984年7月〉

**精神病院における老人医療の位置づけ**

大塚俊男  
 〈日本精神病院協会雑誌, 3号, 16頁~21頁, 1984年3月〉

**在院痴呆患者の病態と予後**

大塚俊男, 道下忠蔵, 小林八郎, 安藤 丞, 丸山 晋  
 〈精神神経誌, 86巻, 557頁~561頁, 1984年7月〉

**老年期痴呆の施設治療**

大塚俊男  
 〈精神科 Mook, 184頁~192頁, 1984年6月〉

**アルツハイマー病患者由来の末梢培養リンパ球における姉妹染色体交換(SCE)の誘発**

大塚俊男, 小泉 明, 金子哲也, 丸山 晋, 他  
 〈精神衛生研究, 30巻, 1頁~7頁, 1984年〉

**管理社会とこころ****からだの科学別巻, こころと科学と現代**

岡上和雄  
 〈30頁~37頁, 宮本忠雄, 日本評論社, 1984年10月30日〉

試論の前段階にとどまった。

**分裂病のコミュニティケア**

精神科 Mook.No.9, 精神分裂病の治療と予後  
 岡上和雄  
 〈167頁~175頁, 山下 格, 金原出版, 1984年9月30日〉  
 技術論的独自性に限って述べた。

**ソーシャル・クラブの活動の持つ意味**

柏木 昭  
 〈精神障害と社会復帰, 4巻1号, やどかり出版〉  
 デイ・ケア及びソーシャル・クラブのそれぞれについて, 定義づけ, 特にソーシャル・クラブが, セルフ・ヘルプ・グループとして成立する条件を検討した。

**従事者の精神障害に対する認識及び援助態度のホステル及びグループホーム居住者の社会的自立化に及ぼす影響に関する研究**

厚生省科学研究報告書(課題番号465)  
 柏木 昭, 宗像恒次, 園田恭一, 諏訪茂樹  
 〈1984年4月〉

**暴力性の高いTVフィルム情報曝露に対する子どもの被影響感度と家族背景との関連についての研究(昭和57年度分 放送文化基金研究)**

柏木 昭, 宗像恒次, 河野洋二郎, 椎谷淳二, 佐伯洋一郎, 野崎 茂, 高橋 宏, C.P.チェーン  
 〈1984年12月10日〉

子どもの日常のテレビ視聴行動と, その家族背景, および幼稚園や保育園での行動特性との関連について, 実験と調査の結果の分析に基いて明らかにした。

**Depression and ventricular enlargement**  
Shima,S., Shikano,T., Kitamura,T., Masuda,Y., Tsukumo,T., Kanda,S., Asai,M.

〈Acta Psychiatrica Scandinavica, 70巻3号, 275頁~277頁〉

**Electrocardiographic changes following electroconvulsive therapy**

Kitamura, T., Page, A. J. F.

〈European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 234巻3号, 147頁~148頁〉

**症状チェック・リストとしての「感情病および精神分裂病面接基準」(SADS)と「現在症診察表」(PSE)の比較**

北村俊則, 島 悟, 崎尾英子, 高橋龍太郎, 加藤元一郎

〈臨床精神医学, 13巻3号, 293頁~299頁〉

**児童期の喪失体験と抑うつ状態—マッチドペアによる研究—**

北村俊則

〈社会精神医学, 7巻2号, 114頁~118頁〉

**精神科疾患における dexamethasone 抑制試験—うつ病を中心に—**

島 悟, 鹿野達男, 須貝佑一, 北村俊則, 浅井昌弘, 伊藤 斉, 加野象次郎

〈精神医学, 26巻3号, 313頁~316頁〉

**症例要旨法による家族歴研究診断基準(FH-RDC)の信頼度検定**

北村俊則, 島 悟, 崎尾英子, 加藤元一郎

〈社会精神医学, 7巻4号, 308頁~312頁〉

**症例要旨を用いたファイナー診断基準の信頼度検定**

北村俊則, 島 悟, 崎尾英子, 加藤元一郎

〈精神医学, 26巻11号, 1203頁~1207頁〉

**Blink rate and blunted affect among chronic schizophrenic patients**

Kitamura, T., Kahn, A., Kumar, R., Mackintosh, J. H.

〈Biological Psychiatry, 19巻3号, 429頁~434頁〉

**慢性精神分裂病における陰性症状評価尺度の評定者間信頼度**

北村俊則, 島 悟

〈慶応医学, 61巻3号, 277頁~283頁〉

**Reliability of clinical assessment of blunted affect**

Kitamura, T., Kahn, A., Kumar, R.

〈Acta Psychiatrica Scandinavica, 69巻3号, 242頁~249頁〉

**老人保健とこころ**

齋藤和子

こころとからだの科学, 精神医学入門シリーズ1

〈日本評論社, 山下 格編, 1984年8月30日〉

老人精神衛生の観点から, 老人保健の課題を概論した。

**老人のデイ・ケア**

齋藤和子

精神科デイ・ケアのすすめ方

〈牧野出版, 岡上和雄編, 1984年11月15日〉

老人デイ・ケアについて, その目的, 具体的運営のあり方, 利用の手引き等を解説した。

**精神薄弱児・者福祉をめぐる社会意識(1)**

櫻井芳郎

〈愛護—精神薄弱福祉研究—, 31巻8号, 32頁~38頁, 日本精神薄弱者愛護協会, 1984年8月15日〉

人間尊重, 共存の思想をふまえた精神薄弱児・者福祉の実現に重要なかわりをもつ地域住民の社会意識について, 1. 社会意識を理解する必要性, 2. 社会意識とその背景, 3. 現代における社会意識の特徴を論じた。

**精神薄弱児・者福祉をめぐる社会意識(2)**

櫻井芳郎

〈愛護—精神薄弱福祉研究—, 31巻9号, 38頁~43頁, 日本精神薄弱者愛護協会, 1984年9月15日〉

現代における社会意識の特徴として, 人間尊重, 共存の思想に基づく「時代の精神・理念」が高らかに掲げられたが, 人びとの態度や意識が正しく対応していない現実とその変容を求める動きについて論じた。

**精神薄弱児・者福祉をめぐる社会意識(3)**

櫻井芳郎

〈愛護—精神薄弱福祉研究—, 31巻10号, 39頁~44頁, 1984年10月15日〉

社会意識の実態と問題点を代表的な調査研究例をもとに分析するとともに, 精神薄弱児・者福祉の向上をはかるために社会意識の望ましい変容をめざす活動の重要性

について論じた。

### 高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化に関する研究

精神薄弱児(者)のハビリテーション・プログラムの開発に関する研究

櫻井芳郎, 小松せつ他17名

〈53頁～62頁, 主任研究者 青村光二, 昭和58年度厚生省心身障害研究報告書, 1984年3月〉

全国の精神薄弱者援護施設のなかから老化対策に関して先駆的な試みを実施している7施設を研究協力施設に委嘱して, 老化対策と処遇方法に関する開発研究をおこない, その結果を提言のかたちでまとめた。

### 精神薄弱児(者)のケア

櫻井芳郎

〈日本医事新報, 3121号, 132頁, 日本医事新報社, 1984年2月18日〉

精神薄弱児(者)の人間生活の実現をめざすノーマライゼーションとインテグレーションの思想を概述し, それを具体化する地域ケアのあり方を論じ, あわせて, かかる新しい視点に立つ文献の紹介をおこなった。

### 学会の素顔—日本家族研究・家族療法学会

鈴木浩二

〈技術と経済, 10号, 108頁～111頁, (株)科学技術と経済の会, 1984年10月15日〉

日本家族研究・家族療法学会の沿革および現状を概説した。

### 精神医療における家族療法の意義について—特に薬物療法と家族療法の併用を中心に—

鈴木浩二

〈家族療法研究, 1巻1号, 61頁～70頁, 金剛出版〉  
精神分裂病者の再発予防としての家族療法の意義について考察を加えた。

### 家族療法

鈴木浩二

〈「心身症診療Q&A」, 第1巻, 518頁～519頁, 六法出版社, 1984年11月〉

心身症家族の家族力動およびその治療対策について概説した。

### わが国における家族研究と家族療法

鈴木浩二, 高臣武央

〈家族療法研究, 1巻1号, 4頁～11頁, 金剛出版, 1984年12月27日〉

わが国の家族研究, 特に精神分裂病の研究の歴史と回顧し, 分裂病の家族療法の適用に関する問題点を提起した。

### 日本家族研究・家族療法学会, 発足の背景と課題

鈴木浩二

〈家庭科教育, 58巻11号, 54頁～57頁, 家政教育社, 1984年9月1日〉

日本家族研究・家族療法学会が設立するまでの道程を概説し, 今後の課題について言及した。

### 家族療法

鈴木浩二

〈心の健康, 343巻11号, 12頁～19頁, 精神衛生普及会, 1984年11月10日〉

職場の健康管理責任者に対して, 心の病いと家族力動との関連性を説明し, 家族治療的アプローチの重要性を説いた。

### 日本における家族療法の展開

鈴木浩二

〈教育と医学, 3号, 86頁～91頁, 慶応通信, 1984年3月1日〉

わが国の家族療法の発展の素地を考え, その問題点を指摘した。

### “家族療法の父” ジョン・E・ベル博士

鈴木浩二

〈家族療法研究, 1巻1号, 82頁～84頁, 金剛出版, 1984年12月〉

ジョン・ベル博士の人物, 業績他についての紹介。

### お父さんを上手に家族教育に参加させるための5つのアドバイス

鈴木浩二

〈小学生のお母さん, 49号, 12頁～13頁, 福武書店, 1984年6月〉

子どもの養育における父親の役割の重要性を説き, 養育参加の方法を提言した。

**思春期の心の病気**

鈴木浩二

〈すこやかファミリー, 122号, 24頁, 研友企画出版〉  
思春期の心の病いと家族力動の関係を説明し, 著者の  
行っている家族療法を紹介した。

**Sympathie ambiguë et phobie sociale**

Tooru Takahashi

〈Yashima Psychiatrie, 1巻2号1頁~6頁, 東京  
医歯大精神科医の会, 1984年10月1日〉

Congrès international de la deuxième renaissance  
で発表した「親しさの両義性と対人恐怖」の仏語抄録。

**精神健康問題としての住居**

高橋 宏

〈心と社会, 40号, 16頁~23頁, 日本精神衛生会, 1984  
年2月〉

住宅環境と精神健康との関連を, 最近の内外の研究の  
一部を紹介しつつ述べた。

**精神不健者からみた居住環境**

「環境科学」研究報告 B 227-R-15-3 「都市環境の快適  
性の研究」中間報告

高橋 宏

〈69頁~75頁, 班長・斎藤隆蔵, 文部省「環境科学」  
特別研究・研究班, 1984年8月〉

昭和57年からすすめている研究の中間報告書で, 集合  
住宅に住む主婦の健康状況の分析と社会生活意識, およ  
び精神障害者が示す住居の不快条件の表現を, 数例の実  
例によって考察した。

**「ICD-10」をめぐり動き— Personality Disorders (人格障害) —**

土居健郎

〈精神医学, 26巻2号, 159頁~162頁, 医学書院, 1984  
年2月〉

「精神医学」誌上で「DSMIII—その有用性と問題点」  
と題する特集が組まれた際の寄稿, WHOにおいて「I  
CD-10」を起草する上で人格障害についてどのような議  
論がなされているかを紹介し, あらためて「性格か病気  
か」を問題とする。

**オーウェルの「1984年」と分裂病****分裂病の精神病理13**

土居健郎

〈1頁~17頁, 飯田真編, 東京大学出版会, 1984年12  
月15日〉

オーウェルの「1984年」が分裂病と酷似する心理を示  
していることを逐一説明するとともに, そのことが何を  
意味するかを考察する。すなわち分裂病者は「1984年」  
的世界に住んでいると考えられること, また妄想分裂病  
の特異性などについて。

**計量ポリグラフ法による睡眠薬の薬効検定  
(第2報)—多元的指標の同時追跡による睡  
眠薬の特性抽出—**

苗村育郎

〈精神医学, 27巻2号, 219頁~235頁〉

睡眠薬の作用発現と作用スペクトルの時間特性を実験  
的に追跡する方法と考察・実施したものである。これに  
より用量—作用関係ならびに臨床適用量の客観的設定が  
可能となった。

**新しい睡眠薬(450191-S)の不眠症への効果**

苗村育郎・神保真也・本多 裕

〈臨床精神医学, 13巻9号, 1157頁~1166頁, 1984年  
9月〉

副作用の少い, 新しい睡眠剤の臨床効果を各種精神科  
疾患についてまとめた。

**ポジトロンCT画像における脳の構造解析の  
試み(第1報)—NMR-CT およびX線CT  
を利用した諸領域の同定と分割—**

苗村育郎・原島 博・斎藤隆博他7名

〈精神衛生研究, 31巻, □頁〉

ポジトロンCTやNMR-CTを含め, 新しいコンピュ  
ータ断層装置を総合的に活用し, 脳機能診断につなぐた  
めの, 画像工学的手法を研究した。本論文はその第一報  
として, 標準脳地図の利用とNMR-CTの非階層的クラ  
スタ分析による多次元的情報処理が, 脳の構造同定に有  
用なことを示した。

**4週間デザインによる新しい睡眠薬450191-  
Sの連続終夜ポリグラフィ—(第1報)—睡  
眠構造の分析—**

苗村育郎・山崎清之・伊藤高司

〈臨床精神医学, 14巻, 7号〉



ストレス負荷や精神賦活剤による実験的不眠夜を取り入れて、連続終夜ポリグラフィーを行い、新しい睡眠薬の臨床作用の検討を行った。徐波睡眠の統時変化につき、詳細に分析した。

### ポジトロンCTによる精神疾患研究

苗村育郎・井上 修・山崎統四郎

〈神経研究の進歩, 28巻2号, 318頁～334頁, 医学書院, 1984年4月10日〉

18F-デオキシグルコースを中心としたポジトロンCTによる精神神経疾患の研究について、これまでのデータをまとめると共に、現在の問題点を指摘し、今後の方向を示した。

### ポジトロンCTによる脳機能変化の追跡(第2報) —脳局所時間放射能曲線の検討—

苗村育郎・櫻井芳郎・小松せつ他5名

〈精神衛生研究, 30巻1号, 8頁～31頁, 1984年6月〉

睡眠・思考作業などの意識状態の変化に伴う脳局所の糖代謝変化を、光合成C-グルコースにより追跡した。時間放射能曲線を脳波記録と照合した結果、前頭葉での変化が大きく、睡眠時に放活活性は低下、思考作業時に増大する傾向を認めた。

### 交通事故後に神経症症状を示した児童の2症例について

西川祐一・池田由子・後藤多樹子・茂木雄二・川地悦子・他2名

〈精神衛生研究, 30号, 55頁～68頁, 1984年3月〉

### 家族関係へのかかわり(その1)

宗像恒次・百瀬憲子・松尾恭子・村上れい子・渡辺津夜子

〈看護実践の科学, 9巻9号, 51頁～61頁, 1984年9月〉

### 防衛する家族の力動性(その1)

宗像恒次・百瀬憲子・渡辺津夜子・松尾恭子・村上れい子

〈看護実践の科学, 9巻5号, 49頁～60頁, 1984年5月〉

### 防衛する家族の力動性(その2)

宗像恒次・松尾恭子・百瀬憲子・渡辺津夜子・村上れい子

〈看護実践の科学, 9巻7号, 52頁～62頁, 1984年7月〉

### 「気持のくせ」分析からみた家族理解

宗像恒次・百瀬憲子・松尾恭子・村上れい子・渡辺津夜子

〈看護実践の科学, 9巻2号, 55頁～65頁, 1984年2月〉

### 日本精神医療体系における社会文化的背景

宗像恒次

〈精神衛生研究, 30号, 135頁～148頁, 1984年3月〉

### 家族関係へのかかわり(その2)

宗像恒次・松尾恭子・百瀬憲子・村上れい子・渡辺津夜子

〈看護実践の科学, 9巻11号, 43頁～53頁, 1984年11月〉

### 対象家族との出会い

宗像恒次・松尾恭子・百瀬憲子・村上れい子・渡辺津夜子

〈看護実践の科学, 9巻8号, 38頁～51頁, 1984年8月〉

### 家族の動態についての理解(その1)

宗像恒次

〈9巻3号, 55頁～62頁, 1984年3月〉

### 家族の動態についての理解(その2)

宗像恒次・渡辺津夜子・百瀬憲子・松尾恭子・村上れい子

〈看護実践の科学, 9巻4号, 49頁～59頁, 1984年4月〉

### 人の理解と「気持のくせ」分析

宗像恒次・百瀬憲子・松尾恭子・村上れい子・渡辺津夜子

〈看護実践の科学, 9巻1号, 38頁～46頁, 1984年1月〉

### いわゆる暴力番組は幼児に一樣に悪影響を与えるのか? —「子どものテレビ視聴と家族関係」からのアプローチ—

宗像恒次・椎谷淳二

〈放送文化, 39巻12号, 34頁～37頁, 日本放送出版協会, 1984年12月1日〉

子どもの日常のTV視聴行動と、その家族背景、および幼稚園や保育園での行動特性との関連について、調査結果の相関分析に基づいて論じた。昭和57年度分放送文化

基金研究 (代表: 柏木昭) の一部分の抜粋・要約,

渡辺 登

### A THERAPEUTIC TRIAL OF CAERULEIN TO A LONG-TERM HEAVY MARIJUANA USER WITH A MOTIVATIONAL SYNDROME

渡辺 登・諸治隆嗣・多田幸司・青木典太

〈Rog. Neuro-Psycharmacol. & Biol. Psychiat., 8巻419頁~421頁, Pergamon Press, 1984年9月25日〉

無動機症状群を呈したマリファナ重症使用患者に cholecystokinin octapeptide の類似物質 caerulein を投与し, 好ましい効果を認めたので報告した。

### セルレインの夜間睡眠に及ぼす影響

渡辺 登・坂井禎一郎・多田幸司・武村信男・野上芙美・諸治隆嗣

〈精神薬療基金研究年報 第15集, 15巻, 63頁~69頁, 財精神神経系薬物治療研究基金, 1984年3月31日〉

中枢神経系に存在する cholecystokinin の類似物質 caerulein がヒトの夜間睡眠にどのような影響を与えるかをポリソムノグラフィによって検討した。

### CCK-8 類似物質 caerulein の中枢薬理について

渡辺 登・諸治隆嗣・萩野洋子・山口恵子・高松幸雄・松下 享

〈厚生省神経疾患研究委託費 精神分裂病の生物学的成因及び病態に関する研究, 141頁~155頁, 1984年3月31日〉

CCK-8 類似物質 caerulein の中枢薬理に関して, これまでに私どもが発表した成績に新たな結果を追加して報告した。

### 市販喘息薬ブロン液の乱用により躁うつ状態を呈した1症例

渡辺 登・坂井禎一郎・多田幸司

〈精神医学, 26巻10号, 1120頁~1122頁, 医学書院, 1984年10月15日〉

エフェドリンを主成分とする市販喘息薬である新エスエスブロン液を乱用し躁うつ状態を呈した1症例を経験したので報告した。

### ヒゲに関する精神病理学的考察—男性性との関連に注目して—

〈臨床精神医学, 13巻9号, 1103頁~1109頁, 国際医学出版, 1984年9月28日〉

治療経過中に口ヒゲをはやした男性患者3例を報告し, 男性性の象徴ともいえるヒゲをはやすことが患者にとっていかなる意味をもっていたのかを検討した。

### 無動機症状群 (amotivational syndrome) を呈した長期マリファナ重症使用患者の1症例

渡辺 登・諸治隆嗣・多田幸司

〈精神医学, 26巻3号, 291頁~296頁, 医学書院, 1984年3月15日〉

長期間大量のマリファナを喫煙し, 無動機症状群と呼ばれている特異な精神症状を呈した1症例を経験したので報告した。

### マリファナ大量常習者でみられた無動機症状群に対するセルレインの効果

渡辺 登・諸治隆嗣・多田幸司

〈カレントセラピー, 2巻11号, 143頁~145頁, 1984年11月25日〉

抗精神病作用をもつセルレインが, 慢性分裂病に特有な情動鈍麻や接触障害, 自発性の減退あるいは欠如などの症状のほか, マリファナ常習者に認められる無動機症状群にも有効であったことを報告した。

## 学 会

### 磁気ヘアーバンドのてんかんに及ぼす影響について

飯田 誠

〈第11回磁気と生体研究会, 1984年10月20日〉

ヘアーバンドに永久磁石を縫いつけたものをかぶらせることによって, てんかん発作が減少または完全消失し, 脳波も改善される事実について, その作用メカニズムの推論を行った。

### 協会 (日本 PSW 協会) の歴史を通しての PSW 論

柏木 昭

〈第20回精神医学ソーシャル・ワーカー全国大会 金沢, 協会の歴史を通しての PSW 論, 1984年6月29日〉

①日本 PSW 協会の 1) 組織体制, 2) 資格制度, 3)

主体性準拠枠 (アイデンティティ), 4) 協会活動の方向性。

② PSW の実践について 1) PSW の中心理念, 2) 方法, 3) 関係の概念, 4) 活動の諸相。①②それぞれについての変遷を検討した。

### 感情病および精神分裂病用面接基準 (SADS) 日本語版の使用経験

北村俊則・島 悟

〈第4回精神国際診断基準研究会 東京, 1984年11月10日〉

### 陰性症状評価尺度の使用経験

北村俊則・島 悟

〈第11回東京精神医学懇話会 東京, 1984年6月30日〉

### Case vignette による Family History-Research Diagnostic Criteria (FH-RDC) の信頼度検定

北村俊則・島 悟・英子・加藤六一郎

〈第10回東京精神医学懇話会 東京, 1984年2月25日〉

### 不安と攻撃性

高橋 徹

〈第7回三大学精神病理研究 小田原, 1984年8月26日〉

不安神経症の臨床的観察をもとに, 攻撃性と不安の深層心理学的な考察を行なった。

### 対人恐怖と親しさの両義性について

高橋 徹

〈第1回「第二次ルネッサンス」国際学会 東京, 1984年4月5日〉

日本語の第一人称の用いかた, 日本の社会における対人関係の一側面との関係についての考察。

### 森田療法と日本人

土居健郎

〈第2回森田療法学会, 1984年11月9日〉

森田療法の特殊性を森田止馬の病跡と関連させて論じた。

### Benzodiazepine のヒト・メラニン・リズムに及ぼす影響について

苗村育郎

〈第57回日本内分泌学会, 1984年5月18日〉

ベンゾジアゼピン系睡眠剤について人間の神経内分泌リズムに及ぼす影響を, メラトニンを指標として検討した。

### A la recherche de l'identité du Japonais des temps modernes

Takeo Doi

〈L'évolution psychiatrique, 49巻1号, 137頁~143頁〉

上記のフランスの精神医学誌で日本の精神医学について特集を行った際, 求められて寄稿したもの。数年前のアメリカでの講演をもとにしている。森鷗外・内村鑑三・夏目漱石の病跡から甘え概念の重要性を指摘した。

### Socio-Cultural Background of Mental Health Care Delivery System in Japan Compared with Western Countries

Tsunetsugu Munakata

〈World Psychiatric Association - Regional Symposium, Helsinki, Social Psychiatry, 1984年6月20日〉

### Self Care Behavior

Tsunetsugu Munakata

〈World Health Organization and Asia/Oceania Region International Association of gerontology, Fukuoka, Population based studies of Aging, 1984年10月26日〉

### 問題を抱えた青年による集団活動の報告

牟田隆郎

〈第26回日本教育心理学会 京都, 902頁~903頁, 1984年9月28日〉

精研で実施している青年を対象としたグループについて, その狙いと, 過去4年半の活動状況, 内容について報告した。

### ねたきり老人介護者の生活と老後に関する研究

〈第26回日本老年社会学会 東京, 1984年10月4日〉

石川県河北郡高松地区及び市川市国府台地区において, 在宅, 病院入院, 老人ホーム入所の各ねたきり老人の家族介護者につき, 生活実態, 自己の老後に関する意識を調査して報告した。

**Experimental Application of the Milan Systemic Approach to the Families with Schizophrenic Patient in Japan**

鈴木浩二

〈第8回精神分裂病の精神療法に関する国際会議, 米国コネチカット州ニューヘブーン市, Systemic Family Therapy VIII th International Symposium on The psychotherapy of Schizophrenia, WPAエール大学医学部, 1984年10月14日〉

ミラノ学派の家族療法をわが国の分裂病家族に適用した経験をもとに, パラドックスの使用に, 工夫が必要であることを強調した。わが国では, 内容のパラドックスより文脈的・関係的なパラドックスが重要。

**CCK-8 類似物質 caerulein の中枢薬理について**

渡辺 登・諸治隆嗣・萩野洋子・山口恵子・高松幸雄

〈精神分裂病の生物学的成因及び病態に関する研究, 昭和58年度研究報告会, 東京, 1984年2月3日〉

**セルレインの夜間睡眠に及ぼす影響**

渡辺 登・坂井慎一郎・多田幸司・武村信男・野上芳美・諸治隆嗣

〈第6回日本生物学的精神医学会 東京, 1984年3月23日〉

夜間睡眠に及ぼすセルレインの影響について検討し, 睡眠段階出現率で生食水投与夜に比してセルレイン投与夜で% SREM の有意 ( $P < 0.01$ ) な増加を認めた。

**行動薬理学的観点からみた caerulein と抗精神病薬の相互作用**

渡辺 登・萩野洋子・諸治隆嗣

〈第6回日本生物学的精神医学会 東京, 1984年3月24日〉

抗精神病薬はマウスの運動量と立上り行動に対する caerulein 抑制作用を増強し, 他方弁別回避反応では caerulein は haloperidol の抑制作用を増強した。

**アセトアルデヒド脳室内投与ラットの行動変化について**

渡辺 登, 千葉正悦, 塚本昭次郎

〈第19回日本アルコール医学会, 浜松, 1984年9月22日〉

アセトアルデヒドの中枢作用を行動薬理学的観点から検討し報告した。

**Cholecystokinin 類似物質 caerulein による慢性分裂病者の局所脳血流量の変化**

渡辺 登・多田幸司・加藤正武・長瀬輝宣・諸治隆嗣

〈第16回精神神経系薬物治療研究会, 大阪, 1984年12月3日〉

**翻訳, 書評**

**陰性症状評価尺度 (SANS)**

岡崎祐士・安西信雄・太田敏男・島 悟・北村俊則

〈臨床精神医学, 13巻8号, 999頁~1010頁〉

**医学生物学大辞典**

高橋 宏他

〈メディカルフレンド社, 1984年2月〉

フランス・マッソン社刊の医学生物学辞典の中で, 精神医学に関する項目の翻訳と編集を行なった。

**神田橋条治著「精神科診断面接のコツ」**

土居健郎

〈精神医学, 26巻7号738頁~, 1984年7月〉

本書が精神科面接についてのすぐれた解説書であること, またそこには著者の経験を基にした非常にオリジナルな発想の一杯盛り込まれていることを指摘する。

**画像医学の新技術—ポジトロンCT**

〈苗村育郎 and Rodney Brooks, Medical English, 1巻11号, 6頁~16頁および66-69, R.Brooks and I Namure, メジカルビュー社, 1984年11月〉

画像医学の中でポジトロンCTの果たす役割と, 臨床診断への実用化に際しての利点や欠点を解説し, 今後の見通しを述べた。

**「分裂病高危険児研究レポート」**

分裂病者の情報処理過程 (町沢, 内海, 大平ら)

町沢静夫

〈223頁~260頁, Asarnow, Mednick ら, 金剛出版, 1984年7月5日〉

Asarnow, Mednick らの寄稿論文を翻訳した。分裂病高危険児研究の先端を行く研究で現在進行中のプロジェ

クトの中間総括的なものである。

## 講演

### 児童虐待

池田由子

〈厚生省「母子相互作用の臨床的応用に関する研究」  
研究班会議，特別講演，1984年1月13日〉

### 中高年の心の健康

池田由子

〈松戸消費生活センター講演会，松戸市，（東葛合同庁  
舎，1984年3月30日）

### 親子関係のゆがみ—児童虐待

池田由子

〈全国児童相談所長会議，厚生省，1984年6月12日〉

### 思春期の精神衛生諸問題

池田由子

〈千葉県養護教員総会，千葉市民会館，1984年6月13  
日〉

### わが国の児童虐待

池田由子

〈家族社会・法・研究会，如水会館，1984年6月16日〉

### 児童虐待

池田由子

〈全国養施設職員研修会，厚生省，1984年11月28日〉

### 視覚障害を伴う精神発達遅滞児の行動の理 解と取り扱いについて

飯田 誠

〈千葉県立盲学校研究会，千葉県立盲学校1984年11月  
6日〉

精神遅滞による抽象言語の発達遅滞に加えて，視覚障  
害による具体的認識の欠落により盲精薄児の能力は極端  
に低下することを説明し，触覚的具体的刺激を中心に指  
導すべきであるが，その困難性についても述べた。

### 精神薄弱の特性と親と教師のあり方

飯田 誠

〈しいの木養護学校PTA講習会，しいの木養護学校  
PTA，1984年9月16日〉

精神薄弱の精神構造の特徴を説明し，それに基いた取  
り扱い方を事例を通して解説した。

### 精神薄弱の精神構造について

飯田 誠

〈高知県精神薄弱者愛護協会総会，高知県精神薄弱者  
愛護協会，1984年3月16日〉

精神薄弱の精神構造について説明し，それに基いた解  
明を彼等の反応や行動に適用しなければ正しい指導や問  
題解決にならないことを事例を挙げて説明した。

### 知恵遅れの病理

飯田 誠

〈成人精神薄弱についての講習会，文京区，1984年2  
月4日〉

精神薄弱の精神構造について説明し，それに基いて，  
彼等の反応や行動を理解し，指導してゆかなければ，常  
にわれわれの一方的な押しつけになり，指導がうまくゆ  
かないことを解説した。

### 知恵遅れの病理

飯田 誠

〈精神薄弱についての講習会，佐倉市，1984年2月25日〉

精神薄弱の精神構造について説明し，それに基いた理  
解の仕方を実例を挙げて解説し，われわれの一方的な解  
釈や小手先の扱い方では，彼等をうまく指導できないこ  
とを述べた。

### ダウン症の病理と教育について

飯田 誠

〈安房養護学校研究会，安房養護学校，1984年6月5  
日〉

ダウン症の染色体異常の問題と，精神構造の特徴につ  
いて述べ，それに基いて指導・教育を考えてゆくべきで  
あることを事例を通して説明した。

### 自閉症の奇妙な行動，気になる癖，異常な行 動について

飯田 誠

〈千葉県精神薄弱者看護協会研究会，千葉県精神薄弱  
者愛護協会，1984年12月11日〉

自閉症の行動を感覚障害に基くものとみなし，感覚刺

受要求行動と感覚刺激廻癱行動に大別し、五感におけるそれぞれの行動をそのような解釈に基いて対応することによって、問題行動が減少あるいは消失することを述べた。

### 受療動態などからみたりハビリテーションの課題の2, 3

岡上和雄

〈昭和59年度自治体病院協議会精神病院特別部会院長、医長研修会、同上、1984年8月24日〉

要約は同協議会雑誌1984年12月号に収載されている。

### すこやかな高年と心の健康づくり

大塚俊男

〈新潟県健康づくり県民大会、新潟県、1984年10月18日〉

### 老人性痴呆の予防とケア

大塚俊男

〈九州ブロック保健婦カウンセリング技術短期研修会、長崎市、1984年10月17日〉

### 老人の心と身体について—老人性痴呆症を中心として—

大塚俊男

〈社会福祉研修、岩手県社会福祉研修所、1984年9月11日〉

### 21世紀を健康で迎えるために—健やかに老いるということは一

大塚俊男

〈健康づくり県民のつどい、栃木県、1984年12月10日〉

### 老人精神衛生と医療の現状

大塚俊男

〈精神衛生相談員資格取得講習会、愛知県衛生部、1984年8月6日〉

### 老年期の精神衛生

大塚俊男

〈精神衛生相談員認定講習会、宮崎県、1984年8月8日〉

### 老人の精神障害

大塚俊男

〈精神衛生相談員資格取得講習会、東京都衛生局、1984年9月17日〉

### ぼけはどうしておこるのか

大塚俊男

〈健康公開講座、NHKサービスセンター、1984年11月14日〉

### 家族関係—子どもの人間的成長に影響をおよぼす基本的な人間関係—

櫻井芳郎

〈昭和59年度ケースリーダー養成講座、埼玉県、1984年7月27日〉

少年非行を中心とする適応障害の発生および治療に重要な影響をあたえる要因である家族関係について、その特性、機能、子どものパーソナリティの形成におよぼす影響、家族に対する働きかけなどについて論じた。

### 精神薄弱者福祉方法論—福祉臨床の理論と技術—

櫻井芳郎

〈昭和59年度通信教育スクーリング沖縄会場、札幌会場、東京会場、日本精神薄弱者愛護協会、1984年8月1日、3日、17日〉

精神薄弱児(者)の教育・福祉に従事する職員を対象に、福祉臨床の意義、福祉臨床の機能と役割、今後の課題について論述した。

### 精神薄弱の判定ならびに精神薄弱者のリハビリテーション活動に関する検討

櫻井芳郎

〈第2回精神薄弱者雇用対策研究会 労働省、1984年6月18日〉

現行判定が精神薄弱の概念の変化に正しく対応していない点を指摘し、判定方法の見直しと判定指標作成の必要性を強調した。また、リハビリテーション活動の現状と問題点を明らかにし、今後の課題について論じた。

### 精神薄弱者のライフサイクルを考える

櫻井芳郎

〈昭和58年度精神薄弱者施設職員研修会 神奈川県精神薄弱者愛護協会、1984年3月13日〉

精神薄弱者の処遇は、人間としての一生をふまえたものでなければならず、また地域において共に生きる人間

生活をめざす援助の必要性を精神薄弱者施設をとりまく情勢の変化と施設がかかえている問題をふまえて論じた。

櫻井芳郎

### 親の会活動の現状と今後の展望—療育関係者との連携を中心に— (主論)

櫻井芳郎

〈昭和58年度在宅心身障害児(者)療育指導者研修会 (高知会場) 全国心身障害児福祉財団, 1984年2月24日〉

障害児(者)をもつ親のねがいが生んだ親の会活動の現状と今後の展望を考察するとともに親の役割と療育関係者の任務、両者の連携をはかるための諸条件について論じた。

### 精神薄弱者処遇の今日的課題

櫻井芳郎

〈昭和58年度精神薄弱者更生相談所技術職員研修会 厚生省, 1984年1月25日〉

“完全参加と平等”をめざす新しい精神薄弱者福祉を推進していくうえの課題として、精神薄弱者福祉をめぐる基本的問題と精神薄弱者福祉の臨床的問題について論じた。

### 精神薄弱者処遇の今日的課題—主として判定, 老化, 重度化などの諸問題—

櫻井芳郎

〈昭和59年度精神薄弱者福祉担当職員研修会 神奈川県, 1984年12月12日〉

精神薄弱者福祉は“与える福祉”から“分かちあう福祉”への転換期を迎えようとしており、人間尊重の立場から現行の判定の見直しや当面する老化などの課題に取り組んでいかなければならないことを論じた。

### “共に生活できる地域社会を”

櫻井芳郎

〈精神薄弱者福祉推進全国大会 日本精神薄弱者福祉連盟, 1984年12月4日〉

福祉・生活環境部門の指定討論者として、すべての人びとが、自己の意識や態度が人間尊重、共存の思想をふまえたものであるかどうかを見直すことから共に生活できる地域社会をめざす第一歩が始まることを論じた。

### “地域におけるネットワークの確立をめざして”

〈①昭和59年度山形県療育援助促進セミナー (1984年9月27日) ②昭和59年度島根県療育援助促進セミナー (1984年11月8日) ③昭和59年度福島県療育援助促進セミナー (1984年11月21日) 全国心身障害児福祉財団〉

心身障害児(者)の地域療育援助システムを確立するには、“与える福祉”から“分かちあう福祉”への発想の転換、地域の特性に応じた体制づくりの必要性を具体例をあげて論じた。

### 精神薄弱児・者処遇の今日的課題—精神薄弱児・者福祉臨床のあり方について—

櫻井芳郎

〈昭和59年度民間社会福祉施設職員研修会 社会福祉調査会, 1984年9月22日〉

精神薄弱児・者処遇の今日的課題として、精神遅滞の正しい理解、精神薄弱児・者福祉臨床の機能、早期対応、施設ケア、在宅ケア、早期老化と高齢者問題、リハビリテーション活動および診断・判定などについて論じた。

### 精神薄弱児(者)福祉臨床の今日課題

櫻井芳郎

〈第16回治療教育研修会 はるな郷, 1984年8月21日〉  
東日本の精神薄弱児・者施設関係者200余名を対象に、精神薄弱児・者福祉臨床がかかえている今日的課題について論じた。

### 地域における老人保健活動

椎谷淳二

〈岐阜県立衛生専門学校 特別講演 岐阜県立衛生専門学校, 1984年1月31日〉

地域社会における老人保健福祉の理念と具体的な活動事例を解説し、実践の際の諸課題を整理して述べた。

### 家庭における子どもの養育と父親の役割

椎谷淳二

〈ハツ保小学校PTA講演会 埼玉県川島町立ハツ保小学校, 1984年2月5日〉

パーソナリティの発達とそれに関わる家族のあるべき姿、とりわけ子どもの発達に対する父親の機能と役割について、近年の動向と具体例をもとに解説した。

### 地域福祉と在宅福祉サービス

椎谷淳二

〈埼玉県法人社協専門研修 埼玉県社会福祉協議会、1984年10月26日〉

地域福祉の機能と意義、とりわけ在宅福祉の基本的視点とサービスネットワークの実際とについて論じた。

## ネットワークづくりと社会資源の活用

椎谷淳二

〈専門研修(コミュニティワーカーセミナー) 東京都社会福祉協議会、1984年9月27日〉

在宅保健福祉に関係する社会資源相互のネットワークの必要性和実際のネットワークづくりの方法とについて、具体例を用いて概説した。

## 地域社会における老人福祉

椎谷淳二

〈(万世敬老園) 老人大学公開講座 万世敬老園、1984年11月10日〉

高齢化社会における諸課題と、地域社会が果たすべき役割について述べ、これから老人福祉のあるべき姿と方向性について論じた。

## これからのボランティア活動

椎谷淳二

〈練馬区ボランティア講座、練馬区社会福祉協議会、1984年11月13日〉

ボランティア活動の意義と役割が再認識されつつある現在、これからの進むべき方向とそのために必要な課題への取組みについて指導した。

## 高齢化社会とは

椎谷淳二

〈相模原市市民講座「高齢化社会を考える」 相模原市教育委員会、1984年2月10日〉

老いの現象に付随する心理的・身体的・社会的課題と、今日の社会において老人の健康と生活を支えていくために何が必要かについて述べた。

## 家族療法の形成と流れ

鈴木浩二

〈山王サイコセラピー・セミナー 山王教育研究所、1984年11月17日〉

家族療法の形成の素地を概観し、その理論と技法の展開について詳説した。

## 家族病理とその治療的接近について

鈴木浩二

〈昭和58年度精神衛生研修会 石川県精神衛生センター、1984年1月11日〉

家族病理の様態、その発生機序を概説し、家族療法の理備と実際について詳説した。

## 「家族療法」への新たな視点

鈴木浩二

〈日本婦人法律家協会臨時総会 日本婦人法律家協会、1984年9月29日〉

女性の裁判官、弁護士の方々に、システム論の考え方を紹介し、問題行動の意味を明確にするとともに、その対象について述べた。

## 家族療法について

鈴木浩二

〈東京都児童相談所職員実務研修 東京都児童相談センター、1984年11月9日〉

家族総体への治療的接近法の理論と実際を具体例を挙げて説明した。

## 家族力動

鈴木浩二

〈家庭裁判所調査官研修所養成部(第30期) 後期合同家庭裁判所調査官研修所、1984年10月23, 25, 30日〉

家族力動について概説した。

## 家族療法について一事例を中心に

鈴木浩二

〈千葉県児童相談所心理判定員研究会 千葉市市川児童相談所、1984年8月9日〉

事例研究を通して、家族のもつ恒常性とその治療的活用法について述べた。

## 家族病理

鈴木浩二

〈家庭裁判所調査官研修所養成部(第30期) 後期合同研修 家庭裁判所調査官研修所、1984年11月27日、1984年12月4日〉

各種の疾患、問題の発生機序を概説し、家族療法の理論と実際について詳説した。

## 家族力動

鈴木浩二

〈家庭裁判所調査官研修所養成部(第30期) 後期合同研修 家庭裁判所調査官研修所、1984年10月23, 25, 30日〉



家族の力動について概説した。

### 中学生非行の現状と課題—家族病理から見た中学生の暴力—

鈴木浩二

〈昭和59年度 少年係家庭裁判所調査官特別研修  
家庭裁判所調査官研修所, 1984年11月16日〉

家庭内暴力と校内暴力の家族病理の差異を説き、シミュレーション・インタビューによる家族治療実習を行った。

### 精神的ストレス

高橋 徹

〈メンタル・ヘルス研究会 精神衛生普及会, 1984年  
12月11日〉

「ストレス」の語が、1910年に W.Osler によって医学的な用語として用いられて以来の、医学・生理学・心理学におけるストレス研究の概説。

### 対人恐怖症の臨床

高橋 徹

〈テレビ医学研究講座 日本医師会, 16mm映画: 岩波  
映画製作所 (56集21号), 56巻21号, 1984年 8月25日〉

### 酒を飲むということ

高橋 宏

〈社会精神医学研究会 社会精神医学研究所, 1984年  
7月10日〉

「酒を飲む」と一言でいうが、この日常的ながら複雑なことばのもつ諸問題を、自家研究の資料をもとにしながら述べた。

### 精神科から見た中毒

高橋 宏

〈第237回, 国際治療談話会 日本国際医学協会, 1984  
年 9月20日〉

「中毒とその治療」を主題とする談話会に、精神科における主要な中毒であるアルコール中毒の問題を中心として、その概念、疾患モデル、治療の目的等について、精神医学のもつ矛盾にふれた。

### ポジトロンCTと精神医学

苗村育郎

〈秋田県精神医学懇話会 同左, 1984年12月5日〉  
ポジトロンCTによる精神医疾患研究の現状をわかりやすく述べた。

### アメリカ精神医学の現状と高危険児研究について

町沢静夫

〈新潟精神医学懇話会 新潟大学精神, 1984年 6月16  
日〉

アメリカの精神医学事情を、特にカルフォルニアを中心に紹介し、現在注目されている研究であるところの高危険児研究(分裂病圏)の現状も紹介した。

### 中間管理職と人間関係

宗像恒次

〈保健婦幹部研修会 神奈川県, 1984年11月6日〉

### ケアの時代へ何を準備すべきか

宗像恒次

〈看護を考える集いシンポジウム メヂカルフレンド  
社, 1984年 1月19日〉

### 世界の中からみた日本の精神医療システムの現況

宗像恒次

〈自治研究会 世田谷リハビリ分会, 1984年12月5日〉

### 医療文化の東アジア的特質

宗像恒次

〈シンポジウム「人々のくらしからみる医療」 国際  
看護交流協会, 1984年 6月9日〉

### 諸外国の精神衛生対策について

宗像恒次

〈第14回神奈川県精神障害者家族連合会大会 神奈川  
県精神障害者家族連合会, 1984年 9月22日〉

### 医療社会学

宗像恒次

〈精神衛生相談員認定講習会 栃木県, 1984年 2月2  
日〉

### Mental Health Care Delivery System in Japan

Tsunetsugu Munakata

〈Shanghai Institute of Mental Health, 1984年 5月  
5日〉

**家族ダイナミクスと家族援助**

宗像恒次

〈九州地区地域看護研修会 日本看護協会大分県支部, 1984年10月23日〉

**家族ダイナミクス**

宗像恒次

〈訪問看護婦研修会 中野区, 1984年3月16日〉

**中間施設・在宅医療と看護機能**

宗像恒次

〈第2回中間施設検討会 日本生協連, 1984年12月6日〉

**心身ストレスと病気**

宗像恒次

〈夕やけ大学講座 茨城県牛久町教育委員会, 1984年6月10日〉

**諸外国の精神障害者対策と我が国の状況と課題**

宗像恒次

〈精神医療と社会復帰を考える公開対談とシンポジウム 全国精神障害者家族連合会, 1984年7月7日〉

**Socio-Cultural Features of Japanese Interpersonal Relationship**

Tsunetsugu Munakata

〈The 12th Advanced Nursing study For SEA Nurses International Nursing Foundation of Japan, 1984年12月26日〉

あ と が き

精神衛生研究第31号ができ上がりました。今号には例年を上まわる多数の論文が掲載できました。今後はさらに質の向上をもはかりたいものです。

編 集 委 員

高 橋 宏

大 塚 俊 男

鈴 木 浩 二

小 松 せ つ

精神衛生研究 No.31 1984

昭和60年3月30日 印刷・発行

編集責任者

高 橋 宏

発 行 者

国立精神衛生研究所

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

電話 市川 (0473) 72-0141

(非売品)

印刷：株式会社弘文社

